

上海第二醫學院

第一次科學討論會

論文摘要

上海

1956. 11. 25.

溶組織內阿米巴動物感染試驗(摘要)

內科学基礎教研組： 李丕光 史博之
李克勤 蔣康齡

我們研究的目的是要找出一种适当的动物接种方法，使之发生不同程度的急性阿米巴痢疾，並觀察其臨床及病理方面的变化，为进一步研究中医药与免疫問題打下基礎。

本試驗是采用家兔为試驗动物，而以口服灌腸和盲腸注射三种接种方法进行感染。

盲腸接种法使用家兔45隻陽性者38隻，陽性率佔84.5%；可疑者4隻，佔总数8.9%陰性者3者，佔总数6.6%生前糞便檢查发现阿米巴滋养体者26隻佔总数57.7%。

灌腸接种法用家兔15隻陽性者3隻陽性率为20%；可疑者1隻，佔总数6.7%；陰性者11隻，佔总数73.3%。

口服接种法用家兔15隻，陽性者3者陽性率为20%；可疑者2隻，佔总数13.3%；陰性者10隻，佔总数66.7%。

陽性动物解剖后可見大小不等的乳白色潰瘍，病理切片，发现粘膜呈局限性坏死增厚脫落而形成不規則的圓形潰瘍，口小底大燒瓶狀內有殘餘的大单核細胞及嗜酸性白血球遺骸；粘膜层、粘膜下层，且有时在肌层中均見有溶組織內阿米巴滋养体。

盲腸接种感染后，潛伏期平均为9.5日，其症狀主要为腹瀉，糞便稀薄帶粘液，但无膿血，其次为体重減輕，食慾不振及精神萎靡等，平均在糞便陽性后2.8天死亡。

病变嚴重程度，可有极大的差別，从1——2个針尖狀的小潰瘍到蝕合性的大塊病灶。其病变发展，似有一定的規律，首先发现在迴盲部，次延及盲腸，蘭尾及結腸。

兔齡的大小与感染无关，在本試驗中有6隻家兔年齡在一年以

上，体重在3,000—4,000克之間，陽性感染力为100%。

动物飼料的选择对于动物的感染率有很大的影响，我們曾用盲腸接种的动物8隻，採用青草为主要飼料，而以煮热的小麥为輔助食品，結果僅有2例陽性，陽性率为25%。而純粹用煮热小麥为飼料者，陽性率高达84.5%。

家兔糞便內阿米巴滋养体中包涵糞塊、細菌及黴菌等，偶而含有紅血球，跟人类患者的阿米巴多数包涵紅血球者不同。

根据試驗結果，証明家兔为容易感染阿米巴的动物，且发病急而嚴重，不經治療全部死亡，这对进一步用中医中藥治療阿米巴痢及兔疫研究，提供有利的条件。

羽 毛 热 (摘 要)

臨床內科学教研組及寄生蟲学教研組——潘儒孫

鵝鴨絨毛打包工人每次与鵝鴨絨毛接觸后有发热与全身症狀，发病例极高，工令長者多次发作后往往后遺肺氣腫，嚴重損害工人健康与影响生产，这种特殊职业病在文獻上尚未見有記載，故我們对此作了初步的研究。

打包場中，鵝鴨絨毛飛揚很多，瀰漫如濃霧，工人打包时均因吸入絨毛而有喉痒咳嗽之症狀，我們观察了25名工人，其中1名在縫包間工作，与羽毛接觸較少。除头晕外，无其他症狀。餘24名与羽毛接觸者均有輕重不同之类似的发热过程。晨8时开始工作，工作后一小时喉痒、干咳、眼紅、流淚、鼻塞、流涕、胸痛、气急、咳痰、头晕头痛等。中午时食欲减退或有恶心嘔吐，下午症狀加重，或不能支持工作，傍晚寒戰。1——2小时后发热，历2—4小时出汗热退，翌晨工作如常，接觸后症狀復发，連續工作三、四日后症狀反減輕，停止一、二日后再接觸則症狀又如前，发作时除发热(38° 上下)結合膜及咽喉部充血外，中心白血球及嗜酸球均有明顯增多，以嗜酸球为尤，約与发热成比例。

我們又将各地各种羽毛标本做了細菌檢驗，分離得兩株革蘭氏陰性菌(1号与2号菌落)鴨絨上最多。鴨毛上次之，鵝毛鵝絨中則无。华东和西南地区之标本无差別。上海活鴨毛絨上並無此种細菌，經檢定該兩株菌种均屬陰溝桿菌，但僅1号菌有毒力，其濾液可使小白鼠和家兔致死，或皮內注射引起皮膚潰瘍。

我們認為鵝鴨絨毛打包工人的这种职业病是因吸入这种附着于鴨絨上的有毒的陰溝桿菌后所引起的反应，可名之为“羽毛热”后經設計一种以双层国产絨布或氈为濾过物的防毒口罩，打包工人应用以来已完全能預防这种羽毛热的发作。

腺咽結膜熱(摘要)

小兒傳染病学教研組： 顧友梅 余燕翼

腺咽結膜熱，腺咽結膜病毒第三型所致，急性傳染病之一，近二、三年來較認識清楚，區別于其他呼吸系疾病，與常見之各種結膜炎不同；發熱、咽炎、結膜炎為其臨床特徵，散發或成流行，多見于兒童，夏季發病高，病程一般約一週，無特異治療，預后佳，國內尚無本病記載，本文溫習國外文獻，並分析今夏本院兒科所見病例 19 例，略加討論。

新生兒的體重及身長等調查(摘要)

兒科学教研組： 黃桂章 劉媛珍

收集了自 1936 年 1 月——1955 年 8 月上海第二醫學院附屬廣慈、宏仁兩醫院產科原有 20,400 名新生兒測量記錄，以體重為主。首先統計了新生兒性別的出生率，然後按年統計了新生兒體重平均數，又按社會情況不同分為四個階段，比較其體重平均數的差別，同時又按各階段分析了未成熟嬰的發生率。

又根據了以上兩醫院自 1955 年 9 月——1956 年 8 月新生兒生理標準測定記錄 2,057 份，作出了體重、身長、頭圍及胸圍的平均數，且分析了母親胎次、年齡與新生兒體重的關係。

腸原性青紫与菜类的关系(摘要)

兒科基礎学教研組： 王德芬

腸原性青紫与菜类的关系，过去尚未見諸報告。本文將過去三年內所見 14 例作一分析。

患者年齡以 $2\frac{1}{2}$ ——8 歲最多，共 12 例，佔 86%。發病季節，營養病史，大都與青菜有關。發病最多者(12 例)在青菜上市旺盛之秋冬時候。79%(11 例)病前曾食醃青菜或鮮青菜類。

症狀主要為急性青紫、發熱、嗜眠及胃腸道症狀，皆消失迅速，1——2 日內趨於正常。

化驗檢查証實 4 例為高铁血色素血症，1 例硫血色素血症。淺色性貧血較多見。預後均佳。青紫消退很快。報告病案 4 例。

據這次初步試驗幾種常吃的蔬菜，含亞硝酸及硝酸鹽以新鮮青菜、小白菜含硝酸鹽量最多。隔天復查，亞硝酸鹽大都增加。青菜及小白菜似增加最顯著。自醃的青菜 6 天(菜稍受粘)亦含大量亞硝酸鹽及硝酸鹽，但醃漬 26 天(菜已腐敗)反都消失。市購醃青菜(一般醃漬十天以上)，並無大量該種鹽類。故食新醃的青菜，為引起中毒。本報告中食醃青菜者 4 例，菜皆經醃漬不到一週，內 1 例所食之乾鹹青菜，經檢驗確含大量亞硝酸鹽。

最後提出硫血色素 1 例。因為頓時吃大量鹹蛋及肉所致。臨床症狀消失甚快，沒有便秘，與過去文獻報告有所不同。

血氨测定与肝脏病变(摘要)

生化学、内科学基础、外科学总论講義編輯： 丁 寔 劉兆泉

- 第一部份 血氨测定方法的商榷
- 第二部份 肝正常人血氨的检查
- 第三部份 肝病疾病中血氨测定之意义
- 第四部份 門靜脈分流术后血氨值之改变

第一部份摘要：一建立“三管测定法”根据定温定时扩散的原理使用简单器材，作血氨的测定，本段着重讨论测定方法各步骤，测定数值的实际价值与各种干扰因素的影响，最后提出並介绍正在实际使用中的操作方法。

第二部份摘要：一根据以上建立的“三管测定法”作出以下各种检查：

- (1) 正常人的血氨。
- (2) 正常人肌肉运动后血氨的变化。
- (3) 肝正常病人的血氨。
- (4) 門靜脈与腎靜脈血氨的测定。
- (5) 肝臟病人血氨测定的举例。
- (6) 同一人連續测定时血氨变化的例。
- (7) 血氨与脊髓氨的比較。

正常人血氨量在10——55%之間变化，平均为30左右，肌肉活动等可以使血氨增加，肝疾病多引起顯著的血氨增高。肝正常病人亦多血氨增高的例。病理讨论皆在第三与第四部份。結論是血氨测定有一定的实际价值，其全部意义，目前尚不能完全明瞭。有必要在正常与疾病兩方面扩大研究。脊髓液中有可以测定的氨，並有隨血氨增高而增長的趋势。研究血氨代謝与腦組織活动的关系时，脊髓液的氨与氨的代謝产物含量的测定，无疑是一重要环

節。

第三第四部份摘要由基內基外報告

正常及某些病態時的血漿游離氨基酸 (摘要)

生化學教研組： 張惠珠 林治煥 張月霞

血漿游離氨基酸在一定程度內可以代表體內的游離氨基酸庫。游離氨基酸庫可以反映機體中蛋白質的合成與分解的情況，氨基酸的代謝情況和與這些過程有關的組織器官的機能狀態。因此，在和生長有關的疾病時，在肝阻等器官的疾病時，對血漿氨基酸的研究都有價值。

紙色層分析方法是現今研究氨基酸變化的重要方法之一，我們在有限的物質供應下，用國產紙張進行了血漿游離氨基酸的分析，我們採用了BOULANGER及BISERTE(1)和GORDON及NARDI(2)的方法並做了部份的改進，血漿氨基氮($\text{NH}_2\text{-N}$)总量的測定係依據HAMILTON及VAN SLYKE(3)的方法。

我們利用上述方法作了少數血吸蟲(后期)病人，肝硬化病人和一個HODGKIN病病人的血漿游離氨基酸的測定。結果血吸蟲及肝硬化病人的 $\text{NH}_2\text{-N}$ 量正常，圖型變化亦不顯著，但每個氨基酸量的變化尚無結果。一個HODGKIN病病人的 $\text{NH}_2\text{-N}$ 量低於正常但圖型不變。

血氨定量在肝臟疾病中之价值 (摘要)

內科学基礎教研組： 李丕光 陸漢明 何致雄

史傳之 侯積壽

早在1893年巴甫洛夫等已指出肝臟及其門靜脈循環系統与氨代謝之关系，並說明門靜脈血液經ECK氏瘻管分流入体循环后造成周圍血液中氨量增高。嗣后学者們更进一步以动物試驗或在臨床上証明血氨升高可能是引起肝昏迷原因之一。

目下認為血氨之來源有二：

1. 腸道內含氮物質經細菌作用而产生大量氨；
2. 腎臟对膠胺或氨基酸之強烈脫氨作用所引成之氨。至于机体組織在代謝过程中由于氨基酸之脫氨作用产生之氨，不断与膠氨酸或甲酮去氨膠氨酸(α -KETOGLUTARIC ACID)結合而予以消除。

本报告共分析肝臟疾病及其他疾病共81例，总共作血氨定量192次。正常数值絕大多数在30——55 R/100ML之間。測定方法是略加改变之CONWAY氏法。所得之結果如下：在21例肝硬化病例中，共作血氨測定64次，其数值自29——360 R/100ML不等，大多数超过100 R/100ML，而平均数值为107 R/100ML。10例肝炎之16次測定得平均数值为83 R/100ML。7例肝癌所作9次測定得平均值68 R/100ML。阿米巴肝膿腫3例中5次測定之平均值71 R/100ML。22例日本住血吸蟲病中僅2例有較度肝功能不全；总共29次測定之平均值为61 R/100ML。在6例有功能不全之腎炎中，2例且已进入尿毒期，但其血氨氮平均值僅58 R/100ML。8例腸胃系統疾病之平均值为63 R/100ML。在6例心血管疾病中，4例有中度肝功能不全，其数值在78至109 R/100ML之間，但3例之总平均值为75 R/100ML。此外

• 氯化鋁耐量試驗亦給予有价值之結果。在一組共 7 例有肝功能不全及側枝循環之病人中，血氨氮之平均值为：服藥前 $92\text{R}/100\text{ML}$ ；服氯化鋁 3 克后 30 分鐘為 $132\text{R}/100\text{ML}$ （即較服藥增高 43.6%）；60 分鐘時為 $124\text{R}/100\text{ML}$ （增高 35.1%）；120 分鐘時為 $116\text{R}/100\text{ML}$ （增高 26.4%）。在另一組 6 例无肝臟損害之病人中，血氨氮之平均值为：服藥前 $64\text{R}/100\text{ML}$ ；服藥后 30 分鐘為 $75\text{R}/100\text{ML}$ （增高 17.2%）；60 分鐘時為 $78\text{R}/100\text{ML}$ （增高 18.9%）；120 分鐘時為 $67\text{R}/100\text{ML}$ （增高 5.1%）。

以上結果說明：

1. 肝臟疾病特別是当肝組織有瀰散性損害及側枝循環形成時或在門腔分流术后，血氨量較高。
2. 血氨測定对判断肝 功能狀態之灵敏度不大。
3. 血氨值在肝昏迷之发生上或程度上不一定有密切之相互关系；但无论如何，有神經症狀之肝疾患者，其血氨量較一般无神經症狀者为高。在这方面尚待进一步研究。
4. 氯化鋁耐量試驗在有瀰散性肝臟損害和側枝循環之病人与在无肝功能不全之病人之間有顯著之差別。

門靜脈分流术后血氨值之改变(摘要)

外科学总論教研組： 吳生一 錢肇鄂

1883年巴甫洛夫氏在給 ECK 氏瘻管之狗实验时，发现飼予大量肉类食物后能产生“肉中毒”现象，而其症状的发生与血氨值的增高有一定的关系，此后有很多学者对血氨有了不少研究和实验，而对人体中的血氨研究还是不久才有的。根据实验结果认为人体中的氨最主要的来源是自胃腸道吸收而来的，並且肝臟有防止氨的累积发生中毒症状的作用。

門靜脈高压症的病員絕大数因肝硬化而起，經過血氨值的測定高于正常很多，假若施行門靜脈分流术后，其血氨似乎更高，可是經過长期療养后因全身情况好轉和肝功能改善往往可以逐步降低，然将不能进入正常值範圍內。

分流术后飲食的控制对于血氨值的增高与降低有着一定的关系，正常者給予多量蛋白質飲食后其血氨值改变不大，而患肝臟病变者則有顯著差別尤以分流术后为甚，这証明了肝臟与氨有一定新陳代謝关系。而对于分流术后的类似肝性昏迷神經刺激症状时我們亦根据血氨值的改变认为有上項症状出現时，其血氨值是增高的。反之，如果血氨值增高的病例不一定发生上述的神經刺激症状，而肝昏迷是否与分流术后的神經刺激症状相同与否的問題无法肯定。

由于我們的实验時間較短，对132例分流术的病例僅对少数病例进行对血氨值的实验，所以有不少問題尚待繼續研究。

β 甘油磷酸鈉的制備及提純(摘要)

生物化学教研組： 朱仁宝 黃德民

β 甘油磷酸鈉为有机磷酸酯，可供磷酸酯酶活性測定之用，但因过去一段时期中市場上不易購得 β 甘油磷酸鈉的純品，以致于影响实验的進行，我們曾經設法自己試制，茲将工作結果綜述如下：

1. β 甘油磷酸鈉可由甘油和磷酸二氫鈉或由甘油、磷酸(85%)，氫氧化鈉在眞空下于 145°C — 180°C ，共熱，再經水解而制得。

2. 反应混合物中所殘留的甘油对 β 甘油磷酸鈉結晶的析出有很大的关系，所殘留的甘油不一定要用过熱蒸汽来将它蒸出，而只需先用石灰水将无机磷酸鹽沉澱濾去，在水浴上濃縮后，再用乙醇洗滌即可除去，此法不但結晶析出迅速，而且收回乙醇和甘油也比較容易。

3. 反应混合物中 α 甘油磷酸鈉可以利用離心法除去，手續較为簡便。

4. 所得的結晶产物經測定並無旋光性，故知 α 甘油磷酸鈉的含量極微。

5. 所得 β 甘油磷酸鈉結晶能供測定磷酸酯酶活性之用。

手术后十二指肠外瘘的預防和处理(摘要)

臨床外科学教研組： 蘭錫純 孫健民 朱人璋

本文分析手术后併发十二指肠外瘘的七例，說明外瘘可分为殘端瘻、側壁瘻二种。七例中二例为殘端瘻，五例为側壁瘻。殘端瘻发生于胃切除手术后，側壁瘻发生經十二指肠奥狄氏括肌切开术和胆总管十二指肠吻合术以治療胆总管結石和胆总管狹窄症后。

根据五个側壁瘻发生的原因，重点提出預防方法，主要是：一、手术操作必須謹慎从事，如剝離粘連。器械使用应儘量避免損傷十二指肠。二、习惯在十二指肠壁所採取的縱切橫縫方法，如果十二指肠前壁的縱切口太長，橫縫后过于緊張容易裂开，在預防上应做到——1.游離十二指肠第一及第二段，減去縫合口的張力；2.將过長的縱切口採取縱縫合法以避免縫合口的張力，三、引流胆总管的丁字形管必須妥善安置以免压迫十二指肠，主張在丁字形管与十二指肠之間用大網膜罩觀；四、經总胆管安置橡皮引流管通入十二指肠解压。

七例发生外瘘后，三例施行手术治疗。直接縫合十二指肠，阻斷胃幽門部同时施行胃空腸捷徑吻合术，結果均因十二指肠再度多裂而死亡。四例的治療，是以保守療法为主，对于側壁瘻的病例，同时施行空腸造瘻术以飼養营养料法結果三例痊愈，一例死亡。

根据七例中，三例因为保守療法而痊愈的結果，对于手术后併发十二指肠外瘘的病例，主張採取保守療法处理。

結腸替代膀胱术(摘要)

系統外科学教研組： 程一雄 徐建業 鄭崇達

因膀胱惡性腫瘤、膀胱外翻、小便失禁等施行膀胱全截除手术时，尿液轉流係將輸尿管移植乙狀結腸，該术虽不失为一良好手术，至今还被广泛採用，但由于其有不良之后遺症和併发症；高氮血性酸中毒和上行性感染，每使患者在健康上以至生命上受到威脅。故于近几年来医学科学工作者悉废心机，創立了結腸替代膀胱手术，已獲得了顯著的功效，为医界之重視。本院自1955年12月来，已先后施行了結腸替代膀胱3例，效果甚佳，特提出报导。

技术操作：

我們所报告的3例替代膀胱是以二种不同方法进行的，2例用盲腸替代膀胱，1例用乙狀結腸及直腸替代膀胱。

手术前準備：

腸道用抗生素或磺胺药勿口服三天，手术前夜及手术日清晨作清潔灌腸。

切口都用右腹直肌下旁中切口。

盲腸替代膀胱术时，先使盲腸、升結腸及結腸肝曲可以活动，近肝曲处切断結腸，近端关闭。然后游离迴腸末端，将来移植于腹壁皮膚作为尿道，二側輸尿管移植于盲腸，形成完整之泌尿系統，遠端結腸和近端迴腸断端作端端或側端吻合。最后作膀胱全截除术。

乙狀結腸替代膀胱术时于乙狀結腸上端切断，近端移作人工肛門，遠端閉合，二側輸尿管移植于乙狀結腸，尿液由肛門排出。

文獻中詳述了手术中若干重要關鍵問題和术后处理的細則問題。

文獻中簡要报导三位病例的病史和术后的隨訪結果。

文獻的討論中溫习了国内外輸尿管結腸移植术后的近期和遠期效果，指出有60%至70%的病例有上行性腎臟感染和高氮血性

酸中毒，应用替代膀胱后，几乎很少有該类并发症。

文獻中还介紹了术后的注意事項。

462例胃、十二指腸潰瘍病的外科治療（摘要）

系統外科学教研組：

傅培彬 史濟湘 顧成裕

蔣品品 卫仲堯

1. 本文报告上海第二医学院附属广慈医院自1948年8月至1955年8月，七年內外科治療胃、十二指腸潰瘍病462例的結果，其中胃切除术378例，穿孔縫合术71例，胃腸吻合术3例，迷走神經切除术5例，腹腔切开引流1例，急性穿孔作保守療法5例。

2. 簡單分析462例潰瘍病的发病率、年齡、性別、病变部位。

3. 458例手术病例中：急性穿孔者207例，急性大量出血作急症手术者31例，潰瘍合併幽門阻塞61例，慢性潰瘍159例。

4. 討論急性穿孔的外科治療方針，並比較縫合术与胃部份切除术的優缺点，並強調胃部份切除术治療潰瘍急性穿孔的優越性。

本組207例急性穿孔病例中，作胃部份切除术者133例，死亡率4.7%；作縫合术者71例，死亡率5.6%；术后隨訪102例穿孔病者的手术后果，顯示胃切除术的結果遠較縫合术为佳。

5 3 1例急性大量出血作急症胃部份切除术。死亡2例。死亡率6.45%。本文討論胃十二指腸潰瘍病併发急性大量出血外科急症手术的适应証。

6 慢性潰瘍212例。其中胃潰瘍79例。十二指腸潰瘍133例。(包括幽門阻塞61例)並指出胃潰瘍与十二指腸潰瘍的不同手术适应証。

7 简单分析379例胃部份切除术的各种手术后併发症。其中以腹腔內膿瘍为最多見；十二指腸瘻6例。胰瘻3例。总胆管瘻5例。並略述此种併发症的預防和治療。

8 介紹我們所用的兩種胃部份切除方法：

(1) BILLROTH氏₂式及HOFMEISTER-FINSTER^{ER}氏改良法)305例。

(2) BILLROTH氏₁式59例。

(3) 潰瘍隔外术15例。且从遠期隨訪中得出結論：

HOFMEISTER-FINSTER^{ER}氏法后果尙称滿意。

9 追綜隨訪193例。平均观察1——3年。我們依据患者的主訴及各种客觀檢查把患者分为四級。其結果如下：

手术方法	病例	甲級	乙級	丙級	丁級
BILLROTH ₁	12	7	3	2	0
BILLROTH ₂	140	78	53	9	0
潰瘍隔外术	7	5	1	0	1

应用人工氣腹作上腹部手术

前準備的初步报告(摘要)

外科学总論教研組：周錫庚 安世源 葉嶺梅
內科学基础教研組：

在施行全胃切除术后，進行食道与空腸吻合时，若单纯經腹腔進行手术，則操作較為困难，若採用胸腹联合切口，則不免因剖胸而增加了术后之併发症。

我院自一九五四年起，即开始应用人工氣腹，作上腹部手术之前準備，並对本院肺科已採用人工氣腹治療之肺結核病案十例，進行了鋇餐食道檢查，发现食道平均在橫膈下約七糎（正面），十一点六（斜位）。詳見表一。在施行人工氣腹作术前準備之病案中，當進行手术时，发现食道平均在膈下約五糎，食道分離后，可拉至膈下平均約12.6糎。詳見表二。其中一例于操作时几可在腹壁切口平面進行。在以人工氣腹作术前準備时，我們所採用的方式为施行氣腹三次，每隔5——6日一次，每次注射一打至二打，无併发症，与不良影响。

初步体会：

1. 人工氣腹確可使上腹部臟器下垂，与膈肌升高。
2. 应用人工氣腹作上腹部手术之前準備，尤其是全胃截除术，可以不經胸腔，而达到良好之暴露，使操作便利。
3. 臨牀应用指徵的初步体会，以全胃切除为最适宜；但高位胃潰瘍之胃次整切除，肝臟手术，以及門靜脈高压症，引起之食道下端与胃底靜脈出血之止血手术时，亦可应用。