

新廣會長發行

新廣會長發行

新廣會長發行

新廣會長發行

新廣會長發行

增訂三版

內科辨症與治療

Dr. med. E. Kappan 原著

謝學洙校閱・裘景舟譯

新醫書局印行

1951

增訂三版

內科辨症與治療

一九五〇年二月三十日增訂三版(1,000冊)

一九五〇年十月十五日四版(2,000冊)

一九五一年十月十五日五版(2,500冊)



原著者
校閱者
譯行人
發行所
發行所
印刷者

Dr. med. E. Kapzan

謝學沫
裘景舟
韓學川
杭馬市街醫國弄四號
州新醫書局
杭州解放路三六九號
新上海漢口內路大衙二八七五號
印建業印書館
杭州解放路四一五號

本書定價人民幣八萬元

(印刷地點外酌加郵運費)

第五版序

我編譯的這本書，有如下的一段經過：

1944 年 9 月先出上卷“辨症篇”是我一個人根據德文本的 E. Kapsan: *Symptomkomplex der inneren Krankheiten* 譯出的，在南平印刷。

1945 年 6 月續出下卷“治療篇”內載“治療各論”是謝學洙同志根據德文的 Schirrer: *Taschenbuch der Therapie* 編譯的，“重要藥物”和“內科技術”是我根據日文的西川義方：內科診療之實際第五第六兩篇編譯而成的，在永安印刷。

那時印刷條件不夠，醫學書籍，尤感困難；經過我多方努力，克服了種種波折，總算和讀者見面。三十二開本平裝兩冊，用的福建土報紙，版面、編排、印刷在那個時候，都還差強人意。

1946 年 10 月，在杭州與宋經樓書店（即今之新醫書局）合作之下，完成了上卷的增訂再版；並有感於下卷的再版，根據當時情勢，很不容易，因此改名為“內科症候類編”。這一名詞，原是

符合原著的書名，而此再版本與初版本不同的地方：

(1) 完全重排，分白報紙與道林紙兩種。

(2) 註解一律用六號字。

(3) 第十類神經系疾病，原著有解剖生理的提要，初版本未及譯出，再版時加入，完成原著的全譯。

1950 年 2 月，又將下卷治療篇，完全增訂重排出書，上卷也再印一次（內容却沒有什麼更動），這樣就成為本書的增訂三版。因為有上下兩冊分售的關係，仍依我當初的意思，上卷稱內科症候類編，下卷稱內科治療綱領。從那時候起，我出讓了全部版權，歸新醫書局所有。

現在據告第五版也可以出書了，內容未及修訂；但我覺得以前的序文有的已成過去，必須刪改，乃由我另寫了兩篇來說明“辨症”與“治療”的內容，謹請讀者惠予批評。

譯者 1951.10.1. 於杭州

關於上卷症候類編

礎潤而雨，月暈而風，這是大家熟悉的一種現象。雖然在下雨刮風之前，不一定有礎潤月暈的這一現象；但若有了這一現象的出現之時，人們猜測它將雨將風，常是十分正確的，所以礎潤月暈，可以說是天將下雨刮風的「徵候」。

一個人的身體或精神，平時好端端的，突然會發生了種種異常的情況和感覺，依此而知人將害病的經驗，也是每一個人都有的，正和我們看到礎潤，就會料想到天將下雨，看到月暈，就會料想到天將刮風一樣。

這種異常的情狀和感覺，就是我們常說的「症候 Symptom」，不論是病人告訴我們的，或是我們自己去診察得來的，沒有一點不是症候。我們要確切地認清他所患何症（診斷）？預備怎樣地給他一種處置（治療）？也是無一不根據症候而定，因此，關於症候的搜集、整理、研討、判斷……等等，也就成為我們日常最重要的課題。

早先讀卡波暢（E. Kapzan）氏：內科症候類編（Symptom komplex der inneren Krankheiten），乃是專心將內科諸病的症候，加以整理的一部書。全書可以分三個部份：第一都是屬於診斷學範圍內的，可說是臨證要領，頗多精義的闡發。第二部是 208 個病例的症候，等於給我們做一本簡明的內科摘記。第三部是 125

種症候的鑑別，尤爲本書獨具的特色，其與第二部的關係，恰如經之與緯，交織而成極其鮮明的一個病的圖案。

讀了以後，覺得很有益處，因此我把它翻譯出來。這裏我想說一點個人研讀的心得，以供讀者參考。

先引一段有關的文獻：

「醫學不僅爲科學，亦爲一種藝術。治療時，固須藝術，診斷時亦須藝術。夫診斷上所憑藉之條件有三：一曰搜集材料；二曰利用材料，以歸納方法，作初步診斷；三曰進一步搜集新材料，以證明或推翻其初步診斷，以求得一較爲滿意之結論。

欲求一決定性之診斷，則全盤材料之搜集，須能互相配合而無抵觸。偶有一項事實，與全局拮抗，即須重新估計。而此重新估計，常能引出另一診斷，與前者截然不同。余近得一事實，可爲此點證明。患者某女，年十六，突然惡寒，繼以發熱，嘔吐。曾經某醫診斷，疑爲瘧疾，而加以治療矣。然進一步之檢查，則發見其白血球數爲每立方耗近兩萬，此點與瘧疾抵觸，於是不得不重新估計，重新檢查其身體，乃發覺爲「大葉性肺炎」。

然則爲醫者，應如何而後可以把握此診斷上之藝術乎？曰：無他，擁有豐富之學識（例如對各種症狀有充分之認識，並能瞭解其原因）與優良之思維（即如何能將搜集所得之材料，加以合理之歸納），並能不斷訓練耳！」

本書，從未讀內科學者看來，固然也有它不小的好處，但是從已讀內科學者看來，則每讀一例，都應假想做臨床實際上，真的碰到這樣一個病人一樣，思之思之，又重思之，給你一次診斷的訓練。而此診斷的訓練，正是本書的主旨所在（參見第 18 頁之原序譯文）。假如說：內科學是等於課本的正教材，本書就是等於補充的練習題。

二

我們應該明白：症候的搜集、歸納、和判斷，需要運用機智，講求技巧，且自開始和病人接談到確定診斷，一直是在反復進行這三部曲的合奏。

症候的搜集，當然以問診為先。我們初初接談，就想明白他全部的既往症，往往為事實所不許，所以我們的問診，多是先從他現在的主訴着手。大概一個病人上來，總是最先把他的最苦惱的自覺症狀，告訴你的。譬如赤痢患者，多先告訴：一天很多次的排便和腹痛，這已有了一點診斷的材料，我們的腦子裏，立刻可以浮起一點感想：「不要是痢疾嗎」？雖是這麼一點感覺，不妨說是經過歸納，有了初步的診斷。於是我們追問他排便時的有無裏急後重，排便的情狀如何？病前吃過什麼東西等等，又是在搜集材料。假使病人的答案，是「對」的，那末赤痢的證據更多，可以進於判斷（舉例而已，事實上，當然還要搜集材料，以備歸納）。假如病人的答案，是「不對」的，則是等於推翻初步的診斷，也要再搜集材料了。所以我們的問診，就是在這樣搜集一步，歸納一下，歸納以後，又再搜集的螺旋形進行之下，逐步推展。本書將症候（參見第三頁）歸類，無非是要你問話的時候，腦子裏先有一個綫索，依着這綫索發問，纔能合乎上述的步驟，不致於零亂。假使你左問一句：腹痛沒有？右問一句：晚上有冷汗嗎？那是沒腦子的問法。病人求愈心切，渴欲傾訴其各種自覺的症候，你祇問他一句，說不定會回答你五句十句，所以東拉西扯的問話，未有不引起病人的嘮嘮叨叨。相反的，也有某些病人，不願多講；或是患者因憂慮、苦痛，而抑鬱沉默，或因患者誤解，以為好的醫生，一看就會明白，用不着自己開口。對於這種病人，我們的問話，尤其要準確有力，不能亂發。本書開卷，首引拜格里維 Baglive 氏的格言，有了好的問診，纔

有好的診斷 *Qui bene interrogat—bene diagnoscit*”，甚望讀者對於問診的這一藝術，以此舉一反三，多加練習！

客觀的身體檢查，實際上，我們一面問診，一面察言觀色，便已開始在進行了。雖有限於設備，不能盡如我人的意願做到，但是可以做到的，總得儘量去做。檢查的項目和進行順序，也和問診一樣，並不能完全依照書本，是要依據實際的情況，而有變通。小兒和大人不同（參見第五頁註四），婦女和男子又有不同。

經驗告訴了我們：一個醫護人員態度的修養，是同技術修養一般的重要了。幾乎每一個患者，在受檢查之際，經常注視醫師的表情。我們應該出之以泰然自若的態度，切不可有驚愕、不安等神態，這在問診時，也是如此。平心靜氣，和藹誠摯，是醫師必須具備的修養。

醫生的這種職業，和人們接觸的機會最多。接觸愈多，遭受的毀譽也愈多，因此我們與病人接觸時態度的好壞，實可直接或間接影響到我們業務的失敗與成功。

人無論老幼聰愚，他們對醫師或護士的臉上顏色，是很容易比較得出來的。如果我們的態度惡劣，病人就不會有好感的。沒有好感，則對於我們的信仰心是建立不起來的。我們從事醫護事業，為的是什麼？是為了救人；如果使病人失掉對我們的好感和信心，並不由於我們的學術不好，而是因為我們的態度不好，豈非冤枉！

然而態度修養，不是叫我們做一個裝腔的偽善者。態度應該是由衷的表現，所以我們先得具備一顆為人民服務的赤心！平時我們對付病人，在技術上，當然是站在醫學的立場；在感情上，我們不妨站在病家的立場。

我們必須用「敬業」和「樂業」的心境，來接待病人！我們要以和悅溫存的態度，作為我們唯一的外財產（技術可說是內財產）來終身受用！我們的對待病人的笑容，不是單從臉上浮起，而是從

內心發出；如果能夠這樣，則痛苦的病人和我們接觸時，就會像融沐在冬天的陽光中一樣的欣慰。

三

前面講到：我們看病的時候，第一步要明瞭病象；我們要明瞭病象，就要有確實的診查；有了確實的診查以後，就要再進一步，能夠把診查所得的一切材料或者說事實，加以精密的研究，纔能對所患的病症，獲得真切的認識；但是我們怎樣來研究診查得來的一切材料與事實呢？

我們先要有一種概念。因為我們開始來研究一件事物的時候，首先在我們腦筋當中發生出來的，就是和這件事物有關的許多概念。概念必求其正確，有了正確的概念，就可以憑概念來推理，來判斷。至於這種概念的獲得，乃是完全在平時我們讀書和工作的學習過程中，逐漸培養起來的。我們的識見愈能廣博，我們的想像力和判斷力，也就愈能豐富敏銳，所以我們的學習，也就不能不動，亦惟勤於學習，纔能使我們的見識，日有進步。

我們一方面，需要對每一症候的發生原因、病理變化、經過、鑑別（同一症候的見於那幾種疾病？它的異同何在？）意義……等等即所謂症候學 Symptomatology 的研究，先有一種概念；一方面需要對每一種疾病的發生原因、病理解剖、症狀、鑑別診斷、經過、預後……等，也得先有一種概念。（未讀本書以前，最好能先讀過內科學）。

還有一點值得我們注意！就是實際上病情錯綜複雜，變化萬千，我們臨症日多，個個問題，都能是這樣的簡單嗎？這樣的容易嗎？不，不，實際上決不會如此。

假如我們碰到某種疾病的主要症候（例如麻疹的發疹）或是病理特徵（例如發疹傷寒的 Weil Felix 氏反應）顯著出現時，當然

我們的診斷，容易而正確，但是這種重要的症候，不一定完全呈現（病勢有輕重），或當你診察的時候，已經出現過了（邀請有遲早的關係），或是因別的原故，暫不顯著（例如服用奎寧劑以後，血液的檢查，不易找到瘧疾的病原蟲），我們的觀察困難，診斷不明，正是多得很哩！

所以現代科學醫學的覓求證據，乃是多方面的，反覆研究，處處顧到（例如衆所週知的，關於病人的性別、年齡、職業、生活狀況、家族歷史、既往健康情形……等等，都和疾病有密切的關係，足供、我們診斷時的參考）。還有種種覓求的方法（各色各樣的實物檢查、機能試驗……等等），可以幫助我們做着很好的臨床工作，而且這門學問的本身，也在日有改進，日有發明的一種精進途中，足够我們不斷地去學習，去研究的。

四

原著內容重點，放在 208 個病例，我們可以有兩種讀法：

一是先查索引而知某例即是某病，則讀完一例，就可知道一病的要點，有如此述。未讀內科學者，可以此為初步的教程（由約造於博）。已讀內科學者，可以此為摘記（由博返於約）。

一是先讀病例，非經再三思考，不查索引，則可訓練診斷。如能參照第三篇，依前述辯證方法，逐條分析，則對每一疾病，每一症狀，必能經過三番四次的覆習，而得牢牢熟記，這是著者、譯者最希望於讀者採取的一種讀法。

如果問原著有什麼缺點？當然是有的。有一位讀者寫信給我說：「本書有許多疾病如黑熱病、雅司病、住血吸蟲病等，都沒有提到，應該加以補充」，這意見是很對的，但與原著者無關，而是譯者的事情。此外譯者認為最遺憾的，就是本書既然定名為「症候類編」，則在第三篇的對於各種症候，還好說得詳細些。

例如尿圓柱是腎臟病的一種重要症候，咳嗽也是一種非常多見的症候，本書第三篇裏並沒有把它列入。黃疸是肝臟病的一種重要症候，本書也說得不很詳細。白血球增多和減少這一條，也有增訂的必要。

例如麻疹患兒之血像，見白血球總數減少，各書所載皆同；但其分類上，中性多核白血球與淋巴球兩者，則有謂淋巴球減少而中性球增多者，如 Cecil 氏內科學及諸編業實用兒科學。亦有謂淋巴球增多而中性球減少者，如趙師靈近世內科學。兩者完全相反，譯者學力不足，實難對原著進行批判與審訂。

最後對本書內容，有須向讀者說明的：

(1) 原著無章節之分，茲亦悉存其體例，惟以己意參照內容，區分全書為三篇。第一篇：臨證要領；第二篇：症候類編；第三篇：按候索症。每篇之前，均加插葉。

(2) 順從內科學常例，經將原著第九類之急性傳染病作為本書之第一類，而以原著第一類之神經系疾病，列為第十類。

(3) 各類病例之前，不即揭示病名，用意在使讀者練習診斷（原著者需，參見第二篇插葉），切勿一有疑難，便去翻檢索引，以致自阻其進步。

(4) 各病鑑別之症候要點，有為本病例所有者，有為鑑別病所有者。前者如第一例之傷寒，係第一例之症候，可與傷寒鑑別者。後者如第一例之發疹傷寒，則為發疹傷寒之症候，可與第 1 例鑑別者。雖似零亂，實則有助思考，讀者對此，務必細心鑑別！

(5) 第二篇 208 病例之號碼索引，經按原著改善，逐一加註頁碼，以利檢索。

(6) 症候名中文索引，為原著所無，本書不可不有，蓋如讀者不諳德文，即感檢索不易；有此索引，自可按照普通之檢字法，一檢即得。

(7) 符號說明：

- !! = 鑑明診斷上之要點。
- + = 常有 (症候) 或陽性 (反應)。
- ++ = 甚多或特別著明或強陽性。
- + ? = 有無不一定。
- ? = 少有 (Selten)
- 0 = 缺乏。

W.R. = Wassermann 氏反應。

(8) 附註 68 則，有為原著所有，有為譯者加入。

譯者 裘景舟 1951 年 10 月 1 日 重寫

關於下卷治療綱領

首先得承認這一部份是最合讀者實際的需要，因此是最易受讀者歡迎，也是最易受讀者批評。初版時，我曾提到過如下的缺點：

(1) 藥品的劑量，很多需要考訂。譬如毛地黃突擊法的美國方，照原著所說：

「體重(磅)乘 0.15，所得之積數，作 X，開始用 X 的三分之一公分……………」

如以一人的體重平均 120 磅計算，則 X 為 18 公分，取其三分之一，亦有六公分之多，實際上，決不應該用到如此大量。同樣原著又說：「通常毛地黃的奏效全量，為體重一公斤內服 0.32，注射 0.23」

如以一人的體重，平均 50 公斤計算，則可為 16 公分之多。以上兩者實係小數點之後，漏掉一個 0 的緣故，這是原本差誤的地方。

又如「硫酸阿托品」的分別見於血管緊張劑、興奮劑、止汗劑、鎮吐劑、收斂劑各章，所述劑量，可為列表如下：

原著 18 頁	0.1%	一次 0.5	一日 1.0
117 頁	安瓿	0.0003—0.0005	一日 0.0015
125 頁	錠	0.0005	0.0005—0.001
244 頁	0.1%	0.5—1.0	皮下注射
246 頁	錠(0.0006)	0.0003—0.001	
	極量 一次	0.001	一日 0.003
276 頁	一次	0.0005	一日 0.002

你看，同一藥品的劑量，說得如此零碎，這是原著紛歧的地方。其他關於作用、性狀等也如此。譬如 *Scopolia*，含斯可朴拉明及阿託品兩種成份，不會在鎮痛劑的本品項下說明，反而寫在瀉下劑分類的第二節之（B）項補足一句，不看全書，不易領悟。大概藥物的臨床分類法，總不免有這種缺點。

再如第四篇 30 例所說的 *Pyramidon* 服法，每天可用達三公分之多，細查原書，並無差誤。但和我們通常的用量相去霄壤。

附帶正應該申明：體質不同，劑量須斟酌，不論那一部書，印刷校對有疏忽時，弄錯一個小數點，大有出入，所以劑量方面，讀者要特別審慎。

（2）藥品的名稱，大感困難。例如一般人知道 *Aspirin*（阿司匹靈）就是 *Acidum Acethylsalicylicum*（醋柳酸）的因多，但是能够知道 *Diuretin*（利尿素或狄午雷汀）就是 *Thoebromino-Natrium-Salicylicum*（柳酸鈉柯柯豆素的）却是很少。

本書或用法定名，或用別名，或用音譯，或用原文，事實上難求統一，實增讀者困難。照理原料藥是最好根據中華藥典，成藥是根據各廠家自定的中文商品名，但因手頭參考書不足，一部份是附合的，一部份是來不及增訂的。例如 *Digitalis* 在中華藥典裏稱「洋地黃」，我們用「毛地黃」。*Scopolia* 我們譯莨菪，可是藥典裏的莨菪是說 *Hyoscymin*（以前譯鬧羊花），而 *Scopolia* 是稱「東莨菪」的，諸如此類，實在說不了許多。（按中華藥典現正在修訂中）。

（3）索引是省不了的，但一則本售價遠地付印，不明頁碼，二則編製需時，恐非再版時不能補訂。（按初版無索引故有此語）。

接着我再說明：一部書有一部書的長處，而長處的反面，亦必具有它的缺點。讀者僅憑這些而不再研讀其他整部的著述，就想取之不竭，用之無窮，那是一定會使讀者失望的，同時求全責備，失

之於苛，要想本書包羅萬象，應有盡有，這是筆者所不敢想像的。

之後，再版時完全增訂重排，自問比前版要改進得多了。例如第四篇的各種重要疾病，有的幾乎等於重寫。第五篇增加藍丁、仙鶴草素、維生素一覽表、鏈黴素、葡萄糖、磺胺新製劑，抗瘧新藥、PAS、B.C.G.等等。第六篇補寫人工氣胸術，末附索引，以助翻檢。

這樣以前所有的缺憾，總算有了一次補正的機會，但以公私挾掌，百忙之中，從事增訂校勘，精力有限，料想起來，還有不少缺漏和錯誤的地方。

現在相隔祇一年多，情形又有些不同了。譬如說治療方面，我們得學習蘇聯先進醫學的“組織療法”，藥物方面，如磺胺劑、抗生素、抗瘧藥等，又有新的製劑問世，照理都應該及時增訂一下的，第五版是趕不上了，這裏我祇可向讀者致其歉意而已。

譯者 1951. 10. 1. 於杭州

目 次

第一篇 臨證要領.....(1—17)

病歷.....	(1)
診斷.....	(10)
預後.....	(15)

第二篇 症候類編.....(18—187)

第一類 急性傳染病.....	(19)
第二類 心臟病.....	(56)
第三類 血液病.....	(77)
第四類 呼吸器疾病.....	(88)
第五類 消化器疾病(附腹膜疾病).....	(112)
第六類 肝臟病.....	(132)
第七類 新陳代謝病.....	(138)
第八類 關節疾病.....	(146)
第九類 泌尿器疾病.....	(148)
第十類 神經系疾病.....	(158)

第三篇 按候索症.....(188—267)

插 表

傳染病之潛伏期及其傳染徑路.....	(52)
傳染病之預後及其合併症.....	(54)
重要呼吸器疾病之鑑別.....	(110)
乳兒營養之障礙.....	(130)
臨床實用之尿液化學檢查法.....	(156)

附 錄

病例號碼索引.....	(268)
中文症候名索引.....	(277)