

# 醫學文摘

金寶善題

MEDICAL DIGEST

第一卷 第三期 中華民國三十一年十月

幼兒細菌性痢疾之Sulfanilamide療法

陳翠貞 唐逸玲.....1

瘧疾之診斷

余南庚 應元岳.....4

常德鼠疫流行中試用磺苯胺噻唑之經驗

王瀚伯.....8

磺苯胺噻唑治療鼠疫之用法

張昌紹.....10

美國航空醫訊

喬樹民.....13

蘇俄電訊

伊凡.....17

文獻摘要

許紹會 王士良 鍾學禮等.....18

內科——雷諾氏病 血凝問題與臨床醫學

外科——關節炎與口腔感染 硬脊膜外腔膿腫 炸傷之治療

皮膚科——米林氏第九日紅斑 表皮癬菌症之磺砂療法

小兒科——麻疹之腦炎併發症 新生兒之流行性腹瀉 兒童期之變應性 幼兒

之腸寄生蟲

結核——醫護學生之結核 腸結核及其治療 肺結核之全療法

內分泌——性內分泌之新製品 Stilbestrol 缺乏女性之少女

癩癩與 Ditantin Sodium——九篇

磺胺類藥物——十五篇

獎勵醫藥技術條例

每冊十元、 全年六期 共計六十元 郵費在內 會員對折

中華醫學會出版 重慶歌樂山

# 衛 生 署

戰時醫療藥品經理委員會

## 啟 事

本會購儲藥品 供應各醫療衛生機關及普通民

衆 除按期登報公告批發外 另設門市部零售

處於新橋 及平價配方部於重慶夫子池 以應

民衆零星購買及配製處方之需要 如有洽詢事

項 請逕函重慶新橋本會 備有藥品種類表及

購藥辦法 函索即寄

## 徵稿簡約

(1)本刊內容注重臨床科目，歡迎投稿；但有關公共衛生及理論醫學之重要文獻，亦所歡迎。

(2)本刊分世界醫學文獻摘要，專題介紹，原著及診例報告，簡短消息及法令條例等四欄。

(3)世界醫學文獻摘要，為本刊主體，特別歡迎投稿，每篇字數以五百左右最為相宜，原文出處請按下式書寫，以便編排。

題目 作者姓名(年份)，雜誌原文縮寫，卷數：頁數。

(4)專題介紹，每篇以五千字為限，特別佳作另商，篇末應附重要參考著文獻，用數字於正文中指出之。

(5)原著及診例報告，每篇以二千字為限，特別佳作另商。

(6)來稿以中文為限，目前以製版困難，插圖一概免用。

(7)來稿文字必須繕寫清楚，並請橫寫。稿紙自備。

(8)來稿所用譯名，概請依照本會出版之醫學辭彙第九版。

(9)本刊對於來稿有刪改之權，非常期內，恕不預徵同意。

(10)來稿登載後，視其性質奉贈單行本二十冊或酌酬每千字十五元，至三十元之現金。其欲添印單行本者：須預先聲明，並依時價繳付印刷費。

(11)來稿無論登載與否，原稿概不退還。

(12)稿件請就近交與本刊編輯委員或直寄重慶歌樂山中央衛生實驗院轉本刊編輯部。

### 編輯委員會 (按劃多少為序)

王應耕	王鵬萬	甘懷傑	阮尚丞	沈克非	谷鏡沂	何壁輝	李振洲
吳執中	林文垂	胡懋廉	凌敏猷	陳翠貞	陳恆義	許世瑾	程玉傑
張昌紹(副主編)	張查理	張先林	楊國亮	楊靜波	賈魁	魯德霖	
錢惠	應元岳(正主編)	鄺需章					

### 特約顧問 (按劃多少為序)

王子玕	朱恆睦	李宗恩	李雨生	李祖蔚	汪元臣	俞振鐸	侯寶璋
胡定安	徐誦明	梁之彥	姚永政	梁伯強	翁之龍	勞真道	戚奇南
張孝篤	張建	湯飛凡					
經理編輯	曾定夫			幹事	朱際儒		

# 中 央 製 藥 廠

股 份 有 限 公 司

製 造 化 學 藥 品  
精 煉 國 產 藥 材  
調 配 藥 典 製 劑  
經 營 化 工 原 料  
兼 理 檢 驗 配 方

歡 迎 委 託 代 造

保 證 出 品 優 良

總 公 司 辦 事 處  
重 慶 民 權 路 十 八 號

電 報 掛 號 一 六 三 五

渝 廠 重 慶 南 岸 銅 元 局

新 民 村

電 報 掛 號 一 六 三 五

蓉 廠 成 都 南 校 場 (成 都)

信 箱 四 二 號

電 報 掛 號 〇 九 一 四

## 衛 生 署 麻 醉 藥 品 經 理 處 廣 告

本處經售之麻醉藥品計分下列十一種(一)阿片類(二)阿片嗎啡類(三)鹽酸伯柏  
木林類(四)嗎啡類(五)可待因類(六)二號嗎啡類(七)歐可達類(八)可卡因類  
(九)大麻類(十)全阿片素類(十一)土的寧類除原料外尚有各種含量之製劑如酏  
、錠、安瓿等備有價目表訂購單及用途報告表等函索即寄茲將購品須知分列於  
後

- (一)購 買 藥 品 須 填 訂 購 單 品 名 以 價 目 表 所 列 漢 字 為 準 不 可 省 寫 或 用 別 名 簽 署 之 醫 師 或 藥 師 須 用 註 冊 之 姓 名 寫 明 部 證 字 號
- (二)醫 院 機 關 醫 學 校 分 次 購 用 數 量 每 類 不 得 逾 五 十 公 分 醫 師 藥 師 牙 醫 師 獸 醫 師 每 次 每 類 不 得 逾 十 公 分 但 因 特 殊 情 形 必 須 超 過 限 量 時 應 敘 明 原 因 函 由 本 處 代 請 衛 生 署 核 准 方 能 照 售
- (三)第 二 次 購 買 某 類 藥 品 時 應 將 上 次 所 購 該 類 藥 品 之 用 途 照 式 填 具 用 途 報 告 表 連 同 訂 購 單 購 併 寄 奉
- (四)機 關 函 購 藥 品 須 附 訂 購 單 由 負 責 醫 師 簽 署 註 冊 部 證 字 號 加 蓋 機 關 印 信
- (五)售 品 概 收 現 款 郵 遞 及 包 裝 等 費 按 藥 價 再 加 百 分 之 十 五 多 退 少 補 請 由 中 國 銀 行 或 郵 局 逕 匯 合 川 本 處
- (六)本 處 售 出 藥 品 均 加 意 妥 慎 包 裝 交 郵 局 小 包 快 寄 但 一 經 付 郵 或 照 購 買 人 指 定 之 方 法 遞 送 後 即 為 責 任 終 了 中 途 倘 遇 損 壞 概 不 負 責

「附告」本處為便利陪都購戶便利起見在渝大河順城街第八號本處分銷麻醉藥品但為他各地購戶仍請逕與四川合川第三號信箱本處洽購

## 幼兒細菌性痢疾之 SULFANILAMIDE 療法

中央醫院 小兒科 陳翠貞 唐逸玲

磺胺類藥物對細菌性痢疾之治療，文獻中稍有記載。Drummond 氏<sup>(1)</sup>試用 Soluseptasine 及 Proseptasine 於七例細菌性痢疾結果甚為滿意。Lyon 氏<sup>(2)</sup>報告四十六例痢疾，一半用 Sulfanilylguanidine 一半不用特殊藥物，用藥者成績佳甚。Marshall 氏等<sup>(3)</sup>亦以 Sulfanilylguanidine 治療十七例經大便培養證明之痢疾，其結果為用於發病一星期內者，均見奇效，苟在一星期以上其功效即不一致。Taylor 氏<sup>(4)</sup>用 Sulfathiazole 治療十三例痢疾，作者另舉十四例患有同樣疾病而不給 Sulfathiazole 以資比較。凡已服藥不論試用之遲早，大便回復正常之時間平均為 3.2 日；而未服藥者則需 15.6 日，其中並有二例死亡。Quillian 及 Keiter 氏等<sup>(5)</sup>深信 Sulfanilamide 可減短痢疾之病程。

作者等鑒于痢疾流行，幼兒死于斯症者甚夥，急欲一試磺胺類，然因 Sulfanilylguanidine 在重慶無處可獲，遂於民國三十年七月試用 Sulfathiazole，後以價貴而不易得，乃改用 Sulfanilamide。總計自三十年七月至十二月止，幼兒患痢疾而住入中央醫院者計二十四人，在十月以前十九人均未用 Sulfanilamide，凡在十月以後入院均給與之。在諸例中經大便培養證實者佔百分之五十弱，其未經培養證實者均以大便性質為準則。

試用 Sulfanilamide 者計七例，四例大便培養為陽性（二例為赤賀氏痢疾桿菌，

二例爲甘露糖發酵類桿菌)，其他三例確排痢疾糞菌，內有二例且有脫肛現象。年齡自一歲至十二歲，病情均甚嚴重。Sulfanilamide 用作口服每日總量約合體重一公斤 0.1 至 0.15 克，分四次或六次服用。如有失水現象則行生理鹽水皮下注射。結果爲在起病一星期內給藥者，體溫在一二日內即下降，大便同時亦變爲正常，患者一般狀況大有起色。其奏效之速幾難令人置信。治療稍遲者，約在一週內情形大有進步，並不需其他治療。七例中僅有一例於痢疾痊愈後，因患傷寒而死。

其餘未服 Sulfanilamide 之十七例，年齡亦自一歲至十一歲不等，症狀各有輕重。除給與硫酸鈉外，並行生理鹽水注射及輸血等，其中死亡者占十一例之多。僅有六例完全恢復，除病症甚輕之二例，餘四例之病程均在二星期以上。

茲略述數例如下，以資比較。

- (一) 患者伍小毛，女性，年一歲餘，主訴爲發熱及便秘四日，熱度甚高，有嘔吐，不安，失水現象。大便頻仍，裏急後重，且有脫肛，初給與硫酸鈉，生理食鹽水皮下注射，輸血等毫無進步，且日深一日，其母對伊絕望，棄之而去。於第十一日試用 Sulfanilamide，溫度次日即降低，大便亦于一週內回復正常。在以前年齡相仿患痢疾者計七例，幸免于死者僅二例且症狀皆甚輕，其他均不救。
  - (二) 王莉莉與王開鈺同一年齡均於病起第廿一日入院，主訴爲腹瀉，大便含血及膿，貧血脫肛等。二人在外經多方治療無效，王開鈺于入院後未服特效藥品，二日即死，而王莉莉入院即服 Sulfanilamide，六日內大便復元，一切症狀隨之消失。
  - (三) 王世昌與張祖良同爲十一歲之男孩，主訴爲便秘五六日。王世昌大便培養爲赤賀氏痢疾桿菌，服 Sulfanilamide 二日即痊愈。而張祖良則服硫化鈉，行生理食鹽水皮下注射，葡萄糖靜脈注射，經廿二日始愈。
- 作者等認爲 Sulfanilamide 對幼兒細菌性痢疾，確有特效，在痢疾傳染流行，死亡率極高之時，其治療對於經濟，人力，時間上均有莫大之效力焉。

### 參 考 文 獻

- (1) Drummond (1940) B. M. J. 2:367
- (2) Lyon (1941) West. Virg. M. J. 37:54
- (3) Marshall et al (1941) Bull. Johns Hopkins Hosp. 68:94
- (4) Taylor (1941) J. Pediatrics 18:469
- (5) Quillian et al (1941) J. Pediatrics 19:532

### 存 書 不 多 補 購 從 速

### 醫 學 文 摘

#### 第 一 期

#### —— 磺 胺 類 藥 物 專 號 ——

#### 發 刊 辭

氨基磺酰胺之溶血及抗溶血作用  
 Sulfanilamide 後之粒性白血球缺乏症及藥物症一例  
 斑疹傷寒之磺胺類化學治療  
 瘧疾之 Sulfanilamide 療法  
 砂眼之 Sulfanilamide 局部療法  
 磺胺類藥物之化學治療學  
 磺胺類藥物之文獻摘要

金寶善 朱復鑾  
 張昌紹 周廷冲  
 錢 憲  
 應元岳 余南庚  
 張昌紹 余南庚  
 張昌紹 張昌紹  
 張昌紹 張昌紹  
 共 一 ○ 四 篇

#### 第 二 期

重慶遷建區瘧疾流行概見  
 炸 傷  
 夾竹桃之強心作用  
 昆明與上海所見之斑疹傷寒  
 撲蠶母星與安瀛平中毒三例  
 四川人體鉤蟲分佈調查  
 戰時肢體創傷之近代療法  
 文獻摘要二三篇

關哲昭 甘懷傑  
 張昌紹 蔡同方  
 余南庚 周廷冲  
 張 奎 應元岳  
 錢 憲 甘懷傑  
 蔡同方 蔡同方  
 鍾學禮 俞時中 唐逸玲 鄭子穎  
 魏錫華 蔡宏道 陳少伯 ……等

## 瘧 疾 之 診 斷

胸骨穿刺術，麻黃素激發試驗及普通血片比較價值之初步報告

國立上海醫學院 余南庚 應元岳

## 引 言

瘧疾之最終診斷，在血液中尋見瘧疾原虫。有時在普通血片中不易尋得，而用其他方法始克奏效者。此等方法包括激發試驗，胸骨穿刺術，脾臟穿刺術與亨利氏血清試驗等。脾臟穿刺術不無危險，難以普遍應用，血清試驗僅為間接證據，而激發試驗與胸骨穿刺術較易施行，所得陽性結果亦甚可觀。

關於激發試驗，文獻中所用之方法，可引出數十種之多，然限於篇幅，不擬一一列舉。普通所用之激發素，包括腎上腺素，異性蛋白質，氯化鈣，結核菌素，砒製劑與暹羅黃素等。

胸骨穿刺術始於一九二三年，為 Seyfarth (1) 氏應用，至今對熱帶病與血液病診斷給予莫大助力。對瘧疾診斷之功效 Osgood (2)，Voorhoeve (3) Armentano 與 Abentsath (4) 及 Schretzenmayr (5) 諸氏均有滿意之報告，惟 Matsunobu (6) 及 Gasie (7) 兩氏則對其價值頗表懷疑。

作者等為欲確定胸骨穿刺術，麻黃素激發試驗與普通血片之比較價值起見，自民國二十九年一月至三十年十二月，特選定昆明惠滇醫院與重慶中央醫院住院之瘧疾一百例作研究。此一百例中計有六十七例為惡性瘧，三十三例為三日瘧。除每例均作普通血片外，三十四例曾作麻黃素激發試驗，九十例曾作胸骨穿刺術。

## 步 驟

瘧疾患者入院後均作一普通血片，無論陽性與否，大半均作胸骨穿刺術，另有三分



之一則行麻黃素激發試驗，故患者中所用之方法各有不同，而所得之結果亦不一致。有時三種方法完全陽性；有時僅有一種方法為陽性。

麻黃素劑量為0.03克，行皮下注射。十五分，三十分及六十分鐘後各作血片檢查。麻黃素與腎上腺素之作用相同，惟後者之作用甚暫，而前者之作用則易持久，故對於試驗方面較為可靠。患者經注射麻黃素後除心跳頭暈及血壓暫時微增外，並無若何後果。

胸骨穿刺術之方法與林兆香氏<sup>(8)</sup>所應用者相仿。令患者仰臥牀上，於無菌情形下在與第三肋骨平行之胸骨正中行局部麻醉，以胸骨穿刺針刺入骨髓腔後，再將探針取出套上注射器作吸引術，所吸引之骨髓用作塗片。胸骨穿刺術之目的，在取出少量之胸骨骨髓作塗片檢查，以發現內臟隱藏之原虫。患者經施行此種手術後，僅感局部暫時性微痛而已。

### 結果與討論

作者等所得結果如下表所示。

所用方法	病例數目	陽性結果數目	陽性結果百分率
胸骨穿刺術	90	81	90
麻黃素激發試驗	84	24	70.3
普通血片	109	54	54

此三種方法在各種情形下之比較價值略述於下：

#### (一) 患病之時間

如患者近一二年內未患瘧疾，初患之二三日內，原虫易在普通血片內尋見，而麻黃素激發試驗及胸骨穿刺術每呈陰性。待發病一星期後，後二者之陽性百分率逐漸增高，尤以惡性瘧為然。

#### (二) 既往瘧疾史

初患之一二次，普通血片內尋得原虫之機會較多，而麻黃素激發試驗與胸骨穿刺術所得之陽性結果較少。患有慢性瘧疾者，其結果恰相反，因內臟及骨髓中均有

大量原虫存在也。

### (三) 溫度之高低

當患者發高熱時(攝氏 39.5 度以上)，普通血片較其他兩種方法所得瘧原虫之陽性結果或相等或增多，因發熱時血液中每每含有多量無性生殖原虫也。設患者溫度正常或僅有低熱(攝氏 38 度以下)：普通血片中則不易尋得瘧原虫，其診斷之確定有賴於激發試驗與胸骨穿刺術。作者等認為胸骨穿刺術對此等不發熱之患者(特別為惡性瘧)，在診斷方面甚有裨益。雖患者體溫正常在骨髓中每每發現極多有性生殖原虫。

### (四) 脾臟之大小

脾臟之大小乃以病程之久暫為準則。在普通情形下患病愈久，脾臟亦愈大，例外者當亦不免。初發病時脾臟尚未腫大，普通血片較其他兩種方法所得陽性結果機會稍多。脾臟腫大在肋緣下一至三公分为時，胸骨穿刺術所得之陽性結果最高。但脾臟腫大至肋緣下四公分以上則胸骨穿刺術與麻黃素，激發試驗結果相差無幾，然均較普通血片陽性百分率為高。

### (五) 瘧型之種類

作者等所發現者僅為三日瘧與惡性瘧。普通血片對三日瘧之診斷較惡性瘧者陽性結果為高。慢性瘧疾有時亦能發現原虫，惟較胸骨穿刺術與麻黃素激發試驗之結果相差遠甚。在三日瘧方面麻黃素激發試驗較優於胸骨穿刺術，惟對惡性瘧之診斷(特別為慢性者)，胸骨穿刺術之陽性結果最高。

### (六) 抗瘧藥品之應用

對於抗瘧藥品應用後，各種方法所得之結果，目前尚難十分確定。作者等深信如患者繼續服用五克奎寧或一克半瘧蘇平後，普通血片與骨髓片均難尋得無性生殖原虫。惟惡性瘧患者在發病第二十八日及服用五十六克奎寧後，仍可於血液中發現有性生殖原虫(°)慢性惡性瘧患者，雖服用大量奎寧或瘧蘇平，其診斷每每經胸骨穿刺術或麻黃素激發試驗確定。作者等曾見四例惡性瘧患者，經服用足量奎寧而繼服 0.03 至 0.05 克瘧蘇母星後，其普通血片或骨髓片中，仍可尋得有性生殖體；其

中有一例直至服足 0.09 克撲癘母星後，其骨髓片始呈陰性。因前慢性惡性瘧患者雖服足量奎寧而不服足量之撲癘母星，其骨髓片中，仍可發現有性生殖原虫而遺後患。

### 結 論

(一) 胸骨穿刺術，麻黃素激發試驗與普通血片對一百例瘧疾（六十七例為惡性瘧，三十三例為三日瘧）診斷之比較價值，有詳報告。

(二) 一百次普通血片，三十四次麻黃素激發試驗與九十次胸骨穿刺術所得陽性之百分比數各為 54.70.6 與 90。

(三) 在下列情形下：病程之長短，既往瘧疾史之有無，溫度之高低，脾臟之大小，瘧型之種類及抗瘧藥劑之使用，此三種方法之比較價值各有優劣。

(四) 胸骨穿刺術與麻黃素激發試驗，對瘧疾之診斷，甚有助益，尤以慢性瘧疾為然。胸骨穿刺術使用簡便而無危險，應加以提倡。

### 參 考 文 獻

- (1) Seyfarth (1923) Deutsch. Med. Wochschr. 46:180
- (2) Osgood (1935) Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 33:219
- (3) Voorhoeve (1937) Hematologica 18:739
- (4) Armentaro and Akentsath (1940) Klin. Wochschr. 19:119
- (5) Schretzenmayr (1938) Far Eastern Trop. Med. C. R. Tenth Congress Hanoi. 2:99
- (6) Abstract from Tropical Disease Bulletin 36:385. 1939
- (7) Gasic (1938) Rev. Chilena de Hig. y Med. Preven. 1:185
- (8) Ling et al (1940) Chinese M. J. 57:11
- (9) Manson-Bahr (1940) Tropical Diseases 11th edition P.115

## 常德鼠疫流行中試用磺苯胺噻唑之經驗

湖南省衛生處

王瀚伯

據印度 Sokhey 等之報告，磺苯胺噻唑(Sulfathiazole)對於鼠疫之療效，幾駕抗鼠疫血清而過之。作者于此次常德之鼠疫流行中，供職于隔離醫院，曾以此藥試用于鼠疫病者十一人。病例數目雖小，然所得之經驗，頗有足供同仁參考者，因敢報告之。

### 病例報告

全部病例可分作四組如下：

第一組 共計五人，入院時均已神志不清，病勢危殆，雖用藥治，但不及奏效而死（病例一）——敗血性鼠疫，係五歲之小孩，入院時已病四日，神志不清，且呈腦膜炎狀，住院十小時，僅服藥 1Gm. 及注射血清 20cc. 卽行病故。（例二病）——肺鼠疫 32 歲之婦人，入院後 26 小時內死亡，僅服藥 11Gm. （病例三）——腺鼠疫，52 歲之男子，入院時神志昏迷，病勢沉重，七小時內死亡，僅及服藥 4Gm. （病例四）——腺鼠疫，血片陽性，15 歲之女孩，入院時病勢嚴重，47 小時內死亡，僅服藥 12Gm. （病例五）——腺鼠疫，血片陽性 37 歲之女人，入院後 18 小時內死亡，僅及服藥 10Gm.

第二組 僅一人，雖得全期之 Sulfathiazole 治療，終仍不救，病者係 32 歲之男子，得腺鼠疫第二日卽入院前後服藥 48Gm. 初則病勢大見減輕，後忽轉惡，于開始治療後第六日病故。

第三組 共計四人，均經 Sulfathiazole 治療而獲愈。男三人，年 13, 32, 26 歲，女一人，年 20 歲，均係腺鼠疫，且均于得病前曾受預防注射多次。用藥全量自 20Gm. 乃至 112Gm.

第四組 肺鼠疫一例，經積極之化學治療，亦得獲救。病者乃 27 歲之男子，而及痰之標本，均係陽性，得病之第二日即入院，第三日起開始 Sulfathiazole 治療，11 日內共服藥 121Gm. 于服藥第十一日因尿中發現蛋白質而停藥。服藥後第八日體溫緩降至正常。此病人於發病前一日曾注射菌液一次。

### 討 論

Sulfathiazole 對於鼠疫之療效 根據上述病例之分析，雖難絕對證明此藥對鼠疫有特效，但在有利條件之下，此藥顯有起死回生之效。第一組病人五例，雖均用本藥，但均不及服用足量而死，其結果自不能視作本藥無效之根據。其餘六例均用足量之藥，除一例外均得痊癒。但痊癒之四例均曾預經菌液注射，故其良好之結果，究竟多少由于菌液，多少由于藥救，殊難決定；然此藥對於此數例之迅速痊癒，多少有功，固亦不難想像。至于第四組之肺鼠疫一例，病勢極為凶險，竟然得救，則更不可不歸功于此藥。按鼠疫之預後極為惡劣，百例中難得一例倖免，據白力士博士云，近世文獻中，肺鼠疫之獲救者僅六十餘人，且多係用大量血清救治者。本例雖于起病前一日注射菌液，其不能發生免疫作用，毫無疑義。故除自然痊癒之高一可能外，此例似可認明 Sulfathiazole 對於鼠疫確有起死回生之療效。

此藥之劑量 作者對於最初數例之治法，採用普通之劑量，即第一劑用 2Gm.，以後每四小時用 1Gm. 後因治療屢屢失敗，乃改試較大劑量，即每二小時給藥 1Gm. 而其治療成績果然改觀；劑量充分之重要，于此可見。Brown 氏等報告其應用此類藥物治療敗血症之經驗，對於此點之重要，亦曾充分加以發揮（本刊第一卷第一期 31 頁）。（編者摘譯）

編者按：關於鼠疫化學治療之文獻，請參閱本刊第一卷第一期 22 頁及 40 頁。又戰時防疫聯合辦事處於卅年審印張昌紹經之磺基噻唑治療鼠疫之用法一文，頗為詳盡特略加修正，轉載于後，以供參考。

## 磺胺噻唑治療鼠疫之用法

張 昌 紹

磺胺類藥物 (Sulfonamides)，對於實驗動物之鼠疫，有顯著之效用，早經證實。對於人類之鼠疫，此類藥物，亦有特效。據最近之報告，此類藥物中，以磺胺噻唑 (Sulfathiazole) 效用最佳，磺胺吡啶 (Sulfapyridine) 次之，安非磺胺 (Sulfanilamide) 又次之。磺胺噻唑治療鼠疫之效用，不讓于抗鼠疫血清，而便利則遠過之，故目前允稱鼠疫之標準療劑。

### 藥 理

本品為白色結晶性粉末，難溶于冷水，較易溶于熱水。其鈉鹽 (Sodium Sulfathiazole) 則于水中頗易溶解，可製成 5% 溶液，供靜脈注射之用，但刺激性極大，不宜皮下或肌肉注射。臨床應用，概用磺胺噻唑之片劑內服，普通片劑，每片含藥 0.5Gm。

內服後，此藥在腸內吸收甚速，吸收後穿透體內各組織，以奏其抗菌效力。其療效，恆視組織內此藥濃度之高低而定。對於重症，血中之有效藥濃度應為 10—15mg%；對於輕症之有效濃度為 5—10mg%。此有效濃度，必須維持不變，達相當時間，始克肅清病菌，否則餘菌死灰復燃，病必復發，厥為棘手。

此藥經吸收後，由腎臟排泄甚速，故必須不分晝夜，按時服藥，始能保持體內此藥濃度之有效水準。數小時之稽遲，往往使內藥濃度降至危險之低水準，而影響其治療結果。於腎機能顯著減退之病人，則本品之排泄減少，而有積蓄作用，故二三日後，應將劑量酌減。

### 劑量分配

(1) 用藥愈早愈好，一待初步診斷決定，不待送入病房，立即給以第一劑，以後

不分晝夜，隨時服藥。(2)服藥時間，務求準確；提前移後至一小時以上，均足影響治療結果。(3)成人之劑量分配如下列二表。(4)嬰兒與三歲(足歲)以下之幼童，用成人劑量之 $\frac{1}{4}$ 至 $\frac{1}{2}$ ，三歲以上十二歲以下之兒童用成人劑量之 $\frac{1}{2}$ 至 $\frac{3}{4}$ 。十二歲以上者，用成人劑量或其 $\frac{1}{2}$ 。(5)全部用藥時間，以十日為度，如欲緩用，即停藥三日，再按第二日或第三日之劑量開始。

(甲)普通腺鼠疫病例之劑量表

日 期	每 次 劑 量	全 日 量	總 量
第 一 日	第一劑三克以後每三小時一克	一〇克	
第 二 日	每三小時一克	八 克	
第 三 日	(子)如體溫下降病情有顯著進步則每六小時一克連服三天	四 克	三〇克
及 以 後	(丑)如無顯著進步則每四小時一克至獲生效力，乃按(子)項劑量	六 克	

(乙)肺鼠疫與敗血性鼠疫病例之劑量表

日 期	每 次 劑 量	全 日 量	總 量
第 一 日	第一劑四克，三小時後再服四克，以後每三小時一·五克	一 七 克	
第 二 日	每三小時一·五克	一 二 克	
第 三 日	(子)如血變無菌，體溫下降，則每四小時一克，連服三天	六 克	四七克
及 以 後	(丑)如無顯著進步，則四小時一·五克至獲生效力，乃按(子)項劑量	九 克	

## 用 法

(1)以藥片口服為原則，因此法最易使體內藥濃度，保持有效之水準。(2)對於兒童之不能吞服藥片者，可將藥片磨粉，和於加糖膠性液體內(阿拉伯樹膠或藕粉等所製之澱粉漿均可)製成懸垂液(Suspension)。(3)對於嘔吐不止或昏迷不醒之病人，則可用鼻管(Nasal Tube)或胃管(Stomach Tube)，按時給藥。法將藥片磨成細粉，倒入漏斗，然後用溫開水送下。如能得純潔之磺胺嘧啶，則可製成5%溶液作靜脈注射，但不可作皮下或肌肉注射。(4)本品并不抑制血漿之CO<sub>2</sub>化合能力，

故毋須加服酸性碳酸鈉。(5)服藥期內，忌用硫酸鎂，硫酸鈉及其他含硫之藥物，忌食蛋類食物。(6)服藥期內應令病人多多飲水，每日應在三四呎左右，俾磺基胺嘧啶排泄時不致刺戟腎臟。(7)服藥期內，應每日檢查小便內有無微量血液及磺基胺嘧啶之結晶，間日作血色素定量及白血球計數一次，其意義於副作用一節內討論之。

#### 其他治療

除用磺基胺嘧啶外，應採適當之對症治療。對於腺腫之已經化膿者，務須早期切開，并用適當之引流藥料，如紅仗或紅浸液等。便秘者可服氯化銻(甘露)及大量食鹽水灌腸。嘔吐不止者，可給碎冰，含化日內，或服瀉騰散及輕量之嗎啡。

#### 副作用

磺基胺嘧啶之副作用，與其他磺胺類藥物大致相同。可分輕性，重性及危險性三類：

(1)輕性副作用如頭痛，眩暈，結膜炎及惡心嘔吐等均屬常見，約佔服藥病例之50%，不必介意，可繼續用藥。

(2)重性副作用。如發熱皮疹，白血球減少及血尿症等，一旦發現，應斟酌副作用之程度及原病之情況，考慮減少劑量或完全停藥。此種發熱，常在服藥後第五日至第九日內發現，應密切注意不可與原病之發熱相混。皮疹以結節性紅斑(Erythema Nodosum)最為普通。其最危險者為剝脫性皮炎(Dermatitis Exfoliativa)白血球減少，往往為顆粒性白血球缺乏症(Agranulocytosis)之前驅，應加嚴密注意。血尿症，乃由藥排泄時在尿中析出結晶所致。如僅微量須藉顯微鏡查出者，則應立即增加病人之飲料數呎，并檢查其每次之小便。如仍無效，或係肉眼能見之血尿症，則應暫時停藥，并增加飲料，待小便內無赤血球無結晶後，再繼續服藥。

(3)危險性副作用，有急性溶血性貧血，顆粒性白血球缺乏症及剝脫性皮炎等，往往有生命危險，幸臨床上甚為罕見，一旦發生，應立即停藥，并給大量飲料以促藥物之排泄。必要時應行輸血及戊烷糖核酸(Pentnucleotide)療法。



## 美國航空醫訊

此係美國醫學會航空寄來通訊，內容均係本年六月左右之重要文獻及消息，以後尚將源源寄來。蘇聯醫界亦供給關於醫療衛生方面之電訊，本期登載一則。英國及其他國家之醫訊正在接洽中。——編者

喬樹民譯

新生兒血液容量與臍帶夾紮之關係 De Marsh Windle and Alt (1942): Am. J. Dis. Child. 六月號 據作者等之報告，生出時臍帶夾紮較遲，胎盤血液得以流入兒體，則新生兒之血液總容量，平均約為 361 cc.，佔新生兒體重（自出生後至第三日間）之 11.8%。此項血液之血球容量為 60%；其血漿容量為 133cc. 佔新生兒體重之 4.5%。若於出生時立即迅即臍帶夾紮，則損失 107 cc. 之胎盤血液，而新生兒血液總容量僅得 301 cc. 佔體重 9.6%。其血球容量為 51%，與出生時胎盤血液相等。至於血漿容量則無甚變動，仍為 140cc. 佔體重 4.5%。

在產前之最末階段中，嬰兒之血液，總容量據估計結果，約有 26% 至 34% 存於母體胎盤中。在正常出生之情形下，達臨產之第一期時，由於子宮收縮而壓擠胎盤，此項血液即大部流入新生兒體內。

當胎盤血液如此輸入新生兒體內之際，血漿容量，即起一急速之調節變化，於是血液成分，因而濃縮云。

數種藥物對於人類結腸之作用 Alder, Atkinson and Ivy (1942). Arch. Int. Med. 六月號 有一健康人施行迴腸造口術，作者等乃獲機觀察數種藥物對於人類結腸的作用。用 8, 10, 及 16 mg. 之硫酸嗎啡作肌肉注射，咸能增進迴腸遠側端各節之非推進性節律運動之緊張力及寬闊度。至於迴腸之推進性運動，概呈降低之象；此點運動，紀錄所

顯示；且可僅三小時觀察期內迴腸造口袋內之排泄量減少一事證實之。1或2mg. Dilaudid hydrochloride 之肌肉注射，亦可產生同樣作用。又在四例男性健康者（體重任140至190磅間）施行結腸或回盲部截除乙狀結腸之右側端時，8, 10, 及16mg. 硫酸嗎啡之肌肉注射，常足以增進結腸各節非推進性的節律收縮運動之緊張力與寬闊度。

但就降結腸之推進性節律運動而言，則在40個試驗中，5至16mg 份劑之嗎啡，均有降低或抑制之影響。又於九例患腹瀉之結腸試驗中，嗎啡注射抑止洩瀉之作用，顯皆由於推進性的節律運動之降低，而非由於結腸緊張力或運動量之減少。但0.7至0.8mg. Atropine Sulfate 之肌肉注射，於上述四例中，則常減少結腸之運動總量；其推進性運動，概呈降低之象，故硫酸嗎啡（8mg.）所增進之緊張力及非推進性的運動，恆可用 Atropine Sulfate 注射（0.7mg.）抵消其一部份作用。

作者等認為上述現象，足為合用硫酸嗎啡及 Atropine Sulfate 於治療腸胃劇痛之藥理基礎。尋常份劑之 Atropin  $\circ$ ，往往不足以抵消嗎啡所引致之緊張力與非推進性運動的增加，而不能收鎮痛之效。嗎啡之延長人類結腸及迴腸排泄時間，原由於推進性運動受阻所致。故吾人以為嗎啡能引致大腸及小腸運動困難 (Dyskinesia)。腸之隣近各節，勢必能保持某種調節作用，始足以維持推進性運動於不墜。

非洲濾過性毒 (Virus) 之免疫力問題 Smithburn and Jacobs (1942). Immunol. 五月號 作者就非洲 Angl-Egyptian Sudan, Kenya, Uganda, The Belgian Congo Spanish Guinea 等地 36 處，研究 1400 例居民的血清，對於西尼羅嗜神經組織毒 (West Nile neurotropic virus) 之中和能力。其中一部血清，並經研究其中和 St. Louis 毒及 Japanese B Encephalitis 毒的能力，蓋此兩者在免疫學上，均與西尼羅毒有關連也。研究結果，獲悉上述各處之居民血清中，對於此類濾過性毒，咸有抗體存在；但 Spanish Guinea 一處，則因材料欠缺，不能論斷耳。對於此類濾過性毒之液體免疫力，頗與數處之新近流行相吻合；但多數處亦咸有各種濾過性毒活動之徵象，故抗 St. Louis 毒血清對於西尼羅毒之交叉中和能力，及抗 Japanese B 血清對於 St. Louis 毒及西尼羅毒之交叉中和能力，現均為研究免疫力之嚴重障礙。然而用以區別濾過性毒之方法，仍可適用於液體抗體之鑑定云。

幾種脊椎動物之血清中和能力的調查 Hammon 及其同僚(1941). Immunol. 五月號 作者採用 St. Louis 毒及西尼羅毒之抗體中和測驗檢驗 74 種動物之血清標本，共 573 件。所用動物，悉取自 Yakima 山谷地帶，此乃美國西部之人工灌溉區域。據調查：50% 之家禽血清，有中和上述兩種濾過性毒之能力；家獸血清有中和能力之百分率則較低。但野禽野獸者，均較家禽家獸為低。野獸血清之有中和能力者僅 8%，此種統計上差別頗屬重要，因取材方面，了無錯誤也。作者又在從無腦炎流行過的地區內，測驗 1-2 份血清（大部均取自家禽家獸）以資對照。其中呈陽性反應者僅一例而已。故血清中和測驗之獨特性 Specificity 蓋已確立。又在此山谷中，兩種濾過性毒尚在流行病學方面，頗呈均勢。據作者結論：若干禽獸，其中尤以家禽為主，似為招致蚊蟲感染之貯毒動物，至於具有感受性之鳥的感染率，亦甚高云。

格林談談 美國公共衛生部，現對戰時工業工作狀況舉辦有系統之調查，正採用新式螢光影射檢查器。此種偵察結核病之器械，係由便於運輸之強力聚光器所發動，其準確度甚高。……於最近之七個月內，美國之 180,000 醫師中，將有 20,000 人徵調至軍隊服務，同時，對於未被徵調之醫師，亦得施以調整編配，俾得適應後方需要。此項征調調整，由於作戰執行部之週密考慮與計劃，可盼不致引起任何嚴重脫節現象。醫師之被徵調，全係戰時臨時措施，非欲取平時開業地位而代之也。……據此間所接獲，Brazil 報導，納粹之衛生勤務，在 Schutz Staffel 領導下，已顯呈不能勝任之象徵。由於工人不必盡的曠工怠工，第三德意志帝國之工業，已蒙受極大的損失。……紐約 Mt. Sinai 醫院之 Alfred Winkelstein，近在美國醫學會席上報告一胃潰瘍治療新法。(Drip cure) 其法係採用淨潔灌腸器，懸於架上，盛以微溫牛乳，酌加小蘇打一茶匙，乳即經由胃管 (Stomach-tube) 源源滴入病者之胃。此法可常用採用，不捨晷刻，據作者十年來之經驗，此法頗著功效云。……據美國軍部報告，今年兵額雖已增加三倍，但梅毒及淋病之發病數即打破年來之最低紀錄云。

實驗性電震 Heilbrunn and Weil (1942) Arch. of Neurology and psychiatry, June. 作者取兔 28 隻，鼠 10 隻，施以治療機能性精神病所習用之電震治療法

。在試驗過程中，兔 16 隻為電震盪所癱瘓，內中有 7 隻僅經一次震盪即告癱瘓。其餘十二隻，顯微鏡下未能尋出病理變化者，僅三隻而已。除此三隻外，各兔鼠之腦脊膜內腦幹內及脊髓內，均有出血，此項出血，多位於微血管及小靜脈管之隣近，係由於血管壁破裂所致。至於破裂原因，則可談諸下列兩點（一）當肌肉強烈收縮時，動脈管內血壓突然劇增；（二）當電流停止時，周圍動脈血管發生痙攣及靜脈鬱積，復因呼吸停止數秒鐘而加劇。在十隻鼠中，並有 6 隻呈肺部出血，3 隻呈腎臟出血。在此試驗中，並未見有普通性神經節細胞病或普通性神經膠質增殖反應發生，此類變化，僅發現於出血處所之鄰近，其周圍之組織亦多呈深度之水腫變化。

亞砷酸銅(Copper Arsenite)新殺滅孳蚊幼虫劑 Hinman, Crowell, and Hurlbut (1942) Am. Med. 作者對亞砷酸銅之殺滅孳蚊幼虫作用，在實驗室內及田野內舉行試驗，其報告中關於實驗方法及生物析驗方面，敘述頗詳。在田野實驗中證明此項新劑之殺滅幼虫能力，至少與巴黎綠相等。又因此物在實驗室內，可製成大小均勻之細粒，其功效殆較巴黎綠為更佳，至於沖釋(Dilution)方面，亦經試出，不論砷酸銅或巴黎綠，均可與肥皂石(Soapstone)沖至 1:19 之濃度而不減其殺虫力。

眼中之鈉，氯化物及磷 Kinsey 及其同僚 (1942)。Arch. Ophthal. 六月號 作者等採用鈉，氯化物及磷之透射性的同號原質 (Radioactive isotopes)。測定各該原質在兔眼前庭之積聚速率。此試驗內所用之透射性原質，係在哈佛大學用 Cyclotron 製出之。據測：血流中之鈉及氯化物進入眼前庭，而其濃度達血漿中所含者 50% 時，約 40 分鐘之久。至於透射性的磷（多半為磷酸化物）聚積於眼前庭之速度，則遠較鈉及氯化物者為緩慢。又全部眼水形成之測定（包括容量變化的測定），似可簡接測知其中電解物之容量變化，而水分之流動僅與此偶相符合而已。

## 蘇 俄 電 訊

伊 凡

紅軍中防疫隊阻遏疫症之成績 主持紅軍中防疫勤務之 Ionin 教授，頃向外界宣稱：防疫勤務實係紅軍中最重要衛生勤務之一。防疫組織，在戰事發生之前，早已成立，在軍隊中及收復區內流行病之防止上，均有極重大之貢獻。上次大亂期內，俄軍中傳染病頗為流行。1915年俄軍中有腸傷寒56,583例，較1914年增加四倍之多。霍亂之流行，亦自1914年之8,758例增加至1915年之20,589例。在此期內，斑疹傷寒之發病率增加18倍，回歸熱亦大見活躍。迨1916年之初，因各種防疫設施之積極採用，傳染病之猖獗始見顯著之減輕。返觀此次對德抗戰之第一年中，紅軍中之斑疹傷寒，腸傷寒，及痢疾等病，僅有散發之病例，並無流行。至于霍亂，天花及回歸熱等，則無一例發現。此種對照，足徵紅軍中防疫勤務之成功。防疫勤務組織之嚴密及設備之完美，乃其成功之主要條件之一。實驗室，消毒隊，隔離醫院，雨淋浴，消毒房，各種預防注射以及滅鼠滅蟲等設備，均應有盡有。駐軍地區之流行病學調查，使紅軍中防疫工作之進行更為方便而有效。而每一紅軍兵士，均能恪守衛生之基本律條，其蹤跡所至，足為當地民衆之模楷，而轉移其習尚焉。

## 文獻摘要

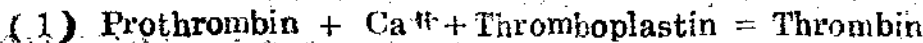
## 內科

雷諾氏病 Johnson (1941). Surg. Gyn. & Obs. 72: 889 著者報告22例雷諾氏病患者之病史，體格檢查，檢驗室診斷，治療及病程之經過等。22例患者之指部皆有雷諾氏病症候，趾部有11例，但並無僅患趾部而指部良好之患者。其中僅三例乃因槍傷刺戟而起病。此類患者施行交感神經手術後，關於發覺次數及病態，皆無進步現象。患者同時患其他疾病之情形，相當普遍：2人患梅毒；13人有輕度發性貧血，為人患極度貧血，三人患指關節痛直，凍硬症，潰瘍，指甲脫落等，4人患梅毒瘻管。關於治療方法，包括：(一)精神療法以減輕患者之焦慮不安；(二)貧血之治療；(三)各種疾病治療；(四)外科療法，如交感神經剝離術等。吾人對於雷諾氏病合癥候之認識所遲緩之原因：(一)雷諾氏病是否為一單獨存在之疾病，各家別見不同；(二)雷諾氏病之循環系統變化不明；(三)關於治療之意見亦不一致。本篇作者得雷諾氏病發作時，研究循環系統變化，證明雷諾氏病患者四肢之症狀，乃係其他疾病之某種症狀而已，現今一般意見謂雷諾氏病發作時指或趾部變白之現象，乃週圍血管收縮所致；著者以為此種現象，或由於掌弓之血管擴張，致使指部血管因血量與血壓降低而有萎縮之傾向；如此則血液循環至掌弓而不能到達指部，故發生指部皮膚變白之現象。雷諾氏病與他種病合併存在時，有下列二種問題只說作部分的解答：(一)患者兼有輕度或極度貧血時，如對貧血加以治療，結果皆有進步。其程度則各異，有完全不復發者，亦有症狀減輕者。關於梅毒患者治療之結果：有一患者兼患皮硬化，及指甲脫落等症狀，經抗梅毒治療後，雷諾氏病完全治癒，皮硬化亦大有進步，尚有患者一人未能繼續診察。(二)器

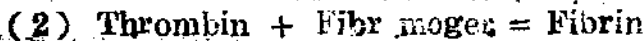
官性循環系病（自輕度器官性周圍血管病變以至重度心血管病兼有代償機能減退者）與雷諾氏病同屬一個病原。至於雷諾氏病患者之治療，因人而異。經著者治療之2例，施行外科交感神經手術者，皆未得良好結果，而內科療法之結果較為滿意。交感神經系施行外科手術後12——35日，局部血循環恢復至手術前情形，但皮面體溫仍高，汗腺之功用亦未恢復。交感神經之血管收縮力顯已消失。Whit氏所作上肢節前交感神經截除術後，局部血循環與皮膚溫度之改變，僅為暫時性，及因手術創傷所致之影響消失後，種現象是否繼續存在，頗為可疑。手術愈後，仍可用局部施熱法或正中神經阻滯法以使指部血管產生舒張現象，足徵血管運動神經仍然存在。總之吾人應認識雷諾氏病乃他種病之一部份，故在診斷及治療時，不宜僅集中注意力於雷諾氏病本身，而應同時診治其他病象。單純性之雷諾氏病，抑或存在，亦必稀有。（許紹曾）

血凝問題與臨床醫學 Howell (1941) T.A.M.A. 117:1059.

血凝作用之解釋普通分為三種學說；即 Morawitz氏說，Howell氏說，及Bordet第氏說是也，但不論根據何種學說概可分為二部份：第一部由凝血酵素元變成凝血酵素。二部凝血酵素作用於纖維蛋白元而生成纖維蛋白，可以下列二式表示之



凝血酵素元      鈣游子      血栓成形質      凝血酵素



凝血酵素      纖維蛋白元      纖維蛋白

最近醫學上血凝作用之應用已顯見進步。以維他命K肝素(Heparin)及血栓成形質(Thromboplastin或Thrombo-Kinase)三者之實驗上及臨床上發展，而對於血凝作用之理論更見明晰。(甲)維他命K參閱本刊第二期，26頁。(乙)肝素 臨床上肝素之應用於血栓(Embolus)及栓塞(Thrombus)之預防已屢見報告，但肝素之來源化學成分及其化學作用均尚未明晰。據 Holmgren氏及 Wilander氏之觀察，肝素乃由嗜鹼性肥大細胞(Basophilic Mast Cells)製成，此種細胞大都存在於血管管壁及毛細管週圍之結締組織內，其內含之顆粒，用甲苯胺藍(Toluidine Blue)染色呈顯着之染色反應，此反應與肝素之染色反應相同，據化驗結果組織中肝素之含量與肥大細胞之多寡成正

此，據 Torp 氏研究，肝素爲一種 Mucolitin polysulfuric acid。近 Charles 和 Scott 二氏已製成一肝素銀鹽結晶，惟 Tague 氏用前二氏之製法由各種哺乳動物中製造之，則其化學成分及結晶雖相同，而其抗血凝之効力各各不同，如狗肝素之作用十倍於羊肝素。肝素抗血凝作用據 Howell 氏之學說，由於阻止凝血酵素元變爲凝血酵素，此物在血液中，與某種蛋白質結合而成抗凝血酵素始能奏効，故若與凝血酵素或凝血酵素元之純粹製劑相遇，肝素並無直接作用。由是，於理論上可解說血液之所以不在循環之血液內凝結者，實以體內繼續分泌，小量之肝素至血液中，形成一適當量之抗凝血酵素，阻止凝血酵素元之生成凝血酵素而使然。此抑制因素（即肝素，蛋白結合物）恆爲 Bordet, Nolf 等氏所不重視而 Howell 氏所力主者，據最近實驗所得，已獲根據。

(丙) 栓塞形成質 (Thrombokinese, Thromboplastin 或 (Cephaline) 近關於臨床上血友病 (Hemophilia) 之治療業已稍有進步。血友病中者之血液中，小血板數，凝血酵素元，鈣游子等既無缺乏，纖維蛋白元亦爲正常，故向日用小量輸血以治血友病之流血症狀之法，似非確當，今則已明悉血友病者之血與正常人血之不同，實由於血液中栓塞形成質之較少，真似因血友病者小血板難於崩解或較爲固所致。據此理論，則血友病可認爲先天性 Megakaryocytes 之機能失常所致。故若以塞栓形成質注射，當爲對症下藥，其効果當較小量輸血爲大，且更合理。生物化學家曾認血栓形成質爲一蛋白磷脂複合物，尙難斷言。Cohen 氏及 Chargaff 氏報告，自肺臟中析出血栓形成質，但此非純粹之物，Howell 氏，亦曾自肺製出，其結果當不完善，總之，關於栓塞形成質之發生，製備，提純，化學成分及其化學性狀，有待學者繼續研究。（鍾學禮）

## 外 科

關節炎與口腔感染之關係 Shuster (1941), *Am. J. Orthod & Oral. Sur.*, 27: 14. 著者指出，近數年來慢性關節炎病灶傳染學說，已遭多數指摘。病灶去除術，並未能得到預期之効効，故對於此類關節炎，有人已不主張採用此法，著者以爲此種觀念，乃係誤解病灶傳染學說而起。凡根治 735 例施行病灶去除術之慢性關節炎患者之經過，證明此種療法之重要性。其中 468 例皆係患關節炎未滿六個月者，此類患者行病



牙拔除術者363人，結果有進步者10人；割除扁桃腺者73人，39人結果良好；行骨質術者24人，三人有進步。其餘317例皆係患關節炎二年以上者，其中215人行拔牙術，病狀見進步者43人；行扁桃腺截除術者84人，21人結果良好；骨質手術18人中，一人有進步。以上所觀察之數字，顯示早期施行病灶去除術之利益；較晚期施行手術者，其成效約為二倍。病灶去除術失敗之理由，可歸納如下：（一）並非每一個病處皆為病灶。（二）如病灶存在太久，可能產生繼發性病灶，即使將原發性病灶除去，感染仍然存在。是故外科醫師應認識此類繼發性病灶存在之可能性，於施行病灶去除術時，宜儘可能培養病灶中之病菌，製成自體菌液而接種之。（三）有時即使病灶完全除去，而傳染仍繼續存在，此或由於牙齒及扁桃腺等病灶之周圍組織亦受感染而未能除去所致。（四）病灶去除過遲，關節炎本身已至終局期，故未能見效。（五）因牙科手術而引起之創傷，或使一已經包圍而局限化之病灶，重新活動，產生繼發性病灶，有時甚至使菌毒散佈全身而發生菌血症，敗血症，及亞急性心內膜炎等險症，惟此種可能性尚未普遍注意耳。雖有上述諸加難症之可能，著者仍主張對於關節炎患者，應在安全範圍內及早將病灶除去。慢性傳染性關節炎患者，如有下列情形，如白血球減少，血補體缺乏，嗜中性白血球左傾，以及有急性傳染病灶存在時等，外科手術應延期施行。對於風濕症心病患者，此種手術，禁忌施行。接種鏈球菌菌液能減少手術後諸種加難症之可能。亦有人謂此法無效者。試一分析其失敗之原因，可歸納如下：（一）菌液之材料乃自無傳染性或非病原之病灶內取得；（二）自體菌液製備時，往往祇取最繁殖之菌種，而此菌種或無致病力；（三）有時應用實驗室儲留之鏈球菌製成菌液，但吾人皆知其菌液無特效，其療效與非特异性蛋白質療法無異；（四）菌液接種有時過遲，該病各症已非由於傳染，乃因關節組織永久變化所致；（五）治療僅賴菌液接種，而忽略矯形外科，物理療法，按摩運動等；（六）菌液接種往往未繼續施行，而停止過早；（七）菌液用量不當。著者應用鏈球菌菌液接種，治療慢性傳染性關節炎已十二年，渠以為此法如與他種療法同時進行，即使不能治癒關節炎，至少亦能遏止傳染；但除非將傳染性病灶除去，再感染仍屬常見。（許紹曾）

117:1085. (甲)病源：普通者有白色葡萄球菌，鏈球菌，綠膿桿菌，傷寒桿菌，肺炎雙球菌，淋病雙球菌等次之。(乙)病理：硬脊膜外腔為上自枕骨大孔外緣起下至骶骨之一空腔，其大部位於硬脊膜各個二面，外與脊椎間孔相連而不與腔相通，因其解剖上之所限，故其傳染之道，大都自脊椎骨髓炎直接擴展後引起。但亦有從體液自遠處轉徙者，則併發於各種急性傳染及化膿性症，此外自隣近病灶擴展所致者亦有之，不論其病源為何，膿液之集處或依其心吸力而下墜，或緣硬膜而充塞全腔或限局於一點；惟最常見之處為腰部，其產生之壓力，足以阻礙脊膜內血液、淋巴循環，脊髓亦因受壓而損傷。(丙)病狀：1. 痛：最初引起病者注意者為背脊部疼痛，常見於急性傳染疾病患病日起四星期左右後，疼痛之起好或驟或緩，痛度逐漸增強而持續，部位則依膿液集處而定。初為限局部性，後則擴散性，放射性痛亦屬常見，如病灶位於頸部時，放射痛見於肩部；病於胸，腰部時，患者時訴「肋膜炎」，「肌肉炎」，「膽囊炎」，「腎外膿腫或腎皮層膿腫」，「腰肌痛」，「肋間神經痛」式之疼痛，或腹痛竟兼有壓痛而擬似急性腹內疾患。脊椎彎曲時，疼痛加劇，乃其特徵。2. 副經系症狀：疼痛開始後一二星期內，即副經系症狀，如尿滯留，四肢癱瘓，下身麻痺等。其性質視膿液聚集所在而定；其起好極徐而微，僅有輕度之頸部僵直或腿部麻痺等，感覺神經之受影響較運動神經為劇而頻，脊膜受刺激之現象如陽性 Kernig 亦屬常見之徵。3. 體格檢驗：局部水腫，常屬晚見之症狀，惟局部之壓痛，實為早期診斷之要點。若叩腰腫上之脊椎，則壓痛或可示膿聚之處所，惟於腎上膿腫等，肋脊椎角間亦有壓痛，故鑒別診斷上亦須注意。4. 此外，並有發熱疲乏食慾減損等等血毒症狀，病人或有脊部外傷之病史。(丁)診斷：1. 病狀及體格檢驗；2. 實驗診斷，脊椎穿刺而得膿液為最可靠亦最早之診斷；膿液之變化視與蛛網腔阻塞之情形及軟腦膜炎之情形而定，此液或清或濁或作血色乳色或黃色，蛋白質極高，細胞數亦增加，Queckenstadt 氏徵或呈陽性。膿液位於硬脊膜外者，往往於徐徐抽出脊椎刺針而得之，穿刺時應注意，勿使膿液流入脊髓，以免染污；3. 龍氏射線學檢查，輔助甚微，僅可用以鑑別脊椎旁膿腫等情形。(戊)鑒別診斷：最重要者有下列五種：1. 急性脊髓前灰白質炎：背脊疼痛，四肢軟弱，脊髓未變化等等或可與硬脊膜外腔膿腫相混，然感覺上變化，蜘蛛網腔之阻塞，硬脊腔之

膿液皆為後者之特徵，2. 急性脊髓炎：於急性脊髓炎(a)無化膿傳染，及脊部外傷等病史，(b)痛度較輕而全身傳染之症狀則較顯著，(c)無脊部腰痛，及硬脊膜外腔之積膿。3. 原發性化膿性腦膜炎：頭痛，發熱，頸部強直，陽性 Kernig 及 Brudzinski 反射，濁脊液等徵，皆可見之，惟蜘蛛網阻塞，脊部腰痛，背部疼痛，感覺神經受影響及膜穿刺時所見之硬腦膜外腔之膿液，皆為腦膜炎所鮮見。4. 腎外週膿腫或腎皮層膿腫：化膿性傳染腰部疼痛，腰痛急性傳染之症狀及正常之尿，則二者兼有之，惟泌尿系症狀，脊椎穿刺時放膿，則為腎外週膿腫及腎皮層膿腫所經無。有時硬腦膜外腔膿腫之膿液可隨脊神經穿脊椎間孔而流至腹膜腔，使腰部現浮腫狀而蒙蔽 X光片上之大腰肌邊緣時往往誤為原發性大腰肌膿腫或腎外週膿腫，或由腎外週膿腫，腎皮層膿腫傳染擴及脊髓及硬腦膜上腔，則診斷上更感棘手，惟不論膿腫之發生如何，其治法則一，即椎板截除術。故於鑑別於診斷並不重要。5. 脊髓瘤：急性傳染病史及背脊疼痛等，皆鮮見於脊髓瘤且化膿性病此瘤之生成急劇良多是可鑑別之。(己)治療：對於膿腫外科中之導流法為治療上唯一良法，而對於是症須施椎板截除術治之，他則為治表之法，亦須注意及之。(鍾學禮)

炸傷之治療 Mitchirer (1941). P. M. J. I : 309. 1940年長秋間英國各埠之被炸，規模雖大，但傷亡之數則遠小於預計者。當場炸死與重傷者之比例，約為一與二之比。但傷者或受多數之小傷，毋需特殊之外科技術；或受傷甚劇，已非外科手術所能補救。故自外科上言之，此種炸傷實非複雜之問題。頭部創傷，並不多見；但偶亦有一部或全部炸去者，此因該不幸者於轟炸時不肯俯伏地上所致。(1)急救治療，愈速愈佳。止血用敷料與綁帶，骨折用木板固定，恆能於數分鐘內完畢。急救畢後，應儘速送至(2)醫院。担任此種門診者，應為富有經驗之醫生。蓋往往表面傷勢甚輕而實有嚴重內傷之病人，無經驗之初級醫生，命其回家休養，不久即在家中或在路上斃命。(3)休克(Shock)之治療應早。對於較輕者，溫熱，休息及含酒精之熱飲料，即能奏效，有時或再加嗎啡之注射；但重者須輸血，對於火傷之無出血性外傷者，則輸血清或血漿。(4)特殊外傷之治療：炸傷之重者，如全肢炸去或內臟破裂，恆當場斃命；但人表面之病例常係許多小彈片傷。詳細檢查有無與體腔交通者，如無者則充分清潔之，或用 Acriflavine 或粗製

魚肝油油膏敷包之。至少十日乃至十四日後始換敷料，此時大多數傷口業已癒合。最初四五日內應給 Sulfanilamide 以預防傳染（預防劑量及用法，參閱本刊第一期24頁——譯者）。玻片傷係多數，有甚深而頗為嚴重者。其銳片或能穿通顱骨或竄入體腔，其嚴重不讓於彈片，骨折恆係開放性，須採用擴創術，石膏綑帶或牽引法。施用石膏綑帶者，應於原醫院留住數日，以觀察經過，如有嚴重傳染及高，度水腫必須立刻切開其綑帶，否則往往病肢壞死。凡骨折病例儘儘早送至骨科醫院。一般言之，下肢骨折之急救治療用 Thomas 氏固骨夾，上肢骨折用 Cramer 氏固骨夾。胸部創傷之通入胸腔而產生開放性氣胸者，應立即封閉之，否則其命難保。急救時蓋以大塊棉墊而緊縛之，即送醫院，施手術清潔其胸腔而封鎖之。此種手續須在人工呼吸前行之。血胸常見於震傷壓傷及穿通傷，以保守療法為佳，如絕對靜息及嗎啡，如有發紺及呼吸困難症狀，則應立施引出術。嗣後如發生傳染，則施行手術。腹部創傷，按常例治之。對於會陰部及臀部之深創，必須嚴密觀察其有無通入腹腔，如十分可疑時，應施開腹探查術。(4) 火傷恆係重症，死亡率頗高。Shock 應立即施治，血清血漿較全血為佳，輸時應緩，速則易致肺水腫，故食鹽水注射，絕對禁忌。急救時，將衣服除去，不經清潔，即用濃茶敷之。給熱糖水，嗎啡注嗎，蓋煖，如屬可能，令病人靜臥半小時，而後用急救傷車送醫院。入醫院治療 Shock 後，即在全身麻醉下清潔火傷部及其周圍六英寸之皮膚，並刺破其水泡，乃用鞣酸溶液之濕敷，但面頸及會陰部之火傷則用 1% Gentian Violet 或 Sulfanilamide 粉。聞有人用硝酸銀與鞣酸，Brilliant Green 或蛋白者；亦有用魚肝油者。Wakeley, Fleming 及 Bunyan 則主張自始即用食鹽水與次亞氯酸鹽之溫浴。對於水與手指之火傷，有謂鞣酸療法易致組織壞死與過度變形，但作者之經驗未能證實之。如懼其發生者，則可改用 1% Gentian Violet。總之，火傷最易發生傳染，故治療前之清潔，最為重要，同時並以加用預防劑量之 Sulfanilamide 為妥。

## 皮 膚 科

米林氏第九日紅斑 早在 1917 年意人 Milion 報告在醫治梅毒過程中，發見患者常於首次 606 注射後之第九日，有紅色發疹，名為「第九日紅斑」簡名「E9」。初未

惹人注意，自 1935 年英美學者 Keim 等加以研究以後，關於此病之文獻，始逐漸增多。惟其產生之原因，則至今尚未澈底明瞭。E9 乃砒劑所引起之全身性反應，經一定過程後自癒；與藥物之毒性無關。因其具有一定潛伏期，嗜伊紅性血球增高，且常發生於二三針後，暗示其為一種抗體原與抗體間之作用。

患者於第一針砒劑注射後，五日至十九日之間，即於注射第二或第三針後數小時內，突然發病，其前驅症狀為四肢無力，寒熱，厭食，惡心，嘔吐，頭痛，肌肉或關節酸痛全身搔癢等，間亦有腹瀉或頸項僵直者。如此一日後，始有麻疹樣或猩紅熱樣之發疹，滿佈全身，惟面部往往不受影響，且無 Koplik's Spots. 傷風現象或莓樣舌等。體溫則升降於 38.5°C 至 40.5°C 之間。二十四小時後，紅斑漸次消退，並不脫皮，平均約六日而癒。惟 E9 亦可兼皮膚發疹症狀，蓋紅斑只是全身反應之一種現象而已。24% 之患者，其反應可波及淋巴腺，肝，脾，腎，髓以及中樞神經。

體格檢查：全身淋巴腺腫大者 76%，頭部淋巴腺腫大者 7%，扁桃腺肥大者 63%，肝腫者 16.6%，脾腫者 5.5%，呈黃胆症者 13%。有一二患者之小便中，且有蛋白質，透明或粒形圓柱，與紅血球。63% 患者之白血球計數並不超過 10,000/m.m. 其多核性細胞則有向左移動之傾向。在 44% 之病例中，嗜伊紅性血球增至 5% 以上，嗜伊紅性血球愈多，則其後果亦愈重。

Peter 報告之五十四 E9 病例中，早期梅毒佔 68%，先天性或晚期者佔 36%。非梅毒患者因故應用砒劑亦有 E9 之發現，故 E9 並非因梅毒而產生。且除砒劑外，其他藥劑如 Antipyrine, Salicylates, Barbiturates, Sulfanilamide. 及其衍化物等，皆可引致類似 E9 之發疹。

E9 對於梅毒並無不良影響。對於繼續使用砒劑療治，亦無妨礙。通常於病癒一月後，開始用小量之砒劑，逐漸增量。E9 之處理以姑息療法為主。如休息，多飲水，葡萄糖與 Sod. Thiosulfate 之靜脈注射等。 (王士良)

表皮癬菌症之焦性硼酸鈉療法 Ingles (1941). Calif. & West. Med. 54 : 101. 作者用焦性硼酸鈉(硼砂)作粉劑及浸浴劑，治療足，腹股溝，腋窩，肛門及其他部分之表皮癬菌症(Epidermophytosis) 202 例。粉劑中有含白陶土(kaolin) 20% 及碳酸鎂 10%

者，亦有與滑石粉配合者。浸液劑為2%之溶液。對於數例臨牀之癩菌症，用硼砂一杯，溶入一洋缸水內，令病人每日浸浴一次，每次十分鐘。痊癒所需之時間，視部位，病部溫度，磨擦及其他機械因素而異。此種療法，對於乾性含有小水泡之癩菌症，奏效最佳。202例中138例平均十七日內治癒，64例大有進步，但未能繼續觀察。腹股溝，肛門及腋窩部之癩菌症治癒所需時間，平均較足部為長。無一病人發生毒性皮炎者，亦無刺激症狀。對於大痲病人，均能止癢，所有病例，均屬乾性或普通水泡性者；濕性而露出肉面之病例，並未包括在內。對於後者，此種療法惟有經驗之皮膚病專家始可審慎用之。

## 小兒科

麻疹患者之腦炎併發症 Hamilton (1941). *Am. J. Dis. Child.* 61: 488

著者報告之此種病例中，包括前人已經報告之241例，及著者等親見之44例。關於此種併發症之原因，仍屬未知。如病之輕重，年齡，性別，種族，體型，氣候等，似皆無關係。病理方面之改變，多在循環系統，膠膜呈充血，或出血現象；此種出血多為瘀斑性；血管管壁增厚，如用特殊染色法；血管週圍組織有微小神經膠質細胞增殖。腦炎可於麻疹患者任何時期發生，著者觀察諸病例中多在出疹出現後（平均26日）發生，但有一例係出疹前五日發生。此種現象並不常見，上述241例中，祇16例發生於出疹前。腦炎併發症之病狀，皆視病變之輕重與部位而定，腦神經之被侵蝕週圍神經為普通最；易見者為頸項強直，次為克匿格氏徵陽性。實驗室結果差異甚大。預後亦各異，年齡愈小愈壞。如有神經症狀者，有時可永久存在，或須甚久始能恢復。百分之十患者有殘餘性麻痺，或不完全麻痺百分之五患有驚厥，舞蹈，及指劃運動等殘餘症狀。一般而言，十位患者中四人能完全復原，二人死亡，四人有一種或多種殘餘症狀存在。至於治療，除對症療法外，無其他有效療法。著者應用休克療法，其結果似足令人興奮：十六例有三人於七十二小時內完全恢復，二人於一星期內痊癒，二星期內癒者一人，三星期一人，四至六星期者二人；四人未能繼續觀察；有殘餘症狀者三人；死亡一人。行對症療法之患者18例中，完全恢復者，二十七小時內三人，一星期內四人，二星期一人，三星期

上者二人；一星期後自動出院未癒者一人；四肢有殘餘性不全麻痺者二人；死亡五人。其餘尚有10例，行各種療法；如恢復期麻疹患者血清注射，恢復期脊髓灰白質炎患者血清注射，免疫性輸血法等。四人於一星期內完全恢復，一人於六星期後始癒，五人死亡。總計文獻中收集之241例中死亡47人。（許紹曾）

一 新生兒之流行性腹瀉 Lyon 與 Folsom (1941). Amer. J. Dis. Child. 61: 427. 某大醫院之育嬰室中於1933年八月發生新兒腹瀉之流行。自1934年成立以來，此係第三次，第一次在1926年十二月，第二次在1934年十月。三次流行之性質大致相同，大便之培養均無痢疾桿菌，而以此次流行中之患兒數最多，症狀亦最劇。自一嬰兒因此病而突然死亡後，他兒繼之，接觸之21兒中，僅六兒獲免。此六兒中，二兒于流行之初即行離院，二兒則於嚴密之隔離下生產，而於生後48小時內即行離院。全部患者共計16例，其中5例因此致死。獲痊之11例中，5例之病勢甚重，2例中等，4例較輕。此症之臨床症狀，與普通之傳染性腹瀉，頗異其趣。腹瀉雖頻，但糞便量甚小，故患兒因此所失水份不多。起病之初，水瀉二三次，嗣後每次僅排泄少量之稀糞，每日約10至30次。第二日或第三日起，每次僅於尿布上遺留小點之粘液，略帶黃色或綠色。多數患兒之口腔咽喉之粘膜及結膜充血發赤，第一患兒且有鼻喉部之膿性排液。重症患兒，經最初一二日之水瀉後，病勢突變沉重，高度衰弱，體溫在103 F以上，體重減少8—12 oz。呈種種腦症狀。三例經病理解剖，發現瀰漫性腦水腫，似由一種毒素或侵蝕經性過激性毒所致。腦及其他器官，呈微點性出血之傾向。二兒之大小腸粘膜，呈顯明之糜爛，但無假膜或粘液性管型。一兒之腸粘膜，呈卡他性傳染狀。腸壁失去緊張力，尤為特徵。腸系膜腺呈中等度之腫大及增殖。粘膜下呈無數之小出血微點。顯微鏡下檢查之，粘膜及漿膜並無細胞之浸潤，亦無細菌性活動之徵象。對於普通腸內病原菌之培養，均呈陰性。三次流行期內，當地均有流行性感冒之流行，此種腹瀉症似係該症在新生兒之一種表現，但未能證明之。流行性感冒之恢復期血液（加檸檬酸鈉）對於三例似有療效，正常人之血液則無效。一患兒似傳染其母親，使發生流行性感冒狀之臨床症候。

兒童期之變應性與遺傳及起病年齡之關係 Ratner, Silberman 與 Greenburgh (1941). J. Allergy 12: 272. 分析1—10歲之變應性(Allergy)兒童250例，遺傳

似無關係。對於發病之年齡，家族中之有無變應性，亦無影響。濕疹（皮膚之變應性）之發病最早，氣喘及蕁麻疹次之，乾草熱發生最遲，大多在發身期後始發生。成人之乾草熱患者遠多於兒童，即因此故。

幼稚園兒童之腸寄生蟲 Coutelen (1941). *Presse Me'd* 49:29. 三年中檢查幼稚園之健康兒童649人，其年齡2—6歲，均來自 Lille 與 Douai 區域之農民，廠工及礦工之家庭。檢查十五校，其檢查糞便標本 1,847 件。並採用濃縮檢查術，每孩作肛門檢查至少三次。查出寄生蟲者有 448 人，佔 69.01%；多種寄生蟲者有 233 人，佔 56.69%，最多者有蟲六種同時寄生于一人。原蟲寄生者 285 人，佔 63.85%；蠕蟲寄生者 273 人，佔 60.90%。原蟲寄生中最普通者為 *Giardia lamblia* (195 人) 及 *Gnathamoeba coli* (160 人)。蠕蟲中寄生鞭蟲者 170 人，絲蟲者 1.9 人，蛔蟲者 58 人。寄生人類隱母菌 (*Blastocystis hominis*) 者 155 人。除絲蟲外，性別對於各蟲之寄生率並無關係。女孩之寄生絲蟲者，較男孩多一倍。年齡之影響似不重要。農家兒童之感染率較低 (43.33%)。家內感染率較高，尤以絲蟲為然，24 家庭內全部兒童之感染率達 87%。牛絛蟲，十二指腸蟲及溶組織性阿米巴，*Strongyloides stercoralis* 及幼小絛蟲等則均無發現。

## 結 核

護士與醫學生中之結核症 Dufault (1941). *New Eng. J. Med.* 224:711, 1925 年以前之各家報告，均謂護士，醫學生，與醫生中之結核染病率，並不較一般民衆為高，1925 年後各家之觀察，護士之結核染病率確較高，作者之觀察亦然。醫學生之結核傳染途徑，亦引起流行病學家之注意。據名力報告，各醫學校第二，三，四年級學生之結核染病率，較同年齡之其他青年為高。據瑞典 Lund 大學 Hedvall 之報告，醫學生內結核傳染之主要來源，係在病理解剖室內。雖解剖時加以種種注意，解剖後 24 小時自抹布，盤，桌等，採取標本而培養之，可得結核菌。在美國，此種傳染來源，亦可達嚴重程度，可以麻省各醫院內之病理解剖數字示之。在 Boston 市立醫院 1935 至 1939 年中 3,756 例之病理解剖中，其以結核為主要或次要死因者有 285 例，即佔 7%。



此種百分率，在 Worcester 州立醫院為 6% (1937 與 1938 年)，在 Worcester Hahnemann Homeostør 為 2.7%，在 St. Vincent Hospital 為 1.5%，最低之百分率則見於 Worcester 市立醫院，為 0.9% (1934 至 1938 年)。在 Buffalo General Hospital 及 Children's Hospital，兒童與青年之被解剖者約 700 例中，七歲下兒童之有結核病變者佔 5.9%，七至十八歲間青年之有結核者佔 19.4%。據此數字，則普通醫院病房中當有不少結核病人，未被發現。美國 1933 至 1934 年中死于結核者共 65,000 人，其中 5,806 人 (7%) 係各科醫院中結核科之病人。15 著名各科醫院之入院病人 4,853 名，經 X 光照射證明為肺結核者佔 2.6%。此種統計，足以解釋各種醫院中服務之護士結核染病率，反較結核療養院中者為高之矛盾現象。于各科醫院中，接觸機會固少，但一旦接觸則危險性更大，因此種病例往往未被診出而不加介意也。取洗滌，結核病人房中之地板牆壁以及一切用具之污水，加以培養，可得結核菌，其陽性之百分率隨病期，咳嗽之程度及病人之疏忽而增加。據作者之意見，1925 年後之染病率增加，乃因 X 光檢查之普遍與進步，故易于迅速發現，以闡明其傳染之來源。按其實際，1925 年前之情況，亦然相似，殆無疑義。

腸結核及其治療 Alexander (1940), Med. Welt 14: 1241, 原發性腸結核雖屬罕起，繼發性者乃肺結核最常見合併症之一，而其發生恆使原病之預後較為嚴重。因其症狀無一能為本病之特徵，故腸結核之早期診斷甚為困難。全部臨床症狀之詳加推敲，于診斷上更為重要，X 光檢查極有幫助，典型之症狀為不規則之癆瘵性熱，胃口不佳，進行性消瘦，Arneth 氏白血球計數向左轉移，紅血球沉澱速率增高，消化不良並伴以食後半小時至一小時之腹痛。腸結核之療法，須依個別病例而定，難定一種公式。飲食一項尤然。多次之大便檢查，當能決定腸刺激之程度與粘液之多少。Schmidt 氏試驗食餌，能試出腸內膿毒之反常情形，故于食物之選擇上，頗有幫助。如腹瀉為主要之症狀，則淡泊之飲食，例如用于腸炎者，最為相宜。如腐敗作用甚為顯著，則應限制肉與卵之應用；如有膿毒，則應減少炭水化合物。渣滓性食物，應儘量避免，于便秘時亦然。對於便秘，應採用灌腸法，成于以前服流動石鹽或煮熟之水果。如食物中缺乏維生素，則應加以補充。其他藥物治療，亦難全部避免，但應儘量採用性質溫和者，劑量亦儘量

低有效量。如等炭，白陶土，稀人酸製劑，鈣鹽及鈣化合物等。麻醉藥品極儘可能避免之，但于晚期則勢難省却。局部加熱恆有幫助。結核素與光線照射常不奏效。腹腔打氣則恆有效，惜其效甚暫耳。獨立性盲腸結核，可用外科手術或X光照射治之，頗為有效。腸結核之發生，概由腸結核病人嚥下含菌之痰所致，故預防之道首在指示病人有痰咳出之重要。對於胃腸之障礙，早施適當治療亦然重要。

肺結核金療法之價值觀 Steven (1940), Med. Press 102:55. 何種肺結核應用金療法最為適當一問題，各家意見尚難一致，對於新發之滲出性病例，如於進入療養院經人工氣胸三次而尚不見效者，則應試金製劑。對於纖維性病例之痰中桿菌經治療不肯消失者，及長時間之纖維性變新加滲出性病變者，亦適用之。如病人組織之反應性尚存，則病期之長短，無大關係；例如比較新之稀疏結核。此種情形為病人尚有若干抵抗力之明證，而病人抵抗力之未全遺失，實應用金劑之必要先決條件也。據多數作者之經驗，金劑與壓縮療法同用，最為有效。對於單側肺結核病例，人工氣胸或不奏效。一期之金法則能增高人之抵抗力。對於兩側肺結核病例，可於較重側施以人工氣胸。他側肺之限局性滲液性病變有時有擴展之趨勢，金療法恆能防遏此種趨勢，促其痊愈。金療法對於人工氣胸奏效之後，或在其實施之前，金療法之禁忌症如下：(1) 富於纖維性變之病例；(2) 血毒症證明而有惡液質之急性病例；(3) 終末期病例；(4) 合併肺癆者；(5) 合併各種腎病者；(6) 合併任何其她全身病者。金療法之治療價值，恆難加以正確評定，蓋一則結核病程變化萬端難以捉摸，二則金療法僅與其他療法合用故也。下列四點，或可視作奏效之指標：(1) 退熱，(2) 痰量減少及痰中結核桿菌之消失，(3) 肺組織性變之消失，(4) X光檢查時，滲液性病變減少而纖維性病變增加。據作者之結論，金製劑並非結核病之特效藥，但其適當應用，能於一年之病例奏多少療效。但此症狀之減輕，有時甚為短暫。

內分泌。Stilbestrol (人工合成之女性內分泌素) 試用於停經

數種性內分泌素之新製品：臨床與實驗之研究 Frank. Goldberger 與 Pelshin (1940), Endocrinol. 27:581. (1) Stilbestrol (人工合成之女性內分泌素) 試用於停經

物症狀之婦女42例。其中5例不能忍受此藥，即用一劑亦發生嘔吐，故未能繼續應用。完全有效者計29例，症狀減輕者7例，完全無效者僅一例。平均每日 1mg. 即能於一星期中，除去停經期之神經血管性症狀，如潮紅與流汗者。據 Dodds 之報告，Stilbestrol 1mg 相當於 Estrone 25,000 國際單位，但據作者等之實驗，僅相當於 6,600 國際單位。據作者等之意見，Stilbestrol 係有價值之療劑，但其劑量不得超過每日 1mg. 否則有中毒危險，其引起胃腸症狀者不應用之。(2) pregneninolone 之化學構造，與睾丸素 (Testosterone) 與黃體素 (Progesterone) 甚為相近。其男性化作用不足藥丸素之 1/6。作者等用每日 1-5mg. 之口服劑量於 37 病例，並未發現任何男性化之影響。於 20 例之月經困難病例中，7 例之痛苦完全解除，但停藥後復發，6 例之症狀減輕，7 例無效。此藥之療效與黃體素之注射大致相仿。並無消化系統障礙或嘔吐。於月經前每日服 1mg. 者，經期大都延遲一天至三天。於 1 例之月經過多症，6 例完全有效，4 例天為減少，5 例無效。4 例之習慣性流產中，3 例于最初數月內曾見輕微之流產，但仍得足月分娩。(3) 濃縮之懷孕馬血清，製成片劑，臨用時溶蒸溜水中而作靜脈注射。於動物實驗，能使正常及除去腦垂體之白鼠發生排卵作用。據云，對於婦人亦有同樣之效力。作者等用 60-120 Upjohn 單及 500-2,000 Schering 單位靜脈注射於婦女 10 例，並無排卵之效果。(4) Ethinyl estradiol 之應用，於大多數病例，自始即呈惡心嘔吐等副作用，故不得不放棄之。

Stilbestrol. (1) Atkinson (1940). Endocrinol. 27: 161 Stilbestrol 之化學名為 4,4-dihydroxystilbene. 係 Dodds 等所推薦於婦科，以代替天然之女性內分泌素。以此為母體而製出多種衍化物，最著者為 Diethylstilbestrol (4,4-dihydroxy-alpha-bis-(4-ethylstilbene)) 與 Diethylstilbestrol Dipropionate。文獻中常真指 Diethylstilbestrol 為 Stilbestrol。另一衍化物，稱 Hexoestrol 或 Hexystrol 係 Stilbestrol 之他種衍化化合物，毒性似較低，副作用似較少。據 Dodds 等之報告，Stilbestrol 之作用，較天然之 Estrone 高出三四倍，而口服之效力與注射不相上下，乃其治療上之優點。臨床應用已充分證明 Stilbestrol 能治療停經期之各種症狀。Goldberg 曾指出此物之副作用與妊娠早期之症狀頗為相似。Lisser 報告此物之口服或注射，均能

使婦人之乳嘴及其周圍發生高度之色素沉著，直接塗擦於乳部，則其效更顯。其他典型之女性內分泌素作用為停藥時流血 (Withdrawal bleeding) 及停止乳汁之分泌。對於子宮發育不良者，此藥能促進之。對於原發性月經缺乏症之療效，尙少報告；但大多數為報告，均承認其對於原發性月經缺乏症之良效。對於老年性陰道炎之合併外陰乾枯 (Kraurosis) 者，用較大劑量，亦能奏效。其劑量之大小，各報告頗有大小。其小者，每日 1mg. 僅用一週，多者每日 30mg. 連用數星期，有一病人於四月中共用 1,320mg 之多，據英國醫學研究會議之治療試驗委員會之推薦，其最低劑量為每日 5mg 一星期後酌減。關於此藥性現象，各家報告頗不一致，恐因各家所用劑量不同之故。有謂其惡心中嘔吐之副作用，完全由於胃部之局部刺激，因注射時並無此種副作用。有謂此藥納入膠囊中，即可糾正此缺點，有謂繼續應用可以減輕。較嚴重之副作用，雖不常見，但或能產生嚴重之結果。如皮疹，急性精神病，感覺異常，大渴及紫斑。(2) Weed Weinstein Lock, Douglas 與 Collins (1940), *Am. J. Obs. & Gyn.* 33: 1047. 試用此藥於 57 例，其中 20 例為生理的停經期綜合症狀，29 例為手術或照射後停經期綜合症狀，8 例為女性內分泌素缺乏症。生理的停經期綜合症狀病人，年齡自 35 至 51 歲其主訴為頭痛，眩暈，神經過敏，燒熱性潮紅，精神不振，肌痛，關節痛，性寒，失眠，易怒及陰道炎等等之錯綜合併。一般之療法，用 Stilbestro 1mg. 口服，每日三次。此量對於一般病例，概能奏效，見效後，即酌減劑量與服藥次數。於少數病人，即用每日 0.1mg 之小劑量，已能控制其症狀。如不見效，則劑量可增至每日 15mg. 之多。20 例中，17 例有效，2 例稍見減輕，無效者 1 例。手術後或照射後停經期綜合症狀之病人所訴者，與前者相同，但較為劇烈。用同樣療法。29 人之年齡自 25 至 54 歲，其中 27 例有效，1 例無效，1 例未能繼續治療。女性內分泌缺乏之病人，24 至 35 歲，其症狀有神經易敏，眩暈，燒熱潮紅(昇火)，易怒，性寒，頭痛，失眠，肌痛及關節痛。此外並有月經困難，性交困難及月經時水腫各一例，月經前乳房痛二例。此法治療，均有著效。初用此藥內服時，病人常訴惡心；後將藥片磨粉混入牛乳中飲之，此副作用即可避免。乳房脹滿者有數例，但未至不可耐程度。一星期內恆能見輕。多數病人於開始治療時用此藥作皮下注射，其後用口服法以維持其療效。停藥後二星期內，各種症狀即見復發。

用Stilbestrol治療缺乏女性之少女一例 Lissac (1940). *Endocrinol.* 27: 885. 1歲之少女，尚無月經，乳部完全平坦，陰核過分發育，多毛。用Stilbestrol 1mg. 注射，每星期三次。乳房迅速發育。四月後月經來潮。其後男性之體毛大部消失，陰核退化而萎縮。治療六月後子宮亦發育，可以觸摸。嗣將劑量增至 2mg.，每星期三次。月經又來多次，乳部發育至正常，於是該病人完全女性化，而男性之徵象得以消除。

### 癲 癇 與 Dilantin Sodium

癲癇(羊癇)之治療 編者(1941). *Lancet* 1: 323, 原發性癲癇之病理，仍為未解決之謎。腦電波描記法 (Electroencephalography) 為最新之研究方法。此種病人之大腦某部分，缺乏正常之腦皮層電波，換言之，該部皮質缺乏正常之神經活動，在發動期內，該部呈現不正常之電波，為其特徵。根據此種現象，Lennox 建議此症應稱腦節律困難 (Cerebral dysrhythmia)。此種現象，與治療此症所用藥品之藥理或有關係。Luminal 與溴化物之作用，在抑制大腦之全部機能，但最新之癲癇藥 Sodium diphenyl hydatoindate 則否，不僅並不抑制大腦之機能，且能增進病人之智力，此種效力更因加服 Benzedrine 而增加。故此藥之療效，似不在神經興奮作用之抑阻，而在刺激大腦皮質，使恢復其正常之活動，因而阻止該部產生不正常之節律。但此點尚待實驗之證明。

Merritt 與 Putnam (1939). *Arch. Neurol. Psych.* 42: 1053. 氏等用電氣刺激動物，使產生驚厥 (Convulsion)。並研究各藥阻遏驚厥之效能。各藥中以 Sodium diphenyl hydatoindate (Sodium dilantin) 之療效最大，而毒性亦較低，故於波士頓市立醫院神經科試用此藥於癲癇病人 550 例。此類病人均曾經溴化物，Luminal (Phenobarbital), Ketogenic diet, 流質限制及外科手術等治療無效者。可忍受之有效劑量為 0.2-0.6 gm. 藥有強鹼性，宜於飯後服之，或於飯前預服稀鹽酸，以防妨礙消化及胃刺激症狀。在他藥治療中，如於本藥發生效力前，突然停止原用之藥，則驚厥之發生反更頻數，開始此藥時，每日劑量為 0.3 gm 同時遞減原用之藥劑。設此劑量未能見效，則每十日或兩星期後，每日劑量增加 0.1 gm. 至驚厥停止或發現中毒現象為止。普通每日 0.4—0.6 gm. 以下之劑量即可發生顯著之療效。但超過劑量，則易致中毒。中毒

現象與 Luminal 及溴化物等不同，但危險性之中毒症狀則較少，故氏等認此藥為抗驚厥之最佳療劑。

Lennox (1940). J.A.M.A. 114:1347. 本病之治療，係家庭醫生之責任，據目前之統計，美國每一醫生平均有本病病人五六人。治療之一般原則為：(1)除驚厥外，病人之一般精神狀況，亦須加以適當之治療。(2)意識上，自主神經系統上，感覺上及心理上之障礙，亦須如驚厥之應加防止。癲癇發作中，小發作佔三分之二以上，此種小發作僅係心理上之失常，並無驚厥，即所謂 Epileptic equivalents 是也。溴化物與 Luminal 對於此種小發作並無確效。過量之藥，則使此種心理失常之症狀，更見加劇。(3)各種藥物之效果，不僅視各型發作而異，即於同型之發作，亦視病人而異。故應於每一病人用實驗方法試驗每一藥物之療效。而治療結果之評價，更須十分小心，蓋不僅發作之經過甚不規則，而緩解期隨時可以到來，難加捉摸也。(4)對於某個病例，須先確定一藥之療效後，始可繼續應用。有時即發作次數能減少 10—20%，亦有價值。鎮靜劑對大發作有效，對於其他症狀，反有不良影響。

藥物之試用於癲癇者，為數甚多。十七世紀時 Thomas Willis 採用人顱骨，糜爪及狼肝。Delasiauve 氏於 1854 年檢討治癲癇 52 種。目前主要之藥物為溴化物，Luminal 及 Dilantin Sodium。後者之抗驚厥作用較 Luminal 為強而催眠作用較弱，乃其優點。

使用 Dilantin Sodium 時，對於劑量及病人之管理，須加嚴格注意。成人之初用劑量為每日三次，每次 0.1gm。逐漸增加劑量至奏效或發生中毒現象為止。中毒之症狀，可分下列四類：(1)胃刺激症狀，係由此藥之強鹼性所致，故此藥宜於飯後服之，或可加服蘋果 1mg。以防止惡心。(2)神經性症狀有眩暈，調節不能 (Ataxia)，顫抖，眼球震顫及視物模糊。(3)猩紅熱樣之皮疹，皮炎，瘙癢，偶亦發熱。(4)偶有疲乏感或感情缺乏，此可於每日早晨加服 Benzedrine Sulfate 5—10mg。以治療之。此外，偶亦發多毛病，面部腫脹及牙齦增殖等。幻想幻覺以及其他精神性障礙亦有發生，但大多數病人之智力於治療期內，反見改善。任何中毒症狀發生後，均應暫時或永久減低其劑量。

Pratt(1939). J. Ment. Sc. 85 : 936. 據腦電波描寫術所示，癲癇之發作乃腦電波不正常節律之症狀的表現。其診斷基於腦電波描寫圖之特殊節律。潛伏性癲癇病例，在熟練而有經驗之檢查者手中，亦不難用此法診出之。Merritt與Putnam用Dilantin治療142例，前後服藥2-11月；其中發作完全防止者計72例，發作次數減少者計45例，其餘例完全無效。此藥對於大發作之療效，較小發作為佳。於兒童，精神狀況及脾氣亦常改善。Dilantin每劑0.1gm.飯後服之，兒童每日二次，成人每日三次。劑量逐漸增加至奏效為度，最高劑量於兒童為0.5gm.於成人為0.6gm.過量則易致中毒。一旦中毒症狀發現，應立將劑量暫減。於15%之病例，服藥第三日至第十日間，發生程度之中毒症狀。較重之反應，如皮炎及紫斑，則見於5%之病例。一旦皮疹發生，應立即停藥，血與尿之檢查，並無異象。Reese謂Dilantin之抗驚厥作用，較溴化物及Luminal(Phenobarbital)為佳，而其鎮靜作用則較輕，於兒童尤然。Pratt試用此藥於癲癇病人52例，均係他藥不能奏效者。用藥2.5-15月。初期劑量0.1gm.一日三次，餐時服之。Phenobarbital之劑量，每二日減少0.1gm.至全停為止。其中完全停發二月及以上者計6例，次數減少者計11例，其餘則無效。發生中毒現象者佔73%，但無發生皮疹者。最嚴重之反應係於5例發生精神病樣狀態。對於單用Dilantin不能奏效者，除適當劑量之Dilantin外，再加漸漸增量之Phenobarbital用此法治27例，奏效甚著者計6例其餘各例則仍無效。

Brodsky等(1940). Connecticut M.J. 4 : 385. 應用Dilantin於癲癇88例，均係他種療法所不能奏效，而用此藥治療，繼續觀察達一年以上者。發作完全停止者計18例，大見減輕者12例，無效者9例，因中毒症狀而停藥者3例，死亡者1例。2例發生一種新症狀，即體重之銳減。其中一人食慾大增，渠能於飽餐一頓後數分鐘內又覺飢餓，雖如此饕餮，體重仍減輕不止。另一病人係年青女子，發生牙齦炎，經丙種維生素治療後，雖漸治癒，但於一年內體重減輕18磅之多。但此二例，體重減輕尚未達嚴重程度，故仍能繼續服藥。

Fetterman(1941). J. A. M. A. 114 : 593. 作者討論Dilantin Sodium療法對於28例癲癇病人之價值。此藥之抗驚厥作用甚為顯著，然其副作用屢屢發生，有時竟變

成嚴重之合併症，乃其缺點。較常見者為神經系症狀：(1)神經性障礙如顫抖，調節不能及視物模糊等，味覺消失及口內感覺不良等較不常見；(2)自主神經性及神經性反應，如焦躁，心動之感覺過敏等；(丙)精神性障礙，如失眠，易怒，多疑及喜吵架等。作者之病例中，發妄想狂樣精神變態者計三人。發皮疹者計二人，暫時減量後自退。七人之下部牙齦發生病變，腫脹，作微白色，亦有呈充血者，但並無壓痛與出血。胃腸障礙者七人，有食慾不振，胃部不適及體重減少等症狀。血與尿之檢查，並無異狀。智力測驗所示，此藥對於智力及學習能力並無不良影響。為欲預防突然停止 Phenobarbital 所致之意外及減少 Dilantin Sodium 之副作用起見，本藥之劑量應逐漸增加。對於日服 Phenobarbital 三片者，第一週每日可停服一片，以 Dilantin Sodium 一膠囊代之。第二週，每日可服本藥二膠囊代替 Phenobarbital 二片。第三週起，如無發作，則改本藥每日三膠囊，Phenobarbital 完全停止；為完全起見，除本藥三膠囊外，每日仍服 Phenobarbital 一片。如仍無效，而尚未發生毒性副作用時，本藥可增至每日四至五膠囊（成人）突然停止本藥，可致頻繁之發作，如 Phenobarbital 然。

Coope 與 Burrows (1940). Lancet 1:490. 作者報告應用 Dilantin Sodium (商品名 Epanutin) 於癲癇病人60例之經驗。用此藥代替他藥時，第一天服本藥一膠囊 (0.1gm.)，第二天二膠囊，第三天三膠囊。第四天起乃逐漸將原服之藥減少，至完全停止而僅日服本藥三膠囊為度。此種改變需時約一週。於一部分病人，每日 0.3gm. 之劑量能使發作停止，減量則復發。長期服用溴化物及巴比土酸化合物能致智力減退，瘡瘡，汚厚舌苔，及消化不良等。改用本藥後，皮疹消退，身體上，精神上及活動上均有進步。大發作與小發作之次數減少。大多數病人於服藥後，較為活潑伶俐，言語動作均較敏捷。據各家之報告，本藥之毒性作用有剝脫性皮炎，紫斑，調節不能，眩暈，惡心，食慾不良，顫抖，重視，視物模糊，嘔吐及頭痛等。作者之病例中，中毒率甚低。60例中，僅12例呈各種副作用：眩暈6例，明顯之調節不能與顫抖2例，全身性斑疹1例。治療中二例發生癲癇連續狀態 (Status epilepticus)，後因支氣管肺炎而死。

Dilantin Sodium 對於驚厥之療效 Hawke (1940). Canad. M.A.J. 43:157.



作者用本藥治療兒童期驚厥(Convulsions)25 例。驚厥之原因各各不同：由於大腦發育不全者四例，由於大腦之產時損傷者二例，由於肺炎者一例，由於腦脊髓梅毒者一例，其餘十七例係原發性，即所謂癲癇是也。劑量：六歲以上者，每日三次，每次0.1gm，六歲以下者，每日三次，每次0.05gm。對於頑固之病例，有時加給小劑量之 Phenobarbital。單用本藥或與 Phenobarbital 合用，在作者之病例中，完全奏效者達72%。較諸原有之各種療法增加奏效率32%。病例之發生局部或全身間代性痙攣(Clonic convulsions)者，本藥之療效最佳。對於小發作，則療效較劣，然仍較其他療法為佳。中毒現象見於36%之病例，除一例不能忍受此藥而不能續用外，並無嚴重之反應。較重之副作用中，麻疹樣或猩紅熱樣皮疹見於三例，關節不能，步態不穩或視覺障礙見於三例，以上兩種反應同時發現者二例。

Dilantin Sodium 之急性中毒一例 Robinson (1940). J.A.M.A. 115: 289.  
病者係25歲之男子。8歲時墮入棒球場中，為擊球棒擊中頭部，人事不省一小時。醒後發生週期性額部頭痛，伴以眩症形或胃腸症狀。17歲時初發癲癇狀驚厥，嗣後反復發作，間隔時間自六日至四月。雖日服 Phenobarbital 三次，每次0.03gm，並不見效。乃加用 Dilantin Sodium，每日二次，每次0.1gm；發作次數乃見減少。後因本病之發作，兩次喪失其職業，頗感消極，於某日一次吞服本藥45膠囊，合4.5gm。半小時後覺困倦思睡；眩暈，微作顫抖。五分鐘內即失知覺而陷入昏睡。皮面蓋以冷汗，瞳孔反應仍然存在，牙關緊閉，各種反射均正常，脈搏正常，心肺及腹部之檢查均呈陰性。一切醒睡之法，均不奏效。Nikethamide (即Coramine) 1.5cc，皮下注射而無效。乃用 Nikethamide 3cc，作靜脈注射。是時施行洗胃，病人始有掙扎之動作。旋吐出少量之微黃色粘液。又注射 Strychnine 與 Caffeine。病人乃開始作無意義之動作，凡一小時又二十分，乃完全清醒。於是便血嘔吐，吐出 360cc 之棕色液體。遺留之症狀為劇烈之頭痛與劇烈之尿意，伴以尿道內連續滴出尿液之感覺。當給黃蓉煎每日三次，每次0.65cc。劇烈尿意之症狀於三四日內消失。中毒後第四日病人之癲癇復發。第七日起再服 Dilantin Sodium，每日三次，每次0.1gm。六星期後再診時，並無任何不正常之徵象。

Dilantin Sodium 所致之中毒性弱視 Levitt 與 Flonstein (1940). New York State J. Med. 40: 1558. 作者報告中毒性弱視 (Toxic Amblyopia) 一例，由方服用 Dilantin Sodium 所致。售藥後視力即迅速恢復。文獻中曾有少數報告，指出視力模糊為本藥副作用之一。其他眼症狀為重視，眼球震顫，眼對光困難及眼臉下垂症等。眼症狀或為本藥中毒之普通現象，但為人所忽略。據作者之意見，有用此藥治療中，如發現視力模糊，應即停藥，至少應減少其劑量。

### 磺醯胺類藥物

淋菌性關節炎之 Sulfanilamide 療法 Culp 與 Cobey (1940). J. Bone & Joint Surg. 22: 185. 在 Sulfanilamide 發明以前，淋菌性關節炎之治療方法有多種，但其結果均難滿意。療法，包括臥床休息，鎮痛藥及關節固定各項，鮮能奏效。電氣透熱療法，雖有相當價值，但非特效。有曾用用熱裂療法，並佐以關節腔液抽出及空氣注入，但易致嚴重之合併症，且偶有因此致死者，故用者咸有戒心，不若利刃之對心矣。作者等曾報告用汞溴紅靜脈注射所得之良好結果。最近改用 Sulfanilamide 治療 50 例，其中 82% 完全治愈或顯著減輕。對於急性病例，而血中 Sulfanilamide 濃度為 8mg% 者，結果最佳。

一 特許師決定，自因關節炎而疼痛，並立給 Sulfanilamide 1.2gm. 每四小時一次。血中藥濃度達 6mg% 後，劑量減至一半，自每四小時服 0.6gm. (在 24 小時以後)。

Sulfanilamide 之脊管內注射 Martin, Fenther, Ncuaille 及 Harrod (1940) Presse Me'd, 10: 101. 內服 Sulfanilamide 後，該藥迅速出現於脊液內，其濃度僅較血內者略低。故對於普通之服脊膜炎或慢性服脊膜炎病例，此藥口服，自能奏效。但對於重症病例及化膿性服脊膜炎病例，則脊管內注射，能使脊液內之藥濃度迅速提高，並能維持較高之水準，足助口服法之不足。一次注射，能使其濃度高出血中濃度達六小時以上，故可每隔各服一次。作者等主張用 Sulfanilamide 之 6.85% 溶液

(溶於生理食鹽水中)濃度雖低，但已是提高脊髓液之濃度矣。抽去脊髓液及注射血清，均足減低脊髓液內之原有藥濃度，或足影響其療效。作者等主張同時注射 E-Occ. 之 0.85% Sulfanilamide 溶液以補充之。

磺胺酰胺藥物對於喉無效 Abelson 與 Reichenger (1940). J. Pediat. 17: 670. 報告二例，採用磺胺酰胺類藥物治療，失去早期血清治療之機，而致死亡，足為憾。

(1) 女孩，九歲，五月十七日起喉痛發熱。取喉前液液標本作培養，並即開始服 Sulfanilamide (A<sub>20</sub>-Sulfamide) 每三小時 0.5gm. 培養結果係陽性，有膿性化厚治療。五月十九及二十日，病情加重，更有喉影顯，有膿性化厚治療。五月二十一日病勢至危殆，一劑五粒下檢查時顯有白喉之菌跡，其培養亦陽性。病人旋即死亡，不及入院施治。

(2) 男孩，十六歲七月十一日患喉痛發熱。十三日至十四日服大量之 Sulfanilamide 但毫不見效，反見加重，係於十五日入院，當即注射白喉抗毒素 50,000 單位，並靜脈注射葡萄糖。十七日病人已人事不省，體溫 104 度，脈搏 140，喉前白膜之塗抹標本及培養，均呈陽性。雖施輸血及葡萄糖與各種維生素靜脈注射，仍是不救。

手術後組織內埋入 Sulfanilamide 以預防傳染 Casterg (1940) J. Missouri M.A. 37: 478. 作者於 18 例之腹股溝赫尼亞縫合術 (Herniorrhaphy) 局部埋入 Sulfanilamide。其法於縫合深肌膜層後，將此藥結晶 6—8 gm. 推布腹外斜肌膜與皮膚間之皮下組織層內，而後縫合之。用此劑量，並無毒性現象，但偶於手術後五日至七日，皮下滯留暗紅色無菌之血水，放任之能自吸收，或用針抽出之。使用此法之 18 例中，無一例發生傳染；同樣手術而不用 Sulfanilamide 之對照例中，則發生傳染者佔 10.5—12%，其結果列表如下。

組 別	手術例數	傳染例數	傳染之百分率	傳染之病原菌
Sulfanilamide 組	18	0	0	
甲種對照組	19	2	10.5	溶血鏈球菌一例 金黃葡萄狀球菌一例
乙種對照組	25	3	12	溶血鏈球菌一例 金黃葡萄狀球菌二例

Sulfapyridine 之藥形：排泄 Fineman, Moore 與 Fairison (1940) J. Lab. & Clin. Med. 25: 312-35 作者等方肺炎 28 例，其他 8 例，共計 46 例中研究此藥之吸收與排泄。用三種口服法：第一劑 2gm. 以後每四小時 1gm. 第二劑 4gm. 以後每四小時 1gm. 第三劑 4gm. 八小時後每四小時 1gm. 此藥之吸收，極不規則，各病人間之差別極大，而血中藥濃度之水準與藥量之大小不成比例。一般言之，2gm. 所致之水準反較 4gm. 所致者為高。發生嘔吐者約佔 60%，第一劑用 4gm. 者較用 2gm. 者更易發生嘔吐，前者佔 67%，後者 45%。故一般應用，第一劑應用 2gm. 此藥在體內迅速與醣醯基結合，一小時內約 25% 之藥變醣醯基化合物。全藥服藥期間，與醣醯基化合物者平均約 82% (0-100%)。排泄期間，醣醯基化合物作用最為活躍。醣醯基化合物之多少，與血中藥濃度並無顯著之關係。停止服藥後，藥之排泄則甚速，繼則徐緩，五日後血及尿中仍能發現之。游離之 Sulfapyridine 較醣醯基化合物更易排泄。血與尿約在同時呈陰性反應。口服藥量之 21-56% 出現于尿中，平均為 30%。

注射用之 Sulfapyridine Finland, Lowell, Spring 與 Taylor (1940) Ann. Int. Med. 13: 1105. 作者等比較 Sulfapyridine 之鈉鹽溶液與 Sulfapyridine 之葡萄糖溶液二者作注射用之優劣。磺基嘧啶鈉之靜脈注射在治療上有相當價值，於重症病例恆有急救之效，但易於發生毒副作用，有時頗為嚴重。于 21 例病人，在口服磺基嘧啶前，用其鈉鹽作靜脈注射，用 2.5-5gm. 溶於 80-2,000cc 之食鹽水中，製成 0.2-5% 之溶液。一病人注射七次，注射二次者三人，其他僅注射一次。注射後血中藥濃度即達高水準，在 10mg.% 左右，其降低甚緩，故注射一次恆能維持有效水準至 6-12 小時之久。注射後不久即起加醣醯基作用，繼續增加。迅速出現於小便及胃內容物中。副作用甚輕。但有一病例，於注射中發生抽搐，迅即虛脫而死。一病人有沉重之黃色葡萄球菌敗血病，經多次注射，因而得救。

另經病例 7 人，則用磺基嘧啶之葡萄糖溶液作靜脈及皮下注射。用此藥溶於 5% 葡萄糖溶液中，製成 1% 溶液，每次注射之溶液含藥約 5gm 其副作用較其鈉鹽溶液遙輕用以口服，其吸收較磺基嘧啶為慢。一次靜脈注射後，血中藥濃度，較注射同量之鈉鹽者遙高，其降低亦較速。葡萄糖磺基嘧啶自轉排泄之速度，較 sulfapyridine

Sulfamilamide 量比數倍之多，此藥在細尿管內，恐不易被吸收。皮下注射後，此藥之血中濃度逐漸增高，較為穩定，但其排泄亦較其他二藥為速。在試管內，此藥即在高濃度，亦無抑制細菌繁殖之作用，但口服後即在血中分解而成游離 Sulfapyridine 而奏殺菌之效。

Sulfapyridine 所致之完全尿閉 Carroll Shea 與 Pike (1940) J. A.M.A. 114 : 411. 一24歲男子，左肺底肺炎，入院後每小時給 Sulfapyridine 1gm. 四劑後，改為每四小時一次。服藥四日後，患者發生血尿症，並訴肘絞痛及腰背雙側疼痛。當即停藥。其後24小時內，尿量僅100cc. 作鮮紅之血色。次日排尿管完全停止，血中非蛋白氮 (NPN) 為53。膀胱鏡檢查時，發現黏膜充血，膀胱底部有鬆動之結石，在溫水中易於溶解。左側輸尿管口有同樣結石突出，兩口黏膜均呈破裂。將導尿管插入輸尿管時，有沙石磨擦之感覺。腎盂攝影圖所示，右腎盂全部不顯，僅上方之 Calix 略現少量之染料，而大部染料則現于導尿管周圍。左側腎盂及 Calix 全部不顯，僅導尿管周圍略有染料。乃用溫水灌洗兩個腎盂，洗後即有澄清之液自兩側滴出。治療後病情立即改善，腎盂攝影圖亦變正常。

Sulfapyridine 所致之粒性白血球缺乏症 Dockery (1940) Brit.M.J. 1 : 212 作者報告一例，並檢閱文獻中之9例。關於全音劑量，Tranck 之病例為5日中用藥，18gm. 為全音病例之最底者，最高者乃 Parrett 所報告，17日中用藥 80.9gm 平均劑量為53gm 平均治療期為14日。此皆遠與 Sutherland 之意見相符，氏謂超過 50gm 之劑量，實甚危險，於血球破壞性疾病之例尤然。白血球數開始減少之確實時間，各例頗有不同。於數例，白血球數之降落，係在停藥數日之後，故自當作白血球計數，亦難及時預防其發生，對於劑量之嚴格限制，及充分認識用藥期內體溫第二次上昇之意義，實為預防之要訣，然此仍不能預測及防止特異反應性之病例。除一例外，報告各例之粒性白血球缺乏均達極度，粒性白血球全缺者見於大多數病例。大多數病例之白血球數為2,000左右，最低者為75/Cmm. 咽喉之高度潰爛，僅見於3例。治療為輸血與 Pentnucleotide 之注射。恢復例中，數例由於治療，數例實係自然治愈。全部報告例中，死亡者共四例；其中一例，血液培養多次，均有草綠色鏈球菌，心內瓣膜上有新成之增殖物。

；他例之直接死因爲手術創及咽喉之流血。除去此二例後，則全部十例中僅二例死于粒性白血球缺乏症，因此症之預後實不如一般設想之惡劣。

Sulfathiazole 之臨床價值 Spink 與 Hansen (1940) J.A.M.A. 115:840 作者等試用本藥於各種傳染 128 例，與 Sulfanilamide 及 Sulfapyridine 作藥理毒理及療效上之比較。Sulfathiazole 之吸收較 Sulfanilamide 爲難，但較 Sulfapyridine 爲易。其毒性似與二藥不相上下。惡心嘔吐較少，但皮炎則較多。對於 33 例肺炎雙球菌性肺炎，其療效並不亞於 Sulfapyridine。其退熱作用不如 Sulfapyridine 之迅速，但據一般意見，後者實兼具引中效性解熱作用。對於非傳染性之霍亂病人，Sulfapyridine 亦有退熱作用，停藥則熱復上升。對於淋巴性白血病，此藥亦能退熱，而該病固非傳染病也。對於 15 例之葡萄狀球菌敗血病，用 Sulfathiazole 後均得恢復，其療效顯較 Sulfapyridine 爲優，實爲此種傳染之最佳療劑。對於各種細菌所致之泌尿系傳染，Sulfanilamide 所不能奏效者，此藥恆有卓效。

大葉性肺炎病例之 Sulfathiazole 治療與抗體生成 Kenceland 與 Mulliken (1940) J. Clin Invest 19:735. 用 Sulfapyridine 治療之病例中，血中特殊性抗體之不增加者佔四分之三，但於 Sulfathiazole 之治療例中，抗體不增加者僅佔四分之一。此種抗體，對同型之抗原元，發生沉澱反應。抗體生成之時間，亦不相同：於 Sulfapyridine 例，在退熱一星期後，始能發現；但於 Sulfathiazole 例，則於退熱時前後之短時間內，即見發生。此種不同之現象，是否由於 Sulfapyridine 抑制抗體所致，已於實驗動物上試驗之。用加熱殺死之肺炎球菌與鷄蛋白作抗原元，其結果雖不一致，但大體上二藥均不能抑制抗體之生成。或謂 Sulfapyridine 之抗菌力較爲強大，故抗體難以產生，觀於此藥之退熱較速，或不無理由。

大葉肺炎之化學治療 Cutts, Burgess 與 Chafee, (1940) New England J. Med. 22:762. 作者等報告大葉肺炎 0 例，用 Sulfapyridine 與 Sulfathiazole 二藥輪替治療之。兩組之死亡率均係 10%。退熱作用，前者較後者爲速，但用藥 48 小時後，二組之體溫正常者均約 60%。Sulfapyridine 退熱較速，或因此藥在血中濃度較高所致。游離 Sulfapyridine 最高水準平均爲 6.6m%，最低爲 10.5m%；Sulfathiazole 之

游離者爲 5.2mg%，全部爲 6.8mg%，。足見後者在體內結合之傾向較數少。惡心嘔吐，亦以後組爲少。

併用 Sulfathiazole 與 Sulfapyridine 以治大葉肺炎 Gaisford 與 Whitelaw (1940)；Lancet 2: 451。作者等用 Sulfathiazole 治療大葉肺炎 10 例，並以 Sulfapyridine 治療者九例作爲對照，所得結論與一般意見大致符合。Sulfathiazole 之全劑量，平均爲 14.5gm 作者等爲兼收二藥之優點起見，建議最初三劑，用 Sulfapyridine 7gm. 每四小時一劑，以後改用 Sulfathiazole 1gm. 每四小時一次。如此則退熱速而副作用少，試用已得良好結果。或於開始時兩藥合用，自最初三劑，Sulfapyridine 與 Sulfathiazole 各 1gm. 以後各 0.5gm.

泌尿科手術前後用 Sulfathiazole 以預防或治療傳染 Young Hill 與 Serans (1940) J. Urol. 44: 714 生殖器及其附近之手術，因消毒之困難，縫合後常難獲第一期愈合，此於陰莖之成形手術病例尤然。小點之化膿病灶，極易發生，於尿道下裂第二期手術後亦然。經實驗之成形手術後，由皮膚內翻而縫成之新尿道，常因化膿而裂開，殊足令人喪氣。自改用細銀線後，因其無束載而具消毒效能，結果較佳，但仍難免發生一二破裂小點，而成瘻孔。作者等乃改用 Sulfathiazole 於此種手術前後，結果甚佳。大多數之病例，均得完滿之愈合，即偶有微小之破裂，亦常用銀夾合併其破口而再行缝合。

葡萄狀球菌傳染之 Sulfathiazole 局部療法 Spink 與 Paire (1940) Minnesota Med 23: 615 用下法治療 16 例：(1) 對其適當部位之傳染，採片固定及高壓以減疼痛而利循環。(2) 適當之排液，及充分除去已失生活力之組織。(3) 局部使用 Sulfathiazole，使創內產生高濃度。發生急性全身症狀者，則兼用其藥內服，以阻遏可能之菌血症，並防止傳染之擴大。局部用法有數種。或將結晶末填創口內，或用水溶液灌洗或作濕敷料，或製成 1% 之魚肝油懸垂液，或與魚肝油及凡士林合製成軟膏。(4) 常用溫鹽水灌洗創口，以除去滲液及壞死組織，蓋此等物質有抑阻 Sulfathiazole 作用之能力。灌洗後，再用 Sulfathiazole。對於瘻，用 Dakin 氏溶液足以除去膿栓及壞死組織。

結果列表如下：

病之種類	病例數	結 果
癰	4	3例未施植皮而愈；1例結果難定。
手術創傳染	6	均變無菌而愈。
褥創	1	用藥前植皮二次未成，用藥後植皮一次即成。
角膜潰瘍	1	變成無菌而愈。
慢性骨髓炎	2	1例三月後痊愈，1例結果未定。
膿氣胸	1	菌數減少，但未能完全無菌。
皮下膿腫	1	有進步，但死於白血病。

淋病之 Sulfathiazole 頓服法 Miescher (1940) Schweiz. med. Wchnschr. 70: 891 作者於前報告曾云用此藥連服六天，足以治愈任何淋病病人。同時亦採用局部療劑及菌苗注射，但其後發現此種輔助療法，全無必要，儘可省免。作者更進而改良其服法，於短時間內服用較大之劑量。此種發展，根據下列兩種事實：(1)治療見效之病症，恆於最初12—24小時內即呈排膿銳減及淋菌消失。(2)此藥毒性較低而副作用較少，故能增高其劑量。初將治療期縮短為二天，次再縮短為一天，再縮為數小時，最後直改為一劑頓服。一次頓服大量，並無任何不快之副作用。所用之藥片磨成粉劑，和以白糖，置舌上用水送下，或和於水中服之。治療後三四日內，用連續三次挑撥試法以證明其有否治愈。挑撥試法為：硝酸鈉滴入，熱水探子及人工發熱。

15例於一至三小時內服6—8片(0.5g片)；均獲全治。14例一次頓服10片，6片或4片，僅於服4片之病例中有一例復發，1次服藥後，24小時內幾全部排泄，排泄之總量佔內服量之90%以上。(原作者比較一次服法與多次服法之療效，另有報告，見本刊第一期38頁)

猩紅熱之血清療法與化學療法 Jacobson (1940) South M. J. 33: 774 自1923年後猩紅熱之血清療法有顯著之進步。在此年以前，僅對症療法而已。今則除血清療法而外，亦能採用化學治療法。作者報告102例。均用 Sulfanilamide 治之，僅一例同時亦採用恢復期血清及抗毒素，因其血毒症甚劇，並有敗血症及腎臟炎。病人之年齡自八個月至33歲，無一死亡。所用 Sulfanilamide 之每日劑量為體重每磅服一 Igr.，第一劑用



4小時全劑量之一半。恢復期中，用小劑量繼續服用。全部劑量 50-655g. (3.1-41gm.) 每日作各種血球計數。血中藥濃度每例均經檢定。呈毒性作用者，為數不多。一病人於第十日發生黃疸，停藥後即自愈。發生貧血者有十一人，停藥及輸血後而見減輕。於卡發合併症之病例，平均之發熱期為3.9天。合併症如下：淋巴腺炎八例，中耳炎六例，腎臟炎三例，此外心肌炎，乳突炎，敗血病，黃疸及竇炎各一例。二例為手術後及外傷性猩紅熱，此藥奏效甚速。恢復期血清之使用，頗為安全，對於重症，可行靜脈注射，治療劑量30-100cc. 視體重之大小而定。抗毒素對於血毒症症狀，如劇烈之皮疹，感覺之障礙，速脈及高熱，常有卓效。12-24小時內熱度急降，而一般情況亦迅速改善。作者主張，較重及甚重之猩紅熱病例，均應合用血清與 Sulfanilamide。輕症之病例不施特效治療，亦能完全恢復。病人須隔離，用肥皂與水作消毒劑即足。有合併症者，則須隔離至合併症治癒乃止。

## 徵 聘

廣東揭陽五峰富福音醫院徵聘醫師——

該院現需聘用中國醫師(需為基督徒)一立，助理醫務。但於該院英籍醫師離院時，應能負責主持內外科病床50張。並盼能襄理醫院行政及護士訓練事項。待遇按照資歷經驗而定。應徵者請逕與該院院長Dr. N. D. Fraser,

English Presbyterian Mission Hospital,

Wukingfu, Kityang, Kwangtung. 函洽可也。

## 獎 勵 醫 藥 技 術 條 例

三十年十一月三日公布

第一條 凡中華民國人民研究醫藥合於左列各款之一者除法律別有規定外得依本條例呈請獎勵。

一、關於醫療藥品首先發明者。

二、關於醫藥器材首先發明者。

三、關於本國固有之醫術藥品作科學之研究或整理確具成績者。

四、利用國產原料首先仿製他國已著成效之藥品經證明其效用相同者

五、利用國產原料首先仿製他國出品之醫藥器材經證明其效用相同者

六、關於改進醫藥技術確有特殊價值者

關於本國固有之醫術藥品或秘方願將其秘密公開經化驗試用確係功效特著者應予以獎勵

第二條 有左列情形之一者不予獎勵

一、有同一之發明或仿製核准獎勵在先者

二、妨害善良風俗者

第三條 獎勵分左列三種

一、褒章 褒章應填附執照一併給予

二、獎狀 獎狀內應填明受獎條款

三、獎金 獎金數額得至五萬元並得與褒章或獎狀同時給予但有特殊獎勵之必要者得酌量增加獎金之數額

第四條 合於第一條第一項各款規定之一除依前條獎勵外受獎人如有左列情形之一者

並得依其需要酌給相當補助金

一、經衛生署審查認為成績特殊才堪深造有保送國內外研究機關繼續研究之必要者

二、在繼續從事醫藥研究中因設備或經費不足致有停輟之虞提出研究成績報告書及進行計劃書經衛生署審查認為確有研究之重大價值者

前項補助金之給予應由衛生署專案呈請行政院核准

條五條 呈請獎勵應向衛生署為之經試驗審查後認為應予獎勵者應將受獎事項所具備之條款及獎勵種別登載公報或新聞紙公告之

自公告之日起六個月內利害關係人得向衛生署提起異議公告期滿無人提起異議又無人發揭該呈請人不合第一條或有二條規定之情事始得給予獎勵

第六條 二人以上為同一之發明仿製或研究各別呈請獎勵時應就最先呈請者獎勵之如同時呈請則依呈請者之協議定之協議不諧時均不給予獎勵

第七條 以團體公司名義或二人以上聯名呈請獎勵時應載明發明人仿製人或研究人之姓名並應附證明有呈請權之文件

第八條 發明仿製或研究因由多數人之共同行為而成者其受獎權為該多數人所共有

第九條 因他人之委託或僱用人之費用而發明仿製或研究者其受獎權為雙方所共有如委託人或僱用人為官署時應由雙方協議決定後方呈請獎勵

第十條 呈請人請求獎勵經衛生署核駁者自核駁文件到達之次日起三十日內得聲請再試驗審查再試驗審查之聲請以一次為限對於再審查之決定有不服時得依法提起訴願

第十一條 衛生署應將獎勵事件於每年終了時彙案報請行政院備案

第十二條 第一條所載之藥品器材研究整理之結果及改進醫藥之技術等經核准給獎後得由衛生署呈准行政院轉請國民政府通令盡量採用並得斟酌情形限制或禁止同或類似之藥品器材輸入

第十三條 關於請求獎勵之審查事項由衛生署按其需要分別聘請專家組織審查委員會辦理之

第十四條 已受獎勵如經查明有左列情形之一者應撤銷其獎勵並追繳其褒章獎狀獎金補助金並公告之

一、不合本條例第一條或有第二條規定之情事者

二、以詐偽方法贖請核准獎勵者

第十五條 承辦試驗或審查之人員如有情弊或不實之報告或決定者得分別依法從重處刑或懲戒

第十六條 本條例施行細則由衛生署擬訂呈請行政院核定之

第十七條 本條例自公布日施行

### 本刊廣告價目表

普通地位：	全頁國幣肆百元 半頁國幣貳百元
封面：	前封面內頁陸百元 後封面外頁捌百元 後封面內頁陸百元
封面對頁：	前封面對頁伍百元 後封面對頁伍百元
文字對頁：	目錄對頁六百元正 目錄後對頁六百元正 正本末頁對頁五百元
彩色插頁：	恕不刊登
優待辦法：	登一期者全價 登兩期及三期者九折收費 登四期及五期者八折收費 登六期者七折收費

請用 國產 醫 療 器 械

衛生署衛生用具修造廠出品

外科手術器械、產婦科器械、

耳鼻喉牙科器械、泌尿科器械、

各種衛生用具、凡一百數十種

品質精良、經久耐用、

備有目錄、函索即寄。

廠址：合川縣郵政第四號信箱

發行室：重慶夫子池新運區一〇三號

# 民康實業股份有限公司

成藥康福消腫膏一

原料藥十種

流漫膏五種

糖漿劑五種

散劑九種

酞劑十九種

片劑十一種

出品：注射劑七種

## 化學製藥廠

救急帶

健康牌脫脂紗布

健康牌脫脂藥棉

出品：健康牌脫脂藥棉

## 藥棉紗布廠

## 藥用植物苗圃

出品：洋地黃 除虫菊 小茴香 薄荷  
莖麻子 玄參 石蒜

重慶廠址 南岸彈子石大佛段一一〇號  
電話三一三九轉本公司  
重慶辦事處 民權路新生市場五五號  
及藥房  
寶鷄分廠 益門鎮大平莊