

年

卷

期

1

1-6

第

第

編輯主任

楊士達
錢潮
江秉甫

事務主任
伯勳



THE MEDICAL SCIENCE

第一卷 第一號

R
410.5
794

中華民國二十一年一月一日出版

科學醫報社發行

社址杭州長壽路同春里

本期目錄

發刊辭.....	編者.....	1
石花菜培養基之製法.....	屠寶琦.....	2
腹部子宮全截除術.....	楊士達譯.....	5
浙江省壯年者體格統計第一次報告.....	余德蓀.....	11
試用肺形草之經驗.....	王吉民.....	14
不全的流產.....	徐祖鼎.....	16
乳兒之流行性腦脊髓膜炎.....	錢潮.....	18
論眼壓上昇之虹彩毛樣體炎之處置.....	張聖微譯.....	24
內科疾病治療技術(待續).....	江秉甫.....	30
腦症狀顯著之熱帶瘧數例.....	錢潮.....	34

患結核菌症者

請用

最
有
功
效

之“鈣化療劑”

TRICALCINE

三鈣劑 內服注射

上海廣東路一號
法商百部洋行獨家經理

克利金有安知必靈霹拉密藤
阿斯匹靈之功效而無其副作用
治肺癆潮熱及傷寒溫熱
為有效

詳細說明
函索即奉



退熱 止痛 克利金

CRYOGENINE-LUMIERE



Stannoxyll

BRAND
LABORATOIRES

ROBERT & CARRIERE

士丹洛克西

分藥汁
外用

藥片
內服

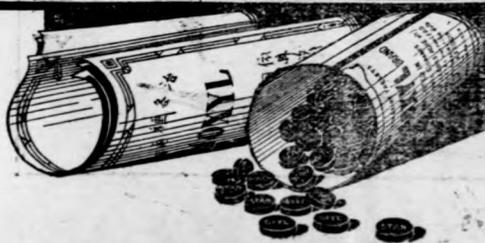
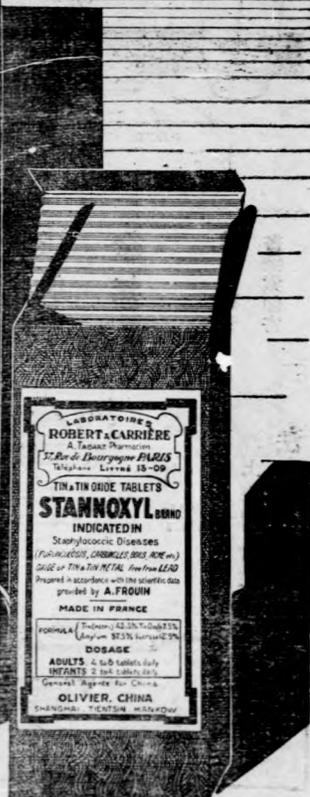
針藥
注射

中國總經理
上海
漢口

法商永興洋行

藥專症各菌球萄葡

寄即索函品樣及書明說細詳



腸菌藥汁



用菌敵敵菌
法以殺滅
腸中害
菌為
各種
腸胃炎症之
對症良藥

乃結核症預
防及治療
唯一
聖藥
皮下
注射
全無

樣品及說明
書函索即寄

反應痛苦



△△比荷哥靈▽▽

上海博物院路十六號
法商永興洋行西藥部

發 刊 辭

科學醫學之輸入我國，已數十年於茲矣。經過此數十年之今日，其爲成績昭然表示於吾人之前者，實渺乎其微。試觀醫事教育機關之稀若晨星，公共衛生事業之渾無設施，均有足令人痛心者。考其原因，蓋政府提倡之不努力，與夫人民守舊觀念之深切，均有以致之。然對於此狀態，身負發揚科學醫學之責任之科學醫者，亦有不得卸其責者。

雖然，近年以還，我科學醫界漸有活躍之象，觀乎年來我醫學團體之奮鬪精神，與夫宣揚科學醫學各種刊物之續有產生，殊有可欣慰者。於此文明過渡時代之我國今日，爲科學醫者，實負有雙重使命，蓋除與世界醫界在科學立場上相周旋而外，更須努力於醫學之革新和建設。同人忝爲斯界一份子，深愧自來無所建樹，茲隨先進諸誌之後，發刊本報，竭我綿力，以從事於宣傳。本報內容以介紹現代世界醫學之業績爲主，其他凡遇個人經驗或實驗，有所心得，隨時附錄，以資諸君子之批評。同人學識淺陋。敬希海內碩彥，時賜教言，以匡不逮，幸甚！

編 者



石花菜(代凝菜)培養基之製法

屠 寶 琦

自東北事起，舉國共憤，對日厲行經濟絕交，日貨已絕跡於市，細菌學上製造培養基所用之凝菜(洋菜)，亦產自日本，故不得不設法替代，二月來與我友洪百容氏，共同研究，終無一完善之物發見，因必須質地透明，培養上細菌生活現象不發生變化者，始堪應用，後於市上，購得國產石花菜(海藻類中能製造凝菜之一種，)經多次試驗，能直接製得培養基，與以凝菜製者，外觀上及細菌培養上之性狀完全相同，惟製法稍繁，在我國凝菜未能製造以前，暫作代用品，茲將製造法，及細菌培養上之性狀，分述如下：

石花菜屬於紅藻類，我國沿海一帶，均產之，生於海中岩石上，高二三寸，色稍紫紅，纖細分枝，狀如珊瑚，採取曬乾後，呈黃白色，我國本草，亦有記載，又名珊瑚枝，可作藥用，日本謂之心太草，又名凝海藻，亦作天草。

凝菜製造之原料，主為寒天藻(亦屬紅藻類)，而石花菜亦可製之，國產石花菜，兩貨舖中均有出售，惟多作藥用，且含雜質及鹽類頗多，必須加相當之處置，始堪作培養基用，即先選理，除去菜上附着之岩石及摻雜之其他藻類，然後浸漬水中，一晝夜間，使附着之鹽類，全部溶化，再以水洗滌至水色清淨為止，取出在日光中曬乾備用。

製 法

1.	{ 肉 水	1000,0
	{ 石花菜	40,0

蒸氣釜中煮沸1,5—2,0小時,用紗布濾過,(濾液比原來之肉水量稍減少,)

2. 濾液(先測量),加1%之百布頓,0,5%之食鹽,在蒸氣釜中暫時煮沸溶解

3. 反應修正,冷卻至50°—60°c,加卵白二個,充分振盪。

4. 蒸氣釜中再煮沸1—1,5小時,使卵白完全凝固。

5. 濾過,反應再檢查,分配,滅菌,

注意 (一)肉水如以 Libig 氏牛肉膏代用時,可將上述製法中之肉水改用蒸餾水(或自來水),在蒸氣釜中煮沸1,5—2,0小時,用紗布濾過,濾液(先測量)加1%之牛肉膏,1%之百布頓,0,1—0,2%,之食鹽(不加亦可),其餘之製法,與上述者相同。

(二)在血液培養基, Drigalski及Couradi 氏培養基等,石花菜之用量,須5%本培養基,細菌發育良好,一切生活現象亦無變化,例如形態運動,瓦斯形成,酸形成,色素形成,酵素形成,凝集素及溶血素形成等是,茲將余所用細菌種類,列表如下:

運 動 性	霍亂菌 傷寒副傷寒 A, B 菌	普通石花菜培養基
瓦斯及酸形成	大腸菌	葡萄糖石花菜培養基 (瓦斯形成) 中性紅石花菜培養基 (瓦斯及酸形成)
色素形成	綠膿菌 橙黃色葡萄狀球菌 白色葡萄狀球菌	普通石花菜培養基

酵素形成	糖化酵素……霍亂菌，大腸菌…… 1% 澱粉石花菜培養基	
	Katalase……傷寒菌……普通石花菜培養基	
凝集素形成	傷寒菌 副傷寒 A, B 菌	普通石花菜培養基
溶血素形成	溶血性連鎖狀球菌	血液石花菜培養基
硫化水素形成	副傷寒 B 菌	0,1% 醋酸鉛石花菜培養基

其他毒素形成，及數種細菌之各種糖類分解作用等，現在試驗中，未及列入，俟後再行報告，但據余觀察，當亦無變化也。

本報啟事

自下期起，將有四種長篇著作繼續在本報上發表，一即江秉甫氏著內科疾病治療技術，一為屠寶琦氏著傳染病之細菌學的診斷法，一為錢潮氏著急性傳染性疾病的療法，一為姚夢濤氏譯耳鼻咽喉之衛生，皆為實地醫家或醫學生臨症參考上有益之作品，特此預告。

腹部子宮全截除術

Hysterectomie abdominale totale

Villandre-Ledoux 著

楊士達 譯

昔日習外科於巴黎，余師費郎德，善割子宮術，觀其成績之統計，子宮全截除之成績實不亞於半截除，其法確有可取之處茲將其發表於「巴黎外科」醫之腹部子宮全截除術一篇介紹於後：

腹部子宮全截除術，統而言之，是比較腹部子宮半截除術更危險。但是在最近一個論文中，我們之一曾發表我們本人的統計，可以顯明的證實全截除術的成功至少是同半截除術的一樣多，及全截除術的適應症是很多的；不過我們的意思並不是要在此寫成適應症的一章，我們祇要發表我們的手術的實施 (Technique)。雖然有幾點是屬於本人的，手術的整個方法是屬於常用此術的先進外科醫師的 Routier, Ricard, Huguier Rigollet-Simonnot。幸得是他們的指示我們能深信在多數的情形中，子宮全截除術是一個容易的手術，不過我們要注意後面的幾個定律：

- 一、須能全見整個小骨盆，利用適當的撥開器展開小骨盆的內臟及推開小腸及大腸於腹腔內；
- 二、須全剝脫膀胱與子宮頸；
- 三、須注意結紮子宮動脈以免傷及輸尿管；
- 四、剪除子宮的體附着處時，須逼近子宮組織；

五

五、臍的切開創口，須嚴密止血；

六、遇有必要時(喇叭管炎：化膿灶，出血灶)須利用臍腔為導管裝置之處；

七、不必猶豫使用 Mikulicz 法的腹部排液術，假使因黏着點的剝落，腹膜受重大的損傷而有滲出或喇叭管炎裂開於小骨盆時。

一、手術前之注意—我們不必詳叙，與一般的手術相同。腹腔的準備須委之於明瞭用指及肥皂機械的洗滌杜克喇司凹陷的人員。

二、麻醉—外科醫師當使用最少毒質的麻醉物，不但為免除一切的意外，同時須得到腹部完全的鎮靜於行手術時間。關於此點，脊髓麻醉最適宜。不過在胆小的病人身上，這個麻醉法是不容易行使的，所以我們可以用一種合併法，用脊髓麻醉同時輕度的全身麻醉法。

三、器械—各種器械分為三類，依照手術不同之三時間分配。外科醫師及其助手不應該混和各時間不同的器械。在可能範圍之內，行手術者在染膿時間後，更換手術手套。

手術的實施

病人臥於 Trendelenbourg 位置，外科醫師居於病人左側，助手居於右。

一、腹部時間—這個時間始於腹壁的切開，止於臍道前凹陷的切開：

(甲)表皮的切開由恥骨部始至臍孔止，正中或稍偏左，切開左腹直肌的肌鞘，不經過中央的白線。切開的創緣即刻用大塊的紗布保護，用小鉗子固定，腹直肌鞘的前葉，離中央線一握切開，肌體再用剪子解開直到恥骨。腹膜切開後裝置 Doyen 氏大瓣。

(乙)大腹腔的保護用三塊手術布：一塊置於中向膈壓退網膜，橫結腸及小腸，一塊置於右側保護盲腸及上結腸，一塊置於左側推開乙狀結腸。裝置

Delageniere 腹腔張開器後可置一塊手術布於杜克喇司凹陷底。此張開器能使手術場更顯明，使腹壁創口的保護手術布更固定同時亦能保護創口於各時間的傳染。

(丙)子宮的截除—當開始於腹部完全鎮靜之時，檢查損害部分：為記載上明瞭起見，我們假定一種較簡單的病症如子宮炎併發喇叭管炎呈輕度黏着。

用左拇指及示指攫取右側喇叭管，使子宮卵巢韌帶緊張。繫結後切斷於結與鉗之間。鉗側再結繫後即可放棄。結紮圓韌帶；結線之兩端可加鉗子為標記。此時濁韌帶起始分開為兩張，可用直剪完畢分開之工作。前後兩張既分明之後，僅前葉向子宮峽切開，在子宮的前面，切開線終止於膀胱子宮凹陷之上。左側亦依照同樣的步驟行之。

於是膀胱可用剪尖或紗布塊小心的剝脫，剝脫的程度應當達到隔前凹陷手指覺得着子宮頸，將子宮血管顯明的展開在子宮頸的兩邊後，就可以開始繫結。繫結的方法有兩種：

(一)先用 J.L.Faure 鉗鉗住待後再繫結；

(二)或者如同其他的血管用鈍端的針穿線繫結之。即如 Chifoliau 最近引人注意的「繫結血管的工作，最好就地一次完之，不必再加鉗子及加以壓迫。」引線針當逼近子宮頸部而過，其方向當使針端在臍道側凹陷之上突出，繫結被繫後，用鉗子標記之。

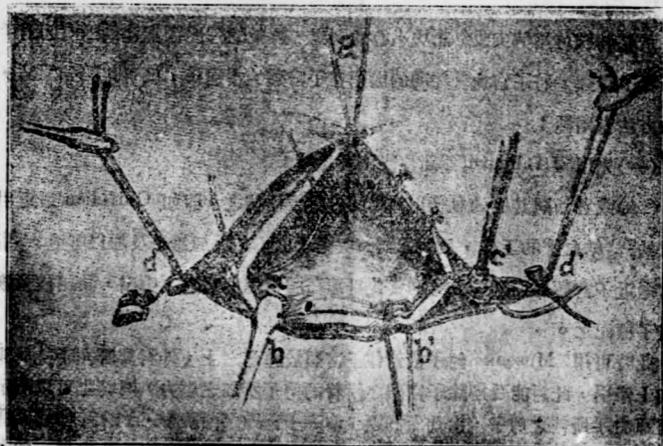
此時可用 Museux 鉗子橫鉗住子宮頸於臍道之上，外科醫師左手持此鉗，稍向上牽引，此鉗能受解除子宮頸之附着的剪子所加之壓力，同時也可以明示外科醫師右手所持之剪子，由前而側逐步解除子宮頸之附着點，到末後即切開臍道前凹陷。在此解除附着點之工作中，當用幾付止血鉗隨手止血，止血畢，即塞一塊

紗布於臍道創口內，以免內容之液體侵入腹腔。從此時起，即當用臍道時間的器械。

二、臍道時間——一根腸線，其一端穿過臍道創口的中央其他一端穿過膀胱子宮凹陷。此線之兩端，用鉗子固定於大瓣柄，使臍道的創口，充分張開。用彎剪依照子宮頸之附着點由側而後繼續解除擴大臍道創口。到後面同時可剪斷子宮薦骨韌帶。在此經過中，剪子當時刻逼近子宮頸以免損害其他器管。大概臍前凹陷切開後，以後的動作比較容易，因為各部分皆能明見了。不過在後面，杜克喇司凹陷，時常發見黏着，所以在解除子宮頸之後附着點之先，須明瞭此凹陷是否游離的；不然有切開直腸的危險。

臍道的後創口普通出血比較前面的多，尤其是如果我們要在臍道的後壁加造成一條直線的切開為得到一個完全的排液法。臍道的前後創口，有止血鉗安置處即行紮結妥善，將鉗子取下。鉗住子宮薦骨韌帶的鉗，即以兩個U字的紮結代之，如果再不足夠腸線可繼之縫合幾針，即可了事。

此時的手術區域呈後面的現狀(見一圖)



圖一：臍道與腹膜的縫合及結紮。

(一)臍前結(a)其兩端固定於大瓣柄者；(二)兩個相對結(b與b')固定臍道後創口；(三)子宮血管的繫結線(c與c')；(四)圓韌帶的繫結(d與d')其兩端尚保存，加鉗子標記的。

臍道前後創口之縫合處每側加一結紮(x與x')外科醫師稍緊張子宮血管結紮，助手用X腸線的兩端在子宮血管的結紮上再成一結，此腸線的兩端仍舊保存，以備在圓韌帶之結紮上再加一結(見圖一)於是此腸線曾受結紮三次；先在X，後在c，末在d。此法倡自Routier氏，有三大利益：

一止血，因其反復結紮重要的血管頭。二縫復腹膜，因其使腹膜與血管同時接近。第三種是屬於靜力方面，因其懸掛臍道創口的縫合於圓韌帶。在這種情形之下，是難能再批評腹部子宮全截除術能造成骨盆失陷的手術。

導管及紗布片條的裝置——粗大的導管(48)長約十二釐兩側附以二五釐長的紗布片條，用一長彎鉗子送入於臍道內，鉗之彎側向恥骨。助手則稍牽引b與b'線，使臍道臍道創口張開，便於塞入。導管的腹部孔稍超出臍道創口孔，兩側用紗布片條充塞。

圓韌帶根的止血要再三檢視，如無其他出血部，即可用栓塞紗布(Tampon)浸漬以打(Ether)清潔各部。行手術者的手須重行洗滌或更換手套。

欲與腹腔隔離手術區域，只要將乙狀結腸放下，其上面蓋覆一塊手術布，於是導管與紗布片條全被結腸及結腸膜遮蔽，與腹腔完全隔絕。利用此機會將闌尾截除。各方面的手術布及張開器可以依次除卸，病人再置於水平的仰臥位。

三、腹壁縫合時間—腹膜用腸線縫復。腹直肌鞘是依照中側線切開的。這個方法我們以為似比較依照正中的白線切開為上，因為經過腹直肌鞘，兩層腹膜之間，隔有一層肌體，如此似可免腹壁裂開之虞。為鎖閉肌鞘的開口可用腸線

兩端交叉成X式的結紮，但是我們喜用蘇線或粗絲線紮成一U字式的結，其兩端復穿出表皮，再接紮於 Tampon 之上。這個方法可以免去腸線消散時的危險，及血腫的構成，因有 Tampon 加壓的緣故。表皮的縫合祇要用幾根馬尼線，其間再加裝置米顯氏駒釘(Agrafes de Michel)就可告終了。

手術之處置一導管與紗布片條安置四，五，六日。手術後，輕度的體溫上升，可不必顧慮。假使闊尾(虫樣突起)同時被截除者，三，四日後當投下劑。導管除卸後的次日，就可行體道洗滌。病人在十四至十五日後就可以起床，二十日左右就可以出院。

病人受此手術後是根本治愈。『她們再不致有如 Hartmann 氏說的，白帶及疼痛，即在疲乏之後。內診可以發見一個柔軟的癍痕，一點不硬化或厚化。』子宮鏡的檢查有時能發見肉芽於癍痕上，一舉刮匙之力，就可以消除，假使不消除請酸銀的塗布或用電灼，必定可以達到目的。

浙江省壯年者體格統計第一次報告

余 德 蕪

統計體格的目的，是在測定民衆健康的程度，作國民保健的準則。所以各國政府，對於體格的統計，都非常注意。但是我國對於這種事業，還沒有十分注意到。即有軍隊學校等，施行體格檢查，亦絕少有統計的報告。所以我們中國人，究竟有若干重；多少長；以及患某種疾病者爲最多，誰亦不知道。既不明白民衆的體格和疾病的狀況，那末國民保健問題，就無從說起了。不過欲求完全整個的統計，被檢查人既要多數；檢查的方法又要正確，才可以統計的材料。這種材料，在目前的社會狀況，實在不容易得到。鄙人在杭，也只能就杭州市內所得的材料，作一個小小的統計，報告報告，並且希望各地的同志，就當地的材料，把它統計起來，那末積少成多，不數年也可得到全國整個的體格統計。杭州市各校之中對於投考生的體格檢查，以省立中學和地方自治專修學校爲最嚴格，每次招生的時候，都組織體格檢查委員會，請市內各專科醫師，分科檢查，所以所得的成績，比較的確實。不過中學的投考生，年齡都在二十歲以下，人數也大多，再依年齡分別作統計，實在數目太少；且待下年度檢查之後，合計起來，再作報告。現在所報告的統計，是在地方自治專修學校所得的檢查成績。這校的投考生，年齡多在二十歲以上，（其中有少數不滿二十歲的，已經開除）可以作成人體格統計的材料；投考生多是由浙江省各市縣保送的，在浙江省一市七十五縣之中，除雲和一縣外，均有相當的人數，也可以說是浙江省普遍的；投考生之中，大多數是中學畢業，充任小學校長或教員數年的，所以又可以說是浙江省小學教職一部分的

格。現在把統計所的數字，報告如下

人 數	2357人	
性 別	男 性	(有少數女性投考生已經開除)
年 齡	平均 27.5歲	(最小20歲，最大49歲其中以24；25；26歲，占大多數)
體 重	平均 54.16公斤	(最小 42.5；最大 79.3公斤)
身 長	平均163.9 公分	(最小142 ；最大182 公分)
胸 圍	平均 79.8 公分	(最小 63 ；最大 89 公分)
盈虛之差	平均 5.8 公分	(最小 2.5；最大 12.5公分)
高度近視	79人	3.4%
紅綠色盲	(1178人中)43人	3.6%
砂 眼	746人	31.6%
內分輕度砂眼	403人	} 23.3%
中等砂眼	132人	
重症砂眼	15人	
疑似砂眼	196人	8.3%
其他眼疾	27人	
中 耳 炎	(1178人中)32人	2.7%
聾 聾 栓 塞	(1178人中)25人	2.1%
營養不良	112人	4.7%
肺炎炎及結核	198人	8.4%
肺炎萎縮(曾患結核?)	214人	9.1%
心臟疾病	33人	1.4%

淋病	183人	7.8%	} 10.5%
疑似淋病	(158人)	2.7%	

(經顯微鏡檢查其56%有淋菌，故占總人數之2.7%)

梅毒(顯症)	16人	0.7%	} 3.3%
膿腫	(136人)	2.6%	

(其中呈華氏反應陽性者有47%故占總人數之2.6%)

疥瘡	93人	3.7%
痔瘻	11人	0.4%
疝氣(黑尼亞)	16人	0.7%
完全包莖	23人	1.0%

此外尚有肥胖症四人；斜頸一人；強度雞胸一人；鎖骨癆一人；缺一條肋骨者一人；麻瘋一人；肋膜炎二人；慢性氣管枝炎二人；陰囊水腫一人；橫痃癩痕二人；軟性下疳一人；副睪丸炎五人；單睪一人；副尿道一人；陰虱一人。

附記：以上的統計，是以第二第三和第四期招生時所得的成績，第二期招生時，對於色盲及耳未曾檢查，所以對於色盲中耳炎和耳聾檢査，只就第三和第四期的1178人作統計，

試用肺形草之經驗

王 吉 民

肺形草之名，余聞之已久，但皆係耳食，從無實地試驗之報告，僅俞鳳賓博士，在中西醫學報，發表『肺形草之採訪與識別』一文，頗有價值，此外均未見有關於此草之文獻，著者對此小有經驗特錄之如左。

- 一、 蕭姓，男，二十七歲，化學師也，三年前得肺癆，咳嗽，痰中夾有血絲，時發時愈，經中西醫治，均無大效，去年五月，試服肺形草二打，全無效驗，延至八月而亡，
- 二、 李姓，男，三十二歲，經商於香港，四年前得肺病，初無特徵，僅吐血數口，經醫生勸其調養，六月即愈，翌年因營業失敗，忽吐狂血，針藥並進，無法制止，至六禮拜方停，靜臥數月，乃來西湖養病，日見起色，會江浙戰事起，改赴青島，居一年，病大愈，遂返港仍理舊業，未免操勞，數月後，漸覺消瘦，客夏，再往莫干山避暑，頗見進步，體重增加，精神煥發，飲食起居，一如常人，惟早起素有之黃痰，未能根治，七月間，服肺形草三劑，即見痰鬆而白，日見減少，似有轉機，乃連服一打，但停止後，痰又如前，再服一打，亦復如是，且覺脇間微痛，乃專函該發行所，詢問可否繼續服第三打，據覆不必，至今病症尚未全愈也。
- 三、 姚氏，浙籍，年四十餘，三年前在杭青年會衛生運動大會，檢驗體格，據醫士言，有初期肺病，力勸靜養，卒因家務羈身，不能照行，祇間服藥而已，亦不見增劇，去春常覺疲倦，週身骨痛，因聞友人言係服肺形草而愈

，乃購半打，如法服之，果覺骨痛全去，精神如常，惟以後如何，則不知耳。

- 四、潘某，湖州人，向充新聞記者，兼業中醫，操勞太過，致患早期肺病，前曾咯血一次，旋即治愈，去夏：復有微嗽，見肺形草廣告心爲之動，遂購半打試之，服之第五劑，即覺胸痛，繼以狂血，當即停服，不敢再試，然嗣後摒除一切藥品，而咳嗽，漸輕，身體亦漸強，目下雖不能言全愈，但日見進步，則可斷言，
- 五、王姓女，五歲，患哮喘病頗劇，每月發二三次，除咳嗽氣急外，尚有潮熱，兩載於茲，用愛克司光診斷，發現肺淋巴腺結核，因中西醫藥均無大效，乃試服肺形草，每次半劑，至第三日，熱度增高，口見有升無退，至第八日停服，熱度隨減，該孩後用麻黃精，頗見進步，今已半年不發矣，
- 六、王姓，男，身瘦如柴，胃口不佳，每日潮熱，惟素無咳嗽，中醫謂係虛症，用愛克司光查得肺淋巴腺稍腫，曾服各種補劑，並注射藥劑，皆不著效，遂試服肺形草，至三四劑，不特毫無效果，潮熱反而加重，至第七服更甚，不敢繼續，後用紫外光照胸，頗見效驗，現尙在治療中。
- 七、張君，前曾患狂血，勢頗劇烈，因調養得宜自漸痊可，精神胃口，勝於常人，祇痰未盡去，乃購肺形草，服食至第五日，覺體溫略增，爲半年來所未有，連試四五日，皆如是，此外並無別項症狀，停服數日，即復原，
- 以上區區七例，爲數太少，無估定該藥優劣之可能，但仿單所述，爲肺病聖藥，百發百中，則未免過甚其詞，若將上述之經驗，詳加分析，適得其反，除姚姓一案，略見功效外。其餘均無顯著之成績，甚且有三人熱度增劇，可見該藥實不可妄試也。
- 此係二年前舊稿，因欲得長時間之試驗，故留未發表，但迄無機研究。適值編輯先生索稿甚急，愧無以應，以此塞責，聊充篇幅而已，尙望同道有以補之。

不全的流產 Abortus incomplect

徐 祖 鼎

小產可因全身疾病或局部疾病或因外力作用或因過勞或因投藥或用手術等而發生之。但無論因任何原因或方法能使其小產者皆可以發生致死之危險。其致死之原因，不外乎失血與傳染也。如小產既經發生能於相當時期行適當之治療，亦可轉危為安，茲將上月份的診治兩例經過情形略述於次。

一、殘留於子宮內三個月之胎胞 (本年九月二日在產婦科醫院手術)

某女士年二十九歲，蕭山人，住本市下城。以前生產七次，最小的小孩僅十四個月，非自己哺乳。至本年廢歷二月初月經忽然停止(以前月經皆規則)該婦自己即覺有孕，至三月初遂發生所謂妊娠之自覺症狀如惡心，嘔吐，嗜好異常，食慾減退，唾液分泌增加，乳腺稍脹等症候，均甚著明。該婦人因厭生產之苦(結婚後約每未及兩年即生產一次連年如此)遂懷妊娠中斷之念，至三月下旬連服中藥數次即發生小產，初則甚喜以為已達所願。繼則發生血崩多次，延醫診治後，出血一時較少，但每三五天必發血崩一次，其量或多或少，如是者兩閱月，病症仍未減輕。再進某醫院診治約一個月左右，亦無起色。至上月初入產婦科醫院診治。視診上全身貧血異常，羸瘦亦達極點，食慾全無，倦意，失眠，不能起床，體溫平常，脈搏細弱等症。內檢所見子宮頸口尚開大，可輸入一手指，子宮體稍膨大無壓痛，稍稍右傾，子宮全長增加。約計十個鵝。子宮附屬器均平常，無腫脹及疼痛。其排出血液無惡臭，色尚正常。於翌晨行手指剝離術。術後第五天分泌物已漸呈黃白色，至第九日已完全為白帶，對於全身行一般療法，如補血，強壯

，健胃等劑，使其體力恢復而已。至術後第十五天，痊愈出院。

二、殘留於子宮內五日之妊娠五個月的胎盤

(本年九月八日在醫學專門學校診察所手術)

某女士三十九歲，職業女工。已婚，生產五次，均平產。此次至月初月經後未潮，迄今已受孕五個月，因工作時不慎，以致發生腹痛，陣痛漸緊，未歷數小時，胎兒即產出。出血不多，腹痛遂止。然胞衣始終未下，至第五日進醫專診所。是日該婦全身症狀尚佳，體溫三十八度二，脈搏一百十至左右。陰戶部排出腐敗性惡臭的惡露，污穢淡紅黃色。全身倦意，食慾全無，外無其他症狀。(下腹部亦無疼痛)內檢子宮口尚開張，約可輸入一指半，子宮體硬而膨大，如三個月妊娠的子宮，抵壓之無疼痛，能移動，偏向右側。以子宮探子測子宮腔之全長，計有十五釐以上。據其病歷及檢查所得，決定其為不完全的流產無疑。翌日其體溫三十八度，脈搏一百二十至，遂決定手術。手術方法與上述者同。惟此手術較為困難，蓋子宮腔較高深，手指達子宮底自然不易。

術後經過佳良，不數日即痊愈出院。

上舉兩例均為危險之症候，幸無強烈之細菌侵襲，否則即可因而病勢加劇，危及生命矣。

乳兒之流行性腦脊髓膜炎

錢 潮

流行性腦脊髓膜炎爲法定傳染病之一，惟以其病原細菌在人體外之抵抗力薄弱，故傳染能力較微，頗有類似地方病之性質。職是之故，自本病原發見以後，世界未聞有大流行之記載，不過隨處有散在性之小發現而已。本病在文明都市中既若是之鮮見，吾人於國外習醫時代，除於臨床講義中得視少數典型的症例外，未得有充分之經驗。民國十八年春，本病曾一度流行於杭州市內，是年冬，江浙兩省有空前之大流行，至十九年夏初，始告終結，當時死亡相繼，誠爲未曾有之巨疫。此蓋國家之無防疫設施，社會之對於科學醫無了解，實有以致之。吾人於兩度流行中，曾遭遇無數症例。其中如尋常成書所載之典型者，祇占一部分，其餘或祇有一二症狀較爲顯著，或全無典型的症狀，經細菌學的檢查，或病理解剖，始行發覺者，實占一大部分。尤其是哺乳兒之本病者，其所呈症狀更與成人或年長兒者甚有差異。考之文獻，本症本有數型，今就哺乳兒之本病，就文獻之所記載，參以此次經驗，抄錄如下，以供臨床家之參攷。

一八
本病之常型者，其症狀爲突然高熱，頭痛，嘔吐，項強直，脊柱之強固，Kernig氏症候，以及皮膚之血管神經性障礙Vasomotorische Störung等爲主要之症候爲人盡所知，而爲臨床上診斷之目標者。但在乳兒，則特殊之腦膜炎狀頗不明顯，甚至有完全缺如者。大多爲呈腦膜炎菌敗血症Menigo sepsis之症狀者。查腦膜炎之致病，曩昔以爲病原菌由鼻咽喉達篩板，而入腦膜者。惟據最近北美流行之觀察(Schlesin)，謂病原菌先入血流，由血流轉達腦膜者。所謂腦膜炎者，不過爲腦膜炎菌敗血症之一種最多見，最早期表現之移轉症Metastase而已。觀

乎此，足以說明乳兒所呈病狀有異之點，蓋其抵抗薄弱，不待腦脊髓膜病狀明顯發現，而人已不及救，若其病之能久持，或許能見腦脊髓膜症狀之表現也。

據文獻所載，乳兒之本病，有二型。其一型，則腦膜症狀較為顯著者，以嘔吐，痙攣而發病，項強直猶可以認知。其二型，則完全缺乏特殊之腦膜症狀，病者既不嘔吐，亦無痙攣，惟自始即安睡，並呈輕後之昏憒而已。此時凡項強直，Kernig氏症候，脊柱強固等症候均為陰性，至少於病始數日，絕不出現。此外亦有發病極為徐緩，作胃腸症樣者。總之，乳兒本症所呈症狀極不一致，如以診斷成人或年長兒之目光觀察時，每易招致錯誤。茲將各症狀一一加以說明，並將與常型差異各點及可作診斷之目標者，分述如下。

1. 項強直 Naeken stane 為頸神經根部刺戟症狀之表示，本症既一名 Genick stane，顧名思義，本症狀似為必須備者。但在乳兒，則此症狀出現率甚稀，尤其在急性型，每不見此症候。據 Goeppert 氏之經驗，於之歲以下者，在病之第一週，只有三分之一症例可以證明。Progulski 氏則曾經驗於過第十四日始發見本症狀云。可知本症狀非為必要之症狀，於診斷上，尤其於早期診斷上，不能作為目標者。

2. Kernig 氏症候 Kernigsche Symptome 為大腿肌攣縮之表示，此症候在常型有力之證據，其出現率且較項強直為頻，且為早期。但在乳兒，則以不見為原則，(Goeppert, Progulski, Netter)是可注意者。

3. 皮膚變化 顏面匍形疹在成人之病者之三分之二症例，可以證明，但在乳兒則甚為罕見。發疹 Exanthem 則時見，或作薔薇疹樣，或作麻疹或猩紅熱疹樣。有時可證明出血性斑，此則多見於重症病者，為敗血症之徵，更有於皮膚出血之外，呈其他器官之出血者。

4. 熱型 在成人或年長兒，雖其熱型不一致，但多為 39° — 40° C之高熱。在乳兒，則多為微熱(稍稍超過 37° C)，或竟有呈常溫，或低溫者。
5. 胃腸症狀 消化障礙之出現在乳兒病者為顯著之事實。症兒大抵發生下痢，甚有祇現此一病狀，其他症狀為不明者。(Debre) 惟此時病兒之攝食並不發生障礙，能照常吸乳，為可異者。
6. 顳門之狀況 顳門之狀況，在乳兒病者，尤其於月齡幼若之乳兒，為特殊者。此時顳門多呈隆起之象，以手按之，可感覺緊張之冗進。即在極輕微之炎症，其他症狀未顯著發現時，此現象已可證明，可為診斷之一助。如炎症進行，頭蓋內容增加時，則可見縫合之分離。但病勢經過若干時，則可見隆起之平復，緊張之減低，回復平時狀態，甚至有反形陷沒者。
7. 眼症狀 凡瞳孔大小之不同，尤其是縮小，對光反應之減弱或消失，其他眼肌麻痺所起之各種症狀，如斜視，對視Strabismus等，均為診斷上所視為重要者。余曾診察一病兒，其最初唯一他覺的症候即為瞳孔對光反應之遲鈍而已。
8. 痙攣 在成人及年長兒如稀見，在乳兒則出現較頻。自甚性質而言，可分二種。
- 甲、子痙性發作 *Eklamptische Anfälle* 與 *Epilepsie* 無所異。
- 乙、單個肌肉之抽搐性或強直性痙攣可於顏面，軀幹及四肢等見之。
9. 脈膊與呼吸 成人或年長兒病者之脈膊比之體溫，本為比較的頻數，於乳兒病者，其增頻尤為顯著，同時並現不規則脈。若在結核性腦膜炎，則在脈膊為比較的緩慢，可作鑑別診斷之助。
- 呼吸在成人或年長兒無所異常，但在乳兒，則不然，多起呼吸促迫，並為淺表的，每分可達七十以上，是為特殊者，易作呼吸器疾病觀亦宜注意者。

10精神狀態 在成人或年長兒病者，其精神狀態甚不一定。有意識完全自如，祇稍呈倦怠者。亦有興奮不安，終日呻吟轉輾者。但在乳兒則多自始即呈無慾嗜眠，或昏惰，甚則昏睡。

11腰椎穿刺 診斷最後之決定自待細菌學的證明，故凡遇疑似症斷均須行腰椎穿刺。但在敗血症時，腦脊髓液中可證明無菌，是時宜從事於血液培養也。

12經過及預後 乳兒本症之經過較諸成人或年長兒為急劇，預後亦不良，死亡率為 80—100%。其幸而免於死亡者，大多引發腦水腫，故在乳兒，本病之完全治愈實為例外，此為多數數字者意見所一致者。(Netter, Debre, Knoepfelmacher) 上述各條為乳兒本病之特殊之點，最後將余所經驗症例抄錄於下。

消化器障礙症狀顯著之例。

羅孩 十個月 男性，乳媪乳營養。十九年十二月初診。主訴 粘液血便，嘔吐。

病者突然以嘔吐起病，同時下痢。初由中醫診治。翌日便中帶微血，一日數次。起病後第三日，受余診察。當時病者稍稍嗜眠並無痙攣。體溫 37.6°C ，脈時微細，頻數。額門可觸知輕度緊張，項強直陰性，Kernig氏症候陰性。瞳孔大小尋常，但對光反應遲鈍。大便為粘液血性，無膿。胸部，腹部並無異常。其他並無腦膜現象因在腦膜炎流行期間，遂試行腰椎穿刺。當知壓力增高，腦脊髓液瀾瀾，經顯微鏡的檢察，證明有 Weichselbaum 腦膜炎球菌。當為施行適當治療，但終無效果。

此例純為消化器管障礙症狀，因在本症流行期間，故試行腰椎穿刺，而發覺為本病者，否則作赤痢或疫痢觀矣，但參攷文獻，知最急性型，足以招致內臟出血云。

全身點狀出血性發疹之例二。

一、黃孩 六個月 男性 乳媪乳營養。十九年四月十八日診。主訴 全身出血性發疹及嗜眠。

病者以微熱起病，初由中醫治療，二日後全身發疹，中醫診為傷寒發疹。復招某醫診察，診為紫斑病。同日招余往診，病兒已呈高度昏憊狀態。發疹於顏面，軀幹，四肢均可認明，各個認為帽釘頭大，出血性，不相瀰蔓，宛如紫斑樣。體溫 36.0°C ，脈微細，頻數。無項強直，Kernig氏反應陰性。胸腹部均無異常，脾腫無。

但觸其額門微膨，可感知緊張。瞳孔雙方縮小，對光反應遲鈍。

問其家人，病者自始並無嘔吐及痙攣症狀。本病有流行性腦脊髓膜炎之疑，當即行腰椎穿刺，壓力增高，腦脊髓液為純膿性。經顯微鏡的檢查，證明有多數之腦膜炎球菌。病兒雖施適當治療，但不久即死。

二、邊孩 六個月 男性 乳媪乳營養 主訴 全身出血性發疹及輕度下痢
於病者於先一日夜間，便有不愉快之象。翌晨精神更覺不振，似有微熱。但並不嘔吐，亦無痙攣。大便稀薄，色常綠色。是日午刻招余診察。當時於顏面，軀幹均發現少數帽針頭乃至豌豆大之出血性斑，臀部發生最多。

體溫常溫，脈膊細，甚頻，不規則。呼吸促迫。口唇現青紫色。

項強直陰性，Kernig氏症候陰性。瞳孔縮小，對光反應消失。額門微感緊張。

即為採取腦脊髓液，發見壓力增高，液體稠濁，腦膜炎球菌陽性。此經行腰椎穿刺後，不久即亡。

以上三例，均缺乏典型之腦膜炎症狀，但有皮膚出血或內臟出血者。今更抄錄

一例，亦不具備腦膜炎症狀，經解剖後始確定診斷者。

曾小孩 二個月， 男性。 母乳營養。 主訴 輕度昏惰。

於末診前二天夜間，該孩睡醒忽哭，是夜即時哭，帶驚惶狀。當時體溫 38.0°C 。至翌晨猶未退熱，仍為 38.0°C 云。由病家與服蓖麻子油一匙。後大便即下，此後為下痢便，稍帶粘液云。至是日午退熱至 37.0°C ，晚間又呻吟不安。自始並未嘔吐，或痙攣。

來診日(病起第三天)，小兒已呈輕度昏惰狀態，當時體溫 36.1°C ，脈頻，不規則。

顫門微緊張，兩眼輕度對視 Strabismus，瞳孔兩側均稍擴大，對光反應遲鈍。項強直陰性。Kernig氏症候陰性。皮膚無發疹，但左右耳下腺部均稍稍腫脹。肺部無異變。此兒受診後二小時即死。未曾行腰椎穿刺試驗。

此兒得家屬同意，死後行屍體解剖，委托洪式閻氏行之。解剖結果知為流行性腦脊髓膜炎，於顫頂部有顯著之炎症病變，同時並患兩側耳下腺炎云。

上述數例，均缺乏典型的流行性腦脊髓膜炎症狀，如高熱，嘔吐項強直，Kernig氏症候以及痙攣等。在本症流行時期，尙可勉強診斷，若散在的發現時，殊易生誤會也。

總之，吾人於診察乳兒本症時，萬不可拘泥於教科書所載常型之症狀，須知乳兒本症之症狀實有異於成人或年長兒之處。而其顫門之狀況，眼症狀以及皮膚之發疹均可為診斷之助者。但欲求診斷之確切，最後當然待細菌學的證明。若在流行時期，如遇可疑症，宜更從事於血液之培養。此外，病者所呈病狀更得因流行而微有所差異，自不待言。吾人對於乳兒本症之治療，並無多大期待，但如能早期診斷，早期發覺，對於防疫上實有重大意義也。

論眼壓上昇之虹彩毛樣體炎之處置

九大教授庄司義治著

張 聖 徵 譯

虹彩毛樣體炎之經過中。或經過後。時有起眼壓下降者。大多預後不良。而爲眼科醫生所嫌惡。眼壓上昇亦然。頗有難於處置。眼壓上昇。可分爲二。其一。起於虹彩炎或虹彩毛樣體炎之結果。虹彩後癒着而前後兩房之聯絡被其中斷時。此種眼壓上昇。常見有膨隆虹彩之發生。斯時之應行虹彩切除或鞏膜虹彩切除。固不待言。其二。係於虹彩毛樣體炎之炎症症狀極盛時。使用 Atropin 必要時期。而眼壓上昇者。據書籍所載。前者稱爲虹彩毛樣體炎之續發綠內障。而後者則爲經過中之一時的眼壓上昇。

今之所欲論者。乃虹彩毛樣體炎之炎症症狀正盛之眼壓上昇也。

對於此種眼壓上昇。應積用 Atropin 歟。抑改用 Eserin pilocarpin 等之縮瞳藥歟。據余之經驗。固深信應暫廢 Atropin 而用縮瞳藥。但亦有謂。若用 Atropin 則眼壓自能恢復正常。或竟置眼壓於不顧。而連用 Atropin 者。涉獵主要之眼科學。多數學者關於此點之意見。大體如次。

1, Pana, 2, Morax, 3, Darier 4, Poulard, 5, Fuchs, 6, Weeks, 等。均主張應廢用 Atropin 而用縮瞳藥。美國眼科全書中。亦有同樣之記載。Boll 則謂宜先穿刺前房而後再用縮瞳藥 Emil venneman 則在法國眼科全書中論曰。虹彩切除一事。於制止綠內障之發作。固屬有效。但對於虹彩毛樣體炎本身。則並無若何良果。且即行虹彩切除後。亦有眼壓之上昇者。故宜廢止 Atropin 而用縮瞳藥

品也。Graefe氏等。曾對於虹彩炎。尤屬對於眼壓上昇合併之虹彩毛樣體炎。盛倡虹彩切除之說。上述 Venneman 之言。蓋即對此而發者也。Goldzieher 氏亦作同樣之說。氏以 Eserin 0.5% 或 Pilocarpin 2% 之溶液。幾使所有診例。盡皆眼壓復常。且能視力充分恢復。但虹彩切除則非善法云 Goldzieher 氏較 Venneman 氏爲早。故上述 Venneman 氏之說蓋與 Goldzieher 氏同見解者也。

Terrien 於最近之著述中載曰。因虹彩毛樣體炎而起眼壓上昇時。散瞳藥之使用。殊屬危險。直用水蛭及縮瞳藥等物。

Wood 對於虹彩毛樣體炎。力主以鹽酸 Cocain 及硫酸 Atropin 各 $\text{O} \cdot 1$ Dionin $\text{O} \cdot 5$ 蒸餾水一 $\text{O} \cdot \text{O}$ 之點眼藥水。每隔兩小時至四小時點眼一次。並關於隨虹彩炎而起眼壓上昇之點眼藥品。錄 Bruno 之報告如次

Atropin, methylbromid	0.10
Tropacocain	0.05
Paranephrin	Solut. (1:1000) mx
Aquae deslil steril	10.0

此處所謂 Atropine methylbromid 者。即 Methyl atropine bromide 也。其式爲 $\text{C}_{17}\text{H}_{23}\text{NO}_3\text{Br}$ 若與 Atropin 相較。其毒性少而作用時間短。觀上述諸種文獻。已足知眼壓上昇時之應廢 Atropin 而用縮瞳藥品。似已成爲定論矣。即觀日本之書籍。河本眼科學石川眼科學等。雖無特別之記載。其他如小川眼科學。新撰眼科學。早野石田近世眼科治療學等。均聲言應注意眼壓。如遇上昇時。即須廢止 Atropin 或謂應用縮瞳藥。臨床大醫典眼科篇中。小川氏曰「對於點散瞳藥而致眼內壓亢進。並發生綠內障狀之症狀。如點 Cocain 而使局部麻醉。然後以千倍 Adrenalin 約 $\text{O} \cdot 2$ 立方耗。注射結膜下。則有使瞳孔散大。眼內壓下降。

而致一切症狀。亦較輕減也。

僅 Gilbert 氏在 Graefe-Semisch-Hess 眼科全書中。關於虹彩毛樣體炎療法之記述。則謂起於虹彩後癒着。而帶有膨隆虹彩之續發綠內障。固極危險。但炎症時所起之眼壓上昇。則眼球頗能耐得。而無停廢 Atropin 之必要。致於縮瞳藥。則能使生多量之滲出物。故不甚佳。對於本症行前房穿刺。較為妥當云。

故深信由歷來之經驗所得。余之「對於虹彩毛樣體炎之炎症症狀。正盛時之眼壓上昇。須暫廢 Atropin 而謀眼壓之下降」之信念。實與文獻中所載之多數學者之意見。一致者也。茲錄三例於後。

第一例 田△氏(女、四十九歲)

自二十七歲起至四十二歲之間。右眼仍患虹彩炎二三次。但均三個月左右即行治癒。現因右眼上眼瞼部。突起異物之感。對鏡視之。見眼球之內半側已充血。自下午起。視力漸惡

初診時症狀 視力右○·六左一·○右角膜周擁充血。前房略渾濁。瞳孔偏向內方。作橢圓形。且反應遲鈍。細檢之角膜上皮若少浮腫。又上皮甚易乾燥。而無沉着物。左眼正常。眼壓右四二耗。左二四耗

翌日入院時。眼壓·右四七耗左二八耗。

W.B.陰性。Pirquet (十一) 投 Migraine, veronal, aspyrin.

處置 以右旋性 Glauosan ○·三 c.c. 注射於右眼球結膜下。但眼壓仍為四二耗。未得良果。十七日行前鞏膜切開。而以 Eserin 點眼。經過良好。手術後十日。眼壓右二九耗。左二五耗。視力右○·五左○·九。再經三日。右瞳孔稍偏內上方而縮小。且有点狀色素數個。附着於角膜後面下方。細檢之有無數之灰色沈着物。水晶體前面。存有褐色色素。後行 Diatarnin 三分鐘。且雖用 Atropin

眼壓亦不上昇。虹彩炎亦漸次消退。退院時眼壓左右均二八耗。視力右一。〇左一。二。瞳孔正圓。水晶體前面。又有少許色素沈着而已。眼底正常。

第二例 某石氏(十七歲)

據云本年七月，右側曾患濕性肋膜炎。凡二月而愈。自本月初起。兩眼充血，但不羞明。亦不流淚。數日來始覺稍重。(十一月二十六日來院)

初診時所見 視力右〇。二(四一。二五D.×一。二)左〇。二(四一。五D.×〇。四)

右眼輕微之角膜周擁充血。瞳孔稍見不規則而散大至中等程度。尙有反應。左眼。周擁充血。瞳孔不規則。頗形散大。而無反應。角膜後面。有多數之灰白色沈着物。

蓋爲左右兩眼虹彩毛樣體炎之初期也。眼壓右二四。左四七耗 Atropin 点眼。溫審法。W.R. 強陽性。Pirquet (廿) 故用沃剎內服並用灰白軟膏。但炎症仍進行。浸出物益多。而視力更減退。至十二月九日右〇。一(-1.25D.×0.8)左〇。06(-1.5D×0.2)眼壓右二四左四二耗。同日左眼前房行穿刺。手術後第五日。眼壓右一四左三五。已見稍降。然至十二月十六日。眼壓左右均又至四〇耗。角膜後面之沈着物亦增多。右眼卽行前囊膜切開。二十日右眼壓三一耗左三五耗二十三日右四八耗左四七耗。二十四日起六〇六注射左眼右莖性 Glaucozan 注射。二十六日。兩眼注射。三十日兩眼注射。在此時期眼壓昇降不定。大體注射後之效果也。故自一月十六日起。眼壓已稍安定。卽用 Atropin 水或 Atropin vaselin 其後有達三〇內外之眼壓者。但出健常眼壓之範圍者尙鮮。惟炎症則一時次第增進。而多沈着之物。約自一月六日起。由角膜周圍浸入毛樣血管。而起續發性角膜實質炎。以至角膜全面瀰漫。一月二十四日前後起。則現顯著之吸收。近日則

雖於角膜腫孔緣。尙有滲濁殘留。然已有多數血管滲入。故視力當可恢復也。眼壓右三〇。左一九耗故本例所見者。係由劇烈之虹彩毛樣體炎。起眼壓上昇。而大部分係由右旋性 Glaucozan 奏效者也

第三例 柴某某(二十歲、女)

視力本弱。七月一日起。左眼視力不良。數日後右眼亦病。至十一月。大見憎惡。初診十二月一日該時所見左右皆續發虹彩毛樣體炎。角膜完全滲濁而不通光。周擁充血甚烈。視力右〇。〇六。左可辨手動。眼壓右四一耗左六五耗。 W. R.(十) Pirquet(卅)

處置 Eserin 點眼。十二月二日前鞏膜切開。六日眼壓左右俱四七耗九日右眼前鞏膜切開。是時未見出血。十二日眼壓右三二耗左四七耗。二十二日前後。角膜之滲濁左右均大減。知左眼玻璃體中出血。又虹彩由鞏膜切開創口脫出至眼球結膜下膨隆。故於二十三日。剝離球結膜。切除虹彩脫失部一月十三日以右旋性 Glaucozan 注射兩眼。

一月十七日以 Aminoglaucosan 點左眼。

一月二十一日以 Aminoglaucosan 點右眼。

二八

其間之眼壓。約在三十五至四十五耗間。左眼常高於右眼。視力左眼在手動之範圍。而右眼則漸向良好。有時爲〇。三至〇。四。惟在眼壓發作上昇時。則亦隨之而減至〇。〇六

一月三十日。右眼眼壓又突增至五五耗、視力亦減至手動、故即照射 Grenzstrahlen 自後每隔一日至二日、即用 Grenzstrahlen 一次。二月十二日止。共照八次。發作性眼壓。似即在此時消失矣。近日眼壓右四。左四七耗。視力右〇。三左手動。角膜滲濁亦消失殆盡。左水晶體。尙有滲濁。

觀此三例。其程度各有不同。惟其在漿液性虹彩毛樣體炎之炎症狀顯著期中。發生眼壓上昇者一也。然在第一例。則用右旋性 Glaucozan 無效而前鞏膜切開後。始見完全正常。在第二例。則行前鞏膜切開並不見效。而用右旋性 Glaucozan 後。即歸正常。在第三例。則雖藉前鞏膜切開右旋性 Glaucozan 及 Aminoglaucozan 等漸見効驗。但尙時起發作性的眼壓上昇。

故眼壓上昇時。Atropin 必須廢止。惟至眼壓正常後。則不妨再用也。又如第三例。即繼續等用 Eserin。入院時本因滲出物及角膜潤濁。以致光線遮斷者。今則幾已完全透明。而右眼已能辨別〇・四矣。即由此點觀之。亦可知 Gilbert 氏之「Eserin 点眼。增加滲出物而屬有害」之說。尙難遽行承認也。惟如廢止 Atropin 而点 Eserin 後眼壓即復正常。固屬萬幸。然亦不然。如上舉之例。眼壓達六〇耗時。僅藉縮瞳之藥大多無力使之下降。除此之時應探若何處置乎。此實極爲困難之問題也。關於 Glaucozan 之効果。屢見於眼科雜誌中。又觀第二第三等例。亦可知其効果之顯著矣。然亦有不奏効者。如第一例中所述者。行前鞏膜切開。固頗奏効。但爲余所舉之第二例。不見奏効。虹彩切除。雖有 Graefe 氏等推獎在前。但爲一般學者所不取由此觀之。其中任何處置。均不能付絕對之信任也。據余之私案。應採下述之順序。即先用 Eserin, pilocarpin 二三日。若無効。則試行右旋性 Glaucozan 注射。若此藥一時不易得之。則如小柳博士所述。以 Adrenalin 〇・二 c. c. 注射於眼球結膜下。如此法尙屬無効。則可行鞏膜切開術。眼壓當在此時間中歸正常也。倘猶在正常以上。則因虹彩毛樣體炎當已在此時間間減退。故此除如必要時。已可行虹彩切除或鞏膜虹彩切除等矣。

注眼壓之測定均用 Schiotz 氏眼壓計爲標準

內科疾病治療技術

江 秉 甫

第一編 呼吸器

第一節 吸入法

一、總論

吸入法者以藥物由呼吸氣道輸入於呼吸器系統之內臟。而營治療作用之法也。所用藥物可分二種。(一)簡單吸入法。用揮發性藥物。蒸氣。薰煙。及氣體等。(二)藥液吸入法。用器械之裝置。噴散其藥劑之水溶液。而吸入之。其吸入之蒸氣或冷氣或熱氣或與體溫同溫則隨時酌定之

二、功用及禁忌

甲、利用蒸氣 流行性感冒，鼻疾患，咽喉炎，氣管支炎，氣管支喘息，白喉及肺炎等。

乙、利用氣體 肺結核及肺壞疽等

丙、驅梅法 行水銀吸入法

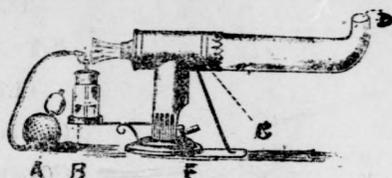
丁、吸入劑 須以水溶化之藥品詳第四節

三、吸入用器械及手術之準備

容易發揮之氣體。以棉花或紗布或噴紗布浸之極便利。若液體及固體。須先溶解於水。始可吸引。其水蒸氣溶液之溫度以攝氏四十五度至五十五度為準。用西氏(Siegle's inhalations apparat)吸入器噴散之。此外吸入器之種類甚多近來有施

氏(Stermer's)那威式吸入器亦頗便利，該器倘用固形藥物須先研為粉末。如流動藥液即為微細點滴而飛散。可不用水稀釋殊較簡便。且因粉末液體均變為細微之粉塵水氣飛散。故能竄入細小之氣管及肺胞中。得呈其功效。

第一圖



器入吸氏施

四、術式

(A)揮發性藥物之吸入(Inhalationen mit flüchtigen stoffe)

法之最簡單者。以普通能蒸發之藥物。容於適當之容器後。放置患者之近傍。使其蒸發之可也。若長時繼續施行之時。須用呼吸嚙(Respiratoren)或吸入唾具(Inhalationsmasken) 浸入藥液。緊縛口前，或覆於鼻孔前，使藥液揮發之。

最簡者用長約十釐口徑約半釐之竹筒。兩端用橡皮塞將揮發性藥液用棉花浸濕。插入於竹筒內。臨用時。將兩端之橡皮塞取去，一端近口吸入之。法簡而便。日常應用最妥。或用夏天所販賣之薄荷煙管用薄荷取去代以棉花浸過之藥液而吸入之亦佳。

胡氏壺(Wulff's flasche)

法用大玻璃瓶一只。瓶口木栓通小玻璃管二條。B玻璃管直達瓶底。C部他玻璃管。A鈍角狀彎曲之。其下端僅達木塞之下部。不與藥水相接。揮發性藥液或濃厚原液或與水混和放入瓶內。患者由A端吸入時。則空氣由B,C,而達藥液中。蒸散之藥液。即可吸收焉。但此時祇可吸之。不可向瓶中呼吸。當注意之。

胡氏壺 Wolf's che flasche



胡氏吸入器

此外可用外國煙管形之玻璃管。其膨隆部塞以浸濕藥液之棉花。他小尖端吸入之法亦甚簡。

以上各種。多用 Oleum Telebenthinae (松節油) Kreosotum mentholum (薄荷精) 等以常溫能蒸散之藥液最佳。

又寶威藥房有鹽化銨吸入器 (Ammonia chlorat inhalation) 出售亦甚便利也

B. 噴霧液體之吸入 (Inhalationen Von zerstäubten Flüssigkeiten)

噴霧液體。應用天然空氣中者。即為海岸地方之海氣。因海波衝突於海濱之巖角。砂礫，變成霧氣飛散之。是為天然療法。人工之模倣者。以密閉之大房間。噴散所用之藥液。使患者入室內吸入之法也。但吾人普通應用之最便利者。為西氏吸入法 (Siegel's)

Sieger's 氏吸入器裝置。用火酒燈煮金屬小罐中之水。使其沸騰。而由彎曲通氣管之尖端吹出。杯內藥液通過於玻璃圓筒形漏斗而噴散之。患者口接近此處吸入之可也。

施氏吸入器使用法如圖。先用手壓橡皮球A由散壓器B噴出。其粉末或液體通過玻璃管C達於小口一端D而入口鼻孔內。玻璃管C中之空氣以火酒燈E加溫。

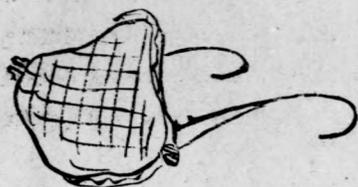


煙管吸入器

至攝氏七十二度及八十度時。則此噴散之液與熱氣相混和成微細之粉塵。由玻璃而迷散焉。

吸入時身體須直以口吸蒸氣。以鼻管營呼息，練習之即得。吸入回數。一日一回或數回。隨醫士定之可也。

Klein's Respirator



Sieger's 氏吸入器



五、危險及注意

- 甲、吸入後。雖常起咳嗽及呼吸困難。然容易消散故無妨。
- 乙、吸入空氣之溫度過高時。或吸入器過接近鼻口時。有火傷誤。宜注意。
- 丙、患者之口須離開玻璃圓筒之接口端十五釐。

六、各種吸入法之治療上價值

甲、西氏 (Siegl's) 噴霧器因噴散之水滴粗大。一入呼吸氣道之后。即成水滴凝結。而流集。故祇合於鼻，咽喉，喉頭氣管及大氣管枝之疾病。使融解粘稠之粘液。減退粘膜之腫脹。且有排泄分泌物之功用故於毛細氣管枝炎。亦有功效也。

乙、揮發藥物及氣體吸入時。與吾人之呼吸大氣同理。確能直達肺氣泡。對於呼吸深部之疾患。如腐敗性氣管枝炎。氣管枝擴張症及肺坏疽等。有優良之功效。但揮發藥物與空氣混和以少量為宜。多則易起刺激故也。

腦症狀顯著之熱帶瘧數例

錢 潮

熱帶瘧之臨床症狀，極不一定。輕症者，除熱型與通常之三日熱略有不同外，其他臨床症狀無大異。惡性者，則呈種種症狀。因其症狀之不同，故得分種種型。據文獻所載，有所謂昏睡型，腦膜炎型，霍亂型，胃痛型，厥冷型，脫力型等。此等症之診斷，概須依據原虫之證明；若僅由臨床症狀觀察之，則殊難鑑別。

杭州為熱帶瘧多見之地，吾人可發見多數症狀各異之症例。今所記者，為腦症狀顯著之三例。其中二例為腦膜炎型，一例為呈頑固之嗜眠症狀。茲將其病歷及經過之大概分述如下：

第一例 張某女士 二十七歲 住西大街 職業：乳媪

診斷 腦膜炎型

主訴 高熱，劇烈之頭痛，嘔吐，昏惰。

現症及經過 九月二十三夜以惡寒，輕度戰慄而突然發病，繼則高熱。因在家中，未予測溫。頭痛特甚，並時嘔吐，吐物為清水。翌日熱未退，嘔吐增惡，飲食後必起嘔吐，以致飲食不進。

三
四 二十五日，精神潤濁，即送入地方醫院。當時病者昏惰，體溫 36.0°C ，脈搏120，項強直著明，Kernig氏反應陽性，瞳孔射光反應遲鈍。胸部無異狀，腹部微張，亦無異狀。有流行性腦脊髓膜炎之疑，即為施行腰椎穿刺術。取得腦脊髓液極澄清，經顯微鏡檢查，亦無病的成分及細菌。壓力未測，但以流出速度推測之，似較常人微高而已。即為採血，培養細菌後，知其結果陰性。當時白血球 6800

，尿之 Diazo 反應陰性。

二十六日，上午熱仍高，復爲製作血液塗抹染色標本，結果無所發見，下午熱漸退。

二十七日，熱降至 $37,^{\circ}3c$ ，下午略高，嗣後體溫即升降於 $37-38$ 之間。但病者昏憒依然，項強直未減，嘔吐頑固。

二十八日，脾腫一橫指，有彈性硬固，眼球結膜呈現輕度黃疸，精神興奮，睡眠障礙，但體溫高不退($38,^{\circ}2c$)，復爲採取血液，作塗抹染色標本，即發見有少數熱帶瘧小環狀體，至是始知爲熱帶瘧，即開始用Chinin治療。

三十日，熱漸減低，但嘔吐仍劇，飲食不進，睡眠亦有障礙。

十月一日，項強直減輕，Kernig氏症候尚存，體溫弛張有 37° 上下。

十月四日，嘔吐止，漸有食慾，精神亦恢復，頭痛漸消。

十月六日，項不強直，Kernig氏症候亦失，意識始如常人。

十月八日，退院。

第二例 洪某孩 十三歲 住西大街

診斷 嗜眠型

主訴 發熱 嘔吐 嗜眠

現症及經過 九月二十三日晨起，忽感惡寒，並無戰慄，隨即發熱。數日來熱時發時退，病者精神逐漸萎頓，時時思眠。

二十七日，送地方醫院，入院時，病者陷於嗜眠狀態，推之始醒，口唇有匍形疹，體溫 $39,^{\circ}7c$ ，脈搏110，緊張不強，顏面表情缺如，瞳孔左右同大，對光反應稍稍遲鈍，項強直陽性，Kernig氏症狀弱陽，但無痙攣，無複視，無眼瞼下垂，胸腹部無異狀，即以疑似嗜眠性腦炎診斷之下收容之。下午爲之施行腰椎穿刺

，取得腦脊液甚澄清，經顯微鏡的檢查，並不發見病的成分及細菌，細胞數正常，壓力在側臥位為120mm水柱。是日午後已退熱。

二十八日，無熱，仍繼續嗜眠，並有惡心，脾腫出現，彈力性硬，並有輕度黃疸。尿之Diazo反應弱陽。即為採取血液，製作塗抹染色標本，當發見其赤血球有濃染性，於極少數中可發見熱帶瘧環狀體，於是知為熱帶瘧。當時白血球6200，是日即開始Chinin治療。此病者係同時併發腳氣，其肺動脈第一音不純，第二音亢進，股動脈音著明，腱反射消失，故同時開始對於腳氣病之治療。

十月一日，熱完全退去，但猶思眠，不過時時覺醒而已。項強直及 Kernig 氏反應猶存。

十月三日，為熱退去之第三日，嗜眠症狀漸愈，項強直亦減輕，Kernig 氏症候消失。

十月七日，於被動運動時，項肌猶訴劇痛。

十月十二日，精神恢復。二十日，項強直完全消失，距退熱已十有九日矣。

第三例 稽某女孩 四歲 往西湖棲霞山

診斷 腦膜炎型(兼呈劇烈之腹部痲痛)

主訴 高熱，腹部痲痛，痲攣，角弓反張。

現症及經過 病家自述於九月二十九夜間因受寒，三十日突然發熱，病兒並訴腹痛，因病家自有醫師，為之注射 Omnadin 一針，至一日熱仍未退，下午即就余診察，當時體溫39°，2c脈搏頻數，意識正常，身體各部並無異常，咽喉微赤，腹痛在臍部。他覺症狀，並不著明，微感緊張而已。即為注射Chinin-hydrochlor. 0.07g，投與蓖麻子油15,cc(頓服)及含嗽劑以歸。二日。熱未退，腹痛突甚，為發作性痲痛。三日晨，其家因病兒全身痲攣，角弓反張，以電招余往診。當

時病兒昏憒，手足痙攣，時發時止，角弓反張，項強直及 Kernig 氏症候高度，瞳孔左右均稍稍擴大，對光反應消失，體溫 39.8°C ，脈搏頻細緊張，呼吸迫迫，並發嘔吐，大有流行性腦脊髓膜炎之疑，即為行腰椎穿刺術。所得腦脊液，意外澄清，壓力以流出液之速度推測之，略為增高。同時採去末稍血液，製作塗抹標本，並採取糞便持歸檢查，結果，發見多數熱帶瘧環狀體，至是始知為熱帶瘧。當即電知其家屬，囑即開始Chinin治療，並以其有心衰之徵，同時應用強心劑。糞便經數度鏡檢，並未發見蟲卵，對於腹部疝痛，應用冀蓉膏坐劑。

四日，熱漸退，嘔吐及疝痛緩和，痙攣漸止。

六日，各症狀亦逐消失，回復常溫。據其家人云，並不見痙攣及腹痛等症候，但脈搏微弱，除Chinin之外，仍繼續應用強心劑。嗣後遂無熱，一般症狀亦恢復矣。

此例除腦症狀著明外，復有腹部疝痛之發作。為可注目者，因糞便中無蟲卵發見，後經余之勸告，服驅蟲劑 (Santonin) 亦未有蟲之驅出，故知此疝痛亦因瘧所致。考查文獻 Colin 氏，曾有關呈訴突然腹痛之惡性瘧之記載，此例亦有此同樣症狀，又幼兒瘧疾，常併發痙攣，本不足異，惟此例之腦膜炎樣各症狀，均甚顯著，亦稍異於常型也。

【附註】 上述之例，均以Chinin治療而愈。服法則用Nocht氏分服法，於尚熱時，則注射Chinin於肌肉。

海 上

品出廠藥製學化誼信
號十二路南斯馬界法

(Narcotic orders can only be accepted from qualified Medical Doctors)

1—Adrenalin, amps.	副腎質注射液	box of 10 amps.	1 cc.	.80
2—Adrenalin solution,	副腎質水	1.1000 bottle	,, 1-oz.	.70
3—Aq.Bi.destillata, amps.	注射用蒸溜水	box	,, 5 ,, 10	,, .60
4—Aq.Bi.destillata, amps.	注射用蒸溜水	,, ,, ,, ,,	,, 20	,, .70
45—Quinin Bi-hydrochloride,				
雙鹽酸貴林注射液(保險不痛)	0.25	,, ,, ,, ,,	,, ,, ,,	1.60
7—Bismosal	錳司卑撒而(六〇六)	,, ,, ,, ,,	2 ,,	3.00
8—Cacodylat, Sodium,	鈉化砒矯基(清血針)	0.05	,, ,, ,, ,,	1 ,, .50
9—Cacodylat, Sodium,	鈉化砒矯基(清血針)	0.1	,, ,, ,, ,,	,, .60
10—Caffein sod. benzoat	安息酸鈉咖啡精	0.25	,, ,, ,, ,,	,, .50
11—Caffein sod. benzoat	安息酸鈉咖啡精	0.5	,, ,, ,, ,,	,, .65
14—Camphor Oil,	樟腦注射液	10 %	,, ,, ,, ,,	,, .50
15—Camphor Oil,	樟腦注射液	20 %	,, ,, ,, ,,	,, .55
13—Camphor Water Sol.	樟腦注射液	2 %	,, ,, ,, ,,	2 ,, 2.00
16—Calc. Bormide,	溴化鈣注射液	10 %	,, ,, 5 ,,	5 ,, 1.00
17—Calc. Chloride,	綠化鈣注射(百分之一至五)	1-5 %	,, ,, ,, ,,	20 ,, 1.00
19—Calc. Chloride,		10 %	,, ,, ,, ,,	5 ,, .80
20—Calc. Iodide	碘化鈣注射液	A 1 %	,, ,, ,, ,,	3 ,, .65
50—Spermin amps.	長命賜保命注射液		,, ,, 4 ,,	2 ,, 3.00
59—Vita-spermin tablet (Male & Female)	長命維他賜保命丸藥			per box 6.00
55—Tonicol, amps.	健神補血針		,, ,, ,, ,,	,, ,, 1.25
42—Pituitary	腦垂腺注射液(催生針)		,, ,, 5 ,,	1 ,, 3.00
62—Novocain 0.02 & Adrenalin 0.0001	奴佛客因 與副腎質		,, ,, ,, ,,	2 ,, 1.50
86—Transpulsal	托靈保賽爾	box	,, 5 1 ,,	,, 2.00
97—Sodium Chloride Physiological Sol.	生理食鹽水		500 ,,	1.50
26—Creosote. pure,	幾阿蘇注射液(肺癆針)	10 %	,, ,, ,, ,,	,, .50
27—Digitalin. pure,	毛地黃精注射液	0.001	,, ,, ,, ,,	,, .60
28—Emetin Hydrochloride,	鹽酸愛米丁	0.01 (1/6gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 1.10
29—Emetin Hydrochloride,		0.02 (1/3gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 1.65
30—Emetin Hydrochloride,		0.03 (1/2gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 2.20
68—Emetin Hydrochloride,		0.04 (2/3gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 2.90
69—Emetin Hydrochloride,		0.05 (3/4gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 3.50
31—Emetin Hydrochloride,		0.06 (1 gr.),	,, ,, ,, ,,	,, 4.20
32—Ergotinc.	麥角注射液(止血針)		,, ,, ,, ,,	,, .80
33—Guaiaicol Cacodylat,	露 T. B. 怪阿達砒矯基(肺癆針)		,, ,, ,, ,,	,, 1.00
34—Eye Remedy Drops	霞氏光明藥眼水			per tube .75
35—Exematin Cream,	皮膚百病膏		,, ,, ,, ,,	,, 1.00
100—Glucose	純淨葡萄糖注射液	10 %	box of 5 amps.	10 cc. 1.00
107—Glucose 45 % & Calc. Chlor 5 %			,, ,, ,, ,,	10 ,, 2.50
71—Iron Arsenite, 0.02 & Strychnin 0.001,	鐵酸砷 士約年		,, ,, ,, ,,	,, 3.00
40—Morphin Mur. 0.01 & Atropin Sulf. 0.001	嗎啡與阿 脫羅冰		,, ,, ,, ,,	,, 1.60
58—Urotrosal. amps.	白濁用烏羅透賓注射液	40 %	,, ,, ,, ,,	5 ,, 1.50

▲注意▼

- 一、本報爲第一年優待及便利讀者起見特訂長期閱報八折辦法於本年度內直接向本社定閱者爲限
- 二、長期定閱八折辦法至少一年限全年十二期實收銀一元六角國外全年收銀三元郵費在內
- 三、本辦法准用郵票以九折計算外國郵票概不通用
- 四、請詳細填寫八折長期定閱通知書連同報資(或郵票)寄至杭州長壽路同春里科學醫報社
- 五、來函請將姓名地址詳細填寫清楚並請郵局掛號投寄以防失漏
- 六、不附報資及郵票者概不照寄或答覆

逕啓者茲承依照

貴報八折長期定閱辦法定閱 貴報全年 份並先繳報資銀洋 元 毫
分 (郵票九折)

由郵付上祈爲

查收請自第 期接寄至下列地址收當不致誤此致

科學藥社台照

附銀
郵票

長期定閱通知書

中華民國

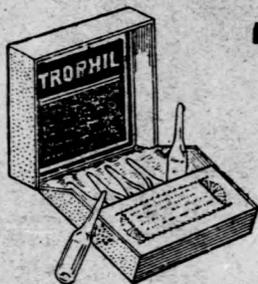
年

月

日

詳細地址

姓名



Trophil

係有機性石灰與砒化合物
 主治虛損貧血萎黃腦衰每
 西含砒〇〇一五克較其
 餘各種砒劑含量多數倍注
 射後功效立見且無副作用

說明書函索即寄

飛脫
 耳羅



德國薩克生血清廠製造
 總經理上海江西路六號
 德美狄根洋行

惠民藍罐

【粉奶質原】

為強身至寶 凡體弱者亟宜服之

四季常服 老少男女均宜

富奶酪 性滋補

總發行

△上海華商惠民公司▽



惠民紅罐

【粉奶嬰保】

滋養充足 易消化

功同母乳 最合華孩體格

為育嬰上品 有子女者盍一試之

總發行

△上海華商惠民公司▽

華 豐

專製國貨藥用紗布綑帶

商

鷄 鐘 牌

標

本廠聘請著名技師專製藥用紗布綑帶等自發行以來深蒙醫界之贊許故暢銷之旺大有日增月盛之勢然本廠不敢自滿還須精益求精定與舶來品爭一優劣方不負愛用國貨之厚意也

廠址杭州杭府前二號 電話一一八五號

佝僂病

最新
治療

詳細說
明書函
索即寄

維他司德靈

Vitasterine
"BYLA"

即維他命 D

Vitamine D

各大藥房
均有出售

上海廣東路一號
百部洋行藥品經理
浙江總經理杭州泰華藥房

法國皮拉大藥廠製



梅毒治
療之空
前巨製

靜脈注射兼可皮
下及肌肉注射之
安息香砒劑

「克靈」新九一四

“CLIN”
SULFO-TREPARSEAN

本品為法國克靈大藥廠出品...
本品之化學方式為

(Dioxydiamo-arsenobenzene methylene sulphionate of Soda)
 $(C_{12}H_{10}O_2As_2N_2)(CH_2SO_3Na)_2$

本品含砒素百分之三十。
本品能行皮下及肌肉注射，而絲毫無疼痛及局部炎症及肌肉腐爛等遺害
發生。此為「新九一四」最後醫界信仰之原因。
本品之作用與各種新六〇六、九一四、同樣偉大。
本品分裝完備，自〇・〇二起至〇・六〇止，有十種不同分量。
其他優點不及細載，詳細中英法德說明書奉索即奉。樣品每位限
索一支。請蓋醫師印章。外埠郵費五分。
▲上海廣東路一號法商百部洋行獨家經理
▲各埠各大藥房均有出售