

年

卷

期

5

3

第

第

# 同濟醫學季刊

第五卷 第三期

蔡元培題

中華民國二十四年九月三十日出版  
國立同濟大學醫學院同學會發行  
中華郵局特准掛號認爲新聞紙類

## TUNG-CHI ACTA MEDICA

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

VOL. V. 30. September 1935 NO. 3.

# Orexin



## 歐力新

功能促進  
胃液分泌  
有開胃消  
食之特效



本品為功力最大之開胃助消化良藥兼有制止嘔吐之特效  
服歐力新可使身體之吸收營養力強盛體質增強重量日加

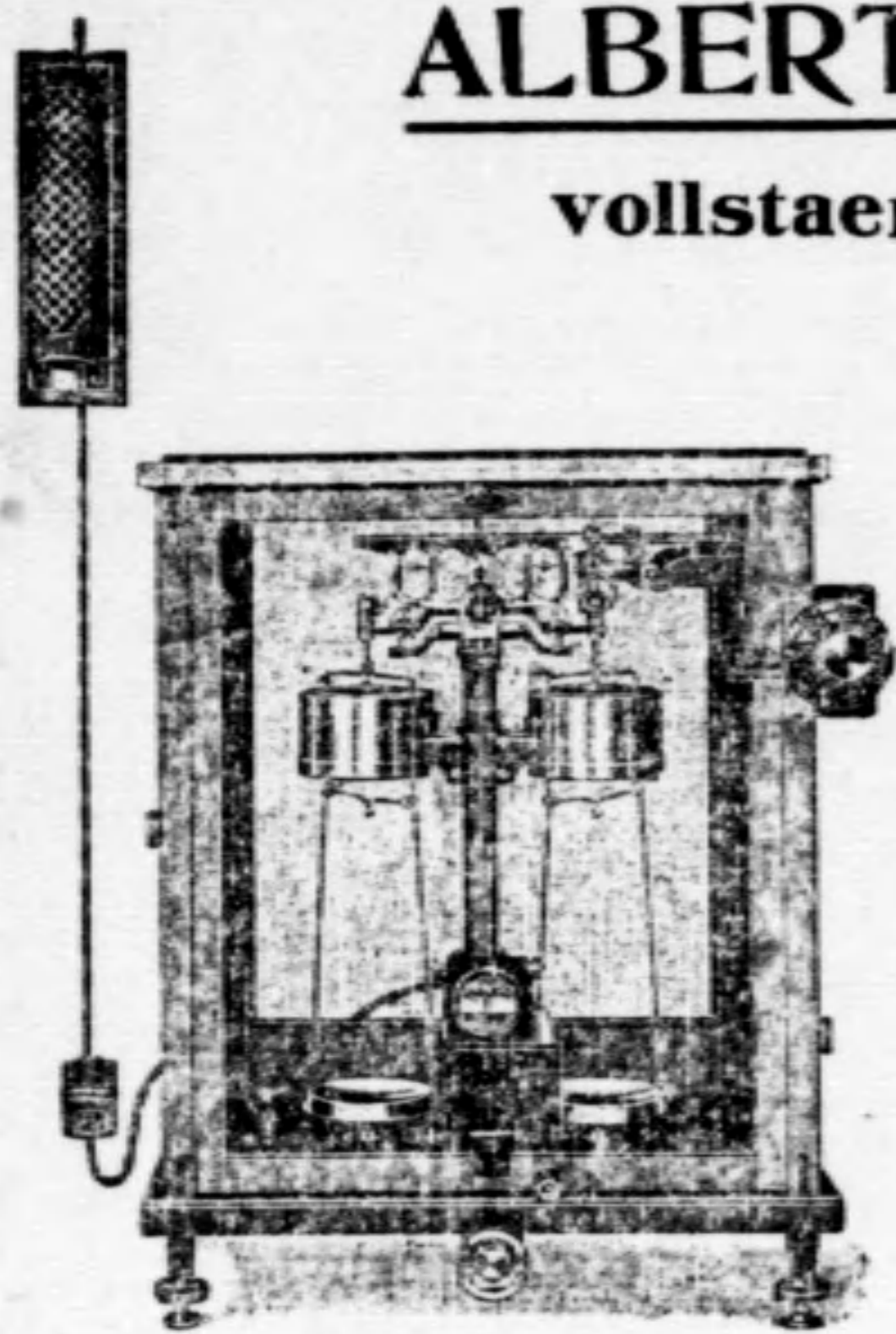
包裝  
每瓶十片每片〇・二五公分  
每瓶廿五公分

 **Bayer** 

中國獨家經理信洋行  
上海江西路

# ALBERT DARGATZ, HAMBURG,

vollstaendige Laboratoriumseinrichtungen.



Die neue  
"Sartorius-Waage",  
mit  
Projektionsablesung.

Wir halten alle gaengigen Labor.-Geraete auf Lager.

SARTORIUS-WERKE,

hochwertige Analysen-Waagen und Mikrotome'

HARTMANN & BRAUN,

elektrische Messgeraete,

JULIUS PETERS,

Kalorimeter.

General-Vertreter:

## CARLOWITZ & CO.

670 Szechuen Road

SHANGHAI.

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica

新書 楊元吉醫師譯  
**袖珍各科診療大全**  
卷下

四十開本  
精裝軟布面  
實價四元  
郵費一角三分

八月底已出書

是書上卷出版以來久已風行全國確因內容豐富切合實用所致函詢下卷出版日期者極多譯者特採取德文原書最新版本——第二五版銷行一二一〇〇冊——遂譯以慰讀者之望共分危急外科編皮膚花柳科編眼科編耳鼻喉科編新理論新療法養及營養障礙編婦科編危急產科編齒頰科編新理論新療法較前尤見增多有此一書不但可作參考即遇各科疑難雜病危急重症亦可得心應手對付裕如附錄中德國柏林衛生處檢定驗方集成屬卓著效驗之良方決非他書可比至於譯筆忠實暢達曾購上卷者早已知之

注意 凡預約袖珍各科診療大全下卷者  
購買下列各書照實價八折

袖珍各科診療大全上卷	實價三元五角
增訂三版生理胎產學	實價一元三角三分
增訂再版病理胎產學	實價一元四角
增訂再版生理胎產學	實價一元五角

總發行所

上海成都路靜安寺路  
修德新邨四八三弄六號  
楊元吉醫師診所

# 鈣 葡 羅 那

全無副作用 全無毒害  
入於人體之狀態 如天然生成

## 主治

急性或亞急性神經興奮異常  
搔痒性皮膚病 過敏症  
泌尿科婦人科及耳鼻喉喉科疾患  
詳細請閱仿單另有粉劑片劑  
使用尤便



# 鈣 士 德 山 濃



用濃山德士鈣 事半功倍  
而經濟便捷  
止血 強心 營養 解毒

主治：肺癆及其他各種癆症  
滲出性炎症 諸疾患  
急性如肋膜炎 氣管炎  
急如及慢慢性皮膚炎  
妊如丹毒 濕疹 蕁麻疹  
治療或預防因注射或神經性之頑固嘔吐  
麻醉藥處置後之失常  
詳細說明書函索即寄

總經理 禮和洋行



安度賜保命 (ENDOSPERMIN)

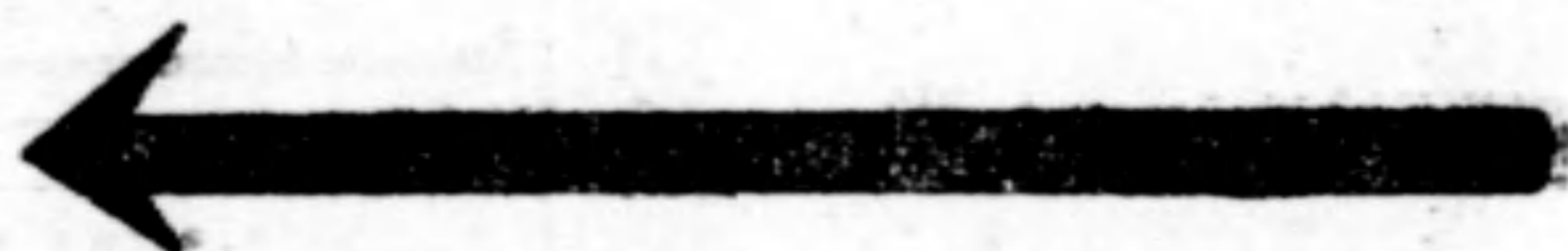
為最純淨之 Hormone 胚胎腺製劑。有增加  
 人體天然抵抗病菌力及預防未老先衰之  
 功。主治諸虛百損。神經痛。動脈管變硬。糖尿  
 症。痛風。性神經衰弱等症。用本藥戒除鴉片  
 煙癮。尤有特效。  
 各大醫士。所以採用安度賜保命者。實因其  
 效力可靠。見功神速。而毫無不良之副作用。  
 詳細說明書函索即寄

上海九江路十九號

藥劑化學師薛魯敦藥行



安度賜保命係一  
 種最純淨之好藥  
 尼 Hormone 製  
 劑。用以治療鴉  
 片嗜好。因而戒  
 除者。嗜好。因  
 而戒除者。為數  
 甚多。行敢。保  
 其。中。無。他。毒  
 質。醉。劑。及。其。他。毒  
 質。



售出有均房葯大各

# 便瀉便秘新藥

## PANKONIN & TONOPHEN

### "F. KOONG"

## 澎可甯與通乃分

欲達腸腑之藥，經胃每生變化，嘗苦奏效未確。但腸消化止瀉劑「澎可甯 PANKONIN」，係與收斂之屬相結合，其抵抗胃液之作用甚強。不但至腸對於脂肪化分有異常之良效。即於蛋白質類之消化力亦增強。且有消炎，殺菌，制醱酵，止出血之功。故用於脂肪過泄，慢性腹瀉，小兒腹瀉，神經性腹瀉，慢性鹽酸缺乏之胃炎，年久腸炎等，均甚效。輕瀉劑「通乃分 TONOPHEN」，亦因與緩和安靜之藥，有機化合，過胃不為所動。且可藉此抑制其種種副作用。故服後不害胃，便時無腹痛，連用無習慣，減服亦仍效，實為輕瀉藥中之佳者。用於常習性便秘尤宜。此二藥功皆賴於合作，遠非單純原藥可及。如須說明書，及「通乃分」簡易試驗法，函索即呈。

以上二藥俱分 藥粉 片劑兩種

上海福康西藥店製 各大藥房均有代售

上海肇嘉路虹橋西街復康藥行總經理

▲蘇州盛家帶福康分銷處亦發售

# 國產造血強壯藥

## LEBEROSE, IOD-LEBEROSE, ARSEN LEBEROSE,

## 立勃絡髓 (液體)

補血藥雖多，求其功效確實，至今尚推鐵劑。然鐵有刺戟胃腸，損壞粘膜等弊，殊為缺憾。但此藥(立勃絡髓)則無虞，因鐵與生質精等，已化合甚緊，經長時間之精製始成。試投少量之酸。則此藥即變棉絮狀之沉澱而不散。可原狀過胃，而不致損胃。如再投少量之鹼，即復變澄明狀態如初。此藥既製成如肝臟內留備造血之物，則由腸入血，自易吸收同化，見效甚速，而無損於腸。且用量小而功效大。毫無腥臭。久置不變。此與普通鐵劑均不同。藥分含砒。含碘，單純三種。定價均甚廉。每大瓶可服五六十回，僅須一元四角。惟偶遇惡性貧血宜與「利服爾 LIVERPHOR」(肝胃合劑)同服尤佳。如須說明書，試驗法，函索即寄。

「單純，含碘」每瓶均盛二百公撮

「含砒」大瓶盛二百公撮 小瓶盛一百公撮

上海福康西藥店再白

# 國產祛痰鎮咳新藥

BOCKTAGIN & FACOL

"F. KOONG"

## 撲咳他勁 與 法可爾

撲咳他勁「BOCKTAGIN」與「法可爾 FACOL」、功效皆能祛痰鎮咳。皆為國產植物中抽出之治咳有效的部份。「法可爾 FACOL」則祛痰力為最強、遠勝桔梗、遠志等藥、而毒力反較少甚、(皂素類藥、雖不為消化管所吸收、然遇胃腸有損傷時、即有吸收之虞、故毒力愈少而愈佳。)

用於痰難咯出之乾咳、劇咳、及小兒咳嗽等、為尤宜。「撲咳他勁 BOCKTAGIN」則不獨祛痰鎮咳、容易見效、且能健胃整腸、並有強心之功、而無溶血作用。用於虛弱人之咳嗽、及須連用者、最適宜。此二藥之大概也。如須說明書、函索即寄。

「撲咳他勁 BOCKTAGIN」分粉末 片劑 二種

「法可爾 FACOL」分單純液 複方糖漿二種

各處大藥房均代售

上海福康西藥店製

總經理 上海肇嘉路三百九十七號

復康藥行

分銷處 蘇州盛家帶福康分店

# 新 鎮 痛 劑

NEO-VETOLIN & VETOLIN

"F. KOONG"

## 萬痛靈與凡痛靈

此係有機化合物，初名「凡痛靈 VETOLIN」止痛之功尚迅速。惟藥為淡黃色，於化學上猶覺未滿。因又再四研究，另以最新化學方法，製成一種白色「最新萬痛靈 NEO-VETOLIN」，功效更妥更速，吸收亦更容易，服後立刻痛止。並無種種不快，及催眠等副作用。凡各種神經痛，婦女月經痛，外科創痕痛等均甚效。而尤以三叉神經痛為最。舟車眩暈，及高血壓病之頭頸脹痛，亦有效。定價甚廉(醫界用黃色藥片，五百片瓶裝，僅定價七元五角。白色五百片，僅定價一十元)如須說明書，及新藥價目表，函索即呈。由郵購，亦即寄。

「裝盛」藥粉每兩一瓶

藥片分五百片 一百片 一十片三種

「附白」類承 垂詢此藥有無注射液，福康因內服效已極速，若用為注射，反有疑義。(各國此藥亦多無注射出品)故非有十分把握，不敢率爾製售，免滋貽誤云。

上海福康西藥店再白

命保賜而加  
HOI-NIPAN

劑製丸率性男

保命丸一名內分泌極重要  
 之物質或缺乏即呈衰弱  
 病態如神經衰弱未老早  
 衰性神經衰弱諸症接踵而  
 起本藥專治壯期動物  
 求本藥在上海製造極  
 之丸在法化煉性極  
 賜保命丸用法無異  
 各症功效極大  
 盛用各症功效極大

上海新開路一十一號  
 新亞藥廠製造



此係注射液內有丸服劑



# 百乃定解熱



萬應免疫

注射液

## 百乃定

注射本品後可賦  
與細胞生機產生  
普遍免疫抗體消  
炎解熱頓挫病勢  
防止合併症之發  
生而達治療之目  
的

凡患感冒肺炎扁桃腺  
炎以及原因不明之高  
熱傳染性疾患敗血症  
疾患化膿性疾患均可  
應用本品治療之功效  
確實絕無副作用價格  
廉尤為特色

每支二公撮 三支  
二元 十二支三元  
七角 四十八支十  
四元五角  
上海新亞藥廠發行  
藥房均售

# 「因余生平覺別種藥物未有能出其右者」

此某外科醫師論用安那蘇痔瘡藥塞以治痔瘡及種種直腸病所發之言也。據彼研究所得，在痔瘡行施手術之前。用安那蘇痔瘡藥塞，足以止痛制炎。減輕血瘀。制止出血。為開刀時作準備。行施手術後用之。又有安慰保護之功。足使早日痊復。且使直腸內之糞便，得所滋潤。大便不致作痛。

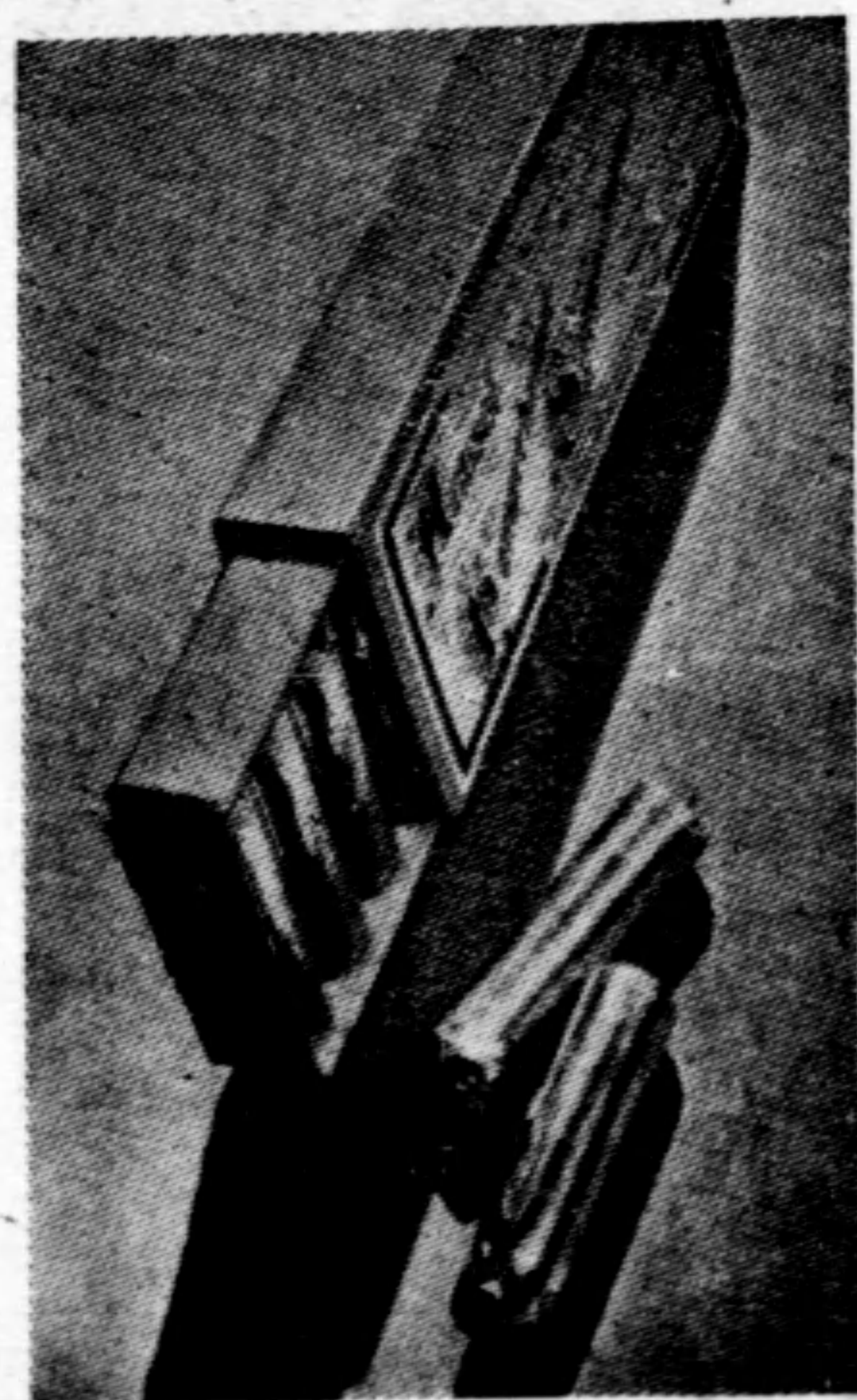
安那蘇痔瘡藥塞，安全可靠。其成分中並不含有麻醉性之藥劑。

樣匣承索即奉 (以正式醫生為限)

德國戈德克大藥廠精製

美商華納製藥公司經理

上海四川路六六八號



(AN2)

安那蘇  
痔瘡藥塞  
**ANUSOL**



阿加路



別種出品

大凡上等乳劑。必流動自如。阿加路即是如此。傾於匙中而服之。不致溢  
 出匙外。亦可傾於玻璃杯中，微微攪後而服之。阿加路亦為氣味怡美之飲  
 品。兒童服時，可加於牛乳中，彼等必樂服之。阿加路為原質鑛油及海菜配  
 以芬諾爾夫他林所製之乳白劑。易與腸道中之  
 糞滓充分混和。本品氣味可口。毫無油膩。服用殊便。其成分不含糖質。  
 亦未攪和人工香味，以便入口。  
 如能信任阿加路可靠之作用，使腸道中之糞便澈底軟化。腸道得平均之滑  
 潤。並使蠕動之作用受和善之激勵。則便秘之治療。固不成為問題也。  
 請即試服。用尊處信箋或處方紙來函索取。謹當奉贈一瓶。

阿加路便秘良藥

阿加路盛於瓶中，容量分六兩及十四兩二種。服量平均為每次一湯匙。  
 各大藥房均有出售  
 美商華納製藥公司精製  
 中國分公司  
 上海四川路六六八號  
 信箱一八三〇號

AGAROL

(A3)

# 同濟醫學季刊第五卷第三期目錄

## 研究與臨床

- 驗尿及量血壓對於高血壓病之價值.....李明琛 1—8
- 內分泌腺之最近的研究——腦下垂體(續).....梁之彥 8—18
- 可怕之黑熱病.....陳家琪 19—26
- 副甲狀腺內分泌素 (Epithelkörperchenhormon)  
之作用及其在治療上之功用.....謝家樹 27—29
- 變質反應體質上的條件.....薛煥成 29—37
- 從何幾點來決定癌腫之預斷?.....馮世怡 37—39
- 各種不同錐蟲 (Trypanosomen) 在混合傳染上之  
相對影響.....曾憲立 39—45
- X光診斷關節病之新進展.....蘇德 46—49
- 論腸臟閉鎖症的早期診斷及錯誤診斷.....張春宇 49—52
- 血液疾病的早期診斷.....徐續宇 53—64
- 關於肺部及呼吸道的流行性感冒之討論.....徐春沂 64—70

## 小兒科

- 幼童時代慢性消化不良症的臨床實驗和治療.....王觀榮 70—75
- 菲葶 Phytin 之應用於乳兒及幼童譚.....F. C. 76—77

## 婦科

- 以尿診斷妊娠之試驗法.....徐春沂 77—81

## 衛生與中毒

- 軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法.....徐續宇 81—87

## 醫學與社會

- 醫學的出路.....朱克聞 88—90

## 治療報告

- 用大量可拉明 (Coramin) 而得救之巴爾比士利  
酸族中毒重症一例.....F. C. 91—92
- 肺結核發熱之治療談.....錢章材 93—95
- 用魚肝油作為油膏的經驗談.....金孚戡 95—99
- Prontosil 治療 Hodgkin-Wechsel-Fieber 之效果.....王卓我 100—101

消 息  
啓 事

## 全國新醫藥界定期刊物一覽

雜誌名稱	刊期	每冊價	預定(連郵費)		發行者
			半年	全年	
醫藥評論	月刊	\$ 0.10	\$ 0.55	\$ 1.00	上海醫藥評論社
醫事公論	半月刊	\$ 0.04	\$ 0.48	\$ 0.96	中國醫事改進社
醫事彙刊	季刊	\$ 0.35	\$ 0.65	\$ 1.20	全國醫師聯合會
醫藥學	月刊	\$ 0.25	\$ 1.30	\$ 2.50	上海醫藥學雜誌社
新醫藥	月刊	\$ 0.20	\$ 1.10	\$ 2.00	中華醫國醫藥學會
醫學與藥學	月刊	\$ 0.20	\$ 0.55	\$ 2.00	杭州市醫師藥師公會
社會醫藥報	半月刊	\$ 0.10	\$ 1.10	\$ 2.00	上海社會醫藥報館
藥報	半年刊	\$ 0.25	—	\$ 0.00	浙江醫藥專科學校藥科
中華醫學雜誌	月刊	\$ 0.80	\$ 4.00	\$ 6.00	中華醫學會
中華醫學(英文)	月刊	\$ 1.50	\$ 6.00	\$ 12.00	中華醫學會
診療醫報	月刊	\$ 1.00	\$ 0.50	\$ 1.00	上海診療醫報社
同濟醫學月刊	月刊	\$ 0.30	\$ 1.60	\$ 3.00	上海同濟醫學月刊社
同濟醫學季刊	季刊	\$ 0.30	\$ 0.60	\$ 1.10	上海同濟大學同學會
新醫學	季刊	\$ 0.30	\$ 0.60	\$ 1.00	山東醫學專科學校
北平醫刊	月刊	\$ 0.10	\$ 0.55	\$ 1.00	北平北平醫刊社
文藝的醫學	月刊	\$ 0.20	\$ 1.22	\$ 2.24	上海通俗醫學雜誌社
壬申醫學	半月刊	\$ 0.20	—	\$ 0.48	河北省立醫學院
廣濟醫刊	月刊	\$ 0.24	\$ 1.25	\$ 2.40	杭州廣濟醫刊社
醫林新誌	月刊	\$ 0.10	\$ 0.55	\$ 1.00	杭州醫林新誌社
濟生醫院月刊	月刊	\$ 0.03	\$ 0.16	\$ 0.30	杭州濟生產科醫院
大眾醫刊	半月刊	\$ 0.10	\$ 1.20	\$ 2.40	廣州大眾醫報社
福州醫藥週刊	週刊	\$ 0.06	\$ 1.23	\$ 2.28	福州醫藥週刊社
西京醫藥	月刊	\$ 0.15	\$ 0.80	\$ 1.50	陝西西京醫藥社
川至校友月刊	月刊	\$ 0.05	\$ 0.30	\$ 0.50	山西太原川至醫學專科學校
東方醫學雜誌	月刊	\$ 0.20	\$ 1.10	\$ 2.00	瀋陽東方醫學雜誌社
同仁醫學	月刊	\$ 0.20	\$ 1.10	\$ 2.00	日本同仁會
東亞醫報	月刊	\$ 0.30	\$ 1.60	\$ 3.00	日本東京東亞醫報社
通俗醫刊	月刊	\$ 0.05	\$ 0.30	\$ 0.50	南通通俗醫學社
新醫藥刊	月刊	\$ 0.10	\$ 0.55	\$ 1.00	上海新醫藥刊社
新藥導報	月刊	\$ 0.10	\$ 0.70	\$ 1.00	上海醫藥導報社
軍醫導報	月刊	\$ 0.10	\$ 0.60	\$ 1.20	陸軍署軍醫司
軍醫月刊	月刊	\$ 0.15	\$ 0.80	\$ 1.80	南京陸軍軍醫同學會
助產月刊	月刊	\$ 0.05	\$ 0.30	\$ 0.50	江西省立助產學校
法醫月刊	月刊	\$ 4.00	\$ 1.80	\$ 3.50	司法行政部法醫研究所
中國生理學雜誌	季刊	\$ 2.50	\$ 5.00	\$ 10.00	中國生理學會(中西文字)
麻瘋季刊	季刊	\$ 3.00	\$ 0.70	\$ 1.20	中華麻瘋救濟會
拒毒月刊	月刊	\$ 0.20	\$ 1.10	\$ 2.00	中華民國拒毒會
廣西衛生旬刊	旬刊	\$ 0.05	\$ 0.80	\$ 1.50	廣西衛生旬刊社
康健雜誌	月刊	\$ 0.15	\$ 0.80	\$ 1.50	上海康健雜誌社
現代父母	月刊	\$ 0.10	\$ 0.55	\$ 1.00	中華慈幼協濟會
醫學週刊	每星期一	隨上海大晚報附送			上海新醫聯誼社
新醫與社會	每星期五	隨上海時事新報附送			上海市醫師公會
民衆醫藥	每星期三	隨上海晨報附送			上海民衆醫藥社
民衆醫學	每星期一	隨上海新聞報附送			上海民衆醫藥社
申報醫藥週刊	每星期一	登載於上海申報			上海申報館
醫藥	每星期四	隨西安西京日報附送			西安西北醫院主編

上列各種醫藥雜誌上海北京路二六六號五定公司醫藥書報部均可代定

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica

# 同濟醫學季刊

同濟醫學季刊社

上海靜安寺路同和里

Tung-Chi Acta Medica

Bubbling well Road Shanghai

社長 翁之龍

## 編輯部 編輯

李明琛(主任) 李宣果。王味根。梁之彥。黃容增。  
項經方。胡哲揆。唐哲。朱克聞。嚴沛章。方召。  
周緒。潘淵若。胡志遠。謝家樹。馮世怡。李永彬。  
張君定。張春宇(幹事)

## 特約編輯

金誦盤(滬)	黃鐘(滬)	龐京周(滬)	趙啓華(滬)
張仲明(滬)	金問淇(滬)	吳憶初(滬)	谷鏡汧(滬)
張森玉(滬)	朱仰高(滬)	孔錫鵬(滬)	曾耀仲(滬)
沈成武(滬)	馮五昌(滬)	俞松筠(滬)	阮尙丞(滬)
尤彭熙(滬)	楊元吉(滬)	傅壯民(滬)	周君常(滬)
杜克明(滬)	李武城(滬)	俞永康(滬)	王寶楹(京)
田樹樞(京)	章元瑾(京)	蔣益生(豫)	但功澤(豫)
張靜吾(豫)	魯章甫(豫)	李賦京(豫)	聞仲彝(豫)
梁伯強(粵)	梁仲謀(粵)	李挺(粵)	孔錫鯤(濟)
尹志伊(濟)	韓法周(濟)	朱虎蔚(青島)	楊和慶(吳縣)
徐振華(吳縣)	周綸(無錫)	王子欽(蜀)	王季甫(蜀)
胡金鑫(北平)	許端慶(滇)	葉培(桂)	陳一龍(滬)

## 發行部

陳延華(幹事)

## 文書部

張馥(幹事)

## 印刷部

錢章材(幹事) 駱思謹。陸福培。鍾敬和。郭學健。

## 會計部

王觀榮(幹事)

## 廣告部

金孚戡(幹事)

# SPERMOCRIN

## 賜保命特靈

新卵鮮畢丸之精液  
巢好蒙尼之結晶

偉大補品

戒烟良藥

本品係世界最著名。設備最完美之內分泌製藥廠監督製造。採取蘇俄特產。牛羊馬鹿等之新鮮畢丸或卵巢。提煉精液成劑。藥力濃厚。質地純粹。決不因成本昂貴。而摻入其他礦植物質。其藥輸入人體後。即能促進性能。神經系。心臟。脈管等之工作能力。恢復原狀。使身體衰弱者。成爲強健。乃治療疾病增進健康之根本良劑。戒烟尤有特效。出品精良。絕無流弊。久服體力益強。

女用賜保命特靈英文名

NOVOVARICRIN

主治

性能虧損 動脈硬化  
神經衰弱 月經不調  
未老先衰 久不生育  
腦弱失眠 血虧體虛  
戒除鴉片 卵巢各病

蘇俄國立內分泌研究院監製

# NOVARSENOL

## 南佛殺毒

九一四式

砒製尅毒劑專治各種梅毒

售出三千萬管

建設專門工廠。聘請著名技師。組織特別委員會監督製造。所有出品。必須經過極嚴密之各種試驗。方始出售。藥力偉大。藥性穩妥。可與不論何國出品之色爾伐山相比較。絕不遜色。堪稱物美價廉。當爲各大醫師所樂於採用也。

泰信藥行

上海甯波路念號

總經理

Centrosojus (Eng) Ltd.

上海北京路二號

總代表

蘇俄國立佛精赫姆大藥廠監製

## 研究與臨床

# 驗尿及量血壓對於高血壓病之價值

李明琛

自新醫輸入中國，高血壓之病名，亦時有所聞；致高血壓病之起因，普通均以血管壁硬化名之。殊不知高血壓病之起因，並非只因血管壁硬化而得之；蓋除此原因外，由腎臟方面及心臟方面，均可得血壓高之病，此乃平常習見之事也。夫高血壓病既與他器官有連帶關係，則其病之治療與預後，亦因其致病之原因而特殊焉。常見有許多醫生，對於病史，不細加詢問；對於病徵，不細加探討；只憑中食二指，查其脈之結果，而動曰：『君患高血壓病；爲何？大半爲血管壁硬化，君如不小心行事，定有中風危險，試問只憑兩指按脈，何能定診斷？凡患高血壓病者，均歸中風而死耶？故凡有高血壓病者，吾人對於該病者身體上之各部器官，凡與血壓高有關係者，必須逐一詳加察驗，作一有統系之試驗，如是方可確其診斷，施其治療，不然，常見許多庸醫，妄加診斷，亂投藥

石，此實不啻賜病者以毒物也！！

竊吾人遇有因高血壓而起沉重之病態時，如血壓已高出二百伍拾度左右，病者頭痛，頭暈，想吐等症，當此之際欲得適當之診斷及治療，對於下列諸點，須特留意；庶可免其他之一切錯誤也：

- 1 高血壓是否因心臟衰弱而起？
- 2 腦出血，是否起於突然？
- 3 腎臟有病態否？

由於心臟衰弱而致起之血壓高現象，無防給以毛地黃及司土番梯 (stropoanthin)，則見許多病者，自服是藥後，均可化險爲夷，不復有從苛之苦矣！

司土番梯，雖爲醫心臟有效藥品，但有時亦常常惹起許多不幸事件，如因注射司土番梯而致腦出血及腦血栓病等，故不得不謹慎從事也（此處可參閱本”季刊第五卷第二期，心臟與循環器官障礙之治療一文）



至於由腎臟方面所生高血壓病，則其治療大綱，以食物療法為最佳；因病者此時之腎臟細胞，已有很沉重之損傷，尤以腎臟毛細管部，起有特殊高度緊張力。故在此時期，無論如何，不可再使腎臟受刺激，所以吾人須當心病者每日所進食物，作為醫腎臟病，最好方法，此亦Schlayer等諸專家，尤為推讚者也，但有許多病，往往因嚴格食物療法，如在一定時期，不許食食鹽及少進肉類之菜單，常惹病者見食生厭！處此情節，吾人對病者之飲食分配，須特別注意，其要緊者，務使病者，對於所分配之食物，不致厭煩，如是方可收食物治療腎病之功效也。除食物之療法外，其次則為對病者精神上之安慰，蓋有時因精神不寧，或與旁人發怒，常常因之血壓增高，甚至中率，此乃常見之險事，故為人醫者，精神治療，亦須乘機而施用也。

上者既言高血壓病之治療和預後，常因其原因而異。求其能確定其診斷而影響其治療和預後者，厥為量血壓及檢查小便。是也，倘吾人能將病者血壓及尿，均能按時加以合理之試驗，則不特可測知病者之輕重，而其診斷亦易於判定矣，今者僅將本人在醫院所遇患高血壓病者，陳之於次，以供讀者之參閱焉。按該數位病者，如

量其血壓，則均在二百五十度左右，外表看來，則三者之病理，似乎出於一轍，但因檢驗小便及量壓之特殊差異，於是每位之診斷，預後和治療，亦因之而懸殊矣。

第一病者，劉和順，五十七歲，二年前在北平時其血壓已至二百六十五度。今者在上海由他醫生量血壓為二百五十七度，並尿內現有蛋白質，擬為惡劣性腎臟硬化症，故即送本院求醫，劉君於民國廿二年四月初進院，在院共住三月之久。經醫生檢驗結果：心肺各部未有劣惡之變化，除高血壓外，亦未有循環系障礙病，不過該人不能做勞力及思索過度之事，反是，則較頭暈目眩。在尿內，用燒煮法，稍現輕微之混濁；尿渣內有零星透明尿圓柱體，並亦有零星之紅白血球，除此外並未有若何之發現也。

當劉君進時，其心房已縮時之血壓為二百三十度，和附有一百三十度之大擴展現象（Amplitude）。後經予者勸導，對於家務，公事，最好置之不理，對於飲食亦須注意，並亦須有適足之睡眠。病者極能通曉醫生之用意，於是每日之生活，完全視醫生之指導為是。如是修養和調理，病者在院不滿一月有半，其心房收縮時之血壓，已從二百三十度，

降至二百度，有幾次甚至降至一百八十二度，一百七十九度，至此時節，其小便內，亦不過稍有少許透明圓柱體及罕見之紅白血球而已；小使用燒煮法，雖現有微薄之濁混，但用愛司巴赫氏 (Esbach) 之試驗量之，始終不克估計也。

故按上者小便試驗之結果，及有較大之血壓昇降，其不為惡性腎臟硬化症，而為普通之血管硬化症，甚為明顯矣。

今者吾人既由量血壓及驗小便判定其診斷，則此診斷，與將來之預後，實有莫大之關係焉；蓋劉君既患緊張性之動脈硬化症，則劉君將來之主要危險，並非由劣惡性之腎臟硬化症而來；由是觀之，則劉君之壽命，在短時期內，亦不致生其他問題也；因倘劉君所患者為惡性之腎臟硬化症，則日後之預後和生命上之估計，完全與前者相異，蓋凡患劣惡性之腎臟硬化症者，其血壓均是漸漸增高無已，並未有較大之心房收縮血壓昇降；由此可知，則患劣惡性之腎臟硬化者，其壽命定較短於前者也。

第二病者，張炳達，年五十九歲，常有心臟衰弱式之急喘，有時好似因心臟衰弱而起鬱積現象；此種難現象，經過適宜調養，甚易恢復病者舊日健康。反觀驗小便及量血壓之結果；實有令人

注意者，即為血壓之日日增高，和發現特異物質在小便內；借觀於此，則從前所有之病狀，並非基於心臟，實基於惡性腎硬化症故也。

竊思病者入院時，當時其血壓為二百零十度，小便內有蛋白質及帶病理性之沉澱物；於是予即為病者，作一有統系之量血和小便試驗。施行此法，亦甚為簡單，即每禮拜量血壓三次，驗小便三次。在外表看來，此種工作似乎簡單拙笨，殊不知其中含有絕大之意義，蓋如不例此以行，則偶然試驗一次所得結果，萬不能確定其診斷而言其預後和治療也！例如：適巧在某次量血壓時，其血壓正在最低時，吾人豈可依此，言其預後而定其治療之方針耶？又如在某次中，適其血壓正在最高時，而小便內又現有多量蛋白質及許多帶病理性之沉澱物，則吾人處此情節，又豈可言該人患有沉重之腎病，而致於不可治醫耶？！

今將張君在予處受醫治時，所驗小便及量血壓之大概情形，錄之於下；至於多次試驗價值若何，俟讀者諸君，悉覽下表後，則知其重矣！

第一次量血壓二百零十度

第一次驗尿：

1 鹼性反應

- 2 蛋白質，有 • 1%
- 3 比重，1016
- 4 尿渣，有零星紅白血球玻璃樣  
及顆粒狀之圓柱體
- 5 糖，無

第二次量血壓：207mm Hg

第二次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 蛋白質，有1.5%
- 3 比重，1015
- 4 尿渣，同第一次

第三次量血壓：202 mmHg

第三次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 蛋白質，有 • 0.5%
- 3 糖，無
- 4 比重，1012
- 5 尿渣，零星紅白血球玻璃樣圓  
柱體

第四次量血壓：204 mm Hg

第四次驗尿：

- 1 微鹼性反應
- 2 蛋白質，有 • 0.2%
- 3 糖，無
- 4 比重，1007
- 5 尿渣，零星紅白血球

第五次量血壓：214 mm Hg

第五次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1009
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有 • 3.5%
- 5 尿渣：紅白血球，玻璃及粒狀  
圓柱體

第六次量血壓：209 mm Hg

第六次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比過，1014
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有 • 2.2%
- 5 尿渣：稀少之紅白血球玻璃狀  
圓柱體

第七次量血壓：213 mm Hg

第七次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 糖，無
- 3 比重，1510
- 4 蛋白質，有 • 0.5%
- 尿渣：有少許之紅白血球

第八次量血壓：221 mm Hg

第八次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1005
- 3 糖，無

4 蛋白質，有•0.2‰。

5 尿渣：同第五次

第九次量血壓：234 mm Hg

第九次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重，

3 糖，無

4 蛋白質，有•3.2‰

5 尿渣：同第五次

第十次量血壓：242 mm Hg

第十次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重，1009

3 糖，無

4 蛋白質，有•0.2‰

5 尿渣：無錄之必要

第十一次量血壓：254 mm Hg

第十一次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重，1007

3 糖，無

4 蛋白質，有•1.7‰

5 尿渣有少許之紅白血球

第十二次量血壓：249 mm Hg

第十二次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重：1015

3 糖，無

4 蛋白質，有•5‰

5 尿渣：紅白血球粒狀及玻璃狀  
之圓柱體

第十三次量血壓：235

第十三次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重：1020

3 糖，無

4 蛋白質，有8‰6

5 尿渣：紅白血球多量粒狀圓  
柱體

第十四次量血壓：263 mm Hg

第十四次驗尿：

1 酸性反應

2 比重：1009

3 糖，無

4 蛋白質，有•3.5‰

5 尿渣：紅白血球玻璃狀圓柱體  
及粒狀圓柱體

第十五次量血壓：251 mm Hg

第十五次驗尿：

1 鹼性反應

2 比重，1011

3 糖，無

4 蛋白質，有•0.75‰

5 尿渣：紅白血球粒狀及玻璃狀

## 圓柱體

第十六次量血壓：258 mm Hg

第十六次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1007
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有
- 5 尿渣同第十三次

第十七次量血壓：259 mm Hg

第十七次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1006
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有 0.2%
- 5 尿渣：同第十四次

第十八次量血壓：263 mm Hg

第十八次驗尿：

- 1 酸性反應
- 2 比重，1012
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有 2.5%
- 5 尿渣：有完全稀少之玻璃圓柱體

第十九次量血壓，214 mm Hg

第十九次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1013
- 3 糖，無

4 蛋白質，有 9%

5 尿渣：同第十六次

第二十次量血壓，262 mm Hg

第二十次驗尿：

- 1 鹼性反應
- 2 比重，1014
- 3 糖，無
- 4 蛋白質，有 3.5%
- 5 尿渣：紅白血球玻璃狀圓柱  
(驗尿及量血壓，共有五十次之多，此處所錄者，乃其中之十餘次而已)

按上表看來；(1)量血壓之估計：該病者自經予治療之後，病者雖未有很重病症發生，但血壓毫無昇降之特殊差異，惟有緩緩增高，即有時不上昇，而其血壓度數，亦停留其最高處，此實惡性腎臟硬化症之特異處也！又令吾人所留意者，即有數次量血壓時，適在病者因家事遭凶之後，其血壓顯然有急速上昇增高之勢（從 212mmHg 增至 239mmHg）精神與血壓有關，此實乃一最好之病例也！

(2)驗尿估計：該人每日尿內之蛋白質，病性尿渣以及其比重，實令人莫從推測！例如，用愛司巴赫所量結果，有時其量為千分之零點二，有時其量超出千分之九。其比重平均為 1008 至 1009，但有時曾

至1020，則此數與前者平均數相比，其差異之至，好似非同一病人之尿也！由此可知，其中異常之變化，實賜吾人以特別留意也。

今者予再將一位眼科醫生對該病檢驗結果如次：右眼底所見，網膜稍有出血，乳頭外側，有輕微浮腫，並帶有脂肪變性狀態，血管小部變成蜿蜒之狀，左眼底所見，與右眼相同，其診斷為惡性腎臟硬化症，予之所引用此眼科醫生檢驗者，蓋彼之診斷，實與予利用驗尿及量血壓所得之診斷相同，此亦足證明驗尿及量血壓之價值也。

第三病者最後予尚再引證一年約五十七歲之男子，其第一次在醫院門診時，是因為頭暈，及予將其血壓量完後，甚使人驚異，蓋其心房收縮時之血壓為二百八十五度之譜；此種偶然獲得之高度血壓，致使予有再為深究病源之好奇心，於是即勸病者，每日來院一次，以好供予之詳細查驗也。

病者已往之病史，未有可述必要，不過彼在二十年時，曾患白濁及梅毒，廿七歲結婚，並生有四子，亦甚為康健，病者往昔已有血壓很高之現象，不過彼對自己血壓毫不介意，蓋平常間有頭暈，然旋即消失，所以彼尚未受過血壓高之苦也。彼

在去年，因現有呼吸急迫，於是即赴某醫處求治，醫生量得其血壓為二百七十度，並其血為瓦氏正號反應，於是醫生囑語，少進鹽食及肉類，內服碘劑，並暫時須即休息；於是病者之急迫病症，得以漸漸消失，並有時因公往來於南昌及上海之間，亦不因病內而受累也。

其在本院診察結果：在大動脈有灌注之心房弛放性濁音，此實乃因大動脈門閉鎖不全症所致也，尿內有0.5%之蛋白質，並帶零星血球在尿渣內，有時夜間多尿，血量之測量：右臂為260mmHg與75mmHg，264mmHg與78mmHg，左臂，270mmHg與85mmHg，269mmHg與85mmHg，其血液用瓦氏反應，仍為正號，下腿大骨處有輕微之浮腫，肝亦稍腫狀此兩種顯明之病態，定為心臟衰弱所致，雖即小便有少許之蛋白質及有病性之尿渣，此亦不重為鬱積腎之關係，而腎臟本身並未有若何病發生也。處此情形，為避免心臟將來之衰弱，與現時之鬱積現象計，須急投以毛地黃，及其相似之強心劑，庶可防患於未然也！

竊觀第一病者，有非常高度血壓，完全基於其緊張性之血管硬化症及小動脈硬化症，第二病者，則為惡性之腎臟硬化尿，而致有過度增高血壓症及帶病理性之症

及尿渣，第三病者，在二十歲時已患梅毒，此實可證明，今日之大動脈閉鎖不全症，及因此而起過高血壓病症，實完全基於廿年前之因果也。

綜觀上述，三者雖有同樣之高血壓病症，但其致病之原因，均各有其所以然，但吾人能按規尋求，作一有次序之觀察和試驗，如化驗小便及量血壓等工作，則甚易尋出的確之診斷，然後再言其預復，施以治療，庶可免其他一切錯誤也。

### 參考用書

1.) Pathologisches Physiologie

Von L. Krehl

2.) Krankheiten der Wasser- und Salzstoff-wechsels; Krankheit der Niere

Von H. Straüss.

3.) Lehrbuch Der Kreislaufstörung

Von P. Moracitz

4.) Mikroskopie und chemie am Krankbett

Von H. Lenhartz

5.) Lehrbuch der Physik

Von E. Lecher

## 內分泌腺之最近的研究

### 腦下垂體 (續)

梁之彥

#### 腦垂後葉荷爾蒙：

很早即已彼發見了，最近市上出售之腦下垂體的製劑，如 Hypophysin, Pituitrin, Pituglandol 等，均是由後葉所製出，均含有後葉荷爾蒙。

#### I. 後葉荷爾蒙的生理作用：

a.) 子宮：腦垂後葉荷爾蒙之一種重要的作用，即是能促進子宮的動作，及增

強子宮的緊張度。至今此種現象在一切哺乳動物均已觀察到。(白鼠，家兔，犬，貓) 並且不但是割出的子宮，放在含後葉荷爾蒙的 Ringer 氏溶液內，就是仍留原處的子宮于靜脈注射該荷爾蒙後，亦同樣發生興奮現象。

因為一則 Ogata 氏證明後葉荷爾蒙能引起不含神經纖維及神經結節的子宮

肌肉之收縮，二則 Fränkl-Hoch wart 和 Fröhlich<sup>2'</sup> 氏更發見司理子宮之神經對於後葉荷爾蒙尚不如子宮肌肉的敏感，所以推測後葉爾蒙對於子宮的作用，大概是直接及于子宮的肌肉，而非間接經過神經系。

後葉荷爾蒙所引起之子宮的興奮現象，不僅是因動物的種類及年齡而差異，(Trendelenburg)<sup>5'</sup> 並且與子宮的機能狀況亦有密切的關係。在妊娠後期內之子宮對於後葉荷爾蒙的作用，即發生敏感化，(=Sensibilierung)，詳言之，即其間子宮被後葉荷爾蒙所引起的收縮和緊張度大為增強，(Kürzel<sup>4'</sup>，Hastmann，和 Schäfer)<sup>5'</sup>，是以于動物之妊娠末期連續，注射以後葉荷爾蒙，則定規喚起胎體的排出。(Trendelenburg) 此亦即近年來所以將後葉荷爾蒙用作為產科上陣痛催進劑的原因。

自發現此種現象以來，許多學者就又去探討腦垂後葉荷爾蒙對於生理的分娩是否亦是重要的因子，換言之，即分娩時子宮陣痛的發生，是否即為後葉荷爾蒙所引起。關於此問題最視 Dixon 及 Marshall<sup>6'</sup> 氏根據其在犬子宮上所作之試驗得到以下的結論，以為于妊娠末期後葉荷爾蒙的分泌，經受卵巢內一種物質的激刺，發生高

度的增加，因而喚起分娩之現象。其次 Bourne 和 Burn<sup>7'</sup> 氏以及 Parkes<sup>8'</sup> 氏復又發見女性荷爾蒙能以致使子宮對於後葉荷爾蒙的作用，發生敏感化，由此他們推論子宮在妊娠末期經受女性荷爾蒙的影響對於後葉荷爾蒙所發生的敏感化，即為引起陣痛的因子。最近 Heller 和 Holtz<sup>9'</sup> 氏後試 Bourne 和 Burn 氏實驗之結果，完全否認，女性荷爾蒙具有引起子宮對於後葉荷爾蒙敏感化的能力，但却證明前葉荷爾蒙 (Prolan) 以及增高 Ringer 氏溶液中的鉀含量皆有此作用。此更且與動物體內在妊娠期所起的變化亦頗適合。是以 Heller 和 Holtz 氏對於陣痛的發生，又作以下的結論；他們以為陣痛的發生，由于數種因子所促成，即子宮先受大量的前葉荷爾 (Prolan) 蒙及增高的血鉀量之影響，發生了敏感化，然後此敏感化的子宮復經大量分泌的後葉荷爾蒙之作用，始發生陣痛的現象。

雖然以上學者均主張後葉荷爾蒙與陣痛的發生有密切的關係，可是他方面 Fmith<sup>10'</sup> 氏却又報告在白鼠于割出腦垂後葉之後，仍能舉行正常的分娩，與常態的白鼠並無差別。所以由此看來，後葉荷爾蒙對於生理的分娩是否是重要的因子，還不敢十分斷定。不過于此若根據 Trendelenbu



rg<sup>11'</sup> 和 Sato<sup>12'</sup> 的實驗，尚可作以下的解說，即割去腦垂後葉之後，也許代償的在灰白結節，及乳嘴體內又生出有起引起陣痛的物質來。

此外後葉荷爾蒙與副腎精對於子宮有相反的作用，即副腎精 (Adrenalin) 能致使常態的子宮發生弛緩，以消滅後葉荷爾蒙對於子宮的効力。但是對於時妊娠期的子宮二者却具相同的作用；此在副腎精忽而轉變了性質，亦喚起子宮的收縮，如後葉荷爾蒙一樣。(Dreyer,<sup>13'</sup> Laünoy<sup>14'</sup>)。

Bugbee<sup>15'</sup> 和 Kamm 氏證明分析出的 Oxytoxin 對於子宮與全部腦垂後葉的製劑有同樣的効力。

b.) 于泌尿生殖系中除去子宮之外，其他如膀胱 (Macht<sup>16'</sup>) 以及輸尿管 (Rothmann,<sup>17'</sup> Gruber<sup>18'</sup>) 等含有平滑肌的器官，亦皆感受後葉荷爾蒙的激刺。

c.) 胃腸道：不僅足泌尿生殖系，就是胃腸道的平滑肌對於後葉荷爾蒙的激刺亦發生興奮現象。但是據最近學者的統究，腸胃道之各部對於後葉荷爾蒙所起的反應，並不是一致的，不論在人類或動物 (犬，兔) 均發見其尾部 (大腸) 的興奮比較為甚。(Carlson,<sup>19'</sup> Robron,<sup>20'</sup> Kaufmann,<sup>21'</sup> Elmer<sup>22'</sup> Offenheimer,<sup>23'</sup> Melville,<sup>24'</sup> Fehroeder<sup>25'</sup>) 其次 Elmer<sup>22'</sup> 氏和其

助作者更在動物和人類證證明由後藥浸抽液分析出的兩個因子，"Vasopressin 和 Oxytoxin"，對於胃腸道有相反的作用，其間 Oxytoxin 不但未有刺激胃腸道的効力而且尚可以將 Vasopressin 的効力消滅之，同樣 Gaddum<sup>26'</sup> 氏亦報告使用大量的 Oxytocin 對於家兔的胃腸道不發生任何的作用，不過最近 Schroeder<sup>25'</sup> 和 Kuhlmann 氏，Mehlille 和 Stehle<sup>24'</sup> 氏均以爲 Oxytocin 對於人類和犬的胃腸道，尤其是大腸亦有相當的効力，惟不若 Vasopressin 的効力顯著而已。此外 Elmer<sup>22'</sup> 氏更報告在病床上以 Vasopressin 去醫治腸道的麻痺，極有實用的價值，勝過其他一切的藥劑，(如 Pilo carpin, Ph ysostigmin, Atropin, Pelstaltin, 濃食鹽水等)。

d.) 膽囊：Kalk 和 Schöndube<sup>27'</sup> 氏在人類發見注射後葉荷爾蒙能以引起膽囊的收縮，已有實用的價值，不過 Adlersberg<sup>28'</sup> 氏和其助作者在家兔未能確證之。至于 Erhren<sup>29'</sup> 氏以爲僅只充滿膽汁的膽囊，對於後葉荷爾蒙始發生反應。

#### 參考文獻

- 1.) J. of. Pharmacol. 18(1921)
- 2.) Handbuchd. Physiologie B. VIII S. 478.

- 3.) Die Hormone. I. 1929.
- 4.) Arch. f. exper. Path. 127, 335(1928)
- 5.) Z. bl. gynack. 1932, 1526.
- 6.) J. of. Physiolog. 59 276(1924)
- 7.) Lancet 1928, 1020.
- 8.) J. of. Physiolog. 69, 463(1930)
- 9.) Klin. Wschr. 1931, 1767
- 10.) Amer. J. Phziolog. 99, 346(1932)
- 11.) Klin. Wschr. 1928, 1679.
- 12.) Arch. f. exper. Path. 131, 45(1927)
- 13.) J. of. Pharmacol. 49, 337(1933)
- 14.) Bull Sor, Chim. biol. Paris 16, 485(1934)
- 15.) Endo crinology, 12, 671(1928)
- 16.) J. Pharmacol. 27, 389(1926)
- 17.) Z. exfer. Med. 55, 776(1927)
- 18.) J. Pharmacol. 34, 203(1928)
- 19.) Proc. soc. exp. Biol. Med. 27, 777(1930)
- 20.) Quart. J. exp. Physiol. 21, 265 (1931)
- 21.) Arch. f. exler. Path. 120, 322 (1927)
- 22.) Klin. Wschr. 1930, 1765, 2439
- 23.) Dtsch. med Wschr. 1931, 537
- 24.) J. of. Pharmacol. 50, 174, 165, (1934)

- 25.) Klin. Wschr. 1933 1961
- 26.) J. Physiol. 65, 434(1928)
- 27.) Klin. Wschr. 1927, N.47
- 28.) Arch. f. expe, Path. 134,88(1928)
- 29.) Z. exper. med. 50, 748(1927)

e.) 循環系：最早從事內分泌的學者，即已觀察到後葉荷爾蒙有極大的增高血壓之能力，以後一切學者均確證之，所以血壓的增高亦是後葉荷爾蒙的重要作用之一。但其間最特殊的，即是血壓每于增高之後而復深為低降。于動物中在鳥類此現象最特別顯明。(Hogben 和 Schlapp<sup>1)</sup>)

後葉浸抽液內增高血壓的因子，現下大多數學者均承認即為由其內所分析出的“Vasopressin”蓋以純粹的 Vasopressin 亦能喚起血壓之增高也。(Moras h 和 gibbs<sup>2)</sup>)。至于血壓的低降，gaddum<sup>3)</sup>氏以及最近 Dietel<sup>4)</sup>氏皆以為來自于 Oxytoxin 的作用，但 Larson<sup>5)</sup>氏則以為是由其他混入的物質所喚起，並能使用酒精將其除去之。此外 gruber<sup>6)</sup> stehle<sup>7)</sup>氏 Ragnisky 氏和其助作者，亦報告動物血壓的變動，每按所用之製劑的純粹度及實驗時的情形如麻醉而大相差異。

關於後葉荷蒙如何引起血壓的增高，Leim döfer<sup>8)</sup>氏以為來自于中樞神經的刺激，蓋因其注射後葉荷爾蒙于腰部脊髓

內發生之作用較強也，但是至今大多數學者均主張其間血管的收縮為血壓增高的主要原因，如同副腎精的作用一樣。(Inaba<sup>11'</sup>, Brouha<sup>11'</sup>)甚之就是將大腦及脊髓除去之，而血壓的增高仍得以保持，並且藉血管的灌溉實驗尚可以證明其能直接喚起起血管的收縮。(Biedl<sup>12'</sup>) Miwa<sup>13'</sup> 氏和 Wolff<sup>14'</sup> 氏在腦部，Rössler<sup>15'</sup> 氏，gruber 和 Kountz 氏<sup>16'</sup> 在心臟，Moutner 和 Pick<sup>17'</sup> 氏在腸道，de Boer 和 Carroll<sup>18'</sup> 氏在脾臟的血管均得到同樣的結果，最近 Clark<sup>19'</sup> 亦報告後葉荷爾蒙對於各部的血管均發生收縮的作用，不過強弱有差別而已，比較的對於腸道之血管的効力最強，對於肌肉的為最弱。

後葉荷爾蒙除于引起心臟血管的收縮以外，尚有直接及于心臟的作用。在家兔于注射後葉荷爾蒙後其心臟的搏出量即大為低降(Börner<sup>20'</sup>, Müller<sup>21'</sup>, Wolfer<sup>22'</sup>, Resnik 和 geiling<sup>23'</sup> 氏報告在犬則血液的循環發生遲緩。根據 Bacq 和 Dworkin<sup>24'</sup> 氏的試驗，于注射 Pitressin 後，心臟跳動之次數所起之變化，是來自于心臟神經的激刺，不過此結論與 gruber 和 Kountz<sup>25'</sup> 氏在犬心臟視察，不甚適合，蓋後者將迷走神經預為截斷也。

最近 Diétel<sup>4'</sup> 報告後葉浸抽液含之各

因子，如 Vasopressin, Oxytoxin, 以及色素荷爾蒙，對於各種動物之血液循環的調節上，有不同的價值，色素荷爾蒙在青蛙 Oxytoxin 在鳥類，Vasopressin 在其餘之熱血動物，最為重要。

f.) 呼吸器：大並後葉荷爾蒙在家兔，犬，以及人類均喚起週期的 Chenevostokes 式呼吸。(Schoen<sup>26'</sup> Abel<sup>27'</sup> Tiemaun<sup>28'</sup> mc. Dowell<sup>29'</sup>)，不過按 Sharpey<sup>30'</sup> 的意見，以為純粹不含 Histamin 的後葉製劑對於肺臟並不發生任何的作用。

#### 參考文獻

- 1.) Quast. J. exper. Physiology. 14, 229, 301(1924)
- 2.) J. Pharmacol 37, 475(1929)
- 3.) J. of. Physiol. 65, 434(1928)
- 4.) Klin. Wschr. 1934, 554
- 5.) J. Pharmacol. 2, 262(1931)
- 6.) J. Pharmacol. 36, 155(1929)
- 7.) J. Physiologie, 88, 724(1929)
- 8.) J. Pharmacol. 38, 473(1630)
- 10.) Z. exper. med. 63, 523(1928)
- 11.) Sor. Biol. 97, 233(1927)
- 12.) Handbuch d. Physiologie B. VII, s. 476.
- 13.) Arch. f. exper. Path. 128, 211 (1928)

- 14.) Arch. Neurol. Psychia. 22, 691  
(1929)
- 15.) Arch. J. exper. Path. 153, 1  
(1930)
- 16.) J. Pharmacol. 39, 435(1930)
- 17.) Arch. J. exper. Path. 97, 306  
(1923)
- 18.) J. Physiolog. 59, 381(1924)
- 19.) J. of. Physiol. 70, 53(1930)
- 20.) Arch. f. exper. Path. 79,218(1916)
- 21.) Arch. f. exper. Path. 81,219(1917)
- 22.) Arch. f. exper. Path. 93,1(1922)
- 23.) J. Clin. Trest. 1, 217(1925)
- 24.) Amer. J. Physiol. 95, 605(1930)
- 25.) J. Pharmacol. 39, 249(1930)
- 26.) Arch. f. exper. Path. 138, 339  
(1928)
- 27.) J. of. Pharmacol. 22, 289, 24,  
67(1924)
- 28.) Z. exper. med. 86, 464(1933)
- 29.) J. Physiol. 55, 1(1929)
- 30.) Quart. J. exp. Physiol. 16, 251  
(1926)

g.) 腎臟之水和鹽的代謝：關於後葉荷爾蒙如何影響腎臟之水和鹽的代謝之問題，雖然近年來發表有極多的研究工作，但是仍未得到一致的結果。蓋其作用每按

當時實驗的情形而差異；有時促進腎臟的排出，有時則抑制之。普通在受麻醉的熱血動物，（于此學者多用帶膀胱瘻管的犬，近來亦有用小鼠者。）于注射後葉荷爾蒙後，其尿液常是發生短時抑制，再繼之以排出的增高。次之也有學者發見其與注射的方法（Dehme<sup>1)</sup>）和注射的多少（v. Kornscheegg 和 schurter<sup>2)</sup>）有關係。此外動物體內之鹽和水的含量，亦能影響後葉荷爾蒙的作用。例如注射一定量的後葉荷爾蒙在常態動物本是具有利尿功效的，但是若先給以大量之水時，則尿液反被抑制了。○（stehle 和 Bourne<sup>3)</sup>）假使將水內加以食鹽時，其抑制尿液的作用即抵減。○（Brunn<sup>4)</sup>）在人類亦早發見其有抑制尿液的功效，因而臨床上用以醫治多尿症。○（=Diabetes insipidus）

在熱血動物所發見之先抑制而後促進尿液的作用，是否皆直接來自于後葉荷爾蒙，刻下尚不甚明瞭，對於此Fromberg<sup>5)</sup>氏設想後葉荷爾蒙的作用之自身，是兩節段的，一為抑制尿液的節段（Phase），一為促進尿液的節段。但是據最近 Roboz<sup>6)</sup>氏的意見則反對此說；他以為後葉荷爾蒙對於尿液上的作用只是一節段的，（einphasisch），即僅具有抑制尿液的効力，至于後來尿液排出的增高，非直接來自于

後葉爾蒙之作用，乃為繼發的現象，即由于尿液被抑制時所引起的體液之移動而發生。

至于後葉荷爾蒙怎樣影響到尿液的排泄，換言之，即其作用點究起于何處，至今有三種不同的見解：1.) Molitor 和 Pick<sup>9</sup> 氏最為主張後葉荷爾蒙的作用點，在于腦部之司理水份代謝的中樞。其主要的根據，即是他們發見注射後葉荷爾蒙于腦腔或脊髓內所發生的効力較之皮下注射的為優越，次之在家兔除去其腦部時則皮下注射的効力即低減，最近他們更以特別手術證明直接注射後葉荷爾蒙于腎臟內之効力的發生，並不必皮下的注射為速，而且就是 $\frac{2}{3}$ 的腎臟體素損毀之後，後葉荷爾蒙亦尚有抑制尿液的作用。其次 Mc Farlane<sup>7</sup> 氏在除去腦部的動物亦得到同樣的結論。再者就是在腫時 (Kugel<sup>8</sup>) 以及在脊髓疾患時 (Silbermann<sup>9</sup>) 後葉荷爾蒙之抑制尿液的効力之消滅，亦足加強 Molitor 和 Pick 氏的主張。此外 Hoff 和 Werm er<sup>10</sup> 氏發見以貓激怒之犬的腦槽內後葉荷爾蒙的含量增高同時其尿液被抑制，但如先給以 Luminal 時，則該現象即均不發生，是以他們亦推斷後葉荷爾蒙的作用點在于神經的中樞。

不過由 Jaussen<sup>11</sup> 氏的實驗看來，以

上的見解頗難以成立，蓋其發見後葉荷爾蒙之抑制尿液的作用于割出脊髓及腦部之後仍然保持也。

2.) 其次有許多學者以為後葉荷爾蒙是直接作用于腎臟。Starling 和 Verney<sup>12</sup> 氏的實驗，為此見解之最有力的根據。他們以心肺標本 (Herz-Lungen-Präparat) 灌溉的腎臟，起初不過只排出稀薄的尿液，如同多尿症一樣，但是如果將後葉荷爾加入于灌溉液內時，則亦起抑制的作用，其間尿液減少，濃度為之增高，至于此時血液的環循則毫無變動，由此足見其作用並非來自于腎臟，以外的因子了。其次 Jaussen<sup>11</sup> 氏在未受麻醉而脊髓截斷的犬發見直接注射後葉荷爾蒙于任一腎臟動脈內，則該腎臟的排出先起抑制的現象，而不同時于他腎臟，此亦足證明後葉荷爾蒙是直接作用于腎臟。最近 Lebermann<sup>13</sup> 氏，Roboz<sup>14</sup> 氏，以及 Robert<sup>15</sup> 氏又在不同的動物，于尿液之外，同時並注意到血液的變化，均得到此種的見解。此外 Lebermann<sup>13</sup> 氏發表明在真正的腎臟機能缺陷症後葉荷爾蒙即失其効力。Gedda<sup>16</sup> 以透熱法加熱于腎部，腎臟的排出即增高，但如先注射以後葉荷爾蒙時，亦即失其作用，此皆加強後葉荷爾蒙是直接作用于腎臟的見解。

至于後葉荷爾蒙如何作用于腎臟，換言之，即究竟影響于腎臟內的那一部分，以致發生尿液的變化，各學者的意見，亦不盡同。Poulsen<sup>16</sup>氏研究的結果，以為後葉荷爾蒙能增強曲細尿管對於水份的吸收，因之抑制尿液的排出；同樣 Sager<sup>17</sup>除確證曲細尿管之增高水份的吸收以外，還發見對於氯化物 (Chlorid) 的吸收為之低降。反之 Coelho<sup>18</sup> 氏及 Solutzew<sup>19</sup> 氏將後葉荷爾蒙對於尿液的作用，歸因于血管的收縮，不過 Letermann<sup>19</sup> 氏殊反對此種見解；他以為血管的變化，決不是主要的因子。最近 Tversen<sup>20</sup> 氏又報告後葉荷爾蒙對於腎臟具有兩樣不相關連的作用；一則抑止絲毯體的濾過，減少尿液的排出，是來自于血管的變化，二則是增加尿液的濃度 (即鹽的含量) 則是來自于曲細尿管之細胞的興奮。

3.) 除了以上兩種的見解以外，還有學者主張後葉荷爾蒙的作用點，在于影響血與體素間之液體的交換。對於此很早 Modrakowski 和 Halter 氏後來 Smirk<sup>21</sup> Raab<sup>22</sup> 諸氏均發見注射後葉荷爾蒙能引起血中水份之增高 (Hydrämie) 而且于腎臟割出之後，亦如此，足見此血中水份的增加，必來自于體素了。Meyer 和 Meyer-Bisch<sup>24</sup> 氏由規定犬之淋巴液中的氯和鈉

含量，推論其間體素之鹽類的結合發生障礙。Hiues<sup>25</sup> 氏在受麻醉的犬發見注射之 Riuger 氏溶液，若加入後葉荷爾蒙時，其水份由血中的消失較遲，Petersen<sup>26</sup> 和其助作者更視察到後葉荷爾蒙可以使淋巴液的流動停止，侵入淋巴管之顏料減少，再者肌肉 (Glas<sup>27</sup>)，腸道 (Heller 和 Smirk<sup>23</sup>) 以及皮膚 (Geréb 和 Laslo,<sup>29</sup> Kiss<sup>30</sup>) 之水份和鹽類的存蓄，亦皆受其節制，此外就是 Lie<sup>31</sup> 研究後葉荷爾蒙之影響咖啡精的利尿作用，Murray<sup>32</sup> 氏研究之影響酒精的利尿作用，亦均加強以上的見解。

究竟後葉荷爾蒙對於常態尿液的排泄是否亦為重要的因子，刻下尚不克斷定。Hirsch<sup>33</sup> 氏發見一九十歲的男子，因腦重柄部的瘤腫患得多尿症， (= Diabetes insipidus) 能藉移植之羊腫垂治愈八日之久，其間尿液的比重增至 1026。因而他以為後葉荷爾蒙對於常態尿液的排泄，是很有關係的。不過最近 Newton<sup>34</sup> 氏的意見則反是。他在除去腦及腦垂的貓，證明腎臟之水份排泄的調節作用，仍然保持之，故其推論後葉荷爾蒙對於此似不甚重要。

Chrcmetzka<sup>35</sup> 氏報告 Thyroxin 與後葉荷爾蒙在腎臟有相反的作用，即其增高絲毯體的濾過，及減低曲細尿管之吸收

力。最近 Dietel<sup>36</sup> 又以為二者在全部水和鹽的代謝中均是具相反的効力。

至于此抑制尿液的作用，究屬於刺激子宮的因子 (Oxytoxin) 柳屬於增高血壓 (Vasopressin) 之因子，對於此最近學者有主張後者之効力特強于前者，(Draper,<sup>37</sup> Gibb<sup>38</sup> Robert Zunz<sup>39</sup>) 也有主張完全來自于後者。(Bugbee<sup>40</sup>, Ellerbrook<sup>41</sup>, Steggerda<sup>42</sup>) 惟只 Heller<sup>43</sup> 氏以為該二因子對於尿液的作用。無甚差別。

#### 參考文獻

- 1.) Dtsch. arch. klin. Med. 127, 261 (1918)
- 2.) Dtsch. med. Wschr. 1915, 1091
- 3.) J of. Physiol. 60, 229 (1925)
- 4.) Z. exper. med. 25, 170 (1921)
- 5.) Klin. Wschr. 1931, 456  
Naungn-Schmied. arch. 159, 562 (1931)
- 6.) Arch. f. exper. Path. 107, 180, 185 (1925) 112, 113 (1926) 145, 331, (1929)
- 7.) J. of. Phasuaacol. 28, 177 (1926)
- 8.) Arch. s. exper. med. 142, 166 (1929)
- 9.) Arch. f. exper. med. 167, 573 (1932)
- 10.) Arch. f. exper. med. 119, 153 (1926) 125, 140 (1927) 133, 84 (1928)
- 11.) Arch. f. exper. med. 135, 1 (1928)
- 12.) Proc. Roy. Soc. 97 321, 98, 93 (1925) 99 487 (1926)
- 13.) Z. exper. med. 61 228 (1928) 75, 477 (1931)  
Kl. Wschr. 1931, 491
- 14.) N-Schmiedb. Arch. 164, 367 (1932)
- 15.) Zit. B. B. 67, 126
- 16.) Klin. Wschr. 1930, 1245
- 17.) N-Schmiedb. arch. 153, 331 (1930)
- 18.) Sor. Biol. 98, 469 (1928)
- 19.) Z. exper. med. 63, 38 (1928)
- 20.) N-Schmiedb. arch. 175, 681 (1934)
- 21.) J. Physiol. 78 147 (1933)
- 22.) Münch. med. Wschr. 1928, 2207
- 23.) Die Hormone, S. 165
- 24.) Die Hormone, S. 167
- 25.) Amer. J. Physiol. 83, 269 (1927)
- 26.) J. biol. Chem. 66, 223 (1925)
- 27.) Arch. f. exper. Path. 136, 72 (1928)
- 28.) Arch. f. exper. Path. 169, 298
- 29.) Klin. Wschr. 1930, 775
- 30.) Klin. Wschr. 1931, 162

- 31.) Amer. J. Physiol. 92, 619 (1930)  
 32.) J. Physiol. 76, 399 (1932)  
 33.) Klin. Wschr. 1932, 45  
 34.) J. of. Physiol. 81, 172 (1934)  
 35.) Klin Wschr. 1930, 1651  
 36.) Klin Wschr. 1934, 1174  
 37.) Amer. J. Physiol. 89, 273 (1929)  
 38.) J. Pharmacol. 40, 129 (1930)  
 39.) Soc. Biol. 103, 795 104, 795 (1930)  
 40.) Amer. J. Physiol. 86, 171 (1928)  
 41.) J. Pharmacol. 39, 249 (1930)  
 42.) Amer. of. Physiol. 98, 255 (1931)  
 43.) Arch. f. exper. Path. 157, 323  
 (1930)

h.) 新陳代謝：對於新陳代謝的作用，至今學者所報告的結果，頗不一致。

Castex 和 Schteingut<sup>1</sup> 氏以及 Nitzescu 和 Gavrilă<sup>2</sup> 氏均發見後葉荷爾蒙升高基礎代謝，Schill 和 Fernbach<sup>3</sup> 氏並且視察到具間呼吸商亦稍為低減。至于據 Geiling<sup>4</sup> Grollmams<sup>5</sup> Hiruwich<sup>6</sup> 諸氏的意見則完全反是，他們皆以為能引起新陳代謝之降下。

很早即已發見注射 Hypophysin 可以喚起多糖血及糖尿之現象，至今許多學者均確證之。Hiues<sup>7</sup>, Tingle<sup>8</sup>, Klug<sup>9</sup>, Aschner<sup>10</sup>, Himsich<sup>11</sup>) 自刺激子宮的因

子(Oxytoxin)與增高血壓(Vasopressin)之因子分開以後，多數學者均以為僅只增高血壓之因子有增加血糖的作用，(Elmer<sup>12</sup>, Hynd<sup>13</sup>, Thaddea<sup>14</sup>, Gavrilă<sup>15</sup>, Schroeder<sup>16</sup>) 惟 Geiling<sup>17</sup> 及其助作者主張二者皆具此能力。至于多糖血的起源，Clark<sup>18</sup> 報告是來自于肝細胞因後葉荷爾蒙之刺激所排出的動物澱粉，此與 Gömön<sup>19</sup> 氏在白鼠的觀察頗相適合，蓋後者亦證明其間肝澱粉低減也。不過 Nitzescu 和 Benetato<sup>20</sup> 在家兔却發見肌肉的動物澱粉減少，肝臟的為之增加。再者 La Bane<sup>21</sup> 氏又進一步解釋多糖血發生的機理，以為其是間接由于 Adrenalin 的分泌所喚起，並不是後葉荷爾蒙的直接作用，因為如先除去了副腎臟，則後者對於血糖即失其效力了。反而 Bischoff<sup>22</sup> 和其助作者則主張後葉荷爾蒙能直接作用于肝臟的動物澱粉，並不與 Adrenalin 的作用相關，此外他們更且證明後葉荷爾蒙與 Insulin 具相抗的能力，即幾時肝臟內有動物澱粉之存在，尚能減弱 Insulin 的作用，不過此後者也有學者反對之。(Wermer<sup>23</sup>)

許多學者發見于注射後葉荷爾蒙後血中的乳酸量為之增高。(Hiruwich,<sup>24</sup> Nitzescu<sup>25</sup>, Bischoff)

Raab<sup>26</sup> 氏發表後葉荷爾蒙可以減低



犬血中之脂肪含量但有確證 (Blix,<sup>27</sup> Nitzen<sup>28</sup>)與否認者 (George<sup>29</sup> Long<sup>30</sup>)。Hynd<sup>31</sup> 和 White<sup>32</sup> 氏發見 Pituitrin Vasopressin, 能喚起肝臟的脂肪浸潤 (Fettinfiltration)。

### 參考文獻

- 1.) Sor. Biol. 95, 1512(1926)105, 116 (1930)
- 2.) Soc. Biol. 102, 184(1929)
- 3.) Z. exper. Med. 67, 551(1932)
- 4.) J. Pharmacol, 45, 261(1932)
- 5.) J. Pharmacol, 46, 447(1932)
- 6.) Proc. Soc. exper. Biol. med.28, 332(1930)29, 233 (1931)  
Amer. J. Physiol. 96, 640(1931)
- 7.) Amer. J. Physiol. 81, 17 (1927)
- 8.) J. Physiol. 62, II (1926)
- 9.) Dtsch. Z. Chirn. 212, 5(1928)
- 10.) Z. klin. med. 121, 495(1032)
- 11.) Amer. J. Phyiol. 101, 711(1932)
- 12.) Klin. Wschr. 1930, 1765 2439
- 13.) Biochem. J. 26, 578(1932)
- 14.) Arch. f. exper. Path. 172, 535 (1933)
- 15.) Soc. Biol. 104, 601(1930)
- 16.) Klin. Wschr. 1933, 1766
- 17.) Proc. Sor. exp. Biol Med. 26, 146(1925)
- 18.) J. Physiol. 64, 324(1928)
- 19.) Zit. B. B. 83, S. 154
- 20.) Sor. Biol. 98, 58,(1928) 103 1359 (1930)
- 21.) Arch. int. Pharmac. 38, 409(1930)
- 22.) Amer. J. Physiol. 97, 215 (1931)
- 23.) Klin. Wschr. 1933, 748
- 24.) Proc sor. exp. Biol. med.28,331 (1930)
- 25.) Soc. Biol. 106, 499(1931)
- 26.) Z. exp. med 49, 179, 53, 317 (1926)62, 361(1928)
- 27.) Skand. and. 51, 167(1927)
- 28.) Sor. Biol. 105, 67(1930)
- 29.) Z. exper. med. 72, 303(1930)
- 30.) Amer. J. Physiol. 102, 402(1932)
- 31.) Biochem. J. 26, 16 3(1932)
- 32.) J. Pharmacol. 48, 89(1933)

# 可怕之黑熱病

陳家琪

最近該病爲害江蘇淮陰，淮安，漣水，沭陽及徐海一帶甚烈，衛生當局亦曾注意及之，歷遣專家赴各地實際考查，即許多其他醫藥團體或個人亦有前往研究者。前數日復見報載清江浦專電：衛生署黑熱病研究隊之孫志戎博士在病者家庭中之白蛉前胃內尋出該病之病原體記載，閱之不勝欣悅，爰於餘暇中將熱帶病學，細菌學，內科等筆記檢出並參考各家學說彙成此篇，聊述此病簡單狀況，作國人關心醫學常識者之助。

(一)名稱 該病名稱極多，有按其外表病態而名之者，有因內臟病變而名之者，至原名“Kala-azar”兩字，實係本病原發源地印度 Asam 州之方言，意即黑一熱，雖此二字不足盡明本病之一切現象，但以其率真即相沿用之，至於其他如：惡性熱病；印度黑熱病；熱帶黑熱病；黑病；熱帶脾腫大病；非瘧病弛張性熱；熱病；Poncs；熱帶的 Leishman 氏病；達姆達姆熱等，不勝枚舉，至於我國亦有稱作痞塊腫者，其弊在易與他病相混，如瘧疾

，血蛭病亦可稱之。

(二)歷史與其分佈 此病於前一世紀之末三十年中始於印度之 Asam 州確定。至於第一次流行始於一八七五年在 garc-nills——屬 Asam 州——自此以迄交通衝要之地如 Brahmaputra 等處，以後蔓延及於我國長江下游及九江等地，其他如海峽殖民地，南亞細亞全部——前印度——，中央亞細亞，亞拉伯，下埃及，希臘，意大利，西西利亞，西班牙南部及非洲蘇丹，Tunis 等，其流行於 Hydra Spezza 等地且以孩童爲多，所謂 Poncs 病者亦指此。

分佈於中國者似爲長江沿岸一帶，但亦發現於其他省份如安徽，江蘇北部淮海一帶尤多，其在印度，中國，非洲所見之黑熱病型變與地中海沿岸所見者無異。

(三)病因 往昔對於此病病原極不明瞭，直至一九〇三年英藉軍醫 Leishman 與 Donovan 二氏在黑熱病死者屍體內臟如脾肝及骨髓等，有時亦於肺及淋巴腺，或腸粘膜潰瘍中發現，不少藏於細胞內或流動血液之白血球體中，但極少游離存在而不活動反光極弱之圓形小體，該小體係屬

原形虫住血鞭毛虫類，在人體中為橢圓形直徑二至三 $\mu$ ——一 $\mu$ 等於千分之一mm——其大小適等於血球三分之一，其原形質中常呈空腔，以Giemsa氏液染之，則成天藍色。細胞核有二，大者可稱主核或營養核，圓形，小者B'epharoplast可稱鞭毛核或運動核，為桿狀或細點形均呈深紫色者核內質素排列亦異。其發育過程可劃作二階段，一為有鞭毛型，一為無鞭毛型，前者僅於培養基中見之，後者則寄生於人體內時見之。

至於培養基內所見之鞭毛型，長約十至二十 $\mu$ 寬約二至四 $\mu$ ，體之中心亦有核甚圓且大，為主核。前端有一較小而桿狀者即鞭毛核，該核前端更有淺紅嗜好性之空腔，鞭毛生其前，即游離於最前方，長與體相等，若於培養基內詳觀其進化程序則頗饒興趣，吾等可見虫體自「前無毛型」逐漸伸長，鞭毛核亦隨之移於一端，此端即生鞭毛。如此經四星期後，鞭毛復脫去，復作無毛型，即所謂「後無毛型」。至其繁殖程序為縱向二分法。為使讀者得一簡單之印象，茲按其發育程序作數圖於右：

(四)病原體分佈於人體中之部位 是項原虫在表面流行之血液中極少，間亦有由於細胞破裂而游離於血液中者，其寄生於中性嗜好與單核白血球中者亦較少。多



數則存於脾臟與骨髓之巨型嗜細胞及肝臟kupffer氏細胞與毛細血管內皮細胞中，此外如淋巴腺與一般網狀內皮細胞系中——即人體內固有捍禦病菌之一切細胞——均有之。

猿猴，犬類，天竺鼠，土撥鼠，家鼠，野

鼠等俱易被傳染——惟現時尚有許多不能確定者。——此等動物對於出自地中海之病原體與來自印度之病原體之感受性則異

(五)培養 A. Mortus-Mayer 氏病原體之固體培養基培養法：先備加有百分之三之洋菜——或稱漿液。即Agar——與百分之二葡萄糖之弱鹹性 Liebig 氏肉湯，加同量無菌及去纖維之馬血清於再稀溶於無菌小玻管之洋菜內，然後傾入高二·五cm之petri 氏皿內，將皿倒置於冰箱內二十四小時之久，然後作塗抹種殖，倒轉置於溫度攝氏二十四度之櫥內，皿蓋先用百分之二昇汞水洗淨罩上。一星期後則可見粗笨但無伸出物之鞭毛虫體。

B. Rogers 氏之病原體培養法：其法先以脾刺穿液於正常室溫下置之混有百分之四至百分之十之檸檬酸鈉而防止凝結之人類血液中，此等液體均置於攝氏二十二度之消毒玻管內，則三日後可見一類似錐虫 Trypanosoma 之新型原虫，圓形體逐漸伸長，桿狀核前生一鞭毛並即開始分裂，以次及於大圓形主核，最後即體內原形質亦作縱分裂終成 Leptomonaden 錐虫狀，此形為可運動者。如幼虫於分裂後仍合於一處而營此後之縱分裂，則成玫瑰花形，各原虫之鞭毛多集中於中部，如前圖四。

(六)媒介物 本病原體之傳染途徑，

近代學者極端爭論而仍未斷定之問題。一九二四年據 Knowles Smith, Napier 三氏為證明該原虫概寄生於印度產之一種小昆虫名砂蠅 (Sandflæge) *Phlebotomus argentipes* 者之體內，此說極得多數學者贊同並認為比較可靠。此項砂蠅體長僅二·五



mm深稜色，喜居留於安靜微濕而溫和茅舍會集之所，或地面上草堆附近之有牲畜糞便或其他不潔之物而無物掩蔽之處，如居室及其附近地帶地板敷設水門汀者則無砂蠅之擾，但此等地面一有損壞則砂蠅立即雲集。他如黑熱病患者之居室中均有之。其飛程極近。如稍動之，最遠不過飛至數生的之遙。高於海面七百米特之地，則絕無砂蠅，所奇者，即砂蠅分佈之處常較黑熱病分佈之處為廣，而無砂蠅之處，——如高於海面七百米特地域是——則亦不見有該病。此等砂蠅發育形狀如左圖：

此外Patton與Donovan二氏亦曾於黑熱病患者家中之臭虫胃內發現與黑熱病原虫不可分之鞭毛虫體。在跳蚤與蝨體內亦曾經見，前數日復有國人孫志戎博士於白蛉前胃中亦發現此等原虫。故該病媒介物之研究與爭論，實為當前醫學界上之莫大問題。

(七)流行病學 黑熱病之流行於印度者多自十一月至次年二月，即季候風過後之兩三月中。常發生於一定地帶並喜於一定之家庭中，是以自表面觀之極似一家庭傳染病。其流行地域即如前述，如潮濕之地面或植物叢生之地面，日常溫度無甚變化者，無光線，乏空氣之居室中附近多糞便等不潔之物者。

其特殊之點為土耳其境內患此病者每為十一歲以下之兒童——一歲至三歲中死亡率最高——，在印度則患者為一歲至三十歲，其最高死亡率則在一歲至兩歲間。按諸我國江蘇北部一帶亦均如此。

本病是否可由性交方面傳染仍成問題，但亦屬可能，因病原體亦曾見於表面血液中。

(八)病理解剖學 本病病理解剖上之變化為肝臟脾臟，淋巴腺，骨髓中原虫之異常聚集，但亦於其他各處見之，不過不若此等器官內之多。其結果為無數被侵之細胞逐漸萎縮，且至壞死，於是在肝脾臟中可見不少局部組織壞死之處及纖維腺樣增殖等。肝臟於病之末期因萎縮且常變硬。腸之下部亦作蕪爛，但有時亦無。甚至由潰爛以至穿透入腹腔中。因在腸潰爛中亦曾發現黑熱病原虫，故證明此項潰爛實由其造成。

(九)症狀及其經過 關於此病之潛伏期仍未十分確定，似為一週至七月之久。一般症狀為：積年累月之持續發熱，腸粘膜炎等，亦有患急性而死亡甚速者。平時發熱期與無熱期常相混。可以分作二期，當第一期發熱期中則發高熱，且為稽留性，或如馬爾他熱之間歇性，第二期僅極低之發熱，但熱度亦常續至月餘之久。

第一期之始，進行甚慢，頗類傷寒，僅無寒症狀，病者雖發熱但自覺甚適。亦有瘧疾症狀甚至寒戰與譫妄及粘膜發炎現象——如被刺激咳嗽——，高度之間歇性發熱，在二十四小時內常有二至三之發熱極點——常於夜間——下痢惡心，嘔吐則罕見之，舌苔不常有，心臟早被侵害但神經系統則不受牽及，此後肝與脾開始腫大且充血，並甚快於瘧疾。有貧血患者且皮膚變黑，在第一次熱後退病人於短期內無熱，此後復發時則必寒戰，發熱雖不甚高，但病人已覺關節痛，因此常與關節痲質斯相混，於此肝與脾腫脹益甚，有時且覺疼痛，並特多汗。

病者如仍持續發熱，則半年後即入第二期病變中，其特徵則為：無熱期間之持續逐漸縮短，而中等熱度則持續稽留，貧血程度日增，脈搏頻仍，心悸，病者尤為呼吸迫促所苦，因此雖有良好食慾但消化不良，蔓延性之下肢及其他體部浮腫，患者羸瘦達於極點，骨骼畢露，患肝脾腫之腹部遂益形隆起，——脾臟異常腫大可下墜至盤骨中——但此等增大之器官仍柔軟，此後因肝變硬有時亦見腹水，其間病者極感壓抑之苦且呈一特殊令人生畏之面容，毛髮極脆且易脫落皮膚作土色，乾燥，無光且常剝落，似有斑點狀出血常見於表

皮或粘膜上，剝血亦常見，至此則貧血程度益增，此等現象可延至月餘，並伴以他種病態如：齒齦炎，口腔炎，脫齒，唇皮剝落，盜汗及肺炎等，七至十二月後，患者餘力已盡或他病侵入，如：赤痢——常佔百分之九十一——由褥瘡誘起之敗血症，脾破裂，或腦血管阻塞，及喉頭水腫等以至於死。

(十)血表 一立方c.c.中赤血球減至二百萬餘白血球減至七百餘，尤以多核白血球減少為甚，諸細胞核作左移型，並呈單核白血球增多現象——至百分之二十，——血色素量平均為百分之六十，但亦可降至百分之四十以下。

(十一)治療 以三價及五價之有機銻化合物，該銻溶液僅於冷處製成，靜脈或肌肉注射均可，注射時宜極慢，但既不能於病者飢餓時，亦不可於胃飽滿時行之。

A. Stibosan 為百分之三十一有機化合之銻粉末，毒性僅為吐酒石四十分之一，以0.1至0.3之量注於消毒後之裝瓶中，即可無限期保存之，用時製成百分之二至百分之五之消毒溶液。

對於成年人之強壯者初量為0.2此後則注射至0.3，稍羸弱者為0.05至0.1，對於逐漸增加宜

極注意，孩童所能受之量較成年人為佳，三歲者 $0.1$ ，九歲則為 $0.2$ ，十二歲以下為 $0.25$ ，每週二至三次，完全治療中有十二至十五次注射即可，孩童決不可用 $2\text{c.c.}$ 以上之百分之五溶液而成年人亦決不超過於 $0.25$ 於每次肌肉注射時，因反是則治療終了時病者極感疼痛。

呼吸器官之疾患——如用陳舊錫化合物時——及下痢，浮腫，小便中有蛋白痕跡等均非禁忌症，但在治療期間而發生黃疸病現象時則宜立即停止Stibosan注射，在施行三次至六次注射後，已可見體溫降至正常狀態而脾腫亦縮小，於是吐酒石之不快副作用，如肺炎，發熱，關節痛——於治療終了時——脈搏趨緩激烈之咳嗽刺激以至於嘔吐等盡失，但於Stibosan治療之末亦有極頑固之下痢或嘔吐，並知覺全失，則宜中止此項治療，過敏性現象亦常見於施行注射之後，如蕁麻疹，面腫，聲嘶，呼吸困難，虛脫等，如於短時期內用量愈多時則錫劑治療之結果愈佳。

B. Stibenyl'與Stibosan同樣作成溶液，成年人之初量須視普通狀況何如。約為 $0.05$ 至 $0.1$ 在二三日

中升至 $0.4$ ，孩童之初量為二歲者 $0.02$ 作臀肌肉注射，二歲以上者 $0.05$ 昇至 $0.1$ 治療經過之十週中其總用量為 $4.0$ 至 $5.0$ Stibenyl

C. Antimosan：藥房中售品為百分之五消毒溶液，呈吐酒石三分之一毒性，致毒量為 $0.5$ ，成年人初量為 $2\text{c.c.}$ ——等於 $0.1$  Antimosan ——，二三天間歇期中可升至 $6\text{c.c.}$ ——等於 $0.3$  Antimosan ——，甚至 $8\text{c.c.}$ ——等於 $0.4$  Antimosan ——，視其忍受程度而增加。一次治療可用六十至八十 $\text{ccm}$  ——等於三至四克固體Antimosan ——，三歲以下孩童為成年人量之四分之一，九歲以下二分之一，注射後如有惡心或作嘔時則必需減少分量。

大約在注射六次後熱度即下降，但直至用完 $1.5$  Antimosan ——等於三十 $\text{ccm}$  溶液——後始顯見良好之一般狀態，體重增加，脾肝腫退縮，總量未用完之先不可停止治療。

D. Neostibosan；為五價錫劑，祇含吐酒石百分之一(!)毒性，即在熱帶亦可永久保存，為現時治黑熱特最良藥品，每日或每二日注射一次，可按下表施行之：

體重	十三kg以下者	二十三kg以下者	二十七kg以下者	二十七kg以上者
初量	〇・〇五	〇・一〇	〇・一五 或〇・二〇	〇・二〇
以後用量	〇・一	至〇・二	最多〇・二五	〇・三〇至 最多〇・四
蒸餾水用量	一ccm	二ccm	四ccm	六ccm

Neostibosan 爲毒性最少而功效大之錫劑，用百分之二十五溶液施行靜脈與肌肉注射，在消毒裝瓶中所盛之〇・〇五；〇・一；〇・二；與〇・三粉末須用等量蒸餾水溶解，並以消毒針攪和之，按上表每日注射一次，八天後即足，但不可於病者飢餓或飯後即行之，無不快副作用，百分之九十三可以治癒，無復發，病癒過程與Antibosan 治療同，但在八天後已無中毒現象。

(十二) 其他治療 A. Bayer二〇五——Germanin 專治熱帶睡死病者——如重復用之亦有效，但不若Stib enyl可靠，成年人之初量爲〇・一，如能容受則七日後可用〇・三，此後每隔七日每二次〇・五及一次〇・六，總量爲二・〇，但直至注射四次後始可見佳。

B. 亦有用鹽酸規甯一・〇爲溶液而行注射，Mauson 氏曾用Atoxyl 〇・一八每日注射，亦頗奏效。

C.六〇六與新六〇六收效亦佳。

(十三) 診斷 黑熱病之診斷：視其病患僅限於一定地帶，即可稍得門徑，不過初期較難。診斷孩童每易於成年，遇有該病可疑之患者即須經過原虫檢查，至其檢查方法，與檢瘧疾原虫同，以用 giemsa 氏溶液染片，其結果於細胞內被染成青色原形質中可見紅紫色濃染之原虫，又原虫存於流動血液中者雖極少，甚至沒有，而於肝脾臟中極多，但亦不可即行脾穿刺術。須俟血液檢片後方決之。

A. Napier 氏曾說明黑熱病脾穿刺爲無害，因彼在施行一千黑熱病脾穿刺術中而無一死亡者，但渠對於極柔軟之脾臟或血液標片及Aldehyd試驗呈陽性時，即不行穿刺Aldehyd試驗必於室內溫度行之，以病人血清一c.c.加入百分之三十福爾馬林溶液一滴，一分鐘後血清即變混濁，三至二十分鐘後，即完全凝結，二十四小時後即成巧克力糖色，其他疾患决不呈此血清變化，如此試驗行於四月以上



之黑熱病例每呈陽性，由此黑熱病即可證出。

每有穿刺後，因脾靜脈出血而死者，所以不如切肋骨一節，取其骨髓而施行染色，較為妥善，至於用肝穿刺術，雖少危險，但發現原虫每不若他法之易。

B. Chopras 之錫試驗，以五價之錫化合物溶液加入黑熱病患者血清中，視其沉澱與否而決之。如沉澱則全試管內嘗呈絮狀物。

(十四)個別診斷 此處須注意者為馬爾他熱，瘧疾，傷寒，白血病，與十二指腸虫病，病之第一期因發熱經過，脾肝臟腫大，鼻出血，粘膜炎等均同於馬爾他熱，故僅用血清聚集試驗施行於馬爾他熱桿菌及 Aldehyd 試驗以證黑熱病病原體，傷寒與黑熱病之分可由精確體溫測量決定之，即黑熱病之體溫在間歇性發熱期中於一日內常降下二次至三次，後復迅速上昇，傷寒則不如是，慢性瘧與黑熱病極相似，常年發熱，時時貧血，有時寒戰，暴汗，皮膚發黑，肝脾腫大，瘦弱，於此亦可以病原體

發現及 Aldehyd 試驗以確定診斷，臨床上困難處，即黑熱病熱對金雞納亦呈反應，但在此期中黑熱病之脾臟柔軟而慢性瘧脾已硬，黑熱病亦常與瘧病同時患之，重症十二指腸虫病可見腹水，瘦弱，重貧血，有時體溫增高，浮腫，脾肝腫大等現象，可驚者埃及式脾臟腫大與黑熱病極相似，該病每致死，但既非 *Leishmania* 傳染亦非瘧疾惡液質所成。

(十五)豫後 往昔對於黑熱病之豫後極壞，死亡率甚高，痊癒者僅屬例外，急性者均趨死亡，現時則由 *Necstibosan* 對本病效果顯著，大都可以痊癒。

(十六)預防 因吾等既知砂蠅，蝨及臭虫等為主要媒介物，故宜儘量設法滅除之，如充足居室中之光線與空氣，掃除人類與動物之排洩物，地板及居處附近均敷設水門汀，室內床鋪衣服等宜清潔，去寄生虫及似有病之犬類等，如此等工作不易做到，則必須於高出海面七百米特之處另建新居，因砂蠅體積甚小而蚊帳每不能禦之。

七，五，二四。

## 副甲狀腺內分泌素 ( Epithelkörperchen hormon ) 之作用及其在治療上之功用

謝家樹

副甲狀腺 ( Epithelkörperchen 或 Neben Schilddrüse ) : 位于甲狀腺 ( Schilddrüse ) 之背後體積甚小，作橢圓形 ( 3—15mm長，0.03—0.05g重 ) 物體雖小但對於人體則有極大之作用。昔時在施行頸部手術時 ( 如甲狀腺腫等 Kropfoperation ) 不慎將此副甲狀腺割去或因在施行手術時受損傷，嗣後則副甲狀腺之機能完全消滅或減少，在臨床上則每有特異性痙攣狀態 ( Tetanie ) 之發見。

### Tetanie

據臨床及動物試驗結果，如副甲狀腺機能損害則其內分泌之作用減少或竟完全消失，其缺損症狀 ( Ausfallserscheinung ) 名曰 Tetanie。最要者為末梢神經過敏，動物失其渴欲或食欲，纖維性攣縮，最後變為緊張性及搖蕩性之痙攣 ( Krämpfe ) 呼吸與心臟搏動皆盛，體溫增高，遂致呼吸肌痙攣窒息而死，如此情形為急性。尚有慢性者，除末梢神經過敏及痙攣外尚有各種營養障礙之症狀 ( Trophische Störung ) 如身體瘦弱，頭髮脫落，一

切濕疹 ( Ekzem ) 層間白內障 ( Schichtstar ) 腹瀉及心動急速症 ( Tachycardie )。此外對於身體之發育亦因而停止，骨格及牙齒之石灰化 ( Verkalkung ) 亦受影響

石灰新陳代謝 : ( Kalk Stoff Wechsel ) 石灰質新陳代謝與副甲狀腺有極重要及密切之關係，血液內鈣質成分之多寡，隨副甲狀腺內分泌素而變，如或內分泌停止或機能障礙而分泌過少，則血液內之鈣質成分減少 ( 尤其鈣伊洪之減少 ) 平常血液內之鈣質成分為 10.5mg%。另一方面隨血液內之鈣質減少而無機性之磷質及鉀質則增加，據最近研究結果，血液內之鈣質減少並非實在要素，最實在者則為鈣質與磷質成分在血液內之比例，即  $\frac{Ca}{P}$  之商數 ( Quotient ) 因鉀質成分之增加，故連及變更鉀質與鈣質成分在血液內之比例  $\frac{K}{Ca}$  此種平常在血液中固定不變之比例一旦變更，對於人生起極大之症狀

含水炭素新陳代謝 ( Kohlen hydrat stoffwechsel ) 據 Parhon 之研究，得悉在割去副甲狀腺之動物，其肝臟與肌肉中

Glycosen成分減少。

蛋白質新陳代謝 (Eiweissstoff wech sel) 在割去副甲狀腺之動物，其小便內之 Ammoniakstickstoff 增加，尤其 Amine 之屬於 Guanidin grüppe 者 Noth Mann 與 Kuehnan 曾用 Guanidin 注射于動物，嗣後亦發現類于人類 Tetanie 之症狀，及後用副甲狀腺內分泌素治療而愈，故許多作者亦有相信 Tetanie 及一種 Guanidin 之中毒。惟此種係屬理論，至今尚未證實，

“H”伊洪之濃度 Wasserstoff ion Concentration) 在副甲狀腺割去之後，“H” ion 則減少，故血液中引起傾向于鹼性。

副甲狀腺素之過量分泌：如我人將副甲狀腺內分泌素過量輸入于動物或人體中，則發生纖維性之骨格變化，與臨床上之 Ostitis Fibros Reckling haüsen 極類似。此病與 Paget'sche Krankheit 完全不同，在 Paget 病則與內分泌腺無絲毫關係。此種研究，至今尚未完全明白透澈，故究竟臨床上 Ostitis Fibrosa Reckling haüsen 之骨格變化與副甲狀腺素有何等密切之關係，或因副甲狀腺過量分泌有否他種之變化。至今尚未能答覆。

Collip 氏 Hormon：Collip 氏於 1925 年在副甲狀腺內提出其內分泌素名曰 Coll

ip Hormon。渠用新鮮之牡牛副甲狀腺在 Wasserbad 與 5% 鹽酸 (Hcl) 煎汁而提出。每一單位，即 1/100 之內分泌素分量用于 20 Kilo 體重之狗，在其血液中之鈣質成分在十五小時內增加 5mg。靜脈或皮下注射皆可，口服亦屬有效。

#### 治療用途 (1) Tetanie

除此之外，在近世治療法中尚有他種疾病亦常用之，然因此種內分泌素之性質及其對於人體之關係尚未有極透澈之研究，故用于他種疾病，尚屬試驗期中，不過我人持至今所得之研究結果，加以理想之擴充，應用于其他各病，有無確切之把握，不敢下一斷語

#### (2) 胃潰瘍：Ulcus ventriculi

胃潰瘍發生之原因甚多，據 Bergmann 之推想，則因胃部血管之緊縮 (Spasmus)，然後血脈不能流動，因無血液以營養，以致發生血液循環障礙，又被胃酸之刺激而起壞疽。此類之血管緊縮，亦可因血液內之鈣質成分之變化而發生，故用副甲狀腺內分泌素以調和血液內之鈣質成分，使其不起變化，則血管緊縮可免，胃潰瘍亦可免發生。此種治療不過尚屬推測，有效與否尚待證實

#### (3) 蕁麻疹：Urticalia

根據近世醫學之研究結果，知蕁麻疹

往往在血液內之鉀質與鈣質成分發生變化，此平常為永久固定之比例。(K/Ca)在蕁麻疹時則與常人不同。用副甲狀腺內分泌素以管理血液內鉀質與鈣質之成分，使其比例復常，蕁麻疹自可醫癒。此種治療，在臨床時應用頗多。用鈣質注射以醫治蕁麻疹者，此乃我人皆已知者也。

(如 Calcium Sandoz; Calcibromat; 10% Calcim chloratum; Afenil 等)

#### (4)神經痛 Neuralgie

神經痛之原因甚多，其一則為一般人自先天即具有一種特異之體質名曰痙攣性體質 (Spasmophile Diathese) 如神經或血管發生痙攣 (Angiospasmus)，神經痛亦可因此發生。不過此種特異性之痙攣可

用鈣質以除之。既血液內鈣質成分與副甲狀腺有密切之關係，則用副甲狀腺內分泌素以療治此病，當無所不可。

尚有其他許多疾病，經各種治療而不能治癒者，亦有人用以副甲狀腺內分泌素而奏功效。不過此種究屬試驗性質而無科學的基礎，設或遇巧而得效亦未可知。然而至今我人對於副甲狀腺之內分泌素之研究尚未透澈，除上述之外是否尚有其他之作用，現在尚未明白。最後，作者希望在最近之將來對於副甲狀腺之內分泌素之作用再作深切之研究，究竟對於人體尚有何種之作用，使其將來于臨床上有大量之幫助，再使其治療用途之範圍可根據「科學的基礎」而發展。

## 變質反應體質上的條件

Prof. Helmuth Petow 著 薛煥成譯

現在我們對於變質反應病 (allergische Krankheiten) 的認識，大部分和原發性反應病 (Idiopathie) 及特異體質反應病 (Idiosynkrasien) 相同，但也不完全的符合。從特異體質反應病可分兩類來說

：第一類的徵狀完全與作用物的特性攸關，該物質即所以致成物異體質反應病者。此種現象亦屬真實的中毒，與普通中毒之別，在於以非常極少量之毒物造成。故病者常對於某種藥物有過敏反應。有人因極

少量之嗎啡而發生嗎啡中毒之病狀。類似之過敏反應又有因迷蒙精而起者。其他如野扁豆屬慢性中毒 (Latyrismus)，雞頭病 (Kichererbsenkrankheit)，除虫菊中毒 (Vergiftung mit Flohkraut, Mentha pulegium)，想思豆中毒 (Vergiftung mit Jequirity bohne) 等皆屬於此。Kammer 氏稱此種特異體質反應病為藥物的或同種族毒素的特異體質反應病。(Pharmakologische oder isotoxische Idiosynkrasie)。關於同種族毒素中毒的病理動力，我們現在還不十分明瞭。有人說，病人的某種器官機能退化，因此有特殊的反應，在今日，算是比較滿意的設想。

第二類的特異體質反應病，與上述者迥然不同，因為他的徵狀和作用物質的種類大體無關。我們可以看到許多這一類的病，初看時好似各種不同的病症，再仔細一看，就知道他們公有個基本現象。屬於此種的有結膜炎 (Conjunctivitis)，脈管神經性鼻炎 (Rhinitis vasomotorica)，氣管支性喘息 (Bronchialasthma)，枯草熱 (Heufieber)，易脫的紅斑 (Flüchtige Erytheme)，蕁麻疹 (Urticaria)，局部的皮下浮腫 (Quinckesche Ödem)，濕疹 (Ekzem)，紫斑 (Purpura)，腸胃炎 (Gastroenteritis)，粘液疝痛 (Colica mu-

cosa)，易除的骨節腫大 (flüchtige Gelenkschwellung) 以及其他。這許多病症公有發炎的徵狀，因此而演成許多現象，如充血，浮腫，分泌障礙等。若發生於有平滑肌之器官，則平滑肌大都因此收縮；此現象可見之於氣管支，腸胃部，尿路及動脈。這些徵狀的重要原因，由於毛細管內皮細胞或不隨意筋的變化，或皮膚以及粘膜上的覆蓋上皮 (Deckepithel) 的變化。這許多現象和人為的過敏性震蕩症 (Experimentelle anaphylaktische Schock) 很相似。他們公有的性質，在忽然發生以後，經過短時間或長時間以後即完全消滅。至於產生的條件，差不多都不能明白的解說。在每種情形之下，必先仔細檢驗，以求作用之物；有時則完全不能達到目的。這許多作用之物，對於常人毫無危害，如動物之毛，皮膚片屑，植物部分，黴菌，無害之微生物，藥物，金屬化合物顏料以及其他化學物品。特異體質反應病的第二類，吾人稱之為變質反應病 (allergische Krankheit)

變質反應 (Allergie) 這個名詞，係根據 Pirquet 氏的學說而稱的。他說，物體之引起非常變化者，其本身並無毒性，而毒物之生成，由於物體及反應者之互相作用。Pirquet 氏以為在病體內藏有抵抗素

抵抗有效之作用物。其生成必先經有效作用物刺激之，故或稱感化作用 (Sensibilisierung)，總括的說，由於抵抗素與其作用物之作用，即發生病的變化；至於此種變化是否真有毒素之產生，或屬於物理化學的以及膠質化學的狀態變化，一直到現在還沒有確當的答案。在許多變質反應病裏已證明確有所假定的抵抗素。在某種情形或不能發現，因為抵抗素不一定時時刻刻，或在所有情形裏混入體內液體 (Körperflüssigkeit)，只是與細胞緊緊結合而已。

就事實觀察，使我們更相信 Dörr 先生所極力提倡的主張，差不多所有的特異體質反應病 (Idiosynkrasien) 帶有類似過敏性的症狀 (Anaphylaxieähnlich)，此是 v. Pirquet 所稱的變質反應。血及分泌物內酸性反應的白血球增多 (Eosinophilie)，為顯而易見的變質反應徵狀，吾人亦認為牠是變質反應的作用動力。我們知道，某一種類似變質反應的作用，也可因其他當作變質反應的原因而發生。假如因為物理的刺激而生蕁麻疹 (Urtikaria)，也算是變質反應現象，這點我覺得很不可能。完全由於心理上的反應，引起喘息的發作，我以為事實上是可以做到的。以上問題，本文不再討論。我再鄭重申明一句，同族毒素和真正變質反應的徵狀是

同時產生的。

對於變質反應病，我們已經得到確切的立足點；可以說每個人都可發生變質反應病，不過有一部分和機遇相關。有時因某種作用物而發生感應，有時無之。在事實上也多符合之處。

v. Pirquet 的研究結果，看到變質反應的現象，在已有麻疹 (Masern)，再接種 (Revaccination) 以及癆症 (Tuberkulose) 等病時發生，也是解說上面的理論。Ancona 和 Frugoni 遇過一次風土病性的 (Endemieartig) 的感應現象，全村的人，有同樣的氣管枝喘息病，這大概與含有疥虫的穀類有關。Schittenhelm 觀察一班鍍鎳工廠的工人，經過若干時後有許多人發生變質反應的濕疹，他們大都是在幾年或幾十年後纔有的，只有少數的例外，一旦遇着作用物就產生了。Bloch 把許多人經過長時期或短時期的處治，對於九輪草 (Primeln) 都有感應作用。

由此例可以推而廣之。不過在一切情形裏，必須先由變質反應原素發出強而久的作用力，而後才有若干人致病。

事實上也有若干人，只經過短時期和少量的作用，即有病的現象，由此證明人體內必有一定的素因 (Disposition)，使產生變質反應病。就一般的觀察，在人的生

活裏也可養成這種素因。傳染病如流行性感  
感冒，癆症等，對於這點有重大的關係。  
Moro 和 Keller 認為這是輕微變質反應  
(Parallergie)的現象。

上述許多外因實際和體質的關係比較  
起來，只佔很不重要的位置，所以在人體內  
必須有個體質的素因，我們稱之為變質反  
應性的特異體質(Allergische Diathese)  
。就觀察所得，這許多病體至少都有先天的  
變質反應性的特異體質反應病存在的可  
能(Aangeborene allergische Idiosynkra  
sie)。

今舉例以明之。Gersteuberger 和  
Davis 看到一個十七月的嬰兒，從未食蛋  
，對於蛋白已發生麻疹(Urticaria)及喘  
息現象。Töröck 寫一個小孩的情形，在  
一歲的時候第一次食肉即起很嚴重的麻疹  
幾年後此孩因舐魚膠裝成之粘紙，在唇及  
舌上生有炎症(Entzündung)。Lehner  
和 Rajka 對於水銀和染髮物質等，一經  
接觸都有過敏反應。Sunner 報告一個八  
歲女孩第一次用白喉血清後，在五分鐘內  
因震蕩症(Schock)而死亡。此類現象甚  
多，茲不贅述。

Widal 及其共同工作者，Cooke 和 van  
der Veer, Whitefeld, Duke, 以及 Coca  
等，對於初期變質反應的特異體質反應病

(die primären allergischen Idiosynkra  
sien) 和經感應後而生的過敏性(Anaphy  
laxie) 有多少的區別。

Widal 以為變質反應性的特異素質產  
生，是血和原形質內的膠質平衡變動了的  
結果；稱之為特殊膠質性的特異素質(ko  
lloidoklasische Diathese)。Coca 依照  
Cooke 的意見，稱初期變質反應病為  
(Atopien)先天過敏性。照 Coca 的意見，  
這種病根本沒有一般所說的抵抗素，不過  
他也承認其間有一種作用相似的先天的物  
質，差不多和先天的溶血素(Hämoly sine  
) 赤血球凝結素(Hämagglutiniuen) 等  
相似，此物質稱為免疫反應體(Reagine)  
。最近 Coca 更相信，此種非局部的免疫  
反應體，因受抵抗原素(Antigene) 的刺  
激，方纔生成；因為只限有此素因的人，  
經注射抵抗原素後可使血內免疫反應體成  
分加高。Kämmer 也寫道：某種動物或  
某種血屬的細胞原形質，對於一定的物質  
分子，如毒素等有特殊的愛力。同時也可  
相信各個人都有先天的和遺傳的攝取族  
(Rezeptoren) Rezeptoren 和 Coca 所稱  
的免疫反應體的意義符合。牠對於某種變  
質反應原素有特殊的愛力，其關係正如毒  
素與抗毒素。

Otto 和 Adelsberger 主張在抵抗素

裏有過敏性(Anaphylaxie)和先天過敏性(Atopie)的分別，所以至少有兩種抵抗素存在。先天過敏性的抵抗素有永久性，只限有特殊素因的人，因着長時期微弱的抗原素的刺激作用(Antigenreize)而產生。過敏性的，只有暫時的作用，經過若干時期即行消滅他的產生，由於用人工的抵抗素注射(Parenterale Antigeninjektionen)。De Besche 也有相似的學說。

關於真正過敏性和變質反應的特異體質反應病有顯然的區別，已無異義。這種區別必須根據一種特殊的素因。

還有一點，尚待研究，如何證明某病人剛好是第一次遇到他的變質反應原素呢？

Low 敘述一個有蛋素麻疹(Eierurticaria)的乳兒，當乳母每次食蛋後，乳兒即發麻疹，此孩感應之發生，因乳母之乳含有蛋素，當為可靠之想像。關於此點之證明，György, Moro, 和 Witebsky 剛遇到一個切當的事實；某小孩從未食蛋，食料大都用乳母之乳，但對於蛋已起變質反應，當乳母食大量蛋後，此孩即對於乳母之乳發生異常感覺，對於其他女人之乳則不然。

就動物試驗的結果，以經明白胎兒也有受感應的可能。人工造成真實的過敏性

，可以經胎盤傳及胎兒；或者男人經感應後，其子女亦可發生過敏感覺(Otto, Schenk, Turek)。Ehrlich, 和 Henbner 發現做父親的有毒素免疫性(Giftimmun)，其子女即有特異的過敏性感覺。母親有免疫性，其子女有時亦有特異的過敏性感覺。

經過 Rattner 和 Gruehl 的試驗，其理益明，同時生育的動物，不但胎盤的感應可以生成，並且各個有不同強烈的震盪症準備。

假如人們以為初期的先天特異體質反應病，由於胎兒感應所致；則在此種情形，絕無特殊素因使生感應作用。不過只有少數人，因此現象發生變質反應。Dörr 和 Seidenberg 以為胎盤的感應，在人類的變質反應症裏是很少有的現象，實事上也只有極少數的人，才因極短時間極輕微的素因，產生變質反應現象，所以變質反應症好像是先天的產物，使人不得不相信有體質關係的素因與夫遺傳關係之重大。

Spain 和 Cooke 檢查 462 個枯草熱病人(Heufieberkranken)，或喘息病人，內有 58.4%，因遺傳而生，又其 90% 雙親只有一人有病。其餘雙親都有病的病人，在童年時已有變質反應，不過有變質反應，不過有些病人，一直到很久以後，才



有確實的診斷，因為他們家庭的病歷沒有正常的現象可考。Klewitz 計算 413 個喘息病人，其中 35% 症狀漸次嚴重。Balye at 以為特殊素因的遺傳，是產生變質反應病的最要條件。關於遺傳現象可按照 Mendelsche 規律推測之。

有很多理論家對於病人家庭的病歷以及病症遺傳的現象看得很重要，因此可以容易認識家庭現象的變質反應病。Hanhart 在 Wiesbaden 會議上，公開展覽幾件實在的事物，使人見了更有深刻的印象。關於病症遺傳的情形，變化非常複雜，在各個家庭的支派裏又有不同的變質反應徵狀。

尤其值得注意的，如偏頭痛 (Migräne)，神經病 (Neuropathien)，精神病 (Psychopathien) 等時常復發，對於變質反應的診斷關係很大。例如 Klinkert 氏所述一個家庭的情形：父親的病狀是神經性的胃酸過多症；長女的病狀是對魚類有特異體質反應，次女的病狀是偏頭痛，癩麻質斯 (Rheumatismus)，第三女的病狀，是喘息，脈管神經性鼻炎 (Rhinitis vasomotorica) 以及癩麻質斯；第四女的病狀是局部的皮下浮腫 (Quinckesches ödem)，第五子的病狀是枯草熱，尿酸性關節炎 (Gicht)。他們又都有酸性反應的白

血球增多 (Eosinophilie)。Rost 研究變質反應性的濕疹——稱為後來有滲出性的濕疹類變化 (Spätexudatives Ekzematoid)——結果如下：把若干家庭裏許多患濕疹病的調查起來，27% 有喘息病，4.7% 有枯草熱，2% 有其他特異體質反應病。Kleiwitz 報告：在若干患喘息病的當中，10.1% 有濕疹或蕁麻疹，6.4% 患偏頭痛，11.3% 患漸次加重的神經病。

上述變質反應病的素因，牠的基礎建築在遺傳的體質裏面，已無疑義。但是因某一種一定的物質發生某種一定的特異體質反應，在遺傳上還很少見。在普通的情形作用物質與震盪器官在一家之內變化無窮。Hanhart 公開展覽過一個極確實的例子，有一對同卵雙生子，其一患氣管支喘息，其一患昇汞濕疹 (Sublimatekzem)。

Coca 的一部分意見，事實已經證明不能成立，因為絕沒有一個可遺傳的特殊性質的抵抗素，或者可遺傳的反應物，以造成素質反應的素因，不過只有產生一般變質反應病的遺傳傾向。Kämmerer 和其他許多學者現在都有此主張。

假設特殊的抵抗體在胚原形質內有遺傳的現象 (keimplasmatische Vererbung)，用以簡單解釋變質反應性病的素因，已不可靠。

究竟如何發生此種病的素因，我們答覆這個問題，和 Curtius 的意見一樣，要根據 Martins 的理論；他說，整個的體質由許多部分的體質集合而成。體內各部分天賦的情形，必須用有系統的歸納方法仔細分析起來 (Curtius)。

Strom van Leenven 以及同工作者，以為此種病的素因，由於皮或粘膜有特殊穿過或漏過的可能。變質反應作用物乃循此路徑而達體內。Hajus 也認為腸粘膜有反常的穿過性，對於因飲食而起的變質反應有重大的關係。Hiki Yoshiynki 在若干試驗中，知道肝臟的現象對於穿過腸粘膜而起的感應作用，更為重要。該學者證明在普通情形之下，異種蛋白質也可穿過腸壁，待入肝臟即停留不進，但肝臟之機能亦有一定之限度。

再進一步觀察，似乎先天有增強抵抗素組織之傾向。至於變質反應的現象，也許是受網狀內皮細胞 (Retikuloendothel) 的影響。Schittenhelm, Ehrhardt, H. Mayer 等在試驗上已經有多方的證明。

不過震盪器官對於作用物與抵抗素之反應，有某種特殊呼應的機能，必須隨時注意之。

根據經驗，知道變質反應狀態的進展，是由慢慢的鍛鍊而完成真確的變質反應

現象。至於感應作用，再漸次擴大，對於非特殊的作用物，亦有感覺作用；Urbach 稱此為變化後之變質反應現象 (Metalle rgiesch Erscheinung)，普通物理的或心理的刺激，本非變質反應的刺激，亦可引起變質反應的現象；Rössles 稱此為病理反應 (Pathergie)。

Schittenhelm, Tonietti, E. F. Müller, Moro, Klinkert 等研究的結果，證明自動神經系統 (Vegetatives Nervensystem) 對於測量變質反應的現象有重要的意義。Guth 報告，注射 Adrenalin 可以壓制 Tuberkulin 的反應。

毛細管內皮細胞 (Kapillarendothelien) 是一個很緊要的震盪器官，已毫無疑義，因此更要注意毛細管適應的能力，或者說牠的部分體質的情形。Nagen 說，在顯微鏡下觀察變質反應病人的毛細管，確有特殊形式。Parisius 也有類似的論斷；Otfried müller 關於毛細管的研究，也是值得紀念的。Cocca 以為變質反應的素因，正由於毛細管的穿過性增強所致，這點 Basch 在事實上已確切的證明。

同時，不隨意肌肉部分體質也很重要。此點可引用 Well 氏的理論說明之，有許多變質反應的病人，患有氣管枝痙攣性的窒息，正因為他們氣管支肌肉特別的肥

大這算是個別種很重要的素因。

因之內分泌液對於自動性神經的影響很大，所以我們又不得不注意內分泌器官的部分體質。有很多的研究，和臨床的觀察，對於變質反應作用和內分泌不平衡的關係解說得很明白。Haag 舉例說，甲狀腺肥大的體質 (Basedowide Konstitution 即 Jäusch 的 B-Typ)，易起枯草熱。Curschmann 看到許多氣管支喘息的病人，大都是屬於痙攣性的體質 (Tetanoide Konstitution 即 Jäusch 的 T-Typ)。

本篇要旨，僅將所有各點一一說明。關於各個器官或器官系統的體質反應準備的情形對於發生變質反應病或其臨床測驗的功用的重要性，想來現在已都明白。在檢查家庭的健康，不必要看到病的現象，唯一的變質反應素因的標誌，是他們體質上酸性反應白血球增多的現象 (Konstitutionelle Eosinophilie)。

根據家庭病歷以及個人健康檢查的結果，常發現很明顯而重要的關係，對於其他因體質而引起的疾病。但是這些病並不屬變質反應現象範圍以內。我們見到此種傾向 (Syntropie) 可產生癱瘓質斯，尿酸性關節炎，糖尿病，膽汁病 (Gallenleiden)，氣道加答兒 (Katarrhalische Erkrankungen der Luftwege)，內分泌不調

，神經病以及精神病。

很久以前，法國一般臨床家都以為這許多病的現象和體質相關，並且是某種素因的作用，此素因稱為痛風性疾患 (Arthritismus)。Krehl 說，在這許多屬於痛風性疾患的疾病裏，很多有酸性反應白血球增多的現象。Conby 和德國的 Rost 很重視痛風性疾患滲出性素因 (Exudative Diathese) 的相關性，後者無疑的是變質反應素因的現象。

上述這許多不同的病，認為有個共同的素因，把牠們歸納在痛風性疾患的觀念裏，也是一個極困難的問題。這個觀念並沒提出個公有的現象來，所以非常空洞。

Borchardt 說，痛風性疾患的情形，尚未有明白的解說，更找不出一個劃一的作用來。青年痛風性患者有特殊的傾向產生炎症 (Entzündung)，過敏性現象 (anaphylaktische Erscheinung)，淋巴質 (Lymphatismus)，神經性刺激作用 (Nervöse Reizzustände) 以及其他病症，正和老年人所有的退化現象，遙遙相對。

Borchardt 以為這許多現象，大概總歸根於刺激的反應能力提高。而老年人之退化現象 (Abnutzungsercheinung) 就是感應性和反應能力增高的結果。所以 Borchardt 稱此種素因為易受刺激的體質

(Reizbare Konstitution 或 Status irritabilis)。

我覺得此處和 Reessles 的想像正符合，因為變質反應是超然生活現象的一部——病理反應 (Pathergie) ——所以特殊變質反應素因也是病理反應素因 (Pathergische Diathese) 之一部。

變質反應的素因，大都發生在人煙稠密之區。我們就看很平常的事實吧，枯草病患者大多數是城市的人；在最近鄉裏的居民也漸漸的有枯草病了。這大概因為鄉裏人在生活方面也漸漸的城市化了。Hanhart 以一個家族做例子，其後代子孫和城市來往既多，於是有變質反應性的素因，而其祖代則未有之。在整個人羣裏變質反應素因有上述特殊分佈與擴大之現象，Haag 以為這完全由於城市人的生活情形變化了

，飲食習慣也改變了。

有人說這許多易受刺激的體質，或者是生物遺傳選擇的結果，因為這些體質容易適應人們的環境。此種理論，正確與否，尚未敢必。

可是我也不便把所有學者關於本題的意見，一一提出來，這點很抱歉的。雖然還有許多緊要的事實，沒有去敘述，可是也不見得有多大的影響。因為要解答本題，還有許多困難哩！我只能指示你們研究的路徑和問題的所在。根據實驗的結果，臨床的分析，尤其重要的，是遺傳病理的進步，使得變質反應性素因——暫時當作輔助的觀念——的內容，漸漸的充實了，再進而其支派——病理反應的素因——也成功極有意義的理論。

## 從何幾點來決定癌腫之預斷？

Welche Faktoren bestimmen Die Prognose des Carcinoms?

von Prof. Dr. Arthur Hintze 馮世怡譯

癌腫之預斷恆視醫生之診治及病者之狀況而定，此外則癌腫之地位及性質亦有與也。癌腫與肉腫 (Sarkom) 在其進展上

則一，蓋其局部之長大與遠處蔓延俱甚速也，然兩者之生長有時亦較緩，或竟完全靜止者。癌腫生長之速度較小于肉腫。于

癌腫尚可計算之，于肉腫則從無一定矣。

1. 癌腫之大小與廣深。表面之癌腫（外表皮，嘴唇）施以光線照射，胸部之癌腫在第一期局部有顯明界限時施以手術割除及光線照射，幾完全可告痊愈，即設最近所屬之淋巴腺亦已染及，對於將來之痊愈上亦尚不惡。所可惜者多數之病人必直俟局部長入深處而遠處之淋巴腺俱已延及之時期始來就醫。故雖行手術割除而後常復發。至第三期則局部之器臟已大受損壞，遠近所屬之淋巴腺俱已延及，至此則僅能使其痛苦略覺減輕而已矣。

2. 位于生命緊要之器臟之癌腫。生于腦部之癌腫，則因器臟損壞而引起機能不全（Funktionsausfall）故欲其治愈，已無可言。在肺管枝，食道，噴門與夫膀胱之癌腫，在第一期（至第二期）以電刀（Elektrocoagulation），鐳錠及X光照射至力亦可收一時之効。其餘各器臟則可施手術割除之而無生命之危險（外表皮，腸，腎及眼等）。

3. 難于行手術之時。此則僅于特殊之位置始生問題，如在腦內及胸內。然此種技術上之困難及行手術時之危險（蓋此僅能施之于抵抗力尚強之病者），亦可減少之，設以別種方法補充之，最佳以鐳錠及X光照射。

4. 治療之選擇與貫徹。手術割除本僅施之于尚有界限之癌腫，然為謹防復發起見，不妨預為照射之。于不能割除及不可治愈之癌腫則照射亦能使痛苦減輕生命延長也。于外表皮之癌腫，照射之；設甚廣大，則同時亦行手術割除之。于外面能見粘膜之癌腫，照射同時割除之。內臟之癌腫，割除之然後照射。設病者之狀況不甚佳（老年，肥胖者，患糖尿症者，有腎臟病者），則僅略施能使其痛苦減輕之手術，然後照射之。

5. 癌腫之性質。此與復發甚有關也。肉腫設不照射，則必復發無疑。癌腫大半對於施行預防之照射亦甚為緊要。

6. 割後治療之預防照射須時常注意管理之，初則僅隔少時間，以後可減少之，然後必須經過多年之治療始可。

7. 組織學上之特殊性質于疾病之進展亦有與也。故如腺樣癌腫（Adenocarcinom）髓樣癌腫（Medulläre Krebs）硬性癌腫 Zirrhus 此或為最危險者。次則扁平上皮癌腫 Plattenepithel Carcinom 基礎細胞癌腫 Basalzeller carcinoma，此則常如期而來，與夫較為善性之膠樣癌腫。

8. 癌腫生長之形式亦各個不同，或作粒狀凸起，或平坦而咀爛，或深限而有厚壁，故其預斷亦須不同。

9. 生長之形式則由各個癌腫孕成之情形而定。然設即各癌腫之孕成俱必有一定之胚種 *Anlage*，則典模式之胚種癌腫 *Anlage Krebse* 終較典模式之刺激癌腫 *Reizkrebs* 為難治也。

10. 癌腫之生長于無論何種狀況下俱屬可能，而特于健康有力者不少為疾病之

犧牲者。病况之進展吾人可謂之曰對於癌腫蔓延體內抵抗力之麻痺。老年人之癌腫生長雖較緩，然觀體內各種情形，則又使其預斷黯淡也。

一切所述之結果，須于已成之疾病在最初治療時預決之。

## 各種不同錐蟲 (Trypanosomen) 在混合傳染上之相對影響

曾憲立博士著

智愚譯

吾人早知有所種微菌在混合傳染 (*Mischinfektion*) 上發生相對影響，這種作用在從前已有人名之曰微菌相反作用 (*Bakterien Autagonismūs*)，有幾位學者係依據他們的動物試驗而證實，例如先以丹毒連鎖狀球菌被染之家兔，後再染與脾脫疽菌，則此家兔仍能生存，祇要此球菌尚在血液中循環 (*Di mattei*) 患脾脫疽之家兔能用丹毒連鎖狀球菌，行靜脈注射治癒之 (*Emmerich*)。

最近 *Gundel* 與 *U. Mayer* 依據他們的新試驗而報告，即在一種裏面之肺炎球菌亦常看到有相對之作用，即有許多學

者在試驗鼠中常祇能尋找到一個種類的肺炎球菌，而此等試驗鼠曾以同一之物質或皮下，或腹內或靜脈注射之，此物質同時含有許多種類之肺炎球菌。

*Thomas, de muro* 及 *Rome* 曾以鼠作試驗，彼等將此種鼠同時或相繼注以 *Trypanosoma rhodesiense* (為在 *Rhodesia* 及 *Ostafrika* 之睡眠病菌) 及 *Treponema aduttoni* (為中非洲回歸熱病菌)，而欲決定此二種病菌怎樣相對反應；此等學者觀察到，此等試驗鼠生存久遠於他種純粹以 *Trypanosoma rhodesiense* 人工染受之試驗鼠，此種鼠平均在染病後第五天

至第七天死亡，而他種鼠尚能繼續生存數星期，大概螺旋狀菌對於錐虫有阻礙之功效。

吾人曾治療一進行性麻痺 (Progressive Paralyse)，以瘧疾原虫染受與患者，而見一相反之情形，即此原虫對於螺旋狀菌染病之經過有一適宜之影響。

但各種相近原虫類互相相對之影響，尙未試驗，故吾人將此問題試之於各種不同之錐虫類。

我們以幼鼠作為試驗物，蓋大多數錐虫在鼠身體中大概能很好生殖，在此各種不同之錐虫中，我的祇擇其在形態上能易於區分者而用之，此即 *Trypanosoma Congolense*, *Trypanosoma Gambiense* (od. *T. brucei*), *Trypanosoma Lewisi* 及 *Trypanosoma Cruzi* (*Schizotrypanum*)。吾人將此等用以為人工混合染傳之各種不同錐虫，大概以同一份量，由皮下注射於此等動物中，此等各各不同之錐虫係直接預先由已經染疾之動物血中取出而放在生理鹽水中者，在染疾第一天後每隻動物須每天驗血 (用 Giemsa 染色)。此等寄生虫之在血中出現：在純粹以 *Tryp. gambiense*, *lewisii*, *Cruzi* 染傳之動動在第四至第六天；以 *Tryp. Congolense* 與 *Brucei* 相混合者在第二至第三天，但也

有在第一天即能發現之，此以 *Congolense* 與 *Nagana* 混合傳疾之動物死亡較速於祇以 *Gambiense*, *Lewisii*, 或 *Cruzi*，或染疾之動物。

#### 試驗一

在此試驗吾人以十二頭約六星期年紀之鼠，其中每種以二頭作為比較，僅以 *Congoleuse*, *gambiense*, *Lewisii* 及 *Cruzi* 單種染疾之，而餘四頭同將以此四種混合染疾之，此等等生虫在血中之發現：在 *Schizotrypanum Cruzi* 之單種染疾，完全未發現，在 *Lewisii* 祇其中一頭，而其他兩種在各二頭中均有發現。

在此四頭混合染傳之鼠中亦祇有 *Congoleuse* 反很少之 *Gambiense* 常能在血中找到，*Lewisii* 祇有在一鼠中找到很少，而却又在該鼠臨死之前一日，又因 *Tryp. Congoleuse* 在所有鼠類均迅速增殖，因此該鼠死亡亦甚速 (平均在注射後第十日)。但我們殊不能易然證明 *Cruzi*, *Lewisii* 及 *Gambiense* 因 *Congolense* 之增殖而不能造繼續繁殖，*Tryp. Lewisii* 在這比較類中亦僅在一鼠發現，而 *Tryp. Cruzi* 完全不發現，其他幾種，亦似 *Tryp. Gambiense*，在鼠中之生殖較慢於 *Tryp. Congolense*。在此主要者因 *Congolense* 染疾之過速，以致此試驗無顯明現象。

試驗二

因 Congolense 增殖太速，故這次選 Tryp. brucei 作試驗，以視此二寄生蟲之相對影響，蓋 Trypa. brucei 在鼠中生長大概與 Congolense 同一迅速和適宜，另外在此試驗中尚有一種類，此係由 Lewisi 與 Gambeense 混合而成，此種在鼠身中

生殖甚慢，吾人在試驗動物血中大概在染疾後第五天至第七天始能尋到，因生長之不同 Tryp. Cruzi 和上述之 Trypanosomen 在此二種中同時應用。

第一表係 Gambiense, Lewisi 及 Cruci 各個體在鼠生存時百分比之不同：

第一表

被 Gambiense, Lewisi Cruzi 及染疾之四鼠：

日 期	試驗鼠之號數											
	13			14			15			16		
	Gamb. Lew. Cruzi			Gamb. Lew. Cruzi.			Gamb. Lew. Cruzi.			Gamb Lew. Cruzi.		
9.III.34.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	4	0	0	1	1	0	2
16	7	0	0	1	0	12	1	3	7	8	2	7
17	29	0	0	0	0	62	0	7	12	3	26	12
18	96%	0	4%	0	0	100%	2	17	16	2	76	17
19	39	0	16	0	0	100%	15%	35%	50%	3%	59%	38%
20	16	1	56	0	0	100%	14%	40%	46%	6%	68%	26%
21		死!			死!		33%	0	67%	2%	52%	46%
22								死!			尚繼續生存一星期	

此三種類除在第14鼠外他其餘均能發現；除一例外，即第16鼠在染疾後尚能繼續生存一星期有餘，其他鼠大約均同時死

亡，大約在染疾後二星期，吾人能相信，試驗動物之急猝死亡均係 Tryp. Cruzi 所致，蓋 Trypa. Cruzi 對於動物非常毒性



由上表即能看出 Tryp. Cruzi 在所有之鼠中繁殖最強，事實上即能明示我們，即在第十四鼠祇有 Tryp. Cruzi 發現之。

若吾人現觀察 Gambiense, Lewisi, ū. Cruzi 之數目尤其在第十五及十六鼠，

則吾人可說在他們之中幾全無相對影響之可言，此三種錐虫相距較遠，在繁殖上亦各各不同：Tryp. Cruzi 在內臟中分裂，下 Lewisi 僅有極短之繁殖期，繼則即停止 T. Gambiense 繼續永久繁殖。

第二表

三鼠以 Congolense, Brucei ū. Cruzi 染疾之：

日 期	試驗鼠之號數								
	17			18			19		
	Cong.	Brucei	Cruzi	Cong.	Brucei	Crūzi	Cong.	Brucei	Cruzi
10.6.34.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	0	(+)	0	0	(+)	0	0	(+)	0
12	0	+	0	0	+	0	0	+	0
13	0	+++	0	0	+++	0	0	+++	0
14	死!			死!			死!		

由第二表中觀察此第二試驗，即知其結果完全異樣，在此即指示出 Tryp. brucei 不祇是 Tryp. Cruzi，且還有 Tryp. Congolense 能使之完全不生長，他的毒性對於鼠類常較強於 Tryp. Congolense。

試驗三

起初祇讓 Congolense 在血中繁殖，三日後再把 Tryp. brucei 種進去，此四試驗鼠之結果在下表中說明之。

第三表

四鼠先以 Congolense, 然後以 Brucei 染疾之：

日 期	試驗鼠號數											
	20			21			22			23		
	Cong.	Brucei		Cong.	Brucei		Cong.	Brucei		Cong.	Brucei	
19.6.34.	0	⋮	0	0	⋮	0	0	⋮	0	0	⋮	0
20	(+)	⋮	0	0	⋮	0	0	⋮	0	0	⋮	0

21	(+) : 0	(+) : 0	(+) : 0	0 : 0
22	34 : 13	7 : 0	3 : 0	0 : 0
23	4% : 96%	0 : 14	0 : 58	0 : 5
24	0.5% : 90.5%	1% : 99%	0 : 100%	0 : 100%
25	註1) 0 : 100%	3% : 97%	註2) 0 : 100%	0 : 100%
26	註1) 0 : 100%	0.5% : 99.5%	註2) 0 : 100%	0 : 100%
27	死!	1% : 99%	0 : 100%	0 : 100%
28		死!	死!	死

附註：1) 此鼠曾二次以 0,5ccm 0,8% 之 Atoxyl 液行皮下注射。

2) 此鼠曾二次以 1,2ccm 0,8% 之 Atoxyl 液行皮下注射。

此地指示 Tryp. Congolense 雖在試驗程序上在血中出現早於 Tryp. brucei，而在他的繁殖上經 Tryp. brucei 後很明顯的阻止了，此在各個體百分數之減低，而 Tryp. brucei 則反之即能看出，在第 23 鼠及至 Tryp. brucei 在血中已出現時而 Congolense 尚求出現，故彼即完全不發現。尚有以二鼠之試驗係無結果，在此 Tryp. brucei 之繁殖經 Atoxyl 注射而

約束之。

試驗四

Congolense 與 Brucei 互相相對之影響，現在在幼鼠上再試驗一次，在此八幼鼠中四只先以 Congolense，二天後再以 Brucei 染疾之，另外每二只僅作為比較，或祇以 Tryp. Congolense 或祇以 brucei 染傳之。

第四表

四鼠先以 Congolense，後再以 Brucei 染疾之：

日	試驗鼠之號數							
	24		25		26		27	
期	Cong.	Brucei	Cong.	Brucei	Cong.	Brucei	Cong.	Brucei
28.6.34.	0	0	(+)	0	(+)	0	0	0
29	(+)	0	(+)	0	(+)	0	(+)	0
30	98%	2%	52	20	98%	2%	96%	4%
1.7	63%	37%	14%	86%	98%	2%	53%	47%

2	27% ∴ 73%	4% ∴ 96%	82% ∴ 18%	16% ∴ 84%
3	11% ∴ 89%	死	死	3% ∴ 27%
4	2% ∴ 98%			死!
5	死!			

我們在此表中也能看出 Congolense 各個體之百分數在 Brucei 出現後大大減低，尤其在 Brucei 特別增多時，在第二六鼠 Congolense 之百分數至死尚甚高，但在此亦尚能察覺開始時有減低 Congole

nse，百分數減低最盛者要算第24及27鼠。在此 Brucei 之百分數在短時期內由2%及4%增至90%以上，而 Congolense 之百分數亦相似的由90%以上降至2%及3%以下。

### 第五表

二鼠以 Congolense, 二鼠以 Brucei 染疾之：

日 期	試 驗 鼠 之 號 數			
	28	29	30	31
	Cong.	Cong.	Brucei	Brucei
28.6.34.	(+)	0	÷	÷
29	(+)	(+)	÷	÷
30	+	+	(+)	(+)
1.7	+	++	+	+
2	++	+++	++	++
3	+++	死	++++	+++
4	++++		死	死.
5	死!			

第五表係比較動物染疾之經過與第四表所述之染疾作一相比較，我們能由此知通疾病經過之速度經混合染疾毫無影響，蓋此等動物之生存期在此二單純染疾或僅以 Congolense 或僅以 Brucei 與混合染疾大約是一樣的。

Congolense 被 Brucei 之阻礙，在別處也能看出，即在混合染疾上 Congolense 很少有分裂式，而在單純染疾上却很多。

由此二錐虫類百分比之比較祇能證明 Congolense 有 Brucei 後在繁殖上須減退，但不能證實他的增殖完全停止，或甚致

有減少其數目之結果，欲證明此事，余曾在試驗鼠第24至27虫之數目以赤血球計算

之。而純粹以 Congolense 染疾之二鼠第28及29在比較上亦曾應用之。

第 六 表

試驗鼠之號數	內有 Congolense 存在之赤血球數				
	30.6.34.	1.7	2.7	3.7	4.7
24	61	140	87	113	81
25	261	353	235	÷	÷
26	68	29	18	÷	÷
27	456	311	460	288	÷
28	247	41	19	6	1
29	364	21	4	÷	÷

在此尤其以第 24, 25 及 27 鼠為特別清楚，即錐蟲與赤血球之比較數在幾日內之經過，無多大變動，即錐蟲之數目既無增加，亦無減少，即 Brucei 之效力在阻礙 Congolense 之繼續繁殖。在此二比較鼠第 28 與 29 却在此比較數迅速減低之時 Congolense 在同樣的染疾期內逐漸增加。

結 論

- 1) 相距較遠與在發育上各各不同之錐蟲類之混合染疾，如 Tryp. Gambiense, Lewisi, u. Cruzei

等，無互相相對之影響。

- 2) 依據再三之試驗，凡二錐蟲類，他們在動物血中同一情形發育而在對於動物之毒性上亦相等，則這一種能使他一種在繁殖上受阻礙，如 Tryp. brucei 之對於 Tryp. Cong 然，至於一種錐蟲對於他種錐蟲所發生之發育阻礙之性質現在暫時尚難預說。

余在此對於原生蟲研究院主任大學教授醫學博士 E. Reichenow 先生對於引起余此作之動機與各種之幫助非常感謝。

## X光診斷關節病之新進展

A. Held 著 蘇德譯

近今骨骼病X光學，是這樣的進步着差不多平常X光學的主體都用骨骼X光照相來作為例子。

要求一個很好的骨照相的技術方面和物理方面的條件。簡單的講起來，就是全在X光管的精細的集焦面(Brennfleck)。假使進行高電荷(hohe Belastung)，可用極寶貴的迴轉陽極X光管。即深藏在許多軟質組織中的骨骼部份，也可極清晰的攝出。細點金屬箱可使用時適宜。攝小部骨骼應當捨棄金屬箔，因網狀骨柱組織是吸收片面不起作用的糝光的(Streustrahlen)。假使對於關節，猶其是牠的病態的概要，發生困難時。即可利用實體學處置法：如折骨線的判定，確實折斷體(Corporal ibera)之位置等。對於X光術在物理學上的範圍，當然應當認識。方能用來尋出骨骼病機。

雖有這精巧的X光術，但結果尚不滿意。因為這軟質部份，和牠的變像，只有不完全的或間接認識可能。普通我們可以判別脂肪質和髓結點(Selinenansätze)，關節軟骨之厚，或有時軟骨消磨，也可從軟

骨罅隙來判斷。經石灰質堆入，脂肪質和半月板(Menisken)可以直接的明顯。假使血流入關節罅隙則可簡接的從胞狀透明和邊際消耗(Randusoren)，來推究。在適當的攝示條件之下，可以得到實在的關節罅隙，似一條細而明顯的線。好如在膝關節和肩關節。有時設使折斷體(Corpus liberum)不能尋到時，可看到鼠床(Mausbett)。看十字韌帶(kreuzländer)圖，可以從髌間隆起尖折斷而定(Spitze der Eminentia intercondyloidea)。但這種簡接現像，是不常相連的。在未攝之前，我們應當明瞭，一面關節罅隙狹小，乃是半月板(Meniskus)關係的顯示。即在開刀割除半月板之後，也應當留心此關節罅隙之不再狹小。關節間軟質部石灰質化是並不多的。

關節軟質部之示察，特別是膝關節，在以前已很適宜的引用X光。猶其是對於急傷科的X光診斷，是很普遍的。近年來對於軟質部的診視，非常進展。且作實際的試驗，把這廣大的應用，介紹於實習者，猶其在急傷科工作的幾位醫生，或從事

於這方面的X光家，特別對於確乎很細小的煩累，和診斷所獲間，切合的關係。學理方面的見解，可由許多實在的經驗而實現。至少用今日所介紹，實在可目為決定手術時，因牠是用我們X光診斷內空臟腑用的同樣的藥品，並由三種方法達到相反工效 (kontrastwirkung) 如下：注射入氣體，(例如肺腹膜之間，和胃臟照像。) 或用高度吸收作用相反工效藥劑，如：含碘和鈦質品，或二種混合用法。

這各種法子，對於關節內部之顯示，亦可以用之。若用注入後引起濃大黑影的 Jodipin, Thorocast 和相似的各劑，是不能證實的。因撫庇各個小部太廣；且 Jidipin 可貽後患。若關節罅隙注射入可引起稍淡黑影的相反工效劑，則反可得到診斷上極寶貴之價值。Nagy 和 Polgar 氏用於解剖學上的 Abrodil 或較佳些 Perabrodil。(或 Uroselektan B) 可用 2 ccm 來顯示病的變化，也可獲極好的價值，別的研究者只用小量的相反劑，使軟質部份表面，得簿簿一層。而在X光照相內即可以攝出。

另一法子，即注射入氣體。牠有較少的相反作用，但是雖然如此，在適宜的照相術和經驗之下，也能有特殊的診斷值。現在欲使相反作用增高，而氣體注射之長

處，如明晰的透視，和沒有太深的相反作用黑影的撫庇之類，也須保持。所以用二種混合法。並且可說這種手術，是無論那種病的變化，都可以很有規則的確定。對於實習，也很可介紹。

簡單的應用器械：

1. 一只針。如氣胸術所使用的。須鈍而磨平，且適在磨平處之下側面，穿一洞。因否則可由組織細屑塞住。光長約 0.8 mm。針根前須有一開關。

2. 一只 5ccm Rekordspritze。

3. 局部麻醉用各品。

器械須消毒，這都懂得的，無用多講。

注滿關節法，最簡單是用 Schumm 氏法。

1. 用  $\frac{1}{2}$  -  $\frac{1}{4}$  % Novocain Suprarenin Lösung 局部麻醉注射處。

2. 刺入氣胸術用針，在膝外側，於膝蓋骨中部高低處。(若攝外側關節半月板則須在內側。) 左手握住膝蓋骨。再推進針向上面的凹入處 (Rezessus) 小腿須全不用力，且由另一助手執持之。

3. 關節內漏出 (Erguss) 應當完全抽空。用輕的按摩，抹平關節凹入處，並不許動，又注入些空氣，再試行抽空。設無關節內漏出 (Erguss)，則針須插入正確的位

置，並再抽出些所注入之消毒及等滲液，(麻醉液或食鹽汁)來證實之。

4. 注射3ccm Perabrodil，再按摩，及很留意的動搖。使分散於關節表面(針須固定)。

5. 即用此固定的針，再注入5ccm 空氣。利用開關，不使逸出。共須注入最少6ccm，大半約須100—120ccm 空氣。至關節輪廓消失，及上部凹入處和關節袋(gelenkkapsel)於膝蓋骨韌帶側面突起，方為正確的注入。如是即稍覺緊張。假使注入太多，空氣即侵入組織內，而照像反而變壞。

6. 離管拍攝。照實質學法作對面，側面，斜面各影。當然受害的半月板各方必須攝入，正中的光線(central Strahlen)應當穿過關節罅隙因須顯示軟質部份，所以須用弱的攝影。適當的值，則須預先試定。攝時當然愈短愈妙。

這實在很簡單的注入，須在攝影台上工作。則不可移動。並且容易吸收的 Perabrodil 亦不消滅矣。

用養氣代替大氣注入，則用 Bircher 氏器。

那個要用此術，須先熟練正常關係。方能診斷。這類用簡單的，或用最值得介紹的混合相反劑法，都較平常的骨節照來

得特長。

膝關節是最多用相反作用顯示，並是最緊要的。因此處軟質部最多受傷，所以大半都須開刀，再因此處組織的複雜，(半月板，十字韌帶，脂肪質等)並須先把正常的形態敘述出來。

假使我們認為半月板之上的關節罅隙部為上部，半月板之下的關節罅隙部為下部；則上部將完全注滿空氣，下部則只注滿幾小部。因脛骨踝半月板(meniszi de m Tibiakondylus)在平常是堅實的。在外踝之下，有時可以看見注滿空氣，此即膝窩缺口(Popliteusschlitz)。半月板(Meniszi)完全和牠的側邊，及關節囊包生固，側後則被膝蓋骨韌帶(Popliteussehne)經過。在這缺口處，關節罅隙向下，且大半施手術時即有空氣。即在中央下罅隙，也可有一些空氣。幻燈下見之楔狀的半月板(meniszi)影常繼續至關節包內。正常時也同樣的。十字韌帶現出同等的影像，一些也不能互相有所分別。軟骨則非常清晰，側面攝圖可以見到許多緊要的部份。(如膝蓋骨之軟骨，Hoffack氏脂肪體關節凹入處等)

Bircher 氏介紹之斜圖，則片子所擺置的那一個半月蓋特別應當清晰。

其他各關節用相反劑注滿手術之X光

照，更須熟練，方有相當結果。

可能診斷的各症如下：關節囊包病，Chondropathia patellae 之軟骨鬆落和消磨，Arthrosis deformans 之起始期，Osteochondritis dissecans 軟骨鬆落。此等只須用氣關節X光照。(pneumarthrodiographie) 即一定可以診斷出。再者 Hoffa 脂肪體變化也可確定，因這由 Schum 氏試驗，證明大半和關節病變化相連。

最適用此法者，決惟半月板受傷。有時作一純粹的X光診斷，設無病像可尋，Schum 氏即認為對於半月板受傷，毫無

置喙之餘地矣。經空氣注入，即顯出在平時同等的半月板影；若受傷，經半月板和關節囊層 (Kapselwand) 間之空氣注入，而半月板影呈明亮細線矣。因半月板形態及位置變動之故。結果關節囊層加厚，和十字韌帶等均可診斷矣。

結論。膝關節軟質部診斷，在主觀上已告落成。且理想的意思，今日已再見於實驗。畢竟，在最近如上述各法所做一千個氣關節X光中，未發現一個不幸之例。是法，施行時雖確乎稍感有小困難；但對於病的煩苦是極少，將來一定大有可用。

## 論腸臟閉鎖症的早期診斷及錯誤診斷

大學教授海勃雷著 張春宇譯

我們談到疾病，就想到腸臟閉鎖 (Darmverschluss) 早期診斷之對於病人的重要。因為病人從此病而得的本身中毒 (Intoxikation) 能減少病人自身的抵抗力，尤其是兇險的急性腸臟閉鎖，能于數小時後已使外科專家束手無策。倘使要等到完全的臨床現象時，那只好索之枯魚之肆了。所以應當在短時間內，將腸臟變化的特徵

，弄得清清楚楚，並且及時施行種種幫助診斷的法子。

臨床醫師關於此症的問題，是臨床檢驗，並且應當就有診斷，立刻將病人交給外科專家。至于它的病原，它的地位高下，在當時反屬無關緊要。不過同時須注意及早期診斷的困難，及失斷診的容易錯誤。職是之故，臨床醫師應當時時留神，勿



使耽誤病人，故寧可初時將病人斷為腸臟閉鎖而送到外科，雖然它後來確斷為結石疝痛 (Steinkolik) 而並非腸臟閉鎖；終覺比初時當為中毒性腸臟疝痛 (Toxische Darmkoliken) 或胃痛發作 (Gastrische Krisen) 而後來確斷為腸臟閉鎖無疑 (已太遲) 者為佳也。

因為急性腸臟閉鎖容易耽誤，所以它的危險更大。故在可能範圍內，加以顧慮，因為它在局促的時間內，將所有一切病象，完全發出，以致互相掩蓋，反致不易認出，不若慢性腸臟閉鎖的病象，漸漸發現，而易認識也。

倘若病人痛得像疝痛一樣，並且非常劇烈，同時還有嘔吐，那麼我人就應當想到腸臟閉鎖。直到發現腸臟僵硬 (Darmstiefung)，我人可謂已得重要的臨床症象矣。所謂疝痛 (Koliken) 者，即是一部份腸臟疼痛的收縮，此乃是一種普通症象，故不能因此一點，就證明為腸臟閉鎖，即使後來在原處又同樣的痛起來，也不能確斷為腸臟閉鎖；因為各種原因造成的結腸炎 (Kolitis)，皆有此種症象也。要到除嘔吐外，再有不正常的腸臟漲寬，及看得見或摸得出的腸臟收縮等現象後，那麼腸臟閉鎖的診斷，方能確實無疑。若是較瘦的病人，則他紋浪式的腸臟僵硬 (Schlan-

ges Zeichnen) 症象，往往一目了然；倘使病人的腹部，非常之肥，或是很堅強，那麼檢驗腸臟僵硬症象時，不如以手代目為妙。若是不完全的閉鎖症，則腸臟僵硬症像在過大的腸臟部份上段為最明顯。觸診方面好像一個富有彈力性的瘤。設是結腸炎則否，往往是空的或極少數由腸膜牽在一處的腸臟，摸起來好像一條牢固的索子。不過有腸臟尚未僵硬的閉鎖症，它膨漲的腸臟，早已停止動作矣。故雖是暫時無痛而且安靜的病人，還當等它疝痛的再發，因此我們可見到或摸到腸臟僵硬的症象。在腹部搗擊或摩擦，往往能引起此種僵硬症象，所以在我人想及腸臟閉鎖時，決不可忘懷也。

普通初時的脈搏，都狠正常，不過在疝痛發作時，小而較快。但急性閉鎖，就有早期的昏厥，脈搏增快，及虛脫，並且它狠嚴重。在此嚴重的過程，竟直接到麻痺的境況。以致看不見腸臟閉鎖的病象而誤為腹膜炎。

倘使吃下的食，淤塞在閉鎖的上段，以致腸臟漲得不能再蠕動收縮，那麼腸臟氣脹 (Darmblähung)，同腸臟麻痺 (Darm lähmung) 更為明顯，但此時已非早期矣。若認腸臟閉鎖及腸道窄狹 (Darmstenose) 往往有氣脹的現象。實屬錯誤，我們

固知極度的迴盲腸道窄狹症(Ileozökalstenose)，它的腹部很平坦，或竟其凹下也。腸臟早期的打結，夾住(Einklemmung)或套入(Invagination)時常有腹部凹下的現象，因此腸臟僵硬等現象，難得會弄錯。而大腸的下段閉鎖，神經麻痺性腸臟閉鎖(Paralytische Ileus)，腹膜炎，或門脈循環阻礙(Störungen des Pfortaderkreislaufes)的平均的圓形的鼓腸(Meteoismus)，亦有不規則的腹部凸起現象。

我們在診察腹部時，見有小腸氣開刀的疤痕，那麼我們也應當想到有夾住的可能性。

若是已想到腸臟閉鎖，而視診及觸診方面，未有腸臟僵硬的現象；那麼還當施行打診及聽診，而腹部的打診聽腸，務宜同檢查肺部一樣的詳細才好。

在打診時聽到有金屬音，(Metallische Perkussions Schall)則可確定有極度擴張的腸臟，不過這也是單單指大腸而言。若夫小腸，則是一種深遠的鼓脹音(Tympanitischen Schall)。最好在聽診時，屢次將食指指甲輕彈腹部，以便分別腸臟擴張的地位。

神經過敏的病人，在用下瀉劑後，就不用聽筒也能聽到腸道窄狹音(S encoger äusche)，過後若有看得見，摸得到的腸

臟僵硬，那就可決為腸道縮小(Darmverengerung)無疑。如有下列情形之一，亦可無疑地斷為腸臟閉鎖。

(一)在觸診時直接用耳朵或用聽筒，聽到擊水聲(Darmplätschern)，則可證明漲大的麻痺的腸臟內，已有氣體及液體。

(二)在尚能蠕動的腸臟，亦已漲大而且有液體及氣體，並且還有金屬音時。

臨床醫師應當不用愛克司光證明腸臟的擴張，有液體及氣體，並且不用Indican來證明尿的變化，而有診斷。

閱歷較淺的醫師，往往誤以無尿無大便就是腸臟閉鎖，這種觀念實是錯錯。要知有許多閉鎖症還是有大便同屁，並且腹部很長久還是平坦的，等到有劇烈的嘔吐，尿量減少，同不能大便，不能放屁時，實已太遲矣。

像這類現象，往往誤為膽結石或腎結石疝痛發作，假使病人以前有上列的疾病，那麼更易弄錯，故即使在腰部疼痛，並且痛向睪丸，又無腸臟僵硬，腸臟擊水音，及腸道窄狹音等現象，尚當想及閉鎖症的可能。

有急性閉鎖的現象，同時在膽部異常劇痛，那麼可說還有膽囊炎(Chole Zystitis)。由膽囊炎延及腸臟而成此閉鎖，故

此類病人，也屬外科。並且還有腹膜炎的危險呢！

我人尚不可忘記，發過膽結石疝痛的病人，他的膽結石，可並無特別現象，由膿瘍(Abszess)而入腸臟，以致造成膽結石腸臟閉鎖(Gallensteinileus)。

上面已說，有嘔吐及疝痛，及腸臟僵硬等現象時，應想及腸臟閉鎖；然由嘔吐也可想及中樞神經嘔吐，或尿毒嘔吐(Zerebrales oder Uriämisches Erbrechen)，或腹膜炎的開始。若夫腹膜炎在初起時，也有刺激現象(擻時覺痛，腹部漲硬)，實習醫師在此時已覺不能解決，即可就教外科專家。

若已破的輸卵管孕妊(Geplatzten Tübergravidität)則有貧血現象，有柄而可轉的卵巢瘤腫或網膜瘤(Stielgedrehten Ovarial-oder Netztumor)，在觸診方面，有明顯的瘤腫，所以同擴張的腸臟很容易分別，至於腸癆的危險期更易確定，因它毫無腸臟閉鎖現象也。故對於腹部檢查，務宜注意，不能一次了事，必須多次的施行打診同聽診。于是可決定有否金屬音，擊水音，腹鳴或尖銳音(Spitzgeräusche)，腹部有否高低，腸臟有否僵硬，那麼最後可決定其是否是腸臟閉鎖，還是別的疾

病。

痙攣性腸臟閉鎖(Spastiache Ileus)同靜力性腸臟閉鎖(Mechanischen Verschluss)兩相互纏，不能一定目為錯誤診斷。在德國採葡萄季，我人見許多因多食葡萄或果汁而生痙攣性腸臟閉鎖症，我人稱為果汁腸臟閉鎖症(Mostileus)。它早期的臨床現象極如急性的靜力性腸臟閉鎖，所特別者，就是普通現象很好，所以真正的診斷，要在開刀時方能決定。最好像這種例子，用Atropin或Papaverin，就可因此而後到診斷，但是臨床醫師還是不要這樣像內科專家辦法的做。因為比較診斷是非常困難，有時竟至不可能，倘使一個靜力性腸臟閉鎖，因此耽擱數小時，竟至喪失其生命，豈不可惜耶。所以還是我的主張比較妥當，就是不管它是腸臟套入的，小腸氣夾入的，腸膜靜脈血柱的(Mesenterialvenenthrombose)或腸臟紐結(Volvulus)的閉鎖症，愈早能斷出，並且愈早能送到外科專家那裏為愈妙，由他們用好的診斷法且及時的施以適當的治療。

並且我人要知，純用臨床檢查，已可知腸臟閉鎖的早期診斷矣。

## 血液疾病的早期診斷

瑞士國 Zürich 大學醫學臨床部(主任 Prof. Otto Naegeli)

Hans Ulrich Gloor 著 徐續宇譯

早期診斷的目的，不過想在治療上得到一個可靠的預測而已，因疾病得到確實診斷愈早，則治療的收效也就愈廣。這篇文章是根據了治療結果而寫的，把有些特殊顯著的症像提出，因為假若在疾病初期中能確實診斷該疾病的結果就有很好的希望，有些疾病只得大概講一講，因為這些病的早期診斷對於治療方面還沒有十分大用處。

在血液疾病學中，除了明顯的血液變化外，大家知道還有許多臨床上的早期症像。例如惡性貧血症的舌部灼痛，假性白血病的搔痒症像等等，血液分析能確定診斷。所以早期診斷需要詳細的認識各個病理的血液現像，這一點在本篇中也極力的顧慮到。

### I 貧血症(Anaemie)

談到貧血症，只有體質的貧血方是正性的，就是最重要的 Biermer 氏貧血症，或稱惡性貧血症。關於整個症候的診斷現在已無特殊困難。但是要確斷不規則的或早期的病例那就並不容易咧。可是它的

早期診斷對於治療的結果頗有重大意義。因為它開始是很遲緩，設有任何一般特殊的現像；如疲乏，食慾不振，消化不良（慢性便秘或下痢）等等。大多的患者同時還有頑固的舌部灼痛，于是患者都不願吃那些酸辣的食物和新鮮的水菓。這症像能延至一月或一年之久，在未就醫診治前是大都不自注意到的。舌部的邊緣處顯着特殊的潮紅，糜爛及水泡（Hunter 氏舌炎）。有時舌乳頭很早的就萎縮，這時候百分之百的病例都兼胃液缺乏症像（Achyilia gastrica）。這是惡性貧血的很重要的症候，對於診斷上是極緊要的。用試驗早餐來檢查胃臟機能是不能證明胃液缺乏症像之有無的，還是照着 Katsch 氏的規定：用永久消息子來分別吸出，並用 Histamin 來幫助，行肌肉注射，來刺戟胃粘膜之分泌，假使有惡性貧血樣的血液現像，而沒有胃液缺乏症像，診斷方面就發生疑問。由是可以知道牠在 Biermer 貧血症的復雜症候中佔着何等重要的地位。但是反之，雖無糜液缺乏症像，而確是真性惡性

貧血症的病例亦常有的。

某婦人，三十四歲，Hb16%。紅血球 550000，血色素指數 (F.1) 1,6。白血球 2150；嗜中性球核成分裂狀。巨細胞及大赤血球++。血小板減少。Hunte.' 舌炎。纖維狀髓樣腫之發生初兆。分別的胃吸出：23-34 遊離 Hcl。

神經系的早期症像是比較的靠不住，因為大概要在末期才發現（纖維狀髓樣腫）。但 Bremer 氏用了極精密的檢查法在疾病初期時就能發現許多障礙，如肌肉的脹力減少，Babinski 氏現象或呈陽性的 Rossolimo 氏足趾現象，以後知覺異常，失調症像 (Ataxie) 和不全麻痺亦相繼而生。這類現象有時在血液現像尚未具有惡性貧血症特點前已經發現。

假使貧血的臨床症像漸漸減退，于是在表皮和粘膜上可以看到典型性的黃色，尿呈深黃色；尿胆素 (Atrobilin) 及尿胆素原質 (Urobilinogen) 反應很早就呈陽性。這時候的血液現像是很特殊，我們可以證明色素過多的貧血症是因病理的巨大赤血球之存在才有的。在 Hb- 容量很高時可以找到很低的赤血球數，不是很驚奇的事嗎！

試看下面的例子：一位七十歲的女病人因患劇烈的舌灼痛，五年以來全受專門

醫師的治療，但該醫師並不疑為 Biermer 氏貧血症，就是她的做醫生的親戚們也不能覺察到一些貧血狀態，即她自己也毫無其他痛苦，後來因了腰痛才檢查她的血液顯像，忽然發現了典型性的惡性貧血症變化（明顯的巨大赤血球增殖，血小板減少，白血球減少 3450 顆粒性白血球核分裂為 + - 段；Hb 容量為 71%，赤血球總計 2435000，F. I. 為 1,4）。血清內胆素亦有顯着的增加。尿呈強度陽性的尿胆素及尿胆素原質反應，此外尚有抗 His'amin 的胃液缺乏症及強度的 Hunter 氏舌炎，經過神經病學方面檢驗後知道還有呈陽性的 Babinski 氏現像及劇烈的知覺異常。

假使血液現像缺乏這種現像的話，診斷就將稍形困難，血色素指數若稍超過 1，色素過多的血液現像的標誌就只有一點兒了，在這種情形之下，最好拿一張正常血液塗抹標本來對照，方可以絕對的證明這兩種細胞的平均大小的區別了，用測量方法就更其準確，就是用有測微計的接眼鏡來測定赤血球直徑，但這方法仍有些弊病，因這種幼稚多色細胞（即所謂巨大細胞）和同色巨大赤血球全樣能有超常的直徑（ $8\frac{1}{2} - 9\frac{1}{2} \mu$ ）至于要認識同色巨大赤血球是比較容易些，因為牠是呈着顯明的卵形的（橢圓細胞 Elliptozyten）。

正性惡性貧血症早期診斷的另一重要標記是：顆粒細胞核能分裂至七八小段，有時還能多幾段。血小板的總數減少差不多是一定有的，但是在這時候還可以沒有特殊的白血球減少。最後血清顏色也具重大的意義，假使有經驗的話，就能在做沈降反應時看得很清晰，要知道Biermer氏貧血症的血清因胆素增加而稍呈黃色，這和不含胆素的貧血症血清的淡白色是完全不同。用了Hymans von den Bergh氏的胆素數量鑑定法即可知道血液分解的確數了。

在猶疑不決時用骨髓穿刺術（即胸骨穿刺術）往往可以獲得奇效，手術很簡單，只用局部麻醉就行，至于含有巨大細胞的骨髓和含有有核赤血球的骨髓（在色素減少時才有）的區別是屬可能的，倘使對於Biermer氏貧血症和惡性貧血樣的貧血症不能獲得準確區別時，採用這種診斷的輔助器械是很重要的一件事，（肝臟疾病的貧血，地方性病的Sprue及其他疾病）。

Sprue的血液現像和惡性貧血症的很相似，在重症時就簡直相同，我們所看到的一種非熱帶的Sprue (Hess-Thayssen) 是新陳代謝的疾病，因腸內脂肪吸收發生障礙，大量含有脂肪皂，脂肪酸及泡沫的

糞便遂因此而排出。從臨床現像看來是很特殊，但是和潛源性的惡性貧血症有時稍微有些不同，診斷上很重要的是，他的脾臟機能並沒有任何障礙。但是正性惡性貧血症有時也有同樣的情形血液中鈣含量是顯着的減少了，在X光檢查中也可以看到骨質鬆粗症，赤血球內有Howell-Jolly小體，這是表示着脾臟在漸漸地萎縮。

#### 糜液缺乏性萎黃症 (Achyliche Chloranaemie)

現在已不列為一種惡性貧血樣的疾病了(Kaznelson)，但是早期的腸胃及脊髓的複雜症候和Biermer氏貧血症大半相似，他的血液現像照例是屬色素缺乏的，但是血小板之減少及嗜中性球核之分裂越常都沒有，血清係無色而澄清，因為並沒有任何的變化。尿的安息香醛試驗(Benzaldehydprobe)呈陰性，至于治療也完全不同，糜液缺乏性貧血症是不適宜用肝臟劑治療法，還是鐵質和鹽酸連合服用可以獲得圓滿結果。

例：一年三十七歲的婦人，自第一次懷孕以來即患着貧血，服用鐵和砷劑後病勢未見稍減，食慾日趨不振，飯後還有飽滿感覺及噯氣，Hb 43%，赤血球總數是3900000；有大小不等的赤血球，小型赤血球及形態不一的赤血球，抗 Histamin

的糜液缺乏，但無 Hunter 氏舌炎，用 Ferrostabil 療法亦無效，自給服鹽酸—Pepsin 後 Hb 即增高，二月後 Hb 已達 76%；赤血球總數是 4790000 治療即停止進行。

二年後再行檢查，Hb 只有 43% 赤血球總數是 4400000, F. I. 0, 48 c 仍再服用上述藥劑，効力依然迅速可靠。

#### 萎黃病(Chlorose)

和糜液缺乏性貧血症頗相似，從前有人把許多胃液鹽酸缺乏性貧血症例認為是萎黃病，自引用鉄劑療法以來，這種誤會，即稍可了解。胃液缺乏並不隸屬於萎黃病複雜症候的，同時常須牽記着，萎黃病是一種罕見的體質的疾病，Naegeli 氏也常說，只在某種一定的時機中才能獲得確實的診斷，譬如假使患者是女性，而剛巧在春性發動期；日後常有復發的傾向；但血液中毫無毒質及赤血球溶解現象。血液現像係色素減少，血清中的 Albumin 及 Globulin 的混合比例依舊正常，可是蛋白質的含量已減少。此時鉄劑的効果很好，但大都是屬於暫時性的，所以總不能使 F. I. 達到 1. 所以單賴了血液檢查的結果是診斷不了的，因為萎黃病沒有特殊的血液現像，換句話說，萎黃病的早期診斷是不可能的。

每種血色素及赤血球總數減少的疾病不一定真是有像病名全樣的血液變化，所以許多外生性貧血只可認為一種繼發性的骨髓變質，譬如在流血以後，患傳染病後，中毒後，生了瘤腫時及受了 X 光加害時；都有同樣情形發生，因為他在體質的赤血球生成器官疾病的鑑別診斷上佔了很重要的地位，所以應該把血液病學上的幾個標識提一提。

急性流血後在血液塗抹標本中可以看到許多具有多色原形質的赤血球和赤血球母，第一天嗜中性白血球及血小板的特別增多，這種骨髓的刺激狀態，在他種因骨髓瘤腫轉移而生成的繼發性貧血病例中也有的。

其他外生性貧血病藉赤色血液狀態是很難區別的。但在白色血液現像變化中反可藉得寶貴的診斷，在傳染性毒物的貧血病中可以看到白血球增多或減少，嗜中性球核小段漸形減縮，原形質也變成了粗大不齊的粒狀，內臟寄生蟲所惹起的貧血（十二指腸蟲，鞭蟲，旋毛蟲等）。無論如何是具有顯明的嗜伊紅白血球增多，這是診斷上重要的標識。

#### 赤血球溶解性貧血 (Haemolytische Anemie)

這有兩種，和赤血球溶解性黃疸病是

完全不同的，第一種是所謂體質赤血球溶解性貧血，牠的赤血球具有特殊的形態，這是可以遺傳的，但只有患病的族人可遺傳，所以康健人的子孫是不會罹着着的。赤血球是非常的小而圓，所以在塗抹標本中看來是很微小，若計算牠的容積，才知道他比正常赤血球來得大。平均算來牠的容積是  $100\mu^3$ ，正常的容積只有  $80-88\mu^3$ 。所以 Naegeli 氏把這種細胞叫做球形細胞 (Kugelzellen)，這種疾病也就稱為球形細胞貧血 (Kugelzellen-od. Sphaeozyte nanaemie) 了。

假使黃疸和次黃疸的現象已很明顯，脾臟腫大，在血液塗抹標本中又找到細胞的病態變形，于是早期診斷就確實了，我們還可以看到細胞的大小不一，大半極小，赤血球染色不一；赤血球亦有嗜鹼性小點；有時還可以看見有核的赤血球！至于嗜中性白血球的增殖也有，但細胞核及原形質沒有任何變化，血小板的總數也正常，赤血球抗食鹽力的減弱的證明確是診斷上的很重要的一個根據。在  $0.7-0.6\%$  及  $0.4-0.45\%$  的濃度中，所有的赤血球就都被毀滅，Retikuloendothelial —— 器官把這種抵抗力不強的赤血球分解了，因血球之分解而有脾臟腫大的生成，就是連肝臟外的胆汁赤色素 (Bilirubin) 也大大

的增加起來，于是變成了血內不含胆色素的黃疸了。並且沒有瘙癢及含胆汁赤色素尿症像。可是大便內色素之排洩增多，還要注意到，這些患者的頭差不多百分之五十是成塔形，假使把患這種病的家族舉行一次系統的檢查後，才可以在外表好似很康健的人們身止找到某種病像（如赤血球的抗食鹽力的減弱或球形細胞）至于赤血球溶解性貧血的預兆並沒絲毫暴露生來，所以起初毫不明顯的病像集在一起時，是值得注意的，如赤血球漸和球形細胞型相似，輕度的貧血，次黃疸及脾臟腫大都能造成這種現象的。Naegeli 氏最近在他的一般體質學中也提及的，根據了他所引證的例子，利用了這種情況可以確定兩個因劇性初生兒黃疸而死亡的嬰兒的母親，有不十分明顯而徵象稀少的及體質的赤血球溶解性貧血。

另一種謂後天性赤血球分解性貧血症 (Erworbene Haemolytische anaemie) 和體質的一樣，臨床上的症像也是貧血，黃疸和脾臟腫大，但是血現像是完全不同了，赤血球不現小球形，即滲透抵抗力亦不稍減。紅色血液現像是色素缺乏，至于原因，極形複雜，大半因劇烈中毒及感染而生。換言之，這就是外生性貧的一個特殊的赤血球溶解期。



幼童時代的貧血的認識和區別是非常的困難。大半是色素缺乏的貧血，白血球大增，同時淋巴球亦增多但只在感染時可以看到嗜中性血球之增多。在塗抹標本中常常可以找到有核赤血球。在 Herter 氏發育不全症有惡性樣的色素過多貧血，但沒有腸胃及脊髓的複雜症候。

Jacksch-Hajem 氏假性白血病貧血症(Jacksch-Hajemsche Anaemia Pseudoleukaemia) 有強度脾臟及肝臟之腫大，多形骨髓刺戟血液現像及許多幼稚多色的赤血球，其中有些有嗜中性的顆粒，有些都有細胞核。

## II 白血病及假性白血病

(Leukaemie und Pseudoleukaemie)

在各式白血病中以慢性髓樣腫為最普遍，可是牠的原因我們却不十分明瞭，牠的開始是頗徐緩，所以在臨床上並沒有特殊的症候，大半的患者在上腹部有飽滿感覺，這是因了在長大中的脾臟腫大才發生的，此外遲早終有下列症候，如面色蒼白，食慾不振，流汗極易及體力大減。男性則尚有連續性的陰莖勃起 (Priapismus)，這是一個很重要的早期症候。脾臟腫大後，頗形堅硬，表面很光滑，邊緣上還有特殊的深溝(Crenae)假使有了上述症候，就須立即去檢查血液，這樣，才可以使診

斷確實。

白血球這時已增多了，普通要超過 100000。可是要注意，在初期中並不一定有非常的白血球增多，但是白血球在初期中達到 15-18000 也可以有的，在鑑別計算後知道牠完全和白血病相同。在染色塗抹標本中找到各式骨髓原質及已成熟的正常血球，各式未熟，半熟及已熟的有顆粒的骨髓細胞(嗜中性的，嗜鹼性的，嗜伊紅性的)也很多，無顆粒骨髓血球(Myceloblasten)倒很少(1-3%)，牠有深藍色沒有顆粒的嗜鹼性的原形質和網狀的核和核小體，沒顆粒骨髓血球越少，病情就越輕，用砷劑和 X 光照射治療極可有効，紅血球現像大半和色素減少貧血症相同，並且還有許多有核赤血球，下列的觀察(Prof. Naegeli)是初期髓樣腫的一個極好的例子。臨床上的症候絕不會使人想到血液疾患的，後來因有疔瘡的嫌疑方檢查血液，因此即病情大白。

病人某，年四十七歲，男性，從來未曾患病，但自最近幾月以來，精神憊頓，無心工作，外貌上上倒沒有變化，在一般檢查時在軀幹部發現四散的小疔瘡，淋巴腺並未腫脹，脾臟濁音 7cm 邊緣不可觸得，肝臟未見擴大，血液狀態：Hb 85%；赤血球 3576000；白血球 18090，其中

無顆粒骨髓細胞 1.3%，骨髓細胞 6.4%，變性骨髓細胞 1.3%，嗜中性血球 60.1%，嗜伊紅性血球 8%，嗜鹼性血球 2.4%，單核巨大血球 5.3%，淋巴球 18.2%，赤血球的大小不一且嗜多色，但有核赤血球很少。

經施以砷劑治療後，一般狀態漸佳。白血球數降為 10300，但白血病的血液現象毫無變化。

在疾病開始時我們可以看到這些成熟了的血液原質還很多，在胸骨穿刺物中還有許多病態，譬如上面的一個例子有：無顆粒骨髓細胞 1.4%；骨髓細胞 15%；變性骨髓細胞 9%；嗜中性血球 48.2%；嗜伊紅性血球 6%；單核巨大血球 4%；淋巴球 12.8%，隨病勢的增劇，骨髓及血液內的未成熟血球亦大增。

急性髓樣腫或含無顆粒骨髓細胞的白血病 (Akute myelose oder myeloblastenleukämie)

是症完全兩樣了，因牠的經過極急性，所以診斷宜務求迅速，開始時和傳染病一樣，有極高的體溫，口峽炎似的扁桃腺腫脹，並且很快的就化膿，嚥下時遂發生劇烈的疼痛。同時齒齦和頰部粘膜的白血病的浸潤也生成了。漸漸可以分解成腐敗性和水腫狀。或者可以惹起典型的口部出

血性素因，此外有時在開始幾天也有皮膚出血，血尿及子宮出血，頸部淋巴腺大半是腫脹的，脾臟也是一樣，但從不變硬，有時或僅可觸得，和慢性髓樣腫始終不同，普通醫師遇到了這種病例，假使不去檢查血液狀態的話，就大半要診斷為白喉或壞疽性口峽炎了，血液狀態的重要標識是：在初期中白血球數只稍微增多一些，以後可以增為 50—100000。最多的是無顆粒骨髓細胞，有時可以超過 90%，此外可以找到完全成熟的嗜中性白血球，但所有一過渡式——如前骨髓細胞，骨髓細胞及變性骨髓細胞——都沒有。所謂 *Hiatus leukaemicus* (Naegeli) 即指此。假使無顆粒骨髓細胞長得不典型，于是在鑑別診斷上就要發生困難，假使長得很小（變成 *Mikromyeloblasten*）就很難和急性淋巴白血病區別了，假使細胞核變成瓣狀或變形，于是看來像單核巨大血球，有人遂稱為單核巨大血球白血病了，可是這個名稱是極不妥當的，氧化酵素反應若呈了陽性，在可疑的病例中就可以確定他是無顆粒骨髓血球。他好似和前期骨髓血球的顆粒有關係。

普通所命名的無顆粒血球增多

(*Agranulozytose*, Schulz)

委實和急性髓樣腫有些相似，初期中

在扁桃腺和口腔粘膜上有局部的壞死變化，有時也有出血性素因的傾向。血液狀態是有特殊的白血球減少，僅有 1000 個，其中顆粒血球全無。但無單純的複雜症候；命名因此而生，以使這種似腐敗的疾病和急性髓樣腫有些分別。

至于Schulz氏的顆粒血球減少本來是一個急性的必死的病。病口腔內所生成的壞死變化是原發性骨髓損傷的結果（或許有特殊的病原？）。所以常易和白喉或Plaut-Vincent氏口峽炎混在一起。

婦人某，三十一歲，曾患口峽炎，一九三一年十一月十三日突患喉痛，嚥下困難，體溫即升達 39.4° 十一月十五日有寒戰。

十一月十七日 頸部淋巴腺漸漸腫大

十一月十八日 液體食物都不能嚥下

十一月十九日第一次就治于醫師，該醫師即注射 3000 A.E. 的白喉血清，遂診斷為腐敗性白喉，囑即送入醫院。此時病

人呼吸極困難。左側扁桃腺已有蔓延的壞死變化，左側口蓋弓及懸雍垂也被波及，覆膜成油狀及白色，間有出血竈。局部淋巴腺腫得非常大，按之極痛。體溫僅 37.9°（虛脫），脈搏 20。

血液狀態：Hb 73%，白血球 200，顆粒血球 0。

十一月二十日 死亡

無顆粒血球增多的反應有時能是暫時性的，因為正常的血液比例極易使其校正。下面有一個類同的例子。曾發過兩次具有顆粒血球減少的扁桃炎，同時還有單核巨大血球的反應。

婦人某，二十八歲常患口峽炎，一月三日寒戰突發，繼之體溫大增，喉痛及嘔吐刺激亦有。

一月四日始入院，診察知兩側扁桃腺均發炎，用力按之，有許多乳皮狀的膿流自右側。

表 一 第

日 期	體 溫	白 血 球	嗜中性血球 %	淋 巴 球 %	單核巨大血球 %
一月四日	39.9°	5066	5	16	78
一月六日	37.5°	3844	19	16	62
一月七日	36.8°	3750	24	26	46
一月八日	36.9°	5260	33	32	28
一月九日	36.6°	5400	43	24	27
一月十日	36.0°	6930	45	27	25
一月十一日	36.1°	6622	62	14	17
一月十三日	36.5°	7020	70	18	8
一月十四日	36.8°	8133	63	22	10
一月十五日	36.5°	8800	68	21	9

治愈後即出院。

同年六月忽復發；臨床症候和上次十

分相同，兩側均有窩狀扁桃腺炎，但未化成膿瘍。

第 二 表

日 期	體 溫	白血球	嗜中性血球 %	淋 巴 球 %	單核巨大血球 %
七月三日	39.8°	2970	0	54	34
七月四日	39.2°	1310	0.5	33.5	57.5
七月五日	38.0°	3120	12.5	26	52
七月六日	37.5°	4350	27	32	35
七月八日	36.5°	5910	48	21	23
七月十日	37.0°	10580	73	16	5
七月十六日	36.5°	7930 (齒齦瘍)	76	19	6

經治療後；亦告痊愈。

再須聲明一下，在口峽炎似的變化中至少要做一次血液塗抹標本，因為這是非常重要的！他可以使得你看來好似很平常的疾病成很嚴重，使你根本的去更換那治療方式。

慢性髓樣腫時病人大都是因了脾臟腫大及腹部不適才去找醫師。

慢性淋巴白血病或慢性淋巴腺疾病 (Chronische lymphatische Leukaemie oder chronische Lymphadenose)

在一定的地位——頸部，腋窩，鼠蹊部——漸漸有很大無痛的淋巴腺腫大生成。很少數有時因顯着的扁桃腺肥大而發生嚥下困難，遂常常需要專門醫師來施手術，有些在皮膚上有這種白血病的浸潤，在第一次看到時，總要認作腫大轉移，由此可知

診斷時多麼的容易發生錯誤，但是一般檢查和血液狀態都能使初期的診斷確實，白血球總數只增至一万。可是在淋巴白血病中常有非白血病的時期。在鑑別計算中大家都有典型的淋巴球增多，可以佔到90%之多，在慢性的期中淋巴球大半較成熟一些，且具 Azur 小粒。在急性期中核稍大，色稍淡，且極疎鬆，有時還有核小體。雖是紅血球現像的變化在診斷上並不重要，可是照例也應該去留心那色素減少的貧血。假使病人因了極明顯的蒼白色而來就診時，這是極重要的，在初期欲把牠和不典型的骨髓性的白血病區別清楚，是極難的一件事，因為這時的淋巴球核是成瓣狀的 (Rieder 氏式)，但用了骨髓穿刺術就可以解決，因為藉此可以看見淋巴性組織已多于骨髓性的了。此外幼稚的淋巴球因抵抗力不強，在塗抹標本中很容易被弄碎（

Gumprecht 氏核塊), 這事實在診斷上有時是有用處的。假若在良好的血液塗抹標本中有許多被壓碎的細胞, 就可以當他是白血球的淋巴生成了。

#### 淋巴反應 (Lymphatische Reaktionen)

和淋巴白血病不同, 故不可混在一起的。牠有似白血病或似非白血病的血液現像, 淋巴球要佔白血球總數的50-90%, 在加答兒黃疸後亦有同樣的血液現像, 在淋巴球的口峽炎時也有的。所謂 Pfeiffer 氏腺熱 (Drüsenfieber) 的感染性單核巨大血球病也可以算在一起, 淋巴球大都是很大, 且成不典型的瓣狀, 所以有時一部份意然和單核巨大血球相似, 尚有嗜鹼性的傾向, 所以在循環的血液中看來好似像藍穀花一樣藍的形成血球, 在開始時很難和淋巴腺疾病區別, 有時簡直不可能, 因為所有的淋巴器官也腫大起來, 可是這肥大在感染時期過去後也就消失, 這是和白血病不同的一點。

假性白血病早期診斷是很難, 因為牠的早期症候並不特殊。所以一般都願意去做試驗切除, 以便可以施行組織學的檢查, 就是有關的 X 光治療都需要解剖學的診斷, 因為劑量由此可以確定了。

至于惡性淋巴腺腫的早期症候有幾個

是比較典型一些, 例: 感染性病狀, 且具波狀體溫曲線, 癢瘁症, 盜汗, 脾臟腫大; 血液狀態中有嗜中性白血球增多, 淋巴球減少, 有時也有嗜伊紅性的。

淋巴腺肉腫大都長在縱膈膜處和腹膜後方, 但是一般的淋巴腺腫並不明顯。假使長在縱膈膜處, 在胸部上就有緊壓或鬱血現像 (靜脈花紋, 呼吸障礙, 咳嗽刺戟), 這就使人注意了, 逼得很早的去施行 X 光檢查, 就可以找到特殊的心臟周圍的腫大黑影。

#### 正性赤血球增多或 Vaquéz 氏症 (Polycythaemie vera oder Vaquésche Krankheit)

他和白血球有些關係, 所以把牠稍微提一提, 這也是骨髓機能越常所致, 赤血球形成的一部佔了上風。牠的發生很徐緩, 但必定有了下列血液學的檢查所得才可以使診斷確實; 赤血球增為七百萬。Hb 增多並不相等, 所以 F.I. 是很低, 赤血球的容量也增多達60-80%但原形質並不增多; 嗜中性白血球增為15000及30000, 骨髓血球增為3-5%肥大血球亦增加, 病人的頰, 唇及眼結膜是呈暗紅色, 脾臟腫大及適度的血壓增高是常有的。尿中含有少量蛋白質, 尚含管形物及少量色液。假使面部及粘膜都不十分紅, 單根據尿的檢

查所得和很容易誤解的脾臟腫，就要錯是腎臟瘤腫了，正性赤血球增多在症像明顯時和症候的赤血球增加的區別是很容易，因為只有調節精密和平均骨髓機能增強。

### Ⅲ 出血性素因 (Haemorrhagische Diathesen)

最先要講的是血小板形成的障礙，因為他變化無窮，並且是出血性素因的複雜症候中的一個，在血液中也由形態學上的變化，所以也算是血液疾病。有充份的各式各地的皮膚出血的準備。Rumpel-Leede 氏現象呈陽性，出血時間延長，凝固時間有時是延遲了，但也有正常，血塊不縮小，血小板缺少，有時血小板機能也會失常，假使有了斑紫發作或粘膜出血，那麼才會想到他有出血準備。我們就該負責去調查疾史和檢查血液，免得和各種 Werlhof 氏病 (Morbus Werlhof) 的分類弄錯。

體質的遺傳的血小板衰弱 (Konstitutionell hereditäre Thromb-asthenie, Glauzmann)，在幼童時代就有了，皮膚出血也有，血小板總數沒有減少，但是每個血小板機能都不健全，所以在血液塗抹標本中總是單獨的，從來不凝集在一起，常常因為他很小而有顯着的空胞形成，便把他當作異常的骨髓生成了。

### 自發性血小板減少 (Essentielle Thrombozytopenie, Frank)

在每個立方厘米中只有 20000 以下的血小板，但凝集力仍存，在塗抹標本中看來是非常大，變為肥大小板這是常有的事。開始時從來沒有腺腫和脾臟腫大，也沒有體溫升高。發作是很突然的，病前患者是很康健。發作後就有大量的粘膜出血和大的小的皮下溢血，強度的貧血由是迅速地發生，倘使詳探病史，就可以知道，大都在童年時代已有第一次的症像，如在輕度皮膚挫傷時已有溢血等。

血小板減少時，脾臟對於骨髓血小板形成的作用已發生障礙，賴了胸骨穿刺術和骨髓巨大血球的證實就可以明白的。對於脾臟切除的適應症也有重大意義，因為在這種情形中的治療法是要經過選擇的。

### 血友病 (Haemophilie)

他和血小板減少恰相反，凝固時間延得很長小創口的出血時間到正常，但 Rumpel-Leede 氏現象呈陰性，一個臨床上常見的症像是關節出血的傾向，這是其他出血性素因很少有的，這個遺傳病的形態身上的血液綜合是完全正常，血小板的總數也不少，他的形態也不變，根據最近的研究報告 (Fonio) 知道血小板機能是欠佳，至于凝固生物學的檢驗方法是很複雜

，其要綱則大抵如是；拿血友病的血漿做試驗物，再用單獨所獲的血友病的血小板和正常血小板混在一起，因此可以知道，正常的血小板可使血友病的質血漿在正常時間內凝延起來，但血友病的血小板遂使凝固時間延遲非常長久。由此臨床上尚未顯露的血液疾病也可以診斷他確有潛伏的血友病的遺傳傾向了。因為這種人在試驗時已有明顯的凝固時間延長。

最後還要把因維生素缺乏所致的出血性素因提一提，如壞血病及 Mceller-Barlow 氏病 (Skorbut und moller Barlows

che Krankheit) 並沒任何形態學上的血液變化。有時只有輕度的血小板減少。假使經過了很久，就也有繼發性貧血了。因出血所致的腿部肌肉疼痛 (腓腸肌) 是維生素缺乏的最早症象。以後下肢也有紫斑，最後壞血病齒齦炎 (Gingivitis scorbutica) 也生成了。大家都習慣了，遇到原因不明的出血性素因就要想到維生素缺乏。在這種情形下，病史還須特別補充一下，因為事實上目前仍有許多因為給於含有大量維生素的食物服用後，結果非常靈驗，已不復的去認識牠了。

## 關於肺部及呼吸道的流行性感冒症之討論

Hoesslin 氏著 徐春沂譯

雖然此滿佈全世界的流行性感冒症，僅于很長時期內，流行一次，但是却很明顯，在這個時間以外，每年，到處，限于一地或地方局部，俱有小的局處疾患復活，以致所謂真正的隱滅，那簡直是談不到。其餘的流行病，亦是如此。究竟因為什麼原因，能突如其來的普遍傳播，那我們是說不出來的。即以最近時間的數字說起，一八〇〇年，一八三〇年，一八三七年

，一八八九至一八九〇年，及一九一八年至一九一九年，亦不能由此數字，的確的，決定其有規則的復返調和數。

如同在過去的當中時間一樣，在一九一八至一九一九年的最後較大的一次流行病以後，差不多每年皆有小的症羣出現，並且在這個禮拜內，一九三五年一月開始時，有很多肺部和呼吸道病，照全部病象說起，我們必須將其算做流行性感冒症。

過去普通皆用 (Influenza) 之名，此名好像由 *Inflüere* 伸引而出——本來的來源，是由病的發生，源于星宿的 *Inflüenza* 而來，現在普通俱稱之 *Grippe*，法文的 *Gripper* 等于侵襲的意思。兩個字意，表示病的襲來，差不多立刻的，由健康轉入疾病狀態，而毫不能加以抵抗。

流行性感冒症 *Grippe* 之名，也許將來要被保存起來，因為因夫魯恩差桿菌 (*Inflünza bacillus*)，視為流行性感冒症之惟一病原體，新近已以為不可靠，或者也許簡直不能維持下去。Pfeiffer 氏桿狀菌之發現，對於我們甚屬重要；照我們現在所知的情形，如此重要的基礎，可說有病理上的意義，在他未有隱滅或為他種病原體覆蔽以先的時候，例如在病的第一天，已可由血液或吐出物中單獨培養，所以現在研究皆另取別路。因此，不獨以先常想到的，濾過性病原體有很大關係，不過其接種證明尚付缺如即以此種病原體的普通作用，我們熟知的病菌，及 Pfeiffer 氏桿菌亦關緊要。有趣的是，以研究獸類疾病為出發點，此中關係，好像已在一九三五年德國醫學週刊第一號中，所載的一篇 O. Waldmann 氏的一篇簡短論述中，已經注意到肺炎作用的病原體，其中已由英國研究家 Waldmann 氏和他的助手自

己所得到的結果，編輯對照起來。

全部的試驗和結果，是十分有趣，那是明白的，人與獸類的傳染，相像和相合，如特別的侵襲肺部的疾病，勉強雜入。不是別的，即鸚鵡病。

我們可以等待，人類的流行性感冒傳染式樣，將立被說明，況且依照最新的結果，由三個獸類疾病，所尋得的病原體，其與人類流行性感冒症的同樣，已經確定。大約最後決定因夫魯恩差桿菌 *Influenza bacillus* 為其同類，却是還要全視在純粹培養中所發現的細菌，如肺炎球菌，連鎖狀球菌，Friedlaender 氏肺炎桿菌，却是至少決定疾病輕重的，全要歸因第二次作用。

人類的流行性感冒症，在幾次流行及幾年以內，此病的出現，輕重每有變動，發現多在氣管枝和肺部，並且特別的有幾個人，胃腸及神經系統亦受侵襲，關於原因，現在尚無憶測說出，那完全撇開不講了，最後所稱的症象，此處不願再去致力。

人的流行性感冒病之症象：

症象本來每個醫生皆知道，即是在我們這裏，對於一九一八至一九一九年的重症，和後來幾年的利害腦質炎病，尚未有經驗之青年醫生亦然。在每次嚴重流行病時，我們總拿先前當為特種疾病的講義，



視作爲解說氣管枝和肺部變化一個經過。實在是這樣，氣管喘息病，在我們眼中看起來，可作爲先行流行性感冒症的結果。

輕性流行性感冒症，無須治療；因爲此病的發生，不像重性那樣急性。適度的頭痛，爲此病的模型。與普通傷風的區別是，鼻粘膜，僅受到輕微的影響，在鼻腔中，常有不快的乾燥感覺，嚥下疼痛，在痛苦有乾硬的咳嗽時，氣管中並覺有傷處存在，初起時，是毫無分泌物的；粘膜多感乾燥，失去以粘質蓋着的光澤性，淋巴濾胞大都腫脹。別一種情形是，粘膜的玻璃腫脹，包括口蓋弓，及扁桃腺在內，特別引人注意的，是在軟口蓋與口蓋弓上因局部充血而紅潤的原因，所造成的斑點。顏色是與猩紅熱症不同。肺上的粗糙呼吸，及有時嘯鳴聲，此乃氣管枝粘膜受到侵襲的一個表示。大半約于兩三日後，困難漸去，在乾燥處，有適度的粘質分泌出來。咳嗽漸鬆，並帶有粘質膿狀的吐出物。初時輕微增加的熱度是不見了，却是普通飲食起居，倒還有幾日，微現不適。

中等重性症情，其普通現象較重，不少的，有利害頭痛情形，並且于第一次檢查時，也有在幾天以後，即發現大中氣管枝，感到損害。最明顯的，我們可以說，是此症特有的，初期高熱，常達到三十九

度至四十度。熱度退下，差不多亦是很快，不過極多停歇十二至二十四鐘點，熱度重新又高起來並且可以經過幾天之久（早晨減輕，漸漸下降），且有幾天，熱度總離不了三十七度左右。此時我們當每天檢查一次，以使找出偶然發現的小部局處肺炎（Herdpneumonie）。突然而現的膿狀膠質吐出物，此乃表示疾病已下降至微小氣管枝和肺氣胞中，咳時感有十分不快時，是肋膜受病的明證，病者覺有局部刺痛，于此種情形時，我們要注意及局處所在。病竈雖總是一個，但每有疑惑。若熱度和沉重的疾病感覺，經延長時間的話，那我們應承認，此局部疾病，已向開發展，或者已經伸到利一地方了。打診不能或者僅于不確定情形中，給我們一個結果，于不確定呼吸音中浸潤物的徵示），現有小水泡音，及與鳴響音相近的囉音。檢查應于腋窩之中與腋窩之下，或者在肺部側面，才證證明。浸潤物利害時，以可引起濁音和適度高聲的氣管枝呼吸音。但不能說，此兩種現象，與重性的普通症象或高熱有連帶關係，他們的發生，僅見有短時的熱度增高，在他們的進行中，有時僅稍發熱。正常或微不正常的熱度，偶常然存在。我們不要因此迷惑或相信，浸潤物總要快快隱滅的；至完全吸收時，還要經過幾個禮拜。

重性病情，大半來勢甚驟，工作中覺有很利害的普通現象，寒戰，頭痛，嘔吐，較少見的是腹瀉，鼻出血，且有神志不清，譫語及例外的失神情形。各種程度的疱疹，亦常發現，即完全輕性病情，立刻或後來發出的亦甚多見。預後怎樣，不是拿疱疹出現或缺乏作為出發點。同時循環器官，受到侵襲，脈搏細小而加快，血壓計量，總在常值之下，唇，指甲，或全面部，顯然的都現着青藍顏色。肺部上客觀狀況，初時最少，僅聽到比較粗糙的呼吸，或者聽到一些大水泡音的，氣管枝炎性的囉音，直至來後的二十四小時時，或者還要遲一點，強度的濁音，漸孕育生長出來了，大半是在這個或別一個肺下葉上，同時兩個俱有的亦不在少數，或者限于肺上葉上，亦不一定。純粹小水泡音的，近于鳴響的囉音，及不確定或氣管枝呼吸音，很少缺乏。肋膜常同時參加病團，如因疼痛，而呼吸受其阻礙，即是一個明證。肋膜受病，總先于為人覺察到的浸潤物，雖然以我們的耳尚不能多數感覺到的話。細微的捻髮微音，多被以為是摩擦囉音，是否是自然的放置着實際方面，是一樣的，因為摩擦囉音，亦證明肺部組織下面，有浸潤物存在。可靠的是，關於捻髮音的微細摩擦聲，常為誤聞，吐出物，起初大半不能

排出，而于有痛苦咳嗽之下，在次日才增加吐出物之份量，吐出之物，多為疏鬆，粘質；膿狀的團體。純粹膿體或有血跡存在，那就看孕育時期的長短了。其他的標記是，吐出物復行全然停止。

此種病情的預後，總是十分嚴重的，或者因為局部肺炎的浸潤物，相繼的向開發展，以致肺部無一足夠吸收養氣的健全組織，或者因循環器官不斷的受到損害的關係，一切的心臟劑，如 Strophanthin, Digitalis, 雖用以大量，但僅有短時的，或者簡直毫無效用。興奮劑，亦是一樣，有時可以用五西西 Alcohol, 由靜脈注射，作為試用，若小心從事的話，可無損害。Strychnin 的靜脈注射，最高量可達 1—2mg，他若 Sympatol, Ephetonin, Ephedrin, 于短時間內，或者能幫助渡過病之極期。Jcoral 與 Ephedrin 和 Lobelin 的連合作用，效用亦好，假如中樞刺激不十分利害的話，可以一用。不過最後所說的藥劑，用作靜脈注射，有一種危險，因為不良的心臟肌肉，無論如何，是不能勝任很高的血壓。病人如有不安現象，可服以阿片劑。

最足引人注目的，是在一九一八年一個夏季，有許多年幼而強壯的人們，忽然于開始時，吐出物之中，即現有豐富帶血

的現象，理想以爲是黑死病。臨床上的區別，實在也不大，却是一切情形及沒有黑死病桿菌在相像的吐出物中要除掉以外。在肺部進行的出血發炎，因微血管被腐蝕的關係，從開始即陷于希望的狀態中。帶有不大的出血性病竈的傳染，亦能勝過，最顯然的表示，是熱度急速降下。

流行性感冒病的進行，亦可與普通向一葉或多葉的真性肺炎相比，真性肺炎的吐出物，是銹色，有血絲穿過，綠或黃色，並含有肺炎球菌的，且不斷的發高熱。球菌肺炎病，在流行性感冒病時，顯然有增加情形。不過特別的不良全身狀態，最引人注目，循環能力，低于常時，分期的退熱，不甚正確，若病人勝過病情的話，浸潤物，于熱度退下時，慢慢隱去。或者漸成膿狀，後來俱有臭味的吐出物，才得認出，不僅止，滲出物已經化膿，並且知肺部組織，亦成膿狀分解。在吐出物中的彈性纖維質，加強我們的猜度。我們應當把這症情，算做普通真性肺炎，或者算入肺炎球菌與流行性感冒症病原體的共同作用嗎？我們願意承認，將重性疾病列入，同樣關係，如Pfeiffer氏流行性感冒病桿菌，與獸類流行病病原體 (Tierseuche virus) 之被確定，和正形流行性感冒病症情之與局部肺炎的關係，對來也許有被承認的可

能。他類的細菌，如肺炎雙球菌，亦具有相同的性質，並示我以連鎖狀球菌，加答兒性小球菌，Friedlaender氏桿菌，與其他種種的狀態，這些菌類，除流行性感冒病流行時間外，却也少許的見于肺炎局處中，若把敗血性，塞栓形成性的病竈不計的話。

局部性肺炎和大葉炎性肺炎一樣，他們的特點，是化膿性鎔合的傾向，所有其中至流行性感冒病時間的變化，根據解剖學上的狀況，已可確定。我們此時既可見到，全肺葉普遍膿質浸潤物，此肺葉先前曾充滿漿液；纖維素，細胞性的滲出物，又可見到在肺葉中的膿瘍腔。在浸潤粒狀，局部形的區域內，于切斷面上，顯出黃色狀浸潤物並且我們在病情起始不幾天後可以發現豌豆至胡桃大的膿瘍腔散于肺上，有時緊靠着胸膜，此可作為胸膜受到侵襲的一個解說。此與在敗血性症情時，所成膿，塞栓形成性的鎔合，其分別倒甚為明顯。最爲特徵的，是深紅色，腫腫，爲血點貫穿，及爲疏鬆連合的義膜 (Pseudo membran) 所覆被的喉頭和氣管枝的粘膜，與加壓于受侵襲部份的氣管枝，而即有膿質流出，亦爲特徵之一。有這樣變化的，死的居多，即僥倖勝過，復原亦要延長許多禮拜或幾個月之久，此于觀察解剖狀

態時，可得加以解說，並且不總是與傳染普通結果有關係。

猶須提及的，是因很快發生，且含有連鎖狀球狀的蓄膿 (Empyem) 情形，而有時成爲一種併發症。並且可回想到副鼻腔化膿，此病有時直接成功于鼻喉腔受有些須傳染之後。檢屍時，或者尚可發現腦膿瘍或骨膿瘍。

後來結果，在肺部受病地方，不少有氣管枝擴張症成功。還有因肺部流行性感冒病，而出現的氣管枝周圍炎 (Peribronchitis) 遺傳結果，能有許久，那很難說出此章關於氣管枝擴張症 (Bronchiektasie) 的說出，是唯一的。

流行性感冒症，能使先前出現過的，現在潛伏的肺結核病復活，亦不算少見的事體。所以于復元慢的，或于身體構造，有嫌疑素因的發人，可以勸其攝一張×光照像。同時須注意的，很慢退去的氣管枝肺炎部，總難如願的，一定可與滲透性結核病部，分別得出，此種分別，非看將來的經過，再加比較。才有可能，反過來說，結核病好像對於流行性感冒病，具有一種自防能力。至少我們已有這種經驗，在流行病時候，在治療所內，雖然病者有人，但已病的居民，或不受病，或者能很快的戰勝此疾。

假如對於此病的突然開始，無一點經驗，對於全身狀態講起來，肺部方面現象是減退的話，並且病的發生，不在盛行的流行病時期，有時去決定是否真是流行性感冒病，那實不是一件容易的事體。與傷寒症，共有的現象，爲頭痛，昏曠，稽延，及白血球減少，不過白血球減少的程度大半並不過高，由于相伴傳染或化膿時，即變爲適度的白血球增加現象。有些症情，脈搏加速，並不與熱度增高相適合，却是脈搏很少如傷寒症的充滿，但重複脈 (dikrot) 亦總未之見。薔薇疹狀的發疹，甚爲少見，但爲傷寒症所缺乏的疱疹 (Herpes)，則反屬多見。脾臟不一定或者總無腫大情形，如于傷寒症時，可以撫摸得着，大半皆保持有原有的大小。Diazo 反應，常爲負性。非直至血液或大便培養，或凝集作用 (Agglutination) 成功時，難得可靠的決定。現在且必須疑及 Bang 氏熱病，不僅限于地方性的鄉村區域，且城市亦不能例外。病人職業，可以利用作爲證明之用。其餘如粟粒性結核病 (Miliartuberculose) 亦有思維的必要。關於鸚鵡性腸炎，討論還要更詳細一點。

猶須簡單提及的：關於肺部的變化。×光照像，並無特別之點，那與局部性肺炎，真性肺炎，和各種肋膜炎及小膿瘍腔

的照像。可說是一樣，若病人狀態，認為真正不可的話，那我們在病情爭執中，可以在肺部內作一有價值的洞察，却是要以各種威力，證明于光照和照像時的冷卻和虛脫的危險。

關於治療方面，重要的已經說過。今所要特別提及的，是許多病人感覺到治意的熱包裹法。不重的症情，在開始時，可經以適合量的酒精，加于熱的液體內，外再給以一二片 Aspirin，外如 Pyramidon 或 Chinin 可以任何形式給之，俱有很好的效用，因此可以將病情止住的，亦不算少見的事體。無論如何，就是輕的病人，亦以靜臥床中為宜，約廿四小時；因為在流行感冒病時期，簡直無轉的症情，並且其病情的進展程度，亦不是可以事先說出的。可惜大半的疾病救助會 (Krankkassse)

對於重性症情，如同對於格魯布性肺炎一樣，關於病院收容及須延長收容的重要點，每不能站在完全了解的觀察點上。流行性感感冒病血清其效用是不可靠的。剛好于重性症情時，第一次所得的印象，為一切俱徒勞無益，僅以病情進行經過，而得到證實。即經過良好的症情，恢復期亦十分遲慢；精神和身體的不振，可到幾個禮拜或月之久；精神不振，有時能增高而變為憂鬱狀態。

今還要再提一次的，是在流行性感感冒病結束時，每有局部性肺炎，或喘息病態出現，此大半皆有關於遺傳素因。激起因數的產生，好像在流行性感感冒病時，是在肺部自身方面，否則我們必須承認，反應狀態的增高，為由此病所造成功的。

## 小兒科

# 幼童時代慢性消化不良症的臨床實驗和治療

(Heubner-Herter 氏病)

Erich Holzmann 著

王觀華譯

每逢七八九月之間，吾們時常在小兒科臨診時，可以見到好似流行性的急性泄瀉。但因為沒有引用足夠和適宜的飲食治療，以致延長時間，或因治療的差誤使危及健康。

因為這種泄瀉，自從起始到痊癒大半不過一天；只有例外的幾例，須數星期，所以我們尚常目為極快過程中可以全部告痊的病症。

我們所謂幼童時代慢性泄瀉，必須有一星期到一月之久的時常泄瀉；並且顯着體魄和精神的不健旺。這類病狀就是 Heubner-Herter 氏所述的病症。（以後即以 H.H 來代表）Heubner 這個名詞即代表『嬰孩時代的慢性消化不良』並更明顯的表述這病的元素如下：因吸收作用發生障礙，致身體受不到養料。消化不良，是病的中心點。泄瀉只必過是消化不良的給果。凡腸壁所未吸收的食料，即繼而為腸內積物。且變成為 H.H. 的特徵：好似牛糞狀多量的大便，因為有許多沒有應用的脂肪質；所以帶有粘性灰黃而發亮的色彩。

通常大便的次數，每天必有 1-2-4 次；以致保姆沒有次次注意到糞的變化。大多數都只覺得小孩性情不佳，和煩苦。但是詳細推究其以前經過，而談到大便；即時常可以聽到大便次數增多。且特別的

質量豐富。其父母述及這點，即將很驚奇他們的小孩怎樣的食少而大便多。

假使大便從沒有每天超通一次，或竟二三天沒有。如是要診斷出是 H.H.，當然必感困難。

今年在我們小兒科內的一個這類不典型性症例，茲特詳舉於后：

一個生出來 3000 克體重的嬰孩。哺了三個月乳。因為他是私生的，所以他生長到第九個月，尚未返家。到他的母親結婚之後；抱還家時，乃 7700 克重。

一千九百三十四年之七月，發生腸加答兒。大便內含有血和粘液。泄瀉經飲食治療：用粥湯，Plasmon，獸骨炭，Tannismüt 片等，而稍痊。但是常常再發。漸漸的性情悶苦，異常難支。並且容易哭泣。胃口全無。入醫院前十四天，差不多已一些都不能下嚥。

一千九百三十四年八月十四日，進醫院時年齡乃一年又五個月，體重 7900 克，體長 79cm，Hb. 70%，外表時似哭泣。大便每一次。用過一天蘋果後，即改用混合食料，粥和純乳。體重線高低不定，毫無滿意的增進。在十四天每天只有一次乾解之後，方意想到和上述的 H.H. 有關係的可能性。糞的重量，由天天秤而得確定，在二十四小時內質量由 220, 240, 370-4

00克。並且現在很特殊的顯出腹部隆大；固腸內積聚液質，變為假膨脹。飲食再改用Holländische Anfangsnahrung，凝乳酥漿，蛋，火腿，香蕉，生菜汁；數天之內，情形較佳。從前的終日難支狀態，比較和緩，胃口也突然增加，體重線常常增高，本來很是高低不定。後來三個月增加了1600克。

這樣的病情，因為大便次數不增加，所以尚不能算是H.H.。但是經我們天天糞量的估計，很明顯的證實是消化不良。

平常每一嬰孩平均每二十四小時內，糞量決不超過60—80克。H.H.則否，可以有100—1000克。Fanconi曾見過最多的糞量：一個十五歲兒童，有1,64妊(kg)

H.H.小孩的病狀，是正常大便和液質泄瀉夾雜輪流的數位研究者云：稀薄液質大便射出，是只有少數的。

我曾觀察十三個小孩，(八男五女)覺得凡病症劇烈者，大半有時射出液質大便，每天可有十至十四次之多。當然這種小孩是不易醫治的。

沒有確定H.H.時，診治醫生須時常注意到這問題。用停止飲食，結與茶和粘液，使思想的腸加答兒制止。但是每次節約飲食，能使病兒退步。(詳情待治療內再須細述)這不合宜的循環，用在H.H.

因飲食節制，所以未見破壞。

求蛋白質，脂肪和碳水化合物三種營養料更佳的理解那一種對腸臟應用最壞，我們有下的區別：1.凡緩性粘土色大便，大部份總由未消化的脂肪，中和性脂肪，脂肪酸，和皂素組成。2.凡稀薄泄瀉而帶醱酵的大便，則除脂肪消化不良外，尚有碳水化合物的不正常醱酵作用。

H.H.嬰孩大便稀薄，是他病的困難之境。即對於診治醫生，亦是感到特別困難。那些都完全無可諱言的。

設一小孩去找醫生，他的精神很不振。且適在泄瀉後的時期，而有很易注目的稍帶緊張和硬，但並不鼓響的假膨脹腹部隆起。(乃因腸臟積聚液質，猶其是小腸)此乃H.H.深進的指示。這樣大而搖動的腹部，從前總誤為熱膜結核病。近代凡嬰孩時期疾病，我們總利用Tuberculin試驗，而作結核病和萬一的統核性腹膜炎之驅除。

但是H.H.腹部脹大現象，也可沒有的，若使小孩泄瀉後體重劇烈減少，如是則假膨脹腹內積水也沒有了。且可以有船狀腹部現象。治療後若情形變佳，體重即增加。且我們第一即經歷到他的腹部和腹部周圍的變遷，不久方見到起始所缺而現在很是特徵似的假膨脹式腹部隆大。

一個好似腸胃積水，其他含水處也受影響，致成不正常情形之下的小孩。是完全不足驚奇的。H. H.小孩的水循環是很易轉移。他有時好似增加體重，實在因水分泌閉止，而在二十四小時內增着幾百克。在另一日，或將毫無原因的減了500克。體重線很活躍的高低起伏進行着。我們常常經驗到小孩漸漸健康，則體重線即將很靜而有規則的進步了。

有一個十二歲的小兒來檢驗肺部時，從他的病歷，證明他二歲時已患H. H.。而至今未診治過。當時他每天服二升(Liter)牛奶，六只香蕉，在頭上二天減輕了他的體重1.3 妊。這是假性嘔脹水份減少的現像，腹圍由72cm減至59cm，少了13cm (1)。胸圍64cm，過後十四天之中，腹圍保持不變，而體重則增加了2 妊。這方是真正的重量增加。

要認識H. H.應當知道小孩的含水量動搖，和體重高低不定。如是在開始治療時之體重減低，不致誤會。確定腹圍，實在是很好的證明體重減輕，純是水的排出，抑或是大量的大便的關係。

小孩的精神，面色，都足以代表 H. H. 之特徵，面色則對於小孩之重症，更具深刻之印像。他將很安靜，不參加兄弟姊妹們的遊戲，普通小孩子的天真瀟灑，

完全失掉，並且不願離開他母親之手。在習慣的環境之內，他總覺得不施適的樣子，只須稍不如意，即易哭泣。飲食不貪。H. H.漸漸痊癒時，最初我們可以認出的，就在平常容易哭泣和不自然的總總態度，化爲活潑天真和淺笑的容色。

看護一個H. H.小孩，是非常困難。要有很好的忍耐性，常常他的母親雖已盡心計，還不能得一頭緒。這種情形之下，應當就醫於小兒病院，或其他適宜的機關。猶其是在嬰兒時代。

在診視時有時另外其他疾病，好似小孩不生長，也可作爲H. H.之客觀現像。所以照此而論，H. H.亦可說是一種『腸臟發育不全』

有一個二歲半嬰孩，因無從認識的病來診視，墜着一個軟的大腹。同時全來一個同歲的他的表弟。但是比較差不多小了一個頭。(只80cm 體長，正常應當86cm)。經詢問之後。曉得，原來他每天有二到五次的大便。並且糞的色彩和質量，都具着模型性的變化。

H. H.是怎樣發生的？主要之病因還是外表的因素呢，抑是內部的因素？

我們假定H. H.是一種本質上之變值，所以無論如何稱之爲家庭間姊妹病。當然只可在一項很多小孩子之中，方可聽到



各色消化不良之發生。

兩個對於此地很適宜的觀察：

有一家有十三個小孩，父母完全健康，祖父母也沒有奇怪的病，一個七十四歲，一個七十五歲，尚健在。外祖父因結核病而死，外祖母六十四歲，尚健在，且氣色很好。第九部十個小孩乃雙胞胎，小的這一個，在八個月時哺牛乳，經泄瀉而死。致詳細情形則不得而知。第四個在第三歲到第六歲，因腹膜結核而就醫診治。當時腹部隆起而脹大，胃口不佳，大便泄瀉，身體比照他年齡論非常細小。在學校很遲鈍，他即進入扶助學校，得到了很好的證書。在十一年方再進普通民衆小學。實在他是勤學的。但是愚鈍得很。十四歲檢查身體時，證明H. H.在客觀方面是不再發現了。

由此觀之，有病的小孩確乎可以使得他的學校工作暫時的退步。但是固有的聰明，是不必因有H. H.而胆寒。(參考Fanconi 157頁)

第五個從二歲到十五歲，得到很模型性H. H.。十二年中較正常平均體長短8cm學校內工課很好。炭水化合物極不易受，且可以立刻得到醱酵性消化不良。所以飲食治療，是異常困難。又因家庭經濟拮据，飲食不調，致使總總的普通現象漸

漸變壞。

第七個四年之中，差不多有一年的泄瀉。入學校時即較佳。九歲體長只120cm，(即較短7cm)腹部隆大，且假膨脹式。所以雖少普通病狀，尚有H. H.之餘味。只是據他母親說：一年之中尚有十四天的泄瀉期。

另一家，發生了二種姊妹病。一個小孩有模型性H. H.，甚至結果出水痘。這是無法挽救的。第二個小孩也同樣的病泄瀉數月之久，現在已稍告痊，且腸臟康健。一姊妹，是屬於易受刺激的體質，(Erethischen Typ)因脛腺結核，所以就醫於Scheidegg。且極清楚的在他的著作「體質和結核」內，尚可回憶。(21-23頁)

這種姊妹病，對於傳染方面的條理，好像是很近。Fanconi曾注意過一個雙胞胎的H. H.。

但是這個條理，用於H. H.是不常有清楚的表現的。

在另一因素之下，我們常常聽到說是由得到傳染病後，從另一小孩天天毫無餘地的壓制而成。

有一個一歲又三個月的嬰兒，得劇烈的H. H.；最初的現象，發現在水痘時。

一個十一歲兒童，在俄國害了八年猩紅熱，他的幼弟即因此而死。當時他得到

了H. H.，這病情是在他住在本地游民住所時，來我處診視時得到的。

臨床診視H. H.所注意各點，對於診斷的確定，是特別要緊的。診斷確定，方可定治療的方準。

各種平常腸加答兒剩餘的食料，對於此地是毫不適用，並或可以致害。

我們應當知道，腸臟消化脂肪質的強弱，或竟不能消化，炭水化合物是否易在腸臟內起醱酵作用。

只有蛋白質，是不受節制的。

瘦肉和蛋，是可以吃的，多含加路里 (Kalori) 之食料，則用凝乳乾酪。(用 Keks 或餅乾做甜凝乳，再化為漿)

因在空氣中變酸的凝乳，有許多小孩不歡迎的。所以我們依照 Finkelstein 說的價賤的凝乳做法，去做：1 罇純牛乳，加四茶匙百分之二十的氯化鈣液，而燒至酪凝和稀乳分開。然後用麻布濾過，讓他滴出。

飲料只可用無脂肪牛乳，Buttermilch, Holländische Anfangsnahrung, Eiweißmilch 或 Diätmilch。純牛乳是不可用的。

假使我們現在根據生理化學原質學識，解說應用食物的選擇。則以水果治療工效的解說，為最複雜。但是光明的治療結果，則更能證實了，當美人 Haas 報告我們治H. H.用大量的生水果和生菜汁之後

香蕉占着第一線，並且是唯一的幫助。敷助這差不多可作為特具工效的香蕉，其他生菜都可用。如蘋果，橙子等。生菜汁也很好。即極易通過的菜類也可給予。

糖類只可吃不易醱酵的食糖 Sexhlet.

當然一個嬰孩用飲食治療，較一學童為難。即對於他身體發育上，已可有很多枝節。

但是若H. H.嬰，能度過嬰年難關。即可靜候他的消化不良慢慢的上正規，且可漸漸復元。

普通H. H.病像，是不十分認識的。要一而再的介紹。使實習生注意，而得到許多經驗。或者可以突然尋到一二個H. H. 在病孩的報告中，好如說：他是神經性消化不良，和發育不長進。且可大胆的進行普通治法。如泄瀉，則用Buttermilch 和香蕉治療。則將能發現治療新大陸，一如我們所經歷到的激幸的結果。

## 菲葶Phytin之應用於乳兒及幼童譚

Dr Luise Ihm 著 F.C. 譯

〔藥物學中之磷劑。對於精力困乏。食慾不振。及病後恢復期等症。其義意至為重要。據諾爾登C. von Noorden 氏之推斷。謂各細胞原形質之生活力之存在。及其所需要。皆與磷酸化合物有密切之關係。又據耶孟登氏Embsden及其共同研究者之說明。凡屬 Lactacidogen之 Hexosemono - 磷酸。均為筋肉動作不可缺乏之要素。諾爾登氏更謂自由選擇熱力單位 Calorie 豐富之食物。亦不能保證其必能供給高量之磷酸。故磷酸營養不良之危機。一則由於強盛之筋肉運動。二則由於細胞原形質之活動。或亦由於營養不良（一般營養不良）。以及磷質缺乏之食物。如欲救此危機。必須供給含有磷質之藥品。但其含有磷質之分量。又必須洽合其需要。否則量小者。僅能刺戟細胞原形質而已。

在小兒科臨牀方面通用者。為磷質肝油 Phosphor-Lebertran。但其質最易腐敗。有時發生意外之副作用。致傷消化系統。且常有患者忌用一切肝油製劑。故諾爾登又嘗謂應用不易溶解之磷酸石灰。則

不能達治療之目的。而應用易於溶解之無機性磷質。又不期而發生鹽性作用。即昔日常用之 Lezithin。既易腐敗。其磷含量。又甚輕微云。

於今認為最穩健之有機磷質。唯菲葶而已。菲葶係 Inosithexaphosphorsäure 之酸性鈣鎂複鹽。其見信用於小兒科者有年矣。其所含有二十二%之磷質。幾能與無機磷質之含有量相等。

菲斯特Fürst。呂文海孟Löwenheim。魏克斯勒Wechsler。多那特Tonath 諸氏。曾於豐富之研究材料中。得詳察菲葶能於最短時間內。增進小兒之食慾及體重。且顏容活潑。精神飽滿。

對於佝僂病。病後衰弱及疲乏狀態。以及器質的或機能性神經障礙。消化不良等疾患。均以促進其食慾為要務。但欲促進其食慾。必先促其胃液之分泌亢進。此曾經多那特氏 Tonath 於施行人工胃瘻手術之犬 Pawlowfistelhund 試驗中證明之。最近 Langeldedeke 氏曾盛稱菲葶有增進食慾。並有滿足其一切希望之功效。而 W. Cimbal 氏則說明菲葶為一種無害之

植物性神經刺戟劑。

予最感覺興趣者。即菲葶有強健身體之作用。比市場中所推銷之一切磷劑。獨有定量確實。吸收迅速之優點。患者對於菲葶。可以毫無顧慮的服用。雖久服亦無流弊。

予曾得多數之病例。皆最適於試用本劑者。此種小兒。按諸院規。皆須長期留養。且其看護給養之法。亦一致相同。惜予當時不能採用各種試驗法。以研究其複雜的物質之交換。故僅就其外面觀察所得。製為圖表而已。

予當用菲葶液劑。因 Inosithexapho

sphorsäure 之中性鈉鹽。乃乳兒及幼童最適宜之藥品也。每日按照其年齡。給予一次或二次。八至十五滴。平均四至六週間足矣。凡小兒服用菲葶二日至五日之後。即覺食慾大振。體重增加。血色健康。皮膚尤覺豐滿。

予自應用菲葶以來。尙未發現其有何缺點。且其滴劑應用於小兒。最感便利。雖偶有鹽味。然無不快之感。

總而言之。菲葶乃最有價值之磷劑。用量確實。宜於臨牀之用。為最優良之神經滋養強壯劑。尤喜其收效迅速。雖小量亦得良好之結果。誠佳品也。

◎×××××××××××××××◎  
 × 婦 科 ×  
 × × × × × × × × × × × × × × × ×  
 ◎×××××××××××××××◎

## 以尿診斷妊娠之試驗法

Walther Hoffmann 著 徐春沂譯

在 Aschheim 和 Zondek 二氏工作之下(1), 妊娠診斷由腦下垂體前葉荷爾蒙在尿中的證明, 從柏林博物館大的醫學紙草, 僅于一地方獲一簡短的證實, 依這種方法, 埃及人于三四千年以前, 已經習

練由尿診斷妊娠。即是說: 一個婦人, 如欲知道是否她將分娩, 應當將小麥 (Spelt) 與大麥 (Gerste) 帶土栽入盆中, 並每日以她的尿灌溉之。若大小麥生長的話, 那麼她即要生產。若不生長的話, 那就無生

產的希望。並且性別確定，亦可用此方法。

由于紙草地方 (Papyrusstelle) 之惹起，J. Manger 氏，已經計畫，(2) 以大小麥粒，加之以尿，做胚胎試驗。Manger 氏做他的試驗，于濾紙胚胎床中，却是要繼續輸入空氣，以便防止尿中生成之 Ammoniak，障害胎芽。他曾發現到，純尿對於胚種，過毒，所以必須使尿稀淡為 1:10 至 1:100。況且證明，這種尿對於生長方面，猶常以為過毒。他敘述說。那可想得到的，土和砂質培養，未稀淡尿的毒力，因地土吸收力，而減少，故生長不受障礙，他的試驗結果，簡述如下：

加入孕婦和未孕婦的尿，其發芽的分別，不能確定。所以他的診斷妊娠的方法不適用。却是他說明，妊娠者之尿，對於大小麥粒作用，將來小兒之性別，可被決定。在七七至一百個受試驗者的尿，表示出大麥與小麥生長的區別。若大麥生長快的話，將生女，小麥生長好的話，將生男。在二三個例中，這個診斷，不過可靠，但是顯明，除一個例子外，皆產男。假如把不可靠的例子，算入生男診斷，那麼正確診斷，要佔百分之八十。僅百分之十九是不對。

因教授 v. Ubisch 氏的引誘，我準備

從事關於孕婦與非孕婦的尿，對於影響五穀生長的試驗。起初純粹要討論到植物學問題，却甚明顯，這個試驗，作為妊娠診斷，猶可利用。在 Manger 氏工作出現以前，我已經于一九三三年春天，以大小麥粒，入孕婦和未孕婦各種稀淡程度的尿中，培在 Petri 氏皿內，從事于發芽試驗。此尿先以 Alcohol 及 Aether 事前處置之。同 Manger 氏一樣，我亦尋不出，已經稀淡的孕婦和未孕婦的尿之區別。由此我決定，直接的發芽試驗須在土中行之。發芽後，我欲亦驗，尿當植物生長期的影響，以便確定，是否可由含于尿中之荷爾蒙，使植物生長期縮短，尤其是能使植物早日開花。

于 20cm 直徑之大花盆中，盛以適當的花園中之泥，並在每個盆內，培入兩種冬夏種類幾個大小麥粒。由此可以利用多數：各種種類原始小麥，如 *Triticum dicoccum*，另種小麥 (Spelt) 及高等培養的種類。現省略將各稱單獨說明，因為皆得有同樣結果的關係(看圖表)。盆中每一種類以水，或以孕婦之尿或未孕婦之尿灌之，各成功一試驗種類。

尿，第一次應當在粒子開展時，即立刻給與，以後直至開花時，當每週兩次，約以七十至八十西西尿，在監督之下，並

給以等量之水。爲防止在暖天氣的乾燥起見，中間可用水溉之。除此之外，在曠野中，于通常培養條件下的植物，其在四月

至六月時的十分多而且利害的倒下，亦告絕了。

名稱	每種類十二粒在六月廿二日展開		
	用以灌的	發 芽	
		日 期	數 目
夏小麥 Triticum dicoccum	a) 水 b) 孕婦之尿 滲透分析 c) 未孕婦之尿 滲透分析	六月廿七日 六月卅日 七月四日	十二 十二 ○
冬小麥 Hohenwetttersb acherunbegr annter Dick kopf	a) 水 b) 孕婦之尿 滲透分析 c) 未孕婦之尿 滲透分析	六月卅日 七月四日 七月四日	九 八 ○
夏大麥 Braugerste Hado O.iginol Dippe	a) 水 b) 孕婦之尿 滲透分析 c) 未孕婦之尿 滲透分析	六月廿七日 六月卅日 七月四日	十二 十二 ○
冬大麥 北方 (Nordland)	a) 水 b) 孕婦之尿 滲透分析 c) 未孕婦之尿 滲透分析	六月廿七日 六月卅日 七月四日	十二 十二 ○

用水灌溉之盆，在六天至七天內，所有麥粒，皆發芽于通常情形下。用孕婦之尿灌注的胚胎，需六天至十天的發芽期，並且初時總顯有鮮明生長障礙。直至十天到十四天後，那用未孕婦之尿澆灌的胎芽，才單獨的出現土上，第一個葉子，現發育不全形，最高達兩個葉子。在一個月內，一切胎芽，皆行死去，並顯有圓丁當爲，

由糞物燒死'的現象。反而言之，那以孕婦之尿，灌溉的胚芽，進化可得而見，並且在一月內，追及初時，用水澆注，先行發育的胎孕；並且不久以後強盛過之。特別鮮明的，可說是那壯盛而綠的顏色。所有葉子，皆生效用，而監管的植物，其下葉多變黃或死去。

最明顯的區別，可說是這兩個攝影，

此成于一九三三年六月廿二日。夏大麥 (Sommergerste) (圖一) 已經開花了，而冬大麥 (Wintergerste) 方出莖。此乃表示開花期，並未加快，而夏大麥于管理之下，開花期已早幾日出現了。猜想是，因加孕婦之尿的關係，再生生長力，受強力植物生長所排擠。

第二個試驗種類，可惜止有幾盆暨不多植物，並且直至胚芽在盆中加水發芽，及已經微從土中伸出後，才用各種之尿灌溉的，根據這個試驗，那用未孕婦之尿澆注的植物皆不行，且孕育甚慢。不結穗，夏種僅秀出很弱，但是對於乾燥和陽光，具有敏銳的感覺。至于以孕婦之尿灌溉的胚胎，在當心管理之下，其發育生長，是與前次的試驗，完全相合。那麼為什麼未孕婦之尿，足以促其死亡，孕婦之尿，反足以助其生長，要解說這個問題，還須繼續試驗。

對於特異問題，在我們的研究院內，現欲從事于尿的試驗，此尿是用氣電分解法，使其脫失食鹽。由此甚現興趣，我的試驗，電是用滲透分析之尿的，以便與前次用非滲透分析之尿一加比較，而試驗營養物對於胚芽及發育之影響。

這種尿，受電氣滲透分析，至少三小時，或經Zellophan-Schläuche七小時滲

透分析。大小麥，夏種和各種各十二粒，培入潮濕土中，且立刻灌以滲透分析之尿。其後，在第二，第五，第八與第十一天，有時加以二五西西滲透分析之尿。如乾燥的話，可漸以水澆之。

用水灌溉的粒子，發芽較速。以孕婦之尿灌溉的粒子，全數發芽，而用未孕婦之尿澆的，則無一發芽者。上表那示這種試驗次序。

以未滲透分析之尿的平行試驗，得有不同的結果。在煮過和未煮過尿的中間，深究試驗，找不出什麼區別來。因此可以斷定，孕婦尿的促進生長作用，實與有生殖腺效用的，前葉荷爾蒙含量無關。最後一個試驗種類，其試驗未直至開花時，因為季候已超過甚遠的關係。作為性別診斷的試驗，已不可能，因尿必須從各個孕婦而來，及混合的道理。

提要 1.說起來，那是有可能性的，得五穀發芽試驗的幫助，可以診斷妊娠與否。所從事的試驗，每明顯的，惹人注目。這個方法，對於實驗方面，因反應經過歷久的關係，自然是不能利用。

2.未孕婦人之尿，足以使大小麥發芽，受其強烈障礙，或者完全阻止其(滲透分析)發芽。

3.發芽的輕微障礙，初用孕婦之尿灌

既時，亦有此種現象，却是在發芽之後，孕婦之尿，實足以使植物生長，加強發育，此所不能由加入食鹽所解釋的，況且未孕婦人之尿，內中應當相等的，可以發生

甚毒(燃燒)的作用。

4. 性別診斷，未有試驗，却是關於這種試驗，已在準備之中了。

## 衛生與中毒

# 軍用毒氣與毒氣中毒及其防護法

徐 續 宇 譯

### 軍用毒氣化學

化學家發明許多東西，當然知道它的性質，並且知道怎樣可以避免它的危險，和怎樣去毀滅它。所以他們應當向人解釋它的性質。因為一發生戰爭，普通的人也能和軍用毒氣發生接觸，竟至得到不幸。因此普通的人對此都懷有絕大的恐懼。所以我認為以軍用毒氣常識來破除這種恐怖心，是防護毒氣的第一要務。否則對於防護工作有很大的障礙。我們對於軍用毒氣，並非毫無辦法，所以應當取相當態度，施行適當的防護計劃；因此避免大部份的危險，而達平安之目的。

軍用毒氣，或氣體軍用品的名稱，本

來是錯誤的。因為在化學戰爭中用的物質，——除去幾個例外——並不是氣體，却是一種沸點頗高的液體或固體，把它裝在開花彈裏，在爆炸後才變成霧狀或塵狀的。

所以叫它化學軍用品是比較合理些。

在未提及軍用毒氣化學以前，我先把幾個普通的問題談一談：

軍用毒氣的目的，當然是使敵人失去戰鬥力，或使不能駐留某地，強逼敵人後退，及使敵人身體受創，侵襲點是眼鼻咽喉的粘膜，或是肺部，或是人體之外皮。從生理學的立場上可以分為：

1. 眼部刺激物。



2. 肺部刺激物。
3. 皮膚刺激物。
4. 鼻及咽喉刺激物。

軍事上對於各種毒氣的區別，是從毒氣炮彈上所畫的顏色十字。普通就是綠炮彈，黃炮彈及藍炮彈三種，這種區別方法本來是偶然的事，但是漸漸變成一種專門的標記，我們要記着，綠十字是代表肺部刺激物，黃十字是代表皮膚刺激物，藍十字是代表鼻咽喉刺激物。

並不是各種毒物都可以當作軍用毒氣的，譬如很危險的一氧化碳及青酸都不是軍用毒氣，因為凡適用於化學戰爭中的物質，在化學上和物理學上都須具有下列各種特質：

1. 須有適度的揮發性，在空氣中須能化為極微細的氣體，水蒸氣，霧或塵狀物，由此可知這些物體的蒸氣壓力和沸點是很有意義的。具有高沸點及固體的物體在化為極精細的霧狀或塵狀物時，須有不分解性。

2. 須有極高的氣體密度，較空氣愈輕愈好，俾使這層氣可以浮在地面，慢慢地向四周新鮮空氣瀰散。否則極易吹散而化稀，遂失效用，氣體的密度和分子量乃成正比例，所以軍用毒氣的分子量一定要較空氣中氣體的分子量來得重（氧氣的分子

量  $O_2=32$ ，氮氣  $N_2=28$ ，平均起來大約是29）。一氧化碳  $CO$  的分子量是28，青酸  $HCN$  的分子量是27，所以它倆是不能充當軍用毒氣了。

因沉重的氣體很容易充滿低窪處，壕溝及坑谷等處。

3. 軍用毒氣的溶解性也很重要，在水中易溶的物體，終較不溶于水，或難溶于水的物體為不相宜，因雨水能將易溶于水的物質沖去。至于在有機體內的溶解性更重要，就是以能溶于細胞構成有關的物質內為最。一切有效軍用毒氣所以要這種溶解性，乃藉此可以深入有機體了。

4. 軍用毒氣須能抵抗大氣——空氣中的氧氣及水蒸汽，但也得能抵抗化學藥品——及防禦物。我們要知道，每種軍用毒氣都有一種防禦物，能使該毒氣破壞。

5. 軍用毒氣對於防毒罩及濾氣套的吸收性也有極重要的關係。我們知道，每種軍用毒氣，經過相當濾氣套後就能消失效用。

6. 軍用毒氣對於貯藏器——以鐵器為最——的關係是很重大的。

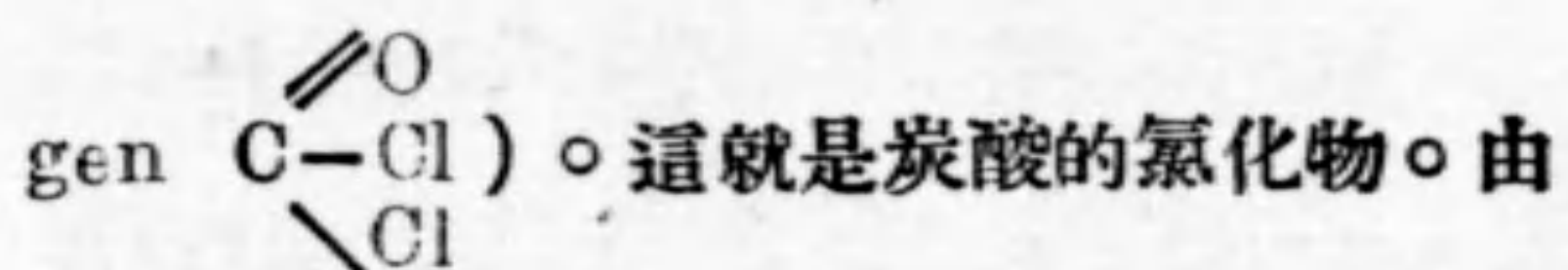
所有目前，確具效用久遠的軍用毒氣，都是有機化合物。但在毒氣戰爭，剛盛行時，都用無機物質——例如氯，溴，氯化亞硫酸，氯化硫養基，三氧化硫，發烟

硫酸，氯化硫等物——它的功效，比有機化合物是差得遠了。不過現在製造有機性毒氣，却不能缺少上列的氯和溴。因為功效最大的軍用毒氣，都是氯的有機化合物。

現在把詳述各種軍用毒氣，照有機化學教科書的程序，先談最簡單的脂肪族化合物，次述較複雜的芳香族化合物，最後再談各種硫化氫或砷化氫的誘導體。

預先要聲明的是，這些軍用毒氣並不是為了戰爭而發明的。其實化學家早已知道了，有些竟已有一百年或數十年的歷史，所有在歐戰時，或戰後所用的物質都是按了舊的方法綜合而成。

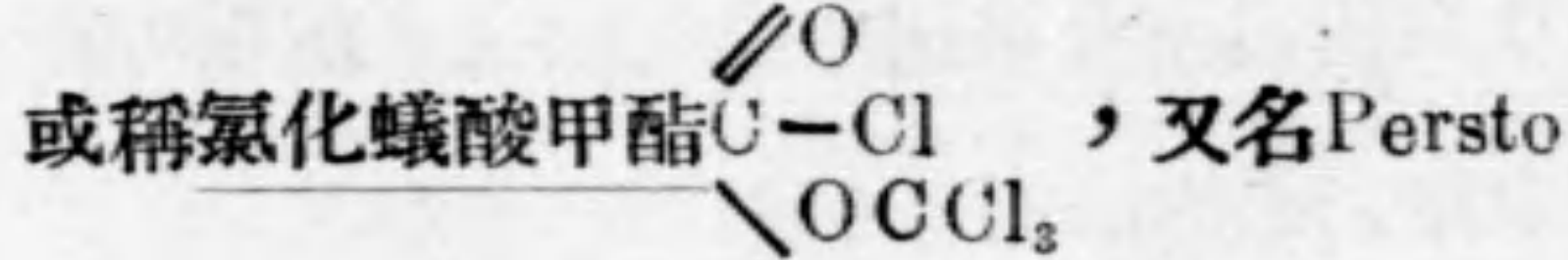
在大戰中獲效最大的軍用毒氣；是唯一能在普通溫度下呈氣體的光生氣(Phos-



J. H. Davy 氏在 1811 年所發明。當一氧化炭和氯氣受光的照射，(光生氣的名命即起于此)或由接觸劑的感應(活性炭，Aktive Kohle)它是一種具有窒息臭的氣體，分子量是99，沸點+8,2°，溶點-126°。光生氣是最危險的一種肺部刺激物(綠十字)，較青酸的毒性約強三倍，較氯的毒性則強十五倍，一立方呎空氣含有45毫光生氣時，已有生命危險。一秒鐘內若吸3，

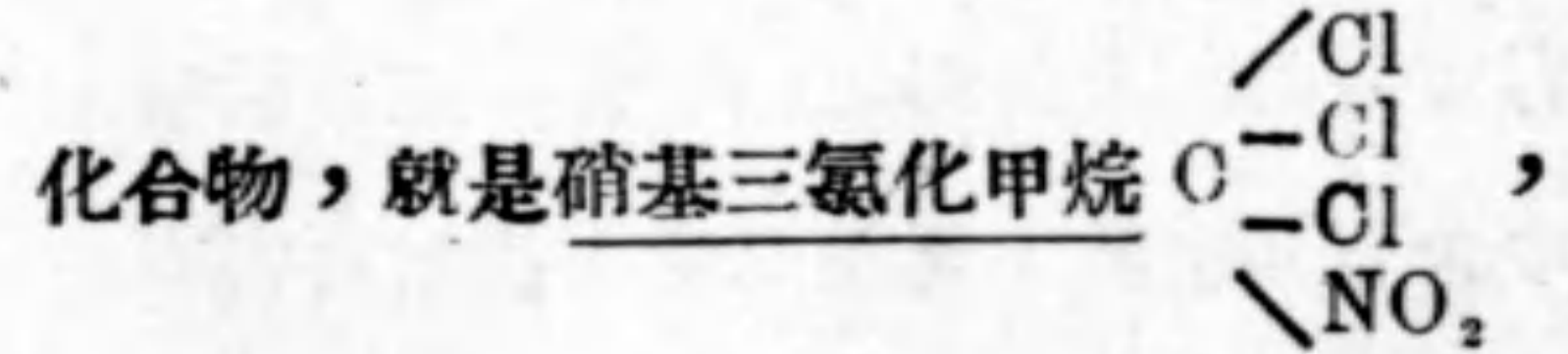
5 毫光生氣，立即致人死命。然普通防毒罩已能完全阻止光生氣的侵入。值得注意的，在呼吸時並不覺察。含有極微量光生氣的空氣中稍多停留一會，也能致命。光生氣受了潮濕空氣的影響，——即空氣內的水份——就很快的分解成碳酸及鹽酸，毒性亦即消失，若澆洒以含鹵精的溶液，就能很快的把光生氣毀滅。

化學上和光生氣的同族在生理上的功用，也頗相似的是：氯化炭酸三氯甲酯，



ff (綠十字)。在水銀燈光下用氯化炭酸甲酯(由光生氣及木醇所製成)加氯氣製成，分子量則較光生氣重一倍(198)，所以也有稱做雙光生氣的(Diphosgen)。他是無色的液體，沸點 125——126°。毒性則和光生氣相等，揮發較難，所以比較耐久一些，在地面能數小時不散去。但經鹵精水或碳酸鈣溶液澆洒後，完全消失，對於普通防毒罩是絕對不能滲透。

還要提及分子內只含有一個碳原子的



在1848年由 Stenhouse 氏所發現，用氯石灰及苦味酸(C<sub>6</sub>H<sub>2</sub>(NO<sub>2</sub>)<sub>3</sub>OH)相合而成，在德國當大戰時就簡稱為 Klop，是一種

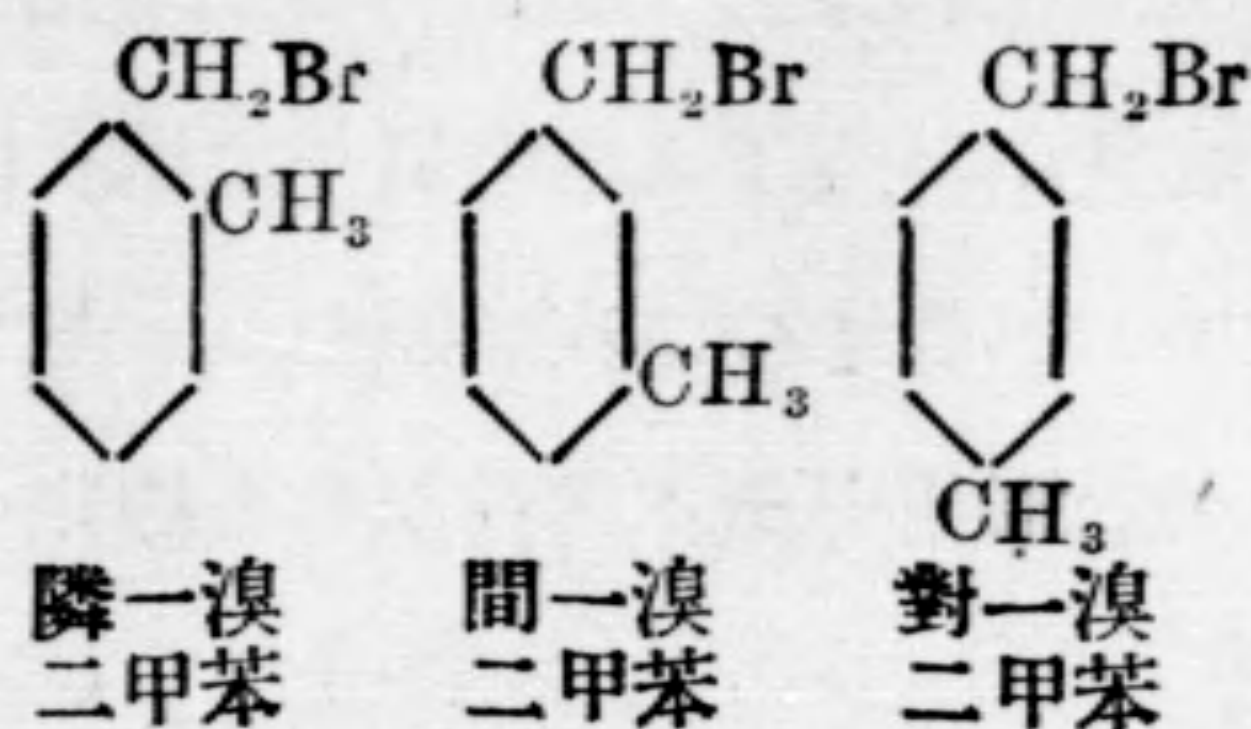
無色液體，分子量164，沸點113°。易溶于有機溶劑中，但不溶于水，所以很是耐久，硝基三氯化甲烷對於角膜，鼻粘膜及咽喉粘膜能發生強劇的刺激，一立方呎空氣中有了19尅硝基三氯化甲烷就能惹起流淚。假使一立方呎空氣中增到60尅，就不能使人忍受了，他本是個肺部刺激物（綠十字軍用毒氣），一分鐘內若吸入16尅的毒氣，立即死亡，在地面上頗能持久不散。一經噴洒以硫肝及肥皂溶液即行消失，活性炭能完全而迅速地把它吸收，所以防毒罩能完全的防禦它。

至于醋酸誘導體能作為軍用毒氣的有：一溴醋酸乙酯  $\text{CH}_2\text{Br}\cdot\text{COOC}_2\text{H}_5$  及 一碘醋酸乙酯  $\text{CH}_2\text{I}\cdot\text{COOC}_2\text{H}_5$ 。都是無色的液體，沸點 168° 或 178°。它化為氣體時，能使眼部受害頗劇。所以用作眼部刺激物。祇須戴上密合的眼鏡，就能防止他的侵蝕，若用普通的防毒罩，則更為安全矣。

眼部刺激物 一溴醋酮  $\text{CH}_2\text{Br}\cdot\text{CO}\cdot\text{CH}_3$  (1863年由 Linnemann 氏所製) 和氯化醋酯一樣，不再應用，現在僅拿來作測驗防毒罩是否貼合面部之用。若一立方呎空氣中含有30尅時，尚能忍受，並無大害。

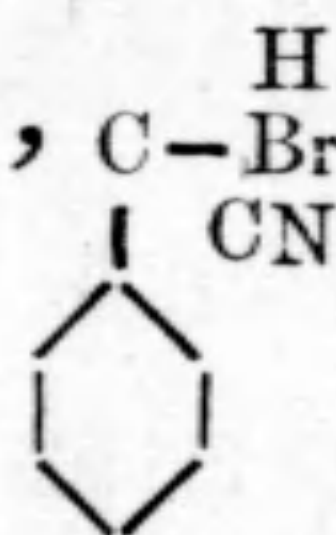
當作軍用毒氣用的組織最簡單的苯誘導體就是二甲苯 (Xylol) 在測驗上受溴置換後的化合物，一溴二甲苯 (Xylylbromi

de)



及二溴二甲苯 (Xylylenbromide)，後者的第二個  $\text{CH}_3$  基上也有一溴原子。經照射及加熱把三種異性體的二甲苯加以溴化處理而成這些化合物的混合物，要使分別清楚是很困難暫時稱為 T 物質：這異性體之化合物，乃一無色的液體，沸點 210—220°。蒸發後能引起劇烈的流淚，不過毒性極弱，在一立方呎空氣中有了 1.8 尅的化合物時已能引起強度流淚刺激。用了防毒罩可使它絕對無效。所以現在多用其他有效的物質來代替了。

和一溴二甲苯在化學上及功效上相似的物質叫 精溴化甲苯， $\text{C}-\text{Br}$ ，先使精化



鉀和一氯甲苯  $\text{C}_6\text{H}_5\cdot\text{CH}_2\text{Cl}$  相處，再在有光處使所獲的精化甲苯  $\text{C}_6\text{H}_5\cdot\text{CH}_2\text{CN}$  溴化。如此即得精溴化甲苯矣。純粹的化合物係無色的結晶體。溶點 29°，工業上所製的是油狀而褐色的液體，蒸溜時即行分解，精溴化甲苯是最強烈的眼刺激物。一立方呎空氣有了 0.3 尅時，就要惹起流淚

，若一分鐘吸入60<sup>0</sup>，即能致死。它的揮發性頗弱，化學上抵抗力頗大，所以功用也耐久，因受水不變，故能在地面上經一月而不散。但遇着鹼性溶液或鹼性酒精溶液時即被毀滅。用護目眼鏡及防毒罩即能獲得澈底的防禦。因功效能持久，故不適用於鎮壓民衆暴動及抵抗行兇。

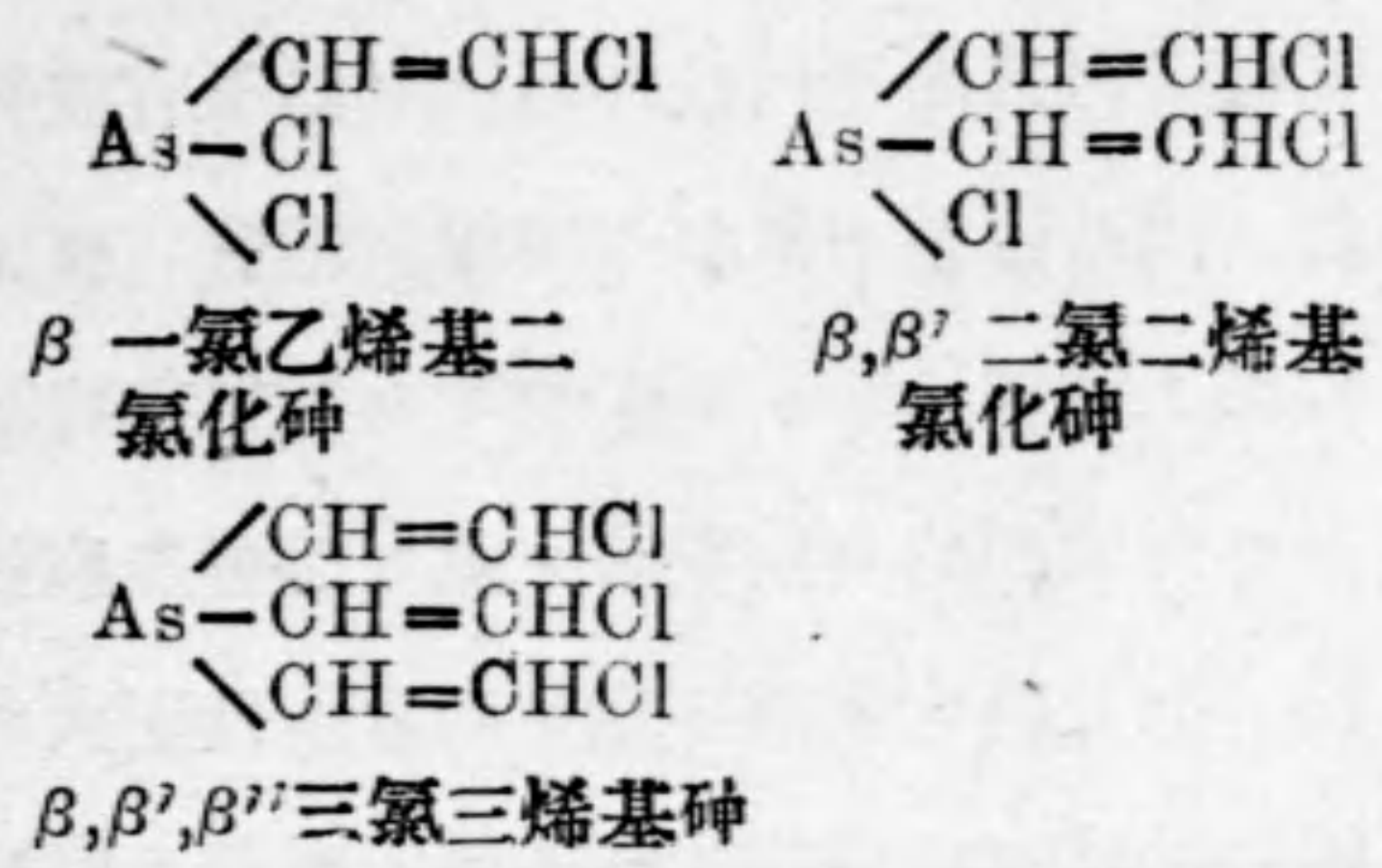
1869年由 Graebe 氏所發明的一氯苯乙酮  $\langle \text{C}_6\text{H}_5 \rangle - \text{CO} - \text{CH}_2\text{Cl}$  和一溴醋酮相似。由氯和苯乙酮相處而成。乃無色的結晶體，溶點55—59°，沸點245°。不易溶于水，故抵抗力頗強。但易溶于有機溶劑中，和精溴化甲苯同，係強度相同的眼部刺激物，它在眼部的作用，在新鮮空氣中，經數分鐘後即行消失，故常作為刺激霧，亦名淚氣，美國的警察當局多喜用之，用緊貼的護目眼鏡已能使眼部得到保護。但它能通過普通的防毒罩濾氣套，惟不能通過濾霧套。

在上次大戰中，和光生氣有同樣効用的物質叫黃十字（即皮膚刺激物），Lust，芥嗅毒氣或 Yperit。按化學上的構造，乃是一硫化氫的誘導體。S  $\begin{cases} \text{CH}_2 \cdot \text{CH}_2\text{Cl} \\ \text{CH}_2 \cdot \text{CH}_2\text{Cl} \end{cases}$ ，亦名β,β' 硫化二氯二乙基。自1860年起已詳知這化合物的一切，最簡單可由乙烯  $\text{CH}_2 : \text{CH}_2$  和二氯化硫  $\text{SCl}_2$  相處而成。由乙烯遂附着二氯化硫原質而成雙連合，若

是純粹的化合物，乃是無色的液體。在-13°時遂凝固。沸點216°。具有弱度芥子樣嗅氣，很難溶于水內，所以不易受水之侵襲，在地面上可保持數日之久，在冬季竟可經一月許而不稍變。但極易溶于有機物質，同時還是一個劇烈的細胞毒質。普通眼部，鼻部及咽喉刺激物和有體接觸時，立即有明顯的刺激現象，敵人即可加以防範。而芥嗅毒氣則不然，而危險性更大。因芥嗅毒氣的存在，絕不使人覺察。同時他已加害有機體，惟無疼痛，直等覺到加害時，施救已屬太遲，極微量的芥嗅毒氣已能使皮膚發生明顯的紅斑，漸能變成水泡，和火燙水泡一樣。因吸收的芥嗅毒氣量的多少，痊愈亦有難易之分。芥嗅毒氣亦能加害肺部，一分鐘內吸入12<sup>0</sup>時，即能致死，至于呼吸器官，可用防毒罩來作防禦工具，其他體部則可用橡皮外套作防禦，可是要注意，它也有能慢慢地通過橡皮的，所以橡皮須常常保持清潔，和時常去更換，但遇氯石灰，即經氧化作用而化為無毒化合物，故在可疑的芥嗅毒氣中毒時，該用氯石灰溶液沖洗。在滿佈了芥嗅毒氣的地面，可撒氯石灰，若噴以氯氣，亦極相宜，或利用含氯炸彈來噴洒氯水亦可。而對此氯氣，我們可用防毒罩。

砷化氫  $\text{AsH}_3$  的氫原子和硫化氫一樣

的可以和有機基質連合而生成許多化合物，也可以用作軍用毒氣。有一個和硫化二氯二乙基的形成，構造和性質相同的物質叫氯乙烯基砷：



在氯化鋁存在時，乙炔 $\text{CH}\equiv\text{CH}$ 和三氯化砷 $\text{AsCl}_3$ 相處理始產生這種混合物。係一種稍呈黃色的液體。蒸溜時能分解，並具極刺激的臭味，難溶于水，但易溶于有機溶液中。對於表皮，和芥嗅毒氣一樣的能惹起發癢。但在大戰時未曾試用過。所以是否能和芥嗅毒氣佔有同等地位，尚屬疑問。可是美國人根據美國化學家而稱為‘Lewisit’或死露(Tau des Todes)並且也擴為宣傳。除了它易被覺察的極刺鼻的嗅氣以外，還很容易給鹼性溶液（稀苛性鈉，碳酸鈉溶液，石灰水）毀滅，也不能通過濾氣套，遇氯石灰即行無效

最早德人所用的藍十字毒質(或名Clark)就是二苯基氯化砷 $\text{As}-\begin{array}{l} \diagup \text{C}_6\text{H}_5 \\ \text{C}_6\text{H}_5 \\ \diagdown \text{Cl} \end{array}$ 。溶點44—45°，沸點333°，此時自行分解。在氯化鋁存在時苯和三氯化砷相處後而成。

他是具高沸點的固體物，在開花彈爆炸時能化成極細的霧狀物。同時變成了極強烈的鼻咽喉刺激物。(眼結膜同時受創頗劇)。若一立方呎空氣中含有1釐二苯基氯化鉀時已使人不能忍受，此霧狀物能透過普通的濾氣套，可使敵人不得不卸除防毒罩，由是可以加害肺部。若濾氣套加上濾霧器，就可阻止二苯基氯化砷的侵入。他極易被水所毀，因砷氯化物很容易加水分解的，所以不久即被稱為‘Clark II’的物質所排斥。這就是叫二苯基精化砷

$\text{As}-\begin{array}{l} \diagup \text{C}_6\text{H}_5 \\ \text{C}_6\text{H}_5 \\ \diagdown \text{CN} \end{array}$ 。上述的氯化物加上精化鉀後即分解而成此物。也是固體，沸點在300°以上。極難溶于水，故極耐久。且能化為極精細的霧狀物，也是極強劇的鼻咽喉刺激物。一立方呎空氣中若有0.005釐時，即能使人覺察，若增至0.25釐時亦使人不能忍受，此霧狀可透過普通濾氣套，但不能通過濾霧套。

和Clark極相似的(化學構造，生理作用，軍用上都相似的)物質就是二苯基砷氯化砷 $\text{As}-\begin{array}{l} \diagup \text{C}_6\text{H}_4 \\ \text{C}_6\text{H}_4 \\ \diagdown \text{Cl} \end{array} \text{NH}$ ，美國人則稱為Adamsit。由二苯基砷及三氯化砷相合成。亦係固體，溶于195°，沸于410°。因極難溶于水及有機溶劑中，故極堅牢。所以是一個作用持久及強劇的呼吸器官刺激物

。和許多別的二氯化砷化合物一樣，遇了氯石灰即氧化，而成無毒化合物。

其他二氯化砷化合物，則因極易被水所毀，所以沒有多大用途。如甲基二氯化砷  $As(CH_3)_2Cl_2$  及乙基二氯化砷  $As(C_2H_5)_2Cl_2$  即屬此類。

從上面所述的軍用毒質的概要看來，可以總括地說：只有光生氣（肺部毒質！綠十字）。硫化二氯二乙基（皮膚毒質！又名 Lost，黃十字）及二苯基碲化砷（鼻咽喉刺激物，藍十字，名 Clark II）等三種）是作用最烈及危險最大的軍用毒質。

現在當然有許多疑問可以發生了：譬如：能否再繼續製造有效軍用毒質？我們是否尚處化學戰爭進化的開始期內？據作者個人眼光看來，軍用毒質綜合之可能，現已完全消失。因軍用毒質並不是沒限制的。試看在上次世界大戰中，雖有許多參戰國家的大批化學家在那裏埋頭苦幹，終不能發明一個原則上根本兩樣的毒質。不過用了那些功效超著的早已共知的毒質，獲了不少經驗，並且把向來不知道的毒氣防護建起。漸漸知道要去防衛毒氣——向來因毒性強烈為化學家所不願接觸，所以設法使危險性消失。因此最後每種毒質都有一種防護劑，所以人類至今還不能造出一種不能防護的毒質。但是毒氣防護及毒氣

教育仍是不可缺少。最後要使人不必恐怖起見，還要說一聲：就是要使極曠大的地面都滿佈着有效軍用毒氣，不是一件容易的事情，大的空間，風和暴風雨，尤其是下雨，是毒氣最好的防禦。在相當有效防護之下，欲使毒氣漫佈戰場，則非用極大量的毒氣不可，但價值之可觀，已足使人放棄此種作戰方式了。因被毒氣籠罩的地面是漸漸的在擴大，所以是需要相當的時間，因此也可以乘機去撲滅，大家都猜想着，用了毒氣可以在幾小時內，把整個城市或鄉鎮的居民殺死。這不過是一種幻想吧了。可是在局部戰爭及要塞戰爭及時毒氣確是一功效偉大的武器。因為它能使在這固定的地方內，發生很大的不幸也。

#### 軍用毒氣的參考書

Julius Meyer: Der gas kampf und die chemischen kampfstoffe. 2. Aufl. S. Hirzel, Leipzig 1926—Rudolf Hansian: Der chem. Krieg 2. Aufl. Mittler & Sohn, Berlin 1927—M. Stolzenberg-Bergins: Was Jeder von gas kampf und den chemischen Kampfstoffen wissen sollte. Chem. Fabrik Dr. Hugo Stolzenberg, Hamburg.—Ulrich Müller: Die chemische Waffe im Weltkriege und—jetzt. Verlag Chemie, Berlin 1932.

（待續）

◇÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷◇  
 十  
 十  
 十  
 醫學與社會  
 十  
 十  
 十  
 ◇÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷◇

現在的中國，一切尙未能完全上正軌，而中國的醫學界，更是非常複雜。因醫與人有特殊的密切關係，所以醫學現象的好壞，不但影響個人及社會，而對民族的前途，也有極大的關係。因此本刊除討論專門學問外，特闢此醫學與社會一欄，專

門討論此類問題，希望海內醫學界，本多年服務社會之閱歷，對於中國醫學界的前途，趨向，加以討論，一方面可使中國醫學更爲完美，一方面可使後學者有所規隨。關於後者，更望本校前輩同學，多加指教。  
 宇識

## 醫學的出路

朱克聞

本文曾載上海大晚報醫學週刊，今經作者朱克聞醫師，加以改正，轉載本刊。  
 編者附識

數千年以前的醫學我們不知道，人類在不曾製造武器以前，食料大概都是採用植物，後來武器發明又知道用火，食料乃取諸動物，因狩獵鬥爭而起的流血與創傷是上古最急迫的治療對象，所以人類在那時候一定就學會了止血和接骨等治療方法。

醫學的起源是民間醫學，後來到教士巫祝的手裏，再從他們裏產生醫學者，而後有所謂醫生在中國有神農黃帝岐伯等統

治者，去檢察及搜集民間醫學。在西方希臘希普格拉底(Hidpokrates)是二千四百年前的醫學老祖宗，醫學的成爲醫學大概便從這時候開始。

中國的醫學與西洋醫學進展的方式是一樣的。由統治者兼顧的醫學嬗遞到朝廷或教會醫學，以至於產生歷代許多醫學家和醫生，經過辦學校或授徒講學等方式，一方面成爲「學校的醫學」他方面產生了許多「學派」西洋醫學因爲科學的進步，不久便走上了科學的正路，踏進了大學與研究院，成爲現代的優越的新醫。中國的醫學中途停留了，第一步解剖學就始終沒有走

上正軌，他種學科更不用說，我們現在全部接受西洋醫學彷彿是沒有疑問的，於是完全照着做，也辦大學，樣子也十分像。

當中國「學校醫學」稍具雛形的時候，一部份對於「學校醫學」已起了懷疑，這種懷疑的發生，是因為醫學一天天的進步，同時便發生一種矛盾，就是自大學創立醫科以後，醫學漸漸離開民衆，並且百年來醫學在學校裏突飛猛進，外科，細菌學，血清學，醫化學等有驚人的進展，各種光線維他命內分泌的發現亦日增無已，醫學的全部知識漸漸的增多。學醫的人祇好攻習專科，並且專科裏還有專科，學者對於全部的醫學往往不能通曉而自己對於醫學的觀念漸漸的模糊起來，忘記了整個的人類與人體，這種專門化的危險數十年前醫學大師費昂夫 Virchow 在莫斯科國際醫師會議已經提出了警告，此外近代化學工業已到了全盛時代，藥品製造的競爭，雖然能夠精益求精，可是品類的增多，宣傳的囂張，無形的把醫療引到專恃藥物的一途，因為醫學知識和藥物這兩方面的進步使年青的醫師眼花繚亂，從無涯際的「知」裏得不到一個綱領，而急迫需要的「行」却往往無所措其手足，拿學習方面來說，醫學教育所費的時間與金錢一天比一天增高，檢查與手術的方法一天比一天精細複雜，

這樣更使年青的醫師為難，最大的困難就是「不能獨立治病」他們學會極精細的檢查方法，在鄉村裏自己不能做，他知道各種器官的機能非常詳細，有時却忘了各種器官聯帶的關係；他們熟悉各種藥物的功效，而對於藥物的副作用却往往忽略或知道的不詳細，於是嗎啡等止痛藥與安眠藥用途日廣，止痛用嗎啡認為是絕對的，彷彿此外決沒有其他方法存在，他們運用着兩邊有鋒口的利劍來應付病人，要知道有許多嗎啡或安眠藥的成癮是醫師促成的！醫學生一出學校，腦子裏認識的藥物有時候比一位老醫師還要多，並且十二分的信任其功效，寫方子是一件高貴而可驕傲的事情，而不知道他們運用藥物的方式不見得比化學家或藥劑師更聰明些，一個有判斷的人漸漸的會覺到退熱藥的無聊和強心劑的利害，並且明白疾病常為一種自然的反應，不過其肉體與精神生活的形式異乎尋常罷了，發熱是自然的抗爭，退熱藥決不能叫它掩旗息鼓；心臟的衰弱也就像奔倦的馬匹，過度鞭策也不過使馬匹更受痛苦而已。

前面說「學校醫學」的發展，漸漸地與民衆隔絕，民衆裏也有一種反響，藝術家與文學家和社會裏好事者的一羣於是便斷章取義地描寫醫家的陰面，見之於文字圖



畫，譬如 Goltzius 氏，十六世紀的畫家，有許多諷刺的畫面描寫「醫師是上帝」及「醫師是魔鬼」十八世紀 Goya 更畫了一張題名為 De Guel moria 的，簡直罵醫師是驢子，在近代電影的作品也時常加以諷刺。凡是這些都是不好的現象，其出發點是由於醫師與民衆間不融洽，而不融洽的原因醫師們先留意怎樣的做醫師，忽略了怎樣的去做人，一個純粹的「學校醫學者」的宇宙觀狹窄得利害，不免要機械化，在醫學裏祇有「學校醫學」，忘却民衆間自然產生的種種自然醫療，至於在哲學文藝社會科學的知識和經歷更貧乏得可憐。

這麼說「自然療用」就是許多人主張的「生物學的醫學」，用以補學校醫學之不足，而不是與學校醫學對壘，希普拉底自身也是「學校醫學」的說教者，不過他始終認為治病須統治整個的病人的全部精神及肉體，他並且也曾談到按摩 Asklepiades 紀元前百年是著名的藥物反對者他主張用散步，跣足，冷水沖洗等方，Galen 氏已經認識日光空氣食養的重要，所以一個醫師不但要用藥物或手術，同時也得會運用這些自然療法，自然療法的重要我們看下列的事實便可明白；週身毛細管的總長為十萬啓羅米突如果某人活七十歲，心臟所

抽送的血液有一萬萬立特；每一平方生的米突的皮膚有六百萬的細胞；一個身材中等的男子約有二平方米突的皮膚，你想，我們的按摩洗浴，體操等其功效當然不可忽視了。

中國是貧乏的大國家，醫師數量的缺乏，和在貧窮國家裏造就每一醫師的可觀的費用（曾有人統計過造成一個醫師之費用適合全國醫學校的平均數，為二萬二千元）我們一方面當然要力求教育設備的現代化使成爲現代的「學校醫學」，然而這樣造成的醫生，必須走上「個人醫學」的一途，於大衆是無補的，並且中國的「學校醫學者」實際上太洋化，所以甚至有人主張中國的新醫與醫院要「中國化」！這裏的癥結，就是和西洋一樣，學醫的祇知怎樣的做醫師或專家，而忘却怎樣做人的一個問題。其宇宙觀狹隘得利害！

學校醫學是需要自然醫學來補足的，醫師人格與學問的修養是必需的，醫師的基礎是充分的醫學教育，勤勵的創造和宇宙與人生的認識。

在中國，學校醫學，正在萌芽的時代，醫學的出路其最大的危機，就是孔子所說的「學而不思則罔！」

肺癆殺菌退熱劑  
愛爾邦  
ELBON

久服無害 無用副作 無臭無味 體內殺菌 增白血球 減少痰液 緩和退熱



- 主治 (一) 以普通療法而不易減退之頑熱。如結核性潮熱。傷寒。副傷寒。產褥熱。麻疹等。  
(二) 呼吸器之傳染性卡他。如流行性感冒。肺炎。鼻咽喉黏膜炎。各種氣管支炎等症。  
(三) 須長期服用防腐劑之病症。如慢性心內膜炎之不宜於使用柳酸製劑者。

用量 日服四次每次服一片或一格蘭姆。熱度如已漸退則服藥次數亦可漸減。

包裝 片劑 二十片 一百片 每片一格蘭姆  
散劑 二十五格蘭姆 二百五十格蘭姆

詳細仿單函索即寄

瑞士國汽巴藥廠

上海九江路一五〇號

# CORAMINE

## 心臟及呼吸興奮劑

# 可拉明

“汽巴”

用量之限度甚大 (一至十五西西)

### 普通用量

對於虛脫，假死，  
肺炎，感冒，傳染，  
病，心臟不全，  
大出血後心臟衰弱，  
等症可以本品內服  
或作皮下，肌肉內  
及靜脈內注射。每  
次一至二西西。每  
日二至三次。

### 可拉明之功效

遠在樂百林之上

### 中毒用量

對於嚴重中毒，及  
欲中止或調節其  
爾丁麻或醉之時間  
深度。或救濟其本  
測事。或可西行  
三至五或十西立  
靜脈內注射於筋  
以五西西注射其  
肉內。以延長功  
效。

內服劑

十五西西 一百西西

注射劑

一七西西 五五西西

全國各大藥房均有出售  
承索仿單及藥樣請函示

## 瑞士國汽巴藥廠

上海九龍路二號

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please mention the Tung-Chi Acta Medica

## 治療報告

# 用大量可拉明(Coramin)而得救之巴爾比士利酸族中毒重症一例

Dr. G. Glaeser 著      F. C. 譯

余因柏林魯道兒夫維兒孝病院第二內科克倫 W. H. Crohn 博士曾發表其實驗報告：「大量可拉明對於各種中毒症之救命的功效」。頗有所感觸。深信若將余所實驗之下述報告。亦發表之。可謂得其適宜之時機矣。至於本例。則因患者所吞服之巴爾比士利酸誘導體分量之多。十分驚人。但以可拉明治之。竟有回生之功效。故覺特有報告之價值。

患者為二十八歲之女子。向有嗜好嗎啡之癖。近來則因物質之困窮及月經之閉止。而陷於憂鬱狀態。

第一日患者不問藥量之多少竟吞下許多奴米那 Luminal 藥片。以至陷入輕度之昏睡狀態。但於靜脈內及筋肉內注射咖啡精 Caffein 之後。患者立即清醒。並自動進食及行走動作。及至翌日晚間（雖不知其晨間有無再服巴爾比士利酸誘導體。而情形則十分可疑）竟突然發生急劇之變

化。呼吸完全停止。全身呈深度之青紫色。惟血行狀態無重大變化。患者乃於此種狀況之下。被發見於浴室之中。且於該室中發現注射劑等品之空盒。查患者內服各藥之確實的分量如次。

奴米那兒 Luminal 藥片（每片 0.3 格蘭姆）三十片

奴米那兒粒特 Luminaletten（每片 0.015 格蘭姆）若干片

索寐靈芬 Somnifen 液 約一二〇滴  
又注射於筋肉內者有下列各藥。

索寐靈芬 Somnifen 注射劑（每管二西西） 五——六管

佩爾諾克通 Pernecton 注射劑（每管二西西） 六管

鈉奴米那兒 Luminal-Sodium 注射劑（每管 1.1 西西）二管

此外更見二十西西之注射器中。尚餘有已經染血之索寐靈芬藥液少許。及肘靜

脈部尙留有確明之針眼及溢血。則患者亦曾以該藥行靜脈內注射。至爲明顯。於是立以咖啡精。各種強心劑。及樂百齡 Lobelin 行靜脈內及筋肉內注射。且以可拉明六西西注射於筋肉內。以延長其功效。結果。呼吸暫時甚爲活潑。更因其對於呼吸中樞之作用。致使咳嗽及吃逆並發。呈中等度之興奮期狀態。但爲時未幾。呼吸幾乎完全停止。反射機能消失。復陷入極深之昏睡狀態。如是經過三十分鐘之後。余又於靜脈內一次爲其注射可拉明五。五西西注射劑三管。論治療之效果。其前次所注射各藥之蓄積作用。固不可置之度外。但對瀕死狀態之患者。以驚人之速度。使其情形突然轉佳。且因而對於其生命之挽回。與以最後之決定的影響者。誠不能不歸功於可謂勇敢的大量可拉明之靜脈內注射也。尤須注意者。則此品不但令患者毫無興奮狀態之發現。且見其幾於瞬息之間。已能張目。能行深呼吸及種種動作。全身之青紫色亦迅速消退矣。予俟其吸引性肺炎之危險已過。即僅使其內服可拉

明之液劑。其後患者恢復之速。至爲可驚。至第二日已能步行於街上。

至於胃洗滌。則因當初無法施行。及至後來。已無施行之必要矣。

查患者於五——六小時之後。曾排尿甚多。皆帶有強烈之特有的巴爾比士利酸臭氣。

余之所以決定必欲重復發表此報告者。蓋因余曾服務各大醫院(來普齊醫科大學診療所。斯特隆佩爾 Geh.-Rat V. Strumpell 博士指導。柏林威司登特醫院。恩伯爾 Umber 教授指導)已歷有年所。但對於吞服如此大量之巴爾比士利酸誘導體之患者。以向來使用之治療方法。則從未見有一例能爲其所救活者。尤有注意之價值者。則爲可拉明用量之限度(有效量與中毒量相隔之距離)甚大。故能以如此大量行靜脈內注射。因而得以救活若是重篤之中毒患者也。再者本例因係在屋內所發見之患者。故服毒未幾。即能施以治療。則其生命之得救。亦頗有賴於是也。

## 肺結核發熱之治療談

Dr. med C. R. Schönbeck著 錢章材譯

發熱在肺結核之過程中，頗關重要，今所談者，并非機械式之治療法，而在認清其發熱之原由，從而治療之。蓋引起發熱之原因不一，吾人必須考慮其起因，而後依理將治療方針引入臨床應用。

治療初期及浸潤性之肺結核，其初即有發熱之現象。病者當初僅在平常工作時略覺不適，對於本身病痛，并未十分明瞭，亦未就醫，待後工作能力漸被消蝕，遂致臥病床上，此處所指之發熱現象，當係包括新鮮結核性之發炎應響而言，故不當用退熱劑將其壓下。蓋因發熱為病症之重要判別資料，僅能使其盡量靜臥，在舌下或肛門內量其熱度，每日須四五次，詳記表上，然後從可能範圍內依其發熱情況而決定他種治療計劃。盡量靜臥，亦已認為重要之浸潤性及發熱性肺結核病之治療法，并在可能範圍內，尤須應時補充其體力 (Energie)。其他治療方法，皆可應用。例如：Fischbier 及 Kremer 氏等著作內所舉之治療法 (參考德國明星醫學週刊 1933年37期)。倘病人因體溫不規則而引起出汗，可用清潔皮膚之含酒精溶劑等磨擦

一二次。若夜間盜汗甚劇，則可在晚餐後給以樟腦製劑。例如樟腦酸粉末每次1.0，或溶為膠液狀；或用紫蘇 (Salbei) 等，如紫蘇茶 (Salbei Tee) 或 Salvysatum Bürgel 等，倘不見效，可用微量有毒之 Atropin 或 Agarizin；并應指示看護，常更病者臥衣。蓋此種發熱，實為肺結核病普通之現象，須待體溫降至37.5以下，或俟對於病原使行適合或有效之治療法後，始可無發熱現象發生。發熱雖為結核病之進展及特異感應性之表徵，然亦為傾向於衰弱之徵象。故病院中醫師，必須迅速治療，藉此可將病狀之繼續進展，以外科計劃防止之。

治療之前，先究其發熱之原因，此即所謂肺病之根本治療法也，倘使此時時來復之發熱由於熟知之曾經多方治療之第三期肺癆結核而來，并無他種發熱原因在內，即當應用普通之對症退熱治療，其法固為各醫師所熟悉者，退熱劑單獨或連合應用，各醫師可憑個人之經驗，依發熱之條件而使用之。Salyzyl=及 Pyrazolon 之屬，各醫師諳之稔矣，就余個人之經驗常將

此二者混合使用，在日間小心給與病者，倘使用量不重，即服用數星期之久，亦無妨礙，但有一點不可不注意者，即各醫師須知 Salizyl 含量之多寡及其長久服用之極量是也，普通用作退熱時之藥量，互較治療多發性關節炎 (Polyarthritits) 之藥量為重。著者并經實驗，即在多種結核性發熱之下，將一日量溶於半杯或一杯開水中，令病者於二小時內服完，同時并注意在每日熱度最高二小時內實行之。倘醫師對退熱劑缺乏經驗，可照下方；此方對於頑固不退之高熱度，頗為有效，Bacmeister 氏曾載於其『肺病袖診治療冊』中：

Rp. Chinin Salicyl. 0.2

Phenazetin 0.15

Campher 0.025

D. Tal. Dos. in Caps. Amyl.

S. 1-3 mal tägl. 1 Kapsel.

或將此類之二種或三種退熱劑合用亦可；此類退熱劑，各醫師多已熟悉，茲不多贅或有常作錯誤之推測，以為此種退熱治療對於肺結核症完全為一種姑息之治療法 (Palliativbehandlung)。殊不知先按症象而治療，究可減少許多與發熱併發之症狀，如頭痛，不適，胃口不佳等等且頗見效。

在第三期空洞性肺結核症 (Tertiären

Kavernösen Tuberculose) ，因祛痰不足，時有發熱情形。治療之法，當用祛痰劑 (Expectoranz) 。祛痰劑即為溶解分泌物等一類之藥劑，最普通者如 *Mixtura Solvens* 等處方，或有將各種不同之祛痰劑混合應用；亦有在相當情形之下，加入有毒之 *Kodein* 一劑，其他如胸部包縛法 (*Brustwickel*) 對退熱及通暢排泄等作用頗佳。

因肋膜炎而發熱者甚多，在各期肺結核症內多有混合併發可能，此點在治療方面不可不注意及之。肺病病人突覺胸部刺痛及發熱，診查結果，常係肋膜炎 (Pleuritis) ，此時當先令病人靜臥，治急性肋膜炎可用 *Salizyl* 及胸部包縛法，此法對發熱有相當功效，滲出性肋膜炎 (*Exsudativen Rippenfellentzündung*) ，發熱常持久不退，故不應有所遲疑，同時并行抽出手術 (*Punktion*) ，近來多不若昔日之守舊，常早期行抽出手術，將滲出物徐徐抽出。有因結核性或混合傳染性之蓄膿性肋膜炎 (*Empyem*) 所發生之發熱症，應將病人送入適宜之病院內，施行洗滌治療法 (*Sülbehandlung*) 或巴勞亞氏之長久洩水法 (*Buelausche Dauerdrainage*) 皆能收退熱之效果。

微量熱度之增加，有時發現於頗形顯

著之結核症情形下，亦有已經長時間之安靜治療，因刺激不安而引起者。如此亞熱度(38°-38.5°c.)僅能用適宜之身體運動療法，如散步等等。倘能照法行之，在休息半小時或一小時後，即能完全消滅。此外則疾病根本原由，亦須注意，蓋對於身體運動，亦須與以適宜之限止也。病人在飽食之後，常有少量熱度增加，故食後應避免測量體溫，在精神受刺激時，與人爭執，得悉特異消息，突然快樂，憂鬱等等，皆能使肺病患者體溫增高，且較健康者為易，有時突然一次熱度高低，亦不必特別療治。所能指示與其家屬者，在可能

範圍內避免與病者接近，總而言之，體溫對於肺病之過程醫師均認為非常重要，故必須按時測量，即在旅舍中，亦須詳細記載，不可或缺，倘醫師對病者體溫，問察不詳，或病人信口亂言，則所得之體溫表格，毫無意義，甚或因之治療過量，此外在女子月經期前三五日，有體溫增高現象。(有時至38°c.在口內)至月經來時，便已復元。推原治療，除靜止休息外無他法，倘醫師認為尚有他因，則用少量之退熱劑已足，同時合用Kolein亦無不可，蓋不僅退熱，即對月經來潮時止痛作用，亦頗著成效也。

## 用魚肝油作為油膏的經驗談

Dr. Kuit strauss著 金孚戡譯

要對於創口治療方面收集得比較多些的資料，在此地的臨診上我們常常認為是重要的問題，所以將統有新發明的創口治療法繼續地去試驗和利用，我們決定了將W. Löhr氏公佈的魚肝油治療法決心的去應用一下，並且同時特別的從其原因上去討究，纔知道將一定的維他命用非經口道方法可以增速並且改良人身組織的恢復。

現在所謂用於治療創口的藥膏俱有一定的要點：

1. 務須繼續不斷的促增創口淨潔和消毒作用。
2. 使深層組織的損害經過生長肉芽後，同尋常的外表皮從新調和結疤。
3. 能使迅速達到生長表皮之目的
4. 阻止大疤痕和疤痕收縮的現象



平勻疤痕，皮膚平滑，不使疤痕與深層結締等條件與治療灼傷方面都認為有很重要的密切關係。用油膏治療創口尚有很多問題發生，就是可以將從深層通出的瘻管封鎖，結果得到鬱血擁阻的現象，好像築了圍堤似的把濃多阻塞了，還可以阻止水量的蒸發，在很濕的創口情形之下很不相宜，並且畢竟是否完全有特別效用像對於結核性和梅毒性及由皮膚病而引起的損害。近年來對於油膏治療的經驗常常顧慮到上述的數點。魚肝油油膏（Löhrschen Lebertransalbe）的較之其他藥品優良，依我的意見看來因為他含有維他命 A 和 D，並且是很堅固的互相結合着。用魚肝油作為油膏的一件事，在原則上並非很新鮮的事情，却是已經常常被人家在各種治療創口的油膏內作為基本的成份，並且也算他是一種藥品的含存，在無智識階級之中此種療法却已經有幾十年的歷史了，譬如水手和捕魚者在各種受傷的時候常常就用油廠裏製出來的魚油作為治療的藥品。從前的魚肝油因為經過蒸餾和冰凍的消毒手續將寶貴的維他命成份已經消滅夠了。此地足稱優良的就是 Löhrschen 魚肝油膏很明顯的可以知道。蓋 Unguentolan 魚肝油油膏是沒有失却他的天然本性，可是毫無疑慮的確是已經消毒夠的魚肝油。

在魚肝油內的動物性脂肪油有很好的特性，在其中溶含着的成份很快並且很容易被任何的一種細胞吸收，就像人身上的健全細胞，竟至于恐怕被病原體（Erreger）也很容易吸收。此外尚有有機性的碘，磷，和其他的金屬鹽基類的化合物存含在 Löhrschen 魚肝油內，雖然他已經可靠的消毒過，可是以上的各種良好成份並沒有失却他的功效。

維他命 A 和 D 對於創口恢復的過程有莫大關係，從前有別個學者也曾經細細的觀察和研究過，對於增進創口的痊癒，用內服法服用維他命 A 和 D. V. Drigalski 氏曾經在短時間內用兩種魚肝油油膏來試驗過，第一種魚肝油油膏是完全純粹合格的，另一種是將維他命除掉的，結果事實上證明上面的第一種魚肝油油膏頗為有效（完全純粹合格的）。這種辦法當然毫無疑慮的是一種新的見解，就是由普通口服維他命治療法在外科方面竟漸漸的移轉到非經口道而直接輸入法了。

Löhrschen 氏已經公開報告過維他命的促增生長的試驗，可以不經口道和腸胃的吸收而奏效。Nordmann 和 Höger 氏也曾詳細的敘述過維他命 D 的試驗結果，可以鼓勵組織上培養的生長。Bisceglie 氏對於維他命 A 和 E 也有同樣的報告，此外

尚有Oppolzer, Sgalitzer和 Fuchs氏等的工作報告，就是維他命作為外用藥的試驗成功。Kemmler 氏的獸類試驗工作，是用 Ergosterin 的液體經紫光的照射(註：經過如此手續後 Ergosterin 就成為維他命 D) 敷塗于兔子的創口上得到迅快的治癒效果。

從藥物學方面的觀念看來決無如是之合理，蓋非經口道而藉血液之化學能力將維他命輸入人身組織中，要希望和口服輸入法有同樣的功效是很難說的，例如維他命 A 和 D 已經很明白的知道了。比較來得接近些的意見是，譬如一標準立特 Liter 的食料內的維他命要輸送到器臟內無論如何只能藉胃腸作用的吸收以達其目的，但是藉一種化學上能力產生出來的維他命能夠有直接輸入血液循環的功效。當然這是不應當忘記的，就是應用 Löhrschen 維他命有一部份直接的被創口內吸收進去，再達到血液循環之中，這是和口服法毫無異點的。可是大都還是必須要注意到應用的地方纔去利用他。

非經口道的魚肝油治療所得的恢復效果，當然由于維他命 A 和 D 的作用力，注意到創口的治癒和組織的恢復方面已經可以無疑地顯示他的作用出來了。

我們知道維他命 A 有很強的應響對於

脂肪的新陳代謝和平扁形上皮細胞 (Platten epithel) 的生長，我們曉得，在維他命 A 缺乏的時候，常常要罹得網狀結締內皮細胞組織 (Retikuloendothelialen Systems) 的萎縮 (Atrophie) 和許多內分泌腺及脂肪的萎縮。並且也有平扁形上皮細胞 (Plattenepithel) 變成病理狀態的角化作用 (Verhornung) 等現象發現，就像眼球角膜乾燥症 (Xerophthalmie der Hornhaut)。在很利害的維他命 A 缺乏症之下就使得許多傳染病容易罹得，倘使過量的維他命 A 增加那就可以使得肝臟的內皮細胞 (Endothelzellen der Leber) 和脾臟髓細胞 (Milzpulpazellen) 特別的變成脂肪性，並且非常利害的增加平扁形上皮細胞 (Plattenepithel) 的幼層，同時沒有角化作用 (Verhornung) 發生，到底就完全失却了角質層。常常發現在沒有角化的上皮層 (Epithel) 上有許多間接細胞分裂的形態 (Mitosenbildung)，這種情狀，Domagk 氏在小鼠胃壁上的平扁形上皮細胞層上觀察過，同時也有同樣情形發生在皮膚之上皮層上。Domagk 氏繼續的討究下去輸入足夠的維他命 A 去保持那平扁形上皮層的正常作用。從 Domagk 氏的網狀結締內皮細胞系 (Retikuloendotheliale System) 研究報告上看來，有同樣的解義，就是器臟的抵

抗染傳病力和網狀結締內皮細胞系有極密切的關係，我們還想到上面曾經講過的缺乏了維他命A有增加罹得染傳病的可能性，大約就是這個道理罷。Jusatz氏認為維他命A的抵抗染傳病力僅限于在上皮層(Decke epithel)的界限內施其作用。

維他命D對於器臟方面的作用就完全是應響及鈣和磷的新陳代謝。倘使血液中磷和鈣的標準降低，那就可以經過維他命D的輸入後復歸正常。維他命D輸入人身後還可以增高普通的抵抗能力。維他命D的主要作用是保護身體內鈣質的新陳代謝，可是並不只限于骨骼系方面，還有如皮膚及其他的附屬部份也有相當的關係。此外維他命D和血管的組織方面也有密切的關係，特別是對於動脈管的緊張力和堅忍力。倘使過量的維他命D輸入可以惹起病態的鈣質屯積和很利害的動脈管硬化。維他命D缺乏就可以引起佝僂病(Rhachitis)，普通的惡液症(Kachexia)和痙攣質(Spasmophilia)等。

有值得注意的一點就是Lauber和Traxl氏兩人確認魚肝油內所含之維他命A和D應響于細胞的新陳代謝，他可以增促細胞組織的呼吸機能。Jraxl氏報告，他曾經試驗過，結果使血球的呼吸機能增加到420%。當然人家要一致的贊成Laub

er氏，倘使他能在維他命內找尋出一個因素來，證明此因素就是可以有促增器臟的作用能力。

我們依照此文的主觀看來和上述的固有觀念甚為相合，蓋創口復原是要各個和創口接合的組織細胞同心協力的改造，我們覺得第一痊癒(Per Primam intentionem)的情形甚少而第二痊癒(Sekundärheilung)的情形較多，差不多大半經過生長肉芽(Glanulationsbildung)，生長上皮層(Epithelisierung)及結疤等過程。

組締組織之內皮細胞(Bindegewebes endothelien)和上皮層細胞(Epithelzellen)的間接細胞分裂(Mitosen)對於恢復時期有很大意義。創口上的肉芽(glanulation)我們知道是從血管芽(Gefässprossung)所組成，他是垂直的對着創口面而生長，這幼稚的結締組織(Bindegewebe)就包圍着血管芽，並且慢慢的從深處向上面增長。倘使肉芽的生長齊到皮膚的平面，那就開始從創口的四邊漸漸生長新的皮膚，在此地是間接細胞分裂(Mitosen)與上皮層細胞(Epithelzellen)的增殖有莫大之關係。避免結疤時收縮狀態是很重要的。所以必須開始就有多數而強健的血管伸入疤痕內。不然有收縮的危險性，因為生了過量的彈力性纖維質的緣故。至于骨骼方

面的復原過程之中，當然鈣和磷的新陳代謝公認為有莫大之意義，藉此可以校正和管理鈣與磷的屯儲。依照這樣講，好像維他命A和D的作用能促成組織的恢復 (Gewebsregeneration) 和疤痕的堅實。所以 Löhrr 氏的魚肝油療法已不成疑問矣。因為他也含有維他命A和D的緣故。

在我們的臨診上常常對於第二創口治療 (Sekundären Wundbehandlung) 應用魚肝油油膏 (Ungeuntolansalbe)，就像灼傷 (Verbrennung)，深層受傷 (Tiefliegenden Verletzungen)，大創口，和瘻管 (Fistel) 等等，特別對於灼傷有很佳的效果深層損傷處可以很快的復原，早期的上皮層長新，並且很好很平滑的結疤，沒有收縮等現象。

特別使人注目的一個病情，一個新生的小孩子，他被母親不小心去跌在爐子上，將二面臀部灼傷甚烈，並且腿部同樣受傷。治療了三星期其深層損傷已經復原。再隔十天臀部創口已完全生長新皮矣，在三星期之中經過劇烈的肉芽生長將幾乎全部顯露出來的腳踵骨完全遮蓋好了，創口繼續的再等二星期後完全生皮如常。小孩自受傷完全復原後不幸又罹患很重肺炎，終至死亡。

褥瘡 (Dekubitalgeschwür)，靜脈瘤

性潰瘍 (Krampfadergeschwüre) 和創口損壞 (Wunddefekte) 多有很好的和很迅速的收效。

統計已經治療一百廿個病人在身體的各部份。我們觀察統有的病人治療經過，覺得他的優先點是可以免除在每次換縛帶時的痛苦，並且在創口內之深洞或凹陷處藥汁均可充滿流入，我們當然在可能範圍內使創口盡量靜止不動，但是倘使臭濃和腐敗物自創口滲出時，我們不得不將縛帶除去更換之。我們要知道，創口的痊癒不會因為了縛帶的更換而完全阻止。

總結：1. 非經口道而直接的應用維他命A和D就是用 Löhrrschen 魚肝油油膏，"Unguentolan" 好像比較應用口服法來得優勝，他對於創口的痊癒和組織的恢復多有較佳的應響。

2. 魚肝油內的其他成份扶助維他命的功效。

3. 臨牀方面應用魚肝油油膏 (Unguentolan) 使病人舒適和簡省並且改少以後的痛苦

4. Löhrr 氏對於應用魚肝油油膏治療結果的報告上，證實其效用的卓著，譬如對於被機械軋傷，很利害的灼傷，下腿潰瘍 (Ulcus Cruris) 及褥瘡 (Dekubitalgeschwüren) 等等症候都有奇效。

# Prontosil治療Hodgkin-Wechsel-Fieber之效果

Prof. K. Biugold著 王卓我譯

譯者敘言：在本刊第伍卷第一期治療報告欄內，載有謝家樹醫師譯述之丹毒之化學治療。詳細討論 Prontosil 治療丹毒之效驗。全期研究與臨牀欄內，李明琛醫師著述之傳染病之普通治療，亦有所談及。讀過以上二文者，對於 Prontosil 為治療丹毒之特效藥，當然已有相當的認識。現在特再介紹 Prof. K. Bingold 氏用 Prontosil 治療 Hodgkin-Wechsel-Fieber 之一例。使吾人對於 Prontosil 有更深刻的印像，明瞭 Prontosil 在另一方面的功效，和醫學上的新進展。

原文：某君每隔四五天之間，必發生弛張熱，已經繼續了三年之久。熱度線 (Fieberkurve) 大半每次也繼續四天之久，繼以四五天有時可到十天的正常期。到現在已發熱一百零三次

經我們和一位時常和我們合作的病者醫藥顧問，共同連續詳細的注意之下。知道熱度線是絕少有一次不見的。病者時常離開一月左右的家庭保護，到吾們醫院裏來治療。覺得他的體力和飲食都得到意外的復元。

一千九百三十一年九月底。開始覺得在胸前及薦骨部疼痛，並且劇烈咳嗽和晚上出汗。只有八個月的時間，已經減輕體重二十磅。用愛克司光試驗，看到如肺門 (Hilus) 擴大和許多射向雙方上部的條紋，在右面鎖骨下尚有一小部份。繼續於臙臙現像之後的，雖是熱度線依舊發現，但是在數月之後又發生左腹疼痛，並且覺得數處鼠蹊腺腫。脾臟和肝臟則尚不脹大。

敗血症 (Sepsis)，傳染性黃疸病 (Morbus Weil)，和 Bang 氏傳染病 (Bang-Infektion) 檢驗，總是負的。各方面的血液培養總是完全純潔。厚點片 Dicken-Tropfen-Präparate 試驗從未給我們一些對於原始動物或螺旋狀菌疾病可疑之點。

雖是瓦氏 Wassermann 血清檢驗是負的，但是用六〇六治療，尚有暫時的效果。約曾維持一個月的正常體溫，並且增加體重。後來發熱依然又再發生了。

講到血液，起初並沒有顯著的特有性。忽而變為很明顯的 M. Hodgkin 現像。如淋巴細胞減少 (Lymphopenie) 和酸性血球增多等 (Eosinophilie)。

在體溫正常的時間，脛腺暫時性相當的腫大。並且覺得很劇烈的普通不安樂。熱度增高，脛腺立刻復元。並且在熱度最高的時候，確乎覺得最舒適。有一次在發熱時，並發生丘疹狀斑點皮疹。

用光線和水和我們所意想得到的種種藥劑治療毫無結果，和各方面完全表示失望之後，於一千九百三十五年二月十八日我們第一次用 Prontosil 注射。以後就發生下列的現象。

我們連續三天每天 20ccm Prontosil (Streptozon) 靜脈注射之後，弛張熱線第一次低落。其他普通現象在此期間，亦毫不變壞。現在每天靜脈注射。病者是特別的熱望，並且覺得很安適。如是我們到十四天長時間的正常體溫，和普通病像比較的安好。

但是我們暫時停止 Prontosil 五天之後，立即再發熱。並顯着較為劇烈。左足自膝下腫大，好似初期大腿靜脈管炎 (Thrombophlebitis V. femoralis)。現在再用我們的有效的 Prontosil 治療。只三天

後，此類局部現象完全消滅了。自此以後，再不發熱。現在病者已有三個月的正常體溫。他於開始治療最初的四星期，已增加二十五磅體重；並覺得有好似從未得到的愉快。血液完全正常，腺腫大亦不再發現了。

我們在這數星期內，共用 800ccm Prontosil。毫無一些反應現象。——毫無肘靜脈血塞可證明。——此後，我們即用服食治療。(當然現在是用小量服食)。

雖是約在一年半前，曾割出一個鼠蹊腺來作組織學上檢驗並沒有準確的發現淋巴腺腫。只有可疑而已。若使從其他各種現象而論，亦毫無遲疑的只可說是如 Ebs tein 氏症的有似 Wechsel-fieber 現象的 M. Hodgkin。其可注意之點，並非只有特別延長的經過；尚有在一總以前差不多不能再一一數清的藥劑，完全無效以後，我們所無可諱言的 Prontosil 的良好影像。並且我們毫無如下列的見解。就是說：這或者是 Prontosil 治療同時的自然性痊癒的關係。

## 消息

本刊特約編輯龐京周，俞松筠，阮尙丞，對於學術素有研究，在滬行醫多年，經驗異常豐富，乃為精益求精起見，于本夏赴德考察醫學，將來回國，對於社會，必有更大貢獻，至于考察所得，定在本刊發表，屆時當一新讀者耳目也。

前在俄京莫斯科所開世界生理學會，已經閉幕，代表本校出席之顧思基博士 (Prof. Dr. Kuschinsky)，日內即將返

滬，回校視事，至于顧博士之出席報告，亦將在本刊發表云。

本校神經病學教授麥登斯博士 (Prof. Dr. Mertens) 于去冬回德，今已返滬消假，本學期照常授課矣。

## 啓事

### 編輯部啓事

本刊新闢醫學與社會一欄專討論中國醫學界的問題，海內醫師能多加指教則幸甚！

編者