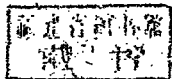


Δ1

福建省立福州医院十周年纪念刊



福建省立福州醫院

十週年紀念刊

劉建緒



民國三十七年四月一日

福建省圖書館
藏書

本院門診時間表

夏季：自五月至九月

上午：七時至十一時

下午：二時至六時

冬季：自十月至四月

上午：七時半至十一時半

下午：一時半至五時半

急診隨到隨診

附註：本院門診時間與首府
規定辦公時間相同



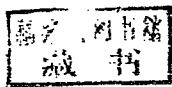
0722176

福建省立福州醫院十週年紀念刊目次

	P.
1 題 詞	
2 照 片	P.
3 序 言	院長車啓霖 1
4 本院十年來工作概況與前途計劃	車啓霖 2
5 永安瘧疾之二三特異症狀	車啓霖 8
6 屬傷寒畏氏反應遲延出現之二門	程耀琪 秦孝禮 潘錫士 11
7 十八個月來傷寒病之統計	陳尚志 秦孝禮 12
8 本院九年來流行性腮腺炎之統計	秦孝禮 18
9 哺乳兒之驚厥	劉雨舟 23
10 左背季肋下盲管以前縱發行纖維性下尿管積囊之一例	陳文蔚 25
11 人工法解剖對於乳癌之治療 歷年來有關文獻之回顧及病案報告之一例	王秀芳 29
12 前列腺肥大症之人工法手術一例	王秀芳 35
13 紫斑病流行時肥兒症	陳寶豐 39
14 幾個外科經驗例	黃麗珠 59
15 罕見之病例二則	劉友微 43
16 進行性指掌角皮炎	趙修臣 44
17 眼屈折異常及檢影法之檢討	楊承恩 李文錦 林仕桂 48
18 福州之沙眼	楊承恩 李文錦 林仕桂 53
19 重複小產之預防與療法	余合德 63
20 衄血及其預防治療	周 魯 66
21 維他命與健康	劉天旋 71
22 兒童性咽喉膿瘍之外科治療法	薛錦雲 王明燾 75
23 福建省立醫院組織章程	79
24 福建省立福州醫院辦事細則	89
25 福建省立福州醫院門診暫行規則	81
26 福建省立福州醫院住院暫行規則	82
27 本院歷年各種統計表	84
28 本院職員錄	89
29 附設護士學校教職員錄	94

勘 誤 表

頁	行	誤	正	頁	行	誤	正
9	7	時現時消	時現時消	28	7	左側腎臟	左側腎臟
	24	一度，以上	一度以上	31	5	三年於右	三年於右
10	11	並寫其他	並無其他	34	7	除乳果	除乳果
	23	以上胃腸型	改另一行		19	病狀得有	症狀未有
	29	心臟熱型	心臟病型	49	表一內 7	復性近視	復性遠視
11	6	有白色苔	有白色苔		表一內 8	復性遠視	復性近視
	9	第八日即發病	第八日(即發病)	52	末	至72%	至76.2%
	10	第十二日即發病	第十二日(即發病)	53	表五內末	0.6-0.1	0.6-1.0
	12	第十五日即發病	第十五日(即發病)	54	7	其原因似與	其原因似由
12	8	著名傷寒	中名傷寒	56	3	並作表示	並非表示
	15	與破潰	與破潰		4	第表稍實	第二表稍實
	29	之概況	之概況		二表內 2	8.9%	8%
14	三表下 4	17.3%	19.3%		三表內 7	0	40
15	六表內 4	6.6%	60.6%	69	27	小兒性貧與	第二小兒性貧與
	七表下 1	血球數	白血球數	70	9	三餐，均飽食	三餐均飽食
16	13	死亡以準	死亡率以準	72	13	維他命 B ₂	維他命 B ₂
17	7	Statistical	Statistical		20	2.5公絲	2.5毫
	13	or	of		23	維他命 B ₆	維他命 B ₆
19	表下 2	50人佔	50人佔	74	29	葉中都有	葉中都有存在
21	5	9.1%	9.09%	75	25	與椎前筋	與椎前筋
	表四內 3	9.01	9.03	76	7	瘡二節	瘡二節
	表四下 12	萊建氏	吳建氏				
22	4	亡率反高	亡率反高				
23	3	Prac tice	Practice				
	4	Internal	internal				
	5	Loo e	Loose				
	5	med icine	medicine				
26	3	Penicillin	Penicillin				
	17	途次再施	途再施				
27	6	六月十日至	六月十日止				



省立福州醫院十週年紀念

現代社會的進步基礎，建立在國民健康之上，公醫制度就是要以醫療機會均等來保持國民普遍的健康，省立福州醫院自成立以來，本着上面的原則，努力服務，十年如一日，相信今後益能集中力量，積極光大造福社會，當無窮極。

劉建緒題



福建省立福州醫院院慶紀念

前些日子，劉瑞恒先生告訴我：他上次到福建去視察，覺得省立福州醫院的成績，為各省公立醫院之冠。我聆聽之下，非常高興。我們道苦日子也罷，道甜日子也罷，健康總是第一。我一向所薪求的三個機會均等之一的醫療機會均等，希望福建同胞和政府同心協力，早日促其實現及完成，為各省的楷模。這是福建省的福利，也是最高的榮譽。

陳儀



廿七年一月 寫於上海多倫路志基坊寓次

福建省立福州醫院十週年紀念

公醫推展 閩海之嶼
緬昔肇造 嘉惠羣黎
廢墟重建 心殫意劬
期秉毅力 永奠始基

尤濟華敬題



福建省立醫院十週年紀念

回顧建立倏閱十年
醫術醫德頌聲遠傳
賡續匪懈端賴羣賢
茲揚光大展望無邊

高登艇敬題



福建省立福州醫院成立十週年誌慶

盛哉建設 十載艱辛
功成烽火 偉績可矜
政府嘉獎 人民歌頌
惟我 慰民
譽隆任重

陸滌寰敬題



陳前主席公洽先生玉照



劉主席先生玉照



編覽言刊五第
藏 書



本院全體同人合影

附設省立福州高級護士職業學校全體員生合影



0722176





本院正門



本院門診部

本院第一病房



本院第二病房





本院手術室



本院自來水塔

本院醫師宿舍之一



新華書店藏



抗戰期中本院永安門診部庭院

抗戰期中本院員工勞動服務（其一）



(其二)

序 言

我國有五千年之歷史，四萬萬五千萬之人口，誠可以文明國家自豪，但反觀病人之多，又實居世界各國之冠，我國父洞及民族健康，關係國運至深且巨，故於手創「三民主義」之民生主義中，特指出養民要旨，一曰增加生產以維生活，二曰普及醫藥以保健康，試觀歐美諸邦，現已由封建而進入原子時期，其突飛猛進，誠使我望塵莫及，我國現在百政待興之際，欲完成此使命，必須有強格健全之國民，以當重任，是以醫藥建設，刻不容緩，唯吾國最大通病，每舉一事，非格於成例，即阻於羣議，夫天下無不能為之事，而患無能為之人，古語曰：非不能也，是不為也，吾人應具堅強之毅志，有勇氣，負責任，庶幾國家建設可期，富強康樂可致矣。

閩省地瘠民貧，山嶺重疊，夙稱多病之區，益以交通不便，民智蒙蔽，大部民衆，每染疾病，則迷信鬼神，求錢問卜，殊為浩嘆！本省衛生醫療設施，有陳前主席洽公熱心提倡於前，劉主席公盡力促成於後，及省衛生主管長官之指導，啓蒙晦蒙器重，在抗戰初起，以至現在，受命負責建設醫院，在此十年以「矢勤矢勇」「必信必忠」及國父「天下爲公」大道之下，努力向前，以盡天職，茲屆本院十週年紀念，特將十年來工作概況，及前途計劃，略爲敘述，以供社會人士多加指導。

本院十年來工作概況與前途計劃

院長 車啓霖

一、十年來工作概況：

(一)臨時診所 本省衛生設備，始於民國二十五年七月，省政府委員會第八十三次會議通過衛生行政案，統一原有衛生機構，先設區域醫院立衛生科，二十七年二月一日再成立福建省衛生廳，斯時抗戰正殷，福州地處海濱，時受敵海空軍威脅，為避危險計，省會於是年四月奉令遷洽永安，並限五月十日先後遷竣，沿海一帶商民，亦多疏散於內地，深蒙時任衛生廳第一科長，於視察各縣衛生設施途中，奉電回福州，令率衛生處全體人員及府屬機關遷至永安代辦處務，於房屋極感困難之際，席地坐臥於中室中，積極籌劃一切，計旬日間大致就緒，惟永安原來建設簡陋，縣城狹小，人口不過兩千，又為瘴氣繁殖之區，衛生設備僅有縣衛生院，自省會遷洽之後，驟增如許公務員，益以初至永安，因氣候不慣，生活變更，抵抗力薄弱，如是瘧疾及其他疾病，流行頗為猖獗，為適應需要計，利用福州原有臨時醫院，及省立衛生事務所，撥置器材藥品，於衛生處內，撥出四間房屋開辦，成立臨時診所，醫護人員，僅及十人，每日就診者，不下百餘人，工作頗為繁瑣。

(二)衛生處診所 以撥歸員工管理委收而至，加以外縣避難民衆內移日多，永安人口日益增加，患病日衆，臨時診所狹小不敷應用，乃於二十七年九月省府令准設立醫院，爰計畫籌備，於二十八年一月一日在葛公街五十五號正式成立，名曰福建省立福州屬醫院，按以醫院與內政組等分：門診部，藥劑室，病房，事務室，等四部，門診部分設：內科，外科，產產科，牙科，五官科，兒科，檢驗室等。病房分設二等，及普通病房，嬰兒室等，病床共有百十架。醫護人員共二十一人，事務人員五人，工友十五名，常是粗笨器具，醫療設備，日記繁重，成似省會唯一醫療機構矣，同年九月十九日，敵機轟炸永安劫掠本院門診部，外科手術室，辦公室，藥劑室，化驗室等，全部被毀，其他科室，亦大部被毀，藥品器材等，因事先先備埋藏，損失甚微，經一星期緊急之整理，即恢復照常工作，計兩個月之修繕，全院又復舊觀，所幸不幸者，本院護士石錫齡女士，因工作被敵機後，行經小水門，敵機已臨上空，轟然一聲，即傷要害，同人等施以緊急救治，終未能脫險，而致死亡，亦云慘矣！幸該護士係血債已償，石女士九泉之下，當可瞑目矣。

(三)下院之修葺 臨時省會至永安以時受敵機轟炸之威脅，為保護院病人安全，及避絕物力損失起見，本院未被轟炸之前，在距城九里之下嶺（今改稱嶺）租用范姓民房，加以修葺，與整理，為一臨時病房，故本院於廿八年九月十九日，被炸當晚，潮夜將住院病人遷往下嶺，以後仍照常收容病人，置有字號也，廿九年一月一日，永安門診部修葺完竣，復照常開始工作，當時因缺乏交通

工具，燒內門診部與下領病房，每日與各同仁步行運格工作，經一年有半，勞力勞神，始終不懈，實為可貴。

(四) 有立永安安局 永安人口愈見增多，患病者亦愈衆，於是本院地位益為社會民衆所重視，省府為加強本院醫療工作，發展業務起見，於三十年三月，奉命擴充建設，更名爲省立永安醫院，直隸於省政府，於四月一日組織成立，內部組織計分醫務、藥務、事務、住院、內科、外科、婦產科、皮膚泌尿科、住院部、檢驗部、檢驗各科室外，五官科改爲耳鼻喉科，另增設小兒科、牙科、皮膚泌尿科、住院部，增設護理，與傳染病室，全院醫務人員，增至六十八人，事務人員增至二十人，工友增至四十人，由是本院規模日臻完備，全體人員益形振奮，工作效率因而倍增。

(五) 下領病房 本院以往住院病人日見加多，原有下領病房不敷收容，且區域狹窄，治療與住院修感不便，爲顧及病人需要，經選擇靠近永安下領部，另建病房，以應應用，該地地處臨江之濱，與永安隔江相對，傍山近水，古樹搖立，松栢參天，綠島蔥蔥，與水波浩淼之際，風景不獨奇花野草，一年四季，消長不斷，地勢清幽，空氣純佳，又可避免飽受炎暑日曬，似良毋寧可之候也。故於三十年八月，呈准省府，前後撥款七萬五千元，開始建築，可容納六十名病室之病房一座，及產科病房，手術室，醫務員宿舍等，於三十一年三月竣工。同時將該地病人遷入，F區病房，則由護理院政府充作醫院院址，此爲本院病房第一期之建築。

(六) 省立第二醫院 三十二年省府爲加強本省醫療設備，特准省立醫院，改爲省立第一醫院，本院改爲省立第二醫院，另於龍岩增設省立第三醫院，本院於三月一日，改組整頓，內飾組織，稍作變更，於藥務部內增設藥品材料室，事務科內設統計室，改設會計員，其餘仍舊。

(七) 傳染病室及產科病房之建築 三十二年永安政治商業，已呈繁榮時期，極度林立，房屋比櫛，人口增至四萬餘，各種傳染病紛紛發生，本院負責治療，自應加意治療，以救濟之，惟病房不敷收容，經提出計劃，擬建築傳染病室，及增建產科病房，供公報，院務，宿舍，員工宿舍，各一座，增設病床六十張，並添置內部設備，總共計款八十一萬三千元，經省府撥款六十五萬元，共不敷之數，由本院醫務收入項下等撥，以資挹注，上述工程於三十三年四月進行竣工，總計先後興建病房，平房，約三百餘間，病床增至一百二十張，電燈電話自來水，均有病人需要，醫務人員，增至五十八人，事務人員，增至廿二人，工友增至五十五名，藥品器材等，亦極爲充實，三十三年一月，門診部就診病人，頗爲擁擠，復將門診部擴大建築內科，小兒科，泌尿科，牙科等，以謀便利，苦心孤詣，慘淡經營，有以效之也。

(八) 抗戰工作 永安既成爲閩省政治中心，又爲交通樞紐，故爲敵寇覬覦目標，在抗戰期間前後，被炸十餘次，民衆傷亡數以千計，本院爲永安唯一醫療機構，故每次被炸傷者，均集中本院治療，其中一次，最慘者，爲三十二年十一月四日之轟炸，永安城繁華區域，全部被毀，死亡五百餘人，受傷者二百餘人，其中重傷者百餘人，均收容在本院住院，災七遺棄之屍體手腳滿地，傷者始全

部脫險，經三個月治療，全部治癒，醫護人員，在此七晝夜間，不眠不休，盡最大之努力，施行救治工作，結果愈者凡四五人，其熱心與負責，可謂風盡其天職矣。

(九) 藥品 在抗戰期間，本省沿海一帶，被敵封鎖，藥品極形缺乏，本院在永安負全縣百萬餘人口醫藥供應之責，而省財政又復支絀，於三十一年經劉主席核准向省銀行借款八萬元，由本院派幹員前往江西、浙江、及本省沿海一帶，採購大批藥品，於是連年採購，轉轉江備，藥品供應始終未斷，遂以救國利，計本院所備存藥品量，尚足敷一年之用，價值兩千餘萬元，以至今日供應，亦全賴是項藥品，獨運獨備，已收未雨綢繆之效。

(十) 守禦 在抗戰間，本院所有之防空洞，及本院病房，與各部門之山路交通，均由本院員工，自動每日輪流掃潔，將石運移，開山挖洞，築路掘田，頗為努力，雖云小節所勞，自未可謂輕也。

(十一) 本院新址之建設 三十四年八月，抗戰勝利，暴日投降，省府奉令於十月遷治福州，本院即奉令遷福州，時在十一月內，經先擇擇院址，及職員住宅等，惟以省府及中央駐閩各機關，先已遷回，故舊房界與本院，均已先後利用，故對本院址之尋覓，一時頗感困難，費一月之心力與籌措，乃決定將將軍亭附近地，為本院永久院址，又租賃東門三十九號基督會禮拜堂，為本院臨時之房，職員住宅大部為之自費，同時並積極計劃建築門診部，經核定經費六百二十五萬元包工興建，省府核准撥款，撥給六百萬元，為本院遷移及修繕費，經乃將該款全部用作建築門診部工程費，已移用款，乃先將本院職員宿舍及護士宿舍，而為招洽。三十五年一月，本院由永安開始遷移，一月內人員皆於本月初遷，當即開始門診工作，則本院與永安關係不可中斷，經結留一部份人員，藥品器材，收歸本院保管，照常以應門診工作。

(十二) 特設門診部 三十五年一月下旬，本院開始建築門診部，於五月中旬竣工，計完成門診部，藥房，針灸室，化驗室，消毒室，及男女分用廁所。各一室，共層八十間，共需款一千一百五十萬元，於六月一日，蒙劉主席親自主持開石典禮，同時將東門臨時診所遷入新址，照常辦公，並將永安門診部結束，於五月中旬遷移，留那處及設備一部，與永安康樂新村接辦，改為職業醫院，幸是本院在抗戰期間，原負使命遂告一段落，而多年艱苦建設，環境惡化之下渡病房，及含毒術給之門診部，幸是亦與之惜別，而使人心念不能忘也。

(十三) 建築第一病房及護士宿舍及病房經過太平間 卅五年六月初旬，劉主席重視醫務事業，撥准巨款四千六百萬元，先開始建築第一病房一部，於十一月竣工，計病房七下大小房切共六千餘間，內分接待等，頭等二三等，及重病室等房間，可容納病床一百架。十二月初旬，即開始收容病人。於十二月中旬，由衛生署撥到復員修繕費五千萬元，並利用由永安拆運到榕屬歷歷材料，繼續建築外科手術房一座，護士宿舍兩座及廚房飯廳太平間等。均於三十六年二月初，大部完成，病房及其他各部，一切用品，除本院原有者外，復有救濟署福州辦事處，發給多量用品，故設備完

實，煥然一新，病者稱便。

(十四) 南平分院 三十五年十一月，劉主席以省立南平醫院，遷移廈門，今本院在南平成立分院，以擴充診察工作，特增加醫護員額九名，工友一名，另由本院補派醫護人員五名，工友十名，於十二月一日正式開幕，開始診察工作，三十六年四月，因省立南平中學需要校舍，復以福州本院診務代辦，急調醫護人員，奉令取消南平分院，於四月底全部人員，及藥械等遷回本院，而前途無限，惠及閩北民衆之南平分院，遂於曇花一現之短時期即告結束。

(十五) 建築第二病房醫師住宅及自來水塔庫房 本院因建設日趨進展，每日就診病人，增加至四百餘人，住院病人異常擁擠，床無虛位，爲適應需要，經呈請省府特准撥款四百餘萬元，建築可容納百架病床之第二病房一區，於卅六年九月初旬正式開工，年底竣工，此外並建自來水塔，及庫房各一座，均於八月竣工，醫師住宅七座，於九月竣工，復又向省府請撥衛生設備費兩億元，一俟核准即開始建築。

(十六) 積極建設護士學校 凡屬大規模之醫院，必須要附設護士學校，以利培養護士人才，並精學生實習，以利護理工作，減輕醫院增員負擔，本院自三十六年十月，省府以前有省立高級護士訓練學校，校址與本院鄰近，既對學生實習發生甚大之困難外，又不能利用作護理工作，而本院病房，日見擴大，因省府財政支絀，增加員額，尤不可能，在此醫院學校兩方，均感困難中，並爲統一舉措計，乃於三十六年十月一日，令各縣派員在該校校長，並令將該校遷移本院內，擴本院之校舍，並與具建築校舍計劃，約需款五百餘萬元，已請省府核准撥中，撥款以省府財政支絀，撥款一時難實現，益以物價日形高漲，乃先向省銀行借款兩億元，開始建築，於十二月內完成一部分，並將該校遷入本院，但講堂禮堂，及教職員宿舍，均待建築，深望有關當局，積極協助，以謀校舍，以宏造就人才，以利本院護理工作。

(十七) 收容貧苦醫師護士 本院於抗戰八年當中，雖感人力物力財力缺乏，幸以政府之督導，及本院同人等勤加苦幹，各項建設，乃粗具規模，於民國三十一年起，省立醫院每年選送來院見習醫師五名，或十餘名，繼有江西國立中正醫學院，派來見習醫師四名，後又有省立醫士學校學生每日輪流來院實習，各見習醫師，均頗努力工作，並熱心研究學術，及護理技術，每年見習期滿，聘請爲本院醫師者，前後共有十七人，內有進級至主治醫師者四人，住院醫師三人，駐院院醫師十人，內有轉往其他醫院工作者四人。

(十八) 捐助慈善團體及學校募捐 凡社會慈善團體及學校，如有求助者，本院無不盡力捐助之。如省立永安師範學校，省立托兒所，省立女子師範學校，省立高級助產學校，德化孤兒院等。本院前後捐助藥品器材，及病床設備等，總值約千萬元以上，又捐助福州日東井井放火會，現款二百萬元。

(十九) 造券情形 本院門診規定，每日對於赤貧貧病免費額三十名，並免收額十五名

，凡有公費人員醫藥，及住院均以六折收費。

(二十) 接受慈善物資情形 本院由三十五年四月起，開始接受善後救濟進習團分署福州辦事處撥給救濟物資，前後得有十餘次，為慎重起見，特組織接收委員會，每次所接受之物資，到院時均須由該委員會全部委員查驗，後造具清冊，簽名蓋章，方准收入本院材料庫保存，如屬分送本院職員者，經本院院務會議決定，及接收委員會之百分之五分之三，所接受之物資，大部份歸院內床設備，及病床二百架，X光機大型，小型，各一架，冰箱一架，抽水機一架，藥品方包，種類及數量甚少，間有參差，亦係不常用，醫療器械，及貧血器材，皆未得救濟，殊屬意外，同年十月一日，何慶興號與院訂定醫療救濟合約，規定本院門診以三分之一，住院以五分之一，為完全免費，另外凡有貧苦病民，及其分支機構，送交本院醫藥之難民，和病人，均必先優待免費治療，一年以來，本院門診免費人數9383人，住院免費人數377人，此項合約，於三十六年八月十五日結束，惟本院對於貧苦病民，經證明確屬貧者，仍繼續免費治療中。

(廿一) 經費情形 本院除人員薪津全部由省府供給外，大部份辦公費，及藥品等置費，均由醫療收入開支，因醫療收費低廉，故每月收支頗為緊絀。致時向銀行借款週轉，力謀補救與力圖建設。

(廿二) 培養人才 為使本院醫藥人員進修，並為本省造就醫藥人才計，除力謀充實圖書室，訂閱國內外雜誌及醫書外，實驗室亦正在積極充實中，復於三十六年秋季，由本院資助，選送各科醫藥人員，外科醫師盧煥璋，赴南京中央醫院，及上海，北平，天津，台灣，各大醫院，見習一年，期滿再另擇機進修。

(廿三) 接受衛生部補助 本院設課課材，三十六年八月，衛生部長容超學司長，來閩視察醫政，以本院及員建設，頗具規模，深蒙嘉獎，特由衛生部撥給擴充經費，醫療器材，二十餘種，撥充善後救濟總署醫務司衛生部助理盧先生，來閩視察，對於本院建設，亦頗為滿意，並稱贊醫務熱心衛生事業，特指撥本院教員車一輛，大型X光一架。

總之：十年來本院之建設與工作，雖未達理想地步，然持平而論，較諸他省各省市立醫院，當不落後，醫療工作方面，以本院現有廿二位醫師，每日門診病人平均達四百餘人，住院床位均在人滿之中，工作緊張情形，已有顯然之事實，且為社會所公見也。

二. 本院前途計劃：

(一) 增建病房 以福州人口與患病之多，及本院已往少病情形，預計全院總病未數，須達三百架，方能供應裕如，現已完成病房兩座，可容納病床二百架，仍感不敷分配，必須再增容納一百架床位之病房一座，方能達到預期目的。

(二) 增建牙科治療室 社會文化愈進步，牙科病者亦愈增加，其影響整個民族健康，殊非淺鮮，此為公共衛生事業當局所極重視，本院自成立以來，即設有牙科，頗為民眾信賴，每日就診

預為擁擠，但為達到理想，必須另建一大規模牙科治療室，充實設備，增加人員，方能使貧苦民衆，得到治療機會。

(三) 增建電療室 本院現有電療室，非常窄狹，於三十六年前後，尚到小電X光機一架，大型X光機兩架並用機一架，因房屋不敷分配，大型者尚未開箱裝運應用，急應建築一大電療室，以供利用。

(四) 增建檢驗室 本院現時雖有檢驗室，但規模設備，仍須加以擴展，庶期檢驗工作，不虞困難，急應建設一大規模檢驗室，內分化學，細菌，病理，三檢驗組，充實設備，非但用於病人檢驗工作，且供學術上研究之用。

(五) 增建溫泉浴池 本院居市之東隅，地多溫泉，擬就院內整池引泉，以成衛生浴池，實有裨于氣感病者。

(六) 增建圖書館 現今醫學之進步，日新月異，醫員每日必讀報人，尤必須參考羣書，以利研究工作，故必須建設一相當規模圖書館，應集中外醫書雜誌，以供醫師閱讀。

(七) 積極培植專門人才 本省專門醫藥人才，極感缺乏，而本院自身，又感遴選專才之乏，為解決此困難問題，故於三十六年秋季開始，每年選送醫師兩名，赴國內各大醫院見習，並保存一年，選送醫師一名，赴外國進修，於是本院醫藥人才可臻中饋，而工作，亦必日趨發達矣。

總結：福州院為省會所在地，及本省商業中心，亦為我國沿海有名之埠地，中外觀瞻所繫，本院之建設，設不可忽視，如依照前報告之十年來工作情形，及前論陳述中，所擬之計劃，逐步實現，當能達到理想地步，敬乞為政府當局、盡力提倡，並切望社會各界人士，踴躍贊助，使此前途無量可貴之醫療事業，不致中途而廢頓，是則為本省民衆幸甚。

永安瘧疾之二三特異症狀

車 啓 霖

閩省風濕瘧疾流行之區，而尤以閩西閩北爲甚，民國二十六年抗戰軍興，閩海一帶時受敵海空軍威脅，閩省府爲避寇計，於廿七年四月，遷治閩省中心永安，同時沿海各縣人民，爲避敵敵人空襲，亦皆得遷入內地，如是永安人口由二三千人，驟增至三四萬人，初到永安民衆，以氣候及環境之變遷，衣食住行，均感不便，個人身體抵抗力減弱，而瘧疾之流行，亦隨之逐年猖獗，在抗戰八年期間，本省內科統計，每日門診與住診，瘧疾病者，均占該科總病人數百分之六十以上，而瘧疾症狀，亦異常複雜，其中有二三特異症狀，尚鮮報告，茲爲例舉以供我同道之參考。

一、雙眼炎型 共有六例，中有三例，病者突發寒熱，體溫昇至三十九度，右側腺狀腺腫大，如鵝卵，並有劇烈頭痛，狀似鼠疫，經穿刺腺狀腺後，檢查腺液稍濁爲陰性，血片檢查，均發現隱日形原蟲，用奎寧療法，均迅速治癒。二例，爲左側腺狀腺腫大，一例爲腺狀腺腫大，均有頭痛，及發熱，在永安瘧疾與鼠疫，時常同時流行，故易發生錯誤，而腺狀腺系統之防禦功能，是否與鼠疫，有直接關係，頗有探討之餘地。

二、有核型 共有二例，病者喉頭均起白膜，及雙下垂，並發寒熱，兩側兩側腺狀腺腫大，並有黃色分泌物，經穿刺腺狀腺，並未發現白膜原蟲，但發現隱日形原蟲，用奎寧療法，均迅速治癒。

三、雙眼炎型 共有二例，病者發熱寒熱，頭痛，全身及頸部，現有小粟粒狀紅色發疹，互相融合而口唇閉閉，無發疹，狀似鼠疫，兩側兩側，腺狀腺腫大，及疼痛，其中一例女孩十一歲，經穿刺腺狀腺，並未發現鼠疫原蟲，血片檢查發現隱日形原蟲，用瘧疾療法，經過三日全身及頸部，小粟粒發疹，逐漸消失，經穿刺腺狀腺而痊癒，一例爲四十三歲男性，經血片檢查發現隱日形原蟲，經治療一星期，病者呈昏睡狀態，現血尿，全身及頸部小粟粒發疹，均呈紫色，經用阿的平，紅糖稀，奎寧，五用法，及大量葡萄糖生理食鹽水之皮下注射，經過一星期，一徵狀漸次消失，隨即全身四肢手足皮膚，大塊脫皮，兩星期後，始告痊癒，此種病變是否直接與鼠疫有關，抑係有鼠疫原蟲之混合感染，亦殊有研究之價值。

四、皮下結核型 有二例，其中一例，爲五十一歲男性，當來院就診時，神識不清，體溫昇至三十九度，身體瘦弱，兩側胸骨部，胸部，肘關節，及膝關節，手足指趾尖端，現有所紫色皮下血斑，大小不一，而尤以足趾尖端爲甚，經血片檢查，發現慢性癩菌絲，入院加藥一星期，體溫下降，一般症狀消失，經二星期收藥，即痊癒退院，其他一例，爲四十一歲男性，症狀與前例相同，血片檢

在發現惡性瘧原蟲，住院後經三日治療，無效而死亡。

五、**喘息型** 共有七例，病者於一定時間，發生呼吸困難，臥以喘息，有發高熱者，亦有現微熱或不發熱者，血片檢查，均爲間日瘧原蟲，惟其中有三例，曾患喘息病，經用解毒劑、及適當療法，而治癒，其他四例，係未曾患過此病者，故僅用通常療法，而治癒。

六、**風溼病型** 共有十六例，其中五例，類似急性風濕病，即病者發高熱，四肢關節疼痛，及肌肉酸痛，以手摸之，尤覺刺痛，其他十一例，有現微熱，或無熱，四肢關節疼痛，及肌肉酸痛均不若是之甚，並時時時，消狀似慢性風濕病，此十六例之血片，檢查發現惡性瘧原蟲者四例，其他皆爲間日瘧原蟲，均以適當，撲滅母星，或河的水平，內服及外搽而痊癒。

以上六種瘧疾，特殊症狀，尚鮮報告，茲再將與文獻所載，一致之瘧疾種類症狀，總括分類爲報告：

一、**特殊熱型** 熱型在診斷瘧疾上，極關重要，而以混合及重複感染者爲最多，單純感染者較少，再以個人抵抗力之高低，出熱時間之久暫，或出熱後而未得充分之治療，諸等原因則其熱型頗爲複雜，大體共分為八種：

- (1) **正式瘧疾熱型** 按一定時間，發熱出汗，現有規則瘧疾之熱型者。
- (2) **不規則熱型** 重複感染或混合重複感染，或患瘧疾經過多次，發作以總分裂程序，呈先後多次，或因未得充分及不規則之治療，均能使熱型呈複雜狀態，兒童之瘧疾，亦多呈不規則熱型，是種不規則熱型，隔日發熱較多，次爲週性者，三日發熱較少見，而其不規則熱型之現象，有每日發熱者，有每日兩次發熱者，有隔日一次，而其間僅有輕微者，有每次發熱時間，較前次早而延長者，有每次發熱時間，較前次遲而約短者，有隔五六日或八九日發熱一次者，其中以每日發熱，及發熱時間，較早或較遲者，爲所常見。
- (3) **稽留熱型** 病者發熱至三十九度，至四十一度，始終不退，僅稍晚時有半度上下之差，脈搏遲緩，舌生白苔，四肢酸痛，食慾不振，週身骨節痛，類似傷寒。
- (4) **弛張熱型** 體溫在上午或下午昇至三十八度，至三十九度，經五六時至十二時，復下降至常溫，朝晚熱度相差一度，以上如此經過日久，病者瘦弱類似慢性結核。
- (5) **弛張稽留交錯熱型** 個個時有馳張，時有稽留，發熱不退，身體弱，血液檢查瘧原蟲多呈陰性，診斷頗爲困難，及用腎上腺素注射後，始能發見瘧原蟲。
- (6) **較微熱型** 在臨床治療上，常見瘧疾病者，並不現高熱，每日或隔日體溫，僅有三十七度左右，發覺全身不適，頭暈暈痛，或僅有微熱，而無其他症狀，如是纏綿日久，或自然治癒，或經醫治癒，或全身瘦弱貧血，咯血致發生肺疾。
- (7) **健康熱型（無熱）** 病者只認各種神經痛，或鼻出血，或下瀉等症狀，而體溫並不增高，亦不減低，全然與健康雷混相同。

(8) 反常型 體溫或高或低，脈率快速，皮膚冰冷，全身衰弱，及反應多不救治。

二、神經型

(1) 赤痢型 病者初起時，三十九度至四十度，精神人事不省，呈昏睡狀態，在昏迷期間，體溫有現下降，至常溫以下者，脈搏較速，一百至一百二十左右，大小便失禁。

(2) 中氣型 病者忽發暈倒，四肢無力發生陣厥，氣以難爽，血象呈青紫味，口作苦，脈亦不見增高，以上二型，大多數不能救治，亦有少數可治者。

(3) 神經高型 病者初起高熱，煩躁發狂，或語失常，不安躁急，亦有最初熱至並不甚高，而精神初現不安，經三五日後，忽然發狂，但經相當之治療多能治癒。

(4) 神經型 如靜觀羅腦，失味或覺過敏等，症狀多見於慢性痢疾兩者。

(5) 神經高型 是初病型，為尋常見，如雀手神經痛，三叉神經痛，肋間神經痛，咽喉痛，胃筋痛，偏頭痛等，體溫多不增高，而有體溫較常溫為低，並為其他感染伴有症狀，故易於誤診。

(6) 痙攣型 此型多於小兒患感時，常見發作性顏面及四肢痙攣。

(7) 運動神經麻痺 顏面神經麻痺為所常見。

三、胃腸型

(1) 急性胃腸炎 病者嘔心嘔吐，腹痛或腹下痛，胃部膨滿脹滿，有發熱，亦有不發熱者。

(2) 霍亂型 病者突發嘔吐，下瀉，體溫降低，脈沉而弱，狀似霍亂。

(3) 併發症 病者食慾不振，全身倦怠，四肢痙攣，熱度逐漸增高，呈稽留熱型，則胃部壓痛，及腹部周圍痙攣，脈沉，假若當時日，體溫一時下降，次日或隔兩三日又復上昇，血液變氏反應為陰性。

(4) 中毒型 病者腹痛或急後重，大便混有粘液，及血液，膿液及培養陽性，體溫增高，精神當時日下降，至常溫或再增高，以上門型，若經疾病傳染狀中，為所常見，預後多屬佳良。

四、急慢性肺炎 病者胸部刺痛，咳嗽，氣急，吐紅色血痰，打診及胸透，肺部兩側均有肺炎變化，體溫昇高，多為一定時間，少數例外昇降不定，預後亦佳。

五、急性肺炎 病者胸部及下肢浮腫，尿量減少，呈紫紅色，現強自反應，脈溫昇降不定。

六、出血性肺炎 病者原熱心高胸悶痛，腹脹，嘔吐，體溫昇降不定，脈搏強細，精神不安，多不救治。

七、心臟病型 病者忽現心臟部緊迫，呼吸困難，頭面及手足，呈青紫色，亦多不救治。

八、黃疸型 病者發黃熱，同時混濁結膜，呈黃色，肝臟部壓痛，並微現腫大，預後佳良。

九、出血型 如胃出血，腸出血，白尿出血，鼻出血等，病者在發熱發作時，或發作後，突然出血，視源危境，其中以鼻出血為所常見。

總結 作者僅就在永安、抗戰八年期間，觀察一般患感病者，結果所得總括之種種特異症狀，作簡單之報告，略供同道之參考，因缺乏參考資料，難免遺誤，敬希同道多加指正。

傷寒畏氏反應(WIDAL TEST)遲延出現之二例

符理珉 葉孝禮 潘助士

第一例：

郭 章，男性，年十八歲，上杭縣人，於三十六年八月一日進院。據訴發冷發熱已持續八日，並於發病第二日開始嘔吐，日約2-3回，呈水樣便。入院檢查主要發見為顏面潮紅，舌有白色苔，脾腫大具壓痛，心時正常，白血球數7600 cm^3 ，嗜伊紅細胞陰性。當時疑為：(1)傷寒，(2)瘧疾，乃取血塗片查虫並作畏氏反應，結果兩者均為陰性。於進院之第三日。即發病第十一日試用羅德收法，至進院後之第七日，已由40°C之高溫漸次降至37°C，唯自進院之第八日即發病(第十六日)起，熱度突又逐漸上升，至第十二日即發病(第二十日)熱度仍持續於40°C而脈率僅100左右，此時奎寧(Quinin)已用達10.8g，熱度仍稽留，故再取血作畏氏反應，結果為'O'凝1:40-1:160，此時一以羅德劑當即停用，於第十五日即發病(第二十三日)更取血作畏氏反應，結果'O'凝1:320，'H'凝亦出現為1:160，此時已是發熱之第四週矣。該患者於第十七日發生口出血，十八日及十九日仍有少量出血，至第廿八日(即發病第三十六病日)熱度降至常溫，其後無熱期僅兩週，至第三週末因飲食不慎熱又上升，再熱期約十日，至第六十三日(即發病七十一日)熱又退至常溫，於發病第九十四日出院。計發病總經過約十週，其中再發一次，出血三次。

第二例：

陳 霞，女性，年四十三歲，福州人，於三十六年四月八日入院，據訴發冷發熱已持續八日，紅腫大重弱劑無效，入院檢查見舌生白苔，右肺上葉呼吸音粗糙，心臟正常，肝脾均不能觸知，白血球4200 cm^3 ，嗜伊紅細胞消失，糞原虫未檢出，當時印象為傷寒，當時畏氏反應'O'凝1:60，於一週後畏氏反應'O'型1/80，亦不能下確實診斷，直至發病第四十六日始出現'H'凝1:320。患者發熱期間共九十三日，前後會三度再發，於發病第一〇九日出院。

十八個月來傷寒病之統計

陳尚志 黃孝禮

前 言

傷寒病在我國流行之盛，爲世之衆人所盡知。惟始自何時，盛於何地，則無文獻可徵。古時，對本病之界限未清，舉凡高熱而無特殊症狀之疾病，皆相混淆，如斑痧傷寒，卽其一例。迨至一八八〇年 Eberth u. Koch 氏發現傷寒桿菌爲本病之病原後，病界始告大白。

本病因名 Typhus 之語源，出自希臘文 Typhus 乃煩惱悶悶之義，卽發後於兩熱之際，精神迷惘，意識遲鈍之病狀也。古名傷寒，亦爲古來舊有之病名。內經所謂「多傷於寒，春必病溫」者，卽本病名稱之預也。後漢張仲景據此理論，抄書一寫傷寒，流傳於後，二千年來國人對「傷寒」二字之瞭解，深印腦中，故無論醫界非醫界，已將「傷寒」二字成爲家喻戶曉之名詞。於今國人亦從而「傷寒」者，仍不鮮見，實與不當，始且不論。

本病乃由傳染傷寒桿菌之飲食物所感染，病菌從口侵入，在小腸發育繁殖，產生毒素，及至菌數與毒力穿於人體之抵抗力時，遂發病狀，臨床上以高熱，脈搏緩慢，玫瑰色疹，腹鳴，脾大等爲主要症狀。其病變主要在淋巴組織，卽腸系膜淋巴腺與脾臟之肥大，腸管之魏氏 jeyer 淋巴結節及孤立淋巴結白等之增生與發腫等。

我國傷寒病爲害之烈，本世紀均無文獻可徵，故無從推至。本世紀以來，因天災人禍頻仍，連年各地均有鼠疫。治成軍隊興，人口移動頻繁，人民生活不定，衛生環境不良，醫藥藥品，價高貨少，傷寒之流行猖獗，自不待言，戰時後，軍事特興，內亂烽火隨接，乾貨日漲高騰，生活益形困苦，傷寒之流行猖獗，與日俱增。影響所及，足足以糜耗人力財力之損失，正則可謂對國民種族之健康，此病爲我國衛生防疫問題上當務之急也。

本省地處熱帶，傷寒流行，冠於東有各省，（見藥學法語法定傳染病，貴陽文通書局出版）。據福建省十年來法定傳染病流行統計數字，自廿六年至卅五年以傷寒爲最多，計有二三〇七七八人，佔總傳染病人數一〇五四三四人之 22.47%。福州地處本省省會，人類稠密，交通頻繁，無自來水設備，市民皆領河橋河溝或不合衛生井水作爲飲用，故年來爲本省傷寒流行猖獗之一縣市。本院自勝利後，隨省府遷移福州以還，傷寒患者，就診頗多，茲將一年餘來所見傷寒病例，加以分析統計，藉供參攷。

本文乃自三十五年七月至三十六年十二月本院住院傷寒患者（門診不計）病例七十五例，加以統計，皆經檢出魏氏反應陽性而確實診斷爲傷寒病者。其未能檢出魏氏反應陽性者，不在本文論述之列。蓋本文主在論計傷寒病在福州流行之概況，及其與性別，年齡，籍貫，職業，合併症，入院時間

之遲早及入院時白血球數目之多寡等對死亡率之關係。

流行季節與死亡率之關係

本文七十五病例，係自三十五年七月起至三十六年十二月止，其間共十八個月。患病率以十及十一月份為最多，七月份次之。死亡率以九月及六月份為最高。

第一表 流行季節與死亡率關係表

月 份	合 計			35 年			36 年		
	患	死	%	患	死	%	患	死	%
總 計	75	14	18.6	27	9	33.3	48	5	10.4
一 月 份	2	0	0	—	—	—	2	0	0
二 月 份	5	0	0	—	—	—	5	0	0
三 月 份	2	0	0	—	—	—	2	0	0
四 月 份	1	0	0	—	—	—	1	0	0
五 月 份	4	1	25.0	—	—	—	4	1	25.0
六 月 份	2	1	50.0	—	—	—	2	1	50.0
七 月 份	9	2	22.2	4	1	25.0	5	1	20.0
八 月 份	3	1	33.3	—	—	—	3	1	33.3
九 月 份	4	2	50.0	3	2	66.6	1	0	0
十 月 份	18	4	22.2	9	4	55.5	9	0	0
十一月份	20	3	15.0	9	2	22.2	11	1	9.09
十二月份	5	0	0	2	0	0	3	0	0

性別與死亡率之關係

傷寒之感染，原不限於性別，本文統計結果，男性之患病人數較女性多，男性之死亡率亦較女性為高。

第二表 性別感染與死亡率之關係表

	患病人數	死亡人數	死亡率
總 計	75	14	18.6%
男 性	55	11	20.0%
女 性	20	3	15.0%

年齡與死亡率之關係

本文統計患者年齡自二歲起至四十五歲止，均可發見。其中以十六歲至二十歲患者最多，佔總數之36%，死亡率與年齡成正比例，以三十六歲至四十歲患者之死亡率為最高，達66%。

第三次 年齡與死亡率之關係表

	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
2-5歲	3	0	0%
6-10歲	5	0	0%
11-15歲	3	0	0%
16-20歲	27	4	22.2%
21-25歲	15	3	25.0%
26-30歲	10	2	28.5%
31-35歲	6	3	50.0%
36-40歲	3	2	68.0%
41-45歲	3	0	0%

籍貫與死亡率之關係

籍貫分本地人(包括福州市及林森縣)及寄籍人(外縣市)兩種,本地人之總數共四十四人,佔總數之58.6%,其中死亡人數共八人,死亡率為18.1%,寄籍人之總數共三十一人,佔總數之41.3%,其中死亡人數共六人,死亡率亦為19.3%,即寄籍人之死亡率高於本地人。

第四次 籍貫與死亡率之關係表

	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
本地人	44	8	18.1%
外籍人	31	6	19.3%

職業與死亡率之關係

職業可大別為農,主婦,軍,政,工,商,無職業,醫,警,等。患病人數以農佔最多數,主婦次之,農與醫無。死亡率以軍為最高,達50%,學次之。政,商,警等無死亡患者。

第五次 職業與死亡率之關係表

	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
學	22	6	27.2%
主婦	13	2	15.4%
軍	8	4	50.0%
政	6	0	0%
工	11	1	9.9%
商	4	0	0%
無職業	10	1	10.0%
醫	1	0	0%
警	-	-	-
醫	-	-	-

合併症與死亡率之關係

傷寒病預後之良惡，全視合併症之有無，其關係之密切，自不待言。本文七十五病例中，有合併症者共四十一人，佔總數之54.6%。合併症以氣管枝炎為最多，腸出血次之。但因合併腸出血而致死亡者共六人，佔死亡總數之42.8%。

第六表 合併症與死亡率之關係

	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
氣管支炎	22	1	4.5%
腸出血	9	6	66.6%
大腸性肺炎	5	2	40.0%
肺結核	3	0	0%
腸穿孔	2	2	100%
無合併症	34	3	8.8%

入院早期與死亡率之關係

傷寒病死亡率之高低與發病後入院治療之遲早有莫大之關係，患者發病後愈早入院治療者，死亡率愈低，愈遲入院治療者，死亡率愈高，推究其原因，大概遲入院患者在接受治療不合理，飲食不適及護理不週全等所致。

第七表 入院時間遲早與死亡率之關係表

進院時間	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
1—10病日	28	2	7.1%
11—20病日	39	9	23.0%
21—30病日	8	3	37.5%

血球數目與死亡率之關係

本文七十五病例患者白血球數目之統計，悉依患者入院時初檢白血球數目為標準，統計結果，以白血球數目在4600—10000/cm³者為最多，計三十五例，佔總數之46.6%，死亡率以白血球數目為減少，即在2000—3500/cm³者為最高，達60%。

第八表 白血球數目與死亡率關係表

	患病人數	死亡人數	死亡率
總計	75	14	18.6%
2000—3500/cm ³	5	3	60.0%
3600—4500/cm ³	17	5	29.4%
4600—6000/cm ³	35	4	11.4%
6100—7500/cm ³	9	0	0%
7600—9000/cm ³	5	0	0%
9100—15000/cm ³	4	2	50%

討 論

1. 本文七十五病例，統計結果，治愈者六十一例，死亡者十四例，死亡率18.6%，此誠因病例太少，統計上自難十分準確之故。

2. 本文乃由三十五年七月至三十六年十二月之住院傷寒患者病例，加以分析統計，各病例皆經檢出吳氏反應者。症狀類似傷寒而未能檢出吳氏反應及半途出院者，皆不在本文論述之列，故病例頗為缺乏。

3. 性別之感染，男性較女性為多，且死亡率亦較女性為高，其原因約係男性感染之機會較女性為多之故。

4. 患者之年齡愈大者，死亡率愈高，此或係老年人之抵抗力較青年人之抵抗力薄弱之故。

5. 職業之中，醫、農兩者均不發見，似不合理。其原因：蓋因福州為一城市，農村距離城市較遠，一般農人，或習於迷信，或限於經濟，多不來院治療，並非農人不犯是病，敢可斷言。醫業者對一般新舊知識較為豐富，衛生環境亦較一般民衆為優；故本文之不見醫者也是病，亦可意料。各職業中之死亡以軍為最高，學次之。其原因不外士兵與學生之生活情況及經濟力量遠較生活富裕之商政職業患者為窮者，營養欠佳抵抗力弱，一旦患病頗難救治。

6. 男合併症而死亡人數以腸出血為最多，但死亡率以點穿孔最高，無合併症而死亡者有三例，原因或苦為強烈，或因傷寒桿菌毒力強及中樞神經系之故。

7. 發病後與入院時間之間隔愈短者，死亡率愈低，本文有五例患者入院時間與發病時之間隔在三週以上，其中有三例於入院後數日內因腸出血而死。自有二例患者於入院時已屆恢復期。

8. 白血球數目平均皆較正常白血球數目為少，其中僅有四例於入院時因合併症而白血球數目較正常為多。

9. 本病死亡率之高低，除上述各節有關外、治療及護理方面之關係，亦甚重要，然此兩者非本文論述之範圍，不作論述。

結 論

1. 福州為本省傷寒流行最顯縣市之一，此次將本院傷寒住院患者病例，自三十五年七月至三十六年十二月止，共十八個月，凡七十五例，皆經檢出吳氏反應陽性，而確為傷寒患者。

2. 傷寒流行以十及十一兩月份之患病人數為最多，死亡率以六及九月份為最高。

3. 男性之患病人數及死亡率均較女性為高。

4. 本病之患病人數、本地人較寄籍人為多。死亡率寄籍人大。

5. 職業中以學為最多，軍次之，但死亡率反是。

6. 有合併症之傷寒患者，死亡率極高。

7. 進院之早晚與死亡率成反比例。

8. 入院治療患者之初檢白血球數目與死亡率成反比例，即白血球數目愈少者死亡率愈高。

參攷文獻

1. 陳方之 急性傳染病 商務
2. 張學成 腸傷寒之血清療法 中華醫學雜誌第二十六卷第六期
3. 朱師暉 腸熱病重症出血時之檢查法 中華醫學雜誌第二十一卷第十六期
4. 蔡維法 法定傳染病
5. J. S. Park A statistical study of 268 cases of typhoid and paratyphoid fever in S. T. Andrew's hospital wuchi, C. M. J. 49:7 July 1935
6. Miller Joseph. L. Textbook of medicine.
7. Simpy H. J. A study of 35 cases of typhoid and paratyphoid, china Med. J. 34:109 march 1920.
8. Huizege L. S. Forty cases of typhoid, china Med. J. 37: No 3-4, March. April 1923
9. Editorial The typhoid and paratyphoid fever, china med. J. 44:165 Feb. 1930.
10. Barry mallin M. D. typhoid fever occurring in immunized Persons, Jour. A. M. A. July 6 1940.

月 別	32年			33年			34年			35年			36年			
	患	死	%	患	死	%	患	死	%	患	死	%	患	死	%	
合 計	2	2	100	2	2	100	123	15	12.5	9	2	22.2	22	2	9.09	
一 月 份	1	1	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0	0	
二 月 份	—	—	—	—	—	—	11	4	33.3	3	0	0	2	0	0	
三 月 份	—	—	—	—	—	—	63	4	3.06	3	0	0	1	0	0	
四 月 份	—	—	—	—	—	—	38	6	15.6	—	—	—	13	0	0	
五 月 份	—	—	—	—	—	—	6	0	0	—	—	—	1	1	100	
六 月 份	—	—	—	—	—	—	—	2	1	50.0	—	—	—	2	0	0
七 月 份	1	1	100	1	1	100	—	—	—	—	—	—	1	1	100	
八 月 份	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
九 月 份	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	0	—	—	—	
十 月 份	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
十一月份	—	—	—	1	1	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
十二月份	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	50.0	—	—	—	

(二) 流行與性別之關係

本文統計之200例中(表二)男性為150人佔總數75%，女性50人佔總數25%。即九年來男性之患病總數為女性之三倍，死亡率亦以男性為高，男性為21.3%，而女性僅10.5%。若以年度論，男性死亡率最大者為32年及33年，最少者為34年。女性死亡率最大者為30年，最少者為31年。

表二 九年來死亡率與性別之關係

年 別	合 計			男 性			女 性		
	患	死	%	患	死	%	患	死	%
總計	200	37	19.5	150	32	21.3	50	5	10.0
28年	29	10	34.4	21	8	38.0	8	2	25.0
29年	5	1	20.0	3	1	33.3	2	0	0
30年	5	2	40.0	4	1	25.0	1	1	100
31年	3	1	33.3	2	1	50.0	1	0	0
32年	2	2	100	2	2	100	—	—	—
33年	2	2	100	2	2	100	—	—	—
34年	123	15	12.0	94	13	13.9	29	2	6.8
35年	9	2	22.2	8	2	25.0	1	0	0
36年	22	2	9.0	14	2	14.2	8	0	0

(三) 流行與年齡之關係

本病患者年齡之統計材料，僅取初一年(28年)及最近兩年有案可考，故本文僅將三年中之病例加以分析，計自出生至55歲，每5歲為一組，共分11組，每組中均有本病發見，計三年中之患者總數以16—20歲組最多為13人，佔總數21.6%，51—55歲組最少僅有2人。死亡率以0—5歲組最高為86%，自41—55歲者均無死亡。(見表三)

表三 死亡率與年齡之關係

	合 計			28年			35年			38年		
	患	死	%	患	死	%	患	死	%	患	死	%
總 計	60	14	23.3	29	10	34.4	9	2	22.2	22	9	40.9
0—5歲	5	3	60.0	1	1	100	3	2	66.6	1	0	100
6—10歲	6	1	16.6	3	0	0	2	0	0	1	1	100
11—15歲	5	1	20.0	4	0	0	—	—	—	1	1	100
16—20歲	13	3	23.0	11	3	27.2	—	—	—	2	0	0
21—25歲	7	3	42.8	4	3	75	—	—	—	3	0	0
26—30歲	6	1	16.6	2	1	50	2	0	0	2	0	0
31—35歲	6	1	16.6	2	1	50	2	0	0	2	0	0
36—40歲	4	1	25.0	—	—	—	—	—	—	2	0	0
41—45歲	3	0	0	—	—	—	—	—	—	3	0	0
46—50歲	3	0	0	—	—	—	—	—	—	3	0	0
51—55歲	2	0	0	—	—	—	—	—	—	2	0	0

(四) 藥物療效對於死亡率之關係

本院九年來本病之治療共分三期，計自28年至33年主用磺胺類藥，自34年至35年主用磺胺類藥品，至36年採用盤尼西林(Penicillin)與磺胺類藥品混合療法，茲將各期之療效及其對死亡率之關係分述如下(見表四)

(1) 血清療法期 法以抗菌消炎血清直接注射於骨髓腔內，每日一次，每次量約30—40c.c. 藥效用至骨髓液清淨及臨床症狀消失時為止。據本文統計自28年至33年之五年間共治療46例，其中死亡者共18例，死亡率為39.1%

(2) 磺胺類藥品治療期 因34年戰事尚未結束，藥品來源不易，故當時均用 Sulfathiazol 除不能內服之病人改用注射外，概用內服法，成人初次劑量為2—4gm，以後每四小時一次，每次給以1—1.5gm 之量持續，大約在2—4日之間體溫可降至正常，其他臨床症狀亦可消失。僅數例試用磺

腦腔內注射，結果反應甚大。計自34年至35年之兩年間共治療132例，死亡者17例，死亡率為12.8%

(3) 混合治療期 即除用磺胺類藥品外，更併用盤尼西林之注射，用法以盤尼西林十萬單位溶解於10%之生理食鹽水中，以作脊髓腔內之注射，日用一次，較單用磺胺類者收效更速。據本文統計於36年使用本法治療者共22例，死亡者僅二例，死亡率僅9.01%

表四 藥物療效與死亡率之關係

年 別	合 計			抗 菌 藥 類 治 療			磺 胺 類			盤 尼 西 林		
	患	死	%	患	死	%	患	死	%	患	死	%
總 計	200	37	19.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28—33年	46	18	39.1	46	18	39.1	—	—	—	—	—	—
34—35年	132	17	12.8	—	—	—	132	17	12.8	—	—	—
36年	22	2	9.09	—	—	—	—	—	—	22	2	9.01

討 論

(1) 由本文各年度患病人數之統計，可明瞭本病之流行概況，計自26年至36年之九年間，每年均有患病人數，而以34年患病人數最多，佔總數64.5%，23年及36年次之，今查衛生處改組之本省十年來法定傳染病重要流行區域表，證明於28年及34年本院所在地永安屬本省主要流行區份，而33年本院所在地福清亦為主要流行區域，又其餘年度本病在永福兩地均皆小流行。

(2) 除23年及33年因病例太少統計數字不明確外，由本文各年度之死亡率比較，可知本病之死亡率率有低昂，死亡率之高低係因流行狀態而不同，然新藥應用之進步，恐為低昂死亡率之一主要因素。

(3) 以氣候論，一般言之本病多於寒冷季節流行，據 Melsan 氏內科學記載：「本病最多數是發生於一年之最初五個月，至夏天則甚少發現。」由本文之統計，亦以一至五月份患病人數最多，尤以三月份佔總數41.5%，可見本病之流行有一定之季節。

(4) 據美達氏內科學記載：「本病患病率男女之差異雖不著明，但似乎男孩較多」。今據本文統計，男性患病數為女性三倍，故性別之差異為著明，考其原因大半由於男性與外界接觸之機會多，故其受傳染之機會亦大。

(5) 以年齡論，一般言之以小孩及青年人易罹本病。今據 Musser 氏內科學記載：「紐約於1905年至1907年間共有本病3900例，其中66%係未滿10歲，然自第一次世界大戰後，此等年齡患者已不復存在，而以在外走動與人接觸機會多之人為多。據本文統計，九年來以16—20歲青年人最多，佔總數

21.6%，本病之患病人數以青年為多之原因，亦如Musser氏所云之與人接觸機會多之故。至於年齡對於死亡率之影響，一般均認為6—10歲為最少，又據Gregory氏所統計之113例，以年齡最小者為最良，據本文統計，除41—55歲8例無死亡率外，而以3—10歲組之死亡率為其他各組中之最低者，然0—6歲組之死亡率反高至36%，為各組之冠，統計所根據之例數甚少，或為錯誤之原因，故難作一斷語。

(6) 據於抗體沉澱血清與磺胺類藥品效之比較，據Gregory氏所統計，用血清者31例，死亡33例，用磺胺類者29例，死亡3例，故前者死亡率為45.1%，後者17.2%。據本文統計自改用磺胺類後，死亡率自39.1%降至12.8%，又據Bockman氏之報告觀察：「在第一次世界大戰卡爾斯貝爾以治療本病時，死亡率為39%，自1943年美國軍隊採用以磺胺類治療本病後，死亡率已降低至4%，故據各種統計，採用磺胺類以治本病勝於血清，自無疑義。然本院於34年有2例用磺胺類無效，後經改用血清治療而癒，乃少數中之例外。至於磺胺類與盤尼西林併用是否較獨用為佳，則手中尚無文獻可供參考，然據本文統計併用混合療法22例，死亡率為9.09%，乃各種療法中死亡率最低者。單用盤尼西林的效如何？本院因收容病人不多，故難作一確切之統計，據Rosenberg氏所治療之76例中僅一例死亡，其死亡率僅為1.3%，姑述之以供參考。

結 論

(1) 自28年至36年九年來之200例中死亡總數為37人，其死亡率為19.5%，較本省衛生處所統計23.6%之數字低。

(2) 據統計數字，本病於28年及34年在永安及馬尾，35年在福州及鼓浪嶼，又九年來本病之流行未曾間斷。

(3) 本病之流行九年來以一至五月份患病人數最多，其各月份均有少量發現，唯九年來之每年十月份均無本病流行。

(4) 九年來本病之患病人數男性均較女性多且死亡率亦大。

(5) 九年來本病之患病年齡以16—20歲之青年最多，死亡率則以未滿5歲之小孩最大。

(6) 用抗體沉澱血清治療本病，不甚適宜，蓋因其死亡率甚高也。

(7) 單用磺胺類藥物內服或注射以治本病，奏效甚佳，至於本類藥物之各種劑內注射並非必要者，因其反應甚大。

(8) 併用盤尼西林作為輔助注射，比單用磺胺類藥物治療本病，奏效更速，且死亡率亦更為低降。

(9) 九年來本病之死亡率年有低降之趨勢，此應歸功於磺胺療法之進步也。

參考文獻

(1) 流行性腦脊髓膜炎 現醫譯林第一卷第二期。

- (2) 福建十年來法定傳染病流行分析 福建省衛生處主編「衛生」第二七期
- (3) 吳建內科書 第10版昭和十八年
- (4) Harry Beckman The treatment in general practice
- (5) Musser External medicine third edition
- (6) Nelson Loo e -leaf living medicine 1927
- (7) Cicel Text book of medicine fifth edition

哺 乳 兒 腹 瀉 談

劉 爾 彝

營養障礙之腹瀉 細菌之感染 腸管外傳染 氣溫之影響 營養治療

腹瀉為一種病狀，常發生於哺乳兒，而成年之人亦有患之。其由來有種種不同之原因，以不同之意義，故治療之方法亦隨之而異。雖其意義甚廣，然哺乳兒腹瀉之名稱仍為人所習用。是其病常見於哺乳兒，而亦於此時期有特別重大之意義存焉。哺乳兒腹瀉在人工營養兒較易發生，其在母乳營養兒須至離乳時始比較多見。迨至第二歲末又漸減少，即有之亦多不為嚴重之症。

腹瀉對於一歲以內之哺乳兒有特別之關係，其原因今日雖尚未能確定，大概可作如是之推測。消化器系在哺乳兒所負擔之工作與以後之時期不同。因此時身體發育正在旺盛之期須以消化器之迅速從事以成之，同時消化器本身亦正在時時變異及發育之中。在成人每公斤之體重所食之熱量為四十大卡耳，在哺乳兒則因體溫較大而所食之熱量幾不止倍之。以哺乳兒幼弱之消化器系負擔過累之工作，致易為變相。

在哺乳兒尚有一特殊之情形。Creyty氏在哺乳兒營養障礙方面，已有深切之說明。蓋哺乳兒發生腹瀉時，其影響不僅限於胃部，即全身各部亦深受其害。此說在某種程度內亦適用於任何年齡，惟對於哺乳兒更覺有貼切之意義。據臨床觀察，如病兒現不快之表情，紅腫不安，皮膚蒼白失其彈性，以及體重曲線呈不規則之升降等症狀，皆顯示病變之影響於全身。此非因哺乳兒全身組織時時窺窺皆在迅速發育及變異之中，對於營養之感覺特別敏故。一旦驟遇營養失調，則全身各部份即迅速呈現病態。

一般營養障礙頗與營養物之質與量有密切關係。蓋食物本為一種刺激作用。當其輸入消化管內時，對於此種刺激之生理反應（或工作）如得適當，則可以維持健康。惟生體對於食物之反應，有一定之限度。營養物之量與質如屬不適當，即發生障礙。即營養素與消化器養素而同化之之生理機能力若無適與不及之弊而能得調和時，則新陳代謝能照常進行。按各營養素中，蛋白質最少發生營養障礙之

意義。惟脂肪及含水炭素中之複雜類(如乳糖及澱粉)往往易起發酵作用而致嘔吐及腹瀉。

腹瀉位爲營養障礙之局部症狀。因不適當之營養，食物於腸內起發酵旺盛及異常分解之結果，產生異常酸(如乳酸及脂肪酸等)及有毒物質。此時不特腸管之分泌機能受其害，即腸管壁之通透性(Permeability)亦發生異常。腸內異常分解之產物及細菌毒素等乃吸入於血中。遂起中間新陳代謝之障礙。脂肪燃燒不全之結果產生酮，草酸及氫化酪酸等。此時因中和此等酸類，先消耗腸內貯藏之鈉等質，而致體內鈉質之減少。更進則全圖遺雜之酒精NH₃俱被引合而爲中和之用。若后不足，則致酸中毒之狀態。故有時於此等患者，剖察其屍體，發現局部症狀之甚微，輒出人之意外，而全身機能之障礙則見特重。

除不適當之營養外，體質異常亦可爲嘔乳兒腹瀉之原因。例如生後一二個月之母乳營養兒，自初生即屢發黃綠色及綠色之粘液便，且時有吐乳。此時即限制其母乳量，亦不能停止其腹瀉。每易使人疑及胃氣弱。然自腹瀉吐乳發生後月餘日間，依然喂以母乳，並無其他之弱氣症狀如抽搐或患及心臟等症。故不能謂爲胃氣。此等患兒，若詳細查詢其病史，必能發現一神經病者。且患兒自身成長之中亦多爲神經質者之狀態。對於斯類患兒，用後乳營養(即每日中以母乳與牛乳交換爲用)頗易治愈。

細菌學之研究會啓示吾人，在健康幼乳兒之腸上部所僅存之少數細菌，於營養障礙時，則甚見繁殖。據多數之實驗，細菌對於幼乳兒腹瀉之發生有重要之意義。惟幼乳兒腸內細菌之種類因母乳營養與人工營養而有不同。前者只有絕絕之 *Bifidus* 種類；後者則以 *大腸菌* 佔主位。由母乳營養與人工營養之變換，細菌之出現亦隨之而異。*大腸菌* 亦能成爲幼乳兒腹瀉之病原菌。本來在健康兒腸上部之 *大腸菌* 甚爲稀少，而在患腹瀉者則出現甚多。一般牛之痢疾係由某種特殊之 *大腸菌* 所誘發。關於幼乳兒之腹瀉亦可視爲由一種特殊之 *大腸菌* 發生之。故有人名之曰「消化不良性 *大腸菌* Dyspeptiskolie」。惟此是否爲一完全獨特之 *大腸菌*，至今尚在研究中。有謂係一種之 *大腸菌*，可能由普通之 *大腸菌* 變成之。但其轉變或一異質之後，即可以其本體傳染傳染。在家庭則與供養乳兒飲料室中，常發現 *大腸菌* 之存在。但吾人仍無充分之理由可以斷定皆由此發生腹瀉。因 *St. H. Vogt* 氏之經驗，於三十二例一歲以內之幼乳兒均含有 *大腸菌* 之乳，僅有一例發生消化不良。可見必須腸內先有適宜之情況，而後進入消化管內之 *大腸菌* 始能起其毒性引起消化不良。若系某種之特殊 *大腸菌*，則可不論有無適合之情況，皆能誘發腹瀉，且能傳染傳染。致一家之中有時數小兒均患腹瀉。此時若能及早用隔離方法，則可收預防傳染之功。除 *大腸菌* 外，他如 *副傷寒菌*，*副傷寒菌*，*腸炎桿菌*，*赤痢桿菌* 及 *阿米巴* 等皆可爲腹瀉之病原體。

此外又有常爲腹瀉之原因者，腸管外傳染是也。如流行性感胃，麻疹，中耳炎，膀胱腎炎等及其他臟器之化膿性疾患，皆可致營養障礙及腹瀉。蓋上述各病均能直接侵入消化器而損害之。或因其病之影響於全身細胞，使活力減退，而消化機能遂亦爲之削減故也。

氣運對於營養障礙之發生亦有密切之關係。故腹瀉病在夏季較多。乃因氣運之昇騰，阻礙腸道之

發散。滯留積之結果，直接使消化器之機能減退。

對於營養障礙之嚴重，除如前述之體質異常者之外，其治療法，以應用母乳為最佳。但此時須限制其授乳之時間及次數。如「能用母乳，則用牛乳亦可」。惟須加牛乳之稀釋度，以減少脂肪及乳糖之含量（用一至四份發粉加片為稀釋液使用水為佳），並應減少其次數，亦能奏效。H. Vogt 氏則用酸性乳收效甚速，在較重症之營養障礙，須先行六至十二小時之饑餓（非絕對的饑餓之期，其間可略與以附加20%葡萄糖之淡茶以補充水份），其後二三日則先用牛乳或脫脂乳，漸增其量，並漸移行于普通營養。更重症者，則於施饑餓療法之後，用蛋白質營養，逐漸增加其量，並逐漸添加炭水化合物，歷時四星期之久。至於因腹瀉而發生水份脫失時，即須施行水份補給療法。

其由細菌或腸管外傳染者，若能及早去其原因，即不難迅速回復健康。

總之，哺乳易患此症，似為普通之病症，但常能迅速陷於重症之狀態。故以預防患病為保嬰最好之方法。

左背季肋下盲管鈍創 續發「腎纖維膜下尿蓄積囊腫」之一例

陳文茹

本院於三十五年底，曾遇一負傷患者，當時因復員不久，病勢起復，即具其類型，而檢查工具，尚未完備，尤缺乏X光及膀胱鏡，對於本患者之多尿，曾感迷惘，致延醫四次，歷時八個月，方告痊癒。茲將其病歷，簡述於後，並略加說明，以供同道參考。

臨床病歷

王△△ 男性，二十二歲，福州籍，職業公務員。

三十五年十二月二十五日晨一時許，遺手槍擊中左側背部，當時創口流血少量，尚能步行，五時半入本院求治。

患者體格中等，意識清醒，軟硬雖細小頻數，但尚規律，尿呈血狀。於左側背部後腋窩第十二肋脊下方一橫指處，見附有凝血之指尖大而形裂孔，皮膚尚內捲縮，出血已停止。身體他部未見創傷，亦無射出口。患者除於創口部感疼痛外，左側下腹部急劇膨脹，胸內苦悶，全腹部輕度膨脹緊張，無惡心嘔吐。六時許排尿一次，無血液。

第一次手術（開腹）十二月二十五日

因疑有腹內臟器損傷及內出血之嫌疑，於來院當日上午九時施行開腹術，以臍為中心，向上下延長約十二公分之正中縱切開以開腹，消除存於腹腔內之血液（約500 c.c.）後，檢查腹腔內各臟器，未

見有任何損傷及著明之出血部位，予彈更無從發現，且已無再出血之現象，故將腹膜側完全縫合閉鎖。

術後注射血漿300cc，並每日注射Penicillin，術後三日內，會感精神煥發，不眠，口渴，數次之嘔吐及吃逆。體溫最高達38°C，脈搏往復於100—120之間，術後白血球曾一度達於28200，迨至十二月二十八日，即降至6000。

由十二月二十八日（負傷後四日）至三十六年二月五日（第二次手術），體溫繼續於36.6'—37.6°C之間，脈搏90—100，白血球由下降至6000以後，最高亦未超過9000。手術創及針入口，按無腐處置，皆未發生變化，而逐漸痊癒。小便無異常，大便則逐漸傾向便秘。

負傷後即感左下腹部有劇烈疼痛，手術後雖曾一時似感輕快，但仍時現疼痛及膨滿感。他處的除腰部有膨滿外，未發現硬結及濁音部。此種痛感，由排出瓦斯或大便後即輕快，由此大便漸出於硬結，疼痛亦漸向腰部及全腹部放散。負傷後二十日即一月十五日，突於左季肋下外側部感到劇烈疼痛，該部皮膚亦呈敏敏，然無紅腫現象，左側腹壁現緊張，打聽於左季肋下呈濁音，經電包及灌腸藥一時輕快，然仍繼續有輕微疼痛，且濁音部逐漸增大，並於左季肋下可觸知較大緊硬之部分，但向雞證明波動，患者自覺於左側腹內有由體位變換而上下移動之異物，於左側臥位時，並可於季肋之下方觸知指尖大之硬固物體，仰臥時期消失。

迨至二月初（負傷後三十五日），左側下腹部之疼痛更增劇，腹壁亦診察緊張，濁音部增大，由肋骨弓延至臍窩，致難臥飲食，皆發生嘔吐。當時疑為腸間性血腫或積液之假疝，遂次再施開腹。

第二次手術（開腹）發現尿管積膿腫）二月五日。

於左側肋骨弓下，沿腹直肌外緣施縱約十公分之切口開以開腹。腹腔內臟器毫無恙者，即第一次開腹部分，亦未發生癒癒。檢查結果，則於下行結腸之後外側，由肋骨弓至乙狀結腸部之膀胱腹膜，全層向前突隆，觸診而有波動，由穿刺得淡黃色透明而有尿臭之液體。遂由下行結腸後側，膀胱之中央部，施小切開，吸出其內容液約120c.c.，其最後流出之液體內，微濁濁而含有凝血塊，次由指檢在此囊腔之內腔，其腔壁平滑，無炎症狀態，於腔之上端可觸和平滑之左腎下極大部分，而腔之下端則建於膀胱窩內，且由此部依出游離於囊腔內之米粒予彈一粒。當時按解剖上假係，推測此為由輸尿管下部閉塞所引起之上部輸尿管及腎盂之囊腫所成之囊腔，故於清洗其內腔後，復將囊洞切開而縫合閉鎖，以冀輸尿管之再開通而隨之自然縮小也。腹壁創則除於囊腔縫合部施有引流外，其他完全縫合。

術後翌日排出少量含有凝血之小便，至二月八日，小便內即無血液，惟左側下腹部仍感疼痛，且由開腹創之引流都有小便流出，遂折除尿管而開放囊腔，並導入引流管。由是每日經引流管流出之尿量，多時達100c.c.以上，少時亦300—60c.c.，流出量多時，患者感輕快，流出量少時則感不適及左下腹部疼痛。並因長期更換引流管之關係，內腔已發生炎症，內容稠濁，有時含膿液。

至二月十七日，因前腹壁之引流較不便，且易腐爛，故再造對孔。

第三次手術 (造對孔一尿管) 二月十七日

於左側腰部，肋骨弓與腸骨肋之間，向內施三公分長之縱切開，達於腹腔以造對孔。

自造對孔後，內容液即易於流出，前腹壁之引流傷口，不久亦自然痊癒，囊中之液亦逐漸縮小，患者已不感任何痛苦。然經此孔流出之尿量，與經尿道排出之尿量，或相等或甚至超過之。而經尿道排出之尿中，無血液及膿球。由此時起至六月十日至，約經四個月之長期間，患者殆無痛苦，營養逐漸佳良，體重日增加，行動與健康者無異。惟及感疲弱者，為繫於左側腰腹部之引流液瓶。液瓶雖雖縮小，而每日流出之尿量毫不減少，袋孔愈難翻動。似此狀態，小便極難正常尿路排出，有成永久尿瘻之可能，經患者重大決心，願往該側腎臟。

第四次手術 (腎臟摘出但未果) 六月十日

按背側斜切方式，於左側腰部切開皮膚及腹外斜肌後，內部則於腹方形孔之前方，腹內群肌，腹橫肌及腎臟之脂肪囊等，完全剝離成痙攣性硬固之結締組織，而與袋孔內之液體相連。腎臟下極僅達第十二肋下緣。由指檢查腎臟，其下部之大半，埋藏於液體內，而無纖維膜之被覆，上部則懸於袋口，腎門部則顯露如，囊腔除非完全閉於腎囊內。腎臟係深入肋弓弓下，且由痙攣組織極難剝離，無法剝離，故終止腎臟之摘出，僅將袋口內之肉芽組織，經手術剝之大部，而施以填塞引流，術終。

此次手術，雖摘出腎臟未果，然由此吾人發現以往前尿之來源，乃係由腎臟維維內之尿管積囊逐漸擴大所致，非由於腎盂及尿管之狹窄也。因此而知尿管尚有開通之希望，尿管之狹窄，尚可預期，手術縱告失敗，而腎臟得以保存，亦誠失敗中之大幸。

術後每日向腎臟下極部施嚴密之填塞，因此由創口內流出之尿量，逐日減少，至八月初，創口縮小，且僅有稀薄之稀薄分泌物，後較如預期，至八月二十五日，創口完全治愈出院。

綜觀上述經過，初患者來院時，由創傷之部位關係，第一可想及者為左側腎臟或腹內臟器同受損傷，子彈彈痕何處，因無X光裝置，難以斷定。然患者於來院後排出之小便，亦無血液，而腹腔內顯有內出血現象，為救急計，當即開腹，檢視內臟，所得結果，除腹腔內含有500cc.血液外，腹內各臟器，毫無破裂之患。子彈亦無從尋出。因此推測子彈未進入腹腔，而腹內之出血，恐係受傷時之震盪，致網膜之毛細管或小靜脈破裂所致。故當即閉腹復診以觀察之。

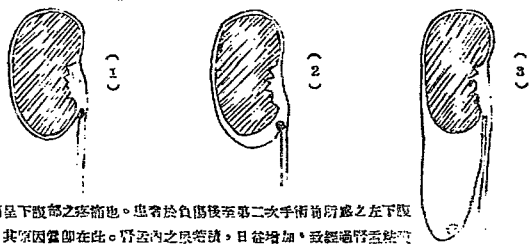
患者來院時，即感左腹部疼痛，手術後雖時有減輕，然終未停止。此種疼痛，於排出大便或瓦斯後可稍減輕。左側腹部逐漸膨滿並視腸管，自發痛及痛楚皆漸增加，大便漸趨便秘，患者復自訴於左側腹內感有移動性之異物，有時並可觸知。此時一方面由大便或瓦斯之積聚而疼痛增加，排出後則減輕，他方面由腸管之逐漸增大，壓迫下行結腸，致逐漸趨於便秘，兩者互為因果，患者遂感極痛苦。因此推測於腹內下行結腸附近存有血腫或積膿膿瘍，而子彈彈丸於其中，故再施第二次開腹。所

得結果，既非血尿亦非膿尿，乃由血尿所致所引起之膿尿。按當時所檢得之狀態，推測係由輸尿管之血凝閉塞，致上部輸尿管及腎盂因而積積而膨脹所成之膿尿。故當時將囊腫切開創完全縫合閉鎖，以冀輸尿管之復通。術後小便中曾含血液及膿血，似此更加增強吾人之推測。然術後三日經縫合部有小便流出，不得已遂開放傷口，次為易於流開計，復行第三次手術，於左側腰部造尿管。

自由左側腰部造尿管後，尿之流出極易，患者亦日漸恢復健康，當時因本院尚無膀胱鏡，無從判斷此囊腫確否由於輸尿管之擴張，故經四個月之長期留，常在希望輸尿管之復通及尿管之閉鎖。然事實竟大不然，由尿管所流出之尿量與經尿道所排出之尿量，或相等或時超過之。按此顯示左側腎臟所排出之尿，完全從尿管流出，亦即左側輸尿管無閉通可能之表示也。為解除永久尿管之痛苦，決心擬往左側腎臟，而再施第四次手術。

第四次手術所得結果，已知如前所述，對於手術本身，顯然完全失敗，然連閉六個月之謎，終由此打破，左側腎臟得以保存，瘻孔得以癒合，患者之能完全恢復正常，概皆屬於此不幸失敗手術之功。由此次手術結果，吾人可推知血尿當時之尿所停留之位置，並其當時無血尿之原因，尿管積膿之成立，以及第二次手術後尿中能含有血液等，皆得解釋。要言之於次。

如圖 1 所示，蓋受傷時，子彈穿過腎臟下極與腎盂之連合部，而恰停留於該處。一方面輸尿管或由于彈直接閉塞或由間接間阻，致使腎盂內之血液，不能經由尿管排出而現血尿。他方面子彈又恰停留於腎盂與腎下極之連合部，致使積於腎盂內之血液及尿，亦強流出於腎盂外而發生血尿或尿澀澀。因此積積於腎盂內之血液及尿，逐漸增加，致腎盂膨脹，遂發生初期囊腫結石嵌於輸尿管時之



症狀，即呈下腹部之疼痛也。患者於血尿後至第二次手術前所感之左下腹部疼痛，其原因當即在此。腎盂內之尿若積，日益增加，致經過腎盂與腎下極之連合部，侵入腎下極皮質與纖維膜之間，而使纖維膜由腎臟膨脹，遂成囊腫。如圖 2。此種狀態，日益進行，腎臟纖維膜因之大部破裂擴張，而囊腫終至延長甚至左下腹部，腎臟下極遂暴露於囊腫內也。停留於腎盂內之子彈，自囊腫之增大，亦逐漸成球形，終至完全脫落於囊腫內，而呈球形狀態。故是之故，患者時感於左下腹內有隨體位之變換而上下移動之異物存在也。如圖 3。迨第二次手術切開囊腫取出子彈後，手術時之血液，復進入輸尿管，故術後排出之尿中，可發現有血液或膿血也。至第四次手術，由檢查所得，確知囊腫非由腎盂或輸尿管之擴張所起，故僅將囊腫內及腎下極部之肉芽組織，加以清除後，而纖維膜有痕，腎盂之創傷部與腎下極之皮質，得以完全癒合，尿路遂復恢復正常，尿瘻亦因以癒合也。

人工去勢術對於乳癌之治療 歷年來有關文獻之回顧及病案報告之一例

王 秀 芳

(一) 導 言

人體之乳腺與卵巢在生理上及組織學上均有密切之關係，乳腺實質之變化，受卵巢刺激素 (Hormone) 影響甚大，故醫學界學者對乳癌之發生，認為與卵巢機能有因果關係。多數學者乃設法控制卵巢機能，以阻止乳癌之進展。

適在一八九九年 Schinzinger 氏在德國外科學會中提議以兩個卵巢摘除術作為乳癌之補助治療。彼當時目睹年青婦人之患乳癌者多易惡性變性，且死亡率甚高，希望於施行卵巢摘除術以阻延後，促進患者早日衰老，以阻止乳癌之進行，試施行數例，成績殊佳。一八九六年英國外科家 Beatson 氏亦作同樣建議，彼認為乳癌之發生全部或一部份皆受卵巢異常機能之影響，若將卵巢摘除，則可直接除去乳癌之原因。氏經數年試驗治療，多數病例均有顯著進步，於一九〇二年氏發表結論，謂兩個卵巢摘除術對四十歲以上尚未停經之患者有療效，而對已發生骨質或內臟轉移者則其功效殊渺。此後多數學者步其後塵，繼續研究。一九〇〇年 Boyd 氏報告五十例乳癌患者施行兩個卵巢摘除術後，其症狀大見減輕。一九〇二年 Thomson 氏在英國某刊發表表，卵巢摘除術之應用於八十例乳癌患者，亦有 35% 得到顯著進步。至一九〇五年 Lett 氏報告九十九例，在五十歲以下之患者中 41.39% 症狀減輕，而得到顯著進步者，僅佔 23% 而已，其中 6% 死亡。此後十年間，卵巢摘除術之應用於乳癌之治療，風行一時，繼起作同樣手術試驗者有 Michels, Hermana, Reynes, Smith 諸氏，其著作皆散見於各雜誌，吾人暇時參攷文獻，可見當時流行情形。稍後，用此法者漸稀，而繼起風行者則為卵巢刺激素試驗。

Taylor 氏謂卵巢刺激素對於乳腺之增殖較大及對癌腫生物具有密切而富有意義之關聯作用。Gardner 氏等以動物試驗，發現 Theelin (女性卵巢刺激素) 可以刺激雌鼠之乳腺殘留物，使乳腺分泌管之一部產生一種類似乳癌組織之異常新生物。Lasassagne 氏曾試以 Folliculine benzoate 注射於雌鼠，持續五個月至六個月，可使雌鼠產生乳癌。Amerlinck 氏則試以女性刺激素製劑注射於性成熟之雌鼠，每日注射達一個月至數個月後，此等試驗鼠皆生乳癌。

X 光線發明後，應用日廣，一部份學者以為卵巢摘除術在手術上不免有各種危險，故欲利用 X 光照射卵巢，使其萎縮，以達到去勢目的。初時以動物試驗，效果甚佳。迨至一九〇四年法國學者 Forean De Gourmelles 首先以此法代替手術，於一九〇九年報告其成功者有數例，一九二二年氏復作詳細報告，謂彼所治療之乳癌患者經 X 光去勢後，腫瘤皆迅速萎縮，故本法較卵巢摘除術確便。

利德貝爾。德國外科學者 Meyer 氏於一九二九年出版之 X 線射線教科書中亦附本法大加推崇。Wintz 氏自一九二〇年開始利用本法治療數十例乳癌患者，亦認爲本法甚有價值。一九二七年 Kaplan 氏著文論論，凡不合手術治某之乳癌患者，皆須施行人工去勢，以手術除去卵巢或以 X 光照射均可。一九三〇年 Ahlbom 氏五年中以 X 光去勢術應用於一六三例乳癌患者，所得之結果作一綜合之報告，其中 56% 患者已過閉經期，以此法應用於四十五歲以上一級身體狀況佳良者，收效較大。至一九三六年 D. e. sor 氏發表五十九例合併骨轉移之乳癌患者，皆以 X 光照射卵巢，兩個月後皆告停經，且無其他患者之閉經症狀發生，此五十九人中，年逾四十五歲者三十人，已閉經者二十九人，而三十人中有五人 (50%) 於去勢後，其轉移病灶亦萎縮，其中三例，骨節完全恢復廣闊，疼痛亦完全消失。此結果可待數月至三年之久。其中十三人 (43.3%) 其轉移病灶無變化，且疼痛亦僅一時減輕，有八人則毫無結果。在已閉經之患者中，骨節轉移病灶，不見改善，僅十四人疼痛稍見減輕而已。Taylor 氏施行本法於五十例之再發乳癌患者，有 1/3 收效甚佳。此後利用 X 光照射卵巢，實行去勢，以改善乳癌轉移病灶之報告者，計有 Steel, Smith, Martin, Hoffman, Ritro, Peterson, Archer, 和 Goope, Hant, Clarkson, 和 Barkor, Withenspoon, Pohle 諸氏，其報告皆載於各誌中，本法施行簡便，且 Lett 氏所報告兩例卵巢摘除術之死亡率亦可完全避免。

一九四四年 Horsley 氏之報告頗值得注意，蓋有二十五例多種時期之乳癌患者，而施行兩側卵巢摘除術及局部切除術，其中僅二例再發。而一四八例未予施行兩側卵巢摘除術，其再發者僅達 51.2%。又一九四四年五月出版之美國醫學雜誌，美國 X 線射線及放射治療雜誌中 Loucutia 氏之結論，對於人工閉經法之應用乳癌治療之重要性皆有詳細論，認爲良法。

最近一九四六年 Halberstaedter 氏和 Hochman 氏報告，認爲有轉移病灶之六十例，於施行 X 光照射卵巢後，有三十四人 (56%) 其自覺及他覺症狀均見減輕，其中轉移骨節者收效尤佳。

吾人查閱上述文獻，可知人工去勢術——兩側卵巢摘除術及 X 線照射法——對於乳癌治療確有相當效果。吾等所知，此法於我國應用尚鮮。最近本院給有一例，據分期其病變已達第三期，不能施手術，乃施行兩側卵巢摘除術，成績佳良，出於意外，惟經二個月後，原癌灶復稍起，繼於復原，爰將經過情形，作此報告，爰時加以討論。

(二) 病例報告

患者黃乙英，女性，年四十六，江州籍，職業紡紗工人，於民國三十六年三月二十八日入院，住院號數 252。

(一) 既往史

(1) 一般既往史

家族史：父早亡，死因不明，吐血腹水，死亡已二十餘年，兄一，患熱病夭折，無子孫，夫在，患淋病，子一，健在。

過去疾病及生活習慣：小兒時代發育良好。十九歲時發生全身浮腫，歷三個月治癒。曾患瘧疾，赤痢及疥瘡，未罹患乳癌。已往月經甚規則，惟近二年來每月來潮二次或三次不定，間或四十餘日始來潮一次。平常生活起居，不嗜煙酒。

(2) 局勢現在症

前三年於有乳房下方觸得雞蛋大之腫瘤一個，甚硬，周圍境界明顯，與皮膚及黏膜不黏着，富有移動性，被覆於皮膚表面之皮肉無變化，亦無自發痛及壓痛。

該腫瘤逐日增大，經過二年即達胡桃大，且發生疼痛，又經過五個月後（三十五年五月），該腫瘤自行破潰形成潰瘍，逐漸擴大，並流出惡臭分泌物，甚易出血。

當腫瘤大如胡桃之時，右腋上窩淋巴腺及右腋窩淋巴腺皆迅速腫大，伴自發痛及壓痛，此時右手臂發生浮腫，不能高舉，僅能舉高45度位置，且伴腋窩之肩關節疼痛。

至本年二月間，於右乳房內上方發生似在性花生米大初紫色之腫物九個，向皮膚隆起，境界明顯，不能移動，有壓痛，至今尤存。

本病經過中曾用草藥敷治，未見效。

(二) 現在症

(1) 一般現在症

身材中等，體力衰弱，營養不良，氣促苦悶，因疼痛而彎曲上身，意識清楚，體溫正常，呼吸及脈搏規則，皮膚蒼白，無浮腫，五官無何病徵。肺部打心無變化，聽診時呼吸音一般減弱，心臟無變化。乳房紫狀，無自發痛，肩關節不到，大小使無障礙。頸部右側有兒拳大之腫塊。

(2) 局勢現在症

右乳房扁平如板，乳頭僵硬，其外側乳頭直下方具一圓形約5×5公分之潰瘍，邊緣呈紫褐色菜狀便結，中央陷凹，且凹凸不平，底部呈暗紫色，其表面具青灰色壞死組織，溢出少量含腐敗臭之分泌物，潰瘍面甚硬，且有自發痛及壓痛，觸之容易出血。該區乳房之周圍皮膚甚堅硬，除破潰性之暗紫色暗紫色外，色澤正常。觸診時乳房全體硬固，上方甚軟而下部，則方甚堅硬，無彈性，表面不平，尤以乳房上方及內側方有數個指尖大之硬固硬塊（皮膚為暗褐色）。

右側由胸鎖乳突肌外緣至鎖骨前緣之鎖骨上窩而隆起，可觸知其內有大硬固表面不平滑之淋巴腺，互相粘着，與表面皮膚雖未粘着，而基底無移動性。右腋窩淋巴腺即大成塊，如胡桃大，與皮膚及基底均粘着。又左腋窩淋巴腺腫大一個如鵝卵大，與皮膚基底不粘着，富有彈性，各腋大淋巴腺皆有自發痛及壓痛。

右手臂發生輕度浮腫，壓之無陷凹，右手臂指，示指及中指皆有麻痺感，惟手指運動正常，無障礙，僅於運動之同時手臂呈麻痺。右手臂舉上範圍受限制，僅能舉高45度位置，且伴有肩關節之疼痛。

檢空腔記錄：血液像——紅色球數3,220,000/mm³，白血球數6000/mm³，其中中性多型核白血球76%，淋巴球27%，大單核白血球1%，嗜伊紅白血球5%。

大便中僅能發現少數短虫卵，小便檢查無何異常。

血清康氏反應 (Kahn test) 陽性。

(三) 臨床診斷

右乳癌，鎖骨上窩，腋窩淋巴腺轉移及局部轉移。

(四) 手術

按上述症狀，乳房切斷已不可能，姑息之希望，僅是卵巢之切除，故於三月三十一日於腰椎麻醉之下，施行卵巢取出術 (Oophorectomy)。按術式，於臍下正中線開腹後，見兩個卵巢已與腹腔癒着，故先剝離這着部，然後將兩個卵巢取出。惟右側合伴輸卵管水腫，如荷指頭大，故同時切斷該水腫，把卵巢切斷端於腹膜下，閉鎖腹腔，術終。

(五) 手術後經過

術後翌日，患者發熱達38°C，但潰瘍面及各腫大淋巴腺疼痛減輕甚多。術後第三日體溫恢復正常。一星期後瘡面及臭味完全消失，各腫大之淋巴腺亦見縮小，右胸部之放在柃頂物縮小如米粒大，已不向皮膚突起，潰瘍周圍皮膚緊張度減退，右手舉上範圍增加，可達90度，右手中指麻木消失，而將指及示指屈伸。

至四月十六日上午突由惡寒變發深發生高熱後，右上半發生丹毒症狀，經過治療，四日始癒，此後潰瘍表面稍不平滑，並可見鮮紅之肉芽，無分泌物，觸之不出血，潰瘍邊緣亦日趨扁平，乳房日漸縮小，色素沉着減退，代以新生之上皮。又鎖骨上窩腫大之淋巴腺亦萎縮，難於觸知，右腋窩淋巴腺萎縮如米粒大。此外左腋窩淋巴腺亦縮小，殘留如廿分錢幣大，右手臂可舉高達100度，支持力亦增加。患者能起來步行，無異常感覺。潰瘍面逐日縮小，乳房亦日益萎縮，至五月十八日已完全治癒。左乳房亦萎縮。

佳佳期中曾將右胸部之脂肪層切出。

(六) 出院時局部所見

右乳潰瘍完全治癒，該處被覆以新生之上皮，呈淡赤色，觸之稍硬。邊緣之新生血管明顯可見，附近皮膚較薄而乾，右乳上方之放在柃頂物漸退，僅殘存二個如米粒大呈淡赤色，無蒂。乳房全體萎縮，固定於胸壁，右鎖骨上窩可觸知粟粒大之結節二個，右腋窩可觸知與皮膚及基底癒着之硬而結實之淋巴腺。

右上半肢運動範圍已大增加，中指及無名指之麻痺完全消失，僅示指尚存些微知覺麻痺。患者體重增加，精神煥發，欣喜出院，當週其時常來院，以檢後果。

(七) 出院後記錄

七月二十六日患者復來院求醫，查瘰癧術後部之下端新生上皮發生半月狀脫落面，具少量分泌物。右乳房上方之散在性米粒大腫物復出現數個，從腋窩至乳竇發疽部仍似無轉移性，右腋上窩處可觸知粟粒大之結節二個。右手運動正常，惟示指尖尚有麻痺感。

此後時常來本院門診治療，上皮脫落部已形成潰瘍，且具少量分泌物，但無臭味，其他各症狀與七月二十日所見者相同，亦無惡化現象。

(三) 討 論

及一切腫瘤發生之原因，諸家學說紛紜，莫衷一是，近年來由動物試驗，特別以小白鼠試驗結果，對於乳癌成因之認識始告改變，而據現在研究成績觀之，則有下列三點為大衆所公認。(1) 遺傳素因。(2) 乳素因。(3) 女性內分泌素 (Estrogenic factor) 或卵巢素因 (Ovarian factor)。

Halberstaedter氏以動物試驗中有關於(1)(3)二點會作如下摘要。

(1) 在自發性乳癌百分率高之試驗鼠中，藉絕食或以去勢術，可以低乳癌之發生率 (Lothrop, Loeb 和 Cori)。

(2) 在自發性乳癌百分率低之試驗鼠中，以女性內分泌素 (Estrogen) 注射於雌鼠，可增高乳癌之發生率 (Lasassagne)。

(3) 以女性內分泌素 (Estrogen) 注射於未生育之雌鼠，可使其產生乳癌 (Lasassagne 和 Bonser)。

(4) 去勢之雌鼠，經淨摘卵巢後，可發生乳癌 (Murray)。

(5) 人工乳癌發生之時期，視女性內分泌素 (Estrogen) 之用量及其有效程度而定。

吾人試觀諸上述動物試驗結果，可知女性內分泌素 (Estrogen) 對於自發性乳癌之發生，具有密切關係。根據學者報告，彼等在試驗觀察中明白觀察出此等試驗鼠之正常乳腺組織，由於女性內分泌素 (Estrogen) 之影響，而逐漸變為惡性組織。由此種試驗更可指明女性內分泌素對於乳癌細胞具某種特殊刺激作用，茲此作用是否僅限於正常細胞抑或亦作用於乳癌細胞？為一較值得研究之問題。其最合理之解說即疑性細胞係由於正常乳腺細胞由某種刺激作用而發生，惟此種良性細胞變為惡性之過程係不可逆轉。即吾人將刺激性之女性內分泌素 (Estrogen) 除去，亦不能將已疑性之組織恢復正常。然腫瘤可因其種因素助其生長，亦可因其種因素阻止其生長，故吾人可假定女性內分泌素 (Estrogen) 為乳癌刺激素之一種，此種內分泌素之排除，可能減低疑性細胞之活動力，間接可阻止腫瘤之進展。

據歷年來臨床經驗及文獻所載，乳癌患者在施行人工去勢術——兩個卵巢摘除術或X光照射卵巢後，症狀之改善，雖為暫時性質，為期約半年至二年。Clarkson及Barker氏報告可經過五年，而Halberstaedter氏報告僅及四年，此中原因可能為吾人體內除卵巢外尚有他處可產生性內分泌素，故單以手術方式或X光照射使卵巢失去作用後，亦不能中止體內Estrogen之分泌，許多專家研究結果，

在天然閉經或人工去勢後之無月經婦人之血或尿中均可檢出女性內分泌素 (Estrogenic Hormone)。Zadek和Von Euler氏發現一位七十四歲婦人尿中每立升含有30白鼠單位之 Estrogen。Rothman, Maszinger, Lilligworth和Sterre諸氏亦發現閉經十年後之一婦人尿中亦有相當數量之 Estrogen。Frank, Goldberg, Spielman諸氏在一位已摘除子宮及卵巢之婦人血中亦檢出 Estrogen。Laroche, Simonet, Horet氏於二十六個施行卵巢摘出之婦人尿中，證明有 Estrogen，其中分量有一人高達每立升100白鼠單位，有三人高達 80白鼠單位，有八人達20白鼠單位。觀此事實更可證明卵巢摘除術對於 Estrogen之產生，控制不僅不完全，且僅為暫時性質，即人體除卵巢外尚有他處仍可發生 Estrogen。然則，去勢後 Estrogen分泌之來源究何在？尚屬疑問。關於問題Febete和Little等之實驗頗值得注意，彼等發現其試驗鼠，於施行卵巢去勢後，其胸腎迅速增加，而據生理上胸腎與卵巢間之相互關係，特別胸腎之 Steroid 類陳代謝觀之，似乎更可確定胸腎在此等試驗鼠中具有 Estrogenic Substance 之代償分泌作用，而此種作用可能非胸腎單獨擔任，而體內分泌素之與卵巢有關係者，如胸腺，腎下垂體等，均有同樣性質，故卵巢摘除後，體內 Estrogen 之消失必為暫時性，蓋其可因其他部份代償也。此種代償作用，係由多數腺體聯合作用之。因此代償分泌作用之控制，亦殊為困難。許多學者設想以X光照射胸腎以破壞之，俾減少體內 Estrogenic Substance 之分泌，但此種假說不能應用於臨床也。

男性內分泌素 (Androgen) 之應用可減少 Estrogen 之分泌，按 Nathanson, Andervont 和 Gardner, Jones 等以白鼠試驗，證明 Testosterone 在某種適宜情況之下，可制止乳癌之發生，Loeser氏報告一例合併的癌灶之乳癌，由於 Androgen 之注射得良好效果，惟 Farrow, Wender 二氏之試驗恰與此相反，彼等發現 Androgen 之應用於乳癌患者，症狀得有改善，故 Androgen 之確實效果，尚待研究。然而 Androgen 之注射，可一時中斷 Estrogen 之分泌，對於乳癌多少有影響，此種事實已為各家所公認。

吾人綜合上述文獻例證，以與本病例比較，以人工去勢術——卵巢摘除術及 X 光照射卵巢去勢術——應用於乳癌之治療，實有相當根據。蓋乳癌不但在生理上與卵巢有密切關係，卵巢內分泌素亦為乳癌形成之重要原因。本病例施行卵巢摘除術，於術後短時間內自發痛完全消失，而他處局部症狀亦逐漸消失、減輕之佳，出乎意外，惟經一個月後，原病灶復發，日甚一日，無法治癒，此種現象，吾人可立擬乃因卵巢摘除術後，體內女性內分泌素 (Estrogen) 之大本營損失，乳癌一時缺少刺激，停止生長，遂移他處產生 Estrogen 器官取而代之，繼續產生大量 Estrogen，故原病之發有復蘇焉。此種短期改善之情形，亦與文獻之報導相符合。

(四) 結 論

(1) 本文報導以卵巢摘除術實行人工去勢，以治療一晚期乳癌病例，並將原來有關文獻自一番回顧及檢討。

(2) 卵巢對乳癌之形成，確具有密切關係，而體內其他女性內分泌素(Estrogen) 亦為乳癌之刺激素，故僅用人工去勢術——卵巢切除術或X光照射卵巢去勢術——尚難阻絕治乳癌。

(3) 施行卵巢切除術後，乳癌可得一時性痊癒，普通為期六月至二年，最多五年，而本病例則僅二個月。

(4) 以X光照射卵巢與以手術切除卵巢，實行人工閉經以治療乳癌，其成效相等，且方法簡便。

(5) 人工去勢術雖不能根治乳癌，但為解除晚期不能施術出術之乳癌患者之苦害，可以試用。

(6) 乳癌之成因非完全歸於女性內分泌之影響，其他原因甚多，有待進一步之研究。

(五) 參攷文獻

(略)

前·列·腺·肥·大·症·之·人·工·去·勢·術·一·例

王 秀 芳

患者林△溪，男性，七十八歲，無職業，於三十六年十月四日入院。其主訴為排精障礙及便秘已四月，據訴於十月一日夜間膀胱部甚膨脹，雖努力排尿，僅少量流出，因此至感苦悶。同時大便亦呈凝結，劇烈努責，仍不能排出，且肛門因努責過甚而脫出，如此持續四日之久，食慾因之減退，睡眠亦受影響。

進院後行肛門指診，可觸得前列腺部呈半球狀隆起，橫徑約七公分，彈力甚硬，經診斷為前列腺肥大症，旋即擬行去勢術，被拒絕，故入院五十日，均採取留置導尿管法，因導尿管次數過多，數日後即發生膀胱炎，小便混濁黃白色，膿液腥臭甚多，故經過中常服Urotropin。

至後，患者及其家屬均願手術，於十一月二十六日，用局部麻醉法，將兩側睾丸取出。術後第一日仍用留置導尿管，至第二日導尿管取出後能自行排尿，並無障礙及痛苦。自後停止導尿，而排尿亦如常，患者欣喜自慰。至術後一星期復行肛門指診，發現隆起部已不如從前膨脹，且略見縮小。第二週末再檢查一次，其隆起範圍較前次檢查時更形縮小，且趨於扁平之勢。患者於術後第十六日痊癒出院。

對於前列腺肥大症或前列腺癌，採取兩側睾丸摘出術，以減低男性內分泌素之分泌，俾使其萎縮或停止癌腫之進行。惟近年來文獻報告，用女性內分泌素注射，亦可得暫時效果。因本院病例不多，此法尚未應用。至於本病例有效期間究多久？尙待觀察。

癥 痕 性 橫 行 結 腸 閉 塞 症

陳 寶 豐

腸閉塞症為常見之疾病，一般上分為動力性腸閉塞症及機械性腸閉塞症二種，前者為由腸管之麻痺或產卵所生，多屬一時性，外科臨床上無重大意義，而後者在外科臨床上佔重要地位，皆為非經手術，短期內即有生命危險者，此種復由其所發生之原因，約分四類，即第一由腸管內腔積存之異物如吞石吞虫等所引起之閉塞性腸閉塞症，第二為由腸管壁自身之疾病如潰瘍瘰癧結核，放散狀菌病，腫瘤等所引起之狹窄性腸閉塞症，第三為腸管自身無變化，而附近之疾病如腫瘤等之壓迫所引起之壓迫性腸閉塞症，第四為由腸管之位置異常，或互相扭結，或異常索狀物之絞扼，如腸捻轉，腸重積，結石形成，內嵌頓，腹腔內炎症性索狀物等所引起之絞扼性腸閉塞症，四類之中，前三者屬於慢性，先由腸狹窄而逐漸移行於閉塞者，第四則為突然所發生之急性閉塞症也。

一腸閉塞症由原因之不同，而發生之部位亦各異，急性者多發生於小腸，慢性者則結腸為多，結腸中之好發部位，尤以盲腸部，肝屈曲部，脾屈曲部，乙狀腸部等處為常見。本院於三十六年曾遇一病例，屬於癥痕性腸閉塞症之一種，而存於橫行結腸之中央部者，較為罕見，茲將病例報告於次，以供參考。

病 例 報 告

患者·李×國，女性，21歲，未婚，住院號425，該患者於三十六年五月，因腹痛、嘔吐及腹膨膨滿，入本院求醫。

既往歷史：

1. 家族史：父母健在，未曾罹患結核、梅毒等病，兄一人姊三人身體均甚健康。
2. 既往疾病：五年來常患腹痛，至去年八月方獲痊愈，又一年前曾患下痢腹痛一次，二三日即痊愈，其他如天花，傷寒，赤痢，鼠疫等則未曾感染。無從憶及腹部曾受否外傷。
3. 生活習慣：日常生活頗規則，無嗜酒，無性病感染。
4. 月經史：月經十七歲初潮，每次月經來潮之時，其持續時間為 3—4/29—30。

現在病歷：患者自述在本年三月廿七日參加集會遊行後，回家用飯過遲，此原因過度之饑餓以及冷酒刺激之故。迨至午夜突然感上腹部及脐部有劇烈疼痛及膨滿等，自覺有輕微發熱、是時又感深及疼痛之故，自以右手指插入咽道後緊，以刺激而引起嘔吐，吐物吐出後腹部症狀始見消失，至廿八日清晨曾排便一次，質軟，量多，其後一切症狀均恢復正常，當日仍照常赴校上課，惟至是日午夜時又再發至上腹部刺痛，膨滿等症狀無嘔吐，但是腹痛自此以後頻數發生，其性質為間歇性發作，每一發作時持續時間為數分鐘乃至十數分鐘，雷鳴劇烈，於腹壁上自覺有觸到多數結節狀隆起，以

及氣體由下腹部向上腹部上升，迨獲氣二三口後，腹痛及膨隆等則消失，惡風排出極少。

發病次日自以為腹前係由蛔虫所致，所以特購驅虫劑內服，嗣後亦未見腹痛減輕及蛔虫之排出，本日會瀉那一次，自行大便一次，無發熱。

病後第三日患者一切症狀未見減輕，故進入本市某醫院求醫，約有二週未見有效，於是又再轉往其他醫院醫治，在治療二週之間，曾以橡皮管由鼻孔插入達進胃中，以作吸氣並作時時除氣體之用，此橡皮管留置約行十日，後因刺激咽喉過甚之故而除去，無發熱，曾自行大便一次，排出約二寸長，大如榛實萎塊二塊色褐色，在以前數次灌腸中曾排出羊糞樣便甚多，以後灌腸數次則糞便甚少無惡風。此時住某醫院數日中，腹部疼痛仍是間歇性反覆發作且影響至日益著明，不但症狀未見消退，反有重篤之勢，於是決定再轉入本院內科治療。

經本院診察二日，間歇性腹痛仍反覆發作，一般症狀亦未見減輕，反見重篤，並於內科治療之第二日(即五月十六日)曾吐出多量糞便四次，當日經本科會診後，診斷為閉塞症，即轉入本科治療。

一般檢查：患者於五月十七日轉入本科治療，當時患者額面表情狀極苦悶呻吟不已，談話無力，聲音微弱，於兩額骨弓部潮紅，額面頸部及遍各部皮膚發生汗疹，皮膚乾燥，體溫及呼吸正常，脈搏細小頻數意識清楚，體位取背位。

胸廓扁平狹小無畸形，鎖骨上下高及肋間腔變明顯，肺臟左右後部打診皆短縮以上右鎖骨上高呼吸延長，右側前後部及側部呼吸音一般皆明顯減弱，心臟打診上境界正常，聽診上心尖搏動微弱而頻數，搏動音時高時低。

腹部膨滿緊張，每於腹痛發作時，於腹壁上可窺見腸蠕動不穩，及腸筋系，壓痛不甚著明，打診呈高鼓音，雷鳴劇烈，無腸風排出，因腹壁過度膨滿緊張故上無所得。

檢查室記錄：

1. 血液檢：白血球14,400/mm³赤血球3950,000/mm³其中多型核白血球佔75% 淋巴球佔21% 大單核佔3%嗜伊紅1%嗜堊基佔1%云。
2. 血液沈降速度：第一小時為12mm第二小時為26mm平均為 $\frac{12+26}{2}=12.5$ mm
3. 口腔吐之大便中無寄生虫，小便無異常。
4. 血清康氏反應 (一)
5. 痰檢查：結核菌 (一)

手術之錄：五月十九日於腰髓麻醉下施行開腹，由正中線縱切開腹壁後，現青紫色並異常膨滿之腸管大部分，即斷出於開腹創外，此時探索腸管之閉塞部位，發現其膨滿部分，由小腸起，直達橫行結腸中央部，於橫行結腸之左側距臍部約16cm處發現腸管極度緊縮部分長約2cm且每指，表面平滑，呈白色青硬，且與大腸之一部癒着，由此以下之結腸則空虛縮小，然無異常變化，當即施迴腸刺刺以排出膨滿腸管內之氣體後，再施迴腸與閉塞部下位之橫行結腸吻合，歷一小時五十

分析略。

手術經過：手術後當夜睡眠不佳，惟局部未感特殊痛苦，翌晨數次排出大量俱有惡臭帶褐色之大便，排便同時，排出惡風亦多，自感腹部寸攝，體溫39°C持續120，術後四日間，每日皆排出大便數次皆帶暗褐色，術後第五日體溫恢復正常，精神亦自覺舒適，此日已排正常黃色之大便，自覺疲倦且易出汗，食慾增，睡穩健，術後第七日拔去腹壁縫合線，手術創面完全癒合，術後二週患者額面已漸紅潤，精神愉快，腹脹已無，故普通食已不感異狀，大便正常，已能起立，至六月八日（術後二十日）自動出院回家休養。

討 論

按上述病歷之經過，患者由發病時起，至入院時止，約經五十日之久，可知其為慢性腸閉塞症，在此時期中雖有少量之大便及惡風排出，但從前須作數日禁食明及腹痛發作時溫管之蠕動不穩等，可知腸管係由狹窄而至逐漸閉塞狀態者，進入本院之第二日腹部膨脹如鼓，且排出多量之大便，惡風完全不通，其為腸管已達閉塞不通之狀態者，顯無疑義。

腸管既呈閉塞，吾人苟能進一步且求者，則為閉塞之部位及閉塞之原因，按患者自發病時起，約經五十日之久，其間雖時有嘔吐，然吐物多屬胃內容，迨至入院之第二日方見吐糞，則可推測其為下位閉塞，且由腹腔之極度緊張膨滿狀態觀之，豈得已過及小腸，因此吾人推測閉塞部之位置，當在於迴盲部或其他結腸部也。

閉塞部原因之推測則甚困難，蓋患者入院時已呈完全閉塞狀態，故高述於極點，腸管毫無所得，僅依患者之年齡體質、既往病史及發病狀態等，以推測之，按發病時間則屬於慢性腸閉塞症，當無惡變，而將其既往疾病未曾患過惡變，亦則，亦無受過任何外傷之記憶，故難考慮其為潰瘍性腸炎或結核所致之狹窄，患者為未婚之女性，尚在青年，腸管之閉塞似無考慮之必要，最可擬者，則為迴盲部結核性，蓋患者腹部雖無明顯變化，而一息呼吸皆減弱，且體質衰弱則似結核體質故也。故當時疑診為迴盲部結核，然開腹檢在後迴盲部毫無異常，而閉塞部反存於橫行結腸中央部而偏於左側也。

由開腹檢而知其橫行結腸之發病點顯示，然發生此發病之原因為何，尙屬疑問，以此發生於橫行結腸中央部之單純性發病，按部位及其進展之，誠難認為由赤痢，但寒或結核等潰瘍所起，或既往又未患此種疾病，患者無外傷之記憶，吾人疑此發病為腸管外傷，（或由體內惡塊或異物壓及腸管）所起者，請以質諸同道以求指正。

幾個外科經驗例

童國瓊

(一)膀胱結石

臨床記錄

患者潘△ 男性 四十一歲 林森精 業醫 已婚

於三十年四月四日入院。主訴於二十六年秋發生排尿困難，尿量頻數，每隔15—20分鐘須排尿一次，排尿時疼痛異常，並向尿道放散，時有尿線中絕現象，下腹部膨脹，夜間排尿次數較少，然仍在十次左右，睡眠不佳，精神痛苦，無血尿。曾就某醫治療，認爲淋毒性尿道狹窄，施以尿道擴張術後，發生血尿數次云。

既往及家族歷，無特殊可記。

理學檢查：

患者發育中等，營養良好，心肺正常，腹部無腫脹及壓痛。由肛門檢查，於膀胱部似有硬結並感壓痛。用尿道擴張器檢查，尿道無狹窄部位，於膀胱內觸有硬性物質存在，唯抗壓期間，限於設備，未得施X光及膀胱鏡之檢查。

檢查室報告：

大便黃色 溼潤，酸性 糖(-) 蛋白(+) 上皮細胞(+) 赤血球(+)

血液顯氏反應(-) 白血球無增加。

治療經過：

經數日之尿道擴張治療後，於硬腦麻醉下，施膀胱高位切開術，取出拳大之結石一塊，重185公分。膀胱並無特殊變化，經全切開前，經尿道插入留置導尿管，於七日後拔出，經三星期後，尿道創

口完全閉鎖治癒。



(二) 胆石症

臨床記錄

患者許△權 男性 二十六歲 浙江籍 軍人 已婚

於三十三年十月二十一日入院，主訴為惡寒發熱，心窩部發作性疼痛，且向背部放散，皮膚現黃疸，每次疼痛發作時間持續二三小時，就醫服藥後，經過三五日即恢復正常。自二十歲時起，每年皆發作四五次，多在秋冬二季。

既往無特殊其他疾病，生活貧苦。

理學檢查：

發育不良，體格羸瘦，心肺無特殊變化，於右肋脊弓下觸知有硬瘤，喘 Head 氏感覺過敏帶則缺如。

檢查報告書：

血液：魏氏反應(+) 瘧原蟲(-) 白血球未增加。

尿中胆汁色素(+)

大便呈灰白色。

治療經過：

先於內科施閉塞及驅蟲療法，未見效乃轉入外科。乃採用 Splenger 氏術式，施行腹腔手術，發現胆囊待頸口大，並可觸知囊內有硬結，胆管無特殊變化。當即切開胆囊底，取出胆石二枚，重 4.5 公分。次由觸診確知囊內再無胆石後，埋入橡皮管並以腸線結合固定之於胆囊切開創緣，該管周圍填以紗布，以防胆汁之流入腹腔，縫合腹壁，橡皮管導出於腹壁創外。經過七日後，拔去橡皮管，其有殘留之瘻孔，由填塞治癒，經八日即完全閉鎖治癒。

(三) 腎臟膿瘍

臨床記錄

患者王△拾 女性 二十六歲 林森籍 已婚

於三十四年八月九日入院，主訴突於十餘日前起，每日惡寒發熱，繼則於右側腰部感劇痛，數日後發現下肢及胸腹浮腫，右側腰部疼痛且向下腹部放散，就中醫治療，服藥數次，浮腫雖消退，而惡熱之發作及疼痛仍未減。患者於發病前，全身曾發生散在性膿疱瘡，入院時於背部及下腹部尚有數顆存在，經敷藥後即癒。

患者結婚五年，未育子女，時有咳嗽，無吐血，家族無遺傳因素。

理學檢查：

患者發育不良，羸瘦，心及肺未檢出特殊變化，於右側腰部觸知有拳大硬瘤，其輕微波動及壓痛

• 腫前部位與腎臟位置相等，與呼吸及血壓無關係。

檢查報告：

小便色赤黃 混濁，酸性的，蛋白(+) 糖(-) 上皮細胞(+) 膿球(+) 血球(+)
血液 庫氏反應(+) 白血球數12800

治療經過：

經五日開之 Sulfanilamide 內服未見效，繼用 Penicilline 三日亦無效，患者日漸衰弱。得某屬同聲後，於八月十六日用 Bergmann 氏術式施行手術，切開後發現為腎臟多房性膿瘍，乃行腎臟剝除術。經二小時完成，創口置橡皮管引流，經過三個月後，創口完全痊癒。

患者因院五個月後，復來本院婦科檢查，其體質大為轉健。本病例筆者認為由膿瘍之血行傳染，而複發之多房性腎膿瘍，乃屬少見者也。

(四) 由於自殺之氣管及甲狀腺缺損創

臨床記錄

患者林△盛 男性 六十一歲 林森籍 業商

於三十六年六月三十日入院，患者意識尚清，惟口語不明瞭，全身血液淋漓，據伴送來人稱，患者因經商失敗，頹於極度窮苦，生活困難，致生厭世之心，本日獨赴鼓嶺寺中，以剃刀喉部數次，以圖自殺，經里人發現，救送來院云。

理學檢查：

患者發育良好，身體肥壯，胸正常，狀腺頸粗但有規律。於前頸部甲狀軟骨下方，現圓約 6c.m. 橫長約 10c.m. 之錯綜不齊之缺損創，創面尚有點狀性出血，並由氣管噴出含血之泡沫。

治療經過：

為急救失血，先施血漿注射，次消毒創口，而施止血，當時見於甲狀軟骨下方，缺損二個半氣管輪狀軟骨，右側甲狀腺之下半部完全缺損，左側者亦缺損約三分之一。呼吸時由氣管缺損部噴出血性泡沫，而發呼吸之聲。幸而兩側之頸動脈尚未傷及。當將氣管軟骨缺損部之上下軟骨牽引縫合，然仍難完全閉鎖，至皮膚創，因缺損過大，僅縫合兩側之一部，而中央施以填塞。縫合後令患者於半坐位而後前屈頭部，以避免氣管縫合部之再斷裂。每日注射 Penicilline，創口加以防傷患處，幸一般經過良好，未發覺肺炎，創面亦未發生傳染。初由氣管縫合部尚有呼氣噴出，但不久完全癒合，至八月十九日創口完全痊癒出院。出院時發音已恢復正常，祇頸部呈紫強而已。

(五) 外傷性大網膜血瘤

臨床記錄

患者宋△宗 男性 十二歲 福州籍

於三十六年七月十一日入院，據云於本年五月間跌倒，腹部被掉鐵櫃迫受傷，當時即感心窩部有劇烈疼痛，疼痛之性質為抽痛狀，持續四日，曾就中西醫治療，疼痛消失。惟於上腹部發覺以雞卵大之硬塊一個，無疼痛，壓迫之能移動。次後常感此硬塊逐漸增大，但無其他痛苦。

既往曾患瘧疾，家族無遺傳疾病。

理學檢查：

發育中等，營養佳良，心肺正常，於上腹部右側可觸知球形約兒拳大腫塊，表面平滑，其下緣呈陷凹似腎瘦形，移動性甚大，然不能向腎臟位置移動，壓迫之無痛，惟稍感不快而已。

檢查報告：

血液原氏反應(一) 白血球 12800

小便淡黃色 鹼性，蛋白及糖(一)

大便蛔虫卵(十)

治療經過：

七月二十一日於全身麻醉下開腹，於逆行結腸中央部消腫右側，大腸與之根部擠出液量淺，閉氣放腔，患者不久即清醒出院。

切除大似鵝卵，分大小二節，內容為漿液性液體，並含凝固之血塊。

(六) 外傷性胰臟血腫

陸床記錄

患者王△歲 男性 四十三歲 連江籍 菜商

於三十六年七月二十六日入院，自訴於本年五月初乘船遇風，墜入海中，經小船搶救時，左側腰部撞於小船，後即醒，致上腹未能止出海水，次日自服湯藥，曾下瀉及嘔吐各數次，吐物為食物殘渣，帶酸味。大便性狀不明。此後雖疼痛輕快，亦無發熱。但經過八日後，突感腹部膨滿，並於上腹部觸及一約手掌大之硬塊。遂求治於中醫，未見効，且硬塊日益增大，除感膨滿外，無疼痛及發熱。大便每日二三次，未見若何特徵。食慾不良，無惡心嘔吐等現象。

入院前一日起發生嘔吐，吐物為綠色液體帶苦味，大便每日一次量少，帶灰白色，既往曾患淋病及瘧疾，家族無特殊者可記。

理學檢查：

發育中等，營養不良，皮膚蒼白而無黃疸，結膜亦無黃疸，心臟正常，兩個肺尖呼吸延長。腹部膨脹，由左季肋部斜向右下腹部，可觸知巨大硬塊，其下端結於肋骨縫際上方約二橫指處。腫塊之上方中央部有波動，打少腹鼓音，並有振水音。心窩部感自發痛及壓痛。肝臟不能觸知，腹壁無浮腫及靜脈怒張，四肢亦無浮腫。

檢查電報告：

血液瓊氏反應(一) 白血球3600 赤血球3950000。小便淡黃色，糖柱，蛋白及膽(一)

胆汁(一) 上皮細胞(+)

大便潛出血(一)

治療經過：

患者初入內科治療：症狀未見輕快，而腹痛日漸增劇，嘔吐頻作，大便結塊，不能進食，稍食即嘔吐。疑為胃腸道性腸閉塞症，乃轉入外科施術。於七月三十日腰髓麻醉下開腹，發現胃極度擴張並下垂，胃體位於其後側，胃後壁及橫行結腸完全與腹前癒着，靜穿刺得少量咖啡色液體，確為胃腸擴張。當時因病者一般狀況不良，且癒着甚頑，無法進行手術，不得已閉腹收腔，術後三小時死亡。此例為擴張血腫，溢落於胃及橫行結腸者，致胃受牽引而迫而極度擴張下垂，發生通過障礙者。

罕見之病例二則

劉友薇

(一) 肩胛骨骨髓骨膜炎

化膿性骨髓骨膜炎，多發生於幼年時期之股骨胫骨等之長管狀骨，短骨則較少，而肩胛骨中更屬罕見。本例為發生於扁平骨中之肩胛骨者，故約略報告於次。

患者林△慶 女性 16歲 福州籍 已婚

三十六年十一月一日入院。

病歷：據云於五個月前跌倒，肩部負傷後，即感左上胸疼痛，連日增劇，次日於惡寒發熱後，左肩部腫脹，曾經某醫師診治，於上膊上端督督附近皮膚處，為小切開，排出少量膿汁，患處腫脹消失，運動恢復正常。但切開處成一瘻孔，永未癒合。

檢查：左上膊上端後方近肩胛處，現指尖大珠樣之瘻孔，由瘻孔檢查，斜向肩胛骨方向，深達約2cm。於瘻孔附近可觸知硬而粗糙之物質，但瘻孔底部不能觸知骨質。肩關節運動正常，肩胛微有腫痛。

X光檢查：於瘻孔內可見有長約2cm之缺去游離骨質，而於肩骨外緣，由關節窩下方至肩胛骨下角部，有骨捲闊部分，全體肥厚，骨質增生，呈不規則之陰影，已無骨質存在於其中。

治療結果：十一月四日於局部麻醉下，沿瘻孔向後切開2cm，摘出其內部之粗長骨質一片後，搔刮創內肉芽組織，肩胛骨外緣部已無膿汁；縫合切開創之一部，施開放治療。手術後經過良好，無膿液出，十一月十四日創口已縮小，患者自願出院。

(二) 上膊化骨性肌炎

單軸外傷性化骨性肌炎，為由慢性刺激所生，常見於軍人中，而以騎兵之發生於大腿內轉肌之騎馬骨及步兵由荷槍所發生於肩膊肌肉中之荷槍骨為常見，其他部分則罕有。而此例亦係軍人，由翻鞍子運動之刺激，逐漸發生於上膊二頭膊肌內之化骨性肌炎，較為罕見之例，爰誌之於次。

患者曾△剛 男性20歲 海籍 軍人

病史： 據述近一年來，常作翻鞍子運動，四十餘日前，復於翻鞍子時，感左臂不能伸直上升，左肩部肌肉硬固，但無痛。

檢查： 左臂於肘彎部呈90°屈曲狀態，不能伸直，無發赤腫脹及疼痛，惟二頭膊肌下端及其總部現硬固部分，達拇指粗，該肌現緊張狀態。

X光檢查： 於上膊骨下端前側，肘窩上方，現約長5cm，闊1cm，縱走之橢圓形不整之陰影

治療： 化骨性肌炎，由外傷性刺激所起，故停止其受刺激之運動，兼用理學療法，促其吸收，當可自然治癒。惟病時甚久，故囑其一切，令其通院治療。

進行性指掌角皮症

趙修顯

進行性指掌角皮症，係日本醫學博士三宅昭氏所首倡之皮膚病，在日本此類之皮膚病頗多，但與汗斑汗斑癩白癬或皸癬狀濕疹之鑑別至難，故尚少報告者，已往日人遠山氏曾發表六例，村上君發表二十一例，將是類之角皮症比較研究結果，知其為病，確與濕疹等不同，乃係另一類之皮膚病，余亦發現五例，茲為報告，以供同道之參考。

病 例 報 告

第一例 楊某小姐 二十三歲 女 初診三十五年十二月二日

既往症 病者生來身體健康，家族中母親有同樣之疾患，其皮膚亦特別粗糙，月經由十七歲來潮，以後均不規則，量亦甚少。

由十八歲之秋，於右側拇指先端之皮膚感覺粗糙，次則示指中指無名指亦逐漸粗糙，其後小指手掌亦呈現粗糙，冷天粗糙特甚，時而指節間形成皸裂。未幾左手之拇指先端亦漸粗糙，最終則逐漸蔓延左手全指及手掌全部亦呈現粗糙云。

病變於一年中，夏季較好，冬季則加劇，如套以手套，則較良好。

現症 兩側手掌輕度硬化，皮膚較粗，指腹雖扁平緊張，但指紋尚存在。

療法 用 Bor-Vaseline 塗擦，注射 Narkelysin 一次，於冷天動其仍屬套手套。該患者因係軍

生，只來院診察一次後，即上京求學，據謂現在病狀尚如舊仍未痊愈云。

第二例 楊沈氏 四十九歲 女 初診三十五年十二月二日

既往症 家族中女子一人有同樣的疾病，其餘女子一人之皮膚外亦甚粗糙，月經於十五歲時來潮，頗不常。

現病歷 病者係楊例楊小姐之母親，於二十九歲時，右側手掌呈粗糙，終而各手指亦呈現粗糙，手指運動時，感覺緊張，至冬季則發生皸裂，終而指節發生皸裂，時而出血，夏季較好，冬季則漸惡化，有輕微之搔痒，冬季於洗濯或造作飯案時，其病狀則更加增劇。

病者於抗戰前，余曾為之診治，囑其於寒冷時，勿用水洗衣，少做飯案，常用手套，一面為塗擦 Bor-Vaselin，注射 Narbelysin 十數次，一時極見功效，但抗戰期中，四方分散，未能繼續醫治，終而又復增惡云。

現症 右手掌及手指掌面全而硬化，呈現皸裂，指節間皸裂特甚，指末節硬化尤著，現病狀落屑，左側指末節亦硬化，手掌亦粗糙，但不如右側之甚。

第三例 魏小姐 十八歲 女 初診 三十四年十一月九日

既往症 同胞三人，中一人早產，其他一人，現仍無恙。月經初潮十四歲，爾來頗不規則，月經時常發腹痛。

家族中患者之祖母及其姊之手指掌皮膚上，亦有類似之變化。

現病歷 於十七歲時，右手指發生皸裂及皮膚粗糙，次第於兩側手指兩手掌亦現皸裂粗糙。

現症 全指呈脾狀硬化而粗糙，指之末節現皸裂，但爪甲並無變化。

治療 Narbelysin 注射二次與塗擦 Bor-Vaselin，繼續塗擦，粗糙稍見良好，但未能全治。

第四例 林氏 二十五歲 女 初診三十四年十月十二日

既往症 由十五歲至二十歲之間，患氣管支性喘息病，月經不整，子女已有四人，病者現尚在妊娠七個月中。

現病歷 六年前（十九歲夏），由右示指先端起始現粗糙，暫次蔓延於全部右手指及掌部，終而左手指左手掌亦現粗糙云。

又據病者云，其於每次妊娠時，皮膚病亦必現變化云。

現症 左右手掌呈現粗糙，指節間呈現皸裂。

治療 注射 Narbelysin 一次，人工太陽燈照射一次，並塗擦 Bor-Vaselin，一時雖稍見快，但其後未能繼續醫治，病狀仍依舊而未痊愈云。

第五例 丁氏 二十七歲 女 初診三十六年十月一日

既往症 子女二人，月經不整且過多，月經時屢發腹痛。前年在上海某醫院以子宮內膜炎故曾施行過子宮摘除手術云。

現病者 二十六歲時，即去年冬季，右手掌腕部受風寒感，其後逐漸腫脹，發生鱗屑其甚變厚裂。

現症 右手指與手掌極腫脹，指節間有僵硬綽裂，但左手無變化。

治法 塗藥 Lassar 氏膏及 Teor 膏等，種或塗擦，現在殆已全愈。

總 括

茲就以上五例簡括述之

例	姓名	年齡	發病年齡	部位	最初發病之部位	月 經	婦人科的異常與其他之疾患	發病期 重症期
1	楊小姐	23	18	兩指與掌	右中指	不整少量		秋 冬
2	楊沈氏	49	28	右指與掌	右掌	正整		秋 冬
3	魏小姐	18	17	兩指與掌	右全指	不整，月經時頭痛		秋 秋與冬
4	林 氏	25	19	兩指與掌	右中指	不整	延遲七個月，氣管支性瘻口。	夏 冬
5	丁 氏	27	26	右指與掌	右掌	不整，過量，月經時頭痛。	子宮內膜炎與子宮頸部加答兒。	冬

附註：表甲指者「手指區面」以著「手掌」之路

(1) 年齡與性

患者全係女性，患者發病當時之年齡，全體均係由春期發病期起至三十歲前後之成年期止間之年齡，平均年齡二一·六歲。

(2) 職業

患者全部均係女性，故無特有之職業，其間大概均係從事於家事之農家或商家之女子。

(3) 住所

住於都會者三人，住於鄉村者二人，其數大略相等。

(4) 使用水

水於此病，似有很大影響，但在水之性質上，與使用何種之水，對於本病，似無影響。

(5) 遺傳

前述第一例與第二例之家族中有同樣之皮膚病外，餘者則未有，似與遺傳無關。

(6) 症狀

其程度之強弱，雖各有不同，但皮膚乾燥，硬化粗糙及有細微之落屑，指紋消失，指節各處呈現綽裂，甚則出血，手指運動時感覺緊張，時而感覺疼痛，均為本病應有之現象。本病並不現水泡與瘡。

與癩癩面等，其間僅有二例稍感微痒。

(7) 好發部位

部位多限定於手掌或指掌間，有時蔓延於手掌全面，並不蔓延於手背以前部，足趾亦並無此病。以上五例中發生於右側者有二例，發生於兩側者有三例，但雖發生於兩側，亦必先由右側開始，以後延及左側，病狀亦以右側為強，左側較輕。於手指中，則以中指示指中指發病最多最速，且病狀亦較劇。而又感為有意義者，即手指中中指示指中指之末節及手掌之拇指球等部，於洗濯或對峙時最易受刺戟故，必先期發病，然後則漸次蔓延於他處。

(8) 經過

是種疾病，多自然發病，徐徐進行，係一種慢性之皮膚病。又此症之發病期，以秋天為最多，於一年中症狀最惡化之季節為冬天，從事於水之工作，如洗濯工人與折事工人，影響最大，病勢亦最劇，從事於穀物之工作者次之。故本病之發病及經過，頗與氣候及勞作有關係，欲求全治，亦甚困難。

(9) 原因

本病之原因，雖尚未確定，但與月經不調，及一般婦科疾患，似有相當關係，特別對於卵巢機能異常上為有密切關係。如注射卵巢製劑，想必有效果。

(10) 療法與豫後

局部療法可用X光線或人工太陽燈照射，一高蓋布軟膏與注射Kartelyst, Copiformin等，效果甚著。但如遇惡氣與水之刺戟，易於再發，如嚴止療法，又復惡化。總之，斯病之預後，良以不良，如若發生及治療適宜，可能治癒。

結 論

(1) 進行性指掌角化症，係發生於月經來潮後之女性，特別於由青春期至成年期間之年齡而發生一種之皮膚病。

(2) 常發生於右側手指中之最易受刺戟之物示中指之末節起結，而其次蔓延於他指及手掌之皮膚乾燥，組織硬化與皸裂等之疾患，且右手常比左手患病較早，而症狀亦較重。

(3) 大多數病者均有婦科的異常，因之，斯病可目為與婦人生殖腺機能有關係，且與月經來潮後常患之疾病。

(4) 婦人從事於洗濯或水洗滌等為其外因，而誘發之疾病。

(5) 本病之症狀於冬季常增惡。

眼屈折異常及檢影法之檢討

楊承恩 李文鐸 林仕桂

前 言

一般眼科臨床家測定眼屈折力之度數，慣用眼鏡箱 (Trial-case) 作顯性屈折檢定法 (Manifest Refraction)，即將種種不同之驗光鏡片置於病者眼前，藉病者主觀之判定，選擇其矯正視力至最良之程度時，所需鏡片之度數，作為處方配鏡之準繩。此種自覺之屈折檢定法用於近視眼固易於檢得相近之度數。然對於遠視眼，尤其是青年人之患有潛伏性遠視 (Latent Hyperopia)，或含有散光性之屈折異常 (Astigmatic Refraction)，頗難發現，其推獎之價值似較低。間或有誤將呈現假性近視 (Pseudo-myopia) 症狀之遠視眼，弄成相反之結果，在臨床上所習見之事。作者等有鑑及此，認為若選用調節肌麻痺之檢影法 (Skiascopy with Cycloplegic)，似比其他方法更為合理，其優點甚多，且亦易檢得相當準確之度數。蓋本法檢驗之前，先用調節肌麻痺劑如 Atropine 或 Homatropine 點眼，令眼之瞳孔散大，調節機能暫時休止，以免調節力之參雜擾亂作用，深感方便。特在檢驗之時無須頻頻詢問病者之感覺，祇需他視之判斷，即能直接決定其準確之度數，是為吾人所喜用之方法也。

檢驗之結果及討論

因此，作者等就廣州醫院眼科臨床中，特請求驗光之病案四百四十二例（一側為一例計算），分為兩組檢驗，並作比較之研究。一組作病者之自覺判定，用以鏡箱中之驗光鏡片矯正其不良視力，使能明視相距五米前之 Landolt 氏視力表之 1.2 或 1.5 視標，或矯正至最良視力為止，即所謂顯性屈折檢定法，計一百二十八例。另一組專用調節肌麻痺之檢影法，計三百一十四例。惟用檢影法之前，先取顯性屈折檢定法之度數作為參照，次用 Atropine 或 Homatropine 散瞳及麻痺調節機能後，在暗室內取相距一米之距離行檢影法，所檢得之鏡度與所造成之人工近視一度依代數計算法相加減，即為所求之該眼屈折力之度數。事後待瞳孔縮小調節力恢復之時，再在視力表前校對其度數，以察其所矯正視力之程度如何。

檢影法與顯性法之比較：統觀兩組檢查之結果，如表一所示，可證明顯性屈折檢定法不容易發現散光或全遠視 (Total Hyperopia)。因檢影法中之散光百分率 63.7%，佔大多數；而顯性法所檢得散光百分率祇 23.1%，其數尚不及其半，此似可說明檢影法之驗光較為精確。

表一。各種屈折異常之百分率

異屈折異常之種類	調節屈折之 檢影法		顯微鏡拆 檢影法		眼科書籍中所 記載之百分率
	眼數	百分率	眼數	百分率	
遠視 Hyperopia	16	5.1%	1	0.8%	20%
近視 Myopia	98	31.2%	91	71.5%	1.5%
單純性不正視眼之總數	114	36.3%	92	72.3%	21.5%
單純性遠視散光 Simple Hyperopic Astigmatism	1	0.3%	0	0	5.5%
單純性近視散光 Simple Myopic Astigmatism	4	1.3%	0	0	1.5%
複性近視散光 Compound Hyperopic Astigmatism	28	9.0%	4	3.1%	44%
複性遠視散光 Compound Myopic Astigmatism	164	52.2%	31	24.2%	8%
混合性散光 Mixed Astigmatism	3	1.0%	1	0.8%	6.5%
散光性不正視眼之總數	200	63.7%	36	28.1%	78.5%
總 數	314		128		

各種屈折異常之百分比： 右表中，尚可表示由檢影法所見之屈光狀況，即各種屈折異常之百分比，與眼科書籍上所記載者略有不同。其中單純無散光性之不正視（Ametropia 包括遠視及近視）百分率 36.3%，則比散光性不正視（Astigmatic Ametropia）63.7% 之數較低。然屬於近視屈折異常之百分率 84.5%（包括單純性近視 Simple Myopia 31.1% 單純性近視散光 Simple Myopic Astigmatism 1.3% 複性近視散光 Compound Myopic Astigmatism 52.2%），反較遠視性屈折異常 14.3%（包括單純性遠視 Simple Hyperopia 5.1% 單純性遠視散光 Simple Hyperopic Astigmatism 0.3% 複性遠視散光 Compound Hyperopic Astigmatism 9.0%）之百分率高約六倍之譜。考以往先賢之報告，人類之眼屈光，以遠視眼佔最多，尤其散光性遠視約有百分之八十。但作者等所檢驗之結果，適得其反。推想其故，或近視眼有自家矯正之力，即無論遠或近之物體，均能利用調節功能增加水晶體之厚度及其屈折力，使外來之光線重新會聚於視網膜上，不致現有視力不良之痛苦，患者因此不自覺有潛伏性遠視之存在。縱即有因自家矯正之調節力過度利用，而致眼肌疲勞，惹起眩暈眩暈及近距離工作稍久即視物模糊等現象，往往亦誤認爲屬於內科之疾病，或由

神經衰弱所致，無需求醫於眼科驗光。以致吾人臨床中所見者，多屬於因習慣視力減退而來求驗光之近視，遂使統計上之近視性屈折異常之百分率，呈比較性增高。

有規則散光之種類：至於各種有規則散光之百分比，與Dr. Risley及Dr. Thorington兩氏由私人檢光及醫院臨住所報告之平均數，大略相似。參閱表二所示，即可明瞭。按照常理而論，屈折異常屬於單純性不正視者為數甚稀，普通鮮有不兼散光存在。而散光大部合乎規則性，而且兩眼之散光軸位置多係列稱式，即所謂對稱散光 (Symmetric Astigmatism) 與合例散光 (Astigmatism with the Rule) 是也。對稱散光者，乃指兩眼之散光軸度數之總和適等於180度。否則，其總和大或小於180度者均屬於不對稱散光 (Asymmetric Astigmatism)。合例散光者，乃謂近視散光之軸線排在水平徑 (即180度) 上，或在180度之上下不超過45度位置；遠視散光之軸，則係排在垂直徑 (即90度) 上，或距90度之左右不超過45度者。反乎此之排列均稱曰不合例散光 (Astigmatism against the Rule)。依據作者等之檢影法所得散光統計，亦以對稱散光 (66.3%) 與合例散光 (包括對稱合例散光又名類似散光46例及不對稱合例散光16例，共計62例，佔56.5%) 百分率均佔絕對多數，由是亦可證明無誤。

表二 (A) . 有規則散光之種類

散光種類	眼數	百分率	Dr. Risley及Thorington 兩氏之私人診查及 醫院臨住所之平均數
單眼散光	16	14.8%	3.7%
雙眼散光	92	85.2%	78.7%
總數	108		
雙眼對稱散光	61	66.3%	67.4%
雙眼不對稱散光	21	22.8%	23.3%
異軸散光	9	9.8%	7.9%
同軸散光	1	1.1%	1.5%
雙眼散光之總數	92		

表二(B) · 有規則散光之種類

對稱散光			
類似散光 (對稱合例散光)	46	75.4%	83%
異性散光 (對稱不合例散光)	15	24.6%	22%
對稱散光之總數	61		
不對稱散光			
合例散光	16	76.2%	75.4%
不合例散光	5	23.8%	24.5%
不對稱散光之總數	21		

散光軸之位置與角膜彎曲半徑之關係：欲證明角膜之彎曲半徑以垂直徑線(或稱於子午線Meridians)為最短，可由統計各種散光性屈折異常之散光軸所居之最高百分率之位置而表示之。按角膜之彎曲半徑較短之徑線，其屈折力亦必較強。凡眼之各徑線之屈折力有不相等者謂之散光。近視性散光之屈折力最強之徑線若在垂直方向者，其散光軸應排列在與成正交之水平徑線上，亦即180度之位置。同理推知，軸在90度(垂直徑)之近視性散光，其屈折力以180度(水平徑)為強。總而言之，近視性散光之軸位置乃與屈折力最強之徑線成正交之反向。遠視性散光則不然，其散光軸之位置適與屈折力最強之徑線相一致。所以，近視性散光之軸在180度與遠視性散光之軸在90度者，均表示屈折力較強在垂直徑線上，亦即謂角膜之彎曲半徑以垂直徑線為最短之位置。茲依據表三之統計，近視性散光軸在180度佔39.5%，與遠視性散光軸在90度佔13%，兩者合計百分率52.5%。比近視性散光軸在90度之百分率25% (遠視性散光之軸在180度者，統計上尚未發現)。多約兩倍。換言之，眼之屈折力較強或角膜彎曲半徑較短之徑線，在非垂直位置比在水平位置為數多約兩倍。

表三 • 散光性屈折異常之散光軸位置

散光軸之位置	檢之眼數	遠視性散光		近視性散光	
		眼數	百分率	眼數	百分率
180°	79	0	0%	79	39.5%
0° - 45°	6	0	0%	6	3%
135° - 180°	8	0	0%	8	4%
90°	76	26	13%	50	25%
45° - 90°	4	0	0%	4	2%
90° - 135°	4	0	0%	4	2%
45°	11	1	0.5%	10	5%
135°	12	0	0%	12	6%
	206	27		173	

近視眼之度數與裸眼視力及矯正視力之關係：由上述兩組檢驗之諸眼例中，選取近視性屈折異常計三百七十一例。觀察其裸眼視力矯正視力及屈折力之度數等之關係，作大概之研究。如表四五所示，係說明近視性屈折異常之裸眼不良視力，能用凹球面透鏡或凹柱透鏡得完全矯正如正視眼相同之視力（即戴眼鏡能明視 Landolt 遠視力表之 1, 2 以上視標者），平均約占半數以上 65%。其中若裸眼視力愈佳，屈度之矯正率亦愈高，其近視度數亦愈漸趨淺度。例如：在不及 0.1 之裸眼視力中，不過 41% 可得完全矯正，其近視度數最深者可達凹球面透鏡 -17D.S. 至 -18D.S. 左右，可謂深度近視。大約以 -4D.S. 至 -8D.S. 為最多。裸眼視力 0.1 之近視，約有半數 53% 可以完全矯正，其度數較淺，約在凹球面透鏡 -10D.S. 之下，以 -2D.S. 至 -8D.S. 之間為多。裸眼視力 0.2 之矯正率增加至 75%，近視度數亦就淺至凹球面透鏡 -6D.S. 以內，其中在 -2D.S. 至 -5D.S. 較多見，可謂中等

結 論

1. 本屆係就福州醫院眼科臨症之驗光者四百四十二例(一眼為一例計算),分為兩組檢驗。即用顯然屈折檢定法一百二十八例,鋼徑屈折之檢影法三百一十四例。前者(顯然屈折檢定法)所發現之散光百分率 28.1%, 比後者(檢影法)所發現之散光百分率 83.7% 為低,似能證明檢影法之驗光較為準確。

2. 檢影法所得結果中,近視性屈折異常百分率 84.7%, 比遠視性屈折異常百分率 14.3% 為高,這與顯屈折檢驗法者相反,其原因似與遠視眼之有習慣性的調節作用,使視力仍感良好;以致病者不自覺有遠視潛伏,或誤認其自覺症狀由其他病兩所惹起者。

3. 各種有規則散光之百分比,與 Dr. Risley 及 Dr. Thorington 兩氏之報告相似,對稱散光佔 68.3%, 合例散光佔 53.5%, 均比其餘散光之百分率佔多數。

4. 統計散光傾之位置,即知近視性散光之軸在 180 度者佔 39.5%, 遠視性散光之軸在 90 度者佔 13%, 兩者合計百分率 52.5%, 佔全數之半有奇。於此可證明眼之屈折力較強之位置多數在垂直徑線(或稱縱子午線)上,其意亦即言角質之彎曲半徑以垂直徑線為最短。

5. 近視性屈折異常之探測視力愈良好,其度數亦愈低,愈得完全矯正率亦愈高。

6. 本屆之報告,因作者缺乏參考書籍與文獻,尤在我國尚未見有關於屈光之論文報告,深感本屆之創作,頗為孤單。敬希同道指正。

參 考 書 籍 與 文 獻

1. Thorington: Refraction of the Human Eye and Methode of Estimating the Refraction
2. 石原忍著:眼科學
3. 劉以群著:近世眼科學
4. 前田珍男子著:神經衰弱與眼。

福州之沙眼

楊承恩 林仕桂 李文鐸

沙眼為眼病中常見之疾病。福建省立福州醫院眼科最近半年來（民國三十六年六月一日至十一月卅日）會診眼病二千三百三十八人，其中患沙眼者有七百人，佔全數百分之二十九又九六（29.96%）。此與周福壽醫師民國廿三年報告上海之百分率（57.4%）及文山醫師民國廿九年報告四川省自貢市之百分率（58.4%）及民國卅三年報告西安市之百分率（83.3%）均較低。蓋因文獻報告均係為沙眼傳播北方多於南方，在北方約有百分之五十，在南方約有百分之三十；同時本科沙眼病例均係臨床觀察明顯，疑似病例並不計算在內，故吾等所統計之百分率並無大錯。關於福州之沙眼尚未有論文記載，故吾等就此七百沙眼病例分期報告於次，以供參考。

性別及年齡：

男性多於女性。七百病例中男性四百一十三人，佔百分之五十九（57.5%）；女性二百八十七人，佔百分之四十一（41%）。蓋因目前中國社會活動，男性參加者多於女性，男性接觸機會多，故感染亦自易也。

以年齡論，自幼至老均能罹患。作者曾見一例係生後八個月乳兒上下眼瞼結膜均患沙眼（Follicle），八十餘歲老人患沙眼仍在進行中者亦曾見兩例。惟最高之百分率在十一歲至二十歲（30%），其次為二十一歲至三十歲（24.29%），逾五十歲以上始漸減少。可見沙眼病經人生工作時間甚長，不特佔有人生最寶貴之時光，影響其個人健康與工作效率，間接影響國家民族之興衰並且直接於後期能使人之視力損失成為半殘廢者。故沙眼一症為吾人切應加重視者也。

第一表 年齡與性別

年 齡	男 性	女 性	男女合計	百 分 率
1-10	25	16	41	5.88%
11-20	130	80	210	30.0%
21-30	98	72	170	24.29%
31-40	76	59	135	19.29%
41-50	43	29	72	10.28%
51-60	24	21	45	6.4%
61歲以上	17	10	27	3.86%
總 數	413	287	700	100.0%

籍貫：

就籍貫而論，本省（福建）人六一六人，佔百分之八十八，外省人僅八十四人，佔百分之十二。此並非表示外省人也沙以該院福建籍人爲少，乃因外省人在福州者爲數甚少，來院就診者多係本省籍。

第 二 表 籍 貫

籍 貫	人 數	百 分 率
福 建	616	88%
湖 南	30	4.3%
浙 江	12	1.7%
廣 東	8	1.14%
江 蘇	7	1 %
安 徽	6	0.86%
山 東	6	0.86%
河 南	5	0.71%
河 北	3	0.43%
四 川	3	0.43%
江 西	3	0.43%
上 海	1	0.14%

職業：

以職業言，沙眼本在勞動與貧苦平民中較多，但此七百病例以學生，主婦，政界佔多數，工人，農人，軍人次之。此因學生程度較高，學校有體格檢查，發覺有沙眼者多能來院就診，我國已婚女子在城市者除主管家務外多無特別職業，故主婦佔百分率之所以高者實因其佔有約半數已結婚之女性患者故也。政界一方面因檢查體格爲義務，一方面醫學常識稍高，故百分率並不小。農人，工人，軍人各因其工作忙碌，非至病情嚴重甚少就醫，故其百分率亦較低。

第 三 表 職 業

職 業	人 數	百 分 率
學 生	196	28%
主 婦	146	20.8%
政 治	102	14.5%
工 人	74	10.5%
農 人	44	6.5%
軍 人	40	5.7%
商 人	26	3.7%
教 育	18	2.6%
兒 童	16	2.3%
其 他	40	5.7%
總 和	700	100%

沙眼之分類：

沙眼之分類法甚多，作者為簡便計依臨床症狀而分為：

(1) 顆粒性沙眼 (*Trachoma granuloseum*)

當沙眼之初期只有顆粒，乳頭增殖及充血不顯明者，稱曰顆粒性沙眼。顆粒為稍大而至極寬大，基底廣大或半球形或半卵圓形之隆起，其境界不銳利，呈灰白色，灰色，或稍帶黃色，半透明膠狀。初期生長於穹窿部及內外眥附近之假結膜，漸次蔓延於中央部，重者波及眼球結膜，半月狀皺裂等處。

(2) 乳頭性沙眼 (*Trachoma papillare*)

炎久者乳頭增殖旺盛，顆粒反為其所被，結膜充血甚著，稱曰乳頭性沙眼。乳頭為微細之紅色小隆起。健康之結膜在內外眥附近生少數之乳頭者有之，然沙眼時則結膜全部乳頭增殖，而內外眥附近尤甚，結膜粗糙如赤色天鵝絨，雄雞之冠，或有如梅花者。

(3) 癍痕性沙眼 (*Trachoma cicatricum*)

沙眼經過一二年以上則漸次發生癍痕。此時結膜之上皮細胞層之下組織層變為纖維組織。癍痕多在眼眥結膜接近穹窿部之處，初呈灰白色線狀癍痕，其數次第增加，與紅色乳頭交錯而呈斑片狀，以後白色癍痕漸增大，結膜近於平滑，充血減退，稱曰癍痕性沙眼。

第 四 表 沙眼之分類與年齡之關係

年 齡	顆粒性沙眼	乳頭性沙眼	癍痕性沙眼	混合性沙眼
1—10	28	3	2	8
11—20	83	89	10	28
21—30	35	68	41	36
31—40	14	45	47	29
41—50	4	21	30	17
51—60	2	9	8	26
61歲以上	1	2	10	14
總 數	167	267	148	148
百分率	23.85%	33.55%	21.15%	21.45%

觀察第四表，一歲至十歲患者大半為顆粒性沙眼。十一歲以上乳頭性沙眼漸增多，顆粒性沙眼比較性減少。至三十一歲以上癍痕性沙眼逐漸佔優勢。夜間患者沙眼之病變多已達癍痕期，惟癍痕或繼續進行，或一度停止而增惡而成混合性沙眼來院就診，故五十一歲以上患者屬此兩者較多，概因此

因。總觀沙眼患者以乳頭性沙眼爲最多(33.85%)，其次爲顆粒性沙眼(23.85%)，癢性或混合性沙眼最少(各佔21.15%)。

沙眼性血管翳 (Pannus trachomatous)

沙眼患者除自覺的癢感，異物感，眼瞶及眼痛外與他覺的發現顆粒，乳頭增痛及癢痕外尚有一些狀，即沙眼性血管翳，每爲常人所忽視。此乃一非常重要而確實之症狀。在初期患者或有一二顆粒，或無顆粒而僅結膜輕微充血，少及乳頭增痛，結膜又無肥厚，此時我人殊難下沙眼之診斷，設若我人能於角膜上緣發現沙眼性血管翳則疑難頓即消失。又在結膜炎紅腫著明時，患者充血結膜炎或係原患沙眼，此時合併結膜炎亦殊難分辨，如能發現沙眼性血管翳，則對診斷甚有裨益。且沙眼性血管翳與病變初期之關係，作者曾目睹沙眼之急性加劇時血管翳必發達一次。血管翳進行時，自覺羞明，流淚，視力減退，病人痛苦甚甚，如併發角膜炎，角膜潰瘍而成角膜翳則影響將來視力更爲嚴重。故爲診斷及治療計，我人對每一沙眼患者及沙眼可疑患者均作詳細之沙眼性血管翳之檢查。

據 Fuchs 氏之定論，血管翳爲新生在角膜緣表層之自厚而富於血管之沉積物，由外緣而向中心推進生長者。所侵襲之角膜面，凹凸不平，有灰色半透明之表層，其中含有無數之血管，係與結膜血管相連者。其初發部位多在角膜上緣之輪部，漸次向下方進行，狀如垂簾，故又稱垂簾翳。至瞳孔圓成者，則著明障礙視力。血管翳除自角膜上緣起始外，亦有自下方或內外側起始者，更有自角膜緣中央向角膜中央生長者包圍狀者，稱曰輪狀血管翳 (Pannus annularis)。血管翳發達時，自各方所發之血管翳互相連絡成角膜全部被其侵襲，稱曰全血血管翳 (Pannus totalis)。血管翳血管甚少，稱曰薄性血管翳 (Pannus tenuis)。血管翳多者，稱曰血管性血管翳 (Pannus vasculosus)。膜甚厚，血管多者呈赤色，宛如肉片附於角膜上者，稱曰肉狀血管翳 (Pannus carnosus)。

我人常以生理有半透明之新月形影，極 Pillat 氏認爲正常之角膜上緣，與初期之血管翳或難分辨，但以放大鏡或角膜顯微鏡細察則正常新月形影整齊如剪去者，血管亦整齊或小而轉入靜脈，初發之血管翳則有粗微狀，包絡如魚，血管多且分枝也。我人檢查採用強度焦點映光 (focal illumination)，在暗室中，令病者面向我人坐於椅上，照燈光於病人之前上方約大肘，且病人頭向前傾之勢，如此並用對向強者映照，用一手持一20倍光度之凸透鏡 (Condensing lens) 於燈及病者眼間，令光線集中成焦點於所要檢查之部份，用一12倍之放大鏡 (Loape) 觀察，即可了然病變之情形，角膜有無血管翳。

爲便於統計起見，吾等將沙眼血管翳檢查結果分爲：

- (1) 無血管翳：僅有 Pillat 氏所指寫之新月形影者。
- (2) 初發血管翳：血管自角膜上緣向下生長，使月形影成爲不整齊之锯齿狀。
- (3) 部分血管翳：血管向下生長，尚未侵至瞳孔。輪狀血管翳亦連環孔者亦併入此類。
- (4) 全血血管翳：血管侵及瞳孔，甚或整個角膜表面爲血管翳所蔽蓋。

第五表 沙眼之血管翳

	無血管翳	初發血管翳	部分血管翳	全血管翳	總數
顆粒性沙眼	137	24	6	0	167
乳頭性沙眼	29	194	14	0	237
瘢痕性沙眼	50	62	30	6	148
混合性沙眼	6	64	64	14	148
總數	222	344	114	20	700
百分比	31.7%	49.1%	16.3	2.9%	100%

第五表所示：血管翳以初發血管翳為最多，幾佔沙眼總數之半，其次為部分血管翳，全血管翳為數最少。總計血管翳之全數為五百零八人，佔全數沙眼百分之六十八又三（68.3%）；無血管翳總數為二百二十二，佔全數沙眼百分之三十一又七（31.7%）。可見血管翳為沙眼常見之症狀。

血管翳在各類沙眼中所見之百分率，可由第六表得之。其中以混合性沙眼發生血管翳之百分率為最大，達百分之九十六（96%）；其次為乳頭性沙眼，有血管翳者佔百分之八十八又九（88.9%）；再其次為瘢痕性沙眼，有血管翳者佔百分之六十六（66%）；顆粒性沙眼有血管翳者最少，僅佔百分之十八（18%）。此理表明，蓋混合性沙眼為病程悠久之沙眼，或趨望進行，或一度中止而轉到，其侵犯角膜之病變自然較多。乳頭性沙眼為沙眼在初期進行中之沙眼，故其侵犯角膜亦多，但因病程較短，故不如混合性者出現之頻。瘢痕性沙眼為停止或退行性之沙眼，血管翳隨組織的變而逐漸消退，故其百分率較前者為低。顆粒性沙眼血管翳之血管往往內陷閉塞，遺留白色絲綢線之外觀，此時與其前三類沙眼之血管翳血管含血液者不同，我人若仔細觀察，並不難發現此種情況。又瘢痕性沙眼角膜從前之淺層細胞以後而失變為玻璃組織，致角膜凹凸不平，對我人診斷瘢痕性沙眼血管翳亦大有補助。顆粒性沙眼因其沙眼病變初發，故由結膜波及角膜之病變最為自然及少。

第六表 血管翳在各類沙眼所見之百分率

	患者人數	血管翳	百分率
顆粒性沙眼	167	30	18%
乳頭性沙眼	237	209	88.9%
瘢痕性沙眼	148	98	66%
混合性沙眼	148	142	96%

第七表

福州沙眼血管翳百分率與各地之比較

地名	百分率
福州	68.5%
四川省宜市	82.2%
西安市	69.1%
上海市	28.5%

福州沙眼血管翳百分率與各地之比較，如第七表。

沙眼視力與血管翳：

沙眼血管翳除患者

增加說明視力之痛苦外，最嚴重者係為影響視力，前文既有提及，茲為明瞭影響程度，我人特作第八表以供說明，視力因沙眼受損失者三百九十眼，(約28%)，其中一百二十二人為雙眼受損失者，一

眼受害者有一百四十六人。因沙眼而致盲者有三十四眼，其中雙眼受害者十人，一眼受害者十四人，佔沙眼全數百分之二又四(2.4%)。能作者必以此此處說明者，即本文之視力統計，已將十歲以下之兒童及視力損失可能由屈光不正或與沙眼無直接關係之合併症 (Complications) 與後胎症 (Sequels) 除外。惟與沙眼有密切關係之合併症及後胎症對於視力影響至大，我人亦當考慮及之。無血管翳及初發血管翳之視力損失及盲目均係由於急性眼力

第八表 視力與沙眼血管翳

視力等差 (Landolt)	無血管翳		初發血管翳		部分血管翳		全血管翳		總和	
	一眼	雙眼	一眼	雙眼	一眼	雙眼	一眼	雙眼	一眼	雙眼
良 1.2-0.8	9	151	28	144	6	16	0	0	43	311
平 0.7-0.5	6	5	35	33	20	18	0	0	61	59
差 0.4-0.2	2	4	22	18	18	5	2	2	44	29
劣 0.1-0.02	1	3	10	8	15	12	1	2	27	24
盲 0.01-至手動	0	0	4	2	4	0	6	8	10	8

第九表 沙眼重要合併症與後胎症對視力所參與之影響

合併症與後胎症	視力部者		盲目者	
	一眼	雙眼	一眼	雙眼
內障 (Entropion)	4	36	0	0
睫毛亂生 (Trichiasis)	10	20	0	0
角膜膿腫 (Nubecula corneae)	8	78	2	4
角膜潰瘍 (Ulcer corneae)	50	12	0	0
增殖性白症 (Leucoma adhaerens)	0	0	6	0
增殖性淺層角膜炎 (Geraatitis superficialis diffusa)	14	20	0	0
角膜葡萄腫 (Staphyloma corneae)	0	0	2	0
總和	86	166	10	4

重及合併症與後胎症有礙，故作者特列第九表，冀讀者能明瞭合併症與後胎症對沙眼視力所參與之影響。

沙眼之合併症與後貼症：

最後我人述沙眼之重要合併症及其後貼症，蓋此等合併症與後貼症對於患者自覺痛苦及視力影響殊深，甚值吾人注意者也。

(1) 瀰漫性淺層角膜炎(Ceratitis superficialis diffusa)常見於乳頭性沙眼。發生時患者透明，流淚，視力減退，角膜之表面生多數極小之灰白色濁點。百分率5.4%。

(2) 加答兒性角膜炎(Ulcus corneae catarrhalis) 血管翳炎症旺盛時，在其末端發生潰瘍。又睫毛亂生亦能觸及角膜致起濁點發生潰瘍。潰瘍治癒後遺留薄弱，妨礙視力。百分率9%。

(3) 角膜薄翳(Nubecula cornea) 角膜潰瘍治癒後遺留薄翳。又血管翳消退後變性成痕癢亦現薄翳。百分率15%。

(4) 癒着性白斑(Leucoma adhaerens)及角膜葡萄膜炎(Staphyloma cornea)。潰瘍穿孔則虹膜脫出癒着於孔表面，稍膨出成濃厚之白斑。又角膜潰瘍治癒後，角膜之一部或全部成癆瘻腫起，狀如葡萄而成葡萄膜。此二種妨礙視力甚甚。百分率1%。

(5) 睫毛亂生(Trichiasis) 沙眼炎症波及睫毛根部時，則睫毛變更其方向。多見於癆瘻性沙眼及混合性沙眼。百分率5%。上眼發生較下眼為多，睫毛亂生時睫毛觸及角膜能致角膜癆瘻性潰瘍，涵潤者發生於角膜中央部時即發生視力障礙。睫毛亂生常與角膜炎之原因。

(6) 眼瞼內翻(Entropion) 炎症波及瞼板時則瞼板因組織變弱以及炎症滲出而成增厚，褶褶萎縮，軟骨向內彎曲。內此睫毛亦向內觸及角膜。故發生內翻者幾皆有睫毛亂生，而患睫毛亂生，只瞼不內翻者亦甚少。內翻之百分率5.9%。內翻多見於癆瘻性沙眼及混合性沙眼。此七百例中癆瘻性沙眼148人，內翻者24人，佔16.7%。混合性沙眼148人，內翻者10人，佔10.9%。其餘之眼瞼性沙眼或乳頭性沙眼均未發現內翻。

(7) 結膜乾燥症(Xerosis conjunctivae) 結膜之大部分成癆瘻，淚腺及 Krause 氏腺之分泌減少則結膜亦大乾燥，重者角膜亦失其光澤。此與癆瘻性結膜乾燥症不同，用維他命A治療亦不甚見效。本病亦多見於癆瘻性沙眼。百分率0.57%。

(8) 慢性淚囊炎(Dacryocystitis Chronica) 沙眼之結膜波及淚管時則發生淚道閉塞，或慢性淚囊炎。百分率1.7%。慢性淚囊炎時結膜囊常由淚囊排出甚多之化膿液，角膜如不享受色則每每起匍行性潰瘍(Ulcus Serpens)，有失明之危險。

此外，關於沙眼之治療亦為吾人日常所從事研究者，惟沙眼係一非常慢性之疾病，治療效果觀察時間需時甚長，容後報告。

結 論

(1) 本病報告民國三十六年六月一日至十一月三十日止福建省立福州醫院眼科所診察之沙眼。

六個月來院就診眼病者共2338人，其中患沙眼者700人，佔全數29.96%。

(2) 沙眼患者男性佔59%，女性佔41%。老幼均能侵犯，最高百分率係十一歲至三十歲，以後隨年齡增高而逐漸減少。

(3) 本省籍者佔68%，外省籍者佔12%。

(4) 職業以學生為最多，其次為主婦，政界，工人。

(5) 沙眼以乳頭性沙眼佔最多(33.85%)，其次為頓拉生沙眼(23.85%)，癢性沙眼及混合性沙眼各佔21.15%。兒童多患頓拉生沙眼，青年人以乳頭性沙眼為多，老年人沙眼多為癢性及混合性。

(6) 沙眼血管病為沙眼重要之症狀，發現沙眼血管病時診斷確實。在沙眼之結膜充血不明顯時，如能發現沙眼性血管病則對於診斷甚有補助。沙眼血管病之百分率為各類沙眼總和之68.8%，故沙眼患者半數以上均有血管病。沙眼血管病以初發血管病為最多，佔沙眼總和之49.1%。血管病在各類沙眼中出現之百分率，混合性沙眼有93%，乳頭性沙眼有88.9%，癢性沙眼有66%，頓拉生沙眼血管病最少，僅有18%。

(7) 視力因沙眼受損失者390眼，(約28%)，其中122人為雙眼受損失者，一眼受害者有146人。因沙眼而致盲者有34眼，其中雙眼受害者10人，一眼受害者14人。沙眼致盲之百分率為2.4%。惟此等視力損失除與血管病有關外，沙眼重要之合併症及後障性亦有關係。

(8) 沙眼之重要合併症及後障性對於患者自覺症狀及視力影響殊深，茲將沙眼時甚值我人重視，茲將其特別重要者記之如下：

細菌性結膜炎	5.4%
急性兒童性角膜炎	3%
角膜炎	15%
增殖性白斑	1%
角膜血管翳	1%
睫毛亂生	5%
眼內障	5.9%
結膜乾燥症	0.57%
慢性淚囊炎	1.7%

本文之作，承本科英美醫小知而忙不少，謹致謝忱。——作者。

參考書及文獻

1. 周誠譯：論上海沙眼，中華醫學雜誌第二十卷第六期，民國二十三年六月。

2. 張文山：自貢市的沙眼，中華醫學雜誌第二十六卷第十期，民國二十九年十月。
3. 張文山：西北（西安）之沙眼，中華醫學雜誌第二十九卷第四期，民國三十三年四月。
4. 紀秀春：沙眼與盲目之關係，中華醫學雜誌第二十九卷第四期。
5. Pillat：The exaggeration of the upper limbus in Sickle Form in Chinese Eyes, National Med. J. China, 1929, 15:569.
6. Ling W. P. : Cause of Blindness Among the Chinese; Nat. Med. J. China 1923, 9.
7. Howard：The Eradication Trachoma Among School Children in China, C. M. J. 1925
8. 劉以祥：近視與科學
9. 莊同義治：眼科診察之口訣。
10. Fuchs：Diseases of the Eye
11. Axenfeld: Lehrbuch und Atlas der Augenheilkunde

重視小產之預防與療法

余 合 璧

重視小產在產科學上為難解決的問題，最近文獻中，對於重視小產之預防有顯著之進步，但吾人更應進一步作其治療之研究。

事實上有許多小產者，吾人不知其原因，Mall 氏認為由于卵子着床之欠安，而卵子附著之能力及其厚度乃由子宮下腺體所分泌之 Prolan 量而定，許多性腺發育不全者，Prolan 量亦不足。

妊娠在最初三個月，Prolan 之產量最多，隨妊娠月份之增加而逐漸減少，其融合線則產生 Estrogen 及 Progesterone，小產多發生於第3—4個月之間，所謂危險期是也。此妊娠黃體過行性，而胎盤開始代行營養作用之時期。若此時胎盤附著不穩，則 Hormon 之產生不足，胎兒之需要，且在融合線侵入最不平衡之處而行動出血，胎盤與子宮壁起分離，致小產。

Rutherford 氏謂吾人對於小產患者應行一般生理檢查，以尋其原因，若有兩次以上小產者，應行下列數試驗。

1. 糖代謝器基本率
2. 糖的耐容量……………三小時的試驗
3. 子宮內膜的切片……………月經前

4. 檢查其丈夫的精液

5. 一般體格及陰道檢查以決定其生育機能

Ingram氏報告用 Pregneninolone 和vit. E治療重覆小產，效果佳良，但吾人試驗單用Progesterone 每天 20-36mg, 效果欠佳。

Smith 和 Hurwitz等氏報告妊娠服用 Diethylstilbestrol, 可增加 Pregnenediol天然之 estrogen 亦有同樣效力。吾人用 ethinyl estradiol 代替 alpha-estradiol 亦可得良好效果，每天三次每次 0.5mg, 無惡心或其他副作用。

據R. Kurzrok 氏報告重覆小產之治療，由於以 Estrogen加以 Corpus luteum, Prolactin Chorionic Gonadotropine 等注射可得良果。

所報告 1-3次以上重覆小產之病例，吾人診斷其為確定妊娠或疑問妊娠之初，給以 Anterior Pituitary-like hormone (A.P.L.)類固醇藥物製劑 Corpus luteum hormone(C.L.H)或類藥及 estrogen。

A.P.L.: 每星期用三次，每次 1000-2000單位，妊娠四個半月後，改為一星期兩次，每次 1000單位，繼續用到八個月為止，正常生產。

C.L.H: 每星期三次，每次 5mg, 四個月半後，改為每星期兩次，繼續用到八個月為止，順產。

結果 一 本報在病治之病例中，並無一因小產。有許多正在出血之病例，亦無小產發生。只有一個在空產期前十天，生產一正常嬰兒，重五磅十兩。

試驗病例之病史及其所見

1. S M Para 2, Gravid 3 40歲第一胎及正常生產第二胎於第三四半月時小產，第三胎是用低劑量分發，嬰兒重七磅三兩。

2. A S para 1, Gravid 1 月經週期正常，在妊娠第 6 $\frac{1}{2}$ 星期時，檢查所見為小兒性子宮，子宮頸比子宮頸 Ascheim-Zondek試驗物為陰性，但在兩星期後，再行之係陽性，此時顯有 Hedar 氏症狀患者即行本法治療，第八月份時停止，在停止治療後的第三星期分娩一男性，重四磅九兩，存活穩定。產後第三個月再檢查陰道，發見子宮只有 3'4 的正常子宮，吾人相信患者須繼續治療，故至是月為止。

3. T W 40歲 Para 2, Gravid 6, 第一，二，三，三胎均與 2.5-3個月時小產，第四胎在治療之下，是月行帝王切開術，胎兒肺部不全，給一星期之氧氣供給，始完全痊癒。第五胎是三個月小產，無治療。第六胎在治療之下，亦行帝王切開術，胎兒肺部不全，經行氧氣供給，患者呈顯著障礙不全症狀，每次妊娠若無 Hormone 治療，必發生小產。

4. F W Para 2, Gravidia 3. 子宮體小於正常，初為爲不好症，經本療法，每天服Pregnenin^o-lone 20mg，短期間內懷孕，但於第三月時小產，胎兒不見，以後兩次懷孕，經治療後，足月均用低產鉗取出胎兒，產後檢查子宮，見子宮體僅及正常子宮之3/4，右卵巢大於正常者，疑其為皮樣瘤。

5. M W 32歲 Para 1, Gravidia 3. 第一胎在十星期時小產，發現未破卵膜，但無胚胎存在，胎盤甚薄，患者未妊時之子宮，僅有正常之3/5。第三胎行本療法，直至足月用低產鉗生產。

6. T L 27歲 Para 2, Gravidia 5 月經初滿于19歲，月經不調且量少，每3-4星期一次，係小兒性子宮，行estrogen治療後，月經正常，第一胎在第四月小產，第二胎在第四星期時小產，第三胎經本法治療，至第七月為止，胎兒足月，第四胎未行治療，故于第四月小產，第五胎足月，正常生產，未超治療，但是在產初六個月中，陰道輕度出血。

7. J G 34歲 Para 1, Gravidia 2. 第一胎兩月小產，檢查一切均正常行本療法後，第二胎足月，行低產鉗術。

8. F H Para 1, Gravidia 2. 31歲第一胎在2.5月時小產，發現未破但無胚胎於內，第二胎之始，施行治療，至于4.5月止，結果足月，行低產鉗術。

9. A C 28歲 Para 1, Gravidia 4 家族史有糖尿病者，患者無糖尿病之象狀，第一、二、三、三胎均于8-9星期之間小產，第四胎于妊娠之初，開始治療，結果足月，用低產鉗術嬰兒正常。

10. B S 24歲 Para 1, Gravidia 4 第一二三胎於第2個月時小產，第四胎妊娠之初，開始治療，結果足月，行低產鉗術安全無事。

11. B S 28歲 Para 1, Gravidia 4 第一二三胎均於3.5-4.5個月之間小產，第四胎在妊娠之初，有陰道出血，並合併體溫靜炎及發熱，曾經本法治療，最終因停位，施行帝王術取嬰兒正常。

12. A E Para 1, Gravidia 2. 月經週期不整，每8-10星期一次，有時8-10個月一次，第一胎于4.5個月時小產，第二胎開始治療，結果足月順產，產後檢查子宮，只有正常3/4之大。

13. E B 22歲 Para 1, Gravidia 3 第一胎是在第七星期時小產，第二胎經治療，超過兩星期，嬰兒重8磅9兩，第三胎妊娠之初，即有陰道出血，雖經治療一月後方停止流血，後持延到治療至七個月為止，本胎週期四星期嬰兒重8磅。

14. E D 27歲 Para 2, Gravidia 2 為閉經2年而就醫，從前月經每年兩次，間隔1-6月，經本治療後，月經週期正常，並懷孕，治療持續至生產為止，行低產鉗術，嬰兒重7磅12兩。此後月經週期每月皆有，並第二胎臨產未曾治療，仍是正常生產。

15. E C 34歲 Para 1, Gravidia 3 月經週期每28天一次，每次月經持續三星期，原有5年之久，經治療後正常，其第一胎三個月小產，第二胎3.5月小產，無治療，第三胎行本療法，妊娠初期有陰道出血，得Progesteron及Estrogen之治療，足月後正常生產。

結 論

1. 重覆小產預防及治療，仍在實驗時期。
2. 任何患者有兩次以上小產，其表現內分泌缺陷者，必須檢查其腺及性器官功能。
3. 15個弱質小產皆在1—3次以上用 A P L 或 C L H 及 estrogen 治療，15個弱質均正醫生疏。
4. 無奈後流血或其他合併症。
5. 分泌期多在停止注射十天之後，正至三星期之後有數例單用 C L H 不用 A P L 多在停止治療，三星期後流血。
6. 大劑 A P L 2000 單位一星期三次，於早期妊娠者，可預防起初三個月之流血。
7. 重覆小產之療法應先注意預防在危險小產，其胎兒已死亡者，治之無效。
8. 患者顯有內分泌機能缺陷者，在妊娠時應預防以免小產。

摘譯自 Thurston Scott Welton M. D., August 1947 Volume 74 NO. 2.

蛀蝕及其預防商榷

周 魯

導 言

本人自民國二十五年春來閩，主持省立育嬰堂兒童口空衛生，二十六年轉入省衛生局第一分隊，兼任學校兒童預防工作，及社會民衆口空治療，先後擔任福建口空預防工作，計共二年，發現兒童蛀蝕患者，約佔全人數百分之九十五，其中百分之八十五，除予最後療法，拔去蛀齒外，別無良法，又自二十六年起，擔任社會民衆口空治療，迄今治療計十有二年，統計來閩民衆百分之九十六，均爲蛀齒，或有自來水之其他療法，雖在福建不可謂不設而普遍了，歐美人士則認爲第三文明病，僅牙醫及金銀，據福氏統計，爲百分九十四至九十八，吉魯氏統計，則爲九十有奇，亞細亞與吾國習慣相近者，莫若日本，據該國統計數字亦爲九十四點二四，又據研究性文獻報告，凡現存存在之原住民族，如北極之愛斯基摩人，非洲土人，亞利那來族人，日本之假夷人，其蛀齒之數極少，甚或絕無。以厚農民族之不信衛生，現其蛀蝕者極，吾人幸而生爲文明民族，反不幸而受此威脅，其中自有不少遺憾，年來屢承友好及患者詢問關於本問題之緣因，及預防之法，惟以限於醫官及時間限制，或言之未詳，或聽者了解不全，本人深感遺憾，爰趁本院十週年紀念，略舉關係本類各病因，及預防作一介紹商榷性答復，庶存心民衆及望求口空健康諸君，知所注意焉。

什麼叫蛀蝕

蛀蝕是人們齒牙的硬組織（牙琺瑯及象牙質）受某種因而來的酸性物侵害，這次失去組織中間有的石灰質崩潰，而成潰爛不定形腐蝕的結果，為便於說明起見，通常分為兩個階段，第一階段為脫灰，第二階段為軟化，什麼是脫灰呢？簡單說就是齒牙組織受酸性物侵害，組織中間有石灰質，失去安定性，復成為弱質了，與酸性化合，成為新物質，去灰後的齒質，僅餘抵抗力薄弱的有機質框架，這脫灰的進行，我們叫他做脫灰作用。什麼是軟化呢，將脫灰後剩餘之有機質框架，復受口中細菌產生的溶牙白質酵素的溶解，而軟化崩潰喪失原樣，這一經過我們叫他做軟化作用，齒牙自脫灰至軟化過程中，常因關係組織的其他因素的影響，過程每顯差異，臨床上也只分為急性慢性二種，急性性的多見於青年患者，進行迅速強大，肉眼可見者為白色小點，或褐色斑紋，過數日後患者甚多，慢性經過遲緩，為常見之黑色或褐色斑或蛀孔，蛀蝕發生多在齒面不平之處，且以牙齦與接觸點等處等，不易受生理的自潔作用，及刷牙等清潔作用的地方，蛀蝕之進行，決無突現現象，使人不知覺中，常受損害，結果因致其顏色變黑，疼痛，或其他變症等，始行求治。

蛀蝕病因的探討

蛀蝕病因，由於齒質受酸性之侵襲而脫灰，則酸之來源而軟化，已如上述，惟此酸性的出現，除細菌產生外，尚有其他來源，故分為細菌學派及生理學派，細菌派以歐陽氏為代表，其所究結果斷定為蛀蝕之發生，由於其表面容積食物碎屑地帶，積酸性的腐爛得以容易容貯，此等腐爛除促進酸性作用外，且能組成一種保護膜以資保護，尤以對酸性的抵抗力，而能與食物仍有清潔之能力，故細菌得安然生活繁殖，細菌寄生之菌組織長期與酸接觸，致生蛀蝕結果，但在最深部齒牙中，則多為齒垢及細菌所積，蛀蝕後期，引起之各種病症，都由此等細菌造成，在軟化或半軟化象牙質中，則多為菌落，與多能能在弱酸中繼續溶解象牙質之存在性關係，上述各種細菌，均均以酸之存在為其活動條件，故吾人唾液之酸度，精口酸等，對此均有非常關係，此等易因，在臨床及口上很多證實，例如糖尿病者，唾液中含分高糖，血糖受分解而成乳酸，故易患蛀蝕，流行性腮腺炎後則有更易腐蝕，且不易受唾液之解毒。

生理學派內國家，認為臨床上腺素及風濕患者，均患蛀蝕，又唾液中之磷酸鈣，有防腐之功，風濕患者及新陳代謝，緩慢者患者，唾液中含有量均減至極小，而糖尿病者，反見增加，此等相異之點，定非生理的偶然現象，經精密檢驗後，始發現風濕及糖尿病者，均呈酸中毒現象，其唾液每呈尿酸反應，酸化完畢，視骨死質之溶解及象牙質，終日處於酸性液體中，而使鈣質溶解，齒質之失石灰，無疑致加速蛀蝕之進行，故以確定，凡由新陳代謝後能失其平衡，因酸中毒而來之蛀蝕，正與酸中毒者，之多患也相類同，及病情亦獲相同，此既既用，則關於蛀蝕問題，不能說切的地方，大都迎刃而解了。

綜上二派意見，均認為蛀蝕之起，由於齒質之脫失平衡，然而數十年來，各科學家所致力所得，且經先後一致公認，可以發生蛀蝕的因素，仍各有其存在的價值，所謂因素何何，則分論於下。

(一) 人物遺傳系統退化的缺點

莫考古代人爲化石及遺骸，見其骨骼形態，莫不雄偉，質堅體密，玻璃質被深厚，故能阻折粗薄，抵抗力強，不受蛀蝕侵襲，即現存之野蠻民族，如莫斯基摩人，馬來人，及做魯哥阿達摩之死人，其齒牙遠較吾人爲強，組織亦較緻密，抵抗力強，缺少蛀蝕，阿普吾人，不惟各爲形態較輕，坐骨不明，玻璃薄弱，齒牙齒冠畸形，成盤形消滅，並在上頰前與唇間，頸部舌面盲孔，白區咀嚼面的發育溝，認血的盲孔等處，每呈接合不密，及石灰化不全，此等地區，既易有腐爛物，而又抗力薄弱，一經蛀蝕，常不待玻璃脫灰，即進行軟化，昔年來醫各先進努力施行預防治療，予以先事填充，結果頗爲滿意，蛀蝕之百分比因以大殺。

(二) 骨髓的異常

同一人種，同一民族，同一家系，同胞兄弟，自胚胎至成人，環境既異，個體發育遂受其直接影響，即孿生兄弟，其先天雖同，但其生後環境，則不能盡同，故亦因環境之差異，而有個體的異常，考人類乳齒，於胚胎第十七週即開始石灰化，生後廿二個月，所有乳齒鈣化完畢，恆齒完全鈣化時期，則爲生後廿年，可見胚胎期中，母體的鈣鹽代謝，及生後十餘年中，鈣鹽代謝，關係自宜固甚，在胚胎發育過程中，自以遺傳爲遲，而勻一的石灰沉澱，爲最高程度，鈣化不完之處，亦即未來易蛀之處，初不關鈣鹽之絕對含量也，例如人類乳齒之平均含量，爲百分之廿九，而狗齒僅爲百分之廿七，鱈魚則只百分之廿五，以含量言，前者大於後者，以堅硬言，則後者反大於前者，此一奇特，經比較解剖，發現爲狗齒二種結核質，晶柱之排列及形態，均各異於人類所有者，且鈣化程度異常緻密，其實地之堅韌，及抗力之增進，自非近代人口所可望其項背，無怪細齒之不能即其侵害也。

(三) 口腔問題

吾人受系統退化影響，語言發育不良，原有口齒無地排列，參差亂亂，橫擠不進，自與間隔每於各型之無益空腔，汚物堆積，消除不易，蛀蝕侵及，自非異事。

(四) 內分泌的關係

人體各內分泌，如甲状腺，副甲状腺，腎下垂體，就中尤以副甲状腺，對於石灰代謝，有非常重要作用，生乳齒作用，則適與相反，例如婦女，當妊娠期，及思春期，月經等時期，其卵巢分泌作用，顯著亢進，鈣鹽之排泄適而量激增，生理不欲損失過量之鈣，則將甲状腺放大，激進其作用，以爲對策，若尚不能保持代謝平衡，則只有取用母體齒及骨內石灰鹽，故孕婦於產後，每呈急性佝僂性蛀蝕，停經以後婦女因卵巢內分泌作用衰退，血中鈣量，以及齒質中鈣量，均呈增加，蛀蝕則取極緩性進行，但男性生殖腺內分泌，對於鈣鹽代謝不甚明顯。

(五) 維他命之關係

吾人熟知之維他命，以乙丙二種，對於齒周組織病有關係，丁種則與本題關係最大，蓋維他命丁，能刺激甲状腺，以增加鈣鹽，代謝活動，據實驗所得，被試動物食草內，雖含大量之鈣，但若

缺乏維他命丁，則此大量之鈣，很少吸收，足量之維他命丁，亟行加入食單後，則鈣質之代謝漸增，短期內並能將試驗動物，因缺乏維他命丁，引起之鈣質貧乏性蛀蝕，於短期內補救完畢，故若人食單中，維他命丁之量，直接影響生理上防蛀及療蛀之重要可知。

(六) 食物之關係

食物為動物生命源，亦即活力元，食料除蛋白質外，脂肪含有維他命丁，關係甚微代謝，碳水化合物，因存留於口內之碎屑，有被菌酵成酸之弊，實質如磷酸類及碳酸鈣，氟化鈣，雜質等，均為齒質中之主要成份，鼠中尤以氟化鈣一項，頗為近世科學界注意，亦應在齒質之含量，通常為百分之十三點五，至十五點七，但孕婦齒質中，則僅零點五，此一事實，遂被判定為促成蛀蝕之主要原因，又據美若干城市，自自來水供應自來水後，短期內蛀蝕比率驟增，經精密研究，始知由於飲水缺乏弗鹽，即於定量之水中，加入定量之弗鹽，以作研究性治療，不意短期內，所有被試之鼠，迅為石灰補脫完畢，效速而確，由上可知食物，不惟備其滋養是也，鑲質缺乏立即致病，飲水過軟諸多可溶於水的礦鹽，喪失殆盡，長久飲用，對於保健亦有未合也。

兩件蛀蝕問題的商榷

第一件蛀蝕

臨床習見，產前也並非不嚴重的婦女，產後突變為腐蝕性、及普遍性，因其所生後果，而求治療者很多，前內分泌與性腺項內，曾約略舉出，所以致此之最大原因，既為女性經此時期，即分泌作用亢進，石灰排泄量驟增，生理上以增進有似石灰代謝體內分泌作用，為之補救，若尚不能保持代謝平衡，勢必盡量攝取母體存積於骨及齒之鈣質，故孕婦可能因過失鈣質而患病，及其併症，受鈣運代謝弱勢影響之胎兒，出生後，常生各種之軟骨病，及骨化不良等症，乳齒出現未久，即為口內酸性的侵蝕，全部腐爛，故預防蛀蝕，以恢復代謝平衡為其主旨，食物為生活之元，已如前述，當孕婦過期前，精神疲憊，食慾不振，且對食品發生厭倦，體內應需之物，如蛋白質及維他命等，無法增加，發生鈣質及維他命缺乏症，間接促進蛀蝕，是為預防蛀蝕之第二要因，又經過期中，孕婦口腔清潔不佳，口內殘餘食物，受胃酸之刺激而腐蝕，致成酸腐性蛀蝕，為促成腐蝕之另一終因，預防之道，應在產後發之二三月中，直至產後應厲行口腔衛生，使用鹼性牙膏牙粉，以刷牙，酸性漱口，以中和酸性，講求食品之口味，及營養滋潤，並食蒸餾水，以除酸毒，應以混合食物為藥料之用，多方採用，若萬分不能照辦，即應徵詢醫者，以藥物為補救，並就牙醫診察，接受防蝕處理等。

小兒蛀蝕與食糖

小兒蛀蝕，應分為乳嬰及學童兩期，乳嬰期內所生蛀蝕，多由先天性鈣質缺乏，齒質抵抗力弱，而來，學童時期蛀蝕，包含上述各種誘因及因素，唯乳期強有力齒髓營養之改善，以資補救，必要時，得借助藥物，一面應由父母為之，每日洗牙二三次，以潔清潔，斷乳以後，應每年受牙科醫者檢查一或二次，必要時，得接受缺點矯治，並徵求醫者保健意見，直至成人。這真再將兒童與糖果提出，

竊具大家討論，吾人當以兒童患蛀，歸罪食糖，糖因糖變或酸，助成蛀蝕，禁若糖果，於防蛀未始不有部份理由。但吾人日食之餅餌飯粥，均係澱粉，澱粉之化學終極產物，亦為酸質，與糖之終極產物，正復相同，其為害齒質，絕無異致，糖為個體細胞蒸餾原料，當兒童生機旺盛之時，糖量每較成人為多，糖量給與，勢有未合，近世育嬰學方面，公認糖之於蛀蝕，不在其存留口內之黏滯物之酸解，而由其存消化生理上，發生之酸解，因糖在口腔無消化作用，小量之糖，每使胃壁神經，發生一種錯亂感，食慾因此，小兒於食糖以後，正餐不進，時間一久，則其進食體積用材料，勢必陷於缺乏，影響其消化，致易被酸或蛀，酸既直接間接均不利於齒，但為小兒所必須，豈非其甚也，福利之計勞勞兼有，乃主其兒童食糖管理，管理之法，即於進食之二或三餐後，給與糖果，兒童於三餐後，自然不能多食，正餐間或好不論糖果與否食，如此兒童每日三餐，均飽食而睡，自然原量加入，一面尋求口腔衛生，缺則補給，自乳齒出現，直至成人，若更注意一般保健，則有關蛀蝕之先後天因素，均可因減少，蛀蝕之被害，當可大殺也。

福建蛀蝕防治問題勿議

本省蛀蝕百分比之高已如上述，衆之人民體質孱弱，疾病叢生，健康水準之低，甲於東南，推溯致此之緣，除遺傳習慣某食物各佔一部原因外，蛀蝕實為重要不全，消化不良，營養惡劣等皆為障礙，而食物不合生理衛生條件，更為多患蛀蝕之因素，良以本省地處濱海，食富海鮮，鱈魚貝介，為常年佳等上品，而為淡肉類，採捕量微，助助期三餐系列，僅及少許菜油，動物性脂肪，許多人終年不飽，雖魚介肉類，富於鈣磷，但含油過少，似恐維他命不足，又淡海各種，三餐均僅小量米粥，發則則位以麵食雜食，蛋白質及脂肪奇缺，而鹽及脂肪反較過多，無怪其抵抗力劣，蛀蝕實行也，為強壯國民計，勢非設法改進不可，改進之法為何，吾人應由人民與政府通力合作，避克有效，屬於人民方面者，以改善生活為手段，保健康目的，例如消人體弱，則宜尋求與育嬰師，以改體格之改進，而於血中增加脂肪的因素，食物除米麥魚介外，更宜食以豆類雜糧，為飲飲品，是果之兩性脂肪，亦宜宜求適口口味，自應每餐加食，食時有定，除一日三餐外，不宜中用加點，以增胃納，而息打斷，且不論男女，不分性別，隨時隨地，均應力求衛生，年受蝕而後，有財財設置，並由政府推行公共衛生，接受政府發佈的勸導，政府方面，應以治蛀為手段，防蛀為目的，例如戰時推行婦孺衛生，以保懷孕婦之健康，俾以有利胎兒之正常發育，哺乳期中，力求母體代謝之平衡，以直接給予嬰兒正常的生長，作為防蛀工作的第一階段，推行學校衛生，充實學校衛生室，調設學校衛生課，並進施行認認認治，時期由幼童直至五歲中，作為防蛀第二階段，自成人以後，每年至少應有一次全身檢查，作為保健時期，關於上列工作，政府應以全力於都市設立大規模的牙科醫院，及若干診所，以應各項需求，於縣衛生院，添設口腔衛生部門，並於區鎮機關，增開口腔衛生人員訓練班，訓練合格牙醫從業人員，牙科護士及村口腔衛生員等，分發各縣，作為過渡時期專門人才急需的來源，和失業的救濟，除此更應於衛生處技術室，增聘專家，負責各種計劃的實施，技術的改進，及口腔衛生

各種教育性、宣傳性、介紹性、刊物，供給社會或學校團體，作為領導方針，本建議的施行，在人民方面，固於習慣，限於經濟等，前途障礙殊多，政府方面，更限於財力，無力加以考慮，即能付之實施，但其收效如何，亦在未知之數，然而愚見所及，只當政府有人負責教育推行和督促，收效之期，雖不必定，過早終會被民衆所接受歡迎，而結以強力支持的，省方現已設置婦孺保健，以後只須資助其擴充，胎產前後，和哺乳期的保健工作，即可做到此一階段的助柱，至於第二階段的目標，雖有方財力所及，在信或兩地，設置兩中德規模牙科醫院，亦非十分難事，若能津貼開業牙科從業人員，為政府負擔在相或治病民，則收效更宏，訓練技術人才，更屬不成問題，你就現有訓練設備，添置即可解決，此項建議，行之自多困難，惟以百年樹人精神，不妨由小及大，由簡就繁，爰供意見，以備採擇。

維他命與健康

劉天養

身體健康的人，精神飽滿，作事愉快，不畏難苟安，而富有創造能力及研究興趣、這榜的人，在他的一生事業上往往有偉大的成就，這觀社會上一般身體衰弱多病，發育萎縮不振，工作易於疲勞的人，鮮有所成，以上兩種的人，不可以道里計算！這說來，健康對於人類是何等重要！但是健康的秘訣到底在那裏？最緊要在平常生活上要注意的有下列各點：（一）常與日光接觸，（二）可以新鮮的空氣，（三）每天要有適宜的運動和休息，（四）時常沐浴，（五）夜間要有充分的睡眠，（六）富有維他命的營養，以上五點，非本文範圍，姑且不論，茲就第六點維他命與健康的關係，及何物中含有何種維他命，分別敘述。近代科學進步日新月异，對於維他命發明也較增多了，茲將所知道的有 A、B、C、D、E、F、G、H、K、L、M、P、F 二種，今將各種一一分述於下：

★（一）維他命A 抗感染維他命或稱抗傳染病維他命

（1）功用：預防傳染病；促進發育；延長壽命；保持精力與體力；開胃口；助消化；育嬰；保胎。

（2）缺少此種象徵：1. 舌下腺 (Glandula Sublingualis) 生腐爛，2. 耳中耳膜炎 (Cecitis Media) 3. 鼠目瘻與夜盲，4. 角膜潰爛失明，5. 眩暈，和牛眼病，6. 鼻、皮膚、黏膜、喉嚨、肺病，及食道，容易被病菌侵入。

（3）來源：a. 動物類：鱈魚肝油，蛋黃，牛乳，乳油，肝，c. 植物類：綠蘿蔔，黃豆，苜蓿，番茄，芥菜，洋蔥，芥菜，白菜，玉蜀黍，青胡椒，南瓜，乳脂等。c. 水果類：香蕉，橘子，桃子，蕃薯，葡萄，梅子等。

（4）製劑 Vitamin A Caroteen C.L.O.

(5)劑量 補劑：3000—10000國際單位(一日量)

治療量：15000—30000國際單位(每天量，惟限二個星期)

★(二)維他命B 抗神經炎維他命又稱以脚氣病維他命

(1)功用：助消化；增進新陳代謝；治脚氣病；免除神經炎；女子育嬰必須品。

(2)缺乏此藥象徵：食慾不振；嬰孩發育阻礙；月經停閉；生育無望；體重減輕；疲倦；脚氣病；神經炎。

(3)來源：a. 植物中酵母含量最豐；其次為麥、玉蜀黍、糙米、豌豆、麥芽、麥芽，其次為豆、白菜、胡蘿蔔、芹菜、洋葱、莖菜、香豆、番茄等。b. 水果類：蘋果、香蕉、橘子、葡萄、檸檬、堅果、棗子、椰子、菠蘿蜜、椰子。c. 動物類：蛋黃、肝、牛乳、魚肝油、肝臟、生蠔。

(4)製劑 Thiamin Hydrochloride Vitamin B

(5)劑量 普通量 1—5粒(每天量)

治脚氣病量 20—50粒(每日量)

▲維他命B₂ 詳於G圖此處從略

▲維他命B₁₂ 本多生脫 Antothenic Acid——維生素的維他命

功用：皮膚毛髮機能新陳代謝中之要素；防止毛髮變灰；少年白；禿頂；治脫髮脫落，頭屑症；兒童鼻炎；及咽喉炎等。

缺乏此藥之現象：皮膚發生濕疹；毛髮失去光澤和色彩並脫落；皮膚發炎。

來源：醋味，米飯，肝，腎，蛋黃，牛心，牛肉。

製劑 Tr. Bepanthen 5%, Tablet Eepanthen, Ampul Bepanthen

劑量：內服量：9—12片(片隔每片含2.5公絲)(一日量)

針劑 50—100粒(一日量)

外用 Tr. Bepanthen 5% (每日數次抹擦於患處)

▲維他命B₆ 稱以防盲拉格拉病 pellagra 維他命。

功用 治療拉格拉病，貧血病。

缺乏此藥之現象：瘰癧；皮膚瘙癢，紅斑病。

來源 製糖塗下之蘆粟 Molasses 肝、米糠、啤酒等。

製劑及劑量：pyridoxine 5—10粒(一日量)

★(三)維他命C 抗壞血病維他命。

(1)功用：防止貧血，健全牙齒，強健血管，增進抵抗傳染病，對於正常組織中之新陳代謝很有效用，促進血液凝固。

(2)缺乏此藥象徵：黃白症；皮膚骨節四肢及骨節出血；齒齦鬆軟出血；四肢及骨節發生腫

疹；骨變柔軟；牙齒朽壞，疲勞無食慾；頸項減輕；常感頭疼；對傳染病之抵抗力薄弱；易生植血病。

(3) 來源：a. 水果類：桔子，檸檬，蘋果，香蕉，葡萄，梨，西瓜，柑汁，桃子，波羅蜜。
b. 蔬菜類：白菜，萵苣，洋葱，菠菜，薯蕷，豌豆，芹菜，燕苔，其次為甜菜，胡蘿蔔，黃瓜，青胡椒，番薯，玉蜀黍。

(4) 製劑及劑量：Ascorbic Acid
保健量 50—100 毫(一日量)
治療量 100—500 毫(一日量)

★(四) 維他命 D 抗佝僂病維他命。

(1) 功用：管制體中鈣質和磷質新陳代謝，預防胎兒的軟骨症。控制軟骨的礦物鹽變化。
(2) 缺乏此藥象徵：骨軟而脆；感門遲遲關閉；胸骨及肋骨變形；弓形腿；長與骨的吸收不良。

(3) 來源：紫外線照射的食品，曬燈之紫外線，魚肝油，蛋黃，鱈魚，鰵鱒。
(4) 製劑 Calciferol(D2) Viosterol(D2) Ergosterol 7-dehydro-Cholesterol(D3) Oleo-Vitamin D
(5) 劑量 200—1000 國際單位(一日量)

★(五) 維他命 E 抗不孕病維他命

(1) 功用：生育必需；成熟男子生殖機能；營養女子胚胎。
(2) 缺乏此藥象徵：男子生殖細胞衰敗；女子難受孕，或小產等。
(3) 來源：麥芽油，(本省常用到的麥芽油含量很豐) 青菜，水芹菜、萵苣、其次為小麥、豆、玉蜀黍、豌豆、豌豆。

(4) 製劑 Wheat germ oil
(5) 劑量 六至十二茶匙兩成爲麥茶匙(一日量)

★(六) 維他命 F

(1) 功用 治療濕疹的黃水瘡的皮膚
(2) 來源 胡麻子油，亞麻子油。

★(七) 維他命 G(B2) 抗皮膚炎維他命 Anti-dermatitis

(1) 功用：對糙皮病 pellagra 有效，孕育要素，抗貧血。
(2) 缺乏此藥象徵：皮膚發紅斑；消化不良；神經痛症；關節發炎；輪皮病。
(3) 來源：—a. 動物類：以肝臟、腎臟、肌肉、蛋黃、牛乳、鱈魚、爲最好，b. 植物類：酵母爲優；其次爲甜菜，水芹菜，捲心菜，菠菜，青蕪菁，麥芽，爲良；又或以香蕉，白菜，胡蘿蔔，

洋葱、番茄、麥芽等。

- (4) 製劑及劑量： Riboflavin 1—5 毫 (一日量) 治療量： 5—15 毫 (一日量)
Nicotinic Acid 25—100 毫 (一日量)

附註： Riboflavin 被認為特別對舌、唇、面、之傷口有效；而 Nicotinic Acid 對營養性直立病 Pellagra 有效。

★ (八) 維他命 B — 保潔皮膚維他命

- (1) 功用： 防免皮膚發生 Seborrhoe。
(2) 缺少此素象徵： 皮膚發炎，大頭到頭皮下感覺癢，毛髮脫落，全身生起厚層及黃色硬皮。
(3) 來源： 蛋黃，牛乳，肝，酵母，米糠皮，馬鈴薯，番茄等。
(4) 製劑及劑量： Biotin 0.1—0.5r (Microgram)

★ (九) 維他命 K 防止出血維他命 Antihemorrhagic Vitamin 凝結血液維他命 Coagulation Vitamin 依照化學構造方式及溶解度之不同而分 K1 K2 K3 及 K5

- (1) 功用： 凝結血液，消除血腫或血毒，其功類生嬰兒出血症。
(2) 缺少此素象徵： 血液中之凝血素減少；容易發生出血症。
(3) 來源： 青菜，蛋黃，肝，大腸子，菠菜。
(4) 製劑及劑量： Tab. Menadion 1—2 毫 (一日量)
Vitamin K. Ampoules (含 2 毫)

★ (十) 維他命 L — 潤乳維他命

- (1) 功用： 使乳汁增多
(2) 缺少此素象徵： 乳汁分泌機能減退，甚至停止。
(3) 來源： 肝臟；酵母；牛奶。
(4) 製劑 Lactoleber。
(5) 劑量 3—6 毫 (一日量)

★ (十一) 維他命 M 抗貧血維他命

(1) 功用： 生長發育及形成血色素 Hemoglobin 蛋白質必需。治療且能阻礙貧血病則有效。(這種阻礙貧血病入較發生於肺癆症 Sprue 時，或肝病，或與五臟減少肝發時)，促進骨髓中不同之纖維組織成爲純效劑。

- (2) 缺少此素象徵： 體弱疲憊；白血球減少；腹痛，貧血，橡皮質性潰爛等。
(3) 來源： 酵母、及肝，在多數植物葉中都有存在。
(4) 製劑： 葉片酸 Folic Acid (化學名 Pterylglutamic Acid)
(5) 劑量： 內服量： 10—20 毫 (每日早晚兩次分服)，只服於短期，倘長期服用，易發

生神經障礙。

注射量： 5—15 瓶（每日注射一次）

附註：斯普盧症 Sprue 狀：嘴脛、瘦弱、齒弱、體重消失、糞便多脂肪、互相泡型貧血，及白血球減少等。

★（十二）維他命 p——毛細管透性維他命

（1）功用：防止出血

（2）缺少此素象徵：血管性紫斑病；毛細管透性亢進病；肺炎；關節炎；關節炎；有出血傾向。

（3）來源：茶、檸檬、紅辣椒。

（4）製劑：Citrin

（5）劑量：40 毫（每日口服 2 份）

（每日內服檸檬汁二百西西）

結論：由以上各類維他命之功用及缺少象徵看來，很明顯地與我們這病有密切的關係。本文「維他命 F」比之發現，引起閱者之驚；至於清晰和詳細的發明，有待於科學家及耳鼻喉者的繼續研究。

本文參考書籍：

1. Physician's Handbook 4th Edition 1946 (by John Warkentin Ph. D., M. D. and Jock D. Lange M. S., M. D.)
2. Mcw and nonofficial Remedies 1946
3. United States Dispensatory, Woodson's 13th Edition
4. 維他命（六種）之解剖（Weston and Levine 編）（沈翰波譯）
5. 醫藥學 復刊號第一卷第二期第三期第五期及第八期。
6. 內科心學的基礎 第 3 版（西川龍方著）

原發性咽後膿瘍之頸外切開療法

耳鼻喉科 陳龍葵 王東義

咽後膿瘍之解剖：Fascia bucco-pharyngea 與前庭之 Fascia prevertebralis 之間有疏松之結締組織，即咽前間（囊）後組（Spatium retropharyngeum (retroviscerale)）：上面扁底，下達第五之縱膈後區（avim mediastinal posterioris），左有外側懸韌帶之幾何線，即縱膈 Septum longitudinale。

咽後間隙之上部有咽後淋巴腺，其常因種種原因如感冒、口炎、口疳、扁桃腺炎、扁桃腺手術後傳染、鼻腺炎（尤其腺炎）以及牙齦傳染等致起化膿，進而蓄積於疏松之結締組織中，發生所謂原

急性咽喉炎 Primary pharyngeal abscess。其病原菌多係鏈球菌及連鎖狀球菌。

據 most 氏謂本病原因為淋巴菌之化膿，共為兩羣存在，一羣即處於頸椎體前面之中背淋巴菌，另一羣存在於耳後兩側之側背淋巴菌。前者之化膿則發生於咽喉之中央，後者之化膿則發生於側部異常。

本病以小兒罹患者為多，Babbitt 氏曾報告在全部病例中一歲以內者有 65%，Brown 氏報告在六至十二個月者有 50%，Freedmann 氏報告在一歲以內者有 33%，山本常一氏謂在二至三歲以下之齡病小兒為多，齋藤秀雄及齋二郎氏謂在一二歲最多，三歲以上則稀少，Mc Intosh 及 Holt 二氏謂在二歲以後之小兒其咽喉淋巴菌多萎縮，故甚少發生。此外其他文獻亦多謂本病以一歲左右之小兒為常見。

本病之療法，自以行切開排膿為主，一般學者多指採用內切開法（如 Falsenger, Cecil, Wishart 等因，Brackchart, 松谷雄太，山本常一等），亦有謂行頸外切開法，惟其多適應於慢性之咽喉膿瘍（如急性膿瘍等）。本科近發現二例，均為一歲以內之小兒患者，其發生之膿瘍均位於側傍，均施行頸外切開，結果甚為圓滿，於短期內即治癒，茲報告於次，冀各專家指正焉。

病 例 報 告

（病例一） 林 ○，男性，年十二個月

初診日期：三十六年十一月十五日

初診號數：25604

十餘日病兒常有發熱不安，以為感冒求診於中醫，然發熱持續，高低不定，其他未覺何異常，至本月十五日晨忽覺患兒左側頸部腫脹，吮乳減甚，啼哭頻發，不安，微有咳嗽，特來院求診。

患兒外觀上呈現健康之狀態，體溫 37.5°C 脈搏 123，發育尚佳，營養不良，心肺等及一般狀態均正常。左側頸部腫脹性硬，稍加壓迫，即起啼哭，似不勝疼痛狀，腫脹部境界不明，表面皮膚無異狀。咽喉檢查，二側扁桃體，前後扁桃及咽腔後壁均充血腫脹，總體增積。兩耳耳聾鏡檢查未發現有病變。鼻液有粘液性分泌物，一般粘痰亦潮紅充血。實驗室檢查，白血球數為 $13200/\text{mm}^3$ 。初診診為急性卡他性咽喉炎及頸部蜂窩織炎。投以 Sulfadiazin 內服，頸部以 Ichthyol 貼敷。至二十一晨再來復診，據其父母稱上次服藥後患兒稍安靜，頸部腫脹亦漸消退，因住於城外，往返不便，故復就中醫診治，頸部以草藥塗敷，至昨（二十）日患兒忽有不欲吮乳之感，啼哭較前更烈，熱度復昇高，頸部亦再腫脹，本（二十一）日各症狀更烈，呼吸困難，吮乳不能，啼哭頻發，喘急，外觀上呈重篤衰弱狀，呼吸時喉可示隨之上下移動，體溫 38.3°C ，脈搏 136，左側頸部腫脹似有局限，邊緣膨大，硬實稍緊，微有波動，與皮膚無連著，基底無移動性，似膿液存在於深部。試驗穿刺抽出稀薄膿液，鏡檢發現有四聯球菌及雙球菌。咽喉檢查，

二側頸部桃櫻腫脹，咽腔粘痰潮紅，左側後壁隆起達拇指頭大，前後後弓及懸雍垂均被壓迫向前方，指診上處有波動，白血球數為 $23200/mm^3$ ，診斷為急性原發性咽後膿瘍。

當日(二十一)午後三時施行手術(術式見下述)，排出膿液，稀薄綠黃色，量約3(c.c.)，創管深約八公分。手術後患兒趨於安靜，進而深睡，呼吸困難消失，仍投以 SulMedicine 內服。隨後哺乳正常，嘔吐亦停止。

手術後第二日，創腔內仍排出多量稀薄膿液，自第三日後逐漸減少，且在腔內肉芽開始新生，至第十一日，僅皮肉未完全癒合，其餘均恢復正常。此後未見再來復發，逾一個月後，患兒因他故來院，據其父母訴稱，常時內往返不便，且已將治愈，故獻退醫之治，逾五日即完全痊癒矣。

(病例二) 陳○○ 男性 年八個月

初診日期：廿六年十二月四日

院號數：2716

一月前患兒有不舒適，發熱，常啼哭，未加注意，數日後於左側頸部發現腫塊，即予中藥治療，未見效，且腫塊漸增大，同時發熱持續，至週前忽有哺乳困難，口腔內呼吸分泌增加，啼哭，不安，睡時發紺，此後各症即逐漸加劇。

外觀上患兒極不安，呼吸困難，發熱，尤其喉嚨增粗，流涎，哺乳時常即吐上下移動，以惡度用力狀。體溫 $38.4^{\circ}C$ ，脈搏132，強而尚佳，營養不良，面黃蒼白，心肺等及一般狀態均無異常，左側頸三角部腫脹，隆起達小動脈大，外皮膚無異常，局部皮膚發熱，未成膿疔，指診上有波動，以棉膠管刺於腫塊後抽出膿液。膿液檢查，有膿球一二百紅白血，左側後壁隆起達拇指頭大，左側前後後弓及懸雍垂均被壓迫向前方，指診上處有明顯波動。白血球數查白血球 $19400/mm^3$ ，赤血球 $355,000/mm^3$ ，白血球分類計算，中粒48%，淋巴18%，大單核1%嗜酸性及嗜鹼性0%。診斷為急性原發性咽後膿瘍。

當日下午五時即施行頸外切開手術，手術的注射 1/2 Amp. Campher oil 於大圓內側皮下。(手術術式見下述)。切開後抽出膿液，綠色，量約 3(c.c.)，創管深約 3 公分。

手術後翌日，創腔內排出稀薄膿液，量無異常，已能哺乳，腫脹亦消，第三日，創腔內排出多量漿液性分泌液，至第四日，肉芽漸新生，創腔逐漸閉鎖，至第十八日完全治愈。

手術術式

咽後膿瘍之頸外切開術式，各專家如 Hilton 氏，Ealenger 氏等均有闡述，但創腔應用棉膠管塞滿，而對於原發性者似應過於慎重，本科在上述二例中，所採取之方式甚為簡單，其術式如下：

1. 手術野消毒，
2. 以 0.5% Novocaine 行頸外局部麻醉，

3. 將胸鎖乳突肌後緣切開皮膚約 1-2cm, 鈍性剝離達於深頸筋脈後, 露出胸鎖乳突肌後緣。
4. 用鈍性剝離胸鎖乳突肌周圍組織分離, 以鈍鉤拉向前方, 即顯出頸部血管鞘, 此時須特別小心, 俟其與骨柱分離後, 再拉向前方。
5. 向骨柱前方施行剝離, 即露出扁桃腺包膜。
6. 以特異物插入後之腺囊, 同時以紗布吸取血液, 使充分崩解後, 以浸有 3% H_2O_2 之紗布塞入腺囊片刻後取出, 再以乾紗布清拭腺腔後, 以蘸有 4% Mercurochrome 之紗布塞滿之。手術即完畢。

討 論

原發性咽後膿瘍為小兒常見之病, 若能於適當時期切開排膿, 可迅速治癒。其切開一般多推美雅切開法。惟在小兒頗難確控其位置, 開口亦困難, 且小兒之喉頭及氣管對異物吸入之自衛反應頗遲鈍, 故行咽後切開時不免起膿汁誤灌發生下管肺炎之虞; 其次口腔無法嚴密消毒, 雜菌多, 若於咽後受一開口易再起第二次傳染, 惟在頸外切開時, 亦常因頸部重要血管神經難察, 稍一不慎, 即始大誤, 故一般學者仍多主張行咽後切開, 本人等以為在頸外切開, 僅切開皮膚, 而皮下組織肌肉及筋束等則用鈍性剝離, 若謹慎從事, 絕無意外發生, 又無咽內切開之種種顧慮, 雖小題大做, 然為患者安全計, 且治療時亦相當迅速。此外手術亦簡單, 僅數分鐘內即可竣事。

本文所報告二例均有存在於頸部兩側之側部淋巴腺羣之化膿而發生之咽後膿瘍。

此外尚需提及者, 即本病若早期應用 Sulfas 劑及 penicillin 是否有效問題, 致之目前各文獻均未見及。依以上二劑對本病之早期僅發生咽後淋巴腺羣而尚未化膿時或可有效, 在已起化膿時, 自無效力, 同時小兒患本病, 一般常至症狀明顯時方就醫, 且本病之早期診斷亦相當困難, 故多失療效之時期, 次後如疑診此等病例, 當留以觀察, 如能收效, 則可免手術時之種種危險價值也。

參 考 文 獻

W. L. Fallenger: Diseases of the Nose, Throat and Ear
 Holt and McIntosh: Diseases of Infancy and Childhood
 山本常一: 簡明耳鼻喉科醫學
 齋藤秀雄: 新撰耳鼻喉科醫學
 細谷雄太: 耳鼻喉科疾患
 細谷雄太: 耳鼻喉科診療之實際
 久保諾之吉: 臨床耳鼻喉科醫學
 西澤真一: 耳鼻喉科醫學各論
 Tacosta: Modern surgery

福建省立醫院組織規程

行政院三十五年十月十七日修正

- 第一條 福建省政府得於重要縣市分設省立醫院（以下簡稱本院）隸屬於省衛生處處理疾病之治療及醫務人員之實地訓練事項
- 前項省立醫院均於醫院二字之上冠以所在地地名（如福建省立CC醫院）
- 第二條 本院置院長一人由衛生處邀請省政府聘任承衛生處長之命經理院務並監督所屬職員
- 第三條 本院設下列各科室
- 一、內科
 - 二、外科
 - 三、小兒科
 - 四、婦科
 - 五、眼科
 - 六、耳鼻喉科
 - 七、皮膚花柳科
 - 八、泌尿科
 - 九、健康科
 - 十、牙科
 - 十一、電療科
 - 十二、檢驗科
 - 十三、藥劑科
 - 十四、護理科
 - 十五、事務室
- 前項各科室得視業務之繁簡呈准增設或裁併之
- 第四條 本院各科室各置主任一人視業務之繁簡得配置副主任主治醫師住院醫師主任助理醫師檢驗員護士藥劑師助產士辦事員助理護士並得酌用員以上員額由院長訂報請衛生處轉呈省政府核定之
- 前項各科室主任副主任主治醫師由院長邀請衛生處聘任其餘人員由院長派充報請衛生處備案
- 第五條 本院設會計員一人核計員一人會計助理員一人至二人均委任依主計法規之規定辦理會計

計統計事務

- 第六條 本院置人事管理員一人委任人事管理員之規定辦理人事管理事項
- 第七條 本院為授予醫藥及醫籍起見得聘請醫事學校在學學生充任練習醫員
- 第八條 本院醫藥務上之需要得呈准醫藥系主任核准其聘定之
- 第九條 本院辦事細則另定之
- 第十條 本規程自公布之日施行

福建省立福州醫院辦事細則

- 第一條 本細則係福建省立福州醫院根據組織第九條之規定訂定之
- 第二條 本院各職員均應遵守本院一切規則及規程
- 第三條 本院辦公時間依省府之規定各職員須準時到院不得遲到或早退如遇病人過多難免逾公時間亦須遵照定方得退公
- 第四條 本院經費由省政府撥付
- 第五條 本院職員因事或因病請假均須由主任或主任代理人隨時呈請院長指定人員代理
- 第六條 本院職員請假如請假日在一日以內者由各該科主任核准一日以上者須由該院室主任或主任核准
- 第七條 本院每日指派醫藥人員及士牙醫人員各若干人的排班日期如有特別重要事務應報告院長同意之
 的訂班人員應於當日院內各項事務排班日期內以內備考
- 第八條 本院所有器械物品等件由院長指定人員專責管理
- 第九條 本院各科進方須經各該科主任醫師簽字方為有效
- 第十條 各科主任每日須附同醫師病歷表一次或二次交醫務科計為告知病房醫師依法治療
- 第十一條 本院職員借用物品等件應先填單經主任或主任簽字後方得領用
- 第十二條 本院置備各器械藥物等件須先由各主管長官詳加審核填具請求購置單送由事務室轉呈院長核准後方得購辦
- 第十三條 各職員對於本院一切物品應負保管愛惜之責非經主管長官許可不得攜出院外如有無故損壞或遺失者應照價賠償
- 第十四條 本院門診及雜費收入款項均由承辦人員逐日登簿送交本院會計人員驗收蓋章送院長核閱每月終由會計員分別送呈福建省政府查核
- 第十五條 本院藥品出入均由承辦人員逐日登簿送院院長核閱每月終呈報省政府備查

第十六條 本院往來文件由事務室負責辦理

第十七條 本院星期日及放假日除值日人員照常辦公外科住診病人仍由各該科人員照常治療

第十八條 各科主任須於每月五日以前將上月各科統計表送院務處核閱後交事務室彙報工作報告呈送省政府查核

第十九條 本院醫藥人員不得設立藥房或診所另自營業

第二十條 本細則如有未定事宜經本院院務會議議決等隨時修改之

第二十一條 本細則自呈報核准後施行

福建省立福州醫院門診暫行規則

一、福建省立福州醫院（以下簡稱本院）為便利民眾起見特訂定本規則

二、凡來院就診者初診須先向診察室掛號領取診察券及掛號費。診察券須將初診診察費連同掛號費繳納。診察室領取復診券者即在院診察室請候依次就診。
如係急症須提前診治者得掛號後隨時就診。

三、病人候診非經許可不得擅入診察室及其他醫藥各室

四、病人或病人候診者在診察室內除該患者病原因外非經醫師同意不得擅自發言

五、本院掛號及診察時間另訂之。

六、本院門診部收費標準另訂之。

七、本院門診時間規定每日下午二時至五時並以城內或城廂附近為原則。指定醫院或距五里以內者在指定時間外請求出診者加倍收費（收費標準另定之）

八、本院出外接生以曾在本院產婦科受產前檢查者為限隨時請求接生者加倍收費

九、在本院就診者得在就診期間向主治醫師申請出具證明書證明書分左列四種

- (1) 外傷證明書
- (2) 疾病證明書
- (3) 死亡證明書
- (4) 生育證明書

十、前條各種證明書以隔日取件為原則如急提申請者加倍收費

十一、體格檢查分個人與團體兩種十人以上同時檢查者為團體檢查得酌予折扣和優待

十二、各種證明書及體格檢查表以填發一份為原則如需二份以上者加倍收費

十三、本院為病人注射其針藥係向本院購領者手續費特予豁免

十四、本院檢驗室係專為補助本院各科醫藥診斷而設病人不得直接以檢體物送該檢驗室亦不得逕向該檢驗室探詢檢驗結果

十五、本院各處進行以檢驗大小便便血液抹片各種穿刺液等爲限

十六、就診者及其伴從須遵守本院規則並不得有左列行爲

1. 爭先恐後不守秩序
2. 大聲談笑
3. 隨意吐痰及咳嗽
4. 擅自動用各科治療器械或藥品
5. 診察後逗留診察室
6. 帶鮮花木
7. 帶掛牌牌或其他用具
8. 隨意大小便
9. 攜帶未經東轉之牲畜
- 10 其他有碍秩序或觀瞻之行爲

十七、就診病人隨帶衣箱手杖提包等物各宜小心照料倘有遺失與本院無涉

十八、就診病人倘出院時醫藥手續各費無論數目多寡均由本院立即掣給正式收據此項收據應妥爲保存倘有遺失不得申請補給

十九、本院爲醫性診貧苦人起見每日特設免費診三十名凡經調查結果認爲確實無力負擔醫藥費者特授醫各自主任醫師酌量減輕或豁免之

二十、本規則如有未盡事宜得隨時呈請修正之

廿一、本規則自呈報之日施行

福建省立福州醫院住院暫行規則

- 一、凡病人欲住院治療者，須經本院醫師診察，認爲確有住院之必要時，經簽發住院單後，方得入院。
- 二、住院病人，須請保證人填寫入院保證書。
- 三、住院病人，須按前規定繳納十五日之住院費其數目另定之
- 四、住院病人如未滿十五日出院者，其住院費按日計算，已逾十五日尙未出院者，仍應繳納十日，屢後依此類推，出院時，多退少補。
- 五、住院病人換了衣服，由各科室護士填切存物單，收進儲藏室，（必要時須先行消毒）出院時憑條發還。
- 六、住院病人帶有貴重物品銀錢等物，應點交管理員代爲保存，出院時憑條取物，如未交保存，倘有遺失事，本院概不負責。
- 七、住院病人經醫師認爲必須攜帶陪侍者，得隨同入院，但以一人病室攜帶一人爲限，陪侍人每日繳

舖位費(另定)膳食自理。

八、探病時間及手續規定如左：

甲、探視病人時間，每日下午二時至五時，如在規定時間外，須先經主治醫師許可且病人病狀在危急時，其親屬或保證人接有本院通告者，不在此限。

乙、探病者須遵守本院規則，嚴從病室護士之指導，又探視同一病人，每次不得超過二人。

丙、醫師或護士對病人施行診療時，得請探病人退出病室。

丁、探病者對病人不得診療。

戊、探病者不得坐臥病人床舖。

己、探病者不得攜帶嬰孩兒童入室。

九、住院病人於入院後以病情穩定後，即由收買員通知護士長指派護士服侍及送入病室。

十、住院病人飲食應由主治醫師指定，並仿廚房供應，凡病人親友無論何種之食品，非經醫師或護士長許可，不得帶入。

十一、住院病人服藥換藥及飲食起居，均應絕對聽從醫師及護士之指導。

十二、住院病人如須施行手術，經主治醫師向病人說明後，由病人或其親屬同意並簽，並照手續費，方得施行手術。

十三、住院病人，對於病室內各種應用物品被毀，不得任意移動，並保持清潔，如有違禁或不潔物品，或不得攜帶入室。

十四、住院病人非經醫師許可，不得在院內自行走動，更不得擅自外出。

十五、住院病人，宜保持安靜，探病者尤宜安靜，每晚檢點規定時間息燈就寢，並不得高聲談笑。

十六、住院病人對於病室護士如有不週之處，得隨時告知護士長糾正之，病人不得隨意指責，又公役工作如有不當之處，得告知護士長處罰之。

十七、住院病人或隨侍親屬，如有損壞病室物件時，須按市價賠償。

十八、住院病人如有不守病院規則或欠繳住院等費，經通知不交者，得停止治療及停止膳食，並得隨時令其出院。

十九、住院病人，不得邀請院外醫師來院診治，亦不得服用醫師所給與以外之藥劑。

二十、住院病人如病勢危急或死亡時，應由主治醫師通知事務室轉知病人家屬。

廿一、住院病人經主治醫師認為可以出院時：應即時出院，並由病室護士檢點該病室內被褥物件有無缺少，並通知收買員，將應納各費結算清楚後，方得出院，在午前出院者，當日不計，午後出院者，按一日計算，但有缺少物品，應按市價賠償。

廿二、住院病人不得携帶法幣及其他財物於護士及公役。

廿三、本規則如有未盡事宜，得隨時修正之。

本院歷年各種統計表

表一 歷年經費收支

28年——36年

年別	收 入 (元)			支 出 (元)		
	經常費	臨時費	醫藥收入	經常費	臨時費	醫藥支出
總計	30,170,666.30	68,971,048.00	372,239,567.01	30,170,666.30	68,971,048.00	389,074,703.25
28年	20,872.30	18,000.00	18,030.00	20,872.30	18,000.00	19,030.30
29年	50,569.00	18,000.00	18,030.00	50,569.00	18,000.00	18,030.30
30年	103,313.00	50,000.00	50,000.00	103,313.00	50,000.00	50,000.00
31年	170,096.00	100,000.00	100,000.00	170,096.00	100,000.00	100,000.00
32年	360,115.00	130,000.00	2,387,153.54	360,115.00	130,000.00	2,387,153.54
33年	471,510.00	140,400.00	9,276,630.00	471,510.00	140,400.00	9,276,630.00
34年	1,530,191.00	157,245.00	23,681,857.07	1,530,191.00	157,245.00	23,681,857.07
35年	4,530,000.00	153,000.00	54,277,574.14	4,530,000.00	153,000.00	54,277,574.14
36年	22,928,000.00	63,200,000.00	482,430,754.26	22,928,000.00	63,200,000.00	476,265,480.00

表二 免費醫療統計

28年——36年

年別	合 計		門 診		住 院	
	人 數	金 額(元)	人 數	金 額(元)	人 數	金 額(元)
總計	31,407	82,570,065.26	30,633	37,397,725.41	774	45,172,339.81
28年	622	1,034.50	613	984.45	9	113.12
29年	1,019	2,809.50	1,004	2,113.14	15	789.41
30年	1,441	6,644.19	1,412	4,327.00	29	2,315.13
31年	2,000	13,549.50	1,968	9,417.45	32	4,132.11
32年	2,682	76,802.50	2,637	61,013.15	45	15,679.34
33年	3,631	234,945.70	3,639	184,698.00	82	50,250.70
34年	6,418	1,095,963.00	6,321	782,542.30	97	313,424.30
35年	3,572	4,839,615.10	3,439	2,246,682.00	83	2,621,957.30
36年	9,982	76,263,433.46	9,650	34,105,950.00	412	42,163,480.00

表三 歷年門診醫療人數

28年—36年

年 別	合 計	內 科	外 科	產婦科	皮 膚 花柳科	耳鼻喉科	兒 科	眼 科	牙 科
總計	672,448	220,088	199,357	54,554	10,233	11,219	21,846	88,433	66,701
28年	56,698	26,658	18,336	1,268	併入外科	併入眼科	併入內科	5,959	4,475
29年	74,836	25,382	27,689	4,242	„	„	„	10,169	7,383
30年	76,579	23,175	27,166	7,161	„	„	„	10,712	8,345
31年	76,694	23,548	28,894	5,590	„	„	„	10,784	7,878
32年	73,286	22,073	20,436	6,332	„	„	„	11,482	6,963
33年	95,500	35,110	28,787	9,833	„	„	„	13,325	8,415
34年	71,235	27,773	18,312	8,031	„	„	„	10,449	6,620
35年	60,430	14,047	11,672	3,776	4,735	3,602	8,696	7,269	6,633
36年	87,185	22,362	12,033	8,241	5,408	7,917	13,152	8,292	9,989

表四 住院醫療人數

28年—36年

年 別	入 院 人 數	出 院 人 數			事 故	年 終 留 院
		合 計	治 愈	死 亡		
總 計	7,297	7,231	6,887	614	230	66
28 年	642	622	565	57	—	20
29 年	419	413	362	53	—	24
30 年	542	542	463	76	1	24
31 年	598	601	515	72	14	21
32 年	1,257	1,224	1,113	81	30	54
33 年	1,074	1,084	1,011	72	1	44
34 年	1,005	1,034	917	110	7	15
35 年	644	630	512	42	76	29
36 年	1,116	1,079	927	51	101	66

表五 歷年法定傳染病人數

28年——36年

年別	傷寒		斑疹傷寒		痢疾		霍亂		天花		猩紅熱		副傷寒		白喉		鼠疫		四體熱		
	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	總計	%	
總計	586	5.3	18	3	9316	86.0	71	4.6	09	4.5	1	100	906	8.2	37	8.1	77	4.5	2	276	4.4
28年	71	2.8	3	—	121	—	3	—	8	—	—	—	2	1	50	—	—	—	1	—	—
29年	91	5.5	—	—	748	—	—	—	11	9.1	—	—	2	1	50	—	—	—	—	—	—
30年	155	3.1	—	—	922	7.0	—	—	24	3.2	—	—	4	—	—	8	—	2	1	50	1
31年	76	6.4	—	—	944	11.2	31	—	—	—	—	—	3	181.8	1	—	11	1	0.1	—	—
32年	12	1.8	5	—	926	10.1	1	1	100	—	—	—	3	286.7	3	—	3	—	0	—	—
33年	15	3.2	2	—	1008	10.7	17	2.1	7	—	—	—	2	100	2	—	—	—	172	—	—
34年	25	5.2	—	—	782	14.1	4	—	—	—	1	100	35	5.9	3	1	32.3	—	—	50	1220.3
35年	27	4.1	—	—	140	2.1	23	1.4	5	—	—	—	9	222.2	4	2	50	2	1.4	37	—
36年	11	3.2	8	—	101	—	2	—	—	—	—	—	27	4.1	11	—	1	—	—	—	—

此台原表附十餘張在圖不詳

表 六 歷 年 婦 嬰 保 健 概 況

29年——30年

年 別	產 婦 檢 查		探 查		生 活		預 後 檢 查		預 後 動 員		嬰 兒 護 理	
	次 數	人 數	合 計	男	女	次 數	人 數	次 數	人 數	合 計	男	女
總 計	12,832	11,189	1,553	778	785	937	614	476	442	1,030	520	510
29 年	1,313	1,201	81	40	41	02	01	07	05	33	17	10
29 年	1,586	1,211	93	47	46	89	85	68	54	21	12	9
30 年	1,278	1,137	208	06	112	57	55	04	00	72	35	37
31 年	1,456	1,327	184	80	04	71	69	43	41	117	60	67
32 年	1,314	1,200	126	71	55	86	78	36	29	115	66	69
33 年	1,167	1,047	225	104	121	43	41	54	40	160	74	76
34 年	1,256	1,174	206	106	100	74	72	—	—	88	42	46
35 年	1,198	1,188	181	92	89	58	59	72	64	181	92	89
36 年	1,704	1,642	250	132	127	07	06	82	80	250	132	127

表七 歷年預防注射與接種人數

28年——36年

年 別	合 計	牛 痘	霍 亂	傷 寒	預防傷寒	鼠 疫	白 喉	腦 膜炎
					混合苗			
總 計	31,307	9,964	663	846	2,761	14,929	15	2,129
28 年	1,819	967	101	—	—	749	—	8
29 年	2,060	1,047	83	48	—	865	15	—
30 年	3,662	1,121	143	647	—	1,217	—	532
31 年	4,030	1,012	—	151	—	2,667	—	—
32 年	2,557	881	245	—	—	1,431	—	—
33 年	4,857	910	—	—	1,142	2,156	—	643
34 年	3,312	741	87	—	—	1,512	—	942
35 年	4,339	808	—	—	931	2,570	—	—
36 年	4,671	2,491	—	—	658	1,518	—	4

表八 歷年檢驗人數

28年——33年

年 別	普 通 檢 驗						特 別 檢 驗					
	合計	液體	尿	痰	糞	血	合計	血液	抹片	莫血球	液體	
總計	84,883	7,466	7,503	9,939	5,313	53,753	901	4050	1,423	2,300	247	60
28年	5,176	—	61	22	2,303	2,626	164	—	—	—	—	—
29年	5,330	576	336	354	79	3,931	60	320	279	15	24	2
30年	9,257	3,152	549	471	203	4,654	228	72	14	—	54	4
31年	9,345	—	749	1,015	359	7,131	91	287	198	89	—	—
32年	8,851	1,273	772	966	93	5,847	—	423	282	126	10	5
33年	11,288	7	155	1,518	279	7,905	23	544	—	525	—	19
34年	11,539	—	1,469	1,847	497	7,726	—	432	—	412	—	20
35年	10,732	1,145	904	1,735	314	6,457	117	836	235	516	74	11
36年	13,259	1,315	1,047	2,011	1,186	7,482	218	1,136	415	617	85	19

林深	同上	男	二五	福建連江	福建省立醫學院專科畢業	
潘麟士	同姓	高元	男	二七	福建福州	福建省立醫學院專科畢業
劉天養	藥劑科主任	男	四〇	福建莆田	山東齊魯大學醫學院藥科畢業	
祝蓮溪	藥劑科副主任	男	四五	湖北沔陽	陸軍軍醫學校畢業	
陳璋	藥劑生	男	三五	福建福州	福州城南醫院附設醫藥講習班畢業	
陳承全	同上	男	三一	福建林森	福建省立福州職業學校畢業 福建省衛生處編譯室學習編譯四年	
郭少華	同上	男	三五	福建林森	保安司令部訓練所防化班畢業	
楊劍忱	同上	女	二七	福建林森	福州衛生局醫藥訓練班畢業	
陶詒璋	應用藥劑生	陶雲	男	二七	江蘇吳縣	上海私立廣濟高級藥師職業學校畢業
熊映培	技術員	男	四二	湖北松滋	湖北省立醫科大學畢業	
鄧致仁	應用檢驗員	男	三二	福建林森	福州市醫學會公會檢驗班畢業	
張玉英	護士	女	三四	福建南安	福州聖教醫院護士學校畢業	
廖佩德	護士	女	三七	福建建甯	福州聖教醫院高級護士學校畢業	
祁世明	護士	女	三七	福建林森	福州聖教醫院高級護士學校畢業	
李瑜英	護士	女	三一	福建長樂	福州塔亭醫院護士學校畢業	
王瑤	護士	女	三二	福建長樂	福州協和醫院護士學校畢業	
程梅英	護士	女	三一	福建霞浦	福州樂井醫院護士學校畢業	
陳德光	護士	女	三四	福建林森	福州聖教醫院護士學校畢業	
陳秋英	護士	女	二七	福建連江	莆田空路七高級護士學校畢業	
陳瑞華	護士	女	二六	福建長樂	福建省立助產學校畢業	
張惠貞	護士	女	三七	福建林森	福州樂井醫院護士學校畢業	
鄧鳳良	護士	男	三五	福建林森	省衛生處醫術衛生技術班畢業	
蔣維端	護士	女	三五	福建長樂	福州協和醫院護士學校	
陳家驊	護士	女	二一	福建林森	福建省立高級助產護士學校畢業	
陸美嬌	護士	女	二九	廣東新會	福州協和醫院護士學校	
吳瑞卿	護士	女	二六	福建古田	福州協和醫院高級護士學校	

劉亞娟	同	上	女	二五	江蘇武進全	上
張佩珍	同	上	女	三四	福建古田 醫浦醫校高級護士學校畢業	
魏雪芹	同	上	女	三七	福建古田 聖路加高級護士學校畢業	
鄒翠娥	同	上	女	二三	福建平潭 福州協和醫院護士學校畢業	
夏壽生	同	上	女	二四	福建林森 省立助產學校助產科畢業	
王欽端	同	上	女	二九	福建林森全	上
王碧仙	同	上	女	二七	福建長樂 江西南呂高級護士學校畢業	
李敏閻	同	上	女	三〇	福建平潭 省立助產學校助產特科畢業	
林珠瑜	同	上	女	二五	福建林森 福州協和醫院高級護士學校畢業	
林朝鑾	同	上	女	二三	福建長樂 福建省立高級護士學校畢業	
黃佩珠	同	上	女	二二	福建邵武全	上
鄒小薇	同	上	女	二七	福建林森全	上
鄒玉珍	同	上	女	二三	福建林森全	上
王彼息	同	上	女	二二	福建古田 福州榮井醫院高級護士學校畢業	
宋望珍	同	上	女	二一	福建林森 福建省立高級護士學校畢業	
陳荷蓉	同	上	女	二二	福建林森全	上
陳利穎	同	上	女	二四	福建林森 福建省立助產學校助產科畢業	
黃玉珠	同	上	女	二三	福建古田 聖路加助產護士學校畢業	
顏秀美	同	上	女	二六	福建永泰 福建省立助產學校特科畢業	
王翠蘋	同	上	女	二六	福建林森 聖路加高級護士學校畢業	
吳珠秀	同	上	女	二六	福建古田 福州榮井高級護士學校畢業	
章卿端	同	上	女	二四	福建寧德 福州榮井高級護士學校畢業	
王養鳳	同	上	女	二四	福建寧德 福州榮井高級護士學校畢業	
李蕙芳	同	上	女	二〇	福建古田 福建省立高級護士學校畢業	
余希勻	同	上	女	二七	福建古田 福建省立高級護士學校畢業	
王秀瓊	同	上	女	二二	福建福清 莆田聖路加高級護士學校畢業	

余 奕 瑛	護 士	醫生	女	二八	福建南德 古田懷德高級護士學校畢業
唐 敬 容	護 士		女	二二	廣東高要 福建省立福州高級護士學校畢業
曾 銘 卿	護 士		女	一九	福建福州 福建省立福州高級護士學校畢業
陳 淑 輝	護 士		女	二一	福建連江 福建省立福州高級護士學校畢業
余 懿 欽	護 士		女	二一	福建古田 福建省立福州高級護士學校畢業
馬 素 馨	護 士		女	二〇	江蘇寶山 福建省立福州高級護士學校畢業
楊 敏 葵	助 產 士	民選	女	二九	福建晉江 福建省立高級助產科畢業
王 以 貞	同 上		女	二八	福建連江 福建省立高級助產科畢業
黃 靜 祺	同 上		女	三三	福建林森 福建省立助產護士學校助產本科畢業
祖 康	同 上		女	二〇	安徽 福建省立助產護士學校助產本科畢業
劉 天 霞	同 上		女	二三	湖南 福建省立助產護士學校助產本科畢業
高 湄 汶	同 上		女	二九	福建福州 莆田藥路加高助產科畢業
吳 祖 毓	助 理 護 士	文選	男	三二	福建清溪 清溪天雷中學畢業
阮 賜 康	同 上		男	二三	福建林森 清溪天雷中學畢業
黃 玉 珍	同 上		女	一九	福建林森 永安實驗小學畢業
黃 桂 珍	同 上		女	二一	福建林森 建德治小學畢業
吳 美 英	同 上	請	女	三〇	福建林森 福州文山女中畢業
郭 哲	同 上		女	四〇	浙江杭州 浙江省私立謝氏女中畢業
高 秀 泉	同 上		女	三〇	福建林森 福建省立崇正職業學校畢業
黃 良 祺	同 上		男	一九	福建林森 福州光復中學畢業
趙 裕	同 上		男	二一	福建林森 福州三一小學畢業
郭 元 濱	同 上		男	二二	福建林森 福建國民師範學校畢業
鄭 翰 文	任用技術助理員		男	四九	河南新蔡 新蔡縣舊制中學畢業
李 德 山	同 上		男	四九	河北深澤 深澤縣立中學畢業
林 咽 生	同 上		男	二九	福建林森 閩侯縣立小學畢業
楊 燦 銀	同 上		男	四二	河南鹿邑 鹿邑縣立小學畢業

高月英	應用技術助理員		女	三七	福建林森縣區立小學畢業
劉友銓	同上	上	男	五八	福建林森福州英華中學肄業
林登寶	同上	上	男	六一	福建林森全
陳俯春	同上	上	男	五五	福建長樂長樂縣立小學畢業
葉炳煊	同上	上	男	四三	福建林森林森縣立小學肄業
王金惠	同上	上	男	三三	福建林森福州協和中學肄業
李依三	同上	上	男	三七	福建林森林森縣三民小學畢業
劉化周	事務室主任	秘書	男	四六	遼寧瀋陽北平私立中央大學政經科畢業
劉鴻英	事務室副主任	秘書	男	五一	福建林森福建省立官立學校畢業
周懷珍	辦事員		男	四四	浙江紹興縣縣中學畢業
陳濤	同上	作民	男	五	安徽阜陽阜陽縣私立中學畢業
黃星斌	同上	上	男	二九	福建林森私立福州中學畢業
蔣維民	同上	上	男	三七	福建長樂私立三民中學肄業
吳飛俊	同上	員	男	二六	福建林森晉西中學肄業
陳春金	同上	上	男	二六	福建林森省立福州高中肄業
丁則芳	同上	上	女	二七	福建福州省立福州職業學校畢業
李明金	同上	上	男	二四	河北深縣晉化縣立中學肄業
林爾椒	同上	上	女	二四	浙江紹興縣縣女中畢業
王敦荅	同上	之秀	女	二二	河南開封林森縣立中學肄業
李毓鍾	同上	上	男	二二	福建福州私立貴州同中學肄業
李賢瑜	同上	上	女	二四	福建福州福州私立女中高中部肄業
虞威康	會計員	國恩	男	三三	上海日本法政大學經濟部畢業
陳維熊	核計員		男	三四	福建莆田私立廈門中法小學畢業
楊位致	會計助理員		女	二八	福建晉江福州陸軍女中畢業
徐章	同上	上	女	二九	江蘇蘇州河北省石家莊石門中學畢業
陳兆本	職員		男	二二	福建林森福州社會服務處英文學校畢業

144019

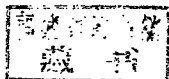
(94)

福建省立福州醫院十週年紀念刊

夏志清	員	男	二一	江蘇無錫	省立中學畢業
李傳斌	人事管理員	錢輝	男	三九	山東濰縣 山東私立甲種商業學校畢業

福建省立福州高級護士職業學校教職員錄

姓名	職別	次章	性別	年齡	籍貫	學歷
車啓霖	校長	慰民	男	四七	山東登州	湖南醫科大學醫學士日本帝大研究生
林蕙英	主任及教務主任	九滋	女	三六	福建林森	上海交通高級護士學校及衛生人員訓練所畢業
陳桂英	主任及教務主任	慧君	女	三五	福建福州	私立華南女子學院教育學士
劉鴻英	主任及教務主任	鴻溪	男	四九	福建林森	福建省警官傳習所
林世英	教員		男	三三	福建長樂	私立協和大學文學士
姚秀賢	教員兼導師及校醫		女	二八	福建莆田	福建省立醫學院醫學士
郭壽腕	教員		女	二七	福建莆田	福建省立醫學院醫學士
黃碧菊	教員兼導師及校醫		女	四一	福建古田	私立協和高級護士職業學校畢業
何俊先	教員兼圖書館員	恩和	男	三二	福建福州	福建省立師範畢業暨立管樂院肄業 中國圖書館
鄭養英	教員兼導師	旭輝	女	三二	福建林森	私立協和高級護士學校畢業
張永元	主辦會計員	伯厚	男	三四	福建福州	私立福州英華高級中學畢業
李清政	幹事		女	二八	福建古田	廈門集美高級藝術科畢業
高貞	幹事		女	二九	福建長樂	福建省立福州中學高中部畢業
邱傳震	幹事		男	二九	福建福州	私立福州高級中學及稅務人員講習班畢業
陳明	幹事		男	二二	福建福州	
何仲卿	幹事	以字行	男	三九	福建福州	福建省立第一中學畢業



本院歷年建築概況

工程程	年份	建築物	種類	收 減 建 築 費 (元)			備 考		
				數	數	數			
			總數	增用數	預算數	自費數			
		合 計	25	297	766,337,171.00	723,063,600.00	43,273,511.00		
建	35	傳 達 室	平房	2	併入門診部	併入門診部			
		辦 公 廳	平房	2	18	出讓室,信班室,急診室	
		藥 房	平房	1	12		
		門 診 部	病房	1	28	9,069,535.00	6,500,000.00		
		消 毒 室	平房	1	3	745,000.00	1,000,000.00		
		太 平 房	平房	1	4	2,010,630.00	2,010,600.00		
		睡 室	平房	1	1	4,219,924.00	4,212,924.00		
		廁 所	平房	1	12	1,170,000.00	1,200,000.00		
	築	33	醫 師 宿 舍	平房	4	18	47,937,789.00	37,483,881.00	
			醫 員 宿 舍	平房	1	4	4,497,710.00	4,497,710.00	
		護 士 宿 舍	平房	2	17	9,570,081.00	9,570,081.00		
		護士浴室廁所	平房	1	3	2,308,204.00			
		第一病房	病房	1	67	46,733,656.00	50,000,000.00		
		第二病房	病房	1	62	542,375,170.00	542,375,170.00		
		手 術 室	平房	1	9	16,610,000.00	10,000,000.00	X完竣, 環空	
		庫 房	平房	1	5	18,888,100.00			
		汽 車 房	平房	1	3	1,600,000.00			
		人 力 車 房	平房	1	1	230,000.00			
完		洗 衣 房	平房	1	4	5,471,600.00	5,777,020.00		
		廚 房	平房	1	9	5,274,204.00	5,368,404.00		
		工 友 宿 舍	平房	6		1,050,000.00			
		水 塔 棧 房	平房	1	3	1,420,790.00			
		水 塔	平房	1		41,316,700.00	41,316,700.00		
		水 井	平房	5		2,761,500.00	1,750,000.00		
	成	3	高 藏 校 舍	樓房	1	24		154,500,000.00	
			牙 科 治 療 室	樓房					
			第 三 病 房	樓房					
			檢 驗 室	樓房					
		大 禮 堂	樓房						
預		閱 覽 室	樓房						
		浴 室	樓房						

福建省立福州醫院
藏板

四〇一

福建省立福州醫院平面圖

1:1500

單位：公尺

