

，病勢已爲遏止，體重進院時爲82磅，出院時增至94磅。共治療二月，因有事他往，以後情形未知，實屬可惜。

病例三

要點：患者在治療過程中均以鏈黴素爲主藥，每至有重大副作用發生時，將該藥暫停，至恢復常態後予應用，藥量總數已達一百二十克，到現在止成績佳良。

(A) 患者駱君永康人 男性 年四十五歲於三十六年六月九日初診進院住31病室既往症據患者自稱：『一年半前即知身患癆病，未曾咯血一次，那時因自覺體力尚佳，不予十分注意，迨至邇來數月，咳嗽增劇，喉痛，已失音，飲水甚難，略可食柔軟食品，體倦無力，精神衰頹，漸感不支，遍請鄉間中西各醫醫療，均認非常困難云』。

當經X光攝影：兩側肺均有散漫性結核陰影。

斷爲活動性滲出性增殖性肺結核併發喉結核，檢驗痰中結核桿菌甚多。

大便中有鞭蟲卵。

赤血球沉降速度87mm.

體重84磅，身體羸瘦衰弱，齒牙大部動搖，喉頭後壁有結核性潰瘍已侵及聲帶，咳黏液膿性痰日夜約有300立方厘米之多，

體溫升騰午後及傍晚高至38.8°C

治療方面除令絕對安靜，並注意營養及空

氣外，於入院後三日即行鏈黴素治療，每日一克作肌肉注射四小時一次分五次注完（於深夜二時一次則不注因有礙睡眠）另以每公撮含鏈黴素10mg.之溶液五〇公撮，作氣道噴霧每日分三次噴完。在應用該藥初十日內其效甚著，喉痛迅即緩解，咳嗽大爲減少，熱度降至37.5°C左右，患者心神因之較寧，但其後熱又微升，（有時可至38.5°C）其他病象則日漸好轉，這樣連續不斷用至第二十二日。患者稱略有頭暈現象，至二十五日（即七月六日）頭暈目眩，走路搖擺，已不能自主，此顯爲鏈黴素毒性作用，當即停止注射，唯氣道之噴霧仍予繼續，那時檢查痰中結核菌確已減少，血球沉降速度亦退至7mm. X光透視則未見進步，這樣將鏈黴素停注五十日後患者腦中樞平衡失調狀態已逐漸恢復常態，其原有一切症狀，未因停注鏈黴素而惡化，熱度停留在37.8°C左右，當又恢復注射鏈黴素，仍爲每日一克，此後熱度完全退盡，用至三十克後咳嗽已甚少（每日三四口）痰中結核菌已不易找見，唯平衡狀態又現失調，且右耳有重聽徵象，（左耳本已聾）乃又停止注射鏈黴素，患者仍靜養如前，休息期內體溫始終在平溫，其他亦佳，唯兩腿無力行動，發音又似十三四歲孩童之聲，又三十天後，平衡等恢復常態，鏈黴素毒性作用似已退，又繼行注射該藥每日一克四小時一次作五次注完，（喉及氣道噴霧始終未停）如此三十日後患者平

CHUAN CHIONG CO., LTD.

150, Wing Lok Street, West,
Telephone 22395

Cable Address: Chuanchiongeo Hongkong

**經營出入口貨物
代辦歐美澳商品
推銷國產工業品**

服務週到・辦理快捷

取價公平・信用卓著

電話：二二三九五

一九三一年創辦
泉昌有限公司

住址：香港永樂西街一五〇號
信箱：一四七二
電報：一四七二

術狀態未現失調而右耳聽覺又現障礙，看護者非高聲講話，甚不易聽到，因此又將鏈微素停止，至二週後聽覺仍未見復原，乃又將噴霧停止，至現在已逐漸恢復，患者痰中結核菌已消失，體力亦較進步，發音若較用力可與常人無異，血球沉降速度25mm. X光檢查亦確有進步。

體重為進院時81磅 八月十三日97磅 九月三日103磅 十一月十一日110磅 現在113磅。

現在仍住院，履行一般療養法，準備將續應用該藥，其最終療效結論，容後再行報告。

(B) 患者丁女士 年三十九歲杭州人 三十六年九月一日初診進院住內科室，據稱「患肺病已二年餘，時發時愈，無咯血症狀，近四個月喉痛劇烈，時有腹痛腹瀉，咳嗽痰多，現食慾毫無，臥床不能起」云。

當經各種檢查：見該患者喉頭部結核性潰瘍甚嚴重，腹部脹滿有雷鳴，腹瀉一日二次，大便中無結核菌發現，痰中結核菌則甚多。

熱度高至39.4°C 脈搏124

以X光攝影兩側肺均有裂性乾酪性病灶，症象甚嚴重，如於住院後翌日行鏈微素治療，每日一次作肌肉注射四小時一次分五次注完，另以〇.五克該藥溶於蒸溜水100立方厘米作氣道噴霧，一日三次噴完。在初二十日效果甚著，熱度於用藥後次日即退至38.0°C左右，脈搏110左右，唯此後熱度又較升，在38.0°C左右，其他喉痛咳嗽等均大為減退，腹瀉停止食慾增進，第一次注射三十瓶後，患者因注射部疼痛甚劇，無法再注後暫停，唯休息一月後又開始注射，用量如前，此第二次射共二十四瓶又因患者感覺痛楚不耐而停，休息一月再行第三次注射，用量仍如前，現正繼續注射中，若無重大副作用發生當予較長期之應用。氣道噴霧亦繼續不停，到現在為止，患者熱度於用藥五十克後即完全抵於平溫，脈搏數仍較多，喉頭潰瘍大部平復，不感痛苦，咳嗽亦甚少，痰中結

核菌仍有少數，食慾特佳，體重進院時78磅現已增至85磅。X光透視見肺部情形已確轉佳。

因患者不願損一滴血，故未行血球沉降速度測驗，現仍住院療養。後來如何再作討論。

其他尚有十餘例因用藥不多，時期甚短，無法作有系統的研究，內有一例青年病人施用鏈微素僅一克後即頭痛劇烈，發燒亦甚，就此停止，副作用亦隨之消失，一例係重篤之患者經用鏈微素八日後仍無效，又一例係一側性增殖性病機已靜止之患者，經施用六十克後毫無表現特殊效果，且發生重大眩暈症狀，於將藥停止後，此種副作用一度增劇，直至六月後漸漸恢復，又一例係肺結核併發喉結核之患者，經應用鏈微素肌肉注射十五克後臨床病象大退，因經濟關係而停注，迄今已隔三月，仍保持療效，喉部竟日趨好轉，亦未用他種治療，唯其係一富有智識善能操養之女性，恐亦大有關係，現仍住院，唯極不適於行術療法預後堪虞。(完)

裕民銀業有限公司

經營一切銀行銀號業務

存款匯款按揭手續簡捷

地址：德輔道中二五五號

電話：三三零零壹號

電報掛號：三六一壹

通匯地點：

上海 廣州 汕頭
興寧 梅縣 大埔



春夏蟄子腦炎

朱聃

緒言

一九三七年 Pawlowky 及其同事在蘇聯西伯利亞遠東省發現一種新的腦炎病。定名為春夏地方性蟄子腦炎 *Verno-aestival endemic tick-borne encephalitis* (蟄子即北平話之 tick，又俗稱八脚子，狗豆子，日本譯名為壁蝨或扁蝨)，又稱森林春天腦炎 (*Spring Forest Encephalitis*)，本病主要流行於蒙古及西伯利亞遠東省之荒漠森林中之居民，Chumakov (1938)，報告在烏拉爾山區森林中亦有本病，本病有顯明之地方性及季候性，百分八十病例係在五月及六月間，本病流行地區與中國華北東北內蒙新疆昆連，此等地方是否有本病流行實待證實，本文所得之資料極少，且係間接得自英美之零碎記載，盼懂俄文之醫學家能將本病詳細研究經過再報告，文後將可參考之文獻列出以便索引：

病原及中間宿主

此種腦炎之病原種證明係濾過性病毒所致。

關於此病毒之形態，直徑大小，及培養性質以及包含小體 (*Inclusion*) 尚未詳。傳染之媒介係一種扁蝨學名 *Ixodes persulcatus* (Shubladze (1929) 報告在本病地方性區域，此種扁蝨甚常見。曾提得 (1917) 個。檢查有無病毒存在。將扁蝨磨碎接種小鼠腦內。如此分離得廿八個病毒種。八個係得自第一次接種之動物。其餘係自第二次或第三次接種始分離得者，即第一次接種後無顯明症狀以其腦再接種第二動物。若將十或廿隻傳染之扁蝨放在健康小鼠之體上，可致實驗傳染之腦炎。但至少須使之叮咬兩天始可傳染。如此實驗接種小鼠所得之病毒。可被曾以

人腦炎病毒免疫之家兔血清中和之。病毒傳給一長成之扁蝨可在其體內生存六十天。病毒可傳染卵而由幼蟲及蛹而遺傳後代。Zilber (1938) 報告此病毒對小白鼠及猴有病原性。對於天竺鼠及家兔之病原性極輕。大白鼠及鴿則不感染。腦及脊髓內接種恒河猴 (*Rhesus monkey*)，可致腦炎，其他方法接種則不能成功。由家兔免疫血清中和試驗可證明。Smorodintsev (1940) 謂自地方性區域提得之扁蝨及幼蟲皆可分離得病毒。病毒在扁蝨體內可生存過冬。兩種扁蝨 *Dermacentor Salivarium* 及 *Haemaphysalis conchina* 可以實驗的傳染及傳播此病毒。並亦可傳至其卵。病之發生季節多在五月之末十天及六月之前十天。此則適當 *Ixodes persulcatus* 繁殖最盛之時期。氏 (1938) 並謂春夏腦炎非原來侵犯人之病，係森林啮齒類或地方性之其他動物之病。人之傳染在該病毒之流行病學為一側環。當然在流行區之啮齒類即係此病毒之天然貯藏宿主 (*Reservoir*)。Solov'ev (1938) 曾自流行區域之松鼠及溝鼠等森林啮齒類分離得與以前自扁蝨體分離相同之病毒。同年又報告地方性區域之動物之血液對春夏腦炎有免疫性。

Smorodintsev (1940) 亦自松鼠及 *Eutamias rufocanus assanovi* 分離得病毒。此等小啮齒類亦證明係與扁蝨關係是最密切者。自人，馬，牛及地方性區之啮齒類動物血清中亦含有中和本病毒之抗體。Chumakov (1940) 報告自烏拉爾森林區兩個野兔兩個松鼠及一個金花鼠。亦分離得腦炎病毒。在此種動物體內亦可找到同樣的帶病毒扁蝨。一個動物體可以找到十六個。但在腦炎流行區檢十四個野兔及一松鼠殺死則未

發現傳染此毒病。故彼相信野兔等帶比病毒係暫時性者。僅在傳染性之扁蝨叮咬時期存在。此點尙待證明。Smorodintsev等(1939)實驗動物傳染證明下列三種鼠類：1) *Microtus nestor pelliceus*, 2) *Cricetus triton nestor*, 3) *Mus musculus tomentosus* 對春夏腦炎病毒有感受性而4) *Apodemus agrarius mantschuricus*, 5) *Microtus minutus ussuriensis* 等在同樣情形下則不感受此病毒。而日本腦炎則對上述之前四種齒齧類皆有病原性。Smorodintsev等(1940)試驗對春夏腦炎有免疫性之動物，對日本腦炎病毒之傳染有抵抗力。但反之則否。在試管內春夏腦炎免疫動物血清可完全中和日本腦炎病毒。但反之日本腦炎免疫血清對春夏腦炎病毒則僅能中和一部分。

最近美國學者Casale與Webster(1943)及Casale與Schneider(1943)。研究此病毒之抗原性。以補體結合反應及小鼠接種交叉免疫試驗。證明似與Louping-ill病毒有密切關係。後者亦係一種扁蝨媒介傳染者。然因試驗材料太少尙待繼續研究證明。

主要症狀及病理變化

發病突然而嚴重。溫度漸次階梯上昇。重症頭痛。嘔吐，腦膜被侵犯。有中樞神經系之病灶症候。上下肢之偏麻痺或頸背部肌肉麻痺。無Parkinson氏症候。死亡率約百分之三十。在百分之廿恢復之患者有後遺症。Robinson氏(1938)報告中樞神經系統之病理解剖變化。謂本病特性即在腦脊髓灰質及白質皆被侵犯發生廣泛的病理變化。此系統被白血球及大噬細胞浸潤，並發生顯明之組織變性。此似在病之極早期即發生者。此可證明病毒在病進行時產生之毒力甚強。

自動免疫研究

Kagan(1939)對小鼠實驗自動免疫。用活及殺死病毒。小白鼠可以接種生活病毒對該病免疫。免疫之成功視其所用疫苗之量而定。近於致死點之量最有效。Formalin在1:500及1:1000倍稀釋可以殺死病毒。以此等稀釋度之Formalin液製成0.5—1.0%之病毒腦乳液。於冰箱內放

置10—20天。死病毒製劑之原性可保持兩個月。Smorodintsev(1940)亦報告較詳細之經驗。疫苗係以1%小鼠腦之鹽水浮液，加Formalin使最後稀釋度為1:600於冰箱放置廿天。18—20°C放置六天或37°C放置三天。於鼠皮下接種。免疫性與每次接種疫苗之量及接種次數成正比。免疫程度亦與血清內中和性抗體含量相平行。在疫苗中無生活病毒。以石灰炭酸或加熱處置之病毒則失其抗原性。氏又行實地之預防接種於人。在地方性區域接種925個男性居民。年齡自五至五十歲，給以三次皮下注射每次3—6cc。疫苗中之鐵鹽，先以亞硫酸鈉中和。對照觀察之居民有二五人(男性)。免疫自四月廿日至五月五日完成。在接種後三個月內。在接種組有兩個輕症患者。約0.5% (即49人有一人) 在對照組有廿七個患者，約2.3% (即12人有一人) 對照組死亡七人。死亡率為25.9% (139人有一人)。(完)

中國實業銀行

佝僂病性肌病之理學療法

朱賓生譯

譯自蘇聯 *Pediatrics* (小兒科學) 1945年第5期
原著者 E. D. Zabludovskaya

考戰事衛生善後事項中小兒科專醫面臨重要任務之一，當推佝僂病之防治。由於戰爭期內佝僂病之廣泛蔓延及其重篤經過，以及除幼兒以外對於學齡前及學齡兒童之侵襲，吾人即可洞悉採取積極預防及治療措施之必要。

佝僂病之紫外線療法已獲得一般之公認，且除在治療上廣泛應用外，在預防方面亦已被採用。多年來之觀察証明紫外線在佝僂之各不同型中，均能發揮治療效率。吾人對於紫外線在佝僂病治療中之良效，雖絕不否認，但認為其對若干症狀，仍不能有完全消除之能力，例如肌腱系統之張力過弱，體格之落後等。此等症場持續甚久，甚至在兩個紫外線治療組後，仍屬如此。關於抗佝僂病製劑（維生素D等）對肌肉張力不全效率之不充份，國內外文獻中均有不少說明。

許多醫家認肌肉張力不全之原因為由不活動而起之肌肉萎縮（Wimberger等），然Marfan氏久已說明肌肉張力不全乃係佝僂病本身之一種表現。

佝僂病患者之肌肉張力不全具有若干特性

，其事使若干醫家（Maslov, Medovikov, Timbler, Banyu, Bin, Martins, Feer等）得以確認佝僂病性肌病（rachitomyopathy）之存在。

患佝僂病性肌病兒童之身體平衡機能發展之遲緩，大事妨礙集體生活中兒童規程之合理組織，並使託兒所及育嬰所服務人員之工作遭受許多困難，就中尤以步行之遲緩為甚。此等場合內，不得不採用若干補充療法，如按摩、體操及水療法；此等療法之效率，往往相當良好。惟據吾人之觀察，此法在重篤之佝僂病性肌病場合，則頗鮮功效。職是之故，吾人有尋求新治療法之企圖。

吾人認佝僂病性肌病主要為神經肌肉系統之機能障礙，故以為透熱療法（diathermy）之應用頗屬合理。關於此點，在文獻中，吾人未能發見任何論據，但根據若干理論的見地，可以認為在佝僂病性肌病場合，透熱療法之效率較遠Aronson氏電療法為良好。最先，透熱療法之加熱作用一四肢之深部溫熱一已有重大之治療意義。通常此等患兒之四肢呈青

紫色，觸診時，局部溫度低下。溫暖足以改善四肢中之血液及淋巴循環，消除靜脈性鬱積，提高組織新陳代謝，並改善肌肉纖維之營養。透熱療法之止痛作用，足以促進四肢運動之改善，故亦具有重大意義。

根據Sheherbak氏學派之研究，吾人咸知高周波電流（透熱療法，d'Arsouval氏電流）對於植物性神經裝置，發揮擇別作用。是以可以推測在佝僂病性肌病場合，交感神經系緊張力之變化在治療效率上佔有主要之地位。

在採用此種療法之際，五人僅視之為足以消除若干臨床症狀之輔助性療法，而絕非佝僂病之特效療法。是以透熱療法之對象，僅為經過一或兩個紫外線治療組後，步行仍感困難之兒童。

在佝僂病性肌病治療上，吾人自一九三四年開始應用透熱療法。吾人之觀察對象為D. Tanchy 院士臨床醫院之患身體平衡障礙（步行遲緩）兒童26人。該批兒童之年齡，自16個月至31/2歲。值得注意者，其中頗多早產兒童（20人）。最多一組（21人），為應用透熱療法之前，不能步行者，其中16人，甚至不能直立，一部份兒童，雖曾開始步行，但由於許多不同之原因（傳染病、佝僂病機轉之黑化等）復行停止。根據習用之分類法，兒童194人方面，發見第二級佝僂病，102人方面，發見第三級佝僂病。

試就吾人所觀察小兒之臨床現象方面，略加申述。在檢查之際，最先令人注意者，為四肢肌肉之張力不全，若干例內尤為著明。觸診時，肌肉瘦削，鬆弛，但顯著之萎縮，僅見於少數例內。大部份病例內，關節呈懸垂狀，因此可以製作遠超正常範圍之被動性運動。若干例內，患兒表示拒絕檢查其四肢，當係此種檢查引起痛楚之故。

四肢骨骼之X光檢查結果，並不與肌肉系統之狀態，必然符合；若干病例內，甚或絕無任何骨組織變化，而臨床上則發見肌肉系統方面之著名變化，反之，在佝僂病性著明骨組織變化存在場合，佝僂病性肌肉不甚顯著。是以根據吾人之觀察，骨骼之X光檢查結果不能確切指示佝僂病性肌肉之重篤程度。

大部份病例中，反射活躍。各種知覺均保留。電氣應激機能試驗場合，大多數例內，未能發現顯著之變化。

全部兒童均呈身體平衡機能障礙，而動作機能尤為遲鈍。

當選擇透熱療法之應用方法時，吾人採取縱式法，即兩電極分置於腰部及患肢部。下肢透熱療法中，直角形電極一枚置於下胸椎及上腰椎部份，另一叉狀電極置於患肢部。此際吾人曾採取兩用的電業放置法：在佝僂病性骨組織變化場合，叉狀電極放置於足部，有如鞋狀，反之，如無此等病變，則叉狀電極，置於兩

側下腿前面（下1/3部）。在上肢肌肉張力不全場合，患兒亦受上肢補充透熱療法：電極之一置於背部上數胸椎部份，另一交叉電極，則置於前膊之前面。電極之面積，視患兒之年齡而不一：二歲以下之小兒，置於背部之電極其面積約為100cm²，叉狀電極之面積，每個30cm²，二歲以上，背部電極面積120cm²，叉狀電極面積，各60cm²。電極用紗布細帶固定於患肢部，背部則用布包裹後固定。吾人所用電流極大小聯繫，最初通常用輕度電流—0.2A（安培），其增加相當迅速，隔三四次後，即增至0.5—0.6A。吾人在可能範圍內，儘量溫熱患肢，故往往在取去電極後，以手觸患肢時，可以感覺該部溫度之顯著上昇及青紫之消失。透熱療法最初為每次一刻鐘，其後逐漸增加而達每次1—2分鐘。每隔一日，行透熱療法一次。每一治療組包括1—2次透熱療法。惟若干例內，曾有行第二治療組之必要。兩組中間之間隔為一個月。通常兒童對於透熱療法之忍受力甚佳，惟時或至將近終了時，開始表示不安，而不得不減低電流力量。任何一例內，從未發見灼傷之可能而過事避免在幼兒方面應用透熱療法也。

經過五六次透熱療法後，觸診時已可察知肌肉較前富有彈力，兒童本人亦較前活動（漸能站立）經過十至十二次透熱療法後，大多數兒童已開始試步，其後達十五至二十次後，均

白金龍

五十枝罐庄一元八毫
十枝庄每包三毫半
二十枝庄每包七毫



應酬妙品

高尚名烟

中國南洋兄弟烟草股份有限公司

能倚輪車而步行。若干例內，雖在八至十次透熱療法後，已獲得良好結果，然治療次數之在二十次以下者，每嫌不足；又少數例內，為獲得持久之效率，有需連續行透熱療法達二十次者。

治療效率之期重要標準，厥為可用他覺方法測知之四肢運動機能之變化，其中尤以步行為然。

茲將治療結果開列如後。用透熱法治療之兒童，共計33人，就中開始自動步行者21人，需要扶持（車輪）者8人，自動站立者2人，需要扶持始能站立者3人，無結果者3人。此33人之中，人，發現顯著之智慧狀態落後。治療結果之良否，與若干因子相關聯。開宗明義，疾患之重為程度，佔有十分重要位置。吾人所得之最佳效果。見於第二級佝僂病中，第三級佝僂病中所需熱療法次數較多，兒童往往在3—5次以後始能漸漸步行。又透熱療法開始較早者，奏效亦愈佳。患兒之營養狀態，對於四肢機能之恢復亦極關重要。佝僂病與營養不全併發之病例，比較頑固而需要冗長之治療。

必須特別說明者，在步行遲緩場合，僅行下肢透熱療法，尚嫌不足。吾人屢次得以確認下肢肌肉，雖因透熱療法而獲得彈性，但由於上肢肌肉之無力，患兒缺乏充分之支點，以致步行站立均受不利之影響，因之此類病例中，吾人復以上肢透熱療法補充之。值得注意者，上

肢肌肉狀態之改善，每較下肢更為迅速。

吾人在確認縱式透熱療法在佝僂病性肌病中之治療效果後，凡有此項適應之病例內，輒採用配合療法，即透熱療法及紫外線照射療法，每隔一日，交替行之。此外又每日行按摩法。此種配合療法所得效果更為良好。

除佝僂病性肌病外，四肢之透熱療法，凡在傳染病後（主要為麻疹、白喉、咽峽炎、流行性感冒）小兒不能步行或步行時訴疼痛場合，亦能產生良效。

若干病例內，吾人曾得觀佝僂病性肌病治療之遠期的結果（一年至二年）。各例中之結果均持久性的。

吾人認為四肢透熱療法之適應為肌病成為主要症狀之佝僂病病例。

雖然，由於事實上各小兒科醫院中透熱治療設備之缺乏為測知其他佝僂病性肌病理學療法之效率起見，曾嘗試泥浴療法（mud-bath treatment）陶土療法及石蠟療法。吾人所以選擇此類方法，乃以其即在偏僻地區亦有實行之可能也。

在效率方面，此類治療法較遜於透熱療法，但亦不失為佝僂病性肌病療法。

鑑於各程理學療法，對於佝僂病骨機轉絕無影響必須同時應用抗佝僂病療法（人工太陽燈照射法，維生素C），並維持適宜之衛生生活規程及食譜。此外，兒童之訓育工作在治療效率上亦頗關重要。

中國製罐廠

本廠精用新式機製大小方圓扁罐各款漆油茶葉餅罐及五彩印花鐵罐盒等起貨快捷依期不誤兼營歐美白鐵發客貴客光顧價格從廉

香港德輔道西壹九二〇號
電話：二〇九八五

醫藥新知

資料室

▲麵包中應加之鐵化合物

鐵化合物最易爲人體所吸收之形式，曾經以缺鐵素而致貧血之血球復生率測定，以硫酸亞鐵中之鐵素吸收率最高，約當正磷酸高鐵四倍之多，三氯化鐵亦與硫酸亞鐵，有同效。故在增加麵粉或麵包中之營養價值時，應選擇最易吸收同化之鐵鹽形式，方收效最高。(J. of Nutrition, Oct. 1947)。

▲切除肺葉後之肺部機能

經施行肺葉或肺葉切除手術後之病人，其肺容量並不如想象中因肺葉截除之體積所減之甚。據十餘年測驗該病人所得結果，病人之剩餘肺部在吸氣時，可以比未截除前多擴張出百分之五十之體積，足資補償其所失之面積。手術後，呼吸困難之情形，祇有減無增，即使發生氣腫時，亦不致增劇而影響呼吸作用。(J. of Thoracic Surgery Oct. 1947)

▲馬發生醫治Reiter氏症象特效

Khomych以馬發生 (oxophenarsine HCl) 治療業發生尿道炎四週月之Reiter氏症病人，收效迅速非常。該症有三種基本症象，即非細菌性之尿道炎，結膜炎與關節炎。馬發生之用量爲每星期行〇・〇六公分之靜脈注射二次，歷時三星期。(J. of Urology Oct. 1947)

▲螺旋體對青黴素鈍微素感應之靈敏度

Wylie 與 Vincent 二氏於試管中測驗二十九種螺旋體屬於青黴素鈍微素之感應靈敏度。大概之反應力，略有參差，惟一般病原體平均祇須每公撮〇・五單位或更少即可禁制，在重量上講，則青黴素之禁制力爲高。(J. of Pathology & Bacteriology, Edinburgh Jan-Apr. 1947)

▲闌尾炎手術報告統計

T. Ekstrom 分析一九四〇至一九四四年瑞典 Karolinska Sjukhuset 地方二千三百四十九例闌尾炎，其中一千六百五十四名爲男性，六百九十五名爲女性。全部之死亡率爲萬份之三左右。其中一千六百零四名之闌尾炎爲急性。腸穿孔者僅佔百分之七・四，恐係病人多爲都市中人，及早已送醫院之故。其中因而致死者僅佔萬份之四十四左右。有四百四十九名病人診得急性闌尾炎，但截除之蛔突並未發炎，多因其他腸部病患而誤認。其中女性佔據百分之六十八，恐女性易罹腸病之故。其中一名死亡，惟並非施手術之過。慢性闌尾炎而施手術者，計二百六十三名，約有五份之三爲女性。其中百分之二十之蛔突正常。其後一百八十七名（百分之八十三）腹部症狀完全消失。急性闌尾炎而施手術者，其結果最爲佳良 (Acta Chirurgica Scandinavica, Stockholm, Sept. 1947)

▲Estrone 治療甲狀腫

女性甲狀腺腫較男性超出八倍之多。經多人之研究，已知甲狀腺與卵巢有密切之關係。女性當青春期、懷孕期、絕經期、及卵巢截除之後，均能發作甲狀腺腫。J. Lederer 氏因此試以 Estrone 治療因上述原因而致之甲狀腺過多症而獲效果。其中二名係截除卵巢者，第一週注射二十五公絲之 Benzate estradiol，其後二週二十公絲，繼之則爲每週各予以十五、十及五公絲。二名係在絕經年齡者，起初每十週肌肉注射五公絲二次，其後每週一次最後每週一次。所收效均奇速，體重增加，基本新陳代謝率與脈搏均減小。甲狀腺腫消小，眼球突出回復。(Gynaecologia, Basel, Aug. 1947)

▲有效之肝臟治療貧血方

T. Bahner 氏以先經酸性胃液處理之細切小牛肝治療十五名惡性貧血之病人，俱獲痊癒。其劑量爲每日予以四十公分之經處理消化之小牛肝臟，直至血球圖恢復正常而後，再每週予以二十公分之處理牛肝數次

G. Ranon 與 R. Richout 氏發理青黴素溶液如以百分之〇・〇三至〇・〇五之市售蟻醛溶液處理，或以蟻醛處理後，再加熱至五十五度 C. (一三二度) 即可保持該青黴素溶液無菌而繼續有效至三個月以上 (在二至四度 C.)，如在十五至二十度時，可保持四週。鏈黴素溶液加蟻青溶液百份之〇・〇三，亦可於十三至十八度 C. 下保藏四個月之久。青黴素與鏈黴素之混和溶亦可以同樣處理，保藏時間，相當於單獨溶液所能保持之時間。(Presse Medicale, Paris, Oct. 1947)

J. Carotich 等研究患血神經衰弱者之心臟影像較小，但如以該病人身體表面積為比例計算，則與普通人所得數字，相差無幾。結核病人之心臟，與其身體表面積，亦比例相近。（Amer. Heart Journal, Oct. 1947）

R. Erlich 氏以乾燥之豬胃提製劑每日六十公分，飯前服用，病情好轉後漸減至四十公分，同時應立即飲水六呎。急性狀態之下乙狀結腸鏡檢，應每週一次。以後應改為每月一次，維持量改為每日三次，每次十公分，繼續一個月至四個月，治愈非阿米巴性細菌性痢疾或結核性腸結腸炎之潰瘍性結腸炎。此種結腸炎僅係因腸胃過度蠕動而致分解蛋白質進入結腸部份，引起腸粘膜自動分解而起者，氏相信豬胃製劑中，含有低分解蛋白質存在，故能使結腸潰瘍部份之發炎、浮腫、痙攣與潰化消滅。(Amer. J. Digestive, Disease, Fort Wayne, Ind. Sept. 1947)

聚興誠銀行
YOUNG BROTHERS BANKING CORP.

總行：上海江西路
聚興誠銀行大廈

紐約代理處：大通銀行
倫敦代理處：滙豐銀行

處分支
重慶 萬縣 貴陽
昆明 自流井 長沙
天津 漢口 南京
北平 沙市 廣州
成都 宜昌 等地

地址：雪廠街五號
電話：三〇二七八
三〇二七九

營業
中國政府
准許進出口貨物押匯及其他銀行業務
存款放款押款

代理下列航空
公司客票
(一) 汎美航空公司
(二) 中國航空公司
(三) Braathens 航空公司
(四) 中菲商用航空公司
(五) 太平洋航空公司

肺部塵埃沉着病最常見者爲矽塵沉着與石棉沉着。O. A. Sander 氏發現用乙炔切解金屬之工匠肺部亦因金屬之烟霧與塵屑，發生沉着病灶。其光透視特徵爲（一）兩肺俱有分離而清晰圓形陰影（二）陰影毫無匯集之趨勢（三）肺門陰影通常較矽塵沉着至此程度時者爲小。（Amer. J. Roentgenol. & Rad. Therap., Springfield, Ill. Sept. 1947）

▲手術後提早離床之利益

手術後提早離床之利益腹部施行手術之病人，可於手術後次日清晨，即坐於床上，兩足下垂，由護士幫忙，小立數秒鐘，深深吸氣，隨後自然咳嗽，以清除氣管中積痰而後步至椅上坐下。回床時步驟相同。下午再重復一次。以後每日因此可以增加其活動力。一般外表俱可因此改進，腹部膨脹消失，減少使用導管與胃部解壓手術及氧氣療法之需要。但病人如有休克，嚴重之腹部膨脹，心臟代償機能衰退，胸腰兩側交感神經過敏及坐直時可見之血管舒縮不安定等情況時，不宜試行。(Am-

er. J. of Surgery, N. Y. Oct. 1947)

▲電視放映外科手術

利用電視將外科室中手術示範放映於學習醫師之前，係一九四七年二月二十七日在美國約翰霍布金醫院第一次應用。計將五次手術放映至十具電視器分佈於四課室中。施手術者以擴音器將每一動作，加以說明。收影機高懸（四尺半）於手術檯上。一枚放送近景，一枚放送全室遠景。以電視放送外科手術示範，可以使觀察者親切觀察，而又不致使手術室遭受污穢妨礙。（Bulletin of Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Sept. 1947）

▲脊髓受傷自動泌尿

J. Martin 與 L. Davis 二氏研究脊髓受傷者四百七十一名病人之泌尿機能，可有五種結果（一）早日恢復正常（二）部份恢復自制泌尿，（三）泌尿不能自主，或經常不自主的排洩少量尿液（四）終對尿閉及（五）自動或反射的泌尿（Annals of Surgery, Phil. Oct. 1947）

▲麩氨酸對智力之影響

對於幼兒及青年之患智力阻滯者給以麩氨酸，日服六至廿四克。受治療之病人，年齡自十六個月至十七歲半，在九個診例中曾發生癲癇性錯亂，對患者治療前後作各種智力測驗，其結果顯示用左旋麩氨酸治療後，在言語，肌肉運動及個性測驗上均有確定而顯著之改進。其發生治療病效力或由於溴代乙醯膽鹼 Bromoacetylcholine 及左旋麩氨酸在體內之生成速度增加有關。（F. T. Zimmermann, B. B. Burgermeister & T. J. Putnam, Arch. Neurol. and Psychiat. 56, 489—506 [1946]）

歡迎批評

歡迎訂閱

歡迎投稿

香港

承寬銀業有限公司

地址：干諾道中四十八號

電話：經理室三三一九
營業部二六二五



顏面神經麻痺之新療法

徐冠林譯

以顏肌及其筋膜作支點可以糾正，因顏面神經麻痺，而下垂之顏面組織。做此手術時係將筋膜環及肌肉相連，使之成為支點而將上舉之咀及鼻中隔拉至正常之位置，鼻翼摺痕仍然明顯同時受第五對腦神經（三叉神經）支配之肌肉，仍可保持輕微之運動。患者在病情改進之後，多數喜在公共場所吸紙烟，吹口哨及吃喝東西。

行此手術時，病人並不感覺若何之痛苦，對於其他神經功能亦無影響。同時又不會造成影響美觀之疤痕。住院五——六日即可出院，以後在門診治療一週，即可表現其卓越成效矣。

手術時之適應症

凡永久性之顏面神經麻痺，曾施行過神經直接吻合術無效或不能施此手術時，均可施行本手術。初次施行此手術時，亦可與神經手術並行。

手術細則

將特製之氣管麻醉器中之管子，放入患者之口內，直到對側之口角，麻醉之後，自患者腮脰筋膜——自齶齶直到脛骨踝之筋膜——上，以Makon氏法取一盡可能長而寬約4——6公絲筋膜片，以備應用。然後在頤部將頭髮剃去，消毒後於此區域中做一切口，直到頤筋膜。在上唇中線部，做一刺口，然後再於下唇唇朱部之下緣，口角之外側約1——2公分處，亦照樣做一切口。將第一筋膜片自頤部切口內送入，經皮下而達上唇之切口。將之拉出後，再以另一路線回轉至頤部，如此則此筋膜片在唇部及皮下較組織間形成一強有力之環矣。另以一筋膜片，同樣送入，但自下唇之刺口中拉出，再返回頤部。送此筋膜瓣時，可以Bain氏筋膜針或普通之長保險針送之，切莫傷及頤肌粘膜，將該瓣放妥後，由於筋膜環向前向後之牽引力，使頤筋膜之切口顯冠之上部，呈現約一寸大之裂口，頤肌纖維暴露矣。以一半圓形之組織縫合針，將每一筋膜瓣之一端縫合於頤肌弓狀緣上，然後再縫合他端。均以外科結結紮之。將該結拉緊，直至口角已回復正常位置，再

僅一點後，再以絲線固定之，縫合固定時，在諸結之間，應用間斷縫合術，並將筋膜片之尾部縫合。以壓迫綑帶將手術側之顏面耳及目均包紮之，以助其速愈而免生疤痕。

手術後應注意之事項

倘被包之目無何難過時，可以將該綑帶在手術後之4——5日後取下，另換一付綑帶。在手術後之第一週內，不用口咀嚼食物，但可以逐漸嚼之，但在手術後之頤側稍感緊張疼痛而已。糾枉過甚之現象，在手術後10日左右，則不現矣。2——3週後，則在鏡前作咬物之運動，直至該側之咀角能運動時為止。彼借此以明瞭如何做，然後極力設法以增強其運動力。稍後彼則可試行微笑之運動，並練習健側平衡運動，但同時又須抑制健側之運動，對於後者尤特別注意，因此種病人麻痺側之運動很困難，勢非增加健側之運動不可故也。患者練習顏面之平衡運動較何任其他之事項為重要，必須經常練習，努力練習方可。在最初試學此種運動時，患者可須自覺的保持稍微莊嚴態度，以後

自此點更進一步，則可學習控制表情之更佳方法也，突然大笑十分不宜，因其可以表現難以控制之麻痺故也。

施術之演變

預存之筋膜，袋鼠縫線或其韌帶均可應用，但吾人須知此組織總不若自身之組織優良而易得。此外加之組織可置於腮部最顯明之部份，如口角或咀之周圍，但此二簡單之提案，如前所述者，已足應用矣。此諸提案放於顳筋膜上，顳肌上或顳骨之上均可，側面部之運動大受影響，否則縫線則可脫落或鬆弛矣，如此則筋膜環如何能保持其緊張度？年事稍長之患者，其患顳面神經麻痺日久者，應考慮將其皮膚切除一部，或以剝離術之方法，將兩側面之皮膚行提升術亦可。在行筋膜移植術之前，先做此皮膚切除術比較安全，但以後能將此皮膚加以測量為佳。年青之患者或其顳面神經麻痺之時間較短者，在初次施術後之數月內，可將其自行之緊張皮膚可再行拉緊。

眼皮及額部

單純性之顳面神經麻痺，而不影響動眼神經者，不須任何治療，但下眼瞼鬆弛後，則眼裂自然增大，致眼球外突，看物現凝視之狀態，普通對於此病之治療多採用上瞼提升法，稍有助益。有些病例除此之外，則無別方法矣。

倘用此法無效，則用外眥形成術以糾正之。將外眥附近肥厚之下眼瞼做一楔形之切除，有時須平放一薄筋膜瓣自眼瞼附近靠瞼板邊緣之部份送入，將其牽引於顳筋膜之外部，對側額肌或其筋膜之上中部。行此糾正之手術後，切宜防止有刺激眼球之因素存在。必勸患者莫在冷風或多塵之區，曝露其目。能保持額部運動之因素，至今尚無所知。倘前額太重或太低，可在髮緣之稍上部切一橢圓形切口之，向上方拉，則額部自然上升矣。以一剝取之筋膜瓣上自額部放入經前額轉上自對側之額部拉出固定之，並做一牽引點。運動多自微小而漸大。多數病人在表情時，呈現微顯之運動，此種運動變異之原因如何？則不悉，其可能之解釋為此患者之肌肉較別人為發達也。倘有患者之筋膜環與其所經過途程之軟組織結為一體，則該部之運動完全受於限制矣，但在靜止時。顏面之平衡仍可保持不變，如此，其價值亦存在矣。在許多病例中，患者個人之品性，對此最後之結果有重大之影響。

關於初施手術必須糾枉過正者，須於此重行一提。雖然，吾人諸多在相當之距離內，對於筋膜環施以結紮，同時再加入數個外加之筋膜環於其餘數個之中，但吾人施行第二次手術時，絕未將該筋膜環放鬆過，其而至於將咀更向麻痺之側拉之更甚些。多數病人施行一次手術即佳，但並非完全均佳，偶而亦有須行第二

次手術者，其故安在？其可能之答案為：（1）濫用筋膜環與筋膜瓣之寬度不足用。（2）筋膜環在組織之上或下部離斷。（許多環繞於軟組織之部份有一端如此，總有可能）。（3）健側活動過強。凡顳面神經已完全麻痺者，施行手術，可獲奇效；局部者，亦相當可以稱道。（可與施行神經手術者做一對照）在後者（閉口時之表情均為正常）能獲得此較次之結果。亦屬差強人意也。

此手術之主要缺點為（1）有時須施行第二次手術如前所述。（2）就事實言之，不備此一手術，將任何其他手術計入，對於永久性之顳面神經麻痺，均難完全保持其正常之運動。此手術優點為：（1）直接而簡便。（2）收效較快。（3）不易形成可厭之痙攣或強烈動作；其完全失敗之可能亦很小。（4）施行神經手術失敗後仍可以此手術治之，可補其缺。（5）此手術可與神經手術並行。（6）此手術對於任何顳面神經麻痺之患者，不問其原因為何及時間之久暫，均適用之。（7）不生任何顯明之疤痕或無力之現象。

要點

對於筋膜瓣及顳肌以治療顳面神經麻痺病已加以研究。

x x x

散文 未雨綢繆與臨渴掘井

秀珍

未雨綢繆

半年前的一個黃昏，羅先生面有憂色地跑來叩門，說是他的太太有了異樣——那異樣是陰部出血。

太太與先生一般地滿口阿拉伯，所不同的先生懂得廣東話，太太不懂，跟太太談話最好請翻譯；要不然就得亦要捲起舌頭打官腔。

論太太的年齡，三十又二，亦不算太輕，論經驗，却還老老實實第一次有了喜，什麼都不懂，什麼都有着過分的膽怯與害怕。

問：『懷孕有幾月了？』

答：『已經有四個半月了』。

問：『經過情形如何？』

答：『很好，除了最初一二月有輕微的嘔吐及嗜好不同外，以後的經過，就跟平日一般無二，胃口亦非常佳良』。

問：『這種陰部出血是幾時開始的？外陰部痛不痛？小肚子痛不痛？出血多不多？』

答：『是前天下午到朋友家裏又了幾圈麻雀就覺得腰部有些牽酸，然而並沒有聲張；回到家小肚子忽然開始一陣陣隱痛，外陰部倒並無異樣，出血倒不是頂多。』

大部要綱由先生翻譯完畢後，詳細內容還

得看太太的親自報道比較靠得住，爲了專重太太意見，先生遵命退出室外。

掀起覆蓋的毯子，外陰部流出的血液露在月經布上將要吸乾，看樣子最近幾小時中血已經不出了。

內部檢查子宮口緊閉，只有一個小圓窩的口子。從前陰道穹窿處頂上去，靠近左方似乎有些軟墊樣的感覺。據一般情形前置胎盤是容易發生流產早產。

四個半月的胎兒，心臟工作已很健全，在腹壁的臍孔下方可以聽到清晰的『同』『德』之音，顯然，那心音很有韻律，表示母體些微的出血對於胎兒的生命尚未發生影響。

目前血雖已止，但爲了避免出血的再行發生，預防流產的正式發動，在雖然危險之前，亦該要來個防患於未然。

由於變化上確然太輕，所以治療上並無多大困難，注射了一針彭拖滂 Pantopon（嗎啡製劑如 Atromor = Atropin + Morphium 等亦可），再服些 Tet. oil（每二小時服八滴），用藥物上的使之鎮靜，物理上的使之靜臥於床，二法同時進行。病人很認真，把事情看作嚴重，遵守所言，並服用 Vitamin B 丸及接受黃體內分泌注射，終於在小心謹慎下獲到未雨

綢繆之果。

似乎是多事之秋，二個半月後，羅先生又

面有憂色地跑來叩門了，是老花樣，祇爲了冬令添寒衣，搬下了箱子，驚動那出血部分，但是：所幸的血倒還是不算多。

依樣畫葫蘆，第一次治療既然效果佳良，第二次就不妨泡製。所用之藥與前無二。

結果，血又不出了，四五天後，羅太太照樣起來做家常餅。

但是，據內部檢查時的手指感覺報告，那從前陰道穹窿處頂上去靠近左方的軟墊樣感覺，確爲前置胎盤無疑；較爲不幸中之大幸是手指從右方可以觸及卵皮中的兒頭，那麼前置胎盤屬於邊緣性，危險性比較要少；因此，雖然不免爲此杞憂，然而多數的可能亦許會在破胞水後血能自止。

又隔二月餘，分娩開始，這一次羅先生的面色不再憂愁，而是惶恐——一種初次做父親的帶有稚氣的惶恐。

『疼呀！疼呀！』羅太太沒有挨過分娩滋味，難性是要嬌聲喘呼。

經過不慢，胞水破後不久，頭已臨門，從清晨開始陣痛，到中午十二時左右，養了個九磅重的白胖男孩子。胎盤在未破胞水前略有出血，胞水破後不見出血，孩子養下來，不久胎

終亦毫無困難地跟着滑出來，一切安全就緒，大家都很安心，高興吃中飯。

× × ×

設或羅先生不過分小心，凡事都像驚弓之鳥；那麼亦許從小出血可能變為大流產，早不能把今日白白胖胖的男孩子保護下來。事至今日，快活局面豈不是要由另一心境而代，彼時的羅先生想到三十歲以上的人還不能為人父，難免不要興起老大徒悲傷的慨嘆來吧？

當然，流產豈祇在『無後為大』的悲劇，更重要的是因出血可引起失血的生命危險，因流產可引起細菌傳染，因細菌傳染又可引起敗血症危險，而敗血症正是發生生命危險的致命傷！

古人之訓，畢竟有意思：『未雨綢繆』，斯言誠然！

臨渴掘井

朱太太一向凡事不高興認真，吃虧就是便宜，染上『阿Q』精神。

女子無才便是德，有德的女人總是逆來忍受；喧聲揚氣的就似乎缺德，所以人倒是頂頂一個好人。

好人亦不會十全十美；因此一點由於抱了『吃虧就是便宜』的宗旨不免跡近於疏忽，苟且，以平事非燃眉不着急。

從容就事，不無便宜，就上二次生產的成績，足以誇贊，初次生產不談，第二次生產時，肚子痛得很，牙齒咬得緊，這些叫老娘，小孩先下地，一筆生產費，大可折扣。第三次生產更有把握，洗小孩，紮請帶似乎不難，索性老娘不去請，獨攬一面把一件生產大事做完畢，做得對不對，且不去管它，這樣的原始精神，究屬偉大。

× × ×

朱太太自從生產三個孩子後，一向氣色就不見好，面黃肌瘦，精神頗萎靡，大家都說：『體弱，體弱，應補，應補』，朱太太却若聞若不開，認為：『補品昂貴，可省當省』，身子吃虧些，經濟却上了算！

× × ×

這一次，又懷了喜，第四胎，情形很苦惱，嘔吐得厲害，惡心得厲害，臉色黃中帶蒼白，腳腫還浮腫。

『朱太太去看看醫生罷！』

『不碍事，慢慢自會好的。』

儘管旁觀者清出三勸導；朱太太還是當局者迷，再四苟且。

苟且得了固然是運氣，但是苟且不了却為倒霉。

× × ×

肚子漲大得尋乎希古怪，一個月像三個月那麼大，敢是雙胞胎？可是總有那股不舒服現象，常常肚子有些隱痛，常常有粘液狀，血

液狀的液體排出來。

告訴自己的先生罷？不必，可以忍得了還是忍的好，給先生知道了又得大驚小怪，損失若干港元。

× × ×

像日本的薄地殼，醞釀的火山終於有爆發的一天。

爆發的一天，從小出血而至大出血，朱太太到底無可避免地陷入貧血的虛脫狀態中。

不得不去請醫生了，請醫生還是朱先生出的主張；因為朱太太的神志已不很靈清。

醫生的意見要立刻送醫院動手術，接血，情況是刻不容緩。

朱太太出的毛病產科學上的名稱是：『葡萄狀鬼胎』，須動子宮摘除手術。

請醫遲了一點，送醫院又耽擱了些時，不及等到動用手術，已經虛脫到奄奄一息地步，急救；接血，人工呼吸法，注射強心針，都已挽救莫及。

結果，朱太太無聲無嗅地撒手西歸，遺下了私蓄一大把，硬生生丟在人間，不能攜之同行，真是死後有憾。

× × ×

設或朱太太不凡事苟且，多多少少帶些認真態度，毋臨渴而掘井，那麼就不至會等到要想掘井時，早就『伏維尚餐』了。

× × ×

香港中國工業銀行

香港政府註冊

辦理銀行
各種業務

行址香港德輔道中十四號

電話董事長室二二四三二

經理室三壹七七二

轉接各部三壹七七三一四

電報掛號〇四九四 CHINBANK

郵政信箱 壹八〇

新昌寶號

代 理 國 民 製 漆 廠 出 品
駱 駝 牌 漆 油

地址：荔枝角道二二三號

電話：五八六二

辦館

亞洲公司

香港

本公司常備大宗罐頭伙食糖菓餅乾火腿肉類生菓時菜與及熟肉煙肉臘腸等各種衛生食品零沽批發一律歡迎

罐頭部

域多利街十五號

電話 二六四三六
二零四二六

肉食部

德輔道中六十五號

電話 二六四三零