

西塞爾內科學

傳染病之部

第四冊

陳超常主譯

龍門聯合書局發行

西塞爾內科學

A TEXTBOOK OF
MEDICINE

Russell L. Cecil

傳染病之部

第四冊

陳超常主譯

龍門聯合書局發行

中文西塞爾內科學編譯委員會

校 閱 者

第一冊 薛邦祺 駱慧愔 陶學煦
 顧綏嶽 陳悅書

第二冊 薛邦祺 鍾學禮 崔祥璵
 駱慧愔 顧綏嶽

第三冊 薛邦祺 錢 惠 陶學煦
 顧綏嶽 陳悅書

第四冊 薛邦祺 駱慧愔 鍾學禮
 顧綏嶽 陶學煦

譯者的話

西塞爾內科學是一部名聞世界的巨著，自 1927 年出版以來，到了今日足足二十三年，始終風行不衰，它不僅是內科醫師的寶庫，而且是攻讀臨床醫學者必走的道路。大家都知道這本書是集全美國臨床醫學權威名著的大成，而且每隔三年必做一番取新棄舊的增訂，凡是新的學識與新的技術莫不搜羅靡遺，所以它於二十三年來始終是永恆的進步。

自從我們熟讀全書與着手翻譯的時候，受到本書的偉大不僅如此，最值得提出的地方，就是它樹立現代臨床醫學的“規範”，無論在那一篇文章中都可看到他們對於一個病例是如何認真的依照規範去做，不怕厭煩地反覆的尋求，對於病因的確定，中間不知經過幾許的檢討與實驗的檢查，直至找到可信的病因而後已。這種做法，使人讀了之後，知道今日國外臨床醫學的進步決不是偶然的事。

多年以來國內很有幾本內科學出版，主要的經緯大都從國外內科學上摘來，西塞爾也有，歐司勒也有，再參考一些自己收集的材料，就冠以某某內科學，這樣做法，在某一種立場上，也許有它的理由；尤其是談到流行病學時，那就非用國內材料不可，所可惜的我國有醫院以來，雖有百餘年的歷史，有醫學院也已數十年，可是能夠依照臨床規範去做，合於邏輯而記載完備的臨床病案，確實不多，自己手頭上又沒有正確數字可資參考，就貿貿然的依據自己的臆測寫下一個數字，而事實上這個數字往往適得其反，在這種情形下寫出的書本，我想還不如率直譯一本名著來介紹給人家來得妥當，希望於五年或十年後能夠出本用國內材料寫成的中華內科學，那時候西塞爾內科學譯本的任務可以告一段落了。

西塞爾內科學這本書非常龐大，最新第七版有 1730 頁，於短促期內全部譯出是件不容易的事，因此我們先從傳染病着手，不過把濾過毒病及立克次體病排在最後，這是因為它們的發見和研究都是比較新近的事，我們

還刪除了我國所沒有的幾種瀉過毒病和立克次體病（如黃熱病和落磯山斑疹熱等），不過另外增加了兩篇附錄，以及幾種重要地方病的本國材料。傳染病之外的種種內科疾病，希望在半年內完全譯出。譯文力求信達，從原文上逐字逐句逐譯，以符合原意，亦予讀者便於檢閱原本。本書翻譯，同事余君啓順費力尤多。譯稿寫成後以期配合臨床上實際情形，特組織中文西塞爾內科學編譯委員會，請臨床專家國立上海醫學院諸教授分章校閱，予以指正不少，附此誌謝。此為西塞爾內科學國內第一種中文譯本，譯名與字句於匆忙中寫成，當有未盡妥善之處，尚祈海內專家給予指正為幸。

陳超常 一九五〇年八月

目 錄

第五篇 瀘過性病毒病

第一章	引 言	1
第二章	普通感冒	5
第三章	流行性感冒	12
第四章	登革熱	20
第五章	麻 疹	25
第六章	風 疹	35
第七章	水 痘	38
第八章	天 花	41
第九章	牛 痘	49
第十章	流行性腮腺炎	54
第十一章	花柳性淋巴肉芽腫	58
第十二章	瘰癧病	60
第十三章	脊髓灰白質炎	66
第十四章	甲種流行性腦炎	77
第十五章	聖路易型腦炎	82
第十六章	病後腦炎	85

第六篇 立克次體病

第一章	引 言	89
第二章	斑疹傷寒	94
第三章	戰壕熱	108
第四章	恙蟲病或沙蟲熱	111

西塞爾內科學

傳染病之部

第五篇 濾過性病毒病

第一章 引言

傳染病常根據了它們的感染原而分類。這許多不同的疾病，臨床徵象固大不相同，就是引起它們的感染原也是很不相同的。現所確認的感染原，有下面幾類：原蟲、黴菌、細菌、立克次體、和病毒。這許多感染原，祇有一點共通的性質，就是在適當的環境裏面，都能增生繁殖。它們身體構造方面的分化程度以及身體的大小，隨上列的順序（由原蟲到病毒）依次減小；能引起傳染病的感染原，就目前所知，以病毒為最小。人類有四十種不同的傳染病，我們已知道或相信是各由某一病毒（病原之一）直接所引起的。這些疾病是：

澳洲 X 病 (Australian-X disease)

科羅拉多壁蝨熱 (Colorado tick fever)

普通感冒 (Common cold)

登革熱 (Dengue)

(甲種)流行性腦炎 (Epidemic encephalitis)

乙種日本型腦炎 (Encephalitis, Japanese type B)

俄羅斯型腦炎 (Encephalitis, Russian type)

聖路易型腦炎 (Encephalitis St. Louis type)

流行性胸壁痛 (Epidemic pleurodynia)

東方的馬腦脊髓炎 (Equine encephalomyelitis, Eastern)

- 委內瑞拉的馬腦脊髓炎(Equine encephalomyelitis, Venezuelan)
西方的馬腦脊髓炎(Equine encephalomyelitis, Western)
口蹄疫(Foot and mouth disease)
出血性腦膜腦炎(Hemorrhagic meningo-encephalitis)
單純疱疹(Herpes simplex)
帶狀疱疹(Herpes zoster)
包涵體膿性卡他(Inclusion blennorrhea)
傳染性肝炎(Infectious hepatitis)
傳染性單核白血球增多症(Infctious mononucleosis)
(甲種和乙種)流行性感染(Influenza A and B)
角膜結合膜炎(Kerato-Conjunctivitis)
綿羊腦脊髓炎(Louping ill)
淋巴球性脈絡叢腦膜炎(Lymphocytic choriomeningitis)
腹股溝淋巴肉芽瘤(Lymphogranuloma inguinale)
麻疹(Measles)
傳染性軟疣(Molluscum contagiosum)
腮腺炎(Mumps)
白蛉子熱(Pappataci fever)
脊髓灰白質炎(Poliomyelitis)
原發的非正型性肺炎(Primary atypical pneumonia)
鸚鵡病(Psittacosis)
癩咬病(Rabies)
立夫脫山谷熱(Rift Valley fever)
風疹(Rubella)
天花(Smallpox)
沙眼(Trachoma)
牛痘症(Vaccinia)
水痘(Varicella)
疣(Warts)

黃熱病(Yellow fever)

病毒的性狀尚未確知，不過有些事實顯已成立。病毒也者，是些點狀的東西，用了足夠強的工具（如電子顯微鏡），就能看得出來。有了活細胞，病毒在適宜的狀況下，就起增殖現象，不過沒有活細胞的話，那就沒有一種病毒，顯有能增殖的證據。據觀察所得，則知有些病毒，會作斷斷續續的變異。在體積、穩定性、及身體構造分化的程度各方面，各種病毒均大不相同。

最小的病毒（8-15 千分秒大小），例如那些引起口蹄疫及脊髓灰白質炎的病毒，是祇比血清球蛋白分子（Serum globulin molecules）稍些大一點的點子，而確實比某種動物的血清蛋白分子（Hemocyanin molecules）還小。最大的病毒（125-275 千分秒大小），例如那些鸚鵡病和牛痘症的病毒，祇比有些細菌略為小些，並且事實上，比胸膜肺炎菌（Pleuropneumonia organisms）要大些。在這最大最小之間，病毒幾乎連續不斷地依次排列，一邊大過蛋白質分子，一邊大過有幾種活的細菌。有一個問題大家討論得很熱烈，就是病毒這東西，還是活的呢，還是死的呢？病毒有些性質，常為生物所具備，但也有些性質，常為非生物所有，所以還沒有可屬滿意的根據，來決定這些感染原的相對可活性或不可活性。在目前，為了便利起見，可把病毒視為細胞內體積極小的寄生物。

病毒感染所產生的病理變化，主要要看有了病毒後，細胞的新陳代謝變化到如何而定，不過，這種新陳代謝障礙的性質究屬如何，迄未明瞭。所知者，就是各種不同的病毒，對於相同的許多細胞，影響亦各不同，而有些病毒，專門揀不同型的細胞作侵襲的對象。所以我們可以意想得到，病毒疾病所顯示的臨床徵象，該非常相異，最後的病理變化，也該各不相似。事實上，也確是如此，這祇要想一下以上所列的各種大不相同的傳染病（或確係某種病毒所引起，或相信是由某種病毒所引起），就可明白了。所有的病毒疾病，顯有下述共同的主要病理現象：增殖，伴有壞死的增殖，以及壞死。有些病毒疾病，以受累細胞中有包涵體（Inclusion bodies）出現為其特徵；有些卻沒有這種特殊的包涵體。這種普通和發炎相伴發生的滲出性現象，在大多數病毒疾病中，都有發生，祇是程度不同，不過，這些現象都被認為是受累組織細胞內由病毒所生之變化的繼發現象。

很多病毒疾病，患了以後，就產生一種持久的免疫力，不過並不是所有的病毒疾病都是如此的（不生持久免疫力的病毒疾病，有普通感冒、流行性感
冒，及單純疱疹）。這個現象，使我們在區別病毒疾病以及由大多數其他
感染原所引起的疾病方面，又添了一種方法。至於大多數病毒疾病發生持
久免疫力的根原何在，尚不明白。有人想：病毒與受累細胞密切接觸後，就
產生許多生理上的變化，或者是，受累宿主體中某些病毒的長期或持久存
在，是產生持久免疫力的根據。很多病毒疾病，就是由於有這種長期自動免
疫力的產生，才使特殊預防接種法對此類中某些疾病（例如天花和黃熱病）
產生了極有效的防止作用。

目前，對於病毒疾病，實無特殊療法。可能的例外是些由最大的病毒
所引起的某些疾病，例如腹股溝淋巴肉芽瘤，沙眼等等。磺胺化物對於這些
疾病，顯有良效。病毒疾病的臨床徵象一旦發生以後，特殊的免疫血清顯
無價值，因為在這個時候，病毒已廣泛地散佈在受毒組織內，而且大多數（即
使不是所有的）易感受的細胞，早已受到病累。在潛伏期中（易言之，在病毒
作廣泛的散佈之前），特殊免疫血清對於少數病毒疾病（例如麻疹），却顯有
預防之效。

參 考 文 獻

- Boycott, A. E.: The Transition from Live to Dead: the Nature of Fil-
trable Viruses. Proc. Roy. Soc. Med. (Path. Sect.), 22:55, 1923-29.
Burnet, F. M.: Virus as Organism. Cambridge, Mass., Harvard Univer-
sity Press, 1945.
Dale, H. H.: The Biological Nature of the Viruses, Nature, 123:599, 1931.
Goodpasture, E. W.: Etiological Problems in the Study of Filterable
Virus Diseases. The Harvey Lectures, 25:77, 1929-30.
Rivers, T. M.: Some General Aspects of Pathological Conditions Caused
by Filterable Viruses. Am. J. Path., 4:91, 1929.
Rivers, T. M.: Pathologic and Immunologic Problems in the Virus Field.
Am. J. M. Sc., 190:435, 1935.
Rivers, T. M.: Lane Medical Lectures: Viruses and Virus Diseases. Stan-
ford University, California, Stanford University Press, 1939.
Rivers, T. M., Stanley, W. M., Kunkel, L. O., Shope, R. E., Horsfall, F. L., Jr.,
and Rous, P.: Virus Diseases. Ithaca, N. Y., Cornell University Press, 1943.

Stanley, W. M.: The Isolation and Properties of Tobacco Mosaic and Other Virus Proteins. The Harvey Lectures, 33:170, 1937-38.

第二章 普通感冒

(The Common Cold)

[異名：急性鼻炎(Acute Coryza)]

定義 普通感冒，或急性鼻炎，是上呼吸道的卡他性炎症，由於濾過性病毒或其他微生物傳染所引起，或由於尚未完全了解的過敏性及代謝性擾亂所致。另外所以有“急性鼻炎”(Acute rhinitis)、“急性咽炎”(Acute pharyngitis)、“急性喉炎”(Acute laryngitis)、或“氣管炎”(Tracheitis)等名稱者，那都是用來表示這病所侵襲的主要部位。

病因學 上呼吸道的很多卡他性疾患，有傳染性，這表示有感染原存在，不過，由患者鼻咽分泌液的培養物所發現的微生物看來，常與健康者鼻咽喉中所見者無法區別。其中最普通的是葡萄球菌，鏈球菌，肺炎雙球菌，卡他球菌(*Micrococcus catarrhalis*)，及流行性感冒桿菌(*Influenza bacillus*)的各種特類。這些有名的細菌，不大可能是普通感冒通常的激惹病原。通常，在疾病的早期內，各種微生物的存在極少，隔了幾天，滲出液內才有大量的某一型或更多型病原出現。

近數年來，很多研究者已經證明：新有感冒的人，其鼻涕中有一種超顯顯微鏡的病原體，如注入健康正常者的鼻孔時，就會把這病植移了過去。杜顯(Dochez)及其同事，把這病原體培養在胚胎組織培養基(Embryonic tissue media)中後，已獲成功，並謂這病原體，應歸類在濾過性病毒內。大多數流行型的感冒，恐由一種病毒或病毒羣所引起。呼吸道上皮在原發的受創後，細菌隨病毒傳入，或者是呼吸道內原有的細菌繼起活動，致發生了進一步的症狀。有時候，在沒有病毒感染的時候，很多種能夠侵犯健康者鼻粘膜的微生物，也足以產生小起的感冒。在傳播這病方面，佈有感冒病原的粘液及鼻咽分泌物很可能是傳播病原的因素，因為有了這種物質，就能使組織的自然抵抗力減低，易受細菌的侵襲。

人在遭遇了不習慣的受寒以及穿着潮濕的鞋子與衣服後，常發生感冒。

不過，由觀察所得，則知在隔離的環境內，除非原來就有一種感染原存在的話，否則受寒及過勞，都不能直接引起鼻炎這病。

身體經受了氣溫的突然變化之後，全身免疫力常因而減低。健康正常的人，皮膚受寒後，祇產生了暫時局部缺血及呼吸道粘膜冷卻現象，不過，對於易於感冒的人，據說恢復起來就遲緩得多了。鼻咽內不正常的血管舒縮障礙，據大多數習醫者的意見，足以引起組織的局部傷害，從而使存在的病原體，易於進襲。各種刺激物，或者是空氣、食物內的變應原 (Allergens)，或者是充血等，也能引起類似的反應。還有一說，便是上呼吸道的血管緊張力，可能因交感神經系統 (Vegetative nervous system) 內的擾亂及生理不平衡而陷於紊亂。因此，體質、疲勞、及精神刺激等，在普通感冒的病因學上，都可能是重要的因素。

很多人，身體構造異常，或者在上呼吸道內，有慢性感染的病灶存在（諸如肥大的增殖腺，鼻息肉，或慢性竇炎），涵蓄了許多病原菌，致正常的排液作用受到阻礙。這種人不僅是鼻炎流行時的受難者，並且在局部抵抗力受到任何上述因素的影響而損滅後，也就會罹患感冒。

由此看來，普通感冒恐怕不是單純的一個臨床疾病，而是許多不同的感染所組成。流行型者，可能是細菌的原發感染，不過大多數病例，却是由於超顯微鏡病原體所引起。還有很多人，由於平常涵蓄在上呼吸道的普通病原體，一到了環境或體質足使患者抵抗力低落的時候，就侵襲其呼吸粘膜，結果也就產生了普通感冒。

病理解剖學 普通感冒的正型損害，是上呼吸道或鼻副竇的卡他性炎症。病變常由一據點開始，延及其他部份。局部反應常引起血管擴張性反射，而使鼻粘膜的海綿樣組織充血益著。

粘膜變紅而加厚，上蓋多量的漿狀粘液；晚期則變為膿性液體。鏡檢所見，除組織充血與水腫之外，變化甚微，到了炎症病變的晚期，則見游走細胞。約在第三日，開始發生上皮細胞的壞死及脫屑，正常皮層的恢復，可能需要二週或二週以上。

病變區毒性產物的吸收，就產生了全身性症狀。

流行病學 普通感冒，常極易傳佈，同室之人，雖有了最嚴格的隔離法，

也難加防遏。病人症狀出現前數小時及症狀出現後最初二天內，傳染力最強。兒童較成人易罹此病，亦易於傳播開來。關於健康帶菌者，雖然一定有，但迄無滿意的研究。病人如果帶上口罩，那末要比有被染危險的人帶上口罩更足預防呼吸器疾病的傳播。散發性的感冒，常無傳染性。一年中，氣候較冷的月份，最多感冒（不論是流行型及散發型者），尤以秋季（九月底或十月中）、隆冬（一、二月）及初春（四月）為然。這種季節上的變化並不像一般所設想的那樣完全要靠天氣的情況，因為有人發現，各不同地區所發生的感冒，非常相似，與它們氣候上的差別無關。最重要的因素，恐怕是到了冬季，聚居斗室，特別是在學校裏面。在這種情況之下，感染原的毒力可能大為增強，這是由於它在無免疫力者之間，迅速傳播所致。感染一旦確立以後，就藉噴嚏、咳嗽、吐痰、擤鼻等（感冒所有的特徵）傳播開來。鼻炎潛伏期不一。與感染性的鼻炎相接觸後 12-96 小時，即有症狀產生。自發型者，在受寒後數小時，即可能發生。

一次鼻炎得病後，免疫力可能持續數週或數月。常發感冒的病人，是由於鼻副竇或扁桃體具有慢性病灶，屢患再感染之故。

症狀 鼻炎起病時，常於侵入部作灼感或癢感。多發在鼻後孔，惟亦可能發自上呼吸道任何部份。炎症局限在原侵入部者，約佔 30%，不過很多病例，鼻、咽、喉、氣管、及鼻副竇等處，亦被累及。

病發展到高度的時候，患者精神沮喪而不舒服。常有寒感，背部與四肢發癢。結合膜漲紅，鼻粘膜潮紅腫脹，鼻孔或部份阻塞，或完全阻塞，繼續流出水樣涕液，引起很多的噴嚏及擤鼻。鼻孔及嘴的周圍，有表皮剝脫區出現。頭痛、面部及鼻背作鈍痛的現象，亦常有發生，吸氣時且見增劇。嗅、聽及味覺常遭損減。聲音變粗嘎；如喉部被累，則聲音全嘎。舌乾而有苔。吞嚥及張嘴可能發痛或困難。乾咳常係最難受之症狀；氣管炎發生後，則胸骨後有緊窄及痛感發生。頷角近處以及頸內的淋巴結，可能腫脹而有按壓痛。全身症狀常出現得頗早，惟即使在某一次流行期中，其嚴重性亦大有變化，和鼻咽損害的大小或外形並不成正比。患重感染者，衰竭甚著。體溫常昇到 $100^{\circ}\sim 102^{\circ}\text{F}$ (38°C 左右)。消化系障礙，諸如便秘、腹瀉、食慾缺乏、腹痛及惡心，並非罕見，尤以在流行時為然。

這許多症狀，常繼續4-7日。如鼻炎繼續至10日以上，則大多數病例有鼻副竇炎發現。病後7-12日，復發特別多。如枝氣管被累及，鼻副竇與中耳又發生化膿性感染，則病程久長而麻煩。恢復期中，充血現象逐漸減輕，分泌物變得稀少而更膿樣。此外尚可能有衰弱、體重減輕、神經過敏、及失眠等現象。

診斷 正型的鼻炎診斷不難。數種特殊的疾病，諸如麻疹、白喉、猩紅熱、百日咳、及傷寒，起病時可能亦伴有發炎症狀，所以在更特殊的症狀出現之前，常被誤斷為上呼吸道的感染。

流行性感冒（甲種與乙種）與普通感冒極為相似。前一名詞，常被人隨使用來表示任何伴發中毒性症狀的上呼吸道感染。在一次流行期中，流行性感冒及輕和的鼻咽部充血兩病之間，可以看到程度各各不同的許多呼吸器病。最近的研究，表示引起流行的流行性感冒者，是一簇特殊的病毒，能使白鼯及白鼯生病，並且對於雛雞的紅血球，亦有使凝集的性質。據不完全的研究，則知流行性感冒的病毒及普通感冒的感染原間，並無關係存在。

其他原因（諸如局部刺激物，藥物，過敏反應，及種種血管運動神經性障礙）所致之非傳染性鼻粘膜充血，極易和輕症或頓挫性感冒相混。即使細心研究其病史，有時或亦不能下確實的診斷。

預防 預防法有各色各樣。最有效的，恐怕是要算儘量減少和癆雜着的人羣以及患者接觸了。除了久病衰弱者及嬰兒外，嚴格的隔離，顯屬辦不到。

用紫外線或殺菌的噴氣劑〔諸如丙稀甘醇蒸氣（Propylene glycol）〕來消毒閉塞的室內空氣，是控制呼吸器官感染的一種方法。不過，這種預防的方法，尚在實驗階段，應用的範圍是有限的。

用防腐劑來噴射和漱口（Spraying and gargling），並不能把呼吸道粘膜上的細菌清除，故此法常屬無效。注洗一法（Irrigations），僅在鼻或咽喉部有異常現象，致排液自然機構受損時方有價值。用時也祇應該用最柔和的溶液。

各種菌苗，價值均屬有限。部份統計，表示自願用現成菌苗作皮下注

射者，或內服多價菌苗者，或鼻內滴用多價菌苗者，照樣會患感冒，次數亦殆與服用無作用之藥物者所患的相仿。不過，由於呼吸道內有慢性病灶存在致一再感染的病人，用菌苗療法是合理的。到現在為止，要想使人發生免疫力，不受產生鼻炎的病毒所侵襲，還是沒有成功。通常，感染的病灶應用外科手術割除。兒童行扁桃體截除術或增殖腺截除術後，患感冒的次數尤其要少一些。

有時候，有人推薦練習受冷及室外勞動法來增進對於呼吸器官疾病的抵抗力。新鮮空氣可使感染的機會減到最小的程度，不過恐怕影響不了各個人的感受性。感冒一症，在強健的運動家以及坐辦公室的人裏面，同樣普遍。經驗告訴我們：衣着如果溫暖，穿的鞋子如果乾燥而且暖和，再加上適度的運動，是比大多數的“硬鍊”預防法，要好得多。

冬天，慣常感冒的人，如能到亞熱帶的地方去，則常多裨益。

紫外線射線療法，並無預防感冒的價值。維生素的應用，各報告亦多衝突，尤其是關於甲種、丙種及丁種維生素的效力，更有疑問。最仔細的研究，表示充足飲食外補服的維生素，並不能減少患感冒的次數。每天服用0.5-1克(8-15 喱)的磺胺嘧啶，足使鼻咽內的細菌立即發生了暫時性的變化。對於由溶血鏈球菌或腦膜炎雙球菌所引起的流行病，此藥有控制之效，惟不能改變感冒的病發數。有些人說，服用此藥之後，嚴重的繼發性感染固然減少了些，不過由於偶而會產生中毒現象以及立刻會產生(或作選擇性培育)耐磺胺化物的細菌，所以有理由忌用這種預防法。

治療 感冒的治療，要在減輕其症狀。患者大多數雖寧願繼續其日常工作，惟一般均感臥床後尤為舒適。如體溫高過100°F，或有糖尿病，腎炎，風濕熱，心臟損害或肺部感染等可怕疾病的證據時，應迫令患者臥床休息。同時應隔離病人，因為這非但能保護別人，並能儘量減少患者獲得繼發性感染的機會，因為病人此時很容易感受他病。身體應保持溫暖乾燥，足部尤然。並應避免煙、寒冷、濕空氣、及其他刺激物。飲食但求清淡即可。

不適及痛感，如用某幾種煤膠衍化物(Coal-tar derivatives)醫治的話，往往可以得到顯著的減輕。取非那色丁(Phenacetin)0.3克(5 喱)及酸式碳酸鈉(Soda bicarbonate)1克(15 喱)混合服用，每三小時一次，為有

名處方之一。最好的流行性感冒膠囊藥物內，包含了：

硫酸可待因(Codeine sulfate).....	14 哩	0.015
醋水楊酸(Acetylsalicylic acid).....	5 哩	0.3
非那色丁(Phenacetin).....	2 哩	0.12
檸檬酸咖啡碱(Caffeine citrate).....	1 1/2 哩	0.03

〔譯者附言：上即有名的 A. P. C. Capsule.〕如病人很不舒服時，可每隔 3 小時服一顆。

催汗及擴張血管法，也能使病人增加舒適之感。常用之法，為熱水洗腳，並飲熱湯，以補鎮痛劑〔諸如杜佛氏散(Dover's powders, 0.6 克即 10 哩)或威士忌酒〕之不足。

鼻粘膜的充血現象，應儘早設法減輕它。可取溶於當量鹽液中的 1.5% 的鹽酸麻黃鹼(Ephedrine hydrochloride)滴鼻，祇要病人能忍受這藥的話。對於不臥床的病人，以吸入苯齊巨林(Benzedrine)為更便利，此藥有現成的吸入劑出售。這些藥物，非但能減輕鼻孔內的“阻塞”，幫助了鼻涕的排出，並且由於減輕了劇烈充血後的鼻粘膜初發損傷，可使病程因而縮短。

很多血管收縮劑如施用過度，反能引起粘膜的繼發性充血及慢性刺激。所以患者祇應在感冒的急性病期內，應用此等藥物，並且最多不過每四小時一次。

喉嚨或氣管炎病人應休息聲帶。咳嗽交作者，如果通常的祛痰止咳劑證明無效時，就該用足量的可待因加以控制。複方安息香酊(Compound tincture of benzoin)或白松油(Oil of pine)一茶匙加入一品脫(473.11 c.c.)的熱水中，如吸其蒸氣，也可使咳嗽減輕。

頸內有按壓痛的淋巴腺，以間歇地敷用冰袋治療為最佳。

胸骨下的疼痛及緊窄感覺，如用松節油揉劑，芥末硬膏，或亞麻子泥藥劑(Flax seed poultices)等對抗刺激劑治療，每收良效。

感冒時有發生化膿性併發症(諸如鼻副竇炎或中耳炎)的可能性，故應隨時注意。很多併發症，即因保養療法而自動痊愈；所以大多數病例，除非有外科排液的必要，否則不應遽行手術。

在急性感冒期間，毋需普遍地投以磺胺化物或青黴素及其他抗生素，這

種療法，在治療繼發性感染（諸如急性鼻副竇炎，中耳炎或肺炎等）方面，常有療效。局部使用抗菌劑，對於普通感冒及其併發症的治療，頗屬失望。這些藥物，常具刺激性，使用難收療效，而且磺胺化物的永久使用，對患者可能確有害處。

嚴重感冒後，應有一休息的假期。應許虛弱的新痊愈者重返其工作崗位，實屬不智。此時應注意富有營養的食物，日光，並須避免過勞。補藥（尤其是含有番木鱉者）或鱈魚肝油，對病後調養者，頗有裨益。

參考文獻

- Cecil, Russel L., Plummer, Norman, and Smilie, W. G.: Sulfadiazine in the Treatment of the Common Cold. J.A.M.A., 124:8, 1944.
- Cowan, Donald W., Diehl, Harold S., and Baker, A. B.: Vitamins for the Prevention of Colds. J.A.M.A., 120:1268, 1942.
- Diehl, H. S., Baker, A. B., and Cowan, D. W.: Cold Vaccines: An Evaluation Based on a Controlled Study, J.A.M.A., 111:1168, 1938.
- Dochez, A. R., Mills, K. C., and Kneeland, Yale, Jr.: Study of the Virus of the Common Cold and Its Cultivation in Tissue Medium. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 28:517, 1931.
- Doull, J. A., Hardy, Mary, Clark, Janet H., and Herman, N. B.: The Effect of Irradiation with Ultra-Violet Light on the Frequency of Attacks of Upper Respiratory Disease. Am. J. Hyg., 13:460, 1931.
- Grant, S. B., Mudd, S., and Goldman, A.: Experimental Study on Excitation of Infections of Throat. J. Exper. Med., 32:87, 1920.
- Hanger, Franklin M.: Influence of Secretions of the Upper Respiratory Tract on Tissue Resistance. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 29:285, 1931.
- Hilding, A. C.: Management of the Common Cold. Ann. Otol., Rhin., and Laryng., 53:444-460, 1944.
- Kaiser, A. D.: Effect of Tonsillectomy on General Health of 1200 Children as Compared with an Equal Number Not Operated On. J.A.M.A., 83:33, 1924.
- Kerr, W. J.: The Common Cold. J.A.M.A., 107:323, 1936.
- Kneeland, Yale, Jr., and Daws, Caroline F.: The Relationship of Pathogenic Bacteria to Upper Respiratory Disease in Infants. J. Exper. Med., 55:735, 1932.
- Sauer, L. W., Minsk, L. D. and Rosenstern, I.: Control of Cross Infections in Nursery for Young Infants; Preliminary Report. J.A.M.A.,