

年

卷

1

第

期

2

第

贈閱

# 同濟醫學季刊

第一卷 第二期 蔡元培題

中華民國二十年六月卅日出版  
國立同濟大學醫學院同學會發行  
中華郵局特准掛號認爲新聞紙類

## TUNG-CHI ACTA MEDICA

Herausgegeben von dem  
MEDIZINISCHEN VEREIN DER  
STAATLICHEN TUNG-CHI UNIVERSITÄT  
WOOSUNG-SHANGHAI, CHINA.

VOL. I. 30. JUNI 1931. NO. 2.

‘MITIGAL’  
‘MITIGAL’  
‘MITIGAL’  
‘MITIGAL’  
‘MITIGAL’

Mitigal

最近發明  
奏效神速  
癢效神速  
無不神速  
亦夏刺污  
有令激衣  
良熱對服  
效痲於毫

滅疥



德國天德大藥廠製造中國獨家經理上海江西路一三八號謙信洋行

阿魯克爾

**ALUCOL**

TRADE MARK BRAND

醫學博士黃達 (Dr. A. W. Vander) 新發明

水酸化鋁之膠樣製劑

本藥以特殊之物理的性狀統治各種胃病  
如胃酸過多胃分泌過強胃潰瘍十二指腸  
潰瘍等奏效神速功力久邁氣味甘芳毫無  
流弊患上述之胃病者盍一試之方信言之  
匪謬也

詳細說明書醫師樣品承索即寄

中國獨家經理

華嘉洋行

上海福州路A一號

用療治之疾痢(性巴米阿)性蟲形變

標 爾 息 諾 奎 商

十八之分百酸基硫林諾規氮氫碘

十二之分百鈉酸炭重含並

TRADE 'QUINOXYL' MARK

Iodoxyhydroxyquinolinesulphonic acid

80% with sodium bicarbonate 20%

對於變形蟲性痢疾尤如慢性而抗  
吐根精者有極大之價值  
供口服或灌腸之注入用均有發行

標商「威來金」「奎諾息爾」

每瓶裝十克及二十五克

標商「所羅挨」「奎諾息爾」

「奎諾息爾」成鈉鹽形

每粒五克 每管裝五粒

標商「大寶來」「奎諾息爾」

「奎諾息爾」成鈉鹽形

每粒〇・二五克及〇・五克

每瓶裝二十五粒及一百粒

備有華文仿單函索即寄

BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

(Proprietors: The Wellcome Foundation Ltd., London, England)

AND 5 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

號五路港香海上華中 敦倫國英

行藥大威寶

(司公限有金基氏威商英)



請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please Mention the Tung-Chi Acta Medica

# 福康公司續出新藥

"F. KOONG"  
PHARMACEUTICAL PRODUCTS

最新補血解毒劑

## 利服爾 LIVERPHOR

補血劑中，每以鐵砒為要藥。然易起胃腸種種障害。雖有機化合物者，易於通過吸收，可免此弊。然遇鐵砒有特異性之人，或患者適在禁忌時，仍不無顧慮。福康因又製成一種不入鐵砒之補血劑。名曰利服爾 LIVERPHOR。係從動物臟腑中，抽取最有效之成分，經種種試驗研究改良，製成片劑，有增補赤血球。及血色素之奇效。含維他命亦甚富。且於細菌性傳染病，能促進免疫體之旺生。遇腎病更有利尿作用。高血壓等亦適宜。價尤從廉，每五十片瓶，僅售一元四角。每百片瓶，售二元四角。

## 上海福康西藥店發行

店設肇嘉路虹橋西首  
電話南市一百十號

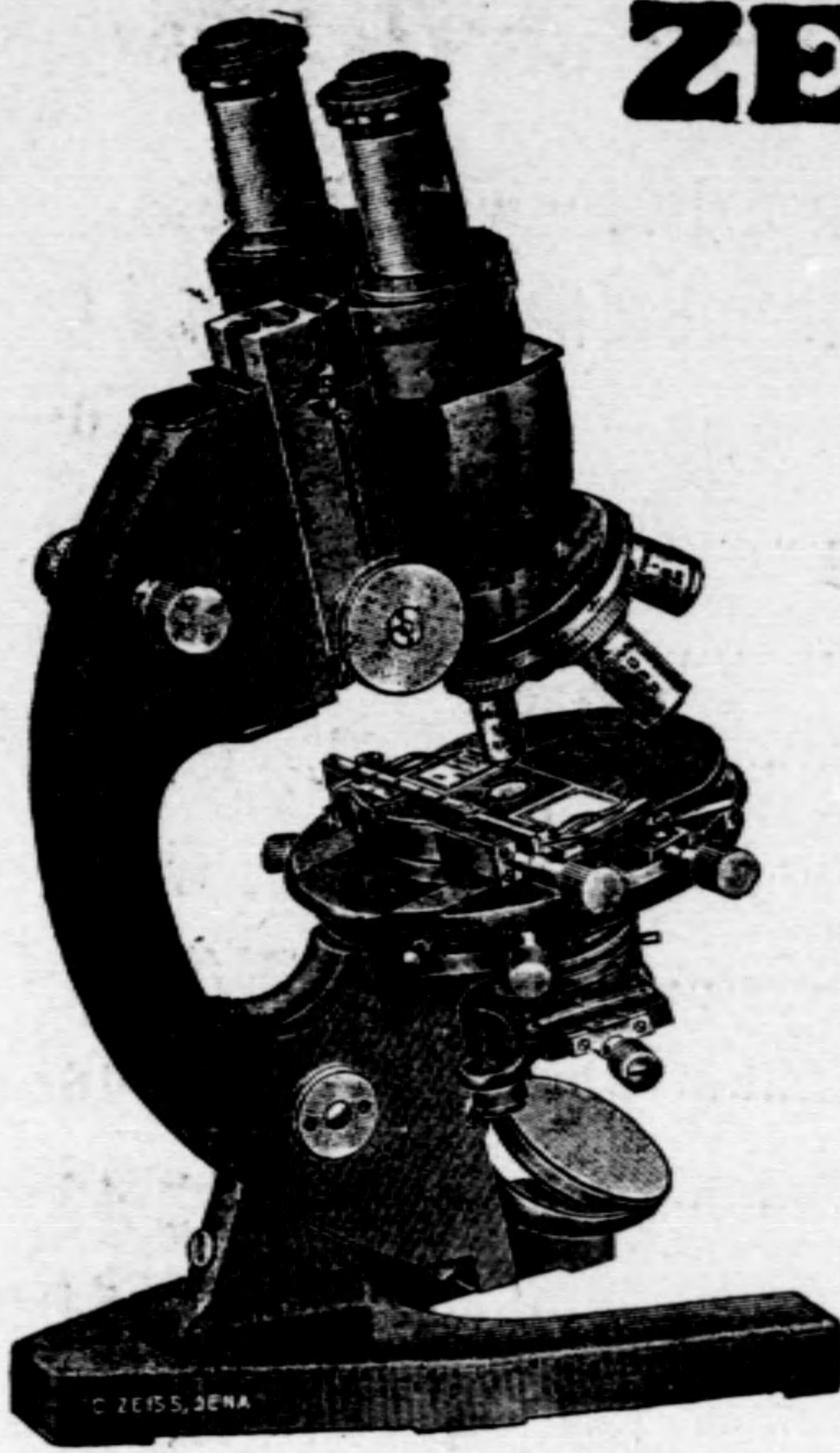
## 國 人 注 意 比 較

福康自製之醫用效藥。如鎮痛劑，凡痛靈 VERTOLIN。萬痛靈 NEOVEIOLIN。用於頭痛，牙痛，各種神經痛，及胃脘，船暈，婦女月經痛等。效均極速。且無種種不快之副作用。補血變質劑，立勃絡髓 ARSENTERBROSE。係有機化合物。服後極易同化。凡高度貧血，神經衰弱。及小兒長育不全，病後未能復元者。效尤顯著。消化劑，育道片。DISPERSIN TABLET。消化功力極優，屢服亦無流弊。彭可寧 PANKONIN 經胃不生變化，關於腸內消化不良，慢性腹瀉等，尤佳。輕瀉劑，通乃分 FOLON OPEN。瀉頗和緩，毫無刺激。此皆功效極確，與外國上等製品無殊，且有研究更改良者。方今外貨漲而又漲。本店定價本廉，從未增價，甚有較外貨差至倍而又倍。均祈注意比較為幸。如須價目表及詳細說明書，函索即寄。再上述之補血變質劑，立勃絡髓。確如「鐵於小腸吸收後，與生質精結合，而存於臟器內，以備增補血色素及赤血球之用者」相同的人工物。與外國上等製無稍異。迥非混合冒充者比。今擬一最簡便之試驗法，印送。庶人人能試。方知福康說明之不謬也。欲閱者亦函索即寄。 福康西藥店又白

# 同濟醫學季刊第一卷第二期目錄

	頁數
德國衛生顧問性學專家赫爾希非肖像及小傳.....	范進
✓ 一例之梅毒性腹部主動脈瘤及其特殊之破裂情形.....	谷鏡沂 1—5
✓ 最近維他命底研究.....	梁之彥 6—12
✓ 口渴在診斷上的意義.....	朱維梅 13—15
優生學與中國.....	徐振華 16—29
✓ 關於老年病人施行外科手術的討論.....	孔麒 30—35
✓ 結核症治療法之最新實驗.....	張士琦 36—40
✓ 血栓(Thrombose)生成問題.....	李潮驅 吳國俊 41—45
✓ 非淋毒性尿道炎.....	呂富華 46—48
✓ 自己尿治療法.....	鄒邦柱 49—53
✓ 十六年來對於肥末寧療病的經驗.....	戚其山 54—62
✓ X線學述略(續).....	孫長孺 孔麒 63—65
✓ 女子之受孕可能時期.....	陳漁舫 66—70
✓ 胃潰瘍現象下之慢性盲腸炎.....	周遠夔 李萼芳 71—73
性科學概說.....	赫爾希非博士講 克聞記 74—77
✓ 特異反應症.....	蔡中杰 78—87
氣候何以能影響人身健康之研究.....	曾憲立 88—90
以被動式之大動脈運動為大動脈及冠狀動脈疾病 之預防及治療法.....	惠之 91—93
✓ 無白血球症.....	梁伯強 94—97
✓ 中毒性創傷的急救法.....	幸蒼 98—99
✓ 治療新消息.....	林千葉 100—106
最後一頁.....	霽章 110—111
附載	
院內消息.....	詹世芳 107—109
來件.....	111
致畢業同學函.....	112
廣告索引.....	目錄後

# ZEISS



上海

四川路蘇州路角  
電話一四二七二號

## 禮和洋行光學部

經售下列各品

蔡司顯微鏡及附屬品

溫克爾顯微鏡及附屬品

漢諾老牌太陽燈

愛克司光燈

透熱電療機

各科手術器械

醫院各間特式手術燈

此外化驗醫療器械無不具備凡欲

籌辦醫院及化驗間者請先向敝行

接洽當將最經濟而尤合用之計劃

奉告且價格核實手續簡便如荷

委託事無巨細皆所歡迎尙希公鑒

### 禮和洋行光學部謹告

# 德國大孚真賜保命精

◀ 品聖驗靈一唯中藥療治機生為體品結蒙而荷正真是 ▶

中國總經理

上海南京路  
一百六十六號

德國柏林大孚生機製煉廠監製

上海西藥公司

大孚真賜保命精乃人身基礎  
老却病生精健力殺菌去毒  
偉功皆經歐美醫藥專家證明  
點六



大孚真賜保命精無靈速  
菌無毒故功效遠非  
毫無副作用賜保命者  
丸比此其充賜保命者  
可此其優賜保命者  
大孚真賜保命精不為  
極力強功專亦學品精  
獨力強功專亦學品精  
無惡臭之味亦淨清  
澈不似但用畜類  
九蒸製之腥臭混  
濁多含雜質此其優  
點三或弱之弊此其優  
大孚真賜保命精無靈速  
強或弱之弊此其優  
量極準之弊此其優  
點四或弱之弊此其優  
大孚真賜保命精無靈速  
貯用此其優賜保命者  
功細胞之補劑其返  
及抵抗染此其優  
確實可靠此其優

大孚真賜保命精用特別化學方法製出精純  
形多積結晶絲毫不雜他質人可用顯其優點  
一驗此為市售混稱賜保命所絕無者此其優點



## 矮克發

## 愛克司光

### 軟片

在華行銷已久

各種尺寸均備

內容贈送專書著者博士格愛有備行  
英文均用法一切舉凡頁拾九共豐富  
奉即函說明細詳本樣

## 矮克發洋行

上海四川路六十八號

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please Mention the Tung-Chi Acta Medica



# UZARA

## 痢殺武

### 劑聖瀉止



係由南非洲特產之靈效草藥提鍊而製成其雅片同等之功效而無其不良之副作用統治泄瀉腸疝痛而能與奮腸之働能故無祕結大便之虞非若雅片之麻醉腸管所可同日而語是以藥到病除奏妙劑回春之效者蓋有由焉至本藥之鎮靜愈病作用服後數小時內即可如響斯應舉凡菌痢泄瀉莫不於極短時間而得告痊也

### 治主

各種急慢性痢疾  
 及副傷寒霍亂等  
 於疝痛劑  
 止痢殺

武殺殺  
 武殺殺  
 液痢痢  
 片痢痢  
 每瓶裝五十片  
 每管裝十三片  
 三十三片  
 西三十三片  
 西三十三片

總經理  
 行洋哋咪  
 口漢 海上

# 廣告索引

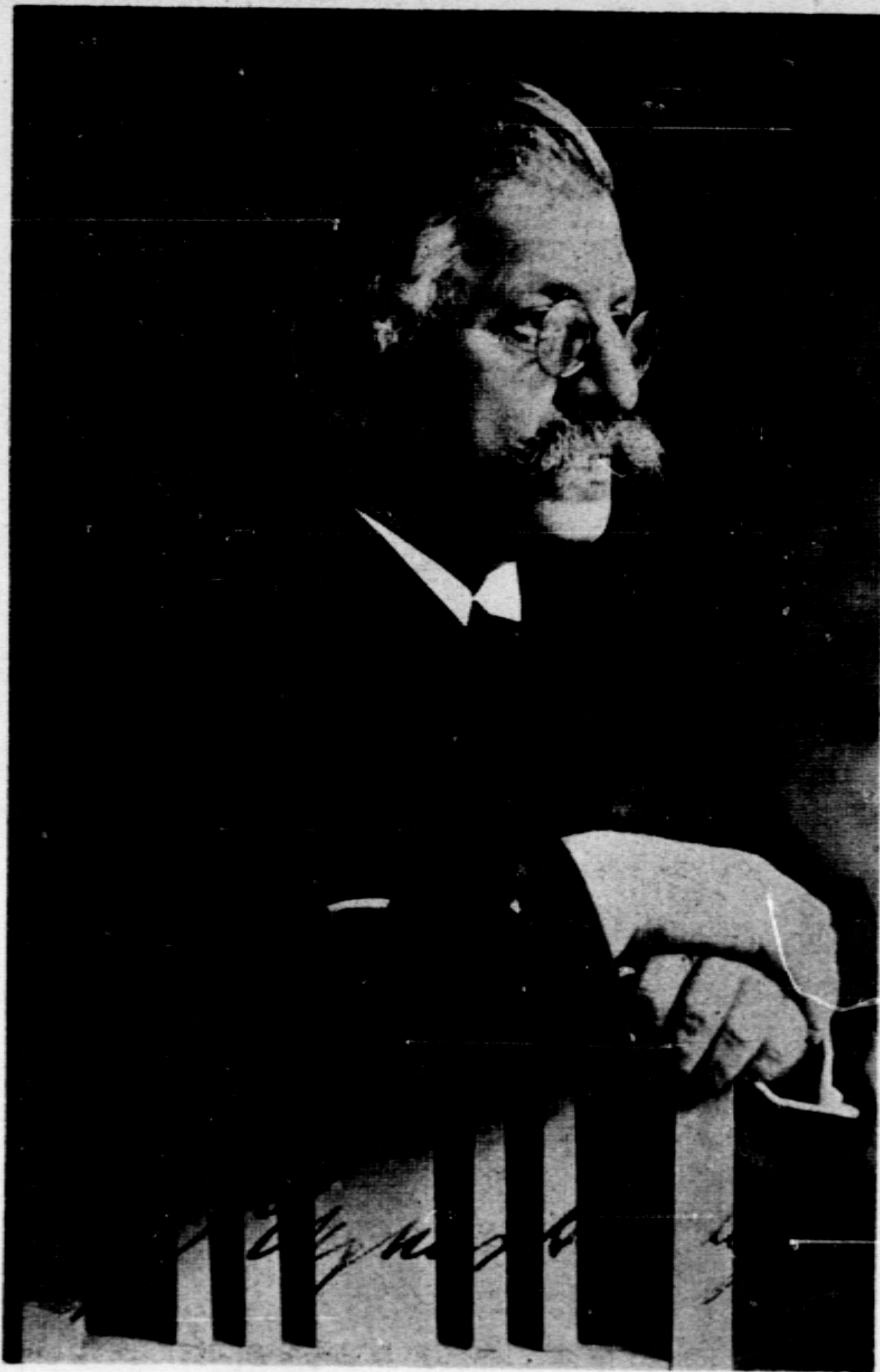
謙信洋行	封面
華嘉洋行	封面內面
寶威大藥行	封面內面之對面
福康西藥店	目錄前
禮和洋行光學部	目錄後
上海西藥公司	目錄後
矮克發洋行	目錄後
咪哋洋行	目錄後
五洲大藥房	正文前
璧恆公司	第五十三頁
醫藥評論	第一十二頁
華北醫報	第二十九頁
民衆醫報	第四十頁
社會醫報	第四十五頁
生活月刊	第六十二頁
醫藥學	第九十頁
大衆醫刊	第九十七頁
診療醫報	第九十九頁

天時衛生  
 炎熱日  
 為重防  
 亞林疫  
 水和洗  
 水陰滿  
 角功餘  
 處疫所  
 防疫所  
 界諸君  
 上海五  
 洲大藥  
 房發行



支總類	鹽寧奎	廠寧奎華渣華渣	五洲大藥房 經理各國名廠出品
店	械器生醫	士哈德惠地國德	
店	械器生醫	堡爾達海國德	
小東門	缸水濾沙	芬露得國奧	
北四川路	膏藥苔和亞	廠藥健民國英	
天后宮橋堍	鹽菓水涼清	司公氏孝別國英	
電話四四六七〇號	油白令士凡	邦南生國美	
電話四〇六三六號	表溫體	爾瑞國英	
電話南市一五二三號			

請聲明由同濟醫學季刊介紹 Please Mention the Tung-chi Acta Medica



德國衛生顧問性學專家赫爾希非博士

Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld

# 赫氏小傳

范進述譯

德國衛生顧問赫爾希非博士 (Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld) 現年六十三歲，一八九三年畢業於衛慈堡大學。一九一〇年開業於柏林，為精神的性病專家。一八九七年創立科學人道協會，建議國會，取消刑法之第一七五條。(附註) 一九〇八年與Robleder及Kraus發刊性科學雜誌，一九一三年復與其同志組織性科學醫師會。

一九一八年氏立性科學研究院於柏林，次年，氏將此院歸諸普魯士政府。設備完善，應有盡有，為世界惟一之性科學研究，講學以及治療之所。是年氏復於研究院內創設婚姻指導所。繼此所而在德奧成立者凡二百處。

一九二一年由氏召集之性科學的國際會議開會於柏林。就性科學之基點，討論性的改革。第二次會議復在氏領導之下，于一九二八年開於可彭哈根 (Kopenhagen)。第三次會議開於倫敦，時在一九二九年。去年之第四次則在維也納。此會議之組織由於 Weitliga fuer Sexualreform 主其事者為氏與性科學之先驅者瑞士之福爾 (August, Forel) 及英之愛理斯 (Havelock Ellis)。

氏為性科學之權威者，著作等身，其第一部之著作 Sappho & Sokrates 發表於一八九六年，蓋有見於當時一少年軍官為同性戀愛自殺而作也。此後幾每年有新著出版，如愛之自然定律，男性與女性之同性戀愛，性的病理學；其最偉大之作性學，則凡關於性慾及戀愛問題，靡不有解答也。

除性學雜誌外，氏並每年刊行性學研究年刊，以及各種性學之討論，報告，均氏與其他性學者之努力表現。——除性科學範圍外，氏尚有關於酒之問題，戰爭心理等著作。其重要著作約有一百六十七種。

氏更為一法律家，其基於性科學而對法律所貢獻者頗大，多數犯重罪之被告人，經氏之分析其行為而得判決，其得免於監禁或免付懲戒以及未遭死刑者頗多。

氏於卅五年內在國內外作不斷之性科學的普通演說及專門講學。其座右銘曰：『學術之目的，在有益於人類。』(原文為 Die Wissenschaft ist nicht wegen ihrer selbst, sondern um der Menschheit willen da) 此實仁者之言也。

不久以前，氏講學於日本；並來我國遊歷，在國立同濟大學及中央大學兩醫學院作短時間之演講 (Gastprofessor) 後復往京，平，津等處演說。其離滬之日向西報記者談話，對白人在華之態度頗致不滿，尤其對租界問題深表憤慨。氏對我國之復興 (改革) 頗抱樂觀；其最欣慰者為我國教育家之不為習俗所囿而能吸收新思潮云。

附註：德律第一百七十五條，因手邊無參攷書籍，不能查明。據天津大公報所載，氏之最大功績為在變更歐洲法律對同性戀愛之處罰。第一七五條云者，想即指此也。

---

此照片及小傳乃赫爾希非博士特贈本刊者，他并囑須用上等紙印出，出版後送他兩本；可見他對此事之關心，順及。

——編者附識。

## 一例之梅毒性腹部主動脈瘤及其特殊之破裂情形

谷鏡沂博士著 孫長孺譯

吾人知主動脈瘤Aneurysma der Aorta之位置，尋常多在密接主動脈瓣之處以及主動脈弓部。腹部主動脈瘤則殊鮮。依Huchard氏，Crispi氏等諸人之統計，則此不過占各種主動脈瘤總數之百分之十三，而其中屬於梅毒性者依Emmerich之計算則尤稀，占百分之二。關於主動脈瘤之自然破裂，前人記述甚多，可概見于Lifvendahl氏之著作中，此處不復贅。惟此種自然破裂通常多見於上行部主動脈瘤，其發生於胸部下主動脈瘤者則較少，至于在腹部者則可稱為例外。著者有此一例，爰報告之如下：

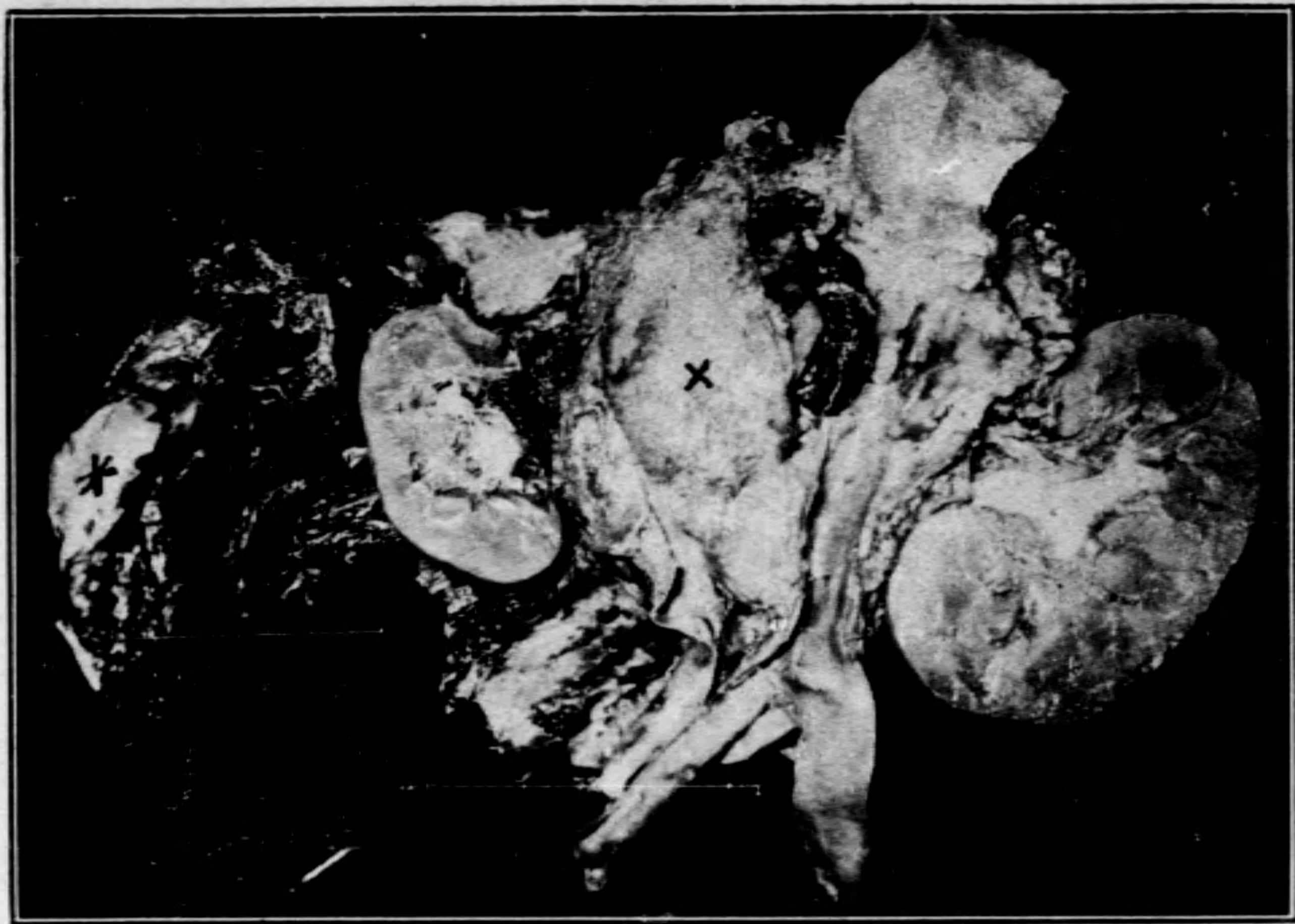
臨床記載：一二十六歲之少婦，約一月以來腰部患劇痛，在半失知覺狀態下進時疫病院求治，故詳細之既往症不可得。脈搏甚弱。腹部稍膨脹。胃際於觸診時覺有一硬結節，如拳頭大，觸之覺痛。進院後約經四十八小時即死。死後三十二小時施行病理解剖。

解剖記錄：肉眼檢查：腹腔：腹腔內約有200ccm暗紅色血液。腸間膜起強度血液浸潤，同時腎臟周圍與副腎周圍之脂

肪組織與結締組織以及右邊之腹膜後方組織亦為血液滲透。肝臟大小無變化。胃，脾臟以及十二指腸則被題中所討論之腹部主動脈瘤所壓逼移向前方。脾臟之一處有一帶狀之結締組織與腹壁相癒着。

胸腔：無液質。無癒着處。胸廓開割時肺自收縮。心囊內有數ccm透明之淡黃色液體。

主動脈：上行主動脈由肉眼視察之並無變化。胸部主動脈下節之內膜Intima頗有變厚之處，其色或灰白或淡黃。在下三對肋間動脈出發處周圍之內膜變厚特甚，形成灰白色之扁平塊物。腹部主動脈壁之首部自部哈勒氏內臟軸動脈三脚Tripus Halleri以下向右方下端並偏于後方凸出成一囊（見圖）。此囊形凸出部為卵形，其最大直徑與主動脈之縱軸平行，長10cm，寬徑6cm。下大靜脈經過凸出部之腹面，受強烈之壓逼成扁平，其後壁與囊之前壁相癒着，其內膜無損缺。僅在其左面後壁與主動脈瘤囊緊密癒着之處，內膜表面粗糙而無光澤，並有點形之出血，尚有少許纖維素掩覆於其上。瘤囊向後侵蝕第二腰



×腹部主動脈瘤。 \* 為血液濃滲之腎周圍結締組織及脂肪組織。

椎骨體，被侵蝕處直徑約3cm。

瘤囊與主動脈腔相通之口為  $6 \times 3\text{cm}$ 。對此口之主動脈壁變厚 (0,5cm) 而硬化。其餘之腹部主動脈內膜亦較通常為厚，并有排列不規則之瘢痕性縐紋，此種縐紋在腹部主動脈分枝處之周圍甚為明顯。尤以在瘤囊出發處為更甚。瘤壁之厚度各處不一，較正常之主動脈為薄，組織上迥然與正常不同，呈壞死變化。在瘤囊下端之前壁，下大靜脈經過處之右側後方壞死尤為明顯，瘤壁即於此破裂，殘破碎斷，而深染血色。附近之腎周圍組織亦被血液滲透。瘤囊內部充滿新舊血栓物，其深部與瘤之後壁癒着，其新凝成之上部係一種混合性血栓。自瘤壁發生之右腎動脈非常狹窄，在其出發處為尤甚：此處僅能容一細小之探針通過，管壁變薄，如靜脈壁然。

主動脈之顯微鏡檢查：主動脈管與動脈瘤相會處之組織起劇烈之變化。內膜變厚，起玻璃樣變性 Hyaline Degeneration，有數稀少淋巴細胞浸潤其中，間於一處可見新生之結締細胞。中膜 Media 內頗多毛細血管，直伸至內膜交界處，毛細血管之周圍，叢聚淋巴細胞，筋肉纖維之排列不規則，其一部分已壞死而潰解。用 van Gieson 彈力纖維染色法可見梅毒性主動脈之特殊變化，即中膜彈力纖維之斷碎與消滅是。此變化在中膜之外層與外膜交界處為尤著。外膜 Adventitia 毛細血管周圍有集合性之淋巴細胞及原形質細胞 Plas mazellen 之浸潤，瘤壁本身已失其固有之構造，構成主動脈之三層已不能辨別，僅有大片之纖維結締組織。此纖維結締組織一部分呈玻璃樣變性，一部分已壞死，其

外層爲淋滲細胞及原形質細胞所浸潤，并有許多之毛細血管。與瘤囊內面癒着者有陳舊而已潰解爲層塊之血栓物。此血栓物中(尤在其上部)尚含有新鮮之紅血球與纖維素。瘤囊破裂處之壁極薄，結締組織因血液浸潤斷裂而爲碎片。各纖維互相分離，呈壞死狀；此所以瘤壁侵潰而破裂也。

於胸部主動脈下節之切片中僅見外膜護謨性浸潤 Gummöse Infiltration。淋滲細胞及原形質細胞而外尚有多核巨大細胞。內膜除一局處性變厚外別無特異變化。上行主動脈無病理變化。

其他內臟之檢查：肝臟：一部分起小葉周圍性壞死，一部分肝細胞呈小滴脂肪變性。右腎異常萎縮 Atrophisch，左腎倍大於正常。膀胱粘膜腫脹，發紅，一部分出血。

解剖診斷：梅毒性主動脈炎 Syphilitische Aortitis并腹部主動脈瘤形成；瘤向腹腔破裂；腎之周圍組織及右腸骨窩之腹膜後方組織有血液之浸潤；右腎萎縮，左腎補償變大；肝臟壞死及脂肪變性；急性膀胱炎；下肢輕度水腫。

### 討論

按顯微鏡查得之症狀而論，其爲梅毒性動脈中膜炎可毫無疑義。惟此少婦之主動脈變化起于何時，瘤之存在已有多少年月；凡此種種猶待吾人之討論。按主動脈之梅毒性變化通常多在梅毒之第三期，但依 Benda 氏之所見，此種變化亦能發生

於傳染梅毒後之第十六個月。依 Kaufmann 氏之觀察則爲期更早：一青年病者於傳染後第七月主動脈已起變化。本例因病史不詳，不能定其過程之久長。吾人欲解答此問題，祇能根據解剖方面之觀察。今試觀主動脈之組織變化，不論瘤囊自身，不論他處之主動脈壁，其主要變化在乎血管壁之壞死 Nekrose 及破裂，均係急性之現象，而慢性型及易趨治癒型者特有之增殖 Wucherung 現象及補充現象，在本例中則甚不顯著，僅在瘤鄰近之處，稍有結締組織細胞之增殖而已。除上述管壁之急性變化以外，可斷此症之必屬急性者，又有近瘤處之新鮮炎症性浸潤。總之此例之變化屬進行性的屬破壞性的。觀乎下行胸部主動脈之組織變化尚在進行期中，益足證此說之不謬。若再考瘤囊內之凝血塊變化，亦不能視爲陳舊，即血塊與瘤囊緊密附着之處，亦尚不見有何種之緩性變化；此又可斷其爲急性症之一證。若更注意右腎動脈之變化(口徑之縮小)，亦得同樣之結論；吾人當作以下之推測：動脈瘤發生於腹部主動脈之首部，且在兩腎動脈入口處之周圍，而又偏于右方，故右腎動脈出發處隨動脈瘤而變化。該脈管之變化距瘤之發生當不甚久遠。蓋依 Thoma 氏之研究：如脈管中血流減少則血管壁緊張度必然低降，然後血管縮小，久之必產生中膜之集中性萎縮 Konzentrische Atrophie der Media，且常有內膜之增殖；如本例果爲



一經過久長之疾病，則吾人當預期右腎動脈之變化亦當如是。但事實則不然。右腎動脈雖起集中性中膜之萎縮，但其內膜毫無增殖。其所以如此者，作者以為梅毒性炎症之經過為時太短，內膜增殖尚未及時發生也。又按兩腎臟之變化而論（右腎之萎縮及左腎補償肥大 *Ausgleichende Hypertrophie*，關於此點以後尚有詳述），主動之變化亦決不能斷為緩性的，因輕度之（較正常重量增三分之一）腎臟補償肥大儘能於短時間內完成。Galeotti 氏與 Villa Santa 氏曾以犬作試驗，將兩腎臟割去其一，閱四五個月之後，則他腎之重量即增加一倍。O. Süchting 以白鼠作同一之試驗，過一二月後，竟得同樣之結果：可知腎臟之補償肥大，在短時間能達目的亦無需久長之時間。其他如瘤向後僅破壞脊椎骨體之表面層，而向右及前迅速擴大：此又證明本病之經過時間較短。而患者於死前一月始覺腰痛又與以上事實相脗合。

至於瘤囊適於其下端稍偏前右處破裂：此亦易於理解；因於此處周圍之阻力最小，瘤囊得向此周圍擴大無阻，直至超過脈管彈力之限度遂起破裂。此種因牽引而起之破裂，其主要原因在於動脈瘤壁之彈力纖維缺損，Gsell 氏及 Bay 氏已早論及之矣。至於是否尚有外因打跌之類引起本例之破裂，似甚難信；蓋此種出血非常迂緩，所以患者自發現出血徵候之後歷二日始死去，故吾人得下一診斷：腹部主動脈瘤

之破裂係出于自然的，並非有外力助成的。本例之動脈瘤何以發生於腹部主動脈，則難以解釋。大概因婦人之腹部主動脈用力較多易于損毀，例如在妊娠期中及生產時。

末後余尚欲略論二腎之變化，其所以有研究之價值者，即在左腎之變大究屬因何而來：其為肥大而大，抑為增生 *Hyperplasie* 而大？經 Galeotti 氏及 Villa Santa 之犬及家兔實驗，O. Süchting 氏之白鼠實驗，吾人知動物於摘去一腎臟後，有肥大及增生兩種補償作用之分別，在幼稚之動物中則由增生而補償其所失，在成長動物中則僅肥大而不增生。在人類則研究者之意見尚分歧不一，參考 Lubarsch 氏之著作即知。在討論本問題之前，尚須先將兩腎作一簡短之描寫。

右腎強度萎縮， $7,5 \times 3,5 \times 2,5$ cm 重約 60g。表面平滑，淡灰紅色。截面上皮質寬 3mm。組織完全貧血而密縮。皮質線 *Rindensrahlen* 及髓線 *Marbstrahlen* 變為狹小。腎盂及輸尿管無甚變化。左腎較正常為大， $10,5 \times 5,5 \times 3,5$ cm 大，182g 重。表面青灰而帶紅，平滑，僅在上端之前面有微小之癢痕性收縮數處。截面之色與表面同。皮質變厚，計 7mm，皮質線亦較粗大，腫脹，排列稍不規則。質軟。腎盂臟與輸尿管無特異處。顯微鏡檢查：右腎絲球體 *Glomeruli* 收縮，其毛細血管紐緊縮。密處胞膜下之絲球體，或許因得胞膜動脈一

部分營養，尚含有少許血液。Bowmann氏胞膜變厚。有數絲毳體完全變為玻璃樣球體，但大多數絲毳體僅示毛細血管壁變厚或部分的頹敗，細尿管 Harnkanälchen 之上皮細胞強度變小，尤以主節 Hauptstück 部為甚，形如淋瀝細胞，核濃而縮小。小集合管無甚變化。基礎膜 Basalmembran 變厚。間質結締織增多而同質化。有數處之實質組織完全消蝕。右腎臟血管內皆無血液，稍縮小。動脈之內膜稍變厚。中膜之筋肉纖維變為瘦小。反之，左腎之絲毳體除起癥痕性變化之處外，皆變大。其毛細血管擴張良好，細尿管亦變闊。因死後起屍體融解，致主節之上皮細胞不甚清晰。但 Henle 氏細管之上皮細胞變大，其核染色甚佳；偶亦可見其分裂形樣。動脈，靜脈管中膜之筋肉纖維有明顯之肥大。

因欲解決左腎之變大，抑由肥大，或由增生，作者擇兩腎絲毳體之圓形而較大者以測微器測量之。在左腎則絲毳體平均之直徑約 0,1mm，在右腎則僅 0,075mm。同年齡婦人之正常絲毳體則較小於 0,1mm。因本例材料須作為貯藏標本，不能將腎臟完全橫切，故僅能以下列方法定絲毳體之數量：用多數兩腎皮質處之切片，數其介於兩鄰髓線間之絲毳體，再互相比較之。在肥大左腎中其介於兩鄰髓線間之絲毳體數，與右腎相較，似不見增多，反見減少。但在擴大之左腎其絲毳體數目決無減少之理，其似減少者，蓋由於各絲毳體

被肥大之細尿管離散，而散佈於一較大之面積耳。細尿管方面僅能確定其段落變大，此亦又由其上皮細胞增大而來。真正之再生 Regeneration (Kümmel 氏及 Petrone) 及細管之發芽 Anssprossung (Tilp 氏及 Jores 氏) 余於本例中不能證實之。偶或發見 Henle 氏細管上皮細胞核分裂形樣：此或可視為上皮細胞之增生，但不能謂為必然，因此種情形亦常發生於其他病態中。至於主節有否起此種現象，則因死後變化，上皮細胞溷濁而起分解，無從確定。

定絲毳體之數量及大小所用之方法，雖不能完全可靠，故所得之數亦斷非絕對的。但吾人可得作一結論：即本例中左腎之補償增大由於絲毳體及細尿管各節之肥大，非由於增生；此與 Eckhardt 氏見解互相脗合。

### 結論

本例為一廿六歲少婦患腹部主動脈瘤，起於梅主動脈中膜炎。其梅毒傳染起於何時無從查考。惟根據解剖診斷推測之，其過程係屬急性。因瘤壁受血液波動起扭引與伸張，遂于其周圍抵抗力最小之處，即瘤之前下端起自然之破裂，出血于腹腔而死。右腎動脈之發原處，受主動脈梅毒性變化之蔓延，十分狹窄。右腎因之萎縮，左腎補償變大。此變大並非由於絲毳體及細尿管各節上皮細胞之新生，乃由於腎之各組織成分之增大，是謂之肥大，而非增生也。

# 最近維他命底研究

梁之彥 博士

維他命底研究，自歐戰以後，因歐洲經濟衰落之故，差不多全移到北美合衆國了。其研究的最大成績，即是將維他命底種類漸漸區別作了詳細的規定。至今各國所公認之A, B, C, D, E五種維他命大半歸功於美國學者底努力。

至於最近各國研究維他命底概況，則大都超向其化學構造底探索及其生理作用底闡明。關於前者現在總算非常的進步了，其中多數底化學構造均已有了端倪。不過關於後者，即其生理的作用，刻下可惜還是很少知道的。

一來為縮短篇幅，二來為適合我的題目起見，我將維他命學問上之基本事實當作已知，竭力省去一切歷史的敘述。

以下將五種維他命依次報告：

## 脂溶性A維他命

研究脂溶性A維他命的出發點，是根據於以下的兩種試驗：其一即是我們試驗一個對於一種動物永久適宜的食物，如果將其內用酒精，以脫和類似的溶劑盡量地浸抽之，則該食物即失其效能了。其次更顯明的實驗，即是以人工的混合食物，一

回加入豬油，或植物油，他一回則加入蛋黃油，或魚肝油，去飼養白鼠所得的結果完全是不同的。這末兩種油類，即蛋黃油，和魚肝油全能維持試驗動物的生長和生存，毫無障礙的發生。反之以豬油或植物油當作食物油去飼養動物，則其生長很快就停止了，並且不久即歸於死亡。由此種實驗我們始曉得在蛋黃油和魚肝油內一定含有一種重要的物質，對於正常的營養是必不可缺少的。後來營養學者就名之為脂溶性A維他命。

其次關於A維他命底研究上，所以能有長足的進步之故，即是B維他命之確切的認識，尤其是發見了皮酒酵母內只含有大量的B維他命而不含其他的維他命最為重要。蓋自此以後，我們就可以將純粹營養素所綜合的食物內，任意加入B維他命，而使其僅只缺少一種A維他命。於是因缺乏A維他命而發生的徵象才能以完全一致的。

最初所謂的脂溶性A維他命，均是將脂溶性D維他命包含在內。後來又經過種種的觀察和實驗始得二者區別分開。這也

是維他命學上一個很大的進步。我到敘述D維他命時再詳為提及。

對於試驗A維他命最適宜的動物，即是白鼠，尤其是正生長的幼小白鼠，其間一切徵象更為特別的明瞭。

藉着飼養白鼠的實驗，至今關於缺少A維他命所得之一致的，重要的缺陷徵象；1)即是生長的停止和體重的低減，2)即是結膜乾燥症和角膜軟化症的發生。

1)在正生長的幼小動物，如果將其食物內完全除去了A維他命，譬如用以下的食品；18%純粹乳蛋白質(Casein)，54%白米澱粉，5%乾酵母，5%鹽類，3%寒天(Agar-Agar)，15%練豬油，混合去飼養之，則首先發現的即是生長的停止，接連即為體重的低降。反之假使我們把其中之練豬油換成奶油，則生長即復正常了。因為在此實驗內一來食物之熱量充足，二來B維他命藉酵母輸入的很多，所以該動物之生長的停止及體重的低降一定是由於A維他命的缺乏之所致。奶油之所以異於練豬油，即是其內含有維他命的緣故。

這A維他命並不是僅只對於正生長的幼小動物為重要，而且對於已長成的動物也是不可缺少的。不過在已長成的動物，因其一來生長已停止，二來其體內儲蓄的A維他命較富，必須經長久的時期該徵象始可以發現。我們由以下的實驗，就知道A維他命對於已成的動物也是很重要了。

德國 Stepp 教授起初以完全不含維他

命的食物飼養一個長成的大狗，其結果自然該狗的食慾減退，體重為之低降。然後他再將其食物內加入B和其他維他命，而只使缺少A維他命，以飼養之。於是該狗的食慾即復大為增加，可是其體重仍不見起色，歷久則食量復行減少，體重又為低降，末了終歸於死亡。

由以上的實驗並且還可看出A維他命之促進生長的效能，是與B維他命決不相關的。

2)食物內除去A維他命所發生之最特殊的，並最明顯的缺陷徵象，為結膜乾燥症和角膜軟化症，蓋以上所說的生長之停止，也可以起於礦質(如鐵，鈣，磷酸)或銻基酸的缺乏，(如Lysin, Tyrosin, Tryptophan)而不是絕對特殊於A維他命的。因此之故，這A維他命亦名作抗眼乾燥症之維他命(Das antixerophthalmische Vitamin)。

在動物，以人工的混合食物飼養之，有時即發生此類的眼症，是早就觀察到的一個事實(如Falta u. Noeggerath 1906在白鼠)。不過有目的的，確切無疑的動物實驗，還是近時的成功。我現在將 Osborne u. Mendel對於此眼病所作之一個很大的實驗敘述於下：

他二人將1000個白鼠分為五類去飼養之。第一缺乏A維他命，第二缺少B維他命，第三缺少其他的物質，第四以完備的食物，第五以混合的食物(指動物及植物性食品之混合)。其間所得的結果，列於

下表：

Nr.		總數	發生眼病 之動物數
1	缺乏A維他命.....	136	69
2	缺乏B維他命.....	225	—
3	缺乏其他物質.....	90	—
4	完備的食物.....	201	—
5	混合的食物.....	348	—
		1000	69

於五類動物之中，只有第一類發生眼症，足見該眼症必起於A維他命的缺乏了。此地也是動物愈幼小，則其病症發生的亦愈快，與上邊關於生長的停止，所說的一樣。

在人類這情形大致與在動物底實驗完全相似。並且也是正生長的幼兒對於A維他命的缺乏特別靈敏。

Mori氏從1905—1907在日本於二歲到五歲的小孩中間發見了1400個眼乾燥症，並帶角膜軟化。Bloch氏從1912—1917在丹麥京城附近的小孩中診視出50個眼乾燥症來，此皆由於其食物中缺乏A維他命而發生的。

近時Widmark氏(1924)又發表了一個統計，在丹麥這奶油的消費，從戰前為1916一天比一天低減，其時眼乾燥症也就隨之而日益增加。在1917—1919因為奶油的輸出禁止，情形乃完全變動。蓋因之奶油的消費不但增加，而且較戰前還多，是時眼乾燥症差不多亦完全絕跡。但至1920奶油的輸出復為開放時，則眼症卻又發現

了。

在德國這眼症是歐戰時和歐戰後為最多，其原因即是當時小孩多半不能得到全牛乳，而只以去了奶油的牛乳，很稀薄的牛乳，和麥粉去餵養所致成。

按Bloch氏的統計，該眼病在春季傳播最廣，亦因冬季食物內缺乏A維他命之故。

這眼病雖然多發生於小孩，但在成人也並不是絕對沒有的，例如於慢性的泄肚及肝臟的障礙即可觀察到。蓋因其間對於食物內之A維他命的吸收和儲蓄能力失去了。

至於該眼症成立的原因，由Mori氏詳細研究的結果，以為是起源於淚腺分泌的乾涸，蓋如此則眼內結膜囊失去了生理的洗滌能力，微菌即易於蔓延，而喚起此眼症。

據最近學者的研究，A維他命的缺乏所喚起的缺陷徵象是一個很重的全身病症，並不只限於眼疾。許多其他之器官和體素也發生變化。除了以上所說的淚腺乾涸以外，別的唾液腺及粘液腺之分泌均皆停止，脾臟的體素亦起萎縮。且甚Axel Holst氏報告肝臟的細胞也為之惡化。此外之特別的徵象，即是一切之表皮體素均發生角質化，接連於消化器及呼吸器之上部內均發生普遍的膿瘍。由以上的觀察，所以Povers及Park二氏就以為在缺乏A維他命時一定是關於全部新陳代謝上發生了障礙

新近又有許多學者，如 Frontali, von Leersum, Gudjonssen 諸氏在以缺乏A維他命飼養的白鼠中發見大多數均發生泌尿生殖器的疾患，(例如尿石症)以爲是很特殊的。

Frindlay Mackenzie 二氏以爲在A維他命缺乏時血液的製造發生障礙，因之漸漸引起高度的貧血症。Cramer, Dew和Mottram 三氏以爲血小板的消失，是A維他命缺乏的一個特殊徵象，並且發生還最早。

Fridericia 及 Holm 二氏證明在食物缺乏維他命時視紫色素之再生發生障礙，因而發生夜盲症。

至於在A維他命缺乏時所證明之免疫性的低減，大概是起源於表皮細胞之失其作用，以致微菌易於侵入。

由以上的敘述我們曉得缺乏A維他命一方面引起生長的停止和體重的低減，他方面則引起許多器官和體素的病患。但是最近 Stephenson 及 Clark 二氏研究的結果，證明二者之發端期却並不同時，因而就有學者主張于A維他命內許有二個因子的存在，一個是用於維持生命和促進生長，一個是對於一定的體素之營養所必需的。

關於A維他命的生理我們的知識暫時尚甚缺乏，據至今研究的結果，可以說動物體內並不能將A維他命自行製造之，必須從外面間接或直接而輸入。

在動物體內A維他命常有大量的儲藏

，按 Cramer 氏的意見，即在於所謂之脂肪腺的脂肪中，如胸膜下脂肪，頸脂肪，肩胛骨中間脂肪，以及腋窩脂肪和腎脂肪。可是最近 Goldblatt 和 Soames 二氏又以爲肝臟爲儲蓄A維他命的大本營。其中A維他命的含量約200—400倍，他如肺和腎臟僅40倍於肌肉底含量。

因成人體內有此預防儲藏所，可以於輸入不足的時候由其中攝取此生命重要的物質，是以從食物中抽去A維他命時，常常歷長久的時期才發現特殊之缺陷徵象。反之在幼小動物，一來其儲藏能力有限，二來其新陳代謝旺盛，A維他命之需要大，因而對於A維他命的缺乏也靈敏，在上面已爲提及。

究竟A維他命對於脂肪的對陳代謝上有否特殊的影響，刻下全不明瞭，在A維他命缺乏時也並無發現脂肪的代謝障礙。僅只 Takahashi 氏報告吾人需要A維他命的多少是與食物脂肪的含量和結構有關的。

最奇異的是 Mc Collum 和 Timonds 二氏所作之以下的觀察，即從食物中抽去A維他命時，按照食物中蛋白質的含量，而發生眼症的日期遲早不等。假使維他命和蛋白質同時缺乏時，則眼疾的發生較速，反而於含有豐富蛋白質的食物，則歷很久才發現，可是後者一旦形成後，治療較前者爲難。

關於鹽類上 Yudkin 氏有一新的觀察

，即如果於食物中除了A維他命之外，也缺乏磷酸鹽時，則眼角膜之軟化就更快。最近以來，又有許多學者主張，這角膜軟化症並不是純粹的A維他命的缺陷徵象，因我們由實驗可以證明就是有微量的A維他命之存在，只要增加食物中食鹽之含量，也可發生角膜軟化症。按 Mori 氏的意見，完全與缺乏A維他命之角膜軟化症相似。

據 Genek 氏之研究先天之素質對於患角膜軟化症亦有關係，他觀察到，在一樣餵養的雙生子，其體弱者當易得此眼症。大概許是其體內維他命的消費增加，或是其體內先天的儲蓄量過少之所致。

此外 Wagner 氏發見餵飼甲狀腺在白鼠可以加速角膜軟化症的形成。同樣輸入腦垂下體後葉，卵巢和胸腺之抽出液，(Pitu-Ovo-u. Thymoglandol) 亦然。此中關係刻下尚不明瞭。我們設想許是在一切內分泌旺盛時，A維他命的需要為之增加，因之其體內之儲蓄易致空虛的緣故。

自然界中A維他命之重要的來源，即是綠色植物。植物的綠色部分不但供作人類的食品，也是動物的飼料，所以動物性食品，如牛乳，肉類所含之維他命，亦是來自於植物的綠色部分。綠色小菜之中特別是菠菜，綠色萵苣之含量為最多。

普通根莖和塊莖植物之A維他命的含量甚少，其中僅只紅蘿蔔和紅山芋較為豐富。

於水果中含維他命較多的為蕃柿和橘子。

關於穀類如大麥，小麥，大米，小米燕麥，玉蜀黍等，僅於其芽和胚中含有A維他命，其餘部分則絕無。此外一切之植物油類，如橄欖油，椰子油，芝麻油，棉子油，菜子油等實地上也完全不含A維他命。

穀類種子之芽中所含之A維他命以前有許多學者主張是由萌芽而產生，據最近的研究，(Coward, Drummond 及 Haller) 均以為來自於光照作用，在綠色植物中其含量差不多與綠色素之含量相比例，但二者並不相結合。

動物的器官和脂肪所有之A維他命，悉來源於動物的食物中。其食物的含量愈多，則動物的器官和脂肪所含的也愈為豐富。比較含A維他命最多的，即為魚肝油，一個公分之標準魚肝油就含有100生物的價值單位，即能使100幼小白鼠發育旺盛。至於其豐富的A維他命之來源。近來也闡明了。蓋該魚類生長海中全以微小的浮游生物為食料，而此微小的浮游生物又賴於含有極多的A維他命之矽藻(Nitzschia chlorsterium) 生活也。所以末了魚肝油之A維他命仍是來源於矽藻。現在還可以將矽藻人工的培養之，確切證明其內維他命的形成。至於市上所售之醫用魚肝油，經Holmes試驗的結果，發見十種不同的賣品之每日所需的治療量(對於白鼠的眼症)介

於0,72和7,9 mg之間，這是非常大的差異。由此我們就曉得對於魚肝油之治療効力，所以時常懷疑的緣故了。

其他動物體內之脂肪，(即 Cramer 所謂之脂肪腺) 均含有A 維他命。在上邊已為提及，不過按其食物的含量多寡而甚差異，譬如豬脂肪即含A 維他命極少，大概即因其食料中缺乏A 維他命的緣故。此外蛋黃之脂肪內常含有多量的A 維他命。

關於動物器官之A 維他命的含量，以肝臟為最富。據最近英國學者的研究，牛和羊之肝臟的含量約廿倍於魚肝油的含量。所以肝臟是極好的營養食品。

人乳中含A 維他命亦頗富，約2,5—3 個ccm 即可使白鼠不致發生眼症。牛乳中之A 維他命的含量，極為差異，全關於牛之食料如何耳。因夏之食料為綠色食物，是以夏乳就比冬乳所含的特別多。又因乳內之A 維他命大部分皆存於乳油之中，所以由夏乳所製的乳油也比由冬乳所製的之含量為富。

未了，再將A 維他命之化學的研究報告於下；最初是日本學者 Takahashi 成功從魚肝油中分析出一個化學品來，於每一百個公分之食物內只要加上1,0 mg 就可以保障白鼠之正常的生長。當時 Takahashi 將這物質名作 Biosterin 給以化學式  $C_{22}H_{44}O_2$  分子量為 340，並設想是與 Cholesterin 相近的酒精。

後來美國的學者，Drummond, Carmo-

n 和 Coward 三氏以為A 維他命全存於魚肝油之非胰化的分布，否認 Takahashi 氏之 Biosterin 是與A 維他命相似的物質。但據新近 Seel 氏研究，又確切主張從魚肝油所分析出的 A 維他命，是一個與 Oxy cholesterin 相近的化合物，他能由 Cholesterin 藉養化作用得出一種物質來，不但是關於生物的効力，就是關於物理性質上也與由魚肝油分析出來之A 維他命的製品極為相似。所以A 維他命大概如D 維他命一樣，均屬於 Sterine 一類的物質。

在他方面 Steenbock 氏很早以為A 維他命與植物中之一種色素 Carotin 有關。中間經 Drummond Carmon 和 Coward 否認之後，對於此長久即不聞見了。但新近 Euler 和 Karrer 二氏復又從新研究，製出一種極純粹的 Carotin 來，為深紅色的，如赤銅光亮的結晶體，溶點在 182—184° 復繼作生物的實驗，證明該色素每日只用 0,01mg 之量，加入含有 B, C, 和 D 維他命之食料中，即可完全替代A 維他命了。此外 Moore 氏以及 Kawakami 和 Kimm 氏在他處也得到同樣的結果。特別有趣的，是 Collison, Hume, Smedley-Lean 和 Henderson Smith 諸氏由綠色菠菜葉中製出來的 Carotin，每日只用 0,002-0,005mg 即足使白鼠又發生 A 維他命的缺陷徵象。是以A 維他命或者就是 Carotin，亦許是附着於 Carotin 內，如同 Ergosterin 之混於 Cholesterin 內一樣。再者也許是 Carotin 到白鼠體內可以迅



速的變成了A 維他命。末了亦有二者俱相同的作用之可能。不過刻下尚不能十分明瞭。

A 維他命對於熱的侵害，實在並不如以前學者所說的那樣靈敏。例如奶油以蒸汽通過兩點鐘之久，其A 維他命含量不見減少。反之對於養化作用，則A 維他命頗易於損害，尤其是 Ozon (三養)之養化作用，對於A 維他命之損害力特別為強。

證明A 維他命之方法，我們曉得有幾種的色反應，其中以 Carr-Price 所發見的色反應(即加上鋅或錳化三氯，生出藍色)為最好。Drummond 和 Rosenhein 二氏更且藉之研究出一個定量的方法，去規定魚肝油的含量，不過 Moore 氏最近以為該方法並不十分的準確。此外規定A 維他命的含量，即是使用生物的方法，以白鼠為試驗動物。  
(未完)

請立刻訂閱  
新完全科學之唯一

博褚  
士民主  
主編誼  
之  
**醫藥評論**

物刊論評←

三  
大  
優  
點

重金徵求稿件

定閱價永不增加

雞皮紙封寄不致損毀

▲價目 每年廿四册大洋一元

▲樣本 函索附郵五分即刻寄奉

▲訂閱處 本埠法界亞爾培路四〇八號醫藥評論社

國外加倍半補舊報

加倍郵票作九折

## 口渴在診斷上的意義

Dr. F. Schoening作 朱維梅譯

在疾病過程中，如在高熱的當兒，出血和流汗之後，糖尿病（真性糖尿症，Diabetes Mellitus），單純性的多尿症（Diabetes insipidus）腎病的末期等等的時候，有口渴的情形是醫生所熟知的。現在本文要討論的便是：口渴這種情形發生在幾種病的開始時期，但因為它沒有達到像在上頭說過的幾種病的程度，或者因為把它當作同時存在的體熱和其它副現象的結果，所以醫生通常極少注意到它。

我們覺得口渴，是因為體內的水量和鹽量變動了，位於間腦胞（Zwischenhirn）的渴中樞（Durstcentrum）受到了刺激的緣故。微度的口渴不會使人感覺到什麼不快，喝一點水便算了。可是，如果空氣的濕度減底了，病人便覺得異常難過，為的是除却那水分不足空氣足以使人咽喉和口腔乾燥之外，在呼吸的時候體內還要失去多少水分的緣故。流汗也一樣可以令人得到口渴之苦。解渴的方法，人人知道是喝水；然而要是喝的分量超過體內所失的，那末不單是口渴不能止，並且可以把它加強起來。這個事實略具經驗的步行家便

曉得。所以，在徒步遠行的時候，在可能的範圍內應當節少飲量。——至于，在我們體內何處發生口渴感覺和如何去止渴的問題，Meyer和Mueller二人曾有精密的研究；它對於下文沒有什麼重要，可不再多述。這裏應該再次聲明的是，我們體內些微的鹽量和水量的移動已經能夠引起強度的口渴，這是人人可以于普通的傷風中經驗到的。

現在要說的是下列幾個病例。在這些病例中它們的別的症候不大明顯，甚至完全沒有發現的時候，而口渴却已經出現了。

例一：一少年，數日以來，疲倦無力，悶悶不快；口渴得很，飲量和平常完全不同，一喝水便要一立脫爾(Liter)這麼多；他的體溫略為升高，舌上有苔，在肺後下部的呼吸聲音有點短縮。在這幾天後此處便發生廣闊的濁音(Dämpfung)而且附帶着一切的滲出性肋膜炎(Pleuritis exsudativa)的病象。他的小便分量隨着口渴而減少，直至滲出物(Exsudat)不再增進的時候才復原。在滲出物(Erguss)被吸收的時

候，病者排汗，同時小便頗多。

在此病例，患者沒有一種不特別的困苦，也不覺得胸部有何痛楚。最初肺部和肋膜的診視，沒有什麼令人注意的地方；只有那口渴的情形明示我們，患者體內的水分失常了。這種情形病人自己不以爲重要，尤其是尿量的減少，他毫未視察及之，爲的是外表的象徵比較尿量能引起他注意的緣故。

例二：一位肥胖的太太，五十歲將滿的年紀，好幾年來吸呼短促，如今幾天來非常口渴和有點咳嗽。此外她覺得胸部緊促，左右肋骨弓 (Rippenbogen) 下面有壓感；踝 (Knoechel) 和脛骨部浮腫，小便分量減少。在這種情形之下，這病的診斷是心臟機能不全 (Herzinsufficienz) 連帶着全身鬱血 (Allgemeine Staung)。

例三：一個十歲的小孩子，面部浮腫，極覺口渴，夜裏一定要起來喝水。問他小便分量怎樣，他不能答，因爲他未嘗留意到這點。以後把他全身視察一周，便發覺他的兩腿和陰囊都腫脹了。再檢驗他的小便，便證明他患腎臟炎。

多數的我們普通所讀的教科書在心臟和腎臟病的討論上對於初期病症上的「口渴」現象不是毫不提及，便是寥寥幾句，不加重視；反而把在診斷上僅具輕微作用的「胃口」(Appetit) 說得不少。醫學研究的刊物 (Literatur) 則不然，它將初期症狀上的「口渴」在心臟，腎臟病診斷上

的意義說得非常詳細。因此，Krehl 氏以爲心臟衰弱者的口渴現象在教科書上應該有相當的地位。口渴 (根據 Krehl 的意見) 和出汗阻滯同是浮腫進程中的象徵。「病人又出汗了」這一句話的便是表示「滲出液被吸收了」的意思。據 Meyer 觀察所得，曾經患過心臟病的人曉得口渴的發現是循環器官新近喪失其調解機能 (Dekom-pensation) 的預兆。Edens 氏對於心臟衰弱者的口渴現象也有一番討論，但是 Romberg 氏尤其詳細，他說：在許多心臟病患者，尤其是當着循環器障礙的初期，那非常地增劇的口渴感覺很使人注意。Heineke 氏則證明：小便減少和浮腫增進是常常隨着強度的口渴而來，口渴和小便阻滯同是浮腫加劇時候的症象，當着滲出物被吸收的時候，患者便照常排汗。所以，病人的病情怎樣，觀察其口渴和排汗的現象如何便可以知道了它的梗概。

從以上所說過的病例看來，在第一例滲出物的產生，在第二例心臟病的鬱積，和在第三例因腎臟排泄受害而起的浮腫，三者都會使患者有顯注的口渴。在這三個症例內尿量顯然減少；在第二和第三例，當滲出物停止產生時，口渴隨之而減輕。這大概是適應新狀態的緣故。第一例，數天以後，接着後滲出物便受吸收，雖然在滲出物被吸收就有劇烈的流汗，但那口渴畢竟因此而消滅。

下面還有幾個病例，病人也是感覺非

常口渴和尿量減少，同時他們體內有液體積聚(Fluidigkeitsansammlung)的現象。不過，這個液體積聚不像滲出物，却像空洞器官內的鬱積。更進一步說，這幾個病例還有一個和以前的病例不同的要緊地方，就是在以上說過的例子血液變厚而使人口渴，是因為一部份水分由循環器官排泄出來，在以下的例子所論到的水分却是完全沒有被吸收到循環器官，或者它已經離開了循環器。

例四：一個六十歲的壯健的老人，表面上看起來沒有什麼病，不過因為口渴不止使他疑慮到有糖尿症，雖然他曉得患糖尿症者小便很多，如今他的尿量正與之相反。檢驗他的小便，沒有糖質。他的既往症是很像攝護腺肥大病。他的殘留尿較尋常多些，時時刻刻要用導尿管。用此導管法以後，沒有幾天口渴和其他的困苦便消失了。

攝護腺肥大患者的口渴是腎臟機能不全使然。要證明它是不難，可用那機能測驗(Funktionsprüfung)；為開業醫師計，更簡單的便是那殘留尿的證明。每一個年老的人，如果有口渴之苦，即當用此方法去尋索病根。排泄困難摒除了，口渴之苦便隨之而失。

例五：一男人，年五十歲，身體瘦弱，患胃病有好幾年了。自從他留意飲食以

來，只還有少許嘔吐。不過現在口渴得非常厲害，而且在行動時聽着胃內有潑潑的擊水聲。關於胃部的一切情形，他是見慣了不以為奇，可是這個口渴狀態他委實覺得新異。診察的結果是：他因為生過胃潰瘍而患幽門狹窄，和胃肌肉機能不全。以後用腸胃瘻成形術(Gastroenterostomie)把他治愈了。

在這個病例，口渴的原因是體內得到的水分太少，用不着多事解釋。

診斷一個初期的吐糞症(腸不通症，Ileus)口渴也能給醫者以助力。在慢慢地發生的腸閉塞(Obturation)上，這種口渴表示有時也具着重大的意義。

此外，出血也可以使人有強度的口渴感覺。當着內出血(Innere Blutungen)的時候，口渴在診斷上能夠居於重要的地位。不過，出血的多寡却不是時常可以決定口渴的程度。

我這篇簡短的作品的作用，是告訴臨床實習者。在下列幾種病症的開端時期要留心觀察口渴的表示。在肋膜炎，心臟機能不全，腎臟炎，攝護腺肥大，胃擴張，腸閉塞和內出血各症上每每有口渴情形發現，我們不該忽視之！

附註：本文譯自 Muenchener medizinische Wochenschrift, No. 78. Jahrgang; 9 IV. 1931.

# 優 生 學 與 中 國

徐 振 華

## 目 次

### 序言

#### I. 優生學之概念及研究範圍

#### II. 優生學之原理及實行方法

#### III. 優生學之必要

#### IV. 優生學之目的及使命

#### V. 實用優生學之意義

#### VI. 優生學實施的可能及障礙

#### VII. 優生運動之國際現勢及其趨勢

#### VIII. 優生學在中國之「需」與「要」

#### IX. 優生學之「中國化」問題

### 參考書目

## 序言

動機及希望——作者於優生學本爲門外漢，但當此門學問在日下的中國，尙在「需」而不「要」之時代，似尙有大事介紹及提倡之必要，故不自量力，作此井蛙之論，貽笑大方，自知不免，然倘能因此而引起讀者對於「中國優生運動」之興味及注意，同情與援助，則未始非作者大膽獻醜，以冀拋磚引玉之微意也。

目的與計劃——本文之目的不求深入，祇及介紹與提倡而止，尤其欲使讀者明瞭優生運動之重要，必不在其他任何改革社會事業或救國事業之下；並欲使讀者對優生學及優生運動予以「整個的認識」，故對其縱的及橫的兩方面以及其本身問題，不厭求詳，盡量介紹。茲爲增加讀者之興趣起見，當盡作者力之所能及，對於敘述之統系，務求明顯；學理之介紹，力圖簡要；事實之例證，則祇擇其有趣者；枯燥無味之統計數字，則盡量避免——此蓋助長興趣之正面與反面。

本篇所述，爲作者數年來印象之所及或涉獵之所得，因尙在求學時代，學問之背景既不多——不特不精，且復不博，雖偶有所獲，恐亦不過遼東之豕。因其膚淺，本不敢形諸筆墨，以重累讀者之視聽，但其不甘藏拙之理由，則已於前文約略見之。本篇廣採國內外各學者之主張，並參以個人私見，加以分類，排列及整理，故疎漏及謬誤之點，恐觸處可見，倘蒙讀者諸君一一予以指正，不勝厚幸！

## I. 優生學之概念及研究範圍

細 目

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>A. 優生學之概念</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 泛義的優生學之起源</li> <li>2. 現代優生學之建立者</li> <li>3. 優生學之命名</li> <li>4. 優生學之定義及批評             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <u>戈爾登氏</u>之定義</li> <li>b. <u>普祿茲氏</u>之定義</li> <li>c. <u>達文包氏</u>之定義</li> <li>d. <u>格羅漾氏</u>之定義</li> <li>e. <u>龍堡氏</u>之定義</li> <li>f. <u>潘光旦氏</u>之定義</li> </ol> </li> <li>5. 優生學之分類法             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 依實行之性質上分類：                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 消極的優生學或「剔除的」人種衛生學</li> <li>2. 積極的優生學或「選擇的」人種衛生學</li> <li>3. 「預防的」優生學</li> </ol> </li> <li>b. 依實行之方法上分類：                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 社會的人種衛生學</li> <li>2. 私人的人種衛生學</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol> <p><b>B. 優生學之研究範圍</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 引 言</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>2. 優生學者之三大派別及其批評             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 最廣義派</li> <li>b. 較廣義派</li> <li>c. 狹義派</li> </ol> </li> <li>3. 「實用優生學」或「實用的人種衛生學」之研究範圍             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 社會的人種衛生學                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 結婚禁止與婚姻指導</li> <li>3. 不適者之生育防止</li> <li>3. 數量的與品質的人口政策</li> <li>4. 家庭負擔之調節</li> <li>5. 遺產法及遺產稅</li> <li>6. 住民與移民</li> <li>7. 政治，經濟形式及國體</li> <li>8. 養育及教育</li> </ol> </li> <li>b. 私人的人種衛生學：                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 個人生活之人種衛生學化</li> <li>2. 人種衛生學的婚姻指導</li> <li>3. 家族自主</li> <li>4. 子女</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol> |
|--|--|

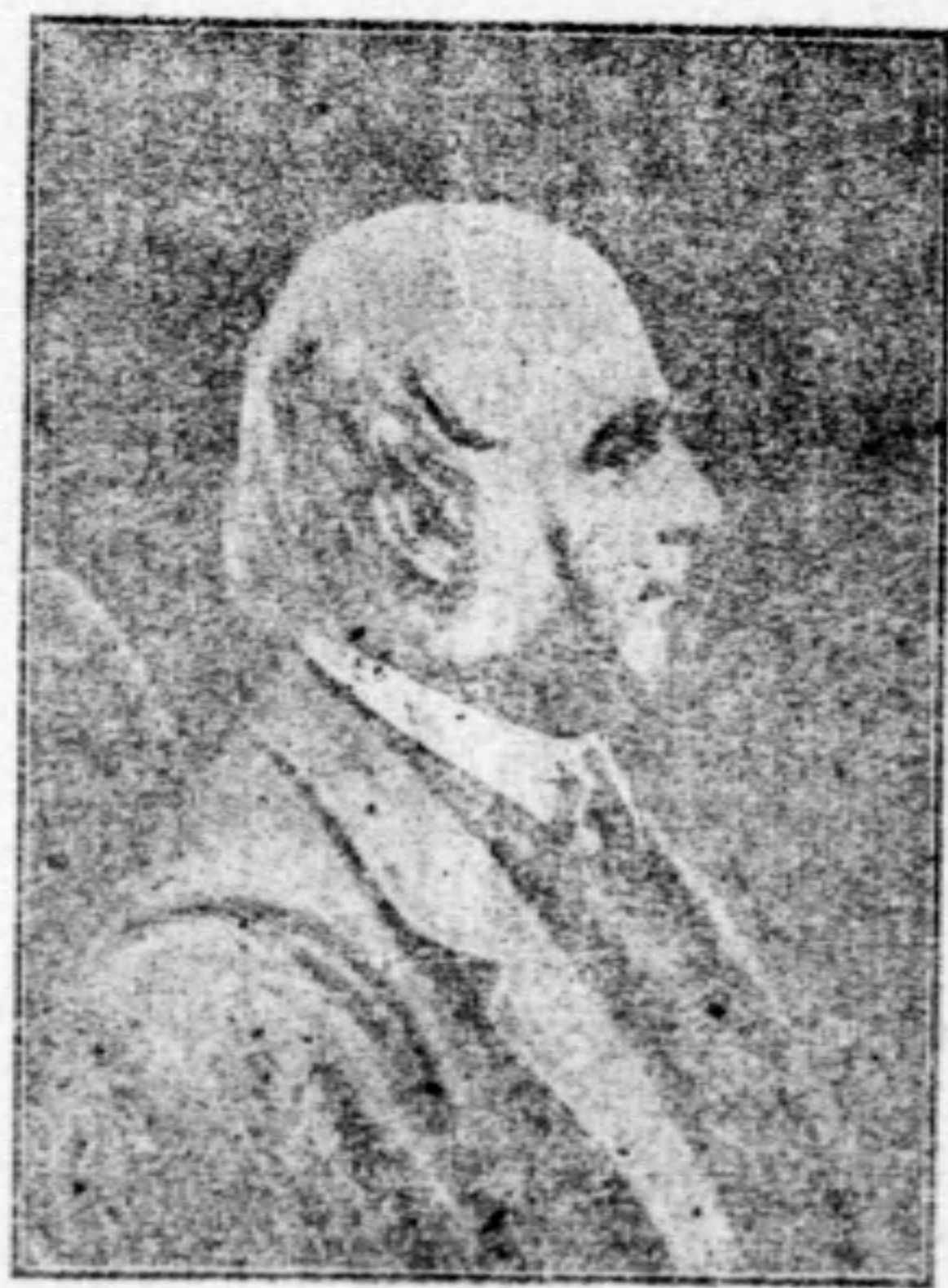
## I. 優生學之概念及其研究範圍

### A. 優生學之概念

1. 泛義的優生學之起源——泛義的優生知識及零星之優生事業自古有之，昔斯巴達人 (Spartaner) 極端施行民種改善方法，例如普通男子與低能婦人結婚者須加以刑罰；畸形兒，薄弱兒則棄之山谷。希臘大哲學家柏拉圖 (Platon, 紀元前 427-347) 在其理想國中，亦曾提及民種改良之重要。且主張國家之對於人民，應如畜牧者之刈除惡種，保存優種；並謂國家如能注意選擇國民，必不至因民族腐敗而滅亡。在未開化之土人間，因維持種族生存起見，亦有施行保護優種，剪除劣種之方法者，例如澳洲土人對於薄弱兒皆施以手術，使其不能生殖是也。柏拉圖之弟子亞里士多德 (Aristoteles, 紀元前384—322) 在其政治學書中亦曾論及民種改良之方法。至十七世紀初意大利哲學家康巴納拉 (Tommaso Campanella, (1568—1639) 作太陽國，書中亦曾提及柏拉圖之意見；以後此種理想遂逐漸為世人所忘却，再無人過問矣。直至十九世紀戈爾登氏 (Francis Galton) 出，始重新提倡人種改良學說，於科學叢中別闢一門「優生學」。

2. 現代優生學之建立者——泛義之優生知識及零星之優生事業，雖起源極早，但有科學根據之優生學則極新。第一位應用科學方法冀圖改良人種者為英國戈爾登爵士 (Sir Francis Galton)。戈氏並非柏拉圖及亞里士多德之嫡派，其學說完全在遺傳學及演化論上建立基礎，為之先導者，即達爾文所著之物種原始是也。

戈氏為英國懷列克省 (Warwickshire) 人，生於一八二二年，歿於一九一一年。



第一圖 現代優生學之建立者戈爾登爵士為極有名之人類學家，氣象學家，又為現代優生學之建立者，故有「優生學之父」(



Vater der Eugenik)之稱。其祖父名 Samuel John Galton), 從職業方面言為銀行家, 從嗜好方面言, 為工業家, 科學家, 博物學者, 統計學者。至於戈氏之母系, 則外祖父 Erasmus Darwin 為有名之醫生及詩人, 又以哲學者名於時, 曾倡一種進化說, 大旨與法國賴馬克(Lamarck)之「器官用不用說」(Gebrauch und Nichtgebrauch der Organe)相仿, 在演化史上同占一重要之位置, 其詩詠自然史方面之事實者最多; 曾娶兩妻; 前妻生 Robert Darwin, 即世界著名之自然學者查理士達爾文(Charles Darwin)之父, 後妻生一女, 嫁與 Samuel John Galton 之子 Samuel Tertins Galton 生法蘭希司戈爾登(Francis Galton), 故戈氏與查理士達爾文本為中表。戈氏幼時在本處學校讀書, 該校之教育全屬古典, 其教授方法雖無可非難, 然不足以引起戈氏之興趣。十八歲時氏遂退校, 從事醫業之準備。當時醫學之課程與今日迥異, 其最著者即先行實習, 然後研究理論是也。氏先在本省一醫院實習, 實習未久在外科上已極著名, 後又在皇家學校研究醫理。一八四〇年春氏得其父之許可, 往外國遊歷, 當時年僅十八, 竟獨身旅行遠如希臘, 小亞細亞, 且至未開化之地, 則氏之冒險精神與其實際才能實有令人驚服者。是秋歸國, 入劍橋大學潛心研究數學。一八四四年再就旅行之途, 先至埃及, 轉赴敘里亞(Syria), 回英後住居倫敦。一八四六年至一八五〇

年之間且發明印字電信機。一八五〇年赴南亞非利加探險, 屢與艱難之境遇奮鬥, 遂告成功。於是氏之功績遂為皇家地學會所共認並獎以金牌。一八五二年返國後仍卜居倫敦, 專心研究科學, 除對人類學外, 在氣象學上之貢獻亦極多, 如發現反對旋風及大氣組織等。

一八五九年其表兄查理士達爾文所著之物種原始出版, 予戈氏以極大刺戟, 引起其遺傳研究之興味。該書所論者非云當初之物種如何創造, 其所討論者為一種生物如何由他種生物變化而來之理。達氏以為物類之能變化根據三種原則;

- 1) 生物有變異性;
- 2) 生物有遺傳性, 所以能將所起之變化遺傳後代;
- 3) 生物不能悉數生存, 經過自然選擇之後, 祇有最適者始能生存。新種之生成根據此三種原理。

自達爾文之物競天擇論出後, 凡受教育者, 無不相信人類由下級動物逐漸進化而來, 並非神造, 亦不是古來如此, 一成不變者。由此推之, 可知從前既能變化, 將來亦必能變化; 從前既能由低級變為高級, 將來自必能由高級變為更高級。戈氏因此研究人類之遺傳, 證明人類中遺傳與變異之公例, 與其他生物同; 又知人類既為生物之一, 依生物演化原理, 其存亡自不能逃天擇之公例, 由此觀之, 可知人類之生存, 亦祇有最適者應該保存, 不適

者應歸淘汰。

斯賓塞爾(Herbert Spencer 1820-1903)首以演化論應用於社會學說，然其持議始終以社羣為單位，其於社羣中之個體則略而不論。至一八六九年戈爾登之遺傳的天才(Hereditary Genius)出，世乃知天擇律之繩個人，初不減於其繩社羣，繩種族，而思想界乃生一新劇變。戈氏復續作英國科學家之遺傳與境遇(English Men of Science, their Nature and Nurture, 一八七四)，才能與其發展之探索(Inquiries into the Human Faculty and its Development, 一八八四)，自然的遺傳(Natural Inheritance, 一八八九)諸書，推闡才不才之遺傳與其選擇之必要，不遺餘力。於才能與其發展一書中，戈氏復首制「優生學」之名詞。戈氏學說並引起一重要之點。達氏首言天擇；其後復作人工馴育下之動植物致異論(The Variation of Animals and Plants under Domestication, 一八六八)以示人工選擇之利弊；然人類自文化大開，天擇亦頻受限制而不復保障適者必生存之原理，達氏殊未具道。戈氏則道之甚詳。一九〇一年戈氏作法律與輿情現狀下改良人種之可能(The Possible Improvement of the Human Breed under Existing Conditions of Law and Sentiment)一文，宣讀於英國人類學會。一九〇四年復作優生學之定義，範圍及目的(Eugenics: Its Definition, Scope and Aims)一文，宣讀於英國社會學會。同年

戈氏在倫敦大學設一研究員額，是為戈爾登優生研究院(Galton Laboratory of National Eugenics)之始。一九〇五年復添研究生名額一。至一九〇七年皮耳孫(Karl Pearson)總領研究工作。一九一一年戈氏卒，以其遺產捐贈於優生研究院，據氏之遺囑，其財產不可用為建築物，當以此設優生學講座，即以皮氏承乏，而研究院始完全成立焉。

3. 優生學之命名——優生學英文謂之Eugenics，係由希臘字根Eu[優]及genos[生]之二字湊合而成。吾人之所謂「優生」(Wohlgeborenheit)，非如世俗所謂由貴族產生之謂，實為廣義之生物學的優生，換言之，即個體之產生，須具有優良之遺傳質，因之有可以長成為活潑的，康健的，有良好資質的，有優良品格及才能的個體之希望者也。此種生物學上之優生，可發生於任何社會階級，完全與門第及財產無關。此是「生物學上的貴族」(biologischer Adel)，為一民族之精英，優生學者欲以種種方法保護之，培植之者也。

Eugenics 國人有直譯作「優生學」者有，譯作「進種學」，「善種學」或「淑種學」者，又有譯作「婚姻哲嗣學」或「哲嗣學」或「人種改良學」者。

優生學創始者戈爾登爵士，最初名其學為人藝學(Viriculture, 一八七三)，旋改為種藝學(Stirpiculture, 一八七五)，二名皆源出拉丁文，與農學園藝學等之英名

同一構造。及一八八三年始易今名。其他歐美各國接踵而起者若法蘭西，比利時，意大利，美利堅，巴西，及大戰後始立國之捷克等，大率就Eugenics一字加以修改，以適應其獨有之語言式，Eugenia, Eugénique, Eugénica, Eugénitica。其別樹一幟者為北歐之諸國，如德意志，奧大利，瑞士，瑞典，挪威等，別立名字曰 Rassenhygiene, 直譯為「人種衛生學」，或有譯為「民種衛生學」或「種族衛生學」亦有譯作「民族衛生學」者。創此名者為德國學者普祿茲博士(Dr. Alfred Ploetz, 一八九七)。普氏嘗就種字加以詮釋(一九〇四)，曰：種有二義，其一為白種，黃種，……之「種」，為人類學的名詞，亦為普通在自然科學分類法上所用之名詞，故名之曰「系統之種」(Systemrasse)；又一為種子之「種」，即由前一代經下一代而綿延不絕之生命之流，亦即為種族血統之流，故名之曰「生命之種」(Vitalrasse)，普氏蓋取第二義，亦即戈爾登創說時「種藝」之「種」(Stirps)之本意也。狹義上言之，人種衛生者，人羣遺傳質上之衛生也；此則不復為人類學的，而為純粹的生物學的。

然德國學者迄今尚有反對用「人種衛生」者(如Haustein, Muckermann等)，其理由仍不外「種」字之含混，並謂自種族武斷派出後，學者爭執殊甚，用此一字，於事實無補，於名義上徒多糾紛，不如一致改用「優生學」(Eugenik)。但「優生」一字驟視

之亦未嘗不含混，即易誤認為「生育衛生」(Fortpflanzungshygiene)是也。英美學者亦有反對用「優生學」或認許「人種衛生學」之存在者，如美國優生學者Rice氏在其人種衛生學(Rice, T. B., Racial Hygiene, 一九二九，頁三六〇)書中則反對用「優生學」，而主張用「人種衛生學」，其理由則謂「優生學」一字易遭誤解與含義太狹，不能將其一切研究事物加以籠括。即由美國優生學研究會(Eugenics Research Association)所出版的，由達文包教授(C. B. Davenport)所主幹的優生新聞(Eugenical News)亦別名曰，“Current Record of Race Hygiene,”亦引用「人種衛生學」之名詞。他如日本學者關於此兩名詞之運用，其意見亦甚分歧，如後藤龍吉所創辦之日本優生學會(一九二四)及其出版之「優生學」月刊則引用優生學之名字，但去年(一九三〇年)十一月由東京帝國大學教授長井博士(Prof. Dr. S. Nagai)所創立之「日本民族衛生學會」(註一)(Japanische Rassenhygienevereinigung)則又應用「人種衛生學」之名詞。因學者之意見不一，於名詞運用之際不勝煩擾。德國明星(München)大學人種衛生學教授倫茲博士(Prof. Dr. Fritz Lenz)在其人類遺傳學與人種衛生學書中關於此兩名詞之運用，亦曾有極詳細之討論，其結論則謂「人種衛生學」可視作「優生學」之德文譯名，猶之Augenheilkunde之於Ophthalmologie之類，故可以互用，可以並

存而無軒輊。據我國優生學者潘光旦先生意見，以爲中文之「優生學」，於字義既直譯戈氏原文，於音亦相近，與法文之讀音尤相似；爲求一律故，允宜一致採用。

#### 4. 優生學之定義及批評

##### a. 戈爾登氏之定義

第一定義(一八八三)：

優生學爲一學科，所以研究經社會統馭之一切機關之足以促進或毀敗人類後裔生理或心理之本質者也。

第二定義(一九〇四)：

優生學爲一科學，所以注力於一切勢力之足以促進種族之天賦者也；其他足以使此天賦得以充分發展之勢力，亦在研究範圍之內。

##### b. 普祿茲氏之定義(一八九七)：

戈氏第一定義出時，曼代爾(Mendel)

之遺傳律尚未聞於世，且研究人類遺傳之成績甚少，故其措辭殊偏重於社會學方面。據倫茲(Lenz)教授之意見謂戈氏第一定義所包含者祇爲「社會的人種衛生」(Soziale Rassenhygiene)而非人種衛生的全部，換言之，即祇注重社會的而忽略家族及個人的方面是也。及後「德國人種衛生學建立者」普祿茲博士於一八九七年別擬人種衛生學一名而加以註釋，雖亦與曼代爾之發見無干，其故亦未嘗不由戈氏定義之不能籠括。戈氏之後一定義中不再指明「經社會統馭」之意，其含義與普氏之人種衛生學定義完全相符。

##### c. 達文包氏之定義(一九一一)：

美國優生運動領袖達文包教授(C. B. Davenport)除沿用戈氏後一定義之前半外，復曰：

(註一)：原文見日本日新治療社出版之日新治療第六十四號第四十五頁。譯名奇突，殊有不能令人無疑者。因該文爲新聞性質而非論文質性，於是發生譯名之責任問題；譯名之來源約有兩種可能性，一屬該報之編輯先生的，或則長井博士以此名名其學會是也。作者以爲該譯名之不妥處約有兩點，一爲本義的，一爲字面的，試分述之如下：

##### 1. 本義的；

『德國人種衛生學建立者』普祿茲博士於創說『人種衛生學』時曾將『種』字加以詮釋，曰：種有二義，一爲『系統之種』(Systemrasse)，一爲『生命之種』(Vitalrasse)。普氏蓋取第二義(請參閱上文!)。今譯者以Rassenhygiene譯作『民族衛生』，殊失創說者之本意。

##### 2. 字面的：

『人種』(Rasse)與『民族』(Volk)之區別，試舉一例以明之，例如中國人與日本人，若以人種論，則同爲黃色人種或曰蒙古種(故曰同文『同種』)；但以民族論則反是，我爲中華民族而彼乃大和民族也。

我國學者如金子直先生，亦譯 Rassenhygiene 爲『民族衛生』(金子直，民族衛生，商務書館出版，一九三〇)。

優生學爲一科學，其所研究，在以比較良善之蕃殖方法，謀人類之進步。

達氏沿用戈氏第二定義而削其半，蓋所見有獨到處。達氏以爲足使天賦充分發展之種種勢力(如教育，經濟制度等等)非不宜研究，治優生學者且應切實注意，務使由蕃殖得來之美果不致淪喪；然必欲以此種勢力之研究列入優生學範圍之內，則所包過廣，治此學者將汎濫無歸矣(達氏爲狹義派的優生學者!)。達氏自立之定義晚出，維時曼氏遺傳律已大昌，關於人類品性之研究亦日有增益，故其措辭顯然爲生物學的而絕不含混。

d. 格羅漾氏之定義(一九一四)：

德國社會衛生學前輩，柏林大學社會衛生學教授格羅漾氏 (Prof. Dr. Alfred Grotjahn)曰：

優生學爲一科目，所以研究人類蕃殖之狀況，及其相當之制裁，以防止生理及心理的弱質之遺傳，而使本質良善之子孫得以實現者也。

e. 龍堡氏之定義(一九一九)：

又德國其他學者及瑞典挪威諸國學者言優生學，必分此學爲二部分，初及人種生物學，後及人種衛生學，故其定義亦分二部。瑞典優生運動之領袖龍堡博士 (Dr. Hermam Lundborg) 曰：

人種生物學(Rassenbiologie)爲一科學，其目的在確定一切因子之足以

在體質方面或精神方面影響及種族之繁殖者。

人種衛生學(Rassenhygiene)亦曰種藝學(Rassenerzeugung)——就人種生物學所定之因子而選擇其有利於一支派一民種或一民族者。

德國之普祿茲，倫茲，古留伯 (Prof. Dr. Max von Gruber)，及挪威之米安 (J.A. Mjøen)皆同此主張。普氏並爲作此分論法之負責人。北歐學者每分人種衛生爲二部，社會的人種衛生(Soziale Rassenhygiene)及私人的人種衛生(Private Rassenhygiene) 或稱個人的或家族的人種衛生，其不能滿意於戈氏第一定義者，即在其忽略個人的及生物學的方面。然北歐學者重獨立性，劈肌分理，容有過當之處；戈氏第一定義實未始不可以概括個人及家族，胥視讀者之解釋如何耳。

其他各定義所有出入，大率爲字面的，姑不具論。

b. 潘光旦氏之定義(一九二四)：

我國優生學泰斗潘光旦先生鑒於各定義譯文之不易明瞭，而其所含又不甚籠括，爰參酌上文各定義，別擬一新定義並爲之解釋：

優生學爲學科之一，其所務在研究人類品性之遺傳與文化選擇之利弊以求比較良善之蕃殖方法，而謀人類之進步。

此定義中有須解釋者數處。戈氏二定

義，初云學科，後云科學，達氏亦以科學爲言。竊以爲「學科」較當。其間有二原因。優生學發端未久，其研究之成績尚不多觀，其應否立即加入科學之林，尙是疑問。西方嚴格之科學家，亦有此言者（例如A. Hrdlicka，一九一五）。優生學之性質，甚可與醫學相比論；自其理論方面觀之，二者皆科學也；自其實施方面觀之，皆不失爲一種應用藝術。然則科學一名詞殊嫌偏狹。

總上文縷述之各定義之成分而歸納之，可知優生學所從事者不外三大端焉。其一爲人類一切品性之遺傳問題。果一切品性皆經血統遺傳耶？其遺傳者，遺傳之際果循有一定之法則耶？此法則又何若？在不能無具體之答案，以爲行事之根據。其二，文化選擇或社會選擇之利弊問題。自有文化以來，自有社羣生活以來，文化與社羣生活所產生之種種勢力亦多矣。風俗也，習慣也，組織也，觀念也，理想也，直接影響及婚姻生產等舉動，因而間接影響及品性之遺傳遞轉。其影響所及有良善者，有不良善者，亦有不關緊要者。其所維持鼓勵者果爲與種族有利之品性耶？其所貶薄淘汰者果爲與種族有害之品性耶？因其間接移轉人類本質之傾向，而定甲

文化勢力，甲風俗，甲觀念爲優生的；乙文化勢力，乙風俗，乙觀念爲反優生的；復從而加以褒貶，俾社會知所取舍，則亦優生學分內事也。品性遺傳與文化選擇同爲優生學所必研究，二者不可去一。試舉一例以明之。設一方面社會知智慧爲一種遺傳之品性，亦且了解其遺傳之法則。然再設同一社會自昔即深受「女子無才便是德」一類觀念之支配。則又奚益？若此之社會將繼續不以女子教育爲重，而低能庸懦之女子乃得假借而嫁人產子，以散布其惡劣之品性，重爲社會種族之殃禍。「女子無才便是德」一類觀念，由此方面以觀之（註二），卽爲一種反優生之文化勢力，而有剷除之必要。

品性遺傳之知識既得，文化勢力之利害問題，亦既將次解決，治優生學者乃進而爲第三步之研求。如何可以使此種知識發生實效？如何可以使新觀念新組織之形成不再與種族衛生之原則相背？如何使社會分子，於舉行婚姻生產之際，知所選擇，知所規避，一以民種圖強之大旨爲依歸？簡而言之，如何提倡，如何推行比較良善之繁殖方法？

此三端者，其一爲純粹的研究的，着力於生物的遺傳。其二爲積極的批評的，着力

（註二）：然自別一方面作觀察，此類觀念又非完全反優生的，因女子不事智識生活，乃得注其全力於家庭之鞏固，俾子女得一發育之地盤，其於種族全體，自不無功德可言。可見同一文化勢力，同一用優生眼光端詳，而利弊已未可概論若此。然則種種文化勢力之權衡輕重問題，甚非片言可以解決也。

在社會與文化之遺傳，即一切意識的環境之分析與估價是。其三為實地的施行的，則教育，政治，及其他社會事業之分內事也。戈爾登之二定義皆殊含混，其於品性遺傳之一端，尤未明白指出。達氏則適與之相反，於文化選擇一端殊嫌從略。或謂：人類品性之遺傳既為純粹之生物學問題，則應屬於一般的生物遺傳學，治優生學者，可以不勞顧問。殊不知人類遺傳之研究與一般的生物遺傳研究，原理雖同，而方法甚異，有不能完全相提並論者，尤以心理的品性之遺傳為甚。且就事實而論，歷來從事於優生運動者如不作理論上之研究則已，否則大都注力於品性之遺傳問題；其生物學之根底不深者，則多從事於文化勢力之分析與評論。可知上文新定義中所歷舉之三端實具密切之相互關係，有不容分立者。

## 5. 優生學之分類法

### a. 依實行之性質上分類：

譬如吾人欲治一美好之草地，可任意選用下兩法之一：即或消極的除去惡草，或積極的以相當肥料培養善種，使增加其數而成獨占之勢，優生學之方法與此正同。故吾人亦可分優生學為：

1) 消極的優生學或剔除的（限制生育的，消極的，英國及美國式的）人種衛生學 Negative Eugenik oder eliminatorische (geburtenhemmende, negativ, englisch-amerikanische) Rassenhygiene:

其目的在防遏不良人種（如犯罪者，低能者，……等等）之發展，即對於有先天的身心缺陷者制止其生殖作用，使之不能繁殖。昔瑞典優生學者龍堡博士 (Dr. Herman Lundborg) 在其人種生物學的鳥瞰與前瞻 (Lundborg, H., Rassenbiologische Übersichten und Perspektiven, 一九二一) 嘗曰：「吾人有不可以不辨者，生存權利 (Recht zu leben) 則人人有之，但繁衍種族之權利 (Recht, Leben zu geben) 則祇應為一民族中優秀分子之特權與義務也。」蓋吾人為國家及未來社會之幸福計與安全計，對於此種不良人種，不能不設法芟除之。

2) 積極的優生學或選擇的（獎勵生育的，積極的，德國式的）人種衛生學 Positive Eugenik oder elektive (geburtenbefördernde, positive, deutsche) Rassenhygiene:

積極的方法較消極的手段尤為困難，因現在遺傳現象尚未十分明瞭也。且因遺傳之形式雜多，吾人尚不能預言配偶者所生子女之性質；然配偶者兩方於婚姻選擇時，則能與以相當之勸告。要之，選擇優良與適當之配偶為積極的優生學之主要任務也。

### 3) 預防的優生學：

英國優生學者 Saleeby 氏於積極及消極二派優生學外別闢一派「預防優生學」，其目的專在消弭一切「種族之毒」 (Rassengifte)；所謂「種族之毒」者即能通過血液而侵害生殖細胞發育能力之毒物也，如酒精

，梅毒，麻醉劑，鉛毒，烟毒，煤毒等等。

b. 依實行之方法上分類：

德國學者分「實用的人種衛生學」(Praktische Rassenhygiene)為二大類：

1) 社會的人種衛生學(Soziale Rassenhygiene)：

個人之遺傳質吾人雖無法予以改善，然一民族之遺傳質則可以婚姻及生產選擇之方法加以改良，為達此目的起見，不得不藉國家及社會之警衛力，換言之，即須由國家制定種種新法律以改良現有之社會制度或創立新制度：一方面以防止精神的或肉體的劣弱者之繁殖，以避免遺傳疾病之散布；他方面則幫助優良者組織家庭並

減輕其家庭的經濟負擔，同時且獎勵其生育，以使優良者增加其數而成獨占之勢，而社會分子亦可因此逐漸趨於相對的優良化矣。

2) 私人的人種衛生學(Private Rassenhygiene)：

個人遺傳質之改善，雖在吾人勢力範圍之外，前已言之，但不使之污損或使既成爲良善者保守勿失，則爲吾人或個人能力所能幾及者也。故私人的人種衛生學之主要任務在指示個人及其家族，應如何避免遺傳質之損害，及應如何將優良之遺傳質予以保存，換言之，即勿使之污損，傳之次代是也。

## B. 優 生 學 之 研 究 範 圍

1. 引言 —— 定名不足以囊括一學科，而有定義；定義復不足，乃有範圍。範圍之確定最不易，而又最不可無。歐美學者於此尙意見紛紜，絕不一致。

環境中種種勢力之影響及人生者，可分爲下列三大類：

a. 影響及於人之身體而與遺傳所憑藉之遺傳質不相干者。

b. 影響及遺傳所憑藉之遺傳質者。

c. 影響及選擇者。

2. 優 生 學 者 之 三 大 派 別 及 其 批 評：

言優生學者對於上列三種勢力之見解各有不同。有一環境勢力於此，甲以爲必

影響及遺傳，而乙以爲否，而丙則以爲胥視其影響之程度而定。因見解各有不同，其論優生學之範圍，即因之有大小廣狹之差。依我國優生學者潘光旦先生之意見，大要可分爲下列三派：

a. 最廣義派：

此派以爲一切外界勢力可以直接影響及後裔之治安。其論遺傳，大率不顧體質與遺傳質之分，或分而不嚴。浸淫至認一切社會改造事業爲優生的。換言之，即將優生二字看得太泛，而不了解「生」字之特殊意義。此派之極端者，其思想與言論直荒謬絕倫，美國威廉魯濱孫博士(William J. Robinson)名之曰「偽優生學者」並在其優



生學與婚姻書中特闢專章以抨擊之，茲擇錄數例如下，以見此輩言論之一斑：「……我（魯濱孫博士）並非談諧或過甚其詞。我以批評與指導——以研究生育節制及優生學著名的一種雜誌——之記者的資格，常從醫生及平民中得到許多稿件。此等人大都自命為優生學者，其中且有許多在其本地極著名。……有一人作一篇二十頁的長文章反對烟草，以烟草為一切不道德與退化之原因。又一人則選酒精二字作題目，但其所討論者，並非酒精中毒或飲酒過多，他以為雖飲酒極少，亦是人類之不幸，一切罪惡，煩惱，貧乏之淵源。第三人特別恨戲劇，以為將所有的戲院完全關閉，為最好的優生方法。因戲劇能激起情慾；情慾之發生可以引起不正當之性交；不正當之性交可以引起花柳病；花柳病可使人種衰敗；戲劇是敗種之原因。……」

#### b. 較廣義派：

此派認清遺傳質與體質不為一事，而優「生」之生乃指遺傳質的而非體質的，種族的而非個人的，是治本的優生，而非治標的優生，視遺傳為重而環境為輕。但環境勢力之「足以」直接或間接影響及遺傳質，因而牽動遺傳者，若煙毒，酒毒，花柳病之類，則亦在研究範圍之內。他如性的衛生，婦女解放等問題，直接與生殖現象有關者，亦頗受注意。

#### c. 狹義派：

此派專以遺傳之選善為目的，以選擇

的婚姻生產為手段。美國優生運動領袖達文包教授嘗謂性衛生及烟酒毒等問題與優生學之關係未嘗不切，然其內容皆甚複雜，早已成為若干獨立之研究，可以與優生學合作而不宜隸屬於優生學；且烟酒毒等，目下實驗之成績尚不足，如須隸屬，亦應從緩。此頗足以代表狹義派之言論。可知其注意所及，祇限於上列三種環境勢力之最後一種。

此三派中在歐美社會中最佔勢力者為第一派，而最無學理根據者亦為第一派。社會對於優生學之誤解與惡感亦大率由此派釀成。以較嚴之研究眼光觀察之，大可無庸論列。第二派於英國甚通行，但其學理之根據亦殊不足。其從事宣傳者甚至於積極及消極二派優生學外，別闢『預防優生學』一派（C.W. Saleeby, 一九一〇，一九一四，一九二一）。切心於社會之改善而尚能兼顧生物學的事實之優生學者，大率加入此派。第三派最謹飭。草創之際，惟恐範圍之過於擴大，力求優生學成一堅強有根據之學科，以研究調查為專職，以教育宣傳為餘事。其分子最純而不駁，然其勢力亦最微弱。德國學者似以入第二派者為多，然入第三派者亦大有人（例如H.W. Siemens, 一九二四）。因為便於了解起見，作此三派之分論，非謂西方優生學界真有若干有組織相爭執之黨別在，讀者幸毋誤會。照潘光旦先生之意見，以為應力闢第一派，第二派自有其存在之價值，可以批評，

合作，而無須攻擊，第三派最近理，可採。

### 3. 實用優生學或實用的人種衛生學之研究範圍 —— 根據德國明星

大學人種衛生學教授倫茲博士之意見分實用的人種衛生學為兩大部分及若干細目；

#### a. 社會的人種衛生學；

- 1) 結婚禁止與婚姻指導 Eheverbote und Eheberatung,
- 2) 不適者之生育防止 Die Verhinderung der Fortpflanzung Untüchtiger,
- 3) 數量的與品質的人口政策 Quantitative und qualitative Bevölkerungspolitik,
- 4) 家庭負擔之調節 Ausgleich der Familienlasten,
- 5) 遺產法及遺產稅 Erbrecht und Erbschaftssteuer,
- 6) 住民與移民 Siedelung und Wanderung,

7) 政治，經濟形式及國體 Politik, Wirtschafts- und Staatsform,

8) 養育及教育 Erziehungs- und Bildungswesen,

#### b. 私人的人種衛生學：

- 1) 個人生活之人種衛生學化 Die rassenhgienische Gestaltung des persönlichen Lebens,
- 2) 人種衛生學的婚姻指導 Rassenhygienische Eheberatung,
- 3) 家族自主 Die Selbstbehauptung der Familien,
- 4) 子女 Die junge Generation.

此不過為「實用優生學」之綱領，詳細研究則留待第五章「實用優生學之意義」討論之。如執潘光旦先生所定之標準以繩其內容，則顯然屬第二派的，即屬較廣義派的，可無疑義。作者非敢於中國現有之優生運動中另立門戶或別樹一幟，實因原料關係，不得不爾。（第一章完）

平津十餘位著名醫藥師主筆

華北惟一之獨立醫藥學刊物

▲材料富豐

▲議論正大

▲學說新穎

華北醫報

每月逢一出一大張定價大洋五分

全年連郵費一元五角半年八角

廣告刊費特別便宜價目表函索即寄

▲社址 北平南長街八十二號

## 關於老年病人施行外科手術的討論(癌腫，盲腸炎)

A. Krecke 著 孔 麒 譯

以下我們所講的老年病人，就是指七十歲以上的人。經驗告訴我們：每種外科手術，對於這種病人，含有幾分危險。對於這樣病人的手術，我們照例須特別小心。這並不是用手術的危險，致使我們謹慎相戒；却是手術後的結果，使得我們可怕！尤其特別的：就是我們知道各種手術，更是在腹部的，常常引起呼吸器官的疾病，這種疾病，很容易達到死亡的轉歸。關於這種情形，很多地方來介紹局部麻醉。是否照這樣就可大大地改變此種事實，現在還沒有確定的判斷。

自然的，我們對於七十歲以上的病人的手術，如不是必能救生命或是保性命的，那就無須進行。陰囊水腫，甲狀腺腫和簡單偏墜 (einfache Hernie)，在老年病人，普通我們不動手術。胃潰瘍，雖在強度狹窄 (starke Stenose) 我們只是勉強執行手術。倘是個絞榨偏墜 (eingeklemmte Hernie) 或是個胃潰瘍穿孔 (perforiertes Magengeschwür)，自然我們不應計較年歲而不開刀；因為不這樣的，病人只有一死。絞榨偏墜在八十多歲的病人，屢次曾有割愈的

好效果。攝護腺肥大，若其他各器官都健全時，雖然是很老的人，也儘可割治，完全用不着各方面設想。

七十歲以上的癌腫病人，我們應該怎樣辦呢？概括地說，這個問題，就很難回答。倘我們現在總認為，每個可以割去的癌腫，必須用刀除去，一句話是對的，那麼，就是在很大歲數的人，如果他平日康健，必須實行這種治療。每個外科醫生，可以僥倖治愈七十到八十歲病人的乳癌，胃癌和腸癌。但是，每個外科醫生，也在想想：倘病人以平日特別健強和活潑自喜，並且證明內部器官沒有一點病態變化時，纔可適用這種手術。

還有其他兩件事情也須注意。首先我們所知道的，老人的癌腫經過，特別緩慢，差不多可以說是良性的。我們只要想想癌腫的狀態，乳癌和其他腸癌的症例。此外像經驗告訴我們，照光治療，在許多癌腫的症例，成就了一種很好的效果。在老年人，或者用電刀割治的手術的預後能比較好一點，我們還在期望！

反觀此種思量，我們來考驗各種癌腫

關於手術的問題，較重要的，得有下面的報告：

顏面和嘴唇的癌腫，必須引用照光治療，這種治療，在大多數的症例裏，會有臨床上極好且適合整容的效果。

舌癌若在纔起時來治療，可用局部麻醉，用電刀執行手術。若是進展的癌腫，那就除了手術外，還須用照光試療。

咽喉癌腫，在老年人不應割治，照光療法，能夠一試。

喉頭癌腫，照理應採取照光治療，此種治療，在許多症例裏，曾引起一種最妙的效果。甲狀腺腫，也是同樣的。

胃癌用手術治療，危險很大，這是無疑的。但是，據 Finsterer 近來指導我們，用局部麻醉，八十歲病人的手術，也能得到很滿意的結果。據此，如果平常是康健的人，我們有職權執行手術，Finsterer 在二十一個這樣的病人裏，只有三個死了沒有救活。根據 Fins'erer，年歲對於胃癌手術的轉歸，沒有大關係。

照X光，對於胃癌沒有影響。

八十歲人的大腸癌腫和直腸癌腫，頂好用各個的根本治療法來除去。倘是因這癌腫所引起的腸鎖閉時，那麼我們就有造一個人工的肛門的責任。用這種緩和手術，常常見到幾年持續的好效果。

老年婦人的乳癌，比較起來，完全是特別良性的，大約每個外科醫生，曾看見七十到八十歲婦人的乳癌，常常幾年差不

多沒有變化，更是少有使得生乳癌的婦人痛苦。因此在七十歲以前的婦人，我們很有趕快進行乳癌手術的責任，在八十歲的婦人，我們很有先靜待的理由。若是觀察乳癌幾個月來沒有表現進展的趨勢，那就我們必須讓他安靜。在老年人，要保險手術不引起手術後重大的障礙：是絕對沒有的。

倘在細心察視之下，發現乳癌有迅速長大的趨勢時，就是在老人，自然無論如何，也必須割去。

關於老年人乳癌照光的觀察，各有不同；至於我個人的經驗：往日我多用照光來治療老年婦人，在近兩年經過中，在八十歲以上的老病人裏面，我看到有兩個因鐳錠 (Radium) 和X線照光得着更壞的痛苦。一個婦人因照X光，癌腫迅速地轉移到乳部周圍皮裏，像這樣在老年病人裏，我先前簡直沒有看到過。第二個症例，在鐳錠照光後，接着就是一個迅速地癌腫的分散和一個大癌腫潰瘍的形成：這也是同樣的我從前絕對沒有看見過。在第一個症例，一切繼續治療的期望沒有了；在第二個症例，可喜的是除去乳部，可止疼痛的進展。從此以後，我對於老年人用X線和鐳錠照光，就拋棄了。

子宮癌腫，不應在這裏深切討論。據 Döderlein 的臨床報告：照光治療，有優越的效果，無論怎樣，我們對於老年婦人，必須認為這種是獨一正確的治療。

對於腎臟癌腫的手術，應該看普遍的康健情形而下判斷。腎臟手術，老年人往往很能夠當得住。我遇着患副腎腫最老的病人，他已有七十二歲了。

膀胱癌腫，能得到一種不良的手術轉歸，在老年人，難得決行手術。

陰莖癌腫和龜頭癌腫，用局部麻醉，容易割去，在其他各器官都健全時，手術可以做得。

凡是前面所講過癌腫的一切，主要的，也和肉腫的情形一樣；只是關於肉腫所當注意的，就是X線和鐳錠照光，往往能使人驚喜，這種東西，應該總用照光試之。

腹腔裏患生命危險的炎症，在老年人，當然應在非用手術就要失掉性命的當兒，就試施手術。胃臟穿孔(Magenperforation)，重壞疽性的脾臟炎，倘病人其他部分沒有什麼禁忌時，只有用刀罷了。

反之，這種病症，在靜待的情形下，可以希望有好的結果時，手術問題，就應該根本酌量一下。

膽囊炎，應該盡量長久保留手術。若我們決要動手時，那就須在病人已現沈重症候的時候和須有特別好的體格。在老年人，用手術而得偶然的結果者，就是我在一個七十歲男人的症例得到的教訓：他因患很沈重壞疽性的急性膽囊炎，用切開術後，得着良好效果。

七十歲以上患盲腸炎的老年人，應該

怎樣進行醫治呢？如果要照最近三十年間關於盲腸炎所成立的規則，那就是在老年人，每個盲腸炎症例，也須及早割治。但是，手術的危險在老年人太大，這句話難得說了。Flörcken 近來曾有報告，在他的五十歲以上一百四十五個割治盲腸炎的病人裏，死了百分之十二，四。在所謂輕的症例，就是漿液膜沒有分與的，應採取看護療法。雖然，任何一個盲腸炎症例，其輕重的問題，不是總可確定解答的；却是有經驗的醫生，只稍留心，就很少弄出不幸的錯處。

一個重盲腸炎的症例，就是說漿液膜也分與的，那就難得決斷醫事進行對於這些症例，要完全引證普通定則，這不是簡易的事。在這種情形，全要注意個性的分別。醫生必須一方面權衡疾病的輕重，一方面要注意推測病人的抵抗力。

這種問題，對於遇着還有機會用內科療法治盲腸炎的外科醫生，普通稍為容易解決。在這個時候，我們知道用內科療法，曾治好很多盲腸炎的重症例，倘我遇到患盲腸炎的老人時，我們必須要想到有這些良好轉歸的可能。這種症例，若不能局部地限制盲腸炎和避免化膿性腹膜炎的發生時，那就我們用看護療法而拋棄手術。如起初我們視察病機只在右腸骨窩演進，其他的腹腔處全未起炎性刺戟時，據我的觀察，我們有理由或者也有責任，先行靜待，並且留心幫助自然的治癒機轉。一例

爲喻：

P. Elise六十八歲，於一九二九年九月十二日收入，Sebneider介紹。

病歷；九月八日，腹部右邊疼痛起病，次日疼痛加厲，三日後嘔吐刺戟，第四日請醫生，當時即有診斷。

狀況；營養狀態良好，肺無變異，心音不純粹，每四次心搏後一個期外收縮。腹部；脂肪很豐富，沒有向前突出。右腸窩有一個手掌大的界限清楚的硬塊，觸覺過敏。體溫38.7，脈搏96，白血球 12700

看護治療用熱罨，阿片；膳食嚴謹；這樣七日差不多沒有變化；從第八日起，體溫慢減，浸潤(Infiltration)和疼痛消退，身體平安。

二十三日後，復發四日；兩日平安，又復發一次，持續三日；十三日後，再度復發七日；再過十五日，最後一個七日的復發。從此後，體溫最末退到三十七度下，脈搏退到八十，右腸骨窩完全變軟，並且觸覺不敏。

在這病人，判斷還算簡單。當這女病人在第四日收進時，看她的症候，盲腸炎的病機似乎已有限制的現象。照經驗上，在相似的症例，我們可以斷定此後腹膜炎的危險不會很可怕。因此不待思索，可以想到這病機最厲害話的麼，或成一個局限性的膿瘍，此膿瘍將或被吸收，或陡然裂開，或因很簡單的原因而開破。這種靜待，並不使人失望；雖然病症持續很長久和

屢次退熱後有四次復發的表現，却是病人用這種方法，可以超過重度發炎和達到完全痊愈。一個復發的可能性和一次復發，自然在後來也必須計算。

反之，從觀察上我們得到教訓，若是壞疽性盲腸炎同時有腹膜炎危險的逼迫時，那麼就是在老人，也不應對於手術遲疑。下面是這樣的症例：

Sch.先生，七十七歲，於一九二六年十一月五日收入，Meier博士介紹。

病歷；中等身材，中等營養狀態，皮色正常，體溫三十九度一，脈搏八十四，強健，整齊，白血球18000，心臟，肺臟沒有病態變化，腹部略向前突出，右腸骨窩十分膨脹，觸覺異常過敏。

在一九二六年十一月十五日，切除盲腸，腹腔中有混濁滲出物，盲腸炎沈重，盲腸底面的粘液膜現泛發性紅腫，並有扁荳大的壞疽(Gangrän)和許多小壞死塊(Nekrose)，手術經過。十分順適，用了Aether 50 ccm。

繼續經過平常，第三日吐出十二指腸裏面的東西，胃臟洗滌無效，腹脹，大便，腹還是柔軟不向前突出，第四日心臟力弛緩，肺臟二下葉上有氣枝管炎雜音，第五日死了，沒有解剖。

在這種症例，靜止療法能否得到較好的效果，好像很可懷疑。當這病人來我處治療時，右腸骨窩處現泛發性膨脹，沒有什麼界限，致使我不能認爲是一個局部的

病症和怕腹膜炎的危險發生。我們要想想：在靜待的時候，或者因發生腹膜炎而死掉也說不一定！這個病人，雖然已有七十七歲，却是很強健，全身都好，曾沒有露出一點病態。在這種情形，好像這病人能夠克服一個很迅速的手術；所以我們很自信地必須決定手術治療。

這個平順迅速的手術經過中，發現盲腸有初起的壞疽；就解剖上的關聯着想，靜止能使這個將要穿孔變成腹膜炎；因此我們很有理來去掉盲腸。可惜經過不良，四日後病人死於胃弛緩和肺炎！

若遇一個相像的症例，對於同一問題，我多半同樣地發表我的意見。自然的，在這種症例，對於手術和靜療的期望，必須客觀地使病人和他的家屬明瞭。這樣事情，我曾做到，並絲毫沒有加粉飾，病人和他的家屬，都要求用手術。那時候的醫生，外科醫生，只能做那種在他精密證實後認為適當的事情。

這兩個例子，指示我們對於老年人的盲腸炎，應該怎樣進行和向着那個固定的終點。盡我的回憶，除掉已提過的，我還治過五個在八十和九十歲患盲腸炎的病人。在這五個裏，三個用手術治療，兩個用看護法，五個中四個痊癒，一個死掉，四個症例是婦人，一個是男人。

在三個症例，因為顧慮沈重症候，先用了手術，希望病人健全體格，能夠戰勝手術！

兩個病人，患腹膜炎性疾病。兩個症例裏的一個，在起病後八點鐘，第二個症例在二十點鐘後用手術。

第三個病人，是一個八十一歲的泥水匠，患盲腸炎和膿瘍。這病人的症候，非常厲害，似乎大有使用手術之必要。這病人在一九二九年，在八十歲時，曾患盲腸炎，並有限局性的滲出物。當時症候毫不危險，我以靜待相勸，結果良好。在一九三〇年四月十二日他再來病院時，他的右腸骨窩生了個大膿瘍，已有兩日了。這次我不敢遲延治療，於是用腰部麻醉，切開膿瘍，經過完全良好。三星期後，病人痊癒能夠出去。自然的，盲腸我也割去了。

三個用手術治療的病人，都痊癒了。

兩個用看護治療的病人(兩個婦人)裏，一個治癒，一個死了。

在治癒的病人中，一個是七十六歲的婦人，患限局性盲腸炎，滲出物已被限制，普遍的症候較輕，致使我全無顧慮決定用保守療法。這女病人有心臟機能障礙，就是在沈重的症候，我也決定用靜待法。

其他用看護治療的病人中，有一個八十六歲的女人，他在病後第四日，右腸骨窩有限局性滲出物。用阿片和熱治療，較可有滿意的狀況，維持了四日長久。在第五日(病後第九日)肺炎發生，這女病人迅速地在當日死去。

在這個症例，我們施行靜待，確是完全適合的。這到第四日纔來求診的已包

裹着的盲腸炎，實在已經沒有動手的機會了。倘我們來割治，無疑的，我們犯了錯兒，在這個症例，我們或者一定把肺炎認為麻醉的結果。

總計七十歲以上患盲腸炎的老病人有七個，其中五個女人，兩個男人，四個用割治，三個用看護治療；在四個用手術治療裏，三個治癒，一個死了；在三個用看護治療裏，兩個痊癒，一個死了。

無論如何我們做得是合理的，因為我們對於七十歲以上患盲腸炎的老年人沒固守着適用治療少年病人的規則。加答兒性盲腸炎，我們不動手術，只有破壞性盲腸炎或是進行性腹膜炎的症候很明顯時，那麼我們動手是很須要了。在最後的一個症例，若我們確定病人普遍的康健情形，對於手術不起增進；更是有一種重要器官的障礙(心臟，肺臟，腎臟)存在時，我們也常常決行靜待。糖尿病人，肝臟硬變(Le

berzirrhose)病人，慢性腎臟疾病(Nephrose)病人，在重盲腸炎的症例，就是有更危險的症候，我們也必須避免手術。只要嚴密審察在眼前所有的情形，我們就可以得到對於病人最有益的判斷。

#### 結論：

在七十歲以上的病人，對於手術事應該特別留心處置，所有一切全不須要的手術，都在避免之例，可救性命的手術，就要動手做去。在急性膽囊炎和盲腸炎，個人的狀態，應嚴格視察；如一種病症不用手術，好像定有死的轉歸時，也應執行手術。

七十歲以上患癌腫的病人，須要注意癌腫經過在老年常常特別緩慢，倘手術像有幾分不可靠時，那麼就應該保留；照光治療，可以一試。

(譯自 Krecke, Mucuch, mcd. Wscho  
1931, No.1) (完)



# 結核症治療法之最新實驗

張士琦醫師

結核一症，爲人類之大敵，但至今不知較盡多少學者腦汁，及費去幾許心血，仍未能得一根本治療之法。於是只有多多實驗，希得一良好之法，以撲滅此惡魔。茲將最近一年間各專家之實驗成績，略述如下：

J. Leitner氏曾試用病愈者之血以治療結核症。應用之血爲取自曾經患急性結核症（即所謂早期浸潤）已痊愈者。取血及保藏俱用滅菌法，注射入臀部肌肉內。起始注射 0,5c.c.，漸增至5-10c.c.。注射時間距離，爲五至八日，反復一次，毫無局部痛苦，以及可述之局部及一般反應之發現。治療時限，約一月至四月之久。重症患者如心臟已變衰弱者，不能用此法治療。用此法治療之三十症例，成績大都佳良，但病愈者之血殊難多得。

H. Koenigsfeld 氏曾試用一新治療劑名Thanatophthisin其原始材料，爲自然患結核症牛類之器官內之結核性乾酪。此種用滅菌法取出之材料，製成一種抽出物，此物又與原治材料中殘餘物之不溶於水中者混合，然後用此物使馬類免疫（Immu-

nisierung)。行皮下注射入馬體中，漸增用量至一年之久，使其毫無反應而能承受。然後由此馬取得之血清，名爲 Thanatophthisin此藥使用時行皮下注射，最初用量爲 0,1cc，注射四至六次之後，可多次注射增高至0,2-0,3cc之量。治療肺結核患者無用更大量之必要。但外科結核症較不易受刺戟，治愈時限，須延長數月之久。不快之副作用從未發現，共治五十八名肺結核患者，及十一名外科結核患者，均病勢減輕不少。很少局部反應，有時有次熱性發熱。但治癒問題，因試用時間尙少，不能決定。

Boscolo-Bragadin曾於五年間用患者自身之痰製出之苗漿，(Vakzine)治療肺結核症，其結果 32,56% 之病例，均達到臨牀的治癒之目的。

肺結核患者之發熱，有主張非結核菌所致者，實由於混合感染其他細菌之故。Ludwig Veilchenblau-Arnstein 氏曾由痰或其中細菌羣，製出一種自家苗漿，(Autovakzine)或混合自家苗漿，(Mischautovakzine)。單用此種苗漿，或與其他藥物併用，以治療重症病人，曾達到發熱低減，以

及一般狀態變佳之結果。

H. Menschel曾試驗 Vigantol對於開放性結核症之效果。Vigantol之最主要功效決定如下：(一)病理的發炎性病變之退行性變化。滲出性變化被阻止或吸收，此外又變硬結而痊愈。(滲透性病灶為結締組織及癥痕發生部所分割)。(二)對於新陳代謝之作用，尤其對於蛋白體之新陳代謝作用：a.熱度之低減，與盜汗之除去。b.有系統之體重增加。c. Diazoreaktion 之變陰性。(三)在血中之治療作用：a.刺戟白血球增多，使白血球延遲減低其數目，以及暫時之淋巴球增多。b.紅血球沉降速率之減慢。(四)預防肺出血，(五)減少或除去吐痰，(六)各器官結核症有利的痊癒趨向(骨，喉頭，與及皮膚結核等)。Vigantol對於結核患者次發性貧血，毫無作用。但可用肝療法，或使用小量砒素治愈之。用此法治療之結果，死亡率減低。工作力之大部恢復，用大量Vigantol(四至三次每次十六mg)可發生嘔吐，大量白血球增多，食慾減少，及體重減低等現象，腎臟之障害，於成人未能發現。有效用量，為一成Vigantol油溶液，每日一至二次，每次五滴。此恰適於Vigantol之維他命(Vitamin)特性。治療效果，於四至六月後發生。

Ott Becker氏所報告之一觀察。Vigantol與大量鈣素劑同時併用，每日服二次，每次十滴。(六星期無間斷)然後休息二星期，以後又服六星期，同時每日服乳

化鈣五格蘭姆，用此法治療，可將增殖性結核，變為硬結性，病人之一般狀態亦變佳。增高之紅血球沉降速率亦變低，以至漸趨佳良，但治療時限須特長。

基於結核症由於膽脂血及糖血之失其平衡之假設(即血中膽脂之減少，其結果全機體對於結核症之抵抗力亦減少)，Jacques Carles及F. Leuret二氏曾試驗增加血中之Cholesterol而不變更糖血Glycémie。彼用鹽酸Cholin，每隔日用量0,02行皮下注射，而達到此目的。由此所得肺結核治療之結果，頗有注意之價值。體溫之減低，機能的障害之減少。急速而多量之體重增加，在外科結核方面，骨關節及腺結核冷膿瘍之速愈，老瘻管之收口，三十二名用此法治療之病例，有八人已完全治愈，有二名開放性肺結核患者，及十名治療很久之病例，均經過長時間仍然佳良。此種療法，全無弊害，故亦無禁忌症。

Alexander Komis-athen氏曾將科和氏老鐵勃苦林，(Alttuberkulin Koch)製成之1:40溶液於Hansen氏液內，經一月之久，至於醱酵。然後將此醱酵後之老鐵勃苦林，用0,25-0,5之量，行靜脈注射於結核症患者體內。此種方法似可達到較佳之結果，比之行皮下注射為良。發酵後之老鐵勃苦林，毫無毒質。

Johannes Kretz氏報告在維也納之皇家醫院內，曾試用依照Sauerbruch, Hermannsdorfer, Gerson之禁鹽營養療法，治

療五十名女病人，證明此種療法，對於各種肺結核症之重症患者，有速高之體重增加，與一般狀態之變佳。直接影響於病症之經過，將浸出性變為纖維性，或直接作用於發熱狀態，以及痰量之多寡，尙未能觀察得之。

Erich Schwalm 氏，曾用 Gerson 氏禁鹽療法治療二十名肺結核患者，但無一人可證明由此療法，對於肺部狀況有影響，客觀的變化，亦不證明其或有變質解毒等作用之意味。其達到之體重增加，亦只限於與其他療養院治療法所能達到之限度。其一部係由於磷質魚肝油之作用，Gerson 氏禁鹽療法，究長於其他之療養院療法，亦因注意於多量之維他命供給者（牛乳，菓品，蔬菜）與否，未可定也。

Bruno Gettkant 氏，亦曾試用 Gerson 氏禁鹽療法，而未能證明其對於肺結核究有何種影響。但此療法，對於結核症之影響，不能一概而論，在狼瘡，骨結核，及關節結核，與肺結核之間，宜格外分別。

因 Hermannsdorfer 之禁鹽療法，最終由於 Ergosterin 之作用，即由丁種維他命之功效之推測，依 Birk 氏之報告，得一有力之佐證。彼觀察結核兒童之 X 光照象，引起特別注意，即用 Hermannsdorfer 氏禁鹽療法治療之兒童，在其肋骨，及膝關節骨端，骨與軟骨之交界處，有較大之鈣邊緣之出現。此種變化，非由於本來之食料，及礦鹽之作用，而為魚肝油即其中

所含丁種維他命之作用，故若將此藥不與一定之食料及礦鹽併用，只是將其加入普通之療養食料內，亦發生此種現象。但用量須大加，三五歲之小兒，每日須與以三十 cc 為度。

Plath-Bielefeld 氏報告一重症之骨結核，及腺結核病例，為一五十六歲之女病人，彼曾觀察二十五年，各種療法均已次第施行，毫無效果，後未變更其食品，只投與照射過之 Ergosterin (Vigantol) 內服數月之久，其結果意外佳良，所有瘻管完全收口。

P. Clairmont u. A. Dimtza 因欲得 Gerson-Hermannsdorfer 氏之禁鹽療法，對 Zürich 於外科結核症之功效之一適當說明，曾於大學之外科臨牀部，另闢病房，專備廚房，將關節結核，與骨結核之大部病人，有瘻管之大部慢性患者，與一部有肺結核，泌尿生殖器結核，與狼瘡之合併症者，受此種禁鹽療法。並除此外，其他療法如照射，特別是靜置，鬱血等完全不用。所以約五十名移置於用禁鹽療法病房之患者，忽然發生全般狀態之變化，而為漸佳之現象，此種病人大多數均在其他醫院，結核療養所，在低地或高山之療養院內，及在本外科臨牀部，已長時間治療過者，病人須經過八至十日，然後可習慣食此新食品，又及於皮膚以及傷口之影響，仍不能否認，如瘻管之收口，及骨變形之復元。

Harms u. Grunewald 二氏曾經試驗 Gerson 氏之禁鹽營養療法對於肺結核經過之影響大部分因病人之反對，不能見諸實行。只有數病例，見有可注意之體重增加。但可用平常食品，及其他簡單方法，亦能辦到。至於肺部狀態，因而變佳，尙未觀察得之。紅血球沉降速度在治療期中，大多數均增速，但治療完畢後，又變正常，血清內之氯 (Chlor) 素含量，大多照原數，在治療期中，尿中氫氣伊洪密度之變動，亦未發見。受 Gerson 氏營養療法患者十名中之五名，症狀顯明變惡，最後結論，禁鹽營養療法，仍非較爲進步，或能代替迄今之保存 (Konservativ) 及外科的療法之肺結核療法。

由於少數病例，在實行 Gerson 氏營養療法之前，曾經觀察數月之久之重症開放性，其一部且發熱之肺結核症，紅血球沉降速度甚高，一部且合併患喉頭結核者之病例，Pohlmann 氏曾經特別研究 Gerson 氏營養療法，對於此種病例之功效。在治療起始時，與對照之病人相比，大概均顯示重大之肺部變化。用 Gerson 氏營養療法療治之病人，體重增加，較其他病人爲速。尤其對於喉頭結核，似有佳良功效，用此法療治之病人，退熱亦較易，經過四個月之觀察之後，決定其預後，較用其他療養法治療者爲佳良，如共同與常用之外科的特殊，與非特殊的治療方法并用，則 Gerson 氏營養療法，確有很大之助力。

依 O. L. E. de Raadt-degsteest (Holland) 氏之說，則 Gerson 氏禁鹽療法之真因子，在於食鹽之除去，食鹽缺少，引起胃中鹽酸之缺少，因之腸中蛋白體醱酵增強。由此芳香之 Hydroxylverbindung 其中 Phenol-u. Parakreosol 之生成，大爲增加，(Autophenolisation 「自家石炭酸生成」)。此石炭酸有殺菌及抵抗結核菌之功用，但此增強之自家石炭酸生成亦可不必禁鹽，而只服食富於植物性蛋白體之食物，即可達到，(夾殼物，蠶豆，碗豆，匾豆，毛豆，杏仁，巴旦杏，落花生等)，如食物大部均爲動物性者，則此缺少之自家石炭酸生成，可用經口的輸入石炭酸代之，(每日量爲 250mg 結晶性石炭酸，) 加入魚肝油類。石炭酸之惡臭，可加入樟腦以去之 (每日量爲 250mg)。

Hanns Alexander 氏曾於其患者中三十二名之肺結核病人，試用 Gerson 氏禁鹽營養療法，其結果有時較平均能達到者更爲佳良，但過於沉重之病例，用此種營養療法，仍無影響。

A. Bacmeister u. P. Rehfeldt (St. Cla sien) 二氏，曾於用 Gerson 氏禁鹽營養療法之前，長時間給病人服食磷質魚肝油，彼等且主張磷質魚肝油，爲結核症營養療法中之最重要因子，由此物之作用，達到之許多結果，可不必禁鹽而得說明之。

M. Gerson-Kassel-Wilhelmshöhe 證明許多骨結核，及皮膚結核之病例，其復元或

浸潤之吸收，以及生皮，均因其營養療法而發生。遠在病人服食魚肝油，及磷質魚肝油之先，有許多重症肺結核患者，經過十至十二日之後，即退熱而覺愉快。但並未同時服用清魚肝油，及磷質魚肝油。半年以來，Gerson氏最初給病人清魚肝油，因用此法，病人易習慣於食品之轉變。代替魚肝油，可多給以Radiostol，每日二次，每次一片，然後換磷質魚肝油，(0,02；

300,0) 每日二次，每次一食匙。因有許多病人不易習慣魚肝油之味，所以彼使病人隨時變換其用藥，每服三日磷質魚肝油，後改服三日 Radiostol 營養療法有效之本體，為氯素之去除，維他命及礦鹽之堆積再加以含水炭素化合物之減少，蛋白體供給之減低，牛酪之供給特別從豐。凡此種種成分之作用，其結果始成功體質療法 Konstitutionstherapie 之最適宜度。

編輯主任

董林 道椿 蘊年

## 民 衆 醫 報

宗 旨	宣 傳 公 衆 衛 生 普 及 醫 藥 常 識
價 目	每 月 一 期 每 期 一 角 五 分 半 年 八 角 全 年 一 元 五 角
地 址	廣 州 市 惠 愛 中 路 一 七 五 號

## 血 栓(Thrombose)生成問題

李潮驅 吳國俊

病人就醫是很不得已的事，所以與其病後求治，何如未病之時預為防患！世界上科學愈進步的社會對於疾病預防的心理和施設必預普及，在這種情形之下疾病的平均統計必較科學幼稚的社會為少，是料想中當然的事。至于若係惡性的疾病則更須注意防患的了。血栓一症係血管內凝滯着塊狀物的毛病，多半生于靜脈內；可使血管閉塞，引起種種病理的現象；亟宜注意，自不待言。但從來對於血栓原因類多未明，原因既不明白，則預防又何從着手呢？大學教授 Felix Franke 氏感於德國近十年來血栓一症特別增多，本其多年服務的經驗發表別開生面而且確着的議論，謂內科的血栓病多生于流行性感冒的潛伏期中，爰譯如下，俾一般醫界對於血栓病的預防和治療有以借鑑。

近十年來哄動社會的一件極不平常的血栓生成和栓塞(Embolie)數目不幸激增的事實——譬如根據多方面的報告在 Leipzig 城發現的計增加了六倍之多，在漢堡則竟增加到十六倍，醫學時報及醫生聯合會等團體對於此事時時交換意見，可惜他們追

究這個原因的結果總是說：「準備宣告的時期還沒有到」，於此可見一個滿意的解答却是遙遙無期。就中對於血栓生成畢竟基于血管內皮的變異，抑是血液自身的變異的問題，也却不曾明白。後來有人便想起了 Thrombopathie，Thrombenbereitschaft (血栓準備病)的名詞去解說牠，但是其實這個名詞還是不能釋疑的！Thrombopathie 生于何處？生于血的固有特質中耶，然則究生于血液抑係生于血細胞？生于血球呢抑係紅血球？生于血管壁耶，然則究生于血管內壁抑係其他血管的組織？這血栓準備病是先天性的呢，抑係後天性的？本病的發生取道何處？有什麼條件？總之，吾人不能不澈底反問血栓生成現像的根本原因究竟是在什麼地方。在後許多關於這病的論述者之一位，曾作稍為切近的解答，他的要點是說並非何項病染皆其原因？

Leipzig 城的學者 Hueck，Morawitz 尤其是 Payer 諸氏公認與傳染無關，Fritz Koenig 君亦謂這驚人的現像尚難揣測其究何原因，但與無論何項病染皆無關係，則

敢決斷云。

他們爲什麼將潛伏性感染除外呢？記得曾有患因連鎖狀球菌而起之慢性心內膜炎 (Endocarditis lenta) 的人，其許多的併發症中有血栓一症；而Kaemmerer于一九二八年在Merklen, Presse med. Jahrg. 36, Nr. 7的文中亦曾發表蔓延全身的毛細動脈管內膜炎起于慢性心內膜炎之時。又他繼續的聲論和近來許多著作家的意思吻合，即謂並不是除卻連鎖狀球菌 (Streptococci) 的毒素之外，不會有別的病原體存在，其他一切可能範圍以內的微菌同時也會感覺着。

然則目前常見的血栓病爲什麼與潛伏性的病染無涉呢？是不是另有一種不明的微菌在作用着呢？又一切致病的微菌是否都既認識？譬如流行性感 (Influenza) 的病原體敢斷定認識了嗎？我却反對這個，所以反對的理由則見于我在「Die chronische Influenza, München, O. Gmelin 1928」的單獨記載，我對於本症的分斷恰合很多作家的意見。夫流行性感 (Influenza, Grippe) 實係極多形態的疾患之一，有時呈露凡所可能的複雜現象，有時却不是限于肺部則限于心，腦，腸，骨骼，或泌尿器 (Pyelitis) 各處單獨的生病，或者亦可只見隱隱地發熱或持續性的間或很明顯的溫度下降，或者只見營養障礙，病人日益消瘦。五六年前常見的痙攣性腸病今日幾成泡影，這是證明流行性感 病態不一的一例了。

現在要問爲甚麼這樣常見的血栓病不由潛伏性的感冒病染即慢性感冒而生呢？況且恰恰這時引起血管系統患病的正不少數；心機遲徐疾的怎樣常見啊，心機過快症萬一來時的怎樣持久啊，血壓增高同血壓變易的偶然可見啊！在另一方面亦見張力減退，心弱和心臟本身的神經病狀。在一定情形之下不能不引起血管隨呈病的現象，即引起出血的傾向，要知患流行性感 尤其是慢性的，那毛細管出血比較患任何病症之時却爲常見，特別是在婦女，譬如往往上腿部沒有外因的出血，上臂部被大力拊住之時亦然。其他如鼻加答兒 (Schnupfen 感冒) 的時候分泌液中微混以血(早晨尤甚)，或無肺病的象徵偶然咯血皆是。流行性感 是自古以來 (Wittich 1580) 久既公認的一種善于引致各種出血的病症，吾人援舉常遇的鼻，牙齦，咽喉出血，月經過多，子宮出血爲證，而Leichtenstern 氏的發表並引軟腦膜炎，胃腸炎，腦髓炎，出血性鼓膜炎以及大作「常見的出血性紫斑病」和Kuskow「出血性感」的論述爲補充。以上種種出血的例證，當其未出血前都可謂先有血液的變異；出血和血變大概同受心弱的影響，或者尤無疑義是管壁營養障礙的繼起現象。

現在要說幾乎忘記而有趣的事實，便是Leichtenstern 又曾統計感冒流行極盛時 (1889/90) 病人帶有血栓的數目很大，據其慎重的查驗，謂多數的血栓見于上肢，這

位于上肢的血栓鄙人亦曾有二例，一係十八歲少女，一係六十一歲老婦，二者皆因血栓衝過鎖骨下靜脈身死，可惜死了之後，家屬不允我檢驗。

感冒盛行過後的十年中，關於血栓生于感冒之時或感冒之後的新聞，却非常沉寂，可是現在又可聽見流行性感冒病時的血栓一症時常發生，並且間有見于一歲或二歲的嬰孩者；平常要在嬰孩中找到早期的流行病是非常困難的，現在可謂給這傳染性的血栓病做了絕無僅有的反證了，而且也有發現于臂部的。據報告所知，最佔本病位置的還是少年及中年人，並且血栓是每于工作之時反復地使人感受，或猝然而來，至其起于重病之後或重病之時的似未聞見。有人便以外傷 (Trauma) 的作用去解答，如謂血栓多生于右臂，實既證明工作時突然上舉或用力的一種拉裂作用——這種情形在大流行以前 (即1889/90) 以前) 雖然也有他「外傷」的影響却似完全無有見及的，從上次到現在 (1917/18 以來的流行) 的中間期 (1889/90-1917/18) 則更無人提及討論的了。但我覺着不能不問，就是果然外傷的影響屬實，則血栓生成的毛病正不應僅發生于少年而不發生于老年，其主要應多發生于組織阻力較弱的老人才對？

Loehr 氏根據所舉的六例，公佈血栓生成的原因，但他對於外傷一說則尚猶豫否決。其他如 Oehme, Kinzel, Gold, Patey 諸君報告許多臂部血栓的例時亦謂除祇數

例確因外傷而引起外，其餘皆不敢斷其原因。在 Kinzel 四例之中却有一例在未染感冒以前的短期中痊癒。在我個人四十五年的醫生生活中，其中除1924年以前的三十六年不計外，1924以後在聖母會的看護室裏行醫却從未遇過繼感冒一症而起之內科外科或婦科方面的血栓疾病，其後于家庭經驗上也只遇到數例，一例關於婦科方面的是今年一個五十七歲營養佳良身體康健正在患着輕度加答兒性和神經性感冒的婦人，臥病之第十二日，左邊的薔薇靜脈 (V. Saphena) 和股靜脈幾乎突然得了血栓，血栓直達下腹靜脈而上。

經服 Antipyrin 司多量的 Salicylsäure Natr., 卒之安然退去。血栓生于臂部血管中的除既報告的兩例，去年鄙人尙得一年屆廿六歲的慢性感冒症的女子，病者家屬自1889/90年流行性感冒盛行以來受未流行的影響，這女子出世三四個月就有感冒症的，到第八月兩腿的坐骨神經發生壓感，兩腿因而麻痺起來，經年累月遂致一精神和體魄皆很健全的人于第二年添患強度的心臟變異，即脈搏有時降至40-45次，呈沉重的嚇怕現狀，現在且患輕度突如其來的莫明所以的失色 (T3lass), 六年以前神經炎的症候——尤其是左臂的神經炎轉善一改爲輕症的麻痺，但不料多年來的萎弱即伏基于此，1928的二月她的父母因共染了她的感冒(輕度)，其本人在很好調理之下沒有特別的不舒服，右手臂也沒有沒用



勁，忽然覺着右臂疼得厲害，直至上臂的中段生淡紅到淡藍的色變同有加無已的腫漲；手下垂時或覺有硬條起于腋部附近之時更甚，脈搏不變，不發熱。靜臥時手臂高舉並服 Na-salicyl. 同 Antipyrin 于第三星期顯然病勢減輕，四星期後照常動作，不過下垂的時候手部仍有輕度的腫漲和微紅。這病是否用流行性感冒病毒的潛伏性感染去解答呢？現在我要敘述更較明顯的第四例了，就是一個二十三歲的女子，于一年半前以慢性病求治，據云她的母親也時有感冒症的症狀，她本人實因自1924年患病後左臂發生疼痛性的腫漲以致有如目前腫床既三星期的沉重現狀；1928那年因疼痛及腫漲曾繼單燒而起，遂遺長久的孱弱和各種的不快，其演進的狀態極似一般慢性的感冒症所具有的。被請的醫師兩次曾作淋巴腺和靜脈的炎症醫治，果然腫漲漸漸退去(退得很慢)，但疼痛有時仍作。又如 Dietrich 在 Giessener 學院的敘述中分明地說一個年才十九的少年兩腿間的靜脈炎症繼感冒而起，其後經一年之久幾乎不見炎症，但這一年的中間期過後卒因腸間靜脈起了血栓而死——這都證明感冒病毒有匍匐性感染的可能性而且其感染狀態在少年的身上原無二級。

極使余發生興趣的是對於本問題有一位經驗醫生叫 Nelz 的不約而同的作了同樣的見解；他的立足點是說Influenza的病原體顯係心臟和血管的毒物，其保存體內

多年對於組織和臟器雖可無須影響重大的敗壞，但也許引起持續的病徵或者在絕對健康的時候忽現沉重的瘴害；不過這種連帶的影響畢竟如何常見，則以吾輩精密的討論和調查也無正確的觀念。因限于篇幅，不能在此多載他有趣的發議，他和我見解上的差異點是止于他認主要的受害者心臟而已，以所持理由蓋係根據 Bauer 君剖驗在 Wuerzburger 學院死于開刀後期的血栓和栓塞的一百個尸體中竟不幸發現有九十五個的心臟都有變異的報告，而且他便推慮這些死者生前必曾因于緩慢性的病染，結果在一切情形的追詢之下果然得着流行性感冒的原因。

我所素信的當感冒毒染之某時期中先血栓而起的血管損壞，為 Nelz 君所不經意者，亟欲加以引申之，然對於那害物的指定雙方確係一致，至為榮幸，徵諸 Leicht enstern 氏1896之言：「感冒性靜脈血栓病的他項特異處即往往繼輕度而且短促的流行性感而發生是也」，又待其在家庭充職時的經驗謂當匍匐的慢性的Influenza時亦能發生，則我的意見更彰價值，至流行性感冒病毒所引起的慢性潛在的感染正和慢性的瘴疾，微毒，癆疾無異，同于前後急性病態的中間期中呈安靜狀態的事實，是無庸贅論的了。許多國內外的經驗醫師關於我的單獨記載及論文的談話幾乎沒有一個例外地加以反對，而且有些還極端稱贊我呢。

以下所述 Heglers 的統計，似乎給我的立論以重大的打擊，即據他統計，二百一十六個血栓病與一百二十一個栓塞中（栓塞的死者中有十六個曾經剖驗，一一證實）僅六十二次是決定了病原的。其實若從以上的立場是不難迎刃而解的；為維持我的意見計不能不一再申說：流行性感冒一症的面孔是時時不同的，病者困頓的情狀也因而一時一時有異。當1880年的後數年間多骨和關節的疾患發現，曾引起我1885年在Arch. Klin Chir; Bd. 109中對於這類著述的動機；後此數年則以慢性神經上的疾病占居多數，大戰終時又以睡眠病同肺炎極引時人的趣味，自1925到今則以倉卒的往往沉重而且往往不便開刀的痙攣性腸炎驚動一時了。

關於治療一層，至好豫為防患；但要必有結果是很難說的。據我經驗當血栓一經發覺之時即以 Infus. digitalis 1,5 : 50,0, Natr. salicyl. 7 : 10,0, Antipyr. 3-4,0——每二小時服一碗，以後隨情形增至每小時一碗，續服三時藥劑有時和鹹性 Optochinin (肺炎殺菌劑) 同服，如此幾使每個流行性感冒的肺炎症痊癒，至于許多經余治後結果輕快萬分的血栓病確係曾受上述藥劑的影響與否，自然我也不能證明；雖然其他同事亦既在表格上報告屬實，惟究竟治療的原因是否直接受這藥劑的影響，我腦海中時時泛着一團疑問。

末了我很期望那些實驗的同事們對於目前的題目能本其多方面的觀察繼續有些表示！

余 雲 岫 主 編  
胡 定 安

## 社 會 醫 報

定 價 全 年 二 元 半  
零 售 每 册 大 洋 一 角

總發行所

上 海 新 開 路 二 一 三  
八 號

## 非淋毒性尿道炎

呂富華

大凡冶遊後，小便忽見白濁，無不自認已染淋毒，急急求醫，或自購器械及銀製劑洗射。事實上多數之白濁，確為淋毒性，如此治療，原則上，本無可非之處；然亦究有非淋毒之例子，經盲目的強烈之洗射後，釀成刺戟性尿道炎，洗射愈認真，症相愈類淋病，却只見重不見輕。若有醫家，不信病者供訴中之不曾嫖妓，一向只與本妻交接，而又惛然不加顯微鏡診別檢查，強行當淋毒洗射，及見症相不減，反疑藥力不足，加量或易較靈之藥，以貫徹其手術，則因久治不愈，病人精神必然大受打擊，往往自信為不治之病，變成性的神經衰弱，或竟希圖自殺，而不知本無淋病也。其實若干時髦醫生，併不止於局部之洗射，尚有注射淋毒菌苗，及acridin劑等把戲。且勿論其施之於非淋毒性尿道炎，無異無的放矢，勞而無功，而菌苗亦只宜於淋毒之加雜症，及慢性淋毒，非能凡濁必治，Acridin劑宜於急性淋毒，而其效亦只限於縮短治療期限耳。然而此點，似乎只有洋人，明其所以，肯說實話，如阪上虎彌太等之於Panseptin（鹽野的

日新治療六六號），M. Weber之於Trypafavin（J. G. 廠Therapeutische Bericht 1931第一期）等等。國人收受製劑家，大量藥樣之餽贈，往往代人瞎吹，或竟不免杜撰治驗，稱其注射後數小時即見輕，數日即愈云云，頗難置信。

鑑別診斷上，足與真正之淋病相混者，約有以下諸病：慢性非淋毒尿道炎，淋毒愈後尿道炎，假淋毒性尿道炎，尿道迴歸匍行疹，尿道軟性下疳，尿道硬性下疳，刺戟尿道炎腳踏車乘者尿道炎，（Eicheltripper）龜頭淋細尿管，鹽濁，及石淋（Harngriss），色慾性尿道漏（Urethrorhoe exlibidine），等。臨診時，務要仔細辨別，非可見濁，即認為淋毒也。今擇要伸述之。

慢性非淋毒尿道炎：不甚少見，大約亦係傳染而成，不過其病原體非淋菌，而為別種細菌：膿分泌物中之杆菌。但亦有并無細菌者。其潛伏期較長，交接後一至兩星期，或更久始發病。全病進行，其始甚緩，但纏綿不易愈。主觀與客觀症相俱輕，病人但覺龜頭舟狀窩，稍有痒感，或燒灼感，分泌物呈灰黃色。飲酒，性交，

每使真正淋毒增劇，故可用於人工誘發 (Provocation)，而於此則全無影響。但間亦蔓延至尿道後部，攝護腺，膀胱，及副睪丸。與此病相近，但非慢性，而預後佳好者，尚有數種，

單純性尿道炎。第一見之於過頻之尿道插管術，或因預防白濁，注射過強之藥液，尤其是已分解之銀製劑，所謂人工尿道炎 (artifizielle Urethritis) 是也，因其全無潛伏期，乃直接之反應，不難與淋毒分辨。手淫，以及尿鹽 (Phosphaturie, Oxalurie) 石淋，(Harngruess) 亦可造成此等刺戟性尿道炎，多見於神經衰弱者。再則，多性關節炎病中，及流行感冒症以後，亦往往發見單純性尿道炎。間有乘腳踏車者患尿濁，亦無非刺戟性尿道炎。上述各種尿道炎中，多不治自愈；其有不然者（特別是慢性非淋毒尿道炎），須用收斂劑洗射，不宜銀製劑。前者之中，尤以灰錳養 Hydrargoxycyanat., Resorcin 為佳。石灰劑亦當有效，洗射用3-5%以至8%液，每日3-4次，每次3-4分鐘中。此外靜脈注射 Afenil，共三星期，每星期兩針。亦有主張同時內服信石，鐵，金鷄納，Vigantol，及注射松節油，乳製劑 (Aolan, Caseosan, 或煮過牛乳) 或別種刺戟劑者。注射白濁菌苗，自然牛頭不對馬面。至於 Acridin 劑，用此是否浪費，雖未敢劇斷，效否究一疑問。

淋毒愈後尿道炎：急性白濁，大都以銀製劑，洗射三四星期後，淋菌即絕跡，

不須再行洗射。但有甚多患者，於此局部治療停止後，仍然膿濁不止。此乃因藥力刺戟而成之粘膜加答耳，已全與淋菌無關，切忌仍注銀劑。若誤為淋毒未愈，更復加量洗射，則顛倒更甚矣。當如普通加答耳同樣治療，其藥如下：Zincum sulfuricum, Zincum sulfocarbolicum, Alumnol, 或 Liquor Aluminium acetici lechthyolum. Resorcinum, 等。倘不效而疑其淋毒未淨者，改用 Kaliumpermanganicum. 因其於收斂之外，尚有消滅淋菌之力也。

所謂

尿道漏 (Urethrorrhoe)，雖亦為淋毒愈後之遺留現相，證候輕重，却與此大不相同。其混濁，為來自 Cowper 氏，及 Little 氏腺之分泌物，無色，清明，無臭，在尿中游盪成透明，水母樣物。此乃正常的過程，不需治療，治療反增重之矣。

軟性下疳或硬性下疳之位於尿道者，亦致膿濁，臨床上，與淋毒頗多相似之處。其潰瘍皆在尿道之出口部，甚近舟狀窩，故如將尿道口張開，不難直接窺見之。若為軟性下疳，則拭去膿液後，即現潰瘍之創面，不似淋症之粘膜雖紅腫，但尚光滑也。

若為硬性下疳，可從外面觸得尿道中有一硬結，有時鼠蹊部淋巴腺呈特殊之梅毒性腫脹。若包皮，因劇炎而成或本即為包皮狹窄，以致不能窺視尿道口及龜頭，可將

龜頭炎，及龜頭下疳 混成淋症。前者為各種分泌物（恥垢 = Smegma, 糖尿，梅毒瘡疹等）分解，或分泌物本身所惹起。於分解之分泌物中，繁殖甚多細菌，其初本尚輕微之炎相，復被增劇。包皮內頁，與龜頭表面，生成創瘍，腫漲甚劇，分泌多量膿液。此病須去催炎之原因，方可療愈。若為龜頭下疳，施以甘汞粉，或白降汞膏。餘者用不能分解之粉末（滑石粉，白陶土），合以殺菌劑如 Dormatol, Xeroform, Tannoform等。

尿道匍行疹，可藉尿道鏡查見之，但非必要，且刺戟甚重，有時且將病菌推進後方，故可省即省。其膿濁，較淋毒為輕，普通數日之內，即自愈而止。檢別診斷上，自應注意，體之別處，是否有匍行泡疹。

假淋毒性尿道炎 為膿分泌物中，非淋毒之細菌所引起。其別於慢性非淋毒尿道炎者，為其起始急劇。但無須治療，不

久即愈。尿濁亦有非為膿者。如

細菌尿(Bakteriurie),若以顯微鏡檢查此尿之沈澱，則只見無數之細菌，而無膿細胞。此乃膀胱內之傳染；但非淋毒性。多半為大腸杆菌。但此菌之入膀胱，却非由于大腸，大半係由尿道。尚有一種細菌尿，并無膀胱炎。許多人終年排洩一種稍混而臭之尿，却無半點痛苦，屬此。

又如

鹽混濁(Salztrübung)，見于磷酸鹽尿(Phosphaturie) 碳酸鹽尿(Carbonaturie)等。但加熱後，後者碳酸氣飛散即清，前者加醋酸，磷酸鹽亦溶，不似白濁之遇熱或酸類，其中蛋白質之分泌物，膿細胞，細菌等凝固，其濁更甚也。

再如

色慾性尿道漏(Urethrorrhos ex libidine) 亦全無炎相，只于性慾衝動時排出一種無色無臭淨明之液耳。

### 參 考 書

Riecke, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Joseph, Lehrbuch d. Geschlechtskrankheiten

Jacobi- Zieler, Lehrbuch d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Schäffer, Behandlung d. Haut- u. Geschlechtskrankheiten

Müller-Seifert, Taschenbuch d. Medizinischen Diagnostik

## 自 己 尿 治 療 法

Dr. K. Herz著 鄒邦柱譯

我國古時，即有人尿治病法，方家并盛行「輪迴酒」，「還元湯」等隱語；本草綱目亦詳論及之。迄今民間醫病，猶多沿用。余曾就各省朋友，分別詳詢此事。彼等均至少能舉一例以相告：或曾目睹；或親嘗其味；或幼時以己尿供人治病，尤復能記憶而侃侃樂道之，亦若其事不勝滑稽者。是其流行之普遍，已可證明矣。主治之症，以咯血例最多，次為孕期，產後等症，又次則為創傷，折骨等。詳細經過，以篇幅關係不必多述，其治療之功效非不可靠，實無可諱言。我國各省所用，大多童便，自己尿較少。惜數千年來，無人加以研究，僅神祕視之，故毫無治療上之進步；而國內此類文獻，亦復寥若晨星。最近德國醫藥博士 Herz 在 Schmelz 地方應醫師聯合會之請，演說自己尿治療法演詞載在 Muenchener Medizinische Wochenschrift 第七十八卷第十期( 6. IV.1931 ) 立論精詳，均由臨牀經驗證實；與我國盛行之法可謂東西相映。故特譯而出之，以供我醫界參考，并希望我國人尿治病舊法藉此得以闡明及改良！

一九一九年 Windbolz 一九二九年法人 Jansen 及 Paleologue 相繼發表之自己尿治療法( Autourotherapie ) 對於實習醫師殊為單便。余(博士自稱，以後仿此)對此問題，頗有特別興趣，而於法國皮膚病學者「抗體原作用」( Antigenwirkung ) 之立論，則深致懷疑。據余之實驗而推想此效果，或乃與一種良好作用之影響於刺戟素分泌障礙者有關。故對於病人認為有「中間新陳代謝障礙」( Intemediare Stoffwechselstörung ) 者，均施以相當治療。

最先余於治療汎發性「職業濕疹」時證實自己尿之作用，同時注射上毫無局部反應，此病遂不再繼續蔓延而痊癒。第二例乃一經過數年患全身慘出性濕疹病者，尚有真性發性發育不全現象，余均獲到此二者顯明漸癒之結果。

因以上成績之鼓舞，余乃於最難醫治之小兒濕疹行此治療法。蒙 Barmen 地方 Hoffa 先生見愛，給余研究材料甚多；但結果均不能與期望相符合。普通結痂性濕疹與濕潤性濕疹實際上毫不受其影響，僅有一例，乃六歲姑娘，數次注射後，經年

不治之滲出性濕疹，居然逐漸引退。不幸在法射處併發膿瘍(130病人中僅一例)，而治療結果亦僅能保持短時期。

最使余驚奇者，即嬰兒乳痂亦能受良好影響。余觀察中得有三例均為五至七月大之嬰兒，由母親自己哺養。余因之不治嬰兒本身而僅治彼等母親，結果有二例經一次注射，一例經二次注射後，乳痂完全消滅，治療上毫不受任何打擊。

正因此法在普通小兒濕疹及乳痂由母體而達痊癒作用之不同，使余堅信作用之種類實與內分泌腺所受之刺戟有密切關係。因之，凡患刺戟素分泌障礙者，均可醫治之。

余於「孕期自家中毒障礙」因亦採用此法。此處乃述觀察三十個中毒病人所得，治療後經過一般均相同。為節省時間起見詳細病狀，姑不贅述。大多數均與神經系障礙及同時與胃病有關；四分之一有循環機能障礙及腎臟管理障礙，如水腫現象血壓增高，低度之蛋白尿等。僅有數特別例，余願提出討論：

第一例乃初產婦，懷孕五月，經過均良好。偶因不慎，以致踝折，遂漸起惡心，暈眩，嘔吐刺戟及胃部壓迫。有時晚間亦不能安眠，不進飲食。此乃一由創傷而起之孕婦病者，最有記述之價值，蓋僅一次注射，已足將疾患消滅而漸趨痊癒。余曾將此病者直至生產時留心觀察經過甚好。

第四例乃二次產婦，在懷孕五六月之間，因兩腿發生劇烈癢刺戟而就診於余。檢查後，面部及雙腿均有強度水腫，輕度蛋白尿。經一次注射後，水腫現象及癢刺戟均迅速引退。但數日後，水腫復發，又繼續注射。如是者數次，水腫漸漸消滅。第六次注射後，水腫遂不復來，蛋白尿全缺。其后生產經過亦極安全矣。

第五例復為二月之初產婦，因患劇性嘔吐而致甚虛弱。當伊匍匐而來余診室時，患心臟機能障礙。此病者亦能於第一次注射後同日進飲食。因伊病尚未全瘳。三日後復受余較大量注射，其結果則非意料所及：治療前所有疾患均復至，且比較更厲害，因之病者非臥牀安靜不可；但二日後各種疾患重復消滅，而漸臻康健之境矣。此類觀察在他處亦數見不鮮。余因之頗不以法國皮膚病學者每三或五日注射一次為然，實宜以注射後遲早所發生之回歸現象為標準。

「自己尿治療作用」何由而解釋乎？第一吾等必須思及之，即「尿」或亦如「乳」能發生非特別性刺戟作用。為欲明瞭此問題起見，余曾以康健者之尿注射於病人作標準實驗，乃絕對毫無作用。於是或孕婦尿中含有腦下垂體前瓣之刺戟素單獨已足得此結果。但此亦不能相符，因由余實驗之 Prolan 及 Fraephyson 注射，均同樣無作用也。

某顏料工場曾聘余研究此問題，因難

於搜集不容辯駁材料之故，亦不能得真確結果，實不勝惋惜。解釋此治療法作用中最使余感有興趣之問題，即康健者與中毒者之刺激素排出，是否有異點耳。但前曾言及，此試驗至今并無不可置疑之處。他方面余相信能滿意者，即僅此問題之解釋，亦能使等我前進一步。余每對於「自己尿注射作用」有以下觀念，即尿中之新陳代謝產生物或具有相當刺激性，此刺激即能使尿中含有之孕期中刺戟素發生特別作用，例如啤酒對對於臟器療法 Organotherapie 之作用亦然。刺戟素分泌障礙者多少有中毒現象，只須以未曾用過及已排出而有效之自己刺激素重復注射，已足治癒之。

余復對此法用以治前期急癇 (Präeklampsie) 於 Frankfurt 大學婦科臨牀實習。彼等對余深表同情，余遂復加以深刻研究。但其結果，余不能有所報告，因須經長久時間，始得明瞭也。急性子癇治療不在此問題之內僅治重篤急癇，發生效力最大。

第二組疾患余對之常用自己尿治法者，即特異感應症 (allergische Krankheit) 是也。

余對於病者每注意其病原，且常自問：「為何有一類人對一定物質發生與平常人不同反應？」至今此問尚不能完全了解，吾人僅知「過敏性素因」，乃各人先天或後天所賦耳。余認為可成事實者，即此或亦為內分泌腺機能障礙。因之余遂希望

或亦如上述病例，能將內分泌障礙治癒。

迄今余曾用此法診治卅五例特異性病者：內有二人為皮膚中毒病者（一為職業濕疹，一為慢性蕁麻疹），一人為枯草熱患者，其餘均為喘息患者。蕁麻疹患者，即余開始所述之一例，余深信若繼續不斷治療，必可完全脫感 (Desensibilisierung) 枯草熱患者，經過十四天，共注射四次，即告痊癒。喘息患者僅有三人於一次注射後即告停止，以後遂不知；其餘均得喘息狀況漸癒。因觀察時間之短促，有少數經過一年，其他僅數月，故余不能以痊癒二字目之。但余有深切觀念，即若更繼續治療，必可達到完全脫感。最好而又最快結果，余見之於小兒：

余願申述由余診治最久之三例：第一例開始已提及，為一患滲出性濕疹嬰兒。此症於數天內發生於頭部，大如手掌。由母體治療，數年前余固知其母為喘息患者。伊尚有七歲兒，因喘息發作被校方遣回。余遂得一機會於此亦患普遍濕疹小兒，施行自己尿治療法。次日余即得結果報告：患喘息之母親，夜睡甚安；較長小兒于夜間睡眠時忽無擾人之呼吸聲；嬰兒亦甚安靜。當余第三針後去訪問時，則嬰兒濕疹已完全消退；幼童亦復入校讀書；母親向余申述，伊數年來未曾感覺如是輕快，乳腺分泌量亦特別增加。

第二例乃患乳癰及喘息之小孩每年注射四次。迄今長大，已能於運動競技中如



高欄跳，短跑等屢獲冠軍，其效可想見矣。惜其母親僅注射一次，故不能脫感。

第三例爲一勞動者，卅四歲。一九一七年於 Karapathen 戰地得喘息病，渠言或因該地氣候不佳之故。此後即每十四天發作一次，若遇受冷，則更利害。來就診時，面呈強度青藍色，肺氣腫，甚虛弱。行以 0.5cc. 自己尿注射，令隔日再來。是晚經過即甚好，其妻曾對之言曰：『汝從未安睡如此也。』次日，一般狀態均轉佳，病者忽樂意從事於工作；以後復有吸捲煙興趣，此中樂趣固數年未嘗也。越數日即完全無病狀，僅清晨時有咳嗽及咯痰而無痙攣現象。有時天氣雖發重霧，呼吸亦不受阻礙。再注射 0.75cc. 后，則病者有爽快現象。十餘日後來報告，喘息發作已不復至。檢查所得，僅有輕氣管炎。以後此人即不復見，故余不能斷定此人是否完全脫感。

其餘觀察之例，經過均甚相同。呼吸困難多數消滅甚快；若同時有加答兒現象，則氣管分泌物亦易吐出。注射對於加答兒本身自毫無作用，余認爲僅對於痙攣有鎮靜功效耳。

因之，余於嬰兒患初期喉頭痙攣者，復引用此法。果於第一次注射後，得疾患全退之效果。又於強度幽門筋痙攣一例，亦得立刻見效。

此痙攣狀況復使余前進而討論百日咳。最近數月此地曾有此流行病，余遂得乘

機於六十名患百日咳之小兒施以自己尿治療。此病兩主要症候；一爲加答兒性，其作用姑不在此討論；其他即爲痙攣性，余認爲重要者，即咳嗽發作於痙攣期中，能受影響是也。然此二主要症候是否能視爲機能的神經病，或如以前討論之中間新陳代謝障礙，所認爲與內分泌腺因受細菌侵襲而致機能缺乏有關，則余願慎重審度之。

治療結果，頗難滿意。余診治三名百日咳嬰兒，即有一例絕對不能受感應。余得有經驗，痙攣狀況減退時，加答兒亦隨之而退，故可不用祛痰劑；普通僅需三次注射耳。用量開始宜 0.25cc.，嬰兒減半。余於少數小孩曾用普通藥品診治，作爲對照。而自己尿奏效較藥品大二三倍，痊癒亦較速。余曾遇一例於第一次注射後，痙攣更甚，因此每易使人誤爲疾病轉劇，而停止注射，是不可不注意及之也。

爲欲明瞭此作用起見，余曾以新鮮之百日咳患者尿注射於另一患者，即毫無效果。又曾以由某顏料工廠分別製成之大量百日咳尿施行注射，試驗結果亦爲負號。余因而得一斷定，即『力素 (Agens) 乃含於自己尿中，對於本身始能發生特別作用焉』。

余之觀察已盡於此。余願再申述自己尿治療法，僅適宜於下列各疾患：

1. 孕期中毒；
2. 特異反應症；
3. 百日咳；
4. 痙攣及緊張過度；
5. 乳痲（由

母體注射)。

附治療方法：夜尿最佳，因其濃厚之故；宜以消息子放之。每5cc.加一滴石炭酸。倘有濃厚沈澱附着，必須濾過。第一次用量0.5cc., 臀筋內注射。若數天後復發

，用雙倍量注射。二次注射後，疾患尤不減退，則依次增加0.5cc.。注射前後用酒精於插入處消毒及乾燥紗布輕觸之，局部反應，大都可避免。

德 璧 公 司 德  
商 書 店 國 司 恆

上海江西路三百三十一號  
郵政信箱七七號

敝公司經售各種  
德國醫藥書籍及  
雜誌並存有大宗  
科學書籍凡醫界  
及學生賜顧價格  
特別優待承索書  
目或詢問書價無  
任歡迎並不取價

上海璧恆公司啓

請聲明由同濟醫學季刊介紹 *Please mention the Tung-Chi Acta Medica*

## 十六年來對於肥米寧療病的經驗

Dr. Ottfried O. Fellner 原著

費爾能博士著 維也納 戚其山譯述

在十八年以前我曾把黃體和胎盤底有效物體（女性的生殖類脂肪體，肥米甯 Feminin）製造出來；因此這種藥品，遂得廣為應用。現在把十六年來的經驗，敘述於下：

肥米甯是一種類脂肪體，能溶解於水不溶性的溶解藥中，在體液中（血液，尿，濾胞液）成水溶性的化合物，用化學的方法可使肥米甯溶解於水。牠不但生存在黃體內；就是在間質細胞，睪丸，胎盤，脫落膜，子宮，攝護腺，乳房，副腎皮質，腦下垂體，胸腺；雞卵，魚卵，魚秧，牛乳，燕麥，米，粉；血液（特別地是在孕婦底血液中），孕婦和產婦底尿液中也常見到。牠底生理機能有下列幾種：子宮增長，子宮粘膜交尾現象——強的子宮粘膜充血和子宮內腔出血，乳房和乳頭底發育（去勢的獸和公獸也是相同），陰戶增大和破裂。肥米甯能從胃和皮膚方面發展牠底效用，已經說明。Allen氏和 Doisy氏曾證實牠惹起『層期』（Schollens'adium）。F. Wadehn氏在不多時以前也把肥米甯底化學研究結果，搜羅起來，著成一書，

恕不贅述。

肥米甯底生理效力很大，雖多用也無妨害。多年以前我就引用過。一部分的經驗在一九二一年時業已報告。根據我底理由 Wilhelm Natterer 化學製藥廠(G. m. b. H. in München) 把肥米甯作成水溶品（Phiolenzü 50 und 100 M. E.），藥片（zū 50 M. E.）和坐藥（zū 100 und 300 M. E.），用肥米甯越士特拉甯（Eeminin-Oestranin）名目輸入各方。

應用坐藥品（肥米甯越士特拉甯坐藥 Feminin Oestranin suppositoien），我已得到相當的效果。在適當時這種有道理的療法是容易證明的，子宮探子長度底增大就是牠底證據；也是在人類惟一可用的試驗。在獸類中有兩種可能條件，可以攷察肥米甯底效驗：(1)子宮肥大的測量（在一個一基羅重的家兔），(2)『層期』惹起後 Allen 和 Doisy 兩氏所介紹的推測。『層』底構成在人類中是不見的。所以對於藥品底效率，只能按照子宮探子底長短來規定。據我十六年來用肥米甯越士特拉甯治病的多數經驗看來：每日注射約 100 M. E.，

若能繼續三星期，那麼子宮探子能增長到  $\frac{1}{2}$  1cm長；但在應用坐藥時 (à 25 M.E., 每天四次)，就可在同一時間內增加到 1—1  $\frac{1}{2}$  cm。若是改用藥片時，就得比注射量增加十倍。在動物底試驗時也是這樣。坐藥的所以有較好的效果，因為肥米甯底大部分在腸胃中失去作用，一部分是靠下列的經驗：一個 Mäuseinheit 分作六個用量在三天內注射，可影響『層期』。只用一次注射，那末最少得用十個 M.E. 方可達到目的。下面的動物試驗比較更為明顯：同樣的藥品分爲六次用下，當較一次好些。

六個家兔(一個基羅重，三個月大)，每個都用一次注射注入 300 M.F. 越士特拉甯肥米甯。五天以後把牠們殺死，子宮平均有  $\frac{1}{2}$  ccm 大。注射以前在子宮內取出的角質，是比六日後的薄些；並且子宮也現着青白色。六個同樣的家兔，每個在五天以內注射 60 M.E.，總共 300 M.E.，六日後牠們底子宮平均有 2  $\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup> 大，還只稍爲充血。六個再一樣的家兔，每天注入三次 à 20 M.E. 若連續五天，共用 300 M.E.，那末子宮能長至 3  $\frac{1}{2}$  ccm<sup>3</sup> 大；并現強的充血現象。若用顯微鏡詳細地攷察，還有大的出血竈和血液在子宮角質內。這樣子同量的藥品分爲五分，能使子宮比一次注射大至五倍。若是分作十五次注射，牠底功效在同一時間可有七倍之強。還要注意的，就是雖小量的藥品，若是常服，也能使子宮出血；反之每天一次，不過使子宮稍爲充

血罷了。應用多次連續的一次量當較一次注射爲佳，因爲一方面可使子宮肥大，又可使子宮出血。

如是可見每日使用三四次越士特拉甯肥米甯塞狀藥的優良效果；也是最賤和有道理的療法。但是爲縮短治療期和使醫師得到準確的監察起見，此外不時也可輔以注射法。

a) 月經停止(閉經)—子宮發育不完 ( Amenorrhoe-Hypoplasie des Uterüs)

閉經是不是一律可以治療，這個問題在晚近時曾經 Aschner 氏澈底地討論過；我想我們對於 Aschner 氏底研究應該加以承認。除續發的體重增加，衰老狀況和機能缺乏現象以外，凡長久的閉經多是可以發生很大的損傷。König 氏底報告已告訴我們。對於這個我也贊助。所以閉經應當迅速醫治。因爲過時愈久，生殖器官底瘦削愈烈，結果愈壞。就是月經缺少(月經不利)也當調治；特別地是在肥臍，免使變成閉經。

但看經期怎樣——是不是不多幾天就停止的，或是到第六個星期或者還長久才停閉的，在治療上把牠分爲三組。在各組中又按照子宮底粘膜炎是否像平常一樣的發達，子宮是否仍保存着原來的容積，或者子宮已經瘦小，再分作兩例。

欲懂得醫藥的結果，先要明白月經底生成。正如我將來發表的論文內再詳細討

論，下面的理論對於人和動物經驗相符合：黃體除含有能使月經發生的肥米甯外，還有阻止出血的物體。正當黃體尚在繁盛的時期，這物體能制止子宮的出血；在黃體損破或消失後，這制止物也隨着失效，肥米甯遂得呈其威權，使子宮出血。據今日所知道的，黃體底生成該歸功於腦下垂體前葉底內分泌物質(Hormon)；但是子宮也有相當的影響，正常的經期的經過和子宮粘膜底正常的發育有關，這是日常的經歷。內部的機械作用怎樣，這個問題現時還難以的確答覆。多量的肥米甯固然地能使子宮出血；但若想得到正常的經期經過和月經底再臨，非等到子宮從新地發達到合法組織不可。在發育不全的子宮，不當以一次出血就認為滿足，應把肥米甯治療延長，使未產婦底子宮有  $6\frac{1}{2}$ cm 子宮探子長，多產婦底子宮有  $7\frac{1}{2}$ cm 長方可。

1) 月經在幾日內就停止。若是子宮大小如常，那末用越士特拉甯肥米甯，在短時期內就能使月經復原。只用注射法(40-100M.E.)，是得不到好的結果。若每天輸入3—4個坐藥(à 100-300 M.E.)，或是每天用三次藥片，每次四個(à 50 M.E.)，大半當着醫治期間月經就會再來；有時在用藥完畢後一二日內。用這種療法，就我的五百個病者中，難得遇無效的。若是子宮已經患着成形不全症，那牠底情形就不同了。雖然三五天的藥石，能達到出血目的；但是正確月經的來臨，是得不到的

。緊接着出血之後，要繼續三星期的治療，使子宮發育，這可把坐藥(每天三四個越士特拉甯肥米甯塞狀藥，或十二個藥片à50 M.E.) 和注射法(每星期二三次)並行，三星期後再中隔一星期。在 296 個病人中，有 205 個子宮先出血，後來才發育到平常大小。自此經期的經過可保無虞了。不可救藥的病人數目，在晚近也因一次用量的增加，比較少些。若病人底卵巢重量增加(卵巢肥大)，當用減肥療法。雖說有些例子，肥胖是閉經的結果；可是有時肥胖也會是第一步的，卵巢機能不完是第二步的結果，這是可斷言的。有時也可見到一種患者，慢慢地胖起來；若肥胖已經達到顯著的程度，月經總是衰弱，並且稀少，以至停閉。在肥的豬囉也可見到相似的情形，就是卵巢肥壯。這時除肥米甯療法外，還可助以減肥療法。

2) 有四十二例經期停止了六星期，最先用五日治療法。這種療法若能使月經來臨，並且子宮本來無成形不全症，治療就可告一了結。有時也不一定達到目的；那麼當實行上面所說的較久的療法了。若是子宮在三星期後，還不能達到合法的子宮探子長度；就隔一星期，再繼續着從前的療法。所以差不多在六十個病的過程中，仍然可以得到相當的效果。

3) 假若經期停止了六星期以上(27個例子)，可說子宮總是患成形不全症。想使經期自動來臨，非把子宮成形不全症

治愈不可。於是較久的治療法比較地重要些：就是作三星期久的治療，而後中斷一星期，這樣地兩三次才可。

遵守着這個原則，差不多總可得到一個結果。現在舉三個引證來說明：P.H.夫人一年來就沒有月經了。子宮探子只有 $6\frac{1}{2}$  cm 長(多產婦)，服用肥米甯九天後，子宮就繼續地出了四天的血；雖說不十分的強，但從此以後，月經就恢復到尋常強度。

H.M.夫人有十個月沒來月經，子宮探子才5cm 長，每天用40ME 坐藥，第三個月的月底子宮已經7cm 長了。停用坐藥一星期後，有八天很強的流血，從此後月經又入了正軌。

以上兩個病婦底子宮，都像一般閉經者，身體肥大起來。當肥米甯治療時，這重量是不稍減的；但是到了月經來臨以後，牠才隨之減輕。按照最後這個例子看來：使子宮增長，是不難做到的。這種相似的情形，也正不只這一個，所以肥米甯療法，在子宮不完全時，能有很好的成績。自然在月經減少時，中止治療當和經期相符合。正如許多病況所說明的：月經當不受影響地繼續下去。譬如K.G.夫人，她經過了四個月之久，一直到子宮探子從5 cm 長到  $7\frac{1}{2}$  cm<sup>3</sup>，然後月經才正常的來了。

若是閉經的病原不在內部，是在生殖器以外各腺作用損壞，譬如甲狀腺取去後的粘液浮腫，粘液水腫，腦水腫和發育不

全，這些用卵巢的治療多半自然是無效的。剛才說過的例，自家本身的肥米甯產生得很少或至於無，但其治療的效果可是很大的。除此以外，還有一種病人，血液中的肥米甯雖然豐富，但月經終是沒有的。Frank 氏是證明這類病狀的第一人。Zondek 氏以為對於這類疾病，應用肥米甯是沒有希望的。這是由於黃體永久的存着，也許因為分泌一種強的制止物體，這是近理的，但我個人却以為肥米甯在這種病狀時，效果也是很大的。當分泌制止物體增多時，牠底功效固然明顯；就是在黃體永遠存着時，這功效也不難了解。Parke 氏曾指示我們：哺乳的老鼠底永存黃體，可使月經閉止；但若注射肥米甯，月經又將來臨。在我自己的病例當中，找到六個，他們底肥米甯產量似乎過度；因為月經雖是常久地停止，但子宮可不見得發育不完，有時還許增大。另有四個例子，只就子宮底大小來講，已可告訴我們：是不缺少肥米甯的；但是治療的効力也很大。所以我想：就是自身肥米甯產額過多，對於治療上的服用，是不當因此束手的。

總而言之，上面所說的越士特拉甯肥米甯的治療，除一小部分不可明瞭的症例以外，其功效是非常的。

b) 患子宮發育不全的不孕症(Steilität bei Aplasie der Gebärmutter)

在不孕的症例中，惟有子宮探子縮短

時，可引用肥米甯底療法；醫治的結局有時很好。子宮探子還不到6cm長時，以不該受胎爲宜。用量和治閉經症相同。有時却也促成妊娠。

譬如 G.H. 夫人，現今已經二十四歲，據說結婚雖已三載，還沒生產，所以請求醫治。最後一次的月經是二月十九日，子宮特別地瘦小，同時并向前彎曲，且又時常患着假死。這種病症底發作，常在經期以前；並引起強的肌肉痙攣。因此先用海格爾氏桿 (Hegarstifte) 使子宮口擴大，隨即用肥米甯，以治這發育不全。三月九日再施行子宮口擴大手術；但因外子宮口受探子底接觸，引起很沉重長久的知覺喪失，肌肉搖蕩，和體軀彎成弓狀，所以手術也就停止了。初欲在下一次月經時，在麻醉中來擴張子宮口，以後再加肥米甯坐藥。但因種種原因，子宮口的擴大工作要改緩些。因爲以後病者已經受孕，就作罷了。病人自己報告，應用肥米甯坐藥後，神經昏亂底發作也就停止了，

M.G. 夫人，年才二十二歲，婚後三年，還沒生育。七個月以來，月經就停閉了，因此請人調治。子宮探子才長 5cm。當着用坐藥治療期間，病者忽於四月十一日覺着不爽快，所以就停止用藥，四星期後子宮每天稍爲出血。五月三十一日子宮探子已經6cm長了，再接再續着肥米甯底療法。六月間正常的月經來了。因爲七月裏月經又停止了，所以又以再用肥米甯坐藥，不

久月經也就來臨了；緊接着就受了胎。這裏可見肥米甯不但在不孕方面，就是在閉經方面也有功效。

#### c) 月經過旺 (Hypermenorrhoe)

卵巢治療法，應用在月經過旺病症上，這是使人很可注目的。至於卵巢胎盤濾胞品和卵巢內分泌素品，油質的和水質的溶液這些差別，雖經廠家鼓吹過，但驗上和動物試驗上，都是不能成立的。肥米甯只能在其他的藥劑無效時，可當着止血劑；子宮底出血多半是不會停止的。若是每天除晝夜各六次注射外，再加以坐藥，有時也可得到好的成績。這些調治好了的病症，在前用其他的方法都沒有效驗，所以不要疑心這是偶然的結果。或許用藥的方法，即如我上述的，也有影響呢。

#### d) 閉經的和經期中的皮膚病 (Haüterkrankungen bei Amenorrhoe und zür Zeit der Peiode)

在這兩種情形時，都能得到好的效果。閉經時皮膚病的治愈，比經期的來臨還要來得快，若是患者在經期前幾日就注射肥米甯，或用坐藥，那麼很討厭的泡疹不會再來了。下面的病狀很有幾分趣味：

有一個病者，在月經的前幾日和月經期中，生了一牙齦的皮疹。牙醫 St. 博士 因此叫她在經期前或經期中，使用越士特拉寧肥米甯坐藥，結果皮疹不再生了。

#### e) 月經困難症(月經痛) (Dysmenorrhoe)

患這種疾病時，牠底效果是非常的大。趁着月經還沒來的時候，每天用三四個坐藥 (à 100 M.E.)，或者是三次藥片，每次兩個，這樣地連服兩三天，可以免除痛經這種侵襲，有時病人因為不再受月經困難的痛苦，所以在以後的月經還沒來的時候，也就不服用肥米寧了；僥倖這時還沒有痛經的發生。

f) 乳房不發育 (Untorentwicklung der Brüst)

長時服用肥米寧，可使乳腺增大；間或地這種治療也許無效，特別地是對於老年人。下例很有趣，因為這是第一次肥米寧應用於男人。

H.W. 先生是 M. 地方的化學師，現年五十歲，請願來作試驗品。每天給他四個坐藥 (à 100 M.E.) 一個月後他來對我講，說他身體很爽快，工作力也增加，在第一星期內，覺得在乳房地地方，乳頭周圍有一種壓力；并且時常也覺着乳頭髮癢。同事的人都很驚訝，說他底面孔嬌嫩了。一個婦人曾問過他，問他是否塗用一種新式的香粉；因為他底皮膚太柔美了。他自己也覺得精神矍鑠了許多，乳部慢慢地長起來。過了兩個月後又告訴我，說是乳房仍是長着，以前的時候顯不出，現在已經很清楚地突起來了。乳房底發育雖是很慢，但是進行的。從前乳部是感覺不到什麼，現在對於一種接觸居然覺着非常的靈敏；但這種感觸並不覺得討厭。

g) 月經閉止期中的症候 (Klimakterische Boeschwerde)

患這種症候時，每天雖用比100M.E. 還少的肥米寧，牠底作用到是很大的。較重的症候每日可用三個坐藥 (à 100M.E.) 或是六個藥片，就能使症候全癒。輕些的可讓病人服50—300 M.E. 的藥片或坐藥就夠了。自然地間或也可佐以注射。有時流出一種血狀的排泄物，我曾看見一個三日的出血。Gellhorn 和 van der Velde 兩氏用小量的，Zondek氏用着大量的藥品，已經得到相似的結果。

h) 陰萎 (Frigidität)

有時可以達到目的；但也不能一概而論；因為按照我底意見，最好在交媾前半點或一點鐘用300 M.E. 所以這種治療法常遇到困難；此外每天也當服用一二次

i) Hormonal—卵巢底不孕 (Hormonal-Ovarielle Sterilisation)

Haberlandt 氏藉動物試驗，用肥米寧使動物得到一時的或長久的不孕，這種工作我從前也曾作過。按照Haberlandt氏底試驗應當用很大的藥量；因為他用的分量比我用的還要大，所以肥米寧底實際用量遂發生了問題。若所用的藥量比避孕時小些，那末幼獸不至於產生不出；但不知道這種試驗是否也可施行於人類？這個問題，要等以後的實驗去解決了。

j) 肥胖症 (Fettsucht)

因為卵巢起了變化，或是卵巢取出和



長久的閉經，很容易引起肥胖；所以我想卵巢內分泌液有阻止脂肪積蓄的作用，使身體瘦削。正如上例所言，肥米寧不會促成多大的體重減小。卵巢對於脂肪積蓄不生直接的關係，多是間接地藉着其他的腺類施展牠底作用。下面的E.U.博士診治的患者正合乎此例：一個病人患着卵巢和腦下垂體的肥胖症，有六天很弱的月經出血。每天服用四個坐藥(100 M.E.)，體重遂減少了2½基羅。三天的月經中有一天是這樣的強，致使病者臥牀不起。停止服藥後不多時又增至3½基羅。

#### k) 月經閉止期後的關節神經痛

(Arthropathia postklimakterica)

有十個月經閉止期後關節神經痛的和四個神經痛的患者，是在 Wenckebach 先生底外來患者臨牀講義室裏用越士特拉寧肥米寧來醫治的，病人每天應該服用三個50M.E.坐藥。

有八個婦人實際上已見功效。B.F.夫人不但自己覺着好些，就是關節底腫脹也消了許多(80坐藥)。B.夫人除動作力增加外，就是病症也減輕了。因為病勢又變利害了，所以病人又來要坐藥(108個)。Sch.夫人調治的結果所以使人值得注意的，蓋以前用的平流電氣療法和透熱法都不見得有效的緣故。C.夫人用了40個坐藥，B.夫人(畸形性關節炎)41個，K.夫人(多發性神經痛)48，個患着同樣症病的St.夫人20個，R.夫人24個，她們都很見

效。生肩胛關節炎毛症的W.夫人也有功效(22個坐藥。)

M.夫人患着很沈重的慢性多發關節炎，肥米寧對於這種病症是不生影響；就是其他的治療法也沒有功效。R.夫人底月經閉止期後關節痛也沒有好的結果(每天兩個坐藥，一共十五天)，或許這種不可救藥的病症底結果，雖然說是月經閉止期引起的，也有其他的原因，所以治療不發生效力。N.夫人因為胃口不好，停止了服藥，病人疑是坐藥底緣故；但是多數的病人，雖常服肥米寧，從沒說過胃口不好；所以這個對於服藥是不發生關係的。

總之肥米寧底效果是很可滿意的。若是藥量再加重些。或更好些。特別地是用注射法(每個第二天或第三天)。一方面可使服用的藥量加多，一方面對於病人也有這種的保險，不致於濫用藥品，有傷身體。在沒經過醫生告知的病人，對於用藥當然是沒有規定的；有一個婦人向我訴說，說她在兩個月裏只用了60片肥米寧。

#### l) 其他的治療效力 (sonstige Indikationen)

有一個患者，我對於他底鬚鬚底發育，曾得到完善的結果，第二個就沒有成功。是否上邊說的病人的神經昏亂症底全愈，該歸功於治療法，似乎還是個問題；因為第二個病人也患着這種同樣的毛病。

#### m) 返老還童 (Verjüngung)

種植卵巢能使人還少，這是已經知道

的；牠底效果理論上多是很有根據的。至於婦女們在卵巢取出後很容易衰老，在妊娠期中比平常常年輕了許多，並且自家也覺得年輕些，這是很通曉的。很多月經閉止的女人看去好像比實際上老了點，她們自家也訴說沒有氣力，缺少工作興趣和工作能力，很容易疲倦。這些病症若能服用肥米寧，不久就可以好些；並且容顏在月經還沒來以前也就恢復到原狀。有些婦人在月經閉止期後因為肥米寧的關係，比較她們實在的年齡到底年輕了許多。這個自然是主觀的見解，難以證明的；但有多數病人自家訴說，說他已經覺得安適，本來的氣力和工作能力也回原了。這種事實到是很有價值的，因為這樣的報告是常聽見的。應用多量肥米寧當作還童劑，在將來一定可以實行的。

n) 卵巢療法底禁忌症 (Kontraindikation der ovariellen Therapie)

惟一的禁忌症，大約就是進行的結核病。因為妊娠能使結核病轉劇，恐怕肥米寧是其惟一的原因。此外還要聲明的，就是用藥不可超過定量。大概這種錯誤能使卵巢受莫大的損害。這是根據 Haberlandt 氏和其他的報告而來的。

o) 懷孕中肥米寧療法 (Feminintherapie in der Schwangerschaft)

因為肥米寧有充血作用，所以引起這個疑問，在妊娠時是否應該服肥米寧？在正常的狀況之下，無論是在懷胎的初期或

是末期，這種藥品不至有流產或早產的發生。對於在後來才診斷是妊娠的病人，我常用肥米寧，從沒引起流產的毛病。若是有流產的可能時，自然不可用這種藥劑。特別地是在發育不完的子宮懷胎，或是以前已經有過多次的流產時，我以為肥米寧是禁忌的。這種用藥不但是無效；或者也許會發生危險。所以無效的，因為一部分的藥品，已經從胎盤跑到血液裏去；所以就是大量的藥品，也是無濟於事。所以危險的，因為肥米寧能發生強的充血作用，會惹起流產的傾向，變本加厲。這個對於子宮後屈症，也是一樣的危險。

在妊娠期中，這種療法對於劇性嘔吐，乳房發育不良和在以前懷胎時不能哺乳的婦女，都可應用。有時對於劇性嘔吐能得到很完善的結果。設若必須把妊娠早些結束，用別個藥不生效果時，那末只可施行流產的方法。有時就是小產的傾向稍為強些，也不妨事的。我們所以用肥米寧療法的，固為牠還有使病症消釋的可能。

下例可作個比喻：一個同僚底妻子，E.W. 夫人，在第四個月還患着妊娠劇烈性的嘔吐，如是人工墮胎的問題就來了。天天用着坐藥，及至用到 180 M.E. 肥米寧時，這種疾苦也就沒有了。可是有時還要嘔吐，但不感覺痛苦，最後也用不着打胎了。

對於乳汁缺乏時用肥米寧，這件事我是沒有十分充足的經驗。這種療法只能在

短時間內用用，也可以說肥米寧在這裏是禁用的，因為卵巢和胎盤只能督促乳腺發達，不能使乳汁分泌，這個也是試驗的結果。

據我多年的經驗講來，若是越士特拉寧肥米寧能用得適當時，對於許多的卵巢失效也能得到好的成績。

p) 總結

用藥的多少，當以病底輕重而定。輕的藥量是每天注射和三四個坐藥(à100M.E. (，或是三次藥片，每次四個。(à50M.E.)。用途如下：月經困難，經期中的皮膚病，月經閉止期後的關節神經痛和一切的月

經閉止期中的疾苦。此外對於短期的月經和正常的子宮也有效用。服了三四天的藥，然後再停止兩天。在無效時可連服三星期。

重的藥量是每日注射(一星期兩次到三次)和三四個坐藥，(à300M.E.)，或三次藥片，每次六個，牠底用途是：月經閉止，子宮不發育和不孕。必要時可隔一星期再用藥。在月經過旺(注射和坐藥或藥片，日夜相同)，陰萎，嘔吐過多，妊娠時乳房不發育和哺乳期乳汁缺乏時，也有功效。

本文譯於 Muench. med. Wsch., 1931, No. 1。

的 藥 醫

# 生 活 月 刊

期 六 卷 二

(角一閱試)角五元一郵連年全

編師醫民惠陳成克張

- 實地醫家所必要的內科的疾患之救急療法
- 小兒之流行性腦脊髓膜炎之診斷
- 說溼疹(五續)
- 葡萄狀鬼胎之診斷
- 論海水浴
- 解熱劑之作用與處方
- 新藥釋要(六續)
- 新編內科學(二續)
- 內科史(完)
- 歐美各國學校衛生狀況
- 生活常識
- 種痘常識問答
- 硫黃之血糖減少作用
- 因蘇林療法時之狹心症
- 男子淋疾之 Tarposin 療法
- Lobelin 用最過大時之危險
- 高緊張性葡萄糖溶液之靜脈內注射
- 蟻蟲病之硫黃療法
- 醋酸礬土之對於蟻蟲
- 非經口的 Quastrol 療法
- 因蘇林可應用於肥胖療法
- 鵝口瘡之克洛兒鐵療法
- 急性腦炎之療法
- 印度女子的結婚年齡
- 日本人矮小之故
- 由外科手術治療癲癇前的新診斷法
- 日本東京自殺統計
- 法國之離婚統計
- 醫藥界紀聞

部版出院醫活生路爾白北橋平太界租法海上

## X 線 學 述 略 (續)

孫長孺 孔麒

### X 線治療應用

X 線之應用不僅於診斷，顯其莫大之效力，今並進於治療方面，惟此種治療作用究如何成立，雖有種種學說，然均近臆想。或曰：X 線之作用於生體，在於電子之分解，在於組織之起電離作用；但此種物理變化，如何能引起生物反應，非吾人所能知矣。X 線通過生體後，因吸收及散光，其強度減弱，減弱程度，隨生體各部而異，已詳述於前。X 線被生體吸收及散光部分，生影響於生體內部，（深部療法 Tiefentherapie）。與深部療法相對者曰表面部療法，Oberflächentherapie。前者皮膚為X 線射入之門戶，目的在深部臟器；後者目的全在皮膚。

a 生體細胞集團對於X 線之感應性  
生體之任何細胞，吸收X 線，起下向之變化；視X 線之強弱，或起細胞機能制限，細胞分裂障礙，變性，或竟完全死亡。惟生體各細胞集團，對於X 線感應性各各不同，X 線及鐳錠療法即利賴此點。吾人能以一定強之光線，作用於生體，使某細胞集團受重大損害或死亡，同時其周圍

組織僅起輕易變化，不久即回復原狀。或謂僅某種細胞受光線侵害，而其他絕不受影響：此不可信也。感應性之不同，不過為量的；過大量之光線，足使任何生活細胞死亡。

感應性最敏者，為造血機官（淋巴腺，脾之淋巴組織）及血液之白血球；白血球一經照射，即起分解現象。生殖細胞之感應性稍弱於白血球：就中以卵細胞及濾胞細胞之核為最敏，間質細胞則遠遜；至於男性生殖細胞，亦呈強度感應性，於照射後之生殖不能（一時的或永久的）可以見之。

皮膚為光線射入之門戶，故其所起之變化，不可不詳知，Holzknecht分皮膚經照射後所起之變化為四等級：照射後二星期，發生脫毛（毛髮濾胞呈強度感應），輕度皮膚着色；此種變化稱之為第一等級反應。第二等級反應已不能應用於治療；照射後二星期起紅疹，腫脹，脫毛；此種變化能持續至二三星期之久。第三等級反應之變化有：水疱形成，皮膚乾燥，萎縮，持續脫毛；一二年後，常發毛細管擴張

，因毛細管內皮細胞感應甚敏易受侵害。第四等級反應照射後二日至八日，起深藍紅色之紅疹，水疱，大塊皮膚破壞，組織壞死。X線潰瘍極不易治療，能持續數月或數年，遺患者以劇烈疼痛；其蔓延較大者，亦能致死亡。往往照射數年後發現損害：其故多在於組織營養障礙；而毛細管內皮細胞感應性強敏，血管損害又為間接原因。當X線初發明時，個中危險尚未明瞭，醫生工作於X線時，毫不加保護，致皮膚經長時期小量X線之作用，發生傷害：皮膚萎縮（手部最甚），角屑增殖，毛細管擴張，且易起皮膚癌腫，

試再追述各細胞對於X線感應性之不同，則知壽命短促細胞（淋瀝球），生長中之組織，循環更新之組織，分裂中細胞，總言之：生活機能最盛之細胞，對於X線之感應性亦最敏；反之，壽命長之中樞神經細胞，毫無增殖能力可言，其感應性甚弱。腺受X線作用，起機能障礙，故口腔受照射後，覺非常乾燥。

#### b. X線照射後之一般現象

所謂一般現象，吾人指病人受照射後直接所生之不適而言。此一般現象隨各人不同：有不發任何不快者，有感劇烈頭痛，疲勞，不安，一再嘔吐，歷數小時或數日後始漸漸退去者。此等現象尤多見於腹部臟器照射後，試一注意腹部淋瀝臟器之變化，則此等症狀之發生，自有其原因也。但同時腺臟器之機能障礙，分解物等亦

有密切之關係，

#### c. X線照射對於病理組織之作用

今更略述X線對於病理組織——惡性腫瘍，炎症，結核症，內分泌腺之病理機能亢進，淋瀝組織增生——之作用一二；

關於X線治療惡性腫瘍之原由，各家意見不一。吾人僅和X線之主要作用目標，在於腫瘍細胞。腫瘍細胞經X線照射後所起之變性，亦與尋常細胞無特異區別，不過較為劇烈。經足量X線照射後一二日，腫瘍細胞膨脹擴大，核分裂機能消失，染色體之排列與染物性起變異，發現多核性巨大細胞，原形質中見小顆粒，空胞。構造相同之腫瘍，生於不同之個體，受同樣X線照射，其結果不一。又各腫瘍隨所屬臟器，其感應度亦異（內臟癌腫中之子宮癌腫，應用X線療法，能收最良好效果。應用於甲狀腺癌腫亦甚佳）。即在同一腫瘍中，各細胞之感應亦不同，此與細胞在分裂中或在靜止中有一部分關係。雖然，各種關係如此複雜，但吾人可言：同樣光線，能使皮膚發紅，對於各種不同癌腫亦能使之退行。至於如何能將此需要之X線量，送至體內深部，達於腫瘍所在處，而不損害皮膚：此乃X線治療者之技能，其方法見後。約略言之，肉腫對於X線較癌腫易起反應，而就中尤以未成熟之圓形細胞肉腫為最。總觀X線療法（及鐳錠療法），則一的之痊癒，固已屢見不鮮，然求長時期之完全治癒則極少；故吾人以爲腫瘍

之可用手術除去者，終以施手術為佳。得用X線者，除皮膚癌腫外，不得施手術之癌腫亦可一試。又腫瘍手術後，（尤在乳癌手術後）為預防再發，屢用X線照射。

急性炎症由葡萄狀球菌及連鎖狀球菌而起者，宜用少量X線照射；其作用之原因，可視為淋瀝球及白血球之分解；免疫發生或有相當關係。汗腺炎，面部瘡瘡，慢性骨髓炎之再發，自牙齒發生之顎蜂窩織炎等症：尤為X線治療之良好適應症。炎症之已化膿者，自非開刀不可；若此時再用X線治療法，則鑄成大錯矣。

X線治療神經痛，亦有好影響（應用於三叉神經痛尤有功效），此中原因除其他種種外，炎症之治癒或為其一，

結核組織之消滅與新生結締之補償，其原因與急性炎症之治療同，均為淋瀝球及白血球之分解，故結核治療宜用少量X線，結核性淋瀝腺腫，光線療法之結果尤為良好。

如上述：X線對於腺細胞，有阻礙其分泌之作用，故得用於內分泌機能過進時。試舉一例：X線用於Basedow氏甲狀腺腫治療有效，用於粘液水腫則無效。

X線治療淋瀝系增生，淋瀝肉芽腫，白血病性腺腫之良好作用，由於淋瀝組織之強敏感應性，已於前節中述之矣。

#### d. 深部療法

所謂深部療法者，即將一定量X線，輸送於體內某組織層，而達治療之目的。

吾人已知組織能吸收大量光線，故照射時大部分X線，已被表面層吸收，達於體內深部者僅極小部分耳。如大量光線，則深部治療目的未達，表面層徒受摧殘；然則如何能達此深入作用？

增高電流壓力：在深部療法裝置中另加器械，產生十七萬至二十萬Volt之電流，用此電流所得之X線硬度甚高，有極大之透過性。再用特製濾過器（多用鋅，銅製濾過器），自放射管焦點發出之X線，經過此器，其波長者即軟而透過度小者之一部分被吸收，而短波者即硬而透過度大者被吸收較少，換言之：此器之作用雖使光線全量減弱，但軟線之減弱遠甚於硬線。

但即極硬之X線，能達入深部者亦不過一極小部分耳。故欲增大X線量於深部目的地，多方照射法尚焉。所謂多方照射法（Mehrfelderbestrahlung）者：乃將圓錐體光線，從皮膚數處射入，使交叉於目的地，同時自一方射入之量，不超過皮膚之容忍量。今舉一最簡單之例：膝關節之三方照射法，一自前方（伸展面）一自後方（屈伸面）。軀幹內臟器，應用多方射入，故亦稱交叉射擊照射Kreuzfeuerbestrahlung

精確之光線定量法，實為從事X線治療之先決條件，蓋如此方能免去皮膚及其他臟器之傷害。定量方法今日已臻於極完善地位，各種傷害，在適當用量下，均得摒除之。（完）

# 女子之受孕可能時期

Prof. Dr. Hermann Kuans 原著

陳漁舫譯

人類與哺乳動物之生殖器，從比較解剖學上所觀察，其所得主要結果相同；即生物之繁殖，惟雌雄生殖器交合是賴。雖每種哺乳動物，其生殖器之構造各異，然雄者之有陽莖與睪丸，雌者之有陰腔，子宮與卵巢，其用以固定繁殖之器，在解剖之原則，同一揆也。

生物之生殖器，其解剖之構造，根本相同，且各有特殊之功用。在今進化一日千里之秋，若以比較生理學以論繁殖，尙處幼稚時代。現今可答之結果：祇依上所意擬，惟在哺乳動物之精密繁殖方式，以求原則而已。繁殖生理之原則，即人類與哺乳動物之生命進行，在乎種子細胞 (Keim Zellen) 配合是也。至於新生命之進化，全視卵子與精蟲會合於雌性生殖器內之受孕與否，與夫黃質卵痕 (Corpus luteum) 之作用。

一切熱血動物卵子之受孕性，不過數小時；卵子從濾細胞 (Follikelzellen) 破裂後第一小時，最易受孕，比為生物學上之特性。卵子受孕性消失之速，吾人尙未澈底明瞭，因迄今猶不知卵子自濾細胞破裂

後之情形與變化故也。品課司觀察卵子從濾細胞破裂後之進化，極為周到，但其所以受孕與否之作用，雖費盡九牛二虎之力，仍不得一線曙光。鳥之蛋黃自輸卵管排出之時，漸為蛋白質層裹其周，以拒精蟲之侵入蛋黃。哺乳動物之卵子，當其自喇叭管輸出之時，亦有蛋白質之包圍，明乎此！足解其受孕性消失之速矣。

具睪丸與陰囊之哺乳動物，其精蟲在雌性生殖器中之活動性，延時頗久。故欲證精蟲之有否受孕性；即視其活動與否。精蟲之早失其受孕性于雌性生殖器者，以失其活動作用也。吾人自一切經驗而一般論之，可知具睪丸陰囊之哺乳動物，其精蟲在雌性生殖器內之受孕作用，不過二十四小時耳。

已經受孕之卵子，自其包埋 (Einbettung) 以至種植 (Implatation) 之間，其黃質卵痕一定有可觀之變化，對卵子自身無大關係。已經種植之卵子，能分泌一種物質于母體，使假黃質卵痕 (Corpus luteum spurium) 變而為孕黃質卵痕；(Corpus luteum graviditatis) 若卵子不受孕與種植，則

每種哺乳動物之假黃質卵痕，必有一定時間之存在。如假黃質卵痕在其有作用之時，而遇種植現像，則在其作用停止之時：即有娠妊之進化。

一切哺乳動物之生理繁殖，其適應之條件，余信至今有複雜之意見，一每四星期例有一次月經之女子，在此時內，每日可以受孕之說，未見的確。余用新法與經驗，以確定每四星期例有月經之女子，在其卵熟時間，定有受孕之可能性。此係事實定論，實不變之原則也。余以自已診療之結果，公佈余之著作，冀有助于海內外之學者。余以爲四星期有一次月經之女子，其性交在經初來後第十一天至第十七天實行，有受孕之可能性，而在經初來後第十天以前，及第十八天以後，與夫月經之前幾天，俱謂生理不孕時期(physiologische Sterilitaet)

是故每四星期例有一次月潮之女子，其受孕時間，在經後第十一天至第十七天，蓋爲生物事實之證明，非憑空虛擬，實從準確試驗與實地工作所得者也。

古時已有與今相同之繁殖學觀察與經驗，余處二十世紀敢談此題，可謂創舉。巴比倫之法典說：

甫行經後之女子，須受馬沙法律(Mo saisches Gesetz)規定之潔浴，方能成孕此種潔浴，大約在經後第十二天舉行。猶太之篤信正教者，其夫婦性交，亦有明文規定；如在經前二十四小時與經後五天，不

得行性交。

歐根諾(Ogiuo)以豐富臨床診察之材料，考查女子卵熟與受孕時期，足以證實吾生物工作之結果。若人能顧及卵熟時期，則可隨意避孕與受孕。

余關於循規行經女子受孕時期之著作，不論文字口頭俱有宣布。今總括余因勤勉所得之結論如下：女子在經後第十天以前，與第十七天以後，俱難受孕，以實驗之觀察，足證是律之不謬。

余之觀察女子受孕可能性，除有價值之實驗，以彰其真理外，再收集實地事件，以強證明之力。余所遇事實，頗饒興趣，並有學述之可求，今詳述之：

第一次所遇事實：一婦年方三八，平時二十六天或二十八年而有一次循規的月經，其月經行于一九二七年五月十五號，在是月之二十八號行一次性交(經後十四天)而妊娠，產于翌年三月二十一號。產後之月經仍循規不爽，行性交於生理不孕期間，不得妊娠。當一九二九年五月三十一號行經，于翌月十一號行性交(經後十二天)，又成孕，產于翌年三月九號。產後第一次月經行于五月四號，行性交于生理不孕期間。第二次月經行于六月六號，于六月二十三號只行一次性交經後十八天，而又妊娠。

在經後十八天而妊娠，因卵子在此時或經後二十天成熟，亦可不必多疑。余極注意于所遇事實，以證吾說之不誣。若能



將日期準確分析，則在正常之行經，必無差異。停經與授乳無關，而卵巢有以應響及之也，因產前有長時期之停經，與產後至少有三十三天而行月經。若無妊娠，當無月經延長之理。二十八天與三十三天而行經者，以其生物學上之關係，而致卵熟時期之不同，當不可同日語也，約而言之，則經後十九天或二十天為三十三天行經者卵熟之時。黃質卵痕有一定時間之作用，在其作用消失後一兩天，方有月經發現。

各種哺乳動物之假黃卵痕，上已詳述，渠有一定時間之存在與作用。今夫四星期而有一次月經之女子，其卵子成熟時期之規定，與歐根諾之各種生理觀察，推知假黃質卵痕之作用，僅十四天之存在，此種結論，從友人之信件中觀察之，不可謂無鐵證。

下錄吾友來函：內子經期循四星期之規而行，然在二次經期間之一二天，每感頭痛，嘔吐之不快，如是者已匝年矣。余時度經期中間之困苦，有關卵子成熟之時期。今內子經後第十三天而患此症，則卵子當在此時成熟。

再錄另一友人之來函：內子現年三十有四，在每兩次月經中間，覺在卵巢處，或左或右，有所痛苦，此症起自發育以後，但在近年更覺顯明。我倆憶此症源于卵子自卵巢破裂之作用，因卵子在經後十四天破巢而出之故也。

觀此事實，知人類之假黃質卵痕，其功用確實有十四天之存在。故三十三天而行經之女子，其最適宜之受孕時期，在經後第十八天，以歷年經驗之所得，知受孕期必依卵熟期而變更。

以下所遇事實，與前次不大相符，殊為憾事，至其主因，下當詳論，今錄事實于后。

第二次所遇之事實：一婦現年四十歲，有子女數人，每二十八天或三十二天而行經，行性交于余規定之生理不孕期間，而成孕。

觀此次事實，知其性交日期，不見吻合生理不孕期間，故有所討論。首先明瞭者：即三十二天而行經者，其受孕期在經後第十七天以後，其卵子成熟時期，約在經後第十八天與十九天，而此時已為常人之不孕期矣。

第三次所遇之事實：一婦三十二歲，生有子女數人，月經僅延二日，約二十七天或二十六天而有一次月潮，渠行性交也，不外乎余所規定之生理不孕期間，但亦受孕。

二十六天而行經者，其卵熟時期亦必較常提早一兩天，故在經後第十天，已能成孕，明乎此點而觀第三次之事實，無不迎刃而解矣。

第四次所遇之事實：一婦現年三十二歲，已生子女四人，每三十四天或三十八天，而行一次月經，她誤以經後第十一天

至十七天，爲余所規定之生理不孕期，因不欲再產，故每在此時盡興行其性交，餘日則禁絕房事，時迄一年，幸不妊娠。夫婦樂而再味余言，始覺大誤：她以爲生理不孕期，適爲易于受孕之期。于是大變方針，在經後第十一天至第十七天禁絕性交，餘日可以高枕無慮而行樂，孰知甫改方針一月之後而成孕矣！

此婦欲避孕而誤用余之專指循規行經者之生理不孕時期，而泰然一年無恙，以後矯正誤點而成孕。此處可用生物學上之要詣解釋之：因其經期延遲至於三十四天或三十八天，則其卵熟之期，亦必延遲至于經後二十天或二十三天，故在經後第十一天至第十七天，適爲其生理不孕期間，此亦一種顯明之列，以證實受孕期依卵熟期而變更之說。

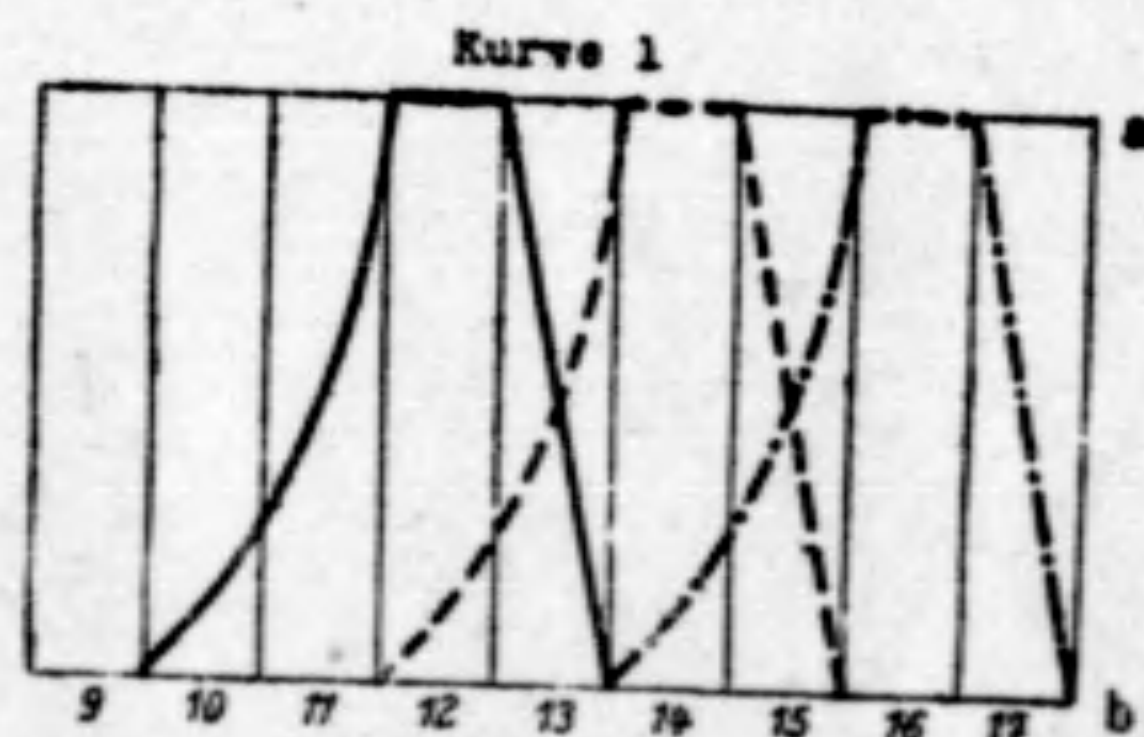
第五次所遇之事實：一婦年二十八歲，業已生產多次，月經循規四星期而行一次，月經延時四日之久，因子女之數過多，欲行避孕。吾友某將余之著作告之，而誤以月經出淨後之第一天爲月經之第一天計算，而不以月經初來之第一天，爲月經

之第一天，所以她在經後（月經初來後，不是來完後）第三天至十四天（她以爲經後第一天至第十天）及第二十二天以後，行其性交，不二月而成孕。次此誤點，其彰若揭，茲不多贅。

總觀以上五次事實，俱足證明：經後第十一天至第十七爲循規四星期行經者之受孕期，至于經期延長至三十三天，或縮短至二十六天，當不能與常規並論。

第二第三第四之三次事實，也足證實經後第十一天至第十七天爲循規四星期行經者之受孕期。試觀下圖，更明卵熟與受孕之時期。月經期雖有二十八天與三十天之差，但其受孕之期，大約可云不變。然再縮短其經期至於二十六天，則其經後之絕產期亦必縮短。故自二十六天以至三十天而行經者，統而言之，大約在經後第十一天至第十七天，爲其受孕可能時期。分而詳細言之，則二十六天而行經者，其最適宜之受孕期，在乎經後第十一天與第十二天，二十八天而行經者，則在經後第十三天與第十四天，爲其最宜受孕之期。而三十天者，則在第十五天與第十六天。

- a  
b
- b. = 最富受孕性
  - . = 生理不孕 (數目表明經後第幾天)
  - = 二十六天行經：卵熟於第十二天；
  - ..... = 二十八天行經：卵熟於第十四天；
  - = 三十天行經：卵熟於第十六天。



至於最易受孕與否之時期，若指二十六天至三十天而行經而言，首宜認確月經

之日期爲最要，以免如第四第五之二件事實之誤會，此等誤會余希望將來有醫師之

準確指導，與夫器械之輔助，則對於受孕最適宜時期之確定，必有高妙之指示。冀醫師多多收集事實，以澈底觀察生理不孕之作用，使女子得衛生上莫大之益。

總之。余所說經後第十一天至第十七天為女子受孕可能時期，僅指循規二十六至三十而行一次月經，且體格康健，生活無激烈變化之女子而言，至於授乳，虛弱（如戰時停經 *Kriegsamorrhoe*）身體之激變，氣候之不常，慢性疾病，消化不良，與夫卵巢失效（即卵熟作用之消失），在此等情形之下，當不能應用余之學說，其理由之顯，固不待言。

譯者附註：譯者有杞人的毛病，恐怕不學醫的讀者，不能十二分明瞭這篇原著，所以胆敢畫蛇以後，再來添出幾隻腳來！原著已說 假黃卵痕有(十三)十四天的作用，在其作用消失後一(二)天，有月經發現。我用簡單的一個減法，用來說明假黃質卵痕，到底是個什麼東西

假黃質卵痕——格拉夫之濾細胞(Gra

afscher Follike)——卵子(Eizelle)(此卵子假定牠是不受孕的。)

孕黃質卵——痕格拉夫之濾細胞—卵子(牠是已經受孕的)格拉夫之濾細胞破裂時候——卵子脫離牠時期——卵熟時期。格拉夫之濾細胞破裂時候——假黃質卵痕產生之時期。

▽月經前十四(十五)天——假黃質卵痕產生之時期(原定)

▲月經前十四(十五)天——卵熟時期——最易受孕之時間。

從前面的數學法來證明：卵熟時期在月經前十四(十五)天。所以二十六天行經者，其卵熟時期在經後第十二天；換句話說：即經前十四天(因為 $26-14=12$ )知道這一點點小方程式，就能夠推而廣之，應用之，推算不規則行經者的卵熟時期了。再如三十三天行經的女子，她的卵熟時期，在於經前十四天，即經後十九天。(因 $33-14=19$ )

## 胃潰瘍現象下之慢性盲腸炎

Dr. C. Kruchen 著

周遠夔 合譯  
李萼芳

用X光診察胃病近幾年來，對於醫學上已有極大供獻了；當病人覺得胃部有障礙的時候，醫者每以為所患者必係胃潰瘍，於是認為用X光去診察，是決不可少的；但一個沒有充分經驗的X光學家，或不得有很好的助手，則所得的結果，往往會錯誤的。

但是胃潰瘍的確實症候，就用X光診察，也有時不易認出，因為最容易和鄰近各器官的患病相混淆，其最容易發生連帶關係的，莫如膽囊中之疾病，其次就算慢性和次急性盲腸炎了。胃病能夠由盲腸炎喚起，很久我們就知道了，但其重要的原因，至今還沒有相當的認識

我(作者自稱)以前在 Münster 大學和 Dr. Krause 所從事的X光工作和近來與外科專家Dr. Hahn研究的結果，使我們驚奇，慢性盲腸炎竟常常會誤斷為胃潰瘍及十二指腸潰瘍。茲為讀者明瞭起見，特舉一慢性盲腸炎例如下：

C.K 先生年三十五歲，少時曾患白喉及喉炎等症，一九一五年患右脚蜂窩組織炎，曾診治三月，已完全痊癒，一九一七

年又患急性傳染病，發寒慄，熱度增高，腹部覺有抑壓，兩日後熱始退去，但相隔五日，又復發寒慄，體溫增至四十一度，起初以為是患流行感冒，殊不知發寒慄及高溫度竟支持至數月之久，以致力氣減弱，消化不良，臥病不起。至一九二三年，病狀又不同了，食後一小時腹部發痛，偶食不易消化之食物及身體勞力後，發生噯氣和嘔吐，因臍右感受激烈的壓迫，便診斷為十二指腸潰瘍，但是開刀後所得的結果為慢性盲腸炎，帶着和他處癒着的狀態。盲腸增厚，粘膜發炎，呈紅色腸腔狹窄，有粘着性，腹膜亦發現潮紅及硬化，尤以接近胃出口的部分為最顯著。自經施割後，各種病狀都消滅了；三月內體重加重二十六磅。

由上例看來，食後發生腹痛及十二指腸處附近感覺壓迫，最易誤斷為十二指腸潰瘍，就是最後所診察出之病狀也有許多和十二指腸潰瘍症候相同的地方。

下述第二例，用X光診查，也不免有許多兩兩相同的地方，使醫者不易分別診斷出來；並且施用手術後，還有痛苦發生。

例症二：某夫人三十一歲，七年以來常感不定的胃部不適，照治胃潰瘍法治療無效，開刀後所得之結果為慢性盲腸炎，乃施以虫樣垂切除手術，一時病態全失；不料三年後又覺食後一小時發現腹痛，就在夜間和清晨腹空時也不輕減，醫院中診斷為胃潰瘍。用X光診察之結果：心肺均康健，胃漸脹大，緊張力增高，胃位向上，胃腔收縮頗強，離幽門前二指寬的大彎處有種不變的收縮，壓迫的中心點即在此處，食後三小時胃由內僅留一手指厚之殘餘物，糜狀物全入於小腸之下部，食後八小時，胃及十二指腸皆空無餘物，糜狀物已入大腸及脾彎曲處附近。臨牀診察結果，壓力點在臍右及其上部，體溫  $37.4^{\circ}$  沉降速度一小時12 mm.血無變化。

由上述X光及臨牀診斷看來，很易誤認為胃潰瘍；但是開刀後，發現胃及十二指腸並無潰瘍現象；但腹膜與盲腸近附及胃下部三分之一發生索狀的形成並紅色。這現象滿佈于橫行結腸及脾彎曲附近等處。此外尚有許多腸間膜腺俱已發腫如豌豆大小，並變成紅色。有時胃之下部亦為索狀物所遮蔽。

上述各種變態可使胃部發生痛苦，恰如患胃潰瘍一樣，因以誤斷為胃潰瘍；但根據發炎的變化而發生唯一不同之症候，便是午后所起之高溫度了。

下列第三例，是從臨牀及X光診察出來，似乎是胃潰瘍；又因全身普通狀態

不佳，及長時間之低熱，又易誤認為肺結核。

例症三：某君二十六歲，以前尚無若何病狀，惟近三年來常在食後感覺腹痛，有時病狀轉佳，但相隔一週或一月後，腹痛復發，且在後數月中常患咳嗽，施行肺部檢查，毫無病現，痰中亦無肺結核菌，除上腹部微感壓迫外，其他各部均如常；溫度三十七度半。X光診查：肺部完好，心臟陰影擴大；胃之大小形狀及位置都無變態，惟時有敏捷和深切的蠕動，胃幽門腔抽縮幽門痙攣，十二指腸之大彎處成收縮狀；食後三小時胃部已排洩空虛，糜狀物輸入盲腸內。

在此種情形觀察之下，以為是患的胃潰瘍，並察得在MacBurney'sche點之周圍有壓迫之感覺，上至胃之附近，亦有不定的壓迫，同時沉降速度也加快一些。

自診斷為慢性盲腸炎後，即施用開刀手術，發現盲腸硬化，內部有些少糞石及紅斑點，盲腸腔狹窄以至閉鎖，在糞石周圍的腸壁，已呈腐化狀態，並且在橫行結腸及下行結腸接近的腹膜亦現潮紅色及癍痕樣硬化；胃之下部已變紅色並為索狀物所遮避；豌豆大之腸間膜腺亦在此處出現；經開刀後，病狀全消失。

例症四：患者年二十一，很久以來，常感胃部痛苦，腹右則感受壓迫，因此乃診斷為胃潰瘍。據X光診查的結果：胃成鈎狀並緊張力增加，胃蠕動及排洩力如常

；外圍無變化，食物至十二指腸下部略停滯五分鐘之久；食後三小時尚有四分之一殘餘物在胃內。有時盲腸附近發生壓痛。開刀後，盲腸硬化，惟無發炎狀態，全部盲腸及上行結腸皆為一層薄而發炎的紅色帶所蒙蔽。

例症五：某夫人三十九歲，胃部常感不適，斷為胃潰瘍；腹右側及在Mac Burney'sche處有壓感覺。X光診察的結果：長形鈎狀胃，尾端在Interspinal線下二指寬處，緊張力及胃蠕動增加，排洩力加大，但外圍無變態。開刀後發現為慢性盲腸硬化，內有糞石，呈炎性的潮紅，大便壓力的萎縮；在周圍，處固着狀態和慢性腹膜炎的現象。

其他與上列各症相同的，尚有七人之多，茲不贅。

此外尚有一例：一個四十歲的病人，被診斷為慢性心內膜炎，體溫 $37.7^{\circ}$ - $38.5^{\circ}$ ，脈搏120-140，心尖有輕微的收縮雜音，腹部膨脹，但無感覺，據病者自述，當他年少的時候曾患腹痛及發寒熱，此後有時勞力過度或營養欠佳，亦有同樣的病狀發生；開刀後發現盲腸及大腸慢性發炎，自施手術後，病狀全消滅。

醫生檢查病人時，就有良好的器械來幫助，但亦不可過於疎忽，尤其是分別診

查胃潰瘍與慢性盲腸炎時，凡是慢性盲腸炎的沉降速度是加快的，觸診時感覺盲腸附近有壓迫，體溫在腋下及肛門中常相差約半度。用X光檢查得患處在胃之下部，幽門及十二指腸處，但X光圖形是變化不定的，有時診查得各部毫無變態。有時又發現胃蠕動次數增加，胃幽門腔抽縮及十二指腸或幽門成收縮狀，壓感常在Mac Burney'sche點及蔓延於臍右側附近以至上腹部。

病源是由糞石輸入盲腸內而起，然後藉淋巴線將病菌由盲腸經過腹膜而達於胃部周圍，因此在診斷上就發生困難了，假若盲腸自身反沒有發炎現象，而慢性腹膜炎尚在蔓延及於他部，於醫生診斷時尤感困難。

有時外科家施行腹部手術後，發現為急性腹膜炎，但是還不明瞭其原因何在；雖然，有時我們可由X光證明盲腸之變態而知道是由盲腸發炎而起的。

由上述各種病情看來，慢性盲腸炎被誤認為胃潰瘍，是十分可能的，假如我們能夠早日診斷出來，施行虫樣垂切除術，病人真是感恩不淺。否則徒使病人多受痛苦，當醫生者，不可不注意及此。

譯自 Münch. med. Wsch. No. 3, 1931

# 性 科 學 概 說

(Einführung in die Sexualwissenschaft)

衛生顧問赫爾希非博士在本校生理學研究館演講

克聞記錄

(Vortrag von Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld)

諸君：

予謹謝校長先生之介紹詞。今日來貴校演講於新落成之生理學研究館教室非常快慰，且院長史圖博教授在座，相晤一堂，更覺十分榮幸！

生理學者為研究生命之學而性科學乃研究生命之根本生命之來源，生命之再造，其與生理學之相關自不待言。性科學為最早之科學，然亦為最幼稚之科學。數千年前如印度之戀愛經(Kamasutra)，希臘之哲學家Empedokles已注意及之。Empedokles有愛惡之論，以為愛惡之生，其間自有相親相拒之理，一如原子之結合然。此說在今日猶有價值，蓋與赫格爾(Haeckel)之向化性(Chemotropismus)說吻合也。動物之生殖細胞既無感覺器官，在雌性動物之下腹，暗中摸索，其能邂逅相結，而不致迷途者全賴向化性之吸引而非偶然者也。吾人若欲論性科學之歷史則在各個民族中必有豐富之史料，今日當不能一一詳述，茲僅能講現代之性科學。

性科學(Sexualwissenschaft)一名詞在近代始於一九〇六年產，計至今日不過二

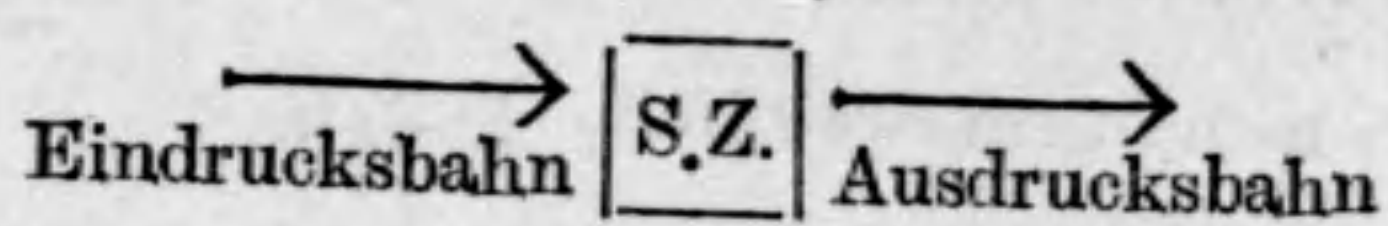
十餘年之歷史。柏林Dr. Ewan Bloth著性生活瑞士心理學家August Woller著性問題，二書為性科學之專書，集各家之說，有如衆川朝宗大海焉。

性學科之圍範至廣，有性生物學(Sexualbiologie)，性生理學(Sexualphysiologie)，性病學(Sexualpathologie)，性社會學(Sexualsoziologie)性人種學(Sexualethnologie)等，今略述其大概。

性生物學(Sexualbiologie)係研究正常之心理及身體現象，而心身二者之性科學，研究者每各徧其一，不相連屬。如維也納有二位性科學家Freud及Steinach二氏，相距咫尺而各不相聞。余在維也納時見Freud氏與論心理分析，偶談及Steinach關於生殖腺之理論，Freud乃云未識。迨數年之後始得相遇，亦科學界一趣談也。學者立說之相合者，其相遇往往甚遲，誠為憾事；性科學尤甚。且昔時各民族視性科學為穢褻，士大夫所不道，哲家更以為唯心可以戰勝肉體，實則人類之有性飢荒，自古已然，無可諱言者也。

性生理學與性精神學相關甚切，余為

明瞭起見，以性之生理現象，立圖如下：  
 印象道(愛之印象) 表示道(愛之表示)



性中樞

吾人且假定在中央神經系有性中樞 (Sexualzentrum) 之存在，則愛之發生，性現象之表示，吾人假定有一定之路程，耳目聲色所受之印象經過印象道而一一印於中樞。於是發生反應，此反應亦必經過一定之離心路程而有所表示，即表示道是也。茲先述印象道，印象道可分為二種；一為感受道 (Wahrnehmungsbahn) 一為想像道 (Vorstellungsbahn)。動物體表有無量數之感覺器官，皆可為性刺戟感受之用。若印象來自外界 (即指感受)，則在性生理中最重要者為視聽嗅三官能。此三者在生活中占重要之位置，故在進化上其發達亦最進步；換言之，即凡某種感覺器官，若在性生活中占重要位置者則必日臻進化。各種動物性生活中最需要之感覺器各有不同，其發達與否乃亦無不隨之而定。性的刺戟分兩種即遠刺戟及近刺戟是也。所謂遠刺戟者即指耳目所得聲色之刺戟。性中樞既生反應於是乃惹起注意，即所謂「一見傾心」。考性 (Sexus) 之一字拉丁文之原義，「傾」也，「隨」也。即言動物對於性刺戟必有一定之傾向。所謂近刺戟者觸覺是也。介乎二者之間則為嗅覺。Stuttgart 教授 Jäger 氏以為意氣之相投 (Sympathie) 與相反 (Antipathe) 有重大之意義。然

予則謂嗅覺器究不若耳目之重要也。惟如頭部槍傷以後，病人不能聽視而其性感覺仍不消失，蓋以觸覺及嗅覺代之，且其「口味」始終不變。例如愛某種之女子，受傷之後對於此種女子有傾愛也。

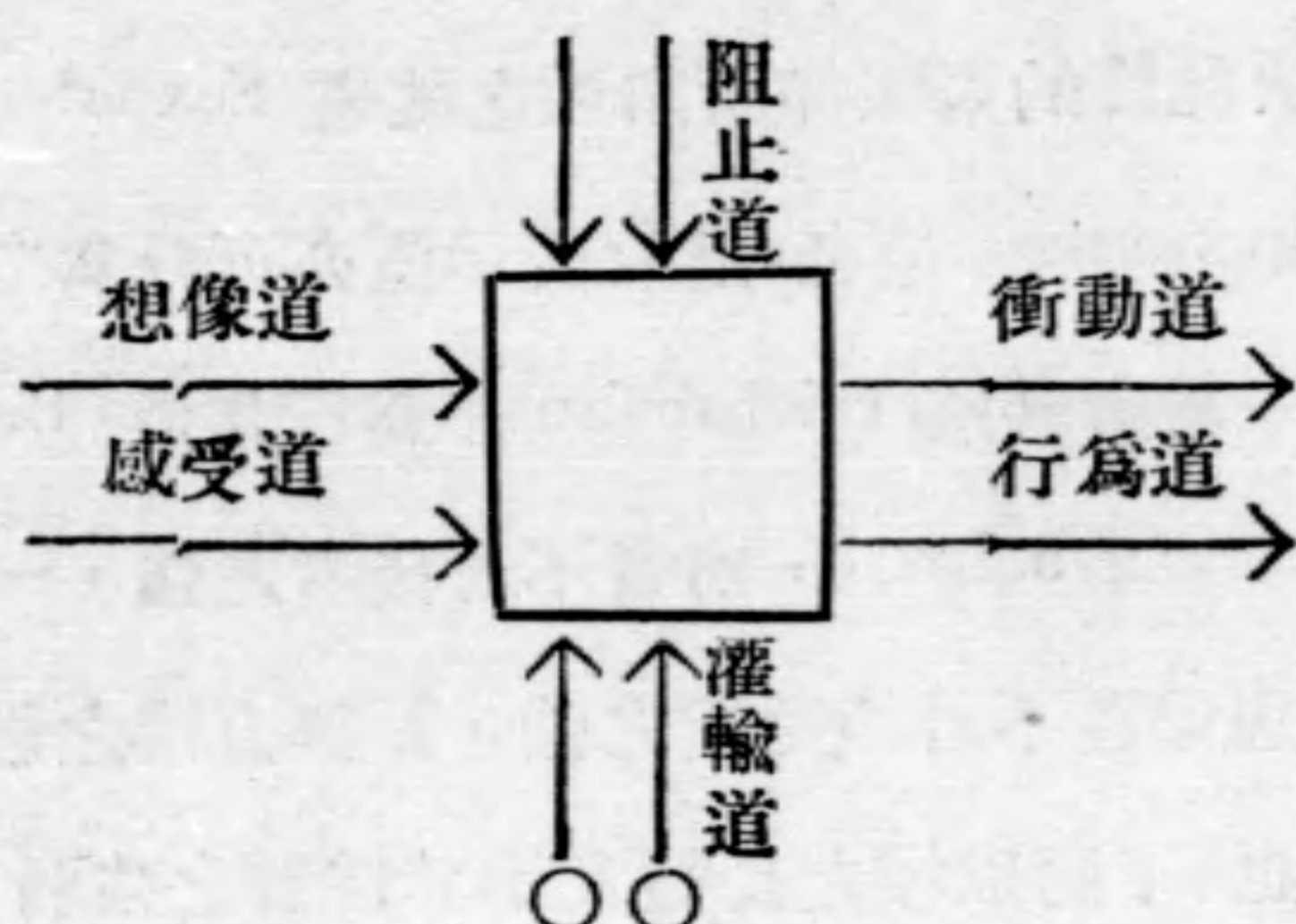
想像道 (Vorstellungsbahn) 所得之刺戟，非自外來而為大腦皮層傳遞而至，如夢境之想像可發生真正之性緊張 (Sexualspannung)，其結果乃至產生性的行為而解決此性的緊張即所謂性之弛縱 (Sexualentspannung) 是也。是故表示道亦可分為二種一為衝動道 (Triebsbahn) 一為行為道 (Betätigungsbahn)，前者不若後者之強，一如想像道不若感受道之強，蓋無直接之影響也 (下圖以綫之長短表示其性質之強弱)。

性現象之反射不若平常反射 (如咳嗽，噴嚏等反射) 之單純，而為一種梯形反射 (Treppenreflex)，即言動物受性刺戟以後其感受愈演愈烈，如目之所見，耳即隨之，視聽既得，繼以嗅觸。其刺戟乃漸漸上升，以達最高之點。此時乃發生性行為以弛縱之。

雖然此僅指一般動物而言，高等動物如人類則尚有一阻止道 (Hemmungsbahn) 所謂阻止道者即大腦傳來之阻止作用，其原因甚多如恐懼害羞性刺戟因其他刺戟而消失等等。且兩性間之關係有婚姻制度及各種形式等之限制，與一般動物不同，凡此種種皆屬於阻止道，阻止道之功用可遏止性行為之發生。



但全性現象之全部尙未完備。性生活須從一定之年齡開始。雖兒童亦有性之衝動，然非真正之衝動，因其所性緊張，祇可說是一種變態(Abweichung)。蓋以兒童之性中樞尙未發育。此性中樞之發育當與生殖腺有關係，因之吾人以爲從生殖腺出發亦有兩道達於性中樞，而名之曰灌輸道(Ladungsbahn)於是性現象之圖解至此乃備：



此灌輸道經過之路程與他道不同，不在神經上而在血液中。生殖腺具內分泌素(Sexualhormon)。此化學物質之功用，一方面使性中樞緊張，一方面在刺戟之極度時使之弛縱。其他則爲形成兩性之區分。因有兩種不同之生殖細胞。然溯其本原，則兩性原出一元。生殖器官初無男女之分，是故兩性之區分(Differenzierung)實爲不完全的，第二級性區別(Geschlechtsunterschiede II. Ordnung)如毛髮之分布，乳腺之發育，聲音之高低等等，亦僅屬程度不同而已，其原則初無軒輊。否則男子之乳腺何有存在之必要？夫然，男女之區別僅爲程度之相差(graduelle Unterschiede)則兩性之間亦必有若干之階級，若干之過渡。

英國生物學者乃有強男性，強女性弱男性，弱女性(hoch- u. niedermännlich resp hoch- u. niederweiblich)之名稱。

動物在性弛縱之時發生快感(Lustgefühl)，吾人名之曰愛之沈醉(Liebesrausch)，此種沈醉與人工之沈醉如用酒類鴉片等不同。後者有副作用，前者則爲自然之沈醉無副作用。此愛之沈醉之產或亦係某種物質之功用，所以無副作用者，蓋身體已習慣之矣。古哲家視腦爲上半球(obere Hemisphere)睪丸爲下半球(untere Hemisphere)，以爲二者統治身心自有其意義也。

性中樞之部位問題及是否確有性中樞存在問題迄今尙未解決。依Gall氏則在小腦他人或謂在葱莖腺(Epiphyse)，或者性中樞本無定處而爲一種複雜傳導(Associationskomplex)之結果。予個人則認爲有性中樞之存在，且感覺器官之末梢神經或有專門感受性刺戟之末梢器官者矣。

前已論男女相愛各人有自味之口味，是卽爲性之個性(Sexualkonstitution)。因此種愛惡之故而有性之撰擇(Sexualselektion)。依達爾文之說則性的撰擇在優生學上極有價值，自古以來，各擇其好，優者相競，劣者自滅矣。

兩性之結合固爲自然之定律，若無結合則性之個性必不規則而發生變態與障礙，茲請言性之病理。青年人因欲解決性之緊張而陷入不幸者比比皆是。若輩無人指導，無人說明，若能施行性教育則此種不

幸當能減少。

異於正常之性狀態者有二，一爲間性 (intersexuelle Konstitution)，一爲無性。(Infantismus) 所謂間性者，具兩性之性質各半，即各種陰陽人是也。此外一動物原性之不足者每以異性之性格輔之，如男子喜事脂粉，女子好學鬚眉，一人而具二種性格。世之不察自然者，每以朔撲迷離爲違反自然，殊不知自然有例外之變態，而此變態不得謂之非自然也。且自然不越級，(natura non facit saltus) 如黑白相結，則生灰色。其間嬗遞，依次而進，稍解門德爾遺傳律者無不知之。然則兩性間之有混合式者，自亦意中事耳。無性亦爲一種自然的變態，其成因或係天然或由人工閹宦之風，由來最早。貴校淮琴在教授 (Prof. Dr. Wagenseil) 近著中國閹宦論一文，余曾讀到，因知中國自古即有人工施閹術者矣。

若論性慾之障礙，則在病理上或爲太過，或爲不及；吾人爲醫者應知病人之痛苦，認識其性之個性。否則冷水浴，溴劑等不能見效，必失病人之信仰矣。

性之社會學。因兩性間之關係及位置

等等，而有許多社會問題發生。今日時間甚短，不能詳述。如男女平權，女子自立等問題十年來已有進步。第二結婚與離婚問題，余遊歷各地，對於婚姻問題頗加研究。第三殖民問題，如兒童在社會之地位問題等；其他如墮胎問題，妓女問題，性犯罪問題，性教育問題等等皆爲社會學中之大問題而在今日各民族俱未解決，非惟中國也。總之性科學爲研究自然科學者所應注意。自然 (Natura) 一字考其本源，蓋含創造孕育之意。研究生命之學自有偉大之能力存乎其間。雖欲諱言，其勢有所不可！余講學丹麥時，既竟，某學生誦德國民間歌謠 (mit uns zieht die neue Zeit) ；共入新時代”一首以謝，余謹以此爲殿，諒諸君所樂聞也。

記者不諳速記，本文頗嫌未盡原意。理譯既竟，欲就正赫氏而博士已登輪他去矣。匆促付刊，錯誤必多。幸讀者指正！又赫氏對於性科學，著作等身，蜚聲歐洲。此一小時半之演辭，未得窺其一斑，記而譯之，聊作介紹云爾。

## 特異反應症(Allergische Krankheiten)

荷蘭大學教授萊文氏(W. Storm van Leeuwen)原著

蔡 中 杰 譯 述

用毒素以及普通藥物治病，即知其能誘發相當的過敏症(Idiosynkrasie)；因恆有人對雞蛋，蝦，蟹，豚肉，楊梅等食品，與不能舉箸之歎，何則，蓋此等具過敏性之人，對此類特異反應原反應之銳敏，誠有不得不有所歸咎也。偶有實驗家謂過敏症或特異反應的現象，是進化人民之通病，此種學說可謂無稽。據調查原始民族之報告，可知二十年前之民族與一萬年前之民族（在東部蘇門答臘與南部澳大利亞等處尚可尋見）實處同一進化階級，如慢性氣管支炎與氣喘症均為同一習見之病。其他獸類亦生過敏症，如犬食豕肉，即生昆氏水腫(Quinckes Oedem)是也。

過敏症之發見，由來已久，耳濡目染，習焉既久，病者能自謀療治之方，力求避免此等物質之接觸矣。

茲論之所謂特異反應症又異於過敏症，蓋此感應過敏之發見，雖遠在千百年前，而當時之觀念又異於今日之所論，自前世紀之中葉，始由英國研究枯草熱，(Heufieber) 啓其發軔點焉。

考枯草熱歷史之概況，自一八六五年

以前，曾載於費孝氏(Virchow)之專門病理學與治療學叢書中之皮梅氏(Biermer)所著論過敏性夏季粘膜炎(idiosynkrasischer Sommerkatarrh)。

普通每以此病已在一八一九年陸史篤氏(Rostock)所述之夏秋季乾燥性粘膜炎(Catarrhus aestivus)闡明之，其後始知舉凡花草之香氣，以及普通無礙於人生之物質，咸足為致病之原。一八二九年郭爾登氏(Gordon)曾云：Anthoxanthum odoratum(其花粉近有引為藥用者)之香氣實尸其咎。達喇克氏(Blake)於一八五四年曾發表其意見，謂各種植物之香氣均可認為致病之原。即格林姆氏(Gream)於一八五〇年報告：花之揮發體外，每顆塵埃更能誘起病之發作。在德國首先從事研究此問題者，實為伏布氏(Phoebus)(一八六二年)，蒐集一百四十例之報告錄，以作精確之判別，但沙爾泰氏(Hyde Salter)已在一八六〇年由自身之實驗，發表其對於貓毛感覺之過敏矣。

勃拉克萊氏(Blackley)之試驗，實創長足的進步，因其子患枯草熱，後得將其

病原解晰(一八七二年)，勃氏知枯草熱病象之誘發，實由吸入花草穀類之花粉所致；且悟花粉之於普通人體一無損害，但於一部份人則致發生莫名其妙之病象；且病象之發生，不僅在粘膜與花粉接觸之時，即在表皮亦然；此勃氏診斷表皮反應之所由發明歟。故勃氏對特異反應症之治療，首重特異反應原之避免。因此擇相宜之地點，使其子於枯草熱病期內，一無障礙。且審察不相宜之場所，而知所避免焉。至以後佛黎氓與農氏(Freeman u. Noon)發明之減低感應療法，以及血清之輸入於正常人體內，亦能傳染特異反應症之事實，其時勃氏尙未之聞。迨後董帕與伯魯斯尼資兩氏(Dunbar u. Prausnitz)之切實研究，始得增進枯草熱之新智識也。

因枯草熱之研究起自英國，故有疑及英國為斯病之源藪，其後始波及各地者，此說尙未能認為可靠，蓋一八六五年法國境內，已恆見枯草熱之發生，試參閱託樂沙(Trousseau)之文章，已可見其梗概。彼時託氏固未知枯草熱為何物，而人之心理，每視一種疾病盛行之地點，恆為一般醫生與人民所熟稔該病之原因與治療法者，是以同一之病，竟冠以各種不同之病名。

至對於獸類毛髮之感覺過敏，六十年前已為吾人所熟知，試觀本世紀之初，可窺其事實之崖略已。

李雪特氏(Riche) 阿爾索氏(Arthut) 與史密斯氏(Theobald Smith) 三人之發明

，茲特表而出之。李氏發明之獸類毒素(Antikongestin) 經屢次注射於犬體內，即能誘發一種症象，氏即名之曰普通之異常反應(Anaphylaxie)未幾阿氏於屢次注射異體血清(即普通無毒之蛋白質)於兔體內，兔即罹病而死。(阿氏現象) 史氏則發見天竺鼠對於血清之異常反應。

自上述之發明，可發生觀察的疑問，即人之特殊病症是否無關於普通之異常反應是也。一九〇六年德國，華氏歐氏(Wolff-Eisner)與魏哈特氏(Weichardt)於枯草熱與普通之異常反應之關係始加注意焉。

一九〇六年法國霍定納氏(Hutinél)定暫時性異常反應之名，當是時，上述之德籍各發明家以及美洲之麥爾采氏(Meltzer)正證明氣喘與異常反應性虛脫(Schock)之關係也；其後經各方面之觀察，試驗各種傳染病(尤以發疹病症為最要)之病程以及交感性眼炎(sympathische Ophthalmie)，是否與異常反應有關。

近年來最有價值之試驗，莫過於扁奎氏(v. Pirquet)之試驗，扁氏反應於結核病研究之重要，固人人所稔知者，但扁氏除探討結核病外，尙於痘瘡以及其他疾病之特異反應現象，亦曾致力精研，其一九一〇年出版之專論，於近來特異反應症學理中，開一新紀元。不僅特異反應之名詞，自扁氏首先應用，即特異反應之精義及其與其他疾病之關係，亦經扁氏手定。一般能誘發特異反應現象之物質，扁氏統名之

曰特異反應原(Allergene)。餘如抗特異反應原 Ergin 之定義，為存於細胞內之抗體，其對於特異反應原具特殊之反應者。其後十餘年柯加氏(Coca)另冠以名曰Reargin者，誠屬無謂矣。

特異反應之學理既若斯而確定，後於歐戰時，美國又發起特異反應症之名詞，其經薛洛史(Schloss)華爾格(Walker)柯加與考克(Coke)諸氏所審定者也。此數人之研究工作，頗足為吾人所珍視。循事理之推求，迄一九一五年止，氣喘症，鼻炎，濕疹，以及消化器官之變化之現象，咸歸咎於對特種物質之感應過敏，如花粉貓狗之毛豚肉等是。一九一五年後，思想又為一變，凡病之經一般無礙於正常人體之物質而起感應過敏者，均屬之。前人知馬之嘔氣有誘發氣喘病之可能；自一九一五年後，定氣喘病為特異反應症，蕁麻疹(Urticaria)昆氏水腫亦然。如在氣喘發作時，而尚未知其特異反應原為何若者，凡醫者職志，必首先測定之，此種諸美國研究家所定之新觀察點，洵足可佩。特異反應之研究在美國固突飛孟晉，而法國亦示有非常之興味，從事孜孜研究者，推維達氏(Widal)學校為先導，當時之觀察點，以為氣喘蕁麻疹等大都經特異反應症而起；非偶然者，因法校之解釋特異反應，係歸咎體內液體方面，而在與德學派同一意見之美學者則根據細胞學方面立論。兩派研究方針之不同之最顯著者，如診斷用之皮

膚反應在美國視為重要之觀察點，復在荷蘭，德意志更徹底研求之；而維達氏與其學校所定之 crise haemoclasique；即在特異反應虛脫時血液內所起之變化，為病理的研究之起點而已。

因歐戰之爆發，科學交換意見之機會中斷，特異反應症之研究，在美法兩邦至一九一九年暫告中止，而為其他各國繼起而廣續之。

特異反應症之特點，即誘發症象之物質對於正常之人體毫無危害，或偶有微毒；凡毒素與其作用之情形，各有不同，普通毒素種類，全視乎毒素之化學構造為轉移，此理適合於特異反應症者至妙，所引為緊要者，毒素之種類，須隨人體之情形而異。

如身體已為易感應者，或過敏性者，則特異反應原方能施展其毒技。至作用之種類，關於身體之如何應付，則普通各種特異反應原對於一個有特異反應之人，恆同時聯合侵犯。但同一之特異反應原對於此一人之身體，能生溼疹，對於另一人，則起蕁麻疹，更於另一人，則誘發氣喘之發作。不同者，僅後述二事：(一)人之個體是否係過敏性，與(二)何種器官顯此反應。觀乎第一問題，可知特異反應症恆與普通之異常反應相關。因普通之異常反應原祇對於易感應之個體發生作用，且各種普通之異常反應原對於同一之獸體之作用，均無差等。至何種作用為普通之異常反

應原所誘發者，全視獸體之特性為轉移，如於天竺鼠為氣管肌之痙攣，於犬為內臟部之血管擴張，於另一種之獸類則又為另一之現象矣；經幾許之審查，知普通之異常反應與特異反應症亦有不同之處；第一點，凡普通之異常反應係祇由蛋白體所誘發，而誘發特異反應症之特異反應原既非蛋白體，又非其他之異常反應原。第二點，在普通之異常反應，已知其過敏性之起因，(即第一次蛋白體之注射)而於特異反應症則不然，蓋特異反應原經長時間深刻之接觸，方能作為易感應之起因，但此種解釋恆嫌未妥耳。確知者，凡特異反應之第一現象表現前，每有發高熱之病預為前導，如流行性感冒，麻疹，白喉，或其他疾病等。如於已患有特異反應者，則此類病症更足加厲之。

由此種概觀，又生另一問題，即特異反應是否係先天稟賦者，抑係後天傳得者。蓋恆見易感應之賦與為遺傳性，經著者與其他調查家之統計，患特異反應症者之百分之五十餘，其族中必有害同一症狀者。由此可以推想先天性遺傳之可能，有更逾於此矣。他方面，如安可納氏(Ancona)之試驗，依其在棉麻紡織工場中之經驗，斷定各個人於不良之境遇下，如與特異反應原屢次之接觸，亦能變成特異反應症之患者。由此可定，如特異反應原之作用在低弱之強度，則祇能將稟賦之體格，變成易起感應。如強度增高，更在不良之環

境下，則雖無先天性遺傳，亦能變成患特異反應症者。依著者之理想，易起感應之先決條件，必有一種疾病(流行性感冒)預為前導也。

特異反應症之患者關係體格之稟賦，其因究屬何若？多數研究家認為確有其事，但各人意見均不一致，如迷走神經與交感神經之興奮，血液中鈣量與鉀量及其係數之更改，內分泌腺作用之變化，以及酸鹼平衡之移動，胥為特異反應成因之重要關鍵，即網膜內皮組織 (retikuloendotheliales System) 與特異反應之關係，亦至為密切。所引為注意者，即測驗成因時，祇擇於前一時未有發作之病者方可，否則原因與作用不能分別鑒定矣。

著者於病院內，另闢隔離特異反應原之房間，以備試驗患特異反應症者之用，其因病而求治於醫院，而過後數日未曾發作者，方可作為被試者。經長時間之觀察，為著者之學生臬凱氏(van Niekerk)發表其意見，凡迷走神經與交感神經之感應能力，皮內毛細管之神經系統，血液所含之水量，紅血球之沈降速度，鈣與鉀之係數，酸鹼之平衡，或原始的物質交換等之變化，均非特異反應症成因之要點，何則，因患特異反應症者於未發作時，毫無此等變化可尋也。至血糖量之變化或可視作病之成因，此點於數年前，羅斯德氏(Rost)已喚起吾人之注意矣。

至體格構造之特殊，如滲液性或痛風

性病(exsudative od. gichtische Diathese)，因無影響特異反應之成因，是以唯一的定理，即特殊的個體之易起感應，較普通之人為強，及易起感應性之增強，每為家族性是也。

有為實驗中極屬重要者，即易起感應屬遺傳性，而減低感應為非遺傳性是也。雞蛋牛乳以及其他食品之過敏性，可屬先天性，但經近年來之試驗，尙未認為確實。蓋輕度之易起感應性，可為先天之稟賦，而使易起感應者，則大概在胎內或哺乳期內(由母乳)傳得。至地帶特異反應與獸毛特異反應之易起感應，必在離母體後所得也無疑。其生產時之遲速，與傳染病(流行性感胃)之侵入，尤屬重要。此事之要點，固在乎由此可謀相當預防之方，而各地人士每多忽視者，何哉！

特異反應可依特異反應原之性狀，或依其誘發病之種類，而分類。依後者之分類，則吾人可論特異反應性結膜炎，特異反應性氣喘，特異反應性濕疹，特異反應性蕁麻疹，諸如此類，固毋庸枚舉，但據以上所述特異反應症之種類，與病者體格之關係，較與特異反應原性狀之關係為重。故阿司匹靈(Aspirin)對於其一病者，能誘發氣喘，對另一病者，則誘發濕疹也。雞蛋牛乳能引起濕疹，蕁麻疹，氣喘，或嘔吐腹瀉。花粉對於患特異反應症者，恆祇能誘發枯草感冒(Heuschnupfen)，其他則祇能誘發枯草氣喘(Heuasthma)。更有

進者，各種特異反應原對於相當之器官，特具惠愛之熱忱。故花粉之誘發病，以枯草感冒為最廣，次為氣喘，再次為濕疹或蕁麻疹。雞卵之類，恆多誘發消化器官之病象，氣喘則較少。反之於牛乳，則致強烈之氣喘，而鮮有生腸胃病或蕁麻疹者。經安可納氏之試驗，發現特種之花粉，其祇有誘發枯草氣喘，而無枯草感冒之可能性者。

由斯以觀，可知患特異反應症者，其相當之器官系恆為易起感應，而其他器官系無此易起感應之現象，或未能證明此易起感應之現象者。茲將普通可分之器官系，分述如下：

- 能誘發蕁麻疹之皮膚系，
- 能誘發昆氏水腫之皮膚系，
- 能誘發濕疹之皮膚系，
- 眼部鼻部咽喉部之粘膜系，
- 氣管支系，
- 消化器官系，
- 擬定者，尙有其他之器官系如腦部血管，關節與肌肉)。

因全體器官系非能徹底變為易感應，雖其間各相關連，但祇有一個或數個器官系使變為易感應之可能，故診斷用皮膚反應每不能得滿意之結果者，非無由也。雖皮膚之感應過敏(蕁麻疹系)同時能引起其他器官系之感應過敏者，事實上極對不若是。

依經驗之所得，於枯草感冒與枯草氣

喘以及獸毛之特異反應，皮膚恆示反應。但於一般食物，則皮膚之反應極鮮。而對於藥物之感應過敏，則皮膚絕對不生反應。反之，使皮膚為易起感應，而無誘發氣喘或濕疹者，例如黴菌。依器官之系統而分類，業已詳述，茲將特異反應原分類而表出之。

- (一)花草穀類之花粉。
- (二)獸毛特異反應原。
- (三)食物特異反應原與藥品特異反應原以及一切化學品。
- (四)地帶特異反應原，可分屋內特異反應原與戶外特異反應原。
- (五)人體內微生物之生成品(黴菌性易感應。)

有足述者，著者與其共同研究者以人體表皮之鱗屑，製成抽出液劑，注射於患特異反應症者之皮內，即顯陽性反應。初用頭皮之鱗屑，以製抽出液劑，但每因塵埃不潔之物附着於鱗屑，反應恆易被蒙濶。後用手足部之鱗屑，製成抽出液劑，即生反應，而表皮深層之抽出液，與因火燙而起水泡之內容物，均顯陽性反應，但於一般正常之人體，反應均為陰性。羅斯德氏(Rost)與其共同研究者證明有患皮膚病者(如後期滲液性濕疹類似病)之百分之九十餘，其反應均顯陽性。愷末賚氏(Kaemmerer)將此反應注意研求，發見患特異反應症者所顯之反應，較正常人所顯者強逾十八倍。其他諸研究家其用適宜之手續，

製成適宜之抽出液，患特異反應症者均顯陽性反應。最奇者，恆有多數人體，對於自己表皮之物質，顯感應過敏。由此推及此種感應之過敏，可藉伯魯斯尼賚氏(Prausnitz)反應，知有傳染及於正常人身之可能。而大半患特異反應症者之血液內，實含有特殊之物質，其對自己表皮之生成質，具有傳染性者也。

特異反應之主要特點，在乎誘發之病象，如氣管支之痙攣，皮膚與粘膜之浮腫等。第二特點為皮膚反應，即皮內注射微量之特異反應原抽出液後，發生蕁麻疹狀泡疹，此種皮膚反應於食物特異反應，恆為陰性，而於藥品感應過敏，總為陰性，於其他特異反應，則均顯陽性。

特異反應之第三特點，即血液內含有特殊之物質，藉此可將特異反應傳入正常人體中。此種被動的傳染，可用大量之特異反應病者之血液，由靜脈注射之(Ramirez, Frugoni)，其反應即傳布於全身；如用少量之特異反應病者之血清，經皮內注射，其反應區域恆固於注射處之四周(伯氏勾氏反應 Reaktion von Prausnitz u. Kuestner)。其第四特點為著者所發見者，即特異反應病者之血液內，實有抑抵特異反應原之作用。(抗特異反應原)，傳染性物質與抗特異反應原均係極對特殊的。耶達松氏(Jadassohn)證明對於蛔蟲之感應過敏，必有抗特異反應原之存在，雖其在攝氏五十六度之熱度，所起之反應各異，但有



謂傳染性物質與抗特異反應原實同一體者，著者認此兩物實各不相謀。

特異反應病者之異於常人，因特異反應之特點與特殊的特異反應原互為因果也。特異反應病者之特點，非普通的反應能力之增高，而為特殊的特異反應原反應之增強也。感應之過敏，對單一的特異反應原極敏，對多價的特異反應原，較為普遍。至特異反應病者在發作時，對於一般精神的，物理的，或化學的非特異之毒素，感應異常銳敏。由此以觀，特異反應症與普通之疾病實無以異也。患癩瘡之病人，如他人輕按其肌膚，即感不能忍受。偶罹感冒，即視光線塵埃亦示特異之感覺。重篤之結核病者，易感精神上之刺激。諸如此類，但毫無感覺神經感應能力之增高，亦無粘膜之對於光線塵埃感應能力增強，亦無結核病者之精神的失常等，可引為病原者。苟舍此而他求，實無從着手，故其病原完全為固定特殊之反應。至非特異的毒素之作用，乃其後起者也。觀夫以上所縷述，想見特異反應症之大概，將來患特異反應症者更能增加無已，亦意中事。即麥尼氏病(Ménière'sche Krankheit)似與特異反應相關。顧琛德氏(Gudzent)將風濕病歸納於特異反應症中，其藉維達氏之試驗得解明者也。

往昔與著者共同研究之李維拉伯樂台氏(Brutel de la Rivière)於其未發表之論文中，述一有味之方法，已能測定特種之

病症，如痛風癲癩或麻痺，靡不屬特異反應性者。經若斯之測定，普通之特異反應病者非僅對單一的特異反應原，即對多價的均表示易起感應。更有進者，與同一特異反應原相接觸之患特異反應症者之部份，較與同一情形同一特異反應原相接近之未患特異反應症者之部份，其所誘發之皮膚反應為此衆於彼。此種測驗非適於個人，而適於團體。柏樂台氏更應用此法，假定癲癩結核症非為特異反應症。(即未可對其他特異反應原為易感應)。此試驗尚可應用於其他病症，(痛風半頭痛等)或可得相當結果云。

特異反應症之治療，可分特殊的與非特殊的療法；最簡易之方法，厥維力求特異反應原之避免。

特殊的療法：欲藉特殊的療法，俾減輕病者之過敏感應，首須將少量稀釋之特異反應原液，注射於病者體內，再漸增其量。此種特異反應原之注射，為何能減輕病情，現尚未能瞭解。或以抵抗普通之異常反應，或以法人之Skeptophylaxie強作證明；雖未足為確當之解說，然經驗為理論之先驅，此吾人所深知者也。

特異反應原之避免：著者於近十年來以特殊的與後述之非特殊的減低感應法，治療病者，已逾數百，此種治療方法可視為極有價值，而於治療特異反應症尤為不可缺者。但欲求滿意之結果，必須少與特異反應原相接近，故減低感應期間內，最

重要之條件，須根本不受特異反應原之作用也。至食物特異反應之治療，須極對不食些微有害之食物。治療獸毛特異反應，首須屏絕獸毛特異反應原之接觸。而於房舍特異反應之避免，尤屬重要，施行此種房舍塵埃特異反應之特殊的減低感應時，依著者之經驗，祇能在完全隔離特異反應原之場所。（如在無特異反應原之房間內或高山上）更有於民衆與醫生方面亟應注意之事，即特異反應症必須經長時間之療養，方能獲痊。凡明悉特異反應之理者，即知特異反應症特點之非易言也。

如在隔離特異反應原之房間內或高山上，因無誘發特異反應之機會，而症象已行消滅者，則病者自以爲病之全癒矣，但爲醫師者，必向病者預先聲明，謂病之不發作，實因無特異反應原存在之故，如特異反應原偶又波及，則病可立即再發也。是以令居處務擇一無特異反應原之地，恆互數年弗輟。因一般民衆與醫生之心理，純淨空氣即有療病之功，故無相當之經驗，上述之理固毋庸一再諄諄，何則，蓋真正純淨之空氣乃不含特異反應原之空氣，病者之感應強度固未能因此而減低也。

居留於隔離特異反應原之地方，無論其爲病院中特置之房間，或高山上之療養院，其利益之有足述者，如：

(一)可將病人仔細觀察，易能診斷此房舍特異反應。

(二)易能施行特殊的減低感應之療法

。診察與治療之施行，數星期已足，然後令病人離開病院或療養院，必預告之曰：病情業已減輕，但未全愈，如病人欲居家而保其健康無礙之環境者，必遵下列之信條。

(一)住處宜常遷移，雖有時未能舉行，但能依醫生指示者爲佳。

(二)自家住宅中另闢隔離特異反應原之房間，房間之劃分，凡建築師易於設計，且所費有限，即人烟稠密之地，亦屬易舉。著者亦能證實此事於公立施診所與人壽保險家均可極表贊同者；此種房間之設置，可將病者之統計數，削短不少，其於國家經濟上殊多裨益也。

如上述二法未能實行，可行下述之一法。

(三)房屋之掃除潔淨，凡臥床與臥室尤宜特加留心，據著者多年之經驗，一鋼絲墊之鐵床，上蓋以毛毯，其功效已足不可思議矣。

更有進者，施行此種特異反應（占全部特異反應症之百分之七十）之治療與預防，利用此個人難籌公衆易舉之方法，於國家財力之節約，豈可以道里計。至宣傳此項房舍特異反應原之過敏感應之常識，與其結果，凡有保護國民健康之職者，尤宜三注意焉。

疫苗(Vakzine)治療法：

吾人已知特異反應病者百分之七十，

對於房舍特異反應原爲易起感應。(亢旱之地較卑溼者爲鮮) 尚有一部份爲食物與獸毛特異反應以及偶見之病因(如對於橡皮蛔蟲等之感應過敏)。其餘約百分之二十餘，即茲所闡述者：屬此部份之數例初尚有器官之變化，其後即純屬精神之變態。是以普通抵抗特異反應之方法，實無用力之地。又有數例亦屬此部者，所謂細菌性易感應，即細菌生成品(經氣管支扁桃腺等)輸入病體，而誘發過敏之感應。此類細菌之生成品，非爲毒素，而爲特異反應原。故討論病原之問題，又趨另一途徑。一個葡萄狀菌或四聯球菌足爲特異反應原，而同時發現之鏈狀菌，反爲無害者。

觀夫上述之事實，經著者之觀察，特異反應症恆因先患流行性感冒而起，或因此而表現。但非可誤會其對於尚未確知之流行性感冒病原，或對於與流行性感冒共存之鏈狀菌之感應過敏而起。因流行性感冒亦能誘發對於牛乳藥品獸毛或房舍等特異反應原之感應過敏，即對於一般由空氣而吸入之微菌特異反應原亦然。

如發現若是之細菌性易感應，凡用所謂痰內自家疫苗(Sputumautovakzine)之治療，其有效與無效之原因，可以瞭然矣。

恆有醫者與研究院每以氣管支性氣喘爲一種疾症，用自家疫苗之注射，可望其告痊。雖自家疫苗之治療，有時可得美滿之結果，但普通之理想，未克認爲合理。

一種痰內自家疫苗恆爲生機體之抽出質；其在適宜之培養基上，最易滋生者。試驗者每擇鏈狀菌，因其能致病也。但恆未可以此試驗，此測定，或此製成之疫苗當作與病者之氣喘有關。如疫苗一經注射，即顯其作用，否則疫苗反能增加病情，或爲毫無作用。至疫苗是否含有氣喘之病原，尙未能證實，因疫苗常有非特殊之作用故也。是以最佳須將氣喘病者，先行以各種細菌漿苗，作皮膚反應(或以氣喘漿苗之混合體)。如皮膚反應顯陽性，即以此種漿苗，或其混合體治療可矣。

阿司匹靈類：

尙有一異於細菌性特易感應類，約占氣喘病者百分之十，其異於其他之氣喘，因其氣管支方面之病象，猝然發作，且歷時甚久，與不良之豫後，藥石之無靈，精神方面之特殊的變態，以及皮膚反應之恆爲陰性；雖居隔離之房間，病况亦無起色，靜餓更無功效，漿苗治療法適足加重病情。有人曾提議此類不屬於特異反應性氣喘者，但此類病人對於阿司匹靈以及其他止痛劑安眠劑，皆有特殊過敏之感應，故名之爲阿司匹靈類。此類祇可用非特殊的療法，(硫黃注射)咖啡素茶素(Theobromin, Theocin)或經注射，或用口服，恆奏奇效。

結核漿苗療法：

范賈剛氏(Varekamp 與著者在八年前已應用此法治氣喘，因氣喘病者對於結核

漿苗恆生極強之反應故也。經長時間之每星期的結核漿苗之注射，至反應顯極輕微時，氣喘即見輕減。故由此非特殊的反應，可得特殊的功效。著者利用此介於特殊的與非特殊的療法間之方法，以調理特異反應病者。

#### 非特殊的療法：

非特殊的療法之要素，為吾人所稔知者，即傳染病恆能影響特異反應症之病情。最著者，如纖維性肺炎 (croupöse Pneumonie) 之影響氣喘是也。恆見羸弱疝瘡之氣喘病者，經一度之肺炎，而獲痊者。其痊愈期可歷一星期至一月之久。

非特殊的療法之目標，在試驗以人工引起如天然發生之纖維性肺炎；但欲以人工誘發纖維性肺炎，事屬不可能。瘧疾對於特異反應症，無特異之作用。因此採取

一般行刺戟療法所應用之藥物之注射。雖藥物之種類不同，然其功效大概相似；不同者，祇分含蛋白體與不含蛋白體而已。惟亟宜注意者，患特異反應症者，較正常人為易起感應，故含蛋白體之藥品，在反復應用時，較正常人易滋流弊，一般由未患特異反應症者所得之經驗，已不適用於患特異反應症者矣。依著者之意見，不含蛋白體之藥品，例如硫黃，亦生同等效力；因第二次之蛋白體注射，為法所不許，故求不含蛋白體而供注射用者，厥惟硫黃。普通以千分之二·五，或百分之五溶於橄欖油而用之。雖此非特殊的療法恆得良好之效果，但施行此治療法，須經長時間，力行弗輟方可。

附注：原文載在第七十八卷第十三期  
之明興醫學週報

## 氣候何以能影響人身健康之研究

曾 憲 立

氣候與健康有直接關係，世人多已知之。惟氣候何以能影響人身健康之問題，至今尚未能確切解答，而常為一般新醫學家所重視。吾國醫學發軔逾四千年，時氣之說，早已見諸素問靈樞各書，特以迷信過深，陰陽五行六氣等邪論風行，一般舊醫學者又祇知故步自封，不圖長進，以致先人已闢之田園，吾輩後起者只能坐視其荒蕪。是以中國科學之落後，豈得謂為偶然之事乎！天時(Wetter)氣候(Klima)於人身有一定之作用，中古之世，歐洲醫者亦已有所論列，吾人試一檢閱歐洲通史，希坡克烈 (Hippokrates) 之氣候健康論，自中古以迄十八世紀初，數百年間，醫學家莫不崇為桔槔。然而新穎之事實與假定 (Hypothese)，自亞力山大洪坡爾稚 (Alexander von Humboldts) 以來，始日漸見諸於世。而氣候何以能影響及於人身健康之原因，至最近十年間，方有比較明確之見解，以資吾人之研究焉。

作者寫茲篇之意，不必在於問題本身之解決，而在於問題本身之討論。蓋醫學與氣象學 (Meteorologie) 及氣候學 (Klimat

ologie) 中間之鴻溝，幅員千里，此時吾人尙無能令其填塞。而氣象及氣候學本身之進步，亦未有斐然之成績可言。作者在此欲提出討論者，為有關於人身健康之一切可能，而其出發點則根據物理，生理，氣象及氣候諸科學。

### 空氣之濕度與溫度在健康上之意義

人身體溫在生理調熱機 (Waermemechanismus) 支配之下，常得保持其不變，蓋以身體之生熱及放熱，無時不在互相調劑中而謀維護其平衡，例如天熱時，面部常呈潮紅，因脈管擴張便于放熱也；天寒時，手足每呈蒼白，因脈管收縮而宜於保熱也。此種最普通之生理作用變化，吾人當必熟見熟聞之矣。然而身體之放熱 (或納涼)，全恃低微之氣溫與夫經皮膚，肺臟輸出水分之氣化 (蒸發)。如空氣中之濕度增高，則散熱已難，氣化亦不易，因果相循，皮膚間往往演成生熱增加而放熱減少現象，此蓋為脈管運動 (vasomotorisch) 受不如意神經作用所使然。身體康康之人，在潮濕而溫度過高之空氣中，猶易于適合環境

，初無用發汗以助其散熱也。身弱者則不然，因其脈管運動不定，不免有時冷時熱之感，而身體精神亦遂常陷於不安。世人嘗謂一切非微菌性感冒，病源多係因血管系先有病的素因(Disposition)，再經寒氣之襲擊，病始發作。觀扁桃腺炎，氣管炎及肺炎等病，其發生多在感冒之後，其原因或即在此。但此種病的素因之形成，是否受氣候變化之影響所致，吾人尙不敢遽下斷語。

### 烈風作用

空氣流動而成風。空氣中之冷度常與風之速度成正比。據吾人日常所知，暴風起時，天氣每增其寒冷，初不必有昇降不定之氣溫爲其主因也。萬山重疊之地，時有刺骨之烈風發生，病風痛者多受其影響。說者以爲是乃氣壓起伏無常之結果，良以吾人欲借熱的本身變化以爲烈風作用之解釋，殊無若何根據可言。據年來在因斯布魯(Innsbruck)——奧國西部大城——觀察所得，吾人深知此烈風之起，乃由於振動距度(Amplitude)絕小而爲時只有二十至二百秒鐘之空氣運動所致。此種情形當暴風疾雨時亦常見於吾人房舍內，但因其振幅較大，故終無所謂烈風作用。此外，吾人已引爲注意而尙難切實證明者，即因河(Innfluss)上游以外各地，在烈風發作前後，是否亦有如上所述之氣壓振動現象也。至于烈風病(Foehnkrankheit)在氣密室(PneumatKammern)內因高壓作用能

否有治瘳之望，吾人亦殊不敢必。

人身內外之氣壓發生差異，若非在封鎖固閉之身腔內，吾人當不覺之。身內多數之器官對於逐漸變化之氣壓尙不難容其通過，是以當者每不之覺。然如猝發重急之氣壓差異，則因中和不易而常使神經系受到沉痛之刺戟。例如吾人聽礮聲或乘高山空中昇降機時耳膜間常有痛刺發生，原因即基於此。

因地理上之關係，世界各地之氣候各不相同，組成空氣之瓦斯(Gase)在分量質量上亦不無差別。若有多種來源不同而溫度各異之氣體相值於一地，勢必互相融和，而求其理化性質之均等；高大氣壓即因之應運而生。南北極寒冷之空氣偶然與熱帶區炎熱之空氣相遇，因其溫度懸差太甚，不易相容，勢必互相擊突，結果往往構成一絕大窒滯區域，以此區域內之空氣爲忽而冷忽而熱之氣體所汜濫所致也。吾人於此姑命其爲Luftkörper(氣體)。依其來源所在，且別其爲熱帶，南北極，大陸及海洋四種。然則病人每引爲忌慮之時氣變化，要亦不過空氣中之氣體變化耳。

### 膠質氣象學 (Kolloidmeteorologie) 論

空氣之成分，除各種瓦斯外，尙有無數超顯微鏡(Ultramikroskopisch)之固形小體，即物理學上所命爲Dunstpartikeln(蒸霧)者。大多數之蒸霧均具有電性，依其積電之大小，吾人又可稱之爲輕負或

重負電離子 (Ionen)，一立方生的密達空氣內，此種離子之存在量，為數約數百至數萬不等。熱帶性與大陸性之空氣，常為其所充斥，海洋性空氣次之，寒極性空氣則甚少電離子形體之纖微已如上述，其性質之活動自無異於氣體，當呼吸運動時，每易隨空氣潛入肺組織內而為血液所吸收

。吾人於此信其必有一種生理作用，蓋以其賦有電性故也。雖然，經電子濁化後之空氣，於健康上究有何種意義，吾人尚不能深明洞悉。事實上此類蒸霧是否為人生必需之物，其在空氣中之數量過多或乏缺是否能令人感累疾苦，胥為科學家所宜苦心研究之問題也。 (未完)

# 醫藥學

創自民國九年(初名同德醫學)

至今已發行一百數十期

為國內最有持久性之醫藥雜誌

月出一册定價洋二角五分全年十二期洋二元五角國內及日本郵費在內其他各國另加洋二元

總主任 藥學博士 黃鳴龍  
 總編輯 醫學博士 汪元臣  
 醫學主任 醫學博士 汪黃瑛  
 藥學主任 黃鳴駒  
 藝文主任 黃勝白

第八卷六期要目

肢痛病之概論.....	高鏡明
植物之脈息.....	黃鳴駒
淋病之特殊及非特殊的治療法.....	顧寅
局所循環病理學.....	祝紹煌
診餘隨筆.....	王恩覃

總發行所 上海北京路九十六號醫藥學雜誌社

# 以被動式之大動脈運動爲大動脈及冠狀動脈疾 病之預防及治療法

惠 之 譯

被動式運動之解釋爲受外界影響以起之富於彈性或動能的軀體部分之形狀變化，而有一定之調節（即相互交替之大小增減及長短伸縮）者。造成此種影響之原因，能由外界施於吾人軀體，例如體育家所練習機械力之形式；但亦能由吾人自身組織之一定筋力直施於身體之他器官，如圍繞關節之肌肉機械式的與該關節作種種體操樣之運動，可爲一例。此項運動能使所屬器官獲得較佳之血液流通，且能使毛細管增加，有病器官之物質新陳代謝旺盛，渣滓與沈澱排除，組織革新，而使運動所及之器官的壽命得以延長。

關於以吾人脈管系統，尤爲動脈部分，施行被動式之運動，迄今甚少知聞。惟於自動式脈管運動曾有人說及，且知其爲受血管運動神經之影響而還原的血管肌肉之自動收縮，其所起動脈腔之張縮，於全循環之調節有莫大之意義。即水治法(Hydrotherapie)之全效用亦基於此自動之脈管運動。至若吾人身體之肌肉與動脈作被動式之脈管運動，則在史中余僅希見。惟此種受橫紋筋(quergestreifte Muskeln)運使

之被動式運動確乎較吾人至今所知者爲更有深意，今吾人即定一普通適合之原則，謂凡於生存時或受外力，或以自動按摩法，或以自動運練法使血管多受運動或按摩，得以享較長之壽命，而少患動脈硬化之症，迨亦未嘗不可。余茲舉二例論之：

數年前 Oberndorfer 曾謂彼見老年人之強度的血管硬化，極常在大腿動脈(a. femoralis)，脛骨動脈(a. tibialis)及腓骨動脈(a. peronea)，反之僅極少數在膝蓋動脈(a. poplitea)。彼且追究其故，結果，謂此乃由于此脈管一生皆受極強之運動所致。第二例則爲脾動脈(a. lienalis)與腸間膜動脈(a. Mesenterica)。前者係短而緊埋着之脈管，幾不能動彈，亦甚易患特重之動脈硬化症。且據 Rokitansky 謂其在患脈管石灰化之動脈中居第三位。完全不同者則爲與其物質交替條件却頗類似之腸間膜動脈，因時受腸臟運動，故亦甚少患硬化症。

有此所討論之觀點自僅一主因，以爲動脈硬化之預防下新答。至於進究此業已發見之暗示，則常爲病理學之可感問題。



或由此於常患動脈硬化之腦脈管上亦得一線光明，蓋如吾人所推度，其每種被動式之運動皆付缺如也。

與吾人可造成一種確定的被動式體操 (passive Gymnastik) 或血管壁按摩以促進血管壽命之被動式運動 (passive Bewegung) 之見解相反者，則爲自動的，由血管運動神經影響而起之收縮作用。其在過強要求時爲依 Romberg 所揣意之耗費 (Abnützung) 與夫爲石灰化備一基礎。

據 Rokitansky 云吾人體內血管之最常患血管硬化症者爲上行大動脈 (aorta ascendens) 及由其分出之冠狀動脈 (a. coronaria)。除吾人可以避免之直接大動脈損傷 (黴毒，煙草素) 及先天因素 (血管過度緊張症，Hypertonie，余亦視爲先天因素) 外，其與每次心搏用力推迫之血波衝突之機械能率，亦爲原始因素，且爲其中之最大角色 (據 Bencke 稱爲棄引要求式，Beanspruchungsform der Zerrung)。若進論及此，則離題太遠矣。

近來余於各方曾論及，若吾人僅將近世甚退化之橫隔膜呼吸強烈練習，自然可使埋藏胸腔深處之上行大動脈以至大動脈弓 (arcus aortae) 從事被動式運動，如余經尸體試驗及 X 光線考究所證明，凡於橫隔膜吸氣 (Zwerchfellinspiration) 時吾人實施行心臟及全部提韌帶 (其中以大動脈的爲最) 之伸展及轉旋，其在橫隔膜呼氣 (Zwerchfellexpiration) 時則在逆轉及全部中心

陰影之縮積中自行轉向。此中心陰影 (Mittelschatten) 之或張或縮之長度爲四生的米突者，如余在 X 光線中所示，於強烈橫隔膜呼吸時實非稀罕。若吾人於上述定義之含意中，以橫隔膜爲主動者所執行之大動脈的，在某種程度下亦爲心臟的被動式運動，實爲一迄今無人特加論究之現象，但此於格物學上確含有極大意義：殆無人將能否認。蓋何以膝蓋動脈及腸間膜動脈所遭遇者，此或竟爲一普遍適用之自然定律者，而大動脈不能獲得之？何況大動脈在一切動脈中所佔之彈力組織 (elastisches Gewebe) 爲最多者乎！

關於大動脈之自養血管，Smetana 曾有一精細之工作。彼能指示人類中大動脈首部 (Anfangsteil) 幾皆受由心臟冠狀動脈 (尤爲右冠狀動脈) 分出之枝所營養。倘大動脈壁之更良血液之灌注可達目的，則該器官必得較久生存。依學理及 Oberndorfer 觀察之推論，經被動式大動脈運動或大動脈壁按摩，此必可能，一如吾人藉橫隔膜呼吸之特長而行此。

故余爲豫防計，令一切似將危及大動脈者，出身于心腎病之家族者，已病黴毒者，多吸烟者，血管緊張過度者，心臟機能疾速 (Pyknikern) 而兼胃心複雜症候 (gastrocardialer Symptomenkomplex) 者等等於每晨在床上施行強烈之橫隔膜運動，取仰臥屈膝之位置，使腹部盡量推衝 (橫隔膜吸氣)，然後依 Hofbauer 或用喃語

或否，再盡量縮入（橫隔膜呼氣）。橫隔膜呼吸之強度，余則以置腹蓋上之手壓力定量之，蓋吾人可推度，其推衝前腹壁之力約與於吸氣時下垂之橫隔膜用爲擴展大動脈之力相伯仲。（Eisenmenger之 Bio-motor或簡單之玻璃吸鐘皆適於練習）。即遇已成之大動脈病及冠狀動脈硬化時行一謹慎之橫隔膜呼吸亦未嘗有害，且治療上但見有良好之功效，因其實爲一自然作用，一如其在急性心臟過勞時短期中能排除心部及胸腔內之不快感覺，且較胸部呼吸爲速，此則余常能自信者也。

欲使橫隔膜呼吸及於全身（尤爲胸部器官，即肺及心）之普通良好功用與及於大動脈本身之良好功用分離，則常感困難。欲解明此說，須立一權衡，凡一生皆極強橫隔膜兼腹部呼吸者，例如歌唱家，究較他人罕患大動脈病而死否。此種研究，在人壽保險證明書中可考，惟以此法求正確之結果，余則不敢謂易，因正如歌唱者及其他特多具損傷大動脈之因素者之人壽

保險的死亡證書常不必需科學式之精確。所以，吾人首先以上述在膝蓋動脈及腸間膜動脈上觀察之推論下總結，倉卒間亦足說明被動式運動對於動脈管之效用，次則賴各醫生於顛愛時有規則的處理橫隔膜呼吸以便起被動式大動脈運動所得之臨床經驗。以余個人多年之經驗，則謂用此法實能豫防大動脈之疾病，且用余所述之法，抵抗已成者亦有效果。以橫隔膜呼吸作被動式之大動脈運動，乃一極簡單極自然從事預防及治療大動脈及冠狀動脈疾病之方法，由此生命得以延長。

二〇，五，二五日於德國明興

附注：此文譯自德國醫學雜誌 Münchener Medizinische Wochenschrift 第七十八卷第十五期，原題爲：Passiv-Aortengymnastik als Prophylaxe und Therapie bei Aorten- und Koronarerkrankungen, von Z. Roemheld aus dem Sanatorium für innere und Nervenkrankheiten Schloss Hornegg am Neckar.)

## 無白血球症 (Agranulocytose)

梁伯強博士

(二十年六月十三日在上海德奧瑞同學會及同濟校友會聯合聚餐會演講錄)

無白血球症原名爲 Agranulocytose，這係 Werner Schultz 在 1922 年，距今約十年以前，最先創立的。A“係表示沒有的意思”，“granulocytose”係指顆粒性的白血球的病變；我現在譯爲無白血球症。這病症的顯明的症候爲扁桃腺炎，所以 Friedemann 也稱他爲 Angina agranulocytotica 無白血球性的咽頭狹窄症。我查攷 Friedemann 1927 年的發表，這樣的病證實了的，還不過數十例罷。至在我國方面，據我知道的，還沒有發表過，或許有人發見了，但只限於臨牀方面的，我因此覺得很有價值，把我近最解剖的一例報告。

因爲這病症成立不久，或許人們不甚明瞭，所以我沒報告本例以前，先把本病症約略說個明白。

這是一個口腔和咽頭部潰爛性壞死性的病變，這是急性的，高熱度的和致死很快的。據統計看來，患者似乎多屬女性。這病症的特別的症候爲白血球多量的減少（比如 1cmm 內 940 替代 8000 白血球）和淋巴細胞比較的多量的增加（比如 93% 替代 23% 淋巴細胞）。淋巴細胞比較的增加愈

多，那顆粒性的白血球比較的減得也愈少（比如只 3% 替代 63% 白血球）。顆粒性的白血球減少幾等於無，這是本症特殊的，所以本症就稱他爲無白血球症。

但這個病症怎的發生？據 Schultz 的見解，這病症的發生，是由於特別的傳染，侵入骨髓內的顆粒性白血球系，惹起損傷的緣故，許多人附和這說；比如 Elkeles 就以爲這係一種我們還沒發現的細菌傳染，但 Ehrmann 和 Preuss 的見解却又相反，他們以爲這是普通的，劇重的，血中毒 Sepsis 症，是繼咽頭狹窄症而起的，由是骨髓的顆粒性白血球系麻痺了，照這樣說來，咽頭狹窄症是原發性的了。我詳細察閱 Schultz 和 Jacobowitz 的所述，本症的初起，不必盡係咽頭狹窄的症，有時這是以後續發的，據 Rotter 的見解，原發的病變爲骨髓的白血球系損傷，因此身體失却了抵抗力，不能抵抗其他細菌的侵入，所以最後的血中毒症當爲續發的。

關於本症是否能成立一個獨立的病症，或許只算一個症候的結集 (Symptomkomplex)，不是本題所要討論的。最近多數學

者如Schutz, Friedemann, Elkeles, Licht和Hartmann, Reiche等都以為這是血液製造器方面的獨立病症；這病症和其他類似的病症，比如帶淋巴細胞反應的急性的傳染症，區別如下：沒有出血性素因，沒有脾腫大，黃疽發生，沒有續發性的紅血球的變化，沒有病原菌的發見，血小片數如常，但白血球總數大大的減少，

我申述了本病的約略以後，我就轉入我自己的本例：

據上文說過，患者多屬女性，本例却為一個男子，年二十五歲，患劇烈的齒齦及鼻腔出血，入醫院治療不過一星期就死去了。據我的調查，未入院前，既患齒齦出血三四天，總計起來，患病不過十天罷。臨牀檢查方面：病者神智恍惚，毫無口述，前三天體溫 $38-39^{\circ}\text{C}$ 之間，後四天 $40-40,5^{\circ}\text{C}$ 之間，口腔粘膜出血，下腿表皮下出血，心臟無雜音，肺臟到了以後纔發現氣泡的聲響，脾臟沒腫大，這是可注意的。患病第三天驗血的結果：血色素38%；紅血球1290000；白血球1300，這也是可注意的；其中顆粒性的白血球45%，淋巴細胞52%，單核巨大細胞3%。同時(患病第三天)血液培養，沒有細菌的生長；第二次的培養，即在患者死後一天，纔發生溶血性的鍊球菌，這也是很可注意的，餘從略。

臨牀診斷：因為最初血液培養沒發見菌類，又沒脾臟腫大，血中毒症 Septis不

能確定，急性的白血病 akute Leukaemie於此不成問題，因為血液檢查結果，和這病不符；又除出血性素因以外，也沒有其他症候。在本例出血性素因為明顯的症候，比較診斷方面，所以壞血病 Skorbut和Werlhof氏病要考慮的；又在我國鼠疫流行的地方，遇着這種原因不明的劇烈的死亡很快的病症，到了以後又有了肺臟的發炎，肺百斯篤症的可能，自然也要想及的。

臨牀方面確實的診斷既不可能，那就只有待乎屍體解剖了，屍體解剖的結果和顯微鏡檢查的結果出乎我意料之外，這也是很有報告的價值的。

屍體解剖的結果：擴大的，毀爛性壞死性的扁桃腺炎症，左肺下葉新發的多發性的膿瘍，心囊膜上點狀的出血，許多出血性的胃粘膜糜爛，小腸全部和大腸上斷以及腎盂和膀胱均呈粘膜的出血，表皮出血，在左下腿更劇；脾腫沒腫大，重102 gr(普通150-200)，餘從略，

顯微鏡檢查的結果；

1)扁桃腺：腺的大部分完全壞死了，有的部分深達至其下的肌肉脂肪層，壞死部分和旁近健全的組織，界劃顯着；最奇的是在壞死部分內和旁近部沒有白血球的浸潤，在壞死部分內只見被細菌堵塞的血管。這組織檢查結果，為劇烈的壞死性的扁桃腺炎症，連帶細菌堵塞。

2)肺臟病區；組織檢查結果：壞死性

的出血性的局部肺炎，這也是沒有白血球的反應。因病區內有細菌的栓塞，這傳染是轉移發的，

3) 其他內部臟官；大多數都發見毛細管的細菌栓塞，但沒有急性炎症現象的繼起。

4) 脊柱骨；有的骨髓部分呈壞死的病區，但也沒有炎症現象。骨髓組織內可見許多含核的和無核的紅血球；巨大細胞有少許存在，但血白血球 Blut-leucocyt n 和他的母細胞，即骨髓細胞 Myelocyten 却遍覓不得呢，這是很可堪注意，這在組織檢查結果上為骨髓的白血球系形成不全 Aplasia，這也就是本病無白血球症的證明和原發性的病區。

#### 本例的討論

如上文說過，通常患無白血球症的，沒有出血性素因，但本例最明顯的和最初至最終的症候却為出血性素因（口腔粘膜出血，表皮下出血），這是否無白血球症的或血中毒 Sepsis 的症候？上文說入院第三天的血液培養沒發見菌類，如果這不是偶然的，那麼這不是普通我們認識的菌類惹起的了。本例因為出血很多，那續發的紅血球減少（1290000），是當然的。本例第三天的白血球組織式雖然明示顆粒性白血球減少不多（45%），但白血球絕對的總數（1300）却大大的減少了，這不是患普通急性傳染病遇得着的。我們看死後骨髓內白血球系形成不全，我們可以意想死前幾

天，那顆粒性白血球是每日減少至於沒有的。

如果這不是死後纔發現的溶血性鍊球菌惹起的，那麼這確是一個很特別的傳染，這可冠以無白血球症的新名。他如本例脾臟沒有腫大和扁桃腺壞死，都是本新病症的明顯的症候。

但本例扁桃腺的壞死和肺部的壞死怎的發生的？是溶血性鍊球菌惹起的，抑或是這組織壞死了以後，鍊球菌纔侵入的？據我顯微鏡的檢查，扁桃腺壞死的區域內，有細菌的栓塞，那麼這組織沒有或者沒完全壞死以前，這細菌既侵入血管內了。以我的意見這壞死是這菌類侵入了纔惹起的。在臨床方面起初沒發見咽部狹窄症候，又肺部的症候，如上文說過，是以後纔發生的。我們看看病者的體溫，第四天以後纔升至40—40,5°，又因為以前血液培養沒發見菌類，那麼鍊球菌或許就在這時候纔侵入身體內的。

根據以上Rotter的見解，原發的病變，如本例也是如此，乃骨髓的白血球系損傷，因此身體失却了抵抗力，不能抵抗其他細菌的侵入，如本例鍊球菌侵入以後，組織只有壞死，却沒炎症的反應了，

總觀以上所述，本例確是一例特殊的傳染，這不是普通溶血性鍊球菌所能惹起的，這和Schultz所新近創立的無白血球症很近似的呢。

至於本症治療方面，如上述過，是很

少希望的。1927年 Friedemann 統計四十九例中四十四例是死了的，其中有六例是用 X 光線照骨髓治癒了；這或許是偶然的，或許是 X 光線的功效，要待將來臨床家的

研究了。但本例因為在病的經過中，無白血球症無從診斷，又假令以後診斷對了，但那時血中毒症既極劇烈，這就不是用 X 光線所能治愈的了。

溫泰華

董道蘊  
彭玉書  
何卓羣  
崔瀛

主編

# 我們大眾的

唯一的通俗衛生的

# 大眾醫刊

是衛生知識的發動機  
是科學認識的結精品

▲為衛生而作衛生的宣傳  
▲為大家而作衛生的宣傳

每月二期全年二十四期每册售大洋一角  
廣州市文明路二百零四號

## 大眾醫刊社

## 中毒性創傷的急救法

### 幸 蒼

中毒性創傷是由於瘋狗或毒蛇之咬嚼，或由於上了毒的矢，矛，彈丸所傷而起。其成爲危險性者，皆因其毒質從傷口經血管引入心臟而再至全身的緣故。我們要避免這種危險，必須立刻將創傷的上部緊緊的環繞綑縛起來，最好用一條有彈力性的帶子；如無則用一條繩索或手巾繞於腿或臂上，作一結，結上繫一棒而絞實之。

然後我們始從事把毒質由傷口內取出：(一)用口吮吸法，如果唇皮和口內無破損之處，因其毒質在口中不能爲患；但須謹慎，不可將吸出的毒血嚥下。(二)或用一洗滌過的白蘭地酒罇代遞吸血杯(Schröpfkopf)：最先取一用火酒或石腦油(Benzin)浸潤過的棉花球，最好把牠繫在一根鐵絲線上，然後將這白蘭地酒罇倒置(預先把酒罇弄潮濕)，待我們將這點了火的棉花球送進白蘭地酒罇內三四秒鐘之久後，即速把這內面會成真空的杯罇覆置於咬傷之處。如果這臨時吸血杯安放得妥適的話，雖然把牠很用力的搖動，牠也不會離開牠的附着的地方。那皮膚不久就凸進這酒罇裏面，且漸漸的現出藍的顏色來。上

法施行后，我們可用燃燒法，(例如用火，紅煤，灼熱的洋刀或刺針，紅灼的香烟頭，火藥。)或用腐蝕法(例如用硝酸，石炭酸，Karbolsäure腐蝕加里Ätzkali。)把皮膚內吸出的毒質消滅。蛇咬傷的傷口最好用礮砂精水(Salmiakgeist)即亞摩尼亞水塗搽，並多內服強有力的酒類使達深醉(如白蘭地酒等)，因此能使不幸者興奮些。

速送不幸者至醫生處！所有受懷疑的犬最好禁錮起來，送給獸醫生研究，不必要殺死牠！

人們在給獸類的易于發作的毒質剛才侵入了的時候，自然是能夠而且允許用有彈力性的環繞綑縛法(elastische Umschnürring)，救護生命於臨危中。那是不幸的了，假如綑縛處會發生炎症(例如血毒，組織細胞炎，丹毒等等。)的話。

新近有人製成一種抵抗蛇毒的治療血清(Heilserum)可以把一般咬傷者治癒和使一般捕蛇者免疫。這是對於熱帶的人們特別重要的，因爲在印度據官廳報告每年被眼鏡蛇(Cobra)咬斃者爲數達兩萬之多呢。

關於蟲類(如蚊或蜂)的刺傷，最好塗

抹一點硼砂水於發紅兼楚痛的部位（因蟲毒多屬蟻酸之故）；如能看見該蟲的刺針，須把牠仔細拔出。（如刺針藏在皮膚內，那最好用小刀或鑷鑰匙的空端壓迫傷口，使其外露，而後取去。）制止發炎可用經醋酸性礬土液（essigsäure Tonerdelösung，一滿食匙和一盅水）浸潤過的綑帶包裹傷處；

止痛，則用薄荷筆（Mentholstift）塗擦之。

Tonerde即氧化鋁（Aluminiumoxyd  $Al_2O_3$ ）

附註：這篇選譯自 Die erste Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen von Esmarch, S. 49-51, 1926.

汪企張醫師

周夢白藥師

夏慎初醫師

●編主●  
◀用實症臨▶

# 診療醫報

第三卷第九期目錄（六月十日出版）

- ▲治療慢性雅片中毒之種種方法……史志元▲近世白濁治療法……吳匡譯▲中毒性虛脫及其療法……
- ……李星鎔▲最近之咳嗽學說及其治療指針（三續）郭人驥譯▲實驗病料檢查法（四續）瞿紹偉▲藥品配合之禁忌（七續）周夢白▲寒暑表摭談……汪企張▲月經初潮實足年月之算式……瞿紹衡▲血友病之二例……
- ……汪于岡譯▲藥方集（拉丁文編）（三續）林鴻藻▲生理衛生常識問答（一續）陶鏡人

價目 每册大洋一角 上海霞飛路一〇四號診療醫報社發行  
全年十二册二元



# 治療新消息

林千葉摘譯

## I. 治療敗血性病變之新法

A. Alke 博士著

敗血症及凡傳染性病變有移轉於敗血症的可能者，目下一般療法，吾人約一年以來即已捨棄不用矣；因依據該療法如靜脈色素注射，銀製劑，血清及 Vaccine 等，往往時歸無效故耳，吾人自應用新法治療以來，所收之效果殊與前法不同。曾依下述方法而施行治療者約有一百四十例之多。吾人既不能在敗血性現象發作時之最初一日即可斷言其預後佳良，抑或移轉於真性敗血症，所以最初即宜施以適當的治療，而不應坐視其病狀之進行。在吾人診例之中其始因為慢性扁桃炎，壞齒或流產者確無一人移轉於真性敗血症。

百四十例之中有十三例在慎重考慮之後不得不承認為真性的敗血症。十三例中有一例係慢性心臟內膜炎，其熱型因手續較繁故未列舉。罹病者為一七歲半之小孩，病狀重篤(紅血球降至1800,000)。自一九三〇年一月九日至二月三十日應用 Argochrom十五次及 6,0之Chinin一次於直腸

中，經病後月餘之檢查證明此十三例俱完全治愈。(但亦不能說即在多數之診例中決無一人失效者)。

吾人應用的藥劑是：

1. 大量之水楊酸(Salicylsäure)
2. Argochrom(直腸)
3. 大量之Chinin(直腸)

水楊酸之殺菌能力幾與石炭酸相等，但須用其大量方能見效。吾人通常用水楊酸鈉，每日 12—15g；倘加入雙倍之重碳酸鈉則更易容受，此外用 Sir. aurant. 為調味劑頗妙。

吾人的處方如下：

Natric. Salicylicum 30,0

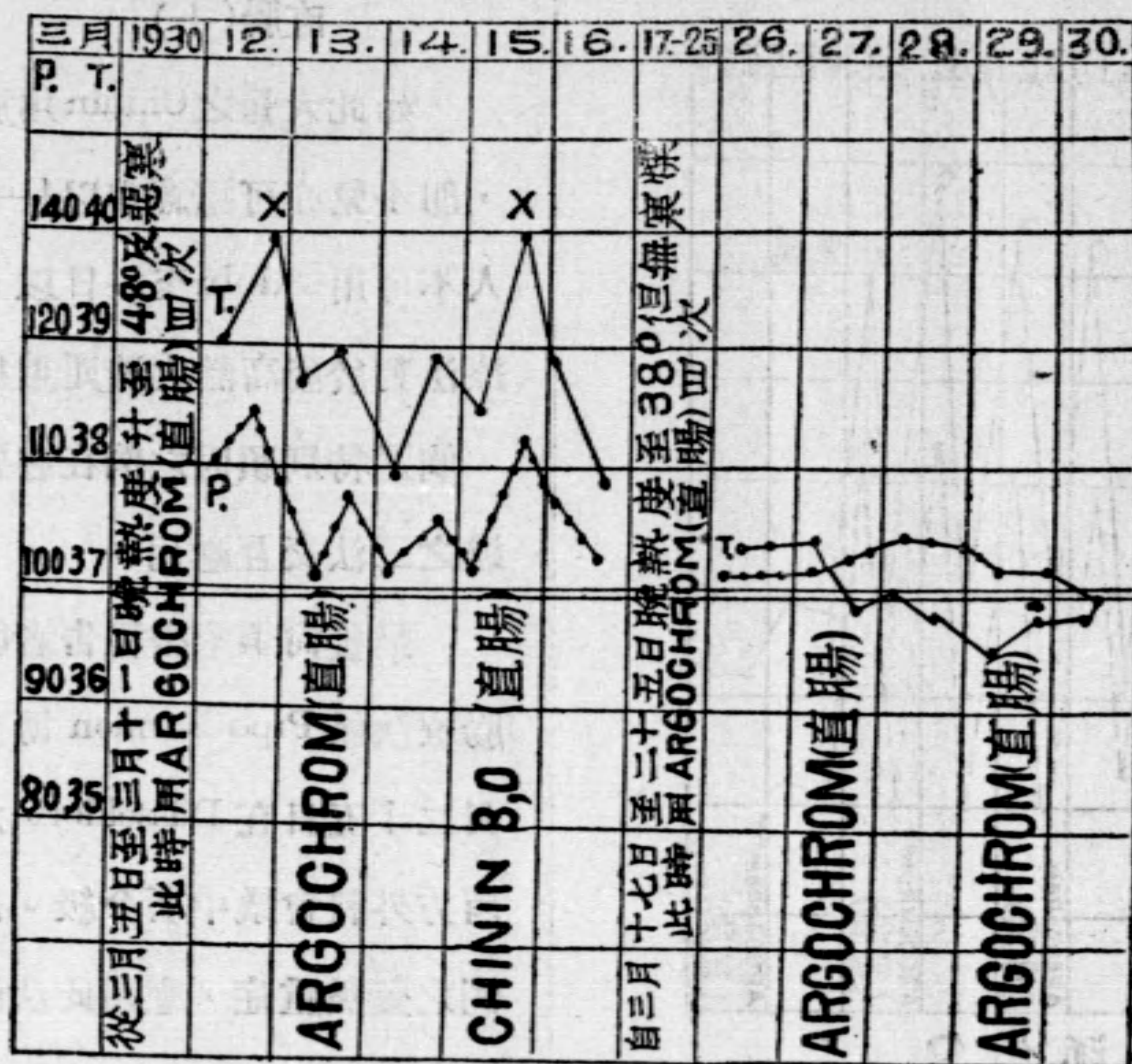
Natric. bicarb 60,0

Sir. Aurant. 300,0

Ag. frig. ad. 1000,0

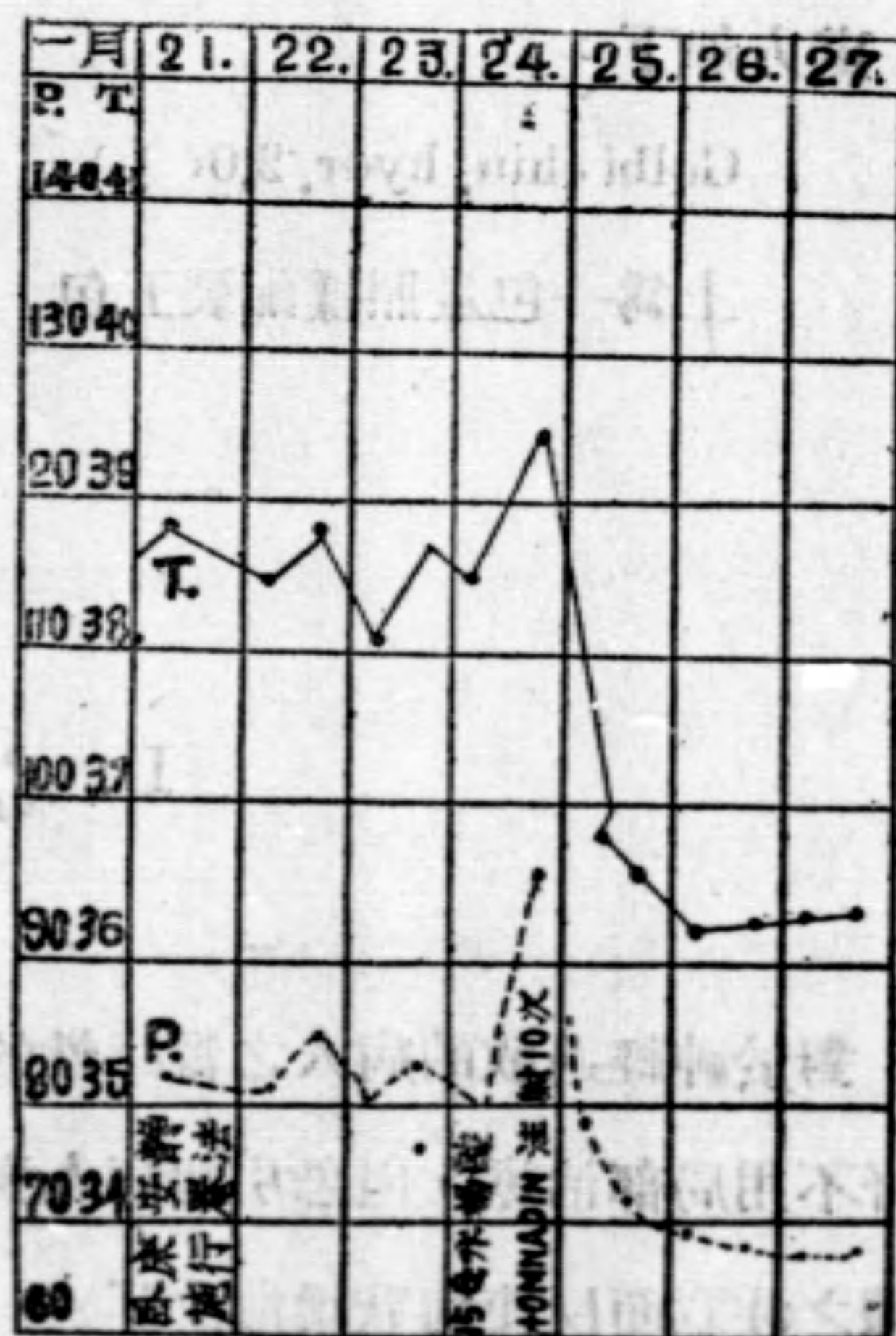
每兩小時一回，每回二食匙。

最初吾人加行 Omnadin注射一次  
(見弧線 1.)

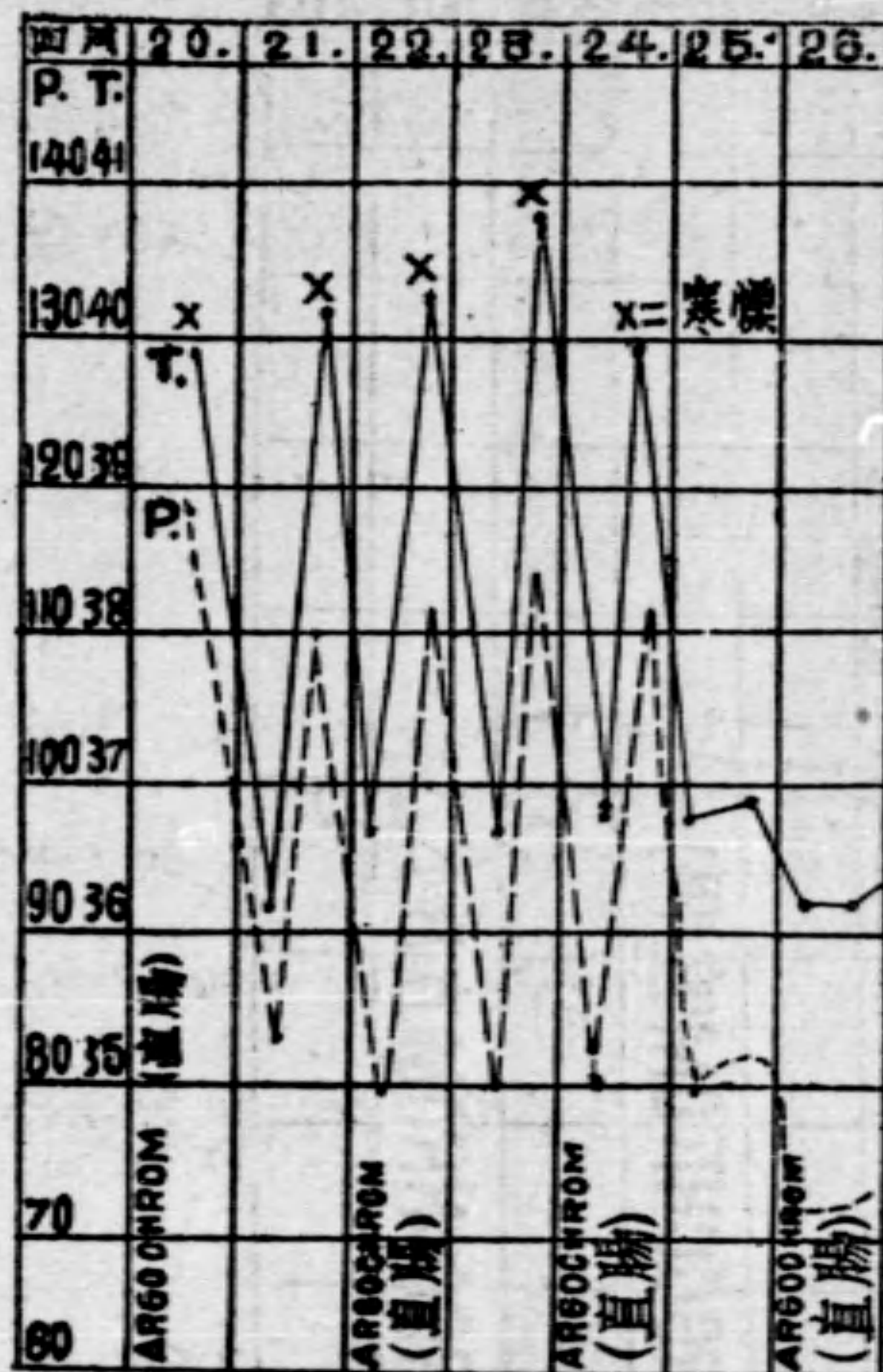


(弧線 1.)

每逢熱度有上升之嫌疑時，即開始應用上列方劑；倘熱度三五日之後尚未下降，即捨棄此種治療而與以Argochrom(直腸)。依吾人之經驗若用Argochrom於靜脈注射則完全無效，即有亦幾等於零，但用Argochrom於直腸時則有特殊效果。通常以一管之Argochrom溶液和於一立升之水中，每二至三日行直腸點滴灌法(Tropfklistier)。此處須鄭重申明者即不宜太早停止施行，在必要時吾人可以連續至二十次或二十次以上；但通常在浣腸六至八次之後病即告愈矣。此吾人所以對於推薦此藥及其用法誠有迫不及待之勢焉。(見弧線 2 及 3)



弧線 2.



弧線 3.

用大量之 Chinin 於直腸亦收良好之效果。

處方如下：

Golbi chin. hydr. 2,0(1)

上為一包量照樣配製五包

用法：每兩小時一包(2,01)用於直腸(!)

如此大量之 Chinin 用於直腸絕無危害，即小兒亦可隨意與以 4—6 g 之量，但吾人不可用 Chinin 至一日以上。施行 Chinin 療法對於發高熱之流產重症為最有效。——倘遇特別頑固之例在必要時得將以上所述之三法交互應用。

最後尚須附帶報告者即 Argochrom 直腸療法係 Pipo-Barmen 博士一九三〇年一月二十五日在 Düsseldorf 之最近一次德國西方外科會議中所介紹。彼遇一百七十八例之發熱重症，應用此法治療，結果無一死亡者，至於 Chinin 直腸療法則當感謝大學教授 Siegerr-Köhn 先生與吾人以相當鼓舞之勞。

附註：本文譯自德國 Münchener Medizinische Wochenschrift 第七十八卷 (一九三一年) 第八期。

## II. 心悸之療法摘要

Eb. Veiel 著

對於神經過敏的病人之暫時性的心悸最好不用局部治療，因恐引起病人對自己心臟之注意而反使病狀增劇故耳。

若心悸係因甲狀腺毒素作用 (thyreotoxische Störung) 而起之一種症候——須

有其他症狀方能正確診斷——則可用冰囊冷罨於心臟部位或將水領圍於項間，每日一二小時。內服與以鎮靜劑如 Brom, Valeriana 之類。Jod 雖用極小量於酒製劑或軟膏中，皆有改善甲狀腺毒素障礙之功效；

但不得超過 0,0005 至 0,001 gr.，每星期至多一二次，惟於重症甲狀腺中毒在施行手術之前一日得酌用重量。X-光線對於輕症亦收良好之效果。

至於心悸而兼有特發性的心臟急速症 (paroxysmaler Tachykardie) 者則除規定病人日常生活之秩序外，尚須施行胸廓捩扭，下跪，吐嘔惹起，壓迫迷走神經及頸動脈等法，如此可得良好之影響。Chinidinum sulfuricum) 雖為多數人所賞用，但心臟若有重劇之器質障礙總以不用為宜。

僅因心擴張期收縮 (Extrasystole)——無器質的障礙——而引起自覺的心悸，則主用精神的療法。此外規定日常生活之秩

序(免除嗜好品!)，Theobromin 0,15-0,3 每日三、五回或 Strychnin nitricum 每日 0,002 gr，不難使之復常，若心擴張收縮而兼有器質的障礙，則強心劑，特別是 Digitalis，常能迅速消除之。

患 perpetuelle Arrhythmie 少有心悸之感覺。

患心臟收縮不整 (Herzblock) 之病人常覺心尖緩敲於胸部之煩擾，著者曾見患 Herzblock 者在絕對的安靜及經 Nitroglycerin 治療之後往往消失。新近有賞用 Ephedrin 者。

(Fortschr Therap 6, 1930)

### III. 流行性感冒之 Chinin 療法

Kröber 博士 著

著者對於流行性感冒應用 Chinin 療法頗有良好之成績。用的是 Chinin-Pulverpillen "Original," 既無苦味，又易融化，且能迅速吸收。

重症如咽頭粘膜現紅藍色，氣管及肺部發出血性炎症等第一日即須給以每日兩回每回八九(相隔一小時)之 Chinin-Pulverpillen，佐以多量之熱流質(茶之類)，其次兩日每日三回每回六丸，最後每日三回每回五丸。至於用 Chinin 注射則無相當效果。此外可以施行冷水沐浴療法——短時

用冰囊冷罨頭部。最後每日行沐浴一次(起初 35°C，八至十分鐘以後改用 30°C，在洗完之前用 28°C，水灌注於項，胸，背各部位。

如係輕症流行性感冒：頭痛，腰痛，咽頭炎而無顯明的腫脹，輕微的扁桃腫，鼻粘膜炎，結膜炎及咳嗽，則每日二回每回五丸(相隔一小時)。過後每日四回每回四丸。著者曾遇一例僅服二回每回八九(相隔一小時)之 Chinin-Pulverpillen "Original" 症狀已大見減輕，炎症漸漸消退，三

四日後即完全恢復矣。

至於因傷風而起之病症如扁桃腺炎，肺氣管枝炎，三叉神經痛及坐骨神經痛……等著者除肺氣管支炎兼行胸部包裹外，其他即用 Chinin-Pulverpillen "Original" 不兼用他藥亦收良好之效果。如遇病人局部

疼痛，消除很速。對以上病症第一日即須給以六七丸每日二回(相隔一小時)，末後每日三回每回四五丸。

附註：本文譯自德國 Münchener Medizinische Wochenschrift 第七十八卷(一九三一)第十二期。

#### IV. 乾癬 Psoriasis 之鉍劑 (Wismuth) 療法摘要

俄國 H.M. Gram-Kiew 氏報告彼曾用 Bijochinol 行肌肉注射十五次(約含0.9之金屬鉍)及 Chrysarobin-或 Salicylsalbe 治療患乾癬者七十五人，結果六十八人(90.6%)經其治愈——乾癬概行消退。對於為時不久而且僅及表面之乾癬更見效驗，此外另以五十個患乾癬之病人分為三組，

施行他法治療，以供對照之用。第一組用 Chrysarobin-及 Salicylsalbe；第二組用 Arsenik 并以上兩軟膏；第三組用 Natr. hyposulfuricum, Brom, 自家血液治療(Aurohämotherapie) 及軟膏。經治愈者統共37人，其中四人係用 Arsen 及兩軟膏所收之成效。

(Ukrainische med. Nachr. 1929)

#### V. 痤瘡 (Akne) 之新脫皮療法摘要

巴黎 Giraudeau 氏取普通雪狀炭酸混和以十分之一細硫黃粉於一杯子中，此外另加 Aceton 數滴使作泥狀為度。用棉花蘸此藥膏輕擦於有痤瘡小結節之皮膚上一二小時，擦後任藥膏停留於皮膚上半小時。每星期繼續施行此法治療至全愈而止。患痤瘡部位經治療後起初現白色，後轉紅色

，數小時後即脫屑，此藥之作用依著者的見解，除冷凍以外，在於 Aceton 使皮膚脫脂而清潔之與夫硫磺之緩和寒冷作用及其藥理學上的普通性質。施行治療時，坐着或將頭墊高均可。

註附：本文譯自(Bull. soc. franc Dermat. 36, No. 7)

## VI. 重的廣闊的火傷療法摘要

M. Paetle 及 P. Ponthus 稱此種療法最宜於軀幹及顏面火傷。法用紗布蘸95%之酒精塗抹於火傷處凡數分鐘，既無若何痛苦，且能防止水泡之發生；其他消毒手續可以免除。欲使傷處乾燥最好用50-100支光之電燈照射(約隔10-40cm之距離)，每日兩次每次十分鐘。在痂皮之下起始新

皮的增生。表面火傷在十五至二十日內即可落屑；若遇過於不潔之火傷則須用肥皂水及Benzin洗淨，稍見膿疱發生則用穿刺術排除之。

附註：本文譯自 Progrès. méd. 1930, No.1

## VII. 鉛中毒之最新療法

Teleky 述

美人 Aub. Fairhall, Minot 及 Rezuikow 氏對於鉛中毒曾作大規模而詳細的研究，近已證明前經 Straub 及 Erlenmeyer 所發現之事實為無誤。此事實為何？即能喚起鉛中毒現像者僅限於循環人體血液中之鉛；若積蓄於某臟器而且暫時靜止不動之鉛則不能發生中毒現像。此沈着之鉛有時在某種環境之下忽復脫離臟器而循環於血液中，遂有中毒之危險；但此例絕鮮。現經此數美人所證明之事實如下：從消化器方面吸收來之鉛僅暫時沈着於肝臟，但長久積蓄於骨系統，此沈着作用以及復發危險俱與石灰新陳代謝有密切之關係。凡能使石灰沈着之條件亦能使鉛迅速而且完全沈着於骨組織。同樣，能使石灰除去之條件亦能增進鉛之排泄。

因直接有害於人體者為循環於血液中之鉛，所以急性鉛中毒的療法依渠等之見解務使吸收之鉛迅速脫離人體循環，一面使其沈着於某臟器而呈靜止之狀態。——若此時欲使循環於血液中之鉛排泄於體外，則恐沈着於肝臟與骨組織之鉛復循環於血液中，而生重大之危險。欲增進鉛沈着於骨組織宜用「石灰沈着療法」。在劇烈腹痛時最好用鈣之化合物行靜脈注射。渠等賞用  $\text{CaCl}_2$  (5% 15 ccm)；但其他石灰劑亦可代用如 Glukonsäure-Kalzium (Calcium Sandoz) 10% 之消毒溶液 10 ccm。如此僅能使症狀暫時除去，以後尚須繼續施行石灰沈着之食餌療法多日：多量之牛奶及 2gr. Calcium lact. 此外，在必要時用 Atropin 及緩行下劑對症療法。

依 Weigeldt 之報告此種療法顯為有效，Calcium 靜脈注射之緩解腹痛迅速無比。

現在的問題在如何使沈着之鉛排泄於體外？吾人欲達到此種目的務宜謹慎從事，尤其在急性症狀新愈之後。倘鉛之沉澱於血液中過速，則症狀有重新再發之虞；故吾人宜待急性症狀過去相當時日之後，始克應用「脫石灰」之食餌療法 (dekalzinierende Diät) 或其他有效藥劑以達到消鉛之目的。常用者為牛奶，綠色蔬菜及果類……等。依渠等的意見，下列之食餌為最妙：

肉類，肝臟，馬鈴薯，米，番茄，牛油，麵包(以上俱不加牛奶)，糖，食鹽及胡椒。供作藥劑者為磷酸 (Phosphorsäure)，綠化銨 (Ammoniumchlorid)，重碳酸鈉 (Nat. bicarbonicum 每日 20-40g)，碘化鈉 (Jodnatrium)。

以上所述之療法不僅在理論上之商確，即在實地經驗上亦有根據；但據渠等申明此種療法尚須有待於多量材料之證實。至今美國方面的報告似已得相當之認可。

附註：本文譯自德國 Münchener Medizinische Wochenschrift 第七十八卷(一九三一年)第九期

## 畢業同學均鑒：

月前曾寄贈本刊第一期各一本，料已收到。

現謹將本刊第三期之預算報告諸君：

- 一 徵稿期限：自即日起至今年八月杪截止；
- 二 付梓日期：今年九月中至下旬；
- 三 出版日期：今年十月初至中旬。

至希多投鴻文，以光篇幅！

本刊敬啓。

## 校聞，院內消息

詹世芳

一. 世界著名德國性學專家希士斐爾博士 Sanitaetsrat Dr. Magrus Hirschferd 在柏林設有性學研究院 (Berlin, Institut für Sexualwissenschaft)，工作有三十年之久，診療性病達三十五萬人之多。其對於性學研究至為深刻；久已聞名世界，其性學學說已為各國所採納。最近博士接受世界各國之聘請，乃作世界旅行以傳播其學說，途經美國及日本，本學院教務長柏德博士 Prof. Dr. Birt 特電希博士來華，經於五月七日到上海，受本學院客教授 (Gastprofessor) 之聘。共在寶隆醫院演講六次：

第一次演講：性的生物學 (Sexualbiologie)

第二次演講；性的病理學 (Sexualpathologie)

第三次演講：性的人種學 (Sexualanthropologie)

第四次演講；性的社會學 (Sexualsoziologie)

第五次演講；同上

第六次演講：性學科學概要 (Einführung in die Sexualwissenschaft)

schaft)

每次聽講者除本學院同學之外，外國士女參加者甚多。最後一次為本學院畢業同學組織的醫學自然科學會所聘請，所以在滬畢業同學皆來聽講。每次講後均放影甚多稀奇的很有價值的性學照片，吾人聽講時感覺甚有趣味，獲得不少性學學識。最後一次講罷已是夜間九時，乃至杏花樓晚宴，席間希博士與我們同學談笑極樂。並謂將來同學如到德國留學，他極歡迎到他的性學研究院參觀；如有人地生疏之苦，他亦甚願意幫助云云。

此後希博士亦順便到南京中央大學及北平演講，現已回到上海。今日本校胡校長致函本學院病理學副教授梁伯強博士，請他往請希博士於本月八日到吳淞本校演講。聞希博士尚須往廣州中山大學演講云。

二. 五月廿日本校舉行廿四週年紀念大會，開放各院各部。歡迎各界人士參觀。是日天氣頗好，淞滬火車乘客擁擠，同濟路上頓形熱鬧，校中各處來賓密集，頗極一時之盛，並有游藝大會與嘉賓同樂。



(1) 是日本醫學院各部開放，大至人身各部器官，掛圖及屍體，小至各標本，微至顯微鏡，莫不按次序陳列，以供來賓參觀，並有十數同學服務其間，專為來賓解說。

(2) 我校醫學院有悠久的歷史，在社會上已獲有卓著的聲譽。為適應時代的要求，提高醫育的程度起見，所以有新生理學研究館之建築，以供給生理學家用理論和實驗來切實教授學醫者生理的知識；更供給有志於生理學上之求深造者，用物理和化學的實驗方法來解釋生命的種種問題。我們想望已久的新生理研究館亦於是日舉行落成典禮，並請蔡元培夫人行開門禮。同學以今后得享受此新生理學的利益，莫不歡喜逾常。此簇新的生理學研究館之各部設備，均由生理學教授史圖博博士 (Prof. Dr. Stuebel) 親手精密計劃，甚合科學原理，尤以實驗室佈置之完善，實為國內各大學所未有。內部的分配，在教授方面：有大講堂一，可容聽講生一百餘人，有大實驗室一，可容實習生五十餘人；在研究方面；有教授室，副教授室，助教室，生理化學實驗室，動物解剖室；此外尚有預備室，器具儲藏室，洗滌室，暗室，煤氣室等等。總而言之，它的特點，在規模偉大而且樸素，設備完善而且切於實用；它的工作，以最經濟的手段，作高深學術的研究；它的目的，在將來有斐然的成績，驚人的發明，使我國的醫學能與

歐美的並駕齊驅。它的使命之重大於此已可想而知。吾人當遵孫總理「科學救國」的遺訓，向世界的科學迎頭趕上去！

(3) 本校醫科創辦人為寶隆博士 (Dr. Paulüm) 當時我國人民對於科學醫不了解，不信仰，學生不願入學，寶隆先生託友人四處招攬學生，結果每班只有一二人；病人不願入院，寶隆先生則天天自己或遣人到街上找病人，不僅不取醫藥費分文，而且倒送金錢。即此一點，可以想見在當初寶隆先生創辦本校醫科的困難情形，其處心之仁慈，其精神之偉大，使我們永久不忘！

貝倫子博士 (Dr. Berens) 是本校工科創辦人。自他來中國辦理本校工科以來，慘澹經營，不遺餘力，堪稱鞠躬盡瘁。本校工科在中國得有相當成績，貝倫子先生之力也！

當歐戰發生後上海法國領事奉命沒收本校。當時袁觀瀾先生任教育部次長，立即決定收回自辦，在當時有此遠大眼光實為難得，並指定在江蘇省國稅項下撥給本校經費，此外尚且節省教育部經費給本校購置地基及建築校舍之用，本校才有穩固的基礎。所以，袁先生亦是有大功於本校之一人！

同學為紀念這三位先生創造本校之苦心計，特捐款樹碑，以示不忘前賢之功。是日上午舉行紀念碑揭幕典禮。我們僅僅以三塊石碑紀念這三位先生的功勞，我們

很覺得慚愧，不過我們紀念這三位先生並不全在此碑，而在發揚光大這三位先生同舟共濟的犧牲精神，願吾同學共勉之！

三、孫總理提倡科學救國。我們後知後覺的人，須遵此遺教，竭力振興科學，擯絕玄談。此點在現代的醫學尤為重要，蓋醫之對象，細則個人，大則民生民族，息息相關，故須推行根基確實，學術完善大細不捐的科學醫，然後可以強民富國。本校胡校長本此理由（詳細見同濟大學週刊第十期），在國民會議。提出提倡科學醫案，其辦法；

(1) 積極發展醫育；

(甲) 廣設醫校醫院：用戴季陶先生提案及教育部新頒部令，再斟酌其入學程度，修業年限，現有公私立醫校務須盡力維護，納入正軌。

(乙) 增加研究費：國立醫校各科教室宜充分添加充實，使教授及學生得盡量研究，發揮創造能力，提高學術聲價。

(2) 獎勵製造及研究藥械：

(甲) 科學醫所用器械藥品乃科學的進化的產物，其效用卓著者無法打消，宜盡力提倡本國製造，以謀醫藥獨立，而減少漏卮。

(乙) 研究國產藥物，用科學方法持煉求精，以冀發揚國粹，廣其用於合理治療—以代現用外貨，—以

增補未有藥品，

惜夫國議代表不懂科學的人太多，卒未能引起多數人注意，僅以交國府參考輕輕置之。然國府要人，開口輒以提倡科學「科學救國」的口號，未尚叫得不響，但其真正能懂得科學的中央要人，為數如鳳毛麟角，是以其能注意此科學提案，原屬難望，此可以其一切行為證明之，綜之，我國教育不普及，科學程度太幼稚；離強國之道尚遠。因此，我們後知後覺的人責任極重大，當遵行孫總理之遺教，以孫總理提倡科學救國之精神為精神，努力工作，喚醒未知未覺的同胞！

四、教授回國：本學院內科實習教授費尼熙博士(Dr. Viernich)本學期依照三年回國休息半年之例，已于去月回國。費博士去後。功課由克斯担博士(Dr. Kastein)代授。

五、教授回校；本學院耳鼻咽喉科教授麥登發司博士(Dr. Mertens)去年回德國休息半年，近已回校授課。

六、本醫學院本學期畢業同學計有(以性字筆畫多少為先後)(謝學洙，鄭家肅，潘志高，劉一麟，猶清慎，章元瑾，孫成璧，袁助安，周明福，周壽祥，李泰環，李明珠，田樹權，文熾同學十四人，現畢業考試已開始。聞其中有幾位同學畢業後，擬留學德國，以求深造。

本醫學院前期第二年級同學共有七十三人，男五十七，女十六，現亦正在舉行前期畢業考試中。

## 最 後 一 頁

## 需 章

性學在我國數千年來禮教重重束縛之下簡直沒有半點容足的地方，因為性的問題向來被視為「不容置喙」或「不齒」的東西。但是實際上它並不是真的為人「不齒」，不過易公開為秘密罷了。流弊所及，坊間誨淫的書籍層出不窮；一般青年——尤其是在春情發動期（性成熟期）的青年——不是橫衝直撞，就是盲從從朋輩間或淫書裏得來的不衛生或反生理的性話，以致弄得身體「未老先白頭」——早期衰弱——的很多很多。造形這種社會病態的唯一原因就是沒有適當的性的指導或性知識的貫輸。最近世界上數一數二的研究性學專家德國衛生顧問赫爾希非博士（Sanitätsrat Dr. Magnus Hirschfeld）來到了我們中國，先後在本校演講過七次之多，本期所登的由克聞君記錄的性科學概說就是其中的一部分。赫爾希非博士所研究的性學完全是科學化的性學，根據科學從事解決種種關於性的問題的性學，這自然是和張競生先生的有類誨淫的性論完全兩樣。我們希望因為赫爾希非博士的來華使我們國人對於性的問題得到了一種新的觀念，改變了向來

表面上諱莫如深的態度，而「講求適當」的性知識！那末，我們中國民族健康的增進，實式憑之！

生理學家梁之彥博士的最近維他命的研究一文，篇幅頗長，約分五次登完，

我們中國的人口，從量的方面說不為不多；但是如果從質的方面說，那就好像「只務耕耘，不計收穫。」所以，優生學在我們中國委實是格外需要，十二分的格外需要！國人研究優生學的除潘光旦先生外恐怕沒有幾人。本期徐振華君的優生學與中國可以說是「應時而生」的。本文篇幅很長，以每期發表約一章計，要九期才可登完——第一卷第二期起，至第三卷第二期止。

劉炳彝君的胃質治療惡性貧血之功用一文，因交到稍遲，且本期稿擠，故留在下期發表。狂犬病概說和辯異暫停一期，一因作者過去不久得了氣管枝炎病，二也因本期稿擠；未完的打算下期一次過續完。

這一期的質好像都比上期精進一點，這是我們引以為慰的。

爲調和讀者的口味計，本期各篇文章的排印次序仍照上期的混合排印法。

還有，梁之彥博士的運動對於人生的

重要，因爲本期稿擠，臨時抽出，留在下期發表。

## 來 件

中華民國醫藥學會陳方之等呈中央黨部國民政府暨行政院立法院教育部懇請改訂醫藥制度恢復醫藥專門學校一案奉行政院長蔣中正批示錄之如下

呈悉案經會交內政教育兩部核議茲據呈復稱案奉鈞院第八三七號訓令開中華民國醫藥學會呈請改訂醫藥制度恢復醫藥專門學校一案令仰會同核議呈復等因奉此當經兩部派員會商僉以十八年八月教育部頒布專科學校規程原有藥學專科學校之規定最近修正是項規程復經加入醫學專科學校一項呈蒙鈞院轉呈國民政府備案在案是教

育部對醫藥教育除大學規程定有醫學院或獨立學院醫科以外以後並得設立醫藥專科學校其舊制醫藥專門學校自可根據原有基礎遵照專科學校組織法及修正專科學校規程改組續辦奉令前因理合會同呈復鑒核等情到院除指令外合行批仰知照批

逕啓者本會呈請中央黨部國民政府暨行政院立法院教育部懇請改訂醫藥制度恢復藥醫專門學校一案茲奉到行政院批示特即抄錄奉呈仰祈鑒核并懇披露無任感盼此致

同濟醫學季刊 中華民國醫藥學會謹啓

## 本刊現任職員

編輯 嚴霽章 唐哲 朱鶴鳴 呂富華

文書 鄒邦柱

印刷 徐德麟 徐振華

廣告 蔡中杰 孫長孺

會計 詹世芳

發行 鄧上熙 潘安餘

務庶 李潮驅

# 投 稿 簡 章

- 一 投稿範圍：醫學專著，譯述，評論等。
- 二 文字最好請用語體。
- 三 來稿請繕寫清楚，勿寫兩面，並加新式標點符號。
- 四 來稿如係翻譯，請附告原著者姓名，原書名目，頁數，出版日期及地點。
- 五 稿末請註明通訊地址及姓名，但發表時得用別號。
- 六 文中如有圖表，請用毛筆或鋼筆(不要用鉛筆)繪寫清楚。照片及複製圖片，務請將原片附下。引用外國名詞，可省即省。
- 七 來稿不掲載時，得因預先聲明，奉回原稿。
- 八 本刊負責者得酌量增刪來稿，但投稿人不願他人增刪者，請預先聲明。
- 九 來稿在本刊未發表前，請勿另投其他刊物。
- 十 來稿經掲載後，其著作權照例為本刊所有，但得商議保留之。
- 十一 本刊為公開研究之醫學刊物，歡迎會外來稿。
- 十二 來稿掲載後，酌酬現金。如不願受酬者，請預先聲明。
- 十三 來稿請寄本校醫學院同學會出版股(上海白克路)。

版權所有 未得同意 不許轉載

同濟醫學季刊 第一卷 第二期  
出版者 國立同濟大學醫學院同學會  
上海靜安寺路斜橋同和里  
發行所 同濟大學醫學院宿舍  
電話 三二四七八  
代售處 上海四馬路現代書局  
四川成都王家塘街三三號  
中西文具社  
南京花牌樓太平街南京書店  
印刷者 上海慕爾鳴路中國科學公司  
民國二十年六月三十日初版

書價 全年大洋一元 半年大洋五角五分  
預定 郵票代價作九五折 以一分四分者為限  
郵費 國 內 每册 三分  
外 每册 半角

零售每册大洋三角

## 本刊第一卷第一期要目

發刊詞.....	胡庶華
新醫學與新聞界.....	龐京周
新醫之環境與發展.....	徐德麟
國人對於醫藥應有之覺悟.....	陳保勤女士
國貨與洋貨.....	徐元甫
從鴉片禁絕問題， <u>伍連德流毒已極之鴉片問題</u> 說到醫學界應負之責任.....	嚴霈章
由寄生囊蟲 (Cysticercus fasciolaris) 而發生 之鼠肝肉瘤.....	梁伯強
用先天的來代替人工的溶血素.....	朱仰高
舊醫保產聖劑「生化湯」之研究.....	楊元吉
結核禁鹽營養療法.....	丁惠康
狂犬病概說和辯異.....	嚴霈章
飲油療法.....	呂富華
關於脾臟腫大(及肝臟同時發生變化)之病 症.....	羅澤鴻
內分泌學上之避孕研究.....	陳保勤女士
五年來以血清種苗治療敗血病之經驗.....	周鳴鶴
鸚鵡病.....	章元瑾
脾臟腫脹之鑑別診斷.....	曾憲立
隨意產生男女之問題.....	遲 暉
傳染與免疫.....	嘉 叔
輸血法.....	戚其山 孔 麒
刺激素 (Hormone) 之化學談.....	蔡中杰
列日 (Lüttich) 南部大霧為災之原因.....	陳子元
X 線學述略.....	孫長孺 孔 麒

存書無多，購者從速！