

年

卷

5

4

第

第

期

10 JAN 1936

贈閱

# 同濟醫學季刊

第五卷 第四期

蔡元培題

中華民國二十四年十二月三十一日出版  
國立同濟大學醫學院同學會發行  
中華郵局特准掛號認爲新聞紙類

## TUNG-CHI ACTA MEDICA

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

VOL. V. 31. December 1935 NO. 4.

本刊自六卷起  
改用道林紙印



### Pyramidon

#### 籐密藍霹

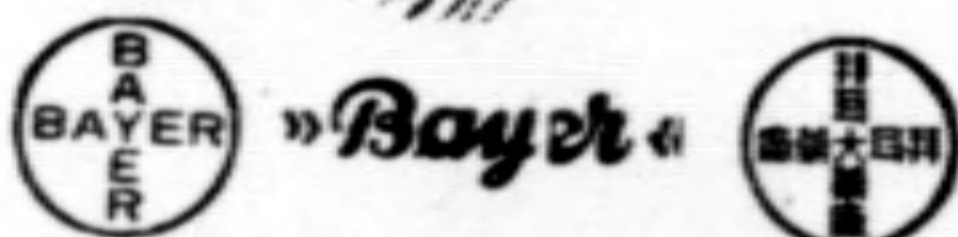
舉世公認之定  
痛退熱聖劑

此藥功力極偉應用極廣故已久經公  
認推為舉世無匹之定痛退熱聖劑  
專治下列各症功效靈著無比  
頭痛 牙痛 偏頭痛 神經痛 生  
骨神經痛 尿酸性關節炎 女子經  
痛等症

關節痛風 肌肉痛風

一切傳染時症及受涼之發熱

藥片 每瓶十片每片〇·三公分  
每瓶廿片及一百片每片〇·一公分  
藥粉 每瓶廿五公分



中國獨家經理信洋行  
上海江西路一三〇號



點要五之寧奎「來寶大」用薦

# 標來寶大商 寧奎

TRADE MARK 'TABLOID' 商標  
QUININE



樣瓶寧奎酸鹽「來寶大」  
小縮式真由

- 一「大寶來」奎寧製品是用「威來金」牌奎寧鹽類所製成此種奎寧之純粹與其驗質之價值世界聞名
- 二「大寶來」奎寧之每粒製品具有瓶蓋上所標示奎寧鹽之正確分量
- 三各種糖衣之「大寶來」奎寧製品因僅用純潔之糖故可保證容易溶解
- 四「大寶來」奎寧製品製造時並不攙雜非溶性及有害之物質
- 五便於按時給納

商標「大寶來」鹽酸奎寧  
包裝 有一哩二哩  
三哩四哩五哩均裝瓶  
二十五及一百粒二種

寄即索函單仿文英華有備行本



BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

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

AND 60 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

號十六路港香海上華中 敦倫國英

## 行藥大威寶

(司公限有金基氏威商英)

SH-23-M

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

BLANDOL

# 補力多

## 純淨補力多

專治身體衰弱，代謝不良等症。男女老幼，人人宜服。

## 含幾怪補力多

專治肺癆，腸癆，童癆及一切頑固咳嗽兼吐濃痰等症。

## 含碘補力多

專治哮喘，瘰癧，梅毒，動脈硬化，風濕等症。

## 含砒補力多

專治血虧，神經衰弱及各種慢性皮膚病等症。

## 含規那補力多

專治營養不良，貧血，胃呆，病後虛弱，容易疲勞等症。



成分……以九福 Gaduol 爲主要成分，另加麥芽膏，野櫻飴，及錳，鐵，鈣，鉀，鈉，規甯(Chinin)番木鱉鹼(Strychnin)等之次亞磷鹽而成之製劑。

號十五百二路克白海上  
**行發總司公福九**

售出有均鋪商大各房藥大各埠各

---

---

---

---

We shall publish **a special edition Vol. 6 No. 1**  
**in memory of the thirtieth anniversary of**  
**our school----Tung Chi University.** The contents  
will be far more valuable and the pages will be of higher  
quality than usual. We are firmly convinced that **the mar-**  
**keability of this issue will be obviously great.**

we are also ready to offer hearty welcome for advertisements  
especially those of dispensary and company. As for informa-  
tions about the price of the advertisement, you are requested  
to apply to the **advertising department** of the

**“Tung=Chi Acta Medica”**

( Lane 688, Bubbling-well Road. )

---

---

---

---

# 鈣 葡 羅 那

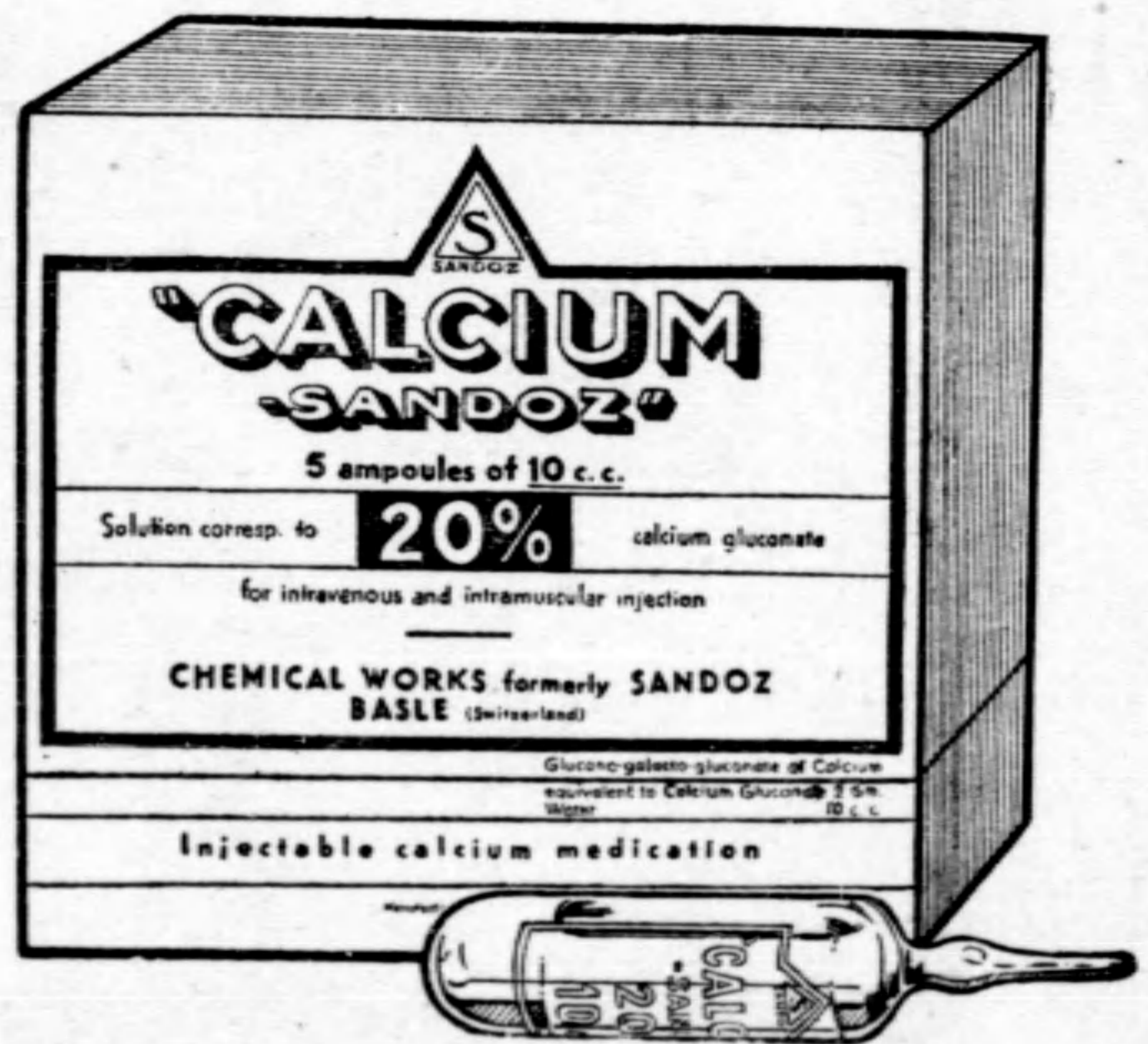
全無副作用 全無毒害  
入於人體之狀態 如天然生成

## 主治

急性或亞急性神經興奮異常  
搔痒性皮膚病 過敏症  
泌尿科婦人科及耳鼻咽喉科疾患  
詳細請閱仿單另有粉劑片劑  
使用尤便



# 濃 山 德 士 鈣



用濃山德士鈣 事半功倍

而經濟便捷  
止血 強心 營養 解毒

主治：  
肺癆及其他各種癆症  
滲出性炎症諸疾患  
急性肋膜炎氣管炎  
急性及慢性皮膚炎  
如丹毒濕疹蕁麻疹  
妊娠嘔吐中毒或神經性之頑固嘔吐  
治療或預防因注射血常另有粉劑片劑使用尤便  
詳細說明書函索即寄

總經理 禮和洋行

# 爾所食者即為爾！

## 遺傳性

夫人類之狀貌膚色及種々特點之不同吾人固信其屬於一種神秘事實即遺傳性但有另一事實而為吾人所無從逃避者即人體之每個細胞皆為食物藉水分與空氣之助力所造成

## 食物問題

吾人所見人類之狀貌及其事業之成就大不相同其所以如此者至少有一部分非由於食物乎此食物問題使吾人得到一種結論即吾人有易受某種疾病侵襲之傾向者確因食物或食物中缺少某種質素所致

## 緊要問題

多種食物中所缺之質素可於森諾維他釀母粉中求得之其成分精純而且濃厚

## 森諾維他釀母粉 (CENOVITA YEAST) 為靈效製劑之各原因

- 一 該釀母粉為德國著名慕尼克啤酒之副產品
- 二 該釀母粉係以特別方法使之純淨乾燥且曾用紫外光線消毒殺菌並增加維他命之含量其所含之維他命較純麥粉多五十倍
- 三 該釀母粉富於卵黃素內含類似脂肪質及有機亞磷酸為構造神經系及腦質之要素蓋磷之於腦正如燈火置之於城市也
- 四 該釀母粉含有各種礦鹽於生命至有關係
- 五 該釀母粉內含蛋白質但此等蛋白質與普通鷄鴨卵中所含者不同

## 缺乏維他命為易染疾病之主因

森諾維他釀母粉所含之維他命至為豐富如吾人食物中缺此質素則吾人易受新陳代謝失常糖尿病尿症肺結核及各種傳染病之侵襲  
森諾維他釀母粉質地乾燥久藏不壞且服後不發酵有百益而無一損而且價格低廉大罐裝者每罐售洋二元  
醫院大批躉購另有優待價格

德商薛魯敦藥行 上海郵政信箱第三〇

# 藥新秘便瀉便

## PANKONIN & TONOPHEN

### "F. KOONG"

## 澎可甯與通乃分

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

以上二藥俱分 藥粉 片劑兩種

上海 **福康西藥店製** 各大藥房均有代售

上海肇嘉路虹橋西街復康藥行總經理

▲蘇州盛家帶福康分銷處亦發售

# 藥壯強血造產國

## LEBEROSE, IOD-LEBEROSE,

## ARSEN LEBEROSE,

## 立勃絡髓 (液體)

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

『單純，含碘』每瓶均盛二百公撮

『含砒』大瓶盛二百公撮小瓶盛一百公撮

## 上海福康西藥店再白



# 國產祛痰鎮咳新藥

BOCKTAGIN & FACOL

“F. KOONG”

## 撲咳他勁 與 法可爾

撲咳他勁『BOCKTAGIN』與『法可爾 FACOL』、功效皆能祛痰鎮咳。皆為國產植物中抽出之治咳有效的部份。『法可爾 FACOL』則祛痰力為最強、遠勝桔梗、遠志等藥、而毒力反較少甚、(皂素類藥、雖不為消化管所吸收、然遇胃腸有損傷時、即有吸收之虞、故毒力愈少而愈佳。)

用於痰難咯出之乾咳、劇咳、及小兒咳嗽等、為尤宜。『撲咳他勁 BOCKTAGIN』則不獨祛痰鎮咳、容易見效、且能健胃整腸、並有強心之功、而無溶血作用。用於虛弱人之咳嗽、及須連用者、最適宜。此二藥之大概也。如須說明書、函索即寄。

『撲咳他勁 BOCKTAGIN』分粉末 片劑

二種

『法可爾 FACOL』分單純液 複方糖漿二種

各處大藥房均代售

## 上海福康西藥店製

總經理 上海肇嘉路三百九十七九號

復康藥行

分銷處 蘇州盛家帶福康分店

# 新 鎮 痛 劑

NEO-VETOLIN & VETOLIN

“F. KOONG”

## 萬痛靈與凡痛靈

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

『裝盛』藥粉每兩一瓶

藥片分五百片 一百片 一十片三種

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

## 上海福康西藥店再白

藥房均售

# 命保賜爾加

## 劑製丸率性男

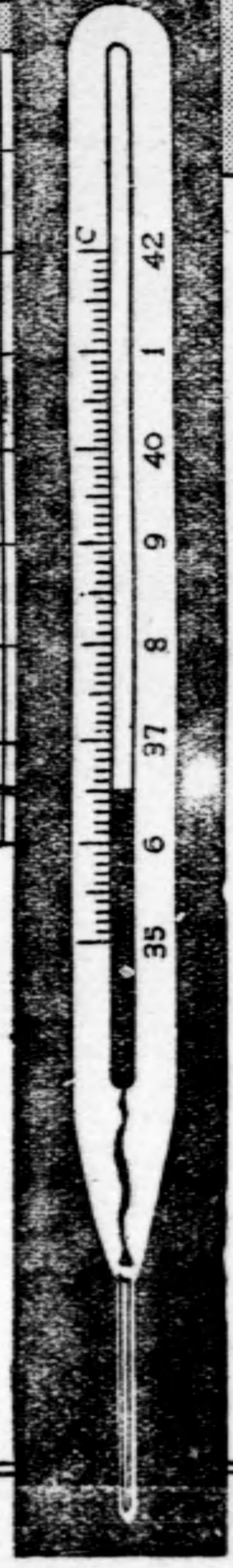
述用為分賜之求起衰病之保賀  
 各經為新保率根據性態物命爾  
 症多厚鮮命丸本最神例同蒙  
 功數注命丸製治最神如倘為  
 效醫射冷在丸製劑為富弱經或  
 極師後法上海劑為富弱經或  
 為抹無化製為富弱經或  
 宏用然煉造佳壯壯明而  
 大九毫性質料質動明而  
 治副地料質動明而  
 上作極十爾物欲

號五十九零千一路開新海上  
 造製廠藥亞新



劑丸服內有尚液射注係此

# 熱解定乃百

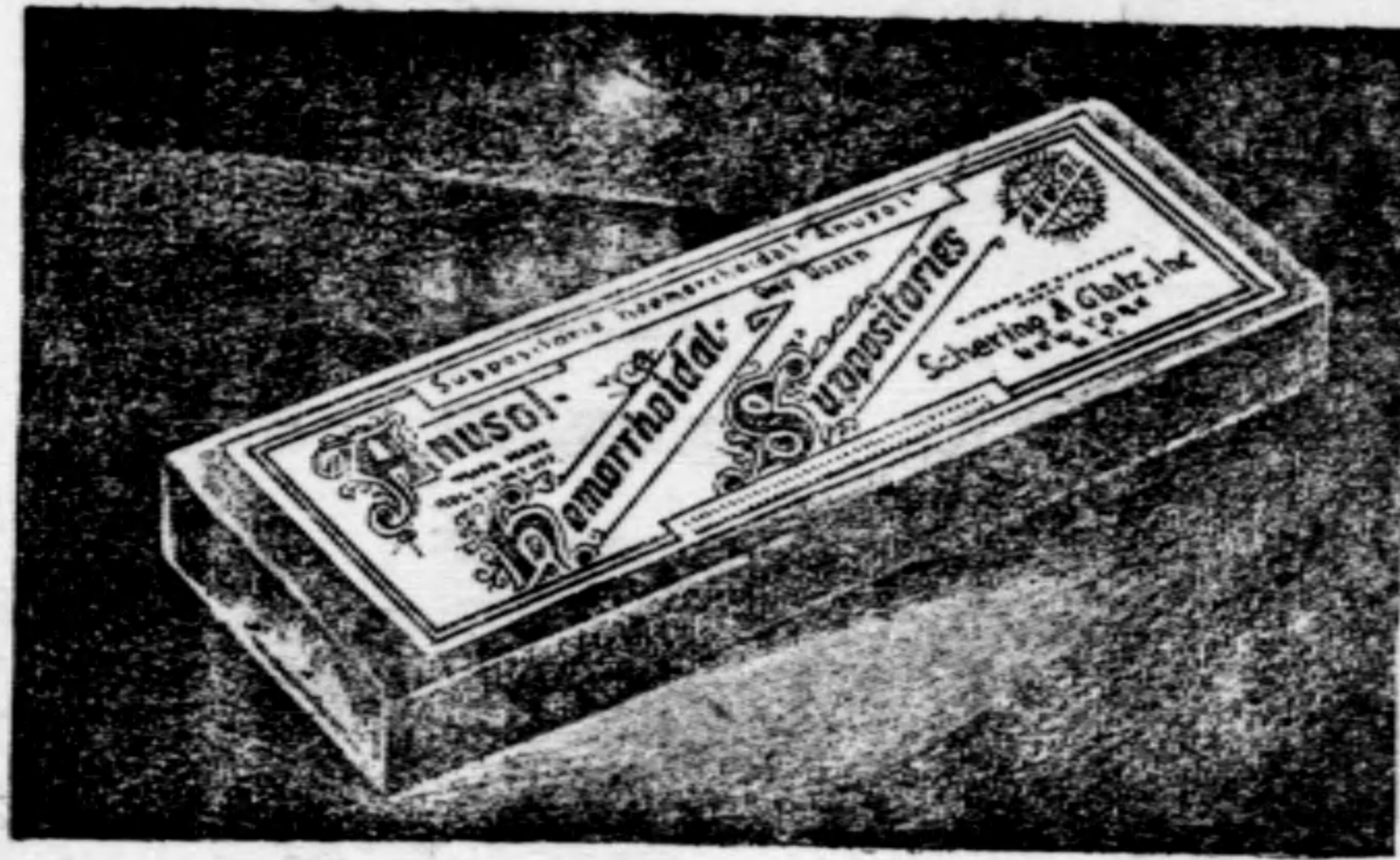


萬應免疫  
注射液  
**百乃定**

注射本品後可賦  
與細胞生機產生  
普徧免疫抗體消  
炎解熱頓挫病勢  
防止合併症之發  
生而達治療之目  
的

凡患感冒肺炎扁桃腺  
炎以及原因不明之高  
熱傳染性疾患敗血症  
疾患化膿性疾患均可  
應用本品治療之功效  
確實絕無流弊價格低  
廉尤為特色

每支二公撮 三支  
(二元) 十二支(三元  
七角) 四十八支(十  
四元五角)  
上海新亞藥廠發行  
藥房均售

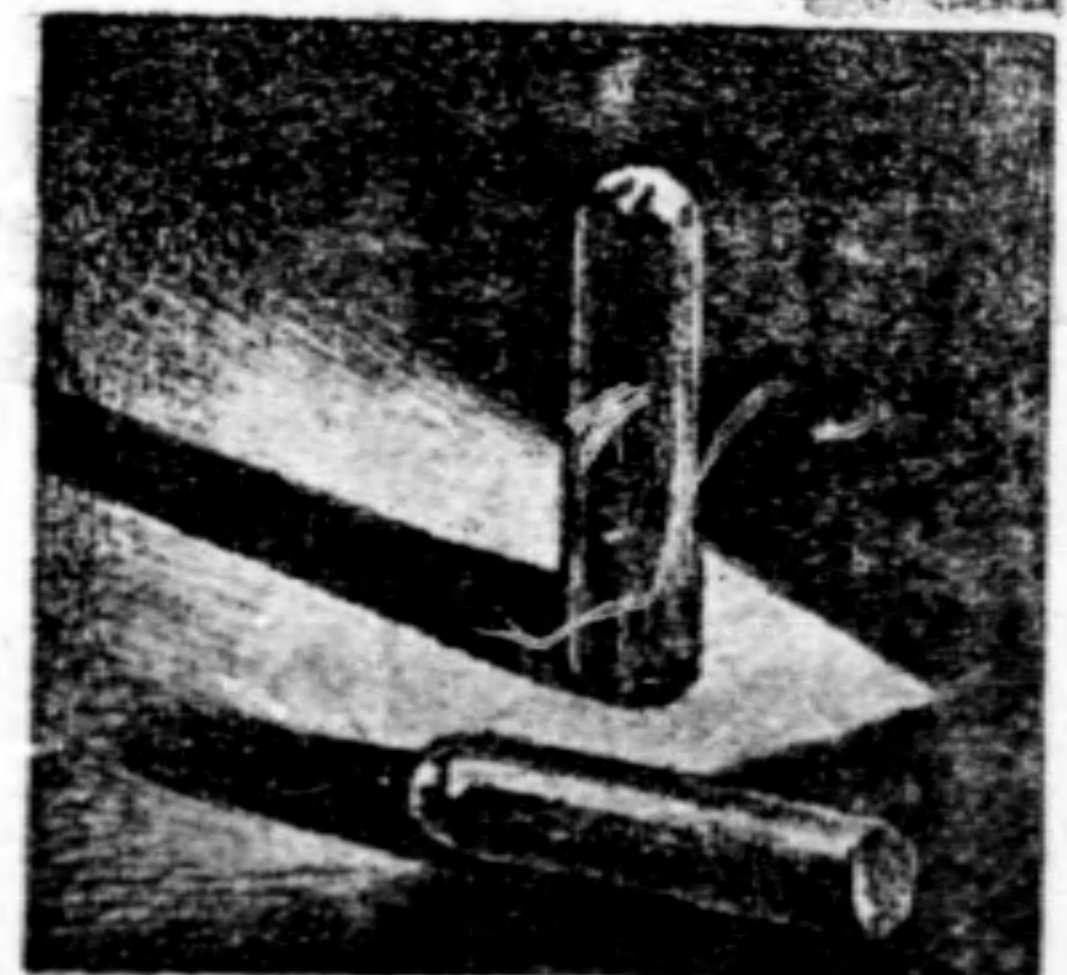


# 安那蘇痔瘡藥塞

安那蘇痔瘡藥塞對於痔瘡之痛苦不舒，血  
 瘀之減輕，與流血之控制。均為合理而安  
 全之治療術。蓋本品不含麻醉性及止痛之  
 藥質。致病象受其隱蔽。且無顛茄，麻黃  
 精，及腎上腺精等。對於全身，亦無不快  
 之影響。故用安那蘇所得之效益。殊屬真  
 實。安那蘇痔瘡藥塞裝於匣中。大匣十二  
 錠。小匣六錠。樣匣承索即奉。來函請用  
 尊處信箋或處方紙可也。

# ANUSOL

製精廠藥大克德戈國德  
 理經司公藥製納華商美  
 號八六六路川四海上



(AN3)

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

# 鹿茸精

功效 超出 其他 一般 補品 · 名貴補品 · 藥力 遠勝 我國 土製 鹿茸

採取花鹿茸提煉成劑  
含有大量好蒙尼



栢靈柯博士  
最新發明  
為現代醫  
藥界之偉  
大貢獻



鹿茸之見重于我國醫藥界。已有數千年之歷史。與人參同為名貴補品。治理各種疾病。久著神效。蘇俄國立內分泌研究院。有鑒于斯。于一九二五年。特派著名大學教授栢靈柯博士等。悉心研究。始知鹿茸之精血內。含有大量之各種好蒙尼。尤富于陽性好蒙尼。對於醫藥上最有重大之價值。願以土法培製。十不存一。疊經研究。發明最新科學方法。提取精血。製為藥劑。原含之好蒙尼。得可全部保存。故效力較市售鹿茸。更為偉大。而售價則反低廉。

主治

元陽虛弱 神經紊亂 腸胃各病  
諸虛百損 心臟衰弱 膿毒瘡傷

分注射劑液劑二種各大藥房均有出售  
備有栢靈柯博士研究鹿茸之詳細報告書函索即寄

總經理上海  
**泰信藥行** 寧波路  
二十號

蘇俄國立內分泌研究院監製

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

# 同濟醫學季刊

同濟醫學季刊社

上海靜安寺路同和里

Tung-Chi Acta Medica

Bubbling well Road Shanghai

社 長 翁 之 龍

## 編輯部 編輯

李明琛(主任) 李宣果。王味根。梁之彥。黃容增。  
項經方。胡哲揆。唐 哲。朱克聞。嚴沛章。方 召。  
周 緒。潘淵若。胡志遠。謝家樹。馮世怡。李永彬。  
張君定。張春宇(幹事)

## 特約編輯

|          |          |          |          |
|----------|----------|----------|----------|
| 金誦盤 (滬)  | 黃 鐘 (滬)  | 龐京周 (滬)  | 趙啓華 (滬)  |
| 張仲明 (滬)  | 金問淇 (滬)  | 吳憶初 (滬)  | 谷鏡汧 (滬)  |
| 張森玉 (滬)  | 朱仰高 (滬)  | 孔錫鵬 (滬)  | 曾耀仲 (滬)  |
| 沈成武 (滬)  | 馮五昌 (滬)  | 俞松筠 (滬)  | 阮尙丞 (滬)  |
| 尤彭熙 (滬)  | 楊元吉 (滬)  | 傅壯民 (滬)  | 周君常 (滬)  |
| 杜克明 (滬)  | 李武城 (滬)  | 俞永康 (滬)  | 王寶楹 (京)  |
| 田樹樾 (京)  | 章元瑾 (京)  | 蔣益生 (豫)  | 但功澤 (豫)  |
| 張靜吾 (豫)  | 魯章甫 (豫)  | 李賦京 (豫)  | 閻仲彝 (豫)  |
| 梁伯強 (粵)  | 梁仲謀 (粵)  | 李 挺 (粵)  | 孔錫鯤 (濟)  |
| 尹志伊 (濟)  | 韓法周 (濟)  | 朱虎蔚 (青島) | 楊和慶 (吳縣) |
| 徐振華 (吳縣) | 周 綸 (無錫) | 王子欽 (蜀)  | 王季甫 (蜀)  |
| 胡金鑫 (北平) | 許端慶 (滇)  | 葉 培 (桂)  | 陳一龍 (滬)  |

## 發行部

陳延華(幹事)

## 文書部

張 馥(幹事)

## 印刷部

錢章材(幹事) 駱思謹。陸福培。鍾敬和。郭學健。

## 會計部

王觀華(幹事)

## 廣告部

金孚戡(幹事)



路加阿為者服所彼



品出種別為者服所彼

觀彼面部之表情。便知阿加路之可口。蓋阿加路之乳劑，配製十分勻淨。毫不  
 油膩。亦不攪和人工香味，以便服者易於下嚥。蓋其成分極純。並不需要掩飾  
 品和入，方易入口者也。  
 效果亦復極佳。因阿加路足與糞滓通體混合。此固非極精良之乳劑不克臻此也  
 。且本品激勵腸壁之蠕動。極為和善。既不作痛。亦不發生胃氣。蓋其作用。  
 最合老人幼童輕瀉助泄之需。而於中年人較為活潑之需要。亦極適宜。  
 氣味可口，效益偉宏，品質可靠。此三特點。合而所以使阿加路——原質鑛油，  
 海菜與芬諾爾夫他林之乳白製劑——為大便秘結之穩當治法者也。  
 請試之，並用處方箋或尊處來函索取樣品。當即奉上。（以正式醫師為限）

# 阿加路 便秘良藥

阿加路分六兩及十四兩裝兩種服量  
 平均每劑一湯匙

各大藥房均有出售

美商華納製藥公司精製

中國分公司

上海四川路六六八號  
 上海郵政信箱一八三〇號

# AGAROL

(A2)

# 同濟醫學季刊第五卷第四期目錄

## 研究與臨床

- 下腿潰瘍治療談.....黃榕增著 1—10  
內分泌腺之最近的研究(續).....梁之彥著 11—16  
胆道疾病概論.....李明琛著 16—24  
全身麻醉新論及其實用選擇.....但功澤著 24—29  
日本住血吸蟲病.....宋名通著 30—35  
論幾種簡易梅毒血清診斷法及其價值.....俞德葆著 35—44  
麻疹淺說及治療.....潘淵若著 44—48  
Cholesterin 與 Phlorrhizin 對於脂肪新陳代謝  
之影響的試驗.....曾憲立著 49—52  
慢性胃炎之早期診斷及其錯誤診斷.....陳樹田譯 52—58  
傳染病之早期診斷與錯誤診斷.....薛煥成譯 58—68

## 小兒科

- 兒童之重病疾症之臨床實習與治療.....陸福培譯 68—76  
小兒痙攣的錯誤診斷.....馮雙湜譯 76—79

## 婦科

- 蚓突炎 (Appendicitis) 與子宮附屬器炎之鑑  
別診斷.....胡志遠著 80—82

## 皮膚花柳

- 淋病怎樣才算痊癒.....張君定著 82—84

## 衛生與中毒

- 穿高根鞋之影響于健康談.....張春宇著 84—85  
軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法(續).....徐續宇譯 85—102

## 治療報告

- 予用菲葶之經驗談.....F. C. 譯 103—104  
論格魯布性肺炎之血清與化學的合併療法.....犁雲譯 104—112  
瘙癢之治療.....王觀榮譯 112—114

消 息  
啓 事  
致讀者





# 奧補品寧莫海普登

法療器臟以

藥新兩製克默怡之礎基為

## Opotonic

MERCK

係內服用  
之補血聖  
藥主治一  
切貧血症  
味道可口  
神效卓著

每瓶一百  
八十分

包裝

## Inhepton

MERCK

係注射用  
之補血劑  
抗貧血  
精製之  
藥及磷  
治疾病  
恢復期  
常功非

每盒五十  
十安瓿

包裝

E. MERCK CHEMICAL CO., LTD.

668 Szechuen Road, Shanghai.

行藥克默怡商德

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

## 研究與臨床

# 下腿潰瘍治療談

黃榕增 Y. T. Hwang

(國立同濟大學醫學院外科副教授)

昇兒氏(Bier)說，一切創口結尾總會癒合的。但是這種口對吻對於下腿潰瘍恐怕不能算是一個規例。請看有多少下腿潰瘍是經年累月的存在着，有多少下腿潰瘍是醫治得不着癒合的效果，反而進步的潰爛。又請看醫治牠的方法和用藥，有那一種創口有牠那麼多，每年有多少醫學雜誌有討論牠的文獻發表，但是學者將於牠意見仍然沒有怎樣的劃一，醫治牠的方法仍然那麼不可靠。所以近年注意牠的人多起來，研究牠的工作也更進一步了。我國醫藥事項都落人後，民衆不講求衛生，下腿潰瘍是和各種疾病一樣的比歐美各國多和淒慘，對於這個問題自然應該更深切的研究，研究更加有價值了。

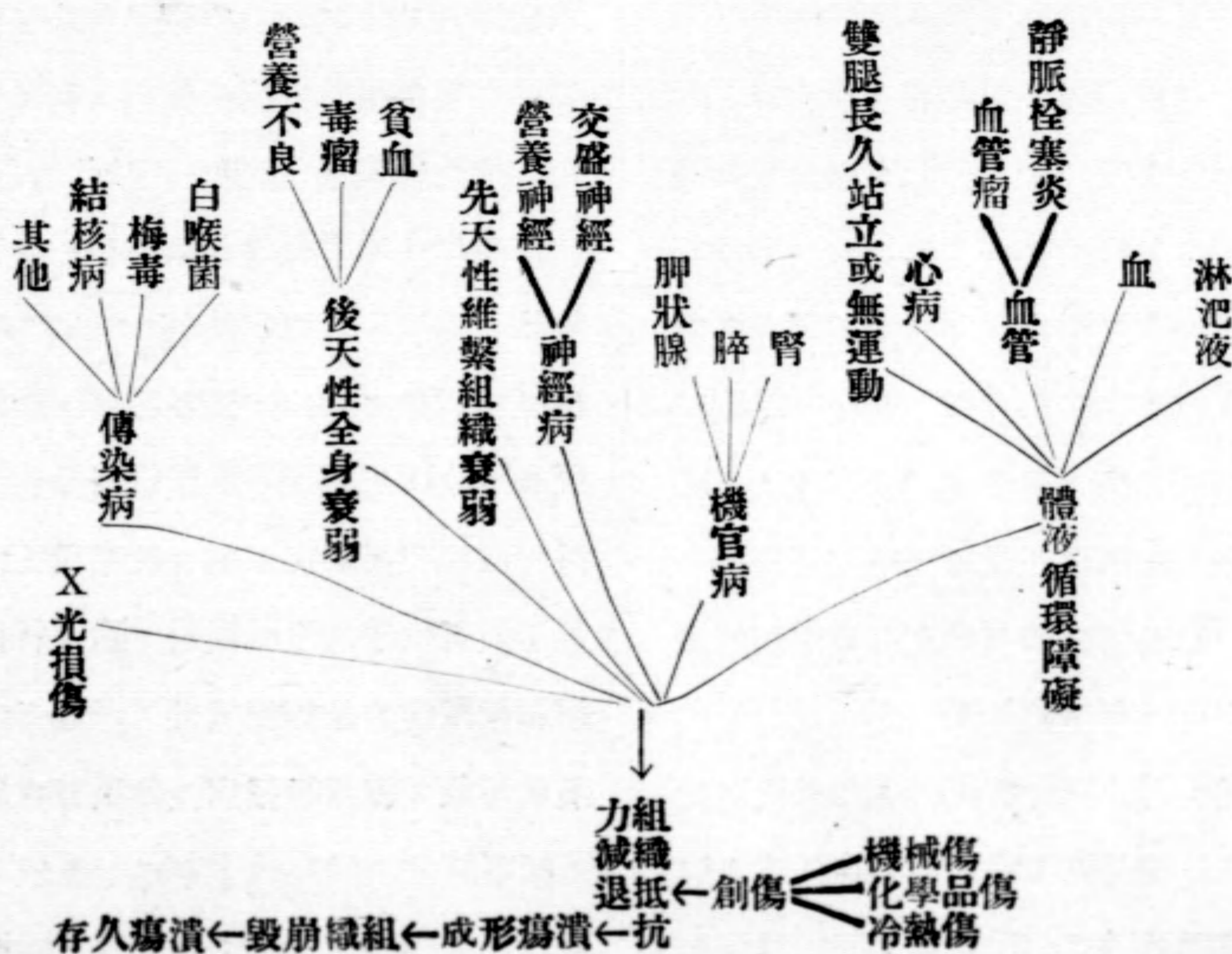
這種病爲什麼會這樣多，和這樣頑抗醫治牠的各種用藥方法而長久存在呢？解答這個問題總括有七種立論：即係體液循

環障礙，傳染病，機官病，組織營養虧損，神經病，先天性維繫組織衰弱和後天性全身衰弱。這七種立論如以再總括一下，除傳染病如梅毒癆症等外其餘六種體液循環障礙，機官病，神經病，先天性維繫組織衰弱和後天性全身衰弱是起病的遠因，組織營養虧損是發病的近因，再加上最末的創傷如機械傷(抓傷，蟲咬傷物傷等)，化學品傷，冷熱傷等誘因病就一發而不可收拾。遠因中尤以體液(血，淋巴液等)循環障礙爲最多成病，延長病期，和增進潰爛的原因，可以說下腿潰瘍百分九十以上是體液循環障礙促成的。羅布氏(Nobl)說：貧苦女子的下腿潰瘍，除了特種傳染病和糖尿症的是靜脈瘤性(Varicös)症候叢的現象，因爲靜脈病性擴張有時是視不見摸不到的。雄克氏(Schunk)一九一九至一九二〇的統計說：女子有下腿潰瘍的

百分六十九，男子有下腿潰瘍的百分六十二點七是患靜脈瘤的 (Varizen)。經驗告訴我們，患劇烈久存下腿潰瘍的，除了有靜脈瘤以外，多數是久立工作的人和那不多走路而訴述雙下腿每日下午覺着腫漲的人，患淋沔營阻流的人如患 Elephantiasis 的人，他的下腿總是有一潰瘍常流淋沔液，患心臟病和腎病人的下腿一有了創傷就會潰爛相繼，這都是體液循環障礙遠因的結果。平常人下腿靜脈血內的損物本來是比別部份的特別多，再加以靜脈瘤的形成，這種損物自然更多。靜脈瘤血內的炭酸和 Reststickstoff 含量特別多，這是經該笠氏 (Klapp)，馬克努斯氏 (Magnus)

等用事實證明的。既然有了這種原因，若再加上機官病心，腎，脾，甲狀腺病或關係營養的神經病 (Sympaticus, neurotrophische Nerven)，或先天性維繫組織衰弱症或後天性全身衰弱症如貧血病等四種的一種或各種，結果就造成列斯兒氏 (Lesser) 組織營養虧損，下腿潰瘍發生的假說而成爲我剛在上面說過的近因事實了。既然有了這近因的事實，表皮和皮下層已然沒有什麼抵抗力，再加上形成創口的外來誘因，創傷，下腿潰瘍形成，繼續的崩潰，久存的可能性就顯實了。

茲爲求下腿潰瘍形成久存更明瞭起見，在下面作一簡單圖案：



照我們的觀察下腿潰瘍是多數在下腿下半段內側，或者同一段略為前些，或者在內外足髁上的。潰瘍為什麼喜歡生在這裏呢？各種文獻還沒有怎樣很近理的解說。鄙人以為這或者是有關係於下腿肌肉運動的，簡單的說：這地位是體液循環障礙最甚者，下腿潰瘍特喜侵占是當然的。我們知道下腿肌肉運動時是增大其四週的。牠的四週增大了，圍繞那肌肉軟部的體液得到牠的壓力，就可以循環無阻，所以潰瘍形成起始在肌肉正面上軟部(表皮的)的極少。那潰瘍特喜侵占的地位就兩樣了，牠的體液循環是沒有肌肉正面的推動，就得到推動力，也不過是牠的尾聲。但是肌肉正面上潰瘍有時也會擴大久存，這又怎樣解說呢？這自然也免不了上面所說的幾種原因，再加上肌肉運動的失效。潰瘍是有劇痛的，患腿瘍的人是不能夠正常步行的，他跛行就會造成患腿腫大。要是我們將患腿和健腿比較，即刻可以發顯這種事實。全下腿既然不運動，那牠的體液自然更劣，潰瘍自然會增大潰爛。

我國農民耕種是多赤足露腿損傷既易，再加暑天蚊蟲木虱猖獗咬吮，損傷更易。表皮既破，患者不知道清潔，致破皮染毒，變成小瘡，再因經濟關係，或者事務忙碌，或者疏忽，不去注意，不請醫生診

治，用蠟紙或植物葉子貼貼，後來從漸潰大，就買些鄉間認為萬靈的祕方用用，貼貼舊醫製造的藥膏，至瘍大到相當程度，才信比較有智識隣人的話，去找新醫生診治，診治數次以後，覺到進步甚少，又止而不治，瘡液蔓延分化，時治時止，不知不覺數年過去，瘡潰爛至掌大，深入見骨，臭氣四溢，隣人遠之，終日流液，身體日弱，面黃肌瘦，工作減能，至於劇痛還是餘事，一個人的經濟精神肉體所受痛苦，真是可謂到極點了。

久存的腿瘡自然有惡化毒瘤的危險，所以診察時見了瘡緣或瘡底有不妥當的增殖，就要想及牠惡化的可能性，割些製片檢驗。其他診斷法自然也很重要，因為不這樣不知道用那種治療好，這是普通治病的規例，用不着多講的。

治療下腿潰瘍的用藥和方法，沒有一種病有牠那麼多，上面說過了，除了哀克新光(X-Ray)造成的，傳染病(梅毒，結核病)造成的，糖尿症的，*Ulcus luiforme* 和 *Ulcus rodens* 就單講簡單潰瘍的治療，也就夠多了。對病源治療是治病較有把握的。下腿潰瘍照上面說過的百分九十以上是因體液循環阻滯加上先天性組織衰弱，神經病，機官病，全身病弱造成組織營養虧損，以致崩潰久存，那麼我們對這個

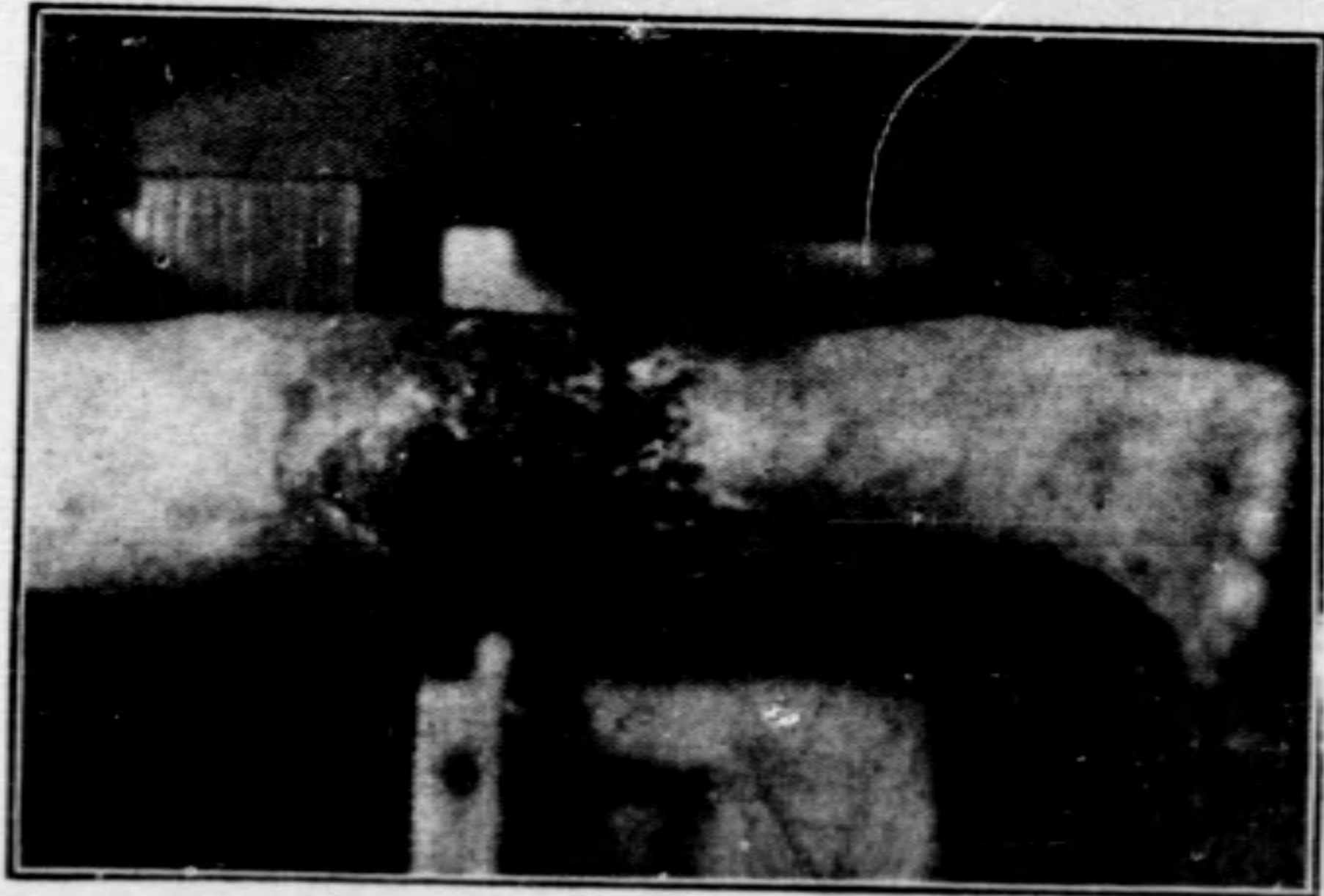
着手就得了，我現在爲省篇幅起見單討論簡單潰瘍治療于下：

治療簡單潰瘍的方法可分爲兩種，卽保守治療和手術治療。屬於保守治療的有各種用藥，各種包紮(Verband)，高提下腿靜臥，醫治靜脈病等等。屬於手術治療的有斷切或伸張管理營養的感覺神經手術(Bardescu, Chipault, Volkmann等)，割除動脈週交感神經手術(Periarterielle Sympathektomie: Leriche)，切或割除假骨狀的(Callös)瘡緣(Steiger)，括去瘡不健肉芽，環切潰瘍(Circumcision des Geschwürs: Nussbaum 一八七三，其實這種手術在一八五三既然用過)，表皮接種(Hauttransplantation: Thiersch, Reverdin, Braun)手術，Lappenplastik等手術。

我們要是將各種作者認爲有益於潰瘍癒合之文獻詳細的觀察一下，無論保守治療用藥膏，藥粉，注射藥，或手術治療，大多數不是並用靜臥高提患腿法，總是用一壓榨包紮(Druckverband)。要是我們再詳細觀察門診室就診的下腿潰瘍一下，也可以發現用繃帶固定藥膏紗布塊醫治的潰瘍，雖然用的藥是最簡單的油膏，結果總是比用小膠布(Pflaster)條固定用最好生皮肉藥包紮醫治的潰瘍好，傷口不單容易癒

合，流液也比較少。這樣看起來，整理腿部體液循環，就可以得到腿治療癒合結果的大半。教科書治療腿瘍須高提患腿那一句，就是整理下腿體液循環，減少腿部組織營養虧損的道理。但是高提患腿有時也不能或者完全不能得到怎樣的結果，因爲大多數慢性潰瘍的週圍都有了栓塞性靜脈炎(Thrombophlebitis)，體液循環的能力既然減去了大半，單用高提患腿法不能完全或完全不能改良牠了。所以我主張用不高提腿部能夠改良腿體液循環的方法，同時用些普遍性藥品協助的醫治下腿潰瘍。

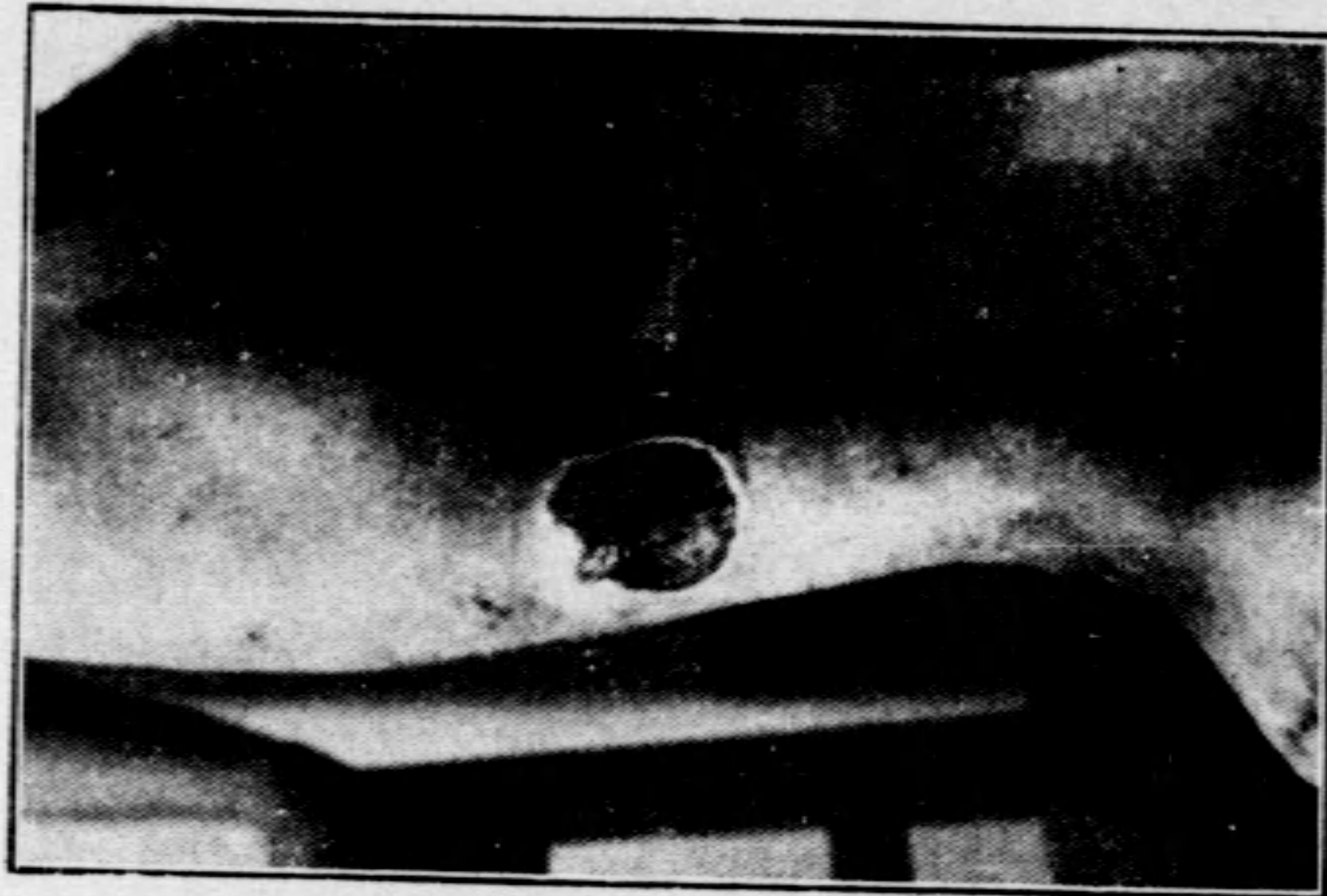
治病固然要有的確的診斷，妥當可靠的藥品和方法，但是對於病人的經濟，心理和他全身的狀況，更非有更深切的探求解決不可，這是治病的通例，大家知道的。病人因潰瘍不知化了多少金錢，受了多少痛苦，終年的出膿液，身體虧損至極點，身心經濟既受了極大的打擊，可以說決不能再繼續的受了。所以對於治療一方面要顧及病人經濟狀況，用比較經濟些的治療，一方面要用相當養身的藥品，使病人身體強壯，增加組織生長力。對於後者須詳查身體有無糖尿病，梅毒，結核病，循環器病，甲狀腺病，貧血或普遍性衰竭病，對症的給相當藥品，對於前者須選擇比較經濟的治療法，免去病人因『經濟不求治』



(一)a 病七八年，未治以先的情形



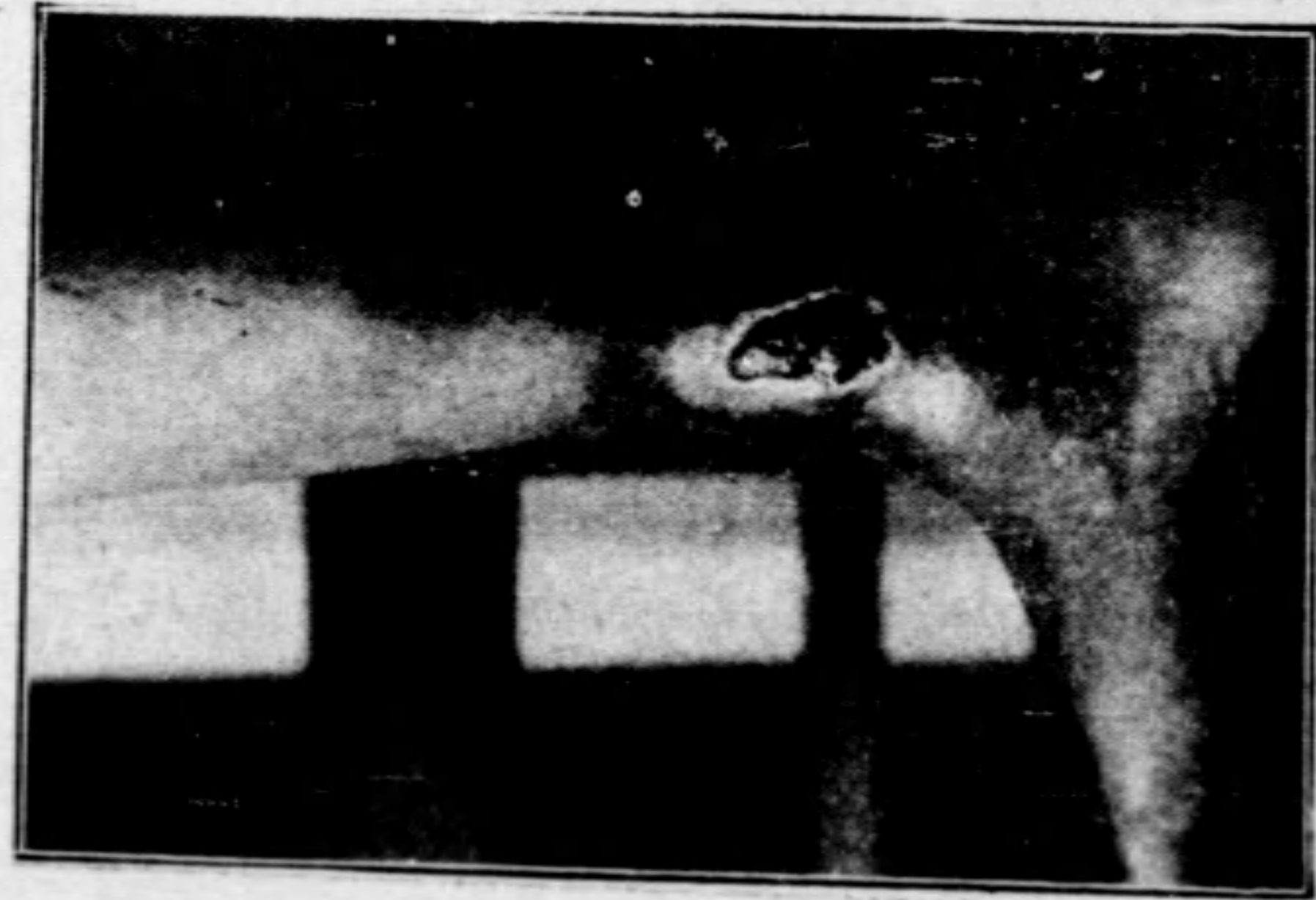
(一)b 用膠布包紮治療四星期後的情形



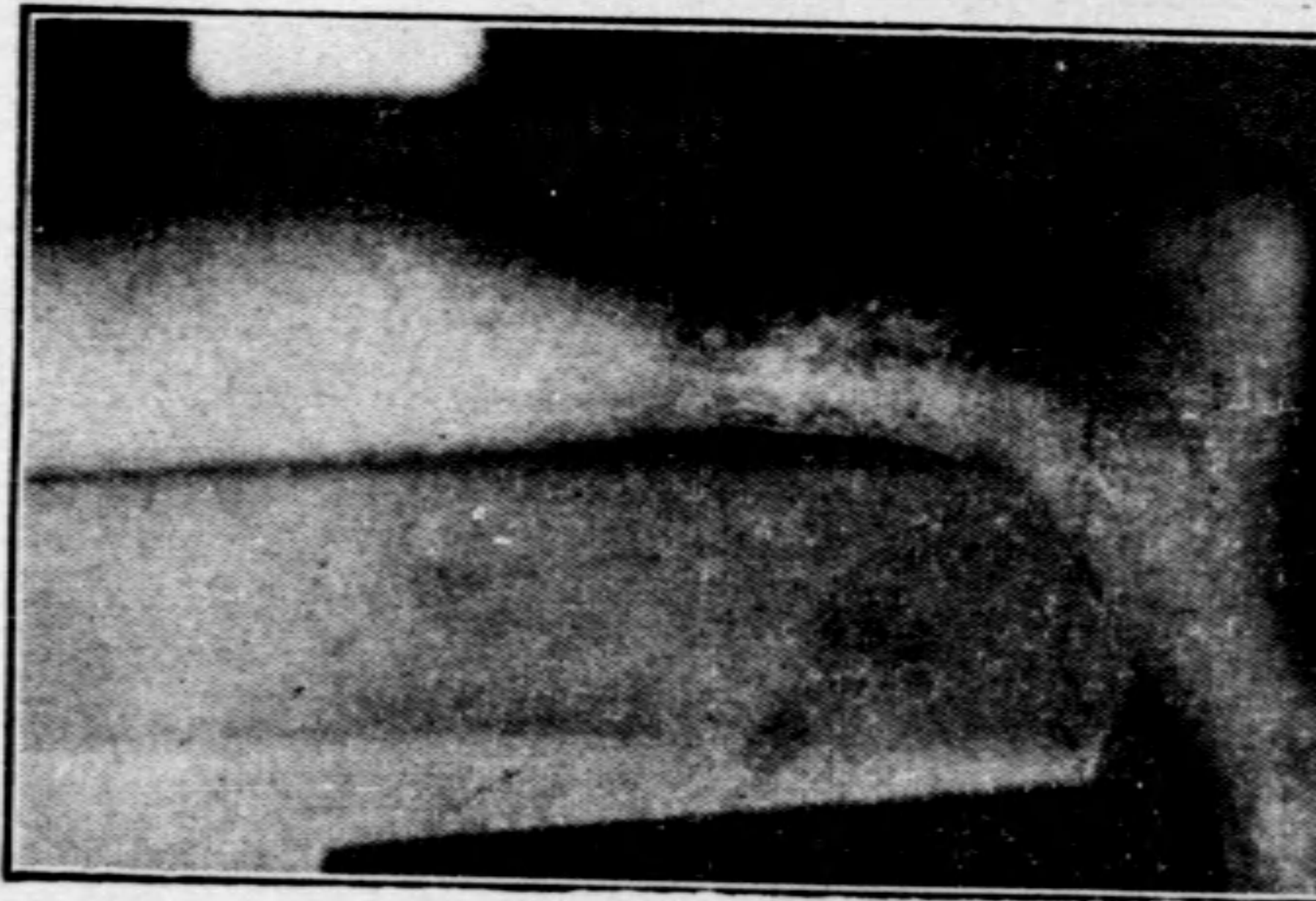
(二)a 病四年餘未醫治的情形



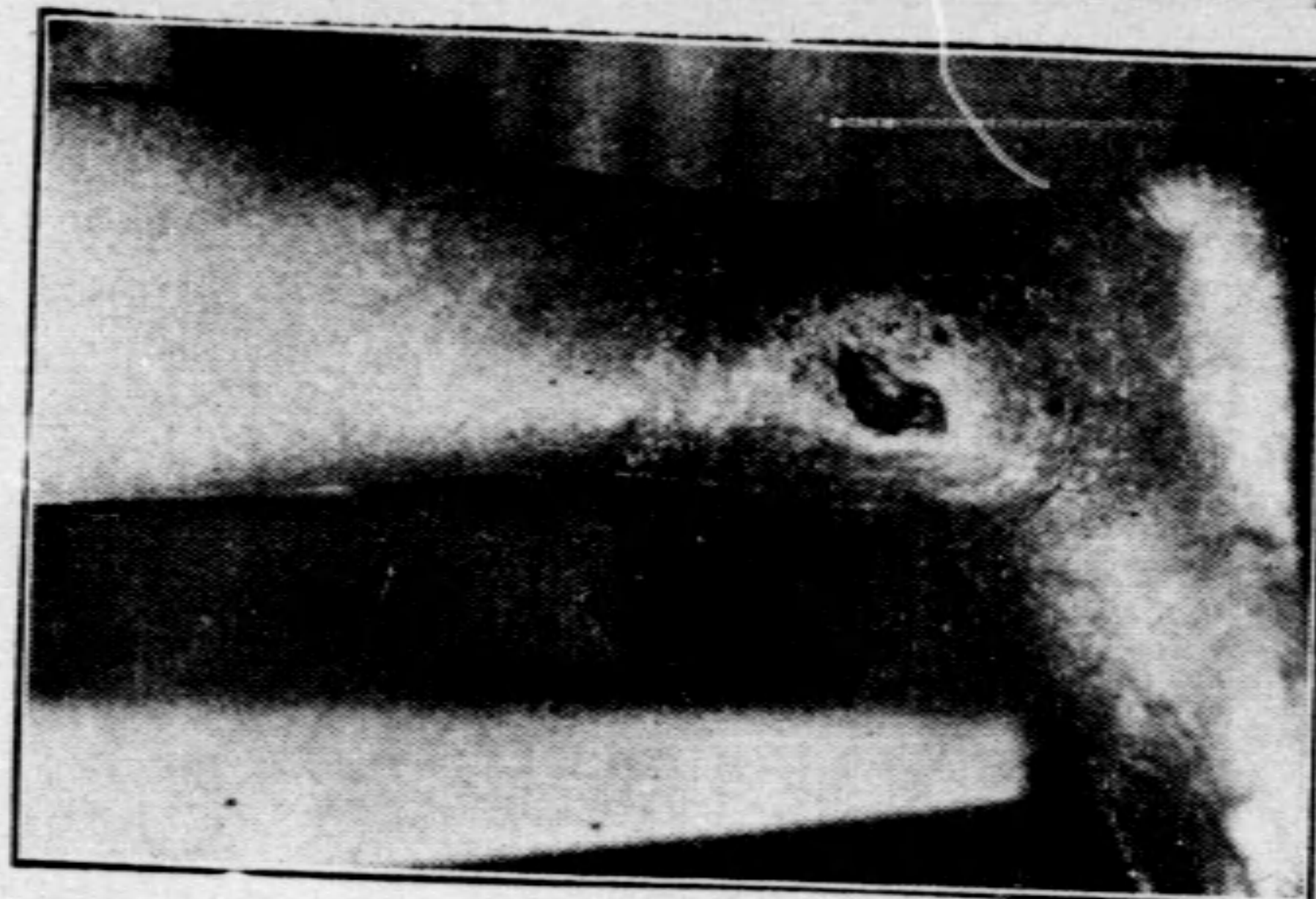
(二)b 用膠布包紮治好的情形



(三)a 病三年餘



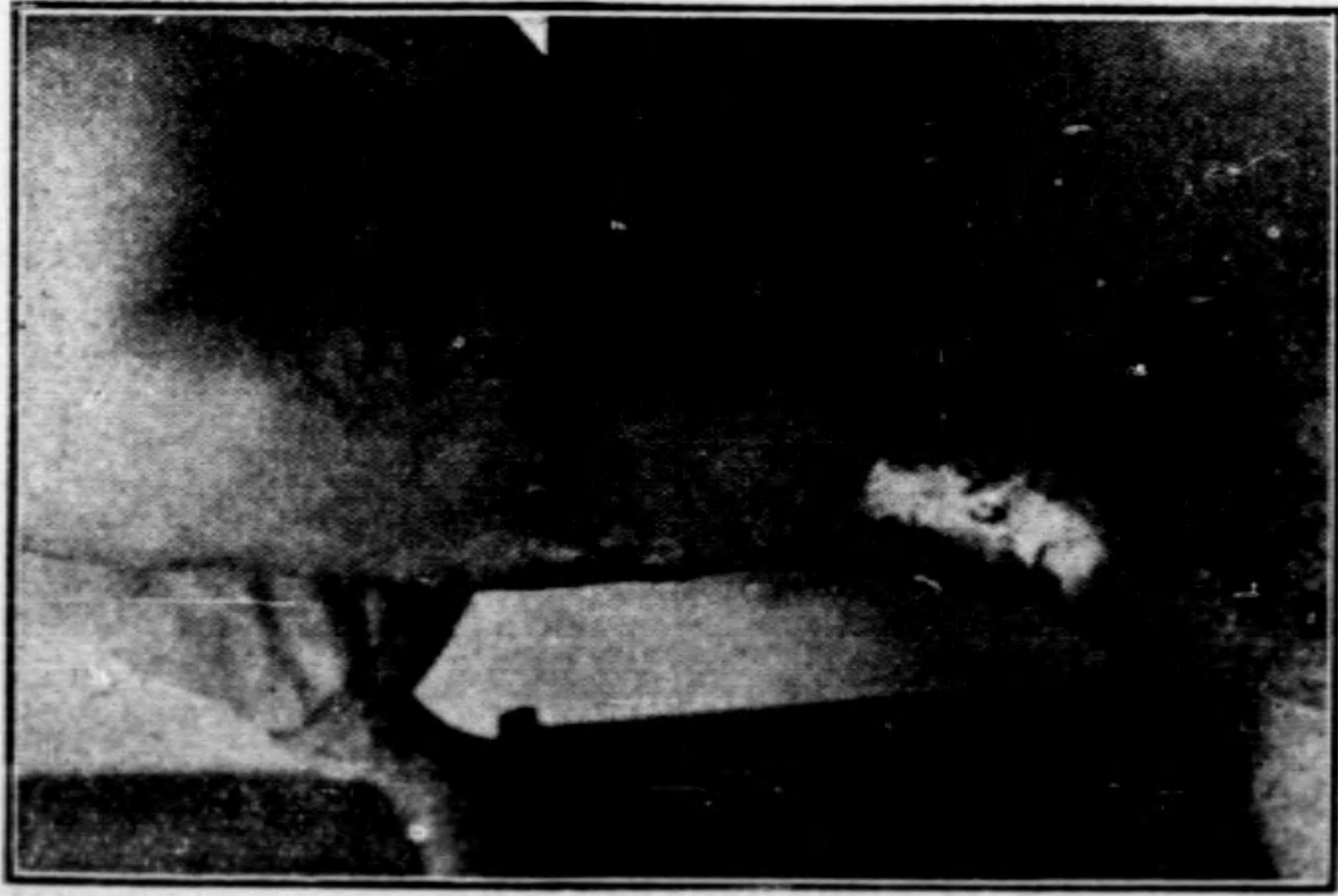
(三)b 醫好後的情形



(四)a 病三年未治以先的情形



(四)b 治好後的情形



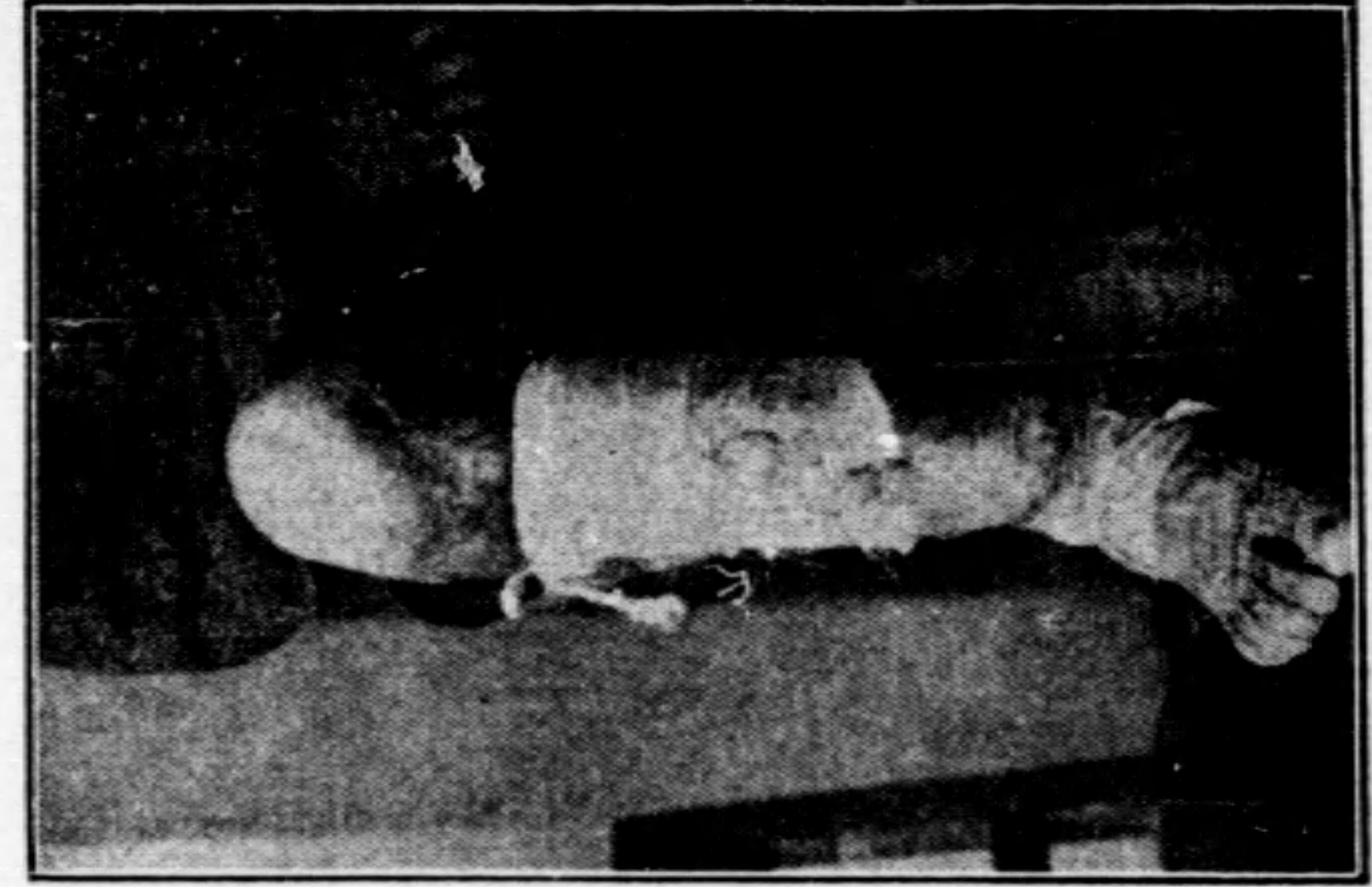
←(五)a 經新醫診治數年未癒



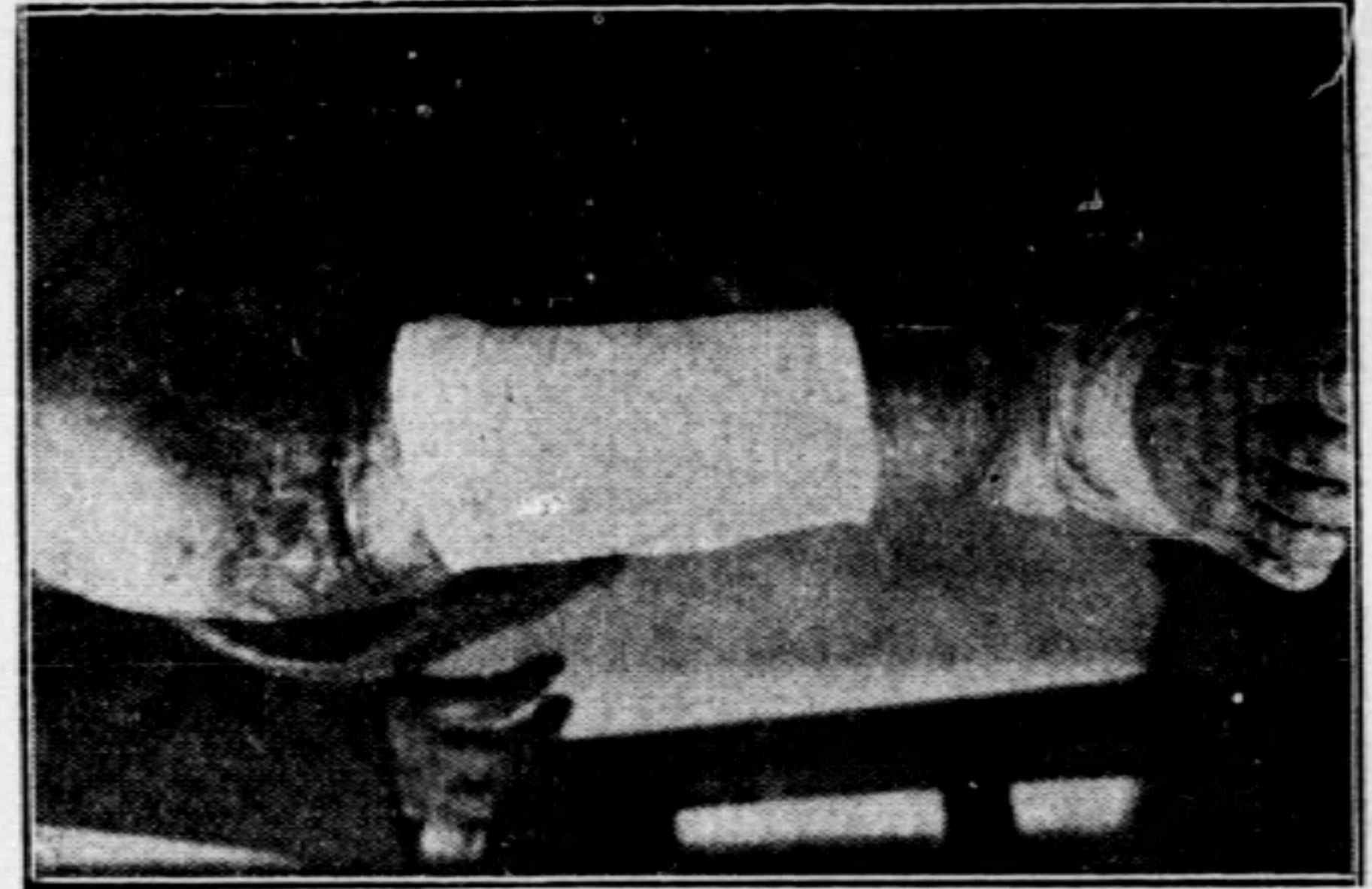
←(五)b 用三次膠布包紮全癒



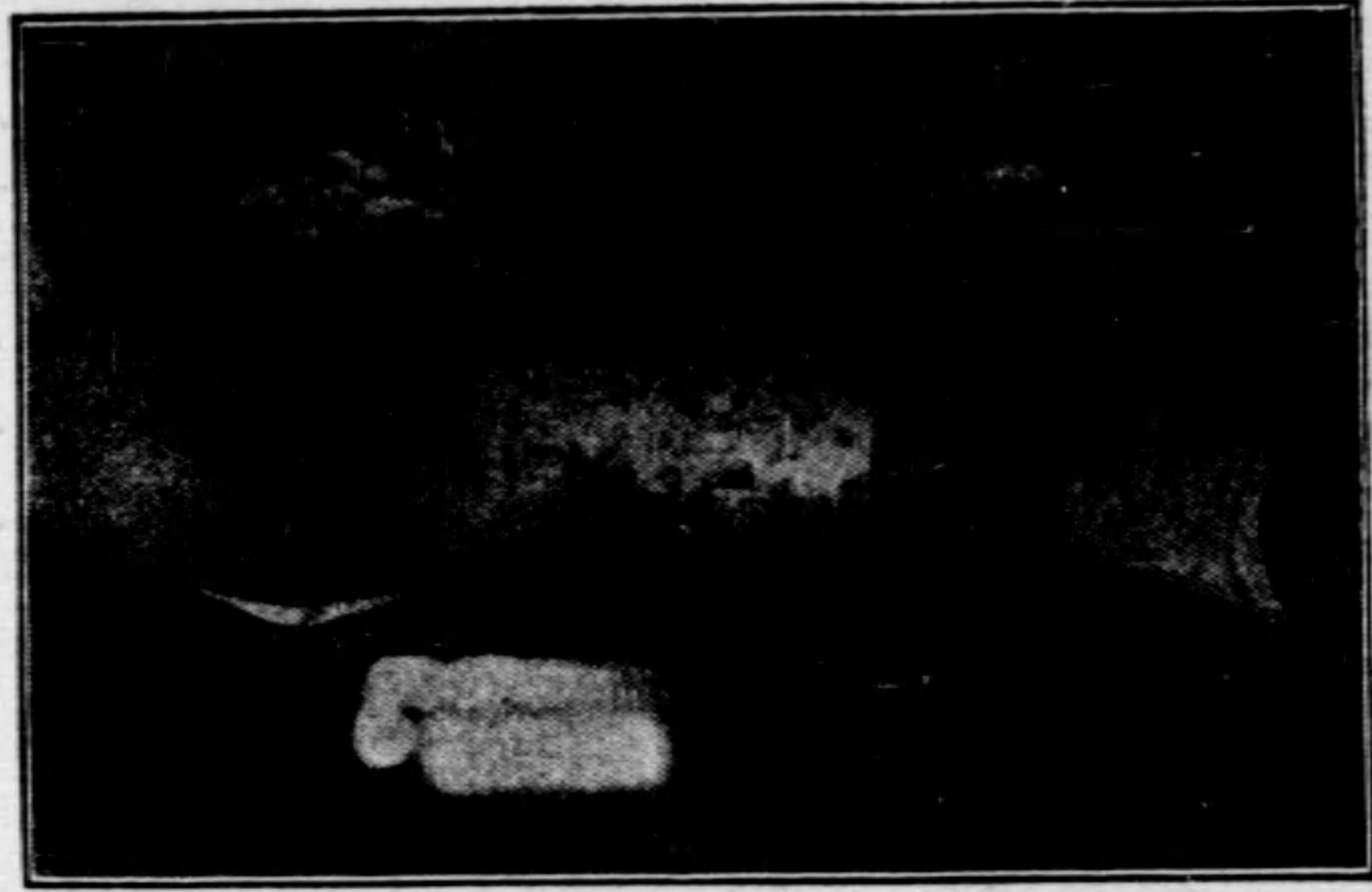
(六)a →指原來的瘡面已指遺下  
久治不癒的瘡口



b 數年用藥膏紗布綑帶包紮醫治，病人很理性  
的在那包裝外面再加上白製綑帶但仍不全癒



c 改用膠布包紮



d 數次之後全癒

的心理。哥卓克魯氏 (Kotz glu) 包紮，烏拿氏 (Unna) 氏包紮，施萊斯氏 (Schre u) 包紮，萊施尼兒氏 (Le hnier) Simav arix 繃帶包紮的原理就是不用高提患腿，能夠改良患腿體液循環的。但是對於那樣普遍的疾患和那因物質受了極大精神打擊的病人，是不合乎經濟原則的，尤其是對於我國內現今社會經濟狀況不合適，因為做那種包紮最少要化去數元的代價，直至潰瘍癒合最少要用三數次，況且沒有經驗的人還不能夠做一個 Unna 氏包紮呢。我主張應用極簡單極經濟的膠布包紮。所得的結果可以說是極有求其普遍應用的價值。望同道試用並有以指正之也。

以下數個病例是特別得病人許可收入鏡頭的。看了這幾張照片，也可以知道這種治療法的結果罷。

作這種包紮醫治腿瘍的步趨很簡單。特人到前，診驗他的全身，斷定他的腿瘍是否簡單的，除腿瘍以外有沒有別種有關係這種病的原因。既斷定是簡單的腿瘍了，就用一個使瘡口清潔的包紮，最好用 Dakin 氏溶液，Rivnol 溶液或 Plūmb. acet. (3-6%) 或 Alumin. acet (3%) 作濕套包紮。同時給病人以相當滋補藥品，如砒鐵劑。經治三四日見瘡口清潔後，即可作膠布包紮。將膠布紮成一公分半小條。膠布

面貼瘡口的不好着手或其他的物體，保守牠的清潔。最好繞纏一條撕一條，這樣較易保守清潔。未作包紮之先令病人仰臥，高提患腿，架在一枕或手術檯的支腿架上或診察床的墊高處，剃腿毛，用 Aether，火酒抹拭。能夠乘這個機會由足尖起始向中樞按摩抹拭患腿些時更妙。經過了這些處置，腿部的體液可以改良一部份，腿腫也會消失少許。這時即可用微力纏繞膠布於腿上，從瘡口下數公分處起始，要是全腿浮腫太甚，可在趾根處起始，後膠布條蓋前膠布條一半的向中樞繞去，全蓋全瘡口，止在瘡口上數公分處或及膝部。腿要是錐形上大下小的，每膠布條要作人字纏繞。瘡口大瘡液又多，包紮有自上往下推移，失去牠壓迫功效的弊病，所以在這種情形下包紮的上下要多包膠布。膠布包好後，用厚棉花層對準瘡口蓋上，再用 Trikot 繃帶或紗布繃帶緊縛，使牠吸收由膠布條隙流出的膿液。每星期換包紮一次。膿液多的可多換棉花層。病人可以照常工作。每次包紮代價最多不過五角法幣。我四五年來都用這種方法。可以說沒有一個不癒合的。瘡雖然好了，但是很容易復發，因腿部體液循環障礙不是用了這種包紮就可以根治的。所以瘡癒合後病人仍須帶一膠布包紮數星期外，我還叫病人常用



“腿帶”緊繞全腿。

### 結 論

用了這種包紮有以下三種好處

(一)對於疾病

可以治好瘡週的靜脈阻塞性炎。

可以壓迫靜脈瘤，改良牠的循環。

可以增進肌肉推動循環能力。

結果全腿血和淋巴液的循環都好  
組織營養改良，腿瘍生新肉芽從漸縮小癒  
合。

(二)對於病人本身

少出治療的費用。

仍然可以繼續工作賺錢。

結果無精神方面的痛苦，疾患全  
癒，可以免去終日流膿摧殘健康的原動力。

(三)對於醫家

膠布隨處都有。

包紮應用方便，人人能為。

除剃腿毛小工作外，其無他難為

工作。

### 參 考 文 獻

#### Literaturen;

A. Peters: Die Deckung recidivierender Ulcus cruris mittels Lappenplastik aus dem Oberschenkel des anderen Beines; D. m. W. No. 35. 1929.

A. Lehrnbecher: Locale Proteintherapie bei hartnaeckigem Ulcus cruris; Zbl. f. Chir. No. 9. 1931.

A. Kirschner-No. dmann: No. II. Teil. 1. 1933.

Bechtle: Zur Therapie von Ulcus cruris; M. m. W. No. 11. S. 459. 1925.

Baetzner: Fortschritt der Therapie No. 3. 1929.

Bardescu: Zbl. f. Chir. No. 28. 1899.

Buet'ner: Zbl. f. Chir. No. 42. 1932.

B. Kun Gera: Therapie des Ulcus cruris; M. m. W. No. 1. S. 26. 1932.

C. Dreyfuss: Ueber ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwure mit neuer "Simavarix"-Binde; Schweiz. med. Wschr No. 38. 1932.

Chipault: Zbl. f. Chir. No. 40. 1899.

Clasen: Med. Klinik No. 42. 1923.

- Curt: Hempel: Technisches zur Biologie der Wundbehandlung; M. m. W. No. 3. S. 88. 1935.
- C. H. Lasch: u. H. U. Billich: Blutuntersuchung an Varizen; Arch. f. kl. Chir. Bd. 139. H. 4.
- D. Arnsdorf: Die Verwendung der Elastoplastbinde bei Unterschenkelgeschwueren; D. m. W. No. 6. 1926.
- E. Pretsch: Die Varicosanbinde bei der Behandlung des Unterschenkelgeschwuers; M. m. W. No. 42. 1928.
- Eduard Fischer: Das chronische Unterschenkelgeschwuer u. seine Behandlung M. m. W. No. 18. S. 700. 1935.
- Frey: Regionaere Stoffwechselstoerung bei Varizen; Med. Klinik No. 31. 1925.
- F. Schlunk: Zweckmaessige Salbenkombination zur Behandlung von Unterschenkelgeschwueren, Karbunkeln u. Furunkeln; M. m. W. No. 6. S. 247. 1926.
- Fervers: Zinkleimverbandtherapie bei Ulcus cruris u. Krampfadern mit Neo-varicinalstrumpf; D. m. W. No. 27. 1935.
- Gruenfeld: Die Behandlung des Ulcus cruris mit Nebenschilddruesenextrakt; Med. Klinik No. 23. 1931.
- H. Harttung: Ueber chronische Unterschenkelgeschwuer u. deren Behandlung; Arch. f. kl Chir. Bd 149. H. 3.
- H. Harttung: Zbl. f. Chir No. 45. 1927.
- G. Stein Berlin: Die ambulante Behandlung des Ulcus cruris; M. m. W. No. 36. S. 1446. 1932.
- H. Th. Schreus: Die Verwendung von Zinkmull zur Behandlung von Ulcus cruris; M, m. W. No. 38. S. 1604.
- Hugo Deutsch-Bruen: Die Behandlung des Ulcus cruris; M. m. W. No. 25. 1930.

- Hugo Deutsch-Bruen: Blutkrankheiten u. Ulcus cruris; Klinische Wschr. No. 44. 1930.
- K. Baerthlein: Ueber die Bakterienflora des Ulcus cruric varicosum; Zbl. f. Bakteriologie, Parasitenkunde u. Infektionskrankheiten Bd. 114. H. 1-3.
- Kockmann: Erfahrungen ueber die Behandlung des Ulcus cruris; M. m. W. No. 3. S. 138. 1929.
- Kappis: Klin. Wschr. No. 31. 1923.
- Klapp: Arch. f. kl. Chir. Bd. 127. 1923.
- Kohn: Zbl. f. Chir. No. 29. 1923.
- Kartaschew: Ueber die Behandlung des Unterschenkelgeschwuers mittels Verschiebung des Weichteillappens von Fussruecken; Zbl. f. Chir. No. 40. 1930.
- L. S. Sie: Konservative oder operative Behandlung des Ulcus cruris; Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde H. 25. 1925.
- Lapier: Insulin bei hartnaeckigen Unterschenkelgeschwueren; Liege Médical No. 25. 1926.
- Lesser: Chirurgischen Kongress 1891.
- L. Isaak-Frankfurt: Die Heihlung des Ulcus varicosum durch Veroedung der Varizen; M. m. W. No. S. 1539. 19.
- M. Bauer: Beitrag zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüere mit dem poroesen Gummiplattenverband; M. m. W. No 4. S. 178. 1926.
- Magnus: Der ursaechliche Zusammenhang zwischen Unfall u. Unterschenkelgeschwueren; Fortschr der Therapie No. 17. 1926.
- Magnus: Deutsche Zschr. f. Chir. Bd. 162. 1921.
- Meissner: D. m. W. Mo. 7. 1932.
- M. Wolf-Wien: Die Behandlung des Ulcus cruris am Ende des 18. Jahrhunderts; M. m. W. No. 31. 1932.

- M. Ruiter: Die Behandlung des Ulcus cruris mit Acethylcholin; *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* H. 25. 1931.
- Mattisohn: Die Behanelung von Unterschenkelgeschwuer mit Philoninsalbe; *D. m. W.* No. 2. 1930.
- M. H. Cohen(New-York): Die Unterschenkelgeschwuere infolge Dysfunktion der Schilddruese; *Y. americ. med Assoc.* 102. No. 4. 1934.
- Nobl-Wien: Leistungsgrenzen neuerer Heilversuche bei Ulcus cruris; *M. m. W.* No. 26. u. 35. u. 37. 1925.
- Nobl: Der varicoese Symptomenkomplex; Urban u. Schwarzenberg 1918.
- Nussbaum: *Aerztliche Intelligenzblatt* 20. 1873.
- O. Frieder: Ulcus cruris; *Medicin. Gesellschaft zu Magdeburg, M. m. W.* No. 31. S. 1301. 1926.
- O. Meyer-New-York: Differentialdiagnose des varicoesen u. rhlebitischen Ulcus cruris; *M. m. W.* No. 46. S. 1834. 1932.
- Puerckbauer: *M. m. W.* No. 45. 1919.
- P. Kotzoglul: Die Behandlung des Ulcus cruris; *Der Chirurg* H. 6. S. 180. 1935.
- Roller: Die Behandlung der Unterschenkelgeschwueren u. inficierten Wunden mit Schwefeloxyd (Sulfofix); *D. m. W.* No. 25. 1926.
- R. Hummel: Behandlung des Ulcus cruris u. von Fisteln mit Strontium; *Vereinigung der Bayer. Chirurgen, 13. Jahrestagung in Muenchen am 28. VI. 1928.*
- R. Hummel u. F. Salzmann: Versuche mit Strontiumverbindungen bei Ulcus cruris, granulierenden Wundeh u. Fisteln; *M. m. W.* No. 36. S. 1553. 1928.
- Ritter: *Zbl. f. Chir.* No. 6. 1925.
- Schlunk: *M. m. W.* No. 21. 1925.
- Simon: *M. m. W.* No. 10. 1922.
- T. Leclmier: Ueber ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwuere

- mit neuer "Simavarix"-Binde; M. m. W. No. 27. S. 1078. 1935.
- V. Gandini: Das Natriumbicarbonicum in der Behandlung eitriger Wunde u. besonders des Ulcus cruris; Minerva med. 1932. 23, I.
- Walter: Behandlung der Varizen u. Ulcera cruris; M. m. W. No. 30. S. 1251. 1925.
- W. Schaerfer: Ueber Blutuntersuchung bei Varizen; Arch. f. kl. Chir. Bd. 136. H. 4.
- W. Loewenfeld: Zur Behandlung varicoeser Unterschenkelgeschwure; M. m. W. No. 44. 1926.
- W. Hackel-Petersburg: Zur pathologisch-anatomischen Charakteristik des chronischen Unterschenkelgeschwures im Zusammenhang mit der Behandlung durch Neurotomie; Arch. f. kl. Chir, Bd. 159. H. 3.
- Y. Kerb: Die Behandlung des Ulcus cruris mit schwefliger Saeure in Form von Sulfofix; M. m. W. No. 10. S. 437. 1928.
- Y. V. Finck: Plumbum jodatum gegen Unterschenkelgeschwuer; M. m. W. No. 1. S. 46. 1929.
- Y. Steinwendner: Die Schmerzphaenomene beim Ulcus cruris; M. m. W. No. 33. 1932.
- Zieler: Unterschenkelgeschwuer der verschiedenen Art u. geeignete Behandlung; Wuerzburger Aerzteabend, Sitzung des aertzlichen Bezirksvereins von 17. Dezember 1929.
-

# 內分泌腺之最近的研究

## 腦下垂體 (續)

梁之彥 (國立同濟大學醫學院生理學研究館副教授)

### II 後葉荷爾蒙的化學性質

自發見後葉荷爾蒙的生理作用之後，接連即有學者進行其化學的研究，最初 Fühner<sup>1</sup> 氏(1912) 以為彼由後葉浸抽液內所製出的結晶體，就是純粹的後葉荷爾蒙，實在乃沈澱的 Pepton 和 Albumose，不過附帶着有効的成份而已，其次就是 Abel<sup>2</sup> 氏原先的主張，將 Histamin 當作腦垂後葉內的有効成份，不久亦被否認了，蓋新鮮的後葉內絕未有生物的銜基物質 (Amine) 之存在也。

洎至 Histamin 被證明非後葉的有効成份以來，許多學者 (Fenger<sup>3</sup>, Dudley<sup>4</sup>, Abel<sup>5</sup>) 又各以不同的浸抽法去嘗試析出純粹的荷爾蒙。在此比較最進步的，是 Abel 氏和其助作者所得的結果。他們用種種沈澱和洗滌方法之手續製出一種後葉荷爾蒙之葡萄糖鹽化合物，對於子宮，血壓，和尿液的分泌上均甚有効力。例如其刺激子宮的効力較之 Histamin 竟高出 1000—1250 倍。至此 Abel 氏物質之重要的化學性質；即溶解于水及 95% 的酒精

內，不溶化于以太，哥絡仿，醋酮及本曹爾 (Benzol) 中，對於鹼性物甚敏感，極易被凝着，且具 Pauli 氏及 Biuret 之反應，可以藉滲透分析之。

復次，據 Abel 和其助作者的見解，上述之一切後葉荷爾蒙的生理作用，均是來自于其所得到的葡萄糖鹽化合物，蓋他們證明如果將此葡萄糖鹽化合物分析愈為純粹時，則其一切的作用，皆平行增強，反之經受鹼性物，酸加水分解以及滲透分析時，其各作用即同為低減也。

此外英國學者，如 Dudley<sup>6</sup>, Dale<sup>7</sup>, Schlafp<sup>8</sup> 諸氏悉反對此一元的理論。他們主張以上所述之各種生理的作用，乃是來自于數種彼此効力相差異的物質。按 Schlafp 氏的實驗，一方面刺激子宮的作用與他方面增高血壓和擴張色素的作用，起于兩種不同的物質，至于後二者則不克再為分析。就是美國學者 Drafer<sup>9</sup> 氏亦大部確證了 Schlafp 氏的試驗，他以為增高血壓及排尿的作用，是起于同一的物質，其他刺激子宮的作用，必為別一種物質所

喚起。

對於此二元論最有力的根據，是後來 Kamm<sup>10</sup> Aldrich 諸氏之工作。他們成功將後葉內之兩種物質，即刺激子宮和增高血壓的因子，完全拆開，且不致減損其効力。是以前所得之含有刺激子宮的因子之製劑，比着 Voegthir 氏之標準粉劑加濃至 150—200 倍。含有增高血壓之因子的製劑比其加濃至 80 倍。前者他們名之為 Oxytocin 或 Pitocin。(在德國現名作 Orasthin)，後者名為 Vasofressin 或 Pitressin (在德國現作 Jonephin)。至于二者之化學組合似近于銜基物 (Amine)，其分子之重量，按照滲透分析之試驗，約為 600。

但是他方面 Abel<sup>11</sup> 氏新近仍堅持其一元的見解；他以為後葉內只含有單一的有効物質，不過該物質的性質易被分裂，其分裂後之各成份，各具其相當一部的作用而已。

反之 Kamm<sup>12</sup> 氏和其助作者又根據其新近的研究，推斷刺激子宮及增高血壓之兩種因子的化學性質，極為接近，僅只二者之物理的性質大相差異。至于抑制尿液排泄的作用，大概來自于又另一特別的因子。

此外最近 Du Vigneand<sup>13</sup> 氏報告極

純粹的後葉荷爾蒙之二因子 (Oxytocin 和 Vasofressin)。各具有差異的 Zystin 和 Tyrosin (兩種銜基酸) 之含量。其次 Gulland<sup>14</sup> 和 Newton 氏，以及 Freudenberg<sup>15</sup> 和其助作者特別只對於 Oxytocin 的化學性質有更進步的研究。Freudenberg 氏以為 Oxytocin 與 Insulin 極相接近，不但 Oxytocin 亦是成于銜基酸式 (Peptidartig) 的化合物，而且亦為一種養化還元系 (Redoxsystem)，其中硫質具重要的作用，以酸作用加水分解時，則得到 Tyrosin, Cystin 以及少量 Histidin 之銜基酸。H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, 鹼性物，以及紫外光均能損減其効力，但不若 Insulin 之速。其分子重量較 Insulin 為小，頗易滲透分析之。

後葉荷爾蒙的作用對於消化酵素，亦不甚安定，(Thorpe<sup>16</sup>, Gulland 和 Macrae<sup>17</sup>) 氏是以由口中輸入後葉荷爾蒙完全無効。( Knaus<sup>18</sup>) 不過據 Haynal<sup>19</sup> 以及 Hansen 和 Burnett<sup>20</sup> 所持的見解，以為其間後葉荷爾蒙是經過腸道吸收之後，到肝內始被消毀了。

靜脈注射與肌肉和皮下注射之後葉荷爾蒙所發生的効力大相差異。例如靜脈注射之很有効力的後葉荷爾蒙量，于皮下或肌肉內注射時，則僅引起極微弱的作用。

雖然由以上的敘述看來，似乎腦垂後葉內有數種不同的荷爾蒙之存在，但是向來去證明或定量分析後葉荷爾蒙的製劑，大多數只使用隔離的動物子宮，此外就去研究後葉荷爾蒙的化學性質，現在對於 Oxytocin，亦為重要的工具，至于其他根據排尿，血壓，及色素細胞之方法，均未有實地的價值。

國際之標準的後葉荷爾蒙製劑為 Voegthir 氏受國際聯盟會之委託所製出之後葉的醋酮乾燥粉。此粉之 0.5, mg 等于 3, 2mg 之新鮮腺體，亦即所謂之 Voegthir 氏單位。按 Choag 和 Wurmser<sup>21</sup> 氏之意見，如將該粉小心放置之，可保持至二年之久，而不起變化。

#### 參考文獻

- 1.) Münch. med. Wschr, Nr 6, 1912, Z. exper. Med. 1, 397 (1913)
- 2.) J of. Pharmacol. 13, 243(1919), 14, 279(1919)
- 3.) J. biol. Chemistry 21, 283(1915), 25, 417(1916), 42, 153(1920)
- 4.) J of. Pharmacol. 21, 103 (1923)
- 5.) J of. Pharmacol. 15, 347, 401 (1920), 20, 65 (1922) 22, 289, 317 (1923)

- 6.) J. of. Pharmacol. 14, 295 (1919) 21, 103(1923)
- 7.) Chem. Control of. bodily functions, London 1926
- 8.) Quart. J. exper Physiol. 15, 327 (1925)
- 9.) Amer. J. Physiolog. 80 90(1927), 89 273(1929)
- 10.) J. Amer. chem. Soc. 50, 573 (1928), 90, 618(1928), Science 199 (1928)
- 11.) J. of Pharmac. 40, 139(1930)
- 12.) J. biol. Chem 92(1931)
- 13.) J. biol. Chem 100(1933)
- 14.) Biochem. J. 26, 337 (1932) 27 1216(1933)
- 15.) Z.für. physiol. Chemie, 233, 172 (1935)
- 16.) Biochem. J. 20, 374(1926)
- 17.) Nature 470(1933)
- 18.) Brit. Med. J. 1, 234(1926)
- 19.) Z. f. exper. Med. 62, 229 (1928)
- 20.) Univ. California Publ. 7, 197 (1930)
- 21.) S.c. Biol. 110, 1188(1932)

III 後葉荷爾蒙之產生，排泄及與間腦 (= Zwischenhirn) 的關係。



以上所述的荷爾蒙之所以名作後葉荷爾蒙之故，不過因其向來由腦垂後葉內浸抽而得也。至于此荷爾蒙是否真實為後葉的體素所產生，各學者的意見並不一致。Biedl<sup>1'</sup> 氏即否認其產生于後葉內，蓋生物之任何器官的分泌機能，皆是與腺形細胞相關連，今腦垂後葉既異于前葉和中葉，而為神經體素所組成，故似無分泌荷爾蒙之効力。于是因此 Biedl 氏就主張上述之荷爾蒙，亦與刺激色素細胞之荷爾蒙同樣產生于中葉內，至由後葉內所浸抽得之荷爾蒙，乃從中葉排泄而來也。

反之他方面最近 De Lawder<sup>2'</sup> 和其助作者由比較腦垂各葉之浸抽液的効力之結果，推斷上述之增高血壓，刺激子宮，以及抑制尿液之各因子皆是產生于後葉內。

此外 Trendelenburg<sup>3'</sup> 和 Sato<sup>4'</sup> 氏根據其在犬所作的實驗，復又證明于間腦之灰白結節 (Tuber cinereum) 內，有時亦于乳嘴體內，產生抑制尿液的物質，並且該物質的產量特別于割去腦下垂體以後始為大量的增加，而在常態的動物則甚少。于是由此現象他們推斷割掉腦下垂體時，間腦之灰白結節具有一種代償能力，以增加抑制尿液的物質之產生和排出。或者許多學者 (Karlik<sup>5'</sup>, Bourquin<sup>6'</sup>, Fee<sup>7'</sup>, Mich. Ij-v<sup>8'</sup>) 報告僅只割去腦下垂體之所

以不發生多尿的症象，(=Polyurie) 亦許即原因于此代償作用。

在割去腦下垂體有時所遇到的多尿症，現在大多數學者均以為不是來自于腦垂自身的缺乏，而是起于其周圍的間腦部分發生了障礙。實在我們將腦下垂體保留之，而僅以尖針刺傷第三腦室之底基，亦能以喚起長久的多尿症象。( Gawns 和 Roussy, Baily, Atwell) 至關於刺傷間腦部所引起的多尿症之原因，按 Trendelenburg<sup>9'</sup> 和 Sato<sup>4'</sup> 氏之意見，絕不是完全由于神經的作用，蓋因先除去腎臟的神經，或截斷頸部的脊髓而再刺傷間腦時仍然有喚起多尿症之能力也。所以二氏主張刺傷多尿症之起源，是由于後葉及間腦部之產生和排出抑制尿液的物質發生了障礙。( Trendelenburg<sup>9'</sup> )

因為在腦脊髓內許多學者 (Dixon<sup>10'</sup>, Trendelenburg<sup>11'</sup>, Geesink<sup>12'</sup>, Whitehead<sup>13'</sup>, Karplus<sup>14'</sup>, Barbour<sup>15'</sup> 等)，藉其生理的作用，均證明有後葉荷爾蒙的存在，甚且又因腦垂後葉與間腦部密切的連繫，所以他們推想後葉荷爾蒙是直接經過腦垂柄部排入于腦脊髓液內，而非分泌于血液中。不過對於此種見解也有否認者。( Putnam<sup>16'</sup> ) 此外尚有之疑問，即是後葉荷爾蒙之各因子，是否皆是如此的排泄。

例如 Friedmann<sup>17</sup> 氏報告在腦脊髓液內並不克檢得 Oxytocin, 反之 Simon<sup>18</sup> 氏于其內却不能證明 Vasopressin.

最近據 Lucke 氏及 Kylin<sup>19</sup> 氏之研究, 不但是後葉荷爾蒙, 而且有些前葉荷爾蒙, 如 Luckes 氏荷爾蒙, 刺激生殖腺及副腎皮質之荷爾蒙, 亦皆是分泌于腦脊髓液內。關於此 Kylin 氏更以組織學的方法檢得從前葉起通過腦垂柄部至第三腦室尚有一導管之存在。其管內之表皮與腦室中之被膜相似。前葉荷爾蒙即由此管以達于腦脊髓液內。因之彼將其名為 "Ductus hypophyseus cerebri"。但是按 Daniel<sup>22</sup> 氏和 Cclombi 之試驗, 在腦脊髓液內于後葉荷爾蒙以外並不克證明其他的荷爾蒙。

在婦女之妊娠期腦脊髓液內後葉荷爾蒙的含量似不發生顯著的變動。(V. Dyke<sup>22</sup>, Siegert<sup>23</sup>) 反而于其血液中, 尤其在快將分娩以前, 證明有大量的 Oxytocin 之產生。(Foutes<sup>24</sup>, Da Cunha<sup>25</sup>)。按 Krogh<sup>26</sup> 氏的研究, 常態的血內所含的後葉荷爾蒙似極為微少。

至排入于腦脊髓液內之後葉荷爾蒙, 據 Biedl 氏的見解, 即直接作用于第三腦室的底部之各植物性神經中樞, (如新陳代謝, 水份代謝和血壓等中樞,) 然後間

接影響到全身各部的植物性機能。反之在他方面 Karplus 和 Peczenik<sup>27</sup> 氏最近以電流刺激第三腦室之底部 (即視神經床底 = Hypothalamus) 時, 發見腦脊髓液內之後葉荷爾蒙的含量即較常態的增高。其次 Kraus<sup>28</sup> 氏又發表損傷第三腦室之底部, 則引起腦下垂體之萎縮。是以由此推斷腦下垂體後葉的分泌似又受着第三腦室之底部的神經中樞之統制, 蓋早有學者證明二者間有神經纖維連繫也。此外就是 Hohweg 和 Junkmann 二氏對於前葉之刺激生殖腺的荷爾蒙之分泌, 亦抱同樣的觀念, 在前已提及了。

因為腦垂後葉與間腦部二者之間, 有此不克分離的相互作用, 即一方面後葉荷爾蒙刺激間腦之植物性神經中樞, 而他方面間腦之神經中樞又統制後葉荷爾蒙的分泌, 所以近年來生理學家將二者合之名作 間腦腦垂系 (Das diencephalo-hypophysaere System) 以比擬于副腎腺與交感神經的關係。(副腎交感神經系 Das Sympathic-adrenalsystem)

#### 參考文獻

- 1.) Das B. the'sche Handbuch. XVI/1. S. 489. (1930)
- 2.) J. of. Pharmacol. 51, 142 (1934)
- 3.) Kl. Wschr 7. Nr. 36 (1928)

- |  |   |
|--|---|
| 4.) Arch. f. exper. Path. 131,46<br>(1927)                       | 1341(1933)  |
| 5.) Z.exper. med. 61,5(1928) Pflüg.<br>arch. 227, 480,(1931)     | 16.) Kl. Wschr. 969(1932)                         |
| 6.) Amer. J. Physiol. 362(1927)                                  | 17.) Amer. J. Physiol. 101,35(1932)               |
| 7.) J. Physiol. 68,305(1929)                                     | 18.) J. of. Pharmacol. 48,287(1933)               |
| 8.) Arch. f. Psychiatr. 89,271(1930)                             | 19.) Kl. Wschr. 1935, S. 347                      |
| 9.) Die Hormone B. I. (1929)                                     | 20.) Soc. Biol 110,1139(1932)                     |
| 10.) J. Physiol. 57,129(1923)                                    | 21.) Z. Bercht. d. Physiol. 80, S. 658            |
| 11.) Kl. Wschr. 1924,777, Arch. f.<br>exper. Path. 114,255(1926) | 22.) Amer. J. Physiol. 82,84(1927)                |
| 12.) Z. exper. Med. 65,163(1929)                                 | 23.) Kl Wschr. 1927,1558                          |
| 13.) Amer. J. Physiol. 90,556(1929)                              | 24.) Soc. Biol. 107,88(1931)                      |
| 14.) Pflüg. Arch. 232,402(1933)                                  | 25.) Soc. Biol. 108,200(1931)                     |
| 15.) Proc. Soc. exp. Biol. Med. 30,<br>1341(1933)                | 26.) J. Pharmacol. 29,177(1926)                   |
|  | 27.) Pflüg. Arch. 225,654(1930),<br>232,402(1933) |
|  | 28.) Virchows Arch. 286,656(1932)                 |

## 胆道疾病概論

李明琛

(國立同濟大學醫學院內科助教)

胆之爲物，體甚微，而輸胆道亦甚短小，但其爲害之烈，有時不亞於腹內之蛔突炎，蓋偶爾胆道罹疾後，則常惹起其他器官之危險病症；其習見而危險者，如每因胆道內有多量之病菌時，再加病者體質

虛弱，缺少抵抗力，則多因此種病菌，致起成膿性之胆道發炎，繼入肝部，而造成肝膿症 Leberabscess；有時病勢不減，波及其餘肝內之最小被胆管及其中間之結締組織，於是起有惡劣之變化 Hepatitis

Parenchymatosa，處此情形，則其治療上之束手，可無疑矣！

細察胆道之急起疾病，多屬發炎性，致於其發炎之理由，不外二端，即由腸道及由血液之傳染是也。所以每當胆汁缺少時，或胆汁起有鬱積現象時，則在胆道部，起有許多之傳染性疾病；因胆汁多時，則胆汁之用途，不僅為化消之動作，且有時因為胆汁從膽囊流出之衝力，作為自衛之能力！蓋由血液內帶來之細菌，可借胆汁之流動，將病菌輸入下部之腸道，而同糞便排洩於外矣；其在由腸道得來傳染病菌，可借胆汁沖洗胆道作用，則病菌不易再由胆道而深入胆肝各部，庶幾可免疾病之發生矣；由此觀之胆道疾病之發生，雖云由腸道及血液中得之，但除此兩端外，而胆汁之鬱積現象，亦為造成胆疾病之最佳條件也。如吾人習見之閉塞黃病，該胆道漿液膜甚為腫張，胆汁在膽囊內亦十分鬱積，所以醫治此病之根本辦法，惟有刺激胆汁之排洩，期望通達已腫張之胆道，而達到十二指腸部，乃為合理之治療也。

由腸胃得來之疾病，多半有肝腫大，胆部有痛覺，眼臉部帶黃色，尿內現有膽色素 Bilirubin，有時發寒熱而帶戰慄，此實因由腸胃傳來之細菌而致膽道發炎之

特徵也。致於由血液中得來之膽道炎，則每不若上者之險惡，蓋後者常依原來之傳染病輕重為轉移，故其治療亦甚為簡單；如患肺炎，副傷寒及傷寒病者，時常惹起膽道發炎也。

膽道內之傳染病症，既如是之複雜，故倘某人一旦患膽道疾病時，則其治療之得法與否，亦須謹慎從事焉，蓋遇療法欠佳，在時間上言之實不啻賜病菌以繁殖之機會也。竊觀近十年內，對於該病之適當療法，擇其有效力者，不外兩項：

(1) 普通療法，

(2) 藥物療法

普通療法：

靜臥 可使炎症，不致加劇，換言之，即可停止發炎之進行，如是則膽道之腫張漸消，庶幾膽汁由膽囊可從容深入於十二指腸，而期疾病之痊癒也，故凡病者，倘眼臉部有稍微之黃色，尿內現有膽色素，以及消化仍不良時，須應在牀靜臥，且勿隨便下床行走，以勉疾病之再為加重也。

食物療法 以不刺激腸胃為前提，但同時亦須注意肝之消化動作，蓋如是，則肝之本體，可有休息之時間，如是則易於恢復原來之動作

能力也。最好在得病之初，只許少進紅茶，或茶內加糖及檸檬汁等除此外再加少許之烤麵包及其切碎之蔬菜為佳。

對於病者所分配之食物，以求多含水炭素 Kohlenhydrat 為最適合，蓋按 Ueber 等專家之實驗，肝內有含水炭素之量最多，則其敵抗傳染病之能力亦愈大，反言之，如肝缺少動物性之澱粉 Glykogen，則對疾病之敵抗力減少，而病菌亦易於侵入也。致於雞鴨，蛋及其他之牛羊肉等，平素雖推為最佳食品，但如本病正在進行之際，宜不食此類食品為宜，因已罹病之肝，要再令該器官去分解蛋白質，此實不啻故意摧殘肝細胞之效能也。含有多量脂肪食品，倘證明肝道仍在塞閉時，亦須禁食；因脂肪最初消化之步驟，須將脂肪變為乳狀 Emulgierung，方克由腸壁吸取；但由脂肪變為乳狀，第一步之工作必須借膽汁，乃克成功，故當膽道正在閉塞之際，含脂肪之食料，宜須戒絕也。又如市上所售各種酒類，因其據有傷肝細

胞之作用，故無論在何種情形下，亦須禁飲也。除以上所述，對於食品略有規定外，如某病者，在病期內，能多飲帶糖溫水，蓋如是則可沖洗已在鬱積之門靜脈，亦有裨益醫治肝臟之方法也。

利用熱力 如電袋熱水袋等，或在肝膽部擦以安福消腫膏 Antiphlogistin，以上種種，無非是利用熱力，深入肝之內部，可減輕膽道之痙攣，同時可使肝膽血液循環增加，豈非在無形之中，給肝膽組織上一種榮養耶？

藥物療法：利用藥物療法之意義和目的，是減少病者之痙攣，刺激膽汁之分泌及防止發炎蔓延，蓋如是方可縮短病期，而期及時痊癒也。竊觀當痙攣發作時，病者除痛疼外，同時亦甚為恐懼！際此險惡情形，吾人可先給病者注射 Perparin 0,04 或 Papaverin 0,04 最好行靜脈注射；倘注射後，而痙攣仍繼續發作時，則吾人必須注射 Atropin 0,0005 及 Morphin 0,02 之合劑，可立時解除病者之痛苦也。又如 Eukodal 0,02, Dilaclid 0,02 等，亦為常用特效藥。常見當痙攣劇烈時，屢起虛脫現象，故吾人凡遇

痛之病者須事先察觀其循環器官，如其脈膊頻數加多，且無力而小，則必須急行 Strophantin 0,0005 加 30% Glycose 靜脈注射，或 Coffein, Canphora, Sympatel, Ephedralin 等劑；如是一方面急速停止其痙痛之發作，一方面注意其循環器之虛弱，則病者之生命可暫時渡過危險矣！

前數段已稍言之，如早期治癒膽道疾病，則必須刺激之膽汁分泌，乃為適當之療法；綜觀藥物學中，其據有上項效力者，首推硫酸鎂及水楊酸。其用法甚為簡單，且價目亦甚低廉，故醫家常用之。

服藥方式：硫酸鎂兩匙，溶於一百伍十西西熱水內，俟其冷熱適口時，即令病者徐徐服下，上者最好在早晨空腹服之；第二次，在午飯前卅分鐘，半匙硫酸鎂，溶於一百西西水中即時服之；如是療法，病者定有腹瀉，但此情形，對於頑強之黃病，實有莫大之裨益也。

### 水楊酸

Rp.

Natr. Sa ycil

Natr. Bicarbonat.  $\overline{\text{aa}}$  3.0

aq. dest. ad 100.

m. f. sal. 一日量，

分五次服。因為水楊酸甚易刺激胃部，故在本醫院，常用灌腸法，其效果，與內服相同。

Rp. Natr. Salicyl 5.0 } 一日量，睡  
Aq. dest. 40,0 }  
前一次灌入直腸內，連灌四日，甚有奇效。

除硫酸鎂及水楊酸外，其能據有上項之功效者，尚有下列數種，不過其價值稍為昂貴耳。

a) 大黃 Radix Rhei

Rp.

Pul. Rad. Rhei

mag. ust  $\overline{\text{aa}}$  5.0

Natr. Bicarb. nat

sacc. lact  $\overline{\text{aa}}$  20

m. f. Pul. d. s.

每日三次，一次一匙

Rp.

Inf. Rad. Rhei 6/180.

Natr. Bicarbonat 8.0

m. f. Sol. d. s.

每二小時吃一匙

以上大黃之混合劑，據有膽汁分泌催進之功效；吾師 Prof, Blumenstock 曾言：現時對於黃病藥劑雖多

，但其功效，最佳者，亦不過與大黃混合劑相等耳。

b) Bilival 丸劑，為 Lecithin Cholsaures Natrium 所造成，對於膽道及膽囊炎，有催進膽汁之功效；（但對膽囊膿及已嵌着之膽石，且忌用之！）

Rp.

Bilival Pills, Packung mit 25 Pillen "Boehringer Sohn" d. s. 每日三次，一次一粒。

c) Decholin 為鈉鹽之 Dehydro Cholsaure 合劑，對於肝膽諸病，甚見特效。該藥分兩種，即經口之片劑與靜脈注射劑是也。尤其是行靜脈注射，效力甚為迅速，且其功效可保持二十四小時之久，故每日注射一次可矣。有時每當注射之際，病者口內覺苦味甚烈，甚至嘔吐，但此實無關緊要之事，蓋此情形，須與即消失矣。致於其用量，第一日可注射百分之五 Decholin 五西西，第二日至五日，四日之內，每日可注射百分之五 Decholin 十西西；又因常遇見神經過敏之病者，每不易忍受 Decholin 之注射，處此情形，吾人可將 Decholin 與百分之卅 Glycore 混合之，如5%

Decholin 10cc 加 30% Glycore 10cc，一齊徐徐行靜脈注射，則病者自不覺注射之苦矣！

d) Degalol 為 Mentha-Dioxycholsaure 造成，為一種片劑，功效甚偉，每日可服六七片，對於膽道發炎惹起之黃病，以及腸脂肪過多，試服 Degalol 定有很好的結果也。

e) Agocholin 亦為催進膽汁分泌之藥劑，其形為小粒狀。特別是因胃炎而起膽道閉塞黃病時，服用是藥為最佳。服法：在清晨空腹時，兩匙 Agocholin，溶於溫水內，然後徐徐飲下；候飲完後，病者須右側臥二十分鐘，蓋如是，則 agocholin 溶液，易於從胃幽門流入十二指腸也。該藥據微瀉作用，故在服此藥時期內，可勿服 Carlsbodersalz 矣。

f) Ikterosan，按其名詞看來，好似醫黃病之特效藥，但接近來許學者，如 Bergmann 諸氏之言論，以為 Ikterosan，有時偶爾見效，但因其中含有 Atophan，（因為該藥對於肝臟有損壞力）所以正當肝膽內部組織有發炎現象時，以不用此藥為宜也。又如近來 Meck 藥廠所出之 Euboldin，亦據催進膽汁之能力，因為試驗太

少，故須俟以後再為公佈也。

倘在膽道有劇烈發炎時（病徵：有高低之惡寒上昇下降，膽部甚為痛疼，常好似刀割然；因為橫隔膜經神之經絡，刺痛來時！常波及右肩部，白血球增加）處此惡劣之情形，欲想停止劇烈發炎之進行，須及時用膽消毒劑為宜。凡此類藥品，均據有殺菌作用；吾人常用者，為 Cylotropin 該藥為 Urotropin 及 Salicyl 之混合劑作為靜脈注射，每日一次，每次五西西至十西西，此分量須看病者之年齡與病狀而定。有許多病者，對於一切注射，不甚歡迎，此種困難情形在所不免特別是在婦女界為尤甚，夫如是吾人必須找一經口藥品，作為殺菌及催進膽汁分泌之用，此類藥劑，在現時尚不多見；惟其稍較有功效而常用者，首推 Choleflavin，其成分為 Tripaflavin, Papaverin, Podophyllin 及 ol. menth. pip.，據有催進膽汁增加，停止痙攣痛疼及減少發炎作用。

Rp.

Cholflavin Pills

No. XXI. d. s. 每日三次，一

次一片，在飯前半時服之。除 Chole

flavin 丸劑外，其能經口服用，而亦據有確當之功效者，則為 Degalol 及 Prontosil 之混合醫法。Degalol 已言之於前。Prontosil 為一種黃色素製劑，據有強烈消毒作用，試觀下例，則知其功效及用法矣。例一：張文生，男性，已婚，有二女，均健在，未有梅毒及其他之傳染病。張君在十五六歲，常患有胃氣痛之疾病，中醫診為肝火上升，始終未愈也；幾乎每年之內，必有七八次胃氣痛發作，以上為張君既往症。於民國廿四年五月十九日，因發惡寒，戰慄，胃部右邊刺痛，來本院求醫，又因病狀危險，即勸令住院，以供吾人作一統系之試驗和治療；病者胃之右方，特別是在膽部，用手觸之，則痛加劇，眼臉部稍帶黃色，尿內現有多量之膽色素 Bilirubin 及少許之 Urobilinogen 驗血結果：Leucocyten 14500

Blutbild: Lymphocyten 17%

Stabkernig 12%

Segmentiert 68%

Bosophyl 0

Ecsinophyl 1%

Monocyten 2%

按上者臨床之病狀及各種試驗之



結果，診此為急性膽道發炎，治療：因在入院之第一日，膽部有劇烈之刺痛，同時亦嘔吐不止，於是即注射一針 Suproryl (為 Novatropin 及 Perparin 合劑) 刺痛稍止，但嘔吐仍不稍停，因之即投以羅仿混合劑。

Rp.

|                 |       |
|-----------------|-------|
| Chloroform      | gtlX  |
| Natr bicarbonat | 3.0   |
| tink. amara     | 10.0  |
| Aq. menth pip.  | 4.0   |
| Aq. dest        | 100.0 |

m. f. Sol 一日量，三次分服；服用此混合劑後嘔吐稍停，在同日下午，病者亦為安靜。因為根據病者之惡寒，戰慄，白血球增加，以及其發熱情形，推其理由，必歸於炎症！於是即給病者以 Prontosil 作為消炎之藥。

Rp.

Prontosil tab. "Bayer"  
No XII d. s.

每日四次，每次半片。當服藥後，小便多半呈現棕紅色，此蓋因黃色素關係，無足怪也。第二日上午，熱度由三十九度五降下至三十八度二，下午又升至三十九度三，在此日內共服

Prontosil 兩片。及至第三日早晨，熱度又降至三十八度一，下午降至三十七度八；在此日內，病狀已由劇烈而趨平和，消化情形，已較前兩日為佳；趁此時機，又令病者服 Degalol 六片。如是療法，及至第五日，熱度降至三十七度，胃口已較前大增，白血球只有7500，又驗其小便，只有少許之 Bilinibin 耳！

凡患黃膽病，因為膽酸關係，常使皮膚發癢，致使輾轉反側，其為狀苦矣；惟絕對求其能停止發癢之特效藥，至今尚屬鮮見，然求其減少發癢之痛苦者，首推以下藥品，有時常見特效也。

(1) Rp.

|                 |        |        |
|-----------------|--------|--------|
| Bromural 0.5    | } 每日兩次 |        |
| Ephetonin 0.02  |        | } 一次一包 |
| m. f. Pul. No x |        |        |

(2) Menthol

|                   |       |
|-------------------|-------|
| Thymol aa 2.0     | } 擦癢處 |
| Spiritus 75%, 200 |       |

(3) 靜脈注射藥，有 Afenil，每日兩次，一次十西西；Bremos trontiuran 每日可一二次；以上兩藥，見效甚為神速。

在前數段中曾講過，有時因為膽

道之發炎現象，進行甚急，常波及肝臟之組織，於是致使病者，各項病徵更爲沉重，神志亦稍因之而錯亂，際此惡劣情形，除按上者之法規治療外，吾人必須按 Umber 諸專家之辦法，給病者大量之 Insulin，以保持肝內 Glykogen 之含有量，以作敵抗傳染病之預備；依是辦法，則 Insulin 雖云非爲專醫膽肝病之特效藥，但在各試驗中，實可減少生病之期限也。使用方法：每日二次，一次十五單位，在飯前注射之，事前須靜脈注射 30% Glycose 二十西西同時病者之糖尿及血糖，加以鑑定，蓋如是方可收 Insulin 治療疾病之功效，而同時亦不致生寡血糖病 Hypoglykaemie 之危險也。

附錄：有下列數端，爲與膽道有緊要關係者，倘用內科治療爲不可能時，須即召外科醫生，共商辦法，以避免病者腹膜炎之危險也。

- 1.) 有時久而反復之膽道傳染病
- 2.) 證明肝之內部組織，已損傷甚多
- 3.) 因膽道病而波及脾臟時
- 4.) 膽囊蓄膿
- 5.) 急性膽囊蜂窩織炎，帶有腹膜

炎之現象時

- 6.) 膽囊發炎，斷其爲癌症時
- 7.) 輸膽管閉塞，爲時已有三四禮拜之久，身體各部之黃色，有增無減，小便時久不現 Urobilinogen 反應者
- 8.) 因胆石而起吐糞症者

總結：由前數段觀之，對於胆道疾病之治療，其最要者，厥爲注意食物之分配，及按時利用催進胆汁劑。如含多量之脂肪食品及酒類，須禁食之，蓋如是方不致損傷肝部組織而影響肝之消化功作也。屬於催進胆汁之藥劑：如硫酸鎂，Agocholin 及注射 Decholin 爲其特效藥，倘胆道內，起有劇烈之炎症時，又須及時利用胆道消毒劑，方不致使炎症再蔓及其他有關之重要器官也。如偶爾波及他器官，處處均須外科治療時，須即請外科專家，共商辦法，方不致誤病者之生命於庸醫之手也！

#### 參考文獻

1. Lehrbuch der Leber- und Gallenkrankheit von G. Bergmann, Berlin
2. Lehrbuch der Verdauungsorgane krankheit von W. Stepp Breslau
3. Moderne Therapie von Frank

4. Grundriss der Inneren Medizin,  
von Domarus
5. Med. Klinik 23, 1926.
6. Munch. Med. Woch. H. 33, 1924
7. Deutsch. Med. Woch. 48, 1927
8. Fortschritt der Med. 13, 1928

9. Deutsch. Med. Woch 37, 1925
10. Ernährungs therapil vor Srank
11. Lehrbuch d. Inneren Medizin  
von Strumpell.
12. Pharmakologie von Paulson.

## 全身麻醉新論及其實用選擇

但功澤

輓近三十年來麻醉問題已起重大變化，吾人無論在病院診療所化驗室中，莫不致力研究如何利用之以減少病人痛苦，如何改良方法以期獲得安全無害之結果。如美國更有所謂麻醉學專門家出，渠不僅注重技術之如何運用，以貢獻於醫界。且格外注意各個病人對於何者始適合於其病理的生理之需要。故英美各國大學中，無不有專門學者教學之，可知其重視為何如矣。

外科醫家竭其全力以期達減少病人在手術時痛苦與危險之目的。然麻醉法之在往昔，其意義視較手術為次要。迄至近代外科技術愈益進步之過程中，就病家本身言，已被視比手術尤為重要矣。蓋其影響

所及，非僅限於局部，對於全身各部器官，稍一不慎，無有不蒙其不利之影響故也。就麻醉傷害之程度言，一則能促成官能作用發生障礙；再則能形成官能的解剖學的形體學之損傷。二者以前者為遺害更大。因此近日更進而精研人體膠質化學及病理的生理學以期得詳確分析各個病人之體質，何者適用於某種麻醉劑，始可減少其弊害。近世已不拘泥於傳說之取法，進而求明每種麻醉劑之特別作用，某種不利於心臟，某種有傷害血液循環，某種能損害血球組織或呼吸器官及物質代謝作用等。譬如有心臟病者忌用 Chloroform；血壓高者不可用 Aethylen；有呼吸器病者宜慎用 Avertin 麻醉法等。

至於麻醉法之選擇與數種麻醉劑之合併用法，據一般醫家之見地，斷難使之一致。總之，必因各個不同之體格與性質而慎其選擇與取舍，庶乎可得運用之妙矣。

#### 施行麻醉前病人體質之分析

在處置一外科手術之際，欲求估量病人身體之抗力為如何。據最近最新觀察，不僅限於注意其病理的解剖上之意義，更應顧及其體力效能上所受之影響為何如。譬如對於病人同時所產生之二重傷害即麻醉與手術本身二者為不可避免之事是也。至病人對於麻醉及手術的敏感與震盪症的預伏等，均已成為近世研討之中心問題。吾人雖已知麻醉能危害及血液循環及呼吸器官之嚴重性，但於施行麻醉之初，不能預知其將受影響至何種程度之結果而止。蓋手術本身所影響，除與麻醉直接發生關係外，亦能增重循環器之負擔故也。外科醫家之責任，非僅為除去局限外科疾患而已。凡該症所影響及之各部器官及其功能，如循環器，素質衰弱，心臟的刺激傳導系統之失調，心理的震盪症及病人心境狀態之失常等，皆應注意及之。倘遇有特別疾病的潛伏原因時，即在手術前後最短期內，亦能引起迅速的心臟死亡危險。

麻醉敏感 (Narkoseempfindlichkeit) 乃為一極複雜之問題，其組成之成分亦至

難分析。據 Rehn 氏及其學生所述，即為久病之病人對於被施麻醉之際，其感覺較諸常人更為銳敏之謂。如因瘤腫形成之惡液質，糖尿病，巴賽朵氏病等患者行之，均極易引起嚴重之麻醉傷害與手術後震盪症。據 Achelis 氏謂：凡因上述病症所侵害之患者，均有一潛伏的或顯著之肝臟變化，一受麻醉及手術影響後，即能使血液組織發生嚴重傷害而成酸中毒 (Acidosis)。因酸中毒而損及呼吸器與血循環及其他各部器官，卒於促成死亡之結果。此外慢性化膿症對於麻醉亦格外敏感已屬周知之事。內分泌障礙病，及 Status thymicolymphanticus, Myxoedem 等症，行麻醉之際，尤應特別注意。

總之麻醉法之採用，無論為局部或全身麻醉，均應視為身體之一種毒害作用。故吾人選擇運用之際，斷不能拘於一定之形式而必先注意及每個病人當時之現狀及體質，如心臟，呼吸器，血液循環器，血液組織及各部器官之性質而後確定何種麻醉劑為適合其個體而定其取舍也。

#### A 吸入麻醉法

##### 1. 哥羅仿謨麻醉法 (Chloroformnarkose)

Chloroform 對於人體之毒性，其一為引起心臟之直接傷害；其二對於血液循

環能使血壓低降，血量減少及血量張力弱減；其三能引起血液組織長期性之酸中毒；四則為一各種組織細胞之毒害物。總此數點，已為一般所周知之矣。據動物試驗之結論報告：遇體中血流愈緩，其浸入組織之滲透性亦愈緩，故吾人於深度麻醉期中，當血壓強烈下降，血流速率銳減時，可推知組織與血液中對於 Chloroform 之含量有巨大之差別者。即如一人用以麻醉後約八小時，仍可證明其留於體中之餘量未能排出淨盡，因組織中所吸收之成分，必先陸續回歸於血液而後輸入肺部排出之。故此時血液中對 Chloroform 之含量仍繼續增加未已。其大部分排出，最初固甚迅速，然愈後則排出亦愈緩，或比吸收時更為徐緩也。據 Buckmaster, Gardner 諸氏謂：在麻醉停止後，最初五分鐘內約排出其半，其餘部分則非約至七小時之久，不能排出淨盡。按 Burdinger 氏謂 Chloroform 在體中最末後之餘量，於施麻醉後五日猶可於呼吸之氣中查出之。

Chloroform 能引起各部器官組織之脂肪性變質，換言之，即引起各部器官之實質細胞發生病變或形成細胞壞死。尤以肝臟及心臟為最易先受波及，此種毒害作用之唯一預防方法，即在運用之際，注意不可過於濃度，使之與空氣混合約成爲百

分之五成最為合宜。凡逾百分之八至百分之十以後已能致人之死命。據文獻載英國某麻醉研究學會報告，認最為合宜之濃度為百分之三成半。若用至百分之四已視為最高之限度矣。凡未逾此限度之 Chloroform 麻醉早期死亡，大半被視為技術上之錯誤而非麻醉本身也。

麻醉後期死亡大半為肝臟之受害，蓋其中所儲藏之 Glycogen 產生退減。Chloroform 又能使尿素產生受阻，此於麻醉後一日至二日後之血液查出淡素含量增加可以證明之也。Chloroform 之第二性作用如使器官組織脂肪化及其他作用等，大半為其破壞後所成之成分所引起，如 Phosgen 即為其中之一種。彼為一極強烈之毒物，在動物試驗中證明亦能使此因酸化作用所產生之毒物減少，其法但用沸點甚低並其中滲和有百分之十酒精之 Chloroform 即得。Albrecht 氏甚賞用一 Chloroform 之代替品名 Dichloren，其中百分之九十為 Aether。對於心臟及他部器官可無毒害者，再如往昔 Billroth 氏混合法，(Chloroform + Aether + Alkohol) 其用意無非欲使 Chloroform 之毒性作用減少也。

至論適應症與禁忌症之問題，凡可證明代償性正常之心臟機能不全者，對於 Chloroform 無禁忌之必要。至已成代償障

礙之心臟病，用任何麻醉劑均屬有害，故不能不注意。總之，凡有心筋變質病象：如心筋炎，心筋變質性發炎，狹心症等均不可用之。此外若一切腎臟，肝臟有預伏病因，或腸管閉鎖症，惡性瘤腫，對於使用 Chloroform 麻醉均有產生麻醉後期死亡危險之可能。故運用之初，有不可不謹慎者。對於 Chloroform 於短期內屢次重用，其危險尤大。

Chloroform 之在產科學中，只限用為表淺麻醉法。比如臨產時待用至產道開放兒頭可見時，須即停止點滴。蓋在此時用為深度麻醉，一則腹壓作用被制，再則有傷害嬰兒之危險。

近世諸多臨症醫家贊用 Chloroform 者尚頗不乏人。以其見效極速，便於實習醫師初階練習之用。加以此種便利，故其用途迄今仍未完全滅滅。要之運用熟練之技術，固可減少危險發生。惟謂其對於血液循環十分安全無害者，未之有也。故對於用 Chloroform 麻醉技術上，應特別注意之點，即為在未越其極量範圍以內完成吾人所期之目的是矣。

## 2. 以太麻醉法 (Aethernarkose)

以太為吾人各種麻醉法中採用最多者，一則因其掌管容易；二則對於病人為害最少。約三十年前，人尚有論其與空氣混

合用時，猶不足制服一強壯之病人，此種指責經較近致力改良用法後，已無形消釋矣。且以太點滴麻醉法在各種麻醉法中，無不視為輕而易舉，苟善運用之，即不藉任何特殊面罩或器械，亦能得良好之結果也。

較近對於以太麻醉改良之用法，無外致力於下述二者：一為單純以太麻醉法；一為以之與 Chloroform 及酸素或碳酸氣混合麻醉法。前者已為眾所熟知。至於後者，則有利用 Julliar-Dumont 氏發明之面罩用之。經諸多醫家如 Dreser 及 Mueller 諸人試用之後，名之曰「窒息麻醉法」(Erstickungsnarkose)。以其時滲和所用碳酸之量，僅能以興奮呼吸中樞為度，不致使有引起麻痺危險者。故一般以為 Julliar 氏面罩，頗合於酞酞麻醉法之用。且時可隨意延長，不易輕於發生危險。

此外對於麻醉技術上有利之器械，其中可數者，當以 Mayo-Eubus 為首。此管使用合法，最適於長期麻醉之用。以其掌管極易，既利於患者，更便於施麻醉之人。其法於被麻醉者之興奮期經過以後，再將其舌牽出，用管之首端插入咽喉部。但須注意毋使咽喉壁過受壓迫以免產生壓傷潰瘍。倘此利器放置適宜，既可防止舌根後垂以阻塞氣管呼吸，再可使下顎握執便

利而獲此麻醉法之安全結果。

以太導入氣管麻醉法 (Intratracheale Aethernarkose)，凡頭部及口腔手術爲預防血液及分泌液流入氣管起見，多主用此法。惟導管 (Katheter) 不宜過大，以免使其在呼吸氣道系統內所作用之壓力過大，致形成肺臟之間織性肺氣腫。

曩日因行胸腔外科手術，時易發生非吾人所期許之氣胸結果，累欲設法挽救之。俟後卒經 V. Mikulicz 氏之首倡，後始發明一對於胸腔外科手術中不可或少之「差別壓力麻醉法」(Druckdifferenzverfahren) 屬於此用法之原始工具當以德國大外科學家 Sauerbruch 氏之低壓作用法 (Unterdruckwirkung) 其用意即在一四周嚴密封閉無使空氣流通之小屋，使其中之空氣密度成爲七米厘米突氣壓 (7mmHg)，將被施試驗手術動物之頭使在室外空氣中呼吸，而其被施手術之胸部，即可在室內切開而無有氣胸危險之產生。至應用於人體胸腔外科之大型低壓手術室，則必須合於下述之原則：第一，室之內容除能容納病人外尚以能容納手術者及其副手爲度。第二，更有抽吸機及空氣活門以管轄與調節其壓力差別之合法程度，務使其不斷作用密度時，因此應先測度其必需之用量以期達到一深度適宜之目的，實爲重要之事

。淋巴質病人，其麻醉幅員本甚狹小，更不可忽略。當麻醉時瞳孔保持散大，但在麻醉開始時無須注意之。惟不可忽略時刻視察病人之外觀及其呼吸狀況，倘忽呈青紫色，即爲用量過度或氣道被阻塞之徵。如舌根後墜或涎沫等均可爲之阻塞。倘發現眼球震顫，起嘔下作用，呼吸淺表時大半均爲麻醉初期之現象。至於偶然的呼吸停止，多爲身體碩大之病人對用麻醉時之一種抗拒運動，此時斷不可中止，應徐徐繼續點滴，使之吸入。必要時可偶將兩手將面罩嚴密緊蓋，如此可使以太氣體吸入濃厚。一合理的麻醉程度之面容，應保持其正常色澤，倘於耳垂及上下唇邊緣呈現青紫，即可知爲過量之證，應即刻將面罩暫時取去之。

凡往昔視爲以太之禁忌症，自經輓近將各法加以改良後，已無一例可認爲以太之嚴格禁忌症矣。要之即用於肺臟疾病輕度患者用之，亦較彼使用 Chloroform 爲有利。蓋其對於其他器官毫無傷害故也。雖其有使氣管分泌過多之作用，但此可用 Atropin 劑限制之。對於孩童用之，尤極相宜。然對之用 Chloroform 則不可不注意也。據 Stoss 氏統計報告在十二歲以下之孩童，有三十三例因用 Chloroform 中毒死亡中，其中一年六月之嬰兒，僅用六

滴 Chloroform 而致死。但免使產生有礙及呼吸及循環器之氣胸結果。故近世大外科家 Sauerbruch 氏在人體胸腔外科之能獲得長足的進步者，誠不能不首歸功於當初此種動物試驗之成功矣。繼後銳意改良，期其能達一適於簡單合用之原則，乃不復利用室內稀薄空氣之吸取作用以使肺臟澎漲，而利用氣管枝腔中原有空氣之壓力作用，使維持其平衡而完成同樣之目的。此種有效試驗，仍發端於米庫里茲氏病院。俟經 Petersen 及 Brauer 諸人繼續努力而後乃造成今日歐洲醫學界賞用之高壓作用法。(Ueberdruckswirkung) 論及運用此高壓作用法之器械最新適用者為德國 Haertel 公司所造之手提式為上選，其構造有一簡單槓杆以管理高壓作用，其相連處即接上以太與養氣之裝置以供吸入，另一設備備以炭酸氣同時附有笑氣麻醉裝置。(Lachgasenarkose) 總之應用於此種差別壓力麻醉法之器械無外下例兩種即高壓與低壓的是也(Ueberdrucks und Unterdrucksapparat)。其大致原理及構造已如上述，而其用法又非有相當經驗者不能控制之，茲以限於篇幅暫從略之。

今結論一二對於以太吸入麻醉法須應注意各點略述於後。凡身體素質不宜於純淨以太吸入麻醉法者，如脂肪過多或淋巴

質病人，至體格碩大之人，需用大量，尚不能達吾人要求之用以太麻醉之孩童中，未見一人因之而死亡者。

以太麻醉自昔迄今，已成為無可非議之良好吸入麻醉法，一面可為短期麻醉，即如酞酐麻醉法(Aetherrauschnarkose)，一面可為任何大手術之長期麻醉法，即偶稍過量，亦不輕易產生危險作用。倘無麻醉技術上之誤失，其優點實有超於一般所用之麻醉劑者也。

### 3. Aethylchlorid

Aethylchlorid 為近世各醫院使用最多之麻醉劑，多用於酞酐麻醉法或用為以太麻醉及哥羅仿謨麻醉之誘導麻醉。以 Aethylchlorid 用為深度的長期麻醉法，今昔均同認為不然。蓋其所具毒性大致有與 Chloroform 相同。據動物試驗，查其心肝腎臟所受之影響，完全與 Chloroform 所影響者幾無二致。凡心臟已預伏有脂肪性病變者，用後其危險尤大。據 Martin 氏於十歲以下之孩童用之尤須格外注意據 Martin 氏死亡統計報告。謂二十三例中，除兩例死因為 Aethylchlorid 可疑外，十四例死於酞酐麻醉法，七例死於誘導麻醉法。



## 日本住血吸蟲病

宋名通

日本住血吸蟲病爲日人桂田氏所發現，流行於我國長江及珠江流域日本中部南部及臺灣菲律賓等地。受害以在田間或池沼內工作之青年爲最多，故男子多於女子。此外夏季因在此種區域游泳射獵而感染者亦復不少。本病侵襲農村所產生之結果，非常殘酷，有非言語所能形容。若不親入其境，決不能明知其慘淡情形。據陳方之氏報告：嘉興有一處，地名七里店。據村老云：此地先本人煙繁盛，村莊排接七里，故有是名。後來人口不安，痞塊腫病死者絡繹不絕，故全村多寡婦。迄今只剩二十七戶矣。居民以爲風水不好，遷徙頗多。實則彼等多面黃骨立腹大，固一望而知爲住血吸蟲病者。本病與農村之興亡，農業之存廢，社會經濟之盛衰，關係既如此重大，則我國人對於本病應加以特別之研究與注意，自不待言。

### 一 病原

本病病原蟲名日本住血吸蟲。屬於吸蟲類，身呈圓筒形，長約一公分。雄者有一抱雌溝。在尙未成熟時，散居於門脈及肝靜脈內。成熟後則聚居於大腸及後腸靜脈，

即於此處產卵：因產量極大，故卵子受壓而侵入毛細管及淋巴腔內。因之身體內各內臟均有侵入之可能。在此時期卵細胞在殼內成爲仔蟲，如卵子隨糞尿排入水中，則遇天氣溫暖時數小時後仔蟲即破殼而出。如置之乾燥之處，則急速死亡。此種仔蟲在水中侵入一種中間宿主釘螺絲(*Oncomelania hupensis*; *Beauferdia japonica*) 體內而入於肝臟及生殖器管，在此變爲第二仔蟲；復由第二仔蟲而變爲有尾仔蟲。其間需時約二星期之久。有尾仔蟲生存於淡水中，能自動脫尾而侵入人之皮膚內。如飲該處之水，則亦有由口粘膜侵入體內之可能，惟一入胃中，則因酸性而致死亡。本病之病原蟲爲日本住血吸蟲，而中間宿主則爲釘螺絲。凡有釘螺絲之地，大多發生本病，故撲滅釘螺絲，即所以撲滅本病也。

### 二 本病在中國分佈情形

日本住血吸蟲病之在中國，自桂田氏(1904)發見以來，1905年報告湖南有本病傳染；1907年安徽 1910年湖北江蘇江西諸省都有報告。各種紀錄中以 Faust 與

Meleney 二氏收集者比較的完備而有價值。其研究方法係將各種問題列成調查表，分寄中國中部及南部各醫院及醫師，請其據實報告。調查之主要項目有三：即二年以內發現住血吸蟲病之次數，發現地方之範圍，醫院與患地之距離及地勢。至於診斷徵候，傳播之中間宿主，本地人傳說，其他關於斷定本症之病源等，皆在調查之列。結果發現我國國內有本病之嫌疑者凡十三省。其中九省（浙江江蘇江西安徽湖北湖南廣東福建四川）已確實斷定有本病之存在。傳染中心區乃長江流域一帶，為便利起見，曾將傳染之地分為六大區。一、蘇州嘉興區，二、蕪湖區，三、九江區，四、武漢區，五、孝感曹縣區，六、常德岳州區。此六區佔自海以至武昌之全中國半部。長江本身之江中水流甚急，無日本住血吸病存在。惟其支流及鄰近湖河等處，凡水流較緩處則甚多。曠是之故，受患區域多偏於長江之南。其最猖獗者為鄰近三大湖之處。（太湖鄱陽湖洞庭湖及其間小湖池沼等）孝感曹縣區在漢口之北，漢水之西。因地勢相同，故亦有該病。在此病流行之區域，被傳染病人普通者佔全區人民百分之一以至百分之七，最盛者佔百分之九十五。此外並有下列各較輕區域：1.四川區，在仁孝縣曾經發現。2.福建

區，在長樂亦有發現。3.汕頭區，汕頭以上漢河亦有發現。4.北江區，在壽州有發現。

我國陳方之博士對於日本住血吸蟲病在江浙兩省傳染情形，調查極細，而於釘螺絲分佈地域，尤加注意。總計被患面積，江蘇省二十八縣。浙江省三十七縣，其中二十四縣為濃厚地，情形特別殘酷。陳氏根據其觀察結果，訂定釘螺絲分佈通則五條。茲彙錄於下：1.在平原之釘螺絲常居處，為雜草叢生之小河小浜岸塘。而急流之大江則不居。2.在山鄉之釘螺絲常居處為雜草叢生之窪田與田溝。而急流之大溪則不居。3.在平原之釘螺絲蔓延，即源聯接之河岸而進行。而運河塘河亦為其通路。故其範圍乃擴大至水流所支配之全面積地。4.在山鄉之釘螺絲蔓延，乃沿毗壤之田溝而進行。而小丘山岡處處足為其阻礙。故其範圍時乃限於極狹之小區。5.沙土地多。

### 三 症候

日本住血吸蟲病症候。據 Masons 氏研究，可分為三期；在傳染初期，於有尾仔蟲侵入之處，每因分泌物之刺激而發生瘙癢及紅疹現象。定型的症候為熱性蕁麻疹，細氣管支加答兒，腹部壓感及腹痛等。後二者尤多起於飯後，同時酸性染色

好嗜白血球增多，呼吸困難，心悸亢進，均足證明全身抵抗力業已減弱。若感染度輕微，第一期後病勢可即轉佳。祇要不再度轉染，每能不加治療自然痊愈。環境優良營養充份之人即使病勢增進，然顯著之症候每每發生甚遲，僅間或有鼓脹惡心胃痛飢餓痛發熱失眠貧血腹痛便中帶血及鼻出血等現象。故極難確診其為何病也。惟若感染頗重，或患者環境不良，營養不足，則病勢每因發生赤痢現象而轉為惡劣。肝部有不定痛及飽脹感覺，其後肝臟腫大可及臍部。此為本病第二期。不久脾臟亦漸腫大，下胸圍大於上胸圍，腹部膨脹。三五年後轉入第三期：因肝臟萎縮，脾臟腫大，及血栓性門脈炎而發生腹水現象。腹壁靜脈怒張，腸胃粘膜每因充血而致大出血。四肢水腫，大便水瀉，血漿不多，但含有消化不良之食物殘餘。有時蟲卵侵入中樞神經系，引起麻痺及痙攣症候。皮膚呈混濁之灰黃色，至此病人極度衰弱，每因同發其他疾病而致死亡。

此外並有一種急性者，初起時即給人以重傳染病之印象。熱度極高，有重病感覺。病者苦頭痛劇烈，疲乏，食慾全失。往往惡心以至嘔吐。有舌苔，但無傷寒病之特殊形色。最堪注意者為腹部壓感和心悸現象，脈搏加速，咳嗽刺激強烈。但物

理的診察每無所得：無肺管枝炎，肝和脾不擴大，全腹部呈壓感。病起後數日即發生蕁麻疹，大便並無定型，然便秘多於水瀉。大便檢查：能發現很多日本住血吸蟲卵，有時還附有蛔蟲卵和鞭蟲卵或十二指腸蟲卵。血像特點：白血球增多(18—28,000)，酸性染色好嗜白血球增至42—72%。本校教授克斯坦博士(Prof. Dr. Kastein)認白血球增多，強烈的酸性染色好嗜，蕁麻疹，臟器無異狀，病者自覺腹部的壓感和滿感，及劇烈的心悸，為最定型的症候。具此數點，即有患急性住血吸蟲病之可能。其確否當待大便中蟲卵檢查後決定之。

除上述諸普通症候外，尚有須特加注意者，即本病每能引起各種外科的合併症。因據病理解剖之研究，人體中僅有極少之器官，得免日本住血吸蟲卵偶然的侵入。有時因蟲卵沈留太多引起器官的病理變化，並因之發生機能障礙。日人 Fujinami Miyagawa 美人 Faust, Meleney 諸氏曾在許多器官內發現因日本住血吸蟲卵而起之損傷：如直腸，結腸，盲腸，蟲樣突起，小腸，胃及食道。如肝膽囊脾及脾臟。如腸間膜腺，腸網膜腺，副腎腺，間膜淋巴腺，及腹膜後方淋巴腺。如腎臟，膀胱，攝護腺，及陰戶。如心血管，(尤其門

# TIOKORIN

For Adults and Children

It is non-irritant and Readily assimilated

### Constituents:

**Tiokorin:** Contains 7 per cent of potassium guaiacol-Sulphonas. is the salt of guaiacol-Sulphonic acid, dissolved in an excellent vehicle, made from orange peel

### Actions and Uses:

**Potassium guaiacol-sulphonas** is one of the best forms for administering guaiacol in Phthisis, Bronchitis, Pneumonia, and intestinal catarrh, It passes through the System unchanged.

**Orange Peel** is used in many pharmacopaeial preparations as a flavouring agent and for its bitter Stomachic and Carminative properties.

### Indications:

Colds, Coughs, Hoarseness, Laryngitis, Bronchitis, Trachitis, Asthma, Influenza Pneumonia and facilitate expectoration of mucus

### Dosage:

**Adults:** 3 to 6 teaspoonfuls daily or more as the physician directs.

**Children:** 1 to 3 teaspoonfuls daily.

*Prepared from the Laboratories of*

**The Medical and Pharmaceutical Research Institution**

*Sole Agents:*

**THE WELCOME PHARMACY**

**SHANGHAI, CHINA.**

*Obtainable in all Dispensaries*

療肺  
折藥  
的  
確  
靈

●本劑對於成人小兒均甚相宜  
●本劑在胃中容易吸收絕無刺戟等弊

### 成份

的確靈乃以硫化精糖木醇鉀百分之七溶化於由橙皮製煉而成之一種特殊液體內

### 效用

硫化精糖木醇鉀乃精糖木醇化合物中最著宜效者用治肺癆枝氣管炎肺炎以及腸道發炎等症且在組織中不起變化橙皮乃藥典中最多用之調味藥苦味消食藥祛風藥

### 主治

善治傷風咳嗽、聲嘶音啞、喉管炎、枝氣管炎、氣管炎哮喘、流行性感胃以及肺炎、頑痰不化等症

### 劑量

成人。每日可服三至六茶匙或經醫士指示之方法服用  
小兒。每日可服一茶匙至叁茶匙

上海衛爾康大藥房總經理

上海醫藥化學製品所製造  
全國各大藥房均有出售

# 安氣本

本品乃合胃腸管內各種酵素煉成功效完全與天然之消化酵素相同專供內服之用

## 適應症

凡因消化酵素缺乏而起之各種消化不良用之均有藥到病除之功餘若營養不良消化障礙性氣喘及糖尿病等用之亦奏神效  
 斯外腎臟之影像在愛克司光線上如因鼓腸而不能明瞭時亦可用之詳細另有說明書函索即寄

Die Zugehörigkeit eines einzigen Schlüssels zu einem bestimmten Schloß symbolisiert nach E. Fischer die streng spezifische Einstellung eines Fermentes auf sein Substrat



# ENZYSPAN

das Fermentpräparat mit magen- und darm-spezifischen Enzymen, ermöglicht die vollkommene Aufspaltung aller Nahrungsstoffe ● Enzypan ist daher im Sinne E. Fischers das ideale Ferment-substitutionspräparat bei allen Verdauungsstörungen

DEUTSCHE PHARMAZEUTISCHE GESELLSCHAFT NORGINE M.B.H. ● BERLIN W50

# HOVALETTEN



das milde HYPNOTIKUM & unschädliche SEDATIVUM

Luma München

## 好法來定丸

本品乃提煉葎草花及纈草之有效成份製成爲天然之鎮靜催眠劑

## 適應症

凡遺精失眠及戒煙用之均有奇效且因其不含臭素所以更是有利無弊

本品有強弱二種 說明書函索即寄

經理處 德國藥房 上海同孚路三百七十四號

電話 三〇三〇九

脈) 腦髓, 腦膜, 脊髓, 交感神經系統, 及肺臟。由上觀之, 本病每能呈各種不同之臨床症候, 須用外科手術方能解決之。此種外科的症狀, 關於埃及住血吸蟲病 (*Schistomiasis afrika s. urogenitalis*) 者文獻頗多, 但關於本病者則極稀少。據協和醫院鍾惠蘭氏報告: 該院近十年來診得日本住血吸蟲病凡十七例。中有四例呈外科的合併症。茲特簡述之於下: 1. 第一例: 爲因本病所引起之慢性結腸炎, 肝硬化症, 及脾臟肥大。但臨床時竟未疑及之, 因僅呈腸間膜栓塞之症候也。開腹後, 將梗塞之腸一大段切去。手術後數小時病人即死亡。解剖後發現因門脈部份的栓塞而繼發的上腸間膜及脾靜脈栓塞。在結腸, 肝臟, 網膜, 腹膜後方組織, 肺及膀胱膽囊壁上均能發現若干之住血吸蟲卵。惟血栓中及被栓塞之靜脈內均無之。2. 第二例: 爲慢性蟲樣突起炎, 並有腹膜後方膿瘍形成。初不知其病原爲何, 排膿後經過六月切去蟲樣突起。在該突起各層均發現蟲卵。周圍並有增殖性纖維組織。但無細胞反應。3. 第三例: 爲急性蟲樣突起炎, 並有膿瘍。初亦不知其爲日本住血吸蟲病。經切去突起並排去膿瘍。病人不久即告痊愈。蟲樣突起橫切面呈水腫象, 並有極密之細胞浸潤, 肉芽組織, 及小膿瘍。住

血蟲卵在漿液膜肌肉層及粘膜下組織者頗多, 在粘膜層肉芽組織及膿瘍內者稀少。

4. 第四例: 爲與日本住血吸蟲病併發之肺及腸結核。迴腸尾部盲腸上行結腸均經切去, 病人不久恢復健康。上行結腸上段之切面, 因結核而呈顯著之變化。下段則散有住血吸蟲卵, 此外無其他變化。上列諸例中無一例被疑爲住血吸蟲病, 大便中均未發現蟲卵。此外既不貧血, 又無酸性色素好嗜細胞增多現象。則其難以診斷也宜矣。

#### 四 療法

治住血吸蟲病之特效藥, 爲一種三價之銻製劑 Fouadin。初用之以治埃及住血吸蟲病, 極著成效。後復試用於日本住血吸蟲病, 亦頗滿意, 全部治療需時二十天: 每隔一天由筋肉注射一針, 共十針, 注射時毫無痛苦。普通凡體重50-60kg之病人, 第一針注射1,5cc, 第二針3,0cc, 第三針及以後數針則爲5,0cc。由此可知此種療法非常簡便。本校教授J. Kastein博士極賞用之。渠在上海於一九三一年夏季治過很多新鮮的病例, 用Fouadin開始治療後二星期內, 急性的危迫病象日即消滅。克氏對於治愈的病人並隨時加以診察, 達六月之久。沒有一個復發的。但檢查血液却見酸性染色好嗜又稍稍升高, 惟沒有一

個病人的大便中再尋出住血吸蟲卵的。其中有數人因腸胃不適，而復來求治。後將血狀呈很高的酸性染色好嗜，而又苦於腹部的壓感滿感和氣脹的病人，施以二次的 Fouadin 治療。於是症狀即又稍減。故此種治療似有施至二三次之必要，但其間應隔半年之久。據 Kastein 氏經驗，此劑治療毫無不良副作用。而其注射之靈效。則可擬之於六零六也。此外亦有認 Fouadin 非盡可靠者，如李宗恩及鍾惠蘭二君曾診得日本住血吸蟲病四例，均用 Fouadin 治療之。一例經治療後病狀未見減低，血中呈酸性染色好嗜，大便中仍有蟲卵，三個半月後復檢查大便一次，蟲卵迄未稍減。一例雖病勢轉佳，然注射 31,5cc 後，因病者呈過敏性：發生發熱頭痛惡心嘔吐及虛脫現象，即停止應用。又二例經治療後，經過良好，大便中不復檢得蟲卵，惟經過相當時期後（二月至六月）均又復發。因此數病人在觀察期內，均住於本病不流行之區域（北平）。故可斷其無再度傳染之可能，僅得以復發解釋之。李氏等雖承認 Fouadin 較吐酒石為無毒，且易控制，然因其不能使日本住血吸蟲病永久治愈，故仍不得視為最可靠之特效藥也。

### 五、豫防

日本住血吸蟲病之在中國，欲覓一根

本剷除辦法，頗非易事。蓋辦理此事不僅有奈的政府之努力，一般人民之教育程度，合作精神，均有極重大之關係。以此病在我國蔓延之廣，為害之烈，若不積極研究預防方法，前途將不堪設想。茲僅舉其要點概述於下：

一、受毒大便之管理。(甲)充分蓄儲大便。因據實驗研究：尋常糞便混合物，若未經攪水，則儲至三星期後所有之住血吸蟲卵均可消滅無存也。(乙)禁止隨意大便。如大便不能積聚缸中時，可教導農人將排洩物儲於一乾燥離河道距離較遠之處，用石灰或灰分蓋之消毒。如此可免被雨沖洗入河流之虞。(丙)馬桶在未提至河中洗滌之前，必須消毒。(丁)終宿主之驅除。中國國內何種家畜足以蔓延此症，並無文獻可考，但如牛狗貓鼠均有注意並研究之必要。

二、避免汙染水之接觸。(甲)小河之終點以及灌田之陰溝，乃最易受患之源，涉水而過時極易傳染，而小兒尤甚。(乙)稻秧田往往靠近河道，並且新鮮排洩物，時常添壅，故頗危險。若能在拔秧的時候，把手足都保護好，可免傳染。惟實行不易耳。(丙)凡至鄉間打獵游泳者，務須預先調查該處是否為日本住血吸蟲病流行區域，以免傳染。

三、中間宿主之驅除。日本住血吸蟲病之中間宿主釘螺絲。在我國分佈極廣。如欲將其消滅，非得農民之協助不可。此在實行上頗為困難。又殺螺絲之法迄今未得一圓滿之結果，有提議用硫酸銅者，惟因河流中水含有有機物甚多，不易收效。其他化學藥品又多有害於稻苗，故最好之殺螺絲方法莫過於用天然仇敵以相剋制，如田蟲甲蟲蛹等。此種方法實有努力研究之必要焉。

#### 參考文獻

1. Kastein. J. Symptome, Diagnose u. Therapie der akuten "Schistomiasis Japonica" 國立同濟大學二十五週紀念刊 1932
2. Kastein. J. Beobachtungen von gehäuftem Auftreten von "Schis-

tosomum japonicum" Erkrankungen in Schanghai, Arch. f. Schiffs- u. Trop. Hyg., 1932, 46, 1-4

3. 陳方之 血蛙病之研究 新醫藥月刊第二卷
4. Lee C. U. and Chung H. L. Treatment of Schistomiasis Japonica with Fouadin in man. Chinese Med. J. 1933 1411-1420
5. Chung. H. L. Certain surgical Complications of Schistomiasis Japonica. Chinese Med. J. 1933 1171-1180
6. Mühlens P. Krankheiten und Hygiene der Warmen Länder 8. Aufl. 1930

## 論幾種簡易梅毒血清診斷法及其價值

俞德葆 撰

### 一 引言

近代梅毒之廣延患病者之衆多，已為令人可懼者。梅毒之診斷因之亦極為重要之問題矣。考自 1905 年 Schaudin 及

Hofmann 氏發見 *Spirochaeta pallida* (*Treponemapallidum*) 為梅毒之致病菌以後，於 1906 年 Wassermann 氏及其同工作者即發明梅毒血清反應，理論與實際之



相符遂成爲舉世共知之梅毒血清瓦氏反應 (WaR)。此實爲梅毒患者之大幸福亦醫者之大助也。諸家做行或加改良變式，然原理均同，操作亦同樣糜煩，故一般實地醫家或處於鄉間之醫生決不能行之，不但材料煩多，不能完備。且試驗用品，如欲得完善無疑之結果，須於試驗前一加以檢定其效價。實地醫家所能採用者必須合下列三條件：

1. 操作要簡單。
2. 用品要經濟。
3. 效值要可靠。

實地醫生非但不能有大規範設備，就是對於費用方面也要顧及，在鄉間行醫的醫生都有這樣的經驗各種診斷只能爲醫者本身幫助診斷用，內地病人多不明瞭各種診斷化驗之價值，如醫生要病人驗血時，他還以爲醫生本領不好看不出病來，要這樣試驗那樣試驗才能診病，醫生若要收試驗費，對於農村如此破產的鄉間人，不免加以過重之負擔，但不明白的人連驗血都不大肯，要他出錢驗血更是難事。在城市開化處行醫的人看到這些話或許有些不大相信，但在鄉間行醫的真可以以他日常經歷告訴你真是如此。因爲這個緣故就須採用價值便宜或自可製就之試驗用品乃爲不可諱言之前提。然也決不能因簡省之故而不

顧及該法之準確與否？故我擬於此篇中略述可供介紹的幾個簡便方法之價值及做法要覽於下。

## 二 方法之選擇。

近年來梅毒血清之簡便試法層出不窮，德國方面有 Meinicke 氏沈澱反應及 Sachs-georgi 氏凝集反應爲最多用，美國方面以坎氏反應 (Kahn Test) 爲最著名採用亦漸多，此外尙有新近發明的 Kline-young 氏反應，現多用其修改方法，日本方面多用村田氏法。國內多採用 Kahn 氏法，Kline-young 之修改法 及 Meinicke 氏法。因其操作較爲簡便且較確也。

## 三 方法之比較。

現就操作之簡便，需用之多寡及效價如何比較之：

以操作簡便言：首爲 Kline-young 氏之修改法，不但操作迅速用具及材料較少且顯微鏡下檢視結果遠較坎氏法爲易，又施行時無須孵卵器以使血清成不働性於此只須採一點指尖之血液就可行試驗，可省去病人對於採大量血液之懼怕。次爲 Meinicke 氏方法，試驗前亦不必將血清用孵卵器使其成不働性，操作簡便，檢視結果則較 Kline-young 之修改法爲難，因目力判定大有出入。末後爲 Kahn 氏法，不但試驗前須將血清用孵卵箱使其成不

備性，抗體原須常檢定效價，用具操作亦較上二法為煩且最大之難處乃為檢視結果之不易，必須光線目力經驗俱佳時才能一一檢定，不熟練者每不能決定所呈反應強度如何，尤以弱性反應頗難判定，作者於實習時亦頗以此為難，雖可用凝集鏡 (Agglutinoskop) 或放大鏡 (Lupe) 較可清晰視之，但終屬多費一手續矣。

以需用多寡言：除上面用具多少外，材料乃成大問題，即所用抗體原 (Antigen) 之價格問題，考 Kline-young 氏修改法及 Kahn 氏法所用之抗體原均可自製，或國內有製成出售者，例如上海衛生試驗所北平中央防疫處有出品價目很便宜。而 Meinicke 氏抗體原則不易做製必須仰及舶來且價殊昂，對於金貴銀賤之時，不免太不合理化呢！

以效價言：我於此不能一言以盡之，於此我們要將效價分三方面來看：

1. 結果相符及相反。
2. 感應性之高低。
3. 特確性之高低。

據國內諸家研究及參考國外研究結果，我可以在此很簡單概要的轉告一些結果，雖諸家所試例子不同操作用品略有不同結果亦稍有上落，所以我先聲明，我是總集概括而言的，我真感激費了許多心思

及力量給我們的美好報告，我們可以坐享其成的來看一個一目瞭然的成績。就第一點，結果相符或不相符論我們可以與瓦氏反應相比或各反應互相比較。國內發表過的結果很多，我今錄一點簡單的來，先是 Kahn 氏反應 Meinicke 氏反應與瓦氏反應間互相比較結果如下：

- |               |             |                     |
|---------------|-------------|---------------------|
| 1. 瓦氏 Kahn 氏, | Meinicke 氏法 | { 相符者 93%<br>不符者 7% |
|               |             |                     |
| 2. 瓦氏及 Kahn   | 氏法          | { 相符者 96%<br>不符者 4% |
|               |             |                     |
| 3. 瓦氏及 Meini  | cke 氏法      | { 相符者 95%<br>不符者 5% |
|               |             |                     |
| 4. Kahn 氏及 Me | inicke 氏法   | { 相符者 96%<br>不符者 4% |
|               |             |                     |

Kline-young 氏法則可與 Kahn 氏比較之可見其情形如何：

Kahn 氏與 Kline-young 氏法相符者 93.5%，不符者 4.8%。

次述感應性之高低 (所謂感應性即謂假陰性反應之多少，假陰性則為有梅毒之血清反應却為陰性，即假陰性與感應性成反比) 及特確性 (即假陽性之多少) 之高低據研究報告知 Kline-young 氏原法之感應性雖遠較 Kahn 氏法為高而特確性則較低。而 Kline-young 氏法修改後則所生感應性雖稍減至與 Kahn 氏法同而其

特確性則駕Kahn氏法爲上多矣。此固吾人所願望也。

綜觀以上一切，除Meinicke之感應性及確定只有國外作品有詳細記載，國內研究亦可看出一二，證明亦很佳外，吾人可知此三反應在各方面均尙佳良。內中雖有不足處或有上落處然大抵已有百分之九十多與瓦氏反應相殊，故我們可以安心用此簡單方法之一種或最好兩種並用更佳。欲知其詳請參考篇末介紹的作品。我們總括三種看法可以說：

一 要操作簡便些則用Meinicke氏法或Kline-young氏修改法。

二 要費用節省一點則用Kline-young氏修改法或Kahn氏法。

三 就效價言則三者均佳，就是有點稍爲上落。

至於究用何者爲好則作者也不能決定說須按各人的境況及能力而定。

四 Meinicke氏法，Kline-young氏修改法及Kahn氏法之準備及實施。

#### A. Meinicke氏法

(甲)器械：大號試管試管架小號試管，吸液管三只(5.0cc10.0cc及0.2cc)溫水箱(常保持45°)

(乙)血清：取靜脈血加強力沈澱之取血清即可用，爲能備性。不必置孵卵箱使

其成不備性。

(丙)試藥：A.抗體原(購德國貨Adlerapotheke Hagen i. w. 出品最佳，做製不易，效亦不佳)。

B.百分之三的純淨食鹽水。(再加0.01%碳酸鈉亦可)

(丁)抗體原稀釋法：將抗體原1.0cc注入一大試驗管，將3%之食鹽水10.0cc注入另一大試驗管，置此兩大試驗管於45°C之水槽中溫熱四十五分鐘，然後將食鹽水極急速的傾入抗體原管內(越快越好)如此反覆傾注數次，使兩液混勻。

(戊)試法：用吸液管注入0.2cc病人血清於陳列架上之小試驗管內，急速將上已稀釋好的抗體原稀液1.0cc注入其內。振盪數次，於室溫中放置一小時後再檢視結果(第一次)再過二十四小時可再檢視一次(第二次)

(己)檢定結果。

| <u>第一次：</u> | <u>第二次：</u> | <u>結果：</u> |
|-------------|-------------|------------|
| 渾濁          | 上清下有顯著沈澱    | .....最強陽性  |
| 中等渾濁        | 中等清及顯著沈澱    | .....強陽性   |
| 輕度渾濁        | 微清及沈澱       | .....中等陽性  |
| 極輕度渾濁       | 不清極少沈澱      | .....弱陽性   |
| 全體乳樣        | 全體乳樣        | .....陰性    |

## B. Kline-young 氏修改法。

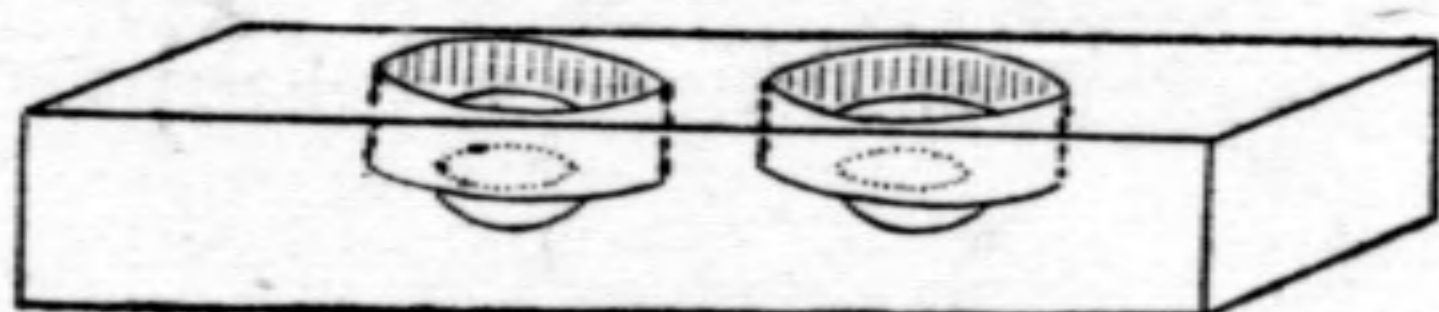
## (甲)器械：

## 1. 供製抗體原用：

- a. Erleumeyer 氏瓶 (容量 2 Liter)  
一只
- b. 蒸發皿 (容量 200cc)
- c. 量杯二只, (一只 1 Liter, 一只 100,0cc 的)
- d. 冰箱
- e. 水槽
- f. 天秤
- g. 溫度表
- h. 玻瓶 (500cc 容量者)

## 2. 供試驗用：

- a. 凹孔玻片 (如下畫, 尺度長 75mm 闊 40mm 厚 15mm 上有二凹井, 每井直徑 25mm 高 5mm, 其下凹缺直徑 15mm 高 3mm)



- b. 毛細吸管
- c. 1cc 吸液管數支
- d. 0.1cc 吸液管數支
- e. 取新鮮血用的 Haemoglobin 吸液管 (0.02cc 者) 一支
- d. 小玻瓶數隻

## (乙)試藥：

## 1. 抗體原原液備置法：

牛心粉 200g 加 1000cc 純粹 (99%) 酒精重力搖勻二十分鐘。

濾過, 將濾過物置於 8°-10° 之冰箱內冷十五小時至二十四小時, 用 45° 至 50°c 蒸發濃縮濾過物至原量之  $\frac{1}{20}$ 。

加入 1000cc Aceton. 於室溫中放置三十分鐘。

緩緩傾去上層之 Aceton。將下剩蜡狀物攤於濾紙上成薄層使 Aceton 蒸發。

每 Gram 蜡狀物加 20cc 純粹酒精 (99%)

搖數分鐘。於 56° 溫箱中放置三十分鐘。搖數分鐘。

然後放於 8°-10° 冰箱中四十五分鐘。濾過之。

用 45°-50° 熱將濾過物蒸發成蜡狀物 (抗體原蜡)

每 gram 蜡中加 10cc 純粹酒精 (99%)。搖數分鐘。

置 56° 度溫箱中三十分鐘。搖數分鐘。然後置 8°-10° 冰箱中四十五分鐘。

濾過之。濾過物即為抗體原。

## 2. Cholesterin 液。1 gram Cholest

erin 溶於熱至 45 度之純粹酒精中隨搖十五分鐘始全溶。化好後放入棕色玻璃瓶中。妥加栓塞。置室溫中可保持數月可用。

3. 蒸溜水。須用化學純淨的，PH6.7 蒸溜水
4. 二種食鹽水（一種為生理食鹽水，一種為 5% 食鹽水）。

### (丙) 技術：

#### 1. 抗體原乳劑之配製：

- a. 放 0.42cc 蒸溜水於一玻璃瓶內。
- b. 執瓶傾斜約與桌面成 45 度角度，令 0.62cc 純粹酒精 Cholesterin 溶解緩緩沿瓶邊流下入瓶。將瓶塞好上包錫鉛，執瓶頸盡力搖動二十分鐘。
- c. 如上執瓶傾斜沿邊注入 0.05cc 抗體原。立即塞好並極力搖一分鐘（搖時上下搖之）。
- d. 末了迅速注入 1.1cc 之 0.85% 食鹽水，塞好再極力搖一分鐘。

（如此製成之乳劑在顯微鏡下須示多數精小體，決不可成塊）

於此配好之乳劑係足夠 300 次試驗之用。

#### 2. 實際試驗：

用平常 Haemoglobin 吸液管取血液

0.02cc，將其均勻散佈於玻片之一個凹井內凹缺中央部。然後滴一滴 5% 食鹽水於血上，急速轉動玻片五六十次以混和之。然後再加一滴抗體原乳劑於其上，再將玻片迅速極力轉動 180 至 200 次。末後再加 0.8cc 蒸溜水復將玻片轉動至赤血球完全溶血為止。然後五分鐘內就可檢視結果。

#### 3. 檢視結果：

檢視用顯微鏡放大 120 倍即可。

結果如下判定之：

無抗體原體凝塊……negativ (陰性)

有少數二三抗體……±(可疑)  
原體凝塊

有許多少數抗體……+  
原體凝塊

有許多多數抗體……++(弱陽性)  
原體凝塊

有少數巨大的多數抗體原體凝塊……+++

一切均為巨大的多數抗體原體凝塊……++++ } (陽性)

試驗時最好同時做一已知陽性及一已知陰性的反應以作對照。

### C. Kahn 氏法

#### (甲) 器械：

- a. 稀釋抗體原試管，長 5.5cm，口徑 1.5cm
- b. 試驗用試管，長 7.5cm，口徑 1.0cm.

- c. 解容 250cc 之 Erleumeyer 氏瓶一隻  
，量杯 100cc 者及漏斗。
- d. 吸液管分三種
- 全量 10.0cc 每度 0.1cc
  - 全量 1.0cc 每度 0.01cc
  - 全量 0.2cc 每度 0.001cc 者
- e. 試管架須有三列並能搖動者為宜，即板孔不可過小，須較管徑大。
- f. 溫水箱須能保持 56° 者（用以使血清成不働性）。

## (乙) 抗體原配製法：

手續分下列三步：

- A. 伊太浸出法 (Ätherextraction) —— 目的去脂肪——
- 盛 25 gram 乾牛心粉（即將牛心去筋脂肪後絞碎攤玻璃板上用電扇吸乾後做粉）於 Erleumeyer 氏瓶中，加 100cc 伊太，振盪十分鐘，用濾紙濾過，並用小蔑子輕莊濾紙上物使伊太易濾過。
  - 取下濾紙上之殘渣置於原瓶內加伊太 75cc，振盪十分鐘濾過。如此再覆行一次，亦用 75cc 伊太。
  - 至第四次漬時亦用 75cc 伊太，則須用新濾紙濾過。
  - 將經第四次漬洗後之殘渣攤於玻片上室溫中候乾至無伊太氣味為止，

則可供用作下列漬出法。

## B. 酒精浸出法 (Alkoholextraction) ——

——目的，提抗體原——

- 先秤好上面經第四次漬洗後乾燥之牛心粉殘渣共有若干 Gram. 裝入瓶內 (Erleumeyer 氏瓶)。
- 每 gram 乾粉加 5cc 純粹酒精振搖十分鐘。
- 靜置室溫 (20°) 中三日。
- 於第四日再振盪五分鐘濾過，貯棕色瓶中放暗處。

## C. 膽汁素 (Cholesterin) 加入法 —— 目的增高抗體原之效價 ——

- 每 1.0cc 酒精浸而後濾過濾加 Cholesterin 6mg，於 37°c 溫水箱內至完全溶解為止，室溫中放置一天，濾過即可用。
- 如此製成之抗體原可於室溫中保持數月不壞，然時久則效價變，故最好時加檢定其效價。

## (丙) 抗體原單位檢定法：

製就之抗體原 Cholesterin 液必須先定單位才可。又經月餘或數月後其效價有起變化時亦須復定之。其法如下

- 取十個大試管分列前後二排每排五管。各記號 I. II. III. IV. V.
- 於前列試管中各加 1.0cc 抗體原。

於後列試管中則加<sup>I. II. III. IV. V.</sup>0,80,91,01,11,2cc.

故爲<sup>I. II. III. IV. V.</sup>1:0.8 1:0.9 1:1.0 1:1.1 1:1.2

- 然後將前排管內之抗體原分別依次即注於適合之 I. II. III. IV. V. 管內注入後排管中，反覆數次，傾注越快越好。後放置十分鐘至三十分鐘，該時管上栓棉塞防蒸發最佳。此爲抗體原食鹽水稀液 I II III IV V 五種。
- 取小試管十五個，分列三排前中後每排五管，亦記 I II III IV V。
- 用 0.001 劃度之吸液管將每種抗體原食鹽水稀液吸取 0.05 注入於前排一管，0.025cc 注入中排一管，0.0125cc 注入後排一管中，如是五次。相入相

當 I II III IV V 行內。

- 用 1.0cc 吸液管於每管(即十五管)內各加 0.15cc 生理食鹽水。後極力搖二三分鐘。
- 於每管中再加生理食鹽水 0.5cc (在前排加 1.0cc 亦可)。此後即可依次檢視由 I 起至 II III IV V 視那一管起始發乳光色而無沈澱即爲抗體原之單位。設 I 1:0.8 II 1:0.9 III 1:1.0 均有沈澱不現乳色，而 IV 1:1.1 管則爲乳色無沈澱，V 1:1.2 乳色完全全無沈澱則可以 1:1.1 爲單位。以後即用 1:1.1 稀釋度行試驗。爲明瞭起見再列表於下：

抗體原單位檢定法表

| 大試管                  | I.                      | II.                     | III.                    | IV.                     | V.                               |                               |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 生理食鹽水<br>+ 抗體原       | 0.8<br>+<br>1.0         | 0.9<br>+<br>1.0         | 1.0<br>+<br>1.0         | 1.1<br>+<br>1.0         | 1.2...<br>+<br>1.0...            | .....後排<br>.....前排            |
| 結果                   | 沈澱                      | 沈澱                      | 沈澱                      | 沈澱                      | 沈澱                               |                               |
| 小試管                  | I.                      | II.                     | III.                    | IV.                     | V.                               |                               |
| 抗體原<br>生理食鹽小稀液       | 0.0125<br>0.025<br>0.05 | 0.0125<br>0.025<br>0.05 | 0.0125<br>0.025<br>0.05 | 0.0125<br>0.025<br>0.05 | 0.0125...<br>0.025...<br>0.05... | .....後排<br>.....中排<br>.....前排 |
| 生理食鹽水                | 0.15                    | 0.15                    | 0.15                    | 0.15                    | 0.15...                          | .....前中後排<br>均加               |
| 搖二分鐘，各管均加生理食鹽水 0.5cc |                         |                         |                         |                         |                                  |                               |
| 結果                   | 不全化                     | 不全化                     | 不全化                     | 全化<br>★<br>單位           | 全化                               |                               |

(丁)實地檢查技術：

(一)血清：病人血清最多是清淨內無溶血者為佳，已溶血之血清結果殊屬可疑，因常現不清之沈澱，已破壞或變色之血清不能作 Kahn 氏試驗，這是 Kahn 氏本人於其原著上特別提及的。病人血清須另注入小管內置電箱 56° 中半小時使其成不働性，否則結果不可靠。(我對於未注意及此者格外申說)。

(二)抗體原稀釋液準備法：

即備二大試管按已檢定之單位混合生理食鹽水及抗體原如所檢定之單位為 1:1.1 則一大試管盛抗體原 1.0cc 其他一大試管內盛生理食鹽水 1.1cc，然後反覆傾注混和之，傾注十數次須越快越好，配好後並須將此配就之抗體原稀液於半小時內用去之，否則不能供用矣。

(三)試驗血清法：

1. 於三個小試管內用 0.001 劃度之吸液管注入 0.05 0.025 0.0125cc 抗體原稀液(上面配就的)。
2. 每管內加不働性血清 0.15cc
3. 搖振三分鐘(最好用每分鐘能搖 275 次之搖振機，否則手連搖亦可)。
4. 每管內加生理食鹽水 0.5cc，振搖

數秒鐘，於室溫中靜置五分鐘即可檢視結果。

(四)結果之判定：

|                |      | 最後結果： |      |
|----------------|------|-------|------|
|                |      | 已受治者  | 未受治者 |
| 沈澱最顯明呈塊狀……++++ | } 陽性 |       | 陽性   |
| 沈澱較弱作大粒狀……+++  |      |       |      |
| 沈澱更弱為小粒狀……++   | 弱陽性  | 弱陽性   |      |
| 沈澱極弱作極小粒狀……+   | 弱陽性  | 可款    |      |
| 呈輕微細絮狀……±      | 可疑   | } 陰性  |      |
| 無沈澱……-         | 陰性   |       |      |

編後語：本文目的原為指明近來所多用之簡便梅毒血清診斷法介紹給實地行醫的做參考或採用。故許多其他用途如用以檢查腦脊液之梅毒反應不但手續較煩不合行醫者之能為，且效果如何亦未十分確定，故作者略去不敘也。又本篇內詳書抗體原之如何自己做法，乃為喚起國人極力自製不用舶來品為目的，同時詳論檢定單位法以求其準確也。若不欲多費手續自製者則作者介紹購買之處，Kahn 氏抗體原上海衛生試驗所有出售。Kine-young 氏抗體原則北平天壇中央防疫院有出售，此二處出品素稱佳良



，儘可購用也。

### 參考文著

Riecke: Lehrbuch der Haut und geschlechts-krankheiten.

Kahn: "The Kahn Test"

Ch'in wong: A. modification of Kline's mic. Ppt. Test for the Diagnosis of syph. Chin. med. J. 46:645'32.

Ch'in wong: The kline Test in the Diagnosis of. Syph. Chin.

med. J. 48:431'34.

方石珊  
程慕頤: 坎氏梅毒血清沈澱反應法，  
中華醫學雜誌 Vol. 14 No. 5 pp. 5.'28.

林宗揚  
褚葆真: 馬氏溷濁反應與坎氏反應瓦氏反應之比較。中華醫學雜誌 17. 323. 31.

李宗漢: 康氏(即 Kahn 氏)與 Kline (克策茵氏)梅毒試驗法之診斷價值中華醫藥雜誌第廿一卷第四期。

## 麻疹淺說及治療

潘淵若

麻疹病人普通醫院是不收的，就是工部局華人隔離醫院及開北同濟路市立傳染病院，麻疹病人要住院，也要吃了閉門羹回來。上海惟一收麻疹病人的醫院，是南市三泰碼頭市立上海醫院。作者在此服務，常有機會聽到病家謬誤的見解，特作此淺說，順便把我們的治療作一簡單的報告：

麻疹差不多每個小孩患過，傳染之易，首屈一指，具天然免疫性者，百人中祇有三人。患過一次，終身免疫，所以成人

患麻疹者很少。但我們常常聽病孩母親說：她孩子已出過瘡子，此係第二次。因為俗名瘡子，把麻疹，風疹輕的猩紅熱等疹，和其他傳染病所出的紅疹，都混在一起，大學教授反安氏(Prof Dr Feer)，有數十年之臨牀經驗，祇看過一回第二次麻疹。可證二次麻疹，至少有一次是錯誤的診斷。

麻疹拉丁名 Morbilli，意謂小病；所以麻疹雖容易傳染，並不列入法定傳染

病。法定傳染病有九種：腸傷寒，斑疹傷寒，猩紅熱，白喉，流行性腦膜炎，真性霍亂，天花，痢疾，鼠疫。這種規定若在歐洲，也許是對的。因麻疹在歐洲，確乎是小病，死亡率祇有百分之三至六；在日本比較已高，百分之五至十五；在中國恐更不止此數，究竟多少，因為缺乏精細統計，殊難下斷語。普通一般人心理，認麻疹應由舊醫治療，所以新醫很少有機會治療麻疹病人。請新醫生治之病孩，大都因已合併肺室，奄奄一息；如單把此數做統計，死亡率確是可駭。業師博羅 (Prof Dr Blumenstock)，常常要問我們中國從前有否麻疹。因為他看病情嚴重，疑心中國新有此病，好比黑人生肺結核，十九是急性粟粒肺結核。但參考古代醫籍，麻疹在中國，也有攸久之歷史。

雖然他們的意見，未必盡然。但病情經過，與歐洲迥異，也難怪外藉醫師起這種疑問的。

麻疹雖是傳染病，但是原菌迄今未發現；病兒在前驅期內之口鼻排泄物，及疹子發現前後廿四小時之血液，均含麻疹病原體；接種給他人，可得麻疹。但麻疹並不間接傳染，即使有，也是極少數。反安氏的意見，醫師看了麻疹病人，不妨即看其他病人，決無傳染危險。疹子出後一星

期，直接傳染力亦消失。普通出疹後第四天，傳染他人，已是很少；

所以病兒隔離，祇須前驅期起至發疹後七天。舊醫常謂麻疹傳染是在恢復期內，這是錯誤的觀察。因為舊醫不懂潛伏期，以為麻疹一染即發。譬如一家有二孩子，甲孩在前驅內染給乙孩，乙孩發病時間，正在甲孩恢復期內。有一般人迷信舊醫學理，直至病孩疹子退後，才和其他小孩隔離，有何用處。所以新醫要使病家及時隔離，先要使病家明白這潛伏期，說明各種傳染病，細菌侵入人體直至病發，一定要相隔相當時間，所謂潛伏期是也。最好把狂犬病 (Lyssa) 作為譬喻，因為此病有潛伏期，是人人知道的。

麻疹潛伏期是十一天，發熱三天，然後見疹，第一天熱度大概攝氏四十度左右，有傷風現象，鼻塞流涕，眼結膜充血，怕光咳嗽；第二天熱度較低，有時竟至正常；第三或四天熱度再高，疹子便漸漸透出。疹子未出前名前驅期或卡他兒期，從病菌傳染着直至發疹，須十四天。在前驅期內，要診斷麻疹，須注意科潑克氏 (美國小兒科專家1858—1927) 斑點，狀如細砂，色淡白，發現於口映黏膜上，與上白齒相對處；每點周圍有紅暈一圈，此乃麻疹之特點，診斷上很有價值；患麻疹者，百

分之八十均見此點，發疹期內科氏斑點即消失。血液檢查，也是早期診斷之一助。麻疹自前驅期起，白血球減少，分類計算，淋巴球比較減少。同時小便呈雙淡輪質陽性反應 (Positive Diazo-reaktion)，鈣鹽質排泄亦增多。疹子將出前，上顎及喉腔，有斑點狀紅疹，一名內疹 (Enanthem)，消失甚速。隨後疹子即由頭部耳旁透出，漸漸密佈面部頸部及頭皮，口腔周圍亦有疹子。舊醫常注重鼻尖，有否疹子，以定病之輕重。大概把喉部症象不顯著之猩紅熱，誤診為重麻疹的緣故。疹子透出，由上而下，初發為紅斑，一晝夜後變為暗紅色丘疹，手摸覺皮膚高低不平，漸漸擴大合併如地圖或星狀；其大小及形狀，均無規則。疹子發作，均須三天；再隔一两天，疹子漸漸隱去，熱亦退，皮上有紫黑斑，周身發癢，表皮脫去，宛如糠秕屑。在發疹期內，卡他兒症象加劇，多數聲嘶，煩躁不安，眼臉紅腫，舌苔厚膩，有時頸淋巴腺亦腫脹；多數便秘，重者腹瀉，一日七八次；皮膚發疹後四天熱不退，是有合併症的嫌疑，最多的是肺炎；病孩面色發青，呼吸增速，鼻翼煽動，此時打診聽診，均有顯著變化。其次是中耳炎，但麻疹合併中耳炎，不如猩紅熱合併中耳炎之嚴重。因為痛的關係，小孩常把頭

左右轉側，有時把手放在頭上，醫師幸勿誤認為毒血症 (Toxikaemie)，忘了檢查耳部。麻疹期內失音聲嘶，須隔長時間，才可復元。有時併發假膜性炎，如有合併真性白喉可疑，血清注射，愈早愈妙。患麻疹後六月內，最易傳染結核，家長應注意，使病孩勿與患結核者接觸。如病孩有患走馬疳 (Noma) 嫌疑，速請外科醫師診察，切勿遲疑誤事。重的麻疹，疹子甚少，小孩昏厥抽搐，肺部尚無變化，人已死亡；或出而早隱面色蒼白，合併心臟衰弱而死，治療殊鮮效果。今春三歲以下小孩，多有如此者，言之痛心。

麻疹之治療：麻疹無特效藥，全是對症治療，輕的不藥自愈。舊醫治療麻疹，注重避風，免其受寒而疹子隱去，話雖不錯，但多數失之過火；天氣很熱，還穿着棉襖，蓋了棉被，緊閉窗戶，悶得病孩呼吸困難，亦非所宜。醫師要防病孩受寒，但亦須顧及空氣流通，房間熱度至少攝氏十八度。兩面開窗，使穿堂而過，我也不贊成。天氣熱時開一面窗，決無關係。普通麻疹流行在冬春兩季，應不時開氣窗，換新鮮空氣。房間如有火爐，一定要一面盆水放在上面；空氣太乾燥，對於麻疹病人不相宜。第二是要有充分的營養，發熱期內，熱量多的流質飲食，橘子汁內維他

命多，不妨多飲。注意牛乳，吃後如腹瀉，應給豆乳。多飲開水，是醫治小兒病最要祕訣。小兒體內水份比成人多，失水症象恆較成人嚴重。如失水症象顯明，而小兒不願多飲，林格兒氏 (Ringersche Lösung) 溶液或洛克氏溶液 (Lockelsche Lösung = Ringersche Lösung + 5% Glucose) 滴點浣腸 (Tropfeneinlauf)。腹瀉時滴點灌腸無用，祇可皮下注射林格兒氏溶液。但注射痛苦是其缺點。哺乳嬰兒鼻塞後飲乳困難，常用棉花梗蘸甘油拭清鼻腔，再滴副腎腺素溶液 (Sol. Suprarenin 1:1000) 放鼻中；鼻孔旁塗硼酸油膏。如眼臉發炎劇烈，用百分之五拿維福油膏 (Noiiform 0,5 Paraffin liquid 0,5 Vaseline alb puriss. ad. 10,0)，硼酸油膏亦可，但處方時須注明用純粹白凡士林配合 (Vaseline alb puriss)，否則不合眼用。滴眼常用 3% Targemin，內服藥自進院日起，每日三次，每次六至十滴 Adexolin Liquid，內含維他命甲種和丁種；維他命甲能增進表皮細胞抵抗力，用於麻疹，最為合宜。每日注射 Omnadin 一針，五歲以上一次兩安瓶；內服化痰劑 Mixt. Solvens，二小時一次。小孩不會吐痰，多吞入胃內，由大便排出，不時抱在手中走走，也是痰一助。臨睡

給小量 Codein phosphoric. (0,003-0,01)，一歲一下小孩不用為妙，吸入療法較內服藥更有效驗。(Emsersalz od. Eukaylptüsöl) 熱度過高給奎鹽坐藥一次 (Chinin hydrochl. 0,1-0,3)，水療法退熱 (Hydotherape) 在麻疹病切勿應用，難得家屬同意。設日後小孩不幸死亡，家屬定有煩言。如合併肺炎，一歲以下小孩，每日二次，每次半西西 Transpulmin 一西西內含樟腦油及奎甯鹽基 (Chininbase) 0,03；未注射前將安瓶放熱水中一泡，硬塊決可避免。國貨 Transpoin 內含係鹽酸奎甯 (Chinin hydrochl. 0,03)，量應較重。中午注射新亞鈣劑 (Sinocalcin) 五西西，此係國貨葡萄糖酸鈣劑，可以肌肉注射，局部毫無紅腫痛苦等事，與山德士鈣完全無異 (Cal. Sandez) 作者用此藥治療肺炎，已二年於茲，非常滿意。與 Transpulmin 合用，功效更偉。偶而安瓶內有白色沉澱，祇須放水中一煮，便自化去。一歲以上小孩，每日二次每次一西西 Transpulmin，中午十西西新亞鈣劑。五歲以上每日廿西西新亞鈣劑，或山德士鈣百分之廿溶液十西西。因太濃注射處微痛。局部治療，用安福消腫膏，一天換一次，重的用茄末罨包 (Senfpackung)，功效遠勝安福消腫膏。

但有二點須注意，第一怕虛脫，事前最好內服數滴 Cardiazol liquid；第二點如皮膚已如蟹紅色，應即取去。茄末燙出之泡，不易收口。心臟衰弱，除補充水份損失外，皮下注射強心劑，普通我們用 Cardiazol, Coramin 及 Coffin n. b. 三種交換注射，四至二小時一次。呼吸不佳，皮下注射 Lobelin (0,0015-0,003)，或用養氣呼吸。如係純粹養氣，隔數分鐘須稍停，否則亦有呼吸停止危險。最好係養氣內加百分之五碳酸  $\text{CO}_2$ 。如有痙攣，直腸灌水化氯醛 (Sol Chloralhydrat. 2% 10-50cc)。腹瀉內服 iq Uzara，重的麻疹腹瀉，治療常無效。便秘在發疹期內，任其自然，灌腸或給瀉藥後，往往腹瀉不止；無論如何，我是驚弓之鳥，決不敢再浣腸了。

麻疹之預防：病人在恢復期內第八及第九天內，血中抗毒素含量最高。三歲以下小孩在潛伏期第五天內，取恢復者之血清，注射三至五西西，可保不發，但免疫

性祇有五星期左右。在潛伏期第六天至第九天，亦可使病經過減輕，三歲以上小孩，其劑量為其年齡之二倍。倘用成人血清，須四倍於恢復內血清。如一時無離心器，可將全部血液注射肌肉內，但較血清量須加倍。如有許多恢復者血清，可併於一管，貯於冰箱內，一年內繼續有效。有麻疹病人，注射小量皮下，該處有一圈不顯疹子者，即為有效。

作者在此，求恢復者輸血，連人失敗，所以自身毫無經驗，希望來日有機會，再向讀者報告。

#### 參考文獻

1. Blumenstock Vorlesung uber inneremedizin 1931
2. Feer Lebrbuch der Kinderheilkunde
4. Brit. Med. Journ 15. 10. 1932
5. Gas. degli. Osp 11. 9. 1932
6. 中村政司 小兒病學
7. 高鏡郎 小兒傳染病

## Cholesterin 與 Phlorrhizin 對於脂肪 新陳代謝之影響的試驗

[于皮下或門靜脈內注射 Cholesterin 或 Phlorrhizin 後，用實驗方法，決定貓肝與兔肝內脂肪之含量。]

曾憲立博士著 王世開譯

(按前載本刊五卷三期之各種不同錐蟲在混合傳染上之相對影響為曾君之博士論文而合作原文則嘗載德國明興(München)大學第二醫藥臨床部之研究刊物)

### 導言

吾人于文獻中，素知肝臟對於炭水化合物，脂肪及類脂肪體等之新陳代謝有很大的影響。肝臟乃人體內炭水化合物與脂肪的儲藏室；體內某一器管若有需要，則由肝臟利用血液的循環，輸送炭水化合物與脂肪于該器管，因之炭水化合物與脂肪在肝臟內含量之多寡，隨情況之變易，而有許多不同的百分比率，他們的含量，並且可以很快的和很強度的增加或減少。

Rosenfeld 與 Junkersdorf 兩氏曾做過許多動物試驗，從化學與形態的觀點上，確定 Glykogen 在肝臟內之含量，當脂肪異常增加時，不僅不增加，却反減少；脂肪愈加增多，同時在肝臟內之 Glykogen 愈漸減少；若脂肪增加至極度時，肝臟內之 Glykogen 可完全消失。同樣的，

若 Glykogen 增加，則脂肪之含量減少。因此可知在肝臟內脂肪與 Glykogen 含量之增多與減少，恰恰立于相對的地位。

在正常情形之下，肝臟內 Glykogen 與脂肪之含量差不多是一定的。當疾病與中毒時，炭水化合物與脂肪之新陳代謝發生障礙，之肝臟內該二物質之含量，乃有強度之增加或減少。患糖尿病時，血液中之糖量增高，尿中排出糖份與發現 Aceton。在被割去脾臟的動物，也發生同樣的現象。近年來 Remescow 同他的學生們，曾將肝臟內炭水化合物與脂肪含量之差異，加以詳細的研究。他以為由門靜脈輸入 Cholesterin 于肝臟，可使肝臟內之 Glykogen 極度增多，由此可以證明炭水化合物可由脂肪變化而來，此種學說給吾人甚大之興趣，特別適用於雜食的動

物。

### 材料與試驗之程序

下面是做過三十個貓與三個兔的試驗後，所得的結果。

此處以貓為雜食類，兔為草食類之代表；更用 Cholesterin 與 Phlorrhizin 等對於脂肪與碳水化合物之新陳代謝發生影響之物質，作為試驗藥品。對於每一動物，將其肝內之脂肪，血液裏的脂肪與糖質，尿內的糖質與 Aceton，一一加以定量的分析。在全部研究時期中，所有的貓，應每日以多量之牛乳、瘦肉、白麵包等飼養。為避免動物于被殺死之一霎那，因身體之激烈運動，以致消耗體內之脂肪與尤其容易消耗的 Glykogen，等等目的起見，可使用一種特別器械，使動物安靜的臥于一小匣之內，使之避免一切精神的興奮與身體之掙扎。除開頭部與頸部由一圓洞向外伸出外，身體其他各部盡在匣中。約于動物頭上一米突高處，安置一銳利的大刀，用最敏捷之方法，將動物之頭砍下。

在斷頭之後，應很迅速的將血液分作兩次收集。第一次由外頸靜脈與耳靜脈收集之血液，作為 Phlorrhizin 與 Cholesterin 之試驗；第二次收集之血液，作為決定脂肪糖質與等含量之用。在斷頭以後，

立將肝臟取出，置于一乳鉢內，用冰屑遮蓋，使其中所含之 Glykogen，不受外界溫度之影響，而失其定量上之精確。為避免肝臟之分解，最後于秤稱重量後急速從事。從腹腔內取出肝臟，至將肝臟放置于濃硫酸中，所需之時間通常為三十分鐘左右，在此段時間中肝臟內不致發生如何之化學變化。

### 計算脂肪之方法

生物學的脂肪計算法，載于文獻之中，大別為抽出法 (Extraktion)，搖出法 (Ausschüttelung) 與鹼化作用 (Verseifung)。此處所用之方法乃搖出法，因此法甚準確可靠，並可以節省時間也。茲將 E. Bauer 與 H. Baerschall 兩氏所做之手續敘述于下：——

將肝臟置于空氣中，俟稍乾燥後，切碎之，置于乳鉢內，經數分鐘之磨搗，磨成乳糜樣態。試管時，每次用一個經酒精或 Aether 清拭過完全無脂肪之小匙，取出五公分肝臟乳糜，放入一個 Erlenmeyer 式的長頸瓶內，置于乾燥器內使之變乾，然後使之冷卻。再加 5c.c. 濃硫酸與 5c.c. 蒸溜水于瓶內與乳糜混合，放入煎器 (Wasserbad) 內，加熱二三分鐘，直至此混合物完全化為溶液。加 40c.c. 蒸溜水使之稀釋，俟冷卻後，用 50c.c. Ae

ther 搖盪兩分鐘，再用 50c.c. Petrol-aether (沸點為  $55^{\circ}\text{C}$ ) 極力震盪一分鐘，然後將此長頸瓶置于  $18^{\circ}\text{C}$  之水中歷十二分之久，直至瓶內溶液分為數層。上層為溶解脂肪之 Aether 溶液，其總量約為 98,8c.c.

用兩個刻有度數之吸液管 (Pipette)，穿透軟木塞，插入長頸瓶內，其一吸液管浸入 Aether 溶液；由另一吸液管吹入空氣，壓迫液面，使 Aether 溶液在吸液管中上昇至 49,5c.c 之刻度處。將此吸出之一半的 Aether 溶液，(49,5c.c. 恰為全部 Aether 溶液之一半，注入一個已知重量的長頸瓶中，為避免沸騰危險起見，加少許之 Bimstein 細末于溶液內。將長頸瓶置于煎器內，使瓶內之 Aether 完全蒸發。再將此瓶置于乾燥器內三刻鐘，于冷卻後秤瓶之重量；減去空瓶之重量，即得瓶內脂肪之重量。

因每次用五公分肝臟乳糜作試驗，五公分肝臟內所含之脂肪，完全溶解于 98,8c.c. Aether 中。49,5c.c. Aether 溶液內所含之脂肪，僅相當于 2.5 公分之肝臟乳糜內所含有者。假定 2.5 公分肝臟內含脂肪為 X 公分，則  $(2.5 \times 40 = 100)$  公分肝臟內所含脂肪應為 40X 公分，則 40X 即肝臟內脂肪量之百分數。此法甚為精確，余曾屢試之，所得結果均為一樣。

在正常情形下，貓肝內脂肪之含量。

余曾由十二個貓之試驗中，求知在平常情形之下貓肝內脂肪之含量。將十二個貓中揀出六個，作為試驗的對照動物，殺死前不經麻醉。其他六個則用 Urethan 麻醉。由兩種情形比較之下，可知肝臟內脂肪之含量，是否因經 Urethan 之麻醉而有差異。茲將試驗所得之結果列表于下：

：—

第一表 (未經麻醉之試驗)

| 貓之號數 | 貓之體重    | 貓肝之重量 | 由取出肝臟直至試驗開始時所耗去之時間 | 肝臟內脂肪含量之百分數 | 附註             |
|------|---------|-------|--------------------|-------------|----------------|
| 第一號  | 2,500kg | 72g   | 32分鐘               | 5.612%      | 試驗前一日，曾產生三個小貓。 |
| 第二號  | 2,100kg | 47g   | 31分鐘               | 3.650%      |                |
| 第六號  | 1,495kg | 42g   | 32分鐘               | 6.780%      |                |
| 第九號  | 2,790kg | 105g  | 38分鐘               | 3.206%      | 肺臟內有出血性浸潤。     |
| 第十號  | 2,800kg | 68g   | 28分鐘               | 3.394%      |                |
| 第十二號 | 1,725kg | 62g   | 40分鐘               | 13.074%     |                |



由未經麻醉之試驗，所得最低之脂肪價值，除開第十二號貓外，最高為 6.780%，最低為 3.206%。第十二號之貓因于

試驗前一日始送來，因此未能如他貓同樣飼養，且因患病，是以所得之價值 13.074% 不值重視。

第二表 (用 Urethan 麻醉之試驗)

| 貓之號數 | 貓之重量    | 所用之 25% Urethan 之量 | 貓肝之重量 | 麻醉與斷頭相距之時間 | 由取出肝臟直至試驗開始所耗去之時間 | 肝臟內脂肪含量之百分數 | 附註           |
|------|---------|--------------------|-------|------------|-------------------|-------------|--------------|
| 第三號  | 2.417kg | 19.00cc            | 59g   | 六小時又卅七分    | 39分               | 5.630%      | 左肺下葉有少許之出血   |
| 第四號  | 1.635kg | 11.50cc            | 58g   | 三小時        | 43分               | 6.650%      | 此貓是一僅有三脚之弱貓  |
| 第五號  | 2.352kg | 18.50cc            | 44g   | 三小時        | 35分               | 5.384%      | 肝臟為暗褐色，甚似鬱血肝 |
| 第七號  | 2.499kg | 18.75cc            | 64g   | 八小時        | 41分               | 8.296%      | 于左右肺均有許多小出血  |
| 第八號  | 2.105kg | 16.00cc            | 58g   | 四小時又三分     | 40分               | 3.813%      |              |
| 第十一號 | 2.955kg | 23.00cc            | 84g   | 三小時又五十二分   | 33分               | 5.248%      |              |

于用麻醉劑之試驗中，脂肪之含量最少為 3.818%，最多為 8.296%。

脂肪含量之平均數，用麻醉劑為 5.839%，不用麻醉劑為 4.528%。除開四個不完全健康的試驗動物，由此十二個試驗中

，知肝臟脂肪之含量，受麻醉劑之影響甚小。不過受麻醉之貓肝內，較未受麻醉者，所含脂肪之量稍多耳。據試驗之結果，知在正常情形之下，貓肝內脂肪量為百分之四至百分之七。(未完)

## 慢性胃炎之早期診斷及其錯誤診斷

Priv.-Doz. Dr. Büttner 著 陳樹田譯

試一翻閱本世紀初二十年內之內科書籍，則知對於慢性胃炎之病狀記載極少，不過以酒客加答兒名之。(Säufer Katarth) Mering 及 Osler 氏曾說：胃炎一症不應

常為診斷之辭。近數年來胃炎之名辭復常顯於吾人耳目中。Krehl 氏 1932 年於其著作中曾有「吾人久加棄置之胃炎今復又起矣」之語，渠並說明胃炎之意義吾人今日

復熟練之者，由於兩種新檢查法而生之新解釋，如X光鏡像中胃粘膜之表現及胃直達檢查法 (Gastroskopie) 是也。於下節中當詳述之。

吾人於文獻中未見胃炎之敘述，不能即謂無胃炎之症發生，蓋此症每以他種名詞代表之，尤其常以神經性 (Nervös) 三字而加棄置。每一臨床家必深信於其門診中無從解釋之胃病乃佔大部，此種病人往往遍求良醫，或授以瀉劑，或示以無定與無益之飲食調養，或遣之鄉間，以離吾人醫生之目，此種掩飾之舉，毫無益於病者，吾人必須努力以求病者之痊癒。其原因皆由於胃炎一症之病狀不明，即如吾人通常所假定者至今仍不明其究竟。

胃炎一症今雖於各種刊物書籍中見之，但難題仍不能解。而紊亂之情形討甚烈，本論文中當然不能全問題均加以仍論，由本題而知乃縮短而討論其問題之一部。問題範圍之廣，使一刊物之論文簡直不解其一二，此不過為臨床家而作，故對普通臨床家不能行之檢查法加以說明耳。

倘須明瞭胃炎一症，當先知胃炎之本義，胃炎之意義有時極廣，倘能認識其全豹，有時毫無意義，倘吾人只偶然以為診斷之辭。如近時常發現者，最先須知 Gutzeit 等檢驗之結果，胃炎一症單獨存在極

少，於慢性之例中亦常附小腸炎或大腸炎，故不應只視察胃部而已，當將消化系全部加以檢查。

吾人倘欲避免錯誤之診斷，當先知慢性胃炎病理解剖之圖形，絕非一律，有時其粘膜呈強烈之彎曲，但無摺皺之形。有時常有堅實腫漲之摺皺發現，有時各種不同反應性之息肉 (Polypen) 狀態發生，至後乃有表面細胞之脫剝，在不同之情形又可因產生多寡不同之粘液而異。吾人更知就現有之經驗，於X光鏡檢查下之解剖圖形，無一定之結果，推而言之解剖圖形亦不能確定其運動及分泌之效能，故應知慢性胃炎，診斷如何之難，而決非依一種檢查法確定之者。

慢性胃炎最佳依下列分為三種：

1. 單胃炎 Primäre Gastritis
2. 複胃炎 (Sekundäre Gastritis)
3. 附胃炎 (Begleitgastritis) 及 Westphalscher 胃刺戟。

單胃炎之診斷必於複胃炎或附胃炎兩者無疑慮時始可，倘不先將他種疑慮盡釋，則易生錯誤診斷。胃炎種類之識別乃有效治療之先提，複胃炎不過病原之一部徵狀耳。於下吾人可知因此而生錯誤診斷之可能，為數如何之甚。即附胃炎之數目亦極重要，如胃潰瘍胃癌等均有附胃炎，惜

吾人知之尙少。

於診斷正確及時間之意義，臨床家每仍不能稱已尊從之。倘顧及慢性胃炎之遠能(Fernwirkung)或腸胃炎，如每有難治之坐骨神經痛(Ichias)，實因發現腸胃炎而施胃部之治療，乃使神經痛亦痊癒矣。

對於胃炎之診斷最要者乃在時間早而正確，於普通醫師臨床中之檢查以胃炎列入鑑別診斷中，為數極鮮。以前患者之病歷訴述，亦須賴有特別之訓練。病者訴述每不合胃炎之一種，有時吾人所聞之訴述，近似潰瘍，有時於其病歷中又似癌腫疾患，其生活情形，神經素質及精神勞頓，職業損傷，與其以前所患之疑病均為病原之南針。疼痛每為其自覺之不適，有時如胃痙攣，有時不過微有隱痛，或覺胸部飽脹，或覺腹部隆起，亦常有以為係大便不通之過，於胃液缺乏者則每有腹瀉，甚有以為他種器管之疾患(如心臟)，而以胃病為附帶者(如複胃炎是也)。

通常臨床檢查必同時檢查其全身，腹部檢查尤為重要。肝臟脾臟往往為病源指示之途徑，亦須注意有否上腹脫腸，此症於臨床上往往遺忘，彼能使腸胃生極度之刺激。血液亦必須附帶檢查因常有血液病初期，以為胃病者，於下節當再論之。

胃液抽吸乃檢查中之必不可缺少者，

昔日於檢查前以茶為試飲液(Proben fröhstück)，今日已不用，同時一次之抽吸亦覺無何意義，部分抽吸以細長消息子(Sonde)及注射管行之。使病者今無胃部衝出之感，皆賴醫生用細長消息子(Dünne Sonde)之功也。

實用上均以酒液為刺激之飲料，以百分之五之酒精 250c.c. 於消息子置入後，先抽吸使胃部空虛，然後注射試液入內，每隔十分鐘抽吸一次，(共計一小時之久)此法之詳細情形，恕本文不論一一論列之。

胃炎之診斷及鑑別診斷，必先確定每次抽出液之量，其胃酸含量內中之細胞，亦必經顯微鏡下之檢查。

精密之診斷必賴細胞數量之確定，因細胞之鑑定，能與臨床家以充分之解釋也。內中紅血球極易認識，白血球倘於酸液中，則僅識其核，因其呈分義之形狀甚易識之。淋巴細胞之數量無何意義，但與胃上皮細胞頗難鑑別，因胃上皮細胞往往消失其原生質。實用之細胞鑑定法亦如尿素沈澱之檢查，以定量吸液管(Pipette)吸其沈澱於顯微鏡下檢查之，每個細胞之鑑別最好塗抹於玻片上，(於乾後用 Giemsa 氏染色)。空腹檢查及試液檢查於實用上亦足稱完備矣。

此外粘液之滲混，亦具有重大意義，此只能於臨床家加以揣測。

倘更加以X光之檢查，則更稱完備，但須注意下列諸點：粗形解剖圖像之改變，甚易確定。但胃病之初期診斷則頗難。故必先具有精善之檢查工具，及專門之學問。蓋檢查工作之不完美更劣於全不檢查。X光之檢查對於附胃炎 (Begleit gastritis) 與他種之鑑別尤為重要。如胃癌及胃潰瘍可因此而決定取捨。對於胃炎X光之檢查，輒近論之者極多。其原則不外粘膜浮影之改變 (Schleimhautreliefveränderung) 如以確定耳。正常浮影之圖像，亦極複雜不同，與病理圖像之轉移，主觀性質頗重。於解剖圖像之改變及其工作之效能，與粘膜浮影之關係，如上述中已言及，至今未能完全明瞭。能可確實於實用上用之以為胃炎之診斷者，於下節中當提及之。

將來最大之展望，當然賴之於胃之直達檢查法 (Gastroskopie)。尤其於早期之診斷，但其意義須求之良好經驗者，尤勝於檢查之方法，惜本文不能詳述之。

於胃炎之檢查當有下列之結果

#### 1. 抽出之胃液：

a) 粘液：富於粘性之空腹分泌物 (Nüchterssekret)，——為量過巨，則為胃潰

瘍，有殘餘之食物則為幽門狹窄。——即飲水後粘液仍甚富。

b) 酸含量：低量為缺酸性胃炎，(與胃癌及惡性貧血為鑑別診斷)。巨量則先以十二指腸潰瘍為多，次之為胃潰瘍，但初發性胃炎亦可 (Primäre Gastritis)。中等之含量則多為有酸性胃炎。

胃液中無酸之存在，亦不能即以為分泌腺體之退化，故於胃液缺乏症 (Achylië) 當以Histamin以驗腺體之效能。

c) 細胞之含量：所患之病其性愈急，所含之細胞量愈多。於胃炎則有多量之白血球。

#### 2. X光之檢查

陰翳狀 (Schummerung) ——即於X光圖像有斑痕之表現，乃由於過量粘液或胃液之分泌，此情形亦可發生於胃炎，但尚未得證明，廣闊而高之粘膜皺摺，乃工作過度之表現，(由於交感神經與副交感神經之不調和)。通常以為胃炎命名之意義不盡符合，但於直性胃炎亦常有此種情形之發現，昔曾以為堅實不整齊皺摺，為胃炎但與胃癌之區別，有時粘膜呈顆粒狀，究竟由何而來至今仍在辨論中。

倘知慢性胃炎往往為複發性，而於其各種現象認識甚確，則頗易避去錯誤之診斷。並可為早期診斷之妥當途徑。但欲將

其錯誤之由來，加以詳論，則只有於書冊中求之也。

茲更略述附胃炎之發生，每一長期經過之胃炎，並適洽相當年齡，應加以胃癌之考慮。執業醫師應知彼負有胃癌早期診斷之責，而較優之X光學於病之初期已能先知癌腫滲透，於慢性胃炎粘膜之改變矣。十二指腸炎雖已經過甚久，即已結痂，尚能有附胃炎之發生，及使十二指腸之疾患不清漸矣。尤其於結縮性幽門狹窄，與結縮性之蝸捲狀胃常發生之。此外胃中異物，及梅毒或息內均能附帶而生胃炎。

發生情形之最複雜者，莫過複發性胃炎 (Sekundäre Gastritis)

#### 複發性胃炎

錯誤診斷之原因，多由於左鄰器管主有疾患，蓋此種疾患久之無不引起腸胃炎。如潛伏性之輸膽管炎及膽囊炎，慢性之肝臟炎，及變質性之病症 (硬性變質 Zirrrose, 門靜脈血栓 Pfortader-thrombose 等)。胆部器管運動障礙，亦可引起。詳細病歷之詢問，及其皮色帶黃之認識 (此處鞏膜之黃色最易遺忘)。以及尿之檢查，皆能於談話間而得早期診斷，大便之顯微鏡檢查，常能因脾臟炎而發現胃炎之原因 (執業醫師往往不檢查大便)。血中之酸性白血球增加，及大便中之寄生蟲卵，均

能使慢性炎得以解釋。(常有一種變質性之腸胃炎，亦為酸性白血球增加，吾人常以腸胃哮喘名之。最後尚有慢性盲腸炎，其病狀亦如胃炎者 (但亦有胃部確實變化者)，亦常有婦科疾患而累以胃炎治之者。故婦女白帶而以胃部疾患告之者，亦非偶然也。慢性之腎臟病往往病者不覺，而每歸之於胃炎。如此種情形而錯誤尚可明其錯誤之固，但不能以慢性之尿毒症而當以沉重之胃炎治療，而此情形發生亦非一次矣。

慢性傳染病亦常阻礙胃部之工作，如熟知肺結核即常以之為胃病，於新法檢查後皆知不過為複發性之胃炎耳。(最近吾人曾見一患者，曾因慢性胃潰瘍而削去作戰能力百分之四十，渠於兩年內極力奮鬥，以求百分數之增加。因百分數低於彼私身極不利也，但檢查之結果，並無潰瘍，但為一頑性之肺結核，惟於慢性氣管胃炎，常引起胃炎，尤其氣管枝擴張症，幾每引起胃炎，其原因知者甚鮮也。

普通醫師無不知齒落能引起胃炎，但常遺忘牙根之肉腫，及臨床上稀見之畸形牙齒，均與胃炎有連帶關係也。(於畸形牙生長非因之而生胃炎，乃由於全身所受之損害) 胃炎常與畸形牙齒同時發生亦數見不鮮。) 於傳染病中此外尚有癰腫症 (

Furunkel)及膿腫性皮膚疾患(Pyoderme i)常為胃炎之病原。耳炎，扁桃腺炎及副腔炎均不獨能使呼吸道發炎，亦常使胃部發炎。於慢性傳染症中尚有第三期梅毒為慢性胃炎之原因，不僅使胃生梅毒變化，即螺旋菌之毒素亦能使粘膜之工作受阻。

不獨病菌之傷害，即化學毒質亦能為慢性胃炎之原因。酒精及尼可丁(Nikotin)舉為病原，通常不易遺漏。但咖啡精胃炎於嗜飲咖啡者常遺忘之，此外砷、鉛、水銀均能引起胃炎。

血液病症於胃粘膜之關係，極為密切，胃加答兒與惡性貧血之關係無人不熟知之，但常有惡性貧血症診斷極遲，而均先以為胃部病狀之意義也。此種完全實用上之問題，自無意義。蓋惡性貧血乃係病原，致使胃液缺乏。

反之於複發性之貧血(Sekundäre Anämie)有時雖已力加治療，但仍無效。因未顧及常有慢性胃炎，或胃液缺乏症其中作祟也。難治之胃炎，發生無顆粒性白血球症者甚少。但須知胃病亦有各人體質原因，蓋一百個胃液缺乏症中，無一發生無顆粒性白血球之血液反應。

胃炎之病因，最後尚有兩種疾病之可能，此兩症常被省略，即心臟病與神經病。

吾人均知因心臟活瓣或心臟肌肉之疾患，能引起鬱積性發炎。但於心臟部分雖加以精密之檢查仍極少症狀，而引起胃炎，吾人於此知者尚少。

茲舉一例以明之，有一醫師曾以過酸性胃炎之診斷加以治療，久無功效，而來吾處。渠於精密之觀察下知患者多飲水後則覺困苦略減。吾人檢驗所得，知為多酸之胃刺戟，並於尿中檢得胆汁素(Urobilinogen)，但此病者胆汁素之排泄決非由於膽囊或肝臟之疾患，最後吾人乃思及潛伏性之肝鬱積，但心臟之形式正常，聽診結果亦無病狀，患者亦未訴有心臟疾病。於心臟電流描寫圖中，唯一以為病態者，只副T部分耳。即今日吾人以為心臟肌肉受傷之表現，後乃給與患者毛地黃之劑，胃部困苦立舒。

神經性之胃炎，吾人知者有脊髓癆之胃刺戟。腦部瘤腫以慢性胃炎為早期症狀，知者甚鮮。此種遙遠之響應，初視以為奇，倘知神經中樞統制胃部分泌作用如何之精密，則甚明矣。此種胃部加答兒常在腦局部症狀，及全身症狀之先。故於頑強之胃炎亦應顧及是否為腦瘤腫之初期。

胃部與腦部因精神原素為各方之連鎖，妨礙及胃分泌作用，以致生缺酸性胃炎，此事實已熟知之，然此處須重提及者，

因至今仍常有以忽略精神原素為胃炎之病因，致治療甚久而無實效。

吾人已將錯誤診斷對於複胃炎及附胃炎發生之原因，略述大概。並將早期診斷於多數情態下，應取之途徑已指明矣。總之單胃炎實際上為數極少，因多數皆另具原因，有時頗難斷定，究竟是否單胃炎，如嗜酒性胃炎，嗜烟性胃炎，及咖啡性胃病。事實上吾人不以此等謂之單胃炎，因其病因由於酒毒，但亦不能決定係由於粘膜之受損為唯一之原因，抑由於全身神經系之受損為其主因也。

於臨床家最好以治療效果為診斷之南針，則對於錯誤診易為預防矣。胃炎本身只以飲食不慎為重，但飲食不慎每須另附他種原因始成胃炎。吾人知胃炎常因職業關係午飯無休息而起。飯前無充分之準備，食時緊張迅速，使相當適口之食物亦變為不良之素因。過熱過涼之食物，亦能使

受害。但亦有情形不同者，如臨床中日常所聞：「余之食物必須乘熱嚥下」但吞食過急尤劣於過熱之食物。有時病者云「余歸家時間，每無規律，致食物常冷」。此種病人甯可常飲冰物使胃炎之發生不覺其苦。

故吾人最後所述之結果，胃臟係一與身體各部緊密有關之器官。他器官受損有疾，胃亦能因之而病。慢性胃炎診斷錯誤與否，視檢查之完備與否而定。每一慢性胃炎均應視為病因之一部症狀耳。故對於胃炎之早期診斷，當於實際上先將病因遍尋。因斷診過遲，皆由於本來原因未能尋得，然當早期診斷關於病人之遲早亦頗巨。蓋慢性胃炎之患者，每以痛苦不深，遲遲始來就診。

總之胃臟與其他器官間之關係，極為複雜，全身各部視察乃為預防診斷錯誤之可靠途徑，亦為早期治療之途徑也。

## 傳染病之早期診斷與錯誤診斷

著作者 Priv.-Doz. Dr. F.v. Bormann 薛煥成譯

當傳染病爆發時，迅速認識危險的可能，非常需要，不但對於病人的治療，有

很多的幫助，尤其是對於環境的安全，影響更大，可是求一個迅速而正確的診斷，

有時富有經驗者，亦不能辦為免除錯誤的調理，對於各種很危險的可能性都不可忽略。正確之診斷不可為奇，確當之調治才有價值。

普通常見之傳染病，為數不多。在診斷時除注意臨床事件外，也當留心流行病的情況（環境內之疾病，以及其他）。由此行去，大的錯誤，總可免除。

#### 急性發疹 (Akute Exantheme)

一般的皮疹，在病理方面，生物方面，極少有共同的性質。可是在診斷上互相的關係很多，所以需要併攏來說。

猩紅熱 Scharlach 如依照規律前進，則不難認識。病之發生，由完全健康狀態忽然體溫升高，嘔吐，頸痛如刀割，以上為臨床現象之引導。非常紅的喉頭（粘膜發疹 Enanthem）帶着口峽炎 Angina（加答兒性 Katarrhalisch 以至喉痧性 diphtherisch），以及在最初三日中發生小斑點的連成一片的皮疹，於是完成整個的現象。嘴唇表皮部以及腮部（Munddreieck）不生皮疹，與其餘之表皮有顯然的界限。Schultz-Charltonsches Auslöschphänomen 對於猩紅熱的皮疹認識，確是一個很有力的幫助。

注射 0.2ccm 猩紅熱治療血清 (Scharlachheilserum)，則注射處 3-5cm 周

圍以內新生的正常皮疹，在 6-24 小時內痊癒。如此種消滅現象 (Auslöschphänomen) 為正，診斷為猩紅熱，毫無疑義。消滅現象為負，但有正常新鮮猩紅熱形式之皮疹，亦當於謹慎考查後，診斷可不為猩紅熱。因為不正常——減低消滅現象在診斷上之價值——或不新鮮（發生三日以後）之皮疹，很常不能達到消滅目的。施行消滅現象時應注意事項：注射地位應擇皮疹分佈最多之處，最佳為胸腹兩部，普通取大腿部位，並不妥當。觀察結果時，若有明顯變淡現象，則認為正反應。皮內注射，亦因普通外傷性的結果，可使皮疹在周圍 2cm 以內有輕微的變白。猩紅熱恢復期的血清，尤其是已經達到健康時的血清所含消滅性的抵抗素，比較買來的治療血清 (Heilserum) 少得很多；所以結果方面，也更靠不住。

新起的猩紅熱，試行 Dickprobe，以及觀察間接消滅現象（初起猩紅熱的病人血清，並不能消滅猩紅熱皮疹）。都沒有診斷上的價值。

在某種情形，發現有喉痧性的咽喉現象 (Diphtheroïder Rachenbefund)；或在所謂敗血症性的猩紅熱 (Septischer Scharlach)，有壞疽性的咽喉現象，下顎角和頸部的淋巴腺嚴重發炎，以及帶有



膿血的鼻炎。我們在醫藥治療上應該注意到腥紅熱和喉痧混合傳染的可能，喉痧血清應立即注射，在敗血症性或其他嚴重的腥紅熱應合用腥紅熱血清。有時麻疹帶有腥紅熱性的皮疹，或是蟹紅色相連的皮疹，其初誤作腥紅熱，而實在是麻疹；在這等情形就很難診斷。加答兒性的現象 Katarrhalische Erscheinung (結膜炎 Conjunctivitis, 鼻炎 Rhinitis, 面部浮腫 gedunsenes gesicht, 氣管支炎 Bronchitis, 喉頭炎 Laryngitis), ) 皮疹依規律的生長(頭部漸次到腿部)，這是麻疹的現象(若是腥紅熱發生麻疹形式皮疹，則發生次序，毫無規律)。大斑塊如帽纓形的過渡皮疹，漸次進入健康皮膚，也是麻疹的現象(在大腿部位，可更看得清楚)，嘴部三角毫無皮疹，是腥紅熱的現象。以上種種，對於診斷的幫助很大。Koplik'sche Flecke 在診斷上的功用，普通總說得言過其實，——流行性感冒和風疹 Roeteln 亦有之——而且有時候竟不容易認識。當然，牠對於在常規下長成的麻疹和腥紅熱間鑑別診斷上也有相當的價值。在皮疹產生前的 3—4 日，若是麻疹，已經可有 Kopliksche Flecke, 在皮疹產生期的第一第二日，又已經消滅了。Soorflecke 的分佈和 Kopliksche Flecke 很相

似，可是前者比後者大得多。在可疑的情況下，可用 Methylenblaupräparat 以作判斷 (Soorzellen 及 Hyphen)。若是麻疹 Kopliksche Flecke 的邊緣上早已有了大斑點的皮疹(在口蓋部 Gaumen 看得最清楚)。而且口峽炎也可與麻疹同時產生。腥紅熱病人熱度降低時，莓子舌 (Himbeersprache) 才產生出來；所以牠不算是早期的徵狀。牠的特殊意義，實在也言過其實了。麻疹的體溫曲線 (Temperaturkurve) 的確很規律化；在第一病日有一溫度上昇尖頭 (Fieberzacke)，這是加答兒性的情況開始，後即退至平常溫度，或近於平常溫度。在第三至第四病日又上昇，大約同時有皮疹發出。在麻疹的初期，已有白血球減少症 (Leukopenie)，在此情形下有比較白血球過多症 (Relative Leukocytose) 和酸性染色白血球缺少症 (Fehlende Eosinophilen)，這是非常緊要的徵狀。腥紅熱的特點，有輕微的白血球較多症，酸性白血球數目亦增多。在多核形的白血球內有 Doehle 所說點形以至螺旋形的含體，要以腥紅熱最前兩個病日裏看到的最多。在其他的傳染病裏，即如麻疹也有此產物。牠的不存在，可用以診斷絕非腥紅熱。要使牠顯露出來，把取出之血液放在 Methylalkohol 內，浸 3—5 分鐘，

然後用新調好之稀薄 Boraxmethylenblaulösung 染色 (Aq. dest. Boraxmethylenblaulösung=1:40)。

至於麻疹病人之尿，對於 Diazoreaktion 普通為正，而腥紅熱大都為負。還有，在極少難診斷的麻疹，牠的皮疹外形，好像腥紅熱似的，在第一次體溫升高時，即已發現；不過同時看到加答兒的徵狀，可以不致有錯誤的診斷。

以上所舉各種徵狀，當然非常緊要，一般富有經驗者在診斷的時候，大部份還要根據普通的印象。因為只有消滅現象為正時，可有絕對的診斷。還有傳染的根源，以及流行的情形，對於麻疹和腥紅熱之間的判別，也在不少的幫助。

很多的腥紅熱，一直到以後，根據後來徵狀 (Spätsymptome)，才能下一個確實的診斷。稱為後來徵狀的，如薄片的鱗屑 (Schuppung)，在手上足上最顯明；及繼發症 (Nachkrankheit)。每個自然發生的中耳炎 (Otitis media) 淋巴腺炎 (Lymphadenitis)，出血性腎炎 (Nephritis haemorrhagica)，從他們的病歷裏可以發現病人從前有過發疹的現象，或者病人的周圍，有過口峽炎。藉鱗屑的現象，來診斷病情，可也不要忽略有其他的病也有發生的 (如 Typhus, Feersche Kr

ankheit)。新近我們看到一個三歲的小孩，有很重的初起的皮膚炎 (Primäre Dermatitis)，鱗屑的產生，也是帶着腥紅熱的樣子。

敗血症性的發疹 (Septische Ausschläge)，也可誤作腥紅熱的。許多創傷腥紅熱 (Wundscharlach)，其初簡直是敗血症的勢頭，喉頭上連一些輕微的粘膜疹也沒有。根據消滅現象，病歷，和以後的過程，才有真確的診斷。幼孩在熱的包裹中狂叫，送到醫生的面前，常有叫喊和發熱的皮疹 (Schrei-und Wärmeexantheme)，和腥紅熱的皮疹頗相似，也容易混淆。這種皮疹有十分鐘的安靜和適宜的清涼，普通即可消滅無餘。還有日光紅斑 (Sonneneruption)，同時有鱗屑和發熱現象，倒也像腥紅熱，不過曾經日光曝曬的地位，才有牠的分佈，再根據病歷以及光潔的喉頭，幫助正確的診斷。

Filatow-Dukes 以為有第四種病 (vierte Krankheit) 的存在，經 Rietschel 正式否認了。

從關於這種流行病的寫作方面看來，也不能確定牠是個獨立的病症。但是人們得到一個印象；大概這些學者是指那較輕的腥紅熱而言的；正因腥紅熱的界限很大。 (從殺人般的藍色的——青藍色強度中

毒的腥紅熱——或是敗血症性的腥紅熱起，一直到最輕的帶有細嫩的易脫的玫瑰色的皮疹的腥紅熱爲止。) 根據病人親屬的報告，在病歷上雖多剛痊癒了的腥紅熱，又有再發的現象，而在事實是很少有的。第一親屬們很多把以前的皮疹認錯了的。近來我們真遇到一個很不幸的病狀，一個孩子，確是麻疹剛痊癒了的現在又病得很重。因爲他的雙親是受教育有地位的人，根據他們報告的病歷，我們很能相信的。) 這次病的原因，大概是麻疹血清 (Masernrekonvaleszentenserum) 注射忽然停止，或是麻疹帶有危險的合併症。第二腥紅熱的第二次傳染也不在少數，麻疹的情形可就少了。

每遇不可思議的皮疹，即以第四種病稱之，或此類病演成地方病則又以新數字稱之。此種主張極不合理。

各種藥物皮疹，——有幾種血清皮疹亦屬於此——可誤認爲麻疹或腥紅熱，如 Nirvanol, Luminal, Antipyrcin, Salicyl Veronal, Ipecacuanha, Jod 以及其他。因爲藥物皮疹常有體溫增高及普通病狀，所以更有混亂的可能。但是沒有口峽炎和加答兒的現象，幫助診斷不少。因流行性感冒而產生若干與麻疹相似的 Nirvanole xanthem 或 Luminalalexanthem，對於

很富經驗的醫生，也會混亂的。只有詳細的問明病歷，在這種情形，才有正當的答案。

風疹和麻疹間的鑑別診斷，有時非常困難。尤其輕微的麻疹，只有稀少不甚明顯的皮疹，和風疹很相似。這種情形，大都在詳細的病歷裏知道病者或剛才傳染過麻疹，而今再發，或繼風疹後又染麻疹。胸鎖乳頭肌 (Sternocleidomastoiden) 後邊的淋巴腺腫脹 (扁豆至榛實大小)，負的 Diazoreaktion，長的潛伏期(2-3週)，暫時的白血球減少症，酸性染色白血球仍有存在；皮疹減退後第五第六病日，才發生形成細胞的增多 (Plasmazellen 至 10-30% 以上) 以上現象在稀少麻疹形式的皮疹，輕微的病狀下產生，都是對於風疹的力證。

最近在我們盛行喉痧的區域內，有一種流行性的皮疹和風疹相似，其初在診斷上，我們簡直沒法處置。後來我們在一個潛伏期病人的皮內注入 0.1-0.2ccm 麻疹血清 (Masernrekonvaleszentenserum)，當皮疹發生時，注射的周圍完全沒有皮疹。我們更用這種不知名的皮疹血清，注射到一個傳染麻疹的小孩，也在潛伏期內皮內注射，如此，則注射的周圍，也可保持光潔。所以我們診斷這個流行病一定是

麻疹。由這種不規律的病狀繼續傳染下去，有時也發現很明顯的麻疹，更外證明診斷的確實了。可惜很少得到這樣好的機會，找一個潛伏期的麻疹病人，試驗血清的空出能力 (Aussparfähigkeit)。若麻疹已經有明顯的皮疹，則不能用以消滅。關於試行空出現象 (Aussparphaenomen) 時，應該注意的事項，血清注射地點，最好在鎖骨下的皮部。這樣，就是麻疹在不平均發疹情形下，也極少遇到下列危險，因在某部位只有稀少之皮疹斑點，對於空出現象的認識，發生阻礙。最好按日的作幾次注射，各個低平的紅疹 (Quaddel)，依次橫列下去。至於注射最適宜的時間，是第三至第十一日的潛伏期，如此可得極清朗的空出現象。

水痘 (Varicellen) 依規律的發生，很容易認識。常常在本來的膿泡發生前數日，有暫時很快的腥紅熱性發疹 (Rash)，因此也發生若干的診斷困難，尤其在不少情形之下，有和真性腥紅熱 (echte Scharlach) 混合而生。蕁麻疹樣苔蘚 (Lichen Strophulus) 缺少膿泡疹，牠的經過情形也和水痘大有分別。

沈重的水痘 (Varicellen) 和真性較輕的痘瘡 (Leichtere echte Pocken) 尤其和假痘 (Varioloid) 的分別，很有相當的

困難。在很多的商埠，停泊若干英國的汽船。這種疑難的診斷特別多，因為英國是不強行種牛痘的。沈重的水痘，各個膿泡的成熟期不同，也沒有多少的價值。痘瘡的膿泡疹發出時，熱度隨之減退，水痘則反而體溫升高，這是極重要而應該注意的目標。有可疑的情形，取少許膿泡之液，塗於 (用 Kocain 麻醉後的) 兔子眼角膜上細小裂口內 (Paulscher Versuch)，隔 36—48 小時後，該眼因作用而糜爛。同時發現 Gärniersche 小體在眼角膜內，可以絕然確定為痘瘡。

許多國家還有真性的痘瘡，醫生對於這種病症的診斷，也常常發生誤會。如痘瘡初期的皮疹與麻疹或腥紅熱相似，則常誤為後兩種之病症。我自己曾經身受急迫的診斷，當為已染痘瘡，因此對於國家有一個大大損失 (在冬天用打冰器把病人從島上運出去)，結果不過患麻疹而已。

傳染性紅斑 Erythema infectiosum (Ringelröteln) 的經過，普通非常的輕微，醫生很少有機會看到。所以錯誤的診斷也多。傳染紅斑的特點：1. 兩頰通紅 (蝴蝶形) 2. 斑點狀淡色的皮疹，中空如蜂房形，分散在四肢的伸展面和臀部。3. 明顯的酸性白血球增多症，直至 10—15%，一定不會缺少。

小兒流行性感冒，在熱度退落後，有時發生易退的清淡的腥紅熱性皮炎。有幾處流行病發生這樣的皮疹，很有規律，許多美國學者 (Veeder 同 Heimpelmann) 以為是另外有一種病稱為 Exanthema Subitum。就 Feer'sche 和我們臨床實驗裏的觀察知道他們的目光是錯誤的。非常嚴重的腥紅熱性流行性感冒的皮疹，可以使診斷發生非常困難。實際方面，只要把病人隔離開來，就可以免除一切的危險。

#### 喉痧 (Diphtherie)

以上所提出的原則——最緊要的，迅速而正確的治療——尤其對於喉痧很重要，略遲一步用血清治療，希望也就少了一點。就是很重的混合傳染 (Mischinfektionen)，通常稱為惡性喉痧 (Maligne Diphtherie)，在染病的第一日施行血清注射，希望還是很大的。所以根據各種臨床的現象，就應該馬上診斷出來，不要因為等待細菌檢查的結果，耽擱大事，要緊要緊。在需要上，至多觀察一個從病人喉頭取出的標本，就夠證明；此處我們大都採用 Neissersche Gramfaerbung。只要發現了 Hoffmannsche Stäbchen (假性喉痧 Pseudodiphtherie) 在治療的立場上，也應該認為是正的收穫 (Positiver

Befund)。既可疑為喉痧的發生，我們應立時與以注射。醫生的經驗越少，更應該走進打針的路上。在這種情形之下，有些無關緊要的口峽炎 (Angina) 也不免用同樣的方法去診治。很多人恐怕這種多餘的血清注射，將來對於孩子會發生過敏反應，未免過慮了。當今一般人應用的預防法 (有可疑之過敏反應，先注射以少量血清)，是很可以防止震蕩症 (Schock) 的發生。

每個連在一起的咽喉苔被 (Rachenbelag)，只要不是鵝口瘡 (Soor)，都是可疑的喉痧。苔被侵佔到弓體 (Bogen)，懸壅垂 (Uvula)，則診斷為喉痧可無疑。此膜在產生之第一小時很細嫩，像受着噓氣的樣子，容易揭下，並不流血；產生假膜的現象，還是以後的事。苔被只在一邊，同時有扁桃腺膿潰 (Ulceration der Mandel) 可認為是 Angina Plaut Vincenti。如在喉頭取出之標本內，發現螺旋狀菌及紡錘狀桿菌，則有喉痧之混合傳染。扁桃腺割去後，有類似輕微喉痧之咽喉現象，不足為怪。關於這等情形，從病歷上可給我們不少正確的指正。不致再有厭惡的錯誤診斷。

起始期不顯著，沒有戰慄，有輕的熱度，僅有不顯著或全無咽喉的痛苦。這許

多徵狀，對於喉痧臨床的診斷，都有相當價值。一切有熱度的病，雖然有時沒有咽喉苦痛——病人只覺腹痛，頭痛——，我們也必須仔細檢查咽喉的情形，不但是對於兒科很緊要，對於成人也是一樣。如下例，女病人三十七歲，三週前發生敗血性的墮胎 (Septischer Abort)，在恢復期中 (Rekonvaleszenz) 忽然發熱至  $39,5^{\circ}$ ，戰慄，腹痛。也可設想是敗血性的病象復發。雖無喉頭苦痛，檢查時發現右邊上顎扁桃腺有喉痧苔被，性器官上則無之，應用血清治療，迅速痊癒。

連鎖狀球菌之口峽炎 (Streptococce nanginga)，造成廣大的有孔穴的融合一起的苔被，診斷常因此發生困難。除去凶惡的起始外，咽喉的部位反應，也比較喉痧來得利害 (十分變紅)。常有發生腹膜膿腫 (Peritonsillaerer Abszess) 的傾向 (在喉痧情形下，則幾乎絕無此現象。) 苔被作污綠色，只生在扁桃腺上。若有其他病菌混合傳染則發生之喉痧有特殊之口臭 (Foetor ox ore)，此種口峽炎無之。

壞疽性的，好似樹皮的苔被，一直向周圍擴大，下顎角及頸上部淋巴腺有擴張發炎性的腫脹 (Phlegmonöse Schwellung)，以及剛提起的刺鼻口臭，都屬喉痧混合傳染之特徵 (因喉痧尚有其他病菌)

。在這種情形，臨床時，很容易從氣味上認清楚。立時需要大量血清注射。可用至 20000 A. E.，當中有 5000 A. E. 施用靜脈注射。嚴重的混合傳染，通稱為惡性喉痧 (Maligne Diphtherie)。

每種不明真原的喘哮病 (Kruppfall)，必須施行注射。在麻疹及流行性感冒時所生的喘哮病，尤其需要。牠們 (大部分是皮疹尚未發生前的麻疹，已先有喘鳴現象)。雖然不是喉痧的現象，他們切不要冒險對於這樣病人，不用血清注射。

#### 腦膜炎和腦炎 Meningitiden und Encephalitiden

如腦膜炎的現象已經很明顯的表露出來 (頸強直 Nackenstarr, Kernig 現象為正，間斷的意識錯亂，嘔吐，頭痛以及其他)，就應該強制執行腰椎穿刺術 (Lumbalpunktion)，再作進一步的診斷。檢查細胞的數目，細胞的種類，蛋白質的含量，細菌標本的檢驗 (染色，培植)，可以知道究竟屬於腦膜炎何類。大略分為結核性的腦膜炎 tuberkulöse (有長時期或至數月的前驅症；細胞數增多只達  $400-500/3$ ，大都是淋巴球 Lymphocyten；在冷卻後組成之纖維素網內，有耐酸性的小桿 Säurefeste Stäbchen)，其他如肺炎菌 (Pneumococcen)，連鎖狀球菌 (Strep

to coccen), 以及腦膜炎菌(Meningococcen), 流行性感冒腦膜炎(Influenzamenin gotiden)。許多化膿性的腦膜炎(Eitrige Meningitiden) 在腦脊髓液內有大量多核的白血球, 大都還含有相符的細菌。立時施行血清治療, 對於流行病性的腦膜炎有莫大的功用。對於化膿性腦膜炎的傳染, 雖沒有細菌的發現, 為謹慎起見, 初步的治療, 還當作已經傳染的一樣。病人應實行隔離, 並採用腰椎內血清注射(Intravertebrale Serotherapie)。若是化膿性腦膜炎含有大量細菌, 細胞增多之量不多, 則病勢非常不利。

腦膜炎不一定都有這樣合規律的徵狀羣(Syndrom), 幼童患者尤其如此, 對於立時施行腰椎穿刺術, 可不用顧慮。頸強直和 Kernig 現象, 可以完全沒有。從患病兒童的情況看來, 雖是各種現象都由於中樞神經的關係, —— 間斷的知覺錯亂, 不定的腦神經性的向遠處注視(Zerebraler Blick), 皮膚及毛髮對於輕微之接觸有過敏感覺, 切齒聲, 自然的嘔吐, 響亮的叫喊。—— 可是要下一個正確的判斷, 還得經過腰椎穿刺術。在嬰兒時, 對於顱門(Fontanelle) 的情況, 一定要特殊的注意, 因腦膜炎發生, 則顱門之張力增強。

兒童在傳染病發作時, 有片刻的痙攣(初期的痙攣 Initialkrämpfe), 也不在少數。所以這種徵狀, 只好小心的當作腦炎或腦膜炎的現象之一。流行性腦膜炎常常有類似麻疹的皮疹, 此種認識也很重要, 因為他的發現常常比較真正腦膜炎的徵狀還來得早。

有幾種傳染病, 尤其是一般發熱性的(Typhöse Natur), 同時有腦膜炎性徵狀的不少。行腰椎穿刺術時, 連一點腦脊髓液體壓力微微增高的病理現象也找不出來。這種假性腦膜炎的狀態(Meningismusfälle), 在病勢上只算作無關緊要的副現象。

腦髓炎的診斷, 也要靠着腰椎穿刺術的結果去決定; 和腦膜炎的分別, 有時也不容易認識。從腰椎穿刺術得來的現象, 大略為壓力增高, 細胞和球素(Globulin) 有少量的增高。最要緊是腦脊髓液體糖的含量變遷, 在腦髓炎時增多, 在脊髓炎時減少。腦髓炎有時是其他傳染病的接續狀態 Folgezustände (麻疹, 百日咳, 水痘), 也可在種痘(Vakzination) 後發生, 上面都已說過。

我們知道腦腫脹(Tumor Cerebri)也能引起體溫增高和急性現象。因為一方面疑心是腦膜炎, 一方面又疑心是腦髓炎,

在診斷上就發生困難。我們不要忘記觀察眼底的反射 (Spiegelung des Augenhintergrundes)，若有鬱血乳頭 (Stauungspapillen) 的現象，診斷就可以明白確定。

#### 脊髓灰白質炎 (Poliomyelitis)

麻痺的準備期 (Präparalytisches Stadium) 好像流行性感冒似的。要在這時已經可以診斷為流行性小兒麻痺 (Kinderlähmung)，只有在病流行時可以辦到，因為醫生的注意力，老早就在這個可能性上着想了。在腰椎液體內，很早可以發現蛋白素及糖的含量增高，同時有少量細胞數的增加，壓力也比常人高些。只要有一點懷疑是脊髓灰白質炎，應該迅速用恢復期血清 (Rekonvaleszentenserum) 施行腰椎內注射。

#### 百日咳 (Keuchhusten)

百日咳在加答兒時期，也沒有特殊的徵狀。過程和流行性感冒相似，牠的傳染性恰好在這時期內最利害。以百日咳苗 (Keuchhustenvakzine) 作預防注射，至遲用在這個時期，才有效力。血內非常多的白血球含量 (在 30000 以上，一直到 100000)，同時淋巴球比較增多 (Relative Lymphocytose)，根據這兩點，可以正確的診斷。若起肺炎併發症 (Pneumonis

che Komplikation)——嬰兒亦常有之，——咳嗽就不能有規律的發作。每個有痙攣性咳嗽的嬰兒，都應實行隔離。

#### 發熱性疾病

#### (Typhoese Erkrankungen)

每個長時期的發熱現象，尤其是同時有知覺錯亂 (Bewusstseinstörungen)，譫妄 (Delirien)，假性腦膜炎 (Meningismus)，過敏感覺 (Hyperästhesie)，以及全身不安現象，如果找不着什麼說明，一定想到有腸室扶斯 (Unterleilstyphus) 或 Paratyphus-B 的可能。白血球減少，酸性染色白血球完全消滅，第二周開始有薔薇疹 (Rosolen) 發生，為數不多，大部在軀幹上 (Paratyphus 可發生稠密麻疹形式的皮疹)，在第一周內脾臟漸次腫大；從以上各點，可得正確的診斷。腸機能發生阻礙，算不得特殊的現象，有時發生下痢，有時發生便秘。腹部腫脹可以說一定有的，尤其在病勢惡劣時，更外顯明。體溫經過 (Fieberverlauf)，脈搏速度 (Pulsfrequenz)，大都不依規律 (在模範病狀中，脈搏加速比體溫升高來得慢些)。小兒腸室扶斯更是沒有規律。在第一病週中尿內有 Diazo 正反應。口腔的外表現象很特殊，乾燥的嘴唇，蓋上褐色的痂皮；乾燥的舌上，有褐色至深黑色的苔被；



扁桃腺，齒，齒齦上也有一層黏性褐色的粘液(Schleim)。

根據血內病菌的發現(由第一日起即可發現，最宜於第一病周內行之)，或特殊凝結素 Spezifische Agglutinine (在第十至第十四病日中檢查之，最有把握)之證明，可下一確實的診斷。做凝結試驗時，又可決定是否為 Bang-Fieber。Bangsche Infektion 的其餘過程，與發熱性疾病(Typhose Erkrankung)頗相似。肺部用X光線照射與眼底之檢查，若發現有粟粒狀結核(Miliare Tuberkel)，對於粟粒狀結核病(Miliartuberkulose)與腸室扶斯的分別有不少的幫助。

有時把腸室扶斯誤作盲腸炎，也不算少有的事；如某種情形，在迴盲腸部位(Ileocoecalgegend)有刺激現象，發熱，更可有白血球增多以及吃逆 Singultus 等

，在臨床上就事實看來，當然以為是未破壞前的盲腸炎，等到開刀後才知道誤會，不過病人經手術後大都平安。

#### 赤痢 (Ruhr)

下痢若排泄粘液和血的糞便，又有強迫糞便的現象(Tenesmen)，我們的臨床診斷，總算牠是大腸炎傳染病(Colitis infectiosa)，糞便檢驗的結果，不過再作一證明。

#### 流行性耳下腺炎 (Mumps)

流行性耳下腺炎(Parotitis epidemica)初期的現象，不過在食物時有輕微疼痛，或不適宜的感覺——其初在一邊——有時同一邊之耳部，亦有痛楚。沒有口峽炎，但耳下腺管的乳頭(Papille des Ductus Stenonianus)有變紅與微腫的現象，待耳下腺有腫脹(或顎下腺 Submaxillardrüsen)，即證明診斷之確實。

## 小兒科

### 兒童之重痢疾症之臨牀實習與治療

德國 Dr. A. Loeschke 氏著 陸福培譯

昔人以爲小兒之痢疾症，爲腸道之局部疾病。故其討論範圍，極爲狹窄。但根據最新之臨狀實習之經驗。則上項意見，已漸漸不能成立，而須有所更改，故其治療亦已有相當之變遷。Baginsky 氏於痢疾治療上，不用專對於腸道有效之藥，而代以現代藥用之普通治療劑，得頗佳之結果，由此可知腸道局部之病象，並不佔重要地位，不若用尋常之治療劑（如用鎮劑靜強心劑，）來得着重。至於與痢疾症頗關重要之營養問題，以前常引起爭論，今已變至比較簡單之形式。蓋世間並無一食料，能對於患痢疾症之腸道，有特殊之治療能力。最重要者其惟在避免營養不足。 (Hainiss 氏) 因此用濃度之食料混合物，較爲有益。(v. Gröser 氏) 至於食料之種類，但有次要之價值。要之，最佳之食料，能使可能性之快速，有益地，將所需要之主動力物，儘量供給。結束，用解毒血清，使與腸內所造出之毒素與抗毒素相合併，其功效雖不能說完全失敗，但果知何之佳，尙屬疑問。至於普遍之解毒法或增強抵抗能力。究以何種有效，將於本篇討論之。

臨狀家對於重痢疾症所作之工作，而不可諉者，可於死亡率之總計中見之。

於痢疾流行病中，其死因雖不一，但

各人可得其死亡率如下：

Schelble 氏(西歷1917年)

25%(無乳兒，惟有年齡較大之兒童。)

Schultz-Barcho 氏(同年)

17%(大半係年齡較大之兒童。)

Kuntz 氏(Leipzig 地方, 西歷1919年)

41%(乳兒)

20.7%(年齡較大之兒童。)

Piltz 氏(西歷1921年)

36%(乳兒)

Rosenbaum 氏(Leipzig 地方, 西歷

1923—1924年)

20%(乳兒)

Vavarro 氏與 Signy 氏(西歷1932年)

4.5%(其痢疾菌係屬 Kruse-Soune 型者)。

10.5%(其痢疾菌係屬 Flexner 氏型者。患者大半爲乳兒)

Bermann 氏與其工作全人(西歷1932年)

0%(同時莫司科 Moskau 地方之隣醫院之報告之死亡率爲25—30%)。

雖則外界之因素，若不足之營養與看護。細菌毒素之強弱或個人體質之特性。皆能使死亡率，高低不同。但吾人不能若 Heubner 氏所說之樂觀，彼曾西歷1911年時，謂痢疾症已幾乎完全失去其所有之恐

佈。因余親自於西歷1933—1934年間觀察得，痢疾能引起急性之開端，及凶險之過程；與最猛烈之流行病完全相仿。

通體照上統計觀來，痢疾症於乳兒期間，最為危險。但吾人所見者適反之；蓋最嚴重與大半以致死亡之痢疾症例，適皆為小兒與年齡較大之兒童。惟此結論成問題者，因經吾人治療之乳兒，但有五人，而此五人皆全痊癒；同時所收容之患痢疾症之小兒與兒童有六十八人之多，其中十七人之病，患得特別沉重，死者凡九人。病患沉重之原因不一，起先來講一種，乃如Jehle氏 Blöhdorn氏與 Göppert氏所稱之毒性痢疾症，茲述之如下

一四歲之男兒，以前一徑康健。一日下午，初患嘔吐，後即瀉出血粘質之物質。經家庭醫師之診視，食之以茶，但頃即又復吐出。約五小時後，即呈重病之現象，若口唇起藍色，不多時後，不復言語，其神志亦不復清淅。於收容後一小時，檢得其發育頗佳。惟已完全昏迷，二瞳孔不同樣廣大，與光線亦不大發生反應，顏面呈青白色。額上有粘性之汗，呈頗明顯之青紫色。心音幽渺而低。脈搏幾不能辨別，完成一虛脫之現象。其舌旱而呈灰白色，腹蓋柔軟，嘔吐與瀉出血粘性之大便，指示其為腸道傳染所致。立即用康田比箭毒

子素 Strophanthin 與葡萄糖液，行靜脈注射與其他強心劑，灌胃與腸，打20cc多價痢疾菌血清；惟疾勢絕無轉機。約十時。呼吸不復規則而增速，二小時後，即起強直性與間代性之痙攣，雖給以各種鎮靜劑，終不能除去之。於持久之痙攣，嘔吐與腹瀉諸症象下，以至死亡。計距初發期，尚不滿廿四小時。細菌檢驗結果，為痢疾菌之弗氏型(Typ. Flexner)。

此種重毒性痢疾之現象，全由痢疾菌毒素所制配；於腦毒素之作用下，演出驚異之症象。因此有時甚至有專刊發表，（例如 Evans 氏之一十歲男兒之症例。）即其他作者，亦將此類症例，特別提出。（若 Piltz 氏之一四歲半女孩之症例。）此類病，並無特殊之腹瀉。雖其中毒現象十分清淅，而腹瀉等象，並不顯著，甚至有時能完全缺乏。（Blöhdorn 氏）循環器官機能不全，於嚴重之痢疾症，幾皆有之。腦之症象，常表現得頗明顯；如暈迷，嘔吐與痙攣等。於成人病理學中，痢疾菌毒素與神經系有特殊之愛力，因此而發生痢疾症神經炎，乃盡人皆知者也。

於兒童痢疾症之外圍神經之類似症象，余尚未見之。所有者，其惟中樞神經之現象耳。至其病之限度，則與經歷時間之長短及其強度之大小，均有緊切之關係。

吾人於一症例，但得如傳染性痙攣之影象。此種痙攣於適當體質之兒童，能隨任何傳染而來。有種兒童於急性病象之後，仍終日思睡，毫不喜動，直如經麻醉後一般。

腦症象之產生來歷，頗形黑暗。吾人相信，如將下列數例，詳細觀察後能得一點解說。茲述之如下：

一五歲之女兒，患與第一例極相類似之病。極劇烈性之血粘性腹瀉。不多時後，即絕對昏迷，隨之以不息之嘔吐，與不能用藥制止之痙攣。根據洗潔與合併毒素之觀念，用連續之滴般輸入食鹽水 Kochsalz-lösungsdauertropfeninfusion，與輸其父親之血 20cc，其循環雖瀕危境，但結果仍得期望之安靜。病歷廿小時後，雖經最危險之境遇，仍得頗深沉與安穩之睡覺。其脈搏滿而有力，呼吸安靜而平均，面色呈新鮮之玫瑰色，鼻尖與腮頰熱。故此時之兒童，直如經過合則之以太 Ather 麻醉然。於此種情形之下，睡半小時後，呼吸忽形不規則，而有折斷聲。於極短時期內，呼吸次數漸形減少，雖經用 Lobelin 與炭酸氣之吸入，於五分鐘後，呼吸完全停止。於人工呼吸之初。脈搏尚有力而滿，但過後雖接續用人工呼吸，其脈搏終漸漸虛弱。此時其皮色，更呈紫青色。結果於慢而緩弛之脈搏之下，因原始

之呼吸不遂而死。

此種異於尋常而從未摸寫之來因，經屍體解剖後，方始明白。於此兒童，檢得除其胃腸新鮮之出血性炎變化與肝之由毒性而引起之實質細胞 Parenchym 損壞外，並有極強之腦水腫；致腦之迴轉全平。此種變化或即為呼吸不遂之主要原因。於毒性痢疾症之腦水腫，或簡直由別種嚴重之傳染所引起者，與此種現象，均有密切之關係。除此例外，尚有類似之二例，雖其病之程度，不若上例之深。於第一例，其腦之本身頗大，其迴轉大而且闊，並檢得其胸腺頗大(重40克)，而副腎腺頗小，故推測其忽而致死之因，或以其體質為胸腺淋巴腺質之故。但此兒之腦膜頗緊張，血管亦極擴張，足見其病情亦頗嚴重。

於近代德國文獻中，證明有上述之現象者，其惟 Hainiss 氏。彼謂於患者之腦與腦膜內，有病態之水套，其意蓋即腦水腫是也。於老式之病理解剖書中，則謂此為急性之水腦症 acuter Hydrocephalus 與滲出性之過程 (Fischer 氏主張如此)。有規則之腦炎，於地方性之痢疾症，僅少見之。於日本則頗多，Tanaka 氏已檢得 26,5% 之痢疾與疫痢 Eki-i (一種與痢疾類似之症)，皆有腦炎之併合症。地方性痢疾之腦症象，係交換性者。故雖經一次

發過，歷多少時間後，設病痊癒，或用特種藥物。使腦中水分減少，仍能完全清淅，毫無機能失常之存留，如下例所示。

一男小孩，年三歲半。於收容前之十三小時，已患腹痛，吐瀉，頗嚴重之病象，即安靜與無力。惟其時尙未昏迷。將晚時，初發痙攣，神志開始不復清淅。於夜中，則神志忽清忽昏，痙攣重復而來，雖屢打 Luminal 10.5cc 20% 亦無濟於事。早上，統體情形，更形惡化。開始衰弱，唇呈青紫色，痙攣之次數漸形增加，後來一痙攣未完，已與下一次痙攣連接，而不復間斷。經腰脊刺點術一次後，仍無何轉佳之現象。四肢與打針之附近，呈灰白色。連續有黑色之胃液吐出。根據上述之經驗，用 Schmieden 氏法打濃度之葡萄糖液，(每一次用20cc之25%與50%之葡萄糖液，行靜脈注射，)使腦部之水分減少，過後痙攣立即停止。嘔吐於 $\frac{3}{4}$ 小時內，仍有之，惟其後亦即完全消滅。脈搏，呼吸，面色，與統體情形，均轉良好。但此小孩直至大後天，神志尙不甚清淅。結果完全痊癒。

Hainiss 氏主張治療痢疾症之毒性嘔吐，用20%之濃葡萄糖液，行靜脈注射。此種觀念，與上述之治療腦水腫，以消除嘔吐之事實相似。

痢疾症之其他嚴重病象，係由別種傳染病合併而成。極普通者，如同時生麻疹與白喉，則其病勢將非常凶險，亦盡人所知者也。同樣之危險，設麻疹與痢疾合併。於此種情形下，吾人不能否認其內有連合之性質，蓋因局部與全體抵抗力受損之器官，易使其他病原菌之繁殖。照此想像，故亦有痢疾與腐敗症 Sepsis 之合併之記載。

Cöppert 氏已有與上述相類之一症例之報告，惟其於細菌學方面，不能決定之。Hänsler 氏於其痢疾病人中；有二症例，其死因，為腐敗症。惟於此欲辨別其為簡單之腸病，或為腸病與腐敗症之合併症，頗不易辦到。Bossent 氏與 Leichtentritt 氏對此情形，有精細之著述。據云，痢疾菌發現於血液中，乃一特別之例外。余親自見過一二歲年齡之男童之一症例，於病歷中，起初為毒性痢疾症，於病之廿六日上，因溶血性葡萄狀球形細菌之腐敗症而死。於其屍體，檢得有潰瘍性之心臟內膜炎與多發性之腎臟膿瘍，惟其來源至今不明。自右邊之中耳炎之膿中，能培養得溶血性葡萄狀球形細菌。但於屍體解剖上，不能證實此腐敗症之來源，果否由此而起。可附誌者，更檢得於其額腦部中，有拳頭大之血塊，與腦膜炎及腦炎。

有一兒童，患奇異之痢疾與白喉症之合併症。此二種傳染，能互起作用。其死因為非常嚴重之腸出血。蓋此出血，雖經各種治療，如輸血等，仍不能制止之。由此可想像者，患白喉症者，有出血性素因 *Hämorrhagische Diathese*，而其腸部因痢疾症之故，又為抵抗力減少之部 *Locus minoris resistentiae*，故最易引起腸出血。於此症例，雖無特殊之腦中毒現象，亦檢得有腦水腫云。

其餘之重痢疾症之特性不一。有一部分之兒童，因求治太晚，故其初之病情，鮮少知道，經不適合之治療與看護後，使病勢更影轉劣。此等兒童之體溫，並不過高，反多過低。當然無感覺，但不暈迷。所以如此者，第一步當以循環之劣化而起。有幾個因體內缺乏水份太多而死。有三次，檢得呼吸粗暴，此種現象，於哺乳年齡內，不易見之。於此將特別討論之。

一四歲之女孩，於五日前，患食慾不振，嘔吐等症象。起初並無腹瀉。第一日，尚不臥牀。於夜間開始腹瀉。於第三日，已頗衰弱。每次飲食茶與米湯後，頃刻即復吐出。最後二日，食少吐多，更形惡化。檢得一極缺水份之小孩，其病象與乳兒之營養性中毒相似。雙目深陷，腹部比胸部之水平線凹進三指闊，腹皮皺起，口

中呈醋酮氣味，神志不清，但尚知一二。呼吸異常粗暴，為毒性痢疾所未見者。雖經葡萄糖液食鹽水與強心劑之點滴般輸入後，仍歸無效。於六小時後，即行死亡。

Rosenbaum 氏，照吾人之意見，將此症例，為於患痢疾時之自身中毒，與細菌毒素性之痢疾區別之。因此病情並非單為痢疾，且有營養性之因子加入。此種自身中毒，常因長時期之飲食不足所致。中間代謝 *Intermediärer Stoffwechsel* 之損壞，乃直接由痢疾菌毒素所引起者。此種情形，於屍體檢驗；或動物試驗中，用痢疾毒素注射於其靜脈中，使其血液糖調節失常之表現中見之。有三症例，呈粗暴之呼吸而死。此類症例於事實上觀來，與年齡之大小並無關係。蓋此三人者，即除上例之四歲女孩外，其一病人為三歲，再一病人已為七歲云。

臨狀實習上之診斷，均以糞之性質為定。惟於嚴重之症例內，適不易證明其糞內之病原菌。設如此，則病歷與病原菌種類之連帶關係，不易尋得。於細菌培養後，可得 Schiga-Kruse 氏型，Y 型與 Flexner 氏型痢疾菌。一部分之症例內，以凝集反應使其診斷有所決定。但於有種症例內，吾人亦須否認之，因其血清於解放時期之先（最早須病至二星期之久，）亦

能有非特殊性之凝集。

談及治療，則吾人於嚴重之痢疾，常用不易明瞭與非通常應用之方法。因用盡人曉知之治療法，往往不得效果；而須用新法嘗試之。一種完全之決斷，吾人尚不能尋得。因材料雖豐富，而吾人所得之觀察，於統體上講來，為數尚微。並且有種痢疾症之經過，簡直隱微而不能估計。故其治療上之效果，亦難於估計。較輕之症例，有時變嚴重之境遇；或起初表面上嚴重之症例，過後忽而轉佳。因此迄今吾人於此，但能放棄所謂統體影像。

嚴重之痢疾症之病情，不論其為何形式，皆由下例二條件而起。

(一)水份與體汁之損失。

(二)器官內毒素之氾溢。

於有嘔吐，恍惚與拒絕飲食等現象時，欲得足夠之飲食，尤為不易。故於合理之治療上，將此點宜特別注意。

以各種皮下輸入水份，豫防體內缺乏水份，即補償損失之水份，早已知之 (B. ginsky 氏)。此種方法，於輕與中等重之症例，無疑地為有益者。但於嚴重之症例，失其效用。第一點，因水份吸收之速力與分量不夠。第二點其應用之限度，自有限制。Brauer 氏於成人之痢疾症，亦嘗將此問題考慮過，而用易於收效之食鹽水

靜脈輸入法，並有時甚至每日行多次之多 (洗清諸器官)。此種法方，於兒童有不同之弊端。其一如經水份輸入後，有水衝擊之險象。蓋此種險象，於循環虛弱之病人，不無關係。其二因血量不足後，其靜脈管之再次注射，於手術上，有極大之困難。於嚴重之痢疾症，其治療須以效力迅速而且穩健者為佳云。

欲避免上述之二弊，須用永久之靜脈滴般輸入法。則其用量雖多，亦無何弊發生。

此種方法，於西歷一九一三年，Friedemaun 氏，於治療上已試用之。其時於外科上，尤信用之。Niewisch 氏根據其廿年之經驗，詳知其利弊。彼謂此種治療法，於急性之有危生命之循環虛弱症，如其心臟器官確無損壞者，則用此治法，最為適宜。Unger 氏與 Heuss 氏，嘗於成人痢疾症之治療上應用之。Schick 氏於乳兒之營養性自身中毒症，用此治法，得頗佳之成績。於嚴重之痢疾症，其成效果如何之佳，迄今尚難推測。惟於應用上，頗為有益。至其主要長處，在可能性之憐惜與效力之下，儘量之供給水份與加拿里 Caloric。此點於上段已述及之，經此種治療後之病人，其皮膚之脹力與外表，均有顯著之轉佳，於手術後或腹膜炎之

血管虛脫，經此治療後，其循環亦同樣之改善，雖其改善，僅為一種極遊移性者。

迄今吾人已做過五個之永久滴般輸入 D. T. I.。其中三例，雖結果仍是死亡，但不能就說此法為無效者。但能說其效力之限度夠不到而矣。無論如何，經此治療後痊癒之症例，可使吾人特別注意。吾人所用者，為濃度之葡萄糖液，加之以 Sympatol。(4ccm之 Sympatol，加於1000ccm之葡萄糖液內。)所用之水，置於有滴點輸入置配之桶內。以玻璃管，或金屬管插接於病人之靜脈中。每分鐘約輸入十八至廿滴。輸入之臂，須用 Cramer 氏夾板固定之。最大之當心，為適宜之喚醒。因病人常因此而引起不安與痙攣等象。於太劇烈之痙攣，須暫時停止輸入，或以後不再用之。大概此類事項，尚易辦到。如輸入管除去後，可置於別一臂上。輸入之歷久性，視消毒之保障而定之。尋常約能用至18—24小時之久云。

永久滴般輸入之其他重大利益，為輸進其他物件於靜脈內，亦極簡易。吾人可適應其需要，給之以活血劑 *Gefässmittel*，同時亦能隨時輸入檸檬酸血液，此種舉止，常得顯著之效果。至於永久滴般輸入與其類似方法，其作用果否能使器官內之毒素氾濫洗滌，則尚屬疑問。於嚴重之傳染

病之輸血。能使抵抗力提高，則吾人已證實之。當吾人收得嚴重之痢疾症例時，常打痢疾菌之多價血清。但無論如何，吾人所用之量，不若 Heim 氏與 Hainiss 氏肌肉注射與 Knauer 氏腹膜注射所用量之多。吾人所用之量，常為20cc。但經注射後，亦常不見有特殊之現象。經輸血後，雖其脈搏，外形與呼吸之轉佳，有時歷時不久，惟總見之。此點與 Hainiss 氏 Wilke 氏(有二毒性乳兒痢疾症診)所得之經驗相符。

於病牀上所發生之事件，可於下例明示之。

一十歲之男兒與第二症例之妹，同時患腹痛，頭痛，多次之嘔吐與血粘性之腹瀉。於晚上神志已暈迷，二目呆視。於明晨二時，開始進醫院。檢得此童為中等之營養狀態，腹蓋尚有彈性，口唇呈灰白色，脈搏微小，不滿而快，呼吸淺薄，口內呈強力之醋酮體氣，舌苔厚而呈白色，稍旱，心臟之界限擴大，知覺對暈迷，時作譫語，膝蓋筋反應極微。立刻行腰脊點刺術。脊隨液之壓力並不高，且無何變化。打20cc之多價血清，強心劑，與Luminal(行肌肉注射。)四時嘔出膽汁。少飲茶，但大部仍即吐出。時有刺戟狀態，給以Luminal後，亦不發生效驗。中午時，刺



戟狀態，更加粗暴。晚上絕對暈迷，毫無反應。晚七時後，脈搏開始轉劣，腹蓋頗柔軟。因此用永久滴般輸入，自一時至四時，得平安睡眠。脈搏滿而有力。約四時半，忽發生嚴重之虛脫現象，外形凋謝，面色黃白，面部尖形，鼻尖冰冷。此時即於滴般輸入外，輸進檸檬酸血20cc，結果頗能容忍，外形頃即轉佳，脈搏呼吸亦有良好之改善。經輸血後之一小時，忽發生戰慄，惟此與大局並無應響。脈搏，呼吸，外形均有歷久之轉佳。濃睡至十一時。直至除去永久滴般輸入後，亦無損害。此時此兒能講話，並稍能思索。下午三時，能要求食物。痊癒。

於結束將再所申述者，永久滴般輸入與輸血，均不能保險得良好之結果：惟其能補充今日所尚須研究之痢疾症治療耳。所得絕對個人性之例外，並非單為患者體

質特弱，有時可歸之於傳染之嚴重，與不適宜之治療所致。最重要者須適隨病情之需要，而不能以固定方式治癒之。根據吾人所得之經驗，如有下例事項發生，可照余忠告所云做去，因此種治法，均為余於近來之症例所做者。一痢疾病人來求治時，起初最好打痢疾菌多價血清，雖其作用有時發生懷疑。如水份損失太多，而有險象發生，與次發性之自身中毒時，可即速用輸入法，最好用永久滴般輸入法。如中毒性之症象歷久不變，並有近長性之嚴重狀態發生時，輸入少量之血(其量為100—200 cm)。而其輸入法，可單獨或即由永久滴般輸入之器具，導至患之靜脈內。如有增進之腦水腫現象發生時，可用高濃度之葡萄糖液，行靜脈注射。總之一個嚴重之痢疾症例，總須意擬得嚴重一點為佳，萬萬不可以為其病情輕鬆，而起忽略云。

## 小兒痙攣的錯誤診斷

Dr. Erich Haessler 著 馮雙湜譯

痙攣是小兒病症中很重要的一個疾患，尤其是因為一般乳兒幼童皆有一種所謂生理上的痙攣傾向，此病的病原及病因又

是屬多方面的，所以類症鑑別均感不易，因之治療與豫後如何也極難推測。

除去了既往症的詳細報告書是必不可

少外，病者第一次發生痙攣時的年歲對於診斷也極有益。

在初生兒的第一日或第一個星期以內所發生的痙攣，是一種機能的缺限（中樞神經的未成熟）或者就是一種器官本身的缺限，此種缺限發生之來由，最主要的是分娩損傷及畸形生成，其間區別今世已有準確之鑑別法（膽汁紅色素在血液及腦脊髓液間之定量，腦之重量等），不過這還祇能在醫院裏，可以做得到，所要注意的是分娩出血連帶很利害的智慧缺限，以致發生初始形態的缺損（Vitiūm primae formationis），豫後一定不良——比方：在新的研究中已經確定的惡性灣頭痙攣（Saalam kraempfe）等等。

稍長的乳兒，在初春或深秋時所發生的痙攣，無疑的是抽搦性的（Spasmophile Kraempfe），這種診斷則極易（機械的與電流的過敏性，佝僂病形，血液中磷與鈣的成份等等）。

平常難區別的是傳染發炎性的痙攣與中毒性的痙攣（Infektives-entzündliche und toxische Kraempfe）。這兩種與年齡無關，在類症鑑別上祇好從偶然的痙攣，發熱性的痙攣，以及真性抽搦上作想。

其次可能的是腦膜炎一類的病症，這種必須用脊髓抽出液作血清的細菌的化學

的試驗。在出膿性的時候，除了流行性腦膜炎外——此症病者的意識，很明顯的存在——尤其在哺乳時期中，小兒還有許多別樣的病原體，比如大腸細菌，傷風菌，Gramm 氏液反應球菌。

漿液性腦膜炎最主要發生的原因，是結核同梅毒，不過在平常，尤其是在有痙攣的時候，可以是因為頭腦本身炎性所惹起。在此種情形下之腦脊髓液，極少有變化，有時竟完全無變化，類症鑑別是用腦脊髓液中的糖量來區別。結核病糖量早期低降，在腦炎症糖量則常常增高，有許多時候認為小兒所發生的病症是結核性腦膜炎，可是，如果腦脊髓液體中的糖量反而增高，那麼，可以決定這個確定是錯誤的。因之我們也得到一個比較好的豫後診斷。

除了很少的直接與間接傳染的腦炎病症（種痘苗，麻疹，水痘，流行性耳下腺炎紅疹等等），照所們經驗上看起來，尤其是與 V. Struempell 氏最先所述的腦炎症，有連帶的重要性質，至此病與脊髓白質炎有何關係，現今則仍在研究辯論中。

這種腦炎性痙攣的區別，須得先有精確的觀察，因為我們現在還沒有細菌試驗血清檢查或者其他的試驗，可以在活的人體上來得到一個準確的診斷。

乳兒，嬰兒，比較少一點的是初入學的童兒，有時突病高熱，知覺喪失，藥物很難抑止的間習性強直痙攣，大多數並且祇限於半身，總歸時作時歇，很多病者在發生痙攣以後，發生痙攣的半身，略為弛緩麻痺，最多的是顏面神經，腹部，及腱的反應全失。這一類的麻痺隔一兩天或者祇隔兩三個鐘點即行消散，但是，也可以漸成痙攣的麻痺同反射增強。在生病這半身有 B. bincki 反射，腦膜炎形態在急性傳染時，完全看不出，或者祇有些微現象，單獨用腦脊髓液檢驗，就是在正常細胞數目時（淋巴細胞），或者亦不過往往有些蛋白質反應時，可是已有如上所述之糖量增高。要注意的是，這種病症不能認為是與時季有關的脊髓白質炎，不過在嚴冬特別發現得多點而已，在脊髓白質炎流行的時期當中，此症較少，並且認為是一種與脊髓白質炎相彷彿的腦炎症。還得注意的，脊髓白質炎初起時的痙攣是不完全的，所以以前診斷說它是兒童脊髓麻痺。

一方面要留心腦炎症的經過是有很不完全的。有很多這一類不完全型的，平常可以稱做“熱性痙攣”。另一方面要留心實際在腦炎長期過程中天資與發育的損傷，四肢因而發生不完全的麻痺，以致傾向痙攣，這些都與脊髓白質炎的症狀恰恰相反

。脊髓白質炎是立即發現的。慢慢侵襲（則成慢性腦炎）或者由普通一種傳染重新使這種潛伏症發出，於是感覺到，這是“偶然痙攣”（Hochsinger）至於真性癲癇與此種後發性腦炎的區別，要是沒有完全的既往症報告書，而單憑症候上來斷定，那麼，雖然用最新醫學器械來幫助檢查，也很難準確。

毒物性的痙攣，在小孩時代很屬易見，平常的解釋也不大明白，在使行腰髓穿刺，最多是發見腦脊髓液體壓力增高（急性中毒水腫腦），其次是漿液性腦膜炎，有時或者是無菌化膿性的腦膜炎。

最普通的痙攣型恐怕是由細菌中毒引起的（腦疾患），在發生骨髓炎，肺炎，百日咳，傷寒，痢疾都可以有抽搦，於是發生平常的傳染痙攣（中毒性的）。

在哺乳期間除了氣管肺炎及敗血性狀態，尤其是腸胃病，可以有中毒性的痙攣（營養中毒的病徵之一），除了細菌中毒，輕炭基（Amine）也是一種很要緊的病原。

中毒痙攣到最後始行發生，有時一開始（Initial）也就生出。此時診斷極易錯誤而誤認為腦的病症（腦膜炎，腦炎），惟俟進行檢查試行腰髓穿刺的觀察或者用X光（頭骨副腔，肺臟）才能決定。最值得提起的，就是從經驗上看到的事實，中毒性的

下痢，起始是便秘，一二日後始行泄瀉。

除了細菌的代謝產物外，還有許多別種毒物能引起痙攣。比如體外所輸入的痙攣毒素(毒芹，毒菌)此外虫毒(蛔虫病)。  
在診斷上還是要靠既往症報告書的幫助，同時並驗明血液內酸性白血球的增加(Eosinophilie)以及糞便中有無虫卵。

不大重要的是機械力刺激迷走神經所發生的痙攣。例如能膨脹的異物(豆粒)在外耳道內暴裂所發生抽搐狀的痙攣。假如不用耳鏡來檢查耳底加以治療則極易引起錯誤的診斷。

頭骨損傷平時也被認為是發生痙攣的一個病原。不錯，頭骨的損傷當然可以引起急性腦水腫的痙攣，或者是腦間出血所發生的痙攣，不過，最多的還是小孩頭骨發生損傷，是因為小孩本身已先有癲癇性抽搐，或者是因為發生了(結核性)腦膜炎事先未曾留意得到。

末了還有中樞神經遺傳變性同腦腫瘍所引起的痙攣，(Heredodegenerative Frkrankung des Zentralnervensystems und Hirntumor) (起初雖用最新檢查方法也難診斷(準確的神經檢查(眼底檢視)早晨嘔吐有時是腦腫瘍唯一的病徵)。

稍長乳兒本身的病症也得查明，所謂

出血性內硬腦膜炎常時有痙攣，Bessan氏認為這是生活素缺乏症一類的病症(Avitaminosen)，在實際上却很少能得到正確的診斷。此病多發生於兩歲左右的小孩，在尚未停止或剛剛停止哺乳的時候，很明顯的，腦殼週圍有(病態的)加速生長，心理變態，以及靜止機能欠缺成熟，此外眼內底出血，大多數可以從腰髓穿刺，顳門穿刺來確定此種診斷(琥珀色液體，有核紅血球)。

完全機能性質的是狂躁痙攣與叫喊痙攣(Wut-und Schrei-krämpfe)多數發生的是兩歲小孩。唯一的病徵是氣窒與知覺喪失，却並無抽搐。假使一種痙攣決對不是因為有痙攣性質所發生的，那麼，聽其自然就是狂躁痙攣頂好的治法。

大一點孩子的歇斯地里痙攣，一定有前驅症。它那病狀的特徵，既容易看得出，也容易加以治療，在有一點愚鈍性孩子所發生傾向痙攣性的心理抽搐，倒是很難認識，也很難治療。

堆積連續的小發作(知覺喪失而無抽搐者)，一定也是機能方面的原因。豫後却還良好，有多數在發育期以後即行健全，竟連一次小癲癇的發作都不再發現。



## 蚓突炎(Appendicitis)與子宮附屬器炎 (Sdnexentzündung)之鑑別診斷

胡志遠

蚓突炎與子宮附屬器炎在鑑別診斷上有時發生很大困難。作者雖是也沒有解決此困難的把握，但很願以個人的些許經驗及典籍中的記載寫在下面，以供參考。

急性蚓突炎在症象顯著時診斷比較容易，雖然急性子宮附屬器炎也常有類似症狀，然倘注意以下諸端，診斷就比較可靠了。

(一)病歷：假若病人偏重腸部症狀：如嘔吐，以往飲食錯誤(Diaetfehler)腹瀉及瀉後便秘等。再者病人自訴以前曾發此病一次或數次。這種病歷自然多屬蚓突炎了，(不過我們要注意半數以上的蚓突炎病案是沒有既往發作的。)

(二)腸氣脹現象(Darm blähung)：蚓突炎之腸氣脹常在盲腸部(Coecumgegend)及上行大腸部(Colono ascendens)之週圍。子宮附屬器之腸氣脹多在S狀腸

及盲腸兩部，因為凡由子宮附屬器炎所起之腹膜炎(多屬淋性)多為S狀腸及盲腸炎性蓋被而形成局限性的骨盤膜炎，故其範圍不致擴展而急性症狀得以迅速消退

(三)感覺最痛之點，腹壁肌肉反射性收縮。倘吾人以問診，打診或壓診所得最痛之點為馬克勃雷點(Mac Burney點或蘭次點(Lanz'scher Punkt)時，而在馬克勃雷點呈顯着之肌肉反射症狀(Deufeu se muskuläre)時，此當屬盲腸炎無疑。子宮附屬器炎(在子宮附屬器位置正常時)自然也可在馬克勃雷點察出壓痛，但其最痛之處常在此點之下方近恥骨之處。子宮附屬器炎半數以上無肌肉反射症狀，即使有之其程度亦弱，且其較顯明之處亦不在馬克勃雷點而此點週圍近恥骨之深部，因此處已達腹直筋及腹斜筋之勒帶組織且子宮附屬器距腹壁較遠，故其痛疼及肌肉反

射之程度遠不如蚓突炎者之劇烈。此外將潰穿或已潰穿之蚓突有板硬腹壁之特徵。(Brettbarte Bauchdecke) (此爲子宮附屬器炎所決無。輸卵管濃瘍將破裂時縱或有此現象，然決不致硬如木板。

(四)表皮痛覺：倘吾人將急性蚓突炎患者在馬克勃雷點用指甲或打診器之柄在皮膚上劃過時，病人常覺此處表皮有痛感，子宮附屬器：患者決無此現象。

(五)體溫急性蚓突炎之溫度多不過卅八度以上(腋窩中)，再高之體溫普通非爲蚓突炎所應有。直腸溫度與腋窩溫度之差甚大。高過39.5之熱度多發生于已穿或將穿之非淋性之輸卵管濃瘍。

(六)疼痛之起點：蚓突炎疼痛多起于右下腹部或爲由臍部向腸骨窩(Fossu iliaca)之放射性疼痛，因凡由腸間膜根(Radix Mesenterii)發出之神經皆走向太陽神經節(Ganglion Coliacum)故也。子宮附屬器炎之疼痛多發于下腹兩側，且多自腸骨窩放出而達腿部，蚓突炎之疼痛越過骨盤灣者爲罕見之事，倘吾人高舉病人伸直之腿，蚓突患者多自訴在蘭次點最痛，因此位置可使後在之盲腸蚓突受振動而貼近腹壁故也。子宮附屬器炎患者多不疼痛，即或有之，亦不在蘭此點而在其下外方。

(七)內診：單純之蚓突炎無濃瘍之合

併症時內診多無甚結果倘蚓突之腹膜呈炎症變化而與其他器官如網膜，其他腸部形成一蚓突週圍濃瘍則與高在之子宮附屬器腫瘍甚難區別。直腸內診時尚可觸到蚓突炎濃瘍之下端至與子宮附屬器濃瘍之鑑別則不可不藉雙合診以求端底。倘此腫瘍與位置正常之子宮之距離較近橫置于小骨盤中，且與子宮存相當連接時此多屬子宮附屬器之濃瘍，因解剖學上子宮附屬器之正常位置多橫置于小骨盤中也，誠然倘此腫瘍與蚓突炎及其他胎器相癒着時當不能只根據此點而下診斷矣，蚓突炎爲上行大腸之附屬部分故其腫瘍亦多沿上行大腸之方向，其形狀多屬豎置而位于腸骨窩之附近。

慢性蚓突炎與無腫瘍之單純慢性蚓突炎鑑別尤爲困難，倘深在之蚓突炎下端甚至與子宮附屬器炎性癒着時，其鑑別診斷幾屬不可能。蚓突或子宮附屬器在此情形時皆可各自首先發炎，故此時又不能不藉病曆作診斷之助，如病起於小產或分娩後，白帶加大，找得淋菌，陰道純度之驟變(Scheidenreinheitsgrade)，合診所得之兩側下腹部之痛覺等。凡此種種皆疑爲子宮附屬器炎症。青春前及經閉後發生之右側下腹部疼痛當多爲蚓突炎。然吾人不可謂凡右側下，腹部之疼痛皆屬蚓突炎如腎石，輸尿管石及腎盂炎，游動性右腎等皆

可有右側下腹痛。至其診斷則非本文範圍矣。

廿四·十一·十五作于市立上海醫院  
婦產科

## 皮膚花柳

### 淋病怎樣纔算痊愈？

張君定

我在這裏所說的，不是怎樣的治療淋病，而是已經治療的或正在治療的淋病，經過長時間治療後，病人已經沒有自覺的症象發現，這時候，就是病人不問醫生，淋病已經治愈沒有，而我們醫生也應該注意到，治療得究竟怎樣了。有許多病人是還沒有結婚的，他一旦傳染了淋病，很想把牠根治而預備結婚，那末在已經沒有自覺的症象發現時，是否已經完全治愈，當然是更加應該注意的了。

淋病的難治，早為一班人所洞悉，但是這也並不是絕對不能治愈的，只要醫治得法，最快的于數星期內，慢一些的于數月內可以完全沒有自覺的症象發見，除了尿內有時還呈帶狀混濁現象。以前有人主

張，在患過淋病的尿內，只要找不到膿球，雖有上皮細胞發現，就算是完全治愈了；這當然是不能十分信任的。不過有種病人在尿內只能找到上皮細胞，而不斷定是已經完全痊愈，我們就不應該再施以局部治療，因為治療時間太長，會使病人因尿道內刺激而感精神不安的。

我們要知道，如果一個患過淋病的人，在尿道內已經沒有白色分泌物，或尿內亦無混濁現象時，我們要去診斷他淋病是否已經完全治愈，就應該用下列諸法試驗之。

刺戟診斷法甚多，我現在把簡單而確實的幾種方法寫在下面：

1 這是最簡單的方法，命病人做一次

劇烈的運動，或令飲酒類刺戟品後，經過十二小時，試驗尿道內有無白色分泌物發現，如果沒有完全治愈的，經過這樣興奮刺戟後，白濁菌就會再發現于尿道內或尿內了。

2 用消息子或尿道擴張器刺戟尿道，也可使沒有完全治愈的淋病重現現象。

3 用各種藥劑液體注射于尿道內，刺戟淋菌，使牠從黏膜底下再活躍到黏膜上層，而流出尿道或混于尿內。最有効的如用百分之十濃度的雙養水，取五西西于晚上注射尿道內，隔一二分鐘放出，翌日早晨就可觀察有無白色分泌物發現。其餘如百分之二至五濃度之 Lügölsche Lösung，注射五西西于尿道內，半分鐘後放出，數日內重復注射而試驗之。此外如用千分之二至千分之一濃度之硝酸銀液五西西注射于尿道內三分鐘而診察之。

4 伐克辛注射刺戟診斷法：各種淋菌伐克辛，皆可施用為刺戟診斷法，最普通的如 Arthigon，Gonargin 等如肌肉注射，可用二西西，靜脈注射則 0,2—0,3 足矣。注射伐克辛經過數小時後，病人即覺發寒戰慄，繼而發熱，熱度大概在攝氏三十八度至卅九度左右，三四小時後寒熱即自行退去，行肌肉注射時，有時起局部反應如紅腫及疼痛等，數小時後亦漸消去。此

外另有二注射法，其一即為用數滴乳製劑如 aolan 等行皮中注射；另一為用百分之五十之葡萄糖液六西西行靜脈注射，用葡萄糖液注射後，有時能起戰慄與發寒，但片刻即可退去。淋病患者尚未完全治愈時，經過這樣刺戟後，于十二小時內就能使淋菌再發現于尿道內或尿內。

5 用 Pilocarpin 液注射于尿道內，使 Litresche 與 Cowpersche 腺收縮而有分泌物流出尿道，此時如淋病尚未痊愈者，分泌物內就可有淋菌發現了。注射時用十西西 0,025% 之 Pilocarpin 液，十分鐘至十五分鐘後放出之，二小時後即有分泌物流出尿道，過十二小時至廿四小時後，分泌物即停止流出。

一個病人經過上列各種刺戟診斷法後，如果在尿道內有白色分泌物或于尿內有混濁與絲狀體發現時，我們就應該用顯微鏡詳細檢查，最可靠的，檢查在十次或十五次以上，沒有淋菌或膿球發現時，才可謂淋病已完全痊愈，因為我們能于第七次或第八次檢查時，以前雖無淋菌找着而那時會再發現的。

最後我們要診斷一個患過淋病的人，如果認為確實已經治愈的，那末就應該注意下列各點：

1 在尿道內無白色分泌物，尿內經多



次刺戟診斷法後，檢查無淋菌發現。

2 尿色完全清透，絲狀體內無淋菌或只有極少數膿球。

3 經多次確實檢查無併台症發現如St

riktür, Infiltrate Prostatitis, Spermatocystitis等等。

4 應注意患慢性淋病者，于治療完結三四月後，有無現象發現。

## 衛生與中毒

### 穿高根鞋之影響于健康談

張春宇

我國溯自甲午戰後。歐風方始東漸。然彼時守舊特甚。不但不若今日之崇尚洋化爲榮。而且恥之鄙之。故每于泰西之人物。冠以洋字或夷字。以示區別。可見乎國人之自大及嫉忌之心。溢于言表也。若稱西人爲洋鬼子。西服爲洋裝。火柴爲洋火。鎗炮之爲洋鎗洋炮。租界之稱爲夷場等。類此者甚衆。多不勝舉也。易鼎後風尚爲之一變。因遊學外洋及上洋學堂者日衆。故歐化者亦日多一日。然女子尙在提倡解放之始。故尙樸實。日後年復一年。新學日漸盛行。迄乎易幟之後。時習之風大盛。往往一女子在數年中判若兩人矣。

故今日之都市婦女。設非登高根之履。莫不引爲時代之落伍者。然婦女之穿着高根鞋。徒尙時風而未審其影響身體之利害矣。余今試爲述之。

德國柏林醫院整容科主任賈特明博士。嘗發表意見。彼謂據彼之經驗。認爲婦女若穿高根鞋後。則其骨盤內之器臟。往往變更其位置。因是多得疾病。尤其是腰骨脊椎及薦骨椎。在變更後多引起痛苦矣。且穿高根鞋後。因體重及脚長短之關係。多變更其脚之方向。又腓筋 (Wadenmuskulatur) 與足掌筋 (Sohlenmuskulatur) 之引力因此衰弱。故亦多得種種疾病矣。因此

種種原因。故賈特明博士認為鞋根最高不得超過四公分也。且婦女在妊孕時期。更不得穿高根鞋。因在妊孕時期。婦女之白聖新陳代謝。發生阻滯。于是脚骨下沉。日後多成扁形足 (PlattenfuB) 矣。上述數端。亦不過瑩瑩之大者而已。觀乎此則婦女對於穿着高根能不有所戒哉！

本文載籍

Ztschr, Aerztl, Fortb. 1935, No. 14

Stoeckel, Lehrbuch der Gynaekologie.

Stoeckel, Lehrbuch der Geburtshilfe.

Achoff, Lehrbuch der Pathologie.

Siegbauer, Lehrbuch der Anatomie.

## 軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法(續)

德國 Muenchen 大學教授 Praudtl 博士，

Gebele 博士及 Fessler 博士合著 徐續宇譯

### 毒氣防護工業的簡說，呼吸防衛器的基式，及三種防器的應用範圍

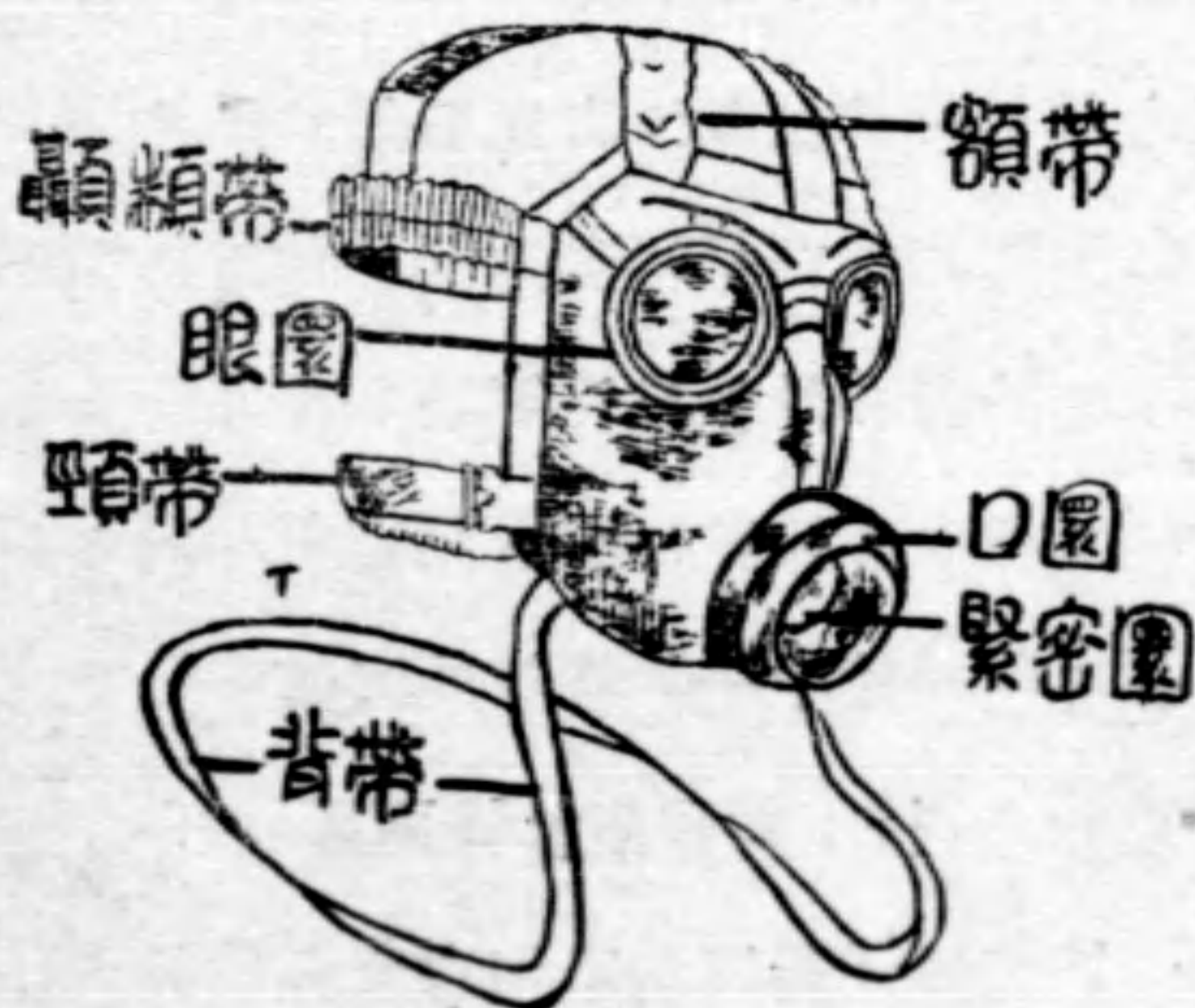
當各國把毒氣軍用品毀滅時，Buescher博士正在 Lueneburg 平原的 Breloh 毒氣所充當醫師 (1919—1925)。在他和友人討論毒氣問題的信中寫着：“一個真實的和平信徒是知道他自己再也不能設法把戰爭逐出地球，所以他也不再像追求天空的星球般去希冀那永久的和平來臨了。他們雖竭力的設法把戰爭可能性滅跡，但他們也知道，這些已完成了的和平工作終有一天要給戰神破壞的，並且將陷入不

可收拾的境地咧。假使戰爭爆發，我們就要遇到一種新型的戰爭了——毒氣戰爭。這也就是整個民族的毒氣戰爭。所以軍用毒氣問題的解釋是極急迫的一件事，因為一切的防護和急救都得等牠解決了才有辦法呢。在中學校雖已有軍用毒氣一科，可是在專門學校中——特別是醫校——更應注重牠。(按：此係指德國而言。) Buescher 博士關於醫師和軍用毒氣也曾說過：“全世界對於軍用毒氣表示愛好呢？還

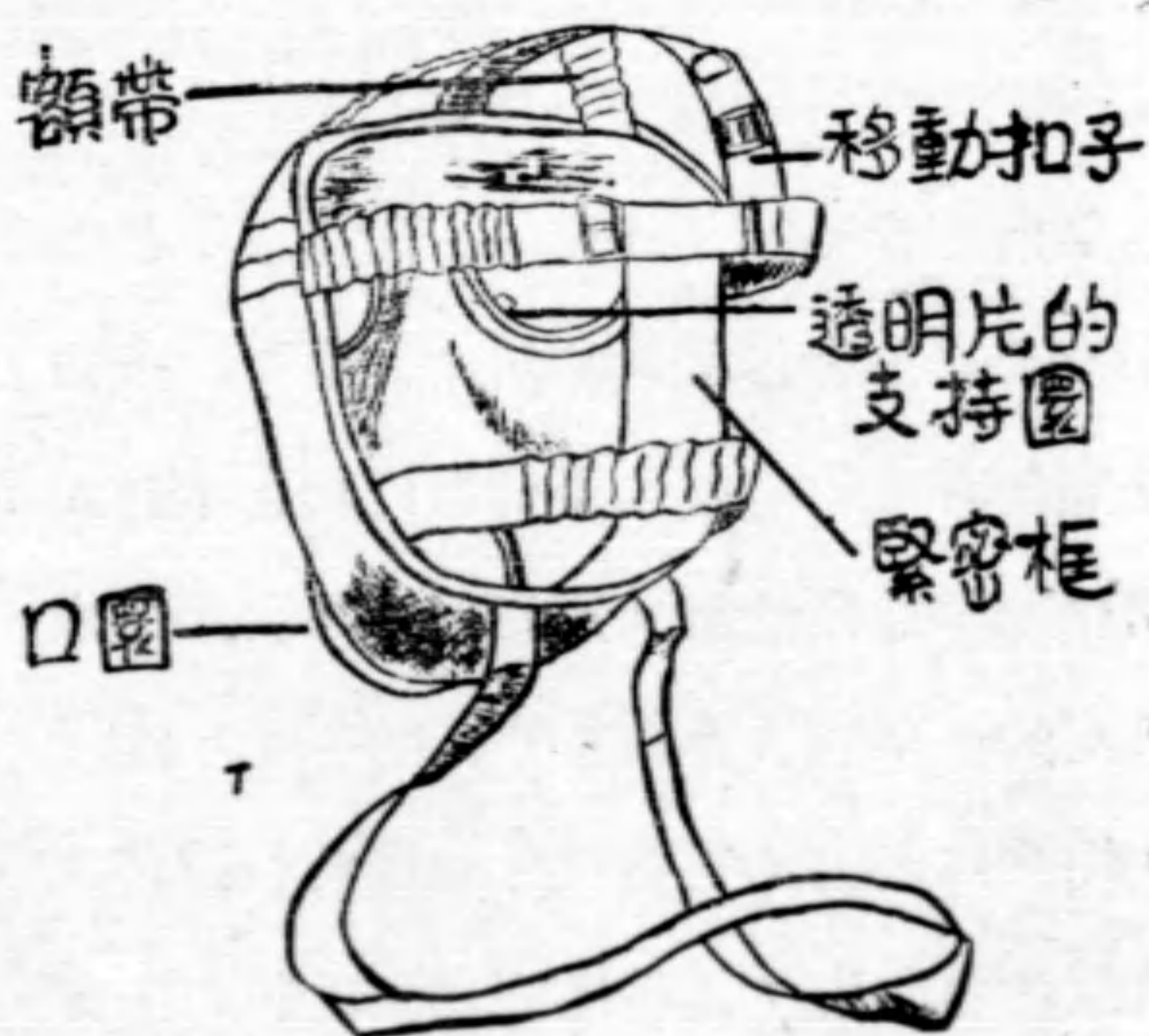
是厭惡呢？醫師對於這個爭論是應該站在領導地位的，他們的責任就是救護。可是只在認識清楚和準備充實時才能負起這個責任來。”非但軍用毒氣如此，即工業用氣體也是同樣的需要醫師的救助。（例如在電工業及冷氣工業中）。

下面所敘述的毒氣防護技術大半是根據了我和紅十字會同事們在 Berlin—Oranienburg 所用的講義和 Koenigsberg 城的軍火工程師 Rumf 氏所著的毒氣防護全書，此外還承 Deutsche Gaslicht-Auer-Gesellschaft 及 Luebeck 城的 Draeger 工廠供給許多材料。使人逗留在不能呼吸的空氣中尚能保持着整個自然工作能力的器具，就叫做毒氣防禦器。分輕重二種。輕量毒氣防禦器是一種濾器，用了牠就可以使外界的空氣隔絕，空氣中所含的毒質就被牠

吸收。毒氣面罩就是最普通的一種濾器，在上世紀的中葉，消防人員已創用這種器械了。因牠很笨重，漸漸的不採用了，後來改用了口布和口海綿，這些當然是不十分安全的，自世界大戰發生後，面罩才有新的發展，在一九一四年仍用着紫口布，一九一五年才有第一批軍用面罩出現。可是在面罩和面部間的死空間太大，並且視野也不佳，因潮濕的呼出空氣遇了護目鏡就變成水滴。可是德國的十八號軍用式的防氣面罩已大改良了，於是死空間縮小，視野較佳，並且用了 Zelon 片做護目鏡。大戰後的面罩更形緊貼面部，面罩的突出部不再像象鼻了，牠是成尖形的。Degea 面罩的死空間現已減成 400ccm，（Degea 工業用防氣面罩第七四七號，見第一圖）。以前用皮革的部份，現在都拿



第一圖 Degea 面罩的外形



Degea 面罩的內形

不透氣的雙層的內層塗了橡皮的粗布來代替了。有鉄質的部份也都改用黃銅或鉛質了。于是面罩的重量大為改輕。一切縫合處都用熟橡皮片封起來。護目鏡不呈斜形，牠是垂直的緊靠着眼部，于是現在的視野是很好了。護目鏡是用不碎的 Kinon 玻璃製成，牠是緊嵌在面罩中的，另有可以移換的玻璃片能使護目鏡不為水滴所沾溼。把呼吸器(口和鼻)和眼部間也隔開，于是死空間遂變為 250ccm 了，但是這種方法還是不合用的；因鼻部形狀不一，所以要在鼻部地位裝一個隔離架是極難的。但是只有用壓力可以使面罩緊貼鼻部，這種對於戴面罩者的感覺是很難受的！可是 Degea 面罩在緊密的隔離架邊緣上是有絨布的。面罩的組成如下：顛顛帶，額帶，

頸帶，牠們是用螺旋式彈簧製成，此外還有一條背帶。戴面罩時一定要把各個帶子整理妥當，還要把顛顛處的緊密框帶緊貼面部。要知道，這些是很重要的事，因此可以免去毒氣的側面侵入。最好的戴法是分為四步手續：1. 把面罩先套着下顎部，2. 把各個帶子整理好。3. 把緊密框帶按好。4. 把頸帶扣好。因面罩有三種大小，所以在戴面罩前各人須擇一尺寸相當的才行 (Maskometer der Degea)。頭部大者可用第一號；中等大小的頭部用第二號，牠的周圍是 53-55cm 大；第三號專為頭部較小者之用。看了下面第二圖讀者就以明白面罩戴法的對與不對了。至于要檢驗面罩緊貼與否，只要用手把口部管按着，再用力作深呼吸(見第三圖)，這時候面罩

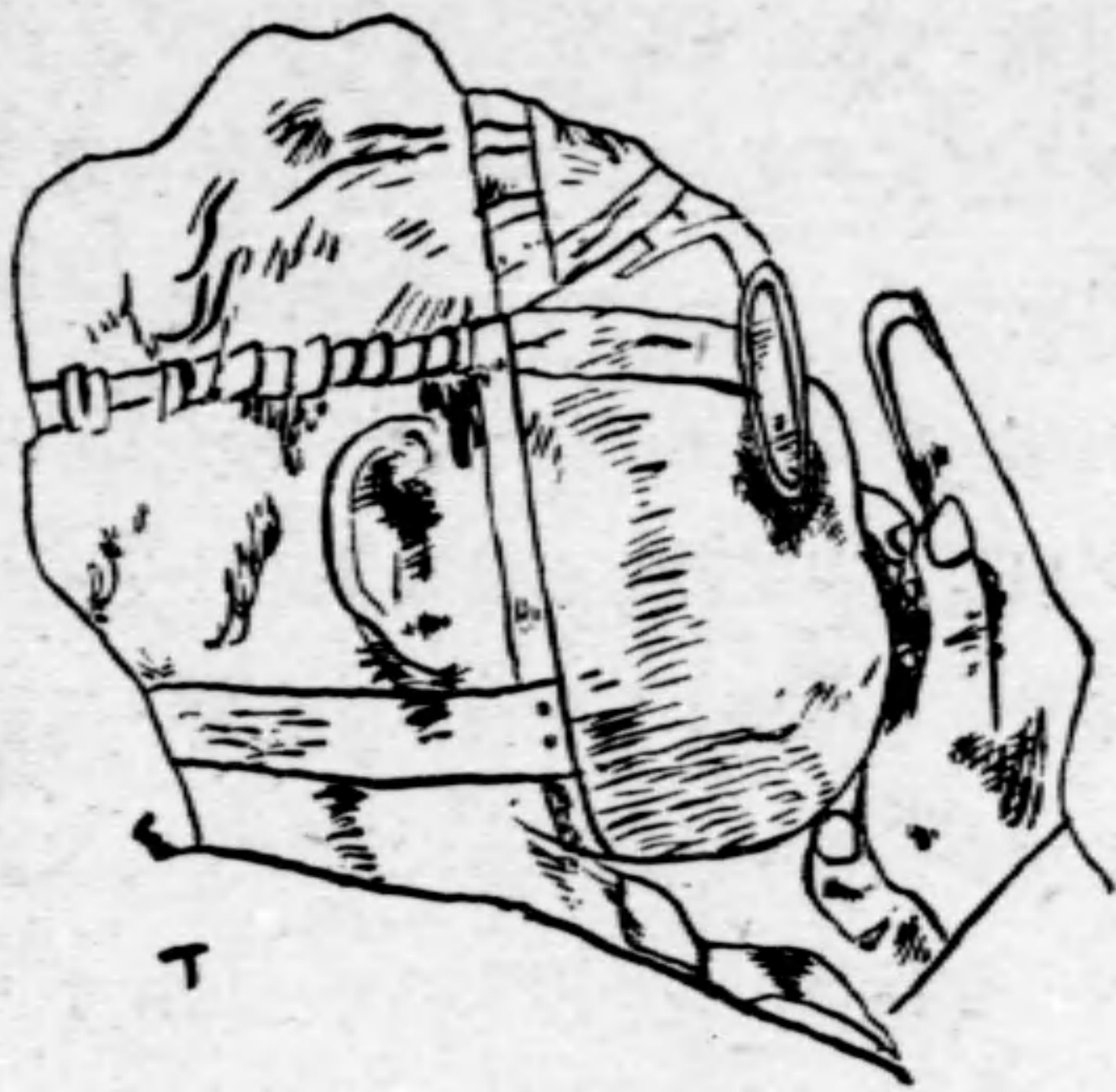


第二圖

誤



正



第三圖 Degea面罩緊密度之檢查法

緊密的話，面罩就縮貼面部，在面部和緊貼帶間不可有空氣之侵入。此外用了刺激氣體（一溴丙酮）也可以檢查牠的緊密與否。至于在製造面罩及一切管類時所施行的檢查法，是和下面所敘的一樣：用含有酚酞（Phenolphthalein）溶液的布把面罩完全包起來，再把酒精蒸氣通過，假使面罩不緊密，在有隙縫處就有紅色的斑點了。

一般自動民衆所用的 Draeger 式特製面罩就是 Draeger 橡皮面罩，牠是附有過濾吸收罐 B 及前置濾器（彈簧蓋），但沒有呼吸活塞。可是具有 204 號濾霧吸收罐的 Draeger 活塞面罩是能防禦一切毒氣的。

上述的橡皮面罩及活塞面罩只有一種大小，因為分成三種大小是不必的。至于被動民衆所用的濾器面罩以具有 209 號濾霧吸收罐的 Draeger 活塞帽狀面罩為最實用。這種橡皮可歷十年不變。這種帽狀

面罩並沒有帶子的裝置，所以牠有三種大小不同的尺寸。當毒氣突然地施放時牠是一種極適當的避難器械。

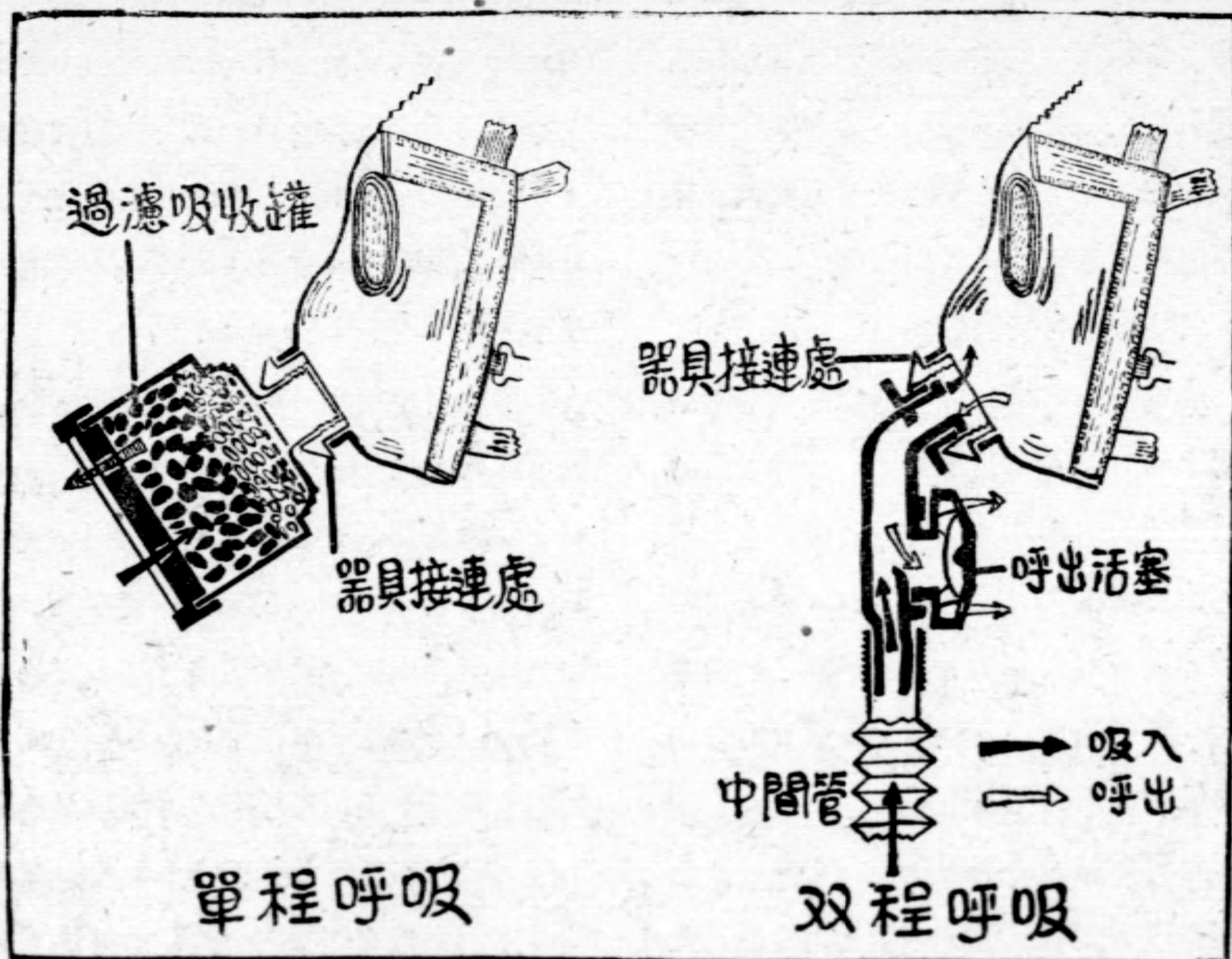
假使只用一個口罩時，牙齒必須完健全，並且唾液總要流入濾器的，所以口罩的應用是遠不如面罩了。

普通吸入的空氣，含有 20,96% 氧，79% 氮及 0,04% 二氧化碳。呼出的空氣則含有 16% 氧，4,4% 二氧化碳及 79,6% 氮，在大的死空間中二氧化碳的壓力就要增加，呼吸也感困難，並且呼吸還要加長。呼吸道上部（口腔，咽喉，氣管）的死空間約佔 180 公撮，面罩的死空間約佔 300—400 公撮。所以氧氣的含量最低限度須保持着 13%，否則呼吸就要發生極度的障礙，窒息及恐懼的感覺也產生，面罩就不得不卸下了。據 Hill 氏之研究，空氣只含 12% 氧時，就要影響到我們的機體，假使只有 6—7% 氧時，我們的知覺立刻就失去了。若呼吸困難，呼吸肌肉衰弱，胸腔內遂發生低壓，心室內充滿血液，脈搏消失。若呼出發生困難，胸腔內遂發生高壓，心室亦空，脈搏也消失，因空氣的溼熱和氣候的增高而生成的自覺的空氣缺乏和他覺的氧氣缺乏都因恐懼而使危險性增大。所以戴面罩者的技巧必須純熟，就是呼吸要徐緩，還得練習把死空間的呼吸阻力克制。練習

的方法如下：戴面罩者須先靜坐，靜聽，繼緩行，漸奔跑，最後乃施行體操，登梯及練習救護。

欲使空氣潔淨，並和他種氣體分離，于是須用過濾吸收罐了。過濾吸收罐則有輕重之分，輕量濾器，是由棉花袋，織物袋，海綿袋及炭屑所製成，用來防禦塵埃及輕氣體。重量濾器是用來防禦毒氣的，這種濾器一個具有螺旋紋的用金屬薄片製成的貯器，牠是活動的，可以修理的，牠是可以裝在面罩的金屬口環上，並且也是

緊密不透氣的。現代工業用的吸收罐大都是多層式，用了篩或織物來隔成層次，每層中再放有物理作用的活性炭，Bims kies及化學物品（活性物Aktivmasse）。該項化學物品須緊塞于吸收罐中。Degea 廠爲了各種不同毒氣而製成特種濾器。例如：對於丙酮和苯有A種吸收罐，對於亞硫酸有E種吸收罐，對於火焰有F種吸收罐，對於靖酸有G種吸收罐，對於磷精有K種吸收罐，對於硫化氫有L種吸收罐。套外漆了各式不同的顏色，以便區別。若毒氣



種類不知時——如在戰爭時，則可用B種吸收罐，因為牠可以防禦光生氣，鹽酸，硝基氣體的，經過吸收罐而吸入的空氣仍由此呼出(擺動式呼吸，單程呼吸)。遂二氧化碳之增多呼吸阻力亦增高，呼出因此發生障礙，近代最新式的面罩在中部裝有呼出活塞(由活塞節的呼吸，雙程呼吸)，這確是一種重大的進展，(見第四圖)

吸收罐一面裝有具有撕頭的油紙，另一面則有一螺旋蓋，這樣，放在乾冷處可歷年餘不變。

巷遇霧狀物(例：三氧化硫)及濃烈烟霧時，在濾器之外端尚須裝一彈簧蓋。這種彈簧蓋是一種前置濾器，具有多孔的可易換的濾氣片，牠能使呼吸阻力增大。且此蓋遇霧太重時即失效用。Degea及Dräger二廠均備有特製濾霧器。

Degea濾霧器依仿室狀濾器原則所造。把上品有孔的環狀紙片——和彈簧蓋的油紙有同樣的功用——的內外邊緣互相結合，濾霧室遂成。因室腔縮小，濾霧面積遂較彈簧蓋增大多多，於是濾器之效能亦增大。各個濾器用途隨室之多寡及紙之密度和紙纖維之長短而不同。

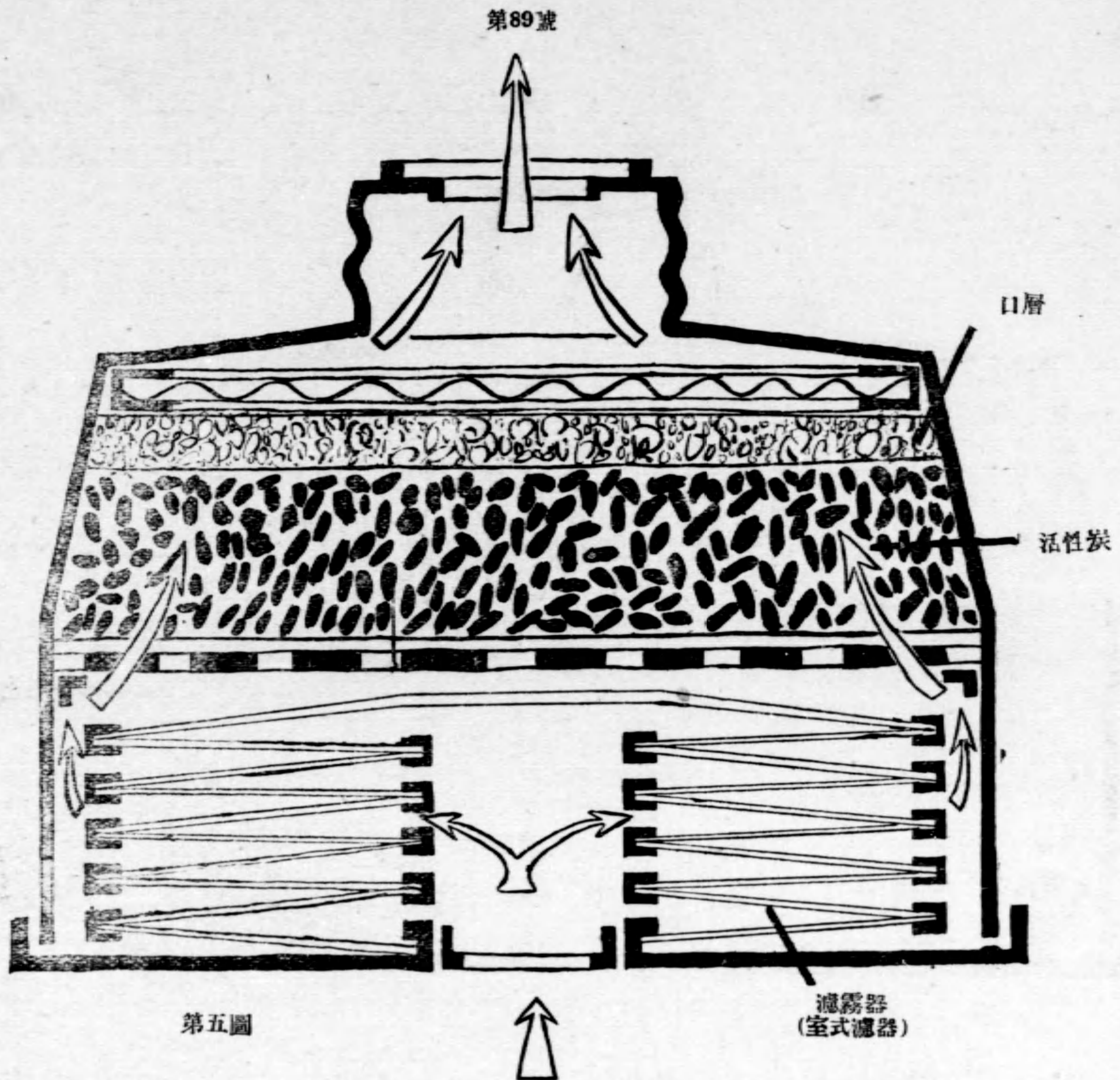
在有毒性金屬烟霧產生的工業中(如鉛烟霧)首先證實這種濾器功用可靠。此後，Auer廠遂利用這種室狀濾器為防空

中的防毒器械了。因民衆有自動及被動之分，濾器遂有各種不同的型式。

假使民衆逕留在危險區或防禦處，于是在這兩種不同的民衆間有許多過程，往往因特殊情形，遂不將被動民衆處放在防禦處了，這樣，壕溝須準備好。有時在防禦處的被動民衆也能受到軍用毒氣的侵害的。所以被動民衆也應戴上相當的濾霧器。這種過濾吸收罐是第88B號，牠能配裝在任何一種德國製的面罩上的。吸入空氣和呼出空氣係經過同路(單程呼吸)。沒有活塞的裝置。這種過濾吸收罐的防護時間的長久，恰使戴面具者在這時間內不受呼吸毒質侵害而能找到另一安全的防禦處。

第88FN號的過濾吸收罐是消防時所用的呼吸防器，他的構造是和第88B號的差不多。

自動民衆須用一種効力優越濾器第89號及第89V號(見第五圖及第六圖)。牠對於氣體及蒸汽的過濾作用恰和第88號過濾吸收罐差不多，但濾霧作用恰很大。牠比第88號過濾吸收罐稍微大一些，大約只有350—400克重，也是可以直接旋在面罩上的。因牠不是單程呼吸式，所以是比較大些，吸入空氣經濾器而入，且受清潔處理。呼出空氣須經呼出活塞而達外界(雙程呼吸)。所以Degea的効力優越濾器第



89號只能裝在具有呼出活塞的面具上。

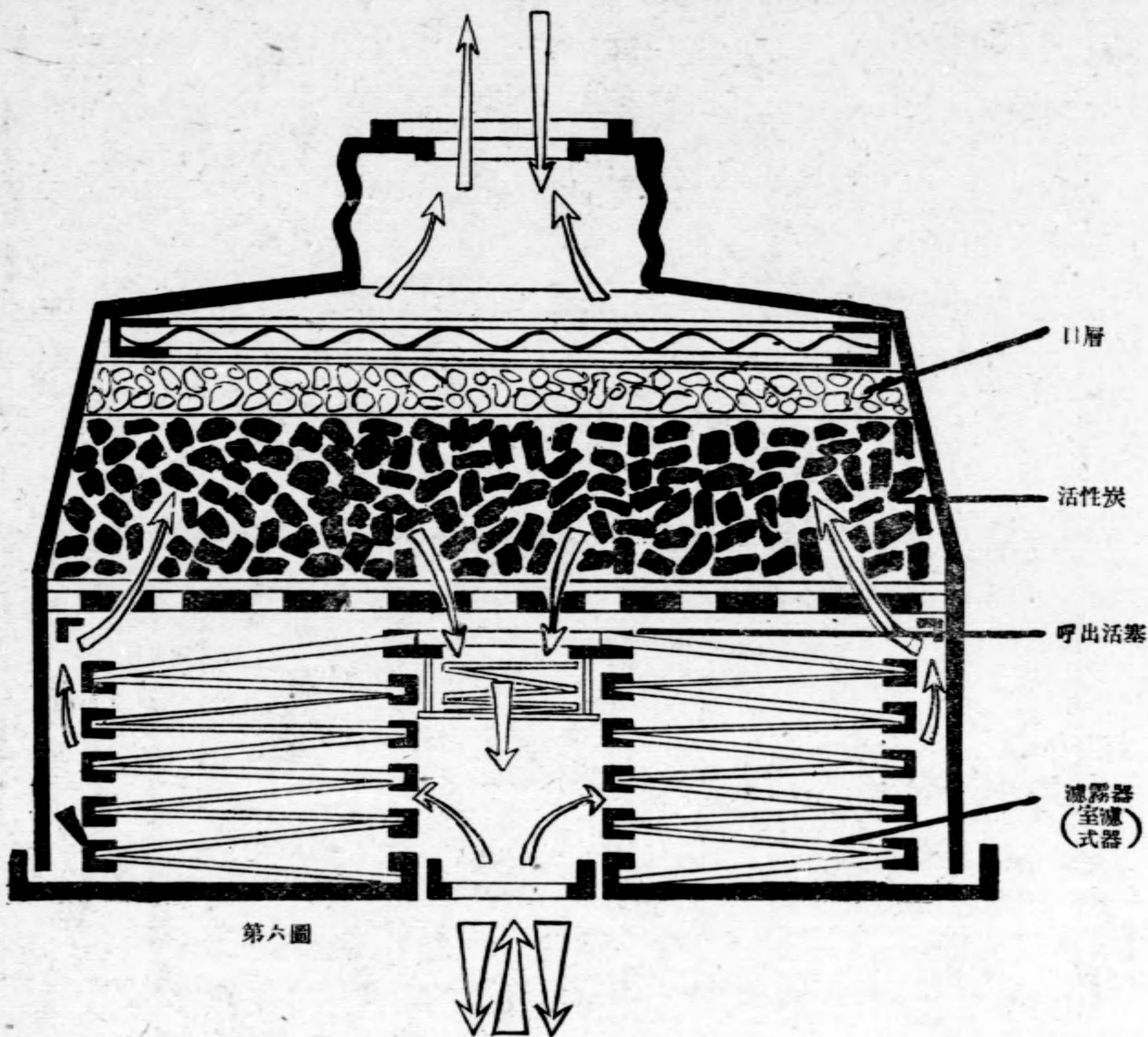
單程呼吸式的濾器却比雙程呼吸式的好得多。因為呼出空氣能把濾器內所吸收的毒質帶出去。這樣，濾器的耐久度也增高了。因牠有廢物利用的長處，所以 Auer 公司就出了一種第 89V 號効力優越濾器，這種過濾吸收罐的內部具有呼出活塞，活塞是裝在濾霧器及顆粒濾器的中間。于是吸入空氣是經過了整個濾器而達肺部，

呼出空氣只經過那顆粒濾層，一部份的毒質就被洗滌乾淨，並且也耐用得多了。把牠在面罩上，不需任何的改造，這也是牠的長處。

第88及89號過濾吸收罐對於各種用法不同的軍用毒質都獲得絕對防禦。但是第88號的防霧効能沒有第89號的大。一氧化炭却不屬於牠的防護範圍內的。 Draeger 廠出品中也有濾霧吸收罐。



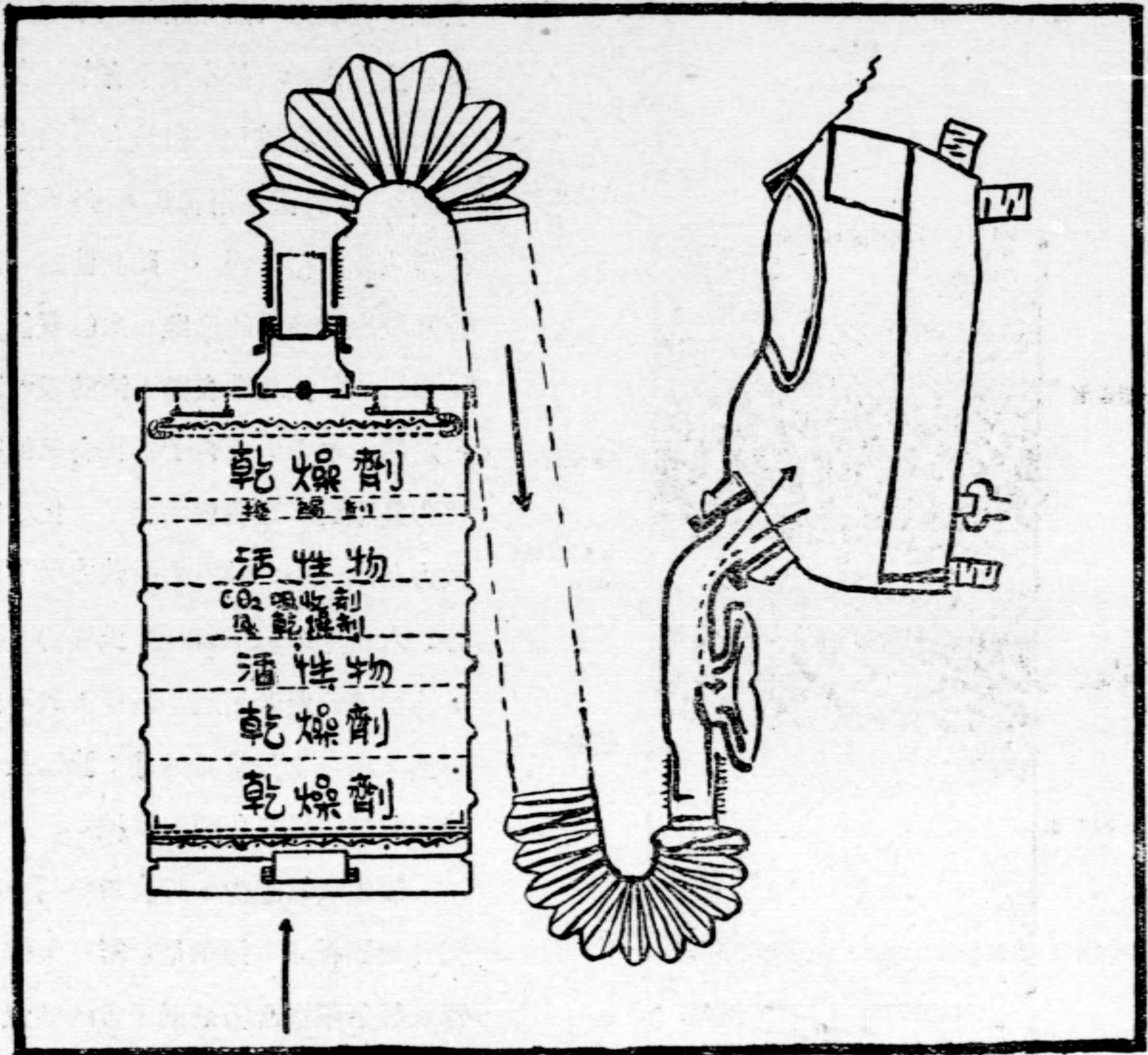
第89V號



第六圖

用了適當的化學的和物理的吸着劑就能很快的把所有的氣體和蒸氣變為無効。但一氧化炭則不然，美國人首先費了很大的心血才設計了一個適當的一氧化炭濾器 (Burrel 面罩或 Hc pealite 面罩)。Degea 廠所造的一氧化炭濾箱和美國的大半相同 (D. gea—CO—濾箱64a)。在面罩和大的濾器中間有一條具有呼出活塞的中間

管(見第七圖)。濾箱中除有多層乾燥劑外，還有二層活性物，牠能惹起化學的結合(接觸物)。于是一氧化炭遂氧化而成二氧化炭，同時在這種燃燒時也有大量的熱產生。由此可知，假使這種濾器有效的話，濾器一定發熱的，濾箱中尚用 Karbid 作指示器。假使過濾物潮溼無用時，就發出一種 Karbid 嗅氣作警告。這時就應該更



第七圖 Degea-CO-防器的縱剖面  
具第 770 號中間管及第 64 號 Degea-CO-罐的第 74 號的面罩  
(Dt. Gasglublicht-Auer-Gesellschaft Berlin 1928)

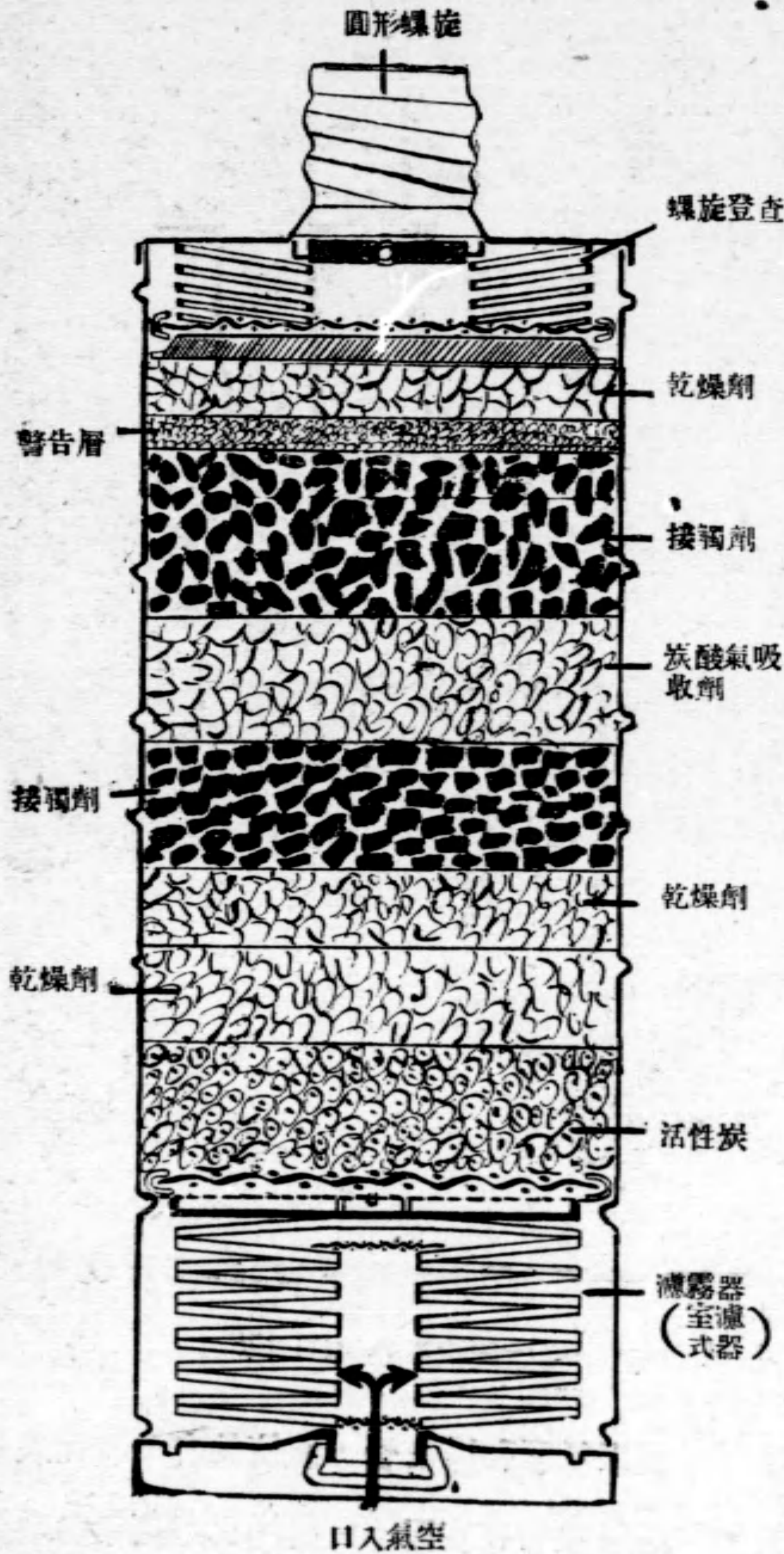
換新的濾器了。用了攜帶裝置可以把濾箱背着。一氧化碳是一種五官不能感覺的氣體，所以牠是無色無嗅無味的，在日常生活中牠殺死的人是最多，於是牠較他種氣體為害健康和生命尤烈。

在戰爭中一氧化碳不可當作軍用毒物的。所以一般民衆不需要防禦牠。可是敵人飛機的襲擊，在城市和工業區中可以破

壞煤氣廠和煤氣管，而使具有一氧化碳的煤氣散佈在空間。一般的民衆是不會發生危險的，但是專門軍隊因為要施行掃除及修理的工作起見，除應戴防禦軍用毒氣面罩外，也該備有一氧化碳的濾箱。這種專門軍隊需完全的呼吸防衛的重要是很明顯了。

近代最完備的呼吸濾器就是 Degea-CO-

第八圖 第89號Degea萬能CO濾器的剖面



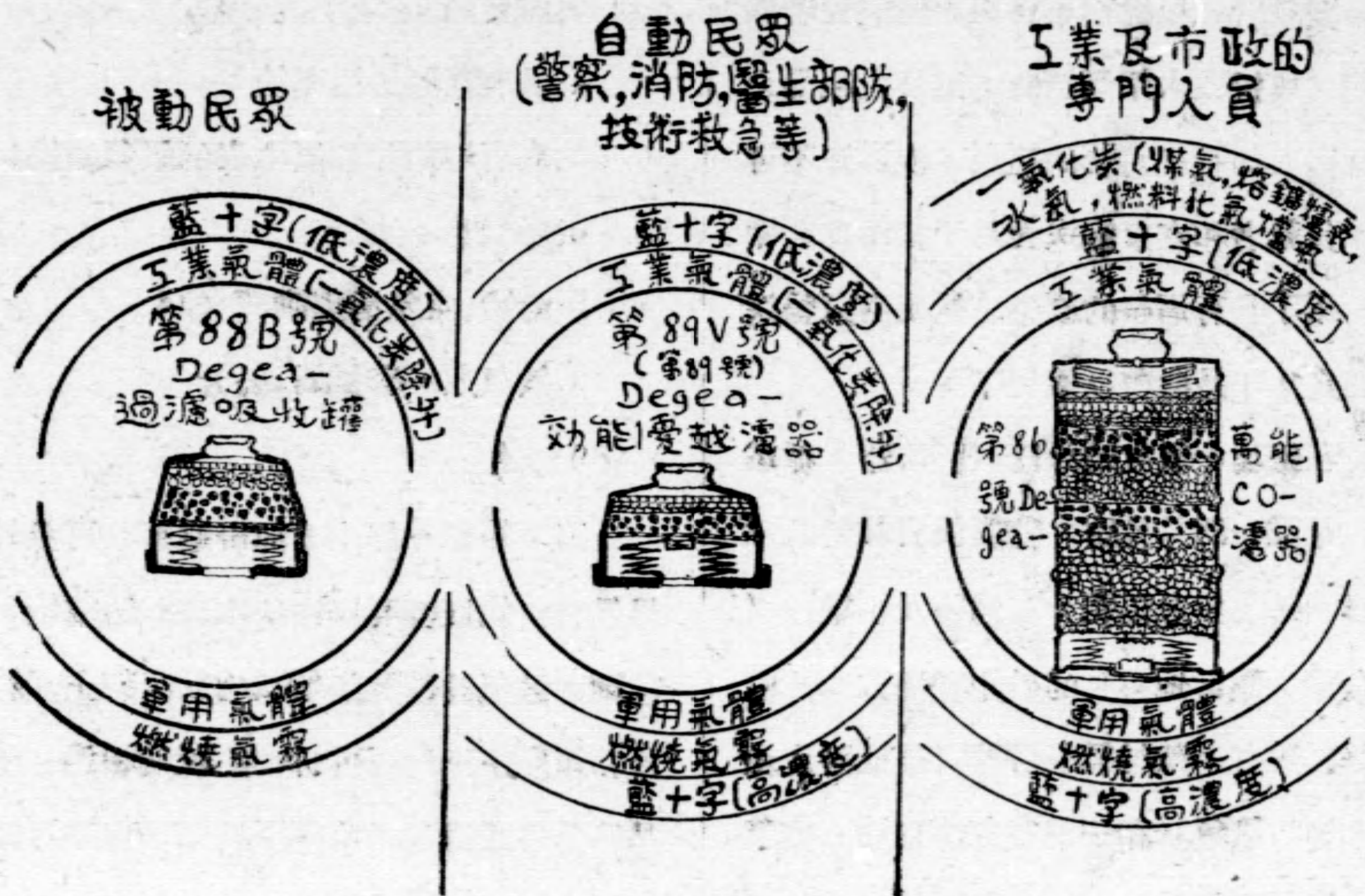
萬能CO濾器第86號。牠對於所有各種不同的呼吸毒物都有功效，並且還具有很長的防禦期。這種濾器也是採用了可靠的室式濾器(見第八及第九圖)。

欲使CO——濾器勿迅速失効，必須把牠放在氣溫不變的乾燥室中，口蓋也得

套上。吸收罐的耐用期須視空氣中毒氣濃度而定。故空氣中毒氣越多，牠的耐用期也越短。但沒有一個準確的數。當過濾物用罄時，外界毒氣之侵入却極徐目緩。談到濾器在陰涼及乾燥準備箱的保藏中的貯藏能力，Rumpf氏已發表過，消防吸收罐F左第一年中，牠對於各種毒氣的吸收力是不同，以後就不變了。化學的效力在第一年中較原來的效力低了百分之六十。所以Rumpf氏極力主張，濾器的貯藏若超過了四年，就不能應用，根本上最重要的是：濾器是一種和大氣中氧氣有關的器械。

假使氧氣太少，那麼就要用一種另外的器械了，這就是新鮮空氣輸送器及氧氣輸送器牠是屬於重的防氣的。可是在貯苯桶及貯油桶只能用新鮮空氣輸送器，因桶的人孔極小，氧氣輸送器不能攜入。此外在鑛井，鑛窟，暗溝等處則新鮮空氣輸送器頗

適用。新鮮空氣輸送器又分為壓力輸送管器及吸入輸送管器二種，壓力輸送管係利用吹氣風箱及空氣唧筒，把空氣迫入器內。但吸入輸送管器係賴戴面具者吸入時的吸力，使空氣經過軟管而達肺部。面罩的形狀卻和濾器的相同，但有一條中間管連



第九圖 Auer 濾器對於民眾毒氣防護的防禦範圍

着。該中間管係一具有呼出活塞的橡皮製之可摺的軟管。在接連輸送管的一頭在腰帶處有一吸入活塞。空氣輸送管的長度只能15. — 20m 之間，若超過上述長度，則人類的呼吸能力不夠，必須應用空氣唧筒了。在吸入管端有一保護篩，欲免吸入管被拖入毒氣圈內，可用營帳釘使牠固定(見第十圖)。吸入管端須放在逆風處，保護篩內具有灰塵濾器，若遇可疑的空氣時，則在灰塵濾器外須加一適當的化學濾器，該種輸送器構造簡單，且不須謹慎的運用。但缺點亦極多：如質量甚重，活動範圍受輸送管長度的限制而狹小，荷戴者的



第十圖 Degea 新鮮空氣自吸器

動作因長管之曳從而不自由，輸送管若遇灼焦，屈折或木架傾倒時，遂易生洩漏之弊。因人的行動及管的拖曳，洩漏亦不可免。負戴者和空氣輸送管對於歸路也有關係，用了具有肩帶的腰帶才能使空氣輸送管固定，于是攜帶也便利了。

在鑛場中氧氣輸送器（隔離器，循環器）是唯一的救護器，牠能使負戴者的呼吸器和外界空氣隔絕。在消防及上業中（冶金廠，釀造地窖）的效用也極好。凡隔離器都應有一架純氧氣貯器（最低限度須含98%的氧氣）和一個空氣清理罐。空氣中的氧氣不可低於13%，但可隨意增加為100%。呼出的碳酸氣經貯有氫氧化鉀及氫氧化鈉的鹼罐即消失，于是呼出的氧氣又可應用。因欲使化學物把呼出空氣所含的碳酸氣完全吸收去，則鹼罐外殼的孔口和邊孔須重疊混合排列，務使呼出空氣經過罐內許多互並互連的曲折道。該器有許多不同的型式（Degea, Draeger, Hansea 器具製造公司）。

一九三一年式 Degea - Audos - 氧氣輸送器 MR1，是一種緊閉的防氣器，照着 Auer 公司的使用規定須用壓縮氧氣。背着的氧氣輸送器的主要部份如下：

1. 面罩或口塊
2. 呼吸管

3. 器具箱。

4. 具有高壓的活塞箱。

5. 具有增給扣和壓力表的氧氣設備。

6. 呼吸袋。

7. 鹼罐（空氣清理罐）7×14

8. 氧氣瓶，容量為1公升

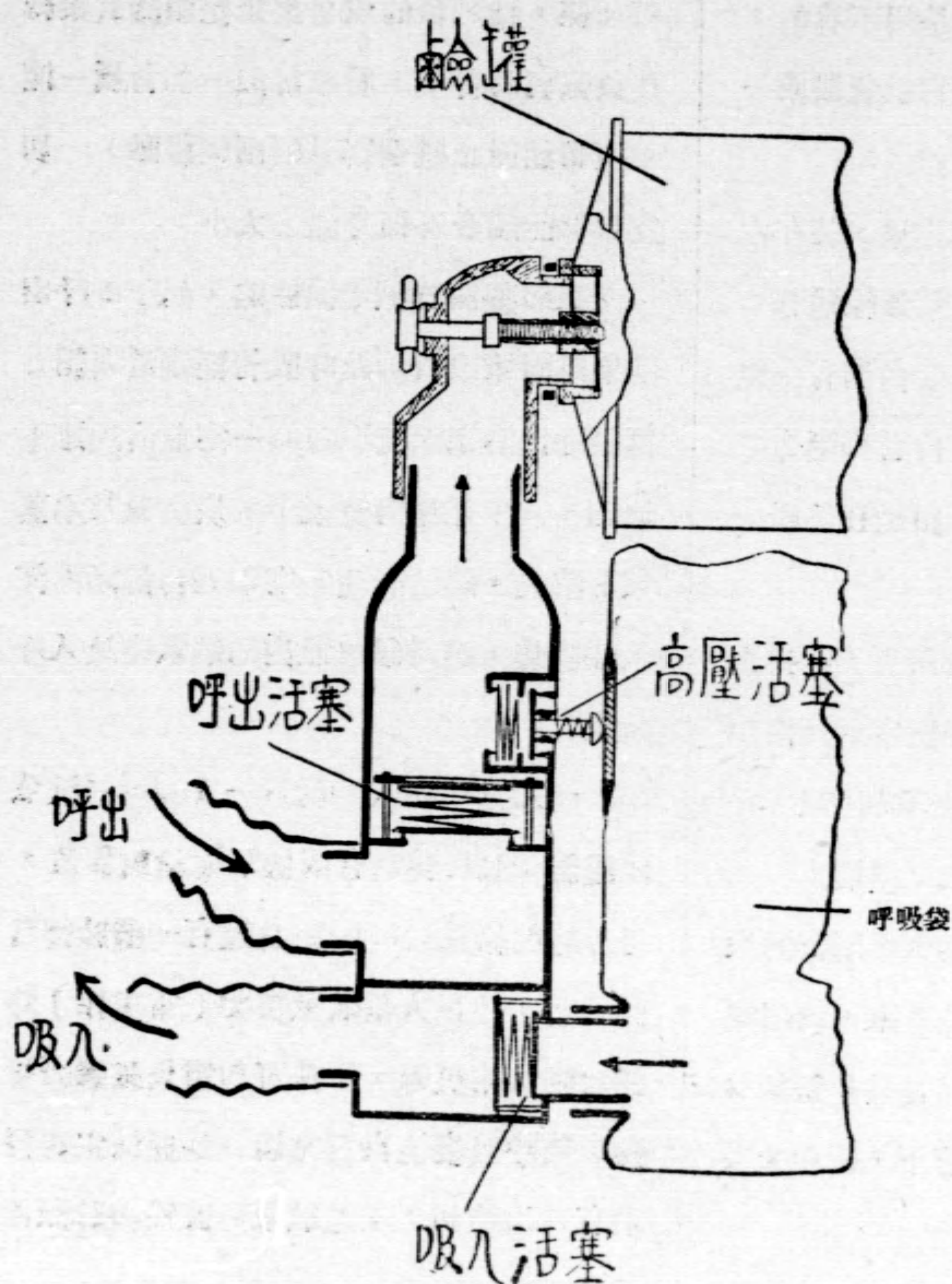
9. 皮件

器具箱將一切主要部份遮蔽。可免外界侵害。箱底具有堅固的木架。活塞箱，鹼罐，氧氣設備及氧氣瓶均放在架上。箱蓋和箱底上下均有可拆換的絞鏈相連。于是箱蓋可任意向上或向下啓閉，但亦可完全拆去。

該器具有兩個呼吸管（橡皮製可摺的軟管），此管係連接面罩或口塊及該器的背部。口塊可免有害空間（死空間），但負戴者使用不純熟時，口塊極易脫出或咳出，並且鼻挾並不能適用於各個鼻子，若流汗過多，鼻挾易滑落，所以普通還是利用面罩呼吸，面罩是和濾器的一樣。

若使用口塊，那麼在軟管上端要裝口涎捕獲器，但面罩呼吸是不需要牠的，因為在面罩內所產生的水滴大半都逗留著，並且牠在化學上是中性的，所以不會有害于面罩。

呼吸管和器具箱的兩個短端的連結，是用螺旋的裝置。



第十一圖

活塞箱(見第十一圖)是安放在器具箱的左側，牠是可以隨時卸下的，還具有針牢的呼吸活塞——雲母片活塞。活塞箱的下部尚有一端係連接呼吸袋的，上部和輪罐有短橡皮管連接着，並具高壓放氣活塞。該活塞之構成如下，呼吸袋之上左側有一鐵片，在呼吸袋飽滿時，鐵片即緊壓活塞的壓力扣。尚有一止回活塞，係具彈簧

的雲母片活塞，當壓力扣開放時，牠能阻止呼出空氣的吸入。這活塞安插在輪罐的前面是極適當，因此能把用過的含有大量碳酸氣的呼出空氣排出，于是高壓也被調整了，輪罐的負擔也減輕了。

氧氣設備乃調節氧氣由貯瓶輸入呼吸袋之用，牠的組成如下：

- a. 減低壓力活塞，一和氧氣瓶相連的連接螺旋帽及固定增給(1.6l/min)用的給與噴嘴。
- b. 肺部自動活塞
- c. 增給活塞
- d. 壓力表

減低壓力活塞能使貯瓶內的壓力150atü變為3atü的流動壓力，同時能使氧氣流動速度平均，每分鐘為1.6l。肺部自動活塞的二槓桿係突出在呼吸袋內，遂袋壁而動。若袋壁成摺皺狀，活塞即開；若呼吸袋又充滿，活塞即緊閉。這種情形只在身體工作繁重而空氣需要迫切時才發生。

增給活塞可用手來控制，于是能任意

使氧氣流入呼吸袋了。普通是用不着的，牠不過是一種救急裝置，所以氧氣設備一旦有了損壞，牠就有用了。

壓力表乃檢查氧氣多寡之用，裝在左側背帶上，有一活動管直通氧氣輸送器。壓力表有一金屬保護蓋，蓋之內側有一鏡，於是將蓋打開，即能由鏡內看得壓力之多寡，表中之數字能發光，由是在黑暗中也能察知壓力了。

呼吸袋乃硫化氣壓橡皮所製，牠把由鹼罐而來的不含碳酸氣的呼出空氣及附加的氧氣蓄積起來，預備在吸入時所用。呼吸袋四周有器具箱保護，以免損壞。

Degea 鹼罐能將呼出空氣中所含的碳酸氣吸住，牠是一個白色鐵皮罐，內部藏有粒狀化學物品。化學物品是放在鐵絲篩上，鹼罐的位置是在上箱蓋下，牠和呼吸管是相連的。

新型鹼罐的兩端都有螺旋蓋，並且還有鉛印封着。每個鹼罐附有用法說明，故用時須先讀此。

氧氣瓶是鋼的，法定須能容225atü壓力，即和15Catü使用壓力相等。瓶之頸部末端有一瓶活塞，牠和減低壓力活塞的連接螺旋帽是相連的。一個標準瓶內的最初氧氣壓力只須有150atü。

皮帶分爲：肩帶二條，背帶一條，腹

帶一條，牠的目的就是要把整個器具緊縛在負戴者的背上，看來好似一個背囊一樣。腹帶能阻止整個器具的兩側移動，一切皮帶都能適合各種身體之大小。

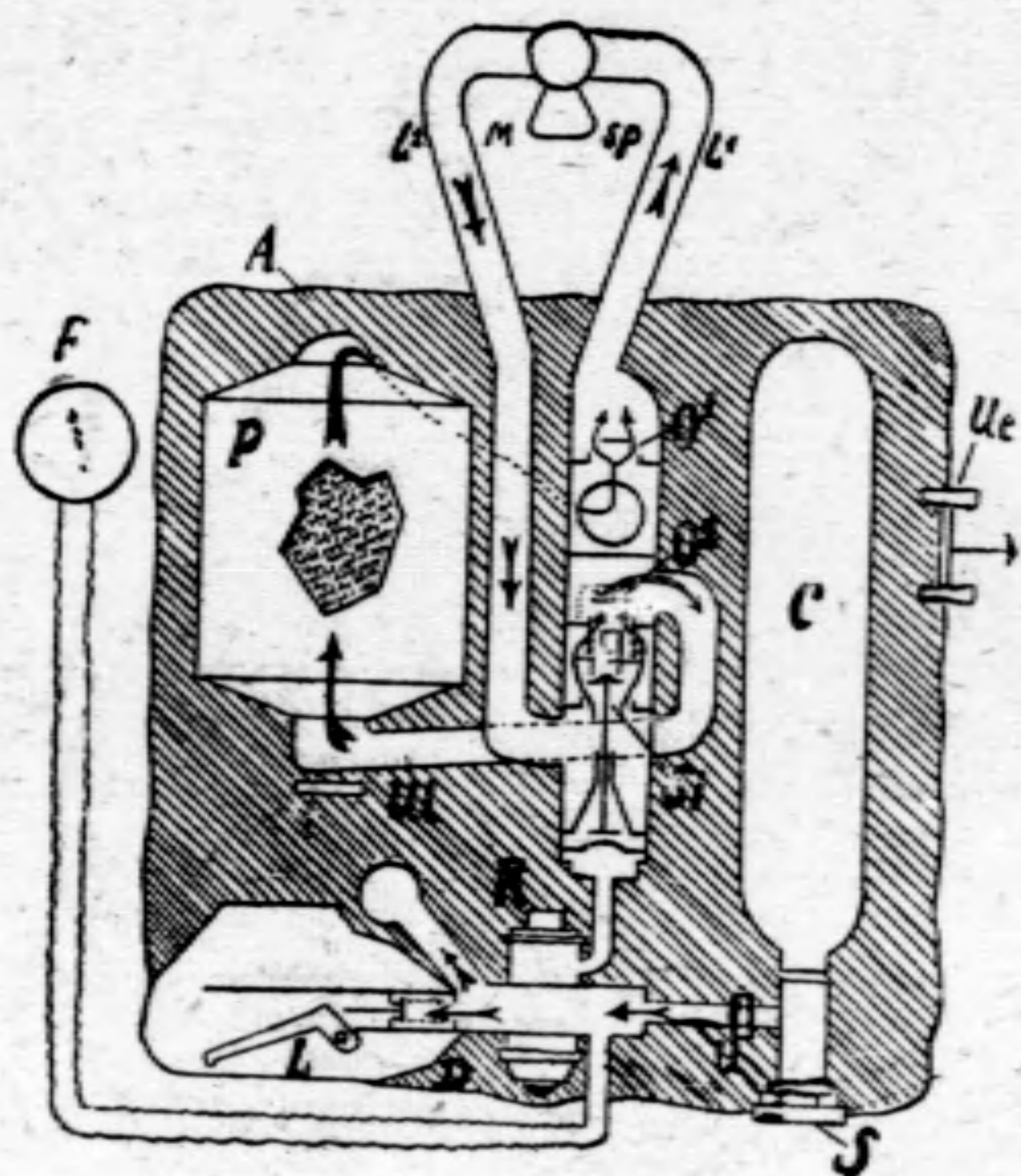
茲將整個器械之機能略說如下：呼出空氣經面罩或口塊及呼吸管而達活塞箱。再經呼出活塞而抵 Degea—空氣清理罐（鹼罐）。於是呼出空氣中的碳酸氣及水蒸氣都消失，這已清理的空氣乃自鹼罐而流入呼吸袋，這時氧氣瓶內的氧氣亦流入呼吸袋。

一九三一年式 Degea—Audos—氧氣防護器 MR1，特別有兩個氧氣給與裝置，每分鐘能給與1.6l。並且還有一個肺部自動活塞，牠在大量氧氣需要（重工作）時能自動供給氧氣，于是可勿需負戴者的管理，而呼吸袋能自行充滿。依照法定規程須有一增給扣，于是氧氣可直接由貯瓶而入呼吸袋。

空氣從呼吸袋經吸入活塞及吸入管而入面罩或口塊，于是遂達人之肺部。空氣經鹼罐之清理而溫暖，但 Degea—Audos—氧氣防護器在工作繁重時溫暖仍如常。

Draeger 廠製有一種專爲鑛業用的一九二四年式肺部自動 Draeger 鑛業用器具，該器的使用時間是兩小時。尙有一九三一年式 Draeger 小型防氣器是消防及氣

體防護器技術的標準防器，依該器的呼吸管位置之不同而分為兩種，即肩管式（二呼吸管越兩肩而達器具箱）及側管式（二呼吸管均經左腋下而達器具箱）。該器之構成可參閱第十二圖。呼吸須賴人之天然



第十二圖 一九三一年式 Draeger KG 防器的構造

肺力，呼出的含有碳酸氣的空氣由口腔經呼出管  $L_2$  而通過信號吹管（乃氧氣缺乏時的警告信號），復經呼出活塞  $O_2$  及迂回管  $UL$  而達鹼罐  $P$ 。于是碳酸氣即消失，空氣遂由此復入呼吸袋  $A$ 。從氧氣筒  $C$  具最初壓力  $150at150$  公升氧氣——經減低壓力活塞  $R$  及給與活塞  $S$ ，每分鐘有  $2$  公升氧氣流入呼吸袋  $A$ ，于是不含碳酸氣的空氣復含氧氣，由此吸入空氣經吸入活塞  $O_1$  及吸入管  $L_1$  復流入呼吸口塊  $M$ 。器內過多的空氣則經自動過多空氣放氣活塞而流

出。若工作繁重，氧氣需要增高，于是  $2L/min$  的給與量不敷應用，這時負戴者可用手指按撤壓力扣活塞  $D$ ，氧氣的流入遂增多了。（摘自 „Draeger—Gasschutz im Luftschutz“）。

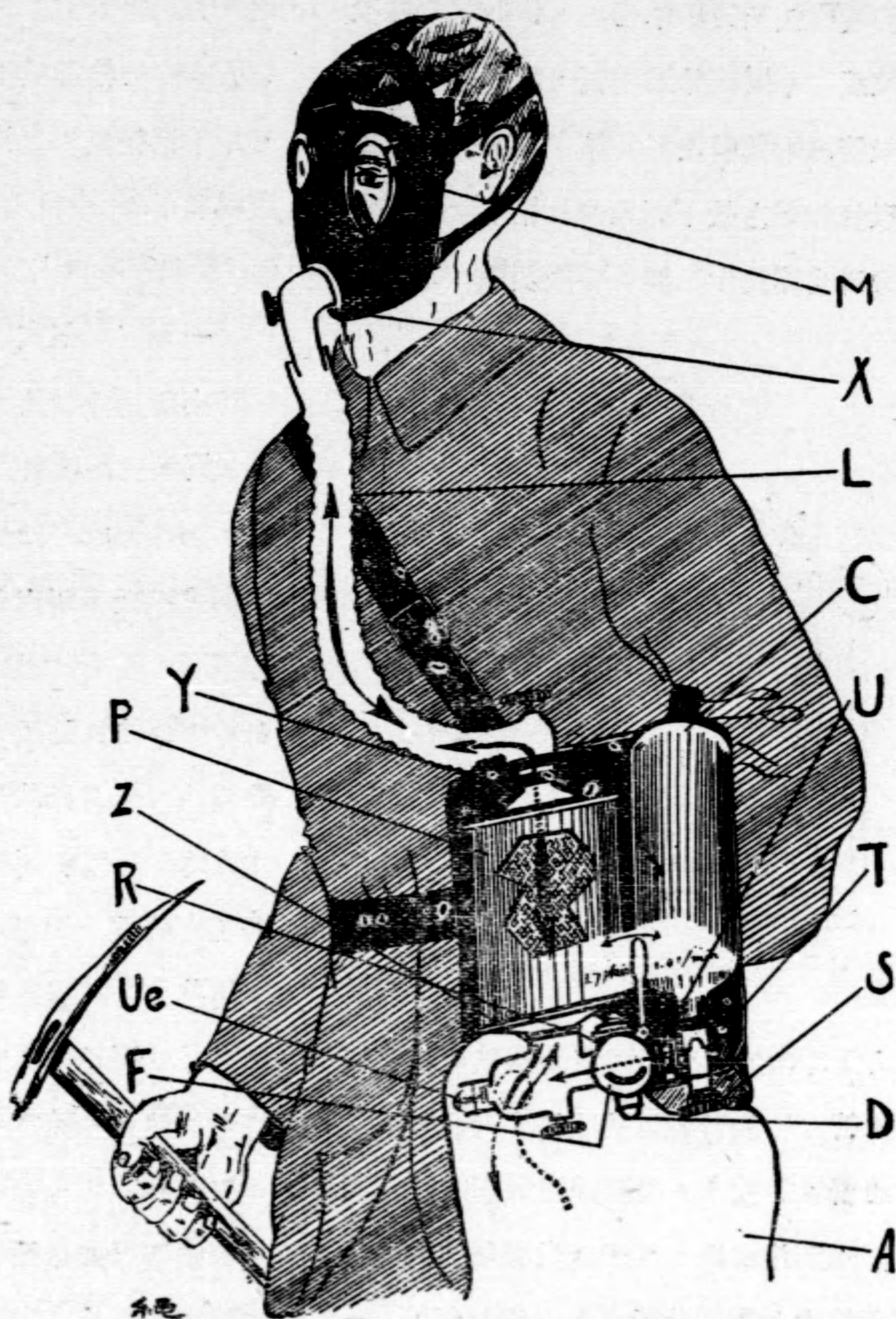
一九三二年式 Draeger 輕金屬自救器係防空所用的器具，譬如用在技術急時。氧氣筒，三路接件及支承器均係輕金屬所製，牠的組成可參見第十三圖。因牠具有擺動式呼吸，所以和上述兩種 Draeger 防器不同。因此該器的構造是極簡明。牠具有特別雙給與裝置，調節簡便，于是在一分鐘內可任意供給  $1—1.7L$ 。並且在小工作時，該器使用時期可達二小時之久，若工作繁重，使用時期亦可維持七十分鐘，這些就是該器的特殊長處。凡氣體防護不久長的團體都極宜備置該器，因為牠極輕便，並且可隨意負在胸部，身側或背部。又因該器巧小玲瓏，故攜帶亦極便利。牠的構造很簡單而顯明，所以收拾也極方便了。（摘自 „Draeger—Gaschutzim Luftschutz“）

欲藉此器獲得良好效果，必先求負戴者身體大小合宜，及訓練精密才行。

第二種氧氣防護器是過氧化鈉 (Natriumsuperoxyd) 器。氧氣的來源不是高壓氧氣，却是過氧化鈉 (= Proxylon)，牠是藏



- M 呼吸面罩  
 X 面罩接連處  
 L 呼吸管  
 C 氧氣筒  
 U 氧氣筒連接螺旋帽  
 T 氧氣筒銷口螺旋帽  
 S 氧氣筒銷口活塞  
 D 加入氧氣用之壓力扣狀  
 活塞  
 A 呼吸袋  
 YZ 鹼罐連接處  
 P 鹼罐  
 R 減低壓力活塞  
 Ue 過多空氣放氣活塞  
 F 終給表



第十三圖 一九三二年式 Draeger 輕金屬自救器

在罐內的，於是氧氣變成罐狀(固體)，若在98%氧氣沒有的地方用了牠就能免掉許多麻煩，這一點倒是一個大進步，可是該器還未達完美之目的，牠的構造如下：具有高壓活塞的呼吸袋藉一皮帶圍繞在頸部

，能容1kg化物的貯罐，具有口塊的短小呼吸管，鼻夾及護目鏡。罐內化學物不特能供給氧氣，此外還不能把呼出空氣內所含碳酸氣吸住。賴呼吸空氣的濕度Proxylene 遂發生化學作用。所以假使呼吸空氣

內蒸氣凝固，附着于面罩。該器的效能就大減。每貯罐的使用期為一小時。過氧化器的重量極輕，構造簡單，價格亦較廉，但迄今藉器具負戴者的主觀感覺，尙未能察知在負戴初期，是否立即能有相當足敷肺部需要氧氣量之存在；及當罐內化學物用盡時，是否尙有充份氧氣在內。假使技術上能將這二大缺點改善，牠的應用當定勝過上述的清理器具了。

現在再把三種器械應用範圍詳述于下：  
：過濾器用于冷氣工業(礮精及亞硫酸〔吸收罐E或F，吸收罐E或F〕)，軟片燃燒及一切尋常火災(具有彈簧蓋的吸收罐F)，煤氣工業，煤氣管，隧道氣流災害(CO—防器)。藥料地害火災及藥瓶炸裂時(吸收罐F，或具彈簧蓋，因除礮精亞硫酸外，尙有硝基氣體及其他呼吸毒質的混合物存在之可能)。汽車動力原料的爆炸——石油燐，石油醚——或溶劑的爆炸——，醚酒精，丙酮，二硫化炭，四氯化炭——，燃料及塗滑劑的爆炸——火氣，石油——及塗抹劑的爆炸——假漆，樹脂，煤膏——(吸收罐A或F)，城市及工業中洩氣時(吸收罐B)。用了第86V號効力優越濾器(Degea)及濾霧吸收罐204即能防禦一切軍用毒質，但藉第86號Degea—萬能—CO濾器可防禦一切呼吸毒質(一氧化碳亦然)。

若上述濾器不在，則可用氧氣輸送器，因効用相等。

在充滿了揮發性物質(例：煤膏油及燐等)而內部不通風的貯器中，僅有新鮮空氣輸送器為唯一防器，此外在井窟煤礦(坑氣)中用亦大。在炭酸冷機工業中亦須應用新鮮空氣輸送器或氧氣輸送器，但氧送器是礦窟，冶金工業及醱酵地窖中的唯一救護器。至于一九三二年式Drægei輕金屬自救器乃防空中所用者。

各項器械的効能及安全都和管理的是否合法有關。所以器具檢查者的訓練是極需要。故每月必須檢查各器之是否緊密和流動，氧氣量之多寡，這樣才能使負戴者獲有靠可之保護。每次面罩應用後，須用布將內部拭乾，眼部透視鏡不可拂拭，然後再把面罩放在新鮮空氣中一小時，待乾燥後始可妥行貯藏，Rumpf氏主張開放貯藏，如是，不得不時常去施行拂拭及測驗了。所有的橡皮管，每半年須檢查牠的緊密度一次(礮精酚酞檢驗法)。氧氣輸送器的呼吸袋的緊密度也應時常檢查的。驗罐在每次應用後須立即更換，凡已用過的驗罐在搖動時並不作水泡聲，活塞宜特別加以保護。面罩消毒可用Riedel廠所製的Paraformpermanganat。此物分裝于二紙袋內(Paraformsoda10克，過錳酸鉀25

克)，但合藏一鐵盒，每盒售價為一馬克。  
 ○調製時先將 Paraformsoda 放在大的鐵製容器內，再將60ccm水注入，用力攪勻後，再將過錳酸鉀放入，但須力攪不絕。十五分鐘後化學分解已完畢。容器內事先須封密，處理面罩只須將容器緊閉七小時，處理完畢後，再使空氣通過。至此手續

始告完畢。

毒氣防禦的技術問題討論尚有可靠的根據，于是我等對於呼吸毒質賴此種防器亦器亦可獲得相當安全，但百分之百的安全乃事實上不可能的事，因危機實在太多，防衛時簡在不能顧及這許多。

(待續)

本刊介紹：

中央教育部備案  
上海教育局立案

中西醫藥研究社主編

## 中西醫藥

內容充實

編制活潑

每期有文筆犀利，正氣磅礴之言論。

執中西醫藥界大纛之權威刊物

每期有商量舊學，攢研新知之論文。

印刷精良

按期發行

預定「中西醫藥」月刊全年十二冊。國內及日本連郵費大洋二元四角。優待期內祇收二元，期滿照舊。國外大洋四元。香港澳門三元五角。郵票代洋九五折計算。外國郵票不收，創刊號（紀念特刊）零售大洋五角。訂閱全年者不另加價。  
 訂閱處：上海北四川路永豐坊六十五號，中西醫藥研究社出版部

奉贈：中西醫藥研究社章程及本刊目錄函索附郵三分，即寄。

# 強心利尿劑

# 地蒞佛林

汽巴

## DIGIFOLINE

地蒞佛林所以為治療上有充  
分價值之毛地黃製劑者在於

### 力價常有一定標準

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

### 有毛地黃之完全的功效

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

### 品質絕對耐久

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

### 皮下注射毫無刺戟及疼痛

奧爾特拿教授「地蒞佛林在今日可  
謂在皮下注射而不發生疼痛之唯  
一製劑」

赫西特博士「地蒞佛林有一大長處  
即在皮下注射毫無刺戟」

因地蒞佛林具有此種重要性質故近數年來  
已為世界各國使用最廣之毛地黃製劑。



全國各大藥房均有發售  
承索仿單及藥樣請函示

## 瑞士國汽巴藥廠

上海九江路二號

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

# 久負盛名之強身補腦劑

綠色植物中天然存在之有機性磷質

## 菲 葶

“汽巴”  
PHYTIN

磷質 22%      鈣 12%      鎂 1.5%

本品極易吸收。可以完全同化。能增進食慾。令胃腸分泌增加。促進血球之新生。增加血色素度。且可激勵身體細胞之新陳代謝。神經與腺系統之機能。

片劑                      粒劑

## 鐵質菲葶

“汽巴”  
FERROPHYTIN

本品為菲葶與膠狀鐵之化合物。在胃中不受分解。故無消化障礙。有磷質補腦強健之功。兼有鐵質補血之效。

丸劑                      粒劑

## 福童散

“汽巴”  
FORTOSSAN

本品為兩歲以內嬰兒最適宜之營養強健品。由菲葶與乳糖相配合而成。能使乳兒強健活潑。發育迅速。

散劑八十格蘭姆

全身無力

精神萎頓

病後衰弱

萎黃病

孕婦體弱

貧血

佝僂病

腺病質

骨質軟化

肺結核

不眠症

神經衰弱

等症



全國各大藥房均有發售  
承索仿單及藥樣請函示

### 瑞士國汽巴藥廠

上海九江路二號

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

# 治療報告

## 予用菲葶 (Phytin) 之經驗談

Dr. Leo Wolter 著 F.C. 譯

神經系統機能障礙之原因。一則由於神經物質為各種衰弱疾患所損害。或為長時間之精神的活動而致消耗過度。二則由於情感過激。以及內分泌官能之感動異常。故其病症。往往發生於初春期。或閉經期。是其明證也。嘗見此等患者。皆呈顏面蒼白。營養不良。組織弛緩無力。以及困乏疏懶不快之狀。更察其精神狀態。則抑鬱無聊。意志不易集中。疲倦甚易。恐怖不甯。工作懈惰之類。予近年以來。幸得此種病例極多。對於上述各項原因及其症狀之治療。曾作詳細之研究。每對一例。除規正其生活條件之外。必施以藥物療法。而藥物中之有價值者。厥惟菲葶。

菲葶出自植物種子中。內含22%有機性植物磷質。供給之量既富。而吸收亦極容易。予所治療之患者。多為學生。正值成熟之年。而春期發動之際也。據其自訴。有謂聽講不能了解。上課而心猿意馬者。有謂視考試為畏途。恐有落第之虞者。

有謂教員所給與之工作。皆不能應付裕如者。其父母及教員。亦稱其子女及學生之精神能力。呈顯明的減退。此項患者。大部分皆為將成年之男女學生。據吾人平日所知。有於初春期而精神生活上之智慧與能力。皆覺退縮。致形成拘迂之狀。機警心亦薄弱。而此種現象之最著者。即文獻中所謂「成年時代之生理的愚鈍」是也。予對於此項患者之治療。除少數例外。皆一面除去其妨礙精神活潑之原因。一面應用菲葶。其結果。則不過數週。即獲驚人之功效。凡婦人在閉經期。每鬱鬱無聊。自訴有興奮狀態。及機能不全之感覺者。予嘗將菲葶與卵巢製劑並用。其結果亦同樣良好。即有時僅用菲葶。雖值內分泌機能疲乏之際。亦能收效也。菲葶尤適用於精神智力困乏之患者。其功效特別良好。嘗有多數教員。當學期之終。精神智力。皆極困乏。經予處以菲葶之療法。皆得恢復其原狀。而能再致力於其新學期開始時之

工作。

茲舉最感興趣之一例如下。某君。五十歲。偶觸汽車。傷其頭蓋。遂倒於道傍。雖無顯明腦震盪症狀。然數月之間。常有恐怖之感。及腦壓迫症狀。腦力薄弱。工作之興趣減退，卒以菲葶治療。不過數週。即獲滿足之結果。

予嘗對於精神患者之恢復期。服以菲葶。均能提高其精神及其體力。

菲葶之優點。即在於為磷質製劑。且其功效迅速。而無消化不良之弊。故予之藥局，常備此品，大有一日不可無此君之概也。

## 論格魯布性 (Kruppöse) 肺炎之血清與化學的合併療法

醫學博士 F.Stein 原著 犁雲譯

一九三〇年，德國醫學周刊十四期徵詢欄上，載有『格魯布性肺炎之血清療法』問題。讀之得悉，各臨床醫家，關於此彼輩習用之療法，尚各有不同之意見，或毫無實地經驗，或有者亦頗少；而其他一部分之觀察者，則已有良好印象之報告矣。

如 Schottmüller 氏之用復原病人之血清。至于 Meyer, Fr. O. Hess obacht, Krehl, von Voithenberg, A. Sonnenfeld, A. Lechner, H. Lichtenstein 與其他諸氏，則用單價或多價之血清。一部分之著作家，尚拒作終結之判斷，而其他如 R. thacker, W. Berger, Schleimger, Auf

recht, Staehelin, Tohn, R. Hilgerman, C.E. Schuntermann F. Lewey, Cahn-brouner, Barthel 諸氏 則寧選用化學療法，以作對症治療。如用鹽酸金雞納，與雙價鹽酸金雞納，或 Opto. chin, Chinurethau, tr anspulmin, Plasmochin, Solvochin, Eukapin, Strontiuuran, 及鈣劑等藥品。在各臨床部且有仿美國之倡導，用單價血清，以作特別之血清療法者，或以劑量各異之多價血清而治之。

此外尚有無數之發表物介紹血清與化學之合併療法。如 L. Veilchenblau 氏用金雞納注射，與立即製造之自己疫苗 (Au

tovakzin) 以治其肺炎病者。可惜疫苗之預備，頗費時日，實為最大之缺點。(參閱明星醫藥周刊一九二八年五十二期) 于一九二九年，U. Friedemann 氏亦曾報告此種合併療法之良善成績。Fr O. Hess 氏于肺炎菌類別診斷之後，用大量(一百西西)相當之單價血清；但亦同時施行合併療法。渠且盛稱：常用之對症療法，具有極大價值。彼固對格魯布性肺炎施早期治療，亦即所謂頓挫性治療之一人也！F. Meyer 氏于一九三〇年，第七期之「現代治療」雜誌上，亦報告合併療法，對於大葉性肺炎(Lobäre Pneumonie)之功效良好。渠所用之化學藥物，為Optochin。用作血清者，乃曾經先將病原體，加以類別檢定者也！如此治療之廿例中，頗不乏有危險情況者。但成功達十八例之多。可惜 Meyer 氏亦覺在很多病例中，發見出乎意料之副作用。最近從 Marowitz 臨床部，H. Becker 氏送來之報告書上，稱道合併療法之成績，殊為明顯。(見一九三四年明星醫學周刊三十九期) 且對病期之縮短，危險之減少，死亡指數之降低，尤為可喜之成功也！(在第一類型，從百分之廿減至百分之八。二在第二類型，從百分之三十降為百分之十五。)

著者自一九三一年七月以來，對求治

者中之格魯布性肺炎病人，即已採用血清與化學治療物，合併而處理之。此與上述之各種公布無關，而全由于需要使然。因于第七日可期待之肺炎極期(Krisis)無望，而思根本從病原上，以阻病象之發展。當時，著深知：此僅少數之個人觀察，(六個病例)實不足以定綜合之結論。尤引為抱歉者為：大多數各在私宅之受治者，不能施行實驗室的檢查；而此對於科學之判斷，實有莫大之重要性也！然而每次所有確切之良好效果，出人意料；是為使著者公之于下之動機。

施行合併療法：著者所用，為「赫斯德」(Höchst)出品之多價肺炎菌血清。此含蛋白質之量頗少，而殊活躍，主要為敵對北美洲人所分類之第一及第二肺炎菌族。至化學藥物方品，則用「拜耳」(Bayer)出品之金雞納溶液。成份為百分之二十，作注射用者。因其局部之容受性甚佳，且一如Solvochin之成組織鹼性，故頗適用之！

第一例：某甲，廿四歲。平時頗健康之獨身商人。傷風後，患正型之肺炎。

該病人，于患病之第二日，用赫斯德出品之多價肺炎血清廿西西，作靜脈注射。又用拜耳出品之金雞納溶液二西西，作筋內注射。當日即現顯明之極期現象。體



溫驟速下降，至三十七度。大汗淋漓，脈搏次數減低，每分鐘僅八十四次。病者雖深覺疲憊，但是夜經過頗佳。次晨，體溫微高，增至三十八度，故再用赫司德血清廿西西。至于習用之治療法，如飲食方面，對病治法等，自然繼續施行。于第二及第七日，作痰之細菌檢查，發現無數之雙球菌，用克氏染色法(Gram's Färbung)陽性。重要者為：觀察到主觀病象，于病灶之上已除去，似如極期于第七日始出現者然！至于其他中毒現象，如嘔吐，昏睡，口味缺乏，頭痛等業于病之第四日起，消退。于病之第七日，咳嗽突起且劇。痰量甚多，其色如鏽。于第十三日，聽診打診，皆不能于肺葉上，再發現不正常處。再一日，病者曾第一次坐起。以後復原，非常迅速。體力再生，頗快，尤為觸目之事。

第二例：某乙，十二歲，不甚健強之少年。一年前，曾因淋巴體質來著者處求治。

渠現所患之病，始于一九三一年八月一號晚上。發熱，且有寒慄與輕微之痛頸，及咳嗽。當著者于次晨診視時，檢得疲憊，頭痛，嘔吐，咳嗽帶少量粘液性痰。體溫升至三十九度八。脈搏百三十次等現象，以及咽頭炎與氣管炎諸症候。于此第一次診治，用靜臥，胸部包卷，(Brust

priessnitzumschläge) 吐根浸劑，熱飲料，液體，乳狀食品等。並注射 Omnadin。于次日晨間，病者大汗後，熱度即退。病者主觀之感覺已較安適。此時于兩肺之上，僅微聞氣管炎之雜音。再作 Omnadin 之第二次注射。當日下午，突發生極劇之惡寒戰慄。體溫驟復上升。一夜過後，著者再往診視。體溫已達四十度一。脈搏每分鐘，一百四十次。頭部劇烈作痛，貌殊頹敗。口味全失。此外在右旁，發生側刺狀之胸痛，(Seitenstich) 呼吸作表面狀，咳嗽亦受抑制。于右下葉上，已可聞肋膜炎之摩擦音。此狀況于鑑別診斷上，頗難確定。(肋膜炎，抑肺炎初期?) 于次日，仍顯有同樣之狀況。自惡寒開始兩日半後，始確定大葉性肺炎之診斷。在右下葉之上，有濁音，尖銳且洪之氣管呼吸音，氣管音，與加強之振顫，以及小泡中泡之囉音。至于肋膜炎之破裂音，已于早一日始，僅聞之矣！同時側刺之感覺，已不使病者苦痛。但其他一切主觀症狀加重，呼吸數，亦增至每分鐘三十五次。此外，痰之檢驗結果為：有格氏染色法陽性之雙球菌頗多。于當日之晨及下午，各作一次二西西金雞納注射。于晚間，則于肌肉內注射廿西西多價抗肺炎血清。于八月七日，檢得病者尚有四十度四之高熱

。但其全日間，(病之第四日)皆為極期，大汗迸發焉。以上例之經驗，血清之一次注射，實不足以引病況完全入于極期，遂再以廿西西作肌肉注射。此病例以後之發展，復與前述者相符。肺上之病理解剖變化，一如其典籍上所載者。于第七日屆「溶解期」。一切症況，皆各具其特有之性質。于此病例中，該少年病者，確于極期退熱之次日，一切中毒現象，全行消除，遂覺殊為安適。且其復原之速，致于第十三日已能坐起。自然，飲食方面，與對症治療法，仍應與習常處理者無異。如用麻子之熱包罨，溫水浴，兼用冷水灌注，豐富之液體飲料，強心劑，(Digipuratum liquidum) 千分之一之腎上素溶液，吐根浸劑等等。

第三例：某丙，廿一歲。自來頗健之獨身木工。

現患之病：著者于一九三一年十月三日，初次往視病者。時已能檢得其肺左下葉，正發展格魯布性肺炎，且已在第四病日矣。此病者自發病至今，皆為廠醫診治。立施以血清及化學之合併療法，于十二小時內，已出現極期之體溫下降，至三十七度。所用之多價抗肺炎菌血清，係靜脈注射，用量為廿西西。于四十八小時後，同樣再重施之。至極期之退熱後，體溫之

暫時上升至三十八度，亦見于肺炎之正型經過中，故無何特別意義。此沉重昏睡之病人，于極期溫度下降後之晚，已改變其主觀之症象。而病灶之溶解，已始于第六病日之末，可謂劇速矣！于十月三日所作痰之檢查，有無數格氏染色法陽性之雙球菌。病者體力之恢復，亦如往例，非常迅速。

第四例：某丁，五十三歲。獨身商人。曾工作于Amagonas河支流之一熱帶地方，逾廿年以上。

一九三二年八月廿一日下午，天氣非常惡劣，渠遂病矣。惡寒發作，呼吸時右胸旁作痛。熱高達四十度。且乾咯。著者移該病人入醫院，下一右中下葉格魯布性肺炎之診斷。且即施化學與血清之合併療法。因慮及患者過去之歷程，(在久留于熱帶時，曾長期使用金雞納，以資瘧疾預防，並曾患氣管性氣喘)以及已渡過腎之傷害，著者遂決定，先僅施赫司德血清之肌肉注射。于廿四小時後，復作第二次注射，仍注射于肌肉內。但竟未使極期之去熱成功。且病者之現狀，不論主觀或客觀方面，眼看愈漸惡劣。沉沉昏睡，有增無已！白血球數，加至二八〇〇〇。在血像中，顯出淋巴球缺少。已漸停止之小便排洩，幸用相當方法得救。(廿四小時約一妍)尿中糖質，亦消除。著者遂于八月廿

五日(第四病日)用多價抗肺炎血清，作靜脈內注射(廿西西)。其結果頗佳。于次日晚，大汗淋漓，遂出現極期之退熱矣！于病之第二日，所作痰之細菌檢查。本發現無數肺炎菌，但于極期退熱之後，再作痰之檢查。于膿質部分，已無菌蹤；惟于粘液質部份，見有肺炎菌，且殊稀少。其外所見，僅格色染色法陰性之雙球菌耳。于第五病日，再作廿五西西之血清注射，當日及次日，並作二西西之金雞注射。於極期退熱後之次晨，病者極覺疲憊，但於廿四小時後，迅速轉佳，頭痛已消，疲憊亦減，且欲進飲食。熱度于次兩日，略暫有上升之機，而病者之症狀，却絲毫未變。於第六病日，診得尚有濁音，洪而且銳之氣管呼吸音。於兩病肺葉之上，仍可聞無數之囉雜音。但于次日，病灶已有開始溶解之徵象矣！二日後，聲已作鼓音；呼吸作噓氣音；已大減少之囉雜音，帶濕性作金屬音，痰已不多。於開始病後之第十六日，病者已試行坐起。此病人體力之復原亦殊速。

第五例：某戊，三十歲商人。

一九三三年八月十九日晚八時，突然患病。發生劇烈惡寒，歷時約三刻鐘。體溫迅速上升，乾咳，頭部劇痛，陷於昏沉狀況。無口味，以及其他嚴重病象。次日

，全身狀況，尤形惡劣。衰弱愈甚，不安靜，已半昏睡。體溫已升至四十度。當著者於廿一日，即病之第二日，前往診視。檢得體溫為三十九度八，脈搏百廿次，以及上述各症狀。胸腔之理學檢查，僅於左肺下部，微有細小之囉音，及不純之呼吸音痰純為加答爾性。於第三病日，始在臨床上確定為正型之左下葉肺炎。少便甚少，亦秘結。且有鼓脹現像。立施以金雞納治療。並於次日痰中，檢有肺炎雙球菌後，復採用血清療法。於第二次血清注射後，已為病之第五日，大汗發作，已至極期之退熱時期；而肺炎病象中之溶解期，始於第七病日後。中毒現象之消失，亦與前述者無異。溶解現象，經四日而畢。又四日，病者已能坐起。復原期極短，且未有其他變異處。

第六例：，某己，二十四歲之商人，體質頗羸弱。

惡寒突然發作，歷半小時之久。體溫驟速上升。次日為一同仁診為流行感冒，而治之於第三病日，著者始應召前往。顯為右下葉急性格魯布性肺炎之典型病象。除飲食，及對症治療，照常處理外，著者即施以化學與血清之合併療法。此病例所用之血清量頗高，達七十西西，始達極期之退熱目的，殊堪注意。因血清之獲得，頗

形困難，故於開始之廿四小時內，僅由靜脈注射十西西，此為一種特別情形。另外，且因所在地，全無拜耳出品之金雞納溶液而以他一種德國出品 Solvachin 代之。上所述之可注意點，即用血清量甚高，是否應歸咎於此兩種特異之事實，無從得而確定之。若謂第一種情形，含意最重，則須知此病例，據以後之病狀經過測知，其感染非常嚴重，且加之以病者之抵抗力，非常薄弱。或者，其病原菌屬於第三及第四類肺炎菌，亦未可知。(H. Becker氏) 但極期之退熱現象，確仍始於第五病日。惟肺炎浸潤 (Infiltrat) 之溶解遲延則頗顯明。至於中毒現象之解除，固未有異於他例者也。

可惜者，為解熱五日後，(第九病日) 體溫復上升。於此，第一當思及為肺炎後，膿胸之生成。但經理學之檢查，與 X 光之照視，已否認此說之真確。且於最後，發生一嚴重之繼發性肺炎球菌敗血症。出現間歇性熱。氣管性肺炎之肺部病灶，血液培養陽性。脾臟腫大，肝亦增巨。關節之轉移現象 (Metastase)，敗血性痢，輕度黃疸特等症候。於此情形，仍施以合併療法。用高量之血清，(一百四十西西靜脈注射) 與金雞納，於五日內，亦見大效。惟因右股靜脈發生血栓性靜脈炎，遂使復

原期拖延較久。但病者亦終告痊愈。

討論 吾人將此任便之六病例，一加考慮，有二事實，特別炫耀於目前：即，

一、極期之退熱現象，確於第七病日前生，因而病者之解毒作用，亦極早。

二、雖早期即行退熱，但肺部病理解剖的病象變化，仍循一定之典型而繼進。

於此觀察中，遂可提出許多問題與考慮。

註一：治療之功效，確存於合併方法之中乎？

Rothacker 氏曾稱：渠三年之久以來，對每一肺炎患者，皆僅施以金雞納之靜脈注射，(最高量達三次注射，每次各用半克。) 已能阻止其病象。但此療法，須以始於前三日為限。此種觀察，與 A. Schittenhelm 氏所謂：金雞納對寬大之肺炎浸潤，已無影響之見解，殊相符合。W. Berger 氏對肺炎患者，每日注射用至一克金雞納之多。其結果能使病象進行加速者，達百分之六十。Schlesinger 氏注射 Plasmochin 以代用金雞納，僅用此劑，已顯有迅速退熱之功效。此外，尚有不少著作家，單獨使用金雞納治療，亦同獲優良成績，不容在此贅述。

相反方面，A. Sonnenfeld 氏則僅用單價血清，得極佳之效果。Lechner,

von Voithenberg, Obacht, O. Hess 以及其他諸氏，亦同之。因施此治療前，必須多費時間，以求測得同類之肺炎菌族，此在開業醫師，尤不可行。在實用上，遂爲困難。並且時或發生不愉快之副作用，如過敏性引起之虛脫，(Lichtenstein 曾報告有一死亡例) 以及血清病等，乃不言而喻之事實。(見 F. Meyerobacht, Schottmüller, Sonnenfeld, Krehl, Ziun 諸氏) 至於其他臨床家，如 Schottmüller 氏 (明星醫學周刊一九三〇年第廿一期) 因不能證實特製血清之功效，乃採用復原病人之血清，又一特別情形也。尙須言及者，爲：類別診斷，今日已跟照 Neufeld 氏所立之膨脹反應法，不過廿卅分鐘，能於病床之側施行之，已殊易易。(見 H. Hecker 氏) 至上述之副作用，因德國肺炎血清製造之改良進步，已降至於最小限度。於著者所處理之病例中，已得證實之。即用大量之血清，(一百西西或以上) 亦已確無非所期望之副作用發生。

單獨使用多價血清，以治療格魯布性肺炎，亦同有適宜之結果。儘著者所知，則以爲應採用血清與化學之合併療法，且以用單價血清與金雞納爲主要。惟惜所見甚陋也。(見 F. Maier, U. Friedemann, O. Hess, H. Becker, 以及其他諸氏)

R. Hilgermaun 氏於地堡曾對於化學療法之功效，係細加研究。得知，此化學療法之功效，對於寄生菌病之關係，乃係使之發生自働免疫，(Active Immunisierung) 而非消毒。故其意義，僅在使頗少數之肺炎菌死亡，其發出之毒素，造成種特別之刺激，因而自働免疫性以生。故當時測定適宜之氧氣原子濃度，(Wasserstoffionenkonzentration) 實爲重要。否則金雞納製劑，亦未能發展其效力也。

是否或如 J. Kayser 氏所立張：金雞納經肺炎菌分解後，始成血清免疫體效力之着力點？(明星醫學周刊一九三一年第五期) 如是，則各肺炎菌族均等化，(Identifizierung) 成爲一致，Schottmüller 氏所主張特種血清之無效說，不啻又多一贊助者。於上述六例中，採用合併方法，能實見其治療效驗，亦非與此說無因。多價血清與金雞納合併而用之，其得之確功效，遂有解釋矣！因所用之赫司德血清，蛋白質含量頗少，用量亦微，故毫無任何不愉快之結果，如過敏性虛脫，體溫上升，關節作痛，發癢，發芝麻疹等現象之原因，亦殊能迎刃而解矣。

註二：在著者所有之病例中，雖早期已退熱，在肺中仍見有病理解剖變化之進展；此亦爲各專家所呈認之事實。Rotha

cker氏于施純粹之金雞納治療時，亦確定同樣之事實。

A. Sonnenfeld (明星醫藥周刊一九三〇年第四期)與 H. Becker' 氏(一九三四年明星醫藥周刊第三四期)習用特別之血清治療時，亦然。許多美國醫學者，如 Armstrong, S. Toluson 諸氏，更有相同之經驗。

于利用著者所有之材料時，尚須述及幾個有興趣之觀察。

極期退熱之後，即作痰之細菌檢查，幾多不能尋着肺炎菌。(見第四例)此種事例，殊堪驚異。Park 氏曾作廣博之研究，得知于給血清後，病者之血內發生無數抗體，因以獲得佳良效果。Alston與Stewart兩氏，亦曾確定：于用肺炎菌血清後，血之殺菌力，顯為增加。(多用仿 Felton 氏所製者，含有第一及第二類肺炎菌，極濃多價之血清。)無論如何此必為肺炎菌總在某種情形之下，死于血液中無疑。

至于血清注射之所在，著者殊覺重要。于第二病例中，著者將血清注射于該少年之肌肉內，而第一，第三，第五，第六病諸例，特作靜脈注射。對此注射處所問題，第四病或較能有所指示。因該病者年紀已老，且住留熱帶多年，施過長期之金

雞納預防法，以及腎機能有障礙，與患氣管性氣喘病等情形，著者于施以血清療法時，初僅作肌肉注射。結果，竟不能達到極期退熱之希望；但一作靜脈注射，功效驟速顯著。

觀第一至第五例，至少用廿西西之血清，以作靜脈注射，殊足以引導極期之體溫下降，但不能使熱度全消。用廿西西作靜脈注射，二次已足獲全效。在著者所有之六例中，如是者竟達其五。此與 H. Becker 氏之所公布者，似不相符。今日伯靈廠出品之血清，用大量作靜脈注射，亦頗能服受，而不發生任何些微之副作用。上述之六例，已明示之矣。

所用金雞納之量，當亦同有關係。每日給以一克至一克半以上，當可得到確切之效果。於第五例中，在第三第四病日，僅用金雞納，只見其對心臟機能發生功效。用血清後，始發生極期之退熱，但無論如何，高量之金雞納，或因而於血中有其百分之十之含量，必有效果無疑。至拜耳出品或 Solvochin 之服用，殊為卓絕。既不發生昏眩，頭痛，耳鳴，重聽等現象，亦無視覺之障礙。

在此所述各例中，病者之年齡毫無關係。(介於十二與五十三歲之間)

結論 1 用血清(多價)與化學之合併

療法，以求格魯布性肺炎早期達到極期之退熱現象，頗為可靠。施行殊便，即開業醫師，亦易為之。且能縮短病象之經過，減少危險之成份。

2 確切之功效，乃在於合併療法中。  
3 所用血清與金雞納之選擇，實關重要。

## 瘙癢之治療

### Über Pruritusbehandlung

Crünther Schäfer 博士著 王觀榮譯

雖是嚴格的講起來，女子陰戶部瘙癢，只可算是一個病像。但亦足稱謂一種病。我們看出，凡有機的有定義的瘙癢病；大概由一種無論什麼原因的陰戶流出液汁，葡萄糖糖尿病，(Diabetes mellitus) 黃胆病，女子陰戶部皮膚病，尚有更年期 (Klimakterium) 及內分泌物機能不全的瘙癢病源。這種瘙癢的現象，是非常特別。即牠的解說的可能，亦一定還是不可毫無餘地的盡力。現在有二種不同的病人；其一，除了癢並無一絲外表的變化；另一種則犯陰部萎縮 (Atrophie) 或萎縮症 (Kraurosis)。

凡有機條陳的瘙癢 (der organisch bedingten Pruritusformen) 之治療，完全治其病源。所以很多效果。困難之點，及其他病者之治療法之選擇，一定的效果，尚談不到。比較更難的，就是病者和醫

師在全部治療時的忍耐心。只有一些一定的系統，在各個藥劑的選拔和結果有扶助之功。

文獻上給我們和介紹我們的治療，是無用深究的。只有我們習慣上用的治療試驗及其效果，尚可談談。我們已有四十個生劇烈的更年期和更年期後的瘙癢的婦人，作為治療試驗的機會。後來還須要給予飲食治療之注意。肉質須少而碳水化合物宜豐富，特別是生菜及水菓飼料，可以介紹的。香料濃味和過度的食鹽須嚴格的禁止，酒和濃咖啡亦然。二個病者，竟因此而得永久的痊癒。二個婦女云：有一次多吃些肉，且食後飲了極小量的酒，立刻又癢起來了。

再者，須要的局部治療，亦宜注意。即洗浴和塗油膏。野菊花水坐浴和洗，乃極佳的。極淡的醋酸礬土液，(Essigsäure)

rer Tonerde) (一洗盆水加一湯匙)也是很好的。用肥皂洗和摩擦陰戶部，則須摒除。極易刺激的表皮，則可用油拭淨。減輕癢而用的油和油膏，在市場上有各色很多的成藥。我們最可信任的，有：Lenic et-goldereme, Vitrisolemulsion, 10—20% Anästhesinsalbe 劇烈的因抓傷而表皮發炎，可以仔細的用1—5%硝酸銀溶液 (Argentum-nitricumlösung) 繼以 Mesothanöl 治療。潮濕的陰戶部及週圍表皮，可用鋅油 (Zinköl) 和入3% Pantocain。作為特別可靠的使其乾燥之法。

一個和病源治療適合的法子，可用卵巢內分泌物。結果則相同。在起初時有許多竟致驚奇。病者已月餘或竟年餘無日不在苦悶之中，而乃得突然解決。這種痊癒，當然是暫時性的。若求永久有效，至今尚未達到目的。這治療 (die Kuren) 須每三四月施行一次。但因須用大量飼料，未免不經濟，是一大缺點。尚有一種試驗推薦，即經口服是毫無效驗的，必須行注射。所應用的腦下垂體前葉A內分泌物乃 Progyuen 卵巢內分泌物乃 Perlatan, Follikulin 和 Ovarialpanhormon。一次量起始時至少須用 1000M.E.，可超過 10000M.E. 到 50000M.E.。用小量可每天注射。大量則須間隔三天到七天。每次

治療之長久，須依照其效果，即治療次數亦然。

只有例外的幾個，須經外科治療。我們只有一個病者，曾施行之。這四十三歲的婦人，在陰核和左小陰唇，有一經試驗割出用組織學檢定的善性潰瘍。在此處更其是不能忍受的癢。用各種姑息治療 (Konservative Behandlung) 試驗及X光治療都無效。後經割除了潰瘍及其四週，即告痊癒。

最近癢癢治療之一：X光。有三十七個婦人用過。其中十二個(即三分之一)痊癒。五個只達到特別的減少癢而已。永久有效之值得記載者，只有X光。X光之對於陰戶癢癢，可以各式各種用之。如硬光 (Hartbestrahlung) 軟光 (Weichbestrahlung) 及界線光 (Grenzstrahlbestrahlung)。

硬光具有以下的工程方面條件：壓力 (Spannung) 180kV，在5mA，濾過 (Filterung) 0.5Cu，焦點和皮膚距離30—40cm。所射照鏡，只限於陰戶部。每次量 10%到20% HED之間。從二天到三天到一個 50—60% HED的總數 (Summation) 的休息。再行重複。這程序可因三四月之後覺失敗，而重新放棄。這同樣的照射程序，將來依舊可用，且毫無害處。因



光能 (Strahlungsenergie) 散佈量的物理的總數，經驗告訴我們，是遠超過生物的總數。二十六個這種情形照射治癆的婦人，八個是永久的痊癒了。這八個之中有四個是老年性陰部萎縮和有萎縮病 (Kraurosis)。

軟光照射試驗，毫無一些效果可得。壓力低至80kV，濾過2.0mmAl。軟光的失敗，據 Kolde 氏的意見；是因這瘙癢的主因，並非皮膚病，而乃由神經末端，血管神經及 Retikuloendothelialen System的關係。

特別有興趣的是界線光照射。X光工程方面的條件，和硬光相同，照射面則在腰脊椎部之表皮，而用一個 10×15cm 容積的管來限制之。這種用界線光治療癢之法，由 Rost 氏 Röntgenkongress 1932 上傳播。Rost 介紹此法，特別是在治療扁平紅色苔癬 (Lichen ruber planus) 之癢。但以前已由法國先進介紹治療瘙癢。

十一個用這種治療者，四個是永久告痊。其中二個有老年萎縮和萎縮症。

許多前進者之意思，X光照射之效果，乃由“感應作用之效力” (Suggestive Einwirkungen)，是不能斷定的。我們作相反試驗，用“感應作用照射” (Suggestivbestrahlung)。病者毫無光線受到。而只有具有很多雜聲的通風機進行着。亦從無極小效驗能告成就。如是則瘙癢問題尚未解決。

總結的說：只有用硬X光局部照射和界線光照射，可得永久效果。大半病者，可以一年以上的督護着。暫時性極佳的功效，可用內分泌物品。這兩種治療法，均須規定適宜的飲食治療及局部治療。治療效果的原因的一定的區別，在外陰戶部起變化(萎縮，萎縮症)症和純粹更年期性或更年期後的瘙癢之間，是不可能的。因這兩種病類，是同一的內分泌物機能不全的緣故。

## 消息一束

### 予 無

(一)本校校長翁之龍博士，(現任本社社長)前奉部令考察華南醫學教育，並便道出席中華醫學會第三屆大會，現已公畢返校，照常視事矣。

(二)中華醫學會第三屆大會，在廣州舉行。會期自十月一日到九日。廣東省政府，廣州市政府，市商會，中山大學。醫師公會，以及廣州各界。各機關，各團體。對於出席會員均熱烈歡迎。殷勤招待，廣東年來各種建設。以及醫學與衛生業，均突飛猛進，本校出席者除翁校長外尚有教授柏德，顧恩基，費納煦及助教朱克聞，唐雖等諸先生，再該會于九日晚答宴廣東各界，到來賓及會友三百餘人。公推本校翁校長為主席。向各界致謝，并聞此次翁校長被舉為中華醫學會執行委員。

(三)本校醫學院病理教授費考博士及解剖教授瓦爾德回國後，即行定聘專家繼任。解剖教授馮海客(von Hayek)博士已于十月六日到校。先生為奧國維也納大學醫學博士及哲學博士，歷任該校及德國羅斯托克大學教授。學問經驗均極豐富，本校同學可謂得良師也。至于病理教授亦已聘定，現已起程來滬，不日即可到校，

到校後定將詳情報告也。

(四)曾任本校解剖研究館主任教授九年之華根塞博士(Prof. Dr. F. Wage s eil)回德後即在博恩大學服務，現經德國教部明令繼名解剖組織學家史托魯(Stoe hr)氏為博恩大學解剖館正教授及館長。氏除其嚴肅之科學精神外，並富于真摯之情感，對於僑居九年之中國，尤其對於本校及本校同學，未能片刻或忘想本校曾受其薰陶之同學，不在少數。用特誌此，以餉關懷舊師者。

(五)明年為本校廿九週年紀念，本社擬于本刊第六卷第一期，擴大篇幅，出一紀念特刊，以資慶祝。其中材料，大多係本校教授及畢業同校之研究作品。現已徵得稿件不少，準明春出版，並擬于舉行紀念會時，分贈來賓云。

## 啓 事

(一)本刊擬于明年六卷起。對於紙張印刷，及排印方面，加以改良，以求美善。且六卷一期出版之時，適逢學校成立廿九週年紀念。故擬出一特輯，以資紀念。對於內容及篇幅，力謀擴大，希望畢業同學，多賜鴻文，共襄盛舉，第一次集稿截止，定于明年一月底，屆時望逕寄本社編輯部可也，並希海內學者。不吝珠玉賜教

爲幸。

(二)本期因稿件擁擠，致多數佳作，未能同時登載。現定于明年之特刊登載，尙希諸作者見諒。

(三)本社會計股啓事：本社對外銀錢往來，概由本社會計股出立正式收據，加蓋會計股圖書和會計幹事簽字爲憑，否則倘生意外，本社概不負責，特此通告，務請注意爲荷。

#### Note:

The receipts with treasurer's stamp will be given to those who have paid their fees. Failure in getting the receipts after paying fees will be considered as your mistakes only, any complaint about money affairs will be accepted only when you have the receipts with treasurer's stamp, your attention to this matter will be greatly appreciated.

Treasurer.

## 致讀者

本刊第五卷承讀者諸君之愛載，在校離校諸同學之扶持，及其他各方之助力，已告完成。本社同人雖不無綿薄，然究屬因人成事，何敢居功，矧本刊缺點猶多一

切須待改進，尙須諸君指教乎！茲函本刊第五卷完成第六卷尙未刊出之際，謹將本刊未來改進之方針，恭告讀者，尙冀不吝教言，以廣孤陋！

回憶本刊以前各卷中，不謹讀者即同學人等亦深感譯述過多於創作，因是本卷在編輯及取稿方面乃有側重創作之趨勢，惟新醫學在吾國雖具若干年之歷史，然國家方面，缺乏集中研究機關，各大學醫學院研究院，又在在艱于設備，在斯情憶之下，以言根據實驗而構成創作，實屬談何容易！靜觀一般自然科學刊物之創作，苟非失諸淺俗之常識，卽爲人云亦云之餘唾，轉不若譯述之較新，然本刊不畏事實艱難，千方百計收集創作稿件，精加選擇，不蹈他人覆轍，按期漸次增多刊出，以符讀者雅意，今後當猶本此方針繼續努力。

常觀歐美刊物，姑不言其內容若何其裝訂印刷精巧美麗，誠不亞珠玉琳瑯入目賞心，使人愛不釋手？讀者之興趣，無形中不覺爲之增加，本刊有鑒于此，擬于第六卷起，從事改善，就本刊經濟可能範圍內，改良裝訂印刷，但並不增加定價，以答讀者愛護本刊之誠。

最後本社同人敬以至恭之衷，敬請讀者諸君。

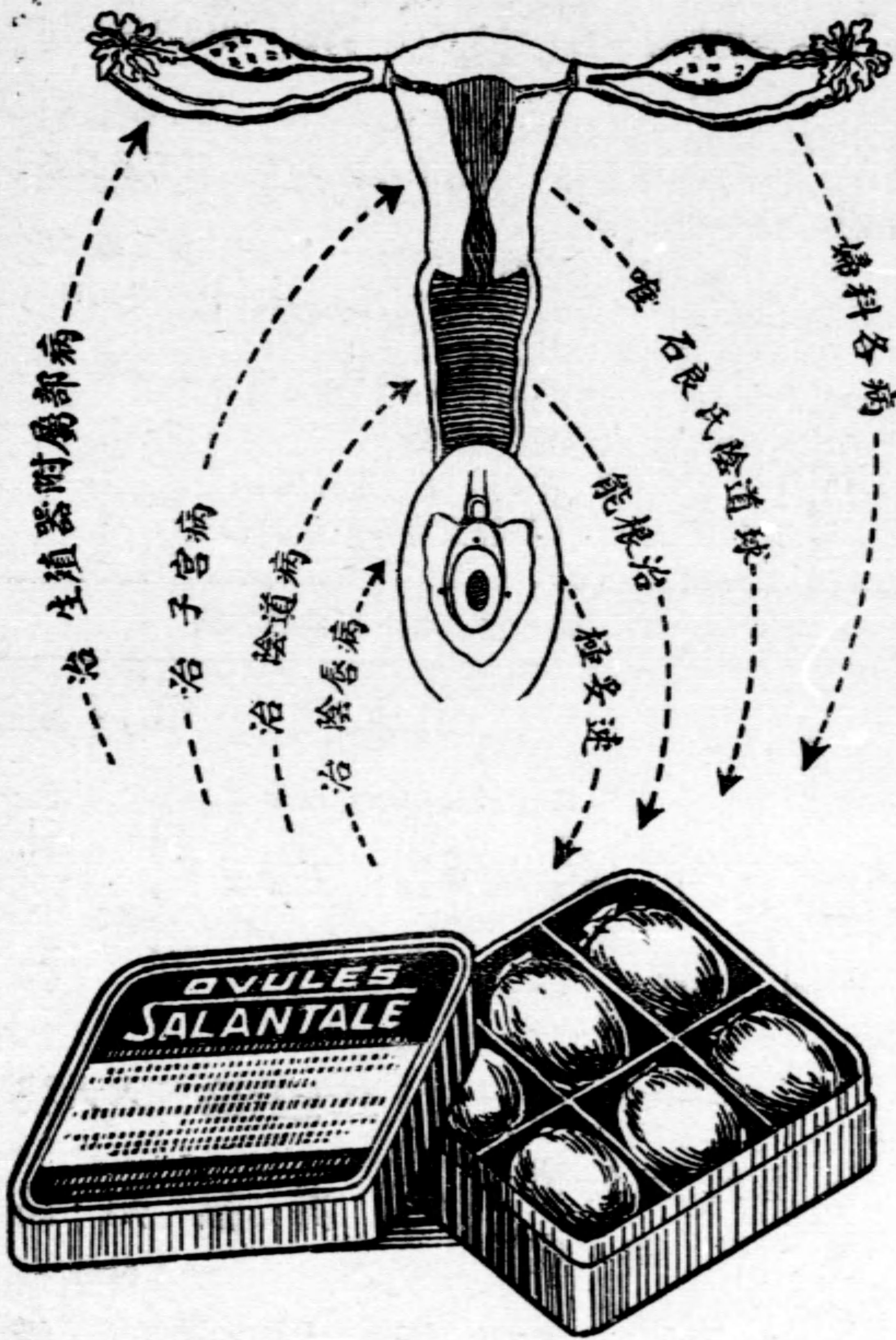
一九三六康健！

——編者——





# 石良氏陰道球



中國總經理 上海 漢口路四四一號

四孚公司

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

同濟醫學季刊第五卷  
第一期目錄

研究與臨床：

|   |      |       |
|---|------|-------|
| 尿結石.....  | 葉培   | 1—9   |
| 傳染病之普通治療.....   | 李明琛  | 9—14  |
| 內分泌腺之最近的研究<br>(續).....  | 梁之彥  | 14—19 |
| 血液中的一種新微生物<br>Siphonospora Poly<br>morphan. SP.之討<br>論及彼和腫大發生之<br>關係..... | 徐續字譯 | 19—32 |
| 植物性國產藥物之化學<br>分析與藥理實驗(續)  | 黃勞逸  | 32—42 |
| 急性鴉片中毒.....   | 潘淵若  | 43—46 |
| 漆之化學研究及其對於<br>人體生理之作用.....  | 馮靜霞  | 47—48 |
| 說頭痛.....  | 王紹昌  | 48—51 |
| 黃熱病.....  | 徐廷賢譯 | 51—57 |
| 論子癇病.....   | 徐春沂譯 | 57—64 |
| 食鹽缺乏之尿毒症.....   | 薛煥成譯 | 64—68 |
| 瘧疾治療之進步.....  | 徐續字譯 | 68—74 |
| 一次 Alastrim 流行症<br>的觀察.....   | 少宜譯  | 75—76 |
| 關於 Rio de Janeiro<br>顛狂院中之地方性痢<br>疾.....                                  | 沈其稀譯 | 77—79 |
| 游泳時猝死之研究.....   | 徐冠儒譯 | 79—80 |
| 膝關節在運動中之重<br>要(續).....  | 徐續字譯 | 80—85 |
| 創傷初步的處理.....  | 寒鐘譯  | 85—86 |

產婦科：

|   |      |       |
|---|------|-------|
| Devegan- 治療白帶下<br>之一種新藥.....            | 朱虎蔚  | 87—88 |
| Visscher氏與Bow Man<br>氏化學性的妊娠反<br>應..... | 李含中譯 | 88—90 |

治療報告：

|   |       |         |
|---|-------|---------|
| 用 Solvochin-Calcium<br>治療肺炎.....                | 朱虎蔚   | 90—98   |
| 飢餓療法.....                                       | 許端慶   | 98—99   |
| 丹毒之化學治療.....                                    | 謝家樹   | 99—101  |
| 論網膜剝離 (Netzhaut<br>ablö-ung) 之生成與<br>其最新療法..... | 呂世藩譯  | 101—106 |
| 談肛門濕疹之原因療<br>法.....                             | H.Y.譯 | 107—109 |

消息：

啓事：

新藥介紹：

更正：

同濟醫學季刊第五卷  
第二期目錄

心臟與循環器官障礙之治

|        |     |     |
|--------|-----|-----|
| 療..... | 李明琛 | 1—8 |
|--------|-----|-----|

數年來所發明之妊娠早期

|          |     |      |
|----------|-----|------|
| 診斷法..... | 楊元吉 | 9—14 |
|----------|-----|------|

|           |     |       |
|-----------|-----|-------|
| 戒煙叢談..... | 李明琛 | 14—26 |
|-----------|-----|-------|

|               |     |       |
|---------------|-----|-------|
| 現代的糖尿病問題..... | 沈尙德 | 26—37 |
|---------------|-----|-------|

|             |     |       |
|-------------|-----|-------|
| 尿毒症的治療..... | 金孚戡 | 38—46 |
|-------------|-----|-------|

用自身疫苗治療葡萄球菌

|             |     |       |
|-------------|-----|-------|
| 化膿症之功效..... | 許端慶 | 46—49 |
|-------------|-----|-------|

|            |     |       |
|------------|-----|-------|
| 肋膜炎概述..... | 李永彬 | 49—51 |
|------------|-----|-------|

|          |     |       |
|----------|-----|-------|
| 論重水..... | 朱虎蔚 | 52—54 |
|----------|-----|-------|

|              |     |       |
|--------------|-----|-------|
| 青紫之錯誤診斷..... | 馮世怡 | 54—60 |
|--------------|-----|-------|

在溫帶施行手術前的準備

|       |     |       |
|-------|-----|-------|
| ..... | 張君定 | 60—63 |
|-------|-----|-------|

|              |     |       |
|--------------|-----|-------|
| 白喉之血清療法..... | 張運生 | 63—64 |
|--------------|-----|-------|

|                |     |       |
|----------------|-----|-------|
| 鈣注射療法之經驗談..... | 宋名通 | 65—68 |
|----------------|-----|-------|

Calcium Glycerinat之臨

|          |     |       |
|----------|-----|-------|
| 床實驗..... | 金孚戡 | 68—71 |
|----------|-----|-------|

在醚麻醉後用Coramin作

|              |     |       |
|--------------|-----|-------|
| 為催醒劑之討論..... | 徐春沂 | 71—75 |
|--------------|-----|-------|

|                |     |       |
|----------------|-----|-------|
| 論肺瘤及稀少之肺病..... | 李惇宜 | 75—79 |
|----------------|-----|-------|

|              |     |       |
|--------------|-----|-------|
| 婦女淋病之診斷..... | 李含中 | 79—85 |
|--------------|-----|-------|

以 Prominaletten 為鎮靜

|        |     |       |
|--------|-----|-------|
| 劑..... | 呂世藩 | 86—87 |
|--------|-----|-------|

路布羅卡在小兒科上之應

|        |     |       |
|--------|-----|-------|
| 用..... | 李惇誼 | 87—89 |
|--------|-----|-------|

中國之公共衛生及醫學教

|        |     |        |
|--------|-----|--------|
| 育..... | 嚴沛章 | 89—100 |
|--------|-----|--------|

|                  |  |         |
|------------------|--|---------|
| 江西甯都匪災區施診概況..... |  | 100—102 |
|------------------|--|---------|

惡性瘤腫在組織學上的診

|        |    |         |
|--------|----|---------|
| 斷..... | 費孝 | 103—108 |
|--------|----|---------|

啓事：

同濟醫學季刊第五卷  
第三期目錄

研究與臨床：

- 驗尿及量血壓對於高血壓病之價值……李明琛 1—8
- 內分泌腺之最近的研究——腦下垂體(續)……梁之彥 8—18
- 可怕之黑熱病……陳家琪 19—26
- 副甲狀腺內分泌素(Epithelkörperchenhormon)之作用及其在治療上之功用……謝家樹 27—29
- 變質反應體質上的條件……薛煥成 29—37
- 從何幾點來決定癌腫之預斷?……馮世怡 37—39
- 各種不同錐蟲(Trypanosomen)在混合傳染上之相對影響……曾憲立 39—45
- X光診斷關節病之新進展……蘇德 46—49
- 論腸臟閉鎖症的早期診斷及錯誤診斷……張春宇 49—52
- 血液疾病的早期診斷……徐續宇 53—64
- 關於肺部及呼吸道的流行性感冒之討論……徐春沂 64—70

小兒科：

- 幼童時代慢性消化不良症的臨床實驗和治療……王觀榮 70—75
- 菲葶 Phytin 之應用於乳兒及幼童……F. C. 76—77

婦科：

- 以尿診斷妊娠之試驗法……徐春沂 77—81

衛生與中毒：

- 軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法……徐續宇 81—87

醫學與社會：

- 醫學的出路……朱克聞 88—80

治療報告：

- 用大量可拉明(Coramin)而得救之巴爾比士利酸族中毒重症一例……F. C. 91—92
- 肺結核發熱之治療談……錢章材 93—95
- 用魚肝油作為油膏的經驗談……金孚載 95—99
- Prontosil治療 Hodgkin-Wechsel-Fieber 之效果……王卓我 100—101

消息：

啓事：

同濟醫學季刊第五卷  
第四期目錄

研究與臨床：

- 下腿潰瘍治療談……黃榕增著 1—10
- 內分泌之最近的研究(續)……梁之彥著 11—16
- 胆道疾病概論……李明琛著 16—24
- 全身麻醉新論及其實用選擇……但功澤著 24—29
- 日本住血吸蟲病……宋名通著 30—35
- 論幾種簡易梅毒血清診斷法及其價值……俞德葆著 35—44
- 麻疹淺說及治療……潘淵若著 44—48
- Cholesterin與Phlorrhizin 對於脂肪新陳代謝之影響的試驗……曾憲立著 49—52
- 慢性胃炎之早期診斷及其錯誤診斷……陳樹田譯 52—58
- 傳染病之早期診斷與錯誤診斷……薛煥成譯 58—68

小兒科：

- 兒童之重病疾症之臨床實習與治療……陸福培譯 68—76
- 小兒瘰癧的錯誤診斷……馮雙湜譯 76—79

婦科：

- 蚓突炎(Appendicitis)與子宮附屬器炎之鑑別診斷……胡志遠著 80—82

皮膚花柳：

- 淋病怎樣才算痊癒……張君定著 82—84

衛生與中毒：

- 穿高根鞋之影響于健康談……張春宇著 84—85
- 軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法(續)……徐續宇譯 85—102

治療報告：

- 予用菲葶(Phytin)之經驗談……F. C. 譯 103—104
- 論格魯布性肺炎之血清與化學的合併療法……犁雲譯 104—112
- 瘙癢之治療……王觀榮譯 112—114

消息：

啓事：

致讀者：



牌命長

# 維他賜保命

丸劑

注射劑

德國霍爾斯泰因  
明發斯最士博

製劑而速勝舶來品也  
他貴重成份其功實超一切  
世界最結晶及腦下垂體  
之新發明而本廠早已成  
樂白鼠單位其他且含有  
之鮮荷爾蒙在內且含有  
標凖之結晶(No. 1)之維  
本劑男女用二種內用本  
劑男女用十字形(No. 2)之  
維他賜保命丸(No. 1)之維  
他賜保命片(No. 2)之維

治主男女  
奶久經發肺腦腰神  
水不水育病弱痛經  
不生不貧失背衰  
足育調全血眠疲弱

戒產氣白糖胃腎未  
除後血帶尿管尿虧老  
鴉病二宮軟便遺先  
片後虧冷骨結精衰

上海馬斯南路廿號  
信誼化學製藥廠監製  
樣品說明書函索即寄  
各埠藥房均有出售



# 育 杜 納

## URODONAL

### 靈驗育杜納

凡於風濕骨痛 脚氣腫痛 肢節酸痛 肩臂牽痛 浮腫結核以及他症為獨一無二之神品

此係最有力最有效之靈藥早經各國著名醫家與病院屢試屢驗名聞天下確非他藥之所能望其項背者也茲以功用分列於下 一風濕骨痛 肝氣腫痛 肩臂牽痛等症 母論患勢如何重劇此能立奏奇效 一浮腫及結核之症 醫科博士耶西老先生有云此病非關過飲而起係由風土疾病之素因而發此藥確能治愈 一醫界對於風濕骨痛之患例用此藥習以為常(每月以此開方恆以十日為率)蓋因患者服此以後非但其病頓愈且得永不再發之驗靈故也 一凡患有瘋濕痛脚氣痛 腰肢痛 胃腹痛 扁頭痛 坐骨痛 咳喘氣急皮膚諸病者服此奇藥以賴得痊快之特效兼免早晚間添劇之危機 一小便諸症或混濁或癢閉此能清熱通積並行消毒神效無比 一許多醫家屢經試驗後謂於白帶流下膀胱積熱之症此能於一二日內輒奏快効洵可寶貴 每日用咖啡茶沖服 六匙連用幾瓶即好

### 服法

此藥毫無禁忌之處雖懷孕婦女飼孩奶娘俱可照服無礙 蓋此藥與胃部腰部心部腦部都無生危險之端 並可越例加服或可連服 或患者症勢劇烈可將藥一

每日飯時前後用咖啡小匙服藥自三匙至四匙為度須在飯前隔開半點鐘飯後隔開三點半鐘和於溫水一盃服下

兒童每日只服藥二匙

至於患症痛劇之境每日用大湯匙服藥三匙以痛止為度並於治愈後每月宜服一料以防後患至於患症慢緩之境如風濕骨痛 (浮腫結核 肢節痛酸)每月宜服一料(三瓶為一料)

上海揚子進口洋行西藥部

法大馬路十一一號

# 新書出版

## 楊元吉醫師譯著 袖珍各科診療大全 下卷

精裝軟布面道林紙精印一厚冊 實價四元 郵費一角三分

是書原名 Diagnostisch-therapeutisches Vademecum 由德國醫界名宿九人分別撰述各科條分縷析簡賅詳明治療方法新穎合用診斷手術簡略易為是以風行全球不脛而走現已重版二次銷行一二一〇〇〇冊世界醫者幾各人手一篇足證是書價值決非他種類似之書所可比擬下卷共分(一)危急外科編(二)皮膚花柳科編(三)眼科編(四)耳鼻喉喉科編(五)嬰兒營養及營養障礙編(六)婦科編(七)危急產科編(八)附錄(九)索引等附錄中所載之德國柏林衛生處檢定處方集採集驗方數百則俱屬切合實用中德文對照尤便參考譯筆忠實暢達決無格格不入之弊購有上卷者早已知之毋庸贅述也

### 楊元吉醫師譯著其他書籍

#### 一、再版袖珍各科診療大全上卷

精裝軟布面道林紙精印一厚冊 實價三元五角 郵費一角三分

是書早已風行全國毋待贅述共分(一)內科編(二)實用精神病編(三)附錄詳目不及備載

#### 二、增訂生理胎產學

精裝硬布面道林紙精印一厚冊 實價四元 郵費三角

#### 三、增訂病理胎產學

精裝硬布面道林紙精印一厚冊 實價五元 郵費三角

以上兩書由作者十餘年教授產科之經驗採集羣書所長編輯而成插圖近五百幅講解詳明極合實用現全國各助產學校均已採作教本足徵是書之價值

總發行所 上海成都路四八三弄八號 楊元吉醫師診所

藥效特之症核結種各及病肺

# 脾素

## ENDO-MILTIN. "Kiu Foo"

劑製蒙爾荷臟脾

本品係依據世界最新學理，以獨特之理化學方法，由動物新鮮脾臟內將有效成分全部提出，另加適量之新鮮健康動物肺臟抽出之有效成分，促進肺組織之增殖，經嚴密之消毒，檢定，實為吾國結核症臟器療法之嚆矢。

### 主治

內科 肺結核 吐血（且有預防出血之效）腸結核 結核性肺膜炎 結核性腹膜炎 肺門淋巴腺結核 癰癤 慢性氣管支炎兼能預防各種結核

外科 骨結核 皮膚結核 咽頭結核 喉頭結核 其他各種外科結核

分注射劑 粉劑 片劑三種



印 有 詳 細 說 明 書 承 索 即 寄

曾經中央陸軍軍醫學校主任教授孫萊階博士  
 淞滬警備司令部醫務主任及上海保安處醫務顧問吳宗慶醫師 東南醫學院教授徐衡如醫師  
 上海伯庸醫院臧伯庸醫師等長時期之臨床實驗，確認有效。

上海白克路二五〇號

### 九福公司發行

各埠各大藥房及大藥房均有出售

NOVARSENOBENZOL  
 "BILLON" 法國

皮隆氏九一四

砒製療治梅毒聖藥

靜脈注射

諸君請認明法國第一老牌  
 皮隆氏九一四以免危險而  
 保安全

各大藥房

均有出售



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

# 為貧血症恢復血色素

貧血症常為病後所致。其情形往往歷久難痊。如用純淨之華大寶利鱈魚肝油為之悉心調理。便可霍然而愈。因其含有鮮肝，脾，及鱈魚肝油。與消化酵素混和時，易於吸收與同化也。

華大寶利鱈魚肝油 之含幾怪者。在咳嗽，傷風，及喘流行之時節，須特別注意及防護時。服之尤為有效。

閣下對於此二種可口可靠之補身妙品，需要樣品以資親加試核其功效乎。請即用處方紙來函索取可也。

各大藥房均有出售

美國華大寶利大藥行精製

中國經理 美商華納製藥公司

上海四川路六六八號

郵政信箱一八三〇號

WATERBURY'S COMPOUND

(W 1)