

新
785

新
785

#41
777814

歐氏內科學

第三版增訂

中國博醫會發行
上海廣學書局發售

醫上書行
博版學發
國藏廣總
中會海局

THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF MEDICINE

BY

THE LATE SIR WILLIAM OSLER, BT., M.D., F.R.S., F.R.C.P.,
REGIUS PROFESSOR OF MEDICINE OXFORD UNIVERSITY, ETC.

AND

THOMAS McCRAE, M.D., F.R.C.P.,
PROFESSOR OF MEDICINE, JEFFERSON MEDICAL COLLEGE, PHILADELPHIA, ETC.

NINTH EDITION

THIRD CHINESE EDITION

TRANSLATED BY

PHILIP B. COUSLAND, M.B., C.M., LL.D.

WITH

APPENDIX

GIVING

LATER MEDICAL PROGRESS

COUNCIL ON PUBLICATION
CHINA MEDICAL ASSOCIATION
SHANGHAI

1931

[REPRINTED—JULY, 1931]

弁 言

第三版弁言

英文歐氏內科學原本第十版遲未出刊，本書第三版不得已多遵照原本第九版加以改纂；惜有數處如腦病之局部診斷等，且並此亦不及辦理，只得仍存其舊。此次校訂時，曾力求將本書適合時宜，以期現時新發明之悉行闡入，並按在中國發病之多少加以詮註。現行醫籍如 Stitt 氏及 Tidy 氏之醫學課本等亦經參考及之。又在中國如 Dr. E. B. Struthers 之於卡拉阿薩，Dr. C. H. Barlow 之於薑片蟲病，Dr. L. S. Huizenga 之於枝氣管肺螺旋體病，Dr. Mabel Pantin 之於枝氣管釀母菌病，Dr. E. C. Faust 之於人體內臟蟲病及 Drs. H. E. Meleny and E. C. Faust 之於日本血吸蟲等之研究及發明，本書並採用之。

第三版之新譯部分，多由朱我農君、魯德馨君、應樂仁君、孟合理君擔任起草，為主筆者所深感。其斷章摘句之增譯，舊譯名詞之改正，文辭之釐訂及新句法之引用與夫校樣之校對，均由黃君貽清悉心辦理，至堪感荷。而美華書館不憚承印此書之一切煩難，亦為主筆者所應聲明而誌謝者也。

此次增入新材料甚多而卷帙未見加厚者，改用五號字之利也。排印採橫式蓋便於西文名之引用。斷句用新文學句讀，則在使辭意益加明瞭。

本書所用名詞多係遵照科學名詞審查會之所審定。惜醫學名詞極為繁夥，非再歷數年，不能完全審定；故本書遇有尙未確定之名詞，特附注舊譯名或參用別名於括弧內，以免歧誤。

高似蘭謹識。

PREFACE TO THE THIRD EDITION

Owing to the delay in the appearance of the tenth English edition this third Chinese edition has perforce been largely revised from the ninth English edition. In several instances, such as Topical Diagnosis of Brain Diseases, time has not allowed of even this being done and the old translation still stands. Every endeavor has been made to bring the book up to date and to keep in touch with the incidence of disease in China. Current literature, such Manuals as Stitt's and Tidy's, the Medical Annual, etc., have been consulted. In China the work of Dr. E. B. Struthers on Kala Azar, Dr. C. H. Barlow on Fasciolopsis buski, Dr. L. S. Huizenga on Bronchopulmonary Spirochetosis, Dr. Mabel Pantin on Broncho-blastomycosis, Dr. E. C. Faust on Human Helminths and Drs. H. E. Meleny and E. C. Faust on Schistoma japonicum have all been utilised.

Thanks are due to Mr. T. C. Leo, Mr. W. E. Tchoo, Dr. P. L. McAll, and Dr. L. M. Ingle, for help rendered in translation. Special mention must be made of Mr. I. T. Hwang for bringing the terminology up to date and for his most painstaking revision of the text of the book and the addition of new matter. And finally due acknowledgment must be made of the care taken by the Presbyterian Mission Press in dealing with a troublesome piece of work.

The use of smaller type has allowed of the introduction of much new matter without enlarging the size of the book. The horizontal style allows of the more convenient introduction of foreign terms, while the foreign punctuation should make the meaning clearer.

It is unfortunate that several years must yet elapse before medical terminology in Chinese is completely standardised—when that is accomplished the work of translators will be greatly facilitated. In the present edition a number of old or alternative terms have been included in parenthesis.

PHILIP B. COUSLAND.

CONTENTS

目次

第一篇 SECTION I

特殊傳染病 SPECIFIC INFECTIOUS DISEASES

	PAGE
甲 由細菌所致之病	A. BACTERIAL DISEASES 1
一 腸熱病	I. TYPHOID FEVER 1
二 副腸熱病	II. PARATYPHOID FEVER 34
三 大腸桿菌傳染病	III. COLON BACILLUS INFECTIONS . 36
四 膿膿性病	IV. PYOGENIC DISEASES 38
甲 局部性傳染兼生毒素	a. LOCAL INFECTIONS WITH DEVELOPMENT OF TOXINS 38
乙 敗血病	b. SEPTICEMIA 39
丙 膿毒血病	c. PYEMIA 40
丁 病竈傳染	d. FOCAL INFECTION 43
戊 終期傳染	e. TERMINAL INFECTIONS . . . 45
五 丹毒	V. ERYSIPELAS 46
六 白喉病	VI. DIPHTHERIA 48
七 肺炎及其他肺炎球菌病	VII. THE PNEUMONIAS AND OTHER PNEUMOCOCCIC INFECTIONS . 59
甲 大葉肺炎	a. LOBAR PNEUMONIA 59
乙 枝氣管肺炎	b. BRONCHO-PNEUMONIA . . . 76
丙 其他肺炎球菌病	c. OTHER PNEUMOCOCCIC DIS- EASES 82
八 腦脊髓熱	VIII. CEREBRO-SPINAL FEVER . . . 82
九 流行性感冒	IX. INFLUENZA 90
十 天哮喻	X. PERTUSSIS 96
十一 淋病	XI. GONORRHEA 99
十二 桿菌痢疾	XII. BACILLARY DYSENTERY . . . 102
十三 馬耳他熱	XIII. MALTA FEVER 106
十四 亞細亞霍亂	XIV. CHOLERA ASIATICA 108
十五 陪斯忒	XV. THE PLAGUE 113

目次

	PAGE
十六 破傷風	XVI. TETANUS 117
十七 鼻疽	XVII. GLANDERS 121
十八 炭疽	XVIII. ANTHRAX 122
十九 麻風	XIX. LEPROSY 125
二十 結核病	XX. TUBERCULOSIS 132
一 原因及病理解剖之通論	1. GENERAL ETIOLOGY AND MORBID ANATOMY 132
二 急性粟粒形結核病	2. ACUTE MILIARY TUBERCULOSIS 144
三 淋巴系統結核病	3. TUBERCULOSIS OF THE LYMPHATIC SYSTEM 151
甲 淋巴腺結核病	a. TUBERCULOSIS OF THE LYMPH-GLANDS 151
乙 漿膜結核病	b. TUBERCULOSIS OF THE SEROUS MEMBRANES 155
四 肺結核病	PULMONARY TUBERCULOSIS 160
甲 急性肺炎性肺結核	1. ACUTE PNEUMONIC TUBERCULOSIS OF LUNGS 161
乙 慢性潰瘍性肺結核	b. CHRONIC ULCERATIVE TUBERCULOSIS OF LUNGS. 165
丙 纖維性肺結核病	c. FIBROID PHTHISIS 181
肺結核病之併發病	COMPLICATIONS OF PULMONARY TUBERCULOSIS 182
肺結核病之診斷	DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS 186
肺結核病之兼染及伴發病	CONCURRENT INFECTIONS AND DISEASES 189
老幼肺結核病之特異點	PECULIARITIES AT THE EXTREMES OF LIFE 190
肺結核病之致命景況	MODES OF DEATH 190
五 消化系統結核病	5. TUBERCULOSIS OF THE ALIMENTARY CANAL 191
六 肝結核病	6. TUBERCULOSIS OF THE LIVER 193
七 腦及脊髓之結核病	7. TUBERCULOSIS OF THE BRAIN AND CORD 194
八 泌尿生殖器結核病	8. TUBERCULOSIS OF THE GENITOURINARY ORGANS 194
九 乳腺結核病	9. TUBERCULOSIS OF THE MAMMARY GLAND 198
十 血循環系統結核病	10. TUBERCULOSIS OF THE CIRCULATORY SYSTEM 198
十一 結核病之豫後	11. THE PROGNOSIS IN TUBERCULOSIS 199

目次

3

	PAGE
十二 結核病之預防	12. PROPHYLAXIS IN TUBERCULOSIS 199
十三 結核病療法	13. TREATMENT OF TUBERCULOSIS 201
乙 由非細菌性的菌所致之病	B. NON-BACTERIAL FUNGUS INFECTIONS
一 放線菌病	—THE MYCOSES 207
二 芽胞絲菌病	I. ACTINOMYCOSIS 207
三 土壤分絲菌病	II. THE SPOROTRICHOSSES 209
四 卵狀菌病	III. NOCARDIOSIS 209
五 足分枝菌病	IV. OIDIOMYCOSIS 210
六 麴菌病	V. MYCETOMA 211
丙 由原動物所致之病	C. PROTOZOAN DISEASES 212
一 阿米巴病	I. AMEBIASIS 212
二 瘧	II. MALARIAL FEVER 216
三 台盼原蟲病	III. TRYPANOSOMIASIS 235
四 回歸熱	IV. RELAPSING FEVER 236
五 黃熱	V. YELLOW FEVER 238
六 傳染性黃疸	VI. INFECTIOUS JAUNDICE 242
七 鼠咬熱	VII. RAT-BITE FEVER 243
八 利什曼氏病	VIII. LEISHMANIASIS 244
甲 卡拉阿薩	a. KALA AZAR 244
乙 皮膚利什曼氏病	b. TROPICAL SORE—CUTANEOUS LEISHMANIASIS 247
九 梅毒	IX. SYPHILIS 247
一 病史,原因及病理解剖	1. HISTORY, ETIOLOGY AND MORBID ANATOMY 247
二 後天梅毒	2. ACQUIRED SYPHILIS 250
三 先天梅毒	3. CONGENITAL SYPHILIS 253
四 腦及脊髓與內臟之梅毒	4. SYPHILIS OF BRAIN AND CORD AND VISCERAL SYPHILIS 255
甲 腦脊髓梅毒	a. CEREBRO-SPINAL SYPHILIS 255
乙 呼吸器官梅毒	b. SYPHILIS OF THE RESPIRATORY ORGANS 258
丙 肝梅毒	c. SYPHILIS OF THE LIVER 259
丁 消化道梅毒	d. SYPHILIS OF THE DIGESTIVE TRACT 260
戊 循環系統梅毒	e. CIRCULATORY SYSTEM 261

目次

	PAGE
己 腎梅毒	f. RENAL SYPHILIS 262
庚 梅毒性學丸炎	g. SYPHILITIC ORCHITIS 262
五 診斷及治法	5. DIAGNOSIS AND TREATMENT 263
十 雅司	X. YAWS 268
十一 干戈薩	XI. GANGOSA 269
十二 枝氣管螺旋體病	XII. BRONCHIAL SPIROCHÆTOSIS 269
十三 寄生性滴蟲所致之病	XIII. DISEASES DUE TO THE PARASITIC INFUSORIA 271
丁 寄生性複細胞動物所致之病	D. DISEASES DUE TO METAZOAN PARASITES: 272
一 吸蟲所致之病	I. DISEASES DUE TO FLUKES—TREMATODES; DISTOMIASIS 272
二 帶蟲所致之病	II. DISEASES DUE TO CESTODES; TENIASIS 279
有鈎條蟲	TAENIA SOLIUM 279
無鈎條蟲	TAENIA SAGINATA 280
關節裂頭蟲	DIBOTHRIOCEPHALUS LATUS 280
短小包膜蟲	HYMENOLEPIS NANA 280
萬氏二葉裂頭蟲	DIPHYLLOBOTHRIUM MANSONI 281
包生條蟲	TENIA ECHINOCOCCUS 281
體帶蟲病	SOMATIC TAENIASIS 282
三 線蟲所致之病	III. DISEASES DUE TO NEMATODES 283
一 蛔蟲及蟯蟲病	1. ASCARIASIS 283
二 旋毛蟲病	2. TRICHINIASIS 287
三 鈎蟲病	3. ANKYLOSTOMIASIS 289
四 絲蟲病	4. FILARIASIS 294
五 幾內亞絲蟲病	5. DRACONTIASIS 297
六 他種線蟲	6. OTHER NEMATODES 297
四 寄生性蜘蛛類	IV. PARASITIC ARACHNOIDEA 298
五 寄生性昆蟲類	V. PARASITIC INSECTA 299
六 寄生性蠅(蠅病)	VI. PARASITIC FLIES (MYIASIS) 301
戊 病原尙未確實測定之傳染病	E. INFECTIOUS DISEASES OF DOUBTFUL OR UNKNOWN ETIOLOGY 302
一 痘症	I. SMALL-POX 302
二 牛痘及牛痘接種	II. VACCINÆA—VACCINATION 313
三 水痘	III. VARICELLA 317

目次

		5
		PAGE
四	猩紅熱	318
五	麻疹	329
六	風疹	334
七	流行性腮腺炎	335
八	斑疹傷寒	338
十	登革熱	345
十一	白蛉子熱	348
十二	瘧疾	349
十三	傷寒	353
十四	急性卡他性熱	358
十五	輕熱(一日熱)	359
十六	牛乳病	361
十七	腺性熱	361
十八	粟疹熱	363
十九	口蹄疫	363
二十	鸚鵡病	363
廿一	落磯山斑疹熱	364
廿二	恙蟲病	364
廿三	豚毒性熱	365
廿四	戰壕熱	365
廿五	低熱病	365

第二篇

SECTION II

物理病 (物理的原因所致之病)

DISEASES DUE TO PHYSICAL AGENTS

一	中暈及中熱衰竭	367
二	潛水夫病	369
三	升高暈	371

第三篇

SECTION III

中毒病 THE INTOXICATIONS

一	醇中毒	372
二	鴉片癮—嗎啡癮	377

目次

		PAGE
三. 鉛中毒	III. LEAD POISONING	379
四. 銅中毒	VI. BRASS POISONING	383
五. 砒中毒	V. ARSENICAL POISONING	384
六. 氣體中毒	VI. GAS POISONING	385
七. 食物中毒	VII. FOOD POISONING	386

第四篇 SECTION IV

養素缺乏病 DEFICIENCY DISEASES

一. 佝拉格拉	I. PELLAGRA	391
二. 疝氣	II. BERI-BERI	392
三. 壞血病	III. SCORBUTUS	398
嬰兒壞血病	INFANTILE SCURVY	401
四. 佝僂病	IV. RICKETS	401

第五篇 SECTION V

新陳代謝病 DISEASES OF METABOLISM

一. 瘧風	I. GOUT	406
二. 糖尿病	II. DIABETES MELLITUS	414
三. 尿崩病	III. DIABETES INSIPIDUS	431
四. 肥胖病	IV. OBESITY	433
五. 脂肪過多病	V. THE LIPOMATOSES	434
六. 血色病	VI. HEMOCHROMATOSIS	436
七. 褐黃病	VII. OCHRONOSIS	436
八. 酸中毒	VIII. ACIDOSIS	437

第六篇 SECTION VI

消化系統病 DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

甲. 口病	A. DISEASES OF THE MOUTH	441
口炎	STOMATITIS	441
乙. 涎腺病	B. DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS	448
丙. 咽病	C. DISEASES OF THE PHARYNX	450

	PAGE
丁 扁桃腺病	D. DISEASES OF THE TONSILS 453
一 急性扁桃腺炎	I. ACUTE TONSILLITIS 453
二 膿性扁桃腺炎	II. SUPPURATIVE TONSILLITIS 455
三 慢性扁桃腺炎	III. CHRONIC TONSILLITIS 456
戊 食管病	E. DISEASES OF THE ESOPHAGUS 460
一 急性食管炎	I. ACUTE ESOPHAGITIS 460
二 食管痙攣	II. SPASM OF ESOPHAGUS 462
三 食管狹窄	III. STRICTURE OF THE ESOPHAGUS 462
四 食管癌	IV. CANCER OF THE ESOPHAGUS 464
五 食管擴張及食管憩室	V. DILATATIONS AND DIVERTICULA 465
己 胃病	F. DISEASES OF THE STOMACH 465
一 急性胃炎	I. ACUTE GASTRITIS 465
二 慢性胃炎	II. CHRONIC GASTRITIS 468
三 胃硬化病	III. CIRRHOSIS VENTRICULI 475
四 胃擴張	IV. DILATATION OF THE STOMACH 475
五 胃及十二指腸潰瘍	V. GASTRIC AND DUODENAL ULCER 479
六 胃癌	VI. CANCER OF THE STOMACH 487
七 肥厚性幽門狹窄	VII. HYPERTROPHIC STENOSIS OF THE PYLORUS 494
八 胃出血	VIII. HEMORRHAGE FROM THE STOMACH 495
九 神經官能性胃病	IX. NEUROSES OF THE STOMACH 498
庚 腸病	G. DISEASES OF THE INTESTINES 506
一 兼腹瀉之腸病	I. DISEASES OF THE INTESTINES ASSOCIATED WITH DIARRHEA 506
卡他性腸炎—腹瀉	CATARRHAL ENTERITIS; DIARRHEA 506
粥樣瀉	THE CELIAC AFFECTIOY 509
斯潑盧	SPRUE 509
假膜性腸炎	MEMBRANOUS ENTERITIS 510
潰爛性腸炎	ULCERATIVE ENTERITIS 511
二 小兒腹瀉病	II. DIARRHEAL DISEASES IN CHILDREN 514
三 闌尾炎	III. APPENDICITIS 522
四 腸梗阻	IV. INTESTINAL OBSTRUCTION 530
五 大便秘結	V. CONSTIPATION 537

	PAGE
六 內臟下垂	VI. SPLANCHNOPTOSIS 541
七 腸之雜病	VII. MISCELLANEOUS AFFECTIONS 543
一 粘液性大腸炎	1. MUCOUS COLITIS. 543
二 大腸擴張	2. DILATATION OF THE COLON 544
三 腸沙	3. INTESTINAL SAND 544
四 憩室炎	4. DIVERTICULITIS 545
五 腸系膜病	5. AFFECTIONS OF MESENTERY 545
六 十二指腸擴張	6. DILATATION OF THE DUODENUM 547
辛 肝病	H. DISEASES OF THE LIVER 547
一 黃疸	I. JAUNDICE 547
甲 梗阻性黃疸	a. OBSTRUCTIVE JAUNDICE 547
乙 中毒性及溶血性黃疸	b. TOXIC AND HEMOLYTIC JAUNDICE 549
丙 遺傳性黃疸	c. HEREDITARY ICTERUS 551
二 初生兒黃疸	II. ICTERUS NEONATORUM 552
三 急性黃色萎縮	III. ACUTE YELLOW ATROPHY 552
四 肝之血管病	IV. AFFECTIONS OF THE BLOOD-VESSELS OF THE LIVER 554
五 膽道及膽囊之病	V. DISEASES OF THE BILE-PASSAGES AND GALL-BLADDER 556
一 急性膽管卡他	1. ACUTE CATARRH OF THE BILE-DUCTS 556
二 慢性卡他性膽管炎	2. CHRONIC CATARRHAL ANGIOCHOLITIS 558
三 化膿性及潰瘍性膽管炎	3. SUPPURATIVE AND ULCERATIVE ANGIOCHOLITIS. 558
四 急性膽囊炎	4. ACUTE CHOLECYSTITIS. 559
五 慢性膽囊炎	5. CHRONIC CHOLECYSTITIS. 560
六 膽道之癌	6. CANCER OF THE BILE-PASSAGES 561
七 膽管狹窄及梗阻	7. STENOSIS AND OBSTRUCTION OF THE BILE-DUCTS 562
六 膽石	VI. CHOLELITHIASIS 563
七 肝之硬化病	VII. CIRRHOSIS OF THE LIVER 569
一 門靜脈性肝硬化	1. PORTAL CIRRHOSIS 570
二 肥大性肝硬化	2. HYPERTROPHIC BILIARY CIRRHOSIS 573
三 梅毒性肝硬化	3. SYPHILITIC CIRRHOSIS 574
四 被膜性肝硬化	4. CAPSULAR CIRRHOSIS 574

目次

9

	PAGE
八 肝膿腫	VIII. LIVER ABSCESS 575
九 肝之贅生物	IX. NEW GROWTHS IN THE LIVER . . . 579
十 脂肪肝	X. FATTY LIVER 581
十一 澱粉樣肝	XI. AMYLOID LIVER 582
十二 肝之形及位置異常	XII. ANOMALIES IN FORM AND POSITION OF THE LIVER 583
壬 胰腺病	I. DISEASES OF THE PANCREAS 583
一 胰腺機能不全	I. PANCREATIC INSUFFICIENCY . . . 583
二 胰腺壞死	II. PANCREATIC NECROSIS 583
三 胰腺出血	III. PANCREATIC HEMORRHAGE . . . 584
四 急性胰腺炎	IV. ACUTE PANCREATITIS 585
五 慢性胰腺炎	V. CHRONIC PANCREATITIS 586
六 胰腺囊腫	VI. PANCREATIC CYSTS 587
七 胰腺瘤	VII. TUMORS OF THE PANCREAS . . . 589
八 胰腺石	VIII. PANCREATIC CALCULI 590
癸 腹膜炎	J. DISEASES OF THE PERITONEUM . . . 590
一 急性普遍性腹膜炎	1. ACUTE GENERAL PERITONITIS 590
二 小兒腹膜炎	2. PERITONITIS IN CHILDREN . . . 595
三 局部性腹膜炎	3. LOCALIZED PERITONITIS 595
四 慢性腹膜炎	4. CHRONIC PERITONITIS 597
五 腹膜瘤	5. TUMORS OF THE PERITONEUM 598
六 水腹	6. ASCITES 599
癸' 網膜病	K. DISEASES OF THE OMENTUM 602

第七篇 SECTION VII

	DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM
呼吸系統病	
甲 鼻病	A. DISEASES OF THE NOSE 603
一 秋季卡他(草熱)	I. AUTUMNAL CATARRH (HAY FEVER) 603
二 衄血	II. EPISTAXIS 604
乙 喉病	B. DISEASES OF THE LARYNX 605
一 急性卡他性喉炎	I. ACUTE CATARRHAL LARYNGITIS 605
二 慢性喉炎	II. CHRONIC LARYNGITIS 606

	PAGE
三 水腫性喉炎	III. EDEMATOUS LARYNGITIS . . . 606
四 痙攣性喉炎	IV. SPASMODIC LARYNGITIS . . . 607
五 結核性喉炎	V. TUBERCULOUS LARYNGITIS . . . 608
六 梅毒性喉炎	VI. SYPHILITIC LARYNGITIS . . . 609
丙 氣管病	C. DISEASES OF THE BRONCHI . . . 610
一 急性枝氣管炎	I. ACUTE BRONCHITIS . . . 610
二 慢性枝氣管炎	II. CHRONIC BRONCHITIS . . . 613
三 枝氣管擴張	III. BRONCHIECTASIS . . . 616
四 枝氣管性氣喘	IV. BRONCHIAL ASTHMA . . . 620
五 血絲性枝氣管炎	V. FIBRINOUS BRONCHITIS . . . 626
丁 肺病	D. DISEASES OF THE LUNGS . . . 627
一 肺之血循環紊亂	I. CIRCULATORY DISTURBANCES IN THE LUNGS . . . 627
二 慢性間質性肺炎	II. CHRONIC INTERSTITIAL PNEUMONIA . . . 632
三 塵埃沉着性肺	III. PNEUMONOCOENIOSIS . . . 635
四 肺氣腫	IV. PULMONARY EMPHYSEMA . . 637
一 代償性氣腫	1. COMPENSATORY EMPHYSEMA . . . 637
二 肥大性氣腫	2. HYPERTROPHIC EMPHYSEMA . . . 637
三 萎縮性肺氣腫	3. ATROPHIC EMPHYSEMA . 640
四 急性肺泡氣腫	4. ACUTE VESICULAR EMPHYSEMA . . . 641
五 間質性肺氣腫	5. INTERSTITIAL EMPHYSEMA 641
五 肺壞疽	V. GANGRENE OF THE LUNG . . . 641
六 肺膿腫	VI. ABSCESS OF THE LUNG . . . 643
七 肺之贅生物	VII. NEW GROWTHS OF THE LUNGS 644
戊 胸膜病	E. DISEASES OF THE PLEURA . . . 645
一 急性胸膜炎	I. ACUTE PLEURISY . . . 645
一 血絲性胸膜炎	1. FIBRINOUS OR PLASTIC PLEURISY . . . 645
二 漿液血絲性胸膜炎	2. SERO-FIBRINOUS PLEURISY 646
三 膿性胸膜炎	3. PURULENT PLEURISY . . 650
四 結核性胸膜炎	4. TUBERCULOUS PLEURISY . 652
五 胸膜炎之他類	5. OTHER VARIETIES OF PLEURISY . . . 652

目次

11

二 慢性胸膜炎	II. CHRONIC PLEURISY	PAGE 656
三 胸膜積液	III. HYDROTHORAX	658
四 胸膜積氣	IV. PNEUMOTHORAX	658
五 縱隔障病	V. DISEASES OF MEDIASTINUM	661

第八篇 SECTION VIII

腎病 DISEASES OF THE KIDNEYS

一 畸形	I. MALFORMATION	664
二 能動腎	II. MOVABLE KIDNEY	664
三 腎血循環紊亂	III. CIRCULATORY DISTURBANCES	666
四 尿分泌異常	IV. ANOMALIES OF THE URINARY SECRETION	668
一 無尿	1. ANURIA	668
二 血尿	2. HEMATURIA	669
三 血紅素尿	3. HEMOGLOBINURIA	670
四 蛋白素尿	4. ALBUMINURIA	672
五 細菌尿	5. BACTERIURIA	675
六 膿尿	6. PYURIA	675
七 非寄生性乳糜尿	7. NON-PARASITIC CHYLURIA	676
八 結石尿	8. LITHURIA	677
九 草酸鹽尿	9. OXALURIA	677
十 磷酸鹽尿	10. PHOSPHATURIA	678
十一 木藍素尿	11. INDICANURIA	679
十二 阿勒卡吞尿	12. ALKAPTONURIA	679
十三 氣尿	13. PNEUMATURIA	680
十四 尿含他物	14. OTHER SUBSTANCES IN THE URINE	680
五 尿中毒	V. UREMIA	681
六 急性腎炎	VI. ACUTE NEPHRITIS	684
七 慢性腎炎	VII. CHRONIC NEPHRITIS	690
一 慢性主質性腎炎	1. CHRONIC PARENCHYMATOUS NEPHRITIS	690
二 慢性間質性腎炎	2. CHRONIC INTERSTITIAL NEPHRITIS	693
八 澱粉樣病(蠟樣病)	VIII. AMYLOID OR-WAXY DISEASE	700
九 腎盂炎	IX. PYELITIS	701

	PAGE
十 腎盂積水	X. HYDRONEPHROSIS 704
十一 腎石病	XI. NEPHROLITHIASIS 706
十二 腎瘤	XII. TUMORS OF THE KIDNEY 711
十三 腎囊腫病	XIII. CYSTIC DISEASE OF THE KIDNEY 712
十四 腎周圍膿腫	XIV. PERINEPHRIC ABSCESS 714

第九篇 SECTION IX

成血器官病 DISEASES OF THE BLOOD-FORMING ORGANS

一 貧血	I. ANEMIA 716
局部貧血	LOCAL ANEMIA 716
全身貧血	GENERAL ANEMIA 717
繼發性貧血	SECONDARY ANEMIA 717
甲 急性繼發性貧血	a. ACUTE SECONDARY ANEMIA 717
乙 繼發性貧血	b. SECONDARY ANEMIA 718
原發性貧血	PRIMARY ANEMIA 720
甲 萎黃病	a. CHLOROSIS 720
乙 惡性貧血	b. PERNICIOUS ANEMIA 723
二 白血病	II. LEUKEMIA 729
三 何杰金氏病	III. HODGKIN'S DISEASE 735
四 紫癍	IV. PURPURA 739
新生兒出血病	HEMORRHAGIC DISEASES OF THE NEW-BORN 743
五 血友病	V. HEMOPHILIA 744
六 紅血病	VI. ERYTHREMIA 747
七 腸性發紺	VII. ENTEROGENOUS CYANOSIS 749

第十篇 SECTION X

循環系統病 DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM

甲 心包病	A. DISEASES OF THE PERICARDIUM 750
一 心包炎	I. PERICARDITIS 750
急性血絲性心包炎	ACUTE FIBRINOUS PERICARDITIS 751
滲液性心包炎	PERICARDITIS WITH EFFUSION 753
慢性粘連性心包炎	CHRONIC ADHESIVE PERICARDITIS 758

目次

13

	PAGE
二 心包之他項病患	II. OTHER AFFECTIONS OF THE PERICARDIUM 759
乙 心病	B. DISEASES OF THE HEART 760
一 症狀的及機械的紊亂	I. SYMPTOMATIC AND MECHANICAL DISORDERS 760
(一) 症狀的紊亂	I. SYMPTOMATIC DISORDERS 760
一 自覺心動	1. HEART CONSCIOUSNESS 761
二 心臟疼痛	2. CARDIAC PAIN 761
三 勞力性合併症狀	3. EFFORT SYNDROME 762
四 心悸	4. PALPITATION 763
(二) 心衝動之機械的紊亂	II. MECHANICAL DISORDERS OF THE HEART BEAT 766
甲 心動之紊亂	a. DISTURBANCES OF RATE 766
一 心動過速	1. TACHYCARDIA 766
二 心動徐緩	2. BRADYCARDIA 767
乙 心節律及心力之障害	b. DISTURBANCES OF RHYTHM AND FORCE 768
一 竇性心律不齊	1. SINUS ARRHYTHMIA 768
二 額外收縮	2. EXTRA-SYSTOLE 768
三 發作性心動過速	3. PAROXYSMAL TACHYCARDIA 770
四 心房撲動	4. ATRIAL FLUTTER 772
五 心房纖維性顫動	5. ATRIAL FIBRILLATION 773
六 心傳導阻滯	6. HEART-BLOCK 776
七 心功交替	7. ALTERNATION OF THE HEART 779
二 心肌病	II. AFFECTIONS OF THE MYOCARDIUM 780
(一) 肥大	1. HYPERTROPHY 780
(二) 心擴張	2. DILATATION OF THE HEART 782
(三) 心機能不全	3. CARDIAC INSUFFICIENCY 785
三 心內膜炎	III. ENDOCARDITIS 799
急性心內膜炎	ACUTE ENDOCARDITIS 799
慢性心內膜炎	CHRONIC ENDOCARDITIS 807
四 慢性心瓣病	IV. CHRONIC VALVULAR DISEASES 809
總論	GENERAL INTRODUCTION 809
主動脈瓣閉鎖不全	AORTIC INSUFFICIENCY 811
主動脈口狹窄	AORTIC STENOSIS 817

二尖瓣閉鎖不全	MITRAL INSUFFICIENCY	819
二尖瓣狹窄	MITRAL STENOSIS.	824
三尖瓣病	TRICUSPID VALVE DISEASE.	827
肺動脈瓣病	PULMONARY VALVE DISEASE	829
併合性瓣病	COMBINED VALVULAR LESIONS	830
五 特殊病理的病況	V. SPECIAL PATHOLOGICAL CONDI- TIONS	833
一 心臟瘤	1. ANEURISM OF THE HEART	833
二 心破裂	2. RUPTURE OF THE HEART	834
三 贅瘤及寄生生物	3. NEW GROWTHS AND PARAS- ITES	834
四 創傷及外物	4. WOUNDS AND FOREIGN BODIES	835
六 先天性心病	VI. CONGENITAL AFFECTIONS OF THE HEART	835
七 心絞痛	VII. ANGINA PECTORIS	838
丙 動脈病	C. DISEASES OF THE ARTERIES	843
一 動脈硬化	I. ARTERIO-SCLEROSIS	843
二 主動脈炎	II. AORTITIS	850
三 動脈瘤	III. ANEURISM	852
一 主動脈瘤	1. ANEURISM OF THE AORTA	855
胸主動脈瘤	a. ANEURISM OF THE THORACIC AORTA	855
腹主動脈瘤	b. ANEURISM OF THE ABDOMINAL AORTA	862
夾層性動脈瘤	c. DISSECTING ANEURISM	864
二 腹主動脈枝動脈瘤	2. ANEURISM OF BRANCHES OF THE ABDOMINAL AORTA	864
三 動靜脈瘤	3. ARTERIO-VEINOUS ANEURISM	865
第十一篇		
無管腺病		
一 腎上腺及嗜銘系統病	SECTION XI	
一 阿狄森氏病	DISEASES OF THE DUCTLESS GLANDS	
二 其他腎上腺病	I. DISEASES OF THE SUPRARENAL GLANDS AND CHROMAFFIN SYSTEM	
二 胸腺病	1. ADDISON'S DISEASE	
一 胸腺肥大	2. OTHER AFFECTIONS OF THE SUPRARENAL GLANDS	
	II. DISEASES OF THE THYMUS GLAND	
	1. HYPERTROPHY OF THE THYMUS	

目次

15

	二	胸腺萎縮
	三	胸腺淋巴體質
三		甲狀腺病
	一	充血
	二	甲狀腺炎
	三	甲狀腺瘤
	四	副甲狀腺
	五	甲狀腺腫
	六	甲狀腺機能遲鈍
	七	甲狀腺官能過敏
四		副甲狀腺病
五		大腦垂體病
		肢端肥大病
六		松果體病
七		男女性腺病
八		幼稚性病
九		脾病
	一	總論
	二	能動脾
	三	脾破裂
	四	脾之梗塞及囊腫與瘤
	五	原發性脾大病兼貧血

		PAGE
	2.	ATROPHY OF THE THYMUS 872
	3.	STATUS THYMICO-LYMPH- ATICUS 872
III.		DISEASES OF THE THYROID GLAND 874
	1.	CONGESTION 874
	2.	THYROIDITIS 875
	3.	TUMORS OF THE THYROID 875
	4.	ACCESSORY THYROIDS 875
	5.	GOITER 876
	6.	HYPOTHYROIDISM 877
	7.	HYPERTHYROIDISM 882
IV.		DISEASES OF THE PARATHYROID GLANDS 886
V.		DISEASES OF THE HYPOPHYSIS CEREBRI 887
		ACROMEGALY 889
VI.		DISEASES OF THE PINEAL GLAND 891
VII.		DISEASES OF THE SEX GLANDS 892
VIII.		INFANTILISM 892
IX.		DISEASES OF THE SPLEEN 894
	1.	GENERAL REMARKS 894
	2.	MOVABLE SPLEEN 894
	3.	RUPTURE OF THE SPLEEN 895
	4.	INFARCT, CYST, AND NEOPLASM OF THE SPLEEN 895
	5.	PRIMARY SPLEEN MEGALY WITH ANEMIA 896

第十二篇

SECTION XII

神經系統病

DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

甲		總論
乙		系統病
	一	緒言
	二	傳入系統病(感覺系 統病)
	一	脊髓癆

A.		GENERAL INTRODUCTION 901
B.		SYSTEM DISEASES 928
	I.	INTRODUCTION 928
II.		DISEASES OF THE AFFERENT OR SENSORY SYSTEM 929
	1.	TABES DORSALIS 929

	PAGE
二 精神錯亂性全身麻痺 及脊髓癱瘓性麻痺	2. GENERAL PARALYSIS OF THE INSANE AND TABO-PARA- LYSIS 940
三 傳出系統病(運動系統病)	III. DISEASES OF THE EFFERENT OR MOTOR SYSTEM 946
一 進行性(中樞性)肌萎縮	1. PROGRESSIVE (CENTRAL) MUSCULAR ATROPHY . . . 946
延髓性癱瘓	-BULBAR PARALYSIS . . . 949
二 成人痙攣性癱瘓	2. SPASTIC PARALYSIS OF ADULTS 950
三 繼發痙攣性癱瘓	3. SECONDARY SPASTIC PARALYSIS 952
丙 遺傳病及家族性病	C. HEREDITARY AND FAMILIAL DISEASES 952
一 肌營養不良	1. THE MUSCULAR DYSTRO- PHIES 952
二 進行性神經性肌萎縮	2. PROGRESSIVE NEURAL MUSCULAR ATROPHY . . . 955
三 遺傳性共濟失調	3. HEREDITARY ATAXIA . . . 956
四 脊髓小腦性共濟失調	4. SPINO-CEREBELLAR ATAXIA . 957
五 遺傳性痙攣性截癱	5. HEREDITARY SPASTIC PARAPLEGIA 958
六 黑矇性家族癡愚	6. AMAUROTIC FAMILY IDIOCY 958
丁 腦脊膜病	D. DISEASES OF THE MENINGES . . . 959
一 硬腦脊膜炎	INFLAMMATION OF THE DURA MATER 959
二 軟腦脊膜炎	INFLAMMATION OF THE PIA MATER 962
戊 腦膜脊髓膜炎	E. MENINGO-MYELO-ENCEPHALITIS . . 965
一 急性脊髓灰白質炎	I. ACUTE POLIO-MYELITIS . . . 965
二 流行性腦炎	II. EPIDEMIC ENCEPHALITIS . . 971
己 脊髓炎	MYELITIS 974
一 急性脊髓炎	I. ACUTE MYELITIS 974
二 急性上行癱瘓(蘭的 氏癱瘓性截癱)	II. ACUTE ASCENDING (LANDRY'S) PARALYSIS 978
三 變性脊髓炎	III. DEGENERATIVE MYELITIS . . . 979
共濟失調性截癱	ATAXIA PARAPLEGIA . . . 979
四 脊髓受壓	IV. COMPRESSION OF THE SPINAL CORD 980
庚 彌散性硬化病	G. DIFFUSE SCLEROSES 983
多數性腦脊髓硬化	MULTIPLE CEREBRO-SPINAL SCLEROSIS 984
辛 脊髓之彌散性及竈局性病	H. DIFFUSE AND FOCAL DISEASES OF THE SPINAL CORD 986

	PAGE
一 局部診斷	I. TOPICAL DIAGNOSIS 986
二 血管之病患	II. AFFECTIONS OF THE SPINAL BLOOD VESSELS 990
一 充血	1. CONGESTION 990
二 貧血	2. ANEMIA 990
三 栓塞及血栓形成	3. EMBOLISM AND THROMBOSIS 991
四 動脈內膜炎	4. ENDARTERITIS 991
五 脊髓膜出血(脊髓膜積血)	5. HEMORRHAGE INTO THE SPINAL MEMBRANES—HEMATORRHACHIS 991
六 脊髓出血(脊髓血腫)	6. HEMORRHAGE INTO THE SPINAL CORD—HEMATOMYELIA 993
三 脊髓及其膜之瘤	III. TUMORS OF THE SPINAL CORD AND ITS MEMBRANES . . . 994
一 脊髓空洞病	1. SYRINGOMYELIA 994
二 脊髓膜之瘤	2. TUMORS OF THE MENINGES 995
壬 腦之彌散性及竈局性病	DIFFUSE AND FOCAL DISEASES OF THE BRAIN 997
一 定局部之診斷	I. TOPICAL DIAGNOSIS 997
二 無語言能	II. APHASIA 1005
三 腦血管病	III. AFFECTIONS OF THE BLOOD VESSELS 1012
一 充血及貧血	1. HYPEREMIA AND ANEMIA . 1012
二 腦水腫	2. EDEMA OF THE BRAIN . . . 1013
三 腦出血	3. HEMORRHAGE OF THE BRAIN 1013
四 栓塞及血栓形成	4. EMBOLISM AND THROMBOSIS 1025
五 腦動脈瘤	5. ANEURISM OF THE ARTERIES OF THE BRAIN 1031
六 腦竇及靜脈血栓形成	6. THROMBOSIS OF THE BRAIN SINUSES AND VEINS . . . 1032
七 小兒偏癱	7. HEMIPLEGIA IN CHILDREN . 1034
八 嬰兒痙攣性癱瘓	8. SPASTIC PARALYSIS OF INFANTS 1037
四 腦之腫瘤	IV. TUMORS OF THE BRAIN . . . 1039
五 腦炎	V. INFLAMMATION OF THE BRAIN 1046
一 急性腦炎	1. ACUTE ENCEPHALITIS . . . 1046
二 腦膿腫	2. ABSCESS OF THE BRAIN . . . 1047
六 腦積水	VI. HYDROCEPHALUS 1050

	PAGE
癸 周圍神經病	J. DISEASES OF THE PERIPHERAL NERVES 1053
一 神經炎	I. NEURITIS 1053
二 神經瘤	II. NEUROMATA 1059
三 腦神經病	III. DISEASES OF THE CEREBRAL NERVES 1061
嗅神經及嗅徑	OLFACTORY NERVES AND TRACTS 1061
視神經及視徑	OPTIC NERVE AND TRACT . . 1062
一 視網膜病	1. DISEASES OF RETINA . 1062
二 視神經病	2. DISEASES OF THE OPTIC NERVE 1064
三 視束交叉及視束之病	3. DISEASES OF THE CHIASMA AND TRACT 1065
四 視束及視中樞之病	4. DISEASES OF THE TRACT AND CENTERS . . 1067
眼球之運動神經	MOTOR NERVES OF THE EYEBALL 1069
第五神經(三叉神經)	FIFTH NERVE 1074
面神經	FACIAL NERVE 1076
聽神經	AUDITORY NERVE 1081
耳蝸神經	COCHLEAR NERVE 1081
前庭神經	VESTIBULAR NERVE . . . 1083
舌咽神經	GLOSSO-PHARYNGEAL NERVE . 1085
迷走神經	VAGUS NERVE 1086
副神經	SPINAL ACCESSORY NERVE . 1089
舌下神經	HYPOGLOSSAL NERVE 1092
四 脊髓神經病	IV. DISEASES OF THE SPINAL NERVES 1094
頸叢	CERVICAL PLEXUS 1094
臂叢	BRACHIAL PLEXUS 1096
腰叢及薦叢	LUMBAR AND SACRAL PLEXUSES 1099
坐骨神經痛	SCIATICA 1101
五 帶狀疱疹	V. HERPES ZOSTER 1103
癸' 神經系統之全身性及官能性病	K. GENERAL AND FUNCTIONAL DISEASES 1105
一 震顫麻痺	I. PARALYSIS AGITANS 1105
他類震顫	OTHER FORMS OF TREMOR 1108
二 急性舞蹈病	II. ACUTE CHOREA 1108

目次

19

		PAGE
三	亨汀吞氏舞蹈病	III. HUNTINGTON'S CHOREA . . . 1113
四	習慣性痙攣及抽搐	IV. HABIT SPASM AND TICS . . . 1113
五	小兒驚厥	V. INFANTILE CONVULSIONS . . . 1115
六	手足搐搦	VI. TETANY 1118
七	癲癇	VII. EPILEPSY 1120
八	偏頭痛	VIII. MIGRAINE 1129
九	神經痛	IX. NEURALGIA 1132
十	職業痙攣(職業神經官能病)	X. PROFESSIONAL SPASMS; OCCUPATION NEUROSES 1136
十一	希司忒利阿	XI. HYSTERIA 1138
十二	神經衰弱	XII. NEURASTHENIA 1150
十三	外傷性神經官能病	XIII. TRAUMATIC NEUROSES . . . 1159
十四	神經官能性癱瘓之他類	XIV. OTHER FORMS OF FUNCTIONAL PARALYSIS 1163
癸	血管運動及營養紊亂	L. VASO-MOTOR AND TROPHIC DISORDERS 1164
一	雷挪氏病	I. RAYNAUD'S DISEASE 1164
二	紅斑性肢痛病	II. ERYTHROMELALGIA 1167
三	血管神經官能性水腫	III. ANGIO-NEUROTIC EDEMA . . . 1167
四	頑固性遺傳性腿水腫	IV. PERSISTENT HEREDITARY EDEMA OF THE LEGS 1169
五	面性偏萎縮	V. FACIAL HEMIATROPHY 1169
六	皮硬化	VI. SCLERODERMA 1169

第十三篇

SECTION XIII

運動系統病

DISEASES OF THE LOCOMOTOR SYSTEM

甲	肌病	A. DISEASES OF THE MUSCLES 1171
一	肌炎	I. MYOSITIS 1171
二	進行性骨化性肌炎	II. MYOSITIS OSSIFICANS PROGRESSIVA 1172
三	纖維織炎	III. FIBROSITIS 1172
四	肌強直	IV. MYOTONIA 1174
五	多發性肌陣攣	V. PARAMYOCLONUS MULTIPLEX . 1175
六	重肌無力病	VI. MYASTHENIA GRAVIS 1175
七	先天性肌弛緩	VII. AMYOTONIA CONGENITA . . . 1176

	PAGE
乙 關節病	B. DISEASES OF THE JOINTS 1176
一 畸形性關節炎	I. ARTHRITIS DEFORMANS 1176
二 間歇性關節水腫	II. INTERMITTENT HYDRARTHROSIS 1187
丙 骨病	C. DISEASES OF THE BONES 1187
一 肥大性肺病性關節病	I. HYPERTROPHIC PULMONARY ARTHROPATHY 1187
二 畸形性骨炎	II. OSTEITIS DEFORMANS 1188
三 骨性癭面	III. LEONTIASIS OSSEA 1189
四 成骨不全	IV. OSTEOGENESIS IMPERFECTA . . 1189
五 骨脆病	V. OSTEOPSATHYROSIS 1190
六 骨質軟化	VI. OSTEOMALACIA 1190
七 軟骨發生不全	VII. ACHONDROPLASIA 1190
八 尖頭畸形	VIII. OXYCEPHALY 1191

CONTENTS OF APPENDIX

附 錄 之 目 錄

特殊傳染病 SPECIFIC INFECTIOUS DISEASES

	PAGE
副腸熱病	PARATYPHOID FEVER... .. 1193
丹毒	ERYSIPELAS 1193
白喉病	DIPHTHERIA 1193
毒素抗毒素	TOXIN-ANTITOXIN 1194
流行性感冒	INFLUENZA 1196
桿菌痢疾	BACILLARY DYSENTERY 1196
米利他熱	MALT FEVER 1199
流產桿菌染人之病症	HUMAN INFECTION WITH B. ABORTUS 1200
霍亂	CHOLERA ASIATICA 1200
炭疽	ANTHRAX 1201
麻風	LEPROSY 1202
結核病	TUBERCULOSIS 1205
肺結核病之療法	TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS 1205
結核病之預防法	PROPHYLAXIS IN TUBERCULOSIS... 1207
土拉倫斯菌病	TULARAEMIA 1209
念珠狀隱胞菌性癰病或化膿病	FURUNCULOSIS CRYPTOCOCCICA MONI- LIACA OR PYOSIS CRYPTO- COCCICA MONILIACA 1209
阿米巴病	AMEBIASIS 1210
瘧疾	MALARIA 1210
黃熱	YELLOW FEVER 1211
鼠咬熱	RAT-BITE FEVER 1211
卡拉阿薩	KALA-AZAR 1212
梅毒	SYPHILIS 1216
雅司	YAWS 1216
鈎蟲病	ANKYLOSTOMIASIS 1217
阿拉司青	ALASTINIM, MILD SMALL-POX ... 1218
種牛痘後之腦炎	POST-VACCINAL ENCEPHALITIS ... 1219
流行性腮腺炎之血清治療	MUMPS, SERUM TREATMENT... .. 1220

	PAGE
麻疹之血清預防法	MEASLES, SERUM IN PREVENTION ... 1220
嬰兒之脊髓癱瘓	INFANTILE PARALYSIS 1220
猩紅熱	SCARLET FEVER 1221
熱帶斑疹傷寒	TROPICAL TYPHUS .. . 1221
登革熱	DENGUE FEVER 1222
瘧疾	HYDROPHOBIA... .. 1222
鸚鵡病	PSITTACOSIS 1223
落磯山斑疹熱	ROCKY-MOUNTAIN SPOTTED FEVER... 1223
俄羅雅熱病	OROYA FEVER... .. 1224
流行性胸膜炎	EPIDEMIC PLEURISY 1225
淋巴腺熱病	GLANDULAR FEVER 1225
營養缺乏病 DEFICIENCY DISEASES	
維生素	VITAMINS 1226
脚氣	BERI-BERI 1229
新陳代謝病 DISEASES OF METABOLISM	
糖尿病	DIABETES 1230
酸中毒	ACIDOSIS 1231
消化系統病 DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM	
斯潑盧	SPERM 1231
肺炎球菌性腹膜炎	PNEUMOCOCCAL PERITONITIS ... 1232
肝作用之化學試驗法	HEPATIC FUNCTION, CHEMICAL TESTS 1232
胃及十二指腸潰瘍	GASTRIC AND DUODENAL ULCERS ... 1233
肝膿腫	LIVER ABSCESS 1234
慢性十二指腸腸痿痛	CHRONIC DUODENAL ILLNESS 1235
潰瘍性結腸炎	ULCERATIVE COLITIS 1235
呼吸系統病 DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM	
乾草熱	HAY-FEVER 1236
支氣管性氣喘	BRONCHIAL ASTHMA 1239
肺大葉炎之血清療法	PNEUMONIA, SERUM TREATMENT ... 1240
急性出血性腎炎	ACUTE HEMORRHAGIC NEPHRITIS ... 1240

	PAGE
成血器官病 DISEASES OF THE BLOOD-FORMING ORGANS	
惡性貧血 PERNICIOUS ANEMIA	1242
循環系統病 DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM	
心房纖維性顫動 ATRIAL FIBRILLATION	1248
冠狀動脈血栓形成 CORONARY THROMBOSIS	1244
無管腺病 DISEASES OF THE DUCTLESS GLANDS	
單純甲狀腺腫 SIMPLE GOITER	1245
腺瘤性甲狀腺腫: 毒性甲狀腺腫 ADENOMATOUS GOITER: TOXIC GOITER	1245
神經系統病 DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM	
麻痺性癡呆 DEMENTIA PARALYTICA	1247
昏睡性腦炎 ENCEPHALITIS LETHARGICA... ..	1247
癲癇 EPILEPSY	1253
發作性睡病 NARCOLEPSY	1253
運動系統病 DISEASES OF THE LOCOMOTOR SYSTEM	
纖維織炎 FIBROSITIS	1258
畸形性關節炎 ARTHRITIS DEFORMANS	1254

歐氏內科學

第一篇 特殊傳染病

SPECIFIC INFECTIOUS DISEASES

(甲) 由細菌所致之病 BACTERIAL DISEASES

(一) 腸熱病又名傷寒 [腸室扶斯]

TYPHOID FEVER, ENTERIC FEVER [TYPHUS ABDOMINALIS]

定義 此染及全身之病，由傷寒桿菌所致。就病理解剖學言之，其腸壁之淋巴組織，因血球數增而過長且至潰爛，系膜、懸膜、淋巴腺及脾腫大，他器官之主質亦受改變。但局部之變動有時甚輕抑或不顯。然亦有於肺、脾、腎、腦脊系統發現極重者。就臨診言之，其狀即身發熱，皮發桃紅疹，腹瀉，腹部按之覺痛，臍脹，脾增大等。但此數狀，有時亦不盡然，即身之發熱亦且靡常。

歷史 當一千八百一十三年，法國醫士 Bretonneau 始確認定此病，詳言其狀。蓋昔時視此病為斑疹傷寒(瘧熱症) typhus，故西名 typhoid 即類 typhus。至一千八百八十年，德國醫士伊倍氏 Eberth 始查悉致此病之特別桿菌。

病原 分布 腸熱病不囿於氣候，不限於方域，在溫帶之其地所患稽留熱 continued fever 中居最多數。然而所顯要狀，各處約同。由此病之消長，可覘其社之晦明，凡溝道之制度不善，飲水之源流受染，二者



特殊傳染病

爲散佈該病菌之大原。又如居身不潔，室不通風，人烟過密，此則能使人之生活力大減，易爲該病菌所乘，故爲致此病之副原。

且該病菌由腸排出，如患者之糞，沾染指甲及飲食，或被蒼蠅所攜帶，亦爲傳染之媒介。

烈國。英革蘭及危勒司，於一千九百十年，死於腸熱病者，每兆人佔四十六，爲自一千八百六十九年至此（歷年有調查冊）死數最少之歲，此比例大城鎮每過之，而鄉村不及。印度腸熱病頗盛，無種族宗教之分，其國所患稽留熱至逾三星期者，每百人患腸熱者佔八十。美國（在曾調查之處）自一千九百年至一千九百零九年，均計每年死於腸熱者，每兆人佔二百九十五，此比例鄉村每過之，而城鎮不及，與英相反。德國大城腸熱病較少，而鄉村則仍盛行。普魯士前二十五年，每年死於腸熱者，每兆人佔六百，近年每兆人佔二百。至於中國，衛生學今始萌芽，而溝渠之污穢淤積，街衢之糞渣狼藉，甚易被蒼蠅傳遞，故患腸熱者頗多，倘非由尋常習慣，水非煮沸不飲，恐此病之流行尤烈也。

行軍。腸熱亦爲行軍之大患，師中死於此病之數，較死於槍彈者尤多。一千八百九十八年，美與西班牙之役，美兵十萬七千九百七十三人，患腸熱者二萬零七百三十八（約居五分之一），由腸熱而死者，一千五百八十。政府委員調查原因，據云由營中衛生不善，而其污穢或被蒼蠅挾帶，或乾後飛揚空際，是以病原菌廣佈也。一千八百九十九年，英與南非洲之役，英兵五十五萬七千六百三十三人，患腸熱者五萬七千六百八十四，由腸熱而死者，八千二百二十五。然死於戰事者，不過七千五百八十二。調查原因，一如美與西班牙之役，大凡行營久駐，此病遂多，拔隊前行，此病則罕，蓋因行營草率，規畫未善，不易防範患腸熱者所遺污穢之故。觀其時，日炎風烈，塵沙飛揚，而兵士暴露炊爨，難保不受污穢之侵。又况羣蠅營營，往來止集，亦一最

大染媒也。一千九百零四年，日俄之役，日人工於衛生，故染病與上二役迥異，營中患腸熱與痢疾者甚少。從來戰事中調護兵士，未有如此役之善者，乃見近年講求衛生學之收效甚大也。

時令。此病無論何地，惟秋季患之者較多。美國某醫院調查病冊，患腸熱者一千五百人，於陽曆八九十月來院者佔八百四十。曾有二醫家研究此理，確係出何原因，因思該病菌離出病體之後，惟此三月之天氣，溫度長養適宜，故存活之期限較久，而受其傳染者加多。

男女。此病之傳染，男女無多寡之分。

年齡。患腸熱者多為少年，而在十五至二十五歲尤易受染。余調查本醫院，患腸熱病者一千五百人，按其年齡而核算之，則見十五歲以下者二百三十一，十五至二十歲者二百五十三，二十至三十歲者六百八十，三十至四十歲者二百二十七，四十至五十歲者八十八，五十至六十歲者八，六十歲以上者十一，歲數未詳者二。然在小兒亦非甚罕，嬰兒較少，半歲患之者亦曾見之。

免疫力 Immunity。凡遇傷寒桿菌之人非必一律受染，此因抵禦染毒之力，人各不同，且此家與彼家不同。大凡患腸熱病一次者，約能保守終身不至再患。然曾有人患後未及週年復患一次。德國罕布醫院，統計患此病者二千人，其中患二次者僅十四，患三次者僅一。

傷寒桿菌又名腸熱桿菌 *Bacillus typhosus*。(甲)。傷寒桿菌之形性。此菌係畧短而粗多細毛而甚活動之桿菌，兩端圓，其近端或兩端各有一光亮之點(特在養成之菌)，此點昔以為芽胞(殼)，今則知為原漿(元質)之壞處。該菌易生長於數種培養基，且與大腸桿菌 *Bacillus coli communis* 及他數種桿菌極相似，每致混淆，然亦有法分辨。科什氏 Koch 曾說明測定某菌為致

特殊傳染病

某病之原，須兼依下列三例：（一）患者體內必常遇其菌。（二）其菌離體後，若於適宜之質，則見其按特別之定律生長。（三）若將此菌接種於合宜之畜，能致該畜患此病。觀傷寒桿菌完全合此三例，能由患腸熱病之體覓出，能用特法使生長於體外，能將該菌接種於猩猩致猩猩患腸熱病。養成之菌，若置在六十度溫（百度表，下同），歷十分鐘即死。倘使恒居負五度（冰度下五度），約能活十八星期。但至二星期，必死大半，極之二十二星期，一概盡死。若靜置待乾，或能活至數月，惟係最薄之層待乾，歷五至十五日即死。倘徑晒於日中，只四至十小時即死。且由肉湯養成者，加二百分一之石炭酸（卡波利酸）溶液或二千五百分一之昇汞（銻羥強鹽）溶液能殺之。

（乙）傷寒桿菌在體內之分布。近年該菌在體之景況愈明，屢見其入血循環而散至體之各處。患者每百人，當生前時能於血循環覓出此菌者七十五，能於尿內覓出者二十五至三十，且無論腸熱病之何期，皆能於糞內覓出。又在其所發桃紅疹，汗，痰之內亦有之。剖檢患者之屍，則見該菌散佈體內最廣，而在系膜淋巴腺，脾，膽囊者尤多。且不拘何器官，即子宮，肌，肺等亦有之。凡剖檢時由腸各段取得之菌，其培養之結果如下：

十二指腸及空腸（小腸上中段）甚多，由胃之粘膜取得者，大概可以培養。即食管，扁桃腺，舌等亦然。且由患者之心瓣炎增植物，並腦膜或胸膜滲出之液，及不拘何處之膿，均能覓出該菌。

更有最奇最要之事，如人常與患腸熱病者接近，雖本體未顯此症狀，竟有由其糞覓出傷寒桿菌者，此於小兒尤屢見之。

（丙）傷寒桿菌在體外之存亡。倘置該菌於無菌之純水，能活至數星期。然其排出至尋常水中者，閱數日即歸烏有，大約因其水兼含死物寄生菌（腐穢）saprophytes在內。夫傷寒桿菌在水，能活若干時，為最緊要之事，關係甚大，曾據考察者云，大

約只活三日。至其在水能否增多，迄今尙未查悉。夫考察某水含傷寒桿菌否，測定頗非易事，但有人曾在濾器中覓得。至於在冰，曾查悉能活者少。然於一千九百零二年，某城患腸熱病，詳究其原，實由日用之冰所致，且曾種此冰於培養基而得傷寒桿菌。在乳生長甚速，然不改乳之形狀。在酸乳能活至三月，在乳脂（由含菌之牛乳皮製成）能活至數月。在土壤上層能活十一月。在糞於尋常室內溫度，經歷數日，菌即無有。暴露於空氣之食物，能直接被含傷寒桿菌之塵埃所染，因此菌對於數種景况，能活許多星期。如在田園之土二十一日，在濾器之沙八十二日，在街道之塵埃三十日，在蘇布（如被病者染污之布）六十至七十日，在水面三十二日，在線於合宜之景况能至一年之久，此事最要，因其被晒成塵，飛揚空際，食物最易被染也。

傳染狀況 (甲) 由接觸傳染 Contagion. 從患腸熱者之體，被空氣直接傳至他人者或無之。究之每一患者，可視為一傳染之原，在居室，校舍，醫院，營壘等多人同集之處，一人患之，或傳染及於衆人。傳染限於一處者，多由三途，一手指，二食物，三蒼蠅，看護調理病人時，其手指難免沾染，倘不留意潔治，則醫院中恐多被波及。

(乙) 由水傳染 此為腸熱病廣佈之大原，由所飲之水在井內或泉源被污所致。美國某城，人口約計八千，其一部份所用之水來自山間之蓄水池。此池發源山巒，巒旁有一患腸熱病者。家人傾其尿糞於近巒之地面，未幾大雨時行，被沖入巒，迨十餘日，該城有五十人忽發此病，每日遞增五十，直至達一千二百人，約均在此水所供之部份。中國潮州，曾有二鄉忽發此病，染及多人，一疑由於所食之港水，一疑由於所食之井水。但食井水之鄉，實由大雨沖激入井，該病以六月起，至七月杪止。如此可知所用之水，不論由港由井，若受地面污濁所染則頗險。

特殊傳染病

(丙) 由帶菌人傳染 Typhoid carriers. 患腸熱病者雖已痊癒，或仍有該病之菌恒蘊藏於膽囊、膽囊管、腸、膀胱等處。曾有人癒後歷二三十年，檢查其體內，尚有該病菌，但不顯任何症狀。此等人令接近之者咸有戒心，因其無論行至何處，尿糞中傷寒桿菌頗多，仍有染人之力。曾有厨丁，五年之內歷事七主人翁，即因如是而致此七家一一染腸熱病。

(丁) 由食物傳染 中國菜蔬，多用人之尿糞作肥料，尿糞或含傷寒桿菌，不獨澆灌之人甚危，且其菜蔬或未煮至全熟而食之，或令之接近無須經火之食物，皆為傳染之媒。然在泰西，此病常由牛乳廣佈，因牛乳為各家之主要食品也。但其危險非在乳，乃在賣乳者用被染之水，洗滌盛乳器，或味良撥水於乳中。曾查悉多數大城，所發腸熱病皆原於此。冰水為夏日所喜飲，此病有時由製冰之源不潔而來。又如多種介類，特如蛤蚌螺蚌，常生長於江海接陰溝之處，其體或含傷寒桿菌，倘未經烹熟而食之，亦易受染。乾魚亦然。

(戊) 由蠅傳染。蒼蠅亦為傳腸熱病之要原，先集於患者之糞，後集於吾人之飲食，該病菌即由是而傳遞。美與西班牙之役，英與南非洲之役，本流行病皆由幕內多蠅，食物未蓋，被蠅棲止之故。中國菜館飯店，往往與污溝穢廁接壤比鄰，而羣蠅往來翔集，何等危險。

(己) 由土壤塵埃傳染。陰溝糞坑與夫街衢之污穢，非必盡能令人患腸熱病，但有患之者之尿糞淆雜其間，則該病之菌在內長養蕃殖，及其土壤晒乾成塵飛揚空際，則能沾染食物，致該病傳佈。鐵路運兵，由患腸熱病處發軔，曾見培路工人亦多染之，蓋本此理。

傳染之型式 各器官受染不一，有數類：(甲) 尋常腸熱病，腸受損之狀最顯。此為常見而佔極多數者。雖脾及系膜

淋巴腺亦兼受累，而腸壁正當其衝。(乙)腸受損之狀甚輕，惟仔細尋求始能查出。此類亦有實係菌染血，而中毒之狀甚顯，兼熱度高而譫妄者。亦有大受損之處係肝，膽囊，胸膜，腦膜或心內膜者。(丙)傷寒桿菌入體而腸竟不受損，雖剖驗時細為尋查亦無損跡，此類罕見。(丁)混合傳染 Mixed infections。此類又分為二，其一為複染 double infection 即腸熱與結核，瘧，白喉等病兼患，二病相雜易於辨識。其二為混合或繼發性染 mixed or secondary infection 即傷寒桿菌既入體，則因其作用，致體易被大腸桿菌，鏈球菌(鏈點種)，葡萄球菌(球點種)，肺炎雙球菌等繼續染着，此為患腸熱病常見之終局。(戊)副腸熱病又名副傷寒 Paratyphoid。(見下文)。(己)局部傳染。如致某局部生膿腫(瘻)，或致膀胱或膽囊發炎，而竟不染及全身。(庚)終期傳染 Terminal infection。腸熱病或能乘他病之後而致命，但罕見。

有時於帶該病菌者遇之。

傷寒桿菌生長時所生之毒。雖曾由該菌之純群，取出數種毒素，究之迄今未得一種。至注射於畜之體(如猩猩)，能令其體顯出變狀，與腸熱病顯於人體者悉同。曾有二醫家用液氣使該菌凝集，旋研細令菌體分析，注射猩猩，則猩猩之血，亦有體空抗菌及抗毒素之性能。

病理解剖 Morbid Anatomy 腸 小腸大腸，自上至下，皆患卡他炎，且其淋巴組織有特別改變，而在迴腸(小腸下段)之末截尤甚。此改變分四期如下：

(一)淋巴組織增生性過長 Hyperplasia。受累者為空腸(小腸中段)及迴腸(下段)之集合淋巴結及孤立淋巴結。大腸之淋巴組織亦或如之。結中之泡腫而色灰白，致集合結凸高三至五耗(3—5mm)，甚或過之。孤立結小者如黍，大者如豌豆，大半部藏於粘膜下層，但凸出多寡無定，以鏡窺之，則見其泡最初

充血，繼則淋巴組織細胞大增多，漸積而侵入鄰近腸壁之粘膜及肌纖維層。如此則其血管受壓致結，貧血而色畧白，細胞形恍如尋常淋巴組織細胞。亦有畧大而含數核者，形似上皮細胞（膚狀），越八日至十日，改變即達極點。究之此時殞命者少。

其受累之處，結局分兩種。（一）組織消散 resolution，（二）組織壞死 necrosis。消散之作用即細胞有脂肪性及粒形變，被吸入血循環，當吸收時，集合結面之有紋處隆起，而餘者窪下，凸凹成網形。又或只見其盪泡潰爛而凹，亦成網形。腸之集合結過長如此之甚，且兼體溫升高，此等情況在成人者，除腸熱病外罕見。但在小兒，則因腸之他疾如麻疹，白喉，猩紅熱等病而死者，亦曾遇之。

（二）淋巴組織壞死而脫落 Necrosis and Sloughing。至於腸壁之淋巴結，增生性過長之功能，則其組織不能消散復原，必死而脫落。此因結中之血管受壓，或由細菌直接所行之作用，致血管之內膜變壞結血塊而血管被塞，均能致組織欠血而死。死者或僅粘膜面一薄層，或及完全粘膜，或至粘膜下層。尤甚者，腸肌層與腹膜亦或被穿。此等改變，近結腸瓣（關門）處最顯，在患腸熱極烈者，甚或迴腸末一尺之粘膜，全變黑而脫落。

（三）潰爛 Ulceration。死組織脫落後則成潰瘍，潰瘍之大小深淺，均依組織死之如何而定。所死之組織大抵潰至粘膜下或肌層，常見者大半以肌層為瘍底。集合結完全潰爛者少，每有少許存留。故潰瘍之邊緣或不齊，罕有適如集合結之結形者。瘍中或有未壞之粘膜數塊存留。有時小腸之末六至八尺（180—280cm）成一大潰瘍，僅留零星小塊粘膜，如海中之島然。潰瘍邊大約軟且腫而血管充血，或為凹空。瘍底滑澤，為粘膜下層或肌層所成。

（四）癒合 Healing。開端即潰瘍底生肉芽組織一薄層，又由瘍邊四圍發生粘膜。有時雖瘍之此邊癒合，而彼邊仍復蔓

延，或此處之瘍漸癒而彼處另有瘍新生。然腺組織亦能復原，癒後較前畧凹而色畧深。但瘍面之死組織必先脫落，始能有此等漸癒之功。最奇者，腸雖潰至極甚，而癒後不致腸窄，故腸熱病不為腸塞之病原。

大腸 腸熱病中盲腸（闌腸）及結腸（胴）受累者約居三分之一，且盲腸中之潰瘍，約常大於結腸中之潰瘍。又或孤立結廔至極大。

腸穿孔 Perforation. 剖驗因腸熱病而死之屍體，由腸穿破而死者約居百分之三十三，而在患腸熱病之全數中，約居百分之三。夫腸穿孔之故，或僅因瘍爛深，或因腸壁患處薄弱兼腸中氣脹，故裂。穿孔處多在迴腸之末截，亦有在盲腸及闌尾（蚓突）者，最多者在結腸瓣上下各一尺（30 cm）之內。或僅孔一處，或兼破數處，至於在腸他處者則少。穿孔處皆顯腹膜炎。

腸出血致死。余之醫院，核計患腸熱病者一千五百人，死者一百三十七，而由腸出血死者十二，腸出血多在腸之死組織脫落時，血即隨之流出。

系膜淋巴腺。先充血，後腫，或生膿成膿腫（瘰），迨膿腫裂破，則致腹膜炎而死，或兼充血而死。最受累者，為供給迴腸末之淋巴腺，然列於腹膜後之淋巴腺亦腫。

脾。腸熱病之初期脾每增大，或大至重過尋常三四倍，其組織軟而畧流動，或有梗塞（印法）infaret。有時脾自裂，或由受傷或成壞疽膿腫而裂。

骨髓。其改變與上所論淋巴組織頗相似。其中亦或含已死之小塊若干。

肝。肝之主質（正胴）先充血，後腫而微白，細胞中含多數小粒及脂。有時肝內生膿腫，或膽囊發炎。又由系膜淋巴腺成膿腫或闌尾穿孔。曾見其致膿性門靜脈炎。

特殊傳染病

腎 腎曲細管之細胞先腫，後有粒形變性。腎間或發急性炎，但少。腎中或遇多數小區被圓細胞侵入，頗似淋巴組織。

此細胞後或變壞成粟粒形膿腫，膿腫含傷寒桿菌，尿中或亦含之。腎盂（總后）或發假膜炎，即膀胱亦然，但膀胱卡他炎多於膀胱假膜炎。睪丸（精腺）炎間或遇之。

呼吸器 或喉（嚥）潰爛而患及喉軟骨（喉肌），或喉門（喉口）水腫，或咽及喉發假膜炎。又腸熱病之初期末期或發肺炎。但其末期呼吸器最常之患為肺墜積性充血，且胸膜炎，肺之成壞疽生膿腫，梗塞等亦或有之。

血循環系統 心之損害。心內膜炎，每為醫士所不計及，因其狀不甚顯也。心瓣（門扇）炎增殖物 vegetations 中有時可覓出傷寒桿菌。心肌炎頗多。患腸熱病稍久而血貧甚者，心肌纖維或有脂肪性變，心包炎少見。

血管損害。動脈內膜炎發者頗多，致血凝結而塞管，於是該血管供給之處乃成壞疽。至靜脈成血栓尤常見，但其關係較輕，最常見者在股靜脈，而在左者較右者多。血塊中有時有傷寒桿菌。

神經系統 有顯然之改變者少。雖曾見腦膜炎，視神經或他神經發炎，究之甚罕。小兒患腸熱病時或顯無語言能之狀。然剖驗時，未確查其腦中有何特別改變，或以為專係腦炎。

隨意肌。患腸熱病及他熱病畧久，隨意肌之纖維變壞，或成粒形性變，或成透明性變。肌亦或破裂出血，又或生膿腫。

症狀 腸熱病非常複雜，宜先將其症狀總括論之，後將症狀及併發病，按各系統各器官次第詳言。

統論症狀 潛伏期 Incubation 八日至十四日，甚或延至二十三日，其時人覺疲倦，怠於操作。開端大約由漸而至，故病

者難確指其起於何日，然亦有陡起者，但罕見。曾調查患腸熱病者一千五百人，其中初狀爲寒顫者三百三十四，頭痛者一千一百一十七，厭食者八百二十五，腹瀉者五百一十六，大便秘結者二百四十九，鼻衄（流血）者三百二十三，腹痛者四百四十三，右髂部痛者十，不久病者即臥床。其症狀以星期計之如下。

第一星期。熱度漸次升高（不如此者亦頗多），每夜升一度或一度半，直升至一百零三四度（法倫表）（ 39.5° — 40° ）。但其脈數之增，不似尋常與熱度俱增之多，脈大而易壓，有時顯重搏 dirotic pulse。舌白而有苔，腸微膨脹，按之或痛，倘熱度不甚高，則不譫妄。但病者自言頭痛，至夜或微昏亂。大便或秘結，又或稀薄，每日二三次，至近該星期之末，脾增大，皮顯桃紅疹，此疹先顯於腹部。在此星期或有咳嗽或枝氣管炎。

第二星期。病畧重者，至此則症狀加甚。熱度常高而不降，雖每晨微退，而所減無幾，脈搏速而失其重搏之狀。此時頭痛退去，變爲精神性遲鈍，面容呆笨，唇乾，病重者舌亦乾。倘原有腹部症狀，如腹瀉，膨脹，按腹覺痛等，至本期則加重。在本星期內，有因腦系統顯重狀而死者。或於近本星期末，因腸穿破或出血而死。輕患者，此時則熱漸退，至本星期末，即退盡而復其原度。

第三星期。病畧重者，脈數一百一十至一百三十，熱度逐日漸退，而於每晨所退尤顯。此時始覺病者身體瘦弱，或從此始起水瀉及膨脹。倘在此期顯肺併發病，心漸弱，譫妄甚，肌顫跳，皆爲險狀。最可畏者，即腸穿孔及出血。

第四星期。大半患腸熱病者，至此即顯漸癒之景況，熱漸退至常度，腹瀉停止，舌苔淨盡，胃口復開。但病重者，在第四星期或第五星期，其症狀較第三星期加甚，如身尤弱，脈搏尤速而弱，舌乾，膨脹，迷睡，呢喃性譫妄，肌顫跳，大小便失禁，此期之大險，即心力耗盡及繼發性併發症。

特殊傳染病

第五星期第六星期。倘病勢纏綿日久，至五六星期，熱或仍無定度，或待四十日後，始露漸癒之端倪。凡延至如此之久者，有時病復發，或溫度再升，或顯併發病或後患。

特殊症狀 初起型式。大約由漸而來，致病者難確指其起點，然亦有反乎此例者。今將其最要者列之如下：

(甲) 初起神經系統顯重狀 (有時陡起)。如頭痛甚不止，此等頗多。又或面神經痛，致醫士數日不克認定為腸熱病。或有人病已入體，仍勉強支持，至忽譫妄，發狂。此等病人或且出外游蕩，數日不歸。更有初狀似腦脊髓膜炎者，如頭甚痛，羞明，頭仰，頸強直，肌顫跳，或驚厥(癇攪)等，但罕見。亦有初起思睡或昏迷；又或癲狂者。

(乙) 初起呼吸器顯重狀。開端所發之枝氣管卡他炎或甚重，致掩蔽腸熱病之正狀。最奇者，即初狀為忽發寒戰兼肋痛及肺葉炎，或急性胸膜炎之他狀；或誤視為結核性肺病。

(丙) 初起腸胃顯重狀。如胃忽痛，恒吐不止，甚至疑為服毒藥或蛔突(闌尾)炎。

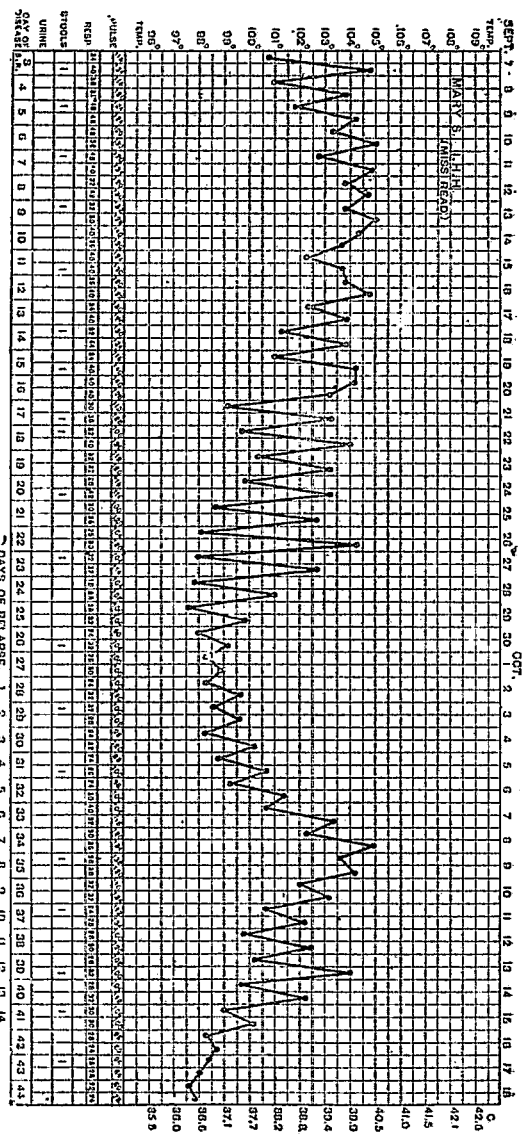
(丁) 初起顯急性腎炎之狀。如尿含血，色似烟或紅，又或含蛋白素(胎)及管型(腎管模)等。

(戊) 逍遙性(不躺臥)類 Ambulatory form。此等人或仍照常操作，或竟遠道出游。及醫士初診，查其溫度則已至一百零四五度，且皮之疹已大顯。如此者，其狀自始至終大約甚重。因若輩之故，致醫院中患腸熱病而死之數大增。更有一種甚罕者，尚未覺其患腸熱病，至腸忽穿孔或腸出多血而始知之。

面狀 開端頰發紅，目發亮。至首星期末則顏容倦怠，及病愈進則愈遲鈍。然其貧血不似患瘧者之速。即至第三星期末，頰之色尚未盡失，而唇亦或仍紅。

腸熱病

第 一 圖



病之日期

復發之日期

腸熱病及其復發
TYPHOID FEVER WITH RELAPSE

特殊傳染病

熱度 (甲) 規則溫圖 (第一圖)。在侵入期 stage of invasion, 首五六日溫度漸升。且每夕所升較每朝所退者常高一度至一度半,是以首星期末,或高至一百零四五度 (40° — 40.5°)。既達其極,則恒久如此。如是六七日,每朝所退無幾,不論用何法,如深浴等,亦難使之微降。至第二星期末及第三星期,則熱度之朝退復顯,且所退者或較夕時低三四度,又或朝時之熱,退至常度。如此逐日漸減,但必俟夕時之熱,不越九十八四度 (37°),始能視為退盡。

(乙) 熱圖異常。常見初期之熱圖,不按階級遞升。或因其始未請醫士檢查,又或其熱實係突然升至一百零三四度者 (39.5° — 40°),病者兼發寒顫。若在小兒,或兼顯驚厥。尙有至第二星期末,其熱速退,即十二至二十小時之內,已退至常度。更有反常者,朝熱每較夕熱尤高,究之無甚特別之關係。

有時熱度驟降,曾於腸出血見之,即血未顯於糞中或其熱已退。然有血出後貧血時,熱度之升降奇異。至於熱度過高,如至一百零六度 (41.5°) 之上者罕見。但於將死之先,曾有升至一百零九五度 (43°) 者。

(丙) 病後熱度之殊異。(一) 熱度復升。熱既降至本度,經五六日,或忽升至一百零二三度 (39° — 39.5°),再經二至四日又降。然究不顯他種不宜之狀,如舌生苔,腹不舒暢等。若此者頗多,查其原因,大約由大便秘結,或飲食不慎,或動情過度所致。醫士不能無慮,恐其為併發病,如胸膜炎或血管結血栓等。如此則白血球之數頗增。然由此數端所致熱度復升,與病之在復發時者不同,因其非按階級遞升,且越二三日即降也。

(二) 恢復期輕熱期 Subfebrile stage of convalescence。在小兒或有神經過敏性(怔忡)或貧血者至漸癒時,舌苔已無,胃口亦開,然其夕時之溫度,恐或仍高如許。如是數星期之久,尙詳查其無併發病,可以為無關緊要。

(三) 體溫過低 Hypothermia. 前已言腸出血後,熱度降甚。但在漸癒期,亦或降至九十六五或九十七度(36°—37°)。如是至十日之久,然究不甚緊要。

(丁) 病復發之熱。頗與首次之熱圖相似,即先漸高,繼則數日不見增減,終則漸退。共計約二三星期,或比首次之期畧短(第一圖)。

(戊) 無熱之腸熱病。曾有病者顯該病之他狀,如桃紅疹等,然其溫度仍如常而不升高,但罕見。

(己) 寒戰 Chills. 發於數種景況:(一)在病之初起,(二)在病之病程中,繼寒戰後則出汗。(三)因併發病,如肺葉炎,胸膜炎,中耳炎,骨外衣炎,靜脈炎等。(四)因服退熱藥,如安替派林等。(五)在熱退期或因染膿菌。(六)因大便秘結。(七)在注射抗傷寒菌液(敵瘵伐克辛)或血清 antityphoid vaccine or serum 後。且在病之後期或有寒戰大顯。

皮膚 腸熱病之特種皮疹,自病起後七至十日始顯,約亦顯於腹部。為微凸之平粒,徑二至四耗(2—4 mm),指捫可覺,色桃紅,受按則色退,其發出零星四散,越二三日即沒,沒後留棕色迹,且此陣沒彼陣現,繼續而起。現於背而不現於腹者罕,且有時廣佈軀幹及四肢。疹之多少,與病之輕重非密切相關。疹頂或生微飽,或成瘀斑。然此疹華人患之者頗少。亦或顯他種皮病如下:紅斑(癩) erythema, 在首期。疱疹(候陪)(癩) herpes, 常現於唇。青斑 taches bleuâtres, 即蟲咬之疹。皮壞死,如口頰壞死(又名走馬疳),表皮脫落如鱗,小兒有之。汗。病成時,熱度高,皮大概仍乾。然間有汗頗多者,如在兼發寒戰似瘧,或腸出血,或腸穿破等,時或汗出淋漓。皮水腫,原因有三:(一)由血管阻閉,如股靜脈內成血栓而塞。(二)由腎炎,但少。(三)由貧血及體質衰敗。髮或脫落。損甲或受虧生橫紋。癩瘡。

特殊傳染病

病程頗長而久臥者，若不慎為護理，則易致生褥瘡。腦中樞受重累者，褥瘡急速而生。癰、腸熱病後生癰及淺膿腫者頗多。

血循環系統 血。第一二星期，血或無甚改變，至第三星期則赤血球（紅脛）及血紅素（紅脛）約常減少。核計患腸熱者之血，赤血球平均每立方耗減少一百萬（1,000,000 per cmm），更有減少過甚，每立方耗僅剩赤血球一百三十萬者。血紅素亦常減少，且或比赤血球之數減少尤甚，但漸癒則漸復原。白血球之數亦減，即此能助醫家辨別腸熱病與膿性熱病或急性炎病。多核細胞之數如常，然單核巨細胞比較之數增。至於腸熱病後之貧血，有時最甚。

脈搏。脈較速，但其脈數加增不似其熱度加增之甚，此狀特顯於早期，且在此期多顯重搏。然他種急性病，則在早期顯重搏者少。但病前進，則脈愈弱愈微且速，或至一百四五十至。

迨恢復期，則脈漸復原。然有時瘧期畧延長，則脈或慢至三十至，致病者頗不舒暢。

血壓。腸熱病前進，則血壓畧降，至熱退後，閱二三期即復原，然當熱度最高時，倘愼意用涼水浴法，其血壓或暫時頗升。

心聲。病重者第一聲弱，或心尖處及胸骨之左顯收縮性雜音（縮鳴）systolic murmur，且或有如馬跑之韻律。尤弱者其首聲變至與二聲同短，心之長息亦大減，致與胎心畧同。

心併發病。最多者為心肌炎，其證據即心聲漸弱。亦有心內膜炎或心包炎，然少。

血管併發病。動脈炎而致結血栓以塞之者有之，如在腦膜中動脈或在股動脈而致足成壞疽是。靜脈內結血栓致塞者比動脈較多，常顯於股靜脈，其狀即靜脈之塞處痛而腫。但不宜按之，恐致血栓離位，被血循環帶至他處，而關係甚危。病

者或兼發寒戰，又白血球常增多。倘股靜脈被塞則腿腫，但病癒後其腫常消散。

消化系統 口失味常早，或須至漸癒時始復原。舌在病初期濕而腫，舌面蓋一薄層白苔，病愈進則苔愈厚；或自始至終常濕，但病重及譫妄則舌變乾，此非獨因熱度高，亦半因此種人常張口呼吸也，乾舌之面，其苔變棕色或黑棕色，以致成痂，痂間舌裂。牙及齦蓋有黑棕色物，係碎食物並脫落上皮及細菌合成，倘由病始至終，加意設法使口舌清潔，可免痛裂等患，病恢復期則舌漸清潔。涎大概減少，過流者罕見。

腮腺 間或有發炎者，多顯於第三星期，有時生膿。倘累及頸，致發結締織（連膈）炎，或兼生膿，或成壞疽，則極危。

咽（喉）或發卡他炎或潰爛。倘至第三星期發假膜性炎，則為險狀。胃嘔吐者罕，然亦有由病初起即嘔吐不止，無法可治，致力耗竭而死。曾遇胃生潰瘍而嘔血者。

腸症狀 瀉否無定，瀉者在患腸熱中約居百分之二十至三十，但亦有因初期妄服瀉藥所致者。勿謂無瀉狀則腸損必輕，曾見有小腸集合淋巴結損害甚廣，而結腸中尚積滿堅糞，由此可知瀉不關乎集合結之潰瘍，或因兼患之卡他炎而起，倘卡他炎在結腸，瀉或愈甚。瀉發之時期，以首星期末及第二星期為最常，然亦有延至第三四星期始顯者。瀉出者為多量灰黃色稀薄之糞，形如豆漿 *pea-soup stools*，有鹼性，臭甚惡，其中或能覓出死脫之集合結，為灰黃色塊。傷寒桿菌或至首星期末或第二星期之中央始發現於糞內。大便秘結者居百分之五十一。

腸出血 糞中或含血無幾而不關緊要，但畧多者則為危險之併發狀，病者居百分之七患之。常顯於第二星期末至第四星期首，即集合結死脫之時，多係病甚重者，有時或無先兆而猝出，立即殞命。其顯狀即病者忽然發暈或腦力虛脫，熱度驟

降或至低六七度(三至四);甚至血未出肛門而人已死。有時血糞由易出血性所致,則兼血尿及皮下瘀斑,為診斷之據。至於在腸熱病初期顯出血者,大概由粘膜充血所致。

臌脹 Meteorism. 輕者無妨,重則為險狀。蓋因腸壁失力,氣積於胃及大小腸,且在大腸尤甚,致將膈推上而阻心肺之功,並致腸愈易穿孔。若於右髂凹處按之,或有氣過水之聲此因盲腸及結腸兼貯氣及稀糞故也。

腹痛及觸覺痛 Abdominal pain and tenderness. 在腸熱病之早期或晚期顯此狀者約居大半。其原多因膀胱脹,靜脈炎,大便秘瀉或結,脾痛,腹急性併發病等,而尤以腸穿破為最要。須詳加辨別;曾有誤診為闌尾炎而施手術者。

腸穿孔 Perforation. 此狀在患腸熱者約居百分之三。患此而死者約居四分之一至三分之一。雖曾於第一星期遇之,然強半在第三四星期,尤在患病最重兼臌脹,腹瀉,腸出血等病人。惟患腸熱最輕,病狀皆良,亦有猝然患此者。

腸穿孔之症狀. 病者忽然覺痛如針刺,旋陣陣發作而漸加重;然亦有中毒過甚者,腸雖穿而尚不覺痛。痛處多在腹下右半;按此處,亦痛。倘穿破之腸貼於腹壁之腹膜,則按時痛愈甚。有時膀胱急,小便頻數,而痛射至陰莖。腹肌強直,按之則發硬。溫度,腸穿後或即降,或先數小時暫升而後降;脈搏及呼吸之數俱增。閱數小時,病者力約稍復,而顯或輕或重腹膜炎。面容畧變白而塌陷,近臨終時則變青而額顯汗。腹膜炎愈烈,則熱度愈升;脈漸漸漸小;心漸弱而呼吸速;嘔吐,呃逆,有無不定。

腹狀較全身狀尤要,曾見病者貌甚舒暢,究之腸已被穿,洵為奇異。呼吸之腹動每減小,又腸穿,則腹漸臌脹不已雖為常例,究之曾見腸穿兼腹膜炎而腹仍平甚或凹陷者。病愈進,按腹愈痛,腹壁之肌愈痙攣而腹壁愈緊張;此皆腸穿之要狀。倘

在腹兩旁之腰窩處叩之，或得實響，因腹膜有液滲出故也。若臟脹甚，或致肝之實響被掩，但腹不臟脹而肝之實響速掩，則為腸穿之要徵。又若少待片時，見腹狀愈烈，亦為確證。

白血球每加多，但亦不盡然。有時腸雖不穿亦或發腹膜炎，此炎或自腸潰瘍之底蔓延，或由系膜淋巴腺潰爛破裂所致。腸穿孔大概致命。

其診斷大概匪難，但須與腸熱病併發病中之闌尾炎，靜脈炎，腸出血等患詳晰辨明。倘有疑惑，當行開腹術檢查之。

水腹 Ascites. 此狀罕見。

脾 腫大為常例，少年較老者尤甚。

肝 症狀較少，或有黃疸，膿腫，膽囊炎等患。膽石在腸熱病後頗多，或由傷寒桿菌所致；然未患腸熱者之膽囊中，亦或有此菌。

胰腺 急性出血性胰腺炎亦曾遇之，然而甚罕。

呼吸系統 鼻竇為初狀，在腸熱病較在他熱病尤多；有時出血甚則頗險。喉炎，喉軟骨（嚙肌）炎，喉門水腫不多見。枝氣管炎為首期常見之狀，其徵驗即司司鳴及咳嗽；倘累及細枝氣管，則咳甚急而面發紺。

肺葉炎分二種景況：（一）在首期。病者欠爽二三日旋發寒戰，熱度高，胸旁痛，四十八小時內即顯大葉肺炎尋常之徵如肺實變等。此時因無他狀，醫士或專視為尋常肺葉炎，以為約至第七日，其熱必退；究之不然，及第二星期，則腸熱之他狀發現，且見病者景況愈危。倘腸熱病之特種疹亦於此時顯出，診斷無難；否則難辨其專係重肺葉炎而顯腸熱病性症狀，抑或係肺早受累之腸熱病。如係腸熱病肺先受累，則肺內或早已有傷寒桿菌。

特殊傳染病

(二) 在第二三星期。此期內肺葉炎爲併發病者亦頗多。因其正狀不甚顯，如無色似鐵銹之痰等，故醫家每易忽過。病原或因肺炎雙球菌或傷寒桿菌不定。

肺底壓積性充血 Hypostatic congestion 及肺水腫，此由血循環變弱之故，特在腸熱病之末期遇之，其徵爲肺底處叩響零實，呼吸聲弱，倘使病者大吸則有濕鳴。咳血甚少，然曾有因此死者。胸膜炎或起於病之初，或於恢復期徐徐而發，常致生膿。致氣胸(胸膜積氣)者甚少 pneumothorax。大半發源於傷寒桿菌。

腦系統 腦脊症狀或顯於病之初，如頭甚痛，澀明，頭仰，頸強硬，肌顫跳，驚厥等。常誤斷爲腦脊膜炎 meningitis，然因此死者，剖驗時腦脊液含膿與否無定。患腦膜染者常因傷寒桿菌，然因結核桿菌，腦膜炎球菌亦有者。

譫妄 Delirium。病重者常有之；因近年常用水療法，是以比昔日較少。此狀大約發於第二三星期，且多在夜間。尋常者畧靜，但有時喧嚷，甚或起床逃走，故須善爲守護；然少狂狀，但飲酒者或發酒狂。病重者多顯魯鈍，尤重者仰臥，瞳目 coma vigil，不省人事，細聲呢喃，兩手抓空，糞尿自洩；此大概爲死兆。

驚厥 Convulsions。此狀最少，然亦間或有之：(一)爲小兒患腸熱之初狀；(二)爲毒血之證；(三)爲大腦之併發病，如血管內結血栓而致塞及腦膜炎，腦炎等。

神經炎 Neuritis。此狀分二種：(一)局部性神經炎 Local neuritis。發於病之中期或恢復期，曾於臂或腿之神經見之，其司伸肌之神經受累更甚，致手或足下垂，患處觸痛，甚至被毯之壓亦難任受。(二)多數性神經炎 Multiple neuritis。常發於恢復期，曾於下肢或四肢見之，強半能癒。病之早期或晚期，亦曾遇肌痛，痙攣性痙攣 cramps，脊髓灰白質炎 poliomyelitis，偏癱 hemiplegia，無語言

道(失語症) aphasia, 手足攣攣(忒他內) tetany, 精神病 psychosis 等。又癒後或神經衰弱 neurasthenia. 皆毋庸細論。

特別覺器 眼之併發病如結合膜(眸)炎,虹膜(睛簾)炎,視網膜出血(視衣瘀),動眼神經癱瘓者較少。耳患中耳炎者不少病者之熱度增,兼發寒戰,其炎亦或累及顛乳狀部腔(凸穴)。

腎系統 尿滯溜(留住) Retention of urine 有時爲其早狀,後或復顯;爲早狀時,或致腹痛。尿閉 Suppression of urine 者罕。病之首期,尿少而色深,繼則較多或過多而色淺。尿含傷寒桿菌者 Bacilluria 在腸熱病中約居三分之一。倘該桿菌頗多,能令尿濁,在試驗管顯特別光彩。有時尿雖積滿該桿菌而竟無膿,亦無腎與膀胱之他弊。若將猶羅妥品 urotropin 及早常服,或能免尿含該桿菌,曾有人患腸熱病癒後,尿中猶帶傷寒桿菌,甚且綿延數十年。

腎之併發病如下:(一)熱病之蛋白素尿 Febrile albuminuria. 雖常遇之,究非緊要,尿含管型者亦頗多。(二)急性腎炎 Acute nephritis. 曾見於病初起或病重時,在病初起者或致醫家誤診爲專係急性腎炎。(三)腎炎延至恢復期者較罕,倘或遇之,概與貧血及水腫並顯,慢性腎炎爲腸熱病之後患者罕。(四)膿尿 Pyuria. 此狀非罕,大約由膀胱單純卡他炎之輕者而起,其尿或含傷寒桿菌,大腸桿菌,葡萄球菌等,迨腸熱癒後,膿尿亦無。(五)腎盂炎 Pyelitis. 腸熱病之極期,或恢復期,或癒後,皆曾遇之,其尿或先含血兼膿而後專含膿,其菌大約爲大腸桿菌。腎周圍膿腫爲後發病者罕見。

生殖系統 或顯變丸炎 Orchitis. 每與卡他性尿道炎 catarrhal urethritis 同患。又乳房發炎症致膿亦或有之。

骨及關節 骨病爲腸熱後患之最棘手者,但在病重時亦間遇之,其病如骨衣炎,骨死,骨爛等,受累最多者惟脛骨與肋

骨。又腸熱之骨病多生慢性膿腫，且甚頑痼而常復發。關節炎或專累一關節，或兼累數關節，或能致其關節自脫，特於腕關節（脾節）見之。

腸熱病性脊患 Typhoid spine. 在漸癒時，病者或覺腰或背或骯處痛，或按之動之而痛，兼顯數種腦不安之狀，或係脊椎炎，大約過數星期或數月，即全復原。

腸熱病後之敗血病及膿毒血病（癩後血染菌及串癰） Post-typhoid Septicemia and Pyemia. 病勢延長者癒後或復熱，且兼多汗或屢發寒戰，此或由其血被膿菌染所致；尙詳細檢查，而未尋出何併發，或不甚緊要。腸熱病後之膿毒血病亦非甚罕，原因如下：（甲）曾遇病者徧佈生癰，兼白血球增多，並發不規則之熱。（乙）熱後繼起多數慢性膿腫零星散佈，膿腫中曾覓出傷寒桿菌。（丙）股靜脈血栓，系膜淋巴腺，脾梗塞，腮腺等生膿。又腎周圍膿腫，坐骨直腸窩膿腫（骰肛癰），死骨急性多數性膿性關節炎，褥瘡等皆能致膿毒血病。

伴發病 Associated Diseases. 如丹毒麻疹，猩紅熱，水痘，流行性感冒等病，瘡皆能與腸熱病伴發。昔以爲有一種特病，名傷寒瘧；今知其說大謬，蓋專爲夏秋瘧熱，或實係腸熱病。

腸熱病與結核病. （一）二病能兼患，如患結核者另染腸熱病。（二）有時腸熱病之初期，其肺及胸膜之狀令醫家誤診爲結核病。（三）有數種結核病如粟粒形結核，結核性腦膜炎，結核性腹膜炎，結核性膿腫及肺結核病之初期頗與腸熱病相似。（四）腸熱病後，病者能繼患肺結核病。

腸熱病之種類 前已說明腸熱病之狀甚複雜，如特顯於腦脊部或腎，肺，消化管不等，毋庸重述，茲將該病分類詳述於下：

(一) 輕類及頓挫類 Mild and abortive forms. 腸熱病流行時有患甚輕並不臥床者，雖或出自陡起(尤多見於小兒)，而全身狀輕，脈不甚速，熱罕過一百零二度(三十九)。大約皮發疹及脾增大，但腹瀉者少，或未至十四日，熱已退盡，然大半顯肥大氏Widal凝集反應(詳後診斷)。此等輕腸熱病每令醫家誤認為他種無關緊要之熱病而不甚加意，致為廣佈腸熱病之禍階。至於頓挫類，雖在首期狀與尋常之腸熱無異，至第一星期末或第二星期中，熱陡退而汗出多，即速痊癒。

(二) 重類。此等之現狀即熱度最高，兼腦系統之象最顯，其中有初起即發肺炎或腎炎，或顯胃，腸，腦脊等之重狀者。

(三) 潛伏性或逍遙性(不躺臥)類 Latent or ambulatory form. 症狀大概輕，但疲倦而微瀉，然仍能執常業，以為可免臥床。及至不能支持，而就醫診治，則見各狀甚重如躁狂，腸出血，或穿破而結局不佳。

(四) 出血腸熱病 Hemorrhagic typhoid. 此等甚罕，其血由鼻或腸或他處粘膜而出。

(五) 無熱腸熱病 Afebrile typhoid. 其狀亦輕，然疲倦，心悶，頭痛，舌有苔，口失味，脈緩，又或見疹及脾增大；溫度由始至終不增。

小兒腸熱病 此病在小兒常畧輕，如腸出血穿破而致死者罕見；但該病之後患如無語言能，口頰壞死，骨病等較多於成人所患者。

老年腸熱病 六十歲以上患之者結局不佳，死者甚多，熱度不必甚高。併發病較常見，其中肺炎，心力衰竭為最。

孕婦腸熱病 孕婦亦能患之，在孕期之前半較在後半者多，百人中致小產者六十五，且傷寒桿菌又能致產後性傳染。

胎腸熱病 近年查得實據，知傷寒桿菌能透過胞膜至胎而致胎血受染，能顯肥大氏凝集反應，然其腸究無患腸熱之狀。此胎常未產即死，或產出數日而死。

復發(症再歸) Relapse. 患腸熱而復發者約有百分之九，可分三種言之：(一)熱退盡而病復發；(二)熱未退盡而病復發；(三)假性復發。

熱退盡而病復發者即尋常復發 Ordinary relapse. 此種當熱全退後，約常閱五日或延至二三十日後而復升，但診斷其實為病復發，須依其階級式熱度，桃紅疹，脾增大三要狀為據；三者必有其二。至於其腸之狀則無定。此種復發每較原病輕而時短，然亦有由此殞命者。

熱未盡而病復發即間發性復發(伴性再歸) Intercurrent relapse. 此種為最常見，亦或甚重；綢綿日久之腸熱病多原於此。若患腸熱至第二三星期，熱退至一百或一百零二度(三十八至三十九)，如此數日，旋按階級層累而升，大概比首次尤重且久。

假性復發 Spurious relapse. 此種亦甚多，其原因已詳前(病後熱度之殊異第一條)。

診斷 須謹記數端：(一)在稽留熱 continued fevers 中，最常遇者即腸熱病。(二)該病所顯之狀最雜。(三)無論如何謹慎，難免間或誤診，茲將診斷之法分為普通事項與特殊事項二種述之：

(甲) 普通事項 General data. 無甚特別之專象，可作腸熱之判狀；然在病初起，如鼻衄，旋即熱度遞升，即為該病之指徵。又如熱既升至極處，數日不退，亦為要據。至於第三星期之間減熱，兼發寒戰，每致誤斷為他病。倘脈搏在首期顯重搏，亦為指徵。然欲舉一種單狀以為該病之特證，莫善於桃紅疹。此疹果與階級熱度並顯，大概可斷其為該病；若兼證以脾增大，更確實無疑；但不可僅依脾增大為要狀，因此狀多種熱病顯之。倘白血球之數不增，是又一斷定腸熱病之證也。

(乙) 特殊事項 Specific data. (一)由血或尿或糞或桃紅疹，提淨傷寒桿菌。此法以由血由尿為佳。若由糞則較難。由疹則病者受苦。(二)以肥大氏凝集試驗法 agglutination test。檢查傷寒桿菌，其反應多在第二星期中或再遲始顯，或至病復發時始顯，或由始至終不顯。如果能顯，則為最要之據。(三)由結合膜反應(睪應效) conjunctival reaction證明腸熱病。其法將傷寒桿菌素 typho-protein 一盞之三分一至二分一溶液，滴於病者之結合膜，如實係患腸熱病，則於六小時內，淚阜(內眥粒)與下險之結合膜必甚充血。此法之妙處，因其試用之時期，比肥大氏法較早，即用於病之首星期，其反應亦或能顯。近年有人將傷寒桿菌素種於皮而試之。

(丙) 阿妥品試驗 Atropine test (Marris)。近有人注射阿妥品液於皮下，以覘其所顯反應而為診斷腸熱病之一助，但其成效尙未經醫界公同確定。

診斷易誤之處 如病初起，頭痛，羞明，譫妄，肌顫，頭仰，每誤斷為腦脊膜炎 cerebro-spinal meningitis。然在脊柱之腰段用空針刺術驗之，可助之分辨。又如病初起，寒戰，兼顯肺葉炎狀，或誤斷為專係肺葉炎病，其分辨已詳前。又如瘧，膿毒血病，急性結核病，結核性腹膜炎等病，每易與腸熱病混淆。

瘧熱 Malarial fever。腸熱與瘧常易分辨，但在病之早期，腸熱或與夏秋瘧熱混淆，或須驗血始能判定。

膿毒血病(串瘻)。有時體中深處有潛伏膿腫，發熱畧久，不寒戰，亦不出汗，致與腸熱病頗相似。又潰瘍性心內膜炎 ulcerative endocarditis 亦然。對於此二病，白血球之增否，凝集試驗法及用患者之血培養菌法等，皆為診斷之大助。

至於急性粟粒形結核，結核性腹膜炎，闌尾炎皆易誤視為腸熱病，辦法各詳於其本病。

特殊傳染病

豫後(判病結局) (甲)死數 死數無常,蓋視乎醫療之善否,與其醫療之在家在院或行軍,亦有關係,又視乎其病流行之輕重及流行之時令,與夫病者之強弱暨年齡而異(年輕易治年老頗險)。且女之死者恒多於男。近年用水療法,而死數大減。約言之死數少則佔百分之五,多則佔百分之二十。

(乙)特證 如熱度甚高,血染毒以致譫妄,肢脹,腸出血,皆為險狀。然亦不可專以熱高判其豫後,倘腦不因之受累,病者或亦能忍受。至於腸穿破,倘不及早施外科手術,大約無救。過腫者難耐此病,七至十日不臥然後就醫者,併發病頗深而愈險。腦早受累者,豫後不佳。呢喃性譫妄兼肌顫跳者,可以為死之先兆。

(丙)驟死 此事偶或有之,然多不明其故,意其或由心功突亂而衰竭(室纖維性顫動 ventricular fibrillation)。驟死者男多於女,常見於病之中期,但於恢復期亦或過之。

預防法 歐美城鎮,腸熱病之消長,對於溝道去污法與飲水引注法之良窳有關係。歷年注重衛生,溝道水道日有進步,故該病較昔減少大半。美國城鎮,去污引水之法,常優於鄉村,故患該病係由鄉村向城鎮流行,匪特水能傳染該病之菌。即牛乳,鱗介,生菜,蒼蠅等,亦為最捷之媒介。總之無論由何傳染,要皆出自業經患腸熱之體,故醫家欲撲滅此疫,有二要務: (一)宜認真辨別此病,縱使病已癒而尚帶菌者 carriers 亦不可忽畧。

(二)凡含蓄此菌之物,一離病體,應立即用法滅絕是以醫家不第療病,亦應防疫,同視為分內之責任。

防範腸熱病之傳染,患者之尿,糞,痰,及被尿,糞,痰及沾污之衣被器物等,皆宜視為傳染之原而用法滅毒。尿。加等量之石炭(卡波利)酸二十分一之溶液 ac. carbolic, 1-20 和勻,或尿五分加昇汞千分一之溶液 hydrarg. perchlor. 1-1000 一分和勻,二法

皆須靜置二小時始棄之。糞泰西醫院或加蒸汽，或加石炭酸二十分一之溶液。或加熱石灰漿，皆須比糞多三倍，和勻，靜置數小時始棄之。若有痰，接以布或紙立即燒之。若施水療法，浴後之水，每盆調以鈣氯粉半磅 calx chlorinata 250 gm 靜置半小時始棄之，如此能殺二百立特水之菌。被單及衣服，換下即浸於石炭酸二十分一之溶液，過二小時取出，煮而洗之。盤碗切勿與人共用，每日務須煮之。溫度計須另備，用後常浸於昇汞溶液。看護之手及橡皮圍裙，須用殺菌藥潔淨。夏天門窗須張蚊帳或鐵絲網，免蒼蠅入室傳染。迨病愈後，病者所用器具，所住房室，皆宜用消毒藥滅毒。

預防接種法 Protective Inoculation. 英國醫士畏忒氏 Wright 酷曾製成傷寒菌液(乏克辛)種於人身，以抗腸熱病。其法將最酷烈之傷寒桿菌培養於培養基，旋加五十三至五十五度熱(一百二十七至一百三十)令菌死，且加來蘇 lysol 二百分一之溶液。取此製成之菌液(乏克辛) vaccine 注射入人身，歷四至六小時，射處則痛而充血，人發暈，作嘔，發熱，不安，然過二十四小時即癒。首次注射死菌五百兆，閱十日注射一千兆。又閱十日亦注射一千兆。注射後則其血之抗菌力凝集力皆大增，且此等力可存至二年之久。此菌液接種法，近日歐洲之役，英國駐法之師曾行之，而腸熱病之數大減，軍士已施此法者，其患腸熱比未施者少十五倍。其由患腸熱而死比未接種者少七十倍。夫此接種之法，既已確實足恃，則療腸熱之醫士及看護者，亦宜先受接種以免被染。近今用三合菌液(三合乏克辛) triple vaccine，即腸熱病，副腸熱病甲，副腸熱病乙 paratyphoid A and B 三種菌所合成之菌液也。

治法 (甲)普通治療 近世醫家，療腸熱之法漸進步，最緊要者不在藥品，而在看護及飲食。從病初起，即宜平臥安息，慎勿起坐或站立，直至病約痊癒為止，雖大小便亦不可起床，

必接以便盆行之，因凡腸生潰瘍，倘若搖動，恐致出血或瘍穿，不可不慎。病房宜空氣通暢，倘天氣和暖，當昇病者出外吸受新鮮空氣。病床不宜過硬，鋼絲床上加褥子為佳，且勿過寬，以便護理。褥面鋪絨毯兩床，毯面鋪橡皮布，布面鋪被單。看護須用心靈手敏者，醫家當將護理之規則，及處理尿糞之術，詳晰叮囑，或記錄簿冊，以便遵行。

(乙)飲食 調理病者之飲食，須足以充滿其病體所需之量，但當斟酌施給，觀病者能完全消化若干而定。倘所容受者，足致身生熱等於二千五百至三千單位(卡羅利) calories 者，則善。飲食之物以液體者為要，而強半應係牛乳，若僅食牛乳，成人每二十四小時，宜食二三水磅(一至一半立特)，如每二小時一次，則每次四量兩(一百至百二十瓦)。或另加可可茶，咖啡，濾過之雞湯肉湯不等。又雞蛋，或生者與乳調和，或熟者，均可。

有時可添少許烤麪包或純餅乾於乳中。食乳時，應常查其會完全消化否，倘所用之乳過於消化力之量，致糞中留有未變之乳脂粒或乳塊，或能致病者腹瀉或臃脹，則所用牛乳當減少，或換米湯或石灰水，或以他物代去若干。更有數種飲食，可與乳同食，或用於不能食乳者以代乳，如蛋白調以溫水，酶化牛乳 peptonised milk，乳酒 koumiss，乳清 whey，米湯，清藕粉，稀薄之粥。且每用牛乳，亦可加糖於其中(乳糖為佳)。如此則所食澱粉及糖類，能保守體中之蛋白類(脛質) protein，以免過廢。又可隨意飲水，或代以淡茶，荷蘭水，橙水，檸檬水，每日飲水最少須四立特，匪但解渴，並能增加其尿之量，俾體中之毒由腎排出。至於酒精近年罕用。有時所用飲食畧雜，致病者顯出不宜之狀，則可酌令減少，或數日只飲水，蛋白水及乳清，直至其狀改良。且勿謂飲食以多為貴，惟水為決不可少之物。又不可專食一種，致病者厭惡，惟將數種輪流為佳。

每次飲食後，須潔治病者之口，用石炭酸一量錢，甘油一量兩，飽和硼酸液，加至共十量兩 ac. carbolie. 4 cc, glycerin. 30 cc, sat. sol. ac. boric. to 300 cc, 以爲漱口藥。

(丙) 水療法 Hydrotherapy. (詳載賀氏療學第三十二章) 內多飲水，外以水濯，爲退熱之妙術。外用之法有三。

(一) 水拭法 Sponging. 所用之水，或溫或冷，或冰水，視病者所發之熱烈否而定。其法濡海絨於水，取出以拭病體，在小兒或體最弱者，可先拭一肢，然後再拭彼肢，待四肢拭盡，始拭背與胸腹。此法須十五至二十分鐘之久，方能完畢，故得手足微捷者施之最佳。

(二) 冷濕布裹法 Cold pack. 此法對於腸熱病用之者罕。但在腦狀大顯，如發躁狂而不能施水浸法者可行之。其法將被單浸於六十至六十五度（十六至十八）之水，取出扭之，包裹病者之體，旋洒冷水於上。

(三) 水浴法或水浸法 Bath. 此法須施行合宜，方能獲效，最要者勿使病人煩擾動蕩，否則非徒無益而反有損。西醫院中多用之者，因其看護者素嫻此術也。其法備一長盆，以能容病體直臥爲度，又備一抬板（用帆布綁於鐵架更佳），以盆內適能裝入爲度。先將長盆移近病床，盆內注水，酌令病體入後恰能全沒，然後慎移病者至抬板，連抬板同置入盆，用橡皮枕將頭墊起，於是病體入水而頭露水面，且頭須隨時安置舒暢。此時宜搓挪四肢，助血流行。余之醫院，曾立常規，凡患腸熱者，熱至一百零二·五度（三十九），抑或尤高，則每三小時須浸一次，每次浸十五至二十分鐘，然後連抬板昇出，裹以乾被單，上蓋絨毯一床。當病者由盆抬出時，唇或微紫而肌微顫，然亦不甚緊要，但當給以飲食，尤弱者可給少許酒。應插溫度計入直腸以驗熱度，過三刻鐘復驗一次。第一二次行水浴法時，水之熱宜在八十

至八十五度(二十七至二十九),迨後則七十至八十五度(二十一至二十九)不等,視病者之景况而定。且首一次,宜在白晝行之,須醫士與看護者協同料理。至於腹膜炎,腸出血,靜脈炎,腹大痛,體過弱者,此法禁用。

水浸法之效果: (一)減腦症狀,如譫妄,肌頭跳及腦中毒之狀。(二)使腎排出之毒素增加。(三)補助血循環,曾見用此法者,心動較緩,脈變小且硬,血壓增加,而血管壁之癱狀減。(四)瘡之初期之枝氣管炎減輕,且少肺底墜積性充血之虞。(五)罕見褥瘡,且如此屢次潔治,亦頗於皮有益,倘水中加明礬半磅尤佳。若病者生癩,澡盆慎勿與人共用。(六)或使病體之熱度漸降,但此效尚非緊要者。(七)使病者之死數減少。某醫院中患腸熱者每百人,先時死數居十四八,迨行此法後,死數減至七五,大概用此法之醫院,僅百分之六至九致死。

(丁)藥療法 療治腸熱病,實無專治之藥,第二星期後,可用猶羅妥品 urotropin (l examin) 1.5—2 gm 每日二十至三十釐,分三劑服,以殺尿中之菌。倘用退熱藥,須最輕者,且須謹慎,否則有害,如醋柳酸 aspirin 之小劑量等。至於貴林,雖人多用之,究無大益,不如不用為佳。用腸中抗毒之藥亦然。

(戊)菌液及血清二療法 Vaccine and serum therapy. 近年雖曾用多法,製抗腸熱之血清,以抗菌或解毒,然尚未得確有裨益者。又上所言之傷寒菌液,雖大有功於預防腸熱病,然以之治療該病,不見有何大效。

(己)治特狀法 毒血 Toxemia. 如病者能飲水,可使多飲,否則由直腸注射,或將鹽液由靜脈灌入。且須另施水浸法,因內外皆以水療,為治腦症狀之要法。頭癩及譫妄,頭上可施冰囊或冷濕布。若譫妄重而不安眠,則注射嗎啡於皮下,俾得甯睡為要。又或用空針按法行腰脊刺術,使硬腦膜(筋衣)內之

液，賴內壓力緩緩流出，直至不自流，然後拔出針而封其刺口，亦頗有效。此等病者，看護者須常關注，不可須臾離開。

腹痛及臃脹。治此狀之良法，為熱敷布，或加松節油尤佳，頗能減症狀而使病者舒暢。其法，先將寬法蘭絨帶，墊於病者腰下，兩邊俱留有餘，另用法蘭絨摺疊數重，濡於已加松節油一錢之沸水，取出扭乾，敷於腹上，將兩邊所餘絨帶束之。倘係胃被氣所充，可用灌胃管插入，俾氣得放出。若氣在結腸，可插長管入直腸放之。或將松節油與肥皂水調和，用長管由肛門注射。至於臃脹又兼舌乾，可將松節油十五滴 *ol. terebinth. 1cc* 調以牛乳或米湯，每三小時服一次，或將桂油 *ol. cassiae vel cinuamomi* 三至五滴調以水，每二小時服一次。倘原係食牛乳者，至顯此狀，可用乳水或蛋白水代乳。且由口服木炭末，銻劑，避瘟腦（那弗妥耳）*betanaphthol* 等。或注射垂體素 *pituitine* 或厄司連一釐五十分之一 *eserine 0.0013* 於皮下，均可。但決不可用鴉片治此狀。

腹瀉。倘每日至三四次以上者，可用澱粉和鴉片之注射直腸劑，或服銻藥之大劑量和複劑吐根散（衣必格雜散）*bismuth et pulv. ipecac. co.* 或用酸性止瀉合劑 *acid diarrhea mixture*，即醋酸鉛二釐，淡醋酸十五至二十量滴，醋酸嗎啡一釐六分之一至八分之一 *plumb. acet. 0.13, ac. acetic, dil. 1-1.25, morph. acetat. 0.01-0.008*。飲食宜畧減少，或用乳清及蛋白水以代牛乳。

大便秘結。此為多見之狀，雖無大害，然不如每二日，用肥皂水注射直腸一次。倘兼臃脹，則所射肥皂水，可另加松節油半量兩（15 cc）。至於瀉藥，若已過第一星期，決不可用。但於第一星期之首，或用蓖麻油 *ol. ricini* 之小劑量亦可。

腸出血。此時以靜息勿動為要。用便盆宜格外謹慎，最妙以寬大棉或紙墊代便盆，俟大便後取出焚之。宜禁食至八小時或十小時之久。口中嚼冰，又可敷輕冰囊於腹上。若顯

腦力虛脫之狀，可服刺激藥，或注射樟腦劑入皮下。倘心力衰竭，注射鹽液入皮下或靜脈，或能復原，此不過救急之法，不可援為常例，因恐致血復出也。或云用松節油，每三小時十量滴。至於鴉片，曾有人用小劑量，或注射嗎啡入皮下。但腸出血多與腸穿破同顯，而鴉片能致腸癱瘓，臃脹加甚，又能致腸穿之狀隱匿，故余近年不用。

腸穿孔及腹膜炎。此致命之險狀，倘及早診斷而速行手術，三分之一或能救，慎勿坐待至腹膜炎發現而益增其險。醫士及看護者凡護理腸熱病常宜十分注意，一顯此狀，立即行外科手術，勿以為過險而絕望。曾見一人行手術已至三次，而終歸痊癒。余之醫院，腸穿而行手術者二十，其中癒者七人。

膽囊炎。此患多能復原。然狀甚重而漸次加劇者，宜行外科手術。慢性膽囊炎，可服猶羅妥品大劑量，及用菌液療法。

血循環衰微。可施水療法，兼用激心藥，如注射番木鱈素(士的年)一釐五十分之一至二十分之一 strychnine 0.001-0.003 入皮下，每三小時一次。倘病者所飲之水不足，可射鹽液五百西西(500 cc)入靜脈。或服酒或狄吉他利酒十五量滴 digitalis 1 cc。又或注射狄吉他林(毛地黃素)一釐三十分之一 digitalin 0.002 入肌。惟斯妥反汀一釐百分之一較佳 strophanthine 0.00065。

腦力虛脫者，將樟腦二釐 camphor 0.13 溶於哥羅芳或俄利伐油 ol. olivae (已滅毒者)，或腎上腺素十五量滴注射肌內 epinephrin 1 cc。至於靜脈發炎者，可用棉花裹腿，安靜不動，痛則敷安撫藥。

含菌尿。若用顯微鏡，或培養法，檢查其尿含有傷寒桿菌，可服猶羅妥品十釐之劑量 urotropin (hexamin) 0.65，每日三次。或須服數星期，直至其尿無菌而止。服此藥時，尿宜為酸性，若為鹼性，宜和安息香酸鈉十釐 sod. benzoas 0.6 或先服酸式磷酸鈉 sod. phos. acid 倘病者尿仍含菌，醫士不可任之離院。

第九(精腺)乳房腮腺等炎。敷冰甕。若有成膿之狀，立即剖開以放膿。

瘰癧 *Becl-sores*。病延畧久者，須謹防此弊。每大小便後，宜潔治外皮揩乾，低處抹以酒精，墊以環形氣墊，間須側臥，皆預防之法也。

骨患。腸熱病之骨衣炎，雖不盡生膿，然生膿則宜剖開，謹慎刮淨，否則復發。又可試用傷寒菌液。至於腸熱病之脊患，宜用石膏背褙護衛之，以免受扭。尙輕者，可用外惹內效之藥，痛甚者，服鎮靜藥大劑量。

恢復期之調理法。患腸熱病至此期，醫士務必十分注意，因病者此時食難，倘即與食，恐致病，如發熱，消化不良或腸穿孔等。最妙待熱歸常度後十日，方試用固體食物，然後由此陸續增加。熱歸常度後一星期，病者始可倚坐，初少頃而後漸久，迨力稍復原，方可緩步。倘天氣和煦，可出外多受空氣。此時因心力腦力，尙未全復，勿宜動情，否則恐復發。若大便秘結，可注射水入直腸。若腹瀉或因結腸中之潰瘍未癒，須仍臥床，服鈔藥之大劑量，並以欵性藥液注射直腸。若只微熱，不必服藥，如果實係病復發，仍依治原病之法治療。腸熱病後之精神病，因甚棘手，須另請癲狂科治之，無論遲早，多能漸癒。至於靜脈炎後所致之腿腫，頗為困難，最妙日間常穿自縮襪，然不全復原者頗多。腸熱病後之神經炎。此患所致之肌癱瘓，每使病者憂慮，然雖緩癒，究能復原。當急性狀退後，可用揉捏法，使癱瘓之肌力如初。

帶傷寒菌人(藏菌者) *Typhoid carriers*。治帶傷寒菌者實難，宜常服猶羅安品之大劑量。昔人曾開腔甕洗之或射以X射線而獲效，或將由病者本體所出之菌製成菌液(自己菌液 *auto-genous vaccine*)，仍注射入其體，每十日一次，每次注射之菌數由二十五兆漸增至一千或一千五百兆，1,000,000,000—1,500,000,000。

總之，患腸熱病者癒後，醫士不能遽然捨置，無論在院在家，須常服藥，至確查其不帶傷寒菌，方可任其自由行動。

(二) 副腸熱病名又副傷寒

PARATYPHOID FEVER [Paratyphus]

定義 係一種急性傳染病，由甲乙二種副腸熱桿菌(副傷寒桿菌 bacillus paratyphosus A B) 所致。菌與傷寒桿菌有密切關係，且所致之病之現象亦與腸熱病極相類似。

源流 當一八九六年 Achard 及 Bensaude 二氏記載一腸熱病案，由之發見一種微生物，却非傷寒桿菌，因命名副腸熱桿菌(即乙菌)。至一九〇〇年，則有指陳其有甲乙二種者。嗣後關於此病有許多報告，而大戰時所得之經驗尤足給吾人以此病極豐富之知識。

發現 大戰前副腸熱病甲發於美國及印度者較多，副腸熱病乙發於歐洲者較多。戰爭時，各地患者人數之比例不一，但大抵以乙種為較常見。至於軍隊中，患腸熱病與患副腸熱病比較上的多寡，某營共計有患者四二一人，屬腸熱病者一六八四人，屬副腸熱病者二五三四人，另一軍營共計有患者五七〇〇人，屬副腸熱病者佔百分之九十三。其接種法(按指傷寒菌液之接種言)大多數祇能抵抗腸熱病。

原因 副腸熱病之微生物可由培養及凝集現象上與傷寒桿菌區別之。甲種較近似於傷寒桿菌，乙種較近似於腸炎桿菌及豕霍亂桿菌 *B. enteritidis* and *suipestifer*。傳染之情勢與腸熱病同。帶菌者於此病之傳染極為重要，於乙種尤甚。乙種有時與肉中毒並發。

病理 副腸熱桿菌之毒素不似傷寒桿菌毒素之有攻淋巴組織之趨勢，而似能致多種身體他部之損害。菌入血流，則身體任何部份皆可受其攻擊。腸之損害大致與腸熱病所致

者極類似，但易成淺層壞死，少致深潰瘍。有時有急性腸炎而不累其淋巴組織。統計表中有指明結腸往往發潰瘍者。腸出血及腸壁穿孔較腸熱病為少。此病可分數式：（一）敗血式 septicemic form，腸之改變輕微或無改變者。（二）與尋常腸熱病無可區別者。（三）痢疾式 dysenteric form，損害多在大腸。（四）損害顯於身體之某部份特多者。據某氏之考察，謂十七個致命醫案中，大腸受累者有十人。

症狀。潛伏期平均約十日。病之發生多半急驟。發時或現頭痛及腹痛，繼以傳染病之尋常病徵，如覺不舒，惡寒，全身疼痛。枝氣管炎常在早期發現。臨床狀況之不一致，一如腸熱病，宜按其顯著症狀如腸熱病式，敗血式，痢疾式，膽汁的，尿的，呼吸系的，關節的等而類別之。呆鈍之狀常極顯明，早期尤甚。頭痛往往甚劇。熱弧線（熱圖） fever curve 不規則，或為標準的腸熱病熱，約於第二週之末始就減退，發熱期或甚短，或有常期之緩解，或始終不規則。脈搏大抵緩慢而體溫升高，可為指明此病之要點。血壓常低。疹每與腸熱病之玫瑰疹相似，但時或為參差之大斑，高出皮面，按之，不全退色而留有色之區。疹有時遍發於全身。出汗為常見之狀，而在發熱為弛張類者尤然。脾往往腫大。腸道紊亂常顯著，在病之初發時更甚。乙種病尤然。出血重者少見。腸穿孔亦少見。並少有復發者。病期大抵較短於腸熱病。或謂病急性狀況既過，體之復元緩慢，而於恢復期當排解其精神之抑鬱。

併發病。多與腸熱病相似，尤易累及呼吸道，並引起連帶膽管受染的黃疸及腎炎，膿腫，關節炎。後發病與發於腸熱病者同，其損害甚或累及骨骼。

診斷。為實施計，腸熱病與副腸熱病可視為一病，就臨床方面言，所根據之事項亦相同，惟依據細菌學的診斷，始可視為絕對無疑。凝集試驗如現顯著之陽性反應，亦頗屬可靠。

豫後。普通人民死率甚低，約佔百分之一，但在軍隊中，死率較高。

豫防。與施於預防腸熱病者同，用預防接種法，亦有同等效力。惟所用菌液應為三合菌液 triple vaccine (傷寒桿菌並甲乙二種副傷寒桿菌製者)。帶菌者之重要，並須注意及之。

治法。與腸熱病同。

(三) 大腸桿菌傳染病

COLON BACILLUS INFECTIONS

大腸桿菌 *Bacillus coli communis* 及其同屬之菌，其形狀及生育暨致病之景況，與傷寒桿菌頗有相似之處。然大腸桿菌在無病之腸，常川駐劄，於人大約有裨益。大腸桿菌所致之患，頗難測定，且其患之輕重大相懸殊，或云所致之病不可枚舉。又或謂所致不過限於數種。倘欲將其工作暨常與為伍之他菌分辨，頗非易事，須各試以凝集現象 agglutination 始能別出。今將視為受大腸桿菌之傳染分列如下：

(一) 全身血的傳染 General Hemic Infections. (甲) 在終期傳染者 Terminal infections. 病者死後，大腸桿菌佈滿全體，血及各部均有之。又對於病重而延至頗久，及腸或腹膜之急性患者，當未死之前若干時，亦或能於血中覓得此菌，其死恐由此終期傳染所致。(乙)傳染而其景況及歷程頗與腸熱病相似者。(丙)全身傳染兼有繼發性膿腫者。(丁)為他病之繼發傳染，例如因腸熱病而起是也。

(二) 亞傳染 Sub-infections. 某醫士以為多種慢性病，如貧血，肝硬化等，或由其體恒久受大腸桿菌之輕染。又有醫士將養成之大腸桿菌所生毒質注射畜體，其結果係肝及血管壁硬化，然此事至今尚未查悉測定。

(三) 局部傳染 Local Infections. 此等患之證據較確,所遇者有數種: (甲) 腹膜炎. 此患之見於腸穿破,腸生潰瘍後被塞,絞窄性赫尼亞(勒疝)等者,亦或由大腸桿菌所致。

(乙) 此菌又能致膽囊及膽囊管發炎,或卡他性或膿性。

(丙) 染及泌尿系統. 受染最顯之部分即膀胱與腎盂,其受染之路有三: (一) 輸尿管(腎尿管). (二) 血循環. (三) 淋巴管. 此路血為要,次為腸之淋巴管;或其時兼遇大便秘結或腹瀉,致大腸之粘膜畧受傷,而大腸桿菌仍能由之入淋巴管。

更有因右腎受患每多於左腎,或因盲腸及升結腸之淋巴管與右腎連通,而左腎與乙狀結腸(曲腸)無此連通故也。

可分五類: (一) 在小兒者非罕,且女恒多於男. (二) 在孕婦,如孕期或產後,多係右腎盂受患. (三) 為他病之一種繼發傳染,特在腸熱病為然. (四) 在成人,或男或女,一若先未患何腸疾,而突發腎盂炎,或兼患膀胱粘膜炎者;此類最頑痼,且或繼續患慢性關節炎. (五) 新嫁婦女之起膀胱炎及尿道炎,有時係由感染大腸桿菌所致,故醫者須細心考察,不可貿然視為淋病。

(丁) 染及腸. 或以為腸之各類病,如十二指腸(小腸上段)潰瘍,闌尾炎等,以及胃潰瘍,皆起於大腸桿菌或其生毒素,但其證據非最足恃者。

(戊) 此外更有數種傳染局部之患,認為大腸桿菌所致,如急性腦膜炎,腦膿腫,心內膜炎,體內某某等處膿腫等,但用培養菌及接種於畜之法證之而能得確據者尙少。

治法. 全身傳染者應休息,調理飲食並飲多量之水. 該病局部傳染者各宜按其情況施治,如腹膜炎及膽囊炎等,參觀各之治法. 泌尿道傳染者,食物宜淡薄,飲多量之水,並用防尿毒劑,如六炅四經(猶羅妥品)四十至六十厘(2.6—4gm). 局部

治療於膀胱炎及數種腎盂炎,用灌洗術殊為有效。自己菌液之接種或有助於治療,但多屬無效。

(四) 膿腫性病 PYOGENIC DISEASES

(敗血病,腐血病,膿毒血病,病竈傳染,終期傳染)

(*Septicemia, Suppuration, Pyemia. Local Infections, Terminal Infections*)

定義 此等染患不僅一端,致此之菌亦不僅一種,惟生膿之球菌為其最常最要者。此一類傳染病之表狀為發熱,寒戰,白血球增多,或甚顯中毒狀,亦間或顯膿性竈局等。傳染infection者,致病之菌侵入體之謂也,既入體則生毒以顯其害,曰中毒intoxication,故傳染與中毒二者,不易截然劃其界限。惟致傳染之物(如菌等)能孳生,而體所中之毒不能孳生,只能顯其毒性,一如化學之毒素。然此毒仍由菌或植物細胞或動物細胞之作用而發。

(甲) 局部性傳染兼生毒素

LOCAL INFECTIONS WITH DEVELOPMENT OF TOXINS

多種傳染病本此,如破傷風(瘥),白喉,丹毒,大葉肺炎,均係局部傳染,而致病之菌亦各於其局部生長。至全身之狀,實由菌之毒被體吸收而致。試證明之,如將已去菌之白喉病毒素diphtheria toxin注射畜體,能致全身顯症狀,與尋常白喉病同,至於破傷風病毒素tetanus toxin亦然。毒吸入體後所顯之狀,亦有為多種傳染病所公有者,更有特別者。其公有狀為寒戰,發熱,欠爽,體弱,脈快,輾轉不甯,頭痛等,而以發熱為最常。且其毒之害,多顯於神經系統及血循環,由此二系統顯狀之輕重,可規其中毒之深淺。至其特別狀,觀白喉病毒,特攻神經系統,致周圍性神經發炎。破傷風毒特攻運動性神經單位(司動腦脈核) motor neurons,致肌顯強直性痙攣。

(乙)敗血病 SEPTICEMIA, SEPTICÆMIA

此一病名之西文原意，據昔日外科學之界說而言，係指體之血及組織被膿菌所侵。據一般內科家之界說而言，則係指菌類侵血及組織，不問有無局部性傳染，但無生膿之遷徙性病竈 metastatic focus。（即遷徙性繼發膿腫）然侵入血循環之菌孳生力極大，最要將此種情況與局部傳染及毒侵入血者畫定一明晰之界限，前者可名菌血病（血染菌病）bacteremia 後者可名毒血病（血中毒病）toxemia。

(子)局部傳染的進行性敗血病 Progressive Septicemia from Local Infection. 鏈球菌 streptococcus 及葡萄球菌 staphylococcus 侵入體，大約先為局部患，僅其所生之毒素侵入血循環。然亦有此菌侵入血及組織而成菌血病，以致病勢加重者。此外如大葉肺炎，脾脫疽（獸疔症），淋病（白濁），產後熱等，亦或有初起時其受侵為局部性，繼則轉為全身性者。此等傳染病之症狀，產後菌染血或剖屍自傷者，易有之。大約受染後閱二十四小時初狀即顯，亦有延至三四日者。在剖屍自傷者，若患甚，則其受累之淋巴管，顯有紅紋，患愈進則紅紋愈長。此二患之公狀，為寒戰或怯冷，熱度畧高，逐日漸升，但每日亦有加減，亦有暫退而復起者。脈小而易壓，數約一百二十至，或過之。腸胃之作用紊亂，舌乾，有棕色苔而舌邊紅。或譫妄早顯，或魯鈍。病勢漸進，則面變白或微黃。體中毛細管出血亦時有之。

鏈球菌之染較為危險，曾見染後閱二十四小時致命者，然亦有延至數日或數星期，而死否無定者。剖驗受染而死之屍，則見血色較深，漿膜面多出血區，脾增大而軟，然血管內無血栓或栓子（漂圓），且其受染之原處，或無甚異常之景況。至於染鏈球菌者，生前之症狀，與染葡萄球菌者畧殊，其譫妄較少，神經過敏，貧血較顯。染血之患多為並發的，因數種菌先後侵入而

起，如患白喉病者又受鏈球菌之染，遂致成危疾。腸熱病及結核病亦然。此後侵入者，常為鏈球菌，然亦為他菌者。

(丑) 未察見局部傳染的敗血病 Septicemia Without Recognizable Local Infection, 又名隱原性敗血病 Cryptogenetic Septicemia. 此患近日醫界始畧明其理，且視為非常之要病。患者或素壯健，然已受急性病或慢性病之斃喪者尤多。致病之菌不一，最尋常者為鏈球菌，亦有肺炎球菌，葡萄球菌，坡替司桿菌，綠膿桿菌，流行性感胃桿菌等。症狀微異，關乎致病之菌，如寒戰，熱度高而不規則，頗與膿毒傳染相似。其由鏈球菌致者，較由肺炎球菌致者，尤為相似。

此病所以名隱原性敗血病者，因其不但生前未察見受染之病竈 focus，即死後剖驗，恐仍不能尋出。雖多染於病之末期，然在原係壯健之體，熱度忽高，後則不按規則，頗似膿毒傳染，且纏綿至數星期之久。苟詳查其決非結核病與瘧，又未尋出他種致病之證者，可疑為隱原性敗血病。

(丙) 膿毒血病又名膿毒病 (串瘰) PYEMIA, PYEMIA

侵入血循環及體組織之菌，間或停留於若干局部，生膿成多數膿腫，謂之膿毒血病又名膿毒敗血病或敗血膿毒病 septicopyemia。生膿無一定之特菌，最常者為鏈球菌及葡萄球菌，又有肺炎球菌，淋病球菌，及大腸桿菌，傷寒桿菌，流行性感胃桿菌，綠膿桿菌，坡替司桿菌等。膿毒血病大半能覓出局部之傳染路，曰染性病竈或傳染竈局 focus of infection，如生膿之外傷，骨髓炎，淋病，膿性中耳炎，膿胸，淋巴腺或闌尾之周圍生膿等。

試觀生膿之外傷，膿菌能致小血管死，而內結血栓，或致膿性靜脈炎。迨後血栓脫落之屑（即栓子），或漂流至他處而塞其小血管。苟此等栓子內無菌，則僅在此成梗塞（印法）infarct。倘含菌而適合其孳生之景況，則或於此處成膿腫，特稱栓塞性

膿腫或遷徙性膿腫 embolic or metastatic abscess. 今將該病遷徙之所在列下:

(甲) 在外傷,骨髓炎,急膿性皮內炎等病,必多漂流至肺內之動脈,致成筍形之肺脈梗塞而生膿腫,後或由此遷徙於體中

(乙) 由門靜脈所發源之部(腸為最)多有此遷徙至肝。

又各種敗血病,每易致心內膜炎 endocarditis 致原病之症狀變異。且在心瓣炎之增殖物曾覓得鏈球菌,葡萄球菌,肺炎球菌,淋病球菌,及結核桿菌,傷寒桿菌,炭疽桿菌(獸疔種)等,而最常者為鏈球菌及葡萄球菌。迨心瓣患處之增殖物 vegetations 上所結血栓被血循環遷移成栓子(漂團),則致身之多處成梗塞或成多數性膿腫。

症狀 原染處若係外傷,則於特狀未顯之先,其傷或畧變重倘傷處流膿,膿亦或變。膿毒血病之初狀,為寒戰大作,熱升至一百零三四度(三十九·五至四〇),繼出多汗。其寒戰或每日或間一日復發,前後寒戰相距之間,亦或微熱。病者顯沉重之全身症狀,不思飲食,發嘔,或吐,病勢愈進,體愈瘦弱,皮常發暫時之紅斑(癍)。膿毒血病之局部,或顯特證,如在肺則有氣喘咳嗽。至於胸膜及心包亦或受累,所致貧血頗甚,皮白,後或染暗色而微黃,脾增大,倘脾處極痛,或係栓子所致之脾周圍炎。患最急性者類似重腸熱病之情況 typhoid state, 病者昏迷而死。

皮膚損害 Skin Lesions. 極多。紅斑 erythema (即所謂外科猩紅熱者 surgical scarlet fever), 從受染傷口或面部或胸部發現,蔓延極廣。紫癍 purpura 見於各種劇烈過度之敗血病者為廣佈之損害。在病之晚期見者為顯著的稀疏紅疹,發於身體之種種部份。敗血病之急性紫癍可於三十六小時內完全遍佈,尋常有暗紅斑為之前驅。膿泡,水泡,深膿泡 ecthyma, 蕁蕨

疹 urticaria 及丘疹 papular rashes 間或併發。尋常之疱疹(候陪) herpes則罕見。

患久者纏綿至數月,寒戰或相距畧遠,熱度不按規則,病者之景况每月改變,大約漸次疲憊。

診斷 臨診此病時,每易遺漏,或誤認為他病,然其原於外傷,手術,產後者,尙易辨識。易遺漏或誤認者,原染如下: (一)骨髓炎 osteo-myelitis, 因受患之部分有限,其局部狀不甚顯,究之全身狀最重,歷程迅速,或至剖驗時始覓得受染之原。(二)淋病或前列腺膿腫(膀胱底腺瘻) prostatic abscess, 亦爲此患之染原。(三)腸熱病,有時與膿毒血病混淆,而尤以纏綿日久者爲然,因皆有腹瀉,體極弱,譫妄,熱度不規則,脾增大等狀也。然在膿毒血病白血球增多,而腸熱病則不然。(四)潰瘍性心內膜炎 ulcerative endocarditis, 急性粟粒結核病 acute miliary tuberculosis 或與膿毒血病頗相似。(五)熱病後之關節炎,如在猩紅熱病後,或淋病後之關節炎,可以爲膿毒血病之畧輕者,關節有時生膿,致由此散佈該病。(六)結核性腎病及石性腎盂炎 calculous pyelitis, 寒戰,發汗,屑見迭出,亦由受膿菌之染。又熱帶地之敗血病與膿毒血病,每致誤認爲瘧。然與瘧易於混淆者,更有肺結核病,膿胸,肝膿腫等,其辨別詳瘧病篇。又如惡性貧血,竇內傳染性血栓形成 infective sinus thrombosis, 何杰金氏病 Hodgkin's disease, 膽囊炎,輸膽總管口被膽石塞,速長之癌等數者兼發之寒戰,每易誤爲膿毒血病。

治法 (甲)全身治法 須予以富於滋養之液體及柔和食品至每日達至三千卡羅利(熱力單位),並投退印(蛋白質)八十克蘭姆。用甘汞及鹽類瀉劑妥爲導瀉有益並須用鎮靜劑以助安睡。

(乙)外科治法 若其膿爲手術所能及者,只須剝開,引膿外出,剝開後,熱或驟退。倘其染性病竈非手術所能及,則姑治

其敗血病即用菌液血清療法治之。

(丙)菌液及血清療法 從患者病竈製成自己菌液，較從藥房購者佳。倘不能提出確實致病之菌，可用平球常抗鏈菌血清 *antistreptococcus serum* 或多價血清 *polyvalent serum*。

(丁)藥療法 無特別良藥，慎勿用退熱藥，如安替派林之類，因其只能暫退熱而反致病體虛弱也。倘必用藥治，其惟奎寧（貴林），但收效或否，未可預知。

(丁)病竈傳染 FOCAL INFECTION

傳染之局部病竈可為急性敗血病之源，但在慢性傳染者亦可發生遠距離及重要之顯狀。病竈所致之傳染或累局部或累全身。病竈性膿毒 *focal sepsis* 之重要及發現之多少近為醫界所重視，且有許多原因不明之病可因此探索其淵源。傳染之病竈或原發或繼發。繼發者大抵為血或淋巴傳染之結果。

原因 與此種傳染有關係之微生物為數種鏈球菌如溶血性鏈球菌 *Streptococcus haemolyticus*，粘液性鏈球菌 *S. mucosus*，綠鏈球菌 *S. viridans* 等。此類菌之毒力不一，溶血性之大小更不一致，大腸桿菌亦時為此種傳染之源。病竈可見於身體之許多部份，或潰開於表面，或深藏。前者例如齒槽膿病 *pyorrhoea alveolaris* 是，後者例如牙根之深藏膿腫是。此種局部傳染固可位於身體諸多部份，而大多數則在口內或腭扁桃體。據考察所得，扁桃體深部傳染及牙根周圍膿腫，而表面或無指徵者殊為常見。鼻或鼻副竇，枝氣管，膽囊，闌尾，腸，男女盆內臟，及泌尿道之傳染亦可引起之。

病理 損害之種類不一，幾可發於身體任何部份。大抵最常受累之處為關節及纖維組織（筋性組織）。關節炎為常

特殊傳染病

見者，且許多原因不明之疼痛，所稱為肌痛，神經炎，慢性及肌的風濕病 chronic and muscular rheumatism 者實皆由於繼病竈而發的纖維織炎（筋組織炎）fibrositis 所致。所致其他之損害為心內膜炎，心肌炎，胃潰瘍，膽囊炎，闌尾炎及腎炎。所以有此種損害者，由於毒素被吸，或由於細菌自身入血或淋巴被帶至他部而致。因吸收毒素而致全身中毒者不少。病者之體時或對菌之坡退印（蛋白質）而生敏感 sensitized。所致損害無何種特殊性尋常多係間發急性增劇之慢性炎而要皆有變為慢性之趨勢。此類菌之毒力大抵不甚強烈。傳染病竈致病難易之差異，關乎患者之天然抵抗力及免疫性。

症狀 因是病可累及許多組織，故其症狀不能一一詳舉。然通常亦有數端可資記載。（一）傳染多呈慢性，且時有變異。例如繼發性關節炎大概為亞急性或慢性，然亦間有始終為急性者，慢性而兼急性增劇者尤多。（二）症狀之發現可因間發病或消耗病而顯著。（三）身體之健康易受妨害。（四）因病之進行過慢，故不常見有顯著的熱病所致之急性現象。（五）有貧血及營養妨碍之趨勢。

診斷 不能有確定事項規定之。首要者為辨別病竈傳染所及之重要部份。慢性關節炎及纖維織炎（筋織炎）並非原發之疾患，乃他處傳染之繼發者。如病者有淋病關節炎，必具原發的局部病竈，此為吾人所已知。原發病竈常宜探察及之。此種病竈或不致症狀，故身體各種器官或須多所檢查。如無表示病竈在何處之指徵，則可先檢查其齒及腮扁桃。鼻腔及鼻副竇，枝氣管，膽囊等亦須加以考查。在辨認膽管受染上，培養十二指腸內之菌亦殊屬重要。凡所查得之病竈或未必為確有關係者，因病竈為數或不止一個。

豫後 與豫後有關者有多端，如個人之抵抗力，微生物之毒性及病體改變之輕重，均須考慮。如關節受損之區極大，縱將傳染病竈除去，不能補起其所已壞者而祇或可防免其不致再壞。行合宜之治法愈早，豫後當然愈佳。

治法 (一) 除去其原因(即傳染病竈)。此有賴於相當之診斷，且須診查明確而後實施。某人口受染，恐其真病竈在前列線也。在全身症狀為急性者，治療其病竈，宜加謹慎。(二) 菌液療法。有時此法殊效，能用其自己菌液尤妙。(三) 非特性坡退印(蛋白質) non-specific protein 之注射。例如注射已殺滅的傷寒桿菌五千萬個於靜脈內。此法之有效，業經証實，施於慢性關節炎，尤有奇效，但須細心為之。(四) 令病者注意普通衛生，以增進抗病力。新鮮空氣，日光，豐美之食品，療治貧血之相當方法，均屬必要。

(戊) 終期傳染 TERMINAL INFECTIONS

尤可異者，病死者非必死於原患之病，蓋患慢性病者常見其由後加急性傳染，以致殞命，此所謂終期傳染者是也。此種傳染，或局部，或及全身。而以局部為最常，如慢性腎炎，動脈硬化，慢性心病，肝硬化等之終期傳染常係局所之患。以漿膜受累為多，如胸膜，心包，腹膜等炎病，又或腦膜炎及心內膜炎，由此致命。所染之菌不一，鏈球菌為最常。亦有肺炎葡萄，淋病等球菌，及坡替司(變形桿菌) *B. proteus*，綠膿等桿菌。染及全身者較少，然於慢性腎病，慢性心病，何杰金氏病，白血球增多病，慢性結核病等，會遇全身之終期傳染。且近年查悉患慢性病久者，其血清之抗菌力，不及無病者之血清，故受染易於致命。更有多種慢性病，其致命由腸並結腸炎 *entero-colitis*，此炎亦或屬終期傳染。

(五) 丹毒(痧症又名血蛇) Erysipelas

定義 此為膿菌染體之特症,由丹毒鏈球菌 *Streptococcus erysipelatis* 所致,其表狀即皮顯局部發炎而蔓延,體溫增高,兼顯血中毒之狀。

病原 此病無論何地皆有之,為限於一處之地方病,亦有時傳遞成流行病。然而是否賴天氣水土以助其佈散則未之悉。每於春季最盛。而在衰舊之院宇局廠,空氣不通,衛生不善者尤易患之。近日衛生學頗有進步,故此病大減。然新建之病院,衛生法尚稱精善之處,亦或有之。此雖為傳染之病,亦能由接種而傳染,但其傳染不能達及遠處,非遇特別景况,毒力亦不甚大。然其毒能寄寓於患者臥室之器物,床榻,被褥等,即牆壁亦然。未受患者亦能為傳遞之介紹。

易患丹毒者頗衆,而在受傷,皮破,新產,新受手術者,尤易患之。然不必定有明顯之傷口,亦能受染。究之凡丹毒之屬特發性 *idiopathic* 者,其鼻中或脣上,難言毫無微傷。且有時由鼻腔粘膜,直穿過組織而至皮。易患丹毒者常見於患慢性中酒,體弱,慢性腎炎等者,亦有得自遺傳者。

致病者為一種鏈球菌,生長成長鏈,此菌與生膿鏈球菌為同類,或與之無異。病者發熱及他全身症狀,乃起於中該菌所生之毒素,而其內臟之重狀,大約由受其遷徙之繼發性傳染。

病理解剖 丹毒係一種純炎,故死後剖驗,患處大約僅察見炎性水腫。曾查悉其球菌,常寄於淋巴微隙,而在炎處蔓延之四圍尤多。至於炎圍外尚未受累之組織,其菌多寄於淋巴管,或云白血球與球菌相爭,即在此。病重而蔓延廣者,常致生膿。

在肺,脾,腎,或致梗塞,甚或致全身顯膿毒血病之症狀,亦或顯惡性心內膜炎,膿性心包炎,胸膜炎,急性腎炎等,間或有顯腦膜炎及肺炎者,但罕見。

症狀 此段所載，爲頭面二部丹毒之症狀，因屬內科範圍者，多在此種。潛伏期無定，大約三至七日。

侵入期多發寒戰，繼則溫度速升，且顯急性熱病之他狀。若在局所皮破，則傷處微發紅，倘係特發者，閱數小時，鼻梁及頰亦微變紅，皮腫而張緊，未至二十四小時，丹毒之局部特狀即成，如皮光滑水腫，緊而色紅，扪之覺熱，間或表皮成皰。病者自謂皮面束縛難堪，且其皮腫速劇。及第二日，眼瞼已閉合，至不能啟。患處之邊漸延開，而中央初起處色漸淡而腫漸退。既延至額，則其邊凸如硬脊，陸續向前進行，即在邊外皮尙未紅處之下亦能扪覺之。雖患丹毒非烈者，面亦腫甚，眼瞼亦閉合，唇水腫，耳增厚，顱皮亦腫，面容變至不能認識，面耳及額亦或生皰，頸之淋巴腺變大，然因頸亦俱腫，故尙不甚顯。溫度高而不大增減，如是四五日，後至病極而陡退。檢查其血，則白血球增多。至全身情況，關乎其人生平之健否，如年老體弱而尤或嗜酒者，自病起時元氣即已大虧。其狀爲譫妄，舌乾，脈弱。且多因血中毒而死。然多半患丹毒者，雖其局部蔓延畧廣，究之其全身狀除高熱度所致者外，其餘尙輕。有時口咽粘膜紅而腫，間或蔓延至喉，但此處之水腫，約常由外皮直接傳入。

其炎之蔓延，有時由面至頸及胸，或至體之此處彼處，是特稱遷徙性丹毒 *erysipelas migrans*。面之丹毒每生膿，此足以表明丹毒菌與膿菌頗相聯屬。頰額頸等處常生淺膿腫，顱皮下亦或積膿甚多。

併發病 腦膜炎罕見，即大顯腦症狀而死者，剖驗之，究少覺得腦膜發炎之證。心內膜潰瘍性炎及膿毒血病頗多。肺炎，腎炎，間或遇之。尿大概含蛋白素而在五十歲以上者尤然。

診斷 大約不難，因其初起之景況，溫度之速升，局所之現象，皆爲特別，甚易辨認。

豫後 患者若原係強健壯年，致命者少。醫院核計一般患丹毒死者之總數，約居百分之七。初生嬰兒，臍處患丹毒，常致殞命。在嗜酒者及年老者頗險。其死或由熱度過高，尤有關於血中毒。遷徙性丹毒雖纏綿頗久，終或由力耗竭而死。

治法 病人宜隔離獨居，在醫院者尤當注意，恐染及他病人。至於療治此病之醫士，不可又兼護產。夫丹毒之傳染有限量，病者多能自癒，或毋庸內服何藥。飲食須有滋養而易消化者，宜飲多量之水。除老弱者外，不必用激藥。在輾轉不寧，譫妄，不寐者，可服氫醑（哥拉）chloral 或溴化物 bromides。倘無效，則服鴉片。熱度高者，可用水擦法或用退熱藥，如醋柳酸。

可注射抗鏈球菌血清，或用病者本體之菌製成菌液注射更佳。

論及特藥，氫化高鐵酒每劑半錢至一錢，每三四小時一次，或云頗有效。余則以為內服之藥有效者甚少。

局部藥中之可用者為魚石瀝（魚岩乾溜油）ichthyol（每一分調四分，羊毛脂製成軟膏），氫化高汞溶效（五千分之一），柳酸（五百分之一），油漬石炭酸（百分之五），硫酸鎂之飽和溶液，硬脂酸鋅粉 zinc. stearas，火棉膠（可羅第恩）collodium 或火棉膠魚石瀝（一比四）。用碘酒塗搽皮膚上尚未延及之區，有時亦驗。

用冷水亦佳，若病累及臉間，宜敷硼酸布墊，並每日滴以阿久羅溶液 argyrol（百分十）數次，每次滴入一二滴。

（六）白喉病又名狄扶的里亞（疥症或白喉痧）

DIPHTHERIA

定義 此為特殊傳染病，其表狀即局部性血纖維滲出物在粘膜上成膜，多顯於咽（喉）之粘膜，兼有全身症狀，係血循環中原染處所生毒素之故。致病者為白喉桿菌 *B. diphtheriae* 又名克勒李司氏呂弗琉氏桿菌 *Klebs-Loeffler bacillus*。倘在患處覓得此菌，即係此病與他種成膜之粘膜炎之異點。更有他種

咽粘膜炎，易誤爲白喉病，然實由他菌所致，特稱類白喉病 diphtheroid。其患約較白喉病輕，但有時全身狀重，或後顯肌癱，一如患白喉者然。

病原 白喉病常發於人烟稠密處，屬地方性病，亦有時佈散成流行性病。歐美頗多，中國亦有之，然熱帶較少，甚或蔓延廣遠，同時波及數國，但未悉其本何理而如此佈散之廣。然空氣乾燥，似爲其傳播之助，且秋季尤盛行，與腸熱病相似。

傳染景況 Modes of infection 白喉爲最易傳染之病，其傳染景況不一。（甲）由患者直接傳染。傳染病之致醫士及看護者受染而殞命罕有如此病之多者。（乙）由衣物傳染。衣被器具，皆能寄寓白喉菌，且此菌能活至數月，而爲傳染之媒。（丙）非標準的白喉病人亦能爲染媒，如自白喉菌所致之鼻卡他炎，鼻假膜炎，輕扁桃炎，耳流膿等，亦皆能傳染白喉病。（丁）由間接傳染。如人與患白喉者遇，雖本體尙未罹災，竟或成帶白喉菌者，且曾從其咽中之物，培養出白喉菌。（戊）嘗見大城鎮之小兒雖無咽鼻部之卡他炎，且似未與患白喉者接近，然竟帶白喉菌。此白喉菌之毒力，大小不等，毒力大者能傳染人，小者則否。校內生徒，常啣筆端或他物於口中，倘從口取出後，他白喉癒後許生徒復啣之，則易傳遞白喉菌。（己）由患者癒後傳染。患白喉癒後許久，喉中或猶潛伏有毒力強大之白喉菌。（庚）由牛乳傳染。（辛）有時由培養白喉菌偶然感染，但罕見。亦有由獸畜而染者。昔以爲能由空氣傳染，因陰溝之穢氣，溝渠之渣滓，地面之塵埃，播揚於空氣中，近日則謂不然。

素因 年齡甚有關係，患在吮乳時者少，一歲至二歲者居多，二歲至五歲者尤多，且女兒多於男兒。曾核計紐約城十年間患白喉死者之數，百分中在五歲以下者居八十，五歲至十歲者居十七，十歲以上者只二。時令以秋冬二季爲尤盛行。至

於水土及地勢高卑，似與患白喉無關。種族亦然，但易受性人各不同。

個體之易感性殊形奇特，不但有許多人接觸病人而能免於受染，即咽有毒性菌棲止或生長者，亦無病患。人體血中有抗毒素者約百分之七十，故能藉資保護。雪克氏反應 Schick reaction (注射白喉毒素於皮中) 在人體有無免疫性之試驗上，大有助力。其陰性反應 negative reaction 指示人體有白喉抗毒素，在未具抗毒素者，則令皮膚發生反應。

白喉桿菌(克勒李司氏呂弗琉氏桿菌) Klebs-Loeffler or Diphtheria bacillus 醫家調查疑為患白喉之病，曾見含此菌者佔百分之七十二，常寄於所成之假膜，而非在假膜下之粘膜，然或畧有若干達入內部，如剖驗時，曾在血循環及內臟覓得。又或於病者生時，顯於血循環，但最罕見。至於患白喉所見之枝氣管肺炎 broncho-pneumonia，或專致自白喉菌，亦或兼因他菌。白喉菌除在咽以外，凡由白喉而致之炎，如結合膜炎，中耳炎，外傷炎，外生殖器之粘膜炎，鼻膜炎，潰瘍性心內膜炎等，亦或有之。甚或不成膜之卡他性咽炎，扁桃窩炎亦有之。且寄於無病者之咽，而以看謔白喉病或與患白喉同室者為尤然。更遇於患白喉既癒之後，而在其咽能存至數月或歲餘。其所以如此之久者，或謂因上頷竇(頰穴)亦感染之故。

白喉菌之毒素 凡死於白喉者，實因血中患處之菌所生毒素，而非由其本菌入血及組織也。試證明之，如將肉湯培養基培養該菌，旋用法使菌及其毒素隔離，而注射毒素於荷豚豬，則見所顯症狀與患白喉者毫無殊異，惟患處無假膜而已。

與白喉菌相伴之菌 Associated bacteria. 此等菌不一，最要者為生膿鏈球菌，更有肺炎球菌，大腸桿菌，金色膿球菌，白色膿球菌及無病者之口咽所常含之他菌等。

類白喉之炎 Diphtheroid Inflammations. 凡發炎成假膜而無白喉桿菌者,均稱類白喉炎,或稱假性白喉病 Pseudo-diphtheria, 但其說尚不甚精確,亦稱鏈球菌白喉炎,因其炎常本於此菌。大概發炎成假膜者,百分中約三十至四十爲類白喉,而六十至七十爲真白喉。凡類白喉之炎,症狀與真白喉多相彷彿,如急性卡他性咽炎,腭扁桃窩炎等,惟檢查其菌始能辨別。且類白喉之炎,多伴急性熱病而發,如猩紅熱,麻疹,腸熱,天哮(哮喘)等,約常較真白喉輕,但有時不然。又其後患,如血染鏈球菌,癩瘡等,亦或甚重,然大概不能傳染他人。

病理解剖 初起時,咽中之菌毒素損害粘膜,致一薄層壞死,但白喉菌不孳生於活組織而孳生於死組織。菌之作用,蓋致粘膜發炎,滲出含多血纖維素(血絲)之液,凝結成假膜。此膜係血絲,死組織,死血球,白喉桿菌,鏈球菌等所成。其始緊粘貼於粘膜上,倘撕開則出血,迨後則鬆弛而易於脫落。膜所附麗之處,先約在咽及腭扁桃,或及腭帆(簾)腭懸雍垂,後或延至喉(嚔),鼻後孔,耳咽管,氣管等,然而至食管者罕。如果在鼻,能致鼻塞閉,在喉及枝氣管則甚險,能致窒息(氣閉)至死。病劇者,或致假膜下之粘膜壞死,有時潰穿血管,甚至出血殞命。至於內臟或亦顯改變,如心肌炎及心內膜炎,曾於其早期見之,但剖驗時,常見心組織有脂肪性變,或心肌纖維有透明性變。肺受累者頗多,最常見者爲枝氣管肺炎(肺小葉炎),其死或由於此。腎被菌毒素所害亦發炎,或顯壞變之狀。肝及脾亦然。

症狀 潛伏期二至七日,然強半僅二日。初狀與尋常熱病畧同,即微畏寒,發熱,腰與四肢痠痛,但病最輕者,此等狀幾不足計。病兒或不至臥床,約歷二十四小時,熱即升至一百零二三度(三十九至三十九.五),甚或至一百零四度(四十),尤小之兒或顯驚厥(癇癇)。

咽部白喉病 Pharyngeal Diphtheria. 常見者，初狀為咽門發紅，病兒之喧嚷，蓋因嚥物困難之故。先在腭扁桃顯出假膜，倘粘膜初為零星之點，或與腭扁桃窩滲出之白物難分辨，咽門之此膜仍紅，而腭扁桃腫。至第三日，此膜已掩腭扁桃及咽腭弓（喉門柱），甚或至腭懸雍垂及咽後壁，而腭懸雍垂顯水腫。假膜先為白灰色，繼變污灰白色或黃白色，緊着於粘膜上；倘揭去，則其下之粘膜有蛀蝕形，而且出血。未幾復生假膜，頸淋巴腺亦腫，或且痛。倘病不甚重，患者尚不困難。若無併發病，則熱不過一百零二、三度（三十九至三十九·五），脈搏亦僅一百及一百二十至。迨後咽之症狀漸退，頸腫亦漸消，而假膜脫離。至第七日及第十日，則見咽已淨盡，而病漸痊癒。

至於非標準的白喉 Atypical diphtheria. 為最常見，今列於下。

(甲) 只發卡他性咽炎或兼咳嗽，有哮吼聲，然無假膜，須覓出白喉桿菌始能診斷。此種輕患，亦甚可畏，能傳及他小兒，使發較重之病。(乙) 腭扁桃有糊樣質蔽之，但不至成假膜。(丙) 其膜為零星之點，多顯於腭扁桃。(丁) 或自始至終，狀與腭扁桃窩炎同，而患甚輕，抑或該窩所附之點，擴張成膜，蔓延至咽及鼻，致顯重中毒狀。(戊) 更有一種，或稱隱（潛伏性）白喉 latent diphtheria，多繼消耗病而起，如在結核病，佝僂病（嬰兒骨軟病）rickets等之後。所顯係發熱，咽之鼻部炎，及腸胃症狀。初患或不覺其為白喉，迨至喉受累，或剖驗後而始知之。

全身感染 患處輕者全身症狀亦輕，然亦有患處重而全身症狀仍輕者，究之全身症狀之重輕，大約常與患處之狀作正比。更有初起即甚顯中毒之狀者，如脈搏小而速，熱度高（亦有不及常度者），腦受累甚深，閱二三日精力耗竭而死，但罕見。如此之重狀，大約發現較遲，如在咽炎至極之際，在患處寬廣及組織壞死甚臭惡者常見之。此時頸淋巴腺亦變極大，頸之結

締組織亦或壞死。面色灰白。患白喉者之白血球增多，但此狀無裨於豫後，因最輕之白喉病亦然。

鼻部白喉病 咽患白喉病能蔓延及鼻，或成假膜，或否大抵鼻之成假膜炎有二種：（一）為輕性者，然為患最奇。其膜約專附於咽，且無全身症狀，又少染及他小兒，強半含白喉桿菌，不含者僅居少數。（二）為惡性者，或徑自鼻起，或由咽傳及，能蔓延至耳咽管及中耳，致生膿。或至淚管及結合膜或上額竇頸淋巴腺亦大腫，其全身症狀重而患甚險。

喉部白喉病 Laryngeal Diphtheria. 此病又名假膜性克盧潑（假膜性格魯布），或真克盧潑（真格魯布）（真哮吼症） membranous or true croup, 含白喉桿菌者居多。至於含鏈球菌者，常繼他種急性病而起。

症狀。無論含白喉桿菌否，大畧相同。初狀為微嘎聲，兼有克盧潑（哮吼）聲咳嗽，而輕重不等。閱一二日，景況變劇，或特在夜間驟顯呼吸困難，此或由喉肌痙攣所致。先屬陣發性，旋速變為前後接連，呼吸均難，而呼尤甚，吸時，腹上部及下肋（脇）間處均塌陷。其聲嘎，或暗暗無聲。面與指尖青紫，由血欠瀰所致。病兒輾轉不寧，因欲呼吸而不得之故。咳嗽時，或排出碎假膜若干。熱度或不甚高，脈極速，倘血欠瀰則脈極細。患輕者面不青紫，發陣攣性痙攣一二次即安眠，迨次朝醒覺，頗舒暢，至夜復發，或加重不等。患重者呼吸困難，甚迫切，愈進愈劇，面部之青紫愈甚。其先輾轉最烈，繼則半昏迷而終死，此由腦中樞中毒所致。更有患者，病起不如此之驟，然全身症狀尤重，熱度尤高，頸淋巴腺亦或腫。有時繼發大葉肺炎，其假膜或延至氣管（總氣管）而呼吸愈難，此種甚險。

他處患白喉病 他處之粘膜亦能患白喉，如結合膜，或徑自結合膜而起，或由鼻染及。又如外耳道（耳外管），由中耳

炎蔓延，但罕見。有時患於口，唇，肛門，外生殖器等之粘膜，或環繞此等之外皮，然外皮受染，惟於病重者見之。至於傷口及潰瘍，亦或患假膜炎，由鏈球菌所致，較由白喉桿菌所致更多。

併發病及後患 局部併發病，如出血，曾於鼻或咽之潰爛性重者見之。至於皮或發瀰漫性紅斑及風疹塊，病重者或顯紫癩（瘀斑）。因白喉死者，幾盡有細枝氣管炎及枝氣管肺炎，或含膿菌之碎膜，被吸入肺，致成肺壞疽，而由此咳血殞命。至於血中白喉毒所致之黃疸，尚不甚要。腎受累，重白喉皆有蛋白尿素，倘蛋白素不甚多，且不兼合腎管之上皮模型（屑模），或血模型 epithelial or blood casts，尚不甚危。至於腎炎或顯於早期，而致尿閉。尿毒病之昏迷或驚厥亦曾見之，但罕。

白喉之後患，最要者惟癱瘓。由其毒素被吸入血，而致毒性神經炎，居白喉病百分之十至二十，每於恢復期之第二三星期始顯，亦曾見於最輕白喉病之後，或至此始覺其患為白喉。白喉後之癱瘓，小兒較成人少見，早用抗白喉毒素者尤少。面部癱瘓之常見者在腭，每致語帶鼻音，而飲水頗難，因由鼻反出之故，又或咽肌癱瘓而嚥物困難，然閱二三星期或更速，其癱瘓即癒。至於他處之癱瘓，最常者在眼肌，則致斜眼，上瞼下垂，調視機能（視遠近之功）失。面癱罕見。上下之肢亦或癱瘓，而兼癱兩側比僅癱一側者多。又或於腭癱時下肢亦癱。

至於多處之神經兼受其累（多數性白喉性神經炎 multiple diphtheritic neuritis），此等景況最為可憫。

心。 心動失規則（韻律）者頗多，亦常顯雜音（鳴），但此為小兒熱病之常狀，然白喉病中，心之險狀如心動極速，顯跑馬之節律，兼腹上部痛及觸痛者較少。有時脈數由一百一十，驟降至五十及四十，亦甚險。夫心之險狀，大約顯於白喉之第二三星期，然或延至第五六星期，甚或致命。此等患或因迷走（副臟腑）神經變壞或心肌纖維變壞而致。

診斷 近日細菌學家云，必於害處覓出白喉桿菌，方可斷爲真白喉病。檢查此菌之法不難，倘既無法將菌驗明，而又疑其爲白喉病，則宜施隔離法及滅菌法，與真白喉一律看待，以免致傳染。患輕者宜格外注意，重者更不待言。至於白喉與猩紅熱之咽炎，及他種劇烈之咽炎之辨別，詳猩紅熱病節。

豫後 白喉之結局，關乎注射抗白喉血清 anti-diphtheritic serum 之早否，與所用抗白喉血清之足否。昔年白喉病之死數，居百分之三十至五十。自注射抗白喉血清即白喉抗毒素 diphtheria antitoxin 之法發明後，則減至百分之十至十二，但白喉之發爲病，其流行時之症候輕重不定。致死多由喉受累，或染膿菌，心力猝衰竭，肌癱瘓，尿毒病等之故。有時在恢復期發枝氣管肺炎而殞命。

預防 最要之法，對於凡患白喉，或疑爲患白喉者，宜使隔離，衣服與一切接近之器物，宜用法滅絕傳染毒。即咽中爲患甚輕，亦當詳用驗菌法檢查。在白喉之恢復期亦然，因其病似痊癒，然過六星期至六月，或仍能於其咽覓出白喉菌。且須知家有患白喉之小兒，則其餘未患者亦能攜帶白喉菌，又其家之貓犬亦爲攜帶之媒介，故不宜任之與患者接近。至於設立隔離院，尤爲預防之本。美國波斯頓在無隔離院之前，每年死於白喉者約佔全城人數萬分之十至二十。迨設此院後，約減至萬分之三至五。凡人曾與患白喉者周旋，應用抗菌藥溶液漱口。療白喉之醫士及看護者應特穿長衣，頭戴布帽，口鼻蒙以紗帶或紗罩，出病室後，應用昇汞溶液盥手滌面。至因患白喉死者，須用滲於昇汞二千分一之溶液之布裹之，從速埋葬。

免疫法 Immunization. 更有緊要防法，即注射抗白喉血清以保護患白喉同室之人，免受傳染。所用之劑量，成人一千單位 (1000 units)，小兒七百五十單位，二歲以下五百單位。但注射後只能保護三星期。每當施此法時，宜格外注意。

毒素抗毒素 Toxin antitoxin. 先用什克氏 Schick 試驗法若病者顯有白喉病之反應，則可注射毒素抗毒素，每星期三次。有謂在曾顯白喉反應之二歲孩童，可注射毒素抗毒素，因能使其體內存免疫性。此性或耐二年之久。

治法 分五條臚列。(甲)用衛生法以免傳染。(乙)用局部治法以殺其菌。(丙)普通治法。(丁)用抗白喉血清以解其毒素。(戊)在恢復期療治其併發病及後發病。

(甲)衛生法 病房之地毯門幔及一切非必不可少之物，皆宜撤去。房內溫度宜在六十八度(十六)左右。空氣宜通暢，倘空氣過燥，當設噴汽器以潤之。除醫士看護者及病兒之母外，其餘家人外人概不準入。至於醫士看護者免受染之術，已於預防法中言之。

(乙)局部治法 患輕者症狀僅顯於咽，須及早善療其咽，但須謹慎，切勿損及粘膜。尋常治咽之法，用棉團蘸藥液拭之，或用灌注法，然拭小兒之咽不易。看護者先抱小兒，用布包裹，而倚其首於肩前，手捏其鼻則口自開，即入木塞於上下臼齒之間，然後拭咽。然在嬰兒，最妙將藥液由鼻灌注，但須緩緩引入。

所用藥液不一，尋常者如下：(一)呂弗琉氏溶液 Loeffler's solution 係薄荷冰十克，溶於妥盧俄，至三十六西西，加氫化高鐵溶液四西西，純醇六十西西 menthol 10 gm., toluol to 36 cc., liq. fer. perchlor. 4 cc., alcohol. absolut. 60 cc. (二)昇汞一分溶於水千分 sol. hydr. perchlor. 1-1000, 或於此溶液每一立特另加酒石(果)酸五克 ac. tartaric. 5 gm. (三)石炭酸三分溶於醇三十分及水七十分 ac. carbolic. 3%, 亦有用純石炭酸點其假膜之處者。(四)氫化高鐵酒一·五量錢，甘油一量兩，水一量兩，加石炭酸十五至二十量滴 tr. fer. perchlor. 5 cc., glycerin. 28 cc., aq. 28 cc., ac. carbolic. 1 cc; 更有用氫水 aq. chlori, 或硼酸 ac. boric. 二氫化氫 hydrogen peroxid 等者，亦能收效。或云用鹼性溶液或食鹽溶液，較消毒劑液尤佳。

迨蔓延及鼻，須速消鼻孔之毒，用灌洗法最佳。所用藥液，或食鹽溶液，或硼酸之飽和溶液，或昇汞一分，氫化鈉三十五分，溶於水一千分 hydr. perchlor. 1, sod. chlorid. 35, aq. 1000, 或石炭酸一分溶於水一百分，或將呂弗琉氏溶液攪淡。灌洗之法，或注射以水節，或用噴霧器。用水節時，節嘴須平入鼻，則藥液入鼻後，即由鼻後孔轉至彼鼻，而洗滌周到倘向上直射，則所入之液，仍由原路返出矣。

迨喉受累，致呼吸困難，可將病者之床，用被單四面圍繞，而引熱汽通入，使病者呼吸和平。倘梗阻之狀沉重，慎勿耽延，速用喉插筒術 intubation，或行氣管切開術 tracheotomy。對於嬰兒，或在頸項用熱敷布甚妙較大之小兒或成人可用冷敷布或冰。

(丙) 普通治法 設法使病者能納飲食，得其滋養，為第一要務。食物以液體為佳，如牛乳，肉汁，肉湯，蛋白水，米湯，稀粥等。倘咽狀過烈，則由直腸養之。且須飲多量之水，如口飲維艱，可由直腸注射，或用鹽液由皮下或靜脈注射。若全身症狀沉重，當早用激動藥。但此病似無特別之主治藥，然有人用銻劑或氫化高鐵，認為獲效。

(丁) 抗毒素療法 Antitoxin Treatment. 抗白喉血清 anti-diphtheritic serum 經各國醫家愈用之而愈覺其效足特，但施行宜早，且分量宜足。藥房售者皆按標準製成，常言若干單位 unit；而所用單位之數，須視其首次用後之效，倘效不足，則當接用一次。所期之效，即假膜枯，鼻涕少，惡臭減，全身症狀改良等，早服者收效更確。設有病者，患非甚重，而就診尚早，首次可用三千至五千單位，及觀其效，或當接用一二次。患重者首次恐須五千至一萬單位，每閱六點鐘接用一次或至共用五萬或七萬單位。可畏者非在多用而在不足。

用法 用針注射於肌內或皮下或靜脈內均好，病重者宜入於靜脈內。其針與皮，皆當潔治極淨。

乖效 Untoward effects. 抗白喉血清之乖效有二：（一）血清病 Serum disease. 此弊致自血清，非致自毒素於常人亦見之，而非為險狀。其狀於注射血清後約七至十日，在注射處顯水腫，或風疹塊，或紅斑 erythema，或佈散甚廣。或兼有欠爽，嘔吐，溫度高，淋巴腺發炎，蛋白尿等狀；閱三四日其狀即退。可將乳酸鈣每劑十五釐 calc. lactas 1 gm，日服三次以治之；或於未顯此病之先預服以防之。（二）過敏現象（安阿非拉克西）Anaphylaxis. 凡曾注射抗白喉血清者，無論已經過幾年，曾患氣喘者，素忌馬臭者皆易生此弊。雖為患最險，然甚罕見。其狀為病者頗覺困難，呼吸困難，皮青紫，水腫，休克（腦力猝衰），呼吸漸竭，驚厥等；有時或繼此而速死。倘顯此等狀，可用嗎啡四分之一厘 morphine 0.016 gm，和阿刀便百分之一厘 atropine 0.00065 gm 注射皮下。若呼吸困難，則兼用人工呼吸法。是以當未注射血清之先，應詢病者昔曾注射此血清否，曾患氣喘否，忌馬臭否；如有此等情形，則首次只注射最小劑量（如二三滴）；閱三點鐘，若無甚乖效，然後注射尋常劑量。

射抗毒素之效果。曾調查美國一百五十城，在抗白喉血清法未行以前，患白喉之死數佔百分之三十八·四。迨此法行後，則減至百分之十四·六。然其中曾射抗白喉血清者只百分之九·八。由此可見其收效甚大也。

恢復劑。患白喉至此，宜常注意，而在心部顯症狀者尤當加意，須使安睡許久，調理其飲食，服番木鱈素（士的年）足劑量；若貧血，則服鐵劑砒劑。白喉後之癱瘓亦宜如是，並每日射抗白喉血清一千至三千單位。慢性癱而肌萎縮（枯瘦）者，用電及揉捏法。倘難下嚥，用喂筒或注射直腸滋養法。

至於患者宜隔離之期限，關乎咽內有無白喉菌須用驗菌法檢查，閱數日復驗一次，迨咽中確已淨盡，始可准予自由行動。

(七)肺炎及其他肺炎球菌病

THE PNEUMONIAS AND OTHER PNEUMOCOCCI INFECTIONS

肺炎球菌所致之病不一，最要者為大葉肺炎及枝氣管肺炎。此球菌又能致數種局部病，且為多種慢性病之終期傳染。

(甲)大葉肺炎(克盧潑性[格魯布性]肺炎或血絲性肺炎)

LOBAR PNEUMONIA (*Pneumonia crouposa, P. fibrinosa*)

定義 此傳染病常由肺球菌 pneumococcus 所致，其特狀為肺發炎，血中毒(輕重不一)，身發熱，此熱至病極時往往驟退。此菌或繼續累及他器管他組織致顯繼發性炎。此病在十七世紀，由希臘名醫希坡卡特氏 Hippocrates (常稱醫學之宗)發明。現時全球佈散甚廣，極易致命。一千九百零九年，英國死於肺炎者共四萬六千一百零八人；一千九百十年，美國死於肺炎者佔其國人數十萬分之一百四十七。中國人患此病者較少。此病致命之數約佔患者百分之十五至四十年老者最危，年幼死者較少。

病原 年齡。患者之數，由一至六歲逐歲遞增，由六至十五歲逐歲遞減，迨十五歲以上則逐旬遞增。曾調查美國一千九百年之戶口冊，其死於肺炎者在全國人數十萬分中，從十五至四十五歲者佔一百〇五；從四十五至六十五歲者佔二百六十三。一六十五歲以上者佔七百三十三。大葉肺炎亦稱老年之良友，因一患此病，則免受纏綿之苦，不久即命盡也。

患肺炎者男約四倍於女，城鎮每多於鄉村，黑種每易於白種，勞力而常受風寒體弱及嗜酒者均易患之，究之強壯者亦難幸免。此病為最易復發之疾(詳後)。

特殊傳染病

受損胸受撞而肺雖無顯然之傷損，或旋即患尋常大葉肺炎，或他種較輕之肺炎。又製造廠飛揚之塵埃亦能損肺，致易發炎。受寒昔多以受寒爲此病之要原，諒因見其病之初狀實係寒戰。受寒誠爲此病來原之一，因能損肺組織而減其抗病之力也。水土此病無分於地氣之寒熱，至於美國患者較多於英國，或因美人居室之溫度喜高，致其室內空氣過熱過燥之故。時令時令較水土爲切要，冬春二季係此病盛行之期，二三月之際尤然。

病菌 (甲)肺炎球菌又名弗倫克耳氏雙球菌 *Pneumococcus*, *Diplococcus pneumoniae* of Fränkel. (一)菌之源流。此菌常居健康者之口涎，百人中或有八九十含此，即涎內不含者，若常與含之者爲侶，或與患肺炎者相遇，能染得此菌，但此人與他人涎內含者，毒力不等。迨一千八百八十四年，弗倫克耳氏始測定大葉肺炎常見之菌即此，因定名肺炎球菌。(二)菌之形性。形橢圓，大約常排列成對，故稱雙球菌，間或排列成鏈；外包透明之囊。(三)菌在體內之分佈。常覓得之於患肺炎者之痰，肺之切片亦然。近年用最新發明之法，亦能由其血中提出；參觀(一)。(四)菌在體外。肺炎球菌之存活力不大。雖曾在室內之塵埃覓得，但暴於日光一小時半即死；惟在暗室之濕痰，能存活至十日。在不透氣之室，每使患肺炎者咳嗽其中，曾驗明此菌只存活數小時。

近年美國醫界之研究，分肺炎球菌爲四亞變種，而非洲又研究出一亞變種，共五亞變種 *five strains*，毒力各不相同。第四亞變種之在無病者之口察見者最多；美國之肺炎病，五分之一係此亞變種菌所致，而此菌所致之肺炎，較他亞變種菌所致者皆輕。第三亞變種肺炎球菌，名粘液性肺炎球菌 *Pneumococcus mucosus* 最少見而最危險。第一亞變種菌所致之大葉肺炎爲最常見者，且亦甚危險；致命之數爲百分之二十五至三十。

(乙)肺炎桿菌又名弗利蘭德氏桿菌 *Pneumobacillus of Friedländer*. 較肺炎球菌稍大,爲畧短而粗之桿菌,外包透明之囊;其培養之狀況畧與球菌不同能致小葉肺炎等病,然不爲大葉肺炎之正原,且所致之滲出物,較由球菌致者濃而且粘。

(丙)他菌 大葉肺炎更有數種菌,與肺炎球菌淆雜最尋常者爲生膿鏈球菌,生膿葡萄球菌及弗利蘭德氏桿菌。此等桿菌能致枝氣管肺炎,然而大葉肺炎僅爲繼續之染患。至於傷寒桿菌,白喉桿菌,流行性感冒桿菌等所致之肺炎,實與正常之大葉肺炎相異。

當未覓出肺炎球菌以前,已知肺炎爲能傳染之病。其傳染或限於一處,如家室,營壘,監獄,學校等。曾見某室中十人繼續患之,又見某獄中合計七百三十五人,期年之間患之者一百一十八,死者二十五。其傳染或廣佈流行,且間或各處同時流行。

病傳染之境況 人之口,咽與鼻大約常含肺炎球菌,且其菌之毒力,時有增減,與四時症候之盛衰,或有密切關係。人之免疫力與菌之毒力常在吾人體內爭戰,而二力每有增減,因之互有勝負;人之患肺炎否,蓋即依乎兩方面之勝負。倘有人暴露受寒,或發枝氣管卡他,嗜酒,吸惹肺之氣等,均能減其體之抗病力,故此常駐之勁敵乘機而起,或直接致發大葉肺炎,或致護庇不周之處受染,如發腹膜炎,中耳炎,額竇炎等。

免疫性,抗菌血清,菌液 此數端雖歷經用法檢查,迄今尙未十分透澈。據人工養成之菌而論,肺炎球菌不似破傷風桿菌及白喉桿菌之能生最強毒素於培養基中;蓋其毒仍存於本菌之體。將此菌之生者或死者或由其菌體製出之混懸菌液種於畜,旋取此畜之血清注射其他易患此病之畜,能保其免染此病。但此血清本無抗毒或殺菌之能,其功用大約係激動白血球,使之食菌而滅之也。雖循設多法,欲使患肺炎者得此血

清之益，究未見其病體受何大改變，僅對於第一亞變種肺炎有效。至於用菌液療法，近年尚在試行，其所得之效亦不甚足恃。

· **病理解剖** 肺發炎則充血，於是血球血漿乃滲入肺氣泡肺組織，使之質變。故肺之變動，可分三期：初期血管充血，次期紅肝樣變，三期灰白肝樣變。

血管充血期 Stage of engorgement. 肺組織色深紅，捫之較常畧結，剖面滲血與血清摻之仍有鳴聲，但遜於無病之肺，入水仍浮，能將氣由枝氣管擠入肺氣泡。以鏡窺剖面，則見毛細管大漲而曲，肺氣泡之上皮腫，泡內空處佔有若干血球及泡壁脫落之上皮細胞。**紅色肝樣變期** Stage of red hepatization. 肺組織變實無氣，入水則沉，撕之易破。倘一全葉受累，則似較尋常者稍大，肺面顯接觸肋骨之凹痕。剖面乾而色絳紅，且有粒形，因肺氣泡小枝氣管及肺血管塞有血絲（血纖維）閉之故。以鏡窺之，則見肺氣泡充滿血絲而成網網中盛赤血球，單核白血球，多核白血球，肺泡上皮細胞等；而肺氣泡之壁有白血球侵入。若將刮下之質攤於玻片，則見血球內含許多肺炎球菌或有葡萄球菌，鏈球菌等。**灰白肝樣變期** Stage of gray hepatization. 肺組織色白，然較前軟，且尤易破，剖面畧濕，氣泡中之粒不及次期之清晰，肺氣泡盛滿白血球。際此，從前之血絲（纖維）網及赤血球大半消散。又或見有更進之一期，名膿液浸潤期 Purulent infiltration. 肺組織更軟，泡中有稀膿，或肺中生多數小膿腫。

炎質消散 Resolution. 滲質之變化係成液而漸能消散，多賴其自生之化坡退印（蛋白質）酶（化脛酶） proteolytic enzyme. 此酶在灰白肝期者較在紅色肝期者多。既消散後，大半由腎排出，倘詳察其尿中所含之氮量，即能知其消散善否之大概。

余曾剖驗肺炎死者百人：右肺患者五十一，左肺患者三十二，兩肺兼患者十七，上葉患者十三，下葉患者三十四，上下葉兼

患者二十七，兩肺兼患以兩下葉爲常，兩上葉者僅三，此側上葉兼彼側下葉者亦三，灰白肝又兼紅色肝樣變者約三分之一，僅灰白肝樣變者二十二。若僅肺之此段患之則彼段或充血或水腫，僅一肺患之則彼肺約常充血而特在其後部此或由死後血墜積之故。

肺之重量，無病者約六百克，而患肺炎者一千五百至二千五百克。至枝氣管內則貯成泡之漿液，然罕有含液似患者生時所咳膠黏之痰者。枝氣管粘膜發紅，其小管或含血絲團。枝氣管淋巴腺增大，胸膜大約受累，且有滲出之質若干。

他器官受累 心膨脹而特在右半，且充滿堅固之凝血；脾肝與腎亦或增大；心包炎，心內膜炎，腦膜炎等亦或見之。

症狀 潛伏期尙不甚明瞭，大概最短。初起一二日或畧顯傷風之狀，然常例即突發寒戰至十五或三十分鐘之久，罕有急性病之初起寒戰如此之烈且確者。倘在病者執業時則突被停止，酣眠時則突被驚醒。此時若驗以溫度計，則見其熱已升。少頃診之，已有急性熱病之狀發熱，頭與全身皆痛。閱數小時，患側之胸刺痛或甚艱苦，咳短而乾且痛，呼吸速。至第二三日，則大葉肺炎之標準狀昭顯矣：病者平臥，多倚在患側，面紅，特在一頰或二頰，呼吸猛，呼時或有短呻吟聲，吸時鼻翼開展，唇或鼻常生疱疹（瘰），目放光，二瞳或大小不齊，面容憂戚，咳頻而短，咳時常畏縮而緊抱其胸，痰極膠黏而畧有血色；熱或至一百零四五度（四〇至四〇五），脈搏大而跳甚，脈搏與呼吸之比例淆亂。倘詳查其肺部，即得肺變質之物理徵，兼有吹聲呼吸及細鳴。閱七至十日，即至病極，則熱驟退，病者由最困難而轉爲舒暢。

特別現象 熱升最速，或於十二小時內即升至一百零四五度（四〇至四〇五），然自此以至於病極，無甚加減。小兒

及初狀無寒戰者，熱升不驟。老年及醜酒者，熱度較低亦會有不發熱之大葉肺炎。

極期 Crisis. 發熱約五日或至九日十日，乃驟退，謂之極期。此係肺炎之一特狀。極期無定，在第三日前或第十二日後者均罕見。或謂在單日者比雙日者多，如第五第七日，而最多者為第七日。亦有在極期前忽升二三度而後驟退者。曾見由一百零五度（四〇·五）突升至一百零七度（四一·五），閱數小時，驟退至常度。極期熱退，大約須歷五至十二小時，然亦有一小時內即退六或八度（三至四），又或退至本度下如九十六七度（三五·五至三六）者。退時病者兼出多汗而後安眠。更有退後次日，暫升數度而旋復退者。更有假極期，至第五六日，即由一百零四五度（四〇至四〇·五），退至一百零二度（三八·八），後則復升。倘病者熱高，延至十二日之久，則大約漸退。小兒約三分之一為漸退。軟弱者或在將死之前熱度驟退，然驟升者居多。亦有炎質之消散遲延許久，纏綿至六及八星期者。至於病極期之原，或因自動免疫性期（能抗病毒之期）至此時始成立，發熱，呼吸困難，及其全身症狀一概消沒，而呼吸如常，脈搏變緩，病者由險阻艱難，變而為安舒暢適，究之，雖其狀如此改變，而其肺部未見有何特別更改。

痛。病起未久，患側之乳房處或腋窩之下半處發最艱苦之刺痛，而在咳或深呼吸時尤烈，此係胸膜已受累之指徵。倘炎深藏肺內，此痛或無，專在肺尖，痛亦較罕。痛極者或須注射嗎啡。痛亦有顯於腹部者，小兒尤然，曾致醫士誤視為闌尾炎而施手術。

呼吸困難。此為常狀，第一日呼吸即速，每分鐘或三十次，至第二三日或更速，至四五十次抑或尤甚。在小兒會有至八十次，更或至一百次者。脈搏與呼吸之比率則大改變，如一與

二之比或一與一五之比；他病中未有如此比例之紊亂者也。胸動較淺，病者常強制之，倘使之深呼吸，偶一爲之即叫喊，因痛甚之故。呼吸愈速愈困難，或間有嘆聲。呼吸困難之原不僅一端，如胸痛，血中毒，身發熱，肺組織之一部失功等皆是也；有時神經系或兼有關係。極期後肺之物理徵雖約無改變，而呼吸或已還原如常；此呼吸困難非肺實質變所致之確證也。

咳嗽 常與胸痛並顯；初乾而艱，且無痰，不久則現此病之特象咳嗽，即頻數而短，每致胸刺痛而頗困難，病者常畏憚而欲自遏其咳，然對於年老，耽酒者，小兒及爲他病之終期肺炎等，則間有患肺炎而不顯咳嗽者。極期以後，咳嗽大減而啞痰易；倘至此仍咳嗽發作或係胸膜滲液之徵。

痰 有時咳血爲初狀，所唾之痰先或係粘液類，閱二十四小時，畧染血色而極膠黏，後變鐵銹色或柑紅色，此因血化變之故。且其膠黏性最奇，難由病者口中抹下；入痰盂，傾倒不出，在兼有黃疸者，痰色或黃綠，在體弱病重者，痰色或深棕而畧流動。至極期後痰或益多，抑或無。以鏡察之，則見係白血球，粘液細胞，種種變壞之赤血球及枝氣管氣泡之上皮等所成，間或內含稜形血晶 *hematoidin crystals*，又或成樹枝狀型，常有肺炎球菌，或兼有肺炎桿菌，流行性感胃桿菌，鏈球菌，大腸桿菌等，又含氫化鈣 *calcii chloridum* 甚多。

理學徵狀 **望診** 病者每向患側躺臥，因須如此始舒，亦有喜以枕褥高墊靠身而畧屈向患側者。倘患處頗廣，則此側之胸動較少，而其胸似較彼側稍闊。如專係一肺之下葉受患，則本肺之尖及彼側之肺皆增加其動以爲補償。望診時亦見呼吸速，呼吸輔肌之功增，鼻翼展等狀。

量診 用帶尺量胸，見患側較彼側畧闊。

觸診。用此法能覺患處之胸動減少，亦能覺胸膜之摩擦性震顫（擦顫）pleural friction 及其語聲震顫（語顫）fremitus 大，倘先命病者咳嗽，排出枝氣管之痰，則語聲震顫更顯。

叩診。充血期叩患處，其響音調較高 higher pitch，而畧帶鼓響 tympanitic。此響剛在實變之界外，常易覺得。叩肺實變處，其響雖實 dull，然究不及水胸（胸膜積液）之木響。迨滲質消散，肺響約漸復原。倘肺之某處有空響 amphoric resonance，則該處或已成窩（巢）pulmonary cavity。若發炎處深藏於肺之內部，其實響被外部未實之肺所掩，或須數日後其炎外發，方能覺叩響改變。

聽診。患處顯安靜不大昭著之呼吸聲，此多為早期顯狀，又為肺炎之徵。此時吸氣之末有細沸鳴 fine crepitant rales，必深吸方能聽見。至肺實變如紅色肝樣而兼叩響實時，則有枝氣管呼吸聲 bronchial breathing。其始只於呼氣時能聞，音調低而柔和，少頃則大顯。凡肺病之枝氣管呼吸聲，此為最顯，其音調高而乾，且呼聲與吸聲等長；此係大枝氣管之聲直接由實變之肺組織傳過也，惟枝氣管被塞則不顯。迨滲質消散，則能聽見各種濕鳴 moist rales，先小而後大。又語響 vocal resonance 及病者之呻吟聲，均能由實變之肺傳出，此為枝氣管語響 bronchophony。或帶鼻音，名羊音語響 egophony。有時其炎處深藏於肺之內部，而無理學徵狀，然其咳及鐵銹色痰與全身情狀，每可證明其為肺炎而易於診斷。

血循環狀 脈搏。寒戰時脈小，熱升則大而跳甚。至脈數則依患之輕重而異，約由一百至一百三十，重搏者罕見。體壯者及小兒之脈或毫無頹敗景況。倘變實處較廣而左心室收血過少，則脈變小。年老及體弱者，或由始至終脈小而速。

血壓。 開端數日，血壓如常，肺患處之大小似與血壓無關。然在中毒深者，血壓之下降或早，倘其壓力僅降至水銀計十五或二十耗(15—20 mm)，或尙無險，如漸次下降，則係所服激藥宜增之徵，病之極期亦似與血壓無感應。**心聲。** 其初常洪大明晰，肺動脈瓣第二聲過響，由此聲能規其肺之血循環。倘右室之血過滿，無力透盡，則此肺動脈瓣第二聲不甚顯。若心右部淤積多血，則叩胸時胸骨右之實響區更闊。心愈弱則愈脹，而長息變短，首聲次聲變爲等齊，與胎之心聲同。

心力或早虛脫，致脈速而弱，皮色紺(青紫)而漸深；然雖有此等險狀，病者或仍能復原；反之，在壯健者或無先兆而突死。至於心弱之故，或因司血管舒縮之腦中樞癱瘓，兼致脈軟而易，脈。又面色白，手足冷，全身虛汗，均爲腦中樞中毒之證。

血。 貧血罕見；極期時赤血球或畧減，白血球大概起始即增，直至病極期，每立方耗增至一萬二千，甚或至四萬或十萬。病之極期一至，則此數大減，其數僅減去一萬以下，死者較多；一萬至三萬，瘥者較多；三萬至六萬，死者又多。病至極期後白血球之減，有時較熱退畧遲，而在滲質消散耽延者特甚。

消化器 舌有白苔，中毒深者速變乾，口無味；大便秘結者較多，腹膨脹，恒使病者困難，有時危險；肝與脾或增大。

皮膚 皮生疱疹(候陪) herpes，此狀於大葉肺炎爲常見，佔患者百分之十二至四十；大概在唇，然鼻，生殖器，肛門等處時有之。亦間有生廣闊之紅斑 erythema，或紫癢(瘀斑) purpura 者。至於汗，熱高時無，惟於病極期則多，又結合膜，鼻，口，肛門，陰莖包皮等之粘膜或蓋有滲出之質，質內含肺炎球菌。

尿 病程之前段，尿之色深，比重高，酸性增，或畧含蛋白質；倘兼急性腎炎，則含蛋白質加多，兼有管型等。尿素及尿酸先增後減，至病之極期後復大增。尿中之氫化物 chlorides 減少，因

積留於體內也，他急性病所顯之此狀無如斯之有常而確者，此狀且係辨別大葉肺炎與水胸膜胸等之一證。

腦狀 頭痛為常例。腦狀之最顯者，可分四種：（一）小兒之腦病性肺炎：其初狀或為驚厥，繼兼有熱高，頭痛，譫妄，易惹，肌顫動，頸強硬等狀，致誤認為專係腦膜炎，而肺炎失覺察。又腦膜炎亦為此病之併發病。（二）急性躁狂狀 *maniacal symptoms* 亦或為初狀。（三）在飲酒者常發震戰性譫妄（酒狂）*delirium tremens* 致未認為肺炎。（四）腦甚中毒，頗似尿毒，然兼呼吸困難者：或閱二三日即死。或云炎處在肺尖，則譫妄及精神錯亂者較多，且精神錯亂有延至病極期後或恢復時始顯者。

併發病 胸膜炎 *Pleurisy*. 肺發炎既至肺面，則胸膜自必受累，實非為其併發病：然有時其胸膜之狀較肺炎者尤顯。炎膜滲出之液或頗多而屬漿液血絲性，尤過於尋常胸膜炎，致凝結成頗厚之層。有時此側患大葉肺炎，而彼側患胸膜炎，頗難診斷：或須先用空針刺胸，始能確實判定。其液變而成膿胸者非罕，大概佔肺炎百分之三，或合肺炎球菌等。倘極期後熱度復升，寒戰，白血球仍多，咳嗽如故，均為膿胸之指徵。

心包炎 *Pericarditis*. 此為極險之併發病，於右肺發炎顯此者較多，且每與胸膜炎並患。

心內膜炎 *Endocarditis*. 常見於曾患心瓣（門扇）病者，在心左部者較多於右部。雖有時最險，然或竟無症狀。炎顯以下各情狀，可認為心膜炎：（一）熱度不退，且不規則。（二）有膿毒狀，如寒戰，多汗。（三）血管顯栓塞（漂團塞）*embolism* 之狀。至於心雜音（心鳴）*cardiac murmur*，或無或粗，最要者為舒張性雜音 *diastolic murmur*。

有時靜脈內結血栓 *Thrombosis*，或動脈被栓子（漂團）所塞者所塞者為大腦動脈，或顯無語言能（失語）之狀。

腦膜炎 Meningitis. 此為最險之併發病,多發於熱極高時,結局不佳,罕見癒者。

更有恒吐,臍處腹痛,跛脹,黃疸,腹膜炎(但較少),腮腺炎,中耳炎,關節炎等。關節炎或只累一關節或數關節,為最棘手之病,迨後多成強硬。

復發 Relapse. 曾見發熱至九日或十一日而全退,歷二三日不升,繼則又發熱,至十日或十四日之久。究之如此者甚罕,或謂此亦非正當之復發。

再發 又名回歸 Recurrence. 肺炎不僅以一次為限,每能再發,且再發之次數甚多。曾見有發至八次十次者,亦有人發至二十八次者,為諸急性病所無。

恢復期 病癒概速,後患亦罕。然曾有病者起床過早而突死。倘癒期不速,諒係加患胸膜炎。若叩之仍有實響可用空針以助診斷。

大葉肺炎之種類 肺尖炎 Apical pneumonia. 多顯虛弱之狀及上所云腦狀,咳與痰或無幾。蔓延性肺炎 Migratory pneumonia. 蓋由此葉漸次蔓延至彼葉。雙肺炎 Double pneumonia. 係二肺俱患,故病甚險。大塊性或全實性肺炎 Massive pneumonia. 不獨氣泡貯滿滲質,即枝氣管之大者小者皆然。聽之無語聲震顛及枝氣管聲叩之顯似木之實響。然頗難與水胸(胸膜積液)辨別。病之後期重咳時,或排出枝氣管之型。

中央肺炎 Central pneumonia. 已詳前。

小兒肺炎 即在初生嬰兒,亦或患此,初狀或顯驚厥等,頗似腦膜炎。

老年肺炎 其狀或隱而不顯,初起無寒戰,咳與痰亦無幾,理學徵狀亦不大顯,惟全身狀甚重。

酖酒者之肺炎 或誤認為專為震戰性譫妄(酒狂),前已言之。

終期肺炎 Terminal Pneumonia. 如為慢性結核性肺病,脈壁硬化,心瓣病,腎炎,糖尿病等之終期傳染者是也。溫度或只畧高,呼吸畧速,曾不幾時即斃。而其為糖尿病之終期傳染者,肺內或生膿,腫或成壞疽。

繼發性肺炎 伴特殊傳染熱病而起如為白喉,腸熱,斑疹傷寒,流行性感胃,陪斯忒(鼠疫)等病之併發病者是也。滲出之質含血絲(纖維素)較少而血球多,且兼有肺炎球菌,或肺炎桿菌,鏈球菌,葡萄球菌,流行性感胃桿菌,大腸桿菌等。然其症狀不似尋常肺炎之顯。

流行性肺炎 Epidemic Pneumonia. 概較險且各次流行時,其併發病或不同,如此次腦狀大顯而彼次則為心或腸胃。

頓挫(不成症)性肺炎 Abortive Pneumonia. 先顯大葉肺炎初期之症狀,閱二三日即痊癒。此多於院,堂,局,廠中見之。

毒性肺炎 Toxic Pneumonia. 顯神經系狀,如譫妄,腦力衰竭等;亦或有腸胃狀,如腹瀉,臃脹等皆大顯,病者並極弱。此或兼被膿鏈球菌肺炎球菌所染。

大葉肺炎與他病伴發 (一)與瘧伴發 如正在患瘧旋加大葉肺炎,查血則見有瘧原動物,倘服貴林以抗其原動物則熱畧退,而所餘大葉肺炎或與尋常者無異。(二)與結核病伴發。多種患肺結核病者繼發大葉肺炎而殞命,有時急性結核性肺炎與大葉肺炎頗難辨別。大葉肺炎與腸熱病或流行性感胃之兼患,詳腸熱病與流行性感胃篇。

行外科手術後之大葉肺炎 在昔未發明迷蒙藥以前,大葉肺炎繼手術後患之者甚多;近年亦或遇之,而以剖腹之後為尤然。

吸迷蒙藥後之大葉肺炎 在吸哥羅芳及噠(伊打)之後均有之,或由枝氣管及肺氣泡之粘膜受損,或由其粘液及涎被吸入肺。倘欲防之,須於未吸該藥前將口咽潔治淨盡。

炎之消散遲延 Delayed Resolution. 肺病之痊癒,賴其滲出物化而被吸收。其時間或痰不見增,或絕無,然以痰加多為常。痰中或含白血球及血絲(纖維素)所成小團,至咳甚時由肺氣泡而排出。消散之遲延者,可分三種: (一)病之極期仍按常例,熱退亦不復升。然驗胸時,叩響仍實,聽之仍有枝氣管呼吸聲及濕鳴;或須延二三星期始完全消散。 (二)病之極期熱漸退而不驟,發炎之物理徵仍存,脈快,或有虛汗,痰或少或無;或須三四星期始癒。 (三)病之極期熱驟退,或漸退 lysis,然肺之質變如故,而枝氣管呼吸聲或大顯;亦或其熱至此復升,致病者精力耗竭而死。

大葉肺炎之終局變慢性肺炎 此係滲出質不消散,反變成組織;然最罕見,以體弱而消散遲延者為易患。

大葉肺炎之終局肺生膿腫 常數枚而小,迨至數枚聯合,則成大膿腫。痰甚多,內含膿細胞彈力性組織,可諫司特林,稜形血晶等。咳嗽逐陣大作。潮熱之狀甚重。

大葉肺炎之終局成肺壞疽(疔) Gangrene. 多在年老及弱者;常與肺膿腫並見。痰臭極。然亦有先無特別症狀,迨剖驗後始知其為肺壞疽者。

豫後 致死之數約居患者百分之二十六至三十。曾調查某醫院患大葉肺炎者五千零九十七人;二十一至三十歲之致命者居百分之二十,三十一至四十歲者居百分之三十,四十歲以上愈多,至六十歲以上則過百分之五十。大抵年幼易癒,老者少癒;若檢查戶口冊,則見年邁者多數以此病死。欲判豫

後(結局)之善否,須謹記數端:倘別器官曾患他病(如慢性腎炎,心臟病等),或由昔患他病而體弱,或飲食不佳,或素喜飲酒等等,如此則豫後皆不良。如其併發病爲腦膜炎或心內膜炎,豫後甚險。至爲他病之終期傳染尤險。又查白血球之增加量,能爲豫後之助,前已說明:倘白血球不增則可虞。又須知中毒之輕重,較熱度之高低及患處之大小二者尤有關係。更須審察各人之抗病性如何:是以壯健者患之,有時竟出人意外而殞命,蓋原於此。至於致命之原因,專由呼吸被阻者少,亦間或由心漸弱,然由血管舒縮腦中樞中毒而血壓減,以至致命者多。最要須鑑別菌之種類以助豫後:患第一二亞變種菌者有百分之二十五至三十之致命數,患第三亞變種菌者有百分五十之致命數,患三種者祇有百分十二之致命數。用細菌培養法檢查病者之血,若血內含菌多,則豫後不佳。

診斷強半爲易,在成人者尤然。大概現象,痰及理學徵狀二者皆甚明瞭,易診斷:然在小兒,老年,酗酒者及爲他急性病或慢性病之併發病或終期傳染者,或易誤認。在爲慢性病之終期傳染者,倘見發熱兼咳嗽,雖未得大葉肺炎之物理徵而又無痰,醫士亦應防其或係此病。小兒患此,或誤視爲腦膜炎,前已言之。小兒之滲液性胸膜炎,或因顯枝氣管呼吸聲及語聲震顫,致與大葉肺炎混淆,須用空針試之方知(參觀水胸篇)。對於老年及體弱者,須謹記肺炎常屬隱原性,故宜細查肺部以得確據。在酗酒者,其肺炎狀或爲腦症狀所掩,如顯急性躁狂,而常顯者爲中酒之震戰性譫妄。倘脈搏與呼吸均加速且發熱,則或係大葉肺炎之指徵。

大葉肺炎之誤視爲結核性肺病者少;但有時與急性肺炎性結核病 acute pneumonic tuberculosis 頗難辨別,因其初狀或亦爲寒戰,須待至肺組織軟化,咳出之痰含彈力性組織及結核桿菌

始知之。大葉肺炎亦或與腸熱病，腦脊膜炎，枝氣管肺炎，闌尾炎等易混，辨法詳各該病本篇。

預防 醫界對於肺炎球菌在人身體外如何生存之狀況以及如何侵入健全者之體二問題，今尚無確實之知識。或謂多數人之口中每含肺炎球菌，迨體之免疫力被傷風或疾病等減弱，乃乘機染肺致發炎，故口中宜常用法潔治，在曾患此炎者尤要。至在院、堂、局、廠，此病尤易傳染，宜常用法滅其痰中之菌，且患者宜隔離。

治法 大葉肺炎既有自限之期，無法使之半途陡癒，情狀不良者或自行速痊，而情狀最佳者縱兼善為調理，然其就癒之期或早三五日，亦有延至十日或十二日者。醫界對於此病，尚未發明專治藥，能使之半途就痊。經驗未熟者尤宜勿偏用諸藥。

(一) **普通治法** 看護之法與腸熱病畧同，須使病者安舒，而減省用力。房宜透光通風，勿使多人同室。倘天氣和暢，昇病者於戶外尤佳。被氈無須過重，只求煖身即足。腳宜溫以熱水袋。衣服須易解脫，以便醫士診查。應每日用溫水擦洗身體，雖熱不甚高，亦須如此；惟擦身時手脚須敏捷，勿使病者受擾，口、鼻皆宜潔淨；痰盂當加殺菌藥。

(二) **飲食** 宜飲多量之水，或淡茶，米湯等。若譫妄，每二三小時宜飲一次，倘口飲不足，可由直腸射入。食物應多為液體，如乳，或乳兼米湯，雞湯，肉湯，蛋白或半熟之蛋等。

(三) **腸胃** 病之初可服甘汞一劑，而接服瀉鹽（硫酸鎂），旋每一二日用氫化鈉液或肥皂液注射直腸，疏通腸道，然使病者常瀉，亦非妙法；最妥常飲多量之水，以免大便秘結或臃脹耳。

倘患臃脹，則腹部宜用熱敷布，而灑松節油少許；或用熱肥皂

特殊傳染病

液二三十量兩，加松節油半量兩注射直腸；或用直腸筒放出其氣。用番木鱉素或垂體膏劑（蝶鞍腺膏）pituitary extract 皮下注射，亦或甚效。若胃氣過脹，可用通胃管放出。

(四) 放血 此法昔日醫界用之過度，近日則恐用之過少。

如病者體甚健，脈甚足，熱過高，則在病初可行之；而病之終期，若心右部淤積多血，此法亦或可用但每次放血，不可過多。尋常放血之處為貴要正中靜脈。

(五) 抗肺炎球菌血清 對於第一亞變種肺炎球菌，則須早用抗肺炎球菌血清大劑量。法，以血清與鹽液等分相合，每日注射二次，每次五十至一百西西，連用四五日。倘體溫升高，可再注射之。注射一次後，則血內生有免疫體；頻頻注射，免疫體能常存。至於菌液療法有何裨益，尚未確定。

(六) 水療法 欲治血中毒及心力衰竭二者，最妥行體內外水療法。其法當病者熱升最高時，用冷濕布拭周身，每三小時一次。但當謹慎，不可使病者受擾，否則非徒無益而反有害。倘中毒最甚，或熱至一百零六度（四一）或過之，則用盆盛八十大度（二七）之水，將病者昇入盆內，兼擦其四肢以助血循環；歷五分鐘時，如見病者呼吸困難，或困難加甚，宜即昇出。又法，用袋盛碎水，置於患側之胸，倘誠能減輕其痛，使病者稍舒，可依法再行，否則去之。至於體內水療法，前已言病者當常飲多量之水。

體內外水療法之益處，或多賴乎其感動血管舒縮系統之功。

(七) 各狀治法 (甲) 滅痛：病初之胸刺痛，有時甚劇，宜注射嗎啡四分之一厘 (0.016)。若痛非過甚，可輕用烙器，然用水袋或尤佳；又可用熱敷布或芥末敷布。對於小兒，熱敷布較冷者善。當咳嗽致胸痛時，或宜屢服可第印，每次半釐 codein 0.05；又或注射嗎啡十二分之一至六分之一厘 (0.0055-001)，依病者所需為度。

(乙) 治毒血。宜多飲水，以增加尿量，或將當量鹽液灌入靜脈中。倘血循環顯衰弱之象，則當謹慎，切勿灌至過度，約五百西西即足。此時宜兼用體外水療法，並用鹽類瀉藥通腸。

(丙) 助血循環。此事最關緊要。用水療法，且使病者臥於戶外，亦能助血循環。腹臃脹有阻心之弊，未發宜防，已發則宜治。至於藥品，不宜各按慣用之成例，且非至必須之景況勿施。番木鱉素頗有益，不獨能助血循環，兼能激呼吸中樞，以針注射足劑量如四十分之一至二十分之一厘，每二三小時一次為佳。然每至心力尤弱時，可暫用十分之一厘至二三次 *strychnin* 0.003—0.006。狄吉他利亦或可用。如狄吉他利酒十五量滴（一西西），或注射狄吉他林三十分之一厘 *digitalin* 0.002 於肌中，皆每四小時一次。對於嗜酒者，須與之酒，至足挽回其心力為度。倘血循環衰弱已甚，可將樟腦三釐（0.20）溶於俄利伐油十滴，注射皮下。又加非印五釐（0.3）與狄吉他林三十分之一厘及腎上腺素或垂體素注射皮下，亦頗有效。又用當量鹽液由直腸深射入腸內，或由靜脈灌入，亦能大助血循環。無論熱升高若干，決不可用退熱藥如安替派林等，因阻心之弊極險也。

(丁) 助呼吸。病者先須安置舒暢，免用力，多吸鮮新空氣，安撫其痛，皆為助呼吸並減呼吸困難之法。至於吸純氧一法，或可試用，有益則為之，恐未必獲效。祛痰藥大約不用為佳，蓋兼有惹胃之弊。咳甚時，可服鎮靜藥，如可第印四分之一厘至半厘，或赫羅印二十分之一厘 *heroin* 0.003。亦有用嗎啡極小之劑量者，但罕。倘肺患水腫，可用番木鱉素二十分之一厘與阿安品百分之一厘（0.0006）及加非印注射皮下。倘心之右部過脹，或可行剖靜脈放血術。

特殊傳染病

(戊) 神經系統 譫妄者須常看守,或用冰袋敷頭,或用冷濕布裹法裹身,最要者為安眠。曾有人用溴化物(溴鹽類) bromides 或水化氯醛 chloral hydras, 但有阻心之弊。不如注射嗎啡六分之一厘至四分之一厘(0.016)為妙。

(己) 極期 近此時宜十分注意,恐腦力虛脫也。倘汗出過甚,病者弱極,可注射阿妥品百分之一厘(0.0006)。

(八) 治併發病 倘熱升恒久不退,須查其原因,或係胸膜炎,膿胸等。其未成膿之液,可用空針吸出;既成膿者則行肋骨割取術,而挿以引流管。又或係心包積液過甚,亦可用空針吸出。至其消散之功遲延者。頗難治,無結核病者可用X光線。

(九) 恢復期 依病者消化之力而日漸增加飲食,且外居俾多吸空氣。尋常速癒者癒後仍宜臥床安息一星期之久。若心部受虧過甚,安息之期須加長。

(乙) 枝氣管肺炎 (小葉肺炎又名毛細枝氣管炎或

卡他性肺炎) BRONCHO-PNEUMONIA

(Lobular pneumonia, Capillary bronchitis, Pneumonia catarrhalis)

定義 此為細枝氣管及其所連小葉被菌所染之病。初由毛細枝氣管炎而起,繼則累及肺氣泡,致該小葉發炎。滲出質甚多;此質含血球及上皮細胞,惟所含血絲(纖維素)較大葉肺炎少。

原因 此病分原發性及繼發性二種,而繼發性類較多。

(一) 原發性枝氣管肺炎 Primary Broncho-pneumonia. 亦如大葉肺炎,常侵多在二歲以下無恙之小兒,致病之原,頗似大葉肺炎者,其菌多為肺炎球菌

(二) 繼發性枝氣管肺炎 Secondary Broncho-pneumonia.

分二大類：(甲)繼麻疹，白喉，流行性感胃，天哮喘(哮喘)，猩紅熱，天花，腸熱病，丹毒等急性傳染病起者。如在小兒，則爲此等染病之危險併發病；且由此併發之枝氣管肺炎而致命者，實較由各該原傳染病而死者多。大城鎮中除嬰兒腹瀉外，惟此炎致命最多，而二歲以下之小兒尤然。觀以上各該傳染病既多爲小兒之病，而枝氣管肺炎又常繼之而起，是故患枝氣管肺炎者多係小兒，且一地方枝氣管肺炎之多少恒依以上各該傳染病流行之廣狹爲增減。論時令則冬春盛行。繼成人之熱病起者畧罕，例如繼腸熱病而起者不及大葉肺炎爲多。然每乘老年患疾體弱而爲繼發性染患，且常爲慢性腎炎及數種急性病慢性病之併發病。

(乙) 吸入性肺炎 Aspiration pneumonia. 際喉(嚥)部感覺喪失(如中風之昏迷及尿毒病等所顯者)，飲食之微分子從喉口吸入肺，致肺發炎。又如，在口，鼻或氣管行手術後及喉與食管患瘡時亦常有之。吸入飲食微分子所致之肺炎有時極烈，致肺生膿腫或成壞疽。此外如用伊打爲迷蒙藥後所致肺炎，多係枝氣管肺炎。至於咳血，或枝氣管脹至成窩，或膿胸之膿穿孔入肺，概能致枝氣管肺炎，蓋因此等質被吸入肺也。

更有尋常習見多致命之枝氣管肺炎，係由結核桿菌所致，詳肺結核病。

素因。年齡甚有關係：前已言其爲小兒之危病，五歲以下患者最廣。又佝僂病(小兒骨軟病)及腹瀉，當爲此炎之一大原因。在老年每因流行性感胃或老年常患之慢性病而致體弱，此炎即乘機侵入。貧窮者患此更多。

病理解剖 剖驗時，肺面散佈許多青色或青棕色之處，近肺底處尤然。此即發炎之小葉，其間無病之肺組織則色淡。

炎處大約畧塌，然其炎累及胸膜，則或畧凸而粗澀，或有灰色滲質遮蓋。若捻此肺，則覺其受惠之小葉有硬固；或零星分散，或聯合成羣，或畧染及全葉而致質變。倘由枝氣管將空氣擠入，則炎處大半仍能通氣而擴張。剖肺檢查，則切面較紅於常而滲血，發炎之小葉畧凸而色淡紅或灰紅。謹慎切開小葉，或能察見以下各狀：（甲）循枝氣管軸直剖，或能察見不獨分歧之細枝氣管充滿粘液膿，即連成球之氣泡亦然。（乙）環繞枝氣管有灰紅色質變之組織，捫之畧結。（丙）此質變處組織之周圍色較深，光滑無氣，是為發炎初期組織之情況。

枝氣管肺炎分三類：（一）專係枝氣管及細枝氣管發炎而肺組織未質變；然以鏡驗之，則見氣泡亦貯發炎之質。（二）播散性枝氣管肺炎；係質變之小葉佈散於肺內；然捻肺組織，強半仍有氣泡聲；枝氣管肺炎多如此。（三）假性大葉炎；其肺葉強半質變，然不均勻，因其變質小葉各羣之間，隔有色深充血之肺組織也。

以鏡察之，枝氣管中央為滲出物所塞；此滲出物係白血球與腫上皮所成。豎剖之，則見枝氣管有擴張之處。至於吸入性炎之肺組織則與尋常繼傳染病起者有異；因白血球侵入氣泡較甚，致肺組織之局部生膿或潰爛或生壞疽。

菌類 常見者為肺炎雙球菌，膿鏈球菌（或僅此菌或與肺炎球菌為偶），金色膿球菌，白色膿球菌，弗利蘭德氏桿菌，流行性感冒桿菌等繼白喉者或有白喉桿菌。枝氣管肺炎大概為數種菌混合所致；然由肺炎球菌起者或能得其純粹，餘則不盡然。在繼發而為零星分散之類，多係鏈球菌原發類及假葉炎類多係肺炎球菌。

終局（甲）消散。較大葉炎者尤速；然小兒之患於肺炎及特繼麻疹或白喉而起者，倘延至三星期或有奇仍未消散，則

多係結核性炎，且已有乾酪樣變(變似豆腐)。(乙)生膿除吸入性肺炎以外罕見。(丙)成壞疽，與乙同。(丁)纖維樣變(似筋膜性變)，即慢性枝氣管肺炎，每繼結核炎而起，但罕見。

症狀 原發性者，小兒或先無恙，或微傷風，乃陡發寒戰或驚厥，熱升極速，物理徵祇限於肺之一部，且無毛細枝氣管之卡他，廣佈肺之各處，與繼發者概不相似。但或誤診為大葉肺炎，又其肺狀有時不甚明瞭，被全身症狀或腦症狀所掩。原發性枝氣管肺炎每有極期，後即速癒，死者甚少。繼發性者初狀或為小枝氣管炎，倘在患麻疹或天哮喘(哮喘)時，若病兒之熱增，又兼咳嗽，脈搏與呼吸俱速，肺底顯濕鳴，而該鳴或廣佈肺之各處，即可診斷為枝氣管肺炎，而非專係毛細枝氣管炎，然此病之陡起及初狀為寒戰者皆少。小兒或數日不爽，發熱，咳嗽，呼吸困難，熱度在一百零二至一百零四度(三九至四〇)間升降靡定，皮極乾，極熱，咳嗽乾而艱難或痛，呼吸困難漸烈，呼氣時頓挫作齒輪聲，且甚速，每分鐘六十至八十次。初起二日內，叩響仍未變實，而肺前之空響或仍甚顯；施聽診則或顯細沸鳴及司司乾鳴，有時或難得肺實變之徵。呼吸困難既恒久而且漸甚，不久則血欠瀰，面色烏紅，指尖烏青，顯驚恐貌，漸成極困難之窒息(氣閉)期。繼則腦中樞中毒而癱，呼吸不能大用力，咳亦停止，而愈發紺，而漸昏迷，輾轉不寧，心右室漸脹，枝氣管之粘液加多，致堵塞枝氣管而死。

物理徵 其始為毛細枝氣管炎者，叩響不實，兼有細沸鳴及嘯聲鳴。然亦有未得肺變實之徵而早死者。倘有此徵，則顯於肺底者較多。若發炎之小葉甚密，累及葉之強半，則或顯枝氣管呼吸聲；然在零星分散者，粗呼吸聲較吹聲尤多。炎最重者當吸時，其胸骨劍突(肋骨尾)在下肋軟骨(脇膈)處縮入。

此係肺之張力有缺之兆。

診斷 倘肺變質之部分大，且聯合成整塊，則或誤視爲大葉肺炎。然枝氣管肺炎常爲未及一歲之嬰兒所患；而大葉肺炎多在三歲以上者。至於繼發性枝氣管肺炎，則與大葉肺炎易於鑑別，其初起之狀不同：如枝氣管肺炎常併發於他病之中期或末期，每潛伏而漸起；大葉肺炎則陡侵無恙之小兒。又枝氣管肺炎概常兩肺並患，大葉肺炎則每僅一肺患之。難於斷者爲原發性枝氣管肺炎之質變處多而密排，致累肺葉過半者，欲與大葉肺炎辨別，須知在原發性枝氣管肺炎，彼側之肺多少受累，苟詳細檢查，自能覓出。

尋常枝氣管肺炎與結核病之辨別更難，有時實不能分，因其病之起勢與物理徵概同，或須待許久始知：倘肺之尖端或中部患處較闊，可疑其爲結核病，若已變軟尤然。又如咳之發作甚烈而兼嘔吐，倘吐出物內有彈力性組織或結核桿菌，則係結核性肺炎矣。

又枝氣管肺炎或爲腦症狀所掩，致誤視爲腦膜炎；即難辨其或專係結核性腦膜炎，抑或原係急性肺炎而腦病爲其併發病也。

豫後 原發性者尙不甚危，但小兒或因久病元氣受虧，或因熱病纏綿日久而此病侵入，則險極。然繼天哮喘或麻疹起者勢雖至危，究或可癒；繼白喉或麻疹起者，在瘦小而質健壯之小兒較肥胖而柔弱者結局佳。成人之吸入性肺炎，則易致命。

患枝氣管肺炎之死數，曾查悉五歲下之小兒死者居患者百分之三十至五十。

預防 在患急性傳染病如麻疹、天哮喘等者，最要勿使病兒傷風；夜半尤宜謹慎，當用佛蘭絨包裹穩妥以防之。鼻、咽發卡他性病者須加意調理，且應用抗菌藥洗口，日三四次。

治法 此病甚多而極險，醫家慎勿因病棘手而退灰心，須竭盡心思才力多方療治，然後病勢方有轉機，而能達治療之目的。此病之普通治法與大葉肺炎同。若天氣合宜，病人能居戶外更善；否則居室之窗門須開放，以收納新鮮空氣，但不可臥于過路風中。

(甲)飲食 宜依消化力使之飲食屢足；牛乳、雞蛋、肉湯、米湯等皆宜。宜多飲水；如不能由口飲，則由直腸注射或灌入靜脈。初起時，當服瀉藥，每日宜有大便一次。

(乙)水療法 其法不一，依病者之情狀而施，或用濕布拭身，或用濕布裹身；病者輾轉不寧則用熱者，身溫高則用冷者，但勿過久。又或用盆盛水，由九十五度(三十五)漸令冷至八十(二十)或七十五度，昇病者入盆浴之；在病初或水內加芥末少許。倘呼吸弱，浴時可澆冷水於胸以激之。又或用布濡於六十或七十度(十五至二十)之水，取出，扭去水，敷於胸部，二小時換一次。倘呼吸困難過甚，可輪流用冷水熱水，或有效。應施水療法之指徵為熱度極高，譫妄，顯中毒過甚或血循環衰弱等。

(丙)局部敷法 熱蕪糊敷法昔時多用，而今不然，然亦間或有益。但用時宜輕而不可重，且須設法勿使離位。如用佛蘭絨褂，按患處之部位在褂內設一單布袋，置蕪糊於袋中，則着衣時糊即貼於患處，此法易施易換，且免攪病人。有時用乾杯術 dry cupping，或須行數次。或試用冰袋，如能使病者益舒則行之，否則勿用。

(丁)藥療法 藥品宜慎用，惹胃之藥少用。倘咳嗽艱難，或用複方安息香酒納入沸汽壺，如法吸之 inhalation of tr. benzoin. co. 至於祛痰，可用氯化銣二至五釐 am. chlorid. 0.13—3 gm. 或衣必格葡萄酒十至二十盞滴 vin. ipecac. 0.6—1.3 cc. 倘咳甚且困難，須

鎮靜之，則加樟腦雜酒 tr. camph. co. 4 cc, 或可第印 codein gr $\frac{1}{4}$, 0.016 gm, 或赫羅印 heroine gr $\frac{1}{16}$ (0.0032) 等。倘須激動呼吸中樞或血循環，可用空針注射番木鱉素 strychnine gr $\frac{1}{20}$ → $\frac{1}{10}$ (0.0016 → 0.0032)。若血循環衰弱，治法與大葉肺炎同。倘痰難咳出，可服吐藥，如衣必格(吐根)或皮下注射阿坡嗎啡(阿甫莫非) apomorphine, 但此僅可用於健壯者。呼吸困難或窒息(氣閉)，可試吸純氧氣，有益則仍再吸。老年者宜早用激動藥，又宜多得滋養，用熱敷布勝於冷者。病人無論老幼，皆宜常易其躺臥之姿式，小兒則抱起轉移。

(丙) 其他肺炎球菌病 OTHER PNEUMOCOCCIC DISEASES

此菌不僅染肺，並能染及身之多處，最要者如下：

(一) 急性敗血病 Acute Septicemia. 此等病較罕見。熱升至一百零四度(四〇)或更高，又或嘔吐。死後或察見此菌於血及脾肺腎等處。

(二) 局部病 此等病甚多。在口，如微瀉，齦炎，舌炎等。

在咽，如咽及扁桃發炎。在耳及在頸，額等竇，致急性生膿或慢性生膿，又發炎或生膿。在腦膜，則致發炎。在枝氣管，則致急性或慢性炎。在肺，致大葉肺炎或枝氣管肺炎。在胸膜，致發炎或積膿。在關節，致急性炎，或為原發性，或為繼發性。又急性腹膜炎(特在小兒)，闌尾炎，心內膜炎，腎盂炎等亦或由此菌所致。身之此處或彼處生膿腫亦然。

(八) 腦脊髓熱 CEREBRO-SPINAL FEVER

(Meningitis cerebro-spinalis epidemica)

定義 此係傳染性病，屬散發性或流行性，係腦膜炎球菌 Meningococcus 又名腦膜炎細胞內雙球菌所致；此菌以腦脊髓膜

發炎為特狀，而病程甚不規則。此病另有數名，為惡性紫癍熱（惡癍斑性熱）malignant purpuric fever，癍點性熱 petechial fever，斑疹熱 spotted fever，流行性腦脊髓膜炎 epidemic cerebro-spinal meningitis。

病史 歐美各地，此病每間數年流行一次；千九百四年，紐約因此病死者達千人之數；千九百十六年，倫敦亦流行此病，死者數十人；中國亦有之；然實非常見之病。

病原 腦脊髓熱或散發或流行不定。流行類 Epidemic form 不甚傳播他處，惟在熱帶地方始有劇烈之傳播性。依常例而論，此病之發於鄉間者較城市多，曠地及海阜受其害者最酷。時行之期最多在春冬二季。羣居擁擠之處如營壘，工廠等易發此病。小兒及少年最易患此；勞動過度，熱天長行，精神上及身體上之境遇不佳，以及垢穢，貧苦之下宿處等皆係致此病之預因。此病無劇烈之接觸傳染性，大約不能由衣服，痰，尿等而致染。當時行之際，一家至多不過二人患之，而在城市，亦散而不聚。此病之傳染，以帶腦膜炎菌者為一種要因 importance of carriers。

散發類 Sporadic form 每在一次流行後，病稍留無定，不易斷絕；大城市中往往如是。此病可分二類：（一）後底性腦膜炎 Posterior basic meningitis，此則症狀甚昭顯。（二）青年之腦膜球菌性腦膜炎 Meningococcus meningitis，此則為少年所患，不屬標準的流行性；然一家或有三五人繼續患之。小兒所患之腦膜炎，即前所云後底性或單純性者，係散發類。

菌類 千八百七十七年危塞蒲氏 Weichselbaum 始發現腦膜炎球菌，又名腦膜炎細胞內雙球菌 Meningococcus or Diplococcus intracellularis meningitidis；凡在組織內，此菌幾常在多核白血球之內。據近今之研究而論，則謂此菌有兩亞變種；其他一名副型

腦膜炎雙球菌 *Parameningococcus*；可由凝集反應辨別之。近來此病時行之際，查得此兩亞變種菌皆分配甚廣，而二者之致病力相等，與各亞變種肺炎球菌之皆能致肺炎也相同。此病之菌每在血內及損害區，有三要點：（一）患此病者十分之五咽之鼻部有此菌。（二）帶菌人亦然。（三）可預備療治用之血清。戈登氏 Gordon 別之為四亞變種。其第一、二類發見之多少相等，計佔各亞變種中百分之九十。第四類甚罕見。第一與第三類頗有同性之點，故學者有類歸之為甲亞變種 *Type A* 者，謂之腦膜炎球菌 *Meningococcus*；第二、四類則類歸之為乙亞變種，謂之副腦膜炎球菌 *Parameningococcus*。

病理解剖 病之屬惡性者，或無殊性變異，腦及脊髓僅顯劇烈之充血；急性致命之病，一星期內即死。腦軟膜（血管衣）及蜘蛛膜（潤衣）充血甚重；其滲出物常屬血絲膠性（血纖維素膠性），而在腦底處尤顯，此處之腦膜或大增厚而被此滲出物所蓋，外層之大隙罅有此質甚多，有時外層全被膠性厚質所蓋。脊髓每與腦同受累，後面滲物較多，故背部及腰部之受累每較頸段劇烈。病之較慢者，腦膜普遍增厚，會有滲液之虞，有黃色斑點散列。凡在急性病，腦室發脹內含濁液，或後柱（角）有純淨之膿，病之屬慢性者，其脹或甚劇烈，腦質較常時軟而顯桃紅色。或有出血及腦炎 *encephalitis* 之區可以察見，腦神經常受累，而以第二、五、七、八各神經為尤然。脊神經之根亦浸在滲出物內。用顯微鏡檢查此滲出物，多屬多核白血球所成，該血球擁擠於血絲內，有時或有膿侵及出血之區。腦膠質細胞（架膠狀）發腫，內含大而清之泡形核，而腦節細胞（結狀）則無甚大變異。滲出物內有雙球菌，為數不等，大抵在腦者較在脊髓者多。在病期之中，鼻內或顯雙球菌；蝶竇（穴）或滿貯膿而四圍之骨發炎；病者之咽、口、鼻部及蝶竇等多發卡他及他種變異，據此而論，

似乎傳染之途腦膜實由此路。此病有時兼肺炎及胸膜炎。曾見兼肺部充血及水腫者十三病；兼枝氣管肺炎者七病，兼特性大葉肺炎及有肺炎球菌者二病，肺炎之因細胞內雙球菌所致者八病。脾之大小甚有等差；曾見致命病三，脾皆增大。肝之顯變異者甚少。急性腎炎有時或伴發。腸之淋巴結有時發腫。

症狀 此病之各類，其特性大有同異，故種類甚多；提綱挈領而論之，共分三大類：

(一) **惡性類** 病起驟突，寒戰劇烈，頭痛，肌痙攣，倦睡思睡，心志鬱悶，溫度畧高，脈搏遲弱，每分鐘或僅五六十至，皮常顯紫斑疹；致命甚速。

(二) **常類** 此病之潛伏期不可知，常突然而起。或有前驅症狀，如頭痛，背痛，胃口不良等是。而其較常見者，病起時顯頭痛，嚴重之寒戰，嘔吐等狀。溫度升至百零一二（三八至三九）。

脈搏滿而強。此外有一早顯而重要之症狀為頸諸肌痛而強硬。繼則頭痛漸加重，眼羞明，耳怕響，病兒十分煩燥不寧。病之重者，頸諸肌收縮早顯，頭被此肌所牽向後而臉上仰。迨背腰之肌受累時，則顯身體強直 orthotonos 或角（後）弓反張 op-isthotonos；此二者以身體強直為較常見。背及四肢之痛或甚酷烈。其運動性症狀為最殊特；或顯肌顫兼臂、腿陣攣性或強直性痙攣，頸及背腰之肌強直；病者臥床時，軀幹強直，頭被牽向後致枕骨貼肩胛（轉）間處。除病者係嬰兒外，驚厥不常見。眼斜係一常顯而重要之狀；而肌痙攣者亦或有之；軀幹之肌癱瘓者罕，然面肌及眼肌癱瘓者則不少。

至於感覺性症狀，則頭痛係一最顯著而且病一起即頑梗纏綿者。痛處以頭之後部為主而映射至項及背，沿脊一帶或

特殊傳染病

怕痛,又多數顯感覺過敏。精神症狀 *psychical symptoms* 亦甚顯著;病初起時有譫妄,甚或屬癲狂之類。又或有昭顯之情慾上的症狀,數日之後,則譫妄變為昏睡。迨腦部滲出物增多,則或昏迷矣。

溫度極不規則,時或顯間滅;大抵自始至終升降無定時,參差不齊,故體溫圖之熱度弧線各有不同,無可標準。有始終不甚發熱或竟無熱者;有熱高至百零五六度(四〇·五至四一),將死之際甚或升至百零八度者(四二)。脈搏,小兒或甚速;成人者初起時常滿而強,然亦有甚遲者,甚或遲至每分鐘五六十至。

呼吸除兼患肺炎外,不常增速;有時或顯嘆氣狀及潮樣呼吸。

皮症狀甚重要;疱疹(候陪或擦) *herpes* 常顯,幾與肺炎及間退熱病之多顯疱疹相等。瘀點性疹 *petechial rash* (此病之所以有斑疹熱 *spotted fever* 之名者即以此故)有無不定,惟大有等差。或報告謂九十八病中不顯瘀點者三十七;然據他報告,則此病之顯瘀點或紫色斑者甚多。此疹顯時或甚多,甚或全身之皮皆被遮蓋,有時或顯紅斑(癩) *erythema*,更有顯深紅色充血性點者,此則與腸熱病所顯者相似,顯風疹塊(團癩) *urticaria*,結節性紅斑(疣癩) *erythema nodosum*,深膿皰 *ecthyma*,天皰瘡 *pemphigus* 及皮壞死(疥) *gangrene of skin* 等者亦有之;惟皮壞死最少。

白血球增多,係一早顯而恒久之徵。嘔吐雖係病初起時之一特狀,後則大抵逐漸退去,然亦有頑梗纏綿而成一最酷烈最困苦之症狀者。腹瀉不常見;大便大概秘結;腹部不怕痛。此病之急性類,脾大概增大。尿有時含蛋白質,尿量或增多,有時或顯糖尿;而此病之屬惡性者,則顯血尿。

病之時限。此病之極期無定,自數小時以至於數月者皆有之。據言之,致命之病大半五日內即死,而有望之病則五六

日後逐漸熱退精神恢復。熱度驟降係一惡徵。恢復期甚遲苦，或且有併發病及後發病。

(三) 異類 (甲) 頓挫性類 (不成症類) Abortive form. 病起之勢極惡烈，而一二日後症狀即退。恢復期亦甚短。此類之輕者，病人覺頭痛，惡心，背及四肢不舒，頸強硬等；體溫度或略升高或如常；嘔吐不甚重。此則須在腦脊髓熱病流行之際，方能認辨；否則症狀太輕，每不認為症候也。

(乙) 間歇類 Intermittent form. 此一類之特狀係間歇性熱，例如間一日或二日發熱一次是也。此發熱狀之似膿毒血病(穉串瘰)，較似瘧者為甚。

(丙) 慢性類 Chronic form. 此則雖不常見，然甚重要。每發一次，纏綿二三月甚或五六個月不定，而或致極重之瘠瘦。此類之特狀為復發之熱繼續連顯數次。狀有時非常復雜，有時或兼顯慢性腦積水(腦房瘰) hydrocephalus 或腦膿腫。此一類與間歇類大不相同。余曾見三病，其中有一病纏綿至九十日之久。

併發病 胸膜炎，心包炎，腮腺炎等不少。肺炎係此病之流行類所常有之併發病。凡此病流行之際，腦膜炎與肺炎同發者甚多；而二者之中究係孰為原發，孰為繼發，實不能定。腦膜炎之為肺炎之併發病者固為醫界所深知，然或云與腦脊髓熱病同發之肺炎係腦膜炎球菌所致，非正當之大葉肺炎。有時此病時行之際，關節炎係最多之併發病；同時許多關節皆受累，顯腫痛，滲液(或漿液性或膿性)等狀。腸炎不常見。病發後，頭痛或纏綿數月或數年。小兒或患慢性腦積水 chronic hydrocephalus；其症狀係酷烈之陣發性頭痛，頸及手足痛，嘔吐，不省人事，驚厥，大小便失禁等。精神萎弱及無語言能(失語症)亦間或有之。單獨腦神經癱瘓或兩腿癱瘓二者，有時纏綿甚

久。更有顯周圍神經炎者 peripheral neuritis。眼視神經炎或隨顱底滲物累及該神經而起；急性視神經乳頭(輪)炎 acute papillitis 亦或有之。腦膜之炎患或沿視神經之鞘膜(血管衣)及蜘蛛膜(潤衣)而致膿性虹膜炎(睛膜麓炎) purulent choroïdo-iritis, 甚或致角膜(瞭)炎 keratitis。第五神經炎或致角膜炎及膿性結合膜炎 purulent conjunctivitis。耳聾或隨耳迷路(幽)發炎而起；中耳炎 otitis media 及顱乳凸炎 mastoiditis 或因炎患直接蔓延而起。或謂患腦膜炎而癒者六十四人,其中百分之五十五患聾。小兒患此病而致終身聾者不少。鼻病之早期,鼻粘膜炎常見。或謂鼻卡他起於腦膜炎發顯之前者甚多。且云腦膜炎之受染或由於鼻;此說似甚有理,蓋患此病者鼻粘液中多含該雙球菌也。

診斷 近年來醫界曾盡力研究此病之診斷,以期能確定辨認腦膜炎及其種類;茲分條詳述如下:

(一)普通情況 發熱,頭痛,譫妄,項反縮,肌顫及強直等為最重要者,前已述過。腦脊髓膜炎熱所顯之脊部症狀較他病所顯者額外昭著。惟須注意,有一種腸熱病及大葉肺炎甚似此病。

(二)特別情況 (甲)叩匿格氏徵 Kernig's sign (詳見內科臨症方法第二二七面)。尋常人仰臥時,若將大腿豎起與腹部作直角式,其小腿亦可自由豎起,與大腿成一直線;惟患腦脊髓熱者則因屈肌大縮,故小腿不能豎起伸直,與大腿作一直線,是謂克匿格氏徵。

(乙)布辛司克氏徵 Brudzinski's sign. 若將頭下彎至胸,兩腿之腕(髌),膝兩關節皆屈起;又將一腿屈起貼軀幹,致彼一腿同時亦屈起,是謂布辛司克氏徵。

(丙) 腰脊刺術 Lumbar puncture. 凡患腦脊髓熱病者行此術後,由空針導出之腦液大概渾濁,有時屬膿性,間或含血,然亦或有清者。檢查液內所含之細胞甚為重要;多核白細胞過多甚,而其屬結核病類者則淋巴細胞最多。肺炎球菌及細胞內雙球菌之辨別,大概不難。若係結核性腦膜炎,則細心檢查,必有結核桿菌可以尋着,且可接種之於天竺鼠(鼠豚)之身而驗之也。

豫後 病之流行時,致命之數自百分之五十以至於百分之七十甚無定;療以血清者則為百分三十。小兒因此致命者較成人多甚。愈早用血清療法愈有望。

預防 病者須隔離,除醫士看護者及一二至親外,不可與他人相見。凡與病者接近之人,皆須取其鼻咽液培養,檢查是否有菌。帶菌者亦應隔離,不與他人接近。帶菌者之咽部必須仔細療治;用鹽溶液灌洗,再用二氫化銀百分一溶液 hydr. peroxid. 1%或碘(氣)甘油溶液或克羅拉民T油液 chloramin T(百分之一)或硫酸鋅(千分之十二)入噴霧器洒之,每二小時一次。或用小棍裹棉花蘸藥敷咽,或用此二藥相和成水液,用一立特蒸氣於室內熏之。此等帶菌人有時甚頑梗難治,有時一二日內該菌即消滅。每日服猶羅妥品五十厘 urotropin (hexamin) 3.0 gm 畧佳。前次英國此病流行時,曾廣用菌液防法。

治法 病者宜靜養,一切激惹須除去。皮膚須特別防護,免生褥瘡,髮宜剪去,用冰袋敷頭。食物宜用液品;如吞嚥困難,可用筒飼;水宜多飲。宜用甘汞及芒硝類瀉藥通利大便,後則或須用輕瀉藥或注射直腸藥等。治劇烈之頭痛,他處痛或嘔吐等,宜注射嗎啡。此外每日服猶羅妥品六十厘(四克)亦可。

血清療法 凡病之可疑者,宜早施血清療法。凡施腰脊刺術時,若導出之腦液屬膿性,即須用血清。此後須待發見

腦膜炎球菌始可再用。在用血清之前，須導出腦脊液最多之量；荷導出液量極大（如在四十西西以外）及病之重者，宜用空針注射血清四十五西西。至於尋常者則以注射三十西西為度。若注射時體內之抵抗力過大，則所射之血清宜以與導出之液等量為限。荷注射後症狀極重或增加，則十二小時內宜再行注射，否則僅用常量三十西西，每日一次，連射四日。此後若仍有雙球菌，則每日之注射仍須繼續執行；症狀連續或增重，亦須繼續。又若連注射四日後病勢不退，則須再行注射法四日，至無雙球菌可以察見及症狀退去為度。至於血清有時不見功效，則係預備之血清與所患之病非同屬一亞變種故也。故宜將各該菌劑成各種血清。慢性類（如有雙球菌）及後底性類（見前病原論），皆宜用血清療法。

水療法 水療法或可減輕症狀；熱水浴或熱布裹身法，每三小時可行一次，每次十五分鐘。

腰脊刺術 施此術甚有益；劇烈之頭痛及昭顯之腦症狀，係應施此術之符號。導出之液，以愈多愈盡為要。倘因壓力大而腦液噴出，則宜從早繼續施此術。若腦有積水狀，亦須從早多施此術。

併發病治法 蔓延至腦神經之患，非治法之勢力所能及。中耳炎宜早施手術；關節炎宜靜息；生膿宜施局部治法或手術。顯腦室擴張之狀，則可試用導液術及注射血清。對於此病之屬慢性者，宜十分注意病者之滋養，尤須謹防褥瘡。恢復期之痛及強硬，可施熱水浴及揉捏法。

(九) 流行性感冒 INFLUENZA (*La Grippe*)

定義 此係一大流行病 *pandemic disease*，發顯無定期，傳播極速而致病衆多；凡一次大流行後，該地方每避此病之害。或

爲地方性 endemic, 或爲流行性 epidemic, 或爲散發性 sporadic, 流連遷佈, 數年不絕迹。依臨診而論, 此病之症狀畧無一定, 變端百出。然有一特別之趨向, 此趨向即致呼吸系統之粘膜受患。此病常有一特種菌名流行性感冒桿菌 *Bacillus influenzae*。

病史 自十六世紀第一次認明此病之大流行性後, 曾大流行四次: 第一次在千八百三十年至千八百三十三年之間; 第二次在千八百三十六年至千八百三十七年之間; 第三次在千八百四十七年至千八百四十八年之間; 第四次在千八百八十九年至千八百九十年之間。每次流行之際, 其傳播也速而廣, 大陸, 海島, 諸洲各國皆受其害, 故有大流行病之名稱。例如最後一次之流行, 發端約在俄國之東南波嘎拉 Bokhara, 時正千八百八十九年之五月, 迨七月已傳播至莫斯科, 十月達聖彼得堡及科克煞, 十一月中旬抵柏林, 十二月中旬則已越海而染及倫敦, 至十二月已渡大西洋而傳至紐約, 歐洲大陸傳播殆遍, 次年即傳至中國, 一年之間幾染遍全球。流行最劇烈者乃一千九百十八年, 最奇異者有數國見於夏季, 且甚劇烈; 尤奇異者患此病而死者多爲壯年人, 老及幼者較少。與此病併發之肺炎亦甚重, 易於染及孕婦。美國陸軍之營內流行甚烈, 兵艦上亦不少, 死於肺炎者亦多。

此病之流行時期, 每一地方大概流連六至八星期之久。除登革熱 (關節痛熱病) dengue 外, 無他病致患如是之衆多者; 每一地方當此病流行時, 居民受患者大抵佔百分之四十; 幸此病 (與登革熱病同) 致命者極少; 然累肺者死數頗多。

原因 此病之對於地方上常有之卡他性熱病 catarrhal fever (即英美俗名流行感冒性傷風者 influenza cold or grippe, 亦即中國所謂傷風或感冒之沉重者), 究有何關係一問題, 有答

案如下：（一）真流行性感冒 epidemic influenza vera. （二）地方流行性感冒 endemic-epidemic influenza, 此則多在一次大流行後，流連數年不絕迹。（三）地方性似流行性感冒，又名假流行性感冒或卡他性熱 endemic influenza nostras, pseudo-influenza, catarrhal fever or grippe, 係由許多菌類所致，或單獨一類菌，或各菌合併不定，而此似流行性感冒對於真流行性感冒之關係，恰與似霍亂病對於亞西亞霍亂病之關係相同。

一千八百八十九年與一千八百九十年間大流行後，至今全世界此滅彼發，無時無此病之流行；就局部言，且有此病連綿不絕之處。按醫報所載之報告，則知流行性感冒桿菌流行於世間，在流行間歇期常侵入呼吸系統，假流行性感冒或多半因此而致。此菌對於呼吸系統急性傳染病之關係，與他常見之菌無異。

此病之傳染力甚大，傳播極速，且其流行也與時令，氣候等無關係。凡一次致病後，不定能免第二次。有一類人似乎不受此病之侵犯。

菌類 千八百九十二年，發否氏 Pfeiffer 由鼻及枝氣管之液內驗出一種桿菌，其菌係小而不能動之類。凡患流行性感冒者之鼻液及枝氣管液內常含此種桿菌如恆河沙數，而在枝氣管液內者尤多，幾乎純粹而不雜他種菌。迨沉重之症狀過去後，此菌或存留不絕迹。近今美國醫士二人曾由患此病者之鼻咽分泌物培養一種極微，厭氣，能濾過之桿菌；此菌或為此病之原因，名曰 Bacterium pneumo-sintes.

症狀 潛伏期自一日至四日不定，大抵三四日者為最尋常。病之起也，大概驟突，顯發熱及與之相伴之症狀。

病類 流行性感冒所顯之症狀非常複雜，故就病之類而分別彙述，或較有條理。

(一) **呼吸系統類** 呼吸道之粘膜自鼻部以達肺氣泡，可視為此病之屯集區。病之輕者起時顯鼻涕等狀，與急性卡他熱甚相似，惟身體之疲倦及困頓或較甚。至於他類，則顯卡他症狀後隨發枝氣管炎，熱加重，譫妄，體愈弱，而其情況甚或與重腸熱病相似。呼吸系統之危重情況係枝氣管炎，胸膜炎，肺炎三者。所顯之枝氣管炎，大概與尋常者相似，無甚特別處；然咳出之痰係一要狀，有時極多極薄，內含膿塊。發否氏以為色黃綠而作錢樣之痰，係流行性感冒之一特徵；此外更有咳出暗紅色之血痰者。間或所顯之枝氣管炎極重，細枝氣管亦受累，故病者顯皮色青紫，甚至於窒息（氣閉）。

流行感冒性肺炎係一極危重之病，或僅由發否氏菌所致，或係混合染之結果。此等流行感冒性肺炎乃一千九百十八年大流行病之一特狀，因此致命者非罕。或為流行性感冒之早狀，或病至數日後始顯。其臨診之經過常不規則，症狀亦不顯明。常有呼吸聲閉止或細捻髮鳴為其早狀。亦有劇烈之咳嗽並血痰，咯血等。常至面甚發紺。因有排泄液體之特殊趨勢，故其肺被液體滲滿。成膿腫或壞疽者非罕見。雖血中毒甚劇，然血循環之改變未甚。尋常血壓較低。流行感冒性皮下氣腫常見於一千九百十八年之大流行時，多半在頸部或胸上部，有時播散甚闊。此類病人多見甚劇烈之肺氣腫；其致皮下腫之故，概因肺面上之大皰疹破裂，而空氣由此入縱隔障並散佈至頸部之組織也。

至於流行感冒性胸膜炎則較少；有致膿胸者。倘病者原有肺癆，則一患流行性感冒必致舊病加重。

(二)神經系統類 無卡他症狀,而顯頭痛,背及關節痛,兼極重之虛弱。至於沉重之併發病,則有腦膜炎及腦炎;腦炎又或引發偏癱或單癱 hemiplegia or monoplegia。病之屬急性者,或有腦膜腫繼之而起。脊髓炎之顯急性升癱症狀者亦或有之,

更有因此而有痙攣性下身癱瘓(又名截癱) spastic paraplegia 繼起者。流行性感胃桿菌可用腰脊剝術查出,而腦膜炎則須在死後證明。各種神經炎亦復不少;有時其特狀為運動及感覺功用受擾。就流行性感胃之歷史而論,似乎無論何種系統病,皆可被該病引發。至於重要後患,即精神不振,憂鬱癡愚等 depression, melancholia, dementia.

(三)腸胃類 病起時發熱者或兼惡心及嘔吐。又有病起時顯腹部痛,大瀉及腦力虛脫者。有時或顯黃疸,脾增大者,亦復不少,此則與發熱之沉重與否有關係。

(四)發熱類 流行性感胃之發熱大有等差,然須知有時除發熱外或竟無他症狀。有時其發熱屬間減性,且兼寒戰。更有恒久發熱數星期而與腸熱病相似者。有時其發熱狀似二日瘧。

併發病 心包炎或為潛伏性。心內膜炎亦有之,而炎之增殖物(粒)上或有似流行性感胃桿菌之菌類可以察見,此則有時或顯惡性類。心肌炎或繼起;此係猝然致命之一故。官能性受擾常見,如心悸 palpitation, 心動徐緩,心動急速,心痛等。靜脈炎及血管內結血栓及腦膜炎亦或有之。

泌尿系統之病亦復不少;腎炎常見;精腺炎亦曾遇見。皮有時顯播散性紅斑,間或顯紫癬(瘀斑)。卡他性結合膜炎不少。

虹膜炎或視神經炎亦曾遇見。急性中耳炎係一常有之併發病。余曾見沉重及恒久之頭眩繼流行性感胃而起;此則或

因耳迷路受累所致。枝氣管擴張或繼起。自前次流行性感冒流行後，醫界察見繼之而起之各種症候甚多(神經系及血循環系爲最)。

凡患流行性感冒一次後，病者之身體因而虛弱者，不可勝數。

診斷 當流行性感冒流行之際，則診斷甚易；病者身體之虛弱與病勢之輕重不相符合(猶言依其病勢而論，似乎不應如是虛弱，即虛弱重而病輕之謂)即此病最特別之情狀。呼吸系統類可由檢查痰中之菌而斷定。若爲散發性或較小之流行，則斷定祇在熱退期之劇烈虛脫，然不甚可恃。至於流行性感冒之類別，則已詳前。

治法 病人應隔離。當病流行時，年老者務必極力設法勸範，使不受染。用菌液預防或療治有無功效尙未定。病者鼻液或咽液，必須仔細行滅菌法。凡遇一病，皆宜視爲嚴重者。

病人須臥床靜養，待發熱全然退盡爲度；如此始可免發劇烈之併發病。自病起即須用滋養治法，謹慎飲食，注意看護。腸道宜用甘汞一劑或瀉鹽類藥通利之。夜間可服鴉片表散十厘 *pulv. ipecac. co.* 0.65。病起時熱水浴或能減四肢及背之痛，然必須十分注意，切不可受涼；浴後上床時，被褥必先設法溫暖。上床後病者更須飲熱開水一杯。倘熱高而譫妄，可服醋柳酸小劑(如十厘) *aspirin* 0.6 並戴冰帽。退熱藥務必慎用，蓋能致身體極弱也，最佳者爲用柳酸和鴉片雜散使發汗，對於精神症狀，不可太過於注意；有時發熱雖輕，然亦有昭顯之譫妄。凡心部虛弱者，宜服激動藥；此則在恢復期內宜用番木鱉素足劑量。沉重之枝氣管炎及肺炎以及他種併發病等，均宜對病療治。恢復期之調養，尤宜十分注意；病者或須數星期，甚或數月，始克復原。佳良之飲食，調換空氣，處境順遂，係調理此病者之要素。要知繼此病而起之精神不振，係一最苦惱最纏綿之情況也。

(十)天哮嗆又名百日咳(啼嗽)

PERTUSSIS, WHOOPING COUGH

定義 此係一特殊病,大概爲天哮嗆桿菌 *Bacillus pertussis* 所致。其特狀爲呼吸道之卡他及陣發性咳,咳終時,長吸而帶啼聲(或曰哮咳) whoop.

原因 此病有時呈流行性,然在各地方亦時或散發。病由痰接觸傳染,且能因病兒而毒留住宅,學堂等處間接染人;然大概由接觸傳染者最多。流行之期常在冬春,常流連二三閱月之久。每與他病有不可思議之關係;多爲麻疹之先導或後患;更有與猩紅熱相關者,惟較少。小兒在第一及第二生牙期最易患此;哺乳期內患之者亦復有之。余曾見生後六星期之嬰兒患此甚重者。或以爲更有屬胎生性者。或以爲女小兒較男小兒易受病。成人及老年人間或亦不免,而老年人患之每甚危險。當發卡他時,此病之接觸傳染性最劇烈。人類對於此病,似乎有一種天然之免疫力;然或者所患之病勢甚輕而無認辨之機會,亦未可知;蓋大概患此病一次後,即可免第二次受染而再發也。黑人對於此病,致命之數多於白人一倍。

天哮嗆桿菌與流行性感冒桿菌有數相似之點。可於病之早期至初顯哮咳狀後二星期檢得之。在恢復期顯有補體偏向之反應,或謂病者之血清能凝集此菌;然在早期不顯補體結合反應,故此試驗法對於診斷無多大價值。曾有人將此病菌接種猿體,致猿顯有特殊之哮咳。

病理解剖 患此病者之本身固無甚特別之病理上的改變;若有併發病如肺病等,則剖驗時每有各該病之情狀可以察見。此外則惟氣管有一常有之損害,其柱狀細胞之間有桿菌。

症狀 病之潛伏期自七日以至於十日不定。卡他期及發作性咳期二者每可辨認。在卡他期 catarrhal stage 內，則顯尋常傷風之症狀；起時或畧發熱，鼻流涕，眼紅，顯枝氣管乾咳；有時此種乾咳或畧有陣孿性痙攣之徵兆。早顯連續不止之咳嗽，係一要狀。所顯之發熱大抵不高，故每不使人注意而僅以爲單純之卡他炎。迨七日或十日後，則咳嗽增重而其痙攣狀亦益明顯。發作性咳期又名陣發性咳期 paroxysmal cough stage。此期內顯所謂天哮喘者，每一陣咳嗽十五聲至二十聲連續不斷，咳聲短而苦，且不能吸氣，咳時病兒面色紺（青紫），待咳陣止，始突然深吸而有空氣入肺，咳時作啼聲甚響。此種發作性咳，或數陣繼續發作，迨膠粘之液咳出爲止；此液之量甚少，如連發多陣，則每日或咳出甚多。在發作性咳陣將終之際而嘔吐者常見，每日或嘔吐數次，致病兒食物停留不住而消瘦。有時每日僅有發作性咳五六陣。病之重者每三十分鐘左右或發作一次，而其最重及致命者甚或每日發作百餘次之多。當咳發作時因力呼氣而胸部緊壓，致無空氣吸入喉門，故血欠氧，面腫而發紺，靜脈暴露，眼球外凸，結合膜甚充血，一若將氣塞者然；於是始嗷然一聲深吸，空氣入肺，而面色等各狀乃驟然復原。病兒於發作性咳將發時，每能自覺，盡力自止而不可得，驚趨父母或保姆以求救護；此等狀況實爲人所不忍見。大咳時不但嘔吐，而且遺糞尿。舌下或因常被牙齒磨擦而潰爛。激發陣咳之情況，大概爲情感（如哭）及咽部之激惹，有時甚或吞嚥亦能致咳。又在沉悶多塵之空氣中，陣咳每多發。迨三四星期之後，病勢漸輕，終則痊癒。病之不甚重者，大概六星期之內可癒。

當病發作時內檢查胸部，呼氣時叩響不足，嗷然深吸時，叩響滿而清亮。惟聽診則深吸時或無肺氣泡雜音 vesicular murmur，蓋因喉門壓窄而氣入遲也。間或顯枝氣管鳴。

併發病及後患 當靜脈充血之沉重期內，甚易出血而成瘀點，在頭之前部者最多；顯結合膜瘀斑，甚或因靜脈裂而致眼出血，淚，鼻衄，耳出血等；間有咳血者。腸出血者甚少。驚厥不少，大約係大腦外質充血所致。因喉門發澀而致死者有之。

更有因沉重之腦硬膜下出血而突死者。癱瘓者甚罕，急性多數性神經炎亦極少。繃綿之嘔吐，或致沉重之貧血及消瘦。

肺屬併發病極危險；當咳嗽劇烈之期，或致肺間質氣脹，甚或致氣胸（胸膜積氣）。毛細枝氣管炎，小葉肺炎及假性大葉炎三者係最危險之併發病，因天哮喘死者，十九患此。有時其肺炎或為結核性，胸膜炎及大葉炎亦間或有之。枝氣管淋巴腺增大係天哮喘之一常狀，或且以為係其病原之一。陣咳時脈搏小，心右部充血，咳時及咳甫止之際，心之動作大受擾；有時或損害心部，致沉重之心瓣病（門扇症）；小兒既未患傷寒質斯熱又未患猩紅熱而有此病者，或即此故也。沉重之泌尿系統併發病則少，惟尿中時或含蛋白素及糖。成人患天哮喘後，或成氣喘（癆症）；此則甚困苦，一年內或復發數次。白血球增多早顯，大概多為淋巴細胞。

診斷 啼聲之一狀已十分奇特，故診斷甚易。然當此病時行之際，有連咳而無深吸之啼聲者，則亦難診。

豫後 苟包括併發病而論，則天哮喘實為一險病。歐美之急性染病中，致五歲以前之小兒死者，是病居其首列。

預防 此病須列入報告及檢查之類。病者所睡之痰宜施消毒法。惟患此病者自現啼咳後，二星期之內該菌即消滅，故病之後期，可不慮其有接觸傳染性。曾有人用菌液預防法奏效；其法係隔二日注射一次，共三次；初次注射五萬萬菌，二次二十萬萬，三次三十萬萬。

治法 一般社會每視此病為無甚大害，殊不妥當；凡小兒之患此者，不宜入學校及公共地方與他小兒伍，應隔離療養。

如陣發性咳劇烈，則宜臥養，日夜多吸新鮮空氣。藥療法不甚有效。菌液療法今已通用，開尚有效。用抗菌藥者亦多。法用貴林六分之一厘quinine 0.01gm，每日三次。按小兒生後之月份增加，年滿一週歲者，每次增至一厘半，每日三次；五歲以前之小兒可按歲如法增加，功效畧大。吸安息香及猶卡列甚佳。病之重者，鎮靜藥甚佳，可多服複劑樟腦酒 tr. camph. co，對於夜間安眠，此藥尤效。可第印及赫羅印二藥按年齡用合度之劑量，甚驗。蘇茄尼劑量亦可試用。又凡小兒，每可致之自防其咳發作。至於他種藥劑如安替派林及氫醌（哥拉），可試用。小兒之年稍大者及成人，可注射俄利伐油合埃朶芳入枝氣管；此法能止重咳。腹部緊縛以帶，有時甚有裨益。病之危勢退後，則為恢復期；際此，該病兒務須小心看護，蓋致命之併發病如枝氣管肺炎，每易在此時發生也。天哮喘或纏綿數月，小兒因而孱弱，調換空氣，係一良法；務須謹慎飲食，服補劑如魚肝油等。

(十一) 淋病(白濁) GONORRHEA

定義 此係一種急性傳染病之有一原發性損害區者；常為尿道(尿管)炎，而兼有種種繼發性及全身性感染；就中前列腺(膀胱腺)炎 prostaticitis，副辜(精腺冠)炎 epididymitis，輸卵管炎 salpingitis，關節炎，滑膜炎 synovitis，心內膜炎為其最重要者。係淋病球菌 *Micrococcus gonorrhoea* (*Gonococcus*) 所致。

淋病係傳染病中之流佈最廣而極惡烈者；雖不多致命，然其斯喪身體及損害康健之魔力，實極偉大。病之局部損害，每為人所不注重，然就其頑梗難治，永久損壞生殖器之魔力，以及危重之後患而論，則其惡烈實不甚亞於梅毒。

病原 淋病球菌形如豬腎，每成對排列，作雙腎對峙形，兩面相對而凸面向外。此菌常在白血球之內，且常可在原發性及全身性損害區察見，能受培養；若將此培養之純菌接種於身

體則能致病。成人以後之男女患此，大概由於淫。新生嬰兒患此，由於母之陰道受染。年較長之小兒患此，由於偶然受染。新產嬰兒結合膜炎 *ophthalmia neonatorum*，為目盲之一大原因。然近來教育漸高，故此病之數亦因之大減。淋病性陰道炎 *gonorrhoeal vaginitis* 及淋病性結合膜炎 *gonorrhoeal ophthalmia* 係小兒之危病，極頑梗難治；小兒醫院中時有此病。紐約小兒醫院中，凡十一年之間，淋病性陰道炎共二百七十三，結合膜炎六，關節炎二十六。淋病球菌所致之病可分三類：（一）原發性感染。（二）尿生殖器直接蔓延感染。（三）全身感染。

原發性損害 Primary Lesion. 詳外科學。有數種併發病，如男子之尿道周圍膿腫及淋病性前列腺炎，女子之陰道炎，子宮頸內膜炎，及前庭大腺炎等是也。

尿生殖器直接蔓延傳染 Infection by Extension. 此類後患最劇烈。淋病性輸卵管炎不少，子宮炎及卵巢炎亦間或有之。此外更有腹膜炎，急性瀰漫性腹膜炎有時有純粹之淋病球菌可以察見。膀胱炎亦甚重要，此則因混合染而致者較單純淋病球菌染為多。更有由尿道向上蔓延染腎之虞。又腎盂炎與膀胱炎同，大概常為混合染。

全身感染 Systemic Infection. 分兩類：（甲）淋病性敗血病及膿毒血病 *Gonococcus Septicemia and Pyemia*。此類病曾經研究，可分四種：（一）兼心內膜炎者，其臨診之症狀為惡性心內膜炎；凡所究之二十九病中，此種佔十一，僅二病獲痊。（二）局部生膿者，顯膿毒血病之全身症狀；二十九病中佔六，死者三。與膿性小病竈同發之敗血病或極劇烈。（三）無遷徙性局部病 *no metastatic local affections*（即無膿毒血病），或畧有關節炎者。曾見一奇特之病，患急性淋病三閱月之後，病者發熱，其熱狀與

腸熱病所發相似，纏綿七星期之久，血內有淋病球菌，後病者獲痊。此一種後患或竟多於我等所意料者，亦未可知。(四)淋病性產後敗血病 gonorrheal puerperal septicemia。此一種據醫界報告，曾有數病，凡以上所究之二十九病，皆由培養血內之菌類證明，死者共十二。心內膜炎類當另詳於後。

(乙)淋病性關節炎 Gonococcus Arthritis。此係破壞力極大極劇烈之淋病併發病，佔淋病全數百分之二至五；男子患者較女子多；每在發急性淋病之期內發顯，大多數尿道流膿。有時在淋病退後發顯，更有伴慢性淋病而發者。新嫁之婦人有時被男子舊有之慢性淋病所染而患沉重之淋病性關節炎。凡婦人患此，不常易察見局部感染之證據（即外部生殖器之症狀隱匿）。受累之關節常甚多，不僅一處。

對於解剖的變更，大有同異。發炎多在關節之周圍，沿韌帶而蔓延；關節內滲出液時罕生膿，多顯滑膜炎 synovitis 之跡象。腕及手之韌帶或生膿。發炎之關節或關節周圍之滲出物內有淋病球菌；培養之，多為純種；然間有其培養基中不得此菌者。與葡萄球菌或鏈球菌之混合傳染則極少。

經過。頑梗及繁異，係此病最昭著之情況。茲將最重要之臨診類別條列如下：

(一)關節痛類 Arthralgic form。關節處有游行之痛，不紅不腫，纏綿甚久。

(二)多關節炎類 Polyarthritic form。數關節受患；畧發熱，局部炎或定於一關節，然數關節腫痛者較常見；此一類有時或有腦性及心性併發病。亦或一關節大受累餘者速消。痛及腫均劇烈；其腫多因關節周圍水腫之故，全身之熱不甚高，與局部病徵之沉重不可同日語，滲出物大概漸消散，然間或有成膿者。

特殊傳染病

(三) 慢性關節水腫 Chronic hydrarthrosis. 大抵僅一關節單獨受累，最常見者為膝關節。發時多不顯痛，腫，發紅等，成膿者極少。此類不多見。

(四) 滑囊及滑膜炎類 Bursal and synovial form. 受患之處以腿，腿鞘，滑囊及骨衣等為主。關節或不受累。髌及尺骨鷹嘴（髌骨頭），跟腿等滑囊為最易受患之處。

(五) 敗血病類 Septicemic form 此則由急性關節炎而淋病球菌侵入血循環，所顯症狀為劇烈敗血病兼遷徙性膿腫者，常兼心內膜炎。

(六) 淋病性跟痛 (痛腫) Painful heel of gonorrhoea. 此係因局部骨衣增厚及跟骨外生骨疣 exostosis，致痛而不能行步，骨衣之損害處有淋病球菌。

併發病。虹膜炎不少，或且連續復發，內臟性併發病如心內膜炎，心包炎，胸膜炎等甚危險。

治法。原發性感染（常為尿道炎）宜注意療治（見外科）。至於特別治法，則抗淋菌血清 antigenococcus serum 及菌液不妨試用，有時兩者俱有功效，或全無效。佳良之飲食，新鮮空氣及通暢大便等係重要事項。藥品不甚有效，如碘化鉀 pot. iodid. 及柳酸鈉等尤無用，醋柳酸 aspirin 可用以止痛。局部療法甚重要。急性類則纏定其受患之關節，慢性類則施揉捏法，皆或有效；又火灸及起砲藥以及充血法（如用熱或昇耳氏法）等皆佳。關節之腫脹者，可用空針抽盡而緊纏之。病之重者，外科治法較佳，切開關節而灌洗之，常奏大效。

(十二) 桿菌痢疾 (桿菌赤痢) BACILLARY DYSENTERY

定義 此為瀉病，常屬急性，或散發或流行，幼年及成人俱可受染。其表狀為腹痛，頻下血及粘液。由特種桿菌而致，其菌有數亞變種。（另有阿米巴痢疾詳後）。

原因 自衛生法進步，而痢疾在西國較昔減少，散發者時有所見，間或於人烟過稠之區如精神病院等，流行甚熾。熱帶以痢疾為危病，且常流行於營壘。日本嘗有數年夏秋之時，患此者百人中二十六人致死。中國此病頗多，每在夏秋之交蔓延甚烈。急性痢疾時行，係桿菌類痢疾。

痢疾桿菌 *Bacillus dysenteriae*. 一八九八年，日醫志賀氏 Shiga 察知流行於其國之痢疾係一種桿菌所致；繼有美醫弗雷克斯紐氏 Flexner 亦在非利賓及熱帶他處察出此菌；德、荷、美諸國之細菌學家亦各有察得此菌於其本國者。今以患者之血清凝集現象法及糖類培養法研究之，則見其性情有異，而知有數亞變種，然其所致之損害則相同。其傳染由口入體，係病者之糞及痢疾媒介（帶菌人）將菌廣衍，玷及飯食。蠅及塵埃亦係傳播痢疾菌之媒介。病者之肛門等處每沾有此菌，倘非極慎則易玷及其手指，或且玷及廁所，因此傳染他人。尿內無菌故與腸熱病不類。

病理解剖 患急性痢疾而死於第四至七日者，其大腸粘膜腫而色深紅，且有瘀點散漫，此則粘膜摺尤顯。粘膜面常有淺死層，輕拂以指即脫落；死片之大小靡定；淺面雖死，究不至潰爛。腸孤立淋巴結紅而腫，其凸為受累之粘膜所掩。病劇時則結腸粘膜腫至甚厚而堅，色灰黑，廣佈變死，且有成壞疽之處。迴腸常受累致充血及淺層死。病之次急性者，腸壁不顯增厚，腸孤立淋巴結較腫，少變死，雖不成潰瘍，然有淺潰蝕。

症狀 潛伏期至多約四十八小時；其發也突然；初狀即微熱，腹痛，大便頻數，初下粘液，未至二十四小時則雜血或純為血。

大便常迫，肛門亦急而下墜（裏急後重）straining and tenesmus。肛門外皮剝損，或脫肛；每半小時或一小時必下血粘液少許；且進飲食時腹痛即隨之。熱至一百零三四度（三九·五至四〇）；

脈快而弱，病甚則微；白血球增多；咽甚覺渴；舌有白苔。急性者在四十八小時之間益甚，大便愈頻，痛極，謔妄，至第三四日則死。否則歷十日或半月，屆其限期，則漸就癒；若病性不甚急，症狀稍減，大便畧疎，熱降，二三星期可恢復。重者多死。痢疾又有次急性者，纏綿經年經月；患者瘠瘦，二十四小時間下糞三五次。糞內含痢疾桿菌；若加以病者之血清，此菌最易凝集。

併發病及後患 腹膜炎發，有之即由腸壁向外而傳，或腸穿孔所致也；若盲腸（闌）或直腸（肛）穿孔，則其周圍之結締組織（連膈）發炎，肝罕生膿腫，故與阿米巴痢疾 amebic dysentery 迥異。痢疾或與瘧並發，亦有時隨腸熱病而發。有時兼顯身疲痛及繼發性關節發炎。病重者或兼胸膜炎，血管內結血栓，心包炎，心內膜炎，膿毒血病（遷徙性膿腫）如膿性門靜脈炎等病 pylophlebitis。其後患有慢性腎炎，久則或貧血，水腫；又有癱瘓（如截癱），大約為神經炎所致。腸間或狹窄，然甚罕。亦有慢性痢疾畧癒而兼顯慢性消化不良及腸易激惹等患者。

診斷 用細菌學診法，試病者之血清能使痢疾菌凝集否；若能，則可視為桿菌痢疾。其糞當提淨桿菌檢查之。此病與阿米巴痢疾之別，見下文。他病之似慢性痢疾狀者為痔，直腸息肉（肛瘻）rectal polypus，直腸炎，直腸潰瘍，直腸結核，直腸生癌，直腸梅毒等患，不但驗糞已也，亦當以指及窺器察直腸處。驗者每誤認慢性痢疾為慢性腹瀉，故當問病歷，及驗糞有無血粘液，以及裏急後重（肛門急）否。中國俗以糞內有血粘液者為痢疾，實則不得僅據此即名為痢疾，蓋或結腸或直腸緣他故發炎，亦能如是也。

豫防 豫防法與腸熱病同。用水以清潔為要，當小心食物，勿受寒。若院中有患痢疾者，切不可與他人同居。現有人製得防病血清及療病血清出售。

治法(一)急性痢疾 病者必須臥牀休息，體宜溫暖，且用法蘭絨裹腹，食品須極單純，如乳水，蛋白，苡仁米湯或米湯及濾過之麥糊等；乳糖水較牛乳為佳；牛肉汁亦善；宜有足用之水以潤其渴。倘嘔吐，可戒口數小時，若需液體，可注射鹽液於皮下；敷熱布亦有益。若病者就診早，不妨使之多瀉，如用硫酸鈉 *sod. sulphas* 或酒石酸鉀鈉，每劑二錢 *soda tartarata* 8 gm，初一小時一劑，連服兩劑，嗣後每三小時服減半之劑（即一錢）一次，直至腸內清潔；如此治之，每能減病之進行。若病勢已彰著而始就治，用瀉藥須視其病象而定；如尚有糞塊則宜瀉，以蓖麻油為佳，每劑六錢 (25 cc) 直至腸內之物排淨。他藥畧有佳效如鉍製之大劑量，每小時服半錢至一錢 *bismuth* 2—4 gm，或鉍和複製吐根散 *bis. et pulv. ipecac. co.* 他若昇汞之小劑量（百分之一厘），每二小時一次亦效。若為止痛及安撫其腸，則嗎啡最善，可注射大劑量於皮下（三分之一厘）*morphine* 0.016—0.022 gm，或須射至數次。若不顯裏急後重（肛急），可用鴉片酒三十滴和澱粉（澱）液射入直腸。至於吐根 *ipecac.* 治桿菌痢疾，則不可用。有謂用瓷土 *kaolin* 有佳效者，見霍亂病節。

局部治法 病之急性期，此法似可無庸計及，究之能用則宜隨時用之耳。當量鹽液 *normal saline solution* 或百分之一之重碳酸鈉溶液 *sod. bicarb.* 1% 之適合體溫者可用；灌時宜墊高其臀，徐徐灌入。若有惹直腸之弊，可先注射可卡印 *cocaine* 或用嗎啡彈劑 *suppos. morph.* 迨症狀減輕時，可增其灌入之溶液量；且可用他種溶液如百分五之硼酸 *ac. boric.* 5%，百分之一之柳酸 *ac. salicyl.* 1%，或二百分之一之明礬溶液 *alum.* ½%。

恢復時 食品之加增須極漸，且祇食單純之物。病者仍須靜養，直至復發之險全過，此乃防慢性痢疾之最要事項也。

特殊傳染病

血清療法。志賀氏由馬體備得一種多價之血清 polyvalent serum, 據謂能減其國人患痢疾者之死率, 初約百分之三十五者計減至百分之九。血清之劑量, 病輕者注射二十西西至四十西西 (20—40 cc)。早期用之爲要。

(二)慢性痢疾 病者宜臥牀; 飲食宜單簡, 如乳(宜煮沸或先以酶化之), 乳清, 牛肉汁, 蛋等。有須將乳攪淡或祇飲微量者, 每適於用, 又宜間時給瀉藥一劑如蓖麻油半兩 (15 cc), 以清其腸。由口服藥, 於慢性痢疾無大利益。若用鉍藥, 須大劑量一錢 (4 gm); 病者醒時, 可每三小時一次。鴉片似不宜屢用, 恐服慣成癮; 假令用之, 最妙以其酒和澱粉液注射直腸。

局部療法。爲最相得, 須一致用之, 若直腸易惹, 可於前半句鐘入以可卡印或嗎啡彈劑 (坐劑)。灌注之液宜適合體溫, 且須輕灌, 灌入後宜使該液留內稍多爲佳; 若能忍受, 以逐次遞增至二立特 (約七十兩) 爲善; 尋常每日灌注一次可也。硝酸銀 *argenti nitras* 溶液大約爲甚佳之劑; 初用五千分之一者, 漸增至五百分之一。有謂以 *albargin* 或坡他戈 *pro'argol* 五百分之一之溶液注射二十兩 (600 cc) 於直腸內爲尤佳者。至於百分五之硼酸, 百分二之柳酸, 明礬, 百分三之鞣酸 *ac. tannic* 等溶液, 亦可用之。用此等法時, 間或灌射當量鹽液殊佳。迨病有轉機, 灌射不必如是之頻 (可間一日灌一次)。病之頑固難療者, 可施劍突 (闌尾) 造瘻術 (成口術) *appendicostomy*, 由所割之口灌洗以清其腸。

(十三) 馬耳他熱 (浪狀熱) MALTA FEVER

(*Mediterranean fever, Febris undulans*)

定義 此係一特別熱病, 由馬耳他熱球菌 (米利他熱球菌) *Micrococcus melitensis* 所致; 其熱反覆似浪, 顯多汗, 痠痛, 關節炎, 脾增大等狀。每由山羊之乳而傳播。

方域 此病盛行於地中海沿岸，且為印度、阿非利加及小呂宋之地方病；美國某地亦有之。鎮守馬耳他島之英兵一八九八年至一九〇四年七年中患者有二千二百九十八人，平均之病期為百二十日，死者計七十七人。該島艦隊兵之病數，約與此同。自豫防之法講明後，海陸軍患之者今已絕跡，即居民患之者亦大減少。

原因 此病為英國軍醫布司氏 Bruce 在馬耳他等處察出一八八六年，該氏由患老之脾及血查得一種微生物，名馬耳他熱球菌；嗣於該島多方考究，知其菌能染血，且山羊為該島最多之畜類，而山羊之乳之含此菌者居百分之十至十五。自此遂漸禁用山羊之乳，即用之亦必妥為烹煮，而海陸軍之患之者竟絕跡。其菌係由消化管而入體。

症狀 此病之狀，與他熱病迥別。潛伏期六至十日。初顯熱之常狀，如疲倦、頭痛、身瘦、厭食等；病增則頭蓋痛，是時當臥咽渴，大便秘結，舌有白苔，枝氣管炎而咳嗽，夜或譫妄。發熱屬間減性，黃昏熱高，夜間出多汗而降；其發熱之勢係傍晚升，清晨降；但傍晚之熱日有遞增，且晨間熱度亦隨之俱進。如此約一星之久，則漸退落，與升勢適成反比例；即傍晚之熱日減，晨間之熱日漸復常；故其式彷彿波浪，即二星期內之熱度為一整浪，每日之起落成其波紋也。過此則狀乃輕減，能食與睡，熱幾退至常溫；越二三日狀漸復；輕重輪轉，以至三月或三月以上。脾稍增大，肝亦有增大者；大便秘結，血漸貧，體漸弱，關節或發炎，今日膝熱而腫痛，明日可癒，而他關節又從而發炎；如是可使多關節繼續傳延。且有神經痛如肋間神經、坐骨神經等。亦有舉凡發炎者。病之併發病有輕重，隱顯之殊。此病有極惡者，十日內即死。平常者其熱如海浪，已述如上。有間發類之輕者，僅每晚發熱，併發病不顯，人不甚辛苦，能依舊執業，惟不論何時皆

能顯重狀。死者頗少，僅百分之二。惟後患堪虞，如貧血，困弱，衰甚，神經病等。此病無特別之損徵，惟脾增大，且黑而軟。曾患者能再致與否，尚未確知。

診斷 此病似腸熱病，瘧，染性關節炎及腸胃卡他。病之重者與可驗尿是否有菌及血凝集現象。若血不足恃，可自脾取而驗之。病閱數星期者，則易診斷。

預防 苟飲山羊之乳，務須煮妥。病者之糞尿須厲行消毒之法。

治法 治法與腸熱病同。

(十四) 亞細亞霍亂又名霍亂 (亞細亞虎列刺)

CHOLERA ASIATICA

定義 此特殊傳染病由一特殊桿菌所致。其表狀即大瀉及腦力虛脫。

病史 此病自古為印度孟加拉省地方病，每於若干時即廣佈而為時病。一八一七年傳遍亞細亞，東至北京，日本；一八三〇年始傳至歐洲；一八三十二年入英美等國；至一八三九年始行停息。後此又流行歐洲者五次；末次在一八九二至九五年。英國自一八六六年至今，無再患者。中國數處每年發現此病，如廣東等處是。或有數處為其流行定所，如中國，暹羅，日本，非利賓皆每數年流行一次。一九〇二年之流行為最廣。

原因 一八八四年，德醫科什氏 Koch 驗患霍亂者糞中有微菌 comma bacillus 即亞細亞霍亂螺菌 *Spirillum cholerae asiaticae*，為他病所無者，故醫家以此菌為病原。菌形強半微曲，較結核菌粗短；又有多菌連成螺形或如 S 字形者。科什氏又尋得此菌生於印度村落之池塘間。病流行時，健者之糞或亦含之。患

者之腸及糞中最初即可覓得，而所瀉稀糞中尤極多；惟吐物內則甚少。急死者菌在腸內不侵腸壁，緩死者則腸壁被侵。在獸體試驗此菌，若由口入，不顯感應，惟先解其胃液之酸性；以鴉片制止其腸之蠕動，則天竺鼠即作似霍亂之狀。

霍亂毒素 科什氏因未能在內臟察見霍亂菌，故擬全身症狀係由腸吸收毒素所致；此毒素與細菌血球坡退印密接聯合，甚難分析。死菌亦有毒性；雖種其微劑量亦作霍亂狀；其狀速顯，每於八至十二小時即死；非致命者，全癒亦速。若將霍亂之菌內毒素注射獸之血內或腹膜腔或皮下組織，此獸即被毒死。⁴倘腸粘膜上皮層未損，毒即無從被吸收。

免疫力 若屢次注射非致命劑量之死菌漸及活菌於獸體，此獸即有免疫之能。其血清具此力者雖注射五至十倍之致命劑量，猶能抵抗；此血清又有凝集性及他抗菌之性。患者恢復時，其血清亦具此性。抗菌血清為療病之用，已廣行於印度，非利賓及俄羅斯等處。

傳染境况 人之受染，難易各異；病流行時，雖無病者之糞，亦有含惡性霍亂菌者。又有試吞霍亂菌，竟不見害者；蓋健全之胃液足以殺之也。霍亂之傳染力不大，醫士及看護人等受染者不常見。惟洗衣巾，除糞污者則多染之，實驗室中培養菌之人亦有偶爾染之者。洗菜於沾染霍亂毒之水，每易致病。乳亦時見沾染。菌在食物中可活七八日，在蠅腸至少可活三日，故蠅亦能將毒廣衍，所宜注意者也。滑蟲亦然。帶菌人（己身不病，惟帶菌染人，作致病之媒介）為傳染之要原。空氣難傳毒，蓋菌乾則速死也。至於患者之糞，約有五至十日含菌。傳染之甚者，係用染霍亂之水供飲用；各地流行之屬否，關乎水之清潔與否。試觀德國有二城共汲一河之水，其一必行濾法，其一則否；該河之水源不知自何地受染，霍亂突於一八九二年八

月大作；計三月內，瀝者患之祇五百十六人，不瀝者則有一萬八千人患之；可知用水之貴潔淨。

霍亂流行之情形有二：一為多人同患，因同飲一水，廣大污穢所致；一為陸續羣染，不以一時齊發；此二者亦曾並行，大抵初行即盛者因水之污，次為陸續而發。霍亂之流行常由水或陸，而不由空氣；且其流行，海濱較易於內地；居高者不甚易染；暑熱者傳染更易。此病染人不論老少，惟好酒，飲食不足，因逆境衰弱或多慮煩悶者，其受染尤易。既患一次，未知能否再患。

病理解剖 患者死後，能查得其菌。身體顯精力脫失之徵狀。死後溫度每高，屍早殞，或致四肢移位，如下傾動，眼球轉等狀。血濃厚而色深，其液及鹽類大減；各體組織焦乾，腹膜粘貼，腸曲充血，小腸每含濁液，粘膜腫且充血，近腸集合淋巴結者尤顯；惟病甚急者則充血輕。腸膜上皮層有時脫落，囊內曾經覓得許多柱狀上皮細胞。腸中含有桿菌。脾不增大；肝腎濁腫；嗣後其上皮細胞且凝死。

症狀 潛伏期無一定，大約不出乎二至五日。病級期可分為三：（一）初瀉期，（二）腦力虛脫期，（三）反應期。

（甲）**初瀉期** 其瀉或無先兆，突然而來，然多係於一二日前腸絞痛，大便稍瀉，頭痛，嘔吐，欠爽，大約無熱。

（乙）**腦力虛脫期** Collapse Stage。既瀉者則增重，未經瀉者則大瀉，頻出糞水；有腸絞痛，裏急後重 tenesmus 等狀。尤常者係力竭，顯腦力虛脫狀，渴甚，舌白，小腿及足痛癢。不數小時則嘔吐不止，力速脫，面蕪，皮變色，眼球陷入，鼻端銳而頰凹，聲沙，手足皮色青紫，皮痠皺且出冷汗，溫度降，口與腋至常溫下五至十度，惟直腸與體內則或至百零三四度（三九·五至四〇），脈極弱而飄浮，人漸昏迷。或亦有至終不失靈性知覺者。

糞初畧黃，以含膽色質故，繼變微灰白，似濁乳水或米泔水，故名米泔樣糞 rice water stools；中有粘液層甚多，且或含血，其反應常鹼，其液含蛋白質，其首要之鹽物為氫化鈉。以鏡窺之，見其內有粘液及上皮細胞，並有菌甚夥，多為霍亂菌。患者之狀多起因於血稠，以多瀉血清故。血之比重升至一〇六〇至一〇七二，血壓或降至六十五，赤血球數或增至七兆。分泌幾不行，如涎及尿等，惟汗腺之功則大增，且對於乳婦之乳亦無關係。此期有時不出二三小時，惟多半糾纏十二至二十四小時。

(丙) 反應期 Reaction Stage. 若腦力虛脫而不致死，則四肢之紺色漸退，皮復溫，或發紅斑疹，心力漸壯，小便漸增，胃安，大便不頻，腹不痛，溫度或不逾常。由此佳兆而再增重致大瀉死者亦不少。亦有顯似重腸熱病 typhoid state 之狀況者，如譫妄，脈速而弱，舌乾，終致昏迷而死。有謂此狀係因尿毒而起者。

此病流行時，為患輕重有殊；有顯腸絞痛，瀉糞如水，嘔吐，痛極，腦力畧失等狀者，曰輕性霍亂 cholerae；其他則病發數小時即死，不瀉，曰煎性霍亂 cholera sicca；亦有中毒昏迷，未至反應期而死者。

併發病及後患 續發腎炎，罕致水腫；大腸、咽生殖器之粘膜等常發假膜性炎。有時或發肺及胸膜炎及膿性腮腺炎，或有數處患膿腫。少有局部成壞疽者。恢復時常有臂、腿痛極之患。

診斷 有一種病似亞細亞霍亂，名似霍亂病 cholera nostras，又名歐羅巴霍亂 European cholera，即溫帶及他地方夏季似霍亂腹瀉，亦即尋常急性吐瀉病，與本病形狀如一。如欲診決，非諸細菌學驗糞法不可。服砒或昇汞或毒輩等，所顯之狀亦似霍亂，惟不難分別。

豫後 病之結局無定；每次流行，死率無定數，約百分之三十至八十。嗜酒，虛弱，老邁，吸鴉片者多易致死。病初起急遽，溫度低，皮色深紺，及血比重高（一〇六五）者，其結局不佳。腦力虛脫速者，病愈險惡。

豫防 豫防之法為最要；患者宜入傳染病院，嚴行消毒之法。英美口岸多行此法，故國人多年不受累。尋查有無帶菌人為尤要。病流行時，當力行滅菌法，殺其毛巾及糞之菌；嚴戒國人不可用未經煮沸之水及牛乳；凡飲食之品，慎防蒼蠅玷污，飲食有錯點宜改正；導瀉之物，未熟，過熟之果及未煮妥之蔬菜瓜類等勿用。若患腸胃之病如泄瀉者，宜急療治。防病菌液法已廣用於印度，小呂宋及俄羅斯等處，成效尚佳。

治法 病者宜臥牀，暖其身體，給以單純之食品如滷乳，乳水，蛋白水等，熱水不妨多飲。若嘔吐則禁食，以鹼性溶液洗其胃，腹宜敷熱物，熱浴亦試用之。患之初期，可服以蓖麻油或甘汞以清其腸。若初起腹瀉不甚而腹痛頗顯者，鴉片為最宜之劑，而以嗎啡注射皮下為善；初可射一大劑，復痛可再射之。勿以藥物入口，恐惹其胃。屆力脫期，有謂不可用鴉片者，故用時須小心。又可用鞣酸 *ac. tannic.* 百分二之溶液和熱水百零五度（40°5）灌腸，由長軟橡皮管徐灌入二立（七十兩）。患者既吐瀉多量之液，血即因之變濃，勢必迅速吸取其組織內淋巴隙之淋巴；際此則注射鹽溶液入靜脈法為不可少。其法，以鹽溶液注射靜脈及腸；此溶液可用尋常當量鹽液，最佳者係較濃之調和液，曰高滲溶液 *hypertonic solution*。其配製，為氫化鈉（鈉氫鹽）百二十厘，氫化鉀（鉀氫鹽）六厘，氫化鈣（鈣氫鹽）四厘，水二十兩（即一水磅）*sod. chlorid. grs. 120 (7.80 gm), pot. chlorid. grs 6 (0.40 gm), calc. chlorid. grs 4 (0.26 gm), aq. 20 oz (600 cc)*。其液之溫度，須視直腸內之溫度而定；直腸溫度如常者，則以法倫表之百度為

合式(37°S);直腸溫高,則液宜較涼;低則宜較暖。用法以注射靜脈內為最佳,而血壓不及七十耗及其比重逾乎一千零六十三者尤宜:可徐徐射至八十兩(2400cc),須斟酌復射,有射至共二十水磅者(12,000 cc)。若血壓不甚低(如八十耗80 mm),則可注射於皮下。此法近今廣用,能大減患者之死率。或謂施此注射法而兼服過錳酸鹽 permanganates 尤佳;曾施於印度,大收效果。其服法有二:(一)飲過錳酸鈣(錳錳上蔡)溶液 sol. calc. permangan;初飲一水磅內含過錳酸鹽半厘或一厘者(600 cc—0.0325—0.065 gm),漸增濃至含四厘或六厘者(0.26—0.40 gm)。(二)吞包膠壳之過錳酸鉀(膠囊劑二厘者) capsule 0.130 gm,一刻鐘一粒,如此二小時,然後半句鐘一粒,直至大便色綠而量少(約需十二小時);次日可服八粒;第三日若需之,亦可服八粒。今人有於病未發時即服之以為防免之用者。

當反應期,外治法與上相反;可用冰敷頭,冷水擦身,冷鹽液注射直腸;且宜特別注重節制飲食,防大瀉復作。若瀉,勿以藥止;一二日內可祇飲米湯或大麥湯或苡仁米湯,嗣後則進以玉蜀黍粉或藕粉,又次乳水及牛乳。又患霍亂與痢疾者,皆宜處於無蠅之房,門窗宜設鐵紗;如此則蠅途無緣將菌傳播。

(十五) 陪斯忒又名鼠疫 THE PLAGUE or PEST (黑死病 *Black death*)

定義 此為特殊傳染病,由陪斯忒桿菌 *Bacillus pestis* 所致。分兩要類:(一)累淋巴腺,名腺陪斯忒,係多而要者。(二)累肺致肺炎而速殞命,曰肺陪斯忒。另有染血者曰敗血性陪斯忒,但較少。

病史 查西歷五百至一千六百年,此病流行於歐洲(俗名黑死病);最甚者為一千三百年,歐民死者四分之一。一六六

五年，倫敦患此死者七萬人。印度昔年，亦常患此；惟傳染不廣，大約于山中有數處為疫之定所。非洲有一處，亦以此為風土病。最要之處，為中國雲南省該省；久有此病；至一八八三年傳至北海埠，一八九四年傳至廣州，死者六萬人，又至香港，漸及汕頭，廈門，福州，臺灣及其鄉邑等處；自是以後，幾遍大地，南省今尚延傳不息。印度以是死者，有數年病之流行最盛時每年約一百萬人。病之輕重不因地方而定，惟居民既昧衛生之法，且貧窮乏資，不知其流傳伊於胡底，甚望政府竭力整頓，多設防疫所，以救黎民也。一九一〇年冬令，肺陪斯忒大盛於滿洲，數月內因之致命者竟達四千五百餘人。伍連德博士曾查明西比利亞有一此病之地方性中央區，且查明此病由已被傳染之旱獭（或名腮袋鼠或西比利亞的土撥鼠）*tarbagan or Siberian marmot*所致，藉欲得該獭皮之獵戶而散布。

原因 陪斯忒之特殊微生物，為耶耳辛氏及北里氏 *Yersin and Kitasato* 所查明，係桿菌與雞霍亂桿菌畧同，有特形之生長。

陪斯忒桿菌居血，器官及痰內，並曾於患此病者室內之地土及灰塵獲得，然大概菌居體外不久即死。亦可寄寓於臭蟲之身體。

此病多半流行於夏季，然亦可發作於酷寒時。任何年歲之人均或患此病，惟貧苦人較多；在通都大邑之陋巷者尤多。

一千九百零八年，印度陪斯忒大委員會曾推論腺陪斯忒之傳染，所得之數結果如下：（甲）由接觸傳染而致者只為百分之三，對於病之散布無大關涉。（乙）人患腺陪斯忒，全從患此病之家鼠 *rat* 而致；病由鼠傳鼠或由鼠傳人全恃乎跳蚤 *flea*。（丙）患陪斯忒者己身無何傳染之能。（丁）患陪斯忒者強半每家祇一人；倘一家中患者較多，大抵同時發現。（戊）陪斯忒從此處傳至彼處，乃賴旅客身畔或行李內所帶之跳蚤；該旅客或

不自得病。(己)對於陪斯忒之發作，一般不衛生之境況除予鼠以生殖之機會外均無關。(庚)當陪斯忒流行之間歇期，其桿菌常顯陪斯忒於鼠類中；是以陪斯忒隔許久而不絕跡者，乃恃乎鼠。然亦有少數病見於人者。人所帶之跳蚤，亦或能傳染此病。其傳染係乘跳蚤咬人反灌所吮之血而致。跳蚤能存傳染能力六十日之久。

鼠與鼠蚤對於陪斯忒關係之重要，既如上述；復經多方試驗，證據益確鑿；例如將病鼠與無病之鼠同籠，倘去盡其蚤，無病者不見受染，加以蚤則受染矣。又如將病鼠身上之蚤徙於無病者，亦受染。房中或嘗有死於疫之鼠，其屍雖已收埋，後入他鼠亦能受染；緣死鼠之蚤已離其屍而匿於他處，後又至此鼠也。苟將鼠置籠中，設法令蚤不克跳及，則可免害。

凡見鼠紛紛而死，疫病將流行；此又自古以來人所共知者。在鼠多為敗血性陪斯忒，故蚤噬之，即帶其菌染鼠或染人也。至於肺陪斯忒之傳染，尋常乃由此人傳彼人，因咳嗽呼出桿菌散布於空氣內也。

疫有慢性者，狀不急，鼠不死，惟可作延病之媒介；以故疫病時隱時顯，禍人迄無已時也。

現有人查出臭蟲之體，亦含疫菌，故謂臭蟲亦可傳疫云。人身之蚤，恐亦係導病之媒介。

分類 小鼠疫又名輕性陪斯忒 *Pestis Minor*。患者發熱數日，腹股溝之淋巴腺腫，或至生膿。其病或輕至毋庸延醫用藥，每發於疫病流行之前後。倘未注意及之，行將蔓延，以其糞尿含菌也。

腺陪斯忒或名腺腫性鼠疫 *Bubonic Plague*。潛伏期三至七日。係疫類之最多者。曾在孟買核計一萬一千六百疫症，此類約居百分之七十八。病初起時，頭痛，背痠，四肢僵硬，焦

惱,不甯,神情沮喪;熱度恒升,及第三或第四日傍晚,熱始降二三度;旋復熱,升至更高度。精神遲鈍,頗似斑疹傷寒惟第四日無皮疹顯出,舌變棕色,力脫容狀或腫至,甚急者即於此期云亡。陪斯忒至少有三分之二為淋巴腺腫,而係腹股溝之淋巴腺被累者又居百分之五十四。腺腫約於第三至第五日始顯,嗣後或消散,或成膿,或成壞疽者則罕見;成膿者大抵係佳兆也。斑點常顯,或至甚闊,因有陪斯忒斑 plague spots 之稱。粘膜亦有出血者,如鼻出血。有時病發時每有咯血之象。患腺陪斯忒者有時顯外皮某處變死。

敗血性陪斯忒 Septicemic Plague. 此患最急,病者不及淋巴腺腫大而於三四日內即死。此類約居疫病中百分之十四,熱不甚高,常有出血,其血內可覓得陪斯忒菌。

肺陪斯忒又名肺炎性鼠疫 Pneumonic Plague. 尋常之腺陪斯忒兼患肺炎者非不常見。惟真肺陪斯忒之初作也,即突熱,呼吸淺,咳嗽,有時胸痛。其熱增,精神朦朧,肺受累之狀早顯;兩肺之底叩之有實響,其呼吸聲辛澀並屬枝氣管樣,痰內含血,且較尋常肺炎者色污而稀。皮膚早變紺色;脈微而速,心功甚欠,病人力大衰竭;脾速增大(第二日即顯),二至四日即行致命。

此外尚有他類,如累皮及皮下組織,或累腸而致瀉,且有時顯腸熱病相似之狀。

病理解剖 淋巴腺充血而腫,四周之組織滲有血或漿液及無數疫菌。較深之腺亦腫大,如腹股溝之腺受患,必累盆腺;肝充血,脾大色深,腎腫;內臟,漿膜,粘膜,肌等多有出血之變;肺或水腫,胸膜腔或有滲液。患肺陪斯忒者則肺變硬。在肺陪斯忒及敗血性陪斯忒二者,其全身淋巴腺皆微腫而紅。

診斷 腺陪斯忒流行時有發熱而淋巴腺炎者，可疑及之。

染肺陪斯忒者則咳帶血而稀之痰，且含疫苗。病初發現時，易失覺察；惟涉疑者，須由諸細菌學者檢查之。

豫防 有鼠疫之地，宜設防疫隊，施以敏捷之方策，且濟以相當之財帛，延煽熟疫病者為指揮，隨時注意鼠之死率；如見受染者須盡力查出之。有數事不可忽者，即居室宜潔淨，而廐房外舍尤宜如此，庶不藏鼠；復施以滅鼠及避鼠之諸法。無疫之地，設法防免疫病進口，燻其船隻以殺其鼠，慎查旅客及船員，且扣留若干日，直待病之潛伏期既過乃已。肺陪斯忒之發展，既由病者咳出痰沫，噴於空中，內含多菌；故近之者，以面罩遮掩口鼻為妙。若地方已受染者，則衛生機關宜隔離病者於傳染病院，以硫磺燻其受染之室，燻其寢具，務令全境純粹清潔；破舊而受染之屋宇等，須焚毀之。

預防接種 Preventive Inoculation. 印度曾廣用哈弗金氏菌液 Haffkin's vaccine 注射；晚近中華印度及臺灣皆施此法而大收利益。惜對於肺陪斯忒或敗血性陪斯忒未見有何效益。

治法 疫病之死率既高至百分之八十或九十，則治法之問題至關重要。普通治法畧與他熱病同，初起可服瀉藥及刺激藥，且以嗎啡止其痛。淋巴腺之局部治法甚要，或謂以乘早割取為佳。發熱狀最妙以冷水療之。注射抗鼠疫血清 anti-plague serum 有謂其能將腺疫死率減至百分之二十或二十五者；然宜早用方有益。

(十六) 破傷風 又名 瘧症 TETANUS

(牙關鎖閉 Lockjaw)

定義 此係傳染病，其表狀為間時加減之肌強直性痙攣。病毒係一種桿菌所生，名破傷風桿菌(瘧桿菌)。菌居於土壤，腐敗之液體，墜田之糞及反芻獸類之腸等處。

原因 按美國人民死亡之率，屬破傷風者約居六百分之一，而其中屬小兒者又百分之三十。溫帶地方此病較罕見。死者約百分之二十二為一歲以下小兒。熱帶地方則病多而危重；死率約居百分之一，且其中百分之八十屬嬰兒。此病中國亦不少。歐洲西北有某島，凡一百二十五嬰兒中，產後因此病於十四日內死者竟有八十四；迨致以防臍免染之法後，此病乃不復見。當歐戰時，破傷風在各國陸軍頗多；迨注射抗破傷風血清以抵制之，則罕見。破傷風菌間或染及所備之菌液及坊間所售之動物膠而為害甚篤，以其能由接種牛痘或接種抗鼠疫菌液而染及人體也。有時由外科所用之腸線不潔或射藥針染有此菌而致病。此病多由受傷染菌而起；傷雖甚微，亦可因而致之；扯傷在手，荷染污穢碎片，尤易致之。間有無明傷而亦致之者，曰特發性破傷風 *idiopathic tetanus*；是蓋因該菌能穿人了無破綻之皮膚故也。（如歐戰時常在戰壕內而生戰壕腳 *trench feet* 者，或致破傷風）。

破傷風桿菌 *Tetanus Bacillus*。此菌極易散佈，多居於沃土，馬房，農場及食草獸類之腸。曾有用土接種於獸體而獸竟患破傷風者。康健之人腸內有活破傷風菌者約居百分之五，而在馬夫，牛僮等則或達百分之二十。破傷風菌細而能動，一端含芽胞，壓氣，孳生於尋常溫度。其芽胞之生活力極強。曾有人取所培養之破傷風菌少許，待十八年之久，仍能養成有毒力之菌。破傷風菌之毒素極兇烈，例如番木鱈素之致命劑量，在成人約需三十至一百毫（30—100 mg）而破傷風菌毒素則二三毫（0.23 mg）已足。試諸獸體，雖僅毒素而無菌，破傷風之各狀仍顯。尋常患破傷風者，症狀不突發，徐徐呈顯；其菌或毒初為肌肉神經終板所吸收，循運動神經而至脊髓；當循神經而累脊髓之際，即病之肌肉潛伏期也。雖可用接種法使獸類生強性

抗破傷風毒素之血清，究不能療破傷風；蓋症狀露時，則毒素已固連腦細胞，莫由奏功也。

病理解剖 腦脊髓無特性損害可以察見；或見有數處充血，血管外有滲液，腦細胞內顯粒狀變異。傷口之狀態無定，神經常受害，發紅而腫。在新生之兒，臍處或發炎。

症狀 潛伏期約一至二十日，以發於五至十日者為最多，延至二十日者最少。初狀或顯寒戰；常顯之症狀，為患者覺頸微硬，牙關緊或難咀嚼，面頸之肌漸顯強直性痙攣而致牙關鎖閉（領鎖），肩堅立，口角伸出，呈現苦笑 risus sardonicus；在小兒，發痙或僅限於此等處。有時面肌癱瘓而難嚥，因傷處近三叉神經故也。痙攣漸蔓延，致累全體之肌，背腰肌更甚，發時通體反張如弓，枕部及踵曲向後，名角（後）弓反張 opisthotonos。有時痙至軀幹及四肢強直，然曲向一旁者則較罕。若腹肌痙攣，則身前曲，名前弓反張 emprosthotonos。發作重時，胸受壓，呼吸速，喉門（嚥口）蹙閉，致窒息（氣閉）asphyxia。發作之間歇時，肌不全弛而畧痙；若微惹之，即行發作。痙時甚痛，不能言語，常出汗，溫度如常，將死時或微升高；亦有自始即熱至一百零五六度（四〇至四一），臨終時或達一百零九（四二·六）以上者。有時病期甚速，痙熱交作，三日即死。有因發作時心力不足或窒息而死者。有精力耗竭死者。若頭部受傷而成破傷風，其傷側之嚼肌痙而面肌癱，且難嚥物，此外或無他狀，頗與癩咬病 hydrophobia 相類，此類名頭破傷風 cephalic tetanus。慢性類不甚危險，死者僅四分之一；急性則死者竟多至四十五分之四十一。

初生兒破傷風 Tetanus neonatorum。此一類中國頗常見，有刺臍風及七日風等俗名。氣候熱及破傷風菌多之區尤為盛行，係由臍處護理未善而受染。症狀或數日內即顯，或延至十日。牙關鎖閉，啼哭進食俱艱等係早狀；不日，痙狀蔓延，每因而致命。

內臟性破傷風 Visceral tetanus. 大概由腸內而起，故糞內有時可察見破傷風菌之芽胞。施手術後所致之破傷風 Post-operative tetanus 以起因於剖腹者為最常見，多由所用之腸線不潔；此則潛伏期短而病急。

診斷 此病之診斷不難，若服番木髓素過多，其痙攣之發作雖似破傷風，惟下頷肌不早受患，或始終無累，且發作間歇時，肌仍全弛，故與破傷風不同。至於手足搐弱（或他內 tetany）則以累手為最常，亦可藉以區別。倘有疑難，可取傷處之膿培養驗之。有時小兒之嚼肌、頸肌、背肌及四肢等之強直性痙攣每為急性傳染病之後患；然亦有自發者。其痙或暫或久不定。病或纏綿一週或兩月，大抵可癒。

豫後 古希臘之名醫希坡卡特氏云，“傷後而痙攣者死”，又云，“破傷風過四日則可活”。近多宗其說，蓋破傷風之有傷口者，死者百分之八十；自起之破傷風，則百分之五十。若病發遲緩，痙處固於頸及下頷肌且不發熱者，即為佳兆。

預防 傷口之可疑者宜割開，用二氫化氫 hydrogen peroxid. 妥為潔治，更塗以淨石炭酸（卡波利酸）。在破傷風盛行之地，凡遇受傷，俱宜先事戒備，施以五百至一千五百單位之抗破傷風血清 anti-tetanic serum 500—1500 units；早行此法，獲效良佳。歐戰時對於一般受傷者，均注射抗破傷風血清五百至一千五百單位一次，愈早愈妙；厥後再注射四次，每七日一次。得戰壕脚病者亦如是處理之。血清雖昂貴，貧者若需之，衛生局亦宜供給。

治法 病者宜臥於暗室，用一人看護，務宜十分安靜，屏絕激惹；獸醫深頷此法治馬。牙關鎖閉而食物難入口者則宜由肛門滋養之，或用導尿管通鼻至咽而餵之。止痙狀可用哥羅芳，皮下注射嗎啡大劑尤善。氫醌 chloral hydras，克羅雷香 chloretone，溴化鉀，卡拉巴耳豆 Calabar bean，粘拉拉 curara，印度大

蘇 *cannabis indica* 貝拉朶那 *belladonna* 等藥，亦或各有佳效。百分二十五之瀉鹽溶液，可按病人體重每二十五磅，注射十五量滴（一西西）入脊管內。或有用截斷神經或傷肢之術者。抗破傷風血清有時無益，因症狀既顯，用已無及也；苟欲用之，須大劑。最佳者為從早由脊髓膜內注射抗毒血清三千至五千單位，隔二十四小時再射，三或四日後用一萬單位注射皮下，另用一萬注射靜脈內；或謂注射於皮下或肌內為最穩妥。亦有人云，早日注射三至五萬單位，厥後每日注射二至三萬單位，經三至四次，若症狀減輕，可速減劑量。

(十七) 鼻疽又名馬鼻疽(瘰症)

GLANDERS (*Rotz, Malleus, Merz*)

定義 此係驢馬之傳染病，由鼻疽桿菌所致。人亦有受其染者。馬患之，則其定狀為鼻及皮下生結節(疣)。

原因 此病屬傳染性肉芽瘤類 *infective granuloma*。馬鼻及皮之肉芽結節皆係鼻疽桿菌 *Bacillus mallei* 所致；該菌短，不能動，畧似結核桿菌，惟染色之法有異。人之患此，因於破傷或粘膜為病馬所染。患者甚少。

病理解剖 鼻疽結節之組織屬肉芽類，有許多似淋巴細胞及似上皮細胞，細胞內有鼻疽桿菌。此結節易潰，在粘膜者則易成潰瘍，在皮下則生膿腫。有時內臟亦有鼻疽結節。

症狀 疽有二類：(一)鼻疽 *Glanders*，(二)馬皮疽 *Farcy*。各分急慢兩類。

(一)急性鼻疽 *Acute Glanders*。潛伏期三至四日；發熱，染處紅腫；淋巴管發炎；二三日之內鼻粘膜生結節，結節成潰瘍，流粘膿液；面及近關節處之皮發丘疹，速成膿泡，畧似痘泡；鼻甚腫。

特殊傳染病

其潰瘍或致組織死，則臭甚惡；頸淋巴腺腫大，時有肺炎。病期八至十日即死。曾有鋼針傷及皮下而致患鼻疽性肺炎者。

(二)慢性鼻疽 Chronic Glanders. 此為罕見之病，且難診斷，因與慢性鼻炎相似也。鼻內潰瘍，或有累喉之狀。病期可數月。有能癒者。曾有由鼻疽性骨髓炎繼起致命之鼻疽性腦膜炎者。此患難認，宜用病者之鼻液射入荷蘭豬之腹膜腔，察其發鼻疽與否；或以鼻疽菌素 mallein 注射入病人，其法與注射結核菌素 tuberculin 同。

(三)急性皮疽 Acute Farcy. 此患因於皮受染；染處大發炎，淋巴管早受患，皮下生結節，該結節或速生膿，關節痛而腫，肌或生膿腫。為急性傳染病，鼻不受累，皮亦罕發疹。病之急者尿或含鼻疽菌。結局大半致命；病之時限約十二至十五日。

(四)慢性皮疽 Chronic Farcy. 其特狀為生局部性結節，結節變潰為膿腫，或致深潰瘍，不甚發炎，亦不甚累及淋巴管。病期經月經年不等。有時成膿毒血病（遷徙性膿腫）或急性鼻疽而致命。

鼻疽有由人至人之接觸傳染力，洗其衣者或竟受染，故診斷時以查明病者之執業為要。倘有疑難，可種液於獸而驗之。

鼻疽菌素亦可用注射法以助診斷。近有連射鼻疽菌素小劑量而令病獸癒痊者。

治法 初起宜割去染處，或用潰藥，再敷以抗菌料。鼻疽結節宜早剖開。病急者最危，慢性者雖遲緩或能痊癒。

(十八)炭疽又名脾脫疽或毛工病(獸疔症)

ANTHRAX (*Splenic fever, Miltbrand, Woolsorter's disease, Charbon*)

定義 此係急性傳染病，由炭疽桿菌所致；分三類，即累皮、累肺、累腸是也。在獸類為急性敗血病而脾增大，牛羊患之者尤多。在人則不多見；患者或因偶染此毒而致。

原因 致病者係不動之桿形菌，曰炭疽桿菌 *Bacillus anthracis*。各菌桿多相連接。該菌易殺，惟其芽胞對於藥、熱及胃液消化之抵抗力較他芽胞更能耐久，且出體後亦不易毀滅。

(一) 獸類炭疽 *Anthrax in Animals*。按之地域及動物，此實為最廣佈之病，而亞、歐較美洲尤為盛行；俄羅斯及西比利亞之牛羣與夫歐洲數處之羊羣遭其荼毒者，較羅他種獸疫尤烈。獸類之染之者，多因直接受毒菌所種染；如為昆蟲所咬，或食患該病而死之獸肉；尤常者乃因牧場藏有是菌。蚯蚓亦能為致病媒介，以其能將已埋土內的死獸體之菌布至地面也。至地之沾有該菌者，其傳染力或能存留甚久。

(二) 人類炭疽 *Anthrax in Man*。人患之者乃因受染，或自皮自腸而入，罕見自肺而入者。患者多係與獸及獸產為伍者，如牧人，製革匠，屠夫，毛工等。英國於某年，曾有十五人死於此病；半因中國或東印度運往之皮革，且十分之八為外炭疽而由外皮受染者。中國此病亦屢見。病分兩大類：(一) 外炭疽，(二) 內炭疽；內炭疽又分腸與肺兩類。

症狀 (一) 外炭疽 *External Anthrax*。(甲) 炭疽惡性膿胞 *Malignant pustule*。染處在手、臂、面等；數小時之內，該處癢而不安，隨有丘疹漸浮，遂變成胞，胞圍之組織發炎變堅。三十六小時內，染處有深棕色之腐肉，圍有數胞，組織亦甚堅，近處亦有水腫。

炎能由淋巴管而傳，使鄰近之淋巴腺腫痛；溫度速升，致人顯熱病之狀，後則熱退至常度或常度以下。有時至第三、第五日間即死。若不致命，全身狀減，腐肉漸脫，瘡亦漸癒。重者居多；極輕者或僅畧腫，染處之丘疹成胞甚速，隨枯而成痂，數日後乃脫去而癒。

(乙) 惡性炭疽水腫 *Malignant anthrax edema*。顯於臉、頭、手、臂等處。無丘疹及胞，惟有極重之水腫而致壞疽；其壞疽成莖

延。全身狀繼亦極重而致命。炭疽之接種處在頭或面者致命最多，約百分之二十六；在下肢者致命較少，僅百分之五。甲乙兩類同有一種狀，即病人不苦不慮，精神不昏，雖臨危亦不自懼。

診斷大概不難，須查瘡狀及病者之職業；涉疑者可驗疽液內之菌。

(二) 內炭疽 Internal Anthrax. (甲) 腸炭疽 Intestinal anthrax.

其受染每由腸胃，因食病獸之肉及乳所致；間或有繼外染沾菌至口而致者。症狀為大中毒；初畏寒，繼則吐瀉發熱，腿及腰痛；病急則喘，皮色發紺，驚慮不寧；終則驚厥。亦有粘膜出血及皮顯紫癢（瘀斑）者。脾增大。血變黑，死後許久，該血仍不凝結。

病之晚期，血內可察見炭疽桿菌。食該病獸之肉者，有時或多人同受此毒；如一處二十五人致病，七日內死者六人。

(乙) 毛工病即肺炭疽 Wool-sorter's disease, Pulmonary anthrax.

此則多發於揀選整理獸毛之工廠，而以整理由俄國及南美洲而來之獸毛者為尤甚。病者多無外傷，傳染多由食物入咽，或同塵埃吸入。罕有早狀，寒戰猝發，極弱，腰與腿痛，發熱至一百零二、三度（三九至三九五），呼吸速，胸痛，或咳嗽及枝氣管發炎，枝氣管肺之狀有時甚顯，脈搏弱而甚速，或嘔吐。有在二十四小時內大衰弱而死者。緩者則或有泄瀉，譫妄及不省人事等狀。腦狀或甚重；間有似腦大受害而其毛細血管充塞桿菌者。有時炭疽外傷及內炭疽之全身重狀同時併顯。

預防 凡皮、毛、破布等須先嚴行消毒，而後任工人製造；如皮則先浸於百分之一之蟻酸及萬分之二之昇汞溶液內二十四小時。有用怕斯透（巴司徒）氏之菌液法 Pasteur's vaccination method 而使獸有免疫性者，然百分之五十，越年即失該性。

治法 炭疽之染處宜割去之，繼以烙灸，或塗以淨石炭酸，復用昇汞粉摻於瘡面。炭疽周圍之皮下，可注射石炭酸溶液。

(百分之三)或昇汞溶液(千分之一),以防菌孳生,每日宜射二三次。內服激動劑。食品宜用易化而富於滋養者。病惡緊腸者不易治。宜速瀉以祛毒。用抗炭疽血清或有效。

(十九)麻風又名癩或大麻風

LEPROSY, LEPRO VERA, ANSATZ

定義 麻風爲慢性傳染病,由麻風桿菌所致。其表狀爲皮與粘膜生結節曰結節性麻風 tubercular leprosy,或神經變異曰麻木性麻風 anesthetic leprosy。斯二者初或區分,迨晚期每兼患之。

病史 此病無論中西皆有之。埃及於五六千年之前即已盛行。中華、印度已廣衍於二千餘載以上。歐洲數百年前,麻風院之設已不下二萬處,惟十六世紀以來,歐人患者漸少,今則幾絕無矣。

方域 歐洲北部此病較多。西班牙及葡萄牙之某某省亦經見之。美國於一九〇九年患者猶有一百三十九人,今則已大減矣。西印度島、墨西哥等地已成爲地方病,菲律賓羣島人口六百餘萬,患麻風者竟達二千三百餘人;印度不下十萬人。中華亦極廣衍,嶺南諸地患此者尤多,北方則較少。其他若南非洲、埃及、澳大利亞、太平洋羣島等處,亦屢見不鮮。太平洋有島曰新喀利多尼亞者,初無此病,自一八六五年有一患麻風者至其地,流傳念餘載,患者竟達四千人。

原因 此病之原,係一種桿菌,曰麻風桿菌 *Bacillus leprae*,形似結核菌,難培養,除組織中所見之常形外,亦有異形者。

傳染景况 (甲) 接種傳染 Inoculation. 此病大抵可由接種而生,然無實據可援;蓋嘗種諸人畜多次,患之者祇一人,他咸無

特殊傳染病

恙。其人爲檀香山之犯人，願受接種麻風病以逃死刑者；受種後一月乃顯麻風狀，經三年麻風狀大顯，六年殞命。然其人之親屬先有患之者，其地又爲此病盛行之地，正恐其早已患麻風而非由於接種也。

(乙) 遺傳性傳染 Heredity. 昔人多謂此病能由父母遺傳後嗣，今多推翻其說，蓋從未觀初生兒患之者。即病起最早者，三四歲以下亦甚少，故其由於遺傳與否，似乎與結核病之情況同。

(丙) 接觸傳染 Contagion. 麻風之瘡能出麻風菌，故口及咽有損害，則涎及痰必含此菌。鼻液含之者亦極多；有某醫士驗百五十三患者之鼻液，含麻風菌者佔百二十八，故謂此液染人，殆莫與京。苟將潔淨玻璃片置桌面，使患者對之朗誦，後能在該玻片上察見麻風菌。其餘若尿與乳亦有之。菌之染人也，或由粘膜與皮而入身。或謂其初起損害係小瘡，生於鼻中隔上部。麻風之直接染人，有最顯之據；如一千八百六十年，有一女子素居無麻風之地，既嫁之後，移他地與其姑同居，其姑係患麻風者。女雖始終不爲所染，而所生三子則患之；有妹來訪，與其子同睡，回家以後亦患此疾；既而妹之婿及其婿之親戚夫婦某亦患焉；統計傳染受害者共七人。衣服亦能傳毒染人，故洗衣者多易患之。

麻風毒之攻入，無論男女老少皆易受害，且勿論其地之爲寒熱高低燥濕也。至其傳染之關係，則未盡知；揣其故，必與患者親密同住始易染耳。然麻風院之醫士與護病者之染此則極少，諒因講衛生法故也。

病理解剖 麻風結節係肉芽組織所成，有大小各細胞，有結締組織作架，細胞內及細胞間有麻風菌甚多。此病組織漸累及皮，致長成結節。起於面部者，西名獅面。粘膜亦受累，

如結合膜、角膜及喉等處之粘膜是。患處多數成潰瘍，瘍深之處，指趾因而脫落。神經性麻風，則神經中有菌，致神經發炎變粗，神經纖維由是消滅。麻風症狀多因神經受累所致，如皮萎縮且失感覺是也。內臟患結節性麻風之變如下：肝脾組織內見有小黃白之點或條，此即新長之結締組織，其內有菌；睪丸生纖維組織（筋組織）而萎縮；病處之淋巴腺受累而變大且堅，滋養道，肝、脾常有蠟樣變。若為結節性麻風，則腎每發炎。

臨診類別 (甲) 結節性麻風 Tubercular Leprosy. 當結節呈顯之前，每發紅斑區，其界限昭著，且常感覺過敏 hyperesthesia；此一類有時名曰斑點性麻風 macular leprosy. 其後則患處積色素。有時此等表面之變異稽留而不生結節，則此區失感覺而麻木不仁，色素漸消，而皮變白，曰白麻風 lepra alba. 大抵其後必發結節，名麻風癩 leproma；此乃真皮之深層為小圓細胞所侵，致皮起凸圓，小如豆，大至數寸。其色依皮而有新舊之分，初起或紅或紅白，舊者濁黃或黑櫻色。病起之時，或有感覺，惟其後則麻木。結節上無毛，其質畧堅，與下組織之相連不甚緊，捫之可動，形為橢圓，後則合併而成為無定形之潤圓。面生結節時其結節或叢密或融合，形容大變；眉額為病所易侵者，即見其凸而大，鼻廣，頰大，唇厚而高，外耳厚而垂，甚醜，故稱為獅面。

結節常發之處為手、背、臂、股之外側及腹股溝等處。生於面，臂，手者形稍凸。生於軀幹與股者，形稍扁而廣。生於腿及足者，則廣而無界。色微黑，多潰爛，間時發熱而生新結節。亦有因併發病如發疹熱病及丹毒等而暫消者，然其痕仍存。最常之秩序，即其中軟化而消，惟餘滑圓形之瘡；或軟化生潰瘍而出黃色粘性膿，膿乾痂結，下面之潰瘍仍延開，要之此瘍久或可癒，而恒留無定形之凹瘡。若延及鼻中隔，則軟骨爛而鼻尖塌陷，鼻孔即出臭液。倘喉、會厭、咽、舌、口等受累，則呼吸甚艱，且嗅、味等覺俱失矣。

特殊傳染病

眼先後受侵，其病組織自結合膜延及角膜，或入眼前房，更有在虹膜及睫狀體（睛圖）等處先起者。逾時除聽覺之外，其他諸覺之功用皆失。皮之各處生潰瘍，因結節而潰，或因麻木而受損。頸及腹股溝之淋巴腺因受侵而腫，或生膿而成癰。腹因肝病而變大；腸患蠟樣變，致瀉。若神經受累，則增神經性麻風之患，如神經痛，神經痲痺，組織因失神經之司養功而變等是。指趾爛脫，或曲而萎縮，骨或枯滅，致手足變成無用之錮肢。身之爛處作山羊臭。終則慘狀畢呈，可怖可憫；幸患者多未及後期，未至力竭，患併發病而逝。

(乙) 神經性麻風 Nerve Leprosy 又名麻木性麻風 Anesthetic Leprosy。麻木性麻風之先期為生斑，或重或輕，或不顯，與結節性麻風同；惟麻木性麻風之斑期歷時更久。皮之一大部發斑，或含色素或色白不等，斑皆廣闊，最常見者為環斑，邊紅而畧凸，血管充血，中央畧白而麻木，無汗，有似汎佈之錢癬；此斑疹或時發時消，或恒定，或蔓延而歷經多年，始顯麻木性麻風之特別狀及重要狀。有一表狀，即手足膝股後面等處之皮突發大砲，小若豆，大若蛋，多少不等，數日飽破結痂，痂脫則存微白且或麻木之斑，其邊含色素而有界限，該處少成潰瘍。神經受累重，其狀更顯；如神經大痛，又若蟻行，感覺過敏或麻木等狀。淋巴腺增大。有時發熱，不豫。各狀中以皮狀為最顯，或進或退，或恒定；惟神經之症狀則益增。又皮肌骨因失神經之司養功而狀甚顯。際此期，在肱骨內髁處捫尺骨神經，則覺變粗，他如腓深（胫前）神經，臂正中神經及橈神經等亦然。初腫之時，捫之痛而其所司之處或感覺過敏而急痛。此患漸退，神經腫亦微消，感覺過敏及神經痛均減，惟顯麻木，癱瘓，肌萎縮及神經榮養功損失等。神經先後變為纖維組織，神經纖維消滅而其榮養功益失。亦有不發神經疼痛，感覺過敏，皮斑等狀而僅顯麻木者。

麻木性麻風在手,足,臂,股,肘,面等處顯麻木最早,軀幹則緩且罕。麻木之處,與該有病之神經所司之處不甚符合,蓋非祇神經幹受損,即神經枝亦為菌所害也。有時菌初生於皮,損害神經末枝之後,則延傳至神經幹。患麻木處多顯於身之左右相對之部位。患處之麻木,初起時感覺尙不全失,或時覺時失,且麻木處或甚淺,重按之則覺;既則漸深,以致全麻木,斯時雖焚之或亦無覺。皮麻木進行時,其下肌萎縮而無力,惟共濟運動(和動)機能不變。如肘與掌側骨間肌萎縮而無力,指則彎曲作爪形手 *main-en-griffe* 或他不規則狀,小腿及足亦萎縮,步履艱難,股,肱,胸,面等處之肌亦因之而然。

病處之肌受累先後不同,輕重不一,故該處多變形;如面神經受累則肌萎縮而顯麻木性麻風之狀與結節性麻風之成獅面者不同;上瞼下垂,下瞼外翻,眼不閉合或不能動,初時多淚,後則不然,結合膜發乾,致角膜生潰瘍成膜而瞽;鼻粘膜潰爛,鼻中隔消滅,鼻尖塌陷;口唇癱瘓,致流涎難語,口粘膜萎縮,齙縮,骨露,牙脫,舌與口之粘膜皆麻木;嚼肌萎縮,難言語及飲食。

臂腿麻木處之皮歷久則萎縮,腺減,毛脫,皮薄而緊,或至於裂;指及趾之甲罕脫,惟粗澀,或薄或成小勾。手足生潰瘍,甚至穿關節,致指及趾斷;或指及趾骨圍生膿腫,侵害骨衣而骨脫落;或有乾壞疽致指及趾斷;或骨幹消瘦而指及趾變短,甚至甲連掌蹠骨,蹠處常生穿通性潰瘍 *perforating ulcer*。

麻木性麻風之進行,較結節性麻風為緩;結節類之期均計僅八九年,而麻木類之期則約有十八年,且有延至四十年之久者。其致死之故,罕因本病,實為他病如泄瀉,慢性腎炎,肺癆,肺炎,枝氣管炎等患所致。

(丙)混合性麻風 *Mixed Leprosy*。如上所論患結節性麻風者之顯神經受累,患麻木性麻風者之生結節以及兩患同起者皆稱為混合性麻風。

診斷 辨別此病，最要須驗皮是否有麻木之處，因他種皮病皆無麻木患而此病則不麻木者甚少故也。檢查之處，當在皮斑之中央，或斑退後所餘之微白迹，或手足及畧久之結節。麻處罕出汗，故可使出大汗而察之，如以尼羅卡品 pilocarpine 注射皮下。至於神經之是否變粗，淋巴腺是否受累，亦為要狀。又可驗皮疹，病液，鼻液之有無麻風桿菌。

豫後 此病鮮見痊癒，雖神經之患不復增重，侵組織之質已消，其菌或已死，然病損之處及神經之變異則恒久不能復原，故不可謂為痊癒也。結節類之耗損精力較急於神經類，患者多未及病期終則因併發病而死，惟其尤急者，則患病不期年而卒。

預防 既知病原由菌染人，故欲保地方之免此疾，在禁患者之與人往來。歐洲各政府及教會，昔年嘗創設麻風院，羅致患者於一處。中國亦有為此類病人措置者矣，惜法未盡善，管理廢弛，用度不足。欲患者盡入院中，固屬難事；然尤當誨之勿與人交，身體居宅當極清潔；且當禁其為丐為賈為傭等；女子當禁為娼；舉凡街衢戲院及熱鬧之地，不准出入；如患者生潰瘍，則更宜防守；所有敷過之料及所出之液以至衣裳等等皆須施滅菌法；所生子女，須養諸他處。凡此皆所以防其傳染已耳。果能依上所言，嚴定規則，則麻風之染力既非甚大，不久自可盡麻風而滅絕之矣。痘漿能傳麻風毒，故取自他人之時，必察其人其家中以至鄰舍之確無此疾者方可用之；然最善之法，仍莫若用牛痘漿。

治法 患麻風者當守衛生法，居室衣服身體皆宜潔淨，飲食貴多滋養料，所吸空氣貴清鮮，毋勞工作。總之，其治法當與結核病同，以滋養為要。藥難為力；雖或見功，或因病有自輕之力，或非藥之效也。大楓子油 *ol. gynocardiae (chaulmoogra)* (大楓子

正名係 *Hydnocarpus anthelmintica*) 日服三次, 每次二至十滴, 漸增; 慣時可至四十滴。又卽以此油調豆, 茶, 麻等油爲擦藥, 多用則畧有功效。斐利賓羣島衛生總監海色氏 Heiser 新近發明一麻風治法, 用大楓子油六十西西, 樟腦油六十西西, 雷鎖辛四克 *ol. gynocardiae* 60 cc, *ol. camphorae* 60 cc, *resorcin* 4 gm 調合, 在熱水之蒸氣上消溶, 及濾過成劑, 然後用肌內注射法, 第一次注射該調合劑一西西, 每間一星期繼續注射一次, 每次之劑量逐漸增加, 以達容藥量之點 *the point of tolerance* 爲度; 至於病者之究能容藥若干, 人各不同; 有時注射之劑量宜減小, 而注射之間期則須減短。

此治法功效甚佳; 雖此劑尙未認爲專治品, 然其佳效已可無疑議矣。又羅追氏 Rogers 則推薦大楓子酸鈉液皮下注射法, 此液每一西西含大楓子酸鈉二厘, 每一次注射之劑量由二厘至四厘 *sodii gynocardiae* 0.12—0.25 gm. 此外另有一較佳之法, 係用此溶液注射靜脈, 第一次注射十分之一厘 0.0065 gm, 此後每次增加十分之一厘, 以增至每次注射五分之四厘 0.05 gm 爲度, 每星期注射兩次。又法用大楓子二燒醴一西西 *ethyl esters of chaulmoogra oil* 1 cc—6 cc 注入肌內, 漸加至六西西。

砒藥亦有功; 用時可作亞細亞丸 *pil. asiatica*, 卽亞砒酸及胡椒, 以多服爲善。若麻風結節延至結合膜及角膜, 當割其結節, 瞳孔間之角膜以斷其路, 蓋麻風菌不越刀痕故也。麻風之患, 有時可以眼科手術治之, 如下險外翻當縫其上下兩險, 虹膜粘連則割之使成假瞳孔。四肢潰爛甚, 則以截去爲善, 如此則身少中病液之毒, 故畧得爽健也。如有他患應施手術者, 割之無礙。割瘤後, 傷口速癒, 與無麻風者無異。如身體僅生一麻風結節, 且歷時未久, 應卽割去, 蓋或爲病之初損害, 去之則全體或可免患也。今有人用法培養由麻風結節所得一種桿菌, 製成菌液, 名曰那司忒 *naastin*, 和以氫化笨坐 *benzoyl chlorid* 而注射之, 殊

有效益。芬森氏光 Finsen light, X光線及銿(銳藥) radium 等亦有用以療局部之損害者。

(二十) 結核病又名結核(癩症)

TUBERCULOSIS, TUBERKULOSE

(一) 原因及病理解剖之通論

GENERAL ETIOLOGY AND MORBID ANATOMY

定義 此係結核桿菌 *Bacillus tuberculosis* 所致之傳染病。所顯之損害,以小結體並結核(癩疣,癩粒) tubercles 及彌漫性浸潤為殊性;或成乾酪樣變(似豆腐) caseation, 死組織及潰瘍等,或成硬變及石灰性變 calcification 而癒。臨診之狀況,依受患之器官,染性之輕重及體之抵抗力之大小等而大有異同。

病之分布 動物患此病者甚繁。

(一) 動物類 冷血動物患結核病者極罕,禽類不少,雞尤然。禽類及哺乳類(即獸類)病之區別甚微。家畜中此病多見,牛類最多,羊馬則少;歐洲有數處豬多患之;貓,狗無患此病之趨向;猴類之被禁於動物苑等處者亦多患之。總言之,此病對於動物類之分布之唯一要點則為牛類患之者甚繁,蓋牛乳及牛肉為世界普通之動物類食品也。

(二) 人類 結核病為人類中最廣播之一種天災,昔人名之曰催命使者,實非過當。凡世界人類之死亡,至少七分之一原於結核病。西千九百九年英格蘭及威爾士兩處人之因結核病而死者,數達五四四三五。美國每年死亡者九分之一屬結核病。然近今四十年來,英格蘭之結核病死亡人數大減,僅有從前百分之五十。倫敦地方患肺結核病(肺癆)而死者,較從前少百分之三十三,他種結核病亦然。結核病所致之死亡,不僅英國減少一半,即歐美各處亦皆減少。此實今世界衛生

改良之一大效果也。何以云然，蓋一則社會之一般情況進步，居室較佳，食品較佳，習慣較佳，而死亡之數則在剿滅此惡魔之前已銳減矣。二則人民之一般教育進步，多守衛生之道，濫飲者少，蠅聚者少（此指多人共處一室似蠅之相聚有害衛生者而言），隨處吐痰者亦少，居今之地位，敢言結核病之種子已不如昔之廣佈矣。三則設立病院，使病者與社會隔離；千九百十年之醫界調查，凡患結核病而死於病院內者；英國統計佔百分之二〇·五，倫敦佔百分之四三·四；德、法、美等國亦復如此。四則就診早而病之斷認在療法無望之前，凡患肺結核病者，多數在可以完全治癒之級期決定診斷。總言之，禁止病種之播散，破壞病根之基礎，為二大要素。西諺有之云，“種子少播，土壤多石”，則自無蔓生之患矣。結核病對於經濟問題之損失，曾有幾多著作家估計。鮑勒文氏云，美國每年之損失，數達一百五十兆至二百兆美金。至於中國及日本，此病亦極多，凡為醫者皆知之。上海香港兩處公共衛生所之病症彙表記載甚詳，一千九百五年尤甚，是年香港之因肺癆而死者，佔死亡全數之百分之一〇·九。至於中國之獸類，據香港公共衛生所之彙表而論，則廣東之牛類患結核病者甚少，大概係畜養於田野空曠處之故也。牛類之出口而運往他國者則每有結核病。上海一帶地方之牛類患結核病者極少；據該處租界工部局之報告，此十年來共宰十六萬五千餘牛，而其中患結核病者僅十七隻，而此十七隻尚非本處土產，乃係由澳洲運來之牛或外國牛與本地牛所產之雜種。江蘇全省土產牛類，大抵無結核病。據此而論，則中國人類之結核病，其病原大概係人類結核菌而直接由肺及膈扁桃感染。

原因 結核桿菌 *Bacillus tuberculosis*. (甲) 種子 *The Seed*.
上文會有種子少播土壤多石之西諺，茲依之用種子比結核桿

菌，用土壤比人類之體格。結核桿菌係一種桿形微生物，彎曲，染色後有時顯合珠形，此則究係芽胞 spores 抑或係空泡所致，尚為一問題。此外另有一種異形類，或屬長帶形，或為分枝形，而其受亞尼林染也甚殊特；培養時其孳生之況亦極可辨。特性亞種結核桿菌曾經前人認定。禽類有明顯之特殊性，前已述及；而醫界討論之大要點，則為致人結核病之桿菌與致牛結核病之桿菌之關係也。此兩類之不同處久已認定，施密斯氏又表出其特別異點。迨千九百一年，德國科什氏更有牛結核桿菌不致人結核病而人結核桿菌亦不致牛結核病之報告。

自此而後，此問題遂歷經各醫學會研究，而人結核桿菌與牛結核桿菌之不同乃達於公認之地位。最近英國醫學會之報告，証明牛結核桿菌實能致人類發結核病，惟此等病人所患之病或多可認為一特類。其不同之處，則為人類結核菌不易致牛死，而牛類結核菌亦不易致人死耳。前已詳述中國之土產牛類患結核病者極少，且中國小兒之飲牛乳者及大人之食牛肉，飲牛乳者較歐美少（近數年來已逐漸加多）。是故中國人所患之結核病，大抵皆由呼吸道及扁桃直接受染；至於由食物及消化管而受染者則不多見。

各亞變種 strain 菌之毒力不同，此係各特殊性傳染病公有之一大要點。

結核桿菌在人身內之分布。凡結核性損害處咸有該菌，而以該處正在發生之際為最甚。然慢性病之淋巴腺及關節內則菌少。凡各乾酪樣變處咸有菌少許，肺結核病之痰內該菌每每不可勝數，血內亦能有此菌而粟粒形結核病之血內尤然。

結核桿菌在人身外之分布。該菌之播散甚廣，人口稠密之處每每有之。其兩大來源則為（一）患較重之肺病者之痰，及（二）結核性牛之乳。余之病院中有一病人，患較重之結核

病，每二十四小時內，咳出之結核桿菌有千兆至三千兆之多。痰乾後則成塵埃，隨風飄播，凡病院公所街道車站火車電車等處皆可有的。而人之獲此桿菌也，常由吸入空氣中之塵埃，致菌留咽內或枝氣管內。又食物中亦能雜菌，患結核病者之手，幾皆有菌，道路間之結核性痰可粘着靴上或婦人之長裙。貓狗之毛尾，亦能粘貼結核菌而帶入住宅。總言之，結核桿菌之播散非常廣闊，為害極大。然可異者，衛生院為患結核病人往來最多之處，而其塵埃中或竟無此菌也。

牛結核桿菌之分布。多由於牛乳，由牛肉者少，而其直接由該獸傳染者則更少。歐美小兒之患結核病者，一部分屬此類。近今醫界曾細研究，成人對於牛類結核病無甚關係，惟小兒之因結核病而死者，百分之六至十屬此類。中國小兒之飲牛乳者少，故不在此例。

結核病之種子既如此廣播，幾乎無處不有，故其(土壤)(生結核病之基礎，蓋即易使結核病孳生之情況也)實居於相等之重要地位。既須禁止種子之播散，更宜防範土壤之助長，始可免野火燒不盡，春風吹又生之弊焉。

(乙)土壤 The Soil. 易受結核病種子之土壤，有屬遺傳性者，有屬後天性者。披耳孫氏之研究，特言易受結核病之體格與遺傳性大有關係；其言曰，“易受肺結核病之體格，實係由遺傳而得，然其強弱之度，則與尋常身體膚髮之受諸父母願不可作刻板文章而論者也”。至於後天性類，則或由身體之抵抗力降低而成；居塵翳暗悶之處，有嗜酒不潔之癖，皆係易受此病之原由。忒盧朵氏 Trudeau 曾研究實驗上之証據，以結核病菌接種於數兔，或幽囚之於無陽光無新空氣之濕暗處，或任之遊竄於山野之間，則在濕暗處者每速死，而其任意奔竄者縱不全然無恙，所顯之損害亦必甚微。凡牢獄，貧人院以及屋宇擁擠，空

氣濕濁等處之居人固與幽於濕暗處之兔居同等之地位，而欲其無結核病者不受傳染，有結核病者不致沉重，其可得乎？

年齡無甚大分別，自乳哺之小兒至八十以上之老人皆能息之；惟致命之結核病，則以在十八歲至三十五歲之間者為最多。男女之分別甚微。人種之區別則甚重要。黑人患此極易致死，而以美國南方之黑人及北美洲之土人為最；愛爾蘭人之在美國者較他種歐洲人易患此病；中國人及日本人亦易患之。猶太人之因結核病而死者，其數較少。職業亦係一重要問題；凡衝冒塵埃，終日閉坐，時間過長，晝夜無常，不合衛生，工價低微等職業皆足助此病之成。又一種身之局部的情況每有大關係，例如呼吸道之卡他每能減低身之抵抗力，致該桿菌得乘機入身或在體組織內孳生是也。特殊性熱病如麻疹、天哮、槍等皆可為患結核病之先導。又凡使身體虛弱之病，亦復如是。然此則不定為新得之傳染，而常係隱匿之禍原乘機暴發也。患糖尿病之體組織每與結核桿菌之孳生相宜。許多慢性病減低身之抵抗力，每使體格易染結核病。病院中每見動脈硬化病、肝硬化病等之致命情狀，多係最終之急性結核病。創傷如胸部受打、膝處受傷及頭頂受擊等或有局部結核病隨之而起；蓋因受傷之處，其抵抗力低微，而成易受結核病種子之土壤故也。

(丙) 結核桿菌之特別反應 Specific Reaction of the Bacilli.

此菌當發生之際（指養於培養基中者而言），據吾人所知者而言，大概不成可溶解之毒素。是菌所致之反應有二：（一）局部組織反應 local tissue reaction，其結果為成結狀結核 tubercle；（二）體液新陳代謝之變異 changes in the metabolism of the body fluids。局部組織反應當另詳於後，茲先論屬於免疫性 immunity之各現狀。

(一) 結核菌素反應 Tuberculin reaction. 獸之皮下接種結核桿菌，則顯成結狀結核之局部反應，而鄰近之淋巴腺受累。若該獸屬能受病性類（猶言獸之能受此病者），則病勢成全身性而致死。科什氏查明若在天竺鼠體之皮下照前法接種結核桿菌後，再行第二次接種法，則原發之結核有時消散而該獸不死。氏所發明之結核菌素療法 tuberculin treatment，即胎原於此。結核菌素 tuberculin 係由已死及浸過之結核桿菌合培養時所成之他質製成；若以該素〇·二十五西西 (.25 cc) 注射入無病者之體，則畧發熱並微覺不適；二十四小時之內即退去。若以〇〇·一五西西 (0.015 cc) 注射已有結核病竈 tuberculous focus 者之皮下，則病竈周圍顯局部性反應，且有全身反應（發熱痛）。

此等現狀之秩序，名曰結核菌素反應 tuberculin reaction。現今醫界多用以助診斷。而其最常用之法，則為卡耳默氏眼反應 ophthamo-reaction of Calmette，及披耳克氏皮膚反應 cutaneous reaction of von Pirquet 二者。卡耳默氏結合膜反應係用結核菌素溶液一滴，灑于身有結核病者之眼結合膜，則數小時後，即有血管充血，流淚及結合膜微腫等狀發顯。此等現狀名陽性反應 positive reaction，約顯二十四至三十六小時之久。施披耳克氏皮膚反應之法，係將結核菌素一二滴灑於已去菌之皮膚上，然後用小刀輕輕刮破該處之表皮，俾該素浸入，然不可重刮致出血；若有結核病則近二十四小時之際即顯炎性反應，迨三十六至四十八小時，則該反應達最高之點。凡臨診時結核菌素之反應固甚可憑，然壯健之人有隱伏不動之結核病竈者亦或能顯反應。據近今之研究，謂尋常無病之人幾有百分之六十顯陽性反應者，故其價值頓減矣。

(二) 免疫性之變異 Immunity changes. 凡已受染之人，血清內有一定之變異，此則關於抗體（敵素）anti-bodies 之發生，而抗

體則可用補體結合法(補價素固定法) complement fixation 證明之。

又血清內尚有一種凝集(集粘)素 agglutinin 能將結核桿菌凝集。以上各素,或因自身之能力或因毒素而具一種血球的及體液的反應,此反應有滅菌或解菌毒或限制菌效之能力。在獸體行實驗法,每因菌類惡劇之度及注射劑大小之別而顯出種種不同之情狀,自最輕之局部反應以至於極重之血中菌毒兼大發熱甚至於死者,無不有之。對於一局部之染(例如人類有時所不能免之輕染)則人身天然之保衛力每足以限止其侵入之菌於一局部。人身譬如一大國,此等局部患,有時與大國邊境時時發作之強鄰侵蝕相似;而此等侵蝕雖多為小害,倘其來勢兇狠,則喪城失地,非徵兵專力以剿之不可矣。此猶之局部之菌染較惡或逐漸沉佈,則菌或其毒素侵入血循環間或成所謂自身接種 auto-inoculation 者;如此則全身之新陳代謝受擾,溫度升高,於是體中乃生抗體以專行剿除染性物也。至於用結核菌素之理由,則係激刺體中之抵抗力或剿除力;猶之乎徵集兵力,剿除受染處之菌毒也。

(丁)傳染景況 (一)遺傳性傳染或遺傳性播染 Hereditary transmission. 男精子不能傳結核病,女卵則或能之,然亦能力極微小。先天性結核病最常之傳染途徑,皆由於血。結核桿菌由胎盤(胞)而入胎,此類則大抵該胎盤即為患結核病之基礎。然亦有其胎盤似乎無病,而胎盤血及胎之器官含結核桿菌者(惟胎之器官或亦有似無病者)。屬人類之先天性結核病為數甚少,牛類則較多。

(二)接種性傳染或接種性感染 Infection by inoculation. 結核病之可以由接種而受染也,久經前人証明;例如講解病理解剖學者,屠夫等每能由死體而得局所性結核病;此則大概僅顯於皮之一處(以手為最常),成粒形紅塊,所謂死後癩 post-mortem

wart 者是也。又施小兒莖包皮截除術時，彙有出於不意而傳染者；此則常係施手術者有結核病而用其口吮傷口之故。此外更有因洗濯患肺結核者之衣，被患結核者所咬，以及被結核病人所用之破盥割傷等等而起者。由皮移種而傳染者，亦會見兩病。總言之，接種傳染對於人類，僅佔結核性傳染極小之一部分耳。惟粘膜之接種傳染，對於小兒或為重要，蓋可由唇舌等皮擦破處感染也。至於有云可由牛痘苗受染者，則不可信。

(三) 小兒之感染 小兒易感染之故不一：(子)因有結核性病之家庭，其小兒與其父母或家內之他成人難免有密切之交接。(丑)因小兒每喜於地上遊戲，且常將各物置於口內。(寅)因患麻疹或天哮喘或他傳染病而致有偏向結核病之趨勢。(卯)因乳為小兒之主要食品。(辰)因小兒入校時，常與其他小兒有密切之交往。其感染之結果為：(子)致命之急性結核病，(丑)患病未久且症狀未劇而即痊癒之結核病，(寅)較上緩慢之慢性結核病，(卯)病隱至成人時代，乘其體之抗抵病力因某故而減少則發作。故近今對於感染，頗重視早年飲食為日後結核症狀發現之來源。小兒因任何病致命，剖檢之則幾常能查出某局部結核性病竈。

(四) 吸入性傳染或吸入性感染 Infection by inhalation. 患結核病者所居之房舍或他處，其中塵埃每有染性；蓋此微細之塵內有結核桿菌，苟被吸入肺，則有入各他器官之虞。或謂受染之緣由，大多數係咳嗽時噴出之微細痰沫浮蕩空氣之中，致隨空氣吸入；故凡病人多咳而口常開者，每鼻致周圍之空氣有染性。醫界之諺曰，“一己之肺癆實無大害，惟其不修邊幅，始為害耳”。此語誠然，蓋凡病人呼出之氣質無染性，惟其吐出之痰，則含有結核毒；痰乾則成塵埃，隨風飄蕩，為傳染結核病之一大媒介也。茲將吸入性感染之各要點，條述如下：

特殊傳染病

(子) 原發結核性損害大多數與呼吸系統有關,凡肺及枝氣管淋巴腺之有此種患處者,如恒河沙數。據巴黎剖屍檢驗冊云,凡人誤斃(指被自動車撞死,跌死,電車撞死等而言)及自殺者,剖驗時呼吸系統顯結核患者其數極多。各醫院之剖驗冊亦云結核病之散佈由呼吸系統者最多。(丑) 凡牢獄,庵寺,瘋人院,改過所等處之居人以及杜門不出,羣居一室者則每結核病盛行;其故有二,一則因空氣混濁,中含結核菌,二則因生活力低,抵抗力弱故也。(寅) 人之交接過密者亦有受染之虞,例如夫婦是也;醫界素以為如此受染,每每夫婦相繼患結核病而死,然近年之研究,則以為此等直接之受染實不多。

(五) 食入性傳染 Infection by ingestion. 近今數年間之研究,證明除以上數感染之道外,尚有膈扁桃及腸皆係感染之要路。

(子) 膈扁桃傳染 Tonsillar infection. 此腺之受染者常見;結核桿菌或經過頸及縱隔(膈)淋巴腺,由淋巴所經之路而達血循環;或枝氣管淋巴腺先傳受染,繼則與肺動脈之一枝粘連。若結核桿菌甚多,則成粟粒形結核。若結核桿菌之數甚少,則在肺之一處孳生。凡結核桿菌之由膈扁桃及頸腺入體者,有時雖不致菌入之處顯局部病,然小兒之如此受染者常顯頸腺斯科夫拉病(或曰瘰癧) scrofulous glands of the neck.

(丑) 腸傳染 Intestinal infection. 倍令氏 Behring 云,肺結核病可由腸傳染而致。彼又云,用結核性牛乳哺小兒,係成人後患肺結核之要原;此種受染屬隱匿性。又有醫士用飼法致獸類顯肺結核者,此則腸面本處或竟無恙。據此而論,則科什氏所謂“結核性牛乳之致染如果普通,則原發性腸結核必當較多;何以十年之間,三千一百零四小兒結核病中僅十六病屬原發腸結核乎”云云之理論,便不甚可靠。近今醫界之質地試驗,證明肺之如何為由腸傳來之微質之濾器;例如直接使中國墨

液 China-ink emulsion 入胃而致肺患炭末沉着(積煤症) anthracosis 是也(參觀肺炭末沉着篇)。此實驗法,對於幼穉之天竺鼠及長成者,其反應不同,幼穉者炭末由腸系膜腺瀝出,而長成者則該腺不受累而肺中積炭。卡耳獸氏又證明由腸致肺受染而腸之本處毫不留受染之迹者實非僅見。倍令氏所發明由腸致染之要道,由此而益可憑信。或者他日能證明肺癆之染原,大多數皆如此,亦未可知。總言之,此等遍佈之桿菌,無論何門徑,皆能侵入;對於小兒則以咽及腸為最易侵入之門徑;對於成人,則其孔道為枝氣管及肺。最要之關鍵,則在乎播此種子之土壤如何耳。

歐美兩洲腸染之原由常為牛乳,大城市尤然,紐約市之牛乳,百分之十六有結核桿菌。尋常牛乳店所執行之怕斯透氏殺菌法,每不能殺此菌。至於結核性肉類,則罕致患。然中國小兒之不飲牛乳者,亦多患結核病。

病理解剖及病組織 (甲)體內結核之分布 身之各器官皆可受結核病之損,然其損害之輕重及多寡則各有別。

已成人者,則可以肺為最易受染之處;小兒則為淋巴腺,骨,關節等。凡剖驗一千屍體,有結核病損害者二百七十五,而此二百七十五屍體中,肺不受染者僅二三;他器官受患者,則為心包七,腹膜三十六,腦三十一,脾二十三,肝十二,腎三十二,腸六十五,心四及生殖器八。凡八千八百七十三外科手術病中,一千二百八十七為結核病。其結核損害區域之別如下:骨及關節一千零三十七病,淋巴腺一百九十六,皮及結締組織七十七,粘膜炎,生殖器二十。

(乙)結核菌所致之組織改變 結狀結核 The Nodular tubercle. 當結核初成之際,其組織及形狀並不奇特;他種寄生物如菊形菌及羊肺蟲等,亦能致此同樣之組織。結核管長之

特殊傳染病

次序有五：（一）結核桿菌蔓延於四圍之組織，此半由增殖，半由淋巴流之輸送而致。（二）患處之結締組織細胞（連膈腺）及毛細管內皮細胞（內膈腺）等生殖甚多；而成圓形，骰子形或多角形等小體，內含泡形核 vesicular nucleus，名似上皮細胞（似膈腺）epithelioid cell，細胞內或有含結核桿菌者。（三）白血球（以多核類為最多）屯積於結核病竈，未幾多死。後至小結核長時，則其白血球大抵為單核類（即淋巴細胞）；此則不似多核白血球之速死。（四）結締組織之基質因變鬆及變纖維而成網，此則極其明顯，每在結核生處之邊。（五）結核中有時有巨細胞 giant cell，係一細胞之核內原漿（元質）增加而成，或係數細胞混合而成。巨細胞之多少，與結核菌之惡性作反比例，結核菌愈惡愈多，則巨細胞愈少。

（丙）結核之壞變（一）乾酪樣變（似豆腐性變壞）Caseation 結核之中央因菌或其毒素而細胞質凝死，於是逐漸變形，不復能受色染，終則變為內外純一而無組織之質。該結核逐漸自中央而至四周，變為黃灰色結核，而內尚有菌；結核內無血管。

此等黃灰色結核聚集，則成最常見之結核性乾酪樣變塊，此塊後或軟化或為纖維組織（筋膈）所包圍，或受石灰性質所侵。

（二）硬變 Sclerosis。結核之中央細胞之成分既漸死，而又變透明質，更因纖維質（筋質）增加，於是該結核遂變成堅硬之組織。此等變多屬乾酪樣性及硬性二者兼發，然硬變之勢力每較大而為其主；似乎身之數處（如腹膜）結核之變每自然如此，肺亦然。

無論何種結核必有此二種變：一為乾酪樣，破壞可危；一為硬性，自限不佈。病最後之結果，全仗身體之抵抗力如何而轉移。有一種組織，結核桿菌一入即死。另有一種組織，該菌能屯居，多少致害，然自限不佈，終則因抵抗力增加而菌死。最壞

之組織却宜於該菌之孳生。有乾酪樣變而無硬變之限制，於是病日益加重，菌日多，不可收拾矣。

凡將結核桿菌直接注射入血管，每能證明結核病理學及組織學之許多要點。若用純粹培養菌稔 pure culture 注射入兔之靜脈，則該菌大多數屯集於兔之肝及脾；兔大抵兩星期內即死，而各器官大概無結核發顯。用顯微鏡檢查肝及脾，則見初起之結核正在進行生長，顯種種狀態，肝細胞顯絲狀分裂（間接分裂）karyokinesis。苟僅注射稀釋菌稔乳劑或貯存過久毒性已減之稔，則該兔可存活五六星期之久。際此時期，則肝及脾兩處之結核已明顯，他器官亦多有之。

（丁）瀰漫性炎性結核 Diffused Inflammatory Tubercle。此類在肺內最常見，係許多小結核病竈混合而成；此等小病竈甚微，或非肉眼（猶言不用顯微鏡及他種器械而僅以目視之）所能察見。然依組織學而論，則此小病竈有分散不一之中心點，每一中心點有填充滲出物及增生上皮之肺氣泡圍繞之。因結核桿菌之勢力，遂致成乾酪樣變；此則常在肺之數小葉間或一全葉患之，甚或累及一肺之一大部分。當其初期，組織顯灰色膠狀。肺泡內含漿液血絲（漿液纖維素）液 sero-fibrinous fluid 及細胞，而其氣泡間隔亦受侵；此等細胞漸積聚而凝死，遂成乾酪樣區。此外有時或有瀰漫性浸潤及乾酪樣變，而無特別的結核病竈，此所謂結核桿菌所致之瀰漫結核性肺炎也。總言之，此兩種病之秩序實相同；粟粒形結核（瀰漫性）及慢性乾酪樣性肺炎之間，原無十分昭著之異點。依組織學而言之，粟粒形結核實不外為慢性乾酪樣性粟粒形肺炎而慢性乾酪樣性肺炎實不外為肺結核，二者固互相兼併者也。

（戊）繼發性炎之秩序 ^{*}（一）結核桿菌之激刺每致發炎，炎時或僅滲白血球及漿液，或致較重而不一之情況。例如

肺內生小結核，卡他性或血絲（血纖維）性肺炎而兼間隔之結締組織成分增多（此隔又被圓細胞所侵）及血管、淋巴管之變異等皆是也。（二）病勢不甚劇烈者，其炎係徐緩之反應性 slow reactive nature，其結果則為成纖維（筋）癆性結締組織，此組織能限制結核之發達，為此病極重要之一種自限性。所須注意者，凡慢性肺結核所有許多之纖維組織（筋性織）實與結核桿菌之勢力無關係，不可誤會。（三）生膿：結核桿菌是否能致生膿係一問題。至於結核膿腫內之質，依組織學論，非膿，乃係壞細胞及乾酪樣質等之碎塊。又結核膿腫內並無生膿之菌，惟結核桿菌所生之毒素或能致生膿；例如骨及關節之內每有膿，即其一證。然此則或係兼染生膿菌所致，亦未可知。結核菌素係實驗時生膿極有能力之物。肺結核病之生膿，大抵係受膿菌之染所致。

（二）急性粟粒形結核病

ACUTE MILIARY TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS MILIARY ACUTA

粟粒形結核病係一特殊染性病，體內生一種無包之黃粒，或肺內生一結核窩；此等粒及窩對於原發之損害之關係，與膿毒血病對於膿性病竈之關係性質相同。

韋革耳忒氏 Weigert 發明粟粒形結核病與血管結核病之關係。血管結核病有二類：（一）結核性血管周圍炎 tuberculous periangitis，其受侵之處在血管周圍。（二）結核性血管內膜炎 tuberculous endangitis，此則結核由內膜而起，血管中最常受患之處為肺靜脈及總淋巴管，次為頸靜脈，腎上腺靜脈，上腔靜脈，硬腦膜竇（腦筋衣血塊），主動脈及心內膜等。肺靜脈之枝時或與乾酪樣質粘着，致侵入該靜脈之壁而內膜生粟粒形結核。總淋巴管之受累亦或如是。

結核桿菌在血內不增多，僅由血循環而至各器官，而成全身性結核病 *generalized tuberculosis*。共分三類：（一）急性全身性粟粒形結核病 *acute general miliary tuberculosis*。此則身之各器官生粟粒形或半粟粒形結核。（二）又一類，係一器官或數器官有少數結核。（三）顯全身瀰漫性結核病竈。此則屬較慢性，結狀結核較大，多屬乾酪樣質，所謂小兒之慢性全身性結核病是也。此外則又有間於此三類之間之過渡性類或曰轉變性 *transitional forms*。此章所述之第一類，每有極多之結核桿菌侵入血循環。有時或顯甚重之毒血狀（即所謂似腸熱病類），或因血內更為毒素所充溢之故。此毒素由一剝蝕血管之乾酪樣性大病竈而致。

臨診類別 *Clinical Forms*

此病可依其症狀分為三大類：（一）顯急性全身性傳染 *acute general infection*者，所謂似腸熱病類 *typhoid form*；（二）以肺屬症狀為主要狀之類 *pulmonary form*；（三）腦或腦脊髓症狀最明顯者，所謂結核性腦膜炎類 *tuberculous meningitis*。此外尚有他類，然大概不出此三大類之範圍外。此三類之中，則以腦膜炎類為最多。

（一）全身性或似腸熱性類 *General or Typhoid Form.*

症狀 病者顯甚似腸熱病，而且易誤診為腸熱病之一種沉重染性症狀。體質不健兼胃口不佳之後，繼以發熱及虛弱。間或有病起較驟突者，然其初狀多數酷似腸熱病；鼻出血者則甚少。體溫增高，脈搏急而弱，舌乾，臍妄昭顯，兩頰發紅。肺屬症狀或極輕；大概常有枝氣管炎，然此則不似腸熱病所有枝氣管炎之重。脈搏顯重搏者少，僅因體溫過高而顯關係的增速。此病最顯著之狀為體溫之不規則性；溫度昇時不似腸熱病之穩定；每至夕間則昇至一百零三，甚或一百零四（三九五至四

十), 而每晨則又降低二三度。有時發熱屬間歇性, 早晨之溫度或且較低於規定之度。此外則有體溫晨昇而夕間降與上述相反者; 或謂此一類發熱狀為全身性結核病所有者較他病多。熱低及無熱者則少。余曾見三案, 病者已患三四星期顯沉重之虛弱, 脈搏速, 兩頰紅, 舌乾, 惟溫度僅畧增高; 迨剖屍檢驗始認定係全身性結核病。凡五十二案中, 案病無熱, 僅間或顯溫度暫時增高而已。

呼吸次數增多者甚多, 病之早期尤然; 有時且有瀰漫性枝氣管炎之徵及輕性皮紺。病之末期, 則顯波式呼吸(又名切斯妥氏呼吸) Cheyne-Stokes breathing。燥動性磨妄甚少, 顯遲鈍及憂鬱(沉默不快)之狀者較多, 每漸增重而成昏迷, 以至於死。有時肺屬症狀漸重, 更有顯腦膜或大腦受患之症狀者。

診斷 全身性粟粒形結核病若無局部的顯狀, 則極不易與腸熱病辨別; 結核病之體溫有不規則之增高, 係一診斷之要點, 前已詳述矣。呼吸增速及微顯皮紺二狀為結核病所顯者雖最多, 然腸熱病起時之枝氣管炎若重, 亦或顯呼吸困難及皮紺。咳嗽或甚輕或無。泄瀉本非結核病所應有, 故大便大概秘結, 然亦有患瀉且纏綿多日者。此外更有因糞含血, 致診斷更繁雜者。脾增大亦為全身性結核病所有, 然不似腸熱病所有者之早顯及沉重, 惟小兒結核病則脾或增至甚大。尿內或含蛋白質或結核菌。皮膚無腸熱病之玫瑰疹, 係一要據; 急性結核病有時或顯紅色點, 然不凸出, 且少有真腸熱性疹之狀者。

疱疹(候陪)則結核病有之較多。病之末期, 皮或顯小紫癩(瘀斑), 近腕處尤然。顯黃疸者甚少, 此則或係肝發結核所致。又須注意者, 急性結核及腸熱病或且同在一身; 此係曾經察見之事實, 醫士必須謹記。凡遇疑難之病, 若用肥大氏試驗法無效及血中無傷寒桿菌者, 即係結核病之確證。血中有結核桿

菌可察見者極少；粟粒形結核病之顯白血球增多者較多，腸熱病則多顯白血球過少。詳細檢查眼部，或可察見脈絡膜結核（睛膜瘰粒）。用刺腰術導出脊髓液驗之，內或含結核菌或甚多；此則即非腦膜炎類亦復如是。

(二) 肺類結核病 Pulmonary Form. 症狀 病初起時，肺屬症狀即昭顯；病者或已患咳嗽數月或數年，而對於身體並無大害；或者病人之有慢性肺結核病，早已爲人所知。至於小兒之肺粟粒形結核病，則每隨麻疹或天哮喘而起，此則係枝氣管肺炎類。病初起之症狀爲瀰漫性枝氣管炎，咳嗽甚重，唾物屬粘液膿性，間或顯鐵銹色，咯血者亦或有之。自病初起即有昭顯之呼吸困難，唇及指每有皮顯紺狀，兩頰亦然。以余之經驗而論，除肺氣腫及沉重肺炎之末期外，凡肺屬症狀無有如是昭顯之皮紺色者。此病之理學徵狀與枝氣管炎者同。對於小兒則肺底處之叩響器實，蓋因有播散性枝氣管肺炎處也；又或有過空響之處。有數粟粒形結核病，其叩響清而亮，胸前處尤然；此則或係輕重不一之播散性肺氣腫所致。聽診時，其鳴音或司司然而乾，或作細捻髮鳴（或名濕鳴）（細沸鳴）。又胸膜因生結核之故，亦或有細捻髮鳴。至於小兒則近肺根處或肺底有高音之管樣呼吸聲；迨病之末期，則鳴聲增大，且帶粘液鳴。熱度昇至一百二三（三九至三九·五），或在夕間增高或在早晨增高不定。脈搏速而弱。病之最急者脾常增大。病程不定，或十日至十二日內致命，或且纏綿數星期數月之久。

診斷 此類結核病之診斷較易；病發之前，或預有咳嗽，或病者舊有肺或淋巴腺或骨等之局部病。對於小兒，則急性粟粒形結核之症狀多數隨麻疹或天哮喘之後而起，或兼枝氣管肺炎或否不定。有時痰內含結核桿菌。眼脈絡膜生結核雖不常見，有時亦可爲診斷之證據。成人者之重要症狀，則爲呼

吸困難,皮紺及瀰漫性枝氣管炎等三者之混合徵。間或大腦症狀發顯,亦係此病之一要證。

(三)腦膜類(結核性腦膜炎) Meningeal Form (Tuberculous meningitis). 此係急性結核之累及腦膜或脊髓膜者。有數種特別原因。小兒患之者較成人者多甚,一歲前患之者亦復有之,惟在二歲至五歲之間者特多。此病大多數有舊結核性病竈可以察見,該病竈大概在於枝氣管淋巴腺及腸系膜淋巴腺;然亦有原發處在腦膜者。尋常剖屍檢驗,每不易處處逼查,實則其受患之處或在骨或在中耳或在生殖器者亦復有之。

病理解剖 腦膜之底部受累者最多,是以又有腦底膜炎 basilar meningitis 之名。腦膜在視神經交叉,大腦外側裂(顱隙)及小腦脚(帶)間等處皆受累。有時腦膜或僅畧顯潤濁狀及一種漿液性膠粘狀;然有血絲(纖維素)膿性滲出液者較多。腦膜之結核或甚明顯,色微白,而多寡及其大小不定。腦動脈之貫過前後穿質處或顯結核,須仔細檢驗。大腦之側室(旁房)膨脹而含潤濁液,腦室膜軟化,腦側室之透明隔及穹窿(腦弓)常破裂,因腦室內之壓力增加而腦回(迴襞)每變平並腦溝(罅)閉塞,不僅腦膜受累。接近之大腦質亦每有輕重不定之水腫及白血球侵入,故依解剖學而論,此等情況實屬腦與腦膜共炎 meningo-encephalitis, 固不僅腦膜炎也。此外則又有急性狀伴慢腦膜炎性結核而起者,而其臨診之顯狀似屬腦腫瘤。此病雖大多數屬腦膜,然脊髓膜受累者顯亦有之,脊髓膜之頸部尤然;甚或有所顯症狀以脊髓為主者。

症狀 腦膜炎性結核病之症狀甚複雜,茲就小兒所患者論之。先兆症狀 prodromal symptoms 常有之。該兒或身體不適已數星期,或在麻疹或天哮噎之恢復期,或有傾跌傷頭之來歷,身體漸瘦,燥動不寧,易怒,消化不良,性情或全然改變。際此,

則結核性症狀乃起；起時或突發驚厥，或頭痛，嘔吐並發熱；顯此三種症狀者較常見，且係此病起時最重要之徵；患此病者幾乎皆顯之。頭痛有時非常酷烈，小兒每以手自按其頭，間或痛加重，則突作短聲慘號，甚或該兒連續號叫至於耗竭。嘔吐之原由不可推究，似與進食無關係；常有大便秘結；發熱不高，每逐漸增至一百二三度（三九至三九·五）；初時脈速，繼則亂而緩；呼吸有變者少。當小兒睡時，每燥動不寧，間或肌搐，或突然驚跳，或大驚而醒。病之初期，瞳孔常縮小。以上各症狀係病初起時之要狀，因是之故，此病期又名刺激期 stage of irritation.

刺激狀退後，即為第二期；嘔吐即不甚發顯，腹凹入作元寶狀，大便秘結甚重。小兒已不為頭痛所苦，然沉悶呆木；苟醒之，即顯輕重不等之譫妄；頭後仰，間或突叫，瞳孔展大作不規則形，或成斜眼，呼吸每似喟嘆狀，或發驚厥，或一肢或身一傍之肌強直；體溫不定，自一百度至百二度半。皮時或發紅斑，倘用指甲畫其皮之一處，每顯紅紋，然此非診斷之要證。

第三期又名麻痺期 Stage of paralysis，即病之末期；小兒之昏迷漸重，不能蘇醒，時發驚厥，項背等處之肌顯陣發性痙攣，或一傍之臂及腿亦痙攣，或視神經發炎及眼肌癱瘓，瞳孔展大，眼瞼半開，眼球上翻，或泄瀉，脈速。病兒或顯重腸熱症狀，舌乾，譫妄呢喃，大小便失禁，體溫或降至九十三四度（三十四）。更有將死之際，熱度升至百零六（四十一）度者。時或顯白血球增多。

病之時限，自始至終約二至四星期之久。

此種結核性腦膜炎又有病程極短者，初起時即非常劇烈，且患者或平時似乎甚健，迨病發，數日內即致命。此一類，成人患之較常，腦之凸面常受累。更有慢性而顯有限之腦膜炎症狀者，間或兼顯重精神病狀，或腦腫瘤狀。

特別要狀。第一期及第二期之脈搏亂而緩，係醫界公認之一要徵；病之終了時，心弱而脈增速。溫度雖常高，然亦有不及一百度（三十七八度）者；且有時溫度極不規則，一日內或昇降相差三四度（一·五至二度）；將死之際，則或降至九十四五度（三十五）；或昇至極高。

眼屬症狀甚為重要。病初期，瞳孔常縮小；迨病之後期，則因顱內壓力增加，瞳孔乃展大作不規則形，或且顯眼頭同向偏斜 conjugate deviation of the eyes 之狀。眼諸神經之受累者以動眼神經（第三顱腦經）為最常。有時或兼對側之面、臂、腿及舌神經麻痺，此係腦脚（蒂）之內側下部受患所致。視網膜（視衣）之改變亦甚重要。視神經炎為最常見者，初時視神經盤（輪）之色較紅而模糊不清，其靜脈脹大，繼則腫而紋形更昭著；惟視神經炎則少十分沉重者。凡二十六案中，據以上病徵而定診斷者六。脈絡膜結核不多見，剖屍檢驗所見者較生時多。運動性症狀以驚厥為最常見。然此外尚有他種更變，不可不特別注意：一肢顯強直性痙攣，或纏綿數日之久。又或顯強直性昏厥（卡他勒色）狀 cataleptic condition。微顫及手足徐動 atetoid movements 有時亦有之。所顯之癱狀為偏癱或單癱不定。偏癱（又名半身不遂）hemiplegia 或因大腦中動脈之腦外層枝受累，或因其中央之枝受累而豆狀核內囊（腦內囊）軟化所致。單癱 monoplegia 以見於面部者為最多；若在面之右側，或且兼失語病（又名無語言能）aphasia；余所經歷各案，成人患失語者凡二人。兼患臂單癱 brachial monoplegia 者亦或有之。病之屬慢性者，其症狀或纏綿數月。有時或發局部性癲洞。叩匿格氏徵 Kernig's sign 或有之，然不常顯。有時或顯巴彬斯奇氏徵 Babinski's sign。

診斷 結核性腦膜炎之診斷不難。宜特別注意之點為體內有結核性病竈，病起及症狀之情況，以及刺探腰椎所得之証等是也。抽出之腦脊液每清，或微混濁；待十二或二十四小時後，液中心成羽狀血絲凝塊，即指示其液不正常。塊內常有結核菌；用遠心力器分其液及用精慎之染色法加以詳審之檢查，此病大多數可以察見結核桿菌。液內細胞之數常大增，小單核淋巴細胞 *small mononuclear lymphocyte* 之比較數亦增多，惟有時多形核白細胞 *polymorphonuclear leucocyte* 亦或增多耳。

豫後 此病甚危；余既未見患此病而能痊癒者，亦未見剖屍檢驗時有舊患此病而痊之遺迹者。據醫界之報告，結核性腦膜炎之能癒者雖亦有之，然極少，且尚有診斷是否確當之一問題也。辨別急性腦膜炎及結核性腦膜炎之異同及其治法，詳腦膜炎篇。

(三) 淋巴系統結核病 TUBERCULOSIS OF LYMPHATIC SYSTEM

(甲) 淋巴腺結核病(瘰癧, 斯科夫拉) [腺病] Tuberculosis of the Lymph-glands (Scrofula, Scrofulosis)

瘰癧係一種結核病，蓋其要原即結核桿菌；惟致此慢性結核淋巴腺炎(頸腺受患特稱瘰癧) *chronic tuberculous lymph-adenitis or scrofula* 之菌是否與致他處結核病者同，抑或因腺之本處之情況而致此慢而較輕之病，則尙未有定論。其毒或較輕。例如以尋常結核質接種於天竺鼠，第一星期內即顯淋巴腺染狀，而三四月之內即死。苟以瘰癧之質接種之，則須至第二或第三星期始顯淋巴腺增大，而該獸可存活至六七閱月之久。

年齡：小兒較成人多，老年亦或有之。

結核桿菌隨處皆有，且皆有致染之力。至於受染與否，則全恃局部之抵抗力如何；菌入能受染之處則致染，入不能受染

之處則不致染。淋巴腺結核之特別預因，則為粘膜之卡他，蓋能致鄰近之腺微發炎而減其抵抗力也。小兒常患復發之咽之鼻部卡他者，則結核桿菌之由外而至粘膜，即不受巨大之抵抗力，遂得入淋巴管而達最近之腺。腮扁桃為受染先至處之要理，近今始認定。對於壯健之體，局部之抵抗力固足抗拒侵入之菌；然若有慢性卡他，則淋巴組織之抵抗力即因之而弱，該菌即能生長，於是單純之腺炎乃逐漸變為結核性腺炎矣。結核性枝氣管腺炎之多隨天哮喘及麻疹而起與小兒腸系膜腺之結核每伴腸卡他二者即以上理由之明證也。

前述結核性腺炎之數要點如下：(一)病之局部情狀。如僅頸腺或枝氣管叉處腺或腸系膜腺一處受累是也。(二)自癒之趨向。結核病之大多數，其抵抗力與結核菌雖相持甚久，而最終則抵抗力每佔優勝之地位，枝氣管及腸系膜等淋巴腺之石灰性變遺迹，即其證也。惟在枝氣管腺，則此等結果時或係暫時之休止，繼則或另有急性結核發出。(三)結核性腺炎成膿之趨向。頸腺之結核時或兼成膿，此係結核性腺炎之一特狀。

膿內幾皆無菌。此膿究係結核桿菌所致，抑係其毒素激成，更或係兼染膿菌而成，迨後該菌消滅而不能察見者，尚無定論。

(四)體內有未癒之結核性腺炎，係極危險之原因。急性結核病之傳染，四分之三原於此。然有謂幼時之瘰癧或足為成人後得免疫性之基礎者。就經驗而論，固有許多身體極壯之人幼時曾有腺增大之病，然此固不足為瘰癧能成免疫性之完全證據也。

全身結核性淋巴腺炎 Generalized Tuberculous Lymphadenitis. 全身性結核之染及全身各淋巴腺而身之他部不受累，即受累亦甚輕者實為僅見。增大最甚者為腹膜後腺、枝氣管腺及腸系膜腺等處。若病係急性，則類似何杰金氏病 Hodgkin's

disease 之狀。在小兒則有一種全身結核性腺炎，身體之各腺相繼受累，同時受累者較少。致死之故，係體質衰敗或腦膜受急性傳染。

局部結核性淋巴腺炎 Local Tuberculous Lymphadenitis.

(一)頸淋巴腺結核即癰癤 患此者小兒最多，而又以貧戶之人居空氣不清，屋宇湫隘之處者為最甚。凡鼻咽卡他，慢性聘扁桃增大，頭皮濕疹(癩)eczema of scalp, 膿性中耳炎等多兼此患。最先受累者為頷下淋巴腺，此一側之腺腫常較大於彼一側者之腫。迨漸增大，則其所成之各瘤可捫覺，面滑而質堅。此等瘤有時孤立，然聯結而成一大腫瘤者較常見。捫之，瘤上之皮每活動而不與瘤粘着；終則多數皮與瘤粘着而發炎成膿；倘割開或自破，則成癰而收口緩，否則成膿腫。此病多與鼻卡他及頭皮、耳、唇等濕疹，結合膜炎或角膜炎等為伴。當腺增大正盛之際則發熱。病者常顯貧血，若成膿則尤然。此種腺炎之進行緩而困苦，然不常致命；有許多小兒，雖病甚重而可痊癒。

不僅頷下淋巴腺能受累，即鎖骨(竊)上及頸後三角處之腺亦或受累；且有頸腺及腋腺同受累者，自頸以達腋，經過鎖骨後及胸肌後，連成一串如鏈。有時枝氣管腺亦因之而增大並變乾酪樣質。更有一側之鎖骨上腺及腋腺增大，漸進而成胸膜結核及肺結核者。

(二)氣管並枝氣管淋巴腺結核 縱隔(膺)淋巴腺係一種濾器；凡未被枝氣管及肺之尋常貪噬作用(食豚力)所驅除之外物皆被此等腺所濾而留居於此。該外物之中或有結核桿菌粘着，亦為意中事。醫界在此等腺內察見結核及乾酪樣質者極多；有一病院中，凡一百二十七結核病，皆有此類患處。此結核性腺炎之在枝氣管腺者，有時成一大瘤。小兒之枝氣管腺炎每易生膿。氣管叉處之腺每先受累，大概以右側

者爲最甚。發不規則之熱，身體滋養作用欠缺，消化不良，或因吸收毒而疲倦，疼痛者少，惟亦有乳部作痛者，咳嗽屬陣性，多帶金音，故有誤認爲天哮音者。若顯喉蟬鳴（又名喉笛音）stridor則多數屬呼類。理學徵狀不甚明定，胸後部之靜脈膨脹，喉吸氣時不下降，胸椎之上部受按則痛等三狀時或有之。上四胸椎骨規定之實響延至第五第六胸椎處，係一要徵。有時輕叩之，或有脊傍實響。此外尚有胸椎上部之枝氣管語響及有時在胸骨柄上可聽得靜脈雜音（鳴）。X光線照驗法，每能顯出向脊柱兩傍延闊之影。

尙有較少見之效果，述之如下：上腔靜脈，肺動脈，奇（胸後）靜脈等受壓；枝氣管及氣管雖多作扁形者，然十分受壓者則少。迷走神經（顛臟腑腦經）或受累，喉返神經尤然。然其較重要者，則爲增大而軟之腺穿破入枝氣管及氣管；或肺及氣管之間成一種繼發性囊腫瘤（袋瘤）是也。有時乾酪樣質之腺潰爛入枝氣管，於是塞喉而致窒息（氣閉）。血管穿孔者甚少，然穿孔肺動脈及主動脈，顯亦有之。食管被穿孔者，亦曾見之。而其最危險之結果，則係居於枝氣管深處之乾酪樣質腺染及肺或胸膜；此則或係直接接觸而致染（有時該腺之患處在何處止肺之患處在何處起每不易斷定）或沿肺根而致染（此則在胸膜之下）不定。此外尙有兩要點：一爲增大之腺粘貼，繼而縮小，致食管生憩室（枝囊）diverticulum；二爲前縱隔及主動脈之增大而軟之腺，或穿孔入心包，或與之粘着而致心包炎。至於血管受染，致依次累及全身，亦係一大患。

（三）腸系膜腺結核病（腸系膜癆 *Tabes mesenterica*）

此病係系膜腺及腹膜後腺等增大及變乾酪樣質。亦或有成膿及成石灰性變者，惟較少。甚輕之結核性腺炎，小兒患之者極多，每因他病而死，在剖屍檢驗時無意中察見，或係兼腸卡他

之原發性者，或為腸結核之繼發性者。

腹部之結核病種類甚多，患處亦甚多。紐約城之報告，謂此種腹結核僅佔結核病中百分之一；而蘇格蘭之報告則為數較巨，佔結核病全數百分之四。多腺受累於身體之滋養有大碍；患者每萎弱消瘦及貧血，腹增大作鼓狀，常有泄瀉，糞質薄而甚臭，發熱不甚高，最殊特之狀係身體之消瘦及虛弱。增大之腺多不能捫着，因腸皺脹故也。此病大多數腸不顯結核損害；然腹膜受累者則甚多，致腹大而硬，而有小結體可捫着。

成人之系膜腺結核病，有時屬原發性，有時兼肺病。然有時雖腸及他處無結核病，亦可有之；現易移動之大塊，多半居臍右側。其全身之症狀為體重減輕及體溫稍高；其局部之症狀為疼痛，甚或腹瀉，致常疑為闌尾炎。

(乙) 漿膜結核病 Tuberculosis of the Serous Membranes

全身性漿膜結核病 General Serous Membrane Tuberculosis (Polyorrrhomentitis). 以漿膜之同時或依次受累為主，顯一種甚明特易認之結核病，共有三類：(一) 腹膜及胸膜之急性結核發生甚速者，因輸卵管或縱隔及枝氣管淋巴腺之結核病所致。(二) 病性較慢，腹膜及胸膜皆有質滲入，變成乾酪樣塊，且成膿及潰爛。(三) 此較第二類之病性更慢，結核硬而似纖維組織(筋織)；腹膜及胸膜大增厚，內或畧有滲質，或無。凡以上三類，皆可兼心包受累。所須注意者，此類結核病不必兼有內臟之結核病。

胸膜結核病 Tuberculosis of the Pleura. (甲) **急性結核性胸膜炎** Acute Tuberculous Pleurisy. 居今日之地位，急性結核性胸膜炎之原於結核病者，其比較之數如何尙未能斷定(參觀胸膜炎篇)。此病不常致命，亦可分三類：(一) 急性胸膜炎之繼變為慢性者。(二) 繼發或最終之急性胸膜炎(此則醫院中

時見)。(三)一種急性結核膿性胸膜炎。膿性胸膜炎之隱而且慢者甚多,惟此急潰瘍性及急膿性且病程驟短之類,則醫界尙未十分周知。此種胸膜炎發作驟突,身傍覺痛,發熱,咳嗽,有時或兼寒戰,有時或無結核病之徵兆,且病者或身體甚健。

(乙)亞急性及慢性結核性胸膜炎 Subacute and Chronic Tuberculous Pleurisy. 此類較多,病起甚隱,故病之真態每不易覺察,大抵枝氣管腺及肺皆有結性病竈。此病之豫後多爲肺結核及全身性粟粒結核。有時其滲出質變成膿。

(丙)慢性粘連性胸膜炎 Chronic Adhesive Pleurisy. 此係一種原發性增生之類,病起既久,則致該膜變至極厚,有時且累及肺。

繼發性結核性胸膜炎甚常見若爲肺結核病,則胸膜之肺層常受累,常粘着而成慢性胸膜炎,此則有時雖僅單純性,然其結核常散佈於粘着之組織內。有時因肺直接延散,則致急性結核胸膜炎。胸膜內之液或係漿液血絲(纖維素)類,或爲出血類,甚或成膿。此外尙有一常見肺結核之累及胸膜者,其肺之軟化處被穿孔,而成膿氣胸(胸膜積氣與膿) pyo-pneumothorax. 此數類結核性胸膜炎之症狀,當詳胸膜病篇。

心包結核病 Tuberculosis of the Pericardium. 患全身性結核時,心包亦或因之而患粟粒結核,然此種粟粒形結核祇能認爲全身結核之一部分。至於此節所論之心包結核,則以沉重之心包結核之或屬原發性或繼發性者爲限。結核病之發於心包者不似胸膜及腹膜多,然亦非不常見者。凡剖屍檢驗患結核者一千七百八十人,有心包結核者八十二。心包結核有四類:(一)潛伏性類,病人每因慢性肺結核而死,迨剖屍檢驗時,於無意中查出。(二)此一類之症狀係繼慢粘連性心包炎所致之心擴張及過長而起之心機能不全(心瓣閉鎖不全)

cardiac insufficiency, 故顯心病性水腫而似特發之心擴張及過長。

若心尖處有響而如吹之縮性雜音,則又似二尖瓣(雙扇門)閉鎖不全(漏隙)或狹窄。心包相粘貼之一病,乃常失查矣。

(三)臨診時之顯狀則為急性結核,或屬全身性或腦膜性,而其病原則實為結核性心包或結核性縱隔淋巴腺。(四)所顯之症狀為急性心包炎,且兼漿液血絲(纖維素)性或出血性或膜性滲出物。有時或無可疑為結核之徵兆。

腹膜結核病 Tuberculosis of the Peritoneum. 凡患粟粒結核病或慢性肺結核病之際,腹膜時或被累而顯灰色小結核。若腸有結核性潰瘍則其漿膜面常有此灰色結核,且除此等情狀外腹膜每有寬闊之結核病。共有三類如下:

(一)急性粟粒結核,兼漿液血絲(纖維素)性或血性滲出物,

(二)慢性結核病,成較大之小結體(疣);該小結體常變為乾酪樣質或潰爛。所滲出之物屬膜性或漿液膜性,而常包在膜內如莖。

(三)慢硬性結核病或名慢纖維性(筋性)結核病 Chronic fibroid tuberculosis. 初起時或屬亞急性,或為急性粟粒結核之末期。結核硬而有色素沈着。滲出物少或無;腹膜之漿液面每相粘着。

此等結核病或屬原發局部性,剖屍檢驗十七案,有五案如是。對於小兒,則腹膜之受染似由腸而至;成人之慢性肺結核病亦復如是。至於女子,則由輸卵管延來;婦科醫士之報告云,因結核病而施剖腹手術者,百分之三四十案原如此。又男子之前列腺(膀胱底腺)及精囊亦有時係結核病之起點處;胸膜、心包與腹膜合併受累者常見,而尤以胸腹兩膜同患者為多。

此外尚有須研究之一點,凡一種腹屬器官有病之情狀每為成腹膜結核之預兆;例如患肝硬變之病人多因急性腹膜結

核病而死是也。婦科醫士謂剖割卵巢腫瘤時多見腹膜患結核。隨腹部受外傷而起者亦多；更有赫尼亞(疝)囊內染結核者。普通之議論，每謂男子患腹膜結核者較女子多，然據余之調查而論，則女子較男子多二倍，其比較率為男六十，女一百三十。

腹膜結核病無論老壯，幼穉皆能患之。小兒所患者多兼腸及腸系膜病。最易患此病之年齡，則在二十歲至四十歲之間。年甚老者亦或患之；余曾見一案，病者年已八十二。余所彙集之三百五十七案內，十歲以前者二十七人，十歲至二十歲之間者七十五人，二十至三十之間者八十七人，三十至四十之間者七十一人，四十至五十者六十一人，五十至六十者十九人，六十至七十者四人，七十以後者二人。在美洲，黑人患之者較白人多。

腹膜結核症狀 就特別症狀而論，結核性腹膜炎與他種腹膜炎却大異。此病所顯之症狀甚雜。有時屬隱性，而在剖赫尼亞或剖卵巢腫瘤時無意中查見。病起時屬急性者亦復不少，是以有誤診為闌尾炎，膽囊炎，腸塞及絞窄性赫尼亞(勒痛)者。此外更有病起屬急性發熱，腹部覺痛及尋常急性腹膜炎之症狀者。其病起屬慢性，兼按腹部覺痛，腹脹及發熱不甚高而連續者，則常易誤認為腸熱病。

顯水腹者亦多，惟所滲出之液則不多，有時滲物屬血性。此一類與急性粟粒癆，肝硬化及慢性單純性腹膜炎等雖有相似之處，然不難分辨；最重要之狀係同時顯胸膜炎。結核菌素試驗法可用。病之急性甚盛，因腸受炎質浸潤而失其緊張力所致者，有時或顯腹脹；而病之舊而且久，腹膜兩層全然粘着者亦或顯腹脹。急性類之發熱甚昭顯，有時或升至一百零三四度(三九五至四十)，然亦有發熱不高者。慢性類則體溫過低

者甚多，或多日不及九十七度，或早晨低至九十五度半（三五至三六）。皮之色素增加係一種間或發顯之症狀，有時因之而誤認為阿狄森氏病 Addison's disease.

結核性腹膜炎之一種奇異情況係常似成癭瘤，述之如下：

(甲) 網膜腫瘤 (癭瘤) Omental tumor. 因網膜縮而捲，致成長形堅塊，粘着於橫結腸(胴)而橫列於腹上部。此種情況，癌(疽)性腹膜炎 cancerous peritonitis 亦復有之。然結核性腹膜炎有之者最多。小兒患此瘤，有時能漸自消散。該瘤之上或有叩響。網膜腫瘤之位置雖常近於臍，然有時在右髂處成一凸腫瘤。

(乙) 成囊的滲出物 Sacculated exudation. 此則滲物因粘着於腸蠕腹膜壁，腸系膜及腹部或骨盆諸器官間而被包圍。該被包之滲出物在腹之中部者最多，故多誤診為卵巢腫瘤。若輸卵管患結核病，則此被包之滲出物在盆內，又有誤認為輸卵管生膿者 pyosalpinx.

(丙) 腸蠕收縮而增厚致成大塊者亦或有之，惟甚少。此等成塊之小腸蠕有時近脊。檢查時似一堅實塊，不僅小腸如是，且有腸之全部自十二指腸(腸首段)以至肛門變成此等硬而作小結形之膿瘤者。

(丁) 腸系膜腺有時亦能成似瘤之大塊，小兒患之者較成人者多，或僅以腹部之腺為限，或兼有水腫。此患與小兒因腸蠕間成乾酪樣質大塊，致扪之覺有不規則小結樣塊，且兼水腫及臟脹者異，不可誤認。

診斷此等腹膜腫瘤，有時甚難，網膜腫瘤較他類稍易。然前已述過，癌患亦顯此等症狀。最重要者，係辨別滲物被包與卵巢腫瘤二者。凡患結核性腹膜炎而施開腹手術者，三分之一誤診為卵巢瘤。辨別此二者之要點，係審察病者之來歷及

舊結核患之證據。理學徵狀每無診斷之價值，蓋病人身體肥壯者甚多也。不規則之發熱，腸胃受擾及痛三狀，結核病有之者較常。至於卵巢腫瘤則除發炎外，常不發熱。局部性徵則不足恃，蓋每與卵巢腫瘤相似也。滲出物包成囊之外形不似卵巢囊腫瘤之有定界，惟該囊之位置及形狀因腸蠕之大小不定，故時有更變。囊之四圍有時有乾酪樣質小結可以捫覺。凡輸卵管，肺，胸膜三者必須詳細檢查，若有輸卵管炎，腹內有無定形之塊以及胸膜，肺尖，睪丸等受累皆可疑為結核。

治法 應施全身療法；與肺結核病之治法同。直接向日光曬腹部或以X光線照腹部，時有裨益。施外科手術，對於有水腹之病者最有價值；然倘有結核性腫瘤或有粘着處，則結果不佳。有時截除傳染性病竈如結核性之腸系膜腺，闌尾，輸卵管等亦有效。

(四) 肺結核病又名肺癆 PULMONARY TUBERCULOSIS, TUBERCULOSIS PULMONUM (*Phthisis, Consumption*)

依臨診而論，此病可分為三類：(一)急性肺炎性結核病，即急性肺癆 acute pneumonic tuberculosis of lungs, acute phthisis；(二)慢性潰瘍性肺癆即慢性潰瘍性肺結核病 chronic ulcerative phthisis；(三)纖維(筋)性肺癆即纖維性肺結核 fibroid phthisis。就傳染景况而論，則有兩種各別之損害徵，如下：

(甲) 若結核桿菌由血管或淋巴管入肺，則其原發性損害常在肺氣泡壁，毛血管，肺氣泡上皮(肺膈)，氣泡隔結締組織等處。菌之刺激，於數日之內即成灰色小粟粒結體，該小結體累及數肺氣泡而包含球形或方形似上皮之細胞。至於結核病之屬局部性抑全身性，則依入肺之菌之多寡而定。其結核或均勢散列兩肺而成全身粟粒結核病之一部分，或以兩肺為限。

又或僅在一肺。結核之變更已詳前，而其再進一層之變程如下：（一）細胞之分裂停止，結核逐漸硬變，終則全然成纖維性變。（二）結核之中心點變乾酪樣質，周圍之似上皮細胞及似淋巴細胞增生，於是單獨之結核或小羣結核互相融合，而成乾酪樣且軟化之大區。（三）間或由血管而來之局部性染患十分劇烈，則所生之結核為數密叢，致結核間之組織發急性炎，肺氣泡內貯滿脫上皮性肺炎 *desquamative pneumonia* 之物，而肺之小葉受累者甚多。

（乙）若結核桿菌由枝氣管入肺（名吸入性肺炎）*inhalation or aspiration pneumonia*，則其情狀與甲類不同；細枝氣管及最細枝氣管之受患較闊，患處不僅以一肺氣泡羣為限而以小葉為單位。小結體區從初起時即大而闊，有時或佔一葉之全部，或佔一肺之一大部分。彼殊特之枝氣管周圍成小結體及醫界所稱之小結形枝氣管肺炎區二者，即此一種受染之情況所顯。此等枝氣管肺炎區（一）或顯乾酪樣變，潰瘍及成窩（巢）*cavity*，（二）或硬變而自限；此二者即解剖結核性肺癆之要狀也。

（甲）急肺炎性結核又名急性肺癆

Acute Pneumonic Tuberculosis of Lungs, Acute Phthisis

此病英國俗名跑馬癆 *galloping consumption*，小兒成人均能患之；小兒所患者每易誤診為單純性枝氣管肺炎。此病共有兩類，（一）肺炎類，（二）枝氣管肺炎類。

（一）肺炎類 *Pneumonic Form*。此一類或一全葉或一全肺受累；肺增重，患處不能盛空氣，胸膜常有一薄層滲出物遮蓋；剖視之，其截面之形狀與平常肺炎肝樣變 *hepatization* 相似。詳細檢查，或能見粟粒結核，或在他一肺或枝氣管淋巴腺內察見結核。此病或僅累一葉，患處有時有較舊之損害區，其色黃白而有乾酪樣變。又此病之纏綿數月者，每顯一種甚奇特之狀況，

一葉或一全肺變大，硬而無空氣，並變成乾而黃白色之乾酪樣質。有時一全肺從肺尖起直至肺根，僅肺緣畧有小而狹之含空氣組織。較多見者，則病纏綿至二三月之久，顯極速之軟化，肺尖成闊窩。男子患之者，較女子多甚；余所診之十五案中，十一人為男子。病起時屬急性者十三，兼有寒戰者九，有一案第四日即在痰內見結核桿菌。某醫士以為此病之本原大概屬於枝氣管，因肺之一處有小病竈所致；彼在十二案中，見有結核桿菌者十一案。又有謂係由血而受染者。

症狀 病起驟突兼寒戰。病者每為康健之人，然病起之前，或曾先受寒或曾有虛弱情況者，顯亦不少。發寒戰後，體溫速升，脇傍作痛，咳嗽，痰初似粘液，繼則變為鐵鏽色，有時內含結核菌。呼吸困難或甚劇烈，或至窒息。檢查其體則顯一葉或一肺受累及肺實變之徵，叩響暗實，語顫增加，初則有弱而澀之肺泡呼吸聲，繼則有明顯之枝氣管呼吸聲。

際此之時，醫士每僅以為平常之肺炎，蓋無他可疑之點也。間或病者或其親族之來歷有可疑之情況，然亦不甚可靠。迨病起後八至十日之間，所期望之肺炎病極期乃不顯，而病勢更劇，溫度不規則，脈速，或出汗；痰屬粘液膿性而色微綠，此係一要徵。際此第二第三星期，症狀頑梗，而醫者或猶以為係未退之肺炎，繼當無礙，於是症狀遂逐漸增重而有肺軟化之理學徵狀，痰內有彈力性組織及結核桿菌，急性肺炎性結核之慘惡證據乃明而易見矣。致命之期，最早者六日；余所見之致命最早者為十三日；大多數病期較緩，延至三閱月之久。更有病起驟突而且劇烈，後則症狀漸減而成慢性類者。

診斷 此病與尋常單純性肺炎極難鑑別，其初起時之狀況實無可據為鑑別之規範者。余昔曾見一案者，年歲尚少，外貌康健強壯，業駕駛馬車，一夜因待雇主至夜深三點鐘，恰值天

氣寒濕異常,次日下午即發劇烈之寒戰。閱日送入病院,至第五日醫學教授即用彼為臨診講演之材料。此時該病人之來歷,症狀,理學徵狀等固毫無右肺上葉患急性肺炎之徵兆也。迨再過十五日後,痰內乃察見結核桿菌,而余等始知其病之真相。以余之經驗而論,此病之早期實毫無可辨認之規範。醫界有謂肺質變之部分無呼吸聲係一要徵者,然余不敢謂此為一確定公有之徵也。管樣呼吸聲或在第四日即明顯,然而結核性肺炎之弱而澀之肺泡呼吸聲常為肺炎之早而確之症狀者,抑又甚衆多。有時病起時或即有可疑之情況,如病者本來有病,或前曾患肺病,或有復發性寒戰等是也。對於此病,惟有每日精細檢查其痰及其理學徵狀或能探得其真相。余曾診一病,於第四日即察見結核桿菌。此外則發熱之情況每每有診斷之價值;真正之單純性肺炎,其發熱較為連續而不間退,而結核病之肺炎則其發熱間減一度半至二度(五至一八)者不少。

(二)枝氣管肺炎類 Broncho-pneumonic Form. 急性結核性枝氣管肺炎 Acute Tuberculous Broncho-pneumonia 較(一)類為多,對於小兒尤然;大多數即所謂跑馬癆者是也。此病係一種急性乾酪樣性枝氣管肺炎 acute caseous broncho-pneumonia,初自細枝氣管起,致該管被乾酪樣質所塞,而小葉之肺泡則貯滿卡他性炎質。當在早期,此患處之界係灰紅色,繼則暗白色,而與乾酪之形狀相似。各該接近之乾酪樣質塊漸相連合,則全大葉幾乎一體質變;惟連合之塊間每能察見捻髮音(沸聲) crepitan 之含氣組織。此等情狀,成人之急性肺癆非不多有,但小兒急性肺癆顯之者尤多耳。

另有一種吸入性肺結核 tuberculous aspiration pneumonia,每為咯血之後發病,因細枝氣管吸入血及肺窩之質而起;病者發熱,

呼吸困難，並顯瀰漫性枝氣管肺炎之徵。此類有時病程極短速。此患或繼咯血而起或於肺結核病之早期而起。

小兒患此病者，增大之枝氣管淋巴腺常環繞肺根，甚或佔入肺內甚深，而小葉則因直接接觸而受累。

有時此等乾酪樣性枝氣管肺炎分散累及兩肺之泡羣及小葉，常在兩肺尖。各該患處界之直徑約一至三釐，其大小恒依枝氣管之受累如何而異。繼發性傳染類亦復不少，結核桿菌不僅能致明顯之結核，且能致各種滲性肺炎 exudative pneumonia。此等滲物之外形，一似尋常肺炎，逐病相異，而其發顯似乎與他種菌類毫無關係。

症狀 急性枝氣管肺炎性結核之症狀甚複雜。此病在成人，或為康健之人所患，而過勞及虛弱二者係一公共病原。出血有時係一預徵。或有連發之寒戰；體溫升高，脈急，呼吸次數增加，身體之消瘦，精力之喪失極其昭著。

理學徵狀 初起時或不明不定；後則顯叩響變實之區，肺炎尤然，呼吸澀粗而帶管樣，且兼多鳴；痰內或早顯彈力性組織及結核菌。病之急者，或三星期之內即顯似沉重腸熱病之情狀；病者譫妄，舌乾，發熱甚高，且有三星期之內即致命者。另有一類，病起極劇烈，發熱甚高，體質消瘦及精力喪失甚速，一肺或兩肺顯瀰漫之病徵，患處軟化；病者出汗，寒戰，顯進行性消瘦及跑馬癆之各種情狀。六至八星期之後，病勢漸退，發熱減低，全身症狀亦消，而似乎應於數星期中致命之急性病一變而為慢性者矣。

至於小兒，則此病每繼傳染性病而起，如麻疹，天哮喘等是也。共有三類：(一)小兒當出牙期或熱病恢復期驟然得病，體溫突升，咳嗽劇烈，兩肺尖或顯質變之徵兼鳴，數日之內或致命。剖驗之則肺內顯枝氣管肺炎患區及散列之暗灰黃色結核。

不用顯微鏡檢查患處,似乎不屬結核性,然依組織學而驗,則粟粒結核及結核桿菌皆可察見。枝氣管腺內常顯結核,然枝氣管肺炎之外形有時極不明顯,或須用顯微鏡仔細檢查,始能測定其結核性。(二)小兒顯重枝氣管肺炎之尋常症狀,與上所述者同,而延至六星期始致命者。(三)小兒在傳染性病之恢復期內得病,發熱,咳嗽,呼吸困難;兩星期之內沉重症狀退去,惟身體消瘦,全身之情狀不佳。檢體則兩肺有散列之鳴及散列之叩診缺響處。病兒出汗,其熱變成癆瘵熱(潮熱)性,多數漸成慢性肺癆。

(乙)慢性潰瘍性肺結核又名慢性潰瘍性肺癆

Chronic Ulcerative Tuberculosis of Lungs

在此病名之下,凡肺結核病之患處軟化潰爛,終則成慢性肺癆者大多數屬之;即尋常肺癆是也。

病理解剖 檢查兩肺,所顯之損害幾乎逐病不同,種類甚多,如小結體,瀰漫性浸潤,乾酪樣變之質塊,肺炎區,大小不一之窩以及胸膜,枝氣管,枝氣管淋巴腺之變異等等皆是也。

損害區之分布 Distribution of the Lesions. 最先起之損害區在兩肺尖,逐漸向下進行,而進行之在此一肺者常較彼一肺速,且大多數有明定之徑向。該最先起之損害區不常在肺尖之極頂,而常在極頂下一寸或寸半偏向後外緣之處。由此再向下蔓延,大約由於吸入病毒所致,是以檢體時前面肺尖尚未顯病徵而後面岡上凹處已顯者往往有之。向前面而論,則此原發性損害區與恰在鎖骨中心點下之一點相對;而向前蔓延之方向,則循上葉前面距第一第二第三肋間隙內端約一寸半之處。另有一較少見之原發性損害位置,則在肺尖與胸壁鎖骨三分之外一分下第一二兩肋間隙相對之處蔓延向下,故上葉外側每為受累之主。

右肺中葉之受患，常隨該肺上葉之病以起，而下葉之受患，則其繼發性浸潤先在該葉尖後極頂下一寸或寸半與第五胸椎棘突（背脊峯）對面之胸壁一點相對之處。此一受累徵候臨診時甚為重要，蓋此病大多數苟肺尖有病之物理徵足資定為肺癆之診斷，則下葉必已受累也。故凡病之可疑者，必須細查此肺尖後面之一處。此處之損害區，又向下斜循小葉間隔而蔓延。一肺尖有損害區，常蔓延至彼一肺尖，然大抵在此一肺之下葉尖受累後，始向他一肺蔓延。凡四百二十七案中，右肺尖受累者一百七十二，左肺尖受累者一百三十，兩尖俱受患者一百一十一。肺底之損害區亦有屬原發性者，惟甚少耳。其比較率為肺尖五百對肺底一。病之屬極慢性者，或肺尖之損害區已收斂，而肺底則有較新之患處。

慢性潰瘍性肺癆損害區之類彙 Summary of the Lesions in Chronic Ulcerative Tuberculosis. (甲) 粟粒結核 Miliary tubercles.

兩有種分布：(子) 結核性物因吸入而傳播，其結核位於肺氣泡及細枝氣管之壁。(丑) 結核桿菌由淋巴路而傳播，其結核由原發損害區向四圍佈出作光線四射狀。至於由散列之小血管傳播而結核位於血管壁者則甚少。有時肺尖成窩，致下葉之一大部分顯多羣堅硬粟粒結核，此即所謂慢性粟粒結核病之特別解剖徵也。

(乙) 結核性枝氣管肺炎。慢性肺癆病之一大部分，其原發損害區在枝氣管梢，是故細枝氣管及其肺氣泡等致被乾酪樣變之炎質積聚而閉塞。此等狀況，每依病勢進行之遲速而有異同。質言之，共有二種變更：(子) 潰爛。當乾酪樣變進行甚速或枝氣管壁顯潰爛成癆之際，結核塊或脫落而成小窩。(丑) 硬化。病之進行較慢，患處逐漸成纖維組織而硬變；此等硬化或以患處之圍為限，成一有定界之包壳，壳內包堅而一致

之乾酪樣質；該質內多有石灰變質澱積；此僅係乾酪樣質一處恢復之顯狀。若各該變處一致全硬化或呈石灰性變，始可謂痊癒。惟此硬塊周圍若有粟粒結核，則可知其內之毒尚存而未消者顯亦不少。在潰瘍性結核，則此等石灰性硬塊（又名肺石）或隨痰吐出。

(丙) 結核性肺炎。有一雖屬繼發類而甚重要之變異，係結核周圍之肺氣泡發炎，致滿貯似上皮細胞；此等質變之處或由病竈起，蔓延甚遠，且互相併合而成一致質變之區。此等炎患係結核桿菌所激發而為該菌之毒效所致之一顯狀；雖有時係單純性，然亦有屬特殊性者。所顯之狀種類甚多，或甚似尋常紅色肝樣變，或較為一致而且浸潤，或肺氣泡內之質顯脂肪性變，剖視其切面，則似暗白色或黃白色塊。肺癆病早期之質變，多由此肺炎質侵入所致。

(丁) 竈(巢) Cavities。肺之組織死及潰爛而成之穴，曰肺竈。此等患處，每起於枝氣管壁之結核性區，其壁於此處則擴張因痰留滯故也。組織死及潰爛一起，則鄰接之組織乃被摧殘；組織死，潰爛延闊，則竈亦加增，且鄰近之竈互相連合，甚至一患處有一大羣小竈與枝氣管交通。凡成竈之患，大抵皆由枝氣管；然亦有組織死及軟化起於乾酪樣塊之中央，而枝氣管壁不先受累者。竈之類別有三：

(子) 新潰瘍性竈 Fresh ulcerative cavities 每為急性肺癆所患，竈內無界膜，其壁係軟塊死組織塊及乾酪樣塊所成。此等小肺竈之恰在胸膜下者，有時或穿破而致氣胸（胸膜積氣）pneumothorax。若為急結核性肺炎所患，則竈或甚大佔上葉之一大部分，致該葉顯一大空洞。至在慢性潰瘍性肺結核，則此等竈每顯於肺之病正進行之部分。

(丑) 有界膜之窩 Cavities with membranous walls. 慢性肺癆所患之窩多數有界膜爲其壁，內面常生膿，壁間有隔帶橫過，係細枝氣管及血管之遺迹。其窩雖有界壁，然亦能致組織死及摧殘鄰近之肺組織而逐漸延闊。窩內之物常屬膿性，與肺癆咳出之灰色痰相同。窩壁之膜或有血管，或出血，間或壁內成壞疽，則所含之物臭惡。此等窩或佔肺尖之一大部分，成一不規則之羣，各窩互通，而又與枝氣管通；或除前緣外，上葉之全部皆有窩而合成一薄壁大窩。至於全肺成窩，致肺除前緣外無肺組織存留者則甚少。余曾見兩案，其一窩之容積等於四十水兩。

(寅) 靜窩 Quiescent cavities. 此窩頗小，爲緻密之癒組織所包圍而與枝氣管交通。間或肺之一尖顯此類小舊窩一羣，周圍有堅密之纖維組織，其裡膜或頗平滑，與粘膜相似。若窩不小，則不痊癒；有時認爲窩已癒，然窩之徵極不明定，有時顯胸語響 pectoriloquy，洞性音 cavernous sounds 及氣過水鳴，乃因有實變處近一大枝氣管而致，而實非窩。

當成窩時，肺屬血管逐漸被閉塞性炎所塞；血管係最後潰爛之物，有時雖已全然顯露於窩內，而管中之血循環仍在進行。

惟大血管之未被塞者，苟被蝕破，則致甚重之出血，或且致命；此等結果，亦復數見。此外更有一多見之變狀，係窩壁內之動脈成動脈瘤；此等瘤或爲小而成串之膨脹處，或爲等於核桃大小之囊，與咯血有密切之關係，當另詳於咯血篇。

凡各種肺窩四圍之結締組織每漸長，而有限制窩界之趨向；變厚之處以貼近胸膜者爲最甚。慢性病之肺尖，有時或全部變成一纖維組織塊，內包數小窩。

(戊) 胸膜。凡慢性肺癆，胸膜大抵受累。所成之胸膜兩層粘連或薄而易撕開，或密而堅，其粘連之層厚二至五耗。此種胸膜炎或屬單純性，然屬結核性者甚多，且增厚之膜內有粟

粒結核及乾酪樣塊。顯滲出物者亦復不少，爲漿液性或膿性，或出血性不定。氣胸亦係一多見之患。

(己) 細枝氣管。細枝氣管之變異每爲肺結核病早期之要點，且自病起以至病末皆有密切之關係。病之起也，大概始於細枝氣管之壁，所致係乾酪樣變，擴張而生炎質及小葉枝氣管肺炎等。枝氣管患處之可見者，有許多係由最微之枝氣管而起之損害區向上蔓延所致。枝氣管受累，則管壁變弱而致擴張；大枝氣管之粘膜每爲慢性卡他所累者際此則腫，惟輕重不定。有時或且潰爛。除以上所述之特殊損害外，細枝氣管或患繼發性炎；對於小兒尤然。最常見者，係肺炎球菌所致之枝氣管肺炎 pneumococcic broncho-pneumonia。

(庚) 枝氣管腺。病之較急者，此等淋巴腺顯水腫；腺內常有粟粒結核及乾酪樣塊。至在慢性結核病，則常見乾酪樣區或有石灰性變及膿性軟化。

(辛) 他器官之變異。最常見之變異爲結核。據余所剖驗之屍而論，腦顯結核性損害區者三十一，脾三十三，肝十二，腎三十二，腸六十五，心包七。除枝氣管腺外，他部淋巴腺亦或受累。肝，脾，腎等及腸之粘膜，有時或顯蠟樣變。肝常患闊大之脂性浸潤，此則或致變大。病發已久而且重者，或顯腸結核，而爲頑梗難治之泄瀉之病原。心內膜炎不常見；所剖驗之五百案內有二十七；此一類則心瓣炎增殖物中或有結核桿菌，心內膜上或顯結核。喉受累者亦不少，聲帶或潰爛，會厭或因此而毀滅。

侵襲之型式 肺結核病或爲全身性結核病之一要原，或爲初起時與急性肺炎相似者；此二大類，上文已詳述矣。尋常肺結核之侵入每每漸而晦，所現之情狀各不相同，故醫者每易誤診。今將最特著之侵襲型式條列如下：

特殊傳染病

(甲)隱類 有許多輕而無定之病，每為未認明之局部性肺結核所致；凡有結核性來源之病人，此等輕病未始非常見者。病發後，每進行甚重始顯嚴重之症狀。作工而貧苦之人甚或直至肺尖成窩時始就診。有時肺之症狀或因有他器官重病（如腹膜腸及骨等）而被掩。

(乙)顯消化不良及貧血之類 病起時顯胃性症狀者甚多，而最早之顯狀或為胃大受擾及嘔吐，或為酸性消化不良及噯氣（噎噎）。少女（小兒亦或有之）之顯消化不良狀者，多兼甚重之萎黃病；病者每覺心悸，虛弱增加，午後晷發熱及月經停止等。

(丙)似瘧類 肺結核病起時，顯似瘧之症狀者亦時有之。病者屢發寒戰，發熱，出汗；此數者之發顯，有時或極有秩序及定則。故在瘧病盛行之地方，多將此等肺結核病之寒戰誤診為瘧。

(丁)胸膜炎類 初起時之症狀，或為肺尖上之乾性胸膜炎及連續之摩音（擦鳴）。有時肺症狀或隨滲液性胸膜炎而起；該滲物逐漸消去而咳嗽仍不退，病者發熱，繼則一肺尖之結核性症狀逐漸明顯。大概滲液性胸膜炎三分之一有肺結核病繼起。

(戊)喉屬症狀類 原發之局部或在喉；然聲嘶等喉屬症狀雖為病之初狀，而此時大多數肺內已有結核性病竈固可無疑者。凡先發咽及喉之症狀數月，繼則成結核病者係一極重要之類。

(己)咯血類 最早之症狀為短暫之肺出血者亦不少，或肺症狀繼起甚驟速，或復發咯血，迨數月後肺症狀始明顯。此一類肺結核，大多數在咯血之際已有局部的損害區。

(庚)頸腋等腺患結核之類 在肺結核病起之前數月或數年,顯或頸及腋一側之淋巴腺或增大。此一類未始非常見者,且甚重要;蓋肺結核性損害每屬隱性也。故凡剖割此等淋巴腺之際,宜細查同側之肺尖是否受累;有時該肺尖或已受累甚闢,亦意料中事。

(辛)神經系統症狀類 不適,疲倦,不甚顯之精神紊亂及體重減輕等或為要狀,致令人疑為神經衰弱。

(壬)枝氣管症狀類 肺結核病初起之症狀為枝氣管炎者佔最多數;此或係易於受寒或易生咽之鼻部卡他之故。受寒之後,咳嗽即隨起,困苦而且頻屢。驗其肺,一尖或顯局部濕鳴及枝氣管炎之哮聲鳴。此外更有數病,其早狀似氣喘(哮喘症),而顯特著之哮聲鳴及瀾漫性司司鳴 wheezing and diffuse piping rales.

(癸)雜症狀類 (一)為急性傳染病(如流行性感冒)之後發病。(二)伴妊娠而併發或為其後發病。(三)為用手術施髓之後發病。(四)為坐骨直腸膿腫或肛門瘻之併發病。在以上之情況中,縱無活動力之病竈亦可變為有活動力者。

症狀 凡講解肺癆病之症狀,多作三期分論:(一)結核發生之期;(二)結核軟化之期;(三)成窩之期。惟此等依解剖而分之病期,於臨診時實與所顯之症狀不甚符合。余等為醫者每見病者之病體已在第三期,肺中已有明顯之窩而其情況或較病之在第一期僅顯瀾漫之實變者,易治而且易癒。如此則不如不依此等病期講解之為愈也。

(一)局部症狀 胸癢或早顯且困苦,或始終不發,常與胸膜炎相伴;其痛尖利如刺,或恒久不退,或僅在咳時覺之。痛處在胸下部者最多,然在肩胛下或肺尖處者亦或有之;或每次發時相隔甚久尋常肺結核病或顯肋間神經痛 intercostal neuralgia.

咳嗽係一最早之症狀，且此病大多數始終患之。惟此咳嗽無甚殊異可辨之點，初起時乾而短，繼則鬆而頻，兼唾粘液膿性痰。病之初期，咳嗽原於枝氣管，迨窩成則變為陣發性paroxysmal，早晨發作最甚，睡醒後亦然，但不足據為確定之狀。有時病者一肺尖已有明顯之成窩徵，而自謂咳嗽甚輕或不咳嗽。又有時理學徵狀甚明顯，叩響實，有濕鳴，然竟不唾痰，亦不咳嗽。病之重者，夜間之陣咳最困苦，每致不眠。有時咳嗽酷烈不可止，至於嘔吐。病者因不納食物而速消瘦。若兼喉痛，則咳嗽帶一種特別之沙露，迨聲帶蝕爛，則咳後與咳時之困苦同。

咳出物或曰痰 Sputum。此則其形性及積量與病期皆各異。有時病者一肺尖顯明特之局部徵，畧兼咳嗽及不甚高之熱，而終日或竟無痰咳出者。又如有時肺之實質(乾酪樣性肺炎)極闊，且兼高熱，而咳出之痰甚少，不敷驗菌之用。肺結核病之早期，其痰大抵屬卡他性；外形似蛋白或沙穀米，因含已經粘液性變之肺泡上皮細胞故也。此等痰實無殊異之性質，或有此數月之久，毫無危重之病者。痰中最初顯之結核徵，係顯灰色或綠灰色膿性小團。苟咳出此等小團時，用顯微鏡檢查，每有可憑之證據。繼則肺軟化，於是痰增多而膿性亦較重；此時或仍含若干肺泡上皮細胞。終則窩成，其痰遂成所謂錢幣形類者 nummular form；各團分離不連，形扁而色灰綠，內無空氣，唾入水則沉至底。用顯微鏡檢查痰質，每可斷定是否結核病及已否軟化。已染色之結核桿菌，係形長而畧彎之紅條，有時或作珠串形，各三四成羣，其總數之多寡，則大有異同，每一次預備檢查之質內或僅一二菌，或多至全質皆是。此等檢查，或須繼續施行。

統言之，痰中繼續有菌，係確實無誤之結核性病徵；痰中僅有一二菌，則或係偶然吸入者；菌數較多，則或係由一軟化之處(約一握之大)而來；而病之晚期之錢幣形痰則所含之菌極多。

彈力性組織 Elastic tissue 由枝氣管,肺氣泡或動脈膜而來;組織之外形因所由來之局部而異。凡欲檢查此織,不必定用氫化鉀 potassa caustica 煮痰。此外另有一簡便之法,將痰中濃厚之膿團置於方十五釐之玻璃片上,再以方十釐之玻片壓其上;苟將此兩玻片所壓扁之灰色屑,置黑色紙或布上,則可見該組織之碎屑係灰黃色微點。如此,則既可用小力顯微鏡檢查,又可向傍移開上一玻片至碎屑片顯露為度,取出該屑,置顯微鏡所用尋常玻片上檢查。枝氣管之彈力性組織係長形網,或二三長絲密列成行。由動脈而來者亦與此相似;若係由一較大之動脈內膜而來,則間或顯然成頁。肺泡膜之彈力性組織則不同,其絲分枝,多顯肺泡細胞之排列迹。痰內有枝氣管或肺氣泡等彈力性組織,係枝氣管被蝕甚廣及肺組織軟化之徵。

痰內間或有血,此則或為咯血之一特殊要狀,或僅痰內畧有血點。病之屬慢性而有窩者,則痰內或有他種細菌及微菌;此中以蕈鬚菌(帚霉) aspergillus 為最重要。八聯球菌 sarcina 亦或有之。

石灰性碎塊 Calcareous fragments 之小者如青豆,大者如櫻桃;大概咳出時僅一塊,病程內咳出之總數有時或甚多。此等碎塊每成於肺內係乾酪樣塊所化成,然有時或在被塞之枝氣管內,又或在枝氣管腺內而潰爛入枝氣管。曾見一小兒因此碎塊致窒息而死。

每日咳痰之多少不定;病之進行驟速者,甚或多至五百西西。肺內有窩者早晨之痰最多。結核病者之痰常作濃甜之臭,然或因窩內變腐而甚臭惡。

咯血 Hemoptysis. 古時醫者以為肺結核係直接因出血入肺所致之炎性及腐性變異所致。後此醫者各持一說,爭訟紛紜;迨科什氏之發明經醫界認定後,始知咯血係肺病之徵。蓋

出血入肺，非肺結核之病原，而肺之患結核，實為咯血之病原也。
年少外形全健而咯血者，可分三類論之：

第一類，其出血無預兆，不因過勞或損傷而起，亦無結核病之家屬來歷，理學徵狀無結核性徵。當咯血或咯血甫止之時查痰，內無結核菌。此一類非不常見者，雖可疑其有結核性病竈，然患者以後或多年康健，不復再咯血。凡三百八十六咯血病中，復原者六十二，以後亦未發肺結核。

第二類，患者外形甚康健，咯血或因稍勞力突然而起，理學徵狀亦無結核性徵；然痰內有時有結核桿菌，數日之後尤然。

第三類，患者身體不健已一二月，而其症狀不重要，患者或且不自知，檢體則有明顯之結核徵，痰內兼有結核桿菌及彈力性組織。

德國軍醫某在千八百九十年至千八百九十五年共五年之間，診察咯血者九百病案，而證明咯血與結核病之關係如下：無特別病原而咯血者百分之八十六屬結核病，因勞力而咯血者百分之七十四屬結核，因胸部受傷而咯血者大概一半與結核病無關係。

肺結核病之顯咯血者，約佔百分之六十至八十，男多女少。

咯血大多數復發，有時為結核病始終之顯狀，故有所謂出血性結核病者。咯血之多少不定，最少則二錢，多至一水磅；英國肺病院所集之四千一百二十五病中，百分之六十九咯血量在半兩下。

咯血之顯於病之早期者，與顯於晚期者有別。第一類血常少，易復發，致命之出血極少。此類出血大抵由於軟化之小區或早期枝氣管粘膜被蝕。第二類則窩成而血常多，且易致命；一次大出血因而致命者，除在病之後期外極少。此類出血則由於窩壁之一大血管被蝕或動脈瘤穿破入肺動脈。

咯血大概突然而起，患者無意中突覺口有緩鹹味而血已滿口矣。然有時或因畧咳而至，咯血之全量或僅數錢，病者於一二日之間，或竟畧睡少許，迨一大血管被蝕或一動脈瘤破裂，則咳出之血多；或於甚短之時間內，咯血多至一水磅。出血入窩致命而無血咳出者亦或有之。血之形性多可據以辨病；每爲泡沫狀，內雜粘液，色常鮮紅，僅血多時或作暗紅色，痰內或數日含血，或含黃黑纖維，或含血球所成之碎粒，且有咳出小血管之血模型者。

當出血之際，用顯微鏡檢痰甚爲重要；苟細心將血攤開，雖其血塊似甚純淨，亦每能見細微之粘液質，液內或有結核桿菌及彈性組織。又咯血兼痰內含肺炎球菌及流行性感冒桿菌者亦復不少。

呼吸困難（氣促）不常爲尋常結核病所有；有時雖一肺之一大部分已患結核，及他一肺之尖已有局部性損害，或竟毫無呼吸困難狀，即使在發熱甚高之際，呼吸或不增加。總言之，發呼吸困難之時有五：（一）兩肺患延廣驟速之枝氣管肺炎；（二）患粟粒結核；（三）有時與氣胸併發；（四）病之久而兼肺氣腫（痕）者，此則或兼皮顯紺色；（五）病發已甚久，肺尖縮而胸膜變至極厚，心之右部變大，故此種呼吸困難有時因心病所致。

（二）全身症狀 發熱 常人之體溫每畧有同異，下午或至九十九度半，甚或百度（三十七·五至三十七·八）不定。口內及肛內兩處之溫度或相差至一度左右，而年少血足及腦力不穩者當勞動後，其尋常肛門之溫度升至百度半，甚或百零一度（三十八至三十八·三）。是故欲得肺結核病之確實溫度，初時宜每隔二小時查一次。尋常上午八時及下午八時之查溫度法不相宜，既不能表出溫度最低之點，又不能表出最高之點；蓋肺結核病最低之溫度每在午前二時至六時，而最高之溫度每在午後二時至六時之間也。

特殊傳染病

發熱係一最早而最重要之症狀，係毒素或由結核性區吸收之毒素感動司體溫之腦中樞所致。其後之癆瘵熱 *hectic fever*，則半因吸收他菌所生之毒素而起。僅一極小之患區，所生之毒素或不足擾亂身之新陳代謝；然淋巴腺、肺、骨等各處之進行性病區所吸收之毒則足致發熱。以此種發熱比諸注射結核菌素所致者，則可謂之自身接種 *auto-inoculation*。凡能激動局部之淋巴及血循環者皆足以開放毒及發熱之機會，故病者當不動作之際或不發熱，而勞動後則熱度升至一百零二度半（三十九），此即因自身接種也。肺結核病之屬急性者，發熱大概稽留不歇，與腸熱病及肺炎相似，而早晨熱度或畧為緩解 *remission*。有時或伴寒戰而起，隨以出汗。更有病起時即發明顯之間歇熱者 *intermittent fever*。大抵局部病勢之輕重，每可依發熱之高低及其頑梗與否而施測度。休息時熱度易於減低者係有望之病。然亦有數病，局部病勢連續進行，或且進行甚速而不發熱者。患結核病者之體溫每易為對於常人無損，極微細之原由所激變；例如精神之感動，身體之運動以及大便秘結皆是也。病者發熱時，每自知覺，且在體溫高至一百零一度（三十八·五）時反覺舒適，除出汗外，並無與發熱相關之他種不暢適情況。

當肺組織破壞而成窩且兼生膿及混合染時（此等病當成窩時常兼此二者），則成一種特殊之間歇熱或癆瘵熱，而病者每一日中有許多時間不僅不發熱，或且其體溫較規定之度低。

參觀附載之慢性肺結核病二小時查一次之體溫圖（第二圖）即可知發熱之確狀；病者自午後十時至午前八時或十二時，溫度逐漸降至九十五度（三十五），而自午後則逐漸升高，至午後六時或十時達溫度最高之地位。圖中所表三日間之體溫，發熱時共四十三小時，不發熱時共二十九小時，當下半夜間溫度

驟降之際常兼出汗。此類瘧疾熱係敗血病之標準的發熱狀，每在肺之成窩及軟化二者進行蔓延之際發顯。

第 二 圖

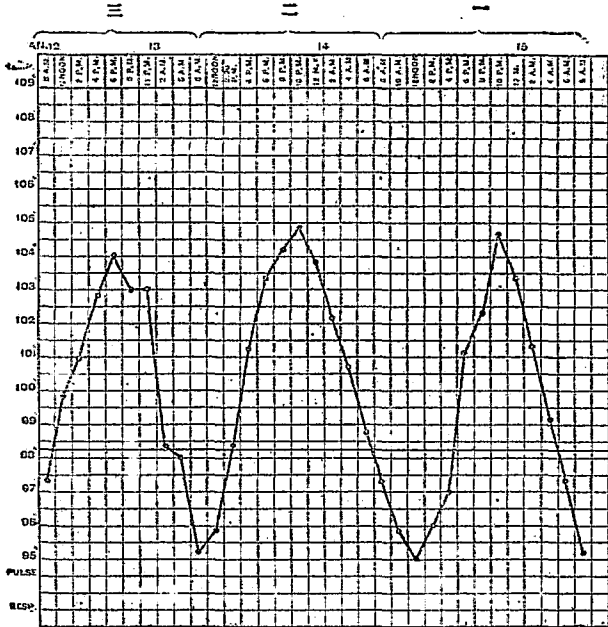


Chart V.—Three days. Chronic tuberculosis.

慢性結核病之三日溫度圖每二小時驗溫度一次

出汗。大汗淋漓係肺結核之通有症狀，且爲此病各症狀中之最苦惱者，每在下半夜或天明前後熱度降時及日間病者睡時發顯。或在病之早期卽有之，然在窩成後發顯者多而且纏綿。亦有始終無之者。

脈搏之次數每增多，常與發熱之高度作比率，熱愈高則脈搏愈增多，然卽在不發熱之際，亦或增速。脈搏常大而軟，且易壓；卽病愈後或仍速。手背之靜脈及毛細管有時顯搏動。

消瘦爲一明顯之狀，此病之以癆瘵得名，實由於此；若病勢蔓延而又屬進行性，則體重逐漸減輕，故秤身體之重量，即可知病勢之進行。當病之早期消瘦最速，病者於一星期內體重或減輕五六磅之多；常與發熱之劇烈及熱期之長短有密切之關係。迨病之進行停止及溫度低降，則病者之體重即漸增加；每星期增重二磅，即係佳兆。精力之喪失，或與體重之喪失無關係。早顯之虛弱，有時或係一明顯之狀。

(三) 理學徵狀 (甲) 望診。胸之外形每有可注意之點，然須知此病無論何種胸格皆能患之。就實驗而論，則多數胸形長狹，肋骨間極寬，其斜橫勢較豎，而所成之角極狹，肩胛露出，若鳥翼半縮在鳥背者然。更有一類，亦甚常見，胸形扁淺，肋軟骨外凸，胸骨內凹。有時胸骨之下部成深凹，所謂漏斗狀胸者 funnel breast 卽此是也。又須特別細驗鎖骨，是否彼一鎖骨較此一鎖骨凸及是否鎖骨上下之部位較常凹。一肺尖處在吸氣時舒張有缺，係一早顯而重要之徵。又宜察胸下部之舒張及心前處之狀；蓋第二三四肋間處有廣闊之搏動，多係左肺尖受患所致也。欲比較兩肺尖之舒張狀若何，宜立於病者體後，由兩肩下視，較易察定。在受患之一側之肩鎖間諸肌萎縮及脊柱畧曲二狀亦時顯。肺之動或僅限於受患之一側，而尤以肺尖處爲然。胸膜炎之屬粘連、滲液、硬變或肺炎質變者，或限制一側之肺動。

(乙) 觸診。凡查肺尖、肺底等處之舒張狀，最妙以兩手先按鎖骨上部，次及肋側部，按時使病人徐徐長吸。驗兩旁呼吸之比較動狀，宜立於病人體後，以拇指按鎖骨上，餘指按鎖骨下，每能測度精確。有時一肺尖受患，在暗響未明顯之前或顯舒張缺乏狀。又使病人報數目時，無論何處，若有局部小結體(瘰癧)或乾酪樣質，則語聲震顫 vocal fremitus 之度增加。當比較兩

肺尖之語聲震顛時，須知尋常人之語顛在右尖處者較左尖強，不可誤認。又肺底實變，該處之語顛亦必增加。若胸膜滲液則語顛減少，或且無之。迨病之晚期窩已成就，則窩處之語顛常額外明顯。惟胸膜大增厚時，則語顛減少。

(丙) 叩診。小結體(瘰癧)，炎質，纖維性硬變及成窩等皆是致肺部之叩響 pulmonary percussion resonance 變異。有時局部患處即使稍闊，而叩響僅畧變，此蓋結核散列，其間有含空氣之組織故也。鎖骨及鎖骨上等處之叩響變質，係一早顯而重要之徵；凡肺結核病之實響 dulness，大概最先顯於此處。宜使病者滿吸一口氣，暫閉止不呼，然後叩診兩旁，比較其叩響；如此則實響之處更易明辨。當病之早期，叩響常甚高而促，故須有經驗者始能辨別其異點。因乾酪樣性肺炎而實變未久者，其叩響每帶鼓響 tympanic。木性實響 wooden dulness 不常有，惟病之久而肺尖或底有廣闊之纖維性變者，始有之。當肺尖生薄壁大窩時，該處叩響或作裂鉢聲。病人如係身瘦者，須詳細叩驗岡上凹及兩肩胛間處；蓋此兩處與早期肺部受患之要區相對也。有時肺尖之各窩獨立而不相通，且纖維性變不多及胸膜不厚者則叩響或不甚變異，以致聽診及叩診所得之徵大不符合。

(丁) 聽診。早狀以薄弱之呼吸聲 feeble breath sounds 為最殊特，蓋因入患處枝氣管及肺氣泡之空氣較少故也。最妙當在未使病者深吸及咳嗽之際，先聽胸部兩旁相對之處，細為比較。在肺尖受患之早期，當尋常自由呼吸時，吸聲幾不可聽出，呼聲常增長。亦有早期之徵係粗糙呼吸聲者。當深呼吸時，其吸聲頓挫，格格然作齒輪音，特名齒輪樣呼吸聲 cog-wheel sound；此則不僅肺結核病有之。迨病勢增重，則吸聲粗糙；及至肺部實變則顯枝氣管呼吸聲。除此等呼吸聲之變異外，同時

尙顯肺鳴 *râles*; 須先使病者如常呼吸,繼則深吸,後則咳嗽,而依次聽診。若在如常呼吸時有鳴,且恒久而僅顯於一處,則極爲重要。當病者第一次深呼時一肺尖或兩尖所顯之捻髮(細沸)鳴 *crepitus* 無關緊要;此則有時或顯於肺底。又肺鳴之顯於深吸將終時而再吸則消滅者,亦無足輕重。惟咳嗽時所顯之鳴,且恒久而連續在一處者則甚要。又濕而作噠咧音鳴 *clicking râles* 兼叩響變異者亦係要徵。倘能依上所述之範圍而施聽診,則可少費若干無謂之周折。

肺中已患軟化時,則肺鳴大而作沸泡鳴,有時或作噠咧聲鳴。此等濕鳴(指上二種似水之鳴而言)若與叩響變異同顯,則極可注意。迨窩已成,則其鳴更響,更似氣過水聲鳴(潺潺鳴) *gurgling* 且共響 *resonant*。倘有實變處,即使其界不甚廣闊,亦作管樣呼吸聲。若有大窩,則作空洞或空竇二類呼吸聲。肺葉未受患之處及對面之一肺內,或作粗糙呼吸聲,甚或爲小兒樣呼吸聲。自始至終,語響 *vocal resonance* 常增加,而枝氣管語響 *bronchophony* 及胸語響 *pectoriloquy* 則每顯於實變及成窩之處。胸膜炎之摩擦音 *pleuritic friction* 無論在病之何期皆能有之,有時或發顯甚早。心前之肺部受累時,則或顯胸膜心包之摩擦音。迨心前之肺部實變時,則或有一種希奇之噠咧聲鳴,與心動同時而顯。凡胸壁瘦薄者,腦力不穩者及肺結核之早期,則當心室縮時每顯心呼吸雜音 *cardio-respiratory murmur*。此因心搏動時驅出枝氣管內之氣所成;當吸氣時在胸前側處聽之最顯。又有一心室收縮性雜音 *systolic murmur*, 多可在兩鎖骨下動脈處聽之;該動脈之搏動有時或可望見。此收縮性雜音大概因血管被增厚之胸膜所壓而致。

(戊) 窩徵 *Signs of cavity*. (一) 若胸膜不甚增厚或四圍之肺組織不甚實變,則窩處之叩響滿足而清。然顯實響或鼓響

而時或變作空響響者較常見。窩處叩響之音調，依病者之口或開或合而異。叩響之作裂鉢聲者 cracked-pot sound，僅在窩極大而壁薄之類始顯之；此叩響在病者開口之際施畧重而速之叩法時最明顯。至於極少見之一肺幾全成窩者，則其叩響或作空響音。(二)聽診時，則顯所謂空洞音 cavernous sounds 之聲(子)許多變異之呼吸聲，如吹氣聲或管樣聲及空洞聲或空響聲等；有時更或有一種可怪之氣擠出小孔聲。窩之甚大者，呼吸兩聲或皆作空響音。(丑)顯粗糙之氣過水聲；此鳴似共響，且咳時或帶金屬叮璫聲。一極大之薄壁窩而周圍之質變未久者，其鳴作空響類回響，與氣胸者相似。此外更有所謂乾窩者，則無鳴。(寅)語響大壇，低語時亦有枝氣管低聲語響 whisper 可以聽出。肺尖窩大者，心音甚明顯；間或有甚響之收縮性雜音，此雜音大概係傳至窩處者。左肺尖若有大窩，則心搏動時或有氣過水聲鳴或吮咧音鳴，與心收縮同時而顯。此等聲有時甚響，即畧離胸壁亦或可聽得。窩大而其壁平滑，內含薄液者則突然搖動病者之軀幹時或顯滌盪聲(打水聲) succussion or splashing sound，甚或金幣音 coin sound 亦可聽得。

(己)假窩徵 Pseudo-cavernous signs. 近一大枝氣管處有實變區，則或致顯假窩徵；此種情況甚易混淆診斷。其高音調或鼓音之叩響，管樣或洞樣之呼吸聲以及似共響之肺鳴等皆與真窩徵極相似，醫者務宜格外注意。

(丙)纖維性肺結核病又名硬變性肺癆 Fibroid Phthisis

肺之纖維變性病可分三類：(一)單純性纖維性變 pure fibroid；此係無結核患之類。(二)結核性纖維性變 tuberculo-fibroid；此則其原發為結核而後生纖維織者。(三)纖維性結核 fibro-tuberculous；此則其原發為纖維性變而後成結核者。結核性纖維性變類或逐漸而起，為慢結核性枝氣管肺炎之繼發

病，或隨慢結核性胸膜炎而起。此外更有繼尋常潰瘍性肺癆而起者。患處限於一肺尖窩之周圍有多層堅密之纖維組織（筋性織），胸膜增厚。該肺之下葉被硬變所侵，終則遂成與肺硬變 cirrhosis of the lungs 相似之一種情狀。有時或且難辨其為結核性。然病之重而久者，則肺尖之窩壁內大抵有結核桿菌；或有被包之乾酪樣質區；或他一肺尖及枝氣管腺有結核。又枝氣管常擴張，右心室或心之全部過長。

此病屬慢性，常纏綿至十年以外；病者在病期內，或健適無恙。最要之症狀為咳嗽，多屬陣咳性，早晨最重；稍勞動即顯呼吸困難。痰屬膿性；有時若枝氣管炎甚廣，則痰臭惡。發熱者甚少。

理學徵狀甚殊特，胸廓內凹，受患之一側之肩低，心多被牽而離位。若受患者為左肺，則第三四五肋間處或有界限極大之心搏動。心之雜音常顯，患處之一側顯質響及語顫較弱，然在窩處則語顫增加。肺尖或有明顯之空洞聲，肺底則有遠枝氣管呼吸聲。有時他一肺或亦相繼受累，或病者屢發咯血而致死。肝、脾、腸等之蠟樣變有時因此病之慢性生膿而起。又若心右部之力衰竭，則或致全身性水腫。參觀肺硬變病。

肺結核病之併發病 Complications of Pulmonary Tuberculosis

呼吸系統 凡患慢性肺結核者，喉常受累；最早顯之症狀或為聲音嘶嘶，繼則疼痛，嚥時尤然；咳嗽作哮聲。失音及難嚥二者為喉病最困苦之狀。迨會厭及咽傍壁潰爛，則嚥時痛極。或因喉門（嚥口）不能密合，致食物入喉而咳嗽，且致食物由鼻迴出。枝氣管及氣管炎常伴起。

大葉肺炎係一常見之肺結核併發病，或與尋常大葉肺炎同，或消散期延緩；故雖病起驟突，然每難辨別其為單純性抑或

爲結核性。有時肺炎係一最終之併發病。

肺氣腫。肺未受累之部分之氣腫係常見者，因此而顯特別症狀者甚少。然有若干慢性結核病以氣腫爲首要症狀；此則係多年之間逐漸而成。

肺壞死。此係慢性結核病間或有之之一併發患，大抵因窩壁變死而起。

胸膜性併發病。乾性胸膜炎係結核病早期常有者；爲一種保守性病，對於結核病有益無損。有時炎勢極廣，胸傍及背後或顯摩擦音。凡顯乾性炎及胸膜粘貼者，大概可無氣胸(胸膜積氣)之虞。滲液性胸膜炎則在肺結核病前起者，較起於其後者多，而在慢性結核病期內顯漿液血絲(纖維素)性滲液者頗亦不少。有若干結核病，則以滲液性胸膜炎爲特別狀；余以爲此係病變慢性之一助。有時病者或於四五年之間一肺炎有局部徵，而兼同側之復發性滲液。有時或因胸膜之數處粘貼，致滲液被包在內。出血性滲液雖關於結核性胸膜炎者不少，然關於慢性肺結核者則少。乳糜(脂膏汁)性或乳汁樣滲液 chyliform or milky exudates 時或有之。至於膿性滲液，則除氣胸外不常有；惟成膿胸者則間或有之。或在病期之內發顯，或爲漿液血絲(纖維素)性滲液之後發患。氣胸係一極常見之併發病，或於二十四小時內致命；或繼以積膿及氣，纏綿至數星期或數月之久。然氣胸亦有似乎對於結核病有益無損者，且有專使氣入胸膜腔內而得療效者。

他器官之徵狀 (甲)心與血管之症狀。左肺上葉若收縮，則心之顯露界或甚闊，故體瘦者第二三四肋間及胸骨旁近處顯心搏動。收縮性雜音之顯於肺動脈瓣處及鎖骨下動脈處者，無論肺癆之何病期皆常有之。心尖雜音亦常見，雖或

甚粗糙，然不定爲患，心內膜炎之指徵。動脈之緊張力常低，毛細管之抵抗力亦減，故脈搏常大而軟，毛細管及手背之靜脈有時或顯搏動。

(乙) 血。早顯之貧血已詳前，此則大概形似者較確然者多。赤血球數低至二兆以下者甚少。血小板(碟)常大增，作粒形塊。白血球亦大增，病之晚期尤然。

(丙) 腸胃系。舌常有苔，然亦有無苔而色紅者；或生小阿弗他潰瘍，有時甚苦楚；齒齦顯一紅紋，此則他種體弱病亦或有之；咽患重結核病而喉亦兼患之者，則每致吞嚥大受阻碍，成一極苦楚之病狀。涎之消化力甚足。胃結核病甚少，胃潰瘍間或爲一種意外之併發病，羣生性卡他潰瘍亦或有之。粘膜或顯間質及主質之變異，此係萎縮之原由，然此二變異不可視爲症狀，蓋僅能於無意中察見耳。又有時胃症狀頑梗之際，而粘膜反無甚變異。凡癆病之厭食、嘔吐、惡心等胃症狀，決不可全視作局部的情況，蓋癆熱及腦之官能性感效每與之有要重關係也。胃之分泌作用亦或受擾，然不確定。病之早期或胃液過酸，後則欠酸。厭食 anorexia 係病起時之要狀，甚至見食物即起厭惡意，即畧食亦致惡心。有時病者雖不作惡心，食後亦無苦楚狀，然決意不食，每日喂食數次之難甚於登天；是故強飼 forced feeding 有時甚有裨益。惡心及嘔吐雖有時在病之早期甚困苦，然病之晚期尤甚，有四種病原：(一)屬於頭腦，如結核性腦膜炎之類是也；(二)迷走神經被變乾酪樣之腺所壓；(三)迷走神經之枝如肺屬、咽屬、胃屬等枝受激；(四)器械上之原因。

腸之症狀以泄瀉爲最重，或發顯甚早，然以在晚期發顯者爲常。每兼潰爛，大腸部尤然；小腸有時或潰爛甚闊而竟不瀉。粘膜之兼發卡他炎，或蠟樣變，亦或爲腹瀉之原因。

腸穿破者不多；凡剖屍檢驗四百七十五慢性肺結核病，腸穿孔者僅十三人。

(丁) 神經系統。 (一) 病竈性損害 Focal lesions 因生粗糙之結核及結核性腦腦膜炎 tuberculous meningo-encephalitis 而致。例如無語言能(失語病) aphasia, 或因大腦外側裂(顳溝)處腦膜生結核而起；甚或致偏癱。 (二) 腦底膜炎。 (三) 腦脊髓膜炎, 生時或不顯肺結核症狀, 迨剖屍檢驗始知肺受累。 (四) 周圍性神經炎 Peripheral neuritis 不常有, 或致腿臂等之伸肌癱瘓。

(五) 精神症狀 患者雖病勢日重, 然絕不失病癒之希望, 每每肺窩甚大, 發熱甚高, 因頓不堪, 虛弱難動, 而猶妄想他日之計畫, 深信其病必癒。除腦之結核病外, 患肺癆有時顯一種精神錯亂(癲症)與急性染病之恢復期所顯者相似。

(戊) 乳腺過長。患肺結核者, 有時乳腺過長, 或僅在受惠之一側。此則非結核性, 實為結締組織過長所致。患者男多於女。

(己) 尿生殖器。尿之量及成分無特異之點, 惟發熱每與之有關係。尿含蛋白質時有之, 因發熱或腎之變異而起; 第二類所含之蛋白質多而且濃。腎顯蠟樣變者不少; 如此則尿含蛋白質及管型(圓柱)。有時尿量亦增加。此外更有水腫者, 而顯字來忒氏病之各種特狀。尿含膿係膀胱或腎盂等受累所致。有時尿系統之全部亦或受累。然肺癆病中尿器受瀰漫之結核患者實甚少。尿內間或含結核桿菌。尿含血者不常見; 間或因腎充血, 或膀胱及腎盂之粘膜等潰爛而起。臨診百病時宜詳察病者之舉凡。

(庚) 皮系。皮常乾而澁。手上或顯局部結核。有時或顯黃褐斑 chloasma; 此則在腹膜受惠時顯者較多。胸前後常發花斑的糠疹 pityriasis versicolor。鬚髮或乾糙。病之屬慢性者, 病

人之指尖變大作錘狀，指甲彎屈。最奇特之一種併發病，係全身性皮下氣腫，因肺與胸壁粘連而潰爛穿破或喉穿孔而起。

肺結核病之診斷 Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis

既有發熱及明顯之物理徵狀，又有痰內所含之結核桿菌，則肺結核病之診斷固非常容易。治法之功效，全恃診斷之早定，而對於病起時隱繁，不確定之症狀及病徵必須特別注意；蓋醫者皆知結核病之如何應早定診斷，而又知其早期之症狀病徵如何不確定，於是每每過於躁急，畧有似結核病之情狀即認為結核病。美國有一病院，第一年凡由醫士診為結核病送入該院者五百八十人，後經細查，始知此中二百四十三人實非結核病；由此可知過於多慮，致診斷不確之弊。總言之，凡診斷肺結核，對於細查症狀，較物理徵尤為重要。茲將病之早期，關於診斷特別重要之點類別如下，以便研究。

來歷 家族之結核病癆瘵的習慣（肺癆體質）*phthisical habitus*，受寒之非常沉重者，致身體虛弱之特別緣由（如憂慮，傷感，斷喪及慢性病皆是），皆可認為結核病之來歷。

症狀 體重減輕，精力耗失，貧血，及精神之憂慮，恒久之消化不良，皆係最重要者。發熱係一最可靠之症狀，然同時又為最易致誤者；故務必依前述發熱之各要點詳細注意。凡腦力不穩者（年輕肥胖虛浮之女子尤然）體溫高至九十九度半或百度半（三七·五至三八），不必定為有病。直腸部之溫度，亦常誤人。倘在勞動後試驗，每較規定之溫度高至一度半（一度）左右；故凡遇可疑之病，必須施二小時試溫度一次之法，至少連試十日之久。並須細心檢查運動身體對於體溫之效果如何。

少年人咳嗽常係一可靠之症狀，冬季較夏季尤然，而早晨所顯較他時尤重者更屬可靠。咽部之病患必須注意，如吸紙烟所致之激惹等切不可誤認。咯血之要點，前已詳述；此係醫界

公認診斷肺結核之要狀。早顯之咯血每有大裨益，蓋不僅能助醫者之診斷，且能激動病者珍衛身體之心也。苟細心檢查血痰，每每有結核桿菌可以察見。

咳出物即痰 病者所唾之痰須存留備驗，而以早晨唾出者為最重要；凡此時所唾出之一切唾物皆須檢查。查痰之法甚費周折，若所含之菌少則尤難；有時須遍用各法，細查多次，始能查見；切不可因檢查一二次無菌即遽信為非結核病。安替佛民沉菌法 *antiformin method* 簡便而佳，甚合用。

物理徵 此係一繁難之問題。今日醫者對於肺部物理徵之知識，與二十五年前對於心之徵一開有雜音即以為有重病者相似。現今醫界對於心病之知識已大增加；譬如見一病人之心尖搏動在乳頭線內側而呼吸不難，脈搏不亂，則僅囑病人珍衛起居而已。對於診斷早期肺病，似乎亦宜如是；若無以前所述之各症狀，則不必十分注意於徵。徵之最要者，如呼吸聲變異及肺顯鳴聲是也。至於實響，則在病之早期不常有。

現在醫界之對於吸聲粗糙及三四乾鳴，似乎過於注意；余則以為必須連續檢查，至實有確據始可定診斷。總言之，此病之早期情況，可分兩大類：(一)有症狀而無物理徵，(二)有物理徵而無症狀。二者之中，以第一類為最重要。

今人誤診為結核性者有數項。入枝氣管之外物或令人錯認。患口或咽之病，扁桃炎，竇炎，腺樣增殖（又名咽鼻部淋巴增殖病）*adenoids* 者或現恒久性咳嗽，枝氣管炎及體溫升高者。

對於以上各種若診斷無誤，且施以適當治療，則肺之症狀不久或消退。然有時此類非結核性之傳染，或致纖維性之改變。

亦有非結核性之慢性枝氣管病或肺病致誤診為結核病者，如放線菌病 *actinomycosis*，分枝菌病 *streptothricosis*，梅毒，慢性枝氣管炎，枝氣管擴張等是。若對於雖顯沉重慢性肺病之症狀，然

痰內不含結核桿菌者，則謂為非結核病，此為甚有價值之規則。

若查出肺改變甚劇，然於痰內未查出結核桿菌，而斷定為結核病，則常致錯誤。非標準的肺炎或胸膜病（特在胸膜頂處），心病，動脈瘤等均能令人誤診。

特性反應 Specific Reaction. 結核菌素試驗法 Tuberculin test.

卡耳默氏 Calmette 及披耳克氏 von Pirquet 之兩試驗法詳前病原及病理解剖篇及臨症方法中)為世界所稱許。然此等試驗法之反應不過證明身體對於結核菌之染已發生感應作用，非證明人之有結核病也。卡耳默氏之結核菌素結合膜試驗法對於檢查體內是否有主動的損害區，較披耳克氏皮膚試驗法更有價值。哈曼氏 Hanman 之言曰：“若病人既無特性反應，又無重要之症狀及物理徵則其診斷之為否定也似乎已有有價值之實證。若病者顯結合膜反應，係體內有主動的結核性病竈之證。又若有症狀及物理徵，係證明非他種肺病之一助。

若無症狀及物理徵，則可認為一可疑為肺結核病者。各試驗法無一能代替細查病體，詳究來歷之價值，僅足為一助診法耳。”此言甚當。然結合膜試驗法及皮膚試驗法二者，依序診斷時實為不可少之手續；且對於證明病竈之反應，皮膚試驗法實甚有價值。

補體結合試驗法 Complement fixation test. 此法因對於結核病之活潑時多現陽性反應，故在一般疑似之病甚有價值。其屢顯陰性反應者，亦有價值，可用以決定病是否已遏止。

X光線 熟於用 X 光線者，對於診斷肺結核病似乎有裨益。然所顯之影，以現今之經驗而論，既不足以辨明損害區之尚在進行抑已痊癒，又不能證明與他種肺病(如流行性感桿菌所致者)有何辨別，則其價值亦僅可為一助診法，固不能與詳細之臨診檢查比較也。

肺結核病之兼染及伴發病 Concurrent Infections and Diseases

結核病之兼染 Concurrent Infections. 肺結核病之菌類除特殊之結核桿菌外，尚有他菌；如肺炎球菌，膿鏈球菌，流行性感
冒桿菌，卡他球菌 *micrococcus catarrhalis*，金色膿葡萄球菌及綠膿
桿菌 *bacillus pyocyaneus* 等是也。有許多肺結核病兼染他種菌，
痰內或有鏈球菌及肺炎球菌。肺結核病之損害區因結核桿
菌分布之況而大有異同，如由血管分布，抑由枝氣管，以及是否
兼染他種菌類等是也。肺炎之爲肺結核之併發病者，或直接
由結核菌或其毒素所致，或隨他菌如膿鏈球菌，肺炎球菌，膿葡
萄球菌等之繼發性染而起。又若兼受流行性感
冒桿菌及卡他球菌之染，或致發熱增加並一般之症狀增重。此等繼發性
染之多寡及其菌類之關係的要點，刻下尙未十分確定。惟兼
有膿菌類兼染者，或致組織死及軟化之進行增速；而對於慢性
病則生毒素甚多，能致若干症狀。據近來醫界之研究而論，則
此等繼發性染之重要似乎無吾人所意度之甚也。

肺結核之伴發病 Associated Diseases. 因大葉肺炎而致
命者不少。常爲慢性病之終局。亦有發顯甚早，致難與急性
乾酪樣性肺炎分辨者。乾酪樣之類痰作鐵銹色者罕見，而早
發之大葉肺炎類則發熱較連續而且高；然有時此二者或竟無
法辨別。結核病之兼患腸熱病者已詳前。丹毒每爲慢性病
之晚期所患，有時有裨益，蓋咳嗽因之減輕，症狀亦然也；有時致
命。發疹熱病 *eruptive fevers* (如麻疹) 常爲肺結核病之先導，起
於病期內者甚少。肛門瘻 *fistula in ano* 亦常伴結核病而起，詳
後消化管結核病中。心病之屬胎生性者每爲結核病之先導，
而尤以肺動脈瓣狹窄爲然；惟二尖瓣(雙扇門)狹窄則不然。
肺結核及二尖瓣狹窄兩者罕有伴發者。心內膜炎類已詳前。
心瓣病之顯終局之急性結核者却亦不少。動脈硬化 *arterio-*

sclerosis 及靜脈硬化 phlebo-sclerosis 兩病,在已止及慢性肺癆期內發顯者不少。慢性關節炎之與結核病伴發者有時甚重要;病者之抵抗力低弱而受染易,實原乎此。

老幼肺結核病之特異點 Peculiarities at the Extremes of Life

老年 老年人之患結核病者,非常之多。此一類多屬潛伏性,病期甚長,所顯之物理徵常被肺氣腫及慢性枝氣管炎所掩蔽。診斷可全恃驗得痰內之結核菌及彈力性組織而定。老年人患肺氣腫而兼結核病者顯亦不少。有時老年人所患之結核病,其禍階早已成立,惟停止不進行,迨衰老時始繼續發顯耳。

幼年 小兒之急性結核病已詳前。此類間或屬胎生性。患者之多少佔全數百分之十三至四十二,大有異同。紐約小兒醫院剖驗四歲以前之小兒屍一千一百三十一,其中患結核病者一百九十二。其比較率爲一歲者百分之一八,兩歲者百分之十一,三歲者百分之十六,四歲者百分之二十三。小兒之患慢潰瘍性肺結核者,較成人者少甚;凡剖驗三歲以下之小兒患結核者二百十九病,其中僅五十七病有肺竈。

肺結核病之致命景况 Modes of Death

衰弱 Asthenia. 精力逐漸耗失,死時大概平靜,無劇烈狀。間或有顯陣發性咳嗽者。精神每至死不昏昧。

窒息 Asphyxia. 急性粟粒形結核病及急性肺炎性結核病等有時因窒息而死。至於慢性肺癆則即使兼患氣胸,然因窒息而死者亦復甚少。

暈厥(心力猝衰) Syncope. 此不常見;當病重時,病者不守規勸,執意出外行走,因而致暈厥而死者曾見數人;此則或者

心部患脂性變，亦未可知。有時暈厥或繼出血而起；或因血管結血栓及栓塞血管而起；又或由於氣胸所致不定。

出血 慢性肺癆之致命出血，係大血管被蝕或動脈瘤穿破入肺窩所致；此二者之中，以第二類為最常見。更有在咯血之前因出血而致命者。

大腦症狀 昏迷，有時因腦膜炎或中尿毒而起。因驚厥而死者甚少。

(五) 消化系統結核病

TUBERCULOSIS OF THE ALIMENTARY CANAL

(一) 唇 唇之生結核病者極少，間或顯結核性潰瘍，或獨顯，然伴喉結核及肺結核而起者較多。其瘍每易覺痛。有時或誤認為下疳（瘰癧）或鱗狀細胞癌 epithelioma。診斷時宜查患處是否有結核桿菌。

(二) 舌 初起時舌邊或舌背生微粒，繼則潰爛，而成一不規則形之潰瘍處，其邊雖不齊，然甚明顯，其底粗糙，多為乾酪樣質所成。該潰瘍緩緩蔓延，或至甚廣闊。有時或誤認為鱗狀細胞癌，致將舌割去。幸此類除他器官兼患結核病外不常見。頷下腺不變大，而潰瘍處非碘化鉀所能治療；此即結核性潰瘍異於梅毒性潰瘍之區別。凡遇疑難之病，可用接種畜法試驗；或割取患處一小片，用顯微鏡檢查是否有結核菌。

(三) 涎腺 涎腺似乎係人身中具有免疫力之一份子，故此處患結核病者絕少。

(四) 腭 腭部之生結核，大抵隨鄰處結核病之蔓延而起。

(五) 扁桃腺 或以為頸腺之受結核桿菌傳染，每由扁桃腺而入。當該扁桃腺患結核時，或成淺潰瘍；或被粟粒形結核侵

入致變大，而此類為較常見。該扁桃變大時，每難於認定是否已患結核，宜用顯微鏡檢查。

(六)咽 患瀰漫性喉結核時，咽後壁因而生粟粒形結核者不甚少。患慢性肺結核時，由會厭及喉而累及咽，致患潰瘍性咽炎，吞嚥時甚痛苦。

(七)食管 食管之患結核病者極少。余曾見一病，所生之潰瘍穿破，致激發膿性胸膜炎。

(八)胃 胃之患原發性結核病者無之。胃被患結核之淋巴腺穿破者或有之，然不多；余曾見三病案。

(九)腸 腸結核有三類：(甲)原發性結核之生於粘膜者，(乙)繼肺結核而發者(此類最多)，(丙)由腹膜而來者(此類最少)。

(甲)原發性腸結核病 Primary intestinal tuberculosis。小兒患之者最常見。或兼腸系膜腺增大及乾酪樣變。又或兼腹膜炎。成人患之者少。顯不規則之腹瀉、微熱及痠痛。又有數病，其初起之狀為出血，病之初期每易誤認為慢性卡他。迨病者消瘦及肺結核徵顯，然後始知其病之真相。病之由盲腸、闌腸而起者，更易誤人；顯蚓突(闌尾)炎之狀，如右髂凹覺痛，大便秘結，或不規則之腹瀉及發熱等是也。此等病徵或逐漸退去，而數星期之間乃又復發，致診斷上更起疑難。致命之出血，余曾見數病。更有穿破而成盲腸周圍膿腫或腹膜炎，及半瘻而盲腸壁變厚致腔狹窄者。

(乙)繼發性腸結核 Secondary intestinal tuberculosis。慢性肺結核病兼患此類者極多。損害區多半在小腸、盲腸、結腸等三處。病之起也，多由腸淋巴結及粘膜。初生結核，繼則變乾酪樣質而軟，遂潰爛成瘍。該瘍有時甚廣闊，致大小兩腸之粘膜多半受累。所生結核潰瘍之形性，可分四類：(一)無定形，橢圓者極少，圍繞如環之貼於腸內者多；(二)邊及底被侵，多屬乾酪樣

質；(三)粘膜之下層及肌層常受累；(四)漿膜面有稀結核成羣，或顯結核性淋巴管炎。此繼發性潰瘍之穿破而致腹膜炎者不少，腸內成瘻致窄者亦有之。

慢性局部結核之在迴腸盲腸交界處者，極為重要。該盲腸或生慢性過長性結核；有時蔓延入闌尾，右髂凹成一有定界之瘤形塊，大小不定，常作長豎勢，堅硬，畧可移動，或四圍粘着不動，按之則痛。此瘤與癌或他瘤相似，其殊特之情況為腸腔逐漸收窄，間發之酸痛，及大便秘結與腹瀉等輪迭發顯。此種局部病況用外科腸截除術治之甚有效。更有一類不成瘤者；此則較上一類少，右髂凹顯瀰漫性變硬及變厚，與復發性闌尾炎所顯之局部變異相同，有時或成糞瘻。此二類均可由糞內或其瘻所出之物內查得結核菌，以與相似之各病區別。

直腸結核每與肛門瘻有密切之關係。肺結核病百分之三五有此伴發病，損害區多數有結核菌，原發性類極少。倘直腸組織內有結核菌，則肺大抵亦必受累。若將此瘻割去，則肺病之進行必驟速增重。

(丙)腹膜之結核蔓延，則或累及腸；此類或係腹膜之原發性病。若係婦人則或由輸卵管延至；小兒則或由腸系膜腺而起。各腸蠕相粘貼，蠕間生乾酪樣質及膿；有時或穿破。

(六) 肝結核病 TUBERCULOSIS OF THE LIVER

此一器官時常受累。(一)粟粒形結核。凡急性全身性粟粒結核每累及肝；有時所生之結核甚微細，須細查始能見。慢性結核病之累及肝，致生粟粒結核者亦復不少。(二)單獨結核。肝內間或生大結核塊，有時兼肝周圍炎或結核性腹膜炎，小兒則或兼結核性淋巴腺炎；塊雖時或甚大，然能由腹壁洞着者極少。有時因許多乾酪樣塊而肝變大，按之覺痛，且兼黃

特殊傳染病

疽。若該單獨結核被膿菌所染，則變軟而成膿腫。(三)膽管結核。此係肝部最殊特之結核性變異，且常見；肝增大，剖視內容則見成多小窩，初視之，窩形與膿性門靜脈炎之羣生性膿腫相似，然其膿被膽色素所染，且其徵狀係局部結核性膽管炎。

(四)結核性硬變。除生粟粒結核外，同時結締組織增生，加以脂肪性變。此器官所生之各種慢性結核有時兼纖維組織增多。哈諾氏曾報告數種，且言有屬原發性者。總言之，除與慢性結核性腹膜炎及肝周圍炎有關係者外，則肝硬變者甚少。

(七)腦及脊髓之結核病

TUBERCULOSIS OF THE BRAIN AND CORD

腦結核共有三類：(一)急性粟粒結核之腦膜炎及急性腦積水(腦房球腫) acute hydrocephalus；(二)慢性腦膜與腦共炎，大概屬局部性，生小結核；(三)單獨性結核。第二三兩類輕重不一，然大抵腦膜皆受累。急性類已詳前，不必贅述，茲專就慢性類論之；患者多為小兒，他器官如肺、枝氣管、淋巴腺或骨等常同時受累，不兼他處結核者甚少。結核所生之處最多在小腦，次大腦，再次橋腦。該結核多屬羣生性，大者如核桃，小者如青豆，大抵附於腦膜，以致發炎，阻碍血循環，致腦質軟化。症狀與腦瘤同，詳於腦篇。

脊髓結核之情狀與腦結核相似。急性結核性腦脊髓膜炎已詳前。脊髓之患單獨性結核者甚少。大概屬繼發性。症狀與脊髓瘤或脊髓膜炎相同。

(八)尿生殖系統結核病

TUBERCULOSIS OF THE GENITO-URINARY ORGANS

傳染景況 尿生殖系統之受染有三：

(甲)遺傳傳染 小兒之患睪丸結核者為數頗多,大概其受染或屬遺傳性。

(乙)由本身之結核性病竈而傳染 (一)由血傳染 結核菌由肺,枝氣管淋巴腺等處之損害區而入血,然後至副睪(精腺冠)或睪丸或前列腺(膀胱底腺)而生結核。

(二)由腹膜傳染。膀胱,精囊,輸精管,輸卵管等與腹膜有密切之關係,故結核常由該膜而延至生殖器。

(三)直接由他器竈蔓延而傳染。若腸及直腸生結核性潰瘍,與男子之膀胱或女子之子宮粘着,致結核病直接蔓延;或成癥。更有脊椎患結核而蔓延至腎者。

(丙)外來傳染 結核菌能由體外而入尿生殖系統,然此類受染不常有。尿生殖系統結核病患者多數在二十至四十歲之間,男多於女,其比率為男三女一。

尿路及生殖器一受侵,則大概病勢蔓延甚速;或由腎循輸尿管(腎膀胱管)而達膀胱底,或由輸精管至精囊,更有由淋巴管及血管而蔓延者。欲斷尿生殖系統之是否患結核,有檢查尿內含結核菌否之一法。惟檢查時僅據顯微鏡及染色法二者不甚可靠,蓋陰莖包皮內常有包皮垢桿菌 *smegma bacillus* 與結核桿菌相似,故宜用導尿管取尿檢查。最妙以尿接種入天竺鼠之體,若尿含結核菌則該鼠三星期內必顯結核狀。睪丸及精囊雖或有結核病,然由精液中查得結核菌者則未之聞。

腎結核病 患全身性結核病時,腎受累者時有之,顯散列之結核。又患肺結核病時,腎受累者亦不少,顯數結核或腎盂炎 *pyelitis*。腎之原發性結核病亦或有之。腎結核病大多數兼累及盆及輸尿管,有時更累及膀胱及前列腺。病之重而病期已晚者,每不易審定該病究係由膀胱前列腺或精囊等上延至輸尿管,抑或由腎下延者。依余之意見而論,則大多數係由

腎下延，而其致染則由於血循環。患此病者以在二十至三十歲之間者為最多，女多於男。病之早期由腎錐體（筭）及腎蓋（小盾）而起，組織變死及乾酪樣變進行甚速，結核之羣遍佈腎錐體而延至腎盂之粘膜；自病起即係結核性膿腎又名結核性腎盂積膿 tuberculous pyonephrosis。僅一腎受累，或一腎之病勢較他一腎重。剖屍檢驗時，兩腎大概皆變大，有時一腎全然被毀，變成一羣囊，內含乾酪樣質，質內或有石灰。有時則盂壁增厚，且有乾酪樣變，腎錐體被蝕，則乾酪樣粒散佈該器官全部；甚或延及腎被膜，致該被膜變厚而與腎粘着。然他一腎之病勢常較輕，僅顯腎盂炎或一二腎錐體顯表面性組織變死。輸尿管常增厚而粘膜潰爛，且有乾酪樣變。男子之膀胱、睪丸及精囊受累者亦不少。

症狀 腎結核之症狀為腎盂炎之狀，尿或含膿至數年之久而患者無所苦。即在膀胱受累之前顯小便頻數，常致誤為膀胱炎。小便頻數之故，一方面因病起前預顯之尿量增多，一方面因腎病之反應刺激膀胱，而其主要原因則為膀胱底三角處發非結核性炎也 non-tuberculous inflammation。小便頻數係最早顯最恒久之症狀。尿絮含血常在病期中發顯。有時一側腰部作鈍痠痛，此或為病之初狀。此病或纏綿多年，而對於身體之康健或無甚妨礙，且能治癒。至於症狀增重，兩腎皆受患，全身症狀較明顯，則有不規則之發熱、寒戰、消瘦、虛弱等症狀。兼患全身性結核者甚多；兼肺結核者較少。余曾見一病案，其囊穿破，致成致命之腹膜炎。

施檢體法，或可探得腰部一側覺痛；從腹前深按，或能扪着其腎。惟此病致成大腫瘤者甚少；間或腎盂擴張至甚大，然較諸結石性腎盂炎之盂擴張則此病所顯者實少甚。尿之變異與尋常結石性腎盂炎所顯者相同，內含膿細胞、上皮細胞及乾

酪樣粒等,且常顯酸性反應而含蛋白質,惟含管型者不常見。尿中之結核菌可按法查得。

診斷 腎結核病與結石性腎盂炎 calculous pyelitis 不易辨別。出血,此兩病皆有之,惟結核病之顯出血者,決不如結石性腎盂炎者之多。診斷此病有四要法: (一)探明結核性病竈,如在辜丸等處者; (二)查尿渣之有無結核菌; (三)用結核菌素試驗法; (四)用膀胱鏡檢查術及導尿管術。

腎上腺結核病詳阿狄森氏病篇。

輸尿管及膀胱結核病 此則屬原發性者甚少,幾皆繼他處之結核而起,而以繼腎盂結核者為最多。膀胱無明顯之原由而發炎,每可疑為結核病,宜細查腎,辜丸,前列腺等處。此病有時隨腎盂腎炎而起,或伴前列腺及精囊之原發性病而發。膀胱後壁之原發性結核,有時與膀胱結石病相似。

前列腺及精囊結核病 尿生殖系統之結核病每多累及前列腺(膀胱底腺)及精囊。用指由肛門捫前列腺葉,則覺該處有大小不同之硬小結,大如蠶豆,小如青豆。膀胱過敏,易受刺激;施導尿管術,則大痛。原發性尿道結核病極少,與尿道狹窄相似。

辜丸結核病 此種畧為常見之病或為原發性,然繼他處結核而起者較多。二歲以前之小兒患之者不少,且或有在胎內患之者。嬰兒患此,每甚危重,多兼他處結核病。最初受患之處,成人為丸內之質,小兒則為丸之白膜。結核不常顯乾酪樣變質;有時或顯若干胚樣細胞,故或似肉瘤(癌) sarcoma。辜丸結核每易與梅毒混淆,惟梅毒則辜丸體受患者最多,痛較輕,而丸之外形尤顯小結形,且不規則。腹膜結核之潛伏者,時或可由辜丸生結核而斷定;蓋此兩病之相伴而起者不少也。此病有時可完全復原,有時或變成全身性。

輸卵管卵巢及子宮結核病 此三處之結核病以輸卵管患之為最多。管增大，管衣增厚，顯乾酪樣結核質，輸卵管繖(纜)與卵巢粘着。有時延及子宮，或致成結核，又或為腹膜炎之始點。卵巢(卵巢)結核多屬繼發性。子宮結核極少，每與肺結核有關係。胎盤結核則畧多，每由身之他處結核病而起。

(九) 乳腺結核病 TUBERCULOSIS OF THE MAMMARY GLAND

患者大多數為女子；凡四十病案中，男子僅一人。四十至六十歲之間患此病者最多。乳腺堅而成癭，乳頭內縮，所顯之癭及潰瘍望而可知為結核患。更有生結核性膿腫者。腋腺相伴受累者佔三分之二。此病屬慢性，纏綿數年或數月之久。

豫後不甚危，荷能將病根除去，可望痊癒。患肺結核病，乳腺或過長變大；此係慢性結締組織炎所致，而非結核性，已詳前肺結核病篇他器官所顯症狀章。

(十) 血循環系統結核病

TUBERCULOSIS OF THE CIRCULATORY SYSTEM

心肌 患急性全身性結核病時，心肌或生粟粒形結核，惟成乾酪樣塊者則少。

心內膜 凡剖驗慢性肺結核病屍二百十六具，有結核性心內膜炎者得十二。

動脈 大動脈之原發性結核極少；此則大概係被外來之結核菌所侵而起。動脈結核大概因於鄰近器官之結核蔓延所致，例如肺結核之患處動脈每閉塞，動脈壁生結核，成乾酪樣質而軟化，或破裂而出血。血管受結核所侵，則結核菌遂入血循環；例如結核菌入靜脈而散佈，致成粟粒形結核是也。

(十一) 結核病之豫後

結核病之豫後共分五類：(一)受染後自癒，而受染者一無所知。(二)甚輕之受染，畧顯輕症狀，移居換空氣或施特別療法，數月後即癒。(三)顯肺病之特徵，施療治後即完全復原。(四)甚廣闊之局部性病，且成窩，療治後病勢停止，病者存活多年。(五)受染後無論如何療治，絕無生望。由此觀之，則結核病之豫後未必皆危；淋巴腺結核及骨結核兩者，其自癒之趨向較肺結核尤有望。

凡判斷肺結核之豫後，其佳兆如下：早定診斷，家族無結核病來歷，病者身體素健，消化良好，處境順適，病潛伏，發熱不高，肺之變質不廣皆是也。又病起時即顯胸膜炎者，病程延長而較有望。屢屢咯血者不佳。結核病既成之後，經過中每有症狀退，熱減，身體漸健之間期，然數星期或數月之後或又增重。肺結核之時限極無定；平均計之，大概在二年左右。

結核病與婚嫁之關係 (一)淋巴腺或骨曾患結核病而已痊癒者，或無碍婚嫁；所生子女，或亦全健無恙。雖來日方長，預言不易，然此等家族中，後之患結核病者必較多。(二)至於曾患肺結核，雖已痊癒，則是否應行婚嫁之問題甚不易決定。

大概男子身體壯健，處境順適；家族尚無酷烈之結核性來歷，則似乎不妨婚娶。對於婦人，則因有生育問題之故，似宜格外注意；倘僅有局部性損害區，無結核病來歷，身體強健，嫁後或可生計順適，則或可嫁；然若家族有結核病來歷，身體不甚健，胸廓舒張不足，則實不宜出嫁。(三)若病未癒，發熱，且有結核菌者則萬不可婚嫁。

(十二) 結核病之預防

普通預防 (一)對於一般人民，當施衛生教育法；醫士宜創設衛生會等，用資勸導人民之注意衛生及如何衛生以免結

特殊傳染病

核病。(二)醫士遇患肺結核者,應報告地方衛生所,俾得妥善之待遇。(三)宜注意房舍之建築;地方衛生警察所宜巡視窮民屯集之處,禁止一切不合衛生之習慣。(四)地方衛生警察所宜禁止隨處唾痰,檢查牛乳商及屠商,查明患結核病之病人而送入醫院。(五)省、縣、市、鄉皆須建設結核病醫院,分別療治可癒之病人,留養不可癒者;並設施藥局發藥。(六)宜毀除患結核病者所唾之痰,如置火中焚去之是也。

個人預防 防範孱弱之小兒爲最要事項。凡小兒之父母曾患結核病或其家族有結核性來歷者必須小心養育,嚴防各種卡他病。又須注意咽鼻之情況;一見呼吸由口或咽之鼻部不通,即須細查是否有淋巴增殖病。須服毛織物,常居室外空氣清暢之處,不可居於湫隘之室。清晨及臨睡宜以冷水巾抹胸頸,以防易於傷風。起居飲食必須有定則。食物必須用清淡滋養品,多飲牛乳,惜此類小兒每厭食脂質耳。逾年稍長,則須習體操,勤運動。至於職業,則以能多吸新鮮空氣者爲宜。

檢查與結核病者有交往之小兒亦甚重要。可疑似之小兒有四類:(一)雖無局部損害,然飲食不足,貧血,發育不全者,此類之弊僅爲營養不良。(二)是胸腺性並淋巴性狀況 *thymolymphatism* 且強半顯腺樣增殖病及扁桃增大者;此類或不顯貧血,乃顯胸廓矮小不正,其淺淋巴腺並或腫大。(三)顯然淋巴腺增大(多在頸部)者;或因咽部或病齒所致,抑實爲結核性,匪易斷定。(四)顯指明肺局部損害之物理徵者,然於早期証明該損害果否爲結核性,良非易易。

小兒雖僅患微恙,亦必謹慎看護;若在熱病之恢復期,務宜防範傷風;魚肝油,鐵劑,砒劑皆可服。防範咽部極爲重要;增大之腺扁桃及咽鼻部淋巴增殖病則宜割去。

(十三)結核病療法

自癒 局部性結核每能自癒，此類受染大多數不顯症狀而癒。淋巴腺、骨、關節等結核多有自癒者。肺結核有時亦然惟肉芽性物與炎區必須成療性組織，及乾酪樣質小區界成石灰性變，方可視為痊癒耳。若患結核之處為纖維組織所包，而結核質未變，則僅可視為休止，不能視為痊癒。若已成窩，則實際決不能痊癒，僅能於周圍生纖維組織而縮小耳。無論因何病而死，剖屍檢驗時，顯結核性損害區癥痕及休止之結核者多有之。德國一醫士嘗剖驗屍五百，其中患肺結核癒後留有損害區痕者百五十具。

普通療法 療治結核病，係一補養問題。消化作用及同化作用（即食物成組織之功用）二者，有操縱全局之權。苟能使病者肥胖而且壯健，則局部結核性損害區儘可期其自癒。療治之道有三：（一）使病者飲食周備，起居暢遂，無憂無慮，俾補養之功效得達最高之點；（二）設法治其結核患，如局部治法及全身治法等；（三）減輕症狀。

空氣療法 又名**戶外療法** Open-air Treatment。新鮮空氣對於治療結核病，功效甚大；醫界曾為實地試驗，證明其功效，接種結核於兔身，囚之於暗濕之處，其死甚速；任之奔竄於空暢之處，縱不全然自癒，所患之病亦必甚輕，此即新鮮空氣之功效也。

人類亦然，若患結核病而仍恒居室內，是猶兔之見囚於暗濕處也，病必日以增；露居戶外，受陽光，吸空氣，是猶兔之逸游於空暢處也，病可日以減。空氣療法要在移居空氣鮮足之處，可在私宅施行，亦可在衛生院中行之。

（甲）**私宅空氣療法** Treatment at home。患此病者大概不入結核病醫院，空氣療法即在私宅施行。凡施此治法，以在鄉村高曠之處較城市為佳。然若無移居鄉村之機會，則在城市亦

未嘗不可施行。病者如能居於戶外最佳。倘發熱宜臥靜養臥室宜多窗窗門咸開，使空氣流通，即大風烈雨亦勿閉。天氣晴爽則宜設榻於園圃庭除空氣鮮暢之處。若天氣寒冷，僅須多施衾褥即無礙。縱或顯咳嗽發熱，出冷汗咯血等症狀，亦無礙。夏季宜每日居室外十一二小時之久，冬季則七八小時。夜間臥室必須開窗以通空氣。中國炎夏過熱，日光太烈之處不可居，日間宜居於涼爽之處。冬日寒風過大，則可以屏風等爲障以蔽之。結核病發熱者或須居戶外數月，體溫始能如常。

(乙) 衛生院療法 Treatment in sanatoria. 歐美各國每擇合宜之地多設衛生院，此等院中之章程及療治病者之規則皆極嚴肅，故功效甚昭著。近年各處衛生院之成績，口碑載道，中國政府亦宜注意於此。省、縣、市、鄉皆宜依各該地方財力之多寡建設病院，俾窮苦之民無力延醫治病者得受正當之療治。

(丙) 水土療法 Climatic treatment. 使病者移居適宜衛生之地；凡具 (一)空氣清爽，(二)寒暑適中，(三)天日晴朗三環境者，即爲治結核病之樂土。總言之，體不甚瘦者宜居高阜，體瘦且病慢兼肺氣腫者宜居海濱。寒地亦多見功，更有宜居山中寒冷之處者。屋宇飲食之適宜亦係一重要問題，惜病人之財資各有定限，不能一一如願耳。然僅一肺炎有患，無家屬結核性來歷，且身體素健者則行戶外療法已足治癒此病，願不定須移居也。惟兩肺皆受惠，或已成窩，則不易醫治，應遷居溫和之地。

結核性損害區治法 共分三種：(一)特別療法，(二)飲食療法，(三)藥療法。

(一) 特別療法 Specific Treatment. 苟與症狀適合，則結核菌素療法 tuberculin treatment 固有極大之功效，可無疑議者。然欲決定病之種類而施以適合之結核菌素，實非易易。結核菌素 O, tuberculin O₁ (T.O.) 及結核菌素 R, tuberculin R, (T.R.) 係科什

氏之新舊兩配製法。鄧內氏之結核菌素 Deny's tuberculin, bouillon filtré, (B.F.) 以及科什氏之結核菌乳劑 bacillary emulsion, (B. E.) 等可用能顯反應之最小劑量注射入體,每劑二千分之一克至千分之一克 (1/2000 or 1/1000 mgm),隔一二星期後再注射。

迨前次注射之劑不足致有反應時,再將劑量逐漸增加。此等菌素可用於不發熱之病人。

近今英醫 Dreyer 用藥去結核桿菌之脂屬外層而後將此菌接種,其效似乎顯著。

(二) 飲食療法 Dietetic Treatment. 結核病之豫後與消化作用有密切之關係。若病者恒有胃病,則瘵者甚鮮;為醫士者須深知消化管對於此病有操縱豫後之勢力,早顯之惡心及食慾不振每係極難除之障礙,有許多病人每每厭食;此則移居調換空氣或航海出游,多能使胃口復原。若此二者皆辦不到,而病者發熱,則須臥養終日居戶外空氣鮮足之處。依一定之時間,輸流飼以牛乳,肉汁,蛋白等品;若乳蛋不消化,則可飲乳酒 koumyss。有時或須施過度滋養法 over-alimentation 及強飼法 forced feeding。其法先用涼水洗胃,繼則用此洗胃筒灌入牛乳一立,蛋一枚,牛肉細粉百瓦等製成之調合品,每日三次。有時病者或肯自嚙此調合品,不須用筒灌,則每次所食不必太多。生蛋對於過度滋養法甚適宜,可於兩餐之中間食之,每次一枚,每日三次,後可逐漸增加至每次三四枚。生牛肉亦甚佳,日食三次,每次半磅,或作餸或作湯均可。有時病者之消化作用未受擾,則可食尋常食品。空氣療法對於開胃口助消化,功效非常神速。

所用之藥必須注意,不可用擾胃之品。治咳嗽之糖漿藥,魚肝油,木焦油(幾阿蘇),次磷酸鹽(硫下礬)等藥有時能惹胃,致阻礙消化作用,損大益小。苦味補劑之和酸者及各種麥芽精劑 malt preparations 則常甚有益。酒類不宜用,惟在病之晚期體

溫低者則早晨八時至十時之間飲威士忌酒和牛乳或和牛乳及蛋甚佳，飲紅葡萄酒少許亦佳。

(三) 運動身體 Exercise. 病者發熱時，以靜臥為最相宜。運動身體祇宜在不發熱時行之，且須十分緩漸。運動之後，體溫每增。韋忒森氏發明一種等級運動法 graded exercises (即分別等級逐漸依序運動之法)甚有佳效，蓋運動身體，能發生一種自身接種 auto-inoculation 之作用，此接種作用之大小可以用肌力之量操縱之。檢查病者熱度之升降，體重之增減，唾痰之多少，消化之良否等，即可測度進步如何。發熱之病人係自身接種作用過度者，故欲減輕此過度之作用則宜臥床靜養，禁止一切須動之事，此係一減輕發熱之良法。迨熱度一低，則療治之要件係由運動身體而激發此自身接種作用。韋氏以為此作用之效力與注射一劑結核菌素相等。彼所發明之等級運動法對於衛生院之病人甚有益，功效昭著。

(四) 使胸膜腔積氣以止肺動 Immobilizing the Lung by Induction of Pneumothorax. 用一細空針，導引無菌氮氣 sterile nitrogen 入胸膜腔，最妙用一特別器械之有水量測壓計 water manometer 者，以便射入一定之量。初則射氮氣二三百西西，後則可逐漸增至五百西西之多，或日射一次，或隔一日一次，至肺全然收縮及胸膜腔內壓力等於水五至十釐為度。此法在歐美極盛行，對於一定之症候甚有佳效。然有時不妥，蓋能致咯血，滲出漿液，胸膜生膿等患。且其施治法之期過長，每隔一二月胸膜腔內必須再用氮氣灌滿之也。

(五) 藥療法 Medicinal Treatment. 藥品對於結核病有專治之效者未之聞，故藥治僅能助身體之滋養，增其抵抗力，使體組織不易受侵耳。下列各藥係對於以上所述之作用最有功效者。木焦油 (幾阿蘇) creosotum, 可作丸用，或以膠壳包之，或用之

和豆蔻酒 *tr. cardamom*, 每次一量滴,每日三次;果有效則劑量宜逐漸增加,至每次八滴或十滴。炭酸木焦油(幾阿蘇碳礬) *creosot. carbonis* 及乖阿可耳(怪阿寇) *guaiacol* 等亦可用,或口服,或注射。

魚肝油:對於淋巴腺結核及骨結核,滋養功效甚大,對於肺結核則其功效較遜。宜用小劑量每次一錢 (4 cc), 每日三次,飯後服。此藥對於小兒,功效較大。發熱及胃急者不可用。若病人不能消化此油,則可用乳皮代之,每次一匙,每日三次。次磷酸鹽類 *hypophosphites*;常用之劑為鈣鈉鉀之次磷酸糖漿,或和魚肝油,名乳白魚肝油。此藥僅有滋補功效,對於結核病並無專治之效。

砒 Arsenic; 對於結核病,砒溶液 *liq. arsenicalis* (Fowler's solution) 為補劑中最佳之品,每次五量滴 (0.33 cc), 每日三次,劑量逐漸加大,每連服三四星期後,必須間歇一星期。又若有不愉快之症狀發顯,則須停服。近來有注射臭砒基酸鹽類(卡可地利礬) *cacodylates* 入肌,以治常隨結核病而起之貧血者。

特別症狀之治法 (一) 發熱 結核病之發熱最難治,病者宜靜臥,日夜居戶外空氣鮮足之處數星期。若熱度在百度半上,則務必靜臥。早期之發熱,無論其為稽留性抑或間減性,皆可試用貴林小劑量,狄吉他利(毛地黃)及柳酸等,惟功效無定。大劑量之貴林畧能減熱,惟此等有力藥之劑每足擾胃,故不相宜。安替派林及阿西坦尼利 *antipyrin and acetanilid*, 宜謹慎用之。凡發熱至百三度上者,則當用冷水療法或溫浴漸加冷水法。當肺之損害區變軟,發熱,作染膿菌狀之際,則更不易療治;此則大抵每一晝夜熱度過高之際不過八至十小時。有時在發熱增高之前,用阿西坦尼利每劑二厘 (0.13 gm), 每一小時服一劑,連服三四小時,則可止發熱或改輕其熱陣。如發熱

特殊傳染病

增高之際在午後二三句鐘時，則宜在午前十—十二句鐘或午後一句鐘服阿西坦尼利。當發熱正高之際，可用冷手巾擦四肢半小時或一小時之久，甚妙。貴林對於此類發熱無效，柳酸更無用。

(二)出汗 治盜汗之法，服阿忒羅品百二十分之一厘至六十分之一厘 atropine 0.0005—0.001 gm 及大劑芳硫酸 acid. sulphuric. aromat.，最有功效。若咳嗽及睡不安枕，則可用嗎啡八分之一厘 (0.008 gm) 和阿忒羅品服之。在臨睡時，亦可服樟腦酸十厘 acid. camphoric 0.65。病者須著不甚厚之絨睡衣，因棉睡衣若被汗淋透則有不爽且冷之感覺。

(三)咳嗽 若咳嗽不甚困苦，夜間不攪睡，不致作嘔，則不必設法阻止。枝氣管被惹，可用吸藥類，如安息香酒或薄荷腦，木焦油，松香油等製劑。咽部須仔細檢查，蓋肺結核病所顯困苦之咳嗽，每為喉蝕所致。最困苦之夜咳每在病者將欲睡着之際發作，此則每宜用鴉片劑；可第印四分之一厘至二分之一厘 codein 0.016—0.03 或可第印糖漿一錢亦可用。又方，用嗎啡八分之一厘至六分之一厘，淡氫精酸二三滴及西洋郁李糖漿一錢所製之調合劑 morphin 0.008—0.01, ac. hydrocyan. dil. 0.15 cc., syr. prun. virgin. 4 cc 亦甚佳。哥羅芳酒 spt. chloroform. 或哥羅芳及鎮靜藥之合劑於將睡之際服之，亦效。用反感刺激藥(外激內效藥)或貼熱糊藥，有時亦能止咳。減輕晨咳，可飲熱牛乳或熱水一杯，加重碳酸鈉十五厘 sod. bicarb. 1 gm. 病之後期或窩時，必須睡出積痰，故多耗氣力；平咳藥如嗎啡及氫精酸等，宜慎用，蓋過於止咳，則未免有積痰之弊也。服芳銜酒大劑 spt. ammon. aromat. 有益無損。若痰多，則可服木焦油或吸松香油及碘蒸氣。欲止難嚙之困苦，可用可卡印十厘，硼酸五厘，和甘油及水一兩抹之 cocain 0.6 gm., ac. boric. 0.3 gm., glycerin et aq. 30 cc.

(四)腹瀉 可服鉍藥及複劑吐根散(衣必格雜散)合劑 bismuth. et pulv. ipec. co. 或用飯湯或和鴉片注射直腸。又服鉛醋鴉片丸 pil. plumb. c. opio 有時甚效。又方,每次服稀醋酸十至十五滴,嗎啡八分之一厘,醋酸鉛(鉛醋藥)一二厘 ac. acetic. dil. 1 cc., morphin 0.008 gm., plumb. acet. 0.1 gm.

(五)咯血 治法見肺病咳血篇。病之後期呼吸困難重時,可慎服銣劑及嗎啡等。若胸膜炎之痛酷烈,可於胸傍貼合口膏藥,以制其呼吸時之動,或抹藥酒。消化不良症狀宜謹慎調治,蓋結核之豫後良否全恃胃之作用如何以轉移也。甘汞及重碳酸鈉小劑量 calomel and soda 能止早期之乾嘔。

對於療治結核病,余敢對於世界行醫者作一忠告:吾醫界對於預防及療治此惡病,已爲之事雖甚多,然未爲之事亦復不少,早定診斷,對病施治,改良窮人之社會情況,合力合資以組織地方及國家治結核之病院,此吾輩爲醫者之天職也,凡我同人,慎勿忘之。

(乙)由非細菌性的菌所致之病 絲形菌病

NON-BACTERIAL FUNGUS INFECTIONS—THE MYCOSES

有數種傳染病係由一族絲形菌或名線形菌類者所致,如放線菌(菊形菌) Actinomyces,分枝絲菌(枝絲菌) Cladothrix (Streptothrix), 纒毛菌(細絲菌) Leptothrix 等所致之病概名絲菌病或微菌病 Mycoses. 茲擇其要者,分論於後。

(一)放線菌病或名菊形菌病

ACTINOMYCOSIS

定義 此係一種慢性傳染病,由放線菌 Streptothrix actinomyces 所致。

原因 此病牛羊患之者甚多,豕亦患之。英美較德國爲少。男子患之者,其數幾較女子多三倍。無論人畜,患處之膿內有不透明之黃粒,此即致病之寄生物,直徑半至二程,爲點及放射線(輻形絲)所成。線之遠端

特殊傳染病

粗，近端成蒂，頗似菊花瓣，故又名菊形菌。當粒甫成時，色灰而半透明，線末不粗，此寄生物可培養，亦能接種之於畜體。

傳染情況 病獸之肉及乳，尚無直接傳染人之據；此菌之在身外者，亦未曾見。然大抵係由食物而入體，染處多在口或其鄰近處，人畜皆然。麥類大約為攜帶此菌之媒介。

病理解剖 初係將生小結（疣）處鄰近之細胞掃滅並吸引白血球，圍則四圍之細胞多生而成小結，繞小結之結締組織或亦過長，終則成膿。

類別 (一) **累消化管** 腐牙之腔內，或可察見此菌；在人多累牙槽，面之一側腫，下頷骨或顯慢性增大，畧似肉腫瘤（疣）。舌有時受累而生小結。腸之受累或為原發或繼發不定，最常受累之處為盲腸及蚓突。肝受累者較少，多繼腸患而起，生似蜂窩之膿腫。

(二) **累肺** 此係肺之慢性傳染病，其殊狀為咳嗽，發熱，衰弱及咯粘液膿或有臭氣之痰等。肺之受損處每僅在一側，共分三種如下：(甲)枝氣管受損，每似慢性枝氣管炎，惟痰內有放線菌足以區別。(乙)肺有播散性菌小結，每似粟粒形結核，然其小結係此菌集聚而成，外包肉芽組織。此類肺性放線菌病牛多患之，先累及下頷部，繼則及肺。(丙)肺之受患較重，顯枝氣管肺炎，結締組織改變及膿腫等，繼則膿腫成窩。病者未死時，該窩無可察知。他器官有時亦繼肺而受累，如脊椎，肋骨，胸骨等潰爛，皮下長膿腫，遍體生繼發性小結皆是也。

症狀 為無規則之發熱，多因生膿所致。咳嗽係一要狀，痰內含菌。患此病死者多顯膿毒狀。病之時限約十閱月。臨診徵狀多與肺結核及惡臭性枝氣管炎相肖，惟驗痰即可區別。慎勿以變壞之上皮細胞或口上皮內列成放射形之他放線菌誤認為此菌。

(三) **累皮** 皮之受累者，強半在頭及頸。頰，舌，咽有時亦受累。病性甚慢，似皮結核病，生小結化膿而潰爛，經年不愈。

(四) **累腦** 腦或受累，狀似腦腫瘤，或原發或繼發不定。有一病案腦有繼發性膿腫，其膿含此菌。

診斷 此病實為慢性膿毒血病，惟在膿液內有無放線菌而定。其患或能轉移，一如膿毒血病及惡性腫瘤。然常為局部性膿病，致該處之骨及他組織潰蝕。

治法 多屬外科，與治膿毒血病同。剖其膿腫而去其死組織，且施灌洗之法。碘化鉀大劑量甚有功效，如每日服四十至六十厘 (2.5—4 gm)。用X光療治皮患，亦殊有益。

(二) 芽胞絲菌病

THE SPOROTRICHOSIS

定義 此係一種慢性傳染病，顯外皮及內部之損害，因芽胞絲菌類孳生所致。

病史 二十年前，在美國曾見一病人患手潰瘍及前臂硬變。迨經現克氏考驗，始知其病組織含分枝之絲菌，且雜多芽胞 spores，因名現克氏芽胞絲菌 *Sporotrichum schenckii* 經此番查明後，各地辨認此病者為數甚多。上海前年曾報告此病。

寄生物 寄生物在病組織及膿內，為短桿形，長約四微米，寬約二微米，在培養基內，則長成絲而生橢圓之芽胞。其入體多因偶然受染，五穀稟質或係其介紹。此菌之生理，頗與細菌相似，在體內亦能生毒素，且激動組織而使之發生特別之拮抗素。曾經試用病者之血清而知其有凝集此菌之反應。

類別 今已查明之四類病情如下：(一) 身體數處之皮下組織生小硬結，畧似播散性梅毒腫瘤，小結腐敗成小膿腫，卒潰為瘡。(二) 潰爛處似皮結核，多顯於手與臂，時或顯於腿或軀幹。(三) 損害在定處為小硬結，惟小結面潰蝕。其患或由淋巴管散佈，而累該處之淋巴腺，故有時沿臂或頭旁發生多瘡。(四) 有時外皮粘膜成潰瘍，肌生似梅毒腫瘤及潰瘍性骨髓炎 ulcerative osteomyelitis 此病罕延及內器官，惟曾覓得此寄生於腎盂積膿者。病性甚慢，每纏綿一兩年。窒礙健康甚微，但有時致人貧血。多無熱狀，惟病急者或有之。

診斷 與結核、梅毒及放線菌病之區別在用培養基養此菌，及驗以凝集芽胞之法。

治法 屬外科，然服碘化鉀有大效。

(三) 土壤分絲菌病又名挪卡德絲菌病

NOCARDIOSIS

此菌畧似細菌，又似絲狀微菌(線菌) hyphomycetes，有分枝之絲及分生子 conidia。所致之病，症狀多類肺結核，即肺生小結及有乾酪樣變之處是也。亦有致腦生膿腫者。診斷法與上病同。

(四) 卵狀菌病即釀母菌病

Oidiomycosis, Blastomycosis

有一種傳染性皮炎，美國有之，其寄生物為球形或長圓形之萌芽細胞，亦能生菌絲 mycelium。所致之損害為肉芽腫而似結核，多累面皮；損害或衆多，腫或潰而成大瘍；間有累肺及他部者。繼起腦膜炎者亦有之。肝、脾、淋巴腺等亦曾覺得灰色之小結。病期長久，經綿多年。診斷，在以鏡驗其小膿腫及組織片。患在局所者或能就痊，肺及內器官受累或皮害過甚者殞命。治法，烙術，割剝術，X光線療術及碘化鉀內服皆可試用。

中國的枝氣管卵狀菌病又名肺釀母菌病 Bronchomoniliasis or Pulmonary Blastomycosis in China (潘氏及寶氏 Pantin and Braffadt).

中國福建省山地中之種茶區域，有若干患咳血者，並無其他肺結核病之症狀，頗可致疑。後經詳細研究，查得此等病者中大多數之致病原因係枝氣管粘液膜被一特種卵狀菌或釀母菌 monilia or blastomycetes 所侵。Castellani 及 Chalmers 兩氏在其所著之“熱帶醫學簡篇”中謂此為枝氣管卵狀菌病或枝氣管釀母菌病 broncho-moniliasis, broncho-oidiosis, broncho-endomycosis, broncho-blastomycosis, 發見於印度及其他遠東地域；據兩氏之意見，錫蘭地方極多見之一種咳病名“製茶葉廠咳” tea-factory cough 者，或亦係此病”之一種。然而枝氣管釀母菌病，則一般人均不以為係中國常有者也。

甘肅雖非種茶地域，然亦有此病；並見一外國人患之。由此推想，則此病不僅福建省種茶之山地有之，甘肅省不種茶之平地亦有之；不僅中國人患之，外國人亦患之。此係一般醫界頗可注意之點。

症狀。咳嗽，唾血(或咯血)；此後若干時，則消瘦並虛弱。其咯血之量及色，頗有異同；或僅早晨唾一口畧有血染之痰液，或多至鮮紅痰液一茶碗。多數病者，其症狀為咳嗽及咯痰而非咯血。且多數為老年及中年婦人。痰極多，頗污穢，色老黃而惡臭。臨診既多，即不用顯微鏡，亦能斷定其為此病。此病有時或變成全身性，於是身之各處或痛，脾及淋巴線或增大，而皮膚亦顯症狀。

診斷。必須與結核病判別明確。由痰內查出該菌以定診斷。在新唾之痰內，常可察見芽胞狀之圓形或橢圓細胞，長約四至六微米；常顯雙外膜；或單獨，或有其他菌組織物為伴(此較少見)。此菌呈革蘭氏陽性。

治法。可服碘化鉀，每劑十至二十厘(0.65—1.3)。此藥對於中年及老年病人頗相宜，惟少年則服後頗顯精神委頓(抑鬱)。病之痊癒甚速，咯血減，粘液咯出，而肺內之菌亦隨粘液被驅出。若不早就醫則豫後不佳。

痰內間有他種菌；曾見一種光明橘紅色者。初在病者胸前之錢癬ring worm內查出，繼見於二乳頭狀腋膿腫內；此膿腫與錢癬由淋巴性炎之道而相通連。再後，則肺亦受染；此則或係偶然之事，蓋彼時病者適患極急性之枝氣管炎也。更後，則右肘節隨發急性滑膜炎，然未作膿。此一病人之痰為光明橘紅色，內含白色芽胞房及甚多之菌絲。

上述常見之釀母菌，有時似乎預為結核桿菌開侵肺之路者然；但結核病已成而兼有此菌者，則從未曾見。枝氣管釀母菌病之物理徵，常與初起結核者相似，而尤以兩肺尖及兩肩胛處為然。

(五)足分枝菌病(馬都拉足病)

MYCEOMA (*Madura disease of foot*)

此病多見於印度，他國較少。常係累足，足大腫，生小結及成多數膿腫，膿腫汁含直徑一絨之小粒，粒色每黑，有時或黃或棕；粒色淺者，曾覺得鏈絲而畧似放線菌(菊形菌)，粒色黑者，所長之絲似黴菌(帚形霉) *aspergillus*。病起為肉芽腫 *granuloma*，常在足底而致足腫，腫處漸軟而他處腫漸生；足乃龐然腫大，為狀極醜；有許多瘻管經骨間而流粘液膿，內含殊特之粒。

治法。用X光線療之，或注射銻劑於靜脈內嘗有效。有時在早期須截除該瘤，在晚期須截除該足。

(六)黴菌病又名葱球菌病(帚形霉症)

ASPERGILLOSIS

肺黴菌 *Aspergillus fumigatus*。此寄生物首由肺查得，其廣衍於人之外耳道(耳外管)，鼻內及咽內者每不為害。在禽類，牛、羊間或犬類，此菌有時損害其肺，而似肺結核病。近知人之受染者亦不少，而飼鳥及理毛者為尤常。病之襲人，大半係繼久患肺炎而起。亦有為原發性者；此則似心氣管肺炎，進而致組織死及軟化，甚似肺結核。症狀一如慢性肺病，咳嗽發熱；有含黴菌之痰。由其芽胞之特狀甚易辨認。嘗有患此病者，在十二年之內，每隔二三月咳出一種灰色之團，大如小豆，常由艱辛之咳而出；驗之以鏡，則知其團全係黴菌之絲及芽胞(孢子)所成；患者除咳嗽外無他狀，且頗健康；此係罕見之事。病之強半，豫後不佳。治法與慢性結核病同。

(丙) 由原動物所致之病

PROTOZOAN DISEASES

(一) 阿米巴病 (阿米巴痢疾, 阿米巴性肝炎)

AMEBIASIS (*Amebic dysentery, Amebic hepatitis*)

定義 此係一種結腸炎病,或為急性或為慢性,由痢疾阿米巴(阿米巴又名變形蟲)所致,有致肝生膿腫之特別趨向。

分布 此病在熱帶地方如埃及,印度,中國及斐利賓羣島等甚廣播。歐洲間有散發者,流行性類甚少。美洲較多,其南方尤然。年齡:二十至三十五歲之間最易患此,小兒患之者亦不少。男女:女子較男子少甚。種族:白種人較他種人易受患。

此病多由飲含阿米巴之水及食未烹煮之菜蔬所致。桿菌痢疾見一〇二面。

阿米巴又名變形蟲或又名內部阿米巴 Entameba。有二種:(一)痢疾阿米巴 *Amoeba dysenteriae* 又名痢疾內部阿米巴 *Entameba dysenteriae* or *Entameba histolytica*, (二)結腸阿米巴 *Amoeba coli* 又名結腸內部阿米巴 *Entameba coli*。痢疾阿米巴能致痢疾,結腸阿米巴則不致人病而尋常糞中時有之。痢疾阿米巴之形與白血球畧相似,其直徑較赤血球大三五倍。其原漿(或名原生質)可分內外二層,中有核,受七十五度(二十四)之熱則伸出假足。此兩種阿米巴之異點為結腸阿米巴之(一)原漿不分內外層,(二)核較明顯,(三)受七十五度(二十四)之熱則動緩,(四)核之易染色素較多。痢疾及結腸二種阿米巴皆能外生被膜以自包。包繞類痢疾阿米巴 encysted amoeba 內有四核,乾亦不死,能存活數月之久,誤食入人體,即能致痢疾。包繞類結腸阿米巴較痢疾阿米巴大,內有八核,誤食入體,不致痢疾。包繞之成也,係阿米巴伸出假足成包,繼脫離而成被膜。阿米巴

痢疾之散布，大抵多在包繞之類。此類居病恢復者及健康而帶阿米巴者之糞內，致由食物或水而傳染。常見之原因在帶阿米巴之人。蒼蠅亦可為傳染之媒介。

阿米巴乾則死，無致病能，惟其包繞之類，則雖乾亦有致病能，蓋因有厚膜囊而不易死也。

病理解剖 (一)腸 患處多在大腸或迴腸(小腸下段)。肝常生膿腫。腸之損害區初腫，繼則粘膜死而脫。所成之潰瘍或圓或橢圓或不規則形，邊緣凹陷，瘍淺，成於粘膜下層。若瘍深則達肌層或漿膜層，甚或穿破漿膜。有時密集許多潰瘍，致全腸幾皆受累，或僅累及盲腸，結腸右曲，乙狀結腸，直腸等處。

潰瘍收口時，其底及邊生纖維組織，有時因而致腸狹窄。瘍底及其周圍組織間顯若干阿米巴。有時門(漚)靜脈毛細管內亦有之；由此而累及肝。

(二)肝 肝之損害有二：(一)肝主質有局部性變死散列肝內。(二)膿腫；單獨性膿腫多在右葉，或在凸面近膈之附屬處或其近腸處。多數性膿腫有時作粟粒形，散列肝內無數。內含之物非真膿，僅係綠黃或紅黃之似膿質及血與肝組織相雜而成者。肝膿腫有時穿孔，而以穿孔入肺者為常，次則為胸膜，下腔靜脈(下總靜脈)，腎，腸，胃，心包，外皮等等。

症狀 分輕急慢三類：(一)輕性病疾 Mild Form. 患者初不覺為痢疾，所顯之狀為頭痛，不爽，腹痛，或下稀糞；驗以顯微鏡，則見阿米巴。或變成急性痢疾，否則或致肝生膿腫。大多數病者之特狀為潛伏性。此類病者雖或有阿米巴而不顯何症狀，或祇顯輕而暫之腹瀉；然以後有肝膿腫者却為此類病人。沿巴拿馬運河一帶檢查一般患肝膿腫者，無痢疾歷史者有百分之二十。

(二)急性阿米巴痢疾 Acute Amebic Dysentery. 患者始則多顯急狀,腹痛,裏急後重,大便似血,或雜血粘液;病益急,則大便帶血粘液或兼出死粘膜片甚大。體溫不甚高。患者速瘦,心力衰竭,不及一星期即死。有時腸出血,或潰瘍穿孔,致腹膜炎。此病癒者雖多,而成慢性者亦不少。亦有排出已死之腸粘膜後,尙有其餘潰瘍潰面甚廣,結腸壁變厚而堅,頻瀉,體漸消瘦,終不及三月力竭而死者。

(三)慢性阿米巴痢疾 Chronic Amebic Dysentery. 此病先急或次急,漸次成慢性,其表狀即大便瀉秘輪流,或纏綿半年至年餘。增劇時,腹痛,頻下血粘液,熱畧升。患者不甚瘦,亦不甚苦。病時癒時復。胃口不開,消化作用畧減;若誤食不應食之物即瀉,舌紅滑作似牛肉狀。疾久瘦甚。

併發病及後發病 眼之角膜潰爛,肝及腦生膿腫,大腸穿孔等是(肝膿腫詳肝病篇)。

診斷 與他痢疾鑑別,在檢覓糞內之阿米巴。此痢疾阿米巴與他非致病性阿米巴之區別,在較大,其細胞外層質清而返光,核不甚顯,核之染色素稀薄,運動活潑,內含空泡及白血球;其成包繞者較小,內含四核。結腸阿米巴之包繞者含八核或尤多。可用染色法以助鑑別。每日宜用叩診法查其肝是否增大。若大,則或可疑爲生膿腫;生膿腫時之症狀爲發熱,流汗,寒戰,患處痛等。有時症狀隱而不顯。用探查刺術多半無險;然有時致劇烈之出血而侵入腹膜腔。白血球之多寡無定;按余所檢者,其標準爲一萬八千三百九十之譜;在患痢疾而無何併發病者,其白血球平均直增至一萬零六百。若肺穿孔,則咳出鼓油色痰,中含阿米巴;然急性膿腫之膿無阿米巴;慢性者初次放出時亦無阿米巴,逾二三日則有之。有時可據桿菌痢疾之病起較驟,病性較急,發熱及血中毒之他狀等而與阿米巴

痢疾辨別；蓋桿菌痢疾之大便次數較多而量較少，其糞因含膿細胞多，故作乳白色，而阿米巴痢疾之糞則粘性較大而又雜以變壞分裂之赤血球，故其色灰綠或棕黃。桿菌痢疾之粘液膿塊或有血紋或血點。注射厄美汀後所顯之結果，可為診斷之助。依臨診而論，慢性桿菌痢疾甚似阿米巴痢疾。

豫後 此病可醫癒，但易復發，生肝膿腫者尤危。

預防 最要之點，須知患阿米巴痢疾後，病人每易為帶痢疾阿米巴者；蓋所患之病已痊後甚久，糞內或尚含阿米巴而傳染他人。故在痢疾盛行之地方，凡製食品者（如廚師餅師等）之糞，應檢驗是否有含四核之痢疾。

治法 病者須靜心養臥，飲食宜用易消化品，且少食成糞之物為妥（如乳、乳水、肉湯等可用）。藥治法列下：氫氫化吐根素（氫氫化厄美汀）emetin, hydrochlorid. 為治阿米巴痢疾初期之第一妙劑。縱痢疾尚未查確，試用吐根素（厄美汀）亦無妨。劑量每次半厘（0.02 gm），溶解於當量鹽液，注射肌肉或皮下，每日注射二次，連射三日，再間歇三日，或射五日間歇五日，如此三次可癒。若注射此藥一二日而症狀不退者，即可知非阿米巴痢疾而係桿菌痢疾也。又法，碘化吐根素銻（碘化厄美汀及銻）emetine bismuth iodide 每劑一厘（0.06），每日三劑，包紙或糊殼服之，宜服三十厘或四十厘為度（2.0—2.50 gm）。倘服此劑而致嘔吐，則甯堅忍續用，不宜停服。蓋此藥之力較強於氫氫化吐根素；此能殺包繞類阿米巴，而彼則不能也。吐根素中毒狀：倘注射過度，致大腦急發癱狀。若用之過久，致腹瀉及昏迷而死。剖驗屍身，則有肝腎壞變之狀。

吐根散劑治法 Ipecacuanha. 病者每睡時，服嗎啡或鴉片一劑，腹上部敷芥末，越半小時，則用膠囊或薄紙盛吐根散二十至五十厘（1.3—3.25 gm），以少許沸水送服；亦有用九十厘者。服

後須忍耐靜臥，勿嚥下口涎，而用手巾抹去，以免嘔吐。如此每夜減服五厘 0.3，減至十厘 0.65 爲止。倘越一星期，復覓見有阿米巴，須再如法服之。

灌洗結腸法 Colon irrigation. 急性痢疾因有損害，忌用；急狀退後或成慢病時方可用之。(一) 氫酸銀溶液二千分之一，即藥二厘半水十兩 *argent. nitras 0.16, aq. 300 cc*，熱在百度 $37^{\circ}.8$ ；病者臥床，臀高頭低，以橡皮管緩緩灌入，逾十五分鐘方可擲出。

(二) 坡他戈溶液五百分之一 *sol. protargol. 1—500*，灌法同上。

(三) 硫酸貴林溶液千分之一 *sol. quinin. sulph. 1—1000*，灌法亦同上。預防肝膿腫法 吐根素或吐根散用法同上。

至於銻劑，則不用爲佳；倘注射吐根素後，糞中無阿米巴而僅水瀉者，可用銻劑止之。若腹痛，可用熱布巾緊裹，或貼松香油熱敷布，或坐熱水盆內。

處理帶阿米巴者 亦爲一問題。用碘化吐根素及銻，嘗有佳果；法裝入膠囊，每日服二至四厘 (0.12—0.24)，直服至三十厘 (2.0) 爲度。有人云：先予以瀉藥，至大便通暢時則服藜菴油 *ol. chenopodii* 甚佳；如早六句鐘服瀉鹽一兩 (30.)，早八句鐘十句鐘及十二句鐘各服此油之膠囊劑十五量滴 (一錢)，過午二句鐘服蓖麻油一兩 (三十錢) 及哥羅芳五十量滴。

對於肝膿腫，須速施排液法 (引流法)，並用奎寧千分之一之溶液灌洗膿腫之腔，亦須久用吐根素，與上所述痢疾之治法同。

(二) 瘧又名瘧熱

MALARIAL FEVER

定義 此係一種原動物性病，而顯 (一) 陣發之每日性間日性及三日性間歇熱，(二) 間減之稽留熱，(三) 致命甚速之惡性類，(四) 慢性體質衰憊 (惡病質) 兼貧血及脾增大等者。

有一種赤血球內寄生蟲，由蚊咬而傳入人體，與此病有密切之關係。此病或為地方性，或為流行性，而其為流行性者每因相當之機會而盛行於熱帶地方。凡傳染性病，除結核病外，其播散之廣，害人之甚，無與此病相等者。

病史 據中國之古書而論，則瘧為一種寒熱休作病。“素問”有寒瘧，溫瘧，瘧瘧等名。“刺瘧篇”又細別六經五臟之瘧以及胃瘧等。而“巢氏病源”則又增以癘瘧，勞瘧，久瘧，發作無時瘧等四類。此皆中國古時舊說，以陰陽五行為病理，其立論分類虛謬不確者也。

至於歐洲醫界對於此病之論說，希坡卡特氏分為日發瘧，間日瘧，三日瘧，三類與稽留性熱不同；自此代有發明，不勝詳述。迨千八百八十年，法國醫士拉非蘭氏 Laveran 始查見瘧病人之血內有一種含色體，認為一種寄生蟲，且斷其為瘧之病原。閱五年，高基氏 Golgi 又查明瘧之熱陣，每與此寄生蟲之一羣之生芽胞（孢子）及分裂有連屬的關係。後高基氏又查明三日瘧之寄生蟲與間日瘧者不同。迨千八百八十九年，馬加法華及徹利兩氏 Marchiafava and Celli 又證明瘧之沉重類，其寄生蟲與間日及三日瘧者亦不同。我等今日能知瘧有三類，實為科什氏試驗患瘧者之血之功。科什氏更證明各種動物類所患與瘧相似之傳染質與人類無關，人類之瘧寄生蟲僅能循環寄生於人類及一種蚊類，自此以後，醫界更詳加研究，至今日而確知瘧之傳染質由於蚊之啄人，苟能設法滅除蚊類，使無機會啄人，及看護病人，俾寄生蟲無機會入蚊體，則無論何一地方，瘧可絕跡也。此係羅司氏 Ross 及萬派德氏 Patrick Manson 所曾實驗者。

原因 循環寄生於人類及蚊類之間而致瘧之原蟲（原生動物）屬芽胞原蟲綱又名孢子蟲綱 Sporozoa。現已考查確定者

有三種：(一)致間日瘧者，(二)致三日瘧者，(三)致夏秋瘧(又名惡性瘧)者。

(一)間日瘧原蟲(隔日瘧原蟲) *Plasmodium vivax*, Parasite of Tertian Fever. 當正在發瘧時，取病者之血一滴，覆以玻蓋，四圍塗乏碎林，使勿冷勿乾，查之以顯微鏡，則在赤血球內可見此原蟲最早之形態；色灰白，形圓或橢圓或不規則，直徑約二微米或為赤血球直徑五分之一。當此蟲作變形動(阿米巴樣動)時，最易查見。逾數小時則蟲體增大，作環形，且有微細之色素點。逾十八小時，此細黑色素點益明顯。逾二十四小時，則在色淡而腫之赤血球內，蟲體之色素及假足更易辨認。逾三十至三十六小時，則該蟲之變形動停止。逾四十至四十八小時，蟲體增大，至幾佔此腫血球之全部；而在四十至四十八小時之間，蟲體之色素聚集，蟲則分裂為十五至二十芽胞(或名孢子) *merozoites or spores*。此即所謂分裂性增殖 *segmentation reproduction*。此芽胞排列多作光線四射狀。然此等已長成之間日瘧原蟲中有一種不屬分裂性增殖 *non-segmenting* 者(即指原蟲不分裂而生芽胞而言)，則較分裂者體大，而含能旋動之色素點，具有雌性或雄性，不能在人體增殖。此即所謂生殖原蟲或名生殖體或交合細胞 *gametocytes or sexual form* 者是也。

檢血法。當瘧退之末期，取病人之血塗於玻片，染以利什曼氏染法，用顯微鏡檢查，則見赤血球內有藍色小橢圓環，其直徑約為赤血球直徑五分之一。此環之一極有黑色素點。此環即非生殖性間日瘧原蟲 *non-sexual tertian parasites or schizonts*。逾二十小時，另取血染而查之，則見赤血球較大於常，其內之原蟲亦增大，約為尋常赤血球四分之三，內含多色素。逾四十八小時更取血染驗，則見色素聚集，原蟲分裂而成十五至二十芽胞，各芽胞含一色素點。逾四十八小時後，則赤血球裂開，而顯三

種結果：(一)幼蟲(即芽胞長成者)入血而侵入他赤血球；(二)色素(變黑之血紅素)被血輸至肝，脾，腹膜等之上皮細胞；(三)蟲之毒素循血播散全身，致顯瘧之症狀。該侵入赤血球之幼蟲在四十八小時內，又依樣發育分裂生芽胞；隨即赤血球裂開，而又依樣顯三種結果。如此每四十八小時(即每二日或隔一日)為一循環增殖，輪流不息。此瘧狀之所以間日(即隔四十八小時)一顯而成所謂間日瘧 tertian ague 也。

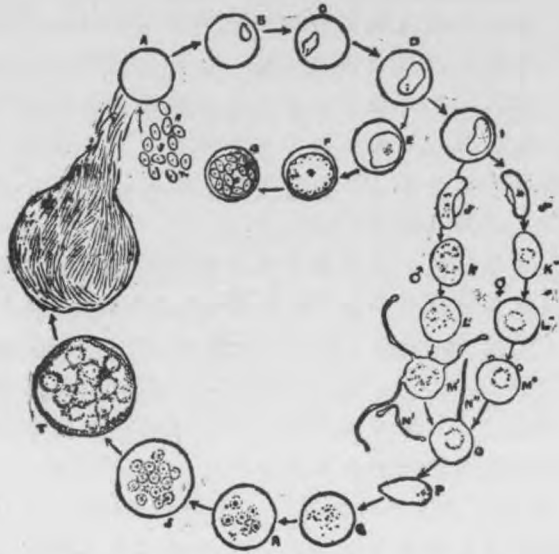
檢生殖原蟲法 此則較易察見，其環形體較厚，色素點居中央，長成後無分裂性增殖(猶言不分裂生芽胞)。

(二)三日瘧原蟲(隔三日瘧原蟲) *Plasmodium malariae*, Parasite of Quartan Fever. 此一類寄生蟲與間日瘧原蟲之不同處如下：(一)三日瘧原蟲最早之外形頗似間日瘧原蟲，惟蟲體增大時則色素點較濶而且黑，其阿米巴樣動較微。(二)至第二日(即逾二十四小時至四十八小時之間)，此蟲更增大，作圓形，幾無阿米巴樣動，色素點多列於蟲體之周圍，而此周圍作深古銅色。(三)至第三日(即四十八小時及七十二小時之間)，色素點向蟲體中央進集，作光線四射狀，畧似菊花形，終則分裂而成六至十二芽胞。蟲中亦有長成後無分裂性增殖者，即成生殖體；此即三日瘧生殖原蟲 quartan gametes。非生殖性三日瘧原蟲每七十二小時(即每三日或隔二日)為一增殖性循環 reproductive cycle，故瘧狀三日一顯而成所謂三日瘧 quartan ague 也。

(三)夏秋瘧原蟲又名惡性瘧蟲 *Plasmodium falciparum*, Parasite of the Estivo-Autumnal Fever (*Laveriana malariae*)。此一種寄生蟲較前二種小，在完全長成之際，其體積每較赤血球二分之一小，色素點甚少，每僅數微點。當蟲初發育之際，係小透明體，有時有一二色素點在蟲體之周圍；迨至後期，則僅能在身內器

特殊傳染病

第三圖



SCHEMA SHOWING THE HUMAN AND MOSQUITO CYCLES OF THE MALARIA PARASITE
 A, Normal red cell; B, C, D, E, red cells containing amebula or myxopods; F, G, H, sporocytes; I, young gametocyte; J, K, L, M, microgametocytes or male gametes; J', K', L', M', O', macrogametocytes or female gametes; N, N', microgametes; P, travelling vermicle; Q young zygote; R, S, zygotomeres; T, blastopore; U, mature zygote.

瘧原蟲在人及蚊體中之循環：大圈即在蚊之循環，又名人體外循環，或名生殖循環。小圈即在人之循環，又名人體內循環，或名無生殖循環。A, 正常赤血球；B, C, D, E, 赤血球含幼蟲；F, G, 芽胞每即生芽胞血球；H, 血球分裂放出芽胞成幼蟲；I, 幼生瘧蟲；J, K, L, M, 雄性生殖體；J', K', L', M', O', 雌性生殖體；N, N', 鞭毛標運動性小生殖體；有小體穿入雌性生殖體；P, 原蟲蛭狀體；Q, 幼接合子；R, S, T, 囊胞；U, 成熟之接合子，中含無數生殖性芽胞。

官(以脾骨髓等為最常)之血中查見。含此蟲之赤血球時或縮小,凸凹不平,並顯古銅色;逾一星期左右,始有大而成眉月形或橢圓形或圓形,中央聚色素之蟲體顯現。此等蟲體,係夏秋瘧之殊性徵。此種蟲之作新月形 crescent shaped 或橢圓形者,

無分裂性增殖，與前述之兩種生殖原蟲形異而性同，具雌雄性，名爲夏秋瘧生殖原蟲 *estivo-autumnal malaria gametes*。

(四) 生殖原蟲之增殖 *Sexual Reproduction*。以上所述三種生殖原蟲(又名生殖體) *gametes* 當既長成後寄生人體內之際，皆不能再進行增殖，惟在玻片上或入中間宿主 *intermediate host* (如蚊子) 之胃內，則雄性生殖原蟲(又名小生殖體或雄性生殖體) *male gamete or micro-gametocyte* 生出若干鞭毛樣運動性小生殖體 *micro-gamete* (屬精子類) *spermatozoa*。繼則此小體脫離其雄性原蟲而侵入雌性生殖原蟲(又名大生殖體或雌性生殖體) *female gamete or macro-gametocyte*。於是此雄性原蟲死，而雌原蟲則因受鞭毛樣小體之侵入而妊娠，成接合子(又名受精卵) *zygote or ookinet*。繼則有蠕動能而成原蟲蛭狀體(又名蟲樣態) *vermiculus*。因其蠕動而穿入蚊(中間宿主)之胃壁，則名曰囊胞 *oozyst*。際此則蟲體漸次增大，分爲數多之芽胞胚 *sporoblasts*，內含無數之生殖性芽胞 *sporozoites*。孢子母既成熟，則裂開而產出生殖性芽胞(凡原蟲入蚊體以至產出芽胞之一增殖性循環約需十日或十二日之久)。非生殖性原蟲之增殖也，因於分裂，故曰分裂性增殖 *schizogony or segmentation*；而生殖原蟲之增殖也，則因於交配，故曰芽胞性增殖(或曰孢子發生) *sporogony or sporulation*。前者成於寄生人體血內之際，後者成於寄生蚊體(中間寄主)胃內之際；此瘧寄生原蟲之兩大類也。生殖性芽胞產出後，由蚊之胃壁而入其毒性涎腺 *venen-salivary glands*。當此蚊咬人時，其芽胞則隨蚊毒涎而侵入人體。苟人血之免疫力強，則生殖性芽胞被殺，不成瘧病；否則芽胞侵入赤血球內，成非生殖性原蟲，循環行分裂性增殖而瘧發矣。

(五) 爲中間宿主之蚊 蚊之種類甚多，而尋常多見者則爲庫雷克司 *culex* 及安俄斐雷司蚊 *anopheles* 二者。此二者之

特殊傳染病

中,前者尤多;至於後者,則不僅為瘧原蟲之中間宿主,且為傳染瘧病之媒介。後者亦尚分多種,然就今日醫界之知識而言,則

第四圖



In the above figure note the culicine egg raft, 45° angle position of siphonate larva, parallel attitude of resting mosquito, non-bulbous palpi of male and short palpi of female as contrasted with the anopheline star or ribbon arrangement of eggs, horizontal attitude of asiphonate larva, bradawl attitude of resting mosquito spotted wings, bulbous palpi of male and long palpi of female mosquito.

庫雷克司蚊

圖中各物之次序與安俄
斐雷司蚊圖同,可參照。

安俄斐雷司蚊

最上者為卵,次為幼蟲,再次
為該蚊棲壁時之姿勢,又次
為蚊翼,下為雌雄觸角區別,
♀為雌蚊頭,♂為雄蚊頭。

僅能統言之曰，凡爲安蚊，皆能爲瘧原蟲之宿主而已。尋常屋宇房舍之間，庫蚊爲最多，然不能爲瘧原蟲之宿主。凡有瘧之地方皆有安俄斐雷司蚊生存。至於有安俄斐雷司蚊之地方而無瘧者，則有二要故：(一)氣候太冷，瘧寄生蟲不能發育，(二)地方從來未有此寄生蟲，故蚊無從受染而染人。

據現在醫學上之知識而論，瘧寄生蟲祇能寄生於人體及蚊體內。是故凡有安俄斐雷司蚊之地方，則當氣候溫熱之際，或有瘧發生，固爲意料中事。又須注意者，凡啄人之蚊皆屬雌蚊；雄蚊不啄溫血動物，祇取植物性食物爲食。雌蚊當交尾之後，不得溫血動物之血不能生卵，故不僅啄人吸血，且啄及鳥獸。

安俄斐雷司蚊庫雷克司蚊之區別。 (一) 一般蚊體之構造。 頭部較小，有三種桿形突出物：一爲吻(又名嘴) proboscis，居於中央，具啄吸作用；二爲觸角 palpa，居喙之上方，左右各一；三爲觸鬚 antennae，居觸角之外上方，亦左右各一。胸部之左右各有一翼及一結節(萎縮翼)；脚三對，各有七節；腹之全部，係八環狀圈連結而成。

(二) 安庫兩種雌蚊及雄蚊之特別區別。 安雌蚊之吻與其兩觸角長短幾相等，觸鬚之長約爲吻四分之三。庫雌蚊之吻較其兩觸角約長四分之三；觸鬚頗長較吻短四分之一。安雄蚊之觸角與二種雌者異形，肥粗作棒錘形，其顛較大；觸鬚有纖毛環生，較雌蚊長。庫雄蚊之觸角最長而且形異，長過於其吻，其顛彎曲而密生細毛；觸鬚與前一種雄蚊相似。

(三) 安庫兩種蚊之普通區別。 安蚊翼有斑點及紋，體形自喙至腹尾作一直線，棲壁時頭向壁尾向外作斜勢，蚊體與壁作四十五至八十度之角，晝間多靜伏空隅及草陰，日沒後始出啄哺乳動物，多生於野外，每不遠離，亦不能似庫蚊之飛甚高，喜產卵於淺澤及緩流小溪之有蒼苔草莽者，而其卵子之排列每

甚整齊，所成之幼蟲(子子)呼吸管甚短，在水面時與水面作平行線。庫蚊翼透明，有紋而無斑點，體形頭及胸部屈曲，與腹部作鈍角狀，棲壁時腹部與壁平行，日間多不靜伏，除啄哺乳動物外兼啄鳥類，喜產卵於溝池水缸等不潔之死水內，而其卵子之排列紊亂不齊，所成之幼蟲呼吸管長，在水面時頭向下而尾段向上作斜勢，與水面成四十五度之角。

(四) 蚊之繁殖。氣候溫熱之際，蚊類產卵於水中；經二十四小時，卵變成幼蟲(子子) larva；逾一星期，幼蟲變成蛹 pupa；幼蟲及蛹均賴尾段之呼吸管以吸水面之空氣；更逾二日至七日，則蛹出水面而變成蚊。於是再產卵，再成蚊，循環不息。

病理解剖 體中變遷為赤血球之破壞及壞血球之血紅素匯積，皆由於瘧蟲之毒素所致。尋常瘧疾至喪命，故所知之體變僅係惡性瘧及慢性瘧惡病質兩者所顯。自起之脾破裂，間或有之。然由外傷而破裂者多。余曾見因用針探刺瘧病腫大之脾而致殞命之出血者。

(一) 惡性瘧 Pernicious Malaria. 血含水質過多，血清或僅微含血紅素，赤血球顯內有寄生蟲之狀及各級壞變；脾常畧增大；肝腫。

(二) 瘧惡病質 Malarial Cachexia. 致命之慢性瘧，其致死之故常為貧血及與貧血相伴之出血。此等貧血，皆極劇烈，而病人因發熱死者尤然。脾之增大亦劇烈，其重率自七磅以至十磅。肝或增至甚大，因色素多而顯灰棕色，肝纖維囊內及肝被膜下之結締織被細胞黑色素 melanin 侵入；又肝血管壁之星形細胞及肝血管之周圍組織亦有色素。腎亦或變大，顯灰紅色，有色素屯集之處。腹膜常作灰黑色；腸胃之粘膜亦作此色；此係因血管內及其近處有色素所致。

(三) 瘧之意外損害及晚期損害 (甲) 肝炎, 瘧性肝炎為瘧疾史中重要之損害, 惟肝炎必須肝脾同變黑色而慢性瘧確定後, 始可成為瘧性; (乙) 肺炎, 或以為時或伴瘧而起, 瘧毒或能直接致此, 屬急性或慢性不定, 然余則未曾見此種特別肺炎; (丙) 腎炎, 不甚重之蛋白素尿常見, 急性腎炎多伴夏秋瘧, 而慢性者則每伴久而連續或屢屢復發之瘧而起。

瘧之臨診類別 *Clinical Forms of Malarial Fever*. 各種瘧之比較的多寡因地而異: 溫帶地方間日瘧最多; 熱帶地方夏秋瘧最多; 至於三日瘧, 則除中華印度之數部分外, 無論何處皆不多見。瘧之臨診類別有二大類:

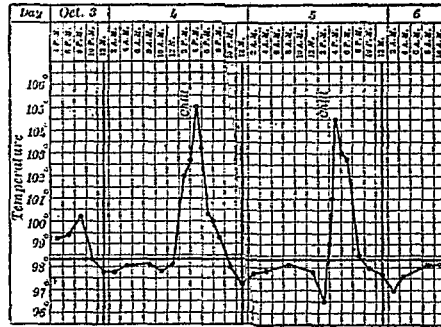
(一) 規則的間歇熱性瘧 *Regularly Intermittent Fevers*.

(甲) 間日瘧又名隔日瘧或二日瘧 *Tertian ague*; (乙) 三日瘧又名隔二日瘧 *Quartan ague*. 此兩類瘧之殊性, 為規則的間時復發性瘧陣 *recurring paroxysms of ague*; 瘧陣者何, 即寒戰發熱及出汗三種症狀依序相繼發顯之陣也。此類瘧之潛伏期無定, 依所染瘧蟲之多寡而異; 最速三十六小時, 最遲則十五日, 大約三日瘧之潛伏期較間日瘧者畧久; 更有隱性瘧, 每在離開瘧病地方月餘始發瘧陣。

瘧發作之情況。病者每於數小時之前, 覺不愉快及頭痛等而自知將發寒戰。凡一瘧發作陣, 分為三期: (甲) 寒戰期或寒期 *Cold stage*. 寒戰將起之指徵為覺疲倦, 欲張口打呵及欠伸頭痛, 以及腹上部覺不順適, 欲惡心及嘔吐等。當在寒戰之前體溫或已有畧升之兆; 繼則病者逐漸發戰, 面作受寒狀。當寒戰最甚之際, 全身及牙齒無不顫抖; 戰之劇烈者, 床榻亦因之而震動; 病者不僅外容怕冷而發青, 即其皮之溫度亦減低然腋窩與直腸等處之溫度則升高。當此寒戰期內, 體溫或升至百零五六度 (四〇·五至四一)。至於伴寒戰期而起之症狀, 惡心及嘔

特殊傳染病

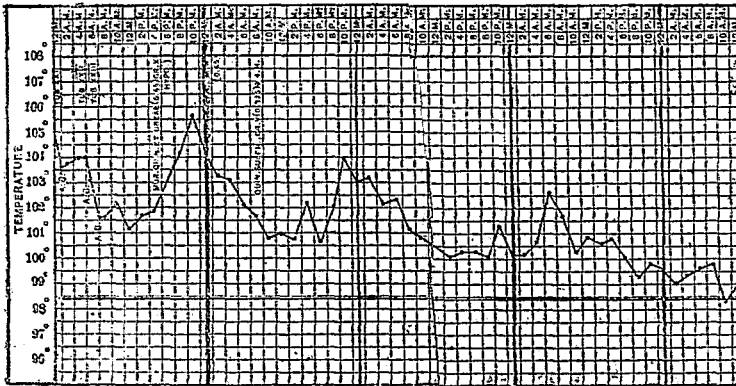
第五圖



DOUBLE TERTIAN INFECTION
QUOTIDIAN FEVER

雙發間日瘧體溫圖
每日發熱

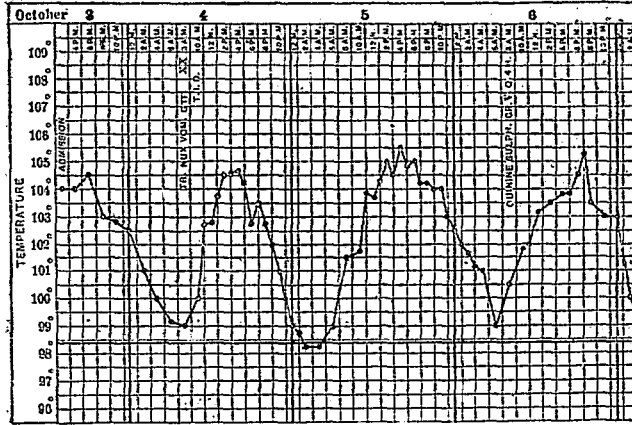
第六圖



EST. VO-AUTUMNAL INFECTION
REMITTENT FEVER

夏秋瘧體溫圖
弛張熱

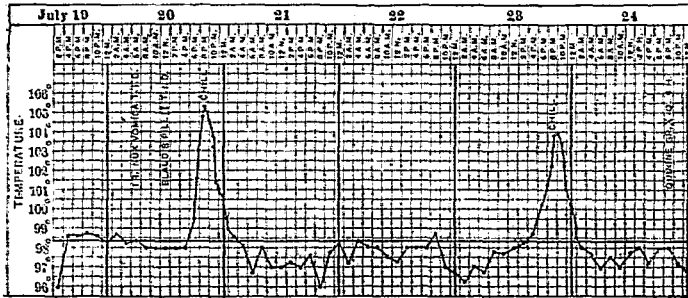
第七圖



ESTIVO-AUTUMNAL INFECTION
QUOTIDIAN PAROXYSMS

夏秋瘧熱溫圖
每日發作

第八圖



QUARTAN FEVER

三日瘧熱溫圖
每隔二日發作

吐常見，或兼劇烈之頭痛，脈搏速小且硬，尿量增多。寒戰期自十分鐘以至於一小時，甚或更久，極無定。小兒患瘧，在此期內有時或驚厥或昏厥。

(乙) 發熱期或熱期 Hot stage. 寒期將終，熱期繼起。初起時發作一陣一陣之熱感覺，繼則外面之寒狀退去，而皮之熱度大增；病者此時之外容與寒期絕異，面色發紅，手充血，皮亦發紅，脈搏洪大，心動強而有力，或顯跳動性頭痛，甚或譫妄。余曾見一病人在此期內躍出病院之樓窗，致跌死。當此熱期，直腸之溫度或不甚增加。就實際而論，則寒期終止之際，發熱或已達最高之點矣。熱期自三十分鐘以至於三四小時不定。病者異常燥渴，極思飲水。

(丙) 出汗期或汗期 Sweating stage. 熱期將終，汗期繼起。病者大熱之後，面上汗珠逐漸流出，繼則全身大汗淋漓。當此期內，發熱時所感之不愉快及頭痛等均漸退去。一二小時之中，瘧陣全退，病者每安然睡去。汗期出汗之量，多少不定；有極多者，亦有極少者。

瘧發作之全期，平均十至十二小時之久，然亦有較短者。瘧發作之輕重大有異同，例如寒戰有時甚輕，病者竟覺冷，又有不寒戰不出汗僅顯熱期者，更有熱後僅覺出汗者是也。當瘧發作期內，脾常增大，其邊緣每可在肋緣下捫着。當瘧發作間歇之期內，病者每覺無恙，苟非症狀異常沉重，每可起坐如常。

枝氣管炎係一種多見之症狀。又口角常發疱疹（侯陪）；瘧之常有疱疹幾與肺炎相同。

規則的間歇熱性瘧之類別。共有間日瘧及三日瘧二類。

(甲) 間日瘧 Tertian fever. 此一類瘧之發熱，其原因為病人血中之間日瘧寄生蟲。此寄生蟲之循環增殖約在四十八時左右，故其分裂增殖每隔日一次，苟僅單獨受此蟲一羣之染，

則瘧陣之發顯與蟲之分裂增殖同時，每隔四十八小時一次，極有規則，不紊亂；是以有間日瘧之名（因每二日發一次故名二日瘧西名三日瘧因第三日則發）。苟兼受此蟲兩羣之染，而兩羣之分裂增殖不同日，則每日分裂一次，而瘧陣亦因之每日發顯一次 *quotidian*；此即所謂雙發間日瘧 *double tertian fever* 者也。

(乙) 三日瘧 *Quartan fever*. 此一類之原因爲三日瘧原蟲，其症狀與間日瘧相似而常較輕，瘧陣隔二日一發，與爲原因之寄生蟲每十二小時一次之分裂增殖同時，亦極有規則，是以有三日瘧之名（因每三日發一次故名三日瘧西名四日瘧因第四日則發故）。此一類瘧亦有雙發性者，爲兩羣寄生蟲所染，每隔一日繼以兩日各發瘧陣一次，名曰雙發性三日瘧 *double quartan fever*. 更有三發性者，爲三羣寄生蟲所染，致瘧陣每日一發，名曰三發性三日瘧 *triple quartan fever*. 三日瘧甚難治療，有時或自然暫停，或畧服貴林即停止，然極易回歸，即十分注意療治之後，亦有回歸者。據雙發間日瘧及三發性三日瘧而論，則日發瘧 *quotidian fever* 之原因固有兩種也。

病之經過. 瘧陣發顯數次之後或病發十日或二星期之後，病者或未受特別療治而竟自癒。凡寒戰之自癒者，余曾屢見；然病之回歸極常見。此等受染，或纏綿數年，每遇意外之跌撞或發急性熱或受外科手術等時，則病回歸而瘧陣又發。或以爲此等長而久之間歇期或係瘧寄生蟲之休息期。瘧之發熱纏綿久，則血球壞滅而致貧血及血因性黃疸 *hematogenous jaundice*，終則變爲慢性，而成所謂瘧惡病質 *malarial cachexia*。

(二) 不規則熱性、弛張熱性或稽留熱性瘧 *Irregular, Remittent or Continued Fevers*. 共分三大類：(甲)夏秋瘧，(乙)惡性瘧，(丙)瘧惡病質。

(甲) 夏秋瘧 *Estivo-autumnal fever*. 此一類瘧多在熱帶地方，而以夏季之末及秋季爲最盛行之時，故名曰夏秋瘧。其原因爲夏秋瘧寄生蟲。蟲之循環增殖，尋常約四十八小時爲一循環，然有時蟲既不止一羣，或雖爲一羣而係不規則之類，故其循環增殖之期限紊亂無定者，顯亦不少。因是之故，其症狀每不規則。有時或顯規則的間歇熱；其間歇期自二十四小時至四十小時或且更久，無定；間歇期愈久，則瘧陣期亦愈長。有時此一類瘧之每日間歇類酷似每日發熱之雙發性間日瘧及三發性三日瘧。然以常例論，則夏秋瘧之瘧陣實際上自有異點。

(一) 期限較長，平均每一瘧陣須二十小時之久，不似間日及三日瘧之僅須十至十二小時。(二) 瘧陣之起時多無寒期，甚或即寒覺亦無。(三) 熱度之升，多緩漸而不驟突。(四) 熱度之降亦多緩漸而不驟突。(五) 瘧陣有先期而發之趨向，且多因一瘧陣之先期而發(名前進性) *anticipation*，或他一瘧之後期而發(名延緩性) *retardation*，致發熱稽留不盡退。(六) 間或有稽留熱而無明特之瘧陣。

凡顯稽留熱 *continued fever* 及弛張性熱(間減熱) *remittent fever* 者，當病之早期病者面色已發紅而有病容，舌有苔，脈搏洪大，然顯重搏脈者少，熱度約百零二、三度(三九至三九五)，有時或更高。病者之外容頗似腸熱病，且因有急性脾增大，致更相似。初起時或顯枝氣管炎。病之經過無定。發熱或屬稽留性而兼弛張性，瘧陣或有寒期或無，瘧陣期內之熱度約在百零五六度左右(四〇·五至四一)。大抵無腸症狀，早期或畧顯血性黃疸。畧顯謬妄者亦有之，症狀之輕重大有異同。有時一星期之內熱即退去，致醫者疑之爲輕腸熱病或單純的輕熱病(小熱) *simple febricula*。有時發熱纏綿至十日或十四日，有昭著之弛張性熱，或顯寒戰，舌有苔，畧謬妄；顯黃疸者不少。此一類即所

謂腸熱瘧性熱 typho-malarial fever or bilious remittent fever 者是也。更有一類，其症狀增重，顯惡性瘧之情況，此則與腸熱病極相似，不僅症狀及病者面上之病容酷似腸熱病，即病之盛行期亦同在秋季，故甚難辨別。惟此類瘧荷服奎寧，發熱速退；雖亦有頑梗不退者，然依余之經驗而論則極少。

診斷。此類瘧熱，全賴查血。有時或須屢查數次，始能查得寄生蟲。蟲在赤血球之內，小而活動，其體屬透明質；迨病之經過已達一星期後，則可察見新月形或橢圓形較大之蟲體。瘧在熱帶地方，有時除驗血外，每不能鑑別稽留熱性瘧及腸熱病之異同。

(乙) 惡性瘧 Pernicious malarial fever. 此類惡性病溫帶地方甚少，其原因亦常係夏秋瘧原蟲。茲述其三要類如下：

(子) 昏迷類 Comatose form. 病者顯極劇烈之大腦受擾狀或急性譫妄或速成之昏迷。病發之前或有寒戰或否不定。發熱常甚高，皮熱而乾，昏迷之情況或纏綿至十二小時或二十四小時之久，甚或因之致命。有時病者醒後或因第二次昏迷回歸而死。此類瘧受染之特別局部在腦，其蟲在腦血管內積聚成塊，而周圍之組織亦因之而有變異。

(丑) 寒冷類 Algid form. 病起常顯胃症狀，嘔吐，極虛弱；病者雖或無實際的寒戰，然每覺冷；體溫有時如常，甚或低過常度；有時不昏迷，脈搏小而弱，呼吸增速；有時或顯劇烈之泄瀉而具霍亂性，尿量減少，甚或閉止。此等情狀或纏綿數日，加以發熱增高而病者因弱極而死。此一類瘧與所謂虛弱類 asthenic or adynamic form 者大致相同。凡吐瀉之類，胃及腸之粘膜每為寄生蟲之特別侵入區；此區之小血管內有蟲積聚成塊，顯淺潰瘍及組織變死。

(寅) 出血類：如黑尿熱病、血紅素尿熱病、瘧性血紅素尿等 Hemorrhagic forms; Black-water fever, Hemoglobinuric fever, Malarial hemoglobinuria. 瘧有兩類尿含血紅素；第一類伴沉重之惡性瘧而起，尿中含被瘧蟲毀滅之赤血球極多。至於第二類，則伴真黑尿熱病而起，尿內之赤血球被一種尙未發明之溶赤血球素 hemolysin 所消散，而與瘧蟲無直接關係。近今醫界之意見，以爲黑尿病與瘧相關屬，蓋有三種原因，質由前患之瘧而來：一爲回歸之瘧陣生一種毒素，能毀滅無數赤血球；二爲瘧滅去身體之抵抗力；三爲治瘧之奎寧能生溶赤血球素。故巴拿馬地方之醫者，對於真血球溶解性血紅素尿病 true erythrolytic hemoglobinuria 不用此藥療治。將來或能設法解去此血球溶解性，亦未可知。

(丙) 瘧惡病質 Malarial cachexia. 全身症狀爲繼發性貧血 secondary anemia. 如稍勞則氣促，脚踝水腫，出血等；間或出血劇烈，余曾兩見致命之嘔血兼脾增大者。發熱無定，有時僅九十九度半(三七·五)；有時不規則，或升至百零二度半或三度(三九·五至三九·五)。

謹慎療治，則豫後不危，多數可望痊癒，脾逐漸收小。惟進步甚緩，或須數月，多至數年，脾始能復原。

潛伏性瘧 Latent malaria. 或有病之寄生物居體內，而不顯臨診之症狀；該寄生物在人體內生活之循環，無論何期均居於脾內。

罕見之併發病 截癱(或曰下身癱瘓) paraplegia 或因周圍性神經炎或脊髓之變異而起。偏癱 hemiplegia 或伴惡性瘧之昏迷而起，間或在瘧陣極盛之際發顯。又有患急性共濟失調(失和動) ataxia 或腦脊髓播散性硬化 disseminated sclerosis 者。顯多數性壞疽者亦有之，此外更有辜丸炎 orchitis。

瘧熱回歸 瘧之回歸,其理由甚不易索解。或以爲瘧寄生蟲有休息期 resting stage, 屆此期內,蟲留存於脾或骨髓內。

近今醫界之新說,則謂蟲或有一單性生殖(非胎生性增殖)之特式類 special parthenogenetic form, 其潛伏無定期。此說似乎近理,蓋病人受原發性染後數月數年雖盡力防範,確無繼續受染之機會,而瘧仍能回歸;此由於身內潛伏之寄生蟲,而非第二次受外來之染可知矣。然此等理論,苟非再有確據足以證明之,似尙不可據爲定論。

診斷 醫者諳於驗血,則不難診斷諸瘧;惟惡性瘧及腸熱病較難分辨。倘遇疑難,可取患者之血,置諸玻片,封寄細菌學研究所檢查。數種間歇熱病,如瘧病,生膿病等,易誤認爲瘧。

然此等病之白血球每增多,瘧病則否。苟發熱係隔日或隔二日一次者,必確爲瘧,一服奎寧即現奇效;若係他間歇熱病則否。

然稽留熱性瘧及不規則熱性瘧雖服奎寧,有時亦或無效,故不可視爲定例。總言之,凡間歇熱之非奎寧所能見功者則非瘧,此確實可靠者也。

豫防 豫防瘧病之法,功效甚大;近數年來,歐美各處因瘧而死者日益減少,此豫防法之效果也。豫防法有七: (一) 毀除增殖蚊子之區,如照新法建設陰溝,除去一切死水,無用之水及陽溝小池等等。居宅四周所生之野草及無用之草木,亦宜斬除。(二) 凡孳生蚊子之區不能毀除者,則須設法殺滅幼蟲及蛹,使不能成蚊;如用石油或火油 crude petroleum or kerosene 灑水面四周幼蟲及蛹常集之處是也。(三) 居室門窗宜裝置紗隔,使蚊不得入室;臥榻亦須設蚊帳。(四) 撲滅已成之蚊,安俄斐雷之在室內者,日間每棲於室隅壁間離地尺餘之暗處,不難撲滅。又日本人所製一種殺蚊香,在室中焚之,每能使蚊麻醉墮地,似乎甚佳。又用硫磺薰法,亦可殺蚊。(五) 施抗瘧法,極有

功效：凡一瘧病人，即係一傳染瘧之中心點，務宜盡法療治，不可大意。要知撲滅瘧之原因每不易易，非一朝一夕所能奏效。凡患瘧後即使症狀已退，亦須久服奎寧，當春季及秋季，無論瘧復發與否，仍須施奎寧治法；至數年之久，始可無復發之患。在瘧病盛行之地方，常人亦須服奎寧以防受染。（六）患瘧者務須設法防範，使不再受蚊咬。瘧蚊大抵須至日落後始出咬人，故日將落時，即宜設蚊帳於病者臥處。（七）凡旅行者如赴瘧病盛行之地方，每日宜服奎寧十厘（0.65），或每次二厘（0.13），或每日三次，亦可。

治法 所居之地方，當瘧盛行之際，即使未成病，亦宜常服奎寧以爲防範，每日五厘 quinine 0.3 gm，或每星期十五厘（1.0）作一次服。至於已成病者，則宜食易消化之物，服甘汞三至五厘 calomel 0.2—0.3 gm 或瀉鹽半兩 mag. sulph. 16 gm 瀉之。奎寧爲治瘧之聖品，每日用十至三十厘 quinine 0.6—2. gm，分作三次服；瘧癒後，仍須服三厘之劑量（0.2）二三星期。最佳可盛於膠壳，或作溶液服之；作丸或片服，恐難消化。若因其味苦而必須服丸者，可按法將奎寧五厘，甘油一滴，瀉鹽少許，調作丸 quinine 0.3, glycerin, mag. sulphas 服之。若畏苦難服，或係小兒，用滑奎寧 eu-quinine 亦善，劑量同上。

服藥時刻，在病者將發寒時服之最佳；蓋當寒期，血內之赤血球正破裂而產出無數之幼蟲於血中，同時血內若有奎寧，則可格殺無數。

下列兩方亦甚有效，對於病人之嘔吐者尤佳：

(甲) Quinin. sulph.	gr. 3 (0.2)	(乙) Sod. bicarb.	gr. 10 (0.6)
Ac. citric.	gr. 10 (0.6)	Am. carb.	gr. 10 (0.6)
Aq. ad	℥ 1 (30 cc)	Syrup. aurantii	℥ 1 (4 cc)
		Aq. ad	℥ 1 (30 cc)

服時將甲乙兩方各用一劑相攪，趁其發沸時服之，日服三次。

夏秋瘧治法 病者昏迷，可按下法治之：（甲）直腸注射法：用酸性氫氫化奎寧二十厘，溶以溫水四兩 quinin. hydrochlor. acid. 1.3 gm, aq. 120 cc, 以長橡皮管徐徐灌入，每小時灌一次，連灌四次為度。倘係五歲小兒，可用酸性氫氫化奎寧五厘（0.3），依法灌之。（乙）空針注射法：用酸性氫氫化奎寧十厘（0.6），汽水二十滴，細心溶解，注射入肌肉內。最相宜之注射處為由膝前上棘起，循絡緣向後二寸，繼屈向下二寸之處，以此處無神經故也（倘藥入神經必痛二星期方退）。注射之時刻，每小時射一次，連射二次為佳。若病者體帶破傷風桿菌，則忌施此法。病極重者以用奎寧注射靜脈內為佳；法取酸性氫氫化奎寧十五厘，當量鹽液二百五十毫 quinin. hydrochlor. acid. 1.0 gm, normal saline solution 250 cc, 每日注射一次。

出血類惡性瘧 若症狀急，可服奎寧五厘及甘汞五厘，每三小時一次。若症狀不急，勿宜用奎寧。作嘔者可用氫化鈉一錢和水二十兩徐射入直腸或皮下。

瘧性惡病質 病者宜更換水土，勿受風寒，食滋養品，服小劑奎寧及鐵砒劑甚久。凡遇孕婦，切勿多用奎寧，俾免小產。熱度太高，可用水療法。病者非常煩燥者可用鴉片。瘧性貧血可用鐵砒調合劑。

近來意大利醫士用X光線療慢性瘧，其再造之作用速而昭著。

(三) 台盼原蟲病

TRYPANOSOMIASIS

定義 此係慢性病，其殊性症狀為發熱，疲倦，軟弱，消瘦，長睡等。

原因 此病之病原係干比亞台盼原蟲 *Trypanosoma gambiense*，即鞭毛蟲亞綱 Flagellata 之一類，由特種蠅曰采采蠅 tse-tse fly, *Glossina palpalis* 者而傳染。人及鳥獸等血中多有此類寄生蟲，惟不常致病。南非洲有數處，因台盼原蟲之為害，致難養馬牛。然此處之大野獸雖均難免被此蟲所染，而終不受害。

人類之台盼原蟲病 Human Trypanosomiasis. 西非洲有一種病名非洲睡眠病 African sleeping sickness, 檢查病血及腦脊髓液則有台盼原蟲。獸類患者由一種吸血蠅所染, 此蠅喜棲水旁之叢林或草莽, 其病毒由於啄野獸之被此蟲所染者而得。蟲入蠅體後須經三十二日, 病毒始能染人; 然七十五日後則病毒消滅而無害。此睡眠病本止西非洲有之, 今殊苦其蔓延日廣; 一千九百零一年烏干大地方因此病死者約十萬人。

症狀 染者或久不顯狀; 病發時, 熱無定度, 消瘦癯頓, 淋巴腺及脾皆腫, 足亦水腫。潛伏期甚或至五年之久。初狀為面容似瘡情薄慾, 頭痛, 熱度漸升, 舉動漸難, 語言不清, 手顫, 精神漸昏, 恒嗜睡, 久則長眠而死。病之時限約三月至一年。蟲每在腦液內, 血內亦有之。致死之故乃因併發病, 如膿性腦膜炎及淋巴腺生膿等所致。

豫後 新有此病之地方, 患者死多瘥少; 久有此病之地方, 則死少瘥多, 恰成反比例。惟現已有歐人患是病而獲瘥者矣。

治法 (甲)阿托益 atoxyl 注射法, 第一星期每日注射一厘半 (0.1 gm), 後則隔日射二厘 (0.12), 再後則隔日射三厘 (0.2), 更後則按三厘劑量再注射二星期; 果有效, 則可每三日注射一次, 直射至一年為要。然欲驗病之回歸與否, 則可於注射藥至一年後, 停息一月以試之, 倘見病有回歸之兆, 須繼續再射。(乙)酒石酸銻鉀每劑一厘半 antimonium tartaratum 0.1 gm, 用鹽液四兩 (120 cc) 溶解之, 注射靜脈內, 每星期射兩次, 射至六星期後, 則停一月, 復射六星期, 如是循環射至三次, 每見功效。(丙)新發明之藥即 Bayer 205 功效或較大。

(四) 回歸熱 又名復發熱病

RELAPSING FEVER (*Febris recurrens, Rückfallfieber*)

定義 此病係一種螺旋形原蟲名螺旋體 *Spirochaeta* 者所致之傳染病, 其殊性症狀為回歸之熱陣; 即熱發數日, 退數日, 如是再歸再退, 輪迴至三四次; 故有回歸熱之稱。

原因 此病又名飢熱病 *famine fever* 或七日熱病 *seven day fever*. 自一千七百年盛行於歐洲, 印度。中國中央及北方皆有之, 南方則少。原因與斑疹傷寒同; 即人烟稠密, 飲食不足是也; 與年歲, 男女, 時令三者絕無關係。屬傳染病, 由人傳人, 惟其傳染力不及斑疹傷寒之大。曾患此病者難免再患, 以其不能生免疫性故也。一千八百七十三年, 俄倍買耳氏 Obermeier 自血

中查出病原爲一種螺旋體，名回歸熱疏螺旋體或俄氏螺旋體 *Spirochaeta recurrentis* or *Spirochaeta obermeieri*。其長爲赤血球直徑之三至六倍。⁶發熱時可於血中見其行動；若熱未發，或熱退後，則不能見。設在發熱時以病者之血注射入他人或猴，則其人與猴亦能成此病；惟分泌液及渣滓中殊難查見此蟲。

傳染此蟲之媒介爲衣蝨，臭蟲等；然非由彼等所咬，乃因自抓其皮膚，偶將蝨在抓處或他皮傷處壓碎，以致受染者也。

病理解剖無特別損害徵。

症狀 潛伏期。受染後或十二小時起病，然大多數須經五或七日。

侵入期。陡起寒戰發熱，腰及四肢大痛；年少者患之，或吐並驚厥；熱速升，第一夜或升至百〇四度（四〇）；常出汗，脈搏速至百一十或百三十不等；熱高時或譫妄，脾早腫大，黃疸；胃病狀或甚重，或咳嗽，時或顯疱疹，汗皰，瘀點等，惟罕有腸病狀。發熱時常可於血中查見寄生蟲，白血球加多，熱之高度延至五六日之久；達病終期後，則數小時內即可退至常度或常度以下；退時大汗，或瀉。

病極期速則顯於第三日，緩則在第十日，最常見者爲第一星期末。虛弱或年邁者或顯腦力虛脫。恢復期甚短，數日即能起行。迨第十四日，再發寒戰，熱又升高；至第二十或二十三日，又現極期，然仍易恢復。病回歸之期，較第一次病發者更速。

回歸之次數，常爲二三次或四五次。然不回歸者亦有之。若回歸多次，或人虛弱，則恢復之期延緩。

豫後 回歸熱病不危險，大抵死者僅百分之四。併發病少。若有之，則爲腎炎，血尿，大葉肺炎，眼炎，神經炎等患。有脾大致裂者。孕婦多致小產。

診斷 初起時本難診斷，或疑為瘧，斑疹傷寒，痘症，流行性感冒，登革熱，異常之腸熱，傳染性黃疸等病。惟熱陣回歸則甚易認。檢血為診斷之要法。

預防 羣居擁擠，係此病傳染之機會；故病者宜隔離，禁止交際；病者之床褥衣服房舍等，均須設法消毒。又室內木器等之隙縫，亦應施殺蟲藥，以免臭蟲，蚤，虱等留存。

治法 治法與他種熱病同，腰及四肢疼痛可用醋柳酸或吐根鴉片散，或注射入嗎啡。病極軟弱者，可用激動藥如鈣藥，狄吉他利等。薩耳乏散（或名六零六）salvarsan 或新薩耳乏散（或名九一四）neosalvarsan 為殺螺旋體之第一妙藥，每劑三粒至六粒（0.3—0.6），注射一次即可望癒；然須在熱之初期注射，否則難免回歸。

(五) 黃熱

YELLOW FEVER (*Febris Aava, Gellfeber*)

定義 此係熱帶及近熱帶地方之一種熱病。其殊性狀為輕重大有等差之血中毒，黃疸，蛋白素尿及昭著之出血趨向等等；此出血之趨向特在胃部而致所謂“黑吐 black vomit.” 為黃熱鈎端螺旋體 *Leptospira icteroides* 所致。此微生物由一種蚊名黃熱蚊 *Stegomyia calopus* or *Aedes calopus* 者傳播。

流行狀況 此為西印度及南美洲北部之地方病，間或因適宜之情形而由此等地方傳播。流行於南美北部等處；有時或被攜帶至大西洋各大海口埠。昔時此病盛行於美國，十八，十九世紀之交，該國曾有劇烈之流行多次。非洲西部沿海一帶曾有此病，或云至今尚傳播甚盛。歐洲地方間或有之，然甚罕；即在各口岸亦未曾有廣播之流行。蓋一則因黃熱蚊不多；二則因黃熱之寄生物在人體內寄居之期甚短，與瘧不同故；抑此病之傳染性期祇有三日之久，除黃熱蚊叢多如西印度等處外，固無流行之機會也。

中國南方黃熱蚊甚多；雖舊時似尚無此病，然今後巴拿馬運河業已開通，則受染之蚊或偶被商船攜帶入口而致漸漸傳播，此固可虞也。

病之流行期，在北美地方常在夏秋雨季；冬令一至，即行消滅。

病之地域：(一)病竈地方。此病終歲不絕迹，如南美北部各海口是也。(二)病竈周圍地方或間時流行之地方。非美兩洲之熱帶海口皆在其內。(三)偶然流行之地方。在北緯十五度至三十五度之間。

傳染景况 美國陸軍黃熱調查會諸醫士曾詳細證明此病之傳染實由於蚊；此蚊即所謂黃熱蚊者是。彼等負地試驗，使該蚊吮患黃熱者之血，該蚊即成染媒，苟吮他人，則又能致染。彼等又證明苟取病者之血注射入無免疫性者之皮下或肌內，亦可致病。凡蚊吮病者之血後，大約須隔十二日，始能有傳染力。又病者在受染後之早期，再被蚊吮，不能生免疫力以抵抗後來之發病。對於此病之研究，我輩宜感謝許多美國之兵士及醫者；彼等為人類起見，或奮不顧身，願以己身供實地試驗；或不避傳染，出入於黃熱之地域，盡力研究此病。近來英美某二醫士之因此病亡，又在為科學捐軀者之名單上添二名矣。此病由蚊傳染之說，據流行時之各種情況而論，實精確無疑；例如一黃熱病偶然輸入一無此病之口岸，每隔一定之時期(大約二星期後)，然後再有受此病者發顯；且其盛行期與瘧同，每在蚊子出現之期內，迨霜降天寒則退去，或與瘧極盛之區相似可徵。

當天寒之際，此病或變成極輕之類，傳播於小兒之間。至於此病之地方性病竈則尤在小兒之間；蓋小兒每易患此極輕類之病也。故凡久居此病盛行之地方者，其免疫力或由於曾患此極輕類之病而得。

患此病一次，不定能有免疫力。曾察見有人於二年間及八年間患兩次者。

日醫野口氏 Noguchi 新發見一種致此病之微生物，名曰黃熱鈎端螺旋體，可從病者血內得；能於天竺鼠體內發現黃熱病特殊之症狀及損害；且從該鼠血內可獲該螺旋體之純粹培養。此培養對於易受病性之動物頗有毒性。此微生物為甚活潑之纖維，約長四至九微米，闊〇·二微米。

病理解剖 皮之受害或輕或重而顯黃疽，即使病人死前未顯黃色者亦然。皮下或顯出血。至於內臟，則無特別明顯損害；惟毛細血管之內膜或變壞，此即出血之緣因；肝之色常淡，或作棕黃色；肝細胞顯各級之脂肪性變；腎常顯瀰漫性炎之跡象。

症狀 潛伏期大約三四日。凡實地試驗之十三病，其潛伏期自四十一至百三十七小時不等。病之起也常驟突，大抵無前驅狀，且每在下半夜。怕冷係常有之狀；常兼頭痛及四肢腰背之劇痛；體溫上升甚速；皮乾燥而熱；舌有苔而潤；咽痛；惡心，嘔吐或有之，然非恆顯之狀，惟至第二三日則或劇烈；大便常秘結。茲將各要狀分類條列如下。

(一)面狀 此係可據以辨病之三種要狀之一，即在病起之第一清晨亦或有已顯此狀者。病者之面發紅，其紅狀極顯著；他種急性染病在此

早期，斷無如此之明顯者。眼充血而色鮮紅，臉及脣或畧腫，彼充血之淺毛細血管及結合膜或已在此早期畧顯黃疸；而此早顯之黃疸係此病最特殊之狀，固無可疑議者。

(二)發熱 病發第一日之清晨，體溫在百度或百零六度(三八至四一)之間；最普通者為百零二三度(四〇至四〇·五)。在第一日晚及第二日晨，體溫稽留如前。至第二三日，則每日或畧有增減，病甚輕者，則在第二日夕或第三日清晨體溫或降低。至於頓挫性類則在二十四小時左右或已降低。病之豫後佳者，在第二三日之間熱度漸降。又在此間減期顯後，有回歸熱或繼發熱繼之而起，稽留一二三日不等；豫後佳者熱漸退；而致命者則熱稽留，高過早期之發熱，不久即死。

(三)脈搏 在第一日，脈搏罕有過百至一百十者。至第二三日，熱度雖稽留未退，且或增加一二度；而脈搏則已減少二十搏左右。至第三日晚，則熱度在百零三左右，脈搏約七十五；或熱度百零三至百零四，脈搏七十至八十。當熱退之期內，脈搏或更減少，有少至僅五十或四十五者，甚或僅三十左右。此期內脈搏變遲，非此病之特別血循環狀；惟脈搏遲而兼熱度稽留不降或且增加，係其特別狀。

(四)蛋白素尿 此係此病之第三種特別狀，在第二日即顯。他種熱病除格外劇烈者外，無如是早顯者。縱在病勢甚輕，不必臥養，所謂行走黃熱者，至第二三四日亦顯蛋白素尿；惟有時顯蛋白素尿之期甚短暫。病之重者，所含蛋白素甚多；有時兼許多管型及急性腎炎之各徵，甚或完全無尿，歷二十四乃至三十六小時，顯中尿毒之驚厥或昏迷而死。

(五)胃狀 嘔吐。病起時即顯胃受惹之狀，所吐初係胃內物，後則為粘液及灰色液。至病之第三期，嘔吐加劇。病之重者，吐物內含血；有時吐物甚多而吐勢凶猛，致自腹部以至食管皆痛甚。此種黑吐係已經變異之血，雖為病勢劇烈者所顯，然不定為致命之症狀。此外更有他種出血狀如皮之瘀點，牙齦出血，他粘膜出血等等。大便常秘結，除在病之晚期外，糞不作泥色；有時作煤油色，此係已經變異之血所致。

(六)精神狀 病之極重者，起時或兼譫妄；然大多數病者顯一種怪異之過敏狀，即使在嘔吐時亦或如是；每振刷精神，伺察一切對於己身之行動。此或係病之可危，使病者格外提心吊膽所致，亦未可知。

病之回歸者間或有之。醫者要宜辨明甚輕之類；此則畧發熱，稽留一二日，隨即入恢復期；不在流行之期內，此等輕病每不易辨認。病勢重者，則熱高而其各症狀昭著，如嘔吐，極弱，出血等。至於惡性類，則病者發熱過度，至第二三日而死。又病重者在恢復期內或顯腮腺炎，身之各處生膿腫，泄瀉等併發病。

診斷 (一)與登革熱之鑑別。黃熱與登革熱之難辨，在於兩病多同時而發；然大多數可據此病之三種特別狀如(一)面狀，(二)蛋白質尿，(三)脈搏遲而熱稽留不降或且升高等而定診斷。登革熱雖間有顯黃疸者，然決不在第二三日即有之；此係一重要之點。又出血雖亦為登革熱所有，然決不如是常見。

(二)與瘧熱之鑑別。凡黃熱之流行類，在早期中易誤為瘧。最重要之異點，為瘧無早顯黃疸者；縱最劇烈之瘧，四五日內皮決不變色，又面狀亦係要徵；瘧之蛋白質尿亦罕有在第二日即顯者；瘧之脾增大甚昭著，黃熱則不然。出血如黑吐、鼻衄、齦出血等亦非瘧所應有；至於出血性瘧，則病者必先曾患瘧。至實驗室診斷之最要者，為取病者之血檢查有無瘧寄生蟲。

豫後 黃熱之重者，為流行病中之最易致命者。統計各次流行，致命之數自百分之十五至八十五不等。嗜酒及曾受勞苦者更易致命。

預防 哈法那地方受黃熱之受害者已有三十年，其地本有人口二十萬，據現今之統計，每年新由他處來而無免疫性者約二萬人，每年產生之小兒約六千人；此等新添之人口，皆有染此病之虞；故地方政府不得不竭力預防。其預防法為分區設檢查員；檢查之事務分三大項：(一)禁阻黃熱蚊之生殖；(二)除滅已受染之蚊；(三)禁阻該蚊之受染，如用蚊帳等物保護病者，使該蚊無啄之而致受染之機會。以上所述之預防法，始於千九百零一年二月，最後之一病載止於當年九月；自茲以後，雖間有致命病發生，然從前黃熱之大害，今已可謂絕迹。又巴拿馬地方，當美人佔領該處之際，地方行政最難之問題為此病之預防，經竭力施行前述之法十六閱月，而該病始絕迹，至今不再患。又千九百零五年此地之黃熱病院中所有醫士及看護皆無免疫性，然竟無一人受染；此蓋由於病室中用紗窗，蚊帳等遮防嚴密；雖有黃熱蚊，亦無吮病人而成染媒並再傳染他人之機會也。按野口氏報告，若注射已死之黃熱細螺旋體培養給二西西，對於預防有良好之結果，然須逾十日始顯免疫性。

治法 謹慎看護及依症狀而施治，或能得良好結果。病者須臥養，病起後數日內之食品宜用最單純之液體。排泄法為第一要義。宜多飲水，以冷而含重碳酸氣之鹼性水為最佳。又宜用甘肅或瀉鹽類瀉藥以通大便；如不足，則可用灌洗法。若嘔吐，則液體品可由腸灌入或注射皮下；又可用少量之水或香檳酒或可卡印。發熱宜用水療法，如水拭，包裹濕布及浴等。鹽劑治法對於此病甚有效，如連服重硫酸鈉(鈉氫硫酸鹽)足劑量及盡量多飲鹼性水等。對於腸胃出血，宜用氫化鐵或松節油，每劑十五滴。對於尿毒，則以熱敷布，熱浴，多飲液體品及熱水灌腸等為最佳。病之第二期中，當心動弱而速時，宜用刺激劑；以番木鱉素為最佳。野口氏曾製一種療病的血清，須用於病第三日以前方能有效。

(六) 傳染性黃疸 INFECTIONOUS JAUNDICE

(黃疸出血螺旋體病, 流行性黃疸, 外耳氏病)

(*Spirochaetosis Ictero-haemorrhagica, Epidemic Jaundice, Weil's Disease*)

定義 此係一種急性傳染病, 由黃疸出血鈎端螺旋體 *Leptospira ictero-haemorrhagiae* 所致。其特殊狀為發熱, 全身性痛, 出血趨向及黃疸等。

原因 此病之原因, 係日本醫士稻田氏 Inade 等諸學者查定。此物與回歸熱病之螺旋體相似, 每居於血及間質; 其體積粗約〇·二五微米, 長四至二十五微米; 平均測度, 在人血內者長六至九微米, 而在人肝細胞內者長八至九微米。傳染之路或由皮膚, 或由蟲咬; 醫界多認鼠類為此病之媒介。此種螺旋體祇能於病起六七日內在血中查得, 此後則顯於尿內數星期之久。此病屬地方性, 有時屬流行性。日本則以西部為此病多見之地, 而患者則多係執業於卑濕之礦地者。此次歐戰, 軍人屯守比利時境之壕壘者亦患之。美洲亦有此病。地球上所有傳染性黃疸之處甚多, 是否皆係同一之原因則尚未審查確定。

病理 內部器官之要徵為黃疸及出血。寄生物居於腎及肝內。

症狀 潛伏期五至七日。此後症狀突然而起, 例如寒戰, 嘔吐, 頭額部大痛, 腰部痛, 四肢痛而重, 有時其痛延至胸及頸項之肌, 以及受患之肌畧受壓即覺痛等等。以上各症狀既常見而又昭特, 有時即此可以定診斷。此外尚有鼻衄, 輕粘液性瀉, 結合膜炎, 咽炎, 眩暈, 以及劇烈之不舒適等等。此病之體溫甚不規則, 而其痛常再起一二次; 每起一次, 症狀因而加重。初起三四日有從一百零二至一百零四度之不規則熱, 後開始減退; 有時於第五日驟退。退後數日中體溫稍升或正常, 至第二星

期終有熱回歸之趨勢；如此幾歷一星期，厥後若各情況均良則有緩慢之恢復期。在第二次發熱時，測以體溫計，每現顯著而較大之熱浪。呼吸系統大抵受累而顯膿性枝氣管炎，甚或顯肺炎症狀。頰及咽之粘膜常發卡他性炎而兼吞嚥艱難；又常嘔吐。自第三四日發黃疸，肝及脾即腫大，且受壓即痛。病之初期多瀉，不久則糞變灰色，後則大便秘結。血循環道常顯低下之狀況，脈搏軟而速，血壓低。獨立之各部（如四肢等）有水腫之趨向。尿內每含蛋白素及粒形管型，透明管型，且常有膽汁色素。每顯不甚重之白血球增多及關係的多核細胞增多 relative polynucleosis。有時赤血球減少。又常有黃疸。

在法比戰線之軍人患此病者，多數不顯呼吸系統症狀，肝及脾亦不常腫大，然皆顯淋巴腺腫大。

診斷 血中細螺旋體甚罕見，是與回歸熱之兼有黃疸者不同。最妙之診斷法為用血二至四西西注射於幼壯之天竺鼠之腹腔內。迨鼠發現症狀後，若就其肝所備之乳狀液用黑地映光法檢之，則見該細螺旋體不少。此微生物培養頗難。

豫後 此病之豫後大多數有望，病之痊癒亦甚速，惟不免有病勢極重而致命者耳。

預防 近今以該病之傳達係藉尿或糞為媒介，故知須用消毒法處理糞尿。又須用法滅絕鼠類，因該鉤端螺旋體以老鼠為宿主也。

治法 至今尚無何種有效藥品，故對於此病之治療，僅可治其症狀耳。曾有人豫備血清，似有豫防之價值。

(七) 鼠咬熱 RAT-BITE FEVER

此係一種罕見而奇異之染性病，被咬於老鼠而起。其特殊狀為發短暫之熱陣，該熱陣或於數月數年之內間時再發。此病日中二國有之，英國及美洲亦曾發見。

日醫二木氏 Futaki 發見此病之病原，係一種螺旋體，名鼠咬熱鈎端螺旋體 *Leptospira morsus muris* or *Spirochæta morsus muris*。氏云“老鼠咬熱者，蓋顯以下所述各症狀之熱病也；然此種熱病僅老鼠咬性病之一，不兼指一切因老鼠咬而起之病。”日本老鼠含此螺旋體者佔百分之三。

病情甚奇特，病之潛伏期常自十日至二十日。或又謂有潛伏數月之久者。鼠咬處之傷口依常例而進行；或已收口，繼乃紅腫蝕爛而成潰瘍。該處之淋巴腺因亦受累而腫。發熱與寒戰突然兼顯，約稽留三四日之久。當熱發之際，皮顯疹，或為紅斑，或為叢壘成片之疹，與麻疹相似。病者自覺病甚。有時肌及關節痛，且或譫妄。如此纏綿數日；體溫降，而病者自覺痊癒。迨隔數日或數星期之間期後，則病回歸。如此一瘧一發，或循環數月，甚或數年之久。

病之豫後不危。凡日本所報告之四十九病案中，僅一致命。

治法。傷口須用烙術；注射薩耳乏散入靜脈；依症狀療治熱陣。

(八) 利什曼氏病 LEISHMANIASIS

(甲) 卡拉阿薩 又名黑熱 Kala Azar or Black Fever

定義 此病係一不規則熱之恒久性熱病。其初發或速或慢，為流行性或地方性，見於熱帶或溫帶之國；多半顯進行性消瘦，且脾及肝增大並常有利什曼朶那凡體 *Leishmania donovani* 居脾及全身內。若病患在小兒，曩昔以為另係一病，曾名小兒卡拉阿薩 *Infantile kala-azar*；然近今乃知此病或在小兒或在成人無何區別。

分布 亞細亞數地方有之。在印度國之三要病竄區爲阿森,孟買及馬特拉斯,但其東方近海數處亦有之。中華則直隸,河南,山東,江蘇,湖北,安徽等省較多見,且患此病之人數甚夥;觀於近數年來,由此數省來就療者太抵有千餘人可知。曾有人報告東三省亦有之;惟揚子江以南至今所見無幾。

地中海沿岸一帶幾爲此病之地方性區。

在印度祇見於河流沖積之區,且不見於較海面高二千餘尺(六百米突)之地方;在中華大概亦然。

傳染景况 其傳染或限於一局部或一羣居之處或一家庭無定。譬如一家庭內常有二人以上患此病者,而該病之地方性局部或見於某村中五六人。對於發病之時~~會~~曾有報告,印度國三百醫案多半發見於十二月至三月之間,在中華多半見於二月至七月之間。男女對於病之易感受性無異,然青年較多。在中華七百六十二病案中,一至十歲者居百分之三十一,十一至二十歲者居百分之四十,二十一至三十歲者居百分之十八,三十一至四十歲者居百分之八,四十歲以上者則甚少。

原因 致病之利什曼朶那凡體 *Leishmania donovani* 係利什曼朶那凡二氏在一千九百零三年所發見。用人工培養基培養之較易。最易培養之者係 *N. N. N. medium*; 以該培養基培養病者周圍血管之血,可得其寄生物。

傳達 病傳達之法,曾有數理論如下: (甲)此人傳至彼人,或直接或間接,即藉分泌物或排泄物而傳達。(乙)藉吮血之昆蟲傳達,如臭蟲;然至今尙無何據以證實之。

症狀 脾常腫大,有時肝亦然。有不規則之發熱,經數月之久。有時於二十四小時內顯體溫升高二次,此爲特狀。其他症狀爲進行性繼發性貧血及劇烈之消瘦,皮常顯色素沈着,

面帶憂鬱，每有鼻衄出血。其常見之併發病係口頰壞死，痢疾，枝氣管炎，枝氣管肺炎及一切之膿毒病等。

血。白血球減少較赤血球甚，故其比例變為一與一千之比。羅追氏云：若其數減過一與一千五百之比例，幾可斷定為是病；若每立方耗血，白血球減至四千以下，足令人意及其為利什曼氏病。各種白血球之比例亦有改變，單核者增至百分之十七至四十，而多形核並嗜伊紅者均減少。患此病之標準的血圖，大抵赤血球居三百五十萬，血紅素為尋常之百分之五十五，白血球居四千以下，其中多形核者幾居百分之五十，單核者（變形細胞在內）幾居百分之二十。若無何併發之蟲病，則嗜伊紅細胞或全無。

診斷 在病之地方性區域，大抵僅依其病史可以斷定。有二試驗法，甚有實行之價值；對於中華北方，因無何血吸蟲病，尤有價值。第一為血球素沉澱試驗法 globulin precipitation test，即取病者之血二滴，置於貯蒸溜水二十滴之試驗管內震盪之，若其人有利什曼氏病，則顯渾濁之乳狀沉澱。第二係醛（又名酒酸間物）或佛馬林試驗法 aldehyde or formalin test，即取病者之血清一滴，置於玻片上，將片翻過，放於含百分四十之市售的佛馬林之表蓋形玻鍋上。若有此病，則俟三至六分鐘，血清變成不透明之膠凍樣體。除患血吸蟲病外，他病者之血清不顯此狀。此試驗法較血球素試驗可恃，然有難確知為卡拉阿薩，而二試驗法均顯陰性反應者。

最妙當施需時甚久之治療法以前，設法完全斷定；即取病者周圍血管之血，或取其淋巴液，或刺取肝或脾之血，塗抹於玻片以檢查其寄生物；倘未能查得，則培養而查之。

豫後 在未經治療者，死亡數約為百分之九十有奇；在受治療者，痊癒數約為百分之八十。

治法 酒石酸銻鉀 pot. antimon. tart. 或酒石酸銻鈉 sod. antim. tart. 或酒石酸銻銻 ammon. antim. tart. 爲最有效之品。銻鹽類較鉀鹽類毒小，故常用之。尋常以百分之一當量鹽溶液注射靜脈內。對於成人初次可注射該溶液一西西（一錢），隔日射一次，漸增其劑量，每次增半西西，直加至八或十西西爲度。對於十歲以內之小兒，須從〇·五或〇·二五西西起，漸增至五西西爲度。至最大之劑量仍須注射三至四個月；注射藥之共總劑量幾何，須視病者年齡、重量及其病況而定。注射上述之最大劑量，若致病者顯中毒症狀，莫如予以較小之劑量爲妙。倘病者受注射三四月後，自覺骨痛，並有劇烈之頭痛，則須禁用。對於成人，則藥之標準的共總劑量爲二至三克（2-3 grams）。表明注射酒石酸銻類之良好反應者爲自覺舒爽，重量增多，體溫降至常度，脾臟減小，白血球及血紅素均增。

(乙) 皮膚利什曼氏病又名熱帶瘡或名東方癩

Tropical Sore, Oriental Sore, Cutaneous Leishmaniasis

此爲熱帶地方潰爛或非潰爛之損害，幾均居身體常現露之局部。損害組織所含之熱帶瘡利什曼氏體 *Leishmania tropica*，與甲類幾同；然亦有形態上及培養上之數小異點。其傳達之法尙未決定。治療須以過錳酸鉀散劑摻之，逾數日則敷普魯士藍 Prussian blue 百分十之溶液，常有效。

內治法與甲類同。此病於中華尙未見。

(九) 梅毒又名微毒(瘰)

SYPHILIS

(一) 病史原因及病理解剖

定義 此係一種徐漸進行之特殊傳染病，而爲梅毒密螺旋體 *Treponema pallidum* (*Spirochaeta pallida*) 所致。病之由接種

而得者，名後天梅毒或獲得梅毒 *acquired syphilis*；由母遺傳而得者，名胎生梅毒或先天梅毒 *congenital syphilis*。

病史 在千四百九十三年以前，歐洲地方是否已有梅毒，尚無確據。自上述之紀年始，此病傳播意大利，數年之間乃瀰漫全歐。又有謂歐亞（如中國）兩洲固宿有此病者，以古代醫書每載有與此病情狀相同之病及古代骸骨有患梅毒之損痕等為之證。然據醫界一般之意見而論，多數崇信此病發源於美洲之說。

初時多以為此病屬流行性；迨十六世紀，始漸知此病之傳染實由於淫。某氏首先視為胎生病。經十六世紀醫界之研究後，病之情狀乃漸明定。彼時之病勢似乎較現代者烈，以汞及乖阿肯 *guaiacum* 為主治藥。至十八世紀，始查明梅毒與動脈瘤之關係及內臟受損之各狀。及十九世紀之初，臨診及病理的損害區研究尤詳，惟病原尚未確定。一千九百零五年，卻亭氏 *Schaudinn* 查得損害區有一種螺旋體後，而學理乃愈圓滿。千九百十年，攸利什氏 *Ehrlich* 又發明一種專治藥，既能殄滅該寄生物，又無害於人體，誠醫界之偉業也。

原因 寄生物 梅毒寄生物之體彎曲作螺旋形，長五至十五微米，甫由人體取出時能動。凡病人之下疳（初瘡），患處之淋巴腺，第二期損害區及多種樹膠樣腫（又名梅毒瘤）內，皆有此物；最多者為胎生梅毒之損害區，而以肝為最甚。凡受染後，密螺旋體能盤踞體內十五至二十年之久。接種之於猴體，所致之病狀與人患者酷肖。野口氏 *Noguchi* 曾發明培養之法。

此密螺旋體大概有數亞變種，並可偵悉其臨診不同之點。

美國軍醫學校曾有數試驗家培養數梅毒密螺旋體，見其所致之第一期第二期之損害各有不同，如從患全身麻痺者所得之密螺旋體，在兔體試驗，需六十至八十日始能傳布，並需六十

日方致損害，然從梅毒早期所得之密螺旋體祇需三至四星期耳。密螺旋體能使身體之組織發生抗體，而日久或致有較大抵抗力之亞變種，然其生殖力或同時減小。其感染同時因此不顯何等發動之病況，或潛伏無限之時期，迨數年之久始能發動。或身體之組織對於該螺旋體儼若習慣，並不發生抗體。於此際施乏色曼試驗法，則顯陰性反應；必至病活動時方發生抗體。有時身體似反發生抵抗尋常治療品之力。

近世考查患梅毒者之血清，則知其血內具抗梅毒之素，由是推闡，乃得最佳之血清診斷法，名乏色曼氏反應 Wassermann's reaction。此法能證明病者之血內是否有抗梅毒素，以定其是否患梅毒；若詳慎檢查，效果極確。凡患梅毒者，百分之九十或九十五顯此反應；染病後半月至一月，反應即顯，嗣後則更昭著。

該反應或繼留甚久，無限定之止期；當療治得法時，或暫隱，後則再顯。反應力之大小，恒依病之輕重為轉移。

傳染景况 (一) 由交媾。大多數病之傳染屬此類，然亦有因他種情況而受染者，統計有二十六種。

(二) 由偶然感染。外科及產科醫士受染者不為罕見。有不顯局部性下疳之徵而竟受染者。由理產所染之初瘡，多在指或手背。除生殖器外，以唇之初瘡為最多，而其傳染情況，則除直接受染外頗尚有多種。扁桃，肛門等處染下疳，多由惡劣淫癖而起。乳母之乳頭為病兒所吮，亦能受染；梅毒性小兒之親友，亦有意外受染之虞。妄用人體痘漿等或致貽害小兒。

(三) 胎兒的傳染。此類受染，非指直接遺傳而言；胎之受染，實由於胞，蓋純係子宮內之染性也。其母外表雖似無病，然顯乏色曼氏反應；病之傳染由其母而不直接由其父。可雷司氏之公例 Colles' law 曰：“母無明顯之梅毒狀，兒生後亦不即顯梅毒，迨數星期後乃發病；此種小兒每能染及壯健之乳母；惟母

哺之，則兒雖口有梅毒潰瘍，其母亦不受染。”又坡非他氏之公例 Profeta's law 曰：“母患梅毒而兒無梅毒狀者，苟吮母乳，亦可無害。”

病理解剖 下疳又名硬性下疳 (瘰初瘡) Chancre or Hard chancre, 卽初發性損害 Primary lesion, 或名初瘡 Primary sore. 下疳所顯之病組織有四: (一)結締織有小圓細胞之瀰漫性浸潤。(二)有較大之似上皮細胞。(三)有巨細胞。(四)小動脈及靜脈之變異,以內膜變厚爲主;入該處之神經纖維亦變。此硬化一部分係此急性閉塞性血管內膜炎 acute obliterative endarteritis 所致。伴此初損害而顯者尙有鄰近之淋巴腺過長,終則變堅。

梅毒第二期之損害 Secondary lesions. 此類損害甚多,不能盡述,如濕疣,皮疹,眼患等等皆是也,當另詳。

梅毒第三期之損害 Tertiary lesions. 此係有界限之樹膠樣腫,數種皮患及特種動脈炎等是也。

樹膠樣腫或梅毒瘤 Gummata or Syphilomata. 生於骨或骨衣者名梅毒結(癩阜) syphilitic nodes. 肌,皮,腦,肝,肺,腎,心,睪丸,腎上腺等處亦生之。此瘤或極小,目不及見,或大至直徑三至五釐。其質堅,惟在皮及粘膜者,則常潰爛。若以刀剖之,切面顯一致之灰白色,中央有堅質似乾酪,而周圍係透明纖維織(嫩筋膠)。常有三四枚成團,爲密纖維織所包。動脈炎另詳他章。

(二)後天梅毒又名獲得梅毒 ACQUIRED SYPHILIS

第一期又名初期 First or Primary Stage. 自初瘡(下疳)始顯而至全身狀發時爲病之初期,約須六至十二星期。染梅毒一月之內下疳遂顯,初爲小紅粒,漸長大,中央潰而成淺潰瘍。

其周圍之組織變堅似軟骨,故名爲硬性下疳 hard chancre. 大小靡定,小者多易忽視,如生於尿道口,內者是也。下疳間有不

甚硬者。有時先軟而後硬。有時並無明顯之初瘡。屬下疳區之淋巴腺漸大而堅，滯與腺罕醜膿。此期之全身情況不惡，或不發熱，亦不累及康健。

第二期 Secondary Stage. 初瘡顯後三月之內，乃顯全身症狀，大概少有早過六星期而遲過十二星期者。

(甲) 發熱。輕重無定，有皮疹未現而發熱者，有不定時而發熱者，然亦與第二期症狀同時並發者為多。其熱或為稽留性而輕，或為弛張類。最可異者為間歇類，致易誤為瘧。熱度或升至一百零五度（四〇·五），熱陣或纏綿數月。有誤為腸熱或肺結核等病者。

(乙) 貧血。梅毒多致貧血，患者面呈暗白色，眼結合膜及皮等處或微顯黃疸。赤血球無特別之改變，惟其數甚少，或減至每立方耗僅存三百萬，或尤少。

(丙) 皮膚損害。最早而常者為斑點狀梅毒疹 macular syphilid，發於軀幹及臂之前，面多不受累。其斑點為微紅棕色，相對排列，纏綿一二星期；斑疹或再發，甚或再發多次，有雖歷多年仍復患者。丘疹狀梅毒疹 papular syphilid，發於面及軀幹，常相聚成羣，畧似瘡疥 acne。膿皰性梅毒疹 pustular syphilid與痘瘡畧似。鱗屑性梅毒疹 squamous syphilid與牛皮癬相似，惟梅毒疹之鱗少，色似古銅，且不限於臂腿之伸面。

皮之濕處，如會陰、腹股溝、腋窩、趾間、口角等發粘膜炎 mucous patches，為瘡形之扁物，其面有微灰色之液。此斑為梅毒之特狀。女陰、肛門等處常發梅毒瘡又名濕疣 syphilitic warts or condylomata。

髮多脫落而禿 alopecia，或甚稀少。有時指甲患梅毒性甲狀炎 syphilitic onychia。

特殊傳染病

(丁) 粘膜損害。熱與疹發時，咽及口痛，咽粘膜充血，腭扁桃體。或有腎形小潰瘍，其邊色灰白。頰內面及舌唇等處生粘膜斑。

(戊) 淋巴腺炎。此常普遍全身。其腺硬，按之不痛，不甚增大。若肱骨內上踝腺及頸後腺增大則有益於診斷。

(己) 關節炎及四肢痛。此為常見之第二期症狀。有時關節患重，畧似儂麻質斯性熱。

(庚) 他種損害。常有虹膜炎，一眼既患，他一眼隨之。此等患發時在初瘡後之三至六閱月，輕重不等。脈絡膜及視網膜（睛膜及視衣）與耳罕發炎，或傳至中耳致微聾。副睪及腮腺亦少發炎。有時顯黃疸。急性腎炎詳後。

第三期 Tertiary Stage. 自第二期以至第三期，無劃然之界線，應遲發之損害，或竟顯於初瘡未痊癒之際。第三期之特別患為皮疹，內臟樹膠樣腫及蠟樣變等。

(甲) 梅毒疹。此等遲發之疹較早發者易潰爛且損及皮之深層，致癒後遺癍。其排列多散漫而罕相對。有一種第三期瘡名蠟殼瘡（尖痲瘡）*rupia*，以其痲積疊成蠟殼形故名。

(乙) 樹膠樣腫。生於皮，皮下，肌，內臟等處，已詳上。若生於皮則易潰而為難治之潰瘍。若生於內臟則顯纖維性（筋膠性）變，使之皺縮變形。生於粘膜亦潰爛而遺癍，如喉及直腸等處患後則因遺癍而收窄是也。樹膠樣腫潰瘍或有傳染性。

(丙) 澱粉樣變（蠟樣變）。此種變壞與梅毒有重要之關係；凡檢查二百四十四蠟樣變，屬梅毒者佔七十六。每隨後天梅毒而致，又多與婦人直腸處梅毒伴發。先天梅毒之有之者則少。

第四期 Quaternary Stage. 患初瘡或他質性梅毒狀後多年，或發現斂類梅毒病；其中以運動性共濟失調 *locomotor ataxia* 及全身虛癱 *general paresis* 二者為主。

(三) 先天梅毒又名遺傳梅毒

CONGENITAL OR HEREDITARY SYPHILIS

除初瘡(下疳)外,凡後天梅毒之諸狀皆為先天梅毒所有。小兒產時是否即顯梅毒狀不定,大抵不即顯者多,常在一二月之內始顯。

症狀 (一) 產時。 病已顯者,小兒軟弱枯瘦,常顯皮疹,手足等處常有犬齶,鼻竇壅塞,唇爛,口角裂,肝脾增大。骨之症狀或甚昭著,跖或脫離。此等小兒罕能久存。

(二) 早顯徵狀。 若產時無症狀者,則其發育與他兒同;至第四或八星期乃發梅毒性鼻炎 syphilitic rhinitis,呼吸阻碍致鼻齶而為顯著之狀,鼻出血清膿或血,哺乳最難;患重則潰致鼻骨死及鼻梁塌陷,此係先天梅毒之特徵。鼻炎每誤診為尋常之卡他惟他症狀一發即易診斷矣。或延蔓至耳咽管及中耳而致聾。

皮膚之損害或與鼻病同發,或稍緩。患此病者皮色每灰白。皮疹初顯於臀,或為紅斑或為濕疹(厄克西馬) erythema or eczema,而顯邊有定界形不規則之淡紅棕色斑者較常見,顯丘疹者亦不少。唇裂顯於口角或唇之中線,粘膜與皮膚之交界處或潰爛;此特殊之口瘡之液極毒,能染及乳母之乳頭,家人亦有受染之虞。髮及眉毛有時脫落,甲狀炎亦不少。淋巴腺之腫大雖亦有之,然較後天梅毒者少;若皮疹劇烈,則鄰近之淋巴腺常可捫着。脾與肝有時增大。以上所述種種係胎生梅毒常徵,大概在第三至十二星期中發顯。將顯之際,或預有煩燥不寧及難睡等狀;此則夜間最甚。出血者亦有之,然不多見,或在皮下或在粘膜,早顯者則在臍。須知此等出血,不必定為梅毒,因他病而起者頗多甚也。

(三) 遲顯徵狀。小兒之患先天梅毒者發育每不能如常，常有枯瘠之形容。苟能痊癒，則一般之滋養或無甚阻害，而小兒不再顯他狀；惟至發恒齒時及弱冠之年而病再發者，為常見耳。一般之小兒，早顯損害雖或痊癒，然其發育每較他兒緩，一睹其面貌及顛形，立可辨認。雖年至二十，有時仍似在十歲左右；額凸，顛駁，鼻梁凹，唇厚，口角有放射之紋。牙齒變形，上中門齒尤為顯著；齒小而底寬頭窄，然前面之牙齒無蝕狀及蜂窩狀，牙頭有或淺或深之缺，缺處之牙質（象牙質）露出；此名曰鑄形牙，係先天梅毒之一種殊性狀。

弱冠時所顯徵狀中，有一種目病，名間質性角膜炎 *interstitial keratitis*；角膜漸渾如霧玻狀，雙目感受累，一先一後，稽留數月，始能痊癒，間有成雲翳致視物不明者。有時虹膜亦發炎。耳病在弱冠或未及弱冠時所顯者係一種驟速之聾，難醫，大概係耳迷路（幽）受損所致。骨之損害，逾六歲而後顯者為最常見；受累者多為脛骨，實為慢性樹膠樣腫性骨炎，致骨漸變厚。先天梅毒之骨結 *nodes* 多散發於四肢，兩兩相對痛者罕見；有時至二十一歲之後始發。關節之損害較少，曾見一患相對之膝關節滑膜炎者。脾及淋巴腺增大時屬遲顯之徵狀。

中樞神經系統亦常受累。其程度種種不一，或顯各種腦力不健全之症狀，或致全身麻痺。某種病人並有顯似尋常舞蹈病之症狀者。對於孩童顯任何異常者，須注意其有無梅毒；是為最妥善之規則。

肝、腦、腎等在先天梅毒之後期或生樹膠樣腫。

梅毒能否傳至第三代之問題，因梅毒密螺旋體業已發明，故可答之曰能；非獨此也，患者能生殖至何世代，該螺旋體莫不能傳及之。因此對於診斷先天性梅毒，須用心追溯其上代梅毒之歷史。

(四)腦及脊髓與內臟之梅毒

SYPHILIS OF BRAIN AND CORD AND VISCERAL SYPHILIS

(甲)腦脊髓梅毒 Cerebro-spinal Syphilis

檢查腦脊髓液,則知神經系統常於第一第二期受累。大多數患梅毒者不顯何較此尤晚之神經系統症狀。某二醫家特爲此檢查四千一百四十三個在二十至三十歲間之梅毒病案,見患全身麻痺者居百分之四·七;患腦脊髓梅毒者居百分之三·二;患運動性共濟失調者居百分之二·七。在未受治療或稍受治療之病人患此者之數當更多。

病理累及之組織爲(甲)腦脊膜,(乙)動脈,(丙)主質;其不僅限於此三類之一者較多。若祇限於一類,常見者大抵爲動脈;即動脈內膜變,則腦脊髓液幾不顯何改變;且症狀祇由動脈損害所致。任何上述三者之某類,其血管周圍組織損害係常見之病變。緣此所致之滲出物能騷擾淋巴循環。此淋巴循環之不通及動脈內膜炎,常於血之供給有大阻碍。

約累言之,損害可分二類:(一)主質性,係括運動性共濟失調 locomotor ataxia or tabes dorsalis 及麻痺性精神錯亂又名全身麻痺或全身癱瘓 general paralysis of the insane 者而言。(二)間質性,係括一般尋常所稱之腦脊髓梅毒而言。主質性損害發見之期較間質性損害發見之期晚甚,然常有較早者。此等常因腦底膜炎而致。因主質性,間質性二者發現時期之相差如是,乃令吾儕念及有一慢性進行性之改變。間質性類多半顯於受染後五年之內。

(甲)腦膜。腦膜炎係常見症狀,特顯於腦基底部分,視經交叉,大腦外側裂等處。常有樹膠樣腫,粘着腦軟膜或硬膜無定。常見者係在大腦,有甚顯之結塊,其大小等於豌豆至核桃,每爲多數性。樹膠樣腫與腦膜無關者罕見。當初起微小時有

一致的一半透明狀，但長大時其中央現纖維乾酪樣變，且其附近中央之周圍為灰色較硬之組織所成。病或似結核性腫。有時顯囊性變。大腫瘤之見於脊髓，不似見於腦者之多。樹膠樣腫之周圍或顯劇烈之腦炎或脊髓炎。

腦中樹膠樣性之動脈炎常致腦軟化，其軟化之區或極大，一如因大腦中動脈受累或一大局部之腦膜炎所致者。此病案之病變實屬腦腦膜炎，且其所致之症狀係因繼發性之改變而致。

(乙) 動脈。動脈標準的進行性動脈內膜炎為常見之損害。動脈周圍改變亦常見。有時顯劇烈之炎性反應，兼有水腫，並繼以水腫所致之淋巴管梗阻或動脈發現有變壞或破裂趨向之小結性腫瘤。動脈損害常與腦膜中之損害同顯。

(丙) 主質 Parenchyma。主質所顯之改變多為退化性，因動脈損害騷擾營養及螺旋體毒素直接騷擾組織(特見於全身麻痺)而致。腦膜、動脈二者之損害於治療上較主質損害所受之療法利益為多。

腦脊髓液 腦脊髓液之檢查於診斷及決定治療效果甚有價值。腦脊髓梅毒中腦脊髓液之特點如下：

(甲) 所含之細胞 Cell content。顯淋巴球增多者居百分之八十五至九十。每立方耗液常有細胞一百以上或盈千。視細胞之多寡，可畧知腦膜炎之輕重。若祇患動脈內膜炎，其細胞或仍如常。

(乙) 血球素(晴脛) Globulin。增多者百分之九十至九十五。大抵能指示損害之動脈有異常之滲透，並可發現種種狀況。在梅毒第二期之初時，腦脊髓液中或祇現血球素增多之單獨改變。

(丙) 乏色曼反應 Wassermann reaction. 此反應現陽性反應者居百分之八十九至九十，並足表示病在腦脊髓組織內有急切之病變；然在梅毒第二期之初時，雖血球與血球素均增多，或不顯陽性反應。

(丁) 膠體金反應 Colloidal gold reaction. 顯此反應者有百分之七十五至八十。施此法(按即試驗用幾何腦脊液始能沉澱膠體金)可將全身麻痺與運動性共濟失調及腦脊髓梅毒二者鑑別之。

症狀 其大要如下：(一) 精神症狀 *Psychical features*. 突起而劇烈之譫妄或為初狀，或在譫妄未發之前預有頭痛，性情改變健忘諸狀。此種情況或兼驚厥。有時或無神經炎，麻痺及可辨之局部症狀等。

(二) 頭痛發暈或譫妄之後，繼以驚厥而似癲癇或偏癱或腦底之神經受累等者尤為常見。此等病者有時或顯情感遲鈍 torpor 之狀多日。

(三) 有時症狀或似麻痺性癡呆 *dementia paralytica*。

(四) 病者常顯腦瘤之狀，如頭痛，視神經炎，嘔吐，驚厥等，而以驚厥為最要。初狀有時似栓塞或血管內結血栓；例如突然偏癱而兼不省人事或否者是也。

脊髓梅毒 症狀極雜。若脊髓膜有大樹膠樣腫，則顯脊髓生瘤之狀。若係樹膠樣腫性動脈炎，則脊髓變壞而軟。若脊髓膜炎，則顯繼發性脊髓變異或較後顯硬變。梅毒性脊髓炎 *sypilitic myelitis* 詳脊髓病篇。

診斷 病之來歷最為重要，然有價值而可憑信之病歷實不易得。宜細查是否有下疳之痕，腹股溝處淋巴腺腫之痕，皮疹之痕，咽潰瘍之迹及骨之損害等。症狀之殊性每為診斷之要據；凡形雜各異非由單獨之損害所致之情狀，如脊髓之異

症狀或左右神經受累等皆是也。用乏色曼氏反應檢血及骨髓液，甚為可恃。又療治之效果亦為診斷之要據，蓋用療梅毒藥而症狀退去，則其為梅毒也可知矣。

(乙) 呼吸器官梅毒 Syphilis of the Respiratory Organs

氣管及枝氣管梅毒 患此者由一百二十八病案中可知百分之五十二單獨累及氣管。其十案係先天梅毒所致。

肺梅毒 此病極少見，分三類：(甲) 胎之白色肺炎 White pneumonia of the fetus。此即肺之一大部變質；其切面作灰白色，肺氣泡之壁變至甚厚，切時與胰腺相似，故有肺之胰腺樣變 pancreatization 之名。氣泡壁上皮腫而脫落，以至充塞肺氣泡。

(乙) 肺之明著的樹膠樣腫瘤。形小如豆，大至鵝卵不等，散佈於肺不規則，但近肺根處為數常最多。顯灰黃色乾酪樣狀，性乾，並常隱於半透明且稍硬之結締組織內，某氏曾報告一案其肺根顯劇烈之受累。有數纖維帶從變厚之胸膜向內而長，此等帶間圍繞樹膠樣腫者有紅斑性之紅肺炎質變。乾酪樣性結中顯標準的透明性變。所罕見者乃上述之乾酪樣性樹膠樣腫甚大且軟化而成枝氣管擴張窩 bronchiec cavities。按臨診而論，顯似肺結核狀，然確無結核菌。小兒之枝氣管擴張或因梅毒而致。

(丙) 類結核性狀。累及肺根或肺頂或肺底。其物理徵皆酷肖結核病之徵狀。病可見咳嗽，並能多痰，有時帶血，消瘦並發熱，其徵狀在一肺頂或一肺底。此等情況雖可令人認為結核病，然究不能查出結核菌。此等情況可持續甚久而無何顯著之改變。此其病徵因可誤視為結核病，故鑑別診斷頗難施行。要宜檢查他局部有無損害，特如喉，並試以乏色曼試驗法。有時治療之效果對於診斷，頗有補助。有一病案，一年

在二十七歲之男子患咳嗽，痰內含血，患至一年，因咯血而致命。

然始終未於痰內查出有結核桿菌。歿後剖檢，則見二肺有數甚大之乾酪樣性樹膠樣腫，且有甚多之纖維性增厚，其右肺下葉顯一窩，窩壁上肺動脈之枝氣管已糜爛。在吾儕所遇之醫案中，其臨診症狀之假冒肺結核病者，祇見顯肺組織之蔓延性變。

(丁) 纖維性(筋性)肺根炎，即結締織炎，大概因梅毒而起。

纖維織延蔓，由胸膜之肺層或肺根循肺小葉間質而入肺。

患處非葉之全部，枝氣管屢擴張。

診斷 最要者有二：(一)肺患梅毒者甚少；(二)以療法驗之，不甚可恃。與肺結核實不難區別，因可據結核菌而斷定也。

至於梅毒性肺結締織炎致下葉枝氣管擴張者，則難與他病所致者鑑別。凡身之他處有昭顯之梅毒性損害，肺炎狀不明顯，而兼枝氣管擴張及無結核菌者，可疑為肺梅毒。間或有梅毒與結核兩患同時並發於肺者，倘診斷有疑難，可以乏色曼氏反應試驗之。

(丙) 肝梅毒 Syphilis of the Liver

類別 (甲) 先天類 小兒因胎生梅毒而死者，多顯瀰漫性肝炎 diffuse hepatitis。肝大而堅，色微黃，或有樹膠樣腫及瀰漫性硬變。含密螺旋體極多。有在胎內死者；有產後即死者。

其他則生時或無症狀，經數星期肝乃增大。扪之堅硬，其緣伸至臍下。脾亦增大。一般之情況係硬變，然顯黃疸及水腫者則甚少。或謂小兒患此獲癒者居三分之二。

(乙) 緩發性胎生梅毒 Delayed congenital syphilis, Syphilis hereditaria tarda. 此等小兒之肝受累者有四分之一。小兒之發育不良，指頭有時變大，且顯生殖器欠長之狀，肝每增大或顯小結。

後天類 (甲) 二期梅毒。肝罕受累,有時微增大。皮疹發顯及淺淋巴腺增大時或有黃疸:此或係肝小管卡他所致。豫後大概不惡。

(乙) 三期梅毒。肝受累者不少,其損害係樹膠樣腫,癥,組織硬變等。樹膠樣腫小如豆,大如柑,在腹上部或可扪着。腫或變乾酪樣或變軟或積石灰質。癥形爲直紋或菊花形。肝之梅毒性硬變大概與樹膠樣腫或癥同顯。

症狀。第一類:其症狀爲尋常之肝硬變,如微顯黃疸,發熱,門靜脈受阻,水腹等,致醫士有不疑爲梅毒者。嘗有患水腹者,施導液術十三次,毫無功效,迨見小腿前面處有樹膠樣腫,乃療以梅毒劑,不久即癒。

第二類:病者貧血;尿多,其色淡,含蛋白素及腎管型(或名圓柱);肝大或形不規則;脾亦增大。久之或身水腫,或因患伴發病而死。剖驗其屍,乃知脾,肝,腸粘膜等有蠟樣變,且有樹膠樣腫。

第三類:此類最要。有肝生腫瘤之狀,痛,扪之則可覺不規則或結形團。大者則使腹上部凸。身之他處有梅毒狀,則易診斷;否則或誤爲肝癆。可試服碘化鉀,以覘能消否。

第四類:病者顯不規則之熱,肝增大而形不規則,致疑爲生膿。又有肝之全部增大而似肝結締織過長者。又有脾腫大,貧血,肝小等致易誤認爲脾大貧血病 splenic anemia 者。

(丁) 消化道梅毒 Syphilis of the Digestive Tract

食管患梅毒者甚少,有之,則變狹窄。胃患梅毒者亦極少。小腸及盲腸或有生梅毒潰瘍者。

消化道最常受患之處爲直腸,且多爲婦女,即內括約肌上部粘膜之下層生樹膠樣腫,徐使狹窄。症狀爲直腸狹窄,甚易辨認。病者所言之來歷即係漸顯直腸狹窄之狀,如大便艱苦,

直腸內有硬窄處等。或身之他處有梅毒狀。有因男色致直腸生梅毒潰瘍者，更易診斷；因下膠血及直腸收窄也。梅毒潰瘍與瘡潰瘍不同；瘡潰瘍之邊堅；梅毒潰瘍之邊軟。以年歲論，亦不相同；患瘡潰瘍者較老。

(戊) 循環系統梅毒 Circulatory System

心梅毒 有時心內膜發炎而生疣形贅生物。

吾儕雖早知梅毒與心肌炎，貧血性壞死及冠狀動脈病等有關係，惟至今始因有新試驗法而能定其關係之大小。曾調查五十先天性梅毒病人及一百五十後天性梅毒病人之心，則將心梅毒之原發性損害分類如下：心肌在先天性及後天性之活動期，雖或無何顯然之改變，然仍能於心肌內查出有大羣之密螺旋體。肌紋喪失之心肌水腫非不常見。局部之脂肪性變可現為單獨損害，或見徑五耗局部之壞變；最特殊之狀態係有粘液瘤樣之半透明而多含密螺旋體之數區。間質性改變即兼見甚夥之密螺旋體及白血球之水腫係常見。間質性之增生（多在血管之周圍）或為最早而能認明之損害。有時雖於身體他部不能查出密螺旋體而於心肌內查出甚夥。

心肌組織或於梅毒第二期受累，但多顯於第二期之後。或為脂肪性變，有時繼發於冠狀動脈病之後，或為纖維樣變。心外膜改變兼動脈周圍炎者常見。其症狀為稍顯心臟機能不全，兼有時呈散佈性，有時呈局部劇烈性之胸壁心前區疼痛。心搏率或較速並為不規則之增加，兼於心尖顯柔和，不傳達，在運動時較大的收縮性雜音。此後之病徵與心肌炎同，兼心前區觸痛；其痛可推測之為心絞痛。若青年有疼痛兼心肌炎之徵狀，須推測之為梅毒。其疼痛之地位異於或與兼發的急性主動脈炎疼痛之地位。^④呼吸困難常顯著。用汞劑常速見效。

有時心破裂，或驟突殞命；驟死非罕見，曾於六十三醫案中見二十一。

動脈梅毒 梅毒爲動脈硬變及動脈瘤之要因，容後詳。今僅論小血管之梅毒，共分二種如下：

(甲) 閉塞性動脈內膜炎 Obliterating endarteritis. 卽動脈內上皮及彈力性層過長，以至動脈腔漸塞，其中層及外圍有小圓細胞侵入。此病不第患梅毒者有之，故須佐以他種梅毒狀而後可疑爲梅毒也。

(乙) 樹膠樣腫性動脈周圍炎 Gummatous periarteritis. 卽動脈周圍生球形之小結，多累大腦動脈，爲梅毒之特別患。嘗有人覺得梅毒密螺旋體於主動脈梅毒炎及大腦動脈樹膠樣腫。

(己) 腎梅毒 Renal Syphilis

(甲) 腎樹膠樣腫 不多見，間或致成癥痕。(乙) 急性梅毒性腎炎 Acute Syphilitic Nephritis. 此爲梅毒第二期之狀，患之者居梅毒中百分之三四，常在下疳後之三至六月而發。可癢，然蛋白素尿或纏綿數月，罕成慢性腎炎。

(庚) 梅毒性睪丸炎 Syphilitic Orchitis

此患務宜注意，因能證明身內部之隱疾爲梅毒也。有二類：(甲) 樹膠樣腫。睪丸變大而堅，似睪丸結核病，但較結核尤堅，且常生於睪丸體，結核則常生於副睪(腺冠)。變軟成膿以致潰破陰囊之皮者甚少，且常不痛。(乙) 睪丸間質炎 Interstitial orchitis. 此卽漸變硬，不痛，多係先累一睪丸而後及他一睪丸。

(五) 診斷及治法

普通診斷 梅毒之損害每易診斷，然無顯狀可查及病歷隱昧者亦復不少。用乏色曼氏反應試驗之，則無難問題矣。病者每多忌諱，須知無論老少男女貧富皆可患之。有時初瘡或甚微小，或生於尿道口內而為白濁所掩，或第二期之狀不甚顯，然此等情形究屬罕有。診斷時宜窮究有無皮疹，咽痛，脫髮等狀及病之來歷。亦宜詳查咽及皮有無梅毒之痕。腹股溝淋巴腺生膿而有瘻者不必由梅毒所致，腿之古銅色瘻亦有為他病所致者。宜捫查各骨有無梅毒結。涉疑者須查其有無初瘡之痕，或睪丸之是否堅枯；亦宜查脊髓液。婦人之屢屢小產者，苟有他種可疑之情況，或為梅毒。胎生梅毒之於三月內發鼻炎及皮疹者，甚易診斷。若後於此，則可以其面容，骨生結，鐮形牙及間質性角膜炎等為證據。梅毒密螺旋體可自新損害處查見，潔淨該處，用小吸器吮出血清，而查以顯微鏡即得。

血清診斷法 Serum Diagnosis. 乏色曼氏反應對於診斷大有裨益，蓋患梅毒者百分之九十顯此反應也。對於運動性共濟失調及全身麻痺病，效尤確鑿。

皮膚反應 Cutaneous Reaction. 潔淨皮之一處，用梅毒密螺旋體培養給製成之乳劑名魯伊汀 luetin 者。○五西西 (0.05 cc) 注射入皮中，則射處生丘疹而繞以紅環，其丘疹有時變為膿疱。全身狀微。此種反應在第三期梅毒及先天梅毒最顯著而確定。至於第一期及第二期梅毒，則此反應不甚顯，轉不若乏色曼氏反應之較為的當。惟在治療時，則皮膚反應較乏色曼氏反應為足恃耳。

治療試驗法 Therapeutic Test. 凡疑難之病如有頑梗難治之皮疹或腹內有隱瘤等，則可以解梅毒劑試驗之，但此法不盡可恃。

豫防 浪蕩淫逸爲作惡禍身之端，惜世人明知故犯，爲列邦通病。要其豫防之法，必在改移淫風；吾儕以道醫人，以勸人貞節寡慾自任。事雖不易，終當竭力爲之。須知爲人者當宜其室家，顧全名譽，保養身體，勿宜以肉慾自苦也。未婚配者宜婚配之，勿自焚於慾火，以致蕩檢踰閑。或云，淫者無不害及其身。誠哉是言，允宜取鑑。婚期未至者，須勤其所業，用澹靈心。

此絕慾正法也。至於放蕩閒遊，無所事事，實爲行淫之源；故人貴所其無逸也。政府對於此事，亦宜負責，當與豫防鼠疫、天花、霍亂等視爲同一要務，隨時檢查分隔而約束之；凡遇患淋病梅毒者須勒令赴地方衛生所註冊，施以相當之療治。對於有病者，宜戒以病之有傳染力，警以流毒害人之刑罰，俾知尊重公德。對於無病者，訓以衛生之道，曉以疾病之可虞，俾知守身如玉。果能行之有素，則此等惡病流毒社會之勢必大衰滅矣。

治法 病之輕重無定，有不醫而癒者，亦有依法用藥而病勢乍隱乍顯者，大概第二期輕而第三期重者多。總之須速療治，且勿因症狀畧退而遂停止，務須療治二年餘方爲妥善。患者起居須有定則，屏絕一切過度之事，發熱則臥牀息養，飲食可如常，惟宜多飲液體品。當療治時，宜禁烟酒；若施汞劑治療，宜防口齒受累而勤用氫酸鉀漱洗。掃滅身體內之密螺旋體，在乎汞劑及砒劑之引用；對於已改變之組織則碘化鉀有效。

在急性期，一經斷定，須立即治療。其目的在殺盡體內密螺旋體愈速愈佳也。若施以輕和之治療，恐致密螺旋體生有抵抗力之亞變種之激發；且僅口服汞劑，並非甚當之療法。究竟何爲最佳之療法，尙莫衷一是；現今所用之法每兼施汞砒二劑。有輪替用之者，亦有先間次用砒劑而後施汞劑盡一療期者。最要之點爲須竭力治療。

汞 宜及早施用,但須防其流涎。口服者可用汞白堊散一厘作丸, *pil. hydrarg. c. cret.* 0.06,每日服四至六粒;瀉者可和以複方吐根散 *pulv. ipecac. co.*;此法嘗獲效甚偉,倘病者不顯乖效,可陸續服至數月。其他若碘化高汞十六分之一厘 *hydr. biniodid.* 0.004,碘化低汞四分之一厘 *hydr. protoiodid* 0.016 或昇汞十六分之一厘至八分之一厘 *hydrarg. bichlorid.* 0.004—0.0016 等,亦可日服三次。

軟膏抹擦法 *Inunction.* 此法甚妥善。每晚用汞軟膏 *ung. hydrarg.* 或油酸高汞一錢 *hydrarg. oleas 2 gm* 擦無毛處之皮,連行此法六日,至第七晚則行熱水浴法,第八晚須再繼續行此法;如此輪流療治以四十日為一程。每次揉擦至少須半小時之久。胸腹之旁及臂股內面為適合揉擦之處。勿常擦一處,今日擦一處,明日擦他一處,輪流行之,以免皮炎。如欲盡法療治,則施此法四十日後,停三星期,再擦四十日,停三月,再擦一月,停六月,又擦一月,再停六月,又擦二十天;如此則須滿二年也。

肌內注射。用空針注射汞劑入肌,若所用針節曾經滅菌,且射入肌內而不誤及皮下組織者,則罕有膿腫患。汞劑即昇汞二十分之一厘至十分之一厘 (0.003—0.006) 和俄利乏油十滴,或甘汞一厘 (0.065) 和甘油及水各五分,或灰色油 *ol. cinereum*, 或淨汞一厘 (0.065) 和羊毛脂。每五至七日可注射一次,以二十次為度。若仍須施此法,則停六月後再射十次。

靜脈內注射。有時梅毒劇烈,可用昇汞一厘 (0.065) 溶解於當量鹽液約一兩半內 *normal saline 50 cc*,注射十五滴入靜脈。

乏色曼氏反應須每年試驗二次,至三年為止;若顯陽性反應,須再施治療。倘祇知血有陰性反應,不足證明的確痊癒;腦脊液亦須研究。在梅毒較後之期,其療法與前畧同,隔一定之期間後例用間時休息之法再治療之。乏色曼反應雖對於治

療爲最有助力之嚮導，然不能使一般病者均至現陰性反應。若欲用口服汞劑及砒汞混合劑療法，須先將汞之抹擦法或注射法慎用數次方可行之。

砒劑 砒劑 (dioxydiamido-arsenobenzol) 之名稱甚夥，茲所用者爲薩耳乏散 salvarsan 及新薩耳乏散 neo-salvarsan。若初用薩耳乏散，其最大之劑量爲〇·五至〇·六克 (0.5—0.6) 注射於靜脈內。須先經稀釋，即每藥〇·一克 (0.1) 加五十西西鹽溶液，且須隨用隨製。尋常注射於肘部靜脈之一，須注意針是否入靜脈內，且宜先射鹽溶液少許。射畢，病者須臥牀靜息至翌晨。厥後繼續注射之，其間隔之日期非必一律。一法，迨五至十日後再射等大之劑量，後於其等長或較短之間期中再注射等大或較小之劑量 (即〇·二至〇·三克 0.2—0.3)，經注射六至八次。後此續用汞劑一完全療期，法用注射或抹擦無定。又法，即先注射薩耳乏散一大劑量，接用二至三星期汞劑之一猛烈療期，乃復注射薩耳乏散一大劑量，再用汞劑，如此實施三四閱月。任用上述何法，凡經一期之猛烈治療後，當隔四星期之間歇期，不施任何治療而用補體結合試驗法試之。若顯陰性反應，須每越三閱月再試驗之，如此試驗至一年，果皆顯陰性反應，大概可謂之痊癒。若反應爲陽性，須再施治療，直至現陰性反應爲度。

任何治療期務須以補體結合試法爲嚮導。

定薩耳乏散之劑量幾何，其事多端。尋常依病者之體重而定。小兒之劑量爲〇·一至〇·一五克 (0.1—0.15)，嬰孩用〇·〇二至〇·一克 (0.02—0.1)。若眼底顯改變或血循環，腎臟有劇烈之損害者須謹慎用之，或應禁忌；於此則〇·二克 (0.2) 常用爲最大之劑量。新薩耳乏散大抵用較薩耳乏散加多不足一倍之劑量。有許多人常用新薩耳乏散以代薩耳乏散。

用薩耳乏散有特效之情況亦有數種：(一)當初期已早經斷定者，(二)皮膚或粘膜顯劇烈之損害者，(三)他治療無效或不能服汞劑者，(四)患惡性梅毒者，(五)患先天梅毒者，(六)患潛伏性梅毒，雖無他梅毒症狀而仍顯乏色曼氏反應者。對於內臟梅毒，用途較遜。對於患運動性共濟失調及全身麻痺者則其效力尙未決定，但在運動性共濟失調者用之有益則無疑。施用砒劑愈在梅毒早期愈妙。用砒劑後常須續用汞劑，除少數病人用砒劑於早期外，不得謂為完全治療品。

先天梅毒療法 小兒初生時即顯梅毒狀者則難療治，大概數日或數星期即死。梅毒兒祇可哺其母之乳或牛乳，斷不可別僱乳母。用薩耳乏散常有效。最妙為以汞軟膏擦其皮，或服汞白墜散半厘 $\text{hydr. c. cret. 0.03}$ ，每日三次。遲顯之患如骨有損害，可調汞及碘化鉀服之；其方為碘化高汞一厘，碘化鉀半兩，水二兩 $\text{hydr. biniodid. 0.06, pot. iodid. 15., aq. 60 cc.}$ ，三歲以下之小兒每次服五至十滴，每日三次，可漸加多。如此療之，則其病勢可速輕。宜間斷用之，經數月。迨發恒牙及成童時，宜查其復顯梅毒狀否；顯，則當療以抗梅毒劑。

內臟療法 此則碘化鉀較勝於汞，且能速痊潰瘍及消散樹膠樣腫。初服每次十厘，逐次漸加至三十厘(0.6—2)為度；欲令易飲，可攪牛乳。治神經系統梅毒者，劑量或須加大。亦宜用薩耳乏散或汞劑。患肝炎者可用汞及碘化鉀合劑。水腹用甘汞，狄吉他利，海葱調製之丸 $\text{pil. digitalis co.}$ 甚效，宜久服。用碘化鈉較用碘化鉀，有時少惹胃及致精神委頓之弊。

梅毒對於婚嫁之關係 *Syphilis and Marriage.* 醫士當告患者至少必閱二年不顯症狀方可婚嫁，倘猶有餘狀，則仍不宜。

梅毒對於人壽保險之關係 *Syphilis and Life Insurance.* 患梅毒者須盡力盡法療治，歷三四年而無顯狀，始可為之保險。

然雖如是辦理，仍常有出人意外而顯腦及他後發患者，故人壽保險公司尙有虧本之虞也。

(十) 雅司又名莓狀腫 (病)

YAWS OR FRAMBOESIA TROPICA

雅司爲一種皮結節類之接觸傳染病，盛行於熱帶地方，如康哥，西印度，中美，暹羅，斐利賓，太平洋羣島，東印度羣島及澳洲北部等處。由以上各地回來之中國南方人亦有患之者。或謂亞喇伯醫家早有著述論之。

原因 初以此病爲屬梅毒性；迨一九零五年，卡司忒拉尼氏 Castellani 發見其致病之微生物爲雅司密螺旋體或名細密螺旋體 *Treponema pertenue*。此螺旋體自患者之結節表皮內覓得，淋巴腺及脾內亦有之；血內雖未經見，然以患者之血接種猴體，則猴被染，且損害處有此蟲，則血內當然亦有之。薩耳之散之功力及之色曼氏之反應對於雅司較對於梅毒尤爲確切不移。

傳染景况 實地試驗，接種由雅司瘡刮取而得之物於囚犯三十二人，種處受染且繼發於全身者二十八。病毒有時或爲蠅類所傳播。男女老幼皆能受染，然以小兒爲最多。患之一次，即得免疫力。

病理解剖 據組織而論，初期之丘疹（結節）與第二期之普遍性丘疹無異。無梅毒患處之內皮細胞增多及脈管周圍積圓細胞等現象。真皮刺間之表皮大爲過長，侵及真皮，其處含有腫而變壞之細胞及多形核白細胞等。真皮水腫而血管及淋巴管均擴張。

症狀 可分二期論之：**第一期**，原丘疹（結節）之發現在受毒後二至五星期。此潛伏期內，消化作用或受擾，夜間頭痛，關節痛，或有不規則之發熱。丘疹顯時，淋巴腺或腫大而痛。丘疹速長大如小豆，其面作叢形（即開花故名莓狀）。表皮裂而有血漿膿液滲出，易出血而不痛。起於生殖器外部者絕少，故與梅毒異。

第二期。約繼第一期發顯後六至十二星期始現，雜時又發與第一期相似之全身症狀。普遍性疹，每起於粘膜及外皮之交界處，而遍布全身，但不累及粘膜及內臟。此期之結節或此消彼長，甚至纏綿二三年之久。

有謂此病有**第三期**者。此時咽之鼻部潰蝕，皮顯似猴瘡（路卜司）之潰瘍，關節腫，指炎，並發似樹膠腫之結節。

診斷 與梅毒有異者：（一）其損害徵祇有一種，而梅毒則甚繁。（二）僅累外皮及外皮與粘膜之交界處，梅毒則兼累內臟及神經系統。（三）累生殖器外部者極少，此與梅毒適反。

豫後 大抵可以就痊，惟小兒之結節潰爛而繼染細菌者則危險。

預防 病之傳染，大概由皮有損傷而受接觸傳染，故預防之法，首重敷裹外傷。

治法 薩耳芝散最有效驗，汞及氫化鉀亦頗有功。 受患局部可用消毒藥液洗之並摻以碘芳或硼酸粉。

(十一) 干戈薩 又名毀形性鼻咽炎

GANGOSA

干戈薩之名原為西班牙語，有言語含糊之義；蓋患之者鼻膈受累，甚至塌陷而音啞也。 此病盛行於瓜安 Guam，西印度羣島，斐利賓，錫蘭等處。 近來居海南之美醫士曾報告三案。 或謂係雅司或梅毒之後發患，惟干戈薩顯乏色曼氏反應者僅居百分之四十，且某地梅毒極少而此病亦盛行。 然此病之顯雅司疹之來歷者，佔百分之九十有奇，故謂為係雅司之第三期或後發患，較為近似。 患處迄未查得有何寄生物。

症狀 病初起時，多起於軟腭，粘膜腫而變軟，形似蜂窩，不日潰成深瘍，下蝕腭骨，蔓延甚速，前侵鼻中隔及鼻尖而潰蝕之，爛及上唇者較鮮。 值潰蝕時，有極臭惡之膿液流出，但每不礙全體之健康，越年除則潰蝕停息，損害處之周圍生瘰癧。 手足或顯相似之潰爛，有時累及眼而致盲。 嘗計患者八十人，累目者二十，累喉者三十，穿腭者為最常。

診斷 其進行較麻風及狼瘡為速，且無梅毒之來歷及病徵；據此即可與上三者區別。

治法 昔用療梅毒之劑，如皮下射汞劑而效；近年薩耳芝散尤著奇功。 受患局部可用消毒藥液洗之。

(十二) 枝氣管螺旋體病

BRONCHIAL SPIROCHÆTOSIS

枝氣管螺旋體病係枝氣管螺旋體 *Spirochæta bronchialis* 所致之枝氣管及肺泡之炎病。

歷史 一九零五年 Castellani 發見此病，一九零七年彼又發見此種枝氣管螺旋體，遂認為此病之病原。

地理之關係 此病初發見於環球熱帶區域，近來則知意大利，瑞士，法蘭西及英格蘭等地亦有之。 在中國地方，對於

特殊傳染病

此病之報告甚少，因此遂以爲中國不常有之；惟南京與秦州及其鄰地，則此病頗多（據海深德醫士 Dr. L. S. Huizenga 報告）。

原因 就病者之病史推察，此病之素因爲受寒，而其直接原因則爲枝氣管螺旋體無疑。其螺旋之數爲五或四，甚或有多至八旋者。其體積之差異甚大，長五至三十微米，寬 0.2 至 0.6 微米。在同一玻片上，或有各種大小不同之體積。此螺旋體與其他各種螺旋體之分別，可以實驗室法定之。

其傳染 大概直接由於患此病之病者，如說話或咳嗽時，螺旋體由病者噴出也。

類別 此病之兩種臨診類別，甚易認明。凡病之在四星期內痊可者，爲急性類；其他則爲慢性類；後者之病程甚長。

症狀 **急性類**：病者初覺怕冷，以爲受寒；繼則發熱，大抵不甚高，然亦有高至百零四度（四十）者。次則胸部痛；咳嗽連續，晚間常加重。間或喉嚨，亦有盜汗者。痰甚多，而顯泡沫狀，常有血星，且膠粘而有絲。總言之，其根本症狀爲咳嗽，痰增多而成泡沫，發熱及胸部作痛等。然亦有僅顯咳嗽者。

慢性類之重要症狀爲恒久之咳嗽，夜間加重，泡沫痰甚多；惟其痰之量則較急性類者少。大抵不發熱，且體溫反減低。痰內或有血，且時有顯頗急之出血者。

物理徵。檢查身體之徵狀，甚似枝氣管炎；蓋實際枝氣管螺旋體病即係特種病原所致之一種枝氣管炎也。

時令。此病雖終年皆有，然最多之時期爲春季。

男女及年齡。就所見此病之全數統計，女子佔百分之十三，男子佔百分之八十七。年齡，則以年少者爲多。

染色法。用火鉢薰痰，染以龍膽紫三分鐘；然後將玻片洗過，以吸墨紙吸乾。次用油浸鏡察驗，則所見紫色螺旋，即爲此

種螺旋體。新痰之未染色者用高度鏡察驗，可見此螺旋體之運動。

豫後 此病之藥效頗驗；凡非複雜病，痊癒頗速。不就醫者，病纏綿長久與慢性枝氣管炎同。

治法 砒劑中之否流氏溶液 Fowler's solution，每劑四滴，每日三次，功效甚佳。薩耳乏散注射劑效驗較速。病者應臥床休養，初一星期尤須如此。近 Castellani 氏主張用酒石酸銻鉀及砒之合劑。

(十三) 寄生性滴蟲所致之病

DISEASES DUE TO PARASITIC INFUSORIA

鞭毛蟲 Flagellata. 寄生於人者有數種，分論如下：

(一) **陰道台可門蟲** Trichomonas vaginalis. 此蟲長十五至二十五微米，有四鞭毛 flagella，其鞭毛幾與蟲體等長。常居於陰道之酸性粘液；倘粘液非酸性則幾無之。

(二) **腸台可門蟲** Trichomonas intestinalis. 此蟲長十微米，寄生於大腸，糞內可覓得之。所致之症狀不一，如腹痛，急性瀉或慢性瀉等。病組織與急性腸炎所現者同。小兒患之者顯痢疾狀，惟粘液多而血少。有時膀胱發炎而出血，亦為此蟲所致。

(三) **人字形鞭毛蟲** 又名腸蘭比爾蟲或腸一條鞭毛蟲 Lambliā intestinalis or Cercomonas intestinalis. 此蟲較台可門蟲畧長，寄生於小腸。所致之病與台可門蟲相同。

纖毛蟲 Ciliata. **結腸巴蘭替地蟲** Balantidium coli. 長約八十微米，寬約六十微米，其形長圓。此蟲常見於豬腸。人受其累則顯痢疾狀。不獨居糞及粘膜之面，粘膜內及粘膜下組織亦有之。

治法 此等蟲不易除盡。曾試用之藥甚多，而以純美藍 methylene blue 之灌腸劑（一分對三千分）並服其丸劑每粒二厘（0.13）或有效。

（丁）寄生性複細胞動物所致之病

DISEASES DUE TO METAZOAN PARASITES

（一）吸蟲所致之病

DISEASES DUE TO FLUKES, TREMATODES—DISTOMIASIS

此蟲之體如葉，闊而薄。其重要種類所致各病列舉如下：

（甲）肺吸蟲病又名寄生物性咯血病或地方病性

咯血病 Pulmonary Distomiasis; Parasitic Hemoptysis; Paragonimiasis; Endemic Hemoptysis. 肺並殖器吸蟲又名肺吸蟲 Paragonimus westermani or Distomum westermani; The lung fluke. 其確定宿主 definitive host 爲人類，貓類，虎，獅等。大都在肺內。已長成之蟲形橢圓，前後兩端微作漸尖式。長七五至十二耗，寬四至六耗。蟲之全身有一密集之盞形脊梁爲保護器。色淺紅或棕紅。蟲之卵作鈍橢圓形，長八十至一百微米，寬六十六至七十五微米；有明顯之蓋。幼蟲之宿主 larval host 分兩類：第一幼蟲宿主爲數種螺類 Melania snails；第二幼蟲宿主爲螃蟹類 crab or crayfish.

蟲之生活情況。蟲之卵由確定宿主之痰而出。苟能入水，則孵成頭毛幼蟲 miracidium 而鑽入第一幼蟲宿主。此後則發育成有尾動性幼蟲 cercaria，離去第一宿主，侵入第二幼蟲宿主，而外生包囊包繞之。此等有幼蟲之蟹類，如未烹煮爛熟，食之即可受傳染。既入確定宿主（即食此節未煮熟之蟹而受傳染者）之身，則包囊被消化而幼蟲外出；於是鑽入近膈處之瘻壁，由腹腔及胸腔而入居於肺；在肺中發育爲成蟲（即已長成之蟲）。

地理之關係。日本,朝鮮之南部山地及東部沿海各地,台灣,斐利濱之若干地方等,此病頗多。印度及暹羅之虎類,聞亦有此蟲寄生。福建省各地之與台灣相對處亦發見此病。河南,北京等處,此病甚少。揚子江口之羣島中則頗多。漢口,上海,蘇州及寧波等處間或有之。江西,廣西,貴州及河南之西部之貓類,虎類等亦時有此寄生蟲。

診斷。痰內有此蟲卵。

症狀。多為慢性咳嗽,而晨咳較甚。痰顯鐵銹棕色,與患大葉肺炎者之痰畧同。有時含血,血常少(間或有多者);倘不仔細,則易誤認為結核病。故須查痰內有無蟲卵。蟲之窩在肺內成洞,該洞多在胸膜下近肺面處,並有孔通細枝氣管;故卵隨痰咳出。此蟲所致之損害,大致可分四種:(一)為無膿之傷口;(二)為結核式之傷口;(三)為有膿之傷口;(四)為潰瘍性傷口之在皮膚,枝氣管黏液膜,腸黏液膜及膽管等處者。此蟲之散行者有時或侵入腦部,則致局部性癩癩病。

治法。祇有治症狀法。銻鹽類有時有效。朝鮮土人相傳,離開傳染地方一年後,病可愈。預防法為不食未曾盡量煮熟之螃蟹類。

(乙)肝吸蟲病 Hepatic Distomiasis. (一)肝瓜仁蟲病 Hepatic Fascioliasis. 肝瓜仁蟲即肝蛭 *Fasciola hepatica*; *Distoma hepaticum*. 其確定宿主為羊,牛,山羊,馬,驢,兔,天竺鼠,灰鼠,海狸,鹿,麋,羚羊,袋鼠,猴及人類等。大都寄生於膽管及肝中之膽管枝。已長成之蟲之形為不規則橢圓,後端有明顯之尖突。蟲卵之形為長橢圓,色深棕,有一小蓋;卵長一百三十至一百四十五微米,寬七十至九十微米。幼蟲之宿主為若干種螺 *Lymnaea*.

蟲之生活情況。蟲卵由膽管而入腸腔,乃隨糞排出。遇濕潤之環境,遂孵成頭毛幼蟲。苟遇螺類,則侵入其體。最後

則寄生於螺之肝間淋巴隙，逐漸發育，而成尾動性幼蟲。至是乃離開螺體，爬上草類之葉，外生囊包，成一白粒。牛、羊、騾、馬、鹿等（即確定宿主）食草時，此含幼蟲之囊包遂得入腸；於是外面之囊包被消化而幼蟲出，游行入膽管，即寄生於此而發育為成蟲（即已長成之蟲）。

地理之關係。凡有羊之處，皆有此蟲。中國揚子江流域及南方各地之羊及水牛，多有此蟲寄生。在北京，祇有由蒙古運來之牛有之。人之受此害者甚少，南洋地方曾見兩症，日本見一症，廈門見一症，如此而已。

診斷。糞內有此蟲卵。

症狀。蟲居膽管，故致管擴張。有時隱而不顯狀，但顯以下各狀者較多，如黃疸時發時愈，腹瀉時起時止，肝漸增大而硬，或痛，不發熱等等。病至二三年，則水腫及皮下水腫之狀均甚明顯。有時或暫時症狀退去；但多數復發，纏綿多年而死。小兒受累者較多。

治法。可服銻鹽。預防法為在有此蟲之地域不食水菜。

(二)分枝舉吸蟲病 *Clonorchiasis*。亞洲分枝舉吸蟲即亞洲肝蛭又名亞洲籠形吸蟲 *Clonorchis sinensis*。其確定宿主為人、狗、貓、山貓、鼬、狸等；常居於膽管及其肝內之枝管。已長成之蟲作狹矛頭形，長約五耗至二耗。卵形橢圓，殼前有蓋；而其後端則常有一小隆凸。卵長約二十七至三十繖，寬十五至十九繖。幼蟲之宿主第一宿主為螺類（在中國者至今研究未定），第二宿主為鯉魚類。

蟲之生活情況。卵由確定宿主之糞排出。過少許時，則卵內之頭毛幼蟲即釋而侵入第一幼蟲宿主，居於肝內淋巴間隙。際此變形而為芽胞幼蟲，再變而為雷氏幼蟲，其內為第三代之尾動性幼蟲。此幼蟲離開螺身而侵入第二宿主（即魚）；

蟲尾脫去而外長包囊。人食此魚之未煮熟者，則入腹而為成蟲。

地理之關係。遠東各地如中國、日本、朝鮮、印度等皆有之。在中國，狗貓患之者多(大半在揚子江流域之中部，北京一帶甚少)，人患之者少。

診斷。糞內有卵。

症狀。蟲居輸膽各管，致管擴張及黃疸等，大致與肝吸蟲病所現者相同。病較重者致肝及脾增大並硬化。

治法。現今此病之治法，尙未盡量研究。錫類複劑有效；久用或可斷根。

預防。勿食未煮熟之魚類。

(丙)腸吸蟲病 Intestinal Distomiasis. 薑片蟲病 Fasciolopsiasis.

薑片蟲 Fasciolopsis buski. 其確定宿主為豬及人類；大都寄生於小腸。成蟲：此蟲在人身內者為長橢圓形；在豬身內者則為鈍橢圓形。蟲之大小，差異頗巨：有長至七十耗(三寸)者，而其寬度則佔長度之三分之一至三分之二(一寸至二寸)；最多見者長約三十耗，寬十耗。其卵形橢圓，有蓋；長一百至一百八十微米，寬四十至一百二十微米；與肝吸蟲之卵頗不易辨別。幼蟲之宿主為兩種螺類。此螺形圓而甚扁，直徑六耗至八耗，俱無蓋。生於溝水及油水中者，較河水中多。

蟲之生活情況。卵由糞出後，在水中二十五至三十八日，乃孵成頸毛幼蟲；於是入螺體而成芽胞幼蟲 sporocyst。芽胞幼蟲變成許多雷狄氏幼蟲母 mother redia；此許多蟲母又生二十至三十雷狄氏幼蟲子 daughter redia；此羣蟲子更生出二十至五十尾動性幼蟲。尾動性幼蟲寄生於螺肝內若干時後，即離開螺身，成一種自由游泳蟲，賦在菱類 water caltrop, Trapa natans 之皮(尤以紅菱為然，蓋生於曾用油類肥料之野池中故也)及萍蓴

water nut, *Eliocharis tuberosa* 之皮上,而外生囊包,人之用齒咬去菱薺之皮而食之者,當咬時,囊包受咬而裂開,或誤入口內,以致被吞入腹。迨達十二指腸時,囊包遂破;其中之幼蟲乃粘貼於腸壁而發育為成蟲。從卵至發育成囊包,其所需之時間,約為三十五日。從囊包至為成蟲,約三十一日。從成蟲後再生卵而成蟲,約為九十一日有奇,依溫度及濕潤環境之差別而有異同。(現居浙江紹興之鮑爾祿醫士 C. H. Barlow 對於此蟲之生活情況曾詳加檢查。)

地理之關係。中國南方,揚子江流域,台灣及南洋,印度各地之豬類多有此蟲。人類之有之者則為印度,暹羅,澳洲,南洋,印度各地及中國之廣東,上海,南京,九江,武昌,長沙等處;而尤以浙江之紹興北部為然(此為高福林及鮑爾祿二醫士 Goddard and Barlow 所調查)。鮑氏檢查紹興之豬,不見有染此蟲者。

症狀。如僅有少數之蟲(一條或數條),則僅致輕症狀,如腹下部之鈍性絞痛等。嗜伊紅血球增多 eosinophilia 之度或高至百分之八至十。如蟲數甚多,則症狀較重。其痛為咬性,與胃潰瘍之痛相似,而食後其痛每減輕。腹瀉或甚重而連續,或瀉與大便秘結輪替發現。糞之臭不甚惡。水腫常顯。水腫亦頗多。無真實之貧血。有時消化不良。受染重者顯惡心及嘔吐。其他症狀為一般的無力 general asthenia 及普遍性水腫 anasarca。致死之原因為血中毒。由大便中排出之蟲之最多數目為三千七百二十一條,重一磅半(六百八十克);此係一人服 B-naphthol 後洩出者。

診斷。糞內查出蟲卵。

預防。(一)有此蟲之地域,各種蔬菜皆須煮熟。(二)使病者離開受染之地域。(三)對病人之糞施消毒法。此則用石灰最好,既可消毒,又可增其作肥料之效用。(四)用石灰澆螺。

紹興士人每言，猪染此病之處，人不染之；反之亦然。此言之確否，尚待證實。或者猪所染之蟲與人所染者，其種類不同，亦未可知。

治法。與治鉤蟲所施者同。

(丁) 血吸蟲病 (裂體蟲症) Hemic Distomiasis; Schistosomiasis.

(一) 血吸蟲 *Schistosomum haematobium*; *Bilharzia haematobia*. 此蟲所致之病為寄生蟲病中之要者。地方性尿含血病早經認定，然致病之此蟲迨一千八百五十一年始覓得。此蟲中華未見，惟於北非洲，亞刺伯，波斯，印度西方等處常見之，而埃及尤多，每百新兵中患是病者約有七人。

血吸蟲有雌雄之分別，且雄蟲每將雌者藏於本身之藏雌溝 *gynephorous canal* 內。蟲之卵甚為殊特，形橢圓，長0.16耗，寬0.06耗，一端有一終點棘。卵墜於水內，而毳毛幼蟲乃從卵出而入一種貝介類 (軟體動物) *mollusc* 者 (埃及地方之河中多有之)，再變成芽苞幼蟲及芽胞幼蟲子 *daughter sporocysts*，然後更變成若干尾動性幼蟲。既成尾動性幼蟲，遂離開貝介類而入水，鑽入人之皮膚，游行至門靜脈及肝，寄生六或十星期，乃成成蟲。該蟲游行至身之各部，如膀胱及直腸之靜脈等處尤然。至是，再生有終點棘之卵，隨尿洩出。蟲之多數，留居各種組織內，致該處患激惹，纖維樣變異及膀胱及直腸之乳頭狀瘤。有時聚集於膀胱內，為異物，結果成尿石之核。

症狀。患者有時仍無恙，但常見者乃膀胱急，會陰處痛，尿含血等。或膀胱壁被卵所惹而變厚，致患慢性炎。此蟲所致之貧血較輕於貧血鉤蟲病；直腸受累致裏急而脹，下血粘液。病之重者直腸長乳頭狀瘤，或成慢性潰瘍性直腸炎。有時或顯慢性陰道炎。至其併發病，則膀胱及腎結石，繞尿道膿腫，會陰癰等皆是也。蟲累門靜脈之狀多不顯，有時肝門管周圍之組織過長而肝硬變。有見蟲在肺靜脈者，但甚罕。

診斷。查含血之尿或含粘液血之糞是否有蟲卵。有雌蟲居身內多年而無恙者，有病最輕而狀漸退至無者。

治法。與療日本血吸蟲同。膀胱及直腸之慢性炎宜以常法治之。

(二) 日本血吸蟲 *Schistosoma japonicum*. 其確定宿主為人類，狗，貓，馬及野鼠等；居於腸系膜靜脈及肝門靜脈系，間或有在痔靜脈者。已長成之蟲分雌雄兩類。雄者形狹長，長十二耗，寬一二耗。自蟲身之腹吸盤 *ventral sucker* 後起，至尾端止，沿腹中線處有一深摺之溝；此即所謂藏雌溝者是也。當雌雄交

媾之時，雌蟲即藏於此溝內。吸盤小而甚有肌力。雄蟲之辨別，係腹吸盤後有七辜丸可以察見。雌者係瘦絲形，常較雄者長，而其寬度在未死時鮮有過〇一耗者。雌蟲產卵於粘膜下層之靜脈內，由此而穿入腸腔。已長成之卵，形橢圓，有一不完全之棘。長約六十至一百微米，寬四十五至七十五微米。幼蟲之宿主據 Drs. H. E. Meleney 及 E. C. Faust (北京) 之調查，在蘇州之鄰近，係一種有蓋之小螺類名 *Oncomelania hupensis* 者。螺殼作尖錐形，長四至九耗，寬二至四耗；共有七層螺旋；居清而靜之鮮水中，在河灘之水甫退降處最多，且每在離水邊二尺以內。若在水中，則每粘貼於水草之根莖，或在水面上或其下數寸。喜居於小河或溝渠之有草陡岸。

蟲之生活情況。卵隨糞外出。糞被水浸，則卵孵成毳毛幼蟲而游行於水中。繼則鑽入螺身，寄居於肝淋巴間隙；漸發育成第一代芽胞幼蟲；更發育，則成第二代芽胞幼蟲。再後，則由此而發育成叉形尾尾動性幼蟲 *forked-tail cercaria*。既成之後，則離開螺身，而粘着於寓在水中之一切哺乳動物之身上，鑽入其皮內；終達門靜脈系，而發育為成蟲。

地理之關係。日本有數地有此蟲。台灣中部之獸類亦有之。在中國則為揚子江流域各地，福建沿海一帶，廣東北部及北江流域。

診斷。糞內查出蟲卵。

預防。凡用傳染地域之水，對於皮膚，須施適當之保護。叢生螺類之河岸，須施石灰以殺除之。

症狀。發蕁麻疹，發熱及咳嗽等為第一期症狀。常有狀為全身發蕁麻疹，發熱，血中之嗜伊紅血球增多，及糞中有卵等是也。病之早期，或稱為蕁麻疹性熱 *urticarial fever* 或揚子江熱 *Yangtze fever*。其他症狀則依受患之器官而異。如患在肝脾，

則致肝脾增大及肝硬化，體質衰憊，水腹，腹瀉等。瀉出之糞粘液微帶血色，兼有蟲卵。又因卵穿入腸壁而下痢；直腸生乳頭狀瘤。更有顯血球溶解及血中毒等者。病久則血貧，人漸虛弱而死。累及腦者，則致局部性癲癇。

治法。施酒石酸銻鉀注射靜脈法，初起每次四分英厘之一，逐漸增加至二厘 *antimonium tartaratum* 0.016—0.13，每星期兩次。

此藥須充分稀釋（用二十五至五十垓無菌鹽液）。用此藥之總量，不可過二十五至三十厘（1.6—2）。

(二) 帶蟲所致之病

DISEASES DUE TO CESTODES—TENTASIS

成蟲居於人之小腸，幼蟲居於肌肉及固體器官。人患帶蟲，中國甚少。

有鈎條蟲（豬肉帶蟲）*Tænia solium*; Pork or Armed Tapeworm. 此蟲之確定宿主爲人，居於小腸。已長成之蟲長六尺至十二尺（二至四米突）；頭小而圓，與別針之頭形相似，上有四吸盤及小鈎一環，約二十六至二十八個；頸細狹如線而甚長；此下則爲許多節。每節兼有雌雄生殖器，在第四百五十節以下各節，則成熟而含卵。此蟲之節與無鈎條蟲節之異點，係其子宮之枝少。此蟲之發育，大約需三閱月之久；發育既完全，蟲尾各節遂脫離，隨糞洩出。此等節約長一釐，寬七耗。每節內含卵數千；每一卵外皆有殼，內含有六鈎幼蟲 *oncosphera*。卵既釋，被豬或人吞入胃，則卵殼被胃消化，其六鈎幼蟲遂游行入身之各處而成囊蟲。幼蟲之宿主爲豬，間或爲人，其他哺乳動則甚少見。

蟲之生活情況。卵從人糞排出，內含六鈎幼蟲。遇濕潤之環境而孵，被吞入豬之消化道，則幼蟲出，而鑽入各肌及肌內結締組織；於此再發育成所謂豚囊蟲或細胞狀囊蟲 *Cysticercus cellulosus*。此類有細胞狀囊蟲之豬肉若不煮熟而食之，則可致有鈎條蟲病。（其豚囊蟲期之發顯於人身內者，或係由誤吞含此蟲卵之物或水，而六鈎幼蟲直接發育而成）。

地理之關係。此蟲各處皆有。中國以何處爲多，尙未查確。曾檢查漢口及青島之肉，無所見。傳聞湖北襄陽係一有此蟲之區。曾在北京檢查豬二百隻，無此病；本地屠戶皆不之知；惟有一德國屠戶云，間或見之。

診斷。取脫出之蟲節，挾於兩玻璃片中，察其子宮之枝之數；枝少者（在十五個以下）卽爲此蟲而非無鈎條蟲。

無鈎係蟲 (牛肉帶蟲) *Tænia saginata* or *mediocanellata*; Unarmed, Fat or Beef Tapeworm. 此蟲之確定宿主爲人類, 居於小腸。無其他藏貯宿主 reservoir host. 已長成之蟲長約十五尺至二十尺 (四至六米突), 較有鈎係蟲長而且大; 其頭亦較有鈎係蟲大, 形方, 有四吸盤而無鈎。發育完全後, 由蟲身脫卸之節長約十七至十八耗, 寬約九至十耗。此節亦係隨糞排出者。蟲之卵大而殼厚, 牛食之, 則卵內六鈎幼蟲入肌肉及內臟, 發育成囊蟲。幼蟲之宿主爲牛。

蟲之生活情狀。卵隨糞而離人體, 卵內含有六鈎幼蟲, 遇濕潤之環境而孵。牛食被此卵所染之草等, 則入牛身而終止於其肌肉之內 (入肌肌及嫩腰肌特多), 於是乃成所謂牛囊蟲 *cysticercus bovis*。凡此有蟲之牛肉, 苟未煮熟而食之, 即可受傳染。

地理之關係。此蟲似乎各地皆有; 尤以喜食牛生之牛肉者爲易受此患。中國歐處亦時有此患; 惟中國北方鄰近蒙古及西比利亞等處所發見之此蟲, 已證明係本土所產者。在北京及其鄰地, 患此病者本土人及外國人皆有之。

診斷。僅由糞中查出蟲卵, 不足認爲確切之診斷, 蓋甚易與有鈎係蟲相混淆也。可將隨糞排出之有孕蟲節 gravid proglottid 挾於兩玻璃片中而察其子宮內之枝數。如係此蟲, 則其枝甚多, 在十五以上。此診斷法如用中國墨溶液注射入每一有孕蟲節之側面生殖孔道, 則尤爲明顯。如能查得蟲頭, 則診斷當然更易矣。

澗節裂頭蟲 (闊帶蟲) *Dibothriocephalus latus*. 此蟲瑞士及日本有之, 中國有否未詳。蟲體長二十五至三十尺而且大。其頭形與豬肉條蟲不同, 兩旁有陷凹而無鈎。其幼蟲成於數種魚體, 故喜食生魚者或受其患。

短小包膜蟲 *Hymenolepis nana*; *Tænia nana*; Dwarf Tapeworm. 此蟲之確定宿主爲人, 黃老鼠, 黑老鼠, 屋中小鼠等, 居於小腸。成蟲身體甚小, 長僅數耗至五耗, 寬半耗。蟲之節闊而短, 其寬度較長度幾倍之。頭作圓球形, 有四吸盤及一有二十四至三十單行小鈎之額嘴。其蟲節之受孕及卵之隨糞排出, 係間歇而行。卵之直徑約十六至三十四微米。幼蟲之宿主則似無之。

蟲之生活情況。蟲卵所熟時, 由確定宿主之糞排出。此後大抵由另一或同一確定宿主吞入口內; 於是在腸內孵成六鈎幼蟲 onchosphere, 鑽入腸絨毛, 而發育成所謂囊蟲期 cysticercoid stage。此等幼蟲棲居於腸腔內, 其額嘴則粘着於腸絨毛。大約十至十二日, 即發育成有孕而成熟之節。

地理之關係。地球各處 (包括日本及暹羅) 共發見百餘人受此蟲之染者。中國之武昌, 芝罘, 北京亦有之。大概此病之實數, 或較已經調查所得之數爲多。

診斷。 由糞內查出蟲卵。

萬氏二葉裂頭蟲 又名 **萬氏裂頭蟲** *Diphyllobothrium mansoni*; *Dibothriocephalus mansoni*; Frog Tapeworm of Man. 此蟲之確定宿主為人,貓及犬,居於小腸。已長成之蟲長十釐至一米突;其頭作圓錐形,而上下面部各有一長槽。卵長六十五繖,寬四十繖。幼蟲之宿主第一為 *Cyclops leuckarti*, 即橈脚目之一種,俗名水跳蚤 water fleas; 第二為蛙 *Rana nigromaculata* 及蛇類,間或亦為人。

蟲之生活情況。 蟲卵由糞排出,被水跳蚤所吞,則發育成第一期幼蟲。迨第二中間宿主(如蛙)食此蚤,則幼蟲鑽入田雞之腸,由淋巴管而達結締組織,而發育成第二期幼蟲;此又名萬氏幼裂頭蟲 *Sparganum mansoni*。確定宿主食此蛙或蛇之未煮熟者,則可致受染。

地理之關係。 中國、日本及印度支那有之。在中國僅發見一長成之蟲(在上海)。至於萬氏幼裂頭蟲(第二期幼蟲),在廈門發見人有患之者。在武昌及長沙,則由蛙及蛇身查出。

診斷。 成蟲,糞內有蟲卵。幼蟲則依腰,大腿及背等之結締組織之水腫及痛以診斷。

包生條蟲 或 **犬條蟲** (**袋帶蟲**) *Tenia echinococcus*. 此蟲之確定宿主為犬類,居於小腸。已長成之蟲較其他條蟲小甚,長僅二至八釐;有三個不同之節,一為狹長有孕者,一為扁方而成熟者,一為短而未成熟者。其頭有四吸盤及一有一環小鈎之顎。蟲卵長三十三至三十六繖,寬三十至三十三繖。幼蟲之宿主為人,羊,牛,猪等。常在肝或肺內。

蟲之生活情況。 卵由犬糞出,被幼蟲宿主所吞,其六鈎小胎乃由腸及淋巴管而至身之他處,發育成包蟲 *hydatid*。實則此包囊係多數性囊蟲 *multiple cysticercus*, 為許多單位所成,各能長成新成蟲。犬食此含包囊之肉類,即受染。人之受染,大約係用手摸犬毛,而指上粘卵所致。

地理之關係。 各處皆有。中國所有大瓶由蒙古來;中國犬之患此蟲病者尚未見。

腸帶蟲病之症狀 *Symptoms of Intestinal Teniasis*. 無論老幼壯年,皆能受此寄生物之患,即哺乳之嬰兒亦間或有患之者。此等寄生物或不致症狀,且罕危險,一般所顯之症狀為腹痛,乾嘔,腹瀉,貧血及腹脹等。惟對於婦人及腦弱者,其症狀或較劇烈,沉重之憂鬱及驚厥,癲癇等會見之。關節裂頭蟲及萬氏蟲有時致劇烈之貧血,甚或致命。或以為此蟲行新陳代謝時出一種毒素,有溶解赤血球之作用,故如是。更有顯嗜伊紅細胞過多者。

預防 預防法甚為重要,宜注意之要點有三: (一)凡由病者之體所出各種帶蟲之脫節,務宜焚去,切勿任意拋棄。(二)宰猪,牛時宜檢查肉中有無幼蟲。(三)凡魚,肉必須煮熟,俾所含之幼蟲燒死。水亦宜沸過。

治法 任用何治法，必須於療治之前預備三日；此三日中，前二日病者宜食軟而易消化之食品，後一日則僅宜食液體食品。腸道宜開通，每晚服蓖麻油，有時尚須每晨服瀉鹽類。如腸道尚未瀉淨，則或須加用直腸灌洗法。至第三夜，則須服輕瀉藥，如卡斯卡利拉一劑。對於此病可用之藥甚多，然以非利馬流動膏 *extr. filicis liq.* 為最可恃。宜在第四日（即預備三日後之第一日）清晨未食物前空腹服之。其劑量為每劑四坵（一錢），隔一小時後宜再服一劑。此藥又可作丸或和甘油十五坵（一兩半）服之。如服後恐發惡心，則可先飲咖啡一杯，病者服非利馬後須靜息並堅忍勿嘔。服第二劑非利馬後一小時，須加服瀉鹽一足劑量。再越一小時若腸道尚未通，則可再服瀉藥一劑。當病者下蟲時，宜十分注意，用磁便器內盛與體溫度相等之溫水，使病者坐其上大便，甚佳。石榴根 *rad. granatum* 亦係一極有功效之劑；用法，以水十兩浸石榴根三兩，然後用蒸餾法提剩以上重量之半 *infusum granati corticis*，作數次服。此藥有時或致疾痛，然功效甚大。

又石榴素 *pelletierin* 加鞣酸，每劑六至八厘，最多十厘（〇·四至〇·六克），服後一小時，再服瀉藥，係近來常用之治法。南瓜子 *cucurbita semina* 有時亦甚效。用三四兩畧搗爛，水浸十二三小時，作一次服之，過一小時後再服瀉藥。至於他種藥，則枯瑣 *cusso*，避瘟腦（袪他連）*naphthalein* 〇·三克（五厘），松香油每劑一兩和蜜同服，卡馬拉 *kamala* 等皆可用。若單獨用一種藥療治不見效，則可用調合劑，如石榴根半兩，南瓜子三兩，麥角散一錢，調開水十兩沖泡，另以非利馬流動膏一錢調膠成乳劑，加巴豆油二滴；病者於隔夜先服瀉鹽一劑，次日清晨將兩劑調合，空腹服之。對於小兒，則以南瓜子或石榴素為最佳。惟此等藥品如過於陳舊，則或致無效。凡療治帶蟲病，苟未將蟲頭排出，則不能痊癒，蓋蟲頭在內仍能發育，數月之間又脫節而生卵矣；故此病有時甚難治。有鈎條蟲尤為頑梗，蓋其蟲之頭有鈎，除蟲已死外，其鈎每鈎住粘膜不易排出也。故服藥後，必須細查蟲頭是否已排出。欲知帶蟲之形態，可剖犬驗之，犬腸內常有此等蟲。

凡遇有鈎條蟲病，應從速療治，免器官受幼蟲寄生之患 *cysticercosis*。

體帶蟲病 *Somatic Teniasis*。已長成之條蟲，非必致病，即使致病，亦罕有因而直接致命者。然其幼蟲屯集於固體器官，則甚危險。帶蟲之幼蟲之貽害人體者有兩要類：（一）豚囊蟲，（二）包蟲（袋帶蟲）。至於牛囊蟲 *Cysticercus teniae saginatae*, *C. bovis* 及萬氏蟲則罕見，故不詳述。

豚囊蟲 *Cysticercus cellulose*。偶然吞食已成熟之有鈎條蟲（豬肉條蟲）之卵入胃，則此人有成該囊蟲之幼蟲宿主之虞，與豬相似。原因有二：（一）因腸內本有該條蟲，致已成熟之卵或自然漂流入胃，或嘔吐時擠入胃。（二）因誤吞入胃。凡檢查該條蟲之脫節者務宜注意，勿使蟲卵粘貼手指皮膚等而致受染。

此病之症狀依吞入之卵數及條蟲所達之局部而異。凡在豬體，此等幼蟲致病之力甚小，即使肌結締織及腦等處幼蟲蝟集，而營養仍能維持如舊，該獸並無劇烈受患之狀態。至於人類，則二三幼蟲寄居皮下及肌間，亦或不為患，為時既久，則該蟲死而成石灰性變。此則在研究解剖學或剖檢屍體時或遇見，如肌間及皮下之圓狀白色小體是也。

依該囊蟲之數及受患之局部而論，此病之症狀可分三類述之：

(一)全身症狀；凡條蟲幼蟲之侵入人體也，苟為數不多，則大概不顯顯著之症狀。然若數較多，則精力疲弱，四肢覺麻而兼微刺痛，肌或堅僵而痛，皮下或有痛結節，宜剖結節檢查是否有囊蟲。(二)腦脊髓症狀；該囊蟲寄居於腦及脊髓或致奇特之症狀；居於腦室內，每能長至甚大，若在第四腦室則或顯奇異之激惹狀。(三)眼症狀；囊蟲時或寄居於眼玻璃狀體內而阻礙視力，此則甚易診斷。

凡診斷此病，除眼症狀易認外，其餘不甚易。若在皮下，可剖開檢查。若肌內寄居之囊蟲多，則可檢查舌下之肌是否有囊蟲結節。

包蟲病 Echinococcus or Hydatid Disease. 包蟲係包生條蟲(犬條蟲)之幼蟲(見第二八一面)。

症狀。患處顯囊腫之徵狀，各依所患之器官及囊之大小而別。其囊有時甚大，如患於肝尤然。

萬氏二葉幼裂頭蟲病 Sparganosis. (見第二八一面)。此幼蟲所致之病與有鈎條蟲幼蟲所致者相似。

治法。此病服藥無效，幸此等包蟲自死或變枯者為數不少。若囊大，則用外科手術，空針抽囊液之法，甚有功效，故宜先試用此法；如不效，則再用手術割除該囊。

(三) 線蟲所致之病

DISEASES DUE TO NEMATODES

(一) 蛔蟲及蟯蟲病 ASCARIASIS

蛔蟲 *Ascaris lumbricoides*. 此種寄生物為人身中最多見者。而以小兒有之者為最多。此蟲之雌者長約七至十二寸(17—30 cm)，雄者長約四至八寸(10—20 cm)。體為圓柱形，其大小與箸相似，兩端尖，色黃白，或畧帶紅，有縱紋四，并有橫紋。蟲卵每隨人糞而出，卵色黃紅而形橢圓，殼甚厚。卵之直徑約○七五耗，橫徑約○五八耗。

特殊傳染病

蟲之生活情況。無幼蟲宿主。卵由糞出。逾一月左右，則由食物，或水，或灰塵等而被人或豬吞入腹。於是變成幼蟲，鑽入腸壁；由此，或直接或間接由淋巴管而入靜脈血循環。於是再離此而入肺中之氣泡；更上行至氣管，經過會厭而達食道。最後則達小腸，乃漸發育而為成蟲。自卵被吞入腹以至成蟲，約共須四五星期。此後則雌雄配偶而生有胎卵（又名穀）fertilized eggs。如只有雌蟲，則糞中僅含無胎卵 unfertilized eggs（又名緞）。

蛔蟲每居於小腸之上段。尋常僅一二條，多則或至數十，甚或數百。蟲游走之情況甚奇特，有上行至胃或被吐出或蜿蜒過食管入咽而被取出者，有棲於咽而致畢命之氣塞及入枝氣管而致肺壞疽者，有入耳咽管而至外耳道者，有羣集於輸膽各管者，有因舊傷口而穿出膀胱及腸等以達腹膜腔者。總言之，蟲能至之處雖甚多，然大概不能穿過無病之腸等而他行。蛔蟲卵之性質亦奇特。分二類：（一）能成蟲者，名有胎卵（穀）；（二）不能成蟲者，名無胎卵（緞）。此第二類大概係雌蟲未與雄蟲交媾而生之卵，即中國所謂緞者是。例如人腹僅有雌蟲而無雄者，則其蟲卵皆為緞。至於第一類，則即中國所謂穀者，較第二類小而圓，置之於煖而濕之處培養之，經數星期之久即成胎蟲。

方域。蛔蟲病地球各處皆有之，然以中國，日本，朝鮮，印度為最多。東方人每以糞為種植之肥料，故尋常菜蔬上不免有此等蟲卵，稍不謹慎，即入腹內而成蟲。據吉馬爾氏之報告，謂中國人之患蛔蟲者佔百分之七十五，小兒尤多。

症狀。小兒患此，則腹部腫脹不舒適，有時痛及消化不良，大便或秘結或洩瀉，間或因蟲上行而塞輸膽各管。此外尚有致驚厥，急性腹痛，闌尾炎及痢疾等者。蛔蟲能生一種奇異之

激刺物檢查蟲時可嗅得之。或云神經系統症狀之與腦膜炎相似者，係此種激刺物所致。此外尚有發熱，口臭，間歇性腹瀉及腸症狀等，發熱有時稽留數月。更有顯嗜伊紅細胞過多或顯著之貧血者。

總言之，倘僅有此蟲數條，或竟不顯症狀。小兒所顯之激刺狀，如煩燥不甯，喜握鼻，睡中磨牙，肌跳動，驚厥等，大概係此蟲所致。惟中國人患此，則顯顯著之症狀者較少。至於蛔蟲究能致何種損害，醫界爭論紛紜，尙未確實審定。

診斷。用顯微鏡檢查糞中是否有蟲卵，即可斷定，故甚易。惟有時腹中僅有雄蟲則無卵，然此極罕見。

預防。菜蔬等物務宜煮熟而後食，以免蟲卵入腹，所飲之水亦必經煮沸。凡患此病之人不可使爲廚司及侍食者。病者大便後必須洗手，以免自受其染；否或手上沾有蟲卵，將再隨食物入胃也。

治法。服藥之前一日，宜食軟而易化之食品，夜間宜服蓖麻油一劑。散妥寧（山道年）santonin 係極有功效者，清晨空胃服，小兒每劑一厘（0.06 gm），成人三至五厘（0.2—0.3 gm），宜與甘汞一二厘（0.06—0.13）合用，服後三小時，再服瀉鹽一劑，如法連服二三日。尙一星期內糞尙含蟲卵，則宜再服。凡服散妥寧後或有不舒適之感覺如頭眩及視物變黃色等，宜先與病者說明。然如不食晚餐，而於夜間空胃服散妥寧，則以上所述之感覺或可因睡而免去。若散妥寧不見功，則可用非利瑪或台摩耳 thymol。中國治法之佳者，係用使君子 *Quisqualis indica* 夾於黑棗（大棗）*large jujubes, Zizyphus vulgaris* 內，蒸熟以飼小兒，每次黑棗五六枚。服後三四小時，再服輕瀉藥一劑，連服二三日（參觀鈞蟲用藜蘆油治法）。用四氯化炭 carbon tetrachloride (CCl_4)，較使君

子爲可靠，較散妥寧或藜菴油 *ol. chenopodii* 爲便宜，惟每劑不可過十耗 (10 cc)，須視病者之年齡及情況而定多少。

犬蛔蟲及貓蛔蟲 *Toxascaris canis and Belascaris mystax; Ascaris canis and felis.* 此種蛔蟲較人類之蛔蟲細而且小，有時亦能在人類體內寄生。

蟯蟲 *Oxyuris vermicularis; Thread-worm; Pin-worm.* 蟯蟲係線蟲中之有殊性者，多居於結腸而下及於直腸。每行至直腸外下卵，因是之故，糞中不常含卵。中國人之患此蟲者爲數多寡不詳。以年歲而論，小兒患之者較成人多。此蟲之形態絕似一段最細之白線，雌蟲長十至十二耗 (半寸)，闊〇·五耗。雄者小，約爲雌蟲之半，其尾禿而卷起。雌蟲之尾尖銳，所生之卵作橢圓形，一端稍扁，直徑五十微米，橫徑二十微米。卵殼分三層。卵下時，所含幼蟲已畧發育。此蟲無幼蟲宿主，苟誤吞該卵入腹，卽能直接成蟲。雌蟲在人腹中受孕後，游行過大腸，出直腸外，生卵於肛門外毛中。蟯蟲又能穿出腸壁而至腹腔。若至直腸子宮陷凹，或致生直腸周圍膿腫。

症狀。 患者極煩燥，不能安睡，或且胃口不良並貧血。當蟲出直腸外下卵時，肛門部奇癢，每甚苦惱。

診斷。 以查出蟲卵爲定，間或在糞內查出，然以擦肛門處而得者爲常。

預防。 其受染或由於水及生菜等。尤宜注意者爲病人之肛門部及下糞時每有蟲卵。苟沾染手指而誤吞入胃，則必重行受染。

治法。 務宜注意防範，勿自受染及傳染他人；肛門及手須洗淨。療治此病之法，惟有驅除此蟲。散妥寧及甘汞器有效，用法與治蛔蟲者同，須連服三四日。台摩耳或避瘟腦或四氯化炭 *carbon tetrachloride* 亦可用。驅除直腸內之蟲，宜用注射法。

注射之藥量不必過多，大概每次六兩(180 cc)已敷用。惟宜先灌洗腸道，然後再用直腸注射劑，如大黃水和石炭酸，夸夏，蘆薈，松香油等均可。小兒則可注射食鹽和涼水。宜每日注射一次，連用十日或兩星期。止癢可用石炭酸和軟地蠟，薄荷冰軟膏劑 ung. menthol 及他止癢之藥等。肥皂和灌腸劑或鉅灌腸劑有時甚效。

(二) 旋毛蟲病 TRICHINIASIS OR TRICHINOSIS

旋毛蟲 (蟠蟲) *Trichinella spiralis*; *Trichina spiralis*. 其已發育完全者，居於小腸。所謂旋毛蟲病者，係其幼蟲所致：其幼蟲由腸而入隨意肌，終在該肌內生出一種包殼，而成所謂包殼幼蟲或肌旋毛蟲。旋毛蟲病之症狀每發於幼蟲由腸入肌游行之際，或係彼等所生之毒素所致亦未可知。

旋毛蟲之形態。 (一)完全發育之旋毛蟲，即腸旋毛蟲 *Intestinal trichina*。雌者長三至四耗，雄者長一五耗，蟲尾有二小突。(二)旋毛蟲之幼即肌旋毛蟲。長六至十耗，每蟠曲居於卵圓形殼內；該殼初係透明之質，繼則變暗白色而有石灰浸潤。

旋毛蟲之發育。 凡人類或獸類食含包殼幼蟲之肉入胃，則該幼蟲即發育，其包殼被胃所消化，幼蟲由胃而入小腸，閱三日，則完全長成而雌雄交配。胎幼蟲之成熟約六七日。凡雌旋毛蟲每經一次生胎幼蟲數百，且能連生數次，故每一雌蟲能產幼蟲盈千。雌蟲當胎幼蟲成熟之際，穿出腸外，或直接產幼蟲於組織中之淋巴間隙，幼蟲由是而至靜脈，更被血流挈至肌。自吞入含包殼幼蟲之肉至胎幼蟲在腸內成熟時，約共八九日。幼蟲既入肌，先至結締織，繼則入肌纖維，約二星期之久則完全成肌幼蟲；於是致一種間質性肌炎，而逐漸成包殼圍裹該幼蟲，每一包殼內含幼蟲二三四條不定。包殼之成也，約需六星期之久。此等幼蟲在肌內不復再有變異，惟其包殼則逐漸增厚，終則內生石灰性變。此等變遷，在人身大約四五閱月可以完全，而在豬身則或須多年。因變石灰之故而此囊病遂可查見一種暗白色大麥形之小體，固為剖解人體者所時見者也。肌旋毛蟲之生存於肌內無定期，入體二十或二十五年之久亦或尚能存活而發育成蟲。然該幼蟲逐漸全成石灰性者甚多。許多獸類能患此幼蟲，而以豬類為最多。據實驗而論，天竺鼠及兔食此含包殼幼蟲之肉即受染；荷幼蟲數多，能致死。狗不易受染；貓則較易；惟在豬體，不甚致症狀。豬肌內之包殼幼蟲不易成石灰性變，故極難查見。

病理解剖。人體之解剖學上的變異大抵在隨意肌。幼蟲入肌纖維內，該肌即漸顯粒形性變，核增生，繼則發局部性肌炎，而幼蟲之周圍逐漸生包殼。在受染四五星期後人將死之際，腸內尚有完全發育之旋毛蟲。

傳染景況。受染之機全在於烹調肉類之善否：凡肉必須煮熟，使寄生物死。以肉大塊置諸烤爐內烤之，則肉之外面雖熟，而其深處每每有不熟之處，倘有寄生物未死，食之即受害。德國之北方人喜食生火腿及生臘腸，故患此病者多，英法及德之南方人則患之者少。中國有此病否未詳；因剖驗之屍少，故不能詳知。然據萬氏云，廈門之豬有之。又或云，中國豬之有此蟲者，與歐美多寡相等。

症狀。食少數幼蟲入胃，則以後竄入肌內之幼蟲亦為數無幾，故或不顯症狀。昭著之病症狀可分二期：（一）腸胃症狀期。幼蟲入胃後三四日，則顯腹痛，厭食，嘔瀉等狀；劇烈者則顯霍亂狀，輕則否。（二）全身症狀期。此即胎幼蟲游行至肌之期也。幼蟲入胃後七至十日，則體溫升至百三四度；此等發熱或屬弛張性或間歇性不定。胎幼蟲入肌，則致肌炎而運動及受捫時均痛，肌腫脹，致其上面之皮水腫。若嚼肌及喉肌受累，則嚼嚥艱難。病之重者，膈肌及肋間肌受害，而呼吸困苦，甚或致劇烈之呼吸困難而致命。水腫係一要狀，有時面上之水腫早顯，眼部尤然，最後則四肢之肌水腫，出大汗，皮癢而有麻刺之覺。血之狀況，白血球大增而其中以嗜伊紅細胞為最多，幾佔白血球全數之半，此係一要狀。身體之一般滋養受擾甚劇烈，而病者消瘦，且多貧血。病之極重者，顯譫妄，舌乾及微顫等而與腸熱病之症狀相似。又病之重者除顯呼吸困難外或兼枝氣管炎，而致命之類則顯肺炎或胸膜炎。屬流行性者，以尿過多為一多見之症狀，蛋白素尿亦常見。

病之輕重及時限之久暫依受染之等級而定，輕者十至十四日可痊，重者須七八星期，而完全恢復則或須數月。

豫後。病之危否，依所食蟲數多寡而異，瀉者較大便黏結佳。小兒之豫後較佳。致命數甚無定，佔百分之一至三十。

診斷。塗病者之糞於玻璃片上或黑色物上，用顯微鏡檢查是否有蟲，如見銀白色細線狀物，即為旋毛蟲。病之可疑者，可先用麻木藥，然後割下肱二頭肌或胸大肌一小片，檢查是否有蟲。血中嗜伊紅細胞大增，係診斷之要據。又肌動及受按皆痛，亦係要狀。劇烈之腸胃症狀有時致誤認為霍亂，而病之重者，因久熱，大汗，譫妄，舌乾及腸胃症狀等致酷肖腸熱病。總言之，肌痛而腫脹，水腫，眼之水腫及呼吸困難等合併，係診斷之唯一要點。

預防。豬類如何受染，其詳情尚未審查確定。凡豕養豬類，勿宜用渣滓；豬肉食品務宜烹調熟透；即醃肉，火腿，臘腸等亦宜蒸煮熟透始可食。

治法。 一知誤食含幼蟲之肉，宜急服瀉藥，瀉淨腸道。又法，服甘采一劑，過二小時再服一劑，再過四小時服蓖麻油半兩。又法，用甘油大劑殺蟲亦可。此外非利瑪，卡瑪拉，散妥寧，松香油等亦有殺蟲之力。當幼蟲侵肌之期，宜用止痛安眠助力之藥。至於阻幼蟲入肌之法，則未之知。

(三) 鈎蟲病

ANKYLOSTOMIASIS OR ANCYLOSTOMIASIS (*Hookworm disease; Uncinariasis*)

此蟲係複細胞動物類之染人最廣布而最緊要者。其名稱甚繁，江浙俗稱此病為桑葉黃，吸食懶黃病，懶黃病。測度其定名之意，蓋不外黃者貧血之狀，而桑葉者蠶桑人多患之耳。

病史 熱帶地方之有此病，醫界知之已三百年，迨一八三八年，塔緘伊氏 Dubini 始發見此蟲，以其嘴端彎曲如鈎，故名。後此，有人詳證此寄生物對於貧血及水腫之關係。一八九八年，盧司氏 Looss 查知此病係由幼蟲穿皮入體及該幼蟲如何而至腸內，而鈎蟲學乃大放光明。

方域 世界之一大部分有此寄生物之踪跡，熱帶地方倖免者少。印度頗多，西印度島民受染者百分之九十，斐利濱羣島居民百分之十五。歐洲地方染之者多為鑛工。南美，中美及合衆國之南部罹其害者甚衆。埃及，中華及亞東之他部亦頗盛行。中國數處地方之農人受此蟲之染者多至百分之七十，而以南方諸省及揚子江流域一帶為最盛行之區。北方則以芝罘及保定一帶之煤鑛區域為多。且亦有美洲鈎蟲，惟不及十二指腸鈎蟲之多耳。

寄生物 有兩要種，即十二腸指鈎蟲 *Ankylostoma duodenale* or *Ancylostoma duodenale*; Old World Hookworm 及美洲鈎蟲 *Necator americanus*; New World Hookworm 是也。鈎蟲為一種圓筒形之小線蟲，雄蟲長十耗 (10 mm)，雌蟲長十至十八耗 (10—18 mm)。

雄者之尾展開若傘，而雌者則尖，故區別甚易。十二指腸鈎蟲之陰戶，位居腹面之下半，而美洲鈎蟲者則居上半。且十二指腸之口大而形卵圓，口腔之腹側有爪狀之利齒四，背側有節狀之齒二，又於四利齒之下有尖突二。在美洲者之口頰，則較小而圓，口腔之腹側無齒，惟有四利板（或曰利片），口腔背側有唇或板二扇，且於背側正中有錐狀之齒一突入口腔。¹³至全體之表象，則美洲者較小而細。十二指腸蟲之卵長徑約五十五微米，橫徑約三十四微米，而美洲種之卵則長徑七十微米，橫徑約三十六微米，由受染者之糞內檢查之甚易。卵產後，則循序分裂。倘暴之於日下或令極乾或多撿水，則卵被殺，惟有時不易死，雖凍之而繼以融解，猶或生存。發育之速率，關乎景况及氣候如何。幼蟲出卵後，可於泥中或鑛水內存活數月，經一蛻變之程序 series of molts 而後達成熟期。此則愈不易死，可在水內或泥中歷多月而不死，且此時即其染人之期，喜四出遊走。

傳染景况 受染較甚之人每次出恭，遺卵極多，有每次遺卵至四兆者。若將其糞與沙或土調和，並加七十至九十（二十一至三十二）之溫度，則卵之發育最速。幼蟲出後四五日，即能染人。其染或直接由口，但居少數，最要者仍由皮膚。盧司氏曾實驗幼蟲入皮後，即由靜脈而至心，由心而達肺，至此乃離肺血管而入肺氣泡，上循枝氣管及氣管，然後經食管而下胃腸；此說頗確。¹⁴又有人證受染後約七星期，糞內即顯蟲卵，值受染之期間，患者或有咽痛，發熱等狀。皮既為受染之常路，則染處每顯激刺狀而作癢。幼蟲偶或被吞入胃而發育於小腸。患者之糞處理未善，則玷污地土，故熱帶與近熱帶之地以及鑛內居民之皮如何見染，其理甚易明也。

病理解剖 蟲多盤踞空腸（小腸中段）內，胃內亦間或有之。蟲之附貼於粘膜也為數不定。粘膜之瘀斑及潰蝕之

處，其中央色灰而微凸之區或有蟲附貼其上。蟲或多半藏於粘膜之內，粘膜下或有血囊腫，其內或有蟲。腸內之容積物常為血色。病久者其粘膜或顯許多積色素之區。其他損徵則為慢性貧血，心患脂肪性變而擴張，肝腎亦每顯脂肪性變，而脾則常消瘦。蟲之生活究竟賴血與否，曾屢經討論。大抵此蟲有吮血之器官；或謂粘膜無病時，此蟲以食血為主，迨粘膜受浸潤而變厚，則蟲即賴上皮細胞粘膜為食。血多由直接喪失；然亦有謂蟲頭之腺泌出一種素有妨礙血凝集之功，或即溶解赤血球性毒 hemolytic poison 者。此外另有一要點，蓋蟲咬之處易染菌，且貧血之原因一部分或係腸之損處吸收毒所致。

症狀 所顯之狀不一，且狀之輕重不盡關蟲乎數之多寡。有病重而致命者其腸內祇覓得鈎蟲十二條；又有曾祛出四千餘蟲而後竟愈者。鈎蟲病盛行之地，居民廣受影響，小兒，青年呈面黃，欠長，失養之現象，兼有無情，乏力及怠惰之情景。病較重者貧血昭著，血紅素減至百分之四十至五十；該兒之發育阻滯，久不成丁，雖年屆二十五六，生長猶或繼續進行。病極重者，貧血尤甚，血紅素減至百分之二十五或二十，水腫；病者不克起牀，或因力竭腹瀉或間發他患而致斃。

此病之貧血為繼發性類，赤血球之數平均為百分之五十至六十，而色每淺。白血球增多非係常顯，分類計之，除嗜伊紅細胞過增外，他類無大異同，而該細胞或增至佔白血球中百分之十五至三十五。

局部之損徵為鈎蟲皮膚病 Ground-itch ; Foot itch ; Dew itch。計皮炎者居患者百分之八十至九十。最常見於趾間，足底之內側，小腿亦可受染。園丁，鑛工或在手臂。該處之受惹，蓋由幼蟲穿入皮下組織所致。初為皰，繼為膿皰狀而含膠黏液，且有時皮大腫。皰漸變乾，約歷八或十日則剝脫而愈。

此外即貧血的血循環及呼吸症狀，如出力則心悸及呼吸困難甚顯；脈速，每分鐘約一百一十至；血壓低，赤血球大減，心右部每擴張；水腫，在足及踝關節尤顯；呼吸淺，時或咳嗽及枝氣管炎，此或係幼蟲刺激肺氣泡所致。消化系統症狀甚顯著；病輕者腹上部微痛並不舒適；較重者厭食，顯乖食癖如嗜食紙、白粉、髮、泥等；胃每膨脹，胃液過酸。病者心志怠鈍（故美華兩國有懶性病之稱），無情緒，遇事漠不關心，種種笨狀不一而足。

診斷 熱帶及近熱帶之地，遇有血微貧而失健康者，須查其糞而以有無蟲卵定診斷。倘兼有貧血、欠長、體弱、心擴張及皮患來歷等，則愈可決定而無疑。查糞以其較稠者為宜，倘服瀉藥而糞過稀者或恐不準。其卵為長圓形，常含有瓣四或八，瓣內含粒，瓣周有一闊而透明之清環與卵之薄殼相間，有時瓣已成幼蟲而有行將裂殼之式。計卵之多寡，約畧可知蟲之數目；然有時卵之多寡大不一律，或且今日無而閱日則甚多。或謂每百分克之糞含卵一百五十者，約表示其有蟲一千。至嗜伊紅細胞之增加，亦為診斷之佐證。惟僅察驗蟲卵，不足以辨別其蟲之為二十指鉤蟲或美洲鉤蟲。

預防 殲滅其成蟲，凡足以裨益幼蟲生長之情況概行除去，且訓居民以衛生教育，此三者為根本之預防。善為處理糞渣，用清潔之水供飲用及着鞋襪以滅蟲染之機緣，亦係預防之要端。最善之法，用消糞毒池，致糞發釀而滅其卵。在鏟內，須多端防阻幼蟲之生長。或謂炭渣石燼有殺幼蟲之能。新來工人須檢驗無病而後准入。

治法 前此美國多用台摩耳 thymol 為主治藥。此藥易溶於酒而難溶於水；其劑量成人一錢（4 gm），年幼者如法推減，年邁六旬者亦宜酌減。施此療法之前數日，病者可服重碳酸

劑，意在清除腸內粘液，俾藥效捷奏也。無論如何，前晚必服瀉藥一劑（如百分之五十之瀉鹽溶液約二兩），次朝六句鐘，按劑量服台摩耳半劑，越二小時（即八句鐘）再服半劑（分兩劑之意蓋恐或有乖效則次劑即可停服），至十句鐘復進瀉鹽一次。最要者服此藥後一日之內，不宜進酒與脂油類，即牛乳亦應屏絕（蓋油與酒善溶此藥恐被吸入體而中其毒）。如是則乖效甚少；倘偶有之，如現心弱，呼吸困難等狀，可以咖啡及番木鱉素解救之。嗅芳極之氣，亦頗有益。行此療法一次，蟲之大半已被排出，惟越一星期概宜再服一次。倘病者家居，每次出恭，皆宜如廁，勿隨地大解，勿跣足，以防蟲侵。有用那弗妥耳 *beta-naphthol* 者，劑量及服法與上同。雖無中毒之乖效，究須防其惹腎，故先有腎病及服後而尿含蛋白質者皆禁服之。哥羅芳三西西，猶卡列油 *ol. encalypt.* 二西西，莖蔴油四十西西分兩劑，間一小時一劑，亦有殺蟲之功。非利瑪之效甚微。

新發明之特效藥為藜菴油 *oleum chenopodii*，其效力遠邁上文所舉之各劑。其劑量為十五滴。服法，當晚服瀉藥（如莖蔴油或瀉鹽），次朝八九十點鐘時依次服此藥共三劑，午正十二句鐘再服瀉藥（哥羅芳三十至五十滴，莖蔴油一兩（30 cc）功效益顯）。其後糞內倘仍有蟲，則復服之，惟相間不得早過十日。此藥之功甚偉，即蛔蟲、條蟲、鞭蟲亦可被殺。倘欲服後查蟲，須令病者前一二日勿食蔬菜等物（以牛乳稀飯為佳），俾檢查時少有纖維等混雜，則撿水過羅時亦易於覓蟲也。

最新之藥為四氫化炭 *carbon tetrachloride* 最大劑量為十西西（10 cc），有效，惟劑之大小須依病人之年齡及情況而增減。

至於貧血，則以鐵砒補劑療之；貧血甚者則砒較鐵尤要。治皮患可塗氯化鋅軟膏，以每兩（三十克）兼含柳酸十厘（半克）者為佳。

(四) 絲蟲病 FILARIASIS

班克羅夫氏絲蟲 *Filaria bancrofti* 又名人血絲蟲 *Filaria sanguinis hominis* 或夜現絲蟲 *Filaria nocturna*。此係最通常亦最重要之血絲蟲，其幼蟲 *microfilaria* 僅能於晝時或夜間在人體之周圍血循環查得，故亦名夜現絲蟲。幼蟲宿主為蚊。幼蟲長約三百微米，闊約七微米（與赤血球相等），有時畧粗，尾端尖。長成之雄蟲長約四十微米，闊約一微米。長成之雌蟲長約九十微米，闊約二五微米。卵之長徑三十八微米，橫徑十四微米。成蟲盤踞淋巴腺及淋巴管。

在中國南方，其幼蟲宿主（中間宿主）為庫列蚊之一種名 *Culex pipiens*。

雌蟲產幼蟲極多，各幼蟲由淋巴管而入血循環，居於長而極薄之鞘內，行動非常敏捷。其橫徑與赤血球相等，故經過毛細管自若也。取血而驗以顯微鏡，則觸目易認，惟必準時查之始顯；在晝間或完全絕跡，而夜間則強半昭著。倘病者反其例而晝寢，則蟲之顯期亦隨之顛倒。曾有人就患者每立方厘米之血，在夜間按時計其含幼蟲之數，自下午四句鐘以達半夜則數增，每西西有蟲二千一百，過此則減，迨次朝十句鐘則不復覓得。幼蟲之發育，則有賴於蚊體，由蚊咬染人，一如瘧蟲。受患者或無症狀發現，獸類之血含有是蟲者甚衆，而致恙者則鮮，惟值成蟲或卵壅塞淋巴道時則顯症狀。萬派德氏 Patrick Manson 以為係蟲卵（早產者）所致，蓋卵較幼蟲短而粗，足塞淋巴管而致血尿酸尿，象皮病，淋巴性陰囊等種種現象也。

此寄生物廣衍於熱帶及近熱帶之地方。西印度及合衆國之南部非常盛行。南美，中美亦頗蔓延。亞刺伯，印度，中華

東南各省及山東南方,高麗,日本等處受染者亦衆。非洲西岸尤甚。澳洲亦係此病盛行之區。其所致之患類舉如下:

(甲)血乳糜尿 Hematochyluria 又名乳糜尿 Chyluria。無殊性狀顯出,且不礙及健康;健康者亦頗有之。患者時下乳白或血色之尿;此蓋表示其尿路某段之淋巴管擴張並擴張而致裂,及總淋巴管梗阻也。尿量或如常或增加,常為間發性;在病之間期,患者或下正常之尿數星期或數月。以鏡驗之,該乳糜尿含微小脂粒,且常有赤血球若干。其凝也速,靜置之則上為脂層,底為水紅色之澱,中為凝塊。其澱內有淋巴細胞且或含幼蟲。所可異者患雖纏綿許久,而害及健康者或甚微(尿之凝塊或集於膀胱致阻尿路)。血乳糜尿非每由絲蟲所致;其病原非寄生性者容另詳之。此患之病理解剖,罕有論之者;有檢得其腎及腹膜之淋巴叢格外變大,上至膈而下及盆,且膈以上之總淋巴管不通。

(乙)象皮病 Elephantiasis。凡絲蟲病盛行之地,此患常見,其血內非每有寄生蟲可覓得。受累之處最常者為小腿,單雙不一,初在膝下,漸或累及全下肢。陰囊,陰莖,女陰見累者亦頗有之。累上肢及乳房者則較少。患處之淋巴管屢炎而被塞,皮及皮下組織過長,皮糙而毛穿。陰囊見累者或隆腫甚大(或達八十磅重);刺之則淋巴流出不已,其內或含幼蟲。病作時或緩而不痛,或驟突而發熱,且患部速腫而紅,淋巴腺亦痛而腫。有時復發若干次,且每發一次,即增其腫少許。(參觀外科學)

象皮病性熱 Elephantoid fever。凡象皮病,淋巴性陰囊病及他種絲蟲病時或有隨淋巴腺炎而起之熱,甚為重要,蓋易誤診斷也。例如此等熱發之際,體溫突然升至甚高,寒戰,陰囊及腿發丹毒性紅疹,加以淋巴腺炎及痛;情狀若是,每與瘧陣相類;且

發熱之後更或有大汗，則愈與瘧陣相似。對於此等熱狀，宜治以尋常治淋巴腺炎之法。

淋巴性陰囊病 Lymph-scrotum. 初起時或兼發熱，陰囊之組織紅腫，時或顯許多淋巴小結節，苟用針刺破之，則有淋巴流出，該淋巴內或有幼蟲或無不定。淋巴繼續滲出甚久。丹毒性情狀發顯者不少。迨病屢屢再發，則陰囊組織愈形過長，而成陰囊之象皮病矣。

散發性象皮病 Sporadic elephantiasis. 此患係非寄生性類，姑詳述如下：溫帶地方此病頗不少，所顯為一肢或身體某部之漸進性增大，因閉塞性淋巴管炎而皮及皮下組織之細胞增多過長所致。或係自發而無明瞭之原因，或繼該處之皮炎而起，亦間有因割去淋巴腺而起者。小腿為最常受累之處，初起每為一側，近足及踝關節，漸次進行，直至全腿變大。皮常光滑，或堅硬而有結節。患者以余經歷計之，多半為青年之婦女而無顯然之原因者。有歷六七年而始累及他腿者；又有歷十餘年而猶限於一腿者。

診斷 以針刺患者之指頭或耳垂，滴取其血以供考查，最妙以軟地蠟繞之，且覆以玻蓋，則幼絲蟲或可存活一二日。

治法 迄今尚無良劑殺血內之幼蟲，或妥為注射錒劑或錳耳乏散。病盛之區，宜用蚊帳以防傳染。患血乳糜尿者，食品宜乾且少含脂油為要；如此則尿之乳糜必因之頓減，惟非證其已痊也。若尿無脂而仍有凝塊及蛋白質，則其淋巴管擴張之漏猶未癒，試飲乳一大盃，檢其尿含乳糜否，即可知其是否已癒。又患者宜屏絕各種勞動。患象皮病性熱 Elephantoid fever者，宜臥床，食品宜用液體類，多服瀉劑，且以安撫藥敷其痛處。治象皮病之急狀，須令其休息，且以帶牢縛其腿，並令墊高，可收暫時之效。倘該肢過於贅累（如妨礙行走及潰爛等），可施外

科截除術。皮下貫絲線使成假淋巴道術，效力不能持久。患淋巴性陰囊及陰囊象皮病者宜懸起，大者須施手術而保全其辜丸。他種外科治療，如割取變大之淋巴腺以去其成蟲（如腹股溝者），有時頗有益。

結合膜絲蟲 *Thelazia callipæda*; *Filaria conjunctiva*. 宿主係人、狗及犢；寄居於結合膜囊內。幼蟲宿主及蟲之生長景况尙未可知。成蟲長九至十五耗。中國曾見三人患此蟲病。可以手術治之。

(五) 幾內亞絲蟲病 DRACONTIASIS (*Guinea-worm disease*)

此病由幾內亞絲蟲 *Dracunculus medinensis*; *Filaria medinensis* 染人所致。病通行之區為印度、亞刺伯、非洲西岸及巴西等處。美洲近亦有受染者。在人體迄未覓得雄蟲，致病者純由雌蟲。蟲寄居皮下及肌間之結締組織而致癢及腹腫。寄居之處強半在足，小腿次之，股則較少，他處愈少。常係單獨一條，為圓筒形，長約五十至八十耗，闊約二耗。其入體乃由口而非由皮。大抵幼蟲寄居於名水蚤 *cyclops* or *water-flea* 之一種小甲介類。或飲含已發育之幼蟲之水而受染。或者幼蟲之雄者死而被排出，雌者則受孕且穿胃壁而達皮下，靜伏其處而發育焉。迨長，捫之一若皮下藏繩然。該蟲含幼蟲無數，漸向下行，頭在前；及至足或踝關節，其頭遂穿皮，表皮因之生一小泡，旋破而成潰瘍，蟲頭每自瘍底伸出。其盈大之子宮亦裂而幼蟲隨白液產出（或以為由患者涉水時產出，出後即寄生於水跳蚤）。產畢，母蟲即自行離其寄主。蟲頭初出，慎勿傷之，蓋分娩既竟，或自行離體也。迨蟲漸外出，則以光滑木棒捲之，以防退縮，日捲少許，直至全蟲盡出；倘早先扯斷其蟲，則或幼蟲在皮下移徙，而致受惹生膿腫等之後發患。又該寄生物可割取之，或注入昇汞（千分之一）以殺之。或謂一種植物之葉曰 *amarpattee* 者，可為此病之特效藥。阿魏大劑，或云有殺蟲之能。

(六) 他種線蟲 OTHER NEMATODES

鞭蟲 *Trichuris trichiura*; *Trichocephalus trichiuris*; Whip-worm. 此寄生物居於人之盲腸及大腸者非不常見。長約四至五耗，雄者畧短。蟲之前後二端迥異，故易區別。其前段居體長五分之三有奇，極細而似毛，後段則粗，且在雌者為尖錐，雄者則較鈍而常盤旋。卵形橢圓，長徑〇五耗，

兩端各有一鈕狀突出。卵硬而色深棕。該蟲寄居人體之數不一，曾見有多至千條者。播散甚廣，歐洲數處人民見染者居百分之十至三十，在美洲則較少，或云在西印度甚衆。中國亦甚多，最多之處佔百分之四十。鞭蟲罕致症狀，曾見數劇烈貧血病常兼泄瀉者，與此寄生物有關係，究之不顯症狀者不知凡幾。診斷在查糞，有時含卵甚多。治法與治鈎蟲同。

腸桿線蟲 *Strongyloides stercoralis*. 爲一種熱帶瀉病之寄生物，交趾支那尤爲盛行，故有交趾支那腹瀉 *Cochin China diarrhea* 之名。現知其盛行之廣，不第熱帶及近熱帶已也。巴那馬，美國及溫帶他處亦有之，中國亦不少。蟲居小腸之上部，若其數多則致瀉，但有謂蟲雖能致中和之貧血，究之劇烈之腹瀉則非根諸此蟲也。其寄生於小腸者僅爲雌蟲，長約二耗，匿居粘膜之內而產卵。卵在腸時，幼蟲即出，故糞內可見活動之幼蟲。其卵連貫成鏈，形與鈎蟲卵酷肖。惟不服瀉藥，糞內不能覓得，是爲實驗之要點。受染之路由於皮，亦與鈎蟲之受染相似。預防及治法與鈎蟲同。總言之，此等蟲既入人體，欲驅除之每不易易。

(四) 寄生性蜘蛛類

PARASITIC ARACHNOIDEA (*Mites and Ticks*)

皮脂腺蟲 *Demodex folliculorum*. 爲一種小寄生蟲，長〇三至〇四耗，居皮脂腺內，寄居於面部者最常見。能否致症狀，尙未查確；或者爲數過多，則激惹皮脂腺發炎，致生痤瘡（粉刺）。

疥蟲 *Sarcoptes scabiei*; Itch mite. 此係蜘蛛類寄生蟲中之最要者，以其騷擾外皮致發疹也。雄蟲長〇二三耗，寬〇二耗；雌蟲長〇四五耗，寬〇三五耗。其雌者爲肉眼所易見，係珠白色，寄生於歐亞人者較美洲爲多。蟲匿居表皮內，致成一小洞；洞長約一耗，洞底則雌蟲在焉。雄蟲罕能覓得。雌蟲寄生最要之所在，爲皮最柔軟之處，如指趾間、手背、腋窩、腹前是也。頭面罕見被累。蟲所致皮膚損害甚繁，多緣癢而搔傷所致；最常爲丘疹及皰疹；在小兒或成大膿皰。因搔而生膿，或致將洞全毀，但尋常者診斷大抵匪難。治法頗單簡。多用軟肥皂熱浴，浴後塗硫磺軟膏，或硫磺洗劑，小兒用者宜較淡。那弗妥耳軟膏八分之一者 *ung. naphthol. 1 dr in 1 oz*，效驗亦靈。

秋蟬或名**穫蟬** *Leptus autumnalis*; Harvest mite. 此為一種恙蟲之幼蟲,色紅,長約半耗,田園內甚多。用其利吻及腿之小鉤附著於人及畜之腿,惹皮膚殊甚。在英國數處有多人,則生頑固難療之皮患,曰**穫疹**或名**秋紅斑** *Harvest rash or Erythema autumnale*. 所棲之處生丘疹,胞或膿胞之疹,極癢;其疹既烈且或多人同患,故有疑其為中毒者。不難以硫磺軟膏或昇汞溶液或輕油青殄殺之。(日本恙蟲病(毛蟲病)見下文)

壁蝨熱或名**蟬熱**又名**扁虱熱** *Ixodiasis*; Tick-fever. 在非洲有一種病係由壁蝨傳遞。壁蝨居舊屋內,其生活習慣極似尋常臭蟲。能傳一種螺旋體名 *Spirocheta duttoni*,蓋即非洲回歸熱 *African relapsing fever* 之原因也。美國西北部另有一種壁蝨名 *Dermacentor andersoni or venustus*,受其咬者或發劇烈之淋巴管炎。落機山斑疹熱(見下文)之盛行,以此虱為媒介。美國西南部又有一種壁蝨名 *Ornithodoros megnini* 者,間或寄居於人之耳,鼻內而致生膿及痛苦。另有數種壁蝨寄生於馬,牛,間有累人者。

(五)寄生性昆蟲類

PARASITIC INSECTA

蝨類 *Pediculidæ*. **蝨病** *Phthiriasis*; *Pediculosis*. 身體之虱有三種,不潔成習者始有之。

頭蝨 *Pediculus capitis or humanus*. 雄者長一至一五耗;雌者長約二耗。其色因寄居之人種不同而微有差異;在歐人者色微灰白而邊黑;在黑人及華人者則色較深。為產卵類,每一雌蝨約產卵六十,而於一週內成熟。卵附於髮,為白色觸目之點,曰蝨蟻 *nits*. 所致之症狀為頭蓋受惹發癢。倘為數過多,或

致激擾而生濕疹或發膿皰性皮炎而結痂，頭後尤甚，甚或髮癬交錯，纏結成塊於頭之枕部。

衣蝨 又名體蝨 *Pediculus corporis or vestimentorum*. 較頭蝨大。藏於衣服，吮人之血而常在頸項腹前及背致小瘀點。其咬傷或惹起蕁麻疹。久患者如放蕩之人，其皮變粗糙而滿着色素，或致疑為阿狄森氏病 *Addison's disease*。有時着色之甚，或至延及面與口內粘膜。

陰蝨 *Phthirus pubis*. 與上二種微異，居身體有短毛之處，如陰部腋眉則較罕見。

藍色斑 又名青斑 *Taches bleuâtres* 由虱激擾所致，為一種表皮下殊特之青色或鉛色點，徑五至十耗。患熱病者之腹及股等處多有之。所着之色源於蝨之涎液。

治法 **治頭蝨** 狀況不佳者，髮宜截短，惟完全滅蝨則匪易耳。屢次以煤油或松節油漬透其髮，每效，五十分之一之石灰酸洗劑亦可。賽羅，醋及醚各等分之混合劑敷藥亦極有用。加意清潔，可免再生。**治衣蝨** 須將其衣置消毒爐內蒸數小時。止癢可用溫水含重碳酸鈉四五兩者浴身，其皮可搽石炭酸溶液（水二十兩，石炭酸二錢，甘油二兩）。**治陰蝨** 可用銻汞或尋常汞軟膏，該部須以軟肥皂及水日洗二三次（參觀斑疹傷寒及其防法）。

臭蟲 *Cimex lectularius*; Common bed-bug. 居牀榻之縫及牆壁地板等之裂隙內，覓食之際多在夜間。所發奇臭由其特別之腺泌出。擁其長吻，用為吮血之具。被咬者所顯覺惹之狀，人各有異；有妨害極微者，有激擾甚重且成蕁麻疹者。殺之之法或燻以硫磺，或洗以昇汞溶液或煤油。尤以用鐵架床為妙。

人體蚤 *Pulex irritans*; Common Flea. 雄者長二至二·五耗,雌者長三至四耗,爲暫附人身之寄生物。咬處顯圓形充血之紅斑,中央有微點,蓋卽刺器所入之處也。受惹之輕重不一,有被咬卽覺大受刺激而發瀰漫性紅斑或風疹者,有不覺有何刺激者。

沙蚤 *Pulex penetrans*; Sand-flea; Jigger. 熱帶有之,如西印度及南美是也。較尋常之蚤小甚。雌者穿皮而藏居,且產卵焉。該處因之發炎而生皰或膿皰。受惠之處每在足。患處之蚤不難以針撥去之。此蚤蕃衍之區,塗精油類於足,可以防之。

(六) 寄生性蠅 PARASITIC FLIES

蠅病 MYIASIS; MYIOSIS

凡體內或外皮偶受蠅類之蛆之侵襲者曰蠅病。

Comptosia macellaria 之幼蟲 screw-worm 或生於鼻,傷口及產後之陰道。可以鉗出。倘或棘手,則淨洗該處,敷以消毒藥,蛆必死。蒼蠅或綠頭蠅或綠肚蠅 *blue-bottle fly* 之卵或沾及鼻孔,耳內或眼內,但罕見。倘有之,則係該處原有病患。蛆在耳鼻內,或致發炎甚重。

胃腸蠅病 *Gastro-intestinal Myiasis*. 或由吞入家蠅 *common house-fly* 或他蠅(如花蠅)之蛆所致。驗得家蠅之幼蟲(蛆)於吐物內者頗不少。糞內含蠅類之蛆者畧較少,惟嘗見大便下家蠅之蛆經月經年者。其於消化管雖無重大之關礙,究之倘致腸壁生潰瘍而瀉痢,則豫後堪危。

外皮蠅病 *Cutaneous Myiasis*. 此類最常者爲累外傷;其蛆或爲綠肚蠅或尋常肉蠅 *flesh-fly* 所產。蒼蠅(牛羊之蠅) *gad-fly* 或 *bot-fly* 之蛆亦有攻人外皮者。此等患溫帶罕見。

馬蠅皮病 *Dermomyiasis linearis migrans cestrosa*. 此為一種皮患，多見於俄羅斯，他邦間或有之。係馬蜚蠊 horse gad-fly 之蛆侵入皮下，致發生微凸及色灰紅之紋。其紋蔓延身面有時極速，因該幼蟲潛行使致也。

毛蟲皮疹 俗名毛毛蟲疹 *Caterpillar Rash*. 中華及他國數處有蛾之毛蟲（如松樹蟲），觸其毛則發生尋麻疹。蟲毛隨風散佈，毛之小刺入皮甚易。有時多人同染而發劇烈之皮疹。

(戊) 病原尚未確實測定之傳染病

INFECTIOUS DISEASES OF DOUBTFUL OR UNKNOWN ETIOLOGY

(一) 痘症又名天花 [痘瘡]

SMALLPOX—VARIOLA

定義 此為急性傳染，其特殊性狀係顯遞經丘疹、水疱、膿疱及痂四病期之皮疹。

病史 中國醫書自古已載痘症。歐洲非洲二三千年前亦已有之。間或為時病流行。美洲於前四百年，由西班牙人帶至該處。一七一八年，英女士 Lady Montagu 始在歐洲創行種痘以防病之法。至一七九六年，英醫士哲納耳氏 Jenner 提倡改行接種牛痘，結果尤佳。（據中國醫書而論，此症名痘瘡。一名勝瘡，因東晉建武中在南陽擊虜所得也。一名天瘡，言為天行疫癘也。俗名天花。又名百歲瘡，言自少至老必患痘一次也。又名豌豆瘡，以其形似也。折衷中國之醫書而論，其症狀如下：“寒熱三日，發紅斑，由頭面而及肢體，名曰現點。再三日，成水泡，泡內含溷濁質，如膿如乳，名曰齊苗。再三日，中央現痘

臍，名曰灌漿。又三日，膿泡乾燥，成痂發癢，名曰上岸。上岸後則痂脫而愈。”

原因 痘症爲傳染病中最烈者之一。未接種牛痘者荷遇傳染之媒，難免受染。天然具免疫性者罕。既患一次，未必果能終身不再患。然患二次者少，三次者尤少。

年齡 不論何年齡皆能患之。在小兒，易致命。孕婦患痘，胎或同受染；迨嬰兒產出，其體或顯疹或癍痕，且夭折者多。若嬰體尙無患痘之證，立即接種牛痘或可幸免。

男女 痘症無男女之分。

種族 或云：黑人比白人患痘較易，死者較多；未發痘症之地域，一經受染，流行極速，殞命極衆。痘症非恒常播行者，每潛伏於此處或彼處，一遇可乘之機，則流行傳播。曾見坎那大之曼替奧城頻年未罹痘症之災，居民因之多不接種牛痘，迨一八八五年，有患痘者自美國來，未幾流毒該城，傳播甚廣，九閱月間死者達三千一百六十四人。

每次流行時病毒輕重各殊 此一次流行時發出之疹只零星數枚而狀甚輕，致人誤認爲水痘 chicken-pox；彼一次則爲症極烈，死者衆多。又或此一家所患者甚輕，而彼一家則極重。中國痘症之流行甚劇烈，每年死者不可勝計。一九一〇年美國患痘者三萬零三百五十二人，死者僅四百十五。同年英國死於痘症者祇十九人。

傳染景況 痘症原因尙未查出，或謂係一種原蟲。病毒最易染人之時，在出丘疹以後。或云雖在未出疹前亦然，其說尙不甚確。余則以爲脫落之皮屑爲最可畏。如在恢復期，此屑脫落成粉，飛揚房內，遍佈什物上，則爲傳播痘症之大原。又曾與病者親近之人及曾用病者使用之衣、被、器具皆可爲染

媒。卽載此等人物之舟車，亦能帶痘毒而使廣佈。又病毒在受染之地方往往盤踞多時，而間時發出。雖患痘最輕者，亦能致未接種牛痘之人染重痘而殞命。

病理解剖 痘症所發之疹不獨在外皮，且顯於粘膜等處。舌，口，脣之粘膜常有皰。咽，食管上端，胃（在此者罕），直腸等處亦間或有之。更有集合淋巴結腫者。

至於喉，不惟發疹，或兼有血絲（纖維素）滲物，或粘膜水腫；喉之軟骨間或發炎。氣管及枝氣管或爛蝕，然不似皮之生皰。

心肌纖維或有脂肪性變，心內膜，心包等或發炎。脾甚增大。腎亦或發炎。

在出血性痘症，其漿膜面與粘膜面均顯血滲出（瘀），器官之主質，結締織，神經鞘及肌中等亦然。骨髓或出血。脾及肝堅而或未腫大。

症狀 痘症可按現狀分三類：（甲）真痘。此類又分二種：（一）稀疏痘。（二）融合痘。（乙）惡性痘又名出血性痘。此類亦分二種：（一）瘀點痘（俗稱黑痘），（二）血膿皰痘。（丙）變痘。是因已接種牛痘而變輕者。

（甲）真痘症 Variola Vera. 潛伏期。短者九日，長者十五日，最常爲十二日。然余曾見只八日者，亦有延至二十日者。期內大約無甚症狀。

侵入期。最常之初狀，成人爲寒戰；小兒爲驚厥。寒戰或於初二十四小時內屢發。腰肢之劇痛及嘔吐等係常狀。此病初期中腰與四肢之痛，他種發疹之熱病無如此之重且顯者。

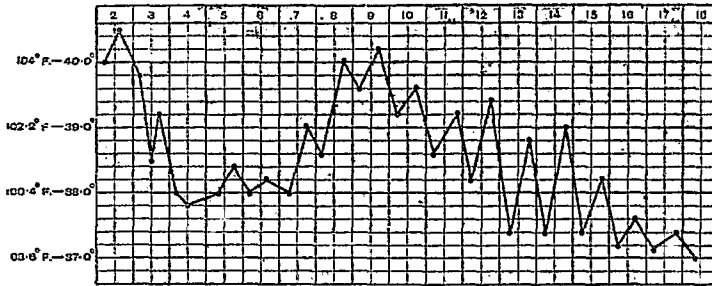
若兼有頭痛及嘔吐，則頗可預認爲痘症。須於皮疹未發前數日先事預防，以免傳染。熱度速升，首日或至一百零三四度（三十九·五至四十）。脈搏速而洪，顯重搏 dirotic 者罕。病重者或譫妄甚烈。倘熱度高，則尤然。病者輾轉不寧，甚覺困難；

面紅，目放光彩，皮常乾，然間或多汗。惟不能憑以上各狀之輕重，預判其痘之為稀疏或融合。曾見驚厥，頭甚痛，熱極高，而後成症甚輕者。

初疹 Initial rashes. 常見者有二種：一瀰漫似猩紅熱者；二斑形似麻疹者。皆或兼顯瘀點。所佔位置廣狹不等，或佈滿全身，或限於數處如腹之下半部，股內部，胸旁及腋窩不定，且有顯於膝，肘之伸面者。此等疹（多係瘀斑狀）常與紅斑性或丹毒性皮炎紅兼發。其似猩紅熱者，最早或於第二日即顯。似麻疹者，間或蔓延甚廣，然風疹塊罕見。患痘顯此初疹者，約百分之十至十六。

第 九 圖

初 疹 熱 化 膿 性 熱



Initial fever Eruption Suppurative fever

TRUE SMALL-POX

真 痘 症

正疹。 (一) **稀疏類** Discrete form; **稀疏痘** Variola discreta. 大概於發熱之第三四日，在額或腕前發鮮紅色斑數枚。斑徑約二至三耗，按之，色散。閱二十四小時，則面之他處，顯頂，軀幹，上肢，下肢，粘膜等亦先後依次受惠。疹發出，則熱退，全身狀變

輕，病者稍舒暢。繼則此斑成丘疹。捫之，癢指如沙子。即在未發紅前，亦或能捫覺。至第五六日，丘疹變成水疱，形凸而圓，水疱頂稍凹如臍，內貯透明液。至第八日，則透明液化膿 maturation，色變灰黃，臍狀失而為球形，膿疱周圍色紅，泡與泡間之皮腫。泡之化膿始於面，後則按疹發之次序先後化膿。體溫至此時復升，名繼發性熱 secondary fever；症狀復重，面皮張緊而痛，臉腫而閉合。此熱大約閱二十四或二十六小時即退。至第十或十一日熱退盡，而恢復期起。膿疱速變乾結痂，自面始，而後依次及他處。至第十四第十五日，面之痂脫落幾盡。腹、腹股溝、下肢等處發疹略稀。背上部之疹或密而下部稀。倘口、咽、喉發水疱，則致粘膜腫而痛，病者失聲。症癒後皮有瘰癧與否，關乎病之重輕。稀疏痘大約無瘰。病者之臭氣頗形特別。即在疹未發前，醫士亦可藉此以助診斷。

(二)融合類 Confluent form; 融合痘 Variola confluens. 初狀大概與稀疏者同而較重。疹發在第三四日。倘至第三日發疹頗多，大概必成融合痘；然亦有其丘疹先稀疏，迨成膿疱時始成融合痘者。最重之融合痘，不獨其疹過密，皮亦充血而腫。最密之處為面及手足；四肢次之；軀幹則稀。疹發出則熱退，特不及稀疏痘降熱之低。間有退至常度而病人頗舒暢者，但罕見。至第八日，熱度復升，泡化膿，皮充血更甚，面與手愈腫。至第十日，泡全化膿而多融合，致頭、面、手、足之皮幾盡成淺膿腫。此時體溫升至一百零三或一百零五度（三十九.五至四十五），脈搏一百一十至一百二十，間或譫妄。成人在此期內多流涎。小兒則瀉，口甚渴。口、咽、喉等或發此疹而致聲嘶。頸之淋巴腺大腫。病者之形狀使人驚悚，他病無如此駭人者。面與手足之膿疱雖屬融合類而在軀幹者仍稀疏。故視病之險否，須以面部之膿疱為標準而不在軀幹。致命之病在第十第十一日

由脈搏愈弱愈速，譫妄大顯，肌微震戰，間或腹瀉等而死。更有於第八日至十一日之間顯瘀點狀者。倘能癒，則至第十一或十二日入變乾期。

變乾期 Dessication. 膿胞或破而膿滲出，或僅枯乾結痂，當此第三星期則皆逐漸變乾。倘病非過重，熱即退。亦有延至第四星期始退者。融合痘之痂粘貼皮上，或須再歷三四星期始能脫盡，面痂逐一陸續脫落。手足之皮堅實，故或成整塊脫下如蟬蛻。

(乙) 出血性痘症 *Variola Hemorrhagica*; *Hemorrhagic Smallpox*. 此類有二種：(一) 瘀點痘。其出血性之顯出最早，二至六日以內即死。(二) 血膿胞痘。初似尋常痘症，迨成水胞期或化膿胞期則有血滲入胞內，或由粘膜流出。

(一) 痘性紫癍又名瘀點痘即黑痘 *Purpura variolosa*; *Petechial or Black small-pox*. 痘症之流行，其成瘀點者多寡不等，小兒較成人畧少；壯健之青年頗多；男子恒多於女子；強半在未接種牛痘者。初起亦如尋常痘症，然全身狀較烈。至第二日晚或第三日，則發佈散之充血疹，在腹股溝尤甚。疹中雜小瘀點。病愈進，則疹愈廣而瘀點亦增大。結合膜亦顯血滲出，粘膜或於第三日即已出血。曾見有正疹尚未發出而已死者。患此可畏之病者其形狀醜惡；皮或盡紫；面腫；結合膜血大滲出而凸，致角膜似凹陷；使人視之悚然；精神至死或不昏憤；在二至六日以內即死。至於出血之粘膜，最尋常者在腎，致血尿。其次則在胃，更有大便下血，肺咯血，婦女子宮出血而致血崩（赤帶）等者。脈速而硬且細；呼吸之數大增，大過於熱度使增之例。

(二) 出血性膿胞痘 *Variola pustulosa hemorrhagica*. 初狀亦較尋常痘症重，然其出血性至水胞期或膿胞期始顯。先為胞之周圍滲血，後則胞內亦蓄貯血，粘膜亦常出血。此出血性顯

出愈早則愈危，大概至第七八九等日即死，瘰者甚罕。患稀疏痘者，若任之起床過早，或亦能致腿上之胞內滲血。

白血球之數。真痘症白血球頗增，至第八日約增至一萬二千至一萬六千，旋即畧減；迨第十二至十四日則復增至一萬八千或二萬。其單核細胞亦增，輕痘症血之改變，或僅單核細胞加增。

(丙)變痘 Varioloid。此為已接種牛痘者所患減輕之痘症。初起時間或陡且重，熱升至一百零三度(三十九·五)，然強半不如是；且除頭痛、腰痛外，其餘各狀多輕。至第三日晚或第四日，丘疹發出，為數不多，或僅限於面與手兩部。丘疹出，熱立退，病者甚舒，一若無恙者然。丘疹成水胞化膿甚速，無繼發熱，瘰後無瘰。倘患者於前五六年內曾接種牛痘，症勢大概甚輕，然亦有甚重，更或致命者。

頓挫性痘症 Variola Abortiva。近年在英美等國所遇痘症，狀最輕者居大多數；雖未接種牛痘之小兒患之，亦僅發數小胞，閱數日而就痊；即發疹頗密者，至第五六日，不成胞而直接變乾，特有角形痘、晶形痘、痂形痘等之名稱，半途而退。又當痘症流行時，間有病人絕不發疹，僅顯頭痛、腰痛、發熱、嘔吐者；此誠可異。尤奇者曾見孕婦偶染痘毒，自覺不適而未發疹，然分娩後僅二日，而嬰兒有痘疹顯出。

併發病 就此病之劇烈者如是之多及成膿之病竈如是之繁而論，併發病實為甚少，今述其要者於下：

喉炎。其險有三：(一)喉門(嚥口)水腫；(二)其炎蔓延，致喉軟骨壞死；(三)滅喉之感覺，容食物之微分子被吸入內而致枝氣管炎或枝氣管肺炎。枝氣管肺炎。痘症致命者大約皆有枝氣管肺炎之徵。大葉肺炎罕見。胸膜炎或有之。心病

較少。熱極時，心尖處或顯收縮性雜音（縮鳴），然心內膜炎及心包炎罕見。心肌炎頗多。

消化器併發病。腮腺炎罕見，病重者或發假膜性咽炎。嘔吐雖常為初狀，然入後恒吐者少。腹瀉則小兒有患之者。

尿管含蛋白質，然腎炎者少。學丸炎及卵巢炎或有之。

神經系統。小兒多顯驚厥。成人於早期見譫妄，或恒存而加重，甚或變昏迷而終死。熱後之精神錯亂（癲狂），脊髓炎，偏癱，數種神經炎等間或有之。

皮膚。至恢復期，生癩者為最常，間有發瘰瘡及深膿皰者，又或此處或彼處成壞疽。更奇者，痂脫之後，疹或復發。

脫屑時關節或發炎至化膿。時或有急性骨壞死。

特別覺器 由患痘致目疾者現時在歐美甚少，因護理法改良而結合膜清潔也。然中國之患痘症者往往致盲，洵為可憫。患痘重者能致結合膜發卡他或膿性炎。倘瞼閉合粘連，能致角膜潰爛，或穿破成瞽，且或顯虹膜炎。更有中耳炎，由耳咽管染入。

豫後 在未接種牛痘者，此為極易致命之病。死者約居百分之二十五至三十五。日本踰此比例。中國亦或過之。美國一九一一年之痘症流行，患者四千八百五十二人，死者僅三十五人。厥後美國復罹此患，調查其致命之數，未接種牛痘者居百分之五十四一八；在既接種牛痘者，僅百分之一二九。至於痘性紫癩（癩點痘）無不致命，而患重融合痘死者居大多數。嗜酒及體弱者易死。面與手之疹愈密，豫後愈危。胞化膿時熱度大升為凶徵；反之，若熱度降則為佳兆。熱度過高，譫妄，肌震戰等皆為險狀。孕婦患之甚危，且大概流產。沉重之咽炎及沉重之喉炎亦多致命。

致命之故，在早期死者由於腦中毒；在晚期死者大概死於第十一、十二日疹發至極度時。又小兒患喉及肺之併發病能致命，成人間或如是。

診斷 醫士於痘症流行時臨診，倘遇有寒戰、頭痛、腰痛、嘔吐者，宜揣度其或係此症。

正疹未發時，其初疹或誤視爲猩紅熱所發，但不及猩紅熱之疹之蔓延廣並歷時久。又初疹或與麻疹難辨，然麻疹有鼻及結合膜卡他，科潑力克氏斑點等狀可爲佐證。惡性出血痘則或特疹未發而病者已死，然此時其丘疹大概能捫覺或查見。又出血性猩紅熱及出血性麻疹所顯之疹，其累及粘膜雖不似痘疹之成爲常例，然惡性出血痘有時與此二病幾無從辨認。

痘症既與水痘 varicella 爲同屬之病，故甚易與之混淆。流行時之輕痘症尤然。然須知發砲疹之傳染病，尙廣佈染及成人者，大概爲痘症而非水痘。又水痘之疹多發於軀幹，而痘症所發則在面與手。水痘之丘疹不及痘症硬，其水砲亦不及痘症深，砲之圍邊亦不及痘症紅。水痘之丘疹，膿砲，痂等可於患者身上同時並見，真痘則不然。且真痘之初疹及病侵入期之較長，與病初起之劇烈亦可爲診斷之據。

瘀點痘或誤診爲腦脊髓熱 cerebro-spinal fever，因該病亦有瘀點也。又膿砲性梅毒疹 pustular syphilide 當遍發全身時，或頗似痘疹，然查病史及其疹之發於面較少於身，則固與痘症相反，診斷匪難。膿砲性鼻疽 pustular glanders 及接觸傳染性膿砲 impetigo contagiosa 亦或可誤診爲痘症。

預防 普遍施行牛痘接種法，每間數年並予復種，爲防痘症唯一之妙法。甫染痘毒者當立即接種之，即閱三日或四日而後接種，或亦能免成症；再遲則無益。至於痘症流行時，該地方居人當一一接種牛痘。凡醫士須格外謹慎，卽有最輕之痘

症亦宜認出，以便注意預防，俾不致有蔓延傳播之禍。如人曾與患痘者會晤，必隔居十六日之久，迨認定未曾受染，始可如常交際。患痘者應立即移入特別隔離病院。護理者應著特別長衫，頭戴布帽，手著橡皮套。病者已著之衣，須先浸於石炭酸溶液（百分二），後復煮之。已敷之藥料，務須焚燬。痂未脫盡，慎勿輕離醫院。病體常拭以石炭酸溶液（百分二）。

治法 先宜斟酌移患者至痘症病院。倘痘症流行時此種病院尚未建立，則可擇空曠之處設臨時病院，特令患者隔離。因羈留家中，此往彼來，夾帶痘毒，傳染普遍，為禍不淺也。中國積習相沿，不謀隔絕之方，是以每次患痘，流毒無窮，故宜痛除舊日之弊病，以重生命。

至於治療，則尚無特別專法，宜多受新鮮空氣，用液體飲食，且飲多量之水，或茶，米湯等。最初宜將甘汞及鹽類瀉藥各服一劑，後則屢服鹽類瀉藥以疏通腸道。早期有二要狀須治：
（一）腰痛。可服斐那昔汀及吐根鴉片散各五釐和醋柳酸十釐 phenacetin, pulv. ipecac. co. aa 0.3 gm, aspirin 0.6. 此劑於排除毒素亦有效驗。
（二）嘔吐。倘甚困難難治，不宜進飲食，祇可吮冰以阻之。迨疹發出，則多嘔吐止而胃開。

熱度高者宜用凉水擦法，或冷浴法。倘譫妄劇烈，可用冷浴法或冷濕布裹法。苟兼劇烈之血中毒及疹，則用煖浴法；水之溫度約九十六度（三十五）尤佳。

治疹之法甚緊要。倘欲使面手等處無成癍之弊，最妙用絨布濡石炭酸冷液（水百分含二）或昇汞溶液（五千分含一）貼該處皮上，上蓋油綢以免驟乾；屢行更換，可使病者頗舒暢。貼面部者，須將絨布特開數孔，油綢亦然。此法較用抹甘油等尤佳，因抹甘油法反致痂脫過緩也。至結痂期，務宜使痂常潤濕，須抹油或甘油或軟地蠟，此法可免脫屑之飛揚播散以染衆

人，軟地蠟含石炭酸百分之三至五最合用，蓋兼能止癢也。如欲解其惡臭，則敷上述之稀釋石炭酸溶液最佳。倘頭皮之痂頗多，須將髮剪短，以免膿髮團結腐敗而難除去。倘全身成膿劇烈，宜時時浸於九十五度（三十五）熱水，水內可加硼酸或過錳酸鉀。使病者隔離日光，或能稍減其皰之化膿。前數百年，曾有人畧識此理，設法將日光障隔或改變之。近年芬森氏 Finsen 又發明紅玻璃障隔日光法（又名紅光療法）以資應用，但其效果之良否尙無定論。

併發病治法 如腹瀉甚，可服複方樟腦酒 *tr. camph. co.* 小劑。脈搏弱而速，可服激動藥。有時譫妄似狂，則須吸哥羅芳或注射嗎啡，然大腦狀不如此甚者用浴法或冷濕布裹法尤佳。惡性痘症之出血無法可止；曾有人用鐵劑、麥角等，不如不服。喉水腫致礙呼吸，或須行氣管切開術。倘在病之末期，病者極弱而生膿腫或褥瘡，可墊水褥，或臥以暖水浴盆。

眼之看護法 尤為緊要，否則恐有喪明之虞。宜用當量溫鹽液或硼酸之溫溶液拭淨臉部，又宜用此等液灌洗結合膜。患融合痘者之臉大腫而粘連，須注意看護，始能免角膜炎之弊。臉緣須擦軟地蠟。口及咽宜常潔治，用過錳酸鉀溶液或稀石炭酸溶液洗之或漱之。至於鼻，可用重碳酸鈉之溫溶液灌洗；後入以甘油或俄利伐油，免鼻孔內結硬痂。鼻前孔閉鎖之後患亦宜預防。

至恢復期，當常行浴法，後抹甘油或軟地蠟或其他合宜之油。如此每日施行，可使痂軟。又須待痂脫盡，皮面光滑，始得認為完全復元。

(二) 牛痘及牛痘接種(種牛痘)

VACCINIA OR COW-POX—VACCINATION

定義 牛痘爲牛之一種發疹病。取其毒接種人身(名種痘)：能使接種處生痘瘡，兼顯全身症狀。然可保護身體，使免患真痘症。其保護力能存留若干年，則不等。

病史 前數百年，英國農界已有既染牛痘可免真痘之說。蓋鑒於牛痘每先累及牛之乳頭乳囊，取牛乳者常因之受染；迨真痘症流行，此等人乃反不受害也。至一七七四年，一英國農人曾患牛痘，因而接種牛痘於其妻及其二子。此或係接種牛痘之鼻祖。及一七九六年，英醫哲納耳氏 Jenner 聞一女子謂“吾曾染牛痘，不能爲真痘所染，”因是遂極力研究試驗；於當年五月十四日取染牛痘者之漿接種於八歲男兒，至七月初二日復接種真痘症膿胞之膿於該兒，果見其不患痘症，乃於一七九八年立說著書，詳述接種牛痘之利益。自此以後，牛痘接種法盛行泰西矣。美國於一八〇〇年，內科教員 Waterhouse 首先接種牛痘於小兒七人，爲美國接種牛痘之始祖。

牛痘之真性 牛痘究係特別病，抑係真痘症之經歷牛體而改變者，至今尙未測定。法國醫界將牛痘及真痘症分而爲二。英國醫界則每視爲一病，因其曾接種真痘於牛，而該牛等所患之病似與牛痘無異；旋接種牛患此病之漿於人，亦能致接種牛痘之標準狀，並能免患真痘也。

牛痘之病原，或以爲如真痘症之由於一種原蟲。

正常種痘 Normal Vaccination. (一) 潛伏期 接種處起初微有惹狀，旋即漸退。

(二) 發疹期 大概至第三日顯一丘疹，外圍有紅圈而漸大。第五六日丘疹變成胞，邊高，中凹如臍。第八日，胞脹滿足，

邊硬而臍形益顯，內滿貯透明液。第十日透明液化膿，圍胞之紅圈愈大，皮亦腫硬或痛。第十一二日充血狀畧減，胞內液較濁，始起變乾之狀。至第二星期末，胞結棕色痂，漸乾且硬。至第三星期末，或更歷三四日，痂遂脫落，留凹形瘡。倘數接種處相近，各胞或聯合成大集胞。接種牛痘後之全身狀每輕重不等；大概至第三四日體溫升，熱或稽留，且漸升，至第八九日而止；白血球增多。小兒當熱升時，輾轉不寧，不耐煩，夜間尤然；此等狀大概不重。倘接種處在臂，則腋窩淋巴腫大而痛；接種處在腿者，則腹股溝淋巴腺亦然。種痘雖未必立刻得完全的免疫性，或須歷三星期之久。然甫染痘毒者尙急種痘，或能完全免患真痘；即或不然，而真痘與牛痘並發，亦能減輕真痘之劇烈。接種後所得免疫性保留之時限，人各不同。有能保護至終身者；然強半祇得維持十年或十二年。

復種牛痘 Revaccination. 嬰兒之曾種痘者迨九歲至十五歲之間宜復種一次。又每當痘症流行時，亦宜復種。復種而發出者佔百分之八十有奇，然其胞較首次種者小，邊硬，充血狀亦遜，遺留之瘡亦不甚顯。惟復種時須格外加慎。有時發假痘胞，液速貯滿，至第八九日即已結痂。

異常之牛痘接種 Irregular Vaccination. (甲) 局部之異常狀 間或有成胞極速而癢甚，胞頂不及正常狀之平，液早變濁，至第七八日即已結痂。又或有成胞極緩者。倘遇此二種異常狀，宜取新鮮牛痘漿復種一次。且有時所顯之胞內兼含淡液及血；又或當成胞時護理不善，致胞受壓或受惹而發炎潰爛。尤奇者，胞癒後旋於原處復發；此則罕見。

(乙) 全身性牛痘 Generalized Vaccinia. 例如近原胞處或有數胞併發者。間或有起於腕或背而致身體數處發全身性

膿胞者。此等胞或膿胞或繼續發至種後五六星期。小兒顯此狀，或有致命者。種痘之臂發胞特密。大概發於第八日至第十日。

(丙)併發病 由體弱或不潔或受傷害，致胞疹發炎成深潰瘍，甚至有死組織脫落，尤甚則致深結締織炎。孱弱之小兒或兼有紫癍疹。

茲列併發病如下：(一)三日以內，有顯紅斑、蕁麻疹、數種胞疹、丹毒(由接種時痘漿內誤雜丹毒菌)等者。(二)第三日後至胞成膿時，有顯蕁麻疹、蕁麻疹性苔癬、多形紅斑、丹毒(由種牛痘後偶受丹毒染)等者。(三)約至首星期末有顯全身性牛痘，或膿胞病，接種處潰爛，淋巴腺生膿腫，敗血病，壞疽等者。(四)至胞消後，或顯梅毒等，由人體牛痘漿內含梅毒病原所致。

(丁)因種牛痘而傳染之病 Transmission of Diseases by Vaccination. 梅毒誠能由種牛痘傳染，然此弊今已不多見；因近年所用痘漿多取自牛故也。中國有用取諸人體之漿或其所結之痂者，恐難免此險。牛痘梅毒潰瘍 vaccino-syphilitic ulcer 與 牛痘潰瘍之鑑別 在初瘡最早於第十五日始顯，尋常須至三或五星期；牛痘潰瘍於第十二及十五日即已發出。又初瘡淺而硬，僅微有紅暈，淋巴腺常增大，然不痛；牛痘潰瘍較深而不硬，淋巴腺增大與否無定，增大者係由發炎所致。昔以為種痘能傳染結核病及麻風等病，然無實據。又或能傳染破傷風，雖最危，然罕見。

(戊)種痘與他病之關係 昔以為種痘對於本人固有之病有益，究之不然。倘人有病潛伏於身，至種痘時或反激之使發；遺傳性梅毒及結核病等每有此虞。

選牛痘漿 以取自牛者為佳。須覓可恃之藥局購之。倘不得已而欲取之於人，宜擇壯健小兒之素無梅毒、結核、麻

風等病及其父母亦無此等病者。取漿之法，在第八日選正常形胞（破面異形者切不可用），挑破或刺破之，漿液（痘苗）自流出（慎勿至出血）。用玻璃細管或象牙刀收之。近日所用之漿多用甘油調和，因甘油能逐漸殺漿液中之膿菌也。至於患真痘者之漿，切戒勿用。

種痘之技術 接種區常在左臂近三角肌止端（中國有種兩臂者徒令小兒多受痛楚），亦有種於腿者。其法先潔淨該處之皮，初用肥皂水，次用無菌棉花濡已沸之水洗之。次用醇拭淨，用無菌棉花揩乾。再次用左手捏其臂下面，使上面張緊，取種痘刀或種痘針（皆已滅菌）在皮面輕劃二線，各長一寸（二十五耗），相距一寸。然後將貯玻璃管之漿（痘苗）注於劃處，每處一滴，復用種痘刀面妥為塗入。惟劃皮時勿至出血，祇見血色已足；倘有血出，須揩乾始可注痘漿。用甘油製牛痘漿 glycerinated vaccine lymph 宜先注漿而後劃之。倘漿已乾，可用無菌水濡濕之。種後必待漿全乾，始可著衣。種處宜用絨布或淨綢巾裹之，歷一二日之久。迨剛成胞時，則取無菌紗布疊數層成方塊，遮蓋擁護，兩端各用硬膏條固定之。倘其時丹毒流行，或其家有膿性病，則常衛以防菌敷料為佳。

種痘合宜之期為兒生後四月至六月時，惟夏季不甚妥適。倘種後不發，則宜復種，或至數次。若小兒有疾，如患梅毒或某種皮膚病等，須俟病癒始可種之。種後至九歲，宜復種一次。當痘症流行時，亦宜復種。種後如發出，則大抵能有免疫性；違此例者罕。倘種後仍染真痘，或由種時未按規則發出之故。

種痘之功效 泰西近年患痘症暨死於痘症之所以絕少者，雖亦為講求衛生及隔離傳染病之功，而其主要關鍵實為種痘。凡曾經善為種痘之區域，受痘症之染者極寡。德、日等國之陸軍接種既合法，且屢經復種，患痘症者幾至絕跡。反之，

倘某國或某區域視牛痘之接種與復種爲無關緊要者，真痘症必常流行其間而死者甚衆。英國曾調查患痘者四千七百五十四人；其致命之數，未接種者佔百分之三十五；在臂僅一癩者，佔百分之七·六；顯二癩者百分之七；顯三癩者百分之四·二；顯四癩者百分中僅二·四。美國曾調查患痘者五千人；其致命之數，癩良者百分之八·稍遜者百分之十四；不良者百分之二十七；遲種者百分之十六；未接種者百分之五十八。卽此，可想見種痘之利益之確實無疑矣。

(三)水痘 VARICELLA—CHICKEN-POX

定義 此係急性傳染病，其特殊性狀爲皮面發皰疹。

原因 水痘常爲流行病，然亦有零星散發者。患者恒係小兒，大概在二歲至六歲之間。成人倘於兒時未患，則易受染。致病之原，至今尙未查悉。水痘與真痘雖各相殊異；歷經研究，尙無關係之點可言，然每相伴流行。又或水痘先發而真痘繼之；或真痘先發而水痘繼之。患水痘者不能免真痘；患真痘者亦不能免水痘。

症狀 潛伏期約十至十五日。厥後微發熱；或微寒戰；又或嘔吐，腰及腿痛。驚厥者罕。熱升後歷二十四小時，疹卽發生。先顯於軀幹；或背，或胸。間或先顯於額或面。其疹初爲紅丘疹，較皮畧高。閱數小時，則變爲球形皰。皰內之液或清，或濁。大多數無臍形，然間有如臍形者數枚；亦有時爲橢圓形。較真痘之皰淺。圓皰之皮不充血，亦不發腫。閱三十六至四十八小時，皰內變膿。至第三四日，結黑棕色痂。痂脫後，大概無痕。早期之三數日每日有新疹羣發出；故至第四日可同時並見各期之疹；丘疹，水皰，膿皰，結痂者皆有之。皰常零星發出，甚疏。總數少則八九，多或數百。未發之前，間或亦如真痘

之先有似猩紅熱之初疹。口之粘膜亦間或發皰，然發於喉者罕見。成人者患之，病或頗烈；初熱甚高，疹或廣發遍體，全身狀重，致醫士誤認為真痘；此即所謂真痘樣水痘是也。水痘之發熱不高，疹發時亦或不降。水痘非險病，且無後發病，然或再發；曾有患至三次者，有時皰長至極大，畧似膿皰病或天皰瘡 pemphigus。又或皰甚癢，難禁小兒抓搔而致潰瘍，至癒後有癍遺留。

孱弱之小兒（特在患結核病者）皰圍或成壞疽，陰囊亦然。

又有出血性水痘，其粘膜出血，皮顯瘀點，但罕見。更或有腎炎。嬰兒偏癱於病之侵擾時曾見之。因皮面受累過廣，即無併發病而亦致斃命者亦曾見之。

診斷 診斷不甚難，就診早者尤易；惟遲至疹已廣發，或畧難辨別。然水痘之疹多發於軀幹，此係要狀。其丘疹初起不及真痘堅，皰不及真痘深，皰頂不及真痘平，圍皰之暈亦不甚紅，各期之疹可同時並見。而真痘有特別之全身狀，初起之狀畧重，侵入期較長，初疹為人所習見。此皆足為診斷之輔助。

水痘致命者極少；倘或有之，可認為或係真痘症。

治法 無甚特別治法。若面部發疹甚多，慎勿令搔，可將絨布濡鎮靜藥液貼之；或塗以石炭酸軟石蠟（百分之三至五）。

(四) 猩紅熱 SCARLET FEVER—SCARLATINA

定義 此係一種急性傳染病；其特殊性狀為發瀰漫性皮疹及輕重不等之咽炎。

病史 歐洲醫界對於猩紅熱，雖久與麻疹相混，且迄十九世紀始與白喉病鑑別確定，然在五百年前已知有此病；而中國一般舊醫則至今尚多誤認此病為麻疹或白喉者。猩紅熱最廣播之方域為歐洲西北方及美洲北部。非洲及亞洲除小亞西亞外雖時或有之，然直至近今始有此病稽留不絕之區域。

據近日之考察而言，溫帶地方居民叢集之城市，大概多少有猩紅熱之踪跡，無論何類人種，皆不能視為有天然免疫性。交通之機關每供給此病播散之機會，猩紅熱雖不能列入觸接傳染力最大之傳染性熱病類內，然其具傳染力之期既久，而又有許多病勢輕及未經認定之類每為帶菌者，故能傳播廣遠。至於人與人之相傳染，大概須密邇接近始能受染。

猩紅熱之發生於中國也，大概係由外國傳至。上海租界因猩紅熱而死之第一人發見於千八百七十三年。同時煙臺租界亦有猩紅熱發生。猩紅熱之發見於日本也，據其地方公所之報告，約在千八百九十七年；然前此或已有若干病發見，亦意中事。故謂猩紅熱大約同時至中國及日本，或非失當。在此時之前，則中國及日本固不知有所謂猩紅熱也。

一千九百零二年，猩紅熱流行於上海，因此致命者千五百人。上海地方發見之猩紅熱，性甚惡烈。凡傳染性病之新至一地也，該處居民既無天然進化的免疫性足以抵抗其毒力，則病勢之格外惡烈，亦勢所必然；故中國人所患之猩紅熱多係惡性類。不寧惟是，或者由中國人之有易受此病者染之而更增加其惡性，是以致命之數較外國人多；此亦合理之論也。自千九百零五年至千九百十六年，上海隔離病院中，外國人之患此病者共六十八，平均計算致命之數佔百分之一五四。而以上所述年份之間，英國所發見之猩紅熱，其致命之數未及百分之五。又歐美兩洲之猩紅熱，其惡性有日益減低之趨向；而致命之數現僅百分之三。惟猩紅熱之惡性大有異同；分別言之，則每次流行之際致命之數多則甚至百分之三十，少則無有。至於上海地方，依醫界之經驗而論，患之者無論為外國人為中國人，尚無惡性減低之趨向。惟在日本則一似歐美，近年來惡性逐漸減輕矣。

特殊傳染病

原因 種族 此病無種族之分；凡爲人類，皆能患之。歐美患者頗衆。中華，日本昔時似無之；近年來患者較多，或因交通便利而假以易於傳播之機會也。

方域 歐洲西北方及美洲北部此病最多；凡溫帶地方居民雜沓之區皆有之。中華及日本現已不少。中國本部以揚子江流域及北方諸省爲駐留之區域。高麗及滿洲亦有之。熱帶地方則此病甚少；即可有之，亦不能駐留傳播。

時令 此病零星散發者時時有之；流行病則必盛行於一時。上海一帶地方之猩紅熱與美洲所患者同類，每年最盛之期在春季而最少之期在秋季；在日本者亦然；恰與英國地方之猩紅熱相反。此或因中華，日本等處夏季氣候較熱故也。凡與熱帶地方相近之熱度，似乎與此病之傳播反對；惟在上海者雖以三月爲最盛行之期，然每流播至夏季，甚或七八兩月間亦有之；此則其熱度平均在八十度（二十七）以上。

年齡 此病與年齡甚有關係；患者以二至十歲爲最多。曾調查由此病死者，百分之九十爲十歲下之小兒；惟哺乳嬰兒患之者少。又有在成人時始患者。更有終身不患者。猩紅熱多發生於學校。紐約某醫士見夏季學童放假旋里，患者之數大減；謂諒因小兒聚處校中，傳染極易也。

家屬 各家族受染之難易不同；或一家四五人繼續患之而死；或絕無罹此病之害者。反之各個體常有抵抗力；如醫士雖常與病者接近，亦少受染。一般既患一次者大概能得免疫力而免再患；患二次者罕；三次者尤罕。

傳染景況 傳染病毒居於體之何部，尙未查確。近年以爲合於鼻咽，呼吸道等之液，由此染人。倘已受染而咽炎尙輕致未臥倒者至學校等處，則所含傳染物即因而佈散。或以

爲合於表皮；表皮脫屑飛揚各處，附於衣服器物等，因而傳播。或又以爲皮之毒仍由於鼻咽之液沾着而致。總言之，醫界今多數以爲病毒實在咽，鼻液，非由皮而出。又此毒非若麻疹者之隨時即滅，倘附於衣被等，能存留許久不去。例如某家小兒患猩紅熱，他兒立即遷移，迨患者病癒，而又慎施消毒法，乃他兒歸後或仍受染。所須謹記者，病雖痊癒，其毒或留於鼻咽歷久不去；他兒之受染，抑或由此。在鼻咽之毒最難潔治；以鏡查之，則見多含鏈球菌。又此毒能由第三人間接傳播，如醫士，看護士，病者親友等夾帶者是也，惟甚罕。又曾見由牛乳傳染者，或因牛乳被患猩紅熱者沾污，或牛之乳囊患一種似猩紅熱之疾所致。

更有一種病名外科猩紅熱 *Surgical scarlatina*。如在行手術後，又如傷口染膿菌，則該處之皮發似猩紅熱之紅斑；然與尋常猩紅熱異，患者多係成人，潛伏期短，咽炎輕，疹由傷口發起，表皮脫屑過早，非真猩紅熱也。

致病之原 致病之微生物至今尙未查悉。或云係一種溶血鏈球菌 *Streptococcus hemolyticus*，蓋病者生前及死後血中多有此菌，且病重者之咽內亦常有之也。然各專門家尙未盡表同意。

病理解剖 皮面之疹除出血類外，死後殆盡消滅無迹。身體無特別損害。內臟之改變半由發熱，半由爲膿菌所染而致。咽或僅顯發炎之狀。扁桃腺發陷窩性炎或假膜性炎；或生膿腫；又或成壞疽。生膿之病竈及淋巴腺內含鏈球菌頗繁盛。脾肝等或爲彌漫的病竈性組織壞死之根據地。心內膜炎，心包炎，腎炎等亦或有之。

症狀 (一) 潛伏期 此病之潛伏期約一至七日，尋常二至四日。

(二)侵入期 侵入期大概突然而起，或先微覺不舒。初狀爲寒戰者少，以嘔吐或驚厥爲最常。熱度極高，且速升；當第一日，即已升至一百零四或零五度（四十至四十五）。皮極乾，捫之熱甚。舌有苔，咽乾。發咳及卡他症狀者罕。面發紅且顯急性熱病之狀況。

(三)發疹期 疹大概在第二日發顯，亦有在二十四小時內已顯者。該疹係零星小紅色點，現於充血發紅之皮面；始在頸胸二部，散佈甚速；至第二日晚，即已傳遍全身；閱二三日則漸消失，至第七八日即消失殆盡。疹發至極點，其色異常鮮紅；此係皮充血過甚之故。他病之疹皆無紅至如此者。按之則色退，釋之則色復顯；若皮下微有血滲出，則受按時色不退。有時此疹非零星佈散而係遮滿全身者。發時成區，而區與區之間處皮不發紅。其疹間有成凸形者，惟不若麻疹之以凸形爲常例。皮之色逐日漸深，間有青紅之處。皮面初光滑，後變粗澀。疹發至極點，或生汗皰；皰中之液或變濁。又或全身之皮深紅，同時兼發多數黃色微皰，是名粟粒疹形猩紅熱 *scarlatina miliaris*。或謂脰、腋窩、腹股溝處等發點形疹係此病之實徵。又謂早期之肘關節前屈，皴裂顯紅色橫紋，亦係一要狀。有時發現紫癩；病重者癩每增大，且廣佈全身。面部雖常發疹，然間或無之。面疹極盛而口周圍之皮仍色白如常者係此病之特狀。皮腫而張緊。癢之烈否靡定。脰、頰、扁桃等粘膜皆甚紅，且顯紅點。舌亦發紅，自其尖及邊始；而中部有苔，苔中顯紅刺；特稱楊梅式舌 *strawberry tongue*。呼出氣臭而微甜。咽狀。(甲)脰弓及脰扁桃微紅且腫。(乙)較重者紅腫較甚，或兼發陷窩性炎。(丙)尤重者咽粘膜發假膜性炎，該部之組織俱腫；頷下淋巴腺亦然。最烈者頸項之組織亦腫且硬。

熱度突升且烈，至一百零五或一百零六度(四〇·五至四十一)，稽留不降，每至晨間畧退；病輕者或不及一百零三度(三十九·五)；然在甚重者，熱度或在瀕死之際過高，至一百零八或一百零九度(四十二至四十二·五)。脈搏一百二十及一百五十至；病重而熱甚高者或一百九十或二百至。呼吸隨熱度之高低而增減。白血球之數加增；病重者血每一西西內白血球增至三萬或五萬。

胃腸之狀除病初起之嘔吐外，不甚明顯。胃口或仍如常。或有腹痛。脾之邊緣可捫覺。肝增大者罕。發熱之初，有累大腦之狀；然疹發則頭痛與夜間之譫妄俱退去。尿少而色深；倘微含蛋白質，係常有之狀，不可因而以為可駭；即使兼含腎管型少許，亦無可慮。

表皮脫屑 熱及疹既退，皮尚留污跡，且乾而畧粗糙；表皮之上層逐漸脫落，先自頸部胸部起。此表皮屑或細如麥麩，或大如鱗片，依發疹之輕重而異。有時髮與指甲亦脫。表皮脫屑期大概在病發後十五至二十日。有延至七八星期者。脫屑最緩者為手掌足趾兩處。

非標準的猩紅熱 Atypical Scarlet Fever. 輕性類及頓挫性類 Mild and Abortive Forms. 猩紅熱之最輕者，其疹大約不能查見。如在流行時，某家數小兒患之；另有一兒不爽，一若受染，且顯咽痛及楊梅式舌，惟皮無疹，謂之無疹性猩紅熱 scarlatina sine eruptione. 此雖無疹，然表皮亦或脫屑。此等輕性猩紅熱或兼發腎炎。

惡性類 (甲) 暴發毒性類 Fulminant toxic form. 中毒之狀早顯且烈，二十四或三十六小時中即死。病初起即甚重；如熱度甚高，輾轉不寧，頭痛，譫妄等。體溫升至一百零七或一百零

八度(四十一·五至四十二),甚或尤高。有時顯驚厥。初起之譫妄迅變爲昏迷。呼吸甚困難。脈極速且弱。

(乙) 出血類 Hemorrhagic form; Scarlatina hæmorrhagica. 皮下有紫癍零星顯出,漸增廣,終或蔓延遍體。間有血尿及鼻衄等。或在第二三日致命。患者多爲孱弱小兒,然亦有染及似乎身體壯健之成人者。

咽峽炎類 Anginose Form; Scarlatina Anginosa. 咽部之狀早顯,而進行迅速。腭弓及腭扁桃腫。成膜性滲出物佈滿全咽,前延至口,上至鼻後孔,頗與白喉病相似。間有累及氣管及枝氣管者。頸之淋巴腺速腫大,咽之組織壞死,口臭極惡,全身病狀沉重。病兒死時,其症狀似惡性白喉病。倘不因中毒而速致命,則頸組織或生膿腫及組織壞死而脫。又腭扁桃近處之死組織脫離時,或致頸動脈破而出血殞命。

敗血病類 Septicemic Form. 此類因病者受沉重之繼發性膿菌染,在二三星期內因血中毒劇烈而死。

併發病及後發病 蛋白素尿 當發熱至極時,尿多微含蛋白素,不甚重要。此病之腎受損,多半不踰他急性熱病所現者之重。

腎炎 此爲後發病,多顯於第二三星期。即原患之猩紅熱尚輕者,亦或有此炎爲後發病;且有延至第四星期始顯者。顯出愈早,愈重。可按輕重分三等: (一) 急性出血性腎炎 Acute hemorrhagic nephritis. 此則尿或全無。或爲少許血尿,內含許多蛋白素及腎管型。又顯頻吐及驚厥。病兒由急性尿毒病而死,即疹未發出,或已殞命。 (二) 亞重性腎炎. 此則無劇烈之急性症狀。顯頭水腫。足亦畧有此狀。尿量減而似有烟浮其中,含蛋白素及腎管型。際此,腎症狀爲最明顯。水腫

纏綿不退。漿液囊如腹膜、胸膜等亦皆積液。此等情狀或延長而成慢性炎，甚或患尿毒病而死。然強半不然，多能痊癒。

(三) 輕性腎炎。此則尿中所含之蛋白素及腎管型僅少許。含血者罕。水腫甚輕，或僅暫時。大約與病之恢復無碍。如此之輕狀幾不應稱為腎炎。然間或有繼顯重狀如喉門水腫或水胸等者，皆頗險。

更有水腫消散，小兒之症狀畧有轉機，然面色仍白而尿微含蛋白素者。此狀或纏綿數月數年之久，終或痊癒；然亦或成慢性腎間質炎。可異者，有時尿不含蛋白素，亦無腎炎之狀，然顯水腫。或云，此由貧血所致。尤奇者，剖驗時腎有顯然之損害，而生時却無腎受患之證。

關節炎 有二種：(甲)患猩紅熱時倘鏈球菌染及全身，則或致膿毒血病。有時一關節或數關節發炎化膿。為患甚險，致命者多。(乙)尋常猩紅熱之關節炎與淋病等之關節炎相當，在第二三星期發顯許多關節受累，而在小關節如指者尤然。大概能癒。

心併發病 在染膿毒甚重者，或有惡性心內膜炎 malignant endocarditis 及膿性心包炎併發而致命。單純性心內膜炎亦不少。又有毒性心肌炎 toxic myocarditis 或致心突脹而驟死。此病之心部後發病或先隱匿，歷多時然後發現。

急性枝氣管炎及枝氣管肺炎 此皆罕見。然有時顯膿胸，係隱而危險之併發病。

耳併發病 此因發炎自咽部循耳咽管延至中耳，常見而且危險。泰西小兒因此而耳聾者最多。常致中耳灌膿及鼓膜穿孔。倘累及耳迷路，則致耳聾。有時亦累及乳突小房(顛凸穴)，致化膿。有時隨中耳病而起之骨壞死累及面神經，

則致偏面癱。再遲或有更危險之併發病繼起；如橫竇(頰旁血梗)，內結血栓，腦膜炎，或腦生膿腫等是也。

淋巴腺炎 前已言頰下淋巴腺常發炎。倘劇烈，則頸項之組織亦受累生膿腫。又或生咽後膿腫。迨病癒，則淋巴腺之腫大概退盡。然有時甚頑梗，延至數月或數年仍不消腫。

神經系併發病 間或顯舞蹈病而與關節炎及心內膜炎相混雜。或顯陡發之驚厥而繼以偏癱。此外尚有進行性四肢癱瘓與肌萎縮，或因脊髓性上行癱瘓所致。又或有躁狂，憂鬱等精神症狀，然罕見。

他種併發病如相對壞死，口頰壞死，聘穿破，慢性膿腫等病亦罕。麻疹間或與猩紅熱伴發；或繼此病之恢復期而起。

回歸 猩紅熱回歸者罕見，大約不及百分之五。

診斷 診斷此病，大概不難，然亦有開端數日不易明辨者易淆之病如下。

急性脫屑性皮炎 *Acute Exfoliating Dermatitis*. 此假發疹熱病與猩紅熱頗相似，初起亦陡，體溫亦高，疹亦散佈甚速，且全身之疹均屬一式，此時實與猩紅熱難辨。然脫屑性皮炎之疹閱五六日後即漸退去，而在疹未退盡時表皮或已始行脫屑，其時髮及指甲或亦脫；又該病大抵無咽部狀，亦無楊梅式舌，且易復發。上所云猩紅熱復發，有時或非真復發而係繼發性脫屑性皮炎。

麻疹 麻疹之侵入期較長，有預狀似傷風鼻卡他，疹之發出畧遲，在面部最盛，丘疹狀亦較顯以及疹之排列為新月形等等皆可輔助診斷。又患麻疹者咽不痛，表皮脫屑不同，白血球不增多，頰內之粘膜有白點(科潑力克氏徵 Koplik's sign)。

風疹 *Rubella*. 風疹之疹亦頗似猩紅熱所發者，然他狀不同，故易於診斷。

敗血病 此病或顯於產後，或顯於行外科手術後，有時發疹與猩紅熱極相似，其分辨已詳前。

白喉病 醫士臨症時或遇一種症狀，難辨其為猩紅熱兼假膜性咽炎，抑為白喉病兼發紅斑形疹，又或為猩紅熱與白喉伴發。凡咽炎之發顯於猩紅熱之早期及病期中者，其臨診情狀雖或與真白喉相似；然大概無白喉桿菌，而白喉則常有此菌；又白喉發疹者較少，即使有之，大概限於軀幹，色較深，且不似猩紅熱疹之頑梗纏綿。然有時二病同時伴發，則實係伴發抑係白喉病兼發紅斑形疹，無從辨認；蓋此二者之喉內皆有白喉桿菌，且皆顯表皮脫屑也。

藥物疹 如服貝拉朶那，奎寧，碘化鉀等藥品，致皮或發紅疹。然大概祇顯於暫時，體溫不升，無猩紅熱之他狀。又注射白喉抗毒素後有時發紅斑形疹，致疑為猩紅熱。

伴發病 曾調查患猩紅熱者四萬八千三百六十六人，知白喉，水痘，麻疹，天哮，丹毒，腸熱，斑疹傷寒等病皆曾與之伴發；患者之數依上列之序遞減，愈前者愈多，愈後者愈少。

患者傳染力之久暫 患猩紅熱之小兒表皮大概閱四五星期脫盡，以為嗣後可不染人，究之不然；至少須歷八星期，多則十三星期始可無虞。在鼻流涕，耳流膿，咽炎未退盡者尤宜加慎，蓋此液能染人也。

豫後 猩紅熱流行時，每有和平沉重之別。致命之數在流行和平時佔百分之五，流行沉重時佔百分之三十，平均約百分之十。貧苦之患者較危。小兒愈幼愈險；一歲下患者多死。其險狀為熱度過高，精神紊亂，輾轉不寧，皮或內臟出血，咽發假膜性咽炎，頸淋巴腺生膿腫等等。又腎炎致無尿，係危險之併發病。

預防 隔離患者係防病傳染之一要法，且須注意檢查各學校；凡輕猩紅熱及鼻咽等部尚未痊癒者皆須一一隔離。看護生及料理者須著特別長衫，出病室時必先洗手滌面，免將病毒帶出。患者應隔離之期限為六至八星期；屆期如鼻咽、耳等尚未全癒，則仍須繼續隔離。

療治 此病在泰西多送入隔離病院；因在家中調理，最難完全隔離也。

欲使此病半途截止及使最酷烈者不至斃命，尚無善法；然慎為調理，或能免其加着併發病。看護人須請最有閱歷者。居室宜空氣通暢。溫度宜求合宜，且始終如一。衣服須能保護體溫，惟被氈不宜過重。飲食應用牛乳、米湯、肉湯、藕粉等，且須飲多量之水及果汁；迨熱退始可漸次進尋常飲食。至表皮脫屑時，應隔日用油或軟地蠟加石炭酸或藥用肥皂等擦抹其身，以免脫屑飛揚，傳染及衆。間或可行溫水浴或揩拭。熱退後十日始可起床。然自是至三星期之久，最宜謹慎，切勿冒寒致傷風；蓋於此時常有腎炎為後發病也。

尋常猩紅熱可免用藥。有時或畧服涼藥。至恢復期，可服補性苦藥，大便務使勿結勿瀉。

重狀用適宜之治法，如熱過於一百零三度（三十九·五），可將四肢用溫水揩拭，尤重者當精密施水療法及冷濕布裹法等（詳腸熱病篇）。惟不宜過度。咽病若重，宜依治白喉療法療治（詳白喉病篇）。頸項敷熱布冷布皆可。倘灌膿須割開放出。口咽應常用消毒藥液漱洗，或能免炎傳至耳咽管致中耳發炎。若鼓膜甚緊張，宜用小刀刺破，以免自穿而致耳聾。刺時可用可卡印止痛。倘再緊張，則宜再刺。耳患再危，務宜注意。腎炎者可依常法治之；多飲牛乳，或可免此患。心弱者可服壯心之劑。

血清療法。因常見鏈球菌與此病爲侶，故有人言療此病當用抗鏈球菌血清。施於其早期，未見大效；然在晚期之併發病中，功效或尙佳。從病人本體所培養而得之菌液或尤佳，劑量應先少而逐漸加多。

(五) 麻疹

MEASLES—MORBILLI (*Die Masern*)

定義 此係一種急性而接觸傳染性極烈之熱病。其特性局部在呼吸道上部及皮膚。

病史 西歷九世紀之頃，阿剌伯醫士拉綏氏 Rhazes 曾於敘述痘症時兼及此病。此後每以此病爲一種痘症之輕者。迨十七世紀錫登漢氏 Sydenham 始辨明二者之異點。中國醫界之發見此病也更早，傷寒論稱爲癩疹；金匱稱爲陽毒；醫宗金鑑曰麻疹可分癩疹、癩疹、溫疹等三者，且云痘症非正疹，特爲一類，惟麻疹則爲正疹；是則中國古時已知此病與痘症之別異矣。

原因 就小兒之各種急性熱病而言，其爲致命原因者首推此病。千九百零九年英格蘭及威爾士地方因此而死者一萬二千六百十八人。在小兒出世後之第二年，致命之數最高。

一般未曾患此病者幾皆能受染。雖爲小兒之病症，然流行於孤立而少舟楫往來之島嶼，則無論壯幼老少皆可受患。惟嬰兒初生三個月內患之者較少；嬰兒生後一月或六星期即患之者，僅聞或有之。在子宮內患此者，聞亦有之。又當產時，其母患此病，則小兒產出時或已發疹，或於數日之後始發。

此病在各城市爲地方性，間時則患者增多而成流行性。最盛行之期大抵在氣候陰涼之季，然亦不甚有定。

致病之微生物或謂係一種微雙球菌，然今尙未查確。其接觸傳染毒則在血、口鼻液、皮膚等處。直接的接觸傳染爲最

常見者。病人呼出之氣內大約無毒；但其氣內之粘液滴、微痰點及口之泌液、鼻涕等則有毒，乾則入塵埃內而傳播。更有一要點，係在發疹期前之接觸傳染性；小兒患此，疹未發而尚在顯卡他症狀之期亦能傳染他人也。間接的接觸傳染如由用品為染媒者亦甚多。例如由第三人、衣服及小兒之玩具等傳播病毒是也。此病之病原微生物之毒性喪失甚速。

復發者少。回歸者間或有之；此則於十日至四十日之內，間期復顯症狀；然是否係新受外染所致者，實難斷定。

病理解剖 檢屍所見之卡他及發炎之狀況無甚特性。致命之病常顯枝氣管肺炎及劇烈之枝氣管卡他，全身之淋巴組織如扁桃腺、淋巴腺、腸孤立淋巴結及集合淋巴結等俱腫。脾腫大者少。在恢復期內，若有潛伏之結核性病竈，每易因而激發。

症狀 潛伏期 自七日至十七日，最尋常者為十四日。病兒不顯特別變異，惟或顯鼻炎及頸淋巴腺腫。或云有顯白血球增多或脈搏遲緩者。

侵入期 此約三四日之久，五六日者甚少。病兒顯發熱的傷風狀。病起或遲隱或驟突。更有驚厥者。確實之怕冷不常顯。頭痛、惡心、嘔吐等或為重病之前驅狀。尋常之卡他症狀為噴嚏、鼻涕、目及臉發紅、咳嗽等。發熱初起不甚高，繼則皮之熱氣炙手而面浮腫，有時在正常疹發顯前，或顯前驅疹如紅斑或疎散斑等。舌有苔。口及咽之粘膜充血，顯明瞭之點疹。侵入期之發熱或驟升，然較常見者則在二十四至四十八小時之間達最高度。脈搏隨熱升而增速，甚至每分鐘一百五六十次，繼則逐漸減去。

發疹期 症狀增加（指侵入期而言）至第四日（或再閱一日），則額及面始顯蚤咬狀小紅點；繼則該點增大而數亦增多，

羣集成叢，作形狀各異之紅色大點。此等大點係若干小丘疹合成，密集而畧凸於皮。目視該點是否凸起每不易辨明，惟手捫則可知。該疹由面起而順序下延至胸、腹、腿、足。有時捫該丘疹似乎甚凸，然不向內延深。軀幹及四肢之疹不如面部之明顯，色亦較淺，且多不一致；至於疹之斑點狀則在胸腹部最顯著。屬充血性；受按則色退。然在惡性病則色深紅，甚或帶紫色。一般之全身症狀不因疹顯而退，每持續至第五六日而後漸減。至於疹之殊異類，則有三種：(一)為發生許多粟粒形疹者；(二)發顯瘀點者，此則病之不十分重者亦間或有之；(三)疹之退入 recession of rash 者，舊時醫界曾十分注意言之，然甚罕見所謂退入者何，蓋正在疹發時突然退去也。如此則每致病者昏迷，不久即死。就實際而論，蓋係血循環衰竭，致疹色退去也。

頰內斑點或科潑力克氏斑點 Buccal spots or Koplik's spots. 此係白色或青白色點，周圍有紅圈，生於兩頰裏面與下臼齒(大牙)頸相對之處，亦即頰閉時與該上下齒連貼相對之處。此係一種早顯而恒有之狀(病之七分之六有之)，故甚重要。咽門或充血，有時全口之粘膜顯散列之點。

脫屑期 疹退後，即開始脫屑。該屑多為細片，大者少。與疹之輕重有關係；病輕者脫屑期僅數日，重者數星期。

腮扁桃及頸淋巴腺或畧腫痛。有時或顯多數性腺炎。

在病期內，不顯白血球增多。苟顯之，大抵係有併發病之徵。

非標準的麻疹 Atypical Measles 此病之病程大抵無甚異同。惟有三類則不然：(一)輕疎性麻疹 Attenuated form；病兒於四五日內即癒。(二)頓挫性麻疹 Abortive form；此則初狀雖發顯，而不發疹。(三)惡性麻疹或黑麻疹 Malignant or Black measles；此一類在廣播流行之際最多；又學校、孤兒院等處亦有。

特殊傳染病

之，尋常小兒間或患之，成人則尤少；皮下及粘膜出血，發熱甚高，且顯各劇烈之血中毒狀，多兼皮變紫，呼吸困難，沉重之心弱等，在第二至第六日之間致命。

併發病 枝氣管併發病為最危險。鼻炎或成慢性而致鼻咽部之淋巴組織受擾，於是腭扁桃腫大，咽生腺樣增殖病而抵抗結核病之力低減。鼻竇有時甚危。喉炎亦常見，聲嘶而咳嗽。喉門水腫及假膜性炎甚少。潰爛膿腫，甚或軟骨膜炎亦有之。

枝氣管炎及枝氣管肺炎。凡遇沉重之麻疹，則或因已有之枝氣管炎延至細枝氣管而致小葉肺炎，不可不慮及。枝氣管肺炎之發顯期最常在疹發最盛或脫屑開始之際，凡在孤兒院等處麻疹之致命數所以衆多者，蓋即因有此併發病也。大葉肺炎則較少。

靜脈血栓形成亦有之。劇烈之口炎或隨輕卡他而起。口頰壞死係一兇惡之併發病。腮腺炎間或有之。腸卡他及急性結腸炎為數次流行病之特別併發病。腎炎亦有之。或顯女陰炎；此係全身卡他之一狀。心內膜炎罕見。關節炎或隨發熱而顯，或在病勢最高時發顯。此外中耳炎，角膜炎，結合膜炎，截癱，偏癱，多發性神經炎，急性躁狂，腦膜炎，腦膿腫等等或為併發病，或為後發病，均間有之。

猩紅熱有時與麻疹同發。天哮喘或隨麻疹而起。

診斷 在流行之際，此病易於診斷。有時患麻疹者或被誤送入痘症隔離病院。蓋成人偶患此病，其疹之起自面部，疹形屬結節性及疹之疎散孤立等狀每易誤認為痘症也。

此病與猩紅熱之鑑別，在潛伏期較長，特性症狀及成叢不規則之疹等（與猩紅熱之瀰漫一致之紅斑絕不相同）。又猩紅熱以咽之受患為主，而此病則以口之受患為主（科潑力克氏

徵係要點)。有時患此病者或咽部甚痛而疹甚汎，初或不易鑑別，然二三日之後當不難定診斷。此病大抵不顯白血球增多。

有時麻疹與風疹或極難鑑別；余曾見一甚有經驗之醫士未能定診斷。凡前驅期較短，不顯眼鼻卡他，發熱輕微（多數病人如是）等三者，或係可認為風疹而非麻疹之要狀。至於兩病之疹之異點則不易說明；大概屬風疹者分佈較為一致而無新月形排列。此外如疹之分佈，鼻炎，口內顯疹等亦係要狀。

至於食科派巴而致之藥物疹，雖與麻疹相似，然不發熱，不顯卡他，固易辨也。抗白喉毒素所致之血清性疹有時或不易辨認。成人所患之急性惡性麻疹或似斑疹傷寒。多形性紅斑 *erythema multiforme* 亦間或似麻疹。

豫後 因本病而致命之數不多，惟其肺屬併發病常至成一種最危險之小兒病。有數次流行之際，致命數極高，（孤兒院軍隊中等處特甚）；然大概不由於本病而由於卡他之延入細枝氣管。千八百七十五年，此病傳播入斐支島，凡十五萬居民中死者四萬。至於尋常行醫之際，致命數約百分之二三，醫院中約百分之六十至八十。

預防 不易預防者為長久之潛伏期及四日之侵入期中的傳播，蓋在此兩期內，卡他症狀每甚昭著而接觸傳染性甚大也。是故雖竭力設法隔離病者，每每無益。在侵入期及病輕而發熱甚低之病人每在街市，學校，園囿等處與無病之人相交際，而病毒遂因而傳播。小兒患此病，一經察知，宜即設法隔離並施他種防法，幸而麻疹微生物不能久存，大概歷四星期之久即無害矣。

療治 凡無併發病之麻疹則病者在空氣流通之室臥養，食易消化食品，多飲水三端已足治癒之。若發熱過高，可用涼水擦法減之。若疹之發出不順遂，則可飲熱水及施熱浴助之。

大便宜開通。若咳嗽困苦，可用熱濕布敷胸，並吸複方安息香酒氣 *tr. bezoin. co.* 又可服複方樟腦酒，或可第印小劑。熱退後，病者仍須臥養數日。脫屑期內，每日須用油拭體並沐溫浴以助其進行。口及鼻須精細潔淨，縱輕病亦然。恢復期內之療養，係治此病最重要之點。精細伺察及詳慎看護，或能預防危險之肺屬併發病。余等每聞患單純或結核性枝氣管肺炎之小兒之母謂“我兒在患麻疹後受寒”云云，以及此病之致命數如是之多，足使余等醫者對於治療此病格外謹慎周到也。

(六) 風疹 (德國麻疹或流行性薔薇疹)

RUBELLA—RÖTHELN (*German measles; Rubiola; Epidemic roseola*)

定義 此係與麻疹相似之一種接觸傳染病。其特殊性狀為發疹及輕熱等。病程常短。

病原 此病由接觸傳染而傳播，其傳播極速，時或累及成人。在兒時曾患麻疹或猩紅熱，不足以免患此病。流行每甚廣闊。

症狀 此病之症狀常輕，較麻疹輕甚；間或有重者，然甚罕。

潛伏期。 約二星期或更久。

侵入期。 顯怕冷，頭痛，背及腿痛及鼻炎等狀。咽部顯薔薇紅斑疹係一常狀。或畧發熱；百分之三十體溫在百度下。此一期之久暫每有等差。疹當在第一日發顯，或以為在第二日，又有謂此期有三日之久者。疹初顯於面，繼則胸部，逐漸蔓延，不出二十四小時，佈散遍體。有時小兒患此病，經其母最先查見之症狀為發疹；疹形圓或橢圓，略凸，色粉紅。常疎列，然有時融合。此疹之色較麻疹所發者鮮明，且罕作新月形。稽留二三日，間或較久，即逐漸退去。略有痂狀之脫屑。疹之稽留大抵較猩紅熱及麻疹之疹久，且退後皮膚每被其色所染。有

時所顯之疹呈大紅色，與猩紅熱者相類；甚或繼顯麻疹樣之疹。頸之淋巴腺多腫。倘疹劇烈且瀰漫，則他處之淋巴腺或亦腫。

此病無特別併發病。病之豫後大抵不危。症狀劇烈者甚少。蛋白素尿，關節炎，甚或腎炎等或伴之而起。兼患肺炎及結腸炎者，有數次流行時曾有之。黃疸亦或有之。

診斷 前驅狀輕，發熱或輕或無，疹較汎散而作薔薇紅色以及早顯頸淋巴腺腫等係鑑別此病與麻疹之要點。

療治 與單純性熱病之治法同。

第四病又名猩紅熱性風疹 Fourth Disease; Rubeola Scarlatinosa or Rubella Scarlatinosa. 此係一種發疹病之似風疹者。度克氏 Dukes 以爲此既非風疹，又非麻疹，更非猩紅熱，而係一種獨立之病，故名之曰第四病；蓋除以上所述三病外，自爲一病也。

第四病之疹發顯極速；不出數小時，或已散佈遍體；色鮮紅，幾與猩紅熱之疹色相同。面部或不顯疹。脫屑較風疹所現者多而昭著。其他症狀雖與風疹所發者相似，然咽部不常顯疹。

(七) 流行性腮腺炎 [流行性耳下腺炎]

PAROTITIS EPIDEMICA—MUMPS

定義 此係一特殊傳染病。其特殊性狀爲各涎腺腫。又男人患之，每易致辜丸炎。希坡卡忒氏曾陳說此病及其特性，以爲此係一種小兒其青年男子之病。不釀膿。或易致辜丸炎。日本稱此病爲耳下腺炎。

原因 此病之病原迄今尙未確知，每爲戶口繁多地方之地方病。當一定之時候如春秋雨季則病勢廣布，患者甚多。至於年齡，則兒童及青年患之者最多；嬰兒及成人不常受患。

又男子患此者較女子多。孤兒院、學校、兵營等處每每盛行，甚或同居者百分之九十受染。

此病有接觸傳染力，每由一病者直接染諸他人。此等受染有纏綿六星期之久者。更有屬先天性者；曾見新生小兒與其母同時患此。

此外另有一種自發非特殊性腮腺炎 Idiopathic non-specific parotitis，甚為特殊；有時隨腹部或骨盆之器官有病或受傷而起；詳涎腺病篇。

症狀 潛伏期約二至三星期之久。在此期內，每無甚症狀。侵入期之症狀為發熱，大抵在百零一度（三十八）左右，惟格外劇烈者則或高至百零三四度（三九·五至四〇）。病兒覺頸一側之耳下部作痛。該痛處畧顯腫，腫處逐漸增加；不出四十八小時，頸及頰之一側遂龐然大腫；前過耳前，後達胸鎖乳突肌下，耳垂被腫推起。彼一側之腮腺於一二日間亦繼續受患，於是全頸遂被一圈軟腫圍繞矣。有時病者僅一側之腮腺受患。更有一側受患後，隔以四五日之間期，然後彼一側受患者。頷下及舌下之腺或亦受累，然不恒常如是；且間有僅係此等腺發腫者。淚腺受累者亦有之。病者因不能如意張口，致飲食困難，甚至言語吞嚥皆不方便。有時涎增多；亦有減少者。口及咽之粘膜或畧發炎。痛劇者罕，惟常有緊張及不適之感覺。有時或患耳痛，甚或顯中耳炎及聽覺受擾。

如此纏綿七至十日之久，腫漸退，病兒迅速痊癒，了無阻礙。間或病勢甚重，熱高，譫妄，十分虛弱，甚或進至腸熱病樣情況。

病復發者罕見；然間有數星期之內繼續發二三次者，此則頸腺或亦腫。患此病二次，甚或三次者亦有之。

睪丸炎 Orchitis。此則未發身時患之者極罕。大概是在患腮腺炎之第八日發顯。苟病者病後起床過早，則尤易患之。

或僅一辜丸受患，或兩丸同受患。腫或甚劇烈，間或滲液入辜丸鞘膜。有時辜丸炎或先腮腺炎而顯。更有受染後僅顯辜丸炎而成所謂腮腺性辜丸炎 orchitis parotidea 者，惟極罕。發炎增加至三四日之久而後漸消，尿道或出粘液膿。病之重者，或致辜丸萎縮而阻碍小兒之天然發育。幸此等危患常僅以一辜丸為限，縱使兩辜丸均萎縮，或仍可有交媾力。至於患腮腺炎而繼發辜丸炎之數，則每次流行大有異同；曾見六百九十九腮腺炎病中繼發辜丸炎者二百十一，而一百六十三辜丸炎病中萎縮者百零三。此種病傳移之緣由，迄今未甚明確。陸軍外科醫士之多經驗者以為病毒由手而傳至陰莖，再由尿道而達辜丸。

女子間或顯女陰或陰道炎，乳房亦或腫大而受按即痛。男子之顯乳腺炎者亦曾見之。卵巢受累者罕。甲狀腺或受累。更有顯與急性胰腺炎相似之情狀者。

併發病及後發病 此則以大腦受患為最危險。譫妄及高熱已詳前。腦膜炎不常見。偏癱及昏迷間或有之。此病之致命者大多數兼有腦膜症狀，惟致命者甚少。有數次流行之際，似乎顯大腦症狀者較多。更有急性躁狂狀繼之而起者。

凡關節炎，蛋白素尿管炎兼急性中尿毒及驚厥，心內膜炎，胸膜炎，面癱，偏癱，神經炎等皆係此病間有之併發患。辜丸內化膿者甚罕，成壞疽者間或有之。特別覺或受擾甚劇。耳聾者有之。更有因而終身耳聾者。眼患甚少，惟視神經兼萎縮者曾有之。慢性腮腺過長或繼起。

診斷 診斷此病大抵甚易，惟須細認，不可與腺性熱 glandular fever 混淆（參觀腺性熱篇）。腫處在耳前耳下，且將耳垂推起，已足據之以斷定受患之局部。又小兒之腮腺發炎不屬此類者甚少。

治法 當病起時，病者宜臥養，開通腸道，用液體食品。除發熱高者可服烏頭外，不必用藥。用冷敷布覆受患之腺亦可，然病兒每喜熱者。用棉花作墊，蓋以油綢敷之，最佳。縱使腺腫甚重，大抵無化膿之虞。倘發紅且怕痛，可用水蛭吮之。若謔妄及顯大腦症狀，可戴冰帽。對於學丸炎，則宜靜養，並用棉花裹護之。

(八) 斑疹傷寒 [發疹室扶斯]

(台夫司熱又名痘症或痘熱症)

TYPHUS FEVER [TYPHUS EXANTHEMATICUS]

定義 此係病原未明之一種急性傳染病，接觸傳染力極大。其特殊性狀為病起驟突，發斑點性及出血性疹，顯著之腦症狀，以病極期為止之周匝性病期(病極期常在第二星期之末)等等。剖屍檢驗，除發熱應有之損徵外，並無特別損害。

此病之名稱甚多，如病院熱，牢獄熱，營壘熱等不可勝計。德人名之曰 flecktyphus 或 typhus exanthematicus，蓋所以與 typhus abdominalis (即腸熱病又名傷寒) 區別也。日本人因之，於是名此病為發疹室扶斯而名腸熱病(傷寒) 為腸室扶斯。要知此兩病雖有相似之點，且曾為昔時醫界所不能鑑別者，其實則兩病絕非同類，統名之曰室扶斯，不僅不妥，更起學者之疑竇矣。

原因 昔時斑疹傷寒為世界最大之流行病之一，今則僅限於數地方時時有散發類發見。千八百四十六年前愛爾蘭曾有劇烈之流行，歐洲大陸及英國各大城市亦先後盛行。近年來則地方衛生局報告冊中已罕見此病之名。此蓋公共衛生學之一大成績也。美洲及坎拿大在十九世紀之初尚甚盛行。此次歐洲戰爭，俄國之數地方及斯拉夫各邦曾有劇烈之

流行，而尤以塞國爲受害最烈。至於中國，則北部及中央諸行省有之。當水災及飢荒之際，每流行劇烈，死者甚衆。

此病多生於人烟稠密及污穢不適衛生之地方。當流行之際，具絕大之接觸傳染性。醫士及看護者每因之而受染。惟有特別注意於防範虱類，使不被咬，始可免染。愛爾蘭地方凡二十五年之間，屬於病院之醫士一千二百三十人中，因染此病而致命者五百五十，即此可見傳染力之惡烈。病之傳播由於衣虱及頭虱。

據最近之研究，斑疹傷寒之發生大抵由於一種不可濾過，屬原生動物之微生物名立克次氏微生物 *Ricketts' organism*, *Rickettsia prowazeki* 所致。然至今尙討論未定。醫士有於實地試驗時將此病染諸猴體及使虱咬已受染之猩猩而後傳之猴者。

病理解剖 解剖學上的變異係劇烈之發熱所致之結果。血黑而薄。肌色深紅，每顯顆粒性變，而尤以心肌爲然。肝增大而軟，有時或作泥灰色。腎腫。脾亦畧增大。淋巴結顯一般之細胞增生性過衰。腸集合淋巴結不潰爛。枝氣管卡他係常見者。肺之血墜積亦常顯。皮顯瘀點疹。

症狀 (一) 潛伏期 此病之潛伏期大概在十二日左右(自五日至十五日)，然亦不甚確定。最普通者爲一星期。在潛伏期內或有不確定的不舒適感覺，然病起驟突者多。起時顯怕冷或單獨的一次寒戰(在塞國者寒戰不甚常見)。病起後數日之內，怕冷之感覺或再顯，且顯頸痛及背、腿等痛。虛弱早顯。病者每在病起時即須臥息。體溫初起甚高，至第二三日即達最高之點。脈搏洪足而速，然不似腸熱病之顯重搏者多。舌有苔，色白，且早顯乾燥之趨向。面色發紅，眼充血，面容呆鈍。嘔吐或甚困苦。病之重者起時即顯精神症狀，如輕發熱性譫妄，或暴燥，甚或狂性譫妄等。枝氣管卡他係常有者。

第十圖

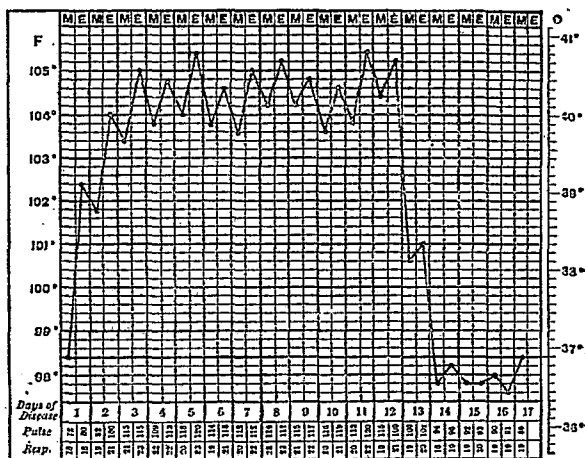


Fig. 10.—TYPHUS FEVER

斑疹傷寒溫度圖

(二)發疹期 發疹大抵在第三至第五日之間，初顯於腹部及胸上部，繼則四肢及面，發生甚速，二三日之內或已完全發出。疹之形態有二類：(一)表皮下性斑疹 *subcuticular mottling*。此係一種細而不規則之暗紅色斑，一似有一白色層遮蓋而隱隱顯於表皮之下者然。(二)昭著之薔薇紅丘疹 *rose-colored papules*。繼則變為瘀點疹。有時瘀點疹與薔薇紅丘疹同時並顯，或以為所發之疹可分三類：(一)薔薇紅斑點，按之色退者；(二)暗紅色斑點，按之色變者；(三)瘀點，此則受按色不變。(塞國顯瘀點疹者較少，多為四十五歲以後之病人所患)。小兒初顯疹時，皮顯一殊異之斑點，或與麻疹酷似(然大抵疹色較暗不似麻疹之鮮紅)。此則有時名為桑椹形疹 *mulberry rash*。病之輕者，疹不甚多，然亦多屬瘀點狀。又此病之疹既屬流血性，故人死

後不退。病者之皮常乾，故顯汗皰 sudamigial vesicles 者甚罕。或云顯一種殊異之皰。

在第二星期內，全身症狀增劇，虛弱更甚，譫妄亦增，體溫更高，病者偃臥不起，面容呆鈍，兩頰發紅，結合膜充血而瞳孔收縮，脈搏增速而弱，面色暗晦，尿每滯溜不下。顯瞠目昏迷 coma-vigil 者亦不少；此則病者瞠目偃臥，不省人事。又或兼顯病重性腿跳動 subsultus tendinum 及手抓被褥等。舌乾，色黃，且綻裂。齒污穢。呼吸增速。心動漸弱。終則精力耗竭而死。

至於豫後較佳之病，大約至第二星期之末即達病極期。病者多於沉睡後醒而覺病勢稍減，精神清爽；繼則體溫降低。雖虛弱已極，然恢復期甚短。病回歸者亦極少。此突然終止之病極期與腸熱病之終局絕不相同。

(三)發熱 病起後四五日之內體溫繼續增高，而每晨之間減甚顯著，大約在第五日達最高之點。此時之體溫自百零五至百零七度(四〇·五至四一·五)不等，病輕者大抵不過百零三度(三九·五)。凡發熱達最高之點後，除每晨畧顯間減外，大抵稽留不降至第十二或十四日，屆時則顯病極期。在病極期後，或於十二至二十四小時之間，體溫降至低過常度。至於致命之病，則在臨終前體溫常升至百零八九度(四二至四二·五)。

心之弱徵或早顯。第一心聲極細弱，幾不可聞。心尖處每有收縮性雜音。或云：“心之症狀甚重要。病重者起後數日，脈搏增至一百至百二十之間，動脈之血壓低減；迨第二星期則心臟張，此時或顯靜脈血栓形成及四肢壞死等危險狀。”肺之血墜積，凡病重者皆有之。

精神症狀之沉重係此病之特殊性狀，較之腸熱病所現者尤形昭顯。病者常顯譫妄。縱病勢甚輕，亦頭痛劇烈，在第四日亦顯譫妄。此病之譫妄大抵係中毒性類之靜而不燥者；蓋

病者既昏迷，則其譫妄自少狂燥也。恢復期內因精力耗竭而精神昏亂者不少，甚或發狂。

不顯耳炎而患聾者不少，大抵可癒。又此病之顯白血球增多者較腸熱病多。尿每顯發熱性尿素及尿酸增加而其鹽酸鹽則或減少或全無，含蛋白素者甚多，惟腎炎則少。血之嗜伊紅細胞減少，白血球增多。

病之類別 斑疹傷寒有一種散發類，名曰李利耳氏病 Brill's disease。有時甚殊異而不易診斷，有時或無端發生數病，而其來源無從追究。病起時顯固有之前驅狀。發熱速增，至第三四日已達最高之點，大約為百零三四度（三九·五至四〇），如此稽留不降。至第五六日，顯一種斑丘疹，色暗紅。屬出血性者少。受按，色不退。疹數或僅二三百，既不如麻疹之多，亦不如標準的斑疹傷寒所發者之瀰漫。該疹稽留至病極期乃速退。病者甚虛弱，有劇烈之頭痛，而無腹部症狀。大便常秘結。如此纏綿十二至十五日之久。自是發熱速降，而恢復期亦甚速。培養病者之血為否定性而無腸熱類菌。李利耳氏病在病院時似不傳播他病人，致命者甚少。剖屍檢驗，腸部無損徵。所謂滿州斑疹傷寒 Manchurian typhus 者，與此相同，其傳染力及致命數皆低。

除以上所述之輕斑疹傷寒及標準的斑疹傷寒外，尚有暴發性類 typhus siderans。此則非常劇烈，二三日內即或致命。

又在流行之際，更有一極輕之類，發熱既輕，且無譫妄，至第十日已達恢復期。某氏曾報告數種輕斑疹傷寒：（一）頓挫性類 Abortive；一星期內即癒。（二）良性類 Benign；病起時發熱不高，二星期內即癒。（三）無疹性類；當塞國流行之際，有百分之五屬此類。（四）瘀點性類之豫後較佳者；塞國斑疹傷寒流行之末期，此類甚多。（五）衰退性類 Adynamic；發熱不高，脈搏甚少，患者多為富裕之人。

發疹或在第四至第七日之間。胸部多顯汗皰。顯面斑疹者亦不少。一般病之輕重，依蓄微斑疹發生之等級而異。

併發病及後發病 枝氣管肺炎或係此病最多有之併發病。某氏論及塞國之流行云：病者之發熱稽留至二星期外者，當疑其或係兼枝氣管肺炎。枝氣管炎及喉炎亦常見。千九百十四年至十五年間奧塞兩國之流行，有此等併發病者居半數。膿性腮腺炎係一種多見而危險之併發病，每致極劇烈之消瘦。他種膿菌性患，如皮下組織膿腫及關節膿腫等，亦間或有之。黃疸則不常見。有時斑疹傷寒或致壞死；有數次流行之際，成人或顯趾，手，鼻等壞死；小兒則顯口頰壞死。腦膜炎甚罕。麻痺之或因熱後性神經炎 *post-febrile neuritis* 而起者不甚少。腎炎者罕。嘔血者有之。

豫後 各次流行之致命數不等，大約自百分之十二至二十。小兒患之，不甚危險；故其受患之數雖與成人無甚差別，然因之死者少。中年之後患此，則致命者多；有數次流行之際，竟達百分之五十。一般致命之期，常在第二星期之末，原於血中毒；至於在第三星期內死者，大概由於肺炎。嗜伊紅細胞增多係佳兆，而該細胞減少係危狀。

診斷 在流行之際，此病不難診斷，蓋其一般情況甚明顯也。獨發及散發之病，則或難與腸熱病鑑別。惟就此兩病之標準的類而言，則其發疹各不相同。然有時腸熱病所顯之蓄微紅疹或甚瀰漫，且間有顯皮下性斑疹及瘀點疹者，故單獨診斷每每不易。又病起之情況（特如體溫），其不同之點亦甚明顯。惜病之須速定診斷者，其就疹之期多在病發四五日之後耳。總言之，病起極驟，多怕冷，早顯虛弱及腦症狀等係斑疹傷寒之明辨狀。凡在紙上說明症狀之鑑別自甚易，迨臨診時則紙上談兵一無價值。肥大氏反應（見熱腸篇）及病人血中培

養可助診斷，然散發類則仍極難診斷。腦脊髓熱病之重者初起或酷似此病；然不出數日，診斷即可明定。惡性痘症或亦有與此病相同之點；然痘症枯漠之出血較重，故精細檢查，不久亦可辨明。斑疹傷寒之疹初起時或與麻疹相似；然麻疹之疹色鮮紅，多作新月形及不規則形，且先顯於面。陪斯忒（鼠疫）顯中毒狀者與此病相似，然不發疹。流行性感胃之急性病起時亦似此病，然不顯白血球增加。診斷斑疹傷寒，致誤者甚多。千八百八十一年美國之流行，凡百零八病，診斷錯誤之病案佔全數八分之一。

用凝菌試驗法試驗致此病之微生物為陽性。所謂韋飛二氏反應 Weil-Felix reaction 者在許多患此病之人中可見陽性。法從病人之尿得類似變形桿菌 *Bacillus proteus* 之菌（此桿菌名 X_2 及 X_{10} 桿菌），待第六日或第七日而凝集之。

預防 此病之傳染由於虱。凡虱吮受染之血後五日即有傳染性。此性之存留之期約二日。在猴體行質地試驗，病毒在虱體內屯留凡五日而毒性加增；荷再經過人身而入虱體，則毒性益增。蚤類不能受染。臭蟲或亦不能。故預防法要在滅虱。人體上之毛宜剃去，以免藏虱。又凡有虱之人，其衣服宜煮過，以殺虱及其卵，並宜浸於百分之五克雷環耳 cresol 等類溶液一小時。至於殺虱之藥，最佳者為 NCI 粉 (NCI powder)，係避瘟腦九十六分，木焦油二分，碘芳二分等製成。可用之酒於衣服箱櫃內及被褥上。除蠱法詳見羅氏衛生學。

治法 此病之普通治理法與腸熱病相同。病者宜在空氣鮮足處臥養。水療法宜注意盡法施用，每能退熱。要知此法對於腸熱病之愈大腦症狀者既有佳效，則其對於斑疹傷寒或亦相宜；此意料中事也。至於退熱藥，則對於此病較對腸熱病尤不相宜，蓋能致心虛弱也。大抵自病起時起，病者皆須用

補助療法：宜多飲水。又可對於脈搏之情況用適量之醇。又宜用助心劑如狄吉他利及斯妥反忒斯。若顯昏迷，可注射樟腦油劑、蔗酒及腎上腺素等。病者之口內，宜嗽洗清潔。倘有稽留之昏迷及耳聾，用腰脊刺術甚效。

宜用輕瀉藥通利大便。病者之大腦症狀及肺症狀，宜照腸熱病者之治法療治。凡當流行之際，苟天氣相宜，可用戶外空氣療法。

(十) 登革熱 DENGUE

定義 此係熱帶及其附近地方之一種流行性急性傳染病，由一種能穿過濾器而顯微鏡未曾察見之病毒所致。該毒之傳遞，大約由於蚊類。病之特殊性狀為突起之前驅熱陣三四日，繼以間歇一二三日，再顯終期熱陣二三日，關節四肢之劇痛，第三四日之發疹，顯著之暈後痛，白血球及多形核白血球之減少，以及情緒喪失，腦力虛弱等等。因其痛劇烈，故又有折骨熱 break-bone fever 之稱。

病史及方域 千七百七十九年，醫界始在埃及、爪哇等處發見此病之流行。此後凡熱帶及其近地，時有劇烈之流行。千九百零二年，廣東省之汕頭及潮州地方曾有劇烈之流行，居民受其害者百分之八十。千八百七十二年，福建廈門地方亦遭其荼毒；數星期之內，居民受害者至少亦佔百之七十五。浙江省境內亦曾流行；居民受患之數更多，約百分之九十。流行之期不甚長，大約自始至終不出二閱月左右。流行之處多在近河近海低下之地方；高原甚罕。

原因 此病流行之迅速，傳播之廣闊，為流行病中之巨擘；即就以上所述中國地方之流行而論，患者之數已足駭人，矧有尤盛於此者乎。病之傳播由於庫列蚊 *Culex fatigans* 及黃熱蚊

Aedes calopus (*Stegomyia fasciata*) 爲主。致病之微生物尙未知。其物能穿過濾器。

至於病理解剖則因此而致命者絕無僅有，故除昭著之白血球減少外，尙無所知。

症狀 潛伏期約三至五日之久，在該期內無症狀。侵入期一至，病起驟突，頭痛，睡後上之痛劇烈，怕冷，關節及肌痠痛非常，體溫漸升，甚或達百零六七度（四〇·五至四一）。脈搏初速，繼則緩；迨第四五日，或僅五十至。並顯他種伴急性熱病而起之現狀，如不思食，舌有苔，夜間畧譫妄，尿濃厚等。眼充血，粘膜亦發紅。面紅漲而皮顯充血性紅斑樣點（有時或僅顯紅色痕），此卽所謂初疹者是也。不能安眠，精神沮喪。大便初多秘結。病起不久，白血球卽減至四千，多形核白血球減少百分之四十五。

至於痛，最劇烈之處在頭、背及四肢。頭痛或僅限於眼眶，或兼顯於頭後。腰背之痛或非常急烈，致患者不能安臥。有時項及臂大痛，甚或致手指難於運動。更有自稱全身肌肉受按卽痛者。大小關節皆或受累，紅腫而痛。有時各關節繼續如此。此等關節之痛大抵在肌腱連骨之處。此外尙有皮感覺過敏，粘膜充血及黑吐等者；然非常見之狀。

以上所述皆係前驅熱陣期 *initial febrile paroxysm* 內之各狀。在此期內，熱漸升，至第三四日達最高度。繼則出汗，腹瀉，發熱間歇；病者雖虛弱強直，而各種凶狀已退，自覺畧癒。此所謂間歇期或無熱期 *intermission or apyretic period* 者是也。自十二小時以至於三日，久暫不定。繼則熱陣又起，熱度或且更高，而入終期熱陣或第二熱陣 *terminal or second febrile paroxysm*。在此期內，痛狀又顯，或且較前更困苦。大多數發疹（有時或在間歇期內發顯），所謂末疹 *terminal rash* 或標準疹 *typical rash* 者是也。該疹

無定狀，或爲斑疹而與麻疹者相似，或散漫而與猩紅熱者相似，或似丘疹，或似平扁苔癬（扁瘤），且或有似大飽者。統言之，似麻疹者最多。病之起也，始於手足之背，繼則由前臂小腿向上延播，終則四肢，甚或軀幹及面全行受累。有時各症狀退後，此疹尚纏綿一月之久。所脫之屑爲痂狀。或云口、鼻、咽等處之粘膜或發炎及充血。淋巴腺腫大者不少，且或在熱退後數星期始消。終期熱陣甚短，約二三日之久即退去而入恢復期。恢復期每甚長，且顯精神及體力的衰弱，其程度出乎原發之病應有者之例外。更有痛狀纏綿至數星期之久者。平均計算，病期約經七八日之久。

以上所述者爲標準的登革熱之症狀。此外更有非標準類亦復不少，共有四類：（一）不顯初疹者；馬氏在臺灣地方所見各病中百分之二十餘屬此。（二）腸類；此則小兒患之者最多，病起時與膽性消化不良相似，體溫不甚高。此類苟不顯末疹，則或竟無從定診斷。（三）輕類；發熱，顯標準疹，然亦有兩種疹俱無者。此則除同居有患登革熱者足以證明其熱狀相類外，亦難診斷。（四）醫界所謂三日熱及七日熱等病 three day fever and seven day fever 或亦係此病之非標準類，蓋發熱狀甚相似也。

此病之致命者絕無僅有，故廈門人稱爲平安病，潮州人稱爲如意病，蓋謂無致命之虞也。

併發病 此病之併發病甚少，僅有不寐，間或譫妄，小兒則驚厥等數項耳。至於後發病則間或有患肌萎縮者。回歸者有之，甚或回歸於兩星期後。

診斷 流行時之廣播，無論何等居民皆能受患，已足證明診斷此病之容易。惟單獨發生者，或誤認爲傷寒質斯性熱，然此病之白血球減少及顯標準疹二者，已足鑑別，且中國罕見傷

麻質斯性熱也。麻疹與此病之異點係鼻卡他，科潑力克氏點，昭著之疹先顯於面三者。至於猩紅熱，則有脈搏速，咽炎，白血球增多等，大不相同。此病與流行性感冒之異點在白血球減少。至於黃熱，則第二日即顯蛋白素尿；登革熱決不如是也。

預防 病毒既由蚊傳播，則凡滅蚊及避蚊各法，自應視為要務。又須防範病者使不受蚊啄，以杜傳播之原。

治法 惟有依症狀施治之一法。熱高不寐者可用水療法。止痛可用安替派林，斐那昔汀，柳酸鹽類等。有時或須用嗎啡，醋柳酸，斐那昔汀合劑。恢復期內可服碘化鉀以減關節痛，並服補劑。

(十一) 白蛉子熱又名琵琶他西熱

PHLEBOTOMUS OR PAPPATACI FEVER (*Sand-fly Fever*)

原因及流行 此病有時稱為三日熱 *three day fever*，蓋其病期僅三日之久也。係一種能穿過濾器之毒所致，僅在病發之第一日內可由病者之周圍血循環查得。在此期，病人之血無論濾過與否皆有傳染力。過此期，則該毒失去而病人之血不復有傳染力。毒之傳遞，由一種多毛飛蟲類名白蛉子 *Phlebotomus papatassii* (英文俗名沙蠅 *Sand-fly* 屬蚊科) 者為之。蟲長約二至二五耗，翼窄而腿長細，體及腿多毛，毛列成簇。雌者之嘴有刺皮吮血之啄具，其刺人也為蚊帳所難防禦。蟲吮病發後一日內之人之血後，須歷六至八日之久病毒始在蟲體內成熟而能傳染。

此病歐洲之巴爾幹地方甚多。他處諒亦有之。至於中國，則與北京相近之各省甚為蕃播；南方諸省有無此病，尙未調查詳確，揚子江流域則極少；似乎自河南省以北，此病漸多；白蛉

子之名，北方人知之久矣，凡有白蛉子之區，此病似乎決不能絕跡也。

中國白蛉子出現之期約在陽歷五月中旬之後，終夏有之，至深秋始漸絕迹。居宅之中，傍晚及清晨每有此蟲棲於寢室之暗隅。

患此病一次，即可有免疫性，不復有再發者。

因此病而致命者絕無，故其病理及病理解剖一無所知。

症狀 此病之症狀為三日即退之原發性熱，退後不繼發。病起大抵驟突，面及眼因充血而發赤；頭，眼，背痛；無情緒厭食；舌有苔。有時咽部亦或充血，甚或略顯枝氣管炎之狀。白血球減少，脈搏遲緩，皮不發疹，脾及肝如常不增大。曾在白帶河地方見許多小兒，面及手足被白蛉子所啄，非常劇烈，外觀甚似麻疹，不僅刺處受累，且發短期之熱，眼赤，不安，或有腹瀉；大人亦或如是，更顯頭痛（額痛尤甚）及無情緒等；然皆能痊癒。所可怪者，生長中國北方之人不甚為此蟲所苦，惟旅居該地者不獨苦其刺啄，且多發熱顯病者。

至於登革熱之與此病不同類，蓋患登革熱者不能有此病之免疫性，反之患此病者亦不能抗登革熱也。此病有時甚似登革熱，然既無繼發熱，亦無標準疹。

治法 此病之治法與治登革熱者同。

(十二) 瘦咬病 又名瘦病 (瘋犬咬) [恐水病]

HYDROPHOBIA—RABIES (*Lysin*)

定義 此係溫血動物之一種急性病。人之患之，因被毒種入身體所致。

方域 俄國地方多此病。德國北部之犬皆須戴嘴套，故此病較少。法國亦多。英國則自用狗嘴套後，已全然絕迹；十

五年內患瘰咬病而死者僅四人；先十年間，統計每年致死之數約二十九。美國此病不少。中國亦常有之。

原因 最易患此病者爲犬，次爲狼、狐、貓、馬、牛等。大抵獸類之能受染者佔一大部分，豬及兔可由接種而受染。病之傳播，大抵由於狗。病毒之性質尙未確實查明。毒寓居之處，以神經系統爲主；有時或在身之數種分泌液內，而以涎爲特別含毒之分泌液，蓋病毒由神經而入犬之涎腺，非由血管而至該處者也。

自病毒入體後至症狀發顯時，其間有遲速不定之間期。此間期之如何，依下列之各原因而異：（一）年齡，此病之潛伏期在小兒較短，在成人則較長，而小兒受患者亦較多。（二）傷區，症狀發顯之遲速大抵依受傷之處（即被咬之處）而定。傷口在頭面等處者格外危險，其次爲手，再次則爲身之他處；蓋頭面手等皆露於外，而身之他處則常有衣服遮蓋也。不甯惟是，又凡神經多之處亦較危險。（三）傷之輕重，刺入之傷口最危，扯裂之傷則依傷口之大小及其能受毒之多少而分危險之等差。（四）傳播病毒之獸類，以狼類所傳播之毒爲最危，次爲貓，再次爲犬，又次爲其他獸類。凡被瘰犬咬者，不皆成病；大概成病者不過百分之十五。然被瘰狼咬者，其數較高，約佔百分之四十；亦有謂約百分之六十至八十。

人類患此病，其潛伏期之久暫極無定，平均約六星期至兩月，然亦有僅二星期者，更有延長至三閱月之久者；或以爲潛伏期延長至一二年者亦有之，然余則未之聞。

病理解剖 重要之損害係中樞神經系統之血管及腦細胞之周圍屯積白血球，而尤以運動神經節細胞爲然，對於診斷此病之特別要點係中樞神經系統生一種不規則形小體，其體積約四至十微米，汎散廣佈，凡小腦、大腦外質及橋腦、脊髓等之

細胞內多有之。此等小體或係一種原生動物，而係診斷之要據。依接種試驗法而論，肝，脾，腎等不顯病毒；然脊髓、腦及周圍神經等則每受毒甚重。

症狀 此病之症狀分三期：（一）前驅症狀期 Premonitory Stage. 在此期內，被咬之處顯刺激、疼痛、麻木等狀。病者精神闌珊，頭痛，厭食，急燥不安，不眠，且有一種身臨危境之感覺。全身之感覺每過敏，燈光稍亮及聲音稍大即厭惡困苦。喉部或充血；此時或顯嚥下困難之初狀，聲音變作沙聲。體溫及脈搏皆畧增。

（二）急燥症狀期 Stage of Excitement. 此期內之特殊性狀為病者非常急燥不寧及感覺之過敏達於極點等，無論何種傳入性刺激如聲、光、風等，甚或言語稍響，亦能激發凶烈之反應痙攣。人類患此病時，此為最困苦之症狀。發痙攣之處以口及喉之肌為最劇烈。痙攣發作非常痛苦，且兼呼吸困難劇烈之感覺；此則縱使喉門開通時或已施氣管切開術後亦或如是。病者一欲思飲，喉肌及提舌骨諸肌隨即發劇烈之痛痙；因此病者怕見水，於是乃有恐水病之名。此等痙攣之發顯或與狂狀相伴。在痙攣發作之間歇期內，病者安靜而其精神亦不昏亂。在此第二期內，體溫大概上升，自百度以至百零三度（三十九·五）無定；亦有不發熱者。病人對於看護者無加害之思想，痙攣發作劇烈尤自懼偶然損害他人；然間有狂狀兇惡者。喉及咽之肌收縮時，病者或出怪聲。此期約經一日半至三日之久而逐漸入第三期。

（三）麻痺期 Paralytic Stage. 獸類中有不顯第一期及第二期之症狀而在病起時即麻痺昭著者。此期大約不過六至十八小時之久。病者安靜，痙攣止歇，終則人事漸不省，心之動作漸益弱，迨後則動作停止而死。

診斷 人類患此，不難診斷，凡遇被獸咬者，苟疑為瘰獸，宜取該獸之延髓接種於兔身；倘十五至二十日之內該兔顯麻痺性瘰獸病，則不難決定矣。

治法 預防為第一要務。凡犬皆戴以嘴套，使不能咬人及咬他獸，則此病逐漸可以減迹。若被可疑之獸所咬，宜使傷口多出血，且割開之，用千分之一之昇汞溶液灌洗，並須速用苛性藥如純石炭酸或氫酸等遍抹傷口。又可用鐵烙器烙之。

病既成，則療治大概無效，祇有施行鎮靜治法；病者宜居暗室，用兩人看護。止痙攣可使吸哥羅芳或皮下注射嗎啡。蓋此病宜用有力之藥；氫醌，溴化鉀等無大力之藥無益。又用可卡印溶液洗咽，或可暫止該處之感覺過敏，俾病者得進液體滋養品；否則可用直腸飼法。

防病接種法 帕斯透氏查明苟將此病之毒依次傳種，歷經多兔之身，則毒力增大。例如將瘰狗之延髓直接種入兔腦硬膜下，須十五至二十日之久始成病，再用此兔之病毒接種於他一兔，則因毒力已加重而病成較速。迨此病毒再經數兔之身，則更加重而接種後病之成也亦更速。如此進行，以接種後其潛伏期僅七日者為度。此等病兔之脊髓所含毒力極大，然貯藏于乾空氣之中則其毒力能漸自減小。倘用毒力已減之脊髓（如已貯藏于乾空氣十二至十五日者）接種於犬體，又繼續用毒力較大之脊髓（如貯藏于乾空氣中日期較少者）再接種之，如是遞次接種，所用脊髓之毒力亦遞增，終則犬得免疫力，雖接種以劇烈之病毒亦無害矣。現多用此法使人類得免疫力，功效甚大。上海工部局已設防病治療所，成績已昭著。

假性瘰咬病 Pseudo-hydrophobia; Lyssophobia. 腦力不穩之人偶遭狗咬，疑為此病，致亦或顯與此病相似之症狀，纏綿甚久；然不發熱，病勢亦不加重；一經醫治，病者或自覺安心而逐漸就

症。此則大多數為希司忒利阿性，係腦之官能性病，而非真痲咬病也。治法詳希司忒利阿篇。

(十三) 儂麻質斯熱 (盧馬替斯熱)

RHEUMATIC FEVER; RHEUMATISMUS ARTICULORUM ACUTUS

定義 此係一種急性傳染病，因一種尙未查知之染性物所致。其特狀為多發性關節炎及心、心瓣、心內膜等易於發炎之趨向。

原因 (一)分布。此病每在氣候溫濕處盛行。千九百九年，英格蘭及威爾士因此死者千九百七十八人。此病傳播極廣，凡因心病死之五萬九百八十八人中，與之有關係者實不少。盛行之處為北緯線境域。中國極罕。近據伍連德醫士報告，哈爾濱一帶有此病。(二)時令。此病盛行之期為春秋兩季，最盛行之年度為天氣乾燥之歲或與此乾燥繼續之年，而特別盛行之時候則為土壤中之水過少及其溫度高之際。(三)年齡。甫成人之少年患之者最多，而小兒患之者亦不少。(四)男女。不論年齡，則患者男子佔多數；二十歲以下者女子佔多數。(五)受寒。受寒、受濕或氣候突變，係激發此病之一原因，而余所見之各病僅百分之十二如是。(六)免疫。患此病一次，不但不能有免疫性；且與肺炎相似，能使已患之者更易再患。

為急性傳染病 此病有流行期，而其間期不規則，每間三四年或五六年流行一次不定。每次流行之病勢亦輕重有殊。一次劇烈流行後，每繼以二三年之間歇；此二三年中傳播甚微。此病有許多情狀與敗血病相似，致命之數幾與膿毒血病，產褥熱及丹毒等相等。而其發熱之特性，關節受累之狀況，回歸之趨向以及出汗，貧血，白血球過多等與膿毒血病酷似。不寧惟是，其易致心內膜炎及易累漿膜二者，尤為相似。

至於致病之菌類，則至今尙未確定，或以為係一種特別球菌或鏈球菌。脬扁桃為許多菌類聚集之所，而尤以鏈球菌為最多。醫界之意見，多以為脬扁桃受患與此病及一般之儂麻質斯性病有關係。此病之先顯脬扁桃炎者不少；且經實地試驗，從病者脬扁桃取得之菌類可致關節炎及心內膜炎。又若將受患之脬扁桃除去，有時可使亞急性或慢性關節炎完全治癒，此係此病與脬扁桃有關係之證。然有不以上述之意見為然者，以為此僅係一種輕微之敗血病。柳酸對於尋常受鏈球菌染無效，且鏈球菌性關節炎之臨診情狀大不相同；又儂麻質斯性關節決不生膿。至於查得鏈球菌，或僅足指明繼有菌類侵入，與猩紅熱及痘所顯之繼發病相似。

病理解剖 大概無特性變異，受患之關節顯充血及滑膜與韌帶組織纖維等。關節之液濁而似蛋白質，內含白血球及少許血纖維素屑。除有

危險之併發病如心包炎，心內膜炎，心肌炎，胸膜炎，肺炎等外，僕麻質斯熱罕致命。尋常所查見之病理解剖，大抵與他種發炎之病無甚區別。因熱度過高而致命者不顯特別變異。血內常含血絲(纖維素)甚多。

症狀 此病之起也，大抵驟突，然亦有先顯不規則之關節痛，不舒適及咽痛(以脛扁桃近處之痛為最顯著)等狀者。顯著之寒戰罕顯，大概罕顯怕冷。發熱速升，同時一或數關節作痛。病起後二十四小時，症狀即完全顯出，體溫增至百零三四度(三十九至四十)，脈搏軟而增多，大約每分鐘百餘至，舌濕，速生白苔。此外更有與一般急性熱病相伴之尋常症狀如厭食，口渴，大便秘結及量少色深而多含酸之尿等。此病大多數出汗甚多；汗極酸，兼有一種特異之酸臭。多生汗胞及粟粒形胞；粟粒形胞之周圍每充血。病者之精神大抵清楚，惟熱度過高者則或不然。受累之關節一動即痛，不久即熱而腫，且發紅。關節受累多寡之次序，則首推膝，次為脛，肩，腕，肘，腕，手足等。其受患不同時，每依次繼續進行；例如膝先受患，迨腕繼之作痛發熱時，則膝之症狀或已退去；如此繼續近行，累及許多關節。病之僅限於一關節者極少。關節腫之輕重，大有異同。關節內多滲液者罕。腫之原因，大抵係關節周圍組織被漿液侵潤。腫或僅限於關節本處，惟其在腕及踝者則有時累及韌韌致手足大腫。相對之關節多同受患。病之極重者則各大關節或全然受累。至於脊柱，胸骨，鎖骨及指等關節之受累，則在淋(白濁)性關節炎者較此病為多。此病之困苦，熱病中當推為巨擘；病者畧轉動即大痛，汗出如洗，非常虛弱，困頓不起。以上所述之一關節之炎退而後又一關節開始增劇，係此種熱病之一特狀。

體溫尋常約在百零二至百零四度之間。然極不規則，時或間減，時或增高。惟熱退時大抵逐漸減低。出汗多，每能減低體溫度；苟二小時檢體溫一次，記於圖表，則可查見發熱間減每在出大汗後。初出汗時屬酸性，迨纏綿不止則變為中性，或且變鹼性。

血之變異甚劇烈，他急性熱病無發顯貧血如是之驟速者。白血球之平均數每一立方耗血中約一萬二千左右。

發熱高時，心尖處或有雜音(鳴)可以聽見，心內膜炎亦係致心尖顯雜音之一普通原因，故宜每日檢查心部。

尿常量少，質濁而色深，性極酸，冷則呈尿酸鹽澱。氫化物大減少，甚或無之。發熱性蛋白素尿亦或有之。

亞急性僕麻質斯熱 Subacute rheumatic fever. 所顯之一切症狀乃輕。發熱過百零一度(三十八)者罕；受累之關節較少；關節之炎較輕。病程纏綿數星期或數月之久。所須謹記者，此種亞急性類或兼心內膜炎或心包炎。

病之情況每與患者之年齡有關係。關節炎為成人之常狀；然小兒患此病則或不明顯此狀，而醫者乃因查見心內膜炎始定診斷；故小兒之常有心內膜炎，幾與成人之常顯關節炎相等。

併發病 此病之併發病既重要而且危險，條列如下：

(一) **熱度過高** 病起後數日，體溫速升，致或兼譫妄。然不盡然；有升至百零八或零十度(四十二至四十三)而不顯大腦症狀者。第一次患儂麻質斯熱而顯熱度過高者最多，而發顯熱度過高之期最多在病起後第二星期。譫妄或先起或繼起不定。脈搏常速而且弱。體之虛弱至於極點，終則昏迷。余所見各病內，無熱度過高者。此種併發病，美國地方不常見。

(二) **心病** (甲) **心內膜炎**。此係最常有而危重之併發病，凡八百八十九本病案中，有新舊之心內膜炎徵兆者四百九十四。年愈長則患心內膜炎之趨向愈少；患病之次數愈多，則成心內膜炎之趨向亦愈增。心二尖瓣(雙扇門)受累者最常見，而其炎患大抵係單純性癩狀類；潰瘍性心內膜炎極罕。僅心瓣炎不甚危險，所致之症狀少而易於失查；所不幸者，當其時心瓣雖未受大損，然其炎患或進行，致心瓣變硬縮短而成慢性心瓣病。靜脈血栓形成係間有之併發病。(乙) **心包炎**。此則或獨發或與心內膜炎同發，屬單純血絲(纖維素)性或漿液血絲(纖維素)性；若在小兒，或屬膿性。依臨診而論，儂麻質斯熱之兼心包炎者較他急性病多。物理徵極特殊，詳心包炎篇。(丙) **心肌炎**。此亦常有者，而尤以與心內膜及心包之變異相關連者為多。依病理解剖而論，係心肌之顆粒性或脂肪性變，致心壁弱而擴張。

(三) **肺病** 肺炎及胸膜炎佔百分之十。

(四) **腦病**。此則半因熱度過高，半因儂麻質斯熱毒素之殊性作用所致。腦病之類別條列如下：

(甲) **大腦性儂麻質斯病**。此則其殊性狀如下：(一) **譫妄**。隨熱度過高或血中毒而起，甚劇烈；輕而遲之譫妄較少，每漸變為昏迷。又柳酸鈉能激發譫妄，或在服此藥後即起，然以服後數日始顯者較多。患儂麻質斯性心包炎者，或顯一種殊異之譫妄。(二) **昏迷**。此則較危重，起時或不先有譫妄及驚厥等，或致命甚速。(三) **驚厥**。此則雖或起於昏迷之前，然較罕見。

(乙) **舞蹈病 Chorea**。儂麻質斯病與舞蹈病之關係當另述。凡五百五十四病中，顯舞蹈病者八十八。小兒之患輕性儂麻質斯熱者最易致此。

(丙) **腦膜炎**。此則極罕。

(五) **皮病** 汗飽常見，前已詳。粟粒形紅疹亦或有之，猩紅熱樣疹則間或有之。紫癍或兼尋麻疹或否亦或發顯。此外常有顯多種紅斑者。

(六) **儂麻質斯性小結 Rheumatic Nodules**。此種外異之組織，係皮下之小結，生於腱及筋膜之上。小如菜豆，大如青豆。最易生之處為指、手、腕等；肘、膝、脊椎棘突(後峯)及肩胛等處亦或有之。此等小結受擠

而痛者不多，發顯之期多在熱降後，而小兒則多與心二尖瓣病同顯。小結之生或甚速，每纏綿數星期或數月之久。小兒患之者較成人多，且對於小兒，此小結係僂麻質斯病之確徵。慢性僂麻質斯性心內膜炎多與此伴發。此外偏頭痛，痛風，畸形性關節炎等病亦或顯皮下小結。依組織學而論，此小結係圓細胞及核狀細胞所成。

病程 僂麻質斯熱之病程極無定，或謂此係一自為制限之病，誠然；蓋醫藥之勢力實不能改變其病期及病程也。

豫後 僂麻質斯熱係致命數少而極危險之病；致命之數罕有逾百分之二三。

診斷 此病之診斷大抵不難，然有數病與此有相似之點。茲條列如下：

(一) 繼發性多數性關節炎 Multiple Secondary Arthritis. 此一病名之範圍內，凡與淋病，膈扁桃炎，猩紅熱，痢疾及腦脊膜炎等病伴起及繼起之各種關節炎皆屬之。

(二) 膿毒性關節炎 Septic Arthritis. 此則在各種敗血病之期內發顯，而以伴產褥熱而起者為最多。此類關節炎與第一類繼發性關節炎無確定之界線，惟此類發炎既易速生膿，且每多少破壞受患之各關節，故與第一類不同。此外尚有二病如下：

(甲) 急性壞死或急性骨髓炎。此每顯於股骨之下端或脛骨等內，易誤為僂麻質斯熱，有時亦為多發性。此病之局部症狀較重，受累之處不在關節而在髓以及全身症狀較烈等數者係診斷之要點。不幸此病多誤認為急性關節炎，而其治療法又屬外科；萬一誤認，或致誤病者之生命，殊不可不格外注意。(乙) 嬰兒急性關節炎。此常以一關節為限，或在髕，或在膝。其滲液速變為膿。患之者以哺乳時之嬰兒為最常，而屬膿毒血性，有時與新生嬰兒之淋病性結合膜炎或陰道炎伴起。

(三) 淋菌關節炎 初起時或不易與本病區別，但無如本病自一關節移至他關節之速，且在短時期間往往可使受病最深之關節增厚。細心檢查淋病球菌，為一要項；補體結合法亦或足資診斷之助。

(四) 痛風 此則受累之局部僅以一處為限，且皆在小關節。此種現象以及年齡，病歷及病起之情況等皆係可認為急性痛風之要點。痛風之顯數大關節受累者不少；倘遇此而又不顯痛風石 tophi，則非精細分析病者之尿而檢查之，決難與僂麻質斯熱鑑別。

(五) 急性畸形性關節炎 余曾誤認此類關節炎為僂麻質斯熱。其起也發熱而兼多發性關節炎，纏綿數星期之久或尚無證據可察病之真性。繼則發熱漸退，而關節周圍之增厚稽留不去。然在其急性發

熱類，則據受累者爲小關節，關節患之頑梗以及關節之早期變異等數者，已足證明其爲畸形性關節炎矣。

對於小兒之儂麻質斯熱，診斷有時甚難。蓋有時所顯之關節炎極輕，甚或不顯也。凡小兒發熱而無病原可尋者，皆宜細查是否此病。又心部之檢查宜特別注意。

治法 對於此病之治法，其主要點在保護心部使少受損害。第一要事係完全靜養，對於小兒尤然。病者所臥之床墊，須用滑軟而有彈力性者。所服之衣宜用軟暖寬大（如法蘭絨及他種軟暖之毛織品）而易於更換者，且件數宜多；蓋病者出汗後宜即更換也。頭上可戴法蘭絨睡帽。被蓋宜用氈毯，以免受寒。或以爲此病成心病之趨向或可因包蓋溫暖而減少。

食品以牛乳爲最適用，有時可用鹼性水沖淡，米湯及薏仁米湯等可多飲，肉湯亦可用。進食之時間，宜隔二小時一次。恢復期內食品可如常，然不宜多食肉類。

局部治法亦甚要，受患之關節可用棉花裹纏。若痛甚，可用熱敷布；即如用該布浸伏勒氏溶液 Fuller's lotion 而後敷關節是也。伏勒氏溶液係重碳酸六錢，鴉片酒一兩，甘油二兩，水九兩所製成者。或用鉛合鴉片溶液，亦可。又用冬綠油 *ol. gautheriae* 輕揉患處，或酒少許於法蘭絨上，用以敷關節，皆甚效。哥羅芳搽劑亦有效。用夾板縛夾該關節使不能移動，係止痛之妙法。冷敷布德國人多用之。此外如貼起趨劑於關節之上下及輕灸等，皆可用。若關節滲液多，則宜用空針抽去。

藥治法之有大功效者甚少，茲將其佳者分列如下：**柳劑療治**。柳素每劑二十厘 *salicin* 1.2 gm，間一小時或二小時一次，俟痛止爲度，甚有效；此藥不似柳酸鈉有顯乖效之弊，且與小兒相宜。柳酸每劑十五厘 *acid. salicylic* 1 gm，每二小時一次，俟痛止爲度，對於急性類相宜；此藥宜入壳服。柳酸鈉每劑十五厘 *sod. salicylas* 1 gm，每三小時一次，對於一般成人所患者最相宜。凡服以上各藥，俟痛止之後，每間四五小時，仍須再服，以熱退爲止。又可與重碳酸鈉調合用之。若柳酸鈉不相宜，則可用冬綠油二十滴和牛乳服之；或醋柳酸每次十五厘（一克）亦可。柳化合物種類甚多，然以上述數者爲最妥善，其止痛之功效確實可靠；不寧惟是，或謂且能保護心部，縮短病程及預防回歸也。

鹽劑療法。對於此病，宜速使病者之尿含鹼性。醋酸鉀及枸橼酸鉀各十五厘 *potass. acetat et citras* 1 gm，每三小時一次；俟尿有鹼性後，則次數可減少，以能維持尿之鹼性爲度。重碳酸鉀每劑半錢 *potass. carbonas* 2 gm，每三小時一次，可與柳酸或柳素同服。又法，重碳酸鈉一錢半，醋酸鉀半錢，水三兩，服時加枸橼酸三十厘使自沸，趁沸時服之，甚效。

止痛之劑，可用朵麥氏散或皮下注射嗎啡；安替派林及萘那昔汀等有時亦效。恢復期宜服鐵足劑量。熱度過高者可用冷水浴或裹冷布，他種併發病如心內膜炎，心包炎，肺炎等等之治法，詳各該病篇。凡遇心併發病，宜長久靜養。預防及阻止心內膜炎，可用起飽劑貼身左第三四五六肋間神經處，每次貼一處，繼續依次連貼之。碘化鉀或碘化鈉與柳酸劑同服亦佳。病者至少須臥床靜養六星期。

膈扁桃爲菌入身之正門；患此病而其膈扁桃有病者，宜截除。有心內膜炎且發熱者，將該腺截除亦可無虞；乃似乎患局部病竈而致全身症狀者，皆可截除。

(十四) 急性卡他性熱又名急性鼻卡他

ACUTE CATARRHAL FEVER (*Acute Coryza*)

定義 此係呼吸道上部粘膜之急性受染，因卡他球菌或兼有他菌類而起者（即平常所謂傷風鼻涕之類）。

原因 卡他球菌 *Micrococcus catarrhalis* 爲雙球菌。許多人咽喉及枝氣管液內常有之。呼吸道上部發急性炎時，病者之痰內每有此菌。有時全無他菌相雜。

春季及初冬時變遷之際，此病最盛行。有屬流行性者，一村一市於數星期之間累及多人，與流行性感冒之流行相似而病勢不如其重。局部流行類較多，每流行於一家庭或一學校。

症狀 病者身體不舒適，或覺冷，畧有頭痛，多噴嚏。病之重者四肢及背作痛。常畧發熱，體溫升至百零一度（38°）。脈搏速，皮膚乾，顯各類發熱之情況。初時鼻之粘膜腫而鼻塞，致呼吸須由口。鼻流清薄而有刺激性之液，致鼻孔之外邊痛楚。淚管粘膜亦腫，故眼流淚而結合膜充血。嗅覺喪失而味覺亦受碍。咽部微痛。頸之轉動不自由，咽部紅腫，有時嚥下覺痛。喉部或亦受累，致聲嘶，甚或失音。若發炎延至耳咽管，則聽覺亦或受擾。病之較重者則枝氣管受染而咳嗽。間或唇及鼻

發疱疹(候陪)。大抵不出三十六小時鼻液變濁而增多,粘膜之腫減輕,病者漸能由鼻呼吸;四五日之內,除咽鼻之液增多外,其他各症狀皆退去。此等單純之鼻炎大概無甚惡果,惟屢屢患之則或有成慢性之虞。

診斷 此病之診斷常易,然不可不注意;蓋麻疹或重流行性感冒之初起卡他每易誤認爲此種單純之鼻炎也。

治法 病勢輕者甚多,而病人每能執業如常。倘發熱及顯全身受擾之狀則宜臥養,並服平常減熱發表劑,夜間飲熱液如薑湯一杯及服朶斐氏散(或名複方吐根散)一足劑量 *pulv. ipecac. co.* 或和以醋柳酸及萘那昔汀。土耳其浴法有時甚效。欲止額竇(穴)之痛及緊張不舒之感覺,可卡印爲良劑;用百分之四之可卡印溶液浸棉花球,塞兩鼻孔或射入該孔均可。又法,用嗎啡二厘(0.13),鋸四錢(15.),阿卡昔阿散二錢(8.)製成粉末作爲鼻粉,吹入鼻孔或鼻吸之均可。置哈馬美利流動膏 *extract hamamelid. fld.* 於掌上鼻吸之,每隔二三小時一次,尤佳。此外另有菌液療法;凡繼續再發此病之病人可試用。

(十五) 輕熱 一日熱

FEBRICULA—EPHEMERAL FEVER

定義 此係熱病之病程輕短者。病原甚多,或屬自身性 *autogenous*, 或爲外來性 *extrinsic*, 或爲菌類所致,不定。

熱陣約發顯二十四小時之久,繼則全然退去;此所謂一日熱 *ephemeral fever* 者是也。若發熱稽留三四日之久而無局部損害,則名輕熱病 *febri-cula*。此等症候可分數種:

(一) 爲傳染病之輕類或頓挫性類。凡在腸熱病、猩紅熱、麻疹等流行之期，畧顯各該病前驅狀，發熱二三日而無確定之症狀者爲數實不少。此項病案一部分大抵係鏈球菌傳染所致。

(二) 症狀每由於消化不良。小兒患消化不良及腸胃卡他者，多兼發熱。此一類較爲重要。若發熱之期稽留較久，則或係吸收毒素所致。食腐敗食品及飲不新鮮之啤酒後隨顯發熱者常見。惟胃液之抗毒性甚大，苟非腸胃已先受擾，則此等輕毒或毫無影響也。

(三) 因吸入腐壞物之臭氣所致，共有兩類：(甲)較重之急性類。顯惡心、嘔吐、痠痛、發熱等。或繼以腦力虛脫及昏迷等情況。(乙)發一種低熱之類。此則或兼寒戰或否。

(四) 許多熱病或因輕微不及查見之損害而起；例如扁桃腺炎及頓挫性肺炎等是也。此則小兒患之者較成人爲多。

症狀之起也，大概驟突，然亦有先顯不舒適之兆者。頭痛，不思食，舌有苔係常有之症狀。尿少而色澀。體溫升至百零二、三度；小兒患之，有時或更高於此。兩頰或發紅而病者有發熱之外容。小兒則或兼枝氣管卡他及微咳。脣生疱疹係一多見之症狀。小兒患此，間或顯大腦症狀，煩燥不寧，夜間譫妄等。熱至第三四日突退，然亦有稽留至一星期之久者。

診斷此病，因無局部症狀爲標準，宜檢查皮有熱疹否。又發熱突退，亦係一要據。病之因急性腸胃受擾而起者，尤易診斷。

治法。宜臥養，並服輕瀉藥如氫酸鉀及甘硝精 spt. ether. nitrosi 等。

(十六) 牛乳病 MILK-SICKNESS

此病盛行於美洲之數處，與一種俗名震顫 the trembles 之牛病有密切之關係；蓋人食此等病牛之乳及肉，即致此病也。牛油及牛乳餅亦能含病毒。凡獸類如牛，馬，羊等皆能染此病。母牛患之之時，或仍能分泌牛乳。除驅之奔走外，不顯症狀。當病勢隱伏不顯之際，其乳或有染性。牛若病重，則不食，眼發紅，羸眩踉蹌，全身之肌震顫，因強攣而致命。有時致命極驟速。

人類患之，其症狀為急性中毒；覺不舒適後數日，乃顯胃痛，惡心，嘔吐，發熱及劇烈之口渴等。大便常秘結，舌腫而震顫，呼吸惡臭；或以為此係此病之特殊性狀，與痘症之以臭氣為特殊性狀同。大腦症狀如煩燥不寧，昏迷，驚厥等有時甚顯著，甚或逐漸顯重腸熱病之情況，病者因而致命。

病程大有異同：最急之急性類二三日內致命；其他則纏綿十日或三四星期之久。病獸之肉及乳含毒，曾實地試驗確定；用含病毒之牛油或牛乳餅一兩牛肉四兩（煮過或生者皆可）飼犬，每日三次，六日之內該犬即致命。幸此病不多見。病理的損害尚未查定。病原或係一種桿菌，名乳病桿菌 *Bacillus lactimorbi*。

(十七) 腺性熱又名淋巴腺熱

GLANDULAR FEVER

定義 此係小兒之傳染病，其發也多無先兆，以咽部微紅，高熱，頸淋巴腺腫痛（以胸鎖乳突肌之淋巴腺受累者為最當）為特殊性狀。熱期常短，而腺腫則纏綿十日或三星期。

小兒之頸及他腺之急性淋巴腺炎而兼發熱者，久經醫界查見。然發否氏於千八百八十九年始認定顯以上所述症狀之病係小兒五至八歲間之一種傳染病。自此以後，歐美醫界更加注意，至今日而乃確定。

原因 此病有時屬流行性。或云，中國南方每隔許久時間或流行一次。美國衛氏曾報告流行一次，共九十六病，患之者為自七個月至十三歲之小兒，其中以兩旁頸動脈淋巴腺腫為最顯著之狀，頸後，腹股溝及腋等腺受累者四分之三，腸系膜腺可被捫着者三十七，脾腫大者五十七，肝腫大者八十七，既不

顯鼻炎，亦無枝氣管及肺之症狀；病發之期在十月至正月之間。其病原尙未審定。

症狀 病起驟突，初顯之狀係頭及頸動時覺痛。或顯惡心嘔吐及腹痛。體溫升至百零一至百零三度(卅八至卅九·五)。間或咽扁桃微發紅，淋巴組織腫，然咽屬之症狀不過暫時，實無關緊要。至第二三日，則腺之腫大明顯。在病程內，腺腫之大小不定，最小者如豆，最大者如鵝蛋，受捫則痛；然皮紅或腫者少。惟有時頸之皮下組織或畧顯浮腫。有時或嚥下困難，更有胸處不舒及陣咳等；此係枝氣管腺受累之狀。腺腫大約纏綿三二星期之久。危險之症狀係腺炎之結局化膿(此甚罕見)及出血性腎炎二者。顯急性中耳炎及咽後膿腫者亦或有之。

高似蘭 Cousland 及丁某 Dale 兩醫士曾在中國南方查見此病之流行。高氏所診查之各案(因居人不以此病為重要故來就診查者不多)患者僅頸左部之腺受累，然他種症狀則與上述者相同。他醫士亦曾報告在中國查見同樣僅左側腺受患之病，流行之期皆在十一月。至於丁氏所查見之各案，可就其報告簡述如下：流行之期，起於千九百十四年三月，直至同年五月底始漸停止。據其情況而論，實為家庭流行性；凡一家之小兒，一人患之，則諸兒絡繹受累，而各案相距之期甚短；家中之成人亦有因而受染者，其症狀較小兒所顯者劇烈。受患之腺，第一病耳前腺先腫，繼則頷下腺；另有數案則腋腺，腹股溝腺及膈腺等亦腫。大抵身左部之各腺先受累，二三日之間則身右部之各腺繼之。病起常驟突。小兒患之，最先查見之症狀大抵僅係腺腫，罕有他狀同顯。成人患之，最初之症狀亦多係腺腫。僅一案先二日發熱。腺腫顯後不久，他症狀即起，如發熱，劇烈頭痛，脈搏速及虛弱等。如此纏綿三四日，腺腫漸退而他症狀亦退去。病之重者，纏綿較久，然皆痊癒。諸病者皆不顯腹痛。病回歸者甚多；有一病兒兩閱月間多至共發五次。此一次流行之症狀的異點為(一)頸部及腫處不痛，(二)頸前各腺不受累，(三)小兒患者無全身症狀，(四)恢復期甚速而無繼發病，(五)各案之初狀幾皆為腺腫，(六)受累之腺無顯著之觸痛。

病之豫後不危。治法宜依症狀療治。

(十八) 粟疹熱又名皰疹熱

MILLARY FEVER—SWEATING SICKNESS

此病以發熱，大汗，生粟粒形皰疹為特殊性狀。常十五及十六世紀之際，盛行於英格蘭，致命之數甚多。後則僅法國及意國之一二地方有之。千八百八十七年法國曾流行一次。有報告千七百十八年至千八百七十九年之間此病共流行百九十四次者；惟其中之流行僅限於一小村落或一二小市鄉者甚多。近數年來德國與國及瑞士亦時有狹小之流行。流行期大抵甚短，長則三四星期，短則七八日。病與流行性感冒相似，傳播廣而速致多人相繼受患。病勢輕者僅畧發熱，厭食，發疹，多汗及生粟粒形疹等。重者則顯受重染之症狀譫妄，高熱，大汗，出血及極弱等。據古醫書而論，致命之數甚多，有更於病發後數小時內致命者。

(十九) 口蹄疫又名流行性口炎或阿夫他性熱

FOOT-AND-MOUTH DISEASE—EPIDEMIC STOMATITIS—APHTHOUS FEVER

口蹄疫係一種急性傳染病，多為牛羊豬等所患，然亦或累及貓狗等他種家畜。病之傳達異常迅速。一家之畜類患之，不久即傳遍鄰里，為害殊甚。牛類受染後，潛伏期約三五日。過此期後牛乃發熱，口粘膜腫，舌下段之邊緣，齒齦及舌之粘膜等處生與胡麻子大小相等之灰色小皰。皰內初含清液，繼則液變濁而皰漸大成淺潰瘍。涎過多。消瘦甚速。母牛（即產牛乳者）之乳頭及乳房亦多患此，致牛乳之色黃白而似粘液。

此病之傳染人類者亦不少。伯林地方曾流行數次，其症狀為發熱，消化不良，舌頰唇之粘膜生皰疹等。病之傳染似乎不由於食病獸之肉。

當病流行廣闊之際，有時有出血之趨向。病之豫後似乎不甚危，然或以為流行之際致命之數佔百分之八。當流行時，凡應用之牛乳皆宜煮過。病獸及病人皆宜隔離，並須注意豫防法，使人類及獸類不與病者接觸。

(二十) 鸚鵡病

PSITTACOSIS

此係一種鳥類之病而能染及人類者，其特殊性狀為厭食，虛弱，腹瀉，驚厥而致命。德，法，意等國有一種病，為人類所患；其特殊性狀係非標準的肺炎，劇烈之虛弱及喪志以及顯沉重之受染狀等。此則因與鳥類接觸而受傳染，由鸚鵡傳染者最多。此病常為家庭流行性，甚危險，致命之數甚大。英美亦曾發見二、三病。致病之微生物尚未審定。

(二十一) 落磯山斑疹熱 (扁蝨熱或蜱熱)

ROCKY MOUNTAIN SPOTTED FEVER (*Tick Fever*)

此係一種急性染病，在美國落磯山山脈一帶地方有之，其病原尙未知。病之媒介係一種扁蝨，又名八脚蝨 tick，學名 *Dermacentor andersoni*。此蝨多棲於數種鼠之身上。患此病一次後，卽有免疫性。獸類患之者，其免疫性能遺傳至所生之小獸。凡人類受染之後，潛伏三至十日乃顯寒戰，發熱，四肢大痛。病起後第二日至第七日之間，顯黑色斑疹，發疹處出血。疹與斑疹傷寒之疹彷彿相似。皮常腫，粘膜出血者亦不少。體溫升至百零三五度 (39.5° — 40.5°)。當病勢沉重時，譫妄昏迷。恢復約在第四星期左右。致命者百分之五至百分之七十。治法與治他種急性傳染病同。

(二十二) 恙蟲病又名毛蠱病或日本河熱或日本洪水熱

TSUTSUGAMUSHI DISEASE (*Kedani Disease ; Japanese River Fever*)

定義 此係一種局部地方流行急性傳染病。發熱，局部之皮膚膿皰及壞死，淋巴腺腫大，發斑疹等爲其特殊性狀。

病史方域及時令 千八百七十九年德國某醫士有日本河熱之報告，自是始視爲一種特病。流行之方域爲日本西部某某四河之沿岸偶遭河水氾濫之處；例如春夏之際河水氾濫，侵及沿岸數地，至秋七八月當該地收穫時卽有此病發生。

原因 病原未知。惟病毒之傳播已確實查明；實由於日本人所謂恙蟲 *Tsutsugamushi* 者所播。此蟲又名毛蠱 *Kedani mite* (學名 *Trombicula akamushi*)，其形與歐洲所謂秋蝨者相似。亦係幼蟲，色黃赤，腹部龐大，有六脚生於近頭之處，有毛，全身作短橢圓狀；發生於上述四河沿岸被大水浸濫之處。農夫等被此蟲所咬，則有受毒而成病之虞。無論男女老幼，皆能受染。患病後不能得免疫性，惟再患則畧輕。

症狀 經四至七日之潛伏期而症狀發顯，困倦，頭眩及痛，厭食，寒戰數次，體溫上升，陰囊及乳房等處生痘樣膿皰。繼則組織壞死而成黑色痂，周圍有深棕色環，不痛。隣近之淋巴腺腫大如核桃，受按覺痛。身體他處之淋巴腺亦畧受累而腫。熱漸升，歷五日達百零四度 (40°)。結合膜充血而眼球畧凸；且多顯枝氣管炎。脈搏洪而強，約九十至。脾腫大，大便秘結。經六七日，面部發顯蓋微紅色之斑疹，先顯於面，漸遍及周身；然頭及硬脣(脣盤)則無疹。前臂及軀幹兼顯苔癬形小疹，約於四五日後卽退，甚癢。熱高時病者面紅，夜或譫妄，皮與肌之感覺過敏，耳聾。病進行則各狀益劇，結合膜炎劇烈，咳嗽不止，舌乾而有黑苔；脣裂而出血，齒齦亦然。時或多汗。尿量減少。約至第二星期末，熱始間退，舌較淨；越數日，熱降至常度，其時

或腹瀉。黑痢脫而留一深邊之潰瘍，常於第二星期內見之；從此瘍漸癒而腫大之腺亦漸消。有時黑痢雖甚顯而大，而全身之狀或甚輕。反之則發熱劇烈，且兼患亦繁，有腮腺炎，血便（黑糞），昏迷，發狂，心弱或肺水腫等而致命。病程平均三星期，依病之重輕而長短有異。孕婦患者常小產而死。

此病之死亡率約居百分之十五。

病理解剖 所查得者如枝氣管卡他，血墜積性肺炎，脾增大，脾周圍炎，近結腸（關門）瓣之腸顯紅點，腹膜充血，腸系膜淋巴腺畧腫大等是也。

治法 既揣測其毒由蟲咬或外傷而入體，則當地收穫之人自應加意防禦並保持皮膚清潔，接近生殖部及腋窩之皮尤宜小心。無特設藥可療此病，按症狀治之可也。

(二十三) 豚毒性熱 SWINE FEVER

曾見數病，因預備培養基及剖驗豚體時受意外之毒而起。病程自十二小時以至於三日不定。受染之手指發腫，顯青紅色小結狀。有時其症狀與痛性遷移性紅斑 *painful erythema migrans* 相似而兼淋巴腺腫。用一種特殊血清療法，有時有功效。

(二十四) 戰壕熱 TRENCH FEVER

戰時居守壕塹之兵士，有時發生一類尙未十分研究詳確之熱病，統名之曰戰壕熱。病起驟突，顯劇烈之額性及眶後性頭痛，繼以腰痛及四肢痛。發熱突升至百零二至百零四度（三十九至四十）。迄第四日即速降至常度。此後體溫再升再降者甚多。病者不顯疹，亦不顯卡他症狀。此雖與流行性感胃不同，然醫士診斷此病，時誤認為流行性感胃。脾多可捫着，脈搏多緩，故又與登革熱相似。除以上所述與流行性感胃相似之一類戰壕熱外，尙有病程較長之類。此則每每回歸，有回歸至五六次者。回歸時之發熱甚短暫，短則數小時，最長亦不過一日餘。據現今醫界之意見而論，以為此兩類實係同一之傳染。此病有一種特性痛，係踝處皮膚感覺過敏。

此病之原因雖尙未查確，而其屬傳染性病類則已無疑義。能由人傳人。若將病人之血注射入他人體，即受染。至於平時病毒究如何傳播，則尙無確據；大抵不外乎因此病之有接觸傳染性及由數種蠅類或寄生物而傳播也。或云由虱傳遞，亦甚有理。據實地試驗之報告云，受染後之潛伏期自六日至二十二日不等；病毒似乎在血球內，白血球或赤血球不定。或疑此病即係昔時所謂多汗病 *sweating sickness* 同樣之病。十八世紀駐屯比國西南部之軍隊中曾盛行之。

治法。奎寧及柳酸鈉爲最佳之療治品，各用十五厘（1 gm）。若服奎寧後無不舒適狀，則第二日可再服奎寧十厘（0.6）及叟麥氏散十厘（0.6）；第三日可服奎寧五厘（0.3）及柳酸鈉十厘（0.6）。此後則每日服鐵，砒，香木髓素及奎寧等合製之丸三次，連服四五日。

（二十五）低熱病 LOW FEVER

歐美人之旅居熱帶及近熱帶地方者，患所謂低熱病者爲數非甚少。其特殊性狀爲病期無定及數星期或數月之體溫按日畧升，高罕過百零一度半（三八·五），低決不過九十九度（三七），兼顯顯著之精神不振。似乎無藥能見效。然調換空氣每有大益，而尤以旅行高曠乾燥之地及海濱爲然。每日體溫之升高極有規則，或在正午，或在午後，升高不久，至夕則降，清晨每如常。然有時亦有不規則者，或每日後期而發，致日漸較晚；或先期而發，致日漸較早。隨體溫上升而顯者爲疲倦，而尤以精神不振之顯著爲出乎此等輕微之發熱之例外。此病常起於熱天，而稽留持續至寒季，殊形頑梗，每致病者虛弱。然無物理徵。

此病之早期每可因調換空氣而得迅速之痊癒，係與器官性病之兼慢性間歇熱者如早期結核病，潛伏之阿米巴肝炎及慢性利什曼氏病等之不同處。然此病之慢性類雖調換空氣而發熱仍纏綿不退者則須注意檢查，始能與結核病鑑別。不特惟是，病之終局或且變成結核病。此外另有一要點，凡此病之每日發熱，其臻最高之度之時間每較他種熱病之時間早。

至於此病之原因，則據症狀及調換空氣之療效而論，似乎係氣候勢力所致之節制體溫機械性虛弱。

唯一之治法爲調換空氣，愈早愈有效。

第二篇 物理病

物理的原因所致之病

DISEASES DUE TO PHYSICAL AGENTS

(一) 中暈又名日射病(中暑)及中熱衰竭

SUNSTROKE; HEAT EXHAUSTION (*Insolation, Thermic Fever, Siriasis, Sonnenstich*)

定義 此等病係因感受大熱所致,依症狀之或發熱或衰竭或痛性痙攣等而分三類。

病史 此病之認明極早,嗣或誤認為中風(又名卒中),或腦炎。迨十九世紀,對於感受大熱致病之各種學說始益周詳,分為中熱衰竭 heat exhaustion 及中熱性熱 thermic fever or sunstroke 兩大類。近又附加一作業於熱度過高之處而致之中熱痛性痙攣 heat cramp 之病,共為三類。

方域 中熱性熱類每在熱帶,溫帶地方大熱浪驟至之際發生。中熱衰竭類之發生情況亦與前者同,而汽船機關室內之工人患之者頗不少;惟在製鐵廠之工人則較罕。

中熱衰竭 Heat Exhaustion. 熱帶及溫帶暑候較長處居民之顯神情沮喪,營業及飲食皆無精力等狀者甚多。小兒患之,多兼患腸胃症狀及發熱。至於真中熱昏倒,則特為不健或飲食無度或嗜酒等人所患。感受之熱氣或由炎天烈日,或由人工之熱氣如大汽船之機關室等而來。

症狀 初起時為眩暈,惡心,步態蹣跚等,病者面色青白,脈搏小而心動弱,或且隨即昏厥不省人事。至於體外,則或皮膚冷濕而有汗。直腸之溫度每低,腋溫或僅九十五六度(三十五至

三十五五)。病輕者如汽船之司機人所患，荷移至艙面即癒。重者則其昏厥變成昏迷不醒而殞命。

中熱性熱又名中暈或日射病 Thermic fever ; Sunstroke.

此則患者男子較婦人小兒為多。常因作業於熱度過高之處及着衣過厚或嗜酒等所致。兵士行軍時患者不少。歐人較華人及黑人易患；但在美國，則黑人患者亦甚多。

病理解剖 屍變早。屍腐或極速。靜脈之充血極烈，在大腦尤甚。左心室縮小，而右心室張大。血常不凝。肺充血甚。肝、腎顯細胞組織之變異。

症狀 在熱帶地方，患輕者含發熱及體弱外或無他狀。至於僅顯力乏者，或即上文所云之中熱衰竭，須注意診查，不可誤認為瘧熱或輕性腸熱病。患者或昏倒，因心力衰竭，呼吸困難，昏迷等而致不出一小時即死。此一類在行軍時常見之。有時立刻致命，一若病者頭顱受擊，故突然倒斃。較常見之類，每起於曝身烈日之際，頭痛，眩暈，有鬱悶之感覺，或惡心嘔吐。視力多受擾，致視物有彩色。繼則或腹瀉，或小便頻數。再後乃顯昏厥，或僅暫時，或成沈重之昏迷。病者到醫院時，多已不省人事，面紅皮熱，脈搏速而洪，發熱自一百七至一百十度（四十二·五至四十三·三），或且更高。呼吸艱而深，有時似鼾。肌常全行弛緩，但時或顫搐或輾轉不寧 *jactitation*，間或驚厥。瞳孔初起時或展大，迨來院時則已極縮小。皮或顯瘀點。致命之病每昏迷漸重，心衝動增速而弱，呼吸增速而淺，而成所謂切斯妥氏呼吸 *Cheyne-Stokes respiration*，歷二十四或三十六小時而死。

結局佳者昏迷漸甦，發熱漸退。此則或完全痊癒。其他或有明顯之後發病，而其最常見者為不耐炎熱。此等病人每遇溫度計高至八十度（二六·五）之熱時，即覺非常困苦。又精神上之專注力及記憶力喪失亦係常見之後患。此等病人每值

熱候，所患益增重。間有顯驚厥，繼以顯著之精神受擾狀者。又周圍神經炎亦係一種後發病。

診斷 中熱性熱罕有與惡性瘧熱及他種昏迷難區別者。中熱衰竭及中熱性熱兩者亦易鑑別。一則皮濕而蒼白且冷，脈小而軟，精神知覺或存留至終局時不喪失；一則熱高而昏厥甚早。

豫後 年邁，體弱，嗜酒者當熱候極甚之際因此致命之數甚或達百分之三四十；至於一般之致命數，則因時令而有等差。

治法 中熱衰竭宜多服興奮藥；若體溫較常度低，宜用熱浴法；有時須服鈣類藥。中熱性熱須速減其熱度。如用裹冰布，冰擦全身，冰水注射直腸等法是也。裹冰布及冰擦全身兩法皆經實驗，功效頗佳；曾對於臨危之三十一人用裹冰法，見效者十九人。欠氧極劇而命在垂危者宜急用放血術。驚厥者宜速用哥羅芳。他種治法則退熱藥對於此病亦可用，惟其效不及冰治法。

中熱痛性痙攣 Heat Cramps. 用肌力之人暴露其肢體於極熱之處，頗易發痙攣，多見於汽船火艙中之火夫及冶鐵之匠人。痙攣由自發者多為腓骨肌，臂肌或腹肌等；痙攣狀每重而甚痛。肌一經運動，受壓，或興奮如感電等，往往立致痙攣。痙攣之陣或纏綿十二至二十四小時之久。繼以肌有餘痛，又或身體大衰弱。

(二) 潛水夫病 (空氣大壓病)

CAISSON DISEASE (*Compressed Air Disease, Diver's Paralysis*)

定義及原因 此係沉櫃內之工人及潛水夫之病，係受空氣之壓過度，致體組織他收氧氣所致。蓋一時氣壓減少，氧氣屯積不及散，遂在血內結泡成氣栓子也。

凡氣壓愈大而離開壓力之時間愈急驟者，則危害愈大。尋常空氣之壓力每方吋十五磅 (453 gm)，在沈樞內者或達三四十磅，在水深十丈者則達四五十磅。水愈深，斯氣壓愈大。深礦內之工人亦有患之者。曩有鳩工築橋基於水底者，未曾先事預防，致工人因之成癱瘓或死亡者，竟達六分之一云。

病理 當人處大空氣壓中之際，由肺經過之血飽收氮氣，帶至全身，致組織皆飽收氮氣。血之體積佔全體二十分之一，而組織溶解氮氣之能力計三十五倍於血 (肥胖者或較大)。愈用力，則氮氣入體愈速，故不久體組織即完全飽收氮氣。當壓力減少之際，其進行與此相反：組織內之氮氣漸散入血而由血循環入肺氣泡，然後排出。血循環迅速之器官散氮易；遲緩者則散氮難，甚至屯積不能全散。例如某組織尚有氮氣百分之三，而血所能溶者僅其百分之一，即有成氣泡之虞。體液內之氮氣，祇須氣壓一減少，立即開始散出。此則僅以氮氣分散成氣泡，方發生損害。此項氣泡每成於血，關節滑液及神經系統等之內。依常例言：在成氣泡之前，必先有極驟之氣壓減少。脂組織及靜脈內之血所含之氮氣最易成氣泡。脊髓亦易受累。脊髓之組織含氣泡過多，則有破裂之虞而致患者成截癱 (又名下身麻痺) paraplegia。又氣泡塞肺毛細血管者亦或有之。

症狀 工人離沈樞後三十分鐘至一小時間，或顯頭痛，頭眩或發暈之症狀，而稍頃即愈，且不遺後患。重者肢體劇痛，其痛尋常在腿及腹部。有時兼惡心嘔吐，並或眩暈。癱處大抵在腿，發顯甚速，且輕重不等，重者運動及知覺二者全失。單癱及偏癱則罕見。癱之久暫依病之輕重而異。病極重者甚似中風；病者速昏迷，數小時內即死。

預防 凡受空氣大壓之後，不宜驟至氣壓低微之處，須按序減其壓力，俾體組織所飽收之氮得以漸由血循環至肺而排出。又在氣壓甚大之處作業，不可過久，以兩小時為限。

治法 病者一顯此患,迅令歸大壓之原處,再施漸減之法。凡工程浩大之處,宜設氣壓房 air lock。一般工人皆宜居工所隣近處,俾得隨時施治。痛甚者可酌用熱敷,揉捏及皮下注射嗎啡等法

(三) 升高量又名登山病 (空氣小壓病) MOUNTAIN SICKNESS

定義 此係氣壓過小所致之病,其特狀為皮紺,惡心,頭痛,腸部受擾,呼吸過度及有時暈倒。

病理 所顯各症狀皆係氧氣欠缺所致。蓋高山上氣壓既減,則氧氣即不足,初處其間,自難無恙。迨略為習慣,諸症狀即漸退,惟值勞動時則或再顯皮紺及呼吸過度等狀。在高山逗留兩星期之久,則肺氣泡內重碳酸鹽之壓力減至尋常三分之二,肺之潮流氣增加二分之一,赤血球及其血紅素增至一倍或一倍半。至於習慣則症狀漸退之故,大抵因 (一)肺泡上皮細胞之分泌力增加(生重碳酸鹽), (二)肺中空氣調換之容量增大, (三)血紅素增多故也。

症狀 皮紺,惡心,頭痛,呼吸過度,腸部受擾等為要狀,每漸退去。勞動時則或回歸。體弱者則或心力弱而心動間停;一經用力,或致心力衰竭而昏倒。又曾有登高山而顯頭痛,發熱,呼吸困難及體弱者。至於嘔吐,鼻衄,耳鳴,心速衝動等則為不常見之狀。

第三篇 中毒病

THE INTOXICATIONS

(一) 醇中毒又名酒精中毒

ALCOHOLISM; ALCOHOLISMUS

(甲) 急性醇中毒 Acute Alcoholism. 當飲酒過多之際,以神經系統之受其影響為主,而發顯之狀則為肌共濟運動失調,精神受擾,終則麻醉等。患者面色發紅,有時或微紫,脈搏洪足,呼吸深,間或甚慢,惟作鼾狀者則罕。兩瞳孔展大,體溫降低,若曾受寒則益低。至於患者之不省人事,大抵罕有十分沉重至不能覺為驚醒者,而問之之時則其答詞每似謔妄。或顯肌顫搖,然驚厥則少。口中全係酒臭。

診斷非難,然亦有錯誤者。中風將死之病人誤認為酒醉者有之。此則或係患者因酌飲後突發中風;然酒後中風者,其昏迷之狀較重,且有呼吸似鼾或偏癱之狀,如一旁之臂腿較為弛軟是也。

耽酒狂又名間發性酌酒病 Dipsomania. 此係急性醇中毒之一類,而多為有劇烈之遺傳的酌酒性趨向者所患。每間時癡發而酌飲,然在間期內則或全不嗜酒。

(乙) 慢性醇中毒 Chronic Alcoholism. 適度不過量之飲酒,雖或終身飲酒,亦或與身體無損。醇中毒所顯之狀如下:(一) 官能受毒 Functional poison, 如急性麻醉是。(二) 組織受毒 Tissue poison, 其病患多顯於器官之主質,如在上皮組織及神經系組

織則致逐漸之壞變，在血管膜則致增厚而終硬變。(三)諸組織與氮化合之作用受阻，因醇代脂而謝所致。此則致脂肪性變，有時或全身積脂。

慢性醇中毒所致重要之惡果列下：

神經系統，神經系統之官能多受累。當運動時，肌之動作不穩而微震顫。此震顫多顯於兩手及舌。智力或呆鈍，早晨尤甚，且非依其習慣飲酒後每不能經營事業。性易怒，健忘，而其道德觀念逐漸改變。判斷力及意志均薄弱，終則或成癡愚。精神錯亂之由此而起者不少。成癲癇者亦有之；若能戒酒，則所患之癲癇大抵不難治。

此外另有一種慢性醇中毒英文俗名 wet brain 者，病人因習慣飲酒過度而或顯震戰性譫妄，繼則顯倦眩；逐漸加重，至於昏迷，或且昏迷至數星期之久。晷發熱，惟無癱瘓，亦無視神經炎。尿狀如常。

神經系統不常有特別病徵可見。有時腦膜炎而變厚，或腦組織炎而粘貼於腦膜。最明顯之中酒毒效為醇中毒性神經炎，當另詳於後。

消化系統，胃卡他係最常見之症狀。口作濃臭。舌有苔。早晨未飲之時胃不舒適。胃口常敗壞。大便秘結。嗜啤酒者胃多擴張。

酒毒對於肝每致確定之變異，終則顯各種硬變。肝細胞顯原發性壞變。該細胞之易壞與醇中毒性硬變之病原有密切之關係。有飲酒不甚過度而數年之間即患肝硬變者。有耽飲三四十年之久而肝硬變不甚劇烈者。有時酗酒無狀者在顯肝硬變之前數年或已顯肝增大，捫之覺痛及間時脾腫等狀。隨肝胃受害而起者有一種殊特之面容，兩頰及鼻之小靜

脈擴張，鼻增大而紅，或成酒渣鼻（俗名酒糟鼻）*acne rosacea*。眼多流淚，結合膜充血或染膽色。

心及動脈。慣於耽酒者心及動脈壞變。動脈硬變以醇中毒為一種病原。心擴張係常見之症狀。

腎。慢性醇中毒對於腎之影響似乎不甚昭著。有時變大，然不甚受害。有時顯粒性變；此則或間接由動脈改變所致。

凡慣於耽酒者易致急性及肺的結核病。大抵因酒毒破壞組織之生活力，使之易受桿菌之侵佔也。

(丙) 震戰性譫妄 (中酒昏謔或酒狂) *Delirium Tremens*.

此係慢性醇中毒之一種情況。因腦受恒久持續之毒之侵擾所致。凡偶然乘興之飲酒者雖連日酩酊，大抵不致成此。惟慣於耽酒者則一旦過量狂飲，或因而激發。有時或繼突然停飲而起。此外如突遇不測，突受驚嚇及震撼，急性發炎（特以肺炎為然）等亦足致之。慣於耽酒者偶因受外傷（特以骨折傷為然）而入病院療治之際，多顯震戰性譫妄。此則似係突然停飲所致。故對於此等病人，宜畧飲以酒。尋常病初起之際，病者煩燥不寧，精神悒鬱，不能安睡。因是之故，飲愈無度。一二日後，則此殊性譫妄即起。病者恒續譫語，燥動不休，每欲外出辦理所幻想之事。視官及聽官幻覺 *optic and auditory hallucinations* 漸顯。自以為在室中見蛇鼠等，且或以為此等蟲獸在彼身上行走而對於此等幻覺之物非常畏懼。此等病人每須恒續看守，蓋當彼幻想 *delusion* 之際或躍出窗外或逃走也。聽官幻覺（或名幻聽）似乎較為少見。有時自以為聞獸吼或仇人嚇叱。肌多微震顫。舌有厚白苔，伸出時亦顯微震顫。脈搏軟而急，易壓。常發熱，然高過一百零二、三度（三九至三九五）者少。惟致命之病則熱度或較高。不寐係一常見之狀。病輕者經三四日後燥動不寧之狀漸退，病者得安寐而漸就癒。震戰每

持續多日，幻覺漸行消滅，而胃口亦回復。病較重者不寐之情況持續不退，譫妄不休，脈搏益弱且急，舌乾，虛弱達於極點，終則因漸進之心力虛脫而死。

於此又有所謂慢性醇中毒癡狂 *mania a potu* 者，醫士或以為係另一類。其病驟然而起，病者極兇暴，但罕有幻覺及震戰。

此外更有一種情況名急性幻覺 *acute hallucinosis* 者，聽官幻覺甚昭著而定方向能 *orientation* 不失。精神之擾亂固定。每有被人控告之幻想。介乎尋常震戰性譫妄及急性幻覺二者之間者，更有一種中介類。

診斷 此病之臨診狀況大抵不至與他病混淆，惟其發熱之類或可誤認為腦膜炎，而最易致誤之點則係局部病如肺炎，丹毒，骨折等之失察，蓋此數者皆足激發慣於耽酒者之震戰性譫妄也。是故凡遇此病，務須詳細檢查，而尤以檢查肺部為要。遇重病，更須謹憶以下二要點：（一）此病之重者（尤以發熱者為然）每多肺底充血；（二）易於伴肺尖炎而起之譫妄或與震戰性譫妄相似。遇病之發熱者尤宜特加注意。

豫後 此病可痊癒者為數不少。然癒後仍不戒酒，則勢必復發。

治法 急性醇中毒大抵毋須特別療治，任患者久睡，其惡效當自退。若顯沉重之昏迷，則宜洗胃。若顯腦力虛脫之狀，則宜摩擦四肢並用熱敷法。驚厥則可謹慎施用哥羅芳。至於狂狀兇急者，可注射阿坡嗎啡八分之一厘至六分之一厘 *apomorphin 0,008-0.01 gm* 入皮下，能使患者惡心並嘔吐而狂狀因之速退。

慢性醇中毒甚難療治，耽酒之癖既成習慣而能戒去者絕少。其最頑梗之類則係有昭著之遺傳性趨向者。第一要點係戒酒，而實行戒酒最妥善之辦法係羈留病人於病院或特設

之戒酒所。其利益有二：一則當初戒酒之一星期或十日內每宜注意守護，在此等地方則守護易也；二則此等地方無激動酒興之事情也。倘不便入病院或戒酒所，則家中亦可。居病者於靜室，日夜守護，使之無緣見酒，並屏絕激發酒興之情事。倘不寐，可服溴化物或亥俄辛 *hyoscin*。又奎寧及番木鱉素等補劑亦可用。總言之，離羣索居，使病者久無飲興，係唯一戒酒之法。至於有遺傳性趨向者，則無論如何，終或不免重入酩酊鄉也。

震戰性譫妄病人則宜臥床靜養，日夜守護。此等病人每幻想其旁若有仇敵及怪物，故每有私自逃走之虞。然不宜縛之於狀，以增加其譫妄。如萬不得已，則將所蓋被角繫定於床上，阻其燥動。至於聚三四人捺之按之，則決不可。除脈搏弱者外，宜立即戒酒。

此譫妄之不為藥力所能見效者佔大多數。至於用藥，不外使能安寐及補充精力。病輕者可每三小時服溴化鉀半錢（二克）及辣椒酒製成之調合劑。氯醛（哥拉）*chloral* 係一有益之藥，倘心力不弱，儘可引用。在皮下注射亥俄辛百分之一厘 *hyoscin* 0.00065 gm，有時有效。鴉片亦可用，惟須謹慎。用時可當作嗎啡，以四分之一厘注射皮下而細覘其效果。倘注射三四次後，病者仍燥動不寧，則宜停止不用。台俄那每次十五至二十厘 *trional* 1-1.3 gm，每四小時一次，可試用。亦有用麥角膏 *ergotin* 注射皮下者，施於急性或慢性醇中毒皆可。發熱之際則澆冷水，冷浴，冷濕布裹身，熱濕布裹身等均佳。昔日所用之狄吉他利大劑，不甚有效。

此外則謹慎飲食為第一要事。牛乳及肉湯最佳。若脈搏速而弱，可服醇調芳香餽酒精 *spt. ammon. aromaticus*。

(二) 鴉片癮—嗎啡癮或名慢性鴉片中毒

OPIUM HABIT—MORPHINE HABIT

(Chronic Opium Poisoning, Morphinomania, Morphism)

中國人患鴉片癮者甚多。近年來雖有禁烟之舉，慣吸鴉片者似乎較少，不幸有人趁此機會因謀利起見，秘密輸入嗎啡，於是曩日之嗜鴉片者今日一變而嗜嗎啡，嗎啡癮之數大增，一患未除而一患又起。願此實國民之自治力自愛心薄弱而不能痛除惡癖有以致之，於人何尤哉。

中國之吸鴉片者方法甚多：吸烟，吞灰，食膏者皆有之。至於嗎啡，據現在之觀察而論，則以注射皮下者為最多。有此癮之人可分三大類：(一)昔日之吸鴉片者近因內地不易購買鴉片而代以嗎啡；(二)纨绔少年及富裕之人無所事事而不能自制其癖嗜者；(三)因戒鴉片而用藥肆驅人之嗎啡丸，以致成癮。

至於歐美之患此者，多為婦人及醫士。蓋因久用嗎啡注射皮下以止神經痛等，乃漸習慣成癮者也。此則中國亦有之。

症狀 初成癮時症狀甚輕，或歷久無恙。曾見許多鴉片癮甚大而多年不顯精神及身體受大害之狀者。依一般之常例而論，大抵須逐漸增加其所吸或所用之量始得過癮(猶言始有效驗)。迨既吸既用之後藥(指鴉片或嗎啡而言)力漸退，則癮復發而顯疲倦、鬱悶等感覺，伴以微惡心及胃部困苦等狀，甚或有顯腹部痠痛者。凡有鴉片癮之人，面常顯一種青黃呆滯土色，身體瘠疲，髮早變灰色，燥動不寧，不能靜坐。發癢係一常狀。不能安寐，每多夢擾。食慾及消化均不良。除當吸用鴉片後藥力未退時，精神常悒鬱。間或出大汗；此則或先有寒戰。瞳孔常收縮或兩瞳孔大小不均，惟在藥力正盛時始展大。人之有鴉片或嗎啡癮者多虛假，無信用。婦人則或兼沉重之希司忒利阿及腦力衰竭。吸用此藥過久，則用量漸增，非至極大

之量不能過癮。終則成一種非常虛弱之情況，不能食，精力耗竭而死。或且早因併發病而死。吸鴉片者亦或所用之藥量不必漸增；每日以用嗎啡三四厘（〇·一五至〇·二克）為限，即可過癮，而仍能照常營業，且多年無碍。其身體亦復無恙，甚或外觀健全。

治法 欲去鴉片或嗎啡癮極難，一般之療法往往無效。最要之點有三：（一）隔離，（二）飲食有一定之法則，（三）漸減其所用之量。大抵患者必須入戒烟所，嚴加看護。開端之十日宜臥養。癮小而身體壯健者可立即禁止，然大多數須逐漸減去其所用鴉片或嗎啡之量。食品可用牛肉汁，牛乳，蛋白等。飲食之間期宜較尋常短。患者多顯極困苦之狀，而其尤甚者為腹痛，有時惡心並嘔吐，且非常燥動不寧。大抵不出十日或一星期，可完全停止吸用鴉片或嗎啡。患者之脈搏務宜注意守驗；其弱者宜用刺激劑如餽香酒及狄吉他利等治之。療治燥動不寧，可用熱浴。不能寐係一極困苦之症狀，可用亥俄辛 hyoscin 及索弗拿（又名瑟勒佛那勒）sulphonal 療之。仍不能睡，則或須再用嗎啡。平胃可用重碳酸鈉及香藥如薑，桂等；或以為宜早用貝拉朵那 belladonna 或阿忒羅品 atropine 大劑者。大約經數日後胃口漸開而人亦畧爽。際此，宜用補藥如番木鱉，番木鱉素，奎寧或磷酸鐵。

醫士當用鴉片或嗎啡療病之際，務宜十分謹慎，不可久用而致病者成癮，亦不可使之知所用之藥為何物，以免病者自行仿用。

又當戒此等癮之際，務宜日夜嚴行看護，謹防患者設法傳遞鴉片或嗎啡。余曾見日夜嚴守而猶能舞弊私行傳遞者，故必須細心查看方妥。不寧惟是，戒後再犯之人為數不少，故醫者必須對患者教以道德，曉以利害，使戒後不復再犯，方為有益。

赫羅印及可卡印 Heroin and Cocaine. 美國近年赫羅印及可卡印之用途大增。中國亦有嗜之者。此種癖癮似不較嗎啡癮爲深重，須受同樣之治療。

(三) 鉛中毒或名中鉛毒

LEAD-POISONING (*Plumbism, Saturniam*)

原因 此病在歐美地方甚廣播，而尤以營鉛業人及鉛匠，漆匠，玻璃匠等患之者爲多。鉛鑛工人少受患，而鎔鉛者則多，製白鉛粉之工人更甚。鉛毒之入人身，其原由甚多。意外之鉛中毒亦有多類，例如飲經過鉛管或在鉛水瓶內貯過之水，含酸並與鉛相接觸而收入鉛毒之酒，盛於鉛罐之牛乳以及用染髮藥，鑲假齒，或鉛彈入體，受藥用鉛劑等皆可致意外的鉛中毒。年齡無論少壯老皆可受患。最多見者爲三四十歲左右之人。小兒畧少。就男女言之，則以女人爲較易受患，且因而小產者甚多。作鉛工之女子每不能產兒。或云鉛毒能破壞男子之生殖能。

鉛入體之道有三：(一)呼吸道，(二)消化管，(三)皮膚。用含鉛質之脂粉，有因而中毒者。肺之吸收鉛亦甚易。然最普通者爲由消化管入消化管後，隨即被腎及皮膚所排除。故營鉛業者之尿每含鉛質。人之易受鉛毒性大有異同，有營鉛業僅一月即顯症狀者，亦有多年無恙者。

病理解剖 康健者體中亦或畧有鉛。曾見有一百五十人並未顯鉛中毒之症狀，而尿內含百分之二十五之鉛。又檢查因鉛性中毒而死之二百六十四人，其中由於腦病者三十二，由於急性腎炎者四十三，由於大腦出血者四十七，由於癱瘓者四十三，由於肺癆者三十八，由於他種病如肺炎，心病，動脈瘤等者四十，而直接因鉛中毒者四十四。

患慢性鉛中毒者，體內有許多器官含鉛。受患之肌色黃含脂而纖維組織增多。神經顯壞變性神經炎之情況。脊髓及神經根大抵不受累，而在原發性萎縮類則脊髓前柱之神經節細胞或亦受患。至於急性致命之類，則顯最劇烈之大小腸炎。

症狀 (一) 急性鉛中毒 Acute Plumbism. 凡自殺及誤食鉛毒之顯嘔吐，腹痛，暈倒等狀者不在此例。營鉛業之人繼受鉛毒不久而顯急性症狀者有數類。有先速成貧血者。有顯急性神經炎，驚厥，癲癇，譫妄等者。此譫妄或與醇中毒所致者相似。此外尚有顯最劇烈之腸胃症狀迅速致命者。以上所述各急性類為受鉛毒未久之人所患者較多，而冬季患此者較夏季多。曾見受鉛毒僅三日即發偏癱(半身不遂)者。

(二) 慢性鉛中毒 Chronic Plumbism. 慢性鉛中毒之要狀為痠痛，癱瘓，腦病三項，而尤以痠痛為最常見。此外尚有下列諸狀：

(一) 血之改變。 不甚劇烈之貧血所謂鉛毒性惡病質 saturnine cachexia 者常有之。赤血球之數減少至百分之五十者不多。有許多赤血球染色時每顯一種特殊之嗜鹽基性粒形變 basophilic granular degeneration。此種改變不僅鉛性中毒有之，然以鉛性中毒所發者為最昭著且最多，故可認為診斷上一要證。又顯有核赤血球(即貧血甚輕亦然)係一常見之狀。

(二) 齦之藍紋 Blue line on the gums. 此係一要徵，然非必皆有之。共有兩種，宜明辨之。一在齦緣及齒之間浮生於齦上而不深入齦內，故一經洗漱即行消滅。其他一類則係生於齦緣之特殊藍紋，其色不甚一致。蓋紋生於齦乳頭之內，故用放大鏡察視時顯間斷狀也。生紋之理，蓋鉛素在齦組織被齒沙(牙沙)之硫化氫 hydrogen sulphid，化為黑色硫化鉛 plumbi sulphidum

也。此紋或於受毒後數日即顯而數星期內即退去，或持續至多月不退。

(三) 腸痙痛 Colic. 此係慢性鉛中毒最常有之症狀。每有腸或胃之症狀(特以大便秘結為然)為其前驅。此痙痛與真痙痛相似，常係陣發性，受壓則減，而在痙痛陣之間期內多顯鈍而劇之痛。有時或嘔吐。當痙痛發作之際，脈搏增大而心之衝動徐緩。更有腹痛兼急性腹瀉時時發作，纏綿數星期者，甚或屢屢復發至三四年之久。

此等腸痙痛有顯急性腹內炎之狀況者，致或誤認為闌尾炎 appendicitis 或腸梗阻 intestinal obstruction。有時或顯局部性痛，輕熱，或不甚重之白血球過多。總之，查究病之來歷，觀之藍紋及血之改變三者已足為鑑別診斷之要證。

(四) 鉛毒性癱瘓 Lead-palsy. 此則屬原發性者甚少。受患之處以上肢為最常見。發顯時屬急性或亞急性或慢性不定。大抵不兼發熱。癱瘓之分布或僅限於一肌或肌之一羣，或屬全身性而不久即累及四肢及軀幹之肌。茲將局部性類及全身性類分述如下：

局部性類 Localized palsies. (甲)前臂類。指及腕之諸伸肌癱。此則橈神經(纏肱骨腦經)每受累，致成一種殊異之手腕垂 wrist drop。惟肱橈肌大抵不受患。若手腕垂病持續多時，則腕骨畧離位向後而腕背之腱鞘膨脹，於是腕處有明顯之腫而成所謂草呂幸氏腫瘤 Gruebler's tumor. (乙)肱類。此則三角肌，肱前肌，肱二頭肌，肱橈肌等受累；胸肌間亦有受累者，惟極少。此等癱屬兩側性。有時繼前所謂前臂類者而起。然亦有屬原發者。(丙)進行性肌萎縮類 Progressive muscular atrophy type. 手之諸小肌皆受累，癱狀甚昭著。此或係中鉛毒之初狀。縫工之顯此類病者最多。(丁)腓骨肌類。下肢受累者較上

肢少，其比例爲上肢一百對下肢十三。受累者爲腓骨諸肌，伸趾總肌，伸躡肌等。致成所謂跨閘步態 *steppage gait*。蓋因其足下垂，行時須提腿，與跨閘相似也。（戊）喉類。喉之內收肌癱瘓（喉閘肌癱）曾見之，然甚罕。

全身性類。有時或係一種遲緩之慢性癱瘓，以手腕垂爲前驅，逐漸累及四肢。然以急性癱瘓爲較多。不出數日，各肌全癱。有時其病程與上行癱瘓 *ascending paralysis* 相似而兼迅速之四肢消瘦。此類極少見。更有因膈受累而致命者。

此外更有兼發熱之鉛毒性全身癱瘓，與一種亞急性脊髓癱瘓 *subacute spinal paralysis of Duchenne* 相似。又有一種原發鉛毒性肌萎縮 *primary saturnine muscular atrophy*，其孱弱與消瘦同時併顯。此類多變成進行性肌萎縮類。

用電激檢查神經及肌，則顯運動徑下段受害之反應。癱瘓初起時小腿及諸關節常痛。惟感覺或不至受累。

（五）大腦症狀。此甚多。有顯視神經炎或視神經網膜炎者。女兒間或顯希司忒利阿症狀。顯驚厥者不少。故成人患驚厥皆宜細查是否中鉛毒。又癲癇間或繼驚厥而起。有時或顯急性譫妄兼幻覺 *hallucination*。有時或顯間發之昏睡不醒 *trance*；此或繼驚厥而起，或與驚厥輪替發作。鉛毒性腦病有致精神錯亂者，然不甚多見。微震顫係中鉛毒症狀中最常見者之一。

（六）動脈硬化。營鉛業者每易患動脈硬化兼腎縮小及心過長。病者體內每有痛風性沉着物 *gouty deposits* 屯集，關節特多。然在美國，則鉛匠患急性痛風 *acute gout* 者甚少。

豫後 症狀輕者豫後不危。鉛毒性癱瘓之原發萎縮性類則不佳。驚厥者亦危險。繼驚厥而起之精神症狀或不能癒。手腕垂或亦稽留不癒。

治法 凡營鉛業者皆宜注意於預防法。否則難免中毒。手及指甲宜洗濯潔淨。宜常入浴。營業時宜帶呼吸罩 respirator。若已知鉛已入體，宜服碘化鉀每劑五至十厘(〇·三至〇·六克)，每日三次。腸痠痛可用局部敷藥。劇烈者可注射嗎啡。又早晨可服硫酸鎂瀉劑。貧血者宜用鐵劑。病之急性劇烈者不宜服碘化鉀。蓋此藥能使屯積於組織內之鉛素自由出組織或且增加症狀也。局部性癱瘓可用按摩法及電療法。

(四)銅中毒或名中銅毒

BRASS POISONING

操銅業(如黃銅,古銅,白銅等)者,其中銅毒,不如操鉛或砒業者之中毒多。銅匠中之磨銅或常與銅屑接近者頭髮或畧顯綠色,而齒及齦間或有微綠色澱污。有時汗亦帶綠色,即浴後亦然。

銅屑或致皮膚發癢,西名曰“銅癢” brass itch。鑄銅時之烟氣可致殊特之症狀西俗名“銅匠瘧” brassworkers' ague 者,而兼顯“鑄工戰” smelters' shakes 及“鋅性寒戰” zinc chills。其症狀為急性寒戰,約在受鑄銅臭氣之激刺後數小時發顯;出汗,惡心;間或嘔吐,劇烈之口渴;脈搏急而細弱,熱度增加,然決不甚高;如此約二小時,則大汗。此病發作之全期,不過七八小時之久,故病者祇患病一日耳。病人中多數自言在一星期中,以在星期一(即星期日休息後)受患者較多。此病僅銅工廠之鑄銅及鋅者有之。工人中易患者居多數。此病似乎不甚損害身體,然而貝明罕 Birmingham 地方銅工之不永年者甚多。美國地方鋅工之患之者亦甚多。

治法。一劑吐藥及一劑瀉藥可以見效。亦有主張飲牛乳及用重碳酸鈉者。

(五) 砒 中 毒 或 名 中 砒 毒 ARSENICAL POISONING

急性砒中毒 Acute Arsenical Poisoning. 此患常見之,其主要症狀爲劇烈之胃痛,嘔吐,繼以腸痙痛,腹瀉及肛急等。間有顯腦力虛脫者。倘以上諸狀已痊癒,或繼發癱瘓。治法與治他刺激毒品同;如速用洗胃法,漱之使吐及服牛乳,雞蛋是。若所中之毒係由砒溶液而得,宜用六至八錢之透析鐵液劑 ferrum dialysatum 20-28 cc. 或多服濕氫瘍化高鐵(氫化高鐵酒半兩,水一杯,加可與化合之氫化鎂至有餘量)。

慢性砒中毒 Chronic Arsenical Poisoning. 砒係工業界常用之物,各種染色(尤以綠色貨爲然)尤屬需要。此等砒素能成氣或塵而飛揚空中,隨空氣入呼吸道,即可致此患。英國孟徹斯都地方因用沾砒之葡萄糖製啤酒,曾致廣播之流行。身之諸液皆能含砒乳及尿內曾經查見。醫界用不甚大之砒劑而致乖效者亦復有之。例如舞蹈病 chorea 及惡性貧血,每用砒劑,且劑量遞增,或增至每次服亞砒化鉀溶液 liq. arsenicalis 十五至二十滴,每日三次,可致此病。最常見之症狀爲皮紅而充血,臉或眉上腫,惡心,嘔吐,腹瀉等。更有齟發紅或出血及出血斑者。久服砒劑者手指或有麻刺之感覺 numbness and tingling, 又皮積色素及角化(表皮變厚) keratosis 二者每甚昭著。更有因角化而致上皮癌(又名鱗狀細胞癌) epithelioma 者;惟此進行甚緩,且鮮見。

砒毒又能致神經炎。上述孟徹斯都之流行,患者皆有神經炎之徵兆及皮膚之損害二者,一部分以屬感覺之症狀爲主,其他一部分則以屬運動之症狀爲主。此則病者不能行走,並不能用手。更有患肌共濟運動失調者,與脊髓癱相似。顯迅速之肌萎縮者亦有之。患紅斑性肢痛病, erythromelalgia 者不

少。以消化管及呼吸道之卡他爲主要症狀者間或有之。皮膚症狀之最昭著者爲積色素,角化,疱疹等三者。

砒毒性麻痺 Arsenical paralysis. 此與鉛毒性麻痺之特殊性狀相似,惟其受患之處腿較臂爲多,尤以小腿伸肌及腓骨諸肌爲然。病者顯屬於周圍性神經炎的跨闕步態 steppage gait of peripheral neuritis.

療法. 用瀉藥及利小便藥排除砒毒。各症狀宜用各該相當方法療之。

(六) 氣體中毒 Gas Poisoning

一 一氧化碳 Carbon Monoxide. 急性中毒之爲燃光類氣體所致者比較的佔多數。至於慢性氣類中毒之多寡,則不能臆斷。凡職業之須在大火爐旁執務者(在火車駕駛處及用火爐之工廠等)及業礦工者(此係一氧化碳由爆裂而出者)間或中毒。一氧化碳之功能係使氫血紅素內之氫喪失,致其携氫(或帶氫)功用減少也。

重要之症狀爲一般的不舒適感覺,頭痛,頭昏,惡心,嘔吐及昭著之肌力虛弱。苟所中之毒氣多,則病者漸睡甍,以至於昏迷不醒。每有顯肌顫搐及驚厥者。在此時期,呼吸必驟速;脈搏亦常速而弱。皮色發紺,且兼一種殊特之紅色。血之色鮮紅。肺性併發病係重要者,在中毒後若干時發現,而尤以枝氣管肺炎爲然。此外尙有許多神經系性病繼之而起,如神經炎,震顫,麻痺等是。

在慢性中毒則以頭痛,頭暈,惡心,虛弱等爲常見之症狀;然亦有顯精神受擾者。急性類之診斷鮮有懷疑之點;呼吸之臭味甚殊特,而分光鏡之試驗爲肯定性。

治法。大抵為將患者離開該毒氣地點，多用氧氣及人工呼吸法，再用刺靜脈放血法及血移注法，或用鹽溶液行皮下注射法。並可用活潑的激刺法。

二硫化炭 Carbon Bisulphide. 此種硫化炭係用以製彈性樹膠(橡皮)者，有時或被其毒所中。常見之症狀為頭痛，頭暈，不眠，精神不振等等。繼則或顯麻木區域及感覺異常等。視味兩覺或均變異。終則顯許多神經系統受擾之症狀，甚或與機質性神經病系甚相似。預防法甚重要而且有效，至於治法則純屬症狀的。

戰時之氣類中毒 Gas-Poisoning in War. 歐戰時用毒氣作戰具者甚多。今醫界研究之點，係中毒後之效果。已考得有數種如下：(一)結果成精神病者時有之，多數係時間問題，久則漸漸自愈。(二)呼吸道之實際損害，此一種結果之總數尙未能審定，大抵以慢性枝氣管炎及氣腫等為最重要。(三)呼吸交換之變異，此或係永遠之結果，不能療治者。(四)對於能否致結核病性增加，則尙無確證。

(七)食物中毒 FOOD POISONING

“筮中有毒，”其原因甚多。通常分食物毒為內生性 endogenous 外生性 (外來性) exogenous 二種。內生性者，謂物之本身有毒也。就狹義言，此質不能名為食物，惟因其不易與食物辨別，故誤用為食物耳。例如有毒之蕈每誤認為可食之蕈是也。毒蕈含有一種毒性劇烈之質鹼 (又名有機鹼物舊名蟻) alkaloid 名蕈毒素 muscarine 之物，故能毒人。魚類之中亦有有毒者。誤食之即致病(西印度中國及日本均有此等事)。至於食物毒之屬外生性者則尤多於前一類遠甚；凡食物之本身無毒而意外與他物接觸致有毒性者皆屬此類。食物有時能含致病

之微生物如結核桿菌,旋毛蟲等。牛乳能被腸熱大腸類桿菌所染而傳播病毒。

獸類或昆蟲類(如蜜蜂等)或因所食之物而致其肉及其所產之食品(指蜜及牛乳等而言)能毒人。穀類食品或被黴菌所染,而致麥角中毒病 ergotism 之流行。

各種食品皆可因腐敗而具絕大之毒力,尋常所謂死體毒素(又名妥美毒) ptomaine,其實大半爲此。眞妥美中毒 true ptomaine poisoning 實甚少。尋常將此名稱與食物中毒同用。蛤蚌中所含之毒素名 mytilotoxin 者在吾人所知之妥美毒中,爲最兇烈。

茲將較常見之食物性中毒分述如下:

肉中毒 Meat Poisoning 中毒之由於食含細菌之肉或化學的改變之肉者不少。共分數類。

(一) 肉含大腸桿菌或腸熱大腸類桿菌之類 中毒重者食該含毒之肉後數小時即顯症狀。嘔吐兇烈,腹瀉,腹痛,腦力虛脫,甚或在二十四小時內即致命。體溫或近乎正常。各個體中毒的反應大不相同。曾審查七十三病,其輕重一一殊異;自極重之霍亂狀以至於畧發熱或頭痛者皆有之。更有毫無症狀而僅顯腸熱病性血反應者。此等病內有與副腸熱病極相似者。而其桿菌可分爲兩類:(一)腸炎桿菌類 *Bacillus enteritidis*, 又名格忒納類 Gaertner type; (二)衰缺克類 *Aertryck type*。此等菌可由糞內分離取得,由血內取出者甚少見,且有特別血清反應。

此等中毒每不能預知,蓋肉雖含毒而其形色臭味或無變異也。此種危險以牛肉爲最多。牛之未宰時已有膿毒病或腹瀉病者尤然。豬肉之含毒者亦不少。

(二) 肉已腐敗之類。此等肉之形色臭味皆已變異。所生之毒素多由蛋白(脛)質攝水分解 hydrolysis 而來。所致之症狀或由該蛋白質化成之毒所致,或由伴染之菌(如變形桿菌 bacillus proteus 及大腸桿菌)及其毒素所致。

(三) 臘腸中毒或名肉毒桿菌中毒 Botulism; Poisoning due to Bacillus botulinus. 此菌在火腿及臘腸內發見;食一火腿而患臘腸中毒者計見五十餘人。當初認為專係一種肉類中毒;近始發見植物食品(尤以罐頭蔬菜為然)中亦有此毒。此係一種真毒,成於食物內,而為人身胃腸兩道所吸收。熱至沸點,即可消滅之。此毒能致動靜兩脈內發生顯著之血栓,兼腦膜及中央神經系統之出血及充血。至其對於神經節細胞是否有特別作用,則尚未詳。症狀顯於四至三十小時之間,為虛弱,視力擾亂,複視,調視機能喪失等。眼肌癱常有之;大腦運動神經或有受累者。眩暈及不全共濟運動亦常見。感覺不受擾。繼則顯口及咽乾燥,喉收窄而說話及吞咽艱辛。大便甚秘結。致命之類,大抵於四至八日間因心力衰竭或呼吸器官頹敗而死。治法,係症狀之類;洗胃,瀉及灌洗腸諸法有效。宜多飲水。

此外鳥類之肉亦或含毒,鵝肉尤然。獸肉中惟羊肉有毒者不多見。罐頭食品亦有含毒者。中國肉商每有售病死之豬牛肉者,故中肉毒者甚多,尤以夏秋兩季為然。其症狀為腸胃之急性刺激。潛伏期約十二至四十八小時,然以經過二十四小時左右者為最常見。症狀大約突起,然亦有在潛伏期內先顯疲倦,不思飲食,惡心,痠痛等者。症狀初起時,三分之一為怕冷。或兼寒戰,呼吸困難,昏厥,出冷汗等。亦有初起時顯頭痛及身痛者。此病無論痛起於何局部,終必延至腹部。無論初狀如何,終必顯嘔吐,腹瀉,腹痛等,而腹瀉較嘔吐尤為常見。瀉或不能止。糞惡臭,常成黑色。痛極凶急,力竭昏厥,出冷汗,

肌無力，病者非扶物或不能起立。頭痛係一早顯而常見之狀。口渴困苦者佔多數。舌苔厚，作棕色而邊紅。早期皮冷，繼則發熱，熱約百零二三四度（三八五至四十）。病重者有時皮雖冷而病者覺熱，致煩燥而自去其衾被。脈搏常速，或增至百二十八至。

乳中毒 Milk Poisoning. 牛乳之腐物寄生菌 saprophytic bacteria 所染者能致中毒。詳後小兒腹瀉篇。又由乳製成之食品（如牛乳餅）亦或含毒。中此類毒者顯腸胃之急性刺激狀。

魚及介類中毒 Fish and Shell-fish Poisoning. (一) 殼菜(蛤蚌類)中毒 Mussel poisoning. 殼菜之肝內有時含毒，而特以產於不潔處之殼菜為然。此痛極劇烈，無論生啖或熟食皆可致病。其症狀為神經系統之急性中毒，而無腸胃刺激狀。病者畧覺麻木及冷，不發熱，瞳孔展大，脈搏較急，甚或腦力虛脫，二小時內即致命。又食牡蠣(蠔) Oyster 之不新鮮者，亦能致病。此則大抵顯腸胃症狀。

(二) 魚中毒 Fish poisoning. 有二類：(甲)由活魚體一種腺所生之毒；(乙)由死魚體之細菌所成之毒。中國及日本毒魚之種類甚多。更有毒甚烈者，能致沉重之神經系統症狀，甚或數小時之內即致命。長江下游及浙江省之北部產一種大腹之小魚名河豚 globe fish 者，味極美而食之者時或中毒。毒性極烈，甚或不出一二小時即致命。且每有因食河豚而致全家毒死者；更有欲自殺而食之者。日本人之因食河豚而死者亦甚多。

穀及蔬類中毒 Grain and Vegetable Poisoning. (一) 麥角中毒 Ergotism. 常食被麥角黴菌 ergot fungus 所染之穀類食品者每致麥角中毒。歐洲有幾多地方曾有此病流行。病之屬慢性者可分二類：(甲)壞疽性類 Gangrenous type. 係司法社林

酸 sphacelinic acid 所致。四肢患壞疽，大抵在指及趾；耳及鼻患壞疽者較少。壞疽將起時，每有麻木、刺感、痛、肌痙攣，局部血管漸積血等狀為之前驅。

(乙) 驚厥性類或痙攣性類 Convulsive or spasmodic type. 此係可汝廷 cornutine 所致。所顯之神經系統症狀甚昭著。初起為疲倦、頭痛、體之各部有麻刺覺或微熱。經十至十四日之久，始顯痙攣狀。肌攣縮，臂屈、腿及趾伸。此等痙攣或僅數小時，或持續至數日之久。更有時或回歸者。病重者則成癲癇，甚或驚厥而死。精神症狀甚常見。或僅初起時譫妄，然在慢性麥角中毒則成憂鬱病及癡愚者較多。更有患慢性脊髓後索變而顯運動性共濟失調，與肌共濟運動失調病相似者。

(二) 山鰲豆中毒 (野豌豆中毒) Lathyrism (Lupinosis). 此因久食山鰲豆屬 Lathyrus 而起，其症狀為痙攣性癱瘓 spastic paralysis，多累小腿。或進行而成截癱。臂受累者罕。其病原大抵係豆毒所致之一種徐緩之硬變。病理解剖如何，尙未檢確。

(三) 蕈類中毒 Mushroom poisoning. 症狀為 (一) 煩燥不寧，甚至於譫狂；(二) 瞳孔展大及視力擾亂；(三) 脈搏遲緩；(四) 瀉及吐。症狀與蕈毒素中毒 muscarine poisoning 甚相似 (許多蕈類內即有蕈毒素)；惟以上各類症狀同時併顯等甚少。有時食尋常可食之蕈類後，亦發生以上各症狀。治法，宜頻頻洗胃 (因蕈粘着於胃壁，不易洗下故)。洗射硫酸阿忒羅品 atropin. sulph. gr 1/50；必要時，可隔三十分鐘繼續注射。此係解蕈毒素者。

治法 務須查明中毒之原，毀除該毒物，洗淨其胃。用有力之瀉鹽類劑瀉淨腸道，有效。又用皮下或靜脈注射法注射鹽液，亦能排毒。

第四篇 養素缺乏病

DEFICIENCY DISEASES

(一) 陪拉格拉 PELLAGRA

定義 此係一種養素缺乏病，間期發顯，其特殊症狀為腸胃受擾，皮膚損害及神經系統變異之趨向等。

方域 此病最盛行於意大利，羅馬尼亞兩國。西班牙，葡萄牙，法蘭西，埃及，美國，中華（上海）等亦有之。此病似乎畧有地方性之趨向，且鄉間較城市為多。

原因 共有兩大種理論：其一為食物之缺點，即缺少維生素（生活素）vitamin 所致。換言之，係一養素缺乏病。其二由數種傳染而起。後者之傳染物不能直接由此人傳染彼人。前者每由食玉蜀黍而起，其病理與腳氣之由於白米相似。

年齡 以二十至四十歲者為最多。**種族** 以黑人較白人為易受患。**男女** 女子較男子畧多。**職業** 在歐洲多係食力之工人，惟美洲則不盡然。**時令** 春季最盛行，秋季亦有之。

病理解剖 此病之病理解剖無特況。其急性類腸壁或萎縮，體內器官顯脂肪性變，神經系統之組織改變。脊髓胸段之側索（旁柱）及胸頸兩段之後索（柱）俱變壞。病人精神改變而兼腦萎縮者嘗見之。

症狀 症狀之輕重大有異同。發顯之期大抵在春季，亦有在秋季者。常復發。每再發一次，身體之受損亦更進一層，而尤以神經系統為然。病之初起大抵在春季。顯虛弱，頭痛，精神不振等無定之症狀。

消化系統 滋養道之受擾常為早狀。口內或覺熱，而味覺喪失。口炎常見，粘膜紅腫，或皮脫而潰爛致咀嚼時痛。厭食，惡心，嘔吐，消化不良諸症狀亦常見。此外則有腹瀉，有時為痢，每劇烈且痛，糞含漿液或血。間或與大便秘結輪替而發。

皮膚 紅斑每由手背而起。初起與曬焦者相似。或浮腫。患處之界線甚明定，大抵由腕之關節下延至指之末節。面，頸，足等之受患或亦相同。有時此狀不復進行，受累之皮色變深而表皮脫落，後則畧有色素留存。有時該紅斑進行而成皴，內含漿液或膿，繼則變乾而裂。迨乾而脫屑後，其

養素缺乏病

皮或乾燥而作深紅色。倘繼續再發，則皮變厚而色黑；終或變薄而萎縮。日光之曬射雖或助成此紅斑，然非致此之病原。蓋此紅斑有時生於不露日光之處也。

神經系統。 頭痛及頭眩係常有之狀。精神症狀如昏憤，愚笨，怠惰，疲困，煩燥，恐怖，鬱悶，性情改變，視及聽或有幻覺每甚顯著。此等情況或進行而成劇烈之憂鬱，致終成癡愚。更有躁狂者，此或有自殺之趨向。至於因脊髓變異所致之症狀，則依損害之輕重而異。如痙攣，感覺受擾，肛門或膀胱括約肌癱瘓，腿反射作用喪失等皆是也。

血則除顯繼發性貧血外無他特狀。體溫大抵如常，惟急性類則發熱。

臨診類別 此病可分為兩大類：（一）急性類；其症狀為發熱，顯著之虛弱，劇烈之腹瀉，譫妄昏迷等。進行甚速，或於數星期內致命。（二）慢性類；此則症狀較輕，惟有每年再發之趨向；且每次再發，病者益形虛弱。此病多致精神改變。致命者多由於體弱或兼患他病。幸再發之病不一定較先發者重。曾見有患此病二十五年而尚生者。病之不顯皮膚損害者亦嘗見之。

診斷 據皮之紅斑，口患，消化管及神經系統症狀而定診斷。

豫後 急性類豫後不佳。美洲所有者每甚危重。在歐洲者慢性類較多。至於發熱，皮生皴，精神受累者，則亦惡。

豫防 飲食起居宜守衛生之道。玉蜀黍類食物不宜多用，陳腐者尤宜嚴禁。此病之原因雖未查確，然醫界認為起因於食物成分不全者佔多數。據此而論，則蛋白（脛）類食法或能阻止復發，一若施治於腳氣，亦未可知。此病雖未必有傳染性，然亦宜注意消毒。

治法 預防法宜注意實行，移居以調換空氣並改良食品亦為要法。急性類宜臥養。飲食不可減少，以滋養品愈多為愈佳；即腹瀉亦無礙。又宜多用食鹽。藥品則以砒類藥為最佳。又法，取病癒者之血清行注射法，甚效。其他則依症狀療治可也。

（二）腳氣 BERI-BERI (*Kakke, Endemic Multiple Neuritis*)

定義 此係一種養素缺乏病，因食品中缺乏一種成分名維生素或生活素 *vitamins* 者而起；其臨診特狀為多數性神經炎，水腫，肌枯等。

凡多數性神經炎之屬於所謂腳氣者，有數類。而其在中國及日本地方最多見之類則係因食品中欠缺米外皮所含之一種特別維生素而起。

方域 日本,印度,中國,馬來羣島,斐利賓羣島,臺灣爲此病盛行之區。南美洲,南非洲,澳洲北部亦有此病。歐洲甚少。中國在沿海各埠特多,內地罕見。

原因 醫界對於此病之原因有兩種主張:甲派以爲係一種急性傳染病;乙派以爲係一種新陳代謝病。據甲派一方面而言,曾經多次研究,迄今未能查確一定之微生物。然據乙派一方面而言,則近數年間在東方之諸研究家似已證明此病之原因實爲食物成分不全。其理論及實驗如下:遠東地方(指日本中國馬來等而言)之脚氣實由於以白米 polished rice 爲食品而起。所謂白米,蓋即糙米(日本名玄米) unpolished rice 之經舂碾而無外皮者。但米外皮中所含者究係維生素,或係若干磷化合物,尙未十分斷定。一般之傾向以爲係水溶性維生素乙 water soluble vitamin B。白米既無外皮,即無此素,故常用爲食物則致此病。以上所述之理論皆由實驗而得。例如日本海軍中昔時此病盛行,近因改良食物,不用白米而此病大減,即其一證也。至於不用米爲主要食品之地方亦有此病,則係所用食物中缺少維生素之故。

除因食細舂之白米而發生者外,尙有兩種原因亦能發生此病:(一)食品中缺乏抵抗脚氣病之維生素;(二)食品之曾經用熱度消毒者,例如由消毒器製過者。因此之故,船中,牢獄中,教養院及其餘許多地方雖不用米爲尋常食品,亦有此病發生。法國醫家之在東方者,以爲食白米及食物中缺少維生素未必定爲脚氣之唯一原因。蓋雖常吃白米而不患此病者佔大多數,足見僅吃白米一事不必定致此病,必有他種原因助之使成也。此說甚有理;凡人烟過於稠密,起居不合衛生,天氣溫熱,受寒,受濕等亦或能助成此病,固亦意中事。總言之,脚氣之根本病原或係由於缺乏維生素而起之一種新陳代謝紊亂所

生之壽，亦未可知。患者男較女多，窮人多於富人。歐洲人之謹守衛生者罕患此病。

症狀 潛伏期無定，約有數月之久。據守培氏 Scheube 之意見，此病在臨診上可分為五類：

(一) 不完全或始基顯類 *Incomplete or Rudimentary Form.*

病甫起時顯卡他症狀，繼以四肢軟弱而痛，腿之感覺多變異而間或喪失。有時或畧顯水腫。再後則體之他處亦顯感覺變異，病者自覺心悸動，腹部不舒，間或呼吸短促。有時肌亦軟弱而觸痛。如是速即數日，遲則數月，症狀退去。惟溫暖氣候一至，則或復發。就實際言，此係脚氣病之輕而慢性者，有時或變成下列之他類。

(二) 萎縮類 *Atrophic Form.* 初起時與上一類大致相同，

惟四肢之失力進行較速。病者不久即不能步行及舉手；即或能行，亦必顯跨闖步態 *steppage gait*。肌萎縮，受捏則痛。面肌亦或受累。手之伸肌受累者較屈肌多而且早。感覺受擾同前。此類所顯之神經痛，水腫及心悸動三者不甚昭著。病起一星期後，深反射作用（如膝反射）喪失，惟淺反應仍如常。檢查心部，則知心尖觸胸壁之界過廣。腹上部，頸靜脈，頸總動脈等皆顯搏動。叩診時，心實響區過闊。聽診時，心雜音多顯於收縮時，心之第二聲常有重複響，此係主動脈瓣及肺動脈瓣關閉不齊之故。第一聲及第二聲後之間歇時長短相同，心易被刺激，稍用力即悸動；此即心神經受患之徵。心之右房室擴張，肺靜脈充血，致肺水腫。動脈之血壓變小。

(三) 水腫類 *Dropsical or Wet Form.* 此類初起時亦與前同，

不久則水腫昭顯，遍佈全身，兼漿膜腔積液，心包尤然。有時水腫散列身之數局部不相連合；惟陰囊腫者罕。肌萎縮及感覺受擾之狀不甚昭著，惟心症狀則較前兩類劇烈。故心悸動，心

搏動過速，呼吸短促等狀常見。病者不能行走，因呼吸困難且腿腫肌弱故也。舌無苔，厭食，惟體溫不升。有時因心部不舒，食後胸口不適，而病者不敢多食。當水腫時，尿量減少。體之消瘦在水腫時每不甚明顯。

(四)急性類又名惡性類或心類 Acute, Pernicious or Cardiac Form. 此係不常見之類，初起時症狀不重，與第一類相似。然進行迅速，每有急性心力衰竭之虞，甚或於二十四小時內致命。病者呼吸短促，面變青色，眼向外突，胸骨下及腹上大痛，頸部血管顯急速之搏動，脈搏速而小，且停亂相間，手足冰冷，不久即死；然以症狀纏綿數星期者為多。有時或顯瀰漫之癱瘓兼感覺喪失。

(五)標準類 Typical Form. 水腫類及萎縮類或相併而發。例如既有運動神經之受擾而致水腫，同時又有周圍神經受累致肌癱瘓及萎縮是也。有時一標準的水腫類乃在尿量大增之後不久腫脹之體僅剩一把皮骨，全然變成萎縮類。此一類乾（即萎縮）濕（即水腫）兩備者，斷難歸入以上所分之水腫類或萎縮類。故司替忒氏 Stitt 主張稱為標準類。其症狀大抵與水腫類同，惟同時兼有萎縮類之感覺受擾狀。迨後期則其水腫情狀與腎炎相似，惟陰囊不甚受累耳。

印度國所謂流行性水腫 Epidemic dropsy 為一種脚氣病，症狀與正常脚氣同，惟體溫略高（九十九至一〇二度），且神經炎不重。

嬰兒脚氣 Infantile beriberi. 有急慢兩種，惟急性者較多。症狀急性者忽然大痛，心動過速，其痛屢發，隔數小時即死。慢性者有嘔吐，便秘，心動過速，水腫等狀；不麻痺，致死亦多。年齡一至三月。原因在其母患脚氣或顯或否而母乳缺維生素。

養素缺乏病

豫後 致命之數自百分之二三以至於百分之四五十甚無定。大約水腫類之致命者較萎縮類多。病毒不累及心神經者，致命之數甚少。惟病勢甚輕者亦宜十分注意，不可輕忽；蓋心病或突然而起也。有時從表面視之，似乎病勢極重，病人形消瘦立，乃竟無致命之虞。有時症狀不重，而心已受累，不久即死。總言之，病之危否可視察心狀而定。膈肌及肋間肌癱瘓，漿膜腔積液及尿極少者亦為危狀。吐者尤危。

病理解剖 最明顯之情狀係周圍神經之變異。該神經之纖維軸及髓鞘均受變性炎之累。在急性類，不僅此種神經如此，迷走神經，心神經及膈神經等亦然。隨意肌纖維及心肌纖維亦顯顯著之壞變。心之各房室擴張，而尤以心右室為然。

診斷 在近熱帶地方，此病每不難診斷。倘不在熱帶地方，而知病者初由熱地而至，顯周圍性神經炎兼水腫者，則須細查是否此病。尋常診斷此病，大約依水腫及多數性神經炎而定。惟有時所顯症狀如麻木，水腫，腓骨肌受按畧痛，膝下失反應等僅以踝部為限。凡遇顯身微癱瘓或水腫，心悸動，痠痛等狀者，皆宜細查是否腳氣。又此病之不顯水腫及心受累之狀者，每易誤認為他類多數性神經炎。故宜與砒、砒、鉛等中毒詳細鑑別。又標準類有時或誤認為腎炎。此種誤認在腳氣盛行之地大抵無之。

豫防 不用白米為主要之食品而用糙米，對於預防腳氣已奏非常之效。故禁用白米實為第一要法。然須知不僅米之被舂碾而失去所含維生素者足致腳氣，即他種穀類之失去該素者亦能有同樣之乖效。罐頭食品之經施用防腐法過分者亦然。新鮮之肉類及菜類皆為預防此病之有價值者。然受熱過度（此與罐頭食品相似），則或失去所含之維生素，不但

不能有預防作用,且反將助成此病。有多次脚氣之流行,其來歷實發源於專用肉類及菜類罐頭食品。故除不用白米外,以上所述各節亦宜注意。

斐德氏 Vedder 對於預防法曾主張若干條件,設想殊周;不僅對於此病有益,且能預防陪拉格拉。茲擇要錄之如下:

(一) 凡米宜用半白半糙,未經舂碾過度之米。(二) 豆、豌豆及他種豆莢類皆有阻止脚氣之作用,至少每星期宜食一次。(三) 新鮮菜蔬及水果宜常食。(四) 大麥有阻止脚氣之作用,宜多用。(五) 罐頭食品不宜常用。

治法 第一要法係禁止能致脚氣之食品,而用含該重要之維生素者。然行此法,必須對於病者飲食的嗜好及習慣十分注意。例如新鮮牛肉為患此病者佳良之食品。然就習慣及嗜好而言,則厭惡牛肉之人固亦不少也。蛋(尤以蛋黃為要)及未煮過之新鮮牛乳係有價值之食品。酵母有極大之療效,麥精亦佳。橘子汁亦可用。又每日用酵母後,宜加用米外皮 rice polishing 一百五十克。嬰兒每二小時可服米外皮流動膏二十滴。凡飲食起居宜謹守衛生法則。居處宜高爽。每日飲食之時間及量以量少次數多為佳。病者宜臥床靜養;有心症狀者尤宜謹慎,即在床上亦不可坐起,以防突然心力衰竭而死。宜多服鹽類瀉藥(如芒硝),以清腸消腫。補心之藥可用狄吉他利酒小劑。番木鱉素亦可用。若顯急性心症狀,宜服百分之一之鼠酸甘油溶液 sol nitroglycerin 1%;每次三至五滴,每十五或三十分鐘一次,至危狀退去為度。心擴張極烈者可吸或注射亞鼠酸澱粉基 amyl. nitris。苟不見效,宜刺肘靜脈放血十兩。若血不出,可用割頸靜脈法。放血之法每有大效。若危狀再發,可再放血。心包或胸膜積液過多,致礙心及呼吸作

用者，宜吸引該液。治肌萎縮及感覺喪失等，則電揉捏，被動性運動 *passive motion* 等均可用，必以不致肌痛為限。

(三) 壞血病又名青蓮病

SCORBUTUS—SCURVY

定義 此係一種養素缺乏病，由於食品中缺乏一種維生素 *vitamin* 而起。其殊狀為極沉重之虛弱，兼貧血，牙齦變海綿樣，並易出血。

原因 此病歐洲古時已有之。戰地之兵士，久航之舟人，患之者尤多。是以有“舟人的禍”之稱。近來此病之病理及病原漸明，故舟人之患之者亦驟減，僅商船中因有時適宜食品不足之故，間或發顯。在俄國若干地域，認之為地方性病。英國則極少見。

致病之原係缺乏抗壞血病性維生素 *antiscorbutic vitamin*。此種維生素有下述各項特性：

(一) 極易受乾燥之感，故遇乾燥即迅速消滅。(二) 極易受熱度之感。在百度表六十度(一百四十)之熱中一小時，百分之八十可被消滅。然其消滅之速度則不因熱度增高而速增。(三) 遇鹼即迅速消滅。(四) 受酸類之保護。(五) 遇水及醇即溶解。

此維生素在食物質內之分配。植物纖維之具有活動的新陳代謝功用者，有此維生素。在下列之食品中，所含尤多：

(一) 新鮮蔬菜，如白菜(生及煮熟者)，蔥頭等等。(二) 鮮果汁，尤以橘子、檸檬等為然。(三) 生肉汁、乳等等。

乾穀類及乾粉類內雖無此維生素，然若用水浸數日而使發芽時，即有此素之生成。

此外尚有他種致病之原，尤以體性及道德之勢力為要；人烟過稠，居處冷濕，處境憂愁之際過於困乏（如兵士敗走時）等皆足以致之。思鄉病 *nostalgia* 有時係一病原。最可注意者，純然甚久之饑餓却不致此病。男女老幼皆有患之者，惟年老者或較易患。

病理解剖 解剖上的變異雖非特性，然甚昭著，而出血為其最有關係者。血黑而不凝。用顯微鏡檢查，則係劇烈之貧血而不兼白血球增多症。生存時皮顯瘀斑。肌內出血，間或關節周圍甚或關節內亦出血。內部器官之出血則以漿膜，腎，膀胱等為最昭著。臃腫，有時潰爛。是故患病久者齒多鬆動，且有脫落者。迴腸及結腸亦間或顯潰爛。出血入粘膜者亦極多。脾大而軟。肝、腎及心之主質恒有變異。

症狀 病起時隱而不明顯。其早狀為體重減輕，進行性虛弱及面色青白。不久臃即腫而顯海綿形，易出血，極重者則顯蕈傘狀。此等變異雖為特殊性狀，然間有不顯之者。齒或鬆動，甚且脫落；惟齒槽壞死者不多見。口臭極惡。舌腫，然或僅色紅而苔不甚厚。涎腺間或腫大，口粘膜下出血者甚多，硬腭尤然。皮膚乾而粗，不久即顯瘀斑；初在腿，繼則顯於臂及軀幹，而尤以毛囊周圍及囊內為甚。此雖大抵僅為瘀斑，然亦有腫大者；倘係皮下性，則或有明顯之腫。病重者骨衣與骨之間（以在腿骨為最常見）或亦有滲出物，致成不規則形隆凸。此隆凸或破而成污狀潰爛。體組織受微挫或傷，血即流入該傷處。踝多水腫。小腿之皮下組織及肌每積滲出物而腫硬，該處之皮或為血所染。粘膜出血係較少見之症狀；然鼻衄則常見。吐血及咯血者罕。血尿及血糞，病重者或有之。

心悸動及其衝動無力而不規則係昭著之症狀。脈搏或增速。心或腫大，右心室尤然。心底常有血雜音可以聽得。

養素缺乏病

呼吸系統症狀罕有。胃口不良，病者每因腹痛而不利於咀嚼食物。大便秘結，腹瀉者多。尿多含蛋白質，比重高而色深。尿之成分之變異無定。

此外尚有抑鬱，無情緒，或頭痛及晚期中之譫妄諸狀。驚厥，偏癱，腦膜出血曾有之。奇特之視官症狀如晝盲或夜盲間或有之。

病成已久者骨或壞死，年幼者甚或骨髓與骨幹脫離。更有肋軟骨與胸骨相離者。發熱除在病之晚期及內部器官患繼發性炎者外，大抵無之，有時體溫或且低過常度。急性關節炎係一間有之併發病。

診斷 若同時患者頗多，則不難診斷。單獨發生者則不易與他數種瘀斑病鑑別。凡因食物不適而致病，改良食物後即癒者，則可決為此病。

豫後 豫後除病起過久及致病之情況未除者外，大抵不惡。致命之數甚少。逐漸之心力喪失及間或突起之昏迷係致命之原因。又腦膜點血，漿液腔內血滲出，結腸炎及他種併發病亦或能致命。

治法 除病起過久者外，每日食橙柑二三枚之汁及食品中多用肉及新鮮菜蔬，已足治癒此病。若胃過於紊亂，可食肉鬆及牛乳，食時宜量少而次數多，橙柑汁亦宜逐漸增加。馬鈴薯與牛乳極合用。迨病者精力漸強，則食物可以自由。白菜，芹菜，生菜，豆芽等儘可多食。口炎係極困苦之症狀，可用過錳酸鉀溶液或稀石炭酸溶液嗽口。眼腫可用筆搽濃厚氫酸銀溶液，甚有效。治大便秘結，可用注射直腸劑。至於他種情況如出血，潰爛等，宜早常法施治。

嬰兒壞血病

INFANTILE SCURVY (*Barlow's Disease*)

此係一種養素缺乏病，發於嬰兒時期，由缺乏一定之質名維生素者而起；其殊狀大抵為骨膜下出血及貧血。所缺乏之維生素即抗壞血病性類，詳壞血病章。患病之期多在第六月至十五月之間。惟此病不常見。病原概為食物不宜；而其由食罐頭牛乳，麥精牛乳，肆間備製之嬰兒食品者尤為常見。

在初起時，其最要之狀如下：病兒靜而不動，下肢感覺過敏。繼則下肢痛而畏動，動輒啼哭。此時上肢或猶無恙，嗣則畧腫，由下肢而起。其腫無定界，一若骨幹增厚而該肢逐漸變粗者然。腿彎起，且翻向外而似癱。際此，背腰羸弱，肩胛或畧腫；上肢或亦變異，惟不似下肢之劇烈耳。腕關節以上或腫，近肱骨處亦然。多係兩側俱患，但受累之先後不同。關節大概無恙。病重者骨幹與髕相連處有擦音。股骨之上下端及脛骨之上端與其髕分離，肱骨上端或亦如是。有時胸骨及肋骨胸端向後陷入，似受外壓者然。顛頂骨甚或面骨之外面間或有增厚之處。上臉腫而色畧變，眼球較常凸出。至於貧血之輕重則依四肢受累之程度而異。皮變土色而微黃，劇烈者則有似挫傷狀之血滲出，惟瘀斑則罕見。瘦狀雖不昭著，然虛弱殊甚，且係肌力不足之徵。體溫無常；肢受累時溫度升，惟罕有過一百二度者；此外則如常，或常低。若已出牙，齦或變鬆軟。

凡小兒下肢畏痛，且難動而或似癱者須察其是否為此病。有時梅毒性假癱 syphilitic pseudo-paralysis 之骨幹與髕分離之狀亦與此相似，但在梅毒病者之症狀發起較陡。至於佝僂質斯病則一歲以內之小兒患之者絕少，且可詳查病原而鑑別之。

此病之特性損害狀即骨衣下出血，成血滲出，致骨幹增厚而痛。亦有肌內出血成血滲出者。

預防之法至為重要。罐頭牛乳（煉乳）及肆間配製之小兒食品宜禁用。可用新鮮牛乳及薯蕷和牛肉汁或肉湯一小匙為食。每日飲柑橘汁三四次。急性狀已退而仍貧血者可服鐵藥及魚肝油。如法療治，則瘥癒甚速。

(四) 佝僂病 (嬰兒骨軟症)

RICKETS—RHACHITIS

定義 此係一種嬰兒病，其殊性狀為全體滋養作用受害及生長之骨變異。

養素缺乏病

原因 此病似乎世界各處皆有之，然以大城市中貧民屯集之所爲多；蓋此等人家之嬰兒住所既不良，飲食又不佳故也。歐美甚多，中國極少（近北京 Ernest Tao 報告曾於四個月間診得此病二十八案，用 X 光斷定；患者年齡均在二個月至二歲間）。凡日光不足，空氣不鮮，廬居一室，缺乏運動等等，皆爲重要之病原。此外則哺乳時期過長及婦人在孕期內仍然哺乳等亦爲副原。至於遺傳性，則尙無証據。病者之數，男女平均。年齡則以在一二歲發顯者爲最常見。生後六個月內發顯者極少。此外尙有一種晚發之類，晚至九及十二歲之間，甚或更晚始發顯；此又名發身期之骨質軟化 osteomalacia of puberty。此病與壞血病同，富裕人家之小兒，環境甚合衛生者，亦能患之。

關於病原之研究至今尙有疑問。茲彙述各種理論如下：

(1) 養素缺乏性病：尤以脂肪類缺乏爲然。亦有以爲缺乏脂溶性維生素甲 fat-soluble vitamin A 所致者。

(2) 環境及運動：新鮮空氣，日光，潔淨，運動等等缺乏。此與飲食無關。據最近實驗而言，此病可以不改變食物，僅多用日光療治而見功效者。據云日光能使血中之無機磷酸鹽 inorganic phosphates 增加，其功用與魚肝油相等。

(3) 胰腺性缺乏：當消化之際，脂肪酸之產生量頗低。

(4) 酸中毒：據云無論何種慢性營養不良，皆可因酸中毒之媒介而致嬰兒骨軟病。

病理解剖 此病之病理解剖以骨之變異爲最重要，而尤以長骨之端及肋骨爲然。骨幹及骺之間每有明顯之微凸；切視之，則生長之處（尋常係兩狹環）大增厚，色微青。外形較不規則，且甚軟。此軟骨墊之厚率自五至十五耗不等，成骨之處亦不規則，較尋常者鬆而多血管。骨幹之膜易於撕開，膜下或係絨狀組織，與喪失石灰之骨相似。此等變異之發顯實由

於成骨之作用不完全,是以該骨既不能如尋常之生長,亦不能如其堅固也。依化學解析而論,患此病者之骨內所含鈣酸鹽大減,甚或僅等於尋常之骨之百分之二十五至三十五。肝及脾每腫大;有時腸系膜腺亦然。

症狀 此病大約在小兒出牙之期中學步之前隱起。病勢輕者每不易覺察。在特殊症狀發顯之前,先有消化受擾之狀者甚多。而病兒之滋養大受損。常畧發熱,煩燥不甯,不克安睡。若小兒已能行走,際此則不喜走,走時步態軟弱不穩。全身症狀之重要者有三: (一)全身有瀰漫之痛楚,故喜靜而不動;苟強使之動,輒啼哭。(二)微發熱(約百至百一五度即三七八至三八),夜間燥動不甯,每每掀去被蓋。此或因全身之感覺過敏達於一種地位,即被蓋之重量亦或致困苦也。(三)大汗,而尤以頭及頸部爲然。故晨起時枕或被汗濕透。體之諸組織軟而鬆,皮色白;該兒自肥健而變爲弱小。肌之弱狀甚昭著,而尤以兩腿者爲然。故爲誤認爲癱瘓之虞。此病之假癱狀一方面由於腿之鬆弱,一方面由於腿動時之痛所致。骨骼特殊性狀之發顯或與全身症狀同時,或緊隨全身狀之後察見,而其最先發顯者爲肋骨之變異。肋骨與其軟骨連接處之外面顯一淺溝,斜向下外,另有一橫曲溝從胸骨劍突起,外向達腋。吸時此曲溝或增深,或因肋骨緣之外凸而更顯著。胸骨外凸,而下半部尤然,致成所謂雞胸。此等胸部之變異非佝僂病所專有,他如膈扁桃過長以及各種阻碍空氣自由入肺之病症皆可患之。患脊柱後凸者甚多,而患旁凸者則較少。患此病之小兒,其頭之大每似過身及面應有者之常度;而其前後囟之閉合每過遲,甚或有至三四歲時前囟未閉合者。又頂枕二骨有成骨未完全之處,故有時受指按即凹入(此狀不獨此病有之梅毒病顯之者亦不少)。同時額疳及頂結節長厚,或且成不

規則之隆凸，有顛形大而長，其頂甚平扁者。更有一種，自上視之，其顛作長方形。此種較前者多。顛之大度與面不相稱；額部闊而方，額嵴過於隆顯，皮薄，靜脈大而凸顯，顛後之髮被擦脫。面骨亦有變異；此則以上下頷骨為最顯著，每過小。出牙期每較遲，所出之牙齒或小而具畸形。至於上肢，則肩胛骨之變異者不多，鎖骨之胸骨端或增粗，近胸鎖乳突肌之連接處或有增厚之處，而最明顯之變異則在橈骨及尺骨之下端，該兩骨幹與髁相連之處增大。肱骨下端亦或增大，惟不如前者之甚耳。病之重者臂骨之形或大變異，蓋嬰兒學爬時，必賴臂支撐體之重量也。盆部之變異亦甚重要，對於女嬰尤然；病重者或致過窄而成極重之畸形。至於腿部，則最初係脛骨下端變大，病輕者或僅顯此狀，病重者則脛骨上端，腓骨上下兩端，股骨下端等皆增大特甚。若病兒已在學步之際，則兩脛骨勢必變彎，若病勢重，則不僅兩脛骨，甚或兩股骨亦彎向前；更有成膝外髁 knock-knee 者。以上諸畸形，以學步時受體重所壓而致者為主，然肌之作用亦與之有關係。又患此病者之軟骨多有屈曲骨折 green-stick fracture 之虞。

骨骼之變異逐漸進行，而全身症狀則依該進行而大有等差。雖患此病之小兒固有肥胖者，然大抵多少消瘦，即使滋養充足，亦必體軟而皮色蒼白。發熱非恒常之狀，然在骨之變異進行正盛之際則每發低熱。腹恒大，一方面由於腸胃充氣，一方面由於肝腫大所致。病勢劇烈者甚至胸廓減小。脾多腫大，且常可捫着。尿內有時含鈣酸鹽過多。常畧顯貧血，血紅素減少，白血球增多否不定；此則伴脾腫大而起者較常見。有許多患此病之小兒顯神經系統症狀；常有煩燥，易怒，不眠等狀。已滿六月者有時驚厥而患手足搐搦 tetany 者不少。此則以顯於手及臂者為最多，腿亦間或患之。喉門痙攣係一多見之併

發病，雖不必定然併發，然患佝僂病之小兒患之者實較他小兒多甚。劇烈之佝僂病對於小兒之生長有大阻碍，故因佝僂病而致之矮子頗多。

豫後 僅患此病，從不致命；然此等小兒每易為併發病所累而死，而尤以呼吸系統病為然，間或因喉門痙攣及驚厥而死。至於女小兒，則盆部畸形甚為危險，蓋每致難產也。

治法 母在孕期內之身體情況愈佳者，則所生小兒患佝僂病之機會愈少。頻頻受孕及在孕期內仍以乳哺兒二者，係致所生小兒患此病之一要原。至於一般治法，則以注意飼兒為第一要着。若母體不健及有他種原因不能哺兒，則宜僱一適宜之乳母；否則宜用人工哺法，而以牛乳（對於小兒之月數依法用水參淡加糖）為主要食品。病兒之大便須注意檢查。若糞中有乳塊，則係所哺之乳過多或過濃之故。加大麥湯及米泔水入牛乳，係極佳之食品。病兒衣被宜溫暖，每日宜多居空氣及陽光中。日用溫水浴，用油細細揉摩身體甚佳。每可減去感覺過敏之患。尤宜注意於預防畸形之法。母宜禁止病兒學步。用長夾板夾腿，使板端長過其足以防該兒自步之法，甚佳。至於藥治法，則磷係一良劑；以磷一百二十分之一厘 phosphorus 0.00045 gm 溶於俄利伐油內，日服二三次。又法服磷甘香酒 elixir phosphori 每劑六至十二滴，每日三次，尤佳。魚肝油每劑半錢至一錢 ol. morrh. 2—4cc 亦甚佳。又魚肝油和鐵碘糖漿 syr. ferri. iodi（或和乳磷酸鈣或次磷酸鈣等藥均可）亦係佳劑。至於消化、呼吸、神經系統等併發病，宜各依症狀施治。

第五篇 新陳代謝病

DISEASES OF METABOLISM

(一) 痛風 (癩症)

GOUT (*Podagra, Gicht*)

定義 此係一種新陳代謝之紊亂,兼患尿酸及他種鹼體(又名普林體)屯積體內,臨診的特殊性狀為屢發的急性關節炎,關節內及其周圍屯積重尿酸鈉及不規則的全身症狀。

原因 普林類體 Purin bodies 如腺鹼(阿屯印) adenine 卦寧 guanine, 海坡散汀 hypoxanthine, 散汀(又名黃鹼) xanthine 及尿酸 uric acid 係由食物及組織之核蛋白質(核脛) nucleo-proteins被酶(又名酵酶類) ferments or enzymes 所變化而成。各酶皆具特種作用。蛋白質酶(化脛酶) proteolytic enzymes 之中有所謂核酸酶(化核酶) nuclease者,遍布體內各種細胞,無論核蛋白質之來源如何,遇此酶即被放出腺鹼及卦寧。其他特種酶亦能由體組織之核蛋白質及食物之普林體放出尿酸。尿酸等既成,則其難處在由身體排出。痛風之原因即以此不能排泄尿酸等出體為一要因。蛇及鳥類體內之尿酸不能合氮而化,故排泄而出之量極大。除人類外,凡哺乳類動物體內有毀除尿酸之作用。此毀除作用係一特種酶名尿酸酶 uricase者之氮化作用 oxidation 所致。該酶能由尿酸中除去其炭之一原子 atom; 如是,則該酸遂變成較易溶解名尿囊素(又名阿蘭妥印) allantoin 之物質。各酶在體內之分配大有異同:核酸酶在各種細胞內;

腺國酶(阿屯印酶) adenase 及散汀酶 xanthine enzyme 等之分配不如是普遍;至於尿酸酶(即各種組織之化尿酸力之來源)則多在哺乳動物之肝及腎(肌內亦有之然較少);惟人類含此酶最少,故對於尿酸之氯化成一困難問題。人類縱不食含普林體之食品,每日亦必排泄若干尿酸。苟食多含普林體之品,則該酸立即增多。他種哺乳動物因尿酸易受氯化而成阿蘭妥印,故尿中多含之。人類之尿中則幾無阿蘭妥印可以查見。

據以上之理論而言,則人之喪失毀除尿酸力者,不能稱為痛風;蓋人體內固無此種作用也。惟無排泄之力,則致尿酸屯積,故人之不能排自生的及外來的普林出體者,始可稱為痛風。

豬類亦有一種痛風性病,其特殊性狀為肌內屯積卦甯。曾經研究,查得豬類之肝缺少卦甯酶 guanase。

至於痛風之原因對於尿酸及他種普林體二者,其比較的關係孰大孰小,尚無定論。近今之一般意見,以為痛風之要原實係排泄普林體之作用欠缺,而非氯化之作用欠缺也。

尋常人身每日排泄尿酸之量約〇四至一克(0.04—1 gm.),晝間排泄之量較夜間多。入體之已受氯化的普林體約佔普林體全數百分之四十至六十。身體之作用愈靈活,則排泄尿酸愈多。過於勞動,發熱,受寒等能增加尿酸之排泄。又尿酸量之多寡與食品有大關係,食含普林體之食品能致其量增多。例如食胰腺後則排泄之尿酸量或加增一倍是也。患痛風者;其排泄尿酸之量甚少,在病發之間期或且無之。當病發時則排泄之量加增,而磷酸 phosphoric acid 亦大增。

素因 Predisposing factors. (一)遺傳性甚為重要。患痛風者百分之五六十,其父母或祖父母亦患之。遺傳之趨向每偏於男子;尋常患者亦男較女多。雖發身前畧有所見或哺乳之際間有患之者,然據經驗而論,三十歲前患者甚少。(二)飲酒

係此病病原之一要因而釀成之酒 fermented spirit 較蒸成之酒 distilled spirit 易致病。例如英格蘭及德國鎔啤酒最多，故此病亦多。美國現亦漸增。中國則較少，因嗜酒者亦比較的畧少也。(三)食物對於此病之病原，其重要與飲酒等飲食過度而身體之運動又不足，係一重要之素因。然此病不盡為富裕者所患。食物不良，衛生不適，多飲啤酒等三者相合，每為窮人患痛風之素因。(四)職業亦大有關係。釀酒及販酒者易患此病。營鉛業者亦然；此係因中鉛毒，致動脈硬化及慢性腎炎之故。

誘因 Exciting Causes. 有易致痛風性之人一旦食肥濃之食物過多及飲酒過度，或直接激發此病。憂鬱精神突然受震，易感受性體受微傷及跌倒等等亦或能致急性關節炎繼起。

病理解剖 血含尿酸過多。此狀恒有，病發時所含尿酸之量較病間期多。惟不僅患痛風者之血含尿酸過多，白血病 leukemia 及萎黃病(又名綠色貧血) chlorosis 亦如是。

重要之變異在關節組織。 脚趾之第一關節受累者最多；其次為踝、膝、手關節、腕關節。若患者在急性發作時致命，則關節顯發炎，充血，韌帶纖維腫，滲液諸狀。原發之變異係因血內尿酸鹽過多而致之一種局部性組織壞死。此等變異顯於滋養作用遲滯之關節軟骨(肌)或他種關節組織。此等凝結性壞死之處恒有酸性反應。血內之中性尿酸鹽遇之，即屯積而成晶樣難溶解之重尿酸鈉 sodii biuras。關節軟骨先受累。屯積或一致佈遍，或零星散列。久而久之，則諸韌帶及纖維軟骨(筋肌)被重尿酸鈉所侵。此即所謂痛風石 gout-stones, chalkstones or tophi 者是也。此等石常有皮遮蓋，然在掌指關節等處則有時該皮潰爛而痛風石外露。關節之滑液內亦或含晶質。病起過久者，則因屯積之物十分過多而該關節漸失活動之作用。

耳之軟骨或亦有痛風石狀似小白結節者顯於耳緣。鼻、臉、喉等軟骨之受累者較少。跗之趾趾關節宜仔細檢查。蓋有時毫無關節炎之證據而此處每有標準的痛風損害也。

身內器官之變異則以腎及血管系統者為最重要。腎之變異可信為痛風之殊性狀者有二：（一）尿酸鹽之屯積；以在腎乳頭（笋尖）處者為主，顯有白紋。（二）腎間質炎；此則或為尋常之收縮腎 *contracted kidney*，或為動脈硬化類 *arterio-sclerotic form*；惟此兩者他病亦有之。至於血管系統之變異則動脈硬化及心組織過長係恒有之損害。心瓣粘着尿酸鈉者亦有之。心肌炎不少。呼吸系統之變異罕見。

症狀 痛風可分為急性、慢性、不規則三類：

（一）**急性痛風** 此類多有前驅狀；如手足之小關節顯閃痛，夜不能寐，燥急易怒及消化不良皆是也。尿之量少，性酸而色濃。冷則有尿酸鹽沉澱，或暫時含蛋白素。更有含糖者，名痛風性糖尿 *gouty glycosuria*。痛風陣將發及初發之際，尿酸之排泄量低，而其與磷酸之關係的增加及低減每甚明顯。在痛風陣之間期，兩者皆低；急性狀發作後不久，則兩者同增加。總言之，尿酸及磷酸之加減每相併而顯。痛風陣之發作大抵在下半夜，初顯跗趾關節劇痛（右足較左足受累者多），或兼咽痛。後該關節速腫，發熱，緊張，且發光。體溫增高，約一百二、三度（三九至三九五）。越數小時，急性狀乃漸退，雖關節之腫依然存在而病人之困苦已大減矣。迨次夜則急性狀又顯。如此一起一息，常纏綿五至八日之久。繼則劇狀漸減。當急性狀發作時，畧顯白血球增多。間或他關節亦受累，尤以他一足之跗為然。關節之發炎無論如何劇烈，決不化膿。腫消時表皮脫屑。痛風陣退去後，身體之康健或甚有進步。惟常再發。間有每年發作三四次者。

此外又有所謂退行性痛風 retrocedent or suppressed gout 者，則係局部之症狀速退而同時發顯內臟劇烈狀之病。此類或甚奇特。病者或顯劇烈之腸胃症狀如痛，嘔吐，腹瀉及沉重之精神抑鬱，甚或致命。或顯呼吸困難，疼痛，心動不規則諸心症狀，甚或成急性心包炎而死。更有顯顯著之大腦症狀如譫妄，昏迷，甚或中風者；此則多數由於尿毒所致。

(二)慢性痛風 痛風陣復發之次數增多，關節症狀之持續較久，則許多他關節亦逐漸受患。尿酸鹽之屯積初在關節軟骨，繼至韌帶及關節組織；如是約一年左右，該各關節腫而不規則，且漸成畸形。先受患之處每為足，次則為手。病之重者膝肘等關節及髓，滑囊等處多成痛風石。外耳亦或顯石。終則呈與他種病迥然不同之特有的臨診症狀。遮蓋痛風石之皮有時穿破或潰爛；在指趾之關節處，該石或凸露。患慢性痛風之病人恒常消化不良，面色多蒼白，且顯動脈硬化之徵。脈搏之緊張力增大，血管強硬，左心室過長。尿之量增多而其比重低，並常畧含蛋白質及透明管型。有時胛骨，腹，胸之肌或顯痛性痙攣。急性多關節炎或間時而發；此則關節發炎而體溫升至百零一至三度。有時數關節紅腫且痛，然不發熱。尿毒病，胸膜炎，心包炎，腹膜炎，腦膜炎等皆係此類痛風之臨終症狀。

(三)不規則性痛風 Irregular Gout. 此一類之症狀甚不確定，大抵顯一種營養作用紊亂之情況。故又有痛風素質 gouty diathesis 或結石性血體質 (血含尿酸過多) lithemic state 等名稱。多為有遺傳痛風性之人所患。病者或全未經過急性病期。此外如起居不適衛生而過於奢華，飽食豪飲，慣於端坐而不運動之人亦或患之。此等病人之多不經急性症狀之痛苦實為幸事。凡有遺傳痛風性之家，男子雖嚴守衛生，預防患病，或竟不免；而女子則其得免者多。但此不規則類雖多為有

遺傳性者所患，然屬獲得性（後天性）者亦復不少。茲將此類最普通之症狀分述如下。

（一）皮疹。有痛風素質者多兼患濕疹。

（二）腸胃症狀。消化不良，舌有苔，口臭，大便秘結，肝之作用受擾等係常見者。痛風性口炎亦嘗見之。

（三）心及血管症狀。動脈硬化係多見之痛風症狀。血壓恒久過高，血管之壁因而變硬，而心及腎之變異亦逐漸發顯。際此，其症狀或屬腎，如蛋白素尿更加昭著或水腫發作等是也。或屬心，如心左室之過長不足，心悸動，衝動紊亂，並致心不能收縮等是也。終則或屬血管，如養心動脈結血栓或致忽然制命；或腦內之一血管破裂而出血（此類最常見），致成中風以死等是也。總言之，對於此等情況，無論其原發為動脈硬化抑為痛風性腎炎，其要點在知血壓增高，動脈硬化，慢性間質腎炎，心肌變異等等皆係逐漸由榮養作用紊亂而尿酸過多所致。心包炎亦係常見之痛風隨終併發病。靜脈炎亦不少。此則或由腿之靜脈曲張而起，或陸續或同時發顯於許多有靜脈之局部。

（四）神經系統症狀。頭痛及偏頭痛常見，神經痛，坐骨神經痛，感覺異常等亦不少。夜間足覺熱且癢係一通有症狀。腿之痛性痠攣或甚困苦。又眼球覺熱且癢者不少。此則或與肝前血管充血相伴而起，或兩者輪替發顯。中風係一常見之隨終病患。有時或顯腦膜炎，大抵屬顯基底性。

（五）尿之異常狀。尿內之酸多而色澀，貯久則或有尿酸晶下沉。惟該酸之暫時增多不足視為劇烈之徵。有許多慢性痛風，該酸之量或減少，僅在一定之時期增多。又尿酸結晶，不必定為該酸過多。蓋多係尿無溶解之力也。痛風之尿或間期含糖，即前所謂痛風性糖尿者是。此或變成真糖尿病，然大抵為療治力所能挽回。又患痛風者每易生尿石。微含蛋白素係一常狀。倘腎改變，則兼合腎管型。

(六) 肺症狀。除慢性枝氣管炎爲有痛風素質之病人常有外，他種變異罕見。

(七) 眼症狀。虹膜炎，出血性視網膜（視衣）炎，青光眼，膿性眼球炎等皆或有之。

用X光檢查骨之變異，則見有形圓而邊緣顯明之小暗區。此小暗區常見於受患關節之髓，在指者尤多。係受重尿酸鈉沉着之骨區被消所致。

診斷 凡易患痛風之家族中人或起居過於奢侈者，苟顯限於跗或跖之復發性關節炎，則其爲痛風可無疑義。然有許多痛風病人，足之症狀並不十分困苦。又跗趾受累一二次後，他關節或卽受患；此等多關節炎（似僕麻質斯性關節炎）每起診斷上之疑難。茲特舉辨認此類痛風之要點如下：（一）病者之習慣及職業。在美國則製啤酒者及酒肆之堂倌易患此病。（二）痛風石。凡遇多關節炎務宜察視外耳；蓋此病之診斷每可因細小之痛風石而定也。針形之重尿酸鈉晶卽痛風石之明證。（三）尿之情況。在痛風陣之間歇期內，尿酸之排泄量大抵甚少。而在痛風陣發作之際則其排泄量大增。（四）痛風性多關節炎或不兼發熱。至於僕麻質斯性熱病之三四關節發紅腫痛者則皆發熱；雖痛風之發熱者亦不少，然不發熱者惟痛風有之，故係一診斷之要徵。總言之，詳細研究病者之習慣（如飲啤酒否）及關節炎初起之局部，外耳之是否有痛風石等三者，可免誤認許多痛風爲僕麻質斯性熱病或畸形性關節炎也。此外則詳細檢查普林體之新陳代謝，亦或能得重要之證據。

豫後 西諺所謂“一有痛風性，便常有痛風性”云云似乎甚確，然苟謹慎起居，注意療治，則病發之次數及病勢之劇烈未嘗不能減少並減輕。至於壽命之久長，則與病者血循環及腎之情況有密切之關係。

治法 (一) 關於衛生者 凡人之有遺傳痛風性趨向或曾畧顯痛風性症狀者,皆須戒酒節食。常居戶外空氣鮮足之處,勤運動,且起居飲食有定時,每可控制自身所有之痛風性趨向。皮膚宜常洗浴,壯健者清晨宜冷浴而繼以摩擦;虛弱者則可在夕間施溫水浴;間或施土耳其浴及按摩,亦甚有益。此外衣服不宜過少,更須謹防氣候驟變之際皮膚突受寒冷。

(二) 關於飲食者 易患痛風者當常保持飲食之秩序,進膳宜限定時刻。食物時宜緩,不可急驟。至於食品,則節制其量較揀擇質性為重要。含氮的食品 nitrogenous diet 兼碳水化合物(糖繞質)不過多者可用。凡動物類食品之富有細胞核素 nuclear material 者,如胰臟,肝,腎,腦等不宜食;牛肉膏汁亦頗有害,因富有散汀類提出質也。牛乳及蛋不含核素,甚佳。新鮮菜蔬及果子不妨多食,惟香蕉及草莓宜禁絕。脂類食品俱有益,而以乳油為最佳。新製麪包及玉蜀黍所製之食品不宜多用。食鹽亦須少用。酒則應嚴禁。水宜多飲。空胃飲之,尤善。多飲礦泉水 mineral waters 甚有益。要知空胃飲多量之水節制飲食,起居定時,運動有常及勤於洗浴等,係療治痛風之要事。以上係普通之辦法;惟人之體質不同,不可概論,故凡遇一病人要宜相機判斷,單獨研究其應食何物應忌何食也。

(三) 藥療法 當急性發作之際,受患之肢宜墊高,受患之關節宜用棉花包裹。熱敷法,熱氣薰法,使靜脈充血法等均可用。初起時服汞瀉藥一劑甚佳。又宜用科勒豈肯(又名哥枝禁)酒每劑二三十滴 tr. colchici 1.2—2 cc 與枸櫞酸鉀 pot. citras 調合,每四小時一次,使病人服之。服科耳豈肯後,醫者宜細覘功效;如繼以大便則佳。此藥每有止痛及退紅腫之功。惟痛一止,即宜停服。阿妥反 atophan or cinchophen 一克,每日三次,亦常奏效。若痛苦不能安眠而科耳豈肯不見效者,可用嗎啡。當

病發時病者祇宜多飲牛乳，米湯，薏仁米湯等。虛弱者可用濃厚肉湯及雞蛋，迨恢復期則可食肉，魚，鳥類等，然後逐漸照前述之節制飲食法用尋常食品。

對於亞急性病，可用阿妥反或柳類藥。至於慢性類及不規則類，則以上述之飲食的及衛生的兩法為最適宜。碘化鉀有時有效。柑汁或檸檬汁亦頗效；蓋植物類酸入體則化為鹼性碳酸鹽 alkaline carbonates，使血內之尿酸常為液體，因而腎得易於排泄之也。

倘關節炎僅以一關節（如跗趾關節）為限，則用外科手術除其受累之關節組織，時或甚效。

(二) 糖尿病

DIABETES MELLITUS

定義 此係一種新陳代謝病，由慢性炭水化物新陳代謝之異常而起；其殊狀為血含糖過多 hyperglycemia，繼續不退之糖尿 glycosuria，口渴，尿多，消瘦及易於昏迷。

病史 此病為醫界所知甚早（漢書司馬相如患消渴病或係此病），惟病理未明。迨千八百五十七年，生理家培那德氏 Claude Bernard 查明人肝有生動物澱粉之官能後，於是此病之病理漸明。

原因 腸粘膜之酶化變食物中之糖及澱粉為單糖類 monosaccharids 如葡萄糖（又名右旋糖）dextrose，分解乳糖 galactose，果糖（又名左旋糖）levulose 等。單糖由此入大血循環。其一大部分貯留於肝，被肝細胞化為動物澱粉 glycogen or animal starch。大血循環之血之含糖量恒久為百分之〇·〇五至〇·一五（0.05—0.15%）（即萬分之五至十五）。肝內動物澱粉之容量約佔該肝自身重率十分之一（如肝重一千五百克則動物澱粉之容量

爲百五十克)。除入肝之外,其餘一小部分單糖則入肌內成動物澱粉而貯留。惟動物澱粉不全由炭水化物類而成,有一小部分係由蛋白類及脂肪化成者。凡炭水化物類三種變化之秩序,如炭水化物之變爲動物澱粉,動物澱粉之貯留,動物澱粉之再化爲糖,皆賴特種酶之作用爲之。此等酶由內分泌而生,該內分泌則大抵出自胰腺及大腦垂體(蝶鞍腺),而直接屬於神經系統勢力範圍之下。培那德氏以爲糖之成動物澱粉而貯留於肝,不過暫時屯集以供給肌動作時之需用者;而陪弗氏 Pavy 則以爲該動物澱粉不復變成糖,僅變成脂肪並助蛋白類之生成。總言之,身體猶之汽機,食物猶之煤炭,而糖則爲燃料之主要質。身體之肌由糖之消鎔而得精力,一若汽機之各機械仗煤炭燃燒之火力而後能動。糖經肌施用後則成二氮化炭 CO_2 及水而被排泄。

至於此等變化階級之情性,則至今尙在討論中,猶未十分確定。茲將對於尿內含糖有關係之各情況條舉如下:

(一)炭水化物入體過多 Excess of Carbo-hydrate Intake.

如上所述,血內所含之糖尋常決不超過百分之〇·一五(0.15%),苟超過此點,旋即尿內顯糖而成血含糖過多。常人體內炭水化物之同化作用(收納滋養品而利用之之謂) assimilation 有定限,其貯留炭水化物之總容積約在三百瓦左右。倘食入之炭水化物量過大,則出乎肝及肌之貯留量外,於是血內所含之糖超越百分之〇·一五或〇·二(0.15—0.2%)之限,而腎上皮細胞遂開始排泄過多之糖矣。幸尋常不至食純淨之糖過多,凡入體之炭水化物大抵屬澱粉類而其消化及吸收皆甚遲緩,是以食入之炭水化物雖或爲量甚多,而所謂滋養性糖尿 alimentary glycosuria 者不多見。當人體內炭水化物用罄之時,則糖之同化定量爲葡萄糖 grape sugar 二百五十克,而蔗糖 cane sugar 及乳糖

milk sugar 較此少甚。凡食入炭水化物過多而致之糖尿，臨診時遇見者甚多，而尤以肥胖或多食之人為易致此；故名肥性糖尿病 lipogenic diabetes。此類易於療治。

(二) 神經系統紊亂 Disturbances in the Nervous System. 培那德氏以為延髓內有一特別中樞名糖尿病中樞 diabetic center；惟此中樞之地位究在何處，今尙未知。此中樞被刺傷，則肝貯留之糖之輸出增多而致血含糖過多。又延髓生瘤，腦及脊髓上端受傷，腦膜炎，腦出血等亦或致糖尿。此中或有阻碍該特別中樞之原因，亦未可知。然大多數係大腦垂體之內分泌被擾所致。總言之，糖尿之發源於神經系統紊亂者似乎不重要，且亦罕見。

(三) 內分泌紊亂 Disturbances of the Internal Secretions. 無導管腺對於炭水化物的新陳代謝之關係最為重要，惟迄今尙未十分明了。茲擇其有臨診的證據者條舉如下：

(甲) 胰腺之內分泌 Pancreatic secretion. 試割除犬之胰腺，則該犬顯血含糖過多及恒久持續的糖尿。用胰腺飼之，無效；惟割除他犬之胰腺一部分而植之於此病犬之大血循環，則症狀即退。蓋胰腺之組織中有所謂胰腺島 islands of Langerhans 者，生一種為炭水化物的新陳代謝所必需之內分泌也。許多胰腺性病每兼糖尿，更有兼恒久之糖尿病者，例如出血性胰腺炎，胰腺癌，胰腺石，慢性胰腺間質炎，胰管卡他等是；或皆兼沉重之炭水化物的新陳代謝受擾。質言之，器官病兼糖尿如是之多者，實惟胰腺。

(乙) 大腦垂體 Hypophysis (Pituitary gland) 之內分泌。垂體(蝶鞍腺)腫瘤有時兼糖尿，醫界早已察知，而尤以肢端肥大病 acromegaly 或顛底骨折之垂體腫瘤為然。據實驗而論，垂體之後葉與炭水化物的新陳代謝有密切之關係。此葉所生之內

分泌流入第三腦室(視結間房)而屯留,苟此室或其漏斗受手術的激刺,則顯糖尿及糖之同化量大減。反之,若該分泌缺乏或該葉被割,則身體容糖之量大增。據臨診而論,此等狀況亦常見。例如垂體腫瘤初起時(如肢端肥大病之早期),該垂體受刺激而或致糖尿;其後該垂體之後葉被破壞,則糖之同化量大增,且兼組織積脂。際此苟注射大腦垂體後葉流動膏入靜脈或皮下,則炭水化物的同化量即又減小。

(丙) 腎上腺及甲狀腺 Adrenals and Thyroids 之內分泌。此等腺之內分泌對於炭水化物的新陳代謝之關係,醫界所得證據尙未能如上述甲乙兩者之確定。糖尿不必繼腎上腺之損害而起;然據實地試驗而論,則腎上腺素 adrenalin 對於炭水化物的新陳代謝有甚大之勢力。例如用該素注射獸之皮下或敷於胰腺處,則可激發糖尿是也。就臨診而論,則腎上腺性糖尿 adrenal glycosuria實絕無僅有。阿狄森氏病 Addison's disease 不兼患糖尿。久服腎上腺素劑者間或患之。甲狀腺作用受擾時顯糖尿者不少。例如突眼性甲狀腺腫(突眼癩症) exophthalmic goiter 有時兼患糖尿是也。服甲狀腺膏者間或顯糖尿,然亦有繼續服此膏至數年之久而毫不顯此狀者。又婦人孕期內所顯之暫時糖尿,或亦係內分泌受擾所致。

(四) 肝之官能紊亂 Disturbances in the Function of Liver.

炭水化物的新陳代謝有一最奇特之情事即肝爲貯留糖之器官而無論受如何之損害不致成血含糖過多或糖尿。是故肝糖尿病 liver diabetes之一名稱究有實病否,尙係一疑問。肝硬變,膽管生石,肝增大等雖亦顯糖尿,然此或同時皆兼胰腺受惠。

(五) 腎之官能紊亂 Disturbances in the Kidney Function.

腎病罕兼患糖尿。慢性腎炎間或有此,然因腎之變異而致之真糖尿病則未之見。關於炭水化物的新陳代謝有一種實驗

的糖尿病 experimental diabetes 甚為奇特。例如用梨或蘋果樹根皮素 phloridzin 注射皮下或由口服之，則致糖尿，即使僅食含蛋白質者（即禁口不食炭水化物品）亦然；排泄之糖甚多，而血內之糖不增加。據此推究，似乎此糖係腎上皮細胞直接將蛋白質等化成者。

(六) 他種紊亂 Miscellaneous Disturbances. 炭水化物的新陳代謝有時或被急性熱病所擾亂，故有許多急性熱病顯暫時糖尿。吸伊打或哥羅芳後或亦顯之，惟後者較少。痛風之新陳代謝紊亂兼糖尿者不少。惡病質及沉重之貧血或兼暫時糖尿。精神受震，情感過度，憂鬱等為此病之預因者不少。烟室息及中煤氣毒者之尿亦或含糖。

坎拿大醫士班汀氏，貝司忒氏及馬克勞德氏 Banting, Best and MacLeod 新近發明預備胰腺島分泌之法。於是可應方劑之用，甚為重要。此質名為胰腺島素或島素 insulin。據理論而言，在一無病之人身中，雖尚有若干機能，未十分明瞭；然此項胰腺島則能對於血循環供給島素。其供給之量恰夠調和及利用每日由食物而入人體多少不等之炭水化物。患糖尿病者，則或因該島有病，或因管轄該島之功用之他項器官有病，而致此機能（指供給島素以利用炭水化物而言）受擾。於是島素之分泌缺乏，乃致血中之糖過多而尿內含糖。又腎上腺素能激動肝內之動物澱粉，使變成糖；而胰腺島素則能抵抗此項功用。故若島素缺乏，則腎上腺素之功用無抵抗而致生糖過多；於是血中之糖過多，而腎亦排洩糖出體也。凡在無病之人，胰腺島素及腎上腺素兩者之間勢力平均，故不發生障礙。

病案之多少 歐美兩洲因糖尿病死者以十萬人口計算，均在九至十五人之間。印度地方較多。中國亦不少。

遺傳 遺傳與此病頗有關係，一家中或有多人患之；曾見一家四小兒均有此患。醫界之報告尙不甚可靠；或謂患此病者六分之一屬遺傳性，或以爲僅二十分之一。

男女 男較易患，約爲男三女二之比例。

年齡 中年後患之者佔多數。小兒所患者病程較短。

有易患神經系病性者 易患此病。富裕之人較貧者易患。

種族 猶太人最易患此病，而黃人及黑人患者較白人少。

新陳代謝之於糖尿病 Metabolism in Diabetes. 糖尿之屬神經系病性，飲食失宜，中毒等者或僅係單純的溢出；而真糖尿病之要原則係炭水化物之排泄過速。該物迅速排出體外，一大部分不變成動物澱粉而貯留。此等情況究係肝及肌有病不能變化炭水化物所致，抑或係無管腺之酶缺乏所致，爲一尙待解決之疑問。或以爲因血含糖過多之故，由於肝及肌不能如常貯留動物澱粉；或以爲係糖酶 glycolitic enzyme 不足之故，蓋肝及肌之不能貯留動物澱粉或由於此酶缺乏也。質言之，此兩者之結果皆係炭水化物不能得如常之氮化耳。血含糖過多實爲口渴及尿多之原因，且液體物入體既過多則吸收之體溫亦增，於是體之精力亦因而消耗甚鉅。不寧惟是，易於生殖腺菌之景况亦係此體內糖質過多所致。又糖之燃化（上曾言糖之對於身體猶燃料之對於汽機此即指是而言）持續消耗，則體之精力即因而喪失。尿中排泄糖一克，其結果爲身體喪失四〇個熱量單位 calories。由此類推，一糖尿病患者排泄糖一百克及乙氮化四烷酸（氮乳脂酸）B-oxybutyric acid 二十克，則喪失熱量單位至五百個之多。是故不用他種食品補此喪失，則病者每有食品不足之虞。尋常呼吸時，呼出之二氮化炭及吸入之氮爲〇·九與一之比例（0.9:1）；大約呼出之二氮化炭在〇·七四之上者，其體中貯留之動物澱粉似乎足用。倘在〇·七以

下，則係炭水化物不足及貯留力喪失之徵。如此，則炭水化物由體內迅速經過而不施其燃料之作用。於是乎供給身體精力之作用須賴蛋白質及脂肪矣（譬諸汽機倘一種燃料在爐中不燃則汽器不能不仗他種燃料之燃燒力）。蛋白質之新陳代謝或不甚變異，而蛋白質中之炭水化物部分則每被身體所容受，且補償所喪失之炭水化物之一部分。惟脂肪之新陳代謝甚可虞。蓋炭水化物既失去燃化之作用，雖可利用蛋白質以補一部分之缺，然利用蛋白質時所需之燃燒力甚多，所剩者遂不敷完全燃化脂肪之用，而有未完全燃化之質充盈病者體內而致害。此等未完全燃化之脂肪之最要者為乙氫化四烷酸。此酸係成雙醋酸 acid, diacetic. 及醋酮（阿綏吞）acetone 之根由，於是又有發生酸中毒 acidosis 之虞。至於酸中毒之測度，則可以肺泡空氣中所含二氫化炭之量為標準。尿內有醋酮體，係體中生酸過多之徵；然此酸或完全被補償。驗血亦可查明體中積酸之度；即使所積之量甚少，肺泡空氣內亦有改變。蓋肺泡空氣內之二氫化炭壓力減少。甚輕之酸中毒，此壓力約在汞表三十二至三十八耗之間；不甚重之酸中毒，約在汞表二十八至三十二耗之間；重者，則低於二十八耗（常度為三十八至四十五耗），甚至有低至九耗者。

腎性糖尿病 Renal diabetes. 此係指有糖尿而血中之糖量不增加者而言。其糖尿與所食之炭水化物無關，血中之糖或如常度，或減少。蓋因腎細胞容糖質漏洩也。此類大都於無意中查得，蓋其有症狀者甚少。此病不多見，每須診察甚久，使能辨別其非糖尿病。

病理解剖 神經系統無恒定之損害。有顯繼發多數性神經炎者；有顯脊髓後柱變異者，此則與惡性貧血所顯者相似。血內所含之糖增至百分之〇·四（尋常僅百分之〇·〇五至

○一五)；且含脂肪所成之微滴。出體凝結後，血塊上面有一層與乳皮相似之質。心有時過長。動脈硬化係常見者。肺顯數種重要之變異如急性枝氣管肺炎，急性大葉肺炎，肺結核等。肝常腫大。顯脂肪性變者亦不少。胃擴張，十二指腸增大等不少。胰腺。凡剖檢糖尿病死者二十五，胰腺萎縮者九。慢性胰腺間質炎亦甚多。腎顯瀰漫性炎及脂肪性變，腎小管之上皮細胞多變成透明質，而以累及亨利氏襻之下行部及腎血管球者為最常見。

症狀 此病之症狀可分為急性及慢性兩類，然無重要之異點。惟急性者病人年較少，病程較速，消瘦較劇烈，然年老而患急性糖尿病者願亦有之。

癩起徐漸，最先發見之症狀為多尿或口渴異常。至於因突然傷情，受傷，受大寒等致病起驟速者則甚少。病既完全成立，所顯之特殊性狀為大渴，下多量之糖尿，食食及進行性消瘦。

全身症狀 以口渴為最苦惱。蓋須多量之水使糖溶解而易由尿排泄也。所飲之量與其排泄者有一定之比例。然甚昭著之糖尿病而口渴不甚劇烈者願亦時有之，惟此類所排泄之尿必不多。口渴最劇烈之際大抵在食後二小時。病者大抵消化作用甚好而食量過度，故有蕒饑 bulimia 之稱。腰痛係一常狀。舌常紅乾而發光，口涎甚少。齒齦或腫，病之晚期多顯阿夫他性口炎。大便大抵秘結。

病者雖多食，然或消瘦甚速。身體之消瘦與多尿有比較的關係：尿愈多則消瘦亦愈速。倘用適宜之飲食法，則尿中之糖減少，而病者之消瘦可痊癒甚速。皮膚乾澀，除同時兼患肺結核病外，出汗者極少，然尿多及大汗輪替發作者曾見之。全身皮癢或外生殖器癢二者或甚苦惱，並或為最早顯之症狀。體溫多低於常度，脈搏常速而脈壓增大。有許多糖尿病或不

顯顯著之消瘦狀。中年以後之病人有時患此病多年，而身體之康健或不甚受害，榮養亦尚佳。

尿 尿之排泄量甚有等差，病輕者每日三四立，極重者十五至二十立。間或亦有尿量不甚增多者，然甚少見。苟施節制飲食法，則尿量之過度可減低；發熱時或可減至常度。尿之比重甚高，約為一千二十五至一千四十五；然亦有低至一千零十三至一千二十者。尿色淡如水，臭及味皆微甜，性酸。所含之糖大有等差。病輕者僅百分之一五至二，多至百分之五至十者亦不少。每二十四小時之間，排泄之糖約十至二十兩 (320 to 640 grams)，甚或多至二磅 (900 grams)。

尿內有時含酮類物(克吞物) ketone bodies 如醋酮，雙醋酸，乙氯化四烷酸等；此所謂酮尿 ketonuria 者是也。病輕則所含之量小，病重則其量亦增大。每為酸中毒之徵兆。至於昏迷者則每日排泄乙氯化四烷酸至百克之多。

尿內有時含動物澱粉。除葡萄糖外，含他種糖者罕見。含蛋白質者不少。氣尿 pneumaturia 即尿內含氣，由膀胱內發酵所致，間或有之。時或顯坎米杰氏反應 Cammidge's reaction。有時脂肪亦或由尿排泄，該尿含微細之脂滴成似乳液。

血 血內之水量較尋常少。赤血球增多，血每立方耗內有赤血球六至八兆之多。病重及有併發病時，白血球亦增多；該白血球或含動物澱粉。血中過度含糖量罕過百分之四。尋常血內含糖之量為百分之一至一五。有時血含糖過多之情況在糖尿退去後仍或持續不退。

血之鹼性減少而比重減低。血含脂過多而成所謂脂血 lipemia 者不少。用顯微鏡檢之，可見赤血球之間有浮游之微粒。尋常血內所含之類脂物 lipoids 約僅百分之〇六，酸中毒之劇烈者或增至百分之一四。血含脂過多有時不兼酸中毒而起，如因消化脂肪作用過度所致者是也。

併發病 (一) 昏迷 (酸中毒) 共分三類: (甲) 標準的呼吸困難性昏迷;呼吸深而響,脈搏漸弱。病者逐漸衰弱而死,甚或二十四小時內即致命。呼出之氣多帶醋爾之果子臭。有時發作驟突無先兆,病者於睡中突醒而覺呼吸困難。此種不發紺性呼吸困難 acyanotic dyspnea 係酸中毒之確兆。(乙) 不先顯呼吸困難或困苦之類;病者突然患頭痛及醉迷之感覺,言語含糊,步態蹣跚,而逐漸成沉重之昏迷。(丙) 勞動後病者突覺虛弱,頭眩而昏倒,手足冷而青,脈搏細小,呼吸急促;病者瞋倦欲睡,或於數小時內致命。消化不良,大便秘結,腹痛,顯著之燥怒及不寧或為昏迷之前驅狀,宜注意。

(二) 皮膚 癬,癩等患常見。有時或顯痛性甲牀炎。皮有時患濕疹,更有極癢者。尿之刺激或致非常劇烈之女子外生殖器皮癢及男子龜頭炎。黃色瘤 xanthoma 及瘀斑罕見。患壞疽者不少,每與動脈硬化伴起。足之穿通性潰瘍間或有之。皮有時顯古銅色,其後或致肝及胰腺成積色素性硬化;或先顯變色之徵而後成糖尿病。大汗淋漓者亦或有之。

(三) 肺 此病之以急性大葉肺炎或枝氣管肺炎為結局者不少。患之者易成肺壞疽,惟呼出之氣不必似尋常肺壞疽之臭惡。肺膿腫之繼大葉肺炎而起者間或有之。結核性枝氣管肺炎極多,且病程極速。

(四) 腎 蛋白質尿係一甚常見之併發病。所含蛋白質之量大有等差;量小者似乎無關緊要。足及踝顯水腫者不少。全身水腫極少,蓋因尿多故也。水腫有時與動脈硬化伴起。又或為昏迷之前驅狀。膀胱炎有時甚難治。

(五) 神經系統 (甲) 周圍神經炎。神經痛,麻感及刺感不常見,大抵為小神經之病象。受患之局部大抵係上下肢。

有時或屬一側性，更有單獨一神經受累者。帶狀疱疹 *herpes zoster* 間或有之。

(乙) 所謂糖尿性運動共濟失調 *Diabetic tabes*。此係一種周圍神經炎之顯腿內閃痛，膝反應喪失(此或單獨發顯而不與他症狀同起)及伸足肌失力等特狀者。行走時顯跨闌步態，與砒中毒，釅中毒及他種神經性麻痺所顯者相同。

(丙) 糖尿性截癱 *Diabetic paraplegia*。此或亦係神經炎所致。有時臂及腿之力均喪失。

(丁) 精神症狀。病者多燥鬱不喜與人交際，且有極易成希坡交第阿 *lypochondria* 之趨向。成全身麻痺者有之。更有顯燥動不寧及憂鬱者。

(六) 特覺器 年幼者易患內障 *cataract*。糖尿性視網膜炎與蛋白素尿性視網膜炎相似。出血者常見。突起之黑朦 *amaurosis* 與尿毒所顯相似者亦有之。或顯調視肌癱瘓。更有顯視神經萎縮者。耳症狀有時發作甚速，或為中耳炎，或係乳突小房(顛凸穴)炎。

(七) 生殖官能 男子多患陽萎 *impotence*，此或係一早顯之症狀。婦人則難受孕；即使受孕，亦易墮胎。然患糖尿病之母却亦能產強健之兒；所生小兒之亦患糖尿病者未之聞。惟產後病勢常加重。

診斷 尿內所含之糖必係葡萄糖。苟試驗合法，不難辨認。但有時含阿勒卡吞 *alkapton* 者則分辨較難。病人之置葡萄糖於尿內以詐稱為糖尿病者嘗有之，不可不詳察。鑑別單純的糖尿(尿暫時含糖)及真糖尿病不甚容易，蓋兩者每有交混之關係也。大抵病者年愈少，則其病之為真糖尿病愈近是。苟限定禁食炭水化物後而尿仍含糖，則係真糖尿病。檢查炭水化物之同化作用之程度之法，宜用麩包二三兩，牛油少

許和茶或咖啡爲早餐，過二小時食已溶解之葡萄糖一百克，然後試驗其尿。常人食此，應不排泄糖尿。苟尿含糖，即係體內貯留炭水化物之能力有缺，恐有成糖尿病之趨向。暫時性糖尿發顯之機會甚多，切勿誤認爲真糖尿。

豫後 年愈少則愈難痊癒。小兒患之，病程甚速，且數星期之內或致命，更或該兒昏迷而死後始認明所患爲此病。至於五十歲後之人患此病，則或多年無恙。胖人較瘦者之豫後佳，而尤以肥健之人因勞動過多，憂慮，飲食無度等而致者爲易癒。宜試驗身體對於糖之容量（宜詳細測定其量之數目）及尿內是否含醋酮及雙醋酸而定病勢之輕重。尿含此二質係脂肪代謝受擾劇烈之徵。惟尿含醋酮或僅係暫時，不必定爲致命之徵。病者尿含醋酮而存活多年及持續數月即退去者皆有之。

治法 凡易患此病之家族中人宜少用炭水化物類諸食品。患者實行個人衛生爲第一要事。憂慮勞心之事宜避忌。生活狀況宜清靜而有節度。苟爲能力所及，更宜居於氣候平均（不冷不熱之謂）之地。衣服宜溫暖，勿受寒致耗去體之熱力。每日宜行溫水浴（壯健者可用冷水浴）一次，間或行土耳其浴一次亦佳。又當操練不過度而有定規有次序之運動。倘不能運動，則可施按摩法。

飲食 至於飲食，則醫者宜對於各個病人特別審定。蓋各人之食物能力大有等差，不能概論也。病者之體重應每星期檢查一次。苟禁食炭水化物食品後而體重減輕，必須視爲不佳之結果。但有若干病人雖因禁炭水化物而體重畧爲減輕，亦未始非佳兆。

初就診之三四日，病者可食尋常食品之含炭水化物不過度者，以便審查所排糖之分量。此後二日可漸減炭水化物。

再後則用下述之無炭水化物飲食法。惟須依病者之年齡及體重畧為斟酌增減。(此等飲食法均係仿歐美人之飲食而定，中國自應模仿而致諸實用方可)。

早餐。七時三十分，茶或咖啡二百西西(六兩)；牛肉或羊肉或水煮之火腿百五十克(四兩)或雞蛋二枚。

午餐。十二時三十分，冷烤牛肉二百克(六兩)；芹菜或新鮮黃瓜或番茄六十克(三兩) (醋香油胡椒鹽等可隨意加用)；純淨不加牛乳及糖之咖啡六十西西(二兩)；冰四百西西(十三兩)。

晚餐。六時，清牛肉湯二百西西；烤牛肉二百五十克(七兩半)；乳脂十克(二錢半)，生菜八十克(二兩) (加香油二十克及醋十克)或用煮熟之菜蔬三大匙或沙丁魚均可；冰四百西西(十三兩)。

夜餐。九時，雞蛋二枚；冰四百西西。

質言之，此項食法內約用蛋白質二百克及脂肪一百三十五克，對於炭水化物的排泄有絕大之功效。大約大多數病人用此法後三四日，尿內即不含糖。尿中既無糖迹，則每日食品中之炭水化物即可自二十克以至五十克及百克逐漸加增。無炭水化物的飲食法之效果即在使新陳代謝作用進步，身體能多貯留炭水化物而尿中不排泄糖也。苟行此法四五日後尿仍含糖少許，則可完全不食一日，以助身體貯留炭水化物之作用。若不用以上之飲食法，則宜將食品之樣數逐漸減去，至尿中糖迹消滅為度。大約一二月之後，則病人之食品稍可自由而試用各種食物。

努登氏 Noorden 之燕麥粉(雀麥粉)食品 oatmeal diet 極佳，施於沉重之病尤宜。每日食燕麥粉及牛乳油各二百五十克(七兩半)，蛋白六至八個。配製法先將燕麥粉煮二小時，然後加入牛乳油及蛋白調勻。分四次食，食時可並飲咖啡、茶及水。至於尿含雙醋酸及體重減輕者則不宜過於禁止炭水化物，燕麥粉及馬鈴薯不妨多用，且可服鹼性藥以改其酸。

禁食療法 Fasting treatment. 昔時對於此病，已知隔數日禁食一日之法。近又加研究，法益闡明。然施此療法時管理並指導病人係必要之舉。凡用禁食療法之九十七病人中，死者僅十三；其成效之佳可知。施此法時，病者宜臥養。醫士將該療法爲之詳細說明，給以飲食單及記錄冊。倘能致病人自行檢尿，更佳。禁食療法之次序如下：

(一)檢尿。第一二日用尋常食物以便檢查尿中所含之糖及醋酮。

(二)禁食。病者須臥養，由敏捷之護士看護之。無論何種食品一概禁止，以尿中無糖無酸爲度；大約須二至五日之久。水、茶、咖啡等可任意飲之。苟顯酸中毒，則可按次飲酒少許。若禁食二日後尿仍含糖，可用清瘦肉湯三百西西（約十兩）分數次飲之。迨尿中無糖無酸，則可依以下各條而選用不致糖尿及醋酮之最低量的滋養法。際此，則該病人之明敏的協助甚爲重要。

(三)炭水化物的容量。尿內無糖及酸已過二十四小時，可食含炭水化物百分之五之菜蔬（參觀下表）一百五十克。每日漸加炭水化物類五克，歷四日，共加至二十克。此後每隔一日加五克，由含炭水化物百分之五之菜蔬依次逐漸用百分之十及百分之十五者。然後再加用含炭水化物百分之五之漿果，亦逐漸換用百分之十及百分之十五者。此後則可用含炭水化物較多之食品如馬鈴薯及燕麥粉等。苟尿中不再顯糖，則可用麵包。

(四)蛋白質類的容量。尿內無糖後二日，可食蛋白質二十克，如雞蛋三枚。以後每日可加肉類五克，至所食之蛋白質重量加至等於體重千分之一至千分之一五爲度。

(五)脂肪的容量。肉及蛋內均畧含脂肪，故已在用蛋白質時帶用少許。後則每日可加用脂肪二十五克，以病者之體重減輕停止爲度。豬油、牛乳油及他種油類均可用。

(六)尿內之糖再顯。倘尿內再顯糖，則須再禁食一日及從新再行以前所述之飲食法。

(七)減食之日期。無論如何，凡行以上之飲食法者皆宜每星期內減食一日。當在炭水化物容量未過二十克時，每星期內宜禁食一日。病之輕者則當減食之日期僅減去該時食量二分之一或三分之一已足。或在減食之日期僅用雞蛋及含炭水化物百分之五之菜蔬，或僅用肉湯亦佳。要之，炭水化物容量愈小之際，則禁食之日愈爲重要。

質言之，糖尿病宜按各病特別施治，不可概論。又熱量之單位須由尿內無糖無醋酮而測度，不可依滋養作用而定，蓋該作用每在常度之下也。開端禁食之數日內可服鹽劑，有昏迷

之兆者更宜用之，然在禁食之後，則不必再用。又宜鼓勵病人，且使知治法之效果操諸彼手，苟彼能嚴守醫士之規約，則自可望從速奏效。

糖尿病食品表

患重糖尿病之體重六萬克者所需食物分量

食物	克數	每克之熱量單位	熱量單位總數
炭水化物.....	10	4	40
蛋白質.....	75	4	300
脂肪.....	150	9	1,350
醇.....	5	7	105
			1,795

無糖食品：一肉類，家禽類，野物類，魚，清湯，膠質，蛋，豬脂，牛乳油，植物油，咖啡，茶及碎柯柯等

含炭水化物的食品

	所含炭水化物約百分之五者	約百分之十者	約百分之十五者	約百分之二十者
蔬菜類	生菜(高苜) 菠菜 豌豆 芹 圓頭菜 黃瓜 油菜 密菜 菜瓜	花菜 茄子 甜菜 莖菜 水芹 白蘿蔔 小南瓜 菜	蔥 蒜 蘿蔔 紅蘿蔔 鮮草	青豆(豌豆) Artichokes 山藥 扁豆 薯 豆 玉蜀黍 飯 絲類(掛麵)
漿果類	熟棧利伐果(有脂肪百分之二十者) 柚子	櫻桃 檸檬 莓 覆盆子 酸漿 櫻桃 波羅蜜 西瓜	蘋果 梨 杏 李子 櫻桃	李子 香蕉
殼果類		巴西果 榛子	杏仁(巴旦) 胡桃 榛子 松子	花生 此外尚有椰子 惟所含之炭水 化物多至百分 之四十
雜品	蛤 海參 魚子	牡蠣 肝		

食品所含各質比較表

食品類別 每三十克(即一兩)計算	蛋白質(克)	脂肪 克	炭水化物 克	熱量單位
燕麥粉.....	5	2	20	110
生 肉.....	6	2	0	40
熟 肉.....	8	3	0	60
馬鈴薯.....	1	0	6	25
腓 肉.....	5	15	0	155
乳 酪(40%).....	1	12	1	120
乳 酪(20%).....	1	6	1	60
牛 乳.....	1	1	2	20
麩 包.....	3	0	18	90
米.....	3	0	24	110
乳 油.....	0	25	0	240
蛋 (一個).....	6	5	0	75
巴西果.....	5	20	2	210
橘 子(一個).....	0	0	10	40
西洋柿子(一個).....	0	0	10	40
菠 菜5%-6%類.....	0.5	1	1	6

蛋白質一克含四熱量單位

炭水化物一克含四熱量單位

脂肪一克含九熱量單位

糖一克含七熱量單位

一千克——2.2磅

蛋白質0.25克含1克

病人靜養時體重每一千六百三十熱單位

胰腺島素療法或島素療法 Insulin Treatment 不甚重之糖尿病或無須此種療法，蓋飲食療法已足見效也。病勢沉重者當用嚴厲之飲食法時，勢難免其受餓；若兼用島素療法，則飲食不須十分過嚴，只須適宜，可使病者康健而有精神作事，不至於困頓非常也。用此療法，體重及精力皆繼續增加，病者自覺健旺。凡因此病發育已停止及因而營養不足之小兒用此療法，尤見功效。

胰腺島素對於療治糖尿病性昏迷，功效最大。即使最沉重者，昏迷不醒，苟注射適量之島素，功效頗速，甚或於數小時後即可恢復常況。此外則對於糖尿病之併發病，亦甚效。

至於島素能否使糖尿病斷根，則尙無証據；蓋除使病原斷根外無他法也。

島素之注射法有三：（一）皮下，（二）肌內，（三）靜脈內。至於注射之單位數，則須先驗血，依其所含之糖之量而定。注射時須十分注意，蓋用量過多則致血含糖過少 hypoglycemia 兼抽搐而致命。凡用此素時，如顯以上所述之狀，則須速食炭水化物（如糖）。此外則皮下注射千分之一之腎上腺素 adrenalin 液半西西亦有效，此或係能使肝內之動物澱粉變成糖之故。

藥療法 無專治之藥。鴉片有時可用以阻止糖尿病之進行，但罕有引用者。可第印 codein 不至如嗎啡之致大便秘結。初用鴉片時，每劑半厘 0.03，每日三次；有時可逐漸加至每日用六至八厘 0.4—0.5。然不行上述之飲食法禁食炭水化物，則鴉片亦無效。迨尿中之糖已減至最低之度或已無者，即當逐漸減去鴉片之劑量。病者不但能容受大劑鴉片，且減去時亦必不爲所苦。

昏迷 Coma 如無胰島素療治，則可用以下各法。病者須臥床靜養，並爲之洗胃灌腸。尿含醋酮及雙醋酸者宜減去食物之量，而尤以減少脂肪爲要。若尿內顯糖，則宜禁食。苟有昏迷之兆，宜立刻行上述禁食法，並用重碳酸鈉大劑以解酸毒。用此藥注射靜脈亦可。注射之溶液用重碳酸鈉百分一二與稀釋鹽液（即當量鹽液）九十八九分調合而成。病勢危急者每六小時可注射此溶液至一立之多。病較輕者宜口服，或口服及注射直腸並施。劑量須漸增至尿變黯爲度。甚或每日用至百克 sod. bic. 100 gm 亦無妨。凡糖尿病之尿含雙醋酸多者，皆宜服重碳酸鈉。用管漸注射該溶液入直腸之法即所謂茂斐氏法 Murphy's method 者甚佳。又病者之大便必須通順，蓋大便秘結每爲昏迷之先兆也。

對於併發病如皮癢及濕疹可用冷皮藥如硼酸或硫磺酸鈉一兩調水二水磅 *sod. hyposulphis 30 gm., aq. 700 c. c.*, 或用魚石鹼 *ichthyol* 調羊毛脂 *lanolin* 之軟膏亦可。

對病人應否施手術,當細心考量。病人應由醫士諄囑以忌食糖及酸。

(三) 尿崩病 *DIABETES INSIPIDUS*

定義 爲一種慢性病症,其特殊性狀係排泄多量之比重低的尿。此病必須與希司忒利阿,李來忒氏病,大腦病及他病所顯之多尿 *diuresis or polyuria* 鑑別,不可混淆。此病與糖尿病之鑑別,在千六百七十四年已認定。

原因 此病在少年中最多。男多於女。有時或係先天性。此病之遺傳性趨向頗昭著;曾見一家四代九十一人中患此者二十三人,而對於身體之康健無甚妨害。

臨診的分類 共有二類: (一) 原發類或自起類 *Primary or Idiopathic form*, 此係無明顯之器官病徵者。 (二) 繼發類或症狀性類 *Secondary or Symptomatic form*, 此則有腦或他處之病徵者。某氏所報告之九案中,前者有四,後者居五。患尿崩病小兒之父母每患糖尿或蛋白素尿。此病有時隨多飲冷水或賭酒而驟起,又或有在急性病之恢復期內發顯者。原發類大約係腎不能生滲尿。繼發類幾皆與神經系統之損傷及疾病,頭或軀幹之傷,梅毒(腦底膜炎)等等有關係。其原因多於起大腦垂體(蝶鞍腺)病。病人中有腎之排洩鹽類及尿素官能減低者。

病理解剖 無一定之解剖學上的損害。腎或腫大並充血。膀胱或顯過長。腎盂及輸尿管有時擴張。因慢性肺病而死者不少。神經系統之損害徵亦甚複雜。

症狀 受驚或受傷之後，或突起此病，然以逐漸發顯者為常見。尿之分泌量大增及口渴過度係最顯著之症狀。每二十四小時排泄之尿量約自二十至四十水磅，甚或更多。有時出體之尿較入體之液體物多。尿之比重低，約一〇〇一至一〇〇五；色清如水。尿中之固體物或不減少。尿素或過多。含異常之物者少。惟間或有微含糖者。蛋白素尿罕見。出尿既多，則口渴亦因而過度。病者因多飲多溺，非常困苦。胃口大抵甚佳；如糖尿病之貪食者甚罕。病者之外貌或肥胖壯健。汗少皮澀。涎少而口常乾燥。酒量極大，每能飲多量之酒而不醉。

病程 病程與原發的損害有密切之關係。有時兼組織性病之屬腦或屬腹者，則身體之康健必大受損；病者消瘦而精力速失。至於此病之屬原發性者，則身體之康健或可維持甚久；曾見患此類病至五十年之久者。致命之故大抵係兼患他病。自癒者亦有之。

診斷 尿之比重低及不含糖係此病與糖尿病之異點。希司忒利阿性多尿有時與此病甚相似，蓋其尿量或極大，祇能依其發顯他種希司忒利阿性症狀始可定診斷也，惟希司忒利阿性多尿大抵係暫時性。有若干李來忒氏病亦或下大量之比重低的尿，然尿內含蛋白素及透明管型，動脈壓增大，血管硬化，左心室過長等狀非此病所有，故不難鑑別。

治法 病人之飲液量不必限制。有時逐漸減去入體之蛋白質類及鹽類似乎有益。用大腦垂體之後段療治，頗見功效。常例此須用注射法，惟有時口服該腺所製之膏劑亦佳。刺腰術時或甚效，可以試用。Theocin 每劑五厘，每日三次時或見功。病人如有可疑之梅毒歷史或顯乏色曼氏反應者，則須廣用抗梅毒治法。

(四) 肥胖病 OBESITY

定義 此係一種新陳代謝之紊亂，其特殊性狀為身體脂肪過多。

原因 原係食品之氮化不適當之結果，而伴以或吸收生脂之素過多或其燃化 combustion 不完全。此二種原因或同時併有。要知此病不定為食物過多所致；有許多胖人食量甚小。反之，因食物過多而直接發胖者固亦不少。此外更有昭著之遺傳性趨向。種族亦有關係。男女問題就全世界而論，則女較男易患此。

脂肪新陳代謝今尚未完全確知；僅知其一部分受內分泌之管轄。脂肪積聚之各種情況與內分泌有關係者，吾人屢見不鮮：發身之際身體之脂大增，而尤以皮膚為然。割除辜丸者皮下之脂即增多，故閹人胖者頗多。婦人經絕期體重增加者頗多，孕期及哺乳期內皮脂亦或大增。

內分泌物之管轄脂肪新陳代謝，醫界確知者僅有一據。例如大腦垂體或其鄰近生瘤，則或全體發胖而生殖器萎小。大腦垂體又管轄炭水化物之新陳代謝；倘割除該垂體之後葉，則致體重大增。蓋身體容納炭水化物之量似因此而增加，故致胖也。由此類推，則許多年輕者之過於肥胖，未必非垂體機能遲鈍 hypopituitarism 所致。奇特之肥胖如六閱月之間體重增至七十磅之多者亦或係體內某腺之內分泌受擾所致。

症狀 身體過於肥胖而舉動每多不便，婦人則因之而貌陋。體胖者雖亦間有精神奮發運動敏捷者，然過於肥胖究非康健徵兆。氣短，心動不自由，行步艱難等係最常見之症狀。小兒之過肥者甚多，由於父母之教養不適當及無節制之飲食習慣等而致。此等情況日漸增多，特如美國所見過胖之小兒

尤多。年幼而過肥者有一種不可控制之多睡趨向。此種多睡情況或亦係內分泌受擾之顯狀也。

治法 凡在四十歲以後，飲食過多者甚多；故節制飲食甚為重要。屬遺傳性者每不易治療。小兒過於肥胖，則亦以節制飲食為最有功。舉凡澱粉類及脂肪類食品務宜減少禁止糖食，並須每日操練。婦女在生小兒後及經絕期發胖者亦要在每日操練運動，兼須減少飲食，炭水化物類尤宜禁止。療治此病之法頗多，要不外嚴戒糖類脂類及減少飲食之量諸法。

耳忒勒氏治法 Oertel's method 詳心脂肪性變節。彼主張減少飲料，僅在食後二小時始可飲液體物。

努登氏 Noorden 之飲食法甚佳。茲錄其每日之飲食量如下：瘦肉三百五十克，麪包五十克，馬鈴薯百克，果品及菜蔬三百克，雞蛋一枚，肉湯約五量，牛乳八量，茶及水不加限制。

肥胖極者宜入病院，以便看護者照規定之法按時按量給與飲食。每日所飲液體物至少不宜減至一立(三十五至四十兩)以下。此等病人多患貧血。治貧血宜用大劑鐵藥。

至於甲狀腺膏 extr. thyroid.，則祇可依有系統的治法施用。每劑五厘(〇二克)，日服三劑。苟兼以節制飲食，運動身體，則功效甚佳。但宜斟酌病情，不得一遇身體過肥者即用此膏。大腦垂體膏亦或有效。

(五) 脂肪過多病 THE LIPOMATOSE.

局部積脂之種類不一，茲條舉如下：

(一) 痛性肥胖病 Adiposis Dolorosa. 此係一種身體各處積不規則的對稱脂塊之體組織受擾，且作痛，有時或兼衰弱及精神變異。脂塊瀰散而零對稱。累及腹、胸、臂或腿；或僅限於四肢或軀幹。面、手、足等每不受累。所顯之痛有時自起，而易

於因受壓而激發。體弱雖非恒有之狀，然或甚顯著。病者常煩燥而兼精神之改變。脂塊屯積處之皮膚顯顯著之感覺過敏。患此病者婦女較多。病理今尙未確知。或者亦係內分泌紊亂也。

(二)小結性限界性脂肪過多病 *Nodular Circumscribed Lipomatosis*. 此病甚多。脂肪小結散生於體之各局部。大小無定，自有包膜之小結至有界限之大瘤皆有之。或單獨；或多數，更有對稱者。有時作痛，間或兼顯衰弱及精神變異等狀。

(三)瀰漫性對稱性頸部脂肪過多病 *Diffuse Symmetrical Lipomatosis of the Neck*. 此種奇異之病之特殊性狀為或單純或分葉之脂肪屯積於頸之皮下，致頸部龐大。或僅限於頭或體之他處亦生脂瘤。男子患之者較女子多甚。對於身體之康健無甚大阻礙，然逐漸增大則不免醜陋耳。有時亦或顯全身症狀。脂塊內有瀰漫性淋巴組織（有時為血淋巴腺）小結頗多，故又有腺性脂肪過多病 *adeno-lipomatosis* 之稱。

(四)大腦性肥胖病 *Cerebral Adiposity*. 大腦垂體或其附近處生瘤，則或致肥胖過度而生殖器發育不足等情況，前已述及。此種病况後當於內分泌篇另行詳述。

(五)假脂肪瘤 *Pseudo-Lipoma*. 患希司忒利阿病者之皮下有時顯局部水腫狀，用指按之及按後並不留痕跡。有時或係脂肪瘤。有青色及白色兩類。

許多此類皮下浸潤與在肥胖婦人皮下之軟組織相似，皆由脂肪所致。法人對於假水腫與真脂肪瘤間之各種階級會詳加說明。

治法 尙無完善之治法。甲狀腺膏小劑可試用，惟宜按月停服一星期。他種腺膏亦可試用。倘有大腦垂體瘤之徵，宜審察應否用外科治法。

(六) 血色病 HEMOCHROMATOSIS

定義 此係一種新陳代謝紊亂，其特殊性狀為腺類器官屯積含鐵之色素，多種器官之尋常色素加增兼進行性硬化，且大多數兼患糖尿病。

原因 此病不常見，婦人尤少。患者多數為中年人。雖似無顯著之素因，然近今醫界以為與嗜酒有關係。又其病多兼糖尿，似與糖尿病亦不無關係。

病理解剖 剖屍檢驗，諸器官顯一種褐色或古銅色甚為昭著。肝腫大且硬，脾亦腫大。胰腺或萎縮或成纖維織並積脂。淋巴腺積色素。該色素係含鐵血黃素 hemosiderin，即含鐵者。多屯積於腺細胞，心肌細胞，淋巴腺等處。其量極大，例如屯積於肝者竟較尋常色素多過百倍。至於血棕色素（即無鐵者）hemofuscin 則其量大有等差，帶黃色，多屯積於結締織之細胞。血無特別變異。

此病之病理今尚未確知。或謂係一種原發性新陳代謝擾亂，致蛋白質成色素之作用變異而屯積於組織內之現象。

臨診狀況 此病可分二類：一兼糖尿者；一則無之。第一類較多其症狀為劇烈之糖尿，體弱，進行性皮膚屯積色素，肝腫大等。皮之色素大有等差，自深棕色以至於鉛色或青黑色者皆有之；最易招人注意。肝所顯之情況係一種過長性硬變，平滑而一致腫大。脾或繼之而腫大。所顯之糖尿每劇烈而病程急速。此病或於患病數年後始顯糖尿。

除普通衛生外，無特別治法；有糖尿病者則須施治該病之法。

(七) 褐黃病 OCHRONOSIS

定義 此係一種罕見之新陳代謝紊亂，致軟骨及纖維織變黑，皮積色素，兼顯因尿含阿勒卡吞 alkapton 或石炭酸所致之黑尿。

原因 病有兩種：(甲)病人之體組織終生有乖性化學變者；或全家均有此性。患者某種分解性新陳代謝 katabolism 不完全，致生特異物體 homogentisic acid and uroleucic acid 而由尿排泄。該尿暴露空中，則成含阿勒卡吞尿。此種乖性或傳至三代之久。(乙)黑尿及組織變黑之狀。係久用石炭酸如用石炭酸洗劑久敷瘍面所致。

症狀 病已成，則褐黃色極昭著。纖維織之變色以指關節之背面為最顯。體瘦者手足之臚呈青灰色；耳軟骨亦呈青色。眼球及鞏膜或有黑迹。嘗見鼻頰之皮有變黑如煤者。有時兼患關節炎。病雖無礙於健康，然醜陋甚。剖屍檢驗，則見軟骨韌帶，纖維織等到處皆呈褐黃色。

酸中毒或中酸毒 ACIDOSIS

定義 酸中毒係血及身體他組織內固定底質之量減少，即所謂酸伊洪 acid ions 相對的增多也。如此則致身體之鹼準備 alkali reserve 減少，於是酸底均勢 acid-base equilibrium 乃受擾。此種狀況謂為鹼度減少，似較為妥切；蓋非體中有確實之酸性。體中之游離二氯化炭 free carbon dioxide 使不被他種酸類所合之各底質化為重碳酸鹽；於是在無揮發性的酸類 non-volatile acids 已中和之後，此重碳酸鹽乃顯所餘底質之過多。血為抵抗酸中毒之第一道防禦線，因上述（血中之重碳酸鹽）之故，酸中毒遂使血內顯重碳酸鹽減少。一定的酸底均勢為人生所必需；稍有昭著之變異，即足發生重大之困難。此種均勢係有一恒久之平度者，無論酸或鹼之增多，皆自動的加以防止。在飲食之尋常狀況下，乃有酸基 acid radicals 之產生。此等酸基係由氮化 oxidation，排除 elimination，排泄 excretion 及中和 neutralization 而消滅。

此項常度比率之維持全恃以下各項作用：（一）肺之排除二氯化炭；在此作用中，重碳酸鈉係一重要之攜帶者。（二）腎之排除酸類。（三）髓之使酸中和。（四）固定底質之隨食物而入體。

氮化係此項程序中之重要作用，已甚明顯。當尋常酸底關係被擾亂之際，則身體即增加其常度程序，以自防禦。其重要者為髓使酸中和作用之增加。此髓使酸中和作用及尿之氮總數之比率尋常為百分之二至五者，可以高至 25 至 40。呼吸之速率增加，可使肺排除較多之二氯化炭。腎之排泄酸類亦可較尋常為多。至於鹼準備之應用，則僅就其可得而用者用之（猶言不多用也）。以上之作用或尚不足以資補救；則重碳酸鈉之量減少，而組織中之二氯化炭亦不能如常量之被

其攜帶，遂致屯積。此可致呼吸困難及“空氣飢” air hunger。但如醴準備之減少不甚昭著，則無劇烈之狀況。至於其減少昭著者，則有許多之變態如氮化受擾，腎官能紊亂，氫新陳代謝變改，呼吸困難等等。

醴度減少之機能頗複雜。在糖尿病，則有醴酮物化成之過多。在若干瀉病，則或係醴類被大腸排泄；此或係霍亂病所顯。在液體喪失（如水瀉）之類，則或係液不敷用之故。腎所排泄之磷酸鹽或不能如常量之多；或其排泄官能不能增加，以為救濟。

發顯酸中毒之隨各病症發顯者頗多；或無關重要，或甚為危險。茲就其重要者條列如下：

(一) 飢餓 此係專對食物內無炭水化物而言。凡急性傳染病之不能用充分之食物者，其所顯之酸中毒，飢餓或係一種原因；又迷蒙（麻醉）後之酸中毒亦然，而尤以在迷蒙前久未食物及食物甚少者為然。

(二) 迷蒙（麻醉）Anesthesia。常見者為甚輕之酸中毒，大都不關重要。但在危險之病症，則發顯酸中毒，或竟可致命。故宜設法預防。

(三) 懷孕 此其所顯之酸中毒，大抵不重要。

(四) 小兒 在若干小兒腹瀉病，酸中毒或頗重，且有因而致命者。小兒輪替性（周轉性）嘔吐 cyclic vomiting 常兼酸中毒。此外則脂肪及蛋白質之新陳代謝受擾亦能致之。有時全健無病之小兒或突然患之，兼顯腸胃症狀，吐瀉，熱度畧高等。迨第二三日，則呼吸困難兼腹部膨脹，且漸顯思睡之狀。至第四五日（或更早）則昏迷。尿內常含醴酮及雙醴酸。

(五) 傳染病 傷寒質斯熱，肺炎，亞洲霍亂，腸熱等病皆有顯酸中毒者。

(六)糖尿病 此病中之酸中毒係重要之類;特稱爲克吞性酸中毒(酮性酸中毒)或克吞病 ketone acidosis or ketosis, 以資區別。

(七)腎性及心腎性病 此類之中,其重要原因係腎之排洩酸類功能減低。

診斷 (一)呼吸率增速 有若干類酸中毒,例如糖尿病所顯者,即呼吸增速一端,已可定診斷。凡一切呼吸增速,如無別種病原可尋,即須研究是否係酸中毒所致。如係克吞體(酮體) ketone bodies 所致者,則呼吸每帶一種果子臭。

(二)肺泡空氣內之二氟化炭緊張 Carbon Dioxide Tension. 此種緊張力之過低除係因登極高之處(如登高山或乘飛機達極高度等是也)或他種情狀,肺泡空氣及血之間之換氣受擾所致者外,即爲酸中毒之明証。

(三)血 (甲)二氟化炭之含量減低。 (乙)鹼度減少。
(丙)宜判定血紅素之含氮力。

(四)尿。 (甲)鈣增多。 (乙)酸過多或顯異常之酸類。
(丙)固定底質變異。

(五)堪受性 堪受性偏向於鹼類,而尤以重碳酸鹽爲然。當測定能使尿變鹼所需之重碳酸鈉之量(猶言須用方法測定需重碳酸鈉若干,始能使尿變鹼性也)。

豫後 酸中毒既不成一種獨立之病,故其豫後不易解說。然其所隨之病之結局或與酸中毒有密切關係,例如小兒之瀉病是也。在糖尿病酸中毒或係其終局症狀。其對於治法之應驗係判斷結局之要素。

治法 預防其發顯,係一不可忘之要點。在患糖尿病者,預防甚爲重要,故療治之際,務宜連想及之。迷蒙(麻醉)之前及在患急性傳染病者,有兩種要法:(一)飲多量之水 (二)用

炭水化物。此可用百分之二至五之葡萄糖溶液 glucose solution 口服或灌腸。(三)用重碳酸鈉溶液或口服,或灌腸,或注射靜脈皆可;以尿變鹼性為度。此在病之早期甚為重要,例如在小兒病是。有時用鈉,鈣,鉀及鎂等類鹽有效。至於已昭著之酸中毒,則須待下述之情狀。重者,大抵須用百分之二至五之重碳酸鈉溶液注射靜脈,且可多用至一百克。較輕者,則可口服或灌腸。又須多飲水。

第六篇 消化系統病

DISEASES OF THE DIGESTIVE SYSTEM

(甲) 口病 DISEASES OF THE MOUTH

口炎 STOMATITIS

(一) 急性口炎 Acute Stomatitis. 最常見者係受種種刺激而成之紅斑性口炎(又名單純性口炎) erythematous or simple stomatitis. 老壯幼穉皆有患之者。嬰兒患此病,每因生齒或腸胃病而起;撫養失宜及身體羸弱者尤易患之。成人患此病,則每由吸烟過度及濫食味過濃之物所致。又此病每伴消化不良或急性熱病而發。

患處或僅在脣際及齒齦,或蔓延全口並及於舌。初發時粘膜表面紅而乾,繼則口之分泌增多,舌腫苔厚,舌邊貼齒之處微凸。患者全身症狀絕少,惟小兒則或稍發熱。患處極不舒適,且或痛甚,咀嚼時痛尤甚。

凡嬰兒患此,每次喂哺後宜用硼砂液或硼砂合甘油拭淨其口。病之重而易成慢性者宜用稀釋氫酸銀溶液抹洗。調合法係用氫酸銀三四厘,合水一兩 arg. nitras 2—2.6 gm, aq. 28.5 cc.

(二) 阿弗他口炎又名濾泡性口炎或水泡性口炎 Aphthous, Follicular or Vesicular Stomatitis. 此病係口生微凸之小點。該點之直徑約在二耗及四耗之間,周圍有紅暈。初為小泡,繼則破而成小潰瘍,底作淺灰色。邊則鮮紅。患處在脣內舌邊及頰裡者最多。在咽粘膜者甚少。小兒未滿三歲患此者最

衆，或由自發，或由熱病及消化不良所致。此泡發生極速，不出二十四小時即成小潰瘍。凡嬰兒患此，則口痛厭食，頰分泌增多；口臭濃厚，惟不臭惡。全身症狀大概除屬於引發此病之他病者外別無他種。此病不可誤認爲寄生性口炎。特別之寄生物未嘗查見。病勢不危險，苟全身狀況有進步，則亦迅速癒合。病之重者每延及腭弓及咽而成潰瘍；此則致痛而一時不易癒合。

治法 潰瘍宜用氫酸銀搽抹。食後宜用氫酸鉀溶液 sol. pot. chloratis, 或硼砂溶液淨口。全身症狀亦宜注意。

(三) **潰爛性口炎** Ulcerative Stomatitis. 此病又名臭性口炎 fetid stomatitis, 小兒生乳齒後多患之。有傳染性；凡不適衛生法之局院中苟一人患之，可致蔓延全舍。監獄營盤等亦然。食物不足或不合衛生，空氣不佳以及天氣冷濕過久大約係致此病之特別緣由。齶齒與齒石（又名牙砂）等係此病之引線。此病之傳染似自成特種之病，但未能鑑別其菌爲何菌耳。

患處由齶邊而起，齶紅腫，易出血。繼則成潰瘍；瘍底有淺灰白色膜緊粘。病重則齒鬆，齒槽壞死。此瘍蔓延至上下之齶；舌脣及頰粘膜大約全腫，惟絕少成潰瘍者。口涎流溢，口氣臭惡，咀嚼則痛。頰下腺腫大。有時皮或發疹，致易誤認爲麻疹。全身症狀常重，小兒羸弱者或以致死。

氫酸鉀爲治斯病之特別藥品。小兒每服五厘（〇·三克），日服三次；成人倍之。患處並宜用此藥液漱口，或用此藥粉敷瘍面。若瘍極臭惡，可用過錳酸鉀溶液 sol. pot. permang. 漱口及氫酸銀敷瘍。

另有數種潰瘍性口炎與此種口炎不同，一般乳母多患之。患處每由粘膜腺發生，而現於脣頰之粘膜。其直徑三至五耗。患者或微覺不適；或否；亦有痛甚致飲食及咀嚼俱見阻礙者。

此種口炎若抹以氫酸銀，功效立見。兼服補藥，吸清氣，並食滋養品，尤妙。

(四) 寄生性口炎 Parastic Stomatitis (Thrush or Soor). 寄生性口炎俗名鵝口瘡。小兒患之者最多。致病之原係一種菌，名口釀母菌或白色釀母菌 *saccharomyces or blastomyces albicans*，屬酵母菌類或絲菌類，而為分枝之絲所組成；此絲之尾又生一種長圓形酵母細胞。凡口粘膜無病，則不患此病；食物不合宜，口不潔淨，齒間食物屑之釀成酸以及患口卡他均係發生此菌之緣由。育嬰院中每因咽喂瓶及匙不潔，致小兒患此病。此病不僅小兒患之，即成人當熱病之末期或患慢性結核病，糖尿病以及患惡病質者亦皆患之。此釀母菌之生長每在粘膜上層。其絲則在上皮細胞間佈成密網。患處初由舌起，現畧凸之珠白色小點，後則增大，漸相聯合而成膜。此膜易刮除，刮後下面粘膜依然無損；若其患深入，則刮後當出血，且畧潰。久患之，每能延至頰、唇及硬腭，更累及腭扁桃及咽。病之危重者全頰粘膜均被灰白色膜所遮。甚或延入食管、胃及盲腸。間或累及聲皺。小兒之壯健而撫育合法者有時亦患此病，然常見者每係羸弱消瘦而兼有腸胃病之小兒。此則每至纏綿數月之久始平復。

此病不難鑑別。但切勿誤認為阿弗他口炎。阿弗他口炎病當白癆未成時已先有泡，與此病不同。此病苟用顯微鏡察視，粘膜中現有釀菌。又患此病者口常乾燥，而阿弗他性口炎則多流涎，絕不相同。

預防此病較刮除尤易。小兒之口必須拭洗潔淨。如用人工哺育，喂瓶須施消毒法。洗口水用石灰水或他種鹼性液如重碳酸鈉一錢，水八兩 *sod. bicarb. 4 gm, aq. 230 cc.* 均妙。若見粘膜斑，每食後即當用此鹼水洗口。用礫砂或亞硫酸鈉一錢水一兩 *sod. sulphis 4 gm, aq. 28 cc.* 或汞黑洗劑 *lotio nigra* 調甘油

或過錳酸鉀溶液,均可。凡療治此病,務以同時療治小兒全體之病爲要。蓋此病每有依法施治不見功效,必待改換水土,治癒腹瀉而病兒身體全健後始得痊癒者。如遇此病之難治者,當備乳母以代瓶喂。

(五)壞死性口炎又名走馬疳 Gangrenous Stomatitis; Cancrum Oris or Noma. 此病係一種驟長之壞疽,起於齦或頰,致肉脫爛。此病甚危險,然罕觀,惟小兒之撫育十分失宜者及急性熱病將痊之期患之。患者女兒多於男童。患者每在二歲至五歲之間。當麻疹將痊之期而起者居過半數。患腸熱病或猩紅熱之後亦有患之者。患處最初常在齦或一頰之粘膜。其進行初則隱而不現,不易察覺。及至察覺,則粘膜已患脫腐性潰瘍。自是蔓延驟速,不久則皮及鄰比之處漸變堅硬,而脫腐性潰瘍亦漸廣。病重者穿頰而出,或延至舌及頰,侵入上下頷等處;更或達於耳及臉。病輕者瘍生頰裡,或漸癒合;或穿頰而僅存一瘻孔。凡遇此等重病,全身症狀勢必昭著,脈急,體極羸弱,大約延至七日或十日而死。體溫高至一百三四度(三九五至四〇)。病者際此,每兼患腹瀉,甚或患吸入性肺炎。特別微生物未嘗發見。治法。宜用發烟鼠酸 ac. nitric. fumans 或烙器將瘡癬除,甚有功效。又宜用抗毒藥以除臭氣。病兒宜慎爲撫養,並多服興奮藥。

(六)汞毒性口炎(流涎) Mercurial Stomatitis (Ptyalism).

凡病人有易中汞毒性者每患此病,然因服汞藥過度而致者今已甚少。又常作汞類工業者亦或患之。陸續連服汞之小劑量或致此病。例如患心病者因小便不利,每三小時服甘汞八分之一厘(〇〇〇八克),迨八劑或十劑後忽生劇重之口炎,纏綿數星期之久。又有因服汞白堊粉 hydr. c. Cret. 小劑而患此病者。患者初覺口內生金屬味,齦紅腫而痛,咀嚼艱難,繼則涎

腺腫痛，口涎流溢。舌亦腫，口氣臭惡。苟病更進行，則粘膜成潰瘍，間或上下頷諸骨壞死。此病雖十分痛苦，然不甚危險；大概兩星期可痊。又有牙齒變鬆或脫落，其炎或延至咽及耳咽管者，今已不常見。

凡服汞類藥者一經察覺齦病，即當停止不服。病發未久而病勢輕者，祇須用藥液淨口即可治癒。病重者可服氫酸鉀，並用以漱口。大便宜通利。病者每晚宜用一熱浴並多飲鹼性泉水。每日可服阿忒羅品兩次，每次以百分之一厘 atropine 0.00065 為度；亦可服碘化物。凡流涎過多而久者，體極羸弱，貧血，故其治法當以補養為主。食物宜用液體，蓋病人不能咀嚼也。如痛勢兇猛，每夜宜服吐根複方散 *pulv. ipec. co.*

凡小兒生齒時，多為口炎所累，汞毒性口炎所見尤多。此狀況致齒釉質之組成不完全而致糜爛 *erosion*；齒形似蜂房，多凹陷。此等齒當與先天梅毒齒詳細鑑別；此兩病雖或並見，其病自不相同。蜂房形陷凹每現於門齒；惟某醫學家曾經試驗，凡小兒口炎所致之齒糜爛，其蜂房形首現於恒白齒（大牙），次及門齒；該齒凹陷蛀壞，色不潔白，每有小橫槽橫過平行諸齒。或謂此橫槽係小兒曾患驚厥或他重病所致，與重病後指甲上所生之橫槽相同。

(七)地圖樣舌 (舌濕疹) *Geographical Tongue (Eczema of the Tongue)*. 此病係舌上皮脫後所留之圓斑。斑之中央漸就平復，而斑邊則蔓延。繼則各斑混合，致各邊相接而成彎曲形。此形蔓延，舌上之紋遂似地圖，故名地圖樣舌。此患每覺熱發癢，使患者煩惱。患者或誤認為初發之痛。

病原尚未查定。嬰孩、兒童及壯年人俱有患之者。或伴發消化不良。性易復發。壯年患此，不易療治；曾見一病延兩年之久，施各種治法皆不見效。凡遇舌覺熱時，可用氫酸銀溶液止之，最妙。

又有一種表面性舌炎 superficial glossitis, 炎處以舌尖及舌邊爲界;顯無定形之紅點,驟視之酷似上皮脫落而舌乳頭紅腫(有時稱之爲摩勒氏舌炎 Moller's glossitis). 抹以氫酸銀甚佳。

(八)頰粘膜炎 又名舌牛皮癬 Leucoplakia Buccalis or Buccal Psoriasis. 有三類: (一)舌上生小白點,微凸似乳頭狀瘤,名舌雞眼 lingual corn. (二)舌上皮增厚,瀰漫成斑狀,呈薄青白色,或厚暗白色。在舌背及舌邊發顯者較多。 (三)瀰漫性口白斑病,硬腭,齦唇及頰均被一層光滑或綻裂之暗白色斑所遮蔽。此種廣播類,舌或不受害。唇粘膜炎每被累,間或累及外生殖器粘膜炎,而腎孟亦或受累。吸烟過度者每易患此病,故俗名吸烟人之舌。有時上皮癌(鱗狀細胞癌)即由此局部所致。又患此病者多數曾患梅毒,然僅用療梅毒藥每不足治此病。

白斑病係一種不易療治之病。凡刺激品如烟草及過熱之食物務宜禁忌。用昇汞二百分之一溶液或鉻酸一百分之一之液劑 sol. ac. chromic 1% 抹患處,曾奏佳效。他種治患處之法不甚可靠。如生乳頭狀瘤,則宜割除。又X光線可試用。蔓延最廣之類或自然消滅。

舌後部之光滑萎縮病多數屬梅毒性。剖驗七十五梅毒病屍,其五十五皆有此病。

舌之感覺過敏 Hyperesthesia of the Tongue. 此係一極困苦之病,大抵爲婦人在經絕期內或經絕期後所患。發作時舌背上端及緣舌之邊,有時或舌之全體發生一種燒熱感覺 burning sensation. 迨診察時,則一無所見,既無腫,亦或無牙齒之刺激。此係一甚難治之病。用碘塗抹,或用X光線,可以見功。

(九)口臭 Fetor Oris. 此病極多,其原因最繁,不能備舉,擇要條列如下: (一)因消化不良及口,咽,胃等處之卡他所致。此類口臭大概不甚惡烈,尋常漱口藥液及汞瀉劑均能治癒之。

惟胃病重者口臭亦重，倘胃生瘡則臭極。(二)因口之本部病所致：(甲)各種口炎。凡吸烟者口臭常重，早晨尤甚。(乙)齒槽膿病 *Pyorrhoea alveolaris*。中年患此者最多。試驗法用粗線或紙邊插入牙縫深處，少頃取出嗅之。治法。用二氯化氫 *hydrogen. peroxid.* 射入齒槽洗漱，再入純淨石炭酸一二滴。或用木牙剔挑硫酸銅 *cupri sulphas* 塞滿齒與齦之間，每四五日塞一次。數星期之後，即當見功。齒之動搖者宜鉗去，且須去其齒石。(三)因腭扁桃病所致。口之脫落的上皮積聚扁桃窩，被菌所侵，漸成圓形或三角形小粒。可由扁桃窩中擠出，其臭氣奇特，甚易鑑別。檢查法即用指摸擦該扁桃而後嗅指上之臭氣。治法見腭扁桃病節。(四)因齶齒所致。此與齒槽膿病及慢性腭扁桃炎之臭氣不同。(五)因鼻、喉、肺及支氣管等呼吸系諸病所致。(六)因血所致。如糖尿病等呼氣時帶血病之臭。醫士須知齒槽膿病及慢性腭扁桃窩炎為口臭最尋常之原因。

(十)口膿毒病 *Oral Pyogenic Diseases (Oral Sepsis)*。此病患者甚多。齶齒、齒槽膿病及齒槽膿腫時常發現。其膿菌或傳染全身。或因常生膿致身體虛弱。患廣佈之齒槽膿病者因每日生膿甚多，每致貧血而面色黃白。或云腸、胃、闌尾、膽囊、腎盂等處發炎有時係口膿毒病所引發，一種惡性貧血尤多胎原于此。由此可知此病之重要。凡口與齒務宜潔淨，齒石須刮去，齶窩須漱洗。最好每月請牙醫潔淨一次。療治不如預防，此之謂也。

此病甚難治，用藥治患處固係善法，而用菌液亦甚通行，惟有時不奏效。凡治此病，宜與牙醫商議而後行。宜刮除齒石，更用抗毒藥如石炭酸百分一溶液洗口。用二氯化氫或碘及

酒精等分之酒劑塗抹患處亦可。台摩勒飽和溶液 saturated solution of thymol 係一極有效之漱口劑。

(十一) 口粘液腺病 Affections of the Mucous Glands. 粘液腺病不常見。有時口及咽之卡他每致該腺發腫。此外尚有兩種，然皆罕見。一為粘液，涎，淚等腺均腫大。一為唇粘液腺腫大，下尸尤甚。腺管擴張。按之，出粘液或粘液膜。唇皮或紅腫。

(乙) 涎腺病

DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS

(一) 流涎 Supersecretion (Ptyalism). 涎腺無病者每二十四小時出涎四十兩至六十兩。凡飲食之際，涎之分泌較常時為多。又小兒生牙時涎亦增多。然此皆係自然之增加，非病也。所謂流涎者，係不自然之增加，即涎多過度而成病也。其原因甚多，條列如下：(一)因精神及神經病或癩咬病所致；(二)因急性熱病所致，痘症尤甚；(三)因胰腺病所致；(四)因初期之懷孕所致，懷孕者亦或始終患之；(五)因行經所致；(六)起因於藥品如汞，碘化合物及乍波蘭的 jaborandi，蕈毒素 muscarine 等植物藥類，烟草亦能惹起之。此數藥內最常見者為汞。有時口不患炎，亦能出涎過度。治法 初試服阿忒羅品或溴化物小劑，細察所施之藥功效如何，然後斟酌加減，至收效最佳之劑量而止。

(二) 口腔乾燥 Xerostomia. 此病係口及涎腺之分泌作用停止，舌紅而乾，或且裂罅，頰及腭等粘膜光亮乾燥，咀嚼吞嚥及語言俱難。此病不多見。患者多係女人。有時伴神經系統症狀而起，惟不累及身體之康健。

(三) 涎腺炎 Inflammation of the Salivary Glands. 條列如下：

(甲) 傳染性腮腺炎 又名 流行性腮腺炎 Epidemic parotitis or Mumps. 詳特殊傳染病篇。

(乙) 症狀性腮腺炎 或名 膿性腮腺炎 Symptomatic parotitis or Parotid bubo. 可分述如下：

(一) 在患斑疹傷寒, 腸熱, 肺炎, 膿毒血病等傳染性熱病之病程中者。大戰中此常為熱病之併發病。隨腸熱病而發者尤常見。其病原有二, 或因細菌由血而染該腺, 或因炎循涎腺管而至該腺。此病大抵危重, 生膿甚速。患熱病時加以此病, 係一惡兆。梅毒至第二期, 亦或患此病。

(二) 在患骨盆及腹部之病或受傷之狀況者。某氏曾集得一百零一人因此原因而患此病。此一百零一案之內, 因尿路病及受傷而患此者十人; 因消化道病及受傷者十八人; 因腹壁, 腹膜, 骨盆蜂窩組織等病及受傷者二十三人; 其餘五十人則或因生殖器暫失常度, 或因受傷, 或因病而患此病。所謂生殖器暫失常度者, 即舉丸畧受擊, 施用托子宮環, 行經及懷孕等是也。此等腮腺炎之病原尙未查確, 大概因細菌循管而染該腺所致。

(三) 在兼患面癱, 糖尿病及慢性金屬中毒者。

對於傳染性病, 口之嚴密的潔淨法為一預防要項。治腮腺, 冰袋常有功效, 以熱濕布敷之亦佳。如已生膿, 宜速割割。

(丙) 慢性腮腺炎 Chronic parotitis. 此病每繼咽炎或傳染性腮腺炎而發, 發時腮腺腫大, 然罕覺痛。有時或出涎過度。又有中鉛, 汞, 碘化鉀等藥毒而發者。梅毒第二期及慢性腎炎或亦兼發此病。

(丁) 米枯利刺氏病 Mikulicz's disease. 涎腺等腺同時腫大。此患無痛苦, 屬慢性。可歷數年之久。病原未詳。患處除間質被侵入外, 該腺之主質或竟無損。又曾見一患此病者, 其涎

腺之位置被纖維織所侵佔。患者若加添急性熱病，則該腺等之腫大或竟隨熱病消退。用砒藥療治，當有佳效。

(戊) 腮腺管及腮腺之氣腫瘤 Gaseous tumors. 凡吹拔管及吹樂器者每患之。該管充氣似瘤，大者如蛋，小者如橄欖核。有時該腫瘤含氣涎，膿三質，氣腫瘤僅生於腮腺者不常見。凡為氣腫瘤，以手扪之，作水沸聲。

(丙) 咽病 DISEASES OF THE PHARYNX

(一) 血循環障害 Circulatory Disturbances. (甲) 充血 多數繼急性或慢性咽病而發。又或因吸烟損咽，或演說過多所致。心瓣膜病或上腔靜脈為腫瘤或動脈瘤所壓，每致靜脈充血。主動脈瓣不全閉者，其毛細管處或有脈搏可見，而頸動脈跳動過速。每易誤認為動脈瘤。

(乙) 出血 或與他粘膜出血并發，或僅因咽病如咽發粒或靜脈曲張或淋巴增殖病所致。每易誤認為肺或胃出血。患者晨起，枕上每見血涎。或忽然唾出多血。然此病罕有危險者。施患處治法即癒。有時咽血流入粘膜，成咽之血腫 hematoma。

(丙) 水腫 凡患虛弱，貧血及慢性腎炎者，其腭懸雍垂及毗連諸處多患此病。有時腭懸雍垂大腫，則吞嚥及呼吸皆感困難。

(二) 急性咽炎 Acute Pharyngitis (Sore Throat ; Angina Simplex). 咽組織全部以及腭扁桃皆常受累。此種病況因傷風或冒寒而起。亦有因全體病如痛風，消化不良等而起者。嚥下痛而不舒，咽癢而乾，常欲咯痰咳嗽。其病多延入喉，致聲嘶。或至耳咽管，致微聾。頸項強硬，頸淋巴腺或腫痛。全身症狀罕有危重者。病起時畏寒，發微熱，脈搏率增加。發熱間或較重，

扁桃受累者尤甚。檢其咽，則粘膜皆充血；乾而發亮，有數處且被粘液遮蓋。腭懸雍垂亦有時大墜。

是病不過數日即癒。所需治法亦祇須用輕便法術。冷敷布或水袋可用以敷頸。若腭扁桃受累而發熱高者可服柳酸鈉，瘰創木(怪阿克)guaiacum等藥。但因服甘汞或瀉鹽類瀉藥及吸入劑 inhalations 而癒者佔多數。

(三)慢性咽炎 Chronic Pharyngitis. 此病中國人患者甚多。屢患急性咽炎，每能變成慢性。凡吸烟或飲酒過度以及多用聲音之人如演說家等常易患此病。而患此病者常同時患慢性鼻卡他。患處大概在咽之鼻部及咽後壁。該處粘膜弛緩，小靜脈擴張，且生紅色小圓粒，凸出粘膜之外，其直徑自二耗至四耗；此粒係粘液腺附近之淋巴組織過長所成。該粒有時極多，則萃集咽側壁，列作長行。咽粘膜或乾燥發亮，名乾燥性咽炎 pharyngitis sicca。腭弓及腭懸雍垂常極弛緩。咽後壁之分泌物或覺由咽頂滴下；或粘着甚緊，須力咳始出。

治法。宜先檢查患者之身體康健與否。亦宜細究病發之原因而後施治。例如吸烟者之患此病係常事，而不禁烟則病不可治也。過熱或味過濃之食物務宜禁忌。倘係過用聲音所致，則宜休養。設能改換水土，頻服補藥，見癒尤速。凡局部治咽法，如漱咽或抹咽或含藥餅，均能暫時奏效；但組織過長者，宜用電烙術除去小圓粒。此法已收永久之效者甚多，然無效者亦時有之。

(四)咽之潰爛 Ulceration of the Pharynx. (甲)濾泡性潰瘍 Follicular ulcers. 此小潰瘍大抵俱在表面，每因慢性卡他而起。

(乙)梅毒性者。大抵不痛。患處多數在咽後壁。其發於梅毒之第二期者係小淺窩兼粘膜斑。第三期者係梅毒樹膠樣腫糜爛所致，且癒後有微白色痕。

(丙) 結核性者。肺結核病之重者每有之。倘蔓延，則極痛苦。瘍之形無定，邊緣歪曲，而底作灰黃色。咽後壁或顯蟲蛀狀。瘍大抵極痛。有時結核初起之際，每見於腭扁桃及腭弓之附近等處。

(丁) 潰瘍之與假膜性炎有關係者。此種病況之最多見者為因白喉病而起之潰瘍。患癘或狼瘡(路卜司)者亦常見之。

(戊) 患熱病時所發之咽潰瘍。腸熱病為其顯例。

咽潰瘍之診斷多屬非易。凡結核性及癌性咽潰瘍立可辨認，惟梅毒性咽潰瘍則常有疑難。蓋咽部所顯之病徵無定也。故醫者宜據他梅毒狀以相表證，亦須試用汞及碘化鉀等藥；苟係梅毒性，則該藥當見效甚速。

(五) 咽之急性傳染性膿性蜂窩織炎 Acute Infectious Phlegmon of the Pharynx。此病即咽痛，嚥下困難，有時聲嘶，頸腫，咽粘膜亦腫而充血，體溫高，全身症狀重，其炎速生膿。症狀極重。咽組織早腫，致碍呼吸。誤吞外物入咽者，其症狀或與此相同。

(六) 咽後膿腫 Retropharyngeal Abs. ess. (甲)康健小兒自六月以至兩週歲者患之。煩燥不寧，聲變為鼻音或似金屬音，且嚥下痛而艱辛。咽中線有腫瘤，倘不能窺見，以指捫之即知。(乙)多繼熱病之後而起，猩紅熱及白喉尤多見之。(丙)在患頸椎體骨瘍者見之。此病立可診斷，因能窺見其腫瘤，或可捫其咽之後壁而得之也。

(七) 膿性頷下炎又名盧德維氏頸炎(頸蜂窩織炎) Angina Ludovici (Cellulitis of the Neck)。此為繼特種熱病如白喉，猩紅熱等而發之炎。亦有原發及為外傷所致者。大概係由頷下腺驟然蔓延之鏈球菌所傳染。初時頷下一側之腫狀明顯。症狀危重，苟不速施外科手術，或且有傳染全身之虞。或謂各

種急性膿毒性咽炎如喉之急性水腫，膿性咽及喉之蜂窩織炎及膿性頰下炎實為同類，第就其毒力之輕重而別其名稱耳。
造法 屬於外科，宜多開割口。

(丁) 腭扁桃病 DISEASES OF THE TONSILS

(一) 急性腭扁桃炎 ACUTE TONSILLITIS; TONSILLITIS ACUTA

定義 此係一種急性傳染病，為散發性或流行性。受累之處為腭扁桃咽門之組織，常為鏈球菌類所致。

原因 此病分散發及流行兩類：散發類 係一種最常見之病，每為小兒所患，而以入小學校之年齡為最多。嬰兒患之者少。咽部淋巴構造物之慢性增大，係一重要之素因。受冷受濕，或激發此病。能直接由一兒傳染他小兒。心內膜炎，結節性紅斑、舞蹈病及急性腎炎等或直接繼此而起。此病盛行之期，英國地方在秋季而美國則在春季。

流行類 此亦不少；每在一地方患者甚多，而成流行類。病之究因何項特別病原而起，每無從尋索；而在學校及孤兒院等處流行者，有時或因不良之牛乳而傳染。千九十一年間，波斯敦地方曾流行一次，甚為劇烈，受患者千人以上；此則其傳染係由牛乳，已經查確。患者女多於男，而成人佔一大部分。

以上兩類之菌類均經醫界詳細研究。腭扁桃為菌類等入人身之正門，故每有腐物寄生菌及病原菌等羣集。尋常之抵抗力固足以制禦之；然時或菌力過於凶惡，則身之抵抗器具必須發現特別之能力如滲出物及死組織等以相應。腭扁桃炎即抵抗力與菌爭戰之局部現狀也。有時抵抗力不足，則被菌侵入；鏈球菌，葡萄球菌肺炎球菌等乃得入身內而激發關節炎，心內膜炎及漿膜炎等等。此次波斯敦地方之流行，以鏈球菌為通有之菌類，散發類亦然。

病理解剖 腭扁桃之窩內滿貯滲出物，此物成乾酪樣之塊，而從該窩內凸出。接近各窩之滲出物互相結合成一體者不少；而窩間之粘膜常腫，色深紅，或顯疱疹。有時或顯滲出物成假膜，此則不易與白喉病鑒別。窩內之乾酪樣物係球菌及內皮之碎塊所組成。

症狀 怕冷，甚或顯然寒戰，背及四肢痠痛等狀，或起於病發前。發熱驟升；患者如係小兒，則第一夕即或升至百零五度（四〇·五）。咽痛，難嚥。檢查之，則見腭扁桃腫而其窩有乾酪樣滲出物。舌有苔，呼氣濃臭，尿色深而滿含尿酸。小兒患之，則呼吸常急，脈搏大增速。嚥下時每痛楚而聲帶鼻音。頸部各腺或微腫。

至於流行性類，則發熱或甚高，繼發性腺腫或甚劇烈，深處之組織或亦受累。併發病如心內膜炎，心包炎，肺炎球菌性腹膜炎及肺炎等皆甚危險。在波斯敦流行者，其次序與僕麻質斯熱所現症狀相似；如咽痛，腺炎，多發性關節炎，心內膜炎及肺炎等。發熱性蛋白素尿常見；此則間有繼發急性腎炎者。有時或顯與猩紅熱相似之瀰漫性紅斑。急性中耳炎係小兒患此病者之併發病。

回歸者不少。有時腭扁桃之腫或羈留不退。

鏈球菌性腭扁桃炎之與白喉病相似者，間或有癰疽病繼之而起。

凡此病之散發類及流行類之輕者，致命之數極罕。然在劇烈之流行，則因併發病而死者約百分之三四。在波斯敦流行之一次，死者五十人。

診斷 腭扁桃炎或與白喉病難辨，雖此則為陷窩性腭扁桃炎，彼則為假膜性腭扁桃炎 pseudo-membranous tonsillitis；而其間一似有所謂中介類者在。陷窩性炎類則以單獨分列之灰黃

塊而間以紅色腭扁桃組織爲一種特殊性狀；至於白喉病，則其膜一致作灰白色，而無他色斑雜於其間。另有一要點，白喉病之膜不必以腭扁桃爲限，每蔓延至腭弓而達腭懸雍垂。又白喉之膜苟被揭去則顯出血潰爛之表面；而陷窩性腭扁桃炎之滲出物則易於揭去，其下不潰爛。診斷有疑難之處，則可培養咽部之菌類，檢其是否有白喉桿菌。

治法 陷窩性類可用烏頭足劑，對於小兒甚爲有益。病之初期，或以爲多服柳酸鹽有特效；余則以爲不確。夜間可服朵斐氏散一足劑量，每粒含癒創木（又名怪阿肯）二厘之糖餅劑 troch. guaiaci，多用甚佳。鐵及奎寧等宜待熱退後始用，冰袋及冷敷布等可用以敷頸。腭扁桃可擦重碳酸鈉散劑；即以指尖粘該劑輕擦該腺，每隔一小時擦一次，繼續用之。收斂劑如鐵和甘油，明礬，銻，氫酸銀等可試用。鹽漱咽部之劑可用硼砂或台摩勒 thymol 之甘油及水溶液。症候之重者可試用菌液（即由咽部之菌培養而得）療法；倘無效，則可用尋常抗鏈球菌血清。

病者宜臥床休養，至病癒爲止。食品宜用液體品；病者要求固體食品，可擇柔軟者畧加之。水分宜飲足。

(二) 膿性腭扁桃炎 SUPPURATIVE TONSILLITIS

原因 青年患腭扁桃組織之急化膿兼扁桃之慢性長大者最多。病原有二；非急性濾泡性炎（詳傳染性病篇）之繼發患，即爲受寒或受濕所致。

症狀 全身症狀甚重。體溫高至一百四五度（四〇至四〇·五），脈搏速至一百一十至一百三十。睡時常作譫妄。體極虛弱。他種局部病之耗竭精力鮮有若此病之速而且甚者。病之初狀爲咽患乾而痛，嚥下時尤痛。繼則或僅一腭扁桃受

病或兩扁桃俱患之。該扁桃腫大而堅實，色暗紅，且水腫，毗連之各處亦大腫。其腫勢劇烈者甚至兩扁桃凸出而在咽門相遇，或腫勢較重之一扁桃擠開懸雍垂而與彼一扁桃相貼。涎及頰分泌皆增多。頸腺腫大，頷僵不能開動，致不能張口。在二日或四日之內，腭扁桃之腫軟化。此時如以一指按該扁桃，一指按下頷角，即可摸覺扁桃內之波動。膿頭大概向口，然亦有向咽者。扁桃膿腫破裂後，痛苦可立減。有時膿腫過大，破裂後膿入喉，以致氣塞。又有腭扁桃周圍化膿而更蔓延者，則有突破頸內動脈致出血而死之虞；幸此等惡果極少。

爲熱病所致之深化膿病竈間或有之，其病患可歷數星期或數月之久。

治法 用熱粥劑及熱布之熱敷法較用冰囊爲佳。該腫扁桃宜時時按驗，苟扁桃內波動已明顯，宜即開割。蓋開割早則病可早痊，而病者亦早免痛苦也。開割之小刀宜用合口膏或棉花包裹刀身，僅露刀尖。割時宜從上而下，與舌腭弓作平行線。有時未化膿前扁桃之腫劇烈而有氣塞之虞，則宜割去該扁桃；或施氣管切開術 tracheotomy，亦可。食物宜用滋養性湯汁。養病期內宜服足劑量鐵補劑。

如小兒復發此病，宜早將腭扁桃割除，以絕後患。又咽鼻部宜精細施治。口及咽尤宜注意。

(三) 慢性腭扁桃炎 CHRONIC TONSILLITIS

此章兼述咽頂淋巴組織又名咽扁桃 pharyngeal tonsil 者之過長。蓋腭扁桃與此組織每同時受累，故其症狀不能類別。

扁桃環之組織之慢性增大爲一重要之病患，對於小兒精神及體格之發育極有影響。

咽扁桃之小窩恰似一玻璃試驗管之培養菌類者，其中無物者甚少，每每有極多之微生物生於其間；其最常見者為鏈球菌。其他常見者或為葡萄球菌，肺炎球菌，卡他球菌。尋常此菌皆被上皮及繼續不斷由淋巴樣組織流出之一羣白血球所轄制，故不能為患。但若該陷窩發生卡他情況或擦破，則此菌或散入扁桃之質內，甚或穿過其囊胞而由淋巴管入其系統。

原因 腺樣增殖病(淋巴疣) Adenoids (即咽穹隆淋巴組織過長所成)醫界認為小兒最常患亦最緊要之病。小兒五歲及十歲之間患之者最多。此病既能阻碍精神及身體之發育，且攪害聽覺，又為致病菌易生長之病竈。時或甚易療治，時或劇烈難治，即專門家亦為之束手。至於此病所以普遍如是之原因，實不易指明。

腺樣增殖病或伴以淋巴腺，胸腺及脾之畧微長大而成淋巴性 lymphatism 狀況。

病理解剖。 腭扁桃之腫大，蓋因諸組織生長過多而致。惟諸組織過長之際，有時淋巴組織增多，而支持織則否。有時纖維織增多，則該扁桃較常小而更堅硬，甚難剖割。

咽頂之腺樣增殖病每成堆，小者如豆，大者如葡萄。或有蒂，或無蒂而底闊。色微紅，體微硬，內含血管甚多。每生於咽頂，與耳咽管口窩平齊。該贅生物之組織與乳頭狀瘤相似。惟其支持織孔內之細胞係淋巴細胞。有時咽淋巴組織過長而致腫大，然腭扁桃之腫大或不甚劇烈。慢性鼻卡他每伴此病而起。

症狀 腺樣增殖病直接阻碍鼻之呼吸作用，使患者以口呼吸。而間接使胸變不規則之形，面容更改，精神魯笨，或且阻碍身體之生長。病初發之症狀即係呼吸由口。夜間較日間尤甚。此狀在日間每不易鑑別，惟小兒神氣呆滯則一望可知。

夜不安睡；呼吸作吹響，且或暫停，隨即更深且響。脈搏之數無定，呼吸暫停時脈或遲緩，力吸時則更增速。小兒睡時須驗其鼻翼，吸氣時其鼻翼凹閉；此係鼻壁弛緩之故，須以鐵絲軟展器治之。常患夜悸，或突然呼吸困難而醒，或臥後作極費力之咳嗽。小兒之患腺樣增殖病者，特易致枝氣管炎。在結核病診所中，凡兒童之薄弱，發育不周，用口呼吸而兼畸形之胸，咳嗽及散發之枝氣管鳴者，係極常見之情況。

久用口呼吸，則面、口及胸之常態俱改變。面狀奇特，一望可辨。神氣呆滯，喜怒不形。致此呆狀之故，蓋口常不閉也。小兒患此病過久，則狀貌魯鈍，答詞遲緩，或悶默慍怒（俗語所謂發悶氣者，即與此狀相似）。唇厚，鼻孔小而似被夾，上齒弓牽而口頂高。齶齒常見之。胸之畸形有三種：

（一）雞胸或名鳩胸 Chicken or Pigeon Breast ; Pectus Carinatum. 此類最多，胸骨高凸，胸傍有圍凹，與膈肌附麗之處相對。胸前諸肋俱凸，胸骨柄與骨體相連之處向前凸拱作角形。致此不規則胸形之原因，在呼吸由口者，當睡中呼吸時每藉膈肌用力，以致胸旁胸下等處縮窄。久而久之，遂成雞胸。

（二）桶胸廓 Barrel Chest. 小兒患慢性咽鼻部閉塞者，屢發氣喘，致胸形漸變似圓桶，頸短，而肩背前俯。十一二歲之小兒，其胸形與老人肺氣腫之胸形相似。

（三）漏斗胸 Funnel Breast (Trichterbrust). 此病甚奇特。胸骨之下部變成一深凹。至其病原，醫家意見紛紜，各持一說。其實則未必非由腺樣增殖病阻塞呼吸而起。

除胸部變形外，聲音亦變。聲帶鼻音，而本屬鼻音之 N 及 M 音反不能說準。聽覺聾蔽，大概因耳咽管發炎，管口為粘液所塞，或因被腺狀瘤擠窄所致。然亦有因耳鼓膜凹入，即咽上

段空氣不足所致者。味嗅兩覺受損尤甚。此外或兼鼻卡他及鼻流涕，或否。惟咽粘液則常增多，但小兒常將該粘液吞下，故每不自覺。年稍長者則欲唾此粘液每甚困難。

此外又有頭痛，性情怠惰；凡勞心用力之事，概不欲為。對於精神的發育之阻碍，尤為明顯。故用口呼吸之人，大抵愚蠢遲緩，作事無恒心。學生患此病，常致頭痛健忘，不能作功課。

至於口氣臭惡，尤係腭扁桃腫大之特別症狀。該扁桃窩內之濃厚分泌液變成腐質。有時可由窩內擠出小腐粒，其臭似牛乳餅。雖不甚臭，而用指將該小粒擠破則甚臭。凡成慢性者，該小腐粒或深入窩內。停留過久，則生石灰質，致起腭扁桃石病。

小兒患腺樣增殖病者最易傷風並屢起扁桃窩炎，更易患白喉病，而其引起猩紅熱之咽炎更屬危重。苟患腺樣增殖病而不療治，其最後之結果甚屬可虞。有時腺樣增殖病消滅，而咽頂萎縮。有時咽扁桃生囊，致常生粘液膿。

診斷 患者之面狀每可辨認。作咽之檢查，稱扁桃之腫大亦可察見。惟有時咽之鼻部雖全被腺樣增殖病擁塞，而腭扁桃尚不甚大，且咽後壁亦無症狀。凡小兒患此，用鼻鏡照驗，每不合宜。最妙用捫診法，則其贅生物甚易捫得。贅生物有小而扁者，有延闊而成似小葡萄之乳頭狀瘤者。

治法 如腭扁桃大而身體已顯受害之狀者，宜立即割除。輕者可用氫酸銀塗抹扁桃小窩，並用碘或鐵藥敷之。如扁桃已過大，則此等敷藥徒費時日，儘可不用。有時該扁桃不甚大，而小窩內已貯滿小腐粒，致口臭惡者，宜除去此粒，然後用鉻酸 ac. chronic. 塗抹該小窩。如不便施手術，則宜用電烙術烙之。

咽穹隆腺樣增殖病關係尤大，務須盡力醫治。蓋其患可虞，不惟阻碍精神之發育，且能致身體成殘疾也。醫者並當以

此危害實告小兒之父母。凡治腺樣增殖，宜先用迷蒙藥，然後用指甲或刮匙刮除其贅生物。雖或出血甚多，然不危險（胸腺及淋巴腺增大者不可用迷蒙藥）。數日之內功效立見，患者或即能由鼻呼吸。如仍以口呼吸，則晚間當用皮帶托下頷，以免睡後張下頷而用口呼吸。病重者該贅生物刮除後或須教導數月，言語始能如常。最妙令患病之小兒限時練習體操，以寬舒胸部，而使鼻孔自由呼吸空氣。

飲食及衛生亦宜注意。頻服魚肝油及碘化鐵，極佳。

(戊) 食管病 DISEASES OF THE ESOPHAGUS

(一) 急性食管炎 ACUTE ESOPHAGITIS

原因 (一) 因特殊熱病之卡他病演而起；其因咽卡他延闊所致者較少。(二) 因受機械的或化學的刺激為異物所激發，如極熱之液體及潰藥等是。(三) 因患白喉或肺炎，腸熱病膿毒血病而致食管生假膜性炎 pseudo-membranous inflammation。(四) 因患痘症而生膿胞性炎，又或因久用酒石酸銻鉀所致。(五) 因食管之本部有病，如患癌等所致。(六) 哺乳之嬰兒時起此病，且或成潰瘍。

病理解剖 此病除誤吞化學的刺激藥而起者外，粘膜之紅者極罕。其上皮增厚而脫落，致面上被微粒物質遮蓋者甚多。粘液腺腫，或有小糜爛處。如係假膜性炎，則食管上段有淡灰色滲出物。如係膿性結締織炎，則粘膜腫甚，其下層組織被膿浸潤。此患或極蔓延甚，或延入食管大段。間或致患壞疽。別有奇異之血絲性假膜性食管炎，因熱病而起者最多；有時因希司忒利阿而起，此則病發時吐出食管之長管型。

症狀 病重者嚥下覺痛。胸骨下患悶痛。凡卡他炎之輕者尋常無症狀。至於嚥下困難，發痙攣，食物回逆，繼或吐血及膿等症狀則係誤吞異物之指徵。最可異者，此病無論如何劇烈，而患者並無大恙，除嚥下時覺痛苦外，其食管亦不甚痛。凡因誤吞苛性藥而起之重炎苟不致命，患處癒後每成癆，致食管狹窄。如用探條則患者宜先吞油若干。所用探條宜逐漸由小換大。施治之初，每隔二三日必須施擴張食管術一次。

治法 治此病之法最難適宜，病之危重者尤甚。苟係輕卡他，則易療治，且能自愈。凡嚥下十分艱難者以不食為最妥，各食物可由直腸射入。口內可含冰塊。痛苦平復後，宜多用潤藥。並宜外敷冷敷藥。

(二)慢性食管炎。每係急性食管炎之病原蘊蓄多日而萌發所致。

食管潰瘍。濾泡性潰瘍常見。結核性及梅毒性潰瘍不常見。靜脈曲張及微糜爛之處常顯，痛性潰瘍，動脈瘤所壓而成及苛性藥之潰爛作用所致之潰瘍亦時有之。此外更有急性傳染性病如白喉，猩紅熱，肺炎等病及胃分泌液所致之二種潰瘍，亦極重要。胃分泌所致者名消化性潰瘍 peptic ulcer。其症狀為痛苦，難嚥，嘔吐，出血。有時致食管穿破。嘗見一病案者，該潰瘍穿入主動脈。患此潰瘍若劇烈，則宜施胃造瘻術 gastrostomy。

食管靜脈曲張 Esophageal varices。患慢性心病或肝硬化者，其食管靜脈多曲張，近胃之處尤甚。粘膜患慢性卡他，則常嘔粘液。凡肝硬化及脾腫大兩病之嘔血或血由直腸瀉出，以此等食管之靜脈曲張而致破裂為其最普通之原因。食管靜脈破裂，有時致出血而死。

(二) 食管痙攣 SPASM OF THE ESOPHAGUS—ESOPHAGISMUS

此病即食管抽狹。凡患希坡交第阿(即意想病) hypochondria, 舞蹈病, 癲癇, 癩咬病等病者俱能兼患之, 因癩咬病而起者尤多。或因食管積外物或吞外物而疑其作梗所致。病之自起者常係神經系統不穩之婦女, 然老年男子亦有之。婦人或僅于懷孕時患之。昔曾診視一患意想病者, 年六十餘, 僅飲湯汁者數月, 亦覺嚥下困難, 蓋因吞嚥時其食管必痙攣也。欲知病之實情, 須用食管探子 esophageal bougie 檢查之。其痙攣性狹窄者猶易下, 至不通性狹窄者則較難。患此病者每不能吞固體物, 劇烈者即液體亦然。病起時或甚驟突, 且有時情感錯亂, 胸骨下作痛。凡用探子入食管時, 或易而無阻, 或至痙攣處暫為受阻, 繼則痙攣漸弛, 探子即易下。此病雖或經多年, 罕見危重, 然亦有因此而死者。食管之下部末端痙攣兼心痙攣者或為食管成顯著之壺腹形膨脹之原因。

診斷不難, 少年之兼發神經狀者尤易診斷。老人則大概伴希坡交第阿而起, 然其是否因生癌而起, 宜注意。

治療此病, 有用食管探子後即癒者。惟神經系統不穩之病, 則須特別醫治; 用阿忒羅品足劑量, 有時有益。

食管又有一與此近似之罕見病症, 為食管之麻痺。其重要症狀為嚥下困難。係中樞性病(如延髓病)而致。

(三) 食管狹窄 STRICTURE OF THE ESOPHAGUS

原因。(一)胎生性食管狹窄。分二類:(甲)食管完全閉塞而管之中段變為纖維索者;(乙)食管下段通入氣管或一枝氣管者。後者較多。(二)食管潰瘍癒後成癥而收窄, 常因誤中苛性藥毒, 間或繼梅毒或熱病而起。隨熱病起者甚少。(三)

食管壁生腫瘤，即所謂癌性狹窄者是。凡食管狹窄病百分之八十五屬於此性。(四)受動脈瘤，淋巴腺增大，甲狀腺增大，或其他種腫瘤，或心包積液等之壓迫而致狹窄。中國食管狹窄病較歐洲為多。

癥性狹窄 Cicatricial stricture，食管之任何處俱可患之，甚或有全管受累者，但以上近於咽或下近於胃等處之患之者為最多。其食管或極窄，故僅能容微細食物徐流而過；或僅微閉。癥性狹窄皆易于診斷，蓋其受患之原因為誤吞苛性液也。食管之下段狹窄，則食管擴張而壁過長；食物下嚥後暫停該處，積多則嘔逆而出。若食管上段閉塞，則食物一下嚥即迴出。迴出之物係鹼性而無胃臭，蓋未嘗至胃。用聽診法辨之，亦可從事診斷。其法令病人飲水一口，醫者側耳向其脊柱之左側聽之。食管無病者，每經七秒鐘聞有食管音 esophageal murmur；食管收窄者，則此音或過緩，或聞氣穿水而過，其聲甚響。水流入胃之聲即所謂次音，有無不定。最善之診斷法係用鉍餐 bismuth meal 及 X 光線驗之。如欲探食管狹窄之位置，宜用食管探術。最妙用頭作圓錐形而連接軟鯨骨柄之食管探子，或用通胃管 stomach tube 亦可；惟宜先試用其大者。探食管時使病人坐於矮椅，仰其頭；醫者以左手之食指探入咽內。有時僅用此法，其有無腫瘤即可斷定。倘猶不能定，可再將食管探子由指旁探入，俟探至咽後壁時，則循中線微偏之處漸推入食管。惟過喉軟骨時常有微阻，醫者當誌之。用食管探子時手法宜輕緩，不宜粗猛。蓋恐該探子或穿過癌性潰瘍而入縱隔障或誤入食管之憩室(枝囊) diverticulum 也。施食管探子之前，當先細檢病者有無動脈瘤。蓋此患易致各種機質性食管狹窄之症狀也。食管窄甚者常消瘦。治法當用外科手術。

(四) 食管癌 CANCER OF THE ESOPHAGUS

此癌大抵爲上皮癌(鱗狀細胞癌)。歐美人患此病者少。中國或畧多,亦未可知。患者男子較多於女子。青年亦有患之者。患處在食管之下中兩段者最多。初起時僅在粘膜,漸增大而成潰瘍。食管狹窄,惟晚期潰瘍之延大者窄處或不甚。管擴張及管壁組織過長每在癌之上。所成之潰瘍時或穿入氣管,枝氣管,肺,胸膜,縱隔障,主動脈或主動脈大枝,心包等處,或蝕去脊柱。喉下神經亦多受累。該潰瘍之穿肺者大概致局部壞疽。

症狀 嚥下困難爲初起之狀。或至難極,身體驟消瘦。吞物後或立即迴出;若癌在近胃之處,則須十分及十五分鐘始行迴出;若食管甚擴張,則或停留更久始出。迴出之物每雜血,或含癌之碎片。咽間覺變厚,分泌增加及咳嗽亦常見之。凡五十餘歲之人如常患嚥下困難而體又驟然消瘦者,每爲食管癌發生之顯狀。又頸淋巴腺屢腫大,每可認爲食管癌之初狀。此病之致痛或不歇,或僅在食時作痛。亦有甚劇烈者,惟不常見耳。病之結局常成枝氣管炎或小葉肺炎。

診斷 凡診斷此病,切勿與食管外受動脈瘤及他類腫瘤之壓力相混。苟細究病之來歷,即知癌性狹窄及誤吞異物與此病不同。欲知患處究在食管之何段,宜照前述之探食管法用探子查之。有時該探子能帶出癌之碎片。用食管鏡 esophagoscope,亦有助力。又用聽診法由脊柱左側聽之,其吞水時所成之食管鳴更顯。最妙食以鉑餐而用 X 線照之,則癌之存在及存在處之地位當可確知。

治法 病者多能飲牛乳,湯汁,惟宜用滋養性物由直腸射入。用通胃管輸食物入胃亦可。若飼哺艱難,最妙即施胃造瘻術,蓋此術能使患者安逸而得存活較久也。

(五) 食管擴張及食管憩室

DILATATIONS AND DIVERTICULA

食管狹窄每致食管擴張,此擴張處即在狹窄處之上,該壁亦長厚。食管擴張原發者絕少。病發時,管擴張或極大。最尋常之症狀即係食物迴出。又因枝氣管受擴張之壓力而呼吸困難亦常見之。

食管憩室有兩種: (一)因受壓力而起者 Pressure diverticulum, 最常見者係食管及咽相連處之後壁初因肌弱而凹,繼則受食物之壓力而凹處漸大,終則成憩室。(二)因受牽引力而起者 Traction diverticulum,每在食管前壁近氣管之處,蓋因淋巴腺炎延闊,使該腺與食管粘連,繼則此粘連組織收縮,致將食管壁牽出而成憩室。

(己) 胃病 DISEASES OF THE STOMACH

(一) 急性胃炎 ACUTE GASTRITIS

(單純性胃炎;急性胃卡他;急性消化不良)

(Simple Gastritis; Acute Gastric Catarrh; Acute Dyspepsia)

原因 急性卡他炎為最常見之胃病。老幼中年俱有患之者,多數因飲食失宜所致。如飲食過多,致胃不能消化;或食物不相宜,致刺激胃粘膜並停積變腐而成急性消化不良 acute dyspepsia。又每因暑天誤食將腐之物而致。如小兒胃內有此酵變,最易成急性腸卡他。又因飲酒過多所致者亦極多;此係此病之一標準的原因。凡易患急性消化不良之性,因各個人及家庭而各不同。故通常有弱胃強胃之稱。餘如多數傳染性熱病初起時,亦每先患急性胃卡他。

病理解剖 胃粘膜紅腫，胃液極少，膜面有粘液遮蓋。或微出血，甚或有小糜爛之處。粘膜下層或畧水腫。由顯微鏡窺之，其主要顯著之改變在粘膜及胃腺之細胞，該細胞腫大而多微粒，而胃腺管間之組織有白血球之浸潤。

症狀 輕者微有消化不良之狀。腹覺不舒，頭痛，鬱悶，惡心，噯氣（噫噎）並嘔吐。舌苔厚，涎增多。小兒則有腸症狀如腹瀉，及絞痛，並常發微熱。病程大約二十四小時。病重者初起時或寒戰並發熱，熱至一百二三度（三九至三九五）。舌垢濁，口氣厚，且常嘔吐。所吐始雜食物，繼合粘液甚多並有膽色汁。有時或大便秘結，惟腹瀉者較多。尿顯熱病之常狀，內含尿酸鹽甚多。腹微脹，按其上部則畧痛。脣或發疱疹。病程大約經一日至三日，然亦有較久者。所嘔之物大概含乳酸及脂酸，粘液亦增多，而無氫氫酸。

診斷 尋常不發熱之胃卡他立可認識。急性炎而兼發熱者則與諸多傳染性病初起之狀相同，故不克於一二日內斷定之，非因誤食而突然自起者尤難辨認。有時極似急性傳染病；症狀或甚重。倘初起即頭痛甚而譫妄者或致誤診為腦膜炎。腹痛極甚者又易誤認為膽石痙痛 *gallstone colic*。反之，醫者又每誤認各種輕傳染病為胃炎熱病。患運動性共濟失調之胃危象（胃克來息司）*gastric crisis in tabes* 曾經誤與急性胃炎相混；成人患此，須試驗其膝及瞳孔之反射作用。

治法 病輕者每經一晝夜可自愈。小兒可服薑蔥油一劑，成人可服汞丸一劑，無需他藥。病較重者倘胃部甚苦，或當以溫水或不惹胃之嘔藥助之使嘔，或施用抽胃管。又須服甘汞二三厘（0.13—0.2），並於數句鐘後繼服鹽類瀉劑。倘有酸性噯氣，可服重碳酸鈉及鋇劑。胃宜靜息；壯健之人以此法為最妙，嗜酒者尤宜禁食一二日。患者可多飲蘇打水及冰。若非

嘔吐不止而又不甚劇烈者，勿即止其吐。此病大多數可痊癒，然亦有屢發而成亞急性胃炎 subacute gastritis 或慢性消化不良者。

急性膿性胃炎 Phlegmonous Gastritis; Acute Suppurative Gastritis. 此病甚少。每因粘膜下層微有破損，致染膿菌而起。患之者男多於女；少年較多於老幼。據醫學試驗，查得此病多數有鏈球菌，少數有肺炎球菌。粘膜下層生膿殆遍，胃壁變至極厚。有時一處生膿腫如瘤；此膿腫或破裂而入胃及腹膜。

最重要之症狀係作痛，發熱，嘔吐，舌乾，各種嚴重之傳染性症狀；或顯黃疸。

此病無可診斷。有時大膿腫瘤或可摸覺。患此病者不可療治。

中毒性胃炎 Toxic Gastritis. 此病之炎最甚，因誤吞濃厚質酸或強鹼或毒藥如磷，昇汞，砒，及砒等而起。如係誤吞非苛性毒藥如磷，砒及銻者，則胃出血而其腺患急性壞變。誤吞強性濃毒藥者則胃粘膜壞毀，或變為微棕色之死組織。病輕者胃中有腐處，周圍列炎組織，粘膜下層出血而為炎質所浸潤。

症狀。口，咽及胃極痛，流涎。嚥下極困難，嘔吐不止，所吐之物含血或含粘膜碎片。腹脹，按之則痛。病最急者或且腦力虛脫；脈弱，皮色白而多汗；輾轉不寧，或驚厥。尿或含蛋白素或血，皮或發瘀斑。若毒力不重，其腐組織每有脫落而留遺瘍者。此則常成食管狹窄，或成胃萎縮，終則精力耗竭而死。

診斷。此病大抵易於診斷。檢查口及咽，多顯腐蝕狀。苟將所嘔之物細心檢查，每可查出所中為何毒。

療法。誤吞酸類之毒，宜服氫化鎂合牛乳或蛋白。倘係強鹼所致，須服稀釋之酸。中毒未久，宜用洗胃術。凡誤吞強

毒致發炎危重者惟有減急狀藥可療之，例如多用嗎啡以止其痛是也。

假膜性胃炎 Membranous Gastritis. 此病或起於白喉病，惟繼斑疹傷寒，腸熱病，肺炎，膿毒血病，痘症等而起者尤為常見，小兒虛弱者亦間或患之。所成之膜或闊大而勻淨，或成斑。若非由胃吐出膜碎屑，則此病固無從察覺也。

黴菌性胃炎及寄生性胃炎 Mycotic and Parasitic Gastritis. 胃內有時生菌，致刺激而成炎。患胃癌及胃擴張者，其八聯球菌 *sarcina* 及釀母菌 *yeast fungus* 或能助成慢性胃炎，然胃液大概能殺除尋常之菌。

(二) 慢性胃炎

(慢性胃卡他；慢性消化不良)

CHRONIC GASTRITIS (*Chronic Catarrh of Stomach; Chronic Dyspepsia*)

定義 此病即消化不良，兼胃粘液增多，胃液之性質改變，胃之肌膜軟弱，故致食物久滯於胃；終則粘膜組織之構造亦更變。慢性胃炎之一名詞常混用於多種胃病，此等胃病有許多並無粘膜之真實改變。

原因 (一) 飲食。凡食物及烹調失宜，或食物中脂肪或炭水化物過多，或飲茶咖啡及各種酒過度，或慣於吸煙，以及飲食無一定時刻，飲食太速，咀嚼不細者俱足致之。(二) 全身病。凡貧血，萎黃病，慢性結核病，痛風，糖尿及慢性腎炎等皆常伴發此病。(三) 局部病。(甲)胃病如癌，潰瘍及擴張俱兼患胃卡他。(乙)門靜脈血循環受累，致胃粘膜充血，一如在肝硬變，慢性心病以及數種慢性肺病所致之病況。(四) 口膿毒病常為胃病之原因，齒槽膿病尤然。此則於口患受治後消化即有進步。(五) 慢性闌尾炎每兼致胃功用紊亂。此則胃症狀常在

闌尾之截除後再發或恒久持續,表示二種病況有時皆由於他種普通原因所致。此病中國極多。

病理解剖 患單純慢性胃炎者胃常脹大,粘膜作淡灰色,被膠粘之粘液遮蓋。靜脈變大,常有瘀斑。在患門靜脈受阻,慢性心病等者,則有小出血性糜爛。近胃幽門之粘膜常生色素,膜面澀而且皺,膜較常時薄而堅硬。以指甲抓之較難破。據組織學而論,則胃腺主質及間質俱發炎。粘膜或全萎縮而顯圓形光滑之膜,與馬胃賁門部相似。粘膜肌層過長而胃壁則不甚厚。

症狀 病期之久遠無定,而為一性最慢之病,時輕時重。許多症狀由官能紊亂所致,病大抵不致許多症狀。胃口之開否不定。病之初狀係食後不舒;或艱苦,而病加重則作痛。胃空虛時或亦作痛。痛狀不同,或甚輕,或甚重。其胸骨後及心之前處作痛者則稱為心氣痛,或心燒痛。胃受按則痛,其痛大概瀰漫而不嚴酷。舌垢濁而生苔,其尖及邊之色常甚紅。口常有惡味。涎及咽之分泌物增多。惡心為病之初狀,早晨尤易發作,惟不如患胃痛者之多;病輕者或無之。食後數小時連續噯氣,患腸胃充氣而消化不良者此狀甚顯。噯氣之時或出苦液。嘔吐狀少;或食後即吐,或食後一兩小時始發。久嗜酒者之慢性粘液性胃炎早晨常嘔吐,吐物中有膠性粘液;而尋常慢性胃炎所吐則含未全化之物及膠性粘液。據化學試驗,內有異酸如四羧酸(酪酸或乳脂酸) ac. butyric, 酪酸,乳酸等,惟氫氰酸則或無或甚少。消化每甚遲;但胃之運動作用無甚障害。

大便常結,然亦有時泄瀉而未消化之物由大腸而出。尿常減少,色深,沉澱之則有尿酸鹽甚厚。

頭常痛，顏覺煩惱懊惱，一切費力之事俱不欲爲。病重者或起憂鬱病 *melancholia*。有時頭暈，脈搏小而緩，且心或悸動。體溫不高。有時咳嗽，但所謂慢性消化不良之胃咳 *stomach cough* 則大抵因咽被刺激所致。

胃內物。餓時胃空虛，或多含粘液。若用試驗餐 *test meal*，隔一小時取出驗之，其未化合之氫氫酸常少，或如常，或全無。凡胃粘膜萎縮之重者，酸與酶或俱無。

凡胃粘膜萎縮之症狀無論兼胃縮小與否均甚紛雜，不能一例類推。多數顯慢性消化不良之狀，常甚危重，致疑爲胃癌。凡胃萎縮者，其症狀或與沉重之貧血相同。

診斷 凡遇有胃性症狀之病人，最好須先斷其爲胃之原發性機質病，抑爲因他處有病而致之繼發情狀。欲如此判斷，必須精細研究其身體之一般情狀。蓋症狀發顯之處每易惹人注意，而病之發原處乃反忽畧而未及覺察也。慢性胃受擾之機質性病原大抵易於認明。胃癌或係最難診斷者，但如細驗胃中之物及用 X 光線，每可消除一切疑難。其餘之問題卽爲斷其是否有他種機質性變異，抑或其症狀純屬功用性者。如察覺確有變異之証據，則又須斷其情況爲原發或繼發。此則病者之歷史及其全身診察極爲重要。以上所述，係表明病原之如何複雜及種類不一也。

此病有三類：(一)單純性胃炎；(二)粘液性胃炎；(三)萎縮性胃炎。

(一) 單純慢性胃炎 *Simple chronic gastritis*。病人餓時，其胃僅含膠汁少許。驗以試驗餐，則氫氫酸少，或竟無之，或有乳酸及脂酸 *lactic and fatty acids*，然均有胃蛋白酶(陪潑辛) *pepsin* 與凝乳酶 *rennet*。

(二) 粘液性胃炎 *Mucous-gastritis*。其酸性俱輕微，粘液甚多，故與單純類有別。

(三) 萎縮性胃炎 *Atrophic gastritis*. 胃餓時無物，試驗後則氫氯酸、陪磯辛及凝乳酶全無。

凡胃癌之無瘤者每與慢性胃炎難於鑑別，醫者當細心檢查。此外更須詳察究係胃一處有病，抑或兼有肝、膽、胰、脾、腸及胰腺等器官之病。

治法 凡治此病，當先究其原因，繼則考其消化不良係屬何類。凡鑑別尋常胃卡他及神經系官能性消化不良，大抵不難。病之難治而隱匿者，當細考胃內消化之現狀。凡消化不良者當細詢其平日飲食之遲速及其多少。蓋此病多因食物太速，咀嚼不全，以及食物過多所致也。食物過速係一重要之病原。倘患者能於食物入口時咀嚼三四十次而後嚥下，有時已足治癒消化不良。食物過多尤為重要。常人每喜多食，其弊易犯，而其害無窮。

(甲) 無藥療法及節食療法 *General and Dietetic Treatment*. 治慢性消化不良，最要莫若節制飲食。然究應如何節制，則不可概論。蓋胃之消化作用，人各不同。同是一物，甲食之則相宜，乙食之則否。諺云此一人之食物即彼一人之毒品，固甚有理。病輕者當食平日所最適意之物。醫者慎勿禁戒過嚴。

以乳為單獨食物，亦可試行。凡因慢性胃炎、慢性門靜脈充血病而起以及兼患腦力衰竭與希司忒利阿者，以此法及安息法療之，最能奏效。如乳仍不易消化，可和蘇打水三分之一，或和碳酸鈉五至十厘 *sod. carbonas 0.3—0.6 gm.*，或每盃和食鹽少許或去其乳皮，俱甚妙。酸乳尤妙，近年多有用之者。蓋乳不惟能滋養，且亦能增體重及消除胃之症狀也。但宜按時限量而食。每三小時可食一次，每次六至八兩 *180—240 cc.* 為度。患者所需之多少無定，但每晝夜至少須進三水磅至五水磅。如係易患胃擴張者，則此法無益。凡乳先用胰化蛋白酶 *trypsin*

化之亦可。大便當檢視；若含不消化之乳，當兼食蛋及乾烘麪包或餅乾等物。

有時節食之法無須如此嚴重，以免病者不悅；能禁數種食物已足矣。例如患酸性嗝氣及腸胃充氣者凡含澱粉之物如五穀、薯類、蔬菜及新製之麪包當戒絕勿食。各種煎餅、肉包、菓麪、茶食、糯米糕以及煎炒之物亦宜嚴禁。糖及甚甜之物料亦宜少用，或盡禁之。

各種脂肪如肥肉、油膩、羹湯亦當切禁。鮮牛乳之脂可食，惟不可多食。凡成熟或更煮熟之果實不多食，則有益。香蕉常難消。草莓每致食者患不消化及咽炎。

至於應食何物，醫者不可視為定例。同是一物，此病人食之無恙，彼病人食之則極見辛苦者甚多。況東西列國風土氣候，習慣嗜好，各不相同。行醫者須因地制宜，因人施治，方為妥善。

患者宜注重衛生。蓋彼等每過於憂慮，自以為病已不治，喪心失志。倘醫者不得其信用，雖勸導之亦無益。凡驚慌、怪癖、執拗等狀顯時，不可輕視而誹笑之。苟於節制飲食之時兼能體操及按法練力，最能獲益。病之最重者有時換水土，改事業，乘船游海，避暑山嶺等亦為療治之善法。

(乙)藥療法 Medicinal Treatment. 特殊之方法有二：(一)補消化液中所缺之要素；(二)激動胃之作用而使之強健。第一法宜多用氫氫酸及酶。氫氫酸最為重要。蓋胃之弱者，其液內每缺少此酸也。此酸不惟其獨立之作用甚為重要，且與胃蛋白酶(陪潑辛)有關係。蓋氫氫酸足，然後胃蛋白酶母(陪潑辛母) pepsinogen 始能變為蛋白酶。最妙多用稀氫氫酸，大抵十五至二十滴為度。服之日久亦無損害。然此藥惟與神經系官能性病及胃粘膜萎縮之胃病相宜，對於胃炎則不見效。

氫酸銀有時亦爲妙藥，或用氫酸銀一分，水一千五百分至二千分之溶液 *sol. argent. nitras* 1—1500, 1—2000 洗胃；或製爲藥丸，每粒以重八分之一厘至四分之一厘 *argent. nitras* 0.008—0.016 爲度，每日吞服三次。又有用消化酶以補助腸胃分泌之缺者。或云胃蛋白酶惟與沉重之粘液性胃卡他及胃萎縮病相宜，每劑十至十五厘 *pepsin* 0.6—1.0，宜在食後一刻鐘與稀氫氫酸並服。此藥之用法不一，或爲散劑，或爲溶液，或合稀氫氫酸。然以用散劑者爲最佳。胰腺酶 *pancreatin* 1—1.3 之功效不僅與胃蛋白酶相若，且或過之。但當購用最善者，每劑以十五至二十厘爲度，合重碳酸鈉服之。若製爲藥片，尤妙。每片可含胰腺每及重碳酸鈉各五厘 *tabellæ pancreatin. c. sod. aa* 0.3。服法飯後一刻鐘或二十分鐘吞服兩三片爲度。若胃酸過甚者，當用澱酶或澱粉酶 *diastase*（如麥芽膏 *malt extract*）合鹽藥服之，都能奏效。

第二法之最重要者爲胃灌洗術 *lavage*。患慢性消化不良之胃粘液多者，此法尤宜。水可用微煖者。多粘液者用百分一之食鹽溶液或百分三至五之重碳酸鈉溶液。胃內發酵極甚者用百分三之硼酸溶液。洗胃時以早晨胃空或晚飯後數點鐘爲最善。倘非夜間辛苦及腸胃充氣者，可於早晨洗之。大概日洗一次，虛弱者隔日一次。洗時可連續灌洗，至出水清潔爲度。灌洗後無庸將水抽盡。若不能洗胃，可於早晨胃空或晚間臨床時飲溫鹽水以代之。

主興奮胃分泌之藥，最善者爲苦補之品。如夸夏（瓜沙），龍膽草，卡倫巴（加味卑），吐根（衣必格），番木鱉，豆蔻等是也。用以上諸藥治慢性胃炎，較用氫氫酸尤有效。各藥中以番木鱉爲最有力。雖各藥之力未必能一定興奮胃分泌，以助消化，

然皆能開胃口。倘病人有飲啤酒或淡酒或於食物中加與奮劑之習慣，荷有節制，可繼續行之。啤酒難於消化。白葡萄酒或冰紅酒較爲合宜。

各病況之特別治法 Treatment of Special Conditions. 胃內充氣 Flatulency. 治此種病況祇須注意飲食。凡茶糕、餅及蔬菜，皆宜禁忌。此狀常兼患胃灼熱而酸液反流至口。此則可服鋸及碳酸鈉 sod. carbonas. 酸性消化不良可服重碳酸鈉薄荷片 soda-mint tablet, 或鋸糖餅 troch. bismuth., B. P. 鋸糖餅含有澱碳酸鈣及重碳酸鈉，皆能解酸。宜在食後一兩小時之間服之。惟須待至胃痛而困苦時始可用此藥。又煖苦土 magnesia ustus, 甘油二十至六十滴，精油類 ol. essentia, 獸炭 carbo animalis 及炭調桂皮散 pulv. cinnamon. co. 等均可試服。痛甚者服哥羅芳二十滴，或用醚酒精一錢 spt. ether. 3.5 cc. 病難療者須灌洗其胃。灌洗之藥，鹼溶液亦可應用。

患者多不因嘔吐而就診，此在小兒頗有之。治法用木焦油或石炭酸每劑數滴爲度，或服哥羅芳數滴或稀氫磺酸，可卡印，鋸酸鹽，草酸鈣 cerii oxalas 俱可。病難療者，其胃當按日灌洗一次。

大便秘結可不用瀉劑治之。大便有定時，食前飲充分之水及服用海藻（洋菜）agar-agar 或精製之火油皆有效。如必需藥物，則宜用森那 senna, 卡司卡拉 cascara 及斐諾他雷印 phenolphthalein 等單純之輕瀉藥。如繼腎或心之病而發者，則當用瀉鹽。用甘油肛彈劑 suppos. glycerin. 或甘油半錢至一錢 glycerin. 1.8—3.5 cc. 注射入直腸，或亦極有效。

許多病人每於用泉水並注意節食及多行運動後而大獲良效。

(三) 胃硬化病

CIRRHOSIS VENTRICULI (*Linitis Plastica*)

此病係胃壁彌散之硬變，兼胃腔減小。或限於一處，然全部硬化者較多。有時結腸、直腸及小腸同時硬化。此病之特別損害係（一）胃之粘膜下層十分過長，加以（二）胃之腺組織萎縮及（三）胃之肌層亦同時過長，以致胃壁較常時厚七八倍；然其層次則仍明列不相混。此病有良惡兩性，須用顯微鏡詳細檢查，始能鑑別。

此病之症狀初起時無定則，迨病成則常嘔吐。即些微食物，胃中亦不能停留。有時腹上部顯香腸形瘤；有時或出血。用X光查照，每可為診斷之助。近今又見一病，其胃壁之硬厚，胃腔之減小，即徹施腸胃吻合術 *gastroenterostomy* 亦復無從下手；曾有三案，竟施用胃截除術 *gastrectomy* 云。

(四) 胃擴張 (胃脹)

DILATATION OF THE STOMACH (*Gastræctasis*)

原因 急性擴張 *Acute Dilatation*. 此病甚危險，發生驟突，嘔吐液汁極多，且有腦力虛脫狀。曾彙集一百零二病詳加考察，其四十二病係隨施迷蒙藥外科手術而起。次多數係在重病期中及養病期中而起。又有數病因頭及脊受外傷而起。九病因一次食物過多而起；六病隨脊之病症而起；三病因施石膏背褙 *plaster jacket* 而起。其他數病則係強健無病之人。此一百零二人中，死者七十四。曾剖六十九人之屍檢驗，內有三十八人之十二指腸患擴張。是以此病大概係十二指腸之下端被腸系膜壓窄所致。診斷甚易。頻吐無糞質之膽色液甚多，體溫過低，腹痛而脹，腦力虛脫等俱係此病之常狀。治法用通胃管抽盡胃中之液，使病者伏臥，或以膝肘據床卷臥，皆係善法。用外科手術，不甚相宜。

慢性擴張 Chronic Dilatation (甲)起因於幽門梗阻 Pyloric obstruction. 幽門梗阻係幽門或十二指腸之潰瘍成癥而縮窄,幽門組織過長(或因生瘡或係單純性)而狹窄,胎生狹窄以及胃外爲腫瘤或浮動腎所壓等原因所致。然幽門有時粘貼於肝或膽囊,致被掀起;有時因胃甚擴張,致牽幽門而下成扭,亦足致幽門之梗阻。有數案屬間歇性,約經數小時,常由幽門痙攣而致。(乙)起因於胃肌機能不全 Muscular insufficiency. 是因(一)頻頻飲食過多,及(二)患慢性胃炎或失營養而變壞(如生瘡,結核及貧血等病體),致胃壁軟弱。

此病之極重者每係甲類,即幽門之潰瘍成癥縮窄之後發病,然有時僅收窄而不甚擴張。蓋肌膜組織每能過長以相濟助,致其擴張不甚大也。至於乙類胃肌軟弱所致者,當辨明僅係(一)胃增大,抑係(二)胃擴張。胃之大小,人各不同;尋常最大者約一千六百西。較此大者即爲胃擴張。

無緊張力性胃擴張 Atonic dilatation. 因胃肌軟弱而起。至於屢患胃過膨脹,慢性卡他炎,各種慢性萎縮所致之普通肌無力,皆係胃肌軟弱之病原。患慢性卡他而又加以飲食無度,每成無緊張力性胃擴張。又患糖尿病,精神錯亂及嗜啤酒者亦多患此病。胃擴張以中年及老年患之者爲最多。小兒亦不少。此則多因佝僂病所致。

症狀 無緊張力胃脹。雖胃大擴張,或不顯症狀;有時或顯神經衰弱,腹臏下垂及神經性消化不良等狀;而第三類或更有幽門梗阻之嘔吐等狀。在此種病况中,胃之容積不可限量,有能容七十水磅之多者。幽門梗阻之胃擴張,其狀甚顯。大概俱顯消化不良狀,且胃部艱苦不舒。多飢渴,飲食無度。而其最顯之狀係間發之嘔吐。所吐極多,或多至四五立,皆係胃液及食物。多呈黑灰色,酸臭甚重,因含有機酸,粘液及食物餘

層也。沉澱之，則分爲三層。最下之一層爲食物，中層係黑灰色濁液，上層乃微棕色浮沫。以顯微鏡查之，則可見有多類細菌，蕨母及胃之八聯球菌 *sarcina ventriculi*。氫氫酸或無，或少，或如常，或過多，因其病原而異。其胃發酵，則生乳酸，四碳酸或醋酸及數種之氣。至於間歇性胃脹之顯幽門痙攣者每有四至八小時之留滯，常兼酸過多 *hyperacidity*。迷走神經過敏 *vagotonia* 頗多見；而胆囊，十二指腸或闌尾等之病亦須考慮。

此外另有大便秘結，尿少及皮燥等狀，蓋因由胃經過時被吸收之水甚少也。患者身體滋養大受損，力虧，且肌肉漸廢，亦有萎縮極甚者。

腹部檢查 望診法 腹大而凸，立時臍下最凸。有時胃擴張之形或可由外窺見，其小彎距胸骨劍突下兩寸（五糧），大彎由左側第十肋骨之尖斜向恥骨，復彎向上而至右肋骨緣。胃之蠕動或亦可見；蠕動浪由左而右。激之使動之法可將濕巾撲腹，或用氯化炭使胃擴張；此法先以酒石酸 *ac. tartaric* 一小茶匙加水一兩服之，繼服較多於此之重碳酸鈉。服後凡瘠瘦之人，其胃擴張之形必甚顯，而其蠕動亦同時可見。

捫診法 胃之蠕動或可捫覺。病之因狹窄而起者，其幽門常有瘤。凡捫胃擴張，其胃之抵抗力與捫氣整時之抵抗相似。若以雙手捫之，有聲如打水然。惟此非確實症狀；蓋無論胃之有病與否，苟胃內含水及氣多者俱有此聲也。其聲或甚大。患者若突使其膈下壓，或全身搖動，亦作此聲。

叩診法 胃擴張之一大部分作鼓音 *tympanitic*，惟胃底之響則平實 *flat*（暗響）。若叩診蓋立之病人，當循左側胸骨乳頭間線從上而下，俟至叩響變而止。又宜將作平實響之處畫一線爲界，繼令病人躺臥，而再施叩診，則此平實響之界線即變位。

若此線與臍相齊或在臍下者，大抵為胃擴張。試以通胃管吸出胃內之液，則無平實響。若灌水入胃，則其平實響增闊。倘有疑難不決之處，宜用上述之氫化炭法。欲知胃大若干，最妙用擠水筒接通胃管而吹張之。

聽診法。聽診時有滌盪聲（擊水聲）succussion。別有奇異之聲，與開水久煮作滾之聲相似。有時心聲傳來甚明瞭，且帶金屬聲。

診斷 此病之診斷大抵不難。最妙係用望診法，及兼用氫化炭擴張法。

豫後 病之結局因病原而異。因胃弱而起者，其結局不危。因狹窄而起者次之。因癌性狹窄而起者則每危殆。

治法 因胃弱而起者節制飲食，兼治胃卡他，則必奏效。番木鱈素，麥角，鐵等藥俱可用。洗胃為最要。因幽門梗塞而起者，當用溫水或防菌藥洗胃。用此術有三益：（一）能使胃輕，以免助脹；（二）能除胃粘液及積滯發酵之物（即惹胃發炎及阻礙消化者）；（三）能使胃裏面潔淨。病者多能自洗其胃。昔有人患幽門狹窄之胃脹，日洗胃一次，歷三年之久而癒。胃之收小每甚迅速。胃收小後，嘔吐即止，飲食如初，身體滋養進步。洗胃法每日一次，或早晨或臨臥均可。發酵之病患不久即止，則祇須用溫水洗之。間歇性類服用阿忒羅品和溴化物之小劑常有效。腹部他處之損害亦概須施以相當之治療。

飲食宜撙節，每次可畧食少許，而較常時多食數次。凡生肉鬆 scraped beef，牛肉汁及各種嫩肉俱可食。脂肪及澱粉類諸物宜禁。湯液當少用。

凡幽門狹窄宜早用外科手術；無緊張力性胃脹若施上述各法無效，宜施胃腸吻合術 gastro-enterostomy。

(五)胃及十二指腸潰瘍又名消化性潰瘍

GASTRIC AND DUODENAL ULCER—THE PEPTIC ULCER (*Ulcus Pepticum*)

圓形穿破類單純性潰瘍 Round, perforating, simple ulcer 即胃十二指腸潰瘍常為單獨一枚,而發生於胃及十二指腸至輸膽總管口處。剖屍檢驗冊每述胃潰瘍之過於劇烈;然據外科之經驗而論,此潰瘍多數在幽門之環之外。

糜爛 Erosions. 胃粘膜常有小破處,約二至四耗,大概不僮一處。爛至粘膜層之半,或透至粘膜下層。又名出血性糜爛,蓋因帶血染之色也。患此病者大概係新產兒,患惡病質之小兒,患慢性心及動脈病或肝硬化等之病人。大概不甚危險,惟有時雖甚小之急性出血性糜爛 acute hemorrhagic erosion 乃竟潰破大動脈;致出血而死。此項胃糜爛與急性胃潰瘍無甚區別。

凡有肺炎球菌及他類膿菌之急性傳染性病,或亦有出血性糜爛,有時致嘔血而死。凡施開腹術後所發輕重不等之嘔血病,或因此糜爛所致。

潰瘍之原因 多寡。據剖屍檢驗統計冊之記載,各地患胃潰瘍者多寡不同。歐洲約百分之四五;美國約百分之一二。就潰瘍種類比較,則十二指腸潰瘍較胃潰瘍為多。男女,男多於女。年歲。患者最常之年歲,女在十五至二十五歲之間;男在四十至五十歲之間。然十五歲以前,五十歲以後,亦有患之者。外傷。潰瘍曾發見於胃被打之部位。曾見患此種潰瘍者七人有受傷之歷史。伴發病 Associated diseases. 患貧血及萎黃病者皆易生胃潰瘍,亦有因月經錯亂而致者,然最多者為萎黃病。凡患心病,動脈硬化及肝病等之病人亦有患之者。結核性及梅毒性胃潰瘍兩病已詳上文,茲不再贅。

火傷 十二指腸潰瘍或因一大部之皮受火傷而起。剖檢患皮受火傷而死者一百四十九人，其中有此潰瘍者五人。傳染傳染係一極重要之原因。無論何種病竈性傳染(一如在口中者)皆足以致之。他種兼發之腹部傳染如在闌尾或胆囊者，或皆由一相同之病原所致；又或其潰瘍為繼他處之傳染而起者。

病理解剖 胃潰瘍十分之九在胃幽門末段。十二指腸潰瘍幾全在該腸之第一部，而其大半則在距幽門不及四分之三吋之處，又有十分之二則在幽門之環之邊緣。潰瘍大都見於幽門括約肌之外邊，諒係此處之十二指腸粘膜之血液供給較他處不完全所致。又此種潰瘍每認為係粘膜之細菌傳染，其源為門靜脈所轄部位(如闌尾)之病竈。當施手術時，胃潰瘍及十二指腸潰瘍之鑑別每不甚易，祇能據幽門靜脈之位置而斷定。此潰瘍大概係獨生性；屬多數性 multiple ulcers 者僅百分之八。其羣生之數自五以至三十四不定。據剖屍檢驗冊所載胃潰瘍七百九十三案，凡潰瘍之在胃小彎者二百八十八，在幽門部後壁者二百三十五，在幽門部前壁者六十九，在幽門者九十五，在賁門者五十，在胃底者二十九，在胃大彎者二十七。

潰瘍可分急慢兩性。急性者大抵較少，形如鑿凹，邊齊銳，底光滑，且腹膜面不增厚。慢性者較大，邊不銳而硬，且彎曲，有時極大。其邊常高起。其底即粘膜下層或肌層所成，或係胃所粘着之鄰器官。凡潰瘍癒合之時，其僅粘膜受累者瘍邊及底則生肉芽；新生之組織則漸縮而與瘍邊連合成滑痂。大潰瘍之累及肌膜者則漸縮成癥之時或致沉重之病患，最危者係幽門狹窄而成胃脹。患圓潰瘍者，其胃或縮成葫蘆形 hour-glass shape。潰瘍之大者或纏綿多年不癒。

潰瘍後發病患之重者可分論如下：

穿破(穿孔) Perforation. 胃常與胰,肝左葉及網膜等相粘着,故潰瘍不易穿破。然胃之前壁不與鄰近器官相粘着之處則易被潰瘍穿破,而胃內之物即由此破處流入腹膜腔,致惹成急性腹膜炎,因而致命。胃之後壁如被潰瘍穿破,則直入腹膜小腔而成含空氣之膿腫,即所謂膈下膿氣胸 subphrenic pyopneumothorax 者是也。有時成胃結腸,胃十二指腸及胃臍等瘻,或穿破心包及胸膜,或致皮氣腫。

血管糜爛 Erosions of Blood-vessels. 急性潰瘍或患出血,然慢性潰瘍之底潰爛者較多。胃後壁之潰瘍有時蝕入脾動脈,因而出血。然由胃小彎動脈出血者尤多。十二指腸潰瘍則蝕破胰十二指腸動脈,甚或蝕入肝動脈或門靜脈,皆足致出血而死。

癍痕形成(結癍) Cicatrization. 淺潰瘍癒合後常無重患。幽門狹窄多因幽門附近之潰瘍癒後成癍而起。潰瘍大而呈環形者,成癍時致胃縮成葫蘆形。倘胃潰瘍與附近各處相粘着,每為癒後作大痛之原因。近潰瘍之粘膜常顯慢性炎之徵。

胃周圍粘着 Perigastric Adhesions. 此患常見。每隨胃潰瘍,膽囊病,胰病,梅毒性肝病及慢性結核等而起。胃與鄰近處粘着,或并致胃膜增厚,或慢性腹膜潰瘍,或幽門狹窄,或葫蘆形胃,或阻碍胃之運動等等。其症狀係恒久或間發之痛,易誤認為胃潰瘍或胃液過酸病。此痛每依患者坐臥之姿式而異;尚按腹,則其痛可減。大多數患者腹之一處受抑即痛(觸痛)。此病屬慢性,惟與全身健康之關係甚微。顯胃擴張之狀者甚少,而近幽門之處或生腫瘤。許多病人又每發慢性闌尾炎及膽囊之損害。

局部之原由 此項原由尚未確定。依解剖學而論,係粘膜之血循環受阻,致該膜易為胃液所消蝕而成潰瘍。十二

指腸潰瘍之原由與此相似，惟其急性類則有因皮受火傷而起者。今最新之趨向均以傳染為甚重要之原由。

癌與潰瘍之關係 近今醫界對於癌發生於患潰瘍者之病案數，所見大異。癌之發見於患有潰瘍之病人可無疑，但其百分比大抵不甚高也（大約百分之五）。

症狀 潰瘍之情況或隱而不顯，每在死後檢驗時偶然發覺。第一症狀或即為見於穿破者之症狀。有時病人顯胃性受擾多年，迨突然發顯出血，然後始疑其為潰瘍者。故胃潰瘍之病史大抵皆歷時甚久，常至多年；而在病期中每間歇不發，且多有症狀暫時完全退去者。症狀繼續不退者甚少，而或有甚昭著之定期發作性。有許多症狀實由於伴起之情況所致，如迷走神經之過敏，係其重要者。少數病人患單獨潰瘍，所發症狀或極少。

消化不良 或輕微，或極重。常有惡心及嘔吐，吐時在食後兩小時以外。患潰瘍處之近幽門者最常見之。所吐之物多含氫氫酸。

出血 至少三分之一之病人患之。患者或覺暈，皮色變白而多汗；至次日，其糞色變黑，因血從胃入小腸故也。此種出血或為隱性出血。隱性出血大概為量不多，而所吐之物及所下之糞中每不迅即見血。隱性出血有時能致血漸貧。出血多者較常易；其血多，則或突然由口嘔出，色尚鮮紅而未凝。若血在胃內停留稍久始吐出者，則與食物混雜，形色大變。此種出血大概僅一二次即止；或相隔數年始再發；或出血甚多致死。

出血過多，則致重貧血，每纏綿數月始克復原；其最常之症狀即微熱。若驚厥，偏癱，黑矇等症狀則間或有之；此等症狀大概因腦血管內成血栓所致。驚厥亦有時因腦貧血而起。

痛 殆為胃潰瘍最常見最明晰之症狀。輕重不等；輕者胃中如燒如酸，胃空時大顯，惟胃飽則痛即輕；重者陡然發作，其痛陣起，由腹上部而傳至胸旁及背，而腹背之約與第十胸椎相齊之處痛尤甚。此因飲食所致；食後即發，遲早不一；早者約在食後一刻鐘，遲者約三點鐘，鮮有發於食後四小時者。或謂潰瘍近胃賁門者，其痛狀益早顯，但此點未可確信。有時病人在早晨亦作痛。此類痛間時大發，或延數星期至數月之久不止，故患者須屢用嗎啡，乃得止痛而歷久不再發。胃痛作時患者宜俯身，使腹上部受壓而減輕其痛；此則或使斜凭於椅背，或使平臥於板上而腹下置一硬枕，可因人制宜。

觸痛 Tenderness. 觸痛之見於胃部受按時係常見症狀。故壓胃當謹慎，否則或致胃潰瘍破裂。

潰瘍久而底增厚者，其幽門附近之處每有硬塊可以捫覺。

胃中之含有物 胃中每有留滯之証據。其酸度之差別甚大，且不必十分注重。從前主張之酸過多，似不甚可靠，蓋其度不常高也。惟有極昭著之留滯者，則或有高度之酸過多。若潰瘍內有癌發生，則氫化氫即減少。最要者須細驗胃含有物中及糞內是否有血（無論新血或陳血）。

全身症狀 體重減輕每因慢性消化不良而起。然除兼患幽門癒性狹窄之外，其體重減輕似胃癌之甚者絕少。胃潰瘍所致之貧血有時極重。少數病人發腮腺炎，或當潰瘍穿破時，或隨出血而起。

穿破 急性穿破之見於女體者較男體尤多。所顯之症狀即腹膜穿破之炎。宜以開腹術療之。膿腫或繼穿破而起。

豫後 病期有纏綿至十二，十八，或二十餘年者。此皆慢性。近今每以開腹術療之，甚有佳效。

診斷 急性非硬性潰瘍 Acute non-indurated ulcer 之症狀甚少，除顯尋常消化不良及痛外幾無他狀。嘔血或係最初之要狀。患此病者幼年女子最多。甚易與胃滲血 gastrostaxis 之症狀相混。患此者胃之症狀雖甚明顯，出血雖甚多，而剖割檢驗時竟無潰瘍可見。此等檢驗務必加意精細，蓋極小之糜爛亦能致出血而死也。凡急性非硬性粘膜炎潰瘍苟如法療治，數月可癒。

慢性潰瘍 初起時，患者之榮養作用或仍如常而無病態。至其病患則全在胃，即痛苦及惡心或食後二三小時嘔吐等是也。此潰瘍之特有症狀係其痛每在食後隔數小時始再發，似有規律，或經年累月不癒；此痛與他種不同之處，即食後胃飽，其痛即暫止也。

在病之早期，分泌及動力大抵無甚改變，稍遲則兩者皆變更。胃性官能之節律受擾。動力之受擾大抵為遲緩分泌則改變。至於分泌之如何改變，則因潰瘍之大小及慢性程度以及動力受擾之度而有差別。消化後之化泌增多。X光線檢驗極為重要，有時係辨別胃及十二指腸兩種潰瘍之唯一方法。凡在無併發病之十二指腸潰瘍，其胃之緊張性常增高。

粘連物 adhesions 或甚難診斷，尤以在胆囊及十二指腸間者為然。其症狀係繼續甚久者，且種類甚多；或致疑為胃潰瘍，然其不規則性則尤似胆石。食後症狀暫退，係可疑為胃或十二指腸潰瘍之近幽門者。然胃中及囊中皆無血。X光線察驗或亦致疑為十二指腸潰瘍。此則或致誤用手術但因誤診而施手術，亦不甚危險。

治法 重要大綱如下：(一)制止傳染之窠局。(二)設法使胃得最充分之休息。(三)設法使酸性中和。除有非用手術不可之徵兆外，當以用藥療治為宜，但其治法須為有系統

的及有秩序的。欲制止傳染，宜療治任何病竈，而尤以口中者爲重要。欲平衡胃之酸度，宜使胃中無論在含有食物之際抑或在夜間，均無遊離之氫化氫 free HCl。

病人須臥床休養數星期。自晨七時至夜七時之間，每間一小時進食物一次。初用此法時，每一次食等分調合之牛乳及乳酪三英兩。數日之後，則逐漸加食半熟之蛋及極熟之穀類食品。此兩種可以輪替與牛乳及乳酪並用。惟每次所食之總量不得過六英兩。再後則濃乳酪湯，黃油及麪包以及其他軟而易消化之食物可相機加用。

中和酸性，可於每餐前或餐後服用鹼性物。其服法爲重烘焙鎂鹽十厘 heavy calcined magnesia 0.6 gm 及重碳酸鈉十厘 sod. bicarb. 0.6 gm 合成之散劑，與碳酸鉍十厘 bis. carb. 2 gm 及重碳酸鈉三十厘 2 gm. 製成之散劑輪替服用。此外則在每日最後一餐之後，每三十分鐘，輪服以上所述之散一劑，以四劑爲度，或以胃空爲度。此散劑每次用水二兩送下。又在最後一餐後兩小時，宜抽胃一次，以期胃中無物留貯。如用以上所述之量之鹼尚嫌不足，則可加用重碳酸鈉。檢驗胃中物，可以斷定胃之遊離之酸是否已得中和。數星期之後，病人可食容易消化之鬆軟食品，但每小時一次之等分牛乳及乳酪仍須續用。迨此每小時一次之食法可停止之時，則每餐後隔一小時須服上述之鹼粉劑一劑，以連服三劑爲度。此項治法當以長久施用爲宜，即使症狀似已進步，無須再用此項治法時，亦宜繼續再用若干時。

若潰瘍已致幽門之梗阻，則常例須多用鹼劑；際此，則每晚在服最後一劑後三十分鐘，須洗空其胃。其要點在服用適度之鹼劑，以中和其性。際此療治之時，須謹慎注意其進步及胃中所存物質之量。夜間使胃中空虛無物之意，在使胃於夜間

減少分泌也。每日檢查糞中有無潛藏之血，係一試驗治法是否見功之要點。此項療法須得病者本人之協作；蓋如是則即不在醫者直接管理之下，其人亦可謹慎奉行醫者之指導也。

藥治法除用鹼劑外，其他皆不甚見功。阿忒羅品或有效然每一病人應服之適宜分劑不同，須特別注意。對於腸部，則每晨用瀉鹽最佳，或用灌腸劑亦可。卡耳司巴得鹽 Carlsbad salts 即用硫酸鈉百分之五十，重碳酸鈉百分之六，氫化鈉百分之三製成者，頗佳。

若痛甚劇，須用鴉片。但除劇痛外，切不可用嗎啡；蓋當此時期甚易成癮，必須謹防。痛不甚十分重者用嗎啡八分之一厘 0.008 gm 和重碳酸鈉及鉍，即可止痛。至於痛之極重者則須行皮下注射法，每次四分之一厘，甚或多至半厘 (0.016—0.03) 又痛輕者用哥羅芳酒精二三十滴，或樟腦酒精等亦有效。又腹外敷芥辣或斑蝥亦佳。

若胃易受刺激而不受食物時，則可用肛飼法。用管注入十二指腸之食物，有時或可保留於病人之胃內。碎冰，哥羅芳草酸鈣 cerii oxalae，鉍等皆可試用。若出血，則宜速用鴉片。欲止出血，切不可服藥；蓋出血多者大抵由於動脈被蝕所致，而此等動脈或係甚大者，凡尋常止血之劑如鉛醋酸鹽、鞣酸、沒食子酸等或絲毫不能見功也。最要之點係使胃得休息，則以用鴉片為最善。際此除冰外，不可食他物。病者因失血過多而昏去者，屢見不鮮。但因出血而致命者猶幸甚少。際此可用肌內注射法，注射血清十五至三十西西。劇烈者可用血輸移法 transfusion。出血後，病人之復原頗速，須用大劑之鐵補血；有時或須用皮下注射法。

凡須用外科手術之情況如下：(一)穿破(穿孔)。(二)慢性硬潰瘍；依實地經驗論，在行腸胃吻合術後，潰瘍之痊癒頗

速，且可因而知潰瘍之位置。（三）潰瘍之阻碍胃中孔道等者。（四）屢屢出血者；凡在少女發顯一次之劇烈嘔血或係單純之胃出血而由一單純性易痊癒之潰瘍所致；但在男子，則劇烈之嘔血幾皆由慢性潰瘍而起。（五）發生慢性潰瘍後而患胃周圍粘着者。（六）慢性潰瘍之用藥治法而不見功效者。（七）有成癥之趨勢者。

據現今之醫學知識言，對於胃潰瘍實不易斷定內外兩科治法之功效究竟以何者為大。舊時之統計冊實不能據為考証，蓋每每誤認之為氫氫酸過多，酸性消化不良等等也。質言之，單純而不硬之潰瘍大多數屬於內科類；而慢性硬潰瘍則以外科療治為宜。

(六) 胃癌 CANCER OF THE STOMACH

原因 多少。據美國醫界統計表，凡患癌者三萬人中，胃癌佔百分之二十一有奇。蓋除子宮癌外，以此癌為最多也。
男女。患此病之比例為男五女四。
年齡。患胃癌者一百五十人之中，二十至三十歲者六人；三十至四十歲者十七人；四十至五十歲者三十八人；五十至六十歲者四十九人；六十至七十歲者三十六人；七十至八十歲者四人。由此計算，自四十至六十歲者佔百分之五十八，而此百五十人中曾先有消化不良者僅三十三人。
胃潰瘍。胃癌與胃潰瘍定有關係，而其關係究竟如何，今尚未充分審定。

病理解剖。最常見者為柱狀細胞性腺癌 cylindrical-celled adeno-carcinoma 及髓樣癌 encephaloid carcinoma，次為硬癌 scirrhous carcinoma，再次為膠樣癌 colloid carcinoma。癌着生處以在幽門者為最多。髓樣癌每成塊，累及胃之諸膜，大抵早成潰瘍。或生乳頭。其組織軟而色灰白，內含血甚多。柱狀細胞性腺癌亦

成無定形之大塊，但其組織較堅硬，而成潰瘍處之邊緣尤硬。有時其瘤多生甕，硬癌則其組織甚硬。蓋因支持組織多而泡窩少故也。此癌生於幽門者最多，每致幽門狹窄。或與髓樣癌同起。或散佈而累及胃之各部，致胃硬，與胃硬化病相似。又此類之繼卵巢之癌而發者亦嘗見之。膠樣癌有蔓延性；癌成時，蔓延胃膜殆遍。有時累及鄰器官，致該器官繼生癌，與此癌相似。此癌甚易辨，即不用顯微鏡，亦能見癌之巨泡窩內膠質滿注也。故此類又名泡狀癌 *alveolar cancer*。不常潰爛，且雖有劇烈之蔓延性而胃之消化作用不甚受其累者亦有之。

胃之繼發性癌 *Secondary Cancer*。患胃癌者三十七人內，繼乳腺癌而發者十七人。而美國某醫院最初剖檢之一千人中見繼發性癌者僅三人。

胃之改變 賁門生癌者，其胃常萎縮而變小，賁門上之食管或甚擴張。幽門之環形癌則足致幽門狹窄，且致胃大擴張。彌散性硬癌致胃壁增厚而胃腔窄小。又胃臟有時因幽門癌之有重量，致離位或變形。此狀在腹之各部或小骨盆內嘗見之。該癌被推，則或能移動，或能推入右肋下部或脾部而全匿於諸肋之下。患胃癌時，該胃多與結腸、肝及腹前壁相粘着。

此病多累及他器官，致該器官續發癌性贅生物。凡患胃癌者一千五百七十四人中，其癌串入淋巴腺者五百五十一；入肝者四百七十五；入腹膜網膜及腸者三百五十七；入胰腺者一百二十二；入胸膜及肺者九十八；入脾者二十六；入腦及腦膜者九；入他處者九十二。其受累之淋巴腺多屬於腹、頸及腹股溝之腺亦常受累；醫者可據此狀以定診斷。皮下繼發之瘤，每生于臍或其附近之處，此亦為診斷最要之狀。

穿破 癌之蔓延者胃多穿破；而胃壁與鄰器官粘着之處，其破爛或最甚，然不穿入腹膜腔。

症狀 隱性癌 Latent Carcinoma. 患此癌者亦不甚少，胃中或無症狀；死後驗之，始知其中有瘤。又有一類癌病，其症狀不顯於胃而間接顯於肝或其他器官，或在皮下生結節，或在肋骨及脊椎生繼發性癌塊。更有一類之癌老年人多患之，所顯症狀即體漸虛弱，有時為水腫，而無惡心、嘔吐及其他之胃狀。

病初起之症狀 患癌之初狀，凡一百五十人中，胃痛者四十八，消化不良者四十四，嘔吐者二十一，體漸輕者十三，嚥下困難者三，成瘤者一，狀似惡性貧血者七。另有突起者三十七人。

全身症狀 體重漸輕 最常見者為身體漸瘦。然若能飲食合法，療治胃卡他，則體即增重。若幽門生癌致胃擴張者，灌洗其胃，則體漸輕之症狀即止。體力漸虧每與體重漸輕並進。然亦有自始至終壯健異常者，但此則寥寥如晨星耳。

貧血 係此病之常狀，且兼消瘦，故患者每顯惡病質之狀。皮常作黃色或檸檬色。赤血球之數平均每立方耗有三百七十萬之多。血紅素則約僅餘百分之四十五。

發熱 患者百五十人中，發熱者七十四。體溫高至百零一（三八·三）以上者十三，百零三（三九·五）以上者二。體溫漸高者十五。突起者八。因兼患寒戰，體溫高至百零三四（三九五至四〇）者二人。寒戰或伴癌生膿而發。

水腫 病臨終時，踝處常發水腫。亦有早顯週身水腫，且常兼貧血極重者；此則其胃癌多失於覺察。大便常秘結。神經系統之症狀罕見。間或見昏迷，其狀一如在糖尿病所發者。此諒係酸中毒所致。

官能的紊亂 *Functional Disturbances*. 厭食 食慾減少係此病之緊要症狀,較其他各種症狀尤為常見。惡心亦係極常見之症狀;患者每見食物即起厭惡之心。然亦有始終思食者,但甚少耳。嘔吐或發作甚早,或患消化不良後始發。凡百五十案中,嘔吐者百二十八人。初起時隔許久始吐一次,繼則頻發,或一日數次。有時突發而止;或早顯危重之嘔吐,頻發至數星期而死。幽門為癌所累者,嘔吐尤為常見,每於食後一兩點鐘發顯。若賁門受累,則食後嘔吐較早。癌之延至胃頂及前後壁者,或不嘔吐。胃內食物有時雖歷一日夜之久,尚未變化。

出血。百五十案之中,患之者三十六;血黑而更變者三十二,鮮紅者三。嘔血為病之初狀者二。血出如湧者則少;微滲者較多。其血則或雜胃液,或為液所變化。嘔出時,其質作黑棕或黑色。即所稱似咖啡渣者是也。癌病者常有隱匿之血;若潰瘍則間歇發之。

胃痛。為早顯之重要症狀。百五十案中,胃痛者百有三十。痛處無定,在腹上部者最多;在肩,背,腰等部者亦有之。其痛如拉扯,或如焚,或如蝕,但如胃潰瘍之頻發而危重者則少。飲食後痛每增重。腹上部受按則痛。而皮之覺痛處,前面在乳頭與臍相間之處;後面則在第五至第十二胸椎之間。

胃含有物及其檢查 就空胃尋查膿及血,與服用試驗餐後二小時之尋查膿血及粘液,足資診斷之助。幽門癌或早見動作減弱。胃癌有減少分泌之趨向。繼發性傳染及繼發性胃卡他所致之結果亦有所見。蛋白質之多少常與酸性之強弱背道而馳;消化時酸度每增加,在酸度次強及消化液缺乏者尤顯。可溶解性蛋白質之試驗頗有價值,在服試驗餐後二小時施行之,尤佳。忒立妥反試驗 *tryptophan test* 及厄勒撥反應

ereptic reaction 是否有價值，因常有十二指腸所含之物反流入胃，尚屬疑問。大多數發現細菌，俄潑勒波斯桿菌 *Oppler-Boas bacillus* 昔人每認為有診斷上之價值。血係最重要之証據；早晨洗胃所得之物在顯微鏡中恒現赤血球者極可疑其為胃癌。其後如有咖啡狀渣質之嘔吐，則其為胃瘻可無疑議，更毋庸以顯微鏡檢查之矣。瘻之碎屑有時得在嘔吐物或洗胃物內見之。

患胃瘻者胃內每無遊離之氫氫酸 free HCl。凡九十四案中，無遊離之氫氫酸者八十四。然患慢性胃炎及胃粘膜炎者有時亦無此酸。胃中有乳酸業已認為一有價值之病徵。

體格檢查 望診 醫士須先察視病人面貌及身體之榮養，繼查腹部。際此，務使病人坐於光亮處為要。腹上部脹滿，肋下溝不平，胃蠕動。主動脈之搏動處過寬，臍之附近有皮下結節，或有明瘤。此等症狀苟細查之，即不能同時並見，亦必查見一二。此檢查法之佳妙，不可言傳。凡一百五十案中，瘤現者六十二；吸氣時瘤墜下者五十二；胃蠕動者三十六；瘤浮動者三；顯胃蠕動而瘤不能見而可捫覺者十。若出血不多，或瘻不甚闊，可試用二氯化炭使胃擴張，俾胃蠕動與瘤俱顯。又嘗見皮下及臍有結節者五人。如能察及，亦有助力。

觸診 瘻之可被捫覺者一百十五案；其在腹上部者四十八，在臍部者二十五，在左肋下部者十八，在右肋下部者十七，而深吸氣時該瘤由左肋緣之下墜落者七。據此而論，則知此病：每有瘤可辨。若仍難辨，當使病者膝肘貼牀伏臥而細驗之。胃瘻之移動係此病之要點。此其移動情形有四端：(一)因呼吸而動，吸氣深者瘻可墜落至三四吋之遠；(二)所可傳及之主動脈之搏動過闊；(三)瘻附近處過長之胃肌膜能使瘻或隱或顯，致腹上部之腹壁凸出；(四)用胃擴張術，或以手捫之，或坐臥

變位，其瘤每浮動。幽門之瘤最能浮動，有時上可推至肋下，下可推至臍下。瘤常堅硬，有時隆起，扪之則常痛。幽門部有時可捫覺氣體經瘤而從胃入腸。

叩診。不甚重要。瘤上之聲微作平實響，而作暗鼓音者尤多。

併發患 胃瘡每累及他臟腑，致生繼發性瘡（又名子瘡）

穿破或致腹膜炎。因瘡而起之瘡性水腹亦不少。肝常生子瘡，或甚大，致誤認為肝自起之瘡。淋巴腺受累，係胃瘡之要狀。左胸鎖乳突後方之一腺或先腫大；繼則毗連諸腺亦然。婦女子宮瘡亦或兼此。瘡壞脫或成壞疽；其狀甚奇，所吐之物臭惡難堪，臭氣充滿全室。

病程 此病大抵屬慢性，病程約一年至十八閱月之久，然胃瘡之屬急性者亦不少。凡六十九病案中，病程在三個月以內者十五，三至六個月者十六，六至十二個月者十四；統計在一年以內者四十五，延至兩年或兩年餘者四；過兩年有半而尚能存活者一。

診斷 凡在腫瘤長成之前，必須用種種方法認明是否為瘡。頑梗不退之胃症狀發生於四十歲以後，則大抵為可疑。繼續檢驗胃中含有物，加以比較，再用X光線檢驗，每可得極大之幫助。X光線所攝之影片形狀變更，其蠕動浪受擾，抗蠕動狀及影（其輕重不等，依瘡之硬結程度而異）或可察見。如遇可疑之病，則須即用探察手術。蓋有時非用此術不能定診斷也。

患胃瘡者一百五十人中，瘡成腫瘤者一百十五，故據腫瘤之現狀而鑑定，甚屬可靠。此病之有胃症狀或貧血狀而無腫瘤者，以及兼有胃病及貧血兩種症狀而無腫瘤者，皆難診斷。一則似慢性胃炎；一則似原發性貧血。然患慢性胃炎者，雖久患消化不良兼無遊離氫氫酸而身體不衰竭，試驗餐內亦無乳

酸,血改變之勢力較小諸狀已足為鑑別之據。至若胃癌有危重之貧血症狀而無腫瘤可見者,則最難鑑定。大概胃內頻有乳酸而無遊離氫氫酸者即患癌之明証。又胃癌之赤血球低減數。不至如惡性貧血之少。血色指數低薄(指繼發性貧血)而造赤血球巨細胞之不見及白血球增多大抵為癌之症狀。

胃潰爛癌及胃潰瘍兩患立可鑑別。惟幽門近處成瘻而狹窄致生潰瘍及腫瘤者則最難診斷。嘗見三案,皆誤認此塊為胃癌。即使開腹查之,亦難斷定其是否為癌。

治法 早施外科療法係此病唯一之要項,所難者不易早得確實之診斷也。從早剖割,或能將癌全行除去。然手術之於多數病人,祇能減輕症狀,不能斷除病根。

食物務宜用最易消化者。能僅食牛乳最善。倘幽門梗阻,可用通胃管灌洗之;不惟可保無虞,且係止嘔最妙之法。若胃內發酵過甚,洗胃法亦最有益。倘胃痛過甚,致不能寐者,宜用嗎啡止痛。以嗎啡八分之一厘,鉍五至十厘,與重碳酸鈉五厘調和服之 morphin. acet. 0.008, bismuth. carb. 0.7, sod. bicarb. 0.35, 常能止痛。劑量不必增多。木焦油二滴及石炭酸亦有用。胃癌之出血者幾不可止治。不宜施手術之病案用銜或深 X 光線療法兼用硬管,或有價值。

他類胃瘤 胃之非癌性瘤罕足致病。胃之息肉(胃瘻) polypus 甚常見。其數或甚多。嘗有一人患胃息肉多至一百五十者。胃之肉瘤(胃癌) sarcoma 甚少。纖維瘤(筋瘤)及脂肪瘤(脂瘤)俱曾見之。誤吞外物入胃者,時結成腫瘤。最奇者為髮瘤 hair tumor。患之者甚多。凡婦人因希司忒利阿慣食其髮者則積而為大腫瘤而難於診斷,常誤認為癌。

(七) 肥厚性(過長性)幽門狹窄

HYPERTROPHIC STENOSIS OF THE PYLORUS

患於成人者 成人之患此病者用顯微鏡檢查之，則見幽門肌膜及粘膜下層之組織過長，症狀與胃擴張無甚差異。近今醫界之報告，十二歲至十六歲之女子有患之者，是則此病之一部分是否不屬先天性，尚係一疑問。

屬先天性者 近年來此病之經發見者益多。醫界現正在詳細研究中。

原因 此病有兩種狀況：(一)先天性幽門肥大；(二)痙攣。此種肥大，初生之小兒常有之，而男兒佔百分之八十。症狀發顯於生後第一星期內者極少；常在第二至第四星期間發顯。症狀之發顯大半係痙攣所致；有時腫瘤(即指肥大言)尚在，而症狀則已退。此等小兒，多數為乳哺者。至於痙攣能使幽門圈之肥大至若何程度，則尚係一研究問題。

症狀 嘔吐食物及消瘦係最尋常之症狀。嘔吐大概開始於第二第三星期之內，有數病則初生時即有此症狀；每緊隨哺乳後發之。至若消瘦劇烈者多不可治；大便秘結，身體極弱等狀甚明顯，有時或腹瀉或暈厥而死。

物理徵 胃之蠕動及腫瘤之可以捫覺係最明顯之物理徵。胃蠕動當哺食之後更易窺見，其動波在臍上，由左向右間時流動。有時或二三動波可同時窺見。幽門之腫瘤可經捫覺其為堅實而可推動之物，其部位在臍之右側畧上處，大小不定，有時腫瘤內覺有氣流動。用X光線檢驗，無甚助力。

治法 內科治法為乳哺及改變所哺之乳，每三或四小時一次，每次一至三兩。百分之四之葡萄糖溶液(二百西西，一日

四次)可用肛飼法送入腸中。每日須行胃灌洗術兩次。病之輕者用以上治法,已可治痊;但若無進步,則宜速用外科手術。任司忒滋氏手術 Rammstedt's operation 卽剖分圓肌層手術甚有效;曾實施之於六十一案,治愈者得四十七病。施手術後之調養極重要。病兒須使溫暖,液體須由腸或皮下輸入;哺時須十分謹慎而逐漸緩緩增加其分量。

(八) 胃出血 (嘔血)

HEMORRHAGE FROM THE STOMACH (*Hematemesis*)

原因 嘔血係多種局部病或全身病之病況所致。

(一) 患局部病者: (甲) 癌; (乙) 潰瘍; (丙) 血管病如粟粒形動脈瘤及靜脈曲張; (丁) 急性充血,如在患胃炎或因代月經出血者是; (戊) 網膜因開腹術受傷,致胃粘膜糜爛而出血。又嘔血爲繼關尾炎而發之易致命併發病,且常兼腹膜炎。

(二) 門靜脈系統梗阻所致之胃虛性充血。 (甲) 肝病,如肝硬化,門靜脈內結血栓,或爲瘤所壓及或繼心肺等慢性病而起者是; (乙) 脾病。脾大者多見胃出血,蓋因胃短動脈與脾血循環有密切之關係也。

(三) 中毒: (甲) 中特種熱病之毒如痘,麻疹,黃熱等病是; (乙) 中未知來源之毒如在患急性肝黃色萎縮病或紫癩者是; (丙) 磷中毒。

(四) 外傷: (甲) 機械傷如打傷,刺傷,或爲通胃管所傷等是; (乙) 誤服苛性藥所致之傷。

(五) 某種體質病: (甲) 血友病 *hemophilia*; (乙) 劇烈之貧血病; (丙) 膽血病 *cholemia*。

(六) 某種神經系病。如希司忒利阿,全身麻痺,癩癩等病是。

(七) 血或非直接自胃出，而間接自鼻咽等處而出。例如咯肺血者，其血或有若干流入胃內，然後嘔出。又如食管出血，其血亦可滴入胃，繼則嘔出。凡動脈瘤破裂，食管靜脈曲張亦復如是。嬰兒吮乳時或由乳房中與乳同時吞下乳房流出之血若干，然後嘔出。

(八) 胃滲血 Gastrostaxis. 此項胃中出血係幼年女子所患。每易誤認為潰瘍，用切開術檢驗，則見血由胃粘膜間徐徐流出，而其粘膜毫無損傷。有時既不作痛，亦無胃潰瘍之尋常症狀。此病係外科醫士所發見。患者亦復不少。

(九) 其他原因：主動脈或其枝之動脈瘤可破裂入胃。曾見數病，病者嘔血一次後永不再發，亦無胃病之症狀。新生嬰兒嘔血大概或係原發，或與他粘膜出血有關係。

凡行醫時常見之胃出血，大多數係肝硬化及胃潰瘍所致。

病理解剖 患嘔血死者有血極貧狀。胃瘡及胃潰瘍，胃內之傷損甚明顯。凡嘔血之致命者，其血或由粟粒形動脈瘤而出，該瘤面上有微孔；或因粘膜下靜脈破裂而出血。粘膜糜爛處或甚小，易於失察。醫者宜留心查究，庶無誤斷之虞。中毒之嘔血，其胃粘膜有血滲出。

症狀 不嘔血，猝然暈厥而死者絕少。昔有婦人暈厥數分鐘而死，剖驗時見胃內藏血至三四磅之多。倘突然嘔血如湧者，則速致極重之貧血。因胃潰瘍及胃硬化所致者，其出血於數日之內每每再發。嘔血之致命者，大概因胃潰瘍，胃硬變，脾腫大，動脈瘤裂入胃或裂入食管等所致。又脾性貧血及白血球增多二狀未顯之前，每先患嘔血。

嘔出之血或為液，或凝結，常作暗紅色，惟血吐在盆內則其外層因受空氣而遂變紅。血停留胃內愈久，則吐出時其形質之更變愈甚。

嘔血之多少無定，每日或吐三四磅或更多。病者速顯貧血諸狀，或微發熱，後或水腫。嘔血如泉湧者每有暈厥，驚厥，偏癱等患。腸胃出血或致目盲，蓋因視網膜之動脈及靜脈內結血栓，或因急性視網膜神經細胞壞變故也。

診斷 血之來源大抵易辨。然未經親見病者嘔血，則不易判斷。檢查所嘔之物，則其是否有血可立斷。惟所嘔之物有時被酒或果汁所染，致與血色相似，而鐵鉢及膽等物亦能使血變作淡黑色，不可不注意。鑑別之時當用顯微鏡，其是否為血，可依赤血球之淡形而定。遇必要時，用分光鏡或化學試法驗之亦可。

患希司忒利阿者，有時吞血或似血色之液然後吐出，偽為患嘔血病。苟能慎察，大抵不難鑑別。又血來自鼻咽等處，或嬰兒由母乳中吮得血而嘔血者，切勿誤認為胃出血。咯血及嘔血兩病雖常並見，然不難鑑別。茲將其不同之處列表如下，醫者宜注意。

嘔血

- (一) 有胃、肝、脾諸病之歷史。
- (二) 血係嘔出，其先覺頭暈，疲倦等狀。
- (三) 血常凝結，攪雜食物，有酸性反應。有時或作暗紅色，或畧凝結，或成液。
- (四) 嘔血之後大便作似黑油狀，並顯腹內膿病諸徵。

咯血

- (一) 出血前多先有咳嗽或肺病，心病之病徵。
- (二) 血係咳出，其先覺咽癢。即或嘔血，亦係繼咯血而起。
- (三) 血係浮沫，其色鮮紅，反應為鹼性。如凝結，其血塊常不甚大，且或攪雜粘液膜。
- (四) 患者頻咳嗽，每有胸之局部性病徵可驗，且痰內帶血點而經多日不癒。

豫後 此病除動脈瘤或大靜脈破裂之外，致命者甚少。余所閱歷，凡由肝硬變及脾腫大而起之病，較因胃潰瘍或胃癌起者易於致命。慢性出血性胃潰瘍每纏綿多年不癒。此病之治法詳見胃潰瘍篇。

(九) 神經官能性胃病

(神經官能病性消化不良或神經性消化不良)

NEUROSES OF THE STOMACH (*Nervous Dyspepsia*)

危重之胃官能性受擾雖無可察覺之解剖學根據，亦能發生。病者大抵為患遺傳的神經系統衰弱，或衛生失宜，以致發顯神經系統虛弱之人。有時因胃性症狀甚為昭著，乃使病者神經衰弱之殊狀或反失察。有時胃性症狀有反射之根源，即他處之機質性受擾所致；如膽囊、盲腸或結腸等是。

無論何種消化道之受擾，醫者必須注意於其全部，不可僅注意於一部分。消化道係一極複雜之機械，故其正當官能純賴於完全之協作；此一處受擾，即可致他一處發生障礙；例如闌尾有病，或亦致胃性症狀也。正當的運動官能甚為重要；許多病症皆發源於此。動力或增加，或減緩，或逆行，或停止，無論何種之一皆能發生症狀。腸一節之收縮能阻止其遠處一節之運動；此在特別區界甚為重要，例如在幽門及十二指腸是也。運動不規則及傳導阻滯亦或發生（如在心部者），而尤以由一區界而達其他一區界者為然，例如在幽門及結腸瓣者是也。神經之轄制甚為重要，故必須注意於迷走神經過敏性 *vagotonia*。Keith 分消化道為許多神經肌節 *neuromuscular sections*；每節之間界一括約機，此機能阻止收縮浪之經過。

Alvares 曾查得逆行蠕動 *reversed peristalsis* 可致症狀。例如反流 *regurgitation* 每每因膨脹及過敏之結腸或有病之闌尾所刺

激而發現。嘔吐或係因受擾之結腸使空腸之緊張力及活潑性增加所致。有時機質的損害或致噯氣。惡心則多數由於腸之損害，兼逆行蠕動而致者較因食管及胃病而起者多。至於舌有苔，則不能證明皆係因胃性病所致。但有時或起因於反流；蓋際此則結腸之物質甚易流至舌部也。胃不舒適者，每係發源於結腸之一種逆行的腸性活動所致，如將結腸瀉空，症狀即退去。

(一) 胃運動性神經官能病 即運動的神經性胃病 Motor Neuroses. (甲) 運動過敏 Hypermotility. 凡胃運動過於敏捷，倘幽門患痙攣，每致胃功用紊亂。常為繼發性神經炎，但亦或為原發者，並可因反射而自起。診斷斯病，可用通胃管試驗及X光檢驗二法。却無特別之臨診症狀可辨。

(乙) 蠕動不安 Peristaltic unrest 此為常見而極苦惱之症狀。食後片刻，胃蠕動加增。或作氣過水聲甚響，雖相距稍遠，亦可聞得。病者主觀的感覺最為苦惱。尋常心搏動亦自覺其可厭，恰如神經系統有過敏性狀況者。感情用事時每致胃蠕動益不安。此等胃蠕動或可延至十二指腸。捫診時可聞得胃中之氣過水聲頗顯著。病之原因為逆行蠕動，此逆行蠕動有時為他處之病所致。

(丙) 噯氣 Aerophagia—吞氣症 Eructations. 此狀相繼而發。劇者纏綿至數點鐘或數日之久。另有因精神慌張而起者，則陣發。凡婦人有希司忒利阿性及腦力衰弱者多患之，小兒亦然，或一家數人同有此患。噯氣時所出之氣即尋常空氣之由外吞吸入胃者。有時此吞吸之情況可以窺察，然亦有不能窺見者。

(丁) 神經官能性嘔吐 Nervous vomiting. 此等嘔吐非因胃損害或胃內物之更變而起，乃因嘔吐中樞直接或間接受神經

官能性感動所致。患之者常係婦人及屢發神經官能性症狀者。此病之特狀係既無尋常嘔吐時之前驅惡心，亦無尋常嘔吐時之費力狀。嘔時食物由胃反流，不張口，不作嘔狀，即注滿於口而唾出。嘔之發作每在食後，然亦有不時發作者。病者之榮養或不受累；此則可為診斷之根據，因有時無他希司忒利阿狀可辨也。小兒或亦患之，然其屢發嘔吐多因中酸毒所致。神經官能性嘔吐大概不危，然有纏綿數月不愈者，亦有致死者。

嘔吐有因神經系病而起者；特如運動性共濟失調病，時發胃痛嘔吐（胃克來息司 gastric crisis）。

(戊) 反嚼 Rumination. 此病甚少，即食物由胃反口，繼則再嚼，如牛然。凡希司忒利阿，癲癩，癡愚及神經系衰弱者或患之，或係遺傳性。有患之多年而無損於健康者。

(己) 賁門痙攣 Cardiospasm. 賁門環肌纖維之痛性痙縮每隨用探條後或食物過急或食過熱及過冷之物等而起。患破傷風，有希司忒利阿性及神經衰弱病者亦或顯此，而以吞氣者為最多。若兼幽門痙攣，則或成痛性胃脹而發痙攣或甚久。迷走神經過敏常為致此病之原因。惟有時或非痙攣而係括約肌不弛緩所致。

(庚) 幽門痙攣 Pyloric spasm. 此常屬繼發性，隨胃分泌酸過多，胃分泌過多，潰瘍或刺激物入胃等而起。痙攣時每致幽門部作痛及胃蠕動增加。若痙攣兼胃酸過多及分泌過多，則或致胃擴張及胃無緊張力。有時幽門可以捫覺似一橢圓硬腫瘤；氣由此經過時，則捫之之指覺該腫瘤暫弛緩。幽門狹窄與痙攣二者不易鑑別。然以十二指腸筒 duodenal tube 驗之，則能經過發痙攣之幽門。阿忒羅品每有弛緩幽門痙攣之功效，兼顯迷走神經過敏性者尤驗。

(辛) 胃無緊張力或胃弛緩 Atony. 運動作用欠缺大抵因不合法之飲食或胃之機質病或全身消瘦之病變而起。凡身體雖健而易發神經系官能病之人或亦患胃無緊張力。此患之症狀係胃畧擴張，且多兼覺重，覺受壓，膨脹及噯氣諸感覺作用受擾狀。凡診斷此患，必須謹慎，並嚴定界限，勿混將他種病原牽入。

(二)胃分泌性神經官能病 Secretary Neuroses.

(甲) 胃酸過多 Hyperacidity. 據最近之研究，凡吾人所以為酸度異常者，其實在若干康健之個人並不異於常度。一人有一人之胃酸度率，却無限定的普通率也，酸過多之症狀究若何，尚係一問題。其他受擾如運動官能及幽門痙攣者，亦有關係。機質性病(以消化道下部之潰瘍及反射病原為然)亦應注意。但有若干症狀，則明明係酸過多所致，凡神經系官能衰弱之人尤然。此等症狀在食後不即發顯，大抵在食後一至三小時之間正在消化盛之際。每顯一種重而受壓之感覺，有時腹上部覺發燒，大抵兼酸性噯氣。如嘔吐，則痛即減。病者每頗健，胃口頗好，惟因恐作痛，或不敢多食。大抵皆兼大便秘結。

(乙) 胃分泌過多 Supersecretion. 此病或屬間發性，或屬恒久性。大概兼患酸過多，然亦無定。屬間發性者或與胃消化之時間無關係。能於極短之時間內，泌極多甚酸之液。每隨神經系衰弱或脊髓癆而起，不常見。其患或纏綿數日始止。病之初起胃內覺酸痛而不舒，頭極痛，繼則嘔吐極酸之清液，致咽被激痛。病之發作或與食品之飽足及空虛絕無關係。屬恒久性者較多見。胃頻有液，幽門被過酸液所刺激，致痙攣而閉鎖，且更致胃擴張。輕重不等。澱粉類之消化遲緩。病者噯酸液，胃覺辛苦。若胃空時此類過酸液仍繼續泌出者，則晚間及早晨有胃痛，噯酸液，甚至嘔吐等狀，頗易辨認。

(丙)胃分泌物欠酸 Subacidity; Achylia Gastrica Nervosa.

患慢性卡他及癌者胃酸每過少。有時甚重之神經官能性消化不良與胃液內欠酸同時發作，而胃中之食物仍可按時消化。患癌，粘膜極端硬化，希司忒利阿及脊髓癆等病時，胃液皆無酸。然其消化酶則俱如常。有數案胃全無分泌物 achylia gastrica。昔時每以爲此病僅由胃粘膜完全萎縮而起，惟近今已經考知其事實因神經官能病所致。

胃酸過少或全無之症狀輕重不一；胃粘膜萎縮者或無症狀。胃之運動作用無損者，症狀亦不顯。若作用弱而胃內又發酵者，則有危重之腸胃症狀隨之而起。其因希司忒利阿與神經系衰弱而起者，腸之作用雖無缺而胃部則多有重狀。

(三)胃感覺性神經官能病 Sensory Neuroses. (甲)感覺過敏 Hyperesthesia. 病者每覺消化時其胃脹滿，似受重壓及被焚等狀，與患胃機質病之狀相同，而其實則胃之他種作用咸無恙。有時即使胃已空虛，而仍有此苦狀。此類官能病每與希司忒利阿及神經系衰弱之症狀同起。其痛多隨進食物後發作。患希司忒利阿病者食雖極少，亦覺有刺痛之苦；苟以他物詭爲妙藥使服之，其痛亦可止。病之重者每因飢餓而致瘠瘦。

(乙)胃痛 Gastralgia. 此即腹上部逐陣發大痛，其發病狀況如下：(一)係神經官能性病之現狀，與機質病無關係，且常與他種神經官能的症狀並起；(二)因慢性神經官能性病而成突發之胃痛，特稱胃危象(胃克來息司) gastric crisis；(三)因胃之機質病而起，如癌、潰瘍等是。

患神經官能性病者，婦人居大多數，而月經不調及有希司忒利阿性之婦女尤易患之。甚或早在發身之時即患此病，惟以起於絕經時者爲尤多。婦人之貧血、大便秘結及多憂慮每

爲患此病之紹介。然男人之壯健者或亦患之。此病多數祇有神經系衰弱或神經官能性消化不良之現狀之一狀；後者之現狀即胃液或氫氫酸過多是也。

症狀易於辨認。病者腹上部突發大痛，痛勢向背及下肋而行。大抵不因進食物而起。痛發或有定時，故有以爲係瘡所致者。然痛之最具有定時者，莫若胃潰瘍。常在晚間發作。嘔吐罕顯。食後痛或減輕，然亦無定。又按其腹上部，痛亦多見減輕；重壓之，則或更痛。

診斷此病，常多疑難。切不可誤認爲胃或神經系之機質病及脊髓癆之胃危象。其爲潰瘍或瘡所致者，診斷殊非易易。他處之病如在膽囊或闌尾者或爲此病之原因，應探查及之。至若單純性胃痛之要狀係其痛逾長時間之間歇而發，且與食物無關係；然有時據全身症狀而施診斷，較據局部症狀尤爲重要。又膽石腹痛有時不顯黃疸，故多年胃痛間時發作者當考究其有無膽石病。有時患胃無緊張力兼胃酸過多者每誤認爲胃酸過多，依神經性消化不良之治法療治良久，迨病勢加重，黃疸發作，始知其爲膽石病。

(丙) 飢飽之感覺異常 善饑 Bulimia。此係過度之飢餓，每逐陣而發，致患者飲食無度。或隨糖尿病及數種胃病(如胃分泌過多)等而起。然隨希司忒利阿及各種精神病而起者尤多。又患大腦瘤，突眼性甲狀腺腫(凸眼癭)及癩病者亦有時兼患之。

此病常在晚間突然而起，病者突覺疲倦及胃痛而醒，思食殊甚。有時隨多餐後而發。病發時或稍食即止，或多食無度。纏綿太久，則每因過食而起胃炎，胃無緊張力及胃擴張諸病。

貪食不飽 Akoria。即飽覺有損。多兼善饑及貪食症 polyphagia。病者常覺腹飢。每有神經系衰弱及希司忒利阿性症狀。

神經性厭食 Anorexia nervosa 詳希司忒利阿節。

治法 神經官能性消化不良最要之治法係使身體及精神漸健。然此種症狀或係他病之反應，亦未可知。故醫者宜謹記而鑑定之。凡因身體及精神之力耗竭或多憂慮而起者則當暫休職業，或遠遊改換水土。病者之生計亦宜注意。日間宜在戶外多行體操，並用水療法。即此數事，有時已足治癒此病。

消化不良而有神經系衰弱及希司忒利阿等狀者每用安息療法 Weir Mitchell treatment 而甚效。病之頑梗者宜久用此法。又神經官能性嘔吐，此法亦相宜。

胃酸過多者除照神經性消化不良療養外，宜另服鹽藥如氯化鎂及重碳酸鈉。宜用大分劑，在食後胃行消化功用最盛之際服之。噯如燃燒之酸者亦可服此。又阿安羅品亦係治胃分泌過多及過酸之良藥。服法，第一次用一百五十分之一厘 (0.004 gm.) 之小劑，第二次後則酌量逐漸加增。切不可多服。溴化物及貝拉朶那之混合劑亦甚妙。飲食宜用含蛋白質之物。香料及酒切不可用。澱粉類宜少用，惟其最易消化者始無碍。脂類亦可畧用。

凡患消化不良兼胃分泌物過酸者，僅用肉食甚有佳效。所用肉或生或畧熟俱可；最好切碎，或磨成鬆，鋪於烘烤麪包之上而食之。法用肉三兩餘 (一百克)，烘烤麪包兩片，牛乳脂或其他種易消化之脂肪一兩 (三十克)，和溫水或梳打水一杯，日食三次。但所用之肉宜潔淨新鮮，切不可用病豬及病牛等肉 (如含條蟲幼蟲之肉是)。已發身者，治以此法奏效甚速；即病之難治者，一二月之內亦可治癒。病勢既癒，即可漸用尋常食物。

胃分泌過多者最妙用通胃管洗胃。間發者初起時宜用之。胃宜用水，或用鹽溶液或千分之一之硝酸銀溶液洗之。

倘不~~便~~用,可食蛋白質類食物。鹽之大劑有服用之必要。久患胃分泌過多者,每兼患胃無緊張力及胃脹。所食之物頗宜與胃分泌過酸病相似,但所食宜少而其次數宜多。用鹽溶液或硝酸銀溶液洗胃,極有價值。胃盛行消化時,當多服重碳酸鈉或氫化鎂以止痛。

胃分泌欠酸者當慎飲食;凡難消化及多含蛋白質之物俱不可用。飯前~~先~~服苦補藥或甚佳。倘~~胃無分泌~~,須用已化之食物及氫氰酸足劑量,或能奏效。

胃感覺過敏者,除治其全身病外,可用硝酸銀以四分之一厘至半厘爲一劑,和水三四兩(0.02—0.03 gm., aq. 90—120 cc.),於空胃服之。肛飼法亦有時可用。胃痛重者宜用鹽藥大劑量。溴化鉀一克調合阿安羅品百分之一厘(〇·〇〇〇六五克)或科第印三分之一厘(〇·〇二克)亦可用。若必需鴉片,宜使服之而弗知其爲何物。哥羅芳每劑十至二十滴亦可用。或服伊打酒。俱可止痛。其全身狀況宜僅慎調治。此病多復發,迨至改換水土,頻服砒藥,身體復原時始能斷根。貧血者可多服鐵。

婦人之營養合宜而顏容豐潤者亦有時患神經性消化不良,晚間尤甚,兼腸胃氣脹及腹受累等狀。初睡尚能安寢,迨睡至二三點鐘之後突醒時,則有腹覺痛及噯氣等患。胃口及消化功用似俱無恙。但大便常秘結。此等症狀多屬於腸,即腸積氣及逆蠕動所致也。凡脂肪,澱粉及糖當少食。臨臥時灌漑其結腸,有時得治癒。神經系之狀況當細心研究之。

各種胃之神經官能性病務宜加意防範,勿使病者大便秘結。

(庚)腸病 DISEASES OF THE INTESTINES

(一)兼腹瀉之腸病

DISEASES OF THE INTESTINES ASSOCIATED WITH DIARRHEA

卡他性腸炎 腹瀉

CATARRHAL ENTERITIS; DIARRHEA

依解剖學而論,卡他性腸炎可分為十二指腸炎,空腸炎,迴腸炎,盲腸炎,大腸炎,直腸炎等;但病發時大多數致全腸輕重不等之受累,或小腸較重,或大腸較重;有時當病人生活時,每不能斷定究係何處專受其患。

原因 此病或原發,或繼發。原發者之原因可條列如下:
 (甲)不適宜之食物。小兒每因飲食過度,或誤食未成熟之果品而成此病。又有因食不合個人性格之數種食物而致微瀉者。然此或非腸粘膜之卡他所致,乃因所食不當,致激蠕動增多故也。
 (乙)各種含毒素之物質。許多有機毒 organic poisons 如牛乳及他類食物腐化而生者,每致最重之腸卡他。某種無機毒 inorganic poisons 如砒,汞等亦足致之。
 (丙)胃性腹瀉 Gastrogenous diarrhea。此常繼胃中無遊離之氫氫酸而發。
 (丁)季候劇變。當春秋二季,驟然變冷,寒暑表突降至二三十度者,每致急性腹瀉。但何以如此,今尙未能確實証明。吾人恒謂之爲卡他病演,因傷風而起。小兒之腹瀉則不然,每在夏季盛熱時患之。
 (戊)腸分泌物質量改變。此其改變對於腸究有何種勢力致成腹瀉,現今醫界尙無把握。昔有謂胆汁多流入腸,足以激成腹瀉者;故舊嘗有胆瀉之名。大約起因於胆汁入腸過多,致腸蠕動加增,而驅出腸內之物過速;但因胆汁過少,致食物發酵而起腸卡他者尤多。腸內胰腺分泌物過少,致成脂肪

性腹瀉者，亦時有之。(己)精神的影響。精神狀況能大施影響於腸道。其作用大抵在自主神經系。係迷走神經受刺激，致其蠕動加增故也。是以此種勢力並非出於卡他病演；特名感情的腹瀉或神經性腹瀉 emotional or nervous diarrhea。小兒因突受驚嚇而起。成人以後則多因情緒紊亂所致。婦人患希司忒利阿者亦偶患之；此則有轉成慢性者，病期數月數年無定。

繼發者之原因如下：(甲)傳染性病。痢疾，霍亂，腸熱，膿毒血病，敗血病，結核病及肺炎有時具有腸卡他。痢疾，腸熱兩病之腸卡他半因生潰瘍所致，惟霍亂則係細菌或細菌所產毒素直接所致。(乙)因鄰近各處之炎患蔓延而起。如腹膜炎，每致腸粘膜患卡他性腫而分泌增加。又腸套疊(腸自褶入) invagination, 赫尼亞(疝)，結核病，癌性潰瘍亦每致腸卡他。(丙)因血循環紊亂而起。此類卡他炎大抵屬慢性。如肝硬變及慢性心及肺之病患，凡致門靜脈末枝充血者俱足致腸卡他。(丁)患癌，重貧血，阿狄森氏病 Addison's disease 或腎炎而有惡病質之狀況者，每起腸卡他而死。

病理解剖 粘膜之充血者罕見；其色白而有粘液遮蓋者較多。粘膜淋巴結大概俱腫；小兒尤甚。集合結或凸出；大小兩腸之孤立結亦或凸出。中央有小糜爛。此狀或為各種小兒卡他性腸炎之顯狀而與瀉之輕重或無關係。病之屬慢性者，粘膜較硬，有時增厚，或變薄。其絨毛(腺刺)及淋巴結則作灰色。

症狀 病有急性慢性兩類。此兩類之要狀均為腹瀉；或且除腹瀉外無他症狀。然腹瀉又未必盡因卡他性腸炎而起，或由神經作用及他種刺激力所致亦屬常事。空腸卡他性炎或竟不瀉；嘗有人生活時從未患瀉，迨死後剖驗，則小腸有卡他性狀況焉。糞質極無定。其色則與所撥胆汁之多少有關係；

或黑，或微黑棕，或淡黃，或白而帶灰色。其質大概極薄，似水，有時或似稀粥。常含未消化食物及淡黃棕色粘液。凡係腸炎，則有未改變之胆汁，糞或呈綠色，植物纖維素未經消化，粘液與糞攪雜極勻密。若係大腸炎，則糞色常深黃，植物纖維素大致已經消化，粘液在糞之外面，且或聚集成大片。

急性腸炎每有腹痛，尤常因食物而起。其痛性屬痙痛類，而大腸受累者並有肛門急迫狀。此外有輕重不等之氣脹。更有氣過水聲，蓋腸內之液及氣急流所致也。病甚急者或嘔吐。發熱則少，然亦有體溫增高一二度者。食慾喪失，極渴，舌乾而垢濁。急性病之瀉出液甚多而腹痛劇烈者，或且有精力虛脫狀。每日致瀉次數少則四五次，多至二十餘次。病發後或經兩三日即止，甚或延至七日或十日以外。

慢性卡他或繼急性而起，或漸自起。或係門靜脈血循環受阻。其特狀即腹瀉。或兼痙痛，或否，無定。糞質不一；倘小腸受累甚，則糞含不消化之物，而大腸受累則糞稀而多粘液。又有特別之粘液性腹瀉 mucous diarrhea，另詳下文。慢性病皆於全身營養功用大有損，故致消瘦，且面色帶白。其人心志每抑鬱，或致患希坡交第阿病 hypochondriasis。

炭水化物消化不良 Carbohydrate indigestion。此或累及胃與腸兩者。主要症狀為氣脹。糞呈酸性，含未消化之澱粉甚多。若發酵極甚，則糞稀軟，內含小氣泡。用蛋白質兼脂肪之飲食 protein-fat diet 之結果，係診斷之要點。

診斷 宜先區別大小兩腸之受患以何部為重。凡小腸患卡他者，腹瀉不甚重，痛性屬痙痛類，腹不頻鳴。糞含食物而少粘液，其形瑣屑，色微黃而綠或淡灰而黃。而大腸卡他炎則或無痛狀，例如因結核及腎炎而起之大腸卡他是。苟作痛，則必十分劇烈。至於大腸下段受患，則或顯然有肛門急迫狀。糞似漿糊，色微灰，含微粒，兼含粘液甚多。或有粘液薄塊。

十二指腸炎 duodenitis 每因急性胃炎而起。若炎患延及胆管，則兼黃疸。就十二指腸之含有物研究之，有助於診斷。至於空腸炎 jejunitis 及迴腸炎 ileitis 兩病，則與全腸卡他無可區別。

粥樣瀉 THE CELIAC AFFECTION

凡小兒自一歲至五歲，患此病者最多。其特狀為所瀉之糞帶白色，甚似麥粥；多浮泡，似發酵者，且極臭惡；含脂肪質過多。又名白瀉病 diarrhoea alba 或乳糜性腹瀉 diarrhoea chylosa。其原因與結核及他種遺傳性病無關係。初起時症狀隱匿，不易察覺。身體漸瘦弱，面色白，腹軟似棉。且常氣脹。大概不發熱。病勢極纏綿。多致命。其病理無從索解。其腸或生潰瘍，然不常見。

斯潑盧 SPRUE OR PSILLOSIS

歐美人之僑居熱帶地方者時患此病。中國人是否患之，未詳。病屬慢性。病程短者一二年，長者十數年。輕重不一。

症狀有三。口易覺痛。腹脹氣。腹瀉每在晨間。病加重時，舌紅腫，滑而無苔，生小淺瘍；頰唇內面亦然。口咽，食管皆易覺痛，難嚥。當病已畧痊而尚未復發之間，舌變小，色紅黃。腹部似患消化不良；食後腹重而脹。大便每日一二次，糞多，其色畧白灰，狀若發酵，臭惡甚。或頻頻腹瀉，糞如水。有時雖不瀉，然其糞必異常。人漸瘦弱，並患似惡性類之貧血。

病理解剖。受患之粘膜含念珠狀菌 Monilia fungus 甚多，故或謂該菌即係此病之原因。然其原因尚未確知。

治法 早治則易癒，但不在藥力而在節制飲食。最妙飲乳，並臥床休息。每小時飲乳少許，一日夜以六十兩 (1800 cc) 為度。飲時宜用導管或玻璃管徐徐吸飲，不可急吞狂嚥。乳量可逐漸增加至百兩 (3000 cc)。迨糞硬及口易覺痛狀停止後

消化系統病

六星期，始可食生蛋，飯湯，粥及雞湯等。如乳仍難消化，則或少飲，或加凝乳酶 rennin 而飲其清質。又法，飲牛肉汁；初時每日用牛肉三四斤所搾取之汁並飲水少許止渴。繼用生牛肉或半熟者一兩 (28 gm)，搗爛而後食。再後始可食碎肉，生蛋，牛肉膏及稀粥等物。又法，可多食洋楊梅，芭蕉，葡萄等果品。病劇者當易地避之。§ 又有漢口醫士言，宜用散妥寧 santonin 晒至深黃色。病者先服蓖麻油一二次，後用此晒黃之散妥寧五厘 (0.3)，每日服二次，連服一星期。或早晚各服二厘 (0.15)，可服十二次。當服此劑時，宜停止用膳並臥床休息。又新法用甲狀旁腺二十分之一厘 gland. parathyroid. (0.0032 克) 及乳酸鈣二十厘 *calcii lactas* (1.3 克)，每日服兩劑。其功效有時甚大。

假膜性腸炎 MEMBRANOUS ENTERITIS

(*Diphtheroid or Croupous Enteritis*)

此病每隨以下諸病而起：(甲)繼傳染病而起，如肺炎，各種膿毒血病及腸熱等其為數最多。(乙)每為慢性病之終局，如腎炎，肝硬化或癌諸病是。(丙)因汞，鉛及砒等毒藥所致。慢性病之潰爛性大腸炎或僅以此等假膜性病演為臨終現象。依解剖學而論，此病當分為三類：(一)有淡灰黃色滲出物，似白喉病之薄膜 *diphtheroid membrane*，膜下組織充血，或淺或深。深者入粘膜之深處。(二)有格魯布(克盧潑)膜 *croupous membrane*，色微灰白。(三)係淋巴結性腸炎 *follicular enteritis*。腸之孤立結腫。其上有死膜，或有膿。常致潰瘍。患者或無症狀，或腹瀉而且痛。然肛門急迫及下血粘液者則少。因中毒而起者，其腸症狀每甚明顯，而為熱病及體質病終局之大腸炎之症狀常甚輕。

潰爛性腸炎 ULCERATIVE ENTERITIS

除結核病、梅毒及腸熱之特殊潰瘍外，尚有數種腸之潰瘍如下：

(一) 淋巴結潰瘍 Follicular Ulceration. 小兒之患腹瀉者常患此潰瘍。亦多為熱病及體質病之繼發或臨終炎而發。潰瘍小而呈鑿孔狀；其邊銳利。患處每以粘膜淋巴結為界。或又名之為卡他性潰瘍。

(二) 糞積性潰瘍 Stercoral Ulcers. 慢性大便秘結每有此潰瘍。其最奇者，大腸囊滿盛形圓而小之糞團。其團壓粘膜，致粘膜成潰瘍。

(三) 單純潰爛性大腸炎 Simple Ulcerative Colitis. 此病與痢疾宜詳細辨明。每為發身後之男子或女子所患。病原尚未確實証定。患者或先有腸病；或大便秘結及腹瀉相間而發。迨症候既成，則其最要之症狀有三：

(甲) 腹瀉。每日二三十次，每次下糞不多，染胆汁色；兼含粘液、膿及血，或混雜糞內，或與糞分開。有時血或凝結成塊；或勻散糞中，致糞似紅醬。若作痛劇烈，則每瀾散，痛處在腹，屬痙痛性，延至直腸者則不常見。有時糞下時並不作痛。

(乙) 發熱。此病大多數皆發熱，然間或有病之重者反不發熱。

(丙) 消瘦。虛弱，漸成貧血。

此病有時屬急性，然其大多數則係慢性，常纏綿三四月之久。或暫時輕減，隨即復發。其致命之故大概係精力衰竭，或出血，或瘍穿破。

剖屍檢驗，每見大腸擴張，而大腸壁多不過長。瘍患大抵以直腸為界；然極瀾散，蔓延大腸內殆遍。潰瘍之大小不等；小者如針鋒，大者甚大。其邊或侵入，或深陷。

(四)腸外穿入之潰瘍 Ulceration from External Perforation.

此潰瘍或爲贅生物糜爛所致，然因局部腹膜炎成膿腫穿腸而起者尤多。又結核性腹膜炎最多患此，闌尾穿破，膿性胰腺炎及壞疽性胰腺炎三病所致之膿腫間亦有此潰瘍。因潰瘍穿破至出血而死者時有之。

腸潰瘍之診斷 患腸潰瘍者每有腹瀉，然亦有患廣布之潰瘍而不瀉者，小腸潰瘍尤然。大腸潰瘍則雖小亦或頻瀉。糞內含組織絲及膿血係此病之要狀。大便下膿每係大腸患潰瘍所致；如患僅在腸，則膿常不多。膿多而純淨者則係由腸外而來；盲腸周圍膿腫之破裂及婦人子宮廣韌帶破裂所致大便下膿最多。腸瘻及直腸之局部病亦足致大便下膿。有時糞內含膿性粘液或亦係腸潰瘍，然此不足爲診斷之確據。又大便下粘液塊似西米(沙谷米)者，或謂係腸粘膜淋巴結潰瘍之顯狀，然粘液性直腸炎亦有此狀。出血有時可據爲腸潰瘍之要狀，血多者尤然。惟出血之原由甚多，故僅見此狀似尙不足爲確證；苟大便下血而又兼有腸潰瘍之他狀，則可定爲腸潰瘍之實證無疑。

患腸潰瘍者之糞或含粘膜，結締組織甚或肌層等組織之碎屑，在痢疾病演中之廣布而速腐脫者尤甚。又腸潰瘍多作痛；其痛或瀰散而屬絞痛類，或所患係大腸潰瘍而有明顯之界限。務宜用探管察驗，蓋凡在腸下段之潰瘍可以直接察覺也。

潰瘍過深，則常有穿破之虞。如在小腸，每致患局部性炎或普遍性腹膜炎。而在大腸，亦有能發腹膜炎而致命者；若升降兩結腸之後壁爲潰瘍所穿破，則腹膜後生大膿腫窩。

兼腹瀉之腸病之治法

急性消化不良性腹瀉 Acute Dyspeptic Diarrhea. 病者須臥床休養；凡急性病，在二十四小時內不可進食物。因多食不

消化之物而嘔吐者宜服蓖麻油或甘汞，如已瀉數次，則不必再服。作痛劇烈者宜服鴉片酒二十滴(1.3 cc)及哥羅芳酒精一錢(4 cc)；疼痛狀極重者宜注射嗎啡四分之一厘(0.016 gm)。倘腹瀉不甚，則不必遽服止瀉藥，蓋經兩晝夜後瀉當自止。惟頻瀉不止，則宜服芳香碳酸鈣散 *pulv. cret. aromat.* 或鉍劑三十至四十厘(2 gm)。又用飯湯二兩(60 cc)，合鴉片酒二十滴(1.3 cc)，每六小時灌腸一次，最有功效。在恢復期中，食物須緩緩逐漸增加。

慢性腹瀉 *Chronic Diarrhea*。此括慢性腸卡他及潰爛性腸炎兩病之治法而言。凡治慢性腹瀉，宜先細究病原以及是否患潰瘍。又當檢查糞內含粘液之多少及是否含膿及寄生物，而其消化功用如何尤宜注意。蓋治法與症狀有密切之關係也。此病有時須臥床休息並禁食，即能痊癒。凡慢性腹瀉之纏綿數月或至數年者，倘能臥床靜息，每日僅食煮沸牛乳及蛋白水等物，或亦可癒。

胃性腹瀉用稀釋氫氫酸足劑量，見效甚速。又乳酸鈣十五厘(一克)及胰腺酶亦甚有效。

食後即瀉者大抵係食物中有不相宜之物之故。食後宜靜息一二小時。有時僅用此法，已足奏效。食後即服砒劑之分量不甚大者，有時頗效。腹瀉之因小腸異常狀況而起者當服鉍劑，每劑半錢至一錢(2—4 gm)，日服三次。如分劑過小，則不甚見功。薩羅耳及柳酸鉍 *salol, bismuth. salicylas* 二藥均可試用。

治炭水化物消化不良，則宜大減所食之炭水化物，或服用蛋白質脂肪食品 *protein-fat diet*。如瀉狀減輕，則可逐漸加用菜蔬之少含炭水化物者(表見前糖尿病篇)。

婦人患希司忒利亞及神經性病之腹瀉極難治。最妥用安息療法；如食乳無效，宜食蛋白。其瀉之似因腸蠕動增加而起者可服溴化物或鴉片。而希司忒利亞性腹瀉之頑癩而諸法施治無功者，病人每致十分羸弱，則改換水土似較用藥為有益。

慢性腹瀉之一部分其患每在大腸，而為潰爛所致。此則服藥不甚有效。宜節制飲食。凡物之難消化而遺餘屑者切不可食。煮沸或用酶化過之牛乳俱可食。惟病者糞內有無食物餘屑及乳凝塊，當注意細驗。肉食每不相宜。止瀉之法以灌腸為最妙。飯湯和鴉片酒俱可用；如係潰瘍，則宜用收斂藥注射。氫酸銀半錢至一錢（二至四克），溫水二水磅至四水磅（一至二立）調合可用。此法治慢性腹瀉之因痢而起者尤有佳效。注射大劑量時，病人宜仰臥床上，提起兩髀，使藥由虹吸袋漸流入腸。如此則可灌及全大腸，不致立即流出。凡用銀鹽，雖甚痛，而對於各種潰爛性大腸炎功效甚大。或用醋酸鉛，硼酸，硫酸銅，硫酸鋅及柳酸諸藥之百分一溶液亦可。其潰瘍若可以直接敷藥，以銀鹽為最有益。病之頑癩難治者宜用關尾造瘻術或盲腸造瘻術而灌溉其腸。

發身後所患之類霍亂腹瀉每嘔吐，瀉水糞，宜速用嗎啡四分之一厘（0.016）注射皮下。如仍作痛而腹瀉不止，則每小時宜注射一次。此法甚效，大概不必再用他藥，或兼服刺激藥。如嘔吐已止，可食少許牛乳及生石灰水。

(二) 小兒腹瀉病

DIARRHEAL DISEASES IN CHILDREN

小兒之滋養系每易患病。此等病症每互相牽連混合，萬不能一一確鑿分別其類。

普通原因 大凡腹瀉必有一定之素因。

年歲 此病大多數在小兒生後六個月發生。苟小兒生後第一年之下半載正當夏季而患此病，則其致命者最衆。美諺所云“小兒怕第二夏季”，即此之謂也。謂之第二夏季者，蓋小兒已靠母乳過一夏季矣。

哺食 凡瓶哺 bottle-fed 之小兒，患腹瀉者最衆。曾搜集一千九百四十三致命腹瀉詳加察究，其中乳頭哺者 breast-fed 僅佔百分之三。近今歐美大城市之居民凡不能乳頭哺者，競用最純淨之牛乳哺兒。故瓶哺之小兒患腹瀉者漸少。貧賤人家之小兒每因瓶哺致起腸病，其故有三：(一)所哺牛乳之分量不適宜，(二)乳質不純淨，(三)用不易消化之物哺兒。其中有甚多致命之病因食罐頭牛乳 condensed milk 而起。

溫度 小兒腹瀉與氣溫有密切之關係，久經前人認定，無可疑議。大概天氣愈熱，則此病愈易流行。

細菌 小兒腹瀉之細菌種類甚多，而夏季腹瀉之最要者為痢疾桿菌。

病理解剖 病之輕者大小腸之粘膜僅微患卡他性腫，而其淋巴結亦腫。有時粘膜充血；其在膜摺之頂者為最明顯。粘膜下層每有小圓細胞及血清侵入。病之較重者則或生潰瘍。粘膜之初潰處每在腫大之淋巴結上。潰瘍之附近每有甚明顯之發炎處。組織之毀壞以結部為限。然苟數潰瘍連合，則其毀壞即擴大。此等毀壞每在腸之下段；有時甚劇烈，致該處僅剩粘膜條。此類潰瘍絕不穿破。凡迴腸之下段，大腸及直腸等處成假膜炎者甚少。粘液之分泌過多及淋巴細胞增多係常有之症狀。又腸系膜淋巴腺每變大。

內臟他部之改變甚少，且亦不甚明顯。大概枝氣管肺炎爲最常見。此外則有肝呈脂肪性及脾腫。至於腦之損害則絕少；其膜常缺血。

臨診類別 腸之急性消化不良 Acute Intestinal Indigestion. 無論小兒年歲長幼，苟飲食失宜，皆有患此病之虞。症狀每突起；大約在食不相宜物後數小時或一二日突發惡心及嘔吐，強壯之小兒尤然。腸之本部症狀係痠痛，畧有氣噎及腹瀉。每二十四小時內，大便多至四五次乃至十次；初下者爲糞，後則爲液汁，內含粘液及未消化之物。惟無血。或有尋常各種腸細菌。又粘液內或有痢疾桿菌。體溫常高；而極高者則甚少，亦不恆久持續。脈搏速。小兒虛弱者患此，每致虛脫。此等症狀每在腸空後即輕減。

如病兒或甚虛弱，或療治過緩，或食物依舊失宜，則病必加重，而腸之消化不良每多復發。

急性消化不良 或名**發酵性腹瀉** Acute Dyspepsia or Fermentative Diarrhea. 此病之明徵係全體症狀加重。有時繼腸之消化不良而起，則瀉液汁，甚臭，內含未消化之物及乳塊。有時突然而起，兼嘔吐，痠痛及發熱；熱甚或高至一百四五度（四〇至四〇·五）。

神經症狀甚明顯。病兒煩躁不寧，且不能酣睡。驚厥則或在初起時發作，或稍遲始發。有時或顯瞠目欲睡之狀；此狀逐漸加增，終則昏迷。大便次數多少不一，大約二十四小時內少則五次，多則二十次。漸由糞而變爲液汁，終則變成透明之綠色粘液。粘液內間或微帶血點，然血多者則從未曾見。用顯微鏡察驗，則除未消化之物屑及粘液外，更有少許白血球及赤血球。有時更見上皮細胞及各種細菌。

此病之急性症狀苟如法施治，大概不出數日即可退去。然畧為疎忽，則每有復發之虞。甚至激發急性大小腸炎。此等腸胃內中毒病大多數在夏季發生，為小兒夏季腹瀉之唯一要類。

嬰兒吐瀉病 Cholera Infantum. 此乃暴烈性胃腸內中毒病。不常見其病率僅佔小兒腹瀉病極小之一部分。初起時頻頻嘔吐，飲食時尤甚。大便次數多，而出糞亦多；初出者為糞，色棕或黃，繼則為清稀如水之漿液。糞初臭惡，繼則不臭。糞之似水之漿液為鹼性。每發熱，腋之溫度較直腸或低三四度。此病初起，精力即衰竭，眼頰俱陷。囟門亦凹，皮色灰白。初則煩躁不寧，繼則疲倦。舌始垢濁，後乾紅。口渴不止（即各種霍亂類病所顯之一症狀）；脈速而弱，終則紊亂不可摸覺。甚或有精力虛脫及體內溫度大增等狀；經一日夜即死。將死之時，其吐瀉或止。有時症狀雖畧減，而病兒依舊呆鈍，昏迷欲睡，諸指握緊。或且驚厥。頭仰，呼吸間歇而亂，或作切斯安氏式 Cheyne-Stokes type 之呼吸。此等症狀或纏綿數日，毫無進步。

此病之細菌無定，而其症狀係急性細菌傳染所致，與亞洲霍亂 Asiatic cholera 甚相似。

診斷。此病不難診斷。蓋他種小兒腸病絕無與此病相似者也。頻頻嘔吐，下糞似水，精力虛脫及溫度增高為臨診時所不能誤認之症狀。此病之豫後大多數不佳，對於瓶哺之小兒尤然。熱度過高，極端之虛脫及嘔吐不止係最危之症狀。

迴大腸炎又名腸大腸炎或炎性腹瀉 Ileo-colitis; Enterocolitis; Inflammatory Diarrhea. 此病係腸壁發炎，而其炎處常在迴腸下段及大腸之壁。依患處之性質及位置而論，此病更可分为數亞類。其一類症狀單純：大便下粘液，內含不消化之物，有時或顯血紋。用顯微鏡檢查，則見膿細胞甚多。溫度常

高，然亦有漸降者。經二三星期後，症狀漸輕，大便次數漸少，而糞質亦逐漸如常。

至其他一類，則病起後數小時或即顯沉重之腸症狀，兼腹痛，嘔吐及發熱。每次下糞或皆含有膿血。常苦肛門急迫，脫肛者亦復不少。病之危重者每致精力衰竭，舌乾，口內污垢，甚或數日後因膿毒極重而死；倘此急性症狀竟挽救過去，則必大病數星期，然後或逐漸痊癒，或虛極而死。

此病之出血甚多者絕少。如尿布上有鮮紅污漬，則係大腸下段或直腸生潰瘍。如有暗棕色血，則其受損之處係在迴腸或近盲腸瓣處。而潰瘍之輕重不可據出血之多寡而下確實之斷定。

膜性大腸炎之症狀係直腸有膜，或糞內有膜之碎片。然直腸之膜須用肛窺器察看，或在脫肛時始能窺見。

大腸炎多見於瘦弱嬰兒。為大腸下段之卡他性或淋巴結性炎症。多係他病之臨終傳染，大概無毀壞之損害。

迴大腸炎有時轉成慢性，致纏綿數月之久。際此則急性炎狀已退，僅有微痛及發熱，而糞內則依舊含粘液，多少無定。病兒之全身狀況每受大損。體重漸減，皮膚乾燥，而鬆垂成皺，神經系統亦常有症狀。有時四肢收縮，角弓反張。而症候之進行無定，時顯短期之輕減。甚或因此病復發，或虛弱過甚，或變成枝氣管肺炎而死。無論急性或慢性迴大腸炎，有時皆發見痢疾桿菌，並雜他微生物。

凡以上各種小兒瀉病，皆可發顯酸中毒，務須注意。如呼吸速度增加，而無他種原因，即可疑為酸中毒。

預防法 小兒腸病大多數可以預行防阻，使不發生。近今歐美各大城市，小兒患夏季腹瀉者日漸減少，皆預防法之功。療病誠不如防病也。

凡嬰兒之臥室必使空氣流暢，多受陽光；此為防病之要訣。當天氣炎熱之際，居處宜空廠涼爽。如園中樹陰深處，庭內涼棚之下，苟不為烈日所曝，不被冷露所侵，則雖日夜居於室外，固皆有益無損。衣服宜單薄，不可過於多着；並須依天時之涼煖而斟酌增減，臨機應變，不可疏忽。此外更須潔淨；衣服尿布限時更換；如用瓶哺，則哺乳瓶務必按日用水煮過一次，置於極潔淨之處，不可稍染灰塵污穢。能用乳頭哺，最好量力行之。又瓶哺小兒每逢夏季，則食物宜酌量減少。例如尋常所用之牛乳至夏季則宜用開水沖淡。乳並須用殺菌法製過，水亦宜煮沸後始可用。如能照上述數事看護小兒，則小兒自然可全健無病。

治法 衛生的調理 即使病已發生，亦宜以衛生法則為療治之第一要訣。凡居城市者，宜遷往海濱或山上暫居。此舉如不能照行，則宜常令病兒至園圃池沼樹木陰涼之處，俾得多吸新鮮空氣。又病兒切不可多着衣服，致過於積熱。宜多洗浴，冷水及煖水均可。大腸灌洗術不但能清潔大腸，併能興奮神經系。如熱度高，則宜用冷水灌洗其腸。

飲食的調理 斟酌飲食，為治小兒腸病之要項，務宜注意。如病兒發熱，則無論乳頭哺或瓶哺，務必立刻停用乳類勿食。最妙僅以水哺之，經數時或一二日或待急性症狀退後為止。嗣是可食穀類水如米泔水，再後始可加用蛋白、肉湯及牛肉汁；或飲淡肉茶少許亦可。至於何時始可復飲乳類，則病各不同，不能一定；大概在溫度降至常度時復飲乳類，當無害。凡蛋白類食物腐敗，以致下糞呈黴性者，則宜用炭水化物如米泔水、薏米水等為食。若糞酸者，則宜用蛋白類食物如蛋白及牛肉汁等。

據醫學之經驗而論，乳類之成分內惟所含脂肪不相宜；故病兒溫度復常後，宜先食已去乳皮之乳，或沖淡或用酶化過均

可,再後始可用沖淡之尋常牛乳。或先用乳清 whey 或去油牛乳,亦甚佳。又罐頭牛乳及其他嬰兒食物專賣品(代乳粉)當小兒熱退後,亦可暫時先用。

凡小兒在三歲至七歲之間,如患急性腸病,大概不甚危重;服瀉藥數劑及節制飲食,食物僅用煮沸之牛乳,不久即可痊癒。

行醫者當知療治此病苟食物不宜,用藥不當,則易癒之病或因此而釀成極危重之腸損害。無論嬰兒或稍長之小兒,苟患慢性腸病,每每異常難治,迴大腸炎及生潰瘍者尤甚。故每逢一病,必須特別研究,切不可拘泥成法,一例醫治。凡食物宜用能在腸道之上部消化者為最佳。牛乳用穀類水配合或用酶化過,如配合適宜,最有功效。醫界所稱乳質成分之百分改變法 percentage system of milk modification 對於慢性腸病尤宜。蓋醫士能對病配合,將乳內蛋白質或炭水化物增減其百分比以適合病兒之用也。

然病兒恒久厭食者,有時須用灌食法 gavage。宜留意勿使過飽。灌食以由鼻管為最相宜。有時同是一種食物,用瓶哺則吐出,而用導管由鼻哺之或竟有益。牛肉汁合用。液體之適用者常宜兼用之。

藥療法 無論何種腹瀉,腸粘膜每充血,分泌粘液過多,而腸之蠕動亦為不適宜之食物所刺激而增加。有時腸內毒素入血之症狀早可察明。又有腸壁發炎者。是以療治此病當以神速為主。腸之天然祛除病原功用宜促進,不宜阻遏。

蓖麻油及甘汞為瀉藥中最相宜之品,對於嬰兒尤然。蓖麻油一錢(4 cc)服一次或數次,每能洗淨腸道而去其刺激。如有惡心及腸內多發酵,則宜服甘汞。用法,用一厘至二厘(0.065-0.13 gm)分作數劑,每一小時或三十分鐘服一次,待至藥盡或至糞顯綠色時為止。如病初起時即有惡心,且甚劇烈,則用溫水

洗胃最妙；如酸多，則宜用淡碳酸鈉水。年稍長之小兒則可多飲已沸過之水。又用大量鹽液灌洗大腸，既能洗去腸內之刺激物，又可浸除其所吸收之毒素。更能退熱而鎮靜神經系統。惟發熱較高者宜用涼液灌洗。當灌洗時，宜令嬰兒仰臥或畧向左，扶起兩脾，然後將灌洗器高舉約離肛門三尺許，由大軟橡皮導尿管灌所注鹽液或他藥入直腸。尋常灌洗時，腸部大概可容水一水磅（半立），再多則流出。當腸漸漲滿藥液時，可將導尿管輕推入腸。每灌洗一次，可用鹽液或他藥三四水磅。如宜多施此法，則二十四小時內灌洗數次亦未嘗不可。

腸下段生潰瘍，則宜用收斂藥類灌洗。如明礬，哈馬米利液 *aq. hamamelidis*（一二小匙合水二水磅 $3\frac{1}{2}$ —7 cc, 1 L），氫酸銀四千分之一及過錳酸鉀皆可用。治局部重刺激及肛門急迫用胡蘆子及澱粉灌腸劑兼鴉片酒二至五滴有安撫之功。

無論用何種治法，病兒必須多飲水。如發顯酸中毒，則尤宜多飲水；並須用重碳酸鈉大劑十五至六十厘（一至四克）由口或由腸輸入，每二小時一劑，至尿變鹼性為度。若身體所失液體過多或中毒症狀明顯時，則宜試用當量鹽液皮下注射法，每次可用一百至三百立方厘 *normal salt solution* 100—300 cc。此療法之功用數年前以為甚佳，近來則似不甚能持久。至於血輸移法 *transfusion*，則非遇重酸中毒，不必引用。

鉍藥如鹽基式氫酸鉍 *bis. subnitras* 及沒食子酸鉍 *bis. subgallas* 為腸部收斂劑及抗菌劑中最妥善之品。惟須俟腸經洗淨，熱度漸減後，始可施用；且須用大劑，每小時服五厘至十厘，至大便變黑色為止。有時可用沉澱硫每次一厘 *sulph. praecip.* 0.65 為助。鴉片祇可用以止蠕動過速，痠痛劇烈及腹瀉不止諸狀。對於嬰兒，宜用吐根複方散劑四分之一厘至一厘 *pulv. ipecac.* co. 0.016—0.065 gm. 或鴉片樟腦複方酒五滴至十滴 *tr. camph.*

co. 0.3—0.6 cc 每四小時一次；倘欲迅速見效，則宜用嗎啡注射皮下，每劑二百分之一厘至五十分之一厘 (0.00032—0.0013 gm.)，間或宜與阿忒羅品千分之一厘至二百五十分之一厘 (0.00006—0.00026) 合用。當糞極臭而熱度高時，切忌使大便秘結。凡小兒之現衰竭狀者，則每宜用樟腦或番木鱉素 (二百分之一至一百分之一克) strychnin 0.0003—0.0006 gm 諸與養藥。

血清療法 據近今歐洲醫界之成績而論，則似無甚大效。大概病初起時能早施此法，或較有益。惟日本醫士志賀氏 Shiga 之報告則云此法治流行性痢疾甚佳，故不妨試用。用時可每次由皮下注射十至四十瓩。

嬰兒吐瀉病治法 此病之危重症狀發生甚速，而其嘔吐不止，洩瀉連續，每致極難下藥。灌洗胃及大腸以及發熱過高時注射冰水入腸，或更用與體溫相合之水浴法，均極佳妙。凡遇吐瀉不止，煩燥不寧及虛脫者，皮下注射嗎啡係唯一妙法。已滿一歲之小兒每次可用百分之一厘至八十分之一厘 (0.00065—0.0008 gm.)。注射畢，隔一小時後可再注射；如症狀尚未退，則可再用。

無論患何種腹瀉，當症候漸癒而須休養之際，務必謹慎調治。而小兒患此病後，如夏季尚未全過，則尤宜注意看護。際此，食物宜酌減；如照常哺食，則千萬不妥。

(三) 闌尾炎又名蚓突炎

APPENDICITIS

歐美人患此病者近年甚多。中國不常見，然近亦漸多。死率在英國自一九〇一年後由萬分之三十八增至七十五或六十八。故在急性腸病中，當認為一種重要病患。

原因 闌尾炎之病原不常明顯，受染係一要因。闌尾之腔形如玻璃試驗管，內屯糞，而其糞不易出。故其粘膜或因分泌物積滯，或因糞便內結，或因外物誤入，每易受損。闌尾炎之解剖學上的表徵有易於生潰瘍，絞窄 strangulation 及穿破之傾向。有時闌尾炎係全身傳染之局部現狀。至於此病何以日益增多，則莫知其故；或謂與流行性感冒有關係。其急性卡他類有時伴肺炎或腸熱或其他急性傳染病而起。又直接之損傷，如舉過重之物及驟然用力過度致傷闌尾等，亦係一種病原。他種狀況如結核病及放線菌病或有急性闌尾炎之症狀。瘡亦間或能致此病。

細菌 闌尾炎之細菌種類甚多。其重要者為大腸桿菌，或純為此桿菌，或兼有鏈球菌及葡萄球菌；前者大抵在腸腔內，後者則在腸壁內。故大多數之闌尾炎諒係血之傳染，繼一遠隔之病竈如在喉扁桃體者而起；當鏈球菌循環於血中時，易染及闌尾而至發炎。凡試驗二十九個獸類，其中十九個之闌尾炎皆由注入喉扁桃內之菌而致。

年歲 闌尾炎係少年所患之病，年在二十五前者佔百分之五十。小兒雖曾見生後七星期即患之者，但實絕無僅有；大概五歲以前者甚少。曾彙集一千二百二十三案考究其年歲，五歲以前者僅九人，十歲以前者五十九人，十一歲至十五歲者一百四十人，十六歲至二十歲者一百九十九人，二十一歲至二十五歲者二百五十五人。

男女 男女間患闌尾炎之病率相等。

食物失宜每能激發此病。至於已患此病者，則更易因食物失宜而復發。闌尾炎作痛，因食難消化物而起者不少。

類別 闌尾炎可分為六類：

(一)急卡他性闌尾炎 *Appendicitis Catarrhalis Acuta*. 在此類闌尾炎之病況中,其粘膜被白血球所侵,且因粘膜下層之淋巴結及淋巴組織發炎而充血。

(二)慢卡他性闌尾炎 *Appendicitis Catarrhalis Chronica*. 此類闌尾炎每在屢患或輕或重之急性卡他後發生。癒組織加增,闌尾之構造變形及常顯血色素諸端係其明顯之症狀。

(三)膿性壞死性闌尾炎 *Appendicitis Purulenta Necrotica*. 此種闌尾炎即急卡他類之加重者。所增之症狀為闌尾之壁內聚膿成膿腫,壞死及穿破。

(四)急性闌尾周圍炎 *Peri-appendicitis Acuta*. 此種闌尾炎之炎症延及腹膜。

(五)闌尾閉塞 *Obliteration*. 此種闌尾炎係闌尾之腔因粘膜毀壞及癒組織形成而致閉塞。闌尾炎之屬此類者佔百分之二十四。

(六)闌尾成壞疽 *Gangrene*. 此種闌尾炎係闌尾變成一死肉塊,有時或脫去。

糞結石 *Fecal Concretions*. 闌尾之腔積貯糞型;此型可以擠出。又常見有腸結石 *enterolith* 及盲腸結石 *coprolith*. 腸石形如棗核;凡急性闌尾炎大都有此石。

外物 闌尾內有時有外物如果核等屯積其中。又櫻桃核及棗核每與腸石相似,須注意勿誤認。

症狀 凡急性闌尾炎大多數有下列諸症狀:(一)突起之腹痛,痛處常在右髒窩;(二)發熱,大概不甚高;(三)胃腸之病如惡心,嘔吐及常大便秘結等是;(四)闌尾部受按則覺觸痛。

痛 腹內突起大痛,此係闌尾炎穿破之要狀。痛處在右髒窩者佔十分之五,有時在腹部中央,有時彌散,然究以在腹右

者爲最常見。又有痛初發時不在闌尾部者，而不出三十六小時或四十八小時闌尾部亦必作痛。痛或延及會陰及精腺。其痛有時尖利如刀刺，或如痠痛，致有誤認爲腎石痠痛或胆石痠痛者。然此亦無定；病人或言痛極尖利（漿膜痛）；或言其痛鈍悶（結締組織痛）。故痛狀雖係一緊要症狀，而因此致誤診者亦時有之。此外更有一種，闌尾屢屢作痛，或稱爲闌尾痠痛 *appendicular colic*。其實則因闌尾之腔之一部分閉塞，致排除粘液時其圍縱諸肌蠕動急而且亂，故作痛也。

發熱 闌尾炎之早期常發熱，即病之最輕者亦然；故係一極重要之症狀。病初起時發寒戰者極少。發熱或不甚高，僅一百度或一百零二度之譜（三八至三九）；小兒初病時則或至一百零三度（三九五）有奇。溫度表係診斷急性闌尾炎之要具。至於患極重之闌尾痠痛，則或不發熱。又局部膿腫已成，及有普遍性腹膜炎之危險者，或皆無熱，然此等重病必別有症狀以顯其病之危重也。脈搏則每因發熱而增速。

腸胃之紊亂 舌常垢濁而濕，乾者甚少。或無惡心及嘔吐等狀，然急性闌尾炎之穿破者每有之。病之輕者第二日後大抵不復嘔吐。大便大概秘結；然亦有病初起時患腹瀉者，小兒尤然。

局部徵 檢察腹部，初無徵可辨；腹既不脹，而雙髂窩亦無異狀。如施捫診法，則自病初起即可得兩要徵：（一）腹右直肌極緊張；（二）重按之則痛。該直肌之強直有時非常劇烈；故不用迷藥，每不能詳細檢查。馬克宰內氏 *McBurney* 發明之闌尾炎痛點又名馬克宰內氏點甚爲重要。此點在由臍至右髂前上角及腹右直肌外邊兩直線之相交處；苟用一指連續重按此交點，每作大痛。凡重按時，除捫痛，肌強直及作痛等狀外，大多數腹內變硬或腫大。有時此腫處柔軟如棉團而無定界；然

腫處有定界者較多，其位置則在髂窩距腹股溝韌帶兩三指之處。有時或可摺疊闌尾增厚，在指下轉動。大約就診愈遲，則愈易有明顯之腫瘤可以察出。惟穿破性闌尾炎之最險惡者或反無腫瘤及變硬狀。其痛又可誤認為脾關節病，診斷時宜注意。

病初起時或有小便頻數之狀，兒童尤然。又小便短少，常含木藍素（印地坎）indican 及蛋白。病者躺臥之姿式亦有與尋常不同處；仰臥時右腿常半屈。凡病初起時由直腸檢查，每無確實之徵狀可見。至於闌尾伸入骨盆上口及炎處直接與子宮附物相粘之兩徵或全屬骨盆部病，而與闌尾無關係。

白血球增多 血之現狀，其重要與溫度及脈搏兩狀相等。凡患急性闌尾炎者，其白血球之數每增至一萬二千或一萬五千，而以多核類為最多。惟卡他類之輕者白血球或不增多。又白血球增多之等級每可為腹膜受累輕重之徵兆。凡畧有白血球增多或白血球減少之狀者係毒性傳染之指徵。

蛋白素尿常見。有時或發急性腎炎。或謂腎受累者為數實不少。

趨向 闌尾炎有三種可能性：（一）逐漸復原，（二）成局部膿腫，（三）成全體性腹膜炎（即普遍性腹膜炎）。

逐漸復原 凡卡他類之輕者，大抵皆逐漸復原。病起後第三日，痛即輕減。溫度降，舌潔，吐止，本部之觸痛情狀漸減，而腸道亦通暢。在一星期之末，則各種急性症狀全退。惟極易回歸，故醫界有回歸性闌尾炎 relapsing appendicitis 之稱。

局部膿腫之形成 此係生潰瘍致穿破及壞死等之結局。四五日後，右髂窩有甚廣闊之變硬，而且有非常之觸痛；際此發病未久時即施手術，或已見有膿腫窩長成。發熱雖常與化膿併起，然亦有不盡然者。凡診斷膿腫之長成，有二要點：

(一)局部腫瘤之逐漸增大, (二)全身症狀加重。近今醫界對於此病多用手術,故膿腫發生之病期已能一一詳察。膿腫初起時有二式: (一)膿積在盲腸及迴腸之腸蟠間而有血絲圍裹,故不入腹膜; (二)膿少許與漿液血絲性滲出物同在迴腸下段腸蟠之間。膿腫窩則或在腰大肌上,或在腰骶角之核,甚小;即其大者,亦非施扪診法所能摸覺。膿腫竈之大者有時隱匿小腸之後,惟見無定形之膿腫枝及袋向四面歧出。大膿腫之在脘窩者,其頂即腹壁所成。又有數種限界性膿腫之最要者每在骨盆內。凡膿腫所經過及穿破之各方向及位置,甚關緊要。若任其蔓延,則或向膜外穿出,或向內穿入各處,或在直腸,膀胱,陰道等處穿破而膿盡流出。其致命之原因有三: (一)血染膿菌而成敗血病, (二)動脈或靜脈被膿腫穿破, (三)門靜脈炎 pylephlebitis.

普遍性腹膜炎 General Peritonitis. (一)如闌尾直接穿破及腹膜普遍受染,即在未激發限定性炎之前亦可成普遍性腹膜炎。 (二)有時所受之染欲由限定處發炎而不可得,遂致全腹膜受其累。 (三)發炎之闌尾外有化膿之局部病竈,繼則穿破而染及腹膜。

闌尾炎之致命者大概因普遍性腹膜炎所致

闌尾炎之所以危險者實因病剛起而腹膜或已受染故;凡病初起時所顯之作痛,嘔吐,惡心,發熱及局部觸痛諸症狀或即係腹膜受染之徵兆。此類闌尾炎每突然而起,其痛彌散,不盡在右脘窩,然所以知其為腹膜炎類者實非據症狀之特性而定,乃因病起時狀即危重以診斷之也。又腹脹,觸痛之處彌散,以及腹部不動三狀係局部徵之最可信任者,然究不若全身症狀之尤為確實可靠。所謂全身狀即惡心,嘔吐,脈速,舌乾及尿短是也。凡最重之急性病,大約二十四小時後腹部即脹大。迨

三四日後，則普遍性腹膜炎所由區別之症狀已明顯；腹脹而不動，脈速，舌乾，病者仰臥而腿屈起，面容憔悴而有企望之態。此其面容即人將死之面容，醫界特稱之為希坡卡特氏面容（死相）Hippocratic facies。然亦顯膿毒血或腐血病 *sapremia* 之症狀者；熱度甚高，畏寒，流汗，而無局部之症狀。此則係闌尾炎之急性壞疽性類，該闌尾之位置遷移，或在直腸後，或深入骨盆內。有時雖細加察驗，而其本部或無徵兆可見。又或數日前有胃腸症狀發顯，而病者本人或其家屬竟未注意；迨症候已成，始延醫診視。曾見一病者，下午二時延醫診視，至夜間一旬鐘左右即死。

非直接病患（遠患） 穿破性闌尾炎之非直接病患不可不注意。出血係非直接病患之一種。曾見一病，其闌尾與腰骶角粘着，而其膿腫窩則由兩處穿破入迴腸，致大出血而死。又有因膀胱深動脈或髂內動脈被穿破而死者。又闌尾穿破後，其接近之系膜靜脈發炎，致激成門靜脈炎。有時闌尾在赫尼亞囊（疝囊）內穿破。遠距離病如各類胃消化不良，潰瘍，幽門痙攣，胰腺炎，膽管傳染及肝硬化亦有認為係闌尾之病者。

施手術後，髂靜脈及股靜脈內或有血栓形成之虞，甚或成肺血管栓塞，突然致死。此外永久之腿腫，剖割之處發赫尼亞及腸之絞窄等亦時有之。又施手術時如闌尾未完全割除，則或有復發者。

診斷 歐美人在三十歲以前，闌尾炎係盲腸部及腹他部最常見之疾患。如有右髂窩突然作痛，發熱，局部觸痛等狀，無論有瘤與否，皆可認為闌尾炎。有數種作痛之腹部器官病如胆石發痛，腎石發痛，婦人之月經發痛等每易與闌尾炎之痛狀相混，務宜注意。

輸卵管諸病及骨盆部腹膜炎，亦甚似闌尾炎；然苟細究病之來歷，施迷藥後詳驗本部，則大概可以判斷明斷，不至有誤。

急性出血性胰腺炎所顯之症狀有時或與關尾炎之腹膜炎相似。腸熱病之胃腸症狀及作痛發熱初起時每似關尾炎。而腸熱病發後十日至二十日之際其關尾或有穿破者；或在腸熱漸癒時其關尾因未癒合之潰瘍而穿破。

又有一種關尾性消化不良 *appendicular dyspepsia*，為慢性關尾炎。患之者多數係神經不穩之人。其消化不良之症狀極不規則。不似因潰瘍所致消化不良之可以因飲食而輕減。作痛係一種尋常症狀，大概因食物而起；其痛處則在腹而不限於腹上部，亦不散射。馬克李內氏點處亦常顯痛及觸痛。嘔吐不常見，而腸胃充氣每甚重。病者雖無危重之狀，而身體不健，經年累月，自以為有病，到處覓醫診視。據醫界報告，此等病人用關尾截除術治療者佔百分之七十七。然病者多數有神經不穩之情況，故手術之直接功效究屬何如實難表述。施術後驗之，其關尾與四十歲之無病人所有者無異。一部分病人即施截除術治療而其症候竟不永久斷根。

因單純性或瘻性潰瘍之穿破而起之腎周圍與盲腸周圍之膿腫及因他病而起之大腸部腹膜炎除施探察切術外，每難與關尾炎區別。

關尾炎之慢性閉塞類每不能與穿破類分別；其症狀之危重，作痛之劇烈，一一相同，且兩者皆能激發腹膜炎。

總之，無論硬變及有腫瘤與否，苟右髂窩有局部痛，馬克李內氏點有痛，發熱，舌有苔，嘔吐，兼大便秘結或腹瀉者，即係關尾炎無疑。苟腹痛及膨脹（氣脹）增重而瀰散，全身症狀加重，發熱增高，脈搏增速，則係普遍性腹膜炎。

關尾炎與懷孕之關係 *Appendicitis and pregnancy.* 懷孕之女子患關尾炎者不在少數。曾彙集患穿破性或壞疽性關尾炎者一百零三案，八十九案施手術療治，死者三十六。而未

用手術之十四案則俱死。且此一百零三案在施手術前後胎墮者八十。又彙集患闌尾之非穿破類者一百零四案，其五十案施手術療治，死者僅一人。而未施手術之五十四案，有四人致死；胎墮者十三。凡病之輕者，大抵可以治癒；而其重者當以早施手術為要。

豫後 凡患闌尾炎，如初起時即有急痛，觸痛，腹壁強直及脈速等症狀，苟能在十二小時內施以手術，大抵皆可治癒。

治法 闌尾炎惟有用外科法療治；內科無療治之法。雖有藥可以止痛，然絕不能治其病根。凡內科醫士對於此病之責任惟有在施手術前令病者臥床休息，告以只宜飲水並為之洗胃以止嘔吐而已。內科醫士每喜用鴉片治闌尾炎及腹膜炎，實不甚妥；蓋鴉片每使症狀隱匿也。如欲止患處之痛，可用冰敷於患處。病已斷定而候施手術，則可用嗎啡止大痛。瀉藥亦不可用。

凡盲腸部之急性炎，無論有腫瘤與否，如全身症狀重而在十二小時左右症候表示其有進行性損害者，皆宜用手術。此病之早施手術療治而死者，絕無僅有。又闌尾炎屢發而又沉重，致患者不能營業，則務宜早施手術，以絕後患。

(四) 腸梗阻 (腸塞)

INTESTINAL OBSTRUCTION

凡腸絞窄，腸套疊，腸扭結，腸狹窄，腸生腫瘤，腸內含有物異常及腸肌膜癱瘓諸症皆足使腸梗阻。

原因及病理 (甲) 腸絞窄 (腸勒) Strangulation. 此為急性腸梗阻最常見之原因。多因先患腹膜炎，致成帶及腸粘着而起。婦人或因骨盆部施手術後其腸與腹部傷痕粘着，或腸蟠在瘤蒂與盆壁之間被榨致腸絞窄而起。凡在手術癒後發

者，則係炎帶及腸粘着所致。腸梗阻之屬腸絞窄者，男子佔百分之七十；十五歲以上，三十歲以下之人患此者佔百分之四十。患處在小腸者百分之九十；絞窄處在右髂窩者百分之六十七，而在腹下部者佔百分之八十三。

(乙)腸套疊(腸自摺入) Intussusception. 此即腸之一段摺入相連之下一段之狀況；此兩段相摺，套成筒狀腫瘤，短者半寸，長者一尺有奇。凡腸套疊，其勢必向下；摺處有外，中，內三層。欲明其理，可以手套之尖褪入下段，便可一目了然。患急性腸梗阻者二百九十五案中，屬腸套疊類者得九十三。就中男五十二，女二十七。幼年患此者甚多；未滿一歲者佔百分之三十，十歲以下者佔百分之五十六。

腸套疊之處有四：(一)在迴盲腸。當迴盲瓣入大腸處發生之。此類腸套疊百分中佔八十。有時迴盲腸下段由迴盲瓣穿過。(二)在迴腸。僅迴腸受累。(三)在大腸。其患僅限於大腸。(四)在大直腸。大腸及直腸俱受累。(五)在闌尾。此類罕見，患者多小兒。

腸之蠕動不規則為腸套疊之要原。有時腸之局部突然大蠕動者或亦足致之。

因腸套疊而死者剖驗時之徵狀甚顯著。或顯腹膜炎，或漿膜充血。如因休克(神經力脫失)而早死，則無甚病徵。腸之患處每大而厚，且成長腫瘤，其形彎曲。又因腸摺處中層之腸系膜受壓，致患處腫而充血。其色或深藍紅。凡病初起僅顯充血，而其摺處或僅係淋巴之薄層者，則易復原；但延數日後如其套入之層為穿出之淋巴所膠粘，則套入段不可復出。

此病之顯腫瘤狀者佔三分之二；其充血則係系膜血管受壓所致。常下血者亦因是故；此狀甚重要，係診斷之要據。若病者未死，則其套入之腸段或壞死而脫去；如套處之中外兩層

已粘着爲一而腸仍通，則或能治療。此類甚多。嘗有一小兒腹內具腸絞窄症狀，後大便時下小腸一段，長十七寸，竟得痊癒。

(丙) 腸扭結及腸糾搭 Twists, Knots and Traction Kinks.

二百九十五案腸梗阻病中，腸扭結者得四十二。男子佔百分之六十八。在三四十歲間之人患者最多。患處在乙狀結狀（曲腸）者最多，約佔百分五十。次則爲盲腸，蓋盲腸循其軸而扭轉或自曲也。大概腸蠕向其軸而扭轉，而與其蠕之端彼此相壓，致腸被絞窄。有時係腸之一段與他一段相扭結。

牽成的糾搭 Traction kinks 之患處有三：（一）在十二指腸之第三截，（二）在迴腸之末段，（三）在乙狀結腸。其第一類特稱胃腸系膜牽扭 gastro-mesenteric ileus，係十二指腸之下截被腸系膜之根及其血管所壓而起。其病況已畧述於急性胃脹節，茲不贅。迴腸之糾搭每顯於距盲腸僅數寸之一段。此段有短而緊之腸系膜及大而鬆之盲腸懸擱在骨盆上口邊。有時迴腸或因此而有明顯之糾搭，致顯大便秘結，右髂窩作痛及與闌尾炎相似之症狀。乙狀結腸之糾搭則係乙狀結狀過滿所致。有時雖無特別之扭轉，而大腸腸蠕之與此乙狀結腸貼近者每壓凹而閉塞。

(丁) 狹窄及瘤 Strictures and Tumors. 急性腸梗阻二百九

十五案中之起因於此者僅十五，而患處在大腸者佔其十四。慢性腸梗阻則因此所致者較多。其原因如下：（一）先天狹窄。極罕觀。全閉者較多，即肛門閉塞或十二指腸與幽門不通是也。（二）癩性狹窄。此因發生潰瘍所致，常見於患結核病或梅毒之病人。其因痢疾與腸熱潰瘍所致者則甚少。

（三）贅生物。此惡性狹窄多因圓柱狀細胞癌而起。此癌成圓形腫瘤，最多生在大腸近乙狀結腸之處，或在降結腸段。又乳頭狀，腺樣，脂肪，纖維諸良性腫瘤亦有時致腸梗阻。（四）受

壓及受牽。鄰近之器官(如在骨盆內者)生腫瘤,則腸或粘着而被拉,以致閉塞。結核性腹膜炎癒合之時或因其澀滲出物收縮,致腸蟠受壓而狹窄。

(戊)腸內含有物異常 Abnormal Contents. 此或係誤吞異物如果核,銅錢,針,假牙齒等件之狀況。或因蛔蟲纏繞成團,以致閉塞。小兒誤吞銅錢,鈕,針等物者大概不致恙,一二日後則隨大便而出。然間或穿過食管而藏在心肝等處。

藥品如鎂或鉍等亦能積聚於腸,以致不通;但因積糞,胆石,腸石所致者尤多。曾集四十四案起因於積胆石者二十三,積糞者十九,有腸石者二。凡腸因積糞而閉塞,無論老幼中年俱有患之者。小兒之大腸擴張或延至數星期之久。積糞類之大腸或至極大,糞甚堅硬。其積塊初成槽,容新成之糞少許經過外出,迨該塊過大,則腸閉塞。此類之症狀或甚少,蓋須延數星期或數月始顯也。因積胆石而閉塞者亦復不少。五十歲以上患之者,佔七分之六。閉處多在迴盲腸段,然在十二指腸腸者亦有之。而其形大之單獨胆石每致由胆囊潰穿而入小腸或大腸。其穿入大腸者則不常致塞。

腸石或為積毛髮所成,然因磷酸鈣及磷酸鎂所致者尤多。其石有核,即外物或糞結塊所成。腸因此致閉者甚少;因積腸石而大便不通者為最罕見。

(己)癱瘓性腸塞痙痛 Paralytic Ileus. 即使腸腔無以上諸類梗阻,而腸之一局部或一大部分肌膜癱瘓,致腸內之物不能行動而腸道梗阻。凡局部癱瘓性腸塞痙痛最明晰之表徵,係腸系膜之動脈有栓塞性或血栓性病演,致該處腸壁梗塞 infarct 而癱。患處在小腸者較大腸為多。惟余曾見一案,癱處在橫結腸約八寸許,而詳細察驗竟無血管病如上所述者,所顯之症狀屬急性腸梗阻。

消化系統病

又施手術後(腹部最多),放腹水後,受傷後及肺炎,胸膜炎,心病等或亦發腸癱瘓狀,同時並有腸蠕動停止,腹脹,嘔吐等腸梗阻症狀。此外則有所謂希司忒利阿性腸塞澁痛者 ileus hystericus, 甚屬奇異,顯慢性腸梗阻症狀而又吐糞。

症狀 (一)急性腸梗阻 症狀之重要者即大便秘結,腹痛,嘔吐三項。病初起即顯腹痛,或在行走時突起,在操作時起者尤多。痛狀始作痠,繼則連續而極重。嘔吐頻頻,甚艱苦。初吐者為胃內物,次則為微綠之胆色物,再後如在急性恒久性腸梗阻,則吐微棕黑而有糞臭之液。此等吐物之次序為診斷急性腸梗阻最要之症狀。大便或全秘,糞與氣俱不能通。狹窄處以下之腸內物能出者甚多。病者之腹常脹;若大腸受累,則擴張極甚。如小腸上部梗阻,則脹或甚輕。腹部初不覺痛,繼則被觸時甚痛。

病初起時,全身症狀甚重。面色白而有企慮之狀,終則顯精力虛脫。眼頰俱陷,而皮流冷汗。脈速而弱。或不發熱;腋溫常低。舌乾燥,口渴不止。小便短少而色深,若腸上部不通則尿閉。此或係頻嘔吐及所吸收之液體甚少故也。病者每閱三日至六日即死。就中有因休克或昏迷而死者。

(二)慢性腸梗阻 因糞結所致者,則大便秘結甚久,或嘗下粘液,或糞塊成槽以容腸上部之物經過。年老者多患之。檢查直腸及捫腹診大腸,俱有糞結塊。有時積糞至數星期,或竟不激成重症狀。其他病人則有嘔吐,腹痛,腹漸脹,最後吐糞諸狀。此等硬塊或致激成大腸炎或腹膜炎。

因成癆或生癌而狹窄者,症狀甚無定。其漸起之大便秘結狀因人大異;或閱數月,或經數年,腸始完全梗阻。或暫塞而糞積于狹窄處之上,腸大擴張,且在腫大之腹上可見大腸之蠕動。此類或有嘔吐,惟吐糞者則甚少。此等病人之全體健康

大受損害；漸致貧血，消瘦，終則腸道全部梗阻，顯急性諸狀而死。急性症狀發現後亦有纏綿至十或十二日而死者。

診斷 (甲) 梗阻之位置 此病切勿誤認為赫尼亞，然不易辨別，有時腸之極小之一部分為腹股溝皮下環或骨盆之閉膜孔所嵌頓，亦可致梗阻而死。診斷時宜詳察直腸；如係婦人，則宜細檢陰道。如此則可見骨盆及直腸內含有物之狀況；對於腸套疊者尤然，蓋其降腸或可捫覺也。若腸上部梗阻，則其空虛之腸蟠必沉入骨盆，且亦可捫覺。察視腹部，亦有要狀如腹數處有明顯之隆凸或塊及肥大之腸之蠕動可見。若係大腸下端梗阻，則不惟腸痙攣時大腸之馬蹄鐵形顯露，即大腸陷凹亦可察見。若盲腸或迴腸下段之下端不通則凸處在腹下部之中央；且腸痙攣時小腸蟠或凸露，彼此相疊，或橫列，或斜置，即所謂梯級狀是也。若係十二指腸或空腸梗阻，或僅見腹上部微脹，然常兼有尿閉及驟急之精力虛脫狀。

迴腸及盲腸梗阻者，腹中部擴張較甚；早顯嘔吐，且所吐之質含糞。若係大腸梗阻，則膨脹患尤廣闊而普遍。肛門急迫亦常見，且下粘液及血。病程不甚急，精力虛脫之狀發作較緩，尿亦不全閉。

因狹窄或腫瘤而梗阻者，其梗阻處難辨與否無定。初當用指由直腸檢查之；繼則可用直腸管探入，但不能探入乙狀結腸。若用硬管，則恐在近狹窄處有穿破腸壁之險。凡灌入大腸之水，當有恰合之量。大腸容水之量大概為十二水磅（六至七立），嬰兒可容一水磅半（七五〇蚝），將水瓶懸高三尺灌之。為診斷計，當吹氣使直腸脹大。此法每可定大腸梗阻之位置。X光檢查如能施行，並當施行之。

(乙) 腸梗阻之性質 辨別腸梗阻之性質，每不易易。腸絞窄之為嬰兒所患者甚少。又腸絞窄因先患腹痛，或腹膜

炎，或剖割骨盆臟腑後而起者最多。病之發起及其痛狀俱無表明受絞窄之証。惡心、嘔吐等狀甚少。三五日後所吐大抵含糞。腸絞窄明顯腫瘤者約僅五分之一。發熱狀無益於診斷。

腸套疊 小兒多患之。為腹內各種梗阻病之最易診斷者。初起為急性兼作痛，並有休克之徵。其後症狀或畧減弱。嘔吐不常見。有腫瘤之存在，下血糞及肛門急迫等為最要之狀。其腫瘤多係臃腸形，可在橫結腸處捫覺。患者九十三人中，有腫瘤者六十六。病顯於第一日者佔三分之一，次日者四分之一，第三日者五分之一。大便下血者五分之三，或自下，或因用灌腸術而下。其血或雜粘液。肛門急迫者三分之一。吐糞不常見，在九十三案中，僅得十二。腹脹者約三分之一，與辨別腸梗阻之性質無甚關係。

腸扭結 Volvulus 不易辨別。但此病多累及乙狀結腸，醫者當謹誌之。若用軟管穿入直腸或射水入直腸，或有益於診斷。

積糞之梗阻大抵易辨，因糞在直腸及大腸部可捫覺也。吐糞、腹脹、腹痛、惡心、嘔吐諸狀緩顯而不常有。膽石所致之梗阻或先患膽石絞痛。黃疸在二十三案中，僅二人有之。腹痛及嘔吐等狀大概早顯而重。吐糞者約三分之二。其腫瘤則不易辨別。

(丙)與他病區別 急性腸炎之有腸蠕弛緩、嘔吐及腹痛狀者每易誤認為腸梗阻。近今多有誤認因闌尾病而起之腹膜炎為急性腸梗阻者。其所顯之嘔吐重狀，普遍腹脹、腹部觸痛，或病突起諸狀每易相混。惟闌尾病溫度多高，嘔吐物中無糞，且多先患盲腸部之病。又急性出血性胰臟炎或發似腸梗阻之症狀。

治法 患者勿服瀉藥。痛時宜用嗎啡射皮下。欲止嘔吐之辛苦，宜灌水洗胃。每日可洗三四次。症狀每因此法而輕或因而治療。大腸亦須灌溉，其法用溫液使緩流入直腸，用量之多少亦當注意測定。

吹張法即吹氣入直腸而張之之法可試用，然此法有時不妥，蓋大腸可因而破裂也。用灌腸或吹張法治小兒，三十九人中僅十六人獲癒。急性梗阻須早用外科手術。

臍脹宜用熱濕敷法（如松節油之熱敷等）。倘係慢性梗阻，當節制飲食；如不時作痛，可服鴉片及貝拉朵那。灌腸術亦當施行。如係完全梗阻，當療以外科手術。

(五) 大便秘結

CONSTIPATION

成人大便秘結 病原不一，可分為全身及局部二端而論之。

全身原因 (一)因體質之特性如大腸遲鈍，多係遺傳所致。(二)因慣坐而飲食無度，如廁不時，且少行動等之人為尤甚。(三)某種病症，如貧血，神經衰弱，希司忒利阿，肝，腸，胃等之慢性病及患急性熱病者每多患之。有鴉片癮者亦均患此。(四)凡食物之餘屑過多或過少者俱足致之。

局部原因 肥胖人之腹肌弱者及婦人屢懷孕致腹擴張過度而肌弱者均易患此。因慢性大腸粘膜病而弛緩，及為腫瘤所壓，腸炎，誤納異物，糞結大塊，腸狹窄等亦足致之。最要乃大腸弛緩，即乙狀結腸肌無力推糞入直腸也。最難治之類係因腸收縮所致，或稱為痙攣性大便秘結。有三類：(一)為慢性痢疾或潰爛性大腸炎之後患；(二)婦人患希司忒利阿及神經衰弱者所患，兼迷走神經過敏者尤多；(三)見於老邁之次，

無明顯原因。有時乙狀結腸及下段之大腸俱收縮而痙攣，但其橫結腸及升結腸則弛緩而擴張。此類之特徵即糞結為硬球，或如臃腸而小。

現今醫界用 X 光線證明許多與腸道壅滯 *intestinal stasis* 有關係之狀況。如男子矗立之姿式每與腹屬內臟下垂 *visceroposis* 有關係。伴內臟下垂而起之頑痼難治之大便秘結為數甚多。凡腸自垂或被拉每有一定之部位：（一）十二指腸第三部；其尾部因十二指腸擴張而成斜搭。此係十二指腸因擴張而下墜所致。苟病者躺臥，則該腸即復原位，而腸尾之斜搭亦隨之平復。（二）迴腸之斜搭盲腸及迴腸之下部腸蟠下墜所致。迴腸之尾段大擴張或致梗阻，兼糞質停滯難下。（三）大腸左曲（又名大腸脾曲）被拉；用 X 光察驗，則或見升結腸下墜與膈上緣相齊，而其橫結腸則在骨盆內，然大腸左曲依舊在脾處，故糞質經過此大腸曲時因而遲滯。此外則乙狀結腸之彎曲亦係致腸運停滯之處。而直腸亦有時成 S 形之曲彎。又肛門之骨盆直腸曲 *pelvi-rectal flexure* 每能壅滯糞質，使不能流通如常。

用 X 光線檢查糞質在大腸經過之速率甚準。服鈹餐後約四小時，則該藥已達盲腸，再二小時則達大腸右曲（又名大腸肝曲）。又三小時則至大腸左曲，計食後歷十二小時則抵骨盆大腸頭。凡糞質抵骨盆直腸曲後，須至大便時始再下行。

便秘可分為兩大類：（一）糞質經過大腸時壅滯，而其在在大腸之下半部者最多。（二）糞質由腸至骨盆大腸雖無壅滯之患，而大便排糞之功用有缺，以致便秘。無論何種慢性便秘，皆宜用 X 光線詳細檢查。

症狀 病之重者有時雖纏綿數星期至數月之久，或無害於健康。虛弱、疲倦及鬱悶係此病之常狀，而神經虛弱之人尤

然。又或有頭痛，食慾喪失，舌有苔，口臭諸狀。在女子，則皮色晦濁，常有瘰癧（腺炎），甚或激發萎黃病（綠色貧血），而全身各器官或皆顯軟弱之狀況。

便秘久而不癒，則因糞積之故，甚或激成局部危重之症狀如痔，大腸潰瘍，結腸囊擴張，腸穿破，腸炎，腸梗塞等是。婦人或因受其壓力，致行經時作痛；且覺骨盆內諸器官擴張。又嘔吐經痛者，或因乙狀結腸過滿所致。糞積之處大抵在大腸。大便秘結雖極重，然盲腸少見有乾糞。糞積或有時在大腸之左右兩曲成大腫瘤，或在臍上成臘腸形之軟塊，或在左處成無定形之腫瘤。年老者則結腸囊擴張，所積之糞結塊漸變為石灰而成腸石。

有時積糞停留過久，或且腹瀉，蓋因積糞成槽，供液糞經過故也。如檢查直腸及腹，則其為秘結而非腹瀉可知。婦人之素患大便秘結者若一旦突患腹瀉，併有惡心嘔吐等狀，每難斷決，則宜詳察大腸。發熱亦或見於大便秘結之病人。

有許多認為腸性血中毒之病，其實係腸性傳染。

小兒大便秘結 此為常見而難治之病。病原不一，或係先天，或因飲食失當，或因局部有病之故。小兒有生後即患多年便秘者，然亦能發育而無恙。又有大腸擴張甚而久患便秘者。此則或因被帶收窄，或因先天性腸狹窄所致。

此病之因飲食失當而起者最多。哺乳之嬰兒大抵因入大腸之小乳屑過乾所致；此則或因母乳有病，或因嬰兒消化不良，每難判斷。然因消化不良者較多。或又謂因乳內脂肪不足所致。凡小兒飲食，當有一定時刻；荷飲食不節，每為長成時大便秘結之禍階。因腸炎而起之腸壁收縮力不足，腸分泌紊亂以及腫瘤，扭結，套疊等機械的腸梗阻皆係局部病之要原。

治法 如廁須有一定時刻，苟習以爲常，自可防患於未然。此在幼年尤爲緊要。患者每日當定一時刻如廁，屆時無論欲大便與否，務必往試；而尋常若欲大便，亦宜立即如廁。每日操練身體亦能獲益。肥胖及婦人之腹懸垂者，其腹肌當用帶托之。而性較慢之病則宜在腹上施摩擦或揉捏（按摩）諸法，收效最著。又法每晨用四磅至六磅（4—5.kgm）重之鐵球拋滾腹上，約歷五至十分鐘之久亦佳。胃之官能宜加以澈底之研究，且用相當方法療治任何擾亂。食品宜用易化之物。一切蔬菜及果子均可多食。肉類宜少用而與穀類或乳類更替食之。水可多飲。或用冷水一小碗，於早晨空腹徐飲之，或在晚間飲熱水一小碗俱可。

凡病之不難療治者，宜先用衛生及飲食諸法。若必用藥，則以鹽類輕瀉藥及甘草複方散 *pulv. glycyrrh. co.* 爲最相宜。灌腸藥甚佳，且較頻服瀉藥丸爲妥善。甘油或作直腸之彈劑或直接注射直腸均妙。長期用溫水加鹽或肥皂（或否）灌腸，收效甚佳，且無他損。灌腸時宜令病人仰臥，墊高臀部，使水由自流灌腸器徐流入直腸。

凡患痙攣性便秘者，用尋常諸藥每難奏效。宜用俄伐利油或他種植物性油注射。可令病人仰臥，提起兩髀，用懸高之灌腸器注射淨油十五至二十兩（四百至五百錢）。射時宜緩，至少歷十五分鐘之久，將油徐徐均勻注入。每日一次。迨腸淨數日之後，則油之分量宜減少，每數日射一次。病之兼大腸痙攣者，則宜在臨睡時注射之，俾油得停留直腸內過夜，效驗甚佳。

此外更有數種藥每有佳效，特如衣必格、番木鱉或貝拉朶那、調合蘆薈或大黃、科羅辛忒（哥羅新）、坡朶萎林 *podophyllin* 等尤佳。其方可以貝拉朶那膏十二分之一厘，番木鱉四分之一

厘,科羅辛,忒膏二厘 *extr. bellad. 0.0055, extr. nuc. vom. 0.016, extr. colocynth. 0.13* 合製為藥丸每日吞服三次。卡司卡拉斐諾他雷印,瓊脂(海藻) *caseira sagrada, phenolphthalein, agar-agar* 亦佳。今醫界廣用幾種石油之精製油。以半囁至一囁為一劑,每日三次。此物無害,而有時見效,但亦常無甚影響。貧血者每晨當服硃糖果劑 *confect sulphur*。一劑,而日間更宜服鐵,大黃,蘆薈等藥之丸劑每次一粒,每日三次。病之極重者則宜用外科手術。

嬰兒之衛生及飲食諸法最當講究。哺乳之嬰兒,可令其母改換食物。或每次哺乳之前先令兒食牛乳皮一至三茶匙亦可。瓶哺之小兒宜以牛乳之上層及其皮哺之。水及飯湯俱可飲。如必用輕瀉藥,則單純之糖漿劑,甘露,或俄利伐或他種油合於應用。或用尖形肥皂塊塞入肛門亦可。或沿大腸揉捏之,亦佳。又可用冷水少許灌腸。但以勿多用為要。如必由口服輕瀉藥,則以蓖麻油及流動鎂為最佳,卡司卡拉或森那亦可。倘有腸胃受刺激狀,可服大黃合蘇打,汞白堊粉等藥。年較長之小兒當注意節制其飲食。

(六) 內臟下垂

SPLANCHNOPTOSIS (Enteroptosis; Visceroptosis)

定義 內臟下垂實非病症而係一種症狀;蓋即腸系膜及腹膜附麗之處變鬆,故胃,腸(特如橫結腸),肝,脾,腎諸器官俱下墜也。

症狀及物理徵 分兩類: (一)可謂為體質的或先天的,係發育反常之表示,腹上口狹小,橫膈膜低降而內臟之韌帶過長,因此致腹內臟等差不一之下垂。(二)為後天的內臟下垂,大部分係腹壁弛緩所致。蓋內臟必賴反射弓及腹肌之健全無損而後能支持原狀也。

消化系統病

第一類病之程度無定，兼神經衰弱。病者多為年少之人，而女多於男，且屬瘦弱者。此類有時繼急性病及消瘦而起。大概有消化不良，腹內搏動，背腰拉痛及力弱等狀，且患者不能如常操作。又神經系衰弱者，多有內臟下垂之局部狀。診驗時常見紅斑性皮紅，苟以指甲搔之，立顯充血紋或白紋。腹主動脈搏動甚顯。

第二類施望診法時，則見腹壁甚弛緩。婦人屢懷孕者腹多白紋。腸蠕動或可被察見，病之極重者則可見胃形及其蠕動浪。若吹張其胃，則胃隆凸甚大，大小彎俱可見，大彎或至臍下約一掌之闊。胃蠕動浪甚弱，不似幽門狹窄而胃擴張者之強猛。有時情狀極重而竟無症狀。

用X光線表示內臟下垂之位置甚明顯。可見胃豎立而墜至臍下甚遠。胃動雖或如常，然因十二指腸糾搭或幽門發瘵之故，亦有停止者。胃之打水鳴每甚明顯。

腎下垂 (腎離位) Nephroptosis or displacement of the kidney 係內臟下墜中之最常見者，有三類：(一)可捫腎 Palpable kidney，患者深吸時，可捫得其腎。(二)能動腎 Movable kidney，深吸時腎則下垂，可用指升降之。(三)浮游腎 Floating kidney，其位全在肋骨弓之下，易為手所握，可任意移至中線並向右路窩而下降。

肝之離位 極罕見，薄弱之婦人或患之。脾能動 係內臟下垂中之甚明顯者。有時其能動力極普遍，腹之各處幾皆可至。腎者每因而誤認為子宮或卵巢腫瘤。托腸之腸系膜及腹膜皺襞多甚弛緩。大腸下垂，致其曲處成糾搭。或下垂過甚，致橫結腸垂至骨盆上口。糾搭之處不僅在大腸，有時或在幽門，或在十二指腸與空腸相接之處或在迴腸接盲腸之處。

有時盲腸或極易動，因此或致痛，或發現痰痛及大便秘結。有時盲腸部或甚滿，施觸診時可以摸着滿漲之盲腸。此腫塊或甚浮動。

治法 應行療治者有四項：(一)治神經系衰弱，(二)治神經性消化不良，(三)通利大便秘結，(四)資助諸器官機械的支持力。前三者當依各該病節所詳諸法治之。第四項倘因急性病及思慮過度致體消瘦而起者，治法當以助其肥壯為要。

最要之支持內臟(托腹)法係用腹帶。病輕者即此可治癒；症狀辛苦者，亦惟此法可止之。最妙用麻布縛腹適度，並用其垂條束住，以免上升。患能動腎者，當別用一種腹帶，其法另詳能動腎篇。

醫者治內臟下垂，切勿過於視為緊要。如係腎能動，不宜直告病人。蓋患者一經知曉，則症狀即因而發起也。

(七) 腸之雜病

MISCELLANEOUS AFFECTIONS

(一) 粘液性大腸炎 (膜性腸炎)

MUCOUS COLITIS *Membranous Enteritis*,

此即大腸受病，所顯症狀即大腸生粘液。其粘液或為膠性粘液長條，或為連續之管形膜，在大便時下出。余嘗見此膜在大腸內本位者兩人，緊粘於大腸粘膜，然亦能除去而不傷及粘膜面。有神經薄弱性及患希司忒利阿者俱能患之。輕者大便下膠性滑粘液，形如蛙卵。重者下大管型，長一尺或一尺餘。此病係大腸分泌官能有病所致。

症狀 此病每纏綿多年，時常更變。所顯即腹痛間作，按之覺痛，肛門或急迫，大便下粘液或粘液塊或長粘液條或腸型。臍與左肋骨弓適中之處常有觸痛之點，發作時或一日即止，或延十至十五日不定。凡感情劇變及憂慮過度者多易致之。或因多食及消化不良而起。病發作時，痛狀及痙攣雖重，大便

未必一定下粘液塊。患者或有神經官能性症狀及希司忒利阿，希坡交第阿，或憂鬱病。大便下血者甚少。其病或患多年致消瘦衰弱特甚。有時大便秘結係要狀。

診斷 此病少有疑難。最要者勿誤認粘液塊為他物如龍鬚菜外皮及未消化之肉屑或臘腸皮等。蓋此數者或與粘液型相似。然以顯微鏡窺之，即可無誤。痛甚者每易誤診為闌尾炎。

治法 此病治法甚難得力，諸腸藥皆無靈。最要當治其神經系衰弱。另以溫鹼液二水磅（一千瓦）灌洗大腸。又用植物性油在臨睡時注入大腸，亦有效。病之難療者宜用外科手術如大腸造瘻，或由闌尾灌洗其大腸諸法。

(二) 大腸擴張 DILATATION OF THE COLON

有四種：（一）全係充氣而擴張，經片時即癒，然有時甚為緊要。因張極則膈向上，予心肺之官能以大阻碍。（二）因積固體物質如糞渣而擴張。（三）因惡心瘤或扭結等患致大腸梗阻而起。（四）特發的擴張 *Idiopathic dilatation, Hirschsprung's disease*。小兒患之者較常見。或因大腸下端收窄而起，然其病原實無一定。大腸擴張極大。其症狀為大便秘結，腹擴張，痛作時其擴張更甚。終則或自瀉或引之使瀉而暫癒。

此病在內科無治法，惟有用外科手術為最妥善。

(三) 腸沙 INTESTINAL SAND

大便下似沙之物，有兩類：假腸沙。此其來原屬植物類，係蔬菜果子之餘屑或因不消化，或因被礦質鹽類包裹所成。真腸沙。此屬動物類，其色或灰白，或黑，或全無色。形成於腸，其質大概為鈣鹽。粘液性大腸炎亦或有此。

(四) 憩室炎 DIVERTICULITIS—PERISIGMOIDITIS

先天性憩室 Congenital Diverticula. 是即美克耳氏類,或致絞窄,或致梗阻。

後天性憩室 Acquired Diverticula. 大抵係粘液及漿液膜之赫尼亞凸,無論在腸道何處,皆可發生。在小腸內大抵無症狀。常見之類之普通發生部位在近直腸與乙狀結腸聯接處。凡在老人,此係腸內因積氣及糞而有高壓所致。患者男多於女。

繼發的病理程序係(一)機械的,例如扭轉,固結體形成及異物屯積;(二)炎性,急性憩室炎有時或速成壞疽性;慢性憩室炎則致增厚,腫及狹窄;(三)穿破,致局部膿腫,普遍性腹膜炎或瘻管。其他變異為慢性局部腹膜炎兼粘着,遷徙性化膿,最後則或成癌。

症狀不甚昭著,祇可下一種試驗的診斷。凡六十歲以上之老人素患大便秘結者,若腹下部左側顯痛及觸痛,強硬而有塊質,係可疑為憩室炎及癌之徵兆。糞內無血,長期患痛,用乙狀結腸鏡察驗無病徵,微熱及榮養頗好,甚或肥胖,係憩室炎之証,而非癌。除有特別反對之理由外,此病應用外科手術療治。

(五) 腸系膜病 AFFECTIONS OF MESENTERY

出血(血腫 Hematoma). 患處僅在腸系膜組織者罕見;兼胰臟出血浸潤及兼腹膜後出血者較普通。凡腹主動脈或系膜上動脈生動脈瘤而破裂及傳染性熱病之兇惡者如痘症等,俱或有此病。

系膜血管病 (甲)動脈瘤 見下文動脈病節。

(乙) 栓塞及血栓形成 (腸動脈之梗塞形成) Embolism and Thrombosis (Infarction of the Bowels). 系膜動脈或為栓子所塞, 或自結血栓, 則該動脈所輸給之處成梗塞。其後或致成壞疽, 或致穿破, 並或致腹膜炎。倘系膜上動脈閉鎖, 則或致命。靜脈內結血栓有二類: (一)原發性。每因腸有病而起, 闌尾有病者尤然。亦有因惡病體質而起者。(二)繼發性。每繼肝硬化, 梅毒及門靜脈炎或栓子塞動脈致血流停止而起。此病有急慢兩類:急性類發生驟突, 其症狀為腹痛, 惡心, 嘔吐及瀉血, 與急性腸梗阻相似。繼則腹脹, 且在數日之內精力虛脫而死。慢性類則發生時隱匿不顯, 或無與腹有關係之症狀。診斷極難。其急性類每誤認為腸梗阻, 有時施剖腹術診察, 或有效。

系膜靜脈病 Mesenteric Veins. 肝硬化者, 其系膜靜脈或擴張而變硬。系膜靜脈化膿者亦多, 大抵因門靜脈膿炎所致。

乳糜管病 Chyle Vessels. 小腸之粘膜及粘膜下層之乳糜管(脂育汁管)有時患擴張。胃管亦然, 但較少。

系膜囊腫 此或係皮樣 dermoid, 包蟲的 hydatid, 漿液性, 血性及乳糜管性種種不一。腸系膜各部多患之。小者徑僅數寸, 大則滿腹。常粘着於鄰近諸臟腑如肝, 脾, 子宮及乙狀結腸。

所顯症狀即腹內有漸大之腫瘤, 其瘤之長大或甚速, 而血性囊腫則尤速。患者或有大便秘結及腹痛或急性梗阻諸狀。腹雖漸大, 然身體仍康健如初。腸系膜囊腫常歷多年, 有時纏綿至十年或二十年之久。

此病極難診斷; 無特狀可憑。然有三要徵: (一) 腫瘤易移動; (二) 其位在腹之中線; (三) 叩腫瘤前, 覺有氣嚙。以上三者惟第二徵係恒定的; 因瘤大則不動, 而其腸亦被推至一邊也。

此病多被誤認爲卵巢囊腫。亦或與浮動腎、腎盂積水、網膜囊腫諸病相混。治療惟有用外科方法。

(六) 十二指腸擴張 DILATATION OF THE DUODENUM

此病多與內臟下垂及十二指腸下段被腸系膜根所壓等相伴而起。有時由局部腹膜炎而起之粘着亦能致之。症狀爲(一)腹上半部痛：有時如拉扯之痛，有時痛較烈，頗可疑爲潰瘍或胆囊病；(二)嘔吐，次數頗多，或頑梗不止；(三)大便秘結；(四)顯昭著之迷走神經之過敏現狀。用X光線之察驗，於診斷甚有助益。治法。病者之姿勢或甚重要，病者宜面臥而兩腳提高，或向左側臥，或捲膝至胸部(名膝胸臥勢)。施腹部扶托，以糾正其內臟下垂，或使病者發胖，可以見效。病之重者，宜用外科手術療治。

(辛) 肝病 DISEASES OF THE LIVER

(一) 黃疸

JAUNDICE (*Icterus*)

定義 黃疸之病況以皮、粘膜及體液之染膽汁色素(膽色質)爲特狀。

黃疸與蛋白素尿相似，係一症狀而非病，有甚多之情況能發顯之。膽汁色素及膽汁鹽類有時或顯於血內而不顯於尿，或顯於組織內。在非伴發性黃疸 *disassociated jaundice*，其膽汁色素及鹽類則單獨直達於血漿；而腎或祇排泄二者之一而不將二者盡予排泄。

(甲) 梗阻性黃疸 OBSTRUCTIVE JAUNDICE

原因 (甲)肝膽管爲異物所梗阻，如膽石及寄生物等是；(乙)十二指腸或總膽管裡膜發炎而腫；(丙)總膽管因狹窄或

閉塞而不通；(丁)管口被塞於瘤或管裡生瘤；(戊)總管受外壓，如爲肝自身或胃、胰腺、腎、網膜之瘤所壓，及或爲肝隙內增大之淋巴腺，間或爲腹動脈瘤、積糞、懷孕子宮等所壓是；(己)因感情作用所致。

全身症狀 (一)黃疸 卽皮及結合膜均染黃色。因管之卡他而起者，其色黃，如楠櫟；而其因膽路恒久梗阻而起者，其色綠，如橄欖，或似古銅。又或皮色微綠而黑；此所謂黑疸者是也。凡患此病者，除中樞神經系統外，其他體組織俱染色。

(二)癢癢病。在慢性病，此狀有時極重而最辛苦。或在病未起時先患之。然除患膽石者外，大概不顯此狀。多汗係常狀；或僅腹及掌有汗。或發苔癬(瘡)lichen，蕁麻疹及癩。黃色瘤 xanthoma 亦間或有之。慢性重者，其皮內毛細血管擴張，或發於身及面，或顯於脣舌等粘膜而成鮮紅色斑，闊一二程。

(三)血糞或被膽紫素所染。由此可以早定診斷。

(四)各種分泌物爲膽汁色素所染。衣服被汗染色。淚、涎、乳等染黃色者則少。除同時患炎病如肺炎等外，所吐之痰不常受染。當皮及結合膜未受染時，尿或含色素；淺者微綠而黃，深者作黑綠色。若病勢極重，或患病甚久，則尿多含蛋白質，且常下膽色管型。

(五)膽汁不入腸。糞因此作淡櫻色或灰色，每臭惡而似糊。有時大便秘結。此外則有因變腐食物而瀉者甚多。

(六)脈緩。每分鐘僅有二三四十至。患卡他性管炎者，此狀尤顯，然大概不危。此狀僅在病之初期發現。呼吸每分鐘僅有七至十次。有時視物亦作黃色。

(七)出血。係慢性黃疸之危狀。其血凝結甚遲；尋常三分半至四分半鐘卽凝，而黃疸之血則或遲至十一二分始結。

故慢性黃疸以手術療治，多患出血不止，外科醫士當知之。病之纏綿或沉重者，則有紫癥，皮下大血滲及粘膜出血等患。

(八) 大腦症狀。人易發怒，精神抑鬱，甚或顯憂鬱病 melancholia。患病過久，則或發特別之腦症狀如突然昏迷，急性譫妄或驚厥而速死。病者脈速，微熱，且舌乾。此等症狀，梗阻性黃疸所顯不如發熱性黃疸者之多，而常為慢性黃疸之終局。此等症狀統稱為 膽血病 cholemia；但其真性尚未確定，有時因尿中毒而起。

(乙) 中毒性及溶血性黃疸

TOXIC AND HEMOLYTIC JAUNDICE

此一類黃疸從前曾稱為血性黃疸 hematogenous jaundice，蓋所以表示與胆管的梗阻性變異伴發之肝性黃疸 hepatogenous jaundice 相對的辨別也。中毒性黃疸大抵係梗阻性根原，且是否曾有真正的非梗阻性類，尚係一疑問。對於此一類，又有主張稱為血肝性或肝內性黃疸 hemohepatogenous or intrahepatic jaundice 者。毒質或屬菌性，或屬化學性，循環於血中，以致赤血球被毀壞。毒素及其產生之物能致肝細胞變性及胆汁毛細管發炎。於是胆汁變為稠粘性，而其細管變窄，此即所謂肝內性梗阻。胆汁色素乃被淋巴管及血毛細管所吸收。凡在血中毒性黃疸，其所吸收之胆汁大抵胆汁色素充裕（因血紅素之被毀壞增加所致），而胆汁鹽類則缺乏（因肝細胞之功能被損害所致）。十二指腸之粘膜有時腫而顯出血。狠透氏分病類如下：（一）毒力所致之黃疸，如 toluylenediamin，磷砒，蛇毒等毒所致者是。（二）各種傳染病所顯之黃疸，如黃熱，瘧，腹毒血病，回歸熱，斑疹傷寒，腸熱病，猩紅熱等病所致者是。（三）各種多少有傳染性之情況之黃疸，如所謂流行性，傳染性，發熱性，惡性黃

疸；韋耳氏病；急性黃色萎縮病及黃疸出血性細螺旋體 *Leptospira ictero-haemorrhagica* 所致之類等是。

症狀不如胆路梗阻類之明顯。大便常下胆汁；或因此汁過多，致下黑糞。皮多僅作極淡之黃色。病之重者，如所患為急性黃色萎縮，則其色較深。然伴瘧及惡性貧血而起者皮色較淡。病輕者尿或畧含胆汁色素或無，惟尿色素則每增多。全身症狀多重；有高熱，譫妄，驚厥，尿閉，吐黑物，皮內出血諸狀。又有某種溶血性黃疸，其赤血球之脆性大增。有時血球較尋常畧小，併顯顆粒形之壞變。此種症狀在先天性黃疸之脾增大者尤為昭著。

研究因消化而致之脂血 *digestive lipemia*，頗有助於黃疸原因之診斷。法，給病人以一無脂肪之晚餐令食之，至次晨未進早餐前及進早餐而多食脂肪後二至五小時作兩次之檢驗。尋常人血中含許多脂肪。在患膽管完全梗阻之病者，則血中無吸收脂肪之證。倘黃疸專係色素之滯留所致，則吸收作用不變；但若係膽汁鹽類滯留，脂肪亦不現於血中。凡膽汁及其要素之一部分滯留之消散，肝實負其責任。

此外尚有數特類須注意者：二炭院四聯氫化物 *Ethane tetrachloride*。飛機兩翼上所塗之質之蒸氣吸入體內，常可因此致病。頭痛，惡心，腹內不舒適等狀先發顯一星期或較久，繼則顯黃疸。如迅速離開此種空氣，則病癒甚速，然亦有顯惡性黃疸而兼紫癰，驚厥，尿閉及昏迷等者。不發熱，亦不顯貧血，黃疸大抵甚深。肝細胞之變性非常廣佈，若病程至數星期之久，則顯代替性硬化。再後，則或顯肝收縮及水腹。

Trinitrotoluene。作工於軍械火藥廠者受惠甚多，一部分僅起因於局部的影響如皮炎或紅斑等，有許多則由於無意中吸入廠中之灰塵或吞嚥火藥而致。中毒症狀之發顯無定期，在

受毒後自數日以至於二三十日者，皆有之。惡心，虛弱，面色慘白及喉中之激刺狀等係早期症狀。再後則顯黃疸；若沉重，則有尋常發顯之各種中毒情狀伴起。所顯之貧血與惡性類相似，兼血色標甚高及白血球減少。肝或先增大而後縮小，且有時有顯急性黃色萎縮病之臨診的及解剖的情狀，而兼紫癢及出血者。此兩類所顯之黃疸劇烈者，足份之鹼劑治法頗有效；可用枸櫞酸鈉及重碳酸鈉各三十厘（二克）為一劑，每二至三小時一劑，兼用靜脈注射法射入當量鹽溶液一水磅，內加重碳酸鈉二錢（八克）。又兵工廠所用之化學品如 dinitrophenol, dinitrobenzene 及吡克酸 picric acid 等，皆足以致中毒性黃疸。

◎薩耳乏散及其他類似之代替劑。用此藥一足份劑後，間或發熱，兼顯惡心，皮膚激刺及散佈之紫癢。較重之症狀如發熱，譫妄及黃疸，大抵在二三日後發顯，繼則昏迷及驚厥而死。紫癢或甚廣佈，兼粘液膜出血。更有在二日內即致命者。肝顯廣佈之壞死及脂肪性變。

(丙) 遺傳性黃疸 HEREDITARY ICTERUS

黃疸之遺傳性類久經醫界認定。有三種：（一）新生兒黃疸 *Icterus neonatorum*。此類極顯著。曾見一婦所生小兒八人，產後不久因黃疸而死者居其六；內有一兒患輸胆總管狹窄及膽管炎。總膽管炎係此種黃疸常有之損害。又有一婦，有小兒十二人產後皆患黃疸，惟皆逐漸痊癒。而此婦之兄有小兒數人，亦皆患此病。（二）先天性尿無膽色性黃疸 *Congenital acholuric icterus* 有一家三代共八人患此病。此類之黃狀甚輕。糞不作灰色。尿內無胆汁色素而有尿胆素 *urobilin*。對於身體之康健為患甚輕。脾常大。然肝及胆道並無特別之更變。（三）兼顯肝及脾增大及明著之全身受擾，如貧血，身量矮小，幼

稚性(身體不發達)而有輕微之黃疸。一家或有數人患之;而黃疸之發生每在幼穉之時。

茲就二種特殊病患即新生兒黃疸及黃色萎縮病分述如下。

(二) 初生兒黃疸

ICTERUS NEONATORUM

嬰兒之新生者易於發黃疸,或因而速死。病有輕重之別。輕類或稱之為生理的黃疸 physiological icterus,病實常見。大抵生後一二日,其皮即畧變色。尿染胆色,而大便無色。身體滋養多不受擾。且此病多不出十四日即退;從無性命之虞。其病原不甚明瞭。或謂係小胆管受壓於門靜脈細微管之膨脹而壅滯所致。或謂係產生後數日內因大多數赤血球之毀壞而致。

重類致病原因有三:(甲)先天性無輸膽總管或肝管;(乙)先天梅毒性肝炎;(丙)膿毒傳染,致臍靜脈炎。第三類多致命,臍帶或出血。最可怪者,此種黃疸腦脊髓每染黃色,有時瀰散,其僅限於神經節細胞者較少。

(三) 急性黃色萎縮 (惡性黃疸或劇性黃疸)

ACUTE YELLOW ATROPHY (*Malignant Jaundice; Icterus Gravis*)

定義 此即病原未知之急性廣布的肝細胞自己溶解性壞死 autolytic necrosis 之病。其症狀係黃疸,血中毒及肝之體積變小。

原因 此病罕觀。女多于男。懷孕之婦人每有患之者。大多數患者為十至四十歲之人。間或見於患梅毒或其他急性傳染病之病人。此病定由肝中菌毒或新陳代謝性毒所致。然此毒如何致肝作廣布之壞死,實無從詳究。

病理解剖 肝漸變至極小，形薄而扁，且重率比尋常肝減去過半數或過三分之二之譜。肝之外面作黃綠色。剖視則色微黃而棕，或微黃而紅，或雜色，且小葉之形不明現。此黃色及暗紅色兩色係患病期久暫之證據；病不久，其色黃；病久，則其色暗紅。用顯微鏡檢查，則可見肝細胞壞死之各等級；且見有肝細胞全毀之處，僅剩脂肪性粒及有色之粒以及路新(閃白酸) leucin 與台羅新 tyrosin 諸結晶。又肝細胞之間出血，小胆管發炎。

他器官皆染胆色甚深，出血之處甚多。腎小管之上皮或變壞成粒；心常變壞為脂肪。脾大者甚多。

症狀 病初起即有胃十二指腸之卡他。初或視為單純性黃疸。數日或二三星期後，則起頭痛，譫妄，肌顫，或驚厥諸重狀。此外則有常嘔吐或嘔血或血流入皮或粘膜面出血等狀；婦人懷孕者或因此流產。黃疸常增重，或致昏迷，漸沉重而致死。體溫無定度；大概多不發熱，將死時或發熱。然亦有發熱甚顯者。脈搏常速，舌有苔而乾，且病者顯重腸熱病狀 typhoid state。

小便染胆色，且常合腎管型。蛋白素尿及蛋白素化分產物尿 albumosuria 常見。尿素則大減。氫(銻)增加；尋常佔百分之二或五者，際此則或加至百分十七。尿素減少之原因在肝細胞不能化銻為尿素，但一部分或係銻被有機酸所化合，致銻基不能成尿素。路新(閃白酸)及台羅新不常顯。大多數胆汁不入腸，而大便作灰色。此病大概有致命之虞；然亦有治療者。

病程之久速及病之種類每依組織壞死之遲急及輕重而定。久者遲延至四十餘日，速則病發後第二日即死。凡病之屬亞急性類者，則肝組織壞死較緩，或經數月，且或能復生而癒。然肝硬化常隨其後而起。

診斷 黃疸而兼嘔吐，肝變小，謔妄及尿合路新及台羅新者即係急性黃色萎縮病之確狀。惟路新及台羅新不足為確證。蓋不發熱之黃疸而肝微腫者或亦有之。

凡黃疸之沉重者或皆有大腦的重症狀。醫者當謹記肥大性肝硬化 hypertrophic cirrhosis 之症狀大概與此病相同。然其肝之增大，發熱之較常見及尿內無路新及台羅新即其不同之徵。磷中毒之出血，黃疸，肝變小諸狀亦或與此病無殊，但其胃病症狀大概較明顯，且小便亦無路新及台羅新。

治法 此病尙無專治之法，惟有設法減輕其急狀。就理論言之，當於其發生壞變前用瀉劑口服並用鹽液作皮下或靜脈內注射，以排除毒素。並可用胃鏡靜劑防阻其嘔吐。更宜治其中酸毒患。

(四) 肝之血管病

AFFECTIONS OF THE BLOOD-VESSELS OF THE LIVER

(甲) 缺血 此病况無症狀之表現。

(乙) 充血 (一) 溢性充血 Active Hyperemia. 飯後食物為門靜脈所迅速吸收者足致肝暫時充血，然此係生理上之作用，非症候也；但飲食無度則此充血或可致肝官能紊亂，濫飲酒者亦可致機質改變。急性熱病亦有時兼患此病。

症狀無定。凡消化不良及飲食無度者右季肋部之覺脹悶或係肝充血之故。肝之大小逐日有異。若肝硬化而兼增大者出血過多，則其肝即驟然收小；由是可知此充血與機質病有關係。

(二) 阻性充血 Passive Hyperemia. 此病較常見。每因出肝之靜脈或肝靜脈小葉下枝之血壓增加而起。凡心右部血壅滯者，此等靜脈即受累。

患慢性心臟病，心肌機能不全，肺硬化或胸內瘤者每有肝靜脈充血，終則有明著之改變。肝增大而堅，色深紅，肝血管大充血，各小葉之中靜脈及其毗連諸毛細管為尤甚。剖視，則內有斑紋，蓋門靜脈缺血而肝靜脈充血所致；故有肉蕚之稱。其中毛細管之膨脹逐漸加重，致其間隙之肝細胞俱萎縮。近小葉中央之處積棕色質，而結締織增多。此即因心病所致之發紺性肝硬結，初起時肝大，久則收縮。小葉之周圍亦間或見結締織增多。

此病之症狀不能與在併發病中所現之症狀有區別。多顯腸胃卡他，且或嘔血。病之進行者因門靜脈梗阻，致患水腹，繼則全身水腫。病者常微患黃疸，大便作灰色，而小便含胆汁色素。詳細檢查，則見肝增大，或佔肋緣下一掌之闊，按之有觸痛。多顯肝搏動之狀。然心搏動亦每傳遞至此，醫者切勿誤認。聽診時每因血反流入肝靜脈致肝搏動而誤診，但血反流入肝所致者每逢心搏動之際，即可摸覺全肝擴大。

治法當均平血運；如門靜脈充血，則宜去其血。充血極多者可由肝抽血十八至二十兩（五百至六百錢）之多。故患嘔血或痔出血之後，此病必速輕而肝亦變小。又用瀉鹽類混溶液致大瀉，可速使諸門靜脈之血減少。醫者大概當依兼患之病之治法斟酌療之。

(丙) 門靜脈病 (一) 血栓形成及粘性門靜脈炎

Thrombosis; Adhesive Pylephlebitis. 門靜脈內血凝成塊每為肝硬化，肝染梅毒，癌侵入靜脈，增生性腹膜炎累及胃肝網膜，胆石穿破門靜脈及門靜脈或其枝之壁硬化時所兼患。少數病有完全之側枝循環建立，而其血栓照常漸變，終則該靜脈變成一條纖維索者，特名粘性門靜脈炎。余曾剖檢一病案，其門靜脈變成一狹纖維索，而其側枝循環必已完全成立多年，然終至失敗

消化系統病

而發水腹及嘔血，不久即死。診斷門靜脈梗阻極難。惟有門靜脈系之枝突然充血，激發嘔血，黑糞，水腹及脾腫大諸狀可憑。

梗塞之發於肝者不常見。分貧血性及出血性兩類。大概隨門血管梗阻，門靜脈及肝靜脈共塞，間或由肝動脈病而起。

(二) 膿性門靜脈炎 Suppurative Pylephlebitis. 詳肝膿腫節。

(丁) 肝靜脈病 此病極少。慢性心右部增大能致肝靜脈擴張。右心室之栓子有時入肝靜脈。肝靜脈口狹窄有時係原發性損害，每顯進行性肝增大，下腔靜脈受累徵象及水腹等特殊之併合症狀。

(戊) 肝動脈病 肝硬化或兼肝動脈增大。此種增大有時係極端硬化之基礎。肝動脈之動脈瘤甚少。詳動脈病節。

(五) 膽道及膽囊之病

DISEASES OF THE BILE-PASSAGES AND GALL-BLADDER

(一) 急性膽管卡他 急性膽管炎

(急性卡他性膽管炎或卡他性黃疸)

ACUTE CATARRH OF THE BILE-DUCTS

(Acute Catarrhal Angio-cholitis; Catarrhal Jaundice)

定義 此即黃疸，因輸胆總管末段腫大及梗阻所致。

原因 普遍性膽管卡他性炎多因胆石而起。此患近多認為係因胃十二指腸卡他蔓延所致；凡膽管凸入十二指腸者，受患最重。粘膜腫，而管口塞濁粘液，致胆汁不得外流。至於此種卡他炎在胆道內如何廣布及是否延入小膽管，則未之知。

卡他性黃疸 Catarrhal jaundice (即單純性黃疸) 之原因不一，茲分述如下：(一) 十二指腸卡他因消化不良而起者最多。青年多患之，然無論老少俱有此病，且不獨因飲食失當而起，如

傷風、受寒及患瘧或門靜脈梗阻、慢性心病、慢性腎炎者俱足致之。(二)黃疸或隨情緒錯亂而起，此或係因患卡他而膜腫脹之故。然罕見。故其病理解剖狀況未詳。(三)卡他性黃疸或發為流行類。(四)傳染性熱病如肺炎及腸熱間亦有患之者。急性卡他黃疸之性質仍未明悉，或係急性傳染病。蓋有時發為流行類，且微發熱也。

症狀 病者或並無痛苦，皮色之黃，或他人先知之，或自照鏡始知。或有消化不良狀，且肝部覺不舒或四肢及背俱痛。病之屬流行性者，其初起較重，兼頭痛，寒戰及嘔吐。發熱者則少，然亦有之，或至百零一二度(三八·五至三九)。又兼有梗阻性黃疸之狀，大便呈灰色，而尿含胆汁色素。皮色鮮黃，病單純而輕者無微綠之古銅色。脈搏或與尋常者同，間或漸緩，每分鐘僅三四十至，且呼吸每分鐘僅八次。或嗜睡。肝或如常，然微大者為多。肝之邊緣可在肋骨緣下捫覺。有時增大較顯。胆囊則大概不能捫覺。脾或增大。病之時限自一月至兩月不定。病輕者不出半月，黃疸即退；重者或纏綿至三月之久。大便當細驗之，蓋胆路之通塞可藉此從早分辨也。

診斷 此病之診斷少有疑難。年輕而康健者初患之，鑒於其黃狀畧輕，且無消瘦，肝硬化及肝癆之徵，便易診斷。惟病纏綿至二三月之久者，則診斷較難；蓋可疑其不僅為單純的卡他性炎也。卡他性黃疸無痛狀；檢查體格，亦無特徵；且全體之營養無累。然亦有一時不能就病之性質下一一定之診斷者。倘症狀異常，則宜細辨是否係傳染性黃疸。

治法 飲食宜簡單，且忌脂肪。若有胃卡他，宜設法療治。服甘汞一劑繼服鹽類瀉藥以通大便。但不可使大瀉。每日用九十五度(三十五)之水洗胃，極有用。鋸劑、重碳酸鈉俱可服。鹼性礦泉水宜多飲。新法，用硫酸鎂百分二十五之溶液

引入十二指腸，使輸膽總管弛緩，以便多量之膽汁得由膽道流出，極有價值。用此法後，病之時限大可縮短。

(二)慢性卡他性膽管炎(胆管之慢性卡他)

CHRONIC CATARRHAL ANGIOCHOLITIS (*Chronic Catarrh of the Bile-ducts*)

此病無論因胆石、惡性病、狹窄或外壓而起，每兼輸胆總管梗阻，有兩類：

(甲)輸膽總管完全梗阻 Complete Obstruction of Common Duct. 此類之胆道大擴張，總胆管大如拇指或更大，胆囊及肝內胆管多擴張。管及囊內之物皆無色清粘液，各處之粘膜滑而不腫。清液內大概無細菌。如兼慢性黃疸，則常不發熱。

(乙)輸膽總管不全梗阻 Incomplete Obstruction. 胆管受壓，或內有單粒或多粒不定之胆石。膽道不甚擴張，所含之粘液濁而染胆色。胆囊罕有大擴張者。生石者甚多。

症狀 此類膽管炎之症狀有時極易於認識。最常兼患所謂間歇性肝熱；屢起寒戰，發熱，並流汗。此寒戰，發熱及流汗諸狀未必俱與化膿有關係。

(三)化膿性及潰瘍性膽管炎

SUPPURATIVE AND ULCERATIVE ANGIOCHOLITIS

此即胆管患瀰慢性化膿性炎，累及大小管。多兼膽囊之膿性病。無論何種胆管之傳染，培養其十二指腸中所含之物，或可察明其致染之微生物類。

原因 此病係胆石後患之最重者。間或因急性傳染性胆囊炎而起；然此甚罕見，蓋急性傳染性胆囊炎之囊管多閉塞故也。有時因胆管生癌，或有外物如蛔蟲或魚骨等而起。或

因膿性門靜脈炎蔓延所致。又有極少數之病因急性傳染病如肺炎及流行性感冒而起。

總胆管大擴張，大如食指或拇指；管壁增厚，或成癭而通至胃，大腸或十二指腸等處。肝管及其肝內諸枝俱擴張，內含雜胆汁之膿。剖肝察視，則見小膿腫，此即擴大化膿之諸管所成。胆囊常膨脹，滿貯膿，而與毗連各處粘着，或且穿破。

症狀 症狀常極重。患者先有胆石及膿毒性熱，肝腫而觸痛，胆囊增大，白血球增多諸狀，係其特徵。常有黃疸，輕重不一。微痛。體漸瘦而力耗。近見一病人，發腮腺炎而不化膿。

治法 凡治胆管之傳染，食物須簡單而多飲水。可用六咪四銨(黑克薩民) hexamine 足劑量。有時施胆囊排液手術亦佳。並可試用十二指腸培養物所製菌液之接種法。

(四) 急性膽囊炎 (膽囊急性炎)

ACUTE CHOLECYSTITIS (*Acute Inflammation of the Gall-bladder*)

原因 胆囊之急性炎多因細菌侵襲而起，有無胆石不定。病分三種，即卡他性、膿性及膿性蜂窩織炎性是也。病況甚危重，或致命。並或宜速用外科手術療治之。

急性膽囊炎之無胆石者係細菌侵襲而致。大腸桿菌，腸熱桿菌，肺炎球菌，葡萄球菌及鏈球菌為最多。患腸熱病之胆囊多染腸熱桿菌，已如前述。許多病案菌或發見於膽囊壁而其含有物中則無之。

膽囊病況 胆囊常膨脹而其壁緊張，或與大腸或網膜相粘連。在急性期內，粘膜每腫而粘素 mucin 增加。迨病勢漸進，粘膜遂變厚而上皮脫落，且有壞死之處，絨毛則因過長甚而凸出，形如楊梅。又因其管梗阻及化膿傳染，或成急性壞死

性胆囊炎 acute necrotic cholecystitis, 而有驟速穿破之患, 或成慢性膿性胆囊炎 (即胆囊積膿)。

症狀 初顯症狀大概為逐陣而發之重痛, 在腹右之肝部者為最多。在腹之上半部或闌尾所在之部位者亦有之。繼則常起惡心、嘔吐, 脈速, 發熱, 虛弱, 腹膨脹而壁強直及普遍性觸痛漸變為有定界諸狀。然此類病之無胆石者則罕有黃疸。局部性觸痛極甚, 但其位置或無定。若胆囊與腸粘連而發炎, 則多顯腸症狀, 甚或糞及氣皆不能出。胆囊之膨脹有時或可捫覺。其後有時積膿。

診斷 此病之診斷非易, 其症狀或不足證明腹何部受惠。有時誤認為闌尾炎或急性腸梗阻。醫士宜據病之經過情形以資診斷。病之在腸熱之恢復期或患肺炎後或繼前患之胆囊炎而起者, 症狀易辨。胆囊炎之類別每不能區分。急性化膿類及膿性蜂窩織炎類之症狀大抵較重。且胆囊易穿破, 致成局部或普遍之腹膜炎; 若不急用手術療治, 甚或致命。

另有一種急性胆囊炎, 或屬染性類; 患者胆囊部屢屢作痛。初或認為胆石, 而施手術後則僅見增大之胆囊滿貯胆汁及粘液, 粘膜或亦腫而炎。患者或先有胆石, 而於未施手術前已排出。

治法 卡他類之輕者, 其炎患每逐漸退去; 病之重者宜用手術, 手術之收效甚佳。凡遇局部微增加, 膽囊增大而可捫覺, 白血球增多及發熱增進者常有施手術之必要。

(五) 慢性膽囊炎 CHRONIC CHOLECYSTITIS

此病有若干不同之類, 例如萎縮硬化性及潰瘍性等類是也。

原因 此病常係從前發作之急性胆囊炎之結果, 或與胆石病伴發。但有時則初起即為慢性, 發源於一種不能致急性發作之頑梗傳染。有時或與胆管之慢性傳染伴發。

病理 胆囊大抵膨脹，內含濃厚之胆汁及粘液。囊壁或增厚。粘液膜或萎縮，有時胆囊小而硬化，或有密集之粘着塊圍繞其四週。胆囊淋巴管及胰腺淋巴管之關係對於辨明此兩器官之傳染之聯合，頗為重要。

症狀 此病之症狀大致與胆石病所現者相同，故有時竟不能作鑑別診斷。或顯急性痛，但此病之痛常較輕（由於濃厚粘液通過胆管所致）。在間歇期內，胆囊部或完全無觸痛。胆囊間或可以捫着。特別重要事項為多顯胃性症狀。此外另有一種慢性胆囊炎不兼胆石，而與慢性小葉間胰腺炎併發者。其主要症狀為胆囊部作痛，但不膨脹，且其慢性胰腺炎不常有臨診之徵兆。此病之發作或係回歸性；在間歇期內，顯絞痛，不康健及胃性受擾狀。

治法 此病之藥治法與治胆石者大致相同；食物須簡單，飲水須多量，大便須通暢，並作有規則之運動。柳酸鈉及黑克薩民有時有效。早餐前服瀉鹽頗佳。至於是否應用手術，則必須視症狀之輕重及妨害健康之程度而定。有時胆囊與結腸，十二指腸及幽門之間或粘着；此則宜用X光線檢查，然後再定是否應施手術。若胆囊有慢性化膿之證據，則須施手術，且不可遲緩。

(六) 膽道之癌 CANCER OF THE BILE-PASSAGES

多寡 凡胆囊及胆道之施剖割術者三千九百零八醫案中，有癌者八十五，約佔百分之二有奇。女子較多，男女之比例約男一女三；而胆道癌之有胆石者佔四分之三。患處大抵先在胆囊底。

症狀 若胆囊受累，每有腫瘤可捫着。腫瘤着生之勢向內斜下至臍，大小不一。有時因胆囊大膨脹，或接近之各處受

累，致瘤極大。胆囊大抵皆堅硬。黃疸及痛係緊要之症狀；黃疸常由肝受累所致。其痛間陣而發，每甚劇烈。痛陣間歇之際痛及觸痛不全止。患者消瘦，有時發熱並出汗。迨肝受患，則所顯係肝癌之症狀。

胆囊之原發性癌較少，所成之瘤可以扪覺者甚少。瘤着生之處常在總胆管。癌初起時，常顯沉重而恆久之黃疸。胆囊因總管被癌所塞，故常增大。增大之胆囊甚或破裂。除用手術檢查外，診斷極難。

(七) 膽管狹窄及梗阻

STENOSIS AND OBSTRUCTION OF THE BILE-DUCTS

狹窄 Stenosis. 狹窄或完全閉塞有時繼潰瘍而起，而其最常見者每在下胆石後發生。此等窄處常在總胆管之下端。然此病甚少。又外物如果核，間或如蛔蟲入管，亦能致窄。

梗阻 Obstruction. 因胆管受外壓而梗阻者較多。胰腺頭之癌或其慢性間質性炎及幽門之癌皆能致胆管末端受壓。又因胃癌或他腹部器官之癌而起之繼發性肝淋巴腺病亦係胆管閉塞之一種尋常原因。至於因腹短動脈之枝所生動脈瘤及腹部大腫瘤之壓力而梗阻者，則甚少。

症狀 所顯者即慢性梗阻性黃疸之症狀。其始肝常增大，惟慢性者或變小，且作深古銅色。肝間歇性熱雖不常伴胆管全閉而起，然多隨慢性胆石塞管而發作。如胆管恒塞，則必致命。大概致梗阻之病况足以致死。肝之不增大者現硬化之輕徵。其因成癥而閉塞者或纏綿至多年。

診斷 若顯疲痛，輕重不一之黃疸，間陣突發之痛及間歇性熱等狀者，則係胆石。因生癌而梗阻者，腹上部或有瘤可扪。凡肝橫竇（肝門）淋巴腺之成癌者，其原發性癌則或在骨盆內

器官，或在直腸，或係胃生小瘡而無甚症狀。此當驗其他處之淋巴腺以資診斷。又鎖骨淋巴腺受累之狀亦可為診斷之證。輸胆總管梗阻則胆囊常增大，惟胆石類則否。肝逐漸增大，且有黃疸及恒久不甚高之發熱等狀，多因瘻患而起。

先天性膽管閉塞 Congenital Obliteration of the Ducts. 此係甚少見之類。早顯黃疸，然亦有遲延至十至十二日以後始顯者。此類黃疸屬進行性，且色甚深。病兒十分之五顯皮膚出血；此則係由腸胃道或臍帶而來。此病十分之五在第一个月即致命，能活至五六個月者已較少，能延至十至十二個月者則更少。

(六) 膽石 CHOLELITHIASIS (*Gall-stones*)

膽石之來源 Origin of Gall-stones. 共有三種成胆石之機能：(一)傳染；(二)壅滯；(三)血之胆脂素的含蓄。

(一) **傳染**。此亦可分為三類：(甲)血因性 hematogenous，此係最常見者；(乙)由於肝之排泄；(丙)逆行性 retrograde。血因性傳染或起於身體他處之一傳染病竈；例如有時闌尾之病可以致此是也。胆囊係細菌類易於生殖之一地點。鏈球菌、葡萄球菌、肺炎球菌、大腸桿菌及腸熱桿菌等皆可在各種情況不同之胆汁內繁殖。腸熱桿菌能在胆囊內作無期限之寄居，且在胆石內部可以作純種之培養。據實地試驗報告，注射微生物入動物之胆囊，即能使囊內發生胆石。凡伴傳染而發生之胆石，其成分大抵為鈣鹽類。

(二) **壅滯**。此則每與胆汁之濃厚情狀同顯，且或發生沉澱。因是先結成一核，而他質乃屯集於其上。若胆石僅係胆汁色素及鈣結成之類，則胆囊不受患。至於胆汁之濃厚，則懷孕及急性傳染病等與之有關係。

(三) 胆脂素 Cholesterin. 凡胆石病之百分之七十五,其血之胆脂素含量皆增加。有時此等情狀或係暫時的,迨認定已有胆石時則退去。此項胆脂素,其來源不一,或屬外生性,或屬內生性。在患腸熱病期內,每顯血之胆脂素增加。所以知胆脂素能致胆石者,蓋有鑒於許多患胆石病人之胆囊無菌。且若胆囊內有一外物,則嗣後或發生傳染;此亦係顯而易見者。研究胆脂素石病案之結果,証明有傳染源流者極少。至於胆脂素石之形成,則有三種情狀:(一)為血中之胆脂素增加;(二)為肝之胆脂素性分泌增多;(三)為胆汁濃厚而致有物質沉澱。

地理之關係. 此病美國較德國少;英國較歐洲大陸少。

年齡. 四十歲以上患之者佔百分之五十。二十五歲以下者則少。然小兒及新生兒亦有患之者。

男女. 患者四之三為婦人。大概因懷孕所致。其在生產後患者,佔十分之九。

凡足致胆囊內之胆汁停滯者,易起胆石病。如內臟下垂,腎下垂及工作必需屈身者是。然不運動身體,慣於靜坐,飲食無度,大便秘結及精神抑鬱者亦易患之。

膽石之形性 單粒類形多卵圓,或甚大。最大者或長至五寸有奇。多粒類少則二十,多至數百數千,惟皆小。其數畧多,則彼此互壓,作多角形而具滑面;有時則有中等胆石五六粒,形圓或卵圓而無滑面。或作桑椹形而色黑,其質多為胆汁色素。有時石小而粗,色黑,作無定形,小如沙,大似小彈子。此種胆石亦稱胆沙。破石察視,則中有一核;此核即胆汁色素或外物所成。胆石之一大部分為胆脂素或全係此質列成環片。然亦有含鈣及鎂之鹽類,胆酸,脂肪酸及銅鐵少許者。胆石之含胆脂素者佔全數百分之七八十,或為結晶體,或無定形。有

時純係此質，而其兼含胆汁色素者實尤多。石之外層大抵較堅，其色微棕。

形成之位置 或在肝內，然此處所生之石俱小而不多，形卵圓，色黑綠。形成在囊內者最多。在大管之石大抵係胆囊所生。

症狀 胆石病之無症狀者甚多。蓋胆囊內可容石極多，且無定期，據剖驗所報告，凡婦人六十歲以上之患此者佔百之二十五。其主要症狀如下：

(一) **膽石痙痛** Biliary Colic. 胆囊管及總胆管雖為石所塞亦不定作痛而顯重狀。其因胆石由胆管經過時激成重狀者較多，即所謂胆石痙痛是也。病起時右季肋部突發大痛，影射至肩，有時起於腹上部或胸下部。其痛非常劇烈，病者每打滾嘶號。初多寒戰，熱高至一百二三（三九至三九五）度。且嘔吐，多汗，血流弱甚。肝部受按，則有觸痛。肝或增大。胆囊或可捫著，按之甚痛。有時熱更高。脾大。尿含蛋白及赤血球。或謂急性胆囊炎兼胆石而起者係胆道被桿菌所染。急性傳染性胆囊炎之狀與胆石痙痛極類似，故外科醫士多誤治以胆囊造瘻術，蓋以為其內必有石也。患者多黃疸，然此非要狀。蓋胆石經過囊管時無黃疸狀，惟石留塞總胆管者方有之也。

病之時限無定。或數點鐘，或數日，或一星期有餘。若石塞在總管口，則黃疸狀或極重，但多暫而輕。其痙痛或間時而發，然終則石即經過而症狀速退。

有時或有意外之變，如胆管破裂致腹膜發炎而死。或痙痛發時昏倒而死。又或屢患驚厥。然此俱罕視。

急性肝痙痛（即胆石痙痛）大概易於診斷。患者腹上半及胸諸部俱痛，惟腎石痙痛則腹下部作痛。胆石痙痛多易誤

作胃痛。然其寒戰兼發熱狀則較胃痛爲多。要當察其先曾否發疾；又顯黃疸狀雖輕，每可爲胆石痙痛之確證。尋覓胆石之法當以水調勻其糞，再以密篩細濾之。婦人神經不穩者多起假胆石痙痛 pseudo-biliary colic，每誤斷爲胆石。此種神經性肝痙痛或間期而發；其痛狀或偏在右側而射出；或兼神經官能性症狀而起。此則每因感情、嗜慾及勞力過度所激成。肝受按，或亦痛，然無黃疸及炎患。痙痛黃疸並起者，係胆石之特狀，然不常見。痛狀有時不作痙痛類；如此，則痛益無間而其痛如拉扯。胆石痙痛有時兼生胆道黃色瘤。有時或顯腸胃氣脹，食物反流及食後辛苦諸胃症狀。慢性胆囊病之粘着及穿破者，其症狀似潰瘍。膽石之有無或可用 X 光證明之。

(二) 膽囊管梗阻 Obstruction of the Cystic Duct. 所致之病患如下：(甲) 胆囊擴張。急性梗阻類，囊內之胆汁雜有許多粘液或粘液膿。慢性梗阻僅有清粘液。診斷時宜詳辨，蓋腫大之胆囊或成大瘤也。其液或爲鹼性，或中性，稀薄如粘液。常含蛋白質。囊或極大，致誤爲卵巢腫瘤。可在肝之邊緣下捫着，常向下凸出。雖有時偏向腹中線，然罕有偏向左右者。甚或凸至臍下，腹壁薄者擴張之囊形每突露。有時不顯黃疸狀；脹大極甚者尤然。如胆囊滿貯胆石，而囊壁又不甚緊，則或有胆石擠擦聲可辨。然腹壁不甚弛緩，則此聲多不可辨。病人從未顯胆石症狀者，或亦有此病。

(乙) 急性胆囊炎。此病普通爲單純類。大抵胆石症狀多因此炎而成。

(丙) 化膿性胆囊炎。此卽胆囊積膿，較急性炎更多，兼胆石而起者甚衆。或擴張極大，所積之膿或至一立。穿破而致附近處成膿腫者亦不少。

(丁) 胆囊成鈣鹽 每係膽炎之終局，有兩類：(一)粘膜為鈣鹽所蓋而成殼；(二)其壁為鈣鹽所侵，即所謂骨化者是也。

(戊) 胆囊萎縮 此病亦不少。其囊縮為纖維組織小塊。

(三) 輸膽總管梗阻 Obstruction of Common Duct. 管中不論何部，或僅有單石緊塞，或有數石排列塞之。有時延入肝管及胆囊管。可分三種：(甲) 總管永久閉塞 Permanent occlusion. 此因單石緊塞所致，然甚罕見。此石或半藏於胆囊管，以致兩管相連之處增厚；有時係巨單石壓在肝管或總胆管之上端。所顯黃疸沉重而屬慢性，無染菌狀。其作痛，先有痠痛及胆囊不大等係與贅生物梗阻不同之狀，然亦不定。諸管大抵甚擴張，各處俱含清而似粘液之液體。

(乙) 輸胆總管不完全梗阻兼傳染性炎 Incomplete obstruction with infective cholangitis. 總管之內生數石或一能動之單石或在總管口凸處生單石(球形活栓石 ball-valve stone). 或在未死前無胆石症狀，剖驗時始得見之；然顯症狀者居大半。

總胆管之大小或與拇指相若；肝管及肝內之枝或甚擴張，惟胆囊大擴張者則少。胆管粘膜大抵滑而清，其所含之物係畧濁而稀之膽汁色素粘液。

總胆管有石，其表徵有八：(一)囊內久有膽汁，或間時有之；(二)輕重不一之黃疸；(三)肝大如常，或畧大；(四)胆囊不膨脹；(五)脾增大；(六)無水腹；(七)發熱；(八)黃疸纏綿至一年以外。

球形活栓石雖有時在總管本處，然在總管口凸處者最多。此則另有特別症狀如下：(一)似瘧之陣發性寒戰，發熱及出汗；所謂 夏科氏肝性間歇熱 hepatic intermittent fever of Charcot 者是；(二)輕重不定之黃疸，此則纏綿數月或數年，每發一陣後病即加深；(三)當發作之際，肝部作痛兼胃受擾。以上所述各症狀時瘧時發，或纏綿三四年之久而不成膿性膽管炎。此病自八

閱月甚至經三年，久暫不定。所顯之寒戰極重，體溫度高至百零三五（三九·五至四〇·五）。有時每日復發寒戰，至數星期之久，且或似二日瘧或三日瘧之類；故雖與瘧無關係，而多誤認為該病。所顯之黃疸輕重不定，隨發作陣後加深。癢或極劇烈，痛有時重而似澆，然不定常顯。或有嘔吐及惡心。大概無身體康健之進行性毀壞。當病發作之間期內，體溫如常。依臨診之經驗及剖屍之證據而論，此病或纏綿多年而胆管內絕不化膿。大約其中毒症狀僅在達一定度時始發顯。又胆囊不擴張，係因胆石而梗阻之唯一診斷要證。

(丙) 輸胆總管不完全梗阻兼化膿性膽道炎 Incomplete obstruction with suppurative cholangitis. 此則粘膜炎，多糜爛或潰爛；或肝內諸管患廣布之化膿或胆囊積膿。有時膿患蔓延於管外，致有局部膿腫，或胆囊穿破而肝胃之間成膿腫。

其臨診症狀即發熱。熱或為間歇類，但弛張類較多；其間歇之時不久。比夏科氏熱之黃疸較輕，發熱後其色不加深。肝較大，受按則有觸痛。血染膿菌之狀較重。病程較短，而無法醫治。

(四) 膽石遠患 Remote Effects of Gall-stones. (甲) 胆瘻 Biliary fistula. 此亦不少。胆囊與肝管或相通。胆囊與肝內腔亦然。總胆管與門靜脈穿瘻者少。瘻穿入腹腔者則較多。胆路及腸胃道穿瘻者常見；穿胃者少，而穿十二指腸者則多。大膽石之出路或即潰穿十二指腸或大腸，亦未可知。尿道亦有時成瘻，致膀胱內有胆石。胆路及肺成瘻者亦有之。胆汁或隨痰咳出。諸瘻中以皮瘻管為最多。在臍部穿瘻者最常見。所出之胆石，少則一二，多至數百。凡一百八十四案中，瘻瘻者七十八。(乙) 腸之梗塞。此已詳上文。腸梗阻者二百九十五案中，為胆石所梗阻者有二十三。

治法 患胆石痠痛者，宜注射嗎啡，每劑四分之一厘（〇・〇一五克）。如痛苦過甚，可先稍吸哥羅芳，待嗎啡見效為度。又用熱浴法，或肝部敷以熱濕布，俱佳。宜服輕瀉藥，並多飲鹼性泉水。至於胆石，則無藥可溶解之。飲食宜注意，忌澱粉類及糖類諸物。病人宜運動身體。如欲防胆汁變濃成石，當服鈉鹽類如鈉之硫酸鹽或磷酸鹽，每日服一二錢 sod. sulphas, sod. phosphas 4—8 gm. 若皮癢難忍，可用澱粉一兩，樟腦一錢半，氯化鋅半兩 amylum 28, camphor. 6, zinc. oxid. 14 共研粉撒之。或敷澱粉，或浴濃鹼熱水，或注射疋羅卡品八分之一厘至六分之一厘 pilocarpin 0.008—0.01 於皮下，或服安替派林五厘 antipyrin 0.3, 均可試用。用魚石鹼及羊毛油軟膏 ichthyol and lanolin unguent 或薄荷水軟膏 ung. menthol. 塗抹，有時見效。

今外科治胆石之法大有進境。法即剖開胆囊而取其石，或割去胆囊。凡宜用手術之症候有四，論列如下：（甲）屢起胆石痠痛。此種病人用手術治之，較服藥為妙。（乙）胆囊膨脹而痛，或發熱。（丙）胆石恒久梗阻總胆管者，則應用手術與否宜與外科醫士商酌而後行。（丁）膽道受傳染或患膽石而致多時不健康或胃受擾者亦宜即予施行。

手術之成效極佳。惟施行後，病人間或有膽石再生之可能性。割除後膽囊石或形成於肝管中。

(七) 肝之硬化病

CIRRHOSIS OF THE LIVER

概說 此病之種類雖多，而有一公共之要點，即肝結締組織增多是也。

原因 足以致肝硬化之原發性損害有五：（一）中毒性硬化，（二）傳染性硬化，（三）色素性硬化，（四）梅毒性硬化，（五）酒精性硬化。

臨診類別 臨診上分 (一)門靜脈性硬化, (二)肥大性硬化, (三)梅毒性硬化, (四)被膜性硬化五類。茲據臨診類別分述之:

(一)門靜脈性肝硬化 PORTAL CIRRHOSIS

原因 中年人嗜酒者患此最多。穀酒,燒酒及勃蘭地酒較啤酒尤易為害。故凡銷售燒酒之國此病較多。梅毒亦為致此病之重要原因。

小兒之患肝硬化者亦復不甚少。可分三類,即中酒精毒及梅毒或傳染病性毒三者所致。

病理解剖 此病有二類:

(甲)雷內氏萎縮性硬化 Atrophic Cirrhosis of Laennee. 肝變至極小或變形。重率或僅一磅,或一磅半。肝面多肉芽。肝質堅硬,割之甚難。其物質係綠黃色之塊,而有灰白色之結締組織圍繞之。

(乙)脂肪性硬化 Fatty Cirrhosis. 凡萎縮性硬化,其脂亦增多,然標準之脂肪性硬化則肝增大,面滑或畧生肉芽,缺血,肝色淺黃白,且如尋常之脂肪性肝。然其質硬,難割,檢以顯微鏡,則見結締組織增多。此類最常見於飲啤酒者。

肝硬化之要患即肝細胞消滅及門靜脈血循環梗阻。

萎縮性肝硬化剖檢時,腹膜常積液而膜不透光,胃及小腸俱患慢性卡他。脾大。腎或變硬。胰腺間組織改變,肺底為水腹之液體所壓,而心組織多壞變,且常顯動脈硬化。有時此病兼急性結核病而起。剖檢肝硬化病屍,有染結核病之徵者佔百分之二十八。

門靜脈系統之血流雖受阻，然有代償性側枝血循環補其缺。此等血管之類別如下：（一）門靜脈副系統之重要枝管經過肝之圓韌帶及繫韌帶內，而與腹壁靜脈及胸壁靜脈相連。此類血管密而小，或係單巨靜脈，大如小指，從肝門而起，經過肝圓韌帶，在臍部與腹壁靜脈相連。而此副系統之餘枝則列於胃肝網膜及膽囊附近之處。其最要者列於肝繫韌帶內成大枝，與膈靜脈接通而連合胸後靜脈。（二）食管與胃之靜脈相通。惟食管下端諸靜脈有時過大，則致靜脈曲張而凸出於粘膜面。（三）痔靜脈與系膜下靜脈相通。惟此相通之勢極無定，有時痔靜脈不甚脹大。（四）門靜脈與腹膜後靜脈之連枝相通，而該膜後靜脈每過大，近腎之處益甚。門靜脈之血即由此後靜脈入下腔靜脈。

症狀 萎縮性肝硬化之最重者或無症狀。如側枝血循環能補償門靜脈功用之缺，則其人無甚恙。如門靜脈恒塞，則側枝血循環之功效甚著。此病之症狀分受阻及中毒兩類。

梗阻狀 Obstructive Symptoms. 門靜脈血流受阻，則腸胃之血管充血，致成慢性卡他；患者惡心，嘔吐，清晨更甚；舌有苔，大便則瀉否不定。嘔血或係病之初狀；所嘔多而常復發。然無致命之虞。有時嘔血之多，駭人聽聞；七日之內多至十餘磅。嘔血後常下黑糞；有時患大便下血數年，竟不嘔血。所吐之血因食管靜脈曲張而發者甚多。常有鼻衄。脾常膨大，可扪着。若腹前靜脈及胸直靜脈膨大及起痔患，則係側枝血循環成立之明徵。至於胸下部膈肌附麗處之小靜脈膨大，在肝硬化病中不甚明顯。代償性側枝血循環有缺，其最重之狀為水腹；此係漿液忽然滲入腹膜腔之故。而如何成水腹之情形，則未詳。腹漸膨脹。容水之積有十五至二十立之多。或先患足之水腫，或兼水腹并起。全身水腫則少。

所顯黃疸常輕。凡二百九十三肝硬化病中，顯黃疸者得一百零七。皮常帶微黃色。尿常少，尿酸鹽多，且有蛋白少許。如黃疸沉重，則尿有管型。或始終不發熱，然亦有發熱至百度百零二五（三七·八至三九）度者。病之初期肝或增大而觸痛。許多門靜脈肝硬化病人之肝自始至終增大，且無論肝之增大縮小，其病程及臨診狀大抵相同。病發之初狀係消化不良，嘔血，微黃疸及神經性症狀；後此，則病者顯肝病之面容，枯瘦，眼凹，含淚，鼻頰俱顯小靜脈之擴張，而面皮微黃。增大之腹上，血管膨脹，臍周圍有膨脹之靜脈。有時腹上部或靜脈曲張處有靜脈鳴，venous hum 伴顫動而起。皮上或顯奇異之血痣，有二類：（一）蛛腳形痣 spider angiomata，每在面、頸、背等處發生；（二）斑片痣 mat nevi，在皮上相聚而生，致皮成紫紅色之區，此因小靜脈曲張而起。苟欲細查其內臟，則當抽出腹內液，然後施叩診法。肝之暗響處變小，而在中線之處尤然，重按之，肝邊可捫覺，即其堅硬之面，亦有時可捫着。脾亦可捫覺。肛門或有痔。

中毒狀 無論萎縮性肝硬化在何時期，病者俱顯大腦症狀，或係喧噪之譫妄，或係昏迷，甚或係驚厥。有時誤診為尿中毒。至於所中何毒，則莫之知。既無黃疸，又非膽血病所致，病者有時在入醫院戒酒數星期後乃顯此狀。

脂肪性肝硬化之症狀或與萎縮性肝硬化相似，然其潛伏者較常見，每在剖屍檢查時始知之。凡臨診時斷為肝硬化而膨大者，其實多係脂肪性變類。

診斷 苟病者平日嗜酒，又顯水腹，肝病面容及腸胃出血狀者，皆不難診斷。腹水抽出之後而脾大者，其肝或不可捫覺，或堅大而隆起。此則大概係患肝硬化病。初起肝大之時，每難斷定其係硬化肝抑係脂肪性肝。尋常之肝硬化與梅毒性肝硬化區別較易。若病者有梅毒性來歷或梅毒損害及肝之

面或邊作不規則形者，即梅毒性肝硬化之狀。門靜脈之血栓形成或閉塞每難於與肝硬化區別。肝硬化有時或兼患血栓形成，而其特狀為速起之水腹。

豫後 病之結局危。側枝血循環全通，則病者或可無症狀。余嘗見患肝硬化者三人，皆因他病而死，俱未嘗顯肝病之狀。有時肝膨大，微黃疸，顯大膽症狀，甚或嘔血，繼則肝變小，症狀盡退而多年無恙。又有或因梅毒而起者，用放液刺術數次後，症狀盡退而癒。水腹為此病之重狀，其起因於肝硬化而非起因於腹膜炎者益危。

(二) 肥大性肝硬化 (罕我氏肝硬化)

HYPERTROPHIC BILIARY CIRRHOSIS (*Hanoi's Cirrhosis*)

凡萎縮性肝硬化初起時之肝硬化兼增大，中酒精毒性肝硬化兼脂肪化之肝增大以及梅毒性之肝增至極大皆與肥大性肝硬化不同。

原因 此病之原因今仍未悉，與酒無甚關係。患者男多於女，大概皆青年。

病理解剖 肝大重可二千至四千克。其形不變。其面滑，或生小肉芽。病久者肝色深綠而質堅。脾大甚，有重至六百克或更重者。

症狀 病者為年輕之人，男多於女，且非嗜酒者。其症狀如下：(甲)為一可纏綿四年至六年或十年之久之顯著的慢性病。(乙)黃疸，大概輕微。然在病程之內，無論何時，或發沉重之黃疸，且兼高熱及譫妄。尿含膽汁。糞色不似梗阻性黃疸之灰色，但色或甚深。(丙)肝部有間發之痛，重者或伴有惡心及嘔吐。其痛有時輕而似拉，有時甚微而不甚可辨。痛後

則黃疸或加深。(丁)肝增大。施望診法,可見其凸狀。按之,面滑質堅,邊硬而顯。膽囊不增大。施叩診法,則顯實響之處擴大,或自第六肋骨至臍之水平線間皆是。(戊)脾增大,易於觸覺,且極硬。(己)常無水腹及腹皮下靜脈之擴張。此外則有時出血。眼或出血;皮或生紫癍兼尋麻疹。發熱不甚高,痛時則加增。白血球之數或增多。病者之右肩及身體右側作被拖下之姿式。致死兼顯沉重之黃疸乃因出血,或間發傳染病,或患重惡病質所致。小兒所患肝硬化一部分屬此類;脾或增大甚。

(三)梅毒性肝硬化 SYPHILITIC CIRRHOSIS

詳見梅毒章。

(四)被膜性肝硬化又名肝周圍炎

CAPSULAR CIRRHOSIS—PERIHEPATITIS

肝被膜(筋衣)之局部炎常見於各類肝病。今茲所論,係肝被膜全部變至極厚,同時肝又縮小,而結締織則不定增加。慢性脾被膜炎及慢性增生性腹膜炎大概常同此病而起。腎亦常硬。症狀與門靜脈性肝硬化所發者無殊;水腹易於再發。罕有黃疸。診斷時,此病與萎縮性肝硬化難於區別。

肝硬化病之治法 TREATMENT OF THE HEPATIC CIRRHOSIS

肝之門靜脈官能或大受累,然與身體無大碍。有患硬化性萎縮甚而無症狀者。側枝血循環成立,則病者無恙。肥人類則血中毒即其特別之危患,且無療治之法。酒精性類當就醫時每在症狀已成之後,因遲緩之故而難於療治。如或早發黃疸或嘔血,病者即因是而戒酒,亦自救之一法。飲食宜簡單而多飲水。不時服碘化鉀,或可獲益。如水腹既成,則病勢已

危。腹液不多者所食之物宜少液類。食鹽切不可食。但宜服瀉鹽類藥。梅毒性肝硬化較易療治，可用碘化鉀中等劑量或汞劑治之。凡有梅毒病來歷，乏色曼氏反應及肝面作不規則形者，皆嘗試用此項治法。

外科治法 (甲) 放液刺術 Tapping. 如水腹增重，須早用空針導出其液。但須注意，蓋有時每致出血，或致急性腹膜炎，或刺處發丹毒(瘡)；或施術之時精力突然虛脫。細管連續導流術 continuous drainage with Southey's tubes 則不甚獲益。(乙) 腹切開術 Laparotomy. 此即剖腹而盡去其液，且摩擦腹膜使之粘着是也。(丙) 網膜縫合術 Omentopexy. 縫合網膜與腹壁，可用以通門靜脈及腹壁靜脈間之側枝循環。此術有時奏效。

(八) 肝膿腫

LIVER ABSCESS

原因 肝內化膿，或在主質，或在血管，或在胆管，每在下列病況中發見之：

(一) 熱帶膿腫 又名 單獨膿腫 Tropical or Solitary abscess. 此常繼阿米巴痢而發。歐美人之僑居印度者常患之，嗜酒及冒盛暑者尤甚。然無痢疾之來歷者亦復有之。曾見數致命之案，病者之大腸毫無病患。此類與阿米巴痢之關係已見痢疾章。自厄米汀療法行世後，病數已大減。

(二) 外傷。受傷間或爲此病原因。受傷之處大概在肝頭受傷者亦或致肝膿腫。

(三) 栓塞性或膿毒性膿腫 Embolic or pyemic abscesses. 此類最多，每因普遍性膿毒血病或繼門靜脈區域內之化膿病竈而起。其傳染之源於大血循環區域者，傳染物或循肝動脈而至肝；然有時則不經肺，而從下腔靜脈及肝靜脈至肝。因門靜脈

而受染者較多。此即繼痢疾及他種腸潰瘍性病患，如闌尾炎，間或如腸熱，直腸病患及骨盆內之膿腫等而起者。所生之膿腫為多數性，大概在門靜脈枝內，所謂化膿性門靜脈炎是也。

(四) 因胆石間或因寄生物激胆管發炎之化膿性胆管炎致肝患膿腫者亦不少。如肝患結核，有時於肝管首受其患，而成多數性結核性膿腫，內含胆色膿。

(五) 外物及寄生物。有時誤吞針，從胃或食管入肝致生膿腫。又針或魚骨穿入門靜脈或其枝所致之門靜脈炎亦能發生之。肝內之包蟲囊 *echinococcus cyst* 常致化膿，蛔蟲及肝瓜仁蟲之穿傷處亦有時致化膿，然較少。

病理解剖 (甲) 單獨膿腫 已詳阿米巴痢節。

(乙) 膿毒性膿腫 *Septic Abscesses*. 此類膿腫屬多數性，然亦有許多小膿腫合成大單獨膿腫者。

患化膿性門靜脈炎者，其肝一體增大。肝被膜滑，而外面或如常。剖檢之，則顯並列而不相通之膿袋，其形或圓，或有分枝，膿受捏即出。有時肝內門靜脈系全受累；或內結血栓而致塞。其化膿或延至門靜脈幹，或至系膜靜脈及胃靜脈。凡膿性胆管炎，大概有胆石梗阻之患，管大膨脹，胆囊增大而滿貯膿，肝內之管脹甚，其形狀與膿性門靜脈炎所顯者相似。有時多處化膿點融合，故其膿腫呈海綿狀。包蟲囊附近之化膿區或極闊，致為巨膿腫，膿腫內有囊膜之碎片。

症狀 (甲) 大單獨膿腫 膿腫有時隱匿，而不易察見，經一全無明顯症狀之病程；或破裂，而突然致命。

肝膿腫之要狀為熱、痛、肝增大及全身膿毒性狀。病之初期發熱高，屬間歇性或膿毒類。體溫甚不規則，或數日如常，甚或降低；繼則突起寒戰，熱度即高至百三(三九·五)度以上。此種間歇性發熱每易誤認為瘧。有時熱度每在下午增高而無

寒戰，常多汗，睡時益甚。慢性肝膿腫發熱或輕或無熱。膿腫穿傷及肺，則病者於體溫已如常後數星期咳出其膿。痛狀不定，大概在背或肩處；右季肋部或痠痛。向左側臥，則有似受重拉之感覺；故病者每向右側臥。按肝部，則作痛；重按乳頭線及肋下邊交點之處，其痛特甚。

肝之增大在右葉較顯。因膿腫常在肝之上面，故其增大之勢每向右而上，不似癆及他種致肝大之病之向下。叩診胸骨中線及副胸骨線，其實響處或如常。在乳頭線叩之，則實響處較高；腋中線之實響處或延至第五肋骨。而近脊處之實響處幾與肩胛骨角相齊。然亦有不顯此徵者，例如膿腫生於左葉者是。肝或甚大而致右肋凸出，或肝邊伸出肋下邊外至一掌之闊。其面滑。捫之，覺痛。深呼吸時或有震顫。有時按之或有動浪。肝與腹壁或粘着，而膿腫則穿向肋邊下或腹上部。患者之形容多可為診斷之要證。皮色畧似黃疸，面色白而不清潤，結合膜畧有胆色。顯明著之黃疸者則少。有時腹瀉；驗糞或於診斷有益，糞中有阿米巴，則尤妙。大便或秘結。

肝膿腫穿肺者不少。症狀易辨。有時雖無明顯之穿破，而亦能蔓延過膈，致患膿性胸膜炎並侵肺。其症狀為痙攣性重咳，右肺之底有受累之徵（如實響，呼吸之聲如管而弱及觸覺性震顫加多）；然其最要之狀係有微紅棕色之痰，色似醬油。此色蓋因含血色素及紅血球而成。痰中有多少無定之阿米巴，能顯活潑之變形運動。

膿腫或向外穿破，或穿入胃或腸，間或入心包。病之時限無定。或經六至八星期即死，或纏綿數年。

豫後危，死者佔百分之五十有奇。近年外科手術較善，故可救者亦較多。

(乙) 膿毒性膿腫及化膿性門靜脈炎 依臨診而論，此二類無可區別之點。因普通性膿毒血病而累及肝者，其病並無特狀。如係門靜脈膿炎，則肝一體變大而觸痛，然痛或非顯狀。熱度不規則，屬膿毒類。面容不清潤，或現似黃疸狀。總言之，惟肝增大，扪之微痛及皮微有黃疸三者為肝患之特狀。至於多汗，寒戰，極弱及發熱則與普通膿毒血病無異。

診斷 肝膿腫有誤認為間歇性熱者，最尋常之誤會為癥。然可令病者服奎寧以區別之。如服奎寧而病不退，則此間歇熱即不屬癥性。又癥疾之血中有癥寄生物。膿腫穿入胸膜腔，則胸右部積膿，繼則穿破入肺。肝膿腫及痢疾之症狀不顯者，或誤作肺之積膿或膿腫。當察其膿有無醬油色及阿米巴以定之。肝膿腫向外穿破者則易斷定；然在腹上部穿出，則不易審定其來自肝抑來自腹壁。有時膿腫大，而其粘着又甚堅定，致吸氣時肝不下降者，則探察用針當呼吸時亦不升降。

肝內化膿或與胆石所致之間歇性肝熱難區別。胆石病之有高熱，寒戰而經醫士認為似肝有膿者，剖驗之則所料謬甚。肝膿腫特別之狀即間發熱，兼寒戰，出汗。熱間發之時久暫不一，熱退時黃疸益深，而發熱相間之期全無微熱。全體滋養不受累。病程亦久，或纏綿數年。總之，當知肝膿腫大概係繼發性，故當詳究其病原；或係痢疾，直腸輕潰爛，膿痔，胃潰瘍，或係體之他處（如頭顱內或骨中等）有化膿性病，每可查明。肝之阿米巴膿腫，白血球或不加增；而染膿菌者則或增至甚多。

凡可疑其為有膿腫者，勿論肝大與否，宜以探察法抽出之。針刺處或在腋前線最下之肋間隙，或在腋中線之第七肋間，或在背之實響處中央。當施迷蒙藥，蓋或須施深刺數次也。發見膿後，應即使手術。有時化膿作用雖廣佈，而針竟不能刺着，門靜脈枝膨脹含膿者尤然。

治法 膿毒性膿腫及化膿性門靜脈炎皆不可療治。然某氏曾報告一隨闌尾炎而起之膿毒性膿腫經探察手術後即治癒。若無膿穿頭之徵，切不可施外科手術。痢疾之膿腫大概單獨，故用手術較易獲效。然病者如唾膿，全身狀良好及癆瘵熱（潮熱）不甚者則不必即施手術，蓋多可自癒也。至於普通藥治法，則與治尋常敗血病者無異。

(九) 肝之贅生物 肝瘤

NEW GROWTHS IN THE LIVER

肝瘤或為癌，或為肉瘤，腺瘤或血管瘤。

原因 體內之癌之最常見者，肝癌居第三。罕屬原發性，大概繼他器官之癌而發。成人患之者較常，或謂百分之五十見於四十歲至六十歲間之人。然小兒亦間或患之。男多於女。與遺傳性有關係。或因受外傷而起。胆管之癌常兼有胆石。

病理解剖 癌 (一)原發性癌。有數類。皆不常見。小結形癌類。此即肝生癌性小結，多少不一，散列於肝中。塊質類。其單獨瘤所佔位置甚大，或一葉，或尤大。另有一種為小遷徙性小結。彌散性癌。肝內有小贅生物佈列甚多，兼結締組織肥大。病程驟速，多顯黃疸，脾膨大，水腹及水腫，終則顯中毒狀。(二)繼發性癌 (又名子癌)。此則肝或變至極大，有重三十磅以上者。肝被膜下有癌性小結凸出，可以扪着；如腹壁薄，或竟可由外窺見。大概播散全肝，限於一葉者則少。小結之堅度各有不同；或堅硬，或柔軟。其切面或微灰白，或呈出血狀。血管破裂者亦復不少。繼發癌之構造與初發損害無殊，常為泡狀癌或柱狀細胞癌。常壞變；每變為乾而堅之淡灰黃塊。或變為脂肪，或硬化，又或出血。有時繼以化膿。(三)肝膽管之癌。已詳前。

腺瘤 Adenoma. 亦有原發性繼發性之別。原發者或為多數性，或伴以門靜脈性肝硬化。大多數繼肝硬化而發。其病理係代償性細胞肥大，補償壞毀之肝細胞。其臨診狀況與肥大性肝硬化無異。

肉瘤 原發性肝肉瘤最少。繼發性則較常，如淋巴肉瘤 lympho-sarcoma，粘液肉瘤 myxo-sarcoma 等是。最要者為黑肉瘤 melano-sarcoma，多繼眼或皮之肉瘤而發。其肝大甚，為瘤所逼侵；或其內成大結節數塊，患處之色黑。易於遷徙而生子瘤，或致身體各器官皆患之。有時皮生黑肉瘤結節，則可斷定其為肝病。

肝瘤之別類 最常見者係血管瘤，色微紅，大如核桃，係血管擴張所成。小兒患之，或致長成大腫瘤。

肝有時生囊腫，或單獨，或多數。多者常兼有先天性囊腫。至包蟲囊腫，則已詳上文。

症狀 肝癌之原發性及繼發性兩類每難分別。若同時他處有癌，如乳腺癌，胃癌，直腸癌等，則此肝癌係繼發性無疑。肝有癌則漸增大；然原發之結節形癌及肝癌之兼肝硬化者肝或不增大。常顯胃症狀，厭食，惡心及嘔吐。漸瘦而力耗，或為初狀。右季肋部痛或覺不舒，然亦有肝大甚而痛極輕者。患者百分之五十有黃疸，總膽管不閉塞則黃疸輕。水腹甚少，惟肝癌之兼肝硬化，其症狀與萎縮性肝硬化相同者有之。結節有時壓門靜脈，致水腹；癌延至腹膜者或亦如是。施望診法，則見腹膨脹，腹上部益甚。病之終期，病者消瘦，腹壁下之結節因而凸露，間或可見其臍形。皮下靜脈膨大。捫之，覺其肝伸出肋邊外有一掌之大，吸氣之時則降。肝面作不規則形，或有大塊，或有小結節體，或圓如球，或中央凹陷。病之為瀰散性浸潤

者，其肝大甚，而有滑面。贅生物漸長大，肝邊或伸至臍下。大概諸葉俱大，然僅左葉增大者亦有之。故腹上部成腫瘤，當以叩診法檢其大小及其長成之遲速。脾增大者罕。發熱者多，大抵為稽留性，自一百至百二度（三七·八至三九）不等；有時熱間歇而兼寒戰。病之終期顯足水腫，因貧血而起。病程自三月至十五閱月，亦有經二年者。

診斷 肝大甚而其面有結節者，皆易診斷。癆瀰散而面滑者，初或誤認為脂肪性肝或澱粉樣肝，然顯黃疸，肝速增大及身體顯惡病質諸狀已足區別之。最難斷者即增大之病毒性肝，兼不規則形樹膠樣腫。然此甚少。有包蟲囊之肝與癌最相似，然有包蟲囊之肝結節較軟，病程較久，而惡病質之狀亦輕。

肥大性肝硬化或誤作癆，因其黃疸深而肝亦極大也；然無惡病質及消瘦狀，且捫之面滑而不痛，則其非癆明矣。至於大而速長之繼發性癌，則肝面之凸塊按之幾乎有動浪，內或含血。肝癌之兼肝硬化者與萎縮性肝硬化不可分別，蓋均有黃疸及水腫也；然癌性則消瘦或較甚而速。黑肉瘤致肝大極，則常有他臟腑如肺、腎或脾受累之狀。皮亦有時生繼發性癌。下黑尿係此病最要之狀，然有初下時其色如常者，亦有無此狀者。若眼有黑肉瘤，則可斷為肝病無疑。

治法 施肝瘤截除術，曾治癒許多病人。否或分別治其症狀。

(+) 脂肝 脂肪性肝

FATTY LIVER

此病有二種，即脂肪性浸潤及脂肪性壞變是也。**脂肪性浸潤**（肝積脂）Fatty infiltration 在無病之人亦有之，因肝細胞常含油之微滴也。**脂肪性變**（肝變脂）Fatty degeneration 較前者少，

蓋係肝細胞之原漿被滅而脂肪代之也。如惡性黃疸及磷中毒所顯者是。

脂肪性肝發見於下列數種狀況：（甲）肥胖之人全身積脂，肝亦因之積脂。（乙）組織中氫化作用有阻礙，如患惡病質，重貧血，肺結核者是。嗜酒者之肝積脂，蓋因酒精收氫過多也。（丙）毒類，如磷及急性黃色肝萎縮之毒，每有變肝爲脂之力，且能致壞死。

脂肪性肝之諸葉俱大。肝邊或至臍下。面滑，且色白如無血。剖視則乾而刀有脂。其肝甚重，然比重低，故入水則浮。

脂肪性肝之症狀無定。決無黃疸；糞色或淺，惟病重甚者亦有膽汁。門靜脈梗阻之狀少見。肛門或有痔。總言之，所顯症狀皆本諸病原。肥胖者，其肝不可捫着；患惡病質者，捫其肝則覺大甚，惟滑而不痛。

（十一）澱粉樣肝（蠟樣肝）

AMYLOID LIVER (*Waxy Liver*)

患惡病質而又久化膿者，全身壞變，蠟樣肝卽爲其壞變現象之一種。其最常之原因卽肺或骨之結核長久化膿所致。其次則爲梅毒。或因直腸潰瘍或慢性骨病而起。無化膿病變者亦或致之。倘佝僂病，傳染性熱病之恢復期纏綿過久以及癌病之有惡病質者皆有時可致此病。

病理解剖。肝變似蠟者每大，或致與患癌之肝形相同。其質堅，切面缺血，且有半透明狀。染以淡碘溶液，則似蠟之處作深棕色。

此病無特別症狀。無黃疸；糞色淺，惟常含膽汁。檢查體格，肝諸葉俱大，按之不痛，面滑，邊不利，而質堅。或邊利而硬。脾亦有受累者，然無門靜脈梗阻之狀。

診斷大概不難。若病者久有化膿病或患梅毒者，其肝則漸至增大甚而有此性質。蠟樣肝間或變小，惟甚罕。白血球增多者之肝或大而滑；施物理檢查，則似脂肪肝。然驗其血則立可區別。

(十二) 肝之形及位置異常

ANOMALIES IN FORM AND POSITION OF THE LIVER

左右內臟之位置交換者，肝之右葉或轉位至左。肝有時向前倒下，致前後之軸位斜轉樹立，而右葉上面因之與腹壁相貼。肝邊之最下者幾至臍。此向前倒下之病，有誤認為肝增大者。

能動肝 Movable Liver。此病極少，常誤認為他病。內臟下垂或屢發水腹者，其肝能動。肝之後邊與下腔靜脈及膈粘着，致不能動；但若其韌帶弛緩，則肝或因而能動。患者直立時，其肝向腹下垂，甚或肝之上面垂至肋邊之下。患之者，女子為多。

(壬) 胰腺病 DISEASES OF THE PANCREAS

(一) 胰腺機能不全

PANCREATIC INSUFFICIENCY

胰腺之內分泌有缺，則炭水化物之新陳代謝受擾，而其外分泌有缺，則消化之作用受擾。前者詳見糖尿病章。外分泌有缺之症狀為(一)糞特性之改變，如脂多甚及未消化之蛋白質亦多是；(二)尿之改變(詳臨症方法)。

(二) 胰腺壞死

PANCREATIC NECROSIS

凡各種胰腺之病患，自胰腺出血至胰腺壞疽及自胰腺壞死至胰腺生囊腫，皆可因胰腺蛋白酶之自消化作用 tryptic auto-

digestion 而起。此種自化之原因有四：(一)外傷，如彈傷打傷或胃潰瘍之穿破是也。(二)胰腺靜脈枝結原發性血栓。(三)分泌物之流行在胰腺管受梗阻。(四)膽汁入胰腺管。

輕者僅有數處微出血，或數處組織壞死兼鄰近脂織壞死；重則腺泡多處或全腺皆受患。

脂織壞死 Fat necrosis 見於胰腺分泌物流受阻，致或(一)反流達腺，侵入腺組織，或(二)入淋巴隙而至距腺稍遠之組織之際。其壞死係分泌物內之化脂酶 fat-splitting ferment 所致。

此病每在胰腺小葉間之組織，系膜，網膜及腹部脂肪組織發顯，間或在心周圍脂肪及皮下脂肪發顯。胰腺壞死隨急性胰腺炎及壞死性胰腺炎而起者最多，隨化膿性胰腺炎起者較少。胰腺之小葉有已死之白壞死組織間隔之。在腹部脂肪中，其壞死區常僅小如針頭；其質軟如豬脂，係石灰及脂肪化合而成。有時此死組織或有石灰癥結成壳。

(三) 胰腺出血

PANCREATIC HEMORRHAGE

此病甚少。出血多者，胰腺全組織盡滅，其血深入腹膜後組織。更有穿破腹膜，致血入小腹膜腔者。出血之故，或起因於急性胰腺炎，或起因於腺之壞死性炎。

症狀。此病發生驟突。腹上部突然大痛，其痛如受刺，或似痠痛。漸加重。且有惡心及嘔吐；頻吐而艱苦者，吐後艱苦依然如前。病者憂慮，抑鬱，睡不安席。皮冷，且有冷汗。脈搏弱而速，或遲，或早弱，至不可按着。按腹上部，則有觸痛。腹氣噎或顯著。溫度如常，或過低。大便秘結。腹上部或有明著之腫瘤可摸覺。降結腸或有觸痛，並腫脹，兼大便頻速，糞含血及粘液；易誤認為腸套叠。

(四) 急性胰腺炎

ACUTE PANCREATITIS

急性出血性胰腺炎 Acute Hemorrhagic Pancreatitis. 此即急性炎而兼出血者。胰腺之出血及急性炎甚難區別明晰。

原因 患者大概係成年男子。胰腺液受梗阻或胰腺受外傷為重要原因。其梗阻常因十二指腸乳頭（即總膽管口）為膽石所塞，而膽汁由胰腺管入胰腺內所致。

病理解剖 胰腺增大，小葉間組織為血所浸潤，甚或結血栓。腹膜後脂肪，大腸系膜，小腸系膜皆有白區；此係脂肪壞死所致。

症狀 此病突然而起，大概係腹上部有重痠痛。繼則惡心，嘔吐，精力虛脫。此等症狀之輕重，因病之輕重而各異。腹腫而緊張，大便秘結。溫度初低，繼則發熱；或初發熱時兼有寒戰。或早有譫妄。不久則精力虛脫，迨第二至第四日則死。胰腺部之炎腫每累及腹腔主動脈叢，其重痛及精力突然虛脫二者或即由於神經之牽張。深按腹上部，或可摸覺有限界之抵抗力。

診斷 此病醫者每疑為腸梗阻或穿破性腹膜炎。然細察症狀，則固有可區別者在。

急性化膿性胰腺炎 胰腺膿腫 Acute Suppurative Pancreatitis; Pancreatic Abscess. **原因** 病原每無一定。或顯膽石。有時繼急性胰腺出血性炎而起。又消化不良或外傷有時亦或能激成此病。病者或僅有單獨膿腫，或有甚多之小膿腫。又或為彌散性浸潤。此病之後患係胰腺周圍膿腫及穿破入胃，十二指腸或腹膜並或致門靜脈結血栓。

症狀 膿性胰腺炎之症狀每無一定。病者嘔吐，腹大痛。繼以發熱，且譫妄。深按腹上部，腫大之胰腺或可摸覺。有時

有黃疸,腹瀉,或尿含糖。深按腹上部,或有腫瘤可摸覺。甚病程較急性出血性炎為久,常屬慢性。

壞疽性胰腺炎 Gangrenous Pancreatitis. 胰腺組織或全死或僅一部分死,有時繼出血或出血性炎而起。亦有繼化膿性浸潤或受傷或胃潰瘍穿破而起者。又或先顯或同時併顯出血性胰腺炎症狀。大概至十日或二十日則精力虛脫而死。

胰腺或顯壞死而乾之狀。大概變灰黑色,在網膜腔之中僅有少數韌帶維繫之。有時胰腺或在大膿腫窩中,而在腹上部成一可摸着之腫瘤。嘗有二患者,其已死之胰腺從大便而出,竟獲痊癒。

治法 凡患急性胰腺炎,宜停止飲食而由直腸給以液體。止痛宜用嗎啡足劑量。應否用探察手術之決斷宜視病況為準;暴發病或不能施行,危狀較輕之病常合用,輕病則又毋須用之。有化膿及膿腫形成之徵者,排液手術不可不用。他若依症狀而施之各種方法亦所必需。

(五)慢性胰腺炎

CHRONIC PANCREATITIS

類別 依解剖學而論,可分為二種: (一)小葉間胰腺炎 Interlobular pancreatitis. 因腺管閉塞或受傳染而起,其菌為大腸桿菌及鏈球菌,間或有腸熱桿菌。若此類硬化不極重,則胰腺島 islands of Langerhans 每不受患。此病有時獨起而為單獨性病。又成人之胰腺頭極硬而似硬變者不少。此則未死之前每不顯胰腺有病之狀。此外則有一特別類名慢性間質性胰腺炎 chronic interstitial pancreatitis,兼血色異常(血色症) hemochromatosis,當另詳。又胰腺頭硬化或致腺管梗阻。

(二) 慢性腺泡間胰腺炎 Chronic interacinar pancreatitis. 此係腺泡間有瀰散之纖維性變,小葉間組織或畧受累或否不定。有時隨腺管受染而起,然隨肝硬變及動脈硬變而起者較多。胰腺島在病早期即壞變,故此病爲糖尿病之要因。

症狀 慢性胰腺炎之臨診狀況極不明顯,外科醫士分之爲四類: (一)消化不良類. 此則因腸部有病而起,所顯之症狀全屬消化器官。有時與斯潑盧 sprue 極相似。須詳細辨別。(二)膽石類. 因總管有膽石而起;常顯慢性黃疸。而其主要症狀則屬於肝。(三)雜病類. 此則其胰腺炎繼惡性病等而起。(四)糖尿病類. 此則下糖尿,而在病程之中或兼患以上所述各類病況。

此病大抵皆有胰腺內外兩種分泌欠缺之狀;食後作痛,多顯黃疸;深按之,胰腺頭或可捫着。細驗尿及糞,每可得要據。有時尿內或含糖。所下之糞每粗大而多;其外形屬脂肪性,色淺而油潤。內含未分裂之脂肪甚多。驗糞,有時或兼顯糞多含氫質 azotorrhea 及糞多未化之脂肪 steatorrhea 兩徵。

治法 因此病之早期極難診斷,故治法甚不易概括而盡述。但凡頭痛,黃疸,有膽石及膽管受傳染者則施膽道排液術甚效。截除膽囊,有時較單施排液法更爲有效。

(六) 胰腺囊腫

PANCREATIC CYSTS

類別 (一)外傷類 此類男多於女。或因腹受打,或因毆受壓而起。初起常有發炎,痛,嘔吐諸狀,有時狀似腹膜炎。囊內含有物常似血,然亦有色清或微黃者。

(二)炎後囊腫 大概在消化不良及痠痛後逐漸發顯,頗似膽石病。有時顯重症狀,而似腸梗阻。痛後其瘤或速起;或延至數星期或二三年始顯。

(三)他種原因所致之囊腫 此類女多於男。常屬慢性;病程自二年至四年者佔其半,有自八年至十六年者,有二十餘年者,甚有至四十七年之久者。

病理解剖 (甲)留滯囊腫 Retention cyst, 因總胰腺管淤塞所致。(乙)胰腺組織發增生性囊腫 Proliferation cyst 及囊腺瘤 cysto-adenoma。(丙)生於腺泡及小管之留滯囊腫,因慢性間質胰腺炎致分泌之路阻塞,於是分泌物屯積泡及小管中而使擴張。(丁)假囊腫;此繼胰腺發炎或受傷而起,致小腹膜腔出血並水腫。

位置 (一)在小腹膜腔,將胃托起,由胃及橫結腸之間穿至腹壁;(二)在胃小彎上,而壓胃下降,但此較少;此兩類所成之腫瘤皆在腹部之頂;(三)在橫結腸系膜兩層之間,大腸及胃之下。然腫瘤之位置無定,以在胃下橫結腸上者為最多。

症狀 除病發時所顯各狀已如前述外,非至囊腫極大時或無他狀。痠痛,惡心,嘔吐及腹漸膨大諸狀常見。因胰腺官能受擾而瀉脂肪性糞者則罕。涎之分泌增加,亦間有之。尿或含糖。因受囊腫之壓或致黃疸及呼吸困難。有時身體消瘦。有時囊腫或暫消去。其時或兼有重腹瀉。又曾見因受打而囊腫瘤消沒者。

診斷 如囊腫之位置在腹上段,則每在腹中線處成半圓形隆凸,至於在腹之兩側成此隆凸者則少。間或其凸在臍下。囊腫皆不動,呼吸時亦然。大概胃在囊腫之上,大腸在囊腫之下。

囊腫液之色大概淡紅,或深棕。含血或血色物,細胞屑,脂肪粒及膽脂素。其液常似粘液,稀者則少。其反應屬鹼性,比重自一〇一〇至一〇二〇。不含血者間或有之。

合酶係最要之徵。當加以清蛋白，視其有無變化。

手術 患者百六十人中，因手術獲癒者百五十。此百五十人中，百三十八人經切開而排出其液，十五人經切除其囊腫。

(七) 胰 腺 瘤

TUMORS OF THE PANCREAS

胰腺贅生物中以瘤為最尋常。肉瘤、腺瘤及淋巴瘤等則少。余嘗剖檢胰腺病屍一千五百，其中患腺癌者六；患繼發癌者八。瘤着生之處大概即在胰腺頭，然在胰腺體或胰腺尾者亦有之。患者大概為中年人。

症狀 此病不常能診斷。要狀之足資辨認者如下：

(甲) 腹上部痛，大概係間時發作。(乙) 黃疸，因胰腺頭之瘤壓膽管所致。此黃疸深重而恒久，兼有膽囊擴張而或脹至極大。(丙) 腹上部有腫瘤。此徵甚少。當胃空之時施以蒙藥，然後按其腹，則扪覺該腫瘤或可較易。瘤時或跳動，蓋因直接倚在腹主動脈上為該動脈所波動也。門靜脈有時受壓，致結血栓。(丁) 因胰腺官能喪失所致之狀，關係較輕。脂肪性腹瀉不常見。糞不含膽汁，故常作灰白色而油潤。患糖尿者少。(戊) 消瘦甚速，並患惡病質。此外則以惡心嘔吐為常。幽門亦有時因受壓致胃大擴張。多涎者亦有之。

凡診斷時最要之狀即有恒久深重之黃疸兼膽囊擴張，速瘦及腹上部有腫瘤。至於胰腺官能受擾之狀則不甚緊要。贅生物之為肉瘤及淋巴瘤者較少。粟粒形結核則畧多。因梅毒致成慢性間質炎或樹膠樣腫者亦常見之。

胰腺腫瘤之豫後不佳。治法除施外科手術外，無他治法。近年來手術之成效尚稱不弱。

消化系統病

(八) 胰腺石

PANCREATIC CALCULI

胰腺結石之病較少。余所剖檢之一千五百病屍中，患胰腺石者僅二。

胰腺石之屬多數性者常見，其形或如球；或粗而生刺似珊瑚。色暗白。其成分大概為碳酸鈣。所成之病患如下：

(甲) 胰腺慢性間質炎，兼管擴張；或腺擴張而成囊腫；(乙) 急性炎兼化膿；(丙) 因石之刺激而成癌。

症狀 此病少能診斷者。其腹上部痛極重，但無特性。如前述之胰腺機能不全狀足資注意。以X光線檢查之，石之影或可察見。宜與膽石區別之；若囊中有石，則用分析法試驗，即可與膽石辨別。

此病用外科手術療治甚佳。

(癸) 腹膜病

DISEASES OF THE PERITONEUM

(一) 急性普遍性腹膜炎

ACUTE GENERAL PERITONITIS

原因 或屬原發性，或繼發性。

(甲) 原發性腹膜炎 Primary Peritonitis. 此病甚少。患之者常有肺炎球菌或鏈球菌由血或淋巴管至腹膜。又此病常為腎炎、痛風及動脈硬變諸病之終局病患。

(乙) 繼發性腹膜炎 Secondary Peritonitis. 此由腹膜內一器官之發炎蔓延或穿破而起。凡因炎蔓延而起者，或繼腸胃之炎或其潰瘍，或脾、肝、胰、腺、腹膜後組織及骨盆內器官之急性化膿性炎而起。

穿破性腹膜炎較常見，每繼創傷，腸胃潰瘍之穿破，胆囊穿破或肝、脾、腎生膿腫而起。最重要之二因為闌尾炎或輸卵管卵巢之膿炎。

敗血病及膿毒血病之腹膜炎每因局部病患而起。腹膜生結核者，或致最急之炎。又腹膜或腹內器官曾經施手術者或有腹膜炎隨之而起。

病理解剖 剖腹檢查，腸蠕膨脹而被淋巴粘着，腹膜有斑狀或一致充血。滲出物有六類：（甲）血絲性。除腸蠕間有少數血清袋外，或畧有液或無液。（乙）血絲漿液性。腸蠕為淋巴所遮，且有多量微黃色之血絲漿液。如腸胃穿破，則此液或雜有食物或糞。（丙）膿性。或稀而色微綠黃，或澀而色暗白。（丁）腐敗性。如係產後或因瘡所致之穿破性腹膜炎，則其液稀而色微灰綠，且有壞疽性臭。（戊）出血性。急性腹膜炎之因創傷所致者，其液或雜有血。因瘡或結核所致者間亦有之。（己）腹膜充血而竟無液。此類最少。

滲液之量大概在半立至二三十立間。因腹膜炎之種類而異。

細菌 原發性腹膜炎之細菌以鏈球菌為最多。他若葡萄球菌，肺炎球菌，綠膿桿菌，大腸桿菌及產氣桿菌，並有所見。繼剖腹術後而起者以葡萄球菌為最多，鏈球菌及大腸桿菌亦有之。因腸病而起者以大腸桿菌為最多，常兼有鏈球菌。因輸卵管炎而起或受淋病傳染者，腹膜或有淋菌。

症狀 因穿破或染膿菌而起者，其初狀即畏寒或劇烈之寒戰及腹大痛。其痛普遍；有所動作，或壓按其腹，則加重。病者如仰臥，股上屈，肩高聳，則腹肌弛緩而不甚痛。最痛之處，常為臍下，然因胃穿破者其痛或不在臍下而在背、腰、胸或肩。呼吸不深，特稱肋呼吸；蓋因膈動則痛，故不敢深呼吸也。同理，咳

嗽及談話亦經限制。際此初期捫其腹或最易覺痛，且腹肌亦常縮硬似板。病者靜息，則其痛輕，或竟無痛。

腹漸膨脹而緊張，叩之，呈氣臌性。脈搏速而小且硬，常為特殊之弦脈。其數自百一十至百五十。畏寒之後，熱度或速升至百零四五度（四〇至四〇·五），惟後此則不甚高。病雖極重，而始終無熱者亦有之。舌初白而濕，繼則乾紅而裂。嘔吐為早顯而重之狀，且致大痛。初嘔者係胃內含有物，次係微黃而染胆色之液，終則微綠，更有為棕黑液而微有糞臭者，但甚少。大便初則稀，繼則秘結。小便頻頻者多，而留聚者則少。尿短而色赤，且含多量之木藍素（印地坎）。

症狀已發，則病者之形容最易辨。眼頰俱陷，面有企慮之容。因頻頻吐液之故，致全體消瘦而其手上之皮膚似洗衣婦之皮膚。其後漸成希坡卡特氏面容（死相）Hippocratic facies。其狀為“鼻銳，眼陷，顴顙亦陷；外耳冷而縮，耳垂反出；額皮粗脹且瀰；全面部之色棕黑，微青似橄欖，或似鉛”。此種面容除霍亂外，推此病所見為最多。此外則腹氣臌常極甚，因腸壁為炎及其滲出物所弛緩而致。蠕動聲不現，呼吸聲及心聲極嘈雜。脾或無叩診實音，膈受托而向上，心尖撞動處移高至第四肋間隙。肝之叩診實音甚小，至乳頭線處或竟無之。或以為此係穿破性腹膜炎之特徵；然乳頭線處肝叩診實音之消滅或僅由氣臌而致，而與穿破無涉。腋線處之肝實音雖或減小，而每恒久。如因腸穿破而腹膜積氣，則肝之實音處益因之而小。如此，則有液滲出，致身之兩旁皆作實音；然因腹內積氣，故病者向左側臥，則叩右旁第七八兩肋，即有空音。然急性腹膜炎亦有始終腹平不服者。

除速死之急性炎外，腹常有滲液，即所謂水腹 ascites 是也。叩腹兩旁，則作實音。若內臟不甚粘着，則實音之處因病者之

動靜而變位。其無實音變動或波動狀者亦有液滲出。摩擦聲亦或有之，而顯於急性炎者不如慢性炎之多。

豫後 凡因腹部器官受損或穿破而致之腹膜炎，其豫後全視致病及施手術之間期如何而異；多遲延一小時，即多一小時之危險。至於因骨盆部器官之蔓延而致之類，則其希望較佳。急性瀰散性腹膜炎則大抵以死為終局。其最劇烈之類每在三十六至四十八小時內致命，較常見者約經四至五日而死；然亦有延長至八至十日者。脈搏不規則，心聲弱，呼吸淺；面色青白，皮膚冷而肛門溫度甚高，並顯生活官能喪失之諸多症狀。間或突然死去。體溫低，脈搏急，顯著之膨脹，白血球不增多以及沉重之血中毒係將死之徵兆。致病之微生物每與病之豫後有關係；凡由淋病球菌及數種葡萄球菌所致者，較鏈球菌所致之病為有希望。至於大腸桿菌類傳染之夷險，則醫界意見尙未一致。

診斷 標準的急性腹膜炎以初起重痛，腹之膨脹，觸痛，發熱，漸滲液，精力虛脫及嘔吐諸項為特狀。未病前之狀況宜細詢之，每可考得其要證。歐美青年多因闌尾炎穿破所致，而髂部有重痛，或便秘變為腹瀉。婦人最常之病原為骨盆內內臟之化膿病，即因輸卵管炎，子宮廣韌帶膿腫或產後之急性傳染病等所致。致病之原有時或難查知。如臨診時病者之腹已膨脹而痛，則每不易作妥愜之診察。如是，則當細檢其骨盆內各器官。小兒肺炎球菌類腹膜發炎之明證為病起驟突，重血中毒，高熱，明著之白血球增多，嘔吐及腹瀉，而所兼腹痛及觸痛較他急性類為輕。茲將易於誤認為急性腹膜炎之各種病況分列如下：

(甲) 急性腸結腸炎。此則其痛更似絞痛類，其瀉較頻，精力虛脫之狀亦較甚。

(乙) 所謂希司忒利阿性腹膜炎又名假腹膜炎。此類或備有急性腹膜炎諸狀，甚或有溫度升高者。病每再發。嘗見有一年內患四次者。迨顯希司忒利阿特狀時，方知前此所顯之狀為偽。

(丙) 腸梗阻。此狀或與腹膜炎相似。若不明病之來源，則非經探察，不能診斷。

(丁) 腹動脈瘤破裂或系膜上動脈之栓塞。此狀亦或與腹膜炎相似。

(戊) 急性出血性胰腺炎或輸卵管懷孕破裂亦或與腹膜炎相似。

治法 對於能致普遍性腹膜炎之各種情狀如胃潰瘍、闌尾炎、胆囊炎等苟能診斷明定，療治迅速，則未嘗不可防止此危病之發生。早與外科醫士商酌診治之法，係一要事。如發顯可疑為腹膜炎之徵兆，則病人必須絕對靜息，高墊頭背而作斜倚式躺臥；不令由口服藥，用滴入法 drop method 由肛門滴入百分之五之葡萄糖及百分之二之重碳酸鈉溶液 solution of glucose 5% and sod. bicarb. 2%。瀉藥切不可用。如因穿破而顯休克，可施皮下注射之法，並可用腎上腺素液一西西及樟腦油二克（三厘）。如嘔吐頻數，則可施胃灌洗術。如胃內有恒續之分泌，則可以一小管留存於胃部，以便多施胃灌洗術，而不勞動病人。療治氣臌，可用直腸管。腹部用松節油敷劑，冰袋或熱敷法，如能使病者舒適，可即用之。非至已決定如何療治之時，暫勿用嗎啡。此病大抵須施外科手術，且愈速愈佳，尤以已穿破者為然。惟有時亦有須稍遲延者，例如須待休克過去是也；但此宜由外科醫士斟酌決定。又如肺炎球菌性腹膜炎，除已成膿腫者外，亦宜暫待。至於淋病球菌類，則不宜施手術。

(二) 小兒腹膜炎

PERITONITIS IN CHILDREN

胎兒或因梅毒而成腹膜炎,而其所生之纖維性粘連物或致腸絞窄。

初出生時患臍帶炎,則或蔓延成膿毒性腹膜炎。腹膨脹,臍微腫而紅,且或顯黃疸。此病甚少。

幼年腹膜炎之病原與成人無異。常因穿破性闌尾炎而致。兒童則因踢球致腹受擊而起者最為常見。女孩有因淋病性陰道炎而致者。

(三) 局部性腹膜炎

LOCALIZED PERITONITIS

膈下腹膜炎 Subphrenic Peritonitis. 包肝左右葉之全部腹膜或因化膿性,結核性或癌性病演之胸膜蔓延而發炎。在患各種肝病如癌,膿腫,包蟲病及胆囊病者,則其炎處或僅以肝上面之腹膜為限。此種局部性膈下膜炎之在腹膜大囊者,實際上不如在小腹膜腔者之尤為緊要。小腹膜腔之位置在胃,胃肝網膜及大網膜前層等後面之下。其底係橫結腸系膜之上層。而其橫徑則自大腸右曲至大腸左曲,並自網膜孔至脾門。其後則包胰腺前面而與胰腺相緊粘。其頂即肝門及肝右旁韌帶下層所遮之膈;肝之尾狀葉露在此腔中。腹膜大小兩腔因網膜孔而相通;發炎時,此孔每易於閉塞。

發炎病變,滲液及出血或僅限在腹膜小腔。結核性腹膜炎所滲之液亦如是。因胃,十二指腸,大腸等穿破而發之炎亦或僅限在小腔;各種胰腺病如出血或因外傷所致者,其液滲入小腔,多誤診為胰腺囊腫。

膈下膿腫之含空氣者每與胸膜積氣相似。最普通之病原係胃潰瘍。次則係肺炎，膿胸，十二指腸潰瘍，闌尾炎及胃癌；罕見者係外傷，肝或腎之膿腫穿破，脾之損害及胰腺膿腫或囊腫。又因胃或十二指腸穿破而起之腹膜炎，其所成之膿腫含空氣者過半。

膈下膿腫之症狀因其病原之不同而各異。大概突起，因胃潰瘍穿破者尤然。每致大痛，嘔吐，所嘔常含似胆或似血之物；呼吸因膈受累而艱難；繼則顯寒戰，不規則熱及消瘦諸化膿病之全身症狀。再後則膿腫穿入胸膜或肺，致重咳而多膿性痰。

肝周圍膿腫 *perihepatic abscess* 之在膈弓下者(即膈下膿腫)無論在繫帶之左或右，苟不含空氣，則每易誤認為膿胸。然苟膿腫窩含空氣，則另有諸特徵加增。若生於右旁大腹膜腔之肝右葉上，則膈上升至第二或第三肋，叩聽所得之物理徵與氣胸相同，叩診鼓響及能因身體移動而變位之實音處尤然。肝大受壓而右旁顯凸。因胃或十二指腸穿破而起之含氣膿腫，其氣積在小腹膜腔。此則其膈亦上升而左旁有氣胸之徵。大多數繼胃潰瘍穿破而起者，其滲液之位置在膈上及脾，胃與肝左葉下之間。X光有診治此病之價值；而在左側却有一徵對於腎周圍膿腫有診斷之助。當病人身體左右搖動甚速時，用X射線影屏，能見腹液之波浪。

膈下膿腫之豫後大概無甚希望。獲癒者約僅百之二十。

闌尾性腹膜炎 *Appendicular Peritonitis*. 歐美男子患局部性腹膜炎最普通之原因係闌尾炎。發炎之處依闌尾之位置而異。或生於骨盆內，或在左髂部，或臍右與臍下之角，然以在右髂窩者為最普通。此處之膿腫之後壁係腰大肌，其右為盲腸，其前及左係迴腸尾部及其系膜。

骨盆性腹膜炎 Pelvic peritonitis. 最普通之病原係子宮及輸卵管之炎。產後膿毒血病,淋病及結核病爲其尋常原因。病起之處在輸卵管者居大多數。卵巢織(卵管縫)與卵巢粘連,而該部漸增厚,致該器官難於辨認。管擴張而滿儲膿,子宮廣韌帶或生小膿腫。有一膿腫穿破,即有致普遍性腹膜炎之虞,或其炎蔓延而累及腹膜,與此處之結核病相似。

(四)慢性腹膜炎

CHRONIC PERITONITIS

局部粘連性腹膜炎 Local Adhesive Peritonitis. 此病極多,其在脾周圍者最爲常見,致脾被膜與膈因而粘連;次在肝;再次在腸及系膜。腹膜變厚或變皺,有時兼腸蟠粘或生纖維性帶同時併起。此纖維性帶有時成圈,腸蟠由此穿過即被勒,致成腸梗阻。或致腹恒作痠痛,經多年之艱苦。細心用X光檢查之,有助於證明粘連之位置及其影響。

瀰漫性粘連性腹膜炎 Diffuse Adhesive Peritonitis. 此病係隨單純性或結核性之急性炎而起。腹膜諸層俱相粘連,致腹腔不顯。剖腹檢查,腸蟠皆粘,不可區別。其膜或變厚;肝與脾亦大概受累。

增生性腹膜炎 Proliferative Peritonitis. 此病係腹膜變至極厚,而不甚粘連。大概兼胃,盲腸,肝,大腸等之病而起。有水腹。惟多不劇烈。腹膜之色暗白,變厚之處常成斑。網膜常卷成一大條,橫於胃與大腸之間。胃腸及系膜等處之腹膜有時厚極。肝脾或與腹膜粘連,或成肝脾之慢性周圍炎而生成極堅之厚結締織一層包圍之。因是之故,肝常小甚。胃肝之網膜或爲此贅生物所收縮,致門靜脈管狹窄。漿液性滲出或有所見。腹膜因粘連之故,或分爲三四囊。雖系膜縮短,而腸

常自由。然慢性腹膜炎亦或腸系膜變至極短，致腸因而成球，大如椰子，位於腹之中線，除去滲出物後，按之似固體瘤。腸壁變至極厚，迴腸之粘膜起摺。此種增生性腹膜炎在久嗜酒者常患之。又慢性水腹之腹膜常漸變厚而顯暗白色，患肝硬化病者尤然。

凡患慢性腹膜炎者無論何類，用手按腹上部，常有摩擦之感覺。體之他處之漿膜及胸膜亦有時受累。

腹膜有時顯結節，切不可誤認為結核。嘗有一人患此，經一日本醫士剖割，知其中有寄生蟲之卵。

慢性出血性腹膜炎 Chronic Hemorrhagic Peritonitis。癌性、結核性病之腹膜或有血色滲出物，亦有似慢性出血性腦膜炎者。腹膜面生新結締組織及大血管，此血管每不時出血。

治法 凡顯粘連而致症狀之類，則是否可用外科手術，須格外謹慎商酌；能用X光線驗明確實情狀，較為妥愜。幽門、十二指腸及大腸之局部粘連而致梗阻者，則外科手術或甚效。盲腸及升結腸之廣佈的粘連，則施手術之功效甚少。至於腸之作用，則須盡內科療治之能事以補救之。對於慢性增生性腹膜炎，則治法之能見功者甚少。如能查明原發性病原，例如為腎及心之病或肝之梅毒，則須對其病原施治。一般之治法與治水腹者大致相同；於必要時，即可施放液刺術。質言之，外科手術多半不甚相宜；凡欲使添加粘連，每每無甚良結果。

(五) 腹膜瘤

TUMORS OF THE PERITONEUM

結核性腹膜炎 已詳結核病章。

腹膜癌 大概繼胃、肝、或骨盆器官之癌而起，然原發者亦間有之。繼發性惡性腹膜炎每與癌有關係。全腹膜散列圓

形腫瘤，或小而似粟粒，或大如結節，其中央陷凹如臍。病之出發點常在胃或卵巢。網膜硬而成一大條，一如見於結核性腹膜炎者，橫於腹上部。腹膜原發性癌極少。有時見有膠類物，成大塊，竟有重至一百磅者。患腹膜癌者女多於男，且多在中年以後。

診斷 腹膜癌，如確已知有局部惡性病，則甚易易；如卵巢有瘤或胃幽門有癌是也。其無原發損害之來歷者，則診斷較難。其臨診狀況常係慢性水腹及漸漸消瘦，或不發熱。若腹膜多滲液，則難於診察。行放液刺術後，則或有不規則形結節及橫於腹上部之卷網膜二者可捫覺。惟結核性腹膜炎及腹膜變厚亦皆有此橫塊，未足為確證。中年以後有多數性大結節者，係癌之確狀。結節性結核性腹膜炎常見於小兒。近臍之處有繼發結節及硬塊者，所患係癌病較多。發炎，化膿而其膿自臍出者，除結核病外罕有之。患癌者之腹股溝淋巴腺或增大。至其腹液，則與結核病所有者無異。二病之腹液或俱含血，而後者尤常含之。癌病之液或有多核大細胞或細胞羣。膠樣癌之無水腹性液而充滿半固體之膠性之物，性零堅，按之無波動。腹膜之包蟲囊或與癌相似而難於區別。

遊離固體瘤 Free solid tumors 時或遇之，大抵為纖維性或石灰性。曾有一病人腹內患能動瘤二十餘年。死時其瘤成一圓塊，縱橫可八九種。

(六) 水腹或腹水 俗名水蠱 (腹疝)

ASCITES (*Hydro-peritoneum*)

定義 此係腹膜腔積聚漿液之病。

原因 (一) 局部病原 (甲) 腹膜之慢性炎，無論為單純性癌性或結核性者。 (乙) 門靜脈之肝內枝有梗阻，如患肝硬

化，梅毒或慢性阻性充血，或因腹膜之增生性炎，樹膠樣腫，贅瘤或動脈瘤而致之門靜脈在胃肝網膜處受壓。(丙)門靜脈內結血栓。(丁)腹部有腫瘤。卵巢之固體瘤或致水腹，而使其瘤之真相難於診斷。患白血球增多或瘰者亦或屢發水腹。

(二)全身原因 水腹為一部分之全身水腫，係心病等機能病患所致。因心病而致者，滲液或以腹膜腔為限；此即因肝繼之受累而起。患腎炎及稀血病之水腫亦每發水腹。

症狀 水腹之特狀即全腹漸漸增大。其物理徵如下：

(甲)望診。腹之前面凸出及旁面平扁均因液量之多少而異。滲液多者皮緊張而有白紋。臍及其附近之處或大凸。腹淺靜脈增大，故其與胸靜脈相通之枝亦得窺見。按靜脈，則知血流係自下道上。如門靜脈有血栓或梗阻不通，則此腹淺靜脈或曲張極甚。肝硬化者近臍之靜脈皆膨大。有時心受腹膜之托而上升。

(乙)扪診。以一手按腹旁，再以他手之指叩其他旁，則有波浪撞按腹之手。即腹液不多，亦復如是。若腹壁厚或肥甚者，則扪診時須助診人用手邊壓腹中線。對水腹之固體器官，其法不同。按時不如常法之平置其手，而以指尖輕扪之，繼突然深按之，其液即離位，而固體之器官或瘤即可扪覺。凡肝、脾及網膜或腸之固體腫瘤皆可摸着，肝或在肋緣之下摸得。

(丙)叩診。腹液不多；仰臥時叩之則腹旁作叩診實音，而臍部及腹上部作鼓響，因腸浮於液上故也。此空響區或如橢圓形。若使之側臥而叩之，則其液下墜，而貼薦之一旁作實響，上旁作鼓響。如液少不及一立，則無如是之病徵，因液每在骨盆與腎部也。此種病人當使其膝肘貼牀而叩之；如是，則其最下之處作實音。

鑑別診斷 易誤認為水腹之各病如下：卵巢囊腫，其囊常生於一側，大者則在中央。實音在腹前，空音在腹旁，因腸為囊腫所推而至腹旁故也。又當由陰道驗之。囊腫有氣者最難區別，然甚少。膀胱膨脹，或升至臍上，致漏尿，而誤認為水腹或囊腫。宜用導尿管導出其尿。胰腺囊腫或包蟲囊亦有時似水腹，當細辨之。

水腹液之性質 液大概清而似血清，貧血及慢性腎炎所致之水腹液色淺黃，肝硬化所致者其色較深。比重低，最高者亦不過一〇一〇或一〇一五，卵巢囊腫或慢性腹膜炎所致者則在一〇一五以上。其液含蛋白質，有時自行凝結。研究滲液中所含之細胞，為一要事。蓋癌之細胞或有特狀也。患癌及結核兩病者之液常含血，肝硬化及輸卵管懷孕之破裂者亦然。

乳糜性水腹 又名乳白水腹 Chylous or Milky Ascites。與此病伴發之病有瘤，傳染病（大抵為結核病）胸導管（總淋巴管）及淋巴系統他部之病患，肝硬化，心病，腎炎，蠟樣變及血管內結血栓多種。更有不知其原因者。可分為兩類：（一）真乳糜性或脂肪性液，（二）非脂肪性液。以顯微鏡檢之，不難分別。因第一類有脂肪點故也。第一類 真乳糜水腹之液呈黃白色，含脂肪滴，液上漸成一層似乳皮，比重在一〇一二以上。且所含之脂肪極多。第二類 假乳糜性水腹作乳白色。含顆粒甚多，惟不顯脂肪之反應。有許多細胞，而成乳皮層者則罕。比重在一〇一二以下。脂肪含量極少。其乳光狀色因含卵黃素及球蛋白（晴腥）lecithin combined with globulin所致。兩類之病體中皆無特殊損害。病之結局多危。

治法 治水腹之法，當先察其病原。因肝硬化而起者當從早連用放液刺術若干次；如是則可多延時日，俾側枝循環易

於成立 有因此而暫癒者。行放液刺術後用腎上腺素(千分之一溶液二蛭)注射於腹腔,有時畧有效。久用掃退氏排液細管 Southey's tubes排液及剖腹而洗其膜之法亦均可用。因心腎病而起者,可用瀉藥。如服酒石酸鉀 potass bitartras,或以乍拉調之,或否,均無不可;瀉鹽大劑量和少量之水,可在早餐前一小時空胃服之。此等藥或可使滲液速消,然消水腹尚不及消胸部有滲液之速。亦有非用重瀉藥不可者。至慢性腎炎所致全身水腫之水腹,其治法另詳諸腎病章。

(癸)網膜病 DISEASES OF THE OMENTUM

扭轉 Torsion. 此係所謂暴發腹病“acute abdomen”之一種病原。此種扭轉或隨赫尼亞囊同起,或否;然同起者佔百分之九十。^④其扭轉大抵伴該網膜之遊離端與他種構造相粘着而起。因此病常與赫尼亞有關係,故有診斷為絞窄者。痛,肌之強直及嘔吐係常見之症狀;有時或誤認為赫尼亞,急性闌尾炎或腸梗阻。有赫尼亞而腹部突然起塊者,係此病之徵兆。

治法惟有早施手術,將其絞窄之部分除去。

第七篇 呼吸系統病

DISEASES OF THE RESPIRATORY SYSTEM

(甲) 鼻病 DISEASES OF THE NOSE

(一) 秋季卡他又名草熱或花粉熱

AUTUMNAL CATARRH; HAY FEVER

定義 所謂秋季卡他,又名草熱或草氣喘 hay asthma 者,係呼吸系統上段之病,常伴有氣喘;其粘液膜有感受過敏性。

原因 病因數種草及樹之花粉所致。因情感及觸馬,貓等臭而起者與此有別。患者女多於男,且多係少年或中年之人。鼻前孔有病及遺傳性,皆爲此病之原。然居城市較居鄉村者尤多患之。若依山傍海而居,則此病自少。或謂因草之花粉而起之病係特類,其所含之毒屬蛋白類,刺激力甚大。但無易患性者,則不受患。

症狀 此病之狀大概與尋常傷風之鼻卡他(鼻膿)相似。惟頭痛辛苦則較甚,有時病者或沉悶不樂。初起時頻噴嚏,或自始至終如是。咳嗽爲常狀,或甚艱苦。所顯之氣喘與尋常枝氣管性氣喘 bronchial asthma 無異。有時兩病輪流而發,即發草熱後繼以枝氣管性氣喘而復輪流是也。

治法 (一)宜用安定神經之藥,如砒,磷酸及番木鱉素等是。(二)須居住山上或海濱。(三)鼻內宜盡法治療,如滅其易受刺激處之血管是也。(四)早晨用花粉素 pollantin 抹目及

鼻倘日間仍微覺受刺激者，當再抹之。腎上腺素亦有暫時之功效。(五)施免疫法：即施提摩太草之花粉膏 extract of pollen of Timothy grass 注射，劑量宜增加。此可在發作之前施行。

(二) 衄血又名鼻衄

EPISTAXIS

原因 病原有局部性與全身性之別。局部者多因受傷，小潰瘍，刮鼻，生瘤，外物入鼻等患而起。慢性鼻卡他常有鼻出血。其血由一鼻前孔或二鼻前孔而出。因打傷者所出之血或較多。全身性病原之要項，即在將成丁之時為最多；羸弱較壯健者尤多。又凡血過多之人常患之；肝硬化者亦然。升氣球或登高山及在空氣稀薄之處，皆足致此病。凡有易出血性者，其鼻粘膜較他粘膜更易出血。慢性貧血及慢性間質性腎炎亦足致此病。數種熱病初起時常有衄血；如腸熱之鼻出血是。婦人有因經閉而按月患鼻出血者。患者其血由毛細管滲出，粘膜充血，屢有毛細管腫瘤生在鼻前孔之呼吸部或軟骨隔之上。

症狀 輕者初無特狀。纏綿日久，則有失血症狀。因尋常衄血而死者，絕無僅有。失血愈多，愈能凝結血塊而自止。

診斷 此患易于診斷。但其血有時在熟睡時由鼻後孔流出，滴入喉，致吞入胃而後嘔出或咳出，致誤認為嘔血或咯血。

治法 血自止者居多數。施尋常簡單治法，如舉兩臂加頭上，置冰塊於鼻部，或用冷水或熱水射入前鼻孔，俱無不可。硫酸鋅，明礬，鞣酸等收斂劑皆可用；過氫酸鐵酒用冰水沖淡而後灌入亦可。若其血由潰瘍面流出，宜用鉻酸 ac. chromic 搽之，或用烙器烙之。倘皆不效，則宜用塞鼻後孔術。又或可用動

物膠或腎上腺素或 thromboplastine 之溶液射入鼻前孔。血清注射，亦可試行；病重者並可施血輸移法。

(乙) 喉病 (喉症) DISEASES OF THE LARYNX

(一) 急性卡他性喉炎

ACUTE CATARRHAL LARYNGITIS (*Laryngitis catarrhalis acuta*)

此病或係自發，或兼上部呼吸道之普遍性卡他而發。

原因 因傷風或過用嗓子，或吸入各種刺激性氣體所致。極重者因受傷如外傷或外物入喉而起。誤吞極熱之液體或腐蝕性毒藥，亦足激起此病。又或隨全身性卡他之兼流行性感胃及麻疹者而發顯。肺炎球菌，流行性感胃桿菌及卡他球菌爲此病最常見之微生物。

症狀 喉覺癢；吸冷風則痛。乾咳。聲音初則變粗，不久言語亦痛，終則失音。成人患之，呼吸不增急；惟小兒則常有呼吸困難，或間發作；若兼患水腫及炎腫，則氣促益甚。

用喉鏡檢查之，喉粘膜腫脹。聲帶紅腫，澁而不光滑。動力大減。喉內有粘性滲液遮蓋。全身狀輕；罕發熱，且患者不甚苦。有時病較重，咳嗽甚辛苦，吞嚥則痛，且呼吸困難甚。

診斷 用喉鏡細檢，易於診斷。重者或誤認爲聲門(喉口)水腫。失音者或誤認爲神經官能病性無發音能nervous aphonia；然施用喉鏡，則立可區別。凡在嬰兒，則難用喉鏡，故診斷不易。其與喉痙攣laryngismus不同之處在有發熱，鼻卡他及沙聲，失音等初狀也。假膜性喉炎亦與此相似，但假膜性喉炎之喉大概有假膜而頸淋巴腺早腫。其症狀亦較重。

治法 喉宜靜息，勿談話喊叫。重者宜臥養。房內空氣宜和緩而潤濕。或令病者吸汽。法用一器滿貯沸水，加藥品

呼吸系統病

如安息香複方酒一二錢 tr. benzoin. co. 或薄荷冰 menthol 或猶卡列 eucalyptus, 上覆漏筒, 接納其汽, 使病者向漏筒嘴吸之。初起時發熱者, 可用烏頭, 枸橼酸鉀 pot. citras, 氫酸鉀 pot. nitras, 吐根酒 (衣必格酒) 等藥。咳嗽苦痛者用朶斐氏散五至十厘 pulv. ipec. co. 0.3-0.6 gm. 晚間服之。外用冰袋或芥末敷之, 亦有功效。

(二) 慢性喉炎

CHRONIC LARYNGITIS (*Laryngitis chronica*)

原因 此病多由屢患急性喉炎而起。平時操作必須在戶外喊叫, 致過用聲音, 爲此病最常見之原因。常吸烟草, 亦足致之。

症狀 聲沙而粗, 重則失音。喉微痛, 且覺癢而致屢欲咳。以喉鏡檢之, 粘膜腫, 惟不如急性卡他者之紅。若兼患顆粒性咽炎, 則累及會厭與喉室 (喉旁峽) 等粘液腺。

治法 當細檢鼻孔是否不通, 因此病每兼患鼻塞。喉部施藥, 宜用刷刷藥或用噴霧器。最良之藥爲氫酸銀五厘水一錢 argent. nitras. 2.5, aquam 30. 或氫酸鉀, 重氫化鋅 zinc perchlorid. 鞣酸之溶液。患者所居之室不宜過熱, 勿喊叫, 並宜禁烟酒。頸不宜包裹過厚, 早晚用冷水洗之。

(三) 水腫性喉炎

EDEMATOUS LARYNGITIS

原因 聲門水腫關係重要, 其原有五: (一) 繼尋常急性喉炎而起, 然甚罕。(二) 因患梅毒或結核病所致之慢性喉病而發。(三) 因發重炎病如白喉, 或頸部患丹毒或各種蜂窩織炎而致。(四) 患急性傳染病如猩紅熱, 腸熱, 斑疹傷寒者或兼

有此患；急性或慢性腎炎有時亦突起此水腫。(五)因患血管神經病性水腫 *angio-neurotic edema* 而起。

症狀 呼吸困難加重甚速，故不出一二小時狀即危殆。呼氣時作响若蟬鳴 *stridor*。聲嘶而漸失。用喉鏡檢之，會厭腫甚；以指捫之，或可捫覺。或以舌板壓舌，則見披裂會厭皺襞(或會厭摺)之腫最甚，幾至相合。有時水腫處在聲帶之下。

診斷 診斷甚易。雖無喉鏡，亦可窺見會厭之腫，或摸著之。致命者不少。

治法 宜置冰袋於喉上；病人並可合冰。病室之空氣宜濕潤。症狀急者，宜用濃可卡印或腎上腺素溶液噴霧入喉，繼則劃破會厭。倘不見效，宜速用氣管切開術。致命者多因用此法過遲也。

(四) 痙攣性喉炎 (蟬鳴性喉痙攣)

SPASMODIC LARYNGITIS (Laryngismus stridulus)

定義 此係喉內部之肌作痙攣性收縮，常為兒童所患，致聲門緊束及呼吸困難之病。

原因 小兒患之者所顯或純係神經系統受患之狀，而喉部無炎，且多兼骨軟病。手足搐搦 *tetany* 亦與此有密切關係。小兒被呵斥或怒忿，每能致此病。發作時，喉之闊肌皆發痙。

若在成人，則此病或隨迷走神經之受刺激而起，例如患動脈瘤或縱膈障瘤者是。病者有脊髓癱危象 *tubercular crisis*，係其內部之肌之突發痙攣所致。又間或有伴希司忒利阿而發顯者。又成人患此病，每顯陣發性咳之繼續發作，且兼困苦之聲門痙攣，纏綿二三閱月之久，致疑為有動脈瘤或他瘤。

症狀 小兒每在熟睡初醒之際發作，不論日夜。無咳嗽，無沙聲，但呼吸停止而氣塞，面部血管充血，繼則痙攣突弛緩，有

氣入肺，作聲如雞啼。病發時或患驚厥，或手足痙攣。有致命者，然極少。皮色發紺時，則痙攣止而呼氣漸易。一日之間，或屢次發作。

治法 當細驗其因；若腫而熱，則宜割之。大便當以不秘不瀉為宜。若小兒弱甚，或有骨軟性，當用滋養品並服魚肝油。冷水擦法最善。若發作沉重，則宜用冷水噴面。有時以指探入咽後，即可止痙。溴化鈉，水化氫鹽或安替派林 antipyrine 之小劑有時有用。

痙攣性格魯布又名痙攣性克盧瀝 (痙攣性哮喘) Spasmodic Croup. 此或係神經官能性喉肌痙攣之患，小兒自二歲至五歲者多患之。初則睡臥如常，至半夜或夜深即醒，呼吸困難，咳嗽銀而帶格魯布聲。言語作嘶嘶聲。如是者經時，情勢或極重；而血管充血，而皮色發紺。繼則突癒而酣睡，次早醒時無病如常。如是者數夜，父母每因而驚惶。患此病之小兒日間或亦作嘶嘶聲，且畧有卡他狀及格魯布響之咳。大抵畧兼卡他性喉炎。此病與喉部白喉病有別，務宜明辨。若僅發痙，微吸哥羅芳，奏效甚速；用熱浴之法亦可。凡吐藥如吐根葡萄酒 *vin. ipecac.*，可減輕痙攣；對於小兒之日間食物過飽者，用此藥益妙。

(五) 結核性喉炎

TUBERCULOUS LARYNGITIS (*Laryngitis tuberculosa*)

原因 喉膜有時起原發性結核，然大多數繼肺結核而起。繼發性結核。肺結核之有此病者，佔百分之十八至三十。又肺結核初起時，或即有結核性喉炎。喉患重而肺結核輕，且限於一尖者，亦有之。

病理解剖 粘膜始則腫，而結核散列其上，似由血管之附近而起。結核漸至相合成塊，該塊又變似乾酪樣，終則潰而成

無定形潰瘍。該瘍每蓋有灰色滲出物，而附近之粘膜變厚，瓢形軟骨之粘膜尤甚。潰瘍或糜爛聲帶，終則帶全被蝕滅；潰瘍深則致軟骨衣發炎而壞死，間或剝脫。其患或累及咽，且向下延及喉之環狀軟骨之粘膜而達食管。會厭或全滅。少數病案或潰而成癭，致喉狹窄。

症狀 初狀係聲微沙，漸加重，終或失音。當此病方起沙聲之際，務宜注意。醫者多因其有此聲而驗肺。

咳嗽一部分起因於喉之受累。初起不甚苦，但潰瘍蔓延時則咳嗽之聲帶沙；雖盡力咳之，終不減其困苦。此病之諸狀，以難嚥為最重，因累及會厭及潰瘍延至咽故也。會厭被滅已佔大半者每欲吞嚥，即作咳陣，其苦極甚，或致窒息。

以喉鏡檢之，初起時粘膜之色過白而變厚，遮瓢形軟骨之粘膜尤甚。其潰瘍易認。闊而淺，底灰色，而形無定。聲帶變厚，常潰爛。

此病不難診斷，蓋多兼患肺病也。若有疑難，可驗潰瘍底質有無結核菌，當可了然。

治法 最要宜禁言語。敷乳酸和甘油及用電烙係局部最有益之療法。潰瘍用噴霧器使之潔淨後，用碘芳調嗎啡之散劑每日吹入三次，則可減痛。又用噴霧器噴入百分之四之科卡印溶液，或可使吞嚥漸易。惟咽喉之潰瘍廣佈者則雖科卡印亦無效。聲門消滅，則吞嚥極難；可以一罐盛牛乳，置諸牀下，使病者垂首牀側，用管啜之。日光療法有時有益。

(六) 梅毒性喉炎

SYPHILITIC LARYNGITIS (*Laryngitis syphilitica*)

梅毒性喉患甚常見。或係先天性，或在後天性梅毒之第二三期發生。

症狀 梅毒之第二期或有喉之紅斑，延為卡他，但無甚特殊性狀。或延成微白之淺潰瘍。着生於聲帶或喉室帶。粘膜斑及濕疣罕有之。其症狀與單純之喉卡他相似，微失聲而喉覺被刺激。

梅毒第三期所顯喉部損害多且重。粘膜下層發樹膠樣腫，常生在會厭之底，大小不等；小者如針頭，大者似豆。或潰破而呈深闊之潰爛區，或癒時成纖維組織，漸縮致喉窄，深潰者易累及軟骨，致壞死而剝脫。甚或致動脈被蝕而出血。若兼水腫，則每突死。倘樹膠樣腫硬化，或潰瘍癒後發癥，則致畸形如會厭緊束於咽壁或會厭皺變或舌等；終則狹窄。此當以氣管切開術治之。

先天梅毒之喉症狀其損害之歷程與尋常之歷程相同，小兒未滿五六月者患之，或成丁之後始患之；然五六閱月內者較為普通。樹膠樣腫潰則成潰瘍；常生於會厭及喉室；深潰則累及軟骨。又有成癥而狹窄者。

診斷不難。蓋患此病者，其身體之他部常有梅毒症狀也。

治法用抗梅毒藥為最要。而梅毒第二期損害易於見效。梅毒第三期之喉炎則重而難治，深潰瘍特難療治；若有癥，宜用氣管切開術或擴張法。

(丙) 氣管病 DISEASES OF THE BRONCHI

(一) 急性枝氣管炎又名急性氣管枝氣管炎

ACUTE BRONCHITIS—ACUTE TRACHEO-BRONCHITIS

此病極常見。中年壯健者患之少危險，惟老幼則多有性命之憂，因兼患肺病也。炎處多在兩側之大中小各氣管。而在小氣管者則名毛細枝氣管炎。茲所論者，不及小氣管，因毛細枝氣管炎另詳於枝氣管肺炎章也。

原因 此病大多數係一種急性傳染，其發端僅為一單純之鼻卡他，入後蔓延至氣道。其傳染性甚重，有時或為流行病，一時患者甚多；即不隨此病所常伴發之流行性感冒而起者亦復如是；流行之期大抵在春初秋暮，寒暖不均之際。此病常與受寒有關係，故西諺有所謂“胸部受寒”之名詞。無論老壯幼皆可患之，然以老幼二時代為尤多。有若干人有患此病之殊性；畧受感冒，即致發作。

此病每與他種傳染病如麻疹及腸熱伴發，患氣喘及百日咳者亦每兼患之。凡脊柱彎曲之人，尤易患之。隨腎炎、痛風及心病等而起之枝氣管炎，常屬慢性類。塵埃之吸入，係一常見之協助病原。各種氣體之具刺激性者，亦可致枝氣管炎。此次歐洲大戰發見若干劇烈之枝氣管炎，為戰時所用各種毒氣所致。吸髓而致此病者，亦頗多。至於螺旋體性枝氣管炎，則已見本書第二百六十九面。

細菌 此病之有肺炎球菌者甚多。或繼肺炎而起。有時此病逢冬即發，纏綿不止，所吐之痰幾全含肺炎球菌。此等病人痰內含微生物可經多年，幾乎每日患咳嗽，冬季則更增重。流行性感冒桿菌亦常見；或僅含此菌，或兼有鏈球菌。卡他球菌 *Micrococcus catarrhalis* 則凡尋常枝氣管炎病多有之。伴他菌而有者亦甚多。葡萄球菌、大腸桿菌及腸熱桿菌則較少。是以欲分別枝氣管炎之臨診類別與痰內之主要菌類之關係，實不可能。惟帶肺炎球菌者，似乎極易再發此病；而流行性感冒桿菌則或致較重之衰弱，且其成慢性及枝氣管擴張之趨勢較大。

病理解剖 氣管與枝氣管之粘膜發紅而充血，且被粘液及粘液膿所遮蓋。其細毛上皮（絨膚）脫落，粘膜下層腫而兼水腫，組織為白血球所侵。粘液腺亦腫。

症狀 初起時常兼尋常傷風之狀。鼻卡他延至諸氣管及喉，多作沙聲。罕覺寒冷，但精神抑鬱而疲倦，且骨及背腰痠痛。輕者罕發熱，重者熱度高至百零一至零三（三八至三九五）度。枝氣管之症狀初係胸骨下覺緊而澁，胸部不舒。咳嗽初作粗響，而帶鈴聲。間陣突發，困苦難堪。咳甚時，胸骨下及膈附麗處俱極痛。始則乾咳，痰少而膠粘，越數日痰變粘液膿，且多；終則為膿性痰。咳嗽易則畧爽。痰多係膿細胞所成，又或有大而圓之肺氣泡細胞。

物理徵 發熱不甚，則呼吸之數不甚加增。若累及小氣管，則呼吸速，且患呼吸困難。施觸診，枝氣管震顛常可被捫覺。初起時施聽診法，各處作司司鳴。咳嗽時此鳴或隱或現。至枝氣管粘膜弛緩及痰較多時，則變為粘液鳴及滯泡鳴。肺之後下部受累最重。肺底宜日驗一次，對於老年人幼年人尤為重要。

病程 病程依發病之情形而定。中年康健者，七日熱退咳舒。又十日則漸癒。幼兒累及細氣管者則危。在患麻疹及天哮喘者，則甚易累及細氣管，致管擴張而被粘液膿所塞，更延至肺之數處致萎縮，終則成枝氣管肺炎。如此，則病徵必變異。肺底有多處作細捻髮鳴，且有响實響之區而呼吸之聲或弱或似遠處之管聲。老弱者患之，苟病由大氣管延至小氣管，則係危病。老人氣管粘膜之排除粘液力每不完足，故粘液易下墜，致氣管擴張，而其炎則延至毗連之肺氣泡。

診斷 急性枝氣管炎之診斷大概不難。蓋雖突起者或似大葉肺炎，而其無實響及管樣呼吸聲而有尋常枝氣管炎狀，診斷尚易。若兼枝氣管肺炎，則症狀增重，呼吸困難較甚，咳陣較重，面變色，且顯枝氣管肺炎之物理徵。

治法 醫者須竭全力防止其傳染之危險。病者宜獨居一室，痰宜吐在一有蓋之器內，隨即燒化或行消毒法。室內須陽光十分充足而空氣流暢。輕者當以熱水浸足或用熱浴，飲熱薑湯或熱茶，且用芥末敷胸前，皆能奏效。病重者宜臥床休息，並多飲水。若乾咳困苦，則吐根複方散 *pulv. ipecac. co.* 奏效最速。胸骨下覺痛者，水療法最有用。病房內宜煮水，令熱汽沸騰；而在此乾期中，宜再用錦葡萄酒及吐根葡萄酒調醋酸鉍溶液及甘硝精 *vin. anti-mon., vin. ipecac., liq. am. acet., spt. ether. nitros.* 之混合劑服之。脈搏速者可用烏頭酒，小兒更宜用之。吸安息香複方酒亦佳。咳乾而覺有刺激性者，當多服吐根複方散或樟腦鴉片酒 *tr. camph. co.* 對於嬰兒及老人，用鴉片宜慎，痰多者益當注意；惟咳嗽費力而辛苦，致不成寐者則無他藥可代鴉片。赫羅印 *heroin* 亦可用之。迨咳嗽舒而痰多，病者稍安，則可治以各種除痰藥（如海葱，經，森伊加等 *scilla, ammon., senega*）。然雖或奏效，不可視為常例。乏克辛療法 功效無定；即使僅僅發見一種致病菌，亦不甚可靠；然有時用之於預防或治療，竟有見功甚速者。

小兒急性枝氣管炎若多痰難睡，或兼呼吸困難及面色漸暗者，當立刻服吐劑（如吐根葡萄酒一錢至四錢 *vin. ipecac. 3.5-15*），且須連服，迨嘔作始止。

(二) 慢性枝氣管炎

CHRONIC BRONCHITIS

原因 此病由屢患急性枝氣管炎而起，但隨慢性肺病，心病，主動脈瘤，痛風及腎病而起者最多。患之者多老年人；且男較女多。水土不同，以及四季之寒暖，皆與此病有關係。老人常在天氣漸冷及寒暖不齊之際，因此致咳。故英美二國俗稱之為冬季咳嗽。

病理解剖 枝氣管粘膜因所伴之病而呈各種改變。或致粘膜極薄。氣管擴張，肌組織與粘液腺組織俱萎縮而上皮大部脫去。或粘膜變厚而有浸潤狀。又或潰爛，粘膜皺裂尤甚。枝氣管擴張常見；肺氣腫亦常相伴而發。

症狀 老人之慢性氣管炎而兼肺氣腫或痛風或心病者，其要狀有數端；呼吸急促，費力時即發作。如登山升梯則氣促是。然此非慢性枝氣管炎之故，乃肺氣腫及心弱等患所致也。不痛。咳嗽因天氣及時令而分輕重。夏季無恙，每至冬季則重而恒定。或僅早晨作咳，或僅夜間作咳。痰極無定。乾性卡他無痰。然此病大抵多痰而皆屬粘液膿性或全屬膿性。或有患此數年，痰稀而似水者。罕發熱。人或康健，僅延為肺氣腫及枝氣管擴張之患。此病多不可治。患者夏季漸癒而不咳，冬季則復作。

物理徵 胸常擴張，呼吸之動微，每有肺氣腫之勢。叩響或不清或過空。施聽診法則呼氣長而作哮聲及各等乾鳴；或音高似鳥鳴，或音低如鼾。肺底則常作捻髮鳴（沸鳴）。

若在小兒除肺之慢性病外，慢性枝氣管炎兼咳嗽且發作大抵在夜間者，常伴扁桃增大及咽鼻部淋巴增殖病而發生；此種小兒大抵呼吸由口，具殊性之面狀及胸形，每瘦弱而發育不良，夜間體溫高至九十九度半（三七·五）。肺尖有散漫之鳴，肺底鳴或尤多。其咳嗽、發熱及胸部之情形狀或可診斷為結核病。

臨診類別 上文所論，係尋常老人慢性枝氣管炎之兼肺氣腫或心病者。尚有數類，可專論於次：

(甲) **婦人慢性枝氣管炎** 婦人患之，患者每為二三十歲之人，纏綿不止，對康健無大損。或隨流行性感冒而起，而枝氣管微擴張。此類罕見。

(乙) 枝氣管溢液 (又名溢痰性枝氣管炎) Bronchorrhea.

此係枝氣管分泌物過多。與枝氣管擴張之多唾痰者不同。痰或極稀似水,特稱漿液性枝氣管溢液 bronchorrhea serosa, 且極多。或為稀膿而有微綠或黃綠色塊,此更常見。有稠而勻淨者。此類枝氣管多分泌物每為慢性枝氣管炎之症狀,或致患枝氣管擴張而終成惡臭性枝氣管炎。年幼者,其患每纏綿數年,而康健如初,兩肺亦無患。

(丙) 惡臭性枝氣管炎 Putrid Bronchitis. 此即咳出惡臭痰之病。凡枝氣管擴張,壞疽,膿腫,結核腔內之膿腐解及胸膜積膿穿肺多兼患之。或無以上各病,僅有臭痰。痰多而稀,色灰白,分上下兩層,上層稀而有浮粘液沫;下層稠而沉澱,有時含污黃塊,大如蠶豆。病重者每致枝氣管壁改變,肺炎,膿腫及壞疽,亦有致遷徙性腦膿腫者。

(丁) 乾性卡他 Dry Catarrh. 此病不甚罕見。發作時咳嗽極重,痰少或無痰。老人患肺氣腫者多兼此患,難於療治。

枝氣管炎之痰內嗜伊紅血球極多者,係一種氣喘病。

治法 枝氣管炎之遇冬天即復發者,最妙宜改換水土,遷居暖地。大凡枝氣管病之纏綿者,用此法俱可獲益。凡治慢性枝氣管炎,必先察是否兼患全體病及局部病。許多病案尿或極酸,或微含蛋白質,而動脈變硬。此名痛風性枝氣管炎,大概係腎之排泄功用有缺;故醫者當先從此處下手。其地則有與心病及肺氣腫併起者。病在老人,尚注意防病法,獲益甚多。如冬季寒暖不齊之時,須謹慎勿為寒冷所侵,春夏之交衣服不可驟減等是也。用自身菌液 autogenous vaccines 為防病法,有時甚效,似宜試用。但須細心檢查痰中之微生物,而認定其致病菌之種類。

此病用藥療治，罕能斷根。有時用碘化鉀或襪奇效；若醫者不明致病之原，而僅見咳嗽間時發作者，當試用之。早晨咳嗽者用重碳酸鈉十五厘，氫化鈉五厘，哥羅芳酒五滴，八角回香水一噴，*sod. bicarb.* 1.0, *sod. chlorid.* 0.3, *spt. chloroform* 0.3. cc, *aq. anisi* 30 cc; 服時和溫水各半，於早晨服之，甚佳。胸部漲滿者可試行土耳其浴。痰多則用阿妥羅品，有時有益。心弱者可用狄吉他利與番木鱉素調合服之。松黑油 *pix*，松節油，木焦油 *creosot.* 退雷本 *terebene*，安息香複方酒 *tr. benzoin. co.*，畢澄茄，秘魯樹香 *balsam. peru.* 以及妥路樹香 *balsam. tolu* 等藥亦皆可用。又吸猶加列 *eucalyptus* 或以吐根葡酒噴霧之，亦無不可。如痰臭惡，宜用百分之一之石炭酸水，或千分之一之台摩耳水 *thymol.* 1—1000 噴霧之，但以藥入喉尤效。其法用科卡印溶液百分之四先麻木其喉，後以俄利伐油二錢，碘芳半厘 *iodoform* 0.03 gm, *ol. olivæ* 8 cc 調合射之。而有刺激性咳者則當加嗎啡八分厘之一 *morphin* 0.008。喘急而面色發紺者，當在臂施靜脈放血術，減去其血二三十兩（六百至九百鈺）；可有功效。小兒所患之類之兼淋巴增殖病者，宜割除其淋巴疣，繼以呼吸訓練 *respiratory exercises*。

(三) 枝氣管擴張

BRONCHIECTASIS

原因 擴張可以隨枝氣管本身或肺或胸膜之多種病患發生。此擴張情況在臨診時或失於察覺，且書籍上不克備載，故見於文字者每較實際發現之數少甚。實際則或此病被醫者察覺之數較吾人所知為多，亦或病之發生較吾人所知為常見。醫院剖屍檢驗時察見此病者，約有百分之二至四。多數在二十至四十歲之間；男子較多。原因之分類如下：

(甲) 內性原因 *Intrinsic Causes*. 直接發生於枝氣管者。

(子) 枝氣管炎。慢性咳嗽係常見之先驅病，而其擴張係恒久用力咳痰，損及已經有病而弱之枝氣管壁之機械的結果，共有三類：(一)小兒在患傳染病(尤以麻疹爲然)所顯之一種小枝氣管之普遍性擴張。(二)發於患傳染性枝氣管炎(或屬肺炎球菌類或流行性感冒類)之際，咳嗽頑梗不愈，逐漸繼起瀰漫性枝氣管擴張之徵而兼臭痰。此類極不易與臭惡性枝氣管炎辨別。(三)隨恒久吸受塵埃(如礦工等)而起之枝氣管炎，每與枝氣管相伴。

(丑) 枝氣管狹窄。或由外面受腫瘤或動脈瘤之壓迫，或因梅毒性氣管壁間之贅生物，或因內有外物等之擠壓而起。尤以外物爲重要之原因。因此狹窄，遂發生分泌物之屯積，管壁之漸弱，擴張乃隨之而起。

(乙) 外性病原 Extrinsic Causes. 此與肺及胸膜之組織變異伴起。(一)無論何種原因所致之肺之纖維性變 fibrosis，梅毒，慢性肺炎，炭末沉着及慢性纖維樣胸膜炎。(二)急性枝氣管肺炎。繼大葉肺炎之消散遲延而起者甚少；但或隨枝氣管肺炎發生。(三)肺受壓。在慢性膿胸之肺受壓甚烈之類，發生枝氣管擴張者少。贅生物及動脈瘤所致之局部受壓，即不兼枝氣管狹窄，亦可致擴張。膨脹不全性枝氣管擴張 atelectatic bronchiectasis 每發生於先天性肺之不發育或出生後不舒張之一部分。枝氣管之壁顯軟骨過長之徵。(四)結核病。凡剖解患慢性潰爛類肺癆，幾乎無一次不察見有枝氣管擴張之徵。結核病愈屬慢性，則纖維樣變愈劇烈，而擴張亦愈普遍；而尤以上葉爲最多。

(丙) 先天性原因 Congenital Causes. 此類較少見，係枝氣管之普遍性囊狀膨脹，大抵僅在一肺；又或僅限於膨脹不全性局部區域之第三及第四等枝氣管。

病理解剖 此病可分為囊形及筒形二類；或兩者並起於一肺。其擴張或屬普遍性，或屬局部性。羣管俱擴張者每僅一肺有之，常屬先天性類，而間質性肺炎亦間或患之。諸管變為囊，彼此相通。其壁滑，除深處外或不潰爛或蝕爛。囊裡膜滑而光。擴張處有時在胸膜下成大囊。囊間之組織變成密而硬之纖維組織。部分擴張兼囊筒兩形者常見於慢性肺結核，慢性胸膜炎及肺氣腫；慢性肺結核類多在肺尖，慢性胸膜炎類多在肺底。然此二類以筒形者為較普通，且有時作梭形。亦有患慢性枝氣管炎或肺氣腫而成單囊狀枝氣管擴張者。

症狀 小兒患枝氣管擴張，尋常為急性病。肺結核、肺氣腫、慢性枝氣管炎等病所顯之枝氣管擴張常有限制，大半為本病所隱，致枝氣管擴張之狀不明顯；病者未死，每難察出。

囊大者更有咳嗽及唾痰之狀。患者大概日間無咳嗽，繼則突然發作極重，而唾多量之痰。或在轉移身體時突起大咳，此似係擴張處之膿流入未擴張之枝氣管所致。每日早晨，咳嗽尤重。痰呈微灰色或微灰棕色，稀而似膿，其臭奇酸或惡。若置痰於玻璃盃內驗之，則可分為三層，下為厚粒層，中為稀而似枯液之層，上則為微棕色浮沫。再以顯微鏡驗之，內含膿細胞，常係脂酸大晶，數極多，羅列成羣。氣管壁無潰瘍者，彈力性纖維則少。內無結核菌。痰或極臭惡。銅鑲形痰之似由肺結核窩出者，則罕見。有出血之患者佔其半數。有時或伴有大腦膿腫或關節炎。

痕徵 此病因伴起之情況過多，故其病徵亦大有差別。在深處之擴張，或且無徵。而其與結核病、慢性枝氣管炎、氣腫或纖維樣變等併發於一時，亦使一般情況極為複雜。凡望、觸、叩等診法，皆受以上各原因之影響。擴張之近表面者，作鼓響。在囊狀擴張，其徵因其窩之空或充有分泌物而異。聽診時，除

擴張處係近表面者有洞樣呼吸聲外，其呼吸聲因伴發之情形而有差別。且有許多種類之肺鳴。在早期之瀰漫類，或有極顯著之裂聲 crackling sound，此係一擴張之徵兆。

診斷 醫者對於此病，多不能診斷。大囊類之僅在一肺，且兼間質性肺炎或慢性胸膜炎者，則易於診斷。其胸之一旁收縮有時不甚重。以聽叩二法驗之，則有肺窩之徵，多顯於肺底，依窩之盈虛而變。亦有甕響及大鳴。此患雖纏綿多年，然病者亦可如常操作。但有肺血循環受阻礙之徵，用力時則皮色發紺，呼吸困難。胸膜成局部窩而與一枝氣管相通者，極易與枝氣管擴張相混；宜明辨之。用 X 光線察驗，對於認定受累枝氣管之局部，甚為有助。排洩前後所攝影片之濃密，係一有價值之證據。

此病每易誤認為鱗核癩（兩病併有者亦常見）；但苟詳細檢查其痰，當可辨別。肺之膿腫之急性及痰之殊性每明瞭可辨。其與慢性枝氣管炎之區別較難；但其痰及其指之成杵狀已可為診斷之助。

治法 此病藥治無功效，因不能療其擴張處使縮小如初也。體勢療法 postural treatment 極重要；病人臥時頭宜低，以便排液。減少液體一量滴，有時有用。氣管內注射法近多用之。所用藥液為薄荷冰十分，乖阿科二分，俄利伐油八十八分 menthol 10, guaiacol 2, ol. olive 88 調合注射喉中，每次一錢（三五錢），每日二次。若臭惡甚者，則用碘芳合俄利伐油射入最善。使病人行木焦油蒸氣浴，效驗絕佳，但宜就小室為之。其眼須遮蓋，鼻前孔須以棉花塞之。法用水一碟，和木焦油一錢 creasotum 3.5，加於酒精燈之上，沸之為蒸氣。此氣初則刺激甚，然不久則慣。如是至一刻鐘之久，間日用之，漸至每日一點鐘，施行三月乃止。

外科手術。是病又可用外科手術治之。其法見外科學，茲不盡述。

(四) 枝氣管性氣喘

BRONCHIAL ASTHMA

定義 在被感受之人 sensitized persons, 此係一種過敏性 anaphylactic nature 之反應;其他則或係一種反射性神經官能病 reflex neurosis;其特殊性狀為鼻或呼吸粘液膜之腫,分泌增加,枝氣管肌痙攣兼呼吸困難(尤以呼氣為然)。上述之草熱病與此類氣喘不同之點,僅彼則受患之主要處在呼吸道之鼻部,而此則在枝氣管部也;但兩部同受患者極多,故實際無甚大分別。

原因 據最近之研究,此病屬過敏性現象 anaphylactic phenomena. 施一通常馬血清注射劑於豚鼠後,雖無反應,但在十日之後再施二次注射,即可證該鼠已被第一次注射所感受,而發生可注意之症狀,如噴嚏,初則呼吸困難,繼則其困難加重而顯舞蹈性抽搐 choreic convulsions. 解剖之,其肺膨大,不萎縮,而枝氣管則充滿粘液。一有氣喘性之人,譬如對於蛋類有敏感性,苟注射少許蛋白,即可致呼氣困難,而非吸氣困難。其肺膨脹(用螢光隔離法 fluoroscope 察見),而膈不動。肺氣泡空氣之二氧化炭含量低。再注射腎上腺素,則此等症狀即退;其在豚鼠亦然,苟及時注射,亦可阻制其過敏性症狀。此等肺微之唯一解釋理由,係枝氣管肌之陣發性收縮將氣泡內之空氣閉住;故肺顯極顯著之膨脹,吸氣既甚困難,而呼氣尤加困難。而阿妥品及腎上腺素可迅速救濟此等現象,即係枝氣管痙攣之證據。而草熱病及枝氣管性氣喘兩者皆顯此類枝氣管痙攣兼粘液膜之劇腫及分泌增加。此兩類病人對於數種致氣喘物 asthmogenic agents 有被感受性,常見者為蛋白質 proteins,其入體或由

吸入,或由注射,亦有屬於本身者,乃細菌或他種作用所致。花粉對於粘液膜之影響,直接為刺激,而間接為吸收其蛋白質。凡感覺過敏之人,其皮膚對於致氣喘物亦發生反應;故對於蛋類有敏感性之小兒,即使將蛋白向洗淨之皮膚上揉擦,亦可致蕁麻疹。

某氏研究氣喘病四百案,其結果如下:對於若干種蛋白質有敏感性(由試驗皮膚而知)者一百九十一人,計獸毛蛋白質七十八,食品蛋白質六十八,花粉蛋白質九十二,細菌蛋白質三十三。而其敏感性不僅屬於一種蛋白質者,亦復甚多,此所謂多數性被感受 multiple sensitization者是也。一病人或對於植物,動物及細菌蛋白質皆有敏感性。患枝氣管性氣喘者,大都對於花粉,馬皮膚,葡萄球菌,貓毛以及數種普通食品如麥,蛋,肉等有敏感性。其無敏感性之類,則病之發顯較晚,大約患者必在四十歲以後,而多數有慢性枝氣管炎及心腎之變異。發病之年齡愈長,則有敏感性之數愈少。

刺激物可分類如下:—

(一)吸入類 植物,如各種草及花之花粉。動物,如塵埃內所含由馬,貓,鳥等而出之放射物以及他物。

(二)食入類 多種含植物及動物蛋白質之物;植物如各種草,麥,米,各種豆類,水果及堅果;動物食品如肉,乳,蛋,蝦,蟹及牡蠣皆是。

(三)新陳代謝類 腸胃內原始消化之異常產物 abnormal products of primary digestion; 肝內之乖變化;內分泌之量或質缺乏;組織內之不完全同化作用或係許多不易辨認之類(即對於尋常動物及植物質不顯反應者)之原因。

(四)細菌類 葡萄球菌及其他細菌。此等菌或竟在呼吸道本處。

以上四種原因之中，(三)及(四)尙未能如(一)及(二)之確定。

此病或屬家族性。對於若干物質之感覺過敏性可以遺傳，早經認定；而雌動物對於非本身之蛋白質(如馬血清)之被感受，可以遺傳於其所產之幼動物。可以致氣喘發作之情況極多，其中以局部之空氣狀況為最重要。患者在城市或竟無恙，一至鄉間即發作，且有在一定之地方發作者。此等病人之中，大多數係對於一種特別刺激物有敏感性者，如於發作病之地方睡於馬鬃所製之褥或鴨毛所製之枕上，可致對此等物質有敏感性之人發作氣喘。至於小兒，則竟有對於極微量之蛋或肉而有敏感性者。

凡患氣喘病之人，在施用抗毒素 antitoxin 後，或發作劇烈之血清病 serum sickness；尤以馬氣喘 horse asthma 類為然。其所顯之症狀與獸類所顯之過敏性休克 anaphylactic shock 相同。注射抗毒素之處紅而且腫，皮膚被激刺，多顯蕁麻疹，突然呼吸困難，面色發紺，劇烈之心衰弱；或竟於數分鐘內致命。凡見患此等病者二十八人，無救者居其十五。故凡在施用防病或療病之抗毒素前，必須詢問是否曾患氣喘及其情狀如何。

氣喘病之屬於反射性神經官能病者 Asthma as a Reflex Neurosis。在未得最近研究結果之時，每以為氣喘病係隨各局部(如鼻、胃、腸等)之被激刺而起，患者每視為神經系過敏性之人。情感受擾，如驚嚇、憂慮等皆可致氣喘之發作；但此類實不能歸入上述之過敏性類。然除去其刺激原因(例如除去其鼻之息肉)後，其病即迅速就癒而永久消滅，實為一種佐證，可以證明此種病原係患氣喘病者之非因動物及植物蛋白質而起敏感之類。又凡易患草熱之人，其鼻粘液膜有不健全之敏感性 morbid sensitiveness。

病理 真氣喘病之病理解剖，今尙未能十分明瞭。在久病之類，其損傷爲慢性枝氣管炎及氣腫。

症狀 病之先兆卽畏寒，胸部緊張，腸胃充氣，尿多或精神憂鬱。初起常在夜間睡後數小時之際。突然氣迫而胸部不適。呼吸漸猛烈，諸副肌俱動，數分鐘間呼吸困難達於極點。面色青白，顏容驚恐，不能言語；雖盡力吸氣，而空氣之入肺極少。呼氣長而作哮聲。呼吸之數不甚增。最困難之情況係呼氣兩肺膨脹，作力吸之姿勢，故雖竭力欲呼吸，而出入之空氣極少。

發作數分鐘或數點鐘則止。重者則有窒息之狀，面流汗，脈搏細而急，手足俱冷，病極時呼吸漸易，咳嗽甚，而病卽稍舒，乃儘困沉睡。不幾時，或發第二次。當病間歇之時，呼吸微不舒暢。其咳始則極緊而乾，痰膠粘難出。咳嗽猛烈時，頸結締織或氣腫。

病徵 病發時，其病徵易辨。施望診法，則見胸增大如桶形，不甚震動。膈低而微動。吸氣短促。雖盡力吸之，胸亦不甚張。呼氣則長。叩之無異徵，但叩響或作過度反響，屢患此病者多如此。施聽診法，呼吸聲帶有各種低乾鳴及司司鳴，其音有高有低。病之後期則作濕鳴。

痰甚易辨，與他病所唾者不同。初起時唾痰極難，痰成圓形膠性塊。雖爲球形，亦可展開，蓋卽小氣管之粘膜也。痰之組成或全係此微透光之圓塊浮於少許稀粘液之中。然亦有不透光者。若將痰塗在黑玻璃上驗之，則有螺旋形。以顯微鏡驗之，此塊大多數有枯什曼氏螺旋 *Curschmann's spirals* 的組織，係在細枝氣管內因細枝氣管炎而成之物無疑。至何以爲螺旋形，則不可解。其痰不出二三日，全變爲粘液膜。螺旋則消滅。真枝氣管性氣喘初起時，咸有螺旋；而枝氣管炎與肺炎則咸無螺旋。有時痰內有尖形八面稜體之晶，或稱爲氣喘晶。

asthma crystals. 其形與精液內之晶及白血球增多者相同。嗜伊紅性白血球則增至每百白血球中有二十五至三十五之多。

病程極無定。重者止而再發，如是三四夜或五六夜，其間斷之際及日間則有哮喘聲及咳嗽。初病者早晨無恙，無咳，亦不甚苦。慢性者別兼肺氣腫；且雖其氣喘性稍減，而其慢性枝氣管炎及氣促則加重。

診斷 氣喘之情狀甚為明瞭，但欲審定其為何種蛋白質所致敏感性，則須細心試驗。一般皆用皮膚試驗法查其對於蛋白質類之敏感性。其法將一種蛋白質膏劑置皮上，輕劃之。如病者對於此一種蛋白質係敏感性之類，則逾二十分鐘左右即在該處發生一露麻疹塊。常須用多種蛋白質試驗。且常有對於數種蛋白質皆有敏感性者，尤以幼小時為然；年愈長，則此等敏感性愈少；中年以後，則絕少矣。

治法 用最新之方法逐病研究之，係重要之開端手續。皮膚試驗之實行並不甚難，但須得病者本人之協助；如係小兒，則須得其父母之協助。最初須研究其反應。至於非敏感性類，大抵係年較老之病人，病之發生既在晚年，且有枝氣管炎或心腎之變異。療治此兩者，即可見功；治藥推碘化鉀為最有效。但此藥須用大劑，其劑量又須逐漸增加，至能發生症狀為止。此外則可取痰內主要之細菌，製成乏克辛備用。倘菌及扁桃體係傳染之發源處，則宜並治之；腸胃之狀況亦須詳細檢察。鼻及骨質之病，須療治；凡施烙術或割除息肉而迅速見功者，即為此類年老之病人。

至於敏感性類（如吞入、吸入及菌類等，詳病原節），則要在使與刺激物隔離；此刺激物之來源每在職業、生活、飲食或與獸類接觸等。倘長期間與致病之食品類蛋白質完全隔離，則可有脫感受性 desensitization 之結果。對於蛋類，尤宜特別注意；即

極少之量亦或能致病之發作。凡糕餅等之含有蛋白質者，必須禁止。五穀類之蛋白質或亦係病原；患草熱病而對於草類之花粉有敏感性者，對於麥類之蛋白質亦然。久食某種蛋白質之小量，有預防某種過敏性之效果。

至於馬性氣喘 horse asthma，初療時可注射十萬分之一之毛類蛋白質 hair protein 1—100,000 稀釋液，但其劑量之增加必須逐漸而且遲緩。馬血清注射對於此一類氣喘無功效。而馬毛蛋白質治法亦不能使病者對於貓毛蛋白質有脫感受性。以上所述之預防治法，有時亦有可虞之處。曾見一已患氣喘十五年之久之病人，每日注射〇〇一匙之馬毛膏劑 horse hair extract 0.01—0.02 mg；至第四日，再注射〇〇三匙後不及二分鐘，病者突然覺熱；三分鐘間，面色發紅，鼻涕眼淚齊出，而皮膚刺癢；五分鐘內，氣喘即發作，喉間如被塞者然。迨注射千分之一之腎上腺素溶液十二量滴，始克停止其發作。繼則發顯尋麻疹，至一小時半後，症狀始停止。另一病人，因注射一脫感受性馬毛膏劑而致發生劇烈之血清病。對於細菌類，倘痰內之主要菌類為金色膿球菌，溶血鏈球菌或類白喉桿菌 diphtheroid，則即用此等菌之菌液治之，所得效果在菌液中稱最佳。

鼻喉之手術療法對於敏感性類氣喘，似乎無甚功效。施用對症之蛋白質治法後，病者對傷風及枝氣管炎之易患性隨即退去；至於細菌類氣喘（非敏感性類），則概以菌液之功效為佳。

發作時之治法。皮下注射千分之一之腎上腺素溶液十五量滴 sol. adrenalin 1—1000, 1 cc, 或阿妥品百分之一厘 atropine gr. $\frac{1}{100}$ 0.00065 gm, 其見效或甚速，然各個體之功效如何，頗有等差。腎上腺素小劑有時亦頗有效。有若干病人，須長期注射腎上腺素，每星期一次。但病者之有動脈硬化病或血壓高者，則不可用。皮下注射嗎啡極效，每劑六分之一至四分之一厘

(gr. 1/6—1/4, 0.01—0.016 gm.). 吸亞硝酸淀粉基 *amyl nitris*, 或甚效; 畧吸哥羅芳, 可以止癆瘵。此外可試注射尼羅卡品每劑八分之一厘 *pilocarpine gr. 1/8, 0.008 gm.*

尋常患慢性氣喘者喜齷或吸一種物質。凡紙烟內含有茄科 *Solanaceæ* 之葉及加氫酸鉀者, 頗佳。又法, 可置蔓陀羅 *stramonium* 之葉於碟中, 和以氫酸鉀而焚之。許多病人每用一種專賣藥品, 其功效大抵為茄科之葉或氫酸鉀所致, 間或有用鴉片者。即尋常烟草所製之紙烟, 有時亦效。

(五) 血絲性枝氣管炎 (組織形成性氣管炎)

FIBRINOUS BRONCHITIS Plastic Bronchitis

定義 此病或屬慢性, 或屬急性。特殊性狀係枝氣管所成之血絲管型在氣促咳嗽發作之際唾出。白喉病延至枝氣管, 肺炎, 肺結核等亦成枝氣管血絲管型, 然與此病無關。又此管型切勿與咯血之血管型相混。

症狀 慢性血絲性枝氣管炎之屬特發性者甚少 *chronic idiopathic fibrinous bronchitis*。病者中年之人最多。或數年數月之間屢屢發作。管型之形狀大小及病發之情形皆相同, 似仍為枝氣管原部所患。唾此管型時, 常兼氣促及咳嗽。病之間歇期, 長短無定。或兼發熱與咯血。物理徵似指明患部在肺, 蓋咳時有暗啞之呼吸聲及肺鳴也。此管型常捲起, 且雜有粘液及血。展開視之, 則係一白而分枝之大物。其總幹或厚與小指相若。雖名血絲管型, 實則其質大半為粘液素。

急性者常在患熱病時發作, 如腸熱, 肺炎, 發疹熱病等是。病之初起, 有枝氣管炎; 不幾時則氣促增重, 繼則咳出此管型。或發寒熱。較慢性者重甚。幸患此者甚少。

治法 病之屬急性者，當以尋常急性枝氣管炎之治法療之。至於慢性病之再發者，無法可治。無併發患者，雖發作之狀若，氣促咳嗽重，亦罕至危。用醚或汽令病者吸之，或噴洒石灰水，皆可助管型之脫離。或以俄利伐油注射入氣管。用吐藥助管型之排除亦可。

(丁) 肺病 DISEASES OF THE LUNGS

(一) 肺之血循環紊亂

CIRCULATORY DISTURBANCES IN THE LUNGS

充血 肺血管充血分溢性阻性兩種。

(甲) **溢性充血** 又名實性充血或動脈充血 Active Congestion. 此因心動加增或吸入極熱之空氣或刺戟物而起。患各種肺炎時或有之。

最要之症狀即初覺發冷，胸旁痛，呼吸困難，咳嗽，並發熱自百零一至零三度（三八·五至三九·五）。物理徵即叩響畧暗，呼吸聲弱，肺鳴微細等是。

(乙) **阻性充血** 又名虛性充血或靜脈充血 Passive Congestion. 分機械的及沉積（墜積）性兩類。

(一) **機械的充血** Mechanical congestion. 見於血液流回心臟受阻而盈積於靜脈之際。心左部有病，如二尖瓣病，常有此疾。肺大，其色棕，割之及裂之，有甚大之抵抗力。切視之，初則色微棕而紅，繼則切面得空氣而速變為光亮之鮮紅色，因血紅素多收斂故也。此名肺之棕色硬變 brown induration. 此種機械性肺充血間或係受壓於瘤所致。凡患心病而心之代償力完足，則其肺充血不顯症狀，然心動作弱則其充血之狀較現，即呼吸困難，咳嗽，唾痰，且所咳之痰中有肺泡細胞。

(二) 墜積性充血又名沉積性充血 Hypostatic congestion. 久患熱病及各種衰弱狀況者,其肺底常患此。半由地心吸力所致,觀之患者堅臥一式,久不轉側可知。然由心動作柔弱而起者佔大多數;壯健之人雖久堅臥,亦無此病;由此又可知非全由地心吸力所致。肺後部之色暗黑,而有血及血清盈積;有時盈積過甚,至肺泡中全無空氣;如是,則該肺之一部分入水不浮。病之重者名脾襍變肺或沉積性肺炎 splenization and hypostatic pneumonia. 患腸熱及弱病日久者,皆常患之。又患水腹,氣脹及腹瘤者,其肺底或亦因受壓而充血。更有一種充血病因腦之機質病或受傷所致者,其肺底俱充血而重,幾無空氣;如中風是也。

沉積性充血無甚特殊性症狀。呼吸短促,且咳嗽,咳嗽多痰。其痰含充滿黃黑色素之肺泡上皮;即所謂心力衰竭細胞 heart-failure cells. 細驗肺底,其叩響稍暗而弱,或有管聲及濕鳴。

治法 肺血管充血之治法依兼患之病而異。重肺充血或原發或因心病或氣腫 emphysema 而起,當施放血術。宜自臂上取出血二三十兩(五百瓦至一立);倘血流不速而患者極危,宜用吸引器自右心房吸出之。

肺水腫 Pulmonary Edema. 肺血管充血之重者咸有血滲由充血之毛細管滲入肺泡及肺泡壁。此則不僅血管充血有之,即肺炎,腫瘤,梗塞,及結核亦皆兼患之。當水腫限於受患處之鄰近時,或稱之為側枝水腫。

急性水腫 Acute edema. 發見於八種狀況: (一)傳染病; (二)腎炎; (三)心病,如心絞痛,心肌炎及心瓣病等是; (四)動脈硬化兼血壓高; (五)妊娠; (六)係血管神經性水腫; (七)為癩癩發作時之併發病; (八)隨胸針刺術之施行而起。

原因 肺水腫大概係心左室虛弱,故血充於肺毛細管,終則血液滲出。最重要之原因係心力衰竭。然又有謂水腫係

因肺之血管舒縮機能受擾而毛細管滲透性增加而致者。有時有再發急性水腫。

病理解剖 肺貧血，重而顯，受按則凹；剖視之，則有甚多之血清或血色漿液流出。

症狀 病起驟突；胸感不適且痛，呼吸急，不久即困難。急咳不止，吐涎沫狀痰甚多；痰有時染血色，並或由口鼻兩處湧出。面色青白，冷汗滿臉；脈搏微弱，心動亦微弱。胸之全部顯鳥鳴或水泡鳴。或在數小時內即致命，或纏綿十二小時至二十四小時之久乃漸退去。曾見一人，病在兩年半內發作至七十二次之多。此復發類或伴心絞痛而起。

治法 靜脈切開放血術須立即施用，每最神效。聚血杯術 dry cupping 亦可用。吸哥羅芳或用氯氣皆妙。注射阿妥品百分之一厘 (0.0006 gm) 和嗎啡四分之一厘 (0.016 gm) 有時甚效。血壓過高者可用 nitro-glycerine gr. $\frac{1}{100}$, 0.0006 gm.

肺出血 Pulmonary Hemorrhage. 分肺枝氣管出血及肺出血兩種。一係血流入枝氣管而咳出者。一係血流入肺泡及肺組織。

(一) 枝氣管肺出血 咯血 Broncho-pulmonary Hemorrhage; Bronchorrhagia; Hemoptysis. 原因不一，最要者如下：(甲) 少壯者之咯血其患或突起，連咳數日則止而無恙。咯血時無肺病之物理徵者甚多。康健如初，永無後患者亦不少。凡三百八十六案之中，痊癒後無肺病者六十二。(乙) 因肺結核而起，已詳上文。(丙) 數種肺病所致，如肺炎之初期，癆，壞疽，膿腫及枝氣管擴張等是也。(丁) 因心病如僧帽瓣病而起。此或出血甚多，且數年間或再發。(戊) 因喉氣管或枝氣管等潰爛性病患而起，如肺動脈大枝為潰瘍所蝕爛，有時血如泉湧而極危險。

(己) 爲動脈瘤所致。若瘤囊破入氣管，則血突然湧出而斃。輕者即粘膜受壓或肺蝕爛而起，纏綿數星期或數月，血徐徐流出。(庚) 婦人因經閉而起。此係代月經而咯血，甚少見。(辛) 因動脈患恒久之高血壓而致。此類咯血有時甚多，且或經數日後再發。或定此類咯血爲關節炎性咯血。(壬) 惡性熱病及出血性紫癍 *purpura hæmorrhagica* 亦有時咯血。(癸) 鎗彈傷及外物入肺亦爲一種肺出血原因。另有地方性咯血 *endemic hemoptysis*，因枝氣管內有肺吸蟲所致(見二百七十二面)。

症狀 此病大概突起。初自不知爲咯血，祇知所睡者熱而微鹹。常引起咳嗽。咳出之血或僅一兩即止；或連咳數日，所出極少。如大血管蝕爛而破，或動脈囊破裂，則血如泉湧，而患者努力咳嗽，顯窒息狀，終則枝氣管系溢血而斃。如係患肺結核而致衰弱者，或在肺大窩(巢)內出血而斃，而不咳出。凡血自肺咳出與由胃嘔出之區別極易。肺血呈鹼性，作浮沫狀而雜粘液，且凝時血塊內有氣泡。有時可見血中有小管血塊。且病者每能自知其血係咳出抑係嘔出，而其病之來歷大多數皆有要狀可據。若婦人月經有病而間發咯血者，醫士須察其血是否咳出，庶不致誤。希司脫利亞之假咯血當在該病中詳述之。凡咳血者，每見咳血則惶恐異常，初以爲甚險；但除血極多，如肺窩內動脈瘤破裂者外，罕有即時危險者。此病每止而復作，如是者數日；而痰內沾血者或纏綿更久。其血多自止，或轉吞入胃而嘔出；一二日之後，或下黑糞。病發時不宜驗胸。

(二) 肺卒中 肺出血 出血性梗塞 *Pulmonary Apoplexy; Pneumorrhagia; Hemorrhagic Infarct*。血流入肺泡及肺泡間組織所流之處常有限界而不瀰散。蓋因肺動脈之一枝被血栓或栓子所塞故也。慢性心病常兼患此。肺動脈雖係終動脈，然不定有梗塞形成隨閉塞而起；蓋一部分因其巨大之毛細管足以

貫通，一部分因氣管之血管或成側枝血循環也。梗塞（印法）多成於肺之外層，常作筍形，筍尖向肺內，而筍底則在肺之外面。新成之梗塞色黑而質堅，其切面似尋常之血塊。繼則其色逐漸變為微紅棕。包梗塞底之胸膜常發炎。以顯微鏡檢之，肺泡俱被赤血球所膨脹，肺泡壁亦或如是。梗塞物常極多；小如核桃，大如橘。極大者或累及大部分之肺葉。通至患處之動脈內，可見有血栓或栓子。右心耳有時生球形血栓，此亦足致成出血性梗塞。栓子之起源常難知；或因肺動脈結血栓所致，但肺動脈之大枝常完全梗阻而其所屬之部分不出血。

此病之結局不一。或血循環復通而梗塞物消散。不復通而未死者，則梗塞漸變，終則成着色有皺紋之硬塊；如是者甚多。或潰爛而成窩。或致成壞疽。壞阻性梗塞或破裂而發致命之氣胸。

症狀無定。慢性心病如僧帽瓣（雙扇門）狹窄者苟咳血，易疑爲此病，然所吐之血或係血管極端充血所致亦未可知。梗塞之極大者每在肺下葉；此或有質變兼管樣呼吸聲及胸膜擦聲等狀。

肺出血之治法 咯血之病理解剖或係枝氣管粘膜或肺組織充血，或係血管穿破。血管穿破者多不可療治，其死速，然亦有動脈或動脈瘤破裂，血如泉湧而復原者。故治之之法必先詳其病原，蓋治氣管粘膜充血而出血之法與治動脈瘤破裂而出血有別也。血如泉湧者，多爲動脈瘤破裂或血管蝕爛所致。若痰帶血色或其血極少者，則係充血血管之血球瀉出所致。果爾，則減去血管充血之患必見效矣。

治療之要項在減其心動作之速度及血壓，安息其精神，靜養其身體。倘病者有顯著之不安息狀，則當於皮下注射嗎啡六分之一厘（〇〇一克）。若確知其爲何肺受患，則當令病者

向患處側臥，庶幾其血不入無病之肺，而免同時受累。病起之初，病者即喪心失志；故治之之法當先壯其膽。直接因此死者甚少；間有死者，則非此病所致。有時病者外出行走，而血或竟自止。食物宜擇清淡而無激動力者。酒宜禁絕。含冰亦可。並可服芳香香硫酸之小劑；但病發未久者，則止血及收斂藥可勿用。若常苦咳嗽，則可服鴉片；其效絕佳。狄吉他利(毛地黃)每能增進肺動脈之血壓，不可用。脈洪者服烏頭，則血壓可減而脈搏可平。麥角、鞣酸及鉛等藥治咯血，皆無益；麥角且有害。減血壓之法，以服瀉藥為最善；若出血久，可多服瀉鹽。血如泉湧，因動脈蝕爛或動脈瘤破裂而起者，皆常致命；然據剖驗之證，則不甚大之動脈瘤破裂而結血栓者可癒合。其因失血而暈倒者，最易成血栓；故昔人治此，每在一臂或兩臂放出其血。或以橡皮帶或布帶繞腿，血亦可暫止。置冰袋於胸上，無甚功效。

總言之，因動脈瘤破裂或血管蝕爛而起者，大概必死。失血暈倒係佳兆；倘二十四小時之內不死，則或結血栓而血止。最險者為諸氣管充血；故如果出血過多，當助之咳嗽以咳出其血。此則鴉片切不可服；興奮藥可用，但用時須謹慎耳。

若所出之血不多，且係來自充血處者，則靜息可癒，大抵無生命之虞。治法之最要者一為靜臥；二為節制飲食並服瀉藥以減血壓；三為服鴉片劑以止困苦之咳嗽。

(二)慢性間質性肺炎

CHRONIC INTERSTITIAL PNEUMONIA (*Pneumonia interstitialis chronica*)

此病即肺組織呈纖維性之改變，由枝氣管及血管周圍之組織，小葉膈，肺泡壁或胸膜等而起。其病不一，所改變之狀況亦異。常分二類論之。一局部類，僅累及肺組織之有限制之一區；一彌散類，患在兩肺，或一肺全患。

原因 (甲) 局部纖維性改變 Local Fibroid Change. 肺之局部呈纖維性改變為常見之病。患結核者每兼患之；而其病變以間質性改變為最要。又瘤、膿腫、樹膠樣腫、包蟲囊及氣腫等亦皆有之。此纖維性改變之患處常在肺尖；或因局部已痊之結核或因積色素之硬變或因胸膜變厚而起。

(乙) **瀰散性間質性肺炎** Diffuse Interstitial Pneumonia. (一) 為急性肺葉炎之後患。肺泡壁漸增厚，最後變為纖維性結締組織。病程約數月，但此病極罕見。

(二) **慢性枝氣管肺炎** Chronic broncho-pneumonia. 此或繼急性或亞急性枝氣管炎而起，小兒尤多。其纖維由枝氣管延出，枝氣管常擴張。肺泡壁變厚；小葉變為微灰色堅塊；其中無肺之正常組織。漸至全葉或全肺受累。是病多自始即為結核病患。

(三) **胸膜性間質性肺炎** Pleurogenous interstitial pneumonia. 此種肺之硬化由胸膜發起而延至肺。

(四) 因吸入塵埃而起之**慢性間質性肺炎**詳下節。

(五) **肺梅毒**亦有慢性纖維性變之徵。

(六) 因動脈瘤或贅生物之壓力或因外物入枝氣管所激成。

病理解剖 分葉及小葉兩類。葉類僅患於一肺；胸受患之一側凹而作不規則形，而肩低垂。剖胸視之，心被牽至受患之一側。無病之肺則呈氣腫狀，縱膈障大半為氣腫之肺泡所遮。硬化之肺小而在脊旁。胸膜兩層之粘着密且厚，起於胸膜者益甚；然起於肺者則其膜不甚厚。肺無空氣，堅且硬。割之，有大抵抗力；剖開視之，中有微灰色多少不一之纖維組織，組織內有血管及枝氣管。枝氣管之擴張或小或極大。有時全肺變為連排之枝氣管擴張腔；故其硬化僅在肺之數處或肺

根。因結核起者，則有肺尖窩，此窩非氣管擴張所成，每甚大，而他一肺亦常有結核損害。窩中或有肺動脈瘤。他一肺常增大而氣腫。心組織過長，心右室尤甚；或動脈呈粥樣化變 *atheroma*。或內臟有蠟樣之變。

小葉類（又名枝氣管肺類）患處較小，常在中央，且在下葉者尤多。着色極濃。枝氣管擴張，而患處多者每間有氣腫性肺組織。

症狀及病程 病大概屬慢性，多年不癒，然患者之身體無大損害。重者僅患慢性咳，呼吸畧短促。外此則無恙，仍能操輕易工作。此病每被認為肺結核，但除咳嗽外無他結核症狀。更有肺之纖維性結核，除痰內有結核菌外與肺之硬化無區別。因枝氣管常擴張，故其症狀與物理徵俱屬枝氣管擴張。咳嗽間時發作，痰多，或為粘液膿性，或為漿液膿性。又或臭惡，出血者亦不少。患者在平地行動及操輕易工作，亦無呼吸短促之狀，惟升高或用力則呼吸困難之狀在所難免。

物理徵 **望診** 患側不動而縮凹，與無病者相反。肋之間隙不顯，或致肋相疊。肩低垂；自背後望之，其脊屈。肩帶肌消瘦。心離位，因被病肺所牽也。若左肺受患，則第二三四之肋間隙有心尖搏動之大處可見。量其患處，則較無病者小甚，因肺縮小故也。**叩診** 其響視枝氣管之病況而異。或作實響，在肺底或肺尖者多如是。腋部或作鼓響或空響，因枝氣管大擴張也。對側之叩響每係過度反響。**聽診** 肺尖作空洞或空響呼吸聲，肺底之聲柔細而帶粘液鳴及沸泡鳴。語聲過大。心雜音亦常顯，病久而心之右部弱者益甚。以上所述皆已成病者之徵。各徵依病期而更變。病每屬慢性，纏綿十五年或二十年不等。有因出血而死者，然因心之右部漸失力致水腫而死者為多；此外更有內臟患蠟樣變而死者。

診斷 診斷不難。此病之原或起於胸膜，或起於肺，除非深知其病之來歷，則不能定。此病與纖維性結核病難分別，所顯之狀大概相同。然凡有結核患者，其病雖久，痰內必有結核菌，而他一肺亦有病徵。

治法 患者每因別加他病或咳嗽增重而就診。至其本病，則無治法。果能移居溫暖之地，以避寒冷潮濕，病或不苦耳。氣管擴張而內有腐敗之痰者，可療以惡臭性枝氣管炎治法。

(三) 塵埃沉着性肺

PNEUMONOCOONIOSIS

定義 肺之纖維變之因吸塵埃所致者，名塵埃沉着性肺。可因所吸入之物之性質分數類：(一)炭末沉着病或煤工病 Anthracosis or Coal-miner's disease; (二)鐵末沉着病 Siderosis; (三)石末沉着病或石工病 Chalicosis or Silicosis, Stone-mason's disease.

原因 塵吸入肺後，先被呼吸器之細毛上皮及噬細胞所接受。而塵之落在氣管及大枝氣管內者，俱被粘液細胞所藏。繼則此含塵之粘液被細毛掃上，乃隨咳唾而出。此塵之不至肺泡，蓋中途被粘液細胞所收納也。故粘液細胞可稱呼吸器之清道夫。若空氣濁甚，則此塵未能全被此細胞所排出，乃穿入粘膜而至淋巴間隙，遂為結締組織基質之細胞所攻擊，而被藏留。凡開煤鑛以及常吸塵埃之工人，雖有結締組織細胞能受塵，然吸塵過多則塵入淋巴循環系。繼至下述之處：(一)圍繞氣管及動脈之淋巴腺；(二)至胸膜下肺小葉間隙，而藏在隔組織中；(三)循大淋巴管至胸骨下，枝氣管，氣管等淋巴腺而藏在腺帶之細胞中，不復能入血流。然煤鑛工人之患此者，其炭塵每入血循環而至肝脾。近實驗此病，証明塵埃實由鼻咽而被

吞入胃。迨及腸則被吸收而至肺。故塵埃至肺之道有二：

(一)自氣管至枝氣管；(二)由腸至肺組織。

病理解剖 患炭末沉着者，塵埃多聚於氣管與枝氣管之淋巴腺及枝氣管周圍動脈周圍之淋巴結，終則激成結締組織細胞數過多之患。縱使肺微有煤質，氣管淋巴腺亦必硬化。凡炭末沉着，其纖維性改變每由枝氣管周圍之淋巴組織而起；初患時，其硬化僅限于此處。肺內數處肺泡壁增厚。此硬處漸相合，致肺之一大部分硬化。硬化之部分之為煤工所患者為微灰黑色；石工所患者則為灰色。

慢性枝氣管炎與此病有關係，故患此病者常兼有之，致成為要狀。**肺氣腫**則此病之屬慢性者多患之。故若變硬之處不甚大，則其症狀與慢性枝氣管炎兼氣腫者無異。然硬處每變軟。初小而無黑液。設非通至氣管，則罕有大者。苟通至氣管則變為化膿窩。

此病有時兼患結核病。

鐵末沉着則致間質性肺炎，與炭末沉着之組織炎相同。

石末沉着之肺有結節，大小不一。割之極難，或有微灰色光如結晶體。

症狀 在塵埃過多之處工作多年，始能成此病。病之初狀常為咳嗽及漸欠康健；如是日久，乃羸弱而患氣腫，致呼吸短促而顯哮喘。痰常屬粘液膿性，且常甚多。炭末沉着之痰極黑；石末沉着病人所吐之痰就顯微鏡窺之，則見砂鏽微顯明亮而有角。此病雖有肺窩徵，然不定有結核桿菌。

診斷 診斷不難，其痰常可辨。然須知慢性枝氣管炎及氣腫為此病之要點，患者多兼有之；病之後期且或染有結核病。

治法 與慢性枝氣管炎及肺氣腫之治法相同。

(四) 肺氣腫

PULMONARY EMPHYSEMA

定義 此係肺之漏斗狀管及肺泡俱擴張而肺泡壁萎縮之病。病分代償性、肥大性、萎縮性、急性肺泡氣腫及間質性類數類。

(一) 代償性氣腫 COMPENSATORY EMPHYSEMA

吸氣之時，苟肺之一部不全張，則其他部必加張以補償其不足；否則胸壁凹入，以填其空。然以他部加張者為常。凡枝氣管肺炎，其附近無病小葉之肺泡代之而膨脹，結核性區及癆痕之附近亦如是。患胸膜粘連病者常發代償性氣腫以補其不足，在肺前緣者尤然。肺硬化者，其無病之肺因肺泡膨脹而增大甚。滲液性廣大胸膜炎及胸膜積氣兩病亦復如是。此種膨脹初僅為生理的作用，其肺泡壁舒張而不萎縮。繼則漸瘦，與毗連之肺泡合而為一，遂致成氣腫。

(二) 肥大性氣腫 HYPERTROPHIC EMPHYSEMA

此即肺增大，因肺泡擴張及其壁萎縮所致。患者血欠氣而呼吸畧困難。

原因 病者具先天性弱肺組織，加以常受肺泡內之空氣大壓而成氣腫。小兒多患之，或繼屢發之氣喘而起。有一家中數人同患之者。至於先天性肺弱之性質如何，則未之知。大概係彈力性織之纖維發育不足。

肺泡內空氣壓力之增大或由呼吸費力所致，然因力呼所致者尤多。咳嗽費力及大咳時，則喉門閉，而胸壁俱為肌力所挾，致保肺之功用不足；如肺尖及前緣等被內面空氣所重壓是

也。此則肺泡之膨脹極甚。胸骨及肋軟骨漸不能阻胸內之張力，甚或被迫向前，致胸變圓。

至於所操事業，亦與此病有關係。如吹樂器及吹製玻璃者以及用力過度者，皆易患之。天哮喘與枝氣管炎兩病亦足致此，因咳嗽過度也。

病理解剖 胸闊大，常作桶形；軟骨成鈣鹽。去其胸骨視之，前縱膈障全為肺緣所佔；心包或不可見。兩肺極大而無縮力，故在胸內或置桌上時俱不縮小。胸膜色淡而常無色素，有時成斑。捫之似毛絨，壓之則凹，此係最明顯之一徵。胸膜下有增大之肺泡；小者半耗，大者三耗；別有不規則形大泡，由邊緣凸出，大如核桃。若切開膨脹而已乾之肺視之，肺組織極稀疏。肺前緣有排列不齊之氣房，若蛙肺然。以手鏡察之，此等大氣腫性泡上有小葉間隔及肺泡之遺蹟。雖全肺俱膨脹，然以肺前緣及葉內面近肺根部之膨脹為尤甚，間有泡大如雞蛋者。以顯微鏡窺之，則肺泡壁萎縮而兩附近之泡密合。肺泡壁未完全萎縮之前，毛細管網已先不見。彈性組織消失，為一特別之病徵。在一部分病案中，此組織之發育自有其先天性缺點。肺泡上皮變為脂肪，惟膨脹之大氣腔則鋪磚狀層尚依然存在。

枝氣管之改變亦為要項。大枝氣管之粘膜因慢性炎而粗厚；粘膜下層彈性組織之縱線常凸出。病之重者小管皆擴張，若更兼氣腫，則枝氣管周圍有纖維性改變。至於兼患之病理改變之重要者，則有心之變徵。右心室及右心耳俱擴張而肥大，三尖瓣（三扇門）增大，瓣邊常增厚。重者其心組織全體肥大。肺動脈及其枝或闊而呈粥樣化之改變。

他器官之改變係因靜脈充血過久所致之種種病況。胸膜積氣或隨一氣腫性泡之破裂而起。

症狀 此病於未顯特狀之先，或已增重。小兒患此，或僅在升高或跑走嬉戲之時呼吸短促而無他種大困苦；更或皮色不時現輕微之青白色。症狀之輕重依心之代償作用而異。若心力足，則肺血循環無礙；除用力逾量外，血循環初無受累及血液缺氮之患。

病已成者，其極重之症狀如下：呼吸困難。稍用力即覺呼吸困難，或恒有之，兼患枝氣管炎者尤甚。呼吸之聲粗而哮，且其呼較長。發紺。除先天性心病外，此狀以發於氣腫者為最甚。惟患者之皮色雖青紫異常，仍能行動，無甚辛苦。然因心肺有他病而發紺者，必不能起牀，而常端坐呼吸。枝氣管炎及咳嗽。此為常見之狀，每致肺覺辛苦。患者夏季無恙，仍能操作；但天冷或寒暖不齊之際則頻患枝氣管炎。終則全年咳嗽，其急性枝氣管炎之狀或與氣喘同。然亦有時確係陣發性氣喘；蓋氣喘常與氣腫伴發也。

病勢與歲月俱增，且屢患枝氣管炎。醫院中常見有六十歲以外之病者俯其首，桶其胸，肌肉消瘦；一望而可知其為氣腫之重狀。

物理徵 窻診。胸形有變；前後徑增長，或長過旁徑，故其形滯張如桶。似有吸入氣後恒久不呼出者之狀。胸骨及肋軟骨俱凸。胸下段龐大，肋間隙闊甚，左右季肋部多如此。胸骨窩深陷，兩鎖骨高凸，而頸因胸及胸骨上升，致似變短。脊彎加增而背圓，故肩胛骨幾平。量其胸，亦作圓形；雖大吸僅微張，呼吸雖費力，亦不甚鼓動。胸不舒張而上升之功則未失。吸短而速；呼則較長。吸時腹上部或凹而不張。不見心尖之搏動；腹上部則有搏動。頸靜脈凸起，或有搏動。

叩診。語顫微弱而尚未全失。心尖之搏動不甚可扪著。胸骨下部震動，而腹上部有明顯之搏動。

呼吸系統病

叩診 其叩響增大，作空響。然鼓響不恒顯著。空響處廣佈而心或無實響之處，肝實響處之上界低甚，空響或延至肋下緣。背後之空響較尋常者低甚。脾實響處亦低。

聽診 呼吸之聲常弱，或為枝氣管炎鳴所掩。最易辨者即呼之增長，而呼吸之長短反常。尋常呼一而吸四；此則呼四而吸一。常作粗哮聲，并有粗鳴 coarse rales 及司司之乾鳴 sibilant rhonchi。心聲常弱而清；然病重而發紺者，或有心三尖瓣反流之鳴。肺動脈瓣第二聲之倍增（過響）亦或可聽得。

病程 病程慢而漸進，蓋枝氣管屢發炎，故病況增重。有因兼患肺之大葉炎或小葉炎而死者。有因心力衰竭而致水腫者。間有因心脹過甚，皮色極端發紺而死者。亦有死於出血者。

治法 此病大概當療以枝氣管炎之治法。小兒患氣腫兼氣喘者，須細檢其鼻。至其本病，無藥可醫。病之危機即枝氣管炎；病者宜移居溫和之地。靜脈充血，每致腸胃易病；故通大便（每日一次）係特別要項，並須防足致呼吸困難增重之腸胃充氣。若病人就診時呼吸困難甚，且發紺，而靜脈大充血者，如為少年及壯健之人，則當放血。皮下注射腎上腺素十五滴（一錠），常有效。令病者吸純氧氣，亦可。番木鱈素亦有用。利小便藥及瀉藥有時宜服之。

(三) 萎縮性肺氣腫 ATROPHIC EMPHYSEMA

此係原發性肺萎縮，患者常為老人。病人冬季每患咳嗽及呼吸短促。其胸小，而肋骨斜置，與肺肥大性氣腫大異。肺部諸肌常萎縮。重者，肺變為一系列之大泡，泡壁有肺泡遺痕。

(四)急性肺泡氣腫 ACUTE VESICULAR EMPHYSEMA

此病或因小枝氣管炎或彌散性枝氣管肺炎而致命，吸氣必大費力，其肺增大，肺泡大膨脹。就臨診言之，患心病而呼吸困難及心絞痛皆足速致此病之成。肺之叩響處增闊；驗以捫診法，有若鳥鳴；呼氣亦增長。

(五)間質性肺氣腫 INTERSTITIAL EMPHYSEMA

此病之肺小葉間組織及胸膜下層組織之內俱有氣，有時胸膜下形成大泡，間或近肺根處破裂，故空氣得循氣管之外而至頸之皮下組織，但此甚少。施氣管切開術後，有時其空氣由切開處之創傷循氣管與枝氣管而至胸膜下。此間質性氣腫在康健者患之，或延為胸膜積氣。

(五)肺壞疽

GANGRENE OF THE LUNG

原因 肺壞疽係死肉區腐敗所致，惟死肉何以有時致壞疽有時或否，則甚難索解；不寧惟是，且腐菌雖常在氣管，而其死肉之成壞疽者則少。肺動脈一枝全梗阻，則常成梗塞；然梗塞區不定成壞疽，諒必組織之抵抗力低降，方足致之。至於組織抵抗力低降之原因，則有局部及全身二方面。發見肺壞疽之病况如下：(一)為肺葉炎之後患。康健者患之甚少。虛弱及患糖尿病者則多患之。(二)患吸入性肺炎者最易患此，因所吸之物入肺即變腐也。其由食管竇穿入肺或枝氣管所致者亦皆如是。(三)枝氣管擴張之窩或結核之窩中之腐敗質亦足致附近之肺組織成壞疽。動脈瘤或瘤所致之枝氣管擴張或延為廣闊之死肉化。(四)純係繼肺動脈栓塞而起。然栓子因骨病竈局所致者尤多。患腸熱或斑疹傷寒者肺壞疽

或因肺動脈之一大枝之血栓形成而致。(五)熱病之纏綿者當恢復時期人已衰弱,故亦易患肺壞疽。

病理解剖 病分限界性及瀰散性兩類。後者少見,肺炎或兼患之,因肺動脈大枝不通而患此者亦間有之。或累及肺葉過半,肺組織色綠黑而臭惡,中央破爛。限界類之壞疽性區及周圍之組織有界限。竈局或一顆或二顆,亦有較多者。下葉較上葉尤易受害,外層較中央亦如之。壞疽性區初作微綠棕色,然變軟成窩甚速,窩壁作不規則形,多含死肉條,內有微綠之惡臭液。附近肺組織深充血之一層每變實,再外則水腫甚。繼栓塞性病而起者,其動脈之塞處或得窺見。壞疽之蔓延迅速者,血管或爛破而出血甚多。穿破胸膜者亦不少。腐敗物常激成極重之枝氣管炎。他處之血管亦有時因而為栓子所塞。大膿腫與限界性肺壞疽有顯著之關係。

症狀及病程 未顯壞疽狀前,每先有肺之局部徵狀。症狀各不相同,依原發病而異。痰多而臭惡甚,甚易辨明。若唾入玻璃杯,則分為三層。下層即微綠棕色之沉澱,中為稀液,其色或微綠或微棕,上為厚沫。若鋪於玻璃片上,則肺組織屑可檢出。窺以顯微鏡,則多彈力性纖維,且有顆粒物,色點,脂肪晶,細菌及纖毛菌。然有時或無彈力性組織。無枝氣管擴張患所見之痰塊。常有血,且多變相。痰則臭惡甚,呼氣亦然,每致臭盈一室。較惡臭之枝氣管炎或肺膿腫者尤甚。若壞疽窩與枝氣管通,則其臭益甚。然亦或未死時無此症狀,呼氣亦不臭,迨剖驗時始見壞疽者。

毀爛甚,則物理徵屬窩類,惟有限界之小患處則難診斷。此病每兼患枝氣管炎。X光有助於診斷

全身症狀即發輕熱,脈搏急,而病勢常重。肺壞疽之特狀惟痰與呼氣臭惡而已。患者每因力竭或出血而死。

治法 沿斯病，每難奏效。其法大概與治枝氣管擴張同。要點不外就壞疽性區消毒，然此則實非易事。可用石炭酸溶液噴洒入咽。又用此酸溶液貯於吸入器，使患者由口鼻吸之，亦可。若壞疽窩有明徵，當直接射消毒藥液入病處而潔治之。若病者壯健，而壞疽區可辨，可用外科手術，每有效驗。至於病人之飲食看護等事，固亦最宜謹慎。

(六) 肺膿腫

ABSCESS OF THE LUNG

原因 肺之化膿或見於下列諸病況中：（一）爲大葉或小葉肺炎之後發病。然此甚少，且大葉炎者其膿腫形小，每於同時發於數處。反之，患吸入性及吞入性枝氣管肺炎者生膿腫係常事。或因頸創傷或因施咽喉手術（特如扁桃）或因鼻、喉、及耳之化膿病而起。其染性物吸入枝氣管則激成極重之炎，每因以致膿腫。有因食管癌穿肺根或穿入枝氣管而發廣布之化膿病者。膿腫之大者如橘，小者如核桃，其壁破爛作不規則形，內含膿性或壞死性物。（二）栓塞性膿腫 embolic abscesses，亦即所謂遷徙性膿腫 metastatic abscesses，係傳染性栓子所致，每在患膿毒血病者見之。膿腫或極多，其徵亦易認。大概淺而在胸膜下，且每作筍形。其初硬而作微灰紅色。周圍有極充血之層，漸化膿而成膿腫。胸膜每有微綠色凝結之淋巴遮蓋，其膿腫或穿此膜而延成胸膜積氣。（三）肺由外穿傷，或積外物，右肺因肝膿腫或化膿之包蟲囊而穿破，皆足致此病。（四）慢性肺結核病常有化膿患，其所發症狀皆因此而致。

症狀 繼肺炎起者全身症狀加重，肺窩之病徵及痰之特性皆易診斷。栓塞性膿腫則常不可辨，且局部症狀每被膿毒血病性全身症狀所掩。至於辨有無肺膿腫之法，最要須驗痰。

其臭雖惡，然罕有如肺壞疽及惡臭性枝氣管炎所發之甚者。膜內有肺組織層，彈性組織或極多。有痰如此，且有物理徵，而X光檢查中又經證實，則為肺膿腫可無疑矣。患栓塞性膿腫者常死。由肺炎而起者，或可治療。

治法 若有限界而淺者，當用外科手術導出其膿。慢性者治法與治枝氣管擴張同。

(七) 肺之贅生物即肺癌

NEW GROWTHS IN THE LUNGS

原因及病理解剖 肺癌之屬原發性者少，屬繼發性者則多。原發性類以癌為最多。而內皮瘤 endothelioma 及肉瘤則較少。腎上腺瘤 hypernephroma 或遷徙至肺。

類別 肺癌之類別如下。

(甲) 急性胸膜肺炎類 Acute Pleuro-pneumonic Form. 病程甚速。顯呼吸困難，咳嗽，缺氣及驟然消瘦諸狀，在六至十二星期內即致命。此類大多數屬繼發性，有時繼他處未曾認明之病而起，然亦有屬原發性者。

(乙) 慢性胸膜肺癌 Chronic Pleuro-pulmonary Carcinoma.

共有三類：(一) 枝氣管肺類 Broncho-pulmonary Form. 初顯枝氣管症狀，痰內帶血，體重及體力減失，且貧血。物理徵或似結核病，然其最早之顯兆常在肺底。後則或成窩，唾枝氣管擴張類痰。無結核桿菌，然或有含許多脂肪性粒而形甚大之圓細胞，等即癌之變性細胞。X光線影不甚明顯，常誤認為結核病。

(二) 縱隔隙類 Mediastinal type. 腺之受累甚早，速增重，致鄰近構造受壓，病類似縱隔隙瘤，然無特顯之受壓症狀。

(三) 胸膜炎類 Pleuritic type. 最早及最特顯之症狀為後面之胸膜炎痛，咳嗽，擦頸，進行性滲液及呼吸短促等。吸出該

液察驗，常屬血類，然初時間有液清者。另有一類，胸膜早受累而蔓延迅速，但無滲液。咳嗽或畧有或無，呼吸困難甚輕，兼進行性瘦弱及貧血。沿肋處之皮下或生結節，兼累頸腋等腺及內臟。

至於治法則尙無足述者。近今外科手術已能剖開胸部，故遇疑難病症或可及早開胸探驗。肺癌之曾經用外科手術療治者僅數案；有一案施術後一年無恙，歷二年半後乃死。

(戊) 胸膜病 DISEASES OF THE PLEURA

(一) 急性胸膜炎

ACUTE PLEURISY—PLEURITIS ACUTA

依解剖學而論，此病可分 (一) 乾性胸膜炎即粘連性胸膜炎，(二) 滲出性胸膜炎 (兼滲液之胸膜炎) 二類。更可分為原發及繼發二類。依病程論，則分急性慢性兩類；今既未能從病原剖分病之類別，此種分類似最愜當。茲先述急性類如次。

(一) 血絲性胸膜炎又名組織形成性胸膜炎

(乾性胸膜炎)

FIBRINOUS OR PLASTIC PLEURISY—PLEURITIS FIBRINOSA (*Dry Pleurisy*)

此病之胸膜有厚薄不等之淋巴凝片遮蓋，致污濁而作顆粒形，其血絲或生成多層。發病狀況如下：

(甲) 因傷風而發為獨立病。此類胸膜炎無滲液，康健者罕患之。顯胸旁痛及發輕熱之普通症狀，而有擦聲。此擦聲為血絲性胸膜炎之唯一物理徵。然數日之後，該聲消去；此時亦無滲液。胸膜兩層相粘合；據剖屍檢驗之報告，胸膜粘着者甚多，大抵即係此血絲性胸膜炎所致。

(乙) 繼急性肺病而起。如肺葉炎常兼纖維性胸膜炎是。瘡、膿腫及壞疽之累及肺面者亦足致此。此種胸膜炎之兼結核病者甚多。肺結核病之初狀多為胸膜痛，胸旁刺痛，乾咳及聽之有擦聲。此等胸膜徵每得之於肺底。

(二) 漿液血絲性胸膜炎又名滲出性胸膜炎

SERO-FIBRINOUS PLEURISY—PLEURITIS SEROFIBRINOSA

(*Pleurisy with Effusion*)

此係胸膜炎之兼血絲及滲液者。

原因 受寒卽此病最要之素因；受寒而胸膜受細菌之侵擾此病乃發。病大多數因結核而起。其證據如次：(一) 據剖屍檢驗之報告；醫士斷為因受寒而起者，多數有結核。(二) 肺內或他處每有結核性損害。(三) 根據滲出物之特性；先使凝結，而後用消化酶化之，再以遠心力器輾之，驗之，每見含有結核菌。以此液十五瓦以上注射豚鼠，則百分之六十二患結核。驗細胞診斷，指明病者之血內單核白血球增多。(四) 以結核菌素試之，多有陽性反應。(五) 病者之後患；凡急性胸膜炎九十案中，其後成肺結核病者三十二人。原發性兼滲液之胸膜炎一百三十案，在七年之內成結核者五十二人。

急性胸膜炎之細菌 急性胸膜炎之細菌有結核菌，肺炎球菌及鏈球菌三種。原發者大概有結核菌。以滲液攤於玻蓋，或培養之，或種之於畜體，所含菌甚少。故試驗時須用極多之滲液始能得菌。肺炎球菌所致者每繼肺內之炎而起，然原發者亦復有之。所滲之液常係膿。結局不危。鏈球菌所致者或直接由枝氣管肺炎或鏈球菌肺炎而染及胸膜；或間接由較遠之處而起。胸膜炎以鏈球菌所致之急性鏈球菌胸膜炎為最危重。

以上諸菌之外，尚有葡萄球菌，肺炎桿菌，腸熱桿菌及白喉桿菌。

病理解剖 滲出性胸膜炎所滲出之液常多，血絲顯於膜面，浮沉於滲液之中。血絲與漿液多少之比例不定。有時膜性血絲極少；有時則成厚層似乳皮而沉于液內，似微白色豆腐塊。滲液色如檸檬，或清或微濁。有時則作深棕色。窺以顯微鏡，見液中有白血球及腫細胞（大概由胸膜內皮而來），血絲條及多少不定之赤血球。煮此液，則知內含蛋白質甚多，有時或自凝結。其組成極似血清。或有膽脂素，尿酸及糖等質。滲液之量少者半立，多者四立特。肺之受壓大小不等。滲液少，則僅致下葉萎縮；多則液至鎖骨，致全肺移近脊，肺黑而無空氣，甚或無血。此即所謂變似肉質 *carnified* 者是也。

滲液多者，其毗連諸器官皆離位；例如右肺患之，則肝受壓甚，心被推至無病之一肺。

症狀 此病非不常有先兆。然亦有突發寒冷而起，繼則發熱，而胸旁重痛者。更有許多隱起者，小兒及老人尤然。輕微之呼吸困難及面色蒼白或為其單獨病象。因肺炎球菌所致者每作肺炎之初狀。極苦之症狀即胸旁刺痛；痛每在乳頭或腋窩等處，有時或在腹背下段；倘胸膜之膈部受累，則痛處較低。咳時刺痛尤甚。以聽捫等診法驗之，有乾擦聲。發熱不似肺炎者之高而驟；體溫大概自百零二至零三度（三九至三九五）。七日或十日後，其熱或退。物理徵則不變，或延至數星期。患處旁之皮熱較無病之處高。咳嗽係初狀，惟不似肺炎者之苦且頻。亦有不咳者。痰大概少而似粘液，或有血。

病之初起或有呼吸困難，半因發熱，半因胸旁痛而致。繼因液急滲，致肺受壓而氣促。滲液不急者，雖一肺全受壓，亦無

呼吸困難狀；患者能靜臥，呼吸如常，然用力者則不可概論；若滲出物多，則病者每向受患之一邊側臥。

物理徵 **施望診法**，則受患之一側動作畧少，且依滲液之多少而異；多者體積增大，肋間隙不顯。右旁滲液者，心尖之撞處高至第四肋間，或被推至左乳頭之外，或至腋。左旁滲液者，或心搏動不顯；但若液多，則心搏動在右側第三四肋間，間有至乳頭或乳頭外者。左側之重滲出，左肋緣或呈隆凸形。

施捫診法，知其患側之動不足，肋間隙亦不顯，而心尖撞肋之處可辨。患單純性漿液血絲性滲液者，胸壁罕水腫。且按之鮮覺有波動。觸覺性震顫 tactile fremitus 大減，或且無之。液少者震顫弱。無論液之多少，若無語聲震顫，即係極要之物理徵。小兒（成人間或如是）則滲液雖多，亦或有震顫。有時震顫由局部胸膜粘連處傳至胸壁。

量診。滲液多者，胸兩側之大小有半寸至一寸之差（一二至二五釐）；液多甚，則差至一寸半（三·七）。然須知尋常胸右側原較左側大，不可誤會。

叩診。病初起時，叩響或不變，惟因滲出物漸積之故，其響有缺，終則全暗。積液至前第四肋，其叩響每可辨認。鎖骨下部多有鼓響，名司科大氏響 Skoda's resonance。乳房下及腋窩等部之響，則漸變平實。背後滲液界之上，或有司科大氏響。此病之暗響若叩木聲，與肺炎之暗響不同；熟於叩診法者每易辨之。病者豎立時，其暗響之上界不平，後高於前，作拋物線形界。倘滲液不甚多，則此界由後面極下之處而起，向前而上，作曲形，似S字，至腋，復直向下至胸骨。此曲形僅在病者豎立時始顯。液多則曲形甚扁，雖液積至第三肋之高，其S字形仍可認。辨別此線，當輕叩之。背部無病之一旁，其近脊處之暗響作三角形，闊自二至五釐，其尖向上。此因該液推縱隔礙至無病之一旁故也。

胸之右旁，其暗響與肝之響合而爲一。左乳頭線部之暗響延下至胃空響之處。液不過多者，暗響之界可移動。其法卽令病者坐，而在乳房部劃一上界，繼則令之臥，復劃此暗響之線，兩線相較，其移動可知矣。此種辨滲液之要徵，未必人人有之。因滲液極多者，其暗響之處或至鎖骨，或至對側胸骨線之外也。

聽診情況。病之初起常有磨擦聲，迨積液漸多則該聲亦消去。此聲接近聽者之耳，作乾擦聲，似牛皮相擦然。更有一種擦聲與肺炎之細沸鳴相似，病初起時及液退而胸膜復相貼時皆有此聲。

縱使滲液甚少，其呼吸之聲亦弱而遠，若管聲然。或僅如吹管之呼聲，或帶有金屬或空響音。且有空鳴，致誤認爲有窩，此種假性窩徵 pseudo-cavernous signs，小兒常有之。暗響界上之呼吸聲每過於粗大，或有管聲。

語響常減小，或且無之。然亦有增大者。或謂漿液能傳低聲語響，膿液則否；但此恐未確。氣管之羊鳴聲語響 egophony 亦或有之。然在病之純正者則罕見；惟語聲常帶奇異之鼻音，在肩胛骨外角處尤甚。

試驗心時，須知心尖列於胸骨下者則其撞肋不可覺。心之位置可藉心聲極大之處斷定。在心之新位置上聽之，或有收縮性雜音。遮在心包上之肺緣受累者，則其受累之一旁或有胸膜心包磨擦聲。

血球計算。有時白血球增多。

X光對於診斷大有裨益；且極可研究。據此而論，則當病人直立時，其滲液不定移位至胸下，僅其全體變作狹帶之形，將肺擠向脊耳。滲出液不常能轉動，有時或因胸膜粘着而有定位。

病程 極無定。或經七日至十日，則熱、咳、痛等狀皆退。滲出液不多者，其被吸收速。積液至與第四肋相齊者，則痊癒之期較遲。病經二三星期而液與鎖骨齊者常見。發熱有經十日至二十日之久而不見有危狀者，然尋常因傷風而起之胸膜炎發熱八日至十日之後則退至常度。其液能自消，但消失或極緩。消時有聲，如牛皮相擦，或似爆聲，或似肺鳴；肺底之語嚶暗而呼吸之聲弱者或延至數月或更久。滲液穿肺或穿胸壁而出者罕見。

滲液性胸膜炎之豫後不危。英國某醫院三百二十案中，在院內死者僅十九人。漿液血絲性滲出物或纏綿數月不變，因結核起者纏綿益甚；其施放液刺術後液仍再積者，則無治法。若一旁之胸膜滿液，而心離位益甚，患者大概無大恙；然危者亦有之。

(三) 膿性胸膜炎 (胸膜積膿；膿胸)

PURULENT PLEURISY—PIEURITIS SUPPURATIVA (*Empyema*)

原因 胸膜積膿之病原如下：(甲)由肺內而染，如直接由肺發炎處或肺之膿毒性竈局及結核性或枝氣管肺炎等而起。(乙)由肺外受累，如因肋骨折、刺傷及食管病等而起。又常繼傳染性病而起，猩紅熱尤易引起之。病多潛伏，蓋肺炎未經察覺也。小兒患之者最多，男童多於女童；患者年齡則在一歲至五歲及八歲至九歲間。最常見之菌為肺炎球菌，次則為尋常之膿菌及結核菌；流行性感冒桿菌亦間有所見。

病理解剖 剖屍驗積膿部時，其液常分上下兩層；上層係清而微綠黃色之血清，下層係稠而似乳皮之膿。有時其液僅畧濁，含纖維條。因肺炎球菌而起之積膿，每厚而似乳皮。臭微甜而混，間有惡臭者；因受傷而起及兼肺或胸膜壞疽者，則每

臭惡甚：以顯微鏡檢查之，與尋常之膿無異。胸膜甚厚，有微灰白層，其厚約一至二耗。肋胸膜上或糜爛；病久者並常有瘰。肺或被壓而甚小，肺胸膜或顯穿破。

症狀 病或突起；症狀與尋常胸膜炎同。在他病之病程中或繼尋常漿液血絲性胸膜炎而隱發者較多。胸或不痛，畧咳嗽；非胸膜積膿甚滿，不致呼吸困難。常有染膿毒之狀。小兒則漸顯面色青白，瘦弱，多汗及發無定度之熱等狀。患者不定咳嗽。白血球數每大增。

物理徵 此病之物理徵與滲出性胸膜炎大概相同，但別有一二點足資注意。如小兒患積膿，則胸兩旁之大小相差甚巨。肋間隙平，或且凸出。胸壁或水腫。患者如為小兒，膿性滲液多時，呼吸聲或大而且如管聲。心與肝之離位較漿液血絲性類尤甚。

更有一種症狀，名搏動性胸膜炎 Pulsating pleurisy者。此則漿液血絲性類或亦有之。凡九十五案中，顯腫瘤者三十八（是即自潰性積膿 *empyema necessitatis*）。其液為膿者九十四。又有兼患胸膜積氣者。男多於女。至其液何以能傳心搏動，則尚無確實理論。

膿胸屬慢性病，自癒者甚少，不就醫者多死。自癒之故如下：（甲）液被吸收。液少者或漸消。胸壁凹；胸膜兩層漸厚，其間隙有極濃之膿，膿內漸生石灰鹽。此種病況在任何大醫院之剖驗室中每年必有一二人。（乙）膿穿入肺。此雖或因窒息而速死，但亦有漸癒者。其膿或穿入枝氣管而成癭，或致肺胸膜一處壞死而滲過肺組織以入枝氣管，成癭者每致胸膜積氣（氣胸）；滲者則否。然雖有氣管癭，亦或可癒。（丙）膿穿破胸壁，即自潰性積膿。此多有自癒者。胸壁無論何處，皆可穿破，然以在前者為常。或在自第三至第六等肋間隙，而以

第五肋間隙爲最多。穿破或不僅一處，或自外口作一瘻管。出膿或纏綿至數年之久。昔有一醫士患胸膜癭十三年，身體之康健亦無大碍。有時膿或穿鄰近之食管，心包，腹膜及胃諸器管。最奇之一案，其膿由脊而下，循腰大肌入髂窩而與腰或腰大肌之膿腫相似。

(四) 結核性胸膜炎 TUBERCULOUS PLEURISY

此病已詳前結核病節，且症狀及物理徵與上述漿液血絲性及化膿性兩類所發者相同，茲不再贅。

(五) 胸膜炎之他類 OTHER VARIETIES OF PLEURISY

出血性胸膜炎 Hemorrhagic Pleurisy. 有血性滲液之胸膜炎見於下列諸病况：(一)衰弱狀況中之胸膜炎，如因癌，腎炎，惡性熱病等所致者。肝硬化亦常有此胸膜病。此病有時係單純性出血性胸膜炎，但大多數具有結核性。(二)結核性胸膜炎，其出血或係發粟粒結核時之軟滲出物之新血管破裂所致，或由繼重肺病之胸膜炎所緩緩形成之結核而起。(三)癭性胸膜炎。無論原發性或繼發性皆常出血。(四)康健之人無結核性及癌性兩病者亦有時出血。曾見一人如此，經八年仍康健如初。(五)因施吸出術時其肺受傷，而傷處流出之血遂與漿液血絲性滲出物相雜。出血性胸膜炎與血胸(胸膜積血) hemothorax 有別。

膈性胸膜炎 Diaphragmatic Pleurisy. 胸膜之炎處或限於膈面。常屬乾性炎；如係滲出性，則其所滲爲漿液血絲或膿性，但僅限於膈面耳。此病之痛每在膈，或與急性腹病相似。若第十肋膈肌附麗處受壓，則痛益甚。患者之膈肌不動，呼吸由胸而且短。有數病，並見重呼吸困難或屢發似心絞痛之狀。

滲出物常屬組織形成性(漿液血絲性)而非漿液。膿及漿液之滲出之限於胸膜膈面者甚少。胸膜炎之症狀重而病徵輕者,惟膈性胸膜炎。

包繞性胸膜炎 *Encysted or Loculated Pleurisy.* 胸膜或相粘着,成二袋或數袋,彼此相通,內積滲出之液。膿胸多兼患此。此病在未死時,極紛雜而難診斷。捫其粘着之處,或有觸覺性震顫。辨別此病,宜用探察針;X光亦有用。

葉間性胸膜炎 *Interlobar Pleurisy.* 此病不少。急性胸膜炎每兼患之。肺葉間之漿膜面受累而膠粘,故有時滲液屯積其內。此處或有結核患,宜注意。嘗見一案繼肺炎而起,右肺上中下等葉之間積膿極多,初視之,似係肺內大膿腫。有時此等積膿或穿破枝氣管;診斷甚難。

胸膜炎之診斷 DIAGNOSIS OF PLEURISY

急性組織形成性胸膜炎診斷甚易。至於診斷滲出性胸膜炎,則須察明二要點:(一)是否有滲出物;(二)滲出物之性質如何。滲出物多者,其受惠之一側增大而不動,捫之無觸覺性震顫。以及心肝肺皆離位等皆係滲出之確據。而滲出物不甚多者則診斷較難,叩之有暗響,聽之有枝氣管語響,或有管樣呼吸聲,此皆與肺炎相似。然有二要點應記憶之:(甲)二病之初起及其症狀俱不相同;肺炎初起多寒戰,其熱較高呼吸困難較甚,痰作鐵銹色。惟胸膜炎之因肺炎球菌而起者,其初起之狀有時與肺炎相似。(乙)數種物理徵不同。胸膜炎之暗響較木實,抵抗力較大,捫之其觸覺性震顫減弱或并無之。惟聽診時所得之徵或易相混。若胸膜炎有管樣呼吸聲,其呼吸或作高音或作空響,則致誤為肺葉炎。但滲出性胸膜炎之

肋間隙較平。而最要之徵即心肝肺離位。近多用測探針抽取其液而驗之，故診斷較易。臨診時若有疑難，須立用此法。其針不可過小；否則或不能得其膿。然有時因針刺術而起胸膜積氣。若肺底有假窩徵，則針刺術尤屬有用。肺葉炎之枝氣管為血絲所塞，則觸覺性震顫及語響皆減，若不悉患者初起之狀若何，則非用針刺不能診斷。

此病之在左側者，或與心包積液極多者相似。但心包積液則肺底之叩響不變，近腋窩處有司科大氏響，心尖搏動不移至胸骨右，脈搏與心聲俱弱，呼吸困難之急促逾於滲出所應有之狀況。有時心病或僅致水胸 hydrothorax，致其徵與漿液血絲性滲出所致者無殊。有時數種胸內腫瘤所顯之徵與滲出性胸膜炎相似。又胸內腫瘤多伴有滲出物，不可不知。肺及胸膜之惡性瘤及胸膜之包蟲囊皆有廣闊之暗響，有時亦不顯呼吸聲。故亦與滲出性胸膜炎相似。

此病之在右側者，則因肝膿腫、膈下膿腫及包蟲囊或升高至胸，致有暗響而呼吸之聲弱，醫者因以生疑。此等病亦常有擦聲，其暗響上界或凸。腎癌之膈早受累者，或有胸膜炎之徵。總而言之，凡有疑者，當用 X 光線檢驗，並以針刺術診察之。

第二問題為滲出物之性質，亦當以針刺術驗之。若恒久發熱，多汗，白血球增多及面色變白者，則係膿。小兒患之，則面常作灰黃色。病之纏綿者，無論小兒成人，其普通症狀與形容雖極似化膿，然檢以抽出術，則其液清而非膿。亦有病未久且無化膿之全身狀而驗之則為膿者。驗所抽之液之細菌，可為豫測病況之助：有肺炎球菌者，則抽出其液即癒。有鏈球菌，則較危；雖治以排液手術，亦或因敗血病而死。至若其液之無菌者，則多為結核性病患。

胸膜炎治法 TREATMENT OF PLEURISY

急性血絲性胸膜炎。病人當臥床休息。初起之時，胸旁刺痛，可用熱敷法或冷敷法止之。然注射嗎啡尤善。用火刀 Paquelin cautery 輕烙多處亦可。又當服汞類或鹽類瀉藥。自脊至胸前，宜用長條合口膏之貼膏法 strapping 以制胸動；此係止苦良法。乾杯術或亦有用。當病之急性期，起飽藥可止痛，然無益於病。冰袋可用。空氣療法 open air treatment 宜早用，因此病多屬結核性也。此病大概不必多用藥，汞劑無效。晚間或可服複方吐根散。

已見液滲出者，敷芥末或刷碘酒亦佳，對於病之後期尤然。又用滲血之法亦佳。法使體內血之液體物漸減或變濃，則胸液被吸收而血液亦即減少且變濃。其要點有二：第一係減患者日間所飲之液；若不發熱，可食肉、蛋、乾麵包等物。液體物如乳、水等每日不可過十兩（三百錢）。第二即令患者於早膳前一點鐘服流酸鎂半兩至一兩半 mag. sulph. 15—45 gm. 羸弱者每二日一次。藥液以濃為善。如此則病者瀉水多，而血亦增濃。滲液雖多，亦有因此法治癒者。發汗、利小便及用碘芳、柳酸鹽等藥，皆無效。近有用無鹽飲食者，然上諸法效果細微。

如滲出物增多，諸法罔效，當治以吸出術 aspiration。其法極平易，亦不甚痛，病雖久亦可用。胸之一旁滿積液者，必須用此術。縱使滲出物少，若延數星期而諸法罔效，亦當用之。液延至鎖骨者，更宜施此術。病者雖安逸而呼吸不難，亦必用之。即發熱亦無碍；導出漿液性滲液後，溫度或降。此術極簡易而不危。宜於針刺之處係腋中線之第六肋間隙，或第八肋間之肩胛骨外角處。患者當置其臂於對側之肩上，使肋間隙增闊。其針當從肋上緣刺入，以防肋間動脈受傷。其液宜徐徐吸出。應吸多少，依積液之量而定。若液至鎖骨者，吸出一立特以上

亦無碍。蓋液被吸出後每代以氮氣而保持水銀柱四釐之壓力也。漿液性胸膜炎慢性病之液多而屢放不止者，當施以割口術而排出其液。此為最善之法；病者纏綿至一年半，亦有因此治療者。

施術時之症狀及意外之患 當若干液導出之後，每覺刺痛；其痛尖利似割。手術將止之際，則有或陣發或極重之咳嗽。氣胸有時隨施探察刺術或吸出術後而起。皮下氣腫有時由刺點而起，然不致成氣胸。癱瘓狀則暈倒常見之。又有在出液或灌洗胸腔時患驚厥者。更有成偏癱者。甚或有因暈厥或當驚厥時突然而死者。

胸膜炎之善後治法甚為重要；病者務宜照初發結核性肺損害之治法調理。

③ 膿胸。 宜用外科手術；若已用空針試驗而知所積為膿則抽出術不可用，因僅能暫時有效也。宜用手術放出其膿，一如治他類膿腫。此法不危；若導膿得法，則癒者自多。無論如何，手術當以盡出其膿為要。胸內含有物不臭惡者，不必用胸腔灌洗術。如欲使胸膜相貼而無膿窩，當膨脹其受患之一肺。如令病者學吹號筒是也。此法之所以能使胸膜相貼，蓋半因胸壁之凹，半因肺張也。如欲使胸凹入，或須在一或二肋骨之處，割取其骨之一塊。

病人之消瘦，發熱，疲弱及脈搏弱而速者，醫士每因之懷疑，不敢施手術。此最足誤事；蓋病雖極危，手術固未嘗不可用也。

(二) 慢性胸膜炎

CHRONIC PLEURISY—PLEURITIS CHRONICA

(一) 慢性滲出性胸膜炎 Chronic Pleurisy with Effusion. 此或隱起，或繼漿液血絲性炎而起。有延數月或數年而不變且不成膿者。其症狀與物理徵詳滲出性胸膜炎。

(二) 慢性乾性胸膜炎 Chronic Dry Pleurisy. 有三種：

(甲) 爲滲出性胸膜炎之後患。若滲出液被吸收，則胸膜兩層相貼，其間有血絲，漸變爲堅結締織一層。其病變在肺底；徵象即胸畧平，舒張有缺，叩響暗及呼吸聲弱諸狀是也。膿胸癒後，胸平或凹入益甚。最善之治法，莫若用肺部體操。有時堅纖維膜或成石灰，患膿胸後尤然。假膜間或有液一小袋，成胸膜囊。此類大概無虞。有時肺底或有拉痛，胸旁或有刺痛，然病者歷數年後仍康健如初。凡患膿胸，置之不理，其膿或自消，或穿胸而出，胸旁凹而肺呈肉質性變；此即最重之繼發性慢性乾性胸膜炎。因受傷如彈傷而起者，亦或如是。剖驗之，胸膜層不可分開，該膜增厚，肺底尤甚；肺受壓而小，內無空氣，組織變爲纖維性。有漸致枝氣管擴張者；且或不僅患側枝氣管擴張，他側肺之下葉亦然。

(乙) 原發性乾性胸膜炎 Primitive dry pleurisy. 此或隨急性組織形成性胸膜炎而起；然亦或絕無急性症狀，而病者初覺胸膜有擦顫。其結局每致胸膜兩層相粘連。無論原發或繼發，皆如是。胸膜相粘連之患極多，剖驗報告中幾皆有之。其粘連之處或有限界，或汎佈。薄而似纖維者，叩響不變；有限界者聽診所得之聲音不變。兩側有廣佈之粘連者，肺之張動每大受其碍。全部粘連者就理論言之，則肺官能必大受累，然無絲毫之累者亦甚多。至於全部粘連之物理徵則無定。

(丙) 原發性結核性乾性胸膜炎 Primitive tuberculous dry pleurisy. 胸膜之肋肺兩層皆增厚，每層約二三耗。膜內有堅纖維性豆腐樣塊及小結節，兩層之間有淡紅灰色之纖維組織相牽連，有時有血清浸潤之。此病或僅限於一胸膜，或兩膜俱患。心包膜及腹膜亦有時患此。

慢性胸膜炎無論為單純性或兼肺炎結核，皆或有累及司血管舒縮神經之現象。最常見之病象即一頰或紅或出汗或一瞳孔展大。此則大抵係胸膜腔頂第一胸神經節受累所致。

(三) 胸膜積液又名水胸

HYDROTHORAX

此係單純性非炎性液滲透入兩胸膜腔之病，每繼他病而發。其液清，內無血絲屑，而其膜滑。凡全身水腫，無論因腎、心，或血病而起，多兼水胸。然亦有單獨患水胸者；更有僅兼足微水腫者。因腎病而起者，每患於兩旁，惟因心病而起，則以患於一旁者為多。其物理徵與胸膜滲液相同，但此病之滲出液多者甚少。對於患心腎病者，苟見呼吸困難，雖無全身水腫，亦當細檢其胸膜，蓋多有因急速滲出而死者。據剖驗之報告，知此病多因失於覺察而死。若服鹽類膿瀉藥，則其滲透液速消；然有時宜屢施抽出術。

(四) 胸膜積氣又名氣胸

[胸膜積液及氣(即水氣胸)與胸膜積膿及氣(即膿氣胸)]

PNEUMOTHORAX (*Hydro-pneumothorax and Pyo-pneumothorax*)

胸膜腔僅積空氣而適用胸膜積氣之名詞者甚少。大概兼有漿液或膿。前者名胸膜積液及氣；後者名胸膜積膿及氣。

原因 (一) 因胸穿傷而起，有時兼患廣闊之皮下氣腫。此或因探察針刺術而起。其因肋骨折而起者則少；雖肺扯破亦鮮有致之者。(二) 胸膜被胃或大腸之惡性瘤或肝膿腫在膈部穿破。又有為食管之癌所穿破者。(三) 因肺穿破而起，此患極多，其故如下：(甲) 無病之肺肺泡每因用力逾量而裂，甚或在靜息時破裂。其氣或消而無後患。但延成滲出性胸

膜炎爲其最常見之結果。(乙)因肺之局部病,如乾酪樣變軟之竈局或結核性窩破裂而穿肺。此病因是而起者十居其九。其因膿毒性枝氣管肺炎或肺壞疽而起者,則較少。患慢性心病者之出血性梗塞物破裂亦或致此病。(丙)胸膜積膿,其膿穿入肺而成胸膜枝氣管瘻 pleuro-bronchial fistula。(四)自發者,因胸膜滲出物之產氣莢膜桿菌 *Bacillus aerogenes capsulatus* 而起。

患此病者成人較幼稚多。又男較女多。

病理解剖 剖胸檢察,縱隔與心包俱被拉至無病之一側。常有漿液或膿液,而胸膜發炎。氣胸之病原大概易識。病大多數起因於結核性窩穿破或肺之淺乾酪樣竈局破爛。該破孔或極小而難見。病之爲慢性者或有畧大之瘻管由胸膜腔通枝氣管。其肺大概受壓而變實似肉。

症狀 胸之患側痛而初起時呼吸每困難。其破裂或可爲病者所覺察或竟聞得。咳嗽或加重而痰增多。病重者面色微發紺。脈搏急而弱。因結核而起者多無急狀。

物理徵 物理徵最明確可辨。望診時,受患之一側增大而不動。病者常臥於患側。心尖之搏動離位遠甚。捫診時震顫大減,全無者尤多。叩診時,作鼓響或空響。然亦無定。或似司科大氏響。亦有響過空似肺氣腫者,亦有作暗響而難於診斷者。所以如是不同者,蓋因胸內氣壓大小不同也。肺底因滲液之故,每作暗響,診斷時若令患者變其位,則其暗響之處亦變,因液流動故也。聽診時,無呼吸聲。有時僅聞遠,弱而帶空響音之吸聲。無恙之一側之肺呼吸聲過大而受患之一肺則無呼吸聲,兩相比較,甚易辨晰。肺鳴作金屬質音;咳嗽及深吸氣時或顯金屬打響音 metallic tinkling。語時亦有金屬性回音 metallic echo。金幣音 coin sound 爲氣胸最普通之特徵。驗時醫者附耳於病人背後,助醫者以一金幣貼病人胸前,另以一

金幣叩之，所可聽得之金屬回音即此徵。又醫者附耳於病人胸上而搖動其身，則顯擊水聲 *splashing sound*。雖遠處亦能聽見。病者突然舉動，亦或自覺此聲。至於他種病徵，則以內臟離位為最常。心或被拉至對側，肝降下，致其上面列於肋緣之下，尋常滲液無離位如斯之甚者。

診斷 叩響暗者，或易誤診為滲出液。膈性赫尼亞之因腹受壓而起者或與此病相似。若患極大之肺結核窩，則叩響如鼓，且有金屬音及空響之鳴，故或與此病相似。一肺全變為大窩者，其空響及金屬音或極重，然內臟不離位，擊水聲及金幣音俱無；此兩徵足以辨明之。惟右肺上葉之大窩或亦有金幣響。膈下胸膜積氣及膿者亦每與此病相混。X光線試驗係診斷此病之要法。近今醫界多用之。

豫後 此病之結局依致病之原由而定。某氏調查患者百餘人，死者七十。因結核病而起者，數星期即死。患者二十二人中，死者二十人；某院十案中有五人因吸出術而死。結核病若早患胸膜積氣，則其結核病或被阻。慢性氣胸可經三四年。自發之氣胸希望較佳。或痊癒，或其後發於他側。雖常非結核性而係破傷所致，而晚年或因此起肺結核。

治法 病者宜靜臥，或用嗎啡助之。咳嗽及深呼吸宜禁制。在患側用貼膏法並服鎮靜藥，可止咳。病之治法分三類：(一) 氣胸之屬急性者，呼吸困難極甚，心之離位亦甚遠，皮膚發紺，而血壓小，則宜切開其胸壁，使胸內與胸外相通。又早用套針吸出其氣，每可救急。(二) 此病之屬自發性者，每能痊癒，蓋積氣被吸收甚速也；因穿傷而起者亦然。又許多因結核而起之胸膜積氣，苟病人不困苦或他肺結核病重者，不必特別施治。(三) 如有膿而病勢不佳，或為結核性類之未累及他一肺者，則

宜用開胸術或割取其一二肋骨放出其膿。曾有九病，二病得治癒。屢施抽出術或有顯著之效驗。

(五)縱隔障病

DISEASES OF MEDIASTINUM.

淋巴腺炎 Lymphadenitis. 凡患肺之炎患者，縱隔障內淋巴腺皆腫。患肺之結核病，此腺亦必受累。詳結核病節中。症狀不顯明。診斷以用X光線法察驗爲佳。

化膿性淋巴腺炎 Suppurative Lymphadenitis. 枝氣管或氣管之淋巴腺有時生膿腫。或繼淋巴腺炎而起，但因結核而起者最多。其液或漸被吸收，所餘濃質則成石灰。患此病者有時甚危，如食管或枝氣管或總動脈等被穿破時是，但甚少耳。

贅生物 肉瘤爲最常見者。某氏研究六十案，發見其四十四爲肉瘤，而其十爲癌。肺常受累。患處在前淋巴腺者，幾佔百分之七十。病起處有三，即胸腺，淋巴腺，胸膜與肺。患者男多於女。患者之年齡以三十至四十歲間爲最常。

症狀 縱隔障瘤所顯之症狀即胸內受壓之狀。有時全胸被此瘤塊所塞。心肺被推至背後；心肺離位如此之甚而病者仍不死，此真理想上所無之一大奇事。病初起，常覺呼吸困難。蓋氣管或喉返神經受壓所致。亦有因心或其血管受壓而起者。間有因胸內瘤所致之胸膜滲出物而起者。與呼吸困難相伴而發者爲咳嗽，常沉重而間陣發作。其聲與喉返神經受累之咳嗽即所謂動脈瘤性咳嗽之銅鑼音 brassy aneurismal cough 相同。或因此故而言語亦變。或見咯血而致疑爲肺結核。血管常受壓。上腔靜脈或受壓而不通；如受壓遲漸，則血循環成側枝循環。下腔靜脈與鎖骨下靜脈之受惠較少。動

呼吸系統病

脈之受阻者甚少。有時難嚥，因食管受壓故也。瞳孔或有改變，其改變常為收縮。

物理徵 望診時，病人每端坐呼吸，而上半身皮色發紺。患久，則有側枝循環之徵，腹壁淺靜脈及乳房淺靜脈均增大。血管受阻久，則指尖變厚。胸骨或凸或被瘤所蝕爛而瘤則凸於皮下。速長而穿破胸壁之淋巴腺瘤較他種瘤尤多。患惡性淋巴組織瘤（何杰金氏病）Hodgkin's disease 者十三人，其為縱隔瘤者四；胸骨被蝕而穿破者三人。穿破之處或在胸骨之一旁。其凸瘤或搏動；心或離位，故心尖搏動處亦變。少數病人胸之一側或收縮。瘤延至胸壁者，扪之無語顫。瘤搏動者，動脈瘤之強猛搏動少。聽診時，暗響處大抵無聲。心聲不至；呼吸聲弱，或不能聞，作枝氣管聲者則少。大概無語響。縱隔障瘤多有胸膜滲液之徵；若有疑難，宜用吸出針驗之。

前縱隔障之瘤 大概起於胸腺，胸骨常被推至前而被蝕。其瘤或可在上胸窩扪着；頸淋巴腺常受累。受壓之症狀多在大靜脈。呼吸困難係緊要之狀。

中後兩縱隔障之瘤 多起於淋巴腺。物理徵微，症狀重；呼吸困難甚，咳嗽之聲作佩環響。其受壓之症狀大概在上管及喉返神經，奇靜脈亦有時受累。

瘤之起於胸膜與肺者，其壓狀較隱。胸膜之滲出物較常；病者血漸貧而速瘦。頸淋巴腺亦有時受累。

診斷 縱隔障瘤與縱隔障動脈瘤之分辨有時極難。蓋兩病之狀多數皆因受壓而起也。如病已閱十八月之久者，大抵為動脈瘤。最要之徵係動脈瘤常有心舒張震動可捫著。縱隔障瘤雖有時穿胸骨而傳遞心搏動，然少見。瘤罕有氣管受牽動 tracheal tugging 之狀。且此瘤之起於縱隔障者腐蝕胸骨而顯於外，苟此瘤係動脈瘤，則有力浮而舒張之搏動。又背，

臂、頸等部有放射痛者，大概係動脈瘤之狀，服碘化鉀而見效者亦然。用 X 光區別動脈瘤與贅生物最為精確。

縱隔障瘤兼胸膜滲液者，其物理徵甚雜。吸出其液之後，則該徵大變。凡縱隔障之瘤，間有可施手術者。

縱隔障膿腫 Abscess of the Mediastinum. 患者男多於女。化膿之部多在前縱隔障。因受外傷而起者極多，亦有繼丹毒或疹熱病而起者。此病多起源於結核，慢性膿腫尤然。症狀之最常見者即胸骨後痛。有作搏動性痛者。急性者或兼發熱，或寒戰而出汗。膿腫大者每有呼吸困難之患。其膿或竄入腹，或穿一肋間隙而出。或蝕壞胸骨。有穿破而入氣管或食管者。慢性膿腫膿漸濃厚，而不致後患。物理徵無定。胸骨緣或胸骨上切迹每有搏動而按之則有波動之腫瘤。又聽之無血鳴，捫之無心舒張抖 diastolic shock 及能膨脹之搏動三徵可資切實診斷。若有難決之處，可用空針驗之。

硬性縱隔障炎 Indurative Mediastinitis, 又名硬性縱隔障心包炎 Indurative Mediastino-pericarditis. 此病係縱隔障之纖維組織增殖而常兼與心包粘連。原因為結核病或梅毒或不明顯。病罕見。每初起於少年時而漸增進。症狀與粘連性心包炎兼心肥大相同。呼吸困難，咳嗽，發紺，且心力衰竭。胸前淺靜脈增大，叩之音實，聽之有時有軋擦聲 creaking friction sound. 檢以 X 光，則有關縱隔障影可見。有時足腫而腹膜積水。

縱隔障之雜病 有纖維瘤，皮樣囊腫，包蟲囊，脂肪瘤及樹膠樣腫數種。

縱隔障氣腫 Emphysema of the Mediastinum. 縱隔障蜂窩組織積氣每因受外傷而起，間或見於天哮喘及致命之白喉病案中。或蔓延至皮下組織。又施氣管切開術後亦常見之。病多兼患胸膜積氣。

第八篇 腎病

DISEASES OF THE KIDNEYS

(一) 畸形

MALFORMATIONS

可分數類：(甲)腎變位而無動性：(一)先天性腎變位不兼畸形；(二)先天性腎變位兼畸形；(三)後天性腎變位。

(乙)腎之畸形：(一)腎數無定：(子)贅腎；(丑)單腎，先天性少一腎，或一腎萎縮；(寅)無腎。(二)腎形及其大小異常：(子)腎形全體變異，如腎分小葉是；(丑)一腎之組織過長；(寅)二腎融合成蹄鐵形腎 horse-shoe shaped kidney，乙狀腎 sigmoid kidney 及盤形腎 disc-shaped kidney。(丙)兩腎之盂、輸尿管及血管等變異。

兩腎相合，或成巨塊，且常離位至髂窩或腹中線及骨盆中等處。易誤診為贅生物。

(二) 能動腎 浮游腎，可扪腎及腎下垂

MOVABLE KIDNEY (*Floating Kidney*; *Palpable Kidney*; *Ren Mobilis*; *Nephroptosis*)

腎之位置有脂肪被膜，血管及由腎前經過之腹膜等為定界。無病時，腎不離原位，然有時一腎或兩腎因一定之原因而浮動。更有一種，其腎為腹膜所圍繞，其膜在腎門之處成腎系膜而繫之，但甚少耳。

能動腎多屬後天性。女多於男。右多於左。婦人患之之故，多因屢懷孕，致腹壁弛緩而起，然亦不盡然；未產婦患之者亦非不常見。更有許多因腹膜之附麗有先天性弛緩之况

能動腎

狀。此等況狀，嬰孩及小兒曾有患之者。又腎圍之脂肪消瘦，亦係一種病原。受外傷及舉過重之物，亦能致此病。此外更有腎被腫瘤拉下而致者。至於右多於左之原因，大概係該腎之位置恰在肝下，當吸氣時被肝膈下降之壓力所激動也。神經衰弱而兼患腸胃病即所稱腹內臟下垂者，其腎亦多能動。

驗能動腎之法。當使患者仰臥牀上，頭宜畧低，使腹壁弛緩。醫者以左手按病人十一十二兩肋之後之腰部，右手按乳頭線之肝邊稍下處之季肋部，則可捫覺肋邊稍下處有一質堅之圓塊。若捫不着，宜令病者深吸氣，當是時苟其腎可捫覺，則右手之指當有所覺。能動率之大小不一。深按而僅能捫覺腎下邊者，即所謂可捫腎 palpable kidney。瘦人深吸時，醫者右手指可捫腎上端，而該腎不能降至與臍齊處以下，此名能動腎 movable kidney。腎之最易動，或至腹股溝韌帶稍上處，或至腹中線，或過腹中線以外者名浮游腎 floating or wandering kidney。

能動腎按之或覺觸痛，被緊握時尤甚。此痛鈍悶，有時有欲作嘔之感覺。從患者背後驗其腰部，則能動腎之側略平。

症狀 大多數不顯症狀。醫者若偶爾驗出，宜勿直告病人。有顯腰痛或覺被牽而不舒或肋間神經痛者。顯神經衰弱兼消化不良之狀者亦甚多。婦人或顯希司忒利阿性症狀；男子則或顯輕重不一之希坡交第阿。胃擴張曾經發見，此係該變位腎壓十二指腸之故。婦人兼顯腎下垂者甚多。大便秘結常見。或謂有顯胆管受壓而兼黃疸者，此則絕無僅有。積糞甚或致腸梗阻，有時亦隨腎離位而起。

能動腎危象又名腎克來息 Dietl's Crisis。患能動腎者，有時顯甚重之狀如痛（常在右部），寒戰，惡心，嘔吐，發熱及精力虛脫，婦人尤常如是。蓋係腎血管或輸尿管牽扭所致。此狀數月或數年之久或再發。過於勞碌，食物不宜，或站立過久，皆

足引發之。痛發時在腎部，非常沉重，每映射至輸尿管而至背，易誤認為腸痙痛。病者多患惡心畏冷，或發沉重之寒戰；常吐嘔。尿短而含尿酸鹽及草酸鹽過多；有時或下血尿。腎之本部狀況有二類：（一）腎受患之一旁受按即痛，肌之緊張力加增，捫之覺該腎增大，按之可捫覺，而其能動率較小，然無腫瘤。（二）腎盂擴張，而迅即成腫瘤。初顯於前面腹上部之邊，逐漸長大如橘或如木瓜，而塞滿腎之全部。有時或不出三十六小時或四十八小時即如是。病人惡心不止，發熱，病容昭顯而尿或短少，甚或呈血性。其後則全身症狀漸減，局部觸痛亦減，尿量或驟增，而在十小時或十二小時內該腫瘤或竟消去。而一二月之內，以上所述各症狀或再發，腫瘤亦再顯再消，一一如前。此即能動腎最沉重最苦楚之一種結果，所謂間發性腎盂積液 intermittent hydronephrosis者是也。

診斷 診斷少疑難處。然與胆囊腫，卵巢腫瘤及腸腫瘤等患或致相混。

治法 無症狀者可免施治法；其餘用帶與墊治之而症狀減輕者甚多。此法宜在清晨施用，病者須仰臥或取膝胸臥勢，且須教以推腎向上之法。若其腎感覺過敏，則宜用氣墊。其他病案則用廣帶縛腹下部以支持之，亦有效。患重痙痛者宜用嗎啡。至於間發性腎盂積液，則用墊及帶兩法均可有效。病重或墊法無效者須施縫腎術 *nephrorrhaphy*；施此術後，大多數見效。又法使病者發肥，俾該腎不能動，亦復甚妙。而其神經衰弱者，則宜用長期安息療法，不可用手術。

(三) 腎血循環紊亂 *CIRCULATORY DISTURBANCES*

無病時尿之分泌係腎血管球內有定度血壓及腎上皮之作用。水質由腎血管球濾出，尿量之多少則關於血流之遲速

及壓力；其如常與否，則關於毛細管及腎血管球上皮之是否有病；至其固體質，大半由腎曲小管上皮排泄，苟所出之尿無病，則腎球被膜內遮毛細管之上皮亦必無病。若失滋養，如血流遲緩而應得之氧氣不足，則所濾之水含血清蛋白素。血循環變異，則腎上皮易被感；腎動脈受壓僅數分鐘之久而致受重累。

腎之血循環易為皮膚所反激。如感冒風寒，則腎內血壓增大，致尿加多是也。

腎充血 (一) 溢性充血 又名實性充血或動脈性充血 Active Congestion; Hyperemia. 腎炎初起時，每患溢性腎充血；或因寒或毒或為烈性刺戟藥所致。松節油，畢澄茄，斑蝥，科派巴等藥俱足使腎患極重之充血。據剖屍檢驗報告，腎充血最正當之徵每在急性腎炎之早期發顯，其腎大，軟而色深；剖之，血涔涔溢出。

各種急性熱病每顯尿少色深而常含蛋白素；或云此因腎充血之故。然致熱病之毒原或此原所生之毒素或變異之新陳代謝所成之質皆足激惹腎而致此尿徵也。

(二) 受阻性充血 又名虛性充血或靜脈性充血 Passive Congestion; Mechanical Hyperemia. 此係因他器官之病而致腎充血。慢性心病肺病致血循環受阻者每患此。或係腎靜脈被腫瘤，受孕之子宮，水腹液等所壓而起。因心病而起者腎大而堅；腎被膜易脫，腎皮質作深紅色，腎錐體（腎竇）則作紫紅色。切面粗，質甚堅硬；難於扯裂或割裂。間質性組織增多；小管間有小細胞侵入。腎球俱硬化。諸血管俱變厚，小管上皮有顆粒性或脂肪性或玻璃樣之改變，輕重不一。此等情況實為瀰散性腎炎 diffuse nephritis。尿少，比重加增，且含蛋白。腎管有時有玻璃樣管型及赤血球。此病驗之以目，多半無急性或慢性腎炎之徵，故僅能恃尿之徵象斷為急性腎炎。腎充血致硬化而無

併發病者，則尿毒症 uremia 甚少。然因心病而兼患彌散之脈硬化者，則兩腎受累較甚，而腎之官能亦受累。

(四) 尿分泌異常

ANOMALIES OF THE URINARY SECRETION

(一) 無尿又名尿閉 ANURIA

無尿即尿不分泌，發見此病之狀況如後：

(一) 急性腎炎之沉重血管充血，尿或一時全閉；但減少者較常見。

(二) 腎石所致之無尿。因石塞兩輸尿管，致尿全無，然不甚苦楚。其症狀與尿毒症所顯者不同。在四十一案中，驚厥者五，頭痛者六，嘔吐者十二。皆不昏迷，腫孔常縮小，體溫或低，並或有顫搐及嘔吐。此四十一案中，男佔三十五。全無尿者三十六案，其病已歷四日餘者十一，七至十四日者十八，十四日以上者七。又擠壓兩輸尿管累及該管之膀胱口，亦能致無尿。

(三) 非因腎病而患尿閉之病案。凡熱病及發炎，急性磷，汞，鉛，松節油等中毒，或腎主動脈患血栓形成，或因受重傷或施手術後精力虛脫，或在霍亂及黃熱之精力虛脫期所顯者皆是。更有因希司忒利阿而起者。

尿全閉者可存活十日至十四日之久。最可怪者，大多數不顯中毒之狀。

治法 因受壓而尿閉者，當以外科手術治之。非因受壓而為腎充血甚所致者，宜在腰上施杯術 cupping，或用熱敷物敷之，或多用瀉藥。或用疋羅卡品及熱氣發汗，皆妙。若尿再生，則可服狄午雷汀 diuretin。又法，用雙路直腸管灌注規定熱鹽液，散發腎泌尿，亦佳。

(二) 血尿又名尿含血 HEMATURIA

原因 (一) 特發性血尿 Essential Hematuria. 此病係外科醫士所發明,又名腎的易出血性 renal hemophilia. 其症狀係兩腎或一腎出血。雖用顯微鏡觀察,毫無腎病之證據。腎錐體尖及腎盂之血管瘤及毛細管瘻不在其內。病人常係三十歲以前者。其血自出,常兼痛,然不痛者亦甚多。用 X 光線檢察之,無病徵,繼則出血自止,僅見少數病案頻頻再發而病者遂致貧血。此病大概不危險,多數自癒,否則施腎切開術以止其出血。病之豫後尚佳。

(二) 全身性病 見於特種惡性熱病,紫癍或白血球病,瘡亦或引起此病。

(三) 腎臟的原因 急性腎充血及急性腎炎或起因於松節油,石炭酸及斑蝥等毒藥,或起因於如潰瘍性心內膜炎所致之腎梗塞,或因生瘤而出血。結核病初期之累及腎錐體尖者或亦有之。因腎石而起者甚尋常。寄生物病如吸血蟲及班克羅夫絲蟲亦足致血尿。條蟲囊蟲病及浮動腎,腎盂積水或亦有血尿之患。此外則有因腎盂痛性絨毛瘤而起者。此與膀胱石甚難辨別。又腎錐體尖之血管腫瘤及毛細管瘻亦係致出血之原因。

(四) 尿路病患 如因輸尿管石,膀胱之潰瘍,瘤,息肉,結核,結石,寄生物及膀胱靜脈破裂等所致。患白濁及爲尿石所塞則輸尿管出血。婦女或因尿道脫垂或生瘤而致尿含血。又再發性血尿或係前列腺長大或生惡瘤之初狀。

(五) 受外傷 受傷或致尿路任何段出血。有因腰或背跌傷或受打,致腎破裂而多出血者;至因膀胱及前列腺受傷而起者則較少。輸尿管出血常因插導尿管而受傷,或跌傷所致。凡在外科手術治腎後,俱足起此病,但不久即止。

(六)運動身體 運動身體過度或受寒有時致暫時血尿。

診斷 診斷大抵不難。輕者尿作淡烟色,重者則鮮紅或黑紅。窺以顯微鏡,則其赤血球或立可辨認;色不變,形似桑葚;或僅有血球影。尿已釀成鱷臭及比重輕者,則赤血球之血紅素速溶解。

血自膀胱流出抑或自腎,當明辨之。血自膀胱出者,其血或僅在小便將盡之際見之,或僅為小便之餘瀝。血自腎出者,血與尿相混合。有血塊者大概亦自腎出,且有作腎盂或輸尿管諸模形者。若膀胱出血,灌洗之則水作血色,深淺不一;若自腎出血,則水清而無色。僅驗尿,不足辨別出血之處,故症狀及物理徵皆當研究。苟難診斷,宜驗以膀胱鏡,並當用導管導出各輸尿管之尿。辨認其原因或不易。腫瘤,結核及結石恒被承認為此病之原因。

(三)血紅素尿 HEMOGLOBINURIA

此即尿含血之色素。其血球或無或極少。其有色物且常非血紅素(紅脛) hemoglobin, 乃多係定氮血紅素 methemoglobin。尿之色紅或棕紅或黑,常有棕色之沉澱。苟血紅素少,則尿作淡紅色或烟色。以顯微鏡窺之,則有顆粒形色素,或有血球屑,上皮,染深色之尿酸鹽。尿並呈蛋白索性。尿色之深淺與赤血球之多少無一定之比例。驗以分光鏡,則顯氮化血紅素 oxyhemoglobin 之兩帶,惟顯定氮血紅素之三帶者尤常見。依臨診法論之,此病可分為兩類:

中毒性血紅素尿 Toxic Hemoglobinuria. 此即能使赤血球速消之毒所致。如氫酸鉀 pot. chloras 大劑量,焦性沒食子酸 ac. pyrogallic, 石炭酸,砒化氫 arseniuretted hydrogen, 一氯化炭,那弗妥 naphthol, 莖毒素 muscarine 及猩紅熱,黃熱,腸熱,瘧及梅毒諸病

之病毒均足致之。受重火傷，受嚴寒及用力逾量等亦足致之。但罕見。新產之嬰兒有患流行性血紅素尿 epidemic hemoglobinuria 者，常兼黃疸，發紺及神經系統症狀而起。

發作性或陣發性血紅素尿 Paroxysmal Hemoglobinuria. 此亦罕見之病。其症狀係間時下血尿，尿中僅含血之色素。患者男多於女，且多係成人。似多因傷風及疲勞而起。而易受病者或因足浸冷水而患此。患雷那氏病 Raynaud's disease 者亦或患之。血紅素尿與瘰之關係見第二百四十三面。患梅毒者亦或發此病。一病人經十五次之薩伐散之注射後，血紅素尿始消滅。

此病有時因傷風或精神及體力耗竭而突起。或先顯寒戰及發熱，亦或體溫降低。更有患吐瀉或腰痛者。病程鮮有逾二日者；有時不及一日而瘳。或在一日之內發兩三次，且間時尿清。或兼患黃疸。病危者絕無僅有。

此病之病理甚繁雜。簡言之，此等病者之血清內含有一種複性血球溶解素 complex hemolysin，能消溶本身及他人之赤血球。惟此素須在體溫低時始能有作用。全身周圍血管充血及天氣寒冷致血溫度低，於是此素之介體 amboceptor 遂與赤血球連合，而當血入體內各器官時，赤血球遂被溶解。

治法 特殊治法當對準其病原而施。但無論何類，以靜息為最要。因腎石而起者，宜躺臥。止血之藥如醋酸鉛及鴉片尼劑量可試用；其後用腎上腺素 adrenalin 及乳酸鈣 calci lactas 亦可。又於腰部用冷敷及乾杯亦佳。特發性血尿用腎剖術有時可治瘳。

陣發性血紅素尿甚難治。病發作時，病體宜溫暖，且宜頻飲熱液。苟有患梅毒之病歷，當另用有力之梅毒治法。居溫

暖地方，則發作較少。此病可得一種抗毒素以解病之溶血球性介體。

(四) 蛋白素尿又名蛋白尿(胎尿)

ALBUMINURIA

尿內含蛋白素(新定名曰白蛋白)，昔以爲係腎炎之徵。然據近人之考查，則腎機質雖無沉重之改變而患此者甚多。分兩類：(一)腎無損害徵；(二)腎顯然有解剖學上之改變。

腎無明著損害之蛋白尿 Albuminuria without Coarse Renal Lesions. (甲)官能性所謂生理的蛋白尿 Functional, so-called Physiological Albuminuria. 尋常腎僅有水及鹽類由血析出。苟有蛋白性，則係腎球毛細管上皮之滋養或球周圍之細胞之滋養受累所致。或云腎雖無累，亦有時下蛋白尿。例如用肌力逾量，所食食物過富於蛋白素，取冷浴或消化不良者是。行劇烈運動後聞或見之。然無論如何，苟有蛋白尿，其腎上皮或腎血管球上皮必變異，惟其所變或暫而輕，且不甚緊要。至其所以變異，則因血循環之變異或食激戟性物或暫時因發熱所致也。

少年蛋白尿及輪發蛋白尿 Adolescent and Cyclic albuminuria 又名直立性蛋白尿 Orthostatic albuminuria, 僅在日間顯蛋白數次。患者男多於女，多係少年，而大抵係偶爾覺察。此等病者之父母每爲神經薄弱之人，其血管舒縮率亦顯然不穩。此病或僅在發身之前患之，或終身不癒。患者極多，少年練習身體時最易得此。曾經考驗，凡練習身體之一百五十六人中，一百三十人尿內有蛋白素。動脈壓低時蛋白素始排洩。尿內多數僅含蛋白素少許，然亦有含至極多者。而其最奇特者則係其狀況之不同。或清晨尿如常，或蛋白素僅在費力之後發顯；或食後蛋白素大增，食物多蛋白類 proteins 者則尤甚，有時即突然起

立,亦能使尿含蛋白素;此或係因腰脊之曲處加增而腎靜脈緊張之故,是以用石膏背袂可防止蛋白素之發顯。能動腎經設法支持後,亦可止之。當含蛋白素時之尿量不過微增,而比重則如常;色或畧深。間或有透明之腎管型;並或暫時含尿糖。脈搏大概不緊張,第二主動脈音不增響。

此病有數種,即神經薄弱的,飲食的,輪發的,間歇的或陣發的是也。

此患早治可癒。此可証腎病為暫而輕者。

(乙)發熱性蛋白素尿 Febrile Albuminuria. 發熱者,不論為何種病原所致,皆或微有蛋白尿,係因發熱致腎血管球微微改變而致,如上皮濁腫所致者是;非腎之機質性損害也。病此者甚多,如肺炎,白喉,腸熱及瘧等俱或見之。急性扁桃腺炎亦或患之。蛋白素含量甚少,熱一退即消失。或兼有透明管型或上皮管型。

(丙)血改變 Hemic Changes. 紫癩,壞血病,慢性鉛中毒或汞中毒,梅毒,白血病及重貧血皆可微有蛋白尿。而血含異質如胆色質者,亦或足致少量之蛋白素。

婦人懷孕者亦有時暫患之,或即屬此類,然因腎組織有改變者尤多。又或在吸噠或哥羅芳後發顯。

(丁)神經系統 有許多神經系統病或顯蛋白素尿;其內有數種屬神經過敏性之青年男女者,每與少年蛋白尿(直立性)難於分辨。患腦瘤,癲癇發作後及患各種腦膜炎後每有蛋白尿。此外則患腦膜出血者,尿內或含蛋白素極多;有尿每一立含蛋白自五克至二十克之多者。

腎有明著損害之蛋白尿 Albuminuria with Definite Renal Lesions. (甲)腎充血;或為實性類,如傷風及腎炎初期所顯者是;

或爲虛性類，如起因於心肺病或腎靜脈被懷孕子宮或腫瘤所壓而致血流受阻者是。

(乙) 腎之機質病：如急性及慢性腎炎，蠟樣變及脂肪性變化膿性腎炎及腎腫瘤等是。

(丙) 腎盂、輸尿管、膀胱及前列腺之病患，而有化膿或血尿伴發。

蛋白化分產物尿 新定名作**蛋白尿** Albumosuria。蛋白尿 albumose，陪潑吞 peptone，血球素 globulin 等，尿內時或有之。此與臨診視象關係極輕。凡熱病，慢性化膿病及蛋白類質自溶 autolysis 之時期如肺炎，急性黃色萎縮病及子宮產後退化，尿內皆有以上三種物質。

骨髓病性蛋白尿 Myelopathic Albumosuria。此病又名卡勒氏病 Kahler's disease。其症狀係多數性骨髓瘤 multiple myelomata，而尿含一種蛋白類質 Bence Jones' body。男子年在四十以上者多患之。因他種骨瘤而尿內顯此質者極少。余會診察一病人，因其尿久含蛋白尿而斷爲多數性骨髓瘤，當時並未有骨痛可以捫覺也。患者多於二年內致命。試驗此尿之法，僅須加氫酸入尿，則尿沉白澱；煮之則消去，冷之則再顯。又有小便時尿或呈乳白色者。

豫後 病之結局依病原而異。因發熱而起之蛋白尿經短時期即癒；而血性者病勢一熾，腎卽如常無損。年過四十歲而尿內時或微含蛋白素者，無論兼下透明管型與否，皆不甚緊要。蓋其腎之變更一如其髮，年歲加增則自然漸“變白”（變老），對於康健關係頗小也。少年久患尿微含蛋白素而動脈壓不增者不危險；即使已經綿數年，亦可癒也。生理性蛋白尿之結局已詳上文。

總言之，尿含蛋白者係腎血管球有變更；至其變更之性質大小及輕重，則不易測度。是故有無腎管型，脈壓是否加增，身體之強弱以及消化官能等之與蛋白有關係者，皆醫士所當注意也。蛋白尿與人壽保險有關係；如醫士驗得保險人患蛋白尿者，必須拒絕；惟年少暫時患此者不在其內。至於四十歲以外之人，則動脈及血壓之情況較尿狀為尤要。

(五) 細菌尿 BACTERIURIA

尿含細菌有繼發原發兩類。繼發者即如隨腸熱而起之細菌尿，前已詳述。而其無繼他病而起之原因或原發性竈局可尋者所含之細菌則以大腸桿菌，鏈球菌及淋病球菌為最普通。此等細菌或直接由血而出（例如腸熱所患），且至尿路而倍增，或自腎球被膜至前列腺間之一竈局而來。

依臨診而論，則此病更分兩類：（一）單純性細菌尿 Simple bacteriuria；（二）細菌尿性膀胱炎或腎盂炎 Bacteriuric cystitis or pyelitis。第一類或無症狀；或僅因尿內含細菌過多之故，畧顯混濁，然無膿。而第二類則尿路有發炎之狀，且有膿。尿含大腸桿菌則性酸，含鏈球菌則呈鹼性而兼致磷酸鹽尿 phosphaturia。此等病每不易料理。苟不兼膀胱炎或腎盂炎，則或無症狀，然有此兩病之沉重症狀者實指不勝屈。用黑克薩民 hexamin 而見效甚速者極多。菌液療法雖用之者衆，而效驗不甚佳。

(六) 膿尿 PYURIA

原因（一）腎盂炎及腎盂腎炎 Pyelitis and Pyelonephritis。因腎之大膿腫，腎盂腎炎而起之膿尿，其膿時流時止；因腎石及結核性腎盂炎而起者膿流無間，惟輕重不一。因大腸桿菌或結核桿菌所致者，其尿酸；因變形桿菌 *Bacillus proteus* 而致者，其

尿酸；因葡萄球菌而起者，其尿或微酸或鹼。因繼膀胱炎之腎盂炎及腎盂腎炎而起者，其尿或鹼或酸，依所染之菌類而各殊；且其粘液多，小便頻數，從前有膀胱病來歷等皆有助於診斷。

(二)膀胱炎 *Cystitis*. 其尿常酸，婦人尤甚，蓋多為大腸桿菌所染也。尿呈鹼性者其膿及粘液之粘性最重，初下時有三聯磷酸鹽晶 *triple phosphate crystals*。

(三)輸尿管炎 *Urethritis*. 此多因淋病所致。膿先尿而出，為量甚小，且有輸尿管發炎之徵。

(四)白帶 *Leucorrhea*. 此則膿少，且多含陰道上皮之巨片。難診斷者，可以導尿管導尿驗之。

(五)膿腫破裂入尿路 屬骨盆膿腫或盲腸周圍炎性膿腫者每先有出膿之狀。出膿時急且多，繼則突止，或在數日內迅即減少。

尿色因膿而白或微黃白。沉之，其澱膠粘，澱上之液常濁，因化尿素菌（變形桿菌及各種葡萄球菌）而起之膿尿，其尿初下時亦有銜臭。當膿來自膀胱時，則有膿細胞甚多；其原漿成顆粒，且每有半透明之突起。

磷酸鹽之澱易誤認為膿，然磷酸鹽較白而稀，加酸則消；以顯微鏡窺之，可立辨也。膿常雜有膀胱及腎盂之上皮細胞，多少不一；但此二處之細胞形狀相同，故不能因之定膿之究由何處來也。

治膿尿之法當依其病原而施之。

(七)非寄生性乳糜尿 *NON-PARASITIC CHYLURIA*

此為罕見之病，溫帶地方有之，與班克羅夫絲蟲無關係。尿色暗白如乳，或雜血，或凝為膠凍樣堅塊。或有鬆塊沉底，此

塊或略有血色。其白色似係微顆粒所致，或有油滴與乳之滴相似。食後其尿或更增其乳白色，又躺臥時亦然。

(八) 結石尿 LITHURIA

尿酸之一般關係已詳痛風病節。

尿酸之顯於尿 尿中之尿酸多與銣及鈉化合而為酸性尿酸鹽 acid urates。此外如鉀、鈣、鎂等尿酸鹽亦有之，但較少。尿酸成斜方形或三稜形之晶，其色深紅，蓋為尿之色素所染也。其澱呈粒狀。勿以所沉之尿酸澱為必係尿酸過多所致；蓋多因尿之溶解尿酸力減少，而非尿酸增加也。此極重要。凡足致尿酸沉澱之原由有四：(一)尿過酸；(二)礦質鹽不足；(三)色素少；(四)尿酸多。以上四者，以酸度之強弱為最要。

康健者其尿量與所排尿素 urea 之排泄量有恒定之比例。大概如一與五十之比。至尿酸之量與尿一之量排洩之全量之比例則係一比七十。

無晶形尿酸鹽較結晶者尤為普通，恒被尿色素所染而成粉紅澱。此大抵為酸性尿酸鈉 acid sodium urates 所成。每顯於過酸而比重高之尿。尿溫時，此鹽易溶，冷則沉澱。尿酸鹽之沉澱非必盡因排泄過多，或係他種情況使然。

治法 不可食肉、魚、茶、咖啡等品，水可多飲。

(九) 草酸鹽尿 OXALURIA

尿中之草酸 acidum oxalicum 係隨食物入體。尿中最常見之草酸鹽為草酸鈣 calc. oxalas。康健人體內大概不生此酸。草酸之多少依所食之多少而異，大抵每日不及十粒。胃液無遊離氫氨酸而腸內發酵過甚，則似能生此草酸。草酸鈣永不沉澱，惟其晶則常作八面稜體形或似啞鈴形，集於尿內之粘液霧內及盃之邊上。

尿中草酸鹽過多而纏綿久者名草酸鹽尿，重要之關係爲其晶或在膀胱中沉澱而成尿石。或云患草酸鹽尿時或別有神經性消化不良，易怒，憂鬱，疲倦，且有時顯希坡交第阿之症狀。又或兼有神經痛及神經衰弱之全身症狀。此全身症狀及局部症狀大概係新陳代謝有病所致，而草酸鹽尿爲其一種症狀。患痛風者，多以此爲一種症狀；而並稱之爲結石尿。

治法 宜調理大便及消化之作用，含鈣之食品如乳汁，卵及含草酸鹽之菜宜禁忌。

(十) 磷酸鹽尿 PHOSPHATURIA

體中所排泄之磷酸在體內與鉀、鈉、鈣、鎂等化合而成兩類磷酸鹽：(一) 鈉及鉀之鹼性磷酸鹽 alkaline phosphates. (二) 鈣及鎂之土性磷酸鹽 earthy phosphates. 凡人每二十四小時所排泄之磷酸有一至五克之多，平均每人有二·五克。此種磷酸大概由食物入體，亦有由體中之核素，坡他根 protagon 及卵黃磷脂 lecithin 等化分而成者。鹼性磷酸鹽中，以鈉化合物爲最多。尿之鹼性磷酸鹽多於土性磷酸鹽。

土性磷酸鹽 Earthy phosphates 以鈣爲多，鎂則少。尿已顯鹼性發酵者，無論在膀胱內或在盃中皆同。此外有磷酸銣鎂 ammonii et magnesii phosphas (即三聯磷酸鹽) 作三稜形晶，或作羽毛形晶或菊花形晶。尿變鹼則土性磷酸鹽下沉，有時尿未出膀胱而已下沉，則該鹽在小便將盡之際始外洩，作微白液，每誤認爲遺精。據近今醫界之研究，凡顯神經衰弱之症狀及甫下之尿含磷酸鹽澱者，每係鈣質的新陳代謝變異。磷酸鈣在尿內時，受熱則下沉而尿因之變濁，多誤認爲含蛋白質，然加酸則澱立消。此病凡消化不良及虛弱者多顯之。磷酸鹽或多甚，每日夜或達七至九克，而尋常不過二·五克。又磷酸鹽若在已分

解之尿內下沉而尿素之碳酸銣 *am. carb.* 與磷酸鎂 *magn. phos.* 相合者，則成三聯磷酸鹽 *triple phosphates*。此在化尿素之細菌所致之膀胱炎見之。

尿含磷酸鹽過多之關係，醫界之意見甚多。茲從簡畧。凡患易消瘦病如結核，肝之急性黃色萎縮，白血病及重貧血者，其磷酸鹽俱增多；但在患急性病及婦人懷孕者則皆減少。

(十一) 木藍素尿 *INDICANURIA*

此即尿含木藍素（即硫酸鉀尿藍）*indican or potassii indoxy-l-sulphas*，無色。加以澀酸或有力之氯化藥，則其質分解而靛 *indigo* 出。無病之尿含木藍素甚少。此質之原為靛基質 *indol*，係腸內之蛋白素被菌分解而成。若靛基質被吸收，則在組織內氯化而成尿藍；此物更與硫酸鉀化合而成硫酸鉀尿藍。

康健之人及畧患消化不良者尿內亦偶顯之。非專隨大便秘結而起。凡患胆石，胃氫氫酸過多，再發性闌尾炎，消瘦病，腹膜炎及膿胸者每兼顯此狀。且有含之極多者。據某氏之研究，凡二千零九十二病人，顯此症狀者三十二，而其症狀並無腸自中毒 *intestinal auto-intoxication* 之徵兆，且乳酸菌治法 *lactobacillary treatment* 毫無效驗。

木藍素有時在患尿石者之石內發見。前曾云由尿出時無色，但尿之在體內已有此質分解者尿初出時有時顯藍色。又驗尿苟遇空氣，或亦顯微藍色浮於表面。至若尿帶美藍 *methylene blue*（用以染糖果之色質）色質者則不在此例。

(十二) 阿勒卡吞尿 *ALKAPTONURIA*

阿勒卡吞尿非病之症狀而係一種新陳代謝變化程序中之自然狀況，無害，且常屬先天性而終身不止。曾見四十九人

顯此，而十九人見於七家，內有數人係嫡堂兄弟或姊妹。此種尿有兩種臨症之關係：(一)有化斐令氏試藥之力，似尿含糖；(二)然不發酵，且不旋光。患之者有時沾染衣衾，蓋尿色畧黑也。

(十三) 氣尿 PNEUMATURIA

氣或隨尿排出。其狀況如次：(一)灌洗膀胱時氣隨水而入膀胱，病人作膝肘臥勢而驗膀胱時亦有氣入內。(二)因挿導尿管或施他種手術時而有生氣之菌入膀胱。大多數兼患尿含糖。其菌係釀母菌，大腸桿菌及產氣莢膜桿菌 *Bacillus aerogenes capsulatus*。(三)見於患膀胱腸道瘻之病人。

膀胱內生氣，則顯輕膀胱炎之症狀，其氣則在小便將盡之時外出，有作響者。診斷之法當令患者入水小便，或挿導尿管之末端於水下，則氣泡即可察見。

(十四) 尿含他物 OTHER SUBSTANCES IN THE URINE

脂肪尿 Lipuria. (一)腎無病之脂肪尿，凡因食物中脂肪過多，多服魚肝油後，骨折後脂肪栓子塞血管，磷中毒之組織呈脂肪性變，慢性化膿病(如在患結核，膿毒血者)，糖尿病之脂血所致者皆是；(二)腎有病之脂肪尿，如慢性腎炎之脂肪期及成脂肪腎管型以及腎盂病所現者是；(三)患乳糜尿病患者之脂肪尿。尿常濁，或別有脂肪滴及脂肪晶。間或有成脂肪性石而被以磷酸鹽者。

脂酸尿 Lipaciduria. 尿含揮發性脂肪酸，所含如醋酸，酪酸，蟻酸及初油酸 propionic acid 等是。

克吞尿(酮尿) Ketonuria. 尿含醋酮 acetone 或雙醋酸 ac. diaceticum, 或乙氧酪酸 acid. B-oxybutyricum, 詳見糖尿病章。

膽汁尿 Choloria 及糖尿 Glycosuria. 詳黃疸及糖尿病章。

無鐵血紅素 Hematoporphyrin. 有時見於尿中。凡患肺結核, 滲出性胸膜炎, 癩瘡質斯性熱, 鉛中毒及腸出血諸病者皆有之。又服瑟佛那 sulphonal 藥後多下此物, 而尿有時被染成黑色。

(五) 尿中毒

UREMIA—UREMIA

定義 此即在腎炎病程中或因無尿而起之血中毒。其毒之性質尙未明定。

理論 醫界對於中尿毒, 有五種理論: (一) 因體內之毒之應由腎排泄者積聚於血而成此病。(二) 因腎之新陳代謝受擾而成此病。或云腎有內分泌, 尿中毒之症狀係因此內分泌受擾所致。腎對於身體之新陳代謝有極大之關係, 而對於肌屬關係尤大。苟將腎之重量除去三分之二, 則尿素 urea 及肌肉素類 creatine 之氫性體等之產生必大增。(三) 因溶腎質素 nephrolysins 而成此病。但此說似未中肯。(四) 尿中毒之症狀如昏迷及驚厥因大腦局部水腫而發。(五) 因酸中毒而起。

症狀 依臨診而論, 此病分潛伏性, 急性, 慢性三類。屬潛伏性者詳無尿章。急性類無論何種腎炎皆能兼患之。在熱病之後發顯者尤多。慢性類每隨動脈硬化及粒狀腎而起。至於此病之症狀則分為大腦的, 呼吸困難的及腸胃的三類。

大腦症狀 (甲) 躁狂 Mania. 從未有顯精神受患之狀及腎炎者有時突然而狂。嘗見一人突然發狂, 六日即死。而其尤常見者為狂狀較輕而病人多語燥動, 且不限。

(乙) 幻想性精神錯亂 Delusional insanity. 患此者亦不甚少。而其幻想之最尋常者係被人控告等事。患憂鬱病 melancholia 者亦復有之。

(丙) 驚厥。或突然而起，或先有頭痛及燥動。其狀或與尋常癲癇之驚厥相似，惟或無癲癇性驚厥初起之叫。有時頻頻復發，而間歇之際常不省人事。體溫或高，然低者尤多，或在驚厥發後速降。更有顯局部驚厥者。驚厥後最奇特之後發病係尿中毒性黑矇 *uremic amaurosis*；或須數日始癒。然無驚厥者亦或患之，此則大概一二日即癒。以檢眼鏡檢之，眼中大概無改變。更有患尿中毒性耳聾者；或亦係一大腦症狀。兼恒久之頭痛，惡心及他種胃狀者亦有時患聾。

(丁) 昏迷 *Coma*。全身驚厥者皆昏迷。然無驚厥而漸昏迷者亦有之。病者多先頭痛，而漸變呆蠢。其先或無腎病之徵象；故非細驗其尿，則易致失察。或發肌抽搐（肌跳），手面等處尤甚，惟昏迷而其肌無受累之狀者亦有之。又有靈性變遲鈍而纏綿數星期至數月者。舌常有苔；口中有惡臭。

(戊) 局部麻痺。在慢性腎炎之病程內，偏癱，無語言能及單癱或自起，或繼驚厥而起；剖驗之，其腦並無損害，但顯局部或瀰散之水腫，此患每與各種大腦之機質性麻痺相混。

(己) 頭痛。此係大腦症狀中之重要者。痛處多在後頂，延及於頸。或為早發症狀，且兼眩暈。至於他種神經症狀，則皮極癢，指刺痛及腓肌痙攣（晚間尤甚）皆是也。發紅癩者有時有之。

尿中毒性呼吸困難 *Uremic Dyspnea*。(一) 稽留性呼吸困難；(二) 陣發性呼吸困難；(三) 第一第二兩類輪替而發；(四) 潮式呼吸 *Cheyne-Stokes breathing*。此狀多起於夜間；發時病者或須起坐喘息，非常辛苦。或發酸中毒狀。有時呼吸有聲如蟬鳴。患潮式呼吸者或纏綿數星期或數月。此病雖或有呼吸困難之危狀，且昏迷及他症狀間或同時而起，而纏綿多日之後竟獲痊癒者亦有之。

腸胃症狀 此常突起，或似毫無原由而嘔吐不止，或先有惡心，且兼腹瀉，有時雖腹瀉而無嘔吐；或所瀉甚多，而兼大腸患重卡他性炎或假膜性炎。

尿中毒性口炎 有一種口炎為尿中毒之特狀；唇、舌等之粘膜俱腫而發紅斑，涎或增多，吞咽及咀嚼俱難，舌苔極垢，口氣臭惡。

發熱 此係普通之症狀，或起因於急性腎炎，或起因於併發病，或為尿中毒之一狀。

慢性尿中毒病人每有因臨終傳染如急性腹膜炎，心包炎，胸膜炎，腦膜炎，心內膜炎等而死者。

診斷 臨診時分析血液，對於診斷及豫後大有助益。凡血每百立方釐之非蛋白質氮約一百二十毫克，尿素氮約八十毫克，尿酸及失水肌肉素 creatinine 各約四毫克者指明其病為留滯類。用 phenolsulphonephthalein 驗腎之官能最佳，既能為分類診斷之用，又能証明尿中毒將發而尚未發之兆。凡患尿中毒者，尿中無 phthalein，或兩小時之久僅排泄少許。而患慢性腎炎者，苟兩小時之久所排泄者不達百分之十，則有尿中毒病將發之虞。

凡病之易與尿中毒相混者如下：(甲) 大腦損害，如出血，腦膜炎或腫瘤。凡中風（大腦出血）者，常兼患腎炎及張力過度，且或顯驚厥而兼驟然人事不省，易與尿中毒相混；然其初起之偏癱及頭與眼同偏向之狀皆可為出血之明證。惟患尿中毒性偏癱或單癱而無腦之損徵者非待剖驗，每難與此腦有損徵者相別。腦膜炎兼昏迷或兼微熱及舌垢而無可證患處之症狀者，亦易與尿中毒相混。

(乙) 數種傳染病亦易與此相混。尿中毒之纏綿數星期或數月，病者因變成呆鈍，甚或人事不省，而臥床不起，舌垢或乾，肌顫搐，脈搏弱而速及微熱者易誤診為腸熱或粟粒形結核。

(丙) 尿中毒性昏迷易與酒精中毒及鴉片中毒相混。患鴉片中毒者，其呼吸慢，瞳孔縮小；患酒精中毒者，其瞳孔多開大。患尿中毒者，則瞳孔之擴張無定；或不舒大，或甚大。當以檢眼鏡檢其有無蛋白素性視網膜炎。又當用導尿管導尿驗之。口臭亦或可為診斷之一要證。心及動脈之狀況亦皆宜注意。慢性腎間質炎多突起尿中毒性昏迷。患酒精中毒者之譫妄係其診斷之特據，且其昏迷不似尿中毒及鴉片中毒者之深。凡昏迷之究因尿中毒或重酒精中毒抑或橋腦出血，每不能一時下確定之診斷。

因久勞肌力而顯昏迷，例如於競走數十里之後而突然不省人事者，有時亦顯孱樣呼吸及瞳孔擴張。

治法 當詳述於慢性腎炎章。

(六) 急性腎炎 (急性李來忒氏病)

ACUTE NEPHRITIS (*Acute Bright's Disease*)

定義 此係急性瀰散性腎炎 acute diffuse nephritis，因腎受染或中毒而起。腎上皮、血管及腎小管間組織俱有變異，輕重不一；故有分為小管炎，腎血管球炎，急性間質性腎炎諸類者。

原因 主要之病原有六：(一) 受寒。受寒受濕為一普通原因，每致引起急性傳染。

(二) 急性傳染之毒素，特如猩紅熱。許多病案因鏈球菌傳染或繼數種傳染病如在扁桃體者而起。急性血性傳染病或足致沉重之腎炎。病輕重之等級極多。梅毒亦為此病之一病原。滲出性紅斑及紫癍之患此病者亦不少。

(三) 流行性腎炎 又名 戰壕性腎炎 或 戰爭性腎炎 Epidemic nephritis ; Trench or War nephritis。此當大戰時，通行極廣。

(四) 毒性藥。如松節油、斑蝥、汞、氫酸鉀及石炭酸皆可致急性腎充血而延為腎炎。因酒精中毒而起者大概無之。

(五) 懷孕。或因懷孕時體內之毒性產物所致；其為何物，則尙未知。

(六) 皮膚損害之重者。如火傷或慢性皮病或外傷亦足致此病。施治腎之手術後亦有患之者。

病理解剖 急性腎炎之輕者僅以眼察看，或無明顯之變徵。而其較重者苟在病之早期察看，則顯腎充血，腫大，色深；且剖之則或滴血。

幸來忒氏關於此病病理解剖原說如下：“腎易從其包膜脫出，大而不如常時之堅，色深棕，有數白點相間隔，色或近黑者甚多；有時腎色黑而雜以紅色數處，斑爛如紅黑色壽山石。剖視之，則外面之各色透澈腎之外層，惟其自然之紋痕仍如常，小管聚集處之外部色尤深。腎滲出血甚多，此係血聚積異常之徵。”

更有腎外色微白而雜斑點者，包膜易脫，外層腫而濁，色灰紅，而腎錐體顯牛肉紅色。有時腎血管球因極腫且充血，故外凸而明顯，或其色微白。

組織 (甲) 腎血管球之改變 腎血管球先受累，其後則(一)或致腎血管球之毛細管內發急性炎，而毛細管則充滿細胞及血栓；(二)或腎球上皮及腎球被膜俱受累，而被膜腔內則含紅血球及白血球。

(乙) 腎小管上皮之改變 此即濁腫，而呈脂肪性改變及玻璃樣變；曲管內積變性之上皮細胞及白血球，赤血球，致腎腫大。

(丙) 腎間質之改變 輕者小管間隙有單純性炎性滲出物；其滲出物係血清而雜白血球及赤血球。重者腎球被膜之附近及曲管之間隙為小細胞所侵潤。

症狀 初起大抵驟突。因受寒而起者二十四小時內或顯水腫。繼熱病而起者，其起較緩，而病者面色漸黃白或踝初顯水腫。至於小兒，則初起時或有驚厥。畏寒或寒戰二者亦有時為初起之症狀。背痛、惡心及嘔吐之狀亦或有之。發熱之輕重不一。成人患此，多不發熱。幼兒之因腸熱或猩紅熱而起者，熱度或升至百零一至百零三度（三八·五至三九·五）者數日。

症狀之最昭特者係尿之改變。其初或無尿；而尿少色濃，含血、蛋白質及腎管型者較多。尿量減少，二十四小時內或僅下四五兩（180 cc）；尿之比重則高至一千零二十五，或且較高。尿色淡者似烟，濃者黑紅，惟鮮紅者少。逾時則沉濃澱；以顯微鏡照之，中有血球，尿道之上皮，腎管之玻璃樣血及上皮諸型。富含蛋白質，致成濃澱。又梅毒早期之急性腎炎亦含蛋白質甚多，佔尿量百分之八零五。尿中之尿素雖多，第因尿過少之故，尚不達尋常所排泄之量。

水腫 係早起而昭顯之症狀。水腫廣布者胸腹兩膜亦或有滲液。猩紅熱性腎炎有時四肢之水腫或輕，而其胸膜滲液則重。又有肺呈水腫性者。喉之水腫亦有之，但少甚。急性腎炎或兼患蝨血或皮之瘀斑。

脈搏 或堅硬，緊張力增加，主動脈門第二聲之響倍增。血壓高低不一。有時心急擴張而致突死。皮乾，且難使發汗。

病之顯尿中毒狀者其數有限。腎炎初起時兼無尿者或有尿中毒之狀，但在病之後期較多。急性腎炎之有眼病者，不如慢性所現之多，但出血性視網膜炎或視神經乳頭炎時或有之。

病程 無定。以上所論大抵係因受寒或猩紅熱而起之急性腎炎。許多在熱病後起者，則水腫不足為昭顯之症狀，故宜

以驗尿爲診斷之要據。且此病有時暫而不似以上所述者之危。更有一種，見血尿而顯腎之官能大受累狀。又大多數最重之急性腎炎或竟無水腫。猩紅熱性腎炎，其腎血管球受累最重。尿閉或爲早狀，水腫多極重。且常顯尿中毒之狀。然小兒患腎炎，則或隱起，水腫或暫或輕，其症狀似消化系統病或腦病所發者。

診斷 醫者須知腎受累最重者有時僅足或眼險微顯水腫，而不累及一般身體之康健。再者，僅驗其尿不足爲確實之診斷，蓋腎之單純性濁腫及血循環改變之尿狀亦有時似腎炎也。病發起時之初狀有時係尿中毒驚厥。懷孕婦人之患急性腎炎者尤然；故懷孕期內宜按時試驗其尿。

凡因受寒或猩紅熱而起之腎炎，其症狀昭顯，診斷時罕有疑難。凡尿有蛋白素者，不可一律視爲急性腎炎；雖有腎管型，亦復如是。此已如前述。是以尋常熱病之蛋白尿亦不可視爲急性腎炎；至於日後之能成腎炎與否，則係另一問題也。最易引起之誤診爲妄斷慢性腎炎之急性病勢加重作原發性急性病患。病之來歷，心及血管之狀況，血壓及眼之病象爲認識慢性腎炎之要點。

間或有急性腎炎之顯水腫者，尿不含蛋白素，或僅微有之。此甚罕見。且腎管型常有所見；其無蛋白素，不過暫時如是。尿量或減少。

區別腎炎之種類，以其管型之形質爲診斷之左證。凡透明，粒形兩類之管型，各類皆有之。血管型及上皮管型係急性腎炎所通有，而白血球所成之管型尤然。

豫後 病之原因與病之結局有關係。因受寒而起者，較繼猩紅熱起者易痊癒。幼兒患之，死者三之一。此病之危狀爲脈壓低，尿中毒，漿液囊滲液三者。水腫逾一月不消，面色極

白及尿多含蛋白質者係能成慢性腎炎之兆。水腫已消數月而尿中仍畧含蛋白質及管型數條者亦復有之。如腎炎因一可以除去之傳染窳局而起者其結局自較良好。

猩紅熱性腎炎之進步順遂者，則七日或十日之內水腫必漸退，尿增多，蛋白質減少；迨滿一月，水腫則盡消而尿幾無蛋白。嬰兒患之，則病程或較短；第四星期尿或已無蛋白。另有一種病案則病性較隱，且或水腫雖消而尿幾無蛋白質，血仍貧，致成慢性；或屢發水腫而漸就癒。

治法 患者當靜臥，必俟病癒後方可起牀。其為期約須三閱月。尿含赤血球，係必須絕對休息之指徵。因此病之治法以發汗為必要，故病者宜常用氈被蓋，並着絨衣。

飲食 以乳、藕粉、粥、飯湯、果汁等為最合宜。如能在數日內僅飲乳，尤佳（可加用乳糖）。病漸癒時，菜、穀、乳酪、麪包、果子等類俱可食。肉宜少用。又患此病者體內每留屯氮化物；此種鹽類似乎與水腫有關係，故食鹽不可食。

飲液 宜隨病況施治。兼水腫者食水之總量不得超過一千至一千五百呎。反之，病人宜多飲鹼性泉水，尋常水或檸檬水。可用酒石一錢，調開水一水磅，加檸檬汁或橘汁及糖少許 *pot. tart. acid. 4 gm., aq. 500 cc.* 冷後飲之。倘兼酸中毒，鹼性飲料極有益。

腎之變異則無藥能直接制之。間接治法有二：（一）增進皮膚及腸之排泄官能，俾腎得暫資休息，以冀其自癒。（二）迎合其症狀而施療治。

對於猩紅熱病案中之腎炎，或可設法使腎不受累。其預狀係動脈壓項強及尿含血色素。苟趁此時服鹽類急瀉藥，或竟可阻止其成腎炎。

病之初起或有腰痛,或下血尿 可用火刀或乾杯術治之。敷熱粥劑之法亦可止痛。而初起之狀爲尿閉者除以上諸法療治外,更宜用熱浴,兼用熱濕布裹身法,並宜多飲水,多服瀉藥。水腫者以熱浴,裹熱濕布或熱氣浴諸水治法爲最宜。小兒則以裹熱濕布爲最宜。其法將氈濡熱水,裹其全身,外以乾氈蓋之,再用橡皮布包其外。每次宜包裹一點鐘之久。每日一次。成人可用一百二十至一百四十度(五十至六十)之熱氣浴或蒸汽浴;其法將牀舖架起,就其下用筒引入熱氣或汽。又經熱浴一刻或二十分鐘後以氈裹身,亦係善法。用以上諸法,皆能發汗甚多,又不至十分耗力,大多數水腫可望治癒。然有用浴法而不能發汗者;若症狀危重,且有尿中毒狀,可用疋羅卡品注射皮下,成人每劑以六分之一至八分之一厘 pilocarpine 0.01—0.008 gm 爲度,二歲至十週歲之兒童以每劑二十分之一至十二分之一厘 (0.003—0.005) 爲度。

每晨宜服瀉鹽類藥通腸;小兒宜用碳酸鎂溶液 liq. mag. carb.; 成人者用硫酸鎂濃液,早晨空腹服之。患腎炎者服此藥,有時致嘔吐。複方乍拉散三十厘 pulv. jalap. co, 1.3 gm, 或洋苦瓜汁 elaterium 皆可用。若水腫不重,尿色不澀,而尿中毒之狀不顯者,宜通大腸,然不必使之急瀉。療以以上諸法而水腫依然不消或益甚者,可用刀尖刺皮或細銀管刺皮下而導出其液,或用小空針接橡皮小管以引液流至牀下之鉢。若被壓於胸膜積液致呼吸困難者,宜療以吸出術。有時水腫極重,則可用放液刺術。若有尿中毒性驚厥,可用哥羅芳減輕之;成人宜立即注射疋羅卡品;強壯者可放血至二十兩(500 cc)。小兒可在腰部施乾杯術,裹以熱濕布,並使服急瀉藥。溴化鉀 pot. brom. 及氈醯(哥拉) chloral 二藥有時亦可用。嘔吐可飲冰並節制食量以止之。

對於急性腎炎用利小便之藥，最妥善者莫若水；如腎能排泄，可調枸橼酸鉀 *pot. citras* 多飲之。狄吉他利 *digitalis* 僅脈壓不高而心搏不強時當用之。

對於尿恒久含蛋白素者，則實無療治之法。

急性腎炎所致之貧血宜服鐵劑，惟必俟急狀已退始可用。成人可服高氫化鐵 *ferri. perchlor.*，依病之漸癒而遞增。小兒宜服碘化鐵 *syr. ferri. iod.* 或磷酸鐵 *syr. ferri. phos.* 之糖漿。恢復期內，患者慎勿受寒。飲食仍以多食乳為佳；進平時食物，不可太驟。並宜移居溫暖之地。

(七) 慢性腎炎 (慢性李來忒氏病)

CHRONIC NEPHRITIS (*Chronic Bright's Disease*)

此病屬彌散性累及上皮，上皮間質及腎血管球組織。從臨診狀況分類，殊多困難。通常分為兩要類：(一)慢性主質性腎炎，即濕類，病者患水及鹽之留滯，兼致水腫。(二)慢性間質性腎炎，即乾類，病者血液中留滯氮之產物，常以尿中毒為終局。

至於澱粉樣腎(蠟樣腎)，雖尋常視為腎炎之一種，其實則係隨任何類腎炎而起之一種變性，非腎炎也。

(一) 慢性主質性腎炎 CHRONIC PARENCHYMATOUS NEPHRITIS

原因 此病因急性腎炎而起者甚多，但不繼急性炎而自行隱起者尤多。繼傳染性竈局而稽留多日之細菌性敗血病為此病最重要之原因。或因熱病而起。或云瘧亦為此病之一病原。嗜酒亦足以致之。患慢性化膿病，梅毒及結核病之兼患此病者常見，有時兼澱粉樣病。患者男多於女，多屬青年；小兒患猩紅熱性腎炎後，此病多為其後發病。

病理解剖 病有數種。最常爲大白腎 large white kidney；其腎大，腎被膜薄，腎面色白，而靜脈充血。剖視之，外層腫，色微黃而白，且常現不透明區。腎錐體或極充血。以顯微鏡窺之，腎上皮顯顆粒狀及脂肪狀，外層之小管擴張而含管型。上皮細胞變爲透明質。血管球大，腎被膜增厚，毛細管亦變爲透明質，血管球及腎被膜之上皮大變。腎各處之間質皆增加，但所加不極多。

其次爲腎結締織漸增多繼復減少，而成所謂小白腎或白色粒狀腎 small white kidney or pale granular kidney。至於小白腎是否常起於大白腎之後，則不能確定。或云此病屬原發性獨立類。其腎被膜增厚，腎面粗而呈粒狀。剖驗時，其抵抗力較尋常腎爲大，外層減少，顯暗白或微白黃之處甚多，此係曲小管內積脂肪性上皮之故。此種腎縮小而有明顯之脂肪性改變者，謂之小粒狀脂肪性腎。間質之改變昭顯，血管球多消滅，曲小管上皮之改變廣佈，而動脈亦增厚甚。

屬於此慢性管性腎炎之一類名慢性出血性腎炎 chronic hemorrhagic nephritis者，其腎增大，色微黃白，外層有微棕紅色之區甚多，蓋管之內外皆有血流出也。此外之改變與大白腎所現者無殊。

症狀 因急性炎而起者，或顯輕急性炎之狀。諸多隱起之慢性腎炎則每在消化不良或康健失宜，體力衰弱之後病者面顯青白色，早晨險足或腫。尿大概減少，平均五百西西(500 cc)。小便常短，色污黃，或作烟色，因含尿酸鹽之故而濁。停之則沉澱，中含許多種類大小不一如透明質，上皮粒狀及脂肪諸類之管型。白血球增加甚多；又常有紅血球及腎與腎盂之上皮。蛋白質亦甚多，佔百分之四至百分之六。日間之尿含

蛋白質較多。其比重在病之早期或高至一〇二至一〇二五，甚或一〇四〇，後期則較低。尿素常少。病勢漸輕，則每日或下尿五立或六立。

水腫爲此類腎病之重而難治之症狀。面白而腫，早晨則眼瞼顯水腫。且此水腫屬普遍性，累及全身，漿液囊亦或受累。凡大白腎類腎炎病者之面常有特別之狀；顏容如生麵，且作正白色，兩眼瞼皆水腫。其水腫特難療治。尿中毒之狀常顯，然驚厥則較腎間質炎或少。

脈壓常增；繼則諸動脈變硬，心組織過長，然心不增大者亦間或有之。主動脈門之第二聲響倍增。視網膜之改變雖常見，然較慢性間質性腎炎所發者則少。腸胃症狀常有之。其嘔吐常艱苦而危險。有時大瀉。更有大腸生潰瘍兼患瘻或他種腎炎而致命者，在熱帶中常見之。

官能試驗之結果大異。許多病案最大之改變爲無排泄水及鹽之能力，其他則官能之低減較普通而 *phthalein* 之排泄低減量或特多。亦有滲透過度 *hypermeability* 者。

大白腎與小白腎之區別或甚難，雖細驗尿質，詳析症狀，亦有不能斷定者。但病之纏綿數年者則腎結締織漸增而心左部及動脈變厚，其症狀與腎縮小者之症狀相同。尿量增而比重低。且常濁，或含血少許，並有許多種類大小不一定之腎管型。蛋白質亦甚多。又常有水腫，然不如早期者之重。

豫後病之結局極危。如纏綿年餘，則罕獲痊癒。至於致死之故，則或因滲出液極大而累肺水腫，或因尿中毒，或因漿膜受累而繼之發炎。病在小兒，則雖纏綿兩年，亦或可痊癒。有急性病勢增重狀間時發者，則豫後更無定。腎官能顯然減少者病常危重。

治法 治此病之法，與治急性腎炎多相同。如全身狀況猶可用力，則毋須絕對休息。水腫宜以熱浴及禁止食鹽法療之。貧血重者當服鐵藥，然面白之情狀不足為貧血輕重之標準。醋酸鉀，狄吉他利及狄午雷汀 diuretin 為利小便之良藥。鐵銻醋酸混合劑 *mist. ferri et ammonii acetatis* 多加水飲之亦善。

(二)慢性間質性腎炎(收縮性腎,動脈硬化性腎,老年腎)

CHRONIC INTERSTITIAL NEPHRITIS

(Contracted Kidney; Arterio-sclerotic Kidney; Senile Kidney)

原因及病理解剖 腎之硬化每見於下列四種狀況：

(一)為大白腎之後發病，或所謂繼發性收縮性腎 *secondary contracted kidney*；(二)為一原發性自起之病患，或所謂紅粒狀腎 *red granular kidney*；(三)為一動脈硬化之後發病；(四)老年之改變。

(一)繼發性類 *Secondary Form*. 即所謂小白腎者，為慢性實質性腎炎之後發病，已如前述。

(二)原發性類 *Primary Form*. 即所謂紅粒狀腎者，其腎較繼發性腎間質性炎小，被膜粘着甚固，其顆粒細，全器官色紅棕，含囊甚多，動脈極硬，而外層縮小。此病之所以名為原發性者，蓋病前實無腎病之病源可尋也。一家族中之人每有數人共患此種腎病者。患梅毒，嗜酒及飲食過度亦係病原中之常見者。因中鉛毒而起者美國甚少，而英國則較多。此原發性及繼發性類之區別每不易辨明。大抵繼發性類之腎不如原發性者之小，而色亦較白。余曾剖檢患慢性間質性腎炎之屍一百七十四具，其中兩腎之重量約三百克者七十九，三百克以下二百克以上百五十七，在二百克至一百五十克間者三十，一百五十克以下者八。據余之經驗而論，僅一腎患炎病者極少；上述一百七十四案內絕未發見。

(三)動脈硬化性類 Arterio-sclerotic Form. 此則其腎不定縮小，極堅硬，色紅，重量多較常腎為重。某氏所研究諸案，兩腎之重量在三百克以上者佔百分六十一，二百克以下者僅百分之六。腎面有時平滑，或腎被膜畧增厚而固粘，不易撕開。又或有萎縮之點散列，累及有血管之處；故或在腎面顯深紅色大而凹之痕，或腎之一端皺縮，或兩腎俱顯如是之變更；但此等皺縮之結果乃使腎面顯瘡狀而鮮致似粒狀。

(四)老年性類 Senile Form. 此係老年衰萎所致。其腎變小，腎被膜增厚而粘固，總盂之脂肪加增，外層及腎錐體皆消瘦，而腎動脈則凸顯。

全身性動脈變硬及心組織過長之伴慢性間質性腎炎而起者幾不勝數。至於動脈之如何改變，則當另詳。凡患紅顆粒腎者，其心之左部肥大更甚；但患他種慢性間質性腎炎，其心亦必變至極大。病多屬潛伏性，病者每猝中或患急性尿中毒而死。至於動脈硬化性類，則致死之故常在心；有時竟以為因心病而死，而腎之症狀全然失察。

至於心組織過長及動脈硬化何以與慢性間質性腎炎有密切關係之故，則醫界各持一理，爭論紛紜，至今尚無定議。

症狀 病多潛伏，大概至一危狀或致命之併發病發顯時始知之。有時腎病雖重，而仍操業如常，無絲毫症狀可疑為腎病者。又或全身健康大受害，有疲倦，不寐，晚間常起小便，消化功用薄弱，舌垢，頭痛，視力就衰及用力即喘諸狀。

慢性腎炎之症狀最雜，不如就各系統分論之。

泌尿系統 小收縮性腎 Small contracted kidney. 尿常多，晚間須小便二三次，口常渴。病者有時因此狀而就診。然有腎縮小已甚而不顯以上各狀者。尿色淺黃，比重低至一〇〇

五或一〇一二。尿之比重恒低係最緊要而最普通之狀。或微含蛋白質，或暫時無之，早晨之尿尤然。或僅顯微濁，須細驗始見。其澱少，內含透明管型或粒狀管型數條。尿之固體物大概減少，然有時所排泄之尿素或不減少。苟兼患消化不良或枝氣管炎或在病之後期心力不足時，則蛋白質或大增而尿則減少。間或尿含血，甚或成血尿。動脈硬化類 *Arterio-sclerotic form* 尿量無異於平時，或較少；比重亦如常，或高，色不變，含透明管型及細粒狀管型。含蛋白質量則依所食之物及所操之業而各異，然較腎收縮者為多，而無暫時無蛋白質之狀；又有時有蛋白質而無管型，與收縮性腎之有管型而或無蛋白質不同。

✎ 檢查官能，各期大異。證明尿毒病之進行狀況，極有價值。某氏指陳許多病案非因腎機能不全而死，而實死於心病或腦血管病。官能試驗可用以指明心或腎之機能不全孰為重要。

血循環系統 脈搏堅硬，血壓增大，血管壁大概增厚。凡血壓增大及動脈壁增厚二者宜細加區別。無病之動脈有時血壓亦或增大，然屬慢性腎炎者則必動脈硬化而後血壓增加也。

血壓增大之脈搏，其特狀如下：脈堅而難按，其大壓恒久不間，脈搏間歇之際覺脈管飽滿而可轉動於指下。以上諸狀在脈壁之畧厚或如常者亦時或有之。凡試驗管壁之厚薄，宜按住橈骨動脈，使血不能通，再在較遠之處摸管壁。無病之動脈，其壁與周圍之組織無區別；若壁厚，則動脈管可轉動於指下。動脈壓高而恒久一狀是間質性腎炎最早顯而最重要之症狀。病發之際，血壓或高至二百五十厘，甚或有高至三百者。心之症狀亦殊重要，惟不若脈搏狀之明顯耳。左心室肥大，蓋將藉以勝過諸動脈之阻力也。繼則心之增大遍佈全部。心尖下伸而偏左，撞肋力強而浮。年老而兼肺氣腫者則心尖之離

位或不甚明顯。心尖處之第一聲每作雙響；而其右側第二肋軟骨之第二聲倍響者尤多。血壓極大者，其聲帶鐘音。又心尖處常顯縮雜音（鳴），此係相對性機能不全（心瓣閉鎖不全）所致。其鳴或大，且傳至腋。終則心即肥大亦不足以勝任，遂成心擴張，致顯跑馬脈 gallop pulse 而成慢性心病之全身症狀。至於動脈硬化類，或始終顯心病狀，例如呼吸困難及心擴張之徵是。

血中之尿素，尿酸及失水肌肉素 creatinin 皆加增。

呼吸系統 有時聲門突然水腫。滲液入胸膜或肺突然水腫者，皆易致死。急性胸膜炎及肺炎常有之。枝氣管炎常伴起，冬季尤甚。呼吸驟覺困難而晚間尤甚者亦不少。此常為尿中毒或酸中毒之狀，然亦有原於心病者。更有顯切斯妥氏呼吸者，雖在將死時發生者較常見，然在能行動或執行職務時發顯者亦或有之。

酸中毒 大多數重病畧顯酸中毒狀；此常係危急而致命之根原。

消化系統 常有消化不良及食慾喪失二狀。初狀或為沉重而不可制止之嘔。此則每認為尿中毒之徵象，然無其他指徵；無慢性腎炎病之人因是以死者，亦曾見之。更有重瀉或致命之瀉。舌污垢；口氣濃厚如尿臭。

神經系統 各種大腦症狀已詳尿中毒章。早起而恒久者每為頭痛，痛處或僅頭之一偏。早晨發頭痛，直至午間而止者常見。血壓過高者操用腦過多之工作常致頭痛。大腦出血與慢性間質性腎炎有密切之關係；其出血之處在腦膜或大腦；每與動脈改變相伴而起。各處多顯神經痛。

特覺 視力受累有時為慢性間質性腎炎之初狀。故此病為眼科醫士所診出者，殆不可計。就中以視網膜之焰形出

血爲最多。彌散性視網膜炎或視神經乳頭炎則較少。亦有視網膜無改變而驟盲者，此卽尿中毒黑矇 *uremic amaurosis*。複視之病則極少。結合膜與險常有屢發之出血，動脈硬化類尤然。耳受累者亦多，常見者爲耳鳴兼眩暈。有時致聾。

皮膚間質性腎炎不常有水腫。或踝微腫，然無水腫者多。水腫廣布者，大概因肥大之心之力逐漸不足所致。皮常乾而白，多汗者少。有時出汗後留尿素於皮上如白霜。常兼患濕疹。指微刺痛，或覺麻刺而作白色；但此非腎炎之特狀。皮或極癢難忍，而肌顯痙攣。

出血者不少，鼻衄尤多。沉重而廣布之紫癍爲常見之終局病象而其原發病或未經認識。枝氣管肺炎性出血亦有所見。水腹除與肝硬化同起者外，甚少。

診斷 診斷有時甚難。每有因他病而死，迨剖屍檢驗始知其患腎病者。病之早期每難辨認。如病者脈壓加增（倘動脈壁硬化者尤確），心尖之衝動處移於左，主動脈瓣之第二聲如鐘音且倍響，尿多而比重低，微含蛋白素及透明管型，粒狀管型數條者，則可斷爲斯病無疑。所顯各狀，以脈搏爲最要。未滿五十歲而脈壓恒增及動脈壁厚者，則可斷爲心及血管必有改變，而腎亦或有異。患動脈硬化性腎炎者，其來歷係勞苦、煙酒、房事諸斷傷過度情事而非由於受染或鉛中毒或痛風。尿之比重不恒低，除在病間時發作之發作期外，蛋白素或甚少或絕無；其症狀則發於心者較發於腎或大腦爲直捷；至於眼之改變則係出血性而非真蛋白尿性視網膜炎 *albuminuric retinitis*。原發性血壓過度當嚴別之；於此則官能試驗極有用。

驗尿不可以每日一次爲限，早晚之尿皆當驗之。尿宜盛於尖底玻盃內，以沉其滲。驗腎管型時，須用多量之尿，以低力顯微鏡及微光照之。

判症結局 慢性腎炎係不可療治之病。然間質性腎炎每可生活多年；患者雖尿壓增大，動脈壁變厚，尿過多而畧含蛋白素，亦不速死，果能小心調攝，或可如常執業。病人嘗有尿壓大，尿含蛋白素少許及透明管型，而歷十至十五年不死者。病危重，則有尿中毒之狀，心擴張，漿液滲出，切斯妥氏呼吸，顯著之酸中毒，頻頻嘔吐及腹瀉諸指徵。官能試驗及血液之分析可助豫後之判斷。

◎**治法** 患者如無腎之本部症狀，或其病情係偶然察覺者，則凡使心，動脈及腎過勞之事業切不可為。且宜習靜，毋憂鬱；並宜行溫和適度之運動，居和暖之地。又腸道宜常使通順，每日宜取一溫浴，並當用乾布擦抹皮膚以奮興之，更當每日飲有定量之蒸餾水及礦泉水以增尿分泌。酒則當禁。咖啡及茶則可用，亦可不用。

飲食當以易消化而富滋養者為佳，且不可過多，肉食每日不可逾一次。病之早期，治法以慎飲食為唯一要義。

當病之早期，病者尚康健，尿壓不高，尿含蛋白素少，則無庸用藥，蓋用之亦無功也。其後他種症狀發顯，則當療之。其最要者如下：

(甲) 血壓過度 Hypertension. 慢性腎炎之血壓增大，乃勢所必然；尚血壓過低，則更危險。壓極高，則每勞心過甚，且有血管破裂之虞；壓極低，則易起漿液性滲出；故宜令其高低適度。如血壓恒高，則宜食易消化物，時服鹽類瀉藥，並用熱氣浴或熱浴發汗。專用牛乳為食經數日，有時有用。間或施靜脈切開術，亦或有益。

(乙) 病之重者每患貧血，輕重不一；此則宜服鐵藥。

(丙) 心機能不全 Myocardial insufficiency. 病人須經位置於最舒服之體勢中，並惟力是視，作完全之休息。食物當嚴加限

制而饑日不食常甚妙。可用牛乳日飲七百五十至一千錢。入後則宜食以少量尋常喂食品。所飲液體之全量應視有無水腫而損益之。因是液體之量大抵不可過一千五百錢，且宜不加食鹽。瀉藥當多用，甘汞或伊拉替 elaterin (二十分之一厘，〇〇〇三克)及鹽類瀉藥均可。倘有顯著之心擴張狀，除病人係貧血者外，靜脈放血術可採用。狄吉他利係必需之藥；且高血壓並非用藥之反對指徵。用時當用足劑量。治重病，宜注射皮下或先用斯妥反汀 strophanthin 一劑令服之，然後用狄吉他利。他種製劑如柯柯豆素 theobromine 五厘 (〇三克)，狄午雷汀十五厘 (一克) 及 theocin 三厘 (〇二克)，均可試用。其效果實皆不如狄吉他利。

◎(丁) 血管擴張藥 Vaso-dilators. 此藥之施治，其目的不在減少壓力，乃在減輕症狀，尤以解除頭痛、眩暈及呼吸困難諸狀為主旨。氫酸甘油 nitroglycerine 可用，始用百分之一厘 (〇〇〇〇六五克)；迨有一端見效，則漸增加。用亞氫酸鈉 sod. nitris，以二分之一厘至二厘 (〇〇三至〇一二克) 為一劑，更較有用。四聯氫酸厄勒托 erythrol tetranitrate 所致功效歷時較長。總之，治血管擴張藥之劑量必須用至能致效果為度。

◎(戊) 尿中毒狀。此狀未顯著之時或顯極煩燥，精神游移，口臭重而惡，舌垢濁諸狀。頭痛則少，然額痛極重者有時或為尿中毒之初狀。更有顯心悸，覺麻刺，且晚間或癢擊者。此則宜服鹽類瀉藥，並用熱浴發汗。水宜多用，或由口飲入，或由腸滴入，並遇必要時可由皮下注入。或謂熱水灌洗大腸甚佳。如有酸中毒之徵，可令服重碳酸鈉，每日四克。尿中毒性驚厥重者宜吸哥羅芳。壯健多血者，可放血十二至二十兩 (350—550 cc)。腰刺術有時有用。宜令多出汗；若驚厥再發，宜服哥拉 chloral，或用以射入直腸；用嗎啡射入皮下尤善。昏迷者宜

使之急瀉，並用尼羅卡品或熱浴發汗。煩燥及譫妄者，用嗎啡治之，功效甚大；從未有因嗎啡而致惡果及昏迷者。沉重之動脈硬化兼慢性尿中毒顯呼吸困難及切斯安氏呼吸兩狀者，用嗎啡亦可奏特效。

外科治法 近有用腎囊剝術 decapsulation 者，使腎由周圍得新血管以養之；有時獲效。然不可濫用；凡亞急性及慢性類之起於急性傳染病後而內科無法可治者，始可用外科治法。

(八) 澱粉樣病即蠟樣病

AMYLOID OR WAXY DISEASE

腎之澱粉樣變係慢性腎炎病程中之一兼患；凡因熱病或惡病質而起之慢性主質性腎炎，患此者最多。然非腎炎之一種。腎之病患大概係體內廣布之澱粉樣變性之一部分，即因頑梗之化膿病如骨病、梅毒、結核等所致；白血病、鉛中毒及痛風亦有時致之。

剖驗之，其腎大而微白，腎面滑。切之，外層大而光滑；腎血管球明顯。腎髓體作深紅色，與腎外層之色大相反。如割腎一片浸於稀碘酒中，則顯棕色點；此棕色點處即蠟樣變之組織也。血管球與諸直動脈之受累最重。腎有時不增大。此澱粉樣改變初起於血管球，繼則累及輸出輸入諸血管及直血管，或僅以此處為界。迨病之後期，則累及腎小管、管膜之受累特重；而細胞之受累則即或有之，亦甚小。

症狀 僅據腎之症狀，則或不足證明其變性。是以必兼察相伴之病，始得有把握。尿之改變甚重要；其尿增多，色淡而清，比重常低。蛋白質常多，然亦有少者；無蛋白質者則不常見。腎管型之形性無定；透明質最常見，脂質或微粒質亦甚多。患者多顯水腫，而患重貧血及惡病質者尤然。惟此不足為確徵；蓋無水腫者亦有之也。腹瀉為一常狀。

脈壓增加及心肥大除繼發性收縮性腎之澱粉樣變外不常見；尿中毒及視網膜之病亦然。

診斷 僅憑尿狀或不能辨認此病。其實則此病之診斷固不難。蓋蠟樣腎每伴梅毒、慢性化膿病、骨病或結核而起，且顯肝脾增大之狀也。至於尿過多，且多含蛋白素及管型數條或有上所述之全體病患而下清淡色白之尿甚多者，即或無蛋白素，皆足疑為此病之症狀。

此病之豫後與所患腎炎之伴發病況有關係。大抵危險者為多。

(九) 腎盂炎 (腎盂腎炎, 腎盂積膿, 膿腎)

PYELITIS (*Pyelonephritis*; *Pyonephrosis*)

定義 此為腎盂發炎及發炎後所致之病況。

原因 此病幾盡因被細菌侵入而孳生所致，因各種刺激性物如松節油之刺激而起者甚少。當腎無病之時，則凡由傳染竈局經血流入腎之細菌皆能排出，故與本器官無損；惟腎抵抗力不足之際，如患貧血、營養不良等全身病或間發病，或腎炎、腎離位、輸尿管為瘤所壓而腎充血、輸尿管結扭等局部病以及因手術而抵抗力低減或細菌數或其毒力加增時始致被染。又有因受染之膀胱(膀胱炎)傳染上升至腎或結核性傳染而致此病者。其他原因如各種熱病、癘、包蟲、囊、寄生蟲之卵、受寒及用力逾量等，亦足致此。因腎石而起者則少。懷孕時患之者常見。

病理解剖 當病之早期，粘膜垢濁而畧腫，且或顯瘀斑或淡灰色假膜。盂內之尿濁；檢之，含許多上皮細胞。

患石性腎盂炎者，或僅粘膜畧污濁。較常見者其粘膜粗，色淡灰而厚。常兼腎盞(腎小盾)擴張及腎錐體尖畧平。其

後患如下：(甲)化膿病演延至腎自身，致發腎盂腎炎 pyelonephritis。(乙)腎盞漸擴張而腎組織漸萎縮，終則全腎皆變為膿袋，或袋外有腎組織薄層，即所謂膿性腎炎或膿腎 pyonephrosis 者是。(丙)腎組織被膿病毀滅之後，若盂口依舊梗阻，則液體被吸收而膿漸乾，於是全腎變為一系列小袋，內含桐油灰樣之淡灰色塊，繼則或雜有鈣鹽。

結核性腎盂炎常由腎錐體尖而起(見結核病章)：初起時或有限界。後則或與石性腎盂炎之情狀相同。其膿變為桐油灰樣物而雜鈣鹽者尤多。

繼膀胱炎而起之腎盂炎每兩盂受患，亦有致腎受累而成急性化膿性腎炎或名外科腎 acute suppurative nephritis or surgical kidney 者。治腎錐體之處有膿紋，腎外層近被膜之處有小膿腫或芽形膿腫。至於膿菌之入腎，則或循腎小管而入，或由淋巴管而入。

症狀 因熱病起者，病雖重，罕致發症狀。輕者有背痛，或深按腎則覺刺痛。尿濁，中含膿細胞及少許粘液，間或含赤血球。其性或酸或鹼，依所染之細菌而異。

當尿未顯膿時，患側或痛(不如腎痠痛者之甚)，寒戰熱高而多汗。如是者，其尿變濁，或因含血而作烟色，或含粘液細胞及過渡性上皮(移行上皮) transitional epithelium 甚多。

醫界嘗有一說，謂腎盂炎之尿所含之上皮既明晰，且有特性。此論實認：試刮腎盂及膀胱兩處之粘膜相比，即有確證。蓋此兩處之上皮皆屬過渡性類也。

腎盂炎(無論石性或結核性)之成慢性及流膿者，其症狀如次：

(一)膿尿 Pyuria。膿之多少不一，或時止時流。倘患在一腎，其輸尿管或暫塞而正常尿由無病之腎出；無何，則積膿突出

而尿遂合膿。當膿積聚時，患側或有瘤可扪着。膿之性質與尋常者無異，惟際此時期則過渡性上皮較少，且皆由膀胱或無病之一側之腎孟而出。腎孟病之速起者，其腎錐體之一部分有時脫離而隨尿出；更有腎盞之固體乾酪樣腎孟模，間或有腎小管型。至於尿之酸或鹼，則依所染之細菌而異，無論一腎或兩腎或膀胱之受染與否也。病之屬慢性者，尿每過多。

(二) 化膿性腎孟炎常有間歇熱及寒戰。其寒戰或依一定之時間而復發，致誤為瘧。後此，其熱則成癆瘵熱而無寒戰。

(三) 患者之一般情況每似慢性膿病。有或輕或重之消瘦兼貧血，且體力逐漸衰弱。或生繼發性膿腫而發膿毒血病之症狀。有時其病程或與腸熱相同，結核性腎孟炎尤然。更有屢下膿尿多年而康健如常者。慢性病竟或有不感困苦者。

(四) 慢性腎孟炎用物理檢查法檢查之，受患之一側按之觸痛或有腫脹塊，大小不一。倘腎孟積膿，則腫處或極大。

(五) 神經症狀有時伴呼吸困難突然而起，終至發血中毒狀，甚或昏迷而死，一似糖尿病所發者。此則大概因尿中之腐解物被吸收所致。

膿性腎炎之繼膀胱炎而起者，每顯腰痛，其熱升高，無定度，且兼寒戰；屬急性者，在將死之前或顯重腸熱狀。

診斷 結核性及石性腎孟炎，除驗明膿內有結核菌外，極難區別。腎周圍膿腫 *perinephric abscess* 與膿腎之不同處，係膿腎之瘤界較定，腰部無水腫；且病之來歷互異。腎周圍膿腫之尿或無膿。然有時亦不易區別。

膿性腎孟炎與膀胱炎常易相混。有時兩病或同起，致有疑難。然兩病之病歷及初起之狀各不相同；腎孟炎之多尿，蛋白素亦較多，一側腰部之局部徵及膀胱不痛等已足與膀胱炎別辨。欲斷其膿出自腎或出自膀胱，更可用膀胱鏡照之。

區別腎盂炎與腎盂腎炎，官能試驗 functional test 頗屬重要；腎盂炎官能如常，而腎盂腎炎則低減。

X光線檢查法對於斷定腎盂之病況如何極為合用。先用輸尿管導尿管注射一種不透明溶液入腎盂，然後以X光線照之，則有影可見，而腎盂之形畢現。

豫後 因熱病而起者常可痊癒。患慢性病者，血中毒狀係危兆。因結核而起者，有時膿乾而變為稠油灰樣物並雜鈣鹽，亦可癒。如成膿腎，則危殆。病或穿破入腹膜，或因癆瘵熱而力漸盡，或起澱粉樣腎。

治法 輕者宜多飲液體，如鹼性礦泉水或水內再加枸橼酸鉀者可用。

石性腎盂炎詳下文。膿尿大概無治法。尿之抗膿毒藥有時或奏效，急性膿尿尤宜用之。宜用黑克薩民尼劑量，每劑一克，每日三四劑，服後須守驗，如顯刺激狀，則劑量宜減。腎盂灌洗術亦有用。菌液療法有時亦佳。宜用補藥，宜多食滋養食品及牛乳。如已成瘤或瘤尚未可捫覺而症狀重者，可試剖之；如必需剖割，則可施腎切開術 nephrotomy 或腎截除術 nephrectomy。

(十) 腎盂積水

HYDRONEPHROSIS

定義 此係腎盂及腎盞俱擴張而腎組織萎縮之病，蓋輸尿管梗阻，致盂內積非膿性液也。

原因 或係先天性，因輸尿管或尿道之構造異常所致。所成之腫瘤或長大至分娩時胎兒不易產出。有時因他種畸形所致。又有因輸尿管之收縮或扭結而致者。成人患此，或因輸尿管積石，或因潰瘍癥致狹窄而起。贅生物如結核或

癌有時亦足致此病，惟因輸尿管外面受壓，例如爲卵巢瘤及子宮瘤所壓而起者尤常見。又有因輸尿管爲癥帶所壓而致者。此外更有因膀胱生癥致梗阻或前列腺肥大或尿道狹窄而起者。

此病無論因何故而起，苟輸尿管閉塞，則腎盂勢必屯積分泌物而漏。有時成急性炎，然因腎錐體被積液逐漸壓損而萎縮，致腎組織漸擴張而消瘦者較多。因輸尿管受壓而起者，雖擴張極甚，亦大概存一薄層腎組織。在最重之病期中，其腎變爲大囊，積液稀而色微黃，內含尿之鹽類，尿素，尿酸或蛋白素少許，或微雜膿而濁。

輸尿管全閉者，未必常成腎盂積水，有時或成腎萎縮。若管暫塞或不全塞，則擴張每極甚。其囊或成大腹瘤。嘗有誤認爲水腹者。有時無病之腎或增大以補他一病腎之缺。心左部之肥大常繼此而起。

症狀 囊小者或不及覺察。先天性病之兩腎俱患此者多經數日即死；若僅一腎患之，初則其瘤或不及覺察。迨漸大，乃顯腎部生瘤之徵。成人患此，多因瘤（如子宮癌）或前列腺增大等之壓迫而起；大概不顯症狀。

間發性腎盂積水 Intermittent hydronephrosis 則下清液甚多，瘤突消，繼則其囊復漸積液；如是者經多年。此則梗阻處僅在一側；或因輸尿管之癥性狹窄，或管中有瓣，或其管通入腎盂之上部。婦人患此者甚多，且兼有能動腎。

一腎患之者，檢腹則腎部有瘤。若瘤不甚大，極易辨認。大者易與卵巢瘤或他瘤相混。小兒患之者或被誤認爲腎或腹膜後淋巴腺之肉瘤；蓋此兩者係兒時所患腹瘤之普通病原也。大腎盂積水囊易誤認爲卵巢瘤。但卵巢瘤較易動，且不能使腰深處脹大如腎囊之遍布。升結腸多可在腎瘤之上察

見，又施迷蒙藥(如醚)而由陰道驗之，則卵巢之如何即可探明。凡腎囊之液每清，或因含細胞而變濁，罕有如卵巢者之膠性；比重低；常含蛋白及尿素，尿酸少許；液內之上皮細胞與腎盂所有者或無異。惟囊成已久，則其液或無此等特性可據，蓋尿之鹽類已消滅也。

最難認者為能動腎之腎盂積水。此則其腫瘤隨下清液甚多而突消之情狀即診斷之要據。凡囊極大，致充滿全腹，易誤為水腹者，區別之法惟有驗液。膿腎之腫瘤或與水腹之物理的特徵無異。惟患膿腎者常發熱而尿常有膿。此等病如有疑難，宜施以探察手術。

病之後果依病原而異。僅一腎患之，或無危險；間發者或纏綿多年而後癒。間或有囊破而液流入腹膜腔者；液由膈入肺者亦有之，但更少。有時囊內之液自行從輸尿管而出，不復再積。兩腎俱患者，或致尿中毒；亦有無病之一腎之輸尿管為尿石所塞，致尿中毒者。更有其囊生膿而成膿腎者。

治法 間發性類之毫無危狀者無須施治。或云，若囊不甚大，其梗阻可以按摩法貫通之；然用此法時務宜謹慎。囊大者當施以吸出術；必要時或須再三行之。針刺之處在腋與第十二肋適中之處。若再積液而囊漸增大者，宜剖之而排出其液，或截除其腎。如係婦人，以帶及墊縛之，即可止腎盂積水間發之患。

(十一)腎石病

NEPHROLITHIASIS (*Renal Calculus*)

定義 此係腎或腎盂生固結體 *concretion* 之病，因尿中之數種固體物沉澱而成。

原因及病理 腎內之尿鹽下沉而成三種梗塞 *infarct* (此名不合，蓋梗塞係血管病)：(一)尿酸梗塞，多患於腎錐體尖，

患者多爲出生甫一二星期內之嬰兒。(二)尿酸鈉梗塞,或兼有尿酸銻 *sodii. uras, ammonii uras*, 而在腎錐體尖處成微白紋,多發顯於患痛風者。(三)石灰(碳酸鈣)梗塞,在腎錐體處成暗白紋,老年人多有之。

腎盂及腎盞內之固結體亦分三類:(甲)腎沙 *Renal sand*, 小者如尿酸澱之微粒,大者直徑約一二耗。此或久隨尿下而無症狀,蓋其物甚微而不致塞管也。

(乙)較大之固結體,小如豌豆,大如杏仁,或僅一顆,或多顆,屯於腎盞及腎盂內。或圓而滑,或作不規則形而粗。其小者經過尿道時,每致腎痠痛。

(丙)樹形石 *Dentritic calculus*。輸尿管之口或爲Y字形石所塞。有時腎盂內盛固結體而成腎盂型。此卽所謂珊瑚石 *coral calculus*, 在盂內成盂及盞之型者也。腎盞之型有時顯杯形凹,與腎錐體尖之形相符合。

依化學而論,則腎石分爲以下各類:(一)尿酸及尿酸鹽類 *Uric acid and urates*, 成腎沙,小單粒石或樹形石。質甚硬,面滑,而色微紅。大者係逐層而成,其質甚密。尋常石內,其尿酸及尿酸鹽每混合,惟在小兒則或僅有尿酸鹽所成之石。尿酸石罕見。

(二)草酸鈣類 *Calcii oxalas*, 石形如桑椹面有微細之突起及刺。色常深,質極堅,係草酸鈣與尿酸混合而成。腎石中以此類爲最多。

(三)磷酸鹽石 *Phosphatic calculus*, 其實係磷酸鈣 *calcii phosphas* 及磷酸銻鎂 *ammonii et magnesii phosphas*, 有時或雜碳酸鈣 *calcii carbonas* 少許。磷酸鹽常沉着於尿酸或草酸鈣石外而包之。

(四)罕觀之石,係昔司廷 *cystin*, 散汀 *xanthin*, 碳酸鈣,靛青 *indigo* 及尿脂石 *urostealith* 所成。

至於石之如何形成，其說不一。有時因尿中含不應有而難溶解之質過多所致，如昔司廷或散汀是。或謂尿過酸為一最要原因。更有證明石之中心點有細菌者，是以有若干腎石之核係一團細菌之粘集塊。

腎石病老年幼年患之者最多。中國廣東及安徽之數縣發見此病甚多。患者男多於女。慣坐少行動者似易患之。

腎石所致之病患有數種。有時腎盞雖含大小各石在十二顆以上，而其粘膜不毀滅或腎盂不擴張。腎盂充滯含多上皮細胞之濁尿。又有腎石生而洩出，出後復生，歷數年而身體不受累，且除時發腎痙痛外無其他症狀者。最奇特者係珊瑚形腎石，有時充滿全盂而竟無腎盂炎，惟其腎每逐漸呈輕重不一之硬結。腎石所致最重之患係膿性腎盂炎及膿腎。又某院截除腎石病案一百四十起，九案屬於癌性。

症狀 病者有下腎石多年，既無腎痙痛，亦無石積於輸尿管之患者。有下腎石多年而屢起腎痙痛者。病人或下石甚多。或僅下一石而永不再患。珊瑚形巨石則或無症狀。

腎痙痛 又名 **腎石痙痛** *Renal colic*。見於腎石入輸尿管之際，亦或隨急性腎盂炎而起。或突發於意料之外，或因提過重物而發。其特狀係極痛，其痛由受患之腰而起，循輸尿管而下達精腺及股內側。有時或映射至胸腹或背。重者有惡心、嘔吐，而病人精力虛脫。面上出汗，脈弱而速。將起時或先寒戰，體溫高至百〇三度（三九·五）。就余之閱歷而論，腎痙痛有三種：（一）恒久而限於局部之鈍痛，痛處之面積僅如錢大，在腰之腎部；其痛狀彷彿與近皮之骨受重壓相似。（二）逐陣而起之痛，映射輸尿管之全部或腰；其痛漸增，遂有出汗、發暈及惡心等相伴而起。（三）間時而發之熱閃痛，痛期極短，如電光之一閃，常牽射至背、間或達腹股溝。此痛連閃數十餘次，則第二類痛之

沉悶似或消滅。以上所述之症狀久暫不定。短者或僅一時許；久則或至一日以外，其間暫時止歇。小便頻數，或痛；其尿大概含血。然有下清尿甚多者，此或係由無病之一腎而來。亦有他一腎雖無病，而全不泌尿，致中尿毒而死者；此則極罕。通常必兩腎皆病，或其人僅有一腎，始有尿全閉而中尿毒之虞。腎痠痛發過後，受患之一腎痠痛，輕重不一。患者每自知石由何腎而來。病發作時，檢查體格，常無病徵。其腎可捫着者極少。受患之一腎，按之多覺觸痛。身體極瘦者，檢腹時，輸尿管內之石或可捫覺；或病者自覺有石在管內相擦。

石留腎內，則有以下各種特殊症狀：（一）痛。常在腰部，僅係痠痛，然有甚重而陣發者。痛常在患側，但或映射至他腎。有時能動腎之痛狀或與此相同；故有誤認為腎石而剖之無石者。又有一病案，痛經二年，剖檢後知為僅係收縮性腎。

（二）血尿。常為石塞輸尿管時所顯，然石留在腎盂中者亦有之。其血常少，故與癆患有別；但有時纏綿甚久。勞動則增多，而安息則減少。其血常僅使尿作烟色。尿內或數日無血，而因驟然過勞或長途跋涉則其尿復作烟色，或含血甚多。

（三）腎盂炎。（甲）腰部或發極重之痛，然不如腎痠痛者之甚；將起之時先發寒戰，繼以發熱，高至百四或五度（四〇至四〇·五），後則大汗。尿變濁而作烟色，含血及甚多之腎盂上皮。如是者數月或數年，時癒時發；若非驗尿及腰部之痛，多誤認為癆。此種因腎石而起之腎間歇熱與胆石所致之肝間歇熱同理，須知兩患雖發作極重，而無化膿之狀者時有之。（乙）膿性腎盂炎之狀尤為常見。此則係腎部痛，屢發寒戰，而尿含膿，或有膿腎之徵。

（四）膿尿。石留腎內，或致連續或間時下膿尿，多年不癒。

患腎石之人多壯健，且多嗜食而有痛風。有時發一陣消化不良，並間或致重頭痛。

診斷 X光線之驗腎法已臻美善，故專門家對於此病殊有把握，誤診者殆罕有之。腸擴張甚者患腎痠痛則易誤為腸痠痛，否則又易誤為胆石痠痛。其不同處在痛處及其影射之方向，精腺上縮，捫之有觸痛，尿含血，膀胱受激惹及尿之變狀。又能動腎有時作痛似腎痠痛，即腎不能動而腎盂內積草酸鹽或尿酸者亦或似腎痠痛。石之在腎或膀胱，每不易知。然在膀胱者，其痛在膀胱頸處者最甚，且不僅限於一側。或云，各種石病之症狀皆有不相同之處。患尿酸大石少重狀。而患草酸鈣石，則因其面粗而易痛，且致出血。此兩者之尿皆酸。若係磷酸鹽石，則痛狀最重，尿多為鹼性。

治法 腎痠痛發時，熱浴或熱粥劑有時可弛緩其痙攣而足以止痛。痛極重，則宜用嗎啡射皮下，或吸哥羅芳，至痛止為度。患處宜敷熱濕布。宜多飲薑茶，蘇打水或米泔水等熱液。有時變易或反側其臥勢，或可止痛。患者均宜斟酌用外科治法。石大或伴發之腎盂炎重，尤然。

當腎痠痛間歇之際，病者宜靜，不可突然用力。最要使多尿，而患尿酸或尿酸鹽石者則宜令其尿變為鹼性。每日宜多飲雨水，礦泉水或蒸餾水，惟須有適可之定量。如此，則腰痠痛之狀多大減。

倘石已出體，其成分業經証明，則可施相當之治法，以防其再出。尿酸石罕見，宜使尿呈鹼性；草酸鹽及磷酸鹽石宜使尿呈酸性。草酸石病人之食物宜擇無草酸者充之。最重要者係茶，咖啡，胡椒，*garden rhubarb*，菠菜，杏仁，葡萄乾及柿子。患尿酸石者之飲食須與上文所述痛風之飲食法相同。

(十二) 腎瘤即腎贅生物

TUMORS OF THE KIDNEY

腎瘤有良性、惡性之別。良性之最多者係結節性纖維性瘤 nodular fibroma，常患於腎錐體；間或為脂瘤、血管瘤及淋巴腺瘤。腺瘤則或係先天性；迷走腎上腺組織之小結常有之。

惡性瘤係癌或肉瘤，或係原發，或為繼發。肉瘤或為泡狀肉瘤，或為橫紋肌瘤 rhabdomyoma。最普通最重要之腎瘤為腎上腺瘤 hypernephroma，其組織與腎上腺組織相似。此瘤或長至極大，小兒患之者尤然。生長甚速，其組織常軟，且內常出血。肉瘤亦長大多侵腎盂或腎靜脈。橫紋肌瘤罕有甚大者，而出生後患之不久即死者嘗有之。

症狀 (一)血尿。為病之初狀者居半數。其血或凝或否，或成腎盂及輸尿管之型。但除腎癌外每罕有此等血型。尿或含癌細胞。(二)痛。此狀無定。有時瘤雖極大而始終俱無痛苦。即有之，俱作拉牽之痠痛，在腰窩而影射至大腿。血塊下時，或致極痛。(三)進行性消瘦。其瘦常速而甚。然瘤甚大而不瘦者亦或有之。

物理徵 此病大概皆有瘤。形小而生於右側者，或能動；在右髂窩者，或誤認為卵巢瘤。大瘤則充滿眇(腹旁)，且漸延至腹中線，佔據半腹。施望診法，則腹外顯二三半球形之阜，與腎瘤凸出之處相符。小兒患之，其腹或極大，靜脈顯露而擴張。若用兩手扪診之，則瘤可在腰部扪覺，有時或可輕將該瘤畧為提起；有時瘤雖大亦易動；更有瘤質堅實而不可動者。呼吸之力祇能畧動之。腎瘤之速長者皆軟，故扪之似有波動。此外有一要點，凡瘤生於大腸後而大腸在瘤上橫過，則大腸每易察覺。

診斷 小兒腹瘤之大者或生於腎，或在腹膜之後。腹膜後肉瘤之位置較近腹中線，但其大小或與腎瘤同。倘就診於病之後期，此兩類或難區別；然肉瘤則大概較難動。有時腹膜後肉瘤或侵至腎，學者須記取之。如瘤在腹之左側，則有脾大之狀可辨，脾之緣及切迹俱明顯；吸氣之時則下墜，且大腸在後而不在前。其在右側者，肝瘤與腎瘤或相混；惟甚少，且腎瘤之上緣與肋相間之處叩之有空響。但病久則腎瘤與肝相貼，而不復有此響。

能動腎之惡性瘤或誤認為卵巢癌或子宮肌腫瘤。惟腎瘤易上升；又驗其骨盆內內臟，其內無瘤。

瘤小而人壯健者，可截除其腎；但能癒者僅佔百分之五六。

(十三) 腎囊腫病

CYSTIC DISEASE OF THE KIDNEY

(一) **小囊腫** 此因腎小管被阻塞而擴張或腎球被膜擴張而起。已詳慢性腎炎節。

(二) **單囊腫** Solitary Cysts. 小如葡萄，大如橘，或更大，有時患此囊腫之腎或無他種改變。或巨瘤者不多。其病原大約亦係腎小管梗阻之故。

(三) **多囊腫腎** Polycystic Kidneys. 此係腎生許多囊腫，小如豌豆，大如葡萄，兩腎甚大者其重量或至六磅以上。腎組織似乎甚少，甚或無之；然以顯微鏡窺之，則見囊腫之間隙所存不少。囊腫內含或清或濁之液，液色微紅棕或微黑，液質或屬膠性。內或含蛋白素，血晶，膽脂素，磷酸鈣鎂及脂滴。含尿素及尿酸者則罕見。囊腫壁之裏面係扁上皮所成。此病有時胎患之，甚或極大，致分娩艱難。成人患此，兩腎每皆受累。據理想而論，此或係起於兒時而徐徐長大者；實際亦常如是。有時

或與肝囊腫或他器官之囊腫同起。至於此病之病原，則不易下一定之確斷。或以爲係發育之欠缺而非生理上之改變，且指明他種先天性發育欠缺（如無肛門等）有與此病伴起者以爲證。又有以爲係一種真瘤，即粘液樣內皮腫瘤 mucoid endothelioma 者。最可異者係一家或有數人患此病，余亦曾見母子同患此病。

症狀（甲）兩腎部有腫瘤，其瘤漸大，或致腹上段增大甚。大腸及胃之位置在腫瘤前。若身體極瘦，則其腎囊腫或可捐覺。

（乙）血尿。此或間時而發纏綿數年。

（丙）慢性間質性腎炎之症狀：（一）面色白，或作泥色；間或皮膚有顯古銅色者；（二）動脈硬化；（三）心肥大，心之第二聲過響；（四）尿多而比重低，含蛋白素及透明或粒狀管型。有時或含膽脂素晶。

致死之故或起因於尿中毒，或起因於慢性腎炎之心及血管併發病。至於囊腫破裂而致腎周圍膿腫及腹膜炎者，則甚少。

用手術排除囊腫之液，有效。一腎受累，被截除而存活多年者不少。

（四）他類 有時腎及肝之組織中散生許多小囊腫。脾及甲狀腺亦或同受其累，且或有之心之先天性畸形。腎內之囊腫既小，而又不似多囊腫腎者之多且密，惟其病原則或亦係先天性發育欠缺。有時腎或變至甚大。獸類患之者較人類爲多。余曾見數豕患之；內有一豕，其肝重三十餘斤，全肝變成一團單純之許多囊腫，而其腎之受累則較輕。

包蟲囊腫已詳述於寄生物篇。副腎囊腫 Paranephric cysts（在腎被膜之外者）不常見；有時或長至甚大。

(十四) 腎周圍膿腫

PERINEPHRIC ABSCESS

腎外結締組織化膿之病原有六：(一)受打或他種之傷；(二)腎盂、腎自身或輸尿管之炎延至腎外結締組織；(三)腎之膿毒性梗塞之破裂；(四)腸窺破，因闌尾穿破者最多，大腸穿破者亦有之；(五)自脊骨蕩或膿胸延來之化膿病；(六)為熱病之後患，此則小兒患之者尤多。

剖屍檢驗，則見其腎被膿所圍包，而後部膿尤多，然亦有膿盡積前面腎及腹膜之間者。膿腫窩常廣大，膿常惡臭，有時因貼近大腸之故而作糞臭。膿或穿至他處，或穿胸膜而由肺出，或落下至腰大肌而積在腹股溝者，此尤常見。更有循髂筋膜而積於腹股溝韌帶者。甚或穿破腸、腹膜、膀胱或陰道。剖屍檢驗時曾見慢性腎周圍炎 chronic perinephritis 之情況，其腎外之脂肪性被膜極堅固，且有許多纖維織所成之帶，極難從腎被膜上撕開。此類病或無症狀。

症狀 腰部或極痛，受按益甚。其初起隱而腎不痛，迨檢查時始顯深化膿病之徵者。受患之側大概作痛，惟其痛或似在髖關節或其附近，或下射至股而兼精腺上縮。患者臥時，其股必屈，因欲弛緩其腰大肌也。步時無病一側之腿用力較重，且常不使脊動而俯脊以行。使股內收亦甚難。

凡此病之由腎或腎盂蔓延而起者，則尿或含膿，其餘尿皆清。若膿已成，則常有寒戰，不規則熱及出汗諸狀。第十二肋與髂緣之間深按之則覺硬。以兩手按之，或有瘤可捫登。此處之皮常有微水腫。

診斷 大概不難。果有疑難，可以用空針吸出驗之。此病之自起者，每難與因腎或腸穿破而起者區別。然無關緊要，

腎周圍膿腫

715

蓋治法同也。椎骨之病與此病之來歷不同，故不易致誤。惟小兒患之，則或易誤為髓關節病。然此病痛處較高，且髓關節既不腫，按之亦無觸痛。左側膿腫在X光線影屏中，當迅速搖動病人時，可見其液之波浪。

治法 宜早剖之而盡淨排出其膿。

第九篇 成血器官病

DISEASES OF THE BLOOD-FORMING ORGANS

(一) 貧血 (血虧)

ANEMIA—ANÆMIA

貧血者,血量,血球或血之成分減少之謂。其減少之故,則或因血之生成欠缺,或因消耗加增,或因驟然或逐漸喪失(如出血),各有不同。貧血或屬局部性,或屬全身性。

局部貧血 LOCAL ANEMIA

血之灌溉體組織,其原動力屬心,然其供給各處之量則依各該處所需之度而分別灌注。需血多之處,則血多注;而需血少之處,則血亦少注。血流注之路全恃動脈之舒縮力,而動脈之或舒或縮則係中樞及周圍之血管舒縮神經 vaso-motor 之勢力所管轄。倘一大區之血路過於開展,則血之流注或多於所需而他處所需之血遂因之而不足。大腦貧血,每致暈倒,因系膜血管(此管能容納全身之血)過於開展而起。凡情感之興奮,疼痛之反射,以及壓力之突減(如水腹之液突然吸出),皆足致系膜血管過於開展。許多內臟下垂之神經性及他種症狀或亦因系膜血管常貯血過多而大腦及脊髓呈相對的貧血狀所致。醫學上對於各器官局部貧血之知識今尚淺狹;就所知而言,則心,腎,肝,胰,腺等之官能病或亦係各該器官之動脈血壓恒低之故。雷那氏病 Raynaud's disease 中因動脈壁痙攣而起之

貧血每累及周圍動脈而致指之局部缺血，然亦有累及臟器之血管（腦之血管尤然）而致暫時的偏癱或無語言能等病者。

對於局部貧血，有時或為皮及粘液膜之現狀所誤。血之赤血球及色質雖如常而皮色或亦有變慘白者。譬如飲酒及作嘔後之皮色慘白是也。又患心病者，作鉛工者及有鴉片癮者之皮色皆永久慘白。此外更有若干康健之人，其皮色常白；而其血質固如常，毫無弊病也。

全身貧血 GENERAL ANEMIA

全身貧血分為（一）繼發性或症狀性；（二）原發性或特發性二類。

繼發性貧血 SECONDARY ANEMIA

（一）急性繼發性貧血 Acute Secondary Anemia

原因 患大血管破裂，動脈瘤破裂，胃潰瘍及血管受傷者或失血三四磅之多而致死。余嘗見流血入一體腔最多之量有七磅半（胸腔內動脈瘤破裂）。又有一嘔血者，一星期內嘔血十磅，然竟獲痊。即使在患極重之外傷性出血後，其血球之數亦鮮有如數種溶血球性貧血之低者。例如上述之嘔血病人，其赤血球之數每一立方耗為一三九〇〇〇〇 1,390,000 per cmm.

症狀 呼吸困難，心動速及暈倒係急起貧血之特狀。此外則更有皮膚及粘膜變慘白色，脈小，血管搏動（腹主動脈尤甚），體溫低，頭眩，發暈及耳內作響等狀。若連續出血，則或惡心及嘔吐。若出血速而且多，則或顯驚厥。驗其血，則赤血球之數大減，常在每立方耗二〇〇〇〇〇〇個 2,000,000 per cmm. 之下。血紅素亦減少，血色指數僅有〇·八 color index 0.8。赤血球有作

不規則形者；有核赤血球（常係尋常造赤血球細胞 normoblasts）。早顯；白血球增多，常係嗜中性多核類 polynuclear neutrophils。血之復生甚速，水及鹽分每易由腸胃等處吸收而復舊度；蛋白質之復原亦速，惟赤血球則須數星期或數月始克復常度。嘗見一患紫癥之病人，赤血球在四月二十至三十日間減低至二兆以下，白血球減低至一萬二千以下。至七月，赤血球始達四兆，而血至九月始如常。至於血紅素之復原，則常較赤血球尤緩。

若出血屢發，則其病情因失血間期之久暫而異。苟相間之期長，使每次所失之血量得復原，則失血之總量或至極多。苟相間之期短，而所失之血量不得完全復原，則顯極薄如水之血漿，血色指數低，淋巴細胞增多而不久即成慢性貧血。

（二）繼發性貧血 Secondary Anemia

原因 此則病原極多擇其最要者述之如下：

（一）營養缺乏 Inanition. 此則或因飲食欠缺，或因患食管癌或慢性消化不良而食不下嚥，或消化欠佳所致。血量或大減，然其血漿之受患較赤血球重；即使患食管癌，其赤血球之減少或不及二分之一至四分之三。且有血漿減少過甚，而赤血球因之顯相對的增加者。

（二）傳染病。凡患急性熱病，幾皆能致貧血；有時熱病之病原雖已盡消，而血仍未復原。例如腸熱、傷寒、質斯熱、腺毒及瘧所致之貧血皆如是。此外則有數種寄生動物如鈎蟲及裂頭蟲類，亦能致甚重之貧血。

（三）中毒。無機毒如鉛、汞、砒，有機毒如各種熱病之毒素，慢性病如腎炎及黃疸等之數種自身性毒 autogenous poisons，皆能致貧血。

(四) 出血 屢屢出血，每能致沉重之貧血。例如因痔而起之出血不止是也。

(五) 血漸失要質。因患數種症候，例如慢性化膿病及各種生長驟速之瘤或授乳過久等而致。

症狀 體質及精神之壯氣消失兼體重減輕及明顯之貧血係此病最要之症狀。病者易倦，胃口不佳，消化不良，心悸動，甚或時覺發暈；迨症候漸加，則顯腳腫。發熱者不多。皮上常顯瘀點，且或有視網膜出血。至其血狀，則甚昭著。赤血球減少，惟每立方耗減至二兆以下者則不多。血紅素較赤血球尤低；例如含赤血球百分之七十者或僅含血紅素百分之四十。故血色指數亦低。有血球之形不規則，且有有核類。白血球之數常增多。

治法 因外傷而起者最易癒。飲食充足，多吸清氣，則血之復原甚易。重病當施血輸移術。宜詳究出血之原，而後對症施治。因血漸失蛋白質性物如見於患腎炎、化膿病及熱病之病人者，難治；蓋病原未除，則血不能復原故也。因營養缺乏而起者，宜多食有滋養力之食物以補之。因腸胃粘膜之機質病而起者，則無論食物與藥品，俱難奏效。因中汞、鉛等毒而起者，宜排出其毒，繼服鐵劑足劑量並食有滋養力之品。此等患者大多數血之形成作用不足，故治法之要點有三：(一)食物豐足，(二)多吸新鮮空氣，(三)服鐵劑。至於鐵劑之種類，則不必注意。蓋各種藥劑之製法相差無幾也。大多數病案用李來德氏丸五至十厘(0.3—0.6 gm)甚合。倘有胃受擾狀，或可於皮下注射枸橼酸鐵二厘(0.12 gm)。病重者宜臥床調養；如能在屋外空氣多之處臥養，尤妙。

成血器官病

原發性貧血又名特發性貧血

PRIMARY OR ESSENTIAL ANEMIA

(一) 萎黃病 (綠色貧血). Chlorosis

定義 此係病原未明,爲青年女兒所患,而以血紅素顯著之減少爲特狀之貧血。

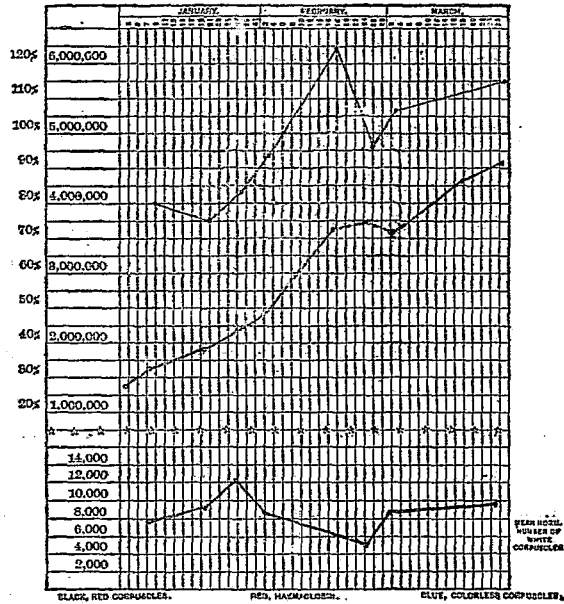
原因 患此病者皆係年輕女兒。男子無之。病發之年齡在十四至十七歲之間;十二歲以下者少甚。再發者多,有延至三十歲者。病原大概在乎造血之器官功力低下,且與女子生殖器之發育有關係。

患此病之女子多係滋養不良,勞苦過度,且或居於巨都大市塵囂昏闇之區者。然富家女子供養豐足者亦或患之;但鄉居多吸新鮮空氣之女子則鮮有患之者。大抵運動不足,空氣不佳,飲食不宜,係此病之要原。情感及神經系統受擾有時亦與此病有關係。至於月經受擾,則係後患而非病原。大便秘結亦有認爲係一種病原者。

症狀 (甲)全身狀 此病所顯之症狀即貧血之狀。皮下之脂肪每如常,或且增多。歐美女子患此病時,面色特異,然不似出血之慘白色,亦非貧血重病之泥白色,乃係一種奇特之淡黃綠色;病名即因是而得。皮膚間或現着色區,近關節處尤然。病之輕而頰微紅者,每致難於覺察。病者易喘,心易悸動,並易暈倒,故易疑爲心肺之病。而其面及踝上或微水腫,易疑爲腎炎。性情常改變,每精神頹喪,燥怒不安,眼有奇光,鞏膜(肝衣)微藍。

(乙)特別狀 血。色淡。最重要者,須知此非赤血球之減少,而係血紅素之減少過甚;故赤血球之色亦淡。患此者六十三人之中,赤血球之平均數每立方耗佔四〇九六五四四,即

第十圖



Upper line, red cells; middle line, hemoglobin; lower line, white cells.

CHLOROSIS

萎黃病

上線表赤血球,中線表血紅素,下線表白血球。

佔百分之八十以上;其血紅素則佔百分之四二三。他種貧血俱不如是。至於血紅素大減之要因,在乎此素係血之含鐵原質,當呼吸時所吸之氧與之化合。此種血紅素減少,亦可用血之分析法證明之。病重者,赤血球之形及大小極其變異。血球色甚淡。患重病者,有核之赤血球亦有所見。白血球或畧增多;六十三人中平均之數,每立方耗有白血球八千四百六十七。淋巴細胞常如常;血小板或增加。

成血器官病

(丙)腸胃症狀 食慾無定，喜食希罕之物，尤嗜酸。更有喜食不消化之物，如石灰或土等者。食後則胸腹覺不舒，甚或有胸痛者。大便秘結係此病之常狀。胃或擴張。內臟下垂兼右腎能捫覺，亦屬常事。

(丁)血循環症狀 心悸動或為最苦之症狀。心尖心底或有收縮性雜音(縮鳴)，舒張性雜音(舒鳴)則少。收縮性雜音最顯之處在左旁第二肋間隙。右側之頸內靜脈上有連續不間之雜音。脈搏大而軟。頸靜脈亦或有脈搏可見。四肢之靜脈有時亦有顯搏動者。

靜脈內或有血栓形成，股靜脈尤常見之，腦血竇亦或如是。四肢之靜脈內結血栓之最險者為肺血管栓塞。

發熱亦常有之。又常有頭痛及神經痛等患，或陣陣發作。手足常冷。皮常顯人為的蕁麻疹。希司忒利亞狀亦常見。月經受累之狀如經閉經痛等極多。若貧血漸癒，月經之患亦隨之而癒。

診斷 綠色貧血大抵一望即知。凡女子不瘦而有綠面色及微藍色鞏膜者，即係此病之特狀。切不可誤診為肺結核初期之假貧血。其心悸動及呼吸困難狀每易誤認為心病，而足水腫及面白等狀每易誤認為腎炎。驗其血徵，則大多數與他種貧血迥不相同。

治法 最善之治法係服李勞德氏丸 *Blaud's pill; pil. ferri.* 第一星期每次一粒，第二星期每次二粒，第三星期每次三粒；每日皆宜三次。最要宜連服三月之久；若恐病之再發，可用小劑量繼服之。飲食宜用滋養而易消化之品。大便秘結者每晨宜服鹽類瀉藥。消化不良宜服鐵藥。用稀釋之氫氫酸常用。病重者最要宜臥床靜息。

(二) 惡性貧血又名阿狄森氏貧血
Pernicious or Addisonian Anemia

定義 此係一種再發而常致命之貧血，係溶血球素所致。其特狀係有胚樣之血生成。

症史 阿狄森氏 Addison 始於一千八百五十五年作此病第一次之詳細報告，故此病又名阿狄森氏貧血。

原因 患此病者，多係中年人；約在三十六歲以後。余所見年最少之患者僅十歲。有時一家或有二三人患之。男子較女子多一倍，然在三十以前者，則女子較多。此病之特別原因尙未確知。有時隨斯潑盧 sprue 或口膿毒病或腸蟲病或屢屢出血或腸胃癌病而起，然此非特別病因。或謂患者久中一種毒素致(一)赤血球溶解，(二)脂肪性變，(三)脊髓變性；骨髓改變之目的諒係補赤血球之欠缺。總言之，醫界近日之研究實較阿狄森氏所發明者無甚進步。阿氏之意見，以謂此病係一種全身性貧血之無病原可尋者；蓋無前患失血之事實，無肝瀉，無綠色貧血，無紫癥，無腎性，脾性，瘡性，淋巴腺性，斯科夫拉性 scrofula 或惡性瘤等病也。

病理 身體消瘦者少。皮多作榴樣色。肌色常極紅如馬肉，而脂肪作淺黃色。皮上及漿膜之面多顯出血斑。心軟大而空。心肌組織之變為脂肪性甚重，且作淡黃色。他病鮮有呈脂肪性壞變如是之甚者。肺無特別變異。胃多如常，惟致命之貧血則胃粘膜或萎縮特甚。肝或大而呈脂肪性。其所含之鐵質過多，故與繼發性貧血大異。鐵積之處在小葉之中外兩層。

脾無重要之變異。鐵色素常過多。淋巴腺或作深紅色。腎之鐵色素亦增多，而小曲管尤甚。骨髓常係紅色，而似淋巴組織，含有核赤血球甚多，且此血球多係極大者。有一種病，其

骨髓不顯活潑作用之徵，名曰再生障礙性貧血（不成形性貧血）aplastic anemia。顯骨髓損害者時有之，多係頸部之脊髓後柱硬化。腦之灰白質或有同樣之受累狀。

症狀 惡心貧血之要徵係皮色青白而營養作用甚好。病者之重量僅微減輕，且身體之脂層亦完好無恙，故與繼發性貧血之皆患消瘦大相對。阿狄森氏所述此病之重要症狀，極明確可靠。其言曰：“病之起也遲而隱，故患者不知其疲倦究起於何時。面色漸白，眼白作珠白色，身體軟弱而不瘦，脈搏或大，但甚軟而易壓，間或突跳，有感觸時則尤甚。人漸困憊，稍勞動即覺暈或喘；心易悸動；全身之皮白滑如蠟色，唇齦及舌若無血然，體組織漸軟，胃口不開，疲倦極甚，且發暈。故微動或畧有感觸即氣喘而心悸動；踝部或微顯水腫；際此則軟弱極甚，臥床不起；心神不甯，而成精力耗竭，神經昏憊之况狀，終則死；而其受患數月，體既不瘦而乃精力耗竭如是之甚，實非常奇特也。”

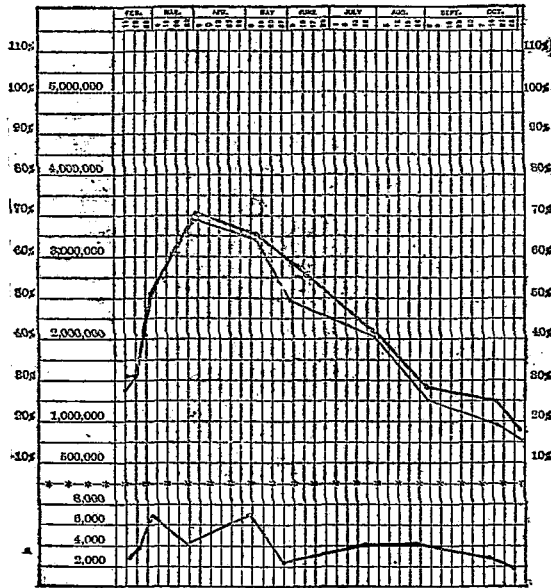
於此有一可異之事實。有人患極重之貧血，而反非常壯健。余曾見一壯健者，赤血球每立方耗僅二三〇〇〇〇〇個（2,300,000 per cmm），乃康健如常，除微有氣促外毫無他恙。

大概患者之外容甚殊特。身體不瘦而皮色淡黃如檸檬一望可知。有時皮之黃色似有黃疸。白色似貧血性慘白色者較少；此外則有一種淡棕色（有時兼白斑），致誤認為阿狄森氏病（腎上腺病）。肌弱，心悸，頭痛，呼吸困難，頭暈及足之水腫亦為此病之常狀，一如他種貧血。

腸胃症狀常見。胃陣痛，在極期中或兼腹瀉或否。大概在病程內患腹瀉者居半數。胃內之氫氫酸常大減，或全無；有時或患完全之胃液缺乏。口舌或作痛；舌炎及潰瘍時或有之。齒槽膿病 pyorrhoea alveolaris 則患此病者幾全患之；齒常極壞。

心悸並受擾者甚多。心微擴張者極常見且常有血雜音 hemic murmur,多顯於心底處。心尖舒張性雜音 apex diastolic murmur 雖心門無損害,亦有時發顯。更有動脈大跳者,易誤認為動脈瘤。水腫常見,在足者最尋常,時或在手。尿之比重常低,色淡,而色素減少;然亦有因尿胆素 urobilin 過多,致其色較深者。

第 十 二 圖



Upper line, hemoglobin; middle line, red cells; lower line, white cells.

PERNICIOUS ANEMIA

惡性貧血

上線表血紅素,中線表赤血球,下線表白血球。

神經系統狀。覺麻而微刺痛係常有之感覺狀,時或有神經炎性痛。多數性神經炎或為此病之一種症狀。此項病案

成血器官病

計分三類：(甲)病者或無特別症狀足證神經系統受累，而死後剖檢則脊髓顯顯著之損害。(乙)伴貧血而有脊髓損害之徵：(一)或係脊髓後側柱硬化 postero-lateral sclerosis，兼顯痙狀及反射作用加增；(二)或係脊髓癆類之狀，即顯閃痛 lightning pains，束帶覺 girdle sensation，麻木區，且無反射作用。(丙)為甚奇異之一類；所顯之神經系統症狀常係先貧血而起之脊髓後側柱硬化。

凡當病勢漸增之際，精神或極悶鬱，有時或且譫妄，然精神症狀大概不甚昭特。

出血亦復不少，以皮之瘀點為最多。視網膜出血亦時有之。至於視神經炎，則極少。

血狀。體內血之全量大減。滴血一滴視之，血色或如常，然液體皆過多。赤血球之數大減；凡八十一病平均計算，每立方耗僅有一五七五〇〇〇 (1,575,000 per cmm)。他病未見有赤血球減至二兆 (2,000,000 per cmm) 以下者。就余等所見各病而論，赤血球之數在一兆 (1,000,000 cmm) 以下者，佔百分之十二。赤血球之數最低者，係每立方耗有一四三〇〇〇 (143,000 per cmm) 個。

血紅素之全量雖減，然比含赤血球之率則實較高。血色指數過於一，或為一五。赤血球之大小及形狀不規則而有形極大之血球係一特殊之徵狀。巨赤血球 megalocytes 約有八織 (兆分米)，甚或有大至十五織 (8—15 μ) 者。此係惡性貧血特有之徵狀。此外則更有極多小赤血球 microcytes，其直徑約二至六織 (2—6 μ)，其色深紅。赤血球形之不規則 poikilocytosis 甚奇異，或長似竿，或作梨形；或血球之一端如常而他一端支岫如瓶頸。赤血球之有斑點者亦多，且兼深藍或微黑色；是即所

謂嗜多色性血球 polychromatophilia. 脂肪性小體 mitochondria 或可見之於赤血球中。

有核赤血球恒含有之，其數逐日每有改變。分兩種：(一)尋常造赤血球細胞 normoblasts, 其大小如常；(二)巨大造赤血球細胞 megaloblasts 較尋常者大。此兩種之間有時更有中等造赤血球細胞 intermediate forms. 有核赤血球按各病而異。有時其數甚多而成所謂血克來息 blood crisis. 曾見一病，發作血克來息時，每一立方耗有尋常造赤血球細胞一四三八八，中等血球四六〇及巨大造赤血球細胞一三八。此等克來息發顯後，有時赤血球之數或有進步，然有時則為臨終之徵，而非血復生之兆也。

白血球之數大概如常，或亦減少其數。多核者 polynuclear 罕見減少。有時小單核白血球 small mononuclear 或且增多。髓細胞 myelocytes 常有之，甚或佔百分之八或十。血小板之數常低；有時或降至一〇〇〇〇〇以下(第十二圖)。

再生障礙性貧血(不形成性貧血) Aplastic Anemia. 原發性貧血之一種，其病程短促，且無間退期；病發數週或數月即致死。死後剖檢，則其骨髓不僅不作增生性過長，且或萎縮或發育不全，是名不全發育性貧血。蓋係惡性貧血之一亞類，臨診症狀亦復相同，惟病程較速，患者年較輕，血色指數或低，出血較多，白血球過少，且常無有核赤血球 erythroblast. 出血或極重，有時成重紫癩類。

診斷此病，須待驗骨後始能確實。凡長骨內之髓呈脂肪性而短骨之內有時即紅髓亦皆消滅者，係此病無疑。

豫後及病程 病程有時甚短促。曾見一病人，症狀發現後未至十日即死；通常則大約經六至十二星期。然此病常屬慢性，而每有奇異之緩解期(間退期)。第一次病發而不癒

者甚罕。緩解期之次數則自兩次至六次不定。凡五百二十四病案中，僅有緩解期一次者二百九十六，兩次者一百十八，三次者六十五，四次者二十一，五次者二十四。緩解期之時限不等，短期三閱月，長則四年。余所診治之八十一案在診視期內死者二十七。此八十一案之緩解期，平均計算約一年。

此病之結局不佳者佔大多數。曾核計一千二百案，完全治癒者僅六人。

診斷 患者之形容殊特，惟皮作檸檬色，似黃疸；貧血，面與踝腫，尿含蛋白質，似腎炎；色異常，似阿狄森氏病；氣促及心悸動似心病；面色慘白及胃症狀似胃癌。是故身體不瘦（脂肪留滯），病起隱匿，無局部病之徵及血之狀況等，係診斷之要點。至於此病異於胃癌之處則在不消瘦，血色指數高，赤血球之數低以及病發第一次時苟療治得宜即有進步諸端。

治法 有五要點：（一）診斷須確實；（二）臥床調養數星期或數月；（三）在屋外空氣多之處臥養；（四）凡病者可食之滋養品宜豐備；（五）宜服砒劑，用否瓊氏溶液每劑三或五量滴 *liq. arsenicalis* (Fowler) 0.2—0.3 cc, 每日三次，每一星期後則每劑加一滴，準此加增，至每劑十五滴（一錢），每日三次為止。他種砒劑亦可試用。如皮下注射臭砒基酸鈉 *sodii cacodylas* 或阿托益 *atoxyl* 是也。阿托益可每劑半厘 (0.032 gm), 每五日一次，逐漸增加。薩伐散小劑 (〇·二克) 用短期之間歇期治之，或有效。用稀釋之氫氫酸足劑量，每餐後服二次，常有益。抹油及服骨髓可為療治之副法；鐵劑有時亦效。口及齒宜注意，口病宜潔治盡淨。無論何處之竈局性傳染須受相當之治療。灌洗胃及大腸，時或甚妙。用血輸移法 *transfusion* 直接引注他人之血五百至八百錢有時有益。

(二) 白血病 (白血球增多病)

LEUKEMIA.—LEUKÆMIA (*Leucemia; Leucæmia; Leucocythæmia*)

定義 此係血之白血球恒久加增,且兼生白血球組織之增生性過長。

類別 造血系統 hæmatopoietic system 全體如骨髓,脾及淋巴腺皆受累。醫界前分此病為三類: (一)脾性, (二)淋巴性, (三)骨髓性;據近今之研究,始知無論血腺系統之何處,如骨髓,淋巴腺或脾皆可為白血球增生性過長發始之處。病類之辨別宜依患處大部分之在淋巴腺抑或在骨髓而定,故此病今分為二大類: (一)骨髓性 myeloid, 相當於舊分類法脾骨髓性二類, (二)淋巴性 lymphoid。然有時所發之病界於此兩類之間,不全屬淋巴,亦不全屬骨髓。故又有一非標準性或過渡性 atypical or transitional 之類。

(一) 骨髓性白血病 Myeloid Leukemia. **原因** 致病之由仍未之知。患此者中年人最多亦嘗見嬰兒生僅數月者及七十歲老人患之;男畧多於女。

病理解剖 時或有水腫, 且有時有血過多之狀況。剖檢之,則心與靜脈擴張,兼有巨大血塊。血常凝,因白血球甚多而血塊形似膜,色微綠似髓之脂肪。血絲增多。

脾常增大甚,而被膜加厚,不易割破。全脾作紅棕色;脾淋巴結不顯。或有灰白色淋巴樣瘤佈生四處,與脾之紅棕色迥然各異。長骨之髓變異,代之以脂肪或似膿腫之中心含有物,或色深棕。此或係出血性梗塞。其骨或因髓滿而舒張較甚,兼有局部腫脹。

有時腸之孤立淋巴結及集合淋巴結皆增大。胃網膜及腹膜嘗見有白血球性腫瘤。若係急性病,胸腺亦或增大。肝

有時被翻散之白血球浸潤或生白血球性瘤而增大。肺大概無重要之改變。腎有時生白血球性結節。凡一百五十九案內，肝有白血球性結節者十三而腎有之者亦有十人。皮亦或顯白血球瘤，但甚罕。

症狀。在此病之各病期內，不皆伴發貧血；有時病人外容似極壯健。病之初起隱匿；病者每因腹漸增大氣漸促，或面白，心悸諸貧血狀而就診。鼻出血常見。有時腸胃症狀或先此病而起。初起之症狀間或極危重。有突然嘔血而死者。

脾之逐漸增大大概係此病最明特之症狀。脾常作痛，按之並觸痛，然脾大雖甚而不痛者固亦有之。扪之或覺有震顫。脾向右下方延擴，可在肋邊處扪覺，大者甚或下達至臍。有時其脾佔腹部之半，下達腹股溝部而延出腹中線外。脾邊及切迹大概可扪覺。脾之大小隨時而變，飯後扪之，或覺愈大；出血或大瀉後則減小。胃被增大之脾所壓，故食後或覺不舒；曾見一人，因脾壓腸，致腸梗阻而死。

脈搏常大而速，且軟而易壓。靜脈或攢大而充滿血液，其在手及臂者，有搏動。心症狀不常見。心尖搏動處或被增大之脾所托而上升一肋間隙。病之後期，有時脚或全身顯水腫。出血者多。時發紫癍，甚或遍延全身，其血或流入胸膜或腹膜內。鼻衄最多。咯血及血尿則少。齦出血者亦有之。有因嘔血或大腸出血而死者。

有時或成局部壞疽，而顯受染重狀及高熱。肺之症狀甚少。氣促大概因貧血之故。將死時，肺或水腫，或發炎而死。無腸胃症狀者極少。惡心及嘔吐或為初狀；瀉或極重，或且致死。腸出血者少。大腸或發假膜炎。黃疸少甚。水腹或為最明顯之狀，大抵因脾增大而起。有時腹膜發炎；此則因其膜發白血性小結所致。

神經系統受累者少。面癱間或有之。至於頭痛、頭暈及暈倒等，則係貧血所致。若大腦出血，則或有昏迷繼之而起。或因脊髓生白血性瘤而致截癱。

特殊之視網膜炎大多數因血瘀而起，亦有因白血球相集成白血性小結所致者。視神經炎罕見。耳聾則多；或早顯，大約係出血所致。有時因半規管或為白血球所侵或出血而突起美尼攸氏病（耳性眩暈）Meniere's disease。

尿無一定之變異，惟尿酸常過多。陰莖勃起者甚多，或病初起即有之，或經數星期乃止。其原因或為靜脈之血栓形成。

患此病者，三分之二發熱。熱發熱退，輪流而起。熱度約一百零二三（三九至三九五）度。

血狀。凡診斷此病，皆宜驗血；蓋惟血有特著之徵也。最明顯之血改變係白血球增多。就吾等之經驗而論，每立方耗平均有白血球二十九萬八千七百（298,700 per cmm）之多；赤白血球之比例，平均白一赤十。病重者，或至白一赤五，或同數。或云，嘗見白血球之數較赤血球為多者。

所謂白血球增多，係指各種白血球而言，非僅一二種增多也。中性多核細胞佔百分之三十至百分之五十；大小兩類淋巴球皆增；嗜伊紅血球 eosinophils 及肥大細胞（馬司忒細胞）mast cells 亦增多。髓細胞 myelocytes 佔百分之三十至五十。尋常造赤血球細胞及巨大造赤血球細胞 normoblasts and megaloblasts 皆常有。初起時或無貧血之狀。赤血球之數或如常；但遲早貧血起，則每立方耗赤血球之數降至二〇〇〇〇〇〇（2,000,000 per cmm）。血色指數常低；血小板增多。血凝後或有夏科來登氏晶 Charcot-Leyden crystals 可以分出，而血紅素亦有極易結晶之傾向。

無白血性間期又名白血球不增多性間期 Aleukemic Intervals. 有時白血球之數或降至常度,甚或較常度更低。曾見一病案,在正月二十六日至二月十六日之間,其白血球之數自每立方耗五十萬個降為六千個,而在三月間,則甚至降為二千個。此係隨用砒劑之後而發顯者。在此期間脾或減小,然亦或不減。而此種白血球數之減少,亦有自己發顯者,更有隨木炭困 benzol, 銹及 X 光線等療法而顯者。至於在此間期內,能否由驗血而定診斷,係一問題。有時驗之,血如常。此項間期頗不少見,不幸祇為暫時之變狀耳。

(二) 淋巴性白血病 Lymphoid Leukemia. 此類較少見,有急性及慢性兩種:

(甲) 急性淋巴性白血病 Acute Lymphatic Leukemia (Acute lymphadenosis). 此係一切血病中之最可畏者。患者以青年及男子為較多。病之發端及其歷程頗似急性傳染病。主要之症狀為扁桃腺腫,潰瘍性咽喉炎,口炎,發熱,出血及迅疾之貧血等。氣促,惡心,嘔吐及腹瀉亦頗不少見。有時甚似暴發性紫癍 fulminant purpura, 而皮出血之發顯或在病者覺病之前。頸項之淋巴腺增大,他處亦然;但亦有並無顯著之腺炎而死者。脾常可以捫著,然甚大者少。粘膜及漿液囊出血者頗多。病程甚速,或病起一星期內即致命,但經三至六星期者較常見。有時有間歇期,故病起時雖屬急性,亦或纏綿至三四月之久。

所謂皮性白血病 Leukemia cutis 者,最多隨此急性淋巴性類發顯,其殊性狀為皮中生小結狀瘤(或迅速破裂),出血,色素沉着及發熱。脾及淋巴腺或畧增大。

血徵。有時或係診斷此急性類之唯一證據。貧血之發顯甚速,而兼血球之尋常變更。白血球增多,但常較骨髓性類之增多數為少。血球之常為每立方耗十至二十萬(100,000—

200,000 per c. mm.), 間或有百萬者。而其特顯之情形則為大淋巴球 lymphocytes 之佔最多數,常超過百分之九十。非標準的血徵亦或有之;此則為混合之大小各種淋巴球增多。

急性淋巴性類所顯之脾及淋巴腺增大,不似骨髓性類之昭著。淋巴性腫 lymphoid swelling 之在口,腸,喉等處者常見,而小瘤或汎佈於漿液膜,皮膚,肺等處,甚或神經系統中亦有之。骨髓或顯深紅色,但其變更則因病之久暫而大有異同。

(乙)慢性淋巴性白血病 Chronic Lymphatic Leukemia (Chronic lymphadenosis). 此則較為少見。且有不承認有此病者,但曾見有三年,五年,十年,甚至十三年之久之病期報告。紐約有一病案,病發後十年尚未死,歐美各地之著名醫士幾皆經診察,而有甚多之血徵記載。不顯貧血,白血球數為每立方耗二十四萬二千,淺淋巴腺增大,惟其脾之增大則不昭著。

患者多為成人,小兒極少。全身康健或頗佳,其不便利之點或僅係成羣之淋巴腺增大。脾之增大者鮮見;腸系膜及腹膜後之各腺或合成巨大之腫。纏綿二三年後,或發顯發熱,出血,口炎,扁桃體炎等急性症狀。有時或顯皮之色素沉着,蕁麻疹及淋巴瘤,致其皮徵與何杰金氏病 Hodgkin's disease 所現者相似。血狀初不顯貧血,即或有之,亦不昭著。白血球數每立方耗常超過十萬,大抵數皆甚高。小淋巴球佔最多數,每在百分之九十至九十五。大淋巴球類甚少,但至晚期顯貧血時,則亦增多;其他變更不甚昭著。

(三)非標準性白血病 Atypical Leukemias. (甲)混雜類 Mixed leukemias. 此其白血球若干屬骨髓,若干屬淋巴,兩相混雜;然尋常脾髓性白血球增多幾皆畧有淋巴球,至病之後期則此淋巴球或且加增。

(乙) 非標準性血改變類 Cases with atypical blood changes. 例如嗜伊紅白血球或漿細胞 plasma cells 之百分數極多是也。

(丙) 綠色瘤 Chloroma. 此係其淋巴瘤作綠色之一種非標準性淋巴性白血病。多見於小兒。或有眼球突出狀，係眶生瘤所致。瘤着生之處以顱眶、長骨及內臟為主。此瘤之非標準分布而無綠色者亦有所見。色素之性質尙未明瞭。

(丁) 白血病之造血器官並無改變者。此類罕見。

(戊) 白血球增多性貧血 Leukanemia. 此係兼患髓性白血病及沉重之貧血之病。常有淋巴腺之增大，病初起似急性白血病，血徵或屬淋巴性，或屬髓性。

診斷 辨認急性類白血病，有時甚難，而其初兼重咽峽炎及皮出血者尤難。不至驗血及淋巴腺增大之際，或竟失察。慢性類易辨。脾大之狀及血球之數變異已足為診斷之確憑。眼科醫士亦能作此病之診斷。淋巴性類之診斷亦可以驗血為確證。惟須知染膿菌者或亦有淋巴球增多之狀，白血球之數每立方耗甚或增至三〇〇〇〇或四〇〇〇〇之多 (30,000 or 40,000 per cmm)。如淋巴腺亦受累，則更可疑。又若以砒劑及X光線療治尋常髓性類，則白血球之增加或因而退去；然依不同之血球數辨之，則其狀或尙明顯也。

豫後 白血病之能痊癒者，幾未之聞。急性類不出三內即死；慢性類則可支持六星期至四五年之久。慢性淋巴性類大概最能苟延歲月。

伴發之病 結核病不少。間發之傳染病如流行性感、丹毒、膿毒病等有時對於白血病常有佳效。治射抗鏈球菌血清之際，或亦然。

治法 新鮮空氣，滋養食品，排除精神上之憂慮及思慮等係普通療治之要旨。藥品之中，當以砒劑為最佳。否硫氏溶

液 Fowler's solution 始則每劑三量滴，逐漸增加至最高度之耐量，或注射臭砒基酸鈉 sodium cacodylate 亦可。木炭困(又名扁淺或本浸) benzol 用之者甚多，但須謹慎，倘赤血球數畧顯減少，即須停用。若白血球數之減少，恒而且定，則當其數降至每立方耗二萬五千時，亦須停用。此藥之劑量為每日一錢或四西西，和俄利伐油製為膠囊劑服之。X光線雖非專治品，然能延長生命。但不可用於急性類。凡用X光線時，最初只可使長骨受之，並宜謹慎檢查是否發顯血中毒徵兆。銹治法亦頗有效。此兩者每能使白血球之數顯昭着之減少，且均可與砒或木炭困治法併用。又有在用銹治法後，將脾截除者，但其功效如何，尚係一疑問。復發係常見者，無論用何種治法後皆然。

(三) 何杰金氏病又名何金氏病

HODGKIN'S DISEASE

定義 此係淋巴腺增大兼進行性貧血而終致命之病。或謂此病屬肉芽腫類 granuloma。

原因 歐美人患此病者不甚多。患者大多數為青年人；男多於女。病原今尚未確知。依數種病徵而論，似係急性受染病：例如病期有時短速，口及腭扁桃之受局部刺激，病先由頸淋巴腺發起，由一腺羣逐漸蔓延至他腺羣以及發熱回歸則加重等，皆足以表示之也。或者此病係螺旋體所致，蓋嗜伊紅細胞增多為此物所致之病之殊性狀，而此病淋巴腺內亦有嗜伊紅細胞，且砒之對於此病勢力甚大，皆明證也。

病理解剖 淺淋巴腺受累最甚；自頸淋巴腺羣起，連成一鏈，以達縱隔障腺及腋腺。腺所成之腫塊或延至胸肌下或肩胛骨下。至於深腺之受患者，胸腺最常見；氣管及枝氣管腺羣或成大腫塊。氣管主動脈及主動脈之枝或被腺所圍繞；靜

脈或受壓，主動脈自身受壓則少。其塊穿胸骨而深侵入肺。腹膜後之腺或成一串，由膈達腹股溝道。又或壓輸尿管，腰骶等神經及儲靜脈。或與子宮廣韌帶及子宮粘着，易誤為子宮纖維樣瘤。早期之腺軟而有彈力；後此則或變堅硬。鄰近之腺連成一片者少；即使變大，亦疏而不結合。腺被膜及附近之組織為細胞所侵入，剖視之，則腺色白而有半透明狀，且雜有纖維性組織，縱橫不一；苟無他病繼性，則不至成乾酪樣化之壞死。

脾增大者佔百分之七十五；小兒患之，其脾或甚大，但增至似白血病之大者則少。至於生淋巴贅生物者，則佔多數。長骨之髓或變為淋巴組織。咽之扁桃體環及腸淋巴腺之組織或過長。肝常增大；且或有散列之結節瘤。腎亦如之。

組織 內皮細胞及淋巴網細胞增生，而成大小形式一律之淋巴性細胞及巨細胞。此巨細胞即所謂淋巴腺瘤細胞 lymphadenoma cells 者是，含四核或四核以上。嗜伊紅細胞常現；基質增生而致腺呈纖維性變。其硬軟之別辨依病期而定。若結核病繼此病而起，則切腺試驗此兩病，甚易辨別。

症狀 膈扁桃炎有時先此病而起。頸淋巴腺增大常為最初之症狀；他處淺腺及深腺先受累者，則不常見。有時或耽擱數月，甚或數年，始蔓延至腋腺及腹股溝腺。凡當病之初期，病人之全身狀況每每甚佳；繼則貧血發顯，初不甚重，而逐漸進行。大多數顯脾增大，然較白血病所顯者小。在胸腹內腺受累之前，或畧為作痛。迨縱隔障腺增大之際，則有咳嗽，呼吸困難及沉重之發紺，且有胸內腫瘤之各徵。或有不甚重之發熱。皮或作古銅色（此與服砒劑無關係）。皮覺癢或極重，且或有癬及深膿皰性大皰發出。白血球無特殊之變異。嗜伊紅細胞畧增多；迨貧血漸重，則有核赤血球出現，終則淋巴球或大

增。當此病逐漸增重之際，身體亦顯然消瘦而非常虛弱，有時且全身水腫。以上所述係各病案臨診病程中之常見者；然此外尚另有許多他類變相病。茲擇其最普通者，條列如下：

(一) 急性類 *Acute Form*. 曾見一案，初起時發咽喉炎，與許多淋巴性白血病相似，終致未出十星期即死。亦有未出一月即死者。

(二) 局部性類 *Localized Form*. 此則腺之增大限於一局部，如頸、腹股溝、腹膜後或胸等處是也。有時此類極不易診斷，而其有逐陣畧發熱及淺腺羣畧受累者尤難。有時此病限於一處至一年或年餘，始蔓延他處。限於縱隔障腺羣者，常有奇特之徵，如壓徵痛及宜起坐之呼吸等；但苟無他腺羣受累，或脾不增大，則病者未死時或竟不能下確實之診斷。

(三) 回歸發熱類 *With Relapsing Pyrexia; Pel-Ebstein Syndrome*. 此則僅體內腺受累者亦或有之，然內外腺羣皆受累而發熱屢屢回歸者較常。所謂回歸發熱者，係病人溫度畧高或如常或畧低之際乃於二三日內熱度增高，甚或高至一百零五度（四〇·五）。纏綿三四日，繼則逐漸減輕，大概又三四日，終則熱度較常低。十日或兩星期後，乃又發熱。如此屢退屢回歸，或纏綿數月不歇。曾有一案，回歸多次，每一熱陣經十四日之久。熱陣中並兼腺腫、觸痛等徵。此種發熱類，僅體內腺受累者亦或患之。

(四) 潛伏性類 *Latent Type*. 貧血、發熱及全身症狀有時因體內腺受累而顯。曾見一案，受累之處僅在腹膜後之腺羣。

(五) 脾大類 *Splénomegalic Form*. 脾之增大係何杰金氏病大多數病案所有之徵狀。至於是否有受累之處僅係脾而非淋巴腺者，則迄今尚無定論。昔曾有名為假白血病 *pseudo-leuke-*

nia 者；內有若干案，其脾患單純性增大，或兼貧血或不兼。是名脾大性假白血病 pseudo-leukemia splenica。或者此等病係由脾之淋巴組織發始，亦理想中應有之事。依臨診而論，此等病甚難與班替氏病 Banti's disease 之早期辨別。

(六) 淋巴肉芽腫病 Lymphogranulomatosis。此病之皮損害或為真淋巴肉芽腫病類，然極少；或表示彼此大異之改變。如癩癢病，尋麻疹，水腫，瘀點及顯著之色素沉着等是。

(七) 淋巴性骨髓增多病 Lymphadenia Ossium。此係骨髓及骨衣有多數性骨瘤，兼脾及淋巴腺增大。至於此類究應歸入何氏病與否，似極可疑。

診斷 (甲) 結核病 少年之一旁頸腺增大者，每不易斷定其為結核抑或為初起之何氏病。宜割取患側一小腺，細檢其組織；蓋兩病組織之改變不同也。此外尚有數要點，例如結核性淋巴腺炎之各腺或各相集聚，或與皮粘着而化膿，且或兼胸膜結核病或肺結核病是也。

(乙) 白血病 若驗血，則診斷可立定，蓋患何氏病者之白血球增多甚輕也。難診斷者，係一種不多見之白血病；其白血球漸減，或其數暫時與無病時相同。然驗病組織，則兩病之淋巴腺各異，不難分辨。

(丙) 淋巴腺肉瘤 Lympho-sarcoma。依臨診而論，兩病甚相似。然淋巴腺肉瘤之腺成塊較大，腺被膜受累，周圍組織亦大受累；何氏病雖亦或如是，究屬罕見。又肉瘤病中胸腺受壓之狀較常見。苟割腺驗組織，則診斷固易。惟此類病之血徵及發熱之類別等亦務宜注意研究。

病程 急性何氏病之腺患蔓延甚速，三四月之後即死。尋常約有二三年之久。有時病或暫輕，際此則腺漸小，熱退全

身狀況稍佳。雖腺之大羣亦幾全消，或頸一側之瘤消退，而腹股溝腺仍增大。將死時，大抵有惡病質，貧血及足水腫諸狀，又有因縱隔障腺增大過甚而速死者。

治法 此病不可治癒，僅可減其症狀。腺小而僅限於頸之一側者，宜用外科手術；若無縱隔障瘤塊之徵狀，雖頸兩旁俱患，亦可施手術。總之，施手術後雖或不癒，然病程必可延久也。以銻或X光線治之，其腺亦或減小。但完全痊癒者未見。腺之局部治法無益。藥類惟砒有效。宜作藥溶液用，劑量宜漸加。雖多服亦無害。奎寧及鐵劑等補藥亦有用。若受壓而痛，則宜用嗎啡。

(四) 紫癍

PURPURA

紫癍實係症狀，而非病症；然為便利起見，數種致皮內血液外滲之病患可稱為紫癍。但其分類法，則就現今醫界之知識而言，尚無善法也。

紫癍之直徑自一至三四耗不等。微時謂之瘀點 *petechiae*；長大者謂之瘀斑 *ecchymoses*。其初色鮮紅，繼則色暗而漸變為微棕色。受壓不退色。

紫癍可暫分數類如左：

症狀性紫癍 *Symptomatic Purpura*. (甲) 傳染病性類 *Infectious*. 患膿毒血病，敗血病及潰瘍性心內膜炎者，其皮或多瘀斑。患斑疹傷寒者之皮疹常係紫癍性。此外則麻疹，猩紅熱，痘症，腦脊髓熱等熱病皆各有其特種紫癍疹，後二病尤甚。

(乙) 中毒性類 *Toxic*. 中蛇毒者，其血迅速外滲。數種藥品如科派巴，奎寧，貝拉朶那，汞，麥角及碘藥等皆能致瘀點性疹 *petechial rash*。服碘化鉀者，雖量極小，亦或致之。未出血時

或先發紅斑 erythema。其紫癍不必盡屬單純性，或為急性發熱性重疹。伴黃疸而發之紫癍，亦屬此中毒性。

(丙) 惡病質性類 Cachectic。患癌，結核，何杰金氏病，腎炎，壞血病等全身體質紊亂以及年老衰弱者，皆有此惡病質性紫癍之患。此種紫癍，或以四肢為限。在下肢，肘，腕等處者最多。此係紫癍最普通之一類，大醫院內常見之。

(丁) 神經性類 Neurotic。患脊髓癆者或有紫癍，是即所謂脊髓病性紫癍 myelopathic purpura，常繼因痛而起，其受累之皮即痛最重之處。患急性脊髓炎，橫斷性脊髓炎及重神經痛者亦或有之。患似希司忒利阿病者皮上亦時有特別奇異之出血點。

(戊) 機械性類 Mechanical。各種靜脈積滯，皆常有之。如因百日咳或癩癩之發作所致者是。又有因繃帶過緊而起者。

關節炎性紫癍 Arthritic Purpura。此類特累關節。或謂此係僂麻質斯性，但其說無據。病可分三類：

(甲) 單純性紫癍 Purpura Simplex。此係輕類，小兒常有之，或作關節痛或否，其斑點生在小腿者最為常見，在軀幹或臂者較少。每兼腹瀉。病重者頗罕遇之。或喪失食慾而微有貧血。大概不發熱，常經七日或十日之後即癒。

(乙) 僂麻質斯性紫癍 Purpura Rheumatica; Peliosis Rheumatica (Schönlein's disease)。此類所顯者係多數性關節炎，而生反疹；皮疹或僅作紫癍性，或并有蕁麻疹或滲出性紅斑 erythema exudativum。其紫癍性斑點形體不大，而每連綿如麥穗之載種子。男子自二十至四十歲之間患之者最多。初起時，常有咽喉痛，發熱至一百零一或零三度，且有關節痛狀。疹初起在小腿，或在受患之關節之近處，此或係單純性紫癍，或係尋常之蕁麻疹。

性條痕。成結節者亦有之，此與尋常之結節性紅斑 erythema nodosum 無異。蕁麻疹與紫癍併發，係此類之特狀。成皰者少。至其水腫之輕重，則甚不一；或極重致面脣臉等皆大腫。輕者熱度不高，然至一百二三度（39°—39.5°）者亦有之。

尿或減少，有時呈蛋白性。關節患大抵輕微，然每有大痛，發現時尤甚。病或回歸；或在數年之間如期屢發。

僂麻質斯性紫癍之診斷不難。其有紫癍、蕁麻疹及多數性關節炎者，即係此類無疑。

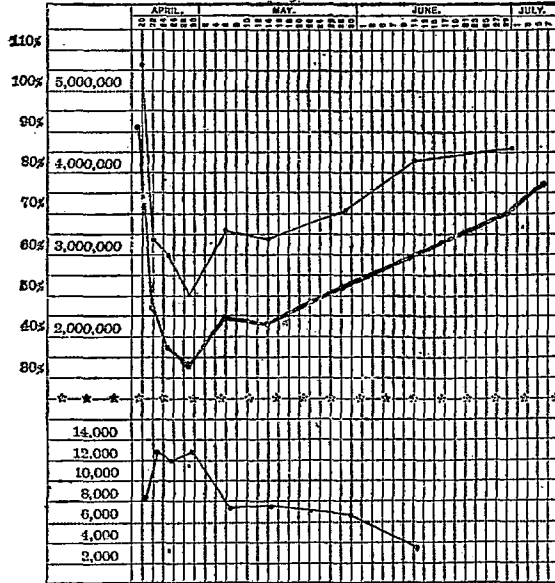
此病有謂原屬僂麻質斯病者。又有謂此為特別之病患者。但皆尚未確定。

此病不危，死者極少。然其咽症狀則有時纏綿難治。惡雍垂部壞死並腐脫者亦嘗見之。

紫癍之內臟損害 無論何種紫癍，或為紅斑，或為蕁麻疹，有時皆可累及內臟。（一）腸胃危狀（克來息）；如痛，嘔，下黑糞及瀉等是。此類常被誤認為闌尾炎及腸套疊；迨施手術時，始知其為腸胃之一定界患急性漿液出血性浸潤。血管神經病性水腫 angio-neurotic edema 亦或顯此狀。小兒或有此克來息至數年之久，始有紫癍或蕁麻疹發出。（二）脾增大；此係此等病案內常有之症狀。（三）蛋白尿及急性腎炎有時亦或繼起，致成極危重之併發病。凡紫癍之兼患克來息者，又名亨諾什氏紫癍 Henoch's purpura。

慢性紫癍 Chronic Purpura. 病人發紫癍數年而無重症狀。有一病人遍體皮膚滿布紫癍經三十三年，其間曾發重鼻衄數次，鼻出血時則紫癍大增。又有一病案，腿上屢發紫癍，兼患皮膚色素大積並增厚，亦經數年。更有一種間發性紫癍，連續間發至二十年之久；有時僅累皮膚，有時則兼累粘膜。

第 十 三 圖



Upper line, red cells; middle line, hemoglobin; lower line, white cells.

THE RAPIDITY WITH WHICH ANEMIA IS PRODUCED IN PURPURA
HÆMORRHAGICA AND THE GRADUAL RECOVERY

出血性紫癍所顯貧血之迅速及其復原之徐漸

出血性紫癍 Purpura Hæmorrhagica. 此係紫癍極重而兼
 粘膜出血者。患者多係年輕虛弱之人，女兒尤多；然壯年康健
 者亦或患之。病起之前數日，先顯虛弱，繼則皮膚發紫癍性點，其
 數速增，且漸增大。終則粘膜出血，而所顯之鼻衄、血尿及咯血
 等患每能致甚重之貧血。且有因失血或血流入大腦而死者。多發
 微熱。輕者十日或十四日即癒，但平均時限則為二月，且有慢性
 類，可經數年。極險惡者或死於二十四小時內。此類以嬰兒患之者
 最多，其特狀為皮膚出血甚速，有時或在粘膜未出血時即死（第十三圖）。

診斷出血性紫癍，切勿誤認為壞血病。苟細察患者平素康健與否，致病時之情景以及有無壞血病之皰腫等，則診斷自易。熱病之惡性類如痘症及麻疹，猩紅熱等則可以病之預兆及熱度較高等為辨別之證。又須認清其特殊之血徵；凡血小板顯然減少，長期出血，且有不收縮之血凝塊，係此類要徵。他類紫癍，則血小板皆如常。至其與血友病鑑別之特點，當詳述於血友病節。紫癍又可與白血病之急性類相混，亦宜留意。

治法 症狀性紫癍當先究病原而後施治，宜增益其力，治其血病。服補藥，食滋養物品，吸清氣，皆屬要項。病人當臥床休息。小兒之單純性紫癍，或病之兼患關節輕病者，宜服砒之足劑量。小劑無益。柳酸鈉可以治佝僂質性紫癍。出血性類可用芳硫酸，一至二克，每日服三次。松節油尤善，每次宜服十至十五滴（1 cc），日服三四次。服鈣鹽如乳酸鈣，每劑須十五厘 calc. lactas 1 gm，每日三四次，連服數日。口、鼻等出血，宜敷腎上腺素溶液 adrenalin solution，常奏效。沉重者，其治法與血友病治法相同。肌內注射枸橼酸鈉血二十至四十託，為最有效之方法。

新生兒之出血病 HEMORRHAGIC DISEASES OF THE NEW-BORN

新生兒出血性梅毒 Syphilis Hemorrhagica Neonatorum.

嬰兒新產時，或康健無病，或有出血之徵。數日後皮有廣布之血外滲，粘膜面及臍亦俱出血。或且有沉重之黃疸。苟驗此等死屍，其內臟之外滲血甚多，肝及他器官之梅毒性改變亦甚廣布。

流行性血紅素尿 Epidemic Hemoglobinuria (Winckel's disease).

新生兒之血紅素尿有時流行於產科醫院，其病極危，大概起於出生後第四日。嬰兒發黃疸，且有腸胃症狀，每發發熱，呼吸速，

而皮有時發紺。尿含蛋白素及一種血色質(定羧血紅素 methemoglobin)。此病與單純性新生兒黃疸 simple icterus neonatorum。宜區別,蓋單純性黃疸之尿亦有時含血或血色質也。

新生兒出血病 Morbus Maculosus Neonatorum. 除出生時受傷而內臟出血外,有時皮膚與粘膜亦或出血;醫院中尤常遇之。某氏報告新生兒六千七百名內,患此者四十五。出血僅限於臍者亦有之,遍布全身而無限處者尤多。嬰兒五十名中,腸出血者二十,胃十四,口亦十四,鼻十二,臍十八,僅限於臍者僅三人。大約在出生後七日內起者為常在二三星期後起者則少。計五十名中,死者三十一,瘵者十九。病期甚速,大抵經一日至七日而死。常發熱。至其病性則今尙未知。剖屍檢驗,亦無病徵。然據其遍布全身而不限於一處,病期一定,常發熱,在產科醫院中較多等情節而論,則其來源似係傳染性。其出血或兼有極重之血性黃疸。凡新生嬰兒之腸胃出血,不盡屬此類。蓋新生兒有時食管胃及十二指腸等處生潰瘍。且有因哺乳時吮其母之血而復嘔出者。

治法 當用鹽液輸入法或血輸移法。

(五) 血友病即易出血性病

HEMOPHILIA

定義 此係造血栓性物缺乏而致患者病益劇烈,且屢屢出血之一種症候。此種缺點係由遺傳而得,受傳者屬男性,而傳之者僅為女子。

分配 此病大多數發見於德國,瑞士及美國

男女 僅男子患之。

遺傳 女子雖無此種不正當出血之趨向,然能為傳遞人,將此趨向傳之於其子

病之發生 近今醫界之研究，謂血似與尋常無異。而血之凝固遲緩，遲至三十分鐘甚或四十分鐘及凝塊形成之不完全，係此病之欠缺狀。與出血性紫癍相較，血小板如常。其重要缺點係產生相當之凝血酶 thrombin 之先天性弱點。而由此原動力致血絲母（纖維狀蛋白母）fibrinogen 變為血絲。故某氏特認病為激凝血酶（催凝酶）thrombokinase 之缺乏所致。是病可謂為形成作用缺乏病，有強度之遺傳性。其缺乏係相對的而非絕對的，且係器官外之凝血機能缺乏，而非器官內有所缺乏，蓋因鈣鹽缺少而致。然尚有一不易解說之問題，則係當患此病者出血時，傷口已凝血塊而出血仍不止也。故或又謂此種血所需之激凝血酶須較尋常血為多，始能速凝。譬如一傷口，血凝必在此酶聚集最多之處（如傷口之邊是）；然此血之凝塊每能阻礙組織內激凝血酶之再至，於是原血塊內輸出之凝血酶乃不足使傷口中心之血凝結，而出血遂不止。

症狀 主要之症狀有三點。即男子有易出血之遺傳性趨向是也。例如一微傷，常人受之，一無所患；而有此遺傳性趨向者受之，則血流滲溢，或自止，或至死不止。此等出血，或在體內，或在體外，或流入關節，不定。多數因受外傷而起，然自起者亦時有之。至於此易出血之趨向，患之者必兒時先有之；至壯年，逐漸減輕，逐漸消滅。拔齒係致出血之常因。鼻出血極多。患此病之三百三十四人中，鼻衄佔最多數，口出血者四十三，胃十五，腸三十六，輸尿管十六，肺十七，此外則有舌，指尖，淚乳頭，眼瞼，外耳，陰戶，臍，陰囊等處出血者各數人。小手術如包皮環截術，有時或致出血而死。

關節內及關節周圍出血常見。此類之中，膝關節受患者佔最多數。有時或誤認為結核。

婚嫁關係 凡有血友病性之家族之女子不宜出嫁，既嫁則不宜生產。男子則可自由婚娶而無妨碍。

診斷 凡診斷此病，務宜察其是否有遺傳性。無論小兒或成人，如僅一處出血不止，不可即視爲此病。必須其人自幼有明顯之易出血性（或自起或因受傷），且非暫時而係恒久者，始得斷爲此病。若兼關節病，則尤確。一處出血而他處則否者，如多年屢患鼻出血，或一腎屢出血等，皆非此病。佝僂質斯性紫癍之兼關節腫者與此病甚相似。此外則一家或有數人患之，至與各種紫癍之辨別，則甚明簡。

診斷此病與出血性紫癍之不同，其要點如下：（一）在血友病，皮受針刺而致出血者極少見，但在紫癍，則常致出血；（二）在血友病，血小板每爲常度，但在紫癍則常大減；（三）在血友病，血之凝固時間每延長（有時則否，在間歇期內或如常度），但紫癍則每屬常度，或僅微有變動；（四）在血友病，出血時間不延長，但紫癍則有甚昭著之延長；（五）血友病血塊之收縮如常，但紫癍則不然；（六）血友病用壓脈器於上臂無效果，但紫癍則能致前臂成瘀點。至於遺傳，則須知紫癍亦有遺傳性紫癍，且有發生於血友病性家族者。

豫後 初次出血而死者甚少。年愈輕，則病之結局愈危。但未滿一歲而死者，罕見。患此病之一百五十二男兒中，未滿七歲而死者八十一。凡患此病者，苟存活愈久，則其易出血性趨向之消滅愈有希望。然纏綿終身者亦或有之。

治法 合理的治法係注射血清或行血輸移法 transfusion 亦補血中缺乏之原質。最有效之法係用每劑二十至四十西西之新鮮人血或枸橼酸鈉人血 citrated human blood 行皮下注射或肌內注射。用獸類如馬或兔等之鮮血行靜脈注射，亦有效，其劑量爲十至二十西西，或與人血之劑量同。遇必要時，每隔

十二小時可復行注射，用新鮮之抗白喉毒血清亦或見功。凡遇頑梗難愈之出血及劇烈之貧血，則須行血輸移法，其量為五百至七百西西；但輸血人 donor 之血必須加以試驗，而證明其對於受血人 recipient 無溶血球性 hemolytic。對於表面之出血，可用壓法兼敷劑，如無菌之動物膠(百分之二)，腎上腺素(千分之一)，可卡印(百分之五)溶液；或用鮮血或血清。血或血清可以注射入傷口(即出血之處)或其周圍，頗效。此外則直接烙術或人血或胸腺膏劑亦可試用，以助血之凝塊。凡患血友病者，不宜受外科手術。有血友病性之家族之男子宜格外注意於預防受傷，且須禁止用力及過於活動之運動如足球，手球，競走，賽馬，馬球，棒球等等。

(六) 紅血病 (赤血球增多病)

ERYTHREMIA (*Vaquez' Disease, Osler's Disease, Polycythemia vera*)

定義 此係一羣複合症狀，其特狀為皮色發紺，赤血球增多及脾增大。或者此非一種明定之特種病，乃係一種併合症狀，而其病原及病理皆複雜。就他方面言，則此病又係隨許多原因而起之一種繼發性情狀，而其兼肺性動脈硬化者，則其所致之變更經醫界認為係屬補償性改變。

病理 余等知赤血球增多每為人居高地或患先天性心病之血壅滯及肺氣腫等之一種繼發情狀。人居高地時所顯之赤血球增多，所以補償空氣中之氧之不足，而其骨髓內並發生增加之活動情況(猶言骨髓亦多生赤血球)。至於確實之紅血病，其骨髓亦有此種增加之活動。其有核赤血球性(又名成赤血球細胞)及成白血球細胞性組織 erythroblastic and leucoblastic tissues 皆顯增生性過長 hyperplasia。更有甚多之成髓細胞 myeloblasts。血量之增加及其粘稠性 viscosity 能致血管擴張及

動脈硬化，脾增大係血形成增加及毀壞之結果。在兼肺動脈硬化之病人，右心顯然肥大。

症狀 重要症狀有三：即病者外容改變，脾增大，赤血球增多是也。淺血管，毛細管，靜脈等皆充滿，故皮膚常充血。熱天作土紅色，冷天則發紺。面充血或極甚而延及結合膜，冷天面及手等發紺之狀重甚。司血管舒縮之功用常變異，例如垂手則手充血，舉手則立即變為貧血是也。

脾常增大，然較白血病所現者則小。至於增大之輕重，則隨時不同。脾大而堅，且不通。

血之量大增，赤血球與血漿之比率較高，赤血球增多之量，每血一立方耗有血球七至十二兆，甚或十三兆 (7,000,000, 12,000,000 to 13,000,000 per cmm) 之多。赤血球之形狀大概如常；有核赤血球亦時有之，血紅素則增至百分之一百三十，甚或一百六十，然血色指數則較低。白血球畧增多，而或兼單核細胞之百分比增高；或畧有髓細胞若干。血之比重常高。

他種症狀則以無力工作，頭痛，面赤及眩暈等數者為最常見。大便秘結及蛋白素尿亦常有。血壓高；血間或流入皮膚，或由粘膜而出。又患此病者有時屢發水腹，或因脾大所致。

診斷 以上所述三種重要症狀，已足與先天性心病，肺氣腫及中煤膠藥(如安替派林)毒之發紺辨別。赤血球增多症有時伴脾之結核而起，然甚少。

豫後 此病雖不易療治，然患之數年，或竟於身體之壯健無碍。心力耗竭，出血及屢發水腹等係致死之常途。

治法 如顯頭覺漲及頭暈，則剖靜脈放血有益。若皮色發紺甚重，則可試吸氧氣。服瀉鹽及節制飲食，並多食含鐵質之食品，甚效。據余等之經驗而論，X光線治法竟無效。脾截除術不宜用。

(七)腸性發紺(定氮血紅素血即變性血色蛋白血
及硫血紅素血即硫血色蛋白血)

ENTEROGENOUS CYANOSIS (*Methemoglobinemia and Sulphemoglobinemia*)

定義 此係因血紅素(血色蛋白)之成分變異而起之一種永久發紺。

原因 數種藥品能使血紅素變異,醫界早知之。中氫酸鉀毒,則致定氮血紅素血 methemoglobin, 且常兼活潑之血球溶解 hemolysis。單氮化炭,硫化氫以及煤膠藥 coal-tar drugs 如阿西坦尼利,斐那昔汀,索弗拿,台俄那等皆能致慢性發紺。此外則另有數種慢性發紺,伴腸病而起,故名腸性發紺。此則又分兩類:(一)伴發定氮血紅素血;(二)伴有硫血紅素血。若遇可疑之病,且無心肺病徵,宜用分光鏡檢血,則是否此類發紺及究係上述兩類血紅素之第一類抑第二類,皆可立即辨明。

定氮血紅素血又名變性血色蛋白血 Methemoglobinemia. 病人有曾患慢性腹瀉者;其內二人兼患寄生蟲。有一人患指頭變大,而無可由認識之病原。另一病人之血內,有一種大腸微生物,特又名之為細菌性發紺 microbial cyanosis.

硫血紅素血又名硫血色蛋白血 Sulphemoglobinemia. 病者之外容大概相同;似有重病,甚或如將死者然。而病人反自覺無恙,亦無氣急之狀。所有症狀係發紺,便秘,無力及頭痛。病人涎內或有一種硝化桿菌。有數病人兼患腸病;或以為此係硫化氫所致一種慢性中毒,其毒大概由腸吸收入血。治法當治其傳染之窠局,口中尤為重要;且病人宜常下瀉藥。飲食宜節制,以牛乳為合宜。

第十篇 循環系統病

DISEASES OF THE CIRCULATORY SYSTEM

(甲)心包病 DISEASES OF THE PERICARDIUM

(一)心包炎

PERICARDITIS

心包炎係傳染性病演所致，或屬原發性，或屬繼發性，或因鄰近器官之炎蔓延而起。

原因 原發性心包炎 卽所謂特發類，不多見；惟小兒時患之，而無佝僂質斯性或任何局部病，全身病等之症狀。然亦有屬結核性及肺炎球菌所致者。

因受傷而成之心包炎每直接與傷口有關係，而常屬外科療治。受傷有時在體內，因異物如針、刺、骨等由食管穿過者是，此則牛馬患之者極多。

繼發性心包炎 分六類：（一）與佝僂質斯性熱有關係者；此類最多。（二）因染膿毒而起，亦多；如急性骨壞死及產褥熱所致者是。（三）因結核病而起。此則或爲原發性，或與他漿液囊同受累，或兼廣布之肺病。（四）因熱病而起。繼猩紅熱者較多。繼麻疹、痘症、腸熱及白喉等病者則少。此外更有繼肺炎而起者。此則以雙肺炎爲最多；如係一肺炎，則每係右肺。（五）終期性心包炎 Terminal pericarditis。凡痛風、慢性腎炎、動脈硬化壞血病、糖尿病以及各種慢性病，每有潛伏之心包

炎；診斷時常易失察。(六)蔓延而成者。此則在小兒及嗜酒者之肺炎最易兼患之。單純性胸膜炎兼此病者甚少。潰瘍性心內膜炎，膿性心肌炎及主動脈之動脈瘤節病亦間或蔓延成心包炎。更有因縱隔障淋巴腺，肋骨，胸骨，椎骨及腹內臟等處之病而延成者。

急性心包炎之主要細菌類為尋常膿球菌，肺炎球菌及結核桿菌。

此病無年齡之異，老幼皆有患之者。且有在胎內患之者。新生兒或因膿毒染臍而蔓延成此病。兒時患此，多因佝僂質期及猩紅熱而起；中年以後則多與結核，慢性腎炎及痛風有關係。患者大概男多於女。

急性血絲性心包炎 又名乾性或漿液血絲性心包炎

ACUTE FIBRINOUS PERICARDITIS (*Dry or Eero-fibrinous Pericarditis*)

此係最常見而不兇惡之心包炎。其特異處係滲出物少而在心包之面成一薄層，且或限於局部或普遍。最輕者膜粗而不光，因其上有血絲薄層也。用小刀將此層揭起，則見漿膜充血或成瘀斑。迨此血絲層漸增厚，加以心之搏動，有時遂或成紋，或作蜂房形。滲出物亦增多，血絲作長條而心形作似生毛狀。

輕者心包下心肌如常，纏綿久而重者則有心肌炎，其肌色淺而濁。此種急性病多屬結核性。僅從表面診視，或易於失察。

血絲網中常微有液，然血絲層極厚者亦未必定多漿液性滲出液。

症狀 單純之心包炎多無症狀。苟非有意察驗，多無可注意之徵兆。是故失察者甚多。

痛狀無定，大概不重，且受按亦不痛。初起時痛或較重，痛處每在心前部或胸骨劍突部。至於非常痛苦如心絞痛者，顧亦或有之。常有發熱，但其發熱與致此心包炎之原發性病及心包炎之關係孰輕孰重，則不易知。溫度大概不高，罕有過一百零二·五度（三九）者。惟繼發麻質斯性病而起者，則發熱或高甚。

物理徵 望診時無特徵。捫診時，或覺有顫動，蓋係心包粗面相擦所致。此顫動在右心室上尤顯，然有時聽之，摩擦聲雖響，而亦無顫動可捫覺。聽診時，心包兩面相擦所致之擦聲係一種最明顯之物理徵。其聲為雙響，一關於心縮，一關於心舒，惟心聲與此摩擦聲雖同時發顯而久暫不同；一往一來之擦聲常較心聲久。僅顯單聲者極少；有時或顯三響如走馬之蹄聲，兩聲先起，一聲隨之。此等擦聲皆帶摩擦的音調；一經認辨，即可知其殊性；與心內之各種雜音迥不相同。然有時其聲不似相擦而似相擠。凡此摩擦聲，每似甚淺，極近於耳。用聽診筒壓之，則聲益大，右心室部最明顯。所謂右心室部者，即心與胸前相緊貼之處，亦即第四五兩肋骨間隙及胸骨相近處也。有時心底心尖兩處，其聲或較響。有時其聲或以極窄之界為限，或傳至胸骨之上下。然所傳之方向不如心內雜音之有定。要知此聲之位置及其情狀變化極多；有時一次診察聞之，而再察則無。有時滲出物所成之薄層雖極薄至幾不可見，亦顯此聲；而滲出物較厚者反無之。更有因肺炎而起者，其擦聲或竟被極響之枝氣管雜音所掩蔽。

診斷 乾性心包炎之診斷易，蓋其摩擦聲甚明特也。主動脈瓣閉鎖不全之雙雜音有時與心包相擦之來復二聲相似。但主動脈門雜音情狀之恒久不變，所傳之方向，動脈之現象，血壓之記錄，以及相伴而起之病情皆足為辨別之證據，而免錯誤。

病程及結局 單純性血絲性心包炎或無致命之虞，然非隨沉重之病而起，故醫界有細察其各期進行之機會。大多數炎漸退而血絲薄層漸變為結締織，將心包兩層粘固。凡血絲層極薄者，或消去而不留粘連。更有其炎加重而所滲益多，由乾性心包炎而變為滲液性心包炎者。此外則另有一部分單純成膜性心包炎病案或漸變為慢性，致心包之壁層及心層皆增至極厚。

滲液性心包炎 PERICARDITIS WITH EFFUSION

此則常為乾性心包炎之後發病，有時或名為乾炎之第二期。伴癱瘓質斯性熱，結核或敗血病而起者最多。病發時常顯心前部痛，微熱，或怕冷等與乾炎相同之症狀。小兒患之者，初起時或無心之局部症狀；經一二星期之後，漸羸弱，微熱，呼吸短促，面色漸青白，而醫者始察出極重之心包滲液症狀，致大詫異。如此之潛伏性類，常屬結核性。此外更有一種潛伏之暫時滲液性心包炎，病期常短，滲出液不甚多，亦不作痛。

病理解剖 滲出液或為漿液血絲性，或為血，或為膿。少則二三百筭，多則二立。漿液血絲性類其心包膜有厚而似乳皮之血絲層遮蓋。此血絲層或有紋，或作蜂房形，或有長絨毛狀物伸出表面。心包之壁層或厚至數耗而成堅實如皮之膜。滲血者每與結核性心包炎或瘡性心包炎及年老心包炎有關係。血絲較少，心包兩面俱充血而顯瘀血。心包底每沉澱厚血絲塊。然其滲液多係漿液膿性 sero-purulent，其液稀而濁，內含毛狀血絲。

心包膜兩層皆厚甚，而有血絲遮蓋。若所滲純為膿，則包面作微灰白色，且粗而顯粒形。有時包心之層有蝕爛處。此類之心肌每受累，大小不一。切視之，組織色之淡而濁，且變為

脂肪或成粒狀者有二三耗之深。患者多兼心內膜炎，然其炎非由心包延過心壁所致。

症狀 有時滲液雖多，而病初起及病進步之際，俱屬隱性。故病之真相往往不及察覺。或如單純性心包炎而顯痛狀。其痛或尖利如受刺；或遲鈍，心部僅覺苦楚不舒。滲液性炎之痛狀較乾性炎為多。若壓胸骨尾，則痛加重。呼吸困難係常見之重要症狀，蓋能使醫者知係重病而細驗心肺也。患者煩燥不寧，臥必左側，當滲液增多時，則坐而不臥。呼吸困難時容色每暗黑而有心慌之狀。脈搏速而細，或亂，吸氣時脈搏極弱或無之 *pulsus paradoxus*。此等症狀大抵因心包內滲液之壓力阻碍心之動作故也。他種受壓之狀係頸靜脈擴張，難嚥及氣管受壓而咳嗽。無發音能(失音)者亦不少；此係繞主動脈之喉返神經被壓或被惹所致。若滲液盛，則心包佔胸左側前旁部之一大部分，致易誤認為胸膜炎。有時雖滲液不甚盛，左肺亦多少受壓，此係致呼吸困難之一因。

病勢較重者，則坐臥極不安，不寐，迨後期則有呢喃性譫妄及昏迷等狀。譫妄及明顯之大腦症狀每隨¹ 癱瘓質斯性病之高熱發顯，且除譫妄外或有奇特之精神症狀。病者或精神憂鬱而有自殺之觀念。更有似震戰性譫妄者。此等病人多數可以治療。此外則有患舞踏病(肌跳)者。驚厥者甚少，惟施放液刺術時曾有之。

物理徵 ² 驗。苟係小兒，則心前部凸出；如滲液多，則胸左側之前旁部增大。有時第三及第四肋間隙或有浪動可察見，或無之。肋間隙稍凸，胸壁或水腫。腹上部較凸。滲出液由肋間穿破而外出者極少。因肺受壓之故，胸左側之舒張度大減。縱隔障及肝左葉或被液推下，致腹上部或凸出。

扪診 心之衝動漸減，終則全失；此係進行性滲液最要之狀。心尖所觸之部位無一定。若液大，則不能扪覺。小兒當液積時，第四肋間隙心尖搏動最顯，惟此或非心尖自身亦未可知。液漸多，則心包之擦動漸減，惟有時心底之擦動仍可扪覺，而其在右心室者則消去；或立時可扪覺而躺時則否。波動之可按着者則少甚。叩診時，每能察出最要之狀。心包漸膨脹，致推開肺緣，於是心包之一大部分與胸壁相貼，而叩診時之暗響處遂大增。此暗響界之形如歐洲梨；寬面向下，而尖處上向胸骨柄。右側第五肋間隙之叩響暗亦係一要狀。有時左側肩胛骨下角處或顯暗響一區，兼有枝氣管聲。滲液大者，左側腋窩之叩響每減少。

聽診 病初起際所聞摩擦之聲迨滲液大則消去，惟心底及心尖兩處則或恒有之。又有立時可聞而臥時則否者。滲液消，則復有擦聲。而最要之狀係心聲漸弱，迨液增多時心聲或竟不易聽明。心動作常增而節律亂。有時或有心內膜收縮性雜音。肺動脈門第二聲或自早期恒久增大，惟不多見。

液多者尚有左肺受壓所致之各要狀。肺下葉前旁之緣或被推開，或受壓，故叩腋部之與乳頭線齊處有不甚響之鼓響，惟此響處因病者坐立之姿勢而異。聽之，則呼吸之聲或弱，或似管聲。肝之左葉或被推下。

病程 滲液之速率極無定。當聽得心包擦聲之際，須用阿尼林筆或硝酸銀先畫心暗響上方及旁面兩界，次畫心尖衝動之部位，再次則記心聲之大小。大多數滲液少，不出四十八小時已臻其極，繼則漸消。其餘則液積較緩而有進行性，漸增至數星期之久。此則醫界以慢性名之。可奇者，所滲漿液血絲性液有時被吸收甚速，有時膿液亦或被吸收而心內含鈣化中之各式牢固體灰白色物。苟所滲漿液血絲性液不甚多，多

可痊癒；然不免心包兩層相合。染膿毒者，有時或因膿之形成甚急，三四日即死。至於滲液過多而死者，大概須經二三期，蓋因漸衰弱故也。

豫後 患漿液血絲性滲出者不危險。因僕麻質斯性病而起者亦多數可癒。滲膿者則較險；染膿毒者常死。屬結核性之遲而潛伏者極難癒。

診斷 此病最易失察。據剖屍檢驗而論，病人未死時不知其係心包炎者甚多。凡病人之患僕麻質斯性熱者，須逐日詳細注意其心，則診斷自較易；惟初診時症候已成而心前暗響處增廣者，則其自否有滲出液，甚不易知。心擴張及心包滲液之區別常難。各書所載之辨別法，言之不難，而實驗之則極難，病人身肥者更難。茲將應注意之各要點列左：

(甲) 心尖衝動之顯狀，凡患心擴張者每明顯可見，且似浪；病人之胸廓瘦薄者尤然。

(乙) 心擴張者其心聲之抖較易捫覺。

(丙) 心擴張者暗響處之界線有作如梨狀之三角形者；除二尖瓣狹窄者外，其暗響處在胸骨左緣者不似滲液者之高，在第五六肋間隙者不似其低，否則其衝動不致既不可見又不可捫也。若暗響之上界依人之姿勢而變者，則為滲液性心包炎無疑。

(丁) 心擴張者，心聲較響，或作胎心聲；作跑馬節律者亦多；滲液者則不然，其聲遠而隱。

(戊) 心擴張者，肺鮮受壓而致腋部作鼓響或肩胛下角作暗響。

(己) 用X光線照驗，則患滲液者所顯之影或甚明瞭，與心擴張及心肥大者絕不相同。

心包滲液多至一立半或二立者，有時與胸膜滲液易相混。肩胛骨下部之不甚響之鼓聲，無位置變移之暗響以及有弱而隱之心聲等三者皆足為指明心包滲液之證。若逐日診察，罕有難辨者；惟左胸前旁有暗響增闊處而無心包來回之雙擦聲者則每不易辨認。有時誤認為胸膜成囊者之滲液。此外則肺炎之滲液大者亦不易辨認。蓋其滲液較所顯之徵狀為大，而近處之肺及胸膜受累每易混淆診斷者之目的也。

所滲出之液之性質非用空針吸出，必難斷定；然據原發病之種類及病者全身之情況而下斷定，亦可有把握。因僕麻質斯性病而起者，其液大概係漿液血絲性；染膿毒及結核者，自初起即常為膿；屬年老、腎炎及結核者，其滲液或為出血性。

治法 病者之精神及身體二方面，均宜加意靜養，俾其心動作得減至極低之度。用烏頭或狄吉他利（毛地黃）等藥以安心動作者，似難有效。若病者身體壯健，可用杯術或置水蛭於心前部吸出其血，此法對於胸膜肺炎蔓延而成之滲液尤效。用冰袋亦甚效。宜將冰袋置諸心前部，初每次一小時，繼則暫加久，終則連續勿間；此法足鬆緩心動作而阻滲液。當病之早期，不必用起飽藥。嗎啡宜於痛時或病人非常苦楚時用之。

當見滲出液時，可設法使之自行吸收；在心前部敷起飽藥或可使之速消。瀉藥及碘化鉀不甚有益。食物宜用清淡並質乾而有滋養力者。

當滲液而顯阻碍心功之狀時，如呼吸困難，脈小而急，容色暗黑而有憂慮狀者，宜施抽出液刺術或割心包術。滲漿液血絲性液者，用抽出法即可望治癒；若係膿液，則宜割心包而盡排其液。宜刺之處則在左乳頭線之內側第四第五之肋間隙。液多者其針宜向上後而插入左肋劍突角近肋緣處。直言之，抽術之效果每不甚如意，苟早用手術，不用抽出術而用割心包

術並盡排膿液，則瘰者當較多。有時宜連續抽液數次。曾見一患結核性心包滲液者，抽液三次後即全瘰；歷三年之久，並未復發。

慢性粘連性心包炎 (心包粘連)

CHRONIC ADHESIVE PERICARDITIS (*Adherent pericardium*)

此病分兩類：(甲)心包壁臟兩層粘連。此係心包炎最尋常之後發病。依剖屍檢驗而論，多係偶然覺察。此患不一定阻碍心之官能；心多數不擴張，亦不肥大。

(乙)心包粘連兼慢性縱隔障炎而心包外層與胸膜及胸壁相合。此為一種最重之心病，幼年患之者尤甚；或延成極重之心肥大及心擴張。有時腹膜受累，而兼肝周圍炎、肝硬化及水腹(即匹克氏病 Pick's disease)。

症狀 粘連性心包炎之症狀與心肥大及心擴張相同，後則顯心力缺乏之狀。大概可分三類：(一)無症狀之輕類，此為一小類；(二)有心病之各狀，此佔此種病案之大多數；(三)顯肝性症狀之另一小類。第三類因有肝病之狀，常誤認為肝硬變，顯再發之水腹及慢性腹膜炎，而兼肝被膜大增厚，致肝收縮。

診斷 **望診** 要狀多可於此際察見。(甲)心前部凸；或胸之兩旁因心增大甚而不齊。(乙)心搏動處增大，或可自第三至第六肋間隙察見；病之重者，則自胸骨右旁線至左乳頭外皆顯之。(丙)心搏動之狀如浪；心縮時，心尖部之胸壁縮凹。(丁)縱隔障之現象。若縱隔障與心之粘連過廣，則每一心搏動，即有明顯之縮凹，而此縮凹或由縱隔障而牽動與縱隔障相接之胸壁，故可由外察見。該凹處在胸骨左旁線第七八兩肋間隙，或左側後第十一十二兩肋間隙尤易察見。此係一最普通最緊要之徵，惟胸瘦兼心肥大極甚而無心包病者或亦有此

徵不可不注意。此外則因心與中心腱相連之故吸氣時其腱不下，故腹上部無動可見。

視診。 心尖衝動處有定即使病人向左側臥，此處之位置亦不移動。心室舒時，以手扪心部，覺有舒張性抖（顫）。有謂此係一確實之徵者。

叩診。 心之暗響處每甚增大。大多數因心與胸膜粘連，故在上及左之暗響界或有定，而深吸時亦不更變。

聽診。 其現狀變易無恒。小兒之有佝僂質斯病來歷者，每先有心內膜炎。即使無慢性心內膜炎，苟心臟張至一定度，則有心動脈門不全閉之雜音；不獨在二尖瓣處可聽得此音，且或顯於三尖瓣及肺動脈門等處。又心包粘連或且兼有收縮性前雜音。有時心包兩層有數處有堅固之血絲帶相連，長五至七耗，闊三至五耗。

治法 在治療心肌而特重其炎。李老耳氏手術，即舒心術 Brauer's operation; Cardiolysis, 時或有效。其法係割去左旁第四五六諸肋骨四五纏及其軟骨二纏，俾心動作不受阻。此於一部分病案係可用之治法；例如小兒患心竇大，動作過度而亂，且兼胸部甚凸者，宜用之。

(二) 心包之他項病患

OTHER AFFECTIONS OF THE PERICARDIUM

(一) **心包積水液** Hydropericardium. 據剖屍檢驗之證，心包囊內積清而作枸橼色之液數耗。因心或腎病所致之全身水腫或致心包積滲出液極多，而碍心肺之功用，苟胸腔同時積液則尤然。猩紅熱之不兼他處水腫狀者，不常致心包水腫。此病多失於覺察。所積之液有時如乳，但甚少。此即所謂心包積乳糜 Chylopericardium 者是也。

(二) **心包積血** Hemopericardium. 凡主動脈首段, 心壁, 養心動脈等處有動脈瘤或心破裂或受創傷者, 皆能成此病。除心受壓而猝衰者外, 大多數不及發顯症狀而病者已死。惟心破裂所致者, 或能存活數小時或數日; 所顯症狀係心力漸衰, 呼吸困難及滲液之體徵。心包炎之因結核, 癌, 腎炎及老年所致者, 其發炎之滲出物常有血跡。

(三) **心包積氣** Pneumopericardium. 此病極少。有由氣桿菌所致者。然因心包穿破, 如因食管穿破或因由外面刺傷者較多。此病之物理徵甚殊特。心之尋常實響變為鼓響。聽之, 則有潑水漱水及搖水之聲。某氏所集患者三十八人, 其二十六人終致命。

(四) **石灰化心包** Calcified Pericardium. 此病多繼心包炎而起, 而以化膿性及結核性兩類心包炎所致者為最多; 間或由石灰化之心瓣蔓延而成。或全心包皆受累, 或僅一部分。每無心之症狀。曾有一人患此, 誤認為心包粘連。此病之發起, 常潛伏而不可辨認。

(乙) 心病 DISEASES OF THE HEART

(一) 症狀的及機械的紊亂

SYMPTOMATIC AND MECHANICAL DISORDERS

(一) 症狀的紊亂 SYMPTOMATIC DISORDERS

緒言 有數種紊亂之關於心臟者, 不能名之曰病, 謂為併合症狀 symptom-complex or syndrome, 似乎較為適合。此等症狀之發顯, 或並無何種機質性心病 organic cardiac disease 之徵狀, 但多致病者感受甚劇之困苦。而此等症狀又無法彙集為一有

系統之羣；有時僅為若干病人自覺的感覺（主觀的感覺），其他則又兼有他覺的現狀（客觀的現狀）。但所須注意者，既有主觀的紊亂，則大抵有所以致之之原因，此不可不盡力檢查者也。例如神經系統及內分泌之受擾，未曾認識之心肌病，以及毒質之乖效等，係特別重要原因。

（一）自覺心動 Heart Consciousness. 凡人在康健之際，皆不自覺其心之動作。故自覺其心之搏動，雖其搏動毫不紊亂，亦多係虛弱或過勞之狀。此種心自覺，或在躺臥時最明顯。大抵係神經性疲勞、體虛或貧血所致。亦有與機質病同顯者。

（二）心臟疼痛 Cardiac Pain. 此痛或覺在心前區之全部或局部，而其最常波及之處則為心尖或其周圍。其痛區與脊髓第八頸節至第四背節之分布處相符合。此心痛與所謂主動脈痛 aortic pain 者，必須分別清楚，主動脈痛係急性及慢性主動脈炎、數種心絞痛及動脈瘤所致，而其痛處常在胸骨上部，或運至臂。最重要之事項係使病者說明痛處之確切部位。而過勞、助情感、恐懼以及刺激等勢力之能致其發作，亦皆係重要之點。凡心痛之纏綿者，原因甚多，大概如下：（一）心肌炎，其痛有時係一種壓痛；（二）心擴張；（三）心包炎；（四）心瓣病，尤以主動脈瓣為然；（五）毒性勢力，尤以煙毒為然；（六）所謂勞力性合併症狀 effort syndrome 所顯；（七）心絞痛之數類；（八）隨胃之消化不良而顯，尤以膨脹為然；（九）無心病徵狀可以察見之一大羣，此則每稱為心性神經官能病 cardiac neurosis（實際此名稱之意義並不足以為標準）。第九類常為女子所患，尤以經絕之際為然，而在所謂神經薄弱 neurotic 之人，其所顯更為顯著。此種心痛之常見者有兩類：（一）鈍而輕重不等之連續痛；（二）短暫而尖銳之刺痛。多數可以察見其明定之感覺受擾，常在近心尖處。

從前常用之假心絞痛 Pseudo-angina pectoris 一名詞,在今日之醫學名詞中應即取消;蓋其意義既未確定,而用法亦過濫也。有認為與血管舒縮性心絞痛 vaso-motor angina pectoris 之意義相同者。此一類病羣包括神經薄弱之人或吸煙過度者所患之諸病。症狀之發作大都與勞力無關係,故或在夜間或在靜歇時發顯;患者女子較多,且無年齡之區別;又不與心或主動脈之可證明的機質病相伴而起。其發作或延續至一小時之久,或且更久。但須注意有時有輕性心絞痛之類。凡如此不確定之類,不如視為輕性心絞痛,勿名之曰假心絞痛可也。

診斷 此類之痛,係根據病者之陳述;而測度痛之輕劇,則在醫者之偵察。至於認明致痛之原因,則全恃周密之研究。務必詳細檢查是否有機質性血管病 organic vascular disease;非經確切證實其決無此類病,須常注意及之。對於神經系統,亦須特別注意。凡因他處有病而致之痛,誤認為屬於心臟者,一經詳細檢查,常可辨明。

治法 必以確切之診斷為根據。宜與病者解釋症狀之意義,使免致驚慮。凡關於神經官能病性(神經薄弱)之一羣,須認識其症狀之意義(猶言其症狀所以發顯之理由;蓋既查明因何而發生此症狀或此症狀之所指示則治法即可確定矣),而盡力於療治其致病之原因。溴化物係需用之藥品;應用至全身情狀善良為止。有時用芳緹酒精 spirit. ammon. aromat. 或複方醚酒精 spirit. etheris co., 頗效。

(三)勞力性合併症狀 Effort Syndrome, 神經血循環性衰弱 Neuro-circulatory Asthenia, 紊亂性心動作 Disordered Action of the Heart, 過敏性心, Irritable Heart. 以上各名詞所指之病況實不能認為一種特殊之病,乃係一羣複合之症狀;其主要者為氣促,疲倦及血管舒縮性受擾 vasomotor disturbances 等狀。

此種情況不僅現於軍人，常人亦有之，且亦無男女壯幼之別。患者大抵係體格欠佳而不能任粗重用力之事務者。病理的原因甚多。感染 infection 係一要因，而尤以扁桃體炎，流行性感
冒，病竈性感染 focal infection 癩麻質斯熱等為然；梅毒與此病況之關係不甚大。甲狀腺機能過敏 hyperthyroidism 亦係原因之一，但不多見。中樞神經系統之受擾係一要因。有若干患者，其體格係內臟下垂性類 visceroptotic，長而瘦；因是之故，其兼有心下垂 cardioposis 者頗多。凡用重力或勞力過度，皆非此等人所能任受；故在歐戰時期內，發見此二者係常見之重要病原。

症狀。呼吸困難係最常見之症狀，雖在靜歇時發顯者甚少，但用力則必發，過勞且必增劇，尤以匆忙急遽之動作為然。伴氣促而顯者，為劇烈之疲倦及衰竭，有時且兼震顫 tremor。痛亦係常見者，常在心前區或左肋下部，運動時即增劇。或兼顯心前區觸痛及感覺受擾。又常有心悸顯於用力及情感衝動 excitement 之際。暈厥 syncope 亦非鮮見者。眩暈頗常見，有時顯於轉動身體或用力時。血管舒縮性現象 vasomotor phenomena 頗不少，手足或變青紫，大汗，且有昭著之皮畫痕現象 dermatographia。病者之神經系統極易受擾。脈搏增速：稍用力即易增速，運動後脈搏之復常度甚遲。血壓並無昭著之更變。心臟亦無心肌病之徵狀。但須注意，凡神經過敏之心之情況，有時與二尖瓣狹窄所現者相似，不可不辨明。

治法。不可與病人談一切關於心病之事情。當詳查發生此羣症狀之原因。查出病原後，即須對病施治；例如有感染性病竈，則尤須療治。病者之平生生活狀態須加審察；竭力使全身康健有進步，如使就浴及執行其他衛生法等是。療心病之藥似可不用，但全身強壯劑則可用。

(四)心悸又名心悸動 Palpitation。凡人在無病之際，皆不自覺其心之動作。凡虛弱或過勞之第一指徵，即為自覺其

心之搏動，而此搏動或完全有規則，且有秩序。此等自覺之搏動，非此間所論之心悸（又名心跳或心慌，俗曰撲撲跳）。蓋心悸者，係指自覺之不規則或強迫的心動作 irregular or forcible action 而言也。病者多數顯心之額外收縮 extra-systole 情狀。

原因。患者自覺心跳動係此病之要據；否則即不能名為心悸。心節律之亂極者病人或不自覺；又有自言心跳動極甚，而驗其心則否者。大抵因神經系統易受感激而患心悸者，佔最多數。發身，經絕，行經等時期亦或患之。且為希司忒利亞及神經衰弱者之尋常症狀，而神經衰弱之兼患消化不良者尤然。動情感如受嚇等，係心悸之普通病原。或為急性熱病之後患。患者女多於男。

此外則心跳或因數種物品如煙，咖啡，茶，酒等所激而起。更有因心之機質病如心肌或心瓣病而起者。總言之，心悸之屬神經性者多，兼機質病者少；蓋機質病雖心動或極強而極亂，患者亦不自覺，吾人並不能名之為心悸也。心悸有時與甲狀腺機能過敏同顯。

症狀。最輕之心悸，如當消化不良時所致者，則其心動如鳥之微微振翼，而人自覺虛弱不安。重者心搏動極強而速，心之衝肋可窺見，脈搏猛，遂覺甚苦。然亦有心動不甚速者。神經衰弱之婦女或突聞物墮聲或有人入室，即心大悸不止，脈亦大跳，遂覺甚苦。脈搏有時或增速至每分鐘一百五十或一百六十至。皮色亦或同時發紅。心悸發過後，或下色淡之尿甚多。有許多患心悸者，當其發作時，一經勞動即立癒，青年男子尤然。如有人當脈搏次序大亂時，若速步行百餘步，則其亂即止是也。

檢查其心，每無徵狀。捫診之，心聲之抖或極可摸覺；聽診之，心聲清而帶樂音，如鈴聲，惟無雜音。在心底之第二聲或倍響。神經衰弱或貧血沉重而心動速者，在肺動脈或心尖之處

或有心雜音可聞。心悸或僅暫時，祇歷數分鐘即止，或纏綿至一小時以上。有因用力而其患復作者。有時壯健之少年因勞力過度或精神盪動之際，神經系統受刺激，則所顯之狀或似心之二尖瓣狹窄。且顯心收縮性似顫之抖。聽之，則是否有心收縮前雜音極難辨別。苟注意察驗稍久，則其疑難之處當可辨明。用亞硝酸澱粉基，使二尖瓣狹窄之雜音增加，係一有助於察驗之法。又機質性雜音有時或可因施壓力於眼球而使增加。

診斷。 凡診斷心悸，應盡察致病之各種情狀。神經系統狀態（尤以憂慮類神經官能病 anxiety neuroses 及關於男女性之神經系統受擾等為然），貧血，腸胃受擾，以及甲狀腺之勢力關係等皆須注意，甲狀腺尤要。又在所謂心血管性神經衰弱 phrenocardia (cardiovascular neurasthenia) 者，亦顯心悸，心部痛（或心尖左側痛）及呼吸受擾（其顯狀為時時須作深呼吸）。有時或顯膈痙攣兼心下垂。

結局 不危，然所以致心悸之病原或極難治癒。

治法。 重要之點係使病者之精神安靜，並詳告以此病決無危患。蓋此病與精神多有絕大關係也。若能查出致病之原因，即須切實設法施治。是病在施用藥治前，最好先試用衛生法則。依常例論：適度之體操及運動每有效。起居一切宜有規則；每二十四小時內，至少須有十小時靜臥休養。每晨須用一溫浴；若病者體弱或神經薄弱，則可改為夕浴，繼以乾布力擦全身。熱浴及土耳其浴須禁止。飲食之處理頗重要；酒，茶，咖啡等當禁用。食物宜用易消化品，且每次所食不可過多。能使腸胃充氣之食品宜忌。若病者吸煙，須戒除。男女情慾之衝動最危險，須特別向病者說明，使之避絕。凡心悸之因飲食過度或誤食應禁之物及消化不良而起者，用衛生法則每甚效。

久服鐵劑頗有功效。番木鱘素有特別功效；用法，以番木鱘酒大劑為最相宜，每劑二十滴，每日三劑 (tr. nuc. vom. 1.3 cc)；小劑不效。若心動作急速，可試用烏頭。其兼顯不眠及煩燥不寧者，溴化物每甚效。狄吉他利不常用；僅遇頑梗難治者，則可調番木鱘酒服之。

(二) 心衝動之機械的紊亂

MECHANICAL DISORDERS OF THE HEART-BEAT

正常的動機 Normal Mechanism. 尋常心衝動時房室之收縮由於受竇房結 sino-auricular node 之正當興奮使然。該結位於右心房之壁內近上腔靜脈口處。由結發生有節之收縮浪 (每分鐘七十二次) 藉特殊傳導路經房壁而達室壁，俾得次第收縮。傳導路之起端亦係一結，名房室結 atrioventricular node (田原氏結 node of Tawara)，位於右心房下部之壁內。此結連以房室束 atrio-ventricular bundle (希氏束 bundle of His)，向下分枝至左右心室，復分細枝分布於室肌纖維。興奮至收縮須相當準備之時間，而此間歇時間恒為一定的。試引証 Gaskill 氏之說如下：“心肌纖維具有按節製作一種興奮，接受一種興奮，收縮以響應該興奮，由肌纖維至肌纖維傳遞興奮，並維持心肌緊張力等之能力。”

(甲) 心動率之紊亂 DISTURBANCES OF RATE

(一) 心動過速 Tachycardia (動機如常者)。心動過速有時全係天然生成，故間有正常之心每分鐘搏動百次甚或百餘次者。情感劇烈運動及發熱皆能使心動之速率大增。受驚恐而起之心動過速，甚者須歷數日或數星期始減退。婦女經絕期亦常有此現象。

心動過速有時確因迷走神經或延髓內有所改變而然。蓋嘗見有腫瘤或血凝塊在延髓內或其附近或壓迫迷走神經而並發心動疾速者。此外許多情況皆可發現心動疾速，例如甲狀腺機能過敏，二尖瓣狹窄（纖維性顫動不在內），迷走神經受壓（縱隔障腫瘤等），熱病後虛弱，貧血，藥物之作用（洋崑岩又名蕪茄，甲狀腺膏），神經性紊亂，毒性狀態（烟草）等是。心動過速往往纏綿數月或無定期而大有礙其人之肌力，且病者自覺虛弱，並時或發暈。診斷其原因，實為最要。宜根據原因治療之。

(二) 心動徐緩 Bradycardia. 心動徐緩有時亦屬天然生就，且或為一家族之特性。凡遇徐脈，須診查心衝動之數是否與脈搏相當；此為最要。然不相當者頗多，例如橈骨脈搏僅四十至而心衝動則或有八十，是其衝動浪之達於腕者僅一半耳。故心之收縮（非脈之搏動）尤宜加以注意。

生理的心動徐緩 Physiological Bradycardia. 人生年齡愈增，脈搏之速率愈減。婦人產後之脈率每分鐘為四十四至六十，甚或祇三十四至；小產後亦然；但其所以，今尙未明。有時脈慢或因飢餓而起。至於心動徐緩之屬個人特性者，則極少。

病理的心動徐緩 Pathological Bradycardia. 見之於下列諸種病況：（一）急性熱病後之恢復期內；此極常見，尤以患肺炎，腸熱及白喉等病後為然。而在青年及所患熱病之病程正常者最多見。（二）消化系病如慢性消化不良，胃潰瘍或癌及黃疸等。（三）呼吸系病，此殊不常見，但伴肺氣腫而發者亦復不少。（四）循環系病。瓣膜病致心動徐緩者甚少。惟心臟之脂肪性或纖維性變則多有心動徐緩，但非恒久患之。（五）泌尿器病；腎炎及尿中毒間或現此心慢症狀。（六）毒物之作用，例如尿中毒及鉛、醇、菸草、咖啡、毛地黃等之中毒是也。（七）

體質性疾患如貧血，萎黃病及糖尿病。(八)神經系病例如中風，羊癇病，結核性腦膜炎之一期，大腦腫瘤，延髓疾患及脊髓頸部病與損傷等皆或有遲脈。又全身不全麻痺，躁狂及憂鬱病亦或患之。(九)皮膚及生殖器病，日射病間有顯遲脈者，勞苦耗力過久者亦然。

治法。心動徐緩宜察明其原因而施以相當治療，否則收效甚微。

(乙)心節律及心力之障害

DISTURBANCES OF RHYTHM AND FORCE

(一)竇性心律不齊 Sinus Arrhythmia. 此係竇房結之支配改變所致而迷走神經之勢力為其重要之關鍵。此患常與呼吸有關，於深呼吸時尤然。其速率吸時則加增，呼時則緩慢。在小兒及發身期，患之者頗多，且間或見之於成人。又有為發暈或暈厥之原因者，有時兼有脈搏緩慢及血壓低。節律不齊兼脈搏速率低而無一定規例者時或見之。投毛地黃劑後，患僕麻質斯性心肌炎或肺炎後之心動徐緩者，亦或有此患。心律不齊並非嚴重之事。

診斷。太抵顯而易於診斷。其不齊為全心之搏動而脈搏與心尖衝動則一致。其與呼吸之關係頗可為觀察此患之助。運動發熱及投以阿刀品往往可使無節律之患消除。

治法。無庸治理，運動及操作概不必加以限制。

(二)額外收縮(過早收縮) Extra-systole (Premature Contraction). 心律不齊之常見者為額外收縮所致。欲明乎此，須記憶凡興奮之足以使心收縮者，心臟必於其時盡其所有之能縮性以應之。心肌尚有一第二特性，即其具有一種反拗(或曰反逆)期 refractory phase. 在此期內，尋常不應興奮之感或非遇

極強之刺激則不應之。額外收縮係由於病理的興奮所致，該興奮起於心房或心室，罕有起於二者間之組織者。額外興奮起於心室，致室壁過早收縮；迨下次正常興奮到達時，適值室肌纖維在反拗期內而不克收縮；故此正常興奮（房興奮）歸於無效，直至再下次正常興奮到達心室始有正常之間歇，因是其舒張之時間較長於常度。其變亂節律之時間適等於正常節律之兩個循環。倘病理的興奮起於心房，則房室皆將有過早之收縮而繼之以正常之間歇，其紊亂之時間非等於正常節律之兩個循環，因之基本節律往往為所擾亂。

心臟過早之衝動，其力殊小，或不能衝開主動脈瓣；倘或衝開，其衝力（脈搏）或不克達及桡動脈，即或達及，亦係緊接其前之正常搏動。聽診之，倘主動脈瓣衝開者可聽得有兩聲，否則祇聽得其第一聲。故心聲及脈搏可有多種之變異也。繪圖紀錄法 graphic record 往往必須行使，蓋可藉以辨明過早收縮之由於心房抑或由於心室。倘心有雜音，則額外收縮音或不可聽得或祇聽得甚微。發熱，運動，體勢改變及心動疾速時可使額外收縮暫行消除。

第十四圖



Fig. 14.—PREMATURE CONTRACTIONS OF VENTRICULAR ORIGIN
The grouping of pulse beats shows the manner of production of bigeminal, trigeminal and quadrigeminal pulses.

室原性之過早收縮

顯示發生二搏脈，三搏脈及四搏脈之脈搏衝動之類屬

醫者每日所遇之脈搏不正，大小不等及間歇等等，大多數由於有額外收縮而致，且能致各種併合之脈搏及情狀，惟視額

外搏動之能診得與否爲定耳。此等脈搏之不正不必卽有病理的改變，且心之作用關於維持血循環之常度上或毫無妨害。患者之自覺情況極無一定；有不覺其心臟有額外收縮者。然陳訴症狀者居多，如謂心動間歇後繼之以強大之收縮是也。亦有大爲所苦者。

額外收縮不論年齡大小，身體強弱，皆可患之；然最常見者爲五十歲以上之人。心律不齊可分數類言之。其一，爲終身之患者，既無病狀，心之作用復無缺損，不過節律永不齊耳。此或屬於個人心肌之特性，其有額外收縮正與犬馬者之係屬於生理的相同，蓋此等動物多有此現象也。體虛及神經衰弱者則或有心弱而過敏伴額外收縮而發，且或有煩苦之心悸。其二，由於毒怪物如烟草，茶，咖啡或傳染病之毒素所致。毛地黃或爲其一因。此外亦可因反射誘起額外收縮，如氣脹性消化不良是也。其三，血壓高及變動坐立之姿勢等亦能致額外收縮。其四，心臟之機質性病，特如心肌之病，可使心律紊亂。

過早收縮之關係有時不易言定。多係爲一時的，在幼年時尤然，但不可視爲無足輕重。與其等閒視之而迨後認爲錯誤，毋甯定之爲屬乎病理的變異而直至得其反証之較爲妥適。年已五十歲者，此患或爲重大心肌病之預告。凡因額外收縮而就診者，閱二三年或將復診心房纖維性顫動。

治法。 在診治所發見之他種病況而不在額外收縮之本病。神經過敏之病人可投以溴化物。本患不必令服毛地黃以治之。

(三) **發作性心動過速** Paroxysmal Tachycardia. 此種心動過速係陣發性發作，起止皆極猝然，心動率增至每分鐘一百二百至之間（通常在 110 與 190 之間）。此異常

之興奮來自一種在心房或心室內之新源，而在心房者為多。實為額外收縮之貫連現象。

任何年齡皆可患之，但最常見者為青年成人，且男多於女。患者或有一定之心肌病，然亦有於發作時間不顯若何損害之徵者。其有隱原（心肌），當然不能無疑。努力、情感及消化紊亂等或可使之發作，但亦有不能指明有何原因者。其發作之時限，自數秒鐘以至十日或十日以上無定。

症狀。因發作之久暫及烈度而大有異同。最顯著之狀為驟然發作。在甚短之發作，病者或不覺有何妨礙或訴何苦痛。發作較重者則或感不適及心悸，兼有虛弱、出汗及胃內煩悶等狀。常見胸內有無定所之疼痛，時或兼有感覺紊亂。倘繼以心臟擴張，則有擴張之諸症狀發現。檢查時不見有何大改變，惟心動較速，其全身情況往往佳良。頸部靜脈或有顯著之搏動。心動速率須用聽診法測定之。心聲甚短而尖銳，與胎心聲相似。倘以前有雜音者，至此全消滅。有時見有心體增大，肺臟阻性充血，間或痰內畧帶血跡，皮色發紺，浮腫，肝腫大兼腹部觸痛等現象。

診斷。以前發作之病史及本次發作之情形於診斷上頗關重要。因他種原因所致之心動過速多不難診斷。心動速而喪失補償作用者不應有所惶惑。凡發作性之心動過速，改變體勢時不能變更其心動之速率。倘遇疑難之案可用脈搏寫器診斷之。

豫後佳良，但終有不能確知之意外情形。在發作久兼循環障礙明者，不無多少之危險。發作間介期心臟之狀況及發作時肌力之強弱皆為豫後之要點。至於病者何時脫離發作之苦，殊難於言定。患者有仍享遐齡者；例如某醫曾見一病者年八十七歲，其間時發作心動過速也垂五十年，發時脈搏率多增至每分鐘二百至，得藉飲冰水或濃咖啡以制止之。

治法。發作時病者宜靜養，姿勢以最令舒適者為度。食物須為液體。倘胃內不舒，投以鎮靜劑及鹼性劑有效。心前區敷冰囊，縱不能中止其發作，亦可減輕其症狀。有許多方法可止其發作。例如垂頭於兩膝間，頭朝下懸吊，在頸部壓迫迷走神經，壓迫眼球，振起呼吸之努力，引致嘔吐及緊束托腹帶等是。靜脈注射康毗箭毒子素 (strophanthine gr. $\frac{1}{250}$; 0.00026 gm) 或腎上腺素萬分之一之溶液 (adrenalin m. 10; 0.6 cc), 或甚奏效。抱水氫鹽 chloral hydrate 或嗎啡可用之作催眠藥。其他症狀療法皆不妨實施。當發作之間期，凡一切可誘發之事皆宜迴避，身體宜力求健康，腸胃病宜注意調理。有時束腹帶有益。

第十 五 圖

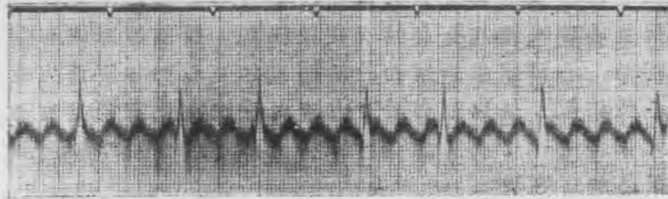


Fig. 15.—ATRIAL OR AURICULAR FLUTTER

The curve shows a series of regular waves due to atrial contractions, interrupted by sharp spikes due to ventricular contractions. The ratio between atrial contractions and ventricular responses varies (2:1, 3:1 and 4:1) and averages 3:1. The slower ventricular rate is caused by a partial heart-block. The atrial rate is 210 per minute; the ventricular responses average 70.

心房撲動

連續有規則之波為房收縮所致，其間峻起之峯為室收縮所致。房縮與室應之比例不一致（二比一，三比一及四比一）而其平均數為三與一之比。室速率所以較慢由於不全心傳導阻滯使然。房率每分鐘為二百一十至，室應每分鐘平均七十至。

(四) 心房撲動 Atrial (Auricular) Flutter. 此種較為罕見之患係有發於心房之新興奮（約發自一單竈局）使之為有節律的衝動，每分鐘二百至三百五十次。此患或不與發作性心

動過速區別，惟其速率超過二百者則可鑑別之。心傳導阻滯 heart block 常與此患並見，此則室之速率僅為房率之半數即二比一之傳導阻滯，然亦或有依他種比例者。心房速率係有規則的；心室速率亦大抵有規則，但有時無規則。此患最常見於老年，男多於女，且往往與動脈硬化及心肌炎伴發。

症狀較所逆料者為少，其輕重視乎室肌之情況而定。病者或訴有心悸及暈厥之患。間或心室與心房同其速率，此則極為嚴重，但此種發作多係短時的。倘室之動率不甚速，非用電力心動寫器描寫 electro-cardiographic tracings 不可辨認，而其在一百三十以上者則殊可疑其為此患。

後。比較尚佳，可受肌力之感，且受治後常有效。

治法。在服毛地黃或康毗箭毒子 strophanthus 之足劑量。倘撲動因此消除，大抵永不再犯。

(五) 心房纖維性顫動 Atrial (Auricular) Fibrillation. 此種常見之心動失規則現象在臨診上極須認辨。最明顯者為在

第 十 六 圖



Fig. 16.—ATRIAL OR AURICULAR FIBRILLATION

The altered rhythm, the variations in volume and the rapid pulse rate are evident from the lower record (radial artery). The venous pulse record above shows fibrillary waves during ventricular diastole, with an absence of waves produced by normally contracting atria.

心房纖維性顫動

節律之改變，容量之不一及脈率之增速，下線記載甚明（桡動脈）。上線記載之靜脈脈搏於心室舒張時顯示纖維顫動性之波而無正常房收縮之波線。

二尖瓣狹窄之末期，脈搏極不規則，且此不規則狀一經成立，鮮能回復至常度。Mackenzie 氏研究此病之現象，作說明如下。氏謂此案脈搏之由常度轉換為不規則也，其間極為猝突；而當失規則狀未臨之前，頸靜脈脈搏仍顯正常狀況，即具有房縮性與頸動脈縮性及室縮性之波而兼有顯然之收縮前雜音及心尖顫動；迨不規則狀既顯，則頸靜脈之房縮性波及心尖之收縮前雜音概行消失。其故諒因右心房擴張過甚，以至妨礙正常房收縮之實施也。証以 Lewis 之研究，其原因愈為詳明；氏謂患此種心動失規則者苟用電流寫器記其心房之收縮情形，則知其顯示許多連續之小波，與用法拉兌電刺激犬之右心耳或縛其右冠狀動脈使成心房纖維性顫動後所顯者殆無稍異。蓋患者之心房不照常收縮，乃係舒張的而雜呈諸多纖維性顫搐。此種顫搐由起於多數小區之病理的興奮所致；該興奮大抵與誘起過早收縮之興奮相同。此等多而異常之興奮達及房室束，但不盡能被其傳導，故其感心室收縮也漫無定則，因此心室之節律為所擾亂。興奮之究有若干能被傳導，全視房室束之情況為定，故室縮速率殊不一致。心傳導阻滯及心房纖維性顫動有時合併發現。

心房纖維性顫動在一切心動無序之病案中佔數甚大，約居百分之四十。其原因之最要者為二尖瓣狹窄，不論為癩麻質斯性或婦女之無癩麻質斯性病者皆然。實為顯著心肌病之表徵。有癩麻質斯病已往之歷史者平均發病之年齡為三十至四十歲，無癩麻質斯病者則在五十至六十歲發現。

症狀多視伴發病之輕重為轉移，且所顯者概屬顯著心肌衰竭之情況。心室動率畧有關係，因其或變至甚速(120—160)，擴張之苦痛及一般症狀尤為顯著。脈搏之失規則極無定式，脈搏不正而其數在一百二十至以上者大抵由於纖維性顫動

所致。脈之抽動愈速，則不規則愈甚。心率與脈率往往顯然不同。

診斷可據心率之速及不規則以定；然倘在一百至以下者則非詳加考察，或不易斷定。試用寫器記其波式，則疑難立除。

豫後。纖維性顫動之發現多屬凶兆。雖若干年間不至礙及生命，然終為心肌重大損害之表示。室縮率頗關重要；倘長在百二十或百二十至以上者，則表示結果險惡；設更增速，則更危篤。治療之效力於斷病之結果上頗足資贊助。

治法。心之一般情狀殆即心肌機能不全，宜投以強心劑；而救治纖維性顫動之藥則為毛地黃，蓋此藥能阻滯許多發於心房之興奮之傳及心室也。其劑量以能維持心臟最適當之速率為度，且須酌量各病人之情勢而異。又病之輕重亦有關係。近世所用劑量多較舊者為大。無論如何，其目的不外

第十七圖

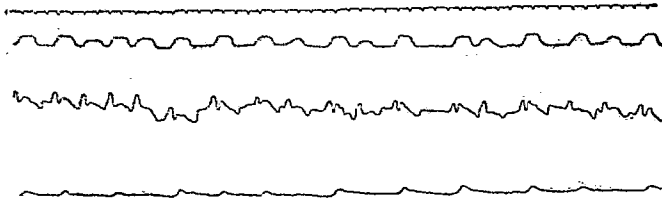


Fig. 17.—ATRIAL OR AURICULAR FIBRILLATION

Several cardiac contractions at the apex (upper tracing) produced no pulsation at the wrist; others are so small as not to be felt. Synchronous counts at the apex and wrist for 10 seconds show 18 and 13 impulses respectively. The jugular shows only c and v waves, due to ventricular activity. Waves due to contraction of the utria are absent, since they have ceased to act as efficient contracting chambers.

心房纖維性顫動

觀上線知心尖數次收縮不發生搏動於腕部，其餘亦小而不能把握。心尖及腕部於十秒鐘之久同時之數分別為十八及十三。頸靜脈只顯c(頸動脈)及v(心室)之波，為心室動作所致。房收縮之波則無有，因房不克如常行功也。

欲得需要之效力，劑量如何則所不計也。許多病人須長久服用此藥。近用奎尼亭 quinidine，有時亦驗，然用時宜謹慎。

(六) 心傳導阻滯 (包括斯妥克阿但氏併合症狀) Heart-block (including Stokes-Adams Syndrome). 成人之心房室束長十八耗，闊二·五耗，厚一·五耗，起於房中隔，在卵圓孔下之處迤向下前，經房室連合之纖維三角，至是與三尖瓣之內側葉親切聯屬。復由是循肌性中隔之上緣進行，迨達肌性中隔與膜性中隔之後緣連接處即分枝布滿室壁。倘房室束之聯接處有何室礙則可使興奮之傳導遲延或完全遮斷。此種障阻或僅礙及某種興奮 (不全心傳導阻滯 partial heart-block)，或全部興奮皆被遮斷 (完全心傳導阻滯 complete heart-block)。興奮完全被阻者心室即脫去正常竇房結之支配而執行其固有之結律 (大抵每分鐘三十次)。

第 十 八 圖

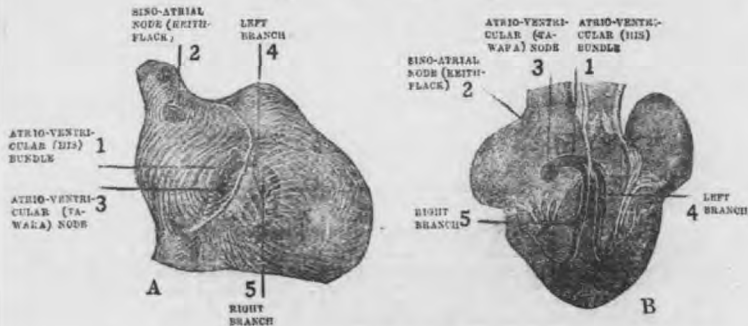


Fig. 18.—DIAGRAM SHOWING THE SINO-ATRIAL NODE AND THE ATRIAL BUNDLE. A, viewed from the right; B, cross section of the heart, viewed from the front.

顯示竇房結及房束之圖式

A. 由右觀察

B. 心之橫剖面，由前觀察

1 希司氏心房室束 2 竇房結節 3 原田氏結節即房室結
4 束左枝 5 束右枝

原因。任何年齡倘有相當原因，皆可發生此病；男子患者較多。見之於傳染性病者殊不少，特如傷寒、質斯性熱、白喉、肺炎等見之尤多。梅毒爲一重要原因，因房室束可與心肌同受其累或發生樹膠樣腫也。任何急性或慢性心肌炎皆可爲其原因。毛地黄治心房纖維性顫動之作用既多在阻止房與室之傳及室壁，故亦爲心傳導阻滯原因之一。房室束之損害有爲急性者，多爲傳染病所致；亦有爲慢性，發生纖維性變或樹膠樣腫等等者。

症狀不一致，頗與併見之疾患有關。有不訴何種苦痛者，但謂有眩暈、衰弱及發暈者亦殊不少。在較爲劇烈者，暈厥之發作較顯且較重。有一類詳於斯妥克阿但氏併合症狀條下（究之此患與心傳導阻滯或非一病）。病徵視阻滯之程度而有異。早顯之徵概爲第一或第二聲重複；此由於傳導遲滯，致房室間歇時延長之故。其遺脫之衝動易於認出，且若室之衝動爲房動率之半數（房二室一之阻滯，2:1），則脈搏每分鐘爲四十至五十次。施毛地黄治法時室率爲半數者大抵屬於此患。房縮率或能於頸之靜脈搏動中計出。在完全阻滯者室之動率在三十至五十以下，且與房縮不相關涉。室舒張時或有微音可以聽出，由於房收縮使然。診斷往往可據物理徵象定之；用心動寫器診之，尤爲準確。傳導阻滯或限於房室束之一枝。此或致第一聲重複。電氣心動寫器之檢查宜利用之以資辨認。

斯妥克阿但氏併合症狀 Stokes-Adams Syndrome。就臨診言之，此併合症狀有三種情況：（一）脈搏緩慢常屬恒久性，然亦有屬發作者，每分鐘慢至四十或二十，甚或僅六至。（二）大腦病況，如一時性眩暈、暈厥及假卒中與假癱瘓之發作。（三）頸靜脈有可見之心縮性搏動，其動率無定，最常見者爲二比一

第十九圖

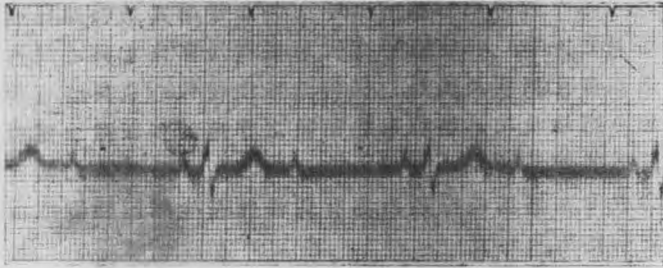


Fig. 19.—PARTIAL HEART BLOCK WITH 2:1 RATIO; atrial rate 66, ventricular rate 33

不全心傳導阻滯之為二與一之比例者，房速率六十六，室速率三十三。

第二十圖

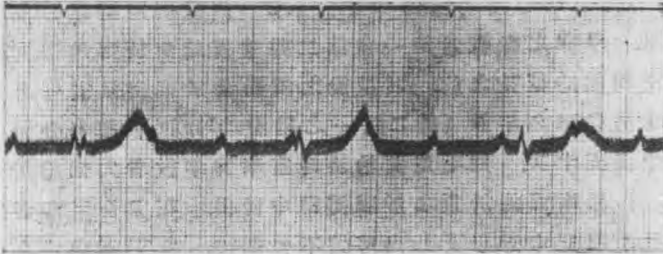


Fig. 20.—COMPLETE HEART-BLOCK

The small blunt vertical waves (110 per minute) are due to atrial contraction; the diphasic sharply pointed wave and the large blunt wave which follows represent ventricular contractions (34 per minute). The contractions of the atria and ventricles are independent of each other.

完全心傳導阻滯

小鈍頂波(每分鐘一百一十至)為房收縮所致，二相利尖波及相繼之大鈍波為室收縮所致(每分鐘三十四至)。房與室之收縮各不相關。

或三比一(2:1或3:1)之節律，病案可分為數類。年老而兼動脈硬化者患此最常。青年及中年男子之患此者多原於心肌之梅毒。猶有屬神經官能病之一類，雖或全顯上述諸徵而死後剖檢却不能發見有何損害。此類之脈搏緩慢其房動率

或與室動率同如是，且相等，正常之順序仍然存在，其原因大抵屬乎迷走神經。此類病案之結局頗佳。其餘則屬重病，且往往危篤，惟亦有苟延殘喘多年者。大腦病況之所以發作，由於室之收縮不全而致腦部或延髓缺血使然。

豫後 見於急性傳染病者豫後良，惟在白喉或僕麻質斯熱或不然。慢性類者豫後不良，且時有遽死之堪虞。暈厥及驚厥之發作殊屬嚴重。其由於梅毒所致者施以相當治法，或奏效甚佳。心肌之強弱於豫後所關至要。

治法 倘能發見其原因，例如梅毒，則施以根本的治法可無疑忌。急性之心傳導阻滯須絕對休息，並治其心之一般病況。毛地黃宜謹慎用之；於不全阻滯者用之或使益形阻滯而心肌却或可得其利益；於完全阻滯者則其用較利，且不復增加其阻滯。不全阻滯者投以阿刀品或有效，惟對於急性傳染所致者較硬化者為適用。暈厥之發作無特殊之治療。

第 二 十 一 圖



Fig. 21.—COMBINED ALTERNATION OF THE PULSE AND PREMATURE CONTRACTIONS
The latter part of the record shows a pulse regular as to sequence, but alternating as to volume. In the first part this sequential regularity is irregularly interrupted by premature contractions of ventricular origin.

脈搏與過早收縮之併合交替

曲線之右半顯示脈搏之順序如常，惟容量大小交替。左半則順序之規則因室原性之過早收縮而紊亂。

(七) 心功交替 Alternation of the Heart. 此係心室收縮紊亂，致更迭收縮時所逼出之血量大小不一，因此脈之搏動亦係

大小交替，大抵由於室纖維中有若干處自由收縮而心之收縮遂不能齊一。此患見於心動甚速者，尤以發作性心動過速為甚；此則無重大之關係。倘發現於心率正常或近乎常度者，則為一重症之表示。心力交替見於有顯著之循環系病，劇烈之傳染病（特如肺炎），尿毒症，鉛中毒及服毛地黃等之時。患者多係老年，且多屬男人。其發現比較的甚為常見而多為人所不察。

此患之本病大抵不致若何症狀，惟其伴劇烈循環系病而發者則顯該病之病況，例如呼吸困難，心絞痛等是。醫者當察其有無壓力過度，心絞痛，心肌炎及心肌炎所顯之額外收縮。於出力後，站立時或呼吸遏止後，則交替之狀尤為明著。

心力大小之交替可用指診悉，但心動寫器最能證明確鑿。心收縮壓力於大小搏動間之不同亦可為一佐証。試一將脈搏之數與心之速率相較，則知與重搏脈有別。

除見於心動過速及尋常由毛地黃所致者外，心力交替多屬危險，而在持續不愈者尤甚。但無論如何，終為險患；猝死者殊不少。

治法。在治其潛伏之病根，且宜特別注重休息；病者須有充分的長期之靜養。

(二) 心肌病

AFFECTIONS OF THE MYOCARDIUM

(一) 肥大 HYPERTROPHY

類別 心之增大，所以應額外工作之所需者也。此額外工作或屬全身性，如運動及工作等之恒久過勞；或屬局部性，以補心構造之缺點，如心瓣受損等是也。肥大可分二類：(一)心

腔之大小不變；(二)心腔增大而心壁增厚，是名離中性肥大 eccentric hypertrophy。至於心腔變小而心壁增厚，即所謂向中性肥大 concentric hypertrophy 者則常係死後之改變，不屬此類。

增大之部位或屬心之全體，或屬心之一側，或僅在心之一腔。左心室係行心工作最要之處，故其改變亦最多。肥大雖仗滋養豐足之助而後能成，然亦有隨饑餓之情況而發顯者。虛弱者所患之肥大界限常小。

左心室肥大 Hypertrophy of the Left Ventricle。此則或僅左心室肥大，或全心皆增大。病原如下：

⊕(甲) 心病之情況：(一)主動脈瓣病；(二)二尖瓣閉鎖不全；(三)心包粘連；(四)硬化性心肌炎；(五)心神經作用受擾，致心動過度，如突眼性甲狀腺腫及酒所致之惡果。蓋此等狀況皆足使心之工作增加故也。心瓣損害增加心之作用之故，係因心室中血壓增大；至於心包粘連及心肌炎，則因直接阻撓心腔收縮之秩序也。

⊕(乙) 血管病之情況：(一)全身動脈硬化，或兼腎病或否，主動脈、腎動脈及腹內臟之血管硬化尤然。(二)各種動脈壓增加；此係數種毒物之勢力使小動脈收縮所致。血之流向遠處血管因此須有絕大之壓力送之，始能達。(三)久勞肌力，致動脈內之血壓大增。(四)主動脈狹窄，如先天性狹窄是。

右心室肥大 Hypertrophy of the Right Ventricle。見於下述諸病況中：(一)二尖瓣之損害，或係閉鎖不全，或係狹窄，以致肺血管內之阻力增加者。(二)肺損害，肺內之血管不通，如肺氣腫或肺硬化所顯者是。(三)右心瓣損害，亦足致之，胎兒患之者不少。(四)慢性左心瓣病及心包粘連，或遲或早，每致右心室肥大。

心房之單純性肥大從未見；大抵皆兼擴張而發。左心房肥大係二尖瓣病所致，起因於狹窄者最多。右心房肥大則因二尖瓣狹窄或肺損害等所致之肺血循環之血壓大增而起，因三尖瓣狹窄而起者不多。

症狀 肥大有時無症狀發顯如兼患腎病及動脈硬化，則患者或且自覺安健無恙。但若心之缺點無完全之補償，則病者或微有暈眩、頭痛及覺胸內跳動等，更有於用力時顯呼吸困難者。

若右心房肥大，則頸靜脈之搏動或較明顯；用驗脈法驗之，則顯心房浪增大。第三及第四肋間隙之胸骨右有增加之暗響；又心室部當心室聲之前另顯一聲，惟此則極少耳。若右心室肥大，則肋角顯微凸，而該處尋常之虛性搏動變為實性 *positive instead of negative pulsation*。因右室增大阻碍左室之與胸壁接觸之故，致心尖衝動處彌散無定界。頸靜脈之搏動常極明顯；三尖瓣之第一聲較常時增響。若左房肥大，則必兼擴張，且多不甚沉重，左肺底後間或有暗響可以察見；用 X 光線察驗，則顯向後凸出之心影。至於左室肥大，則常易診斷。心尖衝動處有甚強之搏動，既可見，復可捫得。有時此搏動之力或能牽動該處胸壁一大區。如僅兼微擴張，心尖衝動處常下移至第六及第七肋間隙；苟擴張甚，則該衝動處益彌散，而位於第四第五及第六肋間隙之乳頭線外。第一心聲常明顯，有時帶一種似遠距離之砲聲。心底第二聲則增加。脈搏大而室動時其緊張亦高。血壓常增高。

(二) 心擴張 DILATATION OF THE HEART

心內各腔之大小，一似他空心之肌質器官；在尋常定度內，因人而異，各不相同。心擴張有時僅係暫時之一種急性狀況。

似如用肌力過度後所顯者是；有時屬慢性，則每與肥大同起。僅此恒久之心擴張，始可謂為屬病理性。心腔加大，則心壁之動作（又可稱心壁之工力）亦隨之而加增，於是其組織遂肥大（即指增厚而言）以為補助（譬之一木盒，苟盒大，則盒壁木板之任載必加增，勢必較小木盒之板厚，始能堅固，蓋同此理也）。³

◎原因 心擴張係兩種原因合併而成：（一）心腔內血壓加增，（二）肌壁弱而抵抗力（維持力）缺乏。僅因此第二原因而成擴張者亦或有之，然兩種原因合併者較多。尋常之肌壁因血壓增高而擴張，而孱弱之肌壁則受尋常之血壓亦能致擴張，至於壁弱之故，則或因心肌之構造改變，或因自然之緊張力減少所致。

（一）心內血壓加增 Increased Endocardiac Pressure. 凡血量增多，或血流有阻，則非壓力增加不能行血。此係心擴張最普通之病原，然亦不定致擴張；或僅有單純性肥大隨之而起，如主動脈門狹窄之早期及腎炎之左心室肥大所顯者是也。

尋常心各腔之大小無定。心動作遲，則僅完全舒張，心動速則更漲滿。凡尋常無病之心，如畧有勞動，則心之大小減而不增；壯健之心，則雖勞動較久，亦然；惟不康健之際，則成擴張。依生理學而論，心之各腔收縮時不能驅盡其內所有之血者，乃致擴張。此則或僅一急性暫時情況，為心之不甚健或力弱而過於勞動者所患，例如登高山時所致者是也。

心右部或大擴張，致腹上部顯搏動而心之暗響處增加。際此，三尖瓣之“安全瓣作用 safety-valve action”或行動以助肺，俾迴流之血入心房。苟患者休息，則此等狀況即癒；惟極重者則心之復原遲緩，患者甚或不能再耐重大勞動。凡當習練各種體育（如拳術劍術競走競渡以及各種體操）之際，其心之能力大抵逐漸因習練而增加，心之右半各腔尤然。譬如習練適度

時能耐之勞動，尋常未經習練之人萬難勝任；蓋因一種逐漸之進步所謂體育 *physical education* 者將心之預備力習練強大，而其耐任勞動之限量大見擴充也。凡長而且久之體育競爭（如八九十里之競走是），其耐任力全恃乎心之能力；蓋要在使心有預備力，以防時欲成擴張之虞。當此習練時，心之改變之性質何如，余等雖不能深知，然推而言之，諒亦不外乎肌及神經二者之能力增加。習練體育之人，其心大，實因恒久用肌之故；是以無自然之大心，決不能成有盛名之體育家。蓋欲成有名之體育家，非能耐任勞動不可；欲能耐任勞動，非心有相當之能力而加大不可也。推而至於獸類，亦然。

當用肌力過度時所成之過度擴張，每致心力損傷 *heart-strain*。譬如一人，或不甚康健，而乃使其心任額外之勞動，驟陟高山，則其心必作痛，而腹上部疊苦楚，且氣喘甚久。但靜息一宿，則此等症狀即消去。再登高山，則必再發此等各狀；或且在靜息時顯心臟性呼吸困難。此後則數月不能任勞動，甚或永遠不能勞動。此蓋勞動過度，而心力受損也。當此勞動過度時，心內究現何種情況而致受損，則余等既無緣察見，故不能指明。然推而言之，大概係心之預備力喪失；故勞動之時，其心無預備力以行額外之血，遂成擴張。此係心力猝衰 *heart-shock* 之一種。起因於勞動過度，而非心臟破裂所致者也。如在長距離競走時突然死者，有時係心過度膨脹及心癱所致。

急性擴張性心弱每在許多病況內發顯。如突眼性甲狀腺腫，陣發性心動過速 *paroxysmal tachycardia*，心絞痛等病以及久患心肌病而加以勞動者皆有之。脈搏小而弱且紊亂，惟心之搏動大而強。

各種心臟病皆有心擴張。若主動脈瓣閉鎖不全 *aortic insufficiency*，則當心舒時有血由此不能關閉之主動脈及左房

流入舒張之左室。於是心室停止舒張時，其內含血過多，心壁遂受大壓而弱不能支；為時稍久，心壁乃肥大而增厚，以禦壓力，此即此情況之標準離中性肥大 eccentric hypertrophy 也。

若二尖瓣閉鎖不全 mitral insufficiency，則應由心驅入主動脈之血迴流入左房而致房擴張。迨室舒張時，遂由房湧入室，血量既多，而血壓亦大增。若二尖瓣狹窄 mitral stenosis，則左房當舒張時，血壓大增，致成擴張而兼肥大；有時其擴張或甚大。右室擴張有數種病原，已在肥大節內詳述之。凡二尖瓣狹窄及肺氣腫等各種病况，皆能恒久致肺血管之血壓加增，而為致右室擴張之原。

嗜啤酒者之心擴張及肥大亦在此類心擴張範圍之內，蓋因心內血壓逐漸增加而起者也。

(二) 心壁滋養欠缺 Impaired Nutrition of Heart-walls. 此則足致心壁之抵抗力(即抵抗血壓而維持心壁之力)減少而易成擴張。

因熱病之心肌主質變性或心肌炎而起之緊張力喪失或致成致命之急性心擴張。此係猩紅熱性水腫之致死原由，而癩瘡質斯性熱、斑疹傷寒、腸熱等病亦或見之。凡隨急性心內膜炎及急性心包炎而起之心肌改變有時或致心擴張，而心包炎尤甚。患貧血、白血病或萎黃病者所兼患之心擴張或甚大。若心壁硬化，則其最無抵抗力者即最硬之處，如左室尖是。際此情況，則心壁或竟不能禦尋常之血壓。

心包粘連亦係心擴張之一病原；凡粘連之廣而堅者，多兼心肥大及心擴張。此則心肌受損之處常在其淺層。

(三) 心機能不全 (心力不足) CARDIAC INSUFFICIENCY

原因 心之肌力減，則行血之速度亦因之而減，於是體組織遂不能得氧氣及食物等正當之供養，以補償其所消耗。此

之謂心力衰竭(心力頹敗) cardiac failure. 然同此一結果有時或起於他因。例如全身之血量遠較血管能含之總量爲少,故全恃全身小動脈收縮,將血閉聚動脈系統,乃能維持血之適足之供給;但若全身小動脈舒張(尤以在內臟之小動脈爲最要),則心所收之血分量缺乏,遂不足供給體組織之需要,有時遂成與上相同之心力衰竭。此種情況不在此節所述心機能不全之列,要知各種血循環耗竭非心力衰竭也。

肌力衰竭有時累及心之一腔或全心。左室弱;不能正當灌溉動脈系統,則成組織之全身性缺血。左房弱,則致肺血管之血流停滯,而兼血之通氣不足 deficient aeration,甚或成肺水腫,或滲液入胸膜腔。右室及右房弱,則致器官發紺,稍勞動及休息時呼吸困難,而兼水腫及腹部各器官之血流停滯。

凡心機能不全時,心肌所有之預備力(又可稱儲蓄力) reserve power 喪失。此種預備力(人生幼年時最充足)之增加,全恃(一)適當之滋養,(二)先天之特有性及(三)心肥大。而其消滅則因於(一)心之構造有缺,或粗或微,(二)滋養有缺,(三)細菌及他毒及(四)年紀加增。至於此預備力究屬心之全體抑分屬心之各部分,現今醫界尙無從斷定。

心力之衰竭或驟或緩,依其致衰竭之損害之類別及受損之速率而定。左心室之功用頹敗,其結果則由立刻致死(如因各種昏倒,暈眩,頭暈及欲死之感覺等)以至身體及精神疲倦之輕微感覺,逐級不同;而右室之功用頹敗,則其結果由驟起呼吸困難以至微勞動而起呼吸困難不等。

至於一般心力衰竭之急性情況,實不易一一指出其致病之原。凡心肌可得之損害,雖詳述於後方,然有數病案即使剖屍檢驗及詳細用顯微鏡察驗,皆無心力衰竭之源流可尋。或

有數案，其心力衰竭由於一般肌之受損較輕，而由於傳導肌系統及其分枝之受損較重故也。

心機能不全之血壓無一律之定度。當心力衰竭時，血壓最高度或仍高。因心肌病極重（如心之脂肪性變及中哥羅芳毒）而起之心力衰竭，則血壓低。至於血壓高之各種心力衰竭，則其最高度之血壓較常度或低或高無定。要知當衰竭之早期，或者心係被激，而每一衝動，發出增加之能力，而最高度之血壓在心衝動極點時，得畧為過於補償血循環之不足。

急性心機能不全 Acute Cardiac Insufficiency. 原因：（一）心之創傷；（二）心自發性破裂或心瓣破裂；（三）血或血清急滲入心包；（四）空氣漏入心腔，如因頸根施手術而起及受極大之空氣壓力後之發氣泡所致；（五）大血栓在心之一腔突然結成；（六）冠狀動脈之血流突受擾亂，左動脈尤然；（七）氣管或喉受壓而閉塞，如被勒等，致心受擾；（八）急性傳染病，如白喉或心包炎是；（九）數種毒質，如匹羅卡品，可卡印，蟻等；（十）迷走神經在延髓（延腦）之中樞或其在心內之末梢受激。

慢性心機能不全 Chronic Cardiac Insufficiency. 原因：（一）心肌之損害。要知各種心力衰竭皆屬肌性，或係心肌滋養有缺，如生癩，糖尿病等所致之全身缺滋養而消瘦；或有可辨識之損害。有時心肌之一種或數種官能或受擾而無可由顯微鏡察見之改變，例如伴主動脈病而起之心力衰竭是也。（二）心瓣之損害。（三）累及輸出動脈所供給處之損害。如肺氣腫，慢性枝氣管炎，氣喘，肺硬化，胸畸形，二尖瓣病等所致之心右部受累，以及主動脈粥樣化，動脈硬化（動脈之屬腹內臟及腎部者尤要）等所致之心左部衰竭是也。（四）勞動過度。（五）數種毒物，如酒（啤酒最甚）及蟻是。他種原因，如心包粘連及凸眼性甲狀腺腫等是。

心臟能不全之解剖學根由 Anatomical Basis of Cardiac

Insufficiency. (甲)冠狀動脈之損害 Lesions of the Coronary Arteries.

冠狀動脈病(養心動脈病)所致之心肌改變之知識,係心病病理上許多問題之關鍵。各冠狀血管之末枝係特立之終動脈,僅由毛細血管以與鄰枝交通。苟此血管之一被凝結血栓或栓子所塞,則常致下列各情況:

(一) 貧血性壞死 又名白色梗塞 Anemic necrosis or White infarct. 此種情況在前冠狀動脈所輸給之處如左心室及心中隔發顯者,最常見。患處作黃白色,有時濁而作半熟羹之狀,有時顯灰紅色。其形如筍,常不規則而凸出外面。用顯微鏡察之,所顯之改變甚殊特。肌纖維核消滅或碎裂。白血球由四圍之組織侵入,而或裂解。後則梗塞之周圍生新纖維織,或且全佔死纖維之處而代之。有時全部變異;僅用肉眼觀之,亦可見患處中央有一白片之透明性變。心破裂有時伴貧血性壞死而起。

(二) 纖維性(筋性)心肌炎 Fibrous myocarditis. 此或由白色梗塞之患處之逐漸變化所致。惟由冠狀動脈末枝發炎而狹窄所致者較多。心肥大常隨此種變性而起。又此種變硬性心肌炎每為心生動脈瘤之前導。

(三) 冠狀動脈病所致之猝死。一冠狀動脈全塞如係突起,常致命。如因主動脈根之冠狀動脈孔處硬化或該動脈患閉塞性內膜炎而緩起者,則其血循環或由他一冠狀動脈代替,而猝死者亦不少;蓋該動脈既因硬化而狹窄,又為血栓所阻塞也。凡從事法醫學上之察驗,須謹記此係猝死之一種普通原由。

(四) 膿毒性梗塞 Septic infarcts. 患膿毒血病者,冠狀動脈之小枝有時為栓子所塞,致心肌因傳染性或膿性梗塞而成膿

腫，大如黃豆，小如針孔。此種梗塞或毫無擾害，但大者則或穿入兩心室或心包，而成所謂急性潰瘍 acute cardiac ulcer。

(乙)急性間質性心肌炎 Acute Interstitial Myocarditis. 在患數種染性病及急性心包炎之際，肌纖維間之結締組織有時發腫，而被小圓細胞及白血球所侵入，血管擴張，而肌纖維顯粒狀，脂肪性或透明性變性。在患膿毒血病之際，膿細胞侵入之處或瀰散，大概散在間質性組織。淋病亦或兼此，故患處有淋菌。此種情況之隨白喉，腸熱，急性心內膜炎等病而起者最多。此患處有時或為纖維性心肌炎之發始點。

(丙)碎裂及分節 Fragmentation and Segmentation. 病分二類：其一名分節 Segmentation. 係肌纖維在交合線處分離成節，不相粘結。其一名碎裂 Fragmentation. 肌纖維或橫折而分成碎屑。惟縱裂者則不常見。此種病況雖有時在將死之際發顯，如突遭橫死者是，然其餘則與臨診及病理有關係。蓋每與他種損害，纖維性心肌炎，梗塞及脂肪性變等相伴而起也。有二種：(一)變性碎裂，(二)單純性碎裂。單純類在尋常無病之肌纖維發生，惟其肌纖維顯不規則之舒縮。變性類則隨肌纖維之變性而起。凡心之患明顯之碎裂者，皆鬆弛而易撕碎，其肌纖維皆分崩離散，且色淡而濁。

(丁)心肌主質變性 Parenchymatous Degeneration. 即心肌粒狀變 Granular degeneration. 此種變性大抵隨熱病，心內膜炎，心包炎及一般之受染或中毒而起。其特狀係心肌全體色淡，而顯濁且軟。依組織學而論，係肌纖維變性；而又為顆粒所侵；此顆粒為醚所不能溶解，然遇醋酸則溶。有時肌纖維之粒狀改變極重，無紋迹可察見。大概因中毒而起。馬類之患中毒性血紅素尿者，其腰肌顯此變極重。

(戊) **脂肪性心** Fatty Heart. 此則分爲脂肪性變及心脂肪過長二類。

(一) **脂肪性變** Fatty degeneration. 此係極常見之病況,而其輕者尤易爲他病所兼患。老年滋養功用衰,或患消瘦病,惡病質以及纏綿甚久之傳染性熱病,皆能兼患此病,且或同患心肌主質改變。患惡性貧血及磷中毒者所患心臟脂肪性變最爲沉重。心包炎之心肌淺層亦常顯脂肪性變或粒狀變。冠狀動脈病之爲纖維性變之原因者較所致脂肪性心爲多。此外則慢性心病之心室壁肥大兼脂肪性變者亦復不少。此種環變或僅限於心,或多少布及固體器官。有時橫膈亦受累;即他肌無特別改變,亦復如此。由是觀之,則心肌較他肌尤易變爲脂肪,亦可謂心肌爲變性成脂之趨向,蓋因其頻動故也。又心肌尤以能得豐足之氧爲要;稍有缺乏,立顯效果。故心肌並爲全身肌類中最先顯滋養上之改變者。

依解剖學而論,此種變性或屬普遍性,或屬局部性。左心室受此患者最多。當病勢增加及屬普遍性時,則心大而鬆弛,色棕黃,或稱之爲枯葉色。其物質易撕碎,左心室內之肌肉柱及心內膜下之肌顯有紋或有斑之狀。用顯微鏡察之,肌纖維被微脂滴所佔,該脂滴依纖維紋之線排列成行。而其重者,則肌纖維全被微脂滴所佔。

(二) **心脂肪過長** Fatty overgrowth. 此常係一種單純之心包下脂肪生長過多。若劇烈,則脂或侵入肌質之間,或且延至心內膜。肥胖之人,心包之脂肪常多。此雖全身肥胖之一部分,然有時或阻碍心之收縮力,致有甚危險或且致命之患。凡一百二十二病案,男佔八十八,女三十四。四十歲至七十歲之間發顯者,佔百分之八十。

有時全心被一層厚脂肪所包，竟無肌質之迹可由外窺見。剖開驗之，則脂侵入肌間，將肌纖維分開。病極重者，脂肪延及內膜，右心室尤易如此。有時且有肌質全為脂肪所置換之處。惟柱肌被脂肪所侵者則甚少。心常鬆弛而其腔擴張。用顯微鏡察之，肌纖維除萎縮外，或且顯脂肪性變甚重。

(己) 他種心肌變 Other Degenerations of the Myocardium.

(一) 褐色萎縮 Brown atrophy. 此係常見之一種心肌改變，患慢性心臟損害及年老者最易患此。重者肌作暗紅褐色，而其質增堅。肌纖維堆積褐黃之色素，近核處尤多。

(二) 澱粉樣變，即蠟樣變 Amyloid degeneration. 此種變間或有之。患處在肌間之結締織及血管，而不在肌纖維。

(三) 透明性變 Hyaline transformation. 熱病之持久者有時兼患此種變。受患之肌纖維一致腫脹而透明，其紋隱約不明。

(四) 鈣性變 Calcareous degeneration. 心肌有時患之；肌纖維或被鈣鹽所侵。

心臟能不全之症狀 左部心力衰竭之症狀與右部所現者不同；即就心左部或心右部分論，每一處之病患更可分為數類，但久則各類漸相合併耳。左心室力衰竭症狀之最重者係心絞痛 angina pectoris 之突死，脂肪性變或纖維性變之突然昏暈兼出汗及心痛，以及陣發性斯安克阿但氏病 Stokes-Adams disease 之昏倒及驚厥等是。而其較輕者則係過於勞動如競走後所顯之嘔吐及自覺欲絕之情況（此則心絞痛亦或有之而易誤認為腸胃受擾）是。最輕者則係畧勞力及勞神皆覺非常倦苦是也。右心室力衰竭亦可分突驟遲緩兩種。稍稍勞動，即或發極重之呼吸困難及苦楚；凡一種心病之呼吸困難每在夜間發作者，即此是也。最重者，不能任微勞；在升梯，甚或臥床休息之際亦患氣短；此兩類皆常有足水腫，若病者日間常行走，則夜間足水腫尤重。

茲將心力衰竭之病人所述之特狀依各系統分列如下：

- (一) 心血管系統：心區覺痛，或延至肩而下達於臂，胸前處覺重；心悸者不多。(二) 呼吸系統：休息時或勞動時患呼吸困難，或呼吸宜起坐，且有切斯妥氏呼吸，咳嗽，因左心房擴張而壓左喉返神經致失音，因肺內有梗塞而致咯血。(三) 中樞神經系統：有不眠，精神症狀，幻想，憂鬱病等，最後則有昏睡及困乏諸狀。(四) 發紺，皮色蒼白，水腫以及下肢間或顯紫癍。(五) 滋養系統：諸腹臟器官因心右部之力衰竭，致血流停滯而顯食慾喪失，消化不良，腸胃充氣，嘔吐，大便秘結，腹瀉，腹痛，生痔等狀。(六) 泌尿系統：尿短少，色深，且微含蛋白質。

用物理檢查法檢心部，則心尖衝動處在乳頭線外，弱而彌散，即力度最大處亦不易審定。望診時，其搏動或甚明顯，動處所佔面積甚闊；若係心左部力衰竭，則頸動脈之搏動或甚大而心右部力衰竭，則頸靜脈或甚擴張。叩診時，胸前之心面積有時大增，或偏左或偏右，或左右俱增。聽診時，心聲或不易聽見，或較常弱；雜音有時有之，常細，心尖及心底或俱有之。心動作有時或顯跑馬節律。脈搏諸狀甚無定；力衰竭之重者，脈搏或極洪；而尋常則大概弱而軟；有時更有亂間歇，遲緩或急速等脈搏。無論一狀及各狀合併，皆不足為心力衰竭之確證。有時心力雖衰竭，然除心聲弱及脈搏之緊張力低外，檢查時或竟毫無徵兆可尋。

心肌損害之輕重不常與症狀之輕重作比例。有時病者顯弱而亂之心動作及擴張徵，兼氣促，水腫以及他種可認為心呈纖維性變及脂肪性變等普通症狀；迨剖屍檢驗時，則心肌竟毫無改變；即或有之，亦極微細。

心擴張發顯時，則顯跑馬節律，尋常心動之長歇變短，且心尖有舒張性雜音。氣促多為早狀，或發心絞痛。有時或有暈

厥 syncope 之虞；且病者或於拂曉突醒，而發極重之呼吸困難。此等暫性症狀發作之際或有惡心伴起，或與心絞痛之症狀輪替而發。此類患者或且顯精神症狀，纏綿數星期。病人有幻想 delusions，甚或發燥狂。病終期則或顯切斯妥氏呼吸（潮式呼吸）Cheyne-Stokes respiration。其狀如下：“經數日之呼吸紊亂；時或完全停止十五秒鐘之久，繼則漸起，雖極低，尚可察見，於是逐漸加增，至於湧而速，乃又逐漸減低，至於完全停止；如此一停一起，輪替而發，每一次約佔一分鐘之久，約有三十呼吸”。然此等潮式呼吸之見於動脈硬化及尿中毒者較脂肪心多。

心脂肪過長係極肥胖者所必有之情狀。不至肌纖維弱甚而心擴張之際不顯症狀。此等病人或顯弱而有秩序之脈搏數年，心聲弱而蒙蔽不清；心尖或顯雜音。發顯呼吸困難者不少；更或有發枝氣管炎者。用物理檢查法診斷，往往甚難；蓋因脂肪大增之故，有時心之暗響區竟無從審定。

冠狀動脈之血栓形成常見於中年或年老之人。其血管硬化，血壓或增高，且或會發心絞痛。病況常沉重；如不突死，每纏綿多時。其痛在胸骨下，或腹上部；又或放射至臂或頸。倘病者覺腹痛，而兼有精力虛脫之徵，可致似一種急性腹部病。病死之人有經醫界歸咎於所謂急性消化不良者，實屬此病。心動速，常不規則，有時擴張，心聲弱而或可聞摩擦聲。脈搏弱而血壓低降。或致肺有血壅滯或水腫，腎之阻性充血及全身水腫。或迅速致命，或經數小時而死。小枝血管之血栓形成則或可痊癒。

心下垂 Cardioposis。此每見於瘦弱而兼內臟下垂之人。其心臟狹窄，位置低降而呈垂直之況狀。病者每屬次正常類，兼動脈發育不全，易致營養不良及血管舒縮機能擾亂。有輕微之傳染或擾亂，則心擴張甚速；且因心之形體小，致擴張之暗

響與無病之心之暗響區同大，致易失察。令病者靜養，並服狄吉他利，可望速癒。

官能試驗 Functional tests. 試驗方法甚多；其重要者在使病人履行幾種運動，例如令跳躍或屈身，而研究其血循環之反感。至於運動，則宜用於合病人之年齡及素喜為之者。其反感（脈搏率及血壓）之程度及時間之長短皆係要點。然病人恒於日常生活中表露其官能試驗之現象，醫士常隨時細心視察之也。

凡因心肌有病而成之心力衰竭可分三類：

(一) 突死之一類，無論是否有心病之預兆。冠狀動脈硬化，或兼新結之血栓或白梗塞；纖維性或脂肪性心肌變等是也。有許多病人，從無心症狀，且或與尋常康健之人無異。

(二) 心節律亂，勞動則氣促，時發呼吸困難，有時發心絞痛，精力虛脫之狀兼出汗及脈搏極遲，並間或顯精神症狀等之一類。

(三) 全身動脈硬化及心肥大，心擴張之一類。此多係年富力強而勞動過度或起居疏放之人。呼吸困難，咳嗽及足水腫係其早狀，就診時或顯跑馬節律或胎樣心聲或節律亂而兼二尖瓣閉鎖不全之心尖收縮性雜音。病發一二次者或可望癒。此係最常見之心病之一種。

豫後 每一患者，必須特別具一判斷；病者之年齡，病原，解剖學上心力機能不全之根由須一一注意。中年以後所患之心肌病極危險。有時病者雖病發極重，亦或可癒，屬上述第三類者尤然。

治法 此病有一部分醫案不在受療治之列；蓋醫士所最初見者即病者最終之症狀，固已不及施治矣。其餘則有極明顯之衰竭，尚循普通治心病法療之，痊癒甚速。惟甚明顯之心官能擾亂如心傳導阻滯，心房有纖維性顫動（心纖維亂竊）atrial fibrillation，則甚不易處理。

茲將對於心力衰竭之普通治法，條列如下：

(甲) 安息 受擾之心補償機能 *disturbed compensation* 每可因安息而全然復原。病人或顯踝水腫，心微擴張，脈搏不整者，苟臥床休養，並服瀉藥足劑，不出十日或七日，心之代償機能當可復原。

(乙) 飲食 凡在急性病況中，咸宜限制飲食，液體類尤宜注意。然患明顯之阻性充血者，或宜用液體食物；其餘則皆宜用單純之食品，每日可加多食物之次數(如每日三餐，則兩餐相距之時間大約在四小時左右，際此則或每二小時餘可進食一次)。至於心擴張者，則咸宜限制每日所飲之液量，不可過一千五百西西之度。僅食乾食品數日，有時甚效。

(丙) 調理受擾之血循環 分三類：(一) 用靜脈切開術。凡患心擴張者，不論因何病原而起，如因二尖瓣或主動脈瓣之損害及肺氣腫所致之右心室膨脹等，苟靜脈充血之徵明顯及宜端坐呼吸而兼皮色發紺者，宜取血二三十兩(600—900 cc)。當此之際，若靜脈切開術施用及時，每能救病者之生命。動脈硬化所致之心擴張，施此治法尤效。

(二) 用腸減液法。此法對於水腫極相宜。各種瀉藥，以鹽類為最妥；可用濃溶液，當在早膳前三十分鐘或一小時，以硫酸鎂半兩或一兩(15—30 cc) 調水少些服之。服後每能使瀉水三五次。或用複方乍拉散每劑半錢 *pulv. jalap. co. 2.00* 或洋苦瓜汁 *elaterium* (〇·〇〇六克) 亦可。即使當脈搏極弱之際，服此等驅水瀉藥亦無礙；且能速減門靜脈系血循環之液也。

(三) 用心之興奮藥。各種心之興奮藥以狄吉他利(毛地黃) *digitalis* 為最要。在心肌弱時則可用，心房有纖維性顫動時尤為合宜；而對於完足的均勢的補償性心肥大 *complete compensatory hypertrophy* 則不可用。至於心瓣病之心補償機能衰敗

者 broken compensator. 則無論其爲何種損害,皆可用。此藥對於心之作用,既可以使心動遲,又可增其收縮力。對於末梢之小動脈,亦能使縮小,致增加其血壓力而使毛細管內之血流行平和均適;此即血循環原有之目的也。血壓高,非忌用狄吉他利之徵。而此藥對於二尖瓣病之顯細而亂之脈搏及心房有纖維性顫動者,爲效尤著。或云,此藥對於主動脈瓣閉鎖不全不相宜,蓋以其使心舒張延久而致膨脹增大也。其實則此種理論儘可不必注意;狄吉他利對於此類心病及他類之兼進行性擴張者,功效相同。其服法有二;一用酒劑,一用沖劑。醫者各有偏愛,其實則大畧相同;苟對症施用,皆有功用。惟近世之趨向皆喜用大劑量。凡心病性水腫,無論是何病原,皆可服此藥。每劑用狄吉他利酒十五滴 tr. digitalis 1 cc 或沖劑半兩 inf. digitalis 15 cc, 每三小時一劑,連服二日,後此則劑量可減小。服狄吉他利者所下之尿,必須逐日測量。當藥力見功之際,大抵二十四小時內尿量必加多;且常下尿極多。又用此藥後,呼吸困難必就痊,水腫漸消,脈搏較穩而且充足;如係間歇脈搏,則漸復其秩序。

狄吉他利有時或致惡效;然謂此藥之積效能致突起之症狀,則實不足信。中毒者或有之,所顯之中毒狀係惡心,嘔吐,脈搏細而不整,或心動兩次脈搏僅一次(二尖瓣狹而顯此種心動與脈搏之比例者最常見)以及尿量減少等狀。苟停服狄吉他利,則此等中毒之狀即消去,鮮致沉重。且有服此藥多年,畧不間斷,苟一間斷,即覺心悸及困苦者。惟此藥對於二尖瓣病雖有佳效,然不定能整理其脈搏不整。迨心之補償機能已復原,則不必再服狄吉他利。若勞動後即呼吸困難及心覺困苦者,則可服小劑量,每劑五滴至十滴(0.3—0.6 cc),每日三劑;久服甚效;但須時時細察其藥效。對於心病性水腫,小劑不宜,須於初起

時用大劑，可用狄吉他利沖劑每劑半兩(15 cc)或酒劑每劑十五滴至二十滴(1—1.3 cc)，每三小時服一劑。病重者或見嘔吐時當用狄吉他利或斯妥反忒斯射入肌內。又用狄吉他利注射液體製劑每劑十五至三十滴(一至二錢)注射皮下，亦可。醫士又或冒險注入靜脈內，但此法祇可用為重病急救術。

除狄吉他利外，惟斯妥反忒斯有效，然口服則功效無準，故宜用肌內注射法。斯妥反忒斯酒每劑十滴至十五滴 tr. strophanthus 0.6—1 cc 或斯妥反打每劑二百分之一厘 strophanthin 0.00082 gm 用後二十四小時，再連用二次，甚妙。肌內注射法較靜脈內注射法為妥善。凡用狄吉他利不見功之二尖瓣病之間歇脈搏，以此藥治之，有時見大效。君景草(鈴蘭) convallaria，咖啡印 caffein 及金雀素(斯怕退印) spartein 等藥，醫界雖盛稱之，然皆不如狄吉他利，故甚罕用。

對於療治心瓣病，有兩種輔助藥：(一)鐵，(二)番木鱉素。若有明顯之貧血，宜用鐵足劑量。砒亦有佳效；凡心病之兼貧血者，必須用此二藥之一。番木鱉素可單服或調狄吉他利服。服法，每劑用百分之一之番木鱉素溶液一二滴 strychnin solution 1 to 2 drops，或以四十分之一至十分之一厘(0.0016—0.006 gm)注射皮下亦可。

特別症狀之治法 (一)水腫 體內因受狄吉他利之療效而血循環增進，於是組織間之淋巴流亦因之而速，而水腫之液遂易被吸收。驅水瀉藥則既能瀉去血中之液，又能使組織中淋巴間隙及淋巴囊之液易於被吸收。故用此二藥，大抵已可治癒水腫。然亦有數案，用此二法不甚奏效，則可用刺腿術。刺腿之法，用尋常吸引針，接以橡皮管，刺入腿內，留存該處數小時之久，每能導出水腫液甚多。又割破術 scarification 亦甚有效；惟須謹慎施用，務必先淨其腿，並用防菌毒之法方可。又用絨

帶水腫之臄亦佳。若患較重之水腹或水胸，則在用狄吉他利之前，須先施放液刺術。

(二)呼吸困難 病人常不能平臥，故宜用靠背 bed-rest 使頭處高。氣促每伴心擴張，慢性枝氣管炎或水胸而起。故各案皆宜驗胸，以資辨別；蓋水胸為氣促之普通原因也。有時二尖瓣之血反流或兼再發性水胸，其患常在右胸部；須逐週或逐月施放液刺術，始克奏效。夜間呼吸困難及或兼煩燥不寧者，用嗎啡最佳。鴉片對於各種心力不足之功效不甚可靠。又有一種心病之呼吸困難，不兼水腫，二尖瓣病尤然，則宜用硝酸甘油 nitroglycerin 或硝酸鈉，劑量逐漸增加，甚效。此藥對於脈壓高者，功收尤著。

(三)心悸及心困苦 若心肥大極重或主動脈瓣閉鎖不全之心跳動極困苦者，服烏頭酒每劑一滴至三滴 tr. aconit. 1—3 drops, 每二三小時一次，甚效。置冰袋於心部，亦可遲心之急速作用而安其跳動。心痛常為主動脈瓣損害所患，宜服碘化鉀，每劑十厘 pot. iodid. 0.6, 每日三次；硝酸甘油亦可試用。又用起飽藥，亦有效。此外又當知心悸及心困苦之要原係胃或大腸充氣，故又當對其病原而施治。

(四)胃症狀 服狄吉他利不見功之心瓣鎖閉不全，其常狀係惡心及嘔吐。其肝每甚增大；肝血管積血，且此患必俟靜脈之充血治療，藥力始有效。嘔吐纏綿久者當禁食，可稍飲小水塊、乳調石灰水少許及發泡之水，並須開通腸道。用藥則以注射皮下為最宜。

(五)咳嗽及咯血 心瓣閉鎖不全者，皆有咳嗽，蓋肺血管充血及枝氣管畧發炎故也。療治之法對心而發較對肺而發為合宜。慢性心瓣病之咯血或係一有益之症狀。除急性擴張外，咯血罕危，亦無庸專治也。

(六)不寐 此爲心病最苦之症狀;心有補償力期,亦或顯之。夜間每作惡夢,而突醒時則心跳動。心補償機能衰時,此狀亦極困苦。病人每不能安眠,屢作惡夢。用哥羅芳酒精加樟腦酒精服之,則可安眠。複方醚酒精 *spt. ether. co.* 雖難下咽,然當心補償作用一部分衰敗之時此藥爲治不眠及不寧之良品。瑟拉第亥德 *paraldehyd.* 及氫鹽亦可服;若屢用不效即用嗎啡亦可。

(七)腎症狀 心之補償力衰而主動脈血壓低,則尿量必大減;每日或僅下五六兩。服狄吉他利及斯安反忒斯則尿量即增。服瀉藥亦然。有時用狄吉他利不見效,則可用狄吉他利,海葱及甘汞三藥 *digitalis, scilla, calomel* 合丸服之;或奏功。狄午雷汀 *diuretin* 亦有時有用;服法每劑十五厘(一克),每日四次。

飲食 對於慢性心病,飲食每難節制。食物之含澱粉過多及其他足致腸胃充氣者,皆宜嚴禁。近人或謂體中積氫化物類 *chlorides* 係心病性水腫及心力耗竭之要原,僅可食乳,每日二立,以助其排泄氫化物類;病間時,宜禁食食鹽。肥胖者則宜節制液體類食物。

(三)心內膜炎

ENDOCARDITIS

心內膜之炎,常以心瓣各處爲限,故心內膜炎之名稱與所謂心瓣膜炎實同一義。分兩類:(一)急性類;其特徵係心瓣生贅生物 *vegetations* 而其組成質消失,(二)慢性類;其特徵係心瓣組織逐漸變硬,繼則變厚變敏而成畸形。

急性心內膜炎 ACUTE ENDOCARDITIS

此病之屬原發性而成一獨立病者極少;大多數係多種染性病所偶然激發,故不具病原上之實體。茲分爲(一)單純性

或良性及(二)惡性或潰瘍性或傳染性二類。其實此等類別並無解剖學上之重要異點,不過分別其輕重之度而已。

原因 單純性心內膜炎 Simple Endocarditis. 此病不具獨立性,每與他病同患。伴僂麻質斯熱而起者最多。房扁桃炎有時屬僂麻質斯性,故亦或兼此。至於小兒之特別病症,則猩紅熱兼此者稍多,麻疹及水痘則少;白喉及痘症亦少。對於腸熱病,則患者一千五百人中,兼此病者僅六人,亦甚少。

對於肺炎,則惡性及單純性心內膜炎皆常兼患。剖檢因肺炎死者一百人,兼單純性心內膜炎者五。考究六十一案心內膜炎之細菌,有肺炎球菌者二十一。因急性心內膜炎死者五百十七人中,與肺炎有關係者一百十五。心內膜炎之伴肺癆而起者,亦復不少;因肺癆死者二百十六人中有十二人患之。

又舞蹈病七十三案中,心瓣有單純性癢性贅生物 warty vegetations 者佔六十二。凡患進行性瘦弱病如癆及痛風,腎炎諸病者,亦或兼患單純性心內膜炎。

此外更有極常見之一種,其炎每見於慢性心病之硬化性瓣上。此即所謂復發性心內膜炎 recurring endocarditis 者是也。

惡性或染性心內膜炎 Malignant or Infective Endocarditis.
(甲)爲心內膜或心瓣之原發性病。(乙)爲隨肺炎,各種特殊熱病及各種膿毒性病演而起之繼發性病;患心瓣硬化以及全身急性傳染性病而在心之本處受累者最常患之。先天性損害極易致沉重之心內膜炎,而肺動脈口及不完全的心室中隔緣之損害尤易致此。

心內膜炎是否有原發性類,醫界曾致疑於此;然病者每前此既甚康健,又無致心內膜炎之病歷,乃忽發重病。著者曾見一人,六日即死;剖檢之,除惡性心內膜炎外,並無他病。

屬傷寒質斯熱或舞蹈病之單純性心內膜炎罕有進行而成惡性心內膜炎者。凡各種急性病之兼惡性心內膜炎者，以肺炎為最多。淋病之兼此者亦不少。丹毒、各種膿毒血病、產後熱亦或兼惡性心內膜炎。屬結核、腸熱、白喉、痢疾、痘症及猩紅熱者甚少。

病理解剖 單純性心內膜炎 心瓣或心室之裡膜生贅生物，大者直徑四耗，小者一耗(1—4mm)，其面不規則而有罅，似瘻形。此贅生物之蒂每極窄。患此者，心左部多於心右部；二尖瓣多於主動脈瓣。而生贅生物之處每在心瓣相合處之上端。附近之心內膜鮮有因此腫脹而充血者。此贅生物歷久則或增大；但單純性心內膜炎之贅生物，其直徑無逾四耗者。

贅生物之初生也，其成分係由血而來；即血小板白血球及血絲等是。後則係結締組織所成之小粒。蓋內皮細胞增多及內皮下層之細胞漸侵新生之贅生物，終則全佔其位；而血細胞及血絲則變壞而漸消也。此贅生物大抵皆有細菌或纏在粒之血絲；或生在老贅粒之上，視之如帽。

贅生物之變 (一)贅生物或呈機化而瓣或復原。(二)其病或延久而單純性炎變為潰瘍性心內膜炎。(三)贅生物或碎散而循血流運至遠處。(四)贅生物雖機化而消失，但先致瓣組織滋養的改變之始基終則硬化且增厚，因而成畸形。凡單純性心內膜炎之危險，不在即時而在遠患；蓋每碍心瓣之營養，致瓣硬化也。

惡性或潰瘍性心內膜炎 Malignant or Ulcerative Endocarditis. 若單純性炎逐漸增重，即成此類。潰瘍性炎皆有贅生物，而瓣消滅之質較多，血凝而為贅生物者較廣；細菌類亦較多而惡。凡心瓣已硬化者，常患潰瘍性炎。

惡性炎之瓣消滅物質甚多，雖或淺而僅以心內膜為限，然累及深處之心組織者較常，以致瓣或心中隔甚或心壁穿破者實屬不少。受患之瓣顯壞死，而其質畧消滅。瓣上有血小板、血絲及白血球等之混合物及菌類，相聚成團。其下之組織每硬化而增厚，且必為白血球所侵。

受患之部分 凡二百九案中：主動脈與二尖瓣並患惡性炎者四十一；患在主動脈瓣者五十三，在二尖瓣者七十七；在三尖瓣者十九；在肺動脈瓣者十五；在心壁者三十三。另有僅心右部受患者九人，大多數患處在三尖瓣。

壁性心內膜炎 *Mural endocarditis*. 在左室中隔上段者最多。其次則每見於左房後外壁。贅生物有時蔓延他處，如由肺動脈之內膜而延至肺門（肺臍）是也。其潰瘍常致心瓣生動脈瘤。患者四分之三心瓣有硬化之舊徵。潰瘍或延至主動脈，致成廣布之動脈內膜炎，且多兼急性動脈瘤。

伴發之損害 *Associated Lesions*. 此等損害有三類：（一）致心內膜炎之原發病者；（二）因栓塞而致者；（三）心肌之改變。伴膿毒性病而起之心內膜炎，則有局部之損害，如急性骨壞死，化膿性創傷或產後膿毒病是也。其他屬肺炎，癩麻質斯熱或其他種熱病之損害者亦甚多。

栓塞所致之損害極明顯，然有時雖其潰瘍性甚重，而亦未必有栓塞性病演之徵狀。所成梗塞之數或少或多；或脾或腎僅有一二，或體內各處有數百之多。就中或係尋常紅色或白色之化膿性梗塞。患梗塞最多之處為脾及腎，腦亦多；有時腸內亦極多。若係心右部內膜炎，則肺內或有梗塞。生極多之粟粒形膿腫者亦甚多。患急性化膿性腦膜炎者，佔百分之十。急性化膿性腮腺炎亦有之。凡急性心內膜炎之瓣閉鎖不全，實與小贅生物不涉，而係心肌受患所致。

細菌類 此兩種心內膜炎之細菌類無異。最常者係膿球菌，如鏈球菌，葡萄球菌，肺炎球菌及淋病球菌等是。單純性發生物之心內膜炎或有結核，腸熱及炭疽等病之細菌。大腸桿菌及白喉桿菌，腦膜炎球菌亦或有之。更有合染數種細菌者。

至於單純性心內膜炎之屬慢性病如癆，結核，腎炎等者，大概無菌。又心瓣之損害或係菌之毒素所致，或其初有菌而入後菌已死。

症狀 單純性心內膜炎 此其臨診病程及物理徵，均無殊性。大多數病勢甚隱，毫無心病之症狀。據剖屍檢驗報告，未死時多不知病者患此。但亦有數狀足起醫士之疑而斷為此病者。病者大概不顯心痛及心苦。例如患傷風質斯熱者，其可疑為心內膜炎之狀係心動作增速或微亂及熱增高，而關節炎則不然。心悸亦或為明顯之狀；醫界有用之以為鑑別之要狀者。

診斷 此病，僅憑物理徵，惟其物理徵毫無定例。所顯之心雜音，他病亦有之，非特有之徵也。初則心之第一聲或僅微粗，繼則漸變為雜音。肺動脈瓣第二聲或作雙響，且其響倍增。

惡性心內膜炎 初起情形各異，而狀亦甚雜。如在患他病之期內發顯，則僅發熱加增或呈一種病性改變。然大多數顯數種普通症狀，如不規則之發熱，發汗，譫妄及漸就衰弱等是也。

栓塞性病演 或有特狀；如腦或其膜受累則顯譫妄，昏迷或麻痺，脾患梗塞則顯身旁痛及局部性腹膜炎，腎受累則尿中有血，視網膜出血則視力受損，栓子散布則體之數處化膿，甚或成壞疽。

此病有二特類：(一)爲膿毒症類；(二)爲似腸熱類。此外又有若干病案顯心症狀；而其最明顯者則爲神經系統之急性症狀。分述如下。

膿毒症類 Septic type 每與外傷、產後病、急性骨壞死、淋病等有關。所顯之症狀係寒戰、發汗、不規則熱及膿毒症傳染諸狀。心之症狀或全被全身症狀所掩；迨見栓塞時始疑及之。有許多病徵與極重之膿毒血病相似，而其菌或可用血培養。兼視神經炎者亦不少，並或顯再發之視網膜出血。

似腸熱類 Typhoid type 極多，其特狀係較有規則之熱，早顯之衰弱、譫妄、疲寐、昏迷、腹瀉、出汗（其汗或淋漓甚），顯瘀點或他種皮疹，並間或患腮腺炎等等。心之症狀或全然失察；有時即細檢之，亦或無心雜音可尋得。

心症狀類 Cardiac type 即患慢性心瓣病之病人忽而熱發及顯心內膜炎之狀者是。多顯膿毒病及似腸熱之狀，且病程或極急。又或僅發微熱，或熱雖高而病亦能癒。

大腦症狀類 Cerebral type 則臨診之狀有時與腦膜炎相似。患者或發急性譫妄，或不省人事。

此外另有數種特別症狀。所發之熱時或高而稽留，非常屬弛張類。顯瘀點疹者甚多，致與發瘀點疹之腸熱病及腦脊髓熱相似。又曾有誤認爲出血性痘症者。皮發紅斑疹者亦復不少。汗或極多，甚或較肺癆或瘧之汗尤多。更有兼患黃痘者，且或被誤認爲急性黃色萎縮。

心之症狀有時全隱；非仔細發驗，不能察出。即使察驗，而亦有不顯雜音者。至於病之伴慢性心瓣病而起者，則大概不難診斷。

病程無準，大多數因原發性病之種類而異。除原發病係慢性心瓣炎外，其病程過五六星期者甚少。而最短期者，不及兩日即死。

亞急性細菌性心內膜炎 Subacute Bacterial Endocarditis.

此為心症狀類之慢性類，又名慢性潰瘍性心內膜炎。綠色鏈球菌 *Streptococcus viridans* 類細菌為常見之菌。然無菌者亦多其所現恒定之症狀如下：(一)顯著之進行性貧血，(二)面色棕褐色，(三)顯著之腎病，(四)顯著之脾增大，(五)心內膜炎症狀，如發熱，栓塞，關節炎及瘀點等是。甚心症狀或為(一)心瓣病者所者，(二)因栓塞而致者。腎機能不全為其致死之常因。貧血每為繼發類，且白血球常如常或減少。胸骨上之觸痛亦係一特狀，且或在無細菌期最形顯著。病程或延長，血或變為無菌；而一部分病人或可痊癒。此類病人之脾增大或易致誤診為他病。

慢性染性心內膜炎 Chronic Infective Endocarditis. 此則大抵發源於舊有或未經認明之心瓣損害。初起時之症狀僅有發熱；然會見數人，初起時或顯寒戰；或再發寒戰，致易疑為瘧。病人或照常營業，僅每日體溫度升高一次，或間或出汗者經數月。心之症狀或竟失察。有時舊有之心瓣損害之雜音不顯改變。縱使二尖瓣有極廣布之病，而心動作或僅畧受其擾。如此經六七月，甚或十三四月之久。其症狀或僅有發熱及逐漸進行之虛弱。以上所述，係再發寒戰而誤診為瘧之類。若兼主動脈瓣受累，則顯進行性損害之徵者較多。栓塞性症狀不常見，僅在病終之期始顯。或發暫性皮結節，手足上現紅色痛斑數日；此外則症狀甚少。剖屍檢驗，曾見數奇特之贅生物性心內膜炎，二尖瓣常受累，有時在心室腱索生贅粒甚多，而其贅生物堅大而形不規則，與尋常潰瘍性心內膜炎所顯者大異。更有主動脈瓣及三尖瓣亦受累者，則其贅生物或延至心壁。

診斷 此病多難診斷；而有明顯之栓塞性症狀者則易。其單純性與惡性之區別不難，惟在單純性變成惡性之過渡時期，則間或有疑難之處。惡性類之全身症狀較重，熱較高，寒戰較常見，且有時顯膿毒性症狀。大概與產後病及骨病無關係者則易誤認為腸熱。苟患腸塞而兼梗塞形成，並或見腮腺炎，則或無從區別。此病又或顯腹瀉及腹部觸痛，並兼昏睡，漸弱，亦與腸熱無異。至於或可據以為心內膜炎之要點者，則心內膜炎之發起較速，早期發熱之升降不規則及心痛三者是也。此外則胸不舒適及呼吸短促或亦為惡性心內膜炎之初狀。寒戰亦不少。傳染性心內膜炎則有明顯之白血球增多。膿毒血病與惡性心內膜炎兩者無區別狀，蓋同係動脈膿毒血病 arterial pyemia 也。至此病之急性而似惡性熱者，每誤認為斑疹傷寒，腸熱，腦脊髓熱，或出血痘症等病。而其顯間發熱者，纏綿數星期以至數月，故易誤診為瘧；但若驗其血，則固非不易區別也。培養其血有時可為診斷此病之大助。

此病之結局，大概皆死。能痊癒者惟亞急性類及慢性心病之硬化性瓣舊病所發內膜炎即所謂再發性心內膜炎 recurring endocarditis 者二種病案。

治法 凡傷風質斯熱，舞蹈病及各種發疹熱病之兼心內膜炎，醫學上實無阻遏之法。宜謹戒患者切勿受寒，小兒尤然；宜臥床靜養。蓋併發病中，以心內膜炎之結局為最危，務必謹慎也。凡患傷風質斯熱者，苟能絕對靜養，則發心內膜炎之機會自少。柳酸鹽對於傷風質斯，究能止遏心內膜炎之發生與否，今尚係一疑問，甚不可靠。醫界審知小兒患單純性心內膜炎之結局甚險；曾細察是否有法可免受患之心瓣逐漸硬化。現有一預防療法如下：(一)宜久臥養，至少三閱月之久，俾心得

靜息；(二)心部宜常施起炮法；(三)宜服碘化鉀之中等劑量數月。若心動作過速，宜服烏頭，並用冰袋敷心部。治惡性心內膜炎之法，與治膿毒血病無異，大都無甚效力。用血培養物察驗血中有無菌類；若果有之，從速配製菌液施治，或有佳效。而余等則實未見有治癒之病也。

慢性心內膜炎 CHRONIC ENDOCARDITIS

定義 此即心瓣硬化，或致皺縮而增厚，或致瓣相粘連，常有鈣鹽之沉澱，並患心室腱索縮短而增厚，致心瓣閉鎖不全且狹窄。或為原發性；但繼急性心內膜炎起者較多，而屬癩麻質斯類者尤然。

原因 認一切心瓣硬化為急性心內膜炎之繼發病者誤也。蓋心瓣硬化有時繼血壓過高而起，但此則初與急性炎無關係者也。先有之心內膜炎或係致心瓣弱之原，而心瓣之逐漸增厚或係受壓之直接繼發病況。例如年歲增老，則心瓣之柔活性漸失，遂畧顯硬化及變性或成鈣化之窠局是也。數種熱病之毒素亦能為此種硬化之素因。梅毒係主動脈瓣硬化之重要原因。此外則久於過用肌力之受壓係此病最要之原因。主動脈瓣硬化，有時或係全身動脈硬化之一部分。

凡一萬四千剖屍檢驗案內，有慢性心內膜炎者約佔百分之九。至於各心瓣受累之比較則如下：二尖瓣受累者六百二十一，主動脈瓣三百八十，三尖瓣四十六，肺動脈瓣十一。而心之左右部之比較，則總計以上一千零五十八案，心右部僅五十七而心左部佔一千零一。

病理解剖 急性心內膜炎所生之贅生物，慢性類無之。慢性類之早期，瓣邊畧增厚，或顯數小結節性隆凸。此種小隆

凸有時或係急性炎之贅生物平復時所成。在主動脈瓣，則近半月瓣結之組織先受惠，而畧增厚，其結節亦增大。瓣質或失其透明性；而可察見之改變係顯灰白之色及瓣形之細巧狀畧失。在心房室瓣，以上所述早期之改變可於瓣緣內察見；此處更常顯灰紅色之腫，畧作浸潤狀，與動脈硬化病主動脈內膜上之腫極相似。即在早期，亦可察見內膜下之黃色或呆白色脂肪性變區。迨硬化漸增，則纖維收縮，致瓣增厚而成畸形，其緣遂圓而捲，於是心瓣雖能閉而不能合縫。苟一主動脈瓣收窄四分之一甚或三分之一，於是成閉鎖不全；此固非瓣之特別畸形，亦非動脈瓣口收窄所致者也。房室瓣如僅患單純之增厚及瓣緣之捲，則雖致漏隙，而對於血之流行不生阻碍，惟此類較少耳。更有二尖瓣口之緣增厚而捲（小兒患之者最多），致漏隙極大，而其瓣口實不收窄者。迨病勢漸增，則心腱索初由近口之端增厚，繼則漸進而普遍增厚。瓣緣在其角處逐漸被牽而粘和，其口遂亦因之而收窄，致主動脈瓣及左房室口（此兩處受累者最多）縮窄。終則在硬化而壞死之組織內沉積鈣鹽，甚或累及深處之纖維環，於是瓣之全體幾盡變為鈣鹽塊，絕無正常組織之遺存。心腱索或漸縮短而大增厚，病之極重者，則乳頭狀肌直接伸入硬化而畸形之瓣。乳頭狀肌之尖常變為纖維織。

凡在此病之各期內，或顯單純性心內膜炎之贅生物，而此硬化之瓣易患潰瘍性炎。

慢性壁性心內膜炎每生似癩痕之灰白色斑，室壁或房壁之肌帶有時或亦有此斑。此類多繼心肌炎而起。

胎之心內膜炎常屬硬化性類，而心右部之瓣受累者較左部為多。

(四)慢性心瓣病

CHRONIC VALVULAR DISEASE

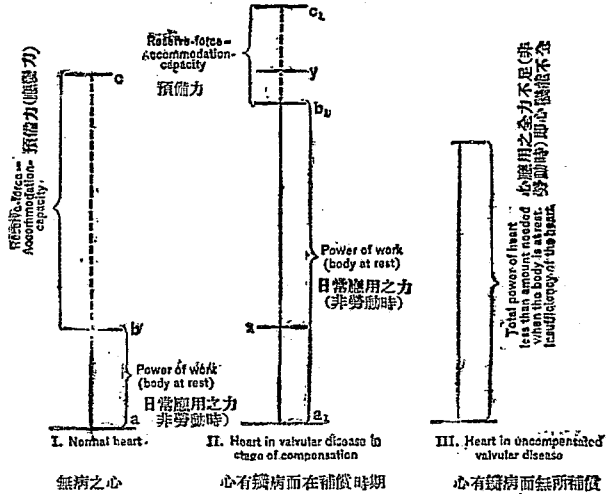
總論

心瓣損害之影響 心瓣損害對於心動作所致之影響可簡述如下心瓣硬化所致之兩種結果爲 (一)閉鎖不全。(二)瓣口狹窄;或單發,或同時合發。狹窄則血流受阻,閉鎖不全則漏隙而血反流。血流受阻則心腔所含之尋常血量難由狹窄之口驅出;血反流則心腔爲尋常不應流入之血所灌注而過滿,例如二尖瓣漏隙則左房既有肺靜脈之血流入,又被左室之血灌注是也。故此兩者之結果同係致房室擴張;苟欲由此已擴張之心驅出尋常之血量,則必須增加其能力;此能力之增加則全仗心機能之奮興並整理心肌而致矣。

心之機能每有完全之預備,以應付突然過於勞動所致尋常心擴張時所需之額外能力,例如一人當競走百碼後,其心之右部大張則其心必竭其預備力以資控制也。至於心瓣硬化,則進行遲緩,故每逐漸成漏隙,並逐漸致擴張;是以擴張初起時不甚劇烈而爲心肌之預備力 *reserve strength* 所能控制。久而久之,乃另生一種新機能。蓋心易擴張,則心必恒用其增加之能力以資控制,而心之所以能發出此種額外之能力者係奮興心肌使其纖維增大並增多其數故也。肌纖維既增大,其數又增多,心乃肥大,而心瓣之損害則因此而被補償(或名代償) *compensated*。血循環之均勢亦因此而得維持如常。茲特就此種機能性質上之分別附圖如下,以爲筆述之助。

各圖中之直線表示日常應用之心力。圖中第一項 *ac* 係心無病時肌所有最大之力量, *ab* 係日常應用(指尋常不勞動時

第二十二圖



DIAGRAMMATIC PRESENTATION SHOWING THE FORCE OF THE HEART FOR WORK UNDER NORMAL CONDITIONS AND IN VALVULAR LESIONS

無病時之心力及患瓣病之心力比較圖表

而言)之力量,而bc係心肌之預備力,所以控制勞動過度時之用者。

設若有心瓣之損害,則日常應用(非勞動時)之心力必大增。但此際所用心肌之力雖較大,而未必致肌之機能不全;蓋其日常應用之力雖大增,然尙在心力最大量之範圍內也。例如圖中第二項所示 a₁ b₁ 較圖中第一項 a₁ c₁ 小,惟惟心肌必另生新預備力,以對付此新發生之情況(指心瓣之損害而言)。苟無新預備力,則所剩之預備力 b₁ y 為量極小,即不足維持此時之情況。蓋際此,即在不勞動時,日常應用之力幾全費肌力之最大量。苟稍有勞動(如升梯散步等),則心瓣所剩極小之預備力(如圖中 b₁ y) 或且不敷應用,而心力必達其極限,於是遂

顯心悸、呼吸困難之狀。情勢如此，必不能持久。心之工作力乃逐漸加增，而心遂肥大；此時則稍加勞動，亦能維持。終則成一恒有之新機能，肥大之心乃有最大之力 $a_1 c_1$ 。此最大量 $a_1 c_1$ 較心無病時之最大量 $a_0 c_0$ 為尤大， $y_0 c_0$ 即其增大之新預備力也。然比較言之，則雖有此新預備力 $y_0 c_0$ ，而其預備力之總量 $b_1 c_1$ 仍較心無病時之預備力 $b_0 c_0$ 為小（可將圖中第一第二比較）。故其額外應用之能力遂恒久減低矣。此即心之補償機能之秩序也。

人類之心無論有病與否，苟用預備力過度，超出其最大之量外，皆能致心機能不全（此節已在心機能不全節詳述）。此種擾害全由心之額外應用能力之量所致；量愈小，則心之能力愈易用盡。苟將圖中第一第二兩項比較，即可知有心瓣病之心較無病之心易致心機能不全。若心肌用其最大量之力過久，則勢必耗竭。蓋有心瓣病之心因預備力過少，故其用最大量或近於最大量之近似數，必較無病之心多數倍也。當肌力耗竭之際，則心力之最大量減小，祇能敷不勞動時之應用，甚或不勞動時亦復心力不足。際此，補償機能所得之新預備力 $y_0 c_0$ 及其舊剩之預備力 $b_1 y$ 或全然喪失（如圖中第三項）。倘此預備力之總量僅暫時喪失，則其耗竭之心肌力不久即復原，此種情況名曰補償機能擾亂 disturbance of compensation。至於所謂補償機能喪失 loss of compensation 者，則係補償機能恒久受擾，心肌力恒久不復原之謂也。

主動脈瓣閉鎖不全 AORTIC INSUFFICIENCY

主動脈瓣閉鎖不全或係該瓣口過大，致閉時其瓣不能吻合，或係瓣有病而不能合縫。

原因及病理解剖 男較女多，大概係中年壯健之人。此病在各心瓣病中佔百分之三十至五十。

此病可分五類：(一)先天性畸形類：特如二瓣合而為一，尤為常見。有時主動脈瓣雖合三瓣為二，而閉時亦或無異；惟此畸形之瓣易致硬化性心內膜炎，斯為險耳。

(二)心內膜炎類。心內膜炎有時致瓣發潰瘍而毀滅，成急性心瓣閉鎖不全。曾見一病，主動脈瓣全被蝕爛。俾廡質斯熱之心瓣炎常見，惟其主動脈瓣炎較少；其閉鎖不全之故係瓣或瓣緣生小結所致。久則瓣成鈣鹽；然漸變硬而粘連或復稍收窄者較多。

(三)梅毒性類。梅毒大抵為此病最重要之原因，在青年及中年人尤然。瓣中或可查見密螺旋體。其病演亦常累及主動脈。一部分病人或在主動脈根成限局性病演，繼則或累及其瓣，或致主動脈瓣環擴張兼相對性閉鎖不全。凡認為梅毒性主動脈性心內膜炎之治療病案，或屬後者。

(四)動脈硬化類。凡閉鎖不全之最普通病原係瓣緩進之硬化，致瓣緣捲起。或伴有普遍性動脈硬化。其瓣之情況如何，已如慢性心內膜炎節中所陳述。然須知瓣緣之捲無論如何微細，亦或可致劇烈之閉鎖不全。與心瓣病相伴發者，多數係輕重不等之舊有的主動脈弓之動脈硬化；此則有一種重患，係致冠狀動脈之口狹窄。心之硬化性改變時或兼動脈粥樣化 atheroma；此或在瓣之根而不致閉鎖不全。又或由主動脈瓣根生一鈣化之尖體伸入主動脈瓣內，而致瓣不能如常關閉。依解剖學而論，則可由表面之平滑，緣之圓鈍，無贅生物等三者而認為動脈硬化類。

(五)瓣破裂類。瓣無病而破裂者極少；然瓣有病則甚易破裂。此則或因舉過重之物所致，或因瓣為潰瘍性心內膜炎所削弱，致不足抵尋常動脈內之血壓而起。

(六) 對待的閉鎖不全或曰比較的閉鎖不全 *Relative insufficiency*. 因主動脈瓣環及鄰近之動脈弓擴張所致,不甚多。若主動脈弓之上升段硬化甚廣,致瓣上大擴張,則致此類閉鎖不全。動脈膜及瓣常相伴受累,惟瓣之改變或極輕。若主動脈瓣環上生動脈瘤,亦或致此比較的閉鎖不全。

閉鎖不全有時與各級輕重不同之瓣之狹窄併起,而心內膜炎類尤然。動脈硬化類大多數不兼狹窄患;然主動脈瓣狹窄,則每兼閉鎖不全,輕重不一。

瓣無病之閉鎖不全亦有之。每在主動脈瓣升段擴張而瓣環張大時發顯。

影響 主動脈瓣閉鎖不全之直接影響為動脈內之血反流入心室,致室過於膨脹而其動脈內血減少,反流之血之量,依漏隙之大小而定。左室因左房及主動脈兩路之血併入而致擴張,終則室肌肥大,而此肥大之輕重則依損害之大小而異。蓋肥大所以添驅血之力,而心瓣之缺點(指漏隙而言)即恃此為補償機能;於是室收縮時能驅較多之血入動脈,故室舒張時雖仍有若干反流之血,然對於全身之滋養一時或尚無大碍。惟急性者則不然,蓋瓣敗壞甚速,而或有極重之呼吸困難及咯血也。此種主動脈瓣之損害能致最重之心擴張及心肥大。重量最大之心亦係此所致。心擴張常極重,與主動脈瓣狹窄而無他病者大相反。室乳頭狀肌或甚扁。二尖瓣大概不甚受累,惟其瓣緣或微硬,且常因該瓣環膨脹而有比較的閉鎖不全。左房擴張及肥大者亦多;若患此甚久,則心右部每增大。若係動脈硬化類,或致冠狀動脈口收窄,或硬化之患延至其枝,而為纖維性心肌炎之禍階。若係心內膜炎類,則主動脈內膜全滑,而弓及其大枝皆不擴張。患者之全身諸動脈皆多少略顯變硬;蓋室收縮之力增大,而動脈被血壓所壓迫也。

症狀 患者或無心症狀，而每為醫者偶爾驗覺。頭痛，頭暈，目中覺有閃光，驟然起立則發暈等係早狀。稍用力則覺心悸而困苦，係一常狀。當補償機能並無衰兆之際，或早已有心痛。痛有困苦，其痛狀何若則無定。或變而限於心前區，然作刺痛而映射各處上升於頸下達於臂（左臂尤然）者較多。主動脈病常為痛之起源。此類心瓣病之兼有真心絞痛者，較他心瓣病多。其兼患貧血者，亦較主動脈瓣狹窄或二尖瓣病為多。

補償機能漸衰，則較重之症狀如呼吸困難及足水腫等亦漸顯。呼吸困難多在夜間發作，患者非用高枕不可，甚或須坐在椅上始能睡。皮色發紺之狀少。呼吸系統症狀如咳嗽則常有，蓋因肺充血或水腫故也。咯血則較二尖瓣病所患者少。全身性水腫不常有，然足水腫則發顯或甚早；此則或因貧血或因靜脈積血而起，或且兼有此二故。主動脈瓣病若非兼患二尖瓣病，則鮮有因全身水腫致死者。病人之突死者甚多，他種心瓣病多不如此。補償機能衰敗時，患者乃臥牀不能起；迨病之末期，則顯輕而不規則之發熱及再發性心內膜炎。栓塞性症狀亦不少；如脾增大而痛，血尿及間或麻痺諸狀是也。此病所有之惡夢及寐而不安二狀，較他心瓣病為多。

精神症狀 此種心瓣病常有之；病人或易受刺激而難於管理。病之末期，則有譫妄及幻覺等狀。病者際此或且有自殺之觀念；宜謹防之。

物理徵 望診時，心之搏動廣而力強，心尖之衝動在第六第七兩肋間隙，或向外至腋前線。如係年少之病人，則心前區或顯凸狀。捫診時，心舒張之際間或顯顫。搏動之力強而上湧，惟心擴張極甚，則搏動似滾而無定。乳頭線與胸骨間之兩

三肋間隙或當心收縮時顯凹陷，此係空氣壓力所致。叩診時，所顯心之實響區較他心瓣病者大，該實響區每向下及左而延闊。

聽診。 心室舒張之際，心底處自胸骨而下顯雜音。此音在第二右肋軟骨處或細弱不可聞，而在胸骨與第三肋軟骨齊處或循胸骨右緣下至胸骨尾軟骨之處則皆極易聽辨。音柔而長，蓋即血反流入心室所成之聲也。第二心聲有時易聞，或為心雜音所代；若脈弓擴張，則第二心聲隆隆然帶鐘音，而其舒張性雜音或甚響，可在胸骨柄處聽得。

第一心聲在心底處聽之或清；但作柔而短之收縮性雜音者較多。脈硬化類之心收縮性雜音常短而柔，而內膜炎類則瓣連合而常被鈣化性贅生物所遮蔽，故收縮性雜音粗，且或有顫。

由心底傳至之舒張性雜音或可在心尖或其近處聽得。若補償機能充足，則第一心聲在心尖處常清；心擴張時則有比較的二尖瓣閉鎖不全之大收縮性雜音。惟擴張之度減，則該音亦消。

弗林忒氏雜音 Flint murmur. 心尖部或有第二雜音，大約係由二尖瓣口發出。此音似鼓音，且有回音，常在心舒張之中期或末期而顯，而以心尖部為界。與二尖瓣狹窄之雜音相似，然其響較輕，且常兼可捫之顫。此音之成，大約係主動脈瓣口反流之血衝激二尖瓣之大前瓣，致房收縮時入室之血受阻之故。此等情況與二尖瓣狹窄之不重者相同。主動脈瓣閉鎖不全之無併發患者，半有此雜音。惟此雜音之呈顯最無定，時消時顯，絕無標準可憑。此外則間有真二尖瓣狹窄所常顯之快而促之第一心聲及短促之收縮性抖，然脈搏則呈主動脈瓣閉鎖不全之特徵。

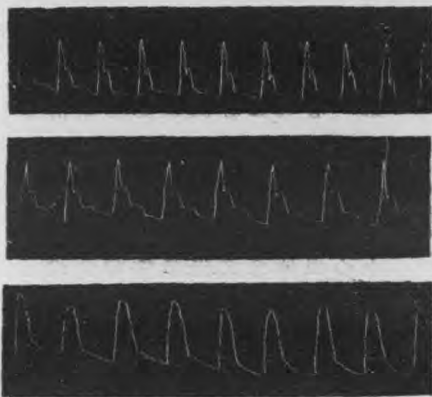
動脈，對於主動脈瓣閉鎖不全，驗動脈極為重要。淺動脈之搏動可以察見者，此病較他病為多。每一心收縮時，頸、腕、桡等動脈之動可見。以檢眼鏡檢之，視網膜動脈亦如是。動脈之搏動不獨可見，即其急促之殊性亦然。又主動脈瓣閉鎖不全者，毛細管常有脈搏，在指甲最易見；或用指按於額上畫一線，則此充血之線

邊紅白色相間而作。若病極重，則每一心收縮時面或手發紅。靜脈內亦或有搏動。按動脈，則此病之促脈 water-hammer or Corrigan's pulse 可覺。脈浪有急而強之動觸指，其退亦甚速。欲診此脈搏，宜握肘之近腕處，將肘提起，則甚易測準。主動脈

瓣血反流之脈搏，其至也遲，蓋心收縮後撓動脈不即搏動故也。至於脈遲之久暫，依閉鎖不全之輕重而異。若主動脈瓣之第二聲可在頸動脈處聽得，係一佳兆。蓋係反流之血甚少及結局不危之徵也。至於血壓，則心收縮時大而舒張時小。

主動脈瓣閉鎖不全所顯脈搏圖上之廻波過小及脈搏之急沉狀，與血反流入左室無關係；乃係全身周圍動脈舒張所致。至於此等小動脈之舒展，則係血管舒縮神經所主使而所以保衛心及動脈者。

第 二 十 三 圖



PULSE TRACING IN AORTIC INCOMPETENCE

主動脈瓣閉鎖不全之脈搏

主動脈瓣閉鎖不全有時雖纏綿多年，然心之補償機能充足，故患者不定有恙，而醫者常於無意之間驗出其心病。苟心之肥大足以補償瓣之缺乏，則或無症狀；患者即使操作畧重之事，心部亦不覺苦。凡繼心內膜炎而起而不屬普遍性動脈硬化之閉鎖不全，能存活最久。病初起時，年歲最關緊要；蓋年輕者之損害罕因動脈硬化而起，而其冠狀動脈亦不受病。若主動脈瓣閉鎖不全與二尖瓣之損害同時發顯，則補償機能之受擾每早。單純性主動脈瓣閉鎖不全每可多年無虞，而執業如常。

至於心肌之改變及動脈之變性與主動脈弓之硬化俱增加而冠狀動脈之口受累者，則補償機能即漸受擾。初顯之血循環機能不全係間或發暈、頭眩，或精神易受刺激及虛弱；繼則或顯二尖瓣有反流，心右部受累及其常有之症狀。凡病已久者，其主動脈瓣環之改變或兼患心神經及心神經節之變異，於是更增一重要病原。

(三) 主動脈口狹窄 AORTIC STENOSIS

此較主動脈瓣閉鎖不全為少。或此二損害同發，然主動脈瓣狹窄大概皆微有漏隙也。

原因及病理解剖 輕者瓣相粘着而硬，致心室收縮時因其瓣不能貼近心壁，該瓣雖開而不完全。有時瓣雖粘着，然不十分增厚，但厚而硬者較多。若病發已久，則有堅硬而鈣化之塊塞瓣口。患者愈老，則瓣之硬化而成鈣鹽者愈多。

主動脈瓣狹窄較閉鎖不全少甚，而患者之年亦較老。標準的症候每兼老人動脈系統之廣布的鈣化性改變。

因血之流出受阻，心室之工作增加，故其壁肥大；初起時，或無擴張，或擴張甚輕。此種腔不甚增大而有壁增厚之情況，即

第二十四圖



PULSE TRACING IN AORTIC STENOSIS

主動脈瓣狹窄

擴張，自房入室之血受阻，肺充血，而心右部之勞動增重。動脈之改變大概較閉鎖不全所顯者為少，蓋其壁毋須抵禦心室收縮時大血湧之觸激也。不寧惟是，即其由狹窄瓣而出之血或且較無病時為少，惟補償機能充足時則脈浪之大小適中。

症狀 物理徵 望診時或不顯心之搏動。老年人之胸壁硬化及患肺氣腫者尤然。此則心雖甚肥大，亦無可見之心尖衝動。即或有之，亦必弱而無定。然心尖處多向下而偏左側，而其搏動似甚強。捫診時，可知多數心底有顫，而其顫力在主動脈瓣處最大。他病之顫絕無過於如是之大者。心尖衝動或不可捫覺，或遲而上湧，且強大。叩診時，實響區之廣闊與閉鎖不全所現者同。至其大小，則依有無肺氣腫而異。

聽診。有粗收縮性雜音，在第二右肋軟骨處最響，且傳入大血管；此係主動脈狹窄最常有之物理徵。惟此第二右肋軟骨處之收縮性雜音不定，可據為瓣口狹窄。蓋瓣或主動脈內膜粗或貧血等亦係致此雜音之原也。然瓣窄之雜音，較以上所述者粗而響，且如樂音。至於補償機能衰及室擴張而弱者，則其雜音或柔而遠。第二聲因瓣厚硬之故，罕有在第二右肋軟骨處可聽見者。舒張性雜音亦常顯，但不能聽得者固亦不少。

前所謂向中性肥大是也。此與離中性肥大之兼有壁增厚及腔增大者不同。

心收縮之時間增久，甚或增久四分之三。若心之補償機能充足，則心他腔無恙；補償機能不足，則顯心

心尖處間或顯如樂音之雜音，此則係二尖瓣微有反流之血所致。單純性主動脈瓣狹窄之脈搏小而壓力適中，且有序不紊，惟或畧慢。

凡在心之補償機能（心壁肥大）充足之際，病勢多隱。早狀係腦少血而起之頭眩及發暈。心悸及心痛等，不如閉鎖不全者之甚。若心肌衰竭，則二尖瓣顯比較的閉鎖不全，而病者乃有大小兩血循環系統充血之症狀。老人患此，多無水腫，所顯之狀似屬普遍性動脈病。病人顯切斯安氏呼吸者亦不少，甚或兼尿中毒之狀。

診斷 凡有在第二右肋骨最響之粗雜音或似樂音左室肥大之徵，顫脈搏堅而慢，大小及壓力皆適中，驗脈搏圖所計之線上升遲緩，頂廣，而低降亦遲各徵者，則可定為主動脈瓣狹窄無疑；患者如係老人，尤然。然或不易辨雜音之由於貧血或此病。然貧血所致之雜音較輕且不顯顫，而左室亦不甚肥大也。主動脈瓣閉鎖不全亦常有收縮雜音，但不如狹窄者之重，亦不帶樂音而顯顫。主動脈升段粗而擴張之雜音亦或極粗或如樂音；惟有第二聲增大而作鐘音，固與狹窄所顯者有別也。

(四) 二尖瓣閉鎖不全 MITRAL INSUFFICIENCY

原因 (甲) 瓣改變，致收縮而短，常兼心室腱索之改變或瓣口狹窄。(乙) 心室之肌壁改變，或擴張而閉鎖時不能適合其增大之瓣口，或肌質改變而室收縮時致瓣之閉合有缺；此名肌性閉鎖不全 muscular insufficiency。凡致閉鎖不全之普通損害，係心內膜炎之結果；蓋此炎每致瓣緣漸厚而連合及心室腱索縮短，故大多數不僅閉鎖不全，而且狹窄。除小兒外，二尖瓣之瓣片捲皺而瓣口不收窄者甚少。又瓣根有鈣鹽性片亦能致一瓣不能合縫。病發已久，則二尖瓣之構造全變為堅實之鈣

鹽性環。此類瓣性閉鎖不全及肌性閉鎖不全宜仔細辨別。凡左室擴張極甚之各病，以及纏綿甚久之熱病及貧血之肌弱，皆有肌性閉鎖不全。

病理解剖 二尖瓣閉鎖不全對於心及血流之關係如下：(甲)閉合不全，致室血反流入房（故亦名瓣漏隙），故房舒張完了時，房內不僅有由肺來之血，更有由左室反流而至者。於是房遂擴張，且因應驅之血較常多，故所需之力亦必增加，於是心肌亦宜肥大。

(乙)左房因擴張之故，每一收縮時，驅入左室之血較常多，故左室亦因之而擴張，終則亦致肥大。

(丙)左房舒張時，左室之血反流而入，以致肺靜脈之血難入左房而該靜脈內每充血；肺於是亦充血；而右室因之亦難出其所有之血而擴張，且長厚。

(丁)如此轉輾相累，終則右房亦受累，其腔增大，而壁亦增厚。

(戊)對於肺血管之關係，為動脈及靜脈俱擴張；纏綿久則動脈壁常呈粥樣化之改變；毛細管亦擴張，終則致肺呈棕色硬變。心之補償機能多能完全，其要原即兩室肥大也；又大血循環可維持數年無損，蓋左室每一次收縮時輸出之血與無病時之常量無異也。然勿論遲早，左室輸血之量或因瓣之機能喪失增重，或因補償機能漸衰，必有過少之時。如此，則左房過滿，肺血循環充血，心右部動作受阻，而全體血循環之靜脈亦遂充血。此充血或歷數年而僅限於小血循環，然終至三尖瓣閉不合而大血循環之靜脈充血，於是逐漸延成內臟之發紺性硬變；迨至極重，則成水腫。

肌性閉鎖不全係二尖瓣及其室乳頭狀肌之滋養不足所致，其補償機能罕能如上述者之充足。主動脈瓣患急性毀壞，

則左室顯急性擴張而兼二尖瓣之比較的閉鎖不全，左房大擴張及肺極充血；此則或致出血甚多。如此，則補償機能難於成立；至於病人之心肥大且擴張，無瓣之損害，其二尖瓣閉鎖不全或極甚，而肺及大循環之靜脈因之大充血，全身亦呈心病性水腫者則所顯之症狀與二尖瓣自身有損害所顯者無異。又慢性腎炎病，其左室肥大之補償機能有時漸衰，致後期乃成比較的二尖瓣閉鎖不全，而顯大小兩血循環充血，與最重的心瓣自身有損害所顯無異。心包粘着或亦成類似之結果，小兒尤然。

症狀 當損害發生時，除因瓣破裂或生潰瘍而急起之閉鎖不全外，其心之補償機能及其瓣之缺損每同時進行，是以無自覺症狀。又心之補償機能充足時，雖二尖瓣閉鎖不全甚大，心肥大極重，而患之者或不自知有所困苦，僅在勞動時覺呼吸稍短促。蓋必補償機能未完足，或雖完足而突衰及漸衰之時病人始覺受苦。其症狀可分為二：

(甲) 補償機能充足時之輕微症狀。凡閉鎖不全甚重之病人，其面每畧現充血狀，唇與耳微作青藍色，頰之小靜脈或增大凡此數狀，外可疑為此病。患病已久者，其指或作杵狀，勞動時呼吸短促，小兒尤常如是。此係瓣閉鎖不全最常有之一症狀；即使補償機能充足，亦或有此狀至數年之久。此外則肺因微充血之故，病者每有易生枝氣管炎或咯血等患之趨向。亦或現心悸。然在壯年而當補償機能充足，即病在潛伏期時，其損害大概皆不顯心症狀；苟患者能謹慎自衛，則可安然終老，其職業及樂事願亦未嘗不可如常享受也。

(乙) 補償機能或遲或早，每有衰竭之時，際此則症狀之最重者為靜脈充血之各狀。如心悸，心動作弱亂而顯擴張徵等是。呼吸困難係一要狀；或兼咳嗽。此外又有一困苦之狀；病者將欲甜睡，乃無端突醒，起行而大喘且自覺心動作將停。皮

色每微發紺，甚或微有患黃疸之狀。然最重者係靜脈血積滯之各狀。呼吸困難一部分因肺血管過滿而起。咳嗽多帶血痰或水痰，痰內多肺泡上皮，中含棕色顆粒甚多。水腫性滲出液每先起於足，而漸延至軀幹及漿液性囊。右胸膜有時患水胸，須連用放液刺術治之。尿常減少，且含蛋白質及腎管型或血球。若調治得法，補償機能或能復原，沉重之症狀或消去。然患者多屢發如此之變狀，終至或全身水腫；或心臟張逐漸增進。患此病而突死者少。有數種二尖瓣病（指狹窄及閉鎖不全兩者而言），另成一種所謂肝病性期，際此則所顯症狀盡屬肝之繼發性改變所致。

物理徵 望診。小兒則心前區或脹凸；且或有可見之搏動甚廣。心尖衝動處或在乳頭線左，或在腋前線第六肋間隙。局部性右室搏動有時在胸骨旁線（胸骨乳頭間線）之右肋緣處下可見。頸靜脈常滿，而有似浪之搏動；當病者躺臥時，此狀尤顯。

捫診。罕覺有顫；苟有之，必在心尖，且常有定界。搏動之力之大小，依病期而異。補償機能充足者，力強而上湧；受擾而不足者則如浪而弱。

叩診。實響區向旁面增闊。他種心瓣病之實響區無橫闊如是之甚者。其增闊也，橫大而直小；由胸骨左緣向上之增闊不及向右緣外及乳頭線左者為大。

第二十五圖



MITRAL INSUFFICIENCY

二尖瓣閉鎖不全

聽診 心尖處有收縮性雜音，其第一聲或爲此雜音所全蔽，或蔽其一部分。此雜音通常在心尖處最響，其聲或如吹，或如樂音，將止之際尤然。又每傳至腋，背部亦或可聽見，或全胸皆可聽得。惟有時此音在沿胸骨左緣處最響。第二聲或傳至心尖處甚響。有時或有或柔或粗之心收縮前雜音。凡因瓣受損而起之二尖瓣閉鎖不全，且兼兩室皆有甚重之肥大者，每僅當收縮時聽得響而如吹之雜音。二尖瓣閉鎖不全之雜音每依病人起坐之姿勢而大不相同。或躺時顯雜音，豎立則否。若心擴張而兼水腫，則胸骨尾軟骨及胸骨下部或有柔收縮性雜音，蓋因三尖瓣有血反流故也。肺動脈瓣之第二聲倍響，係聽診時之一要狀，每在胸骨左第二肋間隙或第三左肋軟骨處可以聽得。

二尖瓣閉鎖不全當補償機能充足時，脈搏大而不紊，惟血壓常低。迨症狀一起，則脈搏即亂，且在病期內永久如此。甚或診脈時，脈浪之力及其大小竟無一次相同者。即補償機能復常而其衰竭之狀已消，脈搏之不規則或仍如故者，亦復不少。此則因心房纖維性顫動而致。

總言之，物理徵之要項有三：（一）有收縮性雜音，在心尖處最響，傳至腋，且在肩胛骨角處可以聽得；（二）肺動脈第二聲倍響；（三）心增大之徵，如實響處之橫徑因二室肥大而致增闊是也。

診斷 診斷此病，大概不難。以上所述之物理徵固具有殊性，且清晰易辨也。惟宜細心察究之點有二：（一）收縮性雜音，雖在心尖處最響，且傳至腋，亦不定爲二尖瓣閉鎖不全之確証，蓋此處尚有許多今猶未識其來源之偶發性雜音。（二）二尖瓣閉鎖不全究因其瓣受損而起，抑係瓣環擴張所致之比較的閉鎖不全。此二者不定能區別，雜音性質若何，傳向何處，肺動

脈瓣第二聲之倍響以及心肥大，皆不足為區別之確證。此則病之來歷或較物理徵為重要。最易致誤者，係一種所謂特發性心擴張兼肥大（此類之收縮性雜音有時極響）及動脈硬化兼心擴張二類。或謂二尖瓣之組織病苟能致閉鎖不全，必兼瓣口之收窄；是以二尖瓣質性病之唯一確據係收縮性前雜音 presystolic murmur 也。

(五) 二尖瓣狹窄 MITRAL STENOSIS

原因 此病大概有兩種：（一）繼急性心內膜炎而起，（二）係瓣緩緩硬化之結果，並無曾患瘰癧質斯熱及他種傳染病之來歷。患者男較女少甚。而女子之中，則尤以少女為多。屬先天性者甚少。

病理解剖 心瓣及室腱索或連合為一，此係屢發心內膜炎之結果。病勢之輕重依粥樣化變之多少而異。許多病案瓣各相粘接，致瓣增厚而瓣口收窄，僅剩一縫。惟不屬心內膜炎者，則瓣不如此增厚，而瓣口收窄之故則在瓣緣逐漸相粘及心室腱索增厚；故由心房窺之，瓣口似漏斗形。至於瓣不甚異形而其瓣口甚窄之一類，或以為發源於先天性。更有瓣之一大部分無病，而瓣口之收窄乃係由瓣環凸入之大鈣鹽性塊所致者。總言之，心室腱索之受累常極重，而其乳頭狀肌或直接挿在瓣上。收窄之症候不甚重者，瓣口可以第二指尖伸入；較重者，則小指尖可以伸入；若極重，則瓣口幾無縫。心不十分增大，重逾十四五兩者甚少。左室常小，較之右室，大小懸殊。若狹窄甚大之閉鎖不全，則左室或畧擴張，且肥大。

當檢驗時，見左心耳內有白色血栓者亦復不少。間或左房之一大部分亦被死時所凝之血栓（名死前血栓）所佔。

左房之血難於驅出，則擴張，其壁增厚至三四倍。心房雖因狹窄而對於極重之損害不能有補償機能，然在逐漸狹窄之際房壁之肌力增加，尚足平均其缺損（凡三十六案內，房肥大者二十六，同時兼擴張者十四）。繼則肺血循環之壓力增加，蓋因肺靜脈之血難入已充血之心房而肺動脈之壓力遂增也。於是額外之工作全仗右室，故該室亦因之而漸肥大。終則三尖瓣之對待的閉鎖不全及大循環之靜脈充血皆隨之而起。

物理徵 巔診。 小兒則因右室肥大，致胸骨下段及第五六左肋軟骨處顯隆凸。心尖之衝動或無定界。大概離乳頭線不遠，其衝動處多在胸骨下段及附近之肋軟骨；若病者胸壁薄，則胸骨之第三四左肋間隙顯搏動。補償機能衰竭之際，則心前區之搏動甚弱，而頸靜脈或有血反流之搏動，或近鎖骨之右頸靜脈突出似瘤。迨病之後期，肝或增大而兼搏動。

捫診。 大多數有一種殊特之顫；最易捫覺之處常在乳頭線內第四五肋間隙。此顫粗而似軋，位置之限定多甚殊特，呼氣時最明顯，而顫盡之際每驟然作抖，與心之搏動同時。此一殊特物理徵係二尖瓣狹窄特有之症徵，亦係捫診時可據為瓣損害之唯一確証。心之搏動在胸骨下段第四五左肋間隙最強而易於捫着。搏動所達之處甚高，或在第三四肋間隙，間或有在第二肋間隙者；或以為此第二肋間隙之搏動係心房所發，其實則此等搏動每屬右室之動脈圓錐；即使有最重之二尖瓣狹窄，亦無房或其附屬物之向前能使胸壁上顯搏動者。

叩診。 胸骨右及胸骨左緣之實響區增闊；病重者其實響或達乳頭線以外，但不常見。

聽診。 心尖衝肋處之內側或有粗而似貓舐之貓舐雜音 *purring murmur*，至第一心聲起時則突然而止。倘同時施捫診法，則知貓舐雜音與所捫覺之顫同時而發，而顫末之抖響及第

一心聲亦同時而作。此心房收縮之雜音係血過窄瓣口所成，名縮前性雜音 presystolic murmur。此雜音之長短不定；或與心舒張期同長，或在心舒張期中段現出，或在心舒張後半期與心房收縮相應。此雜音或隆隆然似有廻響。少數病人或在心尖第二聲後有細弱之舒張性雜音。肺部或有比較的肺動脈瓣閉鎖不全之雜音可聽得。

◎心尖或沿胸骨左緣處或有收縮性雜音可以聽得，或極柔細，須使呼吸停止始能聞。有時大而清，且能傳至腋。第二聲在第二左肋間隙倍響，或作雙響。或遠傳至左，在心尖外側亦可聽辨。單純性二尖瓣狹窄之主動脈瓣部常無心雜音，其第二聲之在主動脈瓣處者，較在肺動脈瓣區為輕。病重則胸骨下段及胸骨右或有收縮性三尖瓣雜音。至於縮前雜音之後所顯急而清之第一聲，甚不易知其原。此定非二尖瓣所成；蓋凡瓣硬而呈石灰性變者，決不能成聲，而此聲每每甚響也。

以上諸物理徵惟在補償機能充足時有之；學者宜謹記。且其雜音有時細極，幾不可聞，祇在勞力之後始明顯。迨心房纖維性顫動成立，其徵改變；此乃因房不收縮故也。收縮性前雜音或消去。

有時心尖部另有驟急之第一聲，或作跑馬節律。當顫及殊特之雜音既不現後，心收縮性抖或仍如故。若療治得法，則補償機能漸復，右室及左房之收縮力增大，則收縮性前雜音再顯。若在此期診驗病人，或有將瓣損害失察之虞。心房纖維性顫動係二尖瓣狹窄的心節律不齊之常狀。

二尖瓣狹窄或歷數年之久，而為右室肥大之補償機所維持。許多患者雖有此損害之物理徵而無症狀。或患此病數年之久，僅升梯時畧顯氣促，然能操作如常，並無疾苦。脈搏較無病時小而多不規則（即心房纖維性顫動之證）。此時之特

殊危險爲再發性心內膜炎，致心瓣之贅生物或脫入血流，而塞大腦動脈，致成偏癱或無語言能，或兩者併發。婦人之患此者亦不少。凡患二尖瓣狹窄之病人能免此不幸之變局者，其機會無限期。

此外則左喉返神經被增大之心房所壓，致左聲帶癱者，亦有時有之；學者當謹記，切勿誤認爲主動脈弓生動脈瘤。或謂此非直接受左心房壓所致，乃係該神經在肺動脈及主動脈弓之間被擠；而該聲帶之癱則係此擠所激發之神經炎。

心之補償機能衰竭所致之各症狀已詳心機能不全節。要而言之，有如下列所開：心動作急而亂，呼吸短，咳嗽，有肺充血徵狀，且常咯血。如此數年之間屢發屢退。若發枝氣管炎或發熱，則或致氣短或皮顯微藍色。若發肺或胸膜之炎病，則心右部必大受累；此等病人如患肺炎，殊屬危險。二尖瓣狹窄多半無水腫。肝或增大甚，後期或有水腫，小兒尤然。

(六) 三尖瓣病 TRICUSPID VALVE DISEASE

三尖瓣血反流 Tricuspid Regurgitation. 此因急性心內膜炎或慢性心內膜炎致瓣瓣變而起，然繼心左部之瓣病(二尖瓣尤然)而成比較的閉鎖不全者較多。又肺病如硬化及肺氣腫，致血流受阻，亦能致此；如兼慢性枝氣管炎，則尤易致此病。所顯之症狀係肺血循環梗阻及大血循環之靜脈充血所現諸項。此已詳二尖瓣閉鎖不全節。其他徵兆如下：

(一) 室收縮時血反流入右房，而其脈波傳入頸靜脈。苟反流之血少或室收縮力弱，靜脈內或不顯鼓動；若反流之血多，則頸靜脈有特顯之心收縮性搏動；頸內外兩靜脈或皆有之，外靜脈尤顯。此種靜脈內之搏動必在管轄此靜脈之瓣有缺陷時始顯。微細之蕩動則時有之，即使靜脈瓣完全無損亦然。

靜脈膨脹有時極重，咳嗽時尤然。近頸根處之右頸靜脈或凸出，成一殊特之橢圓塊。有時反流之脈浪廣汎傳出，腋靜脈及鎖骨下靜脈皆有之，甚或傳至肩之皮下靜脈及胸淺靜脈。

三尖瓣口之血反流性搏動或傳入下腔靜脈而至肝靜脈，致肝呈心收縮性膨脹。此宜以兩手捫診法驗之；法用一手按第五六肋軟骨上，他一手按腋中線之肝旁部。搏動顯然可捫覺，且每來自心室所出之脈波，或傳自主動脈。

(二) 第二要徵係胸骨下段最響之心收縮性雜音。其聲大抵柔而低，常與同發之二尖瓣雜音有別；蓋二者之性質既不同，而聲調亦高低各異也。亦或遠傳至腋。有時此音之界極有限。

若第一及第二兩徵並顯，即係三瓣血反流之確徵。此外則叩診時胸骨右側實響區常增大，搏動則胸骨下段最強。此病之症狀大多數隨損害如何而異。屬肺之纖維性變及慢性肺氣腫之右室補償機衰竭兼三尖瓣閉鎖不全，每致心力漸衰兼心病性全身水腫。

三尖瓣狹窄 此病甚少。女子患之者較男子多。大多數三尖瓣及二尖瓣併發，餘則或僅三尖瓣受患，或與主動脈瓣同患。

此病之診斷多不可能；極重之皮色發紺及呼吸困難常見。病之末期則顯尋常心力衰竭之徵。物理徵之重要者係頸靜脈及增大之肝內顯收縮前性搏動。捫診時胸壁之三尖瓣區有收縮性顫，且兼極顯著之收縮性抖。實響處向右大增闊，胸骨下段或顯隆隆然之收縮前性雜音，且傳至胸骨右緣。總言之，收縮前性雜音，第一心聲之促迫，實響處向右增闊及慢性氣促兼皮色發紺諸項皆係重要之徵。

(七)肺動脈瓣病 PULMONARY VALVE DISEASE

肺動脈瓣區之雜音極常見;而瓣之損害則極少。其顯收縮性雜音之多種情況如下:(一)許多康健之人若胸壁瘦薄,則呼氣及躺臥時有雜音,小兒尤然;(二)心動速時,如在發熱時及勞動之後,亦有之;(三)心呼吸雜音 cardio-respiratory murmur 每可在此處聽見;(四)貧血之際亦恒顯之;(五)二尖瓣閉鎖不全之收縮性雜音有時或傳至胸骨左緣。至於肺動脈瓣之質性損害,則甚少。

肺動脈瓣狹窄 此則幾全係先天之病而為先天性心病之最重要者。瓣常連合,致瓣僅剩一狹小之縫口。中年人患此者亦間或有之。若係先天性損害,常兼胎肺動脈與主動脈導管之開放 patency of ductus arteriosus 及室中隔有缺陷。有時或併患三瓣狹窄。其硬化之瓣又或發急性心內膜炎。

物理徵極無定。或有收縮性雜音及顫,在胸骨左第二肋間隙最易聽得。該雜音或與主動脈瓣狹窄之雜音甚相似,惟不傳入血管。肺動脈瓣第二聲則或弱或無,或有舒張性雜音代之。又此病常有右心室肥大之徵。

肺動脈瓣閉鎖不全 此係極少見之病。有時隨染性心內膜炎而起。又或因肺動脈擴張或狹窄而致。又或因主動脈瘤或瓣數異常而致。某氏分之為二類,其一係起於急速之原因,有時對於心呈明定之症狀而物理徵則表示有全身性敗血病。其一則有呼吸困難,咳嗽等心症狀,而物理徵亦皆明定。

此病之物理徵即為血反流入右室之各徵,然其雜音雖或在肺動脈瓣處最響,而常難與動脈瓣閉鎖不全之雜音辨別。惟無主動脈瓣閉鎖不全之血管狀,則係一足資提醒之症狀。

又肺動脈之血壓大增亦能致此等瓣之漏損，且顯柔細之舒張性雜音；宜注意。

(八) 併合性瓣病 COMBINED VALVULAR LESIONS

瓣損害之為單獨性或單純性者少；而併合性損害則較多。其屬先天性者尤然。西國幼兒之二尖瓣及主動脈瓣損害多係佝僂質斯性熱之結果。單純性二尖瓣閉鎖不全及單純性二尖瓣狹窄每獨發多年，然久而久之，三尖瓣勢必因之受累。主動脈瓣損害之不屬併合性者，較二尖瓣多。惟合併之損患雖有時有害，然亦或有益。例如常伴心內膜炎類而起之狹窄或能減少主動脈閉鎖不全反流之血；而二尖瓣之逐漸收窄或於二尖瓣之血反流有益是也。

心瓣病之豫後 PROGNOSIS IN VALVULAR DISEASE

各種心瓣病之結局如何，全視心之補償機能之充足與否而異。苟補償機能充足，患者可無恙；雖損害極重，而心之官能亦不定受擾也。

苟醫者對於聽診法無大經驗，自問不能以各種心雜音為確証，則用望捫等診法斷之，願亦甚佳。苟心尖衝動處如常及心節律不亂者，則聽診時之現狀固不必注意；因心肌實較瓣為重要。僅據心雜音之情況，決不足以判斷此病之豫後。有許多病人他無症狀，祇在心體或心尖處可聽得收縮性雜音，左室亦不肥大，心動節律並如常，又無佝僂質斯熱病之來歷。

凡關於豫後之各要點如次：

(甲) 年齡 小兒十歲以前患此者較危；雖其補償機能易充足，冠狀動脈無病，心肌之滋養亦易完備，然其結局亦常不佳。蓋小兒瓣病之加重較急，而心之預備力又易盡；且小兒之心肥

大及心擴張亦較成人所發者爲重；此其大原因也。至於食物不給之貧人或屢患癯瘵質斯熱或心包粘連者，亦係致結局危險之要因。但小兒患此，若能護之惟謹，且不令勞動過度，其結局亦自較佳。發身期或成丁時始患心瓣病，則補償機能之充足較小兒易持久。小兒因心病突死者少甚。

(乙)男女 此病之結局男較女危；蓋女子較男子靜，冠狀動脈之受累較少，且所患常在二尖瓣故也。其與懷孕及分娩之關係，雖有時可虞，尙不甚緊要。

(丙)受患之瓣 比較各瓣受患之豫後甚難；故當逐案判斷。主動脈瓣閉鎖不全固最危也；然患之者，其補償機能或能維持多年。其可欣慰之情況卽心肥大及心擴張適中，無心苦及痛各狀，無普遍性動脈硬化等是。判斷此病結局，要在視冠狀動脈之情況如何。凡瓣因癯瘵質斯性損害而致閉鎖不全者，則伴發主動脈根內膜炎之機會較少；故其冠狀動脈可多年無恙。否則因主動脈根硬化而主動脈瓣閉鎖不全，於是冠狀動脈幾皆受累，結局實較前危甚。突死者不少；或因勞力時心急張，或因冠狀動脈之一枝閉塞故也。又此類每易兼心絞痛，亦係危險之一要原。主動脈瓣狹窄較少，且患者常爲中年或老年之人，補償機能亦大概充足。

二尖瓣損害之結果較主動脈瓣閉鎖不全者爲佳。二尖瓣閉鎖不全而補償機能充足者，其結局較二尖瓣狹窄爲佳。當知病之最能持久者，每係瓣口狹窄而且兼閉鎖不全之各病。瓣損害之最危者，係二尖瓣片漸捲皺成狹條而其瓣環變大；小兒患此種病況較常見。患二尖瓣閉鎖不全者，補償機能多能維持三四十年之久；雖心肥大甚，且心尖之衝動幾達腋中線，而亦未必有苦狀，補償機能亦充足。婦人患之者雖經多次之懷孕，亦多無關緊要。二尖瓣狹窄者，人皆謂結局較危；實則其危

險之程度當與二尖瓣閉鎖不全相等，婦人尤然。患者多為康健之人，既無心悸，又無心力衰竭之徵，且能照常勤職業。婦人經多次之懷孕，亦能平安過去。然大腦動脈栓塞之患則此病所發較他瓣病為多。

病之豫後大部分當視其能自行約束病勢之心肌的情況而異。如果有肌機能不全之確據，病必嚴重而豫後未可樂觀。病之起因亦殊形重要；凡癩麻質斯性熱及梅毒，皆或曾致心肌之傷害。又心房纖維性顫動之發生，心功交替等，亦皆當計慮及之。結局良好之情況：全身康健，平時習慣良好，意即無不應為之事；無易患癩麻質斯性及卡他性病患之趨向；其瓣損害非組織變性所致，且能維持三年之久而無改變；心室無病而其動作之遲速適中，節律不亂；動脈無病，血量及血壓之度皆正當，肺、肝、腎亦皆無充血之患，皆是。

心瓣病治法 TREATMENT OF VALVULAR LESIONS

(甲)補償機能充足期 際此期內，服藥則反常無益而有損。若一見心肥大或心雜音諸患，即以療心之藥若狄吉他利等治之，實為大謬。倘醫士偶爾驗出此病，有時或不宜直告病人，然不妨告諸其心腹親友。有時則宜直告，俾病人得自謹防一切。患者宜靜，職業當有節制，刺激情感之事亦宜限制。又主動脈瓣病最忌勞動，凡事皆不可急促，以防突死。飲食宜有節，若煙及酒，則宜切忌。至於宜運動與否，當視病者之感覺若何。苟不致心苦或心悸，則為適當之運動願亦甚佳。每日必浴，以增進皮膚之作用，然切不可用熱浴。血多而肥者，宜時服鹽類瀉藥。病者切勿登高山峻嶺。交媾頗危險，其主動脈瓣閉鎖不全者尤甚。凡累及補償機能之事，如勞力太過，憂慮及滋養不足等，醫士當切戒病人不可任意。

補償機能衰竭期 衰竭或甚急而致死，如心急擴張或冠狀動脈之一枝閉塞而突死是也；或不急致而漸進。初顯之狀係勞動時氣促，或夜間突然發呼吸困難。此等病常兼滋養不足之患，貧血尤甚；患者服鐵藥或移居他地，或可望癒。

心動作不規則，不定係補償機能衰敗之徵兆，但可賴以作準確之診斷。補償機能衰竭之重狀係心擴張，皮色顯然發紺，有跑馬節律或各種節律亂，並或兼水腫等是。至其治法，則與心機能不全之治法相同，已詳前。

(五) 特殊病理的病症

SPECIAL PATHOLOGICAL CONDITIONS

(一) 心臟瘤 ANEURISM OF THE HEART

心瓣瘤 Aneurism of a Valve. 此係急性心內膜炎之一種結局，致瓣或變軟或被蝕，繼則或穿破，或因血壓之勢力成一小區之漸漸擴張。此動脈瘤之形常似球，在主動脈瓣之室面凸出。二尖瓣之患此者甚少。此動脈瘤每破裂，致瓣之劇烈毀壞及閉鎖不全。

心壁瘤 Aneurism of the Walls. 此係慢性心肌炎所致之壁弱或急性壁性心內膜炎之結局；因第二類而起者尤常致穿破，更有繼刺創，心室之樹膠樣腫或心包粘連而起者。患處常在左室近心尖處，蓋此係最易患纖維性變之處也。病之早期，心室前壁近中隔處（有時或在室中隔）微擴張，心內膜呈溼濁狀，而肌組織則硬化。病勢漸重，則擴張更甚，而囊內有血栓積聚成層。終則成一大圓瘤，由室凸出；該瘤或極大，有時與心之大小相等。有時動脈瘤有一極小之口與心室相通。所經彙集之九十案動脈瘤中，穿破者凡七。

症狀。所顯之症狀無定，間或心尖處顯凸及該瘤穿破胸壁。二尖瓣狹窄者右室有時亦或凸出，致左肋緣下顯搏動瘤；此瘤有時誤認為動脈瘤。若動脈瘤大，則心受其壓力，而有心衝動力強而周圍動脈搏動力弱之不相稱的狀況。

(二) 心破裂 RUPTURE OF THE HEART

此係罕見之情事，常因心肌之脂肪性浸潤或變性而起。又冠狀動脈之一枝患栓塞，膿性心肌炎或樹膠樣腫之生長亦能致此。所彙集之一百案中，有脂肪性變者七十七。病者三分之二年在六十以上。嬰兒患之者亦或有之。無論何一心腔，皆或患破裂，然在左室前壁離室中隔不遠之處破裂者最多。心之破裂常在勞動之際發顯。有時或無預顯之症狀，患者突然跌倒，而數分鐘即死。突死者大約佔百分之七十一。其餘則大概心部有一種極苦楚之感覺及窒息，或苟延數小時而死。曾有一病人，症狀發顯後尙步上一高阜，閱十三小時始死。

(三) 贅瘤及寄生物 NEW GROWTHS AND PARASITES

原發性瘤及肉瘤則極少。繼發性瘤或為單獨性，或為多數性；即使呈極端之蔓延，亦或不顯症狀。余曾見一人，右室之壁發見一塊，累及三尖瓣之前片，而瓣口之一部分被塞。壁面被蝕，肺動脈內有許多癌性栓子。又有一人，因生無數與櫻桃同大之膠狀瘤而心增大甚。縱隔障肉瘤有時或穿入心內，然縱隔障淋巴腺之症候無論如何蔓延，亦或不累及心及血管。

心內生囊腫者甚少。此則每每散生心之各處，囊中之液或呈棕色或清。血囊腫亦或有之。

寄生物則已另詳專篇；心內間或有細蠶蟲或包蟲囊。

(四) 創傷及外物 WOUNDS AND FOREIGN BODIES

心之創傷或係彈傷刺傷等外傷所致;或係外物所致,如外物由食管入心是。槍彈傷甚多。亦或可瘰,驗屍時,曾見彈丸陷入心內,被心組織所包。刺傷尤多。有希司忒利亞性之女人有時自吞針,致由食管經胃而達全身各處或入心內。此等病詳見外科。

(六) 先天性心病

CONGENITAL AFFECTIONS OF THE HEART

此則臨診上之關係甚有限,蓋不能存活者居多;即使存活,亦無治法可以補償其心之缺損而療治其症狀也。先天性病係心之發育受碍或疾患(如心內膜炎是)或二者合併所致。

心全體異常 心全體發育之異常如下:(甲)無心;(乙)雙心;(丙)右位心 dextrocardia;(丁)異位心 ectopia cordis。第四種係胸壁及腹壁間有隙所致。

心隔異常 Anomalies of the Septa。心房中隔及心室中隔或皆有缺點,致心內僅有兩腔(一房一室) bilocular heart,與蛙心相似。

胎心房卵圓孔或不閉;或兼他重要之欠缺,如肺動脈瓣狹窄及室中隔欠缺是也。亦有僅係心房卵圓孔不閉而無他欠缺者;然亦不定成病,蓋此病曾在因他病而死之屍身內察見。又有無心室中隔者。此所謂三腔心 trilocular heart是也。此外則有心隔上段畧不健全。凡發育之異常,多兼肺動脈瓣狹窄及右室之動脈圓錐狹窄。

除兼肺動脈瓣及右室之動脈圓錐狹窄等之各種心隔異常外,尚有一種;其不健全點僅在膜性之隔,患者每能如常生活而享其天年。其物理徵頗明顯可辨;心常增大,且有一種雜音。

某氏所述此雜音之言如下：“音甚響，可聽得之界甚闊大，起於心收縮時，響聲延長甚久，致將尋常的克捷克之兩心聲掩蔽。而最響處既不似主動脈瓣狹窄所發者之在心底之右，亦不似肺動脈瓣狹窄者之在左，乃在心前區三段中之上段；適當正中，與隔相似。凡距此正中點稍遠之處，其響即漸減，愈遠愈微。其音不因時而變，且不傳入血管”。少數病案，此連續不間之響雜音每在室收縮時則倍增。

瓣之異常及損害 Anomalies and Lesions of the Valves. 瓣或增多或減少。如動脈瓣口半月瓣之數常有增減是。肺動脈瓣之增多較主動脈之增多者尤常見。多者或增至四五瓣。瓣之大小或相等，然額外之瓣大概較小。半月瓣或僅有二，主動脈瓣尤常如是。蓋其兩瓣合而為一。此係最重要之先天性缺點，蓋連合之瓣易致硬化也。房室瓣異常者，甚少見。

胎之心內膜炎 患處或在動脈口，或在房室瓣口。幾盡屬慢性或硬化性類。呈癢性者極少。瓣緣常增厚縮小而光滑。二尖瓣及三尖瓣之瓣片相連合，心室腱索厚而短。半月瓣則合而為一，成硬膜性隔，中有或圓或橢圓之孔。

肺動脈瓣口之損害 狹窄。此為先天性心病最常見而最重要之一種。凡患慢性心內膜炎，足使瓣漸相連合而瓣口收窄，至僅可容一最小之探針。或且生贅生物。此病或可經多年不死。患先天性心病之在十歲以後者，多有此種損害。心室中隔或亦有不健全點。肺結核係一普通致死之原因。肺動脈口閉塞之屬先天性者較少，惟病勢則較狹窄為危重。多兼室中隔有不健全點，胎心房卵圓孔不閉，心右部肥大及胎肺動脈與主動脈之通管（名動脈導管 ductus arteriosus）恒久不閉諸狀。肺動脈口梗阻之類中，右室動脈圓錐 conus arteriosus 狹

察者甚多。以上所述肺動脈瓣口之三種損害即先天性心病中之最重要者。

主動脈口先天之損害 此病不常見。其病亦有狹窄及閉鎖二種。

先天性心病之症狀 患者十之九皮色發紺，故有藍色病及發紺病(蒼色病) blue disease and morbus caeruleus 之稱。此狀僅初生後之七日內發顯之；或遍布全身，或僅唇、鼻、耳、指、趾諸處患之。時輕時重，重者皮色深紫，輕者僅在勞動時加重。身體表面之溫度低；勞力時常顯呼吸困難及咳嗽。赤血球增加極多。嬰兒之患此病者，往往不活潑，其精神及體格皆呆鈍不靈。其指及趾作杵狀甚大。至於皮色何以發紺，今尚未確知。

診斷 診斷嬰兒，如其皮色發紺，則無論心增大與否，苟兼心雜音，即可斷為先天性心損害。惟皮色之發紺不足據以斷定為何種損害，蓋各種損害多有之也。心雜音常屬收縮性，然亦未必盡人有之；有患先天併發性心損害而心聲如常不變者。胎之心內膜炎有時能在子宮內診定，迨產後則知診斷果無誤；蓋因其心早有粗收縮性雜音故也。先天性心之不健全大多數有心肥大。據 Hochsinger 所研究，其病徵如下：

(一) 小兒有響而粗且似樂音之心雜音而兼心實響區如常或畧增者，僅先天性心病有之。至於嬰兒之後天性心內膜炎不健全點有心雜音甚響者，大抵皆兼實響區大增。

(二) 若嬰兒有心雜音兼實響區大增及心尖衝動細弱者，則係先天性改變。實響處之增加以心右部為主，左部不過畧有變更。至於小兒之後天性心內膜炎，則心左部受惠最重，心尖衝動可見；心右部之擴張每於其後期繼起，且對於心尖衝動之力增加無實際上之改變。

(三) 心尖部無雜音而胸壁之心房區及肺動脈口上有雜音者，常係鑑別診斷之一要素；蓋此係心隔之不健全或肺動脈狹窄，而非心內膜炎。

(四) 肺動脈瓣第二聲過弱而兼明顯之收縮性雜音者，係出生未久之嬰兒所患先天性肺動脈瓣狹窄之唯一症狀，故此點於鑑別診斷上甚為重要。

(五) 若心前區之全部有響雜音可聞，而捫之無顫者，除先天性心隔之不健全外，極罕遇之；故係一必非後天性心病之証。

(六) 有響而且顫之收縮性雜音，其最響處在胸骨三段之上段，而無明顯之左室肥大症狀者，則係診斷動脈導管恆久不閉之要點；即使加發主動脈瓣之心內膜炎，亦復如是。

治法 此等嬰兒必須保持衣被之溫暖，嚴防一切能致枝氣管炎之弊端。若發急促之呼吸困難，且面色青白，則宜放血，服鹽類瀉藥，亦甚有效。狄吉他利宜謹慎施用；對於病之後期，有時有益。迨補償機衰竭時，其治法與後天心病肌性機能不全之治法相同。

(七) 心絞痛 又名狹心病或心病痛

ANGINA PECTORIS (*Stenocardia, Breast Pang*)

定義 此病之特狀係胸部發陣發性痛，兼血管壁之改變。

原因 英格蘭及威爾士此病不少。美國則更多，旅居該處之猶太人尤多。尋常醫院中，此病不常見，每年不過一二人，蓋入院者多係上等社會，生計裕如之人故也。患者以四十至七十歲之間之人為多，而五十至六十歲間之人最多。男多於女。

凡人在四十歲以後，梅毒係一要因，每致主動脈炎，炎處多以動脈根為限。動脈硬化無論是何病原，皆足致心絞痛。故

病人大多數發硬化病，血壓高者亦多。營業之人勤悴終日，加以飲食之過度，煙酒之蕩喪，每伏患心絞痛之禍根。此外則有僅因血壓高而畧發絞痛者。

病理 (一) 冠狀動脈病，或僅動脈口被硬化性主動脈炎累及。動脈之一枝或被新凝之血栓或栓子所塞者不少。此外更有閉塞性動脈內膜炎。病者若係老人，有時冠狀動脈呈石灰性變。

(二) 梅毒性主動脈炎。凡病人在四十歲以前而有患梅之病歷者，或有此種損害。

(三) 不顯損害者亦或有之，但不多見。

發作之原因 心絞痛現象之究因何故而發，今醫界尙無精當之解說。一般之理想如下：(一) 心之神經痛。(二) 心肌或心肌之一部分痙攣。(三) 係心室擴張極重時，室壁之緊張所致之情況。(四) 由冠狀動脈輸入心肌之血祇敷供給尋常靜息之應用，而不敷勞動時所需，故心肌之收縮功用受擾而致痛。其動脈之狹窄因痙攣或脈病而致。此說人多不信。(五) 因主動脈第一部分緊張而致。

症狀 因病發之輕重而分爲三大類：

(一) **最輕之類** Mildest Form. 胸骨下有一種緊張不舒及困苦之感覺；此感覺時或加重，以至於痛，常伴情感或勞動而起，不久即消去。有時容色或畧青白，或有發暈之感覺。用肌力之事，如登山升梯等，往往能激發以上所述之感覺。平生忙碌之人，或有每數星期或數月患胸骨下緊張而非痛之感覺，該感覺既無確實之定處，亦不放射他處，且不因勞動及情感而加重。休息一夜後，每即減輕。苟能暫拋職務，擇地旅行遊覽，則此等症狀或全然消去。

(二)輕症心絞痛又名小心絞痛 Mild Angina, Angina Minor. 心有十分沉重之痛,且放射至臂;凡神經薄弱,患希司忒利亞或嗜菸者皆易患之;有時隨急性傳染病如流行性感胃而起,病之發作每為情感所激發,女人患此較多,而從無致命之虞。故又有假性或官能性或毒性心絞痛之稱 pseudo, false, functional or toxic angina; 其病發作之殊狀僅有輕重之別。病所由發作之情況較病發作之殊狀尤為重要。有時有甚明顯之血管舒縮神經受擾,具四肢冷厥,覺麻及變作青藍色諸狀,而心前區覺痛及發暈之感覺隨之而起。凡有嗜茶,咖啡及菸癖之人,心痛者不少。其痛尖而似射,兼心悸或重而真實之心絞痛。

(三)重症心絞痛又名大心絞痛 Severe Angina, Angina Major. 此類之兩種特別情狀係心或血管之組織性病及突死。惹起此病之原大概皆可尋,過用肌力係其最尋常者。精神上之情感係第二種重要惹原。渾特爾氏 Hunter 常言:“彼之生命懸於激彼發怒之人之手”;而其最末一陣致命之心絞痛果在盛怒時激發。第三種重要惹原係胃之充氣而膨脹。此外則有許多病人最易覺冷,當起床或出浴時之寒氣凜然,亦或能使心絞痛發作一陣。

病發作之現象 當勞動或情感盛烈之際,病人之心部突發極慘苦之痛,一似其心在壓器內被掉。其痛放射,上達於頸,而又下射至臂,指及心處並或有發麻之感覺。臉色青白,甚或色若死灰;大汗如注者亦不少。痛發作之一陣或歷數秒鐘,久則一二分鐘;如發作甚重,病人自覺似頃刻將死。病發作時有兩種情況:(一)痛;(二)慘苦及頃刻將死之感覺。煩燥及憂慮皆非常沉重。病者當病發作至極端之際,或倒地即斃;或暈去不復再甦。至於病發作時其心之情況,則大有異同。其搏動或平均不亂,脈壓常增加,然最可異者,有時雖病勢極重,而脈

狀不過畧有變更。病發之後，或患嘔氣，或下清尿甚多。病者自覺精力耗竭；或經一二日或數小時之久即無恙。呼吸困難非常有之狀，惟兼一種枝氣管性哮喘者則不少；其哮喘發生或甚驟突，病人困之氣促。

有時病發作一次即死；或屢發多次始死；或數星期病發作一次，此則可至一年或更久始死。

此外則有一慢性類，病之發作無定期。患者之生活幾常處苦境，毫無自由樂趣；凡一動情，一用力，皆可激發此病。然亦有病發作時極重，屢發至數月或二年之久而能完全治癒者。

心絞痛之胸外症狀 Extra-pectoral Features of Angina. 病發作之際，其痛常上射至頸，而又轉射至左臂。若係心及主動脈之病，第一二三四各脊神經所轄之處俱痛；有時第五至第九脊神經管轄區亦痛。其痛或起於左臂，或起於頷前齒或一精腺。有時其痛雖留在此等遠處，而病發作則心絞痛之各種症狀全備。其痛或自左腿或左胸肌發起。此外又有在膈下發作者；特名腹性心絞痛 angina abdominis。此則易誤認為胃痛。

心絞痛之肺症狀 甚奇特。病況與急性肺氣腫相似，肺內吶吶然作哮喘聲，且脹氣。急性水腫或隨起，兼咳出稀薄之血色液甚多。血壓或極高；大腦症狀不常見，不省人事者或有之。兼患暫時單癱或截癱及無語言能者亦時有之。

豫後 男子四十歲以前患心絞痛，或屬梅毒性；苟對症施治，或可完全治癒。若病人年在五十六十之際而又平素勞碌過度者，則改革舊習，壹心靜養，當可奏效。然真心絞痛之能癒與否，願無定。有時心絞痛雖屢發而且極重，亦能就痊。激發此病之情況甚重要。情感雖能激發此病，尚不十分重要。凡因勞動而起之心絞痛，常較自起或情感激發者為危險。心及血管之有病，係判斷結局之第一要點。血壓極高，動脈硬化沉

重，瓣病以及心肌軟弱之徵等關係非常重大。又凡心絞痛多數無明顯之徵；即使冠狀動脈病勢已蔓延，而心聲仍清，脈搏仍無恙，此宜注意。婦人所患心絞痛之兼血管舒縮神經受擾狀者，大概不危；若有神經薄弱及希司忒利亞性等狀，亦皆易癒。

心絞痛病死之狀況有三類：（一）其死也驟突，且係單獨之心痛所致。病人未死前生活功能之停頓，急轉直下，一發不可收拾，並始終伴發氣喘。（二）因連續之發作，致心漸弱而死。（三）因心機能漸衰，兼患呼吸困難而死。

治法 長期休息，極為重要；而種種減少悸懼及刺激之源之協助事項亦當施行。凡足以引起病之發作之原因，皆當避免。食物宜簡單；腸道宜常開通。倘有肌性機能不全之徵，則當間期給以狄吉他利令服之。梅毒性心絞痛須用有力之治法；病人年在四十歲以前宜用薩伐散，年老者宜用汞及碘化鉀。神經薄弱者，宜用安息療法及水療法。如恒久施用濕布裹法，常有效。若脈壓過高，可用亞硝酸鹽 *nitrites*；麥角甾每劑二厘 *ergotin 0.13 gm*，每日三劑，對於血管舒縮官能不穩者，有一定之功效。病之重者，則不但須治心絞痛發作時之現狀，並須注意痛陣退後之全身血循環病。痛發作時吸亞硝酸澱粉 *amyl nitris*，往往立即奏功。此藥對於動脈收縮之廣者，尤見功效。惟此藥對於病勢較輕者，大概藥到病除，而於危險之再發性痛陣，則或失其功效；患心絞痛之病人，苟懷中帶有此藥，不僅方便，且可安心無慮。若亞硝酸澱粉不見效及病發作次數過多，則宜多用嗎啡。此等病人每有抵抗嗎啡之力；病人服嗎啡後，或痛雖止而仍不能使之安睡。有時宜用哥羅芳；且每有益而無損。若兼皮色變暗發紺及似喘之呼吸，則宜吸氧氣。

治痛陣退後之全身血循環病，若脈壓過高，碘化鉀及亞硝酸鹽均有裨益。

(丙)動脈病 DISEASES OF THE ARTERIES

(一)動脈硬化

ARTERIO-SCLEROSIS

定義 此係或瀰散或限界之動脈膜變厚兼變性之一種病況。若在大動脈，能致動脈粥樣化及畸形性動脈內膜炎，而許多器官之常度官能遂大受擾害。

原因 致動脈硬化之要原如次：

(甲)血壓過高 血所由循環之血壓有五種原動力：(一)心縮之供給其力；(二)大動脈彈力性層之貯蓄並輸送，所以使逐陣由心發出之血成恒續之流行；(三)小動脈之平均舒縮，以管轄全身各處所得之血；(四)毛細血管之分派滋養液而灌溉體組織；(五)靜脈及淋巴道之收吸而輸回體組織用過之血。

血壓因人而異；而一人之血壓又時因身體之情況而異。尋常血壓之常度等於汞高一百二十至一百三十耗 (120—130 mm)；至五十歲以後，則常等於汞高一百四十至一百六十耗 (140—160 mm)。若血壓恒久高過汞高一百六十耗，即名高血壓 (即血壓力大) high blood pressure；然亦因體之部位而大有異同。恒久之低血壓 (即血壓力小) low blood pressure，凡各種虛弱及各種染性病血中毒往往有之，然亦有身體似甚康健之人而有恒久之血壓過低 hypotension 者。

血壓過高，往往見於多種慢性病，數種心病、腎病以及中鉛毒者；而以與普遍性動脈硬化有關係者為最多。至於血壓過高與動脈硬化之關係，則衆論紛紜。擇要簡述，可分為三類如下：(一)單純性血壓過(高或名原發性血壓過高)而無動脈及腎病之徵者 hyperpiesia, primary or simple hypertension。此則病人除

患此外，固康健無恙，血壓恒高過汞表一百八十，大抵無動脈，心，腎三者之改變。患之者多係耐勞執業，而既嗜職務，又嗜煙酒之人。至於此種血壓過高之確原，醫界今尙未知。或以爲係腎上腺過於活動，實則其原發之困難似乎在全身毛細管。惟無論病原如何，血壓過高每爲動脈硬化之禍階；此則可以實地試驗，並非空論；蓋用腎上腺素或他種能使血壓過高之物質注射，即可激成動脈硬化也。

(二) 爲伴動脈硬化兼心腎兩病者所起之血壓過高。

(三) 爲繼慢性腎炎兼心血管病者所起之血壓過高。

(乙) 組織退化 Involution. 動脈硬化爲年老衰敗之一表徵；此係動脈應用過久，漸漸衰敗之自然變遷。長壽係一血管的問題。諺有之曰：“人之老與其動脈等老；”此言固甚有理。大多數人死之原由皆與動脈有關，不過有直接間接，原發繼發之分耳。此種生理的動脈硬化之發生有兩種關係：(一)關於個人先天動脈組織之原質，(二)關於個人後天之應用動脈。其第一種關係最爲重要；凡人生早患動脈硬化而無他種可認之病原者，卽其明證也。例如二十八九歲少年之動脈與六十老人相似，四十歲之動脈乃變性至似八十老人。有時全家皆有早患動脈硬化之趨向。此種趨向除動脈之原質不良外，固無他種理由可以解說；恰似一機器，苟其機管之原質不良，勢必易於敗壞也。此外則血管雖良，而用之不當，亦必致動脈硬化，此則恰似一機器，雖機管精良，苟由不善用者用之，亦必易於敗壞。此固與原質不良異因而同果，關係之重要一也。

(丙) 中毒 精酒，鉛及痛風亦係動脈硬化之要原。惟其作用若何，今尙未充分明確。急性傳染病如腸熱之毒，亦能致動脈之中外兩膜變性。

(丁)梅毒 此係一種最重要之單獨性病原,詳下述病理解剖節。

(戊)飲食過度 許多動脈硬化除此故外,實無他種病原。

(己)辛勤勞悴 凡人在五十歲至六十歲之間,既未患梅毒及痛風兩病,而又飲食有度,更無他種尋常病原可尋,則其所患之動脈硬化似乎直接由畢生辛勤勞悴而起。

(庚)肌力過勞 此則每增加周圍動脈之抵抗力,而致血壓過高。

(辛)腎病 動脈損害及腎損害之關係有二種: (一)動脈硬化係第一改變,屬原發性; (二)動脈硬化係原發性腎病之繼發病,屬繼發性。

病理解剖 動脈硬化在主動脈及其大枝發顯者最多,在系膜動脈者較少;肺動脈者更少。可分數類:

(甲)結節類 Nodular Form. 主動脈在早期自其環至分叉處有許多黃色或黃白色之扁平之凸出物,在枝口附近最多。除此早期,該斑皆散列,不累及內膜全體。迨病期漸進,則遂呈粥樣化之改變,其組織變軟而碎散,成微細之顆粒質,即所謂動脈粥樣化性膿腫 *atheromatous abscess* 是也。

(乙)瀰散類 Diffuse Form. 此類常為中年及少年所患,汎布於動脈系統。主動脈之中層顯壞死性及透明性兩種改變,而其內膜或平滑;或畧顯增厚及有暗白色凸處散列,該凸處或顯動脈粥樣化變 *atheromatous change*。較小之動脈則因內皮下之結締織增加而其壁增厚。肌膜初或肥大,後則顯透明性及石灰性兩種改變。此類動脈硬化每兼心肥大,後則常顯纖維性心肌炎。主動脈澀滯濁而硬化。兩腎皆硬化,有時增大,而常堅固。腎面或有變粗之處,或顯深紅色萎縮性凹區。

(丙)衰老類 Senile Form. 此則大動脈擴張而曲,其壁薄而硬;較小之動脈如橈動脈等則變成僵硬之管。主動脈之內膜或被石灰性粗片所佔,且此處或彼處有裂隙或組織被蝕。有時內皮下之組織或變軟而成動脈粥樣化性潰瘍,該瘍上或結成血栓;然大概雖主動脈患極重之石灰化及粗而被蝕,亦無血栓形成。較小之動脈內,其中層顯變性而呈石灰化。

梅毒性動脈硬化 此則常係有一定的特徵之動脈中膜炎。用肉眼察之,有時患處有限界,或以主動脈之根為限,或在一動脈瘤之口,或在主動脈同一部位,成一吋寬之帶形,而他處及其枝則仍如常度。有時則累及內膜,然非為尋常動脈粥樣化似斑之區,而係(一)淺藍色凹陷而短橫或長而縱或呈菊花形之皴;或(二)內膜多顯小凹及直隙。用顯微鏡察驗,其最重要之改變在中外兩膜:(一)血管膜之滋養管 vasa vasorum 周圍浸潤;(二)中膜有為小細胞所侵之處,(三)彈力性纖維及肌細胞皆裂散毀壞。至於內膜則有時或完全如常,惟顯增厚之徵而兼脂肪性變及呈透明狀者較常見。

肺動脈硬化 病之發見亦有數種情況:(一)兼血壓增高;患二尖瓣病及肺氣腫者,尤易患之。有時硬化顯著,動脈大枝或擴張,或且兼患肺動脈增厚及瓣閉鎖不全;惟此較少耳。(二)樹膠樣腫性動脈炎亦曾有所見。(三)在印度地方,此類動脈硬化之屬原發性者不少。

患者或顯動脈瘤性擴張。其症狀有呼吸困難,發紺,赤血球增多,屢發之咯血,心絞痛兼心之增大及慢性阻性充血諸狀。

有許多動脈硬化,其變硬不僅以動脈為限,且不僅蔓延至毛細管,甚或達靜脈,故實應混稱之為血管硬化 angio-sclerosis。

靜脈硬化 Phlebo-sclerosis. 此則伴動脈硬化而起者亦復不少。每因血壓過高所致;如肝硬化之門靜脈系及二尖瓣狹

率之肺靜脈往往硬化是也。 受患之靜脈常擴張，其內膜顯補償性增厚 compensatory thickening；此種增厚與動脈所顯者無異，而在中膜薄處最爲明顯。

症狀 (一) 血壓增加 使動脈內之血流行之壓力，與周圍動脈抵抗力之度及心室收縮之力二者有密切之關係。 有時雖脈壓高而所患之動脈硬化却極輕；然尋常則脈壓高及動脈硬化每同起。 此外則動脈硬化極重而血壓極低或如常者，亦復有之。

(二) 全身症狀 初起之症狀爲皮色青白，且有顯消化不良之狀者。 此病進行之速，甚可駭異。 曾見在一二年之內周圍動脈已僵硬而衰老者。

凡血壓增高，動脈增厚而可捫着，左心室肥大及主動脈瓣第二聲增響等四者併顯，係動脈硬化之特有的確徵。 自以上各狀成立後，病程大有異同。 病者或多年無恙，與患心瓣病而補償機能充足者之能維持多年相似。 有時無腎病症狀，有時則尿量較常多而兼暫性蛋白素尿及間或下透明管型。 自此以後，其病歷又大有異同，全視硬化最重之處在動脈之何種區域或其意外遭逢如何而各成一種結局，所謂異因則異果者也；所顯之症狀有心、大腸、腎等各種類別，容條列如下。 少數病人則所顯或爲體重驟減。

(甲) 心症狀。 冠狀動脈受累時，所顯之狀各異；如動脈內結血栓所致之突死，心之纖維性變，心動脈瘤，心破裂及心絞痛等是也。 心絞痛爲動脈硬化所兼患者不少；機質性心絞痛幾皆兼動脈硬化。 其次要之心症狀係由心擴張所致。 病者顯各種心瓣閉鎖不全之狀；若在此際作第一次就診，則臨診之情況與慢性心瓣病無異；且醫者每因心尖處有響而似吹之雜音，遂不以爲係動脈硬化病。 患者多終老於此心病。

(乙) 大腦症狀。動脈硬化之大腦症狀既繁複，而且重要；許多急性或慢性之變性病（隨動脈小枝硬化而起）及大腦出血皆有之。許多病人每當定為係梅毒所致。暫性偏癱，單癱或無語言能症有時伴動脈硬化之沉重者而起。此等暫性大腦症狀之發顯甚殊特，往往短暫，或經二十四小時之久即退去，或更短促。完全復原者時有之。然常再發；病者或連患無語言能多次，或在一二年之內發暫性偏癱六七次，或單癱一二次，又或發截癱一二日。至於此等各狀之病原，則當以「起於動脈之暫性痙攣」之說為最可靠。此外則常發眩暈，或屬單純性，或兼脈遲及暈厥或癱瘓狀（即斯安克阿但氏併合症狀）。

(丙) 腎症狀。動脈硬化病案多數有腎症狀。剖檢時，腎多硬化，或列成斑，或瀰散，幾與收縮性腎所現者無異。對於衰老類尤然，且早歲直接瀰散類而發者亦復不少。臨診時欲判定所患之動脈病及腎病究係何種屬原發性每不甚易。

(丁) 腹動脈硬化。此則每因飲食過度及腸胃過勞多時而起。此患不少；有時內臟血管之硬化較他處為重。症狀無定，有時似尋常神經官能病而兼沉重之大便秘結；此等症狀實係動脈硬化所不應有。其他則發沉重之腹痛，鉛毒及脊髓癱性之胃克來息，大部分因硬化之動脈痙攣所致。此外更有心絞痛而兼腹痛者；此則或亦係硬化之血管痙攣所致。

(戊) 四肢之壞疽。患動脈硬化者，有時或直接因內膜炎或因血栓脫落而塞動脈之故，致四肢成壞疽。有時或因此而猝發暫性麻痺。

(己) 腿血管之硬化。主要症狀係腿痛，每隨行走後數分鐘或在快走時發現；其痛或致病人不得不歇息，或漸重而致腿不能動，病人罕致跌倒，而休息數分鐘後即復能行走。痛之發作頗似心絞痛，蓋所感苦痛無異，惟部位不同耳。肌或顯痛

性痙攣，而致其痛益甚；有時陣發極重，又或於夜間有此種痙攣之煩擾。有麻刺及寒冷之感覺係常狀；而足下垂時或充血甚。後脛動脈及足背側動脈或可捫着如硬索而無搏動；靜脈硬化亦常見。

間發性跛或間歇跛行 Intermittent lameness or Claudication.

此種跛之與動脈硬化有關係者最多。其官能之喪失及肌痛係由缺局部血而致。婦人患之較男子少甚。梅毒、酒及菸，係其普通病原。

血栓閉塞性脈管炎 Thrombo-angeitis obliterans. 係一種急性炎性損害之兼閉塞血管的血栓形成者；大致因受染而發。足及腿俱覺酷痛，夜間尤劇。足呈青藍色而充血；其皮膚之冷熱覺減弱。趾或萎縮而皮具深色；有時成壞疽。受惠之腿之動脈搏動減弱，或竟無之。

治法 病之晚期，當依伴起之各器官病之關係而施療治。病之早期，當局部症狀未起之前，病者之起居宜鎮靜而有定規，飲食不可過多。鹽亦以少食為妙。醫士宜以實情直告病人，俾得自行協力防備。大小便之情況宜格外注意；皮膚之汗分泌宜按日取浴，以清理之，俾得暢流不滯。酒類無論何種，皆宜嚴禁；食物須用清淡滋養之品。飲礦泉水或居有礦泉之處，甚佳。若有梅毒之來歷，則宜恒久服碘化鉀；不甯惟是，即非梅毒性類，此藥亦甚有功效。然宜用小劑，每劑以五至十厘(0.3—0.6 gm)為度。無論何時，血壓一高，則以用硝酸甘油或亞硝酸鉀 nitroglycerin or sod. nitris 療其症狀較療其病為有益。

若第一次就診時，即有呼吸困難，皮色畧青白及心瓣閉鎖不全之徵者，則宜施靜脈切開術。凡血壓極高者；放出十兩至二十兩(300—600 cc)血後，每大有益。至於心力衰竭，腎症狀等，宜各照常法療治。

(二)主動脈炎

AORTITIS

急性主動脈炎 Acute Aortitis. 此或於患急性傳染病之病人見之，但患膿毒血病及傷寒質斯性熱者發之最多，而在小兒之有主動脈內膜炎者尤然。又此病每發見於梅毒病人，殊可注意。

病理 病或彌散，或於微微高起之一區最形明顯；此高起之區初軟而後硬，並帶黃色。弓之第一部最常受累；且或累及冠狀動脈口。倘主動脈先有病，則可察見動脈粥樣化之各期情況。

症狀 痛狀常有之，每發於胸骨之上部，有時則影射入臂，或有呼吸困難狀，而覺胸部悶迫。其屬梅毒性類者，痛為流轉之症狀。在他類，則痛專為原發性病況之症狀，其見於急性傳染病者尤然。

徵 頸或有顯著之搏動，胸骨上切迹處尤顯，該處動脈或可查見或捫着；第一第二兩肋間隙亦有之。在胸骨柄及第一第二兩肋間隙上叩之，有實響，左右二部皆然。第二聲或有似鈴響之樂音，有時極殊特而準確。梅毒性類常另有主動脈瓣閉鎖不全之徵。

診斷 醫士每值診視動脈病時，務宜注意查察就醫者有無此病。蓋此病尙未經醫界認識，而病之實數定出吾人意料之外也。如有疑慮，可用X光判決之。又此類病之診斷，每有陽性乏色曼反應或他種梅毒之證據可資憑藉。

豫後 此病不抵不致促人壽命，但或致主動脈口永久損傷。在梅毒性類，此其損傷之程度，大部分因是否及早診斷而施相當之治療以異。

治法 當各按其原因而施。

慢性主動脈炎 (主動脈擴張) Chronic Aortitis (Dilatation of the Aorta). 此係常見之病,但每失察。醫家或於動脈瘤中述及主動脈之瀰散性擴張,實當分別討論。病常兼主動脈瓣閉鎖不全而發。

原因 男子患之較女子多。有三特類: (一)為傳染病所致之急性主動脈炎之結局,而脈管永久擴張。癩麻斯質性熱及梅毒二病與此類之關係特深。(二)為動脈硬化累主動脈特重的全身動脈硬化病一部分之病演。梅毒及肌力工作頗重為其要原。(三)係年老者所患,極常見,為動脈日漸變性之一部分病演。

病理 擴張之輕重大異;或僅累弓之一部,或延及主動脈全管,或僅累主動脈至其穿過膈之一部分。主動脈所分布的動脈之口及管之一部分或被累而擴張。主動脈之血栓形成或有所見。主動脈患粥樣化性改變,輕重不一。

症狀 有數類: (一)潛伏性病,多見於老年人。(二)因兼心病而致,有心肌機能不全或主動脈閉鎖不全之症狀。(三)具有疑似心絞痛之症狀;其痛或放射至一臂或二臂。病者常有之困苦即痛,呼吸困難及咳嗽三端。

徵 頸靜脈膨脹,而鎖骨及胸骨上有搏動。胸上切迹之搏動常見。胸骨柄或動,而搏動常在上二肋間隙。其搏動每瀰散而罕能顯然捫疊。主動脈或可在胸骨上或胸骨後摸得。實響極重要,每在胸骨柄及其連屬之肋間隙發現。多連以心實響,但未必盡然。實響闊度之第一肋間隙,或有八至十四種,而每隨時以大異其等差。聽診時,其第二聲常屬似鈴聲之響響性質;此係診斷要據。伴發的主動脈閉鎖不全之雜音或有

同樣性質。病者之血壓大多數較常人爲低。動脈硬化及主動脈瓣閉鎖不全(或爲比較性;或爲永久性)常有所見。受壓徵與動脈瘤所現者相同,左右瞳孔大小不等,喉麻痺,氣管受牽狀,脈搏不勻,且吞嚥困難。

診斷 要點在明瞭此病之病況而注意及之。少數病案雖與動脈瘤或主動脈之脫位作鑑別診斷;可用X光檢驗而判別之。其痛疑似心絞痛,但罕如心絞痛之沉重;常歷多時;且不常因勞動而致。病人輕輕作勞動之舉,常足以療止其痛。病者或出汗,但極少。

治法 治療要點在(一)使病人得享受安靜之生活而避免一切身體或精神方面之疲勞情事,(二)限制飲食,(三)開通腸道,(四)治療其症狀。倘係梅毒所致,則宜施以梅毒之澈底治療;但大概無益。此外則用舒張血管藥治療,有效。

(三)動脈瘤

ANEURISM

定義 動脈瘤係一種內含液體或凝固之血而與心腔或瓣面或動脈管直接交通之瘤。

類別 動脈瘤可分爲下列數類:

(一)**真動脈瘤** True Aneurism. 此類動脈瘤之壁係動脈膜之一層或二層所形成。共分三類:(甲)**擴張性動脈瘤** Dilatation aneurism; 此則又分二種:(一)患處每以動脈之一局部爲限;如核形及圓筒形動脈瘤 Fusiform and cylindrical aneurisms 是。(二)廣延於動脈全管,且達其枝;如蜿蜒(曲形)動脈瘤 Cirroid aneurism 是。(乙)**限界性囊狀動脈瘤** Circumscribed saccular aneurism; 此係主動脈常見之動脈瘤。(丙)**夾層動脈瘤** Dissecting aneurism; 此則中膜裂開,且間或以血管內膜之內皮爲襯而成一新管。

(二)假動脈瘤 False Aneurism. 隨動脈或其動脈瘤之創傷或破裂而起,致成瀰散或限界性血腫 hematoma.

(三)動靜脈瘤 Arterio-venous Aneurism. 此類或係一動脈與一靜脈直接溝通,或另有一竇介於其間而使動靜脈間接交通;此間接交通之類特稱動靜脈交通瘤 Varicose aneurism.

(四)特殊類 例如寄生性,蝕爛性,牽引性及黴菌性諸動脈瘤是。

原因 (甲)素因 年齡. 在英格蘭,三十至四十五歲間之人患動脈瘤者特多。幼年及老年患之者較少;然無論年齡老幼,皆有患此病之虞。其為先天性者,亦曾有所見。

男女. 男子患之者,較女子多數倍;大約為男五女一之比例。

種族及地域. 患此病者,英國人較歐洲大陸諸國之人為多。中國及印度雖患梅毒,動脈病及猛用肌力之事不少,而所見動脈瘤則不多。或因中國人及印度人之血壓較低,故患此病者亦較少。

職業. 軍人,水手,鐵工及挑夫等每有易患此病之趨向。軍人及水手尤易患之;似乎此病與梅毒之盛行有直接之關係。

(乙)定因 有三種: (一)急性傳染病. 急性傳染病之致主動脈變性者常有所見。其與動脈瘤關係最密切者,厥惟梅毒。此種梅毒性損害,即動脈中膜炎;前於動脈硬化節中已詳述之,茲不贅。他種傳染病與動脈瘤之關係,不甚重要。僕麻質斯,肺炎及膿毒血病,或為黴菌性動脈瘤 mycotic aneurism 之起因。

(二)疲勞. 疲勞為此病第二種定因,而因猛用肌力所致之體內疲勞尤易致病。動脈之中膜原所以保護動脈當猛用

肌力如舉重或跳高之際，則內膜因之在貼中膜之弱處分裂。倘裂口小，則或致中膜局部膨凸而逐漸成囊，或裂口自行癒合，或成夾層動脈瘤。其他病案，則或有廣布之動膜中膜炎而漸成瀰散性動脈膨脹者。此類動脈瘤患者多老年人，有時或隨尋常之慢性動脈粥樣化而起。

(三) 偶因。 (甲) 血栓：此等栓子或係瓣之贅生物或其石灰化性碎片所組成；每能惹動脈壁而使之就弱或梗塞之。此類動脈瘤常屬多數性，為傳染性心內膜炎所兼患。 (乙) 外傷：胸受擊，或突然跌倒，或遇意外之震撞，有時致主動脈內膜在中膜弱處破裂，而成夾層或囊狀之動脈瘤。 (丙) 外來之蝕爛：如結核性病竈累及主動脈壁，或鎗彈之存積近動脈壁而致壁弱，動脈瘤乃隨之而起是。

病理解剖 動脈瘤之數 動脈瘤常單獨發生，有時或有三四個，甚或十餘個同現。主動脈之杯形多數性動脈瘤大概皆係梅毒性。黴菌性動脈瘤亦常呈多數性；周圍動脈之動脈瘤且或多至十餘個或更多。

種類 共有二大類：其一動脈管擴張；其一則動脈壁局部之力不足以支持而成囊。標準的梭形及圓筒形動脈瘤每生在主動脈或第二三大動脈上。囊狀動脈瘤則較常見。其形或扁而似碟，或凸而似杯，有時其口極窄而形如圓筒。其大小不等；倘生於較小之血管，則每與針蒂同大，如生在大腦者是；最大者則其囊塞滿胸之半腔。

受患之血管 患此病者五百零一人：胸主動脈受累者一百二十五；腹主動脈受累者五十九；髂股動脈六十六；腦動脈一百三十七；首臂動脈二十；頸動脈二十五；鎖骨下動脈二十三；腋動脈十八。其他較小之動脈受累者甚少。

(一)主動脈瘤 ANEURISM OF THE AORTA

胸主動脈瘤 Aneurism of the Thoracic Aorta. 茲因便於討論之故，將該動脈弓分為弓後凹段、升段、橫段及降段四段述之。

(一)主動脈竇瘤 Aneurism of Aortic Sinuses (Valsalva). 此類動脈瘤常見，故極重要；梅毒性少年患之者最多。或僅弓後之一凹有竇，或三凹全有之；主動脈環每易受累而瓣因之閉鎖不全。其特別情狀如下：(一)常潛伏，致心包穿破而人突死。(二)即所謂法醫學的動脈瘤，蓋多在驗屍場察見。(三)每兼顯心絞痛；有時心絞痛係其唯一之症狀。(四)常兼主動脈瓣閉鎖不全。(五)大多數兼梅毒性動脈中膜炎。

(二)弓升段動脈瘤 升段之凸面常生動脈瘤；有時長至甚大，或向外凸入右胸膜，或向前凸至第二三肋間隙，蝕及肋骨及胸骨而致胸壁外顯一大腫瘤。瘤之位置如此，則或壓上腔靜脈，致頭臂兩處之靜脈皆充血；有時僅壓鎖骨下靜脈，致右臂增大而水腫。甚或穿破上腔靜脈。升段之凹面生動脈瘤者較少；此則或在胸骨左側顯瘤。動脈瘤之大而在此位置者，每致心被推左下，離其本位甚遠，且有時壓下腔靜脈，致足及腹水腫。右喉返神經亦常被壓，惟累及首臂動脈者則少。致死之故係穿破心包、胸膜或上腔靜脈而致；向外穿破胸壁而死者較少，有時或暈厥而死。

(三)弓橫段動脈瘤 動脈瘤生長之方向大抵向後，然有時則向前，致蝕及胸骨而在胸壁成大腫瘤。該竇之在胸骨中線及胸骨右者，較在胸骨左者多甚。若動脈瘤向後對脊骨生長，則竇雖小，且不成外腫瘤，而亦能致受壓之明徵，並累及氣管及食管而致常屬陣發性之咳嗽及吞嚥艱難。左喉返神經之繞主動脈弓處亦常受累。若弓之下壁或後壁生小動脈瘤，

則有時壓一枝氣管，致痰多，枝氣管漸擴張及肺內化膿。此幾間或生極大之動脈瘤，延入左右兩胸膜，而廣布於胸骨柄及脊椎之間；或纏綿多年。此類動脈瘤有時可在胸骨上切迹捫覺，首臂動脈，左頸主動脈及左鎖骨下動脈或被動脈瘤累及，繞頸兩處之脈搏或不可捫覺，或遲滯。有時胸導管（總淋巴管）亦或被壓。

升橫兩段同時受累者亦復不少，然其枝常不累及；所成之瘤或向上生長，或向上而偏右。

(四) 弓降段動脈瘤 此處之動脈瘤亦不少。其囊向左及後凸出，常蝕椎骨（自第三至第六），致大痛；有時脊髓受壓，吞嚥困難者亦多。若枝氣管受壓，則致氣管擴張而兼痰積不出及發熱。有時或在肩胛骨處顯瘤，或極大，致死者不少，多起因於胸膜破裂或該囊長入肺內而致咯血。

(五) 胸主動脈降段動脈瘤 主動脈瘤之生在此處者最少。其囊多數近膈，或壓在下胸脊椎，或在其左；故脊骨常被蝕。常屬潛伏性，是以往往失於覺察；多顯肺及胸膜之症狀。背處之痛甚重；吞嚥困難者亦復不少。此類動脈瘤或長至極大，而在背左成皮下腫瘤。

物理徵望診 對此病施望診法時，務宜在光線明亮之處行之；尚俟促診察，每多致誤。病人之面及結合膜常充血；胸及一臂之靜脈亦復如是。一側之臆孔或開大。惟望診時不顯症狀者，亦時有之。胸骨之兩旁或有過常度之搏動，此則或因心離位或因胸呈異形或因肺縮小所致。凡可在胸壁望見之搏動有三種：（一）汎布之抖，如心或動脈瘤大跳時所見者是。貧血、神經衰弱，或心肥大極甚之有此廣布之抖者，或致誤認爲患動脈瘤。（二）濶散之衝動，每在胸之一定處；此則或係深動脈瘤所致，然瘤及搏動性胸膜炎兩者亦或有之，且有顯此

而並無明顯之病原者。(三)限點性上湧之真動脈瘤衝動 Punctate, heaving, true aneurismal impulse; 若不過於狹窄,則可望見其膨脹。最常見之處係胸骨右旁第三肋平線上,第二左肋間隙內,胸骨柄上,以及後面之左肩胛骨間諸部。若首臂動脈受累,則胸鎖關節處及其上或有搏動可見。顯外腫者甚多,或向胸骨之上,或向其右凸出,有時或累及胸骨及兩旁之肋軟骨,大如椰子,或且過之。腫面之皮薄,常有血漬,或破裂而露出其瘤之壁。心尖之衝動或遠離其本位,瘤之大者尤然。此則因被壓而離位之度較心自身因增大而離位之度為多之故。

捫診 以上所述搏動之界域及其大小,用捫診法斷之,最妥。若動脈瘤深而不外顯者,宜施雙手捫診法;一手按脊,一手按胸骨。有時或僅係彌散之衝動。若動脈瘤已穿破胸壁,則其衝動常兼強,遲,湧,漲四徵;與心尖衝動之強者相似。若皮下動脈瘤之壁厚,則受捫時之抵抗力或甚大。瘤之軟而有動波者則較少。當手按瘤或按囊與胸壁貼接之處時,或覺有心舒張性抖,常極強;此係動脈瘤之要徵。有時或顯心收縮性顫。有時搏動或可在胸骨上切迹捫覺。

叩診 凡小而深之動脈瘤,叩診無徵。若瘤大,荷達胸壁,即顯異常之實響區,其位置則依主動脈受患之處而有異同。升段動脈瘤之生長向前而偏右,致胸骨柄之一旁顯實響;弓橫段動脈瘤所致之實響在胸骨中線,且延至其左,而降段動脈瘤之實響則在肩胛骨間之左及左肩胛骨處。叩響之音平實,而覺抵抗力增加。

聽診 不自然之聲非此病所常有。雖瘤甚大,亦或無雜音。蓋有雜音與否,關於囊壁血絲層之厚薄也。帶鈴音且倍響之第二聲係一要徵,在暗響區可聽得者尤然;蓋此係主動脈弓之大動脈瘤所必有之現狀也。有時或顯收縮性雜音。或

爲雙雜音；此則其舒張性雜音常因主動脈瓣閉鎖不全所致。若僅有收縮性雜音，則與診斷動脈瘤無關係。若動脈瘤與腔靜脈或肺動脈相通，則有連續不斷之營營雜音 humming-top murmur，且心縮時其雜音倍響。

他種要徵 動脈瘤外之動脈及瘤累及之動脈脈搏皆遲滯。例如有時左右兩橈脈搏之大小及時候各相差異是也。又兩旁之血壓或不平均。腹主動脈及其枝或無脈搏。蓋有時胸動脈瘤之大，足爲一貯血之處，故能消去心室之收縮性浪而使逐陣湧出之血變爲連續不斷之長流，於是若干動脈內遂無脈搏也。

氣管牽動 Tracheal tugging. 此爲深動脈瘤之要徵。診法使病人直立，閉其口，舉其頰，然後握其喉之環狀軟骨於拇指及第二指之間。用輕而穩之壓力向上推之；若患主動脈擴張或動脈瘤，則主動脈搏動之由氣管傳至手指，每可明白捫覺。有時頰推下，則其牽動尤易捫着。胸內贅瘤以及主動脈瓣閉鎖不全所致之心極擴張間或亦有此牽動，然此終係診斷深動脈瘤最有價值之物理徵；又此牽動或可在甲狀軟骨處望見。氣管有時或被推至一側。

症狀 或分動脈瘤爲兩種：曰症狀的動脈瘤；曰物理徵的動脈瘤；殊爲合用。第一種主動脈弓橫段受患時有之者較多，第二種則升段受患時較多。有時或無症狀；即使所成之瘤已蝕及胸壁，亦復不痛，且無不安之情況；但此類甚少。

疼痛。 痛係胸主動脈瘤之重要而大有異同之症狀，瘤之深者其痛尤顯。常屬陣發性，尖利如刀刺；當痛蝕及脊骨或穿破胸壁時，其痛極劇烈。惟胸壁已穿破後，則痛或止。兼發心絞痛者亦復不少，動脈瘤之在主動脈根者尤然。其痛多射至頸而下達左臂，有時且沿射上肋間神經。心前區或左胸膈肌

處之皮或覺觸痛。咳嗽。此則或直接因氣管受壓或間接伴枝氣管炎而起。痰甚多，而稀薄如水，繼則變濃濁。作銅音之陣發性咳有時係一特狀喉返神經受壓者尤然；又或有帶一種哮聲之咳特名鵝咳。

呼吸困難。此係橫段動脈瘤之通有症狀，有時不定因喉返神經受壓而起；荷氣管或左枝氣管受壓，亦能直接致此。有時此狀或象蟬鳴 stridor。聲音沙啞及失聲係喉返神經受壓（常係左喉返神經），致左聲帶痙攣或癱瘓之故。一旁之外展肌雖癱，或毫無病狀；迨癱性痙縮發顯時，始得認明係喉之症狀。

出血。胸主動脈瘤之出血，其來處為（一）氣管受壓處所生之軟肉芽，此則所咳出之痰帶血色，然所出之血不多；（二）動脈瘤破裂而入氣管或枝氣管；（三）動脈瘤穿破入肺或侵蝕肺組織。出血或極多，每致速死；此係動脈瘤通有之致命原因之一。有時或出血至數星期或數月之久，此係動脈瘤之血徐滲入氣管所致。有時病者雖出血極多，亦能治癒，且能存活數年。因出血而致命者，以主動脈弓降段及胸主動脈降段兩處之動脈瘤為最多。

吞嚥艱難。此係較少見之症狀；因痙攣或直接受壓所致。際此，不宜用探食管術；蓋其食管或幾乎蝕壞，探之則囊將被穿破也。

心症狀。心之痛前已述過，多屬絞痛性質。主動脈根受累後最常見。心之肥大者殆可佔半數。主動脈瓣有時閉鎖不全，因瓣受病或瓣環張大所致。

物理徵尚有數種，靜脈受壓或累及一鎖骨下靜脈或上腔靜脈，即其一端也。胸內之動脈瘤更有一甚古怪之現象；患者一手之指作杵狀而爪甲內卷，然無靜脈充血之徵。主動脈弓之動脈瘤有時累及肺動脈，或致受壓，或致瓣粘着而閉鎖不全；

甚或該囊穿破入肺動脈而立刻致命此種意外之變，著者亦曾有所見。

瞳孔症狀。有三種：（一）交感神經受壓；若其壓尚輕，則刺激其神經而致一瞳孔開大，壓重則神經麻痺而瞳孔縮小。有時面之一側及耳際發紅，且熱而或出汗。（二）瞳孔左右不同 anisocoria；多因血管受累所致。若頸主動脈之一血壓低，則與該動脈同側之瞳孔開大，血壓高則縮小。（三）瞳孔不同，而係患梅毒之現狀；此亦不少。

凡疑難之病案，宜用 X 光線診驗。其影屏每能顯出動脈瘤之位置及大小以及其與心之關係，甚精確。即使該囊甚小，亦可察見。

主動脈瘤之臨診現狀往往大有異同。許多病案有明特之症狀而無物理徵；其他則有明特之物理徵而無症狀；故診斷不可不精細也。

診斷 凡與主動脈瘤易相混之各情狀如下：（一）主動脈瓣閉鎖不全所顯主動脈弓之兇猛跳動。（二）單純官能性搏動；此則腹主動脈有之者為多，而主動脈弓有之者甚少。（三）弓之擴張；此亦有動脈瘤之多種症狀。診斷時當用 X 光檢驗而鑑別之。（四）脊彎曲者之心離位；或致主動脈之位置大變異而胸骨右顯強大之搏動。

（五）固體瘤。此等瘤之凸出胸外且顯搏動者，則甚難診斷。惟瘤無上湧且膨脹之搏動，亦不如動脈瘤之跳動之強而有力。且無動脈瘤所有心聲之抖，舒張性抖尤絕無之。聽診時所聞之聲並無甚一定，蓋動脈瘤雖大，亦或無雜音；而固體瘤上則有時顯雜音也。胸固體瘤之深者有時最難與動脈瘤辨別。物理徵或無定。帶銅音之主動脈第二聲甚為重要，蓋胸

固體瘤有之者極少也。氣管受牽動之狀尤屬有價值。固體瘤之顯受壓狀者較少。患動脈瘤之病人，其一般形狀每較患固體瘤者康健；患固體瘤者或有惡病質之狀，且腋及頸之淋巴腺或增大。乏色曼反應或有助於此病之診斷。此外則食管之壓左氣管者，間或亦與動脈瘤相似。

(六) 搏動性胸膜炎。例如胸之自遺性積膿之在近心處成瘤而兼搏動者，其病每易誤認為動脈瘤。然此則既無湧而漲之搏動，亦無舒張性抖，益以發病之來歷及胸膜之滲出液，大約可斷定其為胸膜病無疑。即使尚有疑難，則可用極細之空針刺驗也。又搏動性胸膜炎之跳動大多數彌散而廣闊，而將胸之一側全部帶動。X光之研究對於此項診斷每有用。

豫後 胸動脈瘤之結局大概皆危。雖有時能維持數年之久，然病者恒有命在旦夕之景況。升段胸段囊形動脈瘤之小者，時或能自愈。囊腔漸被堅固之血絲層充滿；此血絲層愈長愈堅厚，而該囊則漸縮小，終則其老血絲積石灰鹽澱。至於向外穿破之動脈瘤，病程常短，然亦有不死者；其瘤因收縮而堅硬，病者或可維持五六年甚或二十年之久。其能存活最久者，係由升段凸出之囊形動脈瘤。有時動脈瘤雖極大，佔胸之一大部，亦能存活多年。

治法 此病大多數僅可用姑息療法，減輕其症狀。總以使囊內之血凝堅為第一要義。當病之初起，莫若靜息，並節制飲食。宜躺臥，忌行動。果能靜臥，則心動之數每日可減少數千之多。又切不可為情感所動。至於飲食，則宜如下法：早餐用麵包及牛酪二兩，牛乳或茶二兩；午餐用肉三兩，馬鈴薯或麵包三兩，牛乳三四兩；晚餐用麵包及牛酪二兩，牛乳或茶二兩。中西飲食不同，總以能與此近似為要。蓋少食所以減少血量，或可增其呈血絲之性也。苟如法施治，則囊內之血壓大減而

凝結較易。此法宜施行數月之久，惟病人之無自制力者則數星期後或即生厭心，自難施行。此法治囊形動脈瘤最有效；而於囊大而通主動脈之口小者，使血凝結或甚易。總言之，靜臥及減飲液體，係此治法之要點；有時食品及食量亦可畧增。若病人不能遵守此法，宜力勸其安靜休養，凡對於精神及身體之妄動燥急，務宜避免。大便不可秘結，務使大便時不至過於用力。至於用藥，則以碘化鉀為最善。可每劑十至二十厘 potass. iodid. 0.6—1.3，日服三次，無庸多用。其最著之效力係能減痛。對於梅毒性病人，其效尤著。瘤之大者則此法不甚有效。凡動脈瘤大而有開口與主動脈升段相通者，宜減少其跳動而絕不加以任何勢力，經數月之久。

外科治法。詳外科書，茲不具述。

他種病況之治法。靜脈受壓而致充血者（頭臂為尤要），當以靜脈切開術治之，收效或甚速；若呼吸困難而皮色青白，則宜放血，每有大效。後期則須用嗎啡。呼吸兼皮色發紺雖以放血為最要，有時則宜吸哥羅芳。若動脈瘤凸出胸外而增大者，可以冰袋置諸其上，或貼貝拉朶拉膏止痛；但用金屬線及電解法 electrolysis 治之，實最有效。彈性托帶亦或可用。

若血壓過高，則可用亞硝酸鹽類；然靜養，節食，少飲液體及常用瀉藥，往往較服藥以減血壓為有效。

腹主動脈瘤 Aneurism of the Abdominal Aorta. 病理 此類動脈瘤在膈下近腹短動脈處者最多。其瘤或作梭形，或呈囊形；有時且屬多數性。若向後凸，每蝕及脊骨；或致腿覺麻而微刺痛，終則致截癱；或凸入胸內而穿破胸膜。通常每在前壁向前凸出而成一明定之脰；此脰或位於腹中線，或在中線之左。脰凸之處為腹上部（此處最多）或左季肋部或左腰部。若向上凸至膈肌柱下者，雖或甚大，亦難抵禦。若穿破入腹膜後組

繼，則或在脇腹之一處逐漸成腫；此腫漸長大，畧有搏動。有時此類動脈瘤或誤認為速長之肉瘤或闌尾炎。

症狀 以痛為主，其痛有神經痛性質，常傳至兩旁或限於腰部，較他類動脈瘤之痛恒久而且沉重。胃症狀如嘔吐，或發顯甚早；致有誤作胃病者。股動脈之脈搏遲滯係一通有症狀。

診斷及物理徵 望診時，腹上部或顯搏動，或顯瘤。顯頸者亦復不少。其搏動強而膨脹；若囊大，且與心包相貼，則或有雙搏。捫診時有明定之腫瘤可捫得，但其瘤雖常固定，而亦或能活動。若瘤大，則叩診時有實響，每在肝左葉下可聞得。聽診時，每有收縮性雜音可聞，有時在背腰最響。又聞或顯舒張性雜音，常極柔。臨診時多誤認跳動之腹主動脈為動脈瘤。要知必須有明定之腫瘤可捫，且有膨脹性搏動者，方可斷為腹動脈瘤；蓋雖其動極強，而非搏動，雖暴而不顯頸雖響而非雜音者亦非腹動脈瘤也。跳動之腹主動脈常見於下列數種病況中：（一）神經薄弱之婦人。（二）貧血者，患沉重之出血後尤然，其跳動或致震動病人及其所臥之床。（三）患主動脈閉鎖不全之人。（四）患腹主動脈硬化者。胃幽門，胰腺，肝左葉諸處之瘤往往因主動脈之衝動而上舉，而致誤認為動脈瘤。總言之，此則其衝動不強不脹，且病者作膝肘貼席之體勢時其瘤大概前墜而與動脈相離，搏動即不傳至；即此數端，已足為診斷之辨別。

豫後 病之結局危；亦有自癒者，惟甚少。致死之故有四：（甲）動脈腔被血塊塞閉；（乙）脊髓受壓，致截癱；（丙）動脈瘤破裂，或入胸膜，或入腹膜後組織，或入腹膜或腸，而以入十二指腸者為最多；（丁）系膜上動脈為血栓所塞，致成腸梗塞。

治法 與胸主動脈瘤同。

夾層性動脈瘤 Dissecting Aneurism. 主動脈瘤之大多數起於梅毒性中膜炎處上之內膜之一裂隙。苟一有此裂隙，則可致數害：(一)主動脈之各膜或皆破裂；(二)或在該裂隙成動脈瘤；(三)或裂隙雖大，且常屬周圍性，亦能自合；(四)或血延入各膜之間，使各膜隔離數寸，或動脈之全段成夾膜動脈瘤；(五)此等動脈瘤有時或完全平復。

主動脈破裂 此亦不少。常有慘苦之痛兼休克(腦力猝衰)之狀；有時或立刻致命。然此類危病分兩種殊特之期者佔半數：第一期係內膜破裂之期；第二期則越八九小時甚或越十五六日之久，始有致命之外膜破裂。

夾層性動脈瘤不甚多見。原發性裂隙在主動脈弓離瓣上不遠之處者最多。該隙或正橫，或縱，裂口齊正，一如剃刀所切者然。至於各膜分裂之闊窄，則各有異同。若已達外膜，則外膜勢必破裂；蓋僅中膜之組織能抵抗血之壓力也。有時血或經過三四寸餘，將中膜分開，然後向內或向外穿破。有時分裂之隙自主動脈弓直裂而下，達於主動脈分叉之處；甚或下經髂股兩動脈而達腿內較小之動脈。所顯之症狀與主動脈破裂所顯者相同。

(二) 腹主動脈枝動脈瘤

ANEURISM OF BRANCHES OF THE ABDOMINAL AORTA

腹腔動脈被腹主動脈第一段之動脈瘤所累及者，往往有之。其枝中之脾動脈，亦間或有動脈瘤。然所成之腫之可辨覺者則少。肝動脈有動脈瘤者少甚。症狀極無一定，醫界迄未有能診斷之者。系膜上動脈生動脈瘤者不甚少。不易與主動脈瘤作鑒別診斷。若其枝或總幹被塞，則致腸梗塞。腎動脈及肺動脈之動脈瘤亦極少(茲不詳論)。

(三) 動靜脈瘤 ARTERIO-VEINOUS ANEURISM

此類動脈瘤每係一動脈及一靜脈相交通而成。凡有動脈瘤在一動脈一靜脈之間而動脈靜脈間接交通者，名動靜脈瘤 Varicose aneurism；至其動脈靜脈之間無瘤而直接交通，致靜脈膨脹者，名動脈性靜脈曲張，又名動靜脈相通 Aneurismal varix。有時主動脈或亦患此，然在周圍動脈者較多；蓋每係刺傷及鎗彈傷所致也。

主動脈弓升段之動脈瘤或直接通入腔靜脈。皮色發紺，水腫及上身之靜脈大膨脹係最常見之症狀，且常驟顯。一種連續不斷之心收縮性倍響之雜音係診斷時有價值之物理徵並或顯顫。

凡動靜脈瘤之因鎗骨下動脈，腋動脈，頸動脈，股動脈及腦動脈等受刺傷或鎗彈傷而起者，其症狀極殊特：（一）靜脈增大；蓋因動脈內之血隨高壓力而流入靜脈也。受惠之肢體或大腫；若病者係少年，該肢體或且增長，而毛之生長亦增速。（二）有一種強顫可捫覺；該顫在動脈瘤處最強，有時在一肢之最遠處亦可捫覺。（三）有連續不斷之心收縮性增響之雜音可聽得。若受惠之處在周圍動脈，則此等情況或纏綿數年，始見靜脈增大，肢體腫脹，以致病廢。

第十一篇 無管腺病

DISEASES OF THE DUCTLESS GLANDS

引言 內分泌腺之擾亂每因其官能之過敏或過弱或障礙 hyper-, hypo- or dysfunction 而致。其所致病况亦不一：(一)症狀起因於一腺特殊受累之擾亂；(二)繼他內分泌腺之擾亂而發，致發多腺性併合症狀 polyglandular syndrome；(三)交感神經系統受累，因是廣施擾害於許多器官。似乎數種腺有相互之特殊關係，或為制阻，或為興奮。

(一)腎上腺及嗜鉻系統病

DISEASES OF THE SUPRARENAL GLANDS AND CHROMAFFIN SYSTEM

引言 腎上腺分二部：(一)內質(髓質) medulla，屬於所謂嗜鉻系統，含類似散布於交感神經節及頸腺之組織；(二)外層(皮質) cortex，原係上皮，屬於腎間系統。嗜鉻體產生一種內分泌物，名腎上腺素 adrenalin or epinephrin，其主要功用在維持血壓及交感神經系之緊張。有時亦用以管理皮膚之色素代謝或指揮肌力。腎上體髓質部之官能擾亂，今僅可由阿狄森氏所指陳之一病探明之。至於此腺皮質部之官能，則尚未盡悉；但其與生殖有關係，則可斷言。腎間系統則產生膽素 cholin；此素能使血壓低降。

注射腎上腺素入血，能致糖尿；對於獸類，則能致動脈硬化；此則或係因血壓增高之故。自此種真理發明後，醫界對於腎上腺內分泌欠缺及衰弱二者之關係更生出許多理論的意見；

遂謂急性傳染病，結核病以及許多消瘦病皆與腎上腺之官能不全有緊要關係，蓋此等病或色素增加也。

(一) 阿狄森氏病 ADDISON'S DISEASE

定義 此病之特徵為肌性及血管性虛弱，腸胃擾亂及色素沉着。因腎上腺有結核或萎縮而起，或係嗜絡性系統 chromaffin system 之變性所致。

原因 此病不多見。男多於女。病人之年齡，以在二十至四十歲之間者為最多。大戰中，法國曾有此病增多之報告。

病理解剖 消瘦及貧血者不多。凡患阿狄森氏病者之腎上腺之情況，彙述如下：(一)結核所致之纖維乾酪性損害，此係最常見之類。(二)單純性萎縮。(三)因慢性間質性炎而起之萎縮。(四)惡性病侵及該腺。(五)腺內出血。(六)腺無損害，惟腹腔神經節(舊名半月神經節)受壓或發炎。以上六類損害中，惟第一類為阿狄森氏病最常見之病原。其餘則除單純性萎縮外，均極罕見。

腹腔神經節之神經細胞有時或變性而深積色素，其神經則硬化。該節時或與該腺周圍之癥組織相纏繞。交感神經節及腹神經叢之嗜絡細胞大都消滅不見。至於不顯阿狄森氏病而該腺患沉重之變壞者，則係因他處之嗜絡構造不受累，故有時則腎上腺外之嗜絡系統之普遍受惠已足發顯各症狀，而該腺固完全無恙也。

他器官之改變有緊要關係者甚少。

症狀 此病之特殊症狀為貧血，全身虛弱，心動作細弱，胃易受激惹及皮色變異。病之發始大概屬隱性。虛弱之感覺每先皮膚之色素沉着而起。然亦有腸胃症狀，軟弱及皮膚色

素沉着諸症同起者。此外則尚有少數呈急性病演，常因突受震感(休克)及心緒惡劣而起。質言之，其要狀有三：

(一)皮之色素沉着 此徵狀每為患者之親友所先予察覺。皮色之等差自淡黃以至棕深，大有異同，甚或變黑。凡標準的病，其色變皆屬彌散性，惟外露之皮及尋常色素較多之處每每較他處色深，例如乳頭暈，生殖器及皮受壓，或受惹(如束帶處)處，其色常時本較深，故變色時亦較他處為深也。病初起時，其變色或僅以手面為限。或且無此徵。有時體之數處色素或消滅，遂或成白斑(白癬)。口，結合膜，陰道等粘膜時或積色素，但此粘膜之變色每不甚明晰有準，蓋患慢性胃病之人及非洲黑人常有此等處之色素沉着也。漿膜有時亦積色斑。凡彌散之皮積色，其皮上或有色較深之點散列如黑痣，而軀幹之皮(腹下部之皮尤然)則亦變色，或深或淺，相間成紋。

(二)腸胃症狀 病起時，或顯自發性惡心及嘔吐。迨病之末期，則顯腹痛及腹縮凹，甚或顯疑似腹膜炎之症狀。有時或患甚重之厭食。胃症狀在病程內大有同異，間或無之。腹瀉亦常有，每無故突起。

(三)虛弱 此病之特殊狀況即係發顯甚早之力乏及易疲感覺。其無力每以肌、心及血管為最顯著。有時病者之榮養似佳，而所患肌弱極重；然按之覺堅固如常。至於心及血管之虛弱，則係心動作細弱而不規則；此種情況或屬陣發性，或兼眩暈，或兼暈厥，甚或因此而致死。血壓常低，降至汞七十或八十耗(70—80 mm¹)。頭痛係一常狀，間或驚厥。背部作痛係早顯而且重要之症狀。貧血者不多。病者之血球數大多數如常度。

病之終局或因暈厥(此亦有在早期發顯者)，或因進行性虛弱，或因發結核性損害而致死。

診斷 皮之屯積色素非阿狄森氏病所特有之現象。茲將表現色素增加之情況條列如下；其第一、二、五、七諸項則係嗜絡系統受擾所致，而為阿狄森氏病所有者。

(一) 腹贅瘤；或為結核性，或有癆性，或為淋巴性。腹膜結核之兼皮色素沉着者不少。(二) 懷孕；此則其皮之屯積色素常限於臉面。子宮病係黑斑之一種通有病原。(三) 血色病 Hemochromatosis；此則兼肝硬化，皮色素沉着及糖尿病。(四) 過勞而常患大便秘結者，臉額每顯色斑。(五) 流離失所之人，有時被塵埃或氫類所刺戟，致皮屯積色素，甚或其變色極重，與阿狄森氏病甚相似。(六) 患黑癆者，有時皮變色，深而且汎佈，易誤認為阿狄森氏病，惟罕見。(七) 凸眼性甲狀腺腫病，有時亦能致皮色異常。(八) 皮硬化 Scleroderma；此病之皮屯積色素有時亦深而且汎佈。(九) 患小黑頭粉刺極重者，有時面色變黑，若在光線不良之處視之，每似銀質沉着。慢性胃潰瘍及胃擴張亦能致甚重之色素沉着。(十) 銀質沉着 Argyria，有時亦可誤認為阿狄森氏病。(十一) 服砒劑至數月之久，或致極深之皮變色。(十二) 患動脈硬化及慢性心病者，有時或發甚重之黑皮病。(十三) 患惡性貧血者，其皮積色或極重，大抵係久服砒劑所致。(十四) 有一種甚深之皮積色（患者常為婦人），纏綿多年，而無害於身體之康健。(十五) 患褐黃病 Ochronosis 病者，手臉之皮有時積黑色。

凡遇異常之皮積色素，宜與以上所述十五種情況詳細較察；苟不患身體虛弱，則不足為阿狄森氏病之證據。凡在阿狄森氏病之早期，時或不易下一定之診斷。昏倒、惡心及胃易受刺戟係緊要之指針。又腎上腺之損害每屬結核性；故遇疑難之症候，可用結核菌素試驗法以助診斷。

豫後 此病大概致命。而其所顯之古銅色淺或不顯者，病期較促。間或有一種急性類，顯極重之體弱及嘔吐腹瀉者，則數星期即致命。此外更有病程極長，可支六七年或十年者。完全治癒者極少；有時或有間癒期，大約歷數月之久，繼則再發。

治法 顯身體虛弱時，病者宜臥養；禁止突用肌力。蓋致命之暈厥，無論何時皆易激發，須嚴防也。對於虛弱，砒及番木鱈素甚佳；腹瀉則宜服鉍大劑；胃易受激惹則宜簡其食物，並服鹼性物。飲食宜用易消化而滋養之品；糖宜多用。又因此病常屬結核性，故空氣療法甚相宜。結核菌素亦可試用，當病之早期尤然。

腎上腺療法 Adrenalin Therapy. 阿狄森氏病對於腎上腺之關係，與甲狀腺機能不全對於甲狀腺之關係不甚相同。蓋甲狀腺病每可以甲狀腺製劑治癒之；阿狄森氏病則大多數有結核性之損害，已多一層障礙，且其交感神經系又常廣被累及也。現今醫界多用各種腎上腺製劑治之，然奏效者甚少。用乾腎上腺每劑五至二十厘(0.3—1.3 gm)，每日三劑。腎上腺素可注射於皮下，以五至十五厘為一劑之千分之一溶液為一劑。其功效宜時時細察之。

(二) 其他腎上腺病

OTHER AFFECTIONS OF THE SUPRARENAL GLANDS

腎上腺外層之損害 奇異之繼發性性慾的改變，曾有伴此處之瘤及他損害而發者。是即所謂腎上腺生殖器併合症狀 suprarrenal genital syndrome 也。假兩性畸形 pseudo-hermaphroditism 亦會與外層之過長同時在一人之身發見；曾見某病人內部器官屬女性，而其外部器官屬男性。且或有反是者。過早發身兼副性男女性狀(如乳腺、陰毛等)的發育或早在五六歲

發現。女人發身後生瘤者或致一種奇異之病況；病者面上生毛，聲音變似男人，而肌力增加。繼則因瘤仍發育，病者乃消瘦，皮膚色素沉着，而精神改變。

腎上腺之官能過敏及官能過弱 Hyper- and Hypo-function of the Adrenals. 對於此兩種官能不良之症狀尙未有確實知識。茲不詳論。

出血 急性出血性腎上腺炎 Acute hemorrhagic adrenalitis 所顯之情狀為病起驟突，痛，嘔吐，精力虛脫，且經數日即死；彷彿與急性胰腺炎相似。有時則驚厥而成沉重之腸熱病況，且兼極重之身體虛弱。若小兒患此，則或兼皮及內臟發紫癢。

瘤 瘡及肉瘤二者皆或有之。其病易於患脂肪性變及出血，故有時能致甚大之囊腫。小兒患此，有時兼生殖器發育過度及多髮多脂。因此之故，醫界遂謂腎上腺外層有能感動生殖器發育之內分泌物。

頸動脈球 Glomus Caroticum (Carotid Gland). 着生於外頸動脈之叉，其各腺之大小與麥相似，屬嗜絡類。其官能尙未知。其發生與瘤之病根有關，初為良性而其後或變為惡性，位於甲狀軟骨之頂之水平線上。

(二) 胸腺病

DISEASES OF THE THYMUS GLAND

胸腺雖或為泌內分泌物之器官，然其構造除松果體 corpus pineale (視結間腺) 外，與他種無管腺絕少相同之處，故祇能認為上皮性，而非淋巴性器官。初生時，胸腺之重率大約十二克，漸大至二十歲則重二十五克半；自此以後則逐漸萎縮。若該腺不退化，則恒久留存。

此腺之功用今尙未確知。所生內分泌物之性質如何，亦尙未驗定。醫界雖曾用許多試驗法，由該腺製膏，但迄無明定之結果。

(一) 胸腺肥大 HYPERTROPHY OF THE THYMUS

胸腺之大小大有異同，故該腺之恒久留存及增大二者之界限不易斷定。嬰兒生後八閱月，其胸骨柄及脊柱之距離僅二·二釐 (2.2 cm)；由此推之，可知胸腺肥大易致胸腺性氣管狹窄之關係。胸腺肥大所致之病大概可分為三類：

(一) 胸腺性蟬鳴 Thymic stridor；或屬先天性，或出生後不久所發，輕重大有異同，而哭及咳時每加重。

(二) 胸腺性氣喘 Thymic asthma；此則係胸腺性蟬鳴之沉重而且纏綿者所成。

(三) 突死者；亦或有之。此則與淋巴體質 lymphatism 病有關係。

胸腺之恒久存留，為凸眼性甲狀腺腫，阿狄森氏病，肢端肥大病，重肌無力病及佝僂病等許多病症所常見。

(二) 胸腺萎縮 ATROPHY OF THE THYMUS

此則每於無意中在小兒體內察見，該兒並不顯病理的特殊改變，而小兒之消瘦及患慢性消瘦者尤然。至於他種病況，則出血者不少。許多縱隔障瘤每在胸腺之剩迹發生；皮樣瘤及皮樣囊腫亦有之。胸膜之結核及梅毒則較少。

(三) 胸腺淋巴體質 (淋巴性狀況)

STATUS THYMICO-LYMPHATICUS (*Lymphatism*)

定義 此係小兒淋巴組織及胸腺過長兼心血管系發育不全之聯合病況。

前此醫界認此病爲小兒特別重要之病，但今已知成人及小兒實俱患此病。美國某醫院剖檢五千六百五十二案，考知其患此者四百五十七人；而其人之在二十歲以下者僅九十二案。成人患此病，每經人格外注意，且特呈其明定之症狀。

此種病況之結局不一，計有數類：（一）易致突死。此可由數種原因而起。（甲）過敏現象。淋巴組織或壞死而致使呈敏感作用。致命或即因後起之壞死而致。（乙）大腦出血。發育不全之動脈每易因輕微之外傷或他因而破裂；此係法醫學上之一要點。（丙）小兒之突死或起因於增大之腺之受壓；但此大致極少。（二）易患傳染病性增加而抵抗力減小，特如對心內膜炎、肺炎、腦脊髓熱及膿毒病尤甚。（三）患者倘爲婦人，則當其分娩時每增多危險情事。（四）精神不穩健 *Psychical instability*。又病人之具有癡癲或自盡者，爲數頗不少。

病理 分爲二類：一名淋巴體質 *status lymphaticus*；一名退化性淋巴體質 *recessive status lymphaticus*。前者呈淋巴組織發育豐盛之改變，而發現於此構造靈活之際。後者呈淋巴組織之萎縮性改變而其退化隨時可現。凡病人二百四十九，其一百十八係淋巴體質類，八十九屬退化性淋巴體質類；而四十二案界於兩者之間，而有退化之傾向。淋巴體質類之胸腺過長，平均重量約二十五克。因胸腺受壓而死之病人，未嘗發見。就組織學言之，知胸腺呈增生性過長，且或極甚。淋巴結之壞死性改變頗顯著，而病人之因細故而突死者尤甚。此或與過敏現象關係殊密。

症狀 小兒患此病者常肥胖，或貧血而體質鬆弛，但常似輕健無恙者。患者之扁桃體增大，而有咽鼻部淋巴增殖病。對於傳染病之抵抗力低弱，而遇有小恙，即易發生。常致患鼻卡他，口呼吸及血管舒縮機能的改變。血呈奇特之淋巴球增

多。胸腺之增大或可因胸骨上部上及兩側之有實響而頭頸仰縮至極點時則此響移上而知。腺或在上胸切迹凸出，或可於此處捫覺之。在X光影中，或甚清楚。此等病人或隨發怒或狂喊而發作；此則小兒顯鼻聲呼吸，喉蟬鳴及發紺諸狀。呼吸或停止數秒鐘，或竟致死。

發身後患之，其病況益易於認識。在男子，其要點為（一）胸廓細長，臂及大腿形圓，且似女子所有。（二）皮膚軟而嫩。（三）面上有稀少之毛，上脣及額尤甚，腋亦然，而陰毛呈女性分布之狀況。（四）外生殖器或發育不全；舉丸有時不降 cryptorchidism。（五）頸腺及腋腺或可捫覺。在女子，其主要現象為（一）胸廓及四肢細長。（二）皮膚軟而柔嫩。（三）腋毛及陰毛稀少。（四）生殖器發育不全。

診斷 凡可疑之病案，必預先細察是否有此胸腺淋巴體質，然後畧施手術。連膈扁桃組織之頸淺腺及脾是否增大，每易斷定。成人所患之病則每可因察其全身之特徵而斷定。

治法 小兒患之，其飲食最好減少糖及澱粉至最小之量，而食以去油牛乳、蛋、肉、菜蔬及果子。一般之滋補治法，如服鐵及砒劑，甚相宜。若胸腺過大而致壓他器官者，則宜割去；但X光線治法亦常有佳效。成人之病無特殊療法。

(三) 甲狀腺病

DISEASES OF THE THYROID GLAND

(一) 充血 CONGESTION

當女子發身之期，甲狀腺每在行經時增大；有一類女人，每行經一次，頸必增大。此種發身期之甲狀腺畧增大，有時數閱月恒久留存，然尋常皆完全消去。有時該腺之腫大每因機械

的病原而起，如衣領過緊，連續啼哭，以致該腺作短期的腫大者是也。患急性傳染病者甲狀腺常畧增大。

(二) 甲狀腺炎 THYROIDITIS

原因 甲狀腺炎每繼傳染病（或為單純性或為膿性病）而起。腸熱，痘，麻疹，肺炎，傷寒質斯性熱及流行性腮腺炎諸病發之尤多。然此病實非常見者。

症狀 或全腺皆受患，或僅累該腺之一葉。患者之腺腫受壓則痛，患處發紅色，化膿時則或軟或有波動。急性炎常自退去。若全腺被急性化膿所毀壞，則或有粘液性水腫 myxedema 繼起。

此外則有一奇特之硬化性甲狀腺炎 sclerotic thyroiditis。此甚屬重要，蓋其生長之驟速，成彌散性瘤而累及全腺及隣診之症狀或與癌相似也。該腺與鄰近各處粘接堅固，或壓氣管及喉返神經，致生危險之結果。若將該腺切開察視，則色白而光滑；用顯微鏡察之，則見腺質係稠密之纖維組織所成。

(三) 甲狀腺瘤 TUMORS OF THE THYROID

以下三類係甲狀腺瘤之最要者：（一）傳染性肉芽瘤 Infective granulomata。如結核，放線菌，梅毒等所有者是。此種症候甚罕見。結核或被誤認為凸眼性甲狀腺腫。新起之梅毒或亦有顯甲狀腺腫者；患先天梅毒者腺中有時顯樹膠樣腫。（二）腺瘤。或屬良性，或屬惡性。惡性者或致廣延之遷徙，而肺及各種骨上皆生似甲狀腺組織之瘤。（三）癌及肉瘤。此則甚少，每與外科學有關係。

(四) 副甲狀腺 ACCESSORY THYROIDS

自舌根至主動脈弓，有時有甲狀腺組織碎屑散列各處。此種副片甚易增大而致囊腫性變。有時在縱隔障成大腫，在

胸膜上成囊腫性副甲狀腺。至於所謂舌甲狀腺 *lingual thyroid* 者，亦復不少；大小不等，小者如胡麻子，大者如豌豆，常在舌之深肌內，易動，或粘着於舌骨。若增大，則致所謂舌甲狀腺腫 *lingual goiter*，成一畧大之腫。若真甲狀腺消滅而將增大之舌甲狀腺截除，則或致粘液性水腫繼之而起。

(五) 甲狀腺腫 (癭) 俗名鵝喉凸

GOITER (struma, Bronchocele)

定義 此係甲狀腺之一種慢性增大，而病原無定；病或為散發性，或呈地方性。

原因 除多生此病之地方外，病之屬先天性者極少。患者多在發身時；二十歲以後則甲狀腺腫性趨向即減輕。女較男多，大概有八對一或六對一之比例。

屬地方性者，則該地方之山地平地，鄉村城市，一年四季，皆有此病。近海岸之地患者每較少。

病原莫測。多生此病之地方之水性質較硬，多含石灰及鎂而少碘且富放射性 *radio-activity*。或謂係土中之瘴毒 *miasma* 入水內之故。又或謂將水煮沸，毒即可消滅。若將患此病者用過之水飲山羊，則該山羊即傳該病。此外則又有所謂甲狀腺腫泉及甲狀腺腫井者，能使飲該泉水或井水之人多患此病。就此數端而論，則此病必係一種特種微生物所致；有時學校內發生一種急性甲狀腺腫，發時生徒多患此病，此瘴彼病，每每纏綿數月之久始消滅。某校有男生三百五十人，病發時受累者一百六十，而女生三百八十一人中受累者多至二百四十五云。

病理解剖 常全腺受惠，然亦有僅累及其一葉者。若腺之增大全體一致，腺之形狀仍自然而不呈畸形者，名主質性甲狀腺腫 *parenchymatous goiter*；而其血管甚大者，則名血管性甲

狀腺腫 vascular goiter. 此兩類皆顯腺窩內膠樣質增多。此外則各種變性亦復不少，而以囊形類 cystic goiter 爲最多；每顯許多大小不等之腔。內含膠樣質。更有數種囊形類，其腺泡內生刺(乳頭)。又有時囊內含血或腺內有廣泛之出血。

症狀 若所患之甲狀腺腫不甚大，則大約無甚阻礙；若甚大，則致受壓之症狀。氣管或爲增大之甲狀腺峽所壓而扁，或周圍爲該腺所壓而收窄。所顯之症狀大概係或輕或重之蟬聲 stridor 及咳嗽；此等症狀或纏綿數年而不特別加重。顯此病時，其病腺或甚大，或小而圓抱，或深入胸骨之下。若喉返神經受壓，則致呼吸困難，夜間尤甚，或且改變其聲音。迷走神經受壓者罕見。有時或吞嚥困難，而頸靜脈或被壓。心常受累起因於迷走神經受壓或心擴張而兼呼吸困難。

豫後 幼年患此病，多數能癒；而在多發此病之地方，則多恒久纏綿。苟能離開該處，則或退去。許多病案，毋須醫治而自癒；但若顯受壓之症狀，則宜用外科療法。

治法 凡在多發此病之地方，所飲之水必須衰過。倘爲單純性甲狀腺腫，則用碘之小劑治之，每有功效。蓋此藥能奮興該腺，增進其官能也。小兒每日可用碘化鉀或碘化鈉二厘至五厘 pot. iod. or sod. iod. 0.13—0.3 gm. 令服。更有用碘劑注射入該腺者；然不甚妥善。敷百分之五碘軟膏，亦佳。X光線治法可試用，有時甚效。若該腺極大，則必須用外科方法療治。

(六) 甲狀腺機能遲鈍 (括克汀病及粘液性水腫)

HYPOTHYROIDISM (*Cretinism and Myxedema*)

定義 此係全身性病，因甲狀腺官能喪失所致，臨診的特徵係皮下組織有一種粘液性水腫狀及精神頹喪；而解剖學上的特徵則係甲狀腺萎縮。

病史 此病之發見，在西曆一千八百五十九年，經許多名醫細加研究，垂數十年，其中之新發明多不勝述。質言之，甲狀腺之官能與碘之新陳代謝有一定之關係。蓋該腺之分泌使碘與有機物化合而成所謂甲狀腺碘素 iodothylin。又甲狀腺內分泌之十分重要，亦屢經研究始知。蓋該分泌既為小兒身體發育之要素，亦係維持表皮組織及腦之新陳代謝之必需品也。

臨診類別 可分三類：(一)克汀病 cretinism, (二)固有粘液性水腫 myxedema, (三)手術的粘液性水腫 operative myxedema. 此三者皆因甲狀腺喪失其功用所致。

(甲)克汀病 Cretinism. 此則又分二種：(一)散發性, (二)地方性。

(一)散發性克汀病 Sporadic Cretinism. 此則或因先天無甲狀腺，或因患特種熱病後該腺萎縮，或因患甲狀腺腫所致。不多見。患者女多於男。

病理解剖 無甲狀腺或該腺完全呈纖維性萎縮，係此病之常況。至於有腺組織可尋者則極少。散發類有時或兼大腦垂體及胸腺增大。身體發育受阻及短頭 brachycephalus 係地方類之骨骼改變，而長頭 doliocephalus 則係散發類之骨骼改變。

徵狀 此病之屬先天性者，在小兒生後六七月之前，每每不能辨認。迨六七月後始察覺該兒之生長速率不如常度，且精神呆鈍。舌似過大，而伸出口外。髮稀而皮極乾。迨滿一歲或一年以後，則病徵更明顯。面大，似腫，臉浮而腫；鼻翼厚，鼻扁而似受壓。出牙遲，牙出後蛀壞甚早。腹腫，脛短而粗；手足欠發育而呈畸形。面色滯白，有時如蠟色而帶慘氣。囟門恒久不合；肌弱極，該兒不能自行支撐其身體。鎖骨上處有大肥(脂肪)塊。精神之發育失敗，或且成呆(遲鈍)。

至於繼發病而起之甲狀腺萎縮，則其病況須至小兒四五歲時或五歲後始發顯。此實係幼年粘液性水腫 juvenile myxedema。屬散發性類者，間或有該小兒之克汀病況繼重大之甲狀腺腫而起。此幼年類有時雖對於身體及精神之發育有碍，然不致進行而完全成呆。

(二)地方性克汀病 Endemic Cretinism. 此類每在甲狀腺腫盛行之地方發見。臨診情狀與散發類相同，發育阻滯，腦力薄弱，復益之以甲狀腺腫。甲狀腺之改變或以為係水中無機性或有機性毒所致；然無論其毒之來源為何物，要皆係該腺之官能受擾，以致身體顯克汀性之改變，是可無疑者也。

診斷。此病之診斷甚易，苟曾見一病或閱明悉之圖解，當無致誤之虞。小兒在一歲左右，有時體質鬆弛，活潑之容態喪失。或顯腹凸，皮鬆弛，畧兼克汀樣形狀。此類較輕之病大概係該腺官能暫時受擾所致。

(乙)成人粘液性水腫又名成人甲狀腺官能欠缺病 Myxedema of Adults. 此病不多見。女人患之者，較男子多數倍；大概為女六男一之比。或一家數人同患，或由母傳至其子女。有時或先有凸眼性甲狀腺腫之形狀。病雖多為女子所患，然對於行經及懷孕似無特別關係；有時症狀當懷孕之際或消滅，或至產後乃起。有時姊妹二人，一患此病，一患凸眼性甲狀腺腫。此病之症狀係身體增大；皮顯堅而無彈性之腫，按之不凹，乾而粗糙，致面上之紋亦為腫所脹平而不顯；毛髮之營養不完全；皮及皮下組織患局部性腫大，而在鎖上部尤然；汗常不出。病者之容貌大變；體格粗闊，唇厚，鼻翼厚而闊，且口增大。頰際或鼻上有紅斑。思想及行動非常遲鈍。記憶力不健全，易怒，多疑，或更患頭痛。有時或患幻想及幻覺，而漸進成癡呆。步態重而緩。體溫較尋常為低，病人於寒季常受苦。惟心肺及

腹部各器官之官能仍如常。有時或患出血。或澉蛋白素尿；糖尿則不常見。致死之故常起因於加發他病，最常相伴者為結核。甲狀腺變小，或且完全萎縮而成一纖維性塊。皮下之脂肪大增，間或粘液素亦大增，然極少。此種皮下組織之性質尙未知，大概為肉芽組織之一種（故此病之命名實誤！）。

鹼基代謝 basal metabolism 較尋常人減少百分之二十至四十。

病程遲緩，而有進行性，每纏綿十年甚或十五年之久。此外更有一種急性及暫性粘液性水腫，或伴少年甲狀腺增大而起。又粘液性水腫有時繼凸眼性甲狀腺腫而起。或兩病之症狀合併發顯。

(丙)手術的粘液性水腫又名甲狀腺割除後惡病質 Operative Myxedema (Cachexia Strumipriva)。據實地試驗而論，若將猴之甲狀腺完全割去，則有與粘液性水腫相同之情狀隨起，有時兼痙攣或破傷風樣肌收縮，繼則神氣呆滯而昏迷。若在人體施甲狀腺完全割除術，有時亦有與上相同之情狀繼起。然無論甲狀腺完全割除，或僅截除一部分，不必定有此病繼起。凡受術者四百零八人中，致手術的粘液性水腫者六十九。苟有該腺一小片留存，或有副腺（獸類常有副腺），大概不顯症狀。質言之，此病極罕見。

診斷。粘液性水腫多易診斷。病者之一般容態如皮下之腫及面色黃白，或與腎炎相似；若病者尿內含蛋白素及管型，則更易致誤。然其腫之硬固，皮之極乾，皮色之黃白，體溫之降低，毛髮之脫失以及精神之遲鈍彷彿此病諸端已足證明其非腎病。對於輕病，則於授以甲狀腺劑後所現之表徵有助於診斷。至於可疑之病，則不可僅以鎖骨上部腫脹為確據。蓋有時壯健之人此處亦或有纖維脂肪性增大，即所謂鎖骨上假脂肪瘤 supraclavicular pseudo-lipoma 也。

甲狀腺機能遲鈍當於 (一)魯鈍之兒童, (二)有絕經過早的症狀之婦人, (三)肥胖人, (四)大便秘結而其原因未能追尋之人審察之。

治法 病者天寒則病加重,溫暖則減輕。故必須使其溫度平均;若冬季能移居溫暖之地方,最佳。連續取熱浴並按摩之,每甚有益。醫界對於此病之治法,其功效之確實可靠,實當首屈一指。今吾人既能治癒小兒,使病勢不至進行而成癡愚,又可救活患粘液性水腫之成人,使不瀕於死地;此係實驗的醫學之一大勝利。發明此種治法者,係何司雷氏 Horsley 及其生徒慕雷氏 Murray。其初用甲狀腺移植術;後則用服甲狀腺法。現今醫界則知服新鮮甲狀腺或甲狀腺膏劑或甲狀腺乾粉,其功用相等。無論何種甲狀腺機能遲鈍病,大抵皆奏神效。藥店現有各種配合之甲狀腺劑,率皆大同小異,俱可用;而甲狀腺乾粉及膏二者,尤為方便。最妥善之法係先服甲狀腺乾粉,每劑一厘 *pulv. gland. thyroid. 0.065 gm*, 每日三劑。其劑量可逐漸增加,至每日共服十厘或十五厘 (0.6—1 gm) 為度。服此時,許多病人大抵不顯可厭之症狀;其他則皮易激惹,煩燥不寧,脈搏急,且譫妄;至於患強直性癱瘓即所謂甲狀腺性中毒 *thyroidism* 者則甚少。此種治法之功效非常神妙。無論何病之治法,皆不足與之媲美。治療後不出六星期,一精神萎頓,容貌惡劣,可憐可慘之病人可立即變為體健神足者。身體輕健係最初之功效;曾見一病人,於六星期內減輕三十餘磅。自是皮濕潤,尿增,汗復出,體溫升,脈搏率增。精神之遲鈍亦漸減。乖效罕見。惟有兩病人,因兼患慢性心病,施此治法之後,無效而死;又有一人,則發暫時性凸眼甲狀腺腫病況。總言之,此種治法之不奏功者絕無僅有。

此治法宜分兩期：第一期宜用足劑量，以病癒為度；第二期病癒後仍宜恒久服小劑量，以維持新陳代謝之常度。患克汀病者，則宜永久服之；蓋停止治療後病或復發也。

(七) 甲狀腺官能過敏 突眼性甲狀腺腫

(革雷斐氏病或巴色朶氏病或帕雷氏病)

HYPERTHYROIDISM; EXOPHTHALMIC GOITER.

(Grave's, Basedow's or Parry's Disease)

定義 此係甲狀腺腫，眼凸出，心動作過速，肌顫，而兼甲狀腺官能過敏狀況之病也。

原因 年齡 患此病者三千四百七十七人內，年在十六歲以前者僅一百八十四人。男女 英美兩國，女較男多數十倍。家族的素因 此病之家族的易病性甚重；有時一家五六人患之。定因大概亦各異。傳染病，甲狀腺炎，憂慮，神經長期受擾，精神震撼，驚嚇以及生殖神經系改變等，對於此病，有時皆有甚大之勢力。

病理 主要改變為腺之活潑性增加；其腺因過長而增大，且有血管增多之象。正常膠性物減少，或竟盡無。泡上皮細胞增生而淋巴腺組織增加。此等改變或僅限於腺組織之一區。其增大間或致有機械的擾亂。分泌之增加每致顯下列三種之結果：(一)新陳代謝功用大增進；(二)他內分泌腺受累；(三)交感神經系被奮興。其活動素名甲狀腺素 thyroxin。許多患此病者胸腺增大。血中淋巴球增多(百分三十至六十)而中性細胞減少。此病之後期，或有發粘液性水腫者；有時或顯水腫，間或顯皮硬化(此則係皮之營養受累之徵兆)。

解剖學上之改變 甲狀腺不顯異常狀者甚少。大多數該腺顯實質性過長，增大，有新成之腺泡，腺基質之淋巴組織增

加諸狀。退化性改變亦常見；過長或停止，而該腺則恢復其膠樣物狀況。最後則或顯腺細胞萎縮。

甲狀腺所含之碘與其膠性物之多少有直接關係；當該腺過長時，碘之百分比最小，而在膠樣物純粹之際則其分數最大。

症狀 此病有急性及慢性兩類。急性類病起或極驟。曾見一婦人，年三十九，身體素健，然其友人覺該婦之眼似較大者若干時，一日突然大嘔大瀉，心動急速，脈搏亦大跳動。其眼外凸，而甲狀腺則增大而軟。後則腸胃症狀持續不止，脈搏更急，嘔吐不停，延至第三日即死。又此類有顯著之血中毒象，但不常兼顯譫妄。

慢性類緩起者較多。其特殊症狀有四種：（一）心動過速。此係此病最常見之現象。脈數初僅九十五或一百至，病成則增至一百四十或一百六十，甚或更速。脈亂除在病之末期外，不多見。若症勢劇烈，則可見之心搏動界大增，而其動強而且滂；且捫心聲之抖可甚明晰。頸根之大動脈跳動甚強。周圍動脈有可見之搏動。毛細管之搏動亦然。有時手靜脈之搏動甚明顯。而動脈之搏動則即使在指尖，亦每可捫覺。血管性紅斑常顯。面及頸發紅，軀幹及四肢或有廣佈之紅斑。聽診時，心部常顯雜音，心尖部有甚響之收縮性雜音，心底及胸骨柄有響營營音。心聲或極響。有時即不貼近病人之身，在距病軀四尺之處亦或可以聽見，惟甚少耳。有時或發急性心臟張，而兼呼吸困難，咳嗽，咳血沫諸狀。

（二）眼球突出（眼凸出）此為突眼性甲狀腺腫之特殊面狀，蓋半因眼球外凸，半因險縮短而致鞏膜露出。有時或僅一眼患之，常繼血受擾而起。突勢劇烈者，眼與眶相離，甚或患膿性眼球炎，致雙眼或全然壞滅。視力每如常度。眼球向下時上險不隨之而下，與尋常上險及眼球隨動者異。此即所謂

格雷斐氏徵 Graefe's sign. 因上瞼痙縮之故,致瞼間之開口較常度闊大,此即所謂司退耳乏格氏徵 Stellwag's sign. 病者眼瞬之次數較常度少。上瞼有明顯之微顫,而眼球將欲向上時其瞼顯痙縮。看近物時,兩眼之集合力喪失。瞳孔及視神經之改變則甚少。視網膜之動脈顯搏動者常見。

(三) 甲狀腺增大 甲狀腺例必增大,其增大或為全體,或僅為其一葉,然大概較尋常之甲狀腺腫小。有時或且不增大。腫堅而有彈力性。顯受壓之徵者罕見。血管常大擴張,全腺或有可見之搏動。捫診時或有顫可捫覺;聽診時則顯收縮性雜音。雙雜音亦係一常見之特徵。

(四) 肌顫 此屬不隨意性,甚微細,每秒鐘大約有八次。係一診斷的要徵,病之早期尤然。

此外更有貧血,消瘦及微熱等許多症狀。血有淋巴球增多之徵。有時或嘔瀉。瀉或甚重且困苦,間時復發。而其最困苦之症狀則係常伴皮發紅及大汗而顯之動脈跳動強大。紅斑性發紅亦甚多。皮癢有時係一極重而纏綿多時之症狀。多數性毛細管擴張或有之。實而浸潤之水腫不少,有時係暫時性,顯粘液性水腫病況者亦時有之。皮積色素極常見;或成斑,或普遍。此病之與皮硬化併發者不少。病人易怒,性情改變,且精神或甚抑鬱。急性躁狂係一重要之併發病,或數日即致命。肌弱者常有,而自覺兩腿綿軟者尤多。當病者低頭時,苟使之上望而不舉頭,其額不顯皺紋,與常人不同。另有最可注意之情狀,係電性抵抗力大減;此或係皮血管擴張而皮過於潤濕所致。胸膛或顯然縮小。消瘦或極甚。糖尿及蛋白質尿亦係常有之併發病;真糖尿病亦或有之。

鹼基代謝 Basal metabolism 有顯著的增進之徵;此並係有助於診斷之一要項。極重之病增百分之七十五,重病增五十至七十五,而輕病則增二十至二十五。

病程常屬慢性，每纏綿數年。有時病發後纏綿六個月或一年或退去。此外更有甚奇特之一類：每隨驚嚇而起，勢甚沉重，乃或於數日之內完全平復。

豫後此病之致死者，大約佔百分之十一。倘在高明外科醫士之手，其因手術致死之率極低；大概皆可永久治癒。

診斷此病之標準病案易於診斷；而其難斷者則為發生不全之類及甲狀腺官能過敏。當使病者安息而觀察之。倘令服甲狀腺膏劑一至二厘（〇·〇六至〇·十二克）或碘或注射腎上腺素（〇·五瓦）經數日而症狀增加及脈搏加速者，實與此病症狀的意義吻合。此法或有鑑別類似甲狀腺官能過敏之諸狀之早期結核病之助。下列諸狀可認為甲狀腺官能過敏所現：（一）心動過速，（二）病者消瘦驟速而無他故，（三）無故腹瀉，（四）淋巴球增多，（五）有神經衰弱之病況，難於解釋一切事理。此外則銣基代謝之增進亦為極重要之診斷要點。

治法在外科療法未經施用以前宜試以藥治法。病人須臥床靜養，作絕對的休息，而避免種種刺激及煩惱。凡足致煩悶之事情，宜惟力是視，力予排解。遇必要時，當用鎮靜劑保護之，使能作長時間之睡眠。任何傳染性竈局當予治療。煙、酒、茶及咖啡當禁。食物則牛乳、酪漿及種種牛乳製品可重用。穀類、蛋、牛油、麵包或烤麵包及果蔬亦可食。肉湯及肉則不可用；但間或可食童子雞少許。水可多飲，最好用蒸餾水，但蒸餾水不便時即用已沸過之水亦可。心部當敷冰袋。內治藥則貝拉朵那（顛茄）、麥角、磷酸鈉及砒有時似乎有益。治以X光，亦或有用。

外科療法。倘有下列諸項之情景，則宜用手術：（一）有受壓徵；（二）試以藥治法而不利；（三）用藥治法後見佳效，但不完全痊癒。重血中毒常為忌用外科療法之指徵。截除甲狀腺

之一部分，每可期其永久治癒。施部分之甲狀腺截除術後，症狀之消退非常神速。縛甲狀腺動脈術亦有佳效。施頸上交感神經節切除術，有一佳果，蓋能使上臉畧下垂，而減輕眼凸出之狀也。

(四) 副甲狀腺病

DISEASES OF THE PARATHYROID GLANDS

此種無管腺大概生於甲狀腺之兩葉之旁，常成對係小橢圓體，長約六至八耗。該腺之分泌物，能補助脾腺之不足，而管轄鈣質新陳代謝 calcium metabolism。若將獸類之副腺割去，則隨意肌顯痙攣，逐漸成癱，且呼吸困難，致精力衰竭而死。苟用鹽製腺膏注射入該獸之靜脈，或飼以副甲狀腺，或施副甲狀腺移植術，則以上所述之症狀或退去。副甲狀腺之官能受擾對於手足搐搦(或他內) tetany 之關係，現似已由醫界明白認定；蓋此腺之官能係管轄鈣之新陳代謝，而組織內之鈣質欠缺係神經系統患沉重之易激性及手足搐搦之病原也。

近今之實地試驗證明此腺之作用屬獨立性，而與甲狀腺無關係。割除副甲狀腺則致體內屯積卦尼丁 guanidin；此物係致手足搐搦之病原，自發性手足搐搦之病原亦復如是。不寧惟是，注射卦尼丁，則神經系統亦受同樣之累。近人理論，謂(一)此物係蛋白質新陳代謝不全所成，而該腺之分泌物能消滅之。(二)副甲狀腺分泌之機能不全 parathyroid insufficiency 則肌發痙攣及震顫，而此等症狀則又直接起因於血之失鈣。鈣有鎮靜神經末梢之作用，並得藉以抵抗傳出神經之運動與奮。當鈣之鎮靜作用如常時，肌神經之反應亦如常；但當鈣之鎮靜作用減弱時，則致肌神經之易受刺激性過敏 hyper-irritability；最輕之神經與奮每變重而大激肌之運動。以是副甲狀腺機能

不全時則顯痙攣及震顫。此種機能不全得用獸類副甲狀腺之穩妥的剝治理而補償之。

此等實地試驗證明許多小兒之痙攣性病，如喉痙，嬰兒驚厥，痙攣素質 *spasmophilia* 等皆是也。又此腺對於炭水化物新陳代謝，亦具少許勢力。至其對於手足搐搦之關係，詳見神經系病篇。

副甲狀腺和乳酸鈣或能治癒患斯潑盧 *sprue* 之人，其效奇速。對於各種慢性潰瘍（無論靜脈曲張性潰瘍，胃潰瘍或十二指腸潰瘍），亦有佳效；與其對於神經系統之痙攣性病同。

(五) 大腦垂體病 (蝶鞍腺病)

DISEASES OF THE HYPOPHYSIS CEREBRI (*Diseases of the Pituitary Body*)

大腦垂體(蝶鞍腺)之結構係兩葉所成：(一)前葉，發源於喉頂，係大顆粒形上皮細胞排列而成，周圍有大靜脈間隙環繞，該腺之分泌物即滲入此間隙；(二)後葉較小，起於第三腦室之底，係(甲)中央神經膠質部 *pars nervosa* 及(乙)上皮細胞包(中間部) *pars intermedia* 二者所成。其分泌物或歸入腦脊髓液。

試將獸類之大腦垂體完全割去，則致命。若僅割去一部分，則稱獸致生長受阻及發胖而生殖器發育殘缺，壯獸致發胖及生殖器之營養不良。

大腦垂體雖甚小，而對於身體之發育及新陳代謝具絕大之勢力。實言之，該腺前葉與身體之生長與發育有密切之關係，為人身必需之物；而其後葉則與炭水化物及脂肪之新陳代謝有密切之關係。

大腦垂體官能受擾之類別雖其過敏及遲鈍兩種情況每可辨別，然不似甲狀腺官能遲鈍及過敏狀況之明晰。大腦垂體每與他種內分泌腺密切相關；任何內分泌腺受累，每致他腺

之作用(活動力)有生理的整理之勞。大腦垂體則因所處之位置殊特,易被鄰近或較遠之損害之壓效所累及,故其官能之受擾不僅屬該腺之原發性,亦或屬繼發性受壓。似此,則宜統名關於大腦垂體官能受擾之各病爲大腦垂體功能擾亂 *dyspituitarism*,而將各病分類條述如下。

(甲) 生瘤而顯鄰近各組織受壓之病徵及腺活動性改變之全身性病者。則X光線驗之,則顯垂體凹之形式改變;鄰近之大腦神經顯雙顳側性半盲,視神經萎縮,動眼神經癱等受壓之徵。顯海馬回(勾腦壁)受壓性驚厥者亦時復有之。鼻出血常見;鼻流腦脊髓液則甚少。至於全身性病情,則自原發性活動性過敏以至活動性不足,其間大有異同。

(乙) 鄰處病勢明顯而全身性病情輕微者。生瘤之局部性特徵甚明顯,然腺之活動功能受擾証據則輕而且暫,或僅炭水化物新陳代謝受擾而身體發胖。

(丙) 鄰處病勢輕微或竟無病象,而該腺之全身性病情明顯者。腺之增大不甚,故無局部症狀。然有骨幣過長或欠長之改變。炭水化物新陳代謝之受擾係後葉之作用變更所致。凡後葉機能不全,則顯脂質屯積,體溫降低,倦嗜睡,脈緩,皮燥,髮稀以及糖質之容量過高諸狀。肢端肥大病之多數係此類;初則顯垂體官能過敏之現狀,後則顯機能不全。成人患之,則顯肥胖,糖質容量高,體溫低精神病象及還童類生殖器幼稚性 *sexual infantilism of the reversive type* (即成人之生殖器變至與小兒相似)。凡此種種,係垂體功能薄弱所致;有時或不顯該腺生瘤之局部症狀。

(丁) 大腦垂體之症狀爲患腦內積水 *internal hydrocephalus* 之病人所表現。此或係後葉內分泌物滲入腦脊液之路徑被

阻所致。此種硬阻性大腦垂體功能擾亂，凡各種第三腦室之鄰近損害如發炎或生瘤等，皆足致之。

以上四者，係最重要之類。此外更有二類：(一)大腦垂體及他種內分泌腺同時受累者；(二)具暫性大腦垂體症狀，例如懷孕，腦受傷及傳染性病所顯者是。

總言之，大腦垂體官能受擾能致身體生長有可駭之改變。大腦垂體官能過敏 hyperpituitarism 對於小兒之髓未成骨者，則致身體之巨大畸形 gigantism；對於成人，則致肢端肥大 acromegaly。大腦垂體官能過鈍 hypopituitarism，對於小兒則致肥胖兼骨骼及生殖器呈幼稚性 skeletal and sexual infantilism，即所謂弗呂利什氏類 Frölich type 是也；對於成人，則致肥胖兼生殖器的幼稚性之還童類是也。

按據近今醫界之研究，謂垂體官能可就前葉後葉分言之。前葉官能過敏，則致巨大畸形及肢端肥大。過鈍，則致羅郎氏類幼稚性病。後葉倘用以注射皮下，則致(一)因血管收縮而血壓增高；(二)子宮，膀胱，腸等之平滑肌收縮；(三)尿之分泌減少；(四)糖尿及血含糖過多；(五)暫時之催乳作用(每日所泌之分量不見增加)。倘後葉之官能過鈍，則致尿崩病。由是可知垂體官能實掌管下列數項：(一)骨骼及軟組織之生長。(二)生殖器之生長及其官能。(三)肥胖。(四)尿之分泌。(五)炭水化物新陳代謝，平滑肌之收縮，血壓等多種官能。

肢端肥大病(面手足大症) ACROMEGALY

定義 此係一種營養不良 dystrophy 之病，其特殊性狀係面及四肢皆大過尋常，而兼垂體前葉官能擾亂。此病之要端係大腦垂體部營養不良；此種不良狀況對於髓之未成骨者則致身體之巨大畸形；對於已成人者，則致骨骼過長及面，手，足皆增大。

原因 此係罕見之病；女子患之者似乎較多。人之身格偉大者較易受患。凡患此病之人，其在身長過六尺時始顯此病之症狀者，佔百分之二十；而巨人 giant 之中，患此病者佔百分之四十。外傷、傳染性病及感情震動等或係激發此病之原因。

病理 此病幾皆有大腦垂體之過長，生腺瘤，纖維性瘤或肉瘤諸改變，致蝶鞍擴大；迨後期則致周圍各構造受壓。至於此病之症狀，則半屬大腦垂體官能擾亂，半屬該腺鄰部受壓。

骨之改變甚特殊；四肢普遍增大，而全體之骨骼亦多少受患。此腫增大皆由於骨外膜生骨所致，而在手足最明顯。面骨每每受累。眶弓，額凸，額突，額骨及鼻骨皆增大；下頷則增長且厚，齒因之而離縫。用 X 光線驗之，則可見蝶鞍特殊之改變。皮及皮下組織增厚；面之軟組織亦肥大。

有時大腦亦增大，然其最重要之改變則係腦底受壓所致。體內各器官亦有增大者。

症狀 大腦垂體為瘤所累（係肢端肥大病通有之情況），所有症狀可分為機械的勢力所致及腺分泌受擾所致之兩類。

(一) **部位症狀** 頭痛常見，每為額痛，且常極重。嗜睡亦係多見之狀，有時且為第一症狀。眼症狀亦為此病所常有，如雙顳側性半盲，視神經萎縮以及後期中所現之第三及第六神經受壓皆是。有時僅一眼受患。更有顯眼外凸者。聾者亦不少。病人易怒，性情大改變，憂鬱異常及進行性癡呆亦或有之。更有鼻出血及鼻漏者。

(二) **內分泌受擾所致之症狀** 此或係病人之親友發覺病者之面貌逐漸增大，重而且厚；或病人自覺頭大而需較大之帽，或手漸大而需較大之手套。惟肢端雖增大，而於其動作運用則無碍。

此病之肥大屬普遍性，各種體組織皆受累；手形奇異如鋤。掌紋增深。腕增大，然臂受患者則少。足之受累與手同，顯均勻的增大。惟腳趾有時增大更甚。指甲及趾甲常闊大，然不彎曲，且指骨及趾骨之末節不作球形。關節或致覺痛；神經痛且常見。頭亦增大，然不如面之甚。面則因上下頷兩骨增大之故，致增長且闊。下頷骨之增大更甚。每在上頷下凸露。牙槽增闊，然齒常離開而有齒縫。面之軟部亦增大。鼻前孔大而闊，臉有時大增厚，耳肥大甚。舌有時亦增大甚。迨病之後期，則脊柱受累，致脊曲成駝背。胸部各骨亦或徐徐增大。手及面之皮因增大徐緩之故，似與常度無異。有時則色畧變，且纖維鬆弛，然不似粘液性水腫之乾而糙硬。肌有時消瘦。

大腦垂體功能受擾或致糖尿病，在肢端肥大病之早期發顯者最多；迨病重之期，則糖質容量極高。他種無管腺受累而現症狀者甚多。甲狀腺腫常隨起。後期或現粘液性水腫或軟弱之肥胖。經閉係婦人患此病之最早症狀。陽萎係男子病重期之常狀。

治法 大腦垂體膏劑，常經醫界用以試治，但無特效。外科治法時經應用，其要點在療治該腺增大所致之本處受壓症狀。若病勢尙有癒望，則截除瘤之一部分或其囊腫，可免視神經全然受壓而萎縮。

(六) 松果體病

DISEASES OF THE PINEAL GLAND

松果體內分泌物之性質，尙未確知。其腺病常為生瘤，致發(一)因腦內積水而起之受壓症狀，(二)腦神經受累而起之窳局的症狀，眼部尤顯，(三)認為係此種內分泌受擾而致之早發身，體內炭水化物的容受量，肥胖及毛髮之生長增多諸症狀。

(七) 男女性腺病

DISEASES OF THE SEX GLANDS

辜丸之內分泌部爲間細胞所組成；卵巢之內分泌部亦爲間細胞兼黃體之細胞 interstitial cells and cells of the corpus luteum 所組成。此內分泌對於第二男女特狀之發育，有特殊關係。如其官能過敏，則致男女兩性之性慾的發育提早。過敏，則致兩種狀況：(一)無辜丸人 eunuch，其辜丸全失；(二)類無辜者 eunochoid，其辜丸之機能不全。無辜者生殖兼發育不足，體大且肥，毛髮稀少，而精神的狀況改變。女子在發身後截除卵巢，則現人工的經絕之病徵。類無辜者之機能不全在發身之前或後各異，常累及他腺(垂體尤易受累)而具多腺性併合症狀。病人身體常高而肥，且無第二男女性的特狀。生殖器發育不全，且不育，並兼性慾官能之擾亂爲其常例。治法，可用各種腺膏劑治之；男子特以辜丸及垂體腺膏爲宜，女子特以卵巢腺膏爲宜。

(八) 幼稚性病 (小兒樣體格)

INFANTILISM

定義 此係人體生長的擾亂，其特狀爲精神及身體雙方永久屬小兒樣而全身之發育延緩。

原因 據現今醫界之知識而論，尙不能將此病之原因及病案作適當之分類。總言之，此病或無明顯之病原可尋，或係明顯可尋之病症所致，或直接因一種內分泌喪失而起。

(一) 惡病質性幼稚性病 Cachectic Infantilism. 此類實屬不少；蓋無論何種沉重之慢性病症，皆可阻遲男女性之發育。例如患鉤蟲病之小兒，有時甚或至二十歲左右，始去小兒性而具成人狀態是也。梅毒係一極常見之病原。凡瘧疾盛行之地，小兒之男女性發育阻遲者不少，先天性心病亦能致此。

此外更有一種中毒性幼穉性病，則係煙酒等之徐緩而恒久之毒效所致。

(二) 特發性幼穉性病 (羅郎氏類) Idiopathic Infantilism (Lorain type). 患者身體甚小，初見與小兒無異。迨解衣驗體，則其形狀實係已成人，而非小兒也。頭不大，軀幹之狀態完全無缺；肩比諸髓較闊，骨之隆起及肌之挺出皆昭然明顯(故與小兒不同)。此則係所謂侏儒或小人 miniature man，而非過其正當時期仍屬小兒性者也。雖面、腋、陰諸部均無毛，然其生殖器則雖小而形狀完全；比諸其身量，固大小適當也。此類無論男女，才智皆如常無恙。其病原大致與垂體內分泌擾亂有關。或謂係血管系發育不健全所致，故亦稱血管形成性 angioplastic infantilism.

(三) 何耳門性(激素性)幼穉性病 Hormonic Infantilism. 此類多係直接因內分泌腺之擾亂所致。茲擇其最重要者列之如下。

(甲) 甲狀腺性或克汀性類幼穉性病 Thyroidal or cretinoid type. 此類已詳述於甲狀腺章。

(乙) 弗利呂什氏類幼穉性病 Frölich type. 此類與垂體部生瘤伴起，其特狀係肥胖過度及生殖器發育不全。此等症狀係內分泌不健全所致；蓋實地試驗時將獸類之腺割去一部分，即生此症狀也。有成人及小兒之別，與粘液性水腫之類別相似；大人患此則生體肥胖而生殖器復變為小兒時之狀態。此即前所謂還童類者是也。至於李立沙氏類 Brissaud type，則面圓而肥，骨骼發育不全，腹膨凸，全體脂層甚厚，生殖器穉小。除髮外各處皆無毛，以及恒牙不出諸狀皆係明顯之情狀。李氏以為此係甲狀腺官能薄弱所致；而謂為起因於垂體功能之擾亂，似尤近是。

(丙) 胰腸性類 Pancreatico-intestinal type. 此類每俾胰腺及腸內之改變而起。用胰腺膏劑治之，有時甚效。

(四) 早衰 Progeria, Early Senility. 此係發育不全之小兒兼身體早衰之病。其面容，形態，髮之脫落，皮消瘦諸情狀與老人相似。剖屍檢驗，則體內諸器官皆有廣泛之纖維性變，而以動脈及腎為最甚。此或亦係一種尚未確知之內分泌改變所致。

(九) 脾病

DISEASES OF THE SPLEEN

(一) 總論

脾雖係無管腺之一，然不生內分泌，而其官能亦尚未十分確知。大概該器官非身體所必需。對於胎體，脾有構成赤血球之官能；對於成人，因脾內含生血細胞，故可知或亦畧有此等功能，而在患沉重之貧血者尤然。醫界一般意見，則以為溶解赤血球 hemolysis 係其特別功用。古代醫者每以為截除其脾，能助競走者之氣，故割除後固無大害。但或顯嗜伊洪細胞畧增多及暫性貧血；後則每畧顯白血球增多，其中之淋巴球尤然。

患感染性病時，則脾增大而含無數之菌；故脾官能或與身體之免疫性有關係，且其內有吞噬作用。凡實地試驗，用各種溶解赤血球之物所致之貧血，其脾每增大，而顯替代性血形成 vicarious blood formation 之徵。慢性脾大病或不甚擾害身體之康健。

(二) 能動脾 MOVABLE SPLEEN

能動脾或浮遊脾，有腸下垂病之婦人患之者最多。然亦有他器官不顯離位之徵，而其脾能動者。有時或偶在毫無症狀之人身察見。更有背腰及兩旁覺受拉者。病之輕重大有

異同。輕則僅在肋緣之下可以捫覺全脾；重則其脾下墜至骨盆，甚或降至所患腹股溝赫尼亞（疝）之內。其間等級甚多，不能盡述。大多數其脾增大。有時韌帶之鬆弛似係脾增大所致；有時則其鬆弛似屬先天性，蓋一家或有數人同患能動脾也。外傷或亦係一種病原。此病除顯受拉及不舒等感覺使神經薄弱之病人憂慮外，致劇烈之症狀者甚少。惟脾蒂扭轉，或致沉重之情況，如脾大腫，熱高，甚或壞死等是也。

診斷。除脾固着不動或因粘連及脾周圍炎致脾畸形外，能動脾大概皆易診斷。脾之形式及其利緣與切迹，係診斷時應特別注意之要點。

治法。有時在左肋緣下用帶及墊縛之，每能使動脾安其定位。截除離本位之脾，醫界亦常行之，且施行此手術固非難事。然余等則以為無須如是。曾見二病人，增大之脾浮動極劇烈，致患者極困苦不舒，旋由外科醫士用紗條擁塞該動脾於其定位，使之粘連堅固而癒；經兩年之後，其脾仍堅定如常。

(三) 脾破裂 RUPTURE OF THE SPLEEN

患腸熱及瘧疾之際，脾或患急性增大而致自發性破裂；此甚少。患瘧病者之脾或因受打，受跌及針刺而破裂。印度地方脾破裂者甚多。脾腫時若被挿入皮下之針所刺，有時或成致命之出血。脾破裂，亦間或因梗塞或膿腫之穿破而致。此病所顯之症狀與出血入腹膜者相同，宜立刻施復切開術療治。

(四) 脾之梗塞及囊腫與瘤

INFARCTS, CYSTS AND NEOPLASMS OF THE SPLEEN

梗塞。脾動脈之栓子所致之梗塞或屬感染性，或屬單純性；潰瘍性內膜炎及膿毒性病之有此等梗塞者最多。患熱病

時，脾動脈之枝或結血栓，有時梗塞即繼之而起。腸熱之有此等情狀者不甚少。更有因脾靜脈內結血栓而致梗塞者。以上各類甚難診斷。凡患敗血病及膿毒血病，苟脾部覺痛，受按則觸痛，脾畧腫，以及間或顯擦聲者，或係脾生梗塞之徵兆。脾之感傳染性梗塞間或成大膿腫，更或全脾變為一膿囊。惟此係罕有之病，為行醫所不常見者。

脾之瘤包蟲囊腫及他種囊腫或樹膠樣腫不常見。又患何杰金氏病者，其脾或增大而光滑，或生結節而形不規則。脾門有時顯雙囊腫。肝成腎之多囊腫病有時累及脾，致生極小之囊腫。更有生皮樣囊腫者。脾之囊腫多不易診斷；脾部之塊形常不規則，然脾之輪廓易認。脾門患雙瘤之病案，其瘤極活動而形極不規則；醫界每用手術治之。據某醫士之報告，凡患脾門雙囊腫者二十一人，用外科手術治之，皆痊癒。

原發性結核罕見。其急性病之症狀或與急性傳染病所發者相似，脾增大而脾部覺痛。慢性病則脾呈進行性增大，常兼發紺，且有時兼血球增多。用截除術治之，有時甚效。至於繼發性結核，則常見。

(五) 原發性脾大病兼貧血 (脾性貧血或班替氏病)

PRIMARY SPLENOMEGALY WITH ANEMIA (*Splenic Anemia; Banti's Disease*)

定義 此係病原今尙未知之一種原發性脾病。其特殊性狀係脾患進行性增大，貧血，易出血，間或兼繼發性肝硬化及黃疸，水腫。若將脾截除，則此病完全痊癒，故知脾係病發之原處也。

原因 大多數脾之增大無端而起，其病原不可究尋。有數人顯症，然多數病案之初狀係脾大而運動不便。患者男較

女多且每爲四十歲以前之人。或認梅毒係病之要原。小兒患之者亦不少。

病理解剖 脾增大甚，然較白血病之大脾則小。外膜層厚而脾堅固，其組織韌而堅定，全器官成甚重之纖維性變。班替醫士指明脾髓之靜脈竇顯內皮細胞增多。脾之鄰近血管有時甚大，胃短動脈尤甚，脾靜脈及門靜脈大擴張，且顯粥樣化及石灰化。淋巴腺不受累。骨髓或顯細胞增多性過長，然無他種特別重要之改變。

症狀 此病每屬特慢性；余等所診者，有八人纏綿十餘年之久。初顯之病徵常係下述各種：

脾大 此等增大屬均勻性，光滑，不痛，常達臍處，且多貼接臍前上角而全佔腹之左半。有時此等膨大雖發生數年之久，然除腹大致動作不便外，並無他狀。若患梗塞，則或顯痛。

貧血 病者或遲或早，必顯貧血。其起甚驟，小兒患之則或十分沉重，甚或有在數星期之內致命者。然逐漸面色變白者較多。有時病者第一次就診，即顯腳腫，氣短及各種貧血甚重之病徵。血狀每屬繼發性貧血，血色指數甚低，而兼白血球過少。紅血球之數或減至二百萬，白血球之數據單純之病計算，平均每立方耗在3,500以下；然分類血球數每無特別改變。苟發沉重之出血，則白血球或因之增加。病人或永久畧患繼發性貧血；其他則除有再發貧血（或甚重然不定因出血而起）之虞外，大概無恙。

出血 常係嘔血，有時係此病之特狀，且或屢屢間期發顯而經多年。此等情狀或易誤認爲胃潰瘍。出血之情狀或極重。凡出血，大概皆由食管靜脈曲張而起。有時顯黑糞或血尿。並有顯紫癍者。

水腹。每在病之末期發顯，或係增大之脾所致，或因繼發性肝硬化而起。肝硬化者，每畧兼黃疸。

黃疸。就余等之經驗而論，黃疸係罕見之症狀。有時脾大纏綿數年之久，亦無肝之繼起性改變。曾見一人，患脾大病，兼屢屢出血，施脾截除術後十有二年，康健無恙。有時輕性黃疸纏綿數年之久，或兼肝大，或肝縮小，且兩者皆兼進行性肝硬化；班替氏對於此情狀，特別注意。

病程 病程非常緩慢。少數病人決不進行至班替氏病病期。病者或患脾大十餘年之久而不致有恙，此後或顯貧血，而繼則逐漸復原；有時病之初狀或係水腹或沉重之胃出血。大概所患貧血皆成慢性，而兼明顯之間發加重；迨病之後期，則成黃疸兼水腹。

診斷 脾大病之種類甚多，然皆與班替氏病異，蓋皆非脾之原發性病也。茲可彙述如下：

(一)脾大兼尿無膽色性血球溶解性黃疸 Splenomegaly with Acholuric Hemolytic Jaundice. 此類常係家族性，且多遺傳者。患之者終身強健，或無症狀。其特殊性狀有五：(一)為家族性；(二)慢性脾增大；(三)患者安健無恙；(四)兼慢性輕黃疸；(五)尿含尿膽素 urobilin 而無膽色素。有時或因有小石而顯膽石絞痛。患此病者，其赤血球之脆性增加，其原因尙未確知，惟此實係一要狀。凡此病之屬家族性者常強健，然屬後天性者則每成貧血而病勢狼狽。施脾截除術治之，有時得治癒。

(二)戈夏氏類脾大又名脾之原發性內皮瘤 Splenomegaly of the Gaucher Type, Primary Endothelioma of the Spleen. 患此種家族性病者顯脾大，不甚重之貧血，白血球如常或較低及皮膚積棕褐或黃褐色諸狀。肝增大，但不患黃疸。脾內含內皮細胞。用脾截除術治之，或有益，但不定能治癒。

(三)脾大兼原發性門靜脈血栓 Splenomegaly with Primary Pylethrombosis. 醫界報告一種脾增大而兼脾靜脈及門靜脈發炎之病。病與班替氏病甚相似。脾甚大,黃疸,水腹,兼不甚重之貧血。至其門靜脈之結血栓,則僅在剖屍檢驗時得查出之。

(四)肝性脾大 Hepatic Splenomegaly. 凡三種肝硬化,有時皆能致脾增大及貧血,而其併合之症狀每似班替氏病。條列如下:

(甲)酒精性肝硬化。顯屢發之出血及依次相隨而起之貧血,水腹,脾巨大諸情況,致此病與脾性貧血之末期甚相似。病之來歷及肝之改變遲顯係診斷之要點。疑難之病,係病之來歷既未周知,而又為屢發之出血所惑者。

(乙)梅毒性肝硬化。脾增大有時繼先天性或後天性肝之梅毒而起。此病末期之徵狀與班替氏病極相似;顯輕性黃疸,水腹,脾大,屢發之出血及沉重之貧血諸症。梅毒或致顯著之脾增大而不累及肝臟。

(丙)肥大性肝硬化。此種肝硬化,其脾有時增大;迨病之末期水腹及出血發顯時,則臨診之徵狀或與班替氏病相似。

(五)惡性貧血之脾大 Splenomegaly in Pernicious Anemia. 患惡性貧血者,有時其脾增大甚,達於臍處;然常顯血球數低,血色指數高,有核赤血球增多,且臨診之情狀亦復有異,故不難辨別也。

(六)熱帶脾大病 Tropical Splenomegaly. 卡拉阿薩可從其脾中之病原微生物辨別之。更有一種熱帶脾大兼貧血之病,實與卡拉阿薩無關係而或係尋常脾性貧血類;施脾截除術,即可痊癒。

另有數種病症，亦足致脾大，如白血病，赤血球增多症，何杰金氏病，癆，澱粉樣變，瘧及傳染性心內膜炎等是，宜細心鑑別。

治法 唯一之治法係割去該脾。凡施脾截除術，愈早愈佳；但若有重貧血之徵，則宜於施行手術前治以尋常治貧血之方法。又若顯著之肝性改變已顯，則手術常以不用為宜。凡不宜用手術者，則其治重貧血，肝硬化及水腫，當採用各該病症之尋常治法。他原因性脾大如梅毒性，瘧性等，亦宜各依其病原治之。



神人。身。之。系。主。為。
 即。為。各。病。
 之。源。胞。之。
 腦。細。胞。之。
 放。大。情。形。
 如。圖。

第十二篇 神經系統病

DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

(甲)總論 GENERAL INTRODUCTION

神經單位 The Neuron. (一)構造 神經系統係無數神經單位聯合而成。各神經單位係一接受性細胞體receptive cell body 及若干傳導性突conductors 所組成。所謂傳導性突者，即原漿突(亦名神經細胞樹狀突)protoplasmic processes or dendrites 及神經軸突(亦名軸突)axis cylinder process or axon 二物。樹狀突傳導與奮向細胞體 cellulipetal conduction of impulses; 軸突則傳導與奮離細胞體 cellulifugal conduction. 而軸突則又因該軸傳導與奮之方向之或出自大腦或入於大腦而有傳出 efferent 及傳入 afferent 之別。軸突逐段分出側枝與軸突成直角形;此枝及軸突末段又在終止處分為許多細纖維，而成所謂末帶，與樹枝相似。此分枝形arborisation 則或圍繞他一神經單位之細胞體或與其細胞之原漿突相交叉。是故一神經單位之軸突之末梢每與他一神經單位之樹狀突有接觸連帶之關係(參觀哈氏生理學)。

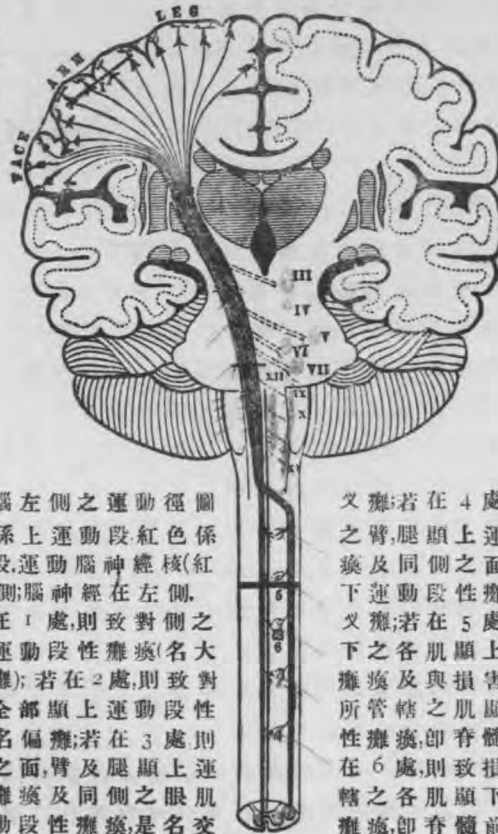
(二)官能 神經單位之官能係傳導腦與奮(神經性與奮)nervous impulse. 就其最單簡之妙用而論，則其作用之準則可以二細胞為代表;一細胞能接受外來之刺激而將與奮傳入，他一則被此傳入之與奮所激動而將與奮傳出。此種反射作用係神經系統作用之基礎。外來之激動由特覺器官而達傳入神

經單位 是故各種嗅,視,聽,味,觸,痛,溫度,肌,內臟,血管諸傳入的興奮皆有發源之處。傳出神經單位則傳導興奮至非神經性組織,如骨骼肌,內臟肌,血管肌及腺等,而發動或阻止各該組織之作用(活動力)。重要之反射中樞 reflex centers 在延脊髓軸。蓋血管及呼吸中樞之位置在延髓,故延髓為身體之生命中樞。而脊髓內則有許多反射中樞,此中尤以肌腱中樞及內臟中樞為重要(詳第九百〇六等面)。內臟之機能幾全受延脊髓軸管轄;而其各該作用大抵不能為本人所知覺。僅在患病時,內臟之反射作用始為知覺所察及;際此,則反射痛 referred pain 及觸痛區乃顯現於與各該內臟反射中樞相符之脊髓屬皮區。

(三)變性及再生 神經單位之滋養大抵視細胞體之情況而異,而細胞體之情況則關乎核之活動力。故無論細胞體有何損害,則致其突變性或其已與細胞分離之突變性。神經細胞雖在人出生後不久即不復增多,然仍有極大之生長及修補力。神經細胞本身受損,固不能復原;苟僅軸突受損而繼以變性,則遇合宜之情況時神經細胞每能由其中央之殘株發生新芽以為之代,而其官能可以復原。

神經細胞系統 Cell Systems. 神經單位之細胞體聚在腦及脊髓之灰白質及周圍神經之神經節;而其分出之各突(尤以軸為然)則大多數在腦及脊髓之白徑及周圍神經。因此,中樞神經系統之各部分乃得互相關聯,且與全身各處相關聯。不寧惟是,凡由官能相同之細胞而出之軸突每相彙集成徑(名束或索);此等徑所經由之路及其官能雖有許多極形複雜,尚不能完全審查明確,然其簡單明顯而為吾人所已知者頗亦不少。醫學界由研究因受傷而致或因病之毒素(該毒素對於一單獨之系統或束有親和力者)而致之神經組織變性,已能就神經系統查明其束幾多經由之路。其為吾人所最明悉最簡單之系

第二十六圖



出自腦左側之運動徑圖
 黑色者係上運動段紅色係
 下運動段運動腦神經核(紅
 色)在右側;腦神經在左側。
 損害若在1處,則致對側之
 臂顯上運動段性癱瘓(名大
 腦性單癱);若在2處,則致對
 側之身全部顯上運動段性
 癱瘓,是名偏癱;若在3處則
 致對側之面,臂及腿顯上運
 動段性癱瘓及同側之眼肌
 顯下運動段性癱瘓,是名交

叉癱;若在4處,則致對側
 之臂,腿顯上運動段性癱
 瘓及同側之面,外直肌顯
 下運動段性癱瘓,亦名交
 叉癱;若在5處,則致損害
 下之各肌顯上運動段性
 癱瘓及與損害同一平段
 所管轄之肌顯下運動段
 性癱瘓,即脊髓性截癱;若
 在6處,則致損害處所管
 轄之各肌顯下運動段性
 癱瘓,即脊髓前灰白質

Fig. 26.—DIAGRAM OF MOTOR PATH FROM LEFT BRAIN

The upper segment is black, the lower red. The nuclei of the motor cerebral nerves are shown in red on the right side; on the left side the cerebral nerves of that side are indicated. A lesion at 1 would cause upper segment paralysis in the arm of the opposite side—cerebral monoplegia; at 2, upper segment paralysis of the whole opposite side of the body—hemiplegia; at 3, upper segment paralysis of the opposite face, arm, and leg, and lower segment paralysis of the eye muscles on the same side—crossed paralysis; at 4, upper segment paralysis of opposite arm and leg, and lower segment paralysis of the face and the external rectus on the same side—crossed paralysis; at 5, upper segment paralysis of all muscles below lesion, and lower segment paralysis of muscles represented at level of lesion—spinal paraplegia; at 6, lower segment paralysis of muscles localized at seat of lesion—anterior poliomyelitis.

統之分布情形係由腦外質傳導運動性興奮至身各處之徑，即所謂大腦脊束（錐體狀徑，或名錐形徑）cerebro-spinal fasciculus or pyramidal tract 者是也。

運動系統 The Motor System.

運動性興奮發端於腦之左部者，致身體右部之肌縮而其發端於右部者則致身體左部之肌縮。暫置少數特別點不論，則運動徑之形態係互相橫過之交叉式，該交叉之處在運動徑上段 upper segment（第二十六二十七圖），每一種肌之運動，即使最簡單者，亦須賴許多神經單位之作用發動之。是故發生一運動，必有若干特別神經單位各顯其作用而成一定之聯合作用，由此聯合的作用乃成特殊之運動。換言之，大凡身體之運動皆由神經單位之

聯合作用（此等皆各自有其局部）而在中樞神經系統（腦脊髓）內表顯者。肌之運動之發端處在運動徑內各有一定之局部，是以神經系統有病之際，尚審查其運動之缺點，每能證明神經系統病變之位置，故此等局部之知識實甚重要。隨意的運動性興奮起於腦外質，此後至少必須經過二神經單位始能至肌；是以吾人每分運動徑為上段、下段兩段討論之。

（一）下運動段又名運動徑下段 The Lower Motor Segment.

下運動段神經單位之細胞體及其樹狀突位置於脊髓各平段

第二十七圖

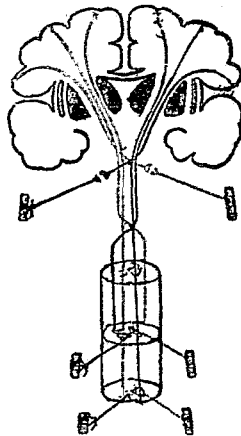


Fig. 27.—DIAGRAM OF MOTOR PATH FROM EACH HEMISPHERE SHOWING THE CROSSING OF THE PATH WHICH TAKES PLACE IN THE UPPER SEGMENT BOTH FOR THE ORANIAL AND SPINAL NERVES

出自各腦半球之運動徑圖表明運動徑之交叉處該處無論其為腦神經或脊髓神經皆在上運動段成交叉

之前灰白柱(前角)及腦神經之運動核 motor nuclei。而其運動神經單位之軸突則由脊髓之神經前根發出,經過周圍神經,然後分布於身體之各肌,迨至肌內之運動終板,則分歧而終止。此等神經單位係直接分配(猶言不交叉);蓋其細胞體,突及其終止之肌皆在身體之同一側也。

脊髓前根纖維由上而下集合成小羣,此羣與相對之後根纖維聯合後由椎骨間出離脊管,而成所謂脊髓神經 spinal nerves。此發出一脊髓神經根之部分名為脊髓之一段 a segment of spinal cord; 每一脊髓段之數必與其發出之脊髓神經之數相符,而不必與脊椎之數相符。例如頸脊部之脊髓神經根除第八對外,皆由各該椎骨之上發出,而其餘各脊髓段(如胸腰骶等段)之脊髓神經根則其離脊管皆在節數相符之各該椎骨之下;不寧惟是,當身體生長之際,脊管之增長較脊髓本身為多,故愈近脊尾則各該脊髓段之位置愈與其同節數之椎骨之位置不符合。凡在斷定一脊髓段損害之位置時,此種現狀務宜謹記;蓋該脊髓段或在同節數之椎骨上甚遠也。至於組合或一周圍神經之各軸突,不必皆由同一脊髓段而出;周圍神經所含之軸突係由相離數脊髓段之一段而來,或由相距甚遠之段而來者居多數。

吾人對於下運動段灰白質內之肌運動局所,尙不甚明悉,然就已明悉者而論,似已足為斷定脊髓損害位置之證助。茲將各脊髓段所管轄之緊要骨骼肌,主要反射中樞,皮區之主要局部等列表如下。

脊髓各段功能表

脊髓	段數	橫紋肌	反射	皮區
頸	第一	頭夾肌	季肋部(?)突吸可 由突按肋緣之下而 顯(膈性)	頭後至頭頂 頸(上部)
	第二	舌骨諸肌		
	第三	胸鎖乳突肌 斜方肌 膈肌(頸三至五) 提肩胛肌(頸三至五)		
頸	第四	斜方肌	腫孔開大可由頸之 受激而致反射經 由交感神經(頸四至 胸一)	頸(下部至第二肋) 肩上部
		膈肌		
		提肩胛肌 斜角肌(頸四至胸一) 小圓肌 岡上肌 菱形肌		

(參閱第三十三圖及第三十三圖)

頸	第五	<p>膈肌 小圓肌 岡上下肌(頸五至六) 菱形肌 肩胛下肌 三角肌 肱二頭肌 肱肌 腋後肌(頸五至七) 旋後肌(頸五至七) 胸大肌(鎖骨) 前鋸肌</p>	<p>肩胛骨(頸一至胸一) 肩胛骨肌收縮可受 由肩胛骨上之皮之受 激而致 腋後肌及二頭肌 前臂之屈可由叩此 兩肌之腱而致</p>	<p>肩及肱外側之三角肌 上</p>
頸	第六	<p>大圓肌及小圓肌 岡下肌 三角肌 肱二頭肌 肱肌 腋後肌 旋後肌</p>	<p>三頭肌 由叩此肌之腱而致 腕後 此處之腱而致(頸六 至七)</p>	<p>前臂外側(前及後) 手外半(?)</p>

頸	第八	胸大肌(肋部) 旋前方肌 屈腕及指諸肌 背闊肌 梭形狀肌及骨間肌	掌指屈可由搔掌而致	前臂及手之內半
胸	第一	蚓狀肌及骨間肌 魚際及小魚際肌(拇 掌腹及小指掌腹 肌)(頸七至胸一)		腋內半
胸	第二至第十二	背及腹諸肌 背棘肌(舉脊肌) (胸一至腰五) 肋間肌(胸一至十二) 腹直肌(胸五至十二) 腹外斜肌(胸五至十二) 腹內斜肌(胸七至腰一) 腹橫肌(胸七至腰一)	腹上部 腹上部收縮可由搔乳房部而致(胸四至七) 腹腹收縮可由搔腹而致 (胸九至十二)	胸及腹之皮(斜帶區) 乳頭(在胸之第四五兩帶間) 臍(在胸之第十帶區)
腰	第一	腹外斜肌腹內斜肌及腹橫肌之下部	提舉肌 陰囊收縮可由搔腹內側之皮	腹最下帶及腹股溝間之皮

脊椎	段數	橫紋肌	反射	皮膚區	(參閱第三十三圖)
		腰方肌(腰一至二) 提舉肌 腰大肌及腰小肌(?)	而致(腰一至二)		
腰	第二	腰大肌及腰小肌 髂肌 恥骨肌 縫匠肌(下部) 屈膝諸肌 內收長短肌		股前面	
腰	第三	縫匠肌(下部) 股內收肌 股四頭肌(腰二至四) 內迴旋股肌 外展股諸肌	膝腿 小腿之伸可 由叩腿而致	股前內兩面	
腰	第四	屈膝諸肌 股四頭肌 內收股肌	臀 臂皺摺暫凹可 由搔臀而致	腿內側由上端直至 踝處	

		<p>外展股諸肌 伸髌關節諸肌(脛骨前肌) 臀肌(中及小)</p>		
<p>腰</p>	<p>第五</p>	<p>屈膝諸肌(腰四至骶二) 外迴旋肌 臀肌 屈髌關節諸肌(腓腸肌及 比目魚肌)(腰四至骶二) 伸趾諸肌(腰四至骶一) 腓骨肌</p>		<p>小腦後面及足之部</p>
<p>骶</p>	<p>第一 第二</p>	<p>屈髌關節諸肌 (腰五至骶二) 伸趾長肌(腰五至骶二) 腓骨肌 足肌</p>	<p>足蹠屈可由伸跟 蹠而致(骶一至二) 趾屈或趾伸 搔癢而致</p>	<p>腿及足之外後面</p>
<p>骶</p>	<p>第三至 第五</p>	<p>會陰諸肌 提肛門肌及肛門括 約肌(骶一至三)</p>	<p>膀胱及肛門</p>	<p>骶及臀之皮 肛門 會陰 外生殖器</p>

第二十八圖

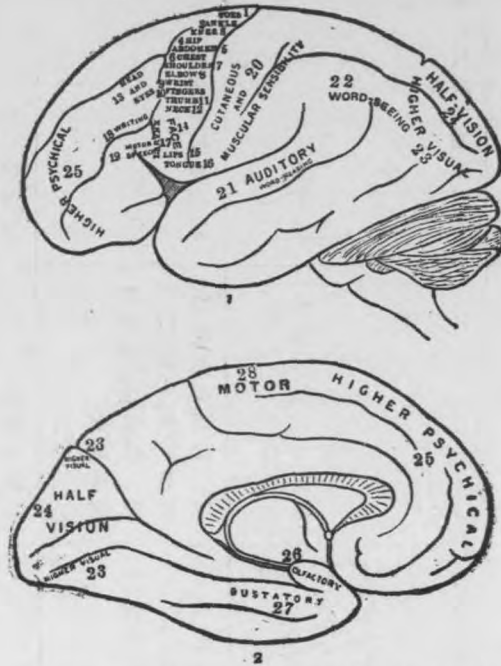


Fig. 28.—(1) OUTER (2) MESIAL ASPECTS OF LEFT HEMISPHERE SHOWING FUNCTIONAL AREAS

大腦左半球表明其官能區 (1)外面 (2)內面

- 1 趾 2 踝 3 膝 4 臂 5 腹 6 胸 7 肩 8 肘 9 腕 10 指 11 拇
 12 額 13 頭及眼 14 臉 15 唇 16 舌 17 喉 18 書字 19 言語
 運動區 20 皮及肌之感覺 21 聽官之言語中樞 22 視的言
 語中樞 23 視的追想 24 半視 25 上級精神 26 嗅 27 味
 28 運動

(二) 上運動段又名腦外質之運動區 The Upper Motor Segment and Motor Areas of the Cortex. 上運動段神經單位之細胞體在腦外質,而其最多之處則為中央溝 sulcus centralis (額顳溝)

fissure of Rolando 前所列之一條。吾人可即在此處察明身體運動之呈顯。

真運動感應 True motor responses 係僅由刺激中央溝前而得者；而尤以額上回(額升變) ascending frontal convolution 各處為有激必應之處。運動性外質之延至腦中面之副中央小葉(內上小葉) paracentral lobule of the mesial surface of the brain 者則極少(猶言該葉之外質有運動性者甚少)。至於額上回，則不僅露面有運動性，即中央溝深處之隱面亦有之。腿及臂之運動中樞之間有軀幹之運動中樞，而臂及頭之運動中樞之間有頸之運動中樞。各該運動樞從上而下之次序如下：最上者為腿，次軀幹，臂及頸，最下者為頭。司腿及臂之運動者佔該腦回之上半部，而司頭者(兼括面，頷，舌，喉諸運動區)則佔其下半部(第二十八圖)。

上運動段神經單位之軸突離出運動性外質之灰白質後，入腦之白質而成放線冠(帚形徑)之一部。此後則匯集於內囊(豆形核內束) internal capsule 而經過腦底節之間。各運動性軸突乃在此處集成密束名大腦脊束(錐形徑或錐體束) fasciculus cerebrospinalis (pyramidal tract) 而佔腦內囊之膝(曲處)及後肢三分之二之位界。身體對側之運動之次

第二十九圖



Fig. 29 — DIAGRAM OF MOTOR AND SENSORY REPRESENTATION IN THE INTERNAL CAPSULE

NL., Lenticular nucleus. NC., Caudate nucleus. THO., Optic thalamus

內囊中之運動纖維及感覺纖維 NL為豆形核 NC為尾形核 THO為視丘

圖內英文自上而下為眼，頭，舌，口，肩，肘關節，腕，指，拇，軀幹，脾，踝，膝，趾。

序在此平段內呈顯 此係用猴腦實驗法查明者(見第二十九圖)。

此束既徑過內囊,乃由大腦脚(大腦蒂)而出離腦半球;該束約佔腦脚中部五分之三之位界(第三十圖)。司唇及舌之運動纖維即在與此中線最近之處。

大腦脊束一入大腦脚,即有若干軸突離開該束,橫過中線,至對側之第三對腦神經核,乃分歧並圍繞該核之細胞而

終止;此後束之下降即依此式逐處分出纖維而終止於身體對側之各該運動性腦神經核。然亦有若干纖維分至身體同側之核者。該束由腦脚出,經過橋腦,而入延髓內成錐體(錐形體) the pyramid;束之舊名即由此而得。在延髓下部而分至各該腦神經之纖維已橫過中線後,該束所餘之纖維之一大部分橫過對側,與對側束橫過來之各纖維交切,而各入其對側之脊髓;在脊髓兩側索(柱)成大腦脊側束(橫過錐形徑或交叉錐體束) fasciculus cerebrospinalis lateralis (crossed pyr. tract) (第三十一圖)。而各該束所餘之纖維之一小部分不同時橫過對側者,則在同側之前索(柱)下降成大腦脊前束 fasciculus cerebrospinalis anterior (直錐形徑或錐體前束 direct or anterior pyramidal tract) (第三十一圖)。

第三十圖

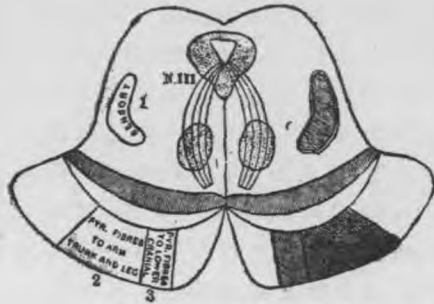


Fig. 30.—HORIZONTAL SECTION OF CRURA SHOWING MOTOR AND SENSORY PATHS

兩腦脚之運動徑及感覺徑

- (1) 感覺徑
- (2) 大腦脊束纖維之達臂、軀幹及腿者
- (3) 大腦脊束纖維之達腦下部者

第三十一圖

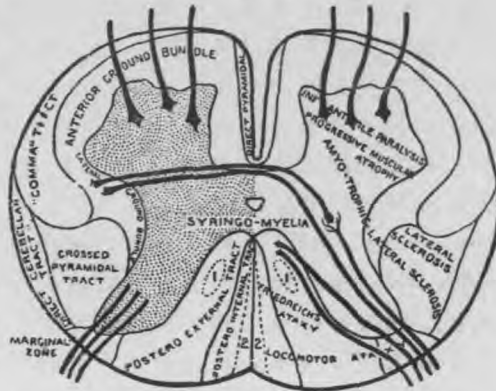


Fig. 31.—SCHEME OF A TRANSVERSE SECTION OF THE SPINAL CORD, SHOWING ON THE LEFT SIDE THE POSITIONS OF THE VARIOUS TRACTS, AND ON THE RIGHT SIDE THE NAMES OF THE DISEASES AFFECTING EACH PART.

1.] Schultze's descending (comma) tract in postero-external tract; 2.] Septomarginal tract.

脊髓橫剖面

左側表明各束之地位 右側表明某病所累之處

Fasciculus cerebrospinalis anterior (Direct pyramidal tract)	大腦脊前束
Fasciculus anterior proprius (Anterior ground bundle)	固有前束
Fasciculus lateralis proprius (Lateral ground bundle)	固有外側束
Fasciculus cerebello-spinalis (Direct cerebellar tract)	小腦脊束
Fasciculus cerebrospinalis lateralis (Lateral or crossed pyramidal tract)	大腦脊側束
Marginal bundle (Lissauer)	緣束, 李氏束
Postero-external tract	後狀束
Postero-internal tract	後索
Infantile paralysis	急性脊髓前灰白質炎
Progressive muscular atrophy	進行性肌萎縮
Amyo-trophic lateral sclerosis	肌萎縮性側索硬化
Lateral sclerosis	脊髓側索硬化
Friedreich's ataxy	遺傳性運動性共濟失調
Locomotor ataxy	運動性共濟失調
1. 垂點束	2. 隔緣束

軸突每至一脊髓之平段即有若干離開交叉束, 入脊髓灰白質前柱(前角), 圍繞下運動段神經單位之細胞體而終止。故此束之體積由上而下逐漸減小, 至於大腦脊側束(直線形徑)之纖維則在脊髓各平段之白質前連合 anterior white commissure 橫過; 至對側脊髓前柱(前角)之細胞體而終止, 而此束之終點大抵在脊髓胸段之中部。

感覺系統

The Sensory System.

傳導感覺之徑較運動徑為複雜; 即

就其最簡單者而論, 至少亦係上下相連之三羣神經單位(即上中下三感覺段神經單位)所組成。最下之神經單位名第一感覺神經單位 primary sensory neurons. 其細胞體在脊髓神經後根之

神經節及腦感覺神經之神經節等處。此等神經節內之細胞(名單極細胞)體具特殊形態,似乎僅發出一突,該突離開細胞體不遠,即分成T形之叉,而其一枝入脊髓,至中樞神經系統;其他一枝則至身體之周圍。據胚胎學的及解剖學的研究而論,似乎此周圍性感覺纖維枝(即向細胞傳導者)為原漿突,而其他一枝之離細胞傳導者(即入脊髓者)則為軸突。故在周圍性感覺神經內者,係下感覺神經單位之樹狀突 dendrites of the lower sensory neurons. 此等突發端於身體周圍之各該特別終器 end-organs. 至於軸突,則出離神經節後即由脊髓神經後根入脊髓。既入脊髓,每一軸突又分為升降兩枝,而入脊髓後束。其降枝入後束後下降不遠,即終止於同側之灰白質。此枝又分出數側枝,亦皆終止於灰白質內。而其升枝則或在入後束後不遠即終止於灰白質,或隨後東上升,直至延髓而終止於該處之諸核。此升枝不橫過中線而入對側,故下感覺神經單位係直達而非交叉者。

下感覺神經單位之軸突及其側枝終止處所圍繞之細胞有數種。總名為第二感覺神經單位(即中感覺段神經單位) secondary sensory neurons. 茲分別述明之。有若干軸突及其側枝圍繞下運動段神經單位之細胞體而終止,而成反射徑。又有若干則圍繞其軸突橫過中線而延至對側腦之細胞而終止。此等細胞在脊髓灰白質各處皆有之,其軸突入對側之前外側淺束 fasciculus antero-lateralis superficialis(前旁升徑, antero-lateral ascending tract of Gowers)及固有束 fasciculus proprius(後側雜束, ground bundle)(第三十一圖)。

延髓內之後束核即薄束核(薄束結) nucleus fasciculi gracilis 及楔狀束核(楔束結) nucleus fasciculi cuneati 所含者,大多數為此類細胞。彼等之軸突橫過中線後即由內歸係(腦帶) lemniscus

medialis (fillet) 而行向腦;網狀結構(羅徑) *formatio reticularis* 內亦有若干縱束係感覺徑之由脊髓及延髓來而向腦行者。然而內蹄係之纖維不直接行至大腦外質;皆先至視丘(視結) *optic thalamus* 之下側部所圍繞之細胞而終止(以上為第二神經單位)。至此,則感覺徑另由一羣神經單位接續傳導(此即上感覺段神經單位)。此等神經單位之軸突至大腦後中央回及齒回之外質。此係傳導感覺最直接之徑,然感覺徑不僅此一條也。周圍性感覺神經單位(第一位)之軸突有時或圍繞脊髓內一種細胞而終止;此細胞之軸突向腦行不遠而終止於灰白質內;此徑係許多此等神經單位逐段接續而成者。不甯惟是,脊髓灰白質之本身亦或有供給傳導感覺之徑之機能。總言之,凡各感覺之徑皆先達大腦之被蓋(蒂背) *tegmentum* 及視丘,然後再由此處之感覺徑分配入大腦外質。此外在小腦內亦或有傳導感覺之徑;此則經由小腦脊束 *fasciculus cerebellospinalis* (小腦直徑 *direct cerebellar tract*) 及前外側淺束二束。

據以上所述者而論,可見能傳導傳入性與奮之徑甚多,且愈近腦則該徑愈複雜;吾人對於此點,尙未能詳知。然而中下兩羣感覺性神經單位之解剖學的排列,則已大抵周知,足充臨診之用。前已述明運動性神經單位之分配周圍神經至肌,大抵因出自許多脊髓段之神經單位相集成叢而施,與神經前根之分配不同;而周圍神經及神經前根對於皮區之分配(感覺性)亦同此理。凡皮區之與周圍神經相符合,為吾人所知;雖吾人對於各皮區與各段脊髓(後根)之相符合尙未十分明確(蓋一神經所含之纖維不全由一脊髓段而出);然就所知者而論,已足為斷定脊髓及其後根損害之各平段之位置之用。凡成人之皮區的局所分區學之知識,來源甚多;例如由形態學之研究,

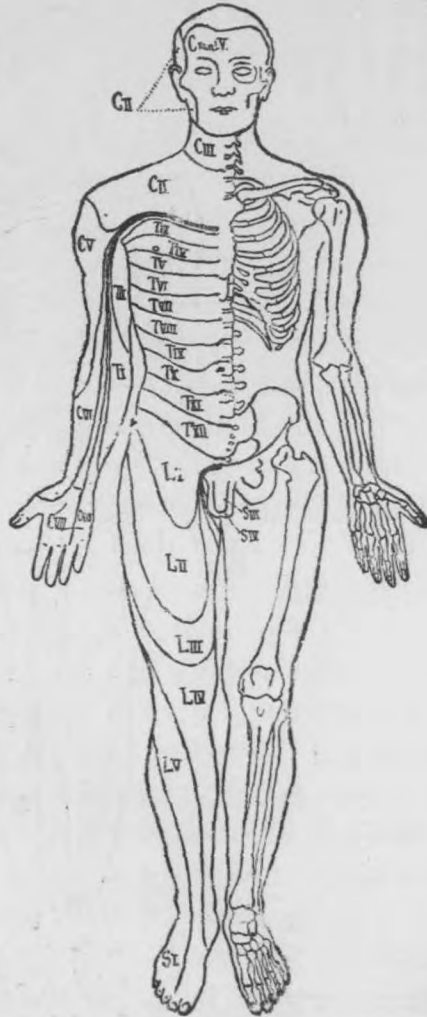
解剖學之實驗,生理學之試驗,脊髓受傷後麻木區之臨診的研究,神經性疱疹皮損害分配之研究,內臟病反射痛及觸痛等區之研究等等而知者皆是也。第三十二及三十三兩圖中之成績,多數係由以上所述之觀察而得。

人類皮感覺之印像(興奮) sensory impressions 大抵由對側之脊髓向腦而傳導;此蓋感覺徑一入脊髓即或橫過對側也。然肌之感覺則由同側之脊髓順其薄束 fasciculus gracilis (Golli) (後中柱 postero-median column) 而傳導;迨上至延髓,則由中感覺段神經單位(即第二感覺神經單位)之軸突而橫過對側。

腦之感覺區 Sensory Areas of the Brain. 或謂腦內有兩個感覺中樞。一在視丘內,其他一則佔大腦外質甚大之一部分。視丘(亦稱視床)對於感覺性興奮有三種關係:(一)各傳入性感覺徑皆在此終止;(二)丘內之一塊灰白質係若干感覺之基礎的成分之一中樞,例如能知喜樂困苦及處景之變更等是也;(三)此丘之側部有一中樞,為大腦外質所憑藉以感動該丘之主要中樞 essential thalamic center (如管轄或停之中樞止其作用等)。傳入性興奮之由周圍而至大腦外質,須經過並感動脊髓及小腦而得此二處之共同的機能(又名整調或共和的機能) coordinate mechanisms。迨至視丘之界,則此等興奮再集合而對於兩終點性中樞顯其作用。此二中樞之一即所謂視丘之主要中樞者,能應一切激發內情變更之知覺之要素(成分),而尤以喜樂困苦等知覺為然。後此,感覺性興奮乃由內囊經過而達大腦外質。感覺性興奮之作如此分配傳布者大約有五羣;此五羣之興奮為(一)辨認姿勢 posture 及被動性運動 passive movement 或重量者,(二)辨認觸覺之不同者,(三)辨認大小及空間者,(四)辨認受刺激之局所者,(五)辨認溫度者。

第三十二圖

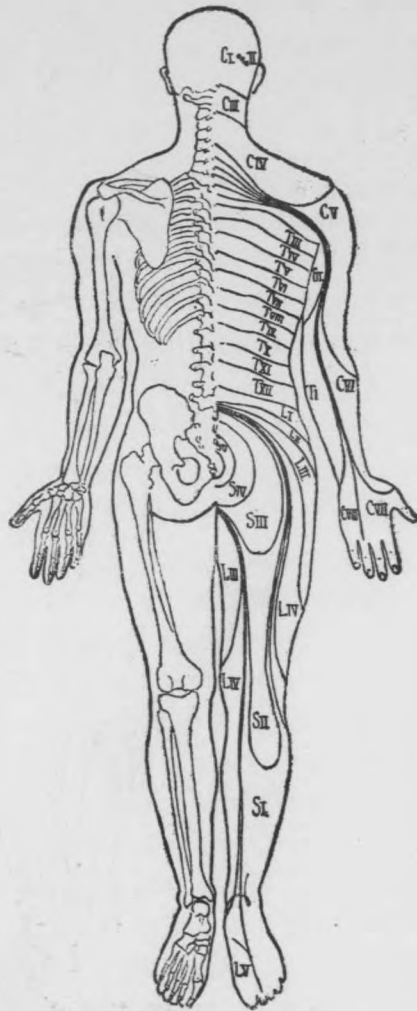
身體前面之分段
 性皮區圖C爲頸
 段T爲胸段L爲
 腰段S爲骶段
 至於各段之詳細
 分段則可觀圖中
 之I II III IV等數
 字蓋此數字即可
 代表之也



ANTERIOR ASPECT OF THE SEGMENTAL SKIN FIELDS OF THE BODY
 Heavy lines represent levels of fusion of dermatomes and the preaxial and postaxial lines of limbs

第三十三圖

身體後面之分段
性皮區圖各符
號均與前圖同



POSTERIOR ASPECT OF SEGMENTAL SKIN FIELDS OF THE BODY

此等傳入性興奮在大腦外質內互相聯合，且與他感覺的印像聯合而成智力的轉機 intellectual processes。有以上之作用之外質區在其中央前溝（額後溝，precentral fissure 及枕葉等二者之中間。

特別感覺之傳導徑當在腦神經病篇詳述之；於此祇畧述各該感覺在大腦外質如何呈顯。

視屬印像 Visual impressions. 視覺之印像之局所在枕葉。第一視中樞 primary visual center 在枕之楔（上小葉）cuneus 面，而尤以枕葉距狀裂（中溝）calcarine fissure 處為主要；蓋對側半視力界之呈顯在此處（猶言在左之中樞管轄兩目之右半界）也。或以為枕葉外面另有一高級中樞；對側之目之現像多半在此處呈顯。然無論此理確否，醫界多數之意見，以為左半球之角回係腦藏貯對於各種視屬印像如文字、圖畫等目所能見之形體之意義之記憶力處。此即所謂視的言語中樞（識字中樞）visual speech center（第二十八及三十四兩圖）。

聽屬印像 Auditory impressions. 聽覺印像之局所多在第一顳上回（顳襞）及顳橫回（顳橫襞）first temporal convolution and transverse temporal convolutions，而左半球之此兩處為藏貯聽屬印像如語音及他種聲音等之意義之記憶力處。此即所謂聽的言語中樞即聽言中樞 auditory speech center。惟音樂記憶力之局所則似乎在言語局部之前面。嗅覺中樞 Center for smell 在大腦外質額葉底之一部分，鈎（蹄襞勾）uncus，海馬回（蹄襞）hippocampal convolution 諸處。味覺中樞 Taste center 或以為在司嗅覺者之近處，然吾人尙未審查明定。

局部診斷 Topical diagnosis. 診斷神經系統損害之局部，全賴察驗所顯症狀之精密詳盡，而助以解剖學及生理學上之知識，以決定損害之位置；例如此處受損則應有何症狀呈顯是

也。異常之運動狀常係最重要之定局部的症狀；蓋此等狀易於試驗，且吾人對於運動徑之知識較為明確也。

第三十四圖

OP.N., 視神經, OP.C., 視束交叉處, OP.T., 視束, OP.R., 枕視丘放線, EXT. GEN., 外膝狀體, THO., 視丘, C.QU., 四疊體, C.C., 胼胝體, V.S., 視的言語中樞, A.S., 聽的言語中樞, M.S., 運動的言語中樞。

損害若在 1 處，致同側之眼盲；在 2 處，致雙顳側半盲；在 3 處，致眼之鼻側半盲；在 3' 處及 3'' 處，致雙鼻側半盲；在 4 處，致雙眼半盲兼半盲性瞳失反射力；在 5 或 6 處，致雙眼半盲而瞳反射如常；在 7 處，致弱視，而以對側之眼為尤甚；在 8 處之左側，致失識字能（語盲症）；10 為右視網膜；11 為左視網膜；12 為視力界之顳側；13 為視力界之鼻側。

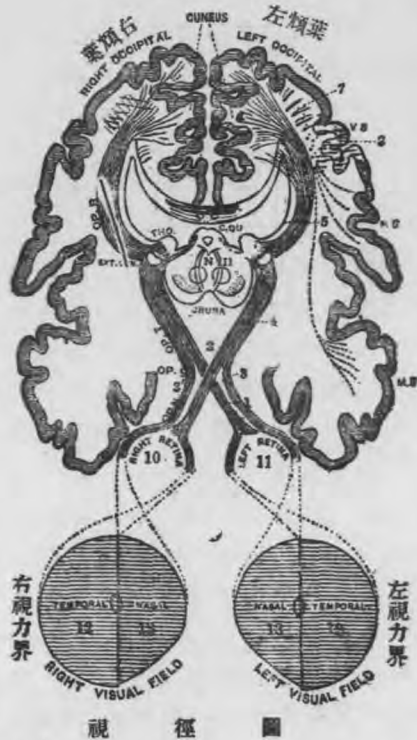


DIAGRAM OF VISUAL PATHS

OP. N., Optic nerve. OP. C., Optic chiasm, OP. T., Optic tract. OP. R., Optic radiations. EXT. GEN., External geniculate body. THO., Optic thalamus. C. QU., Corpora quadrigemina. C. C., Corpus callosum. V. S., Visual speech center. A. S., Auditory speech center. M. S., Motor speech center. A lesion at 1, causes blindness of that eye; at 2, bi-temporal hemianopia; at 3, nasal hemianopia. Symmetrical lesions at 3 and 3' would cause bi-nasal hemianopia; at 4, hemianopia of b th eyes, with hemianopic pupillary inaction; at 5 and 6, hemianopia of both eyes. pupillary reflexes normal; at 7, amblyopia, especially of opposite eye; at 8, on left side, word-blindness. 10, right retina; 11, left retina; 12, 12, temporal side; 13, 13, nasal side.

損害無論在運動徑之何部皆能致運動受擾。苟其損害係破壞性，則該部之功能喪失，而其結果為癱瘓；苟其損害僅係刺戟性，則該部顯異常的活潑，而其結果為肌收縮異常。癱瘓及肌收縮異常之殊性，依損害之在上運動段抑或在下運動段而異；蓋一則因此兩段之解剖的位置不同，再則因此兩段受損而致之繼發性變性所顯之症狀不同也。

(一) 下運動段即脊肌段之損害 Lesions of the Lower or Spino-muscular Segment (甲) 破壞性損害 Destructive lesions. 凡神經單位各部分之滋養，有賴於健全細胞體之連合，已於前述。苟細胞體受損，其諸突即變性；又若一突之一部分與細胞體分離（如絕斷），則該部分之全體變性。此即所謂繼發性變性 secondary degeneration，在症狀學甚為重要。

在下運動段，其變性不僅累及周圍神經內之軸突，且累及該軸突等終止處之肌纖維。神經及肌之變性由下述兩種情狀而明顯：(一)初則肌變小而弛緩；(二)繼則電刺激之反應改變。變性之神經不因受賈法尼電流及法拉兌電流之刺激而有反感；肌則不應法拉兌電流之刺激，而對於賈法尼電流顯一種殊性反應。所顯之肌收縮甚遲緩，不似尋常無病時之急速如閃，且多係較弱之電流所激顯，而陽極閉時收縮 anode-closing contraction 或較陰極閉時收縮 cathode-closing contraction 為大。此即所謂變性之反應 reaction of degeneration，惟有時不定能如此昭顯。最重要之點係被賈法尼電流所激而顯之遲緩而怠惰之肌收縮；苟有此狀，即係肌變性之明證。

肌之緊張過敏性 myotatic irritability (亦稱應激機能 excitability) 或肌之反射 muscle reflex 及其緊張 tonus 全賴反射弧弓線路 reflex arc 之完全無阻；而下運動段為此路之傳出機關，故此運動段若因損害而癱，則肌之各反射(腱反射)喪失而其緊張亦減。

由此推之，則下運動段之癱瘓之殊性狀為受累之肌之變性萎縮，變性反應，應激機能喪失，緊張減弱四項。然此僅係一般之殊性；而下運動段之解剖的關係對於癱之分布亦呈顯若干殊性；此等殊性不但能助判斷上運動段因損害而致之癱與此不同，且能助決定下運動段本身之損害位置他。按下運動段之細胞體分配成羣，自腦脚起，經過脊髓全部，直至與第二腰椎骨相對之脊髓終點為止，而其軸突則經由諸周圍神經達於全身之諸肌；是故此段之各部分多少互相離隔，而一局部損害僅致數肌或一羣肌之癱，不似上運動段受損之能致身體之一大部分之肌癱（如偏癱）也。病之在周圍神經抑或在脊髓，可由顯癱之肌而表明；蓋如前所述，一周圍神經不必屬於其所由出之脊髓段；換言之，一周圍神經之各軸突每來自數脊髓段，而一周圍神經所供給之肌與一脊髓段所供給之肌不相符合，各有分別也。感覺性症狀之伸癱而顯者，對於局部診斷每有大裨益。例如癱之顯下運動段損害之特殊性狀者，苟其顯癱之諸肌皆屬一神經所供給，且麻木（喪失感覺）之皮區亦屬此一神經所供給，則該損害必在神經之本身無疑。反言之，苟其顯癱之諸肌不皆屬一神經所供給，而其各中樞皆貼近於脊髓之一段，且麻木之皮區亦與該脊髓段相符（參閱脊髓功能表），則該損害必在脊髓本身或脊髓神經根，亦甚明定矣。

(乙) 刺戟性損害 Irritative lesions. 下運動段損害之致刺戟性症狀者較少。肌變性時多顯之纖維性收縮，係因細胞體徐徐變性時之興奮（例如進行性肌萎縮所顯者是）或周圍神經所含軸突之興奮（例如神經炎所顯者是）而起。損害之累及出離中樞神經系統處之運動神經根者，或致該神經所供給之諸肌顯痙攣性收縮。數種驚厥之發作，例如蟬鳴性喉炎 laryngismus stridulus 及手足搐搦（忒他內）所顯者，或以為係下運

動段諸中樞之活動力異常所致。若干毒，如番木鱉素毒及破傷風毒等，亦能特別興奮此等中樞。

下運動段能被各種累及周圍神經之病所累，如腦膜炎及脊髓膜炎，外傷，延髓或脊髓或其膜之出血及瘤，下運動段灰白質之損害，脊髓前灰白質炎，進行性肌萎縮，延髓性癱瘓，眼肌癱瘓，脊髓空洞病 syringomyelia 等是也。

(二) 上運動段之損害 Lesions of the Upper Motor Segment.

(甲) 破壞性損害。此損害亦致癱，與下運動段所現者同；而其隨損害而顯之繼發性變性亦能使所顯之癱有可辨別之特殊性。此一類所顯之癱每與痙攣情狀伴起，因此而顯肌之反射及緊張增加。至於錐體束之變性如何能致肌反射增加，今尚未能審查明確。尋常之解說，謂無病之時上運動段各中樞恒久對於下運動段各中樞之活動有制裁的勢力；苟錐體束有病，則此勢力之作用停止，於是下運動中樞乃增進其活動力，而肌反射增加遂呈顯矣。

組成運動徑上下兩段之神經單位，可以視為營養的單位 trophic units (猶言各段之營養屬獨立性)；是故上運動段之繼發性變性至下運動段發端之處即停止。因是之故，凡隨上運動段損害而致之肌癱，不顯變性萎縮，而其電性反應亦無顯著之變更(蓋供給肌之營養之神經單位屬下段，苟下段無損害則自不變性)。

上運動段之分立部分，其位置較下運動段所有者為密近；故一小損害或致許多之肌癱。此種情狀在腦內囊尤然，蓋在此處之上運動段諸軸突係集成一密束(即所謂錐體束，第三十圖)故也。苟此處有一損害，常致體之對側之肌一大部分顯癱，而成所謂偏癱。錐體束之密束由腦內囊接續向下而行，依次分出各纖維至各脊髓平段之運動核(即中樞)；故此束之任

何一部有損害，即致在該損害下之脊髓運動中樞所管轄之各肌皆癱。苟損害在該束交叉處之上，則所致之癱在身之對側；苟在交叉處之下，則癱顯於體之同側。上運動徑之在腦內莖之上者，排列較疎；而在大腦外質之身體各部分之運動中樞相距更疎；故若此處有一限定的局部損害，則所致之癱之範圍較小，例如一肢或肢之一部分受累是也。此即所謂腦性單癱 cerebral monoplegia。然癱之範圍雖較小，究不似下運動段之僅致一肌或一羣之肌受累也（第二十六圖）。

總而言之，上運動段損害所致之癱皆汎布而範圍廣寬，且多為偏癱類，患癱之肌顯痙攣性（腿反射過敏）而不顯變性萎縮；用電激時，亦不顯變性反應。

（乙）刺戟性損害。吾人對於此種損害之知識，大抵限於大腦外質運動區之作用。此種損害所致之異常的肌收縮屬局部性，例如局部驚厥（詳下局部性癲癇病）；其驚厥先顯於一肌或一羣肌，後則依一定之次序累及他肌，其次序全依大腦外質損害之位置而各相別異。例如驚厥之先累及面肌，次累及臂手，再次累及腿者是也。此等驚厥常與感覺異常相伴，繼以受累之肌顯軟弱。

大腦外質之運動性損害多數兼破壞及刺戟兩性；例如一中樞之神經細胞患破壞性損害，或僅因有此損害或因此損害之進行而刺戟鄰近之他中樞，使彼等顯異常之活動是也。

各種腦及脊髓病幾乎皆可使上運動段受累，而尤以外傷，瘤，膿腫，出血等為甚；又脊髓之橫截損害，脊髓空洞病，進行性肌萎縮，延髓性癱瘓等亦能致之。有時一損害或兼累及上下運動段，而致身之數處顯癱，且兼有兩段受累之特殊性狀。此類混合之病情多能助吾人下明定之局部診斷。

損害之在視徑及各言語中樞者亦各顯定局部的症狀，宜注意審查。

(三) 感覺徑之損害 Lesions of the Sensory Path. 此亦可分破壞及刺戟兩類。(甲) 刺戟性損害。此等損害致主觀的感覺印像異常。如似蟻行覺、冷覺及受束縛覺、輕重不一之痛等皆是也。感覺性症狀之殊性對於證明受惹之神經之位置，無甚關係。劇烈之痛雖常係周圍性感覺神經單位受損害之一症狀，然中樞神經系統內之感覺徑病亦能致之。

症狀之確定的分配或能供給較明切之證據；蓋若症狀僅限於一周圍神經分配之處或一脊髓段，則其所表明固清楚易知也。若體之半側全部多少受累，則其損害係在腦之一部分。

(乙) 破壞性損害 Destructive lesions. 無論何處感覺徑，苟有完全之破壞，當然該處之感覺性各作用全然喪失。此一類多係周圍神經內之周圍性感覺神經單位受損所顯，而失感覺之區則依受損之神經之不同而各有區別。脊髓之完全的橫截損害則致在該損害下面之身體各部完全麻木。

脊髓、延髓、橋腦背部、大腦被蓋、視丘、內囊、大腦外質等之一側性損害 unilateral lesion 致身體對側之感覺受擾。欲決定損害之位置，則審察症狀之分配，較審察其殊性為重要。偏身麻木 hemianesthesia 之兼累及面者，其損害必在由第五神經行向大腦外質之諸感覺徑橫過中線處之上。此處在橋腦之上部分。諸感覺徑由此處至出離腦內囊之處皆相聚畧密，所以有時因一小損害而或累及此全部。迨一過內囊，向上而行，則諸徑即行散開，故須廣大之損害始能累及其全部；故此處之損害所致之感覺受擾大抵限於身體之一部。視丘、橋腦、延髓及脊髓之一側性損害不僅致體之對側顯感覺異常，且多致體之同側亦然。此蓋因累及感覺徑入中樞神經系統之處（此處或在損害處或在其畧下面）及第二感覺神經單位之軸突將橫過中線之處也。同側之感覺受擾區，以一段或數脊髓段所分配之。

處爲限，而損害之位置及其廣狹每可因此界限而易察明。中樞神經系統之破壞性損害大抵不累及感覺徑全部，是以所致之感覺喪失不完全。有時損害甚廣大而其所致之感覺受擾或甚微細。有時感覺之各種情性或全行減小；然某某數種情性受害而他數種不受累者似乎較多。例如患脊髓病，則痛覺及溫度覺多喪失而觸覺如常，大腦外質之損害則祇有肌覺及體積覺（實形覺）*stereognostic sense* 喪失是也。又痛覺留存而觸覺及溫度覺喪失者亦間或有之。總言之，感覺喪失之分配較其殊性爲重要；然其分配亦或不能確定表明損害之位置，惟感覺喪失及各類癱瘓之合併的觀察爲最可靠耳。

(乙) 系統病 SYSTEM DISEASES

(一) 緒言

有數種神經系統之病症，限（或盡或不盡）於一定的，功能相同之神經徑路（即聯合之神經單位）。此等功能相似之徑，即稱系統 *systems*；限於一系統之病，即稱系統病 *system disease*；而其不僅以一系統爲限者，名併合性系統病 *combined system disease*。究竟應以何種病症各歸入此等相當的名稱之下，醫界雖屢有討論，然相同之意見尙甚少。吾人對於各系統之確定的界限及若干病症之病演的情性及廣狹，似乎尙無十分確切之知識；故今尙未能下一定之界說。

就現今之知識而言，神經系統係下列兩大神經單位系統及其聯合體所組成：（一）傳入系統或感覺系統；（二）傳出系統或運動系統。

脊髓癆初起時限於傳入系統；進行性肌萎縮限於傳出系統。此兩病，吾人認爲標準的系統病之代表及各病分類之基

礎。又有數種理論進而解說一病症因何而限於一有定之神經單位系統。一說以爲若干人之神經單位系統或此或彼有一種自然的壞變趨向；一說以爲神經單位之功能相同者具相同的化學構造(功能不相同者則其化學構造亦不同)，是以一種毒物循環於血內，對於神經單位之功能相同的系統應有一殊特之作用也。

(二) 傳入系統病即感覺系統病

DISEASES OF THE AFFERENT OR SENSORY SYSTEM

(一) 脊髓癱又名運動性共濟失調或脊髓後索硬化

TABES DORSALIS (*Locomotor Ataxia*; *Posterior Spinal Sclerosis*)

定義 此係顯感覺受擾，共濟運動失調，營養改變，特覺受累(尤以眼爲甚)諸臨診的特狀及脊髓後索(柱)之根纖維，脊髓神經後根或脊髓神經節及周圍神經變性諸解剖的特徵之病。此外尙有大腦(尤以外質爲甚)，脊髓內之神經節細胞及脊髓後索之內生性纖維亦或顯變性徵。

原因 此係廣布之病，在城市者較鄉村爲多。美國某大醫院之報告云，患神經系統病者一萬六千五百六十二人，其中脊髓癱佔二百零一；然此病中國甚罕。男子患之者較女子爲多，約爲十與一之比較。此係成丁以後之人所患之病，在三十至五十歲之間患之者最多。又夫婦同患者頗多，且間或有所生子女(諒必具先天性梅毒)亦受累者。少年亦間有患之者。梅毒係主要之病原。似有特種密螺旋體專侵神經而致此病。受梅毒傳染與脊髓癱發症狀時之間期長短不一；大多數在五至十五年之間。亦有短至二年，長至二十五年者。

病理解剖及病理 脊髓硬化雖為最明顯之變異，然不足以完全表示此病之情性，故現今不用之以為此病之名稱。後索纖維有兩種：（一）由脊髓外之脊髓神經節細胞體而出者，名外生性纖維或根纖維 *exogenous or root fibers*，（二）由脊髓內之細胞體而出者，名內生性纖維 *endogenous fibers*。此兩類纖維所通行之部位，吾人已頗明曉；查驗脊髓癆早期之病人，則知後根纖維最先受患。按後根纖維分兩羣入脊髓，一內一外；外分羣係細纖維所組成；在脊髓內成李氏緣束（後角外徑） *Lissauer's marginal bundle or tract*，而位於後灰白柱（後角） *posterior gray column or cornua* 尖及脊髓周圍（即外面）兩者之間處；故此徑實非脊髓後索之一部分。此羣纖維甚短，通行不遠即入灰白質；在病之早期，此纖維似不受害；即或受患，亦必甚微。

內分羣係較粗之纖維所成，而其入脊髓之處在後灰白柱（後角）尖內側；此處名根入帶 *root entry zone*。此等纖維中有一入脊髓即至灰白質者，有入內稍遠始至灰白質者，更有經過脊髓而入延髓，然後終止於延髓後索核 *nuclei of dorsal funiculi* 者。因各脊髓神經纖維之入脊髓，皆在後灰白柱尖與下面已入脊髓之神經纖維之中間處，故各根之纖維愈上行則愈接近中線，而脊髓頸段薄束（後中柱） *fasciculus gracilis* (Goll) 之一大部分係由骶腰二根而來之長纖維所成。

醫界一般之意見，以為患脊髓癆者此較粗之纖維最先受害，然而對於此初起損害之部位及性質則意見甚相歧異。或謂脊髓後根甫離脊髓神經節而尚為硬膜圍繞之處之橫截性間質性神經炎係脊髓癆之原發損害。或謂脊髓後面之軟膜之炎每累及由此膜處經過之後根纖維。在此處（指被軟膜圍繞之處）之後根纖維最早受損，蓋幾全無髓鞘也。或謂脊髓癆之早期，脊髓、脊髓軟膜、神經根等之血管皆顯改變。或又進而

隱迹脊髓之改變實因脊髓後面之淋巴系統(此系統位在脊髓後索及索外之腦軟膜,脊髓神經後根諸處)患梅毒所致。

用馬乞氏染法 Marchi's stain, 根入帶 (即外分羣入脊髓處) 之後根纖維之變性常可察見。各根變性之輕重不同,最顯著者為腰骶二處。其變性不在後根而在其纖維已入脊髓而甫失去其膜及髓鞘之處開始發顯。此等變性之纖維或可在脊髓後灰白質及背核(後角底柱) dorsal nucleus or Clarke's column 之神經節細胞內察見。

迨病期較久,則除上述之損害外,尚有後根之變性及脊髓神經節之變異。由節向周圍之纖維大抵如常,惟有時四肢周圍之感覺纖維或亦變性耳。脊髓內之外生性纖維之受害已如上述;此外則其內生性纖維亦變性。視神經萎縮係一常見之徵。他腦神經亦或變性;而尤以第五對及其節為然。

此病之損害間或蔓延至脊髓之感覺系統之外;其在晚期者,前灰白柱(前角)之細胞或變性而與肌萎縮伴發。大腦脊髓束(錐體束)之纖維亦有輕重不等之改變;或以為此係大腦外質改變之證據。

症狀 此病之症狀應分三期論之:

(一) 共濟運動失調前期 即發端期 *Preataxic or Incipient Stage*. 各脊髓癆發端之情狀大有異同,早期之診斷錯誤時有之。以下所述為最有殊性之發端症狀。

痛. 此病所顯之痛常具尖利如刀刺之殊性,故名閃痛 *lightning pains*. 每一痛祇歷一二秒鐘之久即過,最常顯痛之處為腿及軀幹,而有隨脊髓後根所分配之區以發顯之趨向。由此至彼,影射不定。有時或與燒熱之感覺相伴,且痛後常致該處受按即痛,且間或致發疱疹。痛之輕烈大有異同,自辣痛(如皮覺燒熱)以至於劇烈之大痛皆有之,發顯之期甚不規則,每有

隨各種過度及不康健時而顯之趨向。苟係標準的，痛卽爲診斷的特殊徵狀。有時或顯胃克來息或他種克來息 gastric or other crises。感覺異常如足之發麻及辛辣感覺（微刺感覺），numbness and tingling 及覺身體如受纏束等亦或係發端症狀。

眼徵狀。（甲）視神經萎縮。患脊髓癆者十分之一顯此狀，且多早顯，甚或係第一症狀。視力因此逐漸減弱，大多數終至失明。（乙）上瞼下垂。或僅一眼患之，或兩眼俱患。（丙）眼外肌癱，或僅一肌或眼全部之肌皆受累。此癱多係暫時性，患者僅在一定之時期內有複視之弊。（丁）阿該羅伯森氏現象 Argyll-Robertson phenomenon。遇光時虹膜不縮，惟調視機能不變（視遠則開大，視近則縮小）。瞳孔常甚小；名脊髓性瞳孔縮小 spinal myosis。

膀胱症狀。脊髓癆之第一預兆或係小便時難將膀胱內之尿盡行驅出。至於遺尿，僅在病之晚期有之。男女的情慾及交媾能力減小亦或係一種早期症狀。

營養紊亂 Trophic disturbances。此則大抵在病之晚期始顯，然爲極早之症狀者頗亦有時有之；故因察見足趾穿破性潰瘍或殊性的夏科氏關節 Charcot's joint 而認爲脊髓癆者不少。

深反射喪失。此係早顯並係最重要之徵狀，或在共濟運動失調病發生之前數年卽已有之。縱使獨有此狀，亦極重要；因人無病而膝及踝之反射作用喪失者實極少也。苟有此一種反射喪失而兼有前述各症狀之一或二（尤以閃痛，上瞼下垂，阿該氏現象爲然），則大抵可確定診斷。深反射喪失每逐漸進行；或一反射先喪失而其他一繼之，或一腿之二反射先喪失而他一腿者繼之。

此等發端期之症狀，或持續多年而尙無共濟運動失調之發生。病者或外觀及內覺兩皆無恙，僅間或受閃痛或他種自

覺的症狀(主觀症狀) subjective symptoms 之煩擾。患進行性神經性聾、聲帶癱瘓、癱瘓肌癱瘓(或全或不全)者亦嘗見之。有時此病即以初期為限,不復進行;苟視神經萎縮之發顯早而致盲,則終成共濟失調者甚少。

(二)共濟失調期 Ataxic Stage. 運動性症狀. 共濟失調之症狀逐漸演成,大抵因由肌、關節及深組織發出之傳入性興奮受擾或喪失所致。肌覺之受擾每可設法證明。行動於暗中輒覺不穩或洗面時閉目即不能自主其重心力而站立之均勢喪失係病者最先自覺之一狀。病者苟閉目併足而立,則身體搖擺而不能保持其原立之姿勢(此名冷字格氏徵或眼閉難立徵 Romberg's sign),且或不能用單腿站立。若呼之使行,不能即時拔步前進。步時旋轉畧速,即有跌倒之虞。步行下階較上階尤覺困難。繼則逐漸成標準的共濟運動失調性步態。病者每須扶杖而行,眼直注於地,與常人之信步而行不同;且其身前俯,兩腿闊張,步時腿須用力向旁轉前而動,脚之提起太高,而其落下則似頓脚,或脚跟先着地或足蹠平下。終則非扶兩杖不能行。此步態有殊特,與他病所顯者不同。共濟運動之失調不僅在行步,他種運動亦顯之。苟當病者躺時,令以一足移置彼膝,即顯運動不規則之證據。臂之運動失調較少見,然大抵必顯,輕重則不等。惟在其在腹失和動之前發顯者則罕。試驗之法,可使病者閉目,而用指點其鼻尖,或兩臂平直外伸而以兩手相對之各指互相接觸。此失和動狀或早由病者自行覺察;如扣領時或着衣時自覺其指運用不便是也。

此病最奇特之情狀係雖有昭著之共濟運動失調(又名共濟不全或運動不和) incoordination,而肌力之喪失甚微。手之握力強而且固定,腿力(試屈其腿驗之)或無恙;而其滋養,除在晚期外,或亦不受害。此外尚有一奇特之肌弛緩狀(亦稱張力過小 hypotonia),致關節能過伸及過屈。有時致腿顯昭著之後彎狀。

感覺性症狀。閃痛或持續發顯。其輕重各異。病者或因閃痛屢屢再發而困苦不堪；或竟不受其累。此外尚有微刺痛之感覺（最常顯之處爲足）及感覺過敏或麻木之區。病者或自覺足趾之感覺異常。恰似其下墊有棉花。手之感覺性症狀較少見。他覺的（客觀的）感覺受擾 objective sensory disturbances 每可設法證明；醫界對於各種感覺受擾幾盡已察知。有不甚劇烈之麻木區圍繞胸處似帶（束帶症狀 girdle symptom）者不少；此區每在脊髓段分配神經之處。最顯著之受擾常在腿。痛覺之傳達徐緩係一常狀；例如以針刺足，病者初僅有觸覺，迨一二秒鐘甚或十秒鐘後始有痛覺。而其痛或持續不退去。此外尚有一奇異狀，係定痛局部之力喪失（猶言覺痛而不知其局部也）。例如以針刺一肢而病者以爲其痛處在他一肢，或針刺一脚而以爲痛兼在二脚是也。痛處之皮或覺癢。肌覺係常早受患者，繼則受患益重，甚至不自知其四肢之姿勢及位置如何。此或在前期已有之。

反射。膝及插之反射喪失係一最早之徵狀，然間有留存不退者；此則依解剖學而論，其脊髓腰段即使受損，亦甚微也。皮之反射初或過敏，後則每與深反射同受累。

特覺。前述之眼症狀或仍有之；但其濟運動失調之與視神經萎縮同存者甚少，已如前述。耳聾有時有之；此因聽神經之損害而起。更有患眩暈者。嗅覺症狀則罕見。

內臟症狀。最顯著之感覺受擾之一端爲脊髓癱性克來息（又名危象） tabetic crisis；此係劇烈陣發性痛之覺於各器官者。例如喉、胃、腎、直腸、尿道、陰蒂諸處之克來息是；而其最常見者爲喉及胃兩類。胃克來息（又名胃危象） Gastric crisis 或早顯而恒久持續，爲最重要之症狀。凡四百五十四病者之中，胃克來息爲第一症狀者十八人。其起也大抵驟突，在胃內作劇

烈之痛，繼則放射至背及胸骨後。痛後隨以嘔吐；即使胃內無食物，亦然。或致嘔血；此非必因潰瘍而致。同時兼顯面色青白，出汗，手足冷及脈搏小；更或精力虛脫而死，惟罕見。血壓或極高；此或與胃及系膜之血管之痙攣相伴，亦未可知。用X光檢驗，可現出胃之陣發痙攣性收縮。剖驗時，則並不見有特別改變。喉克來息（又名喉危象）Laryngeal crisis 發顯時，或有真痙攣，兼呼吸困難及吸時有聲。病者或在發作時致命。此外尚有鼻克來息，兼噴嚏陣而發。反對情況或有所見；此即胃潰瘍破裂而不覺痛，致診斷極難。

膀胱及肛門之括約肌多受累。病之早期或有小便時遲緩或停頓之狀。繼則尿閉積，且或兼顯膀胱炎。苟非注意防範，則其炎或延至腎。大便秘結極常見。迨晚期，則肛門括約肌衰弱。在共濟運動失調期內，男女性機能大抵皆喪失。

營養上的改變。皮疹如疱疹，水腫，或局部出汗諸狀或在閃痛處發顯。指甲有時或變異。足或顯穿破性潰瘍，大抵在趾趾下。穿破性頰潰瘍亦曾見之。甲狀炎或甚困苦。

關節病（夏科氏關節）Arthropathies (Charcot's joints)：依解剖學而論，有三類：（一）關節囊膜增大兼滑膜增多及關節液增多；（二）關節骨端畧增大兼輕微之外生骨瘤；（三）關節韌帶顯澀暗之絨狀，兼局部萎縮。最常受累者為膝。罕受累者為脊柱。屢受外傷係病原之要素。然營養紊亂亦有絕大之勢力。最奇特之情況為無痛。化膿或自發性骨折或繼起。此外尚有患肌萎縮者；此常在晚期發顯，然或屬局部性而與神經炎伴起，或因脊髓前灰白柱（前角）受累而起。

動脈萎 此極常見，約佔百分之二十之多；主動脈閉鎖不全亦常見。二者均係梅毒病象。

大腦症狀。偏癱無論在何期，皆或有發顯之虞。然在晚期發顯者較多。此或係繼血管病而起之出血性軟化或進行性外質改變所致；少數則因腦內生梅毒之樹膠樣腫而起。患側已失之膝反動或可回復。偏身麻木有時有之。

腦脊髓液。檢驗腦脊髓液，極有價值；其檢查事項如下：

(甲) 細胞之計算。淋巴球增多者約佔百分之九十，其球常在四十至六十之間，間或過一百。凡刺戟性症狀顯著，其數必較多。病演住止，其數必較少。(乙) 血球素。增多者佔病人之百分九十至九十五。病久而止息，或不見增多。(丙) 乏色曼反應。凡患此病者，此反應幾盡屬陽性；但病在止息中之病人或屬陰性。血乏色曼試驗則約百分之七十屬陽性。(丁) 膠體金反應 Colloidal gold reaction。顯之者佔百分八十五至九十，常用以作脊髓癆及不全麻痺之鑑別診斷。

(三) 麻痺期。病持續至多年(年數無定)之久，病者逐漸喪失其步行之能力而不能起床。際此情況，每易因併發病如腎盂腎炎、肺炎或結核而死。

病程。病者或稽留於共濟失調前期無一定之時限；僅有膝反射喪失及視神經萎縮諸狀為無獨有偶之表狀。此類之和動力喪失者不多。至於其他一大部分之患者，進行徐緩，在五至八年(或較速)之間乃完全成共濟失調病。所顯症狀或頗有異同；例如其痛初或甚劇，繼則多減輕。病勢或稽留不復進行多年，繼則加重而進行甚速。更有間或半途停止者。又有所謂急性共濟失調者；失和動狀每於一年之內(或更速)已甚昭著，而數月之後或且即達癱期。因失和動之本病而致命者極少；即使在麻痺期之內，亦或苟延至十五或二十年之久。

診斷。在早期內，所顯之閃痛已甚可辨。進行性視神經萎縮與膝反射喪失相伴而顯，亦係一殊性。早顯之眼肌癱極

爲重要。斜眼，上臉下垂，或阿該氏瞳孔或爲第一症狀，或與膝反射喪失同顯。惟單獨的膝反射喪失，不可爲確據；蓋無病者亦間或有之也。作乏色曼反應之試驗及檢查脊髓液，每可爲解決診斷疑難之助。

凡易與脊髓癱相混之病，如下：

(一) 周圍神經炎 *Peripheral Neuritis*。砒性、酒精性、或糖尿病性癱之跨闊步態 *steppage gait* 與脊髓癱之步態大不相同。蓋以上各種跨闊步態乃因足癱而致，所以小腿必高提始能將腳趾離地也。對於此諸步態，決不可稱爲共濟失調。但周圍神經炎中間或亦有因肌覺神經特別受患而顯其共濟失調者，然其不顯閃痛及眼症狀以及病歷不同，大抵能使診斷明易。白喉病性癱瘓之早顯膝反射喪失及兼顯眼症狀，或致疑爲脊髓癱；然其病歷及有咽喉之癱而無閃痛等，亦足使診斷明易也。

(二) 合併性硬化 *Combined Sclerosis*。此種病況之特殊性狀爲昭著之共濟運動失調兼痙攣性癱 *spastic paralysis*；高氏謂之共濟失調性截癱 *ataxic paraplegia*。大多數可因其不顯閃痛及眼症狀而資辨別，惟有時此病或係脊髓癱性麻痺 *tabo-paralysis* 之脊髓損害之顯狀。

(三) 大腦病 大腦病之累及傳入徑者有時以共濟運動失調爲一重要症狀。然此常屬一側性，或僅限於一股，加以病歷及伸起之症狀，當不致與脊髓癱相混。

(四) 小腦病 小腦性共濟失調祇其表面與脊髓癱相似；此實爲一種身體平均勢之受擾而非真共濟失調。膝反射如常，又無閃痛及感覺性受擾；惟有頭痛、視神經炎及嘔吐諸狀。

(五) 急性極毒性病 急性梅毒性病之累及脊髓後索(柱)者或兼顯共濟失調狀，致甚與脊髓癱相似。

(六)全身性不全麻痺 General paresis. 此雖與脊髓癆近於同類,且多伴發,然苟能判明其病究屬脊髓(脊髓癆),抑屬大腦(全身性不全麻痺),實際上頗甚為重要;蓋一處之病苟成立,大多數不復更變也。難於診斷之際為先兆期,蓋際此其症狀或僅為眼性改變,感覺異常及深反射受擾耳。病者所發精神之殊性變異極為重要。質言之,深反射喪失及有閃痛當係脊髓癆;反射活潑兼眼改變(尤以視神經萎縮為然)當係全身性不全麻痺。

(七)內臟克來息及神經痛性症狀 此兩種症狀每易使醫者誤診;凡中年人之患沉重而且再發之胃痛者,務宜細驗眼及膝之反射,審定其是否為脊髓癆之先兆。

豫後 完全的治癒,實無希望;停止病勢之進行,時或可以做到,而症狀大減者亦不少。視神經萎縮雖為一最有妨害之症狀,然因此而共濟失調罕繼起,且脊髓症狀或停止,似乎非無佳望。惟精神症狀或繼之而起耳。有時視神經萎縮間或自止。總言之,脊髓癆之結局實不佳。惟據近今醫界之經驗,已使吾人畧有希望;蓋若患梅毒後不久即顯此病,則其病之進行可用薩伐散止住之也。致死之故,最常見者為心及血管性併發病;次為結核及肺炎。

治法 停止病勢之進行及救濟症狀,係療治之目的。起居之安靜,且有規則,係一要事。苟病者能行動而營尋常之事業,則除有精神變異之證據外,似乎不必拋棄其素來之職業。余等曾親見病人有患此多年而仍能經營絕大之事業者。醫界中亦曾有數名人,雖患此病而竟出類拔萃,克享隆盛之名望者。飲食宜注意,尤以顯胃克來息者為然。各種過度的行為(尤以酒色為然),務宜小心禁忌。在共濟失調期前之病人,切不可婚嫁。

對於停止病勢，曾經試用之藥頗多。施特殊治療，宜使其脊髓呈正常狀況。其法在初用薩伐散小劑量(〇·二至〇·三克)注射於靜脈，一星期一次經六星期。繼用汞劑治之，或抹擦，或注射；復施薩伐散。倘施治後病者之脊髓較有進步，則或可停止治療，經一休息期。倘無改變，或僅微微獲癒，則宜用受薩伐散人自身血清 auto-salvarsanized serum。注射次數可因脊髓液之檢查所得的情況而定。此法當恒久施行。病人有經施用汞之足劑量，繼之以脊刺術，盡量吸出其血清而獲效者。用汞血清 mercurial serum，或有助力。碘化鉀足劑量並可用為輔助藥。

對於治痛，則宜臥床靜養；脊柱反感刺激(外惹內效)法如起跑藥或火刀等，均可用。至於繼各種過度而起之劇烈痛障，常可以熱浴或土耳其浴止之。對於劇烈之再發性閃痛，可試用麻脊法。印度藤有時有效。科第印彈劑(一厘；〇·〇六克)及貝拉朵那膏劑(半厘；〇·〇三克)亦或有效。在極重之痛障內，必須用空針注射嗎啡或可卡印。電療法不甚見功。劇烈之胃痛亦須用嗎啡。此外如腸胃吻合術，腹腔神經叢扯伸術，第七八九十脊髓神經割斷術等，皆曾試用而時獲佳效。喉克來息之危險者罕見。在發作時，可敷科卡印，或畧吸哥羅芳或亞硝酸澱粉基。

凡脊髓癆之兼脈壓增高者，則久用硝酸甘油逐次增加之劑，以生理的應效呈顯為度；每對於免神經性痛及減少克來息之再發有大功。倘有主動脈瓣閉鎖不全，則此藥不甚相宜，須慎用。總言之，宜用此藥之指徵為脈壓增高。膀胱症狀須時常注意。如小便時不能罄盡，宜用導尿管，並宜授病人以用法及消毒法。

弗倫克耳氏之再新練習法 Frenkel's method of re-education (又名重行教育法)。每能使病者多少再學得其所喪失之隨意運

動的操縱。先教病者用系統的力量行簡單的運動；後則行較複雜的運動。須由有經驗者教授而管理之；蓋其結果如何，必視教授者之能力與病者之耐力為轉移也。

(二)精神錯亂性全身麻痺(全身性不全麻痺) 及脊髓癱性麻痺

GENERAL PARALYSIS OF THE INSANE (GENERAL PARESIS) AND
TABO-PARALYSIS

脊髓癱之大多數，終其病程幾皆無精神症狀；全身性麻痺亦有毫不顯可疑為脊髓癱之症狀者。因是之故，吾人為實用起見，對於此二病不得不有明晰之區別，而分別討論之。至於兼有此二病之症狀者，則又不得不合併討論，故特名之為脊髓癱性麻痺 tabo-paralysis，而更與該二病區別焉(見第二百五十五面)。

精神錯亂性全身性麻痺(全身性不全麻痺又名麻痺性癡呆)

General Paralysis (*General Paresis or Dementia Paralytica*)

定義 此係一種因梅毒密螺旋體而致之慢性腦腦膜炎，常伴發他局部改變，而終則致癡呆及麻痺(按此病在書中以命名全身性麻痺為最便利)。

原因 因梅毒之密螺旋體而致。染梅毒後平均約經十二年，然後發此病。男子患之者較女子多甚。年齡則以三十至五十五歲之間為最普通，然亦有係先天梅毒之結果而在兒時發端者。佔最多數者為已婚嫁之人；夫婦同患者不少，或一患全身性不全麻痺，一則患脊髓癱。據病症統計表而論，下等社會之人患之者較多；而在美國，則中等社會較多。

病理解剖 硬腦膜多增厚，膜內面或顯各種過長性硬腦膜炎。其軟膜濁而厚，且粘着於腦外質。腦膜間隙之腦脊液加增，尤以軟膜之羅孔內為然；有時加增之量甚大，致與囊腫相似。腦小，其重率較常度低。腦回萎縮，尤以前中二葉為然。在此病之急性類，則腦或充血而腫或呈水腫狀。腦外質常紅，除在晚期外，或不萎縮，半球之萎縮係在白質。腦側室擴張，以補償腦之萎縮，而室管膜或有顆粒。第四腦室之擴張更為常見，而其室底之槽處兼發顆粒。此狀實為他病所罕有。

此病有許多病案，顯脊髓及周圍神經之改變。此即標準的脊髓癆性改變。有時大腦脊束纖維繼外質之改變而顯變性。最常見之病案，此二種病變合併發生。

對於各種改變之性質，醫界之理論頗多。或以為係血管之改變，例如炎始於小動脈之鞘，而繼以腦細胞及神經膠質之主質性變性及萎縮。或以為梅毒性毒致腦組織變性兼血管系統及神經膠質之繼發性改變。腦組織內有時或有梅毒螺旋體可以察見。

症狀第一期又名前驅期 First or Prodromal Stage。煩燥易怒，處事疏忽，甚或漠不關心，間或性情改變，所作行為使朋友親屬詫異等等，或係第一徵兆。畧有身體的或精神的勞動，或致不可解之疲困。有時或不顯漠不關心之狀，或身心雙方反非常燥動。病者終日畫策設謀，欲有所為，或奢侈浪費，或妄行荒謬之事。際此時期，病者常有一種自誇自尊之殊性。對於己之才能，財產，位置，甚或妻室子女等，皆謬自誇贊。此後則其道德性漸敗壞，作背理犯法之事，而毫無自疑自懼之情態（按此係一殊性，蓋尋常人作背理犯法之事，必有自行疑懼及畏縮之心，此則不然）。健忘係一常狀，對於營業及禮貌，亦每疏忽放蕩。發偏頭痛，一如眼性偏頭痛所發者，亦或見之。際此時期，或無

運動性受擾之現象。病之發端每屬隱性，然亦間有其第一症狀爲癲癇性或中風性發作者。早顯之運動性症狀爲出言時舌及脣顯微顫而語言遲緩含糊。雙瞳大小不均，阿該氏瞳孔，視神經萎縮，深反射改變諸狀或在精神症狀發現之前數年已有之。

第二期 此期症狀之殊性，簡言之，爲精神浮蕩或情興過於激揚及運動性症狀之進行。情興之激揚常達於極點，急性狂狀時有之；恒久的燥動不寧，頑梗難治之不寐，喧嘩躁跳之高興，盲昧無忌之暴動等爲此一期之特別殊性。際此時期，誇誇之幻想益臻昭著；病者或自信財產無窮，或自信職業及人格居於無上之地位。然此等狂妄之幻想，却非全身性不全麻痺之特殊性狀。蓋不僅有不顯此幻想者，更有顯憂鬱病 *melancholia* 或希坡交第阿 *hypochondriasis*，或狂妄與精神抑鬱替換而發之病也。

病者之面容有殊異的呆鈍態。脣及面肌有昭著之微顫，舌亦微顫，且難外伸。言語遲緩停頓而且含糊不清。寫字時因手不穩而艱難。筆畫字體每多遺漏。此等關於文字的主觀性情事，實爲證明病者精神情況之要徵。雙瞳大小不均，不規則，運動遲緩，過大等每有之。此期之重要症狀爲中風性發作及麻痺。亦有顯輕微之暈厥者；此則病者因之面色變青白，甚或昏倒。有時此或即係小發作羊癇 *petit mal*。至於真中風性發作，則病者突然仆倒，不省人事，四肢弛緩，面色潮紅，呼吸粗噎似鼾，體溫增高，甚或有因而致命者。癲癇性發作似乎較多見。或先有一定之癲癇兆 *definite aura*。癲癇發時或常起於身之一側，且或不傳佈。面肌或臂肌或有顫搐（抽跳）。⁸ 有時或顯標準的局部性癲癇。再發性無語言能不少，單癱或偏癱有時隨癲癇性發作而起，更有突然發顯而暫時即退者。際此時

期，病者之步態變異，易於顛蹶，升階或下階皆非常困難，更有顯癱瘓性步態及脊髓癆性步態者。所顯之癱瘓或屬進行性，深反射每過於靈敏，然亦間有喪失者。膀胱及直腸症狀逐漸發生。病者漸不能自動而臥床不起，且完全發癡呆；苟不注意，或患臥瘡。致命之故，或因衰竭，或由於間發病患。此病之脊髓症狀（即不能自動等），或伴精神症狀，或先之而顯，不定。有時此病所顯之症狀或使醫者一時不能決定其為脊髓癆，抑為此病；醫者宜知有時脊髓癆之共濟失調前期之各狀，全身性麻痺之早期亦可有之。

腦脊髓液。檢查事項如下：（一）細胞之計算。淋巴球增多，約佔百分之九十八至一百，而其平均含量為細胞三十至六十個。（二）血球素試驗。此常呈陽性。（三）乏色曼反應。此反應各病幾皆呈陽性；且常因小量而發強反應。反應之於血液，亦百分之九十八至一百屬陽性。（四）膠體金反應。此反應約病人百分之九十八至一百呈陽性反應。

脊髓癆性麻痺 Tabo-paralysis

醫界多認脊髓癆與全身性麻痺具同一之病原；惟脊髓癆之損害其全力在脊髓，而全身性麻痺之損害，則其全力在腦也。或以為此等病變之局所有別；蓋因一生勞力之偏向而異；例如人之職業偏向於用體力者，則致脊髓癆之趨向較大；而其職業偏向於用腦力者，則致全身性麻痺之趨向較大。據常例而論，似乎脊髓症狀既昭顯，則腦狀即停止；反之亦然。據殊特者而論，則昭著之脊髓癆亦有在其晚期顯標準的全身性麻痺狀者；但即使如是，當全身性麻痺狀呈顯時，前有之共濟失調狀如果非甚重，亦或因而減輕。

脊髓癆之共濟失調前期所顯視神經萎縮，常係共濟失調不復進行之預兆；然多有精神症狀繼之而起，實為不幸。摩忒

氏 Mott 報告其瘋癲院中所有之脊髓癆性麻痺，十分之五先顯視神經萎縮。故此狀之呈顯係一危兆。然精神症狀或遲延多年始繼之而起。

症狀 脊髓癆性麻痺之症狀，即係脊髓癆及全身性麻痺兩者之症狀合併而成，然其症狀之複合，大有同異。初起屬脊髓癆性，顯閃痛，勝眩症狀，阿該氏瞳孔，深反射喪失等，後則再加精神症狀；或先有昭著之精神改變，而後始起脊髓症狀。更有若干初起時之症狀即屬合併性者。膝反射喪失，眼肌癱或瞳孔症狀或在精神頹敗呈顯之前多年即已有之；然此數者，皆不似視神經萎縮對於精神情況之關係危重也。他類精神錯亂或在脊髓癆病程內發顯，切不可一概視為全身性麻痺。

診斷 在全身性麻痺之早期，極難辨認，蓋其畧為改變之性情及行為，常不能決定其非常人所有之暫時殊異狀況也。否桑氏 Folsom 云：“例如一強健之人，年齡在中年左右，而又非神經薄弱或神經衰弱者，苟顯下列各情況，應可疑為全身性麻痺之早期：（一）對於個人事業之熱心減少或經營之力減少；（二）逐漸顯輕重不等之注意力缺乏，疏放，漠不關心，懈怠，情感喪失，無顧忌，雖能照常執業而擔任新事業之能力減少等；（三）注意，專注，觀念，知覺，反省，斷決等能力漸不如前；（四）創始力大減，勞動則精神及身體皆疲倦至極點；（五）情感增加而易於改變，或因細故而大燥動等；（六）男女情慾不能有合理之控制；（七）文細之感情畧變為粗鈍；（八）對於本身之疎放或暴燥的行為及其結果等漠不關心，或雖一時能自知其行為惡劣之真相而突然又失其自知力；（九）顯腦血管舒縮機能受擾之症狀，輕重皆足徵”。

有能干腦性梅毒每與全身性麻痺甚相似。初起之情狀甚重要，而尤以梅毒之麻痺狀每早顯為然。言語及舌之受患

無之類痲性發作則較全身性麻痺為常見；且其殊性為限局性腦外質性癱瘓者亦較多。有謬妄的狂行者甚少。全身性麻痺狀之與發樹膠樣腫或樹膠樣腫性腦膜炎相關聯者甚罕，惟全身性麻痺之緊隨梅毒病患後而起者則有之。剖檢此等病者之屍，除普遍性動脈硬化及彌散性腦腦膜炎（此炎或不甚明顯）外或無他特狀；然而此等損害或係密螺旋體所致，固意中事也。更有若干顯標準的梅毒性損害而兼有全身性麻痺之尋常損害者。有時鉛中毒性腦病或與全身性麻痺相似（或因鉛中毒所致之動脈硬化使然）。腦瘤間或與進行性麻痺相似，然前者常有腦內壓普遍增加之徵。檢查脊髓液每有大助。

驗細胞診斷 Cytodiagnosis. 腦脊髓液中之研究係一診斷要法，而對於脊髓癆及全身性麻痺二病尤然。此二病皆常有脊髓液內淋巴球增多，且常兼顯顯著之血球素反應（尋常脊髓液不含血球素，即或含之，其量亦極少）。此種脊髓液之改變，僅係亞急性或慢性炎患之病變，猶之多核白血球增多之為急性炎之病變，其理相同。總言之：脊髓液內淋巴球增多最先可疑為三種梅毒性病者，即脊髓癆，全身性麻痺，腦脊髓病是也。驗細胞的及化學的陽性反應二者，每顯於最早的神經系統病徵之內，故每可以在診斷最難之際用以辨認不甚明白之脊髓癆及全身性麻痺。

豫後 此病之得痊癒者甚罕。病勢常逐漸向下進行，經數年而病終，惟間有苟延至十年或十五年之久者。

治法 抗梅毒療法曾經有人報告完全無效（用脊內注射法尤然）；或謂不應施之。此病之治法特與治脊髓癆之法同。患此病者大多數須在瘋癲院內施以嚴密的看護及規則的起居。對於不眠及癱瘓性發作，可用溴鹽。此病時有長而且久之病間退期，多誤認為治療之功效，其實則不然。在病之早期

盡量施用濕布裹背法；冷頭法；系統的按摩法等，每能收暫時之功效。

(三) 傳出系統病又名運動系統病

DISEASES OF THE EFFERENT OR MOTOR SYSTEM

(一) 進行性(中樞性)肌萎縮(慢性脊髓前灰白質炎，肌萎縮性脊髓偏側硬化；進行性延髓性癱瘓)

PROGRESSIVE (CENTRAL) MUSCULAR ATROPHY

(*Poliomyelitis Anterior Chronica; Amyotrophic Lateral Sclerosis; Progressive Bulbar Paralysis*)

定義 此係以運動徑全部，間或限於下段之慢性變性為特殊性狀之病。而有進行性肌萎縮及或輕或重之痙攣性強硬狀伴之而呈顯。

共有三病，尋常分論；今則歸入此一類：(一)脊髓性進行性肌萎縮；(二)肌萎縮性脊髓偏側硬化；(三)進行性延髓性癱瘓。解剖上的根據係運動神經單位之一種漸萎縮性改變；又此病多累及大腦外質，延髓與脊髓諸中樞。或僅有單純性肌萎縮，或畧兼痙攣或否，或顯進行性消瘦兼顯著之痙攣及反射大增。又有兼延髓內運動性神經核受累之症狀者。例如脣舌咽喉性癱瘓，更有顯肌萎縮(尤以臂為然)，腿痙攣狀，延髓病象，微顫及大腦外質損害之徵者。以上各種病期或為一病人所兼有。為實際上之便利起見，延髓性癱瘓 bulbar paralysis 當另述；茲先論進行性肌萎縮 progressive muscular atrophy 及肌萎縮性偏側硬化 amyotrophic lateral sclerosis 二者。夏科氏分此二病為二類，然其差異甚微，茲特合論之。

原因 致病之原尚未確知。患者男多於女，且常為三十歲以前之成年人。然少年亦間有受其患者。凡在二十五歲以前所顯之進行性肌萎縮，大多數屬營養不良性肌萎縮 dys-

trophy類。或謂受寒,受濕,受驚及憂慮皆係可致此病之原因。更有因受傷而起者。痙攣性類有時或顯於七十歲以後,而為一種老年性改變。

病理解剖 主要的解剖上的改變係運動徑之一種徐漸變性,而尤以下運動神經單位之受累者為多。上運動神經單位之受累,則或在先,或與下運動神經單位同時,或在較晚之時期,不定。伴脊髓前灰白柱(前角)細胞之變性而呈顯者為肌之變性萎縮。以下為重要之解剖的改變: (一)脊髓灰白質顯最顯著之更變。前灰白柱(角)之神經節大細胞萎縮,且或有完全消滅之處,神經膠質加增,有髓(白鞘)神經纖維大減。前神經根纖維之經過白質者亦消瘦。(二)脊髓外之前根萎縮。(三)受患之肌顯變性萎縮,而運動神經之肌間枝變性。(四)灰白質之變性僅限於脊髓者少,每延至延髓而致其運動神經之核消瘦。(五)大多數前側白徑顯硬化,而尤以大腦脊側束(錐體交叉束) *fasciculus cerebrosppinalis lateralis or crossed pyramidal tract* 受患為烈,然此變性不僅限於此數徑,每延至固有束(前側雜徑) *fasciculus proprius or antero-lateral ground bundles*。小腦脊束(直小腦徑)及前外側淺束(前側升徑)不受累。大腦脊束(錐體束)之變性每向腦各平段蔓延,時或達運動性外質,致該處之細胞變性。延髓內之內側縱束(後縱束) *fasciculus longitudinalis medialis* 亦或受累。(六)大腦脊束(錐體束)不顯硬化之類,固有束(短徑 *short tracts*)每硬化。

症狀 不規則之痛或為消瘦之先驅。手常先受患,以致不能行細巧動作。拇凸肌常先消瘦,次則為掌骨間肌及手蚓肌,致掌骨間顯顯著之凹。終則屈伸二肌縮而拇肌,掌骨間肌,蚓肌等皆達消瘦之極點,致成爪形手 *claw-hand*。屈肘肌之受累常先於其伸肌。至於肩,則三角肌每先受患,且間有在他臂

肌受累之前已顯消瘦者。軀幹之受累徐而漸；而斜方肌之受累或甚遲。頸肌力弱，致有頭前俯之趨向。闊肌每不受患，且肥大。臂及軀幹之肌或已甚萎縮而後腿肌始受累。面肌之受害遲。最終則肋間肌及腹肌或亦受累；迨消瘦達極點，則病者祇剩俗語所謂“皮包骨”而已。此等人在博物院及變戲法處，時可遇見。自是其體或呈畸形及孿縮，而每致成脊柱前凸之狀。肌之奇異之顫搐（纖維性收縮）*twitchings* (*fibrillary contractions*) 係一常見之症狀，或在未受累之肌呈顯。此雖係一極重要之症狀，然非殊性病徵。肌之應激機能（易感性）*excitability* 增加。感覺如常，惟病者或自覺受患之肢麻刺及冷。肌之對於賈法尼電及法拉分電之應激機能顯進行性減少，甚其喪失；惟前者之喪失每較遲。倘消瘦驟速，且癱瘓，則或顯變性反應。神經之幹之應激機能或在肌應激機能喪失後仍持續不失。肌力喪失之程度每與消瘦之程度相符。

肌萎縮性痙攣性類 *Amyotrophic spastic form*. 以上所述者，其萎縮及癱瘓皆係弛緩者；即所謂非緊張類 *atonic form* 是也。至於他一類，即夏科氏所稱為肌萎縮性脊髓偏側硬化 *amyotrophic lateral sclerosis* 者，則痙攣性癱 *spastic paralysis* 每為消瘦之先驅，故名緊張類 *tonic form*。患此病者，肌反射作用大增。或顯領陣攣 *jaw clonus*（按領反射係各病罕有之徵）。有時顯痙攣性截癱 *spastic paraplegia* 之殊性標準情況。例如病者意欲舉步時，其足似粘着於地，竭力提趾而或不能；既提起，則須身體向前，純用足趾，作短促之步四五次，然後始能步行，有時行甚迅速。有時病者上下階級，似乎較履行平地為易。消瘦不似弛緩類者之劇烈，而肌力之喪失或較其消瘦為甚。括約肌不受累。性慾力或早失去。弛緩性萎縮性癱 *flaccid atrophic paralysis* 之象有反射增加者常見。而此二者之異點，在乎上下二運動段受累之比較的度量及其受累之時間。有時此病或係一側性。

迨變性上延，則延髓症狀發生而有重要之改變；惟有時延髓症狀或顯於脊髓症狀之前，亦未可知。唇、舌、面、咽及喉或受累。有時唇已受患，且語言不清已數年，而後始顯危劇症狀。病之末期或顯微顫及記憶力喪失，終則成癡呆。

診斷 進行性肌萎縮大抵在成人後始發端，無遺傳性及家屬性勢力（早顯之嬰兒性類不在此例）。受患之處，常先為拇指肌，逐漸累及掌骨間肌及蚓肌。纖維性收縮常見，有電性改變，且深反射每增加。即此數特殊性狀，已足與他種肌消瘦辨別。又頸肋 cervical rib 之指徵之最早顯最顯著者或為手之小肌之萎縮；此宜記取之。脊髓生脊髓性空洞病 syringomyelia 之症狀或與肌萎縮之痙攣性類相似。但前者之感覺性受擾，每能據之以定診斷；然其感覺症狀之不顯者，或尙在未盡發現時，則或無辨別之法。

治法 此病不能治療。雖間有停止者，然病勢之進行每漸而確，不可挽回。宜注意普通衛生。服砒劑及皮下注射番木鱈素，可試行。作系統的按摩法亦有用，對於痙攣性類尤然。電療法亦有效。

延髓性癱瘓又名唇舌咽喉癱瘓 Bulbar Paralysis (Glosso-labio-laryngeal Paralysis)

延髓之運動神經核最先受累及早受累之類，名延髓性癱瘓，然此非獨立性病，蓋脊髓遲早必受累也。

症狀 大抵以語言之不甚清楚為發端；病者難於發齒音及舌音。癱瘓之發端在舌，舌上肌逐漸變萎縮，繼則舌粘膜變成橫皺變。在消瘦病變進行之際，時有纖維性震顫。因舌無力，食物難送入咽。涎或增多，或且滯積口內。迨唇受累，則病者既不能呼哨，又不能發唇音。口似乎增大，唇凸出，且涎常外流。咀嚼食物甚費力。吞嚥艱難；此半因食物返入鼻後孔，半

因咽肌受累而致。聲帶肌亦消瘦，而聲音細弱，然咽喉癱罕有如唇及舌癱之劇烈者。

病程 病程雖徐漸，然皆屬進行性。致命之故，多見者為吸入性肺炎，有時由於咽塞，間有由於呼吸中樞受累者。靈心大抵清白。病者或情感過敏。此病大多數為單純性或兼癱瘓之進行性萎縮之一部分。在肌萎縮性脊髓側索（側柱）硬化之晚期，延髓之損害或致咽喉未受患之前多時即顯唇癱。

診斷 無論急性或慢性，皆易診斷。唇舌之受患常甚昭著，而膈之受累每甚遲。假延髓性癱瘓 pseudo-bulbar paralysis（係大腦病）每與此病酷似；其兩側之額升回下部之運動性外質或腦內囊膝之病有時礙延髓運種性核上之徑致舌、唇及咽之癱，此每與延髓損害所致者甚相似。有時症狀僅顯在一側，然突然兩側齊發者甚多。其損害多屬雙側性，然一側性者亦有之。

急性延髓性癱瘓 Acute bulbar paralysis. (一)係橋腦或延髓之出血性或栓塞性軟化所致。(二)係急性炎性軟化所致，間或繼熱病（如白喉）而起；或因受劇烈之電震而顯。常突發，故名中風樣類 apoplectiform。此一類之症狀或與慢性延髓性癱之晚期所顯者甚相似。然察其病之突起及伴發之症狀，足使易於診斷。此類急性病或顯一臂癱，或顯偏癱，更有顯交替性偏癱 alternate hemiplegia 者；例如面之此一側癱而體之癱則在彼一側是。(三)患脊髓灰白質炎 polio-myelitis，間有顯急性延髓症狀者。

(二) 成人痙攣性癱瘓 又名原發性脊髓偏側硬化

SPASTIC PARALYSIS OF ADULTS (*Primary Lateral Sclerosis*)

定義 此係體肌之一種逐漸失力兼痙攣，發端及受累最重之處為下肢，不兼肌萎縮，感覺受擾及他症狀。此病之病理

的解剖尙未確知，但今醫界認爲係大腦脊束(錐體束)之系統的變性。

症狀 成人痙攣性截癱 spastic paraplegia 之全身症狀甚爲明特。病者自言疲困，腿強硬，並或腰或腓痠痛。有時痙攣情況雖已昭著成立，而其失力或不甚明顯。其他則有明顯之虛弱。強硬之感覺在清晨最昭著。病勢完全成就者，其步態甚殊特。腿之移動強硬而且頓挫，腳趾着地而前移，不能提起；而病之極重者，足趾着地時有明顯之間代性痙攣(陣癱) clonus。兩腿合而不張，兩膝相觸；有時因內收肌痙攣之故，而致交叉腿步態。察驗時，其腿或初似靈活而能屈伸無阻。或其強硬甚昭著，而尤以腿伸時爲然。內收肌之痙攣或非常劇烈，致兩腿極難分開。倘有此極點之強硬狀，病者每不復能步行。滋養之維持頗佳，而肌或肥大。反射大增。輕觸髓腿，即顯活潑之反射。股直肌及踝之反射(間代性痙攣)亦甚易驗得；有時輕觸其腿，或致劇烈之間代性痙攣。淺反射亦或增加。臂之受累或在數年之後，然間有與腿同時患虛弱及強硬者。

病程 係進行增重之類。或須經多年，病者始不能起床。肛門及膀胱之括約肌常至晚期始受累，然間或有早受累者。感覺狀罕進行；病者或能維持其全身之滋養而頗康健。眼症狀罕見。

診斷 對於臨診情狀之診斷不難，而欲決定其病理，則常不易。有梅毒來歷者不少。有時雖其所經過者爲此病之標準的病程，迨剖屍檢驗，乃察見大相殊異之情狀；例如橫截性脊髓炎，多數性硬化，大腦瘤等是。質言之，診斷此病爲錐體束之原發性系統的變性，實難確定。

治法 對於阻止病勢之進行，似乎無甚良法。苟其運動性虛弱大部分係痙攣所致，則可割斷神經後根。施此治法而見效者，曾數見之。

(三) 繼發痙攣性癱瘓 SECONDARY SPASTIC PARALYSIS

大腦脊束(錐體束)無論有何損害,皆或有痙攣性癱瘓繼之而起;苟脊髓有橫截損害 transverse lesion,如徐漸之壓(如脊骨瘍),慢性脊髓炎,瘤壓,慢性脊髓脊髓膜炎,或多數性硬化,則在其損害之下之錐體束必顯變性。不久腿即強硬而反射增加。凡受壓性截癱,苟其橫截損害係完全類,則四肢或弛緩而反射不增。此即所謂弛緩性截癱 *paraplégie flasque*。此等繼發性類之情狀大有等差。若係慢性脊髓炎類或多數性硬化類,則病者或能步行,惟必顯殊性痙攣性步態耳。若係受壓性脊髓炎類,骨折類或骨瘍類,則肌力或完全喪失而且強硬。

有時此類癱瘓與原發痙攣性癱瘓或不能辨別。伴起之症狀係診斷之要據;苟無之,則其病原無從診斷矣。

梅毒性脊髓性癱瘓 Syphilitic spinal paralysis. 倣李氏 Erb 曾指陳一症狀,謂為梅毒性脊髓性癱瘓。其特點為病起徐漸,終則成痙攣性輕癱瘓;腿反射大增,但就其深反射之大增比較而論,肌之強硬似乎甚輕。痛狀罕見,且感覺之受擾甚微,然或有感覺異常及腰束帶感覺。膀胱及直腸常受累。男女交媾力或喪失。而病之能恢復者不少。成人痙攣性癱瘓之非脊髓受壓所致者,多數與梅毒相伴而屬此類。

(丙) 遺傳性病及家族性病

HEREDITARY AND FAMILIAL DISEASES

(一) 肌營養不良(進行性肌營養不良)

THE MUSCULAR DYSTROPHIES (*Dystrophia Muscularis Progressiva*)

定義 肌消瘦,或兼先驅性肥大,或否,發端於若干羣之肌,常為進行性,由於各肌本身或神經肌末 neuro-muscular endings 之原發性變而起。

原因 吾人所知有價值之病原僅係遺傳性。此病之勢力或爲真遺傳性。觀之一家每二三代皆患之，或一代中有數人患之，更有每一代有數人患之而持續發生至數代之久者，可知。男較女多。病之傳遞常由於母，而母自身不必患之。依李氏 Erb 之報告，以爲此病之不顯遺傳性者僅百分之四十四。病之發端常在發身期前，然在二十至二十五歲之間或更遲始發顯者，亦或有之。

病理 初則肌纖維肥大，且變成圓形，核增加，而纖維或分裂。同時，結締組織微微增加。纖維或即萎縮，或稍緩始萎縮；而核復大增。於是組織中現空泡及裂隙，而纖維完全萎縮，結締組織增加，兼沉着脂肪，而致肥大性脂肪過多病；即所謂假肥大 pseudo-hypertrophy 是也。一肌同時得見有此等改變各病期之狀況。

神經系統通常無可以證明之損害，但亦有若干病案經醫界指明其前柱（前角）細胞有改變者。

症狀 第一症狀大抵係小兒之運動呆滯。查驗之，則若干肌或若干肌羣似乎增大，而尤以腓諸肌爲然。次則爲伸腿肌，臀肌，背肌，三角肌，肱三頭肌及棘下肌（岡下肌）。此等肌之增大（隆凸而起）或挺然昭顯。面，頸，前臂諸肌之受患者罕。有時僅一肌之一部分受累。一方面既有此等肌之肥大，他一方面則有若干肌顯消瘦，而尤以胸大小肌及背闊肌（腰廣肌）之下部分顯消瘦者爲常見。病者之立態甚爲殊特。兩腿闊張，肩聳向後，脊柱大曲，而腹向前凸。步態搖擺而拘滯。倘使病兒仰臥於地，然後起立，則顯一殊特之立態；此態係一診斷的確據。病兒起立時先須轉身俯服，四肢着地；全仗兩臂支舉其軀幹；繼則兩手逐漸沿地移近其膝，先以一手撐於膝上舉起軀幹，再以他一手握他一膝，然後始能逐漸直立。此外則假肥大

性肌之外觀強有力與該病兒之孱弱適成一昭著之反比例，實為一種特殊性狀。然間有其肌增大而肌力亦因之增強者。

病程雖遲久，然皆屬進行性。消瘦逐漸進行，終則各肌之增大狀況消滅。際此晚期，畸形及攣縮 contractures 常呈顯。肩帶諸肌幾常在病之早期受患，故係一重要之症狀。例如用雙手插入病兒腋際而舉起該兒之身體時，則其肩上聳至與耳成平線，一似其肩將上翻而病兒將從手中溜墮者然。此鬆肩係一特殊性狀。此因肩肌過鬆，故致成翅形；且每致伸臂時，該臂似乎較尋常之臂長甚。

此病無感覺症狀。萎縮肌大抵不顯變性反應；即或有之，亦絕罕。

臨診類別 此病有數類，依病起時之年齡，各肌受累之先後，肌之肥大，遺傳性之昭著等而分別，但實無嚴切之界別。下列諸類係其較重要者：

(一) 杜申氏假肥大類 Pseudo-hypertrophic of Duchenne. 小兒時代及一定之家族最常見之。肌之肥大係其可注意之病象，或為真肥大，或為脂肪過多病。此病又有一兼萎縮之少年類，主要受患處在肩帶及上臂。成人之單獨發此病者亦有之。

(二) 面及肩胛上臂類 Facio-scapulo-humeral type (Landouzy-Dejerine). 面先受累，致病人具肌病性面，唇凸出（上唇尤顯），眼不能合閉，額不能皺紋。後則肩帶肌受累，肩胛成翼形，上臂消瘦，終則大腿肌受患。肥大或不顯，或可見增大區；是即所謂肌球 muscle balls. 此類或發端於成年時。

(三) 大腿肌類 Thigh-muscle type (Leyden, Moebius, and Zimmerlin). 此則其病發於大腿之伸肌，此伸肌在上臂及軀幹諸肌受患之前受累極重。

各類病當軀幹之肌受累時，胸廓必變平而成所謂特殊之蜂腰 wasp-waist.

診斷 肌營養不良大抵易與他種肌萎縮辨別。 (一) 大腦性肌萎縮，其肌力之喪失每在萎縮之前。

(二) 進行性(中樞性)肌萎縮。每發端於手之小肌，每顯變性反應，且萎縮之肌及無病之肌皆或顯纖維性類。中樞性萎縮每為晚年所患，而營養不良性類發生常甚早。遺傳性為進行性肌營養不良之要原，至於不常見之家族性嬰兒脊髓性肌萎縮，則其症狀具昭著之中樞病之特殊性，故診斷亦易。

(三) 神經炎性肌萎縮之因鉛毒或外傷而起者，在消瘦昭著之期內受第一次診察，不易別認。然無家族性來歷及其病之分布狀況皆可為診斷之要據。且其癱每較其萎縮劇甚。更有顯感覺症狀者。

(四) 進行性神經性肌萎縮雖亦以遺傳性為一病原，且亦常發生於兒時，然此一類之萎縮及癱瘓初起時以手足為限。此係與營養不良類相異之一要點。

豫後 此病之結局不佳。其消瘦具均勻之進行，為療治之勢力所不能阻止。

治法 用電療法及按摩法間或可以停止其進行。全身之康健宜注意，可畧行運動法，受累之肌可用油摩擦；迨病者不能起床時(遲早必至此期)，宜防其肌有不適之攣縮。

(二) 進行性神經性肌萎縮 PROGRESSIVE NEURAL MUSCULAR ATROPHY (Peroneal Type and Hypertrophic Type)

此一類病或又名為腓骨類 peroneal type，屬遺傳性，亦屬家族性，常在兒時發端，最先累及足肌及腓骨諸肌，致此等肌弱而成畸足(或名馬蹄足或馬蹄內翻足)。

病理未明。病似乎介於中樞性肌萎縮及營養不良性肌萎縮二類之間。其為家族性而發端於兒時等甚似肌營養不良，而其顯纖維性顫搐，手之小肌有受累之趨向，電性反應改變等則又似中樞性肌萎縮。

病間或有由手發端者，然甚罕。大抵上肢之受患每在腿受患後多年始起，際此則手之諸小肌乃受累。此病常顯感覺擾亂，係診斷之要據。纖維性顫搐亦或呈顯。肌之應電激機能大減。如顯後天性雙畸足，則應疑其為此病。

(三) 遺傳性共濟失調 (弗利德來什氏共濟失調)

HEREDITARY ATAXIA (*Friedreich's Ataxia*)

定義 是病係起於幼年，其特殊性狀在病理上為後側索(柱)之變性，臨診上為運動性共濟失調及膝反射喪失，眼球震顫，言語改變及呈畸形之病。

原因 發病年齡。常為二至十歲，或十歲以上；但罕有發身後始患之者。

遺傳 此病常呈家族性 familial，但遺傳者較少；男女均患之。散發病不常見。血緣 consanguinity 關係及父母嗜酒有時認為病之所由發生。梅毒對此病，無甚影響。

病理解剖 脊髓較小，大抵先天如此。硬化分布於
(一) 後索(後柱)，(二) 側索(側柱)：括(a)大腦脊束，(b)小腦束；小腦脊束(直束)及前外側淺束(小腦腹側束)俱有之，(c)背核；大腦脊前束(錐體直束)亦有之。下段受患最重。(Tidy)

症狀 此病之運動共濟失調由腿起，步態傾顛不規則，與醉漢相似，故非真脊髓癱之殊性跨闕步態。冷宰格氏徵(即閉眼難立徵狀) Romberg's sign 顯否不定。臂之運動共濟失調發顯甚早，且甚昭著，而其運動酷似舞踏病類，不規則而且搖擺。

當有意運動時，其舉動似乎過度；手如爪狀，將握物時指張過度。手近該物似乎須躊躇須臾，然後突然作大握。頭及肩亦或顯不規則的搖擺之運動。更有許多患者顯靜性共濟失調狀

static ataxia (猶言文細運動時之運動共濟失調)。例如矗立或伸肢時，則其身體或頭或該伸出之肢作不規則搖擺之動是也。

感覺症狀不常顯。深反射早喪失；除運動共濟失調外，此係最常見且重要之狀。病起時或有巴彬斯奇氏徵。皮反射大抵不變異，而瞳孔反射亦常不受累。眼球震顫係一殊性症狀。視神經萎縮罕顯。足早呈畸形係一奇特之狀，或成馬蹄足，步時僅足之外邊著地。躡趾背面屈曲。脊柱側凸亦常見。

營養性損害少見。病勢漸進行，則癱亦漸劇烈，終則全身就癱。有若干病者，始終不能行走（此係嬰兒期內即起病者）。

言語常受擾，常係遲緩之斷輟性言語。面容每呆鈍；精神大抵不變，惟至病之晚期，則變異。

診斷 苟一家有數人同患，則診斷不難。病起在小兒時期，運動共濟失調之殊異，膝反射之喪失，早顯之馬蹄足，躡趾之異形，脊柱側凸，眼球震顫，斷輟性言語等，足使此病之情狀明確易認。病每易與遺傳性舞蹈病相混，然遺傳性舞蹈病多在三十歲後始發端。

此病纏綿多年，無治療之望。惟有注意防肌之孳縮而已。

(四) 脊髓小腦性共濟失調 SPINO-CEREBELLAR ATAXIA

原因 此係家族性及遺傳性病。常起於十七至三十五歲之人。男女均患之。病甚罕見。僅為小腦徑變性。

病况與弗利德來氏共濟失調關係殊密，且此病與該病間有各種中介病得查見。但與該病之標準類可由下列諸項明別之：(一)遺傳性較強烈；(二)病發較晚；(三)顯膝反射；(四)顯視神經萎縮及眼肌癱；(五)無畸形。(Tidy)

(五) 遺傳性痙攣性截癱 HEREDITARY SPASTIC PARAPLEGIA

(Hereditary Spastic Spinal Paralysis; Familial Spinal Paralysis)

此係一家族性病，惟間或屬遺傳性而病者之先人亦曾患之。共有數類：

(一) 單純痙攣性截癱 此係家族性，一家或有數人患之。軀幹、臂、腦等不受累。

(二) 混合性類 (甲)顯多數性硬化之情狀者；(乙)脊髓側索硬化之類，惟兼萎縮狀；(丙)似遺傳性共濟失調及脊髓小腦性共濟失調之類；(丁)似大腦性兩側癱瘓之類。

此病大多數在七歲至十五歲之間發端，然亦有在二十歲左右始發顯者。一家或有二三四人患之。起於腿，顯痙攣步態及尋常脊髓性癱之各狀，有時或向上蔓延而累及臂，或兼顯多數性硬化或上述之他三類中之一之症狀。男兒患之者較女兒多；或云，約為男八十八女五十一之比例。

病之病理，據近人研究，謂病者之大腦脊側束在背腰部變性。晚期薄束及小腦脊束或受患。

(六) 黑矇性家族癡愚 (薩什氏病)

AMAUROTIC FAMILY IDIOCY (Sachs' Disease)

此係一種奇特之嬰兒性癱瘓。受累之處為中樞神經系統灰白質之全部。症狀如下：(一)精神擾亂，在一二歲時發顯，逐漸進行，以至完全癡愚。(二)不全癱瘓，終則四肢全癱，屬弛緩性，然屬痙攣性者亦有之。(三)有增加、減少或如常之腱反射。(四)不全盲，繼則完全盲(視神經萎縮)。(五)消瘦而至於死，大約在將至二週年之際即死。(六)具顯著之家族性。間有顯眼球震顫，斜眼，聽覺過敏或聽覺不靈者。患者俱為猶太人。

(丁) 腦脊膜病 DISEASES OF THE MENINGES

(一) 硬腦脊膜炎

INFLAMMATION OF THE DURA-MATER (*Pachymeningitis*)

(一) 外層性硬腦脊膜炎 *Pachymeningitis Externa*. 腦類出血多因骨折而發顯。硬腦膜外層之炎罕見。骨瘍之或由中耳病蔓延或由梅毒所致者，係其主要病原。梅毒性類者，顱骨內側變厚極甚而骨與硬腦膜之間或積膿甚多。間或該膿或侵入內外兩層硬腦膜之間，甚或穿透內層而致硬腦膜共蜘蛛膜炎 *dura-arachnitis*。外層炎之症狀甚無定。梅毒性類或有小瘻管與外面相通。腦受壓狀或呈顯，或兼癱，或否，無定。

脊髓類 梅毒性骨病，瘤病，動脈瘤等或兼發急性硬膜炎。所顯之症狀為脊髓受壓之狀。慢性硬膜炎則更為多見，常與結核性脊骨瘍伴發。硬膜之內面或平滑，而外面則粗而有乾酪樣碎塊遮蓋。或腦膜全部皆受累，或僅前面受累。

(二) 內層性硬腦脊膜炎 *Pachymeningitis Interna*. 此分三類，即 (甲) 假膜類，(乙) 膿類，(丙) 出血類是也。前二類不甚重要。硬膜內層之假膜性炎常不能辨認，然余等曾見一甚有殊性之標樣，係肺炎之繼發性受累。膿性硬腦膜炎或隨受傷而起，然由軟膜炎蔓延而起者較多。總言之，硬腦膜與蜘蛛膜之間積膿者實甚少。

(三) 出血性內層性硬腦脊膜炎 *Pachymeningitis Interna Hemorrhagica*. 腦類 此類不多見，惟巨大之救濟院及瘋癲院中時或有之。華盛頓之公立瘋癲院共剖驗一千一百八十五屍，顯內層性硬腦膜炎之真新血管膜類者共一百九十七人，其中屬慢性癡呆者四十五，屬全身性麻痺者三十七，老年性癡

呆者三十，慢性狂者二十八，慢性憂鬱病者亦二十八，慢性癲癇性癲者二十二，急性狂者六，呆鈍者一，而年在七十歲以上者共四十二人。

劇烈之貧血及他種血病或血管病亦或有此損害；急性熱病（小兒腸熱病）間或亦顯之。又滋養不良及有惡病質之小兒或顯此患。

癩理。 在出血之前，每有甚細之新血管膜。病况共有三種：（一）硬腦膜下有血管膜，多非常細薄；（二）單純的硬腦膜下出血；（三）前二病况合併，兼有血管膜及血塊。有時血管膜單獨發生，毫不兼出血，僅係一片厚薄不均之纖維性膜而有大血管界於其間，該血管或枝幹四出，成完美之樹枝形。有時僅有硬腦膜下出血，然此類之中，或其新膜實係被出血所破壞而不可察見者固亦有之。有時血塊成數層，厚三至五耗。膜內或成囊腫。出血之來源大約起於硬腦膜之血管。此硬腦膜下之出血常兼腦回萎縮，或以爲此係此病常隨癩癲（尤以癱性癡呆及老年性癡呆爲然）而起之一種原因。此病又或隨各種惡病質而起，而其所常顯之腦消瘦幾與癩癲病人所顯者同樣顯著。

症狀不定，或且無症狀，而尤以出血之輕微及遲漸者爲然，以是診斷甚無把握。有時頭痛係一主要症狀。若致病之損害在一側，則或致偏癱。對於診斷有助而能表示患中風者出血係在腦膜間之症狀有二：（一）腦內壓力增加之各狀；如脈搏遲亂，嘔吐，昏迷，瞳孔收縮，光反射或遲或喪失等是。（二）逐漸蔓延之麻痺或不全或全而兼大腦外質損害之症狀。然廣闊之雙側性腦膜病或竟不顯症狀。

脊髓類 此類之受累處大抵以頸部爲主（特名肥大性頸部硬腦脊膜炎 *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*），脊髓及硬膜之

相間處被堅固集中之纖維狀蛋白(血絲)組織所佔;此組織係在硬膜內生成。據解剖學而論,此類之情況與腦之出血內層性腦硬膜炎相同。其原因未詳;梅毒祇與少數病案有關係。脊髓大抵被壓;而脊髓中管或擴張(名脊髓中管擴張hydromyelus),更兼繼發性變性。脊髓神經根亦受該新組織之累而被壓並被毀。此損害之廣狹大有等差。或僅限於一脊髓段,然佔頸增大處之一大部分者較常見。有時顯一羣殊性症狀。其根被壓之神經所至之處顯劇烈之神經性痛。大抵以臂及頸部為主,而痛之輕重亦大有等差。或兼感覺過敏,麻刺感覺及微刺痛感覺;苟或顯肌萎縮,則或兼有麻木區。此後則運動性受擾逐漸呈顯;臂漸變弱,而其肌漸萎縮,其萎縮每在一定之肌羣,如諸屈手肌是。伸手肌或不受累,故漸顯爪形手狀。肌萎縮之輕重依頸神經根受累之輕重而異,肩及臂之肌顯極重之萎縮者甚多。此類病況係頸性截癱 cervical paraplegia 之顯學縮,腕屈及標準的爪形手諸狀者。在臂肌顯劇烈之萎縮之前,每顯法國醫界所謂第二期之症狀;例如下肢受累及逐漸成痲痺性截癱是。此第二期症狀係脊髓之繼發性改變所致。

病程屬慢性,纏綿二三四年之久。有少數患者,其症狀雖確為此病,而竟獲痊癒。此病宜與肌萎縮性脊髓偏側硬化病,脊髓空洞病 syringomyelia 及瘤區別明晰。與偏側硬化不同之狀係病初起時項及臂之劇痛;與脊髓空洞病之異點係不顯該病之殊性感覺症狀。惟與若干瘤病,則極難區別;依實際論,此病硬膜內面所生之血絲新層固係環繞脊髓之一腫瘤也。

至於硬膜血腫 Hematoma of the dura mater, 則脊髓無論何處皆可發生;或係徐緩之進行類(即出血內層性硬膜炎),而限於脊髓之頸部而顯以上所述之症狀。此病有時蔓延極甚,而腦硬膜同時患之。或成含血之囊腫。

(二) 急性軟腦脊膜炎

INFLAMMATION OF THE PIA MATER (*Acute Cerebrospinal Leptomeningitis*)

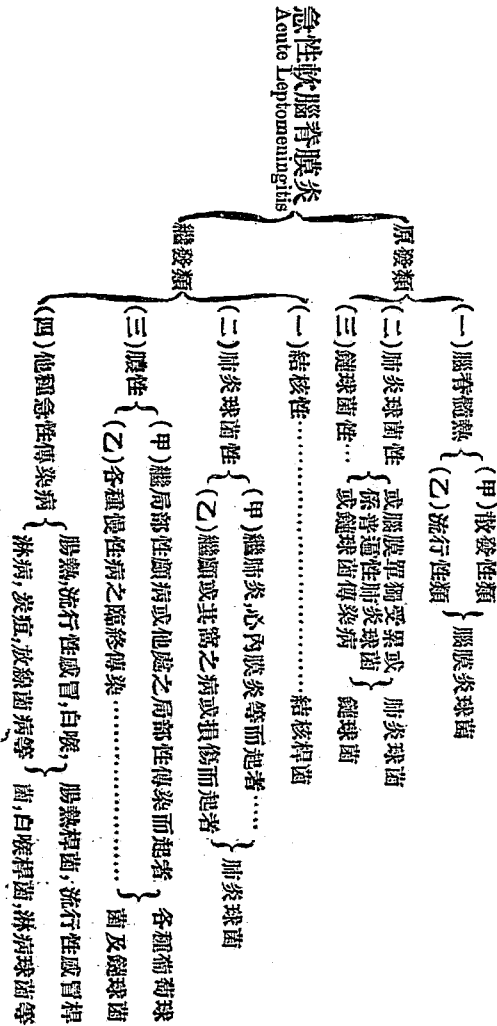
原因 在腦脊髓熱病及結核病二章已詳述兩種最重要之腦膜炎。至於他種能兼患腦膜炎之情況，縷述如下：

(一) **急性熱病**。此中尤以肺炎，丹毒，敗血病為尤易兼患腦膜炎；而痘，腸熱，猩紅熱，麻疹，流行性感冒等病兼有之者，則較少。
 (二) **顱骨之傷或病**。此中之最常見者為慢性耳病所兼之顱骨岩部之壞死。
 (三) **鼻病之蔓延**。例如腦膜炎有時繼探驗額竇時誤穿顱骨，額竇膿病或篩骨之篩板壞死而起。又如在腦脊髓熱病篇所述，傳染性毒可由鼻而傳入是。
 (四) **隨終傳染**。例如慢性腎炎，動脈硬化，心病，小兒之消瘦病等所兼患者是。茲將重要急性腦膜炎之各病原列表如後頁，以便學者研究：

病理解剖 有時主要的受患處係顱底及外質之腦膜。脊髓膜受累之等級大有異同。此病之與肺炎及潰瘍性心內膜炎伴發之類，其受累屬雙側性，而常以外質為限。由耳病蔓延之類，其受累多屬一側性，或兼竇之膿腫或栓塞。至於小兒所患之非結核性類，慢性腎炎之腦膜炎及惡病質類，則顱底之腦膜常受累。繼肺炎而起之類，其膜蜘蛛下之滲出液或甚濃厚而有膿性，腦回全被此液遮蓋。腦室有時亦或受累，然此等單純類（指以上各類腦膜炎而言）罕有顯腦室膨脹及軟化如結核性腦膜炎之多者。其他詳細之病理，可參觀腦脊髓熱章及結核性腦膜炎節。

症狀 外質性腦膜炎無可據為辨別之症狀，以與若干特種熱病之毒素所致之病況辨別。例如所謂大腦性肺炎者，苟非顱底之腦膜及神經皆受累，則其腦膜炎無從辨認，蓋腦膜充血劇烈者亦顯同樣之症狀也。又如腸熱（兼腦膜者甚少）之肌顫搐、瘳及頭仰縮（頸後反張）幾盡伴腦脊充血而呈顯，而非腦膜炎所致。

探知病原上的
 說，係一要事。例如
 中耳病之發高熱，謔
 妄，嘔吐，驚厥及頭仰
 縮者，則甚可疑為腦
 膜炎或膿腫。頭痛
 劇烈而且持續者，係
 一最常見之症狀。
 當病者未昏迷時，頭
 痛常係自覺之主要
 症狀；即在半昏迷之
 際，病者亦或持續呼
 痛而以手撫頭也。
 凡在熱病類（尤以肺
 炎類為然），或不顯
 頭痛。謔妄多早顯，
 而熱高時最顯著。
 眼常羞明。驚厥則
 單純性腦膜炎所顯
 者較結核性類為少。
 小兒之單純性腦膜
 炎或有之。時發時
 退之癲癇性驚厥係
 大腦外質直接受刺
 戟之特殊性狀。顯
 肌強硬，痙攣及頭搖



者較常見。頸肌強硬及頭仰縮係要狀；然不常顯，僅在頸脊髓膜之炎劇烈時常有之。有時或顯牙關緊鎖，磨牙或腹肌收縮。嘔吐係早期常見之症狀，而尤以顛底性腦膜炎為然。大便常秘結。迨晚期，或大小便不隨意。視神經炎之為外質性腦膜炎兼發者罕，然顛底腦膜受累則兼之者不少。顯著之感覺過敏常見。

若干重要症狀係顛底神經之損害所致。或顯斜眼或上瞼下垂。有時面神經受累，致面肌畧癱；或第五神經受損，致面顛麻木區；荷半月節（三叉神經結）受患，則角膜之營養改變。瞳孔初縮小，繼則開大，或大小不均。四肢之反射在病初起時常過敏；繼則或減弱或完全喪失。疱疹常見，而尤以流行性類為多。

發熱常見，大抵不常高，過百零三度（三九·四）者罕。孱弱小兒所患之非結核性軟腦膜炎及腎炎所兼患者，發熱甚微，或且不發熱。脈搏初或增速，然此不常見。而其殊異之情狀係脈搏對於體溫比較的遲滯，此在病初起時即或如是。繼則不規則而更遲緩。此病所顯之迅速的消瘦，係大腦對於新陳代謝的勢力受擾所致。顯叩匿格氏徵 Kernig's sign（詳見腦脊髓熱病章）。病者又或顯布辛司克氏徵 Brudzinski's sign。腰脊刺術對於診斷，甚有價值。脊髓液之糖質減少，或絕無。抽出之液如濁，則係急性非結核性腦膜炎之徵。在病初起時，該液或僅畧濁而已。液濁之程度，症狀之輕重，以及發熱之高底三者有密切之關係。據常例而論，液中多核白血球之呈顯每與腦膜球菌或膿球菌相伴，而液中有單核白血球則係結核性類或急性脊髓灰白質炎之特徵。又結核性腦膜炎之液常清；凡六十九人中，液濁者祇一人。

治法 醫界尙無治法足以阻止急性腦膜炎之病程。冰袋敷頭法可用。病者務宜寂靜臥養。若兼顯耳病，宜即延外科醫士商診。又苟顯腦腦膜炎症狀而又能認明其局部者，則宜施圓錐術。暖浴每三小時一次，可施用。原發性肺炎球菌性類及鏈球菌性類或可就痊。或主張用碘化鉀或汞之大劑，或又謂每日服黑克薩民六十厘 hexamin (urotropin) 4 gm.，係一可試用之治法；蓋能阻止腦膜之菌之增殖也。用腰椎刺術為療法，極有功效，可治止頭痛；有時得減低熱度。

虛性腦膜炎 (腦膜受刺激) Meningismus (Meningeal irritation). 係一具有腦膜炎症狀之病況，但剖檢時却無殊性病理的改變可查見。小兒患急性熱病時，見之最多，患肺炎或腸熱者尤甚，有時則於患醇中毒或中耳病者見之。用腰椎刺術所取出之液常為無菌之清液，而有時則顯細胞微微增加。

慢性軟腦脊膜炎 Chronic Leptomeningitis. 此病除兼梅毒或結核者外甚罕見。在該二病中，其炎每與腦膜及其血管周圍之肉芽瘤相伴而起。症狀依瘤之位置而大異。流行性腦膜炎之病程或甚遲久，然以顯後底類為最遲久，有纏綿一二年者。

(戊) 腦膜脊髓腦炎 MENINGO-MYELO-ENCEPHALITIS

(一) 急性脊髓灰白質炎

ACUTE POLIO-MYEELITIS; POLIO-MYEELITIS ACUTA (Heine-Medin Disease)

定義 此係一種急性傳染病之以神經系統之廣佈損害；為解剖上的特殊性狀而大多數以脊髓灰白質前柱(前角)為損害之特別局部者。故又名脊髓前灰白質炎或脊髓前柱(前角)炎 polio-myelitis anterior.

病史 千八百四十年海內氏 Heine 始辨明此病與其他麻痺之異點。千八百八十七年美丁氏 Medin 始查明此病有廣佈的流行類。近十餘年內，美國及坎拿大有許多地方發生此病，甚為劇烈；英國及歐洲大陸患者之數亦較增。瑞典、挪威及奧國數處所發見者為流行類。千九百七年至八年之間，紐約市患此病者二千人，致命之數約百分之六七。此病在中國，亦有所見。

原因 流行類之情況，甚似腦脊髓熱病 cerebro-spinal fever。散發類各處皆有，時或病數增多而成流行性。然因何種情況而使病數增多，則未之知。病盛行之期，在夏末及秋季。年齡係一種最重要之預因。患者大多數係在發乳齒期內之小兒；是以又名小兒癱瘓 infantile paralysis。流行愈劇烈，則年少者受染愈衆。男女之受患，大抵多寡相同。此病之觸接傳染性似乎甚小；此則與腦脊髓熱及肺炎相似。然其傳染狀況究竟如何，猶未確實查明。

弗雷克斯納氏 Flexner 及其同志查得一種微生物類，係成羣之球形小體，平均大約 $0.15-0.3 \mu$ 。若以培養至第二十次之該微生物接種於猴體，則致標準的脊髓灰白質炎。此傳染物每在腦及脊髓等處及鼻咽分泌、血等液中。病毒可接種於猴，又可由猴與猴互相傳染。此外如小兒之扁桃腺及咽、粘膜，亦或有此傳染毒。

病之傳染，以現今醫界之所知者而論，則大概係直接的接觸染性或間接的夾帶染性二者。

病理解剖 據近今醫界之研究而論，則知此病神經系統之損害甚廣，實不可視為僅係脊髓灰白質前柱受患之病，蓋係瀰漫性腦脊髓灰白質炎之兼腦膜併發病者也。

有時脾增大而淋巴組織全身過長，腦脊髓液常增多，然清而不濁。腦軟膜充血而濕然無滲出物。此病之大腦症狀顯著者則腦回腫而扁平，兼灰白質充血及數處微出血。脊髓之改變甚殊特，脊髓膜濕，軟脊膜充血，有時或微顯毛細血管性出血；剖視之，則切面外凸，灰白質充血而紅，有時紅處僅限於前柱而兼有出血之點。以上所述之改變或僅在脊髓膨大部，或蔓延全部。用顯微鏡檢查，則見腦脊膜之血管周圍被小細胞浸潤，最明顯者在腰或頸之膨大部。此類浸潤蔓延至脊髓裂內而與血管相伴。腦脊膜之受累，就實際而論，較肉眼所能察見之情況更形劇烈，脊髓內之小血管充血而擴張，灰白質內出血，血管周圍被細胞浸潤。其細胞大多數係淋巴細胞。屯集於血管之周圍，成有定之病竈。有時以多核白血球為最多。神經節細胞（大抵係前柱之節細胞）變性而逐漸消失。脊髓之白質亦或有被浸潤之病竈及瀰漫之水腫。致命之類，則延髓及橋腦亦或顯相同之情況，惟其神經節細胞則罕有顯此等劇烈之變性者。

症狀 潛伏期約五至十日之久。在此期內，病者或患頭痛及四肢硬而痛。鼻咽之症狀常見。有時有顫搐狀，甚或驚厥。背及骨或痛。尤為常見者，係小兒晚間睡時似乎無恙，及晨醒則患癱瘓而畧發熱。流行類則顯前驅症狀者較多。

據醫界近年來之研究，則知此病有數類。茲擇要條列如下：

(一) 頓挫性類 Abortive Form. 凡在此病流行之際，一似腦脊髓熱病。有顯受染之全身症狀兼脊髓受惹，而毫無運動系統受擾之情況者。症狀自行退去，而病原成一疑問；苟非在此病流行之際，或且不疑其為此病也。

(二)尋常脊髓灰白質炎或脊髓類 Common Poliomyelitic or Spinal Form. 癱瘓或先輕,或驟發而在極短之時期內即臻極點,顯不規則及不均同之殊性。腿之受累較多於臂。軀幹肌之癱常見。或一臂或兩臂受患,或一臂一腿,或兩腿,又或左臂及右腿,右臂及左腿,毫無定準。凡臂完全顯癱瘓者罕,或上臂之肌或臂下部之肌受累最重,不定;凡官能相同,且其在脊髓內之中樞點互相接近之肌,每同癱。感覺擾亂者常見。此一類膀胱及直腸罕受累。

(三)進行性上行類 Progressive Ascending Form. 急性脊髓灰白質炎有與急性上行癱瘓 acute ascending paralysis 相似者,而尤以流行之際為然;此則每有誤認為上行癱瘓者。癱起於腿而兼一切常有之初狀,繼則上行而累及軀幹及臂;至第三日或第五日之間,顯延髓症狀而死。瑞典曾流行此病一次,在第一星期內死者共百五十九案,其中四十五案為此類。

(四)延髓性類 Medulla Oblongata Form. 小兒之尋常脊髓性癱瘓病中間或有腦神經受累者;而其流行性類則癱瘓或由眼,面,咽或舌之肌而起。病者發熱,而其局部情狀則依延髓橋腦兩處損害之大小及位置而異。瑞典流行病中,僅腦神經受累者共三十四病;其流行於紐約也;此類亦復不少。延髓症狀如增加,則或致命。

(五)腦膜性類 Meningitic Form. 此類甚重要,蓋與腦脊髓熱病相似,每易誤認也。其情狀為一種急性腦膜炎,如患頭痛,頸背強硬且痛,嘔吐,眩暈及昏迷等是。有時初起或為癱瘓,繼則顯腦膜炎併發病。有時或顯驚厥及叩匿格氏徵 Kernig's sign. 最難診斷者為兩病皆在盛行之時;際此則惟有詳細檢查腦脊髓液,始可鑑別。

(六)腦性類 Cerebral Form. 此一類之情狀則為小兒之急性腦炎或腦灰白質炎 acute encephalitis or polio-encephalitis of children. 病之發起驟突,顯發熱,嘔吐及驚厥繼以身之一側或一股癱瘓。致命者甚衆;而其幸獲痊癒者,則顯小兒患腦性偏癱 cerebral hemiplegia 後之常狀。此類散發之急性傳染性腦脊髓灰白質炎 acute infectious polio-myelo-encephalitis 或佔所謂小兒癱瘓之一大部分。

(七)多發性神經炎類 Polyneuritic Form. 此病之散發類多數係尋常類而無痛。是故病者多受痛苦係此病之流行類之一種特殊狀,而尤以與多發性神經炎相似之類為然。病者腱反射喪失,而感覺受擾。受累之肢作痛,動時尤甚,沿神經及肌處受按即作痛;而其癱瘓蔓延,與神經炎相似,受累之處以各種周圍性神經為主,繼以病者驟速消癒。

(八)橫截性脊髓炎類 Transverse Myelitic Form. 隨微熱及身體違和而起,症狀或為橫截性脊髓炎所發諸狀,即弛緩性截癱 flaccid paraplegia. 此類患於青年之二病案,其一完全痊癒,其一則存有極輕之癱瘓。

(九)異常類 Anomalous Forms. 當此病流行之際,異常之類及異常之症狀每每有之。呼吸道之肌或受累甚早。或僅膈肌癱。或膈及咽之肌或肋間肌受累。面肌亦或受累,大抵甚輕;凡九十病中,僅顯面肌癱瘓者五。有一病當入病院時,其癱狀僅為上臉下垂,此外尚有顯奇特之狀況者。曾見一病,顯軟膈之一側癱瘓兼微熱。更有微發熱兼一般肌痙攣及肌強硬或震戰而昏迷者。

腦脊髓液。腦脊髓液常增加,而其液清。或發現多核細胞。並無病原毒。

病程 急性症狀退去後，二三星期中無甚改變，此後始漸就癒。此或繼續至二三閱月之久。病發後數星期，萎縮之狀即漸明顯。病兒年歲漸長而受患之肢則發育較緩，畸形最顯著之處為腿。消瘦之肌顯變性之反應。病之早期，肌失對於法拉允電之反感力。

診斷 凡此病之尋常散發類，大概不難診斷。至於流行類，則臨診之類別甚繁。或似急性傳染病，或似急性上行癱瘓或顯腦膜炎，或似多發性神經炎，已詳於症狀段中。

有若干不易診斷之腦膜炎病或實係此病之散發類，亦未可知；而致小兒偏癱之急性腦炎亦或如是。總言之，此病之症狀非常複雜，故必須詳檢腦脊髓液及血，以為診斷之助。

此病每不易與周圍（末梢）性神經炎鑑別；蓋兩者之癱瘓皆在腿，而兼消瘦及反射喪失，膀胱及直腸或亦受累也，惟周圍性神經炎之音顫感覺 *vibrating sensation* 喪失者（用音叉驗之）較多，且其晚期之電性改變及變性之反應亦可為診斷之憑據。

豫後 致命之數不多，統計各次，平均約居百分之五至十五之間。致命之病常為上行性類，延髓類及腦膜類三者。至於受患之肌，則全然不應法拉允電，係萎縮劇烈之徵。倘該反射未全失，則豫後不危；即使癱重，亦或能退去。

豫防 此病應視為傳染類。病者宜隔離，凡病者及看護者所用之衣物等須施滅菌法，而病者之咽鼻等液尤宜注意。咽鼻等處宜噴濕薄荷冰液。用黑克薩民為預防劑，有時或佳。

治法 黑克薩民每劑五厘至十五厘（0.3—1 gm），有效。熱度高時，一般之治法與急性傳染病相似。患病而痊癒者之血清曾經應用，早用有益。止痛可用鎮靜藥。腰脊刺術可用；如脊內壓大，可繼續用之。受患之肢宜用棉花包裹；倘痛甚，可

用局部鎮靜藥。至於腦膜類，則宜用熱浴法及裹熱布。醫病之早期，不必十分注意於治肌；然至十日左右，即宜用羊毛脂或甘油行按摩法。皮下注射番木鱈素一法，用者甚多，然其功效如何，尚未之知；但確知不宜早用。電療法可用，有扶助肌之滋養之價值。若法拉登電流反應尚未喪失，則可用之；否則可用賈法尼電流。

治肌極為重要。此病之對於肌，罕有損壞其均同力者；故使該受患之肌安置於一自然弛緩之位置，得生理的休息，俾其自己之作用及反對肌之作用同時不作，係第一要法。按摩法不宜早用，宜在病者起坐，能自舉其肢及仰臥能舉其踵時用之。以恒久而緩漸之進程練習其肌，每有大裨益。或用玩物誘導病兒常用其肌，亦係一佳法。至於療治剩餘之畸形後發病，則屬畸形外科療術。

(二) 流行性腦炎 EPIDEMIC ENCEPHALITIS

(昏睡性腦炎，流行性昏睡，流行性腦灰白質炎，感染性腦炎)
(Encephalitis Lethargica; Epidemic Stupor; Epidemic Polio-encephalitis;
Infective Encephalitis; Sleepy Sickness)

定義 為傳染性病，多患在中樞神經系，其顯狀變化無常，特著者為昏睡，腦神經癱瘓（多累第三對），有時亦顯脊髓性及神經炎性之狀。

沿革 關於此病之沿革，據載籍所述，一七一二年曾在德國發見，一八九〇年又發現於歐洲南部，當時謂之 nona。其後一九一七年曾流行於奧國，一九一八年春季流行於英國，有非常之大腦症狀，由朦朧而至昏睡及進行性肌弱暨眼肌麻痺。初時有人以為係肉毒中毒 botulism。其病曾傳播甚廣，在一地

方僅有數人患之，但有時在同一屋內患之者竟有二三人。美國之發現此病在一九一八年年底。

原因 患此病者之數，男與女大畧相同。其與脊髓灰白質炎相反者為患者之年齡多在二十以上。某氏曾分析此二病各一百案，其結果患腦炎而年在二十歲以上者佔百分之四十，而患脊髓灰白質炎在二十歲以下者佔百分之八十。患腦炎之病人中有百分之十五在五十歲以上。此病暴發時，流行區域及其附近之脊髓灰白質炎之數未曾增加，此最宜注意者也。病毒之性質尙未查悉，惟傳遞於猿猴之試驗已經顯然證明。

病理 其病理改變多在中腦及腦底諸核。病處顯血管周圍性之大小單核淋巴球之浸潤，而尤以較小之血管之周圍為最。血管外之浸潤區或成一定之病竈而為目力所能見。所宜注意者，脊髓灰白質炎所特顯之神經節細胞毀滅，此病則無之。又在脊髓灰白質炎所見之野口氏弗雷納氏體 Noguehi-Flexner bodies，此病亦無之。且此病無腦皮質損害，灰白質亦無闊大之損害。總之，其解剖學之損害與見於癩咬病 rabies 及睡眠病 sleeping sickness 者相似。脊髓損害甚輕，其損害與急性灰白質炎者相較約畧相同。

昏睡或由毒素所致，然亦或因視腦之興奮間斷使然。

臨診狀況 臨診狀況頗為奇異，特在昏睡而兼第三腦神經及面神經癱瘓並四肢軟弱者為最。就臨診狀況可分為下列之數類：（一）有全身症狀而無可定患處之病徵者。（二）第三腦神經癱瘓者。（三）面神經癱瘓者。（四）顯脊髓病性現狀者。（五）有多數神經炎性顯狀者。在二、三、四、五、四類有中樞神經系一般紊亂之狀。（六）顯狀甚輕或甚暫者（所謂頓挫性類）。此外尙有他種神經癱瘓為上文所未述者。

潛伏期不定。前驅症狀約歷數小時至一星期，多爲頭痛，昏睡，背部強硬，瀰漫性痛及卡他性狀況。其早症狀中有結合膜炎，且有扁桃炎及頭痛，眩暈。

昏睡。顯此狀者約居百分之八十，大抵係漸起，間有驟起者，有時不甚昏迷，病者易於喚醒；亦有昏睡較重，竟至迷而不醒者。眼肌癱瘓早現，兼有複視及雙瞼下垂。伴以沉昏而爲病之特殊狀況。溫度由一百至一百零四（三十七至四十），罕有發熱至四五日以上或一星期者。有時歷三四日即退而旋即復發。脈與呼吸無何特狀。病勢進行，則病者呈呆而無情之狀。面部皺紋消失，面肌之動作或極難，或左右面部之肌皆癱瘓。瞳孔開大，大抵兩側不一致，第三腦神經完全癱瘓。臂彎曲及顯強直性昏厥 *cataplexy* 者不少。病者喚醒後能作簡單之清醒答語。有時作譫妄。嘗見一人於病之第四星期時發強暴之躁狂，旋即痊癒。語言艱難，且不清楚；此視面肌受累之輕重而定。或發現震顫，顫搦及顯著之舞蹈病狀運動，且綿延至恢復期始退。

感覺性障害罕見。或有疼痛，壓其肌則更顯。有時顯感覺過敏。臂及腿有時癱瘓，或爲單癱，或與延髓性癱瘓併見。各種反射大抵如常，惟在患截癱者則不然；膝反射或暫時失去。有時顯括約肌癱瘓，有嚥下困難之狀者殊爲不少。

其顯全身症狀而無局部癱瘓者似多見之於小兒。其餘則顯第三腦神經單獨癱瘓或與面神經癱瘓併見，並或爲一側或兩側之面神經癱瘓而兼四肢軟弱。有早顯共濟失調而兼眼肌癱瘓者。更有除延髓性癱瘓外並顯多數神經炎之狀者，此皆見於成人。在輕性類，其昏睡及共濟失調之輕者頭痛及暫時性面癱瘓皆罕見。異常思睡而共濟失調極著者曾有一例，其人自以爲係酒醉；其病尙不足以使之淹臥床褥。諸症狀於十日內皆退却。

可疑爲腦膜受累之徵狀頗少。腦脊髓液大抵清，而每坪含細胞(白血球)十至二十(含至一百者罕見)，球蛋白 globulin 縱或增加，其量亦甚微。發見於液內之白血球有單核及多形核二種。

病之期限由二至十或十二星期無定。一百六十八醫案中致命者三十七人，死者大多數有延髓性症狀。餘患中之最要者爲病後癱瘓，與脊髓灰白質炎者相似。痛之震顫或手足徐動症有時纏綿甚久。

診斷：正規之病案，診斷不難。特須注意其腦神經癱瘓之狀。此在輕性類者其期限或甚短。茲將應鑑別之病列舉如下：(一)脊髓灰白質炎，與此病或甚類似，惟脊髓液之改變較爲顯著。(二)精神病之特顯沉悶昏睡或強直性昏厥者。(三)結核性腦膜炎脊髓液內之發見物無特殊性者。(四)急性梅毒性腦膜炎及動脈內膜炎。(五)肉毒中毒。(六)大腦出血，或血栓形成，或與腦炎之某種病案相似。(七)癲癇繼續症狀 status epilepticus。(八)尿毒症。(九)他種腦炎。

療法 病人宜隔離而善爲看護之，且宜設法防免褥瘡。有時須由鼻管或直腸送入滋養物，而特別注意其口及咽之潔淨。腰刺術可減其頭痛。藥物大抵罔效。

(己) 脊髓炎 MYELITIS

(一) 急性脊髓炎 ACUTE MYELITIS

原因 急性脊髓炎之累及脊髓，或有限，或瀰散，不定；或以灰白質之受累爲主，或白質一併受累。就所見者而論，則有以下之區別：(一)爲一獨立性病症；隨受寒或過勞而起，致精力迅速喪失，而顯與急性上行癱瘓相同之症狀。有若干病案常

爲脊髓前灰白質炎之廣布的急性類。又有爲急性出血類兼高熱者；其與他類之關係則無定。（二）爲傳染性病之繼發性病如隨痘症、腸熱、麻疹或淋病之後而起者是。（三）爲外傷之結果；如骨折及用肌力十分過度而致者是。脊髓受震盪而未致骨折，亦或能致此，惟甚罕。例如因火車遇險，受傷而致此病者，實罕有也。（四）因脊骨病如骨蕩或癆而致。但此爲局部的急性橫截性脊髓炎之病原者，較爲彌散性類之病原者多。（五）脊髓本身之病如瘤或梅毒所致；梅毒性病有二類：一則與樹膠樣腫伴顯，此係晚期性類；一則在原發性傳染病發跡後一年至一年半之間即死。

病理解剖 凡局部急性脊髓炎之累及灰白兩質者（例如在受外傷及急性受壓後所致者），脊髓腫而軟膜充血。腦質較常軟；用刀切腦膜時，有半溶解髓質流出。而病勢較輕之類，苟切開患處，則或灰白二質之區別喪失，或其區別極不明顯。有顯急性出血性脊髓炎之徵象者。

症狀（一）急性彌散性脊髓炎 Acute Diffuse Myelitis.

此係流行性脊髓灰白質炎之一類，並有隨梅毒或他傳染病而顯或由外傷或瘤蔓延而致者。此類之發端，雖不似出血之驟突，然有時亦或甚驟；病者或在行路之際突然患此，而不能歸家。有時病起之前，或有腿或腰痛或束帶感覺爲其先驅。更有先顯寒戰或驚厥者；病初起時大抵發熱，每先不甚高而後逐漸增加。

運動官能之喪失迅速，有時與急性升癱運動官能喪失之速相等。所顯之截癱或係完全性；苟其脊髓炎蔓延至頸部，則或致上肢之運動官能亦受累，終則或致完全喪失。感覺亦喪失，惟初起時或過敏。反射初期增加，惟在急性中央性脊髓炎，則除患處以胸頸兩部爲限者外，大抵反射皆喪失。膀胱及直

腸皆癱。營養之受擾甚昭著；肌速消瘦；皮多充血，或且顯局部性出汗。受累之肢之溫度或減低。骹及踵等處或患急性臥瘡；更有顯多數性神經炎者。此病之急性類之全身症狀每漸劇烈，脈搏速，舌乾；有譫妄，發熱增加，甚或升至百零七八度（四十三度）。

病程大有異同。最急性類，五至十日內致命。繼傳染病如各種熱病或梅毒而起者，或不至如是之速。

診斷此一類急性脊髓炎不難。其與急性上升癱瘓及多數性神經炎之相同處係驟速及進行之癱瘓。而其與上升癱瘓之異點，則係感覺之受累較昭著，營養紊亂，膀胱及直腸之癱，迅速的肌消瘦，電性改變及發熱。惟其與多數性神經炎之急性類之區別，則較難；蓋多數性神經炎雖罕顯感覺完全喪失，然其急性類別亦或有昭著之感覺症狀也。惟多數性神經炎之消瘦不如是迅速。又脊髓炎膀胱及直腸罕受累（惟例外之類則亦或受累）；而最要之點則為營養改變，生大泡，臥瘡等等；蓋此皆非多數性神經炎所有者也。

(二) 急性橫截性脊髓炎 Acute Transverse Myelitis. 此類之症狀則依損害之位置而大有異同。

(甲) 胸部之急性橫截性脊髓炎。胸部係最常見之損害位置，顯甚殊特之情狀。病起時之症狀甚無定。或腿先顯痛，或有麻刺感覺及微刺痛感覺。癱或迅速發顯而於數日之內成完全性癱；然有腿之痛，重而呆鈍諸覺為其先驅經一二日者較常見。下肢或患之癱常係全癱；苟其損害在第六胸椎骨之平段，則腹肌亦受累。感覺之喪失或屬完全性，或否。初起時腿有麻刺感覺及微刺痛感覺，甚或感覺過敏。與損害之平段相齊處，每有感覺過敏之帶（此可用熱水盛於試驗玻管，置脊上，漸向下移以試之；玻管達感覺過敏帶時，則病者之熱覺一變

而爲痛)。束帶感覺之發顯或甚早;苟損害在胸背部,則每顯於胸骨尾及臍之間。反射功用之受累甚有異同。初起時反射或完全喪失;繼則由損害處下各脊髓段經過之反射或過敏,而腿顯痙攣性強硬。然此等反射過敏非必常有;蓋患完全橫截性損害,則反射常完全喪失也。至於此完全喪失非原發的腦受震盪所致,則可由該喪失之屬恒久性爲證者也。肌漸變而弛緩,消瘦,且失對於法拉允電之應激機能;括約肌之緊張力亦喪失。癱肢之溫度甚無定。初或升高,繼則降而較常度低。皮之損害不少;臥瘡常見。尿分泌初則留滯,繼則因痙攣而不禁。苟腰脊髓之膀胱中樞受累,則病起時即有膀胱症狀。尿之反應屬鹼性,或速變阿母尼亞性。大便常秘結,且時或不能自禁。

完全橫截性脊髓炎之病程,大抵依病原而異。致命之故或由於病勢之蔓延。若干脊髓段有時或完全且恒久破壞;如此則所患之截癱恒久不癒。損害處下之大腦脊束纖維顯繼發性變性,而後中兩索(柱)則有上行性變性。苟若干下脊髓段受累,則腿或恒久弛緩。有時胸部之橫截性脊髓炎或累及損害處上下之前柱(前角),而致肌弛緩兼消瘦,纖維性收縮及變性反應。而較爲多見者,則係纏綿多月之類,顯或輕或重之肌強硬兼屈膝肌之痙攣或持續的攣縮。

(乙) 頸部之急性橫截性脊髓炎。苟損害在第六七頸神經之平段,則顯上肢癱,多少屬完全性,惟有時肩肌竟不受累。感覺之喪失逐漸呈顯。凡損害處之下,大抵完全患癱;至於僅係臂受累者則甚罕。除上述之各症狀外,尚有數狀,係頸部橫截性脊髓炎之較爲殊性者;例如嘔吐,呃逆,脈搏遲(如僅有二十或三十至是),瞳孔縮小,有時難嚥,呼吸困難或暈厥是。

急性脊髓炎之治法 凡由灰質之彌散性炎或橫截性脊髓炎所致之迅速增重類，最要之治法係十分潔淨，留心看護，使不生臥瘡並不成膀胱炎。苟係康健之人而突顯急性發作，則可在脊柱施杯術。反感刺激法之功效不可靠。冰袋敷脊之法，間或可用。對於急性脊髓炎，無療治之藥；惟病者有顯著之梅毒性者，則應勤用汞及碘化鉀。迨病之晚期，則奎寧，砒，番木鱈素諸強壯劑可用。肌消瘦時，則可施按摩法以維持其營養。病者務宜悉心運動其肌，以助其進步。在病之早期，不可用電治法。若係胸部之橫截性類脊髓炎而腿肌之營養保持原狀者，電治法無效。

(二) 急性上行癱瘓 (蘭的氏癱瘓)

ACUTE ASCENDING (LANDRY'S) PARALYSIS

定義 此係無脊髓灰白質炎或多數性神經炎之一種上行弛緩性癱瘓。

原因及病理 患此病者以二三十歲間之男女為最多。有時或繼特殊熱病而起，前已述過。流行性急性脊髓灰白質炎之進行性上行類所顯之臨診情狀與此病相同。某氏就一驟速致命之病人屍體查見周圍神經中有毀壞之改變，並於前柱(前角)之細胞體中見有與此相應之變異。故以為此病之毒性物累及下運動神經單位全體。顯病人每無損害可查見，故醫界又認為此係一種官能性病。

症狀 逐漸進行而常不急進之腿弱，係最先顯之症狀。有時在數小時內腿之癱已完全呈顯。次為軀幹之肌受累；在數日內，甚或更速，已達於臂。再後則累及頸肌，終則呼吸肌，吞嚥肌及言語肌皆受患。反射喪失，然各肌皆不消瘦，亦不顯電性改變。感覺症狀則大有異同；有時或有微刺痛感覺，麻刺感

覺或感覺過敏。然殊性類則感覺既不喪失，括約肌亦不受累。脾增大者時有之。延髓症狀或早現。更有顯急性下行癱之情狀者。病程大有差異。或於二日之內即致命；或纏綿一二星期之久。結局多數致命。

診斷 診斷甚難，而與若干多數性神經炎分辨尤難；苟將感覺受擾之類亦歸入此病，則直與多數性神經炎無從區別。惟此病之迅速增重之運動性癱不兼括約肌受累，不消瘦，不顯肌之電性改變，不顯營養損害及不發熱諸情狀，已足與急性中樞脊髓灰白質炎或脊髓前灰白質炎 anterior poliomyelitis 辨別。然而能持此等情狀以與若干多數性神經炎別辨否，則尚係一疑問。至於急性脊髓灰白質炎之顯與此病相同之症狀者，則據其流行性而下診斷或不甚難。

(三) 變性脊髓炎 DEGENERATIVE MYELITIS

共濟失調性截癱 (合併性後側硬化)

ATAXIC PARAPLEGIA (Combined Posterolateral Sclerosis)

共濟失調性截癱由於脊髓之後索(柱)及側索(柱)之併合病所致，故又名後側硬化。脊髓後側索(柱)硬化見之於(一)弗利德來什氏共濟失調(即遺傳性共濟失調)，(二)脊髓小腦性共濟失調 spino-cerebellar ataxia，(三)脊髓之亞急性合併變性 subacute combined degeneration of the cord，(四)梅毒性脊髓癱瘓(即痙攣性癱瘓 spastic paralysis)。此外亦見之於陪拉格拉 pella-gra 及麥角中毒。間有見之於脊髓癆及麻痺性癡呆(全身性麻痺) dementia paralytica 者，惟甚罕。

症狀 損害限於脊髓後索及側索者則有共濟失調及痙攣性截癱合成痙攣性共濟失調 spastic ataxia 之併合症狀。初

發現於腿部，而有強硬不穩定極易疲勞等現象，繼則臂部亦受累。

遺痕既成，則顯下列諸狀況：（一）軟弱。（二）肌強硬。（三）深反射增強；膝反動而有踝關節陣攣，足底起反應而其趾伸（巴彬斯奇氏徵）。（四）運動性共濟失調，閉目時更顯，即步態踉蹌，兩腿展開。（五）感覺如常。（六）瞳孔如常。（七）括約肌如常，或嗣後受累。（Tidy）。

（四）脊髓受壓（受壓性脊髓炎）

COMPRESSION OF THE SPINAL CORD (*Compression Myelitis*)

定義 此係因受徐漸之壓而脊髓功能擾亂之病。

原因 脊骨瘍 *caries*，贅瘤，動脈瘤或寄生物皆係徐漸受壓之要原。脊骨瘍（披忒氏病 *Pott's disease*）則大多數屬結核性。受壓性癱之由此而致者，多兼角形彎曲。脊髓之受累，係由於硬脊髓膜外層炎或膿腫，並間或有直接因骨碎而起者。有時顯結核性硬脊髓膜炎而不兼骨瘍。又結核性骨瘍所顯之截癱有時或不致脊髓畸形；此類甚難辨認，常因硬膜內之結核性物之壓而致。又截癱有時係因繼發性脊髓炎而起。間有因梅毒或喉病之蔓延而起者。此病在兒時發顯者最多，然成年後患之者亦或有之。外傷亦能致此病。胸及腹之主動脈瘤之在腹腔動脈（腹短動脈）鄰近處者，間或亦能壓脊髓。惡性瘤有致受壓性截癱者。腹膜後之肉瘤或何杰金氏病之淋巴瘤或侵入脊椎。而因乳腺硬癌所致之繼發性脊椎受累則較常見。至於寄生物，則包蟲及豚囊蟲間或生在脊管內。

症狀 此病之症狀可依受累之處如脊骨、神經及脊髓三項而分述如下。

(一) 脊椎症狀 患惡性病及動脈瘤，有時脊椎被蝕而不致脊柱呈畸形。致命之出血或隨椎動脈被蝕而起。患骨瘍，則脊柱多少呈畸形，甚或致角形脊曲。脊髓受壓之直接由於脊曲所致者少，大抵係因硬膜增厚及乾酪樣物或炎後之產物之屯集於膜與病椎之間所致。受累之脊椎之突棘（後峯）每顯觸痛，且轉動或震動時亦痛。有時雖或有蔓延之結核病，而不致畸形，其在頸段者尤然。凡在動脈瘤類或贅瘤類，痛係常有而且困苦之症狀。

(二) 神經根症狀 此係脊髓神經根在脊椎間受壓之結果。患骨瘍，即使病勢甚蔓延而畸形甚劇烈，然致神經根受壓累而顯放射痛者甚少。惟脊痛之繼乳腺痛而起者，則痛較常見且甚劇烈。有時皮膚或有劇烈痛區，然此等區之觸覺及痛覺則已喪失。更有顯營養性受擾者，而尤以疱疹為常見。若神經前根受壓，則或致該受累神經所敷布之肌消瘦。此則為頸腰二段有病時所常顯。

(三) 脊髓症狀 (甲) 頸部：骨瘍之顯於第一第二兩椎骨之間或第一椎與枕骨之間者不少。此類或兼有咽後膿腫而致吞嚥困難。頸肌或顯痙攣而頭僵，或不能動，或動則痛。

病在頸下部者，則睫狀體脊髓中樞 cilio-spinal center 或有受擾之徵而瞳孔開大。間或一側之面及耳或發紅，更有患一側性出汗者。畸形較少見，而其痊癒者或生極廣闊之骨痂（接骨質）而致頸部完全強硬。

(乙) 胸部：此類所顯之畸形較昭著而受壓症狀亦較常見。癱狀發顯之遲早大有異同。或為早顯之症狀，有時或且較脊彎曲尤早顯。然為晚期之症狀者較多，每在脊曲後數月始起。此等截癱，其發生每徐漸；病者初覺腿弱，或感覺受擾，如有麻刺感覺，微刺痛感覺等是。腰束帶感覺或甚昭著，或肋間

神經大痛。運動性受擾大抵較感覺性受擾為早顯。所患之截癱常屬痙攣性類，而兼反射過敏。反射喪失之為骨瘍性受壓所顯者甚少，蓋損害之屬完全橫截性者甚少也。此等癱雖或纏綿數月甚或年餘，尙有可以完全治癒者。

(丙) 腰部。胸下部及腰部受累所顯之症狀，大抵與胸部所顯者相同，惟兩括約肌中樞受累而反射不過敏。

(丁) 脊髓之舊損害。因骨瘍之隨傷而起者，硬膜或大增厚，脊髓狹窄而被包於癥組織。

診斷 X光線照影法最為重要。骨瘍係致脊髓受壓漸之壓之最常見之病原；苟脊柱有外顯之徵，則辨認自易。但有時脊管內硬膜及骨之間有滲出物，致在毫未顯骨瘍徵之際，脊髓已受壓；如是之病，苟無神經根症狀，則極難定診斷。或以為不昭顯之骨瘍則以纏綿之腰痛為重要症狀，在受外傷之後尤然。李郎碎卡耳氏癱 Brown-Séquard's paralysis 之由瘤及外傷而起者較起於骨瘍者多。神經根受壓之由惡性病而致者亦較起於骨瘍者多。脊硬膜炎之頸部類亦能致受壓性癱。在用手術治乳腺癌後數年之內而有脊椎症狀繼起者，則可疑為繼發性癱所致之受壓。此等繼發性脊椎癌所致之截癱及腹膜後瘤所致之脊骨被蝕兩者痛最劇烈。

治法 動脈瘤或遷徙性瘤所致之受壓，無治癒希望。前者之痛或不烈，後者則常須用嗎啡治之。骨瘍所致之受壓，多能治癒，即使癱狀發顯後已纏綿甚久亦然。苟早定診斷，使病者臥養，且設法扶助其脊柱，或可阻止截癱之發顯。苟截癱已成，則臥養及牽伸法療治，最有希望。醫士須知脊髓受壓雖或已歷數月或一年之久，果用合宜之治法，或可治癒。各治法詳外科書，茲從畧。至於骨瘍之一般治法，則與結核之治法同。

(庚) 瀰散性硬化病 DIFFUSE SCLEROSES

概說 中樞神經系統之支持組織爲神經膠質。由外胚葉(胚胎之原膜外層)而成;特具形態上及化學上的殊性。腦膜係由中胚葉(原膜中層)而成之真結締織所成。該結締織之一小部分隨血管而入腦及脊髓。中樞神經系統之病演雖以屬神經膠質者爲主,然結締織之改變亦甚重要。因便利起見,腦脊硬化可分爲(一)變性,(二)炎性,(三)發育性之三類。

變性硬化 Degenerative scleroses. 此係最常見最重要之類。亦可分三類: (一)尋常繼發性華氏 Wallerian 變性;此係隨神經纖維斷而與其營養中樞隔絕以起。(二)毒性變性,如鉛中毒,麥角中毒等所致之硬化是;而其最重要者爲脊髓後索硬化之由梅毒所致者。(三)與小動脈及毛細管等之改變伴起之硬化;此係腦回之老年性改變。

炎性硬化 Inflammatory scleroses. 此類較少見;屬繼發性,繼瘤,外物,出血或膿腫所致之刺戟性炎而起。

發育性硬化 Developmental scleroses. 醫界認此類爲純粹的神經膠質病;例如脊髓空洞病所顯之中管周圍贅瘤及法國醫界所述之弗利德來氏共濟失調之脊髓後索(柱)硬化是也。

依解剖而論,分以下各類:

(一)粟粒形硬化 Miliary Sclerosis. 高耳氏曾報告察見一此病病案云,灰白二質之交界處有灰紅色斑點,而其神經膠質增加更有一類,則腦回之上面有小結節性凸;該凸之直徑自半耗至五耗或更大不等。

(二)瀰散性硬化 Diffuse Sclerosis. 此類或累及腦半球之全部,或僅累及一葉,而爲癡愚之人所患者爲最常見。半球之廣闊外質硬化常兼腦室擴張。此病之症狀每依受患之部分

而異。有時硬化頗廣，或竟無症狀，精神或亦不受擾。然大多數顯偏癱或兩側癱瘓，而兼癡呆。

(三)結節形硬化 Tuberos Sclerosis. 腦回上有滯白色堅硬之結節性腫塊。此類硬化並不擾亂腦回之對稱均式，僅致劇烈之增大，密度增加及顏色變異。病者常顯呆鈍及癩癩狀，而不癱瘓。

以上所論三類，除瘋癲院外，與尋常行醫者無大關係，惟下列一類係一極重要之特殊性病。茲另述之。

多數性腦脊髓硬化 (又名島嶼形或播散性硬化)

MULTIPLE CEREBRO-SPINAL SCLEROSIS (Insular or Disseminated Sclerosis)

定義 此係腦及脊髓之一種慢性病，其特殊性為神經膠質置換神經正組織(輕重不一)之區。病在腦或脊髓，不定；然兩處皆受累者較常。

原因 病原尙未確知 或以為與傳染病有關係；而病起之前曾受外傷者亦有之。患之者小兒及女子最多。有時或一家有數人受惠。

病理解剖 硬化之區汎列於灰白二質，而以在腦室附近及橋腦，小腦，腦底神經節及延髓等處者為最常見。有時脊髓之受累或甚輕，然亦有硬化區甚多而汎佈脊髓全部者。頸段每係受患最甚之處。神經根及脊髓馬尾之枝多受累。髓鞘變性，惟其軸突存留不壞頗久；因是之故，竟有誤認此無鞘之軸突為新生之神經纖維者。隨此而顯者為神經膠質過長，其纖維密而且堅固。繼發性變性雖係一比較之少見之情狀，然固時有之。

症狀 發病緩慢，屬慢性。病者之情感每異常，甚或呈希司忒利亞性。病發前，或有暫時癱瘓或疑似之希司忒利亞狀。腿弱兼不規則之痛及僵硬係早顯之症狀。就實際論，其臨診情況或與痙攣性截癱所顯者相似。以下所述係最重要之情況。

(一) 隨意顫 又名 動作顫 Volitional or intentional tremor. 臂不顯軟弱，但在取物或握物之際則顯震顫。病者甚或不能舉杯至口。顫顯著之處有時在腿，有時在頭，行時頭顫動。躺臥時，肌或不顫動。迨一舉首離枕，則顫即顯。

(二) 間斷語言 (斷啞性言語) Scanning speech. 出言遲而斷，或每出一音時額外增高。此皆係常見之病狀。

(三) 眼球震顫 Nystagmus. 兩眼球急顫為多數性硬化所患者，較他種神經系統性病特多。

大多數感覺不受擾。視神經萎縮或早顯，但常為部分的，致全盲者甚少。括約肌大抵須至晚期始受累。精神虛弱者不少。在病程內，或有奇特之病緩解期(間減期)；屆此期內，各症狀或皆減輕。眩暈係常見狀；或突顯中風狀，此與全身性麻痺所顯者相似。伸趾反射顯(巴彬斯奇氏徵 Babinski's sign)而腹肌反射不顯，係常見之情狀。總言之，此病之症狀無常，因硬化之處無一定也。

診斷 易於診斷之三要狀為腹反射喪失，腹肌軟弱及視神經盤顫側之蒼白。又隨意的顫，間斷語言，眼球震顫三者係此病之殊性症狀，但此三狀較彼易於誤認之不規則類為少。震顫麻痺，若干全身性麻痺，間或希司忒利亞，有時與此病頗相似。在神經系統之各種機質性病中，惟播散性硬化早期最易誤認為希司忒利亞。凡辨別此二者之要點，即視神經萎縮，眼球震顫，膀胱受擾(此不常顯苟顯之則殊有助於診斷)及隨意

顫是也。希司忒利阿所顯之顫非隨意的，但兩病或同時發顯。又醫界曾有報告此病有時有屬一側性者。若病已入晚期，而醫士始作第一次之診察，則診斷極難。

假硬化 Pseudo-sclerosis. 此係一罕見之病，酷似多數性硬化。病者未死時能認明者不多。精神之改變較顯著，顫亦較劇烈，眼球震顫不常顯；而其步態之屬共濟失調性較劇烈。此病之發顯早，有時在十歲以前，而剖檢時大多數不顯損害。

豫後 結局不佳。終至或因兼患他病而死，或臥牀不起。曾調查二百案，其平均時限為十二年；三案得就癒。

治法 腦硬化無治法。碘及汞皆無功效，惟可試用砒之長期治療。避免身體及精神上之疲勞，係一要事。在急性期中，尤宜靜息。

(辛) 脊髓之彌散性及竈局性病

DIFFUSE AND FOCAL DISEASES OF THE SPINAL CORD

(一) 局部診斷 TOPICAL DIAGNOSIS

根據脊髓損害所顯之症狀以從事診斷，不僅可多少辨明損害在何段，且可辨明受累之段之橫截的範圍之廣狹。凡由外傷或病症而致之損害或有界限，而累及該段之灰質或累及由此灰質經過之神經纖維束；或其損害較為廣闊，而累及該段橫截之全體；此外更有脊髓之一側全部受累者。凡診察時宜有一定之手續，蓋每一種原因皆或有決定損害之特殊性狀及位置之價值也。茲將應留心審察之要點列述如下：(一) 自覺的感覺 (主觀的感覺)；此則尤以痛之位置及特殊性狀為重要，例如脊髓神經後根受壓而致之射痛是也；(二) 病者之 姿勢，例如頸段受損而致之臂之姿勢及呼吸之特殊性狀(是否屬膈性)

是；(三)運動性症狀，如患癱之肌羣及其電性反應是；(四)感覺性症狀，如察驗觸覺，溫度覺，痛覺，肌覺等等所得之情況是；(五)反射之情況，如察驗臄，皮，瞳孔，膀胱，直腸等反射所知之病象是；(六)皮之表面溫度及其或乾或濕之情況，此可證明血管運動中樞之癱(參觀第九百零六至九百一十一等面之表及第三十二三十三圖)。

竈局性損害 Focal Lesions. 吾人已知一損害之累及脊髓灰白質之一定部者，因下運動神經核之細胞體被破壞及該細胞體之軸突繼之變性，而致若干有定的運動力喪失。例如前柱(前角)性脊髓灰白質炎或僅顯弛緩性癱瘓為其一單獨症狀，而其損害之位置則因受累之肌而可認定。又如有因外傷或病症而致之損害而其受累不僅在灰質，設或兼累及鄰近之大腦脊束纖維，則除顯灰質受累之症狀外，每兼脊髓下部之中樞所管轄之肌顯痙攣性癱。此等癱之程度，則依大腦脊束損害之廣狹而異，自屈膝肌畧顯軟弱以至於該損害下之各中樞所管轄之肌完全成癱者皆有之。設或又兼累及脊髓之傳入徑，則除運動性癱外，更兼顯感覺症狀。此則或僅兼顯痛覺及溫度覺二類受擾，或更兼觸覺受擾不定。然非劇烈之損害，則觸覺罕受擾，受擾之感覺之上界多能表示病在脊髓之何平段，而尤以其在胸部之平段者為然；此處之運動性癱之平段實不易証明也。凡脊髓之機質性損害所致之皮性麻木，不常高出第二肋及肩頭，蓋此二處係第四頸脊段所管轄之皮區也(見表第九百七十四頁)。然因膈之主要中區在此頸脊段內，故若此處有足致感覺紊亂之損害，則或且致運動性癱而將對於呼吸之緊要運動全然阻止。又凡可證明之麻木區上界或不似損害之平段之高，亦須謹記。此蓋因各段皮區之交界處有官能的共管區域故也(例如甲、乙兩段皮區之交界處其官能

之管轄該兩段皆有分故曰官能的共管)。而此官能的共管區域(重疊),則關於觸覺者較痛及溫度兩覺為昭著。此外則麻木區上有感覺過敏之狹帶。

完全橫截性損害 Complete Transverse Lesions. 當橫截性損害累及該平段之全部,而脊髓下部完全與上部離絕時,則脊髓受損之平段以下所管轄之感覺及運動完全喪失凡髓之中樞在下部者,則其反射喪失(窠局性損害則反射多增加)。所顯症狀如下: (一)受損之平段下之各肌皆顯弛緩性癱(痙攣性癱係非全部性損害之徵)。(二)脊髓下部各段所管轄之膝反射及他深反射恒久喪失;此即巴斯天氏症狀Bastian's symptom。(三)癱肌迅速消瘦而兼法拉兌電應激機能喪失。(四)大小便括約肌之緊張喪失;且兼遺尿。(五)受損之平段以下之皮完全麻木,而感覺過敏帶則較罕見。(六)單獨留存之自動作用係間或存在(大抵畧減)之幾種皮反射,例如激蹠反射則躡趾後仰而應是也。

偏側性損害 Unilateral Lesions (李郎碎卡耳癱Brown-Séquad Paralysis. 運動性症狀之隨限於脊髓一側之損害而顯者,則以體之相同之一側為限。在受損之平段,因下運動神經單位之細胞體被破壞,故有弛緩性癱及肌萎縮(此等肌之神經中樞即在此平段)可以察見。又因大腦脊束變性之故,凡其中樞在下平段之肌亦癱,惟其尋常之電性反應不失,僅顯痙攣而不甚萎縮。

感覺症狀甚奇特。在損害之側與脊髓受累之平段相符者,有各種感覺皆喪失之麻木帶。惟此帶之下,則痛,溫度,觸諸覺皆如常。更有感覺過敏者。肌覺紊亂。大小覺,軟硬覺,輕重覺及形式覺亦受擾。損害之對側之幾與該平段相齊處之痛覺及溫度覺完全喪失,而其觸覺亦或遲鈍。

下列之表係述明脊髓之完全一側性損害之症狀之分布情況者。

皮感覺過敏帶 皮感覺麻木帶 癱兼萎縮之下運動段類	損害	
癱之上運動段類 皮之感覺過敏 肌覺及相連之感覺受擾 反射作用先減後增 表面溫度增加		肌力如常 皮之痛及溫度覺喪失 肌覺如常 反射作用如常 溫度與在損害上者同

此併合症狀常於脊髓之梅毒性病、瘤及刺傷諸病見之，而為脊髓空洞病及出血入脊髓所顯者亦不少。總言之，凡損害之恰限於脊髓一側者實不多見，因是之故，所顯症狀每與此表畧有差異。

脊髓馬尾及脊髓圓錐之損害 Lesions of the Cauda

Equina and Conus Medullaris. 脊髓圓錐從第二腰椎之上緣處起，至齊該椎下緣之上處止。馬尾隨圓錐下行，為第二腰神經及以下之腰骶諸神經所組成。

損害之原因約分下列之數種：（一）腰椎或骶椎骨折或脫骹，此則或致出血而壓迫之，是為常見之原因。（二）脊神經根或脊髓神經膜又或椎骨發生腫瘤。（三）梅毒樹膠樣腫性脊膜炎，此則間或致之。（四）脊髓炎。（五）鎗彈傷。（六）馬尾內神經之神經炎。

馬尾之損害 症狀視損害處之高下及受累之神經而有異，且多係顯於一側。其特殊情況如下：（一）麻木限於臀部，會陰、陰囊及尿道區而有鞍式麻木 saddle-shaped anesthesia 之稱。（二）神經區疼痛。（三）顯下肢運動神經單位式之癱瘓。此

則該肢有弛緩無力速行消瘦,反射運動喪失等狀。尋常在膝以下及臀部。但倘損害處在第二骶神經根以下,則無下肢癱瘓之狀。(四)括約肌癱瘓,因是膀胱及直腸不能收閉。(五)性慾機能喪失。

脊髓圓錐之損害 與馬尾下部在第二骶神經以下之損害相似(其反射存在膝關節以下之諸肌未受累),但尋常則馬尾亦有一部分同時受害。其麻木區域或漫散不相連屬,惟疼痛大抵頗輕。

診斷 可據損傷之表徵及感覺運動二種神經分布區之變異診斷之。括約肌受累,且有兩側癱之症狀,可與坐骨神經痛鑑別。

治法 倘非屬梅毒性,宜施外科療法。(Tidy)

(二) 血管之病患

AFFECTIONS OF THE SPINAL BLOOD VESSELS

(一) 充血 CONGESTION

除質性脊髓炎外,吾人所見脊髓充血甚少。如有之,則其充血常以灰質或一定部爲限。至於白質,則即使在發炎時,亦鮮充血。灰質多顯淡紅色,除脊髓炎者外,顯深紅色者罕。吾人對於脊髓充血之病理解剖,既不甚確知其情況,而對於臨診的情況尤然,蓋毫無特殊性狀足憑也。

(二) 貧血 ANEMIA

此亦無特殊性狀。脊髓之貧血雖甚劇烈,亦或無症狀。例如萎黃病,罕有表示脊髓有病之症狀;至其四肢發重及微刺痛感覺,亦非特與脊髓貧血相伴而起者。縛主動脈後,每致劇

烈之貧血。縛後數分鐘，即致截癱。兩括約肌亦癱，惟較緩。剖驗致命之狗之屍，脊髓下部之細胞體劇烈變異兼變性。此一情況與劇烈充血（常係胃及子宮）後間或繼起之迅速進行的截癱相似。此癱或立刻發顯，或須經七至十日始發顯，大約係神經成分之解剖的改變所致，與縛主動脈之結果相同。

(三) 栓塞及血栓形成 EMBOLISM AND THROMBOSIS

脊髓動脈被栓子所塞者罕見。小血管血栓形成之與動脈內膜炎有關係者，每為急性或慢性脊髓改變之要項。

(四) 動脈內膜炎 ENDARTERITIS

剖驗五十歲以後之人，每每察見脊髓血管之硬化，此甚可駭異。共有二類：（一）結節性動脈周圍炎或結節性動脈內膜炎；與梅毒或脊髓膜之樹膠樣腫伴起。（二）閉塞性動脈炎；此則內膜大增厚，而動脈孔窄狹，受累處以大中兩屬動脈為主。粟粒形動脈瘤或大血管之動脈瘤之發生於脊髓者罕見。橫截性截癱或因脊髓血管之痙攣或其他改變而起。患顯著之馬尾神經炎者有動脈硬化之顯著症狀。

(五) 脊髓膜出血又名脊髓膜積血

HEMORRHAGE INTO THE SPINAL MEMBRANES—HEMATORRHACHIS

患脊髓膜性中風病者，血或在硬膜及脊管之間，名膜外性出血；而血在硬膜內者，名膜內性出血。

膜外性出血 Extra-meningeal Hemorrhage. 此常係外傷所致。所滲之血或甚廣闊，而無脊髓之受壓患。該血由硬膜周圍之大靜脈叢而來。動脈瘤破裂入脊管，或致劇烈而迅速致命之出血。

膜內性出血 Intra-meningeal Hemorrhage. 此則由外傷所致者較膜外性類少,然患者則較多。苟係直接因脊髓膜本身之病原所致者,大抵不劇烈。散列之出血隨急性傳染病如惡性痘症等而起者不少。因驚厥性病如癲癇,破傷風,番木鱧素中毒等而死者,亦或有此種出血。而其出血區域最廣者,則係由腦底(或腦底動脈或頸脊動脈)之動脈瘤破裂而來之血。腦室性中風之出血或經由第四腦室(小腦前房)而入脊髓膜間。顱骨折(尤以顱底之骨爲然)所致之出血幾皆流入脊髓蜘蛛膜下之空間;此可用腰椎刺術抽出血樣液以爲證明。此法對於診斷大有價值。此外尚有脊髓膜出血之上延至腦者。

症狀 出血不甚劇烈者,症狀或輕而無定。脊髓症狀可用腰椎刺術診斷;其受壓而流出之液體有出血之徵。非外傷性出血或突起,或在脊部顯不舒適之感覺後一二日始起。據常例而論,起病大抵驟突,而顯背部尖利之痛及脊髓神經受惹之狀。或兼顯肌性痙攣,或突然顯癱(或限於腿,或臂及腿俱癱)。間或癱之發顯較遲緩,且係不完全類。不顯大腦受擾之徵。臨診情狀則當然因出血之位置而大有異同。苟病在腰段,或僅顯腿受累,反射或喪失,膀胱及直腸之作用受惠。苟病在胸段,則顯或輕或重之完全性截癱,反射大抵保存,而胸段脊髓神經顯受擾之徵,例如束帶感覺,痛及間或發疱疹是。苟病在頸段,則臂及腿或皆受累;更兼呼吸困難,頸肌強硬,並間或顯瞳孔症狀。

病之結局,依出血之病原而異。外傷性類有可治癒者;隨傳染病而起者亦然。

(六) 脊髓出血又名脊髓血腫

HEMORRHAGE INTO THE SPINAL CORD; HEMATOMYELIA

此病因外傷而致者最多，故脊髓內出血為男子在少壯時期所患者亦最常見。此外如因受寒、受濕或破傷風及他驚厥性病而起者亦有之。又出血或與瘤、脊髓空洞病或脊髓炎相伴而起。總言之，因跌打等而脊髓直接受傷害，係最普通之病原。頸突然受劇烈之屈折（多數不兼脊骨折及脫臼）係致出血最常見之先驅損害。因是之故，受損之平段最常在脊髓之下頸部。大戰中，此類病症極多。

病理解剖 出血之廣狹甚有異同，自一小竈局性血外溢以至於柱形之出血延至損害之上及下頗遠者皆有之。原發之出血在灰質，而受惠最甚之處亦每在此，而其周圍之白質徑或因出血而薄並破裂。

症狀 因脊髓一側之受累常較他一側重，故李郎碎卡耳氏症狀羣 Brown-Séquard syndrome 常見。病起時症狀甚驟突：病者患感覺過敏及癱，癱逐漸變成痙攣性，而在身之一側最明顯。感覺之喪失，大抵係痛覺及溫度覺二者，而以體之對側為最明顯。甚困苦之感覺過敏（常為覺微刺）或持續發顯多日，但顯急性神經根痛（放射性痛）者甚少。又此病既以在下頸部者為最常，故除以上所述症狀外，常顯臂類癱瘓而兼脊最下頸段及第一胸段所管轄之肌弛緩而萎縮之癱。有時出血在較下之脊髓段，腰膨大為最多數下頸段之次多數的受惠處。所顯之癱，依受惠之脊髓段而異。

此病或致命甚速，苟其出血屬雙側性而上延頗高，並累及腦中樞者則尤然。然完全復原者終較多，更有上肢畧留癱及不完全性感覺喪失者；此等遺留之患依原來損害之局部而異，故有為腿痙硬者。

診斷 因外傷而致者，診斷較易，然以確實證明為要；蓋有因誤認為急性受壓而施外科手術者也。又留存之症狀，有時頗似脊髓空洞病。

治法 宜完全靜養，務以少擾病者為至要。又須留意看護皮膚及膀胱，使不至成臥瘡及膀胱炎。癱肌之法如電療，按摩或被動性運動法，必須在出血後六星期始可施用。

(三) 脊髓及其膜之瘤

TUMORS OF THE SPINAL CORD AND ITS MEMBRANES

(一) 脊髓空洞病 SYRINGOMYELIA (*Gliosis of the Spinal Cord*)

定義 此係一脊髓之慢性病，病理上以近中央管處神經膠質生贅生物及有窩為特徵。臨診上以不相連屬之麻木，營養改變及肌萎縮為特徵。(Tidy)

是病須與脊髓中管擴張(即脊髓水腫 *hydromyelia*) 嚴別之。

病理解剖 受累處常在頸背兩部。有三種情況：

(一) 為彌散性神經膠質過多，或在一平段為一明定之瘤，該質由此蔓延數吋，致脊髓增大。(二) 為管狀窩，上下蔓延之距離遠近不等，患處大抵在脊髓後部，有時僅累一柱(角)。此項病演致形成窩之情況各不相同。例如或因出血或因栓塞性變性而成是也。(三) 為脊髓他部因受壓而致之變性改變。

症狀 患者男子較多；凡一百九十人中，男子佔一百三十三。病大多數發在十三歲以前。曾有報告一家有三人患之者。症狀甚為複雜，因病之位置及範圍而大異。至其標準類所顯者，則其病初在下頸部而現下列諸狀：(一) 下運動神經單位受累，兼手及臂之肌之進行性萎縮，有時有纖維性震顫。標

準的爪形手或有所見。苟病進行，則致錐體束之變性兼痙攣性截癱，故其臨診症狀或與肌萎縮性脊髓側偏硬化相似。

(二) 感覺改變：(甲)有神經根類之痛，二臂尤甚；(乙)具脊髓空洞病性感覺之解離，此則觸覺及肌覺大抵如常，而痛覺及溫度覺則喪失。溫度覺之喪失或早顯；病者之指或竟為捲煙所焚而不自知。

(三) 營養改變：如破壞性膜性指頭炎，兼末指萎縮，手之血管舒縮性腫脹，出汗及關節病(病人百分之十晚期發此病)諸病是。然此係最常見而易認識之類，此外又有感覺不受擾亂經數年，僅發營養不良類癱瘓者；又或對於痛及溫度之感覺喪失而運動性擾亂最輕者；另有一類，兼兩側痙攣性癱瘓。

顯著之脊柱側凸或有所見；此係一不易解釋之症狀。病人之痛感及溫度覺之喪失皆因腦室管膜周圍灰白質及後柱(後角)之受累所致。觸覺之所以能保留，則因後側兩部之脊髓罕受累故也。

診斷 在症狀極清楚之病案，不難診斷；但當運動性症狀佔優勢時，或不能與肌營養不良性癱瘓明辨。其兼廣布之麻木，則似希司忒利亞；而其感覺喪失之併合狀及指尖之喪失又似麻風。少數病人，其神經膠質過多症蔓延至延髓而發生延髓症狀。

治法 有時X光線治痛及肌之僵硬或收效。

(二) 脊髓膜之瘤 TUMORS OF THE MENINGES

各種瘤大多數生於髓外而起源於硬膜或軟膜上，血管中或神經根上。據某氏統計四百病案之表件，瘤之最常見者為結節，纖維性瘤及梅毒腫；較少見者為脂肪瘤，砂樣瘤，神經瘤，粘

液瘤及血管瘤。動脈瘤及包蟲囊腫，亦有報告及之者。所患瘤之性質，生長率，大小及其位置，係診病要項。

症狀 症狀有二類：（一）刺戟狀，感覺運動雙方均有之。後根受壓，則在神經受擾之平段致痛，或僅一側，或兩側俱患之。感覺過敏而覺燒熱者常見。在頸部，則交感神經纖維或受累。僅少數病案無感覺症狀。運動性刺戟係因前根及前側索（柱）受壓致肌（臂上諸肌少見而腿上諸肌常如是）自發痙攣而致；為瘤累脊髓之唯一重要症狀。忽然病人之（或兼覺痛）股屈於腹上，腿屈於股上，足亦屈，甚或母趾屈於踝上。

（二）受壓狀，麻木或見於受累之神經根或根之分布部位；肌之萎縮或隨前根之受壓而起。脊髓受壓或發生偏側性損害之症狀兼亨里碎卡耳氏併合症狀。經數月或數年後，受壓漸趨完全，兼具痙攣性截癱及脊髓所發生之諸自動症狀。在數月或數年之一期中，自神經根受刺戟至成一完全橫截損害之各期或繼起；此種後發病之研究為診斷上最有價值之一臂助。

贅瘤之位置得因根平段之受累而證實；惟當知其位置常誤診在過下之平段。證驗受壓之性質，X光殊有應用之價值非脊椎病尤然。

診斷 苟顯恒久且劇烈之神經根痛而兼進行性癱，則診斷不難。脊骨瘍或亦顯相同之症狀，然其放射痛罕有如此病之劇烈者。頸性脊髓膜炎甚似此瘤病；且依實際而論，所致之妨害亦復相同，然此病之進行甚遲及該髓膜炎病起時即係雙側性二者或已足為判別之據。又梅毒性脊髓脊髓膜炎或亦甚似此瘤病，而顯放射痛，束帶感覺，進行性癱等。脊髓生空洞病亦或如是。苟髓骨已被瘤侵入，則用X光線照驗法，甚有助定診斷之價值。至於所患之瘤之性質，則不易斷定。苟有昭

著之梅毒性來歷，則當然可疑為樹膠樣腫；苟同時患結核病，則或係一單獨結節。

治法 患梅毒腫者，可望痊癒；即使在完全性截癱後患之，亦然。有望之病案實惟由膜長出之獨立瘤；而手術却可增高痊癒之百分比不少也。

(壬)腦之彌散性及竈局性病

DIFFUSE AND FOCAL DISEASES OF THE BRAIN

(一)定局部的診斷 TOPICAL DIAGNOSIS

病在許多局部，不致症狀；是即所謂隱區 silent areas。其他諸區有病，則立現症狀；即外質之運動中樞及其關聯之感覺中樞，言語中樞，特別覺之各中樞，以及使此等諸外質中樞互相連合及使與神經系統他部分連合之各徑等是也。

茲將由大腦外質至脊髓為止之各種損害之影響條列如下：(Eighth edition)

大腦外質 Cerebral Cortex. (一)破壞性損害 Destructive lesions.
運動性外質之破壞性損害每致身體對側之肌癱。此癱初屬弛緩性，繼則漸成痙攣性，而其廣狹則依損害之廣狹而異。然有以頭肌或一肢之肌為限之趨向，而致所謂大腦性單癱 cerebral monoplegia者。此一羣肌之受患或較他一羣肌劇烈甚。一肢之各羣肌受同等之患者為大腦性單癱所罕有。若係小雙側對稱性損害，或僅致舌性單癱而不累及面。若一損害累及相近之若干中樞，則致伴合性單癱 associated monoplegias (猶言二或二以上之單癱相伴而顯)。例如面及臂相伴而癱或臂及腿相伴而癱是也。但除臂亦同癱外，面及腿決不能相伴而癱。

一側之大腦運動性外質完全受累，而致體之對側癱，即所謂外質性偏癱 cortical hemiplegia 者，罕見。

與運動性區相接而在其後之外質部分，醫界以爲係關於普通身體感覺 general bodily sensation (如皮覺肌覺內臟覺等)之腦興奮最先達到之區，名身體感覺區 somesthetic area。故肌弱常與若干感覺受擾相伴而顯(尤以肌覺爲然)。頂上小葉(顳上葉)，之損害多致形體感覺 stereognostic sense 受累。例如先使病者閉眼，然後以銅錢或小刀等置受惠之肢之手內，則病者不能辨別手所受者爲何物，蓋其辨別形體之感覺喪失也。惟觸覺如常，即使甚微細之觸，亦能立刻受覺，且能辨別其所觸之局所。觸覺、痛覺、溫度覺等有時畧鈍，然非頂上下兩葉受外質下性損害之累，則此三覺之症狀決不顯著。感覺異常及血管運動受擾二狀，係外質部癱時所常兼有者。

(二) 刺戟性損害 Irritative lesions. 此類損害每致有局部的痙攣。各種肌羣皆可受累。苟此激惹甚驟突而劇烈，或致外質性(乍克森氏)癲癇之標準的發作。此等驚厥每有自覺的感覺印像爲之先驅而與之伴顯。例如微刺感覺痛，局部覺動等每爲驚厥之先兆，而係辨別損害之位置之要證。

苟其損害兼有破壞及刺戟二性，則顯二者所致之合併症狀。例如(一)若干肌或致癱而與大腦之損害相近處所管轄之肌或驚厥，(二)癱肢之本身時或發驚厥性痙攣，(三)驚厥之各肌或成癱是也。苟詳細審查此病之症狀之秩序，多能尋得運動性外質之損害之進行。此類病最普遍之病原係瘤之發生；惟腦膜之局部性增厚，小膿腫，微出血或顳骨折之小碎塊有時亦能致之。

半卵圓中央(腦半橢圓所) Centrum Semiovale. 此處之損害或累及本區之投射纖維 projection fibers. 或累及綜合纖維

association fibers. 苟運動徑受累而致癱，則其損害近外質者，所致之癱之分配係外質性類；而其損害近腦內囊（豆結內徑）者，所致之癱係內囊損害類。此等運動纖維之損害有時或兼累他系統神經纖維之由半卵圓中央通過者，致顯感覺紊亂（如偏身麻木及偏盲等）；又若損害在左半球，或有一種特殊之無語言能病伴癱而顯。

胼胝體（腦大繫又名大腦橋）Corpus Callosum. 人或先天無此體。此體雖常為瘤所累，然罕殊狀。此處之神經纖維種類繁多，故其損害不能得確實之診斷。

內囊（腦內繫又名豆結內徑）Internal Capsule（第二十九圖）。凡與大腦外質關聯之投射纖維（兼指運動性及感覺性）幾皆由此內囊之窄狹區通過。此內囊分為前肢（額部）後肢（枕部）及曲處（名膝）limbs and knee of capsule 三部分；後肢又分為視丘豆狀核部（視結豆結部）thalamo-lenticular portion（佔該肢前三分之二）及豆狀核後部（豆結後部）retro-lenticular portion（佔該肢後三分之一）。通過內囊前肢之主要神經束，係使額回及大腦脚底中束與橋腦之神經核相連接者。此等神經纖維屬傳出性而供給下運動性核之管轄諸雙側神經性肌者；例如眼、頭、頸及口舌喉諸肌之神經核（此等肌受雙側神經核之管轄）。此等纖維在下橫平段內，其位置近內囊之曲處。要知由腦外質而至面、舌下及第三神經諸核之神經纖維實由此曲處通過，而供給神經核之管轄言語肌者之徑，亦由此曲處通過。

大腦脊束通過內囊之視丘豆狀核部。各運動性纖維之排列則依一定之肌羣或其運動之類而成；供給臂之運動性纖維列於供給腿者之前，不稍混亂。至於神經纖維對於各肌羣之分配之外寡，則依各肌之運動繁簡而異，而不關乎該肌之大小。故分配於指及趾之肌之神經纖維所佔之部分，每係比較的大量也。

達大腦外質的身體感覺區之纖維，攜帶關於普通身體感覺之興奮向上傳導，而通過內囊視丘豆狀核部之後部。另有若干則隨大腦脊束纖維而通過內囊後肢之前三分之二。

由後肢豆狀核後部與視丘側面後三分之一相對處通過之纖維有三種：(一)傳導關於對側視野(視界)感覺之興奮之纖維；(二)傳導關於聽屬感覺之興奮之纖維；(三)接連顳葉外質與橋腦諸核之纖維(大約係傳出纖維)。

有上述關於內囊之淺近知識，則內囊有損害時所致之症狀大抵不復致無從索解也。

內囊既為上運動段纖維全部聚集成密束之處，則此處若有損害，勢必致身體對側之完全性偏癱，而繼以攣縮；若該損害累及後肢之後部，則兼致偏身麻木，而特別感覺亦同時受累(第二十九圖)。依常例而論，內囊之損害大抵不累及該構造之全部。其病僅在前部或後部。縱使初起之症狀似乎屬全部受累，然不久則一大部分現象每退去。例如錐體束受損(即內囊之視丘豆狀核部之損害)，則臂之受惠或較臂腿劇烈，或腿之受累較臂劇烈。而癱大抵輕微，惟其損害在內囊之前部則面及舌之癱或顯著。

內囊之損害僅致偏身麻木而不累及運動纖維者，甚罕。據常例而論，至少亦必兼腿之不完全性癱。若內囊之視丘後部被破壞，則所顯之偏身麻木必兼偏盲，聽覺受擾，或味覺及嗅覺受擾狀。若在顯內囊性偏癱後繼顯偏身麻木兼痛，偏身舞蹈病，顯著之微顫或偏身手足徐動症(hemiparesis)，則係視或視丘下部受累之故。純粹之內囊損害，大抵不致無語言能，無識字能，無寫字能諸狀(失語，失識字，失書寫等病狀)。

大腦腳(大腦蒂) Crura (Cerebral peduncles). 由此平段通過橋腦延髓及脊髓之上下兩運動段諸纖維如下：上運動段之

纖維爲大腦脊束纖維及由大腦外質至大腦諸神經核之纖維。下運動段者係該運動核及其所出之纖維。損害多累及上下兩運動段而致兼有此兩種殊性之癱。例如一單獨的損害或累及大腦脊束而致身體對側顯癱性癱，同時該損害又累及一腦神經之核或其纖維而又致身體同側之下運動段性癱，於是合成交叉癱瘓 *crossed paralysis*。大腦腳內第三四腦神經通過處與大腦脊束接近。若此處有一損害，則致同側之眼肌癱兼對側之偏癱(第二十六圖)。

視徑亦橫過大腦腳而或受累，致兩眼視野之對側患偏盲。

若損害之位置在被蓋(幕背蓋) *tegmentum* 而不累及腦腳之底，則或顯皮覺及肌覺之受擾，運動失和，聽覺受擾或眼肌癱一側顯眼肌癱而兼他側之偏身共濟運動失調係被蓋性損害之特殊性狀。

四疊體(腦雙孖) *Corpora Quadrigemina*。據解剖學而論，上丘(前雙孖) *Superior colliculus* 係最重要之外質下中樞器官之管轄眼肌神經核者。臨診之證據雖不多，然亦有佐證此理論之趨向。若上丘破壞，視力之受患大抵輕微。瞳孔尋常開大，瞳孔反應(光反應及調視反應)皆受累。非至第三神經之核亦受損，則大約不致真實之眼肌癱。

下丘(後雙孖) *Inferior colliculus* 係聽徑之要站。外蹄係(腦旁帶) *lateral lemniscus* 之一大部分在此丘之核終止，而由之發出有髓鞘之纖維並通過四疊體之下臂(後雙孖帶) *brachium quadrigeminum inferius* 以達內側膝狀體(中鈕形體) *medial geniculate body*。由該處又有一大束通過腦內囊之豆狀核後部而達顳葉外質之聽覺區。

患四疊體瘤者十九人中，聽覺受擾顯著者計有九人。

神經系統病

大腦兩側之聽覺徑既皆收受由兩耳而來之興奮，則一側之下丘之損害成致兩側之聽覺皆遲鈍，然對側之耳之受患常較重。後丘之損害有時致咀嚼官能受擾，蓋應三叉神經之降根癱瘓也。第四神經亦或受累。共濟運動之有時隨四疊體之損害而起者，或係內蹄係（中帶）medial lemniscus 之傳導功用受擾所致。

橋腦及延髓 Pons and Medulla Oblongata. 損害之累及此處之大腦脊束及其一運動性神經者，致交叉癱。損害之在橋腦下段者，每致同側之下運動段性而癱（此因面神經及其根之核破壞所致）及彼側臂腿之痙攣性癱（錐體束受損所致）（第二十六圖）。眼外神經，三叉神經之運動段，舌下神經亦或因同樣之原因而癱。若中樞神經纖維之至舌下神經核 nucleus of hypoglossus 者受累，則顯一殊異的口吃（不能節音）anarthria 病狀。若該核本身受損，則吞咽官能受擾。

若第五神經之感覺纖維及其餘感覺徑（內蹄係 medial lemniscus or fillet）之已過中線者受損，則致感覺性交叉麻痺 crossed sensory paralysis. 此即係同側之第五神經分配處之感覺受擾而兼其餘身體對側之感覺受擾也。

若一眼之外直肌癱而他一眼之內直肌癱，係若干橋腦損害之特殊性狀。損害處大抵在第六神經核前（外展神經核前）或該核之本身。此類癱有時或兼眼肌運動之他種受擾致其症狀不易診斷。又此類癱多兼面神經之受累。

凡患橋腦之損害，病者每易向受損害之一側跌倒，此或因橋腦臂（小腦中帶）brachium pontis 亦受累之故。然因內蹄係（中帶）受累而致之單純性偏身共濟運動失調，尤為常見。此則多兼非綜合性感覺受擾 dissociated sensory disturbance，例如痛覺及溫度覺受擾而觸覺無恙是也。肌覺或亦受患。至於聽覺受擾，則須甚廣闊之損害（如外蹄係或斜方體受累）始有之。

小腦 Cerebellum. 小腦之官能尙在研究之中。一般之理論，茲從畧。小腦一側葉之損害，其果效顯於身體之同側，而中葉之損害則雙側皆顯效果。截除小腦之一部分，則有暫時性肌弱隨起；完全截除，則致極劇烈之肌共濟運動失調。據此而論，則其一重要官能係管轄肌之共濟運動也。

另一醫士之實驗報告，以爲小腦半球之一側恒有阻止對側大腦半球之作用。故截除猴之小腦半球，而用法拉瓦電激對側大腦運動區使臂腿運動時，其所需之電力較激大腦同側者少甚。

某氏審查小腦受損者百人，其中患肉瘤者二十二；結核二十二；神經膠質瘤十八；膿腫十；未審定來歷之瘤十三；囊腫七；腦變軟，內皮瘤，囊腫兼肉瘤，癌，樹膠樣腫及出血各一。左葉受損者三十二，右葉亦三十二，中葉十七。是則瘤實爲最常見之患。若損害僅在一半球而中葉無損，或毫無症狀。不但因發育欠缺而無小腦之一半球者，病人生存時無顯著症狀。即使有廣闊之雙側性損害者，亦或無之。僅當患較爲驟突之損害時，始顯與實驗時獸類早期所顯者相似之症狀。依此而論，大腦之他部分似有能補償小腦之官能者。小腦瘤最常見之症狀如下：

眩暈。小腦之顯眩暈者，在腦各部分之病中最爲常見。此或係前庭神經或其終核受累所致。蓋半規管(缺管)與小腦係由此神經以相接通者也。上述百人中，顯眩暈者四十八，未曾報告有此狀者四十三。此種眩暈似乎與共濟失調毫無關係。雖兼有此二症狀者最多，然或二者單獨發顯，不相依伴。小腦病之眩暈有兩類：(一)病者覺所見之物旋轉，(二)病者覺自身旋動。顯頭痛者八十三人。嘔吐者六十九。未曾報告顯嘔吐者二十三。顯視神經炎者六十六，未曾報告有此炎者

二十三. 此炎每早顯大約係受阻性腦內積水obstructive internal hydrocephalus 所致,而此積水則常係小腦幕(小腦帳膜)性瀰壓大腦導水管(腦房道)之結果.

共濟失調. 此係小腦病最重要之症狀,而尤以同側之肢所患者為然. 小腦性共濟失調之步態係不規則而踉蹌之類,每每歪斜傾蹌,與醉人相似. 依常例言,病者步行時每有向小腦受損之同側跌倒之趨向,然亦有不然者. 小腦病之共濟失調,宜與脊髓後柱性及大腦外質性等共濟失調判別明晰. 小腦性共濟失調兼動靜兩性. 開眼及閉眼之關係不似在脊髓性共濟失調者之有勢力. 診斷之要點係病者躺臥時所有運動頗調和,而小腦性共濟失調係粗笨之類,與大腦外質性者之文細類(如鈕扣等)不同. 且外質性類常兼偏身輕癱及單輕癱,而多有肌覺及實形覺受擾狀. 有時小腦性共濟失調或係其對於大腦之勢力喪失所致.

輕癱(不全癱瘓). 顯輕癱之處,特在與損害同側之軀幹肌. 其癱狀係不能俯身或盪立及軀幹側肌鬆弛.

其他較少見而甚緊要之症狀如下: (一)頸部及枕部之神經痛; (二)大腦大靜脈(腦絡帕間之靜脈) *venae galeni* 被塞及大腦側室擴張,致小兒患腦內積水, (三)中腦,橋腦或延髓受壓而致腦神經癱(最常為第六),頭及肢之節律性擊縮,眼球震顫(向損害之同側看視時尤為明顯),微顫,口吃,聽覺或視覺受擾. 更有顯糖尿及因運動徑受壓而顯雙側性肌僵硬者. 突然致命者亦曾見之.

反射之情狀雖大有同異但在損害之同側者大約過敏;苟成腦內積水,則兩側之反射或皆過敏. 苟小腦病直接或間接累及他重要構造,則或致反射喪失.

普通精神擾亂之隨小腦病而起者亦或有之，然皆無特殊性狀。易怒，記憶力衰弱及病之晚期沉睡或昏迷者常見。

(二) 無語言能 (失語症) APHASIA

言語與他隨意的運動同，不但需運動性器且需感覺性器；是故言語機能之組成也，有感覺部（即收納部），有運動部（即發出部）。此二部與智力之上級中樞相綜合而為該樞所管轄。

凡肌之用以調節言語者，其分配甚廣汎；例如呼吸，咽，喉，舌，唇及動頷諸肌，當言語時皆有聯合之作用也。此等各肌又皆有他種較不複雜的運動；例如呼吸，啼哭，嘔，吮等是。此等較簡單的運動，其中樞在橋腦，延髓，脊髓等灰質內之下運動段。而管轄此類運動之神經單位之互相聯合，則係在胚胎時期所構成，而一出胎時即得佳良之應用者。

迨小兒之腦逐漸生長，而由大腦脊束得管轄脊髓中樞時，他種較複雜的運動亦相隨發生，而有特別神經單位分任其管轄之責。際此，則上運動段乃有管轄此等肌之文細運動之中樞。此等神經單位之局所在中央溝下段相近之中央回。

此一羣文細之運動，一部分係先天即有者，一部分係在出胎後數月之內獲得者；由此運動而後調節言語之細巧運動乃發生。該細巧運動所憑藉而發生之構造，互相綜合而成原始言語機械 primary or elementary speech mechanism。

此等運動之外質中樞在大腦兩側中央回三分之一段之下段（名波卡氏回 Broca's convolution）（第二十八圖）。此等中樞既屬雙側動作性，是以一側之損害或不能致昭著及恒久的言語缺點。右側者誠然如是；但在左側者，則因波卡氏回與腦島甚相接近其回及島常同時受損，而致運動性無語言能 motor aphasia。由外質中樞而出之徑係運動纖維之向橋腦及延髓之

核而行者所成，而其在內囊內之位置則接近其膝(曲處)。苟有一側性損害在此曲處，則其結果與一側性外質損害同，僅致節音困難之輕性言語受擾隨對側之面及舌弱而起。在左側之損害，苟與外質甚近而連接波卡氏回與原始言語機械之神經纖維受累，則致外質下運動性無語言能subcortical motor aphasia。兩側性損害(常在腦內囊亦有在外質者)則致不能言語兼節音肌癱，此名假延髓性癱瘓 pseudo-bulbar paralysis。

原始言語機能之下段係延髓等處之運動核及由此等核而出之諸周圍神經所成。此處之損害苟甚廣闊(例如進行性延髓癱所顯者)，或致不能言語(不能節音，即口吃)；然據常例論，大抵不甚廣闊，僅致各級節音受擾而已。

聽的言語中樞又名聽屬言語中樞 Auditory Speech Center，當小兒逐漸學語之際，腦外質中各中樞之綜合亦逐漸成就，而有管轄原始言語機械之責任。一方面因時常聽得各種事物之名稱，遂將各該名稱之特音與該名稱所指之事物之形態，感覺，臭味等相會合而成一聯合的理解。故彼一聞此等之特音，彼之精神上即有該特音所指之事物之印像；換言之，即小兒之聽的記憶力 auditory memory 已成就也。此等字音之記憶力貯存於所謂聽屬言語中樞。此中樞之官能，就大多數人論，係管轄言語的中樞，而其位置則凡係慣用右手之人在大腦左側，而慣用左手之人則在大腦右側。傳入性興奮起於耳，而達於顳葉橫回；凡由一耳而起之興奮皆分達腦之兩側。該興奮又由此等各原始聽中樞 primary auditory center 而傳入左側顳葉內之聽的言語中樞。此等中樞之屬所現尙未確知，大約在顳上回並或在顳中回之若干部分。凡小兒學語，每由於自行持續模倣所聽見之聲音，初則漸能逐字模倣，繼則漸能隨意出言。此模倣聲音，必先學若干極細巧之運動，終逐漸有關於言語之特

別運動中樞(運動的言語中樞)成就而隸屬於聽的言語中樞之管轄範圍;所有言語的細巧運動皆以此運動中樞爲局所。

運動的言語中樞 Motor Speech Center. 波卡氏以爲此中樞在左額下回之後部。故又名波卡氏中樞 Broca's center. 此中樞及大腦右側之相符區,或係直接由特別運動纖維而與延髓核相通連,或係間接由兩側中央回部下部原始言語機械之外質中樞爲媒介而相通連(此二者之中,似乎間接之說較爲可信)。

言語中樞與大腦外質之其餘各部密切關連;該中樞等因此而與一般精神的動作有關,不寧惟是,言語的作用實佔精神的動作之一大部分。

以上所述之言語機械係未受教育者及小兒尙未學識字寫字者之所成就,而對於一切言語的作用爲原始的要點。當小兒學識字時,每將若干視覺印像 visual impressions 與所已知之言語的記憶力 speech memory 相會合,然後再將其概念 concepts 與字形之視的記憶力 visual memory 相會合。此等記憶力貼藏於視的言語中樞。

視的言語中樞 又名視屬言語中樞 Visual Speech Center. 醫界大多數以爲此中樞在左側腦角回(短回)及緣上回(顱中隙下回) angular and supramarginal gyri 而由兩枕葉來之視覺印像大抵即在此兩回處與言語的記憶力相會合。此兩回有損害,則致言語受擾。

當小兒習學書寫時,若于手臂之細巧運動乃漸成就,於是又得表示言語作用之法則。此種作用之成就,是否除中央回前之臂中樞外須再成一特別書寫中樞,抑或由波卡氏回之媒介而該臂中樞自行進化而得,係一極難決之問題。某氏曾報告完全性無寫字能(失寫能) agraphia, 毫不兼感覺性及運動性無語言能;剖驗時,見左額中回之下端有瘤。無寫字能實

係無識物能 (又名失用症) apraxia 之一特種。書寫的運動之學習，蓋屬於視覺印像與他種言語的記憶力二者綜合之勢力範圍內，而對於模倣未經認識之字形，則另有一較為直接之徑。譬之言語的運動常屬聽的記憶力所管轄，故書寫的運動亦因同樣之理由而屬視的記憶力所管轄；惟後者更與他種言語的記憶力有重要關係耳。

追識字及寫字之綜合作用已成就，則言語機械可謂為完全；惟其作用之擴大，則無限制，例如學習音樂及外國語是也。外質言語中樞在外側裂 (又名顳隙或旁溝) Sylvian fissure or *fissura lateralis* 附近之大腦部分，而由外側裂動脈之血供給其營養。據大概而論，此部分之後部係感覺性，而其前部係運動性，感覺區近於枕視丘放線 (視經腦內段) optic or occipitohalamic radiation；運動區近於一般運動徑。故後部之損害所致之言語受擾多兼偏盲，而前部之損害則所致之言語受擾多兼偏癱。此等綜合症狀每可為辨別所患無語言能病之為感覺性抑或為運動性之資助，但此二類各有特殊性，必須詳加研究。

聽性無語言能 (聽性失語症又名失識語症) Auditory Aphasia。人類之追憶言語，大多數恃其聽的言語記憶力；蓋即追憶該言語之聲音也。凡隨意的言語 voluntary speech，大約其意志間接由聽的言語中樞以激發運動的言語中樞。而識字時此聽的言語中樞亦有同樣之作用。然有若干人，則其識字等之精神的機轉 mental process 乃為視的記憶力所操縱；在此等少數之人，當言語時，尋常應由聽的言語中樞所主持之勢力被視的言語中樞侵佔而代任其重要職務。

因顳上回之破壞而致之聽的言語記憶力完全喪失，則致最劇烈之言語受擾。此等患者既不能明曉筆寫之言語，又不能明曉口說之言語。隨意的言語亦大受擾。初起或尚能發

言，然其語言亦必顛倒紊亂且不久即不能發言。書寫機能喪失，既不能模倣，又不能記錄他人之言；惟有時能抄錄耳。許多損害屬一部分性（猶言非完全性），而其結果或僅因名詞及變換字意等知識喪失而言語困難。是名言語錯亂 *paraphasia*。對於書寫之低能亦或相同。患者常能懂耳聽及筆寫之言語，且能模倣或記錄他人之言。此又名健忘性無語言能 *amnesic aphasia, amnesia verbalis*。有時病勢或甚重，以致隨意的言語及書寫能力亦幾喪失，此則即使其聽的記憶力仍能被新傳入的印象所激動，而病者尚能明曉他人所與語之言語及其所讀之書者，亦或如是。此等病者常能模倣他人之言語並高聲誦書。

由兩側之原始聽中樞至聽的言語中樞之傳入徑有時或破壞。致此其損害必居於左側顳上回下之白質內。此種損害能將傳至中樞之聽覺印象完全阻止，而使病者既不能懂他人之言，亦不能模倣並記錄他人之言。然因外質中樞未受累之故，聽的言語記憶力尚保存未失，而隨意的言語及書寫能力不受擾，且能看書。此係純粹的言語聾 *word-deafness*，即外質下性感覺性無語言能 *subcortical sensory aphasia*。

視性無語言能 *Visual Aphasia*。角回（短回）及緣上回（顳中瓣下回）之視中樞毀壞，則致視的言語記憶力喪失，而病者不能看書，寫作（無寫字能或失寫字能 *agraphia*）或模寫。至於口說的言語則能懂，隨意的言語亦不受擾，或畧有錯亂之弊。

外質下性損害之累及達視的言語中樞之傳入神經纖維者，則致純粹的字盲（語盲症）*word-blindness*（外質下性無識字能 *subcortical alexia*），此即不能識字也。然隨意的言語及書寫力則皆不受擾。病者除依賴肌覺印象（如重行描摹所寫真字）外，不能認識自己所寫之字。此類病每有偏盲（半盲症）*hemianopia* 伴起。

言語聾及字盲兩症多合併而顯，有時不僅原始聽及視中樞二者與言語區相連接之經受累，而言語區與他感覺中樞相連接之徑所以組成概念者亦受累。患此類病者則不僅聽及視的言語記憶力喪失，凡關於視聽兩者之記憶力亦皆喪失而成所謂精神性聾及精神性盲 mind-deafness and mind-blindness；於是既不能辨物，又不能辨聲。不甯惟是，且或致各感覺中樞互相分離，或與上級精神中樞不能連接，而病者完全不能認識物品及其應用。此名感覺性無識物能 sensory apraxia or agnosia。

運動性無語言能 Motor Aphasia。運動性言語區有損害（少數病案僅限於波卡氏回，尋常則損害區較廣闊），致言語之力喪失。病者或全啞，或僅能說一二語。後者或係大腦右側之相符處之作用。病人完全不能模倣他人之言語。然其精神則較明白，且能懂他人之言語，惟看書之能力則大減。精神之字屬印像亦不清楚。

外質下性運動性無語言能 Subcortical motor aphasia 每患隨意的書寫力喪失，故謂書寫的運動亦屬此中樞所管轄者甚多。然崇信於特別書寫中樞者，則以為有定限之運動的言語中樞之損害，決不致兼顯無寫字能，且收集若干病案為此理論之證據。質言之，荷言語之機能受擾甚劇，書寫機能亦必受害也。

無語言能之屬單純性者甚少，常複雜而不能確定其類別。故學者不可以為各類無語言能皆與書上所述者清晰不混。無論對於何類，皆須耐心察究，始能分別其種類。凡遇無語言能宜先斷定是否有癱及病者慣用左手抑或右手，然後再施以下各試法：（一）試驗病者是否有辨認物品之性質用途及其關係之能力，即驗其是否有感覺性無運用能及無識物能病；（二）由視，嗅，味，聽，摸諸法試驗其是否有記憶素知之物之名稱之能

力；(三)試驗其是否有懂口說的言語之能力；(四)試驗其是否有懂筆寫或印刷的言語之能力；(五)試驗其是否有愛及懂音樂之能力；(六)試驗其隨意的言語之能力(須注意病者是否有用字顛倒之患)；(七)試驗其高聲誦讀及懂所讀之字之意義之能力；(八)試驗其隨意的書寫之能力及能自讀其所寫之字否；(九)試驗其模倣及抄錄之能力；(十)試驗其記錄他人之言之能力；(十一)試驗其模倣他人之言之能力。

無語言能對於法醫學Medico-legal甚為重要。然其間却無通有的原則可據，祇能逐案判斷。某著名法醫學家云：“凡患無語言能者，苟證明無癩病，而又能證明其對於所立之契券文件等有完全理解(例如由聽視、肌等感覺而得之理解)之能力及對於正當的證人有發表可認及否認(用言語或文字或作態示寫)之能力，則該契券文件等在法律上皆可認為有效。”

無語言能之預後及治法 幼年患此病者，其結局不惡。所失語言機能每可因腦他部分之發育為之代用而逐漸恢復。對側之腦半球每能發育而代替此機能。成人患之，則結局較惡，而其患完全運動性無語言能及兼右側偏癱者則尤不佳。病者雖能明曉各事，然或恒久不能發言語，且用重行教育法治之，亦或無效。有時或能得一部分之復原，能發言而措辭用字每顛倒。感覺性無語言能或屬暫時性。

對於患無語言能者施重行教育法re-education，須十分細心並耐煩，恐病者因而性情燥急也。最適宜之法係逐字逐音節教授。小兒之進步時或甚速；對於成人，則此法失敗者頗多，即盡心竭力教授之，亦或無效。無語言能而兼右側偏癱之病人，可效以用左手書寫。

神經系統病

(三) 腦血管病

AFFECTIONS OF THE BLOOD VESSELS

(一) 充血及貧血(缺血) HYPEREMIA AND ANEMIA.

近今醫界認定此二種情況已不如前此所臆斷之多而緊要。凡症狀之尋常認為實性充血者，例如隨傳染病而顯或伴心肥大兼腎病而顯者，實由毒素之作用所致而非血循環自身之改變所致也。

腦缺血之解剖的徵狀甚奇特。諸腦膜之色淡而白，僅大靜脈之血充滿，腦回上小血管空，而腦脊髓液大增。切視之，則灰白二質皆色淡切面濕潤。

症狀 驟突之腦缺血之結果即係尋常之暈倒。因腦出血而致之症狀為倦眩，暈眩，不能立，眼中覺光射，眼前覺有黑星；耳鳴；呼吸促；皮膚冷濕；瞳孔展大；或更顯嘔吐，頭痛或譫妄。苟出血持續，則逐漸知覺喪失，甚或驚厥而死。至於較慢性類，例如因久病或饑餓而致血逐漸貧乏，則顯所謂易惹性虛弱 irritable weakness 情狀。精神之運用困難，畧受刺戟即致過度之情感發揚，頭眩，耳鳴，且或有幻覺或譫妄。饑餓多日者，則此等症狀更為劇烈。又動脈硬化之致腦滋養貧乏者，亦或顯與上相同之症狀。

小兒久患腹瀉後血貧及身體虛弱之際，有時顯一羣奇特之症狀，即所謂腦積水樣病 hydrocephaloid or hydrocephaloid 者。病兒作半昏迷狀，眼開而瞳縮，囟門塌陷。早期或顯驚厥。繼則昏迷或增重，瞳孔展大，更有顯眼之斜視及頭仰縮者。此等症狀與腦底性腦膜炎酷似。

(二) 腦水腫 EDEMA OF THE BRAIN

病理 凡能顯腦水腫之各情況如下：(一)普遍性腦回萎縮；此類所顯之水腫係腦脊髓液加增而軟膜間之空處積液。(二)因受阻而致之劇烈靜脈擴張(例如二尖瓣窄狹及瘤所顯者)；此或係充血性水腫之一類，除血管充血外，腦組織亦異常濕潤。(三)最急性水腫，係患在局部性類之瘤或膿腫之周圍者。(四)受壓性症狀之隨腦受震及挫傷起者亦多係因滲液性受壓改變致水腫所致。(五)患腎炎者腦或顯劇烈之局部性或普遍性水腫，而若干尿中毒症狀即係此所致。

剖解上的改變 此病之解剖的改變與腦貧血不同。水腫之繼進行性萎縮而起者，積液大都在腦膜內及其下。腦膜顯缺血而濕潤，且有一種濕而亮之外容，此係一特殊性狀。有時其水腫較為劇烈而屬局部性，腦組織似被液浸潤。腦室之液常增加。

症狀 此病之症狀大多數係血少所致，而不甚確定。有若干尿中毒之大腦症狀或係此所致。一側性驚厥及癱之與慢性腎炎關聯者，或與腦水腫相伴。又橫截性癱及無語言能亦或因水腫而起。

總言之，腦水腫之與中毒、貧血等同起者不少。故欲於臨診之際，指明其症狀究因何者而致，實不可能也。

(三) 腦出血 HEMORRHAGE OF THE BRAIN

大腦血管分兩大羣：(一)腦底羣，係腦底動脈環及由大腦動脈首段及此環而來之中央動脈所組成；(二)外質羣，係前、中、後三大腦動脈所組成。腦之出血或由此二羣之一之諸枝而來，而其最常見者係起自中央動脈諸枝，而尤以大腦中動脈之

穿透腦前篩及供給紋狀體及內囊之諸枝爲然。此諸枝中之最大而達豆狀核第三段及內囊前部者，最易爲出血所累，甚至醫界有“大腦出血動脈”之稱。此動脈及豆狀核視丘動脈之顯出血者，佔各種腦出血病案全數十分之六以上。出血或係侵入腦組織之類，所謂大腦性卒中（中風）cerebral apoplexy者，即係此類之專名；或係侵入腦膜之類，則名爲腦膜性出血meningeal hemorrhage；然此二類尋常統稱爲顱內出血或腦出血。

原因 四十歲以上之人有高血壓及動脈病，爲其要原。

年齡 三十歲以後，患此病之趨向與年俱增。查千九百七年美國之統計冊所載，七十歲及八十歲之間之患者佔最多數。又腦出血或屬先天性，小兒之因小動脈瘤破裂而致腦出血者亦有之；惟三十歲以前之患此者罕見；自五十歲起，年愈老，則愈多。

男女 患者男子居多數。

種族 美國千九百十七年之報告，白人中因中風而死者八百二十九人。英格蘭及威爾士兩處統計百萬人中佔六百九十三。黑人中患中風及癱瘓兩者皆較多。

遺傳性 昔時醫界以爲遺傳性甚重要，此蓋以爲有遺傳性血管之有易變性趨向者較易致腦出血也。昔人所謂中風性體格者，今尙傳道，即指頸短身不甚高而肥胖多血之人也。

特別原因 凡患進行性腎病，致有繼續之動脈硬化及心肥大者，特易患腦出血。致動脈硬化之原因如嗜酒，多食，恒久之肌力過勞，梅毒，慢性鉛中毒及痛風，時或爲致腦出血之預因。心內膜炎則因能致栓塞及動脈瘤，故亦或間接致中風。患特種熱病或血變異過久如白血病患者，亦間或兼腦出血。

真實之刺惹因常不明確。發作或極驟而毫無先驅症狀。此外則劇烈過勞(尤以心力之過勞為然)或致血管破裂。在睡時發作者不少。並有因輕微之外傷而致者。某醫研究患此病者百二十三人,其中以過用肌力為病原者無一人。

病理解剖 (甲) 直接的改變 凡致中風之損害幾盡在大腦動脈。能直接致此損害之情況條列如下:

(一) 大腦動脈生粟粒形動脈瘤。此瘤破裂係致腦出血最常見之原因。此瘤以顯於大腦中動脈者為最多,然外質血管之小動脈亦或顯之。切腦察驗,則可見此等瘤係小黑色體,大如針頭。若將動脈由前穿質(腦前篩)取下,可見有此等瘤若干排列於其脈上。四十歲以後患中風而死者,每可察見此等粟粒形瘤。

(二) 顱底脈循環之枝之動脈瘤。此類亦不少,後當再行詳論。

(三) 大腦血管之動脈內膜炎及周圍炎每因能成動脈瘤(或為粟粒形類,或為較粗大之類)之故而致中風。有時雖悉心細檢,而除腦血管之瀰散性變性外,或竟無瘤可尋見(因此醫界遂有成瘤之前亦能患自發性破裂之理論)。

(四) 動脈壁之滲透性增加,則實際雖不破裂,或因血球滯出,亦能致出血。患紫癢者大抵有此種病患。

(五) 六十以後之人,每因灰白質有微小之變軟區而致偏癱。此等區之大小不等,小者如針頭,大者如豆,色灰紅。最易患此之處係豆狀核。此等區之血管常變性。

以上所述之出血或屬腦膜性,或屬腦內性,或屬腦室內性,不定。

腦膜性出血又名腦膜溢血 Meningeal hemorrhage。此出血或在硬膜之外(即硬膜及顱骨之間),或在硬膜及蜘蛛膜之間,

或在蜘蛛膜及軟膜之間，不定。主要病原如下：（一）顱骨折，血常由被扯破之腦膜血管而來，間亦有由扯破之竇而來者。此等病案，其血常在硬膜外或硬膜及蜘蛛膜之間。（二）腦大血管之動脈瘤破裂。此則其血常在蜘蛛膜下。（三）腦內性出血或穿入腦膜。（四）特種腦膜性出血之為新生兒所患者，此係與出胎時之傷害相伴。（五）凡患體質病及熱病，間或亦有腦膜性出血。動脈瘤破裂者，或有大量之血積聚腦底，而尤以血延入脊髓或延至外質上者為多見。又因中大腦血管內生動脈瘤者極多，故大腦外側裂（竇隙）時有血脹滿。

大腦內性出血 Intracerebral hemorrhage. 此出血最常在紋狀體之鄰近，而尤以至豆狀核外段處為多。或甚輕微而以豆狀體、視丘及內囊為限，或較延闊而至腦島。出血之僅限於白質（半卵圓中央）者頗少。腦脚（腦蒂）或橋腦或顯局部性出血。出血入小腦者不少，其血常係由上小腦動脈而來者。或限於小腦組織內，或破裂而入第四腦室（小腦前房）。

腦室內出血 Intraventricular hemorrhage. 此出血之屬原發性者罕；倘為原發性，係由動脈叢及室壁之血管而來。較多見者為繼發性類，乃繼出血入腦組織而起者。小兒患之者不少；出胎時亦或患之。審查患此病者九十四人，出胎後一年內患之者七人，二十歲以前者十四人。成人所患者，幾盡因尾狀核（尾形結）鄰近之一血管破裂而致。其血或僅在一側之室，然兩側之室兼有者較常見；或延至第三腦室（視結間房）；更有由大腦導水管（房道）而延至第四腦室者，如此則血塊充滿各腦室而成一腦室系統之模型。

（乙）繼起的改變 Subsequent Changes. 血漸變色，終則血色蛋白（血紅素）變成橙色血質（稜形血晶）。出血處之周圍發炎，而包圍限止該處，終則或成圍壁，致成一囊腫，內含液質。苟

不成囊腫，則有結締織增生而留色痕。腦膜性出血所出之血或漸被吸收，僅在該膜上留色痕。至於所出之血屬外質性而又甚多者（尤以嬰兒者為然），則或致腦回患局部消瘦及腦膜成囊腫。如此或且致腦穿通畸形 porencephaly。繼發性變性跟隨而起，此變性之特徵則依出血之位置及出血損壞之腦細胞及其有髓鞘軸而異。故若在患中風成偏癱（外質之運動區或由該區而出之大腦脊束之損害）後數年而死者，則剖檢時其變性或可在大腦脚，橋腦前部，延脊之錐體，同側脊髓之直大腦脊前束纖維及對側之大腦脊側（交叉）束處尋得。額中下二回出血之後，則有額大腦外質橋腦徑 frontal cerebro-cortical pontal path（此徑通過內囊前肢及大腦脚底內側部分而至橋腦核）之變性繼起；而使視丘內側核（視結中結）及視丘外側核之前段與外質相連之纖維亦或顯變性。

若顳葉回或其下之白質被出血所破壞，則大腦脚底之側部顯變性。小腦出血或致連合臂（小腦上蒂）brachium conjunctivum變性，而尤以此出血之損及齒狀核 nucleus dentatus 者為然。

中央回，視丘下部；或橋腦後部出血後，則內蹄係（內側帶）lemniscus medialis或有徐緩之變性，而延至延髓對側之核。若出血破壞枕外質或外質下性出血累及枕視丘放線（視徑內腦段），則致外側膝狀體之放線 radiations from lateral geniculate body 顯徐緩之變性，繼則或致該體之神經節細胞萎縮，甚或消滅。

症狀

原發症狀 先驅兆罕有。依常例而論，每在康健之際或執行常務時突然發作；然間亦有在執行畧為勞力之動作時發作。間或先顯頭痛，四肢之麻刺及微刺痛感覺或痛，甚或對側之肌顯舞蹈病類運動；此即所謂偏癱前性舞蹈病 prehemiplegic chorea。此外有顯暫時性視覺及眼肌之聯合運動受擾者，但

此等先驅兆皆不足爲中風之特殊性狀。暫時性無語言能或單癱或先發作。大腦出血之起也，大有異同。或猝然意識(知覺)喪失而四肢完全弛緩。此可名爲猝中風 apoplectic stroke。或病起較漸，須病者跌倒後數分鐘或四肢顯癱後意識始喪失。凡標準的中風性發作，其情狀如下：意識喪失甚劇，無法使之蘇醒。面充血，有時或發紺，或顯灰色。瞳孔狀不定；常展大，有時兩瞳大小不均；在昏迷沉重之際，則光反射不靈。若出血之局部在能刺戟第三腦神經之核之處，則致瞳孔縮小(此係出血入橋腦或腦室)。呼吸徐緩而響，且兼屏息。有時或呈切斯安氏呼吸。癱側之胸動或受阻抑；聞或對側受阻，然罕見。呼時兩頰或外鼓，兼唇噴沫。脈搏常滿足而緩，且緊張力增加。體溫或如常，而較常低者頗多。若係腦底性出血，則溫度或升高。大小便每不能自禁。驚厥不常見。有時其情狀究爲中風，而兼偏癱，抑爲因他種原因而突致昏迷，每不能辨認。偏癱之指徵或可由兩側之肌緊張不同而下判斷。若在受患之一側，苟將腿及臂提起即行放落，則墮下如死物，而在他一側則其墮較緩。癱肢之緊張力缺乏，可由檢查體格法決定。此病之股肌塊，因弛緩而與半液體之囊相似，依地心引力而定其形式。若病者臥或坐於硬處，癱股每扁闊，而對側之股則較圓。有時癱肢或顯強硬。當屏樣呼吸時注視面肌之運動，可見癱側之肌鬆弛，故呼時此側之頰之外鼓較甚。頭眼同偏向之狀或甚顯著。此同偏向，常偏向出血之側。

又有病起不如此驟突之類，病者初起或意識不喪失，迨數小時後肌力喪失，意識乃逐漸喪失，以至得沉重之昏迷。此等發作，或在沉睡時發顯。或由他人發見其昏迷，或自己醒時覺體一側之肌力喪失。中央動脈境界內之小出血或致偏癱而不兼意識喪失。年老者，偏癱或輕微而隨暫時性意識喪失而

起，最顯著之處在腿。有時或極輕而不易辨明。又此常與他種老年性改變同顯。

依常例而論，病起後四十八小時內，甚或在二至六小時內，即有熱性反應及輕重不等之全身受擾，因出血處周圍發炎及血被吸收也。熱性反應期或持續一星期至兩月之久。病者或因此反應而死，或昏迷畧醒，則或又顯譫妄而再發昏迷。在此時期，癱肢或顯所謂早期強硬，營養的改變如腐肉或水腫亦或呈顯。而其最危劇者係背下段之腐肉塊，有時癱側在病起後四十八小時內即顯此腐肉塊，此常係危兆。肺底充血亦為中風所常有，或以為此亦係一種營養改變。

共同偏向（頭眼同偏向）Conjugate deviation. 患右側性偏癱，頭眼或對左側共同偏向；此即謂眼偏向大腦受損之側而視也。凡隨偏癱而顯之頭眼同偏向幾盡如是。然在顯驚厥或痙攣或早期強硬時，則其頭眼同偏向或在反對之一側；此則眼背向大腦受損之一側而視而頭則偏向驚厥之側而轉也。此狀或與外質損害相伴而起，而尤以緣上回（顱中縛下回）及角回鄰處之損害為然。又此狀或因內囊及橋腦之損害而呈顯，惟其頭眼每背向受損之側，而在驚厥或痙攣時則又偏向受損之側，故與上述者適相反也。

偏癱又名半身不遂 Hemiplegia. 有時病人之昏迷退去而症狀漸輕，惟或因運動區或大腦脊束之一處破壞而偏癱持續不癒。一側之面、臂及腿俱受累者，名完全性偏癱；而僅此三者之一或二受累者，名不完全性偏癱。此或因以下所述各種損害而致：（一）運動性外質之損害；（二）放線冠及內囊之大腦脊束纖維之損害；（三）大腦脚之損害；（四）橋腦之損害。此等損害之位置及其惡效見第二十六圖。出血係最常見之原因，然瘤及局部變軟亦能致之。偏癱之特別情狀，可詳述如下：面之

神經系統病

受累與臂腿同屬一側(橋腦下部之損害不在內)。此蓋因面肌對於外質中樞之關係,與臂及腿相同。而面神經之上運動段纖維之由外質來者,與肢神經之纖維一律橫過中線也。面癱之徵大抵甚昭著。或癱側之伸眉閉眼諸動作每畧困難;即使在完全性癱,情感發動時哭笑等動作或仍呈顯。面癱之屬不完全性者,僅累及面神經之下段如此則眼輪匝肌(眼圍肌)及額肌之受累較面神經下段管轄之各肌輕甚。舌下神經亦受累。因是病者不能直伸舌,而偏向癱側,蓋未癱之側之頰舌骨肌不遇抵抗力也。有時舌伸時偏向大腦損害之側,此則醫界尙未能查明其理由。無語言能或隨右側性偏癱而起。即使無昭著之無語言能病,言語困難及遲緩亦常見。

臂之癱大抵較腿爲完全。肌力之喪失或完全或否,不定。劇烈之病初起時即完全。其他則面及臂之癱完全,而腿癱不完全。有時僅面臂癱,而腿竟不受累。至於腿癱較臂癱重而面或僅畧受累者,則較少見。

凡患偏癱,每有若干肌不受累,而尤以有對稱運動之肌爲然,例如胸肌及腹肌是也。此蓋因脊髓中樞管轄兩側之此等運動每同時相伴而動作,其相關連也,至爲密切,故僅由大腦一側而來之興奮即足以激動之也。當安靜呼吸時,癱側各肌之動作較對側者爲強,而在強力呼吸時,則其動作相反。在偏癱發作後所致之恒久性癱之程度逐病而異。凡一部分之復原,常僅若干肌羣復原而其他則否。例如在腿,則屈腿肌及屈足肌之癱留存不退。此等肌即行走第二級之運動肌,如使腿縮短及使腿向前動者是也。至於脚立於地時支撐身體者,即行走第一級所用之各肌,包括一切伸腿肌及伸足肌。此等使腿伸長之諸肌,凡在大腦脊束損害所致之癱多能完全復原。至於在臂,則對拇肌,外轉臂肌及開手肌之癱常留存。

依常例而論，初起時癱肢大抵不顯萎縮。

交叉性偏癱 *Crossed hemiplegia*. 腦神經一側之官能喪失而身體他側之肌力(或感覺)喪失之癱，名交叉性偏癱或輪替性偏癱 *crossed, r alternat hemiplegia*. 係腦脚，橋腦及延髓之損害所致，而此等損害常為出血(第二十六圖)。

(一) 大腦脚損害. 其出血或由供給紋狀體，內囊，視丘等之血管蔓延而來，或原發於大腦脚自身。在此處之損害之特殊性狀係對側之臂，面及腿癱及同側之動眼神經癱，名韋貝耳氏併合症狀 *syndrome of Weber*. 感覺性改變亦或呈顯。大腦被蓋 *tegmentum* 之出血不定致偏癱，然或顯動眼神經癱而兼感覺受擾及對側身體之共濟失調。視徑或外側膝狀體(鈕結)之在大腦脚外側者或被壓而被偏盲。

(二) 橋腦及延髓之損害. 此類損害或累及大腦脊束及一條或數條腦神經。若損害在橋腦下部，則面神經或受累而致同側之面癱及對側身體之偏癱。第五神經及腦蹄係(感覺徑)亦或受累，而致同側該神經所供給之區顯感覺喪失及對側身體之感覺亦喪失。此等感覺受擾或屬非綜合性 *dissociated*，與脊髓空洞病所顯者相似，而以累痛覺及溫度覺為主。

大出血所致之感覺受擾. 此甚有等差。偏身麻木或與偏癱同顯，然大多數僅畧有麻刺感覺。若偏身麻木昭著，則常係內囊損害之累及後肢豆狀核後部者所致。至於感覺受擾之位置，則麻木之以外質機質病性為來原者常有界限，或在若干處如面，臂或腿最昭顯；且大抵屬不完全性。完全性麻木之來原則非係官能性，即係外質下性。特感覺受擾者少見。偏盲或在癱側發顯，而聽，味及嗅諸覺之敏捷或畧減。性情及程度大有等差之精神受擾亦或可由腦出血而致。

中風病之反射 Reflexes in apoplexy. 在中風性昏迷期內，一切反射均喪失；然昏迷一醒，反射亦皆回復，初係非偏癱之側，繼則（有時須數星期後）在癱側者亦復原。此反射復原之時，人各不同，而尤以讚反射為然。復原之後，癱側之深反射增加而踝反射（陣攣）亦或明顯。刺激其蹠，常能致躡趾顯伸反射（巴彬斯奇氏反射）；刺激其脛上之皮膚，則顯足之背側屈反射（歐本杭氏徵 Oppenheim's sign）。其他各淺反射，大抵皆減。括約肌不受累。

病程。此則依損害位置及其廣狹而異。若輕微，則其偏癱或在數日或數星期之內完全退去。病重者，大抵腿先較臂逐漸復原，而肩肌及股肌亦較肘肌及手肌先復原。面肌之復原有時甚速。除最輕之損害僅致暫時之偏癱外，其他則有下述之各情狀。

繼發症狀 此等症狀與慢性期相符。凡病起後在八至十星期內無退去之兆，則癱肢有若干改變。依常例言，腿力每能有一部分之復原，足使病者能舉步，惟脚仍拖拽不便。間或有劇烈症狀再發，即使無新出血病亦然。臂及腿皆隨顯繼發性縮短或晚期強硬 secondary contraction or late rigidity，而常以上肢為最顯著，肘關節恒久屈曲，不能稍伸。腕屈向肘，指屈向手。手臂之姿勢成一特殊病象。當此攣縮發顯時，大都有頗重之痛。腿之攣縮罕有如是之重者。肌力之喪失最顯著處在足肌，行步時欲免足之拖拽，以致膝大屈，或足向外圍轉作半環形。

在此時期，反射大增。此類攣縮係恒久不能治癒者，而與運動徑之一種繼發下降性硬化相伴。有時強硬（強直）及攣縮或不發顯，然腿力回復而臂則恒久弛緩。此弛緩性偏癱為小兒所患者最常見。晚期偏癱之他繼發性改變為受患之肌，顯微顫，後性舞蹈病，手足徐動症（阿退妥司） athetosis，受患側。

之關節病及肌萎縮(手足徐動及偏癱後性舞蹈病兩者當在小兒偏癱病節詳述之)。此外如癱肢之皮面冷而薄滑,亦為醫界所熟知。

依常例而論,肌萎縮却非偏癱之昭著情狀,但時或有之。或以為有時係前柱(前角)灰白質之繼發性變異所致;然有時則肌萎縮直接隨大腦損害而起,而前柱或竟無恙。質言之,此等萎縮之屬外質損害者,最常係累及中大腦動脈第三枝所供給處所致,而屬中央損害者則最常係累及豆狀視丘部所致。至其理由,則醫界尙未確知。消瘦之以大腦為來源者,小兒患之者最常見,每致偏身萎縮 *hemiatrophy* 及骨及關節之發育受阻;此類須與成人所患隨偏癱後而起之偏身萎縮分別明瞭。

診斷 此病有三種,不易辨認。(一)凡病起徐緩,一二日後始完全發顯,而知覺亦完全喪失者,雖易辨認,然其損害究屬血栓形成抑或出血所致,則難決定。

(二)突然中風,病者隨即知覺喪失,診斷尤不易,而尤以初見時已顯沉重之昏迷者為然。

所須最先決定之要點係是否有偏癱。依常例言,雖在沉重昏迷之際,癱側之肢較弛緩,提起時一放手即落下如死物,而非癱側之肢則每有若干緊張力留存,然有時亦不易決定。一頰或吹漲,又或口之一側呼氣時有唾沫噴出。患側之反射或減或喪失,頭眼或有同偏向之狀。一側之肢顯強硬係偏癱性損害之兆。此類症候大多數不能辨明其損害係出血或血栓形成抑或栓塞所致。

(三)劇烈之出血入腦室或橋腦,或致突然知覺喪失及全身之肌弛緩,則情狀或與尿中毒,糖尿,酒中毒,鴉片中毒,或癩病之昏迷相似。

神經系統病

病前之來歷及病起之情形或能供有價值之證據。凡患癩瀉，昏迷之前或有驚厥爲先驅；患酒精中毒，每有嗜酒之來歷可憑；而在鴉片中毒，則其昏迷之成就較遲緩；然而許多病案診斷之困難仍不少減。又糖尿病之昏迷，其口氣每帶醋爾臭。腦室出血之昏迷每驟突而速成。其偏癱症狀或僅暫時，而迅速變成全身弛緩。驚厥者不少；此或即係擾惑診斷之狀。例如一產婦患腦室出血，苟顯驚厥，醫者當然誤認爲尿中毒也。強硬係常顯之狀。出血入橋腦者亦或多顯驚厥。瞳孔或縮小甚，頭眼共同偏向或亦呈顯，而體溫度有迅速增加之趨向。橋腦出血之瞳孔收縮當然易誤認爲鴉片中毒。惟此兩者之體溫不同，係一診斷之要據。至於全身性麻痺之中風性發作，則每先有異常之精神症狀，而其伴顯之偏癱少有恒久者。

又斯妥克阿但氏病之腦性發作亦與中風極相似，宜注意。

診病時，初或不能下一定之診斷。迨病者收入醫院，或臨急病時，醫士須特別注意以下各要點：(一)檢驗頭部是否有外傷或骨折；(二)驗尿有蛋白素或糖否，且須用顯微鏡察驗；(三)詳細察驗四肢，審定其弛緩之程度，是否顯強硬及其反射之情狀如何；(四)注意瞳孔之情狀；(五)檢察體溫；(六)呼氣之口臭如何(爲酒性或醋爾性或哥羅芳性等)亦宜細查。最易致誤者係病者中風發作時正在酒醉中也。如此，則每誤認爲酒精性昏迷。是以必須逐病詳究，而尤宜謹記此類酒醉及中風同時並發者之易誤也。

患腦膜性出血(如因動脈瘤破裂而致)者，發作極驟，兼頭痛，如覺喪失極速，兩側皆弛緩，或難定其偏癱區之廣狹，體溫速升且脊髓因受高壓而有血。

豫後 外質性出血除極廣闊者外，或能完全復原，毫無攣縮之狀可察見。此種結局係隨外傷而起之出血所有者較由

動脈病而致者多。嬰兒腦膜性出血或致該兒癱呆或痙攣性兩側癱瘓。

劇烈之出血入放線冠(帶形徑)每迅速致命,而尤以其破裂入腦室者為然。

偏癱之隨內囊損害而起者,例如豆尾核動脈破裂之結果,常持續不退而隨成擊縮。內囊之豆狀核後部受累時,或顯偏身麻木,繼則發偏身舞蹈病及手足徐動症,尤以視丘受累者為然。無論何種腦出血,以下所述各症狀皆係危兆。(一)昏迷持續或加重至第二三日;(二)病發而體溫下降後四十八小時內驟然升高。病發二三日後之反應(反動)期內,體溫度常升高,苟至第三四日溫度漸降而知覺回復係一佳兆。速成臥瘡係致命之徵。尿內若多含蛋白素及糖,係惡症狀。

知覺復原而病者漸癒時,則必以癱狀如何為注念之問題。然此非數星期之久,不能決定。若損害輕微,則或完全退去。若至一月之久,尚持續不退,則必有若干癱狀恒久留存,終則晚期強硬逐漸發顯。

(四) 栓塞及血栓形成 (大腦軟化)

EMBOLISM AND THROMBOSIS (*Cerebral Softening*)

栓塞 Embolism. 栓子(漂團) Embolus 常由頸動脈入腦,而由椎動脈(項脊動脈)以入者罕。大多數栓子來自心左部,而係新起之心內膜炎或再發性心內膜炎或心瓣受潰瘍性炎之贅生物。更有係附心耳所結之血塊之一部分所成者,惟較少見。動脈瘤結血塊之碎片,主動脈患粥樣化及肺靜脈變性而致形成血栓,亦皆能成栓子而阻塞腦底動脈之枝。產後患腦性栓塞者不少。有時婦人之患心病者亦兼患此,然心不受累者亦有之,此則醫界以為與“血之凝結性增加而心內易結血塊”

有關係。栓塞大多數隨心病而起；大約佔百分之八十九。然隨癱瘓質斯熱、舞蹈病及其他熱病而起之急性心內膜炎，則罕兼此栓塞。而繼發性再發性心內膜炎之累及久變硬之心瓣者則多兼此。栓子最常至之處為左側之中大腦動脈；而後大腦動脈及椎動脈之受累者較少。有時基底動脈（腦底動脈）之分枝處或有大血塊駐在。小腦血管則罕有此患。^④

血栓形成 Thrombosis. 腦動脈結血塊之故有四：（一）動脈內有栓子，於是該栓子周圍結血塊；（二）動脈壁有損害（或為動脈內膜炎之兼粥樣化或否者，或為梅毒性動脈炎，不等，而以後者為最多）；（三）有動脈瘤，無論為粗者及粟粒形者皆然；（四）直接由血之改變而致，例在患出血後之貧血、萎黃病、敗血病及癆之惡病質者是。又腦之動脈血栓形成間或繼頸動脈被縛而起。最常患此之處係大腦中動脈及腦基底動脈二者。

解剖的改變 栓塞及血栓形成二者，其最後之結果皆為該血管所供給之境域之變性及軟化。終動脈（獨立動脈）被塞，則成梗塞；如此，則或致該區有劇烈之血液浸潤，此即所謂出血性梗塞；或致色白而腫且顯壞死狀，此即所謂缺血性梗塞。軟化之病演逐漸進行，致組織被血清所浸潤而濕，神經纖維則變性而有脂肪性。神經膠質腫而呈水腫性。軟化區之色依血量而異。血色蛋白顯逐漸之變化，原有之紅色或變為黃。昔時醫界每注重於軟化處之色之紅、黃、白等區別。紅或黃者，大都顯於外質。有時紅色軟化之在患栓塞病及瘤之周圍者尤為昭著。灰白質顯許多點形出血 punctiform hemorrhages；此名毛細管性中風 capillary apoplexy。有一種黃色軟化名黃斑 plaques jaunes者；每為年老者所患，而顯於腦回之灰白質；軟化處之大小，其直徑約為一至二釐，有時呈角形，邊界甚清，其中之軟區或為濁黃質，或有細絲縱橫布列而其孔隙間貯液。^⑤ 白色軟化以顯

於白質者爲最多，而在瘤或膿腫之周圍者最明顯。軟處及其周圍每有炎性改變。苟栓子係由傳染性竈局(如潰瘍性心內膜炎)而來者，則或繼之以化膿。最終之改變大有等差。變性及已死之組織成分逐漸除去。苟患處小，則或生結締織而成癭。若患處大，則其吸收之結果爲囊腫之形成。

軟化之位置及其廣狹，依被塞之動脈而異。栓子塞中大腦動脈之發源處，則不僅累及至前穿通質(腦前篩)之動脈，且累外質動脈枝，故其所致之軟化兼在紋狀體及外質枝所供給之區。此等動脈枝吻合(交通)之程度，人各不同。是故患大腦中動脈栓塞者，其軟化或僅累及其中央枝(又名底枝)之區域，而血則由前後兩大腦動脈供養外質。若大腦中動脈在發中央枝遠處被塞(大抵此處被塞者最常見)，則他一枝或數枝常受累。例如栓子之駐在處或在額下回動脈，或額升回動脈或後中央回(額升回動脈)，或達緣上回(額中轉下回)動脈之枝，或達角回(短回)動脈之枝，或達顳葉之上回之枝不定。此皆係終動脈，故其所致之軟化多限於一部分，質言之，即限於各該枝供給之區。若干最有定限之竈局性損害係如此而致。

雖試驗時欲由大腦中動脈以注射至大腦後動脈及由大腦前動脈以注射至大腦中動脈，屬不可能，然依現今之知識而論，各動脈外質枝之吻合較昔時所測度者爲廣闊；例如有時動脈小枝被塞而不致軟化，足見其補償作用頗爲完全；此補償作用大約係毛細血管所供給。此等側枝循環之擴張甚迅速；是故一患慢性腎炎者，在偏癱後二十四小時內即致命。剖檢之，則見二尖瓣有新成之贅生物。並有一栓子塞於右側大腦中動脈分出第一二兩枝處之後。腦半球之中部水腫。右側之大腦前動脈大擴張，其直徑較左側者幾大三倍。

症狀 廣闊的血栓形成性軟化有時不致症狀。判驗年老老之屍體而見腦回上有黃斑散列者，實屬不少。又額葉前前之軟化，有時亦不致症狀。若大腦中動脈之中央枝或外質枝受累，所致之症狀與該枝之出血者相似，而有恒久或暫時性偏癱呈顯。若中央諸枝受累，則其所致之內囊之軟化每致恒久性偏癱。栓塞及血栓形成二者各有伴起之特狀。

栓塞大抵兼心病，或病者有以上所述之各情況。病起驟突，無先驅症狀，惟間有顯劇烈之頭痛者。若栓子塞左側之大腦中動脈，則所致之偏癱兼無語言能病。

血栓形成之起病較為徐漸；病者或先患頭痛、暈眩，指有微刺痛感覺，語言之受擾或已呈顯數日；或病者之記憶力已喪失而語無倫次（思緒不連貫）incoherence，或一部分（如手）之癱發端而徐徐蔓延，所成之偏癱或屬不完全性而大有等差。突然知覺喪失者甚少。損害小者知覺健存無恙。是故在梅毒所致之血栓形成，偏癱或逐漸呈顯而知覺毫不受擾。

栓塞及血栓形成所致之偏癱，無論原發或繼發，其特殊性狀幾盡與腦出血相同。已詳前出血章。

各血管被塞而致之惡效條列如下：

(一) **椎動脈** Vertebral. 此動脈之左枝之被塞者較多。其惡效為延髓核受累，而其症狀屬急性延髓性麻痺（脣舌咽喉癱瘓）。然此動脈不常單獨受患；每與基底動脈相伴受累。

(二) **基底動脈** Basilar. 若此動脈完全被塞，則或因兩運動徑皆受累而致兩側癱瘓。延髓性症狀或亦呈顯，或且顯強硬或痙攣，體溫或迅速升高。質言之，其症狀與橋腦性中風所顯者相同。

(三) **大腦後動脈** Posterior cerebral. 此動脈供養枕葉之內面及顳葉之一大部分。苟其總幹結血栓，則致偏盲及感覺

性無語言能。局部性軟化區有時或不致症狀。若此動脈之枕大枝至楔(枕內上小葉)被塞,則或致偏盲。內囊之後肢受累,則致偏身麻木。兩側之枕動脈患對稱性血栓形成者,亦時有之。而尤為常見者,係半球之大腦後動脈之一枝及他半球之大腦中動脈之一枝同患血栓形成。最顯著之無識物能 apraxia 即為此類所致。

(四) 頸內動脈 Internal carotid. 此則症狀甚有異同。此動脈被縛,不致危險,係醫界所素知;然有時則致暫時性偏癱;更有致恒久性偏癱者。此其異致,全視動脈環之吻合(交通)狀況如何而異。苟其吻合血管大而通暢,則無癱繼起;若其後吻合及前吻合血管過小或無,則其癱或持續不退(曾有二十四歲之女子因六歲時患猩紅熱醫士將其左側動脈縛住致成恒久性偏癱)。頸內動脈之顱內部分被血栓或栓子所塞,則致偏癱及昏迷,且常致命。血塊限於該動脈本身者罕,每蔓延至其枝,或且累及眼動脈。

(五) 大腦中動脈 Middle cerebral. 此係最常受累之血管。苟其閉塞處在中央枝未分出之處,則由內囊之軟化而致恒久性偏癱;苟其閉塞在已分出枝之遠處,則亦致偏癱,然大抵屬暫時性,以累及面及臂為主;若此等損害在左側,則或兼無語言能。有時單獨之一枝被塞,例如額下回枝(若在左側,致標準的運動無語言能),額升回及前後中央回(額升回)之枝(常致完全性偏癱),緣上回(額中回下回)及角回之枝(若在左側則致視覺性無語言能(無識字能)且常兼右側性偏盲)或顳回枝(若在左側,則致言語聾)之被塞是也。

(六) 大腦前動脈 Anterior cerebral. 此則或無症狀繼閉塞而起,即使供給旁中央小葉(內上小葉) paracentral lobule 及諸升回(中央回)上端之枝被塞,大約亦能由大腦中動脈之枝成側枝

循環而供給各該處。惟有時或致腿顯單癱。且有因此血管被塞而致智力遲鈍者。

腦出血及軟化之治法 最難決定如何施治之點，係決定所患之中風係由出血抑由血栓或栓塞所致。病者須臥床，而使頭畧枕高，頸部自由。務宜十分靜養。若顯呼吸困難，駢息，以及呼吸之機械的阻碍徵，則宜改爲側臥。此法可減輕肺之充血。若腦出血之徵已確定而動脈之壓高，由理論言之，似宜施靜脈切開術。但實際無效，或功效甚小，可無須施行。又依實驗而論，動脈壓之迅速增高常係抵抗腦內壓增加（由持續出血所致）之指徵。因是，欲減去腦內壓，苟可施穿腦切開術取出血塊，甚佳；對於硬膜下性出血尤爲相宜。另一由實驗而得之方法，對於漸重性出血，可用壓頸動脈法。頭可戴冰帽，足則用熱水瓶以溫暖之。腸道須用甘汞開通之。對於頸及腳施反感刺激法似可不必。導尿術或須施用，昏迷過久者尤然。務宜特別防臥瘡。若用熱水瓶暖足，不可過熱，蓋此等病人較常人易於起皰也。除脈搏弱及有精力虛脫之兆外，可以不用興奮劑。在漸癒期內，病者仍宜靜臥，即使發作最輕者，至少亦須臥養十四日之久。頭上之冰袋必須持續施用。食品宜輕淡。腸道宜暢通。癱肢之姿勢務宜注意；若腫，可用棉花或法蘭絨包之。碘化鉀之小劑可使服用。

血栓形成或栓塞所致之軟化之治法，不甚有價值。靜脈切開術不可用。蓋此法減血壓而反有助血凝塊之弊也。若必動作弱而不規則（此係常見者），狄吉他利小劑可用。腸道須開通，然不可如治出血者之用有力瀉藥。

對於繼動脈之梅毒而起之血栓形成（此則二十至四十歲之間患之者最多，每顯偏癱而不覺知覺喪失），強有力之抗梅毒療法必須施行；當用碘劑之足劑量。偏癱病中實祇此類可以有療治之希望。

存留不退之偏癱無佳良之治法。蓋此等損害每係不可補救之恒久類，而碘化鉀及他種藥品大抵皆不能有功也。

癱肢可每日輕手摩擦一二次，以維持肌之滋養並阻止攣縮。惟須待病發作後十日始可施行。摩擦宜對身體而施，每次不可過十五分鐘。輕病逾二星期後，重病一月後始可用法拉勃電奮與其肌。輪替用此電奮與及摩擦二法，即使不能回復肌之隨意運動，亦能阻止攣縮。病人又當自行練習簡單之運動。苟已成攣縮，用電激及摩擦與被動性運動法，亦或有益。又髓移接術及神經橫接術有時能回復肌之若干運動功用。

凡遇完全性偏癱，宜以完全復原之機會極少直告病者之親友。腿之肌力每可復回，足使病者能行。手之文細運動大多數恒久喪失。全身之康健務宜注意，大便須開通。皮及腎之分泌功用，宜設法使之活潑。若中年以後者患恒久性偏癱，則每有或輕或重之精神虛弱繼起，病者或煩燥憂鬱。

若偏癱持續不退過三閱月之久而攣縮已顯，則宜直告病者及其親友，其病已毫無痊癒之希望（藥療及電激法均屬無益）。

(五) 腦動脈瘤 ANEURISM OF THE ARTERIES OF THE BRAIN

粟粒形動脈瘤不在此章之內，此章只論較大動脈枝之動脈瘤。門德利醫院曾剖驗八百人，其中有十二人患此。英國故氏醫院剖驗九千人，患此者只十九人。

原因 患者男多於女。且多在中年。但幼年亦有患之者。主要之病原如下：(甲)動脈內膜炎，或為單純性，或為梅毒性，皆致動脈壁變弱而擴張；(乙)栓塞。此等動脈瘤多與心內膜炎相伴。栓子漸消去，然因該動脈有內膜之繼發性炎性改變而致擴張。

病理解剖 最常受累者為大腦中動脈枝。歐司勒所見之十二動脈瘤病，其在動脈上之分配如下：在頸內動脈者一；

在大腦中動脈者五，在基底動脈者三。在吻合前動脈者三。此十三病中，囊形瘤佔十一，皆由一較瘤徑小之口而與動脈相通。瘤之大小甚有等差，小或僅如豌豆，大則或如核桃。所致出血或盡屬腦膜性，僅畧兼腦組織扯破，但或盡在腦組織內。

症狀 有時瘤或頗大而不致症狀。大多數之初狀為瘤破裂及致命之中風。症狀之最顯者係頸內動脈之瘤，蓋或壓視神經或視徑又而致神經炎或第三神經癱。聽診時，腦內或有雜音。此等瘤或致腦底顯刺戟及受壓狀，又或致偏盲。椎動脈或基底動脈之瘤或累及由第五至第十二神經之枝。大瘤之在腦底脈末處者，或壓兩側第三神經或大腦脚。

診斷 此病大抵不易。較大之瘤致瘤腫之症狀，而破裂則常致命。

(六) 腦竇及靜脈血栓形成

THROMBOSIS OF THE BRAIN SINUSES AND VEINS

此病或為原發性，或為繼發性。

原發性類 罕見。其病況有三種：(甲)小兒患之，而尤以生後六個月內者為然，常與腹瀉有關係。高耳氏以為此類不少，而靜脈血栓形成之為致嬰兒性偏癱之原因者亦不少。

(乙)萎黃病及貧血常兼有此患。最常受累者，為矢狀竇(縱血塊)。身體他處之靜脈亦常伴患。尋常一二星期即死，但有時亦能痊癒。

(丙)癌，結核，或他慢性病之末期，竇或外質靜脈內或患血栓形成。是名衰瘦性血栓 marantic thrombus。

繼發性類 此較前類多甚，每隨竇鄰近至竇壁之炎而起。尋常病原係內耳病，顱骨折，瘤壓竇，或顱外有膿性病如丹毒，癰，或腮腺炎。最常受累者為橫竇(頰旁血塊)。據醫院統

計表，因耳病延及腦而死者五千七人中，橫竇結血栓者二十二，頸骨之結核性骨瘍每直接致此患。血栓或大，或大而充滿於竇，且延至頸內靜脈。而此五千七人中，血栓化膿者居大半。此病由耳鼓後壁之死組織直接蔓延。惟乳突小房（顳凹窩）炎不常致此。

症狀 矢狀竇之原發性血栓形成或無顯狀，迨剖驗時始察知。有時或顯精神呆滯兼頭痛，驚厥及嘔吐亦或呈顯。其他則毫無特狀。萎黃病類之頭症狀多甚昭著。有一患者，精神呆滯，顯嘔吐，瞳孔開大及兩眼視神經盤發炎諸狀。畧有左側偏癱。有一可注意之情狀係左腿漸腫。另有數患者亦有頭痛，嘔吐及譫妄諸狀，但不顯癱。更有一人顯與以上所述相同之症狀而兼左側失力。又有一病係十九歲之貧血女子所患，顯驚厥，倦睡及嘔吐諸狀。右頸內靜脈部漸顯觸痛及腫，數日後對側亦復如是。診斷則因右腿之靜脈炎而定。後此女竟痊癒。

若貧血或患萎黃病之女子顯以上之症狀，須疑其為腦動脈血栓形成。若在嬰兒，則罕能定診斷。海綿竇（蝶旁血塊）受累，或致眼瞼周圍水腫或眼球畧突。

繼發類之症狀常與敗血病相似。某氏報告患此病者十分之七因肺膿毒血病而死。並有以下之重要斷語：（一）此病由中耳後壁延蔓者較起於乳突小房者為多。（二）耳盜液（中耳流膿）大概係已頗久者，但亦不盡然。（三）病起驟突，主要症狀係發熱，寒戰，枕頸二處作痛及敗血病。（四）視神經炎或甚昭著。（五）急性局部性肺病或身體他處之化膿常為竇內血栓形成之確據。（六）病之平均時限約為三星期，致命之故多由於肺膿毒血病。此六斷語於診斷甚有資助。

橫竇之血栓形成或兼靜脈積血及耳後及頸部痛而水腫。與損害同側之頸外靜脈之膨脹或較對側者為輕。蓋橫竇內有血栓。則同側頸內靜脈之血不似對側者之滿。故其頸外靜脈之血易流入之也。

治法 若病者衰瘦，宜用奮興藥。躺臥之姿勢宜與動靜脈之血循環相宜。衣領不可緊束頸部，致阻血流；又宜注意使勿屈其頸項。此病無藥治法。繼發類之因中耳病而起者，用外科手術最常見效，近來用外科手術治療此病者甚多。

(七) 小兒偏癱 HEMIPLEGIA IN CHILDREN (3th ed.)

原因 患此病者一百三十五人中，男佔六十，女佔七十五；右側偏癱五十六，先天性類十五。此病之發端大多數起於小兒生後一二歲之時；二歲以前患之者，佔全數之九十五。五歲以後者少見，歐司勒所見僅十次。父母嗜酒或患梅毒與此病似無關係。難產有時致此病，而尤以受助產鉗之傷者為然。至由傷害如跌倒或刺傷而起者，較少見。曾有一病兒，因縛總頸動脈，致繼起此患。傳染病係一重要原因。上述之一百三十五病人中，病起在患特種熱病之時或恰在其後者十九人。余曾見一患者在種牛痘後盛發時顯驚厥而繼起偏癱。脊髓前灰白質炎之細胞亦能致此癱。此病起時大多數先顯驚厥，驚厥持續數小時或畧久，迨退去方察見偏癱。

病理解剖 歐司勒曾剖驗屍體九十具，其損害可分為三季：

(甲) 栓塞、血栓形成及出血之類，共十六案，其中屬大腦中動脈被塞者七，出血者九。此類之特異點係患者之年歲較長，此十六案中，過六歲而起者有十案。

(乙) 萎縮及硬化之類，共五十案。其消瘦在數回或一葉或半球不定。患處之腦膜常與腦粘着甚密，而有時腦膜之外觀如常。腦回萎縮而堅硬，與尋常之回異。其硬化或係彌散性而布滿半球，或腦上顯結節形隆凸（此名肥大性硬化）。有時顯昭著之腦半球一側性萎縮。余曾見一萎縮之半球，僅重一百六十九克，而其不萎縮之半球則重六百五十三克。有時腦組織或僅似一壳包裹擴張之腦室而已。

(丙) 腦穿通畸形（大腦窩症）Porencephalus。剖檢該九十屍體，其屬此類者二十四。此係腦組織外面成窩及囊腫。其窩及囊腫與蛛絲膜相通，或為蜘蛛膜所包，且有時深入腦組織，有時達腦室。凡有此患者一百零三案中，發偏癱者六十八。

就實際言之，小兒偏癱以腦外質硬化及腦穿通畸形為最常見之解剖的改變。原發性改變大都尚未查明。腦穿通類或由於發育不健全或產時出血。若干出血，栓塞及血栓形成之類，其病原固甚明瞭。然此外之一大羣，其最後之改變係硬化及萎縮者，則尚不知因何而致。依臨診之歷史論，幾盡皆病起驟突，顯驚厥，且多兼輕熱。或以為此情況係大腦灰白質發炎 polio-encephalitis 所致。間有顯流行性腦脊髓灰白質炎 epidemic polio-myeloencephalitis 之大腦性散發性類者。

症狀 (甲) **病起狀** 病起或驟突而無痙攣及知覺喪失狀。然大多數發作時顯部分的或全身性驚厥及知覺喪失。知覺喪失之期或歷數點鐘，或持續至數日之久不等。此係此病最昭特之狀。發熱常顯。所顯之偏癱（每在知覺復原時察見）大抵屬完全性。有時其癱初不完全，迨再驚厥，始成完全性。右側受累者較左側多。面尋常不受累。

(乙) **餘狀** 有時癱逐漸退去，而患者逐漸發育之際毫無病迹留存。常例腿之痊癒較臂速而完全。有時其癱一似完

全退去，不易看出。但多數顯有殊特之偏癱性步態。癱處以臂爲最昭著。該臂常消瘦；肘屈成正角，手屈而指亦屈；運動功用或完全喪失；然亦有能抬臂過頂者。迨晚期，則臂強硬；故此病又或名之爲大腦痙攣性偏癱 *hemiplegia spastica cerebri*。但亦有不顯此狀者。病發後數年，其臂或仍弛緩。反射常增。但亦曾見數患者，其反射喪失。惟感覺常不受擾。

無語言能。此不爲罕見。凡患者一百三十五人，無語言能者有十六人。

精神不健全（靈心欠缺）。精神發育不健全係小兒偏癱最可憂慮之後患。可分三類：（一）癱愚。如偏癱由產時而得者，此最常見。（二）遲鈍。此類每加重而常兼癩癲。（三）腦力薄弱。此乃腦力發育遲緩而非停止。

癩癲。歐氏所檢查諸案中，顯驚厥者四十一，並知此係一最困苦之後患。此等發作或爲暫時之小癩，即外質性癩癲，起於損害之同側且限於該側或爲尋常之驚厥。

偏癱後性運動。上所述一百三十案中，有此者三十四。只顯於受累之肌，所顯爲微顫或舞蹈病類運動，又或爲下述之手足徐動。

手足徐動病（阿退妥司）*Athetosis*。癱肢之端有非常之痙攣，最常見於手指及足趾，間或顯於口肌。其運動係不隨意性而似乎有節律；在手則外展內收及旋後旋前，依次遞顯。或指過伸而指與指離開。此狀在小兒較多。若係成人，或與偏身麻木兼顯，而其損害非外質性而係腦底性，即近視丘之處。有時其運動因情感而增加。雖在眠睡時，亦持續而動。

治法。醫士宜注意凡嬰兒之遲產或用鉗助產者，易致腦受傷。遲產較用助產鉗者尤險。偏癱初起與尋常驚厥相似，但此則或畧久而且重。當速用溴化鉀或冷熱敷或有力之

藥設法阻止。在驚厥時，可吸哥羅芳，雖初生嬰兒，吸之亦無礙。倘癱已顯，則藥無大效。此類癱罕見完全復原者。果癱患畧癒，其所剩之癱狀乃與他類上運動段性癱無異。故在下肢，則腿及足背之屈肌最常有恒久之癱。對於病兒之營養，必須注意，以助其自然復原；又宜用揉捏法及被動性運動減輕其強硬及攣縮；倘有畸形，可用外科手術或機械治之。果能合用揉捏法及機械，可見功效。所兼之無語言能常得痊癒。癲癇係困苦而難療之症狀。然長久之病間歇期不為罕見。若係外質性癲癇類，服溴化鉀無效，惟顯劇烈之煩燥者服之可稍見效。對於此類癲癇，如能用外科術，常能減少其驚厥次數，且減輕其抽搐力，但盡退而不再發者罕見。腦力薄弱係小兒腦性偏癱最最可憂之後患；多至成癡呆。若忍耐教養並注意看護，才智與自信力每能漸進步而達有用之程度。

(八) 嬰兒痙攣性癱瘓 痙攣性兩側癱瘓 出胎性癱

(痙攣性大腦截癱；李忒耳氏病) (8th ed.)

SPASTIC PARALYSIS OF INFANTS—SPASTIC DIPLEGIA—BIRTH PALSIES

(*Paraplegia cerebrales spastica (Henle); Little's disease*)

患此病者，四肢皆顯癱及痙攣。或從產生時起，或在產生後不久即發端；又有繼發熱或驚厥而起者，惟較少見。腿之受累常較臂為甚；不消瘦，亦無感覺受擾。反射物增加。精神之情況常紊亂。病兒多癡愚呆鈍，心身雙方皆成廢物。或顯極劇烈之共濟失調及手足徐動病類運動。(阿退妥司樣動) atetoid movement.

嬰兒偏癱之屬先天性者雖甚有限，而痙攣性兩側癱瘓或截癱則大多數係產生時受損傷之結果。有時臂之受累或甚輕微，或難決定其為兩側癱抑或截癱。病兒大多數係第一次

產生或用助產鉗取出而出生時窒息者。若係倒產者，則腦脊膜或有扯裂之傷。又早產亦或係一種病原。

病理解剖 此出胎性癱之終成痙攣性兩側癱或截癱者，大多數係腦膜性出血所致。此種出血出自靜脈或矢狀竇，而其出血之處，多數以外質運動區為最劇烈；苟如此，則精神之受累或甚輕。但若出血較廣布（尤以累及大腦額葉者為然），則無論何等癡呆皆有因之而致者。腦質所顯之硬化似乎係血塊之壓所致。然亦有因胎之腦腦膜炎而起者。凡剖檢患此病者十六人，死者之年齡在二歲至三十歲間；解剖上的情狀有兩類：一為彌散之萎縮最多；二為腦穿通畸形。又因有若干病兒係早產者，其時大腦脊束尙未發育，故醫界有以大腦脊束不發育為此病之病原者。有時大腦脊束之纖維既為數過少，而其髓鞘又不完全。

症狀 最初該嬰兒或無異常之情狀。然亦有早顯且屢發驚厥者；迨該兒至學步之年齡，則似四肢不靈活，因而察驗，乃發見腿及臂之強硬。或至二週歲後尙不能自坐，而其頸肌多不能扶撐其頭。腿之強硬常較顯著，而內轉肌每患痙攣。苟扶該病兒起立，則僅足尖或足內邊着地，而兩膝相密接，或兩腿交叉。臂之強硬大有等差。或輕微而不見覺察；或其強硬顯著如腿。凡臂腿皆患痙攣者，名兩側癱瘓；而其僅屬腿受累者，則名截癱。此兩類似不須分論。此種痙攣大約係大腦外質之脊髓纖維之障礙所致。蓋此纖維對於脊髓前角細胞有阻制的勢力也。臂顯持續的不規則運動者不少。故病兒難握物。有時一側之痙攣及軟弱或較他一側者為顯著。精神大抵不健全，而驚厥係一常見之症狀。

隨此痙攣性癱而起者，有兩種連合之情狀，其特殊狀為痙攣及紊亂的運動。患痙攣性雙癱之小兒或顯肌之極不規則

的運動。欲握物時，其指或顯強硬，痙攣，不規則之狀，或且肩，臂及手均患持續的不規則運動，更有兼頭之運動亦畧不和者。此類或與多數性硬化及遺傳性共濟失調不易辨別。

更有一奇特之情況，即所謂兩側性手足徐動病（或兩側性阿退妥司）是也。此係一種合併之輕重不定的痙攣及最奇異的肌動。此種情況大抵起於嬰兒時期。病者或不能步行。頭自左右搖轉，面肌有持續之不規則動；口扯縮而振轉。四肢多少必僵硬，而伸時尤然。苟一思動作，臂腿即自顯奇異之動（尤以臂為然）；此與阿退妥司相似，而其動較劇烈。病者因此之故，多不能自行動作（如着衣食物等）。反射增加。精神之情況大有等差。病者或癡呆。

治法 症狀甚重者，無甚療治之法。病勢輕者，系統的教練或可補救其精神狀況。對於痙攣之肌，須行運動法及按摩法。截髓術及移髓術對於療治四肢（尤以治腿為佳），每可有獲益之望。斷脊神經後根術有時有大效。此病之大多數既係由產生時顱內出血所致，則立即用手術除去該外質的血塊（出血處大抵在腦半球之外面），或能免該兒因腦受壓而致此病也。

(四)腦之腫瘤

TUMORS OF THE BRAIN

傳染性肉芽腫 Infectious granulomata. (甲)結節。此有大小之別，常屬多數性。有時腺結核或骨結核或相伴而起，然腦之結核病或不兼臨診上可辨認之他結核性損害也。少年患此病者最多。二十歲以內者，佔全數四分之三；十歲以內者，佔二分之一。十九歲以內患腦腫瘤者三百人，其中有結節者一百五十二。該小結以在小腦及腦底者為最多。

神經系統病

(乙) 梅毒腫 Syphiloma. 此則最常顯於腦外質或橋腦周圍。腫瘤較淺，常附麗於動脈或腦膜，雖有長成大腫瘤者，然甚罕。或屬多數性。樹膠樣腫性腦底膜炎常見，且此炎每兼動眼神經受累。眼之運動神經每易受梅毒性浸潤，而上瞼下垂及尋常之斜視爲此病所常有。大腦垂體亦常受累，而顯似單純性尿崩病 diabetes insipidus 之症狀。

瘤 (丙) 神經膠質瘤 Glioma (Neuroglioma). 此類瘤形狀不一，或甚堅硬，極似腦組織一區硬化，而其四界不甚分明，或柔軟而出血。此一類每纏綿多年。

(丁) 纖維肉瘤 (內皮瘤) Fibrosarcoma (Endothelioma). 此瘤之顯於兩半球膜或橋腦，延髓，大腦脚之膜者最常見，而其壓效每能長久致損害。此瘤之在橋腦延髓間之窩者尤爲常見。若肉瘤發源於大腦組織內，或能成腦內瘤之最大及最廣布之浸潤類。苟發源於腦膜，用外科手術最爲有效。

(戊) 癌。繼他處之癌而起者不少。屬原發性者罕。間或腦內兩對稱處均有之。

(己) 他類。如常生於腦膜之纖維瘤，有時生於腦鎌之骨瘤，又如砂樣瘤 psammoma，膽脂瘤 cholesteatoma 及血管瘤是。此外尚有脂肪性瘤，間或顯於脊髓。

囊腫 此係出血或腦軟化之結果，而生於腦及腦膜之間。腦穿通畸形 porencephalus 係先天性萎縮或出血後之後發病。然亦有因發育不健全而致者。包蟲囊腫亦有之。詳見寄生物病篇。另有一種奇特之囊腫，每隨小兒顯受重傷而起。神經膠質瘤多變性而成囊腫。皮樣囊腫亦曾見之。

位置。腫瘤之大多數在大腦內，而尤以在半卵圓中央(腦橢圓所)者爲常見。其次在小腦、橋腦及腦膜。神經膠質瘤最

常生於大腦半球而生長甚慢。常係單獨性。結節則常係多數性。繼發性肉瘤及癌亦常屬多數性。

症狀 (一)全身症狀 最重要者如下：頭痛，或係痠鈍而不間歇之類，或係尖刺之痛陣，或汎布全頭，或限於頭後或額前。頭後之痛或延至頸（尤以瘤在後窩者爲然）；額前之痛伴有面之神經性痛。間或屬局部性而兼觸痛。

視神經炎。腦腫瘤之五分之四兼此炎。若病者有腦症狀，則宜查是否兼視神經炎，蓋有時炎頗重而視力不顯障礙也。其視力之欠缺即視神經萎縮之指徵。此炎常係雙眼性，然間有限於一眼者。有時瘤逐漸長至甚大，而不致視神經炎。有時瘤雖甚小，苟其位置足以致腦積水，即能致之。馬汀氏研究瘤之局部審定法，其結論曰：若兩眼之視神經炎不同，則瘤之位置大抵在炎重之一眼同側。若瘤在四疊體，則必致此炎；若在小腦，百分之八十九有之。若在橋腦或延髓或胼胝體，則僅三分之一有之。結核性瘤類有此炎最少，而神經膠質瘤及囊腫性瘤有之者最多。又某氏檢驗七百患大腦瘤者之眼，查得水腫係伴起之視神經炎之主要情況，此水腫之原因係靜脈充血。

嘔吐。嘔吐係常見之狀，而與頭痛及視神經炎三者合併，成大腦腫瘤之特殊的臨診情狀。其要點係與食品無明定之關係。依化學查驗吐出物，而知與消化受擾亦無關係。其嘔吐頑梗不退，尤以瘤在小腦或橋腦者之嘔吐爲然。

眩暈。此多爲早狀；病者每自覺於突然起立或旋轉時顯眩暈。

精神症狀。所顯症狀常爲進行性精神薄弱，致癡呆。病者之行爲或怪特不自然，或遲鈍呆蠢。又或易受感觸，或有希司忒利阿樣症狀。

驚厥。或顯似癲癇之全身性驚厥，或顯局部（外質）性驚厥。若瘤發源於漏斗（鞍腺后）部，則多顯味性或嗅性之癲癇兆。有時病者之脈搏次數減少，與各類顱內壓加增者同。

(二) 可定患處的症狀 Localizing Symptoms. 集中性症狀每有之，然須知此等症狀或係間接發生。瘤愈小而大腦受壓之全身症狀愈不顯著，則所顯之集中性症狀屬直接性者愈多。

(甲) 大腦運動區之瘤。此其症狀若非刺戟性，即為破壞性。若刺戟在運動區三分之一之下一部分，則或致面肌，口角肌或舌肌之痙攣。兼微刺痛感覺之痙攣或先限於一肌羣而後始延至他羣，或名此為先兆症狀 signal symptom。若刺戟在運動區三分之一之中一部分，則因臂中樞在此，故痙攣或起於指或拇，或腕，或肩之肌。若刺戟在運動區三分之一之上一部分，則痙攣或起於趾，或踝，或腿之肌。有許多病人，能確定痙攣發源之點，蓋痙攣發源之前每先有重要感覺受擾狀如麻刺感覺及微刺痛感覺可以察覺也。

查驗此類病人，宜決定之要點有三：(一)痙攣發源之處，即所謂先兆症狀；(二)痙攣蔓延之次序；(三)先受患處之繼續情狀係不全癱（輕癱）抑或麻木。

破壞性損害之在運動區者致癱，然每有局部性驚厥發作為之先驅，例如腿或顯單癱而臂顯驚厥，每為臂中樞之損害所致。若瘤在運動區之附近，或致局部性痙攣，後則因瘤侵入運動中樞而致癱。若瘤在腦左半球，則荷累及顳橫回，或額下回，或阻其相連之徑，言語之機能或受擾。

(乙) 額前部之瘤。此處生瘤，則運動感覺兩者或均不顯症狀。全身症狀每甚顯著，而其最可注意之狀則為精神昏憤而逐漸遲鈍。尤以瘤在左側者之精神改變之殊性為昭特。若瘤下延，則或致左側額下回受累，而致無語言能；若瘤後延，則

致運動區之刺激性或破壞性損害。有時患瘤側之眼有外凸狀，或可為診斷之助。

(丙) 頂枕(顳額)葉之瘤。此瘤或長至甚大而不致症狀，尤以在右側者為然。若累及左角回及其下之白質，或致字盲，精神性盲及言語錯亂。若瘤在頂葉上部，或失體積感覺。

(丁) 枕葉之瘤。此處有瘤，必成偏盲；如左右兩側俱有，或至全盲。若在左側，或成字盲及精神性盲。故對於各類腦瘤，宜詳查病者之視野。不但有顯偏盲者，更或顯視屬幻覺 visual hallucinations，且有時左枕葉之瘤或致不能辨認色彩。

(戊) 顳葉之瘤。此亦或長至頗大而不顯症狀。但其生長時多致下運動中樞受累。如在左側顳橫回(聽覺區)受累，或致言語聾。

(己) 腦底神經節之瘤。此神經節之附近有瘤，每累及內囊而顯偏癱。若瘤限於尾狀核或豆狀核，則不必致癱。若在視丘，瘤小者或不顯症狀，但長大則或累及內囊之感覺部而致偏盲，亦或顯偏身麻木。按視丘有瘤，每致早期視神經炎。倘延至第三室，則或致側室膨脹，而顯視丘性併合症狀；例如顯偏身之痛，觸覺及溫度覺喪失而兼深感覺喪失是也。此外更有兼患側之手臂足腿之奇異痛者；此痛係燒熱不舒適之類而非劇痛。其濟失調狀常伴顯，且體積感覺喪失。偏癱或亦呈顯，但不兼攣縮。

若瘤在四疊體，罕有只限於該處者，最常兼累大腦脚。眼症狀甚昭著。瞳孔失反射而眼球震顫。瘤漸長時，每累及第三神經通過大腦脚處，而致一側之動眼神經癱及他側之偏癱，此二者之合併係一側性腦脚損害之特殊性狀。

(庚) 橋腦及延髓之瘤。此二類瘤之主要症狀係此等處發出之神經被壓所致。若係橋腦之瘤或僅累及由該處而出

之神經，然亦或兼累及大腦脊髓。患瘤者五十二人中，僅顯腦神經受累者十三，僅顯肢受累者十三，而顯偏癱兼神經受累者二十六。此二十六人中，顯交叉癱者二十二；其交叉也，係一側之神經受累而對側之肢癱。其餘四人毫無運動症狀。大腦脚之下內面有結核性瘤或梅毒性贅生物，則或致一側之第三神經癱及對側之面舌脣癱。若瘤在橋腦下段，常係第六神經受累而致眼內斜，苟累及第七神經，則致面癱累及聽神經，則致耳聾。有時眼共同偏向面癱之側。苟運動腦神經受累，則所致之癱係周圍性類（即下段癱）。

延髓之瘤或僅累及腦神經，或致該神經癱而兼偏癱。腦神經之癱每對於局部診斷有助，然須謹記有時因顯內壓大增，腦之一神經或若干神經就癱不定。常有第九、十、十一諸神經之刺戟性徵呈顯，而致吞咽困難，心動作及呼吸紊亂，嘔吐，並間或頭頸向後仰。惟舌下肌受累者最少。步態或不穩，或因小腦受壓而有共濟失調狀。間或呈顯麻刺及微刺痛之感覺症狀。迨末期，則或顯驚厥。

(辛) 小腦之瘤。此處之瘤或屬潛伏性，但尋常每顯昭著之特殊性狀，如頭痛眩暈，共濟運動失調及早期性視神經炎等是。小腦內及外之瘤俱足致之。

垂體生瘤或增大或因鄰近處之先天性迹（胎迹）生瘤而致有繼發性瘤呈顯甚常見。先天性瘤大約係發育上有弊病所致，或係畸胎瘤或鱗狀上皮之固體性或囊腫性瘤，每堅硬如石。而其最常見之瘤則係本腺之惡性腺瘤。每有鄰近構造受壓之特徵，而多呈顯雙顳側偏盲，然大有異同。患肢端肥大或垂體機能不全或障礙，亦或有此類損害（患此官能欠缺者或兼顯肢端肥大之趨向或否）。用X光線照驗，對於診斷大有裨益。

診斷 僅就全身症狀觀察，亦或可斷定是否有瘤，蓋頭痛，視神經炎及嘔吐三者之合併狀已足為明證也。若病者顯進行性偏癱（癱逐漸進行日益顯著）而無他狀，即使無視神經炎，頭痛及嘔吐，亦可認為腦瘤之特狀。惟此外尚有腦膿腫及腦脊髓灰白質炎亦或有此。醫士須切記腎炎有時亦能致甚重之頭痛及神經性視網膜炎 *neuro-retinitis*。故必按所顯之症狀及局部診斷章之判定法，以判定腦瘤之位置。最易致誤者為尿中毒，希司忒利亞，血管損害，膿腫，漿液性腦膜炎，腦積水及全身性麻痺等是。但若細心查究一切，則大約不致有誤。

豫後 惟梅毒性瘤有藥能療治。結核性瘤間能自癒而變成鈣鹽。神經膠質瘤與纖維瘤若生於腦膜，或多年不致命。至於速長性肉瘤，多半在六至十八月內致命。亦有突然死者。若瘤近延髓，則尤速；但多不至突死，因顱內壓力加增先致昏迷而後死者較常見。

治法 (一) 藥治法 未用抗梅毒藥前，宜用乏色曼氏法驗病者之血及腦脊髓液。醫士須知患神經膠質瘤者，雖非梅毒性，苟服碘化鉀足劑數日，每能使顱內壓減小而暫顯功效，是以初用此藥而見效者不能為決定是否為梅毒性之證。迨梅毒已證明，始可用碘化鉀及汞藥治之。有時屢用薩伐散小劑有效。藥能有效者惟若干腦之梅毒性樹膠樣腫。所服碘化鉀之劑量宜漸增。若係結核性瘤則其希望不能如是之佳，然已見有療癒者之報告；且曾在剖檢時，見有已癒之單獨結核性瘤。此類宜服補藥。止頭痛，碘化鉀足劑有時甚效。冰帽敷頭亦佳。至於枕性頭痛，可用火刀。溴化物類不常見效。倘痛劇須用嗎啡。對於驚厥者，溴化鉀亦少效。

(二) 外科治法 腦瘤之由外科治法而癒者已不少。腦瘤之可用摘出術（剝割術）者雖少，然欲減壓力，外科治法固皆

可用。抑此法且宜早用；縱不能確定瘤之局部，亦宜用之，因能救濟視力也。最有復原之希望者，係僅壓腦組織之局部性腦硬膜纖維瘤及肉瘤。近今由割小腦或小腦橋腦隱窩瘤而獲癒者頗多。用擦探術審察可疑之瘤病而以定其果否可割，為今日醫界所常用。至於減壓手術之使用，則有二目的：（一）治頭痛，有時能立即止痛而恒久不犯；（二）救濟視力。近來外科士常用此術。若顱內壓過高而視神經輪發炎者，用之能退炎，而減少其繼發萎縮之機會。

（五）腦炎

INFLAMMATION OF THE BRAIN

（一）急性腦炎 ACUTE ENCEPHALITIS

此係腦組織之竈局性或瀰散性炎，常在灰白質。其原因有四：（甲）外傷；（乙）中毒，如酒，食物中毒及煤氣中毒是；（丙）急性傳染病；（丁）腦脊髓灰白質炎 poliomyeloencephalitis 之一種。病之病理解剖呈急性出血性腦灰白質炎 acute hemorrhagic poliomyeloencephalitis 狀，而按組織學而論，與急性脊髓灰白質炎相似。潰瘍性心內膜炎或兼有此病之竈局性類，而或有出血區在灰白質，此區較附近之組織為堅硬。在患熱病而致者，或受累廣闊，致累及二三腦回。或以為此大腦之急性腦灰白質炎係嬰兒偏癱之主要原因。此病每有可定患處之症狀，然有時因全身之傳染甚重而不甚昭顯。標準的腦炎每隨腦脊髓熱之腦膜炎而起。

急性狂，震顛性譫妄（酒狂），精神錯亂性舞蹈病 Chorea insaniens，狂性眼球突出性甲狀腺腫，大腦性惡熱諸病之外質，俱甚充血而濕腫，諒必係腦炎所致。

症狀。 症狀不甚準確。病重者則與急性傳染病相似；故有誤認為腸熱病者。凡在康健無恙者，病起或驟突。其他則或在熱病漸癒期發顯，而尤以在流行性感冒後發顯者為常見。繼流行性腮腺炎而起者亦有之。至其全身症狀，則與伴劇烈之急性腦病而起者相似。例如頭痛，困倦，昏迷，譫妄，嘔吐等是也。局部症狀則大有等差，依損害之廣狹而異，或為激惹性或癱性。依常例論，患此者數星期內即死，但有延纏數星期或數月而痊癒者；痊癒之偏癱多留存不退。

(二) 腦膿腫 ABSCESS OF THE BRAIN

定義 腦被膿菌所染，即成膿性腦炎 purulent encephalitis 而致成膿腫。

原因 腦組織化膿常為繼發性，大抵 (一) 由鄰部之炎而蔓延，(二) 由血受身體他處之傳染而得。緊要之病原有三：

(甲) **外傷**。因跌倒時頭着地或頭被擊，無論皮破與否而頭受傷者，每能致膿腫。而隨骨折及頭被刺創而起者，尤為常見。此類膿腫，腦膜炎時或相伴而起。僅係外傷或受震，決不致膿腫，然顱底破傷而與一骨竇相通，則菌類即由之而入，以致成膿腫。

(乙) **中耳乳突小房(顱凸竇)**，額竇等處有病，最常有腦內直接受染之染性竇局。若乳突小房病，則由小房頂延至橫竇而致結成染性血栓 infective thrombosis。其他則累及硬膜而成硬膜下膿腫，且易致蜘蛛膜或軟膜受染。此外或炎循淋巴間隙或已結血栓之靜脈而入腦組織，以致化膿。若炎由耳之鼓室頂上延，所致之膿腫最常在顱葉內；若炎由乳突小房散布，常致靜脈竇結血栓並成小腦膿腫。

(丙) 他部膿病：膿毒血病之兼有腦膿腫者不常見。而在潰瘍性心內膜炎則常有多數之膿性竈局。局部骨瘍及肝化膿間或係腦膿腫之來源。肺之若干炎病亦或能致腦膿腫，而尤以枝氣管擴張為然。膿胸或亦兼之。隨特種熱病後而繼起者亦有之。

按腦膿腫以人之年在二十至四十歲間患之者最多，且男較多於女。五歲以內之小兒患之，其主要原因每係中耳炎及外傷。

病理解剖 此膿腫或單獨，或多數，或彌散，或有限界。無論何種化膿菌，皆或能致之。用檢菌法查驗，每見一膿腫有數種細菌。隨外傷而起迅速致命之急性病化膿每廣汎，而在發顯已久之類則膿腫之周圍生包膜，包膜壁厚二至五耗。膿之形狀不一，依膿腫之新久而異。新者之膿或與紅色腐質及變軟之腦組織相攙雜；而單獨有包膜之膿腫，則其膿常零發綠而有酸反應，別具一種臭氣，其臭或似硫化氫。膿腫周圍之腦組織常患水腫而被炎質浸潤。膿腫之大小不一，或如核桃，或如橘柑；最大者甚或佔盡腦半球。多數性膿腫常係小膿腫。腦膿腫之五分之四係單獨類。化膿最常在大腦，而最常受累之處則為顳葉；且若繼耳病而起，則受累處常在病耳之同側。小腦係第二最常患膿腫之處，而尤以由耳病而起者為然。

症狀 繼外傷或外科手術而起之腦膿腫，其病程屬急性類，顯發熱，頭痛，譫妄，嘔吐及寒戰諸狀。其症狀與膿性腦膜腦炎相似；且若無可定患處的症狀，則極難斷定腦組織是否化膿。若係繼耳病而起者，則初起時其症狀或係腦膜受激惹之類。或顯煩燥不寧，重頭痛及劇烈之耳痛。其他可注意之症狀（較為長久之病特甚）則為倦眩，腦經遲鈍，嘔吐及視神經炎。慢性腦膿腫之繼外傷，耳溢液（耳漏），或局部肺患而起者或有潛伏

期，自一二星期至數月，甚或一年有餘不等。若膿腫在額葉前部而被包裹者，則在潛伏期內或毫無症狀。在此等期內，病者雖受詳細之診察，亦或不疑其腦內化膿。繼則頭痛、嘔吐及發熱呈顯，或兼寒戰。有時在頭受傷或顱骨被折後，而其傷性症狀暫時即過，越數月，劇烈大腦症狀乃發顯。

定損害之局部，常不易。若在運動區或其附近之處，每有驚厥或癱患。尤宜切記者，係額葉有膿腫，或使前中央回下部受壓，致臂及面癱，而膿腫居左側，則致無語言能。有時額葉有大膿腫而不致癱，但幾常致輕重不等之精神遲鈍。膿腫在額葉（此係常生膿腫之處），或毫無可定竈局之症狀。而在枕枕部者亦或如此；然若早行查驗，或能察知其有偏盲也。若小腦有膿腫，則常嘔吐。而小腦中葉受累者則或顯蹣跚步態。此名小腦性共濟運動失調。至於橋腦及他處之膿腫，則其可斷定患處之狀更不明瞭。

診斷 凡急性膿腫類，易於診斷。研究致病之原由，極為重要。其繼外傷而起之發熱，顯著之腦症狀，寒戰，譫妄或癱，每可為診斷之證助。而慢性耳病之繼顯大腦症狀如倦眊及愚鈍等而兼不規則熱及耳膿亦止而不流者，可疑為腦內有膿腫。凡在眼眶、鼻內、咽之鼻部諸處化膿，或頭及頸之皮下結締織有膿性炎或腮腺炎或面丹毒，又或顱骨有結核性或梅毒性病，切宜注意；苟顯腦症狀，須立即詳驗。慢性膿腫類較難斷定。其狀與腦瘤相似；僅多一發熱狀而已。但患腦瘤者常有視神經炎，而腦膿腫則不常有之。凡病者有外傷之來歷或肺或胸膜有局部病，而有數星期或數月之輕頭痛或眩暈。苟突然發熱，兼劇烈之頭痛及嘔吐，係腦膿腫之指徵，尤以顯間歇熱及寒戰者為然。此病脈搏常較速然亦有遲緩者。或謂用叩診法驗顱，有益於診斷。顱之叩響常為實響，但因小腦生膿腫而側室

膨脹者，則叩響即較空；大腦內靜脈受壓者亦然。患膿腫處之顱骨或有觸痛。

腦膜受膿腫之累與否，有時難斷定。如耳有病，常致腦膜腦炎之狀況。有時急性耳病之症狀甚似大腦腦膜炎或大腦膿腫。高耳氏云，耳病不但能致此類症狀，且能致甚顯之視神經炎。

治法 若耳有病，醫士宜使炎質速流出，且宜用消毒藥。外傷及骨折之治法詳外科學，茲不具述。若顯發熱、頭痛及譫妄諸急性症狀，必須靜息，戴冰帽，且宜用局部的減液法（放血法）。如有腦膿腫症狀，則宜開顱而探察之。最有痊癒之希望者，乃因耳病而在顱葉或小腦繼起之膿腫。膿腫之局部罕有能預定者，故外科醫探察時，必多倚賴解剖學及病理學之學識為指針。若膿腫係外傷所致，宜在受傷或骨折之處用圓鋸穿開而探察之。若係耳病所致，其膿腫最常居顱葉或小腦，宜就距此二點之最近處剖開檢查之。

(六) 腦積水又名水腦

HYDROCEPHALUS

定義 此係先天性或後天性之腦室內積液。可分三類如下。

(一) **特發的腦積水又名原發性腦內積水** (漿液性腦膜炎) Primary Internal Hydrocephalus, Idiopathic hydrocephalus (Serous meningitis)。此係腦室膜炎 ependymitis 之致滲漿性液入腦室而兼使室膨脹而有壓效者；所滲之漿液性滲出物與胸膜或滑膜之滲出液相似。現尙未知滲液是否緣於發炎；或謂與皮之血管神經官能性水腫 angio-neurotic edema 相似。在急性類，腦室膜或平滑如常；若係慢性類，則此膜或略增厚而腫。所滲之液，與

平常腦液無異。用腰脊刺術取液察驗，荷其比重在一〇〇九之上而含蛋白質五百分二之上，則此液大抵係繼血管受腦瘤壓而起。

小兒及成人俱患之，但成人較多。急性類或誤認為結核性或膿性腦膜炎。病者顯頭痛，頭頸後仰，顱內壓增加，視神經炎，脈搏遲緩等狀。常例不發熱，但間有顯再發性熱陣者。間或見此病能癒之報告，但不多。慢性類之症狀與腦瘤之症狀相似，如頭痛，輕熱，倦眊，譫妄，眼突出，視神經炎，驚厥，肌強硬，腦神經癱等是。每有症狀大增之趨向，故逐日迥異。有時病雖纏綿甚久，亦能復原。

(二)先天性腦積水 Congenital Hydrocephalus. 胎兒因腦積水而頭顱增大以致難產者有之，然在產後數日或數月方察知有此患者較多。病原尙未知。有時一家內有數兒患之。

病者腦側室膨脹甚，惟室膜常明澈，有時畧增厚而有粒狀。且其靜脈或脈大。腦室脈絡叢（腦絳衣纒）choroid plexus之血管較凸顯，有時硬化，然常例則不顯異常之狀。第三室及大腦導水管（腦房道）亦增大。第四室或亦膨脹。室內之液或多至數立。液中畧含蛋白及鹽類。腦室擴張所致之改變甚昭著。大腦外質被撐開，以致甚薄，在中央部或薄至僅二三耗而腦回及溝皆平直不可見。腦底神經節變為扁形。顱增大；三四歲之小兒，頭之圓周甚至長二十五至三十吋。顱縫漸增寬，縫間之餘骨（縫間骨）自行發育，而顱骨漸變至極薄。皮下之靜脈甚顯露。有時或能察見其搏動狀，而聽診時在前門處或有腦雜音與心收縮同顯。額骨之眶部壓下，致眼球突出而險難盡合。面小而上半畧寬，與其過大之頭顱甚不相稱。

有時或顯驚厥。反射加增。學步較常見遲甚。病之重者終則腿軟弱，間或痙攣。感覺之受擾較運動輕甚。視神經

盤炎者不少。精神之狀況大有同異該兒或聰敏，然以多少畧顯呆鈍者爲常見。先天類每在四五歲內夭死。然間或有病勢停止而能達壯年者。有時雖病勢極重，精神亦或不受擾。曾有一患者，活至二十九歲，爲人聰敏，而其頭過大，日光由後面照之，顯半透光之狀。醫士必須留意，不可誤認嬰兒患佝僂病者之頭爲患腦積水。此病並或與他種不健全點，裂脣，脊柱裂及爪形足同患於一人。

(三)後天慢性腦積水 Acquired Chronic Hydrocephalus.

或謂此類有屬原發性(特發的)者。此蓋指成人自起此病而無可見之損害者而言也。尋常之原因爲腦底或第三腦室有瘤，致大腦內靜脈被壓。有時第四腦室及第三腦室交通之管(即大腦導水管)被瘤或寄生物所塞，以致不通。又有腦諸室與腦脊膜所由交通之第四腦室內側孔 foramen Magendii(小腦前房中孔)因腦膜炎而被塞者，但此不常見。腦室膜之慢性炎亦能使腦室之出液孔被塞。若腦室間孔(大腦房通孔)之一被塞，則成一側性腦積水。患腦脊髓熱，或致腦液之出孔被塞而腦室大擴張，尤以該病之散發類爲然。按以上所論之狀況，如在成人，雖積液甚劇烈，其頭或亦不增大。即使該瘤在幼時已發端，顱骨亦不增大。其他病案，則顱縫漸分開而頭漸增大。

成人之腦積水，症狀甚不一。一十六歲女子第三腦室生瘤，所顯症狀爲早期頭痛及漸成盲目；後此纏綿數年，該女子尚能入學。迨後又大發頭痛，步態不規則而與共濟運動失調相似。終則突死。另一患第三腦室底生瘤者，顯甚久之昏迷，脈搏遲徐，曾有一次昏迷至三月餘之久。質言之，逐漸進行之視神經炎而無可定窳局之症狀，兼頭痛，倦眈，昏迷諸狀係可疑爲原發性腦積水之症狀。此等後天慢性腦積水每不能在生

存時定診斷，但果有以上各症狀，即可疑其有此病。惟其症狀與腦瘤甚類似，不易區別耳。

治法 此為難療之病。藥品不能使液被吸收。對於漿液性腦膜炎，汞劑或有效。另有外科治法，見外科書。

(癸) 周圍神經病

DISEASES OF THE PERIPHERAL NERVES

(一) 神經炎 NEURITIS

神經炎或僅限於一神經而為限局性，或為全身性而累及許多神經。後者名多數性神經炎。

原因 限局性神經炎 Localized neuritis. (甲)受寒。此係甚常見之原因，例如面神經受寒是。(乙)外傷。神經受跌打或直接之壓，或因關節脫臼或骨折致神經扯破或受扯，以及因皮下注射醴致神經受損，皆能致神經炎。又職業性輕癱亦歸此類。(丙)鄰處之炎蔓延。例如顱骨瘍所致之面神經炎或骨之梅毒或關節病所象顯之神經炎是；瘤亦能致此。多數性神經炎 Multiple neuritis. 原因極複雜，可分述如下：(甲)傳染病之毒。例如麻風，白喉，腸熱，痘症等之毒素是。(乙)有機毒。例如酒醴，二硫化炭，鉛，砒，汞，石油精等是。(丙)惡病質。例如貧血，癆結核及因他故之衰敗等是。(丁)地方病性多數性神經炎。即脚氣 beriberi是也。(戊)未曾有以上各原因，而突然在過勞或受寒後起者。

病理解剖。若神經炎係由鄰處之炎蔓延而成者，則其神經常腫而被浸潤，且色紅。其炎或以在神經纖維周圍者為主或侵入較深之部。此名間質性神經炎 Interstitial neuritis. 此類之神經束間，有淋巴樣成分屯積。神經纖維本身或不受累，

但髓鞘質之核加增。有時髓磷脂 myelin 分碎，神經節間之細胞核亦發腫。軸突或腫而曲，或顯顆粒樣變性。終則神經纖維或盡破壞，而有纖維性(筋性)結締組織侵佔其地位，且有時結締組織間積脂甚多。此名脂肪腫性神經炎 lipomatous neuritis。

此外則係主質性神經炎 Parenchymatous neuritis。此類改變與繼發性變性同(又名華勒氏變性 Wallerian degeneration)，係神經纖維與其神經單位之細胞體割斷所致。髓鞘及軸突俱受累，但間質不甚變異或畧顯繼發性損害。肌之與此等變性神經有關連者，常顯顯著之萎縮性改變。有時神經鞘之改變似乎直接延入肌之間質。

症狀 (一) 限局性神經炎。尋常全身症狀甚輕微。最要之狀係病者覺該神經所供給及通過之處有被鑽或被刺之痛。而神經本身亦顯觸痛，此蓋因神經鞘之神經受激惹也。炎處之皮或畧紅，或顯水腫，或謂患處之溫度或增高並出汗，而關節有滲出液，且發疱疹。該發炎神經所分布之肌之官能受擾，一動即痛，且或顯顫搐及攣縮。患處之觸覺或畧鈍，即在疼痛大作時亦然。較為慢性之限局性神經炎之隨肱骨脫臼而起者，其所顯之局部痛初或劇烈。後則漸止，惟臂神經叢之易受激惹，或纏綿甚久，而該神經幹或腫且硬。痛狀不一，有時劇烈難忍，有時無甚大妨害。患處或顯麻刺感覺及蟻走感覺 formication，而觸覺大受擾。運動性受擾甚顯著。終則患處之肌顯劇烈之萎縮。手指或攣縮。患處之皮或顯紅色，或光滑皮下組織起水腫。指甲之營養或欠缺。少數病家皮下或生纖維性結節(筋疣) fibrous nodules。

有一種神經炎先以一周圍神經為限，後或向上蔓延，名上行性神經炎或游走性神經炎 ascending or migratory neuritis。累及較大之神經幹甚或延至脊髓，致亞急性脊髓炎。此類於受寒及患熱病後罕見，其常見者，乃外傷所致。

較大之神經最易受惠，而其炎或上行或下行不定，但上行者較常見。繼內臟病如膀胱病而起之癱，或係上行性神經炎所致。有時一側之神經炎或延至他側之神經；其蔓延也，由脊髓或其膜以通過彼側。更有不累及神經中樞，而彼側之神經亦或相隨發炎者，此即所謂交感性神經炎。限局性神經炎之電性改變大有異同，此蓋因該神經受損之廣狹不同故也。若有時損害極輕，則該神經及其所分布之肌皆有常度之法拉登電及賈法尼電反應；若損害極重，數日之內即有變性反應 reaction of degeneration。此蓋指該神經不應以上所述兩種電激，而其肌對於賈法尼電激顯特殊之反應。例如肌縮緩慢，不似常肌之速而且強，而陽極閉縮 ACC 較陰極閉縮 KCC 強。此輕重二類之間，尚有許多等級不同之損害；故精細之電診法為診斷及判定結局最重要之手續也。

病程自數日以至於數星期數月不定。輕微之外傷性神經炎或於一二日後即退去，而較重之類例如隨未復位之關節脫臼而起者，或纏綿數月，或且始終不能完全復原。

多數性神經炎 最常見之類可條列如下：

(甲) 急性發熱性多數神經炎 Acute febrile polyneuritis. 此類之發作或隨受寒或過勞而起，間或自起，不定。病之起也與急性傳染病相似。或顯明定之寒戰及背、腿或關節之痛。熱度速升，或達百零三四度 (39.5°—40°)。頭痛，厭食，且顯急性受染之全身狀。四肢及背痠痛。惟神經之劇痛則不甚常見。手指與足趾有微刺感覺及蟻走感覺，而神經幹或一肢顯感覺過敏。肌之失力或先顯於腿，逐漸增劇而延闊，與急性上行癱瘓之情狀相似。然亦有癱由臂起者。伸腕肌及屈踝肌受累最早，故有手足下垂之患。病重者甚或全身之肌力俱喪失，而致弛緩性癱，且或延至面肌及肋間肌，致呼吸僅恃膈之動作而施。

行。肌鬆弛而速萎縮。或顯感覺過敏，痠痛及四肢僵硬諸狀；有時或顯敏感性增加及麻木；更有感覺受擾輕微者。阿該氏瞳孔及兩瞳大小不勻兩者亦或呈顯。但腦神經受累者罕，而動眼神經與第五神經則有受累者。迷走神經亦或受累；脈搏增加之原因，大抵係此神經受累。膀胱及直腸受累者不多，僅間有之，但其受累非脊髓受累之徵。此病之臨診症狀多與急性上行癱瘓無法區別；且或與亞急性脊髓炎不能區別。

病程長短不一。最劇烈者或在七至十日之內因呼吸肌受累或心癱而致命。而不甚重之類，則常例五至六星期之後症狀即不進行，繼則漸行減退。若干肌之癱或纏綿至數月之久，且或因肌漸短而成纏縮；但雖如此，其結局尚佳，蓋纏綿年餘之癱亦能復原也。

(乙) 再發性多數神經炎 Recurring multiple neuritis. 有一女醫士報告此類患者二人。一人右臂之神經受累，其他一人則兩腿之神經受累。一人再發三次，一人則二次，每次患炎皆在同神經。

(丙) 醇中毒性多數神經炎 Alcoholic neuritis. 此或係多數性神經炎中最要之類。女較多於男；沉靜不間斷之好飲者最易患之。有時此病之發顯，係醫士或家人第一次發見病者之有秘密酒癖。病起常徐漸，或在病起之前數星期或數月先有神經痛及手足之微刺痛感覺等。驚厥不罕見。發熱者則少。癱徐漸而成，先在足及腿，繼則達手及肘。伸肌之受累較屈肌重，故有手足下垂狀。有時癱不上升，只限於手足。又有只限於下半身（截癱）者。最重者，則四肢皆受累。惟累及面肌及括約肌者甚罕。感覺症狀大有異同。或僅顯麻刺感覺及微刺痛感覺，而不兼劇痛。或顯劇烈之燒灼痛或鑽痛及神經幹觸痛，而肌受壓亦覺痛。手足多腫而充血，尤以在手足向下垂時為然。常例，皮之淺反射無恙。惟深反射則常喪失。

此中酒性神經炎常能復原，數星期或數月後即漸減而肌力漸復，即最重者亦或能復原。但足伸肌之攣或纏綿頗久，故其步態顯周圍性神經炎之特徵，即所謂跨閘步態 *steppage gait* 者是也（跨閘步態之情狀已詳前茲不贅）。酒精性神經炎之各昭著症狀中，尤以精神症狀為昭特。譫妄常見，或有幻覺及矜誇之妄想，畧與全身性麻痺相似。有時或與尋常之震戰性譫妄相似，但其最有殊性者乃係辨別時間及地方之能力喪失，且喜向人詳述其新近經歷之路程或初相見面之人。

(丁) 傳染病之多數性神經炎 *Multiple neuritis in the infectious diseases* 此類已詳前白喉病章。為白喉所兼患者最常見。此等損害之屬周圍性，係剖檢所證明。除因白喉病而起者外，結局不惡，少有死者。至其因結核、糖尿及梅毒所致之多數性神經炎，大約因毒質被吸入血內而致。又此病或因敗血病性咽喉痛或其他任何部之化膿病而起。

(戊) 金屬中毒性多數神經炎 *Metallic poisons*。砒毒所致神經炎，或隨以下各情況而起：(一)因服砒藥類而起，尤以否硫氏溶液 *liq. arsenicalis* 為最易致此患。患者之指甲改變，最常見者係甲上成橫紋凸。(二)意外之飲食毒。有時製糕點者所用之色素含砒。英國前曾有數處地方發生流行性神經炎，其原因係該處發售之啤酒畧含砒質，而其砒則係由製葡萄糖時所用之硫酸而來。或云，若常飲酒者患神經炎，原因大抵屬砒性，然病勢輕微者則或係酒精所致。皮積色素係砒中毒之要徵（一般之情狀已詳前砒中毒章）。鉛中毒所致之神經炎尤常見。因用汞抹奩致起此患者亦有之。更有因用銻致患此病者，惟甚罕。

(己) 地方病性多數性神經炎。見前脚氣病章。

麻醉藥性癱瘓 Anesthesia Paralysis. 施手術時,或因用麻醉藥,或因壓神經過久,則致癱患。可分為二類:

(甲) 施手術時所致神經受壓過度有二: (一)由肱骨壓臂叢(臂神經羅), (二)因手術枱壓橈神經(總骨腦經)。最易致受壓者,係行開腹術時病者作垂頭臥式,兩臂抬至頭旁及行乳房截斷術時兩臂抬至並肩,或在施手術時用抬腿具壓股神經而致癱。更有用壓脈器之力過大而致癱者。

(乙) 施麻醉藥時腦受損而致之癱。曾有一人在行外科手術顯癱七星期後剖屍檢驗,腦顯軟化。又中風或栓塞亦有在施麻醉藥時發顯者。當施麻醉藥時而病者已入麻醉期之際,似癱瘓之驚厥亦或能呈顯;此等驚厥或且致命。因用藥過多致中毒而成癱者亦有之。

診斷 多數性神經炎之電性狀況如下: 應電激機能之改變迅速而顯著;但醫士所察見之情況頗有異同。有時僅有單純之應激機能減低,故須用強度賈法尼或法拉兌電流方能使肌縮。有時應法拉兌電激之機能喪失而僅有賈法尼電可致肌縮。又或須用強度而後能使肌縮者;此係神經炎之病理的特徵。蓋患脊髓前灰白質炎者,其肌亦僅應賈法尼電之激,但不至病起後甚久,不必用強度者。電兩極之作用不均勻。肌之縮力,用陽極電激較用陰極電時大者甚多,而其縮或緩鈍。總則變性反應呈顯。然有時則顯常度之情狀,而陰極所致之縮力較陽極者大。是故肌及神經應法拉兌電激之機能喪失,而應賈法尼電激之機能亦有顯著之減低者,即為多數性神經炎之要狀。

酒精性多數性神經炎罕有難診斷者。手足下垂而充血及以上所述之特異譫妄三者之合併而顯,即係此類炎之特狀。四肢全癱而驟速進行,且每累及面肌及二括約肌之類,昔以為

發源於脊髓而近今之研究則知不在脊髓而屬周圍性。較爲慢性之類而其癱逐漸累及腿臂之肌衆驟速消瘦者，每與亞急性萎縮性脊髓癱瘓相似而不易辨別。多數神經炎與脊髓癆不難辨別。所顯之跨閘步態與共濟失調性步態迥不相同。病者兼有真失和動力者極罕。故每能閉目而立。脊髓癆病人罕顯手足下垂之狀。閃痛及瞳孔症狀則非神經炎所有。病原亦異。病者每能從廣布之癱或砒中毒或患糖尿而復原。

治法 寂靜臥養係一要事。急性類之衆發熱者，可服柳酸鹽及安替派林。止劇烈之痛或須用嗎啡或亞醋酸鉛水和鴉片酒製成之熱敷劑。凡遇酒精性類，務宜格外注意，不可輕信病者及其戚友之陳述。有時甚不易查明病者嗜酒之歷史。凡療治此類病，宜漸減其酒。倘有生臥瘡之趨向，宜用氣褥或久浴法。從病起時即宜用輕按摩法，迨晚期萎縮狀顯著而痛漸減時，大約以按摩爲最要之治法。若顯攣縮則可用被動及牽伸二法使之漸癒。有時雖或因攣縮而致劇烈之畸形，苟用此二法，亦或有治癒之希望。已過急性期者，屢用間斷電流有效。

至於內服之藥，則番木鱉素有效，劑量可逐漸增加。砒藥亦可用。若有梅毒性病歷，則可用碘化鉀及汞。

(二) 神經瘤

NEUROMATA

瘤之位置在神經纖維者，可分二類。一真神經瘤，係神經組織所成，一假神經瘤，係纖維組織所成。真者常只含神經纖維，間或含神經節細胞。神經節性及髓性瘤甚爲罕見。假者係神經膠質瘤，內含與腦脊髓細胞相似之細胞。神經瘤之解剖的構造，多介於真假二類之間。

叢形神經瘤 Plexiform Neuroma. 患此稀奇之病者，每一神經甚或生瘤數百之多。多為遺傳性，且常係先天類。全身之神經或皆有此瘤；用扞診法，可以扞得之，而診斷常不難。尋常不痛，但有時因致鄰處受壓而顯症狀。

汎布性神經性纖維瘤 Generalized Neuro-fibromatosis: von Recklinghausen's disease. 此病之要狀有四：

(甲) 柔軟之纖維性結節(筋疣)。或無蒂，或有蒂，大小及數目極有差異，散布周身之皮下。

(乙) 瘤狀與叢形神經瘤相似者。凡神經幹各處自本至末均或患之。因其位置大有異同，故所致症狀亦各異，且因其能生於脊管或顱內之神經根，其狀尤無標準。有時生皮下痛性結節。

(丙) 皮膚顯褐色之斑片。為小點或大區不等。先天性血管痣常伴此而顯。

(丁) 許多互相差異之感覺或運動性現象或因神經瘤而起。然以奇特的精神改變而智力喪失並或言語艱澁等為此病之特殊性狀。

曾見一家有三代之人患此病者。有時或變為肉瘤，間或與腦瘤(例如神經膠質瘤)伴起。或以為此瘤發源於神經膜；其證據即在無神經膜之視嗅二類神經永不生此瘤也。

病之結局依致症狀之瘤能否完善截除而異。

痛性結節 Tubercula Dolorosa. 多數神經瘤或特別累及感覺神經之皮屬末枝，致成皮下痛性小結，多生於面、胸及關節周圍。有時或與神經幹瘤伴顯。

截斷性神經瘤 Amputation Neuromata. 在截肢或施手術後神經之中樞段之斷端或生此球形腫瘤。而尤以在施截肢

術後呈顯者爲常見。此類瘤甚痛，常須用外科手術截除之，但多再發。

(三) 腦神經病

DISEASES OF THE CEREBRAL NERVES

嗅神經及嗅徑 OLFACTORY NERVE AND TRACT

嗅神經之官能受擾或在該神經末，或在鼻粘膜，或在嗅球，或在嗅徑，或在腦內嗅覺中樞，不等。其擾亂或係主觀的嗅覺異常（無臭而自覺有臭），或嗅覺過敏，或嗅覺盡失。

主觀的嗅覺（又名自覺臭）；**嗅覺異常** Subjective Sensations; Parosmia. 此惟患癲癩或癲癇者有之。所覺常爲惡臭，其臭如加氫石灰或焚布或焚羽毛。剖檢患此者數人，察見海馬（腦蹼）有瘤。間或因頭受外傷而嗅覺錯亂，對於大不相同之臭，或覺其相同。曾見一病者，不能食熟肉，因病者覺其臭如腐魚也。

嗅覺過敏 Increased Sensitiveness; Hyperosmia. 患此者多爲神經薄弱或希司忒利亞性婦女；甚至嗅覺之發育十分過敏，與狗相似，能單獨由臭之不同而辨別其人爲誰。

無嗅覺（嗅覺喪失） Anosmia. 此有數原因：（甲）鼻粘膜之神經末端病。此係最多見之原因。伴慢性鼻卡他及息肉而顯者不少。第五腦神經癱者，癱側亦或失嗅覺，因其分泌功用受阻故也。至於因吸極惡極濃之臭而嗅覺喪失者，應歸此類，抑應歸中樞神經系統類，尚係一疑問。

（乙）嗅球或嗅徑（嗅蒂，嗅束）之損害。如跌傷，打傷，骨瘍，腦膜炎及瘤，俱能使嗅球嗅徑受累。頭受外傷者或只失嗅覺而無他狀。有一醫士，由車跌下，傷頭，遂致嗅覺恒失。患脊髓癆者或亦失其嗅覺，大約因嗅神經萎縮之故。

(丙) 嗅覺中樞之損害。此類有先天性者，該中樞之構造未曾發育。其他則或與半腦球之病伴顯。

凡試驗嗅覺之功用，不宜用激發第五對神經之絛等刺鼻藥類；至於丁香油，薄荷油，麝香等則可用。對於有腦病者，試驗時宜備二三玻璃瓶，每瓶貯一類易散香油，使病人輪替嗅之而辨別其臭味。宜兼用檢鼻鏡驗鼻內粘膜，蓋其損害或係局部性而非中樞性也。至於治法，則雖對鼻內之局部病施治，亦無良效。

視神經及視徑 OPTIC NERVE AND TRACT

(一) 視網膜病 Diseases of the Retina

試驗眼底極為重要，對於診斷有大資助。此間祇能擇要簡述之。

視網膜炎 Retinitis. 有數種全身性病或兼此炎，而尤以腎炎，梅毒，白血球增多，貧血等病為然。無論與何病伴顯，其普通症狀係視網膜出血而成不透光之狀。又或因有沉佈滲液而顯佈霧之狀。此出血每在神經纖維層之間。出血之大小及形狀各有不同，但多隨血管之路徑而發。甫流出時色鮮紅，漸次改變，故日久則血幾盡成黑色。視網膜所顯之白斑或係纖維蛋白(血絲)性滲出物，或係視網膜脂性變，或係若干白血球之集聚，或係視網膜之局部變硬不定。視網膜炎最要之類如下。

(一) **蛋白素尿性視網膜炎 Albuminuric Retinitis.** 此類隨慢性腎炎而顯而尤以隨腎硬化者為多見。患慢性腎炎者百分之十五至二十五兼此。顆粒性腎當尿尚未多含蛋白素或暫時含蛋白素之際，即或顯視網膜炎；此類病者大抵皆有顯著之動脈硬化。高耳氏曾分別視網膜炎為數類：(一)變性類，最為常見，視網膜雖改變而視神經乳頭則否；(二)出血類，出血

多而炎甚輕微；(三)發炎類視網膜甚腫而視神經乳頭多被遮掩。所須記憶者，有時視神經炎較視網膜改變更顯明，故一時或不能決定其病原果為腎病抑為顱內病也。

(二)梅毒性視網膜炎 Syphilitic Retinitis. 因梅毒而致之後天性視網膜炎較脈絡膜炎少。遺傳性梅毒有時兼著色(黑點)性視網膜炎 Retinitis Pigmentosa.

(三)貧血性視網膜炎 Retinitis in Anemia. 患劇烈之出血後，病者之一目或二目或突然於二三日內失明。或此等失明成完全恒久之盲。查驗此等失明者或有神經性視網膜炎，此或係致病之原因。患慢性貧血者，視網膜炎常見，而尤以惡性貧血為然。

(四)瘧性視網膜炎或神經性視網膜炎 Malarial Retinitis or Neuroretinitis. 此惟慢性瘧之兼貧血者始顯之，但惡性貧血顯之者較瘧兼貧血為多。

(五)白血病性視網膜炎 Leukemic Retinitis. 此類不常見。視網膜靜脈大而膨脹。多處出血，並有白色或黃色之區；此區有時大而易見。剖檢病屍，有一人之視網膜顯許多滯白而不透光之小點，形似小瘤，大者直徑二耗。

糖尿病間或亦兼視網膜炎，患紫癩或慢性鉛中毒者亦然。又有時視網膜炎為自起病。

官能性視力受擾 Functional disturbance of vision. (甲)中毒性黑矇 Toxic amaurosis. 此類黑矇為尿中毒所兼顯，或隨驚厥後而起，或自起。尋常僅持續數日即癒。患鉛、酒精或奎寧中毒者，亦或顯之。其毒之作用似係累及腦中樞而非累及視網膜本身。

(乙)烟草性弱視 Tobacco amblyopia. 視力之喪失常逐漸增進,兩目之受累相等,而視野中央之受害最甚。眼底大約如常,惟間或視神經乳頭顯充血。試驗辨色能,則該視野中央皆有不能見紅綠色之處。倘仍吸菸不止,終致組織漸改變而視神經乳頭萎縮。

(丙)希司忒利亞性黑矇 Hysterical amaurosis. 此類常僅視力鈍弱而非失明,然間或一目或二目似乎完全失明者。此當在希司脫利亞篇另行詳論之。

(丁)夜盲 (夜矇) Night-blindness. 在晝間或強度之燈光中,視力甚明,迨陰暗或傍晚時,則不能見物,此名夜盲。又有晝盲 Day-blindness; 在晝間或強度之燈光中視力不佳,而在陰暗處反明瞭。此等盲大約係視力異常之故,不常見,然間有成流行病類者。

(戊)視網膜感覺過敏 Retinal hyperesthesia. 此類間或為希司忒利亞性婦女所顯,而非真視網膜炎所常有。患蛋白素尿性視網膜炎者或兼此;患主動脈瓣閉鎖不全者亦或兼此。

(二)視神經病 Diseases of the Optic nerve.

視神經炎(視神經乳頭炎又名視神經盤腫) Optic Neuritis (Papillitis; Choked disk). 在此病之初期,視神經盤充血而其邊界模糊不清。至第二期,充血及腫患加增,而模糊尤甚。天然之陷凹消滅而多出血。動脈無甚改變。靜脈脹大神經盤之腫或甚劇烈。炎輕微者則腫漸減退;間或受累之神經亦完全復原。腫及滲液甚劇者,則其減退甚遲;且退盡時,視神經亦完全萎縮。神經盤發炎時,視網膜亦每發炎,此即所謂神經性視網膜炎 neuro-retinitis.

視神經乳頭炎一狀大有助於診斷。在其早期，或視力毫不受擾；有時乳頭炎雖甚重，而視力暫仍如常。

視神經炎間或為貧血及鉛中毒所兼顯，而其為腎炎所兼者尤較常見。更有屬自起之原發性者。因其多與腦病（尤以瘤為然）有關係，故若顯之，每可為診斷之助。然與辨別腦瘤之種類無關係。蓋腦瘤百分之九十皆兼顯兩側性視神經乳頭炎也。又腦膜炎無論其為結核性或單純性，亦皆兼之。惟在腦膜炎，其炎勢易循神經鞘而蔓延。至其為腦瘤所致者，則其水腫大約係瘤壓靜脈而血屯積所致。施減壓法後，該神經炎或速退去。

· 視神經萎縮 Optic Atrophy. 此分二類：（甲）原發類。有為遺傳性者；曾見一家之男兒，成人後即患之。有為脊髓病所兼患者，此類甚多，而尤以脊髓癆為然。亦有因受寒或房慾過度而起者。又糖尿病，特種熱病，木醇中毒或鉛中毒亦均能致之。

（乙）繼發類。此因腦病所致。如視束交叉或視神經受壓等是；尤以視神經乳頭炎為最常之原因。

用檢眼鏡檢察，原發類與繼發類有區別。原發類之盤為灰色，邊緣明定，而動脈大約如常度；至於繼發類，則盤為濼白色，其邊緣參差不齊，而動脈極小。

視神經萎縮之症狀係視力喪失，此等喪失與視神經所受之損害有比較的關係。有三類：（一）視力之敏銳度低減；（二）視野有改變；（三）辨色能力受擾。原發類之結局常不佳。

（三）視束交叉及視束之病 Diseases of the Chiasma and Tract.

在視束交叉處，視神經本不全部交叉。故每一視束，離開視束交叉時，皆含有兩眼之視網膜發源之纖維。是以右視束

之纖維，有由右視網膜之顛側而來，經過交叉而不又過左側者；有由左視網膜之鼻側而來，經過交叉而又過右側者。又過之纖維居交叉之中部，而不又過之纖維則居交叉之兩側。視束及交叉之損害所致最緊要之改變如下(第三十四圖，九百二十二面)。

一側性視束病 *Unilateral Disease of Tract*. 若右視束受損，則右眼視網膜之顛半部及左眼視網膜之鼻半部均失視力，故其視野只有一半，而左側不能見物。此名為同側偏盲(同側半盲) *homonymous hemianopia*. 達兩眼視網膜右半之纖維受累，故不能見居視野之左之物。有時此等偏盲屬不完全性，只視野半部之一部分失視力。不受累之視野部分或如常度，然亦有時頗受其障礙者。若一眼之左半視野盲而他一眼之右半視野盲，則名異側偏盲 *heteronymous hemianopia*.

視束交叉之病 *Disease of the Chiasma*. (甲)損害之以累及交叉之中央部為主者，則因該處有又過纖維經過而至兩眼之鼻側視網膜，故致顛側之視野盲，名顛側偏盲 *temporal hemianopia*.

(乙)若損害較廣闊，不僅累及中央部，且累及一側直纖維，則致一眼全盲及他一眼之顛側盲。

(丙)若被瘤所壓，則損害尤大致交叉全體受累，如此則兩眼盡盲。病勢進行之階級有時能察見，即為先則一眼有顛側偏盲，後則全盲而兼他一眼顛側偏盲，再後至兩眼全盲。

(丁)交叉外部之有限的損害，只累及至顛半視網膜之直纖維，而後鼻側之視野盲，名鼻側偏盲 *nasal hemianopia*. 此甚罕見。有時患脊髓癆或瘤，壓各視束之外側直纖維，能致雙鼻側偏盲 *double nasal hemianopia*.

(四) 視束及視中樞之病 Diseases of the Tract and Centers.

視束又過大腦脚,直至視丘後部,而分爲側中二部;側部(外根)至視丘枕(視結後墊) pulvinar, 外側膝狀體 lateral geniculate body 及前四疊體 anterior quadrigeminal body 而止。由此根終止之數處另有纖維發出,至內囊之後部而入枕葉,成終止於楔 cuneus (即視的知覺中樞)之視束腦內段,即枕視丘放線 occipito-thalamic radiation (optic radiation)。中部(內根)至內側膝狀體 medial geniculate body 及後四疊體 posterior quadrigeminal body。

視束纖維之損害之在外質中樞與視束交叉之間者,每致偏盲。該損害之位置不一,可條述如下: (甲)在視束本身者。(乙)在視丘,外側膝狀體及四疊體;因視束纖維多半止於此等處所。(丙)由此中樞至枕葉之纖維之損害。此或在內囊後部或枕視丘放線之白纖維不定。(丁)枕內之楔之損害。若係兩側性,或致全盲。(戊)角回之損害或與視力欠缺相伴;此類所致者不常爲偏盲,而常爲交叉性弱視 crossed amblyopia,即對側之視力不足及視野縮小。此損害有時兼精神性盲。

茲將由視網膜至外質各種位置不同之視神經損害之症狀列述如下。(一)損害之位置若在視神經,致所敷布之眼全盲;(二)在視束交叉;若僅在中央部,則致顛側偏盲,若在側部,則致鼻側偏盲;(三)在視束之交叉與外側膝狀體之間,致兩側性偏盲;(四)在視神經中央纖維之膝狀體與外質之間,亦致兩側性偏盲;(五)在楔,亦致兩側性偏盲;(六)在角回,或顯偏盲,間或顯交叉性弱視,且或兼有精神性盲(第三十四圖)。

(五) 視神經及視束損害之診斷

Diagnosis of Lesions of the Optic Nerve and Tract

既已斷定所患者爲偏盲,則繼須決定損害之位置究在交叉與膝狀體間之視束抑或在膝狀體與外質中樞間之中央纖

維。此有時能以佛尼克氏偏盲性瞳孔反應 Wernicke's hemi-optic pupillary reaction 判定之。凡瞳孔之反射，全仗（一）視網膜受興奮之能力，（二）視神經視束之纖維能傳興奮，（三）受興奮之視束末中樞能再傳該興奮至第三神經，使之隨此神經至虹膜。若將強度之光射入眼內，則瞳顯反應，而反射路之作用即證明。若患一側性偏盲，則射光入眼之際，其光或與視網膜之盲半相遇。苟如此而瞳孔能縮，則反射路大約完全無恙；此蓋言視神經纖維由視網膜至視束末中樞及由該中樞至第三神經諸處均未受累也。由此推論，則致偏盲之病原係外質中樞性；是即其損害在膝狀體之上，非在枕視丘放線纖維，即在外質視中樞也。苟謹慎射光於盲半而瞳孔不顯反應，則必係由視網膜至第三神經核之路有障礙之故，而知致偏盲之病原非外質中樞性而係視束本身之損害矣。此試法不易施用。最善之施用法如下：令病者坐於暗室內，其頭後置一燈，囑眼向前遠觀，以免虹膜有調視之作用（此作用不必與反射關連）。於是先以一手持平鏡或大凹鏡射微光（焦點外的）至眼上，視其瞳孔之大小。再以他手執檢眼鏡，直接將燈光（焦點內的）射入眼之視野中心；次使鏡左右上下移動，而察驗各處之反射如何。

偏盲之意義大有等差。有一種官能性偏盲，與偏頭痛及希司忒利亞伴起。除此之外，多數有腦機質病之徵。若干枕葉之輕微損害或顯視野一側性色盲 hemichromatopsia。兼偏癱者常見；盲與癱每同在一側。是故損害之在腦左半球累及運動徑者，致右側偏癱；若枕視丘放線之纖維在內囊處受累，亦致一側性偏盲，故不能見右側之物。此類患者兼偏身麻木者不少，蓋腦內囊後部之感覺徑與視束距離甚近也。無語言能之若干種亦或與偏盲伴顯。

斐羅因德氏視覺性無語言能 Freud's optic aphasia. 病者在中風發作後，雖能辨認尋常之物，但不能確道其名。若使拊該物，或立能說出。此類無語言能與精神性盲不同，蓋患精神性盲者決不能認物也。但此病與字盲則類似，蓋此二者皆不單顯，必兼有偏盲或精神性盲，或言語變也。此類病體之已經剖檢者，左側枕葉之白質常顯損害。

眼球之運動神經 MOTOR NERVES OF THE EYEBALL

第三腦神經又名動眼神經 Third Nerve; Nervus Oculomotorius. 此神經之原核在大腦導水管底(腦房道底);神經通過大腦脚，由其側而出。後隨海綿竇壁穿過眶上裂(蝶長罅)而入眶內，其上枝達提上瞼肌及眼上直肌，下枝則達內直肌，下直肌及下斜肌。又有枝至睫狀肌(睛肌)及瞳孔括約肌(睛縮肌)。若在此神經之原核或幹受損害，則致此等肌癱瘓或痙攣。

(一)癱瘓 神經原核損害常兼他眼肌中樞之病，而致全部性眼肌癱。較為常見者係神經幹本身亦被腦膜炎或樹膠樣腫或動脈瘤或神經炎(例如白喉所顯者)所累。第三神經之完全性癱，每兼下述之症狀：各眼肌除上斜肌與外直肌外皆癱，因是眼能外轉，並畧能下轉及內轉，而致眼外斜視 divergent strabismus。又因提上瞼肌癱而上瞼下垂，瞳孔尋常開大。射光入眼時，瞳孔不縮小。調視機能亦喪失。此癱之最昭特狀係外斜視，複視及上瞼下垂三者。有時第三神經不全癱。是以只有提上瞼肌及上直肌受累，或睫狀肌與虹膜受擾，而眼外諸肌則不受累。

另一種奇特之再發性動眼肌癱，患者大抵為婦女，累及第三神經之全枝，然甚罕見。有時每月再發，通常則相隔較久，或終身不斷根。有時兼頭痛，又或兼偏頭痛。

(二)上瞼下垂 Ptosis. 此係動眼神經病常見之要狀。類此狀之情況如下：(甲)先天不能療治之類。(乙)與第三神經損害伴起之類，損害在神經幹或神經原核不定。初起或僅顯上直肌癱，或顯內直肌及下直肌癱。(丙)伴腦損害而起之完全性上瞼下垂或不全性上瞼下垂，而第三神經之他枝不癱。其外質中樞之位置今尙未確知。(丁)希司忒利亞性垂瞼；此類二眼並患，每兼他希司忒利亞性症狀。(戊)假上瞼下垂；此係交感神經有病所致，而伴顯血管舒縮性癱 *vaso-motor paralysis*，同側之溫度增高，皮發紅而呈水腫，同側之瞳孔縮小，眼球似凹入眶間諸狀。(己)在患自發性肌萎縮之病人，若面肌受累，即或致顯著之兩側上瞼下垂。(庚)虛弱之婦女患之；此等婦女多顯暫時性上瞼下垂，而尤以在清晨呈顯著為多。

第三神經癱之重要症狀係睫狀肌及虹膜之癱。

(三)睫狀肌癱 Cycloplegia. 此肌癱，則致調視機能喪失，遠視力尙無恙，但近物則看不清楚。然可用凸鏡為之補助。此癱或只顯於一眼，或顯於兩眼；後者常因神經原核之損害而起。又睫狀肌癱係白喉性癱之早顯而多見之症狀；脊髓癆亦或顯之。

(四)虹膜癱 Iridoplegia. 此分三類：(甲)調視性虹膜癱 *Accommodation iridoplegia*. 此係調節視之遠近時，瞳孔不能縮小。試驗此患，當使病者先視遠物，然後在同一視線內置一物於眼前而使視之，以視其瞳孔縮小否。(乙)反射性虹膜癱 *Reflex iridoplegia*. 虹膜之反射徑係隨視神經及視束至第三神經核，再由第三神經幹至睫狀節，後由睫狀神經而至眼。兩眼宜先後分別察驗。使病者坐於暗室，遮蓋一眼，他一眼則注視遠物；然後突然置一燈於離眼三四尺處。置燈於遠處者，所以免病者用調視機能也。倘虹膜之反射喪失，則病者必用其調視機

能；此名阿該氏瞳孔 Argyll-Robertson pupil. (丙)皮反射喪失。若頭皮受捏或受微刺，則瞳孔顯展大之反射，其傳入之興奮由於頸交感神經而入。患虹膜癱者，則此反射喪失而兼瞳孔縮小，然兩者不必並顯。虹膜癱之瞳孔常小，而尤以脊髓病為然。例如脊髓癆之殊性瞳孔縮小(名脊髓性瞳孔縮小 spinal myosis)是。然瞳孔大小適中者亦有之。

兩瞳不勻，即瞳孔(左右)不同 anisocoria. 此多為進行性全身麻痺及脊髓癆所顯。完全無恙之人亦間或顯之。

(五)痙攣 患膜腦炎或希司忒利亞者有時第三神經所敷布之肌顯痙攣，而尤以內直肌及提上臉肌為然。先天性及後天性腦病多有眼肌節律性痙攣(眼球震顫 nystagmus)之患。白化病人(白公)及煤礦工人(因燈光過弱而致)亦或患之。

第四腦神經又名滑車神經 Fourth Nerve, Nervus Trochlearis. 此神經係敷布於眼上斜肌者。而其繞行大腦脚外及入眶也，每易被腦瘤、動脈瘤或腦底膜炎之滲出物所壓。此神經之核在第四室上部有時被瘤所累，或與他眼神經之核同顯變性。眼上斜肌之動作在使眼球向下而畧內轉。倘本神經癱，則向下內之轉動喪失，但多受累甚輕微而不易察見。病者之頭有向前伸及向無病之側而偏之趨向，且向下視時則顯複視。

第六腦神經又名外展神經 Sixth Nerve; Nervus Abducens. 此神經由橋腦延髓交界處而出，向前行入眶而至眼外直肌。因其徑長而其位置又復顯露，故較他腦神經易受損害。腦膜炎之滲出物、瘤之壓迫或單獨之神經炎均能累及之。此神經癱，則眼內斜而不能外轉，病者向癱側視時顯複視。若本神經核受累，則除致本側眼外直肌癱外，更致對側眼內直肌不能使眼內轉，於是兩眼同向損害之對側而斜。此蓋因第六神經核所發出之纖維上至橋腦而達對側第三神經核，即該核敷布內

直肌之一部分；如此，故內直肌雖癱，而第三神經核並不受累。蓋此肌之平行運動之興奮，實由對側之第六神經核而來者也。因第六神經核在橋腦內距面神經甚近，故外直肌癱多兼同側之面肌癱，而電激時顯變性反應。是故左側第六神經核有損害，則兩眼同偏向右側，此即左眼外直肌及右眼內直肌癱，而間或左側之面肌全癱也。病之結局常佳。

眼運動神經癱之一般症狀 *General Features of Paralysis of the Motor Nerves of the Eye.* 高耳氏分爲五類：

(甲) 眼之運動受阻 *Limitation of movement.* 例如外直肌癱，則致眼不能外轉。若其癱非完全性，則其運動之阻碍與癱之輕重相等。

(乙) 斜視 又名 斜眼 *Strabismus.* 此即兩眼軸不相符合也。若內直肌癱，則顯外斜；外直肌癱，則顯內斜。初起時只在用此弱肌轉眼時呈顯。後則因對側之肌縮而恒常斜視。因對側之眼之平行運動作用而致受累之眼軸偏向者，名第一偏向 *Primary deviation.*

(丙) 第二偏向 *Secondary deviation.* 若病者注視一物時，用物遮蓋無病之眼，則僅剩受累之眼注視該物；若對側內直肌癱，則遮無病之眼後，該受累之眼更偏向外。此名第二偏向。此蓋因兩肌同動作時，一肌軟弱，故欲使之縮，必須額外用力，於是彼無恙之肌因運用此額外之力而其縮乃增加也。

(丁) 射影差誤 (投射差誤) *Erroneous projection.* 人之測度兩物距離遠近之比較，全仗視網膜上之印像之比較以爲衡；但測度物與自身距離之比較，則恃各肌所用之力及轉動眼球之位置如何爲準則。向前直視時，則所見之物必直接與眼相對。若畧轉眼向一側，則該物從前直接與眼相對之位置必偏向他側。決定此位置移動之程度，全持平乎眼之運動之程度；又如

該物自行動移而人之眼球隨之移動，是則該物移動之程度亦由眼之移動之程度而測定。苟一眼肌軟弱，則須用額外之力，於是所覺之移動較實際上之移動為多。而精神所受該物之移動之印像亦較實際為多；故伸手拍該物時，每置手於較物遠之處也。此名射影差誤（猶言外物射入眼內之影差誤也）。身體之均勢，多賴眼肌之作用而知外物之與身體如何關連；若眼肌癱而致眼內之外物射影差誤，必致視覺印像之調和功用受擾而成眩暈也。

(戊) 複視 Diplopia; Double vision. 此係眼肌癱之最困苦情狀。因兩眼軸不相符合，故視物時眼內成雙印像。無病之眼所見者為真像，而癱眼所見者則為假像。患直接複視（即同側複視）direct or homonymous diplopia, 其假像在真像之旁，與癱眼同側。患交叉複視（或名異側複視）crossed or heteronymous diplopia, 則其假像在癱眼之對側。內斜眼所顯者為直接複視；外斜眼者則係交叉複視。

眼肌癱 Ophthalmoplegia. 此乃眼肌之慢性進行性癱。分二類，即眼球外肌癱及眼球內肌癱。或分別呈顯，或兼顯。

眼外肌癱 Ophthalmoplegia Externa. 此係或輕或重之完全性眼球外肌癱，係神經核之徐緩變性所致，但間有因瘤壓或腦底膜炎而致者。多與眼球內直肌癱兼顯，但不定然。患此病者六十二人中，僅十一人可確定其有梅毒。提上瞼肌及上直肌先受累，逐漸延至眼之他肌，於是眼球固定不能動，而上瞼下垂。有時眼球畧外凸。此病太抵屬慢性，或纏綿數十年之久。每與全身麻痺、脊髓癆及進行性肌萎縮相伴。上述六十二人中，十一人兼精神病。有時或與視神經萎縮或他腦神經病同顯。此癱間或屬官能性。

眼內肌癱 *Ophthalmoplegia Interna*. 此係眼球內肌之進行性癱，致瞳之動作及調視機能皆喪失。若眼球內外肌同癱，名全部性眼球癱；依常例論，多數二者兼顯。有時眼球內肌癱之原因係睫狀節有病。

此病雖常為慢性，然亦有呈急性而與動眼肌神經核之出血性軟化相伴而起者。常有顯著之大腦受擾；此類特名上部腦灰白質炎 *polio-encephalitis superior*。

眼肌癱之治法 查明病原係一要事。兼脊髓癱之類，每頑梗難治。有時無論癱之屬完全性與否，或自行退去。與慢性變性改變伴顯之類，例如全身麻痺或延髓性麻痺諸病所顯者，無良好治法。但其屬梅毒性者，則施梅毒之特殊治法多獲效。砒及番木鱈素（宜注射於皮下）亦佳。至於病起屬急性而兼痛者，則敷熱濕布，反感刺激法或顳部行水蛭吸血法，均有止痛之效。直接用電激肌者頗多，但少能見效。治複視，可用三稜鏡使兩眼合視，用不透光之鏡片遮病眼亦可。

第五神經又名三叉神經 *FIFTH NERVE; NERVUS TRIGEMINUS*

原因 第五神經之癱或係以下各損害所致：（甲）橋腦有病，尤以出血或硬化為然。（乙）腦底之病或傷害。因骨折而累及此神經者罕，但急性或慢性腦膜炎及骨瘍常致此神經受累。（丙）此神經之三枝在出離時受害者。例如第一枝被瘤在海綿竇或動脈瘤所壓；第二或第三枝則或被侵入翼腭凹（蝶鞍凹）之瘤所壓是。（丁）原發性神經炎；但罕見。

症狀（甲）**感覺部分** 第五神經有病，或致本神經所敷布之處即面之一半，同側之頭半，以及結合膜，唇，舌，脣軟，硬腭，鼻諸粘膜感覺喪失。微刺感覺或痛或先麻木而顯。面肌或

亦失感覺而其運動較常人遲緩。嗅覺因鼻粘膜乾而受擾。味覺亦或受擾。涎腺、淚腺、頰腺之分泌或減少。牙齒或漸搖動。苟非用正當之預防，眼或受傷而致潰瘍性炎。昔以為此眼患係由所謂營養性神經纖維癱而致營養官能改變所致。今則知此說不確，因用截除半月節術治頑梗之神經痛者甚多，却不致眼炎也。疱疹或在此神經敷布處呈顯，常屬其上枝處，且兼痛；此痛或持續數月或數年之久。患帶狀疱疹之兼神經炎者，頸腺或畧顯增大（三叉神經病詳神經痛章）。

(乙)運動部分 癱側咀嚼肌之作用喪失，係此部分神經癱之昭特症狀。用指按嚼肌及顳肌，而使病者合頷，即可探知此兩肌之收縮軟弱。若癱，則翼外肌不能使頷向無病之一側而動；若受壓，則頷偏向癱側。第五神經之運動性癱，幾皆因該神經離開神經核之後之部分受累所致，然亦有與外質性損害相伴而起者。三叉神經或閉頷運動之外質運動中樞，其位置在面運動中樞之下而居前中央回之下部。

咀嚼肌痙攣 Spasm of muscles of mastication. 此或為強直性痙攣，或為陣攣性痙攣，或為全身驚厥之一部分，並或單獨發顯，但單獨發顯者不常見。強直性類，其頷持續閉鎖，即所謂牙關鎖閉 lock-jaw; trismus, 或只能微張。故咀嚼肌縮緊，每能察見，並摸着其肌甚硬。痙攣時每痛。按此強直性痙攣係破傷風之一早狀，而忒他內亦有時顯之。更有一類為希司忒利亞所顯，又牙關閉鎖間或隨受寒而起，或謂此係牙或口或頷之骨瘍之反射性激惹所致。亦或係第五神經運動核鄰近之激惹所致之機質病症狀。

陣攣性痙攣：三叉神經所敷布之肌之陣痙，係急而連續之縮動，例如牙齒顫動時所顯是也。此狀不與全身情狀有關係者少，然亦有單獨發顯者。常為老年婦人所患。另有一類，間或為舞踏病所顯，每有力強之單縮動。

(丙) 味覺狀 病者舌三分之前二分,多半味覺盡失或畧失;或以爲係三叉神經癱所致。舌之此部係舌神經及鼓索所敷布。

診斷 三叉神經病之診斷不難。但有時或誤認此初期痛及感覺過敏爲尋常神經痛。咀嚼肌之感覺喪失及癱每易辨認。

治法 痛甚者,或須用嗎啡;局部敷藥亦效。如疑其有梅毒,可用療梅毒劑。用法拉免電激法,有時見效。

面神經又名第七神經 FACIAL OR SEVENTH NERVE

面神經癱 面癱又名貝耳氏癱瘓 Facial Paralysis or Bell's Palsy. 原因 致此神經癱之原因如下: (甲) 外質性損害, 此係核上性癱。 (乙) 核本身之損害。 (丙) 神經幹在經過橋腦或穿過顱骨時受累。

(甲) 核上性癱 Supranuclear paralysis. 此損害之位置,或在外質,或在放線冠及內囊至面之纖維,常與偏癱兼顯。爲瘤或膿腫,慢性炎,外質或內囊之硬化所致。此類癱對於周圍性類有殊性辨別,蓋神經及肌仍有常度之電性應激機能,且本神經上枝多不受累,故眼輪匝肌(眼環肌),額肌及愁肌皆免受害。間或此數肌亦癱,然甚罕見。凡患此類癱,其隨意運動之受累較情感運動重。面神經單癱係外質或神經纖維至核之徑間受累所致,甚罕見。據大多數而論,核上性面癱係偏癱之一部分。其癱每與臂腿之癱同在一側,蓋因面肌對於外質之關係與脊髓神經所敷布之肌同也。在延髓中線兩側之面神經原核,係由交叉纖維至對側之外質中樞而互相連合(第二十六圖)。

又有數纖維由同側之外質中樞而至核。此不交叉之徑或敷布於面上段之肌。

(乙) 核性癱 Nuclear paralysis. 此類面神經癱之因延髓中樞之損害而起者，罕單獨呈顯，間或隨瘤，慢性軟化及出血而起，脊髓灰白質炎或兼此患。患白喉病，此中樞或亦受累。其症狀與神經纖維本身受害所致之面癱(核下性癱)相似。

(丙) 神經幹性癱。其原因不一。(一)面神經通過橋腦之段受累。此即第四腦室底之核及橋腦後側面神經出處之間受累。其昭特之情狀為交叉癱，又名輪癱 crossed or alternating paralysis. 此即面癱在受損之側，而臂腿之癱在他側，蓋因運動徑之受累在延髓內交叉處之上也(第二十六圖)。此類癱僅為損害之在橋腦下段者所顯。損害之在橋腦上段者，僅累及腦半球未交叉至對側之纖維，而本側傳出之纖維不受累。所顯面及肢之癱在損害之對側。此癱僅有面神經下段受累，故與腦癱類相似。

(二)面神經出離腦之處或受瘤之累，最常見者乃橋腦小腦之瘤，而樹膠樣腫及腦膜炎亦或累及之間，或顱底骨折亦然。

(三)面神經通過面神經管之處或受耳病之累，尤以中耳炎之骨瘍為然。此係常見之病原。

(四)面神經出離莖乳孔 stylo-mastoid foramen 之處易受外傷而致癱。在此處截除腫瘤致誤斷該神經，或因用助產鉗致此處受壓者，亦有之。

(五)受寒係面癱之最常原因，蓋能使面神經在其管內發炎也。或謂患之者，在神經未發炎之前多半先患急性中耳炎，入後始延至神經。

(六)梅毒所致者不為罕見，而其癱或早與梅毒第二期之症狀伴顯。

(七) 面癱或與疱疹伴顯

兩側面神經癱 Facial diplegia. 此係罕見之病。間或伴腦底病而顯；例如橋腦之損害及中耳炎，以致兩側之面神經同時受累是也。白喉病性癱瘓亦有時致此。面神經核病及外質之對稱性受累亦能致此。更有屬先天性者。

症狀 患周圍性面神經癱，則該神經之各枝皆受累。致面之損害側不能動，隨意運動及情感運動皆喪失。皮膚平滑無紋；老年人患之，此狀尤為昭顯。險不能閉，下險垂下，多流淚。癱側口角下垂，致飲水時唇不能與杯密接，或致液體溢出。笑時，面之兩側迥異；蓋癱側不能動，致兩側不相稱也。眼不能閉合，而額亦不能上抬成紋。病勢既久，則癱肌顯變性反應；若病者在注視一物時試閉其險，則未癱之側上下險閉合甚緊，而癱側則上險只畧顯下垂，且眼球向外上而轉，因下斜肌之力大也。若使病者露上齒，其口角毫不能上抬。動面時因癱側肌不能縮，致牽向不癱之側。言語因唇音不能完全而畧顯受擾。且不能呼哨。咀嚼時，因頰肌已癱，故食物每積於患側齒頰之間。若使以鼻吸氣，則鼻肌之癱甚顯。伸舌時，因唇牽向不癱之側，故似偏向癱側；但由門牙而定其位置，則固在正中也。在周圍性類，反射運動皆喪失。

感覺症狀 面神經之感覺官能係由膝神經節 geniculate ganglion，中間神經（面神經覺部）nervus intermedius 及主要功用在於管轄味覺之鼓索（面神經鼓膜枝）chorda tympani 而來。似乎深感覺、壓覺、位置覺及被動覺在面神經內另分成一傳入系統。至於皮膚敏感性之厄皮克爾感覺 epicritic sensibility（所以定輕觸之局部者）及坡妥雷爾感覺 protopathic sensibility（所以辨認冷熱之度者），則非面神經本身所管轄。

面神經在其管內膝狀處與鼓索發源之間受累，則損害側之舌前部味覺喪失。若該神經在顱外受損，則味覺不受擾。凡患面癱，聽覺多受擾，此常因先有耳病故也。若鑰骨肌癱或致樂音覺過敏。疱疹有時與面癱伴顯，癩者不常見。痛處常在耳或乳突部，但或射至後頂及三叉神分布區。有時面之癱側或腫。

電性反應之屬周圍性癱者對於判定病之結局，大有資助，依李氏所立之規則如下：若法拉允電及賈法尼電之反應如常，則結局佳，約在十四至二十日之內可以復原。若法拉允電及賈法尼電對於神經之反應僅畧減，而賈法尼電對於肌之反應增加，而其縮緩 ($AC < KC$)，則結局仍佳，或在四至六星期之間可以復原；間或須歷八至十星期之久。若顯變性反應，則結局不佳，或遲至二、六、八、甚或十五月之久，亦未必復原。

病程 面癱之病程常有希望。因受寒而致之類，或在二十四小時內成癱，但恒久持續者罕。然間有癱不退者；歐司勒曾見一人患此四年之久，僅畧顯減退。外傷性類例如乳突外受擊而致者，則常為恒癱。苟癱係恒久性，則癱肌之緊張性必完全喪失。若干病案或其隨意運動回復而顯攣縮，以致尋常之面紋在癱側較昭顯，故初見之，其癱側或似無病者然；迨使病者微笑，則何側有較活潑之運動可立辨。又癱或復發；此則一側及他側每輪替再發。

診斷 診斷面癱常易。其中樞性及周圍性之區別已詳前。

治法 受寒類，或係顱骨面神經管內之神經炎所致，宜先用熱敷；後則可每隔一二日，在乳突用火刀輕烙，或用小劑量之起飽藥。若有耳病，宜導耳內之液使易出。面肌之營養可用賈法尼電補助之。用此電時當置陽極端於耳後，置陰極端

於額肌及他肌，每日一次，每次十五分鐘；可致病者對鏡自行施用。對於面肌及神經通過之路徑用揉捏法，亦有益。雖病者無梅毒來歷，亦可用碘化鉀治之。

若神經因外傷，手術或病而破壞，迨用電療治至數月之久不見功效，則宜用神經接通術 anastomosis。可行此術之神經係副神經（兩段神經）或舌下神經。此術雖不能使癱肌完全復原，但施行之後，每能使癱肌之運動力大致回復，而其畸形亦可減輕。

面肌痙攣 Spasm of Facial Muscles。痙攣或限於數肌，或面神經管轄之各肌俱受累，或屬一側性，或屬兩側性。

面肌痙攣有數種，但在此章僅論原發或隨癱而起之單純性痙攣 Simple facial spasm。至於小兒之習慣性痙攣 Habit-spasm 及法國所稱爲驚厥性面痙攣 Tic convulsif，俱從畧。

高耳氏分此痙攣爲二類：（一）機質病類；（二）自發類。或以爲面肌痙攣有時係反射所致；例如由齒骨瘍或腸內有蠕蟲所致激惹之反射是。患之者大抵係成人，但習慣性及驚厥性痙攣則小兒最常患之。然小兒亦間或能患單純性痙攣，而且纏綿。機質病性類，其外質中樞常有損害，亦或因腦底瘤或動脈瘤之壓而致。

症狀 此類痙攣有時只累及眼四圍之肌，名眼瞼痙攣 ophthalmospasm。故眼輪匝肌有持續迅速之縮動。倘覺羞明，或成強直性瞼縮類。而較常見者，其痙攣累及面側肌及眼肌，致面肌有持續的顫搐兼眼瞼半閉。額肌受累者罕。病勢較重者，則三角肌（降口角肌），頰肌（提下唇肌），闊肌（胸鎖肌）俱受累。此類痙攣大多數常限於面之一側，惟間有屬兩側性者。當顯情感或面隨意運動時，則其痙攣加增。依常例論，大抵不痛，但第五神經通過之路徑或有觸痛之處，而尤以眶上枝處爲然。強直性痙攣或隨面肌癱而起；受寒有時亦能致之。

面肌痙攣之結局不佳 多數纏綿多年，無法能治。

治法 宜查明激惹之來源而除去之。若第五神經通過處有痛點，起飽藥或火刀或能見功。皮下注射番木鱉素，可試行，但有效與否則不能定。對面頰施噴霧凝凍法，每次數分鐘，每日或隔日一次，有時有效。但其效每僅暫時。若病甚重，或須用外科手術療治。有時在莖突孔近處割斷面神經而用副神經接通術，或見功效。

聽神經 AUDITORY NERVE

此神經又名第八腦神經，通過內聽道（耳內管）。係分立之兩神經合成：一為耳蝸神經（耳螺神經）cochlear nerve，達螺旋器（耳螺琴）organon spirale (cortii)，即聽覺神經。一為前庭神經（耳墀神經）vestibular nerve，達前庭（耳墀）及半規管（玦管），即保持身體均勢之平衡神經。

耳蝸神經（耳螺神經）Cochlear nerve

此神經之外質中樞在顱葉。原發性聽神經病之在中樞或在顱內者罕見。常受患者，係內耳之末枝。

聽神經之外質中樞損害 顱上回為聽覺中樞之所在。若左側回破壞，則致言語聾 word-deafness；此即能聽音，而不能領悟音所表之意義也。若中央聽徑受累，則致聾；蓋此徑乃由耳蝸神經核達外質中樞者也。此或係外膝係（腦帶）lateral lemniscus 受累或四疊體有瘤所致（後疊尤甚）；又內膝狀體受累或內囊之損害亦能致之。

聽神經之腦底性損害 此或係瘤壓，腦膜炎（以腦脊膜炎為最甚），出血或外傷所致。患脊髓癆，或顱聽神經之原發性變性。聽神經核（前後二核）之原發性病不常見。患流

行性腦脊膜炎，聽神經或受累而致恆聾。若在小兒，則致聾而且啞之聾啞病。

聽神經之內耳損害 凡顯聽神經症狀之病，其損害大多數在內耳；此損害或屬原發性，或由中耳病蔓延而來，不定。其症狀可分為二類：（一）聽覺過敏及激惹；（二）官能低減，即神經性聾。

（一）聽覺過敏及激惹 *Hyperesthesia and Irritation*. 此或係外質中樞及神經末之官能異常所致。真聽覺過敏 *hyperacusis* 者，即或他人有時所不能聞之聲音而能聞之甚清之謂也。患希司忒利亞及腦病者，間或顯之。銜骨肌癱，則聞甚低之聲音似甚高。若聽覺不良 *dysesthesia or dysacusis*，則對於聽尋常之聲音有一種不舒樂之感覺，却如患頭痛者對於一切聲音俱覺討厭是也。

耳鳴 *Tinnitus aurium*. 耳鳴者指一切耳內有自覺之鈴聲、吼聲、昔瑟聲、空竹聲言也。此係一常見而苦楚之症狀。許多耳病多兼顯之；或因耳鼓為聳聳所壓而致。惟聽神經中樞之機質性病則罕顯此。聽神經突受劇烈之奮興，或能致之。有一類耳鳴，係病者恒常有鳴；此鳴每在心收縮時加增，常僅顯於一耳。貧血或神經衰弱者或顯此心收縮性雜音。自覺性耳響有時為癩癩性驚厥之先驅；患偏頭痛者，亦間或有之。無論何類耳鳴，雖係輕病，醫士恒不以為緊要，但對於病者多致劇烈之困苦及精神之搗擾，甚或有因而自盡者。

診斷 此患雖不難診斷，而欲定其致病之來源多不易。若起於貧血、神經衰弱或痛風病，則療治之後，其耳鳴或退去。對於耳部，宜施詳細之局部診察。有一類耳鳴，最為困苦，係自覺有持續不歇之拍板聲 *clicking noise*，有時似此聲來自距身數尺之遠處；此或係當耳喉管關連之肌或提膈肌有陣癱性痙攣

所致。此狀或纏綿數年之久不退，而一旦突然自癒。搏動性耳鳴 *pulsating form of tinnitus* 之聲與心收縮性營營鳴相似者，大抵皆屬自覺性，且能用聽診器聽得者極罕。然須知小兒天然有一種心收縮性腦雜音，在耳上聽之最昭顯，間或成人亦有之，不可誤認。

(二)官能低減又名神經性聾 *Diminished Function or Nerve Deafness*。試驗神經聾時，若置音叉近耳外管處而病者無所聞，然置音叉之脚於顫骨而能聞其聲顫者，則或可斷定所患之聾非因神經受累所致。蓋其聲之震顫係隨顫骨至耳蝸(耳螺)及前庭(耳墀)者也。又可用時表試之；若塞住耳外管，置時表於乳突處，而所聽見者較置時表於未塞之耳外管時清楚，則其聾亦或非神經類。聽神經之官能受擾非腦病所常有之症狀，但無論如何，該神經之官能必須細加察驗。

前庭神經(耳墀神經) *Vestibular nerve* [*8th ed.*]

伴前庭神經或其中樞關聯性病最多見之症狀為頭暈，眼球震顫及頭、頸、眼諸肌運動失和等狀。

迷路性眩暈又名耳病眩暈 *Labyrinthine or Auditory Vertigo—Ménière's Disease*。一千八百六十一年，法醫美尼攸氏 *Ménière* 曾報告一種病患，其特徵為顯耳鳴，眩暈(暈時或不省人事，或否，不定)，嘔吐，且多數兼進行性耳聾。奧醫巴拉內氏 *Barany* 論述迷路受累之原因如下：(甲)急性傳染病，如流行性感冒，腦脊膜炎，腮腺炎等病是。(乙)慢性傳染病，尤以梅毒為然。(丙)體質病及中毒，如流血入耳迷路(此患多顯於白血病，出血性紫癜，惡性貧血諸病)，萎黃病，甲狀腺中毒，動脈硬化等病是。(丁)瘤及腦病；如聽神經，小腦，橋腦，第四腦室等處之瘤及腦膜炎，小腦膿腫，多數性硬化，脊髓癆等病是。(戊)外傷，如髓底被折等

是。(己)遺傳性變性病及內耳畸形。(庚)中毒,如酒精,菸草素,雞納,柳酸類,砒類之毒是。

症狀 發作常驟突,耳鳴,步履不穩;或自覺擺搖欲仆 *reeling*, 或覺四圍之物旋轉,或兼有此二狀。病之發作多非常驟突,而病者突然顛仆;然依常例,病者每能自覺而得抓攪鄰近之物以支撐身體。知覺喪失係少見之狀,然亦有暫時呈顯者。眼症狀常有;例如眼球震顫是。病者面色發白,惡心,繼則面生冷汗而隨以嘔吐。發作期之久暫不一,有時甚短。常例病者必須安靜若干時,蓋因稍動其頭即致再發作也。迷路性眩暈常屬陣發性,而其間歇期無定,有時數星期或數月發作一次;甚或一日數次。

身體之平均勢受擾而眩暈,係前庭神經之官能或該神經相關連之諸器官受擾所致;此等受擾或在周圍,或在中樞,不定。隨之而起之聽屬症狀常係耳蝸神經或其周圍或中樞之諸關連部分受累所致。

診斷 耳鳴及眩暈之合併狀或兼胃受擾或否,已足定診斷。有若干暈眩之他類,必須與此辨明。所謂胃性眩暈 *Gastric vertigo* 者,常與消化不良兼顯,而最常為中年人所患,則固不兼耳鳴或無聽神經官能受擾之證據,易與此類辨別。且胃性眩暈不常見。但宜切記眼之缺點每與眩暈有密切之關係。

心血管性眩暈 *Cardio-vascular vertigo*。此係最常見之類,每隨心瓣病(主動脈瓣閉鎖不全最常)及動脈硬化而起。

迷路性眩暈與小癇癇 *petit mal* 及癇癇之發作,必須精細區別。小癇之兼顯耳鳴或眩暈者甚罕,惟在癇將發而顯先兆之際,則病者或覺眩暈。頭暈及暫時知覺喪失或與腦機質病相伴,而尤以溜為然。且或兼嘔吐。苟詳細診察,診斷大抵不致有誤。

結局 美尼攸氏病之結局無定，許多能完全復原，其他則成聾而暈陣屢屢發作。病之重者病人持續患眩暈，甚或必須常行躺臥。

治法 以溴化鉀二十厘爲一劑，每日服三次，有時見效。若有梅毒性來歷，則宜服碘劑。或謂柳酸鹽類藥及奎寧大劑量有效。若病者之動脈壓加增，可服硝酸甘油 nitroglycerin；初用宜小劑，後則漸增。此藥對於耳性眩暈雖無大效，而對於中年患眩暈而兼動脈硬化者有時甚佳。若病者因眼之屈光作用受擾而患眩暈，則戴合宜之鏡，即可止之。

地方病性癱性眩暈 Endemic Paralytic Vertigo. 在瑞士及法國，有一種奇特之眩暈病，其特殊性狀爲四肢顯陣發之癱性軟弱，上臉下垂及昭著之精神抑鬱。此病在日本北方亦有之。日醫三浦氏 Miura 謂日本青森地方之農人，無論男女長幼，皆有患之者，每爲陣發類。俗名頸垂 kabisagari。

舌咽神經 GLOSSO-PHARYNGEAL NERVE

此又名第九神經，合運動及感覺兩種纖維，且爲舌之味覺神經。其運動枝敷布莖突咽肌（錐喉肌）及咽中縮肌（喉中嚥肌）。感覺纖維則敷布咽上部。

症狀 神經核受擾之症狀尙未確知。延髓性癱瘓之咽症狀大約與此神經核之受累相伴。神經幹之損害不常見，但間有被瘤壓或腦膜炎所累及者。味覺受擾或係此神經之官能喪失所致；如此，則其受累或以舌之後部及軟腭爲主。

味覺受擾之一般情狀可畧述如下：味覺喪失 ageusia 係舌咽神經之末板受擾如舌粘膜有病而致。而舌粘膜病則常爲熱病之舌乾或消化不良之舌有苔所顯；患之者，覺各類食物

之味似乎相同。胡椒、菸、醋等物最有激惹力，故能使味覺之功能遲鈍或減少。完全性味覺喪失或係此神經之周圍部或中樞部受累所致。味覺異常 *parageusia* 少見，惟希司忒利亞及瘋癩兩病有時顯之。味覺過敏尤為少見。間或有所謂自覺性味覺變異者，有時為癩癩之先兆或瘋癩病之幻覺。

凡試驗味覺，病者須先閉目，然後伸舌。醫者依次以各物少許置於舌上。所嘗為何味，須以在舌未縮入時之決定為標準。最合宜之試驗品如下：試苦味可用奎寧；甘味則為濃糖溶液；酸味則用醋；鹹味則用鹽。最要之試法，乃用力小之賈法尼電置於舌上，試其覺有金類之味否。

迷走神經 VAGUS OR PNEUMOGASTRIC NERVE

此又名第十神經，其敷布之處甚廣闊。凡咽喉、肺、心、食管及胃，皆為此神經所管轄。若此神經之本核與副神經及舌下神經同受累，則致延髓性癱瘓 *bulbar paralysis* (即唇舌咽喉麻痺)。此神經或為瘤或動脈瘤所壓，或為梅毒性或單純性腦膜炎之滲出物所累。或此神經幹在通過頸處為瘤或創傷所累。又或縛頸動脈時誤縛此神經；或在截取深瘤時誤被切斷。有時神經幹或致發炎。凡此神經之病，宜依其枝之分配而分別論之如下。

咽枝 Pharyngeal Branches. 迷走神經之枝與舌咽神經合併而成咽叢(喉神經羅)；咽之肌及粘膜即係此神經叢所敷布。凡因此神經核受累(如唇舌咽喉麻痺)或為此神經幹受累(如白喉性神經炎)而致之癱，俱顯吞嚥困難，而食物不入食管。若僅一側之神經受累，則吞嚥功用不大受擾。此等病每易致小塊食物誤入喉內；若累及軟膈，則食物或誤入鼻後孔。

咽癱變常係官能受擾所致，每為希司忒利亞性及神經薄弱者所患。高耳氏曾報告一患咽癱變者，必須在獨居時始能進食，若室內有他人，則食物不能下嚥。患瘦獸咬病之咽癱變甚昭著；假瘦獸咬病亦顯之。

喉枝 Laryngeal Branches. 喉上神經係敷布於聲帶上之粘膜及環甲肌(環腭肌)。喉返神經即返枝(喉下神經)，則在左側彎過主動脈弓，而在右側彎過鎖骨下動脈，順氣管而敷布於聲帶下之粘膜及各喉肌；惟環甲肌及會厭肌不在內。實地試驗，曾表明迷走神經之司動枝乃由副神經分出。因喉返神經所行之路特別，故易為胸內瘤患所壓，為動脈瘤所壓者最多。下列為重要之癱類：

(一) 兩側外展喉肌癱 Bilateral Paralysis of Abductors. 此係環披裂後肌(環軀後肌)受累而吸氣時聲門不開。聲帶或相挨；當發音及吸氣時，因受空氣壓力，或更相挨近；故僅剩一小隙為空氣風然作蟬聲而經過。此危險之喉癱，間或因受寒冷而起，亦有隨喉卡他炎而起者。又喉後肌有時顯變性，然他喉肌則同時或無恙。此種癱或因兩迷走神經受壓或兩喉返神經受壓而起。有時中央有病而顯此癱，如脊髓癆及唇舌咽喉麻痺所顯者是；患希司忒利亞者或亦顯之。按此癱之特殊性質，即吸氣時作蟬鳴而發音不受擾。高耳氏謂普通稱為希司忒利亞性聲門癱變者，實際上或係外展喉肌癱 abductor paralysis.

(二) 單側外展喉肌癱 Unilateral Paralysis of Abductors. 此多係瘤壓一側之喉返神經所致，因動脈瘤而致者特多。有時或因右側胸膜變厚累及喉返神經而致。其症狀係聲音沙啞，而與動脈瘤所常顯者相似。呼吸困難不常顯。吸氣時損壞之聲帶不動。後或累及喉之內收肌，致發音之受擾更昭著。

(三) 內收喉肌癱 Paralysis of Abductors. 此係環披裂外側肌及披裂肌(瓢肌)受累所致。患希司忒利亞者常顯之,每為女人所患,常致希司忒利亞性無發音能 hysterical aphonia; 此類失音或突然發顯。有時或因喉膜卡他或用聲過度而起。用檢喉鏡查之,則可見其在發音時無力使聲帶相闔之情況。

(四) 喉肌痙攣 Spasm of Muscles of Larynx. 此係內收喉肌受累。小兒患之者不為罕見,已詳前蟬鳴性喉痙攣節。喉痙之陣性發作,成人不常患之,然曾見少年女子在夜間睡時突然有劇烈之呼吸困難發作,或持續頗久而致皮色發紺。患脊髓癆者,有時顯一種殊性喉痙攣,即所謂喉克來息 laryngeal crisis 者是也。另有所謂痙攣性無發音能 spastic aphonia 者,病者每在將欲發言時,即為喉痙所阻而不能發音。

喉之感覺神經罕受擾。

(五) 喉麻木 此或為患脣舌喉咽喉麻痺及白喉性神經炎者所顯,係一險病。病者之食物或誤入氣管。常與吞嚥困難伴顯;患希司忒利亞者,亦間或顯之。喉覺過敏則罕見。

心枝 Cardiac Branches. 心神經叢係迷走神經之枝與交感神經合併而成。其迷走神經之纖維具有運動,感覺或營養三者之功用。

(一) 運動症狀 此等纖維對於心之動作有阻止,管轄,調節之功用。受惹,則心動作徐遲。曾見一人頸有小瘤,荷手壓此瘤,則因此神經被瘤壓,而致心之動作徐緩,或且停止一二搏動。又有能隨意自制其心之動作者。有時因誤縛迷走神經,致心之動作變緩。若此神經核受惹,或致神經因而患官能病。若本神經盡癱,則阻心之作用或盡失而速心之作用遂自由無限止。故致心之動作甚速。如白喉性神經炎,瘤累及本

神經，意外之被截或被縛等所致者，皆是。若僅一側之迷走神經之官能喪失，或不顯症狀。

(二)感覺症狀 此神經之心枝受累所致之感覺症狀甚無定。依常度論，心之動作皆係自然的規則運動而為知覺所不及；至於心悸及心痛之感覺，則由此枝導傳至腦。但患心絞痛者，本神經纖維受累之程度若何，則無從察知。各種感覺受擾，已詳前心性神經官能病章，茲不贅。

肺枝 迷走神經肺枝之功用，尙未能盡知。或以為此枝之運動纖維管轄枝氣管肌之動作。呼吸律之等差的變異，大約由於中樞性改變而致者較因神經本身而致者為多。

胃及食管枝 此等肌之運動係迷走神經所主，而嘔吐亦由之而致；常屬反射性，然亦有由直接激惹而致者，例如腦膜炎所致者是也。食管之痙攣尋常每與他種腦屬現象併顯。胃神經痛間或由於胃之痛性痙攣所致；然較常見者，係本神經之感覺受擾所致，其受擾或由於本神經末之直接受惹，或由於末纖維之痛，不定。數類神經性消化不良或為本神經之官能受擾而起。劇烈之胃克來息為脊髓癆所顯者，則起於本神經核之中樞性受惹。

副神經 (兩段神經)

SPINAL ACCESSORY NERVE OR NERVUS ACCESSORIUS

癱瘓 此神經之小內段(內枝)與迷走神經交通隨迷走神經而分配於喉肌；其大外段(外枝)則分配於胸乳突肌及斜方肌。按此神經之核或被唇舌咽喉麻痺所累及，而尤以內段之核為然。其外段核位於脊髓頸段，或被脊髓運動核之進行性變性所累。而本神經則或被腦膜炎滲出物、瘤或骨瘍所累。

內段之癱狀已詳見迷走神經之咽枝癱節，茲不再述。外段之病或受壓，每有同側之胸乳突肌及斜方肌癱繼之而起。若一側之胸乳突肌就癱，則病者難向無病之側轉頭，大抵不致頸歪，然間亦有頭畧斜者。斜方肌之一部分為頸脊神經所敷布，故不致完全癱，然其由枕骨至肩峰之段，則官能全失。當病者深吸或聳肩時，肌之癱狀甚明顯。斜方肌之中段亦變弱，患側之肩畧下垂而肩胛角畧轉向內，此因脊髓及提肩胛角二肌之作用使然也。抬臂之功用受障礙，此因斜方肌不能使肩胛達一定點，而三角肌乃不能有抬臂之功用也。

患進行性肌萎縮，或顯此等肌之兩側癱瘓。如兩胸乳突肌受累，則患頭後仰；如兩斜方肌受累，則患頭前俯；此係許多進行性肌萎縮之特殊性狀。高耳氏云：難產之小兒若在一年之內抬頭時常困難，其原因或為副神經之損害。小兒因患脊骨蕩而致脊髓頸段膜炎者，常顯此頭俯之狀，故甚為緊要。

治法 治法依病原而異。若係中樞核性萎縮，不易療治。因壓而致之癱或能漸癒。癱肌宜用電及按摩法奮興之。

副神經痙攣 (斜頸) Accessory Spasm (Torticollis; Wryneck). 頸肌之各種痙攣，以在此節詳論為妥善。蓋副神經所敷布之各肌受累，每為斜頸之主要原因也。茲條列各類如下：

(一) **先天性斜頸** (固定歪頸) Congenital Torticollis. 此係一側胸乳突肌之縮短及萎縮所致。為小兒所患；有時或歷數年之久始覺察，蓋因頸短之故，父母每因未注意而以為新發者也。此患之發現，幾盡在右側。且常與面之兩側對稱不均有關係，此類斜頸之胸乳突肌每短而堅硬，而兼輕重不一之萎縮。然胸乳突肌增厚之因難產施手術而被破斷所致者，當與先天性斜頸之胸乳突肌縮短及硬化分別明晰。此類斜頸雖常為胸乳突肌受累，然其纖維性萎縮之累及斜方肌者亦間或有之。

此等斜頸不甚緊要，蓋每可因用截髓術療治之也；惟其面之對稱不均每持續不退，甚或在施截術後反似加增。依病理而論，謂斜頸及面對稱不均二者係一病所顯之合併狀，其病原屬中樞性；此恰如小兒癱瘓者之有中樞性（腦脊髓）損害而兼畸足。

(二) 痙攣性斜頸 Spasmodic Torticollis. 此分強直性及陣痙性二類，間或二類輪替而顯；然第一次發顯時僅有一類，後仍有分別而不兼顯二類者為最常見。成人患之者最多，女子患之者，或為希司忒利亞之一症狀。有時或有顯著之神經薄弱性家屬來歷，但常不能確定其原因。或因受寒而起；或因被擊所致。或以為此病屬精神性。此類斜頸常為神經衰弱及年邁者所患，而顯旋頭肌之陣痙性痙攣。

症狀。此病之症狀甚明定。強直性類因胸乳突肌收縮，致枕偏向病側之肩；頰畧上抬，面轉向無病側之肩。或僅累及胸乳突肌，又或兼累及斜方肌，此則不定。如果斜方肌兼受累，則頭多偏向病側，且下降。倘病延日久，則各肌凸而甚硬。脊或畧顯脊柱偏曲，其曲之凸每偏向無病之側。若為陣痙類，則尤為困苦而危險。其痙攣罕僅限於一肌。惟胸乳突肌幾常受累，使頭之乳突凸近鎖骨內端，是以面轉向損害之對側而頰亦畧上抬。若斜方肌兼受累，則頭之降下在損側較顯著。且畧被牽向後；而其肩亦因斜方肌收縮而畧上抬。按高耳氏所論，胸乳突肌兼顯頸肌受累者，較胸乳突肌兼斜方肌受累者少一半。若頸肌受累，則頰必向損側畧轉而偏。又有他肌受累者，如肋頸肌及胸鎖肌是；更間有頭被頸深部之肌如頸直肌及頸斜肌牽轉者。有時其痙攣屬兩側性，無論為強直性或陣痙性，皆致頭向後仰。此名後頸痙攣 retro-colic spasm。倘甚重，則致面上翻向天。

陣痙性類或無先兆而突然發作，或頸先有不規則痛或僵硬片時。頭之抖動，時時發顯欲使頭靜止一二分鐘亦復不能。持續既久，則肌肥大；或致病側之肌較對側者昭然龐大。有時痛頗劇，通常僅覺疲倦。睡時痙攣每停止。動情感，受激刺，或勞倦後，則病加增。其痙攣或由頸肌延至面肌或臂肌。

病程大有異同；復原者間有之，但持續不退者佔多數；即使暫時減輕，亦多半復發。醫士常以此為神經官能性病，然或起因於肌之大腦外質中樞被擾亦未可知。

治法：暫時之功效時或有之；恒久復原者罕見。曾試用多類藥，但罕見效。間或溴鹽大劑能畧減痙攣。皮下注射嗎啡，間曾見效；然久用之，恐成癮。賈法尼電可試用。反感刺激法大約無益。曾有用器械止其頭動者，但病者罕能忍受。更有試用牽張（伸扯）神經，割斷神經及切除副神經，割斷受累肌諸法者，或暫見效，但尋常仍不免復發也。

(三) 小兒點頭痙攣 Nodding Spasm. 此病可在此兼論，蓋受累之肌大抵為副神經所敷布也。此或僅係一種習慣性痙攣，或為癩癩之一狀；果為癩狀，必兼暫時知覺喪失。稍長之小兒及希司忒利亞性女子有時亦有此患。

舌下神經 (舌肌神經) HYPOGLOSSAL NERVE

此為舌肌及一大部分附麗舌骨諸肌之運動神經。其外質中樞大約係前中央回之下部。

癱瘓 (一) 外質損害。舌多被偏癱所累及，而其癱或由外質本身之損害或由外質至延髓之纖維之損害所致。此癱之不單獨發顯，已詳前偏癱節。然外質性類對於他類固有一異點；此即舌之兩側或多少受累，但不消瘦，電反應亦不受擾。

(二)神經核及核下之損害 此係慢進行性變性所致，如唇舌咽喉麻痺或脊髓癱所顯者是；間有由血管閉塞而致之急性腦硬化。依常例而論，兩側之神經核每同受累；然間或僅一核受累。或以爲外傷及鉛中毒亦爲此病原因。本神經之纖維或被瘤所損；在腦底處者，或受腦膜炎之累；或本神經在枕腺前管處受顱骨病之累。或在本神經之徑被癩所累，或在腮腺部受瘤之壓。苟有以上各損害，則致患側之本神經纖維喪失及舌萎縮。伸舌時偏向受累之側，並或顯纖維性顫搐。

症狀。若僅一神經之中樞或其徑受累，其症狀係舌之一側性癱瘓及萎縮。伸舌時偏向損側，且有纖維性顫搐。萎縮之在病側者常顯著，而該側之粘膜成皺襞。一側性類不致言語之節音受擾。若係兩側性類，則舌在口底幾不能動；且萎縮而不能伸。言語咀嚼極困難，吞嚥功用亦受擾。若損害在本神經核之上，則或無萎縮，或甚輕。進行性延髓性癱及進行性肌萎縮間或兼顯此類舌癱。

診斷不難，損害之位置亦易斷定。蓋若損害在本核以上，則病者兼偏癱而舌肌不消瘦。若損害在本核，僅間或屬一側性；而大多數屬兩側性而爲唇舌咽喉麻痺之一部分。所須牢記者，本神經纖維離核之後，或在延髓內受累。如此，則或致舌之本側癱而兼對側肢癱，而伸舌時偏向身體不癱之側。

痙攣 此罕見，屬一側性或兩側性不定。最常見者係他類驚厥性病之一部分，如癲癇、舞蹈病或面肌痙攣是。有時病者欲言則舌痙攣，痙攣顯則口吃，迨痙攣一過則言語突出。患希司忒利亞者常兼此狀，亦或隨第五神經受反射之激惹而起。最奇特者，係在陣發陣溼性痙攣時；每一分鐘舌迅速伸縮四十至五十次。病之結局常佳。

(四) 脊髓神經病

DISEASES OF THE SPINAL NERVES

頸叢 (頸神經羅) CERVICAL PLEXUS

枕頸神經痛 Occipito-cervical Neuralgia. 此痛累及大小二枕神經及耳大神經所敷布之處。其痛以在枕頸及耳內為主。有時隨受寒而起，且或與斜頸伴顯。凡非因骨病或瘤壓而致者，結局常佳。在乳突凸與脊之間，函隆凸之上，胸乳突肌與斜方肌之間諸處俱有觸痛點。有時或因負擔重物直接受壓而起。

膈神經病 Affection of the Phrenic Nerve. 此神經之癱或隨脊髓前柱(角)第三第四頸脊神經平段處之損害而起，或因受瘤或動脈瘤之壓所致。因神經炎(爲白喉病性或鉛毒性)而致者較少。膈肌既癱，則呼吸由肋間肌及他輔助之肌代行。病者安息時或無甚異常之狀態可以察見，僅其腹壁在吸氣時則凹及呼氣時則凸。病者稍一用力或行走，即顯呼吸困難。倘此癱突然發作，則或顯呼吸困難兼皮色青白，但此二狀大抵僅係暫時發顯。若兼枝氣管炎，則病勢必劇烈。蓋因不能滿足吸入空氣，故作咳難而危險益甚也。

若僅一側之膈神經癱，則癱狀幾不可察見；細察之，始知癱側之膈，其下降不及不癱之側也。

診斷常不易，在婦女尤難，因其習慣較男子少用此肌，且其膈性呼吸不甚昭顯也。膈不動不爲罕見，特如膈性胸膜炎，劇烈之滲液及重氣腫，尤常見之。有時膈肌本身變性而失力。

因膈動減少，故肺底有積血之趨向；有時叩響暗而有水腫之徵。據常例而論，其癱不僅限於膈肌，每爲全身性神經炎或脊髓前灰白質炎之一部分，故每可藉他症狀以資診斷。

結局大抵不佳。曾見隨白喉病而起者十五人，僅八人治療。

治法 與治神經炎或脊髓前灰白質炎所施者同。

呃逆(噫噎) Hiccough, 此因膈肌之間時突縮所致。然其機械的理由甚複雜。其達呼吸中樞之傳入興奮或由周圍或由中央(腦)而來，而其傳出則由膈神經至膈而致間發性痙攣，於是再由迷走神經之喉枝而達聲門，致在速吸氣時聲門突閉。共有數類，分列如下：

(一) 炎類 發炎之最常致呃逆者為腹部內臟，如胃炎，腹膜炎，赫尼亞，腸絞窄，闌尾炎，膽性胰腺炎及重腸熱諸病是。

(二) 刺戟類 此類乃因膈肌直接受激如飲熱湯熱水或食管之近膈處患病而致，而尤以使腸胃充氣者為然。

(三) 毒性類 此類之病原大抵為全身病如痛風，糖尿，慢性腎炎等是。患慢性腎炎者所兼患之呃逆，至晚期或極重。

(四) 腦病類 此類之原發病原在神經系統，如希司忒利亞癩癇，休克或大腦生瘤是。屬希司忒利亞性者最難療治。

治法 治此病之法不甚有效。較輕者用突然反激法或可止之。如用水漱喉，或使病者先閉氣或用昏條或他物掃鼻內而使發噎是也。此外則碎冰，或鹽調檸檬汁，或鹽調醋，或酒一小匙，均可試用。因胃受激惹而致者，用洗胃術，或立見效。用阿浦嗎啡八分之一厘 apomorphin 0.008 gm 注射皮下，或能立即止病。頑梗之呃逆，或須試用各種抗痙攣藥。有謂尼羅卡品可用者。用噴霧具噴髓於腹上部，或能立癒。皮下注射嗎啡，或吸哥羅芳，或用硝酸澱粉 amylnitris，以及服硝酸甘油 nitroglycerin 諸法，間或有效。用賈法尼電激膈神經，或在兩側胸乳突肌二端之間用壓力以壓膈神經，亦可。此外用力扯舌，或立見效。質言之，最常見效之藥為嗎啡。

臂叢 (臂神經羅) BRACHIAL PLEXUS. [216 ed.]

頸肋壓 Cervical Rib Pressure. 此係因肋生於異常之處，致動脈及神經受壓之病，不為罕見。有時顯於兩側，而其一側之肋骨或較他側者長。肋之長度或較尋常短而且直，而鎖骨下動脈及臂叢居於其前；或較尋常長而且屈，而鎖骨下動脈則居肋骨上槽。如此，則該動脈增長，且在頸部高過於其常位。因生此異常之肋而致症狀者，百分中不過五至十。其症狀則因動脈受壓或神經受壓而起。位置過高之動脈之擗動，或致誤認為動脈瘤。但動脈瘤之成於受壓之處者罕見。有時或兼動脈形成血栓，致指端成壞疽。曾見三人，一用力，臂即紅，腫而熱，兼麻刺及微刺痛感覺；但安息時無症狀。神經之病較緊要，且常見。痛常有。其痛界常與第八頸脊神經及第一背脊神經後根所敷布之處相符，即肘內側至手腕關節及指處也。此外則臂叢受重壓，或致手內肌顯部分性癱及消瘦。有時臂之內側及手之尺骨（腕）半側顯麻木或感覺過敏。更有頸交感神經受壓者。

此病不難斷定。有時只須用扪診法。若用 X 光線，則尤易斷定。

合併性癱 Combined Paralysis. 此神經叢在鎖骨上部或因神經幹始出脊處受壓，或因頸部受瘤或他病之壓而致受累。然損害之在鎖骨下者較常見，係因鎖骨關節脫臼或骨折或神經炎而致。頸肋亦或致壓該神經叢之最下索而致癱。至於常見之外傷，則為頸被擊或跌撞；因頭側屈及肩被壓下而致神經叢牽張。如此，則或致該神經叢完全撕裂，而臂全癱。此等撕裂無論在脊椎及鎖骨間之何處皆可；致神經叢之各索均受累或僅其上部之索受累，不定。所謂“產性癱” obstetrical

paralysis之因難產時用力拽胎頭，致頭肩相離者，即此神經叢受傷之一種。惟此產性癱，神經叢之破裂大抵係部分性，僅上部受累；是以或僅三角肌，二頭肌，岡上肌，岡下肌，肱肌及肱桡肌受累。若該神經之各索盡斷，則致臂之完全性運動及感覺麻痺。有時脊髓之神經根或盡行扯斷；則致在傷側之瞳孔縮小，而臂懸繫於肩如一死物。另有一常見之臂叢損害係骨頭脫臼，而尤以肩胛喙突下類為然。

臂叢之原發性神經炎罕見。由周圍神經枝損害而起之上行性神經炎較常見，即炎先顯於橈神經或尺骨神經，後漸升至神經叢而致臂全癱者是也。

臂叢之個別神經之損害 (甲) 胸長神經 (腦後神經) Long Thoracic Nerve. 此神經如在頸處受傷，則致前鋸肌癱。尋常之原因乃係負荷重物，致神經受直接之壓；軍士最常見之。亦有因急性傳染病後之神經炎或受寒後患神經炎而致者。前鋸肌單獨受累者罕見。尋常與肩帶之肌同癱，如營養不良性或進行性肌萎縮所顯者是。同伴受累者斜方肌為最常。若為單獨前鋸肌癱，則在病者垂臂站立時，僅或微有畸形(或無)。必細察之始可知。肩胛後緣畧斜，下角亦較突，但常見者大抵兼斜方肌中段癱，故其畸形每甚昭著。肩降下，肩胛下角向內上離位，而上角向上突出。若臂向前平伸，則肩胛骨凸出似翼。常不能將臂抬過肩之平處。若致病之原因係外傷或神經炎，則結局常佳。

(乙) 彎神經又名腋神經 Circumflex or Axillary Nerve. 此神經係敷布三角肌及小圓肌者。易被外傷，關節脫臼，拐杖(腋杖)之壓傷或關節炎所累及。間或其癱或由患他病之期內之壓性神經炎而起。此神經既癱，則三角肌之力即喪失，故臂不能上抬。所顯之消瘦常甚昭著而致肩之常形改變。肌上之

皮感覺或亦受擾。關節或鬆弛，致肱骨頭及肩峯之間有明顯之空隙。

(丙) 橈神經癱 (總肱神經癱) Musculo-spiral or Radial Paralysis. 此係最常見之周圍性癱之一類，蓋因此神經幹之位置易受外傷也。例如受拐杖之壓，受傷，受擊，骨折，或臥時臂置在硬處受壓，三頭肌突然大收縮，皆易使之受累。間或被因受寒而起之神經炎所累，但此不常見。鉛中毒性手癱係此神經之數枝受累所致。

若損害之位置高，則累及三頭肌，肱肌，肱橈肌，伸腕肌及伸指肌。但損害在肘關節畧上之處，則肱肌及肱橈肌不受累。此癱之特殊性狀係手腕下垂及拇指之第一節不能伸。在壓性癱，其肘之旋後肌常受累而肘不能旋後。感覺亦或受擾，或顯顯著之微刺痛感覺，然感覺之喪失罕有如運動之甚者。

此病不難別認，但有時原因不易定。凡因眠時攔臂於椅背或壓臂於身下所致者，症狀常限於一側，而肱橈肌亦必受累。其因鉛中毒而致者，常顯於兩臂而旋後肌不受累。雙手腕下垂之狀為多數性神經炎所常有，而尤以醇中毒類為常見，但多數神經炎初起之症狀及腿臂之同受累，已足為診斷之辨別。此神經癱之病程甚無定。壓性癱或數日即退。總之，此類癱大抵可復原，即或已持續數星期之久者亦然。電試法對於診斷甚重要，而面神經癱中所述之方法於此亦適用。此癱之療法與治神經炎同。

(丁) 尺神經癱 (肱神經癱) Ulnar Nerve. 此神經之運動枝敷布於尺骨側之屈指深肌，小指肌，骨間肌，拇內收肌，屈拇短肌之內頭及尺屈腕肌 (屈掌內肌)。其感覺枝則敷布於手之尺骨側，即指背二指有半及指前一指有半。此神經之癱或由於被壓，雖此神經在肘關節處有遮護，而壓傷則常在此關節。

若干急性病之兼顯本神經炎，即或起因於上述原因。因尺屈腕肌癱，故手向橈側而動；拇指不能內收；指之第一節不能屈，而他節不能伸。久患者，指之第一節過伸，而他節過屈，致手成爪形；但不似進行性肌萎縮者離奇之甚。至於感覺之喪失，則在該感覺枝所敷布之處。

(戊)正中神經(臂中神經) Median Nerve. 此神經敷布於屈指之深肌；除屈指深肌內部之外，凡屈指深肌外部，外展拇肌，屈拇肌，橈側之兩手蚓肌，旋前肌(覆肌)及橈屈腕肌(屈掌外肌)，皆受其管轄。該神經之感覺纖維則敷布於掌之橈側，拇之掌面，食指中指及無名指尺半之掌背二面。

此神經不常單獨受累。尋常致癱之原因為外傷；亦間有起於神經炎者。其病徵係肘不能前旋過中央位置。腕只能向尺側而屈；拇指尖不能與他指尖相對。指第二節不能屈至第一節；第一二指之末節不能屈；但無名指及小指之此節為屈指深肌內部(尺側半)所管，故能屈。感覺之喪失在該感覺枝所分布之處。此癱之特殊性狀係拇肌之顯著消瘦。

腰叢及薦叢 LUMBAR AND SACRAL PLEXUSES

腰叢(腰神經叢) Lumbar Plexus. 此神經叢有時因淋巴腺生瘤或腰大肌生膿腫或脊骨有病而受累。有時在分娩時因閉孔神經(盆孔神經)受傷而癱。致外展股肌類無力，而兩股不能交疊，且不能外轉。股神經有時或為外傷，髖關節脫臼，分娩骨病或腰大肌膿腫所累。此神經病之特狀為伸膝肌類癱兼消瘦，股之前側二面及小腿內面以至於跗諸處感覺喪失。又距脊近處之瘤初起時或累此神經，而該神經所敷布之處或作痛。若管轄臀中小二肌之臀神經癱，則股不能外展。

神經系統病

股外皮神經 有一種特異之股外側感覺受擾，大約因本神經發炎所致。其炎似乎因此神經通過腹股溝韌帶(髂頰筋帶)下之髂前棘(上角)內側易受壓。在此處，該神經常有觸痛。患者男較女多。大多數因受外傷或神經通過腿膜管受壓所致。若係婦人，懷孕係一最常見之原因。感覺之受擾係股之外面之若干感覺異常，而感覺畧鈍亦時有之。症狀時輕時重，或纏綿數年，而其困苦或非常劇烈，甚或有稍受衣觸，痛即倍增者，故對於職業大有妨害。曾有在本神經通過腹股溝韌帶下之處施切除術者，曾見佳效。

薦叢 (骶神經羅) Sacral Plexus. 此常被骨盆內之瘤或骨盆內之炎所累，或為分娩時所傷。發炎者不少，常係由坐骨神經(骶大神經)延至此處。

腰骶關節不常一致，有甚穩固者，亦有甚鬆弛者。且有此二骨離位，致椎間纖維軟骨之後半與骨分離者。因此，脊髓馬尾或脊神經根每致受壓。若離位向一側，則脊扭轉，致第五腰椎之關節突(筓)移入脊管內，是以病者有時成截癱。若脊柱此處之關節虛弱或畧離位，或致脊管內外之神經俱受惹，而成雙側之坐骨神經痛 sciatica。

此神經近切跡處若受傷，則屈小腿諸肌及膝下所有之肌俱癱；若神經在股中部之下受傷，則只膝下肌癱。其小腿外面與踵及足背之大半部亦失感覺，或顯繼發性肌萎縮及營養受擾。若僅一側坐骨神經癱，則膝關節為四頭肌所固定而病者仍能行走。

股後皮神經 (骶小神經) Posterior cutaneous of thigh or Small sciatic nerve 癱者罕見。如果患之，則臀大肌必受其累，而病者不易起立。股後面三分之一之中部亦失感覺。

脛外神經 (腓總神經) External popliteal or Common peroneal nerve. 此神經受傷,則腓骨肌(腓趾諸肌)如屈趾長肌,脛骨(胫)前肌及伸趾短肌癱。因踝關節不能上屈,故有足垂之狀。因趾不能揚起,故行走必高抬其腿,致成跨閘步態。許多患周圍性神經炎者,常有此態。倘纏綿日久,則致足恒久下伸,且脛骨前肌及腓骨諸肌消瘦。腿前之外側及足背亦失感覺。

脛內神經 (脛神經) Internal popliteal or Tibial nerve. 此神經癱,則足下伸及趾之下屈能力喪失,而足內收之能力亦失,且不能用足尖站立。若纏綿日久,則成仰趾外翻足 talipes calcaneus,且因繼發攣縮而趾成爪形,蓋第一趾節過伸而第二三節屈也。

坐骨神經痛 SCIATICA

定義 任何坐骨神經痛的病況,皆可以此名詞歸納之。可認為係坐骨神經之間質性炎,致此神經分布區之重痛,且若持續患之,則致肌萎縮。

原因 此神經之原發性炎極罕;大都見於患糖尿病及痛風之人。大多數繼累及組合之索或其幹之病演而發。原因計有下列數種: (一)關節炎;其炎或在下部之脊髓,或在腰骶或髖關節。在此種病案,其關節性損害常係傳染病之病竈所致。(二)解剖學上的異常,例如不常見之第五腰椎之長橫截性病演是。(三)下段脊骨或骨盆之骨病,特如結核病是。(四)疲勞;或為急性,或為慢性,骯髖關節疲勞尤易致之。一說肌經重大之過勞後再受寒,亦係一原因。在壕中作戰之人,其易患此病之趨向,却不如公事房中辦事人之甚。(五)骨盆病況;例如婦女之卵巢瘤或纖維性瘤及男子之前列腺病是。或謂大便秘結亦係一原因,且致生產時壓胎兒之頭。(六)梅毒;此為少數病案之原因。(七)傳染病竈局;間或致之。質言之,

最常患此病者爲成年男子，一如最常繼此病而發之脊椎炎及骶髂關節病。

症狀 痛爲最常見之狀。病初起或甚重，畧兼發熱；但尋常則緩漸，初起數日僅股後畧痛，尤以在腿作一定之姿勢時或用力之後爲然。不久痛即加重，且不僅限於神經幹上段，更延至足而射至該神經所敷布之各處。病者每能指出最痛之點，此點常在切跡或大腿之中段；若該處受按，則大痛。其痛似嚼似燒，且常恒久不退，然亦有陣發者；夜間每加甚。或在行走時極甚；故病者每畧屈其膝，以趾點地而行，以免神經之緊張。若係慢性類，或有顯著之肌消瘦，但罕有顯變性電反應者。此慢性類或顯痙攣或纖維性縮動之狀。或兼疱疹，但不常見。炎上升而延至脊髓者，亦間或有之。

病程 甚無定。依常例論，皆頑梗難治，纏綿多月，甚或畧有間減之時而纏綿數年之久。回歸者亦不罕見。更有一種神經方癒，而他神經又起者。劇烈者每不能起牀，且此病係各病中最困苦最難治之一病。

診斷 診斷時，醫士必先定其爲原發類，抑或係起於他處之病之繼發類。並宜証明其原因，特須檢察其損害之在脊髓下部及骶髂關節者。更宜謹慎查直腸；若係婦女，宜查骨盆內有瘤否。有時與腰痛易相混，勿爲所誤。與髓關節病不難區別；因患髓關節病者，在坐骨神經所通過之徑受按不痛，必轉動髓關節時及按股骨大粗隆（凸處）方覺痛也。脊髓馬尾之神經幹受壓者，常顯兩側性痛，且感覺受擾；然兩側坐骨神經痛罕見。故遇兩側痛者，則可疑其因神經根損害而致。至於脊髓癆之閃痛與此病之痛，其區別甚顯，不難診斷。至於所謂僵廢質斯性坐骨神經痛，*rheumatic sciatica* 者乃肌之纖維織炎 *fibrositis* 所致。此則按坐骨神經幹無觸痛，但按臀肌部則覺痛，且兼功用受害，而有股屈至腹時腿不能全伸之徵。

治法 倘病原能證明,宜立即對症治療。許多病案係繼他處之病(猶之傳染病之竈局)之骨病所致,必須詳加研究。除去受染之菌,或能速見進步。病之兼糖尿或痛風者,當實施相當之治法。各病均宜施姑息療法,且此或係唯一之有效方法。休息係一最要之事項,宜絕對休息,並作最安適之臥勢。用夾板固定病人之腿,或有益。不當允許病人作任何企圖。熱敷劑對於數類,有益。熱瓶有時見效。反感刺激法有時得治癒之,用起炮藥尤易見功。針刺用於頑固病,可嘗試之。用各種溶液如無菌水或挪復卡印 novocaine 注射入神經,常經施行。神經牽張術現已不常引用。電或暫時能治癒之,但常不效。用電治病人,似須假以時日;大抵須歷數月之久。

鎮靜藥似屬必要;嗎啡能不用,最好不用。煤膠製劑及柳酸鹽類足劑量值得試用;混合科點音用之,常可獲癒。用坐藥(彈劑),每有奇效。倘患者為梅毒病人,宜施以治梅毒之有力療治。

(五) 帶狀疱疹 又名急性後神經節炎(俗名纏腰龍)

HERPES ZOSTER (*Acute Posterior Ganglionitis*)

定義 此係一急性病之以腦神經核及脊髓神經後根神經節為局所,而在與該後根相符之皮區顯水皰性炎者。

分佈 此病最常顯於胸脊神經後根之皮區而成半圓帶形。三叉神經區多受累,而尤以其第一段為然。胸項,頸鎖下及背尺區 dorso-ulnar 之疱疹亦多見。

原因 與水痘伴發者曾有之。急性傳染病如肺炎,瘧,腦脊髓熱諸病多兼顯此病。有謂此病有時成流行病者。或見於梅毒病人,發於體之下部者尤然。外傷性截癱或因骨折而傷及神經節或瘤間或伴發疱疹。

病理 此係脊神經後根神經節及同樣之腦神經節之急性出血性炎。故與急性脊髓前灰白質炎居於對立之地位。神經節內有炎性竈局及出血使該處之神經節細胞破壞，而漸致其軸突變性。而疱疹 herpes facialis 之伴肺炎而起者，三叉神經節內有與上述相同之損害；而患耳疱疹者之耳神經節內亦有之。

症狀 尋常帶狀疱疹多有輕微之前驅期；際此，患者自覺不適，畧發熱，胸一側痛，且有時此痛甚重，致疑為胸膜炎。至第三四日，疱疹乃呈顯。水泡之殊性羣有一種成段的分配 segmental distribution，作半圓帶形而限於體之一側（所謂成段的分配者即指顯水泡之各皮區與受損之後根所屬之脊髓各段相符而各成其段也）。而鄰接之一皮區或數皮區同受累。苟頸、腰或骶之神經核受累，則水泡羣之帶形當然喪失，蓋與此等神經節相符之皮區在四肢也。標準的帶形僅胸神經節受累者有之。水泡羣在充血之皮上作規則的排列，初則胞內貯清血清及間或帶血色之血清，後則成膿。胞之結局大有異同，淺者不留癍，而其深者則癒合後有淺癍。此病之最危重類，係發源於第五腦神經之第一段（眼神經）者。發熱或甚高，疹或甚多而兼大腫及劇痛。曾見癍留不退而致恒久面容變異者數人。

或謂此病有時或由後根神經節而延至鄰近之脊髓膜，蓋有鑒於病人或有顯脊柱痛，腰束帶樣感覺，膝反射過敏，叩匿格氏徵，腦脊髓液之淋巴細胞增多諸狀者也。

併發病 最危重之併發病，或係間或遇見之眼疱疹之一種情況。結合膜及角膜發劇烈之炎而致全眼球炎及眼破壞。疱疹間或變成瘰疽，淋巴腺腫者亦有之。疹之屬兩側性分配者曾見之，更有屬普遍性而遍發於面、頸、軀幹及股者。面癱有時在眼或頸發生疱疹之際或隨其後而顯。手足患癱

者不多見。最困苦者爲疱疹後性神經痛 post-zonal neuralgia。疱疹癒後該皮區顯辣痛者時有之。更有痛狀持續多年而療治無效者，此則尤以老年人爲然。

治法 水炮宜注意防護；可卡印一分羊毛脂九十九分合製成軟膏 ungu. cocain. 1%，用絨布攤貼，可以救痛。若眼神經受累，宜格外注意使結合膜常潔淨。對於劇烈之疱疹後性神經痛，可用藥注射入脊；苟十分劇烈，可割斷其脊神經後根。

(癸)神經系統之全身性及官能性病

GENERAL AND FUNCTIONAL DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM

(一)震顫麻痺 (顫癱)

PARALYSIS AGITANS (*Parkinson's disease, Shaking palsy*)

定義 此係神經系統之慢性病，其特殊性狀爲若干自動性聯合之運動，震顫及強硬。

原因 此病不得謂爲罕見。患者男較多於女，四十歲以前者罕；但曾有報告謂有十二歲時此病即發端者。直接之遺傳雖不常見，而病者多出於患他類神經系統病之家族。若干病案或係老年性變性及動脈硬化所致。此病之誘因如受寒，受濕，營業勞心，憂企等，皆是；間有因患精神上的休克或受外傷後立即發顯者。又聞有在熱病後發顯者。

病理解剖 腦無特徵。據此病與老年人所顯之症狀相似而論，或者由於腦內有若干處較常人變老過早所致。按人之器官不同時變老，蓋因遺傳之關係而有數器官之變老或在他器官之前也。最要之改變大抵在大腦外質，似無可疑。內分泌器官之改變從未察見。

症狀 病起徐漸，初受累之處常在兩手之一，其震顫爲恒久性或間歇性不定。除此而外，或伴顯肌軟弱或強硬。初時此等症狀或只顯於用肌過勞之後。此病之起也，雖幾盡皆徐漸，然亦有因受驚恐或外傷而突起者。病成後，特殊性狀甚昭著，故一望即能斷定。昭著之狀有四。即震顫，軟弱，強硬及身體之形態是也。

(一) **震顫** 此或兼顯於四肢，或只限於手或足。頭顫者較少，尋常多顯於手，而拇食二指作似捻丸之動。在腕則顯旋前旋後之動，亦或顯伸屈之動，但較少見。肱肌罕受累。在腿則踝關節最顯，但趾之顫動較少於指。而頭顫動者又較少，尋常係領首而非搖首。動之速率，每秒鐘約五次。但在受各類情感時，則加增。而在欲行隨意動作時，其顫動或暫時停止（或且能穿針）；迨動作一過，則顫必加增片時。尋常在睡眠時，顫動停止，迨醒，則雖不用該患肌時亦每顯之。所寫之字極不成形。主要之震顫或顯於一臂或一腿經數月或數年。

(二) **軟弱** 患此病者必兼顯此狀，有時較顫狀先顯；但初起時用測力機驗之，或不甚顯明，迨晚期則昭顯。顫最昭著之處，軟弱亦最昭著。一切運動皆非常徐緩。肌力盡失者罕見。

(三) **強硬** 或在早期即顯，即隨意動作之遲緩及強硬，行動難而費力，且似對於各種行動有額外沉重之狀。其強硬汎佈全身之肌，終則致殊性身體形態。

(四) **身體形態及步態** 病者頭前俯，背曲聳，臂畧張而離身，肘關節畧屈。面無情態，脣動甚緩，眉上揚，面容幾與假面具相似。指常拳屈，與休息時之姿勢相似；至晚期則不能伸。然指末節間有過伸者。尋常手恒向尺側而轉，而其形態與沉重之關節炎性畸形畧似。迨晚期，則肘膝踝諸關節攣縮。

病者各種動作俱似非常沉重。起立甚遲緩，且腰曲背彎而頭前俯。行走時，步短而速。

聲音亦常尖細；發言時初則遲緩，數語之後則增速，一似匆迫者然。

(五) 反射 反射大抵如常度，然亦間有加增者。

(六) 感覺受擾 溫度覺有時異常。病者或有主觀的覺熱，此為局部性或全身性不定；有時體之一側或過熱，而以溫度表試之，則或較他側高至六度(3.3°)。又有自言覺冷者。更有局部出汗者。有時皮厚於常人，額皮尤甚。惟精神異常者罕見。

(七) 症狀之變異 有不顯震顫之狀者；但按其強硬、軟弱及身體形態，已足斷定。又有患在一側或一肢者。但此只為本病之一期，過數月則顯以上所述症狀。

診斷 若已完全成病，則一望即知。其形態、步態、強硬及面容似假面具等皆與顫動同為要狀。且此數狀足為本病與老年性或他類震顫之區別。播散性腦硬化之發顯較早，且有眼球震顫及間斷語言為特殊性狀，而亦不恆常有此特殊之身體形態。然多數性腦硬化之兼顯本病之症狀者，固曾有之。此病之偏身性類或與偏癱後之震顫難區別，然病之來歷、發病情況及反射大增已足為此二者之區別。如遇此病之隱性類，則面容似面具之狀有助於診斷。

此病不能治癒。但症狀或暫時減輕，而其趨向則逐漸加重。總言之，此係一遲緩的變性病演，每每纏綿多年。

治法 無治法可謂有效。徐緩長久之肌運動及強有力之精神專注法 mental concentration 有時對於震顫之管理有效。砒、鴉片及副甲狀腺督或暫有效，但不能治癒。亥俄辛亦或有

用。醫士宜明告病者之戚友此病不能醫治，只可調養，宜行規則的及系統的體操。

他類震顫 OTHER FORMS OF TREMOR

單純性震顫 Simple Tremor. 此類有時竟無從查究其病原。發顯或暫時或恒久不定。多極輕微；而凡各類有損生活力之原因，皆能使之增劇。

遺傳性震顫 Hereditary Tremor. 近有一醫士報告一稀奇之遺傳性顫。謂曾見一家，全家之人皆患之，在嬰兒時即發顯，久後亦無異常之改變。

老年性震顫 Senile Tremor. 老人用肌力時常顯顫，但罕有在七十歲以前發顯者。此類常係細顫，先顯於手，後則常延及頸肌，致頭畧顫。

中毒性震顫 Toxic Tremor. 此顫多因菸、酒精、鉛或汞之中毒而致；亦間有因砒及鴉片之中毒而致者。甫過中年而多吸菸者，尙有顫患，其原因或獨在吸菸也。最常見者，乃中酒性顫；每顯於用肌力時。鉛中毒性顫已論於鉛中毒篇；因其為鉛中毒之要狀也。

希司忒利亞性震顫 Hysterical Tremor. 有時希司忒利亞發顯顫。按其當時之情形，每易於診斷，當在希司忒利亞病節詳論之。

(二) 急性舞蹈病 (薛登罕氏肌跳病)

ACUTE CHOREA (*Sydenham's chorea, St. Vitus's dance*)

定義 此病多半為小兒所患。其特殊性狀為肌之不規則及不隨意之收縮，精神多少受擾及最易起急性心內膜炎諸端。

原因 男女，女多於男；女約有百分之七十。年歲，最常顯於五至十五歲之間，黑人及美洲土人少有患之者，華人亦極少。僂麻質斯熱，有許多醫士以為僂麻質斯熱與本病有病原上的關係，就歐司勒之經驗而論，本病約百分之二十起於僂麻質斯熱。舞蹈病之兼顯急性關節炎者有二類：（一）在舞蹈初狀未成之前數月或數年，或有關節炎；在舞蹈病將成或發作時，則關節炎不復發。（二）舞蹈病與關節炎或同時或在急性關節炎後發現。有時難定舞蹈及關節炎二者孰為先顯。凡顯不規則痛而無明定之關節症狀者，則難區別其類。或其中許多屬僂麻質斯性，但不宜以各種小兒之骨或肌痛俱認為僂麻質斯性。小兒之僂麻質斯熱有時僅以關節微腫為其顯狀，因其病狀輕微，或失察也；此宜切記。心病，醫士或以為心內膜炎係舞蹈之原因。此其舞蹈病，乃因栓塞性病演所致，而栓塞又因有僂麻質斯性心內膜炎所致。傳染病，有時患猩紅熱者關節兼顯病狀，後則遂顯舞蹈病。在小兒，則除僂麻質斯熱外，無與舞蹈病有關係之傳染病。曾有患急性膿毒血病，淋病或產後熱而繼顯舞蹈病者。懷孕，舞蹈病有時顯於懷孕之時，間或顯於分娩之後。

若干家族有易患舞蹈病之趨向。易受激刺之小兒，即所謂神經過敏者，亦易患此病。或以小兒受大驚為致此病之尋常原因。但大半患此病者，其初起與驚恐無甚關係，惟間有在受驚恐後發顯者。急躁勞碌，突動哀情，被人呵責等，皆或為此病之激發原因。小兒入學校時，若用腦過度，係此病之一大原因，而尤以女小兒為然。尋常醫院及行醫所見者，多為十至十四歲之聰敏女兒，因其在學校有好勝之心，或因師長之策勉，致成此病。又做做習慣亦為此病之原因，但甚罕見；蓋醫院統計表中未曾見之也。

有時或在受傷或施外科手術後驟顯此病。

病理 患急性舞蹈病者，神經系統無一定損害。大腦小動脈有時或被栓子所塞，故有以為此病之原因盡屬栓塞性者。心內膜炎係此病最常兼顯之病。曾檢統計表，見因此病被剖檢者七十三人，其中顯心內膜炎者六十二，其炎常係單純類，間或係潰瘍類。

醫界對於此病之來歷，尙未盡知。醫士對於各類肌不正當之動作，每泛用舞蹈病之名稱；故有謂此病係一症狀而非原病者。然在小兒，其舞蹈實為原病，蓋常顯特殊症狀也。

栓子塞血管足以致舞蹈病之說，證據甚確，但不能兼指一切。蓋間有患此病者既無心內膜炎，而詳查腦血管亦無栓塞患；更有有心內膜炎而大腦血管無栓塞患者。近有某醫士以此病歸入傳染性類，然無確據。

症狀 症狀可分三類：（一）輕類，（二）重類，（三）狂類。

輕舞蹈病 Mild chorea. 此其肌之受累頗輕，言語不甚受擾，且康健如常。前驅症狀係躁動及不能安坐。更有情感之受擾，例如陣哭及夜驚是

也。四肢及頭或痛。或顯消化不良及貧血。時或性情改變；安靜之小兒或一變而為燥怒。此等狀態綿歷一星期或更久，則殊性之非隨意運動乃發端；例如吃飯時因舞蹈之故，時時傾覆杯碗是也。但其症狀甚有等差，或只顯運動不靈，或隨意運動畧顯失調，或恒有不規則之陣癱。此病之急跳性不規則運動與他種受擾所致之動狀絕不相同。病之輕者，只一手或一手及面受累而不延至他側。

重舞蹈病 Severe chorea. 此為二等病，其不規則運動漸呈全身性，病兒甚至不能行走，不能自行飲食或自著衣服，蓋因許多肌羣恒有不規則之陣發性攣縮也。言語亦受擾，或致數日不能談話。且多因劇烈症狀發顯而致身之一側或其最受累之肢失力。

狂性舞蹈病或精神錯亂性舞蹈病 Maniacal chorea or Chorea insaniens. 此為第三類病，最沉重，確係可畏之病。間或由尋常類逐漸變成。患者以成年女子為多，且或在懷孕時發顯。

按舞蹈病尋常初起於手臂，繼則蔓延至面，後則累及腿。有時限於體之一側；此名為偏身舞蹈病 hemichorea。病之發起最多在右側，然間有兩側同時並顯者。亦有類於一臂而累及他腿者。言語受擾者，幾至四分之一；或僅發言遲滯，或錯亂含糊。在極重之類，病兒每不欲出言。此非不能出聲，蓋不能連合成句也。或顯呼吸艱困或竭力呼氣或出怪聲之發作。在安睡時，舞蹈之運動常停止。

肌之軟弱係恒有之症狀。尋常僅為輕癱。肌力之喪失甚輕微，而其軟弱或係手不能緊握及腿拖曳。間或癱狀較重，致僅能行數種運動；此名癱瘓性舞蹈病 paralytic chorea。

緘默 Mutism. 此為本病之奇狀。曾見患舞蹈病之小兒，歷數星期不發一言。病重者，此狀尤為常見。但言語肌並不顯特別之舞蹈；其原因大約為運動性軟弱。此患常能完全復原。

心症狀 神經官能性狀。因患舞蹈病者多為神經薄弱之小兒，故心搏動過速係常見之症狀。惟心搏動紊亂者，不似過速者之常見。自覺心痛亦罕。血性雜音。舞蹈病至第三四星期，貧血與虛弱不為罕見，且有相符之心臟性虛弱。若在瘦弱之小兒，則其心搏動或瀾散或作浪動。頸動脈之搏動甚明顯，躺臥時，頸靜脈或亦顯搏動。聽診時，心底或有收縮雜音可以聽見，而在心尖處亦或能聽得。此雜音柔細而有似吹之性質。**心內膜炎**。舞蹈病雖有時兼患急性心瓣炎，而其症狀不明顯。必詳查而後可以察見。曾檢英國一大醫院之統計表，見患舞蹈病之病人，其中不住醫院而門診者，每百人中兼心病者二十五；住醫院者每百人中兼心病者五十餘。苟有僕麻質斯熱之來歷，則心之受累尤為常有，而再發性類亦然。

感覺受擾 此種受擾，無殊性者足資診斷。

精神受擾 此常見。小兒患舞蹈病者，或顯易怒，或昭著之執拗，或情感障，以致該兒之本性大改變。且專注力及記憶力低微而學習之能力亦喪失。若此等狀甚劇，則或成狂性譫妄 maniacal delirium；是即間或見於精神錯亂性舞蹈病者。有時醫士對於精神之受擾多不理會；故宜明告其父母，凡患舞蹈病，其受累不僅在肌，如易怒，性情改變等亦為此病之症狀。

反射 大都如常度。營養性損害不常見。

發熱 常甚輕微。

皮之受患 雖時有之，然無殊性者足述。

病之時限及終局 病之不輕不重者，其發作之期間平均為八至十星期。慢性舞蹈病則不在此例。蓋慢性舞蹈多變為他病，故不宜名為舞蹈病。其所變者，常為腦硬化或遺傳性共濟失調不等，但間或起初時與他人所患者無異。此病或纏綿數月或數年之久，終能復原。如為神經薄弱之小兒，雖患此病之輕類，亦或纏綿數月之久，但必受激惹始增劇。

此病有再發性。曾見有再發至六次之多者。小兒患此，常例皆能復原。病之死亡率大畧佔百分之二。

診斷 較此病多顯特殊性狀之病實甚少，故一望即知。惟小兒有數種病所顯之狀與此易相混，茲論之如下：

(甲) **多數性及彌散性大腦硬化** Multiple and diffuse cerebral sclerosis. 此或誤認為舞蹈病，醫界又名之為痙攣性舞蹈病 chorea spastica 但其動作與舞蹈病之動作每易區別，然亦間有與之甚似者。醫士宜知大腦病之初起，在小兒患之，每有精神受擾，而反射亦加增，並或強硬，且經慢性病程是皆與舞蹈病易於區別之點也。

(乙) **遺傳性共濟失調** Friedreich's ataxia. 其動作遲緩無秩序而兼共濟失調，脊柱側凸，間斷性語言，且早顯畸足，眼球震顫而兼家族性。此數狀皆能助醫士斷定其非舞蹈病。

(丙) **脊髓灰白質炎** Poliomyelitis. 間或誤認癱性舞蹈病為此炎。若累及兩腿，或誤認為脊髓性截癱。然必肌跳之動作輕微時，方致如此誤認也。

(丁) **希司忒利亞**。患希司忒利亞者所顯之動作，與舞蹈病甚似；若不兼他狀，或不易斷定。但以常理論，患希司忒利亞性舞蹈病者，其動作有節律，與尋常舞蹈病大異也。

(戊) 有時患狂性舞蹈病者，舞蹈之狀被精神病所掩，每被人送至瘋癲院，蓋易誤認為癲也。

治法 如患者為神經薄弱之小兒，且其家族有易患神經病性，最宜注意其在八至十五歲間宜禁戒過用腦力。因此類小兒多患舞蹈病，且每在其過於掛念考試或爭得獎勵之時而起，故對於此類小兒宜禁止用此類腦力。

多數只須用衛生療法若干時，多能復原。醫士宜警告病兒之父母，當其患舞蹈病時，宜寬容其反常之性情，蓋多精神大變異也。最妙之療法係安息，禁止他兒與之往來。此即使之躺臥，以寧靜其身體及腦。如家資富裕，能供給看護，尤妙；因看護能使之更寧靜也。病初起時，不宜以玩具給之，以免受激。寧靜者，即使其有過敏之受激刺性，亦不受激刺。如此，則兼心內膜炎者亦能減心瓣受損之危險。嘗遇患此病之甚重者，在家療治數星期，不見功效，及移至醫院，得寧靜在床休息二三日，舞蹈即停止。如不能入醫院調養，除只許看護者入其室外，凡他兒及其家之他人，皆宜禁入至晚期，則揉捏法大有益。

用藥療治，不甚見效；惟砒藥有抵禦此病之能。雖不得謂有特效，然見效者不罕，因其能促進全身之滋養功用也。最常用者，為舌珞氏溶液。用此藥之法，初五滴，每飯後服之，日增一滴，直增至胃腸顯受惹狀而後已。若已增至十五滴，一星期後，可再每一二日增一滴，直增至顯有惹狀為度。惹狀不顯，即停止三四日。最多可增至二十五滴，每日三次。

電有補力之效，故間或有益，但不可視為定法。體操甚緊要。但與病初起時跳動較重者不宜。並不可送病兒至學校之操室上課。

此外另有數要事。如飲食，宜用易消化類；服牛乳有益，但先宜少服後速加增。大便宜開通。兼顯貧血者，可服鐵類藥。

病甚重者，跳動不休，不得安睡，並顯舌燥及譫妄，此則務宜使之休息可服氫釐(哥拉)足劑量；如力猶不足，可用嗎啡。間有宜吸哥羅芳，以阻其跳動陣者；但此等重類常不可救，無論用何法療治，均不能奏效也。濕布裹法間或有效；故遇此重類，可試用之。又因此類重病易速顯重腸熱狀，而心常虛弱，故病初起時即宜用補劑。

病人間有纏綿數月，不減輕，亦不填重，而用各類治法俱不見效者。果遇此類，宜用感應療法(倡導法)與被動療法，後則令其練習隨意運動，再後則習體操，或可見效。有時病者遷地換空氣，見效甚速。

醫士宜查看病者鼻內是否有恙。宜查其目力；如屈光作用有恙，可配戴宜合之眼鏡。

已復原之小兒，醫士宜告其父母，此病常有再發性；倘過用腦力或作他類過勞之事，則易再發。春季尤為最易再發之時。

(三) 亨汀吞氏舞蹈病

(慢性遺傳性舞蹈病)

HUNTINGTON'S CHOREA (*Chronic Hereditary chorea*)

此病之特殊性狀為不規則之肌動，言語受擾及進行性精神退化。多係遺傳性。常在三十至四十歲之間始顯。此病在美國不為罕見。· 隸於慢性舞蹈病之名稱下者，又可分為遺傳類，中年類及老年類三者。後二者大抵無家族之關係。至於小兒所患之慢性舞蹈性運動之兼精神衰弱及腿痙攣者，則是否應歸入慢性舞蹈病中，尚係一疑問。

此病之遺傳性甚昭著。曾查病者之家族有四五代患之者。但另有一病，與此病相似，而無遺傳性，發病之年齡較晚，鮮有在三十或三十五歲前後顯者。

症狀甚有特殊性。所顯之不規則肌動常先顯於手，致難作文細之運動及書寫。既成病，則其運動亂而不規則，寧認為共濟失調而非舞蹈。蓋無舞蹈病之突然跳動也。面顯徐緩之不隨意牽動（俗語所謂做鬼臉者是）。至完全成病時，則步態不規則而搖曳，累似醉狀。發言遲滯，字音不清，但不甚顯逐字吞吐之狀。精神受擾，漸至成癡呆。腦外質顯慢性瀰散之炎患，與全身麻痺所顯者相似。

此病尚無公認之治法，但可於男女婚配前留意避免與有病家族之子女結婚以預防之。

(四) 習慣性痙攣及抽搐

HABIT SPASM AND TICS

習慣性痙攣（習慣舞蹈病） Habit Spasm (*Habit Chorea*); Convulsive Tic. 此有二類：一僅顯局部性痙攣，其他一類則除局部痙攣外兼出無意識之聲（怪聲）及精神病症狀。

(甲) 習慣性痙攣 Habit Spasm. 此類七至十四歲之女兒最常患之。在最單純之類，面肌顯突然攣縮，如頻作眨眼，或偏提口角，或頸肌突痙，致頭顯偏動之類是。頭突顯陣顫，同時顯眨眼。亦有突聳一肩者。此等動作時常顯現，但無一定時間；倘受情感，則增劇。頻作吸鼻之狀者，亦非罕見。凡小兒不甚

愉快或在生長過速之際，又或有遺傳性神經易病性者，最常患之。曾見一男兒，每數分鐘，將中指置於口內咬之，同時以食指壓其鼻。醫士若遇此類小兒，宜查其習慣如何，並察驗咽之鼻部及眼之屈光是否有病。此種痙攣常為暫時性；過數月則漸癒。然亦間有局部恒存痙攣者，如臉或面之他肌之顫搐是也。
點頭性痙攣 Spasmus nutans。係嬰兒之和動性抽搐，常無害。或伴眼球震顫而發。

(乙)興奮性習慣性痙攣或興奮性抽搐 Impulsive Tic。此奇特之病有時誤認為舞蹈病，但誤認為習慣性痙攣者尤多。就實際論，此係精神病，與希司忒利亞甚似。但有數狀與偏狂 monomania 所顯者相似。病常在幼年發顯，甚或在六歲時已發顯，然亦有至成人後始顯者。病者之家族，常為有易患神經病性者。其特狀如下：

(一)不隨意性肌動；常累及面肌或肱肌；若劇烈，則全身之肌或俱受累，其運動或極不規則而且凶烈。

(二)無意識之聲(怪聲)；或如犬吠，或似哭聲。有時聽人一言，即效而重言之，重言時，常兼肌動。此名為反響的發言 echolalia。此外更有一惡狀，名猥褻的發言 coprolalia。病者每每出穢語。有時八至十歲之小兒，在不隨意運動呈顯時每出穢語，致父母親友不堪忍受。有時見人之行動，即仿效之；或所謂反響的運動 echokinesis。

(三)更有兼奇異之精神受擾者；病者有一牢不可破，恒久不變之觀念。有時其觀念或為摸弄所見之物，或為恒言若干名詞(此即所謂名稱狂)，或為將有行動之際，必先嚴計其數(此即所謂數目狂)。

此病與尋常舞蹈病易於區別。其跳動粗而有力，而尤以猥褻的發言為最殊特之狀。病之結局無從判決，但却曾見有復原者。

跳躍性痙攣 Saltatory Spasm. 此係病者將欲起立時，腿肌有甚強之攣縮，致顯跳躍之行動。病之發作以將欲起立時為限。男女均有患之者，但男較多於女。患者每有顯著之易患神經病性。大多數為暫時性；然亦間有纏綿至數年者。更有成一種流行性神經病者。

節律性舞蹈病 Rhythmic Chorea. 此病易於斷定，因其肌動有節律也。有時或累及腹肌，致有俯首狀驚厥，或累及胸鎖乳突肌，致顯節律性頭動；若累及腰大肌或其他肌，則致各該處顯跳動。此病尋常之節律性跳動與犬舞蹈病無異。

(五) 小兒驚厥 (小兒癇症)

INFANTILE CONVULSIONS

驚厥發作之與癲癇相同者，小兒及成人均或患之。其發作或與癲癇毫無差別；其唯一之異點，即除去病原即不再發。然間有小兒患此恒久不退，竟成真癲癇者。

原因 小兒之驚厥可由許多原因而致。此等原因皆能致神經中樞不穩，而使有驟突、過度及暫性之腦力脫失也。最要之原因如下：

(一) **虛弱**。此常因腸胃受擾而致。腸結腸炎之末期多有發驚厥者，且或再發，有時致命。

(二) **周圍性刺戟**。僅因出牙而致驚厥者甚鮮；然在虛弱不健之小兒，則此係致病原之一。因驚厥而死之小兒，在六月以內即出牙之前者最多。其他刺戟原因，則為過食難消化之食品。或謂驚厥或係中毒所致。間有因腸內寄生性蠕蟲而致者，然甚少。此外則包莖及中耳炎亦或能致之。

(三) **佝僂病**。此病常兼驚厥。其痙攣或僅顯於喉肌；此雖屬驚厥性，但少有認為嬰兒驚厥者。

(四) **熱病**。凡幼稚之小兒，當傳染性病初起之際，多顯驚厥；此殆與成人患傳染病初起時之寒戰，如出一轍。其驚厥究因何故，尚未確知。紅熱、麻疹及肺炎最常致之。

(五) 腦充血。按腦血管充血過度或能致驚厥，可就小兒患重天哮啞者間或致驚厥以證明之。但觀於患天哮啞者之兼驚厥極罕，則可知機械的充血實非致驚厥之重要原因。

(六) 神經系統之重病。劇烈之驚厥或先許多危險之神經系統病或隨之而起。小兒患急性腦炎而繼起僵癱者，其病初起時每有劇烈之驚厥。脊髓癱之先顯驚厥而起者較少。此外則結核性或單純性腦膜炎，腦瘤及他類腦損害，亦兼顯驚厥。

有時嬰兒一出胎，即或患驚厥，且或纏綿數星期或數月之久。此或因有腦膜出血或腦外質之劇烈損害而致。

最重要之問題係小兒患驚厥與真癲癇之關係。高耳氏檢查患癲癇者一千四百五十人，病之發作在三歲以內發端者一百八十人。歐司勒曾檢查四百六十人，共在三歲以內發端者一百八十七人，而最多數則在一歲內，共七十四人。凡以上所述者所顯之驚厥，幾皆無間斷。慕司氏 Morse 認定病之驚厥期過長或屢發疑似癲癇病之小發作者係一危險之類。

症狀 驚厥之發作，或突發而毫無預兆；然較常見者則先有燥動不寧之時期。伴以顫搐及夜間或磨牙。此類驚厥之時期罕有如癲癇之完全者。其痙攣常先顯於手，且最常在右手。眼不動而瞪，或向上轉。身體漸強硬，且因呼吸肌之強直性痙攣而呼吸暫停止一二秒鐘，致面充血。繼則顯陣痙性驚厥，眼球轉動，手臂顫搐，或不跳而顯有節律之動。口眼歪斜，而頭向後仰。迨此等發作逐漸退去，病兒或即安睡，或致昏睡，無定。若其原因係胃消化不良，或僅顯一次即止；若係佝僂病或腸病所致，則有時再發。有時其發作陣陣連發，頗為迅速，致病兒不醒，而死於劇烈昏迷之際。若其驚厥僅限於體之一側，則退去之後或畧顯癱；有時此驚厥係嬰兒偏癱之預兆，迨病兒一

醒則體之一側完全就癱。當發作之際，溫度多增高。致命之故，除虛弱之小兒及間或驚厥之再發次數太多外，罕有獨因驚厥而死者。又在患所謂腦積水樣情況之與長期腹瀉相關連者之際，驚厥或為致死之症狀。

診斷 健壯之小兒突患驚厥其原因或為飲食過度，或為周圍性刺戟，或為外傷。若病起時發熱甚高並嘔吐，則或係疹熱病或腦炎之初狀；若兼有虛弱及佝僂病，亦易診斷。手足痙攣及假癱性強硬之多與佝僂病或蟬鳴性喉痙攣或腦積水樣情況相伴者，常僅顯於手臂，且屬間發性而常為強直性類。驚厥之與腦瘤相伴及隨嬰兒偏癱而起者，其特性大抵為局部癱瘓類。過二歲之小兒，尚有不規則而似無原因之驚厥，且屢再發而該兒似非不健，或係真癱瘓。

豫後 驚厥與嬰兒之死率大有關係。某氏曾檢查一歲以內嬰兒死亡之原因，定其百分之八為驚厥。凡患慢性腹瀉，驚厥係一惡兆。至其為熱病之先兆者，罕危險；因消化不良或周圍性刺戟所致者亦然。

治法 宜除去一切刺戟之原因。消化不良所致者，宜服急速之嘔劑繼以灌腸劑。宜查病者之牙，如齦腫熱而緊張，則宜割之；然齦狀正當者不宜割。若初見時驚厥陣甚重，不必用熱浴法以致耽延時刻，宜立即吸哥羅芳，且或須連用。蓋小兒易受哥羅芳之麻醉，且所用者為極小之劑，用之無險而止之甚速也。若不甚重，溫浴為常用之法；若兼發熱，可用冷水淋頭。溫浴所用之水，不宜過九十五六度。過熱即不合宜；若驚厥之原因為消化不良，過熱尤不合宜。發作過後，可戴冰帽。若有劇烈之敏感（尤以在佝僂病及劇烈之腹瀉者為然），宜服鴉片小劑。若在用哥羅芳後，醒時再發驚厥，宜速用鴉片；最妙之法為注射嗎啡；其劑量，凡一歲之小兒，以二十五至三十分之一厘

morphin 0.0026—0.0022 gm 爲度。此外用氫鹽灌腸，每次五厘 chloral 0.3 gm 及亞硝酸澱粉 amyl nitris, 亦佳。驚厥一過，溴鹽類爲有益之藥，一歲之小兒每日可服五至八厘 bromides 0.3—0.5 gm. 再發性驚厥（尤以無特別原因而起者爲然）宜應用最妥善最謹慎之溴鹽類治法。若與佝僂病相伴，其治法宜滋補身體，使之健壯。

(六) 手足搐搦

TETANY

定義 此係神經肌系之應激機過敏，致四肢諸肌有慢性或間歇性痙攣之病。身體鈣質之新陳代謝顯然改變，大都由於甲狀旁腺官能障害所致。

原因 爲流行性，特多見於春季，有時有微熱，類似急性傳染病。或與傳染病如傷寒、麻疹等並見，或繼之而起。就 Howard 氏所報告之八醫案中觀之，與胃膨脹伴發者四人，與胃酸過多伴發者二人，與慢性腹瀉伴發者一人。在成人，其屬腸胃之一類最爲常見。或繼頻頻妊娠而起。

在小兒，則常與佝僂病伴發（此極常見，故有多人以爲係該病之一種狀況），且與人工飼養之嬰兒之因身體消耗而發生之腸胃病併見。喉痙攣及小兒啼爲手足搐搦尋常之顯狀。

截除甲狀腺後可繼發手足搐搦（無甲狀腺性手足搐搦）之事實，曾經實驗證明此病頗與甲狀旁腺有關。截除甲狀旁腺後必繼發此病，在動物體，用活的甲狀腺移植術可治癒之。且在人體之手足搐搦用移植法治癒者實亦不乏其人。甲狀腺無病而患之者，則大概由於甲狀旁腺機能不全之故。

此病與鈣質新陳代謝之關係曾經多數病理學家之研究，而知其神經系之應激機能過敏係由於鈣鹽喪失過多。亦有

謂新陳代謝之反常係因炭三代銣化合物 guanidin compounds 所致之一種中毒現象，據著名之病理學家某某三氏臨診檢察，証明患手足搐搦者之血之鈣質成分顯然減少(尋常之血液每一百立漚合鈣化合物十至十一毫 mgms, 而患此病者則減至平均五·六毫)。但三氏對於鈣質之何以減少則尙未明悉，且謂甲狀旁腺之學說亦欠確鑿。

病理解剖 甲狀旁腺有萎縮、出血、腺瘤、囊腫或發炎等病況，但在致命之醫案中發現該腺正常者亦有之。

症狀 其強直性痙攣多累上肢，臂屈於胸前與胎兒之姿勢相似，手之近側指節屈起，中節及遠側節直伸，拇指收於掌內，腿直伸，足及足趾屈向趾側。面部之肌不常受累，然亦或有牙關緊閉及表示面容之肌痙攣者。

喉痙攣時吸氣有聲。此種痙攣或歷數小時，或纏綿至數日或數星期作陣發性之復發。背肌痙縮者罕見，間或有全身抽搐。疼痛不常見。脈搏或變速，溫度或升高。感覺紊亂者罕見。在慢性類，皮膚似乎緊張或被扯，或有水腫，毛髮脫落，齒之釉質或亦不全。病之綿延甚久者可繼發核圍性內障 perinuclear cataract。

另有數種病況，分述如下：

土鎮氏徵 Trousseau's sign. 據土氏云：“當發作未過之時，其痙陣每可隨意激起，即按壓患部之大神經幹或按壓血管以阻碍動脈或靜脈之循環，則痙陣即發現”。痙攣由於神經受壓所致，實無疑義。病後數月，甚或數年，皆可激起之。但亦有不盡然者。

克浮什忒氏現象 Chvostek's phenomenon. 因運動神經應激機能之增加而發生。例如輕擊面神經即可使肌痙攣，有時僅限於某屬之肌。此狀況時或見於元氣損傷之小兒之無手足

搐搦病者

依李氏現象 Erb's phenomenon. 係因運動神經應電激之機能增加所致。無病之嬰兒用五個千分安培以下之陰極電力不能使之收縮，而患手足搐搦病者則所需致收縮之電力小甚。陽極之應激機能亦過敏，在隱性手足搐搦尤然，但此亦或見於無病之嬰兒或他種情況。

診斷 此病易於辨認。在發作間歇時，甚或發作後許久，仍可激起上述之徵狀。其常見於衰弱嬰兒之手足痙攣，有人以為係輕性手足搐搦病。至於其人之素質，有無腸胃病，曾否施甲狀腺截除術，是否係妊娠婦女等，亦務須留意。與破傷風，羊癇病或官能性痙攣大抵不難區別。

豫後 起於手術後者或甚危險。若死者有腸胃病，則其死多由於其原發病所致。小兒獲癒，殊為常事。

療法 小兒患之須兼治其伴發病。沐浴及冷水擦法有效，痙攣及兒啼往往速止。溴化鉀可試用之。劇烈者或須使吸哥羅芳。按摩法，電療法及香柱敷冰袋法亦有用之而奏效者。然有諸法罔效而痙攣復發至若干年之久者。甲狀腺膏宜試用之。

每三四小時服乳酸鈣 *calci lactas* 五至十五厘 (0.3—1 gm) 一次，極為有效。症狀迅速減輕，但此藥須繼續用至數星期。

至於胃病性手足搐搦，特如因胃膨脹而致者，死亡率高；非施外科手術，罕有獲癒者。用多量之鹽溶液或和緩之消毒液按時灌洗其胃，有時亦有益。

(七) 癲癇 (羊癇病)

EPILEPSY

定義 此為神經系統病，其特殊性狀為知覺喪失之陣發，或兼驚厥，或否。暫性知覺喪失之無驚厥者，名小癲癇 *petit mal*。

知覺喪失而兼全身性驚厥者，名大癲癇 grand mal。局部驚厥，發顯時常不至知覺喪失者，名限局性癲癇或外質性癲癇，又名乍克森氏癲癇 Jacksonian or cortical epilepsy。

原因 (一) **年齡** 此病顯於發身之前者，居大多數。高耳氏曾檢查患此病者一千四百五十人，其中未及十歲者四百二十二人，統計四分之三顯於二十歲以前。歐司勒曾檢查小兒患此病者四百六十八人，其中四百二十七人初顯此病之年齡分列於下：一歲者七十四；二歲者六十二；三歲者五十一；四歲者二十四；五歲者十七；六歲者十八；七歲者十九；八歲者二十三；九歲者十七；十歲者二十七；十一歲者十七；十二歲者十八；十三歲者十五；十四歲者二十一，十五歲者三十四。而按五年統計：一至五歲之間者二百二十九；五至十歲之間者一百零四；十至十五歲之間者九十五。由此觀之，則知此病之早起者居大多數。至於壯年始顯者，多數係起因於局部性損害。

(二) **男女** 男較女畧多。

(三) **遺傳** 許多醫士以為遺傳性係此病之重要預因。根據統計表所載，遺傳病佔百分之九至四十之多。據歐氏所遇見者而論，有三十一人有昭著之易患神經病性歷史，且只有三人，其母患癲癇。直接的遺傳雖比較少見，但家族有易患神經病性者，其子女較易患此病，而尤以神經痛，精神錯亂等為然。

慢性釀中毒。許多醫士以為父母之有酒癮，係此病之重要預因。所致之病大約為百分之十五。

梅毒。父母患梅毒之為子女患癲癇之預因者，或較局部性腦梅毒損害直接致癲癇者少。雖不必另分梅毒性癲癇為一類，然驚厥發作之由腦之後天性梅毒而致者却甚多。

(四) **酒** 恒常嗜酒者或致劇烈之癲癇性驚厥。

(五)誘因 至於激惹性原因，受驚或以爲甚緊要。但實際或不如是之甚。外傷或亦能致此病。腦之局部病之自幼年即起者，實爲一大羣癲癇之來源；例如僵癱後性癲癇是也。癲癇間或隨傳染性熱病而起。醫界有以手淫爲一特別原因者；但據實際而論，未免陳述過度。有許多驚厥與癲癇相似者，乃中毒所致；如鉛中毒及尿中毒等是。

(六)反射性原因 用眼過度，出牙，腸蠕蟲，癢之激惹，若干局部病如包皮粘連及耳或鼻內有外物，有時爲癲癇之反射性原因。有時此等原因一去，驚厥即立止，故此等原因之與癲癇有關係無疑。然亦有去此等患後而驚厥仍不止者。真反射性癲癇罕見。曾見一人，其辜丸在腹股溝內，一經歷按，立顯標準的發作。施截除術後，驚厥即癒。

心血管性癲癇常爲動脈硬化晚期之症狀，而與脈搏遲緩相伴（詳見斯妥克阿但氏病）。驚厥發顯之前或有心悸及心之周圍不舒適。膽石行動時或放胸膜液時，有時致驚厥。胃病爲癲癇所常有；因食難化之物而致發作者常見。此外則老年人或無故發癲癇性驚厥。

症狀 (甲)大癲癇(癲癇之大發作) Grand Mal. 驚厥之前，體之一部分常有一種局部感覺；此即所謂癲兆 aura。此等感覺或由身體之若干周圍性特別部分而起，例如手、指，或胃或心部有感覺是也。周圍性感覺之顯於驚厥發作之前者，甚有價值，尤以癲兆顯於一定之部位如手或趾者爲然。是與腦瘤所顯之發作之有前兆症狀相等。此等感覺之種類甚繁。腹上部性感覺最爲常見。此係病者自覺腹上部不舒適，或腸內不適，或其感覺與胃灼熱(胃燒)相似，且或與心悸相伴是也。此一羣情狀有時謂爲迷走神經性先兆。

癩癇兆或與特別覺有關；此中以視性者為最普通，例如光閃，覺有顏色；甚或見明定之物，然此較少。聽性癩兆則係耳鳴，怪聲，樂音或人聲。嗅性及味性癩兆則為惡味及惡臭，但不常見。至於精神性癩兆之最常見者，係一種矇矓如夢之情況或怪異之精神感覺或恐怖。

間或在發作之前，不顯癩兆而顯一種行動；例如疾旋其身或疾跑數分鐘是，是名癩癇性疾走 *epilepsia prokursiva*。病者之脈搏直至驚厥之際無更變，全身血壓亦不減低，故腦並無貧血之患。驚厥將起之際，病者或作大叫；此名癩癇性喊叫。驚厥時突然仆倒，一如中槍彈而仆倒者然。仆倒時絕不能自願其仆處能致損傷與否，是故患癩癇者多自受傷。癩癇之發作可分為三期如下：

(一) 強直性癩癇期。頭向後仰，或向右偏，頷緊閉。手緊握成拳。腿直伸，胸肌受累，而呼吸被阻；初起之面色青白，至此則變為青紫。兩側之肌受累常不均，故頭頸偏轉或脊柱歪扭。肘與腕兩關節常屈緊，而指緊握掌內。此期僅歷數分鐘之久，繼則發顯陣癩性癩癇。

(二) 陣癩性癩癇期。際此則肌之攣縮變成間歇類；初則畧顫，後則漸速，直至四肢作劇烈之抽動。面肌亦恒有陣癩性癩癇，眼球轉動，臉作驚厥性開閉。頷肌之動強而有力；在此期內，多有咬傷其舌者。面之發紺至此漸減。口流涎沫，沫內或有口中所出之血。大小便有時或不禁。此期時限之久暫不同。然鮮有過一二分鐘者。後則肌之攣縮漸減而病者漸昏迷。

(三) 昏迷期。呼吸有聲，甚或如鼾。面充血，不復作劇烈之發紺。四肢鬆弛，知覺盡失。逾若干時即可喚醒；倘任之昏迷，則須數小時始醒，醒時僅覺頭畧痛及精神迷離恍惚。倘發作甚劇，則頸及胸有皮下出血之瘀斑。

(四) 持續性癲癇 Status epilepticus. 此係癲癇之極度;至是則驚厥之發作迅速連續而顯,病者知覺竟不能復原。脈搏,呼吸,溫度俱增。此係一危險之情況,常至殞命。

發作之後有時反射喪失;但反射過敏者尤多,故踝關節之反射常顯。尿之情況大有異同,而尤以所含之固體質為然。發作後尿量大抵增多,含蛋白素者不少。

(五) 癲癇發作後之症狀。此甚重要。病者如入魔夢;當時自身所作之事,入後則全然忘却。而其較重者,則為狂性發作,際此甚為危險,甚或有殺人者。或以為一陣狂狀有時或係一陣驚厥發作之代替。患癲癇者之精神大抵受劇烈之累,而常有甚重之缺點。

(六) 癱瘓。癱之繼癲癇性發作後而起者甚罕,即或有之,常係一側及暫時性。間有畧顯言語受擾者;亦有顯感覺性無語言能者。

癲癇之發作或在夜間;故有患之數年,而尙不知者。若患夜間遺尿,晨起畧覺頭痛,精神恍惚,自覺言語艱難(此因舌被咬之故),面及頸之皮有紫癍性斑點,則可疑為夜發癲癇。

(乙) 小癲癇(癲癇之小發作) Petit Mal. 此係癲癇之無驚厥者,其發作僅為暫時性知覺喪失,發顯無定時;或兼覺暈倒及眩暈或否。有時在進食之際,突然不出言,亦不飲食,眼定面白,手內所握之物墜落。少頃,知覺復原而言語如初,一似未曾有此事者然。有時醒後或言語畧錯亂,或顯機械的運動。或在發作之際自行解脫衣服,迨醒則衣服已不備。或僅自撥其鬚,或摸面,或亂吐粘沫。或發作時病者跌倒而不顯驚厥。凡如此類,罕有一定之病兆。雖暫時性知覺喪失及眩暈為小癲癇最恒有之狀,然尙有許多與之相等之症狀,例如四肢突然抽動,突然震顫,突然有視屬感覺,皆是也。間或病者自覺氣將絕或面色發紅。高耳氏曾報告小癲癇狀至十七種之多。

發作之後，病者或昏沉一二分鐘，並顯機械的運動；一似隨意之運動然。自解衣服，係此等運動中常見者，更有作許多怪異之行動者，有時或且極為可危。曾見一病者，發作一退，則凡手所能及之物立即撕破，而尤以書籍為然。更有出凶暴之行動，無端毆打他人，致成訟案者。此類醫界曾名為潛伏性癩癇 *masked epilepsy, epilepsia larvata*。患小癩癇者，大多數終至顯露。初雖不重，終則變成大癩癇，厥後則此二類或輪替而顯。

(丙)外質性癩癇又名乍克森氏癩癇 *Cortical or Jacksonian Epilepsy*。此與尋常癩癇不同之點，在此類不喪失知覺，即或喪失之，亦必甚晚。病之發作常由於運動區有激惹性損害。凡標準的發作，其驚厥發端於面或臂或腿之一羣有定限之肌。例如額肌縮，或拇肌跳，或趾肌動最先發顯是也。顫搐之前，病者或覺該處有麻刺或微刺痛感覺。後則痙攣延至一肢或面。病者之知覺不喪失，而能自觀其痙攣之進行。

病之發起或遲緩；病人或能自置枕於牀或地板上，以備發作時之用。有時痙攣或限於一局部，數年不改方位；但此等一部分性之癩癇每有變成全身性之處。病原常係運動區之激惹性損害。檢查患此病者一百零七人中，有腦瘤者四十八，呈炎症軟化者二十一，急性或慢性腦膜炎者十四，外傷者八，其餘或因出血，或因膿腫，或與腦硬化兼顯不等。更有二故，亦能致標準的外質性癩癇，即尿中毒及進行性輕癱是也。許多小兒之外質性癩癇每隨偏癱而起，此即所謂偏癱後性癩癇 *post-hemiplegic epilepsy*。此則其驚厥常起於癱側之臂或腿，其發作或為一側性而知覺不喪失。後則加重而成全身性癩癇。

診斷：凡患大癩癇，其突起之驚厥，知覺之突然喪失，強直性及陣痙性痙攣之依次而顯，驚厥達極點時兩括約肌之弛緩係其特有之症狀。尿中毒之驚厥雖常具癩癇樣之殊性，但常

神經系統病

易區別，蓋其血壓加增而尿狀不同也。少年患希司忒利亞而發驚厥者，則與真癲癇極相似，甚難區別。就其發作狀況細心研究觀察，足資明斷。高耳氏所作之表，區別希司忒利亞及癲癇甚詳，其表如下。

	癲癇性驚厥	希司忒利亞性驚厥
明顯原因	無	情感
預兆	頗多，而以一側性或腹上部性預兆為常	心悸，欠爽，氣哽，兩足性預兆
病之發起	突起	多逐漸而起
喊聲	在將發作時	在發作之際
驚厥	強直類繼以急跳類，罕有僅顯強直類者	強直類，或頭及四肢亂動，腰如彎弓
所咬者	舌	唇，手或他人或物件
小便	常自遺	決不自遺
大便	有時自遺	決不自遺
言語	決不出言	常多言
時限	數分鐘	十分鐘以上，常較久
管束	防受外傷	防其凶暴
停止	自止	自止或設法止之 (例如用冷水)

三十歲以後之人從前並未患過本病而突顯再發性癲癇性驚厥者，常係腦之機質病之兆；或云此常係梅毒所致。

小癲癇必須與暈厥及耳病眩暈，心病，消化不良之眩暈區別清楚。此數者皆無實際的知覺喪失。知覺喪失係小癲癇的一種殊性，然亦非無等差也。

乍克森氏癲癇之症狀甚為特別，故易認定。其致癲癇之原因，則恒不易定。腦運動區之受激惹，其原因頗多，最常見者乃瘤及有局部之腦腦膜炎；但須謹記尿中毒亦或顯乍克森氏

癲癇。最合標準的乍克森氏癱瘓之爲全身麻痺所兼顯者不少。

豫後 今世之醫士仍公認希坡卡特氏之言爲不謬，其言曰：“屬先天性者，結局不佳；若纏綿至壯年，或起於壯年而無前因者，結局亦不佳。小兒患此尚可治，年長者則不然”。又某氏謂在十歲以前發端者罕能治癒，而在發身時發端者多能療治。

當發作之際，罕有死者；惟發作時跌落水中或正在進食之際發作，則每致殞命。間或其發作自癒。例如隨小兒出牙或患熱病而起之驚厥所成癲癇是也。發作甚頻而有昭著之精神受擾者係不佳之兆。遺傳性趨向大抵與病之結局無關。男子患之者較女子結局佳。偏癱後性癲癇罕能癒。病之因梅毒或其他類局部性腦病所致而起於成人時期者，其結局常佳。

治法 (一)總論 凡小兒患癲癇，醫士宜於起初時卽以癲癇不能治癒告其父母，俾不至因此病而使該兒不受教育也。對於此類小兒之管束，宜恩威兼用。倘對於該兒之任性縱慾等不加嚴厲之管束，將來必致道德上之自制力薄弱；蓋此自制力爲患癲癇者所萬不可少也。此病不定致營業之能力完全喪失，抑患者苟有一定事業，則更爲合宜。患此病而仍能出類拔萃者固時有之，例如愷撒 Julius Caesar 及拿破崙 Napoleon 乃其尤著者也。病人宜經營一種戶外職業，或作相宜之手工。此最好卽令在救濟院或教養局爲之。長期施行心理分析療法 psychoanalysis，而重行教育，或有益。癲癇最困苦之情狀係許多患者之逐漸的精神變壞。倘患者顯劇烈之易怒性或兇暴之徵兆，卽宜送入癲癇院。患癲癇者不宜婚娶。當驚厥時，宜以橡皮塊或軟木塞牙間，以免咬傷其舌。又宜寬鬆衣服而使之躺臥。發作大抵速退，不必用治法；然間有歷時甚久者，則可使吸哥羅芳或亞硝酸澱粉少許，或注射嗎啡四分之一厘亦可。

(二)飲食 宜禁食不易消化物。飲食宜清淡而有定時，切不可多食。肉食只宜每日一次。間有食肉似有損者。或謂素食甚佳。食後不宜即睡，必俟胃內食物盡消化方可就寢。腸道宜常開通，行大腸灌洗術，有益。

(三)藥物 惟溴藥類治此病有效。但因其作用在抑制運動，故使用之前非先按各病詳加研究不可。其鈉鹽或鉀鹽 sodium or potassium bromid 俱可用；大抵鈉鹽之激惹力較小，故宜久服。可和牛乳同服之；苟同服，則藥味幾不能覺。溶液之稀釋度宜酌定。成人每日之劑量約三十至九十厘(2-6 gm)。食物宜禁用食鹽。或謂每日只須服藥一次，而以在發作之前四至六小時為最相宜。例如發作在夜間者，於晚飯後一至二小時服六十厘(4 gm)。發作在早晨者，於初醒時服足劑量。若日服三次，則以飯後服之為宜，蓋此時少致惹胃也。病者之容藥力各不相同，故宜逐案特定劑量。幸而小兒能容受此藥，且較成人能容受較大的劑量。量過大，則有倦頓，精神遲鈍，心及胃困苦諸不舒適情狀為其徵兆。腮反射之喪失係神經系統已受溴劑效力之最早指徵。一極可厭之乖效係瘡疥 acne；但此非溴中毒之指徵。若以多量鹼性水與溴劑調和，且時或與足劑量之砒藥同服，每能減發瘡之趨向。醫士宜將用藥之法詳細寫明，交病兒之母或其戚友；病者不宜親自經理服藥。或謂溴藥內加貝拉朶那頗佳。盧米那 luminal 曾經証明有時有效；服法，初用〇〇六五克，繼則逐漸增加其劑量。至於頑梗之病，每日可用鴉片五或六厘(0.35 gm)，分三次服，迨服至六星期之久，則可停用，而服溴劑每日七十五至百厘(4-6 gm)，連用二月之久。

他類治癩癇之藥，如氫醛，印度大麻及硝酸甘油皆是。硝酸甘油 nitroglycerin 有時對於小癩癇有效，而對於大癩癇不甚

見效。須用足劑量，約百分之一之溶液二至五滴，又須漸增其劑量，直至顯生理的效果為止。每日服乳酸鈣二十厘 *calci lactas 1.3*，有時見效。反感刺激法不甚宜用。若痼兆甚明定而且恒顯，例如由手或趾而起者，則在該指或趾處敷起飽藥或用線縛緊，或能阻止發作。對於小兒，宜細查是否有周圍性刺激之來源。男小兒間有因包皮粘連而致此者。

(四)外科治法 對於乍克森氏癩痢，其宜用外科治法，為醫界所公認。但偏癱後性癩痢，則外科治法之是否有效甚可疑。對於自發性癩痢，苟其發作發端於一定處（例如拇），且其預狀恒不改變，則將管轄該定處之中樞除去，或見效。外傷性癩痢例如隨顱骨折而起者，外科手術之功用較大。

間有因用手術而間接得功效者。其手術不必專係施於顱骨者方能見效，如縛頸動脈，截除舉丸，切除頸上神經節，就顱皮剖口，環截包皮諸手術有時亦能治止癩痢。

(八)偏頭痛

MIGRAINE (*Hemicrania*; *Sick headache*)

定義 此係一種陣發性病，其特殊性狀為劇烈之頭痛，常係一側性，且多與視覺紊亂相伴。

原因 或謂此病百分之九十屬遺傳性。婦女及易患神經病性家族之人最常患之。許多名人曾受其累。此病之性質尙未知，而醫界之意見甚多，有如下述：

(甲) 以為係一種血中毒之因腸性消化紊亂或本身所生之毒而致。

(乙) 以為係一種血管運動性病之兼動脈痙攣者；此一理論之證據為 (一)凡在頭痛發顯之際，患側之顱動脈，扪之似較常時小；(二)驗視網膜動脈，有時可見其痙攣；(三)有時患側之

動脈硬化；而其尤足為確鑿之證據者，即頭痛發顯之際或兼暫時性獨癱或偏癱。

(丙) 以為係反射性來源之由眼屈光差誤或由鼻內或生殖器官之弊病而起者所致。

(丁) 以為係大腦室間孔(通管)暫時被塞而兼腦室內壓力過大所致。

此病大多數在少年時即發端，甚或有在幼穉時已患之者。許多情事皆能激之使發作，例如各種情感過甚，精神或身體過勞，消化受擾，食若干特別之物皆是也。其陣發的特徵係最顯著之情狀；或在每星期內之同一日發顯，或在每十四日或一月內之同一日發顯。頭痛之屬偏頭痛類者，或與慢性腎炎相伴而顯數年之久，且其發作或與腦底生瘤或腦底之他種損害有關係。

症狀 此病之有前驅徵者頗多，而病者能預知病之將發。此等前驅徵有甚奇特者，而尤以與視覺相關者為然。有幻見怪物如鼠或犬或他獸類等者。有患暫時性偏盲或暗點(盲點) scotoma 者。有患側之瞳孔顯痙攣動作而輪替舒縮(名虹膜痙攣 hiepus) 者。其視覺之擾亂常僅係視物不清，或見光球現於目前，或見光線往復不斷，或見有大光一片(有時此光片內有極華美之彩色)，其四周參差不齊等等。他種感覺之紊亂罕見。然舌或面間或手有麻刺感覺及微刺痛感覺。患側之肌顯痙攣者，則尤為少見。此外更或顯暫時性無語言能而時發時歇。若干患者顯顯著之精神紊亂，或為燥動，或為昏亂，或為重憂鬱。眩暈者亦有之。此前驅徵顯後，不久頭痛即發端。此痛屬加增性及擴張性，初起於局部之一小點；此點大約恒常在額額，或眼眶諸部。痛之特性常係尖利鑽刺之類。繼則痛漸延闊，而布滿頭一側之全部，有時或延至額間或延至臂。亦間有頭之

兩側俱受累者。惡心及嘔吐係常見之症狀；若頭痛發作在胃飽之際，則嘔吐後痛每減輕。血管運動症狀或亦呈顯。例如面色發白或兩側之面色甚不相同是。後則因血管舒張之勢力而患側之面及耳變赤色。脈搏或遲緩。患側之頸動脈或堅而硬，而與動脈硬化之情狀相同。他病之能破壞人生之康健如是之甚者甚少。當發作之際，病者甚或不能抬頭離枕。微響或微光，皆或致痛之加增。

發作之久暫，大有等差。較重之類，至少使病者三日不能理事。其他則在一日之內或即退去。或於數年之中屢屢再發。若有顯著之遺傳性，或終身不癒。女子在經絕期之後不復發作者頗多。男子則多在五十歲以後止息。

治法 病者多半自知致病發之原因。免激惹，按時進食，飲食適度諸項係要件。病人有因禁用葷食而病勢大減者。治法當以除去致病發作之原因為要務。凡小兒，則其母之保持其大便有常規及飲食常適度每有大益。眼之屈光錯亂，宜用眼鏡矯正之。此類小兒，切不可任使爭考學校獎勵。久服溴鹽或見效。若兼貧血，宜服鐵及砒類藥。血壓加增，則宜試服硝酸甘油數日。至於預防之法，則不必可恃；有時雖用各類防法而頭痛仍再發也。或主張病者一顯預兆，即用百零五度（四〇·五）之溫水洗胃並服瀉鹽足劑量。有時在將發作時，用熱鹽溶液灌洗大腸，有效。病者宜多飲鹼性水類。發作之際宜安臥。若覺發暈及惡心，則飲熱濃咖啡或茶一小盃，皆有效。久服印度大麻，或可試行之。醋柳酸，安替派林，阿司坦尼利，斐那昔汀及尼拉密洞 pyramidon（五至七克），用者頗多。若在發作之前服之，間或見效。連服小劑較佳。他如咖啡素 *caffein.*，枸橼酸鹽以五厘為一劑 *citras 0.3 gm*，番木甯及麥角，亦有時可用。電療法不甚效。發作後宜服補藥。

眼肌癱性偏頭痛 Ophthalmoplegic Migraine. 此為特類；在頭痛時或痛後眼之一肌或數肌顯弱或癱狀。動眼神經(第三神經)大抵受累。上瞼下垂，若干運動喪失及複視係常見之症狀，且或持續數日之久。必須無局部原因(尤以梅毒為然)，然後可定為此病。治法與治尋常偏頭痛無異。

(九) 神經痛

NEURALGIA

定義 此係神經之一痛病，因該神經之中樞或周圍官能受擾或其幹發炎而起。

原因 神經易病性家族之子女最易患此病。患者女較多於男。小兒患之者罕。至於病原，則以身體虛弱為最常見。蓋此係神經系統虛弱之早徵也。各類貧血多與此種頭痛相伴。若干急性熱病初起或與神經痛相伴，尤以腸熱為然。又多瘡之地此病亦較常見。有易患神經痛之趨向者，以受寒為激發此病之一原因。反射性激惹(尤以牙為然)，骨瘍及上頷竇或額竇之病係致第五神經痛之常因。痛風，鉛中毒及糖尿間或兼顯此痛。纏綿不退之神經痛或為潛伏性腎炎之一狀。在中國，此病較歐美少見。

症狀 痛將起而尚未起之際，或有不舒適之感覺，有時其將作痛之處或顯微刺痛感覺。其痛大抵以一羣神經為局部，常僅累及一側。非持續類而係陣發類，痛之殊性如刺如燒。受累處之皮膚或有極明顯之觸痛，而尤以沿該神經通過之徑之若干處為然；此名觸痛點。一切運動皆常能致痛。營養及血管運動之改變或隨痛陣而顯，例如皮膚先涼，繼則燒熱及間或顯局部性水腫或紅斑是也。髮之變異尤為稀奇；或變白，甚或脫落。幸而此等變異不常見。肌顫，甚或痙攣，有時隨痛

陣而顯。痛陣之久暫頗有異同，或經數分鐘，或歷若干小時始退去。其再發則或有一定之間期；或每日定時發作，或過二日，或過三日，甚或七日，不等。女子有專在行經時患此者。

依受累之神經根而定之臨診類別
Clinical Varieties Depending on the Nerve Root Affected

三叉神經痛 Trigeminal Neuralgia; Tic Douloureux. 三叉神經(第五神經)痛應分別為輕重二類。輕者或僅係一症狀而係該神經之一周圍枝受某病之累而致；例如瘤壓，或牙骨瘍或骨質有化膿病演所致之神經炎是。有時顱內之病或他處之器官病或致此神經區有放射性痛。無論在此神經之何一部分，凡患帶狀疱疹後，皆或可繼起劇烈之神經痛。

重者 Major cases 大抵係半月神經節 Gasserian ganglion 之原發性病。男女患此病之數畧等，大抵在四十至六十歲間發端。無明顯之病原。其痛係三叉神經之一枝之單純性痛；常由一特點發出，循該枝之徑而放射；最常見者係上枝。痛驟起，劇烈而成陣。每有間歇期，初或為數月；但每發作一次，其間歇期即減短一次。而痛陣亦即隨之延長增重。後則其痛漸延至他枝，數年後則三叉神經之全部俱受累。雖有時除三叉神經所敷布處之外，或另有交感性痛(尤以枕處為然)，然其三叉神經痛則限於該神經所敷布之處，且大抵不變成兩側性。病之晚期，痛陣迅速相隨而顯，毫無可認之原因，甚或在所謂間歇期內，病者亦或不能完全無痛。痛陣之發作，幾乎各種外來之激刺皆能致之，例如冷風一陣，面肌及言時舌肌之運動，皮膚受觸(此尤以發痛點處為然)，吞嚥(此尤以該神經所敷布之粘膜界受累時為然)等等皆是也。此病非自限病，係無制限者。有時痛至非常劇烈，以致病者毫無生趣。昔曾有患此而自殺者。

神經系統病

診斷不致有疑難，但輕類不當誤認為重類。痛係陣發，故面部恒定之痛大抵非三叉神經痛。倘皮區受擦或受按摩或病人以手觸之，始顯痛之所在，其病大抵非重類。病或呈弛張性，但病演有進行之趨向而日漸加重，故病者幾不堪命。

頸枕神經痛 Cervico-occipital Neuralgia. 此類神經痛累及第一至第四頸脊神經之後枝，而尤以枕下神經為甚。此神經之出處有一痛點，居頸乳突與第一頸椎之間。致病之原或為受寒，然時有因頸椎之骨瘍而致者。若痛勢劇烈，或須用外科手術療治。

頸肱神經痛 Cervico-brachial Neuralgia. 此累及腋叢(臂神經叢)之感覺段，而尤以尺段為常。若累及腋神經(臂神經)，則其痛在三角肌。痛最常顯於肩及循尺神經幹而至肘。此神經在肘部常有一顯著之觸痛點。此類神經痛，因受寒而致者罕，因關節炎或外傷而致者則較多。

膈神經痛 Neuralgia of the Phrenic Nerve. 此患罕見。胸膜炎或心包炎間或兼之。痛大抵在胸下段與膈肌末線相對處。此處或有深按性痛點。飽吸時覺痛，咳嗽或他類突使膈驟降之運動亦能致痛。

肋間神經痛 Intercostal Neuralgia. 女子患之者最多，且常為希司忒利亞所兼顯。疱疹後性神經痛常顯於此處。醫士對於此病，須謹記脊髓病、瘤、脊椎炎、骨瘍及動脈瘤皆能致之。

腰神經痛 Lumbar Neuralgia. 受累者係腰叢(腰神經叢)之後枝，而尤以骶陰囊枝為然。痛處在近髂上緣、腹股溝管、精索、陰囊或大陰唇諸處。所謂拳丸易受惹之患，或即係此神經痛，痛或甚重而有暈厥之感覺。

尾神經痛(尾骨痛) Coccydynia. 醫界以為此係尾叢(尾神經叢)痛。女較多於男，坐時痛加增。甚難療治；有時雖用外科手術截除其尾骨，亦不必能痊癒。

足神經痛 Neuralgia of the Nerves of the feet. 此痛許多隨扁平躡足 flat-foot 而顯。其病原係扶持足弓之肌過弱，身體之重量即將足弓壓平，致跗骨躡骨間之韌帶及髓膜被扯也。治法在安息，揉捏，操練及施畸形矯正術。

(一) **痛跟** Painful Heel. 無論男女，跟部或有大痛，致障害行步。痛處或畧顯腫或否，皮色不變，亦無關節炎。有時患淋病後或起此痛，大約因生骨刺 bone spur 而致。

(二) **躡側神經痛** Plantar Neuralgia. 此多與一有定之神經炎相伴，例如隨腸熱而起者是。患潛水夫病者，間或顯此類之劇痛。其痛或限於趾尖，或限於跟根。麻刺及微刺痛感覺，感覺過敏，出汗或伴顯。患腸熱者常有趾感覺過敏。

(三) **躡神經痛** Metatarsalgia. 患者女多於男，尋常限於一足。痛處在第四躡趾關節。病原或係躡神經受壓。大抵須用外科手術療治。至於紅斑性肢痛病 erythromelalgia 則詳見血管運動及營養受擾節。

內臟神經痛 Visceral Neuralgias. 此痛之較重要者已詳心及胃之神經系統官能病章。患者女較多於男，且常伴神經衰弱及希司忒利亞而顯。痛處最常在骨盆部，而尤以近卵巢處為然。腎神經痛甚緊要，因其所顯症狀酷似腎石也。

神經痛治法

宜先除去反射性激惹之來源。苟非全身之健康進步，則神經痛常再發，故必服用補劑，並施行衛生方法方妥。換空氣及換處境，每有佳效。余嘗見患頑梗之神經痛者，遷至山間久住，施戶外療法，而多行運動，居然治癒。素食有時對於患痛風而兼神經痛者有效。常用之藥如下：若兼貧血或萎黃病，鐵劑

每有專治之效。砒劑亦有功，但其劑量須由少而逐漸加增。或以爲雞納亦頗佳。實則其效或與他類苦補劑無甚等差，惟對於兼患瘧疾者有特效耳。番木鱉素，魚肝油及磷有時亦佳。至於止痛劑，則宜先試用安替派林，阿司坦尼利，斐那昔汀及醋柳酸，蓋有時能奏功也。至於嗎啡，則須至他藥無效時始可用。且須謹慎，切不可許病者自備皮下注射針施用。鉤吻 gelsemium 或謂功效甚大。奮與神經系統之藥，纈草（甘松）及醚可用，有時二藥兼服尤妙。三叉神經痛之輕類，可試用大劑硝酸甘油。或云先使病者安息，兼注射大劑番木鱉素，頗效。烏頭素以二百分之一厘 aconitin 0.00032 gm. 爲一劑，亦可試用。施行透熱法，或有效。

局部療法。烙術有大效，尤以對於帶狀疱疹痛及他慢性類神經痛爲然。針刺法亦可試用。哥羅芳擦劑，樟腦，氫醌，薄荷冰，嗎啡及阿刀平之油劑，貝拉朵那調羊毛脂俱可試用。置醚於噴霧器，噴凝凍於觸痛點，有時見功。恒久連續之電流亦可試用。所用之海絨宜溫暖，而陽極宜置於近痛處。電流之力以使病者畧有微刺痛感覺或燒痛爲度，但不可使真覺痛。

對於三叉神經痛，有用割斷神經幹及截除神經節之法者。注射醇入神經幹或神經節者頗多，有時有大效。此法之目的在使神經纖維變性而失功用，以待新神經纖維再生。

(十) 職業痙攣即職業神經官能性病

PROFESSIONAL SPASMS; OCCUPATION NEUROSES

對於一種運動連續用肌力，且用力過度，則或致該肌不規則及不隨意之痙攣（又名拘攣 cramp），而該運動或完全不能執行。此病爲繕寫員及謄錄員所患者最多，故又名爲書寫痙攣。然彈鋼琴，四弦琴及打電報者亦或患之。他類職業如擠牛乳，織布，捲香烟者，亦間或患之。

最常見之類爲書寫痙攣 *Writer's spasm or cramp*, 男較女多甚。打電報者患之亦多。神經薄弱者較易患。有時隨受輕傷而起。高耳氏報告：患此者大多數起因於執筆之法不適宜。例如寫字時以小指或腕關節按於桌上不動是也。凡寫字時以肘中段或肘關節按於桌上者罕患之。此病中國罕見。

患者解剖上無甚改變。大約因書寫肌之神經中樞受擾所致。

症狀 可分述如下：

(甲) **痙攣(拘攣)** *Spasm or Cramp*. 此多爲早狀，最常顯於食拇二指，拇指或至屈而內收，常致所執之筆突然扭轉而擲出手外甚遠。

(乙) **輕癱及癱** 此或與痙攣同顯，或獨顯。病者自覺手肘之肌軟弱，而執筆無力。但手之握力不減，且於尋常動作不顯癱。

(丙) **震顫** 此最常顯於食指，或兼顯萎縮狀。但罕有致不能書寫者。

(丁) **痛** 手肌有異常之感覺，而尤以疲乏爲常見。真痛則不常見，但其臂或有不規則射痛。或顯麻木感覺或痠痛。有時若有亞急性神經炎發顯，則沿神經處或痛而指有麻刺及微刺痛感覺。

(戊) **血管運動受擾** 此爲病重者所顯。或感覺過敏。間有皮色光亮或局部缺血似凍瘡者。書寫時手及肘紅而熱，靜脈凸起。其始電性反應如常，入後則法拉瓦電之反應減，間或賈法尼電之反應增。

診斷 昭著之書寫痙攣或癱易辨認。但診斷時宜留意是否有腦脊髓病(如慢性進行性肌萎縮或偏癱)或局部病(如頸肋)。有時神經薄弱者自以爲將患此痙攣而來求醫，自謂手肘僵硬或軟弱，然不顯此痙攣之特殊性狀。

豫後 此病之病程大抵屬慢性。若及時療治，且使手完全休息，或能速於復原，但多有再發之趨向。此等人或可練習用左手書寫，但將來左手亦或不免受累也。

治法 有數種預防法如下：執筆之姿勢必須適宜。高耳氏云，凡人書寫時能由其肩轉動，則或可免患此病。自打字機發明後，頗有減少此病之趨勢。病既成，則以完全休息其手為最要；苟不如是，則無論用何法，均不能獲效。按摩及手診（手技）若與系統的運動同時執行，最常見效。或謂宜用賈法尼電，同時行有節律的運動。若係頑梗之類，則無法可治。又此類病之滋養功用每易紊亂，故魚肝油，番木鱈素及他類補藥俱效。局部敷藥則無益。

(十一) 希司忒利阿 (癡症)

HYSTERIA

定義 此係多為青年女子所患之一種病症；病者以一時之情感操縱其身體，而致精神、感覺、運動、分泌諸官能俱紊亂。又精密言之，此係感應性（受倡導性）*suggestibility* 過強或顛倒所致之人性的擾亂，性質改變，並具某種精神上及身體上因自動的或被動的倡導所致之病象而得因勸導治癒之病。

原因 自希臘人臆測此病係子宮之遊行（浮動）及不甚明瞭之他患所致，而據之以名為希司忒利阿（希司忒利克司即子宮之義）以來，醫界對於此病之病原頗有互相反對之理論。

夏科氏 *Charcot* 與其生徒以為此病係精神病，而其病情係自己之意想所致。病者之有應從倡導 *suggestion* 之能力，即係精神作用之確據。蓋係人性之一種擾亂，即其情感對於感覺、運動及分泌諸官能有格外激動之勢力也。

巴斌司克氏 *Babinski* 之理論，畧與上述者不同。彼以為此病係一種精神情狀之有若干原發現象及若干繼發性意外的

症狀者。前者之要素即係該現狀可由倡導(又可曰擬摹)而使之發生,又可由勸導(又可曰勸誘)persuasion使之消滅。原發症狀例如偏身麻木,偏癱,攣縮等是;繼發症狀例如肌萎縮是;係直接由原發現狀所致,而非倡導所能使之發生者。

至於弗羅伊德氏Freud之理論之要旨,則係以爲此病之來源皆由幼穉時代男女性慾之顛倒。惟此性慾之顛倒,不至發身之際,大抵不致明定之神經系統官能病。男女性慾之經驗似乎與尋常他種經驗有異。後者有逐漸消滅之趨向,而前者則因男女發育之成熟而增生。於是因時時增生之反動力而於不知不覺之間(又名副知覺subconscious)成一種不均式的能力。此即致病之原因也。質言之,弗氏之理論,即昔日希臘人之意見之一種新解說,而以爲希司忒利阿畢竟是一種男女性紊亂之病也。

此病婦女最多患之,常在發身之際發端,而其發顯或持續至經絕期,更有持續至老年者。男人亦難免患此,因男子患希司忒利阿者固非罕見也。無論何民族,均有患之者,而拉丁人尤盛行之,其劇烈之類尤然。在英美中三國,輕類較多;至於重類,則較法國爲少。

十二歲以前之小兒不常患此,然間有在五六歲之際已甚昭著者。

至於素因,則有二要端:(一)遺傳,(二)教育。前者使小兒有易動而過敏之神經系統組織。有昭著之神經系統病趨向之家族,最多見此病,而其家人每每患各種神經系統官能病。後者則其惡因在家庭之教育每每不能反覆教導自制之習慣。蓋兒童每因是迨垂髫之年而其交際之觀念全然誤認,一舉一動,皆須順一己之意;稍有失望,亦望他受他人之同情;及至發身以後,則其道德力竟不能與每日應受之思慮憂勞相抵抗。至

於在學校內，當十二至十五歲間，全身之生活力專注於身體發育而為一生最要之時期，乃為預備考試之故，致每日跼促於教室六或八句鐘之久。其結果遂致內具活潑明敏之精神，而外被孱弱之身體，對於應盡之能力既不能有相配之應用，又易於受擾，且對於人生尋常之激刺亦有生過度的反動力之趨向。至於較直接之勢力，則係各種情感，即如驚恐（此較少見），愛情，憂慮或家事煩勞等是也。體格上的原因之激起希司忒利阿發作者較少，然有時或直接隨受外傷而起，或在急性病之漸瘳期內發顯，或與生殖器官病伴發。

症狀 為便利起見，可分為驚厥類及非驚厥類二者。

(一) 驚厥性希司忒利阿 Convulsive Hysteria. (甲) 輕類 Minor forms. 此其發作常繼情感受擾而發，或突起，或先顯症狀，如乍哭乍笑或頸部有收窄感覺或咽喉內覺有球上行（特名希司忒利阿球 *globus hystericus*）是。間或驚厥之前，盆、腹、胸諸部或作痛。據病者之陳述而論，此等感覺頗似癲癇兆。此等感覺及咽喉內之球上升及呼吸艱難漸增重，於是病者遂患或輕或重之驚厥。病者跌倒時不似癲癇者之驟突，常能自擇牀榻或大椅等合宜之處倒下，且驚厥時之舉動似能知自防受傷。但同時其知覺似乎完全喪失。動狀屬陣痙性而不規則，頭及臂亂動。數分鐘後驚厥陣緩緩退去，而病者又入情感勃發（交拼）之境，知覺逐漸復原。苟加詢問，病者或自認畧知驚厥時之經過，但常不靈清。當驚厥時，腹或充氣，繼則或下清尿甚多。此等發作，其特殊性大有異同；有時四肢幾不運動，在神經系統暴亂後，顯懶慢相，病者入一種昏沉而知覺半失之境，甚難喚醒。有時由此狀態而成所謂強直性昏厥情況 *cataleptic condition*。

(乙) 重類 又名癲癇性希司忒利阿 Major forms; Hystero epilepsy. 在英美二國，罕見此病之標準類。發作時每先有若干

前驅狀：此則大抵係輕希司忒利阿之呈顯，即愚笨或不規則之行為，燥動，間或顯消化不良及氣脹，小便頻數等是。際此，身體之感覺過敏區或甚昭著。此區常係對稱性。後面者在上段脊椎背，而前面則在胸及腹，而其最昭著者則在卵巢之上。驚厥之先，常自覺痛或覺壓並覺咽喉內有球上行。此驚厥陣可分四期：（一）癲癇狀期 Epileptoid stage。此與真癲癇極類似，顯強直性痙攣，磨牙，面充血而繼以陣痙性驚厥，逐漸弛緩，以至於昏迷。（二）醜態期 Clownism stage。病者情感勃發，而身體作揸曲或強直（僵厥）之姿勢。（三）感情期 Stage of passions。若係標準類，則由第二期而入此期；病者故作若干態度，以表明心內之情感，如狂喜，恐怖，慶幸，愛慕等是。（四）幻覺期 Stage of hallucinations。病者之知覺漸回復，而顯許多症狀，大抵顯謔妄及奇異之幻覺，例如見怪像，聞人聲，向空談笑等是。病者際此，每自述其幻覺之事，似頗莊重，且以惡事責備他人。此甚可虞；蓋病者不僅在發作時自信其所述之幻覺為真，有時發作退去後其幻想仍持續也。有時發作之後，病者或持續昏迷數日。

（二）非驚厥性希司忒利阿 Non-convulsive Hysteria。希司忒利阿之臨診狀非常複雜而且各異。今就受擾之系統而論其呈顯如下：

（甲）運動受擾 癱瘓。此為偏癱或截癱或單癱不定。希司忒利阿性兩側癱瘓罕見。癱之發端或驟突，或徐漸，間有須數星期之久始完全發生者。凡各類機質病性癱瘓皆有與希司忒利阿相似之處。患側之感覺或減少，或喪失。希司忒利阿性截癱較其偏癱多。然其肌力之喪失非完全；其腿大抵能動，惟不能支撐病者而使之站立耳。反射或加增，而膝反射多如常。有時或顯假蹠陣痙。足常直伸而轉向內。肌不萎縮。電性反應亦不異常。他種情狀例如膀胱癱及無發音能，

每與希司忒利阿性截癱伴顯，希司忒利阿性單癱或顯於面或股或肱不定。其濟失調情況有時隨癱而顯，且或甚昭著。感覺症狀亦常有。

下列諸點為區別偏癱屬於官能性抑或機質性之要項：凡無腹上部反射及提舉反射而有巴彬斯奇氏徵者可認為機質病。倘病人歛手於胸際而欲自仰臥姿勢變作坐勢，則患側之股髓處屈曲而全肢舉起，繼則落下；此亦非官能性病所有之病象。其他試驗宜令病人仰臥而為之，使病人舉起其不受患之腿時，對側隨意動作力已癱之腿必猛烈下壓。

(二) 攣縮及痙攣 Contractures and Spasms. 無論何羣隨意肌類，幾盡能受希司忒利阿性攣縮之累；屬偏癱性或截癱性或單癱性不定。發端或驟突，或徐漸，更有持續數月甚或數年而後迅速退去者。最常攣縮之處為臂，即肘關節及肘腕關節屈而四指緊握其拇指於掌內；間或指之末節過伸。腿之受累或一側或兩側不定，但一側者較多。蹠陣痙每呈顯，足內向而趾甚屈。此類或誤認為脊髓側柱硬化，有時極難區別。患希司忒利阿者之痙攣性步態甚有標準性，加以膝反射及蹠陣痙之加增，可認為特殊性狀。他類攣縮或顯於髖，肩或頸之肌；而顯於頰（名希司忒利阿性牙關鎖閉）及舌諸肌者較少。而其奇特者則為膈肌及腹肌之局部性攣縮，致成一假瘤，位於臍下附近之處，而堅硬與真瘤相似。高耳氏以為此係腹直肌弛緩，膈之痙攣性攣縮，腸充氣，脊柱前凸諸狀合併所成。四五十歲之婦人當月經將絕之際，有患此假瘤之趨向。且多與假孕之症狀伴顯。有時此瘤酷似真瘤，故即極有能力之診斷家，亦或誤認為真瘤。唯一可靠之診斷法，係使病者完全麻醉，則瘤即自行消退。

節律性希司忒利阿性痙攣 節律性痙攣運動顯於臂，頸，頭，頰，腿或軀幹等處。或係一屈一伸之類，或係旋轉類，或係俯仰類，不定。

震顫 此或係單純的希司忒利阿性症狀，或獨顯，或與癱及攣縮伴顯。最常顯於手及臂；頭及腿顯之者較少。顫狀微而速。

(乙) 感覺受擾。 感覺喪失 係最常見之狀，而常以體之一側為限。此等麻木，病者或不自知。常以體之中線為界，昭然有定，不竄過中線之他側，而累及粘膜面及深組織。然結合膜多不受累。眼或顯偏盲。此或徐漸呈顯，或隨驚厥發作而起。有時各類感覺或分離而喪失，而其喪失者或僅痛覺及觸覺。患側之皮常色白而冷；以針刺之，或無血隨之而出。有時肌力之喪失或隨感覺喪失而顯。

有時此等感覺喪失或痛覺喪失，可因施行金屬療法（即敷某種金屬）或用磁電，木或他物而由體之一側移至他側。此非該物實有遷移之效，蓋因倡導之感使之然也。

感覺過敏。體之各處皆或能顯感覺過敏或痛覺。其最常見之患係頭痛；此痛常在囟縫處，在枕處者較少。病者每自謂酷痛，彷彿如被釘，極難忍受。此名希司忒利阿性頭痛 clavus hystericus。神經痛亦常見。感覺過敏區（此已在癲癇性希司忒利阿節畧述一切）乃在胸及腹之皮上；若此區受損，或致顯輕希司忒利阿狀，甚或致驚厥發作，不定。卵巢部亦或感覺過敏，但此非希司忒利阿病之特狀。背痛幾常為希司忒利阿性病者所有。其敏感性或限於數脊骨後突，或汎佈。希司忒利阿性女子之腹痛或與胃神經痛或胃潰瘍頗相似，且更有與腹膜炎幾無異者；而其痛狀與闌尾炎酷似者則較少見。

特別感覺。味覺及嗅覺之受擾不為罕見，或致頗受困苦。眼症狀以視網膜之感覺過敏為最常見，而病者每喜居暗室。視野減小亦常有，每隨驚厥發作後而起。此或纏綿數年。辨色力或如常，即使顯完全性麻木者亦或然。希司忒利阿性聾

或屬完全性，而或與希司忒利阿性盲輪替發顯或與之同顯不定。希司忒利阿性黑矇有時小兒患之。對於此類病者，必須辨明其為官能性失力抑為僞病。

(丙) 內臟症狀。 (一) 呼吸器。呼吸節律受擾，其最常見者大約係深呼吸過度；常例每五或六次呼吸之中有一次過度之深呼吸或激吸（例如突然被冷水淋背時之噉然深吸是也）。希司忒利阿性呼吸困難不致大困苦，而脈搏亦如常。另有一類顯一症狀羣者，即為氣促、失音及膈癱三者之合併狀。其呼吸困難極劇烈；呼吸過緩者較罕見。喉病狀中，以無發音能為常見，或纏綿數月或數年而不兼他希司忒利阿性症狀。有時喉肌或痙攣而兼吸氣必大用力而甚困苦，甚或致皮發錯。呃逆及或作呃逆樣聲者有之，或纏綿數星期或數月。最奇異之呼吸狀，為希司忒利阿性喊叫。此或有效獸聲者，如犬吠、貓叫、豕哼等是；又有頻頻呵欠或噴嚏者。

希司忒利阿性咳嗽係常見之狀，而在少女尤然。此咳或屬陣發性，然以乾而纏綿與蛙聲相似者為多。有一類希司忒利阿性咯血或致誤認為肺癆。咳出之痰作紅色液，不似尋常咯血者之鮮紅，內有食物碎塊、鋪磚狀上皮、赤血球及球菌等物，然無圓柱狀上皮及細毛上皮。此大約係由口及咽而出。

消化器。食慾受擾，消化不良及胃痛係此病所常有。病者或吞咽困難，似因食管痙攣而致。亦有食物在未達胃時即被逼出者。更有乾嘔不休者。凡希司忒利阿性嘔吐，其食物之嘔出既不須用力，亦無惡心。此狀或纏綿數年而不致滋養大受擾。希司忒利阿所顯奇特之消化受擾即神經性厭食 *anorexia nervosa*。其患之者食慾盡失，似永久不能再食者然。由是漸成一種厭惡食物之心，而其較劇烈者甚至一見食物即發痙攣。乃此等病人有不進食物頗久而能生存者。神經性厭食

有三特狀：(一)一種精神情況；此最重要，常係憂鬱，間或躁動不寧。然此非希司忒利阿必有之狀。(二)胃症狀；此係食慾喪失，迴食，嘔吐及神經性消化不良所顯之各狀。(三)消瘦；除癩，痢二患外，無如此消瘦之甚者。後則病人臥牀不起，甚或不能換側而臥，而大股及小腿俱屈，甚或攣縮。或完全廢食，或須強迫始稍食。皮漸消瘦而乾枯，且有鱗狀鱗。有時或數星期不進食；試飼之，或致劇烈之痙攣。然病情雖如此可危，苟離去家庭，移入病院，而用衛生隔離法 isolation 治之，亦有終能復原者。有時須經過數月方有漸癒之兆。間有因消瘦極而死者。曾見一少女，死時體重竟剩四十九磅。剖屍檢驗，絕無損害可以察見。

希司忒利阿性氣鬱係一常見之狀，大抵因膈之強直性攣縮及他腹肌之縮短所致。有時或兼腸蠕動不寧。大便自遺，多因大腸或小腸受擾而致。若干希司忒利阿性病人患一種頑梗之腹瀉，甚難療治，而尤以一進食物立即泄瀉者為常見。此或係許多神經薄弱者所顯一受情感或一進食物即行作瀉者之劇烈之類。另有一類，與上述者迥異；係因直腸之易受激惹性而致，病人頻瀉糞團，有時極兇烈。惟大便秘結者尤為常見；此或因對於排糞失注意或痙攣而致，不定。極重之類，甚或有經二三星期之久而無大便者。此外則肛門痙攣或直腸內大痛亦時有之；但此痛非因腸裂而致。希司忒利阿性腸塞絞痛及嘔糞甚奇特。迨病者一受震驚，即或有大便秘結，氣鬱，嘔吐繼起，間有嘔血者。大便之秘結漸加重，所食之物盡行嘔出，漸至所嘔之物有糞性，甚至糞團，坐藥(彈劑)及灌腸劑亦由口嘔出。有時此類症狀持續數星期之久始漸退。施開腹術(曾有一人連剖三次)檢驗，並無明顯之損害。

心及血管。心動作畧受情感即增速，或兼自覺心悸或否，每爲一困苦之症狀。脈搏遲者較少見。又心部痛或與心絞痛相似。體之各處發紅係一最常見之狀。或出汗，更有險患黑色皮脂溢 *seborrhea nigricans*，致險皮變青黑色者。

血管運動現象中之最奇特者即所謂希司忒利阿性特徵 *stigmata* (即皮中出血)是也(如患者顯釘十字架之釘迹是)。此特徵之爲僞裝者頗多，然亦有非僞裝者。

(丁) 關節病患。常例此病每在膝或髖，或繼輕微之傷害而起。受累之關節常患固定不動，易覺痛，且腫脹。皮之表面冷，然有時局部之溫度增加。觸痛甚昭著，運動時每致大痛。病起既久，則關節周圍之肌消瘦，於是外觀反似關節過大。痛多在夜間，痛時皮之溫度或大增。此等神經官能性關節病雖大抵可用合宜之治法療癒，然機質性改變之繼此官能性受擾而起者固亦有之也。間發性關節水腫或爲希司忒利阿病之一狀(患處在膝關節或他關節不定)。有兼顯暫性癱者。

(戊) 精神症狀。希司忒利阿性病人之患各種精神顛倒或錯亂者常見，故對於病者之所陳述，無論關於自己或他人者，皆不可過信。有時此類病者因欲激動他人之同情，乃致有各類可駭可笑之行爲。

幻覺及譫妄或與甚劇烈之情感陣輪替而顯。有一種情況，可名爲希司忒利阿狀。病人或數星期或數月昏睡不起，對於各事毫不知覺，所顯之譫妄與震顫性譫妄相似，而尤以其幻見可厭惡之蟲獸爲然。滋養或不受擾，但口臭常惡劣。苟靜養並細心看護，三四月之內常可治癒。當此情況發作時及漸癒期內，病者之看護必須日夜注意，蓋有自殺之趨向者不少也。

希司忒利阿性顯狀中之最奇異者乃昏睡不醒 *trance*。此或自起而毫不兼驚厥，惟在希司忒利阿性發作後起者較多。

有時兼顯強直性昏厥。此則四肢可隨意屈曲；無論使之成何形狀，恒久不自改變。

(己) 希司忒利阿病期內之新陳代謝。凡患尋常之希司忒利阿，尿之質及量不顯改變。然其顯驚厥等狀之重類，則有重要之變異。尿酸鹽類及磷酸鹽類每減少；而尋常尿內土性磷酸鹽與鹼性磷酸鹽之比例為土性類一對鹼性類三者，或變為土性類一對鹼性類二甚或一。

(庚) 自致性傷害。希司忒利阿性病人或自傷，而其最常見者係燙傷。[醫士須知日本及東方各國有一種軟組織自裂之患(腿尤然)名神擊病 Kamitachi disease者，有人以為其原因係空氣壓力突變所致風電大作時最常見之。此與希司忒利阿性自致傷害相似，須妥為判別。]

(辛) 希司忒利阿性發熱。凡患希司忒利阿病，體溫大抵如常。然亦有發熱者，可分論如下：(一)有僅以發熱為顯狀者。然此類甚罕見。(二)顯希司忒利阿性發熱而兼假局部性病者。此甚難處置，且難診斷。病者或突然覺體之多處作痛，且兼溫度增高。有時或似腦膜炎。或顯頭痛，嘔吐，瞳孔縮小及頸後仰(此等症狀或持續數星期)，迨漸癒期內，始有若干與腦膜炎不相符合之情狀，於是醫士方知彼所療治者為希司忒利阿而非腦膜炎也。此外另有一種希司忒利阿性假肺癆，顯胸內痛，輕熱，且咳含血之粘痰。希司忒利阿性假腹膜炎亦或發熱。(三)希司忒利阿性溫度過高。近今之報告，謂患此病者熱度甚或有高至一百十二至一百二十度(44.5°—49°)者，大抵皆係女子。此等發熱，幾皆係伴裝僞作者，不可過信。

此外又有所謂無起立能 *astasia* 及無行走能 *abasia* 者，有時亦為希司忒利阿病之一症狀。

診斷 凡遇此病，詳細查究從前曾否有同樣之表狀及精神病況，或能得若干緊要之消息。但不宜向病者之母詢問，蓋多隱諱，不肯以子女之短處直告也。苟顯希司忒利阿球及陣發性情感（如久泣大哭等），常可認為證據。癩痲性驚厥與希司忒利阿性驚厥之區別已詳前。希司忒利阿性癱甚複雜，且每與麻木相伴。而其所顯之孿縮有時甚易啓疑竇；若兼顯若干麻木區，視野減小及輕微之希司忒利阿性顯狀，則每可據之以定診斷。又飽吸麻醉藥，其孿縮即全退。此外則希司忒利阿之孿縮性偏癱切不可與脊髓側柱硬化混淆，須特加注意。

內臟之症狀常易認明。

醫士必須切記，凡希司忒利阿性病人，每多伴僞。

治法 (一) **預防法** 可以藉前所論教育對於此病之關係而知。此病之佳良治法，全恃乎少數醫者有治此病之特長，而此特長非各醫士所俱能。第一要點係醫士及病者之親族須認明此病之性質；蓋錯認此病之性質，致使不幸之病者因疏疏不正當之待遇而受慘苦，誠為可憫；反之其家人因看謔此等病人過於憂慮勞苦，而致精神身體並受損害，甚或因而破產者，固亦有之也。輕微之顯狀如陣發之憂鬱及啼哭，不甚重要，且少有必須療治者。身體之康健必須謹慎注意，其起居之秩序必須有規則，務期無論何事皆有系統及規律。能執一種相當之營業，係治此等輕微顯狀之要法。苟有官能性病，宜立即療治並服補藥。大便之通暢亦宜留意。

(二) **精神療法** Psychotherapy. 此有三要法：(一)催眠術，(二)倡導法，(三)重行教育法。

(一) **催眠術** Hypnosis. 大多數病人可受催眠術，但用催眠治癒此病者不多見；僅有時有效。

(二) 倡導法 Suggestion. 倡導法者,係使病者之精神情況或聯合或改易以至於改良之紹介法也。苟用之適當,功效非常偉大,且尤以病者一心信賴時爲有效。例如施詳細而具同情之察驗,並試驗癱肢之電性反應畢,即對病者倡導曰“汝之肢現已能動”,或不必更用他法,病者即或能動其肢。有時用嚴重有威之命令,亦能使有同樣之效果。

(三) 重行教育法 Re-education. 凡對於希司忒利阿性病者或神經衰弱者,宜以此法爲療治之目的。然須知此法有時不易辦到。苟醫士能耐性按序行之,多能獲效。又方法亦宜求其可行者;如衛耳彌車勒氏法 Weir Mitchell's method (此法主旨不僅在使安息),係一極周詳之重行教育法也。其要點在使病者離開家族戚友,而由一靈敏之看護者看護。病者之身體情況須詳細研究。每日之起居必須有嚴厲之定則;最初僅宜飲牛乳,每日六或八水磅,逐漸增至十至十二水磅,迨病者漸漸進步而體重加增,依次漸換用他類食物。此後則體重或速增而腹內各症狀亦退。按摩,沐浴及電療法俱宜佐用,但療治之功用每有恃乎醫士之機變(知機知趣),忍耐及性格;醫士之性格較所用之治法尤要。病者之精神情況必須詳細研究,然後用文字,書籍,言論,講解等開導其思想,以期改良病者之缺點。

(三) 心理分析法 (解釋療法) Analytical Method. 或以爲此等病者所顯之症狀皆有來源,而此來源或已忘却,或已模糊,病者不復自知;苟能將此等來源使病者知之,則症狀或且退去。心理分析療法者,即使病者知此等來源之法也。其法使病者詳述彼之一切困苦,無論其斷續,連貫,顛倒,錯亂,皆可。惟必須一一細述,而醫者傾耳聽之;如此則病者或能解釋其來源,而症狀即因而退去。此等治法,全在乎心理學之作用。學者欲詳加研究,應另擇專門書籍閱之,此間僅述其大概而已。

(四)水療法 此法大有裨益,而尤以濕布裹法,鹽水浴及灌漑諸法爲有效。砒鐵等補藥類或效,而尤以對於病人之神經薄弱及貧血者爲然。鎮靜藥類少見效。間或須用溴鹽以治不寐,但宜先試各類治法,苟無效,始可用藥。尋常睡時用濕布裹法,無論冷者熱者,常有效。

(十二)神經衰弱(精神衰弱)

NEURASTHENIA (*Psychasthenia*)

定義 此係神經系統之一種虛弱或衰竭而致許多精神的及身體的薄弱之病況。

此病名包括許多範圍不確定之散亂症狀羣;此等症狀羣或係普遍性而有全系統紊亂之現象,或爲局部性而限於若干器官;故又有腦性,脊髓性,心性,或胃性神經衰弱之各種名稱。

原因 此病之病原可分爲兩大羣,即遺傳(先天)及後天(獲得)二者是也。

(甲)遺傳(先天)原因 人生腦力之稟賦,各不相同。苟爲父母者,生活不正當,或沉溺於各種過度之行爲,或患神經官能病或精神病,則或以所謂腦力不健全(欠缺)之一種構造傳其子女。此等人初生即具有神經病性素質;故神經衰弱病人之中,此等人頗多。

此等腦力稟賦欠缺之人祇可量力而行;稍有過度,即或成病。可以比諸小資本家,苟以小經營自限,照本營業,諸或無恙,然因無貯蓄之故,一旦揷足於時式之大商業,則必破產矣。

(乙)後天原因 官能之顛倒紊亂雖爲有遺傳之虛弱稟賦者所最易得,然而無神經病性素質者苟用之過於其所有之力之度(如過勞),亦能得之。繫念及思慮苟能得均等之歡樂

以相償，或不致病；然有許多人，則其勞思漸過度，致有**憂愁**呈顯。病者之判別重要與不重要之能力喪失，無關緊要之小事亦輒致煩惱；神經一受微激，即顯不應當之反動。故昔日醫界稱此情狀為煩燥的虛弱。苟及早養息，則其腦力之均勢可迅速恢復。實業家、教育家及新聞記者佔患神經衰弱者之大部分。神經衰弱有時繼傳染病而起，而尤以流行性感冒、腸熱及梅毒諸病為然。過用煙酒、嗎啡等藥，亦或能致極重之神經衰弱；然因患神經衰弱而致得某類癱者，似尤常見。

(丙) **男女性病原** 弗羅伊德氏對於此病之意見，與其對於希司忒利阿所推想者相似（參觀該病本文），以為多數係男女性官能受擾之惡果。

外傷性神經衰弱，例如繼鐵路遇險而起者，當另詳。

症狀 症狀極有異同，或屬全身性，或屬局部性；而尤以二者兼併為較常見。病者之外容每有患此病之徵兆，有時或且有特殊性狀，然不易描述。醫士苟在病者入診室時仔細審視，例如觀察其穿著之情形，持身之態度，談吐之風彩等，每可得若干重要消息。病者有時或顯體重減輕及輕貧血。身體之虛弱或劇烈，而不復能起床。精神常鬱悶；在婦女，則多情感過度。

有時局部症狀或佔主要之地位，故有分此病為腦類、脊髓類、心血管類、胃類及生殖器類者。無論何類，病者自述之症狀每與醫士所能查得之客觀症狀甚不相符。且無論何類，其主要症狀大抵與病理的感覺及其所致之精神效果相關涉。又病者多數自謂不能安睡。

大腦類即精神類 Cerebral or psychic form. 病者所顯之狀以精神之運用欠缺為主。例如不能計算簡單之數，作日記或寫信每為彼之難事，處理尋常小事亦須費力，專注之能力喪失等是。間或無頭痛，食慾如常，而睡眠亦安。但依常例論，則雖無

真頭痛，亦必有脹重，潮紅諸感覺。不安睡常為大腦類所顯，且或為初狀。

感覺過敏幾係各類精神衰弱之主要特殊性狀，而尤以痛覺過敏為然。此等過敏之感覺每關係體之一特部，如皮，眼肌，關節，血管或內臟，不定。身體表面每有若干癢痛點。患者間或顯昭者之眩暈，且或與耳病眩暈相似。

若此等病理的感覺持續甚久，則病者之態度及品性漸變。恒致易怒。無論對於何事，均不稱意。彼以為人皆當因彼患病而多加寬諒；尚其願望不常立即達到，即自覺受侮甚。彼雖欲人之諒己，而已之對人則不寬。病重者甚或破壞他人之快樂，方覺稱意。此類人常謂人不知其用意。

病者多數逐漸呈顯所謂憂慮情況 anxiety conditions；鮮有在神經衰弱之晚期不顯若干憂慮者。最單純之憂慮或僅係自懼將成癩，將死或將中風。而較為常見者，則其憂慮之感覺在體之若干局部，例如心前部，頭內，腹內或胸內是；亦有在四肢者，惟較少。有時其憂慮漸至非常劇烈，病者慄動不寧，自言百無聊賴，竟不知如何自處。或倒臥床上，且哭且訴，手足作驚厥樣運動。際此或且有自殺之傾向；甚或在無可如何之際，竟自殺。

不隨意的精神動作或甚可厭；病者自言為不能自止之思想所困，該思想在腦內一一經過，迅速似電，連續不可制止。有時或毫無思想，而病者之精神因對其所記憶的印象易於受激而被充滿，故受外來之激刺時，乃不能使其所提起之觀念有正當之綜合而成思想。有時病者自謂某言或有某名，或某數目，或某謠曲，或某音調，或某詩句時常往復腦內，無法可制止。

病之重者常有畏懼性。最常見之類，為畏市場性（又名畏廠處性）agoraphobia。際此病者一入廣眾之廠處，即被一種恐

慌之感覺所擾。一似畏懼欲死而全身戰抖；胸前覺壓，而心悸動。或更大汗淋漓，且自覺兩腿似被鎖於地，不能前進一步。尤可奇者，有時苟有他人伴行（甚或小兒或手杖或洋傘等亦可作伴），即能通過此險處。又有畏獨處者，名畏獨處性 *monophobia*，尤以在緊閉之室內為然；此名畏窄處性（又名畏陰處性）*claustrophobia*。至於畏見多人及大庭廣眾者，名畏廣眾性 *anthropophobia*。此外尚有許多畏懼性，例如畏高處性，畏患病性，畏火車性，畏雷性，畏閃電性等皆是也。更有無論何物及何人皆為病人所畏懼者。

特別覺或受擾，而尤以視覺為然。例如看書數分鐘，則眼球即覺痠痛及發閃光等是也。易惹性眼 *irritable eye*，即所謂神經衰弱性視力疲勞 *neurasthenic asthenopia* 者，為行醫者所常見。聽覺或受擾，或聞聲即覺耳痛，亦有時顯聽覺過敏。

頭內覺壓係一最常見之狀。此狀人各不同，或屬瀰散性，但在一處如額、顳、囟門或枕者較常見。

有時脊髓症狀或佔主要之地位，此名脊髓受惹或脊髓性神經衰弱。如此，則病者除顯若干以上所述之症狀外，畧一用力即甚疲乏，背虛弱而痛，肋間有神經痛性之痛，腿痠痛。脊柱或有局部觸痛點。該痛點或自顯，或須受按或運動方顯，間或感覺受擾，而尤以麻刺及微刺痛感覺為常見；反射或加增。內臟性神經痛（尤以與生殖器官相關連者為然）亦多見。背或頸之痠痛係脊柱神經衰弱病最常有之狀。若在婦女，則此等情況究屬希司忒利阿抑為神經衰弱，極難判斷。凡此類病，肌之動作之受擾最顯著。其症狀或係激惹性，或係癱性，或二者兼有。劇烈之類或顯共濟運動失調狀。此尤以眼肌之聯合運動為最易受患，致顯視力疲勞性調視功用受擾。上險下垂極常見，此或係交感神經所供給之腦力不足所致，而非動眼神經

癱所致，間或顯閉眼難立狀（冷字克氏徵），致病者或醫士疑爲脊髓癆之發端。至於文細和動如書寫言語等之受擾則較罕見，此與全身麻痺初起時所顯者頗相似。此等症狀每屬可驚，故醫者必須十分詳審始可定診斷。蓋此可爲單純的神經衰弱之症狀，非必爲脊髓癆初起所顯者也。

凡患神經衰弱病，反射常增。深反射必不喪失。淺反射雖不如此恒定，然亦常增。瞳孔多開大，而反射每如常。兩瞳或大小不均。屈光差誤者頗多；若戴合宜之眼鏡，或大有效。

尙有一類神經衰弱病，其肌力之虛弱或至極度，或致不能運動。必須十分詳審始可定診斷，蓋誤斷者頗多也。所謂無起立能及無行走能 *astasia, abasia* 者，即屬此類。

又有一類以心及血管症狀爲最困苦，或僅兼輕微之腦脊官能受擾，然以合併呈顯者爲最常見。心悸，心動不規則，心動急速（神經衰弱性心動急速），心部作痛及不舒適係最常見之症狀。微受激刺，即或至心動立增，間或兼眩暈及憂慮，故病者多自以爲心部有重病。更有顯假心絞痛者。

有許多神經衰弱病，以血管運動受擾爲一特別情狀。突顯皮之熱陣（尤以在頭者爲常見）及皮之暫性充血或爲極困苦之症狀。大汗或顯於局部或全身，間有在夜間顯之者。因周圍小動脈非常弛緩，故脈搏或異常。動脈之跳動或在體之各處可以察見，幾與主動脈瓣閉鎖不全所顯者無異。脈搏亦或畧顯陷落狀，而毛細血管之搏動或可在指甲內，唇上或額上割紋處窺見。有時腹主動脈之搏動係一殊性症狀。此搏動有時甚有力，而與腹動脈瘤相似。隨此搏動而得之主觀感覺或甚困苦，而尤以胃空時爲然。

周圍血管或縮小，四肢冷，鼻色紅或青，面容枯瘦；此多見於婦人，男子有時如是。凡患此類病者，皮下血管若擴張，則甚覺安舒。故可設法使之脹大（如多著衣服或飲酒）。

腸胃性神經衰弱之症狀已在神經官能性消化不良，胃擴張，浮動腎，腹內臟下垂諸章詳論，故不復述。

患男女性神經衰弱者，其生殖器患易惹性虛弱而致男人夜間遺精，房事後每顯異常之不舒適及自懼陽萎。此等病者之精神症狀最為可憫，每易受庸醫及僞醫之恐弄。此狀在男子，多起因於輸尿管深處有病，而尤以在輸尿管精阜（直摺）及前列腺二處者為然。精盜係多數病者所懼而常自慮者。病者自言時常遺精而遺時毫無快覺。大小便後亦或遺精。用顯微鏡察驗遺出物，有時亦有精子。真實之神經性陽萎，不罕見。舉丸痛有時係神經衰弱之一常狀。在較重之病（顯變性特徵者尤然），或有男女性顛倒之證據。凡在婦女，卵巢常痛，經期不規則，或患痛經。

診斷 精神衰弱 *Psychasthenia*，或以為此係一特類，宜歸入精神病（顛狂病）之中。

凡憂慮之情況，各類畏懼性，各類癱瘓以及職業性神經官能病，苟與神經衰弱伴顯，醫界每以為係大多數由遺傳而致之併發病。

神經衰弱為各種須依主觀的症狀及觀察病者尋常之舉止而不恃察驗身體而定之病中之最難診斷者。然察驗身體亦甚重要，蓋欲與他病之與之相似者判斷明晰，必須賴之也。身體之呈顯改變及物理徵每甚真實，惟此等客觀的改變無作標準及特殊性之價值。

希坡康第阿 *hypochondriasis* 與神經衰弱之異點在乎前者之病理感覺之過度的精神顛倒。蓋彼之病情係其幻想所致，不似後者之為真病也。

希司忒利阿 與精神衰弱尤易相混；而在婦女，更易將所患之神經衰弱誤斷為希司忒利阿。苟無希司忒利阿陣，無克來

息，無顯著之希司忒利阿性情感及智力之殊狀，則不應斷為希司忒利阿。

癩癩苟有明定之癩癩性發作，不難與此病區別。惟小癩癩或不易區別。

突眼性甲狀腺腫之初起或誤認為神經衰弱，尤以早期不顯突眼者為然。蓋其情感受擾及心之易惹性易使醫士致誤也。神經衰弱之甚重者，或與許多精神病不易區別。

神經系統之兩種組織病之最易與神經衰弱混淆者，即脊髓癱瘓及全身麻痺。脊髓性神經衰弱之狀或與脊髓癱瘓相似，而大腦性或精神性神經衰弱之狀則或與全身麻痺相似。然苟謹慎按次序查驗之，則診斷未必難定。若僅作膚淺之研究，則勢必致誤。凡遇脊髓癱瘓，苟細審其感覺受擾，深反射及瞳孔，即可定其共濟運動是否失調。至於全身麻痺，有時較難判別。當其初起時，多與尋常神經衰弱相似。醫士即使見有最顯著之精神衰竭症狀，且其來歷可疑，然苟無智力不健全，言語錯亂，面肌輕癱及瞳孔反射不靈諸全身麻痺狀，亦無定全身麻痺診斷之價值。檢查脊髓液，可減少若干疑慮。

治法 (一) **預防法** 許多患者，當其就診時，已遲一代（因遺傳故），故實難得美滿之效果，蓋或無恢復其神經系統已失之力之希望也。大凡有神經病性素質之小兒，必須竭力注意於其撫養。從出胎時起，即宜受強健精神之治法。各種壯健身體及精神之法皆宜施用。即在嬰兒時，亦不宜養成其嬌性。稍長，則對於其飲食，睡眠，求學等須十分注意。此等小兒之訴言，不可輕信。父母所操持之模範大有關係；燥動不寧，情感不禁；時時訴苦之母或且有害嬌嫩小兒之神經系統。醫士遇此等情事，宜對於該兒之將來相機行事，勸令離家養育。

神經薄弱(腦力不穩)之小兒特易於成就怒陣及情感受擾陣。此等不可輕視。務宜免去兇烈之責罰。倘父母或師長因小兒之頑梗而自行發怒,嚴聲厲色,或打或罵,每與小兒之神經系統有大損。苟遇此等小兒發怒陣時,以設法使之速臥休息爲最妙;倘其怒陣仍繼續不退,宜先用溫水浴,後用涼水淋頭,再使之臥,即能安睡。

此類小兒無論男女,當發身期內,必須特別注意。苟在此期內有昭著的情感受擾或腦力虛弱之趨向,即宜立令停學而竭力防受不正當之感化。

(二)個人衛生法 凡有神經病性素質者,宜終身遵守一定之衛生及防病規則。對於用智力之事,尤宜有適度之限制,且常須間以休息。各種激揚均須離避。烟,酒,茶及咖啡等宜不用。此等人每年宜有長期休假一次,至少數星期或一月,離去習居之地,赴山林或海濱等處。又暫離親友,赴他處休息,亦妙。

在尋常時期,每日宜有若干時注意於衛生。如冷水浴,游泳,體操,園藝,庭球,野球,打獵,搖船,帆船,散步等等皆與維持全身之滋養有價值。然而此等運動,僅與體力可以勝任者相宜。倘神經衰弱之病已成,此等運動法不可任意執行。曾有許多此類神經薄弱之女兒,因輕聽不適當之勸告,每日作遠道之散步,病勢因而大增。

(三)病之療治 神經衰弱病既成,治之之法包含許多問題。各病皆宜就其特點而特別處置;依常例論,罕有兩病須用同一之治法者。就常情而論,醫士須使病者脫離其致病之各種勢力而恢復其常度之腦力。病者之品性,體格,處境等必先一一詳審,而後對症施治。

診斷既定，醫士即宜告病者曰：“療治須寬假時日；在治療期內，必事事遵醫士之言方可見效。治法之見效與否，多賴病者自身；必須努力制勝若干趨向，或須竭盡所有之毅力及志力始能望治法之有進步。”若係商人或有職業者患此，而係過用腦力所致者，或僅須完全休息，或改換空氣及飲食，即能見效。病愈久，則症狀愈重，復原亦必愈遲。故較重之類，至少必完全休息六個月，謹遵醫士之指導，毫不留心其營業，方能有效。較短之休息，亦有裨益，但每難得完全之功效耳。

醫士為病者擇定一起居秩序單，每有大益；所執行之事件，大抵須佔滿一日之時間。初時病者不必知有此單，可賴看護者按秩序誘導病者執行。迨病勢畧退，始宜使之畧用肌力及智力，但必間時休息，而飲食之法亦須注意。際此，每日可以一小時為閱報書寫談論遊戲之用。惟有時寫信等事或有大碍，必須禁止或限制。若病者為文人，則每日以若干短時間使之繪畫捏塑或翻譯書籍，為效頗佳。

許多患者（內括女子一大部分）宜用有系統的安息治法療治。病者務宜與其親友隔離，嚴守所定之規則；然欲執行此治法，必先得病者及其親友之許可方妥。至於療治此病之腸胃症狀之法，已詳前，茲不贅。對於不規則之痛，例如在背頸等處者，用火刀治法甚效。

水療法苟能用之合宜，幾盡有效。在病者之家或尋常醫院內，固可用水療法；但欲行有系統的療治，則須赴專門醫院。用濕布裹法，每甚效；而在夜間施用，對於不能安睡者尤效，且可認為不眠之最良治法。鹹水浴對於若干病者功效尤顯。各種淋浴法，部分等濕布裹法，浸足法等亦頗效。電療法與精神治法及水療法併用頗佳。

醫士宜細心審查是否有局部病，苟有之，宜施相當之療治，眼部最爲緊要，宜注意。若有鼻咽部，齒牙或扁桃體之傳染，發病，內臟下垂或貧血，宜療治。婦女之骨盆內器官及男人之輸尿管深處及前列腺宜審查應否施治。

藥治法愈少用愈妙。醇，嗎啡，氫醌，可卡印決不可用。全身性補藥如砒及鐵劑，或有裨益，而尤以病者兼有貧血者爲然。對於劇痛或神經痛，間或須用鎮靜藥，而尤以在初治時爲然。此則溴鹽類甚佳。間或須用斐那昔廷或醋柳酸一劑，但此類藥愈少用愈妙。若不能安睡，務宜先試用各法，苟無效，然後始可用藥。濕布裹法常見效。若必須用藥，則以索弗拿，台俄那trional等爲宜。

若病者之憂慮情況甚劇，或須細心用鴉片丸，蓋對於若干精神病，鴉片有時能致永久之功效也。但對於神經衰弱，則不必久用鴉片。

(四)精神治法 催眠術罕效。仔細用倡導法最有功。信仰治法 faith healing 有時見效。昔雅格云：“信心之禱告能治病。無論醫士知此理與否，苟以信心治病，最爲有效。”昔有一醫士云：“醫士之信用愈大，則其治病之能力亦愈大。是以醫士對於療治神經衰弱或精神衰弱，彼之人格極爲重要。苟能得病者之信用，則其效果不可限量也。”按施行是法，其要件有三：(一)醫士必有莊嚴之人格，(二)佳良之醫院或衛生院及聰敏之看護者，(三)用倡導法使病者自信病之必癒。

(十三)外傷性神經官能病 (又名外傷性希司忒利阿)

TRAUMATIC NEUROSES (*Traumatic hysteria*)

定義 此係繼受震盪而起之一種病情。顯神經衰弱或希司忒利阿或二者合併之症狀。故實應名休克(震盪)性神

經官能病 shock neuroses. 又或稱之爲“鐵路腦病或鐵路脊髓病” railway brain and railway spine. 屬希司忒利阿性者甚多。更有所謂砲彈休克 shell shock 者，繼受砲彈爆發震盪而起。

原因 此病繼遇險受傷或受休克或震盪 shock or concussion 而起，例如因火車遇險而受傷或受震撼而身體未受傷害等所致者是也。有時或閱數日或十數日無恙，入後乃成神經官能病之症狀。此病不必定繼身體之受震盪而起，精神受兇險之印像，亦足致之。例如一駕駛火車者，因軋斃一小兒，其精神遂受劇烈之休克（震盪），不久遂成極昭著之神經衰弱症狀。劇烈之精神過勞加以受寒受濕，亦或能致之。例如一海軍軍官因遇暴風雨覆船，在水中日餘始遇救，其後成此病。更有因受輕打或由車或梯上跌落而成此病者。

症狀 此病可分三羣，即顯單純性神經衰弱狀者，顯昭著之希司忒利阿性症狀者，顯劇烈之機質病性症狀者是也。

(甲) **單純外傷性神經衰弱類** Simple Traumatic Neurasthenia. 第一症狀常在遇險後數星期呈顯，而此遇險或受真實之傷害或否不定。病者覺頭痛及疲倦，不能安睡。對於作業無專注力。後則神經系統易惹性呈顯；此或兼有許多輕微症狀，而病者之精神情況或暫時完全改變。時時繫念於其病情，以致非常憂鬱，病勢極重者或成憂鬱病。四肢或有麻刺及微刺痛感覺，間或有甚重之背痛。身體之官能或無恙；然依常例論，此等病者至少亦有若干時顯消化受擾及體重減輕。但察驗身體時，或毫無變異。反射畧增，與尋常神經衰弱無異。兩瞳孔或大小不均。或顯與神經衰弱相似之心血管症狀（已詳前），有時或甚昭著。此等症狀若傾向於腦，即名鐵路腦病；若傾向於脊髓，即名鐵路脊髓病。

(乙)兼昭著之希司忒利阿性症狀類 With Marked Hysterical Features. 在受一種傷害後,除有如上所述之神經衰弱症狀呈顯外,或兼顯可認為希司忒利阿特有之症狀。情感障甚昭著,對於感情之制限力幾盡喪失。並有頭痛,腰痛及眩暈。更或有劇烈之震顫,有時此或係此病最明特之狀。曾有一駕駛火車者,在遇險後,呈顯一羣神經系統症狀;其中最明特者,即一種全身性劇烈震顫,此顫在情感發揚時尤甚。最昭特之希司忒利阿症狀為感覺受擾。偏身麻木或為外傷之繼發患。在法國,此係一常見之症狀;在英美二國,則罕見。體麻木之側或兼色盲。更有顯希司忒利阿樣視野減小者。

(丙)兼腦脊髓之機質病性症狀之類 Symptoms Suggesting Organic Nervous Disease. 脊髓受震盪之後,雖無骨折或外傷,亦或致似機質病性症狀,或發顯甚速,或頗遲。曾見一報告,一病者當受震盪後,顯狀甚輕,且以為係僞病,其後增重,竟至於死。剖檢時,見有慢性硬腦脊膜炎之徵,大約即係受震所致。然有難斷定者。如凡遇險之後,雖未受外傷,數日或十數日之內或有一種燥動情狀呈顯,兼頭痛及腰痛;迨察驗身體,則知有感覺受擾,或為偏身麻木;或為皮有感覺減少之區;或若干處有觸痛;或溫度覺喪失。感覺受擾之處或為兩側性而對稱於一有限界之部,或為一側性,不定。視野常減小。味覺及嗅覺或受擾。淺反射或減;但深反射則常加增。兩瞳孔或大小不均。運動受擾之狀甚為複雜。

受外傷之後繼以神經衰弱或希司忒利阿症狀,然後再因有機質性病而致命者,亦有之,惟不多見。足以憑據而判認之為機質性病之症狀係視神經萎縮或膀胱症狀,而尤以與震顫,輕癱及反射加增數狀伴顯者為然。

此病之解剖的改變不甚確定。

診斷 凡在遇險之後，其所受之驚恐及慌張情況或持續至數日或數星期之久，然後逐漸忘却。此後呈顯之神經衰弱或希司忒利阿性症狀直與該二病之尋常情狀毫無差別。但醫士必須注意於審察是否伴病，因此類病大都係主觀症狀，有時甚不易判斷。苟精細察驗，則伴病者每故意造作，使若干病狀加重（此中尤以假裝脊柱之觸痛等為易認），並加重其反射，不難探得其真偽也。另有一緊要問題，係查是否有機質病。以上所述神經衰弱及希司忒利阿二類症狀或甚顯著，而或持續數年之久而毫無機質性改變之證據。偏身麻木，視野減小，單癱兼孱縮，或隨希司忒利阿性病狀而呈顯，且能完全復原。據醫界現今之知識而論，僅能就顯顯著之視神經萎縮，膀胱病及脊髓硬化（即側柱變性及多數性硬化）諸狀者定為有機質病。用X光線察驗，頗緊要；蓋有時能顯出脊骨之明確傷害也。

豫後 患外傷性希司忒利阿者大多數能復原。至於火車遇險之類，當正在訴訟之際而律師尚在要求賠償時，症狀常持續不退。訟案之了結每係迅速復原之起點。然亦間有於已得賠償後，症狀仍不退，且漸重，甚至有成精神病如憂鬱病或癡呆及進行性癱者。此外更有因外傷性神經官能病而繼起機質病者，但此甚罕見。

醫士對於此等病應斷定者有二：（甲）確否有病；（乙）病之殊性，究係單純性神經衰弱，抑或係劇烈之希司忒利阿，更或係機質病。病之結局除少數有若干危險之病如前已述者外，大抵能復原。但宜謹記外傷性希司忒利阿係最難療治之病。至於外傷性神經官能病，宜依治希司忒利阿及神經衰弱之法治之。

(十四)神經官能性癱瘓之他類

OTHER FORMS OF FUNCTIONAL PARALYSIS

定期癱 (又名循期癱) Periodical Paralysis. 眼肌之定期癱或時時再發, 歷多年之久, 已詳前。定期癱之累及全身之肌者, 亦係一種家族性病。或有極規則之再發期。曾有報告一家中十二人患之者。其遺傳必由於母。一美國醫士報告一家五代共十一人患之。另有一醫士, 見一家十六人患之, 其中致命者六人。

此類病之臨診情狀皆相同。癱累及之處大抵為臂及腿, 然亦有頸以下之肌均受累者。此癱每為健全之人所患, 毫無明定之原因, 且多在睡眠之際發端。初起時或只覺四肢虛弱, 困倦及欲睡。顯感覺症狀者較罕。癱由腿而起, 有時僅限於腿; 然常在二十四小時內成完全癱。頸肌有時受累, 舌及喉肌亦間或受累。腦神經及特別覺大抵受患。體溫如常, 或略低。脈搏緩。深反射減少, 間或喪失; 淺反射或微細。最奇特者, 係肌及神經對於法拉兌電應激機能之大減或完全喪失。

病勢或在數小時或一二日之內已開始退去, 不久癱盡退而健全如常。再發之期大約為一二星期, 更有日日復發者; 但一過五十歲, 大抵不再發。發作之際, 或有顯急性心臟張之徵。曾有三病者, 每在發作之前數日及將起時, 尿內之肌肝 creatinin 減少; 發作退, 則仍復常度。服枸橼酸鉀 pot. citras 足劑量, 能縮短癱期或阻止之。

無起立能; 無行走能 Astasia; Abasia. 此類病者雖不能起立行走, 而肌力, 共濟運動及感覺健存無恙, 係一症狀羣而非病症。或屬神經系統官能病類。患此病者五十八, 婦女居半數, 兼希司忒利阿者二十一, 兼舞蹈病者三; 兼癲癇者二人; 兼意志性精神病者四。患者雖於躺臥時腿及足之運動如常, 然不能走, 甚或不能立。類別甚多; 最常見者為癱性。病者將欲行時, 腿無力, 綿軟如絮。無強直, 痙攣, 共濟失調諸狀。若當臥或坐或兩腿懸空之際, 腿肌力竟無恙。但另有一類, 則與痙攣或共濟失調伴顯。如此, 則有使腿強直之運動而致一種痙攣性步態。更有一類顯突然之腿屈或臂屈或跳躍蹇者。但此病之大多數係神經官能病, 與希司忒利阿相似。患者大半能復原, 少年尤然。再歸者不少。用休息及靜電療法治之最相宜。

(癸) 血管運動及營養紊亂

VASO-MOTOR AND TROPHIC DISORDERS

(一) 雷挪氏病 (對稱性壞疽)

RAYNAUD'S DISEASE (*symmetrical gangrene*)

定義 此係一種血管之改變,而其血管不兼機質性病,大抵在手足,有時亦或在內部;因此遂有纏綿之局部缺血或阻性充血而致官能受擾或生活力喪失兼組織壞死。

原因 此病不甚多見。某大醫院所醫治之二萬人中,患此者僅十九人。患者女多於男。在二十至四十歲之間患之者,佔百分之六十;但無論何年歲,實俱能患之。

有時一家或有數人患之。神經薄弱及希司忒利阿性病者較易受患。發劇烈之凍瘡而致表面性組織壞死者,即此病之一種標樣。在傳染病中,亦或顯多數性壞死區,然其分配大抵迥異,此不可歸入雷挪氏病;又局部壞疽之與動脈炎相伴者亦然。

病理 依據此病之定義,凡兼血管機質病者,不歸入此病。所顯之局部缺血狀 *local syncope* 係沉佈之收縮勢力所致之動脈及小動脈痙攣之現象,甚或滴血不能流至其處。逾一二小時或更速,即或有實性充血繼起。於是動脈及小動脈乃擴張,而從前之死白色處,即變成鮮紅。此等充血雖或直接繼局部缺血而起,然其較常見者則缺血之後及充血之前,其間有一局部缺血(閉塞)期又名阻性充血期或發紺期 *local asphyxia, passive hyperemia or cyanotic stage*,而致該死白色變成青紫。凍瘡之秩序為實性充血,阻性充血及局部缺血三者依序而顯。而雷挪氏病之秩序則為局部缺血,阻性充血(即發紺期)及實性充血三者依序而顯。兩者之秩序恰相反。凍瘡之局部缺血(即阻性

充血或發紺期)起因於由靜脈之血反流;其局部缺血之病患在供給該處之動脈將搏動之前(猶言動脈血流復通之前)因凍處軟解而消釋。雷挪氏病之阻性充血,或亦屬同樣之原因;在不甚劇之阻性充血,尚有少許血通過痙縮之靜脈;但在標準的雷挪氏病之深紫色(紫黑色)處,則血流已停止,而該處之變死在卽。此等壞死之理,恰似以細繩緊縛指尖所致,甚易了解也。

此病係尙未確知之血管運動中樞不穩所致。

症狀 此病之等級頗多;大概可分爲輕、較重及重三類。輕者,其血管之受擾不過似尋常凍瘡所顯。有時獨累及手,惟手足同患者較多。在冬季,畧受冷卽顯青紫;稍暖則成實性充血,有時兼腫脹,跳動及痠痛。西人所謂牛肉樣手者,每爲婦女所厭惡,卽係一種血管運動之受擾而有成雷挪氏病之可能性者也。曾見患此輕類病者,一指色白,而鄰指則紅而青。此等情狀或持續數年而不至成壞死。

至於較重類,設若女子患之,其年齡約在二十至二十五歲之間;在憂慮或不健之後,指作痛或顯麻刺感覺或微刺痛感覺,繼則指色白而皮冷,歷一小時則變紅熱。在一二日之內,則又復改變;自指尖至第二關節或第三關節恒久作青紫色。並作痛,有時痛甚劇,須用嗎啡止之。其紺色持續不退;一指尖或他一指之末節變黑而起數皰。其餘各指則有血流恢復之徵,但有一指尖兼他一指之末一寸已顯壞死。該壞死處漸與好組織分離。此後或永不再犯,或過一二年再發不定。

重類係一極可怕之病,有時手指與足趾同時受累,間或有鼻尖及耳亦受累者。其痛甚劇。兩足上腫至踝而足趾色黑,外觀或似兩足皆將成壞疽者然,但大半可以獲愈;即使甚重者亦只足趾死脫。此類之一次劇烈發作或纏綿三四閱月之久。

迨癒時則二三指或趾脫落，兩耳之邊死脫，而鼻尖留一瘰。此重類之發作或每年再發。曾見有兩手及足盡行死脫者。

此病之累及上肢(或一枝或兩肢)者，約佔百分之四十三。除四肢外，頰、唇、脣及眼瞼諸處亦或受累。

併發病。視網膜動脈痙縮所致之暫時性黑矇，暫時性無語言能，暫時性偏癱均曾見之。兼顯癩痢者頗多。

蛋白素尿或在此病發作之際呈顯。顯血色蛋白尿者亦有之。

此病再發之後，其指或有皮硬化繼起。間或真普通性皮硬化之初起時或顯此病之情狀。更有兼顯關節炎者。

診斷 此病不難診斷。足趾之局部壞疽之與閉塞性動脈炎伴顯者或極似此病，然每為年較老之人及患糖尿病者所患，或與昭著之動脈硬化有關係。且依常例論，患該壞疽者其足背動脈之搏動大抵不能摸着；故不難分別。

急性傳染如斑疹傷寒，腸熱病及瘧或兼多數性壞疽區。但此等壞疽之分布常與此病迥異，甚易區別。希司忒利阿性或神經薄弱之人，有時兼多數性神經官能性皮壞疽，然此等損害多係偽作。如在徵兵之際，有將石炭酸塗躡趾，致成局部壞疽者。

治法 有屢屢再發至數年之久而療治毫不見功者。輕類不治自癒。重類局部缺氮若在足，病者宜墊高其腿而躺臥。足趾當用棉包裹。痛或甚劇，須用嗎啡止之。對於手足仔細施用按摩法，有時有益。賈法尼電療法亦可用(其法用鹽水浸患處，置一電極於脊背，他一電極於鹽水內行之)。或云硝酸甘油頗有效。又乳酸鈣十五厘 calc. lactas 1 gm. 每日三四次，有時大效。且常可以此療治凍瘡。甲狀腺膏有時有效。壓動脈彈力帶治法，曾用數次，皆見效。其法係緊纏患肢，至動脈血流

停止爲度，待數分鐘再行放鬆。放鬆後則因其時動脈弛緩，該肢遂充血而色紅。對於重癱瘓類，或須連用此治法，直至患處血管之收縮停止，溫度復原，皮色恢復而止。

又病人之食物宜充分多用脂肪。病人之手及足冷時不宜用熱水洗滌。

(二) 紅斑性肢痛病 (紅皮神經痛)

ERYTHROMELALGIA (*Red neuralgia*)

定義 此係一種慢性病。致體之一處或數處(常爲一肢端或數肢端)顯痛，紅及局部發熱；若患處下垂，則此等症狀增劇。病之定名即表明此病有紅痛之肢也。

症狀 初報告此病，在一千八百七十二年，其症候如下：

“一水手年四十歲，在患一種阿非利加熱病後，先左足患鈍痛，不久右足亦然。初無腫。當休息時，疼痛止。行路後則腫。受指按，並不凹，僅色紫而充血；靜脈增大甚，動脈之脈搏可見。雖全足覺痠痛而燒熱，但踝以上不腫，不痛，亦不發紅。至天冷時，則減輕。試用許多治法，皆未見效”。

此病少見。足受累者較手多。痛或甚劇。大約至天冷時則減輕；但曾見一病人，至天冷時反增重。

此病之病理尙未知。曾研究此病之患處凡九案，常有之改變僅爲慢性動脈內膜炎。然無神經系統損害可以察見。

(三) 血管神經官能性水腫 (奎因克氏病)

ANGIO-NEUROTIC EDEMA (*Quinck's disease*)

定義 此係以多少有限制之暫時性局部水腫爲特殊性狀之病。發作時或兼劇烈之痠痛。且有昭著之遺傳性素因。更或有因對於某種食物之過度易感性而致者。

症狀 水腫突顯，而常有限界。倘顯於面部，眼險係一常受累之處，唇、頰亦或受累。面部以外，則手背、小腿，或咽喉，亦有患之者。常屬暫時性，或兼輕性腸胃病。此病並不緊要，惟有定期再發之特性。曾有一患者，每日在十一或十二時左右發作，是頗奇特。其遺傳性或持續至數代之久。歐司勒曾見一家五代患之，患者共二十二人。腫無定處，常顯於一處者少。手面及生殖器最常受累。將發作之際，先有癢、熱、紅、間或蕁麻疹為其先驅。咽之突然水腫有時可致命。歐氏所見患此病之家，有二人因是而死。另有一人，屢次發作，其腫累及多處唇下或大腫，致口不能開。手或突腫，致指不能屈。每三四星期，必發作一次。常兼顯劇烈之痠痛、痛、惡心、間或嘔吐諸腸胃病。所顯之痠痛或極劇烈，有時須用嗎啡止之。兼關節炎者似無之。當腫發之際或有定期性心痛。病重者有時有血色蛋白尿。更有一希司忒利阿類，或兼感覺受擾而無腸胃症狀，其水腫累及之區呈幾何形，有不貫串之邊緣。

此病與蕁麻疹(風癢)以互相關屬，巨大蕁麻疹 *giant urticaria* 或與此病同類亦未可知，有一類紫癢名狼俄什氏紫癢者，常與蕁麻疹兼顯。奎因克氏以為此係血管運動性神經官能病，蓋血管壁之滲出力因之而突然加增也。

治法 尚無佳者。倘兼患貧血及全身性神經虛弱，則滋補劑有益，而尤以大劑番木鱈素為然。久用硝酸甘油，或見大效。乳酸鈣可試用，服法每劑十五厘 *calc. lactas 1 gm*，每日三次。腎上腺素(O·五西西)注射皮下，在十五分鐘內再注一次，有效。倘病之證明為對於食物之過度易感性而致者，則宜於食前一小時令食致病之物品一小劑。曾有一病，對於蛋白質有過度易感性，治以胰類(陪潑吞)頗見效。

(四) 頑固性遺傳性腿水腫 (米勒羅伊氏病)

PERSISTENT HEREDITARY EDEMA OF THE LEG (*Mitroy's disease*)

此病之特殊性狀為腿之頑固性水腫，而無可尋之原因及全身性症狀。似非罕見，男女受患之數平均。在米氏醫案中，凡患此者九十七人，其二十二遺傳六世之久。腫處皆嚴限於腿，不甚有差異。有時或有奇特之急性發作，顯寒戰，發熱及腫脹增加。除運動有碍外，與身體之康健無甚關係。

(五) 面性偏萎縮 (一側性面萎縮)

FACIAL HEMIATROPHY

此係一罕見之病，以面一側之骨及軟組織顯進行性消瘦為特殊性狀。起於幼時，間有成人後始發端者。大約繼受微傷或患病後而起；或汎佈面之一側，或起於皮之一定點，後者較多。萎縮逐漸蔓延，累及脂肪及骨，上頷骨最常受累，肌之受累最晚亦最少。其消瘦之界截然以面之中線為界，甚明定，故患者之面左右判若兩人。皮色改變，毛髮脫落。因頷骨之牙槽消瘦而牙齒鬆脫。因患側眼眶之脂肪消瘦，而眼球內凹。舌亦常顯一側消瘦。感覺受擾及肌顫搐或在萎縮之前或與之伴顯。此病大多數限於一側，然亦有屬兩側性者，更有患側之背及臂兼顯消瘦者。

剖屍檢驗，見三叉神經之各枝皆顯間質性神經炎之末期狀況，由各該神經枝之發源處至其末梢盡皆如是，而以上頷枝為最顯著。

此病一見即可認明，不可與面性對稱不均之與先天性歪頸伴顯者相混。他病之應區別者，為脊髓前灰白質炎之面萎縮，小兒及成人患偏癱後之面萎縮，繼神經核及交感神經癱而起之萎縮，後天面性偏肥大及限於一側之皮硬化。此病之情性尚未悉；但有許多繼患急性傳染病而起，此或係一可研究之點。此病無療法。

(六) 皮硬化 (疔症)

SCLERODERMA

定義 此係有局部或彌散之皮硬化之病。

類別 此病有二類：(一) 限界類，即阿狄森氏之癩痕瘡疹 Addison's keloid，亦即硬斑病 (蠟疔) morphœa (二) 彌散類，此則受累之處甚巨。

患者女多於男。最常發顯於中年。初生兒皮硬化 sclerema neonatorum 不屬此類，切勿相混。歐氏在十六年之內，見患此者二十人。

限界類 Circumscribed scleroderma。此類成斑，患處之直徑小則僅一二釐，大則似手或尤大，皮面作蠟樣，或呈死白色，扪之覺勁硬而有彈力。

有時皮或先顯充血，繼則色變深或變為無色（白皮病）不定。感覺之改變罕昭著。汗分泌之功能減少或全失。患處最常在乳部及頸，間或沿神經通過處而發。其斑片之長成或甚速，有時持續至數月或數年之久；亦有數星期即消滅者。

瀰散類 Diffuse scleroderma. 此類較少見，但較劇烈。初顯於四肢或面；病者自覺其皮較常時堅硬，運動之際亦覺該處皮硬而緊。其後皮漸鞏硬而與皮下組織粘着，致不能捏起。有時皮之外容如常，然光滑而較尋常乾燥者較多見。至於患處之位置，據統計表而論，無定處者六十六；在軀幹者二百零三；在頭面者一百九十三；在上肢之一者二百八十七；在下肢者一百二十二。顯感覺受擾者亦曾有八十案。此病或逐漸蔓延，直致全肢之皮盡受累。若係全身性者，則面失容態，脣不能動，咀嚼功能受阻，有時甚至不能進食。因關節處皮厚而手指不能運動。奇特之血管運動受擾常見，例如手及腿發紺是。又有患者，或兼顯心動急速。此病屬慢性，常經年累月不癒。曾有歷二十餘年而不癒者。但亦有自癒或不進行者。曾見一患者，面、耳及手受患甚重，但逐漸減輕。患者常有易患肺病或腎炎而致命之趨向。亦有兼患關節炎或心內膜炎者。雷擲氏病或與之伴顯。

一種奇特之營養不良所謂**指皮硬結** sclerodactyly 者，亦屬此病之一類。兩手之指受對稱性累，遂呈畸形，變短，且萎縮；皮增厚而色似蠟，且有時顯積色塊。指上或生多數性鈣化結節。又有生大皰或潰瘍者。指甲或有劇烈之畸形。此病常繼受冷受濕而起，病者一至冬令則增劇；患處觸冷，則有一種奇異之觸痛。足皮亦或改變，但其畸形如手之甚者未之見。有時身體他處顯瀰散之皮硬化。據某醫士之報告，單獨患指皮硬結者共三十五，指皮硬結之兼患皮硬化者一百零六。

病理 此病之病理尚未知。平常以為係萎縮性神經官能病，大約係皮之動脈改變而致結締組織過長之故。又曾見甲狀腺萎縮者。

治法 病者當著溫暖衣服；且宜防受寒冷，因此病與天氣變遷最有關係也。更須按時用熱浴，浴後即用油搓揉。甲狀腺素對於瀰散類有時有效，可試用。又日服薩羅 salol 三次，每次服十五厘 salol 1 gm.，或有效。

第十三篇 運動系統病

DISEASES OF THE LOCOMOTOR SYSTEM

(甲) 肌病 DISEASES OF THE MUSCLES

(一) 肌炎

MYOSITIS

定義 此係隨意肌之炎。原發性肌炎有急性、亞急性及慢性三類。常見者為膿性及非膿性二類。

(一) **膿性肌炎** Suppurative Myositis. 此又名傳染性肌炎。在日本常見，日本醫士 Miyake 氏報告患此病者二百五十人；然其中有屬他類病者。彼於二十一月之內，親見患此病者三十三人；培養其菌，大多數所得為金色膿球菌。此病或累及一肌或數肌，而病起常驟突，兼顯高熱及顯著之虛弱。繼則變硬之肌生膿腫；倘膿不能盡出，或致成膿毒血病。

(二) **皮肌炎** Dermato-myositis. 此係肌之急性或亞急性炎；原因尙未確知。與水腫及皮炎伴起。患此病者醫界計共報告三十案。茲將一合標準者論之。一患結核病而頗壯健之婦人入院就診，自謂肩覺僵硬，而手背及肘畧顯水腫。其感覺異常，臂亦漸腫，皮緊張，而肌綿軟。繼則股亦漸受累。病約纏綿三月之久。剖屍檢驗，見有輕微之肺結核；除臂肌、腓肌、腹肌外，其餘各肌皆僵硬堅固而脆，更兼甚重之浸潤及肌間之組織增生及脂肪性變性。病之時限常約一月至三月，間有較長者。肌之腫、觸痛、水腫及痛諸狀頗似旋毛蟲病；故有稱之為假旋毛蟲病者。病之性質尙未察知。凡二十八患者之中，死者十七。

(三) **出血性多發性肌炎** Polymyositis Hæmorrhagica. 此病與皮肌炎之普通情狀相似，其不同處即肌及肌間出血。患此病者十人，復原者四人。有時顯紫癍及粘膜出血。

(二) 進行性骨化性肌炎

MYOSITIS OSSIFICANS PROGRESSIVA

此為運動系統之一種進行性炎患，病原未詳。其特殊性狀即筋膜、肌、腱膜、腱、韌帶及骨漸成骨塊，終致各關節幾皆強硬。患此病者計有百人曾經報告。病勢由頸或背而起，初狀常為受累之肌腫，皮紅及輕熱，或肌內生小結節，時消時顯。此狀既過，患處之變硬留存不退，漸次進行加重而變成骨塊。最終或累及骨骼肌之一大部分。病原未詳。拇指及跗趾顯畸形或過小者，佔百分之七十五。

(三) 纖維織炎 (又名肌痛病, 肌風濕病或肌炎)

FIBROSITIS (*Myalgia, Muscular rheumatism, Myositis*)

定義 此係隨意肌及其相連之筋膜及骨膜之痛病。受患之處大抵在纖維織；故名纖維織炎。肌組織是否係此病之累及處，尙未能確定。或謂其若干類係肌之感覺神經痛。

原因 此病之發作繼受寒而起；外傷亦係常見之原因。男子患之者最多，而尤以常受寒及勞働者為然。用大力後突受冷，或致腰痛發作。素有痛風者，較易患此。既患一次，即易復患。常係急性，但亦有為亞急性或慢性者；後者中年以後之人多患之。據近今之研究論，此病多係繼脛扁桃、齒根或他處之竈局性傳染而發。舊說並謂食物不適宜，消化紊亂，腸及腎之排泄不適宜等亦為此病之素因。

病理 改變常在白纖維織內而屬炎性。在急性類患處有漿液滲出，繼則纖維織增生。此或侵入肌纖維之間，而致僵硬及痛。如此則或致肌之病廢(功用喪失)及萎縮。有時生結節；此結節頗痛。

症狀 急性類每為局部性。全身之受擾輕微；即在病之重者，亦或不發熱。痛係一昭特之症狀，或屬恒久性，或僅在肌

被牽動至若干位置時始痛。或係痠痛，與挫傷所顯者相似；或尖利而劇烈，與痙攣所顯者相似。有時甚痛，致病者喊叫。歷患處，痛或止。病大抵係暫時性，或歷數小時或數日即退去，但間有纏綿數星期之久者。最易再發。

有一類肌痛病，以累及頭及頸之肌為主，致先腫而後硬結。最常起於頸後側之肌，但間有在腹肌或四肢者。頭及頸之肌受累者或兼發頭痛，即所謂硬結性頭痛者也。有時與偏頭痛相似。腹肌受累者，此等有限之腫或致痛而可疑為闌尾炎。茲列述此病之主要類別如下：

(一) 腰痛 又名 腰肌痛 或 腰風濕病 Lumbago。此為最常見最痛苦之類，起於腰肌及該肌之腿附麗處。或屬間歇類。常為勞働者所患，時或因舉重物過於用力而起。發端驟突；若劇烈，則致患者不能行動，甚或臥時不能翻身或坐時不能起立。此病或與脊柱關節炎或骯髂關節病不易區別。但該二病之症狀皆屬恒久性。且脊柱關節炎之脊柱之動必大減，骯髂關節病亦必有該病之特殊性状，宜詳查之。用X光線察驗，最佳。

(二) 斜頸 又名 硬頸 或 頸風濕病 Torticollis or Stif neck。此或累及頸後或頸前側之肌。此病甚常見，多屬兩側性，幼年最常患之。病者之頭之姿勢異常，轉向一側，轉頭時全身隨之而轉。

(三) 胸側痛 (肋肌痛) 又名 肋風濕病 Pleurodynia。此累及一側之肋間肌，有時並累及胸肌及鋸大肌。此係此病最痛之類，蓋其胸不得休息也。在左側者較在右側者多見。深呼吸或咳嗽時該處痛甚，有時痛處不甚廣闊。或與肋間神經痛甚難區別，但神經痛每有限界，且常屬陣發性，而神經通過之徑有觸痛點。有時誤認為胸膜炎；但若能詳細施體格檢查法，當不難辨別也。

(四) 其他各類，則有頭肌痛，肩胛肌痛，肩肌痛及背肌痛數種。腹及四肢之肌亦有時患此。慢性類之不同處即疼痛，或痛與各級之病廢(功用喪失)伴顯。肌或顯顯著之僵硬，而該處有時受按即痛，或有硬結之明定觸痛區。

治法 休養受患之肌係第一要務；宜用佛蘭絨裹之，以免受寒。貼絆膏有時可止胸側痛。有孔之硬膏可止各類肌痛，在軀幹者尤效；社會中均甚信賴此種硬膏。倘痛甚重，宜於皮下注射嗎啡。對於急性腰痛，用針刺術 acupuncture 最效。即用三四寸 75—100 mm 長之針，先消毒，由痛處刺入腰肌，歷五至十分鐘取出，多能立刻止痛。恒電流有時獲效。有許多肌痛病，用烙器或起飽藥常見效。用熱力或反感刺激法常有效；在初起時，施土耳其浴法，或可減短痛期。大便宜通行；宜使多飲水。柳酸鹽類常有效。柳酸鈉十至十五厘 sod. salicyl. 0.6—1 gm, 醋柳酸十厘 aspirin 0.6 gm, 或薩羅五厘 salol 0.3 gm, 均可用。有若干病人宜用科豈肯(哥枝禁)素；如科豈肯酒十五滴 tr. colchici 1 cc 爲一劑，可用。慢性類可用碘化鉀。又透熱法，透皮療法 cataphoresis 或有效。易患此病之人當多著衣服，防受寒濕。按摩法有時有效；先宜輕按，漸次增大其力。此外如有傳染性竈局，宜即查究而療治之。其痛不宜用嗎啡治之。腰痛類用絆膏或托帶固定之，最有效。

(四) 肌強直 (湯姆森氏病)

MYOTONIA (*Thomsen's disease*)

定義 此係以在隨意動作時該肌顯強直性痙攣爲特殊性狀之病。係湯姆森氏所發見；湯氏家五代患之(在英國公定醫典中，此病歸入肌營養不良病內)。

此病大多數屬遺傳性，故有先天性肌強直之名；更有他類痙攣與此相同，惟有時屬後天性；又有屬暫時性者。

原因 凡此病之標準類，大抵屬家族性；然亦有少數散發之類顯同樣之症狀。患者男子佔多數。凡一百零二人中，男九十一，女僅十一。英美兩國罕見；德意志及斯堪的納維亞半島則較多。

症狀 此病發端於幼年。每因肌之僵硬，而該兒不能作若干平常之遊戲，於是知其患此。其特狀僅能在行隨意運動時察見。肌之隨意舒縮較遲；在放下所握之物後，其肌不似尋常之立即弛緩。故其收縮必持續須臾。行走時，發端困難：一腿之向前徐緩，蓋因初尙肌僵硬，故必停頓一二秒鐘也；迨行數步後，即和軟而行走如常。臂及腿之肌常受患；面、眼或咽各肌受患者少。若受情感及寒冷，能使症狀加增。有時或兼精神軟弱。感覺及反射如常。曾見報告，一家中患此病而有昭特狀者三人，病起於八歲時，患處全限於臂。皆兼不甚昭著之精神薄弱。其肌之狀況甚可注意。患者之外觀及實際皆豐壯，有時顯明定之肌肥大。但肌力與肌之體積不稱（猶言肌之體積大而力小也）。其神經及肌對於電流有一種殊性反應，即所謂肌強直性反應者是，其主要情狀係當法拉免電或賈法尼電激時，其肌縮之達最大度甚遲，而弛緩亦遲，且由陰極至陽極顯似蠕動之縮。

此病尙無法療治，然或可暫時制止。病之性質尙未知。或謂係新陳代謝紊亂而致肌組織自中毒之故，此亦未可知。治法尙未發明。

(五) 多發性肌陣攣

PARAMYOCLONUS MULTIPLEX (*Essential Myoclonia*)

定義 此係以不規則之慢性攣縮（大抵在四肢之肌）為特殊性狀之病。屬恒久性或陣發性，不定。

原因 患者大抵為男子。有時隨希司忒利阿，情感受擾，驚恐或過勞及甲狀腺病而起。一家或有三四代患之者。

症狀 其攣縮常屬兩側性。每一分鐘顯五十至百五十縮不等。間或顯強直性痙攣。不伴顯感覺及精神受擾。在發作之間期，或顯肌震顫。在劇烈之痙攣，其肌之運動或甚凶劇；身體顫播；有時不能使病者安臥。但在沉睡之際，則痙攣停止。此種肌之運動或自止。

(六) 重肌無力病（重肌弱病）

MYASTHENIA GRAVIS (*Asthenic bulbar paralysis*)

定義 此病顯肌系統之疲乏症狀，由於其肌或神經之無一定的改變而神經之供給衰敗所致。

患此病者一百八十人中，男八十三，女九十六。年齡以在二十至三十歲之間為最普通。病原今尙未知。肌之由延髓而得神經供給者，例如眼肌，面肌，嚼肌，頸肌，每先受累。其肌畧受使用，即顯疲乏；倘持續用之，即不能動而繼以不全癱或完全癱之情況。各種隨意肌或皆受累。休息後，肌力或復原。病之重者，其癱或持續不退。是病有所謂肌弱性反應者，係用法拉兌電感肌，即速致力竭之現象；此非賈法尼電所能致。症狀之劇烈性有時有昭著之緩解期。察驗神經系統，並不見改變。

診斷甚易。因其顯上臉下垂，面容殊特，言語帶鼻音，肌速疲乏及肌弱性反應而不顯萎縮，震顫等狀也。其症狀之輕重每有殊特之等差。凡一百八十人中，致命者七十二；有突死者。病者或能存活多年；有時能痊癒。休息，番木鱈大劑，按摩，輪替用碘化鉀及汞等法，皆可試用。

(七) 先天性肌弛緩

AMYOTONIA CONGENITA (*Myotonia congenita, Oppenheim's disease*)

此係先天病，以隨意肌之普遍性或局部性張力過弱為特殊性狀。此病之情狀係肌極弛緩而兼深反射完全喪失；此在生產時最昭著，而常有徐緩及進行性就痊之趨向。其肌雖甚軟弱，然無絕對的癱瘓。受患之處以四肢為主；面肌大抵不受累。肌小而軟，然無局部性消瘦。日久則有成纖維縮之傾向。肌之法拉兌電反應大減；每能忍受力大之法拉兌電。此外無他症狀足以表明有神經系統損害。

某氏曾彙錄此一百十五案。完全痊癒者未嘗有之，但有四十一案病後畧能就痊。此病解剖上的改變大有差別，茲從畧。

(乙) 關節病 DISEASES OF THE JOINTS

(一) 畸形性關節炎

ARTHRITIS DEFORMANS (*Rheumatic gout, Rheumatoid arthritis*)

定義 此係一種傳染所致之關節病，其特殊性狀為滑膜，軟骨及關節周圍之構造改變而有時或為骨萎縮或肥大。常有成慢性病程之傾向。

昔時醫界久以為此病與痛風及風濕病，偃麻質斯(偃麻質斯性痛風及偃麻質斯樣關節炎等名稱由此而得)有關係；誠近

今之研究，此等關係似乎已不甚確定。然隸於此畸形性關節炎名稱之下者，究為嶄然明判之兩病抑為一病之數類，尙在討論未定之際。主張前說者，以為滑膜及關節周圍之組織特別受累者係一病，即傑麻質斯樣關節炎 rheumatoid arthritis，而其軟骨及骨特別受累者則另為一病，即骨關節炎 osteo-arthritis。此病頗常見；凡稱為慢性風濕病 chronic rheumatism 之病案，有許多實皆隸屬之。

原因 年齡 大多數在二十至五十歲之間。凡五百人中，其未及二十歲者僅二十五人。另有五百人，其中百分之四十初狀顯於三十歲之前。關節周圍改變類發端之年齡，常較顯軟骨及骨改變者早。

男女 女子佔多數。惟在脊柱類，則男子佔多數。凡在女子，似乎與經絕期有關係。

素因 有時一家中或有二三小兒患之。在美國，黑人患此病者較白人少。人之職業及階級似無特別勢力。

受寒 受濕，飲食不宜，憂慮及勞心，局部受傷等等，皆係可能的惹因，惟關係或甚小耳。

畸形性關節炎係一種慢性傳染病 近年來此種主張日益受多數人之贊成。而其證據似以指定若干鏈球菌為此病之病原菌之說為較可靠。實言之，關節炎實為他處之染性竈局之繼發病。此等可能性來源為數頗多，然以由口及咽喉之受染為最常見。牙齒附近是否有膿腫(用X光線察驗)，必須細心尋覓；扁桃亦須細察。此外如鼻及骨竇之受染，齒槽膿毒病，中耳炎，慢性枝氣管炎，尿道之受染，女人之骨盆病及男子之辜丸及精囊之受染，皆或可為原因。又由腸道受慢性傳染之說，雖不易證明，然亦須注意。

此病之發端急而兼發熱，多數性關節炎，淋巴腺增大，脾常增大，有時兼顯胸膜炎，心內膜炎及心包炎，皆係可認為傳染之證據。又與由特種原因如淋病球菌所致之關節炎相似之損害，亦可疑為傳染；有時關節炎與明定之染性竈局相伴亦然。

新陳代謝 雖有許多患者顯滋養受累，然似毫無證據足以證明此病發源於新陳代謝之紊亂。大約新陳代謝之改變與營養之改變同，俱係繼起者。

病理解剖 平常之所陳說，大抵屬於此病之晚期而在損害已甚劇烈之際之情形；雖因多用手術而得加增此類知識，且有 X 光線足以資助研究，然對於研究此病早期改變之機會仍甚少。

所顯之改變大致如下：(一)損害多在滑膜及關節周圍之組織者，即所謂僵麻質斯樣關節炎（風濕樣關節炎）*rheumatoid arthritis*；(二)以軟骨及骨之萎縮性改變為主者；(三)骨肥大而過長者，即所謂骨關節炎 *osteo-arthritis*。一二兩類之改變最常見於四肢之關節，第三類則常在脊柱。此等改變究為嶄然各別之數病，抑為同隸一病之數類，實難置論。有許多患者，兼有以上所述之各類改變；由此觀之，則謂此等改變為嶄然各別之病之說似乎不妥。一般之改變如下：(一)滲出液。有無不定，亦不足視為特狀。(二)滑膜之改變。當初起時屬炎性，且常出血。或有顯著之增厚及其摺增生而成微刺（絨毛），即絨毛形關節炎 *villous arthritis*。(三)關節囊及周圍組織或受浸潤而腫。關節之增大，其起因於腫者較起因於骨改變為甚。(四)軟骨。有時顯腐蝕、潰爛、萎縮或增生狀。有時軟骨或完全喪失，但其改變常甚參差不平；有時或變成纖維織或骨，變骨處最常在軟骨之緣。有時軟骨變軟而漸被吸收或變薄（此狀常顯於滑膜受惠最甚之點之對面）。(五)骨。有時顯輕重大有等

差之萎縮。倘軟骨完全被吸收，則骨面多變堅硬而似象牙。若係肥大型，則有新骨長成；此最常在關節面之邊。若在關節，則此等改變或在關節腔周圍成參差不齊之骨環。最常見之生骨處每在指之末關節，名赫伯登氏結節 Heberden's nodes。韌帶亦有時有新骨質之沉着，而尤以脊柱為然。骨之增生常顯於關節之邊，為不規則之結節而成骨贅。韌帶或亦成骨，而尤以在脊柱者為然；此致脊柱成一強硬之柱。此等成骨性關節強硬為周圍性關節所患者罕，為脊柱所患者則常見。

有時或有繼發性改變。肌萎縮常見；有時發顯甚速。關節或顯半脫位（不完全性脫臼），尤以膝及指之關節為然。手常顯顯著之畸形，每向內側傾斜。或有攣縮繼起，致關節屈曲不能動。神經炎及營養受擾或伴起；此神經炎有時係關節炎之直接蔓延所致。皮下有時發顯結節。

用X光線察驗，所表現之各種改變頗明顯。軟骨之腐蝕易見。以關節周圍改變為主之類，其軟骨及骨每畧顯變異。一關節或數關節內或有各種改變。成骨性改變或與顯著之關節周圍組織受累伴起。

症狀 病之發起或屬急性，或徐漸，不定。急性類常有許多關節受累，或顯高熱而其一般情況與癱瘓質斯熱相似。有時僅一關節之初狀係急性，而他關節則在數日後始受累。至於發病徐漸之類，則每一關節先受累而他關節繼之。時或病勢介於急漸二者之間，是即所謂亞急性者。凡起病屬急性者，其發作大抵不持續甚久；而慢性類之起病，其時限常長久。急性類多數以顯關節軟組織之改變為主。

(一) 關節炎 Arthritis. 在急性類，關節顯腫，觸痛而扪之覺熱，但不常顯顯著之發紅。大關節或有液滲出。痛係一顯著之症狀，而在運動時尤甚。病者之姿勢常就其最舒適者而安

置。凡一關節一經受惠，其病演每不迅即退去；迨關節炎減退，則關節內卽有若干改變留存，但或甚輕微。脊柱關節（尤以頸部者爲然）多爲較急性類所累及，但此罕有恒久之改變。顛頤關節多受累。此處有關節炎，卽係可疑爲此病之朕兆。若手受累，每顯殊性改變。腕關節紅腫而有觸痛，運動不能如常。指常受累；指關節常腫而變厚，致指作梭形。不完全性脫位常見，而尤以指之末關節爲然。膝關節常受累，顯痛，滲液，運動能力減少，後則顯絨毛形關節炎或半脫位。關節壘增厚常早顯。

肥大類（骨關節炎）。此類不似關節周圍部特別受累之類（偻麻質斯樣關節炎）之常屬急性，然常係多發性關節炎。指之末關節，髕關節及脊柱尤常受惠。痛常係一昭著之症狀，而局部情狀則不甚昭著。

（二）赫伯登氏結 Heberden's Nodes。此係新生之小骨塊，在指之末關節循末指骨之兩側逐漸發生。患者女較多於男。在成結之早期，關節或顯腫及觸痛，並畧紅，而尤以在受傷時爲然。此痛及腫之發作或有頗久之間歇期，或隨傷而顯。有時此結爲一般關節炎之初狀。其分布不常有規則。最大者每在最多動之指。結不必定在一關節內；病者之他關節雖不患此類炎，亦或有之。對於此病，尙無治法；然其希望不惡。患者之關節炎尙如此發端，罕有大關節亦受重累者。

（三）單獨關節炎 Mon-articular Form。此常爲老年人所患，多顯於髕及肩關節。解剖上之改變與他類關節炎同。肌早顯消瘦，而其髕關節之改變最後則成所謂老年性髕關節病 morbus coxae senilis。此類之繼受傷而起者似乎不少。其與多發性關節炎不同之處，係大抵爲男人所患而且發於老年也。

（四）脊類（畸形性脊椎炎） Spinal Form (Spondylitis deformans)。此或單獨發顯，或與他周圍關節同受惠。周圍關節之急性多

發性炎或累及脊柱，但常無恒久之改變。至於肥大類，則常生新骨而致脊柱多少強硬，或累及其全部，或僅一部分不定；後者常在胸部下段及腰部。有時僅累及數脊椎。其症狀每大有異同，與周圍關節所顯者相似；或係重疊之急性發作，或係逐漸之進行性病演。在普遍性脊柱受累，肋骨或因之而固定，於是胸不能動而致作腹呼吸。此普遍性受累有二種；有以爲係兩種特別之病者。其一爲僅脊柱受累，而有昭顯之神經根症狀如痛，麻木，肌萎縮及脊髓之上升性變性。或以爲病之初起係腦膜炎，致神經根受壓，脊肌之功能喪失，椎間纖維軟骨萎縮及脊柱之關節逐漸強硬。其二則髓及肩關節或受累而其神經症狀則不如前者之昭顯。此二種皆屬於畸形性關節炎，皆不應視爲特別之病。患畸形性脊椎炎者男多於女，而外傷或係病原中之一要因。局部之受累以在腰部爲最常見，且或致坐骨神經痛及各種射痛。神經根被壓，則致痛，感覺異常及肌萎縮。脊柱之運動能力常減少。

(五)小兒畸形性關節炎 此有時與成人所患者甚似，通常則有昭著之異點。斯替耳氏 Still 曾區分一甚可注意之類，其一般之關節增大與淋巴腺及脾之腫伴顯。病之發起幾常在換牙之際。女兒受患者較男兒多。其症狀常係一二關節有輕微之僵硬；他關節亦逐漸受累。起病或屬急性，而兼發熱，甚或有寒戰。關節之增大由於軟組織之普遍增厚而非骨增大。運動能力之受碍或甚劇烈（因關節之固定故），且或有昭著之肌萎縮。淋巴腺之增大極昭特，與發熱之進行相應，且或屬全身性。其脾緣常可在肋邊下扪着。汗或甚多，或兼貧血，但心併發病則少。小兒之體力甚弱，且發育受碍。

(六)全身症狀 體溫。急性發作中，體溫或高至一百零二或零三（ 39° — $39^{\circ}5$ ）度；但較低而最高不過百度（ $37^{\circ}8$ ），且

持續數星期之久者，亦頗多。脈搏常增速，而與體溫之增加相應，最常見者在九十至一百十度之間。心的改變僅畧有之。淋巴腺增大常見，或屬全身性，或在與該受患關節有關係之腺受累尤甚。脾或增大；若患者為青年，此狀較多見。皮下結節曾數見之，有時觸痛。血多畧顯貧血；由患者之外容視之，貧血似甚重，其實則不然。白血球加增者罕；分類計算亦無甚改變。尿無重要之變異。皮有時顯不規則之黃色區，而尤以面及臂之皮為然。受累之關節之皮或有光澤。手足常多出汗。反射在急性類常加增，而其復常度係一佳兆。惟亦有反射喪失者。肌萎縮係常有之症狀，且有時進行甚速。最昭著處在手。肌顫搐者亦不少。

骨萎縮或頗昭著。此則女子顯之者最多。際此，關節之紊亂乃顯而軟骨亦速消滅。此等病常進行甚速。惟此類萎縮不可與關節久不運動之萎縮相混；必須明辨之。

病程 全身性進行性類 分急性慢性二類。急性類之起病或與佝僂質斯熱相似。許多關節受患；顯腫，尤以滑膜鞘及滑囊為然，但不發紅；常有輕熱，多在九十九—一百度（ 37° — $37^{\circ}8$ ）左右而持續數星期之久。脈搏之增速常與體溫相應。此類或於數年之間屢作急性發作，有時各關節輪替發作。此等發作常遺留確定之改變；初或尚輕，然有發作愈多而愈加重之趨向。此種急性病案有在婦女經絕時見之者。有時進行甚速；體重及體力均減低；萎縮及關節之畸形頗昭著；此等情狀似一種無膿之進行性膿毒病。

慢性類最常見。其病幾皆曾顯一次急性發作，而尤以在起病時為然。其第一症狀係運動時該受患關節作痛，且畧腫（或在該關節，或在其周圍）。有時滲出液甚多，亦有時頗少。局部之病況大有異同；發作時紅腫而痛，繼則退去，每如此輪替

發顯。初僅一二關節受累；後則他關節亦漸受累，而重者且累及全身關節。痛係一大有等差之症狀。有時關節之畸形甚重而不痛；有時痛甚劇，而尤以在夜間及病勢增重時為甚。更有此慘痛為恒久之狀者。此等痛對於畸形之成就有重要之關係；是因痛既阻關節之運動，又每使之常取舒暢之姿勢故也。

關節逐漸大改變，蓋因關節囊及鄰近之組織增厚或受新生之骨贅所壓，並常因肌收縮故也。運動時，受惠之關節有骨擦音。終則該關節完全不能運動；此非真骨性關節強硬；雖有時或起因於關節面之四圍生骨贅，然因粘着及關節周圍性增厚而不能動者較多。關節處之肌常顯急性萎縮而繼則兼有停用性萎縮，故其牽縮係股屈至腹而小腿屈至股。麻刺感覺，微刺痛感覺，皮顯色素屯積或光滑，甲狀炎諸狀有時或伴顯。病之極重者，則毫不能轉動，恒久躺臥，腿上屈，臂不能動，四肢之各關節亦均固定。幸而此等劇烈之全身性類，其手關節之受患或畧輕，病者雖不能行走及用臂，然或能書寫或繙織。有許多患者在二三關節受累後，病勢或停止而不復進行。大多數病者最終至靜止期，痛止而全體康健，所困苦者僅運動不便，且或畧跛而已。加雜病患不少。間或兼心臟損害，且脈搏常較常人速。

診斷 病初起屬急性者，與僂麻質斯熱不易區別。但其受患之關節較僂麻質斯熱之觸痛輕，且其小關節之受累較常見。又關節之增厚，迅速之肌萎縮，脈搏與熱度之相應加增，服柳酸鹽之不見效諸端皆足以證明其非僂麻質斯熱。與淋病性關節炎之區別亦或頗難，然淋病性關節炎 gonorrhoeal arthritis 之累及小關節者較少見，且在起病時顯多發性關節炎後，其受患關節之大多數漸痊癒，只臍一關節特受累。此等狀為畸形性關節炎所罕有。細查淋病雙球菌，於診斷有助。在慢性期

內，與痛風頗難判別，而尤以關節不顯昭著之改變者為然。用 X 光線攝影，大有助力；苟有昭著之關節周圍改變，即係畸形性關節炎之證據。至若尋出痛風石及尿酸加多，則確係痛風之證據。單獨性關節炎之患在肩部者，當與三角肌下滑囊炎 subdeltoid bursitis 區別明白；用 X 光線攝影，最有裨益。骹髌關節之畸形性炎當與髕關節之結核病區別明白。脊柱類之診斷特為重要宜注意。此若係普遍性類，診斷不難，惟脊下段之局部改變則較不易。痛及運動有限制係要狀；病者對於脊之各運動皆注意限制，使之少動。此與脊柱之結核不難區別。用 X 光線攝影，尤易察明。

豫後 病者之年齡，特性，處境，關節受累之輕重及改變之類別，皆係判斷結局之重要事項。苟能尋得受染之來源而加以適宜之療治，其結局頗有望。有許多患者，每有一定之病程；若能在經過此病程之際療治適宜，俾少受損傷，其結局必佳。至於特顯關節周圍改變之類，則早定診斷，療治受染之點，維持滋養，以及病者有毅力，皆係甚佳之事項。急性發作之類較慢進行性者之結局常佳。迅速之肌萎縮係一惡兆。婦女在經絕時起此病者常不佳。關節之改變迅速進行者亦不佳。小兒所患之類亦危險，但間有完全復原者。顯昭著之肥大性改變之類（骨關節炎）常有希望。赫伯登氏結常為恆久之患，但在大關節罕有病勢進行至完全殘廢者，惟其功用或甚受碍耳。脊椎炎之致全脊柱完全不能動者少。局部性類之結局常佳，但亦依病者之職業及受傷之機會多少而異。病者之全身情況與判斷結局有重要關係。有昭著之神經系症狀者，結局不佳。

治法 早定診斷以便早施治療，防免有碍之事件，注意全身之情況，用各種方法以減其關節之受損諸項皆係要事。此

中尤以早定診斷爲要；蓋誤認爲風濕病或優麻質斯熱而按該病施治者（如限制其食物及久服柳藥類是）頗多，其受害良非淺鮮也。

（一）受染之來源 宜細查此等來源；如能尋出，即須施適宜之療治。倘扁桃或齒牙有病，宜施治。膽管有受染之可能性，宜計慮及之。可製自體菌液；倘除去竈局而猶不足以治病，即當用之。血清就余等之經驗言之，未嘗獲益。

（二）全身治法 病者宜常居室外空氣鮮足之處，而全身之健康須竭力使之有進步。食品須用最有益滋養力者。蛋白質不宜減少。消化如何，必須注意；每宜減少炭水化物。宜多飲水，因水能助排洩也。大便宜通利；此則宜用瀉鹽。天冷時宜多着衣服，以免受寒。水療法如用布墊（裹濕布），對於局部療治頗佳；然常用之熱浴每無益而有損，而尤以對於急性類爲然。沐浴之時間不可太長。對於慢性類，浴法有時頗效。按摩對於滑膜及關節周圍改變類頗效。被動法當早用。換地療法對於病人之能多在室外並得免受天氣之變遷者，實有益。

（三）藥治法 對於此病，尙未發見特效之藥。柳酸鹽可用以止痛，但不可久服。鐵砒及碘諸藥時或有效。又可用碘酒，每劑五至十滴。久服碘化鉀，有時有效。久服甲狀腺膏及胸腺膏亦效。對於癩，有時須用藥止之，但宜先試局部療法。可用之藥甚多。如醋柳酸十厘 aspirin 0.6 gm，炭酸乖阿科五厘 gusiacol carbonas 0.3 gm，安替派林三厘 antipyrin 0.2 gm 是；又有時須用可第印半厘。嗎啡則不宜用，蓋恐成癮也。

（四）局部治法（甲）關節之應用必須依其受患之情況爲節制。若軟骨及骨尙未受累，被動法及按摩法有益，後則當使之自動。病者宜練習單簡之運動法。倘軟骨及骨已受累，

當先休息。但宜注意使不致孳縮及變位。故有時夜間須用夾板。惟宜小心防免關節之完全固定。此法對於骨關節炎暫用頗佳，然對於他類，則因其易致關節固定，故不宜用。（乙）外感刺激法，可試用火刀，起跑藥，芥末及碘酒。此等治法，用輕外感刺激法較用間期長而其力重大者為佳。（丙）充血法，使動脈充血（實性充血），例如用乾熱烤之，但不可過三十分鐘之久。其熱度之高低以病者能忍受為度。又可使靜脈充血（虛性充血），初則僅行少許時間，後則每次可歷數小時。（丁）水療法。恒用布墊，常有效。可在夜間用之，至日間則除去。

（五）外科治法 修正其畸形，最為有益。絨毛形關節炎常宜用此手術。對於骨肥大類，截除過長之骨，亦常有益。

（六）特別類（甲）赫伯登氏結。刺激及損傷必須防免。痛則可用布墊治之。（乙）脊椎炎。在急性期內，休息最為重要，且當用石膏背心或用相宜之器械。外傷務宜防免。（丙）膝關節。用一有彈性之托帶，最為有益，常可免關節受傷。

異體蛋白質 Foreign Protein。此曾經證明對於是病或有效，法用豚類（蛋白初解物）protease（百分四之溶液一至二立釐）或腸熱菌液（七十五至一百五十兆）注射入靜脈。欲求其結果有益，須使引起高強之反應。

關節炎之繼急性傳染病而起者 Arthritis Secondary to Acute Infection。關節炎多數繼傳染病而起。其類別甚多，宜注意：（一）有明定之菌性病原者，如淋病性及結核性關節炎是也。此類之症狀大抵甚明定。（二）繼病原尚未查明之傳染病如猩紅熱及麻疹而起者，此則有時似由於受本病之染，有時似受繼發性染。（三）繼其關節中並無菌類之明定的傳染病而起者。此類較常見，而不易辨明。例如隨扁桃腺炎發作而

顯之不重而速退之關節炎是。此類或以爲可稱爲中毒性關節炎或血中毒性關節炎 *toxic or toxemic arthritis*。而傳染性關節炎之名稱對此似不甚適合。此等關節炎常能痊癒，且不遺恒久之損害，但纏綿過久則或亦顯上述之畸形關節炎改變也。

慢性癱瘓質斯病又名慢性風濕病 *Chronic Rheumatism*。此一名稱爲醫界所汎用。凡對於種種關節炎，無論與此名之意義相符與否，概稱之曰慢性癱瘓質斯病。不啻惟是，且對於若干與關節毫無關係之情狀亦復如是。例如關節，肌，筋膜，骨及神經之痛皆汎稱之曰癱瘓質斯病。因是此名稱之意義遂汎然無界限，故不如完全擯棄之爲愈。

(二) 間歇性關節水腫

INTERMITTENT HYDRARTHROSIS

此病之特殊性狀爲一或數關節顯奇特之定期性水腫而不兼發熱。腫發起或甚速，且有時似有水流入關節內之感覺。常患痛及僵硬。病發之期自十日至十二日甚或一月三月無定。患者多數爲婦女，有時兼顯顯著之希司忒利阿症狀。或爲繼發性而僅係若干關節損害之一種呈顯；其他則係原發性而顯定期性腫之特殊性狀。有時其關節與血管神經官能性水腫相似，且或兼顯紅斑及他處之血管神經官能性水腫；更有唇及眼險同時水腫者。結局不佳；常易復發，各種治法皆無效。

(丙) 骨病 DISEASES OF THE BONES

(一) 肥大性肺病性關節病 (肺性骨關節病)

HYPERTROPHIC PULMONARY ARTHROPATHY (*Pulmonary Osteo-arthropathy*)

定義 此係與若干慢性病(特如肺病)所伴起之手骨，足骨及長骨遠端之對稱性增大。

原因 所謂杵狀指 clubbed fingers 者，係此病之輕狀。此病之種類甚多。最常與先天性心病，肺結核病，他類肺病（尤以枝氣管擴張為然），先天性梅毒，慢性黃疸及其他慢性病同顯。患胸性動脈瘤，或累及一手之指。起病常甚緩，但亦有似急性而在一星期或二星期內即昭顯者。有時自行退去。其骨並無變異，僅結締組織纖維性增厚及血管充血。此種病情不易解說。凡在心肺病，其常有之充血之機械力足以致此；然在先天性梅毒及肝病，則其病理不可知。或以為此係毒素所致。

其最常受累者為橈骨及尺骨，掌骨之下端，肱骨，脛骨，腓骨之下端較少見。

馬利氏 Marie 以為此病係吸收毒素而致骨膜炎之故；然他人則以為係結核性傳染之一輕類。

症狀 病初起徐漸，每為病者所不自覺。有時長骨之端及手指足趾或顯感覺過敏。余等所見之若干病人中，有一人此狀極劇。凡已成病者，皆易於辨認。其手大，指端稍腫，指甲大而屈曲。足趾亦顯同樣之改變，而脚似增大，足趾及踝處尤甚。肘骨顯彌散性增厚，近腕處更甚；脛腓亦極增大。病重者，有時二踝關節及膝關節昭然大凸。此等肥大少有累及他長骨者，惟間有累及肱骨及股骨者耳。頭骨決不受累。有時又或顯脊柱後凸。

診斷 診斷不難；蓋其手足之情狀與肢端肥大病迥然不同，且皆係繼發性病況也。

(二) 畸形性骨炎 (韋哲忒氏病)

OSTEITIS DEFORMANS (Paget's disease)

定義 此係一慢性骨病，其特殊性狀為頭增大，背頸後凸（背頸僵硬），鎖骨增大，胸底外展及脛向前外彎諸端。

此病係一八七七年韋哲忒氏所發見。

原因 普遍性類不常見。病原未悉。或係因內分泌缺少所致。

病理 大抵以顱骨、脊骨及諸長骨之受累為主；面手足之骨受累者較少。顱骨之厚甚有四分之三寸，故其圓周亦增大。有一病者，顱骨周緣長至七十一釐。長骨之幹增厚甚；其重量較同長之無病者重一倍。股骨彎而前凸；脛骨甚大而向前彎。上肢之骨受累較少，脊柱顯昭著之後凸（僂僂）。有時兼不完全性關節強硬；骨盆亦寬大。

此為破壞性骨炎，漸次累及骨之中央。一方面骨膜下及骨髓管皆生新骨；繼則後者病勢漸強，致骨漸次增厚。

症狀 此病常起於五十至六十歲之間，有時兼有無定之痛。病者因須購較大之新帽，每先自覺頭增大。繼則親友見其身長變矮，腿漸彎。此病有許多痛狀。臂及腿常痠痛，夜間尤甚。頭痛，枝氣管炎，皮積色素諸狀亦或有之。身長之變矮極為昭特。曾見一病者，身長竟減短十三寸之多。

診斷 此病易於診斷。其面狀與肢端肥大病不同。肢端肥大病之面狀呈雞卵形，闊端在下，而此病之面狀呈三角形，闊端在上。有時僅以數骨為限而不汎佈。曾見三人，僅脛骨及腓骨受累。另有一人，股骨畧受累。此等骨逐漸增大，向前及側彎曲，故腿彎拱而身長減短。又有一類，名成瘤畸形性骨炎，乃因多數性骨纖維過長及贅生物而骨成畸形。此類是否與韋哲忒氏病同屬一病，尚係一疑問。

(三) 骨性獅面 (獅面狀骨病)

LEONTIASIS OSSEA

此係顱骨之骨纖維過長；有時面骨亦過長。其情狀多從醫科博物院陳列之顱骨考得。近一醫士報告有一婦人，其頭、面、頸有慢進行性增大，軟硬兩組織皆受患。彼名之為大頭病 *megalo-cephaly*。或謂此病起於幼年，多係受傷所致。顱骨之內板或外板生骨贅性贅生物；若內板生之，或顯腦瘤之症狀。

(四) 成骨不全 (發育不全性骨病)

OSTEOGENESIS IMPERFECTA

此係胎兒之系統性病而骨之常度發育喪失。出胎時所有之骨皆脆弱。未出胎時，在子宮內或曾患骨折，後則接合，故有昭大之骨痂(接骨質) *callus* 可見。四肢多彎曲而呈畸形。其要狀即顱骨之發育不全及所有之骨皆脆弱。此等病兒大多數致命，然亦或能生存而其骨隨身體之發育而漸堅。治法，以小心保衛，使勿受傷為主。其骨折每易接合。

運動系統病

(五) 骨脆病

OSTEOPATHRYOSIS (*Fragilitas ossium*)

此係罕有之病。其特殊性狀為骨有異常之脆性，老年之骨變細而脆；許多患慢性消瘦病及癲狂病者亦然。患此病者，身體之康健如常，但一受輕微之傷如輕擊，輕拉，臥時翻身等皆足致骨折。又如尋常嚼物時，或致頷骨折。此病為少年所患者較常見。許多小兒所患者顯前遞成骨不全之狀。間有持續患至老年者。一病人骨折之次數有多至百餘次者。骨折時不痛，並易痊癒；且罕有併發病。曾見報告，一患者兼普遍性肌萎縮及尿過多。

近人有擬議此病與成骨不全係屬一病者。

(六) 骨質軟化

OSTEOMALACIA (*Mollities ossium*)

此病以痛，肌軟弱及骨脫去石灰質而致軟化為特殊性狀，其結果為骨折及呈畸形。大多數病人為婦女；屢屢受孕為致此病一部分之原因。其與佝僂病之關係，尚屬疑問。內分泌擾亂或足以致此病。病初起常在二十至三十歲間。骨質軟而顯脫去石灰及有新結構狀。最初之症狀為痛，在背及骹部尤甚，運動則增重。軟弱狀頗顯著；且或強硬而繃縮。步態無定，有時屬痠軟性。骨之畸形常從脊或骨盆發端。入後骨之畸形顯著，並兼骨折，骨痠形成及肌消瘦。病程常經數年；或因衰竭或一種臨終傳染而死。早期診斷不易；僅畸形呈現後得診斷之。X光有助於診斷。治法：宜令病人服油浸磷劑(每劑二十分之一至十二分之一厘，即 0.01 至 0.02 五克)。截除卵巢，或有效。對各症狀合宜之治法當予施行。

(七) 軟骨發生不全(胎兒軟骨營養不良)

ACHONDROPLASIA (*Chondrodystrophia fetalis*)

定義 此係骹軟骨之一種營養不良，係受骨膜之結締織之侵所致；因是骹及骨幹在發育未全時先期接合，而長骨遂不能長至常度。患者之頭及軀幹如常，惟四肢甚短，故身材矮小。

形態 軟骨發生不全性矮人頗易辨認。滋養良而身體健，智力如常。但其身高僅在三四尺之間(90—120 cm)；頭及軀幹大小如常，而四肢甚短，垂臂時其指僅能畧過髻緣。診斷此病之要點，即在此四肢之過短而近中央段之受累更甚，故肱骨及股骨較尺骨及脛骨反短。四肢頗彎，然此

種彎狀實為尋常應有之彎之過度及關節之異常，而非如何佝病所顯之病理的彎。且無佝病之情狀。手短，各指之長度幾相等，且彼此常畧散開。鼻根下凹，背平，腰彎而向前曲過度（因骯骨前斜之故）。肩胛骨過短，腓骨較脛骨長，骨盆收小。遺傳性似與此無大關係。

病理 據解剖論，此係循軟骨之營養不良。軟骨之細胞參差散列，基質受骨膜之結締織之侵而有許多組織帶橫入骨幹之端。而由膜性母組織所長之骨之發育似乎如常。

醫界或以為此係大腦垂體之官能紊亂所致；又或以為係羊膜液（胎囊膜液）之壓力之紊亂所致。

(八) 尖頭畸形（俗名壽星頭）

OXYCEPHALY

定義 此係一種顱骨之畸形，兼具突眼及視力不良之患。

形態 其特殊性狀為額過高，向上作尖形 tower or steeple-head（即中國所謂壽星頭之形態），眶上疇不甚昭顯，生髮之頭皮常高，一似被梳支起。智力如常。此狀常在出生時呈顯，然在二歲至六歲之間呈顯者亦有之。當此畸形生長之際，或有頭痛，突眼及視力受累（因進行性視神經萎縮所致）伴顯。嗅覺多完全喪失。此等畸形似乎係若干骨縫之接連過早所致。可在矢狀縫及冠縫（顱骨間縫及額顱縫）察見。此等骨縫既早連合，則顱頂不能向前後及橫徑生長，於是腦漸增大而顱骨即向上增高。前囟（前額門）之連合似較常人遲，而其常例之位置則畧凸而僅為一層薄骨。

視神經炎及萎縮係因受腦生長之直接壓力所致，與腦瘤所致者同。骨縫接連過早之原因尚未察知。此等病况，似宜用減壓手術療治。

歐氏內科學附錄

APPENDIX

特殊傳染病

SPECIFIC INFECTIOUS DISEASES

副腸熱病又名副傷寒 Paratyphoid Fever (參見34面)。分甲乙丙丁四類,以甲乙二類為較常見。丙類在上海曾見一例。此四類祇能用細菌學法鑑別之。

丹毒 Erysipelas (參見48面)。療法。抗鏈球菌血清可試用之,或用自身菌液。

白喉病 Diphtheria (參見50面)。細克氏試驗法 Schick test。試驗之理論。(1)每鈺血具抗毒素 $\frac{1}{30}$ 單位者,對於白喉即有免疫性;此在尋常人多有之。(2)血內有此量者,於注射白喉毒素最小致命劑之 $\frac{1}{10}$ 後,不起任何反應。

驗試之手續。將含最小致命劑 $\frac{1}{10}$ 之毒素之食鹽溶液0.2鈺注射於皮內(非注射皮下)。最便在前臂之屈面注射之,並用曾經熱至 75°C 歷十分鐘久之毒素注射於對側之臂以資對較。

反應。(1)陽性者。注射區發紅,界線明顯,其徑半至一時;於二十四小時發現,在七十二至九十六小時間最為顯著;歷時七日,色素沉着至十日。(2)陰性者,局部無異狀。(3)假性反

應有謂由於毒素蛋白所致，但未確定。假反應在成人最常見由五至十歲起始顯之，五歲下罕見。其現象呈較大而界限較暗昧之鮮紅區，於十八至二十四小時發現，在二十至三十小時最顯著，歷三日消退。因此故有於彼臂行對較試驗之必要。

(4) 假性與陽性聯合之反應。假性反應特異之點為歷時較短。

結果。因年齡而有異，半歲以下者概為陰性，半歲至六歲者百分之五十至七十顯陽性反應，成人則呈陽性反應者減至百分之二十。陰性反應指示有免疫性，與病者接觸無須抗毒素。陽性反應指示有易感性，與病者接觸須注射抗毒素或行自動免疫法。假性反應則無一定。(Tidy)

毒素抗毒素 Toxin-Antitoxin (參見 56 面。) 免疫法之價值已完全證明。其意蓋將凡半歲與二歲內之小兒概實施免疫法，因一歲之小兒大多數有易感性也。初生之嬰兒具免疫性者(得自其母)85%，但此免疫性，尋常自半歲至九月時即喪失。是以用細克氏試驗法測驗各小兒，而於凡無免疫性者實施毒素抗毒素混合液之注射，實無疑義。此混合液每次注射一甬，共注射三次，其間相距一或二星期。免疫性發生緩慢，故與此病接觸者，須注射抗毒素。其免疫性約 98% 至少可歷時五年，且有多數人大抵終身有之。半歲以下之嬰兒不可施免疫法。(Osler)

毒素抗毒素合劑。所用之合劑不一致，寶威藥行 Burroughs Wellcome & Co. 所製者，每甬內含毒素三個致死劑及抗毒素 3.5 單位(毒素之一個致死劑混合抗毒素一單位，能於四日末殺死體重 250 克之豚鼠)。

方法。在小兒分次注射 0.25, 0.5 及 1 甬於皮下，每間一星期注射一次。局部之反應往往頗重，但全身症狀甚罕。三星期至三月即有免疫性發生，可保持至一年半。

近今有人用山羊以備製毒素與抗毒素之混合液，此較由馬體所製者少有毒力。注射四星期後，其免疫性或能歷七年之久。

變性毒素 Toxoid，法文一名 Anatoxin。近今多用以代替毒素抗毒素，因其較為安全也。其製法係將白喉毒素在37°C溫度內接觸佛馬林液俾其毒力幾完全消滅，然其免疫能仍存。用以接種小兒使之得免疫性，其結果頗為滿意。

療法（參見58面）。治此病最要者為：（1）注射抗毒素。（2）休息。次要者為注意衛生，飲食，局部療法及特症狀療法。

抗毒素之注射。劑量。視病起之日數及其輕重與臨症之類別而定。有疑義時可投以大劑。其目的在將需用之抗毒素乘二十四小時內給之。

在起病之第一日就診者，可投4000至8000單位，按年齡及輕重而定；閱八至十二小時復注射之。在累喉者注射6000至8000單位；閱八至十二小時後復注射之；在極劇烈者，注射10,000單位，二十四小時內復注射兩次。至第二日則審其狀況而定其再注射與否；在累咽門者往往無庸復射；累喉者則須復射上量一劑即可。第二日以後則依其情況而定。

閱一日後就診者：劑量每日加增一半。

小兒所需之劑量幾與成人相等；兩歲以下者可給與上述之三分之二。

欲得之結果，為於注射12至24小時後，全身輕快，假膜皺縮。

注射法。注射於眇部等之皮下。所用之注射器及針，須細心消毒；注射處之皮膚須塗碘酒。其注射應在皮下，不可在皮內。非新開瓶之血清不可用。

靜脈注射，據實驗之情況，此法最為有效；但自臨診所得之結果，其據不甚確定。靜脈注射，最佳於緊急時用之。在嬰兒

行此法頗感困難。倘病人以前曾經注射血清，則不可用此法，因可致危重之過敏現象也。是以立即注射皮下，較待至注射靜脈者為佳。劑量約為上述之量之三分之二。

由口及直腸內注入無效。

脫敏感作用。若必須行靜脈內注射，宜先預防感受過敏。法：每間五分鐘依次遞加注射血清 0.5 鈺，1 鈺，2 鈺，5 鈺於靜脈內；倘無症狀發現，可繼續注射全量。發現症狀，則須俟半小時後再射，或改由皮下注射。症狀之療法用興奮劑。腎上腺素 1-1000 可注射 3-5 量滴於皮下。遇緊急時，有謂可將其 1-5000 之溶液 3 至 5 量滴注射於靜脈內。(Tidy)。

流行性感冒 Influenza (參見 95 面)。療法 Turner 氏法，給以柳苷(一名柳精 salicin) 20 喱 (1.3)，起初十二小時內每小時服一次，其次十二小時內每二小時服同等劑量一次。多數病者依此服法即已足用；倘不見效，可復用此劑量，每日服四五六或八次。病之回歸者亦可復用此療法。

小兒之劑量，按每歲 1 喱 (0.065) 遞加，並另加 1 喱，例如一歲者，用量 1 喱加 1 喱 = 2 喱 (0.13)，二歲者劑量 2 喱加 1 喱 = 3 喱 (0.2)，如是類推。十八歲以後應服足劑量 20 喱 (1.3)。裝扁囊內或服其散皆可。小劑量無益。此法對於併發病如枝氣管炎或肺炎無效。Turner 氏用此法垂三十年，謂功效極佳。

桿菌痢疾 Bacillary Dysentery (參見 102 面)

症狀。桿菌痢之輕重，大不一致。其潛伏期為二至七日。病起甚驟，有腹絞痛，旋即腹瀉，病狀漸重，大便有粘液而頻，裏急後重甚顯，體溫升至 101°F (38.3°C) 或尤高。

痢疾患至一月以上者，可視為慢性痢，此大抵由於在急性期所受治療不充分，或恢復尋常飲食及活動過早之故。病者

常瀉稀糞，內含粘液少許。此患可纏綿經年，最後或因衰竭而死，或逐漸痊愈不定。用乙狀結腸鏡檢法，可見粘膜徧紅而粗糙，或呈細粒狀，尋常有許多之淺潰瘍。有時可見腫脹區之頂有一小潰瘍。腸壁增厚，內或有廣基之乳頭狀瘤或息肉。取其潰瘍面之病質培養，往往可見該菌發育。

病理解剖。大腸粘膜壞死之斑脫離後而成邊緣不齊之潰瘍，橫列腸內面。慢性痢疾可發生極多之匍行性潰瘍於略變厚而有纖維性變之粘膜上，其損害多現於結腸之下半或三分之下二。須注意者，桿菌痢之病變多為粘膜淺層之瀰漫性炎，可致壞死，與阿米巴痢之原起於粘膜下而成疏散有潛性邊緣之小潰瘍，及其相間處發炎甚輕或無者相反。

診斷。桿菌痢之糞便甚為特殊，為粘液與膿所成，其色自淡紅至鮮紅不等，視血多寡而定。用顯微鏡檢查，內含細胞極多，強半為多核白血球，赤血球多少不等，且有大單核細胞 *large mononuclears* 及巨噬細胞 *macrophages* 或破折細胞 *clasmatocytes*。後者極為重要，因其不僅為桿菌痢之特殊現象，且因其大而內含赤白血球，以致或可誤為已死之阿米巴。

用乙狀結腸鏡檢法 *sigmoidoscopy* 可見粘膜充血甚重，有灰白色之淺壞死處，水腫亦甚顯，且有極多之粘液滲出。血清內之凝結素，往往至病之第六至第十日始顯，故血清診斷，只在後期有用。

療法。用硫酸鈉之飽和溶液 4 至 8 甬 (1 至 2 量錢)，每一或二小時服一次，連續服至二十四小時，或至瀉水糞而無困難為度。其後可每四小時服一次。服此藥期間，應飲液體愈多愈妙。如此可大減其痛及裏急後重之狀。但在小兒或患失水之成人，用此藥宜慎，或不用，或與靜脈或皮下注射鹽水之法並行之。在病之暴發者，宜使病者溫暖，及注射當量鹽液於靜

瓶內 1,000 至 2,000 瓶。在霍亂式之病案，可用羅追氏高滲鹽液 (Roger's hypertonic saline, 氯化鈉 8 克，氯化鈣 0.25 克，水 568 瓶即一量磅) 注射靜脈。在後期若便秘，每晨服硫酸鎂或硫酸鈉一劑。灌注直腸，在急性期無大用。但用溫淡之液如鹽溶液，或略有效。羅追氏謂過錳化鈣 calcium permang. 有抗毒作用，用其千分一之溶液 (水 1 量磅，藥 10 噶) 灌注結腸有益。

血清療法。尋常奏效甚佳，然間或無效者，則因所用之多價血清所含抗體對於桿菌某亞類或不完備之故。尋常之多價血清含兩大亞類之抗體。用此療法，其死亡率大減。有 Willmore 及 Savage 二氏在 El Tor 計其統計謂於 1909 至 1911 年間，其未用血清治療者之死亡率平均為 58%，其用血清者則減至平均不及 27%。Graham 氏並謂用血清所治之二百病案中，死亡者僅及 1%，北平協和醫院用血清所治之 79 案中，其收效甚佳者佔 51%，收效尚佳者佔 25%，無效者佔 24%。血清療法收效最著者，在對於毒性甚顯之病人。用之愈早，收效愈著。在急性病案，若於初起之二十四小時內注射足劑量，往往可縮短其病期。肌內注射大劑量甚痛，且收效較遜，故以注射靜脈為最佳，但注射時須審慎，務求安全。

附註。病者對於血清過敏性之有無須在第一劑注射之前，用稀釋至 10% 之血清 0.02 瓶注入皮內 intracutaneously 以測定之。其顯陽性反應者，在一小時內即於注射處顯一腫塊，繞以紅暈。若顯此狀，須用漸增劑量之法，使病人脫除敏感。其法開始用稀釋至 10% 之血清 0.025 瓶，每半小時注射皮下 hypodermically 一次，其量每次加倍，直用至 1 瓶為止。倘至此尚無反應，則可用 0.1 瓶之血清注射於靜脈內 intravenously，每隔半小時用逐次較前量加倍

之量注射於靜脈一次。靜脈注射所用之血清,須用鹽液等量稀釋之,且須合體溫緩緩注射。

肌肉注射,最妙在股之內收肌行之,但慎毋傷及股動脈。亦可注射脇腹部或臀部之皮下,惟吸收較緩。

該血清務須用大劑量,初用之二日,每日可用40至80鈺,有謂可用60至120鈺者。最妙繼續用至溫度歸於正常,大便不含粘液爲止。但在用血清三四日後顯然無效,或在病之後期糞內許久含少許之粘液者,不在此例。

慢性桿菌痢疾之治療。該桿菌有時於腸內存留多年,務以灌腸劑治療之,硝酸銀1-5%溶液有效。但迨金氏溶液 Dakin's solution 少危險而結果滿意,且其價亦較廉,須備25%者熱至身體之溫度灌注300至500鈺每日三次,至後可漸增其濃度,甚至用未稀釋之迨金氏溶液。當灌注時,病者作膝胸仰臥式爲佳,否則須仰臥墊高其盆部。若用迨金氏溶液而病者覺痛,則可代以雅春yatren 0.2克,水200鈺,且可由口服.5喱(.03克),此以在夜晚行之爲佳。惟先須灌洗直腸,而後注射此液,則或能存留於腸內一夜,至次日排出。若結腸之首段受累致灌腸劑難於達及,或病沉重而須安息結腸者,則行外科法有效。欲行闌尾造瘻術,則灌洗液可直接達至闌腸及升結腸。亦可行闌腸造瘻術,或小腸下段造瘻術,俾腸內之糞等直接排出於外而不入結腸,且可用灌腸劑灌洗結腸,行此法病者可食足量之食品,至痢疾痊癒後,則可再行手術,使腸道復原。(Smyly)

米利他熱(馬耳他熱) Malta Fever (參見106面)。使牛羊發生傳染性流產之流產桿菌 *Bacillus abortus* or *Brucella abortus*, 有謂在人可使發生久熱,與米利他熱極相似;此在歐美曾經見之。此類桿菌之某亞類與米利他熱球菌 *Micrococcus melitensis*

甚相似。傳染大抵由牛乳。在中國患米利他熱者曾報告有數例，故久發熱之病人應注意其是否由於此菌傳染之所致。

據嶺南農業雜誌所載南京 Gibbs 教授之報告，謂用凝集試驗之結果，證明流產桿菌顯於牛類之傳染如下：外國入口之牛患者 29%，中國黃牛 9%，水牛 4%；但關於水牛尚有繼續研究之必要，因尚無臨診上之證據顯示水牛對於此病之有易感性也。

流產桿菌染人之病症 Human Infection with *B. Abortus*

流產桿菌為牛羊傳染流產之病原菌，係 Baug 氏所查出。數年後 Evans 氏研究此菌而謂與米利他熱（浪熱）球菌有密切之關係。此菌有數特點如下：（一）牛羊豬受此菌之染每致流產。（二）此菌之亞類按其形態及血清反應與米利他熱球菌無異。（三）患米利他熱者之血清凝集此二菌之能相等。（四）患病而對於此二菌顯凝集能者，或未接觸患米利他熱之山羊，但已接觸染流產桿菌之畜類，有時亦能由此人之體內覓得流產桿菌。（五）曾有人特意染此菌而竟患米利他熱。

由此可知（一）牛乳所帶之流產桿菌有時能使人患稽留熱 *continued fever*。（二）對於患稽留熱者除須注意為腸熱病或結核病等外，另有為此菌所致之病症。（三）若飲受染之牛之鮮乳，則或有染病之虞。（四）此二菌（甲）米利他熱球菌（多累人及山羊），（乙）流產桿菌（多累牛及豬），大抵為同一細菌之亞類。流產桿菌亦稱之為 *Brucella abortus*。

臨診症狀。溫度非屬浪性，每為稽留性而不規則。病之初起為隱襲性，全身欠爽，但其景況較米利他熱者為輕，有頻發寒戰者，豫後尚佳，惟纏綿頗久。

霍亂 *Cholera Asiatica*（見參 108 面）。此病在中國知之甚早，四千餘年前已有霍亂名詞記載者。素問六元正紀大論云，太陰所至為中滿霍亂吐瀉。至唐時，有某醫謂霍亂由於食物不

合,而非鬼壓所致。元代醫家某,謂起因於積食不化,加以外感如受寒,陽氣不得上升,陰氣不得下降,膈被牽下。明醫李鼎則謂此病之要因為受暑,因其多盛行於夏秋之交也。中醫分霍亂為乾濕二種,乾霍亂不吐瀉,最為危重。

此病之為流行病(瘟疫),古代尚未論及。霍亂為流行病,盛行於中國,據記載,在1669年約由麻刺甲 Malacca 傳入。又在1769年流行一次,而1820年尤盛,特稱為印度霍亂流行於中國之年,以後按期復發。在1821年自廣州傳至北京。自1858年至1867年曾每年復發,在1877及1888年又復盛行。

此病在1820年至1821年流行最烈,自中國南部傳徧全國,死亡者不知若干萬人。然霍亂在中國每年皆有發現,惟其式不一。

就實際言之,可謂霍亂皆起於南方,循海岸向北方蔓延甚速,由內地商路則較慢。然在內地尚有一傳播較速之第二路線,即速由揚子江達華中並傳至華西。此可於霍亂流行各大城之時日指證之。因此沿海各城流行最多,揚子江口岸次之,而內地雖亦可有劇烈之流行,究較少甚。總言之,霍亂之流行,係按時由南而北,自東徂西傳播。有謂甘肅從無霍亂之流行,此可表示霍亂多由水道傳布。

療法。其他方法: (1) 醚酒精 spt. ether. 30滴,白柴油 ol. cajuput. 5滴,丁香油 ol. caryophyll. 5滴,杜松油 ol. juniper. 5滴,香硫酸 ac. sulph. aromat. 15滴。劑量,將上藥一量錢,加水半量兩,每半小時服一次,直至吐瀉皆止。此法在印度用之。(2) 白色大丸劑 bolus alba: 此為瓷土 kaolin (即本地矽土 native aluminii silicas) 搗為粉末,去其粗粒給以7兩(200克)之大丸加水14兩(400錢)服之。此藥不溶解於水,不過拌和之而已。若依然嘔吐,可使病人緩緩再服一劑。(China Medical Journal, July, 1927).

炭疽一名脾脫疽 Anthrax (參見 122 面)。最近博醫會報 42 卷第 7 期,載有 C. M. Canright 醫士關於此病之論文,謂人類受此病之傳染,在中國大抵較一般所臆料者為多,因此病在獸類殊不少見。氏謂此病初期用薩乏散或新薩乏散(即六零六或九一四)極有功效。該論文並附有皮膚損害之色圖。

麻風 Leprosy (參見 131 面)。有 Muir 氏在印度報告用下法治療麻風,曾有佳效。大風子油 *ol. hydnocarp* 與 4% 木焦油 *creosote* 等量注射肌內或皮下,劑量由 4 銖漸增至 10 銖,迨注射足劑量不發顯局部反應後,用大風子油酸鈉 *sodii hydnocarpas* 1% 溶液注射於靜脈內,劑量由 2 銖漸加至 10 銖。此二法輪替用之,最為有效。劇烈之神經病,可用 1-1000 之腎上腺素溶液 2 滴至 4 滴注射於肌內以治之。

麻黃素(馬風素) *ephedrine* 亦極有功效,開始用 0.05 克,倘無眩暈,可用 0.1 克。服此藥一劑後,於 45 至 65 分鐘即顯輕快之效,其效可歷二十四小時至七十二小時。可用硫酸麻黃素 *ephedrine sulphate* 裝於硬膠囊內服之 (Muir)。

因大風子油酸鈉易於壅塞靜脈,故近今 Rogers 氏用一種無刺激性之大風子油酸鈉 1% 之溶液,此溶液尋常可往復注射於靜脈內而無乖效。用 3% 溶液注射於皮膚損害處之皮下或肌內,亦無痛楚。此製劑價廉,寶威藥行售者其名稱爲 "Alepol"。

Muir 氏之法,將此藥一劑吸入注射器內,後將注射器之針插入靜脈,復吸入等量之血,將注射器循長軸旋轉(針仍插靜脈內)以使二者混合,而後將全部注入。

在患麻風而有梅毒者,用汞 33 名 *Avenyl* 治之,甚有功效。

注射牛乳誘起蛋白質反應之法,近來試用有佳效,但此法過嫌猛烈,且有時亦危險,非在久病不易療治者不用之。

關於麻風之治療，博醫會報第四十二卷第七期載有重要之論文，茲擇譯數節如下：

碘化鉀之於麻風病 Potassium Iodide in Leprosy (Dr. E. Muir).

下述之例可為治各種及各期麻風用碘化鉀之劑量之指引。

(1) 在 B² 及 B³ 之病案，開始每日用 1 喱 0.06 克，以後日增 1 喱，直至有反應發現為止，其反應約為體溫升至九十九度 (37.2°C) 以上，皮膚損害發腫而紅，或神經幹極顯觸痛。在 A₁ B₁ 及 A 病案開始用 5 喱 (0.3 克)，每日增加 5 喱，直至劑量達 30 喱 (2 克) 或有反應發現為止。

(2) 當溫度降至九十九度以下，腫脹及其他病徵之反應消退後，可繼續用此藥之致此反應之劑量。

(3) 倘無反應發現，下劑即可增加其量。若有發熱及腫脹，即不增加。

(4) 劑量之增加，須視反應之輕重而定。在 B² 及 B³ 病案中，有時只可徐徐增加，例如一次增加 1 喱。在 A₁ 及 B₁ 病案，多半每次可倍其劑量，直至反應發現；否則雖用至 240 喱 (16 克) 之最大劑量，亦或不起反應。此等病案，可如下法增加其藥量，即 5, 10, 20, 25, 30 喱，每日服一劑，然後用 60, 90, 120, 150, 180, 210, 240 喱，每星期中服兩日，相間三四日。

此較大之劑，可分作二半，一半在下午五時服之，一半在臨睡時服之。在經驗未深者，對於 B², B³ 及 A₂ 病案，最妙緩緩增加其劑量以免反應過度。在 A₂ 病案，其神經幹及小腿前臂之骨之疼痛或甚難堪。

(5) 倘反應歷四十八小時不退，或病人於反應既過後仍覺衰弱，則每星期只可用碘化鉀一次，否則用二次。

(6) 倘病人仍覺衰弱，可多休息，而間時用此藥，並給與鐵、砒及番木甙素等強壯劑，但在反應之程度及病人力量之可許範圍內，碘化鉀之治療以少間斷為要。

特殊傳染病

(7) 碘化鉀可配作合劑用之,但莫如作成 1 喱, 5 喱或 30 喱之錠劑,按其所需之劑量而用之。此藥須溶解於一大盞水內服之。所加之水愈多,其有碘中毒之危險愈少。

(8) 劑量在 5 喱 (0.3 克) 與 30 喱 (2 克) 之間時,有時現碘中毒之症狀,甚或發碘疹,但尋常用至 30 喱以上之劑量,此症狀即不甚現或無之;且據吾人之經驗,若依上法多加水服之,則困難甚少。牛乳及牛乳油亦似可減少碘中毒。

(9) 病者之體溫最妙每日至少檢查四次,以助規定用藥之量,但倘不便如此辦理(如無知識之非住院病人),尋常用此治法亦無困難,可依病者之情況及皮膚損害之狀態與其他症狀作投藥之指引。

反應之節制。在易起反應及已有多數成熟之風癩細胞行將潰破者,雖用碘化物之小劑,亦可起反應,至歷數日甚或數星期之久。倘發熱及損害處腫脹歷三日以上不退者,可用酒石酸銻鉀 0.02 克溶於無菌之鹽溶液 2 呿內,間日注射靜脈一次,並用鐵砒及輕瀉性之補劑,直至反應消退為止。反應既退,即不復用酒石酸銻鉀,再繼以碘化鉀。倘有神經痛之反應,可用鹽酸腎上腺素 1-1000 之溶液三滴,加鹽溶液 30 滴 (2 呿) 注射於肌內,倘疼痛不止,可間五分鐘復注射之。更妙者用麻黃素治之,已述於上。

有許多病人於碘化鉀治療時,特易起神經反應,每服碘化鉀一次,即致神經痛二十四至七十二小時以上。倘病人於自覺疼痛開始時即服麻黃素,則可繼續用此療法而無阻,直至肉芽腫消去,碘化鉀不再致反應為止。有時單服麻黃素一劑,即足以使不顯疼痛,反應停息。⁹

麻黃素之當時作用,大抵因其能致神經幹之小血管收縮,以減其血管充血。又似能提高病人抵抗反應之力,致反應發

現較輕；然不妨礙碘化鉀之逐漸消去神經及身體他部之病之良好作用。同時依上述之法，用大風子油酸鈉。

碘化鉀對於測驗暗昧或停息之麻風病案亦甚有用，因其能顯出損害，且就其致紅腫與否而知其是否完全治癒。如是全身淋巴腺對此試驗，亦可起反應而指示其狀況何如，甚或肝及脾亦起反應。（A. B. 附以上下數目者所以別病之級期及類式也）

療法（增補）（1）用大風子油注射肌內，由1至10鈺，每星期二次。

（2）用大風子油1至8鈺注射皮下，使其浸潤，每星期二次。

（3）用大風子二烷醯 ethyl-esters of chaulmoogra oil 注射於皮膚損害處之皮內，使呈四分一至二分一吋之腫塊。在損害大者，或需1至10鈺。

（4）用大風子油酸鈉溶液（1-4%）注射於靜脈，或皮下，或肌內，劑量由2至6鈺。

結核病 Tuberculosis（參見201面）。日光療法；日浴法；射線療法；光線療法。此法之功效，全在日光或人工光線中之超紫線（前者尤為有效），於人之健康有益。數種結核病用之收效極佳，而以累骨、淋巴腺、腸及腹膜者為尤然。用時須慎，對於病之進行者尤應注意。暴日光下，最妙在涼處行之，過熱殊非所宜。

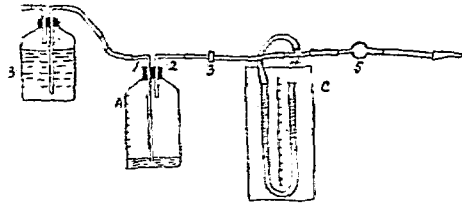
肺結核病之療法 Treatment of Pulmonary Tuberculosis

人工氣胸 Artificial pneumothorax 此法之目的在使病肺能休息。此等治療法與人常用之外科性結核治療法同一意義，例如關節結核病，若能休息則其復原之望較大。適應證如下：（一）病累此肺而彼肺75%之部分無病，且此肺顯進行性者（如臥床後，當起床時，病仍進行）。（二）劇烈或再發性咯血。（三）急性肺炎性或枝氣管肺炎性結核病。禁忌證兩肺已有瀰漫

特殊傳染病

性結核病,或有肺氣腫,或有累心之併發病,或有腎炎,若病在早期而症狀漸變輕則不必用之。至於喉已患結核病者非為禁忌證。

其法,取一容1000 呿而分割 100 呿度之 A 瓶,裝滿氧氣(或由無毒之棉花濾過之空氣亦可),用穿兩孔之橡皮栓,第一孔有長玻璃管達至瓶底,此管之外端接連一橡皮管 1 通至 B 瓶



之底。第二孔插一短玻璃管 2,其外端接一長橡皮管,此管之彼端連一空針以便刺穿胸壁。此長管近 A 瓶處可安置一夾子 3。遂有一枝管(用丁形玻璃節 4 接之頗適宜),此枝管接一 U 形檢壓計 manometer C 以測定氣之壓力。該 U 形管盛水,能計算 30 釐水之壓力。5 處為一裝棉花之玻璃球(為濾過氣之用)。B 瓶與 A 瓶相似,但內裝以水。B 瓶之栓通長管接 A 瓶之長管。若將 B 瓶放於 A 瓶之畧上處,則 B 瓶之水按虹吸原理流至 A 瓶之底,而 A 瓶之氣由短玻璃管及長橡皮管被引至胸內。未用之先,各器須完全消毒。病者須側臥使病側向上。麻木劑應徐緩注射,使插針處完全麻木,致病者少覺不適,且頗安心。插針處應對於肺之無病區,當針達至胸膜時須命病者不咳。先以夾子夾住長管,將空針插入胸膜腔內,則見檢壓計之水有擺動之式。然未幾則顯負 8 至負 12 釐,遂將夾子輕輕

放開使水從B瓶流至A瓶，而氫氣乃入胸膜腔，任氣入胸，甚至其壓力加4糧（如負8變為負4，或負12變為負8）。大抵第一次所用之氣為100至500瓦，遂將空針取出，封嚴其口。

此術應屢次施用，首星期之內須行三次。每行此術時大抵見胸膜內之壓力已增大1糧，此後注射之次數可減少，每注射時應使壓力加增4糧，過三月之久若用20糧壓力，大抵能將肺壓至脊柱，所用之壓力不可過25糧，此後大抵每六星期注射一次，且須細心檢查氣胸之徵。

每注射空氣時，不可使胸內之壓力改變過速，例如負壓驟變為正壓，或小度之壓變為大度之正壓，以免胸膈障移向彼側致病者受損。有人謂用正壓後之結果不佳，故用負壓而未見其肺萎縮者，不可進行，須改施他療法。

結果 若用於適應證最宜之人，則結果頗佳，大抵須用至二年之久。若肺有貼於胸壁之處，則此法或難於施用，否則無何困難。每次不可注射過量之氣以免致休克。

結核病之預防法 *Prophylaxis in Tuberculosis*

關於細菌所致之病症，若將各該菌之菌液漸次注射於動物，則常可使之得免疫性，此為多年人所共知之法，此法已用於多種病而得甚滿意之結果，數十年前即有人推廣此理，而用於結核病。所惜先備之結核菌素等之力或過大，致與病人有害，或過小而無預防之能。於1908年有Calmette氏取一頗有力之牛結核病之菌集落，培養於馬鈴薯上（該馬鈴薯經煮於含5%甘油之牛膽汁），過十三年後（已用次培養法 *subculture* 至230次），則見此菌液對於各種動物無何毒力。但接種後常能刺戟該動物產生抗體（該抗體用補體接合法易於認出）。當1922年，Bille, Calmette 及 Guerin 三氏取此種細菌製一種結核菌液名

特殊傳染病

B. C. G. 而後試驗之以定其有無毒力,既定其無毒力後乃施用於 178 嬰孩。其法將活菌液 .01 克混懸於下述之液 2 錢(甘油 4 克,葡萄糖 1 克,蒸溜水 100 錢)此爲一劑量。嬰孩初生後,至第 4, 6, 8, 三日,每日食一劑量。後見此嬰孩之死亡率較未施用者少 3%。此後其法於法國及歐洲他國施用者年多一年。可惜二年前此菌液用於某地,偶沾染他毒因而受之之嬰孩獲大損傷,甚至患病死者不少。此意外之損傷,大抵非因菌液內原有之毒所致,因其他嬰兒受之無害也。於 1930 年十一月間, Calmette 氏報告用 B. C. G. 菌液之結果,於法國曾有二十八萬人,在德國、西班牙等均用之而致結核病之死亡率減少。

在瑞典國之某省會接種 4009 嬰孩,而未接種者有 8342 嬰孩,結果於三年內受接種者之死亡率爲 6.6%,而未受接種者之死亡率爲 22.2%。再嬰兒接種後首一月間未發生何種免疫性,但由二個月以後始發生之。接種者與未接種者首一月內之死亡率大抵相等,但一歲之死亡率則有異,即未接種者爲 11.4%,而已接種者爲 5.6%。在法國某處於 1925 年產生 478 嬰孩,均未受接種,其首一月間之死亡率爲 2.7%,由二至十二月死亡率爲 5.1%。該處於 1928 年產生 445 嬰孩,均受接種,其首月間之死亡率爲 2.7%,由二至十二個月則祇 1.37%。由此觀之,接種法實有保護生命之趨向。總之, Calmette 氏謂用 B. C. G. 菌液後,結核病之死亡率減少由 4 至 1。

Calmette 氏報告有多數細菌學家曾檢查 B. C. G. 之功效。有注射於豚鼠者,而見其患輕性結核病,不久即癒,此與注射人類結核病質之結果不同,因豚鼠受此結核病質之微小劑量每致患病而死亡,由此可知 B. C. G. 之毒力小甚,非用最大之劑量注射靜脈,則無恒久之損害。總之,其法雖不能完全預防此病,但較他法爲佳。

土拉倫斯菌病 *Tularaemia* 爲齧齒類 *rodents* 之特殊傳染病,但亦能染及人。

病原 土拉倫斯菌爲革蘭氏陰性球桿菌 *coccobacillus*。若畜類患之則顯似陪斯忒病之損害。人受染者,乃因被患病之蟲所咬(其蟲爲蝨或木扁蝨或蚤或臭蟲),或因接觸病畜所致。在實驗室接觸該畜,受染頗易。

症狀 潛伏期二至五日,病驟然而起。病者發寒戰,全身疼痛,若因咬傷所致者,則傷處顯壞死狀,後成小潰瘍。相連之淋巴腺腫大或染膿,若由實驗室受染者則無局部之壞死,淋巴腺亦不腫大。溫度^高,每顯弛張式,常纏綿數星期之久。恢復期頗長,死亡率甚小。**診斷** 須與陪斯忒及鼠咬熱鑑別之。病者之血至第二星期能凝集本細菌。若將潰瘍面之液注射畜體則能覓得此菌,若培養人血則不能覓得之。至今只有症狀療法。

念珠狀隱胞菌性癬病或化膿病 *Furunculosis Cryptococcica Moniliaca* or *Pyosis Cryptococcica Moniliaca* 此病在熱帶及溫帶均非罕見,但往往未及診斷。此病在臨診上往往不易與尋常之癬病區別。患者在身體之數處有此病,其損害與尋常之癬相同。其經過極慢。有時顯皮受累最多,或僅累該處。僅累顯皮者,其損害開始時,多爲顯皮之毛囊化膿,各膿泡內有一髮穿通之。其膿泡或微平或圓凸;膿泡外有時有頗大之浸潤區,迨後潰破,有數孔流膿,與癬相似。受累區之毛髮脫落而成禿斑,有時或永不生毛。

此病用碘化鉀之足劑量治之收效極佳,但用葡萄球菌菌液無益(據 *Castellani* 說)。

特殊傳染病

阿米巴病 Amebiasis (參見216面)。療法:上海鄧醫士之方: (1) 吐根素 emetine, 每日注射一喱 (0.065), 至共六日。 (2) 斯妥乏瑣耳 stovarsol, 每日內服4喱 (0.25) 一次, 至共七日爲一治療期, 然後停止七日再服一星期, 如是至共約五星期(服此藥有時發生砒疹)。 (3) 雅春 yatren, 劑量1喱 (0.065), 每日三次, 於不服斯妥乏瑣耳之間期時服之。連上藥共服至十二星期。 (4) 停止治療兩星期, 然後復將雅春與斯妥乏瑣耳輪替再服四至八星期。 (5) 食物應富於維生素者。 (Dunn).

雅春 Manson-Bahr 氏主張用雅春4至8喱 (0.25-0.5) 爲一劑, 作成丸劑或裝扁囊服之。此藥亦可配作2.5%溶液注射200呿於直腸內。法, 先灌以2%之碳酸鈉溶液1量磅 (500呿), 將直腸洗淨, 而後注入雅春溶液, 使存留直腸內愈久愈妙, 約六至十小時以上。又法, 用此藥口服, 並灌入直腸至共十日, 停五至七日, 再用十日。此藥頗爲安全, 對於小兒較用吐根素及碘化吐根素銻 emetine-bismuth iodide 爲適當。

更有一法, 每晚內服碘化吐根素銻3喱 (0.2), 晨間用雅春灌腸。此法似最有效, 且於治甚頑固之病案證明甚佳。碘化吐根素銻不宜作丸劑, 應裝扁囊內服之。開始用一喱 (0.065), 而後按病者之耐藥量漸次增加。病者須絕對休息, 且於服藥前四小時禁止飲食。倘病者服後嘔吐, 可於半小時前服鴉片浸酒十量滴, 腹上部敷熱物。

瘧疾 Malaria (參見235面)。最近發明一種新藥名 plasmochin 或 plasmoguin 用以治間日瘧及三日瘧甚有功效, 且與雞納合用以治夏秋瘧熱, 亦甚有效, 因其極有殺滅瘧原蟲之作用也。此藥較雞納之毒性爲大, 不可任病人自服。不可在空胃時服之, 有心病或肝病者亦不可服。倘病人口唇青紫, 或胃痙攣, 宜停服, 直至症狀消去。

治間日瘧及三日瘧，製藥者謂宜依下述之劑量服之：第一星期，七日中每日服三至五次，每次半喱 (0.02)；第二星期，停服四日而後按上述劑量再服三日，如是共至六星期之久。治夏秋瘧熱，可用此藥之複方錠劑 *tablet plasmochin co.*，即該藥 $\frac{1}{12}$ 喱 (0.005) 與雞納¹喱 (0.065) 製成者。第一星期七日中每日服六至八次，每次二錠。第二三四星期各先停止四日，而後每日服六至八錠。第五六星期亦然，但每次服兩錠，每日五至六次。

因雞納價值昂貴，用印度抗熱性金雞納 *India cinchona febrifuge* 亦有佳效。在四十年前，有來醫士 *Dr Lyall* 因雞納甚貴曾在汕頭醫院用此藥。其劑量與雞納同，每日三次，與食物同進，或飯後兩小時半服之。有一良好之方如下：抗熱性金雞納散 10 喱 (0.65)，枸橼酸散 20 喱 (1.3)，硫酸鎂 10 喱 (0.65)，茴香酒精 *spt. anisi* 10 滴 (0.6 錢)，糖漿及水加至 1 呷 (30 錢)，每日服三次，加水稀釋後服之。

黃熱 Yellow Fever (參見 238 面)。近年在非洲西部調查黃熱之研究家，有數人受染而死，野口氏 *Noguchi* 亦其一人。

據近日之考察，所發見之野口氏鈎端螺旋體 *Leptospira Noguchi* 似非為本病之原因，而大抵為傳染性黃疸之鈎端螺旋體。據在恒河猴 *Macacus rhesus* (因該猴易感受此病) 證明病原微生物屬於濾過性類，與牛痘、瘰咬病等之毒相似。令黃熱蚊 *Stegomyia calopis* 咬發熱第一或第二日之受染之猴，該蚊必受其染，且經過十六日以內之潛伏期後，則終其身皆有傳染性。據最近之考察似證明病毒能由人之破皮處染其人，所以野口氏及 *Stokes* 等之致死約因檢屍體而受染。

鼠咬熱 Rat-Bite Fever。(參見 243 面) 此為短而粗之特殊螺菌亦名小螺菌 *spirillum minus* 者所致。恢復後病者有免疫

性。被咬處有時收口，但多有成潰瘍者。血之多核細胞加增，受累之淋巴腺不腫脹。脾略腫大，然強半不能捫出。發熱時血內含此類螺旋菌。須注射薩耳乏散數次，每星期一次，有特殊之功效。

卡拉阿薩(黑熱病) Kala Azar (參見 247 面)。原因。近數年有許多研究家在中國及印度費無限心力以求察出此病之傳染法。卡拉阿薩及東邦瘧之寄生物之發育成纖鞭蟲類 *Leptomonas forms*，殊足以證明其傳染係由於一種昆蟲性宿主，故近年研究之功多注意於白蛉子(沙蠅 *Phlebotomus papatasi*)之考察。白蛉子食入東邦瘧或卡拉阿薩之寄生物，其胃、食管及口頰內即得一種纖鞭蟲之傳染。當白蛉子嚙人時，或即將所食寄生物注入傷內。利什曼原蟲 *Leishmania* 在白蛉子內其鞭毛之特別發達，多數學者認為係攜帶該原蟲之確據。

在印度卡拉阿薩之發生，與一種蚊名 *Phlebotomus argentipes* 者之所在地並見。在中國此病迄今只在揚子江北有白蛉子之處成為地方病，而在大江以南尚未見有白蛉子，亦未見有此病。

診斷。刺肝或脾檢查有無利什曼原蟲，為診斷之常法。有時或須刺三四次，始可發見該寄生物。在無血吸蟲病之處，病者對於血球蛋白沉澱試驗法或佛馬林試驗法(法見齊魯醫刊第四卷第二期)顯然呈陽性反應者大抵為此病之確據。

錳試驗法 Antimony test (一種血清新試驗法)。在印度醫學局有 Chopra 氏新發見一種血清試驗法，即將患卡拉阿薩者之血清加於用以治療該病之錳之五價化合物溶液內，即起沉澱。

Napier 氏復將此反應更加研究其所得要點如下：

- (1) 沉澱之量,似與治療之藥物之效率成正比例。
- (2) 此試驗之結果極與用佛馬林試驗法所得者相近,且除在病之最早期外,此法頗為可靠。
- (3) 血清之反應力,須至二十四小時後始發顯。
- (4) 用某種銻劑甚淡之溶液即起反應,用略淡之溶液可得更顯之結果。

Napier 氏所用之手續如下:

於 Stiburea 0.25%之蒸餾水溶液(或 693 號 0.1%溶液)2 坵內,加已歷二十四小時之血清兩滴,將試管振盪以使混合。若為卡拉阿薩病,則顯濃厚之絮狀沉澱,於十五分鐘內下沉,而留一種清液於上部;倘所成者為細澱而不於十五分鐘內沉下,則可視為可疑之反應;若為正常之血清,該溶液依然極清。

新採集之血清亦可得同等之效果,但此則宜用 Stiburea 1%之溶液(或 693 號 1.25%之溶液)。

Napier 氏謂據彼個人之經驗,用此新試法曾有限制,但有數種適應證,用此法較用佛馬林試法所得之結果尤為清晰,而在血清呈乳狀者尤然。

患卡拉阿薩後之皮膚利什曼原蟲病 Post-kala-azar Dermal Leishmaniasis. 在 1922 年曾有 Brahmachari 氏報告有一此種病案,其後在印度其他研究家亦繼發見類此之病案。第一次所見之病人,係於卡拉阿薩病治療完畢約一年之後,於面部發顯白斑,其斑漸蔓延至身體之他部,且復長成乳頭狀之結節偏及顏面,軀幹及四肢。未潰爛,且無麻木或感覺過敏之情形。先作麻風治療,迨後取其結節上之病質塗片檢查,不見麻風桿菌,而有多數之利什曼原蟲。在中國迄今尚未見有此種病案之報告。

療法 近今製有銻之有機化合物,其效力較酒石酸銻鈉佳甚。其優於酒石酸鹽之點為毒性較輕,所需總劑數只為其

三分之一，治療之期間短甚，併發病較少見，且治療時死亡率低甚。

其有佳效之製劑如下：Urea Stibamine, Stibosan, Stibamine glucoside (Neostam), Aminostiburea, von Heyden no. 693. 用此等藥治愈之數約為百分之九十五。

將上藥之一溶解於無菌之蒸餾水，配成2%之溶液注射靜脈內，間一日或間二日注射一次。成人第一劑所用之量為0.05克，第二劑為0.1克，第三劑為0.15克，第四劑為0.2克或較少，視病人之體重及情況而定。其0.2克之最大劑量須一星期中注射三次，直至每體重百磅注射2至3.5克之治療期完成為止。在印度Napier氏所用之最大劑量為0.3克，但用0.2克似少能誘起反應。小兒之劑量按比例遞減。

用五價化合物治療時同顯之併發病 肺之併發病罕見。

嘔吐。用至最大劑量時間或有嘔吐發現。倘病人於注射後嘔吐則次劑即減其劑量至一半或三分之二，以後再審慎漸增其用量。

腹瀉。倘於治療期將終之時有劇烈之腹瀉，即可停止其治療。

類似過敏現象之併合症狀。此或於注射第六或第七次後發顯。注射後數分鐘內病人面部發腫，且有蕁麻疹性之疹，偏於全體。病者甚或致虛脫。此等症狀，尋常兩點鐘內即消退。病者如已近治療期之終，即可停止注射。倘於初數次注射後即發現蕁麻疹，莫如改用其他銻化合物，且開始用極小之劑量。

肝炎。Napier氏謂有數病案發顯急性肝充血之症狀；其肝腫大，自稱肝部有劇烈之疼痛，且熱度回復。病者困倦思睡，且微發黃疸。立即停止其治療，症狀即退。

復發 倘病回歸,病者應再受一更有效力之治療期。然倘症狀於一月或六星期之短期內復行消退,且病者能立即再受治療,則用一與第一治療期相等者,即足以完全治愈之。

凡病人經過一治療期後,必須令其於第一第三及第六個月之終前來復診,此為確定病人全愈之惟一方法,且可使病者於必要時得早受治療之機會。

紐斯錫博散之於卡拉阿薩。

最近在德國某藥廠新出一種含錫之有機化合物,即693B,名紐斯錫博散 Neostibosan,醫家用之,特著奇效。此劑毒性極輕,收效極速,故較其他錫劑皆佳。注射二次或三次後,體溫即降,肝脾減小,血色素增多,體重亦增。

劑量 成人初次注射靜脈之量為0.1克,以後用量為0.2至0.3克,視病者體重及一般狀況而定。有每日注射一次者,亦有須間日注射者。注射後,如病者起何症狀,疑由該藥所致,可延長注射之間期,並減其量0.1克。在體重100至120磅之病者,所需用之總量約為2.6克至3克。在小兒,肌內注射及靜脈注射可兼施,開始之劑量為0.05克,以後為0.2克,間日一次,所用之總量為1.6克至2克,在有口頰壞死者,可每日注射,亦無不良之效。

反應 較用酒石酸錫鈉所致者少甚,然間或發生某種反應,故注射後宜注意之。其偶或發生之反應,為淋巴腺炎,發熱,水腫及枝氣管炎,白血球減少及脾增大等。此則可延長其注射間期及減其劑量。如無效,可用紐斯坦 Neostam 以代替之。

總之,病者注射紐斯錫博散 2.8至3克後,多數已足。若用此藥審慎治療,倘無嚴重併發病發生,則95-99%可望治愈。倘偶或發生反應,不妨用紐斯坦或他種有機錫化合物代替之。

梅毒 Syphilis (參見 264 面)

療法 (1) 用酒爾佛散(又名阿斯斐那民,即六零六)注射靜脈,每星期一次。成人開始之劑量用 0.3 克者,第一劑後,如無重大之反應,以後可用 0.5 克。

(2) 用新酒爾佛散(又名新阿斯斐那民,即九一四)注射靜脈,每星期一次。開始之劑量,成人用 0.3 克,逐漸增加其量,在碩大之男子,有時可增至 0.9 克。

(3) 硫酒爾佛散(又名硫阿斯斐那民 sulpharsphenamin) 注射靜脈,在小兒及肥胖之成人,亦可注射肌內,其劑量在健康之成人為 0.2 至 0.3 克。

以上三藥,注射六至八次為一治療期,且須與銻劑或汞劑並用之。

(4) 用柳酸銻 bismuth salicylate 按 10% 之混懸於油內者 1 至 1.5 銖注射於肌內,每星期一次;或用膠體銻劑 colloidal bismuth 1 至 2 銖注射於肌內,每星期二次。注射二十次為一治療期。

(5) 用氫化高汞(昇汞) 1% 之溶液 1 至 2 銖注射肌內;或用柳酸高汞 hydrarg. salicylas 按 10% 之混懸於油內者 1 至 2 銖注射肌內,每星期二次。此亦以注射二十次為一治療期。

在晚期,可服碘化鉀,劑量 1 克,漸增至 6 克,每日三次,飯後多加水沖服。

雅司 Yaws (參見 268 面) (一) 其螺旋體之形態與梅毒者同,而其病之症狀亦頗相似,至後期者尤然。乏色曼反應始終為陽性。其與梅毒不同之點乃此病無遺傳性耳。(二) 初瘡每不在外生殖器,且非由交媾受染者。(三) 初瘡之式頗特別。(四) 內臟及中樞神經系統每不受累。(五) 粘膜亦不累及。(六) 常由兒染及其母。

原丘疹 先生潰瘍，常見於下肢或皮破裂之處，在小兒則現於面部不少。有時不久即癒，有時則纏綿數月。其二期症狀乃身體某處之皮顯脫屑之式，而後生多數之小結節，其結節漸長大而相連，至表皮脫屑後則顯楊莓狀之紅面。大抵二星期後即不再長。其疹由皮面能凸出半吋，過數星期則漸縮而成痂，至後脫落該處之皮顯白癢。此種丘疹乃分批發現，每致病者發熱，且有癢麻質斯性痛。此期之長短不一，常纏綿二月至一年之久。有時足受累致皮有潰瘍及破裂之處。第三期結節成潰瘍，此只在未受治療者見之，有時纏綿數年。有患骨膜炎，骨炎或髓炎者。病區腫而痛，病退後則有硬結節。有謂干戈薩 gangosa 為本病第三期之症狀，即軟顎有潰瘍而累及顎骨等。注射酒爾佛散頗有效，但只須注射二次。復發者甚罕。注射鉍劑者亦有效，但汞則無用。有人云：口服較用注射法為便，可服斯妥乏瑣耳 stovarsol，開始第一日用 0.5 克，漸增其劑量，至第四日可服一克，第五日不服，第六日後每日服半克，共服五克為止。若顯腹瀉則可暫行停服。

鈎蟲病 Ankylostomiasis(參見 293 面)。在斐列賓之實驗，證明四氫化炭 carbon tetrachloride 不僅能殺蟲，即藜菴油 oleum chenopodii 及麝香草腦 thymol 所不能殺迨後發育成幼蟲之卵亦能殺滅之，此似證實四氫化炭治療鈎蟲病之優點也。在高麗有 Martin 氏薦用一種治鈎蟲合劑，包括四氫化炭 10 分及藜菴油 1 分。其法：不進晚餐，當晚九時服硫酸鎂 5 噠(20)，次晨七時服鈎蟲合劑 50 滴(3 噠)，八時服硫酸鎂 1 噠(30)。病者臥床靜養。須大便二次後始可給與食物。對於小兒按每歲給與此合劑 0.2 克，直加至 15 歲為止。用至 3 克以上者恐有危險。有心、肝或腎病者，或病人特別衰弱者不應用此療法。在一星期

內不可重服此藥。麝香草腦 7.5 克作四劑，每小時服一劑，繼服硫酸鎂較爲安全。

阿拉司青 (類天花病) Alastrin (mild small-pox) 此病發作時所顯之症狀頗輕，溫度略升，頭痛，背痛，嘔吐，常誤認之爲流行性感冒或胃炎。過二三日症狀均退。無先兆性疹。第三至第十日內即發疹。強半不發熱，亦無欠爽之徵。疹先發於顏面及頸，次及軀幹，後則四肢頗多，二日內即成熟，非分批發現。患者疹之數 70% 不多，30% 則極衆多。有時累及全身，有時互相融合。先係小斑或丘疹，後成飽，飽內之液呈乳光狀，每爲單房而少成臍形，較天花者爲淺。後變乾而上皮脫落，則顯淡紫色，強半無凹陷之狀。常有未成熟之疹頓挫而被吸收。死亡率甚小，雖其疹爲融合性，但全身症狀頗輕。其與水痘 (chicken-pox) 之異點，乃在此疹之分布處不同，且不分批發現。

此病之理頗有疑問，茲不能將各問題逐一解答，只將吾儕所知者略述於下：(一) 天花及阿拉司青有同一之病毒。(二) 阿拉司青毒不能發現天花，但每爲改變天花之病毒所致。阿拉司青病毒之毒力，不能加增至變爲天花之病毒。(三) 散發性阿拉司青及流行性阿拉司青與天花之區別：在有多數之輕性病案發生而無劇烈之狀者，大抵爲阿拉司青。雖阿拉司青之疹多而普遍全身，然無毒血症。接種牛痘後，可於數年內不發生阿拉司青。(四) 阿拉司青流行時，若未能斷定，則須施天花預防法，若已斷定，則此法非所必需。

茲將天花、牛痘、阿拉司青比較於下：(一) 天花之病毒，按其天然之傳染路及接種法能累及他人，每使之發生天花，但嗣後該人不至再患牛痘。(二) 牛痘、天花之病毒通過小牛體，則

變輕而成牛痘之病毒。循其天然之路則因其毒力已變輕，無論用何法亦不能使之恢復原有之毒力，故不能發生天花，只能致牛痘病，接種後能防免天花及阿拉司青。(三)阿拉司青之病毒為已變輕之天花病毒，至變輕之理尙未查悉。循其天然之路雖仍有毒性，但無致天花之能。接種之恐無毒性，無論用何法亦不能使其毒力復原，故不能生天花，只能生阿拉司青。接種後能預防牛痘，大抵亦能預防天花。

種牛痘後之腦炎 Post-vaccinal encephalitis 近年以來此病見於各國，患者多為小兒及幼年，三歲至十三歲者居多。嬰兒及成人大抵不患之。此病在荷蘭國每3000小兒接種牛痘後患此者有一人。

病理解剖 其特狀如下：腦內數種靜脈周圍之神經纖維之髓鞘萎縮，受累者多為脊髓正中裂及軟膜下並室管膜下之靜脈。此病組織學與腦脊髓播散性硬化病 disseminated sclerosis 者相似，而與昏睡性腦炎 encephalitis lethargica 有別。其他病組織與他熱病性腦炎者同。

症狀 潛伏期九至十九日，而以十一至十三日者為多。病初起時熱度升高，頭痛，嘔吐，思睡，動眼肌無何癱瘓。病歷不一律，有顯驚厥及癱瘓狀者，有顯腦膜炎狀者，有顯似破傷風狀者，有顯膀胱及直腸紊亂者，有顯脊髓性之症狀如急性脊髓灰白質炎 poliomyelitis 者。深反應不顯，肌之緊張力小，巴彬斯 Babinsky 氏徵為陽性者佔10%。脊髓液之壓力較大，但清而不濁。病之結果，或昏迷而死，或完全痊癒，至今尙無特殊之療法，其死亡率為30-40%。

種牛痘後之腦炎與種牛痘之關係。曾有人謂此二者為偶然發生而無因果之關係，近今則知其頗有關係。但此病之

特殊傳染病

發生與牛痘之製備法及其亞類均無關。大抵其學說有二：
(甲)牛痘直接行作用於神經系統，此可據死後有時於腦內覓得牛痘苗而知之，但此或為正常之現象。(乙)牛痘刺激其體內原有之隱性毒質而使其發作。此說為人所贊成。有 Rolleston 氏之調查委員團謂係牛痘苗與脊髓灰白質炎之毒，或昏睡性腦炎之毒，或病者隱含他種未認明之親和神經系之毒，併合而致此病。或謂牛痘苗能加體內已有之菌毒之活動力 activate。總之，此病之發生，只在初次種牛痘後，且只累小兒及幼年，而不累及乳嬰。故若於三歲內種痘而後再種，則每不至發此病。

流行性腮腺炎之血清治療 Mumps, Serum-treatment.
接觸此病者若於七日內將患此病而恢復者之血清注射 2 至 8 甬，則常有預防之效。倘病已發生，則須用較大之劑量如 10 至 40 甬注射之。再者，注射此血清後，可使病者少顯辜丸受累之併發病。

麻疹之血清預防法 Serum in prevention of Measles 若取患此病而恢復者之血清，注射已接觸此病之小孩，則少有發生此病者。此血清須待恢復者之溫度已歸常度六至九日後方可取用（其血自然須顯乏色曼陰性反應者）。三歲以下者注射之劑量為 3 至 6 甬，而三歲以上者則為 6 至 10 甬，每注射於肌織內。注射之結果，若在接觸本病五日內注射之，則該孩有二至四星期之免疫性，若接觸本病已逾六日始注射之，則病之發作較輕，而後有恒久之免疫性。此法用於三歲以下之小孩，且於潛伏期之晚期行之，則結果頗佳。

嬰兒之脊髓癱瘓 Infantile paralysis 當此病流行時，若遇疑患此病之嬰兒則宜及早取恢復者之血清注射之，因該血清含有本病之抗體故。曾有人用此法可免嬰兒之肌癱瘓。

猩紅熱 *Scarlet Fever* (參見 320 面)。此病爲一種特別溶血性鏈球菌名猩紅熱鏈球菌 *Streptococcus scarlatinae* 所致,近已頗爲醫家所公認。¹

免疫性。初生之兒大多數有免疫性,與對於白喉病同。稍長多數即漸失此免疫性而變爲易感性。此種易感性可用一種試驗法名狄克氏試驗法 *Dick test* 測定之,與白喉之用細克氏試驗法相似。法將猩紅熱鏈球菌之培養於肉湯者之濾過之稀釋液 0.2 瓩注射於皮內。其反應可分四種,與白喉同。陽性反應顯於四至十二小時,僅歷二十四至四十八小時即消失。局部有顯然之發紅者(直徑半吋或較大),可爲陽性反應。在病起之初期,顯陽性反應者居 80%。此試驗法極有助於診斷。

狄克氏試驗,證明病人對於猩紅熱有易感性者,注射濃猩紅熱抗毒素 2.5 至 5 瓩,可使之有短期之免疫性。

療法。於病之早期用抗毒素血清治之,極有功效,其法與治白喉病相似。注射濃猩紅熱抗毒素 10 至 40 瓩於肌內或靜脈內。

猩紅熱之自動免疫法 *active immunization* 曾有人將此病之毒素注射於有易感性者。其法,一星期注射一次,第一次注射 100 皮膚試驗之劑量,第二次注射 250 者,第三次注射 1000 者,其所得之免疫性大抵有二年之久。

熱帶斑疹傷寒 *Tropical Typhus* (參見 342 面)。Fletcher 及 Lesslar 二氏謂有一種病盛行於馬來羣島,謂之熱帶斑疹傷寒。尋常斑疹傷寒發於冬季,入春漸絕,而熱帶斑疹傷寒則發於春季,入冬漸絕。二者之症狀及經過相同,且皆顯陽性韋斐氏反應 *Weil-Felix reaction*,但熱帶斑疹傷寒非係由人傳人,且其毒非由蟲類所攜帶,故毋庸特加防範,且其死率亦低。

特殊傳染病

此病見於牧牛羊者及刈草者，故有謂其毒或由於害蟲或半棲止於牛羊或半棲止於齧齒類如鼠之扁蟲所攜帶。此病似與李利耳氏病 Brill's disease 極相似。

登革熱 Dengue Fever (參見 345 面)。最近在斐列濱羣島調查，證明此病由黃熱蚊 *Aedes calopus* 而非由庫列蚊 *Culex mosquito* 所傳布。病者於病起至第二日末能傳染於蚊。在蚊體有十至十一日之潛伏期，以後即可傳染於人。病者所得之免疫性罕能持久。病原微生物為能通過濾器者。其傳染法有多點與黃熱病相似。

瘧咬病 *Hydrophobia* 抗瘧咬病菌液 *Antirabic Vaccine* 數年前 Semple 氏將患此病而死之家兔之腦製成百分之四之混懸液，加千分之五之石炭酸以消其毒。其劑量為 2 銖，裝入一壺腹瓶，合為 14 劑，共裝一匣，以便由郵局寄送，恰足病者一人之注射用量。由是病者不必往他處之實驗室受接種矣。茲將其用法續列於下：

- (1) 此劑專為預防之用，用之愈早愈妙。
- (2) 此菌液共注射十四次，每日一次，每次一壺腹瓶(2 銖)，不可間隔。無論男女老幼及傷之輕重，用量皆同。
- (3) 臨用前，須將瓶搖盪，使液均勻。須注射於腹部或肩胛間部之皮下組織內。前後注射部位，須相隔稍遠。切勿注射於靜脈及肌內。
- (4) 約在第九次注射時，注射處或顯紅腫，不足為慮。如有此狀，可敷冷濕敷物。以前用巴司徒氏療法有時所致之麻痺症狀，用此改良法，大抵可免此狀。

(5) 注射後病人大抵仍可照常工作。惟禁忌疲勞,受涼,受傷,並忌飲酒,濃茶,濃咖啡等。注射期內,病人大便應通利,忌冷水浴。

附註。此菌液未用時,應貯存於暗涼之處,最佳在冰箱或深井中。又咬傷處,應早行燒灼術,凡軟組織皆可用發烟之硝酸灼之,在血管少之處可用純石炭酸。

此項菌液可隨時向北平中央防疫處或上海公共租界工部局郵購應用。

鸚鵡病 Psittacosis (參見 363 面) 此病之病毒能由濾器穿過,其毒力能保存頗久。有二相同之細菌名 *B. psittacosis* 及 *B. aertrycke*。有時累及鳥類,但非此病之原因。其病毒能由鳥染鳥,鳥染人,亦能由人染人。鳥恢復後能攜帶其毒多日。實驗室內常有人受染。人類之徵狀 潛伏期為二星期。病起每驟,體溫高,欠爽,精力虛脫,頭痛,胃口不開,嘔吐,或有鼻衄 *epistaxis*,出汗,寒戰,畏光等狀。一星期之末有譫妄。肺部症狀頗顯,平常痰不多,一至四日即發咳,有時為痙攣性,但呼吸或較速。脈搏不甚快,至第二星期肺顯實變,但其物理徵頗不一致,每不見胸膜腔積液。腹部膨脹之狀或顯著。強半大便秘結,腹瀉者少。脾不能捫出。或發皮疹,其形不一。白血球不增多。病歷及癒合 若病不重,則歷十五至二十日溫度即降低,而肺亦漸復原,但恢復期頗長。亦有輕性病,特累及小孩及青年,其死亡之平均數為 20%,多因肺病而死。死者之肺血管有血栓形成及出血性肺炎。診斷 須與流行性感冒及腸熱病區別之。病者之血清有時能凝集腸熱桿菌及 *salmonella* 等菌。迄今尙無特殊療法。

落機山斑疹熱 Rocky Mountain Spotted Fever (參見 364 面) 病者發熱,顯全身症狀。常患之地域為美洲西部,多發於春季。

特殊傳染病

其病毒大抵爲細胞內之立克次氏體 *Rickettsia*，其媒介病毒之蝨累及人，大抵由齧齒類或野獸而來。

症狀 病起甚驟，至第二日體溫升高，第三至第五日發疹，先在手腕，後則累及軀幹及四肢，面部受累者少。先爲小斑，壓之即退，後則變爲稀疏性或融合性之瘀點。至第二星期或有嘔吐，白細胞之數畧多，體溫仍高，脈搏速，脾或能捫出而觸痛。若病勢沉重則顯重腸熱狀 *typhoid state*。至第三星期體溫始見降低，而疹之色亦退。第四星期體溫如常，而病者即恢復，惟強半大便秘結。

併發病 有時顯壞疽。豫後須按其神經系病症如何而定，非按其疹之多寡而定也。死亡率不小，每須視爲重要之病。

診斷 臨症之景況其疹頗與斑疹傷寒相似。但後者較急，而病期較短。此病不顯外斐氏 *Weil-Felix* 反應。亦須與麻疹及腦脊髓熱病 *cerebrospinal fever* 鑑別之。迄今尙無特殊療法。

俄羅雅熱病 *Oroya Fever* 爲一種特殊急性病，赤血球內含桿狀體。病者速顯貧血。患之之地域爲南美洲之西部。原因爲一種桿狀原蟲名 *Bartonella bacilliformis*。所致。其傳染之路徑未悉。男女老幼均可受累。病理解剖 脾變大，其桿狀體居內皮細胞，但亦有居淋巴腺者，骨顯增生狀。

症狀 潛伏期約三星期，病漸次而起，但重性者進行迅速，體溫升高而不規則，至第四星期則降低。全身疼痛，有時骨觸痛。貧血之狀甚顯著，赤血球之數速減，甚或數日後只有 500,000。其形態與患惡性貧血者同。多核白血球之數增多至 20,000。若病重則發熱時其桿狀體甚多。淋巴腺腫大，肝及脾均能捫出而觸痛，無皮疹。**診斷** 檢查其血則易斷定。豫後 病重

者豫後不佳,至第二三星期病者昏迷而死。病流行時死亡率爲30-40%。無特殊療法。

流行性胸膜炎 Epidemic Pleurisy 又名**流行性膈胸膜痛** Epidemic Diaphragmatic Pleurodynia。常流行於多人共居之處,如學校,孤兒院等,然亦有散發者。

病原尙未查悉。病起甚速,溫度畧高,有時咽痛。胸下部,背,腹上部疼痛,有顯然之觸痛,不咳嗽,頭痛,全身病狀及失爽等之輕重不一。有時胸膜之擦聲頗易聽得,過數日則各狀變輕。胸膜腔每不積液,但觸痛狀纏綿頗久。病易復發,病者於恢復期頗覺虛弱,但豫後每佳,須按症狀治療之。

淋巴腺熱病(又名傳染性單核白血球增多病)Glandular Fever (Infective Mononucleosis) 此爲小孩之急性傳染病,其特狀卽爲頸部淋巴腺增大,血內之淋巴球增多。Pfeiffer氏於1889年始發見之,大抵此病非罕見,但常易於誤認。

原因 病毒尙未認出,多累小孩,然成人(如該孩之父母)亦能患之,但其症狀少有標準者。常有傳染性,故能流行(如學校內)。春季患之者較多,涎腺不受累,故與流行性腮腺炎有別,且不發疹,故非爲一種疹熱病。

病徵及病狀 潛伏期大抵爲五至十二日,病驟然而發,溫度 102° 至 103° F.且有小孩常見之熱病症狀,大便秘結,全身之狀少有劇烈者。至第二三日,則胸鎖乳突肌中部後緣之淋巴腺腫大,致成大團,捫之有多數易於分別之腺,多不疼痛。頸後部之腺或受累,頰下及耳前者亦然。腋部及腹股溝者較少。有時腸系膜腺受累而腹部甚痛,涎腺常不受累,亦無何標準之皮疹。咽門畧發紅,扁桃體突出,但不滲液。淋巴腺腫大一二

養素缺乏病

日後脾或亦然致能捫出，有時肝亦脹大。有時有輕或重之脾血，但無紫癰，血顯特殊之狀及白血球增多，甚至每立方耗含二至四萬而其內之淋巴球居 80 或 90%。他狀退後，其血之異常或纏綿數月，每無急性貧血之狀。

病之歷程 過三至四日淋巴腺即速行減小，有時頸此側之腺受累，而彼側者過數日繼之腫脹，則又見發熱之狀。患病之期大抵為二至五星期。

併發病 (一) 血尿，或見暫時之急性出血性腎炎，但大便排血甚少。(二) 淋巴腺釀膿者甚少，過二至三星期或見之，尚如此則其腺腫未消，而血之多核白血球增多。(三) 淋巴腺減小頗徐緩，致過數月後仍能捫出。(四) 恢復期頗慢，有顯貧血者，亦有智力或體力衰弱數月者，胸縱隔障淋巴腺有時增大致肺顯併發病，但少見。病之豫後頗佳，幾無不完全恢復者。

診斷 常有人誤認之為結核性淋巴腺，或急性白血球增多症，或腮腺炎，或腎炎，或何杰金氏病，或梅毒，或咽門發炎而累及本部淋巴腺者，每須注意血之組成及病驟然而起，以鑑別之。

療法 須用症狀療法，通利大便，服補藥，且禁勞力。

養素缺乏病 DEFICIENCY DISEASES (參見 392 面)

維生素 又名生活素 Vitamins。維生素成於植物之組織內，輾轉入食草動物之體，故迨後可供肉食動物之用。例如魚肝油內所含之維生素原係來自含葉綠素之藻類，因其具有利用光力生成維生素之能。

維生素甲 Vitamin A 即增進發育之脂溶性維生素。以缺乏此種維生素之食物飼養幼小動物，其發育即停止。食物中缺此維生素者，在人及動物可致因淚腺官能不全而起眼乾

燥病,其他分泌腺亦漸改變。眼乾燥病在中國不食乳之小兒見者不少。有一種關係即血小板缺乏。

維生素甲在食物中之主要來源,為某種動物脂肪,植物綠葉,乳及動物之腺性器官如肝及腎是。植物脂油及豬脂不含此素。瘦肉,經精製之穀類及其他子粒含維生素甲甚少。然子粒之胚種及外皮則含之甚富。鱈魚之肝有維生素甲之大儲藏所,故魚肝油為吾人可由食物取得此質之最富來源。每日加 5 毫於食物中,即足以使幼鼠正常發育,並可防止及治療眼乾燥病。

維生素甲極易氫化,但倘不與氧接觸,雖在高溫亦安定。

維生素乙 Vitamin B 維生素乙係一種水溶性之質,含於子粒之胚種及外皮(倘令發芽則尤多),綠葉,數種果類及肝與腎內。食物中缺乏此物為致脚氣病 beri-beri 之主要原因。患脚氣病者各組織及器官皆受累,尤以多發性神經炎為最著之症狀。維生素乙非係一種單獨之質,乃具有抗神經炎及預防陪拉格拉病之成分者。因其有此二重作用,故多發性神經炎,脚氣病,營養性水腫各病之式所以有時有異也。

在維生素乙缺乏者,其特殊作用可於全身之淋巴組織見之。淋巴組織萎縮,胸腺,脾及腸集合淋巴腺亦然,間有血內之淋巴球減少。淋巴組織對於營養之密切關係尚有他據可證,在維生素乙缺乏之病,以身體消耗為最著之狀。

辜丸及卵巢亦有改變。維生素乙缺乏之影響於淋巴組織及辜丸,與愛克司光線及銻所致之效果極相同。食慾不振為最初之症狀,且全身之新陳代謝及氫化作用皆大為減低。亦間有糞便積蓄於大腸之事。

維生素乙在食物中之主要來源為綠葉類,雞蛋,子粒之胚種,乳,水果,尤以番茄及橘為多。肉類及精製之穀類如白米白

養素缺乏病

麵等幾全無之。釀母含此質甚富。維生素乙對於酸類頗有抵抗力，然遇鹼類即破壞。不似維生素甲之易起氯化，且頗能耐熱。其防禦陪拉格拉之成分較抗神經炎者之耐溫性為大。此物可用 50% 醇自米皮、麥麩或釀母浸出。

維生素丙 Vitamin C 維生素丙為水溶性物，含於水果、綠葉、蛋黃、子胚及萌芽內，於乳中亦略含之。食物缺乏維生素丙，無論在人或動物皆可發生壞血病。

維生素丙之主要來源為水果，特如橘、檸檬、番茄及綠葉類。白麵、致乾之種子、瘦肉及釀母不含，根及塊莖微含之。鹼性極易破壞之。維生素丙極易氯化，但在無氯之境地能耐熱頗久。

維生素丁 Vitamin D 維生素丁與骨之正常發育有關；見於某種脂肪內，常與維生素甲相伴，特如魚肝油。食物中缺乏此物，可使嬰兒及幼動物起佝僂病（一名骨軟病）。佝僂病有時發見於家畜及受束縛之動物，因其僅食肌肉之故。倘食物中加含維生素甚富之腺性器官如肝及腎，可治癒此病。

佝僂病之成，除缺乏維生素丁外，尚有關於磷鈣吸收之平衡。鈣少磷多或磷少鈣多之食物，倘非維生素丁之供給甚富，亦易致佝僂病。但食物中含充分之抗佝僂病之維生素者能調節食物中磷與鈣之吸收，即其中之一種不含亦無妨礙。食人乳之小兒不必然不患佝僂病，因乳中維生素含量關於其母之食物也。且小兒出生前之發育及齒之化骨，全賴其母之食物如何。現行之西式食單，顯然缺乏含維生素丁之物品。

維生素丁之最富來源為魚肝油。水陸動物之腺性器官相傳為上品食物者，今知因其維生素之含量甚多也。幼動物或嬰兒之食物中加小量魚肝油，可預防佝僂病，倘已發生，併可療治之。

日光之能治療佝僂病,至近世紀之初,因實驗而益明。暴露超紫光線亦有同樣之效果。據此事實,超紫光線與維生素丁必有某種關係。今知暴露超紫光線可使身體內之維生素丁活動,故能收治療佝僂病之效。小兒之受日光少者,應攝取維生素含量甚大之食物,但受日光多者祇須維生素丁小量之供給即可。似此,超紫光帶與維生素丁可視為互相補充者。動物需用維生素丁含量全部之是否可用光線照射法代替之意見不一,多數皆以為發育之小動物所需之維生素丁仍有一大部須取之於食物。在近代之生活狀況,因藉日光之力致嬰兒攝取維生素丁之量較少。在不見日光者,須攝取富有維生素丁之食物始可預防佝僂病。

近來之研究,發見某種脂肪及其相類之質尋常不含維生素丁者,可因用超紫光線法使之變為極有抗佝僂病性,例如某種固醇類 sterols (如麥角醇 ergosterol) 之可用照射超紫光線而使之有維生素丁之大含量是。此種研究極關重要,且可說明超紫光線照射身體何以能使有抗佝僂病性之理由。大概因光線(無論日光或人工光)皆畧能激發身體內之固醇,故可供給維生素丁。光線照於皮膚,可使麥角醇變成維生素丁。

維生素丁能抵抗氮化及熱力,因此故可將維生素甲與丁分離。

維生素戊 Vitamin E 缺乏此種維生素,可使鼠類喪失生殖能,雖能受孕,但於十二至二十日後即復吸收。此種維生素,多數動物組織中皆含之,惟量甚少。魚肝油內無之。苜蓿,零陵香草 alfalfa, 豌豆,茶葉,麥類之胚種皆含之甚豐。加上述之物之一,可治愈鼠之此種無生產能。

腳氣 Beri-Beri (參見 392 面)。近來在緬甸 Burma 研究四類居民,即緬甸本地人,回族,蔬食印度人,肉食印度人,證明腳

新陳代謝病

氣之最要點爲其盛行於較大城鎮中之印度苦工，此類工人幾全依大米爲生。在此病盛行區所見之要因，爲(1)勞工羣居密邇；(2)多以大米爲生，其他食品極少；(3)有適於大米變壞之情況，例如將去皮之米於信風期置於潮濕處極易變壞。在緬甸脚氣每年有一盛行之期，起於信風開始後之二閱月，至九十月最盛，入冬漸少。大米因潮濕及霉而變壞，似與此病有重大之關係，但是否有何毒質成於米內足以誘起脚氣之發生則尙未知。有時此病除維生素缺乏外，尙有他種原因，曾經證明。

新陳代謝病

糖尿病 Diabetes (參見416面)。內分泌。有四種內分泌腺可影響於血內之糖量。其中以胰腺(胰島)爲最重要，且其作用由腎上，甲狀及大腦垂體(後葉)三腺對抗之。此三腺作用過度易致糖尿，作用不全可致糖之耐量加增。胰島之作用不全，則致血糖分過多及糖尿。

療法 胰島素 Insulin 不能治癒糖尿病；不過在用人工注射法以代替胰腺之天然分泌物，一如粘液性水腫之用甲狀腺膏以代替甲狀腺分泌不全是也。須記取者，在劇烈運動後，消化紊亂，遲食或停食一餐，急性病及凡其他致血糖減少，碳水化合物耐量降低之原因，皆需胰島素之較大劑量，有時暫須尋常劑量之三或四倍。此劑量之增加可驗其尿中之糖而定之。在患心病如心絞痛，心肌變性等者用胰島素殊有危險。胰島素最妙注射於皮下，每日兩次，於早餐及晚餐前半小時注射之。開始用1至5單位。每日需用之量共爲十至二十單位之間。

查悉 在臨危之病案，可用胰島素注射靜脈內，尋常第一劑用15單位，閱一小時後，再注射10或15單位。若猶需之，可注

射於皮下，相間二至四小時。須用30至40單位之劑量至數日之久。頻頻檢查其尿，倘並能測驗其血中之糖分尤妙。病者所食炭水化物，可按胰島素每單位給與半至一克之量而準定之。須細心查明其昏迷是否確由於糖尿病所致，且切弗用胰島素過多。

鹼中毒 Alkalosis (參見440面)。此係血內鹼準備增加之狀況；**鹼血症 alkalemia** 為血內氫游子(酸游子, H ions, acid ions) 濃度減低之症。酸鹼所以能維持平衡，已於酸中毒篇論之。鹼中毒或係鹼質過多，或係二氯化炭不足，結果皆相同；其尿變為鹼性。肺泡內之二氯化炭在鹼質過多者則增加，在二氯化炭不足者則減少。鹼中毒之常見原因為投鹼性劑過多，例如重碳酸鈉，醋酸鹽或枸橼酸鹽。有時因嘔吐失去氫氫酸所致。截去甲狀旁腺亦可致之。

症狀 早期之症狀為惡心及厭食。有麻刺之感覺，繼顯漸重之頭痛，眼瞼震顫。後則或致手足搖蕩及驚厥。面肌或緊張而顯震顫，並或嘔吐。倘仍服鹼性劑，可起全身水腫及譫妄。有時或竟致命。病者之尿除為鹼性外，多含蛋白質，且其血與二氯化炭之親和力較大甚。

療法 一切鹼性藥概須停服，可多飲稀氫氫酸。在因用重碳酸鈉治療胃潰瘍而致之鹼中毒(兼幽門狹窄者尤易致之)，則可用碳酸鈣，氯化鎂，及三基性磷酸鈣鎂等以代重碳酸鈉，或與之兼用，不至誘起鹼中毒。

消化系統病

斯潑盧 Sprue (參見510面)。據近今之研究，證明念珠狀菌係並見之寄生物而非其原因。至其貧血雖與惡性貧血不同，然於飲食內用肝，亦有時有益。

肺炎球菌性腹膜炎 Pneumococcal Peritonitis 多見於三至七歲之小孩，女多於男三倍，有原發性者，多患於女孩（有謂由輸卵管受累），亦有繼他肺炎球菌之傳染而起者。症狀強半驟然而發，寒戰，腹痛，發熱，嘔吐，腹瀉（此狀須注意之），腹部觸痛而硬，亦有頗似肺炎者。病之歷程。有瀰漫者，致成肺炎球菌性敗血病。病重者或未幾即死，較輕者多恢復，更輕者或未及認出。局部症狀或退而復歸，致成膿腫，膿腫或穿破（有穿至臍處者）。診斷若病者之血清接觸肺炎球菌之特類，則顯凝集現象。治法強半屬內科，若生膿腫則宜施以外科法。

肝作用之化學試驗法 Chemical Test for Hepatic Function

(A) 凡得自氏反應 Van der Bergh's reaction 此為膽紅質 bilirubin 最敏之試驗，可取歐立區氏 Ehrlich 之代阿所反應劑 diazo-reagent 試之，因該劑接觸血清亦顯作用也。試驗之結果隨黃疸之原因不同而異。例如阻塞性與溶血性黃疸（即尿無膽汁者）之不同是。在中毒者及卡他性者則此試驗無大用，因肝組織及小膽管同時受累也。其試驗之溶液有二：（甲）銜基因硫酸 sulphanic acid 1 克，濃氫氰酸 15 甎，蒸溜水 1000 甎。（乙）亞硝酸鈉 sod nitrite 0.5 克，蒸溜水 100 甎。臨用時取甲溶液 25 甎，加乙溶液 0.75 甎混合之，取病者之血 10 甎，置於小試驗管內，任其凝固，吸取其血清。

行試驗時，將血清 1 甎置於小試驗管內，加已混合之試劑 1 甎，則其陽性反應可分類如下：

（甲）直接者。（1）早顯者立呈藍色，在十至三十秒鐘內最顯。（2）延遲者則一至十五分鐘內顯紅色，而後漸變為紫色。（3）複相者立顯紅色，而後漸變為紫色。

（乙）間接者。雖血清內所含膽紅質之量頗微（如百萬分之一），然仍顯此反應。將血清 1 甎加 96% 醇 2 甎，旋轉於遠

心器將浮面之液取出，加醇 0.5 錢及混合試劑 0.25 錢，若立見甚顯之紫紅色，則為陽性反應。

此試驗亦有定量之用，即可用比色計以定其色之深淺。若所含之膽紅質為二十萬分之一，則可名之為一單位。正常之血含膽紅質 0.2 至 0.5 單位（即百萬至四十萬分之一）。正常膽內之膽紅質為 50 至 60 單位（即四千至三千分之一）。

結果及意義 早顯之直接反應，每見於阻塞性黃疸，甚或有五十單位（與膽汁同）。延遲之直接反應，常見於溶血性黃疸，如惡性貧血，惟其量不多，常在十單位以下。複相直接反應，常見於中毒性及傳染性黃疸，亦見於卡他性黃疸，故無庸鑑別之。

(B) 左旋糖試驗法 Levulose test 正常人食左旋糖 30 至 50 克，其血含糖之量仍如故。若肝之作用缺乏，則血含糖之量加增，而尿內者亦然（正常人食葡萄糖後則其在血內之量加增），並可注意其左旋糖之多寡及在血內之時間以斷定肝官能缺乏之輕重。

胃及十二指腸潰瘍

Gastric and Duodenal Ulcers

此二患之治療，或應屬外科，或應屬內科，實為頗難決定之問題，近今有人討論此病之治療已歷數十年之久，而仍難獲其二科之確實指徵。茲提外科名醫 Moynihan 氏所贊成之一位著名內科醫 Smith 氏之說，其說係將內外兩科之意見調和，可以之為標準之治療。Smith 氏報告用內科治療 214 病案，其當時之結果，男人痊癒者 67%，死者 2%，婦女痊癒者 76%，死者 5%，晚期之結果（過五年），男人痊癒者 29%，死者 19%，婦女痊癒者 40%，死者 15%。先須以內科治療法治之，若病復發應再用之，且須盡行

用之，若仍未得永久之痊癒則不須復用，應以手術代之。手術後而仍不見效者大抵每因技術未得法。先須檢查病人以定其有無貧血病或染膿毒之病竈。手術時若未覺得胃之潰瘍則不須前進。只行胃腸吻合術 *gastroenterostomy* 大抵不足，若為胃潰瘍，最妙須另將其潰瘍割除之或以烙器烙之，若為十二指腸潰瘍須另烙之，闌尾亦應除去，手術後須節制其飲食使之安息，不可吸煙類，如此辦理，強半無何不良之併發病，然4%或有胃空腸潰瘍。

單純胃潰瘍之內科治療法 *Medical treatment of simple gastric ulcer* 在蘇格蘭城之愛丁堡單純胃潰瘍之內科治療法如下：

(一) 藥方。	重碳酸鈉	<i>Soda Bicarb.</i>	30 克
	重質碳酸鎂	<i>Mag. Carb. Pond.</i>	60 克
	碳酸鈣	<i>Calc Carb.</i>	60 克
	氫碳酸鉍(又名下碳酸鉍)	<i>Bism. Oxycarb.</i>	15 克

調和之，貯於大口瓶內以便取用。

Sig 每飯後服一小匙(四克)，且每作痛時(如夜間)亦服之。此藥方內有數種碳酸劑，其溶解於水內之遲速不一。含鈉者溶解最速，鎂、鈣者次之，鉍者甚遲。各者均發出鹼質，故胃內得鹼效之時間頗長。

(二) 飲食。初一星期僅食稀釋之牛乳或 Berger 氏(半消化)之牛乳，每三小時食一次。第二星期可加雞卵或水燉(蒸)雞卵糕每日三次。第三星期可加魚肉，並大米、西米或麵包等之布丁，每日二三次。第四星期可加以肉湯，每日二三次。然後漸加他種易消化之滋養品。

如此處理，大抵過五六日，無何疼痛，過四五星期能任平常之工作。

肝膿腫 Liver Abscess (參見 579 面)。阿米巴性膿腫之療法。在高麗有 Ludlow 氏報告用 Roger 氏之吸膿及注射吐根素(厄美汀)法，治療五十病案死者僅一人。氏謂用此法優於用哆開割術。阿米巴性肝炎，倘診斷早及用有效療法，可預防膿腫之形成。

慢性十二指腸腸塞痙痛 Chronic Duodenal Ileus

定義 在十二指腸之首段(至腸系膜上動脈由之橫過而壓之之處為止)擴張而肥大。

患者女多於男，任何年齡皆能患之，但多在 20 與 40 歲之間。

病狀 腹上部不舒適或痛，且膨脹，每在飯後一時半至二小時內，如此進食或服鹽性劑其痛如故，俯臥則或減輕。病久者其痛或甚重。有時患急性頭痛而嘔吐，至後則症狀漸輕。有患之至多年者，其常見之徵狀為頭痛，嘔吐，厭食，大便秘結。有時症狀暫間歇，兼患神經官能病及一般內臟下垂者不少。病久者，其體重減輕。

病徵 有時一般內臟下垂，或只顯胃無緊張力而下垂，並闌腸膨脹而下垂。有時在臍上之左或右有觸痛，有時無病徵可見。若用放射線攝影術則見十二指腸膨脹，並有最顯之蠕動。十二指腸冠(上部)過大，強半胃膨脹而下垂。

併發病 十二指腸潰瘍，胃潰瘍，間有膽石形成者。

治法 病輕者之療法與治療內臟下垂者同，病重者須行十二指腸空腸吻合術。(Tidy)

潰瘍性結腸炎 Ulcerative Colitis (參見 511 面) 此為單純結腸炎進行至生潰瘍者。患急性桿菌痢疾或急性結腸炎者有時於數日內即死，此則其腸壁之粘膜每顯水腫及充血之狀。若病不致命而纏綿略久，則其粘膜每生潰瘍。亦有患單純性或曰卡他性結腸炎而漸變為潰瘍性炎者。單純性及慢

性結腸炎及痢疾姑不具論，茲只將潰瘍性結腸炎述之。此病之輕重不一，無特殊之細菌，但有因維他命缺乏而起者。

病初發之狀及臨症上之分類 急性者有驟然而發，且進行頗速，數日內其粘膜即生潰瘍者，此患多見於青年人。慢性而病勢驟然增重 *exacerbation* 者，其徵狀與此同。慢性者，有驟發而後漸成慢性者，亦有隱襲性 *insidious* 者，即糞漸變軟而大便次數漸增多，病漸進行至數月或數年之久，而病者始認之為病。

病理解剖。大腸膨脹，但不肥厚，潰瘍處或多而大，不規則，其邊緣厚，多被浸潤，但無潛行性 *undermined*。若病較久則未生潰瘍之粘膜變厚，甚或長息肉。若病期短則潰瘍處小，粘膜紅而發炎。肝受累而生膿腫者見之甚罕。

病徵及病狀 急性者有時病發甚速，如夜間忽覺腹痛而欲大便。亦有初起為單純之腹瀉者。若病勢增重則數日內即顯特殊徵狀。服瀉藥使腸排空後，其大便少含糞而為液體，且有多少不等之粘液，強半帶血。腹部有時頗痛。病在早期者，大便後其痛減輕。病起時畧有嘔吐，進行甚速，可分為極重者及畧重者，頗似桿菌痢疾。其恢復頗慢，若治療失宜，則痊癒不易，且變為慢性者不少。

慢性者 常有腹瀉，無緩解 *remission* 之式，且無大便秘結及排硬糞，常為半液體之渣古聿色，內含多寡不等之粘液及血，亦無固體糞。強半不嘔吐，胃腸不充氣，若飲食不宜則或有此狀。病未至晚期者其胃口如常，舌無苔，捫腹無特狀。有時結腸觸痛，乙狀結腸或能捫出。若施適當之治療則強半能恢復，但完全痊癒者少。結腸常易受激刺，若療治失宜可使病勢增重，或患併發病致精力衰弱而亡。

併發病 腸壁穿通者罕見，若有之則有數處穿通，死亡率頗高。結腸之壁多不堅韌，故不便施行手術，有少數兼患闌尾炎或關節炎。

診斷 須用目力，顯微鏡及細菌學等法檢查其糞，患結腸炎者之糞每日無大改變，即有上述之式。急性者須與痢疾及服刺激性毒劑者鑑別。未診斷之先每須立即施行療法，勿待確實診斷後始治療之。

慢性者每須屢次檢查，病者自訴之病狀或不可恃，所應鑑別之病如下：（一）膜性結腸炎，每有神經官能病，大便秘結而有粘膜炎。 （二）痢疾，用細菌及顯微鏡法。 （三）結腸之腫瘤，若細心檢查數日，則大抵能斷定。（甲）累乙狀結腸者，大便不規則，無正式之腹瀉，而梗阻狀則早易見。（乙）累及結腸脾曲（左曲）者則梗阻狀顯之頗早。（丙）累及結腸肝曲（右曲）者則常有疼痛，而病區尤然。（丁）累及盲腸者，則腫瘤或能捫出，且該處不舒適。須知結腸狹窄而梗阻者每顯疼痛及類消化不良之狀。（四）原發性結核病。此於成人少見，其糞之式多有改變，有時能於糞內覓得此菌。若他器官如肺受累則診斷較易。

特殊之診斷法有三：（一）乙狀結腸鏡檢法。（二）放射線觀察法。（三）開腹探察術。三者之價值不大，其目的在斷定有無潰瘍（或有或無其治療法如下）或腫瘤，但用臨症法大抵能斷定之。

（一）乙狀結腸鏡檢法，此每有激刺直腸之弊，若非有助於治療者不必用之。

（二）放射線觀察法，此只用於頗難診斷者。若直腸注射鋇劑則腫瘤每易見之，但鋇之試驗食無大用。

（三）開腹探察術，大抵非所必需，若徹底用臨症法及放射線法可得同等之價值。

治療 全身治療 下述之數項頗關重要：（一）保護體溫，急性者尤宜如此。肢體須常溫暖，其肢亦須帶長袖或他物以溫之。（二）飲液體之量，急性者每半小時須約飲二兩。（三）

食物，必須食足量者，在急性者與痢疾同，如鷄湯，稀釋之大米湯或乳等，大抵不可飲酒。病不甚急者則需半液體食物，如鷄蛋布丁，大米粥，及稀釋之乳，鷄蛋，肉膏，葡萄，橘汁，燕薯，烤麪包等，均須徐緩而食，且須在口內嚼之甚細。如此行之待其糞於一連七日，每日只有二次，無顯然之血及粘液為止。此後可食蒸魚或鷄肉，而牛羊肉等尤次之。

特殊治療 急性病之治療與桿菌痢同，病起時須服硫酸鈉半兩或蓖麻油，此後須屢服硫酸鈉每二小時一錢（四克），第二日每四小時服一錢，此法之目的在使其腸排空。若非見於早期，且已屢次大便致病者之力衰弱，則不可多服瀉劑。

灌腸法及結腸灌洗法 無論何種液體均須用橡皮排尿管另接以一漏斗或灌洗罐。但該器不可高逾直腸一尺，將排尿管插入直腸內三吋。液體引入之速度不宜多於十五分鐘內注入二十量兩（600 瓦）之率。

第一，早期者須用澱粉鴉片灌腸劑，其法取澱粉乳劑 4 量兩，鴉片浸酒 15 至 40 量滴（1 至 2.5 瓦）。此劑在直腸之作用大抵能歷十二小時之久，每日只須注射一次，最多一連注射三日，每星期共射五次。例如起病時首三日晚間用之，使夜間大便之數減少，此後每三十六小時注射一次，在早晚輪替行之。如此辦理，其大便之次數能減少一半。有時初注射鴉片之效頗顯，須減少其分量至 5 量滴，至後若有必需可漸次加增。此早期或經歷二三星期之久始至第二期。

第二期，結腸灌洗法 Colonic Washes。每用氫化鈉液，取水 1200 瓦，加食鹽 8 克，其溫度應與體溫同。病者仰臥，以物墊高其骨盆，漸次灌注，大抵能達至闌腸，過十五分鐘即可排出其液，若未排出而被吸收亦無害，最多可連用二日，若間一日則更佳，須用至大便每日不多於五次為度。若大便之次數增多，則改

用第一次之澱粉鴉片灌腸劑，或輪替用之亦可。病重者此期或纏綿數月之久。

第三期 含藥物之灌腸劑 medicated enemata 最佳者乃取有機化合物之銀劑及阿巴瑾 albargin 一至二克，溶於當量鹽液 900 銑內。先用第二期之灌洗劑洗腸，其液之強半應排出，後可灌洗以阿巴瑾溶液，此溶液最久可留十五分鐘而後必須排出。最多須間一日灌注一次，灌注六次後，應停止一星期。若大便之次數增多，須代以治第二期者。此期大抵可纏綿二月餘。亦有人始終用他種灌腸劑，如先用稀釋之硼酸溶液。病較久者則用迨金氏溶液，先用稀釋至 5-10% 者 (200-300 銑) 而後漸增其濃度，此灌腸劑可每日用一至三次。

藥品 嗎啡只可於灌腸劑中用之。而柳酸鉍 bismuth salicylate，白堊合劑 mistura cretae 及芳硫酸 ac. sulph. aromaticum 均可服之。生物炭 charcoal 及白瓷土 kaolin 或畧有效。有用菌液及血清療法者，但無顯然之效。

外科治療。若大便失禁，則可用關尾造瘻術以便灌洗結腸。其他外科治療瘡癩桿菌痢疾段見 1199 面。(Tidy)

呼吸系統病

乾草熱又名花粉熱 Hay-Fever (見參 604 面)。療法 與治枝氣管氣喘同，另用麻黃素 (馬風素 ephedrine) 0.5% 至 2% 之溶液，作噴鼻劑或擦鼻劑。此藥在局部較腎上腺素之刺激性為小。

枝氣管性氣喘 Bronchial Asthma (參見 626 面)。療法 麻黃素 ephedrine 優於腎上腺素之點，在能由口服，且其作用較持久。於發作時，可立服含此藥半喱 (0.03) 之錠劑一二錠，且可

於六小時後再服之。倘氣喘按時於夜間發作，臨寢服此藥一劑可預防之。此藥除口服外，亦可注射於皮下或肌內。所用之二種化合物爲其鹽酸鹽及其硫酸鹽。由口服，其作用之發顯較之由皮下注射（10分鐘）者爲緩（20至30分鐘），但較持久（4至6小時，皮下注射僅2至3小時），且其不良之效果如震顫、心悸、頭痛等較少或無。久用此藥似無不良之效果。用藥後，血壓增高，故在病人有心瓣膜病者用此藥宜極慎重。（北京協和醫科大學報告）

肺大葉炎之血清療法 Serum Treatment of Pneumonia. 此病之病原菌可分爲甲乙丙丁四亞類，久爲人所共知，近年以來，有人將其各類注射獸體而備現成之抗病血清，並將此血清注射病者之體而見藥甲亞類細菌者獲佳效，而患乙丙丁亞類者則否，即用多價血清 polyvalent serum 亦無裨益。若遇患甲亞類病者，則可將此抗病血清100耗與等量之無毒鹽液混合之注射於病者之靜脈內，每八小時注射一次，待其溫度降至 102° F. 爲止。

預防注射法 在非洲之南部礦夫常患此病，而於開工後初數星期內患之尤易。其菌爲甲乙丁三亞類。Lister氏曾備菌液，每星期注射一次，共三次，其劑量之總數爲球菌 7,000,000,000，注射後得免疫性者不少。

急性出血性腎炎 Acute Hemorrhagic Nephritis 又名 自發的腎炎性血尿 Essential Renal Hematuria

定義 腎暫排出若干血，無腎炎之病狀及病歷，有與咽喉有關者，見之不少。多累及小兒及青年，但他人亦能患之。患者男女相等。在小兒則 75% 有扁桃體炎或頸淋巴腺炎，此與

猩紅熱及梅毒無關。有時爲流行性，與淋巴腺熱 glandular fever 同。

病理解剖。曾於手術時取其腎，細心檢查或不見有何病組織，有時腎小球內出血，亦有出血頗久而腎間質顯纖維性變，但此罕見。病之原理迄尙未悉。茲分論之於下：

(一) 與膿毒病有關者。病有時流行傳染，且病者常有咽喉炎，但其尿內無細菌，其病狀及病徵與急性傳染性腎炎者不同(該病每顯發熱，寒戰，脈搏速，常爲一腎受累，該側之腰處疼痛而強硬)。

(二) 與腎炎有關者。病進行致顯輕性腎炎之狀。

(三) 與血友病 hemorrhagic diathesis 有關者。但少有他器官出血，亦有人在膀胱內發見紫癜。

(四) 有時爲遺傳性或他親屬被累。

徵狀 在小兒則有咽喉炎，扁桃體炎，及淋巴腺炎。病起時每見有暴發性多量之血尿，或在咽喉炎時另有頭痛，發熱，腹部不舒等狀。然多在咽喉病減退後一二星期，則全身無症狀，惟自覺疲倦耳。無水腫及痛，亦無心血管變性，及生理化學的改變。尿含顯然之紅血，但無沉渣。病起時或暫有少量之細胞管型 cellular casts 或粒狀管型。有時尿量過少。

病歷及豫後 可分三種：(一) 病者 75% 尿內之血過三四日後即無，但亦有纏綿至三或四星期之久者(此類或須行扁桃體切除術)。

(二) 病者 20% 全身之景况尙佳，但尿含少數之蛋白及赤血球頗久，每不變爲腎炎，但血尿狀有時復發。

(三) 尿含蛋白及血頗久，但尿素或較少。血內之尿素畧多而血壓畧增，此類過數年後或變爲腎炎。

療法 躺臥於床至尿內無蛋白或赤血球爲止。(Tidy)

成血器官病

成血器官病

惡性貧血 Pernicious Anemia (參見 728 面)。療法。Minot 及 Murphy 二氏於 1926 年發明用肝治此病之有效療法。用生肝雖或較烹調者之效爲大，然亦可烹調以適病人之口，惟煮久者則不相宜。每日食烹調之肝約半磅，往往即收效甚速。生肝製成醬，用橘汁調和頗適口。在病甚重者用生肝半磅之汁有益，但須給與大量。肝湯有時亦甚佳。用生肝時，須注意無寄生物在內者方可。閩牛，小牛，羊或豬之新鮮肝爲最妙，雞肝或羊腎亦佳。倘病者能食混合之食物，可給與：(1) 水果，以新鮮者爲優，約十四噶。葡萄乾亦佳。(2) 無脂肪之紅色肌肉新烹調者四噶。(3) 菜蔬類含 1% 至 10% 之炭水化物者，新烹或生食皆可，約十噶。萵苣，菠菜，龍鬚菜，白菜，番茄爲最佳。(4) 脂肪不過二噶半，雞蛋一枚。(5) 糖少許。(6) 澱粉類食物適量，但不使佔上述食物之位置。(7) 牛乳不過九噶。(8) 忌用過量之鹽。咖啡，茶，隨意用之。

視察病人及其血之狀況，而定用肝之量。肝不影響於氫氫酸之缺乏，且須如前注意病者之一般狀況。肝之作用大概在激勵赤血球之正當發育。

肝之膏劑現有售者，用之較食新鮮肝爲便。

肝食品有時對於斯潑盧病亦甚有效(見該病)。

惡性貧血肝食品治療之結果 患此病者，食肝後則見血內之網織血球 reticulocytes，增多，其數每於三至六日內逐漸加增，二星期後其數最多(即此種血球居 15-40%)，嗣後則漸減至常度(即此種血球爲 5-2%)。赤血球之數加增亦爲早見之狀，但較爲恒久，四星期內或能加增 2,000,000，至後則達 4,000,000，而其大小亦漸歸常度。血色蛋白之量加增較慢，故各赤血球之

色度或不及一。白血球之數亦加增，甚或幾歸常度。嗜伊紅性細胞有時暫增至20%。

肝食品療法於胃液之氫氫酸缺乏無效，故須兼食淡氫氫酸以補之，病者之胃蛋白酶亦減少，故亦須服該劑。若食肝食品則不需砒劑。至該病變輕而病者幾癒後，肝食品不可完全停食，須間日用之，否則該病易於復發。若此病累及神經系統雖施食肝療法，亦無顯然之功效。

循環系統病

心房纖維性顫動 Atrial Fibrillation (參見 775 面)，用硫酸奎尼亭 quinidine sulphate 收效者甚多。此藥大抵抑制傳導作用。病者尋常須先服毛地黃，但須停止數日後始給與奎尼亭。須生意用此藥之適應證。最適當者為纖維性顫動係新起者(六月內者)，及無心肌變性之特徵或動脈硬化者。在久患心病而有代償機減退，特如肝變大，有急性或亞急性之心內膜炎，瓣膜有多數損害，冠狀動脈病，心傳導阻滯或有心絞痛之病人，用奎尼亭皆似無益。第一日可服此藥兩劑，每劑三喱(0.2)，至第二日則增大其劑量至六喱(0.4)，每日三次，服至三四日之久。倘顯功效則減其劑量，例如 0.2 克，每日一次再服若干時。服藥期限須視各病人之情況而定。有須用較大之劑量者，特如用尋常劑量無效者尤然。至其有無危險則不定，栓塞之危險似頗少。或發現數種之不適，如眩暈，衰弱，心悸，呼吸困難，腹瀉等等。有時或致驟然虛脫，並人事不省，或有附加之心律不齊。倘有此等狀之一發現，即應停服此藥。倘奎尼亭對於纖維性顫動有效，則於測定心肌衰竭有若干成分屬於此患，頗有價值。

冠狀動脈血栓形成 Coronary Thrombosis 患者胸骨後驟然覺痛。曩昔常疑之爲心絞痛，但須注意其特殊症狀以區別之（見下）。

原因 患者男多於女，常爲六十至七十歲之老年人，兼患動脈硬化病而血壓過高者。**病理解剖**冠狀動脈顯硬化而有血栓形成（有栓塞 embolism 者頗少），若病者仍存活則心壁一處缺血使其肌壞死，或致纖維性變。有時心壁生膨脹瘤 aneurism 或破裂，然罕見。

症狀有時有先兆之狀，卽用力時其胸及上肢畧疼痛，病發時胸驟然作痛，有時腹上部亦然，但其壁不甚硬。有於安息時發者，其痛非屬陣發，每爲恒久性，能纏綿數小時或數日。病者不安，面色灰白而帶愁容，多汗，呼吸較常困難，皮膚畧發紺，強半嘔吐，體溫如常，脈搏速而軟，或不規則（額外收縮，纖維性顫動等），有時不顯心病症狀。服亞硝酸鹽無效，但服足量之嗎啡有效。第二日後體溫微昇，血壓漸低，或能聽得心包之摩擦聲，白血球增多。有時症狀漸重而致命。若完全安息則強半漸次恢復而其損傷處卽癒。嗣後該人或生活數年而不復發，但多半於用力時覺痛，而呼吸困難，心力易於衰竭。查其心動電流圖 electrocardiogram 則見其式頗似心房室束枝阻滯者，卽用第一及第三之電流導程 leads 時，其T波顛倒而深。用放射線攝影術 radiography 則見主動脈弓降段有顯然之彎曲。

診斷 此病與心絞痛之區別如下：（一）於安息時發作。（二）纏綿較久。（三）不安靜（心絞痛者每不欲動）。（四）消化不良，嘔吐。（五）服亞硝酸鹽無效。（六）脈搏速而軟，且不規則。（七）血壓降低，有時頗似腹部之病症。

治療 最少須臥床安息兩月，其恢復期亦宜頗長。（Tidy）

無管腺病

單純甲狀腺腫 Simple Goiter (參見 876 面)。近來皆以爲此病由於缺乏碘質所致。其病理的分類如下：(1)主質性類，係甲狀腺組織普遍增加。(2)膠樣類，係類膠物之量大增。(3)囊性類，其囊含類膠物質；囊內或見有出血。(4)纖維組織類，係纖維組織大增。複方碘液 *liquor iodi compositus* (Lugol's solution) 3 至 10 滴 (0.2 至 0.6) 爲服碘最便之法。

McCarrison 氏本其在印度二十五年之經驗，謂醫家之重視碘質缺乏及用碘預防此病，未免過當。氏以爲甲狀腺腫之造成，應包括食物之不足或過多，碘質缺乏，飲污水，腸胃染毒及起居不合衛生等之數者。須記憶者，青年女子之甲狀腺腫大，多數屬生理的，而非真甲狀腺腫。氏分此病爲三類：(1)主質性或慢性肥大性類，爲多山處之地方病，大抵由於傳染與碘質缺乏併合而成。(2)瀰漫性膠樣類，亦屬地方病，約由於食物中及或甲狀腺自身內之鈣碘平衡不稱之故。此類在北美大湖區爲地方病，近用碘預防頗有佳效。有數城鎮其飲料水概畧加碘作預防用。(3)淋巴腺樣類，此約係生理的機能不全之甲狀腺之肥大性反應，在腺中有淋巴細胞集聚成簇，其主質顯纖維性變及有特式之萎縮。McCarrison 氏用缺乏維生素甲乙丙之食物飼鼠，曾得此類病，氏謂如此則致甲狀腺之狀況至常態下而有毒性新陳代謝之產物發生，其腸胃道亦至常態下而致腸道壅滯及吸收毒素。

腺瘤性甲狀腺腫：毒性甲狀腺腫 Adenomatous Goiter: Toxic Goiter (參見 882 面)。人類甲狀腺中往往有未發育之甲狀腺細胞簇，當甲狀腺官能須增加時，此類細胞即生長而成腺瘤，在青年期之單純甲狀腺腫往往見之。其大小及數目

無定。須注意其常有膠性與腺瘤性甲狀腺腫伴發。單純之腫瘤性甲狀腺腫或為潏散性或成結節；尋常約在發身期或適在發身期後發現，纏綿無定期而不致症狀。亦有於發現數年後顯毒性症狀者（毒性腺瘤性甲狀腺腫）。其原因大抵有數種，如神經紊亂及傳染等。

單純性腺瘤性甲狀腺腫 Simple adenomatous goiter. 其狀況極與單純性甲狀腺腫相似，惟其腺或較為參差不齊及成結節耳。

毒性或官能過度性甲狀腺腫 Toxic or hyperfunctioning adenomatous goiter (繼發性甲狀腺機能過敏)。此則另有甲狀腺機能過敏之情況。尋常此係於甲狀腺增大多年後始見之，故病者多為四十或四十歲以上之人。症狀之發現大抵係漸進，且或一時期內不顯。疲乏有極大關係。臨診狀況頗與突眼性甲狀腺腫相似，而有數不同之點。眼球突出，但眼之他種病徵不顯，震顫或不顯或頗大。心動過速不甚顯著，且易收眠睡或毛地黃之效力。血壓過大（特在心舒張期之壓力增高）及心肌變性（心房纖維性顫動）之據較為常見。血管運動性紊亂不甚著。甲狀腺增大，且或參差不齊；尋常不顯搏動及顫動或雜音。心理上之病況較輕，體重之失頗漸。基本新陳代謝增加。近今有數研究家謂毒性腺瘤性甲狀腺腫與突眼性甲狀腺腫為同一病之臨症狀況有異者。

診斷。可據其有多年之經過及其臨症狀況診斷之。尤特別者為其基本新陳代謝之增加，往往為診斷之確據。與神經衰弱性之病或不易區別，此則須多重詳細之察考，除基本新陳代謝外，似無特殊之試驗法。

豫後。不一致，視病之輕重及心肌受損之情形而定。此病原係慢性病。

預防。 與單純甲狀腺腫者同，其目的在投碘或碘化物以防免此病之發生（見甲狀腺腫）。

療法。 多與治突眼性甲狀腺腫相似。須特別注意其有無傳染之病竈。多有用愛克司光線治療有效者，殊為可異。多科療治之結果往往甚佳，故用他法無效者即實施之；心肌頗有改變者，不必然為反對此療法之指徵。

神經系統病

麻痺性癡呆 Dementia Paralytica (參見 945 面)。**發熱性療法 Pyrexial treatment.** 種種熱病對於人之患麻痺性癡呆及他種精神病者，往往有良好之效果，久為醫家所察知。因此有人特試用引致發熱法以治此類病。(1) **瘧疾 Malaria.** 用受染之蚊使咬病者，或取患瘧疾者之血 2 錢注射於靜脈內，但須用良性間日瘧者。接種之瘧疾任其連續發瘧七八次（經過 14 或 16 日之潛伏期後），然後用雞納以療其瘧疾。(2) **回歸熱 Relapsing fever** 係由人血接種於人。(3) **鼠咬熱 Rat-bite fever.** 此法在日本用之，因該病在彼見之不少也。(4) **腸熱病菌液 Typhoid Vaccine AB** 注射靜脈內。用此等法後，須繼以薩乏散 (606) 之注射。病者大多數皆收效。近今醫家謂此等療法實與注射異性蛋白質之治療關節炎及他多種慢性傳染病者相同，故其效果亦可不須接種他病而得之。(4)類即注射**異性蛋白質**之一例（見關節炎）。發熱性療法對於解救**脊髓癱**之危象殊有價值。

昏睡性腦炎 (流行性腦炎) Encephalitis Lethargica. (Epidemic Encephalitis) 此係特殊之急性腦系統病，在 1916 至 1918 年間流行於歐洲及美國。此病在中華見之不少，在雲南山東

二者可名之爲地方病。先發時常藉其發熱，昏睡，眼肌癱瘓等綜合症狀而認出之。茲知其症狀頗繁。

腦神經系統之病理解剖以目力視之則見腦膜及腦內之毛細管充血，切開其腦可見小血管擴張而溢血，腦外質爲紅色；腦底之大節及中腦之灰白質亦然。出血處罕見，若有則其出血處或不小。顯微鏡的現象：(一)血管充血。(二)血管周圍之淋巴間隙含多數之小圓細胞。此狀常見，但有時散布於腦內，細胞多爲小淋巴球，而少有含色粒之大淋巴球。有時亦見下述之狀，例如神經細胞變壞而受貪噬作用 phagocytosis，血管壁之中胚葉細胞增生，神經膠質亦增生，靜脈血栓形成，出血處。

病原及傳染之路徑，毒物未曾認出，爲濾過性，病因，接觸而傳染之據頗少。但此病有時流行於公衆之所如學校，養老院等，大抵其傳染之路係鼻粘膜。毒質傳染之時間尙未確知，大抵其毒力時大時小，減小後過若干時則又變大。嬰兒患者頗少，惟其他常患之。在英國於春三月內患者最多，於十一月間患者最少。潛伏期不定，大抵有二星期之久。

病狀及病徵。上述之三標準症狀常見，乃發熱，昏睡，眼肌癱瘓。茲將其各病狀分類於下：須知一人之症狀有時甚繁，因其病理之損害分布於腦系統內，大抵可分全身神經系統及晚期三類。神經系統類又分受刺激性名陽性及受抑制性名陰性者。

病之初期。多爲隱襲性 insidious 而全身之狀有無不定。亦有急性暴發者，則所顯之狀多爲陽性，如急性譫妄，驚厥，或肌疼痛，或早顯昏睡。另有頓挫性者，則症狀頗似流行性感冒，而神經徵狀頗輕或無，甚至未能認出其病。但日後無論何後發病均能發生。

全身及起病時之症狀頭痛(後頂痛者較多),眩暈,寒戰,體弱,大便秘結,嘔吐,亦有他種不劇烈之胃腸紊亂之狀,無標準之疹,但有發紅斑者,溫度之高低不定。有不發熱者,亦有溫度於起病時升至 102° 或 105° ,過數日始降。其症狀之輕重於各病者不一,而不甚關於神經系統受累之輕重。須知昏睡及複視或見於病起之時。病期延長則現帕金森氏面容。但所謂之晚期症狀有時亦可於早期見之。

神經系症狀。可分普遍性及局部性二類,而普遍性者又有陰性及陽性之分。陰性者如昏睡病,輕重不一。輕者如淡情 apathy,重者如昏迷。陽性者為全身不安,幻想,膽妄,躁狂,均甚關重要。亦有全身驚厥者,然罕見,有則其死亡率高甚。

局部者,亦有陰性及陽性之分。陰性者,即肌癱瘓,不論神經系之何處均能受累。最常見者為眼肌癱,他神經亦能受累。面及咽喉之肌癱致嚥下及言語均困難。有時亦見無語言能,半身不遂或單癱,其徵狀有時與神經系之特殊症(如播散性硬化,重症肌無力,及脊髓癆)相似。陽性者即肌痛,有時頗劇烈(大抵因視丘受累)。另有肌強硬(帕金森氏面容在內),亦有肌不隨意之運動及收縮。神經系之陽性病狀常驟然而發,而陰性者強半為隱襲性,但其併發徵狀各人不同。

特殊症狀 (一)昏睡 病者在潛伏期多顯不寐之狀,病發時其昏睡之輕重不一,而其病狀之久暫亦無定。有晝間昏睡而夜間不寐者。昏睡較重者,若驚醒之則或清明。若昏睡更重至昏迷則頗關重要,此狀或數日即癒,或纏綿數星期之久,強半者為二三星期。亦有病期不顯此徵狀而成後發病者。(二)複視及其他累眼之徵。病者強半顯之。複視者於病流行時為標準之徵狀,但眼之斜度或不能視出。亦有眼珠上轉者,有上險下垂者,亦有瞳孔反應異常者,如大小不等或不規則,

或開放過大或過小。瞳孔之調視機及光反應或異常。有時眼球震顫, nystagmus, 但每無視神經炎。(三) 帕金森氏面容 Parkinsonian mask 面部之肌強硬而不動, 有病起一二星期而忽然發作者 (此於晚期見之頗多)。此狀與震顫麻痺者頗相似, 面肌亦有時顫動。(四) 溫度。高低不一, 有不發熱者, 有熱度逐漸加增者, 則豫後不佳。亦有相反者, 即初起時發熱, 過數日即退。(五) 反應之變化亦不一致。深反應強半加增, 然有不顯反應而有阿該氏 Argyll-Robertson 現象者。巴彬斯奇 Babinski 氏徵罕見。(六) 腦脊髓液。約 35% 者之細胞數如常, 50% 者之淋巴細胞較多 (即每立方耗有 50 至 100)。有時暫顯乏色曼陽性反應。

病者晚期之徵狀。下述之徵狀於強半人顯於晚期, 但亦有病起時而顯之者。有時病之初期及晚期之時間頗長, 在此期間有無病狀不定。亦有病初期之狀頗輕未及認出者, 但其晚期之徵狀則頗顯。曾有人計算各徵狀之數如下: 睡眠異常者 83%, 複視者 46%, 譫妄者 32%, 緊隨急性發作後而起慢性後發病者 50%, 病發作而未完全痊癒過一年後而起後發病者 25%, 病發作後完全痊癒而起後發病者 9%, 屢犯之急性發作而後起慢性後發病, 無明顯之急性發作而後起慢性後發病者 15%。病者所顯之特狀如下: (一) 帕金森氏併合徵狀 syndrome, 強半在病起後六至十二月而見。有特殊之面容亦名帕金森氏面容, 面強硬之輕重不一, 震顫輕微。有速行發現者, 亦有恢復而痊癒者。有因下脣下垂而流涎液者。若該面容顯著則其智力常有改變, 而在小兒者尤然。此多見於十五至三十歲者。有時有卡他妥尼阿 (catatonia 即一種早老性癡呆)。

(二) 智力之改變, 頗關緊要。病者 75% 顯之, 症狀之輕重不一, 但有顯然之躁狂而應具報官廳者頗少。成人常顯專注

力 concentration 薄弱而少有創作力 initiative。病者或患不絕之思睡或不寐。有時易怒，但神經奮激及精神萎頓者罕見。小兒有一種無專注力，故其智力不發達，有一種多在十歲以下，頗易受激刺，不能抑制喧嚷，有於夜間喧嚷而白晝疲倦安眠者。又有一種其道德心有改變，此常為十至十八歲之青年人，乃道德心喪失而變為兇惡，性慾過盛。亦有在五歲以下變為癡愚者。

(三)不隨意之運動及肌之收縮。有顯舞蹈病性 choreiform 或似手足徐動症 athetoid 之運動者。有顯肌陣孛 myoclonus 者，則某肌或某肌之一部或數肌顯節律運動，大抵每分鐘 30 - 40 次。腹壁之肌多受累，附近之關節或不動。此狀有於病初發後數月而見者，有輕或未認出者。全身之肌畧強硬，故不能速行運動，上肢者尤然，例如命之速行往返運動，其手則顯遲緩之狀。有顯抽搐 tic 或震顫 tremor 者，且亦有因之而發流行性呃逆 epidemic hiccup 者。

(四)呼吸機能紊亂。初發時或漸顯過度呼吸 hyperpnea。此狀雖或見之為慢性，但豫後不佳。論其後發之狀則有喘氣，陣孛性咳嗽及呼吸性抽搐，常見於智力有變之小兒。

(五)癱瘓 此狀多非為恒久性。

(六)雜狀 病者有時變肥胖或排尿甚多，或顯大腦垂體紊亂之徵。

豫後 每無得優美結果之希望，因病初發之時或頗輕而其後發病甚重，且顯之甚晚（如逾四年而見）。其死亡率居 25%，恢復者亦居 25%，其餘（50%）則顯各種遺跡，如帕金森氏現象（居 25%）。病初發時，若陽性症狀重如急性譫妄或溫度高，則豫後不佳。昏睡而能驚醒者則有希望。若昏睡較甚至昏迷者則豫後不良。早期顯肌陣孛者大抵均能恢復。若顯智力改

神經系統病

變則豫後不佳。每不能完全恢復而常復發。若婦人懷孕，則後發病愈重。

診斷 有時頗難，須注意病初發之式及其特狀(如昏睡，發慄，眼肌癱瘓，帕金森氏面容)。茲將其類似之病區別如下：(1)流行性感冒，每年之發生期不同，而傳染頗易，常累及肺部，而每不使神經系統有特殊之狀。(2)急性脊髓前灰白質炎，患該病者多為二十歲以下者，而本病則無論何年齡均能患之。該病多為驟發性，而本病為隱襲性。該病之熱度於初發時最高，而本病之熱度強半於日後最高。該病多累及脊髓，而本病多累及中腦。該病不顯不隨意之運動，而本病早晚常有之。該病之患期短而本病則延纏頗久。該病初發時腦脊髓液含多數之淋巴細胞，球蛋白亦加增，本病則細胞及球蛋白均不多。以顯微鏡檢查脊髓知該病常有出血之處，而本病則常顯血管周圍之細胞增多。(3)腦膜炎須檢查其脊髓液而診斷之。(4)梅毒，可試以乏色曼反應。(5)腦內出血，本病有時顯此狀，甚或不能鑒別之。(6)肉毒中毒，在家族中另有人患之，該病不發熱，且其糞內或含病之特菌。

療法 祇有姑息及症狀療法，須臥床，飲多量之液體。若顯帕金森氏現象，則可服蘆茄浸酒(先服十滴，一日三次，後漸增至二十至三十滴)，及亥俄辛 *hyoscine* .0013 克 ($\frac{1}{50}$ 喱)，一日二次。腰椎穿刺術有時有益，例如常患頭痛而脊髓液之壓力大者，可每星期放出少量之液二次。若身體不安適，則可服溴化物及肥羅那 *veronal*。有時取出恢復者之血清注射病人有效，亦有取此人之血清無效而取之彼人有效者。對於帕金森氏現象用亥俄辛及溴砒基酸鈉 *sod. cacodylate* 有效。有時服黑克薩民 *hexamine* 或莖陀羅 *stramonium* 有用。(Tidy)

癲癇 Epilepsy (參見 1128 面)。治此病有主張應用蔬食及禁鹽者。盧米那 luminal 不必用大劑量,早晚用盧米那鈉 $3\frac{1}{4}$ 至 $1\frac{1}{4}$ 喱 (0.05 至 0.10) 各一劑,即可得此藥所能顯之佳效。用溴化物無效者,用盧米那有時有效。又此藥概不致如久用或過用溴化所起之精神的,腸胃的或皮膚的症狀。

癲癇繼續症狀 Status epilepticus。行腰椎穿刺術及抽出腦脊液 20 至 50 珽直至顱內壓力減輕為止。或可用 1% 之溴化鈉溶液 50 珽或盧米那鈉 2 至 3 喱 (0.13 至 0.2) 作成溶液注射於硬脊髓膜內以補償其所失。如注射於靜脈內,收效尤速。

發作性睡病 Narcolepsy 此病任何年齡均能患之,男較多於女,常為終身之病,可分二種如下:

(甲) 睡眠性 Narcoleptic 每日發作數次,睡眠之時間或最短,如數分鐘或數秒鐘而已。其睡眠之輕重不一,強半失知覺,然常能驚醒之。

(乙) 猝倒性 Cataplectic 該人遇情感之事,或快樂事,或可笑事,則肌驟然弛緩,致無力而倒地,無膝關節反應,蹠反射為伸性,瞳孔之反應及清醒均如常,無言語能,常歷數分鐘之久。

此病之特狀。均屬抑制性,睡眠性者關呼腦外質全體。猝倒性者關乎運動中樞,此種症狀亦見於內分泌(如垂體者)異常者及大腦腫瘤,流行性大腦炎,腦受損傷及癲癇者。

治法 無特效之法,然有至中年而變輕者 (Tidy)

運動系統病

纖維織炎 Fibrositis (參見 1174 面)。定義 為纖維組織之一種炎病,可累身體之韌帶,肌腱,肌鞘,筋膜,腱膜,骨膜,神經鞘及其他凡有纖維組織之處。常伴發關節炎,且視其所累之特

運動系統病

定部分而有特定之名稱，如滑膜炎，髓鞘炎，粘液囊炎及神經束衣炎等。纖維織炎極為常見，且有多種疼痛病名肌痛，肌性風濕，神經炎等者皆屬之。

療法 其內因往往為局部的染毒病，故須詳察其病竈是否在扁桃體，齒（愛克司光線檢查），鼻副竇，前列腺，子宮頸，腸胃道等等而澈底治療之（見1177, 1185面）當急性發作既退後，所遺之浸潤或變厚或成結節之區，須用有力按摩法以消散之，而免其復發。在較劇烈之慢性病，可久用適不起反應之自身菌液或注射異性蛋白質法，往往有佳效（見1186面）。

畸形性關節炎 Arthritis Deformans（參見1186面）。一如慢性纖維織炎之應久用自身菌液（鏈球菌及葡萄球菌者）者之有佳效。其劑量須漸增加，但不可使起反應（即症狀加劇）。倘用異性蛋白質法，無論所用為牛乳或傷寒桿菌菌液，應起類似瘧疾發作之反應。有時間若干時須復用之。

ENGLISH-CHINESE INDEX

英華名詞索引

'A'		PAGE	PAGE		
abasia	無行走能	1163, 1147,	acromegaly	肢端肥大病	889, 416
abdomen, acute	暴發腹痛	602	actinomyces	放線菌病, 菊形菌病	107
abscess, atheromatous			acupuncture	針刺術	1174
	動脈粥樣化性膿腫	845	Addison's disease	阿狄森氏病	867
—, embolic	栓塞性膿腫	44, 675, 643	— koloid	阿狄森氏病癩瘰癧	1169
—, liver	肝膿腫	575, 213	adenitis	腺炎, 淋巴腺炎	151, 661
—, metastatic	遷徙性膿腫	41, 643	adeno-carcinoma	腺癌	487
— of brain	腦膿腫	1047	adeno-lipoma-tosis	腺性脂肪病	485
— — lung	肺膿腫	643	adenoma	腺瘤	580, 711
— — mediastinum	縱膈腺膿腫	663	adenoids	腺樣增殖病, 咽鼻部淋巴增	
— (of kidney)	腎膿腫	702		殖病	457, 187
— (- lymph glands)	淋巴腺膿腫	661	adherent pericardium	心包粘連	758
— (- muscles)	肌膿腫	1171	adhesions	粘連物	484
— (- parotid gland)	腮腺膿腫	449	—, perigastric	胃周圍粘着	481
— (- spleen)	脾膿腫	891	adiposa dol-rosa	痛性肥胖病	484
—, pancreatic	胰腺膿腫	585	adiposity, cerebral	大腦性肥胖病	485
—, perihepatic	肝周圍膿腫	596	adrenalin therapy	腎上腺素療法 (625), 873	
—, perinephric	腎周圍膿腫	714, 713, 21	adrenatitis, hemorrhagic	出血性腎上腺炎	871
—, prostatic	前列腺膿腫	48	adrenals, hyp-er-and hypo-function of	腎上腺功能過敏及過弱	871
—, pyemic or septic	膿毒性膿腫	575, 576			
—, retro-pharyngeal	咽後膿腫	452	Aedes aegyptus	黃熱蚊	2 8, 345
—, subphrenic	膈下膿腫	596	aerophagia	噯氣	170, 469, 499
—, tropical	熱帶膿腫	575	Aet-yl-ek type	愛缺克類桿菌	387
aegardia	無心	835	afebrile typhoid fever	無熱型熱病	15, 23
Acarus folliculorum, see Demodex			afferent system, diseases of	傳入系統病	929
	皮膚膿蟲	298	African sleeping fever	非洲睡眠病	286
— scabiei, see Sarcoptes	疥蟲	298	ageusia	味覺喪失	1025
accommodation iridoplegia	調節性虹膜癱	1070	agglutination test, Widal's	瓦氏凝集試驗	25, 36
acetonuria, see ketonuria (醋酮尿)	422, 680				
achloroplasia	軟骨發生不全	1199	agoraphobia	畏市場性, 畏處性	1152
achylia gastrica nervosa	胃分泌物欠缺	502	agnosia, sensory	感覺性無識物能	1010
acidosis	酸中毒	487, 402, 428	agraphia	無寫字能	1007, 1009
—, ketone	克魯性酸中毒	439	ague	瘧疾, 瘧	225
acne rosacea	酒渣鼻	374	—, brassworkers'	銅匠瘧	383
			—, quartan	三日瘧	225, 219
			—, tertian	間日瘧	225, 219
			air hunger	空氣飢	438

	PAGE		PAGE
akoria	食食不飽 503	anemia: anemia	貧血 716
albuminuria 蛋白尿	672, 21, 399, 423, 423, 1166	—, Addisonian	阿狄森氏貧血 723
—, adolescent	少年蛋白尿 672	—, aplastic	再生障礙性貧血 724
—, cyclic	輪發性蛋白尿 672	—, general	全身貧血 717
—, febrile	發熱性蛋白尿 672	—, local	局部貧血 716
—, orthostatic	直立性蛋白尿 672	—, pernicious	惡性貧血 723
—, physiological	生理性蛋白尿 672	—, primary or essential	原發性貧血, 特發性貧血 720
albumosuria	蛋白素化分產物尿, 蛋白尿 674, 553	—, secondary	繼發性貧血 717
—, myelopathic	骨髓病性蛋白尿 674	—, —, acute	急性繼發性貧血 717
alcoholism	醉中毒, 酒精中毒 372	—, splenic	脾性貧血 895
—, chronic	慢性醉中毒 372, 1121	— (of organs)	缺血 554, (390), (1012)
aleppo boil, see tropical sore	熱帶瘡 247	anesthesia	麻木 118, 987, 1088
alexia, subcortical	外質下性無識字症 1009	— leprosy	麻木性瘰癧 123
algid form (of pernicious malaria)	惡性瘧之寒冷類 231	—, saddle	鞍式麻木 939
alkaptonuria	阿勒卡吞尿 679	—	迷察, 麻痺 438
alopecia, syphilitic	梅毒性禿髮 251	aneurism	動脈瘤 852
alternation of the heart	心功交替 779	—, arterio-venous	動靜脈瘤 865, 858
amaurosis, hysterical	希司忒利性黑矇 1064	—, dilatation	擴張性動脈瘤 852
—, toxic	中毒性黑矇 1063	—, dissecting	夾層性動脈瘤 864, 852
—, uræmic	尿中毒性黑矇 424, 582, 632, 697	—, false	假動脈瘤 853
amblyopia, tobacco	煙草性弱視 1064	—, military	粟粒形動脈瘤 495, 1015
—, crossed	交叉性弱視 1067	—, mycotic	菌性動脈瘤 853
ambulatory form (of typhoid fever)	腸熱病之遊蕩類 12, 23	— of abdominal aorta	腹主動脈瘤 862
amebiasis; amœbiasis	阿米巴病 212	— - arteries of brain	腦動脈瘤 1031
amnesia verbalis	健忘性無語言能 1009	— - branches of abdominal aorta	主腹動脈枝動脈瘤 834
Amœba coli	結腸阿米巴 212	— - heart	心臟竇 833, 865
— dysenteriae	痢疾阿米巴 212	— - thoracic aorta	胸主動脈瘤 855
amyloid degeneration (in syphilis)	澱粉樣變 (見於梅毒者) 252	—, varicose	動靜脈交通症 863, 865
— — (of heart)	心之澱粉樣變 701	aneurismal varix	動脈性靜脈曲張, 動靜脈相通 865, 448
— — (of liver)	肝之澱粉樣變 582	angina ludovici	腺性頰下炎, 盧德維氏頸炎 452
— disease (of kidney)	澱粉樣病 (腎) 700, 680	— pectoris	心絞痛 836, 791
amyotonia congenita	先天性肌弛緩 1176	— —, vaso-motor	血管舒縮性心絞痛 763
amyotrophy	肌萎縮 916	— abdominalis	腹性心絞痛 841
acidity, see subacidity	胃分泌欠酸 502	— simplex	急性咽炎 450
anaphylaxis	過敏現象 58, 620	angiocholitis, catarrhal, acute	急性卡他性膽管炎 556
anarthria	不能語言, 口吃 1006	—, —, chronic	慢性卡他性膽管炎 558
anasarca	普通性水腫 276, 632, 814	—, suppurative and ulcerative	化膿性及潰瘍性膽管炎 558
anastomosis	神經接合術 1080		
anoclostomiasis, see ankylostomiasis	289		

	PAGE
angioma 血管瘤, 血管微瘻	580, 669, 711, 1940
angiomata, spider 蛛形痔瘻	572
angioneurosis 血管神經病	1167, (1050)
angio-sclerosis 血管硬化	846
anisocoria 瞳孔左右不同	800, 1071, 1161
Ankylostoma duodenale 十二指肠鉤蟲, 蒼大陸鉤蟲	289
ankylostomiasis 鉤蟲病	289
Anopheles 安樂嬰雷司蚊	221
anorexia 厭食, 食慾缺乏	184, 792
— nervosa 神經性厭食	504, 1144
anosmia 嗅覺喪失	1061
ansatz 痲風	124
anthracemia 毛工病, 炭疽血	125
anthracosis 炭末沉着病, 煤工病	63E, 141
anthrax 炭疽, 脾炭疽	122
—, intestinal 腸炭疽	124
—, pulmonary 肺炭疽	124
antithrophia 畏廣染性	1153
antiformin method 安普佛民沉菌法	187
antitoxin, diphtheria (抗白喉毒素)	53
—, tetanus (抗破傷風毒素)	120
auria 無尿, 尿閉	668
anxiety conditions 憂慮情況	1152
aortitis 主動脈炎	850
—, acute 急性主動脈	850
—, chronic 慢性主動脈	851
aphasia 無語症	103, 21, 68, 157, 185, 632, 1029, 1036
—, amnesic 健忘性無語症	1009
—, auditory 聽性無語症	1008
—, Freund optic 斐羅因德氏視覺性無語症	1069
—, motor 運動性無語症	1010, 1305
—, —, subcortical 外質下性運動性無語症	1010, 1036
—, sensory, subcortical 外質下性感覺性無語症	1009
—, visual 視性無語症	1949
aphonia 無發音能, 失音	182, 605, 606
— (nervous) (神經官能病性失音)	1068
—, hysterical 希司忒利亞性無發音能	1088
—, spastic 痙攣性無發音能	1088
aphthae see stomatitis, aphthous	441

	PAGE
apoplectiform (of paralysis) 中風樣類 (癱瘓)	950
apoplectic stroke 猝中風	1013
apoplexy, capillary 毛細管性中風	1026
—, cerebral 大腦性中風	1014
—, pulmonary 肺卒中	630
—, meningeal (spinal) 脊髓膜性中風	991
appendicitis 盲腸炎, 盲突炎	523
— catarrhalis acuta 急性卡他性盲腸炎	524
— — chronica 慢性卡他性盲腸炎	524
—, perforative 穿破性盲腸炎	526
—, purulenta necrotica 膿性壞死性盲腸炎	524
—, relapsing 回縮性盲腸炎	529
apraxia 無發物能	1003, 1026
—, sensory 感覺性無發物能	1010
Arachnoidea, parasitic 寄生性蛛網類	298
area, motor, of cortex 腦外質之運動區	912
—, sensory, of brain 腦之感覺區	918
Aryll-Robertson phenomenon or pupil 阿該羅伯森氏現象 (瞳孔) 93 ;	1071
arrhythmia, sinus 竇性心節律不齊	708
arsenical poisoning 砒中毒	384
arteries, diseases of 動脈病	843
arterio-capillary fibrosis, see arterio-sclerosis	843
arterio-sclerosis 動脈硬化	843, 120, 343
arteritis (動脈炎)	256, 83
arthritis 關節炎	1179, 356
— deformans 畸形性關節炎	1126, 356
—, gonorrhoeal 淋病性關節炎	101, 356, 1183
—, multiple secondary 多數性繼發性關節炎	356
—, rheumatoid 德察質斯性關節炎	356, 1176, 1178
—, septic 膿毒性關節炎	356
—, toxic 血中毒性關節炎	1187
—, toxic 中毒性關節炎	1187
—, villous 絨毛形關節炎	1173
arthropathy, hypertrophic pulmonary 肥大型肺病性關節炎	1187
—, Charcot's 夏科氏關節炎	983, 933

	PAGE		PAGE
<i>Balantidium coli</i>	271	結腸巴爾管地蟲	271
'ball-valve stone	567	球形活石	567
Banti's disease	896, 788	班替氏病	896, 788
Barlow's disease, see infantile scurvy	401		401
barrel chest	458, 628	桶胸	458, 628
basal metabolism	880, 884	基礎代謝	880, 884
Basedow's disease	882	巴色柔氏病	882
Bastian's syndrome	988	巴斯天氏症狀	988
bed-sores	38	褥瘡	38
Bell's palsy	1076	貝耳氏癱瘓	1076
beri-beri	892	脚氣	892
—, infantile	895	嬰兒	895
bile-ducts, catarrh of, acute	556	急性膽管卡他	556
—, —, —, chronic	558	膽管之慢性卡他	558
—, stenosis and obstruction of	562	膽管狹窄及梗阻	562
bile passages, cancer of	561	膽道之癌	561
Bilharzia hæmatobia	277	血吸蟲	277
black death	118	黑死病	118
Belascaris mystax	286	貓蛔蟲	286
Blastomyces albicans	443	白色隱球菌	443
blastomycetes	210	隱球菌、卵狀菌	210
blastomycosis	210	隱球菌病、卵狀菌病	210
—, pulmonary, in China	210	中國肺隱球菌病	210
blepharospasm	1080	眼瞼痙攣	1080
blood-forming organs, diseases of	716	成血器官病	716
blue disease	837	藍色病	837
— line	880	藍紋	880
boil	548	癤	548
bones, diseases of	1187	骨病	1187
botulism	888, 971	臘腸中毒	888, 971
brachycephalic skull	878	短頭	878
bradycardia	1067	心跳徐緩	1067
brain, abscess of	1046	腦膿腫	1046
—, affections of blood vessels of	1012	腦血管病	1012
—, aneurism of arteries of	1031	腦動脈瘤	1031
—, cysts of	1010	腦之囊腫	1010
—, diffuse and focal diseases of	997	腦之瀰散性及局性病	997
brain, edema of	1013	腦水腫	1013
—, embolism and thrombosis of	1025	腦之栓塞及血栓形成	1025
—, hemorrhage of	1013	腦出血	1013
—, hyperemia and anemia of	1012	腦之充血及貧血	1012
—, inflammation of	1046	腦炎	1046
—, sensory areas of	918	腦之感覺區	918
— sinuses and veins, thrombosis of	1032	腦竇及靜脈血栓形成	1032
—, tumors of	1039	腦之腫瘤	1039
Brauer's operation	288	李老耳氏手術	288
brass poisoning	282	銅中毒	282
breast pang	835	心痛病	835
Bright's disease, acute	684	急性李來忒氏病	684
—, —, chronic	690	慢性李來忒氏病	690
Brill's disease	342	李利耳氏病	342
Brissaud type of infantilism	893	李立沙氏類幼弱性病	893
Broca's center	1007, (1005)	波卡氏中樞	1007, (1005)
bronchi, diseases of	610	氣管病	610
bronchiectasis	616	枝氣管擴張	616
—, atelectatic	617	肺脹不全性枝氣管擴張	617
bronchiolitis	78, (610)	毛細枝氣管炎	78, (610)
bronchitis, acute	610	急性枝氣管炎	610
—, chronic	613	慢性枝氣管炎	613
—, croupous, see fibrinous bronchitis	626		626
—, fibrinous	626	血絲性枝氣管炎	626
—, plastic	615	組織形成性枝氣管炎	615
—, putrid	615	惡臭性枝氣管炎	615
bronchocele; struma, see goiter	876		876
bronchomoniliasis in China	210	中國枝氣管卵狀菌病	210
— 管卵狀(念珠狀)菌病, 肺隱球菌病	210		210
broncho-idioidosis; broncho-endomycosis; broncho-blastomycosis	210	枝氣管卵狀菌病, 枝氣管隱球菌病	210
bronchophony	66, 180	枝氣管雷響	66, 180
broncho-pneumonia	76	枝氣管肺炎	76
—, chronic	633	慢性枝氣管肺炎	633
—, acute tuberculous	163	急性結核性枝氣管肺炎	163
—, — caseous	168	急性乾酪性枝氣管肺炎	168

	PAGE
bronchorrhagia	核氣管肺出血 629
bronchorrhea	核氣管溢液, 溢痰性核氣管炎 615
Brown-Séquard syndrom-	
李耶碎卡氏症狀羣	993, (982), (988)
Brudzinski's sign	布辛司克氏徵 88, 934
buccal spots	頰內斑點 331
bulimia	吞飢 421, 502
bursitis, subdeltoid	三角肌下滑囊炎 1184
C	
cachexia, malarial	瘧惡病質 282
—, saturnine	鉛毒性惡病質 380
—, strumipriva	甲狀腺剷除後惡病質 880
caisson disease	潛水夫病, 空氣大壓病 319
calcification	石灰性變 132
calcified pericardium	石灰化心包 763
calculus, coral	珊瑚石 707
—, cystin	背司廷石 707
—, gall-bladder, see cholelithiasis	
—, oxalate	草酸鈣石 707
—, pancreatic	胰腺石 590
calculus, phosphatic	磷酸鹽石 707
—, renal, see nephrolithiasis	
—, urates	尿酸鹽石 707
—, uric acid	尿酸石 707
—, vesical	膀胱石 397
—, xanthin	散打石 707
callus	骨瘤 1189
Calmette, ophthalmal-reaction of	
卡耳默氏眼反應	137, 188
Cambridge's reaction	坎米杰氏反應 422
cancer, alveolar	泡狀癌 488
— of biliary-passages	膽道之癌 561
— - esophagus	食管之癌 464
— - stomach	胃癌 487, 580
— (of kidney)	腎癌 711
— (of liver)	肝癌 579
— (of lungs)	肺癌 644
— (of rectum)	直腸癌 580
— (of thyroid)	甲狀腺之癌 675
—, primary	原發性癌 579

	PAGE
cancer, secondary	繼發性癌 488, 579
cancrem oris	壞死性口炎, 走馬疳 444
capsule, internal, lesions of	內囊之損害 999
capsulitis of liver	(肝之被膜炎) 574
caput quadratum	長方形頭 404
carbohydrata metabolism, disturb-	
ance of	炭水化合物新陳代謝紊亂 414
carbon bisulphide	二硫化炭 386
— monoxide	一氧化炭 385
carcinoma, see cancer	癌 [487]
—, latent	隱性癌 439
—, pleuro-pulmonary, chronic	慢性胸膜肺癌 614
—, scirrhus, of breast	乳腺硬癌 580
cardiac failure	心力衰竭 786, 791, 794
cardialgia (heart-burn)	心氣痛, 心燒痛 469
cardiolysis	舒心手術 759
cardioptosis	心下垂 763, 793
cardio-spasm	真門痙攣 500
caries	脊骨炎 980
carriers, typhoid	腸熱帶菌人 6, 33
caseation (of tubercle)	結核之乾酪樣變 132, 142
casts, blood	尿管型 54
—, epithelial	上皮管型 54
—, fatty	脂肪管型 680, 700
—, fibrinous	血絲管型 626, 847
—, granular	粒狀管型 695, 700
—, hyaline	透明管型 673, 695, 698, 700
cataplexy	強直性昏厥, 卡他勒色 150, 1140
cataphoresis	透皮療法 1174
cataract	內障 424, 1119
catarrh, autumnal	秋季卡他 603
—, dry	乾性卡他 615
—, gastric	急性胃卡他 465
—, —, on	慢性胃卡他 468
—, nasal, chronic	慢性鼻卡他 451
catarrillar rash	毛蟲皮炎, 毛毛蟲疹 302
cauda equina, lesions of	脊髓馬尾之損害 984
cavities, pulmonary	肺窩 66, 167
—, quiescent	靜窩 168
celiac affection	粥樣瀉 509
cell systems (nerve)	神經細胞系統 902
cellulitis of the neck	頸部窩織炎 452

	PAGE		PAGE
center, auditory, primary		cholera asiatica	亞細亞霍亂 霍亂 108
原始聽中樞	1006, 921	—, European	歐羅巴霍亂 111
—, cilio-spinal	睫狀體脊髓中樞 981	— infantum	嬰兒吐瀉病 517
—, small	嗅覺中樞 921	— nostras	似霍亂 111
—, speech, auditory		— sicca	乾性霍亂 111
聽的官能中樞	1006, 921	cholerae	霍亂性霍亂 111
—, —, motor	運動的官能中樞 1007	cholesteatoma	膽脂瘤 1040
—, —, visual	視的官能中樞 1007, 921	cholesterin	膽固醇素 564
—, taste	味覺中樞 921	choluria	膽汁尿 681, (551), (725)
centrum semiovale	半卵圓中央 998	chondrodystrophia fetalis	
cercaria	尾動性幼蟲 272	胎兒軟骨營養不瓦 1190	
Cercomonas intestinalis	粘一條鞭毛蟲 271	chorea, acuta	急性舞蹈病 1108, 1095, (855)
cerebellum, lesions of	小腦之損害 1003	—, chronic hereditary	
cerebral cortex, lesions of		慢性遺傳性舞蹈病 1113	
大腦外質之損害	997	—, habit	習慣性舞蹈病 1113
— peduncles, lesions of, see crura	1000	— insanians	精神錯亂性舞蹈病 1110, 1046
— softening	大腦軟化 1025	—, maniacal	狂性舞蹈病 1110, (1046)
cerebro-spinal fever	腦脊髓熱 82	—, mild	輕性舞蹈病 1109
cervical rib	頸肋 949	—, paralytic	癱瘓性舞蹈病 1110
— — pressure	頸肋壓 1096	—, prehemiplegic	偏癱前性舞蹈病 1017
cestodes	帶蟲 279	—, rhythmic	節律性舞蹈病 1115
chalcosia	石工病 635	—, severe	重性舞蹈病 1110
chalkstone	滑風石 408	— spastica	痙攣性舞蹈病 1111
chancre	下疳, 梅毒初瘡, 硬性下疳 250	choroido-iritis, purulent	膿性虹膜炎 88
charbon	炭疽 122	chromaffin system, diseases of	
Charcot-Leyden crystals	夏科萊登氏晶 731	嗜銘系統病 866	
Charcot's joint	夏科氏關節 934	Chvostek's phenomenon	克勞什忒氏現象 1119
Cheyne-Stokes breathing	切斯安氏(潮式)呼吸 86, 146, 898, 682, 696, 792, 793	chyle vessels, diseases of	乳糜管病 546
chiasma, optic, disease of	視束交叉病 1065	chylopericardium	心包積乳糜 759
chicken breast	雞胸 404, 458	chyluria	乳糜尿 295, (680)
chicken-pox	水痘 317	—, non-parasitic	非寄生性乳糜尿 676
chilblain. see frost-bite	凍瘡 1164	Ciliata	纖毛蟲 271
child-crowing	小兒雞啼聲 608	Cimex lectularius	臭蟲 300
chloasma (phthisicorum)	肺病性黃褐斑 185	circulatory system, disease of	
chloroma	綠色瘤 734	循環系統病 750	
chlorosis	萎黃病 720	cirrhosis of liver	肝硬化 569
choked disk	視神經盤腫 1064	—, alcoholic	酒精性肝硬化 569
cholangitis, infective	染性膽管炎 567	—, atrophic	萎縮性肝硬化 570
—, suppurative	化膿性膽管炎 568, 576	—, capsular	被膜性肝硬化 574
cholecystitis, acute	急性膽囊炎 559	—, fatty	脂肪性肝硬化 570
—, chronic	慢性膽囊炎 560	—, hypertrophic biliary	肥大型肝硬化 573, 554
cholelithiasis	膽石 563	—, pigment	色素性肝硬化 569
cholemia	膽血病 549, (495)	—, portal	門靜脈性肝硬化 570

	PAGE	PAGE	
cirrhosis, amyloid	梅毒性肝硬化 574, 260	coma-vigil	瞿目 20, 341
— of lung	肺硬變 182, 116, (632)	combined system diseases	併合性系統病 928
— ventriculi	胃硬化病 475	compensation (heart), disturbance of	心之補償機能混亂 811
Cladotrix	分枝絲菌 207	compensatory circulation	側枝血管環 371
clapnetage	打水鳴 542	— emphysema	代償性肺氣腫 437
claudication, intermittent	間歇跛行 849	complement fixation test	補體結合試驗 189
claustrophobia	畏窄處性, 畏隘處性 1158	compressed air disease	空氣大壓病 369
clavus hystericus	希司忒利阿性疣瘡 1143	Compsonymia macellaria	(蠅之一種) 301
claw-hand	爪形手 (129), 917	concretions, fecal	糞結石 524
clicking noise	拍板聲 1082	condylomata	梅毒病, 濕疣 251
Clonorchis sinensis	亞洲分枝舉吸蟲 274	congestion of kidney	腎充血 667
clonus	副代性痙攣, 陣攣 951, (1076)	— of lungs	肺充血 627
—, jaw	頰陣攣 948	— — spinal blood vessels	脊髓血管之充血 990
clownism	醜態 1141	— — thyroid gland	甲狀腺充血 874
clubbed fingers	杵狀指 859, 1188	—, active	溢性充血 627, 667
coal-miner's disease	煤工病 685	—, hypostatic	壓積性充血 20, 628
cocaine	可卡印 379	—, mechanical	機械的充血 627
coceydynia	尾神經痛, 尾骨痛 1134	—, passive	阻性充血 627, 667
Cochin China diarrhoea	交趾支那腹瀉 293	conidia	分生子 269
coeliac affection, see coeliac	509	conjugate deviation	頭眼同向偏斜 1019, 159
collapse	精力虛脫, 腦力虛脫 76, 110, 517, 534, 665, 793	conjunctivitis, purulent	膿性結合膜炎 89
colic, appendicular	闌尾痙痛 525	constipation	大便秘結 537, 460
—, biliary or gall-stone	膽石痙痛 505, 406	consumption, see pulmonary tuber-	
— (intestinal)	腸之痙痛 534, 111, 381	culosis	160
—, pseudo-biliary	假膽石痙痛 566	—, galloping	馳騁傳染 164
—, renal	腎痙痛, 腎石痙痛 708	contagion	接觸傳染 5, 126
colitis, membranous	假膜性大腸炎 543	contraction, fibrillary	纖維性收縮 948
—, mucous	粘液性大腸炎 543	—, premature	心之過早收縮 768
—, simple ulcerative	單純潰瘍性大腸炎 511	—, secondary	繼發性縮短 1022
Colles' law	可魯司氏之公例 249	contractures	攣縮 954, 1142
colon bacillus infections	大腸桿菌傳染病 36	conus medullaris, lesions of	脊髓圓錐之損害 989
—, dilatation of	大腸擴張 544	convalescence	恢復期, 靜養期 69
coloptosis	大腸下垂 542	convulsions, 20, 257, 355, 372, 380, 404, 656, 682, 1018, 1042, 1120	
coma	昏迷 41, 86, 111, 281, 355, 682, 804, 1123	—, choreic	舞蹈性搐搦 620
— (alcoholic)	(醇中毒性昏迷) 372	—, infantile	小兒驚厥 1115
— (apoplectic)	(卒中性昏迷) 1018, 1023	convulsive hysteria	驚厥性希司忒利亞 1140
— (diabetic)	(糖尿病性昏迷) 423, 430	— type of ergotism	驚厥性類麥角中毒 390
— (epileptic)	(癲癇性昏迷) 1123	coprolalia	穢謔的發言 1114
—, uremic	尿中毒性昏迷 682	coproliths	盲腸結石 524
— (sunstroke)	(中暑性昏迷) 368		
comatose form (of malaria)	昏迷類瘧 231		

	PAGE
coronary artery, lesions of	
冠状動脈損害	786, 889
corpua quadrigemina, lesions of	
四疊體之損害	1001
Cortex callosum, lesions of	
腦髓體之損害	999
Corrigan's pulse	促脈 816
cortex, motor area of	腦外質之運動區 912
coryza, acute	急性鼻卡他 358, (91)
cough, brassy aneurismal	銅聲音咳 661
—, hysterical	希司忒利亞性咳嗽 1144
—, stomach	胃咳 470
cow-pox	牛痘 313
cramp	拘攣, 痙攣 1136, 1137
—, writer's	書寫痙攣, 書寫拘攣 1137, 1136
cramps, heat	中熱痛性痙攣 369
— (in cholera asiatica)	痛痙 111
— (in typhoid)	痛痙 20
crepitus	捻髮鳴 180
cretinism	克汀病 377
—, endemic	地方性克汀病 379
—, sporadic	散發性克汀病 378
crisis, Dietl's	腎克來息 665
—, gastric	胃危象, 胃克來息 502, 500, 466, 932, 934
—, laryngeal	喉克來息 934, 1088
—, tabetic	脊髓勞危象 934, 607
— (pneumonia)	初期 64
group, membranous or true	假膜性克
—, spasmodic	虛濕, 真克虛濕, 眞哮喘病 53
—, spasmodic	痙攣性克虛濕 608
crura (cerebri), lesions of	大腦脚之損害 1000
cry, epileptic	癲癇性嗚呼 1123
cryptorchidism	睾丸不降, 隱辜 374
crystals, asthma	氣喘晶 624
Culex	庫管克司蚊, 庫列蚊 221
— fatigans	(庫列蚊之一種) 345
— pipiens	(庫列蚊之一種) 294
cupping	杯術 603
Cursemaun's spirals	精什曼氏螺旋, 蕩之螺旋形組織 693
cyanosis	發紺 689, 663, 749, 763, 792, 814, 828, 837, 1164
—, microbial	細菌性發紺 749
—, enterogenous	腸性發紺 749

	PAGE
cycloplegia	睫狀肌攣 1070
cysticercus	囊蟲 279
Cysticercus cellulosus	豚囊蟲, 細囊蟲 8', 834
— tanio saginato	牛囊蟲 152
cystitis	膀胱炎 676, 701
—, bacteriuric	細菌尿性膀胱炎 675
cytodiagnosis	驗細胞診術 915
cysto-adenoma	囊腺瘤 588
cysts, dermoid	皮樣囊腫 545, 663, 1040
—, echinococcus	包蟲囊腫 (.81), 546, 587, 693, 834, 1040
— of brain	腦之囊腫 1040
— of liver	肝之囊腫 530
— of spleen	脾之囊腫 805
—, pancreatic	胰腺囊腫 587
—, paraneuric	副腎囊腫 713
—, proliferation	增生性囊腫 588
—, retention	留滯囊腫 588
cystic disease of kidney	腎囊腫病 712

D

day-blindness	晝盲, 晝障 10 4, 460
deafness, nerve	神經性聾 1083
debility	虛弱 1115
deapsulation of the kidneys	腎囊剝術 700
deficiency diseases	營養缺乏之病 381
degeneration, amyloid or waxy,	see amyloid
—, ascending	上升性變性 1181
—, calcareous	鈣性變 791
—, fatty	脂肪性變 790, 581
—, fibroid	纖維性變 347
—, granular	粒狀變 789
—, —, basophilic	嗜鹽基性粒形變 380
—, reaction of	變性反應 923, 1055
—, secondary	繼發性變性 923, 1074
—, subacute combined, of cord	脊髓之亞急性合併變性 979
delirium	譫妄 20, 86, 164, 137, 355, 372, 380, 400, 804, 811
— tremens	震蕩性譫妄, 酒狂 68, 374
delusions	幻想 374, 792, 942

	PAGE		PAGE
dementia	癡呆 94, 1041, 1162	diphtheria pharyngeal	咽部白喉病 52
— paralytica	癱瘓性癡呆 940, 257, 979	diphtheroid affections	類白喉病 49, 51
Demodex folliculorum	皮膚蠕蟲 298	Diphyllobothrium mansonii	萬氏二葉裂頭蟲 281
dengue	登革 345	diplegia	兩側癱瘓 1038
deposits, gouty	痛風性沉著物 382	—, facial	兩側性面神經癱 1078
depression	精神抑鬱, 精神不振 94, 942, 1160	—, spastic	痙攣性兩側癱瘓 1037
Dercum's disease, see adiposis dolorosa	434	Diplococcus intracellularis meningitidis	腦膜炎細胞內雙球菌 83
Dermacestor andersoni or venustus	(一種美國西北部所產之壁蝨) 299, 864	— pneumonitis of Fraenkel	弗倫克氏肺炎雙球菌 80, 78, 180
dermatomyiasis linearis migrans oestrosa	馬蠅皮膚病 302	diplopia	複視 1, 82
dermatitis, acute exfoliating	急性剝屑性皮炎 326	dipsomania	耽酒狂, 間發性酒精病 372
dermatomyositis	皮肌炎 1171	dirt-eating	(食泥) 292
dermographia	皮劃痕現象 763	disability	病廢 1172
desquamation	表皮脫屑 323, 331	displacement of kidney	腎移位 542
deviation, secondary	第二偏向 1072	Diatomum westermanni	矽吸蟲 272
dextrocardia	右位心 835	distomiasis	吸蟲病 272
diabetes insipidus	尿崩病 431, 1040	—, pulmonary	肺吸蟲病 272
—, lipogenic	肥性糖尿 416	—, hepatic	肝吸蟲病 273
—, mellitus	糖尿病 414	—, intestinal	腸吸蟲病 275
—, renal	腎性糖尿 420	distress, cardiac	心困苦 791, 798
diarrhea	腹瀉 506	diver's paralysis, see caisson disease	369
— alba	白瀉病 509	diverticulitis	憩室炎 545
— chylosa	乳糜性腹瀉 509	diverticula	食管憩室 465, 154
—, emotional	感情的腹瀉 507	dolichocephalus	長頭 878
—, fermentative	發酵性腹瀉 516	dracontiasis	袋內亞絲蟲病 297
—, gastrogenous	胃性腹瀉 506	Dracunculus mediensis	袋內絲蟲 297
— in children	小兒腹瀉 514	dropsy (cardiac)	(心性水腫) 791, 797, 814
—, inflammatory	炎性腹瀉 517	—, epidemic	流行性水腫 395
—, mucous	粘液性腹瀉 508	— (renal)	(腎性水腫) 692, 700
—, nervous	神經性腹瀉 507	ductless glands, diseases of	無管腺病 866
diathesis, gouty	痛風素質 410	dulness, wooden	木性實響 179
Dibothriocephalus latus	闊節裂頭蟲, 闊帶蟲 280	duodenitis	十二指腸炎 503
— mansonii	萬氏二葉裂頭蟲 281	duodenum, dilatation of	十二指腸擴張 547
dilatation of aorta	主動脈擴張 851	dura-arachnitis	硬腦膜蜘蛛膜炎 959
— colon	大腸擴張 544	dura-mater, hematoma of	硬腦膜血腫 961
— duodenum	十二指腸擴張 547	—, inflammation of	硬腦膜炎 959
— esophagus	食管擴張 464	dysacusis; dysesthesia	聽覺不真 1032
— heart	心臟擴張 782	dysentery, amebic	阿米巴痢疾 212
— stomach	胃擴張 475	—, bacillary	桿菌痢疾 102
diphtheria	白喉病 48	dyspepsia, acute	急性消化不良 465, 516
—, laryngeal	喉部白喉病 53	—, appendicular	腸尾性消化不良 629
—, nasal	鼻部白喉病 53	—, chronic	慢性消化不良 468

	PAGE
dyspepsia, nervous 神經性消化不良	498
dysphagia 吞嚥困難	雜症 52, 182, 464, 609, 850, 1088
dyspituitarism 大腺垂體功能擾亂	888
dyspnea, acyanotic 不發紺性呼吸困難	423
— (cardiac) (心性呼吸困難)	792, 798
— (renal) (腎性呼吸困難)	696
—, uremic 尿中毒性呼吸困難	682
dystrophia muscularis progressiva 進行性肌營養不良	952
dystrophies, muscular 肌營養不良	952

E	
echymoses 瘀斑	739, 804
echinococcus disease 包蟲病	283
— cyst, see cyst	
echokinesis 反響的運動	1114
echolalia 反響的發音	1114
eclampsia, see convulsions	
ecthyma 深膿疱	41, 86
ectopia cordis 異位心	835
eczema 濕疹	253
— of scalp 頭皮濕疹	153
— — tongue 舌濕疹	445
edema 水腫	21, 455, 692
—, angio-neurotic 血管神經官能性水腫	1167, 607
—, malignant anthrax 惡性炭疽水腫	123
— of arteries 動脈之水腫	256
— — brain 腦水腫	1013
— (of glottis) 聲門水腫	606, 696
— of leg, persistent hereditary 頑固性遺傳性水腫	1169
—, pulmonary 肺水腫	628, 20, 814
efferent system diseases 傳出系統病	946
effort syndrom 勞合性合併症	782, 781
egophony 羊音語聲	66
elastic tissue 彈力組織	173, 162
elephantiasis 象皮病	295
—, sporadic 散發性象皮病	296
emaciation, progressive 進行性消瘦	164, 711
embolism 栓塞	68, 546, 804, 854, 991, 1025
— of cerebral arteries, see brain	1025

	PAGE
embolus 栓子	1025
—, cancerous 癌性栓子	834
emphysema, pulmonary 肺氣腫	637
—, acute vesicular 急性肺泡氣腫	641
—, atrophic 萎縮性肺氣腫	640
—, compensatory 代償性肺氣腫	637
—, hypertrophic 肥大型肺氣腫	637
—, interstitial 間質性肺氣腫	641
—, large-lunged (肺大型肺氣腫)	637
— of mediastinum 縱膈囊氣腫	663
—, small-lunged (肺小型肺氣腫)	640
emprosthotonos 前弓反張	119
empyema 胸膜膿腫, 膿胸	650
—, necessitatis 自損性膿腫	651
encephalitis, acute 急性腦炎	1046
—, —, of children 小兒之急性腦炎	969
—, epidemic 流行性腦炎	971
— lethargica 昏睡性腦炎	971
—, purulic 膿性腦炎	1047
encysted ameba 包繞類阿米巴	212
endangitis, tuberculous 結核性血管內膜炎	144
endarteritis 動脈內膜炎	991
— deformans 畸形性動脈內膜炎	848
— obliterans 閉塞性動脈內膜炎	250, 262, 889
endocarditis 心內膜炎	799, 41, 68, 94, 991, 1110
—, acute 急性心內膜炎	799
—, bacterial, subacute 亞急性細菌性心內膜炎	805
—, chronic 慢性心內膜炎	807
—, — iufective 慢性感染性心內膜炎	805
—, — ulcerative 慢性潰瘍性心內膜炎	805
—, malignant or infective 惡性或感染性心內膜炎	800, 825
—, mural 壁性心內膜炎	803, 808
—, recurring 再發性心內膜炎	800, 806, 814
endothelioma 內皮瘤	644
—, mucoid 粘液性內皮瘤	713
—, primary, of spleen 脾之原發性內皮瘤	898

	PAGE		PAGE
fever, hemoglobinuric	血紅素尿熱病	fibrillary contractions	纖維性收縮 948, (950)
—, hysterical	希司忒利阿性熱	fibrillation atrial (auricular)	心房纖維性顫動 773, 794, 826
—, intermittent	間歇熱 176, 229, 703	— (of muscles), see fibrillary 918, (956)	
—, —, hepatic	肝性間歇熱 567	fibroma	纖維瘤 493, 638
—, —, renal	腎間歇熱 709	—, nodular	結節性纖維性瘤 711
—, irregular	不規則熱 239	fibrosarcoma	纖維肉瘤 1040
—, low	低熱 366	fibrosis (of lung)	肺之纖維性變 617
—, malarial	瘧熱 216	fibrositis	纖維性炎 1172, 1102, 44
—, malignant purpuric	惡性紫癍熱 88	fibro-tuberculosis	纖維性結核 181
—, Malta or Mediterranean	馬耳他熱 地中海熱 106	Filaria bancrofti	班克羅夫氏絲蟲 294
—, miliary	粟疹熱, 痘疹熱 263	— conjunctiva	結合膜絲蟲 297
—, paratyphoid	副傷熱病 34	— medicusis	畿內亞絲蟲 297
—, petechial	紫斑性熱 88	— nocturna	夜現絲蟲 294
—, phlebotomus or pappatai fever	白蛉子熱, 蒼蠅 4熱 318	— sanguinis hominis	人血絲蟲 294
—, puerperal	產後熱 750	filariasis	絲蟲病 294
—, quartan	三日瘧 229	Fistula, biliary	膽瘻 568
—, —, double	雙發性三日瘧 249	— in ano	肛門瘻 189-
—, —, triple	三發性三日瘧 249	—, pleuro bronchial	胸膜氣管瘻 659
—, quotidian	日發瘧 229	Flagellata	鞭毛蟲 271
—, rat-bite	鼠咬熱 243	flatulence, gastric	胃充氣 469, 574
—, relapsing	回歸熱 235	flea, common	人體蚤 391
—, remittent	弛張熱 229	Flexner	弗雷納氏, 弗雷克斯納氏 107, 966
—, rheumatic	風濕熱 353	flies, parasitic	寄生性蠅 391
—, river, Japanese	日本河熱, 恙蟲病 364	F. int. murmur	弗林忒氏雜音 815-
—, Rocky mountain spotted	落磯山斑疹熱 364	flukes	吸蟲 272-
—, sand-fly	白蛉子熱 348	focal infection	病竈傳染 43-
—, scarlet	猩紅熱 318	— lesions	竈局性損害 185, 987
—, seven day	七日熱 239, 347	follicular ulcer	膿泡性潰瘍 451
—, splenic	(脾熱病) 脾熱 122	foul poisoning	食物中毒 386
—, spotted	斑疹熱 83, (864)	foot-and-mouth disease	口蹄疫 363
—, swine	豚熱性熱 563	foot drop	足下垂 1056
—, tertian	間日瘧 228	— itch	鉤蟲皮膚病 291
—, thermic	中熱性熱, 中暈 368	formication	蟻走感覺 1.8, 1054
—, three day	三日熱 348, 347	fourth disease	第四病 335
—, tick fever	壁虱熱, 厲風熱 299, 364	fracture, green-stick	屈曲骨折 404
—, trench	壕壕熱 365	fragilitas ossium	骨脆度 1190-
—, typhoid	腸熱病, 傷寒 1	fragmentation (of heart muscle)	碎裂 789-
—, typhus	斑疹傷寒 338	frambosia tropica, see yaws	268-
—, urticarial	蕁麻疹性熱 278	frimutus, tactile	觸覺性震顫 648
—, Yang-tse	揚子江熱 278	—, vocal	語聲震顫 63, 178, 662
—, yellow	黃熱 238	Fröde's method of r.-education	弗倫克氏再新教育法 939, 1101, 1148-
		Freud	弗羅之德氏 1139, 1154

	PAGE
Erbrand's optic aphasia 弗羅德因德氏視力無靈弱症	1007
Friction, pleural —, pleuritic	66 180
Friedlander, pneumobacillus of 弗利蘭德氏肺炎桿菌	61, 78
Friedreich's ataxia 弗利德萊什氏共濟失調	956, 979
Frölich type of infantilism 弗呂什氏類幼稚性病	898
frost-bite	凍瘡 1164
functional tests (of heart) — — (in kidney)	心臟試驗 794 腎臟試驗 692
funnel-breast	漏斗狀胸, 漏斗胸 178, 458
G	
Gaertner type of bacillus	格忒納爾桿菌 387
gall-bladder, diseases of	膽囊病 556, 559
gallop pulse — rhythm	跑馬脈 695 跑馬節律 792
galloping consumption	跑馬癆 164
gall-stone	膽石 563
gametocyte; gamete 生殖原蟲, 生殖胞, 交合細胞	218, 221
ganglionitis, acute posterior 急性後神經節炎	1108
gangosa 干戈薩, 變形性鼻咽喉炎	269
gangrene (of appendix) — of lung — of skin —, symmetrical	腸尾壞疽 524 肺壞疽 641, 71, (78) 皮膚疔 86 對稱性壞疽 1164
gangrenous type of ergotism 壞疽性鵝角中毒	390
gas poisoning	氣體中毒 885
gaseous tumors	氣體瘤 450
gastralgia	胃痛 502
gastrectasis	胃脹 475
gastroentomy	胃鏡除術 475
gastritis, acute —, atrophic —, chronic —, membranous —, mucous	急性胃炎 465 萎縮性胃炎 471 慢性胃炎 468 假膜性胃炎 468 粘液性胃炎 470

	PAGE
gastritis, mycotic	霉菌性胃炎 468
—, phlegmonous	急性膿性胃炎 467
—, simple	單純性胃炎 465, 470
—, toxic	中毒性胃炎 467
gastrodynia, see gastralgia	胃痛 502
gastroenterostomy	腸胃吻合術 475, 478
gastroptosis, see splancnoptosis	541
gastrorrhagia, see hematemesis	胃出血 495
gastrostaxis	胃滲血 496, 484
gastrostomy	胃造瘻術 467
gavage	灌食法 520
giant cell	巨細胞 142
giddiness	眩暈 763, 1041
gigantism	巨大畸形 880
girdle sensation or symptom 束帶感, 束帶症狀	726, 934
glanders	鼻疽 121
glands, ductless, diseases of	無管腺病 866
—, mucous, of mouth, affections of	口腔液腺 448
—, salivary, disease of	涎腺病 448
—, —, inflammation of	涎腺炎 448
glioma	神經膠質瘤 1040
gliosis of spinal cord	脊髓空洞病 994
globus hystericus	希司忒利阿性球 1140
glomus caroticum	頸動脈球 871
Glossina palpalis tse-tse fly 采采蠅之一種	235
glossitis	舌炎 446
glottis, edema of —, spasm of	聲門水腫 606, 605, 696 聲門痙攣 607, 404
glycosuria	糖尿 414
—, gouty	痛風性糖尿 409
goiter —, exophthalmic	甲狀腺腫 876 突眼性甲狀腺腫 882, 417, 1156
—, lingual	舌甲狀腺腫 876
gonorrhoea	淋病 白濁 99
gonococcus	淋病桿菌 99
gout	痛風 406
—, retrocedent	退行性痛風 410
—, rheumatic	假淋病性痛風 1176
— stone	痛風石 468
Græfe's sign	格雷斐氏徵 864
granular fever	腺性熱 362

	PAGE
granuloma	肉芽腫 211, 735, 875
—, infectious	傳染性肉芽腫 1039
Graves' disease	革雷斐氏病 892
grippe or cold, influenza	流行感冒性傷風 91
ground-itch	鈎蟲皮膚病 291
Guinea-worm disease	錢內亞絲蟲病 297
gunma	樹膠樣腫, 梅毒瘤 250, 258, 663
gurgling	氣過水聲 168, 169, 181
H	
habit spasm	習慣性痙攣 111b, 1080
Haffkine vaccine	哈非金氏菌液 117
hair tumor	髮瘤 493
hallucinations	幻覺 874, 882, 814, 1141
—, visual	視幻覺 1043
hallucinosi, acute	急性幻覺 375
Hanot's cirrhosis	罕侯氏肝硬化 573
harvest mite	秋蟎, 糞毒 299
— rash	糞疹 299
headache, sick, see migraine	1129
heart, diseases of	心病 760
—, alternation of	心功交替 779
—, aneurism of	心臟瘤 833
—, congenital affections of	先天性心病 835
— consciousness	自覺心動 761
—, chronic valvular diseases of	慢性心臟病 809
—, dilatation of	心臟擴張 732, 792
—, disordered action of	紊亂性心動作 762
—, fatty	脂肪心 793
—, irritable	過敏性心 762
—, mechanical disorders of	心之機械的紊亂 760
—, rupture of	心臟破裂 834
—, symptomatic disorders of	心之症狀的紊亂 760
heart-beat, mechanical disorders of	心臟動的機械的紊亂 760
— block	心傳導阻滯 776
— burn	心氣痛, 心燒痛 469

	PAGE
heart failure	心力衰竭 766
— shock	心力猝衰 784
— strain	心力損傷 784
heat exhaustion	中熱衰竭 367
Heberden's nodes	赫伯登氏結節 1179, 1180
heel, painful	痛跟 103, 1135
Heine-Medin disease	海內美丁氏病 965
Heiser	海色氏 131
hematemesis	嘔血 405
hematochyluria	血乳尿 495, 676
hematoma	血腫 450, 545, 853, 961
hematomyelia	脊髓血腫 993
hematoporphyrin	無鐵血紅素 681
hemorrhachis	脊髓出血 991
hematuria	血尿, 尿含血 669
hemianesthesia	偏身麻木 999, 1009, 1009, 1021, 1043, 1167
hemianopia	偏盲 989, 1000, 1070, 1073
—, heteronymous	異側偏盲 1066
—, homonymous	同側偏盲 1066
—, nasal	鼻側偏盲 1066
—, temporal	颞側偏盲 1066
—, —, double	雙側側偏盲 890
hemiataxia	偏身共濟失調 1002
hemiatetosis	偏身手足徐動 1000
hemiatrophy	偏身萎縮 1023
—, facial	面性偏萎縮 1169
hemichorea	偏身舞蹈病 1000, 1110
hemichromatopsia	一側性色盲 1068
hemicerania	偏頭痛 1129
hemiplegia	偏癱 925, 1019, 10, 94, 150, 232, 925, 1000, 1021
—, alternate	輪替性偏癱 1021, 950
—, cortical	外質性偏癱 397
—, crossed	交叉性偏癱 1021
— in children	小兒偏癱 1034
— spastica cerebrials	大腦痙攣性偏癱 1036
hemochromatosis	血色病 436, 586
hemoglobinuria	血紅素尿 670
—, epidemic	流行性血紅素尿 671, 743
—, erythrolitic	血球溶解性血紅素尿 (671)
—, malarial	瘧性血紅素尿 283
—, paroxysmal	陣發性血紅素尿 671

	PAGE		PAGE
hemoglobinuria, toxic	中毒性血紅素尿	hydrarthrosis, chronic	慢性關節水腫 102
hemopericardium	心包積血 760	—, intermittent	間歇性關節水腫 1187
hemophilia	血友病, 易出血性皮膚 744, 495	hydrecephaloid	腦積水樣病 1012
—, renal	腎易出血性 669	hydrocephalus, acute	急性腦積水 194
hemoptysis	咯血 173, 497, 629, 798	—, chronic, acquired	後天性慢性腦積水 1032, 87
—, endemic	地方性咯血病 272, 639	—, congenital	先天性腦積水 1051
—, hysteric	希司忒利亞性咯血 1144	—, internal	腦內積水 888
—, parasitic	寄生性咯血病 272	—, —, obstructive	受阻性腦內積水 1004
hemorrhage, broncho-pulmonary	枝氣管肺出血 629	—, —, primary	原發性腦內積水 1059
—, gastric	胃出血 495	hydromyelus; hydromyelia	脊髓中管擴張, 脊髓水腫 961, 994
—, interventricular	腦室內出血 4016	hydronephrosis	腎盂積水 666, 794
— into spinal cord	脊髓出血 993	hydropericardium	心包積水 759
— — membranes	脊髓膜出血 991	hydro-peritoneum, see ascites	599
—, intra-cerebral	大腦內性出血 1016	hydrophobia	瘧咬病 349
—, meningeal (brain)	腦膜性出血 1015, 1014	hydro-pneumothorax	胸膜液及氣, 水氣胸 658
— of brain	腦出血 1013	hydrotherapy 水療法	29, 81, 1150, 1156, 1185
—, pancreatic	胰腺出血 587	hydrothorax	胸膜液, 水胸 658, 654
—, pulmonary	肺出血 629	Hymenolepis nana	短小包蟲蟲 : 80
—, punctiform	點形出血 1026	hyperacidity	胃酸過多 501, 477
Henoch's purpura	亨諾氏紫癍 741	hyperacusis	聽覺過敏 1032
hepatitis, amebic	阿米巴性肝炎 212	hyperalgesia, see congestion	痛覺過敏 1152
hepatization, stage of gray	灰色肝樣變期 62	hyperemia, see congestion	充血
—, stage of red	紅色肝樣變期 62	— (of liver)	肝之充血 554
hereditary diseases	遺傳病 952	—, active	活性充血 654, 667
— transmission	遺傳性傳染 138	—, mechanical	機械性充血 667
heredity	遺傳 126, 1121, 1161	—, passive	阻性充血 554, 667, 1164
hernia	赫尼亞 15-, 507, 545	hyperesthesia	感覺過敏 128, 851, 975, 988, 1056, 1143, 1152
heroin	海羅因 379	— (gastric)	胃感覺過敏 502
herpes	瘡疹 15, 42, 67, 84, 146, 931	— of tongue	舌之感覺過敏 465
— zoster	帶狀疱疹 1103	—, retinal	視網膜感覺過敏 1064
— facialis	面疱疹 1104	hyperglycemia	血糖過多 414
hicough	呃逆 1095	hyper-irritability	易刺激性過敏 836
Hippocratic facies	希波卡特氏面容, 死相 528, 592	hypermeability	滲透過度 492
hippus	虹膜痙攣 1130	hypermotility	運動過敏 499
Hirschsprung's disease	特發性大腸擴張 544	hypernephroma	腎上腺瘤 644, 711
Hodgkin's disease	何杰金氏病 735, 662	hyperosmia	嗅覺過敏 1061
hookworm	鉤蟲 289	hyperpiesia	單純性血壓增高 843
hour-glass stomach	葫蘆形胃 480, 481	hyperpituitarism	大腺垂體官能過敏 869
Huntington's chorea	亨廷頓氏舞蹈病 1113	hyperplasia	增生性過長 7
hyaline transformation	透明性變 791		
hydatids	包蟲病 283		

	PAGE
hyperpyrexia 熱度過高	355, 517, (1147)
hypertension 血壓過高, 血壓過度	606, 843
hyperthyroidism 甲狀腺機能過敏	832, 763
hypertonic solution 高滲溶液	112
hypertrophic type (of muscular atrophy), see atrophy, progressive	
neural muscular	955
hypertrophy, cardiac 心肌肥大	780
—, compensatory 補償性肥大	795
—, concentric 求中心性肥大	781
—, eccentric 離中心性肥大	781, 785
—, general (普遍性肥大)	801
—, muscular (肌肥大)	952
— of thymus 胸腺肥大	872
Hypomycetes 絲狀真菌	203
hypnosis 催眠術	1148, 1159
hyposphoria 病痿	424, 508, 678, 942
hypoglemia 血糖欠缺	430
hypophysis cerebri, diseases of 大腺垂體病	887
hypopituitarism 大腺垂體官能過遲 鈍	889, 433
hypotension 血壓過低	843
hypothyroidism 甲狀腺機能遲鈍	877
hypotonia 肌弛緩, 張力過小	933
hysteria 希司忒利阿 1133, 1111, 1155	
—, convulsive 驚厥性希司忒利阿	1140
—, traumatic 外傷性希司忒利阿	1159
hystero-epilepsy 癡癲性希司忒利阿	1140

I

icterus, see jaundice 黃疸	547
—, acholuria, congenital 先天性尿無膽性黃疸	551
—, gravis 劇性黃疸	552
—, hereditary 遺傳性黃疸	551
—, neonatorum 新生兒黃疸	552, 551
idiotcy 癡愚	300, 1036
—, amaurotic family 黑矇性家族癡愚	958
ileo-colitis 廻大腸炎	517
ileus, paralytic 弛緩性腸塞癆病	533

	PAGE
ileus, gastric-mesenteric 胃腸腸系膜牽扭	532
impetigo contagiosa 接觸傳染性膿瘡	310
impotence 陽萎	424, 1155
impressions, auditory 聽覺印像	921
—, visual 視覺印像	921
incoherence 語無倫次	1028
incompetency, see insufficiency, aortic and mitr 1	811, 819
incoordination, see ataxia 運動不和	933
indicauria 木蓋素尿	679
indigestion, acute intestinal 腸之急性消化不良	516
—, carbohydrate 炭水化合物消化不良	518
induration, brown 棕色硬變	627
infantilism 幼稚性病, 小兒體態格	892, 899
—, Brissaud type of 李立沙氏類	893
—, cachectic 惡病質性幼稚性病	892
—, Frölich type of 弗利呂氏類	893, 899
—, hormonal 荷耳門性(激素性)幼稚性病	893
—, idiopathic 特發性幼稚性病	893
—, Lorain type of 羅耶氏類	893
—, pancreatico-intestinal 胰腸性病	894
—, sexual 幼時性病	888
—, thyroidal or cretinoid type of 甲狀腺性或克汀病性幼稚性病	893
infarct 梗塞	9, 40
—, hemorrhagic 出血性梗塞	630
—, of spleen 脾之梗塞	895
—, septic 膿毒性梗塞	783
—, white 白色梗塞	788
influenza 流行性感冒	93
—, endemic-epidemic 地方流行性感冒	92
—, nostras, endemic or pseudo-influenza 地方性似流行性感冒, 假流行性感冒	92
—, vera 真流行性感冒	92
infusoria, parasitic 寄生性滴蟲	271
inoculation infection 接種傳染	12, 133
—, preventative 預防接種	27, 117
insanity, delusional 幻想性精神錯亂	687

	PAGE
insects parasitic	寄生性昆蟲 299
insolation, see sunstroke	367
instability, psychological	精神不穩健 873
insufficiency, aortic	
主動脈瓣閉鎖不全	811, 784
—, cardiac	心臟能不全 785, 157, 698
—, mitral	二尖瓣閉鎖不全 819, 785
—, pancreatic	胰腺機能不全 583
—, pulmonary	肺動脈瓣閉鎖不全 829
—, (valvular)	瓣閉鎖不全 809
insulin treatment	胰島素療法 429
intellectual processes	智力的過程 321
intestines, diseases of	腸病 506
—, — associated with	
diarrhea	兼腹瀉之腸病 506
intoxications, the	中毒病 372
intravenous injection	(靜脈內注射) 112
intubation	插管術 57
intussusception	腸套摺. 腸自摺入 531, 507
invagination	(腸套疊) 507, (531)
involution	組織退化 844
ipecaquanha	吐根劑治法 215
iridoplegia	虹膜炎 1070
irritable eye	易激惹性眼 1153
—, heart	過敏性心 762
isolation	衛生隔離法 1145
itch mite	疥蟲 298
ixodiasis	蝨蟲熱. 驅蝨熱 299
J	
Jacksonian epilepsy	乍克森氏癲癇 1125, 1121
jactitation	嘔吐不帶 368
jaundice	黃疸 547, 229
—, black	黑疸 548
—, catarrhal	卡他性黃疸 556
—, epilemic	流行性黃疸 242
—, hemolytic	溶血性黃疸 549
—, infectious	傳染性黃疸 24, 549
—, malignant	惡性黃疸 553
—, obstructive	梗阻性黃疸 547
—, toxic	中毒性黃疸 549
jigger	沙蚤 361
joints, disease of	關節病 1176

K

	PAGE
Kahler's disease	卡勒氏病 674
kakke	脚氣 392
kala-azar	卡拉阿薩 244
—, infantile	小兒卡拉阿薩 244
kamitachi disease	神擊病 1147
katayama disease, see schistosoma	
Japonicum	277
kedani disease	毛蟲病 364
—, mite	毛蟲 恙蟲 364
keloid, Addison's	阿地森氏癆狀疙瘩瘻 1169
keratitis	角膜炎 88, 254
Kernig's sign	明羅格氏徵 88, 150, 904
ketonuria	克魯尿. 酮尿 422, 684
ketosis	克魯病 439
kidney, amyloid	澱粉樣腎 690
—, arterio-sclerotic	動脈硬化性腎 693
—, circulatory disturbances of	
腎血循環擾亂	666
—, contracted	收縮性腎 693
—, cystic, disease of	腎囊腫病 712
—, diseases of	腎病 664
—, floating or wandering	浮遊腎 664, 542
—, granular, pale	白色粒狀腎 691
—, —, red	紅粒狀腎 693
—, large white	大白腎 691
—, malformations of	腎之畸形 664
—, movable	能動腎 664, 562
—, palpable	可觸腎 664, 542
—, polycystic	多囊性腎 712
—, senile	老年腎 693
—, small white	小白腎 691
—, surgical	外科腎 702
—, tumor of	腎瘤 711
kink of bowel	腸糾摺 532
Klebs-Loeffer bacillus	
克勒學司氏呂弗琉氏桿菌	48
knock-knee	膝外翻 404
knee-jerk, loss of	
膝反射喪失	932, 956, 958, 990
Kojlik's spots	科潔力克氏點 331, 326
kubiasguri	頸垂 1083

	PAGE		PAGE
L			
Laennec, atrophic cirrhosis of			
雷內氏萎縮性硬化	570		
lamblia intestinalis	271		
人字形鞭毛蟲			
lameness, intermitten	849		
間發性跛			
Landry's paralysis	978		
蘭的氏痲瘓			
laparotomy	675		
腹切開術			
laryngismus stridulus	607, 924		
哮喘性喉痲瘓			
laryngitis, acuta catarrhal			
急性卡他性喉炎	605		
慢性喉炎	606		
edematous	606		
水腫性喉炎			
membranous	605		
假膜性喉炎			
spasmodic	607		
痙攣性喉炎			
syphilitic	609		
梅毒性喉炎			
tuberculous	608		
結核性喉炎			
larynx, diseases of	605		
喉病			
lathyrism	590		
山豆中毒			
lavage	473, 521		
灌洗術			
Laveriana malaris	219		
莫秋瘧原蟲			
lead poisoning	379		
鉛中毒			
leishmania donovani	245		
利什曼那凡蟲			
tropical	247		
熱帶利曼蟲			
leishmaniasis	244		
利什曼氏病			
cutaneous	247		
皮膚利曼氏病			
leontiasis ossea	1189		
骨性獅面			
lepra alba	127		
白麻風			
macular	127		
斑點性麻風			
vera, see leprosy			
leprosy	125		
麻風, 瘰			
anesthetic	138		
麻木性麻風			
nerve	138		
神經性麻風			
tubercular	127		
結節性麻風			
leptomeningitis, cerebrospinal, acute			
急性軟腦脊膜炎	982		
chronic	965		
慢性軟腦脊膜炎			
leptospira ictero-hæmorrhagiae			
黃疸出血的嗜螺旋體	242		
icteroides	288		
黃熱的嗜螺旋體			
morbus muris	242		
鼠咬熱的嗜螺旋體			
leptothrix	207		
線毛菌			
leptus autumnalis	299		
秋蟬			
leucocytosis	86, 114		
白血球增多			
leucocythemia	729		
白血球增多病			
leucorrhœa	676		
白帶			
leukæmia	734		
白血球增多性貧血			
leukemia; leucæmia	729		
白血病			
atypical	783		
非標準性白血病			
cutis	733		
皮性白血病			
lymphatic, acute	732		
急性淋巴性白血病			
chronic	733		
慢性淋巴性白血病			
lymphoid	732		
淋巴性白血病			
myeloid	719		
骨髓性白血病			
leukoplakia buccalis	446		
頰黏膜白斑病			
lice	299, 237		
蟲			
lichen	548		
苔蘚			
lightning pains	926, 931, 924		
閃痛			
linitis plastica	475		
胃硬化病			
lipaciduria	680		
脂酸尿			
digestive	550		
消化性脂血			
lipemia	422		
脂血			
lipoma	603, 711		
脂肪瘤			
lipomatosis the	434		
脂肪過多病			
lipomatosis, diffuse symmetrical			
瀰漫性對稱性脂肪過多病	435		
nodular circumscribed	435		
小結性限界性脂肪過多病			
lipuria	680		
脂肪尿			
lithemic state	410		
結石性血酸貧			
lithuria	677		
結石尿			
Little's disease	1037		
李忒氏病			
liver, abscess	575		
肝膿腫			
affections of blood-vessels of	554		
肝之血管病			
amyloid or waxy	583		
澱粉樣肝, 蠟樣肝			
anomalies in form and position of	568		
肝形及位置異常			
cirrhosis of	569		
肝硬化			
diseases of	547		
肝病			
fatty	581		
脂肪肝			
movable	583		
能動肝			
new growths in	579		
肝之贅生物, 肝癌			
local infections	88		
局部傳染			

	PAGE		PAGE
meningomyelo-encephalitis	965	morphine habit; morphinism	鴉片癮 377
腦膜脊髓腦炎	965	morphosa	癩麻病 1160
mental concentration	1107	mosquitoes, prevent on of	(防蚊法) 232
精神專注法	1107	motor system (nerve)	運動系統 904
—, defects	1036	—, diseases of	運動系統病 946
mental development (and adenoids)	459	mountain sickness	登高病, 登山病 271
原發性發育病與精神的發育之關係	459	mouth breathing	口呼吸 457
merozoite, see spore	218	—, diseases of	口病 441
mesenteric gland, tuberculosis of	154, 159	mucous glands, affections of	口粘液病 448
腸繫膜腺結核病	154, 159	mumps	流行性腮腺炎 335
—, veins, disease of	546	murmur, cardiac	心雜音 68
腸系膜病	545	—, cardio-respiratory	心呼吸雜音 8:9
mesentery, diseases of	545	—, diastolic	舒張性雜音 68, 792
metabolism, basal	880, 884	—, —, apex	心尖舒張性雜音 725
—, calcium	886	—, esophageal	食管音 463
—, diseases of	406	—, hemic	血雜音 725
metallic echo	659	—, humming-top	營之雜音 858
—, tinkling	659	—, presystolic	縮前性雜音 8:4, 826
metatarsalgia	1185	—, purring	貓叫雜音 825
metazoa, parasitic	272	—, systolic	心收縮性雜音 180
寄生性原細胞動物	272	Murphy's method	波嬰氏法 430
meteorism	18, 158	muscaria	蕁蕁素 386, 390
methemoglobinemia	749	muscles, diseases of	肌病 1171
定氮血紅素血	749	muscular dystrophies, the	肌營養不良 952
瘴毒	876	mutism	緘默 1110
micrococcus catarrhalis	358, 611	myalgia	肌痛病 1172
—, melitensis	106	myasthenia gravis	重肌無力病 1175
馬牙池熱球菌	106	myatonia congenita, see amyotonia	
migraine	1129	congenita	1176
Mikulicz's disease	449	mycetoma	足分枝菌病, 馬都拉尼病 211
milk-sickness	361	mycoses, the	絲形菌病 207
Milroy's disease	1169	myelitis	脊髓炎 974, 975
mind-blindness	1010, 1043, 1067	—, acute	急性脊髓炎 974
—, deafness	1010	—, —, diffuse	急性廣泛性脊髓炎 975
mitral insufficiency	819	—, —, transverse	急性橫截性脊髓炎 976
—, stenosis	824	—, compression	受壓性脊髓炎 980
Monilia glossitis	210	—, degenerative	變性脊髓炎 979
mollities ossium	1190	myeloma	骨髓瘤 874
Moller's glossitis	446	myiasis, myiosis	蠅病 801
monomania	1114	myocarditis, fibrous	纖維性心肌炎 758
monophobia	1153	—, interstitial, acute	間質性心肌炎 769
monoplegia	94, 150	—, toxic	毒性地心肌炎 325
—, associated	937	myocardium, affections	心肌病 780
—, cerebral	926, 997	—, hypertrophy of	心肌肥大 780
腦(大腦)性單癱	926, 997		
morbili, see measles			
morbus caeruleus	837		
—, coxae senilis	1180		
—, maculosus neonatorum	744		
老年性關節節病	1180		
新生兒出血病	744		

	PAGE		PAGE
myoclonia, essential, see paramyo-		nephrolithiasis	腎石病 706
clonus	1175	nephrectomy	腎臟除術 704
myositis	肌炎 1171, 1172	nephroptosis; ren mobilis	能動腎, 腎下垂 664 542
—, dermatato-	皮膚炎 1171	nephrorrhaphy	縫腎術 666
—, ossificans progressiva	進行性骨化性肌炎 1172	nephrotomy	腎切開術 704
—, suppurative	膿性肌炎 1171	nerve, auditory	聽神經 1051
myotonia	肌強直 1174	—, circumflex	臂神經, 腋神經 1057
mytilotoxin	(蛤蚌所含毒素) 387	—, cochlear	耳蝸神經 1031
myxedema	粘液性水腫 877, 875	—, cutaneous, external	眼外皮神經 1103
—, of adults	成人粘液性水腫 979	—, —, posterior	股後皮神經 1160
—, operative	手術的粘液性水腫 879	—, facial	面神經 1076
—, juvenile	幼年性粘液性水腫 880	—, fifth	第五神經, 三叉神經 1074
myxo-sarcoma	粘液肉瘤 580	—, fourth	第四神經, 滑車神經 1071
		—, glosso-pharyngeal	舌咽神經 1085
		—, hypoglossal	舌下神經 1092
		—, long thoracic	胸長神經 1097
		—, median	正中神經 1199
		—, musculo-spiral	螺旋神經 1198
		—, olfactory	嗅神經 1061
		—, optic	視神經 1082, 1084
		—, phrenic	膈神經 1094, 1184
		—, popliteal, external	腓外神經 1101
		—, —, internal	腓內神經 1101
		—, sciatic	坐骨神經 1140
		—, sixth	第六神經, 外展神經 1071
		—, spinal accessory	副神經 1089
		—, third	第三神經, 動眼神經 1069
		—, ulnar	尺神經 1198
		—, vagus	迷走神經 1086
		—, vestibular	前庭神經 1083
		nerves, cerebral, diseases of	腦神經病 1061
		—, motor, of eyeball	眼球之運動神經 1069
		—, spinal, diseases of	脊神經病 1094
		—, peripheral, diseases of	周圍神經病 1058
		nervous system, diseases of	神經系統病 901
		—, —, general and functional	神經系統之全身性
		—, —, disease of	及官能性病 1105
		neur. lgia	神經痛 1192, 761
		—, cervico-brachial	頸肢神經痛 1184
		—, cervico occipital	頸枕神經痛 1184
		—, intercostal	肋間神經痛 1184

N

nævi, capillary	毛細管痣 669
naso-pharyngeal obstruction, chronic see	
chronic tonsillitis (鼻咽部受梗阻)	457
Nastin	那司泰 181
neck, stiff	硬頸 1173
Necator americanus	美洲鈎蟲 289
necrosis	組織壞死 8
—, anemic	貧血性壞死 783
—, fat	脂肪之組織壞死 584
—, pancreatic	胰壞死 583
Nematodes	線蟲 283
neoplasms of spleen	脾瘤 895
nephritis, acute	急性腎炎 684, 21
—, —, diffuse	急性擴散性腎炎 684, 667
—, —, hemorrhagic	急性出血性腎炎 324
—, —, suppurative	急性膿性腎炎 702
—, —, syphilitic	急性梅毒性腎炎 268
—, chronic	慢性腎炎 690
—, —, parenchymatous	慢性實質性腎炎 690
—, —, hemorrhagic	慢性出血性腎炎 691
—, —, interstitial	慢性間質性腎炎 698
—, epidemic	流行性腎炎 684
—, trench	壕溝性腎炎 684
—, war	戰爭性腎炎 684

	PAGE
neuralgia, lumbar	腰神經痛 1134
—, of nerves of feet	足神經痛 1134
—, of phrenic nerve	膈神經痛 1134
—, plantar	蹠間神經痛 1135
—, post-zonal	痙攣後性神經痛 1105
—, red	紅皮神經痛 1167
—, trigeminal	三叉神經痛 1133
—, visceral	內臟神經痛 1135
neurasthenia	神經衰弱 1150, 21
—, cardiovascular	心血管性神經衰弱 705
—, sexual	男女性神經衰弱 1155
—, traumatic	外傷性神經衰弱 1163
neuritis	神經炎 1053, 20
—, alcoholic	酒精中毒性神經炎 1056
—, ascending	上行性神經炎 1054
—, interstitial	間質性神經炎 1053
—, lipomatous	脂肪腫性神經炎 1054
—, migratory	游走性神經炎 1054
—, multiple	多數性神經炎 1053, 1057
—, —, diphtheritic	多數性白喉性神經炎 54
—, —, endemic	流行性多數性神經炎 492, 1057
—, optic	視神經炎 1064, 1041
—, parenchymatous	實質性神經炎 1054
—, peripheral	周圍神經炎 1053, 83, 185, 385, 937
—, recurring	再發性多數性神經炎 1056
—, sympathetic	交感性神經炎 1055
neuro-fibromatosis, generalized	汎布性神經纖維瘤 1060
neuroglioma	神經膠質瘤 1040
neuroma	神經瘤 1059
—, amputation	截斷性神經瘤 1060
—, plexiform	叢形神經瘤 1060
neuron, the	神經單位 901
neuro-retinitis	視神經性視網膜炎 1063, 1064, 1045
neuroses, gastric motor	胃運動性神經官能病 499
—, — secretory	胃分泌性神經官能病 501
—, — sensory	胃感覺性神經官能病 503

	PAGE
neuroses, occupation	職業性神經官能病 1106
—, shock	休克性神經官能病 1160
—, traumatic	外傷性神經官能病 1159
neurosis, cardiac	心性神經官能病 761
—, reflex	反射性神經官能病 622
neurotic	神經薄弱 761
new growths, see tumor	
—, of heart	心之贅瘤 835
—, — lung	肺之贅生物 644
night-blindness	夜盲, 夜矇 1164, 400
nocardiosis	土拉分絲菌病, 諾卡菌絲菌病 209
nodes, syphilitic	梅毒性結節, 梅毒結 250
nodules, fibrous	纖維性結節 1054
—, Heberden's, see Heberden	1180
—, rheumatic	假尿酸性小結 355
Noguchi-Flexner bodies	野口氏弗雷納氏體 972
noma	走馬疳 444
nona	(流行性腦炎古名) 971
Noorden's diet	勞登氏飲食 426, 434
nose, diseases of	鼻病 603
nostalgia	思鄉病 399
numbness	發麻, 麻刺 932, 1056, 1125, 1153
nyctagmus	眼珠震顫 957, 956, 1049, 1471, 1114



obesity	肥胖病 433
obliteration of appendix	盲腸閉塞 524
obstruction of bile ducts	膽管梗阻 558, 562, 566
—, intestinal	腸梗塞 530
—, pyloric	幽門梗阻 476
Ochosporea	大鈎幼蟲 280
ochronosis	褐黃病 436, 869
oedema, see edema	
Oertel's method	耳忒勒氏治法 434
oesophagus, see esophagus	
oidiomyosis	卵狀菌病, 隱球菌病 210
omentum, disease of	網膜病 602
Oncomelania hupensis	(一種小螺; 日本血吸蟲幼蟲之宿主)
onychja, syphilitic	梅毒性甲狀炎 287

	PAGE		PAGE
ocyst	囊胞 221	pachymeningitis ext. rna	
open-air treatment	空氣療法, 戶外療法 201, 655	— externa	外層性硬腦脊膜炎 959
ophthalmoplegia	眼肌癱 1073	— interna	內層性硬腦脊膜炎 959
— externa	眼外肌癱 1073, 982	— — hemorrhagica	出血性內層性硬腦脊膜炎 959
— interna	眼內肌癱 1074	Paget's disease	塞哲忒氏病 1188
ophthalmo-reaction	眼反應(卡耳默氏) 137	pains, lightning	閃痛 726, 931, 934
opisthotonos	角(後)弓反曲 85, 119	palpitation	心悸, 心悸動 763, 94
opium habit	鴉片癮 377	palsies, birth	出生性癱 1037
Oppenheim's disease, see amyotonia		palsy, Bell's	貝耳氏癱 1076
— congenita	1176	—, shaking	顫癱 1103
— sign	歐本抗氏徵, 背側屈反射 1022	pancreas, diseases of	胰臟病 583
oral pyogenic diseases	口腔癰 447	—, insufficiency of	胰臟機能不全 583
— sepsis	口腔癰病 447	—, necrosis of	胰臟壞死 583
orchitis	睪丸炎 21, 232, 336	—, tumor of	胰臟瘤 589
— parotidea	腮腺性睪丸炎 337	pancreatitis, acuta	急性胰臟炎 585
—, syphilitic	梅毒性睪丸炎 262	—, — hemorrhagic	急性出血性胰臟炎 585
oriental sore	東方瘡 247	—, — suppurative	急性化膿性胰臟炎 585
Ornithodoros megnini	(一秘匿蟲) 299	—, chronic	慢性胰臟炎 586
orthopnea	呼吸宜起坐 792	—, gangrenous	壞疽性胰臟炎 586
orthotonos	身體強直 85	pappataci fever	羅賓他西熱 348
Ossler's disease	紅血病 747	pappillitis	視神經乳頭炎 1064
osteitis deformans	畸形性骨炎 1188	—, acute	急性視神經乳頭炎 88
osteo-arthritis	骨關節炎 1177, 1178	Paqueslin contery	火刀 655
osteo-arthropathy, pulmonary	肺性骨關節病 1187	parageusis	味覺異常 1086
osteogenesis imperfecta	成骨不全 1189	Paragonimus westermanii	肺並殖器吸蟲肺吸蟲 272
osteomalacia	骨質軟化 1190	paralysis	癱瘓 149, 1124, 1187, 1141, 1162
— of puberty	發育期之骨質軟化 402	—, acute ascending	急性上行性癱瘓 978, 968, (382)
osteo-myelitis	骨髓炎 42	—, abductor and adductor	外展及內收喉肌癱 1087, 1088
—, ulcerat ve	潰瘍性骨髓炎 209	— agitans	震顫麻痺 1105
osteo-psathyrosis	骨脆病 1190	—, alternating	輪流, 交替癱 1077
otitis media	中耳炎 88, 94	—, anesthesia	麻醉藥性癱瘓 1058
overalimentation	過度滋養法 203	—, arsenical	砒毒性麻痺(癱) 385
overgrowth, fatty (of heart)	心臟脂肪過長 790	—, asthenic bulbar,	see myasthenia gravis 1175
oxaluria	草酸鹽尿 677	—, atrophic, flaccid	弛緩性萎縮性癱 948
oxycephaly	尖頭畸形, 密星頭 1191	—, Brown-Séquard's	布朗塞卡耳氏癱 988, 982
Oxyuris vermicularis	蟯蟲 286		

P

	PAGE		PAGE
paralysis, bulbar 延髓性癱	1086, 946, 949	paraplegia, cervical 頸性截癱	961
—, —, acute 急性延髓性癱	950	—, diabetic 糖尿病性癱	424
—, —, progressive 進行性延髓性癱	943	—, familial spinal, see hereditary spastic paraplegia	
—, combined 合併性癱	1086	—, hereditary spastic 遺傳性癱	958
—, crossed 交叉癱	1077, 1002	—, hysterical 希司改利阿性癱	1142
—, — sensory 感覺性交叉癱	1002	—, spastic 癱瘓性截癱	348, 34, 351, 379
—, facial 面神經癱, 面癱	1076	paraplégie flasque 弛緩性癱	952
—, functional 神經官能性癱	1163	parasyphilis, see quaternary stage of syphilis	252
—, general, of insane 精神錯亂性全身麻痺	940, 252, 257, 938, 979, 1156	parasites, metazoan (動物胞寄生動物)	272
—, — 940, 252, 257, 938, 979, 1156		— (of heart) 心臟之寄生動物	884
—, glosso-labio-laryngeal 唇舌咽喉癱	949	parathyroid glands, diseases of 副甲狀腺病	886
—, hysterical 希司改利阿性癱	1143	paratyphoid 副腸熱病	副腸寒 34, 7
—, infantile 小兒癱瘓	966	pareisis, general, see paralysis, general	940
—, obstetrical 產性癱	1096	Parkinson's disease, see paralysis agitans	1105
—, oculo-motor (動眼神經癱)	1089	parosmia 嗅覺異常	1061
— (of lower motor or spinal-muscular segment) 下運動段 (脊肌段) 之癱	923	parotid bubo 腺性腮腺炎	449
— (of third nerve) 第三神經之癱	1089	parotitis, chronic 慢性腮腺炎	447
— (of upper motor segment) 上運動段之癱	925	— epidemic; mumps 流行性腮腺炎	335, 449
—, periodical 定期癱, 癱瘓	1168	—, idiopathic non-specific 自發非特殊性腮腺炎	336, (449)
—, pseudo-bulbar 假延髓性癱	1006, 950	—, symptomatic 症狀性腮腺炎	449
—, spastic 癱瘓性癱	937, 948, 978	Parry's disease 帕雷氏病	882
—, spastic, secondary 繼發癱瘓性癱瘓	952	path, sensory, lesions of 感覺徑之損害	927
—, —, of adults 成人癱瘓性癱瘓	950	pectoriloquy 胸語	168, 180
—, —, of infants 小兒癱瘓性癱瘓	1087	pectus carinatum 雞胸	458
—, spinal, spastic, hereditary 遺傳性癱瘓性脊髓癱	958	pediculosis 蝨病	299
—, —, subacute, of Duchene 亞急性脊髓癱瘓	382	Pediculus capitis or humans 頭虱	299
—, —, syphilitic 梅毒性脊髓癱瘓	952	— corporis 衣蝨	303
—, vaso-motor 血管舒縮性癱	1037	— vestimentorum 衣虱	300, 237
parameningococcus 副腦膜炎球菌	84	pellica's rheumatica, see purpura rheumatica	740
paramyoclonous multiplex 發性肌陣攣	1175	pellagra 糙皮病	391, 979
paraphasia 言語錯亂	1009	pemphigus 天熱瘡	86
paraplegia 截癱	1086, 232, 370	perforation 穿孔, 穿破	9, 18, 48, 524
—, ataxic 共濟運動失調性截癱	979, 937	peri-appendicitis acuta 急性盲腸周圍炎	524
—, cerebri spastica (Henne) 癱瘓性大腦截癱	1037	peri-arteritis, gummatous 樹膠樣慢性動脈周圍炎	262
		—, tuberculous 結核性血...周圍炎	144

	PAGE		PAGE
pericarditis	心包炎 750, 68, 94	phenolsulphonephthalein	(用於腎功能試驗) 688
—, acute fibrinous	急性血絲性心包炎 751	phlebo-sclerosis	靜脈硬化 816, 190
—, chronic adhesive	慢性粘連性心包炎 758	Phlebotomus papatasi	白蛉子 348
—, dry or sero-fibrous	乾性或漿液血絲性心包炎 571	phlegmon, acute infectious, of pharynx	咽之急性傳染性膿性球窩膜炎 472
— with effusion	滲液性心包炎 753	phobias, the	畏懼性 1152
pericardium, diseases of	心包病 750	phosphaturia	磷酸鹽尿 678
—, adherent	心包粘連 758	phrenocardia	心血管性神經衰弱 765
—, calcified	石灰化心包 760	phthiriasis	蝨病 299
—, tuberculosis of	心包結核病 156	phthirus pubis	陰蝨 300
perihepatitis	肝周圍炎 574, 194	phthisis	肺癆 160
perinephritis, chronic	慢性腎周圍炎 714	—, acute	急性肺癆 161, 160
peritatic unrest	噁動不安 499	—, chronic ulcerative	慢性潰瘍性肺癆 (165), 160
peritoneum, diseases of	腹膜病 590	—, fibroid	纖維性肺癆 181, 106
—, tuberculosis of	腹膜結核病 157	pia mater, inflammation of	急性軟腦脊膜炎 962
—, tumor of	腹膜瘤 598	Pick's disease	匹克氏病 758
peritonitis, acute general	急性普通性腹膜炎 590	pigeon breast	鳩胸 458
—, adhesive	粘連性腹膜炎 597	pigmentation of skin	皮之色素沉着 868, 884
—, appendicular	腸尾性腹膜炎 596	pineal gland, disease of	松果腺病 891
—, cancerous	癌性腹膜炎 159	pin-worm	蛻蟲 286
—, chronic	慢性腹膜炎 597	von Pirquet's reaction	披克耳氏皮膚反應 137, 188
—, — hemorrhagic	慢性出血性腹膜炎 598	pituitary body, diseases of	大腺垂體病 887
— in children	小兒腹膜炎 595	pityriasis versicolor	花斑糠疹 185
—, localized	局部性腹膜炎 595	plague	鼠疫 113
—, pelvic	骨盆性腹膜炎 587	—, bubonic	腺鼠疫 115
—, proliferative	增生性腹膜炎 597	—, pneumonic	肺鼠疫 116
—, tuberculous	結核性腹膜炎 158, 194, 598	—, septicemic	敗血性鼠疫 116
peroneal type of muscular atrophy	腓骨類肌萎縮 955	Plaques jaunes	黃斑 1026
persuasion	勸導, 勸誘 1139	Plasmodium malaris	三日瘧原蟲 219
pertussis	天哮症, 百日咳 96	— falciparum	夏秋瘧原蟲 219
pest	鼠疫 113	— vivax	間日瘧原蟲 218
pestis minor	輕性鼠疫, 小鼠疫 115	pleura, diseases of	胸膜炎 645
petechia	紫點 297	—, tuberculosis of	胸膜結核病 155
petit mal	小癲癇, 癲癇小發作 1124, 942	pleurisy, acute	急性胸膜炎 645, (68)
Pfeiffer's bacillus	費否氏桿菌 92	—, chronic	慢性胸膜炎 656
pharyngitis	咽炎 450	—, — adhesive	慢性粘連性胸膜炎 156
— sicca	乾燥性咽炎 450	—, diaphragmatic	膈性胸膜炎 652
pharynx, diseases of	咽病 450	—, dry	乾性胸膜炎 645
—, ulceration of	咽之潰爛 45	—, —, chronic	慢性乾性胸膜炎 657

	PAGE		PAGE
pleurisy with effusion		pneumonia, double	雙肺炎 96
渗出(滲液)性胸膜炎	646	—, epidemic	流行性肺炎 70
—, —, —, chronic		—, exudative	滲性肺炎 164
慢性滲出性胸膜炎	656	—, hypostatic	沉積性肺炎 628
—, encysted	653	—, lobar	大葉肺炎 58
包囊性胸膜炎	653	—, massive	大塊性完全實性肺炎 69
—, fibrinous	645	—, migratory	遷延性肺炎 69
血絲性胸膜炎	645	—, terminal	終期性肺炎 70
—, hemorrhagic	652	—, toxic	毒肺炎 70
出血性胸膜炎	652	—, white, of fetus	胎之白色肺炎 258
—, interlobar	652	pneumonokinesis	塵埃沉着性肺 635
葉間性胸膜炎	652	pneumopericardium	心包積氣 769
—, plastic	645	pneumorrhagia	肺出血 680
組織形成性胸膜炎	645	pneumothorax	胸膜積氣, 氣胸 658, 20, 167
—, pulsating	651	podagra	痛風 406
搏動性胸膜炎	651	poisoning, arsenical	砒中毒 384
—, purulent	650	—, brass	銅中毒 383
膿性胸膜炎	650	—, fish	魚中毒 389
—, sero-fibrinous	646	—, food	食物中毒 386
漿液血絲性胸膜炎	646	—, gas	氣體中毒 385
—, tuberculous	652, 155	—, grain	穀中毒 389
結核性胸膜炎	652, 155	—, lead	鉛中毒 377
—, —, subacute and chronic		—, meat	肉中毒 387
亞急性及慢性結核性胸膜炎	156	—, milk	乳中毒 389
—, —, dry, primitive		—, muscarine	蕈毒藥中毒 330
原发性結核性乾性胸膜炎	657	—, mushroom	蕈類中毒 390
pleurodynia	1173	—, mussel	殼菜中毒 389
胸間痛, 肋肌痛, 肋風濕痛	1173	—, opium, chronic	慢性鴉片中毒 377
plumbism	380	—, ptomain	胺類中毒 387
鉛中毒, 中鉛毒	380	—, shell-fish	介類中毒 389
plexus, brachial	1096	—, vegetable	蔬菜類中毒 389
臂叢	1096	polio-encephalitis	腦灰白質炎 1385
—, cervical	1094	— of children	小兒之腦灰白質炎 969
頸叢	1094	—, epidemic	流行性腦灰白質炎 971
—, lumbar	1099	—, hemorrhagic, acute	
腰叢	1099	急性出血性腦灰白質炎	1046
—, sacral	1099	—, superior	上部腦灰白質炎 1074
薦叢	1099	polio-myelitis	灰白質炎 20, 950, 1111
pneumaturia	422, 680	—, acute	急性脊灰白質炎 965
氣尿	422, 680	—, anterior	脊髓前灰白質炎 965
pneumococci infections	59	—, —, chronic	慢性脊髓前灰白質炎 946
肺炎球菌病	59	polio-myelo-encephalitis	腦脊髓灰白質炎 1046
pneumococcus	60, 40, 189		
肺炎球菌	60, 40, 189		
—, mucocous	60		
粘液性肺炎球菌	60		
pneumobacillus of Friedlander			
弗利蘭德氏肺炎桿菌	61, 78		
pneumonia	59		
肺炎	59		
—, abortive	70		
頓挫性肺炎	70		
—, apical	69		
肺尖炎	69		
—, aspiration	77		
吸入性肺炎	77		
—, —, tuberculosis			
結核性吸入性肺炎	163		
—, broncho-			
支氣管肺炎	76, 50, 163, 169, 633		
—, central	69		
中央肺炎	69		
—, chronic interstitial			
慢性間質性肺炎	632		
—, crupous or fibrinous			
克魯滲性肺炎, 血絲性肺炎	69		
—, deglutition	77		
吸入性肺炎	77		

	PAGE
polio-myelo-encephalitis, acute infectious 急性傳染性腦脊髓灰白質炎	969, 1035
—, epidemic 流行性腦脊髓灰白質炎	1035, (969)
polycythemia vera 赤血球增多病	747
polymyositis hemorrhagica 出血性多發性肌炎	1171
polynucleosis 多核細胞增多	243
polyneuritis, acute febrile 急性發熱性多發神經炎	1055
polyrrhomenitis 全身性漿膜結核病	155
pons, lesions of 橋腦之損害	1002
porencephalus 腦穿通畸形	1017, 1035, 1040
portal vein, diseases of 門靜脈病	555
Pott's disease 波忒氏病	980
post-typhoid affections 腸熱後之疾患	22
Profeta law 波非他氏公例	259
progeria 早衰	894
prostatitis 前列腺炎	99
protozoan diseases 由原動物所致之病	212
pruritis 瘙癢病	548
psaunoma 砂癭瘤	1040
pseudo-angina 假心絞痛	782, 830, 1154
— -bulbar paralysis 假延髓性癱瘓	1006
— -cavernous signs 假高微	181, 619
— -diphtheria 假白喉病	51
— -hermaphroditism 假兩性畸形	870
— -hydrophobia 假癩獸咬	352
— -sclerosis 假硬化	986
— -hypertrophy 假肥大	953
— -influenza 假流行性感冒	92
— -leukemia 假白血病	737
— -, splenic 脾大性假白血病	738
— -lipoma 假脂肪瘤	485
— -, superolavicular 鈹脊上假脂肪瘤	880
— -paralysis, syphilitic 梅毒性假癱瘓	401
Psilosis, see sprue 斯涅癩	509
psittacosis 鸚鵡病	363
psoriasis, buccal 舌牛皮癬	446

	PAGE
psychasthenia 精神衰弱	115, 1155
psychosis 精神病	21
psychoanalysis 心理解析療法	1127, (1149)
psychotherapy 精神療法	1148, 1159
ptomaine 死胎毒素, 安美毒	387
ptosis 上瞼下垂	932, 1070, 1078, 1176
ptyalism 流涎	444, 448
Pulex irritans 人體疥	301
— penetrans 沙蚤	301
pulse, alternating 交替脈	779
—, bigeminal and trigeminal and quadrigeminal 二聯, 三聯及四聯脈	769
—, water-hammer 促脈	816, (671)
purpura 紫癍	739, 792
—, arthritic 關節性紫癍	740
—, chronic 慢性紫癍	741
—, hemorrhagica 出血性紫癍	742, 630
—, Henoch's 亨諾什氏紫癍	741
—, myelopathic 脊髓病性紫癍	740
—, rheumatica 風濕病性紫癍	740
— simplex 單純性紫癍	740
— symptomatic 症狀性紫癍	739
pyelitis 腎盂炎	701, 21, 1195, 675
—, bacterurie 細菌性腎盂炎	675
—, calculous 結石性腎盂炎	197
pyelonephritis 腎盂腎炎	701, 175
pyemia 膿毒血病	40
—, gonococcus 淋菌性膿毒血病	100
—, post-typhoid 腸熱病後膿毒血病	22
pylephlebitis 門靜脈炎	104, 577
—, adhesive 粘性門靜脈炎	553
—, suppurative 膿性門靜脈炎	556, 576
pylorus, hypertrophic stenosis of 肥大性幽門狹窄	494
pyogenic diseases 化膿性病	38
pyonephrosis 腎盂積膿, 膿腎	701, 196
pyo-pneumothorax 膿氣胸, 胸膜積膿及氣	658, 156
—, subphrenic 膈下膿氣胸	481
pyorrhoea alveolaris 齒槽膿瘡	43, 447, 468, 724
pyuria 膿尿	675, 21, 702, 709

Q

quartan ague 三日瘧 219, 225
 quaternary stage of syphilis 梅毒第四期 252
 Quincke's disease 奎因克氏病 1167

R

rabies 瘋狗病 349, 972
 railway train 鐵路廢病 1160
 — spine 鐵路脊髓病 1160
 rales, clicking 嗚喇音鳴 180
 —, coarse 粗鳴 640
 —, crepitant 捻髮音、(沙聲) 163
 —, —, fine 細沸鳴、細捻髮鳴 66, 147, 612
 —, moist 濕鳴 66
 —, piping (筒鳴聲) 171
 —, sibilant 司司鳴 147
 —, wheezing 嗶聲鳴、(喘氣鳴) 171
 Rammstedt's 任司忒滋氏手術 495
 rash, mulberry 桑椹形疹 840
 —, ptechieal 疥癩性疹 86, 739
 rat-bite fever 鼠咬熱 243
 Raynaud's disease 雷那氏病 1164, 716, 671
 reaction, colloidal gold 膠縮金反應 936
 —, cutaneous, in syphilis 梅毒皮膚反應 263
 —, —, of von Pirquet 披耳克氏皮膚反應 137, 188
 —, electrical 電性反應 928, 1079, 1058
 —, ereptic 厄勒漢反應 491
 —, ophthalmic, of Calmette 卡爾歐氏眼反應 137, (25)
 —, Schick 雪克反應 80
 von Recklinghausen's disease, see neurofibromatosis 1060
 recurrence 再發、回歸 69
 recurring endocarditis 復發性心內膜炎 800, 806
 redia 得氏幼蟲 275

PAGE

re-education 再新練習法、重行教育法 939, 1011, 1148
 regurgitation (aortic) 主動脈之血反流 811
 —, gastric 胃內之反流 498
 —, tricuspid 三尖瓣血反流 827
 relapse 復發 24, 69
 relapsing fever 復發熱 236
 remittent fever 弛張熱 229
 renal tuberculosis 腎結核 195
 — calculus 腎石病 706
 — syphilis 腎梅毒 262
 resonance, amphoric 空腔聲 66
 —, tympanic 鼓響 66, 179, 477
 —, vocal 語聲 66, 180, 181
 retina, diseases of 視網膜病 1062
 retinitis 視網膜炎 1062
 —, albuminuria 蛋白尿性視網膜炎 1062, 697
 —, leukemic 白血病性視網膜炎 1063
 —, malarial 瘧性視網膜炎 1063
 —, pigmentosa 色素性視網膜炎 1063
 —, syphilitic 梅毒性視網膜炎 1063
 revaccination 復種牛痘 314
 rhabdomyoma 橫紋肌瘤 711
 rhachitis 佝僂病 431
 rheumatism articuloarum acutus, see rheumatic fever 353
 rheumatic fever 傷寒質斯熱 353
 —, —, subacute 亞急性傷寒質斯熱 354
 rheumatism, chronic 慢性傷寒質斯病, 慢性風濕病 1187, 1177
 —, muscular 肌風濕病 1172
 rhinitis, syphilitic 梅毒性鼻炎 253
 rhonchi, sibilant 司司之乾鳴 640
 rib, cervical 頸肋 949, 1096
 rickets 佝僂病、嬰兒骨軟病 401, 1115
 Rickettsia prowageki 立克次氏體 339
 rigidity 強硬 1106
 —, late 晚期強硬 1023
 risus sardonicus 苦笑
 Rogers 羅道氏 131
 Romberg's symptom 冷李氏徵、閉目難立徵 933, 956, 1154

	PAGE		PAGE	
sensory system	感覺系統	915	spasm, carpo-pedal	手足痙攣 608, (1118)
—, diseases of	感覺系統病	925	—, clonic	陣攣性痙攣 1075, 1091, 1123
septicemia	敗血病	33	—, facial muscles	面肌痙攣 1089
—, cryptogenetic	隱原性敗血病	40	—, habit	習慣性痙攣 1113, 1089
—, gonococcus	淋菌球菌性敗血病	103	— muscles of larynx	喉肌痙攣 1088
—, gonorrheal puerperal	淋病性產後敗血病	101	— — — mastication	咀嚼肌痙攣 1075
septic-pyemia	敗血膿毒病	40	—, nodding	點頭痙攣 1092
serum disease	血清病	58, 622	— of esophagus	食管痙攣 462
— therapy	血清療法	30, 43, 57, 74, 83, 102, 106, 117, 121, 125	—, profuse	職業痙攣 1136
sex glands, disease of	男女腺性病	892	—, pyloric	幽門痙攣 500
shell-shock	砲彈性休克	1160	—, retro-colic	後頸痙攣 1091
shock (concussion)	休克, 震盪	1163, 58	—, saltatory	跳躍性痙攣 1115
—, anaphylactic	過敏性休克	622	—, tonic	強直性痙攣 1123, 1094
—, diastolic	心舒張性抖	668, 837	—, writer's	書寫痙攣 1137
—, systolic	心收縮性抖	823	spasmophilia	痙攣素貧 687
Siberian marmot	西比利亞土撥鼠, 旱獺	114	spasmus nutans	點頭性痙攣 1114
sick headache, see migraine		1129	speech center, auditory	聽的言語中樞 1006, 921
siderosis	鐵末沉着病	635	— —, motor	運動的言語中樞 1007
sigmoiditis	(乙狀結腸炎)	545	— —, visual	視的言語中樞 1007, 921
silicosis	石末沉着病	635	— mechanism, primary	原始言語障礙 1005
siriasis, see sunstroke		367	—, scanning	間斷語言 985, 1111
Skoda's resonance	司科大氏響	648	spinal blood vessels diseases of	脊髓血管病 990
'sleeping sickness	睡眠病	236, 972	— cord, compression of	脊髓受壓 980
sleepy sickness, see epidemic			— —, diffuse and focal diseases of	脊髓之彌散性及局性病 985
encephalitis	971		— —, gliosis of	脊髓空腔病 991
small-pox, see variola	痘症, 天花	302	— —, hemorrhage into	脊髓出血 993
—, black	黑痘	307	— —, syphilis of	脊髓之梅毒 255
—, hemorrhagic	出血性痘症	307	— —, tuberculosis of	脊髓之結核 194
softing, cerebral	大腦軟化	1023	— membranes, tumors of	脊髓膜瘤 995
soor	鵝口瘡	443	— —, hemorrhage into	脊髓出血 991
sore throat	急性咽炎	450	— curvature	脊柱彎曲 611
sound, cavernous	洞性音	168, 131	Spirillum choëraë asiaticæ	亞細亞狀螺旋菌 108
—, cogwheel	齒輪音, 齒輪樣呼吸聲	179	Spirochæta bronchialis	核氣管螺旋體 269
—, coin	金幣音	181, 659	— ictero-hæmorrhagica	黃疸出血鉤端螺旋體 242
—, splashing	擊水聲	181, 660, (478)	— pallida	梅毒螺旋體 269
—, succession	淋聲, 打水聲	181, (660), 476	— morsus muris	鼠咬熱鉤端螺旋體 244
Southey's tubes	掃退氏細管	575, 602		
sparganosis	萬氏二葉幼裂頭蟲病	283		
Sparganium mansoni	萬氏幼裂頭蟲	281		
spasm, accessory	副神經痙攣	1090		

	PAGE		PAGE
Spirochaeta obermeieri	俄氏螺旋體	status lymphaticus	淋巴腺炎 878
— recurrentis	回熱性螺旋體	— —, recessive	退化性淋巴腺炎 878
spirochaetosis, bronchial	枝氣管螺旋體病	— thymico-lymphaticus	胸腺淋巴腺炎 872
— ictero haemorrhagica	黃疸出血螺旋體病	Stegomyia calops	黃熱蚊 298
splanchnoptosis	內臟下垂 541, 763	Stellwag's sign	司退耳之格氏徵 834
spleen, diseases of	脾病 894	stenocardia	狹心病 688
—, cysts of	脾之囊腫 895	stenosis, aortic	主動脈狹窄 817
—, enlargement of	脾增大 237, 897	—, mitral	二尖瓣狹窄 824, 785
—, infarct of	脾之梗塞 895	— of larynx	喉狹窄 609
—, movable	能動脾 894	— — pulmonary orifice	肺動脈狹窄 329
—, neoplasms of	脾瘤 895	— — pylorus, hypertrophic	肥大的幽門狹窄 494
—, rupture of	脾破裂 895	—, tricuspid	三尖瓣狹窄 828
splenomegaly, primary, with anemia	原發性脾大貧血 896	stepping gait	跨閘步態 382, 385, 3 4, 937, 1057
— of Gaucher	戈夏氏脾大病 898	Stokes-Adams syndrome	斯妥克阿坦氏併合症狀 777, 791, 818
—, hepatic	肝性脾大病 899	stools, rice water	米泔狀糞 111
—, tropical	熱帶性脾大病 899	stomach, diseases of	胃病 465
— with acholuric hemolytic jaundice	脾大兼尿無膽色性血球溶解性黃疸 898	—, cancer of	胃癌 487
spondylitis deformans	畸形脊椎炎 1180	—, catarrh of	胃卡他 463, 468
sporadic cerebro-spinal fever	散發性腦脊髓熱 85	—, dilatation of	胃擴張 475
spore	芽胞, 孢子 218	—, hemorrhage from	胃出血 495
sporoblast	芽胞母, 孢子囊 221	—, neuroses of	神經官能性胃病 498
sporocyst	芽胞幼囊 275	stomatitis, acute	急性口炎 441
sporotrichosis	芽孢子絲菌病 209	—, aphthous	阿弗他性口炎 441
Sporotrichum schenckii	現克氏芽胞絲菌 209	—, epidemic	流行性口炎 363
sporozoite	生殖性芽胞 (生殖性孢子) 221	—, erythematous	紅斑性口炎 441
spots, plague	陰疔或症 116	—, fetid	臭性口炎 442
spotted fever, see fever, spotted an		—, follicular	濾泡性口炎 441
	Rocky mountain 83, 349	—, gangrenous	壞疽性口炎 444
sprue	斯潑盧 509, 887	—, mercurial	汞毒性口炎 444
Staphylococcus	葡萄球菌 33, 40, 523, 591, 675	—, parasitic	寄生性口炎 445
— pyogenes albus	白色膿白球菌 78	—, ulcerative	潰瘍性口炎 442
— — aureus	金色膿球菌 78, 189	—, vesicular	水疱性口炎 441
stasis, intestinal	腸道壅滯 538	stone-masons disease	石工病 635
stata's typhoid	暹陽熱病 41, 164, 336, 553, 703	stone, renal	腎石 707
status epilepticus	持續性癲癇 1124, 974	strabismus	斜視, 斜眼 1072
— hysterics	希司忒利阿爾狀 1136, 722	—, divergent	外斜視 1069
		straining	肛門急迫 108
		strangulation, intestinal	腸絞窄 530, 523
		streptococcus	鏈球菌 31, 62, 591

	PAGE		PAGE
<i>Streptococcus erysipelatis</i>	46	丹毒鏈球菌	
— hemolyticus	48, 821	溶血性鏈球菌	
— mucosus	43	粘液性鏈球菌	
— pyogenes	61, 78, 189	膿性鏈球菌	
— viridans	48, 805	綠色鏈球菌	
<i>Streptothrix actinomyces</i>		放線菌, 菊形菌	297
stricture, intestinal	532	腸狹窄	
— of esophagus	462	食管狹窄	
— — urethra	705	尿道狹窄	
stricture, pyloric	480, 481	幽門狹窄	
stridor	154, 607	喉嚨噴	
—, thymic	372	胸腺性喉嚨噴	
<i>Strongyloides stercoralis</i>	298	腸桿線蟲	
stupor	86, 792	昏迷	
—, epidemic	971	流行性昏迷	
subacidity	502	胃分泌物欠缺	
sub-infections	36	亞感染	
subsultus tendinum	841	拘直性筋跳	
suggestibility	1188	感應性, 受暗示性	
suggestion	1188, 1148	暗示	
suicidal tendencies		自殺傾向, 自殺觀念	814, 1146
suphemoglobinemia	749	碳血紅素血	
sunstroke	367	中暈, 日射病, 中暑	
supermotility of stomach	499	胃之過敏性運動	
supersecretion, gastric	501	胃分泌過多	
— (ptyalism)	448	流涎	
suprarenal glands, diseases of		腎上腺病	866
surgical kidney	702	外科腎	
sweating sickness	363	粟疹熱 (多汗病)	
Sydenham's chorea	1108	薩登罕氏舞蹈病	
syndrome, effort	762	勞力性併合症狀	
—, Pel-Ebstein, see Hodgkins disease			
— with relapsing pyrexia	737		
—, polyglandular	866	多腺性併合症狀	
—, Stokes-Adams		斯安克阿坦氏併合症狀	777, 791, 848
— suprarenal genital		腎上腺生殖器併合症狀	870
—, thalamic	1042	視丘性併合症狀	
—, Weber's		韋貝耳氏併合症狀	1021, (150)
symmetrical gangrene		對稱性壞疽	1164
symptom, signal		先兆症狀	1042
symptomatic disorders (of heart)		心之症狀的擾亂	760
sympathetic neuritis		交感神經炎	1055
syncope	190, 656, 768, 793, 848	暈厥	
—, local	1164	局部缺血	
synovitis	99, 101, 102	滑膜炎	
syphilides	251	梅毒疹	
syphilis	247	梅毒	
—, acquired	250	後天梅毒	
—, congenital	258	先天梅毒	
— hæmorrhagica neonatorum		新生兒出血性梅毒	743
— hereditaria tarda		緩發性胎生梅毒	259
—, quaternary	262	第四期梅毒	
— of brain and cord		腦及脊髓之梅毒	255
— — circulatory system		循環系統梅毒	261
— — digestive tract	260	消化道梅毒	
— — liver	259	肝梅毒	
— — respiratory organs		呼吸器之梅毒	258
—, visceral	255	內臟之梅毒	
syphiloma	250, 1040	梅毒瘤, 梅毒結	
syriogomyelia	994, 949	脊髓空洞病	
system, afferent, diseases of	929	傳入系統病	
—, circulatory, diseases of		循環系統病	750
—, digestive, diseases of		消化系統病	441
—, diseases (nerve)	928	系統病	
—, —, combined	928	併合性系統病	
—, efferent, diseases of	946	傳出系統病	
—, locomotor, diseases of		運動系統病	1171
—, motor, diseases of	946	運動系統病	
—, nervous, diseases of		神經系統病	901
—, sensory, diseases of		感覺系統病	929
systemic infectic. (in gonorrhœa)		淋病之全身感染	100

	PAGE		PAGE
T			
tabes, diabetic	糖尿病性運動失調	424	
— dorsalis	脊髓癆	929, 1156	
— mesenterica	腸系膜癆	154	
tabo-paralysis	脊髓癱瘓	948, 940, 937	
tache bleudtre	藍色斑, 青斑	15, 300	
tachycardia	心動過速	760, 833, 94	
—, paroxysmal	陣發性心動過速	770	
Taenia echinococcus	包生條蟲, 大條蟲	281	
— nana	短小包膜蟲	280	
— saginata	無鈎條蟲, 牛肉帶蟲	280	
— solium	有鈎條蟲, 猪肉帶蟲	279	
taeniasis	帶蟲所致之病	279	
—, somatic	體帶蟲病	282	
talipes calcaneus	仰趾外翻足	1101	
tapeworms	(腸帶蟲)	279—280	
tarbagan	旱獭, 鼯鼠袋	114	
telaugieclasis	毛細管擴張	548, 684	
tenderness	觸痛	18, 483	
tenesmus	肛門下墜	103, 110, 536	
terminal pneumonia	終期肺炎	70	
— pericarditis	終期心包炎	750	
— infectious	終期傳染	45	
tertian ague	間日瘧, 隔日瘧	218, 225	
tertiary stage of syphilis	梅毒之第三期	252	
testis, syphilis of	睾丸之梅毒	262	
—, tuberculosis of	睾丸結核	197	
tetanus	破傷風, 莖症	117	
—, cephalic	頭性破傷風	119	
—, idiopathic	特發性破傷風	118	
— neonatorum	初生兒破傷風	119	
—, visceral	內臟性破傷風	120	
tetany	手足攣縮, 破他內	1118, 886, 120 404, 607, 924	
Thelazia callipoda	結合膜絲蟲	297	
therapeutic test	治療試驗法	263	
thermic fever	中熱性熱	368	
Thomsen's disease	湯姆森氏病	1174	
thread-worm	線蟲	286	
thrombo-angitis obliterans	血栓閉塞性脈管炎	849	
thrombosis	血栓形成	68, 546, 555, 722, 973, 991	
—, infectious	染性血栓形成	1047	
—, marantic	瘧疾性血栓形成	1032	
— of brain sinuses and veins	腦竇及靜脈血栓形成	1032	
— of cerebral arteries	腦動脈血栓形成	1025	
— of coronary arteries	冠狀動脈血栓形成	793	
thrombus ball	死前血栓	824	
thrush	管生性口炎, 鵝口瘡	441	
thymic asthma	胸腺性氣喘	372	
thymolymphatism	胸腺性淋巴腺性狀況	200	
thymus gland, diseases of	胸腺病	871	
—, hypertrophy of	胸腺肥大	872	
—, atrophy of	胸腺萎縮	872	
thyroid extract	甲狀腺膏	881	
— gland, diseases of	甲狀腺病	874	
— therapy	甲狀腺療法	881	
thyroids, accessory	副甲狀腺	876	
thyroidectomy	甲狀腺切除術	886	
thyroidism	甲狀腺性中毒	881	
—, hyper-	甲狀腺亢能過敏	882	
—, hypo-	甲狀腺亢能過鈍	889	
thyroiditis	甲狀腺炎	875	
—, sclerotic	硬化性甲狀腺炎	875	
tic, convulsive	驚厥性痙攣	1118, 1080	
— douloureux	三叉神經痛	1121	
—, impulsive	興奮性習慣痙攣, 興奮性抽搐	1114	
tics, habit	習慣性抽搐	1118	
ticks	蜱蟲, 扁虱	298, 364	
tingling	辛辣感覺, 微刺感覺	932, 1042 1056, 1098, 11 5, 1153	
tinnitus aurium	耳鳴	1082	
tongue, geographical	地圖樣舌	445	
tonsillitis, acute	急性扁桃腺炎	453	
—, chronic	慢性扁桃腺炎	456	
—, follicular	陷窩性扁桃腺炎	454	
—, pseudo-membranous	假膜性扁桃腺炎	451	
—, suppurative	膿性扁桃腺炎	453	
tonsils, diseases of	扁桃腺病	453	
tonsil, pharyngeal, hypertrophy of	咽扁桃腺肥大	456	

	PAGE		PAGE
topli	瘧風石 408, 356	Treponema pallidum	梅毒密螺旋體 247
topical diagnosis (brain)		— pertense	雅司密螺旋體, 細密螺旋體 268
— —	腦之定局部診斷 997	Trichinella (Trichina) spiralis	旋毛蟲 287
— —	(nervous system)	trichiniasis; trichinosis	旋毛蟲病 287
— —	神經系統之局部診斷 921	Trichocephalus trichuris	鞭蟲 297
— —	(spinal cord)	Trichomonas intestinalis	腸台司門蟲 271
torcion (of omentum)	扭轉 (摺筋膜管) 602	— vaginalis	陰道台司門蟲 271
torpor	情感遲鈍 257	trichterbrust	漏斗胸 458
torticollis	斜頸 1080	Trichuris trichiura	鞭蟲 297
—, congenital	先天性斜頸 10, 0, 1173	tricuspid regurgitation	三尖瓣血反流 827
—, spasmodic	痙攣性斜頸 1091	— stenosis	三尖瓣狹窄 828
Toxascaris canis	犬蛔蟲 186	— valve disease	三尖瓣病 827
toxemia	毒血 37, 39	trilocular heart	三腔心 885
tracheal tugging	氣管受牽動 (62, 858)	trismus	牙關閉鎖 1075, (117)
tracheo-bronchitis, acute	急性枝氣管炎 610	Trombicula akamushi	毛蟲, 恙蟲 364
tracheotomy	氣管切開術 57, 456	trophic disorders (nervous)	營養紊亂 1164
tracheitis	氣管炎 187	tropical sore	熱帶瘡 247
tract, motor, diseases of, see system		— splenomegaly	熱帶性脾大症 899
—, olfactory	嗅徑 1081	Trousseau's sign	士瓊氏徵 1119
—, optic	視徑 1081	Trypanosoma gambiense	干比亞台盼原蟲 285
—, —, diseases of	視徑病 1065	trypanosomiasis	台盼原蟲病 285
tract in kinks	腸糾結 532	tryptophan test	成立安反試驗 490
trance	昏迷不醒 382, 1146	Tsetse fly	采采蟲 285
transfusion	血輸移法 486, 521, 728, 746	tsutsugamushi disease	恙蟲病, 毛蟲病 364
treatment, alkaline	鹼劑療法 357	tubercle	結核 182
—, antitoxin	抗毒素療法 57, (121)	tubercula dolorosa	痛性結節 1060
—, climatic	水土療法 202	tuberculin test	結核菌素試驗 188
—, dietetic	飲食療法, 節食療法 (28), 203, 413, (425) 471	tuberculosis; tuberkulose	結核病, 結核 182
—, fasting	禁食療法 427	—, acute miliary	急性粟粒形結核病 144, 157, 194
—, insulin	胰島素療法, 島素療法 429	—, acute pneumonic	急性肺炎性結核 急性肺癆 161
—, postural	體勢療法 619	—, chronic fibroid	慢性結核病 157
—, tuberculin	結核菌素療法 202	— of alimentary canal	消化系統結核病 191
Trematodes	吸蟲病 272	— — brain and cord	腦及脊髓之結核病 194
tremor 震顫 763, 884, 11, 6, 1137, 1143, 1161		— — circulatory system	血循環系統結核病 198
—, hereditary	遺傳性震顫 1108	— — genito-urinary system	泌尿生殖系統結核病 194
—, hysterical	希司忒利阿性震顫 1108	— — liver	肝結核病 193
—, senile	老年震顫 1108		
—, simple	單純性震顫 1108		
—, toxic	中毒性震顫 1108		
—, volitional or intentional	隨意顫, 動作顫 985		
trench feet	戰壕脚病 118		
— fever	戰壕熱 365		

	PAGE
tuberculosis; of lymph-glands	
淋巴腺結核病	151
— of mammary gland 乳腺結核病	198
—, pulmonary 肺結核病, 肺癆	160
—, —, chronic ulcerative 慢性潰瘍性肺癆	165
— of serous membranes 漿膜結核病	155
tumor, bony 骨瘤	1040
—, fatty 脂肪性瘤	1040
tumors, gaseous 氣腫瘤	450
—, Gruebler's 革呂李氏腫瘤	381
—, intestinal (腸瘤)	532
— of brain 腦瘤	1040
— — kidney 腎瘤	711
— — mediastinum (縱膈障瘤)	661
— — pancreas 胰腺瘤	589
— — peritoneum 腹膜瘤	598
— — spinal membranes 脊神經膜瘤	995
— — thyroid 甲狀腺瘤	875
—, omental 網膜瘤	159
typhoid 腸熱病, 傷寒	1
—, afebrile 無熱腸熱病	23
—, hemorrhagic 出血性腸熱	23
— spine 腸熱病性脊患	22
— state 重腸熱病狀	111, 164, 386, 553, 703
typhus fever 斑疹傷寒	338
— abdominalis 腸室扶斯	1
— exanthematicus 發疹室扶斯	338
—, manchurian 滿洲斑疹傷寒	342
— siderans 暴發性斑疹傷寒	342
twists 腸結	532
twitching 顫搐	948, 956
U	
ulcer, acute cardiac 急性心潰瘍	789
—, duodenal 十二指腸潰瘍	479
—, follicular 濾泡性潰瘍	451
—, gastric 胃潰瘍	479
—, peptic 消化性潰瘍	479
—, perforating 穿破性潰瘍	129, 479, 481
—, stercoral 糞渣性腸潰瘍	511

	PAGE
ulceration, follicular 淋巴結潰瘍	511
— from external perforation 腸外穿入之潰瘍	512
uncinariasis 鈎蟲病	289
uremia 尿中毒	681
urethritis 輸尿管炎	676
—, catarrhal 卡他性輸尿管炎	21
urinary secretion, anomalies of 尿分泌異常	668
urostealth 尿管石	707
urticaria 風疹塊	86, 300, 548, 740, 1168
—, giant 巨大尋麻疹	1168

V

vaccination 牛痘接種 種牛痘	313
vaccine therapy 菌液療法	30, 43, 99, 102, (117), 522, 618, 675, 704
vaccinia 牛痘	313
vaginitis, gonorrhoeal 淋病性陰道炎	100
vagotonia 迷走神經過敏	477, 498
valvular disease, chronic 慢性心臟病	839
—, —, pulmonary 肺動脈瓣病	829
—, —, tricuspid 三尖瓣病	827
— lesions, combined 併合性瓣病	830
Vaquez's disease 紅血病	747
Varicella 水痘	317
—, hemorrhagic 出血性水痘	318
varices, esophageal 食管靜脈曲張	461
varicose veins 靜脈曲張	593
variola 痘症, 天花	302
— abortiva 頓挫性痘	308
— discreta 稀疏散痘	305
— confluens 融合痘	306
— hæmorrhagica 出血性痘症	307
— [pustulosa hæmorrhagica 出血性膿血痘	307
— vera 真痘症	304
varioid 變痘	308
varix, aneurismal 動脈性靜脈曲張 動靜脈相連	865, 448
vaso-motor disorders 血管動運紊亂	1164, 762, 1154
vegetations, warty 疣性贅生物	800

	PAGE
venesection	靜脈切開術 795
vermiculus	原形綫狀蟲 221
vertigo, auditory	耳病性眩暈 1033
—, cardio-vascular	心血管性眩暈 814, 1034
—, endemic paralytic	地方病性癱瘓性眩暈 1085
— (gastric)	胃性眩暈 470, 1034
—, labyrinthine	迷路性眩暈 1033
vesicles, miliary	(粟粒形汗斑) 237
—, sudaminal	汗斑 341, 343, 355
vicarious hemoptysis	代月經出血 495
visceroptosis	內臟下垂 541, 763
volvulus	腸扭結 536, 532
vomiting	嘔吐 86, 111, 438, 469, 474, 517, 792, 1041
—, cyclic	輪替性嘔吐 438
—, nervous	神經官能性嘔吐 499

W

Wallerian degeneration	華勒氏變性 1054
wandering spleen	游行脾 894
warts, syphilitic	梅毒瘰, 濕疣 251
wasp-waist	蜂腰 955
Wassermann reaction	乏色曼氏反應 249, 257, 263, 936
weakness, irritable	易激性虛弱 1012
Weber's syndrome	韋貝耳氏症狀羣 1021, (150)
Weil-Felix reaction	魏爾二氏反應 344
Weil's disease	外耳氏病 242
Weir-Mitchell's method	安息療法, 荷耳羅勃車氏法 1149, 504

	PAGE
Wernicke's hemi-optic pupillary reaction	佛尼克氏偏盲性瞳孔反應 110E
whip-worm	鞭蟲 297
whisper	低聲語聲 131
white infarct	白色梗塞 788
whooping cough	天哮症, 百日咳 96, 611
Widal reaction	肥夫氏反應 25, 36
winking	眨眼 1113
Winckel's disease	流行性血紅素尿 743
wool-sorters' disease	毛工病 124
word-blindness	語言盲, 字盲 1009, 1043
word-deafness	言語聾 1009, 1031
wrist-drop	手腕下垂 381, 1056, 1098
writers' cramp	書寫痙攣 1137
wryneck, see torticollis	歪頸 1090

X

xanthoma	黃色疣 423, 548, 566
xanthopsia	視物作黃色 548
xerostoma	口乾燥 443

Y

yaws	雅司, 瘰狀瘰 268
yeast fungus	釀母菌 463, 477, 630

Z

zinc chills	鋅性寒戰 383
zygote	接合子, 受精卵 221

DEDICATED
TO
DR. A. H. F. BARBOUR
IN APPRECIATION OF HIS
CONSTANT AID AND ENCOURAGEMENT IN THE
PRODUCTION OF MEDICAL LITERATURE
IN THE CHINESE LANGUAGE

附 錄 索 引

INDEX TO APPENDIX

	PAGE		PAGE
Abscess of liver	1234	Fever, dengue	1222
Alastrim	1218	—, glandular	1225
Alkalosis	1281	—, hay	1239
Anebiasis	1209	—, malta	1199
Anemia, pernicious	1242	—, oroya	1224
Ankylostomiasis	1217	—, paratyphoid	
Anthrax	1201		1193
Arthritis deformans	1254	—, rat-bite	1211
Asthma, bronchial	1239	—, Rocky Mountain spotted	
Atrial fibrillation	1243		1223
Bacillary dysentery	1196	—, scarlet	1221
Bacillus abortus, Human infection	1200	—, yellow	1211
with		Fibrillation, atrial	1243
Beri-beri	1229	Fibrositis	1253
Bronchial asthma	1239	Furunculosis cryptococcica moniliaica	1209
Cataplectic Narcolepsy	1253	Gastric and duodenal ulcers	
Cholera asiatica	1200		1233
Colitis, ulcerative	1235	Glandular fever	1225
Coronary thrombosis		Goiter, adenomatous	1245
	1244	—, simple	1245
Deficiency diseases	1226	—, toxic	1245
Dementia paralytica	1247	Hay-fever	1239
Dengue fever	1222	Hematuria, essential renal	
Diabetes	1230		1240
Diphtheria	1193	Hepatic function, chemical test for	
Diseases, deficiency	1226		1232
Duodenal ileus, chronic		Hydrophobia	1222
	1235	Ileus, chronic duodenal	
Duodenal ulcers	1233		1235
Dysentery, bacillary	1199	Infantile paralysis	1220
Encephalitis, epidemic	1247	Infection with B. abortus, human	1200
—, lethargica	1247		1200
—, post-vaccinal		Influenza	1196
	1219	Insulin	1230
Epidemic pleurisy	1225	Kala Azar	1212
Epilepsy	1253		
Erysipelas	1193		

	PAGE		PAGE
Leishmaniasis, post-kala-azar dermal		Rat-bite fever	鼠咬熱 1211
患卡拉阿薩後之皮膚利什曼原蟲病	1213	Rocky mountain spotted fever	落磯山斑疹熱 1223
Levulose test	左旋糖試驗法 1233	Scarlet fever	猩紅熱 1221
Liver abscess	肝膿腫 1234	Serum-treatment of mumps	流行性腮腺炎之血清治療 1220
Leprosy	麻風 1202	— — pneumonia	肺大葉炎之血清療法 1240
Malaria	瘧疾 1210	Sprue	斯潑霍 1231
Malta fever	米利他熱 1109	Status epilepticus	癲癇繼續症狀 1253
Measles, serum in prevention of	麻疹之血清預防法 1220	Stibosan	(未譯) 1214
Mononucleosis infective	傳染性單核白血球增多病 1225	Syphilis	梅毒 1216
Mumps, serum-treatment of	流行性腮腺炎之血清治療 1220	Tests, chemical, for hepatic function	肝作用之化學試驗法 1232
Narcolepsy	發作性睡病 1253	Thrombosis, coronary	冠狀動脈血絡形成 1244
Neostibosan	紐斯梯博散 1215	Toxin-antitoxin	毒素抗毒素 1194
Nephritis, acute hemorrhagic	急性出血性腎炎 1240	Toxoid	變性毒素 1195
Oroya fever	俄羅雅熱病 1224	Tuberculosis	結核病 1205
Paralysis, infantile	嬰兒之脊髓癱瘓 1220	—, prophylaxis in	結核病之預防法 1207
Paratyphoid fever	副傷寒病又名副傷寒 1193	Tularemia	土拉倫斯菌病 1206
Peritonitis, pneumococcal	肺炎球菌性腹膜炎 1232	Typhus, tropical	熱帶斑疹傷寒 1221
Pernicious anemia	惡性貧血 1242	Ulcers, gastric and duodenal	胃及十二指腸潰瘍 1233
Pleurisy, epidemic	流行性胸膜炎 1225	Vitamins	維生素 1226
Pleurodynia, epidemic diaphrag- matic	流行性胸膈腹痛 1225	—, A	維生素甲 1226
Pneumococcal peritonitis	肺炎球菌性腹膜炎 1232	—, B	維生素乙 1227
Pneumonia, serum-treatment of	肺大葉炎之血清療法 1240	—, C	維生素丙 1228
Pneumothorax artificial	人工氣胸 1205	—, D	維生素丁 1223
Post-vaccinal encephalitis	種牛痘後之腦炎 1219	—, E	維生素戊 1229
Psittacosis	鸚鵡病 1223	Washes, colonic	結腸灌洗法 1238
Pyosis cryptococcica monilica	念珠狀型隱菌性化膿病 1209	Yaws	雅司 1216
		Yellow fever	黃熱 1211

ERRATA

勸 誤

面	行	字	誤	正
1	16	6	卽	意卽
4	3	21	鄂	應削去
5	6	22	娶	填
	15	8	舍	舍
7	18	1	氣	體空氣
19	1及2		體空二字	應插入上行
9	12	28	孔	穿
17	9	15	原因多	原因多爲
18	8	5	觸覺痛	觸痛
20	11	21	因	起因於
	12	12	亦有者	而起者亦有之
22	10	8	發或	發病或
	17	3	等病,感	,病等病
40	2	17	亦爲	亦有爲
41	5	6	所發	所由發
	5	14	多有此三字	應削去
43	3	21	平常抗體	平常抗體
44	8	1	(空白)	實
				[將下行“實”提上]
54	23	4	此等	其
61	7	1	桿	細
62	7	2	結	結實
63	4	11	約字	應削去
69	19	17	者皆	者亦皆

面	行	字	誤	正
72	14	6	爲易	易爲
78	11	2	或早	早或
75	10	18	如坎	如服坎
76	23	12	多字	應削去
78	22	9	喉者	喉發者
81	13	18	或水	或於水
110	8	19	未知能否再做	能否不再思, 尙未確知。

附註 他著稱之或誤作祇(祇體字之或不甚正確(如藤字),西文名詞第一字母大小楷之間或誤用,前三百面中地名之不依通用名(特如菲律賓之作非利克,羅列覽威爾士之作危勒司,柏林之作伯林),藥名(如羅之爲伊打,雞納之爲賓林,吐根之爲衣必裕),生物化學名(如蛋白質之爲坡退印)之暫依本舊譯,以及病名癩癧之混作癩癧,病理名期之或從舊譯作發期,細菌名(之)之借用暫定名作惹球菌或惹發菌,診斷學名物理微之引用日本名詞理學野狀,嚴格言之,均應補正。至於領相對性爲對待的(819面),謂陣發性爲發作性(770面),謂神經之數布供應爲供給(924面),則雖非錯誤,亦終覺未甚妥當,讀者意會之可也。

(附) 標點符號之勸誤

面	行	字	誤	正
1	8	11及19	織 長	織 長
7	末	15	定,	定。
8	7	4	環	環。
17	12	1	囉。(噫)	囉(噫)。
21	2	1	等	等。
26	2	2及18	否, 係	否; 係;
41	16	21	羈	羈。
60	15	13	菌,	菌。
61	3	13	同	同。
63	4	2	菌,	菌。

面	行	字	誤	正
65	2	9	之	之。
67	19	3	多,	多;
68	6		symptoms	symptoms;
70	6	5	感, 體	感 體
76	10	11	者, 煩雜治,	者, 煩雜治。
78	19	7	織	織

(附註) 此外復有數處句末脫句號(。), 名詞間脫頓號(混用,), 長句中脫逗號(,)者。並同有應用分號(;)而混用破號者。讀者一覽便知, 茲不盡列。

頁	行	字	誤	正
82	末	2	又名臘 球齒	(又名臘 球齒)
83	末 ³	4	又名臘 球齒	(又名臘 球齒)
107	14	22	是時當臥	(是時當臥)
108	22	4	即亞細亞 asiaticae,	(即亞細亞 asiaticae)
125	7	8	曰結節 leprosy,	(曰結節 leprosy),
		末	曰麻木 leprosy.	(曰麻木 leprosy).
135	14	20	(土壤)	“土壤”
172	10	4	或曰瘰	(即瘰)
196	4	21	又名結核 瘰	(又名結核 瘰)
217	末	9	又名孢子蟲綱	(又名孢子蟲綱)
300	10	4	又名背斑	(又名背斑)
301	15	3	蒼蠅或綠頭蠅或綠肚蠅	蒼蠅(或稱綠頭蠅或綠肚蠅)
702	11	8	或名外科腎	(或名外科腎)
843	末 ²	9	過(高或名	過高(或名
913	25及26		名大腸管 tract)	[名大腸管 tract)]

[此外尚有一二處脫牛個括弧或特名下之特名號()不完全者。其脫漏發覺較易,茲並不盡列。]

校者附言

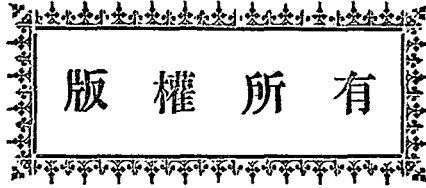
(一) 是書舊譯文辭深入顯出,信雅而達,蓋為朱我農先生精心撰結之作;予於對勘原書,增刪譯文之際,固曾銳意刻劃,稍稍改竄字句;特皮裏陽秋,無關宏旨,釐訂云云,實不克當!

(二) 予之逐句依原文對勘是書稿件,實始於消化病篇。其開端數篇舊譯名詞之改正,實由陳先生佐庭任之。第一篇除第五章外,予且僅就校樣參訂字句,酌加標點;開始數頁則併校讐之事亦由陳先生為之。事實如此,不敢掠美。

(三) 是書勘誤,僅就覆核校樣及編製名詞索引時所偶然發覺之錯誤擇要表列之,掛一漏萬,在所不免;大雅宏達,幸教正之!

校者校覈謹誌。

中華民國十八年三版重印增入附錄
中華民國二十年重印並增訂附錄



版權所有

歐氏內科學

原著者	歐司勒 (Dr. W. Osler)
編譯者	{ 高似蘭 (Dr. P. B. Cousland) 朱我農 (有昀)
三版校者	黃貽清
附錄編譯者	{ 高似蘭 魯德馨 孟合理
發行者	中國博醫會
總發售所	上海 廣學書局 北京路四十四號
分售處	南京 教育圖書館 城內北門橋
	濟南 共合藥房 四門大街
	廣州 光東書局 永漢北街
	杭州 協和書局 新民路
印刷者	上海美華書館 北四川路一三五號
定價	每部實價銀捌圓伍角

10
11