

年

卷

2

第

期

2

—

1

第

600

517

請交換

同濟醫學季刊

第二卷 第一二期合刊 蔡元培題

中華民國二十一年六月三十一日出版
國立同濟大學醫學院同學會發行
中華郵局特准掛號認為新聞紙類

TUNG-CHI ACTA MEDICA

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

VOL. II. 31. JUNI 1932. NO. 1-2.



海而密安

此藥功專消毒滅菌兼
能止痛為尿道疾患之
最佳內服劑凡尿管刺
痛膀胱發炎小便混濁
及尿道內細菌傳染諸
症莫不見效

藥片 包裝 每瓶廿片每
片〇·五克
藥粉 每瓶一英兩



«Bayer-Meister-Lucius»



德國天德大藥廠製造中國獨家經理上海江西路一三八號謙信洋行

楊元吉醫師譯著

增訂 生理胎產學 布面精裝一冊 實價四元

是書特將(一)無痛分娩(二)麻醉新劑 Pernocton 及 Avertin 之用法(三)診斷初期妊娠之 Aschheim-Zondek's Reaction 統行增入內容較初版約增五分之一益見精采

初版 病理胎產學 布面精裝一冊 實價五元

是書繼前者而作插圖益多乃採取德國產科名著多種之精華譯著而成對於產科手術之應用方法尤屬詳明讀此一書可免閱覽 Braun, Doederlein, Stoockel 諸氏著作之煩

(郵費每冊二角國外照加)

總發行所 上海南京路六二〇號楊元吉醫師診所

經售處

開明書店 上海四馬路及各分店
五定公司 上海北京路九六號

上海著名四大助產學校

校名	投考資格	修業期限	招攷時期	實習醫院	校址
德中	初中力	兩年	每學期	中德醫院	靜安寺路
德同	畢業及具有同等學	兩年	每學期	上海平民醫院	張家浜
德大	畢業及具有同等學	兩年	每學期	同德婦孺醫院	山海關路
健華	畢業及具有同等學	兩年	每學期	大德醫院	卡德路口
				健華醫院	五登路四號
					愛文義路西摩路口

黃兌楣著 壽身小補德文譯本出版

國立中山大學醫科附屬醫院醫師

羅榮勛譯 每冊定價大洋壹元貳角

壽身小補德文副刊 羅榮勛著

壽世補元德文譯本 羅榮勛譯

中國助產教科書 羅榮勛譯

接洽處 廣州百子路中山大學醫科醫學集刊社巴斯勒

教授

商標 大寶來

商標 恩丕林

TRADE MARK 'TABLOID' 商標

TRADE MARK 'EMPIRIN' 商標

「恩丕林」乃商標之名稱，即指威來金化學製藥廠所製之醋柳酸，此種醋柳酸較英國藥典標準所需求者，更為純粹，且絕對不含醋酸及柳酸。「大寶來」「恩丕林」及其複方之製劑，皆應用此種醋柳酸者，此種製劑最堪重視者，為其分量準確，作用均一，分解容易，且吸收迅速。

「大寶來」複方「恩丕林」具有「恩丕林」牌醋柳酸及非那西汀與咖啡因之特殊鎮痛之効力。

如醫家欲試用「大寶來」「恩丕林」或「大寶來」複方「恩丕林」者，可向本行函索樣品。

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

(Proprietors: The Wellcome Foundation Ltd., London, England)

AND 5 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

號五路港香海上華中 敦倫國英

行藥大威寶



(司公限有金基氏威商英)



同濟醫學季刊第二卷第一期合刊目錄

	頁 數
✓ 論中國人之盲腸炎.....	孫長孺 1 — 6
✓ 樟腦油與醫肺槍傷出血.....	黃容增 6 — 14
✓ 漢藥蘆薈之研究.....	黃勞逸 15 — 19
✓ C 維他命.....	梁之彥 19 — 24
✓ 人工墮胎之手術及其時間問題之拾遺.....	沈在中 24 — 25
✓ 關於肺炎治療之新効驗.....	李永彬 26 — 32
✓ 大蒜治腸病之功效.....	光 漢 32 — 33
✓ 近代瘧藥撲滅間歇熱之意義.....	沈尙德 33 — 37
✓ 盲腸炎之由來.....	徐德麟 37 — 38
我國醫學革命之過去與將來.....	林千葉 38 — 44
✓ 預防梅毒的方法.....	劉德健 45 — 46
✓ 對內科病用 X 光治療法.....	詹世芳 47 — 51
✓ 論早產兒生後十日的命運.....	戚其山 52 — 55
✓ 無(顆粒性)白血球症之一例及其治療.....	李明琛 55 — 60
✓ 關於尿分泌受物理因素的影響.....	陶桓樂 60 — 61
✓ 子宮外妊娠診斷之錯誤.....	殷 勤 62 — 66
✓ 習慣性便秘之原因與治療.....	沈在中 66 — 68
✓ 靜脈瘤發生的原因.....	李萼芳 69 — 72
✓ 用 Antiphlebin 之痔治療.....	朱虎蔚 72 — 73



早期經閉婦女的胖大病之 Thyroxin-Prolan 治療.....胡志遠 73 — 76

重要中毒之認識和治療的進步 ✓

1 砷中毒.....谷晉昭 76 — 86

2 二養化炭中毒.....王紹昌 86 — 87

3 精中毒.....王紹昌 87 — 89

碘療論.....王紹昌 89 — 98

腦下垂體製劑—食鹽靜脈注射爲手術後腸麻痺之可

靠補救.....問戰憎 98 — 100

關節滲液症穿刺術在治療上及診斷上之價值.....俞 笛 梅 100 — 103
陶 灤

何時施用水銀軟膏療法及其效果.....孔 麒 103 — 104

穿孔的胃潰瘍.....陳漁舫 104 — 107

下腿潰瘍之治療法.....鍾文瀾 107 — 109

梅毒，白濁及結核病之血清學的鑑別診斷.....方 召 109 — 116

糖在治療上之意義.....程周緒 116 — 117

用伊脫 (Aether) 治療手術後的氣管支炎之研究.....張運生 117 — 119

波狀寒熱病.....魏祖憲 120 — 121

氣管枝性喘息之原因及其治療.....儲麟蓀 121 — 125

氣管枝炎之 Bier 氏伊脫 Aether 治療法.....彭 喆 126 — 130

癩麻質斯用硫磺及碘之最新療法.....吳厚章 130 — 136

關於暈眩現象及其療法在神經學上之實驗.....李纘松 136 — 140

消息一束.....賀逢吉 140 — 141

來函.....新亞藥廠 141 — 143

輯編後言.....本 社 143 — 144

改 良 國 產 原 藥

“F. KOONG”

PHARMACEUTICAL PRODUCTS

祛痰鎮咳劑

法可爾 FACCOL

本藥係從國產五加科植物八角金盤中，抽出祛痰鎮咳最有效之部分，曰法可爾 FACCOL。昔時我國本草，以該植物為驅風毒，散瘀血之用。今實行試驗，知溶血之力，確甚高。故消炎祛痰之作用甚強。尤喜副作用，反較他種治咳藥少。以此抽出之部分，專為祛痰鎮咳之藥，功效既較原植物準確。毒力亦渺。製為液劑，且可久貯不變，洵屬相宜。

【適應症】 氣管支炎 肺炎 喘息 喉頭炎 肺癆 百日咳 及其他急性慢性呼吸器病均適宜

【用量】 大人一日量 一·五公撮 (15 cc.) 至二·〇 (20 cc.) 一日三回分服

小兒按年齡減服 久貯後用時宜振盪
【配合】 無特別禁忌

【價格】 每盛一百公撮瓶售國幣二圓五角 每盛二百公撮瓶售國幣四圓五角

易海 南市 虹橋 西首 福康 藥店 發行

本埠北市及各處大藥房均代售

增 製 商 標 藥 品



以鐵補血固有效，然易障害消化器。貧血人又多胃腸病狀，尤不無增劇之虞。惟立勃絡髓可無慮，因係有機性鐵化合物。其中蛋白質，已製成一種生質精，與鐵結合頗緊。(有簡易試驗法可證)過胃不生變化，至腸即可吸收。極易同化，故奏效偉速，而無害胃腸。與普通鐵劑迥不相同。惟福康立勃絡髓，前僅發行含砒一種，用者殊覺不便。今特增製含碘 JOD-LEBEROSE，及單純(無砒碘)LEBEROSE 二種。(商標如上式)仍以極廉之價發售。又各種貧血，非盡因鐵分不足，亦有由溶血性毒素而起。補血解毒劑，利服爾。LIVERPHOR。係從動物肝胃內抽取有效成分所製。具有中和毒素作用。即其他貧血，亦甚效。且有調整胃腸功用。高血壓等，均適宜。如與立勃絡髓同服，或輪服，尤佳。此外如鎮痛劑，凡痛靈 VETOLIN。最新萬痛靈。NEO-VETOLIN。於頭痛，牙痛，及胃痙，船暈，婦女月經痛，各種神經痛，效均極速。消化劑，育道片 DISPEPSINTA-BLETT。消化功力之優，無與倫比。整腸止瀉劑，澎可寧 PANKONIN。關於腸內消化不良，慢性腹瀉等，尤效。輕瀉劑，通乃分 TONOPHEN。瀉頗和緩。於常時大便秘結者最宜。以上各藥，亦時在研究改進。不遜外貨。且從未乘機漲價，是以售價之廉，咸不逮焉。如須比較表，及詳細說明書，函索即寄。

福康西藥店再白

GASTROENTERIN

Gastroenterin is a palatable preparation of the proteolytic, amylolytic, steatolytic and curdling ferments that act in acid, alkaline or neutral medium.

Gastroenterin aids gastric and enteric digestion, of fats, proteins and farinaceous matters.

It is also valuable as an adjuvant and vehicle for exhibiting Iodids, Bromids, Salicylates and other drugs that disturb the digestive function.

Indications

Indigestion of all forms, Loss of Appetite, Heaviness of the Stomach, Dilation of the Stomach, Weakness of the Stomach, Vomiting Indigestion Flatulent Indigestion, Infant Diarrhoea and Pregnancy Vomiting.

Directions for use

Adults: One to two teaspoonfuls, three times a day, after meals.

Children: $\frac{1}{2}$ to one teaspoonful according to age.

The Medical and Pharmaceutical Research Institution.

Sole Agents:

THE SHANGHAI DISPENSARY

SHANGHAI CHINA.

Obtainable in all Dispensaries

胃 精

胃精乃以能消化蛋白質，澱粉質，脂肪質，及凝乳之各種消化酶以特殊方法混合製成不論在酸性，鹼性，以及中立性之媒質中均能發生功效

胃精能助胃，腸，消化各種脂肪質蛋白質澱粉質

胃精又為碘化物溴化物柳酸鈉以及其他有礙消化器之各種藥物之矯味賦形藥。

主 治

各種消化不良。食慾減退。胸膈飽滿。食後澎漲。胃弱不振。積食嘔吐。腸胃充氣性消化不良。嬰兒水瀉。以及孕婦嘔吐等症

劑 量

成人。每次服一至二茶匙一日三次飯後服
小兒。每次服半至一茶匙按年齡遞減之

上海醫藥化學製品所出品
上海華英大藥房總經理

各大藥房均有發售

福白龍



瘧疾感冒及
各種熱病退熱
注射劑

FEBNON

本品用鹽酸奎寧為主配以
強心劑咖啡精及烏來糖製
成之十成滅菌溶液專治瘧
疾傷寒流行性感冒肺炎扁
桃腺炎神經痛偏頭痛肺癆
潮熱及其他有發熱之各症
一經注射作用迅速即可使
熱度漸漸降下其他鎮痛等
作用亦頗顯著皮下靜脈均
可注射完全無痛無刺戟性
定價低廉尤為特色
色裝 二西西每盒十支
五西西每盒五支
各大藥房均有出售

上海新亞化學製藥公司

麥根路七十四號

祛痰 鎮咳

百咳定

藥粉水
片粉水

應用科學方法。
用國產藥材製
出之新藥。

主治

流行性感冒·
急性慢性氣管
枝炎·肺炎·
百日咳·肺結
核·氣管枝喘
息·其他咳嗽
咯痰諸症·

包裝

藥水 一五〇 西西
藥粉 二〇〇 西西
藥片 一〇〇 片

PACDIN

Powder, Liquid, Tablet.



蒙索樣試驗
極表歡迎

百咳定係用桔梗科植物之 *Platycodon Gyan-*
disfolia 及荳科植物之 *Glycyrrhiza Glabra*
用特種化學方法提出之皂素 (Saponin) 及
其配糖體 (Glucoside) 之有效成份製成其
赤血球溶解作用較其他之皂素約強兩倍
且毒力甚微故百咳定俱強大之祛痰作用
而無其他流弊原料純係國產當此國難臨
頭之際願各大醫師提倡使用如

上海麥根路一七四號

新亞藥廠發行

星牌良藥集及各種注射液說明書函索即寄

中國科學圖書儀器公司

科學印刷所

承接各項精美印件

算式書版及美術銅版更爲專長

特備最新式 Linotype, 西文出品尤能精良迅速

另設裝訂廠專接書報精裝銀行簿冊及紀錄卡片

價格克己 ● 出版準期 ● 零雜印件 ● 一律歡迎

Science Press

The China Science Corporation

122-126 Moulmein Road, Shanghai Tel. 33659

上海慕爾鳴路一二二號至一二六號

電話三三六五九

論中國人之盲腸炎

孫長孺節譯

本文譯自前本校病理教授 Dr. J. Heine 著 Über die Appendicitis bei Chinesen 發表於 Beihefte zum Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene Pathologie und Therapie exotischer Krankheiten

本文分二節：(一)綜述關於本題已發表之論文而加以批評 (二)報告著者個人二年餘觀察之所得。

I 文獻研究

a 多寡問題

關於盲腸炎多寡之意見，大致可分為相反之二派，有謂中國人發盲腸炎者極少，有謂本病患若並不亞於美人，屬於第一派完全否認中國有盲腸炎者最初有 Perthes (1)，Perthes 於拳匪作亂時在華北任軍醫職近三十年，偶於一討論中聲稱：「盲腸炎在中國不成問題，此事實足使吾人懷疑，中國人營養之不同似與有關係矣」

Perthes之意見引起 Weischer(2)之注意，氏整理其青島門診材料，而於1915—1923年間 86000 求診者中僅得二例慢性盲腸炎：一例為一二十八歲男子，於蟲樣突起中檢得鞭蟲一條，一例為一二十九歲女

子，據稱多年以歐洲食物為營養；是則 Weischer 之報告，固無異為 Perthes 意見之一證明。

Fischer(3)謂：中國腸寄生蟲之傳染雖廣，但急性盲腸炎患者則極少。渠於上海六年間僅得二例。

著者前任 Oppenheimer (4) 博士於百次屍體解剖中得一例急性盲腸炎，同時已起穿孔與化膿性腹膜炎，八例證明有慢性炎症變化與閉塞，不過 Oppenheimer 申明，後者八例之變化，大多數起於痢疾，蛭病等，與狹義所稱為盲腸炎不能視為同一。著者參閱屍體解剖記錄簿，知除蟲樣突起之變化外，同時有二次檢得大腸癥痕，一次大腸與肝血蛭病，一次急性阿米巴痢疾，一次小腸出血性壞死(全身敗血症)，一次直腸癌，其餘之二例腸無變化；組織標本為說明病因及炎症之經過所必不可少，惜遍找不得，實為憾事，故 Oppenheimer 以為此數例並非狹義所稱之盲腸炎，吾人尚不能無疑問。

Olpp(5)謂廣東蠕蟲病雖多，但盲腸炎實為罕觀。

英美作者亦有不少以為盲腸炎在中國甚少。Peake(6)報告渠在湖南南部從未遇

有中國人患盲腸炎者。

Plummer (7) 確定：盲腸炎為中國人之希少病症，此乃多數醫師公認之意見，渠於 1906 年發出徵問，收到 168 答案：一例亦未見者有 49 醫師；44 個醫師報告，謂本病極少看到；69 人則稱曾見數例，但信此數例異於尋常；4 醫師視本病為不普通；而二醫師則謂本病之多，正不少於歐美，但皆不求治於渠等之手。

Hedblom (8) 發表廣東 Todd 之報告：「余於 1914 年 1904 住院病人中僅得一例盲腸炎，1919 年 1443 病人中五例。中國人對於開腹手術多存恐懼之心，而又知外國醫師遇劇烈腹痛患者，屢屢施行手術，故上面之報告自非真相，但余總信，盲腸炎在中國不及美國為多」

廣東醫院於 1914—1915 年間，有病者 3700 人，但無一例盲腸炎 (China Medical Journal, 1918, S 106)

另一報告：(China Medical Journal 1924, S. 835)；1918 年廣東醫院 3700 病人亦無一例盲腸炎患者。後二報告之不約而同，著者疑有差誤。廣東醫院 1923 年之報告 (China Medical Journal, 1924 S. 835) 稱是年 2754 男患者中有 8 例，774 女患者中 3 例盲腸炎。

1926 年 Maxwell (9) 發表其數年之所得，謂盲腸炎在東三省方面漸漸增多，但所見尚不甚多，在浙江甚少，山東與歐洲諸國相比較甚少，江蘇北部甚少，汕頭中

國人患盲腸炎者甚少，僑居該地之外人即多，高麗亦不多。

反之，持中國人患盲腸炎不在少數者，亦頗不乏人。閱 1914 年 Birt (10) 報告：中國人患盲腸炎者，其數量之多，程度之劇烈，正與歐人絲毫無異，不過中國人患內病者，多不願就新醫診治，故所見例子因此較少。Birt 報告者六例：4 例男子，二例女子，年齡在 12—52 之間；四例蟲樣突起已穿破，起腹膜炎或盲腸周圍炎，其餘二例於急性發作時即割去。積十五年之經驗 Birt (11) 又於 1925 年發表關於盲腸炎之研究，而仍不變其意見。渠稱：盲腸炎一症在中國甚多，而發生一如流行性疾病然，此與他處所見者相同。1924—1925 一年渠得 14 例，與前一報告相較已增加不少；據 Birt 之意見，此不過由於就治於新醫者之增加故耳。14 例中一例已起汎發性腹膜炎，有 9 次檢得膿瘍，一例於間歇期中手術，其餘三例 (同濟大學學生) 則於初發時即施手術。

中國北部患盲腸炎者定亦不少，此可於北平協和醫院 Pflister 氏報告知之：1923 年施行外科手術 974 起，其中 136 次為盲腸炎。又 China Medical Journal 1924 S. 835 載一報告：協和醫院於 1923 年收容病人 2589，就中有 139 例 = 5.3% 盲腸炎。吾人對此二報告，但有一點須注意，即盲腸炎例中定有不少歐美患者，惜缺乏詳細記載。

Runsel (04)報告8例盲腸炎。乃1912—14由蘇州醫院 Snell 施手術者。嗣後 Russel(14)又謂「余深信盲腸炎一症不僅為中國人病死原因之一，抑且為腹膜炎之最大起因。過去十七個月間余又得39例」。又「余等於因其他疾病施行開腹手術時，同時屢得機會將蟲樣突起割去，此等蟲樣突起無一不有慢性炎症變化，若一詳考其過去病史，即往往發現患者或已經過急性發作，或嘗有營養障礙，或蟲樣突起部常發生不定之疼痛」。

Gaunt 與 Digby 致書於 Hedblom，亦謂中國人患盲腸炎者不少，Hedblom發表之於其著作中(8)，Digby 信中尚附言香港政府病理解剖員 Macfarlane 之意見，後者根據屍體解剖之經驗，亦言盲腸炎在中國決不少。

Hedblom(15, 8)自己亦發表二文，敘述不少之盲腸炎例，但多數為歐洲患者，文中對於患者國籍未詳細載明。

Hedblom又報告 Harword 醫校之40例開腹手術與42次屍體解剖(均非因盲腸炎)，經渠之檢查知中國人之蟲樣突起在解剖學上並無與歐美人不同，而蟲樣突起之癥痕與癒着足證炎症變化之經過者渠屢見不鮮。

Hedblom更蒐集34起醫院報告，於病人39841中得38例盲腸炎：2例盲腸炎兼腹膜炎，15例膿瘍。39841病人中施行開腹手術者328次而蟲樣突起割除手術佔12%

。至於此等盲腸炎患者是否悉為中國人，Hedblom 並未言及之，但自其結論與例子選擇經過觀之，則似盡屬中國患者。Hedblom並謂以此近40000例之經驗而言，盲腸炎一症在外科上較肋膜，胃，膽囊，子宮，腎臟，攝護腺外科手術為多。

中國內部 M. Andrews(16)報告渠於二月內所見之四例盲腸炎於 China Medical Journal 出版人。二例為兵士，手術時已起汎發性腹膜炎，其餘二例為女子，得較早期手術。Andrew 之意，欲以此簡短之報告，反駁中國醫師一般之意見——盲腸炎中國患者甚少——之不確。

盲腸炎論文中佔一重要位置而極有價值者，為香港 Gibson(17)之著作。何則，蓋 Gibson 之論文乃根據屍體材料而成。Gibson 解剖815次中國人屍體，以年齡大小為之為二組：A 組包括5歲以上，B 組5歲以下之屍體。對於蟲樣突起之解剖學亦有詳細記載，815次中檢得81次蟲樣突起有新舊之炎症變化，8次續發性結核。81次中急性者佔14次(二例起汎發性腹膜炎，一例膿瘍)其餘67例僅檢得慢性已經過之炎症(癒着，閉塞)。屬於A組者17.3%，B組7.4%，凡結核傳染，以及或因肺炎，痢疾，脚氣而起之充血皆不計入上列數目之內。

Gibson 本人之檢查成績下又附載香港二醫院之報告。1887—1924二醫院治療93例盲腸炎。第一例見於1896年，迄1904

年始得第二例，以後每年所見亦不過數例。93例中男患者45，女48。以年齡而論則6—10歲患者佔10,8%，10—40歲69,8%，40—70歲19,4%。有73例施行手術：

34次急性盲腸炎（六例起汎發性腹膜炎），

26次膿瘍，

6次壞疽，

3次穿孔，

3次慢性炎症，

1次慢性盲腸炎膿瘍。

根據以上之研究 Gibson 結論：盲腸炎在中國南部並非為一希少之疾病。

近時又有 Snell(18) 研究中國中部之盲腸炎問題。Snell 居住蘇州凡十七年(1909—1926)。渠治療盲腸炎患者206人(162中國人，44外國人)。1909—1914 僅得8例，1914以後則有154例診斷為盲腸炎。此外於門診出診時所見者尤多，惟病人皆不願入醫院受治。162例中屬慢性者45，急性，亞急性者117。患者年齡以21—30歲為最多。故 Snell 下一斷語曰：盲腸炎在蘇州及附近區域內為一習見之疾病。

在盲腸炎問題研究過程中尚有頗重要者在焉。Jeffeays 與 Maxwell(19) 在“華人病證篇”初版內，根據中國各處之報告，謂盲腸炎在中國甚少。二版時 Maxwell(20) 即不敢堅持此說而曰：盲腸炎在中國某一定區域內（江蘇省，中國中國）為常見普通之疾病，在其他地方則所見其少。

由全國各處收集之數量觀之，自以後者見解較為普遍，但 Maxwell 以為盲腸炎患者有逐漸增多之勢，即盲腸炎極少見之地方亦然。

最後著者尚欲略言僑居外邦之中國人之盲腸炎。Maxwell 在 Gibson(17) 著作下附言：僑居台灣之中國人患盲腸炎者甚少，渠個人多年之經驗如此。Litsen(21) 謂荷屬印度之中國僑民患盲腸炎甚多。馬尼刺外科醫師 Burdette 致書於 Hedblom(8) 謂該地中國僑民患盲腸炎之經彼手術者頗不乏人，人種國籍對於患者之多少無甚關係，又歐美患者極願求教於醫師，其數遠過於中國患者，故已有之統計不無差誤云。另一馬尼刺外科醫師 Gilmann(22) 曰：盲腸炎一症不限於某地方，某人種或人生之一定時期。Honolulu 外科醫 Hodgins 向 Hedblom(8) 斷言：夏威夷土著以及僑居該地之日人，中國人，歐人之間，就盲腸炎之多寡而言，無著顯之不同，渠亦見不少中國人患盲腸炎。

文獻之討論

總觀上述文獻，知盲腸炎多寡問題，二派主張者正旗鼓相當，不相上下。但就在中國開業之外國醫師觀之，則似以主張希少者較為普遍。其理固不難明瞭，蓋此輩醫師所見之中國人盲腸炎患者少，又不知關於本題已發表之論文。且臨床醫師以較簡陋之觀察，即盲然謂某病少，其能免於謬誤也幾希。一般中國人之心理，以為

新醫不長於內科，故一有內病，即求治於舊醫，而舊醫腦中根本無所謂盲腸炎者，但此病家不之問也。亦有患者於急性發作時，輒數日不進些食，任其飢餓，在此種守舊治療方法下，自亦有一部分趨於治癒，其受治於新醫者則多為舊醫治療無效者，然此又不過為其中之一小部分耳，觀於新醫之治療例多為亞急性與慢性者即不難明瞭。間或有急性發作者受開腹手術，然多為急性復發，並非第一次發作。間歇期內之手術則僅為例外，此固各外科家所熟知也。

又患者經舊法治療後，盲腸炎之著明症狀消失，此時再請新醫，則自有一部分不易識別。是則醫院之報告數，對於實際上之多寡相差甚遠，即一近似之標準值亦不可得。

無論如何，自上述之報告，盲腸炎患者之進醫院而受手術者已有不少實例，且其數與年俱進。此種現象引起不少醫師之推度，盲腸炎其為一自歐美輸入之新病耶？僅就理論上言此說已不可靠，况 Gibson 早於三十餘年前發見盲腸炎例乎。一病之自他地傳入，必由其特殊病原體傳帶，而盲腸炎為一特殊傳染病至今日猶無絲毫立足點。Birt 之意見以為西比利亞鐵道通車已來，歐亞人士之患肺炎，連鎖狀球菌扁桃腺炎，猩紅熱等較前增多，盲腸炎亦許同時增多。故必認盲腸炎為一種從他處轉移之傳染病作為前提，但此又未曾證實。

若更持嚴正之批評態度，則除西比利亞鐵道外吾人可舉與傳染病增多有關係之事實多多，以上海汽車船舶交通之繁，工廠林立與夫居民之增多，空氣之惡濁，一如其他大城市，但此種種皆與疾病之傳入與增多無絲毫連帶關係。

若謂盲腸炎發生之主要條件不在傳染，而在於營養方式，則新近輸入之說更可捐棄不談。蓋 Birt 曾言：中國民族之營養方法數百年來並無變更。Russel 謂盲腸炎發生之條件今日與三千年前相較，正絲毫無異，此就營養觀之，吾人亦首肯也。

上面之說明，則謂盲腸炎以前之所以少見者實由於發生者少，而其增多之原因由於外面輸入，此種解析顯然為憑空想像，甚少立足點。

然則今日所見之盲腸炎例何以較曩昔為多？Birt 謂新醫在中國，逐漸發展，中國人對於新式治療已漸漸發生信仰，著者亦有同樣意見焉。

上述之報告皆來自較大城市，此並非偶然之事。蓋新醫多集中於城市，內地舊醫勢力深根蒂固，牢不可破，故盲腸炎之在內地吾人極不明瞭自亦意中事也。snell 謂教會醫生不敢施較大手術，且彼輩事務冗煩，更無餘暇得於每例加以詳細診療。即有盲腸炎患者來治，則其症狀多消失，診斷非常困難或竟不可能，理由已於前詳述矣。

由上之臨床報告之批評，可知盲腸炎

爲一習見之疾病，閱病理解剖之所得更足證其如此。屍體解剖爲解決疾病多寡之最準確方法，此固吾人所熟知也。

於此Gibsen(17)之研究實良可貴。渠於815具屍體中檢得81次=10%有新舊之盲腸炎。Oppenheim(4)於百次屍體解剖中見9次盲腸炎，渠以爲慢性變化由於其他腸疾病而起，實未經組織檢查證實。蓋蟲樣突起內與腸內有癥痕同時存在，不能即謂兩者變化起於同一原因。即承認Oppenheim之意見無誤，則亦尙有三例無其他

腸疾病。Hedblom之42次屍體解剖，40次開腹手術。因無數目記載，不能應用於統計上。然與Gibson及Oppenheim之結果大約相同。

就上述之屍體解剖知中國人患盲腸炎之百分比數至少爲3%，或多於此(10%)。歐美盲腸炎患者是否較多，著者不能決定之，因參閱所有各種文獻不得兩者之比較數。總之，盲腸炎一症在中國南部，中部，或竟包括北部爲一種極普通之病症。

(待續)

樟腦油與醫肺槍傷出血

醫學博士

黃容增作

肺司呼吸伸縮之運動，無時或息，故肺部血管被破，其破口之凝結較難，而出血之機會較多，程度較高，此肺出血之所以難治而醫家視爲畏途者也。胸，肺膜囊(Pleurahöhle)之氣壓較低於外界，肺部之伸縮運動賴之，若胸膜(Brustfell)或肺膜(Lungenfell)被破，氣輒入膜囊成氣胸〔開口氣胸(offene Pneumothorax)，或緊張氣胸(Spannungspneumothorax)〕，因之肺縮而呼吸之面積減，養氣之供給缺，結果成爲窒息(Erstickung)。槍彈穿胸，傷胸膜，肺膜與肺部血管，血胸與氣胸可兼

而有之，其治療之艱難，自在意想之中。一九零五Garre氏之報告，謂胸傷(Brnsverletzung)用保持治療(Konservative Behandlung)其死亡率爲百分之四十，一九一四Sauerbruch氏治療肺傷三百死去一百十二人，由此可以證明胸傷之危險而醫治之不易也。各國人士研究肺止血方法者不一而足，概括之可分爲以下兩種，即手術與非手術(保持)治療。

保持治療之最主要者有以下數種：

(一)靜脈注射Glauden, Koagulen百分十之鹽水液，鈣製劑(如kalc. chlor.,

Afenil, Kalc. Sandows, Glucoven 等) 百分之一 Kongorot 溶液與 Gelatin。

(二) 肌肉注射牛乳馬血液 Gelatin

(三) 皮下注射 Stryphon.

(四) 由喉道注入 Adrenalin (副腎精)

於患處

(五) 愛克絲光照射脾臟

(六) 應用強心劑

手術治療有接種脂肪組織肌肉與肺部縫合數種，法將氣壓之差異換和，〔即由氣管增高氣壓令肺振開。(用 Tiegel-Henle 氏高壓器或 Yehn-Bruner 氏高壓器) 或降低氣壓即在肺部外面令空氣稀薄防止肺部收縮 (用 Sauerbruch 氏之低壓箱)]，後將胸割開而料理肺之傷部。如此可以減輕病者種種危險，可以除去不用氣壓差異換和法之急性開口氣胸 (Offene Pneumothorax) 減少肺部縮小覓創口之困難，可免施手術後不惟有利於傳染之氣胸也。不用氣壓差異換和法已有如上述之短處，而上海一隅又因各種關係，尙未曾有氣壓差異調和器之設置，故吾等至今雖明知有多數外科專家不用此法，曾獲效果，(如 Garre, Thiel, Grunert, Mertens, Richter, Kuettner, Hotz, Grossmann, Wolff 與 Iselin 氏等) 尙未施行如此手術，余在此亦不欲有所討論之也。

余在寶隆醫院外科臨床幾五年，對於肺部槍傷後或受肋骨折後刺傷出血曾試用 Glauden, Koagulen, 百分十之食鹽水鈣製

劑，(如 Afenil, Kalc. chlor, Glucoven, Kalc. Sandows 等) Gelatin, 馬血液，並以愛克絲光照射脾臟，但其結果終難滿意。余曾因肺出血與各位在寶隆醫院研究內科同學討論，據彼等應用上述藥品治療肺癆出血所獲之經驗，此等藥品之治療效果適與余所經驗者同，非出血時間長久則出血易於復發或其止血效用全無，且靜脈注射 Koagulen, Glauden 與 Gelatin 極易引起可怖之暈脫，故吾等每遇肺出血於過去數年中多同時併用數種藥品而冀獲其互助作用以達確速止血之目的。

Grossfeld 氏與 Lichtwitz 氏主用之牛乳注射，其效力彼兩人者尙未敢深信，而不敢獨用此品以醫肺出血，至其學理更欠充足，故余未加試用。

副腎精 (Adrenalin) 功用速暫，吾人皆知之。Lucacer 介紹以特製導管由氣管注入副腎精於患處，與 Weidinger 主用皮下注射 Stryphon 以止肺出血，其功效如何姑不論之，但其理想已欠妥當，况對於吾等已不安靜呼吸短促重傷之病人，此種複雜引管入氣管之手術更不相宜。

注射百分之一 Kongorot 溶液，以愛克絲光照射脾臟，應用馬血液，在主體作用方面能增強血之凝結力，但其止血之功效，恐僅可與客體增強血凝結力之 Koagulen, Glauden 等相等，無甚大效力於肺大出血也。

Olivet 氏謂低血壓有利於肺出血，因

賴	二十八歲	兵	男	廣東	左方五肋骨於胸與乳頭縱線之間方骨縱線	左後方十度接近脊推	同	同	吐血	同上	同上	入院之第七日	二月二十五日	四月五日	無	無	無	無	無	四十一日
余	二十歲	兵	男	廣東	左方肋骨與乳頭縱線之交叉處	左後方七肋骨與後腋緣交叉處	同	同	吐血	同上	同上	入院之第三日	二月十四日	三月八日	無	無	無	無	無	二十七日
馬	二十二歲	兵	男	廣東	右方上膊三角肌肉中間	子彈是無炸彈片	由皮氣腫達右腋窩肺小及右胸之一氣與血胸	有氣胸與血胸	吐血	同上	同上	入院之第六日	二月十五日	四月五日	無	無	無	無	無	四十一日
吳	二十歲	兵	男	廣東	左方鎖骨之乳頭縱線內	左方鎖骨與乳頭縱線之交叉處	無皮氣腫	有氣胸與血胸	吐血	同上	同上	入院後之第四日	二月十五日	四月五日	無	無	無	無	無	四十一日
秦	三十歲	兵	男	湖南	右方鎖骨之乳頭縱線內	右方鎖骨與乳頭縱線之交叉處	同	同	吐血	同上	同上	入院後之第三日	三月一日	四月五日	無	無	無	無	無	三十六日
韋	三十歲	兵	男	廣東	右方鎖骨之乳頭縱線內	右方鎖骨與乳頭縱線之交叉處	無	無	無	同上	同上	—	二月十三日	三月七日	—	—	—	—	—	十四日
趙	二十四歲	兵	男	廣東	右方鎖骨之乳頭縱線內	右方鎖骨與乳頭縱線之交叉處	無皮氣腫與血胸	有氣胸與血胸	吐血	同上	同上	入院後之第二日	二月十二日	三月十九日	無	無	無	無	無	三十七日

李	二十三歲	兵	男	廣東	右方第四肋與乳交縱線處	無	—	吐血	注射一次 十西西樟腦油	入院後 之第五日	無	二月五日	二月五日	無	二月六日死	二月二日	
文	四十歲	兵	男	廣東	右方第三肋與腋交縱線處 右方第四肋與腋交縱線處 又長約三仙一約的銳 的仙的創口	無	—	吐血	同上	—	無	二月七日	二月七日	無	二月七日死	四小時	
朱	二十四歲	兵	男	湖南	右方密接	無	—	吐血	每日十西西樟腦油 至星期二為止	入院後 之第五日	無	二月十二日	三月十日	無	無	二十八日	
王	二十八歲	工人	男	山東	右方密接 第八椎骨	左方密接 乳頭椎柱 折斷	—	吐血	注射五次 十西西樟腦油	入院後 之第四日	無	三月四日	—	無	無	三月十九日死	十五日
吳	二十七歲	兵	男	廣東	左腋窩	左方第三 肋軟骨處	有血氣胸 無皮氣腫	吐血	每日十西西 共十四次	入院後 之第四日	無	二月十二日	三月十七日	無	無	無	二十六日
譚	二十八歲	兵	男	廣東	右腋窩	右肩胛骨 脊椎線之 中間	同上	吐血	同上	入院後 之第六日	無	二月十三日	三月二日	無	無	無	三十日
黃	三十八歲	兵	男	廣東	右方第四肋與腋交縱線處 於前線與乳之 頭縱線交又 縱線處	左方第八 肋骨與肩 胛骨縱線 交叉處	同上	吐血	注射一次 十西西樟腦油	—	—	二月十五日	—	無	無	二月二十六日死	一日

，吾人注射如此多量油質，但無一人獲一因油質而發生之膿瘡，且無一人有油栓塞之現象。夫油栓塞之學說業經七十餘載，因油栓塞而死者亦不知有幾許，爲此而研究防患者亦大有人在，吾人不計及此反而注射多量油質而得如此之效果，其理安在？吾以爲此等油質固受吸收入靜脈而入肺，其所以不作油栓塞之害者，或因肺之傷部便於油質聚積？故油在血管內走動之趨勢偏於傷肺而入傷處，因此行其栓塞作用，而栓塞已破之血管並傷口，用其黏貼性密閉氣管氣泡 (Alveolen)，而樟腦壯心，增強心吸納作用，助排餘油，而由腎排出 (Vogel; Chir, Kongress Brrlin 1931)，之兼此等油質入血管後一部份將爲白血球食吸 (Phagocytose) 變作無害，而另一部份將因化油酵 (Lipase) 作用；化爲皂性。 (Verseifung 石鹼化)， (H. Gaus: Arch Surg. 1925. Bd. 9, T. 1, No 3, S. 583.) 故無油栓塞現象，而血胸小，易吸收，化爲無有，吐血快止，不易復發，而皮氣腫不多見，氣胸不甚大，易於消滅，惜屍體解剖國人不加贊許，否則可以解剖得一油栓塞傷處

之證據。

總括論之：

(一)三十病人僅死其七，其中一人死於重槍劍傷，一人死於脊髓中斷之副症，其餘五人死於大出血與外開口氣胸，總死亡率爲百分之二十三點三。

(二)三十病人僅三人吐血復作，但二三日即停而永止，總數爲百分之十。

(三)止血甚快，因而無吸放血胸之麻煩，無驚人長久之吐血，平均吐血日期爲四點五日。

(四)油質用量雖多，而無因油質而發生之膿瘡。

(五)病情轉佳於短期間內，此油質或有營養之作用 (Parenterale Ernährung)，果爾則甚宜於肺癆出血。

(六)樟腦油作用乃機械性栓塞破血管，與破呼吸器於傷口內。

(七)樟腦油注射簡便，病人毫無痛苦。

(八)治療時間平均三十二日，惜此等病人離院不能回院再受檢驗，致不能知其將來傷肺有何變化。

Literatur 參考用書

1. A. Veddermeyer: Ueber Röntgenbestrahlung d. Milz, insbesondere deren Wirkung bei Lungenblutung: Beitrage zur Kliuik d. Tbc. Bd. 53. H. 4 U. 5; 1926.
2. C. Rossi Experimentelle Untersuchungen über Muskel-u Fett-transplantationen in Lungen-Wunden: Arch. di chir. 1925, 3, S 245.

3. E. Periti: D. Therapeutische Wirkung d. Kalks bei d. tbc. Hämoptoe: Arch. di Biologia 1927, 4, 2, 531.
4. E. Weidinger: Ein neues Mittel zur Bekämpfung schwerer Lungenblutungen: Wiener-Klinische Wochenschrift H. 41; 1926.
5. H. Erdmann: Beitrag zur Therapie v. Lungenblutung bei Tuberculose: Zeitschrift für Tuberculose Bd. 56, H. 4-6, 1930.
6. H. Grossfeld: Fiebertherapie bei d. Gefahrdrohenden Lungenblutung: Medizinische Klinik H. 47; 1925.
7. Y. Olivet: Lungenblutung u. Blutdruck in ihrem gegenseitigen Verhalten: Zeitschrift für Tuberculose Bd. 41, H. 6.
8. Y. Sternberg: Ueber d. Gerinnungsfaktor bei Lungenblutungen: Beiträge zur Klinik d. Tuberculose Bd. 66, H. 1 u. 2.
9. L. Henmann: Zur Pathologie u. Therapie d. Hämoptoe, M. m. W. No. 31; S. 1530; 1929.
10. L. Lind: zur Therapie d. tbc. Hämoptoe: Medizinische Klinik H. 28; 1929.
11. M. Lucacer: Ueber d. Verwendung d. Adrenalins auf intratrachealem Wege in d. Behandlung d. Hämoptoe: Polichtwitz sez. prat. 1930, 37, 42, S. 1513.
12. O. Lichtwitz: zur Therapie d. Lungenblutungen: Wiener Klinische Wochenschrift No. 17; 1927.
13. Th. Wedekind; Y. Becker, B. Wienert: Kongorot als Hämostip-ticum: M. m. W. No. 48; S. 2049, 1930.
14. Sauerbruch-Schmidt: Handbuch d. praktischen Chirurgie VI, Bände 1931; S. 138.
15. Sauerbruch-Schmidt: Handbuch der Praktischen Chirurgie Bd. VI, 5 123-199; 1931.
16. W. Rückert: Beitrag zur Behandlung der Fettembolie: M. m. W. No. 18 S. 709, 1932.

最強力之心臟及呼吸興奮劑

可拉明 「汽巴」

CORAMINE "CIBA"

可拉明乃人工化合物 Pyridin-B-Carbonsäure-Diaethylamid 之百分之二十五水溶液也。其功效能刺戟心臟及呼吸中樞，使呼吸，脈搏，血壓，及全身狀態，立見佳良。其興奮力之神速，確實，強大，持久，而無何等毒性，實為一切興奮劑之冠。

內服

無臭，無味，無刺激性，
無消化障礙，久服無害。

注射

因本品為水溶性故注射器不致油膩難洗

靜脈內

可以立見功效，絕無
血管栓塞之危險。

皮下

無痛，無刺激性，
無發生潰瘍之弊。

本品在治療用量以內，完全無副作用

絕對水溶性。吸收甚易，功效迅速。

興奮力最為強大，功效持續異常長久。

可以確定用量，但超過用量亦無危險。

用量之限度最大，雖多用亦不發生慣性。

絕無何等不快或有害之副作用。

毫不發生精神上之興奮狀態。

液劑 十五四四 一百四四 注射劑 五管(一四四)



全國各大藥房均有發售
承索仿單及藥樣請函示
瑞士國汽巴藥廠
上海九江路二號



Society of Chemical Industry in Basle, Switzerland

傷寒副傷寒之理想的退熱劑

愛爾邦^{「汽巴」}

ELBON "CIBA"

愛爾邦在化學上為 *Oinnamoyl-p-Oxyphenylharnstoff* 其功效能使體內之白血球增加甚速，且有溫和退熱，及強力之防腐殺菌作用，能使傷寒病者之症狀減輕，及其經過縮短，治癒率增高。

作用	退熱，體內消毒，增加抵抗力。
特長	奏效確實，作用溫和，效力持久。 久服無害，無虛脫，脫汗，害胃，貧血，等副作用。 雖用奎寧多日而無效者，本品亦奏偉效。
用量	每日二至四格蘭姆(二至四片) 片劑 散劑

無蓄積作用，最安全之毛地黃製劑

地疾佛林^{「汽巴」}

DIGIFOLINE "CIBA"

力價常有一定標準，用量正確
有毛地黃之完全的功效(Dogitoxin+Digitalein+Gitalin)
品質絕對耐久，效力永不減退
內服及注射其刺激性皆減至最低限度

注 射 劑 片 劑 液 劑



全國各大藥房均有發售
承索仿單及藥樣請函示
瑞 士 國 汽 巴 藥 廠
上海九江路二號



Society of Chemical Industry in Basle, Switzerland,

漢藥蘆薈之研究

黃勞逸

——學名——

Aloe Vera, L.

——別名——

盧會，奴會，訥會，象膽，鬼丹。

——產地——

廣東沿海諸部。

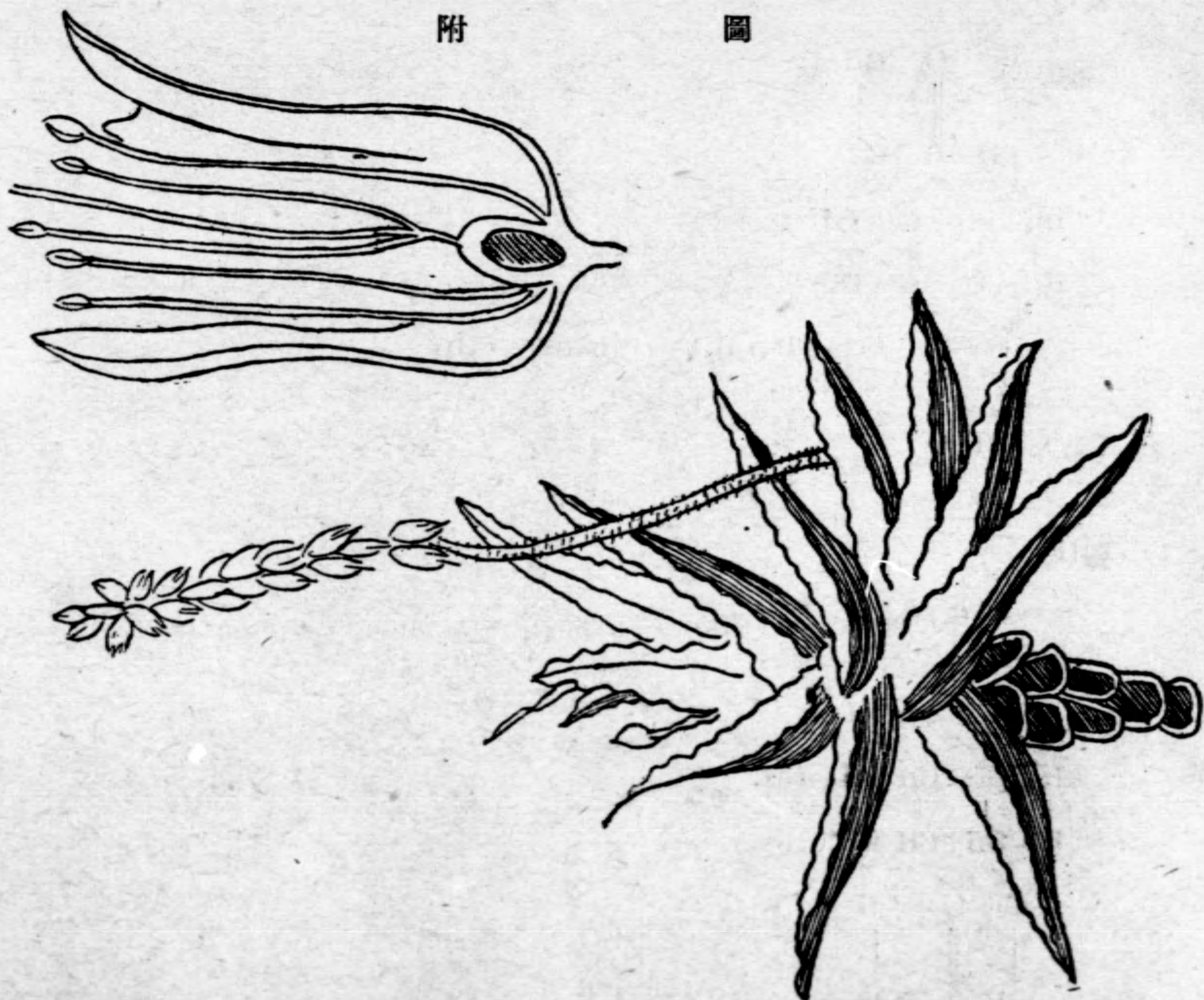
——科屬——

顯花植物科白合類蘆薈屬。

——形態——

本品為常綠植物，葉扁平而大，似肉質，葉端尖，叢生於莖之枝端，作藍綠色披鍼形，上有白斑，邊緣有短銳鋸齒，莖為單圓柱形，亦有分歧者，高約四五尺，花生於長花莖之上部，集合而成穗狀。

附圖



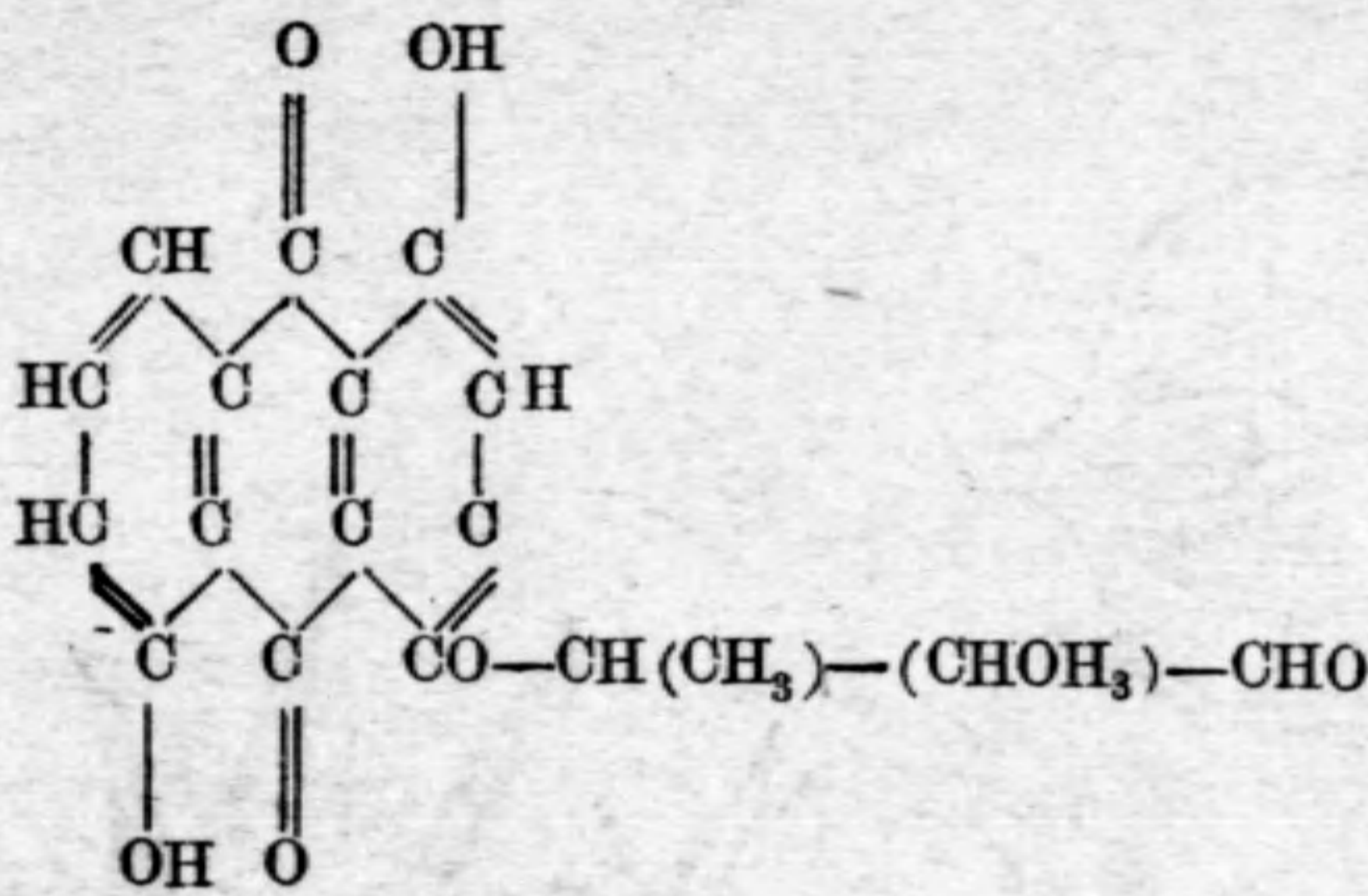
——藥用之部——

以針刺其肥厚之葉面，則滲出苦味之汁液，收集此液而乾燥之，即成黑褐色或赤褐色之透明或半透明之結晶塊，質堅硬脆弱，稍擊之，即破碎，其破折面呈貝殼狀，有玻璃樣之光澤，細研之，則成黃色或淡褐色之粉末。

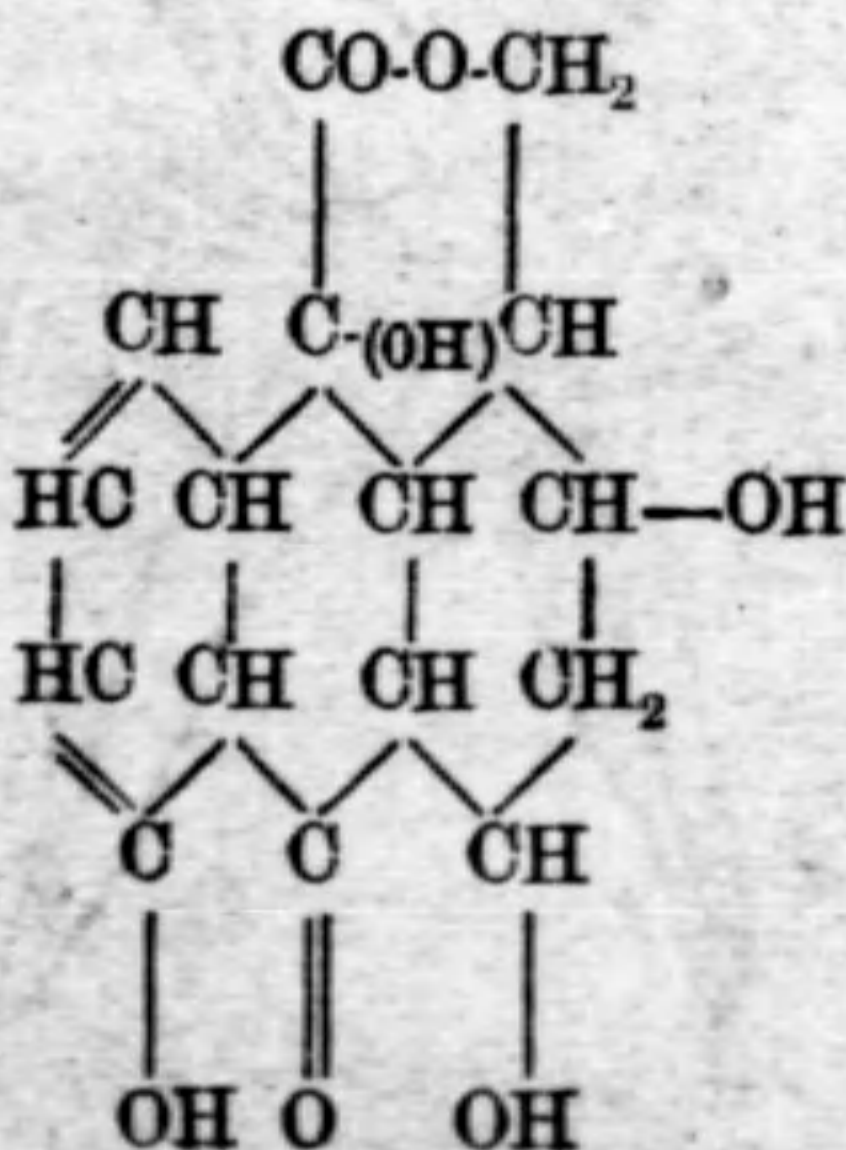
——性 味——

呈弱酸性反應，難溶解于冷水，能溶於二倍之熱水或五倍之溫醇中，熱灼之，始膨脹，繼放明焰而燃燒，味甚苦，有特異之臭氣。

(圖I)



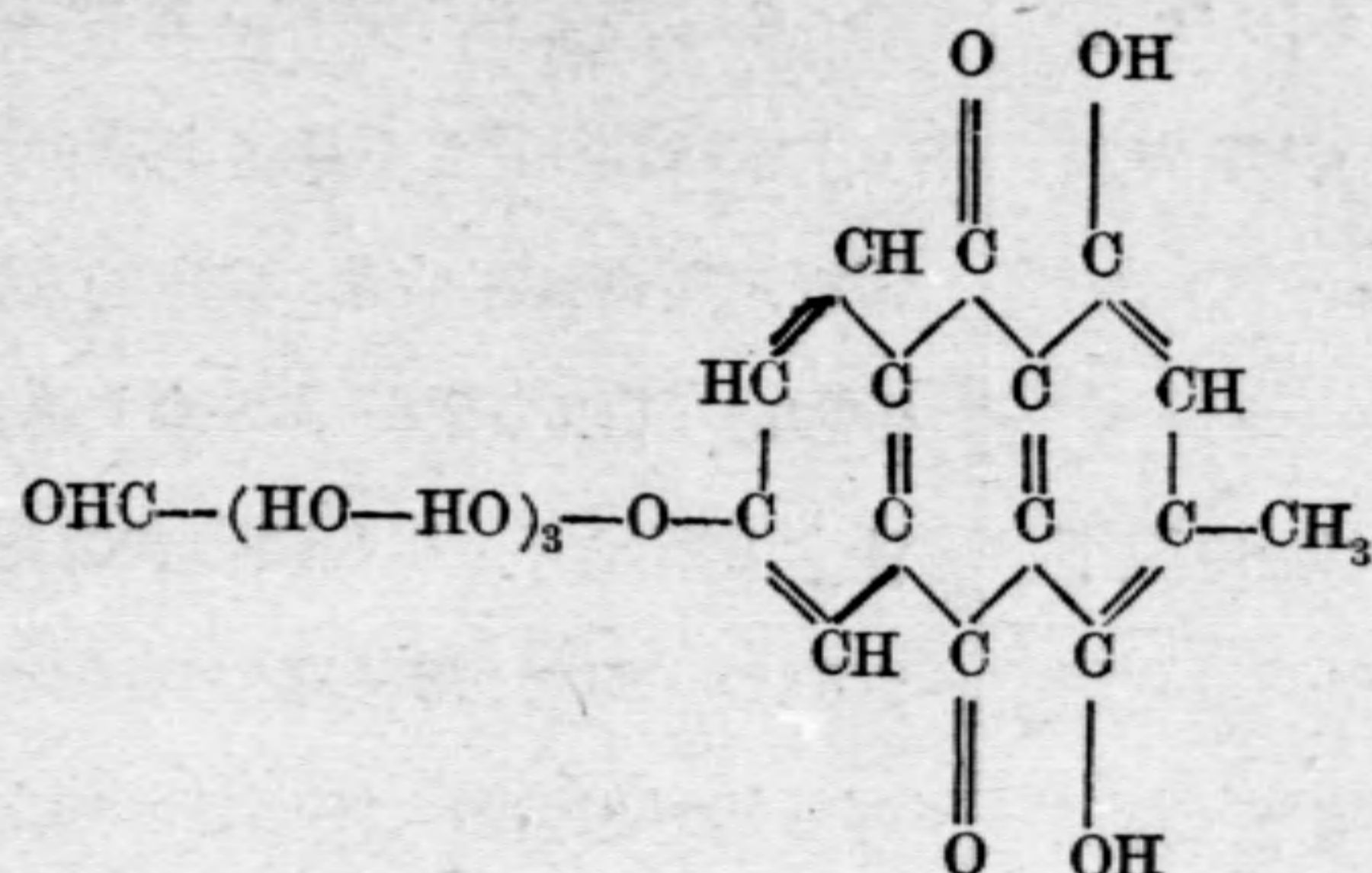
(圖II)



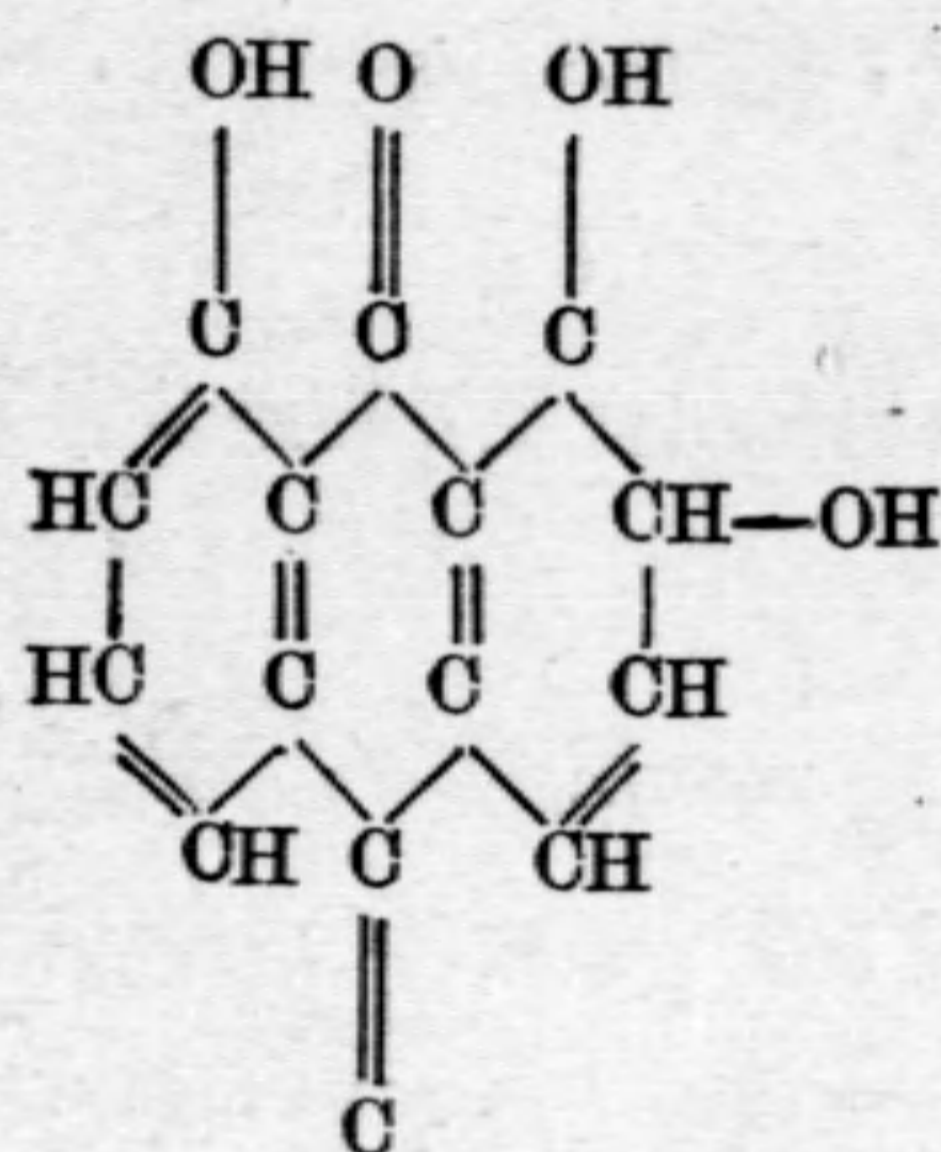
——化學研究——

本品之主要成分，雖通稱為 Aloin，此物由化學合成之性質，與原植物分析而得者，有多少之不同，故命名時，有冠以基本蘆薈之名以區別之，例如 Barbaloin, Nataloin, Curacaloin等是，此中 Barbaloin之構造式如第一圖，為 Léger 氏式，第二圖為 Robison 與 Semonsen 二氏式，今尙未能確定何者為正確，而 Isobarbaloin之構造式，已確定如第三圖，他如含有自 Aloin 分解所生成者之 Aloeemodin 之構造式如第四圖。

(圖III)



(圖IV)



Aloin 之製法，共有二種：

(1) Tilden 氏法 如水七至八倍于蘆薈中而煮沸後濾過之，加鹽酸放置二十四小時，至成糖漿時，即有結晶之 Aloin 析出。

(2) Légel 氏法 搗碎蘆薈加含有少量硫酸之水温浸後，冷却之，濾去其析出物，取濾液而蒸發之，至生藥量之二倍時，乃置入於冷室內數日，則得結晶，濾過之，以稀薄之醇洗之，再以温稀醇或酮溶解而結晶之，或將母液而濃縮後，放置之，亦能得結晶於其殘留部中。

Aloin 之性質 本品為黑黃色針形之結晶，無臭氣，味始微甘而後苦，呈中性反應，可溶解于温水與醇中。

Aloeemodin 之製法，亦有二種：

(1) Tschirch 氏法 用醇浸出蘆薈，加多量之酸性水，使其樹膠質沈澱，濾去之，然後以醚振盪而溶化之，再蒸去其醚分，而使濃縮之，則得粗製品，再以 Toluol 溶解後，用獸炭使之脫色而復結晶之，即得純粹之 Aloeemodin。

(2) Oesterle 氏法 將蘆薈温浸於含有鹽酸之醇中，再用前法處理之，即得。

Aloeemodin之性質 本品爲橙赤色針狀之結晶，熔融點在攝氏二百二十三度至二百二十四度之間，能溶解于醇冰醋酸及鹼性溶液中，而成赤色之溶液。

—藥理作用—

本品入口；因其味苦，故刺激腮腺下頷腺及舌下腺等分泌增加，以促進消化澱粉之力，又更溶化食物而使易嚥下，并因味覺神經之反射，由腦神經之傳達，而激動胃腺之分泌增加，入胃中，直接能刺激胃神經，令人有饑餓感覺，且同時胃液腺之分泌增加，以增進其消化功能又防止腐物之醱酵，又因胃部血液衝動而反應激心臟，至全身血液之循環亦加速，因此而血壓增高，精神亦呈振興之狀，轉進腸中，能激增腸之蠕動與腸液胰液等分泌，而使積糞容易排出。Wedekind氏曰：「蘆薈之瀉下作用，必與膽汁相逢之際，始行發起，亦有增加膽汁分泌之作用，」然今學者試驗其說，認爲毫無依據，近世 Hiller氏等試驗蘆薈主要成分 **Aloin**，內服其 0.1 至 0.2 克，由直腸導入，或注射於皮下，於大人起瀉下，用 0.5 克，則大起下利，但由皮下注射者，其效力似比內服稍弱，**Aloin** 毫無變化，而來於分泌液中，故內服蘆薈後之乳汁，亦有瀉下作用，無結晶形 **Aloetin**，其作用與 **Aloin** 同而較爲強。

—醫治功效—

開元本草載云：「治熱風，煩悶，胸膈，

間熱氣，明目，鎮心，小兒癩癩，驚風，療五疳，殺三蟲及痔病，瘡癩，解巴豆毒，」李珣曰：「主小兒諸疳熱」，甄權曰：「單用殺疳蚘，吹鼻殺腦疳，除鼻癢」，蘇頌曰：「研末傅蠶齒甚妙，治酒癬出黃汁」上所述者，皆我國古代醫藥所言蘆薈之藥效，照近代科學醫之實驗，知其說不可靠甚多，惟因大便秘結而起之煩熱與胃內腐物醱酵而起之胸膈，確有良效，此外如痔瘡有能使其出血之能，他如腦充血，肺出血，月經延遲或閉止等，均有效。

—禁忌—

妊婦腸出血及月經過多者，均不宜使。

—用量—

緩下量，每次自 0.1 克至 0.3 克，每日二三次，峻下量，則自 0.3 克至 1.0 克，僅服一次，通經量每次自 0.2 克至 1.0 克。健胃量每次 0.1 克至 0.5 克。

—用時—

於每食前服之。

—製劑—

蘆薈流膏 以蘆薈五分，溶解於沸湯五分，放置二日，待其析出樹脂後，乃蒸發上液乾燥而製之，爲黃褐色之乾燥流膏，健胃量，一日三次，每次 0.2 克至 0.3 克，緩下量，亦一日數次，每次 0.5 克至 1.0 克，峻下量，僅一次，約 0.5 克左右。

蘆薈丸 以蘆薈末與藥用石鹼等分製之，一九重約〇·一克，每丸中含有蘆薈〇·〇五克，用為瀉下劑，一次服一粒至五粒。

蘆薈鐵丸 以硫酸鐵五分，加以重湯煎之溫而乾燥之，與蘆薈三分，共以酒醇研和而成，每粒重〇·一克，於貧血病及月經延遲者服之，一日三次，每次一粒至三粒，飯後服。

蘆薈酒 以蘆薈末一分，酒醇五分製之，為暗褐色苦味之液，用為健胃或通經藥，一日三次，每次〇·二五至一·五。

蘆薈坐藥 將蘆薈四十克，硫酸鉀十五克，小粉漿適量，各物調合磨勻，作外導藥之用，治肛門內圓蟲或月經閉止。

附本篇參考書

李時珍 本草綱目 卷三十四第十八

頁

晉陵下工 新本草綱目 前編第二百三十七至二百三十八頁

杜就田 植物學大辭典

丁福保 藥物學大成 下編第三百五十一至三百五十三頁

Léger Compt. rend, d, e' Academie d, Sc.134, 1584.

R. Robeson u. J. L. Semonsen Jour, Chem, Soc, London, 95 1085.

Léger., Compt. rend, d, e' Acad. d, Sc 134. 1548.

O. A. Osterle Arch. d. Pharm. 249. 445.

Léger Compt, rend, d, e' Acad. d, Sc 134, 1111.

Öesterle Arch. d. Pharm, 249, 445.

Tilden Jahresber. d. Chem. 481.

Tschirch Chem. Centralb, 11, 211.

C 維 他 命

(續)

梁之彥 博士

人類所患之壞血病，(Skorbut) 很早就發現了。例如從前在長期旅行海上的水手，在前線持久作戰的兵士，在監獄內拘留的罪犯，以及在北冰洋沿岸居住的土人

，均常得斯症。有時突然發生，好似急性傳染病的蔓延。

考壞血病的發生，差不多完全由經驗已知為食物中缺乏新鮮食品（如青菜）之

所致。但是關於其病理的真象，起初則各學者的意見頗不一致。Fünk 氏以爲壞血病近似脚氣病，(Beri-Beri) 並與脚氣病有共同的病源，即亦起于B 維他命的缺乏。Mo Collüm 氏的見解，則說大便祕結是重要的原因，蓋由腸內之大便祕結所引起之腐敗作用中生有喚起壞血病的毒素也。其次 Roehmann 氏歸因于食品內蛋白質含量之不足。末了，又經許多學者的努力，始通曉壞血病乃爲一維他命缺乏症，(= Avitaminose) 其間 Drümmond 氏就將該維他命名作水溶性C 維他命，以後其他學者又將其叫作抗壞血病之維他命。

至于C 維他命的發見，乃是與脚氣病的研究相關連。最初 Holst 和 Froehlich 二氏于舉行脚氣病實驗之時，亦將天竺鼠用作試驗動物，給以穀類食物，而觀察其缺陷徵象，誰知想不到該動物死于完全與其他動物相差異的病狀；即此次並不是神經上起了變化，(如脚氣病)，乃是血管和骨絡上發生障礙，恰與已早知之人類的壞血病相似。並且不論用去殼皮的，或不去殼皮的穀粒，其結果均是如此。由此試驗始知壞血病乃一種營養病，即C 維他命缺乏症，關於C 維他命之動物的實驗亦從此始。

雖然對於C 維他命發見天竺鼠可以當作實驗動物，但起初並不能確切喚起實驗的壞血病，蓋按照 Holst 和 Froehlich 二氏的方法，只以穀粒去餵養天竺鼠，則其

常常于壞血病症狀未形成以前就死亡了。以後首先經二位英國學者, Chick 和 Hume 氏之改良，即于穀類食物外再加以消毒的牛乳，使該動物的生命維持至數星期之久。于是壞血病之症狀就確切顯明的發生出來了。最近 Cohen 和 Mendel 二氏給以黃豆麵粉及3%食鹽和乳酸鈣，再加以乾皮酒酵和練乳，則天竺鼠於第十日後，即發現壞血病之症狀。此種技術的進步，是非常重要的，蓋我們欲試驗食品內之C 維他命只有用這生物學的方法去證明。

在天竺鼠之實驗的C 維他命缺乏症，除了普通的疾狀以外，其特殊的缺陷徵象，首先即是骨質的變化。其間骨生長時之附加現象(Apposition) 完全停止，而與此相反的吸收作用仍然進行，以致喚起如骨鬆粗症(Osteoporose) 之狀況。其次即是髓細胞之脫出，一直至成了一個差不多完全空架的骨髓。不過最近 Kollath(1.) 氏以爲這些變化也發現于其他營養的障礙，並不算特殊的壞血病之徵象。必要再加上出血現象，然後始完成全部的壞血病之症狀。這對於壞血病最特殊的出血，可以發生于各個器官內，尤其是于結締體素和肌肉內爲最多。Aschoff 氏以爲此出血是起于血管之接合物質(Kittsubstanz) 的變化。

除了對於C 維他命最靈敏的天竺鼠以外，其他所試用的動物，雖給以同樣缺少C 維他命的食物，均不易患得壞血病，換言之，他們似乎對於C 維他命均不似天竺

鼠那樣的需要。就是人類從天竺鼠算起再隔幾層才輪到。此外最令人莫解的，即是 C 維他命對於這個與天竺鼠極接近的，並常用之于維他命研究的試驗動，『白鼠』，似乎全不需要。蓋因許多學者以純粹的營養素混合物作了許多的餵飼試驗，均未能在白鼠發見壞血病的徵象。就是近時 Osborne 和 Mendel 二氏將于幼小白鼠之生長充足的營養素混合物，加上富于 C 維他命的檸檬汁，也證明不出來有優良之點來。反轉來 Parsons 和 Hutton 二氏于 Mc Collon 氏試驗室內，以含有各種重要營養素而只缺乏 C 維他命的人工混合食物，去飼養白鼠，牠可以在完全健康狀態中活至十五月之久。至于天竺鼠在同樣食物于十日後即患得沈重的壞血病。

但是究竟為何白鼠不易患得壞血病，Stepp 2. 氏則為是白鼠之肝臟能製造 C 維他命的緣故，蓋因以缺乏維他命的食物去餵飼的白鼠之肝臟，能治愈天竺鼠之壞血病也。

一直至最近又經 Kollath (3.) 氏之研究，始可以在白鼠也喚起實驗的壞血病，並能對於壞血病之形成原因更作進一步的闡明。他最初以一部分做照 Chick 和 Roscoe 二氏所用的混合食物，(63份純粹的澱粉，21份精製的乳蛋白質，11份落花生油，5份 Mc Collum 氏的混合鹽類，並每日加三滴魚肝油。) 去飼養幼小白鼠，則三四禮拜之後即患得沈重的腸現象，出血，骨

質變化，以及深紅的骨髓，完全與天竺鼠之壞血病相似。以後他將該混合食物又改簡單，名作食物 XII，乃成于精製的乳蛋白質，澱粉，和鹽類，(Mc Collum 氏混合鹽類 N₂.185) 並加些用高壓蒸氣加過熱的牛脂肪，其中完全不含維他命，對於 D 維他命代以太陽燈之照射，如果以此去飼養白鼠，則檢查所得的骨變化，與以前在天竺鼠之壞血病所述的完全一樣，並亦出現于其他之營養障礙。至于出血現象在此完全缺如，以致我們絕不能以看作為壞血病，但是假使于該食物內每次加一滴不飽和的蘇仁酸，(Linolensäure, oder, acidlinolinic) 則于全部空虛的骨髓中，即發生出血，然後始形成壞血病之特殊的總徵象。由此看來，這很重要的物質，如各植物性油內所含之不飽和的油酸，在偏面的營養，就變成了毒質，似如葡萄糖之在糖尿病為害一樣。于是由以上的試驗，Collath(5.) 氏就推斷壞血病是與脂肪新陳代謝有關係。至于脚氣病之與水炭質的關係，我在敘述 B 維他命已提及了。再者 Schittenhelm (4.) 氏所述之 Salle 和 Rosenberg 二氏在歐戰時的觀察，即捕虜中患浮腫病者(Oedem krankheit) 和患壞血病者之營養的差別，僅只後者于麵粉和豆類之外尚多肉和油脂而已。此亦可用于證明壞血病與脂肪新陳代謝有關連也。

此外 Kollath(5.) 氏之想像，如果一種動物能特別造出不飽和的油酸，必定對於 O

維他命之缺乏很靈敏，反之，即不易患得壞血病，此尚待其他學者的實驗去確證。

關於壞血病之新陳代謝的變化，至今只有一些不甚明瞭的試驗，故其與C維他命的關係尚不克推斷。

據 Hess (6.) Nuger 和 Supplee (6.) 諸氏之報告，在C維他命缺乏時，則動物乳內之鈣和磷酸的含量即大為減少。可是他方面按Randoïn (7.) 及 Nagayama (8.) 的試驗，以缺乏C維他命食物去飼養天竺鼠，其血內鈣和磷含量却不發生變化。

Randoïn (9.) Nagayama (10.) 及 Igarashi (11.) 諸氏之研究結果，均以爲患壞血病天竺鼠之副腎臟的膽脂 (Cholesterin) 含量低降。

Bezssonoff (12.) 氏檢查缺乏C維他命的天竺鼠之尿液，發見不能與臭素化合的炭素，以及石炭酸含量 (Phenol) 皆爲之減少。由此試驗他推論C維他命有促進排泄新陳代謝渣滓的作用。

再者 Randoïn (13.) 氏在患壞血病之天竺鼠，檢出其血中之蛋白質含量低減，1000cc 爲 42 gr。反之在正常的天竺鼠，1000cc 之血中平均含 57 gr。至于格布林蛋白質比阿布敏蛋白質之商數由 0.6 落至 0.4。

此外 Grouchi (14.) 及 Randoïn (15.) 諸氏均以爲在得壞血病的動物，其紅血輪對於低滲透壓的鹽液之敵抗力增高。

於飼養試驗，若加甲狀腺于缺乏C維

他命的食物中，則壞血病之形成即加速。這或者是因新陳代謝增高，而C維他命該在動物內之儲蓄藏量易于消費之故也。(Nobel u. Wagner) (16)

C維他命在自然界的廣播：C維他命與A和B維他命一樣，也是最多出現于植物界。按 Kucera (17.) 氏之研究，幼小植物之各部中，如葉，莖，均含有C維他命。Theobald Fürst 氏證明安靜的植物種子內不含C維他命，可是于開始發芽時，則立即生出。是以推斷C維他命對於植物之生活作用是很重要的。Honeywell 和 Steenbock (18.) 二氏更研究發芽種子內之C維他命，並不是于種子浸漲時就生成，而且尚須養氣的，在無養氣的情形下不發生C維他命。

于新鮮青菜中最富于C維他命含量的，即是白菜一類的植物，其次爲萵苣，葱，以及其他的綠色小菜。最要注意的，即是Salle 和 Rosen-berg 證明由白菜製出的酸菜，則完全沒有治療壞血病的効力。

除去新鮮青菜之外，一切新鮮的水菓差不多也均含有C維他命，其中尤以橘子和檸檬爲最富。于此應注意的，即是地中海沿岸所產之檸檬，(=Citrus Lemona) 的効力遠勝于印度所產的。(=Citrus acida)，按 Mc Collum 的試驗，後者只有前者之四分一的含量。至於橘子汁 1,5ccm 之含量約等于 100ccm 的牛乳，是以近年來對於嬰兒營養上非常顯有功效，不過各種不同的橘子其含量也發現很大的差異。

(Willimott氏)

動物性食品中極少含有大量的 C 維他命。比較起來人乳中所含的尚豐富些。至于牛乳中按季月之不同差異頗大，夏乳比冬乳的含量為多，蓋牛之食物不同也。據 Bakke(19)的試驗，糖練乳中亦尚含有 C 維他命，每日約需 115rg.即可防禦小孩之壞血病的發生。

在健康動物之各器官體素中，C 維他命之存在不及 A 和 B 維他命為多。而其中肝臟比其他器官如心臟，肌肉，大腦，腎臟等所含的較豐富。(Kaneko 氏)(20)

C 維他命之化學的研究：C 維他命之化學的構造，差不多可說尚全不通曉。牠溶化于水內，而不溶化于純酒中。近來 Zilva(21)氏從檸檬汁中製出來一對於壞血病極有效的濾液，但分析 C 維他命的試驗仍未成功。

最近 Scotti 和 Luigi(22.)二氏以為檸檬汁內之 C 維他命含有二個成份，亦可以用熱力分開。對於熱安定的成份呈 Bezsonoff 氏反應，至于不安定的則反是。僅以此對熱安定的成份去飼養不能完全預防壞血病

，必二者合用，始有完全的功效。

C 維他命對於化學的和物理的侵害，是極靈敏的。鹼性反應可以損毀 C 維他命，反而酸性反應似有保護的作用。再者食品經長久的有放，其維他命含量亦行低減。是以本年的馬鈴薯比較前一年的富于 C 維他命。

最近 Miss Delf 研究 C 維他命對於熱的靈敏性，得了與其他者稍為差異的結果，即使只加熱到 30°—40° 但經過長久之時間後其 C 維他命的損失比較短時的沸煮還更利害。平常的罐頭食物可說完全不含 C 維他命。

乾了的青菜差不多均失其作用，乳粉中 C 維他命亦甚微。

此外根據 Hap 氏的研究，極少的銅質可以迅速將 C 維他命損毀之。

C 維他命的證明，實地上完全藉着生物學的實驗，至于 Bezsonoff 氏反應，(加磷鉬酸呈藍色，)對於 C 維他命並不是特殊的，即是 Bezsonoff(23.) 氏自己以後亦以為該反應起源于 C 維他命的分解物。

參考書：

1. Klinische Wochenschrift No, 40, 1931.
2. Handbuch der Pathologie, Norm, Physiologie B. V.
3. Naügn-Schmiedebergs Arch. 153, S. 359-380 (1930)
4. Klinische Wochenschrift No 40 (1931)
5. Klinische Wochenschrift No, 40 (1931)

6. Handbuch der Norm, u. Pathology. Physiologie B. V.
7. C. R. Soc. Boil, 100, 11-13 (1929)
8. Y. of. Biochem. 11, 191-201 (1929)
9. Cpt. rend. hebdom. des seances de l acad B. 183. No. 22 S. 1055.
10. Y. of. Biochem. 11. 225-237 (1929)
11. Y. of. Biochem. 11, 239-250 (1929)
12. Bull. Soc. de Chim. biol. 10, 1199-1212 (1928)
13. C. r. acad. Sci. Paris. 192, 1276-1279 (1931)
14. Boll. Soc. ital Biol. sper, 5, 637-638 (1930)
15. C. r. Acad. Sci. 188, 729-731 (1929)
16. Z. exper. Med. 38, 181 (1923)
17. C. r. Soc. Biol. 99, 971-972 (1928)
18. Amer. Y. Physiol. 70, No 2 322 (1924)
19. Arch. Kinderheilk. 90, 188-196 (1930)
20. Frans. Jap. Pathol. Soc. 17 366-367 (1929)
21. Biochemic. Y. 18, 182 (1924)
22. Arch. di fisiol. B. 26, S. 83-153 (1928)

人工墮胎之手術及其時間問題之拾遺

Dr. H. Kanter 著

沈在中 譯

爲了醫學上的理由，孕婦往往有墮胎之必要，然而人工墮胎，有時竟會鑄成大錯：如于妊娠中毒 Schwangerschaftstoxikose 等例內，施行手術之醫生爲之于未得必要之條件與保證以前是也，此所以在治療方法確定之下，仍須有相當之時間以確定妊娠之存在及墮胎之可能性也，因此

於妊娠之第三月，或較晚於第三月始可施行墮胎之手術焉，如故此觀察時期能實際縮短時，余將純以醫生之立場，而爲婦女之利害計；提倡人工墮胎之時間愈早愈妙之說，最適宜之時間厥爲妊娠之第八星期，余之此說其理由有二；今分述如下：

吾人於此當首先感謝 Sellheim 氏確

切之譬喻，氏謂人工墮胎猶如擲石於鐘架，余之立論適與吻合，以謂人工墮胎之於婦女，猶如受一電震 Schock。蓋妊娠者於受孕之始，即有種種內分泌之新製造體與自身內分泌之變化；此果為吾人所熟知者也，故妊娠愈久，母體所受之影響亦愈大，苟於此時施行墮胎手術，則此偉大之新構造，破壞於俄頃，而母體乃受電震樣之不幸矣，余之經驗，以謂人工墮胎行之愈早則電震愈輕。因此吾人所應預知而熟計者，厥為婦女之能容忍或克服此電震否也。

妊娠者如有墮胎之必要時，則行之愈早愈妙，蓋余深信除對於婦女之電震極輕外，尚能與手術上以便利也，因此妊娠之第八星期適當其選矣。

胎胚(Frucht)——即卵子及其外膜，於第八星期時其發育較小，此適與以後迅速之進化相反也。故此時胎胚離子宮後所經之軟產道祇須輕度擴張，此實較行於妊娠之晚期為優也，要之余深信強度之軟產道擴張於妊娠之晚期，對死亡率之增高，實不能辭其咎也。

據吾人所知，俄國人亦優為一次的純用器械的刮出手術，我覺得此種手術與施行手術者以極大之保障：即無菌的與手術之可靠是也，如墮胎手術行於妊娠之前期，則屢次的用 Laminarien 來擴大子宮頸，亦非必要矣。如行於妊娠之後期也，則須用 Laminarien 而施行兩期之手術矣；

或先放去果水(Fruchtwasser)而得自然的娩出，但此種方法對於無菌的與流血方面終不及一次的純用器械的刮出手術為可靠也，此外於妊娠之初期子宮壁尚未強烈擴張。故對於不十分可靠之施行手術者將子宮壁穿孔之危險尚少，吾人於妊娠早期施行墮胎手術，亦須用相當之器械；此必然之理也，我以為最好用 Jolly 氏的擴大器(Dilatatoren)且祇用其最小的三號，此外亦可用最小的異物刮出器(Knerette 7mm 闊。)我所用的墮胎鉗，乃 Koertes 氏的胆石夾拾鉗(Gallen-steinfasszange)。用墮胎器械而竟把子宮穿孔；我以為這是極大的錯誤，蓋由此可以證明施行手術者，對於柔軟之內臟，本應小心而用極輕之手術者，竟代以粗笨之手術也。我於施行刮出手術時，亦極力避免應用壓力，我之見解以為施行手術者之手指上應有此種感覺，即能熟知尚有胎盤與卵子之殘留附着於子宮壁否。子宮壁之不平者，亦不應用力刮去，否則將由子宮壁之損傷，遂致易於引起子宮炎也。

用上述之器械，於妊娠最初之八星期內，或竟較晚於斯時，幾乎均能不用麻醉而施行此墮胎手術焉。

我之所以提倡妊娠者有墮胎之必要時，行之愈早愈妙哉，乃根據下敘之二理由：

1. 對於婦女之電震極小。
2. 用相當之器械施行手術極易故也。

關於肺炎治療之新効驗

醫學博士費梗特(Dr. med. R. Wigand)原著

李永彬譯

茲先簡單地將近數年來微菌學及血清學探究之最主要之新事實藉作引證。刺針狀肺炎球菌之種類(Species Pneumococcus Lanceolatus)由血清反應可分為各種模型，由此可以指明治療之決定及肺炎已不復視為唯一自體傳染(Antoinfektion)之見解，而却是對於傳染有甚大之意義，其次須聲明者，即此各不相同之模型，可互相變更，且與連鎖形球菌(Streptococcen)之種類相類似，再者肺炎球菌及其他之微細生物既可為葉瓣肺炎(lobäre Pneumonie)之病菌，又可為限局性肺炎(herdförmige Pneumonie)之病菌，因此又新生一問題，即何故同一病菌，在一方面發生葉瓣肺炎，在他方面却發生限局性肺炎。此為免疫生物(Jmmunbiologisch)之因由，蓋凡一疾病，非但以病菌作為傳染之標準，即主體(Wirt)及其普通與局部之反應，於傳染上亦有相當之關係，此免疫性(Jmmunitätslage)之名詞所印入吾人腦海中者，為病菌與主體相反關係之記號。

葉瓣肺炎及限局性肺炎無明晰之界限，故肺炎之區別甚感困難，雖現今醫生將

急性葉瓣肺炎已視為獨立之傳染病矣，急性葉瓣肺炎之對方為雜有併發症及由此併發症所發生之葉瓣肺炎與小葉瓣肺炎(Lobuläre Pneumonie)。

I a 真性肺炎球菌肺炎

由以前粗淺之功效，引出肺炎治療之一新法，但屬於特殊治療(Spezifische Therapie)之境域；在三十年前已有試驗以羅馬氏血清(Römersches Serum)治療肺炎者，但無優良之結果，其原因即為當時未能將各肺炎球菌之模型，完全分清，現今美人之模型血清(Typisiertes Serum)，其功效似較完善，尤其對於第一模型(Typüs I)之肺炎為特靈。克來爾(Krehl)在德國為應用此治療之第一人，彼與服依登跋爾克(Voithenberg)共發明一方法，即由鼠之試驗能使模型之區別(Typisierung)在十二小時之內完成。

此方法即以0,2—0,3西西之生理食鹽溶液(此溶液和以預先洗淨之痰片)注入二白鼠腹膜中(Intraperitoneal)，待十二小時後以一小玻璃定量吸液器(Glaspipette)將數滴食鹽溶液注入此已死之鼠腹中，

再隔數分鐘後復吸出數滴，此液中幾常混有肺炎球菌，用第一至第三模型之標準血清，可作凝集反應(Agglutination)之試驗，同時以生理食鹽溶液作為對照之試驗，凝片粗集在數分鐘後或立刻就能發生，此明證已，但細粒凝集尚未證明，此為非特者殊且又非立刻可發生。

美國人常以多量之血清(250—1000ccm)由靜脈注入，其良善之結果，已為克來爾氏證實(嘉許)，但血清治療亦有短處，即迄今尚未成功將此有効之血清多多加濃，因此其治療祇限於醫院中，且血清之價頗昂，而又增大循環器之負荷，亦未充分顧及之，在德國關於血清治療頗乏經驗。對於各模型肺炎之分配，已由古來氏(Cole)分之如下：對於第一模型(Typus I)為百分之三十三至三十五，第二模型(Typus II)百分之二十至三十，第三模型(Typus III)百分之十至十三，末為第十族(Gruppe X)又稱為第四式樣(Typus IV)據歷來經驗其死亡率(Mortalität)似有顯著之低減。血清治療法美人僅注重第一模型之肺炎，克來爾則注重前三模型(即一，二，三，)至對於第十族有効之血清迄今尚未成功。

用多量血清後，常發生血清病(Serü-mkrankheit)，但能依下述方法避免之：在注射血清前，先以馬標準血清(Normalpferdeserüm)注射之(0,5ccm皮中注射，再4½ccm在另一處皮下注射之，)及視察隨

後所生之反應，再為安全計，將小量與體溫相同之式樣血清徐徐由靜脈注射之，若數分鐘後無過敏之反應，則繼續注射之，(欲免除血清疹(Serü-mexanthen)之發生，則同時行 Atropin 及 Ephedralin (各一西西)之皮下注射，極見功效，或 Calcium lacticüm 1 0,5 sacch. obduct.) (和水吞服，不可嚼碎，服數回)或 Adrenalin 亦可)。克來爾在第一日以模型血清150ccm，其中50—100ccm為靜脈注射，餘為肌肉注射，若至晚上，熱仍不退，則須復將同量之血清於晚上，再注射一次，至翌日若此病狀仍無變更，則於早晨再注射100及晚上100—150ccm，須注意者，即此血清，須徐徐注入，10ccm約須三分鐘之久。在最近一年中關於血清治療，無多大之經驗。呂許登斯坦(Lichtenstein)發現，凡對於血清有優良之效果者，大概皆屬於第四模型，彼且信血清之功效，為一非特殊之蛋白質治療。

採取(Cecil)及普魯曼(Plümmer)報告如下之効驗：一百七十一個以虎通氏抗體液(Huntoons Antikörper lösung)醫治之病人，另外以同數之病人作為比較(Kontrolle)，由死亡率之減低，證明此液之功效，但注射後常發生高熱之反應及戰慄(Schüttelfrost)。

費爾通氏濃度抗體肺炎球菌血清(Feltonsche konzentrierte Antipneümokokken-serüm)，其強度約十倍於不濃厚者。二

百三十九個第一模型之肺炎患者，以此血清治之，其死亡率為百分之二十。二百三十四個不醫治之患者作為比較，其死亡率為百分之三十一。血清治療用在最初七十二小時內，其死亡率可降至百分之十一又七，若早時注射血清用充足之分量，則其臨床之效果，甚為優良，濃厚之血清具有豐富之治療價值，更為可貴者即此血清含有引起戰慄之物質極少及馬血清蛋白質亦微 (Pferdeserumproteine)。故吾人易於應用。戰慄，血清反應，及血清病等非常稀少。

新近改良之血清治療為被動免疫者 (passiv immunisierend) 即為特殊者，相同者為以特殊苗漿 (Vakzin) 治療促成自動免疫 (aktivimmunisierend)，但後者在德國。不甚慣用。

金雞納霜治療 (Chinitherapie) 以廣義言之，亦可視為特殊者：(Chininum tanicum 及 Ferrum Oxydatum saccharatum 每日三次，1,0 g, 和以蘋果醬或粥湯；對於重病：Chinimum hydrochloricum 2,0, Urethan 1,0, aqua dest ad 20,0; 5ccm = 0,5g Chinin 皮下注射)。此方現今已被 Solvochin 或 Transpulmin (= Chinin + Kampter) 等排斥矣。

莫耳根洛脫 (Morgenroth) 及洽爾盤斯短脫 (Halbestädter) 試驗之出發點，即以金雞納霜及其類似品對於錐蟲傳染病 (Trypanosomeninfektion) 之功效，作為對於肺炎球菌傳染病化學藥品治療之基礎

，金雞納霜之功效在此殊不可靠，Hydrochinin 之功效則較為強，Optochin 之功效尤為超越。因肺炎球菌與錐蟲在生物化學上有相當之關係及金雞納霜能治療肺炎，而引起以 Optochin 醫治肺炎球菌傳染病及肺炎之試驗。莫耳根洛脫已將 Optochin 作為消殺肺炎球菌之特種劑，而已在治療上應用矣。但 Optochinum hydrochloricum 比較 Optochinum basicum 稍有危險，能因此而盲目 (Amaurose) 雖然馬貪斯 (Masthes) 在歐戰時曾用此治療許多患者，且發現彼退熱之效驗甚速。有云 Optochin 對於治療肺炎球菌之疾病，并無特種功效者，實有謬誤，蓋據洛在諾夫 (Rosenow) 之臨床，彼將肺炎球菌腦膜炎 (Pneumokokkenmeningitis) 患者先抽出 20—30ccm 腦脊髓液 (Liquor Cerebrospinalis)，再由腰椎內 (Intralumbal) 注射 20 ccm 1:5 之 Optochinum hydrochloricum (同時須飲牛乳) 而治癒之。克羅斯 (Cross) 發表：連續三日，每四小時服 (Optochinum basicum) 一次，每次 0,2g。古爾稀孟 (Curschmann) 將 Optochinum basicum 製成被於角質之藥片，每片分量為 0,2g，每日四次至五次及至總量為 5,4g，彼對於遊行性肺炎 (Wanderpneumonie) 或慢性肺炎 (Chronische Pneumonie) 則行 Optochin 突襲療法：(Optochinum basicum 一日至三日，每日五次，每次 0,2g，隔數日後，再行重服。對於壞疽 (Gangraen)

或肺膿腫 (Lungenabszess) 彼將 Optochin 和 Neosalvarsan (新六〇六) 結合而治之。在臨診上 Optochin 只用於腰椎內注射，即對於肺炎球菌腦膜炎。以金鷄納霜治療肺炎普通法皆甚適宜，每日二次，分量為 0,5g 已足矣。

至於對症的療法 (Symptomatische Behandlung) 應先以 Morphin 或 Pantopon 止其痛，吾人據馬貪斯氏之經驗，即 Morphin 在肺炎初期全無危險，且具有減熱之功效。梵耳鈍 (Velden) 根據郭德里柏 (Gattlieb) 在動物之試驗已將 Morphin 減熱之効用在人體證明矣，且由治療哮喘性肺炎 (Kruppöse Pneumonie) 而見自注射後熱度之驟降而確定矣。至於欲安全睡眠 (循環器須留意) 可服 Paraldehyd 或 Amylenhydrat 或 Allional, Phanodorm 加 Veronal 及相似之安眠藥均可。

症候療法之最要者，為血液循環衰弱之消除，若在發生肺炎之前已有心臟瓣膜病 (Herzfehler) 者，則開始就應服 (Digitalis) 藥品，若心臟健全者，則最好不服 Digitalis 藥品，因初時服了 Digitalis 藥品後對於 Strophanthin 之靜脈注射要受到限制故也，吾人常以 Koffein, Kamfer, Hex-ton Coramin 或 Cardiazol 等預防之，若此等藥品無甚效果，則可用 Ephedalin, Sympatol 或 Adrenalin (最妙為 Asthmolysin, 因其與 Hypophysin 結合後有耐久之功效)，常見良好之效果若有肺

水腫 (Lungenoedem) 最初現象則應行靜脈放血法，(Aderlassen) (300—400 ccm)，甚見効驗者，可以 10 ccm 之 1:10 Kalzium Sandoz (預裝玻璃管內) 由靜脈注射之，再加 10 ccm 之 50% 葡萄糖溶液 (Dextroselösung) 及 Cardiazol。最後之末策為 Strophanthin 之靜脈注射，其分量開始只可 0,25 mg (不許超出 0,5 mg)，并和以蒼萄糖 (在市上稱之曰 Strophantose)，在十小時之內不可復射之，市上所售之 Strophanthinum Compositum 係由柏林格爾 (Böhringer) 所製之併合劑 (成分為 0,25 mg 之 Strophanthin 及 0,1g 之 Cardiazol)。

以 Strychnin 治療血管神經之虛脫 (Vasomotorenkollaps) 在英，美，法等國經長時間之試驗後，現已為德國醫界所採納矣。

欲觀察各人疾病輕重之相差，可由治療規則之開列推知之，但每一例，如柏德納耳 (Böttner) 所說，須靠醫生之經驗與天性而共同決定之。吾人在血液循環衰弱內已將 Kalzium 與 Strychnin 之功效證明矣。

關於物理學之治療方法，首推此不可缺乏之柏里斯內此氏包細 (Prissnitz' Umsehlag) 為最感適意；肋膜刺痛 (Seitenstechen) 可以冰袋或乾燥吸血杯 (Schröpfkopf) 減輕之。強烈水治術 (Hydriatrische Prozeduren) 之應用，因有虛脫之危險，對於成人已逐漸放棄，即使包細亦須小心，且不可

使患者起坐與行動，胸部惟一部份包圍之，可不使患者起立之局部冷浴，亦甚適意，每隔三小時行一次。克勞斯(Krause)應用有規則短時之微溫浴加以應由醫生自己施行之冷水灌注(Übergiessung)。重患者之欲免去扛抬，可使用可行動之浴盆，此盆之四分之一或二分之一應貯以溫度約攝氏三十四度之溫水在行室內溫度之灌注浴時，則水之溫度宜降至攝氏二十五乃至二十度，浴後患者在床上應裹以一層或二層之被布，此種浴每日可行一次或二次，呼吸因此使深，出痰容易，體溫降低，全身適意，但洗浴時對於成人應顧及易於陷入虛脫之危險。希登海而姆(Schittenhelm)不欲使用洗浴治療。斯端能畔爾格(Sternberg)對於黏液分泌及劇烈咳嗽，應用高溫度十字形網束(Kreuzbinden)，咳嗽可以Kodein，或度佛爾氏(Dorer)粉末除棄之。馬氏痰劑不甚需要，蓋服此藥後，祇一小部份之痰能咳出之，大部份則被吸收之。行水蒸氣吸入法，亦頗適意，對於高度呼吸困難(Atemnot)可以養氣呼吸之，考而特蝦安待耳(Goldscheider)以Lobelin減輕呼吸困難，份量：每日三次每次0,003至0,1g由皮下注射之。

至於飲食，在發熱時，因欲適合胃口之不佳(Appetitlosigkeit)，應給與液體食料(肉汁亦可)，其間可給與乾麵包或烘麵包。解渴可飲檸檬汁，欲使其興奮亦可飲少量之酒或Sekt(西班牙之名酒)。

I. B. 併發病(Komplikation)

關於假性腦膜炎(Meningismus)於診斷上須行多次之腰椎穿刺法(Lunbalpunktion)。為預防起見，應同時將20ccml:500之Optochinum hydrochloricum溶液注入之，冰袋及冰枕亦可使用。

冰枕之製造：先以一層緊壓之亞麻仁粉(Leinsamenmehl)，上舖以胡桃大小之冰塊，其上再覆以一層亞麻仁粉。另外再以麻布一塊包之，然後置於頭下。此能保持數小時之久。

因肺炎球菌非為極惡之病菌，且肺炎球菌化膿(Pneumococceneiterungen)容易構成囊包(Abkapseln)，故由肺炎所生之關節病可不必使用外科手術，通常用皮爾氏之鬱血法(Biersche Stauungen)已足矣。

肺炎滲出液(Pleuraexsudate)須抽去之；對於膿胸(Empyem)若肺炎尚存在，則不可將肋骨切去，吾人可使用別拉烏氏留置胸腔排膿管(Bülausche Heberdrainage)，吾人曾見過用此法三星期後即告痊癒。肋骨切除法(Rippenresektion)，須待肺炎過去後，再行使用。弗雷特孟(Friedemann)將七個連鎖形球菌膿胸之患者，用一次或二次Acridin製劑(Nr 2043)之注射，即將此膿胸完全消滅。

II 竈狀肺炎(Herdförmige Lungenentzündungen)

對於小孩以用水療法為主(Hydrotherapie)：每日數次熱水及溫水浴，同時

須以冷水灌注。再加入由好安柏納 (Heubner) 所發表之芥子粉 (Senftnuehl)，作為皮膚刺激劑，此外并用氣管炎鍋 (Bronchitiskessel)，每隔三小時之樟腦劑及 Liqu. Ammon. Anisatus。

對於老年人及衰弱者，沐浴僅在特殊情形之下應用之，但血液循環則須使狂盛 Digitalis，樟腦等亦甚有効，Ammonia kalien 亦可。另外可使吸取緊壓之空氣及在稀薄空氣中呼出之，此法若有輕便之器械及插入器 (Steekkontakt)，即在私人住宅中，亦可應用。

有弛張熱及再復 (Rezidiven) 之慢性肺炎，其豫後 (Prognose) 甚為不佳。哥德 (Götte) 應用胸部捆縛 (Brüstwickel)，Natum Salicylicum 或 Atophan，對於繼續發熱可用金雞納霜，每日三次，每次 0,3g。

III 稀有之肺炎

對於梅毒，當然需特種之治療，鎖狀毛狀菌傳染病 (Streptothrixinfektion) 可用碘治之，同時須照 X 光 (Röntgen) 或人工太陽燈，因阿米胞 (Amöben) 痢疾所發生之肺炎，可以 Emetin 治之，因蛔虫之幼虫所發生之肺炎，即所謂蛔虫肺炎 (Askaridenpneumonie)，迄今尚未發現，此種肺炎僅有學理方面，生物方面，病源 (actiologie) 方面，及土風病 (Endemiologie) 方面之興趣，且最初除預防外惟有對症治療之。

前所述者為肺炎治療新効驗之證實，最要者為兩個治療上之疑問，此問題在目下甚感興趣。即(一)以特種免疫性血清之特種治療及(二)異常恐怖之血管神經之虛脫。血清治療普通在德國頗乏個人之經驗，但據少數應用此種治療者之報告，獲得甚佳之效果，在實際上非常佔優勢者，即為新循環藥劑之使用，亦為藥物上一種重要之增進。

除此二問題外，尚有一第三問題，此問題大部份包括於非特種治療之內，格勞斯氏對於以光治療肺炎，極甚重視。自己血清 (Eigenblutserum)，復原期血清 (Rekonvaleszentenserum)，白喉抗體血清 (Antidiphtherieserum)，自己疫苗 (Autovakzin)，啞姆納庭 (Omnadin) 等注射，特別組成之刺戟劑 (Milch, Aolan)，松香油 (Terpentin) 注射，及許多他種方法等等，不能作為尋常之治療藥，但作為普通在身體內抵抗力之興奮劑，則有功效。

除上述外，透熱療法 (Diathermie)，由肛門注射過錳酸鹽 (Permanganat)，吸入炭酸 (CoSnhalation)，新鮮空氣治療 (Freiluftbehandlung) 等，均可使用。吾人不欲詳述每星期皆有新出之暫時藥品，以免發生錯亂，但欲勸戒此無證明藥品之應用，故簡易將彼記載之。對此未鑒定的許多治療方法之試驗 (Polypragmasie) 柏特氏 (Bethea) 之意見似值得注意；肺炎治療之全盤計劃最主要者，為全身時時

刻刻之照料，但不可使患者覺得厭惡，靜養以保護血液循環，少量之富於含水炭素之食物有規則之大便，溫和之滷化 (Alk-

alisierung) 對症治療，僅在一定適應症若患者經過良好及無須特別醫治者，應用之。

大蒜治腸病之功效

光 漢

大蒜之化學及藥物學性質，至今尚不明瞭，德人 Lehmann 氏，近曾將大蒜加以試驗，證明其有效成分，遇熱則分解，是以極多大蒜製劑，或為大蒜精，或為含糖煮液，並不含大蒜之有效成分，以其早因製時加熱分解故也。

大蒜在古已知為良藥，惟自近來 Roos 氏採用後，世人始漸用大蒜新製劑亞歷山丁，此藥確含大蒜之各種有效成分，且其分量，與大蒜原質無異，故效用甚著，加適當之木炭量，使大蒜成一種固體，其原有氣味，亦因之失去。

近幾年來，無論住院與不住院病人，吾人皆令服亞歷山丁，以治各種腸病。

在急性腸炎時，通常給服瀉劑後，再用亞歷山丁，不久腸呈安靜之象，胃口大增，大便於幾日內，亦恢復原狀，在次急性及慢性腸炎時，單用亞歷山丁，亦往往能以治愈，最要者，為在慢性腸炎時，用亞歷山丁後，無大便閉結之害；非如鴉片

及收斂劑為然也，痙攣性腹痛，多發於腹瀉之先，但服藥後，不幾日即已消失，大便漸漸成形，按予之經驗，亞歷山丁，用於慢性大腸炎與小腸炎，殊殊為適宜，所服藥量，係每日三次，每次二片，若腹瀉劇烈時，可服至每日十片，Ross 稱亞歷山丁能使腸潔淨，意謂不正常之腸菌，能被捕滅，此說近已由 Lehmann 氏證明之矣。

在黏膜性大腸炎 (Colitis Membranaea) 時，亞歷山丁自難奏效，腸有重大之表皮損傷，亞歷山丁，雖不能根本治愈之，但病勢竟可因之大見輕減，若能節制飲食，其效尤著。

此外，亞歷山丁對於消化不良，亦有良效，若消化不良，係由胃炎而起，則須給以適當量之鹽酸，同時再給服亞歷山丁，則腹瀉不久可以停止，其他現象，若胸腹漲悶，口中無味等，亦即消失，若單用亞歷山丁，亦有良效，以其能促進胃分泌

也，故亞歷山丁，對於因胃炎而起之消化不良，不無病原治療上之意義。

普通常用之收斂性藥劑，多不生效力，可知亞歷山丁，對於腸黏膜之作用，與收斂藥根本不同。

再則在患結核病，扁桃腺炎，及其他敗血性病時常發生之腹瀉，亦可用亞歷山丁治之，在此種情形，亦常有胃酸減少情事，可服適當量之鹽酸，如胃機能正常，單用亞歷山丁，亦無不可，在毒物性腹瀉時，大蒜之止瀉效力，平靜腸蠕動之作用，不如其消毒殺菌之力強，此種功效，能使腹瀉不數日即行停止，且絕不引起便秘

。亞歷山丁之用量，通常每日三次，每次二片，若欲腹瀉早日停止時，每日可服至八片至十片，副作用終未見過，雖僅有少數人口中有大蒜氣味，但以其效用良好，故皆肯按方續服。

總之，吾人積數年之經驗，敢稱亞歷山丁用於各種腹瀉，其效力至小與鴉片製劑及收斂劑相同，但絕不引起便秘，此優點也，若治次急性及慢性腸炎，其功效尤超出一切，且無副作用，是以用之日廣。

近代瘧藥撲滅間歇熱之意義

Dr. Otto Fischer 著 沈尙德 譯

在熱帶及其附近之主要病症，厥為瘧疾，于彼發生之多，傳佈之廣，已可概見。故即云：『在二回歸線內各地之居民，若不先事預防，未有能避免傳染者。』亦未過甚其詞。患者以青年為多。惟居高山上者則否，山愈高，患者愈少。余曾于東非考察，凡在高出海面一千一百至一千二百米突處為界，此處之患者，已顯然大為減少。檢驗此界以下之孩童時，則常發見瘧之主要病徵，如脾腫，血色素減少及血

中之原蟲等。此在界線以上百分比即大為減少，但瘧之原發於界線以上者，亦不少，而尤於酷熱與潮濕之年頭，往往引起散佈極廣之重劇性瘧疾流行。在一千八百米突以上，瘧疾始絕踪跡。

于熱帶南北，迄至溫帶，情形亦無大異。

至于熱帶居民對瘧疾之死亡率，余願慎重出之。蓋余在東非居留期內，僅發見少數症例，陷于昏迷狀態，因治療過晚，

以致不救。瘧疾惡液質亦不多觀。故大約直接死于瘧疾者，不多。然不可忽視者，有其他病症，如營養不良，肺炎等原可不至死亡或感受，然因曾罹瘧疾，致體內抵抗力減小或消滅，遂不能免。故于非洲熱帶孩童死亡率中，與瘧疾有間接之關係。

因瘧疾原蟲傳染及其經過之特殊，我人可用各法抵抗之。今試述與下文有關之原蟲發育，存于瘧蚊（*Quopheles*）唾液內之原蟲，由蚊刺傳入人體，侵入赤血球，成爲指環狀無性形之孢子母細胞（*Schizonten*）漸增其原形質，成變形蟲狀體，乃依其種類，分裂爲多少不等之分仔（*Merozoiten*）。此時即誘起臨床上之戰慄惡寒及寒熱。每分仔復各侵一赤血球，而行前述之工作。此爲原蟲於人體內，無瘧蚊之媒介而起之循環變化。

然有一部分分仔，成爲二種不同之有性形生殖球（*Gameten*），長時間混于血液內。迨爲瘧蚊攝入胃中，始進行其變化。是時雄性生殖球侵入雌性生殖球內，行受胎作用，而產生芽胞細胞分佈于瘧蚊之全身及唾液內。由此復能傳入人體，

依上述觀之，其抵抗法可分二途：一爲撲殺作媒介之瘧蚊，防止傳佈。方法與效果不另贅述。一爲滅除體內之原蟲，而尤注目于有性形之生殖球，因彼爲傳染中之要角，若能杜絕，則殺蚊一法，亦非必要矣；且又能使患者痊癒，故不可不詳細

討論之。

以雞那樹皮（*Chinarinde*）生產物療治瘧疾，知之已久。然其結果圓滿之解釋，則近時始明。金雞納（*Chinin*）之作用，數言即能闡明。今試就瘧疾言之。瘧疾共分三種：即間日瘧（*Malaria tertiana*），四日瘧（*Malaria Quartana*），及惡性瘧（*Malaria Tropica*），其區別于臨床上爲熱型，生物學上爲原蟲之形態。

金雞納於間日瘧及四日瘧之效力，爲迅速除去臨床病象，同時亦能殺除原蟲及生殖球，使傳染停息。對於惡性瘧則不然。若服用足量，同時較正胃腸之吸收力或內服鹽酸，則臨床病象即可消失。孢子母細胞亦能于數日內除滅。然雖久服大量，血中之生殖球仍能生存。按 *Mühlens* 氏曾在漢堡熱帶病研究院內證明，惡性瘧有長時期之傳染力。即臨床病象已退，傳染力仍未稍損，其周圍尚帶有危險性也。

依上見解，遂有 *Plasmochin* 之發明。其治療間日瘧及四日瘧之效力與金雞納無異。于數日內即能消滅臨床病象及原蟲，而用量則小于金雞納十倍以上。近時在 *Palaestina*，英屬印度等處，由普徧之實驗證明漢堡熱帶病研究院所發表基于少數材料之理論，頗爲可信。因經 *Plasmochin* 根本治療後，（治療期不能比 *Nocht* 氏金雞納治療法短），對於復發（尤其對易於復發之間日瘧）之次數，大爲減少。此爲治療上之一大進步。蓋在間日瘧復發期之

第一日，雖無病象，已有生殖球產生，易于傳染，故用 Plasmochin 治療，亦可減輕其傳染之可能性。然尚未能稱為完善者，因 Plasmochin 固未能使其不再復發也。

對於惡性瘧之功效則大異。其殺孢子母細胞之能力，不如金雞納為佳。雖然用小量 Plasmochin 亦能使病象及原蟲消滅。但歷時不久，（最遲至三星期）即行復發，而此時 Plasmochin 則已無能為力矣。但 Plasmochin 尚具一特效，為他種瘧藥所未有者，即能滅除惡性瘧之半月狀體于短時期內，（平均約需四五日）；若于適當時間服用，又能抑止其產生，因惡性瘧原蟲有其寄生物學上之特徵也：Thomson 氏在漢堡熱帶病研究院內，對於 Plasmochin 試驗有精密之觀察。彼曾證明，至早孢子母細胞于血內發現十日後，始見半月狀體。若于此時間內服用足量之 Plasmochin，即可抑止其產生。Plasmochin 于治療惡性瘧之重要，即基于此。

依上所述，則決定 Plasmochin 之最小用量，實為急務。余等可于多數症例上證實，行筋肉注射時，全量 0,15g 已足使半月狀體消滅或停止產生。若內服則需 0,2g。並知此量，可分配于一星期內。在三十六至四十八小時內繼續服用亦可，此為余等由實驗而得者，然于更短時間內，則非所宜，因每日之量，若超越 0,06g 時，非均無害也。據荷屬印度及西印度羣島之

報告，若短時間內服用全量，即有中毒現象發生。故于實用處方上，用 Chinoplasmin 較佳，每片中含有金雞納 0,3g，Plasmochin 0,01g，每日三四片，即有 Plasmochin 0,03—0,04g，已能達消滅病象及殺除原蟲之目的。

所以每次不必用大量之 Plasmochin 治療惡性瘧以期阻止有性形之產生，同時可說發見一除瘧之法，不過有一先決條件焉：即一有新患者發見，立刻須受有力的數星期治療。此于集民較少之處，如船員，小軍團，工人及遠征隊等，易于視察與檢查，故亦能順利進行。然于熱帶之一區或至一村，欲施預防，每遭失敗。因土著對歐人之計劃，毫不了解及信任，且加以蔑視，故未能得彼等必要之合作。雖有 Plasmochin 之發明，仍未能如願以償也。

在此情況下，如何能使熱帶（如非洲內部）之瘧疾絕跡，成為一大問題。滅蚊之法，亦因相似理由而不可能。此外惟有治療病人一途，防止傳佈。而 Plasmochin 之需要，亦因之大增。

于使用抗瘧藥物之種類及時間，亦應加以研究。是否仍依歐洲 Nocht 氏之根本療法？茲就余在東非洲之考察先述土人患瘧之經過，而作一答案。

凡一黑種小孩，處彼普通環境下，對瘧疾之感傳，毫不能免。因自降世之日始，即為羣集于茅屋中之蚊蟲所襲。其數之

多，惟有于夜間，至土著村莊視察始知。休憩于草蓆上之土人身體，幾皆為吸血蚊蟲所據。雖由 James 氏于倫敦之試驗，知僅有蚊之一部為瘧之媒介。然于彼處，則無人能免傳染，而孩童間之帶有有性形生殖球者，正復不少。

潛伏期過後，即繼以寒熱及瘧之各病象。血中已存有多量原蟲，然此時未必定致死亡，雖云可能，究非普例。泰半即能復原。原蟲亦已大減。然于數日後即復發，此次或能引起不良結果，或又恢復。至不良結果，半由傳染及營養不良而得之腸障礙而起。肺炎亦為致死之因。昏迷症例亦有，此種例原蟲極多。且間有白血病狀血型，此可以身體對原蟲營最後抵抗解釋之。

此種現象反覆行之，至身體與原蟲間之力之均衡 *Gleichgewicht der Kräfte* 而止。脾臟腫大，然于小孩，雖呈嚴重徵候，僅有輕度或毫無腫大者。體中免疫反應，尚未顯著。血中仍有多量原蟲。發病時或有性命危險，然無以前之嚴重，歷時亦較促。普通小孩已有愉快感覺，飲食漸增，血色素減少如前。迨孩漸長大，發病次數漸稀，原蟲亦已減少，脾仍腫大，血色素量則已恢復原狀。在十四至十八歲時，病狀全失。原蟲間有發現，脾臟退腫，身體強健，營養教育一如常人，似未曾罹此重病者。免疫性已充分完成。然若遇天時變化，則仍有復發之可能也。

以上所述，于治療及與撲滅上以及其實施上頗有關係。土著之于瘧疾，有迅速之自身免疫性，故對瘧患于十四歲以上，可不甚注重。且欲施根本治療時屢有損害免疫性之虞。因由長時期之藥物服用，能使原蟲及免疫性同時消滅也。故于衛生家之立場上，應努力用法使免疫性不致消滅。使瘧疾于土人僅為一小兒病，不危害其日後之生命，不妨礙其工作能力。至捨棄治療小孩之說，因犧牲之大，得不償失。然應于可能範圍內，先治其臨床病象。余在東菲時，每投以金雞納或 Plasmochin，或二者互用，約四五日而得大效。于乳孩及小孩用較大量(0,25—0,5 Chinin pro die 0,01—0,02 Plasmochin 肌肉注射)，雖在昏迷狀態下，亦能挽救。余等曾費極大努力，及用引誘法(每孩于每次注射後可得食鹽一小匙)，始有大半就醫，微此則恐無人應診矣。依余等之觀察，幼孩有于治療完成前，或竟在第一次注射後，雖有多量原蟲，亦能愈其危險病象者。余等意謂短期治療(雖症例無多)亦足助身體抗瘧力之增加，而保全其性命。故此類成例，亦不為無益也。

余等若能使之先服瘧藥，藉資預防，則長期之根本治療，可不需要。然倘無一謹慎之服法，則恐抑止免疫性之發展，欲行此試驗于少數居民區如于一村內，即備有充量之 Plasmochin，恐仍未能如願，因彼等毫不能了解有依法服藥之必要也。

此于曾至非洲而與土人有短時期之接觸者，類能道之。故此計劃僅可行于一定狀況之下，如土人軍隊，出動于氣候不同之地帶時，應防止其患瘧疾，否則因戰鬥力之減小或傷失，而必致全軍覆沒矣。他如科學遠征隊，旅行隊等，亦應利用此法預防，蓋居留于暴烈之高山氣候中，甚易使舊瘧復發，或于熱帶海岸感受傳染也。

由上文觀之，可知瘧疾藥劑對於治療間歇熱有重大之意義在焉。而自 Plasmo-chin 發明後，屢能助余等于治療及撲滅上，獲得好果。且能于外界斷絕之區，實行除瘧工作，而其效果，自較當時 Koch 氏在 Dalmatin 海岸用金雞納更覺迅速且完美也。

盲腸炎之由來

Prof. Dr. Ludwig Aschoff 作 徐德麟譯

很多年已不大研究了盲腸炎的病源，現在却又被人極有興趣地注意到。所以然者，一方由於 Ricker，另一方則由於 Heile 兩氏的觀察。他們相信盲腸炎之成功不是由於細菌，而是由於血管系及神經系的難於捉摸的刺戟，或其病理作用，以及流入盲腸內的腸汁。這種觀察與一般法國的，荷蘭的，瑞士的，德國的學者所見相反，他們到如今還確信盲腸炎與微生物有關係，所以盲腸炎的細菌論還有勢力。依照以前的試驗，我們已經知道，在病發作初期的粘膜縫中之小膿塊內，有微小的雙型連鎖狀球菌同類似白喉細菌的小桿，這些都可以當作惟一的刺戟。這似乎是對的，因為這種微生物的性質，可以由蓄養

或他種方法來斷定，並且也可以檢驗在大多數的病例中他是否確為致病之源。Hilgermann 及 Pohl 以曾患盲腸炎病人的扁桃腺作比較檢驗，他們才知道，引起普通的及白喉性的扁桃腺炎的細菌——連鎖狀球菌及白喉細菌，這兩種確確實實發現於急病盲腸內。這個發現正與曩者的觀察相符合，那麼；盲腸炎的及扁桃腺炎的病源菌是一個東西，確是很明顯的事實。但就臨床方面看，患盲腸炎的人曾經患過扁桃腺炎，却完全算是例外。Hilgermann 同 Pohl 的觀察，經我們一再的試驗，其結果並不相符合。我們在盲腸內既找不着有毒的白喉細菌，也不能證明：引起扁桃腺炎的，特別的，溶血的連鎖狀球菌於盲腸

炎時有怎樣多的存在。Weinberg 在巴斯德研究院的聞名的精密工作，引起我們的驚異，特別是所謂嫌氣菌(Anaerobier)被證明為偶然的病源菌，可是這種細菌在常人的腸汁中早就發現過。在蔡司勒研究院經 Löhr 及 Rassfeld 詳細的試驗，知道嫌氣菌經過蔡司勒方法分析之後，他對於簡單的盲腸炎並無多大的意義。至於類似白喉菌的小桿，我們已漸漸明瞭其性質，他是屬於放射線細菌的一族，但他與盲腸炎之發作絲毫不相干。那麼；祇剩雙型連鎖狀球菌成問題了。一般法國的，德國的學者們，尤其是 Kurt Meyer, Loroenthal 同 Gundel 諸氏，他們對此很過細的用了一番心思，認為在這些雙型連鎖狀球菌中祇腸菌是禍水。藉德意志科學共濟會的助力，在佛萊堡作廣大的試驗，證明這不是錯誤的，十年前在腸盲炎膿中形態方面已證實了的雙型連鎖狀球菌，實際上首先與腸菌相符合。此外祇有肺炎菌及少數別種連鎖狀球菌與之相似。這個精密的證明，祇有用全新的發炎盲腸塗抹標本，切片標

本，及細菌蓄養試驗作詳細的比較。這是已經確知的事實，正常的盲腸，在其遠端的一段有許多細菌，其中有很多是認為足以引起盲腸炎的。他顯然與別的腸部及盲腸近端之糞菌有別，我們因名之曰盲腸菌叢(Appendixflora)。盲腸炎發作的問題，也就集中在這一點，就是盲腸遠端平常所富有的細菌，何以那麼活躍，質言之，他對盲腸的侵害能力何以增高，而成功了真正的盲腸炎發作。依經驗說，盲腸遠端的一段，就是在生理狀況時，因其整個形狀多半是灣曲而下垂，很容易使自身分泌停滯，於是乎就減少了自動的清潔能力，結果便促成腸菌及其毒素之增加。盲腸灣曲愈小，愈容易裝滿糞汁，也就愈容易將他又排泄完淨，那麼；盲腸炎的危險性也就更小了。盲腸遠端的一段，因裝盛很多，如從前佛萊堡學校就形態學研究所推斷的那樣，他與盲腸炎有很密切的關係。盲腸的‘特別菌叢’之發達是否另有別樣重要原因，例如胃分泌障礙等情，暫時我們還不能知道。

我國醫學革命之過去與將來

林 千 葉

一 引 言

死亡疾病是人類最痛心的事情，而自有人類以來，即有死亡疾病之發生，所以上古人民也不得不力求抵禦的法子，可是他們智識幼稚，祇有精神和宗教的觀念，認疾病係亡靈作祟或受天神譴罰所致，遇了疾病，惟一的法子就是求神（在現代有不少愚婦還是這樣迷信着），根本沒有藥，所謂醫也者即僧侶巫祝之流，這是僧侶醫學的時代。後來人類智識漸開，經驗也比較多些，他們生了病，無意或有意服下某種草根樹皮，因而偶然發現了某種草根樹皮能治某病和某種草根樹皮有某種毒質，神農嘗百草，却有些實驗的意味，這種經驗愈積愈多，就是所謂藥了；但是他們還莫名其妙爲什麼要生病？某藥爲什麼能治某病？此後有些較爲聰明的人，在外國爲哲學家，在我國爲陰陽家，他們憑着自己的主觀，加以種種牽強附會的解說，在中國有陰陽五行之說，在外國有所謂萬有四元論，這是玄學的醫學時代，雖然不像僧侶醫學那樣玄渺而神秘，但還不能脫離推測和主觀，所說仍是無稽之談。自人體解剖漸漸爲醫家所注意後，玄學的醫學才慢慢地踏進科學的領域內，從十六世紀到現在才是科學的醫學時代，因顯微鏡的發明和其他科學之進步，對於人體解剖和生理，細菌，病理，診斷及治療各方面，都有極大的發展，絕非玄學時代的醫學所可

同日而語。

返觀我國舊醫學數千年如一日，毫無進步可言，至今還停留於玄學時代，一般舊醫給誇大狂迷了心竅，還是昏頭昏腦地亂談什麼陰陽五行，歧黃學說，自己關在牛角裏，却硬來反對新醫學。假使醫學不過是一種戲法，那不論真也好，假也好，祇要變得好，人家還會喝一聲采；可是醫學根本關係人們生命和種族健康，斷不是一種兒戲，所以就有拆穿西洋鏡的必要，這種拆穿舊醫西洋鏡的工作，就是我國醫學革命。革命巨子當然要推余雲岫先生，他於民國三年草靈素商兌，於民國六年出以問世，內容專據學理以指斥舊說的謬誤，此書一出舊醫見者側目，論爭遂起，新醫加入革命戰線者日多，到了現在，勢成對峙，抗爭愈烈。我國醫學革命成功或失敗，關係民族存亡，所以醫學革命之過去成績如何和將來之結果如何，似乎有加以檢閱和觀察的必要，現在讓我們先說：

二 過去我國醫學革命之成績如何

假使就成功方面來說，經許多人多少的努力，當然有些收穫，年來社會有識之士多不相信舊醫，而相信新醫了，就是一向反對或懷疑新醫者，也漸漸地來敲新醫之門了，有些舊醫自知情勢不妙，也送他們的子弟來學新醫了。關於文字論爭方面，因爲新醫在在以科學爲根據，處處以真

確的事實來指摘舊醫之謬說，迫得舊醫詞窮理屈，除了意氣無聊之攻擊外，絕無一人敢作科學上之論戰者（靈素商兌一書出世以來，舊醫雖恨而無法反駁），可是假使我們就失敗方面來說，以上所得的結果却不能使我們滿意。舊醫方面反動之勢力依然存在，并且反攻愈加厲害，另一方面社會人士盲信舊醫者還佔多數，若干無識之流惑於舊醫保存國粹之說，反譏新醫之提倡醫學革命為多事，為不愛國；即在智識界也有許多不辨是非左袒舊醫的份子，在文化開通的大都會尚不免有以上的情形，邊僻內地更不必說了。那些地方差不多給中醫一手包辦了，他們根本不了解新醫，革命的聲浪也傳不到他們的耳朵裏，就是向他們宣傳，也是枉然的，這些人們却占大多數，一年不知冤枉死了多少人。這樣看來，我國醫學革命離成功之期還是很遠，而革命之工作更非努力不可！

三 過去醫革命成效微小之原因

1. 誤於新醫界自身派別之爭

在軍界中有軍閥，在學界中有學閥，在新醫界中居然也有了醫閥，他們利用政治上的優勢來培植一派一系的勢力和企圖消滅其他一切異己者，派別之爭就是因此而起，年來門戶之見日深，傾軋益甚，就拿這次抗日救護的工作來說，在國難臨頭

的當中，派別之念還沒有消滅，言之痛心，新醫根本人數就不甚多，再加上派別之分，那麼革命的力量當然減弱不少，醫學革命所以成就如此之微小，新醫界自身要負很大的責任！

2. 實力不充

關於量的方面，我國全國新醫統共不滿五千人，舊醫至少總在十倍以上，他們所接近的民衆，當然比新醫不曉得多至幾倍，人數懸殊過甚，革命進行難免遲緩，關於質的方面，新醫中有不少從醫院看護出身，的民衆信仰不堅，并且許多開業醫師因格於財力，設備未能完善，戰鬥力不免減弱。全國設備可稱完善的醫院，找不出十幾個，這也是質的方面的缺點。

3. 新醫之散佈不均

新醫多數密集于大都會中，大家競心鬥角，反有醫師多於病人之慨，而於內地往往數萬民衆反沒有一個新醫。這種分配非常不均，同時舊醫的勢力在鄉間却是根深蒂固，在內地不祇是江湖式的舊醫橫行無忌，就是藥舖裏的夥計也可以掛牌行醫，新醫革命的勢力要伸展到內地去是目前一個迫切的問題。

4. 無決心阿時好

革命的成功要以犧牲為代價的，目下新醫多不願受生活上的痛苦，到內地去和民衆多多接觸，却祇為求生活上滿足起見，僅供有產階級所驅使，對於內地民衆根本隔膜，革命的勢力不能深入民間，這是

一個很大的原因，還有少數新醫爲迎合社會心理的起見，不惜敷衍舊醫，施舊醫同樣的手法，對病家也往往以氣邪等等鬼話來塞責，爲的是要討他們的歡心，這種走入魔途的新醫，反替舊醫增長勢力，也是革命途中的一個障礙物。

5. 無嚴密之組織

新醫方面雖有醫師公會和若干醫藥學社，但是沒有強有力的統一團體，爲醫學革命的中心；並且沒有整個的計劃和推行的步驟，祇是你一拳我一腳，戰線不整齊，砲火不集中，所以所收成效甚少。

6. 國人缺乏醫藥常識

和演劇一樣，無論演員藝術怎樣高超，演至如何美妙，假使台下觀衆沒有藝術的素養，也是不能欣賞的。數千年來給陰陽五行不三不四之說所迷惑的國人，中毒太深了，一面對新醫學的常識太於缺乏，所以要對他們加以真正的新醫學解說，反覺格格難入，而他方面如氣鬱，邪陷，入肝，入肺，屬金，屬土之怪說，却聽得津津有味；不要光就內地民衆來說，就是智識界中的人物如新聞記者等，也難免爲國粹兩字所迷，還大捧特捧舊醫之學說，以爲舊醫學是屬於哲理的，似乎爲科學的新醫所莫測高深，甚至銷數最大之新聞報，醫藥欄中還是用陰陽怪氣之學說和牛頭不對馬嘴的藥物，來解答病家的詢問，號爲灌輸智識爲民先鋒之報紙，反大開其倒車，可憐而復可歎！

7. 政府之不協助

舊醫之反科學，理論荒謬，診斷不確，在理已不能存在於現代了，所以仍能橫行於我國者，則不能不感謝政府幫忙之勞了，政府既無限制舊醫之決心，復有助長其勢力之傾向，舊醫登記根本沒有標準，無一舊醫不能登記者；而於新醫則限制之惟恐不嚴，國醫學院仍然不加取締，國醫館之產生是基於一二中央委員之私意，應國醫們之哀求而來的，月耗國幣數千，所進行之工作，除了喊幾聲保存國粹，國醫科學化等等好聽名詞外，實際上祇掛一個空招牌，使不懂科學爲何物，連數理化基礎都沒有的國醫們，來做什麼科學研究，簡直是問道于盲，滑天下之大稽！但是滑稽儘管滑稽，而另一方面却給舊醫增加了不少的氣焰。

8. 政治不上軌道

政治不上軌道，不特影響醫學教育，（國內醫校擴充無力，新醫生力軍之製造不免供不應求）並且影響新醫個人的生活，和活動的範圍，所以革命的力量也因此減弱不少。

9. 舊醫之頑抗與狡滑

我敢武斷地說：舊醫之反抗發於愛護國粹者占極少數，他們認定中國醫學有四千餘年的歷史，棄之未免可惜，他們不知道國粹的真義，硬抱定靈樞素問，傷寒金匱幾部舊書，認爲國粹在斯，好像閩諺說：「瞎貓抱着死老鼠」一樣牢牢不放，這些

人雖其愚不可及，但是尚可設法解說，最難感化的是那些爲飯碗問題而抵抗的舊醫，他們却占大多數，一切開導解釋全歸無效，他們破壞醫學革命無所不用其極；甚至不惜攻擊個人或顛倒是非，以動人聽，骨子裏雖爲飯碗問題，但是他們却很狡滑，表面上總是說保存國粹，衛道苦心，把中醫換上一個國字，變做國醫，表示其愛國熱忱，近來他們也曉得舊說有些靠不住了，於是就設法給牠鍍上一層金，就是所謂時髦的國醫科學化了，陰陽五行也可以加上科學的新解釋，遇着東鄰對於漢醫沒有多大價值的論著，便拚命地搬運過來，如獲至寶，如「皇漢醫學」等，這樣硬把牛頭對上馬嘴的工作，入魔自然更深。此外，什麼國醫館，國醫學院等，都是玩這一套把戲，可是另一方面許多民衆却給這些戲法瞞住了。除了上述人物，還有很多頑固派舊醫，祇鬧意氣，不講是非，明知理屈，亦不認輸，舊醫中既有許多形形色色的人物，欲一時掃蕩而清之，自是不容易的事情。

四 將來醫學革命之展望

過去醫學革命所得的結果，既如上述，而將來之展望又當如何呢？我們敢大膽的說：無論舊醫如何取巧，終究必歸淘汰的，因優勝劣敗，是天演的公例，反真理反科學的產物，不怕是神農復生岐伯再世

，也不能挽回厄運，逆潮流而開倒車；除了舊醫們迷夢速醒，贊成醫學革命，虛心求知，以實驗入手，不尚口頭的科學，可是要他們自己覺悟，採取真正科學方法來研究醫學，未免等於癡人說夢，并且科學兩字，談何容易！根本上他們不克肩此重任的。這樣看來，我國醫學革命非更加努力推進不可，最後的成功總是屬於我們的；不過要看我們採取何種途徑和努力之程度如何，以定成功時期之遲速而已。我國醫學革命早一日成功，則病不至死之冤枉鬼就早一日減少了。現在我們且說

五 此後醫學革命應趨之途徑

1. 確定醫學革命之理論

有確定的醫學革命理論，如何者宜破壞，何者宜建設，然後革命的力量才能集中，步伐方能一致。關於破壞方面，余雲岫先生說得好：「吾之所破壞者陰陽也五行十二經脈也五臟六腑也氣運也六氣也脈學也皆從實地上摘其謬誤一言一語不敢苟造皆根本自然科學之大法鐵案如山舊醫至今不敢撻吾鋒鏑作旗鼓相當之論戰……」(見我國醫學革命之破壞與建設一文)。關於建設方面，他主張(一)搜取舊醫歷史上陳迹之精英，以發表之於世界。(二)研究國產藥物之功用，前者較非重要，後者却大有價值。總之我們必須以真理爲目的，以科學爲根基，不尚皮相之談，不作意氣之爭

，這便是堅固的醫學革命理論，以此制敵，何敵不克！

2. 多作文字宣傳和實際工作

現在多數國人對於新醫學還是不甚理解，往往為舊醫之謬說所惑，文字上的論爭，能使是非曲直公之於全國，邪說謬論就不能再事欺人了，這是在革命階段中不可避免而且必要的。我們希望新醫界於報紙上多發表些言論，全國醫藥雜誌也要向同一的目標進攻。文字宣傳要包括兩點：(一)糾正反科學之謬說，(二)灌輸醫藥常識，除了文字宣傳以外，實際工作也是不可疏忽的，拿事實和成績給國人看，優劣不辯立見。試觀這次滬戰新醫界無論醫師或學生，無不努力於救護工作，返觀素以國字相號召，以保存國粹的為志的國醫，對於救國工作反寂然無聞，舊醫的弱點暴露無遺了，再看防疫的工作，和疫病的治療，舊醫根本沒有辦法，法雷也吹不來，所以實際的工作較之文字宣傳還要得力。

3. 到內地去

內地需要新醫之迫切和與醫學革命的關係，上文已經說過了，事實上到內地開業，雖有許多困難，如同學徐君德麟於「新醫之環境與發展」一文中說：「內地開業之難，為吾人所可想像者，交通不便，土匪遍地，是其主因；藥品器械之輸入及購買，亦非易事；他若風氣不開尤其甚者也」，但是我們已經說過，革命的代價是犧牲

，「不入虎穴，焉得虎子」，我們希望青年醫師抱着堅苦卓絕的態度到內地去奮鬥，——徐君的意見也是這樣——此外更希望醫師公會和醫藥團體與這些先鋒隊以有力的幫忙。

4. 排除派別觀念

新醫學是世界的醫學，並不是那一國的私有物，所以分派根本就不通，用種種手段來傾軋自家人，就是減削新醫革命的力量，同時是給舊醫造機會，真是一件愚蠢的事情，我們希望全國新醫和衷共濟，來努力於醫學革命的工作，不要斤斤爭求一派一系的利益，使革命的力量發生分化。

5. 多組織新醫研究學社和設立堅固之全國醫藥聯合總會

設立這些團體有兩種意義：一種是集中革命的力量和增強宣傳的效力（詳見上文）另一種是便利於研究學術和交換意見。

6. 進行自己製造新醫藥品和研究國產藥物之有價值者

我國科學落後，新醫藥品悉從外國運入，每年漏卮其數可觀；更加銀價跌落後，西藥昂貴非常，窮人當然負擔不起，雖然分明曉得新醫可靠，可是因困於財力，不敢來叩新醫之門，祇好求教於舊醫了，近年來雖然國內也有若干藥廠會自己製造

，但是規模都不很大，現在最需要的是巨大資本和藥物專家，新醫界中藥物專家的人才似乎太缺乏，國內大學最好另設藥物研究院或派遣畢業生到外國專攻藥物的製造，以應社會的需求，至於國產藥物在功效上當然有不少可靠的，實在有加以整理的必要，但却不能依據本草上所說的，都信以為真確，每一藥必首先經動物的試驗，以確定其功效和分量；研求其化學構造式和提取其有效成分等。這些工作自然也要藥物家或化學家來負擔，決非不懂科學的舊醫所能勝任的。

7. 督策政府改進我國醫學教育

我國不祇是缺乏開業醫師，而專門研究醫學之人才尤少。一因原有醫校無幾，且設備多未完善，即有規模較大之醫科大學，又因困於經濟，無力擴充，每年所訓練之學生為數甚少，供不應求，另一方面，醫學名詞至今還沒有統一，在譯述上有種種不便之處，關係醫學進步，不可謂少！所以新醫中人士要極力督促政府擴充國內原有之醫科大學，整理醫科系統，栽培醫學專門研究人才，此外另設若干醫學專門學校，以應目下的需要，至於不三不四之國醫學院，不特貽誤青年子弟，并且製

造大批反科學反時代之庸醫，以戕賊社會人士之生命，非嚴厲取締不可！

8. 輔助國家衛生行政以求社會衛生事業之普及

我國衛生設施非常幼稚，國人衛生常識極其缺乏，隨地吐痰，肺結核之廣播驚人，不知防疫，時疫之流行無法制止，防疫的工作和灌輸衛生常識不祇是政府衛生行政的責任，醫師亦應極力幫忙，社會衛生之衛生事業一普及，不特病源減少，迷信舊醫之觀念，自亦打破，醫學革命之成功得以加速。

六 結 論

我國醫學革命之重要性，已如上述，舊醫之崩潰亦已在意中，不過短兵相接，反抗必烈，革命的勢力還未深入民間，此後關於破壞和建設兩方面，有待於青年戰士們之努力者尚多，朋友！向前進罷！更燦爛之我國醫學革命歷史需要我們創造呵！

上文拉雜寫來，自知錯誤必多，尚望醫界中人士加以指正！此外，因言語直率，不免得罪了許多偉人先生們，雖然覺得非常抱歉，却是無法可想，亦并祈原諒！

預防梅毒的方法

劉德健

自 Metschinkoff 氏同 Roux 氏在 Pasteur 氏學院作最精細的試驗後，于一九〇六年又由 Albeert-Neisser 于 Batavia 行種種的試驗，得到第一次的證明：知道行人工梅毒接種後，用膏藥塗抹於接種處，可以防止初期梅毒之發生。後來又經其他發明家積極繼續擴大討論梅毒迅速侵入人體之由來。梅毒迅速侵入人體先由傳染處進至淋巴腺及脾臟同腦髓，有時形成無徵候的梅毒，局部使用膏藥來防禦，在此處是完全無效的。至於應用此法之是否能確實防禦梅毒的傳染，這個問題到現在尚未得到完滿的解決，Pasteur 學院至今還在研究中。

關於梅毒預防法由 Ehrlich 氏探求，得到一種口服的砒劑，經他所化合之 AcetyloxyAminophenylarsinsäure 因與 Arsenobenzol 比較起來，有很大的毒質而含極少的治療功用，所以他自已也把牠棄却了。但嗣後又由 Fourneau 氏製成 Stovarsol，在某種條件之下，行動物試驗使牠由口中服入，（每 1 kg 體重之動物大約用 0.3g 在梅毒傳染後二，六，十二，二十四小時直至第二天或第七天之內）能夠抵抗初期梅毒之發生。把梅毒注射于兩位青

年體內（他們樂意接收此種試驗），五小時後給與他們 $\frac{1}{2}$ 或 2g Stovarsol，毫無初期或次期梅毒現象之發生，以後經長時間行瓦氏反應，亦常呈負號。

就臨床方面來觀察，在 Fournier 病院收集了許多材料關於最近無徵候的梅毒之研究，證明 Stovarsol 在實際上已達到最有力的預防效用，但是在他方面仍有不同之觀察，欲使這問題得到澈底的解決，多行動物試驗，尤其是關於梅毒迅速之侵入問題，是很需要的。

由以上之經驗使我們想到能否再有他種藥劑與砒劑具同等効力，而不如砒劑之迅速排泄於體外，能在體內作長久持續抵抗的，因為這個理由我們就找到了鉍，但是經試驗後，若把鉍由口中服入，那是無功效的，因為鉍在腸中化合為硫酸鉍 Schwefel-wiomut 而形成沈澱物，若由肌肉注射入體內，鉍即不易排泄於體外而收長期抵抗之功效。

若把一家兔來試驗，先將酒石酸鹽注入體內，過八日十五日或三十日之後再把梅毒接種于家兔體內，同時確定牠腎臟內所含之鉍量。在獸體若尚有充足之鉍量存在時，雖繼續行梅毒接種，（在注射該藥

八日，五十七日，一百一十一日或一百一十二日之後)，亦無受毒之現象。因此，可知該藥抵抗之功效至少亦有一百五十二日之久。

用化學的方法來試驗，把腎內所含金屬潛勢力定量出來，就是每 1 g 腎實體所含鉍之成分。這個潛力在診治起首時很多，往後就漸漸地減少了。若動物體內減少了此潛勢力，即失去抵抗梅毒之能力。動物體內之抵抗梅毒能力與腎內一定鉍之成分有關，即每 1g 腎實體必須含有 30 Mikrogramm 鉍之成分。

重金屬鉍 Neotrepol 其抵抗能力祇有七十三天，其潛勢力較低於前者 (Trepol)。

我們同時檢查淋巴腺，亦完全無梅毒存在，此即所謂“體內完全消毒” (Totalsterilisierung des Organismus) 把此種試驗用于猴類，其抵抗梅毒能力較次於人類，其結果與家兔相同。猩猩在一定試驗條件之下，能防禦梅毒的傳染至二百八十三日之久。

鉍是被承認為很能長久防禦梅毒之侵入的，所以特別稱為『金屬預防劑』而歸納于最佳抗梅毒之藥劑中。其防禦力比 Arsenbenzol 及由口服之其他砒劑為長久，因不易排泄於體外故耳。

碲 Tellur 雖尚有其他較妙之功效，但不宜用於人體，因其有使人難聞長久不斷的一種大蒜之氣味。至於水銀及金之藥劑其功效又太小。

經我們的試驗又得到一種結論，就是一種藥物之防禦力與其治療效用有密切之關係，凡某種化學結合體在治療上有明顯之效果者，亦具有強大和長久之預防能力。

在 Lodz 對於妓女臨床試驗得到完滿的結果，Sonnenberg 氏每星期將鉍行肌肉注射一次，多數妓女因此得到長久防禦梅毒之成效。

用金屬預防劑當然不是一種普通方法，不是說人人一用此法，對於梅毒之侵入即可高枕無憂的。反之用于確已受梅毒傳染之假定病人，則為必要。有人主張等候有了初期現像時再用此法去診治，這無異坐失治愈之良機。在動物試驗得了兩種事實，即梅毒之迅速侵入動物體內與乎有時無症狀的梅毒之發生，暗示了我們對於已受梅毒傳染之例必須即時診治，因倘成為 Tabes 和 Paralyse 那就更難著手了。

此種金屬預防劑若用於妓女在醫師長時間監視之下也是很可以推薦的，因他們倘有長時間抵抗梅毒之防禦力存在，足以阻止梅毒之傳播也。

對內科病用 X 光治療法

詹世芳譯述

最近二十五年的經驗在許許多多的內科疾病用 X 光治療至少在目下的情形有同其他的治療相等的效力，甚或有過之並已正式被選為治療法。在其他的內科疾病用 X 光治療則未有準確的效果，所以用他種治療法無效果之後，才以 X 光試療之。

在最近幾年因日報登載有曾經用 X 光治療受損害的病例，幾乎覺得要制止用 X 光治療內科病，雖然無識者的成見已減少及許多胆小的醫師已進步一點。靠得住而比較新式的器械，尤其是用來治療內科病小分量的 X 光，好像在平常業務情形中損害的危險已可避免了。須加考慮者，即用量之多少各個人各異，因為各個人對 X 光之感覺同他種光線一樣的很有差異。

模型的 Basedow 氏病具有增加光線的感覺，反是而模型的粘液水腫 (Typ-des Myxoedemkranken) 病則具有減少光線的感覺。大約 Foehen 亦有變更及空氣之濕度亦能使一病人對光線之感受性增強。照射之利益在自已的器械於空氣濕之日，反之於空氣乾之日有很高度的變動，這是確實的被 (V. Kemmery und v. Trossel) 證明了，其用量之差有達到百分之二十的可能。

近年來 Teschendorf, Jenkonson 及 Sgalitzer 的著作有更進步的提醒，並其小用量〔四十分之一至二十分之一的皮膚單位用量 (HED=Häuteinheitdosis) 距離二米突遠〕之引用，尤其是用在白血病中，亦有確定。用量大小及其技術間之競相進步至少對於內科病以 X 光治療好像已臻完善了，此參看 Lehmann 氏的內科病 X 光治療讀本在 1923 年已曾言之矣。有趣的的就是由 Teschendorf 用的分量，其光線總量適等於起初達到 X 光治療根本之效果相符。

茲選舉下列幾種內科病用 X 光治療以證實之，但每段中對於病原學及臨床上的只就其於 X 光有關係之點略誌之。

白血病

白血病 (Leukaemien) 可算為製造白血球抵抗繼續不斷的毒性化學刺激不規則的守衛抵抗力的裝置，因過度產生，隨後此種裝置就不免要衰弱了。其於 X 光著力之處即不規則的白血球製造之場所。

慢性白血病具有淋巴性血圖的 (Nomenklatur Fr. v. Muller)，其可辨別認識者即遠性的淋巴腺腫，尤其是頸部的淋巴腺，而無化膿的傾向，此外在血液中的淋

巴球數目有強度增高，但其中所含的白血球及血色素則如常，在非白血病模型的白血病(假白血病 Pseudoleükaemie) 雖其淋巴球有強度增加，而其白血球之數目則仍如常。脾臟與肝臟大概有些肥大。

X光照射之着點即向於淋巴腺胞及脾臟。其授與之用量則各個人完全不同，除血球計算結果之外，普通所得的亦可以為憑。若其普通所得到的是很滿意，雖其白血球數目緩緩地增加亦無須即時再照射之必要。Teschendorf氏的隔遠而全部的照射 (Fern-ganz Bestrahlungen nach Teschendorf) (四十分之一至二十分之一的皮膚單位用量在銅濾器之下距離二米突) 有很均等的好結果，所以較高的用量只是在此法無效時試用之。用低的用量很少危險，高度用量危險自大 (Leukopenie 白血球減少)。大概有百分之九十病例的確得到痊癒，其淋巴球數目的確減退了很遠。可惜病者經多次用 X光照射後要衰弱。永久的治癒雖未能達到，然亦有多年的痊癒。

慢性白血病具有骨髓性的血圖者。在此種樣式照理淋巴腺無增大。脾臟腫而常能達到骨盤邊，肝臟亦是增大，甚至有壓迫胃腸管之現像，而且能成為腹水。(Ascites)。痛苦性的陰莖強直 (Priapismus) 常已於初起時發現。基本的代謝機能 (Grundum-Satz) 及尿酸之製成有強度增高。白血球數目能夠越過700000，但其中淋巴球則減少。其特異處是血圖中的大百分率

的骨髓細胞及有骨髓母細胞存在。在假性白血病而具有骨髓性的血圖者其所含之白血球數目如常，而其中則有均等的骨髓母細胞且脾臟腫。若 Teschendorfschen 氏的遠離而全部的照射 ($\frac{1}{40}$ 至 $\frac{1}{20}$ HED) 無效果時，則直接用 X光照射脾臟及長管狀骨 (大約四分之一至二分之一 HED)。

當用 X光照射時，詳確的檢查血圖及細心的各個分別處是很緊要的，以便在忽然的不幸情形之下血圖中白血球減少可以避免之。此處的結果大概亦是百分之九十可達到痊癒。但永久的痊癒則不能達到。

急性白血病用 X光治療則不可行。

赤血球增加症

赤血球增加症 (Polyzythaemie) 是因為骨髓工作激烈的強盛，同時脾臟節制機能不全，以致赤血球增加，以至一立方公釐有一千四百萬個赤血球之巨。因此 X光照射之着重點是管狀骨，肋骨，胸前骨及脊柱骨。其用量較高，每部位須至百分之一百 HED。

照射後如若赤血球再增加，則至少須休息三個月後才可再照射。有的病例食生脾臟或脾粉似乎有好處。寬綽的刺絡放血能使血壓重時變輕。X光照射之結果頗準確的有百分之八十病例達到真正的痊癒。最近有關於用 Teschendorf 氏遠離而全部照射以小用量的好成績報告。他的試驗在此處亦似很有價值的，因為在用強大分量 X光之後則要發生具有骨髓性血圖的白血

病也。

淋巴性肉芽腫 (Lymphogranulom)

即惡性肉芽腫 (Malignes Granulom)

這個『惡性而基於傳染細菌毒的疾病』初時難診斷，大半只用一腺試切開來診斷，當其病像現著時則淋巴腺腫大，尤其是頸部的淋巴腺，遲點常發生縱隔膜 (Mediastinale) 腺腫或腸腺腫 (intestinale Drüs-entumoren)，並發變換的高熱，脾臟及肝臟頗有相當的增大，多核的及嗜酸性的白血球等增加，淋巴球減少並可證明 Diazo 正反應。組織學上的特別處是 Sternberg 氏巨大細胞，Fibroblasten 增加，及有住在腺組織內的嗜酸性細胞。

X 光照射在以前診斷的惡性肉芽腫病例發顯有極好的結果，雖有點高度發熱反應，然重的病常很好。對遠部腺 X 光用量之多少，則依按病者抵抗力之大小在百分之十五至百分之五十 HED。在縱隔膜腺其用量確要較小些用百分之五及百分之十五。過度的用量則必須避免。X 光反復照射之總量則須視各個病例反應的程度及其體質如何而決定。可惜惡性肉芽腫對 X 光照射一樣地漸漸變無感應。

無辦法的病例在幾個月間及發病後二三年就要死亡的，用 X 光照射很顯著的能把他的生命延長。有一個著名的病例，他能維持到十三年之久。同時用砒霜治療可使其外觀較好看。長久的痊癒根據至今的經驗在可能之情形能達到二十年，有零個

惡性肉芽腫的病例，他尚在發育的年齡中到現在已過了七年，仍無再發 (Doorn-Kaat Koolman zitiert nach Kohlmann)。

淋巴肉腫

Lymphesarkom (Kundrat)

淋巴肉腫他的出發點是由各種的淋巴性組織，諸如淋巴腺，脾臟，扁桃腺及在腸壁的淋巴組織。他的特別是在非常迅速的長成，然却只少數病例能造成轉移 (Metastasenbildung)。

淋巴肉腫以 X 光治療腫瘍能完全消退。其在腫瘍之用量大約計算須百分之二十五至百分之五十 HED。再發的對放射線感光照例是減少。補照之結束，須看腫物之狀態及病者之著通現像如何而決定。在第一次照射後腫物內常要發生反應的腫脹，尤其是在縱隔膜腫有特別的不舒服，因為以此心臟突然受壓迫及大血管會生脅迫危險現像。

X 光照射能使淋巴肉腫多半病例的生命延長，在較適宜的肉腫結構及較適當的位置或可治癒，可是決斷此問題，則其觀察之時間尚不夠。

結核病的淋巴症

(Tuberkulöse Lymphome)

其鑑別診斷常單用組織學的檢查可與惡性肉牙腫區別，軟化及成癭則可言是結核症。若腺內之乾酪變性尚未十分廣大，則其部位用小量 X 光治療大約百分之十 HED 照例都有速效。同時宗旨相當的普通

治療及滋養療法亦是緊要的。

Basedow氏病及甲狀腺中毒症

Basedow氏病用X光治療，在輕的及不甚重的症大概其成敗可證明與外科手術一樣，過幾年後對他的議論與外科治療同樣的被說及。自來屬於外科治療的是因甲狀腺腫勒掉氣管及食道的病例，其餘就是用X光治療確無功效的。大都的病例有百分之十至二十可以外科手術行之。在很嚴重的病症經多次X光及鐳錠 (Radium) 照射後常看到有 Basedow 氏昏睡的死罷 (Zondek)，這也許是由因照射突然注出的甲狀腺毒質而惹成。這樣的病症須特別小心的進行，所以應當有定規可言，(Basedow 氏病以X光治療須引用最小的用量，也許加之用假照射 (Scheinbestrahlung) 以便得到精神的作用 (Lazarus, Halberstetter, Kienböck)。

對照射適宜的病症而兼有 Basedow 氏病者最好選用順序照射 (Serienbestrahlung) 以小的用量，大概百分之五至百分之十 HED 局部作用。每個次序包括3-6個照射。當照射時及照射後其基本的代謝機能之相當的檢定，對其結果確有關係，以此並可決定是否或何時有再照射之必要。在這樣小心的辦法可說是極少有損害的。以前一再恐懼用X光照射而發生外科手術阻礙的癒着已證明其不確矣。

對輕症的甲狀腺中毒症用X光照射已有良善的經驗，照規以百分之五 HED 的

2-4個用量用於甲狀腺上及胸腺部已夠有效果了。同時須安靜及滋養治療以增高效果的顯著。反之外科手術治療很長的治療持久因此可以縮短矣。

攝護腺肥大

Crux medicorum 在外科亦因其比較高的死亡率而不願為，大概三分之二的病例 (Altschul) 用X光照射結果的很好。最易感動的就是軟性的肥大。在膀胱併發症及硬質的攝護腺則須選用外科手術。

X光用量要達有效須用較大量的，大概百分之五十至百分之八十 HED。大都過二三個月後須再照射之。

在下舉的病症X光治療可當作補充或在其他的法子無效後用之好像有效。

放線菌病

(Aktinomykose)

常由排泄後的膿瘍遺留而長久的癭，尤其是在面部頸部及肺臟的放線菌病確實能夠治癒並可達到痊癒，其局部的用量是百分之三十至百分之五十 HED。

氣管枝性喘息

在失敗之中氣管枝性喘息 (Asthma bronchiale) 用X光治療有時亦可看到顯著的效果。其作用的技術用不着說明，X光照射的解痙攣作用 (Spasmolytischen Wirkung) 附帶的精神感化常是有關係。其用量在氣管枝進門部用小 (百分之五至百分之十 HED)，在脾臟 (Groedel) 須較大 (五分之一 HED)。

肺結核 (氣管枝腺結核) 及睪丸結核

在相當的病例用小量的 X 光照射 (Baumeister) 有好的反應，可是須要有熟練的手及長久標準，可能之範圍內在病院舉行，其中其餘的手續亦方便。

炎下垂體腫 (Hypophyse- ntumoren)

肢端肥大症 (Akromegalie)

牠如在外科手術不可能或不允時，則用 X 光照射。在初期時尤有特別的好效果。用在腦下垂體部的用量一個 HED 經 5—6 場。這樣的用量射過腦亦沒什麼不好處，高度鑑別的腦髓細胞少放射線感光是很明瞭的。治好的肢端肥大症狀態及黑內障常常可看到。生殖器萎縮性脂肪過多症 (Dystrophia adiposogenitalis) 及 腦下垂體性的發育不全 (hypophysärer Zwergwuchs) 用 X 光照射只有少許的影向。

尿毒症 (Uraemie)

在無疑的病例用 X 光治療 (解痙攣作用)，用在腎臟的用量大概五分之一 HED，有時亦有效果。

血友病 (Haemophilie)

Werlhoff 氏病

此病在照射脾臟及肝臟之後可達到治癒。血液凝固性的增高是不久長的，但用

於為外科手術出血危險的減少則可達到。

X 光照射的止痛的作用

可利用於神經炎，痙攣，尤其是在幽門及痛苦而慢性的關節病。

尚有幾句話對 Röntgenkater 的，

即是 X 光照射中毒，他是在內科病 X 光治療中罕有的。他的造成是以 Blut kalkspiegel 之增高及 Cholesterinspiegel 之不定，同時 Natrium-und Kaliumspiegel 之減低。網狀內皮細胞系 (retikuloendotheliale System) 被阻礙，即是他對細胞分解產物的收集能力被制止。迷走神經興奮的人 (Vagotoniker) 對 Röntgenkater 是可避免的，若在合宜的情形中 X 光治療之前，準備食鹽豐富的及酸性的食物 (Kohlmann)。

參考書：

Kohlmann: Röntgentherapie in der inneren Medizin im Jd. Röntgenol. 1930, 1831.

Schittenhelm: Die Krankheiten des Blutes in den blutbildenden Organe im Ledrbuch der inn. Medizin, Springer 1931.

Salzmann: Röntgenbehandlung inn. Krankh. Lehmanns med. Lehrbücher VI.

論早產兒生後十日的運命

Friedrich C. Hilgenberg 博士著 戚其山譯

初生兒的死亡率和早產兒的死亡有極大的關係。蓋早產兒身體的構造，因為妊娠期早日結束的緣故，不能十分發育，以至不能和子宮外生存需要的增加適合；譬如食物之由非腸胃吸收變為腸胃吸收，胎盤呼吸變為肺呼吸，血液循環的變更和體溫的區別。再加之產傷，能使不成熟生存力薄弱的小兒比分娩生活力強壯的小兒，格外危險些。Yellpoe 氏曾發現早產兒的血管壁，因為彈力纖維缺乏的緣故，所以對於鬱血作用毫無抵抗，易於破裂。雖然因為胎兒軀幹的微小和頭顱的可壓縮性，易於生產，可是產傷終不免引起小兒頭蓋內出血。由此可知早產兒比分娩兒已是飽受損傷，所以他們的運命也特別地和撫育有關。對於生活力薄弱要加以奮鬥，營養恰當，避免外界一切有害的作用，是第一要件。

不成熟胎兒生產時身體發育的程度，對於將來生存力的判斷，當然有莫大的意義。多數成熟和不成熟的普通記號，對此是無確實的答案的。惟有體重的比較猶可應用於預斷。按照 Reuss 氏：六個月的胎兒，體重不及四分之三公斤者，是不能在子宮外生存的。就是體重四分之三到一公

斤的胎兒也不一定生存，不過例外而已。八個月的胎兒，體重兩公斤或兩公斤以上，生存的希望當然大些，但是最好是沒有體質的或子宮內引起的衰弱。

假設我們對於初生兒的早死要加以充分的抵抗，那末對於早產應當設法預防，這是第一要件。最少也要將妊娠期在可能範圍時設法延長，以便胎兒發育到一定程度，使之可以戰勝子宮外的刺戟。可是有時早產的原因不能考證，但在大多數時是因母方疾病而引起的。所以產科醫生的責，就是對於病婦在妊娠時即該加以治療，庶可使早產避免。如是則初生兒的早亡可以預防。

茲將在 Münster 地方大學婦科所產早產兒生後十日的運命，作一簡單的報告於下(參看表一)。

在一九二五至一九三〇年在婦科總共生產了三四三六八個小兒，其中有二九五個是早產(百分之六·六)，身體到二五〇〇克。其中又有八一個是死產(百分之三十)。胎兒的死亡有五六次(百分之七十)是在妊娠時，二五次(百分之三十)是在生產時。從二一四個活產小兒中，在十日內，只有一七三個(百分之八十)還生存着，

其餘的四一(百分之二十)個在初生時已經死亡了。早產的數目，男孩和女孩大約相同(包括活產和死產)。反之能生存的女孩的數目比男孩能多百分之七。照 Esch 氏男孩死亡率之高，大約可歸之於男孩在生

產時多受損傷之故。

百分之三的死產數目，實有注意的價值和預防的重要。雖然死產的原因不能確定；而孕婦之有疾病於此實操縱之。

表一：早產兒的經過總綱(體重到二五公斤)(觀察時間，平均十日)：

產兒的總數	早產兒	死亡		活產兒	生存兒	死亡在最初十日以內
		生產以前	正常生產			
4468	295 = 6.6%	56	25	214 = 70%	173 = 80%	41 = 20%
		81 = 30%				
	男孩146	39		107	83	24
	女孩149	42		107	90	17

如表二所證明，以下的原因似乎可使胎兒早亡，或在妊娠期或在臨盆時。

表二：死產的原因(81)：

體重	孕婦的疾病						畸形	手術	生活力薄弱與原因不明者
	花柳病	腎病	前期子癩	子癩	前置胎盤	羊水過多			
-1000	-	-	1	1	3	2	3	1	17
-1500	3	1	2	1	2	0	1	-	12
-2000	2	-	-	1	2	-	-	1	6
-2500	2	1	-	2	3	-	4	1	6
總數	7	2	3	5	10	2	8	3	41

原因：母方疾病37%；生活力薄弱35%；原因不明者15%；畸形10%；產傷(手術)3.7%。

由此可見多數的胎兒死亡，是由於母方疾病和小兒生存力薄弱，畸形和產傷次之。有百分之十五是死亡的原因不明。

表三：依體重分配：

產時體重 %	數目	死 %	產 %	活 %	產 %	生 %	存 %	在產後十日死亡 %
-1000	39	28=71.8	11=28	3=27.2	8=72.8			
1001-1500	87	22=59.5	15=40.5	5=33.3	10=66.6			
1501-2000	66	12=18	54=82	42=77.7	12=22.2			
2001-2500	153	19=13	134=87	123=91	11=9			
總數	293	81=30	214=70	173=80	41=20			

胎兒發育的程度對於預斷很有決定力，如此表所說明，死產和產後死的早產兒的數目在高的體重時可以減少，活產和生存兒的數目，可以加多。

分娩的種樣對於預斷也有影響。最好是自產的小兒。在一三五個產兒中，死亡率不過百分之十七，反之在七九個人工生產時，倒有百分之二十二。若按照各種手術計算，應用迴轉法和抽出法，或抽出法在第一骨盤端位時，有百分之二十五的死亡可能；鉗子分娩和手的幫助時，只有百

分之十二或百分之十三，最高的死亡率（百分之四十五）是在應用帝王切開術。但不能歸咎於手術，蓋因生存力薄弱，或因母方疾病而損傷，譬如子癇和前置胎盤。

在四十一個產後死亡的小兒中，有百分之八十五是在產後四十八小時內即死的，不過一小部份（百分之十五）活到第十天。早產兒的運命在生的第一日即可決定。死亡率（最少也是一部分）與體重有直接的關係；因為體重愈小，生存的希望亦愈小，可由下表申述之。

表四：產後最初十日內死的早產兒的命期可由體重決定之。

體重	產後四十八小時始死亡數目	%	產後三日至十日始死亡數目	%	早產兒的總數
-1000	8	72.7	—	—	11
1001-1500	7	46.6	3	20	15
1501-2000	8	14.8	4	7.4	54
2001-2500	8	6	3	2.2	134
					214

在四十一個產後死亡的小兒中，只有一個是死於肺炎。死亡的原因多半是在於小兒生活力薄弱或母方的疾病，因此可致早產或胎兒損傷。

表五：早產兒十日以內死亡的原因：

	死 因	例 數
母方疾病	腎病	1
	前期子癇	1
	子癇	4
	前置胎盤	3
	先天梅毒	2
	頭蓋內出血	2
	畸形	4
	肺炎	1
	生存力薄弱	15
	原因不明	8
	總數	41

其餘的一百七十三個小孩一直到第十日出院時還都安全。至於後來如何，恕不報告。有的因為與其母親私人會晤的關係，得知早產兒在出院不久時，即患病而死

。所以早產兒的運命庶與撫育有關。欲使生存的希望幸運些，非在相當的醫院有長期的撫養不可；使小兒將來的發育不致因出院而發生危險。

無(顆粒性)白血球症之一例及其治療

Ein Fall Von Agranolocytose und seine Therapie

李明琛醫師述

既往病歷：病者二十歲，男性，曾在軍隊服務，父母健在，尚有兄弟三人亦均強健無疾，病者尚未成室，在七歲時曾患麻疹(Masserr)一次；以後又患疥瘡(Scabis)數次，除此以外，未有傳染病及遺傳病可足述者，(Ohne ansteckende Krankheit und Hereditäre Belastung)。

於民國二十一年五月初，病者忽發寒熱。然未有戰慄及發汗；只是頭目暈眩，食慾不進，大便祕結，四肢無力而已，口腔各部除舌稍帶黃綠色舌苔外，並未有牙痛，齦部紅腫，及峽口炎之趨勢！過十餘日後，病勢仍未稍減，一日病者忽思喫牛奶，於是友輩乃餉牛奶一大茶杯，但自食此牛奶之第二日，則覺牙齦及咽喉紅腫，病勢愈顯嚴重，當此之際，食物不易嚥下，神志亦較從前不安，聽友人之勸，即入某醫院，但在該院住五日之久，病不特不見佳，即醫生亦未有相當之診斷；如常此以往，定非良策，於是於六月三號改遷入同濟醫院(即寶隆醫院)治療。

現在病狀：眼球結膜微帶黃色，唇蒼白，瞳孔圓度相等，放大縮小及視物之能力亦佳，鼻部未有瘡瘡，茸腫等症，耳部之外聽道，耳垢及穢物甚多，故時常患外聽道炎，肺部現患氣管枝炎，故每日有咳嗽及吐痰，心臟無雜音，亦未擴大，脾臟稍腫大，其最令人奇異者厥為口腔各部：舌帶黃綠厚苔，狀甚乾燥，牙有十六對，未有脫落者，但牙頸及牙根已露出，蓋病

者之齒齦(Gingiva)自患病起，已漸壞死而蝕去矣！吾人持箸觸壞牙，則彼覺痛甚，右扁桃腺發紅腫，其中間已顯如黃豆大之壞死，其周圍甚整齊而稍硬，左扁桃腺發紅腫，未有絲毫損壞，此乃與右扁桃腺相異之點。但其發炎紅腫，蔓延之趨勢已及於軟口蓋矣(Palatinum Molle)；如吾人用喉頭鏡觀之，則咽門 Fañces 及咽頭 Pharynx, 喉頭 Larynx 具未被波及也。

病者之體溫：最初來院時，最高溫度達 39.5°C. 但經過適當之治療，故病者溫於第四日已漸漸降下，在院廿日之久，即溫度雖稍有升降，但亦不外 37°C 左右也，請觀下列之溫度及脈搏表，則洞悉一切矣。

六月三號檢查物：

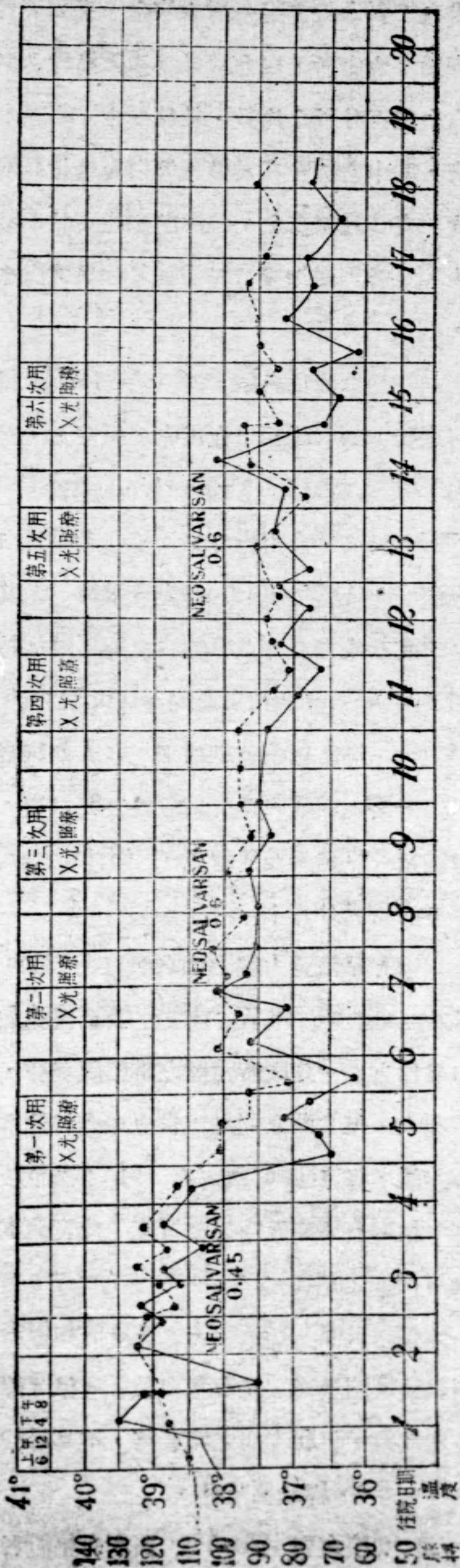
(一)驗血結果：於入院之初，正當有寒熱之際，每 1Cmm 內有 1000 白血球，顆粒性白血球 12 %，淋巴細胞 78 %單核巨大細胞無，酸性及鹽基性白血球具無，紅血球每 1Cmm 內有 2100000。

紅血色素44%

血色素指表 Farb-index 小於一，
血小板 Thrombocyten 比平常加多，

血液培養：(Blutkultur) 未有細菌之生長一，(+示有意，-示無有也)

咽喉細菌檢查 Hals abstrich:



球狀細菌+
 練狀細菌+
 白喉細菌-
 紡錘桿狀細菌- (Bacillus fusiformis)

瓦氏反應- (Wassermann' sche Reaktion)

瘧疾原菌-(Plasmodium Malariae)
 (二) 驗痰結果：未有結核細菌，只有很少之球狀及練狀細菌。

(三) 驗尿結果：蛋白質-
 糖質-

Bilirubin, 有少許
 ürobin 略有少許
 ürobinogen 平常
 尿渣(Sediment)-

(四) 大便：色較平常人略白，未有腸內寄生蟲。

六月四號驗血：在每1 Cmm內只有白血球 800。

六月七號驗血結果：白血球每1 cmm內有2900。

顆粒狀白血球21%

淋巴細胞74%

單核巨大細胞4%

酸性白血球1%

六月十一號驗血結果：白血球每1cm-m內有3200。

顆粒狀白血球25%

淋巴細胞70%

單核巨大細胞 4 %

酸性白血球 1 %

六月十六號驗血結果：白血球每 1cm^m內有 5800.

顆粒狀白血球 38 %

淋巴細胞 64 %

單核巨大細胞 6 %

酸性白血球 2 %

現已申述本病之大略，其令人注意者，則為每次驗血結果及口腔腐爛，但其他病與本病相似者很多，故於此處略談之，庶本病之診斷，則較易耳！

(一) 腐爛性峽口炎 (Angina Plaüt-Vincent oder Angina Ulcero-membranacea) 咽喉大半蝕去，扁桃腺有粘液狀之被苔及惹起深處膿瘍，病者一呼一吸，其氣甚臭，觀此數端，似乎與本病相仿。但試觀其咽喉細菌檢查結果：紡錘狀細菌及波狀菌 + (Positiv der Bacill. fusiformis und Sprochaeten) 驗血結果：白球增加，淋巴增加更多，(Leücytose, Vechaltnis mässiger Zunehmder Lymphocyten) 細觀於此，則知與本病大相謬矣。

(二) 先天性骨髓缺少 (Aleükie oder Amyelie) 失去製血球能力，因之紅白血球，及血小板具很希少；因白血球缺少，所以略與本病驗血結果略相似，但患先天性骨髓缺少症者，多半有出血因素 (Hamrrlagische Diathese) 及紫斑病 (Purpura)。本病血小板未曾減少，反增多耳，此異

點也，吾人可再進一層細察之，患先天性骨髓缺少病者，白血球是缺少，換言之則白血球百分數之比數，統統缺少；回顧本病，其中之顆粒狀及酸性等白血球甚是缺少，有時且無有之，但淋巴細胞不特不減少，且特別增加至 78% 此又相異之處也。

(三) 急性白血病 (acüte Leükämie) 得病之初，則有繼續出血因素，如皮上，鼻內，眼球之後部 (Aügen hintergrund blütung) 又驗血所得結果：(a) 急髓性白血病 (acüte Myelose) 白血球增加，尤其是未成熟或完全有顆粒性白血球，增加特別多，(b) 急淋巴性白血病 (acüte Lymphadenose) 淋巴細胞特別增加，吾人如細審以上諸端，則病者雖有腐爛性之峽口炎，口腔粘液膜炎，及牙齦炎，(Gingiivtis) 與本病實易分耳！

(四) 單核巨大細胞性之峽口炎 (Monocyten angina von W. Schütz) 其扁桃腺如白喉性之炎，且同時頸部之淋巴腺發腫，脾腫大，但其驗血結果：白血球有特殊增加，故，每 1cmm 內，有 50910！而單核巨大細胞有增加至 78% 之可能，此實與本病不相符之點也。

(五) 白喉 (Diphtherie) 與本病相似者則為扁桃腺發炎，並有灰白被苔，但牙齦並未波及，但在本病之咽喉部，不易尋找 Löffler-sche 桿狀細菌也。

(六) 壞血病 (Skorbüt) 與本病相似者

則爲牙齦青腫，而易潰瘍出血，此私病狀只限於有牙之部分，至於口腔之他部，未若如本病口腔之腐爛，殊此以外，胸筋肉及下肢筋肉出血，在本病亦難找也，又牙齦壞爛處有紡錘桿狀細菌；肋骨之骨與軟骨相銜接之處時常發腫出血；血液內除淋巴細胞稍見增加外，其餘均如平常；以上諸端亦均與本病相謬也。

(七)猩紅熱 (Scharlach) 扁桃腺發炎，病重者能有壞死性之峽口炎 (nekrosierende Angina) 可以略與本病相仿，但試觀其身上之小斑疹，紅覆盆子狀之舌，實與本病易辨也。

(八)傷寒 (typhus) 與本病相類似者，因白血球亦甚缺少耳！但其脈搏及呼吸並不隨溫度之增高而增進，舌苔如煤色，腹膨滿，脾腫大，腹上有薔薇疹，豌豆汁之大便，病者多患神志發昏，過五六日後 Diazo Reaktion +；在第二週內，又有 Grüber-Wildalsche Reaktion +，以上諸端均在本病不易觀也。

(九)麻疹 (Masern) 此病患者多半爲小兒，身上發疹，口腔內粘液膜有 Kopliksche 小白斑點，Diwzo 反應+，故雖亦有缺少白球現象，但與本病亦不易混；且病者幼時曾患麻疹一次，此時所患非麻疹，定無疑矣。

(十)發疹傷寒及天花 (Typhus Exanthematicus und Pocken) 均帶有峽口炎，但兩者均是白血球增加，且天花之單核巨大細

胞增加更多，觀乎此，實易與本病鑑別矣。

(十一)Banti 氏病：白血球雖缺少，但貧血脾腫，肝臟硬化，腹水，衰弱，在本病不常見也。

(十二)熱帶脾臟肥大病 (Kala-azar)，患者貧血，衰弱，腹膨漲，肝腫大，脾甚腫大，其腫大之方向多直腹筋平行，觀此諸端，故雖白血球缺少，但與本病相似處尙少也。

綜觀以上諸症，不外與缺少白血球，峽口炎，及牙齦腐爛有關本病，但吾人細察每症之特點，則本病實易分矣。

故本病者因口腔內及血液有特異變化則其診斷：爲無(顆粒性)白血球症，庶不謬耶！

預後：當得病之初，似乎很爲危險，蓋有高度之體溫，且食物因峽口炎不易嚥下，如常此以往，亦可置該病人於死地矣，但因治療得法，病者自於入院之第四五日後，漸入佳境，到現已住十有八日，只見良好；且驗血結果亦漸與平常血液相似，此實令吾人對於患斯者可樂觀也，蓋是病自 1922 年被 W. Schultz 先生發明後，十餘年來，此病仍不多，按各國醫界之公佈，得是病者，十之八九多歸於死亡也！

治療：病者入院後，則投以 Neo Sal-Varian 0.45. 於第五日即施行 X 光照療法，先照兩腿之骨髓，次照兩膊之骨髓如是共照六次，(每二日一次，一次三分鐘)，於第八日又投 Neosal-Varian 0.6, 第十

三日又 Neosalvarsan 0.6, 對於口乾曾用如此藥方 Rp. Natrium taboricum, Natriumbicarbonat aa 7.0.; tinktur. Menth. pip. gtt XV Aq dest ad. 400. M. f. sol. d. s. Mehrmals taglich zü gurgeln. 對口腔腐爛曾用 Rp. Perhydrol 3.0; glycerin 20. M. f. sol. M. M. t. Zü pinseln! 並隨時給與 Panflavintabletten, Mentholtabletten, Formamintabletten. 以防口腔內炎症並消

殺細菌也，本病經過以上之療法，而溫度自第五日下降後，至今已18日，未有不良現象，甚期此病者早日復原也。

參考用書：

1. 同濟醫學季刊第一卷第二期
2. Domarüs 氏內科教科書
3. Strümpell 氏內科學
4. Deutsche klinische Wochenschrift
1929. 第八卷第17期

關於尿分泌受物理因素的影響

Dr. L. Gedda, 原著

陶桓樂譯

不久以前，人們對於尿分泌 Dinrese 受物理因素的影響，還是不大明瞭。但在最近經幾位專家精深的研究，使我們的知識尤其是關於透熱 Diathermie 同紫外光線對於尿分泌上之作用方面，有很明顯實驗的事實作根據。研究這個問題，對於生理學，實驗醫學以及治療學上，結果都有很大的裨益。

我們親自試驗過透熱在腎臟上的作用。對於一位病人，做福氏水排泄試驗 Wasserversuch nach Volhard (腎臟機能檢查法之一種：在早上空腹的時候，給與被試者一定的水量，若是健康的腎臟，經過四小時以後，水量完全從尿裏排泄出來，尿

的比重是 1001—1004，設若腎臟有病的話，那尿就要少些，而且也濃些。) 同時在他腎臟上，施用透熱法經過四點鐘以後他排出來的尿量大多了，這是很確定的事實。此外我們用腎臟透熱法，治療過兩位患急性血管球腎炎 Glomerulonephritist 的人，因藉此可以達到制止尿量減少同降低高壓的目的，同樣對於一個囊腫腎症，Cysteunicre 也使他的尿分泌增加，壓力減低了。以下我們又試驗過很多康健同有腎病的人。選十五位康健的人，做水排泄試驗，同時或者不是同時在他們的腎部施用透熱法，結果都是與上面的試驗符合，就是增尿量。例如在施用透熱法以前，尿

量是 1114cc，施用以後却有 1590cc。第二次試驗是使十個康健的人，在一樣衛生情形之下，睡在床上休息十天，每天在他們的腎部施用透熱法。結果是康健的腎臟，對於每天施用透熱，可以有三種不同的反應：（一）每天的尿量增加——淡薄式——（二）每天的尿量減少——濃厚式——（三）尿量先減少後增加——混合式——。同時在尿裏面，尿素同鹽化物也增加了。關於有病的腎臟方面，我們選了二十五個患各種腎病的人，施用腎部透熱治療，得了以下的結果，對於次急性血管球腎炎，可以增加尿的分泌，降低血壓，消退水腫。至於使血尿 Hämaturie 更濃，大概是由於取消了腎血管球體 Glomeruli 的阻塞的緣故。他還可以緩和腰部的疼痛。由血管球腎炎附帶發生的蛋白尿症 Albuminurie，能夠使他蛋白質排泄減少，全身的康健的狀態增進。在第二期的血管球腎炎，功能達到增加尿的分泌，降低血壓，減少尿砂的目的。併且使病人覺得舒服一點。對於非炎症性的腎病 Nephrosen，可以使他多尿，增加水份同鑲渣的排泄，減少尿內蛋白質同消退水腫。至於一二期的腎臟硬化症 Nierensklerose 也能夠有尿，排去鑲渣，改進全身康健狀態等作用。對於由腎石症 Nephrolithiasis 反應的無尿症 Anurie，可以使腎臟的作用不至停止。透熱法是用

兩個鉛片電極，一個放在腎部前面一個放在腎部後面，兩邊腎部先後都放二十分鐘久。透熱對於腎臟的作用是局部的，直接的，他的效力是由於腎臟組織內面成立的反抗熱力。

紫外光線對於尿分泌的影響，最近我們也試驗過了。對於二十五個康健人，同時或者不是同時放射紫外光線，我們觀察他們對於水排泄試驗的關係。爲要使他們能夠受得住增加很高的光線用量起見，開始只用相當的份量，然後慢慢地增加到他們受得了的。在做水排泄試驗的時候，第一二點鐘內，每點鐘放射三十分鐘，（十五分鐘照前面，十五分鐘照後面）這是全身的光線的照射。結果我們很能確定的，放射紫外光線，尿量是明顯的增加了。如做水排泄試驗，沒有放射紫外光線的，尿量是 1010cc。放射了的却有 1660 c.

無論是紫外光線或者是透熱，對於水排泄試驗，都是增加尿量，但是他們效力的原理可是不同。在透熱方面，是由於局部的，直接的作用。至於紫外光線是對於內臟皮膚普遍的作用，不與局部作用相干。我們有幾次做水排泄試驗的時候，同時放射紫外光線，但腰部是被遮着不透光的，結果尿的分泌，還是增加。此外紫外光線的效率，與身體被放射部分的大小成正比，這是我們可以證明的。

子宮外妊娠診斷之錯誤

Sztehlo 博士著

殷勤譯

因子宮外妊娠之激增，而從新引起本問題之興趣，以前此症不過為例外之發現，至今則在吾人之醫院中幾乎每週有子宮外懷孕者來施手術，不僅吾人觀察此種症例之增加，而國內外之其他醫院又何獨不然。自 Werths 氏對子宮外妊娠之基本著作發表以來，試求解決此問題之著者頗不乏人，雖經許多試驗與觀察，此病徵之病因仍常未得明。吾人以許多觀察與意揣雖已接近於此症之為物，而卵子着床反常之主因至今猶未十分確知。據余之推測，子宮外妊娠不能歸根於一致之原因。

在吾人之醫院中十六年來曾施行1792男女開腹術，其中 1623 為婦女開腹術，此 1623 病者中282例，即占剖腹例之18，51%係為子宮外妊娠者。此 282 經施手術之病者中死去十三人，即百分之四·六。得有如此鉅大數目之子宮外懷孕者來施手術，此種情形應歸功於吾人對於助產婦教育之認真者，實為不鮮。對子宮外妊娠之症象不精確明曉之助產婦，吾人決不讓其離去。關此澈底之助產婦教育之效果所及，致往往出身於吾人門下之女生，能自行診斷子宮外妊娠，而徑來入院者。在多例

中均經證實其自立診斷之正確，而即予施行子宮外懷孕之手術焉。

若輸卵管之粘膜發生病變，不論其為細菌侵害或受化學刺戟所致(碘劑注射)，則其微細顫毛亦往往隨之滅亡，卵即附着於此無顫毛之處，而不能到達於子宮腔內，在此處漸漸發育，直至此受孕之輸卵管破裂或流產而後已。

——子宮外妊娠之原因——

妊娠最初起始於子宮之外，人獸皆然。在子宮外之妊娠，其受精之卵子根本不入於子宮腔內，其原因或由於卵子之異態，或在於導卵入子宮之輸卵管之反常。除卵子之外徙與輸卵管之發育反常而外，其特有關係者為痲症，產褥傳染，小產，間或碘劑注射，此外子宮之刮除，避孕罩之使用與盲腸炎等等。子宮外懷孕之大見增加，非僅為痲症傳染之結果現象，却亦可歸咎於避孕與流產。此子宮外妊娠之數目，曾見增加於盛行避孕之名國。Rübsamen 氏曾在 Dresden, Schmidhals 氏曾在 Greifswald, Tasta 氏在意大利，與 Parsanow 氏在俄國均曾究研此關係，結果謂除痲症之傳染外，施用碘劑預防注射對子宮外妊

娠亦有極大之關係，新近大學教授 Frigyesi 氏在匈牙利婦科醫會第三次會議時，曾證明在碘劑注射影響下，能發生輸卵管之懷孕，彼曾本連續切片而證明，由碘惹起解剖變化之處可作為卵子植入之地位。

據吾人以十六年來之材料所作有關乎此之試驗，能證明有三十八例即百分之三十四係癩症傳染，由癩病傳染而種大多數子宮外妊娠之因者，甚為屢見，雖癩菌已不復可證出，蓋癩菌在子宮頸分泌液中，歷時不久即死，其地位遂被練狀球菌與葡萄狀球菌取而代之矣。於是發生一種識為癩症傳染後之狀態，產褥傳染照例僅侵害一側之子宮附屬器官，而癩病傳染之痕跡則於兩側之輸卵管皆可見之，後者之經過，時作輸卵管炎之症候，時呈輸卵管膿腫或水腫之病狀。在吾人所施 282 例子宮外懷孕之手術中，曾於 109 例，即百分之三十八，並將其池一輸卵管及另一側之附屬器官割去之。凡其他一輸卵管認出有病態變化之例，雖極細微，吾人亦悉並該管割去，以防再度之子宮外懷孕。一部分婦科醫生以預防之故，每次施行子宮外懷孕之手術時，并摘出其他一側之輸卵管。吾人曾於 109 例中因其病態之變化而並去其雙管。癩症傳染有干於子宮外妊娠之數目，應遠不止以顯微鏡或其他方法所能證明者。

因直達輸卵管肌肉之變化，致其肌肉纖維不復能收縮，受精之卵子，遂不復繼續輸向子宮腔矣。病人肯承認其曾注射碘

劑作預防，與曾用避孕罩者，僅屬罕見。就二十一病者，吾人能於既往症中證明其係產褥傳染。Sjöberg 氏於子宮外懷孕者，曾見四十六例為急性癩病傳染。Pfeifenberger 氏閱遍最近二十五年來之紀載，尋出子宮外妊娠同時又兼患急性盲腸炎者計有十例耳。

——診 斷——

子宮外妊娠，大都於其發育中斷後始能診斷之。彼能以輸卵管破裂或輸卵管小產之症狀而中斷；前者為外胎胞破裂，後者為內胎胞破裂。輸卵管破裂所惹起之症象甚為強烈，而輸卵管小產之徵象則模糊不清。子宮外懷孕之診斷是不常易處理的，關此有極多之錯誤，至今猶不尠病者受錯誤之診斷，或拖延許久始達於專科醫生之手，以致施術則過遲矣。

子宮外懷孕之正當診斷，以其連帶種種症象而致繁難，專科之刊物年年有關於常又更新之診斷法則與觀察之報告，以此情形即可為需要試驗新方法之一證明也。

吾人無可靠之診斷方法，最可由 Batisweilers 氏 1927 年之報告看出，其中係引述不施手術而死之子宮外妊娠例，彼報告關於一百子宮外妊娠者，其中十五人曾經醫生治療，因別有併發症而未施手術，流血致死之八十五人中，三十人未經治療，於曾經試驗之五十五例中，有二十五次診治之醫生對此病完全束手無策，於二十三例中，病者受錯誤之診斷（中毒創傷，

小產，腹膜炎，腸室扶斯，卵巢炎，盲腸炎）。

Hirsch 氏之折光鏡試驗法，Vogel 氏之 Ninhydrin 反應，Seltherin-Lüttge 氏試驗，Cullen 氏所述之吐劑淺藍染色，傳至肩胛之疼痛，膀胱與腎腹之病象，Vogel 氏所述在腹內出血發生之特殊臭氣，凡此一切均為吾人接近正確診斷之標識與方法，但有時亦感無效。最近人們希望 Aschheim-Zondek 氏及 Manoilow 氏之妊娠反應法，能及早創出子宮外妊娠之診斷藉 Aschheim-Zondek 氏 妊娠反應法之助，約百分之九十之孕者在初期中即可證明。子宮外妊娠大都妊娠開始即遭中斷，因發育至六星期之卵子僅大如鵝蛋，軟而如膠狀，當不能於輸卵管中摸得之。懷孕之子宮在彼時仍如常大。Aschheim-Zondek 氏反應所得之正結果，亦不能決定此初起之妊娠係發育於子宮之內或外；不過足證明妊娠之存在而已。及懷孕之輸卵管破裂，則強烈之症象發現矣，此時當不復需用反應，因其驟然顯出之貧血與腹部現象。如此使人注目，故診斷當亦易為矣，反之如此種現象模糊，即不為輸卵管破裂而為輸卵管小產，則子宮外妊娠之診斷較難耳。

妊娠之徵兆僅示人以似真之標識，其中主要以月經之狀態為準則。最多之型為月經遲延，吾人見之於一百九十一例中，即百分之六十七；月經準時者五十二例，即百分之二十八；太早者廿七例，即百分之九。

胎衣膜之脫下已漸接近診斷，吾人於廿六例中亦曾兩次發見胎衣膜。吾人例中曾有一例脫下之胎衣膜，就顯微鏡試驗，顯為月經困難性粘膜，該病者於膜脫後三日，因輸卵破裂在沉重之貧血現象下施行手術。

其餘似真之表徵幾無可用，腹部現象在輸卵管破裂時誠惹人注目，腹直筋之抵禦緊張，鼓脹與輸卵管破裂一側之感覺，皆為見諸子宮外妊娠之症象。嘔吐與吃逆則僅例外見之。腹腔器官發炎與破穿時亦呈此諸現象，但在炎症照例有甚高之熱度而無貧血之症狀。見貧血現象常須思及內部出血，而尤其在有妊娠之徵兆時。在此種例中，出血源於輸卵管之破裂，盲腸，膽囊，胃，輸卵管膿腫，卵巢化膿等之破穿，以及卵巢瘤之轉捩，皆足以惹起相似之現象，其注入腹腔之異體，無論為腸，胃及膽囊之含有物，為膿或為血，均可惹起腸膜性震盪症。在盲腸，膽囊，胃，與化膿之輸卵管破裂時，病人陷入於失神者僅甚鮮，在懷孕之輸卵管破裂時則大都失神。在此種症例，其失神之發作為驟然發生之劇痛與注入腹腔之血所致。血注入腹腔之續增，則失神之發作可能回復其貧血之程度，則就血色素之指數與紅血球數之減少而定之。

第三須觀察者為貧血現象，此殆為最觸目之症象；脈搏起初緩徐而易壓沒，脈搏數降至每分鐘40或30，或甚至20次。若病者在如此狀態中前來施術，則其施術

之結果，將甚良好。出血如再加增，則脈搏即由緩徐而驟轉為急速，其數自40一躍而上 120，140或160次，脈空虛而更易壓沒，微細如線。出血量多，則脈搏完全不可摸得矣。血色素含量能自80%降至15%，紅血球數有時能減少至一百萬。據血狀不能預言病者之康健與否，但若血色素含量降至40%以下，并紅血球數減少至二百萬以下，則照經驗知瘳癒之希望無多矣。但亦頗多例外，不能預言病者能受何等量之血液損失。有時在血色素降至50%即死；反之吾人亦見有血色素降至15%而紅血球減至十五萬之例而得慶更生者。痊癒不僅視血液損失之程度與手術經過之敏速而定，却亦繫於許多目前尚未明瞭之因子，即人們以之列入機體抵抗力或素因之概念下者。

輸卵管流產之診斷，遠較困難，其在輸卵管破裂如此注目之現象，在此則模糊不清，以致錯誤累累。於輸卵管小產之嫌疑，其既往症殊為重要。月經之日期難以確定，蓋因一部分病者不復能記憶其前次潮來之時間，另一部分，則胡亂告醫生以錯誤之日期。

在實用上簡單而無危險之診斷辦法，厥為子宮與直腸間之穿刺術甚著優點。昔日一部分婦科醫生對此穿刺術認為危險，而今日則幾無一人捨棄此簡單之診斷補助方法矣。人之以為危險者蓋恐偶有傳染，出血與刺傷腸臟之事，吾人本多量材料所

獲得之經驗，證明此子宮直腸間之穿刺術全無危險。而藉此幫助於數分鐘內即能判決，在子宮後發覺之瘤腫是否為因輸卵管小產而起之血囊，抑為挾入子宮直腸間之囊腫或滲出物。若穿刺得血，其結果屬正，則在此種例下應立即施行開腹術。倘其結果屬負，則病者應靜臥四五日。致對於穿刺術之恐懼，實為毫無理由，蓋近時為診斷之目的，而穿刺腦室與脊椎管亦無危險也。

1928年余曾據四十四例之材料而作關於子宮直腸間穿刺之報告。自此以後，吾人施行子宮直腸間之穿刺術，計又達六百餘例矣。就吾人豐富之經驗，余敢大言子宮直腸間穿刺術之無危險，其在子宮外妊娠認識上之重要，可由下列數有趣之症例見之：

(一)一心臟病者於地方療養院中，忽感不適，大便時忽失知覺，所招來之醫生以為此症之源在病者之心臟，而施用強心劑。試穿刺其子宮直腸間腔，則所得赫然為血也。

(二)自匈牙利送來吾人病院之一病者，其在先被認為急性食肉中毒而由家庭醫生滌胃數次，本既往症與所見之狀態，吾人診斷其為子宮外妊娠，乃病者之醫生對此診斷不滿，而請召集會議；但病者之狀況愈變惡劣，致吾人不待開會即穿刺一試，居然得血(因出血於腹腔內甚多)，遂施行手術。

(三)一年二十六歲之病者，子宮直腸

間挾有一如拳頭大之瘤，某醫院認為漿膜下子宮頸筋腫，而施過三次X光治療。吾人則認此壓下子宮直腸間腔之大如拳頭而不均一之硬體為子宮後之血囊，此診斷立刻由穿試驗徵實之；實施手術後暢然而愈。

(四)又四病者，先曾數換醫院，皆被認為壓下子宮直腸間腔者係滲出物，而施以通熱法吸收治療。久治無效，終來吾人之醫院，此四例之診斷皆賴子宮直腸間穿刺而得判決；每例均證明為子宮後之血囊。

(五)有十病人因診斷為不完全流產而施行子宮刮除，此十例中有三次逕然於刮除後而懷孕之輸卵管即破裂，於是立即施行手術，其他七例則於刮除後數星期內，或因輸卵管之破裂，或因子宮後之血囊而施手術。

余還能引許多相似之例以證子宮外妊娠診斷有時難免錯誤，正確之診斷，在大多數例中，尤其在血囊，則僅藉子宮直腸

間腔之穿刺可確定矣。

為避免此診斷之錯誤，吾人視為重要者，即凡有子宮外妊娠嫌疑之病者皆須靜臥，每三日至四日診察一次。倘輸卵管破裂之症象不大顯著，并子宮側僅可探得一瘤狀之物，而不能判決其為輸卵管懷孕抑為子宮附屬器官瘤腫時，則當屢次診察，以徵此瘤長大與否子宮若數日之間已增長頗巨，并有其他妊娠表徵可見，則此大概為子宮外妊娠者矣。倘無寒熱，而此瘤狀物并可由後墜穹窿探及，則此問題可藉子宮直腸間穿刺立刻解決。起因於輸卵管流產之血囊之標識，在其不均一之硬度，因此囊所含之血液一部分已凝結而一部分尚流動也。故在懷疑之例，常應施子宮直腸間之穿刺，因既往症以及觸診狀態，血狀與乎血球沉墜等皆不能給予可靠之啓發也，在此種例，吾人唯用子宮直腸間穿刺以保證錯誤之避免焉。

習慣性便秘之原因與治療

Dr. R. Wachenheimer 著 沈在中譯

習慣性便秘者，大腸運動遲鈍之結果也。牠亦能算為文明進步之產生物，故在

未開化之民族竟不知習慣性便秘為何物。于人類之外，祇有狗亦患此同樣之疾苦。

(V. Bergmann) 文明之進步，使以前用體力之處，都用器械來替代；不用體力之職業因此大增，而個人熱力(Kaloriebedarf)之須要則因之大減焉。此外多食肉類與脂肪而少食含水炭酸物及纖維素(Zellulose)都為習慣性便秘之最大原因(Lepelne, Behindler)。

Fleiner 氏以為習慣性便秘可分為痙攣的(spastische)與弛緩的(atonische)兩種。可是實際上很難分出，因為在同一病人，可以由這一種引起那一種；而大半的患者竟是由弛緩的或少蠕動的，與痙攣的或多蠕動的合併在一起的。

在橫腸迷走神經(Vagus)與骨盤神經(Pelviküs)交界之處，能有循環性的痙攣(Boehm)，不合宜的食物是決沒有足夠的造糞材料達到大腸的；因此腸壁少了一種刺戟而不能或不夠引起其蠕動了。于是糞便就很久地停留在大腸內；漸漸失去牠的水份，遂致縮小而堅硬。反之糞便于大腸運動時，雖亦失其水份，但能前進無阻也。此外內分泌與心理作用，對於習慣性便秘亦有相當之影響。

長期之便秘，能影響及鄰近之器官；此果毫無疑義者也。如子宮後屈(Retroflexio üteri)，結締組織之鬆弛與卵巢之疾病等等，均有相當之證明，(Novak氏)便秘亦能與分娩及產褥以不良之影響。盲腸之弛緩與停滯，能引起盲腸炎(Typhlitis)及蚓突炎(Appendizitis)，(Porges 氏)。

于吾人診斷患者為習慣性便秘以前，須將其他與便秘有關之原因，加以慎重之鑑別。如直腸檢查，可以不至于忽略直腸部之阻礙。對於許多病人，X光檢查亦不可省。于四十歲以外之病人，則須探求直腸癌腫與大腸癌腫之有無。此外如慢性的固結性腸膜炎(Chronische adhaesive Peritonitis)，鉛或尼哥丁(Nicotin)中毒，尤其對於胆汁系(Gallensystem)的影響亦與習慣性便秘之鑑別診斷有關。(Matthes氏)

治療習慣性便秘之最要目的，就在使腸臟自動的輸送糞便引起如廁行為，使其與童時之生活無異。(v. Bergmann)欲達此目的，須視病人之能否遵守下述諸點而定。

飲食規則：此項規則，不必十分嚴格，余以為祇要將混合的食物時時調換着就夠了，于可能情形之下，最好多吃些蔬菜，水果與黑麵包之類。病人雖無如廁的須要，但于每天早上一定的時候——早餐前後——必須上坑一次，但不可過分用腹壓力。

實行有規則的柔軟體操後，亦有相當之效驗；對於因職業關係，而終日伏處于辦公室內之患者，其效尤偉。

當醫生認為必要之時期內，病人必須有規則地內服潤腸利便劑(Stuhlgleitmittel)。

除上述諸點以外，我對便秘得很久

病人，于開始治療時，應用甘菊灌腸法 (Kamilleneinläufe)，蓋余曾證明，糞便太久停留于腸管內，能使粘膜受過分之刺激。于是在此情況之下，灌腸有兩種意義：即根本掃除殘留于腸管內之糞便，而使受損之腸粘膜舒適，或竟達治療之目的。對此種頑固的與長時期便閉的病人，余于治療之初，每日或隔日至少用一立脫甘菊溶液灌腸。過了八至十四天之後，每週仍須灌腸一二次，嗣後方可漸漸停止。

上述療法之要點，就在有規則的應用潤腸利便劑，而並非瀉劑 (Abführmittel)。因為從經驗上得來，瀉劑非但不能治愈便閉，反而能在治療期間有種種副作用之發生。潤腸利便劑可大別為兩類，即礦臘油 (Paraffinöl) 與糞便增加物 (Kotvermehrende Mittel) 是也。屬于前者即 Agarol 與 Nüjol 等等，牠的作用就在使糞便滑動與濕潤 (Gleit- und Durchweichungsfähigkeit)，後者則以 Normakol 為最好；在市上可買到的 Normakol 乃棕色的糖面藥丸，(Normakol 乃 Bassorin 類的植物性粘液與 Rhamus frangula 百分之十的有效成分之製劑。) 此外還有一種白色糖面的不加 Frangula 的 Spezialnormakol. Normakol 很有價值的生理學的特性，就在無變化的經過胃部，反之在腸部則因其膨脹性與不消化性之故，而能達治療之目

的。此種作用已經多數學者之研究而證實無誤。(Tost, Schindler, Loery, Berg 諸氏)。

余用 Normakol 所治療的真正習慣性便閉病人，都能治療。所以在 Normakol 治療期間，且不背上述治療規則，而不達目的者。應探求其他致病之因。

用量：我在每個病人的開始治療期間，早晚用一堆滿咖啡匙，用開水送下，或在蘋果粥內。至于特別重的病人，我就用超過上述的分量。等到每天能有定時的大便而無痛苦時，我就每天祇用一咖啡匙了。這些分量須長期服用，Spezialnormakol 亦與此同。對於糖尿病患者則用沒有糖的 Diabetesnormakol. Normakol 還有一種特性，就是在服後不下薄糞，其多量之糞便猶如糜狀，中和膨脹之粒狀 Normakol，因為 Normakol 毫無養價值，所以在糞便裏檢查起來亦有消化。

于短時期內，病人已覺舒適，尤其是以前因為痛苦而恐怖的如廁，在 Normakol 效力之下毫無痛苦與困難了。病人中如有胃納不良者，亦可治癒于轉瞬之間。因便閉而感到頭痛或其他疾苦者，亦能迅速治癒。特別可注意的，乃起初以為胆汁系的發作性疾苦的解除。我以為正在這種疾病上，其與糞便之關係，有重大之意義焉。

靜脈瘤發生的原因

Dr. M. Ratshow 原著

李萼芳譯

靜脈瘤發生於人體靜脈各處，無論老幼，咸易罹及，即先天亦有被其侵害者。其病症之所以如此廣佈，從臨診及病理上經驗得來，往往同結果而不相吻合，就是病因的發生，至今也未能了解。近來各方努力研究，對於靜脈瘤大家都以為屬於血液循環機能不全的一種，或者對於內分泌器能新陳代謝，受了障礙，也有幾分關係，於是對於這病的治療法，也引起一般人的興趣了。注射治療，是公認為最適宜的方法，對於患者，毫無危險性，注射後在患瘤的靜脈上診察的結果，知道所收的效果，是完全基於血管方面的。

在未討論病因以前，對於患瘤血管部分的解剖生理，吾人也不可加以研究，從前 Vischow und Rotitauský 所供獻於大眾的現在已不適用了。照病理同生理的要點歸納起來，我們大概可分為兩個病原時期，即靜脈擴大症同真正的靜脈瘤。靜脈擴大同靜脈腫樣狀態，合而為靜脈血管腫。靜脈擴大症照 Benda 的解釋，是靜脈管平均的擴大。因為靜脈大小不同，伸張的程度不一樣，所以構造上也有很多不同點，例如柱狀，匍行狀及蔓狀等等。同時

脈管的肌肉也肥大了，血液循環雖因活瓣閉鎖不全的原故，依然是求心性的不過反覆流動着吧了。靜脈擴大症，在所有靜脈血管中，我們都可以找着，因為沒有靜脈擴大症之先，決沒有靜脈瘤發生。

Benda 對於這種病症所下的定義，認為是一種汎發而不平均的囊袋，常為各種靜脈病疫的中心點，他能使肌肉萎縮，結締組織膨大，並可使靜脈內膜變厚，但是發炎性的細胞浸潤，是不屬此範圍的，這個我們可以從脈瘤的性格而加以認識，因為脈瘤是不同附近共生的。血液在真正靜脈瘤中具有遠心性，活瓣鎖閉不全，照生理作用講來，可以說是閉鎖不全的靜脈擴大症。所以每種脈瘤未成之前，必先有擴大的症候，我們對於他的成因，也可以清楚了。

靜據一般人的意見，以為由鬱血而變為靜脈擴大，是很有討論的價值，因為血液回流困難的關係，下腿靜脈瘤及擴大症，也容易發生，他的原因，是因為靜脈內壓力增高的原故壓力所以增高，不外心的狹窄，及血管受外壓所致，再進一步的解釋，例如常常站立做工作的人，血液不容易

循環，脈瘤也比常人爲多，孕婦脈的成因，也因子宮膨漲，脈管受重大壓力之故。

以科學眼光觀察起來，是與以上所述居於相反地位的。Rokitavsky 爲此舉了很多強而有力的證據，用機械學解釋起來，甲肢比乙肢易於患瘤，是不能存在的。他考察的結果，雖然左足比右足的比數多，也是因爲左足靜脈直接受直腸壓迫的原故。他又說，下腿患瘤的靜脈管，是不在血管下端，而在血管的上部。如在膝關節附近是，此外患瘤的血管，大都是正常的。經過許多學者在獸類中研究，都認爲簡單的血鬱，決不能發生靜脈擴大症，他們又證明，腿部靜脈的壓力是比手臂上的要高些，從構造上看來，也很適合這種理解，所以很多人的意見，以爲遺傳性或後天性的靜脈管衰弱，都可以引起靜脈擴大症的發生，Bier 氏考察的結果，僅有一部分結締組織衰弱是由脈管衰弱而來。因結締組織衰弱的原故，也易惹起歇爾尼亞及扁平足等症，(Nobl 統計60,7% 患扁平足的人，同時也患靜脈瘤) Benda 反對由遺傳性結締組織衰弱而引起脈瘤這種學說；他證明有時靜脈管衰弱，也不一定就可成爲靜脈瘤，他的結果，有時成爲萎縮或脈管鎖閉等，Pels Leusden 也以爲妊娠靜脈瘤，不合於這種學理，因爲一個強壯而常運動的婦人，妊娠二次後所得的瘤，決非由結締組織衰弱而來的呢！

脈瓣閉鎖不全，對於靜脈瘤的成因，

有無關係，也很值得注意，我們知道下腿靜脈有許多活瓣，都因爲脈管擴大或脈瘤而致閉鎖不全，失着了牠的功用，但是活瓣閉鎖不全，不一定就可造成靜脈瘤，因爲有很多靜脈活瓣在幼年時就萎縮了，他的結果，也與上述的相反。Slawiusky 1902 也說假若因活瓣閉鎖不全所生成的瘤，他的位置必在距活瓣較近的地方，但是仔細亂察起來，他的位置是很遠的，他的見解並不能推翻活瓣閉鎖不全的學說，不過予前兩段所說的一種打擊吧了。

Ledder hose 對於上例也有所申說，他假定血液在靜脈中是不斷地流着，根本用不着活瓣的關閉，只在迅速的運動中，或許有關係的可能，因爲活瓣閉鎖不全，決不會引起脈瘤的發生，我們稍一研究，就知道他的理論，決不能存在。

近年來對於Pigeauxs的意見，也有許多人去注意牠，他認患瘤的靜脈一定與動脈互相吻合的，這可從血液鮮紅的顏色看出來。此外我們在靜脈瘤中所感覺的脈搏，也與心跳時間相合。但是 Schmieden 用人工所造成靜脈與動脈的吻合，並沒有靜脈瘤發生，Benda 想從屍體上來證明這種吻合，結果也歸失敗。

受上說的影響，乃有 Hase brock 的血脈衝擊學說發現。在下層的靜脈，假若與一支動脈隔離了，靜脈中必定會發生一種有定期性的脈跳。皮膚下層的靜脈管，因爲有聯絡的關係，同時也會得着一種反

應，這種繼續不斷發生的血液衝擊，而使血管漸次擴張，而達於造成靜脈瘤的主要原因，可是對於妊娠靜脈瘤，是不能理解了。

在未研究最新靜脈瘤學理之先，關於靜脈管的病理解剖，不可不加以考求。血管之所以能夠伸縮，完全因為有纖維性的結締組織存在的關係，一種器官失着了這種主要的成份，同時也失掉他伸縮的能力，在筋肉肥力性的靜脈怒張時期，脈管也漸漸擴大了，同時結締組織在擴張的地方，也繁殖起來，所以真正的靜脈瘤是不會再張大的，但是筋肉病態的重要原因，我們還不十分清楚。

從治療上的經驗得來，關於這種病狀，已供獻着不少科學上的參考，專門討論這病態的論文，差不多遍地都可以尋找着了，尤其是對於病原的發生，很引起一般學者的興趣，據美國醫界統計，少年人最易罹這種病症，甚至先天中即有患此者，在初期並無痛苦，患者往往不十分注意，現在為美觀起見，不得不求治了，初期用注射治療法，是不及在進行期中為有效驗，大多數雖然可以收着成效，但不久又復發了，甚至在別處，也有發生，就是妊娠靜脈瘤，也與此情形相同的。

關於妊娠靜脈瘤 Zaigier 以為同普通瘤發生的原因不同，孕婦因在妊娠期中，卵巢內分泌物受甲狀腺內分泌物拮抗作用的關係，分泌太強，他根據這種學理，用

甲狀腺物製劑來診治患有妊娠靜脈瘤的孕婦，收着很好的功效，一切病態如脚痛，再發症等都完全消滅了，在德國醫界也公認一種很好的良劑，同時 Wiesel 更研究出來，甲狀腺功用消滅的人，更容易得着較為頑固的靜脈瘤，用甲狀腺製劑去治療，也有同樣的功效。

根據這種理由，很多人的意見，都以為缺乏甲狀腺內分泌物或生殖內分泌物過度，都可以直接加害於血管，血管受了損害，當然不能容受靜脈內血液的壓力，於是慢慢由擴大症而成為真正的靜脈瘤了，但是這種學理真確與否，現在還沒有最後的答案，試給受試的獸類以生殖分泌物，或將甲狀腺摘出，都不能得着成功，可是 Fraenkel 1930 給以腦下垂體的分泌物又算成功了，Bümm 施行百分之十 CaCl_2 溶液靜脈注射，結果也是很為圓滿，但是不能持久，不待診治，就自然消滅了。

近日各界觀察，認為內分泌器官障礙而使血管損害所成的血管瘤，是帶可能性的，這可從靜脈管本身看來，因為他是不能受生理上過大的壓力。更進一步的研求，關於機械學方面的原因，也有十分的意義。反對這種學說的人，雖然不能完全成功，也有一部分的理由存在，最不容易了解的，就是在其他靜脈管中所生的瘤了，例如頸骨髓中的軟腦膜靜脈管，雖然沒有多大的血液壓力，也常有靜脈瘤的發生。

起初大家都稱靜脈瘤是局部的循環障

礙，以上所討論的，也不外乎從形態學方面着眼，研究這種病症的方法，要注重生理化學的檢查，靜脈瘤的一切情形，同患

瘤的血管所直屬毛細管的狀況，方能收着一種較好的結果。

用 Antiphlebin 之痔治療

Dr. Weis, Beuel-Bonn 著 朱虎蔚譯

我起初着手用 Antiphlebin (註) 使痔結節 (Haemorrhoidknoten) 消滅時——如同用昇汞 (Sublimat) 的靜脈注射治療靜脈瘤 (Krampfader) 一樣——總有一點顧忌。人們對於這類病症有一種腐蝕性的潰瘍 (Noli tangere) 的見解，好像一個實習醫生把牠們歸入於外科醫生範圍之內是不對的。

在最近三個月中我治療過七個患者，茲略述數例如下。

第一例：亨利 B 君，四十六歲，患豆大外痔結節，數月來有劇烈搔癢。十月三用酒精消毒後將二滴 Antiphlebin 注入結節；在注射後 B 隨即觀得強烈的發燒，但約在五分鐘之後便消失，并再隔五分鐘後經一種冗重的感覺後便完全鬆快了。十五分鐘之後 B 君便不再覺得什麼；三天後：結節已縮小了一半；於是再注入一滴的 Antiphlebin。過五天結節消滅，無搔癢

，無痛楚。即在兩月後的今日 B 君已完全沒有痛楚，反之，在未用此法治療前差不多每兩星期須用藥膏和栓塞。

第二例：G 君，三十二歲，數月來患豌豆大外痔結節，并有搔癢。一月十五日注入 Antiphlebin 兩滴。一星期後結節消滅，病者完全無痛楚。

第三例：S 君，四十八歲，兩星期以來患櫻桃大緊張的外痔結節，有劇烈痛楚，但并未引起出血。十一月廿五日注入 Antiphlebin 三滴，注射後就有如第一二例一般的感覺。十一月廿九結節緊張減少，但大小則減少甚微；再注以 Antiphlebin 三滴。十二月三日結節尚如豆大，但已不甚引起痛楚。十二月七日結節完全消滅。

爲他經余醫療之患者其有爲一種已注射的外痔和顯著的大內痔結節和肛門破裂——在注射施行不多幾天之後直到今日，這就是說在不到三個月之後

，完全治愈。

用 Sächsischen Serumwerk 的 Antiphlebin 靜脈注射治療不複雜的痔結節我認爲是急切值得介紹的。我已得到同樣的良好的經驗如同 Glaser-Beelin 氏在 Med. Klin. 1931 第三十四期上所發表的——其中有五十個患者經其治療的。特別可以提出的有如下的優點：

1. 疼痛的消失極快。
2. 結節并無合併症而至於消滅。
3. 方法簡單，對於外來受診者在門診時并不妨礙患者職業。
4. 較之緩和的長期的用藥的或外科手術的治療要省儉得多。

(註)：Antiphlebin 是一種強度飽和的消毒的奎甯鹽溶液。

早期經閉婦女的胖大病之

Thyroxin-Prolan 治療

胡 志 遠 譯

在不久以前我們曾有關於以 Thyroxin 科學治療胖大病的報告。在此論著中，我們已經斷言內分泌食物治療於許多情形之下有深究之必要。這或是想像的由來也或係純屬事實的。我們相信這是與第一目的相近的，假若在食物治療之外另用內分泌素及藥品的不同結合物的時候，求近第二目的大多用所謂之物理治療。

我們用內分泌素藥品及其結合物一方面想在多種用途上求得一補充功能之治療 (Substitutionstherapie)，另一方面欲得一加強甲狀腺 (Schilddrüse) 作用之能力

。欲達第一目的時，最要者，甲狀腺與腦垂腺前葉須同時並用，所謂加強作用在甲狀腺與鉀 (Kalium) 合並作用中或可看出。所有此類藥品均可服用，但我們總以爲，迄今所得的結果多半是因爲含有甲狀腺質的原故。這些所謂結合藥品的一個無可諱言的弊病是：他們一方面多數沒有關於作用度量的絲毫說明；即是不能用爲單位 (Einheit)，另一方面醫生不能按病人各個之不同而酌意定量。

我們的慾望是盡量擴大胖大病治療之基礎，同解決那一樣內分泌藥品結合物最

合適那一種胖大病的問題。在這裏我們要先將 Prolan 與 Thyroxin 的合並作用解說一下。

Zondek 同 Ascpheim 的發明告訴我們，Prolan (A + B) 是管理生殖循環的一種內分泌混合物。此後 Zondek, Kochler 及 Herzfeld 等立言，市上之 Prolan 尚有人體物質交換作用 (Stoffwechselwirkung)，其最大原因即 Prolan 能減低基本物質代謝之故。但此試驗並未講明此項作用究係 Prolan A 或 B 之能力，或係一種與生殖作用分開的，現今尚未斷定的物質交換作用。在我們與 Dr. Heinemeier 之合作試驗中已將此問題解決了。我們用白鼠作試驗品，並且為求內分泌作用易為觀察起見，特用 Ascher 的方法，即觀察動物對於氧的缺少所起的感覺。我們得到以下之結果：

1. Thyroxin 能增加正常或已閹 (Kast ration) 雌動物對氧的缺少所起的感覺。

2. Thyroxin 及 Prolan 同一作用的增加對於氧的缺少所起的感覺，而且在此作用中並不以雌生殖腺之存在為轉移。

3. Menformon, Prolan 及 Thyroxin 合用時，只在 Thyroxin — Prolan 之成分與其混合相當時，始可增加對於氧缺少所起之感。這種作用一樣不與雌生殖腺發生關係。

從此結果中得到以下的結論：Prolan 除含有影響生殖腺之內分泌質 (Inkretin) 外尚有操縱物質代謝且不依靠雌生殖腺之

成分。以此識見我們已進展到實用了。我們的第一個試驗是婦女們，她們不但患胖大病且有生殖腺動作妨害。我們對於經少，經閉，經痛及其他規則的變化雖然時常找不出一個系統的，明了的病原，但於臨床現象我們早已很熟悉了。我們的治法始終是在漸少脂肪之外以相當的治療務使內分泌復其常態；但用卵巢藥品是少有效果的。

在此情形之下 Prolan 及 Thyroxin 同時並有應有良效的，因為一方 Prolan 治生殖腺動作失常，另一方 Thyroxin 同 Prolan 相同作用的在漸肥的効力上自較 Thyroxin 一藥更為良好。

由我們的觀察中揀出兩個最醒目的事實來報告一下：

1. 已嫁，四十歲之婦女。家族病史：病人之父母均甚胖，據言均在 100kg 之上。父親之兩姊妹皆甚肥滿，外祖及祖父亦係胖子。本人病史：從無重病。第一次行經在十四歲時；每四星期一次，每次二三天，血分不多，於 1920 年出嫁。1921 生產，產兒於產後即死。1923 第二次生產，產兒正常，現今尚在並健康。於此次產後即完全經閉，於是體重頓加，以前體重正常，約 80 kg。按病人生活習慣決想不到致如此胖大；我們不久在病人報告以後即囑本人及其家屬：每日很早即起，由六至八時至田莊工作，務使常立並常行動，其他時間整理家事。自炊，午飯後睡一鐘頭。下午 6—8 仍

在田莊工作，晚十時睡，病人平均每晨兩三塊麵包，加奶油，兩盃咖啡，中餐一盤湯，二塊肉，馬荅薯，青菜，或湯及麵食，下午兩盃咖啡，兩小塊麵包或蛋糕，晚餐，四塊麵包，塗肉，奶油或夾臘腸，兩盃茶，或一盤牛奶及菓粉，及兩三塊小麵包，現在病苦：自一年以來平均每日上午大便三次，餘時則毫無大便，在勞動尤於登樓梯以後感覺背痛及呼吸困難，別無他苦，肥胖並不痛苦。檢查所得：159cm 大而甚胖之婦女，體重180kg.; 右上臂41 cm, 右下臂33cm, 左上臂43cm, 左下臂42cm. 右上腿77 cm, 右下臂49cm. 左上腿76cm, 左下腿47cm. 胸膛周圍(齊肩腋)124cm, (齊乳頭)150cm, 腹部周圍(齊臍)188cm, 脂肪層於全身皆甚堅實，除頭面部均稱平均，脚趾及手關節稍呈臃腫，胸及腹均下垂，肚臍於立時高與 Spina iliaca ant, sup. 相平，動作尚好，腦力不頓。器官形甚特別，扁平脚 (Platt füß), 血液：形樣的及化學等的均正常，基本物質交換 11,4% 血中碘 10,7r%。

治療：食物。1000克羅力 (cal.) 多食植物。沫泡浴 (Schaumb ader) 此外，Prolan 及 Thyroxin.

藥量：每日三次，每次 3 mg Thyroxin, 共服四天，再三天 Prolan, 吞服 300 白鼠單位 (Ratteneinheit) 一服 Prolan 時不服 Thyroxin. 結果非常良好，病人體重減輕，兩月內19 kg. 六個月內40kg. 月經於

六星期之後即來。

此病人係普通基於遺傳及內分泌的胖大病，且由病史上即可顯見，病人不但在短期內減輕體重，而月經亦得復原。功效迄今猶存。

2. 三十九歲未嫁之婦女，家屬病史：無遺害後人之處(胖大病包括在內)，母親神經弱衰。本人病史：小時無重病，三十歲時患心跳病因此就醫，(1922)檢查所得，眼球略凸出，甲狀腺稍大，神經衰弱，心臟無甚特別，脈搏 80. 心臟曲線不正常。高T-鋁齒 (T-Zacke)，器官無甚特別，體重57kg. 體大158 cm.

診斷：神經衰弱及 Vegetative Stigmata. 月經一向弱少，每八星期一次，歷時甚短。經血甚少 1929 病人又來求醫。普通神經痛苦，於是年之春經閉，即而胖大，檢察結果：胖而矮與普通大肚皮之病人，器官無甚特別，生殖器發育未完，基本物質交換—11%. 體重 80 kg.

病人在 1929 年七月時得規定之食物及每針40E(單位)之 Menformon-Follikulin, 三十針。無效，體重稍減，八月間每天吞服 Thyroxin 三次，每次 3 mg. 共服三天，此後三天，每天一片 80 E 之 Prolan. 稍節飲食。此治法延長至 1930 年五月，中間只許小時間之休息，於是月內又有月經，且至今猶正常，病人在停止三至六星期以後再續服 Thyroxin 及 Prolan. 月經正常，體重66 kg. 普通現象甚好，病人不但治好

神經痛苦即前此各種屢醫無效之關節痛亦痊愈。

由此看來，月經漸次恢復正規，而甚強多，他如胖大現象亦剷除不少，Menformon 治療不見效的原因，不是我們要治的器官患病，乃生殖循環之動作需相當治療之故。

從此兩例及其他尚可附加的警例中可以證明，只要治法完全合規，凡他法不治之內分泌胖大病用此法莫不奏效，減輕體重及恢復月經均歸功於心理作用，凡有同等病人者，當深知病人之信任，其能影響病人及治療結果者何等重大也。

Thyroxin-Prolan之施用在適當分量之下於經閉婦女胖大病可謂至美至善，對於

不患經閉之婦女但須慎用。於行經正常之婦女 (Prolan A+B) 只能短期服用，以免卵子成熟過急及黃體 Lutein 細胞成就過早之危險。但在僅須要其加強 Thyroxin 作用之成分，如在避免循環變化時，用之甚為有益，關於這種試驗我們已在進行了。

總結：1. 合規之 Thyroxin-Prolan 治療在經閉胖大之患者對於大肚皮與月經之恢復均有奇效。

2. 我們所用的 Thyroxin 及 Prolan 之分量是分開的。按以下的次序我們認為最有效驗：三至四天吞服 Thyroxin-Schering 每日 6—9 mg. 必要時酌加；三天 Prolan(A+B), 80—300單位 (Einheiten)。

重要中毒之認識和治療的進步

Erich Leschke 著

谷晉昭譯

1. 砷 (As) 中毒

砷中毒的歷史，同時也是毒殺的歷史。從上古時起，就有人以砒霜的無臭無味，為毒殺之目的，而將牠拌在食物內，把牠暗暗的給與犧牲者。在文藝復興時代，有一大半著名的毒殺案，就是用砒霜施行

的，雖然砒霜是容易證明的，但在今世却仍常用於斯道，這因為牠是當做毒鼠和植物害蟲之藥，很易得到的緣故。此時有很多運用以機巧之術者，即在長時間內，繼續的與以小量的砒霜，並非一次與以大

量；其結果產出一種日見惡劣的慢性病像，這甚至能將醫生瞞過，設若他對於此門無多大經驗的話。此外更有足以引起混淆者，即設若因欲醫治由腸患而發生的進行性衰弱，而以砷劑服之或注射之；這好像近世對於一切可能的疾患或虛弱所最喜用的，可惜太普通而無足褒貶的砷劑注射療法一樣，那末即便有砷驗出，似也不足為所得的慢性中毒之證據。因此差不多有百分之八十足以致命的慢性中毒，甚至未被醫生認出。

我的一個病人說，她的丈夫常常吃飯的時候把她支開，此後她就常患腹瀉。後來她臥病不起，連飲食也不能再以自理，她的病總是一天沉重一天。有一次她曾察覺到，她的丈夫把一包粉末給她拌入食物內，頭髮，指甲和尿的檢驗，證明了砷的存在。她雖然經過了臨床的治療，但是終究死於由虛弱而主動的普遍結核症。因為搜查房屋時，未曾尋出砷來，在屍體內也不復有砷之驗出，並且除了死者的自述外，也未有證據足以疑及她的丈夫，何況她又是死於結核症，所以檢事處因我的申請而所進行的查究，也就因證據不足而致撤銷。

在 (Haberda) 所講過的一個例子裏，有一個俘虜於釋歸之後，常獲砷於食物中。因此他得了慢性的腹瀉和多發性神經炎。醫生和請去的相談醫 (Konsiliaris) 都斷為是一種脊髓疾患。直至他的妻子和她幼時的情人——她同他在丈夫被俘期中已經發生過關係的——結婚之後，始恍然想到這是一件毒殺案。實際上在屍體內找到了那麼多的砷，足以斷定其中毒而無疑。

反是，在屍體內所驗出的少量砷——這在那些慢性症例中所能期得的——實不足供判決之用。在法國有一個藥劑師被判處流刑，這因為據說他把他的妻子用砷毒死，並且在屍體內也能驗出小量的砷。直至十一年之後，經 G. Bertrand 之確定，才察覺在屍體內所尋出的砷量，連正常所尋出之量也沒超過，於是這無罪的囚犯，也就因此而得以昭雪。

純粹的金屬砷是無毒的，但牠的氧化物却很厲害。每一kg的體重，與以 2 mg 的亞砷酸，這在成人只要與以 0.12g 便能迅速的致人於死地；但是各人的容受力却非常的不同。有一年輕的女孩子服了 3g 的亞砷酸以後，雖然中毒的現象很兇，但是十二天以後已完全復了原。Perkins 的一例是中了 8g 的砒霜而痊愈，Deville 的一例是中了 3g 的毒。這樣的例外，只能以所服的砒霜，大半是業經吐瀉和洗胃而脫離，並且未被吸收之故，以解釋之。

Touchimoglu 報告過，有一個青年同時服了 12 g 的砒霜和 14g 的嗎啡而獲愈。當服後三十分鐘，他已失了知覺；十二小時以後，才給他請到了一個醫生，但是沒能給他洗胃；直至二十四小時以後，才能在臨床上把他的胃洗淨。雖然吐瀉均無，但他却慢慢的復了原，不過過了數月之久，他的四肢還是患着多發性神經炎的徵候。在這種症例裏，人們只能以個性的高度不感性視之。

對於砷還有一種個性的過敏性。有一個大學生在他只服了兩滴 Fowler'sche Lösung 之後，便得了很重的中毒徵候。在注射砷製劑 (Arsylen, Solarson, Astonin

等)時,有時也能看到這樣的特異體質。

在習慣了常服大量砷之後,可以得到一種極大的抗毒力,這是人所共知的。Steiermark 和 Tirol 兩地的吃砒霜者,雖然日服亞砷酸 1g,也沒得到損及其康健的害處。若是驟然戒除這種毒物,却能使他們得到帶有腹瀉和虛脫的嚴重病徵。這是一個印象很深刻的譬如,足以證明 A. Frey 在今年外科會議席上一個辯論註釋中所創的確切之定律:病理平衡之驟更,亦與有害焉。

砷中毒是得自下列各化合物:

1. 在大多數的症例裏是中了砒霜毒,即三氧化二砷 As_2O_3 (按照牠的蒸氣密度,似應寫作 As_4O_6)。牠分爲固定性的有規則的結晶體,和不穩固的玻瓈樣體兩種:前者的溶於水之量是 1.6% 後者約爲 4%,在這溶液內生出一種弱酸,名曰亞砷酸,內含簡單的分子 AsO_3H_3 和 AsO_2H 特別多。

2. 因爲砷化氫 AsH_3 是一種氣體,所以牠是砷化合物中之最毒者。雖至淡薄,如將其五份混合於十萬份之空氣中,即一與兩萬之比,也足以成爲一種強烈的血液毒,牠能將紅血球溶解,而促成嚴重的全身中毒現象。所以人們若是繼續的使用啓普器 (Kippscher Apparat),以普通含砷之錫溶於鹽酸內而製控的時候,應當特別小心。

3. 砷的硫化物,自身無毒,也不溶於

水。但因牠常含砒霜而不潔,以致照樣能惹起中毒的現囑。著名的缺尼希黃,中國黃,波斯黃,西班牙黃,雄黃和石黃 (Koenigs-, Chinesisch-, Persisch-, Spanisch Rausch-Gelb, Opperment) 是由紅色砷化硫,雞冠石, As_2S_2 製造出來的。

4. 砷和金屬的化合物也是用作顏料,例如 Schweinfurter 綠(亞砷酸化醋酸銅), Scheeles 綠(亞砷酸氧化銅), Braunschweiger 綠(亞砷酸氧化銅和硫酸石灰), Cochenille 或 Wiener 紅(=亞砷酸粘土和 Pernambuco 木的越幾斯), Kutenberger 土(=亞砷酸鐵)等。砷酸鉛多用於葡萄園和菓木園,以防治害蟲,尤其是在美國:含砒霜的肥皂,在熱帶用以防範木材之生白蟻。

砷之侵入體內,既能由不潔的手指,誤吞的塵土,和蒙有砷塵的水菓,經口而入,也能因砷塵或昇華的砷化合物之來自糊牆紙,壁上的油漆,有墊的砷具,彩飾或散佈的鼠毒者之吸入而成。

偶然的砷中毒,有時是受糖之混淆而得。在維也納的一個旅館裏,有人因看錯而將砒霜撒入蘋果露內。在這中毒的人中死了兩個,其餘的患了很重的吐瀉。有一個除此之外得了結膜浮腫症,另一個發了皮疹,第三個則患了帶有聲音歇止的急性喉炎。

在 Bordas 所說過的因飲含有百分之 1—16mg 砒霜的葡萄酒而中毒的事件裏

，有四百人中毒，其中有許多的喪了命。在法國時有因葡萄酒之含有砒霜，而發生流行性的中毒，在英國則由於含砒霜的啤酒。

去年有一個工人在 Dueren 犯了毒害大批工人的案子，此事轟動一時。在一個工廠裏，有五十三個工人於喝咖啡之後，患了嘔吐，惡心和最重的虛脫，在煮咖啡的水裏和胃的容物裏，能以驗出砒霜來，100ccm 用做煮咖啡的水含有 0,346g 的砒霜。所有各中毒者之能以僥倖復原，實不能不感謝當時所立即施行的以牛奶，白聖粉和醫用炭 (Carbomedicinalis) 的充分洗胃。

——職業上的砒中毒——

為欲根本撲滅幾種蝶蛾類 (蠶蛾，松蛾) 的有害幼蟲，常將含砒的毒藥用飛機散佈於受災之區。雖然駕駛者戴有防毒面罩，但因常不十分嚴密，以致由砒霜毒化鈣 (Arsenikkalziumkarbonat) 而生的有毒塵雲，很兇的衝進鼻管裏，尤其是在逆風的時候。Baader 報告過這樣的一個亞急性中毒，其結果是使患者半年沒能工作。在這樣處理樹木之中，也能由不潔的水果和食水，吸入的砒塵或手的污穢而得砒中毒。

在毛皮店和製革廠裏，以及在裝製陳列所動物時，常用大量的含砒霜之肥皂。雖然這裏幸而很少見到中毒，這是人們在這尚未瞭然的例中，却也不能忽視這中

毒的可能。

——症候學——

a. 局部的砒中毒

在皮膚及粘膜上能以砒——例如以砒塵——的作用而生出一種局部的刺激來，尤其是在未被遮蓋的體部和頸上的皺紋裏，腋窩裏，鼠蹊部，陰部和牙齒間。先發紅斑和很癢的濕疹，以後變成丘疹，水泡，和潰瘍。在指甲上生出化膿性的爪廓炎；在眼上則有發癢的，燒灼的，出淚的和畏光的結膜炎，牠能增進至帶有腫瘍狀成物的結膜浮腫症。在鼻子和口腔內的粘膜上也能有潰瘍之生出。鼻粘膜之穿孔，甚至也能發生。在這種局部的中毒裏，往往失去全身症候，或者只有輕的腸胃障礙，帶着嗓子乾燥，有時也帶着神經炎的現象。

b. 急性的砒中毒

在急性的砒中毒裏有兩種全身現象之發生：

1. 腸胃的徵候

2. 腦脊髓的徵候

1. 腸胃的徵候，在服砒一二小時之後，便能由口之乾燥，燒灼和癢癢，而表現出來；過度的唾涎之流出，不久也追蹤而至。此後又有接續的，強烈的，帶有腹痛的嘔吐，和虎列拉樣的病徵，牠帶有過度的，常含血的腹瀉和痛苦的裏急後重。這種病人，因為水分的消耗過甚，看起來實在像虎列拉的患者：他們完全無力的躺着

，帶着深陷的眼睛，瘦削的面孔，鼻子和頰骨尖聳其間，皮膚憔悴，乾燥而皺縮，聲音嘶啞而終至於無聲，血壓低減，脈搏細微，但非常迅速，體溫略低。尿之分泌已涸，而終至死於腓痿攣以及其餘筋肉，呼吸，和循環運動之痿攣與麻痺之下，這在極急性中毒的重例裏，大半在當天已能實現。

有很多急性中毒的症例，只帶少許的閃電樣經過，在第三天或第四天有一種須臾的，但是虛假的愈良出現。吐瀉均止，而病人也自覺有佳善的聲調。可惜這種輕減，乃只是表示身體之不復禦毒的一種標幟。一兩天以後脈搏已微，而狀如絲，四肢冰涼，嘴唇和粘膜發藍，尿之排泄日少，而終至神志很清楚的死於虛脫。

在亞急性中毒，這樣重的徵候，雖能退卻，但在數星期內，還常是患着重腹瀉。那些症例，雖經余親自很小心的醫治數月之久，却終死於全身虛弱之果，間插性的病症，或因此而主動的結核症。皮疹和粘膜加答兒只能慢慢的退除，為慢性中毒之特徵的黑皮症和角化症也是一樣。

2. 腦脊髓的徵候，是由劇烈的頭痛和四肢痛，痿攣，麻痺和知覺喪失而表出。在這裏除去很少的例外外，大半死神在當天就光臨到。在這種症例裏，腸尿的徵候能以完全失掉，或者有也不顯著。

c. 慢性的砷中毒

這種慢性中毒，係由不斷的服用小量

砷而得；該量自身，本不足為害，但其聚積，則足以促成重的中毒，或甚至於喪生。

慢性中毒的病徵，頗似急性中毒的徵候，不過其狀較弱，而帶有遷延性的，特別是神經方面的徵候較腸胃方面的多而強。在 Tattersall 所陳述過的，六個月以後才由 Reynolds 所解釋過的由最多含有 0,002% 砷的啤酒而中毒的事件裏，有四千多人患了病，其中有三百多人犧牲了性命，有二百九十六個病人經過了詳細的檢查。他們呈有下面按照次數之多寡而排列的徵候：

234 麻痺症	68 黑皮症
228 知覺障礙	39 腸胃徵候
107 皮膚病	10 浮腫
106 感冒和流淚	9 精神障礙

1. 神經的徵候係來自發炎性變質性的神經疾患，該症名曰砷性神經炎 (Arsen-neuritis)。牠表現着瘙癢，蟻走，耳聾，冷熱感覺的增高或常減低，以及相似的感覺異常，過敏和脫失，不久更加有劇烈疼痛之出現，尤其是在手部和腳部，並漸升至軀幹部；此外又有視覺和聽覺之障礙，頭暈和頭痛，味覺和嗅覺之障礙，身體的和精神的作業力立減。而衰憊和虛弱則日增，性的生殖力亦見消滅。

在運動神經區內，有筋肉震顫和痿攣，終至於帶有反應稍失，抽搐和運動失調的麻痺之出現。

砷麻痺最初由 Ambroise Paré 在一個偶然中雞冠石毒的症例裏描寫過。Boerhaave, van Swieten 等也觀察到幾個星散的症例。直至 Aran 才把牠作有系統的研究。在多數的症例裏，牠是先發生於足部（在 Brouardel 七十二次的觀察中有六十九次是如此的），在這些症例裏，約有一半在後幾天便被襲及手部。

麻痺大半是將手足的伸筋侵襲，左右是等齊的；此後牠又侵及前臂和下腿。這與鉛中毒是相反的，牠常是先發始於右前臂的伸筋，大半是一面的，牠也能侵襲到上臂和肩胛，雙腳——除掉很少腓骨筋麻痺的例外——却未被波及。腦神經和交感神經的麻痺，我從來未曾看見，牠是在很少的症例裏被人觀察到。

伸筋麻痺不久便引起帶有屈拘攣 (Beugekontraktur) 的肌肉萎縮。

2. 皮膚病變之與慢性砷中毒，更是別俱特徵的。牠呈示着各樣帶有紅腫的血管運動神經分佈障礙，帶有多汗症的汗腺神經分佈障礙，和帶有濕疹，皸裂，膿疱之生成，以及皮膚之硬化和脫屑的營養障礙。慢性中毒的一種特別標幟，是皮膚之變成灰色或褐色，即所稱的黑變症 (Melanose) 或黑皮症 (Melanodermie)。牠發軔於正常含有色素很多的皮部，但在久遠的經過中，有時以汎發性的傳播，有時以斑點樣的蔓延，而侵及於其餘的皮膚。在病人的全身衰弱中，容易成立愛迪生病 (Add-

isonsche Krankheit) 的誤診。異乎此症的砷中毒，牠的粘膜常是缺乏色素增殖，因此把這種事實放在眼裏，那是很重要的。

在很多的症例裏，有一種特殊的皮膚硬化症，即砷之角化症 (Arsenkeratose) 之生成，牠對於色素增殖是無關係的。牠先左右等齊的發生於手脚上，特別是在屈面，但也能侵及其餘的皮膚；牠把牠用污穢的，隆起的，牢固的和在表面上脫屑的角質遮蓋着，有時俱有平面狀的擴張，有時帶些疣狀的突起。在多數的症例裏，角化症和黑皮症是互相連絡的生出。

從這帶有上皮增殖的角化症裏，不難生出砷癌 (Arsenkrebs) 來；若是皮膚受了含砷的塵土之刺激，那更容易。牠好發的地方，是頤，胸，陰囊，臀部和腹部。牠常在同時內發生於多處，並且也同很多別種皮膚的扁平表皮細胞一樣的呈示着一種慢的和略有惡性的經過。

3. 粘膜加答兒之在慢性砷中毒裏，也和剛才所描寫過的皮膚病症一樣多。牠表現着多淚的結膜刺激和發炎，感冒，以及咽，喉，氣管和氣管枝加答兒。

4. 腸胃方面的徵候，根本和急性中毒的一樣，不過只是牠的經過較為和緩些。牠呈示着口中乾燥和發痒，食慾缺乏，惡心，嘔吐，和常帶痙痛的腹瀉，且能因此而促成一種進行性的羸瘦和衰弱。

5. 在慢性的砷中毒裏，骨髓和造血的損害，恰是在治療上所用的小量砷之俱有

興奮造血之功用的反面。如是造血的減盡發生出來，牠不但有繼續性貧血的病像，好像在別的中毒和惡液質疾患裏，却也不少有帶着染色素過多症 (Hyperchromie)，不同大赤血球症 (Anisozytose)，異形赤血球增多症 (Poikilozytose)，和白血球減少症 (Leukopenie) 的惡性(或甚至再生不能性的) 貧血。赤血球之被砷化氫溶解，將再於下文特別申述之。

6. 從內臟的傷害裏，我們特別能看到心，肝和腎的脂肪變質。心臟的損害呈示着心臟機能的衰弱和異常，以及最後帶有鬱血和浮腫的循環運動之機能不全症。

在製造含砷藥品的工作裏，能以發生和 Raynaud 氏病相似的血管障害。

Kratzer 報告過下面的一件可注意的症例：有一個三十八歲的女人，她製造了含砷的殺蟲藥有十四年之久。1922 年有瘰癧生於右手的手背上，以後醫好了，但是每年春天必復發。1929 年所有的足趾和手指都得了壞疽，此外還發生了慢性關節炎，扁桃腺炎，膿尿和惡液質。每星期用 $2 \times 1g$ 的鈉之次亞硫酸鹽 (Natriumthiosulfat) 把她完全醫愈。

因為砷常是各種用物及化粧品的成分，所以在相似的血管障害中，常應想及這中毒的可能。

7. 因為肝臟的損害，所以血清中胆汁赤色素的含量常是增高。顯明的黃疸病，實不少見。很多症例的糖之排泄，照我的觀察，並非由於腺臟之患病，或 Insulin 產出的生殖性調整障礙，却是由於肝臟的

損害，牠把肝細胞內的動物性澱粉化合 (Glykogensynthese) 破壞了。砷之傷肝，正似水銀之傷腎。

8. 腎臟的損害大半都較輕些；牠呈示着一種和平的變質非炎症性腎疾患 (degenerative Nephrose)，牠帶有蛋白質之排出，却無重的腎臟機能不全。

9. 重的神經障礙是很少見的；有時可以看到帶有幻想的和錯亂的中毒性譫妄。喝啤酒和葡萄酒的人，對於砷中毒是更危險的，因為酒精和砷之作用的合併，比較容易發生帶有 Korsakow 氏徵候羣的多發性神經炎。

10. 身體的和精神的總能之減退，以及帶有不快和全身不定之病覺的作業不能症，常是極小量砷之慢性中毒的唯一徵候。正是這種症例在實驗上常被誤認。(在理論家所編的中毒學教科書裏，一點也找不到關於這類不定而重要的病像。) 這種徵候在小兒常比成人先現。凡一切俱有這類不明瞭和不定的違和，總當常常想到慢性中毒的可能，當使人驗驗糊牆紙和壁上的油漆是否含砷，也應在地板的隙隅裏尋尋鼠毒。在很多的症例裏，有一種當做神經衰弱看待的衰憊，常是百醫不愈，施以砷劑療法，甚至更較壞些；直至檢驗了糊牆紙和地板，才把這啞謎解開。

有一小孩，常是神經衰弱的，煩悶的和不適的，由糊牆紙或地板的油漆而中毒是不成問題的。但向他父母突然詢問，是否有一次尋到一隻死鼠的問題，却

被肯定了。因此查出了上一個房主所撒事含砷鼠毒，至今還存於地板和牆壁的幾個罅隙中。

病理解剖的檢查，在急性砷中毒裏，呈現腸胃粘膜的強烈紅腫，並且帶有高度的血管擴張，有的地方此時能以發生表面的壞死和潰瘍，牠却不至穿孔。若是毒從口入，那末常可以看到廣泛的出血，牠把全粘膜浸潤着，並且在肝臟和腎臟裏，也可以看到多發性的皮下溢血。

對於這種病變，在慢性砷中毒裏有心肌，肝，腎之脂肪變質的出現。尤其是肝臟，大半是很顯著的擴大，並且有很大的區域是脂肪變質的。

脾臟只在少數的症例裏是擴大的。

腎臟呈現一種中度的細尿管上皮脂肪變質，有時也有一種間質性炎 (Interstitielle Entzündung)。腎臟出血，我只在六〇六中毒裏看見過，但有時也有人在特別重的急性和亞急性中毒裏敘述過。

砷之排出係經各腺而成；如經腎，腸，粘液腺，淚腺和乳腺。下面的一種情形，在實際上是有很大大意義的，即砷之排出，在尿裏並不是繼續的，却是間歇的，所以一種試驗負的事實，並沒有什麼證明力。因此人們常應檢驗頭髮和指甲，因為砷之貯留其中，為時最久。砷之完全排出，須用數星期以至數月之久。所以致命之因的慢性砷中毒，在屍體內不復能驗出，像我上面所說過的，若是死於惡液質或插間病，並且在最末的數星期內也無砷之給與。

砷在各器官內的分佈，以下列的對照表表出之；此表係本於兩個被毒殺的屍體之分析而作成的。在各器官內所尋出的砷量，姑以百分之 mg (相當於 100g 的新鮮器官) 示出之：

	腸胃	肝臟	腎臟	肌肉	頭髮	指甲	腦子
G 例	95	22	31	9,8	4	6	0,2mg-%
R 例	30	206	110	6	0,25	5	1mg-%

大量的砷，通常只是分佈於甲狀腺和乳腺內(0,13—1,17mg-%)。在檢驗掘出的屍體時，也去檢驗棺材和泥土的是否含砷，那是很重要的，因為有時屍體周圍的砷，能因雨水和潮濕而瀰散於屍體內，因此能將砷中毒混淆。

砷中毒的鑑別診斷，常遇很多的難關。急性的腸胃病狀，能同平常的腸胃炎，食物中毒，副傷寒以及其他帶有吐瀉的傳染病惹起混淆。食物中毒的腸胃徵候，不像砷中毒那樣的於食後立即發現，却是在好幾點鐘以後，甚至在第二天才發現的，也不少見。

慢性砷中毒的鑑別診斷，更較難些，因為凡一切帶有腸胃和神經系方面之徵候的以及帶有惡液質的慢性疾病，都能成為問題；譬如腹瀉之在胃液缺乏症，腸和腹膜的結核症，慢性膀胱炎，腦下垂體性和多腺性惡液質 (hypophysaere und pluriglandulaere Kachexie)，以及 Addison 氏病和 Basedow 氏病。在這裏不是用一種

徵候所能判斷出來的，却是應用病徵的總結合和疾病的經過，砷之檢驗，自然也不應忽視，設若未將砷因治療而給與；可惜無論如何總是常見的。

砷麻痺把些常不十分簡單的神經學上的問題獻給了醫生，並且要求從鉛中毒和酒精中毒麻痺，脊髓癆 (Tabes)，脊髓竇溝炎 (Syringomyelie)，筋萎縮性側索硬化症 (amyotrophische Lateralsklerose)，多發性硬化症 (multiple Sklerose) 和別種神經病裏給牠一個鑑別的診斷。牠和鉛麻痺不同的地方，是鉛麻痺常是一側的，同時襲及手和下臂的筋肉，這和上面所說的左右等齊的向手的砷麻痺 (Symmetrische Chiropedale Arsenlaehmung) 是相反的。

砷麻痺以震顫的缺如，而和酒精中毒性神經炎，以及慢性水銀中毒性神經炎有別。

特別對於砷中毒的診斷很重要的，是各種不同徵候的齊現，牠們是來自眼睛，氣管和腸胃粘膜方面的，以及心，肝和皮膚方面的。特別是在黑皮症和角化症，容易把診斷確定。對於砷中毒的鑑別診斷，也和其他一切的診斷一樣，須遵守下面的一語：人們只能將診斷由其所熟思者定出之。正是這裏，常常缺少這一層。

d. 砷中毒的治療

醫治急性砷中毒的要素，是充分的洗胃和容易同砷化合的物質之施與。在這類

的物質中，從前以膠狀的氫氧化鐵 ($\text{Fe}(\text{OH})_3$) 居首位，因為牠能同大量的砒霜經吸收而結合。砷之解毒藥 (Antidotum arsenici) 是用新製的氫氧化鐵混和於含有過剩的煨製苦土 (Magnesia usta) 的硫酸鐵溶液內而成的。但是苦土，也可以單獨的使用，因為牠能同亞砷酸以及牠的鹽類化合成一種難溶的亞砷酸鎂，並且此外還俱有一種下瀉的功效。所以自始就拋棄吸收療法的試用，我以為是不對的，雖然在動物試驗中未能證實砷之解毒藥的功效，這是因為砷之吸收發生很快的緣故。最低的程度，應當把苦土和等份的醫用炭混合好，把牠大量的繼續的給與中毒者。用此藥同時可以得到一種下瀉的功效。人們也當予以充足的液體。

若因不斷的腹瀉，而發生了體內的水量過減，那就應該用 Normosal, 5-10% 的葡萄糖溶液或 Kalorose 溶液，行皮下或靜脈注射，以處理之。處治全身虛脫，應用興奮劑，雖輪流使用，亦非所忌，好像 Kardiazol-Ephedrin, Sympatol, Koffein Reviten 等，可以依次注射。

慢性砷中毒特別需要一種強壯的治療，普通的衛生滋養療法，在這裏比藥物重要的多。

e. 砷化氫中毒

砷化氫 AsH_3 乃是酸之作用於因含砷而不純潔的金屬後所發生的副產物，特別是在製造氫氣的時候。因此這種中毒大半

是發生於科學實驗室，化學工業，金屬物工業和裝飾品工業裏；有時在用不純粹的氫氣，以充實氣球時，在釘物和電鍍時，也能發生。至今差不多有三百餘例，已爲人所知。這種無色的瓦斯，在純粹的狀態中，略俱大蒜氣味，這種氣味，頗易瞞過，尤其是當牠把嗅神經麻痺以後。空氣雖稍被污，即使其濃度爲一與兩萬之比，也足以產出一種重要的毒力來。致命之量，約爲 0,3—0,6g。

紅血球的溶崩乃是砷化氫毒力的特徵，此時並無 Methaemoglobin 的生成。純粹的血色素，大半是經腎而排出，並且將尿染成深色。

一星期之內，能有 70—80% 的紅血球被溶解，而牠們的血色素則被排出。所以死因有若干的是在失血和內窒息。

開始中毒的臨床徵候，在輕的症例裏只有頭痛和惡心，在中等的中毒裏却另加有胸部的壓迫感，畏懼的衝動，冷感，和心窩的空虛，壓迫或疼痛感之出現。本來帶有吐瀉，腹痛和鼓脹的腸胃徵候，只是暫時的發生，或甚至總不發生。六至十小時以後，血色素的排出已能在同葡萄酒一樣紅的尿裏出現，牠也含有相當的蛋白質。因爲肝臟的損害，所以大半同時也有胆色素的排出。在以後的幾天裏，已經有顯著的黃疸病發生。神經性的疾患，完全和平常在砒霜中毒裏所發生的知覺障礙一樣，並且還呈示着知覺異常和不帶運動麻痺

的神經痛。特別是發生於四肢和肋間神經的神經痛，在恢復期內，仍不少復發，雖然其餘的砷化氫中毒徵候，早已完全消失。

在重的症例裏，因爲血色素之大減，發生了一種自覺的窒息感，牠帶有重的呼吸困難，不安，假死和虛脫。

血色素尿 (Haemoglobinurie) 能同劇烈的腎痛並進，並且能因腎臟的氧氣供給之缺乏，而促成完全的無尿症。肝和脾均已腫大，脾是種因於重的血液溶崩 (血球破片性脾腫 Spodogener Milztumor)，而肝則除此之外，更因毒物的損害。黃疸病因同時所發生的青紫 (Zyanose) 而常呈一種特殊的古銅色。該症既是血性的又是肝性的。據此當我們用 Hijmans van den Bergh 氏 Diazo 反應法試驗時，在血液中既能間接的又能直接的尋出有反應的膽汁赤色素來。

血液是深色的和漆色的。血液像呈出一種重的繼發性貧血，牠帶有很多的被濾過的血影；此外也有再生性的現象，例如鹽基性有顆粒和有核的紅血球之出現，以及帶有左移性的白血球之增加。

雖然這種重例，也能達到治愈之境，若是再三的施行豐富的輸血，以代價溶崩的血球。否則數日之後，最晚二至四星期以後，死神便在增進的衰弱，呼吸困難，譫妄，攣，知覺脫失和虛脫之下而光臨。在久病的症例裏，由中毒性的腎臟損害

而生出的尿毒症，也能為致死之因。

在吸進極少的砷化氫時，能以發生頭暈，頭痛，食慾缺乏，以及尿部和肝部的壓迫銳感。

砷化氫中毒的治療法，係由輸血，氧氣之吸入和液體之給與而成。

數年前在Koenigsberger Haff 發生了很多的中毒事，此事先是歸咎於注入港內的瀾水之含有砷化氫。但是事實告訴我們，這種港灣病 (Haffkrankheit) 和從前在 Wilhelmshafen 所發生的蛤蜊中毒一樣，牠是由食鰻而得的；這種鰻魚是來自被瀾水染污的港灣沿岸的地方，並且含有毒的分解物。Fortener 用這港灣的鰻魚去餵貓，能以在牠們身下實驗的製造出港灣病來。雖然，有很多的著作家(例如 O. Lentz 也是其中之一) 却仍堅持着，在鰻魚裏的有效毒物是含有大分子的帶揮發性的砷化合物的假定，並且用妥善之設計的良好結果來維持這種假定；所說的設計是使含砷的瀾水，不再流入港灣內。因此從1925年九月起再沒有新病發現。

f. 砷之有機化合物的中毒

因紫斑狀腦溢血和六〇六黃疸病 (Salvarsanikterus) 而發生的六〇六死例 (Salvarsantodesfaelle) 現在已經不再出現了。

我們將來是否能有同一的希望去防禦砷之有機化合物的戰爭毒氣中毒，在我看

來，是毫無把握的。Diphenylarsinchlorid (Blaukreuz, Clark) 和 Diphenylarsinzyanid (Blaukreuz, Clark II) 是無色的物質，牠們在有機的溶解劑裏，容易化成煙霧。因為牠們也有劇烈的毒力施於皮膚上，所以人們雖用防毒面罩，也不能防禦牠們。

這種毒物能使皮膚得到劇烈的和疼痛的紅腫與發炎，並且帶有壞死和潰瘍，牠又能使結膜和角膜的上皮損壞，並帶着重的結膜浮腫；在吸入的時候，全部氣管能以得到重度的發炎，牠能帶有劇烈的疼痛，呼吸困難和肺水腫。若將毒物吸收，則除吐瀉外，尤其是神經系的損害容易出現，好像目眩，頭暈，起立不能，步行不能，氣攣和麻痺；在長久的作用中，能以發生失眠症和記憶力薄弱，這能變成完全的無情和個性的墮落，並且能將死神帶入昏睡中。輕的中毒，雖然起初有重的病狀，但常是很快的就被克服了；重的中毒的預後，却是非常的嚴重。

本文譯自：

Muenchener Medizinische
Wochenschrift 79. Jahrgang
Nr.2 1932.

2. 二養化炭中毒

王紹昌續譯

(Zohlensäure-Vergiftung)

二養化炭 CO_2 實不甚毒，惟當過於百分之八十濃度時而不速以養氣接濟之，則窒息之發生在所不免也。在此濃度下，即熒熒燭光亦能使之息滅。由二養化炭而發生之窒息，余亦曾身歷其境，頗覺苦悶。

當此時也呼吸漸趨低沈，侷促，氣喘，心臟跳動漸快並發生頭痛，頭昏，最後氫攣亦所不免。礦山中二養化炭中毒之發生，大多以一養化炭之滲雜其中也。

3. 疇中毒

王紹昌續譯

(Zyan-Veriftung)

疇中毒之發生以疇化鉀 (Zyankali) 爲最居多數。罕有由於純粹青酸 (Blausäure) 者。0,05g 重之青酸已可置人於死地，疇化鉀則以約重 0,25g 始有其致命作用。苦扁桃液 (Aqua amygdalarumamararum) 含有青酸百分之 0,1(0,1%)，故祇能以點滴處方之。50 ccm 已可令人致命，恰如六十個苦扁桃有其同樣作用也。純粹青酸可應用於消毒作用。例如船中之消毒，常用之。但切誠應用過於劇烈刺激液。疇化鉀雖有苦扁桃特臭，然囚犯之中毒刑吾人尙常用之。不惟如是，甚至於工業上之照相術 (Photographie) 電氣冶金術 (電氣製版術，電氣銅像術) (galvanoplastik) 以及昆蟲之消滅有其極大價值也。當余爲大學生時，一日，於實驗室中，嘗見有以未洗盡而尙有疇化鉀沈澱物之玻璃杯作茶杯用，而因此致命者。

嘗有婦女助手 (Laboratin) 某，曾以疇化鉀倒入盂中而未洗淨，後又以含酸溶

液傾入其中，於是青酸氣 (Blausäure gas) 離散於空中，即遭慘死於非命。當其消息正在排印中，而 Glover 博士因青酸氣而中毒於實驗室之消息，忽又從 Bosten 傳來。

昔者，因欲消滅毒蟲 (無血蟲) (Ungezieferbekämpfung) 故，以青酸氣散於室內，而死者有老人十。蓋大凡當青酸氣播於室內時，須守候於室外，一定時間方能入內。而老人以畏寒故，不耐，闖入，遂死。

昨有房主某。以疇化鉀傾入啤酒瓶中，未標識之。一闖入者入，誤吞而死。問之於官，以誤傷罪 (fahrlässiger Tötung) 處之。(Zangger)

青酸之毒作用，爲 1803 Schradler 於動物試驗中發現。於是以前苦扁桃之中毒，亦隨之而有人。(Mead 1741, Fontana 1781) 解釋之。彼等中毒原因由於組織呼吸之抑制 (Hemmung der Gewebs-a'tmung)

。因此，1824 Schubarth 發現靜脈血呈淡紅色。其時靜脈血中所含養氣實尚有百分之十一至十二，較之動脈不過少 $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Proz.(百分)而已。在 $\frac{1}{100}$ 濃度時能將肝臟呼吸抑制。至腦呼吸則以 $\frac{1}{300}$ ，肌肉呼吸以 $\frac{1}{600}$ 已抑制矣 (F. Batelli und Lina Stern)。Guajak 與 BenziLin 由酸化酵素 (Oxydasen) 而起之藍色作用，——例如由馬芥薯之抽出液 (Kartoffel-extrakt)，——已於萬倍之稀薄時，即呈抑制。根據 Warburg 之試驗飛禽之有核紅血球養氣吸收 (Sauerstoffresorption) 力，由每一 Liter (立脫) 中之 0,00005 g-mol. 精化鉀已令減至一半。海真珠草 (Meerleuchten) 用精化鉀亦能使其同樣抑制。精化鉀能破壞細胞呼吸者，蓋青酸與重金屬類 (Schwermetallen) 有特別親和力 (Affinität)，且與接觸作用者 (Katalysator) 之鐵分子結合故也。因此向之為呼吸不可少之養氣，與鐵之結合，被其阻止。於是細胞，甚至呼吸中樞之內窒息 (innere Erstickung)，隨之而起。青素之與呼吸醱酵素 (Atmungsfermente) 之結合，非同二養化炭以養氣之多寡為轉移也。甚至於純粹養氣中亦不能減其作用。

急性精中毒，一似電擊之遭遇，中毒者傾刻即倒。或有尚能一喊者。當中毒後發現氫擊，隔數分鐘後才致死命。瞳孔於是非常擴大。

精化鉀之素效力，全視胃中鹽酸含量

多寡為轉移。

Rasputin 應以大量之精化混合於糕餅中，方能毒死一馬。Ranputin 於糕餅中其效用可謂不小矣，以其身有酒精胃炎 (Alkohlogastritis)，故不但青酸之造成以鹽酸之缺乏亦且經堅厚之胃粘膜之吸收作用以致不能實行。

0,1—0,2 精化鉀小量服劑，於十分鐘後，已能應起頭眩，震動，心悸，胸中苦悶；呼吸困難等現象。於是瞳孔擴大。二十分至四十分鐘即氣絕而死。

更較少量劑之精化鉀或輕量濃度。(約 5 mg in cbm) 之青酸吸入。能應起頭眩，嘔吐，胸中苦悶以及心悸。

由擦鞋劑 (Schuhputzmittel) 發生之精中毒，曾由 H. Ullmann 詳細解釋。彼從鞋業者最易發生之病症上着手檢驗其應用於花緞鞋與銀鞋之流體擦鞋劑。結果此劑一瓶中 (35cm) 約含精化鉀 0,245g。此量已與恰當致死量 (Dosis letalis) 相等。

大凡青酸中毒者，雖因其呼吸困難，而面部尚現其玫瑰色。並有一似苦扁桃臭氣流出。據上觀之。吾人苟以青酸中毒推測之。則不遠矣。

在空氣中或胃液中欲證明其青酸之存在與否，以用 Benzindinkupferpapier 最為適宜。

法以 1ccm 含有百分之三醋發銅 (essigsaueres Kupfer)，並以 5ccm 容於冰醋酸 (Eisessig) 之 Benzindin 飽和溶液，(其法用一刃尖 Benzindin 溶於冰醋酸中最好再以微火熱之，) 置於 15 ccm 水中。在該 Kupferbenzidin 溶液中浸以紙條。即以該

紙條置於所欲檢驗之空氣中，或浸於胃液中試驗之，已在 0,015 g 重青酸含量之 1 ccm 空氣中，紙即呈明顯藍色變化。欲求胃液證明圓滿結果。先以酒石酸 (Weinsäure) 酸化之，再蒸餾之，於是即以該蒸餾液試驗之，則其感應靈敏異常。吾輩亦可以 Berlinerblau 反應證明其精素。其法先以硫酸第一鐵 (Eisensulfat) 與其堿氧化鉀 (Kalilauge) 混合至鹼性反應 (alkalische Reaktion)。於是燒之，濾之，苟以濾液以鹽酸酸化之，再以氯化第三鐵 (Eisenchlorid) 加入之，即成 Berlinerblau。

精化鉀中毒之治療，以其中毒進行如是之速，不多觀也。苟以口食 (per os) 而中毒者，則試先以胃洗滌法去其殘餘物，

並投以過氧化水 (Wassersuperoxyd) 或千分之二之錳酸鉀 (2 Prom Kaliumpermanganat) 養化之。又靜脈注射可利用抱硫硫酸鈉 (Natriumthiosulfat)。於是應再試行人工呼吸法，及 Lobelin 同 Coramin 或 Carbazol 之注射，使保持其呼吸與血液循環。欲以人工呼吸法救援之者，則必須精素先由養化作用分解之，並使其濃度於呼吸中樞降至麻痺程度之下，同時可以葡萄糖之靜脈注射輔助之，方為有效。

養氣呼吸 (Sauerstoffatmung)，以養氣之多寡與青素中毒無關，故無特效作用也。

碘療論 (Jodtherapie)

Prof. Dr. Georg. Barkan 原著

王紹昌譯

本文所要討論的就是吸收 (碘療 resorptive Jodtherapie) 對於幾個適應症候的功効。同時關於常常所用到碘劑一類的特性，以試驗之結果一一表出之。如是則醫生方面臨牀上的經驗以及生物學上同化學上的實驗非加以注意不可。因此各種困難隨之而起。第一對於有些臨牀上實驗材料就缺少藥物學上穩固的基礎。原因基於一般醫生對於用藥往往知其然而不求其所以然

的不澈底。從另一方面說實驗方面果然得到美滿結果，甚至於這種結果差不多實驗於每一病人是完全一致符合的。但是，假使站在藥學立場上講起來則未必十分妥貼。更有進者，碘療之價值在醫生方面雖已在討論中，但欲以普通一般的碘療以及一切特性的碘劑一定其性質效力，則非獨醫生所不能為，恐藥物家亦不易如反掌也。同碘療處於同樣情形的尚有鐵療。鐵療的

效用究竟何在，亦似碘療至今尚未明白。其相似不盡如是，碘同鐵一樣是在機體中佔有很顯著重要位置。例如鐵是血液中特別是血色素中不可少的東西。至於碘呢，現在一般的假定牠是甲狀腺的主要成分。

故欲求碘藥物的學識之進步，惟有一途耳。其途為何，乃討探甲狀腺中所含碘之化學性質與其生物學上作用也。Baumann 之 Jodothyrim (1896)，Oswald 之 Thyreoglobulin (1899)，Kendall 之 Thyroxin 從甲狀腺中之得，並且最後把 Thyroxin 之公式詳細解釋出來，以及 Harington 之人造 Thyroxin 法之告成，此皆究研甲狀腺中碘之過程也。從前以為 Thyroxin 總攬甲狀腺一切作用，但以最近實驗閱歷眼光來看，則 Thyroxin 不能算惟一甲狀腺的含碘作用化合物，換言之，不能算甲狀腺內分泌素，總之甲狀腺效用的機能，至今還不明不白咧。

事雖如此，倘若講到吸收碘療之適應症候同甲狀腺內分泌素之生物綜合 (biologische Synthese) 及生物效力 (biologische Wirkung) 有關，則已為一般醫士所默認矣。今且舉例如下：甲狀腺腫之治療與豫防，以及在甲狀腺機能亢進與減退狀態時 (Hyper-od. Hypothyreoidismus) 或與這樣內分泌液破壞的，諸如此類病態時，欲促進新陳代謝達到相當程度，往往使用碘質，此其明證也。

氣管枝炎與氣管枝性喘息症之碘療，

其效用從根本上說似另有路道。或許第三期梅毒 (tertiären Lues) 的碘療為同一道理，未敢斷言焉。末了，須此處特別說明的，是心臟病與血管病的碘療，尤其是動脈瘤。以上所述，不過是幾個很緊要的通常所用的碘療適應症。最近傷風症 (Schnupfen) 與感冒症 (Erkältungs krankheiten) 沒有根據的碘療豫防法，還未值得我們注意。對於別的於治療上沒有多大價值的碘效用，姑後再說。

要解決碘的藥物上效用，對於甲狀腺究竟多大關係的緊要問題，可以根據甲狀腺割出的動物實驗答復牠。呼吸新陳代謝之節止——而且或在正常的或經服 Thyroxin 後而升高的，這是不論的。——依照 Hildebrand 的試驗，用小量碘質施於甲狀腺割出動物，即能顯出。Wadi 曾在 Dorpat 藥物學院做一個十分精細的試驗，報告出來說：大量的碘服量或久服可使新陳代謝增高，施之於甲狀腺割出的兔子，則亦然。新陳代謝的增高，不惟呼吸新陳代謝能增高，且在使冷時之溫度調節之增高與使養氣缺乏的試驗動物感應力之增大，在常時連續服碘同樣的在甲狀腺割出的動物有其效驗。不過效驗比正常動物較小耳。由是觀之，碘之作用與甲狀腺無甚關係也。至其效用機能究竟何在，則尚未明白。或許我們可以這樣假定。大凡在血液中流動含碘分子到各種不同的細胞部分，造成一種有作用的化合物，這種有

作用的化合物於是再感動植物性的中樞 (Vegetative Zentren)。不過這樣的假定

實在是純粹的理想而已。事雖如此，

Abelin 與 Schittenhelm 的最近出版物中的幾篇東西，還依靠像這樣的理想來解釋咧！

上面已經說過的慢性服碘的作用，對於治療上的功用是沒有的。不過於紅白血球有關而已。Wadi 曾發見很顯著的碘之激進影響於紅血球之形成，與甲狀腺之存在與否有密切關係(可參考 Mausfeld)。

從 Wadis 的獨一無二的可考察的碘作用試驗，我就知道碘作用對於甲狀腺並非直接關係，不過間接而已。

除以上所述新陳代謝作用之外，從 Wadis 之試驗證明，尤其是肺作用也是與甲狀腺有直接關係的。我們從正常的或甲狀腺割出的動物着手觀察，苟以能致命的慢性的極大量碘服量輸入之，則二者均能發生一種逃不了的高度肺腫。綜上觀之，直至現在不解決之碘作用及其副作用於氣道上，可說已略有門徑矣。故氣道病以及粘着性的氣管炎的症候，一般醫士莫不樂用碘療，蓋碘療對於氣道的分泌有極大效驗也。

關於動脈瘤 (Atherosklerose) 之應用碘療，也很值得我們此處討論。大凡一般醫士對於動脈瘤豫防與其治療，均默認碘療為無上品。所以，Ewald 亦曾經說過：「醫士對於動脈瘤之應用碘療已成家

常便飯的趨勢。」不過一般臨牀實驗者方面對於上面治療價值尚屢起懷疑之心。在

Schwabb (1914) 的周而復始的發問於許多臨牀實驗者關於在動脈瘤時所用的碘療之效果與其理論的解釋中，我們還可以記得許多所持意見是各不相同的。Morsing, 他最近對於所講的題目，亦曾表示過意見。他根據自己的觀察及許多實習者之詢問，抱定一個主張：「碘作用對於非梅毒症的動脈瘤是不能證明的。」

因為動脈瘤的碘療好久沒有找到相當的藥物學上的實驗，所以一般醫生要想判斷其效力之何在，這是很為難的。我們暫且假定，碘療有血壓降底或血粘着性之減少而能使血流行動容易之效力。但是吃過碘劑之後，二者均無變化發現。用過很複雜的見解，想把動脈瘤的血管阻礙，應用碘療的碘作用去解釋，至今還沒有辦法。從各方面議論的中心點着想，很長久的而最近也有人說，碘療之作用不外乎與血管之圓周有關係而已。一般法國的臨牀者的見解，拿 Jodide 當作一種血管擴張劑 ("dilatateurs vascularis")，已很長久了。至其靠得住實驗的證明，則還未有。

Guggenheimer 及 Fischer 相信在數年前，動脈瘤的血管作用破壞時之碘療，已安置在一個正確的基礎上，他們試驗的證明，至今雖一般著作家至今還反對。尚有一論價值的，使稀薄到在 1:100000 與 1: mehreren Millionen (數百萬) 的碘化

鈉溶解液，Guggenheimer 及 Fischer 計畫着，能使冠狀血管 (Kranzgefäße) 與末梢血管擴大。但是這個試驗無論如何尚未有普遍的價值。隨之而再行複雜試驗的，有 Freund 同 König, Mancke, Ostermann, Barkan 同 Prikk 再有 Kochmann. 治療上的碘作用在動脈瘤時，能否達到這樣急性的狀態，根據醫生方面經驗，簡直是十分令人懷疑的。因為這個原因，照余之意見，對於實驗上效力之探索，在到現在所指示的方針，沒有特深究之價值。

欲解決碘療或許對於患動脈瘤時之解剖學上的血管變化至少能引入於較好地位之效力問題，我們只能在一種相似的人造血管變化的動物試驗着手。在念伍年以前，已經人把兔子經過一翻慢性的副腎臟內分泌素抽出液之注射，引起一種動脈壞死 (Ateriennekrose)，就拿來作為解決碘療效驗疑問模範標本。但是總觀得兔子(由)副腎臟(引起的)壞死 (Adrenalinnekrose) 與人體的動脈瘤未能十分相稱，所以 Korányi, Boveri, Biland 經實驗所做成的硬化症，雖她不見得不十分有意義的，但於碘療結果少有相背耳。這裏還是不說來得妥當些。

經過長時間連續的膽脂 (Cholesterin) 餵養，能引起兔子血管變化。這種變化同人身動脈瘤已十二分的相像了。Liebig 曾經用碘療能阻止兔子的膽脂的動脈瘤之

發生，已有圓滿的結果。不過碘應該早一點——差不多剛剛開始施行膽脂餵養時，——就該給牠吃這樣碘療，方有圓滿效果。Liebig 所用的碘劑，是碘油劑 (Dijodyl)。Seel 曾用合時的碘劑，把兔子的膽脂硬化症同樣能阻止。同樣，用各種 Vigantol 劑不能醫治鼠與兔的 Ergosterin 的硬化症目的，一用碘療即有良好效驗，不過不十分可靠而已。在鼠的實驗告訴我們，特別牠的壽命能延長。

好久已為一般醫生保存着之碘蛋白質劑 (Jodtropon)，依照 Seel 試驗，對於由實驗造成的動脈瘤，確有勝過碘化鉀之效驗，這是值得我們注意的。至於碘劑的命運與攻擊點追究的問題，——以後還要講的——這個試驗，不可忽略的。

Morsing 他的很有價值的論文，我從前已介紹過。等到那種動物試驗的經實驗造成的血管變化與人的動脈瘤原質上相似確定後，他才信任動物試驗有價值。當然再沒有這樣好的證明，像人的動脈瘤同膽脂硬化症完全相同，或人的動脈瘤就根據身體膽脂增多緣故，也未可知。不惟如是，據很多的著作家從形態上與化學上觀察，這兩種病狀的確有密切關係。

Liebig 與 Seel 的試驗，他們自己已認為無論如何比較以前來得好。的確是我們研究動脈瘤的碘效驗惟一的南針。

欲這個試驗令人說服。當然對於碘效力在機體運動的經過情形解釋，也是不可

少的。例如：此處碘的原來的進攻點何在，到現在一點都沒有說過。甲狀腺在此處佔一重要地位麼？新陳代謝之感動是他的原因麼？或許碘遠心的 (peripher) 向着細胞進攻麼？假若我們要解釋在梅毒治療時所用的碘之臨牀上已無疑的效力的話，則也要發生出諸如此類的疑問。

已長久而現在還為一般醫生所常用的碘劑要算是碘化鉀 (Jodkalien)。根據一般底見解，在 Jodide (碘化合物) 中，——至少大多數的藥物治療的適應症是這樣的，——並非碘電子是有效(驗的)要素。確定這個假定，是用慢慢顯出效力。『陰極性電解分子的效力好像一切電子，假定急性的並且直接惹起一種覺得的破壞』(H. Meyer)。所以我們應該從後成的 (sekundär) 化學分解着想。從在機體中的 Jodiden, 至少一部分經過養化作用 (oxydative Vorgänge), 碘原質於是脫離關係之假定，可說是再好沒有的解釋了。至其此處應該要加入的條件，我們暫且不講。在血液及組織中之經脫離作用的碘原質，牠的刺激的與引起發炎的碘力，已為吾人所認識。不過是否也是急性碘中毒症 (Jodismus acutus) 現像的根源，例如：碘鼻加答兒 (Jodschnupfen), 碘咳嗽 (Jodhusen) 腸部發生加答兒之現像 (katarrhalische Erscheinungen im Gebiet des Intestinaltraktus), 碘氣瘡 (Jodakna), 碘天疱瘡 (Jodpemphigus) 以及諸如此類

的現像均屬碘中毒症，到還在疑問中咧！同樣，在 Wadis 的試驗肺狀況時，得到 Jodide 於胃液分泌有激動的作用 (fördernde Wirkung) (請參看 Hoesch Lipschitz) 大抵同樣原因。不過此處還是鹽與電子的效力上着想。

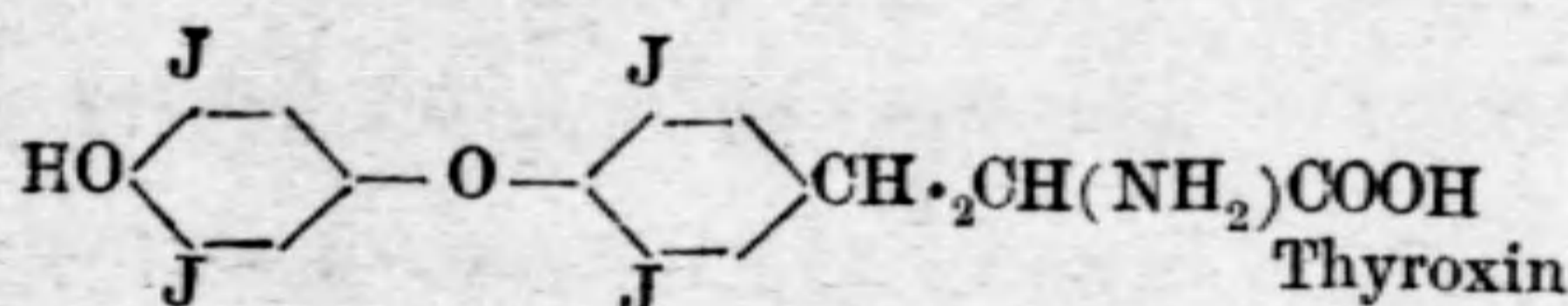
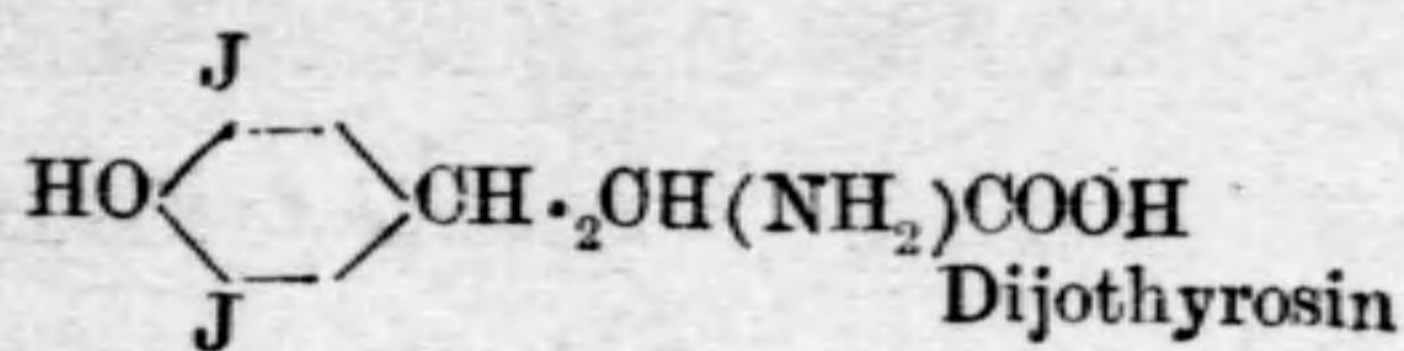
至於各種不同感應，有些人全靠 Jodide (及別的碘劑) 連續或間斷的過敏性而定，至今還未明白。在同樣條件之下，碘中毒症之發生，不見得就依着在血液中流動着的 Jodide 之多少為轉移也。由是觀之，欲避免急性碘中毒症之發生，必須這樣的碘劑，牠的碘電子之發現於血液中至少要慢慢的並且要輕量的濃度才可。治療上不用碘鉀化合物，而用有機碘劑，(如碘油化合物 Jodfettsäurevevbindung, 碘蛋白質體 Jodeiweisskörper, 等等) 就是這個道理。

在生物體中經脫離作用出來的碘，到各種不同的地位同各種不同牠所到的有機化結合體，起一種化學作用。因此生出一種碘化產出物，最近尚未認識。於是其發端地點即起作用，或牠到別的地方大約到神經中樞。不過未敢確定，或許碘能補充正常生理的碘新陳代謝 (Jodstoffwechsel), 同樣的不能證實。

除甲狀腺外，一般人還在追求各種別的碘儲藏所。除牠外 Schittenhelm 同 Eisler 不久發現當交感神經刺激時，碘遞送到血管中。至此處所生出的碘化合物

，究屬何種，還未確定。在可能範圍之內，依照 Abelin 的試驗這樣的物質，或許是 Dijodthyrosin 或許從在生物體中的碘化鉀物脫離出來的碘或變成像 Lugol 溶液形狀的直接輸入碘，至少有一部所有 Thyrosin 能碘化(jodiert)成 Djiodthyrosin。

請看下面公式：



依照 Abelin 我們臆測，在 Dijodthyrosin 中有一 Thyroxin 的對抗物。現在暫且可以假定有一種元素，好似現在已經講過的，Thyroxin 一樣，牠能感動甲狀腺效力。

由上觀之，碘劑之輸入或許碘之作用於新陳代謝的各種表現，是直接的。至於 Dijodthyrosin 或 Thyroxin 的效力，是間接的。食量多寡與作用大小的各種不同條件，完全根據需要何種效果為標準。

除 Dijodthyrosin 之外從在回轉於血液中的 Jodid，經過一度養化作用脫離出來的碘的居間階段 (Zwischenstufe)，在機體中還有許多別的碘結合體 (Jodverbindungen) 發生。這是無疑的，假使我們能認

根據 Abelin 於是可歸納起來，Dijodthyrosin 因為他有一種生物的 (biologisches) 或生物化學的 (biochemisches) 平衡 (Gleichgewicht) 的作用。所以同 Thyroxin 有連帶關係。他們化學的近似 (Chemische Verwandtschaft)，

識並且知道何種為各種適應症的碘療最合效用。如此則可算最後勝利達到了。到那個時候，同現在 Thyroxin 或 Dijodthyrosin 一樣的，我們一定有把握處方的。

欲滿足這個願望，惟有用有機碘劑來代替碘化鉀物。

若要斷定有機碘劑代替無機碘化合物確有價值的話，應該把下面三個基本定律的可能條件 (Moglichkeiten)，要弄得清楚。這裏一半因為簡便起見，首先只以口吞 (perorale) 的碘療作為標準。如此則對非經口的 (parenterale)，吸收的 (reorptive) 碘療之結果容易符合。

1. 應該從有機碘經過慢慢的分解與吸收而起一種輕量濃度的難起變化的 Jodid，

輸入血液中。

2. 應利用能變成直接有效形狀的有機碘輸入血液中。

3. 應該利用這一類的有機碘輸入血液中。牠並非是直接有效的。但根據牠與 Jodid 不同的各種化學與物理性質分配到與那個相似的在機體中經過碘原子的分解或許直接的或許簡接的成 Jodid，於是得到同樣的作用，好像我們直接服無機 Jodid 一樣。

為避免瑣碎起見，將有機碘劑的著名類屬能適合剛才說過三條可能條件中一條或數條的茲討論如下。關於別的東西，你們可參看曾在 1909 治療月刊 (Therapeutische Monatschrift von 1909) 登載一篇三個並且至今還很有趣味的關於碘效驗的議論 (Erlenmeyer und Stein, Winternitz, Heubner)。

a. 1. 能滿足第一個可能條件的有機碘劑頗多。(例如碘脂肪酸結合體 Jodfett-säureverbindungen, 碘蛋白質體 Jodeiweisskörper)。

碘化鉀被吸收很快的即與尿再排泄出來，已為吾人所知。由是可假定 Jodid 之大部分，對於機體是毫無利益的。或許服碘化鉀對於很多應用目的，在實際上講，十分不需要的。比較好耐受的並且能容易避免碘中毒症的，前面已講過，只有利用有機劑，才合這個條件。如果只求適合頭壹個可能條件，我們用碘化鉀同樣可以達到

目的，只要勿像普通這樣底一下吞服；我們可以分作許多小量服之。根據 W. Lipschitz 的試驗，我們知道 Jodid 之分散於唾腺與胃腺分泌物中，牠的濃度慢慢降底的。一到血液裏呢，就強烈的升高起來了。這部分的 Jodid 經再吸收 (Rückresorption) 後，重量當然亦隨之增高。Jodid 的“內循環” (“innere Kreislauf”) 足使一個“活動蓄積”的形成，有其影響 (W. Lipschitz)。吃過一次 Jodid 後，碘就循環於血液中十分長久。很長久保持着不使同尿液外泄的碘，決不是有機碘劑單獨有其特性。不過有機劑在徐徐消化時比較“靜止的蓄積”，在腸內能扶殖一個溫和並且保持的 Jodid 罷了。假若使其適合 ad3 的話，這裏還加上一個有機碘在血液中與組織中的蓄積所。所以其能滿足第三個可能條件的假定之藥劑，總之也屬於這裏。

ad2. 講到這一類的碘結合體，他的有機碘輸入血液中能直接有效的或同化的，不能十分認識。

這裏暫且先講幾個甲狀腺劑。例如：Thyroxin。於是再推而至於 Dijodthyrosin。關於碘的分解作用，從前有人 (Harrington, Barkan) 以為 Dijodthyrosin 對於 Trypsin 的消化最有抵抗力。總之經過 Dijodtyrosin 飼養後，Dijodtyrosin 循環於血液中是不變的 (Oswald)。這個我們應該當作一個含碘效驗物質 (jodhaltiger Wirkstoff) (Abelin)。從各種天然不同

的含碘最多的，或幾種人造含碘最高的食料或糧秣中，經過消化時碘於是變成可同化的 (assimilierbar) 樣子脫離出來 (Pfeiffer)。從 Pfeiffer 的 Jodtropon 試驗，——同時他報告對於 Jodtropon 同甲狀腺腫的豫防有連帶關係。——好像人造碘蛋白質也是直接有利益的。由此推測，利用碘蛋白質之 Pfeiffer 的試驗，能得到適當效果者，此無他，蓋在消化時不惟 Dijodtyrosin 亦且其他碘化合物的成分能變成可吸收的形狀也 (Barken, und Kingisepp, Massatsch.)。所以 Schwaibold 在變態試驗 (Metamorphoseversuchen) 中用可消化的碘蛋白質 (Jodtropon) 得到與 Thyroxin 相似的效用。用重土分解 (Barythydrolyse) [譯者按 Baryt BaO Barium oxyd, 應譯作養化鉍或重土。蓋 Barys (拉丁字) 重 schwer 也。Barythydrolyse 是利用 Bariumhydrat $Ba(OH)_2 \rightarrow BaO + H_2O$ 中之 H_2O 。] 所得的分解產物，也能達到相似效果 (Mattis 以及 Barnd, Mattis 同 Nolte)。

碘油劑以及其他有機碘結合物，是否能將有機碘一變為直接有效形狀而輸入於血液中，未敢斷言。

ad3. 要達到第三個可能條件目的，必須有一個評確的討論才可。在血液中發生的並就在那邊循環的有機含碘分子，暫假定此處有同樣的重要，好像有機碘結合物在砒療上。

Tetra-Jod-Phenol-Phthalein (Tetra-nost) 很顯著的被在膽液中排出。二個有機碘劑 Uroselektan 同 Abrodil 達到排泄是很快的，並且差不多經過尿道的。對於所講的三個有機碘劑之應用於 X 光學上 (Röntgenologie) 當作對比材料 (Kontrastmittel)。我們早已知道，一部分經 Jodtropon 的輸入後，在血液中循環的碘，同樣的指示我們，如 Jodid 能行動到別的道路去。反是有機碘血 (Blutjod) 通過唾腺與胃腺則不能也 (Barken, Leister)。更有進者，胆汁中含碘程度 (Gallenjodspiegel)，經過 Jodtropon 飼養後，顯出高出於經過 Jodid 之輸入後 (G. Pfeiffer)。Pfeiffer 同時指示我們，用 Jodtropon 或人造高度含碘食料植物之飼養，在所試驗動物的乳液中，找到一個比用砒化鉀飼養成分較高的乳碘與蛋白質結合在一半甲狀腺割去的狗上，用 Jodtropon 的飼養，已經老早有人 (Klein, Pfeiffer 及 Hermann) 達到一個比用碘化來得顯著的高量碘含蓄於未割出的甲狀腺的部分中。經過 Thyroxin 輸入後，當解剖其不同的腦部分時，找到碘差不多在中腦 (Zwischenhirn) 與灰白隆起 (Tuber cinereum) 為獨多 (Schittenhelm, 及 Eisler)。同樣從對於別有機碘結合物，曾證明過，他們向着適合路而走，並且他們非比 Jodid 能分散在機體中。特別關於這一點，Jodoform (黃氣) Jodäthyl, Jodanilin

(O. Loeb) 並且一系列試驗過的碘油體例如 Lipojodin, Jodostarin, Jodipin 再有 Jodival 以及別的碘油體是有價值的。這類的東西常顯有多少強烈的脂肪及神經和親力 (Lipo-und Neurotropie) 之性質 (請參看 Bachem, Filippi, Loeb 與 v. d. Veldem 以及其他)。再進一步言, 非惟對於碘的各種含蓄於康健的以及癌腫症的與結核症的組織中, 且亦對於有機的結合體的各種性質, 有其關係也。

欲實現其證明, 必須關於在所謂第三個可能條件之下, 作一假定如下。經過有機碘劑治療之飼養, 其碘循環於血液與以碘化合物的形狀是不同的。或則分散於機體中是不同的。於是實行這樣藥劑在治療上價值之判斷, 是很麻煩的。一部分所欲求到的工作, 以上已說過, 還須報告的。經過碘油酸 (Jod-fettsäurekörper) 以及諸如此類的飼養後, 在血液中發現過碘油及在Äther溶解的碘結合體(參看 Win'ernitz, Neuberg Loeb und v. d. Velden)。經過碘化的 Axoalbumin (Jodeigon) 飼養後, Mosse 及 Neuberg 證明, 在血液有一種有機的用銀不能沈澱的碘之存在液中。對於經碘蛋白質之輸入後在血液流動着的有機碘的定量問題, 近年來有人 (Barkan 同他的共同工作者) 應用 Jodtropon 的試驗曾做過。

在血液中流動着的有機碘之證明或與 Jodid 對峙的偏向的蓄積之證明, 是一個

不可少的, 不過用不到充分的假定。對於這個流着的或蓄藏的碘, 或是直接變成有效形狀, 或是經分解而後成有效碘來源之問題, 應該要這裏附帶證明。

所以從前所陳說過的, 在 X光診斷用高量濃度注射於血管的有機碘結合物對於機體是不變的 (indifferent)。由是觀之, 碘或碘化合物的分解, 其實是沒有的。假若不是直接變成有效形態的話, (例如 Dijodtyrosin 或 Thyroxin)。則對於此處尚在疑問的第三個可能條件的更進一步必要的假定, 定是一種不是過於牢固的結合體。

Winternitz 用 Jodipin 引證來告訴我們, Jodid 能在循環流動的或蓄藏的碘油中, 經過養化作用而脫離出來。同上面相似的是 Sajodin 以及其他類似的調製品。至碘蛋白質則著者正在做個根據自己的試驗計畫着。他們是同近年來從各方面詳細研究的 Jodtropon 有連帶關係。此處我們找到經過 Trypsin 消化後的溶解的, 超越濾過可能的 (Ultrafiltrierbar), 於是吸收也可能的有機碘變成種種複雜的化學形式。由是觀之, 在生物體中, 除 Jodid 之外, 尚有有機碘形成這些種種複雜的形式循環流動着。Jodid 之能在酵醱的性路徑上, 且在一個與從所未發現的有機分解的血液與組織的作用相對作用時分解。這是好像同以前所說過的有連帶關係 (Barkan 同 Kingisepp)。此處一切的假定,

也作第三個可能條件着想。

對於 Jodtropon 所發現事實，用什麼法子能引入到別的碘蛋白質調製品。須有更進一層的試驗，使其明瞭。或許世上還有純粹的碘蛋白質，或許世上不只有碘吸着產出物 (Jodadsorptionsprodukt) 的疑問，已長久為生物化學家及藥物學家所注意。從這個疑問，可以決斷碘同蛋白質是 *t²chiometrisch* 反應 (vgl. Blumen und Vaubel, Blum und Strauss, Bauer und Strauss)。所以在 Jodglidine 的碘不過一部分堅牢的結合 (Bröching, Feigel)。反是 Jodtropon 則依適當的實驗實際上講起來，十二分堅牢的結合，(參看 Massatsch)。

一觀以上所給的實驗材料，我們就覺得在各種有機碘劑中，其能適合三個可能條件而在碘療有特蓄功用者，惟有碘蛋白質而已。牠輸送除直接 (ad 1) 或間接 (ad 3) Jodid 分解外，——這種分解碘油 (Jodfett) 也有的。——或許尚有直接有效的碘，未敢斷定。此外尚有許多有機後成的 (sekundäre) Jodid 分解的碘的瑣分子在血液中循環着。ad 3 的見解，這裏已很複雜的貢獻過了。

假使醫生方面不惟於治療所用的，且於一切所應用碘劑予以注意，能成一習慣。並且能以上面所說的三個可能條件來別其有機與無機的話，則碘效力與碘治療的問題進步愈加迅速，這是可推測的。

腦下垂體製劑—食鹽靜脈注射 *intravenöse*

Hypophysin-Kochsalzinfusion 為手術後腸痺麻

postoperative Darmlähmung 之可靠補救

Dr. A. Krinsky 及 Dr. E. Ch. Stein. 原著

問戰憎譯自 *Zentralblatt für Chirurgie* Nr. 10, 1927.

每個外科醫生，就是最當心的，當腹部手術後一定會遇到腸痺麻症，確是一個可怕的結果，醫生們只是無效的用了些在可能範圍之內的藥，所以現在大家都希望有一種新的方法出來，牠有功而無害，並且能消滅疲倦狀態而具快感。E. Vogt 最近介紹腦下垂體製劑和食鹽靜脈注射，可以適合這種要求。

下面一個例子，是我們自己對腸痺麻症的實驗。

1926年9月17日Dr. Krinsky 送來一個64歲病人，診斷為急性盲腸炎 Appendicitis acūta，據稱20年來腸胃皆沉病疴，9月15日右邊腹下部疼痛忽烈，便屁不通，9月17日服蓖麻子油無效，同時給與鴉片。

服藥後下列象徵特別明顯：營養狀態，作渴，口乾，微有嘔逆 Singutus，溫度 $38^{\circ}5$ ，脈搏不規則 90—100，橈骨部動脈 Arterienrohr an Radialis 凝硬，腹部膨脹，右邊腹下部疼痛最烈。

9月18日，醫師會診，停止手術，9月19日病狀變惡，脈搏加快，且不規則，腸動作完全停止，因為這種情形，就先注射皮下 1000g 生理食鹽水滲和 0,001 斯篤理幾尼涅 Strychinin 等他完全浸入後，還是動手術。

先局部麻醉，Dr. Stein 掌刀，腹傍直腸面破開 Pararektal 腹開後，因疼痛咳嗽的振動，小腸環 Dünndarmschlinge 突出，腸膨大，現深藍紅色，血管現難看

的顏色，欲腸復原，必須以脫麻醉 athernarkose，本來蓋在薦骨骨盤窩 Beckenschaüfel 旁膿瘍 Abscess 上的網膜尖端，因為一壓便自己分開來了，傾入 20g 百分之二十樟腦油溶液 20%ige Kampferöllösung 於腹部內，膿瘍用兩個橡皮排水管 Gummimirrain 連結，閉了傷口。

手術後施用腸管 Darmrohr 及熱氣箱 Heissluftkasten，9月20日病狀轉惡，腹強膨脹，Starker Meteorismus，嘔吐臭渣狀物，注射嗎啡解毒劑 Atropineinspritzung，甘油灌腸 Glycerinklysmen，洗胃，熱氣，一切都沒有用，腸停止動作：

當這天，可算是晚上，這病人的結果不佳，Dr. Krinsky 幸而收到明興醫學週刊 Münchener med. Wochenschrift 比較平常早兩天，這雜誌上提到手術後腸痺麻注射腦下垂體製劑——食鹽治療法。

所以現在必須的，便是腦下垂體製劑——食鹽靜脈注射，當注射到 100ccm 以後，呼吸不平，面紅，所以當初五分鐘的時候，祇是相間的，然後不停的繼續下去，及至 400ccm 之後，身部忽然痙攣樣的疼痛，因為無暇給以便器，像暴發樣的出來許多氣體及腸內物，腹膨脹忽然的消了，本夜不用麻醉劑，安然度過。

9月21日腹膨又起，聽不到腸聲，嘔吐復作，所以上午下午兩次共注射 500ccm Ringer's 液，每次滲和 4ccm 腦下垂體液製劑，9月23日自然的大便了，倘不

是這藥液的注射，說不定還是不出呀！10月14日除去排水管，10月20日出院，狀態良好。

年老了，動脈硬化，施行膿瘍手術遷延遲緩，他便失了很多的抵抗力，對於他們的手術後的腸痺麻，祇有靜脈注射腦下垂體製劑+食鹽 intravenose Hypophys-

in Kochsalzinfusion 可以救命。

這件事體，告訴我們，假若一個醫生，沒有幫助的來源，祇是自求自，他的工作是如何的困難呀！但是另一方面設備雖然簡單，沒有複雜的器械，有許多事體還是可以成功的！

關節滲液症穿刺術在治療上 及診斷上之價值

美國紐約關節病院 David H. Kling 博士著

俞笛梅合譯
陶灤

普通對於關節穿刺術 (Punktion) 之謬見，係由下列二點所引起：(一)由於對關節液體科學方面研究之缺乏，(二)由於誤解穿刺術在治療與診斷上之價值，此文根據於實習醫藥，茲自創傷滲液症穿刺術 (Punktion traumatischer Ergüsse) 述之。

Joachim Bondessen 於一八八七年已肯定排泄創傷滲液症之功效，同年他曾於某刊物中發表抽出法 (Aspiration) 之成效，與用保守治療法之靜止法，固定法，及按摩術所得結果之相較，自五十七個抽出治理之病人中，其百分之八十六得復元狀，患者平均失去工作能力之時間為二十七

天，其最高度為四十天，彼用保守治療法治療者，計六十二人，其平均失去工作能力之時間為三十七天半，其最高度為一百二十六天，而得復元狀者，僅百分之六十三而已。

此後 Rochard, Flint, 特別是 Willems 推舉此項抽出法，其他又有 Harding 與 Metcalfe 用此法以治療大批戰場之患此症者，成績優良之報告，於一九二五年復有 Brickner 與 Milch 施用此項方法於關節病院之病人，余曾於許多著作中自機械的及病理學的因素試為精密之分析以明創傷關節滲液症有早期抽出之必要，關節囊及

關節韌帶因液體之聚集，而膨漲，血液循環為壓力所阻，神經器官受刺激，并由反應途徑，引起肌肉之抽搐，關節血液吸收弛緩，以致惹起液膜之刺激與發炎，纖維凝結沈積而組織化，致軟骨為之腐蝕，相互為纖維性之合生，構成關節遊離小骨，關節面起骨關節炎之變化，最後，普通的固定法亦能引起骨部及軟部之衰萎，此種實據根臨床實驗而得來者。

Alforse Joffe 于一八九七年已有下列之證明，即將血液注射於家兔關節中，其吸收甚為緩慢，結果並有纖維凝結沈積與滑液膜發炎現象，Hueter 早已證明損傷之軟骨，常被產生多量結締織所蓋蔽。

臨床方面得以證明關節滲血症用此法而有害者，即為血友病關節症，血友病患者常反覆患關節出血之症，此則為我等所不敢為之排泄者，此其結果則為引起全部關節構造之變化：滑液膜至若干處變成過大，或結締織退化而蓄積許多色素，軟骨腐蝕，關節面成不平，關節囊及韌帶厚變成纖維，並且變厚，如遇劇重之關節損傷，在其穿刺液中除血液外，並可證明脂肪之存在，此項脂肪除去甚感困難，并有維持其刺激及構成關節遊離小體之可能，此所以用固定法及包紮法治療之大部份病人，於關節損傷之後，成為關節炎也。

滲液症又可使診斷方面發生困難，關節間骨折為血液所蔽，有時在愛克司光片上亦不能明顯其症狀。

反對早期抽出，大抵由於恐懼傳染及後出血二點，第一點已被贊成抽出法者一致痛駁，施行時如能僅慎消毒，自可無妨，至於第二點，則需行反覆之穿刺術者，不過少數，即施行第二次之穿刺亦不過為血液漿液性之液體，此液體顯較稀薄，以是吸收極易。

因此我儕之治療創傷滲液之方法，乃於最早之時，作最澈底之抽出，及置放緊壓紮帶，對於簡單之關節囊破損，則規定數日之靜養，如關節滲液不再產生，則行走可以不必加以禁止，我儕用此法處治約一百個關節膜炎患者，在十天之內，即已復元。

半月狀軟骨損傷，與關節內骨折，在已用穿刺術後將再行以相當之治療法，早期吸引，可減輕此種劇重受傷關節之慢性發炎。

現在轉論及發炎性關節滲液。穿刺術在此處之效用，一時不易見得，如創傷滲液症之原由，純為昔時受到之損傷者，則清除其中產生物後，即有恢復至常狀態之把握，至於發炎性之滲液症，則與此不同，用抽出法後，病原要素，未能剔除，非但毫無效果，反有惹起傳染之危險，惟此項論據，並非一定之確論，每一滲液症對於關節除病理影響外，尚有純粹機械的影響，即無論其病原為何，經此作用，關節囊及韌帶為之伸張，而致引起軟部及骨部之變更，成為持久之關節攣縮，與關節變

形。

用早期反覆之穿刺術，即能除去此種機械的損害，如能極力注意此點，則由許多由慢性關節炎轉成之劇重運動器官殘傷症，即可不致發生矣，然而吾人日常經歷，一般醫生，對於胸膜滲液症，腹膜滲液症，甚至心腔及腦膜腔滲液症，常用抽出法，而獨于關節炎滲液症，則擯而不用，此則甚可異者。

應用此法，傳染之虞，決不甚大，若手術正當，則可稱全無危險之可言，即對於敗血性之關節症亦然，結核性水腫穿刺術，久已為關節結核症臨診及外科老手與 Flanz Körnig 氏所施行而推舉之者，余曾察得，抽出法除機械作用外，尚有一種生物學上之作用，如反覆施行此術後，即能減少液體粘着性，而容易為所吸收也。

據我輩經驗對於巨大之發炎性滲液症應用穿刺術甚覺適當，其直接之功效，在於緊張與刺激及痙攣三者之低減，動作之可能性為之即增，病患之肢體易於矯正其位置，用矯正術後可保持其狀而不變，從施行局部及普通之治療，則收效更巨，如患處重復充滿液體，則須復行穿刺，刺入處須另擇皮膚部位，以防損害，此術對於急性水腫功效特別顯著，於各種患節炎之具有顯著之滑液膜炎及滲液者，功效亦極良好。

至此我輩須一談關節穿刺液於診斷上之價值，對於創傷性及發炎性滲液症之鑑

別診斷，於臨診之診斷學上及傷害學上皆具有甚重要之意義，因患者所述之既往情形常難真確，即血液之存在，亦不能視為診斷上之標準，因當穿刺之時，血液亦能和入也，且如創傷已經久時，血液能為所吸收，因血液久停於關節內，能變成膽汁赤色素之故，根據此項事實，余曾在 Men len gvacht 用黃疸病示數法，對於膽汁赤色素之含量為作有系統之檢驗，結果證明發炎性滲液症內所含之膽汁赤色素，較少於血清中者，創傷性滲液症則常較多於血清中者，如一個黃疸病示數高於六個單位，此即證明其為創傷性之病原，此種黃疸症示數常視滲液症出血之多寡，及經過之時間而動移，自經應用永久標準法後，Van dew Bergh. 之規定膽汁赤色素法，更為簡單易行，一種間接 Bergh. 在 0.2 個單位以上者，即為有局部膽汁赤色素構成之明證。

更有一種方法，能藉穿刺液之檢驗而斷定關節損壞之程度，如為普通之胞膜囊破碎，則僅有出血之可見，如為內部損壞，或內關節骨折，則於穿刺液中可見多量之脂肪，於骨折時即有骨髓細胞之發現，此種症象有時診斷其為骨損，此為在愛克司光照片中所不能顯出者。

發炎性滲液症之診斷法

關節液之檢驗，為鑑別特性關節炎良法，檢驗此種骨節液之瓦氏反應及白濁細菌補體結合，最為適宜，余曾與 Pinkus

博士對於關節疾患病院中之大量研究資料，為共合之研究，對於關節疾患之具有結核性者，常由關節液正性之培養結果及獸類試驗而證明之，惟試驗之結果為負性者，則不能視為非該病之確證，此則須深切注意者，吾等曾屢遇以上二種試驗皆為負性，而於關節膜組織學之檢驗，顯示其為毫無疑義之結核症者。

非特性關節炎之原理，至今尚在討論中，於關節液中之得證明病原菌者，其百分數遊移不定，於我等研究資料中，大約百分之二十可以驗得之，大都為非溶血素性之連鎖狀球菌，惟此項細菌與病原有何種之關係，此則由於吾人對於關節液性質上及生物學上之知識尚嫌不足之故也。

穿刺液中細胞之研究，能證明發炎之性質及時期，如為新起發炎及急性再發之症，則多核性白血球之百分率總數甚高，如為慢性關節炎則所含之細胞量較少，惟單核巨大細胞則增多，余曾指明謂滑液

細胞增多過百分之十五者，即為滑液膜肥大之證，此則於決斷須否施行手術之時，有甚大之意義也。

今略述關於穿刺之技術於下：穿刺須應用粗針，因液汁常屬粘性，且含有塊片也，如為診斷之故，抽出少量液體自己作用，惟欲收治療上之效果，則非抽出大量滲液不可。

總括言之，余敢謂對於多數之關節滲液症，特別對於創傷性與急性發炎性之滑液膜炎全部之治療法，即為穿刺術，對於具有顯著滲液症之各種關節炎，抽出法為有效之扶助治療法，有多數之症，可從穿刺液中確定診斷，至於至今之尚未達到者，則希望繼續深切研究之，以求明瞭關節炎之難題，望讀者諸君聚集材料，隨時試行，以資繼續研究之用，如余之此文能引起諸君之試用關節穿刺法，以觀其成效何若者，則此文為不虛矣。

何時施用水銀軟膏療法及其效果

A. Wittzenstein 著

孔 麒 譯

在治療中，水銀之應用，因六零六及鉍，甚遭排擠。但 Verf 氏證明水銀之治

療，其最效之軟膏療法，仍恢復其原來之位置矣。六零六能滅螺旋菌；重金屬則間

接障礙其發育，促進原形質之活動及具溶解之效力；以此作用之差別，故六零六多用於新生之傳染症，重金屬則多施之於後期：此其要旨也。據 Verf. 氏之見解：水銀對於原形爲害較強於鉍，因之其戟激性亦較烈；在血清檢驗呈陽性反應之初期梅毒時起，混合療法即已必需。依 Verf. 之意見：在內科醫生及神經學者手中，許多大動脈梅毒及神經梅毒病人，其初用六零六與鉍混合療法，次用鈍鉍治療者，其陰性現象之期間較短；至用六零六與水銀療法之病人，其血清及髓液反應呈陽性較少；換言之，即臨床實驗上神經性之機能喪失現象較少表現也。據 Verf. 氏觀察：尤以在後期，腦梅毒，脊髓癆，施用軟膏療法，有極良之結果。脊髓癆如無麻痺症併合，爲免變劇之危險起見，不應用瘡治療

，只可用緩和之解熱劑，如 Pyrifur 是也。軟膏治療最廣用之區域，尤推梅毒性關節病症；脊髓癆性關節痛及遺傳性梅毒膝關節炎與骨膜炎亦然；而對於遺傳性梅毒，似更特別重要也。此種治療與處置之法則，有密切之關係，因此有詳細解明之必要：口腔攝生，拔毛以免毛囊炎，禁吸煙，禁飲酒，嚴格遵行塗擦之方法，用店售之灰色水銀軟膏，或用 Resorbin 調製之灰色軟膏，約一百至一百五十瓦之軟膏，可敷六七星期之用，每次塗擦用三四瓦，須精密搓擦之。

除梅毒病症外，軟膏治療，亦應用於交感性眼炎，急性後之嗜眠性腦炎（每次用小分量，總量爲十五至三十瓦），及帶腹水之肝臟硬化症等。

穿孔的胃潰瘍(Das perforierte Magengeschwür)

陳漁舫譯

患者長時期胃潰瘍的病人，常常受到胃潰瘍穿孔的悲慘結果。如若能夠早點知道胃潰瘍穿孔的現象，馬上施行外科手術，纔能夠得着完美的結果和治愈的希望。從胃潰瘍穿孔的臨床試驗和治療方法上所

得到的材料，可以做成就許多著作，當一九一〇年我們有幾篇對於胃潰瘍穿孔的報告，都是從實地經驗上採得的東西，早已公佈於世界。

但是在近幾年經過我們十分留心的，

考察和經驗，知道和以前的主張，大不相同了，所以不得不來申述申述，現在就將我們正在研究中所得着的最新觀察來報告一下：

在未報告以前，先要考證胃潰瘍的概要和診斷。

每一個患着胃潰瘍穿孔的病人，大概一定有長時期的胃病既往史，病人常常覺着胃裏作酸和胃痛，在飢餓的時候更加疼痛得厲害。胃潰瘍穿孔多在大嚼以後或大飲以後發現，有時候正在睡覺的辰光發作起來，但是在空胃肌餓的時候很少發現。有幾個病人已經在我們的內科部治療，但是因為胃潰瘍穿孔發作的快速，真好像電閃一樣，所以不容易預先斷定牠會不會穿孔。病人剛在胃潰瘍發作之後，忽然覺着在上腹部，有忍不住的疼痛，儼若要受着死亡的難過。除疼痛以外，還有脈搏惡劣，面無神色，並且還要盜汗和肩胛骨痛種種現象。往往還有嘔吐，但不是個個有的。

在穿孔以後第一小時內往往發現腹皮緊張，在上腹部一部分更加緊張得厲害。從此就引起了腹膜炎。起初沒有高熱，只有脈搏快和硬罷了。在上肚子一部分終覺得疼痛，有些時候疼痛能夠散布全身，所以該症與盲腸炎和胆囊穿孔種種病症不容易分清楚，有時候還能夠使人疑想到腸間膜靜脈栓塞，或則脾壞疽的病症，因為牠們的症象相同的緣故。

至於脾壞疽到今日知道了糖化酵素反應法，就容易和胃潰瘍穿孔分得清清楚楚，倘若是脾壞疽，那麼糖化酵素的分量一定減少。

肩胛骨疼痛是胃潰瘍穿孔的一種特別的症象，早經我們公認了。但是胆囊症也有肩胛骨疼痛的現象，所以尤不容易分清楚。

以上所講到的症象，完全對於胃潰瘍穿孔以後不多時候而言，倘若延宕了許多時間，就不容易找到明顯的症象。

胃穿孔和胆穿孔頂容易弄錯，不過就是診斷上有了錯誤，也沒有危險和不幸的結果，因為以上二種器官的位置差不多同在一塊兒的，在手術範圍裏沒有差異，所以很容易改做胆囊手術，並且對於胃臟一點沒有害處。

倘若萬一因診斷困難，誤而斷做盲腸炎，那麼馬上將開割處縫合妥當，趕快做胃臟手術。如若察覺盲腸確實以前曾經害過病，那麼也一定要割除牠，以絕後患。如若知道了腹腔裏有水液，那麼必須在開割處的縫角裏，插入一個玻璃通水管，使得水液往外流出。

穿孔後一小時內，當即驗知白血球增多到一二〇〇〇以上，倘使察知白血球數量減少，就可以斷定牠缺少抵抗反應，牠的預斷往往惡劣。

有人也用陶格拉斯抽水法：將抽出的水液用心考察，假使水液酸性而且帶有渾

濁色的，就可以下胃穿孔的診斷。

害這種病的人。根據統計報告，可以知道男子多於女子。牠們的年齡大多數在於三十歲到四十歲，然而也有頂少只有十九歲的，頂大有六十九歲的。

胃潰瘍穿孔的治療法，只有施行外科手術，別的沒有法子可以想得出。

許多經驗告訴我們：『施行手術，越早越好！』

對於這種病人施行手術的方法，大約可以分作三種：

第一個方法：胃腸吻合術。

第二個方法：割除術。

第三個方法： Neumannsche Netzmannschette，就是用橡皮通水管，插入孔內，再和腹網四面縫合。

假使胃道，幽門和十二指腸的地方，有了障礙，那麼就很合理的用第一個方法。

我在一九二六年發表了，關於歷七年之久，在勞達夫氏外科部所得到的一百二十三個胃潰瘍穿孔的病人的報告，其中只有十個沒有動手術，因為時間過於長久，已經沒有毫末的希望。

現在將我們用第三個方法施行手術的結果的統計來詳細報告一下：

有四十五個病人在穿孔後六小時，施行手術，只死了十個，死亡率佔百分之二十二。有三十個病人在穿孔後十二小時，施行手術，死了十四個，死亡率佔百分之

四十六點六。有十個病人在穿孔後過了十二小時，並且病狀是十二分厲害，所以只能夠治愈三個，死亡率佔百分之七十。

在穿孔後十四至十八小時施行手術的病人，死了百分之七十一，在穿孔後二十小時施行手術，死亡率增至百分之八十三。

我從經驗得到明示，知道：早時施行手術，大概多能治愈；遲了沒有好的結果。

各論文對於第三個方法，各人有不同的批評。Neumann 自己 and Oser 二人，都以為這個方法是很好的。

我在一九一〇年也曾經公佈過一篇著作：十二個患胃潰瘍穿孔的病人，只能夠治愈三個，死了九個。

我在一九一一年也有十二個病人，只有死了二個。和上年比較一下，知道病人死亡率自百分之七十五頓減至百分之十六。這裏頂大原因，就是從一九一一年起從經驗方面知道了：『施行手術，越早越好！』

現在將我們運用第二個方法所施行手術的結果，來報告一次：

一九二九年十一月我在柏林外科社，到個十三個胃潰瘍穿孔的病人，經我用割除術(第二個方法)施行手術，治愈了十二個，結果可稱圓滿。後來又有六個病人，不幸死了三個。

每個死亡的原因，必須詳細說明，方纔可以明白：不是死於手術的錯誤，而死

於病症深重，實在愛莫能助。

第一個病人致死的原因：手術施行後八天另外惹起了十二指腸瘻症，動了幾次手術，終歸不能夠收閉瘻洞，醫救乏術。

第二個因為肺炎死了。

第三個因為流血過多，起生無法。

第四個因為胃中帶着傳染性的內容，滲入到腹腔，就引起了各部瘻瘍，所以不能夠治愈牠。

倘若腹腔裏有了胃中物質，譬如食物碎末和飯粒菜屑種種雜質，那麼一定要用鹽水來洗得清清爽爽，然後可以將切痕縫合。在有幾個險惡情形之下，腹腔必須常常洗滌，所以將切痕不可以完全縫合。

動了手術以後，胃道一定不可以容納

食物，胃臟灌洗倒可以不必施行。營養必須從肛門灌入，切不可口食。直到第五日方纔可以吃少許燕麥漿和水液，以後可以慢慢兒吃少許最容易消化的東西，並且須時常用 *Physostigmin is. Pituigen* 來促進胃的動作，在這個辰光必須使胃的內容帶加里性，用以防制潰瘍的復萌。假設用割除術將鹽酸最大製造地——近幽門的胃道。——也割除了，那麼可以避免胃潰瘍的重發。

從近年對於胃潰瘍穿孔所得到的經驗，可以知道割除術功效最大，且可以防制復發，人多樂用之。

譯自醫學世界刊中之烈夏德教授原著

下腿潰瘍之治療法

Dr. B. Kun. 著

鍾文瀾 譯

舉凡醫學上之疾病，其治療法之多，鮮有如下腿潰瘍者。今余等欲另舉一治療法者，因就余等之不少醫治例自信已得一種藥品，其對於下腿潰瘍之作用幾同一特殊專劑。

對於下腿潰瘍之治療，藥劑以為應用方式之繁多，不勝枚舉，自硼酸水縛帶以

至成分複雜之軟膏，靜脈注射，及許多複雜之繃帶，均經前後試用而得相當效果。余等在未用 *Lyssia* 軟膏時，亦有同樣之經歷焉。

現今余等醫治各種下腿潰瘍時，均完全用 *Lyssia* 軟膏。

Lyssia 軟膏之成分：

酸化鋅 (Zinc. Oxyd.) 150g.

澱粉 (Amyl) 150g.

液體凡士林 (Vasel. fl.) 350g.

拉夫他拿 (Naftalan) 160g.

祕魯巴耳孫 (Balsamum Peruv.) 60g.

硫酸吸諾林 (Chinolinsulf.) 5g.

魚石油 (Ichthyol) 10g.

Extr. Hamam. fl. 30g.

Oleum cacao 30g.

Bism. oxyjodogallic. 10g.

Adeps lanae ad 1000g.

其他專家所發見之本劑防腐，止痛，尤其對於促成表皮完成上之作用，余等已完全證實。至於醫治實施上，簡單非常，每晨先用石腦油 (Benzin) 洗淨潰瘍處之後，即用 Lyssia 軟膏敷貼，如此每日一次，不論潰瘍處之大小深淺，浸濕性，(nässend) 腐敗性，或壞死性，其醫治法則一也。經一二日後，顯見潰瘍表面非常清淨，及生長新肉芽，在短期中即能完全治愈，從未有在患處感覺任何困苦，反之，在潰瘍處或其周圍時有異常癢痒與疼痛，經此醫治後可立即消失。從前對於下腿潰瘍之醫治，甚不易易，屢須更換療法，才能治愈，然用 Lyssia 軟時，則無此種現象矣。

今由豐富材料中，僅選出三例，此三例之治愈如用其他方法則極為不易，而且為時甚暫：

1. 老人下腿潰瘍

2. 慢性復發下腿潰瘍

3. 下腿潰瘍極大者

例1. 病者為一八十一歲老人，在來醫時，左下腿內側有三馬克大之潰瘍，每天用 Lyssia 軟膏敷貼一次，至二十二日之久。臥牀十六日，即完全治愈。

例2. 病者為一五十三歲之紡織女工，腿部常發潰瘍因此於五年前曾在病院醫治七星期之久，在二年前，經專門醫生，將下腿靜脈管使其萎縮(此靜脈管現仍血塞)一年來左踝部又生出許多潰瘍，直至現在，雖久經醫生醫治，亦無效果。來醫治時之病形：下腿之外側有四大膿性及不少較小而淺之潰瘍，內側有三較大潰瘍及許多較小者，經二十四日之治療後完全痊愈，病者能工作如常。

例3. 病者為五十八歲之農婦，二十年來，因腿部潰瘍時經醫生醫治，其潰瘍處歷久不收口者三次，二月中旬左下腿，部又發潰瘍，雖然經用鋅軟膏 (Zinksalbe) , Granugenol (肉芽催進劑之名), Jodoform 等，醫療仍是逐漸增大，毫無效果。來醫治時，為一壞死性，惡臭性之潰瘍其深度幾達子骨，且稍許流血，長十六生的，寬七生的半。治療：用石腦油 (Benzin) 洗清後，即用 Lyssia 軟膏。每日更換一次。其周圍之強度發炎或浸濕者，用鋅軟膏醫治，安臥牀上二十二日，計三十三日完全治愈，其肉芽 (Granulation) 生長甚堅固，無痛，而有彈性，病者能工作如舊。

凡住院病者，最先宜安睡牀上，直至潰瘍生長肉芽與完全清淨後而止，才能起身。潰瘍早晨用 Lyssia 軟骨敷貼，上面再加以一塊紗布，使病者可終日行走。

各方面所採用之寬緊皮管帶 (Trikot-schlauchbinden)，或靜脈腫帶 (Varicosa-nbinden)，灰橡皮膏帶 (Heftplasterverbanden)，橡皮海綿繃帶 (Gummisenwammr-erbanden)，或鋅膠繃帶 (Zinkschleimverbanden) 等，余等從未用過。於住院病者不住院病者之大潰瘍，病者每日必須工作

，余等合用 Lyssia 軟膏與鋅膠繃帶，亦得良好之結果。繃帶安貼於患處，平均約四五日，然後用石腦油 (Benzin) 與 Lyssia 軟膏洗淨，再更換新繃帶。在換時務須腿部提高。病者覺經醫治後，其舒服，並能從事於工作，而無妨礙其職業。不住院病者治愈時間較久。十分遲延與未治愈者余等未見一例。住院之病者，於出院後，毫未見工作上之妨礙，而且在六個月中，一再檢驗，皆覺痊癒之處，較之出院之日完全一樣之緊密。

梅毒、白濁及結核病之血清學的鑑別診斷

維太斯基 (Ernst Witebsky) 著

方 召 譯

如梅毒之血清診斷學在梅毒病症的認識及卓越治療的指導之職務上，證明了是極有價值不可或缺的方法，則其他的尤其是慢性的傳染病，在血清診斷的嘗試上，相反底不能得着同樣良好的結果。自格魯伯 (Gruber) 與維大爾 (Widal) 兩氏以來，吾人已知在傷寒菌侵入器官後即起血清變化。這種變化於專門的診斷學上非常有用。但最初的希望，祇是同樣的方法用於結核病與白濁。不過結核病的及白濁的血清診斷學，到最近纔似乎有廣大的效用。鑑

別診斷之血清學的困難是多方面的。首先遇著的特別障礙就是血液蛋白質的不安定性，這現象發生於一切傳染病與組織分解變化時，牠所表現的是血球降落速度之加高。因這種不安定的血清遇了各種蛋白質沉澱劑時，會起一種反應，將真正的抗體原及抗體反應掩迷了。這些蛋白沉澱劑常常自身就是試驗管的抗體原 (Reagensglas-antigene)。依此將一癌病患者血清或一結核病患者血清與標準血清區別，是很容易的，但問題却完全是兩樣，我們所問的是

這些不安定的血清彼此間之區別。這樣重要的知識屢次被人忽略，真是可驚異的事。就是梅毒與結核病間血清學的鑑別診斷，現在還仍然常碰着很大的困難。不久以前在本週刊（按即德國科學家醫生學會出版的臨床講義週刊。譯者）曾發表過關於使這種血清學的鑑別診斷有時可能的方法。

普遍的說來，這誠然只是千百次試驗的吻合，這些試驗同時替血清學的方法造出實驗的基礎。但為實行此事所有的一些零碎症例報告，在我們範圍內決非必要。

在我們的研究院內，隨着梅毒的血清診斷法，新近更實施結核病的血清診斷法，並且還用一種自製的白濁抗體原試行白濁的血清診斷法。有一例是由外面供給的血清，用於三種方法上，即梅毒，白濁及結核病之血清診斷學，都起強烈的正反應。我們就託付那位治療的醫生，納斯他 (Rastatt) 的格羅斯曼 博士 (Dr. Grossmann)，替我們再作一次那病婦的血液試驗。為確定此處究與三種不同的抗體作用有無關係，或是否與非特性的反應無涉，我們會以此血清作下列的試驗。

我們取意於艾利氏 (Ehrlich)，摩根洛特 (Morgenroth)，喀斯得蘭利 (Castellani) 諸氏所作之聯合試驗 (Bindungsversuche)，借重 a. 一結核病正反應病人的血清 b. 一瓦氏正反應 (Wassermannpositiv) 病人的血清 c. 一白濁正反應病人的血清 d.

一欲檢驗的血清 e. 一正規孕婦血清 (當作負反應的檢察) 來試驗。將上舉名血清均先用 1. 結核菌 2. 白濁菌 3. 牛心越幾斯 (Kinderherzextrakt) 處理之，並考察每種在處理後之情形。其試驗程序之形成如下：

A. 用乾結核菌之事前處理。

五次將每 0,15g 之結核菌秤好，並用生理食鹽溶液多次透洗之。每次於其沉澱上加入 8 ccm 的四倍稀薄之血清。

B. 用白濁菌之事前處理。

五次用遠心器由極濃的白濁菌浮物內，每次分出 1 ccm，並透洗之。每次又以 8 ccm 四倍稀薄之血清攪入沉澱內。

C. 用牛心越幾斯 (瓦氏抗體原) 之事前處理。

每 2ccm 牛心越幾斯用煎器 (Wassebad) 蒸發之，而將其餘滓置入 8 ccm 四倍稀薄之血清內。

此混合物在 37° 溫度中消溶三小時，然後經夜置冰箱內。次晨兩次用遠心器分離半小時，其已極清明之注出液再以雙層特硬濾紙濾過之，後更十分鐘在 56° 溫度中使失掉作用。

下列之表即用結核病，白濁及梅毒之血清診斷法，當時所得之結果。

——結核病之血清診斷學——

按照維太斯基 (Wetebsky)，林根斯丹 (Klingenstein) 及古恩 (Kuhn) 三氏之結核病抗體原下降量，將依原來計劃 (三種

過程)·於加入 0,25ccm 十五倍稀薄之天竺鼠血清後，用 0,25ccm 四倍稀薄之病者血清在 37° 溫度中消溶九十分鐘。然後跟續加入 0,5ccm 閩羊血浮泛物 Hammel-blütaufschwemmung 及二聯受納體稀薄物 Amboceptor verdünnung 之均分混合物。結果如第一表所示。

『註』：赤血球溶解度係由實驗得來，其意義如下示：

- = 完全赤血球溶解
- + = 近乎完全的赤血球溶解
- ++ = 中和的赤血球溶解
- +++ = 餘跡的赤血球溶解
- ++++ = 無赤血球溶解

第一表：

下降的 抗體原量 ccm	閩羊血於其用結核病抗體原及病者血清之事前處理後，由二聯受納體及補體 (Komplement) 所起之赤血球溶解。				
	a 結核病 正血清	b 瓦斯曼 正血清	c 白濁 正血清	d 欲解答 血清	e 孕婦 血清
天 然 血 清					
$\frac{1}{2}$ 0,25	+++	-	-	+++	-
$\frac{1}{6}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{18}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{54}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{162}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{486}$	++++	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-
A. 用結核菌之事前處理後。					
$\frac{1}{2}$ 0,25	-	-	-	-	-
$\frac{1}{6}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{18}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{54}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{162}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{486}$	-	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-

B. 用白濁菌之事前處理後。

$\frac{1}{2}$ 0,25	++++	-	-	+++	-
$\frac{1}{6}$	++++	+	-	++++	-
$\frac{1}{18}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{54}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{162}$	++++	-	-	+++	-
$\frac{1}{486}$	++++	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-

C. 用牛心越幾斯之事前處理後。

$\frac{1}{2}$ 0,25	++++	-	-	+++	-
$\frac{1}{6}$	++++	-	-	++++	-
$\frac{1}{18}$	++++	+	-	++++	-
$\frac{1}{54}$	++++	+	-	++++	-
$\frac{1}{162}$	++++	-	-	+	-
$\frac{1}{486}$	++++	-	-	--	-
0	-	-	-	-	-

結核病正的病者血清與欲檢驗的血清均明顯的同結核病抗體原起反應作用。於用結核菌之事前處理後，則兩血清之反應能力完全消滅。而用白濁菌及牛心越幾斯之事前處理，則無或無可述之價值的影響於兩血清的反應能力。

病者血清之下降量，每次於加入 0,25 ccm 十五倍稀薄之天笠鼠血清後，再用 0,25 ccm 自製之白濁菌越幾斯，在 37° 溫度中消溶一小時。然後跟着又加進 0,5 ccm 閣羊血浮泛物及二聯受納體稀薄物之均分混合物。同樣的血清將用於如第一表所示之試驗中，其結果則如第二表所示：

——白濁之血清診斷學——

第二表：

病者血清 之下降量 ccm	閣羊血於其用白濁菌抗體原及病者血清之事前處理後，由二聯受納體及補體所起之赤血球溶解。				
	a 結核病 正血清	b 瓦斯曼 正血清	c 白濁 正血清	d 欲解答 血清	e 孕婦 血清

		天 然 血 清				
$\frac{1}{4}$ 0,25	-	-	++++	++++	-	
$\frac{1}{8}$	-	-	++++	++++	-	
$\frac{1}{16}$	-	-	++++	++++	-	
$\frac{1}{32}$	-	-	++++	++++	-	
$\frac{1}{64}$	-	-	-	++++	-	
$\frac{1}{128}$	-	-	-	++++	-	
0	-	-	-	-	-	

A. 用結核菌之事前處理後

$\frac{1}{4}$ 0,25	-	-	++++	++++	-
$\frac{1}{8}$	-	-	++++	++++	-
$\frac{1}{16}$	-	-	++++	++++	-
$\frac{1}{32}$	-	-	+++	++++	-
$\frac{1}{64}$	-	-	-	++++	-
$\frac{1}{128}$	-	-	-	++++	-
0	-	-	-	-	-

B. 用白濁菌之事前處理後

$\frac{1}{4}$ 0,25	-	-	-	-	-
$\frac{1}{8}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{16}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{32}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{64}$	-	-	-	-	-
$\frac{1}{128}$	-	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-

C. 用牛心越幾斯之事前處理後

$\frac{1}{4}$ 0,25	-	-	++++	++++	-
$\frac{1}{8}$	-	-	++++	++++	-
$\frac{1}{16}$	-	-	++++	++++	-

2	-	-	++++	++++	-
32	-	-	++++	++++	-
2	-	-	++++	++++	-
64	-	-	+++	++++	-
1	-	-	-	-	-
128	-	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-

試驗所示：白濁正的與欲解答的血清均無異議的同白濁菌抗體原起反應作用。用白濁菌事前處理後，則兩血清之反應能力完全消滅。而用結核菌及牛心越幾斯之事前處理却無損於反應能力。

C. 瓦氏反應

病者血清之下降量，每次於加入 0,25

十倍稀薄之天竺鼠血清後，再以 0,25 ccm 六倍分段稀薄之膽脂化牛心越幾斯，在 37° 溫度中消溶一小時。然後更繼之以 0,5 ccm 閣羊血浮泛物及二聯受納體稀薄物之均分混合加入。以同樣血清用於如一二兩表之試驗中，得結果如第三表：

第三表：

下降的血清量 ccm	閣羊血於其用牛心越幾斯及病者血清之事前處理後，由二聯受納體及補體所起赤血球溶解。					
	a 結核病 正血清	b 瓦色曼 正血清	c 白濁 正血清	d 欲解答 血清	e 孕婦 血清	
天然血清						
2 4 1 8 1 16 1 32 1 64 1 128 0	0,25	-	++++	-	++++	-
		-	++++	-	++++	-
		-	++++	-	++++	-
		-	-	-	++++	-
		-	-	-	++++	-
		-	-	-	++++	-
		-	-	-	-	-
A. 用結核菌之事前處理後						
1 4 1 8	0,25	+	++++	-	++++	-
		-	++++	-	++++	-

1					
16	+	++++	-	++++	-
1					
32	-	++	-	++++	-
1					
64	-	-	-	+++	-
1					
128	-	-	-	+++	-
0	-	-	-	-	-
B. 用白濁菌之事前處理後					
1					
4	0,25	++++	-	++++	-
1					
8	-	++++	-	++++	-
1					
16	-	++++	-	++++	-
1					
32	-	++	-	缺	-
1					
64	-	-	-	++++	-
1					
128	-	-	-	++++	-
0	-	-	-	-	-
C. 用牛心越幾斯之事前處理後					
1					
4	0,25	-	-	-	-
1					
8	-	-	-	-	-
1					
16	-	-	-	-	-
1					
32	-	-	-	-	-
1					
64	-	-	-	-	-
1					
128	-	-	-	-	-
0	-	-	-	-	-

試驗之結果：梅毒患者血清及欲檢驗之血清均明顯的起正的瓦氏反應。用牛心越幾斯之事前處理遂消滅其反應能力。而用結核菌及白濁菌之事前處理則毫無影響。

是故應用特性聯合之原則，以求因梅毒，結核病或白濁而起之血清變化的抗體

質，已屬可能。於上述症例中，聯合試驗更毫無非議的證明了，三種不同的抗體型彼此無關的並列着。故此無疑的說明了同時並起的梅毒，結核病及白濁之血液變化。各個反應間彼此之非特性的侵及亦因而排除。我們得着經手治療之醫生的下列報告：『女病人手掌上有一丘疹狀的梅毒皮

疹。直到約七星期前，她曾因白濁求治於佛郎克府市立病院。最末之拭取物於多次負反應後，復起正反應。迄今猶不能證實結核病有活躍的現象（X光尚未用），不過

病歷上證明其有傳染的機會。』

（譯自 *Klinische Wochenschrift* 第十一卷，第五期。）

糖在治療上之意義

Prof. Dr. Hugo Pribram 著 程周緒譯

糖於營養治療及藥劑治療，均有特殊意義。其用於營養者，則適於滋補，即沉痾重症，亦奏奇功，以其具有下列數種性質之故：——

1. 易溶於水，易被吸收，在身體內易於養化。

2. 其於機體內燃燒之際，並不產生含有毒性之間宿物質。其由新陳代謝所生之最終產物，水及碳酸均不礙及排泄器官，而尤不為害於腎臟。

此外糖於蛋白質及脂肪之缺乏，亦有功效。其對於營養治療之意義，不僅以其滋養價值，值得重視；而在空腹時所進之糖能發生一種刺激，其作用在使脾臟有因素靈 (Insulin) 之產生，其功效正似注射因素靈以為最適於營養治療之輔助者然，

通常用於滋養之蔗糖，可以葡萄糖代之，此種糖類，在身體內之產出，係由蔗

糖而來，以其有甜味不濃之優點，故不難多量服用，作為藥劑，祇有葡萄糖單獨見用，其功效之最十足者，則為以其高濃度溶液，直接注入血道，此種靜脈注射有下列數項功用：——

1. 此高濃度溶液，能將組織中之水分吸收，而對於非正常所儲蓄之水分，致呈水腫者，尤見功效，此種吸收水分之性質，吾人一觀用糖治肺水腫症所得之良好結果，可以知之矣，其已由組織內吸收之水分，則由腎臟暢然排出於體外，

2. 藉水分由組織注入血道時之流動，能將他種物質，如因新陳代謝所產出而積聚於組織內之殘滓廢質，分散無遺。

3. 多年以來，余於糖之凝毒性已多方加以考察，直至近年，始得其可注意之點，即毒物無論其由體外侵入，或因新陳代謝障礙之故，而產生於體內者，與糖均有

此種凝固關係，毒物入體內時【如由麻醉，菌毒，殺爾菌原散 (Salvarsan) 扶夢納 (Veronal) 等】，若吾人注射糖液，則使中毒者，較易忍受，此種事實於動物實驗上及人體觀察上已經證明。體內組織潰解的中毒，其常見者，為體內蛋白質潰解，腎臟病之末期，所謂尿毒症者，即其例也。在此種病中，正可看出糖之注射之適應處以其能將毒物由組織內吸收，大部分為其凝固，並竭力使其由腎臟排去之。

4. 糖於肝臟，尤有密切關係，在動物實驗上所指示於吾人者，一除去肝臟之犬，唯與以糖質，能暫時保持其生命，在人類觀察上，因肝臟受病，致血液中所含之正常糖量減少時，施以糖劑，則見奇效，是以在諸種肝臟病中，其肝臟組織已呈危險狀態者，則因素靈與糖之混合施用，大

可引為肝臟保護療法焉，

5. 在他種疾病中，而尤以在因素靈施用過量之故，其狀正如肝臟受病，致血液中所含之正常糖量減少時，施以糖劑，則可代其所缺少者，其意有如代替治療然。

6. 此外糖於循環系統，於心於血管，均有功用，是以心肌患病及一些血壓增高者用之，均獲效驗。

糖在受病機體中之效用，至為廣大，固非上列數端所能盡述者，而於其各種用法，如作內服，灌腸劑，注射劑；及其對於各種病症，如中毒，傳染病，心臟腎臟，新陳代謝，肺，腸，等病之特殊作用，已可觀其梗概矣。

於此猶有關乎重要者，即糖除患糖病者不宜施用外，絕無害處，有時雖無所裨益，而亦萬萬不致有釀出為害之事。

用伊脫 (Äther) 治療手術後的氣管支炎之研究

Dr. Adam 原著

張運生譯

手術後的氣管支炎，治療很難，因為我們不能的確的知道，牠是循環系的損傷呢？肺部呼吸不充足呢？還是嘔吐物吸到了肺內？或者以脫刺激氣管的粘膜而引起的呢？最近已由愛登氏 (Eeden) 證明，這

是一種神經的作用，尤其是身體衰弱人的迷走神經 (Vagus) 範圍之內，容易引起循環系的損傷，和肺部浸透而促成這種氣管支炎的實現；這種的情形，其他的著作家 (Kelling, Mandel, Schneider) 也已證明，

若能把腹膜來刺激，便可免去，至於發生這種情形的作用和內分泌的關係，到現在還是一個不明瞭。

我用以脫治療手術後的氣管支炎，共有二十四人，其中五人拿立司 (Rieso) 的方法——注射 0,5ccm Äther 和 0,5ccm ol. oliv.) ——改爲百分之一的 Psikain 溶液和百分之一的 Novokain 溶液，藉此把注射的地位麻醉一下，如注射時還覺痛苦，那一定注射沒有得法的緣故了；其餘的十九人我是用的混合液汁如下：

Cuajacoli.
Camphorae aa 1,5
Ol. Pini p. 0,5
Mentholi 0,1
Aether. Sulf.
Ol. Oliv. Steril. aa 10,0

上面的液汁我拿出 1 ccm，但加進 0,5 ccm Novokain 溶液，注射在病人的股直筋 (M. rectus femoris) 內，同時要注意血管和神經，將針垂直的全部插入進去，因爲 Novokain 溶液較重而沉在下面，所以先達到肌肉上，可使注射的地位麻醉，等到 Novokain 注射完了，要停止半分鐘，再把餘下來的注射進去，依我的經驗，如果患這種氣管支炎的人，有很高的熱度，病人同時覺得很不舒適的樣子，應當在初起的兩三天之內，注射上面的液汁，每天兩次——也有一次的——每次一西西 (1ccm)，注射後病人很歡喜睡覺，當晚就覺

到好了許多，至少也可以使牠快一點復元，我個人治療這種病，都用這種方法，此外頂多再加一個混布瀾帶，其餘的方法，一概免去。

病者統計：

Hernia inguinalis	3 人
Hernia femoralis lib.	2 人
Hernia femoralis inc.	1 人
Ulcus Dnodeni	5 人
Gangreana pedis	1 人
Coxa vera	1 人
Henia umbilicalis	1 人
Struma	3 人
Sublux coxae	1 人
Genū recurxatum	1 人
Carcinoma mammae	3 人
Tumor seapulae	1 人
Neoplasie coeci	1 人

病者的年齡：

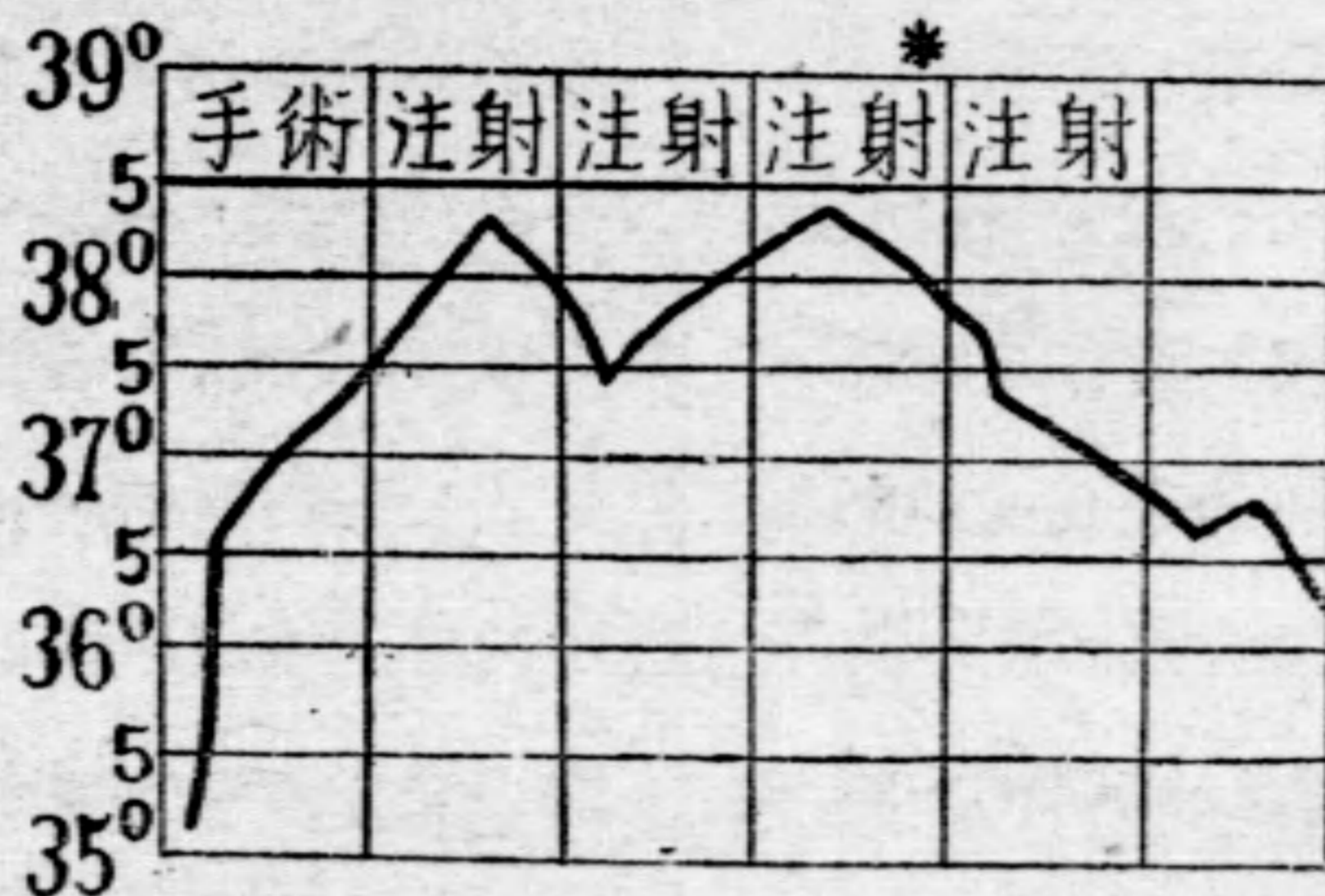
14——20歲	4 人
20——30歲	5 人
30——40歲	3 人
40——50歲	6 人
50——60歲	4 人
60以下	2 人

把上面的病人，分三類來報告：

第一類 用上面的方法將手術後的氣管支炎全部治好的，共有十九人，這十九人之中，十四人是用以脫麻醉的二人是用局部麻醉，其餘的三人是用的普通的混合

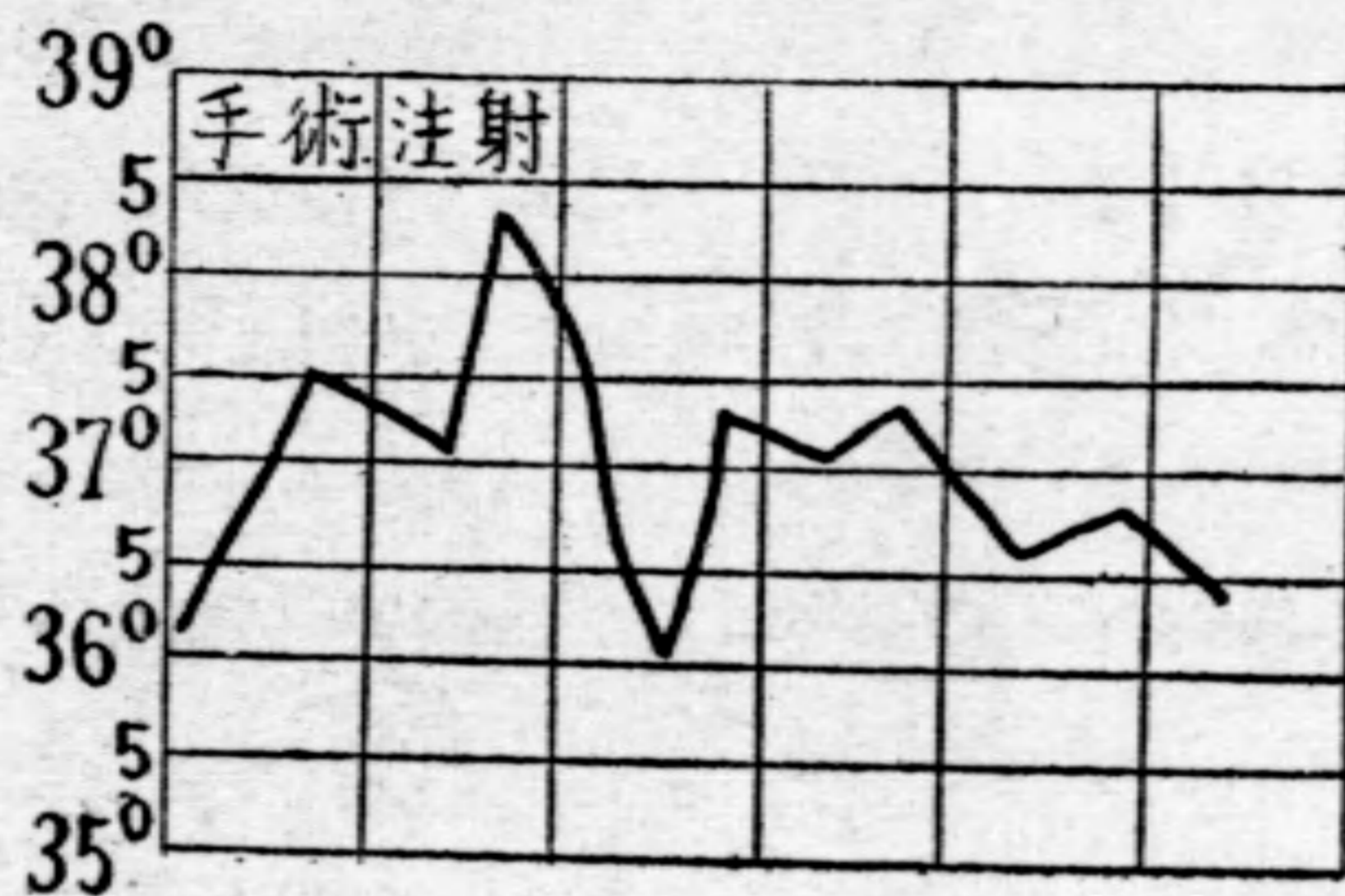
麻醉(Sonmifen-Urethan-Magn. Sulf.)。我們知道最後這一種麻醉方法，內中含以脫很少，同時很難有嘔吐的現象，所以雖然發生了氣管支炎，治療起來，易如反掌。這一類的病人，我同時注射 1 ccm 的以脫混合液汁，五分鐘到十分鐘之後，所有的病

人呼吸漸漸的容易起來了，咳嗽也完全停止，呼出的氣已沒有難聞的臭氣了，所以病人就覺舒適了不少，熱度在第二天下降，也有在第三四天才下降的，我們看下面的兩個表，就可以明白了。



Struma 18 歲

此病人每日注射一次*此日注射兩次



Hernia inguina 60 歲

第二類 這一類只包含兩個病人，一個是急性的，還有一個慢性的氣管支炎，用以脫混合液汁注射後，沒有得到什麼效果，不果前者藉此可以預防化為氣管支肺炎，有極大之功效，後者使我們非常失望，病勢轉劇了。

第三類 這一類也有兩個病人，我以以脫治療，在第二天早晨一個，施行大腿疝

氣 (Femoral-Hernia) 手術的，我是注射在上臂伸筋上的，臉面上發了蕁麻疹 (Urtikaria)，這大概是一種對以脫特異體質，假使是腸性中毒，也不能免去的，還有一個 (Resectio ventriculi M. Rydygi. r 【局部麻醉】他的兩肺尖，已被浸透，注射後病勢很快的轉惡，因此我凡遇患結核肺病的人，極力勸阻不要用這種以脫治療法了。

波狀寒熱病 (Das undulierende Fieber)

(勃魯采氏和彭氏病) (Brucese und Bangsche Krankheit)

Prof. Francesco Pepeu 原著 魏祖憲譯

波狀寒熱病在很多的方面逐漸增加，就是在以前從未知道這病的意大利也發現了。這是很困難用我們現在所有的知識去分別勃魯采氏病和彭氏病的發展。牠們還是起源于一種病菌，這種病菌是從這個獸類傳染到那個獸類而起的一種變化，或者是從不同的但是又很近類的病菌所造成，那我們置之不問了。但是我們可以證明，這種傳染還是從山羊，豬類或牛類所發生。培養的不同我們稍為可以引證一下：勃氏傳染病可以很容易的把病菌從血裏取出來培養。至于彭氏傳染病就難了，普通祇能在無氧氣情形之中。兩種病菌對於血清的凝集反應是平行的。

自己的觀察：我曾經直接從解剖山羊傳染到。這個獸類看上去似乎是完全沒有病的，而且牠生長的地方我們猜去也不會有地中海熱 (Maltafieber) 的。我的手上也沒有看得到的傷口。和我同時傳染的有一個技術家，他是幫助我解剖的。在這種情形我們必須從勃氏病來談，而不從彭氏病，因為是從那只山羊傳染來的。我在正月一日傳染到這個病；過了一個短時期一個沒有寒熱的週期開始了，頭痛，消瘦，

虛弱，氣管粘膜炎，直到四月中旬發了一次冷之後，很高的寒熱就來了。起初我也以為有潛伏着的結核症可能，但是以後當廿二天週期的高亢熱和所有精神上很刺激的難過這與別種的傳染病完全不同，脾臟和肝是格外的變大，於是發生多種的難過。脾臟囊膜時常很疼痛而肝腫又使呼吸困難，胃口完全如舊，而外貌是比隨便那種高寒熱病都好。在寒熱發生之前已發現的情感性被意大利醫家認為波狀寒熱病的特徵。訪問，書信，讀，閱等都很容易發生一種感動的性情，這種現象也許在病後還能保持一些時候。

傳染的可能性：最明顯的是從生羊乳傳染勃氏病；彭氏病是從牛類傳染的，依丹麥的報告是從生牛乳傳染。但是人與人之間傳染也並不少呢；我的妻看護我也傳到了，我又知道一個醫生被送來檢查的病人的尿而傳染。法微利 Favilli 氏也曾找到很多從新鮮乾羊酪發生傳染。最近 Mazé 和 Cèsari 報告過，乳酸醱酵能在廿四小時內殺死 *Brucella abortus* 桿菌。的確這種 *Brucellen* 桿菌很利害散播在各處，而傳染的可能性也很多。

現在我要談到牠的治療法了。很多的著作家們也在最近的時候決定特殊的治療法是可懷疑的。意大利醫生們已經在一千九百另八年應用一種馬的免疫血清，這種血清近來我也時常用的。把馬用從勃氏和彭氏傳染病取出很有毒性的病菌長久免疫；于是這馬的血清對於兩種傳染病都可應用。這種效驗對於初起的病情是很有益的。我看過有些病情用一次或二次肌肉注射 (50—80ccm.)，或者一次靜脈注射病勢就可以抑制下去。有幾個經過血清治療之後高熱立刻降落，但是在很好的普通健康狀態之中還長久的帶着一些微微的寒熱。這種情形一個疫苗治療 (Vakzinebehandlung) 應用在血清治療之後是最適宜。我也看到過很好的同樣結果，已經過很長的病期，用免疫治療，更好還是自生疫苗 (Autovakzine)，這樣我大概能夠沒有蔓延的病情輕易放過了。但是我還應當把可能的趕快去高山上居住認為治療法之一。老的東意大利醫生，他們熟悉地中海熱的，早已當有寒熱的時候還時常認為高山上居住是有價值的。在高山上可以很快的退去寒熱和消失脾臟及肝的腫漲。依我近年來的經

驗大概 1500 米突高度認為最適宜。

波狀寒熱的豫後是時常很良好的，倘若患病的人本來是很康健的。非常罕見的不救是祇有別的機能患病的人捱得到。特別因為牠的長久性和併發病及續發病的可能性才認為一種很利害的病症。我的病總共經過了六個月，到現在還留着疼痛的病竈樣的橫隔膜和肺膜的互相駢生，這算為肝腫的結果。所有的病情不是都有凶險的經過，好像各種傳染病一樣，我們能夠注意到牠的順序從最輕的到最重的。這種不同的經過完全依從病菌的毒性和本身的抵抗力而生的。

談到診斷我們首先注意血液檢查。普通先檢查傷寒和副傷寒，要是檢查結果是相反而寒熱並不退去，于是我們就要引到對於波狀寒熱病的血清檢查了。到現在我還沒有對於直性波狀寒熱病得到過相反的凝集反應，並且還時常有很高的效率力 1:400—1:2000。而病菌的分離在我的實驗室裏差不多沒有失敗過。所以醫生對於這種傳染病的散播應當時常想到這種可能性，而且對於血液檢查毋用疑慮。

氣管枝性喘息之原因及其治療

K. Hajos 著

儲麟蓀譯

氣道和肺之傳染病對於氣管枝性喘息有密切關係，這已屢次的引證過，受寒病和氣道加答兒似乎更易促成喘息之發作，鼻粘膜，扁桃體，毛細氣管枝及肺之細菌質的小兒喘息也決定了後來發生的呼吸困難，內分泌均衡阻礙而起的食物過敏性，好像不時常是使喘息發作的原因，在從前呼吸道患過傳染病的人，常出現房舍塵埃的，黴菌的，絨毯的，氣候的變態反應等。

氣道細菌病普通是沒有遺下免疫性的，它早已成了進一步的傾向於此和彼的所謂受寒病，粘膜因此病的反復發生而損害了它的抵抗力，它成了加答兒現象之潛在的素因，鼻，咽喉，氣管枝粘膜的持久分泌和氣道肌纖維痙攣。因此的解釋，空氣中一切浮動的和藉空氣散布的變態反應原喘息病人感受時起初先患鼻炎，鼻感冒，流行性感冒或其他相似的傳染病，變態反應病的原因，遺傳當然是一種素因，在喘息則以為氣道遺傳抵抗能力薄弱所致。以前相似的關係下我曾引證過食物過敏性。傳染病和喘息之關係可顯明的指示，假使在病和第一次喘息發作中無長時間的間隔。傳染病不單是喘息發作的機會，却是直接原的因。

Kaemmerer 氏在以前的報告中證明過，一百零三個的喘息患者中有六十六人的第一次發作是直接跟隨着任何一種的傳染病而來。在我第一次整理中，到一九二六年為止，一百六十四個喘息病人都曾患

過氣道傳染病，並且多數是加答兒，鼻感冒，我能在此症例中百分之四十（六十六）證明它第一次發作和任何一種加答兒或炎病有直接的關係。

自從上面報告後我得着機會，又詳細的觀察了一百八十三個喘息症例，和發現了一百十四個病人的既往症中有各種傳染病。五十六個症例能夠毫無懷疑的決定傳染病和喘息有直接的關係。不但我，却還有許多其他的著者注意到，用皮膚試驗能決定的食物變態反應我們是怎樣的少見。和此相反的，我在病人處常常找着塵埃的，黴菌的，絨毯的變態反應，這種病人在他們既往症中能證明曾有過各種傳染病的。細菌性或毒性的鼻粘膜損害在此等症例中視為初步的喘息原因，它使鼻粘膜以後感覺過敏。

被問的病人中五十六個是毫無懷疑的決定它傳染病和氣管喘息有直接病關係，其餘的有四個病人洗冷水浴後在戶外立刻得着第一次的發作，二十七個喘息患者第一次發作則因受寒而無較近的說明。在肺結核後生此病的六個，居處火災的一個，精神攪亂的一個，煤氣中毒的一個，肺彈傷後的一個。從幼時起已有喘息而無較近說明的五個，其中三個和鼻菌有關係的。在整個病人材料中能以內分泌搗亂為因的有七個，十個是受房舍塵埃的黴菌的，絨毯的，變態反應和二個是食物感覺過敏所致。

因此，一百八十三個病人中一百十二

個氣管枝喘息的原因能夠以既往症的原因來解釋。其餘的七十一個病人沒有供給原因和治療可應用的既往症的支點，所以在大多數的症例中精確的既往症和病人的陳述是很有價值的。

喘息發作的現因之第一是有一定的素因，第二是發作的原因和後來加入的一切。假使一切空氣變態反應原也有原因的權威，那麼，它的感應作用的性質在我的覺察首先是這種變態反應的素因，它因急性傳染病而損害氣道的。

病人陳述的重要，Kaemmerer氏也屢次的指示過，他的單記問題紙使用於檢查既往病史是很好的。我認爲病人自己的觀察是很重要的，有時簡直能指出療法，因爲我們從用各種變態反應原的皮膚變態反應試驗不能得到充分的特殊的支點時，它能在既往症的原因上引入像常用的不特殊的陽性的皮膚試驗一樣好的特殊療法。

可惜吾們還沒有充分的經驗，就是用細菌變態反應原能不能得到精確的診斷的結果，像我們在既往症中的希望的一樣？商業中能得到的細菌變態反應原在診斷目的上是不通用的。在診斷目的上同樣的不用異性細菌浮釋培養，療法中也只嚴密的特殊的藥，同性細菌可希望有效驗。我們只得着每次製造的自身的菌液的效驗，百日咳有幾個症例，但是也少好的，商場中購得的異性百日咳菌液是有效的。我已經指示過，結核菌素 (Tuberkulin) 當特效

藥用時比非特殊的消除感作治療 (Desensibilisierungstherapie) 之其他蛋白質或發熱藥沒有什麼好處。

肺尖加答兒，肺結核和喘息的關係現在還是一個很有爭論的問題。統計的結果是跟着作者在肺病療養院，瑞士治療所或各病混合的內科病院中採集的材料而不同。肺尖加答兒當做喘息不可分離與前驅症在我從前的報告中已經說過。Kaemmerer氏在他的病人中發見百分之十九的既往症內是有肺結核的，百分之七點四認爲是氣管枝喘息之不可分離的原因。我第一次報告中喘息患者之既往症中百分之二十一是有肺結核的，在一百六十三個的肺結核中有五個症例當做發作的前驅症。在我最近的，就是上面說的，一百八十三個息喘患者中有六個肺結核症例當做發作的前驅症。致於它們的關係可以在因結果佳的特殊的和普通的強壯的治療，肺結核治癒後喘息也消滅來證明。

變態反應素因的病人傳染病消退後因粘膜損傷故氣道細菌和它的蛋白質產物感作以致細菌感覺過敏。這機械的理論和我那時對於內臟感應作用 (enterale Sensibilisierung) 報告的結果相同。同樣的因各種發作機會，特別像忽然的和局部的使粘膜和氣道加冷，或者他的加答兒，則細菌或它的蛋白質容易有新的侵入和變態反應症象出現的可能。

氣道的病不單引入特殊的細菌感覺過

敏性，却開了因其他變態反應原到感應作用的道路。有十個症例能決定，就是這些病人用黴菌膏，絨毯，空氣變態反應原等等皮膚試驗普通呈陽性的，他們在加答兒，鼻感冒，流行性感冒後得着第一次的發作。病人的自述或問其關係人時能決定在幼年有滲出性素因症象的，不但傾向於營養的感覺過敏性，他也具有易感覺的抵抗力弱的氣道粘膜炎。小兒喘息在我的材料中多數是加答兒開場的，氣管枝肺炎，毛細氣管枝炎，百日咳都有重要的關係。

因為氣管枝喘息的原因中傳染病有這樣的重大的關係，故在治療上也應該顧慮到它。這建議實驗的重要的結果是首先在特殊的，對於原因的關鍵上有力的治療。

在既往症中和傳染病有關係的症例用自體染液治療，它的製造和用量應當在下面簡短的敘述。大多數症例的細菌學試驗我得着 Priv.-Doz. Dr. Gozony (Gra-Apponyi-Poliklinik 化驗室指導的幫助，他還擔任了製造自體菌液。

新鮮的早晨吐的痰放在消毒過的貝氏覆蓋皿 (Petrischale) 內繼續反覆試驗二三天，到幾乎全體的細菌羣均已長成爲止。同時還要採取鼻，咽喉，扁桃體的材料。痰和分泌物放在瓊脂，血清瓊脂板或賴文達氏 (Levinthal) 瓊脂板上，我們曾試驗過用奇異法 (Prodigiosusmethode) 分離痰中的厭氣菌。但暫時我們在治療上不能用厭氣菌，喘息患者痰中的厭氣菌通常似

乎沒有什麼權威的，它也很少出現。

板上分離的聚落 (Kolonien) 放在斜瓊脂 (Schraegagar) 上。我們是盡力的製造這種的混合菌液，它在可能範圍內各種細菌是同量的。我們的菌液通常是有各種鏈球菌，肺炎菌，葡萄球菌，加答兒球菌，和 Pfeiffer 氏流行性感冒球菌。百日咳桿菌尚未找到，故吾們常用購得的百日咳菌液治療百日咳喘息。由斜瓊脂培養製造的浮釋培養，把它放在內有一到二立方厘米生理食鹽水的瓊脂培養管中，通常十至十五瓊脂培養基用十至十五立方厘米食鹽水洗滌；它因基本混合之不同而組成一厚的或薄的乳狀液，在可能範圍內每個培養基要用同量數的瓊脂管。我們不用規定細菌數，因其每次因人發生差異。我們也能用最少量，免爲診斷目的用後遭遇變態反應之驚駭，它只能在美國文獻的例中引證 (R. W. Lamson 等)。

細菌浮釋培養液接連二天一小時之久的放在攝氏六十度的煎器中，然後再做消毒試驗。假使病人和治療不在特殊的對照試驗下，菌液方可炭化。應用前須先檢查安甌的氣味。

按照病人的強的全身的過敏性，非特殊的皮膚過敏性，不安定的血管動運神經分佈而規定各人的用量。開始用 0.01 到 0.1 立方厘米皮下注射；第一次注射後沒有大的局部的，全身的或病竈的反應，(強性喘息發作)，則可以繼續增加用量，

假使因上列原因而開始用量太小則治療也因此歷時較久。平常我們開始用〇·一立方厘米皮下注射和每次增加〇·一立方厘米，至一·〇立方厘米為止，此最後量可按照病人之痛苦而復用幾次，此治療為十二到十五針，每三天一次。第一次治療不見功效後，則在六到八星期內須復用新的菌液，假使注射一次後有大的體溫高升或呼吸困難和喘息發作，則我們應該等候幾天，然後再用小量菌液繼續治療，菌液治療的唯一禁忌症是潛伏的或顯著的結核，它能因菌液而活動，這在我的症例中曾見過一次。

用上面記述的方法製造的菌液，我在最近二年內治了六十四個病人，愈新鮮的症例，愈有大的可能性能夠達到確實的結果。喘息患者有氣腫，心臟肥大和擴張的對此療法難得有反應，在小兒喘息我們看見他最好的結果，當然它注射的菌液也較少些，三十個病人，差不多佔了醫治症例中的半數，我們現在能夠報告二年以上的結果。其餘症例是——得復作對照的——只暫時的改善。十個症例是毫無效驗，但是也因為這種病人，病人方面的無忍耐或醫師的早期中止注射，治療期間的忍耐，因其他純粹培養的氣道細菌新鮮製造的乳狀液更換菌液使鞏固此療法的效驗。

細菌療法之再一式則為胃腸系的細菌

，我以前已注意到，喘息患者，它們有患食物過敏症者或者這種人，它們在消化器之任何處已發作腸加答兒，炎症，適宜用自已的腸菌來治療。此菌液照上面已說過的原則製造，此細菌浮釋培養液不可太厚，我們在十立方厘米生理食鹽水中一至二的斜瓊脂培養基。第一次注射應盡量選擇較痰菌之量為小的。我們用〇·〇一立方厘米之乳狀液試驗注射試驗病人的感覺性，腸菌，特別是各種大腸菌屬常引起劇烈的一般反應，高熱和寒戰，因此對此療法應更加留意。對於喘息我們比較很少能用大腸菌液的。結果是好的，報酬是更進一層的探求食物變態反應和已愈的腸病間的關係。假定，這和我以前的悟解符合，食物變態反應之成立除變態反應性的體質外胃腸粘膜的損傷和病態的透過力對於症狀的出現和原因治療的引入是很重要的。

總括的我們要再說一次細菌傳染在變態反應病的原因上之重要。因正確的應用自體菌液縮小了特殊的不可感動的喘息發作的範圍。氣道傳染病和腸系傳染病的關係用喘息發作的研究，不但對於病之發生有重要的補遺，且供給了特殊的和有效的療法於此解譯和治療一致的喘息發作。

附註：本篇譯自 Klinische Wochenschrift 十卷第四十期 1951

氣管枝炎之 Bier 氏伊脫 Aether 治療法

H. Strehl 博士 著

彭 喆 譯

自 Bier 氏於其『吾人對於類似治療之意見如何？』一文中論及氣管枝炎之伊脫治療法以來，研究者日衆，然多屬於外科及婦科方面，尤注意於麻醉後的氣管枝炎 *postnarkotische Bronchitis*，惟 Riess 氏則將伊脫亦應用於內科臨牀。

當 Bier 氏於客歲更發現伊脫對於各種病原的急性氣管枝炎之特效時，余承醫

院院長之鼓勵，氣管枝炎治療亦應用伊脫，其結果所有病例中可謂無一麻醉後的或伊脫氣管枝炎。此則敢爲吾人告者。

經余精密觀察之病例，而錄之於記載中者，總計 150 個。自伊脫之特效問世後，吾院中每多應用伊脫治療法，故病例之增加多至 200 個矣。

茲將余精密觀察之病例分述於次：

由傷風而起之急性氣管枝炎	75
流行性感冒及劇烈性氣管枝炎	30
創傷後的氣管枝炎 <i>posttraumatische Bronchitis</i>	1
慢性氣管枝炎及重性或輕微性氣腫	21
氣管枝性喘息 <i>Asthma bronchiale</i>	2
乾性肋膜炎 <i>Pleuritis sicca</i>	2
滲出性肋膜炎 <i>Pleuritis exsüdativa</i>	1
肺膿腫	1
有肺結核嫌疑者之蔓延性氣管枝炎 <i>Bronchitis diffusa bei Verdacht auf Tbc.</i>	7
多年肺結核而復患心囊及肋膜炎者之急性氣管枝炎 <i>aküte Bronchitis bei alter Tbc. mit Pleuroperikarditis</i>	1
鬱血性氣管枝炎 <i>Stauungsbronchitis</i>	3
流行性感冒及氣管上端加答兒——喉頭炎——	2
氣管枝肺炎	2
膿胸 <i>Empyem</i>	1
肋膜癌腫 <i>Pleurakarzinom</i>	1

氣管枝炎患者初病時，吾人即用伊脫治療，恆於二日至五日後可告痊愈。Harpward 氏在患者達極度時用伊脫治療，亦獲得最佳之結果。醫院中護士自己患氣管枝炎時，每於病後第五六日注射伊脫，亦見速效。然吾人固不必待患者達極度時始施伊脫治療也。

以伊脫治療傷風引起之氣管枝炎及流行性感冒之結果均奏奇効。在注射伊脫後之轉瞬間，吾人所見之現象與 Bier 氏相符，呼吸更易而深，胸壓消失，咳嗽減少，吐痰輕快，自覺的痛苦減輕，熱度降低，他覺的肺部病像亦同時減退。

茲舉一患者已達極度時之例，以述明伊脫治療之功效：

某護士，53 歲，咳嗽困難，熱度 38° ，病後第四日告病假。余診察時，彼坐臥於牀，呼吸吃力，自覺痛苦，咳嗽時作，雖竭力傾吐，亦祇吐出少許膿樣之痰，痰中有時帶細絲狀鮮血。彼雖服解熱劑及止咳藥，亦終夜不能安眠。他覺症狀：熱度 38.5° ，蔓延性氣管枝炎。治療：以伊脫一管，施行肌肉注射。注射後病者口中立即覺有伊脫滋味，神志自然，呼吸輕快，彼雖惡寒，此時亦覺體溫正常矣。注射處略呈麻木。患者朝退熱度，夜即安眠，咳嗽輕易而能吐出多量粘液膿狀之痰，更無血液滲雜其間。此時彼微覺疲倦，然而自此則告無恙矣。晚間熱度 37.2° ，患者斯時曾自行再度施伊脫注射一次。自冀日始熱度

如常，病後之第七日即離病榻，再三日後完全痊愈而復職矣。

在氣管枝炎初患者之治療病例，決無其他困難現象，熱度常於第一次注射伊脫後即復常態，漸亦有於第二次後始復常態者，所有病象在兩日後——至多亦不過五日，即可消除竟盡。

屬於此類者，僅一病例吾人施以伊脫治療無效：患者係一不安靜之緊張病者 Katatoner，赤身露體往返奔走於大庭間，熱度雖達 38° 而不欲置身床褥，咳嗽更較輕易，用麻醉劑而使患者安靜後，於是所有病象遂完全消除矣。

創傷後的氣管枝炎用伊脫治療，亦獲完滿之結果。

被治療者不幸胸部壓傷，致左側第六肋骨折斷。數日後，彼嗜吸煙之不幸者即呈氣管枝炎。斯時施以伊脫注射三次，彼頓覺輕快，同時氣管枝炎亦無任何變狀而完全治愈。

伊脫治療後已知肋骨折斷之病象，在過去罕有察知者，斯亦極有興趣之事。以伊脫治療創傷後的氣管枝炎而獲至佳之結果，此為 Sonnenck 氏研究之成功，彼時吾人固尙未知伊脫之有比功效也。

慢性氣管枝炎吾人於過去病人中常見不鮮，且多險惡者，然均用伊脫治療而得良好之結果。僅僅有一病例，初期治療毫無成效，反而轉成重性之氣腫，此病例實開伊脫治療意外之先例，當吾人尙無伊脫

對於心臟衰弱者失其效用之經驗以前。迄後患者先服以 Digitaliss 使心臟衰弱——鬱血證狀——治癒後，而彼曾經三次險惡化的帶有重性氣腫之慢性氣管枝炎，終賴伊脫以治痊。

伊脫對於慢性氣管枝炎之功效，余僅述一簡單之病例以說明之：

病者某，雖氣管枝炎之熱度性的劇變，平均恆三至四個星期一次，同時更患有顯著之氣腫，然吾人以其老年性癡呆 Demenz，仍時投以止咳劑。因為有此種險惡化病勢之增進，余曾於客歲九月應用伊脫注射而竟得驚人之結果，蓋於一次注射後此種病勢立即解除，而病者亦自此不復再服止咳劑矣。從此每次劇變——熱度高達 39° ——病者即渴望着此『藥到病除之注射』。其治療結果在十四次劇變中均恆相同，咳嗽輕快，痰量增多，熱度降低是也。凡此病症祇須一次注射已足，唯流行性感冒則非四次注射不克奏效。

依前法治療之兩個喘息病例，雖無完滿結果之可言，然吐痰輕快，呼吸自然，是則主治之點已告全癒矣。肋膜炎病例，其治療之結果亦與此同。

肺膿腫患者，經伊脫注射後即吐出多量之痰。最要者須先確定其診斷，否則決無功效也。

有肺結核嫌疑者之蔓延性氣管枝炎病例凡七，此七例更示吾人以新領有趣之現象。患者均被認為有肺結核之嫌疑者頗久

，惜吾人診察時以未得患者之正確病象，終無肯定之診斷為憾耳。就中有六病例，經伊脫治療後，即吐出含有結核桿菌 Tuberkelbazillen 之痰。因此肺結核告癒，而蔓延性氣管枝炎亦同時治痊矣。此七病例中從無惹起肺結核之更趨劇變者，所有患者治療之經過均甚良好。第七病例之肺結核嫌疑不能確定，然其氣管枝炎則經伊脫治療而完全痊癒。

—多年肺結核而復患有心囊及肋膜炎者之急性氣管枝炎病者，其治療之結果甚佳，注射兩次伊脫後氣管枝炎即癒，且對於肺結核毫無惡劣之影響。

純粹鬱血性氣管枝炎之患者三人，其治療之結果，決無一人僅用伊脫而能達痊愈之目的者。然經驗告訴吾人，每一鬱血性氣管枝炎患者，畢竟賴伊脫治療而全癒。此種經驗，吾人已於前述慢性氣管枝炎，同時復有鬱血症狀病例時詳言之矣。

氣管枝肺炎初期患者二人，經醫治後毫無結果，治療時蓋未得肯定之診斷也。及診斷定後，以尊重 Seidl 及 Riess 兩氏之告誡故，不復再施伊脫治療矣。此危篤之病症因以不得詳察之報告。

膿胸及肋膜癌腫——後施尸體剖驗乃確定——患者各一人，每回均注射伊脫一次，自然毫無特殊效能。

流行性感冒及氣管上端加答兒之患者二人，前期現象係鼻感冒 Coryza 及喉頭炎 Laryngitis，施用伊脫治療毫無結果，此

固不足驚異者也。Bier 氏在其試驗時，曾記載患者有喉頭乾燥之感覺。此種感覺喉頭炎患者特甚，蓋強烈之咳嗽刺激，致伊脫必須停止應用也。

在良好影響的急性氣管枝炎下之患者——兩醫師：

醫師某，以急性氣管枝炎故，自行注射伊脫，且敘述其效能如次：注射致罹短時間之疼痛，在注射後之數秒鐘呈現暈眩，恰似吾人吸過量之伊脫然。正當感覺暈眩之際，同時口中發生顯著之伊脫滋味，呼出之氣亦有同樣顯著之氣味，二者均數小時後始消滅，呼吸及吐痰均甚輕快，一日之後而百病消除矣。

著者已身曾患強烈性氣管枝炎，熱度 37.8°，咳嗽劇烈而乾燥，傍晚注射伊脫，靜臥病榻。注射後之一瞬間微感不適，初覺強烈寒冷，繼則於注射處有數秒鐘的輕微之癢感，同時口中有伊脫滋味，以此之故，須臾呼出之氣亦有同樣氣味。伊脫滋味約二小時始無，伊脫氣味則於翌日晨刻尚有可資證明之微量存在。移時全身有舒適之溫暖感覺，因此呈一種愉快之倦態。深呼吸及輕快呼吸頓呈重壓感覺，咳嗽弛緩，微咳即有甚疏鬆之痰吐出。注射後兩小時即靜臥，直至翌日晨刻始起。是晨熱度如常，吐痰輕快，僅有無礙之微咳，自此余亦復從事服役矣。氣管枝炎一日內於是遂完全痊癒。

伊脫治療對於流行性感冒而無氣管枝炎

患者之無效，著者已身亦曾親身經歷，茲略述之：

劇烈性感冒，聲啞猛烈，熱度 39.7°，斯時余曾注射伊脫。注射後溫暖及倦態之感覺，與前次注射後同，惟鼻咽腔中之不快的惡熱及乾燥感覺，以伊脫滋味而更甚，致余日服 Quadronal，夜服 Quadronox 以求安靜。

注：Quadronal 及 Quadronox

均係安眠劑。

Bier 氏所敘述能力效率之增高，常視為快感 Euphorie 之表示。否認自己患病之患者，每好動而多言，正如癲癇者 Epileptiker 之任性行動，惟當伊脫治療時則仍安靜如恆。

基於此種經驗之原理，余近更應用伊脫以治癲癇病症 Epilepsie，尤其癲癇症狀 Status epilepticus 及同時痙攣發作之劇烈昏迷 schwere Benommenkeit。憑余之深信，為 Lewin 君治療癲癇，以小量伊脫竟獲得良好之效果。最感有興趣者，Bier 氏於論伊脫之功效時，亦曾述及伊脫可以治療癲癇狀態相似之病症。此種試驗之成功，余將於不久之將來供諸世人。

因為用伊脫施於氣管枝炎治療之結果而引起之注意，伊脫治療在吾人醫院中，目前遂成為普通應用之治療法也。從上述種種病症，吾人可得一結論：伊脫治療對於鬱血性氣管枝炎不生效用。氣管枝肺炎因有事實上之危篤症狀，亦無結果。流行

性感冒病例亦僅在氣管枝炎之前期用伊脫治療可以見效。

吾人治療應用之伊脫，係 Riess 氏所示於吾人之德國默克 Merck 出品。計每管含有伊脫 0,5，蓖麻油 Oleum oliv. 0,5，Psikain 0,1。施行肌肉注射時應須留意，切勿注入大腿之神經及血管，更勿注入大血管中。注射時間，力求在傍晚時舉行，至翌日傍晚再行注射一次，然後停止注射一天，必要時在第四及第五天再施注射。據吾人之經驗，在第三天之停止注射期間時，恆有之劇烈喉頭乾燥即可解除。每日注射伊脫二次，如 Schneck 氏所認為必需者，在吾人視之，既不欲使氣管枝炎患者麻醉，似非必要，且信以多注射之故，徒增患者不快之乾燥感覺而已。

除伊脫注射及靜臥外，決無其他治療方法。

完全醫治痊癒者，多數僅注射伊脫二次，24人注射三次，注射四次者僅五人而已。因此，多數認四至八次注射為必要的之創論者，吾人實反對其主張。麻醉後

的氣管枝炎是否必需此多量之注射次數，余不能斷定，蓋余於此未獲得實地治療之經驗也。在余昔日業開業醫師時，曾治療氣管枝炎患者二人，第一人注射六次，第二人則注射四次即告痊癒。前所敘述之第三天停止注射時期後若減少其注射次數，不快之喉頭乾燥亦不致引起，固屬可能之事。此種乾燥常成為強烈咳嗽刺激之原因。

更有進者，伊脫治療，施行簡單，結果良好而又迅速，且其值亦不甚高。關於醫院中病人之應用伊脫治療，祇須醫師認為應行則行，病者之心理願意與否固不必顧計也。

結 論：

1. 150 個氣管枝病症之病例，尤其急性及慢性氣管枝炎，均係應用伊脫治療法，其結果皆完全良好。

2. 伊脫治療不僅符於古語所謂，『迅速，安全而爽快 Cito, tuto et jucunde』，且適合於價廉之經濟的基本原則，此實值得讚頌者也。

傻麻質斯用硫磺及碘之最新療法

Dr. A. Burkardt 著

吳厚章譯

自從一九二一年 Meyer Bisch 氏發表慢性關節病可用硫磺治療後，繼用此法者，日見其多。吾人將此法在生理上可分為三種不同之原則：

1. 無機性式之硫磺，無論原素（結晶無定形或膠質）硫磺或無機性含硫質酸之鹽，主要用法，係皮下注射及軟膏塗擦；次之則為人工或天然之硫磺浴焉。

2. 有機性式之硫磺（除 Zystin 誘導體以外）大都係有機化合物之代替誘導體，此類在應用上不及第一類之重要。由是類引申至下一類，雖然下一類在實際上為第一類之一部分，因其效用比其他有機物為大，所以同時可與第三類并列。

3. 第三類包括凡屬於生理式之硫磺，其含硫蛋白質組織成分之要素至今明顯者，惟 Zystein 及 Zystin。此類硫磺因係蛋白質之誘導體，故在應用上比其他硫磺較適合於人體組織也。

硫磺作用在中間性之新陳代謝中，一部分為還原，一部分為養化而除去不純粹之新陳代謝，即解毒之作用（Heubner und Schlodtmann）。Meyer Bisch 氏謂氮氣排泄之增加，在硫磺作用中，隨關節軟骨膨脹性之變化為轉移。硫磺應用於皮下，能否吸收之疑問，可以 Moncorps 氏及 Bohnstedt 氏之試驗證明之，即硫磺擦入皮中，能使血清中之無機性硫磺增至87%（平常大約含 0,700mg%）。

吾人將碘亦可如硫磺分為無機性，有

機性及生理之應用式，其不同點僅于生理之應用式，即 Thyroxin, 甲狀腺之內分泌素，在局部癱瘓質斯治療上，如抵抗與脂肪病連帶發生之內分泌關節炎是也。碘在癱瘓質斯治療上之應用，尚稱幼稚。其主要作用為充血，惟對於吾人之變性式關節神經痛，適有相當幫助焉。此種充血由實驗得知，能擴張動脈性毛細管及發生新毛細管，所以血液循環得以加速，（Semeran-Siemanowski, Rachow 及 Mancewicx）使無痛苦而獲痊癒也。

自 Salizyl 製劑在癱瘓質斯治療中使用高潮消失後，（現在還有使用者，大概關於急性多發性關節炎及初期慢性相反之較少後期慢性關節炎）經一度之奮勉研究，乃以 Salizyl 與硫磺及碘混合，施于初期式亦較有效矣。（如 Rheumasan, Rheukomen 等）近來吾人以 Salizyl 之效用，除其純粹知覺消失作用外，用種種方式與硫磺及碘混合而應用之。此二者適於近年在癱瘓質斯治療之材料上補充頗佳。碘之使用偏重于變性式時則傳染及發炎屬於硫磺適應症範圍。如同時用兩元素用于初期慢性關節炎時，此兩式時呈密切之關係。

A. 癱瘓質斯皮下注射法

Josukutan 係一不含 Salicyl 成分而為硫磺及碘之第一皮下注射混合劑。碘之充血作用藉松脂油而尚保持，松節油在此混和劑中連和碘與硫磺。Josukutan 之應用方式尚有未明顯者，今姑述之于下：其

最佳者，莫惟包紮式，先放數滴黏液于關節表面或皮上，然後覆以亞麻布，取福蘭絨或紗布包紮之。

患癱瘓質斯者用 Josukutan 後之經驗如下：於一百二十三個用 Josukutan 治療病人中，有筋痛，神經痛，（最多為坐骨神經痛），局部關節痛及慢性關節神經痛，而慢性關節神經痛呈傳染及內分泌或完全變形之特性。關於筋痛。尤以斜頸及腰痛經數日之 Josukutan 包紮後，即行消失。僅其劇性筋炎吾人可用較強之皮膚刺激性藥物，（例如 Transkutansalbe）而尤其是對病人希望早日痊癒者。關於神經痛（內有三個坐骨神經痛）使用三四星期之局部充血法使其誘導至皮膚上，則其結果甚佳。此法適用於疾病甚多者，如上述之筋痛及急劇性之坐骨神經痛，惟須用大量之藥劑。在此種病例中用 Traskutan 浴，使皮膚受強有力之刺激（Brennesselgeföhül）。

。凡此種病人須經長時期治療或對於強制治療不適宜者，吾人可用 Josukutan 包紮，在 Transkutan 浴時期中，絕佳焉。

吾人視兩者適應症範圍中，而已完全明瞭其 Josukutan 之單獨使用，其 Josukutan 之主要應用範圍，為許多局部關節，而尤以肩胛關節，肘關節及膝關節為甚。凡病人對於牛乳灌腸及刺激人體治療不適合者，吾人當察其 Josukuta 使用方式而評定之。其刺激人體治療而無精粹適合于一般者，宜竭力戒除之。

在大多數關節神經痛中（初期慢性多發性關節炎），吾人用 Josukutan 治療者，有六十五例之多。重症者，吾人可視其治療範圍而依經驗醫治之，不過使用 Josukutan 須得長久時期方得獲美滿結果。吾人須明瞭皮下注射之吸收硫磺及碘量是較小于口上或非經口之治療。但 Jcsukutan 在另一方面，尚有相當優點。在許多病例中，硫磺及碘注射禁忌者，則為心臟機能不全或腎臟機能不全或惡液質狀態等症，在緩和時，因 Josukutan 之強力作用而得佳效也。

B. 非經口之硫磺及碘治療

對於多數年輕及抵抗力甚強之病人，則適用非經口之硫磺及碘治療。在此類病例中 Josukutan 亦可為賦形藥，因其有充血及鎮痛之局部作用。不過吾人昔日所用急烈之刺激體治療，如牛乳灌腸，各種蛋白質及膠狀有機性硫磺均摒去不用，現在所用者，為生理之硫磺治療。係吾人以 Detoxin 及 Zystin 溶液所成，名曰『Zystin 硫磺』。Detoxin 係以 Decksubstanz 加水分解而成，所含之硫磺原質最少 3%，此正合 13% 之 Zystin。硫磺含于 Zystin 中，用作人體內蛋白質之組成體。此外尚有含 Glykokoll 及其餘之 Aminosäure, Glutaminsäure 對於 Zystein 溶液比例，誠有莫大關係。Zystin 即 Zystein 及 Glutaminsäure, 係由 Hoppins 氏發現，在各種細胞中均有之化合物，即 Gluta-

thion 之組成體。但是 Kendall 氏以為還有含 Glykokoll 為組成體者，則名為 Tripeptid，然其精密構造，迄今尚未明瞭。Glutathion 在人體中有兩種形式，1. 為硫水化合物 (SH) 式，2. 為二硫化物 (SS) 式與 Zystein 及 Zystin 相類似。Glutathion 在人體內因兩種形式，容易互相變化，故對於總共之還原及養化有極大意義。在各種器官內之 Glutathion 含量有不同區別。含 Glutathion 最多者為肝，脾，副腎臟，其次為甲狀腺，睪腺及生殖腺。Glutathion 在血液中，而尤以在紅血球中含量較多。大約在靜脈性血液中呈 SH 式；在動脈性血液中，由 Gabbe 氏確定硫水化合物式總量僅占 42—75%，其餘則為二硫化物式。其在肺臟中經吸收養氣後，一部分變為 SH-Glutathion。惡性貧血時血液中之 Glutathion 總量減少甚微。不過在紅血球中之 Glutathion 含量，則有三倍之增加焉 (Gabbe)。所以在數小時內之血液損失，其缺損由 Glutathion 含量在血球上增加而補償至未損失前之程度。現在尚有許多 Glutathion 作用，用極簡單之說明于下：炭水化合物新陳代謝作用之影響 (Companacchi)，加速以水分解之蛋白質分裂 (Grssmann)，刺激細胞之分裂而促進生活作用 (Voegtlin)。

Glutathion 還有一種在治療上顯著之作用，即破壞在生物內之毒素及色素；其餘如砒素，青素，Methylenblau 由 Voeg-

tlin 氏親自于極多試驗中證明之。Glutathion 之主要功用，對於儂麻質斯病有極大意義，因為吾人推測此種疾病是由于毒素而起，此毒素生于細菌或新陳代謝障礙中，故以 Glutathion 作為毒物而制之。

Glutathion 何以能對人體生去毒作用，可舉 Basedow 病而明之，其基本代謝機能，經數星期後之兩次 Detoxin 注射，自 187% 退至 117%，心臟悸動漸愈，自覺症候如熱興奮亦漸消失矣。吾人窺此證明，可知並非僅由乎外來之毒素，尚有內生毒素在焉。如 Basedow 病之由甲狀腺機能不全，毒素充滿人體，經 Glutathion 而解毒也。

因為 Glutathion 組成份含有 37% 之 Detoxin，故有解毒機能。昔日用許多蛋白質體及膠狀硫磺注射，其 Detoxin 亦適合，因病人受長時期之染病，抵抗力頗弱矣。今觀其一系列中，有一部分係受數年之束縛，在床上而得回復其關節動作，減少疼痛及關節之停滯，其他徵候可由減少血球降低速度而證明之。

在廣大變質及發炎作用時，吾人就須想及 Glutathion 及碘兩者混合之效用，即用變換之 Detoxin 治療及 Mirion 治療。(Kroner)。因為每個血清注射，至少有六至七星期之需要，所以同時用 Detoxin 及 Mirion 注射，可使治療期縮短。新近吾人變換一種含碘成分名曰 My-Jod 者，此係無蛋白質膠狀之碘分散于水溶液中，

以碘化鉀混和而成。所奇者，My-Jod 頗似 Detoxin，有本來適合膿毒症之範圍。故行一次或幾次之 2 ccm My-Jod 靜脈注射，已能治癒矣（vgl. Schultze）。關於癱瘓質斯病可用大約 0,5 ccm My-Jod 與 2,5—5 ccm 10% Detoxin 之筋肉注射。每星期兩次，共須注射八次至十六次。在穿刺部分于四十個病人中有四分之一感覺有點疼痛。病人並不發熱，經過幾次注射後，大都在關節上呈活潑現象，而且時常有頗響之捻髮音。于四分之三病例中，能有一個用硬直關節遠足得甚快。所以病人祇有一些小幫助，而得照舊過其日常生活，結果，病人在精神上得獲不少利益。在此種療法開始時，若病人申訴關節部有摩擦及攪動之感者，每有良好之效果；反之，一小部份之病人經施行此療治後而仍無效果，在施行此療法時，并無特殊之感覺。對於感覺過敏之病人，還應加 0,1 ccm 之 10% Novokain 溶液之注射，才能不感疼痛焉。

C. 混合浴療法

患癱瘓質斯者之歷久治療，即浴療是也。吾人此處用 Kl pfer 氏之膠狀硫磺浴（價目 1,18 馬克），由膠狀硫磺之高度分散而成；次之如 Thiosal (Dr. Wiernick, 價目二塊 = 2 馬克，六塊 = 5,50 馬克，六十塊 = 26 馬克) 內含硫磺，硫化氫，硫化物及多硫化物。吾人最多用之碘浴，即 Dr. Zucker 氏之 Silvana 碘浴，係模仿天然

碘浴而成之人工碘浴 (Tölz, Wiessee)，內含之碘為鹽式，如碘化鈉，碘化鉀，碘化銦等。此種碘鹽在實際上，雖屬需要，但在節儉之碘浴治療，則不可能。在 Zucker 氏碘浴中之碘不是鹽式，係以有機氯化物分離碘化鉀，使碘成原分子形。如此則用較少之碘量而成之碘浴治療，可得極大效用。

現在吾人所欲知者，即用何種方式在人體內吸收比較小之碘量，為此目的，可以血液的碘含量 (Jodblutspiegel) 于病人浴療前後確定之。碘浴每星期須二次至三次，共須十二次至十五次。每次碘浴大約含四格蘭姆碘素。吸收之法，係極小粒子之碘由皮膚及肺臟之呼吸而吸入也。由 Frl. Schmidtman 氏證明碘能吸收于皮下注射時，且能以碘在皮下結締組織及肌肉中，用定性分析而證確之。吾人欲證其量時，可用 Pincussen 氏之微量法。

現在吾人取其血液用苛性鉀化而為灰，加水溶之，取其濾汁中之碘化鉀用酒精抽取之。碘化合物于酒精蒸發後用過錳酸鉀養化為碘酸鹽。從鹽酸放出之碘與 0,005n1 次亞硫酸鹽滴定之。

極微之碘成分，雖于血液中發生極小之變動，猶能確定而證明之。從五個病人中用一種血液的碘含量自 15,2—85,18%，其結果生出四個病人增高碘含量 145%，僅不過一個病人在治療前後增高碘含量自 85,18% 而減少到 76,1 (見表)。

年 齡	血液的碘含量 (用百分比例)		比例 增高	血液降低速度 MM. Westergren		血壓		臨 床 情形
	碘浴療前	碘浴療後		前	後	前	後	
F.E. 动脉硬化症 半身不遂.....78	22,2	25,6	+15	—	—	$\frac{210}{155}$	$\frac{155}{110}$	好些
B.B. 多發性關節 神經病.....57	15,2	38,1	+151	20	16	—	—	更好些
R.R. 多發性關節神經痛 氣管枝炎.....62	85,1	76,1	-11	93	74	—	—	稍佳
W.W. 右膝關節炎.....53	18,5	24,5	+33	11	17	—	—	痊癒
				(兩者在標準範圍內)				
P.D. 动脉硬化症 半身不遂.....65	17,6	46,6	+165	—	—	$\frac{160}{115}$	$\frac{140}{90}$	更好些

血液碘含量之增加確與沐浴次數成比例。此類例中如碘增加，臨床時亦能確定之，大都呈略好現象也。此兩種觀察係 Probst 氏所肯定，彼考驗『Tölzör 碘發源作用』與碘之新陳代謝關係，並且確定施用多量之碘後，血液之碘含量雖增高，但並不大，正適合生理的碘量也。

上述五種血液之碘量測定，自然尚不能達最後之決定。就經濟原則言，不能再另外着手研究。祇此極少之測量，然已得其立足點，縱吸收甚少之碘量，然于人體已呈極大之碘量矣。

如遇不能確定其血液碘含量之病人，但用碘浴療之後，隨其病人輕重，皆可得相當之成績。進一步言之，對於多發性關節神經痛之重症者，因施以硫磺及碘浴療，而同時用兩種 Agentien，則其效用增加

，而治療期亦可縮短矣。但尚不免有下述之情形，臥床數年之病人，其行動受限制，終不能離開活動椅及手杖。硫磺及碘之混合治療，天然的僅屬僂麻質斯治療法之一小部分。治僂麻質斯病，尤其是慢性關節病，第一要點，為追求其致病之種切原因而排除之。吾人決不可忘記 Munck 氏之所述，除病原及局部之治療外，如患病甚久甚痛之病人，給于精神上之安慰，實屬不可或少之事。患僂麻質斯者，往往換醫生，住醫院及療養室經年之久，得到之效果，極不一致，或大或小，而其悲觀程度亦大都隨其效果為轉移。為堅其信心，尚有簡單說明之必要。至於調養方法，亦甚重要；但有人以為與尿酸性關節炎適相反。所謂自然療法者，未有準確認識，似覺無益而有害，故而疎忽之。Strauss 氏對

于各種同時混合療法，頗重視之。因為有一種毒物還未發現，雖用各種治療法，而仍須等到毒物完全明瞭方同時用各種療法，那末才有效驗。吾人名之曰『Pan 治療』，即 Strasser 氏之『共同治療』。

——總 結——

1. 用碘及硫磺同時治療，其方法有許多變化，如皮下注射，摩擦(Josukutan)或非經口之肌肉注射，用 Detoxin 及 Mirion, 或 Detoxin 及 My-Jod 約二百病例，一律得到良好結果。現在所有的一些統計，

其中有許多老殘狀態者，都能夠復原。反之，刺激人體治療用之生理硫磺，如 Glutathion, 及 Detoxin 都甚適用而無刺激。治癱瘓質斯病第一次用 My-Jod 亦甚適合。

2. 硫磺碘浴混合治療用 Thiosal, Klopfer 氏硫磺浴及新式的 Silvana 碘浴，皆有合宜及特殊效用。

3. 癱瘓質斯之治療結果，必須將所有病原及與病症經過，有關係之要素，同時掃除之。(完)

關於暈眩現象及其療法在神經學上之實驗

Dr. Berthold Wichmann 著

李纘松譯

我們尚未得着一種明白的界說，應當如何來確定在暈眩時之現象；在比較容易方面來下一種界說，就是人以為是由於身體平衡之障礙而發生的一種狀態，但和原來之暈眩字義却有些不同（大約近於知覺的意思），屬於此種之最重要者，即從前所謂迴轉性暈眩是也。類近此種暈眩，在狹義上亦有一類狀態，即普通之『體位整調感覺』為在身體健康者所絕對不感覺着的，却有時會引起多少不同之高度障礙。從病輕者方面而言，有一種挾惡心而俱來的，短時的，失神樣的，知覺模糊。此種

狀態古人稱為暈眩，概括一切不可捉摸由『地位感覺』發生障礙時所引起之現象，在我們則稱為各種之『體位感覺』障礙。

我們發現在理大約此種障礙是在循環系中之有病狀，及因此種條件而發生的腦血液之供給變更時而起，例如腦血脈粉瘤形成作用，心臟機能不全，結果血液供給不足，所謂腦貧血是也。自他方面言之，障礙亦有因身體興奮過度而起的，即所謂腦充血是也。再往下說，尚有一大類暈眩感覺在自動神經範圍內，因受刺戟而發生，例如在胃腸系之內部，因身體之衰弱

及傳染病，除上述外亦有因新陳代謝之障礙及食物或藥劑之中毒所致者。

至今所謂為暈眩狀態，暈眩感覺及有關於此種現象者，其根本原因或在神經中央機關之外部，或病變在腦之內部而不過為普通病態之一部症狀，與此種現象相反者，是一種由中樞神經之自己病變而引起之現象。因前庭器管之受傷而得來的真正的『靜止暈眩』（*eigentliche statische Schwindl-erscheinung*），上文已略述反之。與此相同者，尙有其他因平衡器官某一地方之障礙而發生的暈眩現象，在廣義上說如在大腦，小腦及延髓等處。除上面所說外應注意的，在有些症例中，因在腦殼內有一使地位變狹之病變存在時，所喚起之腦內壓升高，因而發為種種感覺，此即所謂暈眩感覺。這一種窄狹作用發現於腦腫瘍中，為最常及最多。

關於腦腫瘍病者所主訴之痛苦，除屬於通常所謂地位或方向暈眩以外，尙有一種暈眩現象，有時為時甚短，事後病人僅有些微之印像；有時却歷時甚久，病人特別感到痛苦。此處所謂為初期感覺，如作事不精確，忽然無故之驚懼，短期間之人事不省，持久的昏迷，地方向認識不清，與在心理學上的自覺物像變小或消滅，及身體的自覺障礙，在狹義上所謂暈眩反少注意及之。我們須注意及者如 Kehler 氏所言，對於此等病人所稱為之暈眩感覺，欲得到相當明白之說明，是非常之困難的

，一半因渠等缺乏觀察自己之注意力，一半因受腫瘍之影響，對自己體位認識不甚清楚的緣故。

但若我們小心檢驗病人，就是勿作暗示的詢問，而專問關於他們真實認識力，如此一來我們可以斷定此種普通的暈眩大多數是存在的，而真正之靜止障礙所謂真性暈眩反缺。欲使『普通不明之暈眩感覺』（*Allgemeines Vages Schwindel gefühl*）與真實的靜止暈眩區別，對於下述問題是很重要的，即此種暈眩是否由腦部發生，在狹義上亦可稱為由前庭器官所引起之暈眩，是否為一種普通之症候，或因腫瘍而起之病竈現象。

關於真正的暈眩，即因全身或身體一部之地位均衡力（或稱為方向感覺）發生特別障礙而起的，屬於此類者第一是迴轉暈眩（*Drehschwindel*），若更有一種作用加於某一處之平衡器上，則稱此種暈眩為靜止性的暈眩。

與此相反者，即前述之不明白的暈眩感覺，在廣義上雖亦可以視為平衡障礙，但却不能認為真正的靜止性的障礙。其由來如何，我們不能知之。下述最後之理由，或亦可能，即因受分佈於全部腦表面之腦液壓增高之影響，而使腦質之緊張比例發生變動之故，但對於平衡器中樞，并無特別之局部作用。

—— 治 療 法 ——

對於此等感着強烈痛苦而無一定之暈

眩感覺的病人，是比較的難以着手的，因用藥物以減少腦壓增高，(上文認為暈眩最重要之原因)其效甚微故也。由 Münsterer 臨床實驗得到許多腦腫瘍材料，使我們對於症候療法方面加以深切之注意。通常劇烈頭痛時所用之鎮痛藥劑，其中曾經試驗過的如 Gilalgin 及 Jitretta Analgica 對於暈眩現象僅有短時功效，或全無效果可言。用 Atropin, Bellafolin 或 Adrenalin 其結果亦不能使我們滿意。Brom, Luminal 及其他鎮痛劑都無效驗。我們曾見過用 Sympatol (Böhringer)，對於少數病例有些效果。

據他方面之觀察，試用病原療法，很著有成效。此法用以治療因腦腫瘍而來之頭痛，已經有長久的歷史，即使此高升之腦壓因受理化之作用而降低，法用高滲透壓溶液注射，最重要者為高滲透壓之食鹽溶液。由液體研究之結果，我們知道在血液與腦液間依滲透壓之比例發生一種伊洪 (Ionenaustausch) 互相交換，如此一來不但是腦液壓降低，而腦容積自己亦減少，此是美國人 Weed und Hughson, Weed und Mackibben 諸氏研究後所得來之結果。此種交流作用，在腦腫瘍治療上尤其重要，因我們假定腦腫瘍患者的血液與腦液中間之通過力增高故也。這樣，我們可以減少全腦面之緊張度，對於所謂普通暈眩狀態，尤有特效。在事實上，經此種治療後暈眩之現象確見減退不少，但用此種方

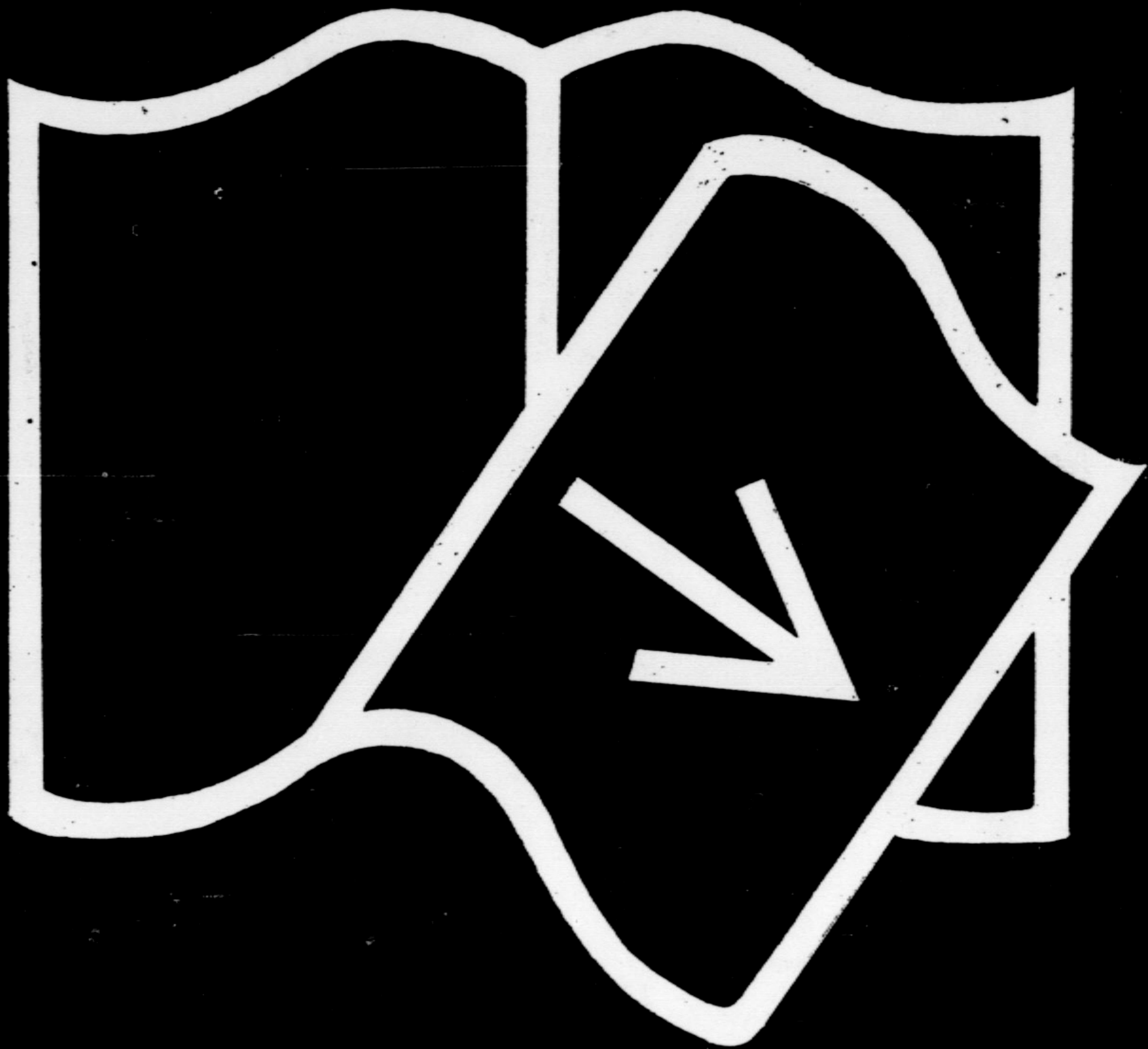
法注射每使病人發生不快之感，因之不能日日施行，所以結果仍然有時被其限制。

因腦腫瘍所引起之暈眩狀態，在治療上其完滿之結果，我們最近能由內用藥劑達到之。即由 Lampe 氏用以治療 Meinesche 氏症候羣之 Monotran (Luitpoldwerke München) 是也。用此藥治療其功效比前法明顯，而且長久。Monotran 中含有 Chinin 及 Papaverin, 其主要功效係屬於此兩者。我們對於腦腫瘍患者，往往長期應用 Monotran 治療，均有功效，茲舉例如下：

一、四十六歲之病人，苦訴頭痛，腦內暈眩感覺，及有一種難以形容之感覺，狀如酒醉一樣，此外尚有嘔吐之傾向，及在臥時雜聲發於左耳中，好像耳裏面有一架發動機在搖動着，行路不實在，及有向旁跌倒之感覺。從各種症候看來，後來斷定為係由額腦腫瘍而生的一種暈眩現象；在病者之精神上觀察，患腦腫瘍者常好隱秘痛楚不說，這是我們應該注意到的。

對此暈眩病者大約一個半月，每日三次，給與一片，Monotran, 頗見效驗。一星期後暈眩現象(次數和強度)已經有極大的減除。在一九三一年三月中此病人經施行深度 X 光照射後，體位失調之現象減退不少，迴轉暈眩，跌倒暈眩，及主觀之暈眩感覺，差不多均已消滅。

病者五十二歲，視力惡劣，患極強力之頭痛及通常衰弱的狀態，關於真正之暈



139—140

Finkeldey 先生係德國有名病理學學者，現就聘為本學院病理學教授，已於去年十月到校授課矣。

解剖學一科自大學教授瓦琴在 Wage-nseil 博士回國後，現已由醫學博士及哲學博士華德爾 Waldeyer 先生講授矣。

五 教授回校：本學院內科臨床教授費尼熙 Virnich 博士去年回國休息半年，近已回校授課矣。

六 獲得博士學位：同學黃容增君前提出博士論文，題為癰疽之病理及治療法深得德國教授會之贊許，現已獲得博士學位云。

七 同學留德：本醫學院去年畢業同學劉一麟君，章元瑾君及周壽祥君畢業後

復在寶隆醫院臨診一年，甚有心得，現為更求深造起見，擬本年九月間留學德國，聞劉君係專攻內科，章周兩君則專攻外科，將來學成回國，前途誠未可限量也。

八 本醫學院本學期畢業同學計有嚴沛章，錢俠倫，顧曾諒，羅澤鴻，蔣留芳，蕭謙史，溫漢輝，劉炳條，黃道舉，黃誠述，陳寶勤，陳子元，高振福，鄒邦柱，俞恩濟，蔡中杰，吳一峯，章玉玲，吳成，朱鶴鳴，朱維梅，梁騰熹，徐元甫，徐祖毅，何同善，呂富華，朱朝欽，史美厚，王世琦，王元一三十人，彼等或留寶隆醫院為醫師，或任職他處，或留德以期深造，多已先後離校矣。

來 函

新亞藥廠擴充計劃普告國人書

新亞藥廠，創設於民國十五年，已有久遠之歷史，與善良之成績。年來鑒於金價高漲，金錢外溢，漏卮太大，國內新醫事業，日形發達，新藥製造，刻不容緩，於是接受新醫藥兩界之督促，為孚國人之期望計，將原有範圍，加以擴大。茲將擴充計劃之綱要，提請就教於國人：

(一)組織 本公司設董事會，由股東中公推財政界與金融界諸巨子組織之，為代表股東執行業務之最高機關，下分經理與廠務兩大部份：經理部份，總攬營業推廣，會計管理等一切業務，由許超會計師主持之。廠務部份，包括設計製造，學術研究等一切業務，由趙汝調藥師主持之。

(二)事業 本廠製造品，惟求新穎，而以能抵用外貨為目標。製造種類：(一)化學原料材料(二)新藥及醫用藥品(三)高尚化妝品(四)求國產藥材之科學化(五)硬質玻璃安甌(六)玻璃儀器(七)注射器(八)錶面玻璃。以上數類出品，在國內已足抵用外貨。更進一步推銷沿太平洋諸國，以求在世界市場上爭獲一席之地。

(三)人才 本廠製造方面之人才，各幹部均已聘定專家。如國內之醫藥專門家，曾辦製造廠，而因時局關係停頓者。及留學國外之醫藥博士，在外國廠中担任技師者，均已洽定，姓名暫不宣布，惟以集中人才為目的，確係本廠擴充之本旨。

(四)銷路 本公司出品，化學藥品部，如止血劑，強心劑，鎮痛劑，注射局部麻醉劑，及一切開刀用藥品，計一百六七十種。玻璃部如安甌燒瓶，醫用玻璃器，化學用玻璃儀器，各式大小錶面，計三百餘種。行銷區域，除上海市外，如蘇、浙、皖、贛、鄂、湘、豫、魯、晉、燕、蜀、滇、陝、甘、閩、粵、朔、遼、吉、黑、香港、小呂宋、日哩棉蘭、新加坡、共計批發藥房及商店五百家。而此項商店之分批商店與間接用戶，約計之最少數在百萬人以上，本廠不加努力，則此百萬之消費者，非盡購洋貨不可。醫藥品在生活上之重要，權操外人之手。如最近海上之戰爭，倘果海口封鎖，後患何堪設想。

(五)資本 本公司總額定二十萬元，

凡係中華民國國籍而贊成本廠宗旨者，得任意認股。每股二十元，先認先繳，認足截止。超過額數，平均支配，如認股超過一倍，則認股二股者，退還一股。繳股地點，上海之商業儲蓄銀行，天津之上海銀行，蘇州之鴻源錢莊，常州之彙豐錢莊，南京之鹽業銀行，杭州之鹽業銀行，北平之上海分行，廣州之鹽業銀行，香港之鹽業銀行。

(六)會計 本公司早經在國府實業部註冊，每年以十二月底為決算期，照公司法一百六十六條辦理，會計報告，交股東公推之監察人會同會計師審核公佈之。如蒙同志贊助，通函上海白克路四百二十八號本公司接洽可也。

結論 暴敵貪橫，既佔東北，復陷東南，其陰懷席捲東亞之野心，昭然若揭。我退彼進，置國際公理於不顧。弱肉強食，夫復何言。然我民心之堅決，團結之一致，終有戰勝強權，克復國土之一日。敝公司自民國十五年創設迄今，所出醫用藥品，均係代替舶來藥品，已蒙我國新醫藥界一致提倡使用。近自戰事發生以來，尤為各傷兵病院必不可少之救護品。當此國難臨頭，外侮日迫，提倡國貨，不容或緩。乃集議急進，增加資本，擴充製造，使國產新藥，行銷國內外，打倒仇貨，挽回利權，聊盡匹夫救國之天職，亦為解決國民健康之關鍵。如蒙愛國同胞，慨然加入，使敝廠盡量出品，與外貨爭雄，以期達

實業救國之本旨，直無異於同赴國難。愛國同胞，盍興乎來。

上海新亞化學製藥股份有限公司啓

編輯後言

這裏首先應當向讀者諸君表示歉意的便是本刊發行纔一年之後便突然停頓了這麼久。停頓的原因不待說就是此次淞滬的戰事了。我們的學校適在戰區之內，日本帝國主義者的炮火把我們離散了，我們那時真想不到幾時再能夠彼此聚會，至於季刊的復活更不知在何年何月了。然而，不幸——不，或許也可以說是大幸罷——我們竟得聚首一堂安然地過我們的學校生活了，於是本刊便也因本校教授和畢業同學之幫助得以甦生了。

在同濟開學之後我們本想立即着手進行編輯的，然而那時一則因為同學到校的很少，負責無人，二則因為經濟上感到萬分困難，所以這第二卷第一二期合刊一直耽擱到如今纔能和讀者見面；然而這也是經過了許多的困難和努力纔能成功的，換句話說，這也不是偶然的事！

爲什麼要一二期合刊呢？第一，時間上本年的六月已過去了，照例第二期是應該出版了。第二，事實上我們這期的材料要比以前多得多。的確，我們起初甚至還愁着缺乏稿件，但到最終集稿時，却反覺

得過多；因此有幾篇很有價值的譯文只好留待下期登載，這是須請投稿諸君原諒的。

至於本期的內容，在譯文方面固然我們可以相信都選自當今有名學者的名作，我們不過略盡一點介紹科學的義務罷了。至在著述方面，這裏最值得我們注意的首先要推李明琛君的無（顆粒性）白血球症之一例及其治療一文。我們知道無顆粒性白血球症在外國固然不十分多，同時在中國也不多觀，但即使有了，也往往不十分能注意到，有時便隨隨便便地斷爲他病而投以不相干的藥石，等到發現時，每每已經來不及了。我們記得在上卷第二期梁伯強博士曾專文討論此病，現在李君又從臨床上所得到的經驗給予我們以很有價值的報告和結論，讀者不妨參看前文，自不難得一個系統的概念；同時，如果能夠從此引起對於此病的注意和繼續的探討，那便是我們所願望的。

這裏，還有黃容增博士的樟腦油與醫肺槍傷出血一文是根據此次滬戰中所得的經驗而作，不用說，對於戰地醫學自然有

很重大的貢獻的。我們從這次戰爭深切地感到戰地醫學的重要和急需。我們希望此後能夠每期登載些關於這類的文字，但這還須要我們的校友和讀者諸君不吝珠玉源源賜稿才行。

此外黃逸君的漢藥蘆薈之研究，梁之彥博士的維他命，林千葉君的我國醫學革命之過去與將來諸文，都各有獨到的見地。我們很歡迎這類的文字，同時我們尤其歡迎讀者的批評和繼續討論。

此地還得要聲明的就是徐振華君的優

生學與中國和嚴需章君的狂犬病因為特殊關係暫時沒有時間續寫，現經和兩君接洽允許准在下期續載，請讀者原諒！

最後，我們的最熱心的指導者梁伯強博士這學期就任了廣州中山大學醫學院病理學研究院的重任。他是戀戀不捨地離開了母校了，但他仍然能夠不斷地為我們指引和幫助，我們在這裡應當表示十二分的感謝，雖然他并不希罕這些。

——編者——

七月六日，一九二三年，

本刊現任職員

編	輯	梁之彥	黃容增	陳雨蒼	唐哲	朱虎蔚
		孫長孺	林千葉	孔麒	李永彬	陶恆樂
		谷晉昭	徐德麟			
印	刷	徐振華	張運生			
文	書	朱虎蔚				
廣	告	屠基發	張運生			
會	計	詹世芳				
發	行	彭喆	鄧上熙			
校	對	彭喆	謝祚錫	戴儒馨	張運生	
庶	務	丁希慶				

▲患麻瘋者不可不讀

▲欲免麻瘋者尤不可不讀

麻瘋季刊

文字簡顯 內容豐富

年出四冊 一元二角

編輯及
發行者 上海博物院路念號 中華麻瘋救濟會

介紹最新出版

的通俗衛生教育利器

麻瘋教育

說明簡顯 包羅詳盡

五彩精印 共十五幅

實售大洋叁元伍角

編印及
經售處 上海博物院路念號中華麻瘋救濟會

請訂閱 討論醫藥原理
宣傳衛生常識的

東南醫刊

內容分論壇。專件。專著。演講。診療。雜俎。餘興。等欄俱為精粹之著作且裝訂優美為現代醫藥界出版物中突起之生力軍

定閱價目 國內全年壹元肆角 國外全年壹元肆角

編輯者 郭琦元 陳卓人 湯蠡舟 李祖蔚
出版者 上海滬軍營東南醫刊社
發行者 上海滬軍營東南醫學院校友會

▲歡迎試閱 附郵十五分▼

附告 本刊願與各種刊物交換

汪企張 周夢白 夏慎初 主編

用實症臨

診療醫報

每月十日出版 每冊一角 全年十二冊元

合訂本 卷一 卷二 卷三 每卷二元

結核專刊 花柳病專刊 兒科專刊 零售每冊四角

上海 霞飛路一〇四號 診療醫報社發行

▲新醫藥家 ▲國醫藥家 ▲衛生學家不可不讀之醫藥雜誌

▲公共團體 ▲新式家庭 ▲各圖書館不可不備之衛生書籍

創刊於民國十年八月

褚民誼博士主編

醫藥評論

〔內容一般〕本刊爲國

內外七十餘位新醫藥界博

學名彥褚民誼汪企張余雲

岫夏慎初郭琦元宋國賓謝筠壽李墀身趙燿黃梁心周夢白等所組織之醫藥評論社發行內分社評社論

專著譯述常識等門其中言論不分新舊醫藥無不燭微抉妙加以新穎準確之記載予以公正嚴明之月旦關於我國舊

有醫藥尤多科學之糾正提倡文字淺顯不落陣套凡我人手一編不啻聘一衛生顧問也〔歡迎試閱〕函索附郵五

分即寄〔定價低廉〕全年二十四册祇收大洋一元國外因郵費繁重每年兩元五角來信請掛號并用郵局匯票如

寄郵票概作九折以一分四分爲限〔定報地址〕上海亞爾培路四百零八號本社發行所

診 療 寶 庫 衛 生 導 師

醫 學 的

生 活 月 刊

▲四卷一二期要目

- 女性生殖腺與甲狀腺之關係
- 航空與醫師
- 吃逆與植物神經之關係
- 說濕疹
- 妊娠惡阻之葡萄酒因蘇林療法
- 因異物之子宮壁穿孔
- 突發性視覺障礙之原因與處置
- 松節油之用於肺出血
- 網狀織內皮細胞系之病理及療法之近况
- 小兒下痢之藥物療法及處方例
- 新編內科學
- 新編花柳病學
- 藥治學講義
- 舉丸浸膏之肉芽及上皮之新生催進作用
- 慢性風痺之碘薩洛兒療法
- 種痘後發生腦炎之療法
- 腎臟病療法之新劑
- 諸種皮膚病之維剛妥及鈣療法
- 呼吸與結核
- 瘡疾之撲虐母星療法
- 狹心症及其他二三疾患之筋肉浸膏「米屋兒」之作用
- 新結核劑鹽酸可林
- 實驗由維他命及於傳染性之作用
- 種痘後腦炎之血清療法
- 假死及假死兒之運命
- 鱗屑疹之妊娠血清「潑洛藍」療法
- 腎炎之用葡萄酒
- 及大衆醫學等……

全 年 二 十 二 冊 定 洋 一 元 五 角

(滙 函 上 請 註 明 第 二 十 郵 局 交)

上 海 法 租 界 爾 路 生 活 醫 院 發 行

總主任 汪建侯
主筆者 滬杭十餘位著名醫師

醫 林 新 誌

發揚醫學 提倡衛生
臨證實用 療病指南

每月一日出版 每冊一角 全年十二冊一元

杭州東街路一二三號醫林新誌社發行

請訂閱 宣傳公衆衛生 介紹世界醫學的

新 醫 醫 報

編輯主任 羅廣庭

出版期 每月五日

報費連郵費
國內全年大洋一元 半年五角半 每冊一角
國外加倍 港澳全年港銀一元二角

試閱 函索樣本請附郵票四分

編輯部 廣州市泰康路光華醫學院內

事務部 廣州市西關和樂新街一號

ADVERTISING RATES
of The
TUNGCHI ACTA MEDICA

Position	Space	Rate for Each Issue
Front Cover (Outer)		Mex. \$ 50.00
Back Cover (Outer)	Full Page	Mex. \$ 45.00
Front Cover (Inter)	Full Page	Mex. \$ 40.00
	Half Page	Mex. \$ 25.00
Back Cover (Inter)	Full Page	Mex. \$ 35.00
	Half Page	Mex. \$ 20.00
Opposite Page and Back Page of Contents List	Full Page	Mex. \$ 30.00
	Half Page	Mex. \$ 18.00
First Page Opposite Inside of Front Cover and Back Cover	Full Page	Mex. \$ 25.00
	Half Page	Mex. \$ 15.00
	Quarter Page	Mex. \$ 9.00
Ordinary Pages	Full Page	Mex. \$ 20.00
	Half Page	Mex. \$ 12.00
	Quarter Page	Mex. \$ 7.00

同濟醫學季刊
廣告價目表

地位	尺寸	每期價目
封面外面		五十元
底面外面	全 面	四十五元
封面內面	全 面	四十五元
底面內面	全 面	三十五元
目錄前後	全 面	三十八元
封面及底面 內面之對面	全 面 半 面 四分之一面	二十五元 十五元 九元
普通面	全 面 半 面 四分之一面	二十七元 十二元 七元

登全年者九折計算
特別繪圖製版及加色者價目另議

投 稿 簡 章

- 一 投稿範圍：醫學專著，譯述，評論等。
- 二 文字最好請用語體。
- 三 來稿請繕寫清楚，勿寫兩面，並加新式標點符號。
- 四 來稿如係翻譯，請附告原著者姓名，原書名目，頁數，出版日期及地點。
- 五 稿末請註明通訊地址及姓名，但發表時得用別號。
- 六 文中如有圖表，請用毛筆或鋼筆(不要用鉛筆)繪寫清楚。照片及複製圖片，務請將原片附下。引用外國名詞，可省即省。
- 七 來稿不掲載時，得因預先聲明，奉回原稿。
- 八 本刊負責者得酌量增刪來稿，但投稿人不願他人增刪者，請預先聲明。
- 九 來稿在本刊未發表前，請勿另投其他刊物。
- 十 來稿經掲載後，其著作權照例為本刊所有，但得商議保留之。
- 十一 本刊為公開研究之醫學刊物，歡迎會外來稿。
- 十二 本刊投稿諸君皆為義務性質故僅能以本刊為酬但特撰佳作之須索酬者請註明稿末亦當酬謝
- 十三 來稿請寄本校醫學院同學會出版股(上海白克路)。

版權所有 未得同意 不許轉載

同濟醫學季刊	第二卷	第一二期
出版者	國立同濟大學醫學院同學會	
發行所	上海靜安寺路斜橋同和里	
	國立同濟大學醫學院宿舍	
	電話 三二四七八	
代售處	上海四馬路	現代書局
	南京花牌樓	華南書局
	武昌察院坡	通京書局
	漢口民生路	華羅書局
	長沙南陽街	東志書局
	重慶書店街	益志書局
	成都王家塘	合記中西文具社
	汕頭永平路	中華書局
	杭州迎紫路	開明書局
	廈門	新大民書局
	吳淞	國立同濟大學營業公司
印刷者	上海慕爾鳴路中國科學公司	
民國二十一年六月三十一日初版		

預定書價 (郵費在內)	國內全年大洋一元一角 半年大洋六角 國外全年大洋一元八角 半年大洋一元	本期合刊特售五角 (郵費在內)
零售	每册大洋三角	郵費每期 國內二分半 國外二角

本刊第一卷第 1—4 期要目

第一期

新醫之環境與發展
國人對於醫藥應有之覺悟
由寄生囊虫而發生之鼠肝肉瘤
舊醫保產聖劑「生化湯」之研究
結核禁鹽營養療法
狂犬病概說和辯異
飲油療法
內分泌學上之避孕研究
鸚鵡病
脾臟腫脹之鑑別診斷
隨意產生男女之問題
刺激素之化學談
X線學述略

第二期

德國衛生顧問性學專家赫爾希非肖像及小傳
一例之梅毒性腹部主動脈瘤及其特殊破裂之情形
最近維他命底研究
口渴在診斷學上的意義
優生學與中國
結核症治療法之最新實驗
非淋毒性尿道炎
自己尿治療法
女子之受孕可能時期
性科學概說
特異反應症

氣候何以能影響人體健康之研究

第三期

研究中國人的白血球組合式
運動對於人生的重要
華人和上海歐美僑民的腸蠕虫病
由蛔蟲而惹起的腹膜炎
梅毒瓦氏反應不宜重視之警告
普通消毒劑藥理
優生學與中國(一續)
慢性便秘發生上和治療上的新貢獻
氣候何以能影響人體健康之研究
癰疽最新治療法
胃臟物質治療惡性質血之功用
狂犬病概說和辯異(一續)

第四期

論中國人的腫瘍
癰疽之發生及其治療
述近日上海「發現」的血蛭病
最近維他命底研究(一續)
對於法醫學上精液診斷的研究
世界醫學研究館鳥瞰
婦女白濁之診斷及治療
乳分泌之原理
類脂肪在藥物學上之價值
測量血液中蛋白質之滲透壓在內科
臨床上之價值
對於腸自己中毒之研究
關於持久性胃腸經路障礙之原因