

軍醫雜誌

陳濟棠題

中華民國二十一年四月十五日出版

第五期

第八路總指揮部軍醫處編

軍醫雜誌第五期目錄

陳總指揮對於本路軍高級軍醫聯席會議的訓話

專述

航空人員之資格(關於醫學上心理學上)研究 溫泰華

咯血的病理(續) 董道蕪

腹痛的診斷 何卓羣

臨床論叢

肺結核之症候及療治法 馮光愨

講演

馬氏反應(續) 彭玉書

報告

本路軍醫聯席會議

轉載

處方學

軍醫雜誌 第五期



青文印務局版

陳總指揮對於本路軍高級 軍醫聯席會議的訓話

二十年四月十五日

今天本路軍開軍醫聯席會議，我剛纔往省黨部去開會，故此到稍遲一點。在本會開幕之先，我有幾句話貢獻各位。我從軍將廿年，在領兵中的經驗，實在無時不注重軍醫這方面。因為軍人爲黨爲國來犧牲。如果平時健康沒有保障，至受傷病的時候，又失於醫治，那麼，相繼死亡，國力的損失，自然是很大的。所以我深知軍醫的好歹，實關係全軍的生命。其責任是非常的重大。講到對於軍人平時的衛生及疾病的預防，固然要隨時注意。至於遇着官兵負傷，更應要盡力來施救。因為救得一箇傷者，則這個傷者下次仍可替國家來出力。如果因為施救不力，以至因傷而死，便可惜了一個有用之才。我記得從前第四團有一位李營長及陳連長，這兩個人很驍勇善戰，很努力有爲。因為作戰受了傷，本來所傷很微，因為救治不得法，竟至流血不止，遂喪了生命。你說是何等痛心的事！這是關於人才損失方面的。此外還有關於國

軍醫雜誌 第五期

家財力損失的方面：例如因傷送入別家醫院去，所有一切留醫費用，總係聽憑外國醫生索取，每人每月少則一千數百，多則數千元。你說財力的損失，何等的鉅大！但是他們將士，何以不願在軍隊醫院留醫，偏要到別處去？這就不能不感覺到軍醫人才的缺乏，與衛生設備的不完全了。所以我在這軍費支絀的當中，無論怎樣的困難，總是努力從事陸軍總醫院的籌建。無非是盼望傷病軍人，能夠早日得到一所良好的療養地方。及可以減免財力的多量損失嗎？至講到軍醫人才，現在學術兼優的，固然有許多。但其中敷衍庸劣的，也不少。我常常考察每見着有種軍醫，當診病的時候，只問聲是不是頭暈身熱，便即開方，試問這樣的診法，怎能夠令病人信仰？即使所開的方確係不錯，但是這樣的診症態度，未免太不小必，令人輕視了，所以在知識單簡的士兵，往往因此不信任軍醫，轉而信中醫，以至喪命的，實在不少。又有一種敗類的軍醫，一方面自家掛牌營業，一方面盜取公家的藥品回去自用，或則將所領的衛生材料費，只購些少的藥品，其餘充飽私囊，以至藥物缺乏，常常不敷應用。這種腐敗的情形，是我個人從前考察所得來的。不過這兩年來，我對於軍醫都無暇整頓。現值軍事稍定，甚想在這次會議，得各位將軍醫事項來銳意改良，積極整理，以求進步。但是改良進步，不是空言可以的。總要大家下一個決心，羣策羣力。

訓 話

如此雖或不能總解決，亦可以局部的解決。所謂決心是甚麼？就是望各位立志要做革命的軍醫。怎麼樣叫做革命的軍醫呢？革命軍醫就是有三個的要素。即（一）資格與學問（二）不分學派（三）養成醫德。如果能夠注重資格與學問，彼此互相尊重，人人都爭自濯磨，自然濫竽的人，不敢希冀倖進。那麼，由看護出身來做草菅人命的軍醫，就可以徹底撤換了。○如果不分學派，方可以遇事合作，彼此共同研究。○如果是能夠有醫德，則服務自然有精神，不至于因循敷衍。○如此則病人的生命，方可以得確實的保障。○如果能夠如此去做革命的軍醫，那麼軍醫的前途，自然是光明發達了。願各位奮勉呀！

四月十五日本路軍醫聯席 會議宣佈開會理由

溫 泰 華

今天我們軍醫同人開這個聯席會議，係奉
總指揮命令的。同時本部經理處亦奉
命同樣開會。何以要開這個會呢？三月十七日

總座召集各師旅長各處長訓話記錄中，關於衛生之改良一段有說：衛生關係軍人生命最重。若衛生無保障，即生命無保障，此軍醫人才之應該注意。如由看護出身之軍醫，學驗不足，本應予撤換。在四月內軍醫處應召集軍醫會議，設法整頓。我們聽到這一段總座的訓話，可以知到開這軍醫聯席會議，其意義很重大的。在 總指揮之意，以為在積極方面來講：如果我們軍醫係辦得好，自應要力求進步。即趁現在軍事結束，所謂國家閑暇及是時，大家來集合討論研究。照現在軍醫情形，應該用甚麼方法，可以得到進步，來迎頭赶上歐美呢？在消極方面來講：如果辦理不好，所謂亡羊補牢，猶為未晚。更應該集思廣益，想個甚麼法子來改善，

不能任其長此竄敗下去。實在說，我八路各部隊軍醫辦得好者亦有。但不敢說是完全辦得好了。然不獨我八路爲然，即東北西北及中央各軍軍醫，大約亦不見得辦得好。其原因雖甚多，大約總不外人才缺乏，及經濟困難兩項罷了。近年以來，我八路軍南征北伐，我們衛生人員工作至忙，然亦係因限于經濟人才兩項，實不免捉襟見肘。此次諸君聚集一堂，個個都係從軍中服務而來。經過多少次戰役，對於軍醫事項應如何改良，如何然後可求進步，自必各有觀察獨到之點，成竹在胸了。但本席之意，以爲軍醫辦理不好的原因，總不能盡責之于軍醫之自身，但我軍醫同人自身，亦間有多不知自愛自重，以至弄得名譽不好聽，失却信仰的。以少數人腐敗之故，波及全軍醫界，亦受人輕視的，實在痛心。即如對於士兵之診病，多不肯細心，往往一望即了。或祇問得一兩句說話，而處方已經開成，如此怎得令人信仰？又如出發前方，不肯耐勞，甚則私自逃跑。這種不顧人格，自墜名譽，更不必說了。故所以上級軍醫人員，須嚴厲督促，指導下級人員，務使衛生員兵不可怠惰，要忠實服務，及不可有紊亂軍紀風紀之事。至於戰時衛生勤務，須發揮其全能力，無所遺憾。總之軍隊衛生成績，要時時努力向上改善。欲使以上目的達到，我想軍醫人員，應該注意下列三件事：

- 一。衛生講話要時常執行，並要使聽講者得到興趣。

軍醫雜誌 第五期

二•醫學術要時時研究，多看書報以求進步。

三•軍事學不可忽畧，要涵養。本席以爲凡百事業如果欲其成功，不必預計其能達目的與否，亦不必推諉別人，只要自己立志堅決，如總理之所謂心理建設，担起來做。卽如自己既已投身軍醫，卽應爲軍醫界爭體面。不必計及階級之高低，薪俸之多少，總要各盡厥職，不畏難，不偷安。倘人人皆能如是，則軍醫之前途，自然日有進步，不至每况愈下了。本席自愧學殖荒落，惟對於醫務之熱心，不敢後人。卽如發刊軍醫雜誌，現已出版三期。想諸君多已閱過了。這雜誌的發刊，也是根據總指揮時常面諭軍醫人才要訓練，醫學術要研究，才有進步的訓話。年來因軍事匆忙，調同軍醫來訓練，是做不到的事。故所以借雜誌印刷物，分送各軍醫，爲增進學識之用。此雜誌是由本部軍醫處及總醫院同人所投稿編輯的。又鄙意以爲醫學事項，不是專醫某界某人的。必須存心救濟全社會全世界。時時發抒新醫學智識，貢獻于社會，使社會人人皆獲得新醫學及普通衛生常識，然後科學的新醫學，方可普遍全國，人民方可健康，國家方可強盛。故鄙人近來又發刊一種大衆醫刊，現已出版第二期了。此兩種醫報，雖篇幅無多，內容淺薄，不免貽譏大雅。但得各同業贊助，竭其力之所能，對於社會，亦不無少補的。在座諸君，均碩學名宿，總望時時惠投稿件，藉先篇幅，則尤

訓 話

企幸。至於整頓軍醫，本來是極難的事。因為如前說過，人才經濟兩方面，均感困難。但 總指揮期望我們之心甚切。此次諸君提案甚多，有六十餘條。將來討論之後，如果認為可行的，本席自必力懇 總座照辦。至關於我們軍醫自身整頓的提案，決議後，仍望諸君切實執行，不宜敷衍從事。猶憶前年總部有一次會報， 總指揮有一段訓話，鍼砭我們軍醫，很沉痛的。謹述此段訓話與諸君聽聽：「關於衛生事宜，我感覺到中國醫學之失敗。因為中國醫學不能改良進步，以後務要注意(一)防避方法，使病者如何能避免疾病。(二)療治方法，使有病者，如何能減少疾病痛苦。能夠一貫明瞭，士兵對於軍醫，才有信仰，否則軍醫就成為軍隊的附屬品了。」這訓話，何等懇切。今日我們大家，究竟想個甚麼善法來改良，否則不惟有負 總指揮之期望，即我軍醫界之名譽，亦永墜九淵而不可復援矣！

(完了)

軍醫雜誌 第五期



專 述

航空人員之資格（關於醫學上心理學上）研究

溫 泰 華

從來研究航空事業，最初專注重機械方面。及後氣流氣象之研究，亦逐暫發達。自歐洲大戰以來所得之經驗，感覺航空上所發生之事故，不獨關係於器械及氣流氣象之智識不充足而起，且尙有其他重要原因在焉。故各國學者又轉而趨重該方面而研究之。其重要原因何在？即從事航空特殊作業之人，非有合適資格不可。因其資格之適否，在減少發生事故上，大有關係故也。資格爲何？即其人之身體與精神，均適於航空者之資格與否之謂。在身體的資格方面，屬於醫學上之研究；在精神的資格方面，屬於心理學上之研究。此兩方面之研究，既着着進行。成績報告，亦屬不少。實因歐洲大戰後，關於軍事上一般科學的研究，有如風起雲湧之勢。

於是航空上之事業，亦由醫學者心理學者而參加研究矣。但此種研究問題，最先者為法國，以其能造最細微器械與着眼極敏捷之技能故也。意大利關於航空之研究，亦極經營慘淡，如有名之莫蘇氏，由生理學與心理學兩方面，着手研究航空者之行動，尤注意於航空者之疲勞問題。並以該研究所為中心，設計種種研究用之器械，製出實驗法之考案。若德國亦有研究。至於美國，亦有從事大規模之研究，國內設有多處練習所，加利賀尼亞，紐育，鐵沙斯各地，為其主要研究所。且設有陸軍航空醫學校。多數之醫學者心理學者，受政府之委任，加入軍隊作實上之研究。可知關於航空者之資格，在歐美各國，莫不由醫學者及心理學者群起研究矣。至於東方日本，在十數年前，海陸軍於所澤，霞浦有實地之研究。對身體上之資格外，更覺到有精神上資格檢定之必要，乃宣佈規定章則。其從事理論上研究者，有帝國大學附屬之航空研究所焉。

輓近飛機發達，有如旭日冲天之勢。其航續時間及上昇高度，日益增加。據近來之記錄，航續時間五百五十四小時。○(傑克遜與鄂倫白二人同乘一機之記錄)其距離達至七千九百零基羅密達以上。○(法航空會報告)上昇高度，達至一萬二千四百二十密達，且有日見增加之勢。加之射擊飛機之兵器，日見進步。其空中戰之高度，比歐洲大戰時之五六千密達

，更有超過者，則又非難於預測也。

然則航空者如何始能亘數晝夜以上之連續飛行耶？又如何能在五六千密達以上之高空，始能身心旺盛，服務於戰鬥工作耶？似此重要問題：即航空者之持久力，及其增進法，非切實研究不可之時機，已在目前矣！從來飛行機體及發動機之研究，非常進步。茲假定飛行機爲鳥，而航空家則可等於鳥之頭腦。然鳥之身體及心臟，雖完全無缺；若頭腦非健全者，則不能確實自由飛翔。故航空者之操縱性能，如有缺憾，則飛行之目的，不能達到，理至明也，但關於航空家之操縱機能之研究，尙不如機體及發動機之進步，殊爲憾事。况航空界目下之重要問題，在航空者之持久力如何。故此方面之研究，有急起直追之必要也。茲將最近醫學的及心理學的研究成績，略介紹如次：

(一)醫學的研究 從來航空者體格之研究，多在低壓試驗室行之。此種試驗，與航空之實際上，大有隔別。無論如何，非在飛機上實驗不可。故各國醫學者，不顧危險，專注重機上之實地研究。據日本寺師博士所實驗之成績，大要如次：

航空家之脈搏與血壓之變化 人體上昇至高空時，脈搏增加。其血壓之變化無定。綜合多數實驗之結果而觀察之，凡上昇至高空時，其最大血壓常亢進，最小血壓幾無變化

，或僅低下而已。而飛機降下時，其最大血壓低下，最小血壓上昇，回復原位。但精神感動之甚者，着陸後，其血壓仍亢進，脈搏仍增加。又罹患高空病或疲勞之甚者，其血壓初常亢進，以後反為低下。故有如此之脈搏及血壓之變化者，可以斷定該航空家之循環器，非健全也。此外航空家常遇強大之遠心力作用，例如：飛機打筋斗之時，其身體雖不為飛機所束縛；若旋轉得其平等，決無墜落之虞；若遇飛機急速度打筋斗時，航空者之血液，流上頭部之力極弱，反有集中腹部內臟及脚部血管之傾向。若航空家之循環器屬健全者，則可即復原，而不覺痛苦矣。

血液與外界氣壓，常相平均，若氣壓急激減少時，其血管有由內向外膨脹之傾向，以致血管有破裂之虞。飛行家之衄血，或鼓膜出血，此其例也。故有血管硬化症者，其飛航必危險。至優良航空家之最大血壓，為一〇〇乃至一三〇毫米，最小血壓為六〇乃至八〇，脈壓為四〇乃至五〇。然久年從事於航空勤務中，亦有血壓異常亢進者，尤以神經質之人為然。故其循環器機能健全者，對於氣壓之急變，尚無發生特別之障礙。然如耳鼓室或腸管，與身體內外之氣壓相隔絕之處，則不無發生特別現象。即如飛機急激昇上時，僅覺耳閉塞，及耳痛而已。然飛機降上時，其勢則猛，有因此而致鼓膜破裂者。斯時行嚙下運動，使鼓膜內外之氣壓，得其

平均，其症狀則可消失。故飛行家之歐氏管鼻咽腔，非健全不可。腸管曲折在腹部，與內外氣壓，不相交通。故飛航至五千密達以上，腸管內空氣脹大，壓迫橫隔膜，以致妨碍呼吸。故航空家之胃腸，須常健全，忌食瓦斯發生容易之食物也。

航空家之呼吸器 在高空中，人體血液之養氣張力減少。在四千密達以上時，炭氣養張力則銳減。尤以在飛機上面，向風呼吸時，其呼吸數增加，肺胞內炭養氣壓力減少。血中酸鹼之平衡一破，發生惡心，嘔吐，嗜眠，筋力衰弱，或思考力判斷力均減退。然有在高空之薄氣中，比較可以堪耐者與不堪耐者之別。但一般而論，呼吸徐緩而深者，比呼吸數多而淺者，對於高空飛航，易於耐久也。

航空家之聽力 發動機螺旋機所發高度之雜音，可以障碍聽力，以致有一時之錯聽。故常從事於航空勤務之人，有發職業的錯聽。凡航空家之前庭器能，最要銳敏。但過敏，則又不可。尤以高等曲技飛行爲然。例如：作螺旋式降下之際，操縱者之上體，傾向前方，幾與地面平行。身體與機體，連續回轉，故前額面半規管受其刺戟，回轉之後，其外界發生假性運動，如向反對方面回轉。當此瞬息間，前庭器機能若過敏，上述之反應現象則強發，以致感覺眩暈，有誤於舵之操縱。故航空家之前庭器，有病及過敏，均不適宜之。

資格也。檢查前庭器官之機能，可分為三種：一，迷路性眼球震盪，二，眼球之反對回轉，三，身體平衡障礙。

航空家之視覺 視覺在航空家亦屬重要。茲將空中與地上視器所生之異點，約述如左：

凡目測距離，係以地面為對照而測知者。若上昇至穴中，所有物體，其垂直面短小，成為斜看。加以太陽之強光線，易覺眩迷。或遇猛風雲霧所遮蓋之地上，全與目擊者不同。故更須正其視力。尤以着陸時所生之變故最多。故此時之視器之使命，更為重要。

本來飛機之着陸工夫，為操縱中之至難工作。操機者一遇機體移於着陸之姿勢，由急角度之降下狀況，即須使機體與地面平行，並須即回復舵尾之位置。因此，即須斷定飛機接近地上之速度及距離，且須精確判斷其時間。若回復舵尾之位置過早，則機體未到達地面之前，失其浮力，必因其重力而致墜落。若回復舵尾之位置過遲，則機體於突嗟之間，與地面必相衝突。如此瞬息間判斷。距離之遠近，非有視力之完健者則屬不可能。雖然，眼之外尚有其他複雜之作用，在着陸操作之際，傳達求心性之刺戟到大腦者也。例如面部之風壓，由皮膚之觸覺，可給以一種之刺戟；座位上之身體壓力，或發動機之爆音，亦可藉為着陸操作之判斷。然最重要者，仍不離兩眼之視力機能也。美國陸軍以兩眼之深度

目測能力二五耗以上者，認為不適合之資格（檢查兩眼之深度目測能力用哈巴特多爾曼式檢查器）歐洲大戰時獲得殊勳之航空家之兩眼深度目測能力，概屬三耗以下云。又在空中若發生眩暈時，其眼輻輳機調節機，均有障礙。眼筋失其平衡作用，以致判斷距離困難，不能操着陸之工作矣。

（二）心理學的研究，其所研究者，第一關於知覺的研究。即檢驗離開目力後，位置之知覺，可否以身體為之。即是飛航空中，有時因目力無所施其用，如雲霧多時，或晴天之時，在空間視各物體，比地上情景大不相同；航空機之種種變化，目力有所不及之時；僅除身體代理知覺外，實無他法也。

元來觸覺以外，耳中尚有知覺作用存在。故依其作用，現在航空機居何位置，亦可判明。但依此目力以外之器管作用，得知覺其位置之變化，各人有著明之差異。若有人僅以身體，能知覺極微之位置變化者，則為最良之資格。故由心理學上，有研究此種心理之必要也。

又有人畧登至高處，即發眩暈，失其意識。例如登至千乃至千五百呎之高度時，即發眩暈，失其意識作用。故有豫先檢定之必要。

眼之知覺，在上空與下界，亦頗不同。由上界觀遠近之位置，不甚分明。故有應其遠近而困難調節其眼力之人。由

外界入其眼內之印象，可否巧為解釋，在空者屬重要資格中之一也。

其次對於溫度變化之抵抗力，亦屬重要之一。因飛至空中，非常寒冷。其寒冷暫傳至神經中樞，可使神經作用遲鈍，催引睡眠。故對於溫度變化，究有幾許抵抗力，亦為研究之必要。又有因乘航空機，受猛風所吹，引起感情之激昂者。此觸覺所受疾風之刺戟，能抵抗與否，又非檢定不可。

大體知覺方面，是由心理學之實驗室內模造雛形，儼如空中相同之狀態，而研究其變化。航空者自己在如何之位置，應有適當之反應，須有極敏捷，操縱機械之能力，始能為之。故對此複雜刺戟，非能巧妙反應之人不可。然此身體運動之調節，協同動作之遲速，人各互異。故由心理學上，研究其原因之所在焉。

凡智慧作用，與筋肉之運動，常因空氣之稀薄度數，而生變化。空氣上層，因養氣稀薄，不特智慧上之作業，不能適當為之；而身體運動，亦不能靈巧運用，此謂養氣饑餓狀態。此種養氣饑餓，至如何程度，始能令其人耐受，即在實驗室內，放入養氣于箱中，加減其量，而試驗之可也。

恐怖之感情發生時，因內分泌之作用，引起身體發生變化。如血液循環及呼吸作用，發生異變。故精神上亦隨而發生變化。其智慧作用，常被擾亂抑或禁止。雖然此種恐怖之

情，亦因人而異。有昇至高處，感恐怖之人；有因風疾而感恐怖之人；又因音响而生恐怖之人。無論何者，若恐怖之起，勃然湧起；則身體及精神作用，極受打擊。故對於航空者，然特別嚴密研究不可。即如內觀的及外觀的發生如上之心身變化，例如血行，呼吸，筋肉等之緊張，均有檢查之必要。蓋因此等恐怖之人，則無航空者之資格也。

又人類常取直立姿勢，必感困難。故雖取不動之姿勢，頭部仍有多少搖動，如地震計之搖動。然有稍搖動之人，亦有不規則搖動之人。即如射擊，持槍搖動之人，多不中的。基此現象，在心理學教室，僅可利用器械而研究耳。苟能在空中作此實地之研究，其問題固易于解決，但尚屬難能之事也。

總之航空家之心理，非優越不可。空中事故發生之際，非靈敏應付，冷靜判斷，及沉着迅速處置一切不可。歐洲大戰中，法國飛行家金梅爾氏射落敵機五十架，又德國之飛行家李希特賀軒氏射落敵機七十架，均稱為沉着勇敢之飛行家。數年前日本所澤飛機場，有兩飛行家在空中互相衝突。在同一狀況之下，作螺旋狀之墜落。但甲飛行家墜落至半途，即復其舵尾，安全着陸。其乙之飛行家，則墜落遭慘死。因前者為極沉着之操縱家，後者為精神感動過甚，平素缺乏沉着之人也。故飛行家之資格選定，非加以心理檢查不可，即

非有銳敏沉着正確判斷之人不可。

但五千米突以上之高空上，大腦之心的作用遲鈍。此種心理檢查之成績，亦漸次歸于不良矣。

再者，登高山作實地之研究，亦屬必要。初登高山發生恐怖眩暈，及有其他知覺異常之人，亦可由練習而矯正之，減其恐怖眩暈程度。但最重要者，仍在身體的及精神的素質上之關係也。

又據寺師博士云，由多數之飛行將校下士檢查所得之成績觀之，呼吸器循環器健全，有高空飛行之資格者，至高空上其精神機能亦比較不致衰弱。但地上之心理檢查成績，雖屬良好，如身體的資格不合，亦不獲選為高空飛行家也。

綜觀歐美日各國學界，對於航空上此種之新研究，所得成績，尙未達至完全之域。其中未決者，猶以航空操縱者之持久力及其增進法之闡明。此實航空上之緊要問題。然各國研究者，仍孜孜不輟，不避艱險，而實地研究之。其奮勇態度，誠令人欽佩不置也。返觀吾國自總理首倡航空救國以來，航空事業，日就發展。更因年來國內戰事，航空對於軍事上之成績，燦然可觀。况航空事業不特用于軍事，且發展為交通事業矣。將見吾國航空人才輩出，其資格之研究事業，亦應不落人後，須更進而謀發達。其裨益於黨國，豈淺鮮哉！

咯血的病理 (續)

董道蘊

二•肺臟的血管

血管不破裂，是不會惹起咯血的。這是理解咯血上最重要件事之一；雖然赤血球有時依竄透作甲，通過毛細管及肺組織而排出，好像生肺炎的時候，常見朱繡狀的咯痰，這時候的血液，是依上述的竄透作用的，和嚴格的咯血定義不符。故咯血皆因肺血管即動脈靜脈或毛細管的破裂而起，而且這些血管要和氣管支直接相通。那末一旦流出於管外的血液，才能自由吐出，而形成咯血。

咯血既是血管的破裂，那末，我們在討究咯血之前，先要討論肺臟的血管分布。肺臟的血管，可以分爲和呼吸有關係的小循環系的血管，及養管肺臟自己的大循環一部的血管；前者即是肺動脈肺靜脈及其分枝，後者即是氣管支動脈氣管支靜脈，現在注射兩種異色的色素，譬如朱和普魯士青於氣管支動脈，及肺動脈裡面，然後沿着這些色素，詳細解剖，來追求該兩系血管的分布和量的關係，就能夠曉得肺系循

環之發達，和氣管支系循環之貧弱了。所以在咯血發生上，肺動脈的咯血的價值，自較氣管支的爲大。

實在氣管支動脈，雖至其中央部，尙有一乃至二密理密達的口經，但從此即分爲極細小的分枝，而消失於氣管壁中。他方面肺動脈的內腔頗大(約二糲)，與氣管枝同時分枝一直到肺小葉的中央部，才分細枝。

在某種條件之下，能與氣管支血管，或肺靜脈破裂而咯血，但是咯血較輕，容易止血，不能再發，尤其是肺靜脈的咯血，因心房的擴張，吸引血液，阻止血管的破裂而止血。所以肺循環動脈的出血，在咯血的治療上最爲重要。

現在血液究從何種血管而出，即肺動靜脈及氣管支動靜脈的血液，有無特殊之處？倘若我們依一種方法，來決定其爲何種血管的破裂，對於治療上和豫後上關係至大。就血液的色澤來講：動脈血爲鮮紅色，靜脈血爲暗紅色，如可以做出血地點的標準，但是據法國Le Fort, Laguesse 等的研究，肺動脈與氣管支動脈之間，及肺靜脈與氣管支靜脈之間，都有交通枝；所以肺少血管中的血液，殆爲同一色澤，不能明瞭地斷定其可動脈血或靜脈血。

要而言之：咯血的血液全是由破裂的血管流出的，血液統統帶些動脈性的；倘若遇着大量的咯血，而且血色帶暗紅色的時候，當可以決定其爲肺動脈的出血。

三•咯血的病理解剖

結核性新生物是孤獨的小結節，或者由這些小結核集合的結節，裡面是無血管的。所以在這些結核形成的中心部，無出之可能；在這些結核的周圍，或者附近的肺組織，雖是正常的解剖的變化，因結節的形成，多少有肺組織的變性。檢查新鮮結節部分的肺臟，在軟化之前，則在結節較遠的部分，雖至貧血，在結節的附近，則反而充血。就是結節間的肺組織，呈高變的充血，不論動肺靜脈或毛細管，皆充滿血液。這種血液的集中，一部份是因靜脈血的鬱積，一部份是因結節附近的炎症性刺戟。這種充血部分的末梢，少抵抗力較弱；而肺血管是終末血管，無交通枝，因血壓的亢進，即發生咯血。所以肺結核的出血，從以上所講的非結核病灶部份也得起的，因此我們可以說明初期性咯血。

實際上上述的原因，單獨不能惹起咯血，因為血管雖破，倘若不和氣管交通，血液不能流出，即不能形式咯血，所以咯血的時候，少不了先有該部份結節的軟化，或者融解；但是有雖無結節的軟化，或者融解，而能形式咯血者，即粟粒性結核的時候，氣管表在性充血，或者筋層中的結核性顆粒，得做咯血的原因，而且這些毛細管出血，也能做大咯血的原因的；不過從喉頭結核來着想，這樣氣管性出血，也許

不多見吧。

病症到了臨床第二期，肺的結核性變化，當較第一期爲廣大，結核的病理解剖的發育，也增加了許多，因此更多咯血的危險。

血管周圍結管成者氣管支周圍結節互相融合，則結核組織陷於乾酪變性，乾酪物質軟化，則成小潰瘍或者小空洞，而與氣管支相交通。這些潰瘍的表面或者空洞壁，或由裸體的肺實質或由多少富於血管的綿狀肺實質所包圍，就是血管完全是露出的，故極容易出血。這種空洞壁等不形成結締組織，隨時能惹起咯血。除了上述的幾種出血方法之外，尚有因侵蝕的血管破裂的出血，尤其是個空洞壁裡面的粟粒動脈瘤的破裂而出血的尤多。

要而言之：肺出血的原因，有因結核的變化而起的，有因結核的破壞的性質或者因肺裡面的病的續發狀態，使大小血管的管壁發生變化，以致破裂而出血的，或者因乾酪灶的脫離，及初期咯血的實質性出血而起的。

以上病理的變化，和臨床上的分期，似有相當關係。譬如第一期的多初期出血，第二期的因乾酪化等出血，第三期多洞孔出血。那末，肺結核病經過中，何時出血最變呢。

從前，Tausis 主張，第三期最多。從普通的眼光來看：咯血是因結節的破潰，其中血管破裂而起的。所以 Tausis 的

專 述

主張，似很正確的。可惜他的例証祇有八十七例，未免太少。後來Laquerod所統計的，和Tausis又稍不同。據他十年間四千名肺結核病人的統計，其成績如下：

	第一期	第二期	第三期	總計
有咯血者	10%	61%	12%	33.4%
無咯血者	90%	38.3%	88%	61.4%

就是據Laquerod統計，第二期咯血。可是Diaulafoy的成績，又和上述二人不一致。他主張初期或者末期咯血的最多。

(未完)



腹痛的診斷 (續)

何 卓 群

2. 局所性腹痛

A. Epigastralgie

疝痛樣的胃痛。如胆石幽門狹窄症幽門痙攣胃發症十

二指腸潰瘍及閉鎖一切脾疾患。定型的盲腸炎。

急性而又持續的心窩痛。

胃穿孔。胃捻捩。急性中毒性胃炎。膽囊炎。

慢性心窩部疼痛。

膽囊炎。膽囊周圍炎。鬱血肝臟症及炎性肝臟炎症脾

臟病。胃周圍炎腹腔內腫瘍初期。脊髓癆。神經痛。

B. Hypvochondrolyie dextra 右季肋部疼痛。

1. 疝痛。胆石。膽囊炎急性黃色肝萎縮症。肝臟化膿。

肝臟橡皮腫。十二指腸潰瘍十二指腸周圍炎。脾臟結

果結腸炎。盲腸炎。

2. 急性而又持續的疼痛

胃周圍炎。十二指腸周圍炎。膽囊周圍炎。左右上腹

的各種炎症疾患。副腎腫。盲腸炎。十二指腸潰瘍的局
限性化膿。

3. 持續性膽囊部疼痛

膽囊及輸胆管疾患如炎症腫瘍結石。癒着性慢性膽囊
炎。十二指腸並橫行結腸潰瘍及局所性腹膜炎。十二
指腸橫行結腸潰瘍及併發局限性化膿。

4. 汎發性右季肋部痛

肝臟疾患。橫隔膜下膿瘍。肋間及橫隔膜筋疾患。

C. Iliacalgie dextra 右腸骨窩部痛

1. 疝痛 虫樣突起疝痛。粘液疝痛。腎臟結尿管結石
。急性膽囊炎。急性女子生殖器附屬器疾患。

2. 始起急性其後變為持續性疼痛

A. 有腫瘍的如盲腸炎。盲腸結核癌腫及 Aktinomyose
腎膿腫。女子生殖器附屬器。潛伏睪丸的炎症及新生
物

B. 沒有腫瘍的。如急性盲腸炎及虫樣突起周圍炎。種種
急性傳染病尤其是腸室扶斯之際惹起疼痛如虫樣突起
炎樣症狀。右側女子生殖附屬器疾患。睪丸。輸精管
炎。急性盲腸結腸炎。粘液疝痛。右下腹部的癒着性腹膜炎
。脊髓癆性發症。神經痛。移動盲腸。

D. Iliacalgia Liuirtra 左腸骨窩部痛

1. 急性型，腸閉鎖性疝痛○單純的腸疝痛○腎結石○結腸炎○S字狀結腸炎○赤痢
2. 慢性再發性型 痙攣性便秘○粘液疝痛○膜樣性結腸炎○由炎症或潰瘍惹起的結腸痙攣○慢性癒着性S字狀結腸周圍炎○內腰筋炎○

E. Lumbalgia 側腹部疼痛

尿路 脾臟 筋肉神經等的諸疾患○有時胆石疝痛之際右側腹部惹起疼痛○兩側結腸彎曲部的疾患如狹窄及癌腫) 脊髓癆發症○鉛毒疝痛盲腸周圍炎狹心症的側腹部疼痛○結腸痙攣○粘液疝痛○神經痛樣疼痛○腸狹窄及結腸的伸展性疝痛○

- F. Hypo chondria Sinistra 左季肋部疼痛脾臟疾患○橫隔膜下膿瘍○胃十二指腸周圍炎○結腸下垂症○結腸痙攣○左結腸彎曲及下行結腸部的癒着性壓迫性○炎症性○側腹黑兒尼亞○

- G. Hypochondralgie bilateralis 兩側季肋部痛大腸疝痛○胆石○脾臟疝痛○神經痛○

H. Mesoyartralgie 臍部疼痛

臍部周圍疼痛由腹部種種部位的病竈惹起來的○如腸痙攣○腸狹窄疝痛○赤痢虎列拉○神經性腸痛鉻毒疝痛nicotin 中毒疝痛○急性慢性盲腸炎化膿性(穿孔性)

腹膜炎○腹狹窄性腹部腫瘍○腸壘積症○腸嵌頓症○
胃癌橫行結腸癌○肝癌○急性肝炎○胆石○胃十二指
空腸潰瘍○臍黑兒尼亞○腹部大動脈炎腸下垂症○

I. Hypogastria 下腹部痛

種種泌尿器疾病○種種生殖器疾患○S字狀結腸周圍
炎○汎發性腹膜炎○骨盤腹膜炎○及其他便通困難症
○直腸及肛門種種疾患○

以上所述局所疼痛係由種種疾患惹起的○但是疼痛部位
不一定與疾患臟器取一致行動的○如狹心症疾患部位雖在心
臟○但是往往惹起腹部疼痛盲腸炎的時候心窩部或他側腸骨
窩部即左側腸骨窩部亦常常惹起疼痛○至于胃潰瘍的疼痛○
不一定局限于潰瘍部位○以上已經說明過的茲不再贅○

可是內臟痛覺究竟怎麼傳達呢○疼痛部位與內臟疾患有
什麼關係呢應該要闡明的○關於此方面研究頂有名的就是一
八九二年英國 Head 氏的研究發表○Head 氏關於痛覺傳達他
的說明簡單的介紹于下○

!刺戟作用于分布內臟神經末梢的時候馬上就傳達到脊
髓○通過神經節後的知覺根○走入交感神經系○在脊髓內此
等交感神經纖的神經細胞末梢神經纖維的細胞互相接觸○所
以鄰接細胞亦受刺戟影響惹起反應○傳達到腦的知覺中樞○
結果在腦的中樞此種疼痛刺戟○感覺得好像不是由內臟裏面

軍醫雜誌 第五期

○是由身體他部末梢（如腹壁）傳達來的○那末疼痛雖然僅僅作用感受部的小部分○但是在中樞部如果與感受性強的部分結連的時候○疼痛好像不是由實際刺戟作用的部分○（感受性比較的遲鈍）是由後者感受性強的部惹起的○』

依據上述理論○在一定的臟器疾患的時候○可以確定皮膚的一定領域內痛覺過敏帶○即 Head 氏知覺過敏帶○此種究研○於診斷上頗有價值○此處限于篇幅不能詳細的討論○實為遺憾○俟有機會○另行發表○其次就是 Boas 氏的背部壓痛點○同氏主張「胃○十二指腸○石之際○背上壓痛點○對於鑑別診斷○上實含有重要意義○即胃潰瘍之際在第十二胸椎就近左側○壓痛點可以認得○但是胃的位置○或潰瘍位置○變化的時候○壓痛點在第十或第十一胸椎○抑或在第一腰椎○如果十二指腸潰瘍的時候○壓痛點在第十二胸椎就近右側○可以認得○又○石之際是在第十二胸椎右側○由胸椎起位于二三橫指外側○再由此處擴大到腋窩線與肝臟後面一致的○至于神經性胃腸疾患之際○脊椎兩側○尤其是存在第二第三腰椎兩側○』此種壓痛點與 Head 氏過敏帶全然意義不同○並不是皮膚過敏帶○深深壓迫腸牠時○才惹起的○Boas 主張胃腸潰瘍的時候○由胃後壁的振盪惹起的○但是 Kei ling 氏以為肋間神經的背枝帶過敏性○實在基因于交感神經的反射的知覺過敏○著者檢查壓痛點覺得對於診斷上實含有重要

專 述

意義。俟有機會。將診例一一列出。以供我醫師同志之參考
焉。 (未完)



軍醫雜誌 第五期



臨床論叢

肺結核之症候及療治法

馮光懋

第一章 肺結核之症候

(一)發熱 發熱爲肺結核之各症候中最緊要的徵象。但在初期的肺結核。常可保持平時常溫。 (平時體溫在靜息時候。由口腔檢查約爲攝氏表三十六度至三十七度。但勞動後及老幼。則體溫畧有變更) 故肺癆之有無發熱。實不一定。無者性善。有者性惡。如果病者有發熱。則發熱的情況。有可注意的。朝爲常溫。攝氏三十六度。午後則三十七度。二至三以上。自覺有輕微之發熱。又畧些運動後。體溫每每容易升高。若此狀態恒久繼續存在者。悉可疑有肺結核早期病患之付度矣。倘若熱度仍繼續增進不已。則是示病部仍繼續進行之徵。反是。熱度繼續低減者。乃示病部達於停止狀態

之証。是故察肺結核之徵候。第一要察熱之有無及如何進行也。

(二)盜汗 盜汗或曰冷汗。或曰夜汗。爲肺結核之主要症狀。往往發作於下夜半至早曉熱度降低的時候。或在日間病者睡時發顯。若盜汗久持。雖別無其他症狀。亦大有肺結核之疑。如果強度的盜汗。則有急性粟粒性肺結核之傾向。

(三)體重減輕 體重減輕於各種疾病可以見之。但於各種疾病中。如糖尿病。痢疾。傷寒等。其減退情況。病者有甚大之危險。且有其他顯著之症狀鑑別。至體重減退確與肺結核有關聯。而且與病程經過爲平行的進行。即病勢愈惡劣。體重愈減退。而肺結核病以癆瘵得名。實由於此。故患者於每星期內權作其體重。日漸減輕而發熱時常存在者。則是有患肺結核病之徵。如果病之進行停止。及溫度低降。則病者之體重必日漸增加。如果每星期能增重二磅者。則是病程之佳兆。由是言之。體重減退情形如何。其關係實屬重大也。

(四)脊柱及肺尖壓痛 脊柱痛及肺尖壓痛爲肺結核早期症候最顯著之一。其痛部乃於兩肩胛間在第二乃至第七胸椎之棘狀突起處。若在這部位。施行壓迫或打診。每訴疼痛及感壓痛之苦。且其部位比他部而有稍隆的傾向。但是肺結核症狀進行。則此徵候消失。故若肺尖及於第二胸椎有壓痛者。爲可斷定爲早期肺結核之症候。

(五)齒齦緣之潮紅 肺結核初徵。顏面雙頰往往呈潮紅。此種現象。多數人士早已認識。但時顏面之頰部係齒齦緣之外皮。在急性肺結核病狀時。齒齦緣常呈紅色。結果蔓延影響於外頰。故雙頰呈潮紅也。而且肺結核患者之病狀進行。其齒齦緣之潮紅常伴發加重。故若在成年的時候。有紅色之齒齦緣者。則可為肺結核早期症狀的確斷。但這種現象。於妊婦則為例外。檢查肺結核病者八百人。其齒齦緣呈紅色者。發見有九十二人。其中六十九人有羅著明之肺結核。二十三人則有疑似的肺結核病。

(六)運動熱 運動熱為肺結核之早期症候上有研究的價值。身體運動之後。體溫昇騰。持續的長久。常可示疾病的變化之存在。運動熱云者。即運動之後。體溫昇騰之謂。在健康者。其運動熱之消滅。於普通上計算。休息三十分鐘後。則回復常溫。但是有肺結核病的。其運動熱回復常態的期間較延遲。常持續至一小時之久。故此吾人可藉此症狀而自覺有無肺結核病的疑徵。但是有許多的疾病。如神經衰弱。扁桃腺肥大肺氣腫等。其運動熱之回復亦較遲。不可不注意鑑別也。

(七)乳房的變小 據現在學者的研究。有肺結核的人。其乳腺及乳頭的大小比較的小而片方。譬如右肺有結核病灶。結果右乳房比較左乳房畧小。左肺有病。左乳房較小。但

是通常健康體左乳房比右乳房常小幾分。此宜注意也。考查肺結核患一百一十一人。其中五十一人的乳房左右同等大。而五十二人則不同等大。其中三十六人患側之乳房俱較小。其他全部兩側之疾患。若程度相等。則其左右乳房亦均同等大而變小。再考查肺結核患的男子一百六十八人。兩側同大者有一百零九人。不同大者五十一人。其中有四十人患側乳房確變細小。

(八)衄血 衄血與肺結核的關係。近年研究不乏其人。常惹起一般醫生之注意。但其中病理的變化。常有遺憾未明。況且衄血的原因甚多。有時在青年時代發生的。屢屢有原因不明者。但是肺結核的病變屢屢有衄血發生。有時與咯血併發。如果有其他肺結核的症狀。而兼有衄血者。就要疑有肺結核的可能矣。

(九)胃腸障礙腸食慾不振。消化不良。腹滿下痢等症。肺結核早期常有之。故頑固胃腸障礙。原因不明者。宜注意及肺結核病。

(十)咳嗽 咳嗽這個症狀。是肺結核病者常發生的。故若有病者不拘行適當的療法。而繼續咳嗽在一個月以上者。則常有肺結核之置疑。但是咳嗽的輕重。不必與病患之增減相一致。而且不是一種可怖的症狀。往往為身體病灶有益的動作。因為係一種良好的防禦作用。乃防禦有害的痰蓄積於體

內。故輕度的咳嗽。不必加意治療。惟劇烈之咳嗽發作。其痰有吸入肺之健康部而有擴張病患部之危險。故須注意也。

肺結核之咳嗽。無甚特殊可辨之點。初起時乾而短。繼則鬆而頻。兼唾粘液膿性痰。病之初期。咳嗽原於氣管枝。迨空洞形成。則變為陣發性。早晨發作最甚。睡醒後亦然。但不足據為確定之狀。有時病一者肺尖已有明顯之成空洞徵。而自謂咳嗽甚輕或不咳嗽者。病之重者。夜間之陣咳最困苦。每致不眠。有時咳嗽酷烈不可止。而至於嘔吐。病者因此不納食物而速消瘦。若兼喉病。則咳嗽帶一種特別之沙聲。

(十一) 咯痰 肺結核病症之輕重與咯痰之有無和多少。不是平衡一致的。有時病者一肺尖顯有著明的局部徵象。兼有咳嗽而熱不甚高。病者終日或竟無痰咳出者。但是肺結核之早期症狀。其咯痰大抵屬卡他性。初為粘液狀。或者顯灰色或綠灰色膿性小團。其中含有肺胞上皮細胞。可用顯微鏡檢查之。倘肺軟化。於是痰增多。而膿性亦較重。終則空洞形成。其痰遂形成錢幣形類者。痰內無空氣。唾入水則沈於底。如果空洞已行變腐。則其痰常有惡臭。甚易辨也。

肺結核病者之咳出物。除痰外。尚含有彈力性組織及石灰性碎塊。此亦可為肺結核之特徵。而有助於診斷也。

(十二) 咯血 咯血這個症狀。我國醫家每以為診斷肺癆

之特殊確斷點。但是肺結核病者。終其身竟無咳血徵象。實遇着很多。而且咳血又不是肺結核所特有之症狀。不過病人有咯血症候。不能不疑惑有感染肺結核矣。

肺結核病者。發生咯血。不是發生於病狀沉重。或限於一定的時期。不過在臨床上觀察咯血之顯於病的早期。抑或顯於晚期的。實有絲毫的區別。大約早期的咯血。其量常少而易復發。罕有致命之虞。此類的出血。大抵由於軟化之小區或早期枝氣管粘膜被蝕所致。致晚期的咯血。大抵是因空洞形成。大血管被融。故血常多。恒有生命之危險。

咯血大概突然而起。患者無意中突覺口有煖鹹味。而血滿口矣。然有時或因畧咳而至咯血之全量或僅數錢。病者於一二日間或竟畧睡少許。迨一大血管被蝕。或一動脈瘤破裂。則咯出之血多或於甚短之時間內。咯血多至一水磅。血之形性。多可據以辨病。每爲泡沫狀。內雜粘液。色常鮮紅。若血多時或作暗紅色。

(十三)呼吸困難 呼吸困難不是吸結核特有之症狀。有是一肺之大部分已患結核。或竟沒有呼吸困難症狀。但是患有肺結核病時。常常有呼吸不安。胸部如受重壓。深呼吸則覺不舒。遠行或升高則輒氣促。有時惹起心悸現象。

(十四)心悸亢進 患肺結核病者。心臟小弱。心力易撓屈。畧有動作。便鼓動增速。覺胸內悸躍不快。即在平時。

亦血壓較低。脈搏較頻且大。而軟易壓。

以上所述各症候。肺結核病常有之。但未必同時發生。有顯於早期的。有顯於晚期的。我們醫生。苟能根據病者之症狀。再行嚴密之檢查。診斷無難確斷也。

第二章 肺結核之療治法

肺結核療治法專靠藥物是不可能。蓋現今尚無特效專治之藥。是以今日治療肺結核方針。在內科方面言之。首要固其身。增加其抵抗力。病者有相當之堅忍心。遵從醫生的調養療治法則。始終如一。未嘗不可以醫愈也。現因時間及篇幅關係。未能將肺結核療治法逐一言之。茲篇所述。僅藥物之應用及對症療治矣。

(一)藥物療法

藥品對於肺結核病有專治之效者未之聞。故藥物治療之効力。僅能助身體之滋養。增其抵抗力。使體組織不易受侵犯耳。下列各藥。對於以上所述之作用最有效者。

木焦油Creosotum可作丸用或以膠壳包之。或用之和豆蔻酒。每次一量滴。每日三次。果有效。則劑量宜逐漸增加。至每次八滴或十滴。

怪阿寇Guoiacol 可用為內服或皮下注射。其劑量為五量滴。每日三四次。盛膠壳服之。

軍醫雜誌 第五期

碳酸怪阿寇 Guaiacol—Carbonate (Duotal) 係一種白色結晶粉末。無味。可作丸用。或以膠壳包之。劑量為十分之三至五克。

安息香怪阿寇 Guaiccol—Benzoate (Benzosol) 及樟腦怪阿寇 Guaiacol—Camphorate (Guaiacamphol) 係相似之化合物。製成丸。每劑十分之六。五克。

賽阿寇 Thiocol (Potassium—guaiacol—Suephonate) 係最佳之藥品。可作丸用。劑量為一克。

Ceo:otal (Creosote Carbonate) 係最佳之藥品。為糖漿劑及無色之液體。可服用四西西至八西西。

Hetol 係桂皮酸之化合物。即桂皮酸鈉之製劑也。此藥大有刺激之能。使體內之白血球增加。同時增進身體之機械性抵抗力。故應用於肺結核及其他傳染病之治療甚佳。可作丸用。劑量為十分之三克。又可溶解於當量食鹽溶液以行靜脈注射。嘗試驗而無危險。

桂皮酸 Cinnamic acid 昔時用為肺結核治療之藥品者。但自Hetol 發明後。則桂皮酸之應用罕鮮矣。

魚肝油 Cod—liver—oil 昔是以為對於慢性結核病有治療之大效。後經學者研究試驗之結論。知魚肝油之治療效無特別之作用。但此油之生理作用甚佳。最易消化。服之者組織內之脂肪加增。紅血球亦增。故未感染結核菌之毒害而自覺

臨 床 論 叢

有癆症之先兆者。服魚肝油乃爲妙劑。又在肺結核尙未成形。服之有效。因其有養育之能。并有改症之效。若已成形。則服之無效矣。倘仍服之。必有惡心腹瀉之患。緣其不能消化也。

魚肝油之味甚惡。故宜混入牛乳內猛然吞下。可免其惡味觸於鼻而有惡心發作也。惟在飯後二三小時服之最妙。蓋此藥必在小腸內方能消化。此時胃中之食物將送入小腸。藥可隨之而入也。服量宜先用小分劑。每次四匙。每日三次。發熱及胃炎者不可用。

砒 Arsenic 爲補中最佳之藥品。故肺結核患者之瘦弱貧血等衰弱症狀常用之。而有功效。平常所用者爲Fowler氏液。每次劑量十分之三匙。每日三次。劑量逐漸增加。每連服三四星期後。必須間歇一星期。若有不愉快之症狀發顯。則須停服。近來有各種砒劑注射藥如Cacodylates則有治肺結核病而起之貧血。至Soamin, Arsamin, Atoxyl,等則無效果矣。

Nucleius對於肺結核治療效力有謂與Hietoe相同者。能刺激身體之白血球增加。并於血內及組織中大有殺菌之作用。此藥之用法可作內服或皮下注射。但其效果如何。現今未有確實之結論。

次磷酸鹽類Hypaphosphates--八五七年Churchill氏賞用之。爲治療肺結核之藥品。常用之劑爲鈣鈉鉀之次磷酸糖漿。

軍醫雜誌 第五期

尤以次磷酸鈣糠漿爲佳。蓋此藥能使血液之凝固力增加。且能使肺結核病灶之乾酪組織發生石灰變性也。

金屬製品 乃以某種金屬物質與某藥混合而成。以爲治療肺結核。聞頗有功效。現在所賞用者如Krysalgan, Triphal二藥。以之注射於體內。能使肺部充血。以增其抵抗。惟注射後畧有發熱寒戰之副作用。且分量而用小分劑不可用大分劑。蓋用大分劑當惹起症狀加重。此係臨床上所考得之事實。其理則待諸學者之研究解釋矣。

(二)對症療法

(一)對於發熱之處置 肺結核特有之熱——結核性熱——爲表示組織之新陳代謝上級結核菌之作用。因而減低體內之抵抗細菌力。以致病勢之危機構成。是以合理之解熱法爲滅殺病原菌之生活力及其發生之毒素。換言之。結核菌之殺滅方法厥爲解熱爲最捷徑。病者無論是呈間歇性熱消耗熱而自覺有障礙者。則要用解熱劑。通常解熱劑對於結核性熱有治療之效者爲 Quinin, Aspirin, Pyramidon, Ergogenine, Elbon·等。以上諸藥。以我個人之經驗。則以 Cryogenine, Pyramidon. 混合服食爲最有效果。且無副作用也。

(二)對於盜汗之處置 盜汗之症狀爲與發熱有密切關係。盜汗之多少與發熱之高下爲比例。且盜汗患者之身心。有疲勞不快之感。但盜汗不必專行施治。有時單投與解熱劑。

已足爲治療之目的。是以對於盜汗之處置。乃須先將寢室內之空氣流通。就眠前先用冷水摩擦全身。或用酒精摩擦或塗佈柳酸粉末已足爲治療之效。如果盜汗劇甚。則須與以藥物。常用之藥爲 Agaricine, Pierotoain, Camphoric, Acid, Atropin, Acid Sulphuric Aromatica. 等至 Pectol 余亦喜用之。因有退熱止汗之效也。

(三)對於咳嗽之處置 咳嗽云者。乃病患部之分泌物蓄積於氣管內。刺激其部之粘膜面行排洩有害物質之行爲。此爲生理的必要之反射作用也。若祛痰容易。則咳嗽亦輕減。若祛痰困難。則咳嗽劇甚。故咳嗽之多少。爲預定祛痰之如何。由此言之。咳嗽如不劇烈者。則不必加意治療。反之。如咳嗽騷擾睡眠。而病者覺甚困苦者。則須行治療。mo:phi n, Heroin, Codein 爲常用之藥。但須用小量。如果咳痰難於排出。則須用祛痰劑如 Ammon. Chlor, Potasium Iodide, Lif uos Ammon. Acet, Syr, tolu, Syr, Ipeca. 等。又咳痰甚多。形成白色泡沫而頻咳嗽不息者。則試用 Calcium chloride 及小量 tinctura Belladon 混合服之。常有效也。

(四)對於咯血之處置 咯血對於患者之精神上有甚大之打擊。不論咯血爲與病勢之進行相一致與否。患者已有恐怖震慄之心。實爲治療上之障礙。故治療家對於患者未咯血以前。務須竭力預防。

咯血之發生爲在於肺臟之結核病變部以致小血管脆弱破壞出血所致。常因運動及過度之身體動作刺激所致發生。其他心身之興奮亦可惹發。故咯血之防止方法。首宜避免刺激與興奮。總求心身之安靜。呼吸新鮮空氣爲最重要。病者外貌蒼白羸瘦長軀常訴倦怠則於咯血。如症狀輕微。絕對安靜可也。查咯血之預防劑。一般所用者爲硫酸鐵與貴林混合劑。對於咯血之處置。若小咯血時。則先命患者身體之安靜。仰臥。兩側肺部置冰囊。飲用食鹽水。因食鹽水有止血之力也。同時注射嗎啡。兼可以止咳。但勿復用之。至於止血之藥如 Calcium chloride, calcium lact, Gelatin, Clauden, Coagulen, 等注射內服均可。常可奏效。至大咯血後失血甚多。其結果爲致急性貧血。而量厥。此時當要當量鹽液及綠化鈣混和徐徐注入。又 5%—10% Gelatin Solution 亦可混合注射。但至良之補救法爲輸血也。

咯血後之食餌。要十分注意。須有滋養之液體及軟性物如粥卵牛乳爲適當。酒精咖啡茶等於咯血繼續中及停止後一二日間要絕對禁忌。又酸類能使血液之凝固延長。故酸劑要中止投與。

(五)對於腸胃症狀之處置 肺結核治療上最要注意者厥爲腸胃器官。醫療上治療之增效。藉乎消化與吸收之機能之健全。如果消化器官稍有異常者。輒須先行治療。但未施治之

前。先要考察病者以前之生活狀況與乎病者有無神經性異常及發熱。蓋二者均可惹起消化不良也。如果消化不良因胃液鹽酸減少者。治療所用藥物多為 Pepsin, acid hydrochlor, Liq. fluor strychnin. hydrochlor, 等常相混和。飯後服之。反之因鹽酸過多者。則用 Natr, Bicarb, Magnes, Carbonate, Bismuth, calbor 等。如果有嘔吐者則用鎮吐劑。

肺結核病者常發生胃擴張。其處置治療。先要擯節食物。每次食少量。一日分多回與食。凡生肉鬆牛肉汁各種軟流動體均可食。脂肪及澱粉類諸物質宜禁食。湯液當少用。至藥物療法常用士的年或與鹽酸液混用。聞有大效。

肺結核者常有便秘或下痢。應當施適宜之療法。然後不致惹起消化不良也。治療便秘所用之藥。常為 Alae, Calomel, Seidlitz, Cascara Sag, MagnEs, Sulphat, 等。至下痢療法。則先與以 opicin, 若下痢而糞有惡臭者。則服 Salol, Bismuth, 等。惟病者之食餌宜有節制。與一般下痢處置焉。

(六)對於不眠之處置 肺結核患者易陷於不眠之症狀。如咳嗽盜汗發熱心悸亢進等均有阻碍睡眠。而神經衰弱尤為主要之原因。故不眠之治療。首先行適宜之原因療法。其他有防碍睡眠之物質。應一切掃除。至藥物如 Morphin, Codein, Heroin, Dionin 等臨睡時可服。催眠藥如 Veronal, Adalin, Trional Sulphona 等迫不得已時可服。

(七)對於疼痛之處置 肺患者常訴有腦背之劇烈疼痛。此或因劇烈之咳嗽所致。如果痛甚。則可注射嗎啡以解之。局部療法則用外惹內效之藥。如以哥羅芳擦劑或嗎啡塗擦。或用芥末敷肺膏敷肺。均可減痛。

若患者有頭痛神經痛等。則可服食 Phenacetin, Pyramidon, aspirin, 及少量Caffein Citrot.

(八)對於呼吸困難之處置 重症結核患者常有多少之呼吸困難。若呼吸困難顯著。大概由於伴發特別之合併症如全身粟粒結核。滲出性肋膜炎。肺氣腫。汎發性氣管枝炎。心臟肌肉疾患等。窮其原因而後行對症治療。至療治呼吸困難可行空氣療法兼行養氣吸入法。并注射嗎啡。同時有解熱祛疾鎮靜等相當效能。Picrofonin有刺激呼吸中樞之力。故亦可用。

(九)對於心臟衰弱之處置 肺結核患者大都有脈搏頻數之情況。普通計算一分鐘有一百以上。且常自覺有心跳狀況。故治療心臟衰之藥物如Digitalis, Digalen, Strophantin, Cardiazol, Camphor等常施用也。若有虛脫之際。則與以暖酒精及使用刺激劑。尤以注射Camphor為佳。

演 講

馬氏反應 (續)

彭 玉 書

3. 馬氏反應之原理

梅毒的血清反應，發見後雖經過二十餘年之歲月，但牠的本體，牠的原理，雖有無數的學者的研究及發表，尙未能達到確定的結論。

關於本篇所述之馬氏反應，當亦如是，原理上頗多爭論之點。一方面就原理此項敘述起來，不得不兼論及華氏反應，所以非常的繁雜，且與一般讀者似無甚貢獻，故本篇內只將馬氏反應之原理，就現今多數學者所信者，略述所言而已。

馬氏反應根本上講起來，實為一種化學的反應。蓋梅毒患者之血清中的Globulin，發生有一定的變化，經有此種變化

之Globulin，可與Lipoid結合發生肉眼可辨之浮遊物。視此種浮遊物之有無，我們便可推定該患者患着梅毒與否。這就是馬氏反應之原理上的大畧，也就是梅毒血清反應上之一要項。

4. 馬氏反應之檢查法

(1) 檢查上所需之藥品及器具。

- 一• 馬氏梅毒濁反應液(以下畧稱為反應液)
- 二• 反應液用每刻度為0.1cc之移液管(Pipette)
- 三• 反應液加溫用之澗口試驗管
- 四• 3.0%食鹽水
- 五• 食鹽水用之一cc之移液管
- 六• 食鹽水加溫用之澗口試驗管
- 七• 血清用之0.2cc之移液管
- 八• 口徑1.0 cm之薄壁試驗管
- 九• 1.0cc之移液管

〔附記〕上列之各種藥品及器具，日本武田商店配就裝于一小木箱內發賣，頗稱便利，價亦不甚昂貴。

(2) 血液採取及血清析出

採血須擇晨早患者空腹時。

採血可用五西西或十西西之注射器行之。此注射器及裝血液之試驗管，須經過乾燥消毒。

演 講

血液由患者之肘窩部靜脈採取，以五西西左右為適量。
所需之血液採畢後，即注入試驗管內。（此時血液內不可使空氣混入）

將該試驗管斜漬于較體溫稍高之溫熱水內，血清便可漸由此析出，此血清便可供檢查之用。

(3) 檢查

一• 反應液(一) (括弧內之中國數字，在本節內，係表示本章第一節檢查上所需之藥品及器具中所列示之藥品或器具) 用移液管(二) 取0.1cc注入反應液加溫用之濶口試驗管(三)內。——甲試驗管

二• 食鹽水(四)用移液管(五)取1.0cc注入食鹽水加溫用之濶口試驗管(六)內。——乙試驗管

三• 將上述甲乙兩試驗管漬入攝氏四十五度之溫水中，如此加溫十五分鐘之久。

四• 被檢血清用血清用之移液管(七)，取0.2cc注入試驗管(八)內。——丙試驗管。

(被檢血清無須加溫使為非動性)

五• 甲乙兩試驗管之內容，如上所述之加溫後，便將乙試驗管內食鹽水，迅速傾注入甲試驗管之反應液內，再即將甲試驗管之內容，迅速傾入乙試驗管內(務須依照這個順序)。
如此混合後，即迅速將乙試驗管之內容，用移液管(九)，

取 1.0cc 注入丙試驗管之血清內，加以振盪混和。此第五段之操作爲本檢查之最重要部份，結果之正確與否，多賴于此。故本段之操作須有相當之練習，順序切不可錯誤，工作須特別迅速。

上述之反應液(一)及食鹽水(二)所需之分量，係對於被檢血清每一件而論。若被檢血清有六件，則反應液(一)需 0.6cc，食鹽水(二)需 5.0cc。此時各件之血清，須各用一移液管(七)，切不可混用。一方面因上述操作上迅速之關係，每一回檢查，被檢血清，不得超過十件。

(4) 結果之判斷

上述之丙試驗管混合液，靜置于室溫之內，約經過一時間後，將該丙試驗管置于玻璃窻前，隔着這個試驗管內之液體，透視該玻璃窻之木框。此時該木框可以透視，則爲陰性之反應(一)。若不能透視，則爲陽性之反應(十)；若爲半透視的，則爲半陰陽性之反應(±)。(如華氏反應一般，陰性表示無梅毒反應，陽性表示有梅毒反應。)

此項所謂透視鑑別，固爲馬氏反應判斷上之原則。但除強陽性以外，有時鑑別上頗感困難，如此場合，可將該丙試驗管，置于室溫，翌日再行觀察。若爲陰性，該丙試驗管內之液體，依舊透明，但試驗管底，亦無沈渣物體。若爲陽性，試驗管內容雖屬透明，但該試驗管底，有沈渣之存在，一

經振盪混和，內容又復瀾濁，不能透視，頗易辨別。

再者若此馬氏反應檢查，係在大病院內施行，則可利用既知之陽性血清及陰性血清，以作判斷上之標準，結果當更正確。

(本章完，本篇未完)



軍醫雜誌 第五期



報 告

本路軍醫聯席會議決

議各提案列左

四月十六日議程

(1) 設立教育機關以培養專門人才案

(9) 海軍艦隊軍醫主任提議

擬請設立軍醫人員講習所案

(13) 獨立第六旅軍醫處提議

擬請創辦訓育軍醫機關案

(22) 六十三師軍醫處提議

請設立軍醫講習所案

(49) 五十九師軍醫處提議

軍醫講習所宜添設調劑生班以養成司藥人才案

(36) 政工講習所醫務科提議

軍醫雜誌 第五期

以上五條并案討論

(決議)此案關係培養軍醫司藥人才自應從速舉辦但聽昨日主席報告關於組設軍醫講習所業經由總部軍醫處擬具詳細計劃呈請

總座核示自可無庸討論

(2)担架兵及看護兵應嚴密訓練案

(1)總部軍醫處提議

(決議)應責成各師旅團及各軍事機關高級軍醫督同所屬嚴密訓練

(3)擬請編看護學教科書頒發各部隊衛生人員俾資教授看護案

(15)獨立第六旅軍醫處提議

(決議)此項教科書現在坊間均有善本刊行應由各部隊軍醫自行採購參訂教授

(4)組織看護訓練所案

(14)六十二師軍醫處提議

(決議)此案經由總部軍醫處在組織軍醫講習所計劃內附設看護班訓練可無庸討論

(5)請選送軍醫出洋留學案

(50)五十九師軍醫處提議

(決議)應呈候 總部察核施行

(6)軍由總部軍醫處組設編譯部多譯外國醫書以灌輸新學識于醫案

(59)五十九師軍醫處提議

(決議)應俟軍醫講習所成立後交由該所辦理至目下彼此如有新的醫學知識可在總部軍醫處發刊之軍醫雜誌內投稿介紹

(7)戰時應需衛生人員宜於平時籌備案

(26)六十三師軍醫處提議

(決議)此案必須人才充足方可辦到應於軍醫講習所成立時呈請總部要求設立學生班或招致各正式醫校畢業生如志願當軍醫者准其入所補習以備任使

(8)擬請辦醫學報案

(14)獨立第六旅軍醫處提議

(決議)現在總部軍醫處已有軍醫雜誌發刊嗣後應由各部隊及各軍事機關高級軍醫担任源源投稿至關於獸醫的新學識亦應由各部隊獸醫人員常常投稿以期彼此增長學識

(9)士兵務須實施衛生教育案

(2)總部軍醫處提議

各部隊須注重衛生教育及隨時施以防疫方法案

(20)虎門要塞軍醫處提議

軍事教育機關嗣後應注重衛生學科以期軍隊衛生化案

軍醫雜誌 第五期

(37)政工講習所醫務科提議

關於看護担架等技術宜由各部隊挑選士兵輪流訓練案

(33)提議者同上

以上四條并案討論

(決議)應請由 總部通令各部隊切實舉行

四月十七日議程

(10)請發衛生宣傳費案

(55)五十九師軍醫處提議

(決議)應請由總部通令各師旅團政治部或黨部幫同各該部隊

衛生人員辦理其經費即由政治宣傳費或黨費項下酌撥
之

(11)關於新兵入伍應由軍醫檢查體格以防傳染病案

(11)獨立第一旅提議

(決議)應請由總部通令各部隊切實執行

(12)改良兵士生活衛生案

(41)廣西新編第一師軍醫處提議

(決議)辦法第一第二第四等項應由各該部隊軍醫主任督促

第三項每年檢查體格一次應請由總部通令實行

(13)實行各個兵士不共食案

(42)提議者同上提議

(決議)應由衛生人員商承各該部隊長官酌量試辦

(14)各部隊官兵宜按時舉行身體檢查及預防注射以保健康案

(38)政工講習所醫務科提議

(決議)身體檢查應歸併第四十一條第三項辦理預防注射應歸併第二十條辦理

(15)新兵入伍時應即施行種痘案

主席臨時提議暫未列號

(決議)應請由 總部通令切實執行

(16)嗣後關於補用軍醫擬嚴加審查資格以免濫竽案

(3)總部軍醫處提議

軍醫資格嗣後宜嚴加審查案

(29)政工講習所醫務科提議

以上兩條併案討論

(決議)所有現任各部隊少校以上軍醫應請由 總部通令限期將各該正式醫校畢業證書繳送總部軍醫處查驗分別呈請去留如或證書遺失時則須由各該原校切實證明該原校停辦時亦應由該原校同學會或同學醫師二人以上負責證明方可至各該醫校是否正式應以各地衛生局認可該校畢業生有註冊行醫資格者為標準嗣後各部隊任用少校以上軍醫即應依照此規定資格辦理併仍須試用月或二月後方復委任

(附記)在廣州市衛生局未成立之前醫生註冊係由警察

軍醫雜誌 第五期

廳辦理其後由警察廳將册藉祇送衛生局內有許多非正式醫校畢業之醫生衛生局亦姑准其照舊行醫者此項醫生仍不得認為合格

(17)嗣後關於補用司藥擬 加審定資格以免濫竽案

(7)提議者全上

(決議)少校以上司藥須由正式藥校或醫校藥科畢業者為合格

查驗証書手續亦應依照第三第二十九兩條決議案辦理至各該校是否正式即以各地衛生局認可該校畢業生有藥劑師資格者為標準尉官以下之司藥則照下列之標準
(一)市立職業學校調劑科畢業者(二)救護調劑學校一年以上畢業(三)在軍隊或各大醫院司藥三年以上得有委狀及証明書者但仍須考試試用方得委任(四)各醫學校附設之護士班(五)各地衛生局認可註冊之調劑生

(18)醫權統一案

(43)六十二師軍醫處長提議

(決議)應請由 總部通令各師旅團嗣後所有衛生人員除干犯軍紀外各軍官不得自由任免必須先交由各該部隊高級軍醫依照第三第二十九第七各條決議案之規定按級詳加審查認為廣予任免者方得任免

四月十八日議程

(19)關於平時戰時衛生勤務表册嗣後務須遵照填報以重統計

而資考成案

(5)總部軍醫處提議

擬請規定各種表式發下以歸劃一案

(27)六十三師軍醫處提議

關於各部隊衛生勤務表冊嗣後應遵章填報案

(31)政工講習所醫務科提議

以上三條併案討論

(決議)應請由 總部通令各部隊轉飭衛生人員查照此次頒發

定各表式切實填報

(20)由五月份起各部隊應照案每月編造衛生材料報銷冊案

(6)總部軍醫處提議

(決議)應請由 總部通令各部隊實行嗣後如逾兩個月仍不呈

繳者即停止發給材料費

(21)關於各部隊衛生狀況及醫務成績之考核案

(32)政工講習所醫務科提議

(決議)緩議

(22)訂定衛生勤務令是當務之急案

(40)教導隊醫務科長提議

擬請將衛生人員服務細則及各種表式頒發以資遵守而期劃一

案

(16)獨立第六旅軍醫處提議

軍醫雜誌 第五期

以上兩條併案討論

(決議)應請由 總部呈請軍政部製定頒發

(23)確定藥局方以收統治精神案

(10)海軍艦隊軍醫主任提議

(決議)應請由 總部呈請軍政部製定陸軍藥局方頒佈

(24)嗣後軍醫對於醫療工作務宜加以詳細診察及指導以保信

仰案

(4)總部軍醫處提議

(決議)應請由部通令各部隊轉飭衛生人員勉力遵行

四月二十日議程

(25)擬請准旅部增設上尉軍醫一員以便工作案

(28)一二五旅少校軍醫林培提議

旅部增加醫務人員案

(60)六二師一二四旅主任軍醫彭偉田提議

旅部應增加軍醫職員及藥費案

(39)一二六旅軍醫主任蘇金保提議

旅部擬請增加軍醫一員案

(64)十六師卅二旅軍醫主任何拔提議

以上四條併案討論

(決議)應請准予增加旅部特務營上尉軍醫一員

(26)增加衛生隊中下士看護名額案

(45)六十二師軍醫處提議

(決議)應請准予增加團部看護下士二名

(27)恢復衛生隊獨立性之組織爲團部直屬隊案

(47)一二三旅補充團醫務主任羅傳倬提議

(決議)應從緩議

(28)旅傷兵收容所平時應添設担架排案

(57)一一八旅主任軍醫電迅提議

旅部組織担架排案

(61)六二師一二四旅主任軍醫彭偉田提議

以上兩條并案討論

(決議)應請准予組設旅部平時担架排一排其編制卽依照師軍

醫院之架担排辦理

(29)恢復各連看護兵案

(58)提議者同上

(決議)應從緩議

(30)請求增加衛生材料案

(12)獨立第一旅軍醫處提議

增加衛生材料費案

(46)六二師軍醫處提議

增加藥費案

(48)一二三旅補充團軍務主任羅傳倬提議

軍醫雜誌 第五期

請增加衛生材料費案

(53)五十九師軍醫處提議

(31)擬請增加藥費及另給款購置器具案

(65)十六師三二旅軍醫主任何拔提議

關於衛生材料之增加案

(63)十六師軍醫處提議

以上六條并案討論

(決議)衛生材料費應請准予增至每人每日二角至給款購置器具應從緩議

擬請發給豫防疾病藥品案

(17)獨立第六旅軍醫處提議

請按時發給各項預防血清以杜傳染病發生案

(24)六三師軍醫處提議

以上兩條并案討論

(決議)應照成案辦理但於需要時必須先將藥品種類及數目先行電知以便準備購發

(32)凡患花柳病之官兵請求軍醫治療者擬每次定收藥費若干以示儆戒案

(25)六三師軍醫處提議

(決議)此案係謀減少軍人花柳疾病起見應請由總部通令各部隊嗣後無論官兵如有此種疾病而求醫者所需藥品應

由本人自備不得由公家藥費項下購置以示寓禁於徵

(33)籌辦製藥廠案

(18)虎門要塞軍醫處提議

宜由公家設立衛生材料廠自行製造案

(35)政工講習所醫務科提議

以上兩條併案討論

(決議)應請由 總部核奪辦理

(34)名師旅團衛生材料宜集中統一乃期接濟便利案

(34)政工講習所醫務科提議

(決議)應從緩議

(36)軍醫經濟要求獨立以裕一切建設案

(8)海軍艦隊軍醫主任提議

(決議)應從緩議

(36)提高軍醫生活費案

(19)虎門要塞軍醫處提議

各部隊衛生人員薪俸宜酌予優待以資鼓勵案

(30)政工講習所醫務科提議

以上兩條併案討論

(決議)應請由 總部通令各部隊嗣後對於衛生人員除在試用

期間仍支初級薪外至補實後應加特別優待無論服務久

暫一律准予晉支二級薪

軍醫雜誌 第五期

(37)請提高担架兵餉給案

(56)五十九師軍醫處提議

(決議)應請由 總部通令各部隊將担架排士兵等級酌予變更

即以全挑士兵四十八名將內二十名改爲上等兵

(38)請發給師軍醫處公費案

(54)五十九師軍醫處提議

(決議)師軍醫處獨立旅軍醫處及各團之醫務所均應規定若干

公費以資辦公此案應先錄呈 總部發交此次經理會議

核辦

(39)請發給留醫病兵用被服案

(51)提議者同上

(決議)及各部隊應需留醫病兵被服蚊帳應請由 總部照案發

給

(40)請補助傷病兵滋養費案

(52)情議者同上

(決議)應從緩議

(41)關於殘廢官兵在教養院期滿後應給與生活費案

(53)六十三師軍醫處提議

(決議)現在教養院對於殘廢官兵已定有完善之處置辦法此案

可毋庸討論

(42)擬請恢復詔州(分院)治療所案

(21)六十三師軍醫處提議

(決議)應從緩議

(43)師部平時應設立師軍醫院戰時改為野戰病院案

(62)新編十六師軍醫處提議

(決議)師部軍醫院確有設立之必要應即由總部三醫處擬訂規

制呈請總部核准施行



軍醫雜誌 第五期



奇文印務局版

轉 載

處 方 學

解 熱 劑 (3)

第十五方

鹽酸規尼涅 1.0
澱粉 適宜加少量單舍利別作成純白
色丸子20丸 頓服10丸又加少量之橡皮末亦可。

第十六方

鹽酸規尼涅 1.0
龍胆末(或甘草末) 適宜
龍胆越幾期(或甘草越幾期)，爲2丸每頓服10丸

第十七方

鹽酸規尼涅 0.5
乳糖 0.5分作三包(以Qb'ate)，
一日三回分服，或去乳糖亦可，

▲規尼涅散劑之應用配藥品

- 薄荷油糖
- 荳蔻越幾期
- 阿片末
- 甘草末

▲鹽酸規尼涅對幼兒不便應用膠囊，故為溶液混多量之單舍利別與之，且能害小兒之胃腸，故吾人好用Euchinin 於小兒為散劑或混牛乳，菜湯而與之。用量約鹽酸規尼涅之倍，

▲鹽酸規尼涅之小兒用量

○為解熱之目的(一回量)於百日咳亦同

1 年以下	0,03——0,05
1 年 —— 2 年	0,05 —— 0,1
3 年 —— 4 年	0,1 —— 0,15
5 年 —— 10 年	0,2 —— 0,25

○對麻拉利亞(malaria)症(一回量)

1 年以下	0,08 —— 0,1
1 年 —— 2 年	0,1 —— 0,2
3 年 —— 4 年	0,2 —— 0,3
5 年 —— 1 年	0,3 —— 0,4
10 年 —— 15 年	0,4 —— 0,5

▲若單寧酸規尼涅 (Chininum tannicum) 之用量則倍于鹽酸規尼涅，

第十八方 (麻拉利亞注射劑)

鹽酸規尼涅	3.0
安知必林	2.0
蒸餾水	6.0 煮沸，殺菌，濾過，

用時加溫而後注射于皮下。一回一筒蓋加溫能使吸收迅速，加安知必林能增大其溶解性

第十九方

鹽酸規尼涅	1.0
食鹽	0.09
蒸餾水	1.00 煮沸，殺菌，濾過，

加溫而注射於皮下或靜脈內(一回5.0—10.0)

第二十方

鹽酸規尼涅	2.0
澱粉漿水	6.00
單阿片丁幾	15 滴為灌腸料(一回約60.)

第二十一方 (小兒麻拉利亞水劑)

鹽酸規尼涅	0.25
單舍利別	30.0
餾水	40.0 為一日量三回分服(二歲以下)

▲備考

○鹽酸規尼 之副作用

1. 規尼滯性酪酐
2. 重聽 • 耳鳴 •
3. 弱視

○規尼滯劑甚能害小兒之胃腸○故宜食後服之 • 又有眼耳之疾者尤須注意○

○其他之尼滯劑

- 1 硫酸規尼滯 (Chininum Sulfuricum)
- 2 甜兒連 (Euchinin) (又名依知碳酸規尼滯=diminum aethylcarbonicum)
- 3 單寧酸規尼滯(Chininum tannicum)

○硫酸規尼之用量為鹽酸規尼滯之約倍量

○ Euchinin 適于小兒，但不可與酸性溶液併與之，即平常為散劑而與之為佳○

▲單寧酸規尼滯可用于小兒百日咳，其用量如次(一回量)○

1 — 2 年	0,1 — 0,2
3 — 5 年	0,3 — 0,5
5 — 10 年	0,5 — 0,7
11 — 15 年	1,0 — 1,5

▲附記=對惡性麻拉利亞或麻拉利亞惡液質○則規尼滯之効

果可疑。此時宜用 Fowler 水或米替連藍(methylenblau)。

處方例

(A) 米替連藍(methylenblau) 0.1——0.2

為一日量入于膠囊而與之(一日服數回)

(B) methylenblau 0.1

(肉蔻末 *Dulv. myristicae* 0.1

為一回量入于膠囊而與之。

▶ 對於小兒百日咳之處方例

○ 鹽酸規尼涅 0.1

安知必林 0.1

吐根舍利別 3.0

單舍利別 8.0

餾水 40.0 為一日量三回分服

▶ 鹽酸規尼涅如加稀鹽酸，Limonade 時。治効尤優。但 E
uchinin 則與酸性液不合。

▶ 凡如規泥涅之有苦味者。宜混咖啡煎或 Cacao，或舍利
別加芳香劑，或為水飴等。製成砥劑則能減其苦味，

▶ 應用解熱劑於乳兒幼兒者甚稀。然小兒之解熱劑當以規尼
涅劑為最優如 Euchinin 之苦味尤少故可以散劑與之，

▶ 鹽酸規尼涅，硫酸規尼涅水劑之製法—先混和為賦形水之
後乃加少許之酸類則易溶 (鹽酸規尼涅 1.0 加稀鹽酸

軍醫雜誌 第五期

10滴或硫酸規尼涅 1.0 加稀鹽酸 2.0 滴之率則易溶解)而後加矯味劑及水)

第二十二方

撒里知爾酸那篤留謨 (撒曹) 2.0—3.

重炭酸那篤留謨 (重曹) 3.0—5.0

苦味丁幾 2.0

餉水 100.0 爲一日量三回分服

►重曹宜用撒曹(又名楊曹)之約倍量。又重曹對水若超過 5 以上則難溶。故用大量時宜以散劑與之。

第二十三方

撒曹 2.0—3.0

苦味丁幾 2.0

薄荷水 10

餉水 100.0 爲一日量三回分服

○處方撒曹時不要加單舍利別，最好與重曹爲伍。或配合苦味丁幾，薄荷水等。又宜常常檢尿注意蛋白，血球等。

○撒曹之單味水劑比諸附有甘味者尤易服。如配合重曹更妙。蓋能防遏胃症狀，且堪于久服連用(雖稍變色而効力不變)。

○撒曹之小兒用量(一日量)

轉 載

1年——2年	0.5——1.0
2年——6年	0.8——1.5
6年——10年	1.2——2.0
10年——15年	1.5——2.5

▲注意—撒曹之配合禁忌及應用禁忌，（重要者）

1. 沃度加里（然有配合之處方例）
2. 與酸性禁忌
3. 於腎臟炎禁忌
4. 有胃腸疾患或咯血或有咯血之虞者，

▲應用配合藥品(第23方)

- 重碳酸那篤留謨（服後有胃痛等之副作用者尤須配合大量之重曹爲佳）
- 苦味丁幾
- 薄荷水（Aqua Menthae）
- 赤 酒（Vinum rubrum）
- 橙皮丁幾（Tinctura Aurantii Costicis）
- 醋酸加里液（醋剝液 = Liquor Kalii Acetici）
- 臭素加里（Kalium bromatum）
- 臭素那篤留謨（臭剝 = Natrium bromatum）
- 安那加
- 莨菪越幾斯（Extractum Scopoliae = 極量一回0.05一日）

軍醫雜誌 第五期

0.15

- 莨菪丁幾 (Tinctura Scopoliae)
- 食鹽 (Natrium Chloratum)
- 桂皮丁幾 (Tinctura Cinnamomi)
- 芳香丁幾 (Tinctura aromatica)
- 沃渡加里 (雖屬禁忌然有要方之例)

第二十四方

亞期必林 (Aspirini) 0.3— .5()

芳香散 (Pulvis aromatic.) 爲一包頓服用

第二十五方

亞期必林 1.5

乳糖 (白糖) 1.0分件三包爲一

日分 (食後服之)

▲注意○=亞斯必林通過胃至腸乃分解○故不損害胃○副作用少而作用緩和○本品同時不可與重曹及 Alkali 劑爲伍○是因恐胃在胃內即分解故也○又服用時混以酸劑如鹽酸 Limonade 等亦佳

○如連用酸味強度之亞斯必林時○能誘起胃加答兒症者有之○此際如併用莨菪越幾斯或 Diastase (頓服用) 則能除去不快之副作用

▲應用配合藥品 (第25方)

- 芳香散 (Pulvis aromatic.)
- 研芝亞那末(Pulv. Radicis gentianae)
- 萇蓉越幾斯
- 獨伐散(Pulv. Doweri=極量一回1.0——日3.0)
- 菲那西精(Phenacetinum)
- 地麥答利末(Folia Digitalis pulv=極量一回0.2——日1.0)
- 安息香酸普達咖啡(極量一回1.0——日3.0)
- 磷酸古堉因 (Codeinum phosphoricum =極量一回0.4——日0.3)
- 單那民(Tannalbin=Albuminum tannicum)
- 白糖末(Saccharum ualbum)
- ▶備考二安知必林，鹽酸規尼涅，Diastase 等若與亞斯必林配合○則潮解○
- ▶亞斯必林之小兒用量

年 齡	一日量
1 年以下	0.01——0.03
1 —— 2 年	0.03——0.06
3 —— 5 年	0.08——0.1
6 —— 1 年	0.1 —— 0.2
10 —— 15 年	0.15 —— 0.3

第二十六方

亞斯必林	1.5
稀鹽酸	0.8
單舍利別	10.0
餾水	100.0 爲一日量三四分服

▲其他之Acid. acetylsalicylic. (亞斯必林)劑

1. 阿普必林(Opopin)
2. 可溶性亞斯必林
3. 鱗片亞斯必林

▲亞斯必林之應用

1. 急性及慢性癱麻質斯
2. 神經痛
3. 頭痛
4. 肋膜炎
5. 安魏那(Angina=口狹炎)

備考

▲油糖乃白糖 50.0 中混揮發性油1.0者也。如必要製小量之

油糖時。對白糖2.0混揮發性油1滴製之可也。

○茴香油糖 (白糖50.0茴香油1.0)

○薄荷油 (白糖50.0薄荷腦油1.0)

○橙皮油糖 (白糖50.0橙皮油1.0)

▲安知必林，鹽酸規尼涅Diastase 等若與亞斯必林配合則潮解。故投藥時宜與頓服或一日量為佳。

2. 清涼劑(Temperantia)

▲清涼劑有清涼，止渴，消化之作用。

第一方(鹽酸Limonade. 稀鹽酸Limonade)

稀鹽酸	0.8
單舍利別	10.0
餾 水	100.0

為一日量三回分服

- 此處方之稀鹽酸若用1.0則酸味過強。
- 稀鹽酸乃用鹽酸一分，蒸餾水二分而製者。
- 稀鹽酸宜豫製十倍用者為便。
- Limonade. 係含有糖分之酸性飲料之通稱也。
- 單舍利別係將65分之白糖溶解於35分之熱蒸餾水者也。
- 單舍利別若豫先加蒸餾水稀釋製便。常有種種利益。
- 若醫師皆照此行之。則對於國家之經濟獲益大抵單舍利別每(450gr)加餾水100.0惟夏季則須注意。

第二方 ($\frac{1}{2}$ 鹽酸或 $\frac{1}{2}$ 稀鹽酸Limonade)

稀鹽酸	0.4
單舍利別	10.0

軍醫雜誌 第五期

餾 水 100.0

爲一日量數回分服

○此方多爲小童之用○視其年齡而加減其分量

▲應用配合藥品(第一方)

○苦味丁幾

○百布聖 (Pepsinum)

○含糖百布聖 (Pepsinum Saccharatum)

○規那丁幾(凡規那劑與醋剝液，瀉鹽，Eowler等水禁忌配合○與赤酒雖屬禁忌○若與酸伍則無妨)

○杏仁水(極量一回2.0一日6.0)

○莨菪丁幾(極量一回1.0一日3.0)

○莨菪越幾斯(極量一回0.05一日0.15—宜豫製成五倍或十倍之乾燥者爲便)

○硫酸 Magnesium (又名硫苦—與規那劑禁忌)

○赤酒 (Vinum rubrum) —赤酒亦與規那劑禁忌○然若加酸劑則無妨)

○Strophanthin 丁幾(極量一回0.5一日0.15)(索番斯酒)

○地牙連 (Sigalen)

○Parital (噴求太耳)

○地麥他民 (Digitamin)

○士的年丁幾 (Tinc, Strychni)(又名保美加丁幾)

- 橙皮丁幾
- 芳香丁幾
- 薄荷水
- 利鎖辛 (Resorcin)
- 加士加流動越幾斯
- 麥角越幾斯 (Extractum Secalis Cornuti=極量一回0.3
一日1.0)
- 阿片丁幾(極量一回1.5一日5.0)
- Condurango流動越幾斯
- 覆盆子舍利別(Sirupus Rubilideai)
- 安和必林(極量一回1.0一日3.0)
- 彼拉密東(Pyramidon極量一回0.3一日1.0)
- 亞斯必林 (Aspirin)
- Opopirin(亞拍匹靈)
- 鱗片亞斯必林
- 鹽酸規尼涅(宜加多量之單舍利別=(Chinini hydrochloricum)

備考

- 沃剎，臭剎，醋剎，楊曹，Brocin,大黃浸，大黃丁幾等
- 與酸性禁忌配合
- 稀鹽酸雖賞用於消化不良。然因有酸味。一年以下之

軍醫雜誌 第五期

乳兒有不能服者○宜注意之○一般乳兒○大抵胃酸充足
○務以不投酸性劑爲佳○有時或投以重曹水可也(重曹
水用0.5%乃至1.0%適量)

▲其他之Limonade

- 0.5%枸橼酸Limonade
- 0.5%石酒酸Limonade
- 1.0%稀磷酸Limonade
- 1.0%稀硫酸Limonade (有止血之作用)
- 1.0%乳酸Limonade(對下痢有制瀉之作用)

▲稀磷酸製法(磷酸1.0 餾水1.0)

▲稀硫酸製法(硫酸1.0 蒸餾水9.0)

▲下列之處方亦爲清涼劑而用之

處方例

重酒石酸加里	1.5—5.0
單舍利別	10.0
餾水	100.0

爲一日量三回分服

▲應用配合藥品

- 苦味丁幾
- 地麥答利斯劑(地麥答利斯丁幾 極量一回1.5—日5.0)
- 醋酸加里液(醋剝液)

- 芳香丁幾
- 橙皮丁幾
- 薄荷水(Aqua Menthae)
- Strophanthin丁幾(極量一回0.5一日1.5) (索番斯丁)

3. 飽和劑

(Saturationes)

▲飽和劑有矯味，鎮味，利尿之效。

第一方(Selterswasser)

酒石酸(Acidi tartarici)	1.5
重 曹	2.0
單舍利別	10.0
餾水	100.0

為一日量三回分服

第二方(無單糖Selter水)

酒石酸	1.5
重碳酸那篤留謨	2.0
餾水	100.0

為一日量三回分服

第三方(美味Selter水)

枸橼酸	1.8
重 曹	2.0

軍醫雜誌 第五期

單舍利別	10.0
餉水	100.0

爲一日量三回分服

▲各Seiter水若用之於小兒○宜視其年齡而用適量(重曹之結
晶者宜細挫用之爲佳)

▲第一方應用配合藥品

- 苦味丁幾
- 鹽酸古加因(極量一回0.05一日0.5 用時宜振盪)
- 薄荷水
- 地菱答利斯丁幾(極量一回1.5一日5.0)
- 磷酸古埤因(Codein 極量一回0.1一日0.3)
- 甘硝石精(Spiritus Aetheris nitrosi)
- 沃度加里
- 沃度那篤留謨
- 臭素加里
- 臭素曹達
- 莨菪丁幾(極量一回1.0一日3.0)
- 莨菪越幾斯(極量一回0.05一日0.15)
- 桂皮丁幾
- 芳香丁幾
- 橙皮丁幾

備考

▲薄荷水簡易調製法

薄荷油	1.0
淨水	500.0

十分振盪混和之後更以濾紙濾過之

▲對小兒(尤以乳兒)用酒精丁幾類時○務宜制限○因有時可發生腦症狀故也○

▲重曹宜用結晶者為佳

▲日本藥局方所定之飽和劑處方如次(第四方)

第四方

枸橼酸	4分
碳酸那篤留謨	9分
水	190分

臨用時製之

注意

▲重曹水或 Selter水如加鹽酸古加因時○鹽酸古加因當分解而結晶○浮出於液之上面○故臨用時若不十分強振盪之○則有一氣飲盡古加因之虞○故宜注意○

4. 強心劑(Cardiotonica)

▲普通常用之強心劑如次

A. 使用於慢性心臟衰弱者

軍醫雜誌 第五期

○地芰答利斯劑

1. 地芰答利斯葉 (Eolia Digitalis=極量一回0.2—日1.0)
2. 地芰答利斯丁幾 (極量一回1.5—日5.0)
3. 地牙連 (Digalen)
4. 地芰他民 (Digitamin)
5. Pangital (噴求太耳)
6. Digifolin (地蒺佛林)

○地芰答利斯 (Digitalis) 之代用藥

1. Strophanthin 丁幾 (極量一回0.5—日1.5) (索番斯丁)
2. 海葱丁幾 (Tinc. Scillae—日量3.0以內)
3. 硫酸 Sparteinum (一日量0.5以內)
4. 福壽草浸 (Adonis amurensis=一日量2.0—4.0爲浸劑)

○Caffein (咖啡) 劑

1. Caffein (極量一回0.5—日1.5)
2. 安息香酸曹達咖啡 (極量一回1.0—日3.0)

B. 用之於急性心臟衰弱者

○樟腦 (Camphor) 劑

1. 精製樟腦 (Camphor)
2. 樟腦油

○亞篤列那林 (Adrenalin) 劑

鹽化亞篤列那林液(通常所販賣者為千倍液)

▲地麥答利斯劑因作用緩和○故主用於慢性心臟衰弱○

▲地麥答利斯劑之共通缺點

1. 効力緩慢

2. 蓄積作用

第一方

地麥答利葉浸(0.5) 100.0

(單舍利別) 10.0

為一日量三回分服

▲連用之則有蓄積作用○全量服至4.0—5.0便可中止○停藥

1—2星期然後定奪(有時服至全量2.0以內便見藥效著明○

故宜常常斟酌脈搏及心音)

▲第一方應用配合藥品

○Strophanthin丁幾(極量一回0.5—日1.5)(索番斯丁)

○醋酸加里液

○安息香酸曹遠咖啡(極量一回1.0—日3.0)

○重酒石酸加里(又名Cremor)

○苦味丁幾

○重碳酸那篤留謨(如常配伍之能助長藥效且妨副作用)

○硝酸加里

○知列精(Diuretin=極量一回1.0—日3.0)

軍醫雜誌 第五期

- 安知必林(極量一回1.0—日3.0)
- 麥角越幾斯(Extrac, Secalis Cornuti=極量一回0.3—日1.0)
- 福列兒水(Liquor Eowleri=極量一回0.5—日1.5)
- 橙皮丁幾
- 杏仁水(極量一回2.0—日6.0)
- 赤酒
- 海蔥丁幾(Tinc, Scillae)
- 阿片丁幾(極量一回1.5—日5.0)
- 鹽酸嗎啡(極量一回0.03—日0.1)
- 含糖Pepsin
- 安母尼亞茴香精(Spiritus Ammoniae foeniculatus)
- 吐根舍利別(Sirupus Ipecacua^hae)

▲注意=○地麥答利斯劑與沃度加里配合禁忌

▲地麥答利斯劑應用上之注意

1. 適應=用之於心臟瓣膜病之代償機能障礙，肺氣腫，肺鬱血，血管硬化症，萎縮腎等之有循環障礙時。或急性熱性病之心臟衰弱等。
2. 禁忌=代償機能無障礙時，脈緊張且大，強度之脈管硬化，心筋變性，萎縮等宜慎用之。
3. 內服後約一晝夜而後作用。故急切時不適於用。

4. 如連用地芫答利斯劑往往能發中毒症狀。脈搏非常緩徐。或反突然急速。或不整。且體溫下降，呈虛脫之狀。
5. 地芫答利斯劑往往發嘔吐故下痢。此際宜灌腸（即以1%浸劑一日2回每回灌腸20—30升）或為皮下注射劑或靜脈內注射劑。
6. 地芫答利斯劑之効方多屬不定。故宜注意。又有中止地芫答利斯劑後便見心臟衰弱復現。如此之時宜連用極少量（即一日0.05—0.1）雖在數月無害者有之。
7. 地芫答利斯葉普通為浸劑或煎劑而用之。又研末為散劑亦可。（蓋浸煎劑易變故不可投與二日量以上）

第二方

地芫答利斯葉浸(0.5)	100.0
醋酸加里液	10.0
單舍利別	10.0
安息香酸萸達咖啡	0.5
Strophanthin 丁幾(索番斯丁)	1.0

為一日量三回分服

第三方

地芫答利斯葉末	0.5
乳 糖	2.0

分作三包為一日量三回分服

軍醫雜誌 第五期

▲應用配合藥品(第三方)

- 精製樟腦(Camphor)
- 大黃末(Pulv, Radicis Rhei)
- 龍胆草末(Pulv, Radicis Gentianae)
- 安息香酸曹遠咖啡(極量一回1.0—日3.0)
- 耶拉巴(Jalapa)根
- 甘汞(Hgz Clz)
- 知列精(Diuretin極量一回1.0—日3.0)
- 金硫黃(Stibium sulfurtum surantiacum=極量一回0.2—日0.6=日本舊藥局方)
- 咖啡(Caffein=極量一回0.5—日1.5)
- 鹽酸規尼涅(其少量者能使心臟機能旺盛。往往與地
麥答利斯葉末爲伍)

第四方

地麥答利斯葉末	0.1
精製樟腦(Camphor)	0.1
咖啡(Caffein)	0.3
乳糖	0.5

爲一包頓服用(心臟衰弱時則每隔三時間服一包)

第五方

地麥答利斯葉末	0.05
---------	------

鹽酸規尼啉(Chinine chlor.) 0.1
 甘草末 適宜
 甘草越幾斯 ”
 爲一丸量，一日三回一回服2——3丸

▲地芩答利斯葉之小兒用量

年齡	一回量	一日量
1 —— 2年	0.02	0.05 —— 0.1
3 —— 4年	0.02	0.1 —— 0.12
5 —— 10年	0.03	0.15
10 —— 15年	0.04	0.2 —— 0.3

第六方

地芩答利斯丁幾(Tinc. Digitalis)

1.5

單舍利別 11.0

縮水 100.0

爲一日量三回分服

▲應用配合藥品(第六方)

○Selter水

○Strophanthin 丁幾(索番斯丁)

○海葱丁幾(Tinc. Scillae=一日量3.0以內)

○阿片丁幾(極量一回1.5一日5.0)

軍醫雜誌 第五期

○杏仁水(極量一回2.0一日6.0)

▲Digalen, Digitamin, Pangital等皆有販賣注射用之Amplle者

○用之爲便

第七方

Strophanthin丁幾(索番斯丁)	1.5
單舍利別	10.0
餉水	100.0

爲一日量三回分服

▲應用配合藥品(第七方)

○苦味丁幾

○規那丁幾(與瀉鹽互相禁忌)

○瀉鹽(與規那丁幾互相禁忌)

○纈草丁幾(Tinc. Valerianae)

○地芰答利斯丁幾(極量一回1.5一日5.0)

○醋酸加里液

○杏仁水

○臭素加里(Kalium bromatum)

○臭素曹達(Natrium bromatum)

第八方

Strophanthin丁幾(索番斯丁)	1.0
地芰答利斯丁幾	1.0

轉 載

杏仁水	3.0
單舍利別	10.0
餾水	100.0

爲一日量三回分服(心悸亢進症)

▲Strophanthin 丁幾雖有短時間奏效之利○然無持久性○大抵不現蓄積作用○

第九方(Caffein極量一回0.5—日1.5)

咖啡(Caffein)	0.3
乳糖	1.5

分三包爲一日量三回分服

注意

1. Caffein(咖啡)於水屬難溶性故○臨牀上以用易溶性複鹽之安息香酸曹達咖啡爲便○
2. 咖啡劑作用於血管中樞○尤能收縮內臟神經支配下之血管○擴張心臟之冠狀動脈○使心臟之榮養佳良○
3. 又能擴張腎臟血管以增進利尿作用
4. 能刺戟大腦皮質○致不眠，精神興奮等○

▲應用配合藥品(第九方=Caffein)

○精製樟腦(Camphor)

○安知必林(Antipyrin=極量一回1.0—日3.0)

▲配合配忌(Caffein)

軍醫雜誌 第五期

1. 沃度鹽類
2. Alkali鹽類
3. 單寧(Tanin)含有物

第十方

安息香酸曹達咖啡	0.5
乳 糖	2.0

分作三包爲一日量三回分服

第十一方

安息香酸曹達咖啡	0.5
單舍利別	15.0
餾水	100.0

爲一日量三回分服

注意

1. 定息香酸曹達咖啡雖有強立利尿之效。大概爲利尿劑而見用。
2. 副作用雖少。時有發嘔吐者。
3. 撒里知爾酸曹達咖啡之用法，用量，極量等與安息香酸曹達咖啡同。

▲Caffei之小兒同量(一日量)

1年以下	0.01—0.05
1—3年	0.05—0.15

4—10年	0.15—0.2
10—15年	0.2—0.25

▲應用配合藥品(第十一方)

- 醋酸加里液
- 苦味丁幾
- 地芟答利斯劑
- Strophanthin 丁幾(索番斯丁)
- 安知必林
- 被拉密冬(Pyramidon)
- 撒里知爾酸曹達
- 含糖百布卒(Pepsin)
- 橙皮丁幾
- 芳香丁幾

第十二方

2% 安息香酸曹達咖啡水

煮沸，殺菌爲注射料

用法—每隔二時間注射一筒(於皮下)

第十三方

精製樟腦(Camphor) 0.3

乳 糖 2.0

分三包一日三回分服

(有加入安息香酸曹達咖啡者)

第十四方

1%樟腦阿列布油

皮下注射1—2—3筒

(每隔1—2時間注射一筒亦可)

備考

1. 凡Camphor 宜加微量之酒精或依的兒(Aether)以乳鉢細研之。豫先製成樟腦散爲便

2. 樟腦攪油之調製法

先取樟腦於乳鉢滴加微量之酒精或依的兒細加研末之後
○加少量攪油(Öl oleum)研磨○乃用透過攪油之濾紙濾過之○或以濕潤過攪油之精製綿而濾過之○然後煮沸殺菌以供注射之用○

▲樟腦應用上之注意

1. 樟腦適於急性心臟衰弱
2. 有強心，興奮之作用
3. 當嗎啡之禁止療法時○內服Camphor(一日2—3回0.05)能緩和其症候
4. 對肺結核患者有注意少量 Camphor 於皮下者(一日一回0.01——0.02無熱者則0.05——0.1 連注五日間之後乃休藥一星期)○

(爲避注射部位之疼痛○有灌腸之者)

處方例 (灌腸用)

Camphor (樟腦)	0.5
卵 黃	一個
阿片丁幾	0.5
水	200.0

製成乳劑爲灌腸料

5. 爲皮膚刺戟劑製成10%軟膏外用於神經痛，癱瘓質斯，打撲症，凍傷等○
 6. 所謂P:evalstin者即10%Camphor軟膏也○如塗擦於肺結核患者○有強心祛痰之效○且能增進食慾○使睡眠佳良○多少有解熱制汗之效○其用法每回宜變換塗擦之部位○連用五日間之後○停止10——12日間○而後再反覆用之○
 7. 對急性心臟衰弱雖以Camphor最有效○若用 Digitalis劑時○宜注射 Digalen, Digitamin, Pangital等於皮下或靜脈內○蓋此地地麥答利斯劑於急迫時，無濟于事故也○
- 鹽化亞篤列那林(Chlor. Adrenalin)之所販賣者爲千倍溶液○其作用雖多種多樣○然皆不外乎刺戟交感神經末端○尤以爲血管收縮劑及心臟興奮劑而著名○若用爲強心藥○尤爲有效於血管麻痺所致之血壓下降○此外對急性傳染病如實扶的里，肺炎等之經過中所致之心臟衰弱，亦可適

用。

又適用於心臟衰弱，血壓沈降，血管運動不全症，心筋炎，不整脈等。其注射部位宜選皮下或肌肉內。靜脈內注射(0.25—0.5)往往能惹禍故。宜十分注意。對腎臟疾患則Adrenalin屬有害云。又若吸收大量時能發急性中毒(心悸亢進，胸內苦悶，呼吸困難，震顫，惡寒等)。尤以對老人尤須注意。

內服=爲止血劑而應用於種種之內臟出血。一日數回，一回服數滴。

皮下注射=對喘息之發作。

注射0.1—0.3—0.5時。有鎮靜之效。其他對內臟出血雖亦有注射之者。然其效可疑。

外用=對喘息將千倍溶液更稀釋十倍，對百日咳則仍稀釋十倍或百倍而吸入之。其他事項。詳載於止血劑之篇。請另參照之。

▲麥角劑亦可用爲強心劑(小兒亦可用)

▲Pituitrin亦爲強立劑而見用。又對喘息又效。

▲賀夫曼(Hoffman)氏液(一名依的兒精)可嗅入或和舍利別水而用之。