

年

卷

期

3

8

第

第

29 AUG 1935

中華民國醫藥學會會誌 東南醫刊 社會醫報 科學醫報 合刊

中華民國二十四年八月出版

新

醫

藥

第三卷 第八期

章炳麟



THE SHIN YIH YAW

VOL. 3. NO., 8. AUGUST 1935

中華民國醫藥學會發行

賀爾賜保命



HORMOSPERMIN



男性辜丸製劑

賀爾賜保命在上海
 製造故質料最為新
 鮮用冷法煉射性
 地極為濃厚注射後
 無絲毫副作用經多
 數醫師實驗對於各
 種衰弱如性器官
 衰弱神經衰弱以及
 各種血虧遺精腰痠
 腿軟肺癆健忘等症
 無不立見功效

新亞藥廠發行

新醫藥第三卷第八期目次

論 壇

日報上醫藥衛生刊物之怪現象 余雲岫 (643)

醫校設備標準的商榷 汪企張 (645)

原 著

小兒胸廓之禱帶壓痕 錢 潮 (649)

喘息之X光線治療 張致平 (651)

中心性網膜脈絡膜炎(增田氏)之一例 鍾潤先 (657)

上海東南醫院外科一年中癰疽之統計的觀察 王仲符 (673)

綜 說

毒氣中毒之症狀及療法 湯蠡舟 (679)

譯 述

重複陰莖及其合併症(單鈍鎖肛,二腔心,脾臟缺如等)姚瑟若 (685)

簡便血液檢查法 陳卓人 (695)

診 療 知 識

火傷之合理的療法 湯蠡舟 (699)

神經系統與皮膚疾病之關係 湯蠡舟 (702)

社會醫學

日本東京市的一般衛生設施……………陶燾孫……(707)

傳 記

盧巴舒氏傳記……………祝紹煊……(721)

摘 錄

小兒期之腦炎……………(725)

肺炎球菌腹膜炎……………(725)

三叉神經之X光線療法……………(726)

酸素吸入對於正常血液之影響……………(726)

Evinan Natrinm之筋肉注射麻醉……………(726)

夜尿之療法……………(727)

乳兒之空氣嚥下之研究……………(727)

小兒氣管枝肺炎之早期徵候——蒼白呼吸困難症……………(728)

醫藥消息

國內消息：——協和醫院新訟案業已判決……(729) 中國衛生教育社在京成立……(730) 教部對於前次醫教委員會所決二附案已經見諸事實……(732) 兩國際醫學會議吾政府已派定代表分別參加……(734) 廣西衛生行政之新獻……(735) 上海市衛生局重申報紙刊登醫藥廣告禁令……(735)

國外消息：——國際生理學大會在蘇俄開會……(737)

補白二則

非特異性抗體原新劑 萬應免疫注射液

百乃定 PANADIN

“Star Brand”

總論 吾人身體內。對於侵入之各種病原體。具有相當之抵抗力。抵抗力薄弱。則罹疾病，所謂非特異性刺戟療法 (Unspezifische Reiztherapie) 或變質療法 (Umstimmungstherapie) 者。雖對於病原體非加以直接殺菌力。而能使身體內抵抗力增加。間接的撲滅體內之病原體。即將其組織球性網狀織內皮細胞。刺戟而賦以活性。抗進其機能。增加其解毒免疫物質之產生。而達治療之目的也。敝廠經多年研究之結果。創成此種製劑。定名為「百乃定」Panadin。依動物試驗，確認其能增加體內解毒免疫物質。行比較多量之注射。亦不呈中毒現象。

成分及功效 本品內含有三大刺激要素

- (一) 由非病原性分裂菌體中提出之蛋白質
- (二) 由胆汁中提出之類脂肪體 (Lipoid)
- (三) 動植物性脂肪體

第一種成份對於人體具有強大之防病免疫功用。較之牛乳奶酪等蛋白質。更為有效。而對於人體並無副作用之發生。第二種成份為最時新之治療法。即此物一種已有普遍免疫之功力。第三種成份最富於感應性。能使身體中生相當之免疫素。用此三種有救物質。混合相互作用。故能增加血液中白血球。而喚起旺盛之嗜菌現象。使血液中迅速產生抗體以增高血液中自動及他動的免疫價與酵素價。對於生體組織之細胞。有增進其機能亢奮與再生作用。故用本品注射後。同時對於非特定的熱性亞熱性以至於敗血性疾患及化膿性疾患等。得使之迅速退熱而轉趨輕快。或使其疾病之經過短縮而促進其治癒。一方則全然不現副作用。尤為本品之特色也。

主治 普治一切急性亞急性高熱性疾患 流行性感胃 流行性肺炎 氣管枝肺炎 格魯布性肺炎 麻疹肺炎 產褥熱 子宮附屬器炎 敗血症 猩紅熱 丹毒 赤遊風 大頭瘡 疔瘡走黃 赤痢 腸傷寒 喉蛾 (扁桃腺炎) 扁桃腺周圍膿瘍 中耳炎 乳嘴突起炎 乳腺炎 蜂窩織炎 腎盂炎 腎盂膀胱炎 盲腸炎 腹膜肋膜炎 大腸菌性疾患 急性亞急性關節疾患 多發性筋炎 癩麻質斯傳染性眼疾患 多發發性癩症

用法及用量 每日或隔日注射一次。每次一支至二支 (即二公撮至四公撮) 皮下肌肉均可注射。對於小兒隨其年齡適宜減量。反復連用。並無副作用之發生。

包裝及定價 每支二公撮 每盒三支 (一元) 十二支 (三元七角) 四十八支 (十四元五角)

上海新亞藥廠發行

託 拿 福 賜 芬



TONOPHOSPHAN

各種身體衰弱尤其
是婦人病後諸虛百
損之特效大補劑

本品有

補養及興奮

心臟 神經 新陳代謝
肌肉筋骨 之功

活血強身 之效

主治

各種貧血 營養不良 諸虛百損
病後調養 心臟循環衰弱

託拿福賜芬之最佳合用注射
劑為

奧拍泰純 Opatarson

所拉純 Solarson

包裝

每盒二十管每管一公撮
每盒十管每管一公撮(加料)

»Bayer«

中國獨家經理 德信洋行
上海 廣州 香港 漢口 天津 漢口



論 壇

日報上醫藥衛生刊物之怪現象

余 雲 岫

醫藥衛生之刊物，何爲而載諸日報。曰：通俗宣傳也。日報何爲而需有醫藥衛生之刊物。曰：指導社會也。曷爲乎通俗宣傳耶。曰：醫藥衛生者，專門之事，其高深之理，精微之旨，非世俗之所能知也。然而疾病疔瘍之來，人人得而罹之，且不知醫藥不知衛生者，犯之獨易，罹之獨多。於是乎治療之方，豫防之事，其與世俗不知醫藥不解衛生者之關係，更爲切密。其一舉一動，一飲一啄之間，足以蹈危險而招災禍者，在在皆是，真不勝其盲人瞎馬之懼也。有心民瘼者，怒焉憂之。於是取夫專門研求之博且詳者，約而簡之，深且幽者，淺而顯之，以詔告民衆，使明吉凶而知趨避，昔夏之方有德也，鑄鼎象物，使民知神奸，禁禦不若魑魅罔兩，莫能逢之。醫藥衛生之通俗宣傳，亦猶是意也。由是論之，日報之醫藥刊物，其意義如何鄭重，一言一話，其關乎國家之興替者，如何深切，一字一句，其涉乎羣生之天壽者，如何明著，其宜宣揚正法，擯棄邪說也，審矣。稍有人心者，宜如何謹慎審察乎。今也不然，醫家以之招徠病人，藥肆以之誇街藥品，而日報則利其廣告之收入，不問其言之當否也。有能爲我增益廣告，加多購讀者，卽其言爲有害於國，有損於人，亦無不張皇而揭載之。三者交相構結，狼狽爲奸，穢污卑劣，不知羞恥，嗟乎，清晝攫金之士，充塞道路，欲國之不亡，其可得乎。

今且進而言指導社會，社會者，盲人也，瞎馬也，引之東方則東

趨導之西方則西流。是故俗之醇醜。民之華樸。無不視乎指導者之趨向而變。自昔指導民衆者。有二。其一。有政權者也。其二。有智識者也。此二者。古皆謂之君子。故語曰。君子之德風。小人之德草。草上之風。必偃。此言君子之言行。爲民所則效。不可不慎也。今之指導社會者。莫過於日報製造空氣。移易民心。其力之大。不可量也。是以國家機要之事。社會橫溢之議。不能隨意揭載。否則政府將從而檢舉。遏抑之。且責罰之矣。以其能迷惑視聽。淆亂黑白也。然則主持日報者。若稍有社會民衆之念。存乎其心。則宜發現天良。從事於正當之指導。而不作邪僻之迷罔矣。今也不然。惟利是圖。而忘其指導之責。玄談神話。不恤污其紙筆。謾言妄語。無妨毒我胞與。利用指導。而肆其詐僞。逞其貪婪。數尺之地位。售諸玄醫。鬻諸市道。收獲者四五百金。而被其陷溺者數十萬人。殺人以肥其身。盡國以飽其慾。真豺虎之不如矣。在周易解之六三曰。負且乘。致寇至。負以言小人之事。乘以此君子之位。以小人而居君子之位。以君子而行小人之事。未有不危其邦。亡其國者也。外侮之來。又何言乎。

滬上此種日報。不勝枚舉。然諸小報。吾無責焉。彼本不以指導爲責也。大報而爲之。所謂清晝攫金也。負且乘也。無恥之尤者也。亂國之甚者也。青天白日之下。鬼魅跳梁。黃鐘毀棄。瓦釜雷鳴。君子道消。小人道長。國族前途。何堪設想。願同人深惡而絕之。鳴鼓而攻之。以福國利民之道也。可不務乎。

醫校設備標準的商榷

汪 企 張

中央自有醫學教育委員會成立後，對於國內醫育建設的大綱和取材的標準，漸有眉目。而其中委員人物，在中央當局，似乎頗注意在兩點：其一，由教育部與衛生署主管合作；其二，網羅國立各醫校當局，而另加一二醫家點綴。總說一句，有委員合議之名，而舉章制獨裁之實。所以國內醫學界，嘖有煩言。李賦京氏，和此外同道的批評指摘，即不外乎此。鄙人既非國立醫校當局，又非主持醫育人物，只能以旁觀的態度，作野人的獻曝而已。

日前在某醫會席上，略聞龐京周同道的偉論。他對於該委員會中所擬的醫學院和醫學專科學校課程大綱的標的，有十分的解釋，而頗多怒辭。以為龐君，也是該會委員之一，照理應有相當的諒解。後來又讀到該項課程大綱標的的印刷品，照吾個人的見解，並無瑕瑜的主觀。因為醫學課程一項，都是取材先進各國的照相乾片，無論牠底片的怎樣景色，怎樣佈置，倘使印曬得法，都可保存本來面目，而各自有牠的精髓，有牠的特色。換一句說，我們所取材的各國，都差勝於我。只要學得相像，自有相當成績。所以我絕不願運用我局部的眼光，來貫徹我的主張，攻擊人的異點。不過我曾經說過一句，描摹人家的底本，也須看看自家所用的紙張和顏色，而寫件的尺幅，也當十分斟酌。萬一用仇實父的筆法來畫一幅珊瑚箋的大中堂，恐怕也不很得體吧。

現在我可並不對醫學課程大綱上，有什麼不滿和批評。然而讀到該標準的設備目標一點，倒似乎有些隔靴搔癢之感。因為設備，果然要經費，可是經費，不能即作設備的標準。比方像該標準第

一項，大學醫學院，及獨立學院建築費，和設備費，各需二十萬元，醫院建築，及設備費，三十萬元，衛生所建築及設備費，四萬元，經常費，每年至少限度，學院方面，十五萬至二十五萬元，醫院方面，十五萬元，衛生所方面，三萬至五萬元，醫專建築設備費，三十萬元，經常費，二十萬元，……就是說，沒有七十四萬元的臨時費，和每年四十萬元的經常費，談不到辦醫學院，沒有三十萬的臨時費，和每年二十萬元的經常費，談不到辦醫學專科學校，並且這裏我還可觀測到規定這個標準者的主旨，還用起碼數目來開價，最好呢，能夠超越以上的數目，那纔稱滿意哩，就這一點，我倒記起了前天造幣局方面，有人和我談的話了，他說財政當局，現在正在樞心挖胆的計劃，要辦幾座壓力極大的大機器，來鑄造輔幣，俾可防止私鑄壞版，竟想不到教育問題，也混進了這個旋渦裏去，真是夢想不到的事。

這裏，我想把這個設備標準問題，來分作兩截討論，一個是時間問題，一個是實效問題。

(甲)教育，是漸進的，尤其是關於物質方面，各種實業的設備，比方開一店，辦一家工廠，起初的資本和設備，大都不能充足而完善，他出品的質和量，也當然未必盡如人意，可是經逐年的擴張和充實，方才能達始簡畢鉅的效，這是做事業的人們，不可不具有的決心和覺悟，尤其是辦教育的當局，必須有十年如一日的堅忍毅力，涵養功夫，才有成績可見，他們歐美各國，目下的偉大事業，和充實的教育設備，也決不是一蹴而就的功果，須知人家下了許多年的努力苦功，方才收穫到這箇成效，看福特汽車大王的工廠，不但在美國，就在世界中，也可算偉大極了，可是現在到美國去看過的人，沒有見到他草創時的情形，所以只要學他，羨慕他，崇拜他，現在的設備，而閑却了因陋就簡，循序漸進的方策，故若照我國現下

的情勢而論，老實說一句一切比人家已落伍得太遠，即使加勁追隨，還恐不及，這是大家最惶急的一個焦點，不過一躍超登，是世間絕難的事，倒不如按步就班積銖累寸的做去，自然能達到成功之域，論到這個醫校設備標準，以視歐美現狀，當然瞠乎其後，但回溯上去，試一調查他們十年，二十年，三十年前的情況，恐類乎我現狀的，正不在少數呢，因此將現在歐美的眼光，來支配落伍數十年的我國，直無異削足適履了，所以我說，雖這個極貧弱的起碼設備標準，在我國現狀之下，以為尚有分期充實的必要，換一句說，這個標準，是醫育的五年或十年或二十年的計劃，決不是立時實現的辦法。

(乙)科學的精神，實在質，而往往飾以文，今日金錢的支配，在經濟學家，悉注重在質，而虛榮社會，則每流於文，我以為辦教育，尤其是辦貧弱國的教育，第一當求能收實效，不必斤斤於外觀的體面，所以醫育設備的主眼，不宜用經費作標準，而當以實物為條件，譬方建築物，必須具某科講堂幾只，何種實習室幾間，圖書館標本室等，必需之屋多少，建築圖樣，儘可徵求教育當局的同意，總以樸實合於實用為主，各教室及醫院的內容設備，也以必需的器具和構造的數量做標準，而不必定其價格，倘防質的不良，和數的不足起見，也不妨徵請教育當局的同意，而後置備，比方像標準表內的，放射學，一萬一千元顯微鏡及描計器，四萬二千元等等，即就這兩項而論，各國各廠出品，貨價不同，金銀匯價，時有漲落，轉不如定出一個需要範圍，譬如放射用具，至少須能適應全體各部診斷，及淺部治療之用，顯微鏡，共需幾架，其中幾架，必須油浸裝置，或須有幾多倍擴大力，單就這數點，我因為小有經驗，或覺得房屋的建築，關於經費出入甚巨，善於佈置和計算的，適需而價廉，又如醫用器具，

各國雖均有出品，而在我國市場中競賣的，如英美德法等貨，最占多數，效用的大小，不因價格的高下，而有所區別。（關於其國的生活程度和出品的多寡）所以限價，即落有主觀國的嫌疑。

最後我還有幾句話，以為規定標準，果然是政府的權威，但既組專門委員會，還應當集思廣益，多羅專才。至少對於現在國內公立醫校當局，當同列其位，互相論究，庶不致被局外人指摘為三數人閉門造車的工作，而聞焉然，常有不滿的聲浪，打擊我的耳膜了。

補 白 一

大學醫學院醫科及醫學專科學校設備標準

（壹）設備原則

- （一）各科設備以能適應各科教學為原則
- （二）醫院病人床位應有一百五十張以上俾便收治各科病人
- （三）醫院應有手術室藥局剖驗室試驗室門診處及愛克斯光室
- （四）缺乏醫院或校款不甚充裕之醫校應設法與所在地完善之公立醫院切實聯訂立合作辦法以資教授之用但學校必須取得臨症之管理權學校教授且須担任合作醫院之醫治
- （五）醫學院或醫科須與當地官署通力合作設置衛生所俾學生得到實地經驗之機會衛生所與醫院門診處並應有密切之聯絡
- （六）各科設備經費支配及各科設備品目可參攷（三）（四）兩表但實施時得酌量變通

原 著

小兒胸廓之褲帶壓痕

杭州地方內科醫院 錢 潮

吾人於檢視小兒體格之時。於胸廓下部之前面。每可發見顯著之帶狀壓迫痕跡。亦有廣汎性陷沒者。其部位大概以於乳線第五至六肋間腔爲多數。當然於大人亦可發見之。惟較爲隱約耳。考其原因蓋受褲帶持續地壓迫。胸廓下部因起變形。余故名之爲褲帶壓痕。

我國服裝。上着短衣。下則繫褲。褲之固定則賴帶之緊束。在大人固定部位在腰部。無甚大問題。但在小兒其固定部位則在胸廓之下部。胸廓表面平滑。欲求褲之固定不墜。非加相當壓迫不可。其自乳幼兒時代開始接受壓迫。以至於成長。持續不斷地受壓力作用。於是胸廓遂致變形。於受壓部或作溝狀。或作廣汎性陷沒（參照附圖）。蓋於乳幼兒時代。胸廓既軟。而肋軟骨部分。尤爲易因外力而變形者。尤其在佝僂病兒。化骨遲延。得因輕微壓力。發生高度變化。故其所起變形。尤爲高度。考其爲害。除胸廓之發育受阻礙。使成人工的無力性體質之特殊胸廓而外。呼吸運動亦生障礙。加之其內部臟器。當然亦因壓迫受生不良影響。第一肺臟除局部受壓迫所起障礙之外。而膨脹機能亦生阻礙。受害尤非淺鮮。迴觀吾國肺結核者之多。小兒束褲法之不良。當爲一大原因。至若患急性肺炎之時。猶見病兒束褲甚緊。則更足於短時間內發生生命危險者。其次。胃臟因受持續壓迫之故。自亦起機能障礙。加之因胸廓變形

之故。足招致胃腸下垂症。亦可想像。其他肝臟亦為受壓迫之器官。

欲糾正此弊須廢止褲帶。尤其於乳幼兒。余意在乳幼兒。可用衣褲相聯者。或以褲用鈕扣使固定於上衣。或用背帶。如是胸廓不致受壓迫。而得良好之發育。數年以來。余於診療病人之際。每深甚注意於此事。兒童之能具有健全之胸廓者。實不多見。此實為國民保健上之一大問題。

杭州於近年所舉行兒童健康比賽。已加入此胸廓褲帶壓痕之一項。經諸同志歷年之贊助宣傳。小兒束褲法之宜改善。漸引起社會之注意。余意國內兒童之束褲法。大抵相同。其所起胸廓變形亦必達相當多數。特將鄙見發表。願海內諸賢教之。茲將余所觀察胸廓起褲帶壓痕者之照像附錄於下。以供參考。



第一圖



第二圖

第一圖 幼兒胸廓之呈顯著之褲帶壓痕者。(→指示壓痕)

第二圖 乳兒同上

喘息之X光線治療

上海東南醫學院 張致平

第三次東南醫學會稿

緒 論

喘息的理學療法，在治療學上，近來已連續地發展着牠的價值；1933年六月在法國 Mont-dore 地方的國際喘息研究會裏，根據各國學者的觀察結果，大家都一致承認在各類理學的療法裏，X光線對喘息治療的收效已佔着最高的權威。

X光線對治療喘息的歷史。

1906年 Schilling 氏用X光線做透視一患有喘息患者之肺部檢查，結果此患者，在檢查後數日，覺喘息病變發生相對的鎮靜。這是X光線對治療喘息之第一次偶然發現；但從此偶然發現後，X光線在治療喘息的作用上，乃逐日擴大其範圍，不過治療技術的施用，依各國學者個人在治療上或研究的結果論，則意見紛紜。迄今尚無確定的技術施用法，余最近在本校附屬醫院理療部亦遇有喘息患者一例，特將其用X光線治療之始末發表於東南醫學會，尚望海內碩學博士加以指正，在未談到本題之前，先將各國學者對喘息經X光線治療後的統計及技術施行的不同點，略為述及以供參考：

A. 胸部的X光線放射。

1924年 Marnm 氏在喘息患者胸部分四部放射，放射部位之大小約 80c, c, 焦點集中肺門部；同時 Klewitz 氏亦用同樣的方法放射，不過放射的部位較小；1932年 Biancani 氏亦用照樣放射法，其不同點，即分胸部前後兩大部位放射，但焦點仍集中肺門部。氏

之研究實驗例至 1933 年止計達 101 例其結果做成百份數之統計為下：

治 療	30%	30人
減 輕	40%	41人
失 敗	30%	30人

根據此統計之結果觀之。X 光線對此反復無常極難收效之喘息病變。我人當更不能自足而應盡全力以研究下去！

B, 脾臟、胰臟混合 X 光線放射

1920 年 Ilrey 及 Lassen 兩氏用 X 光線治療一患有淋巴性貧血症之病者。同時消滅了此病者十五年來經任何藥物治療而不得治之喘息病變；由此引起各國學者之新注意。但此注意的重心點。不止集中於脾臟之放射。同時連帶的注意到內分泌器官之放射。且特別屬意於胰臟。Delherm, girout—Kistinos; (sur le traitement e l' Asthme Par la radiotherapie dcc Pancreas.) Bull, officielle de la ociete Francaise d'eledrologie et de radiologie mog Mors 1931) 三氏在上述論文裏的意見是：X 光線治療喘息病變。施胰臟放射的作用。原為患有喘息病變的病者。多由其胰臟之分泌物質過多。此分泌物。係分泌出一種迷走神經興奮性物質。所以現代學者皆根據此點。認為為患喘息病變之根源；而患有血糖過少的病者。往往易得喘息病變。但事實上患者經 X 光線治療後。並不是易得有力的效果。

C, 胸部局所與脾臟混合 X 光線放射

1921 年 Groedel 氏 1925 Polmann 氏 1927 Salomon, gilbert, 諸氏。在胸部局所施用 X 光線治療喘息病變外。加試脾臟放射法；依

Pasteur-vallery—Radot-gilbert, 及 Blamoutier 諸學者在 1932 年發表的統計,其實驗例共達 200 有餘,照諸氏所得的結果,貢獻我們的意見是:

- 1°. 若喘息有痙攣性鼻加答兒合併症時,脾臟放射應獨立施行。
- 2°. 對原發性氣管枝喘息,同時有氣管枝淋巴腺腫脹,或縱隔膜硬化的合併症對放射的焦點,宜集中肺門部。
- 3°. 肺野放射的施用,若聽診時肺部發現錯雜音,或 X 光線照相上顯出部位廣大的氣管枝周圍炎變化時,方可試放射;總之放射技術在施行上,概依喘息病變在臨床診斷的變化而定,不過我人在此最應注意者即 Pasteur—vallery-Radot, yillert et Blamoutier 諸氏統計的報告: 200 餘例中之百分數表如下;

1/4 病者	= 治療後愈好者	50 人
1/3 病者	= 治療後失敗	70 人
40% 病者	= 治療後極度減輕	80 人

此限統計的百分數比例與 1930 年 Zipperim 氏之報告相接近; 1929 年 gilbert scott 氏之報告,在 121 例中 89 例在放射後得有良好的結果;但氏之個人經驗,認為患者治療期的變化並不是如我人意思的迅速,往往經過 2—3 次距離的連續放射,始稍見效果。

II. 其他放射法

甲狀腺及腦下垂體以及其他內分泌器官之放射, 1926 年 Mo unier Khun 氏在其論文裏分述之甚詳,姑不具論。

Widal, Abrani 及 Raulot-lapointe 諸氏, 1924 年發表四例 Basdow

氏病屬於喘息類。經甲狀腺之放射後。結果使喘息病變鎮靜。Mlle Moritz 亦得有同樣的報告。

Ascoli 及 Feghioli, Denier, 三氏對喘息病變曾施腦下垂體放射。其他如 Podkaminski 氏在後頭骨部及後頸部施行放射。8 例中皆有良好的結果; Laqueriere 氏之一例。Pokornig 氏之二例。關於鼻加答兒喘息合併症。施鼻部放射後。結果良好。

E. 個人最近所遇喘息一例。經 X 光線治療後之結果。

患者姓名。潘某

籍 貫 浙江

職 業 商人

年 齡 21 歲

家族歷 父於二十年前患急性熱性病死亡。母健在。患者無兄弟姊妹。於二十歲時結婚。生有子女三人。一孩於一二歲時罹麻症死亡。餘均健在。

患者既往病歷 體格素來瘦弱而易罹疾病。曾患花柳病如梅毒及淋疾。於六七年前曾患有結核性睪丸炎。一側之睪丸已剔出。他側依然腫脹硬結。

患者近四年來之病歷 四年來時發氣管枝喘息。每年約在冬季發作。至去年(1934)始每月發作一二次。勢甚劇烈。發作後須經過一星期以上。始稍平息。此後繼續不已。時輕時劇。

X 光線治療之經過 患者四年來。對所患氣管枝喘息。極感痛苦。藥物療法。幾可云用盡。結果毫無治愈現像。乃於 1935 年 3 月 27 號來院求施 X 光線治療。結果覺得極度的減輕。故敢發表。以求指正。

X 光線治療公式: 高壓電流 120kv.

電強	2, ma30
濾過	3mA1
分量	每部每次1H=(幾等300r,)

X光線放射的部位：胸廓前後左右，分四部放射。焦點集中肺門部，部位大小約18—20cc。

(1) 1935-3-27. 第一次放射 = 左胸廓前部。

放射後，患者即離院。當時余請其兩日後再來做第二次放射，但事隔一週，尚未見患者來治。至4-12，患者忽爾然蒞院。當詢其失約之原因，告以初次放射後返家，喘息大發，兼有熱度，至未能如期來院應治。

(2) 1935-4-12. 第二次放射 = 右胸廓前部。

放射後，喘息未發作，並無其他感覺。

(3) 1935-4-15. 第三次放射 = 左胸廓後部。

放射後，經過同上。

(4) 1935-4-17. 第四次放射 = 右胸廓後部。

放射後，經過同上。

四次放射完畢，當即停止放射，以觀其變化。備做第二次連續放射之參考，相隔五日。患者來院，據告放射停止後之五天內，曾有發作，但發作時，呼吸似減少，困難，當即開始做第二次之連續放射。

1935-4-22 第一次放射 = 左胸廓前部。

放射後，無重大變化。

1935-4-26 第二次放射 = 右胸廓前部。

放射後，感覺病狀減輕。

1935-4-29 第三次放射 = 左胸廓後部。

放射後，感覺病狀極度減輕。

1935-5-2 第四次放射 = 右胸廓後部。

放射後極度減輕，只有些微感覺患者因種種關係要求停止放射，但約經半月後，患者曾有信報告，據云第二次放射停止後，雖稍有發作，然極輕微。

- 結論：1°. 個人對此喘息患者經 X 光線治療後之結果，雖不敢保其能得確實的治癒，但照治療後病狀的變化，已足使人滿意，因過去在多數的例中，治療後皆毫無所得。
- 2°. 放射期的變化，並不是如我人意想中之迅速，故宜注意連續的放射。
- 3°. 放射的開始部位，最好在胸部局所施行，如失敗，則可繼施用脾臟或臍臟之放射法。

補 白 二

(貳) 設備經費(以學生三百人為標準)

(甲)大學醫學院(包括獨立醫學院或醫科)

費 別		數 量	說 明
建築設備費	醫學院或醫科建築費	200,000元	
	醫學院或醫科設備費	200,000元	
	醫院建築費及設備費	300,000元	病床五十張以每張一百二十元通計
	衛生所建築費及設備費	40,000元	
總 計		740,000元	
經常限年度 每年最	醫學院或醫科本身	150,000至250,000元	1,俸給工資估701100辦公購置估301100
	醫院	150,000元	2,各年級招足時應有廿五萬元醫院各項收入據作購置醫藥材料並補助經常費用但須另造預算呈核准
	衛生所	30,000至50,000元	
總 計		260,000至380,000元	
醫科 學專 校	建築設備費	300,000元	開辦費至四十萬元
	經常費	200,000	班次未招足時每年至四十萬元

中心性網膜脈膜炎(增田氏)之一例

(Über einen Fall von der Chorioretinitis Centralis Nach masuda)

東南醫學院眼科學教室 鍾 潤 先

第三次東南醫學會稿

第一章 緒 言

中心性網膜脈絡膜命名之歷史在西曆 1866 年 Graefe 氏有反覆性中心性網膜炎之名稱乃是一種黃斑部疾患報告之胚胎。迨後增田隆氏於西曆 1914 至 1920 年發表其臨床上研究之所得一種黃斑部病變而命名中心性網膜炎 Retinitis Centralis 或曰中心性網膜脈絡膜炎 Chorioretinitis Centralis。若嚴格言之。此二者亦有別焉。今將兩者之眼底變化列舉於下以爲比較。

1. 黃斑部網膜表層炎症之所見

檢查黃斑部或附近時其網膜有限局性極微之滲濁。其滲濁狀況視經過可以證明爲黃斑部網膜前層炎症性浮腫之結果。其特徵如次 a. 滲濁之色呈黃灰色或淡黃色。而滲濁極微恰如玻璃上吹氣體。類似 Hauchartiges Aussehen。且與健康部境界完全朦朧。 b. 滲濁之黃斑與集合小血管枝有密切關係。常被覆血管表面。故行走極不明瞭。 c. 屢屢滲濁之內有灰白色乃至帶黃白色之網膜炎性小點狀斑點散在。又可見極小出血斑點。 d. 經過極良。行驅梅毒療法。滲濁吸收迅速消失而後黃斑部亦無何等痕跡之殘留。觀以上所見。乃單獨網膜表層之炎症。與脈絡膜毫無關係。故稱中心性網膜炎爲宜也。

2. 黃斑部網膜後層乃至絡膜炎之所見

檢查黃斑部現有乳頭徑一倍乃至三倍之圓形帶黃赤色網

膜溷濁面。一見殆難與周圍健康部網膜區別之。其固有點如次。

a. 在單純網膜表層之炎症性浮腫。其溷濁色呈灰白色或黃灰白色。境界朦朧。常徐徐向健康網膜移行。然後層者與其相反。在溷濁部帶黃赤色。周圍境界明瞭。 b. 表層者病灶網膜血管屢屢被溷濁所掩。境界朦朧。而深層者網膜血管殆無變化。並可見在表面上行走。故可知溷濁與網膜神經纖維層無關。斯時溷濁面之綠血有幾分迂曲。由於下層組織之浮腫狀隆起所致。 c. 網膜前層之溷濁時。表面常有一種異常光線反射放出。而後層者無之。可奇者反於溷濁面之周緣能有輪狀之反射光線。 d. 最感有趣者深層。患者其患眼裝用凸鏡時。則視力稍行增進。如裸眼視力01。裝用凸鏡2.5D。則視力增進0.4又0.2者。裝凸鏡0.5D則視力增至0.4又0.4者。裝用凸鏡1.5D則視力增至0.7等等不一。以上事實可知所來溷濁由於網膜後層之浮腫。乃至網膜同脈絡膜之間發生炎性滲出物。而將網膜向前方提起故也。 e. 深層溷濁極著明時。溷濁之色屢呈青色。蓋網膜被漿液性滲出物而從脈絡膜剝離也。故患者視物體有訴為青色或為紫色。此乃青視症及彩視症而為網膜剝離之症候也。就以上種種臨床之所見。黃斑部圓形溷濁面。決非單純黃斑部網膜表層之炎性浮腫。而為網膜後層炎性浮腫。乃至網膜同脈絡膜之間發生滲出物。殆為無疑。實際上溷濁乃脈絡膜毛細血管層內之原發性疾患。而波及網膜後層。該部組織內續發炎症性浮腫。恰似前房內生炎性滲出物。沈着角膜後面。次侵襲角膜後面 Descemet 膜。遂角膜實質內起炎性浸潤。亦如脈絡膜毛細血管層內發生炎症性滲出物。而至脈絡膜同網膜之間。一部份網膜外境界膜浸淫破壞。遂至網膜後層內惹起炎性浮腫。更本溷濁之經過。據增田氏之實驗例。惟有少數者溷濁面之吸收消失不留何

等變化。然大多數者滯濁面之消退後有一部份有限局色素沈着。又消退時期色素細胞層有顯明變化。或初期於滯濁面內已合併有新鮮脈絡膜炎病灶。或初期黃斑部發生新鮮脈絡膜炎病灶。以至二三日後續發固有之滯濁面。如此所見之滯濁面乃脈絡膜炎之結果所發生也。統上之理由。非單純網膜表層炎而為網膜同脈絡膜之共犯者。宜稱中心性網膜脈絡膜炎為宜也。

關於本症臨床之症狀

1. 自覺的症候

本症發生急劇。患者突然感覺視力減退。屢訴有實性中心暗點。其他初期往往有眼華閃發。又小視症。變視症。彩視症及大視症。遠視。夜盲等。

a. 視力減退 視力障害乃本症必發之症狀。患者自覺忽然患眼視瞻之朦朧。例如昨日猶見新聞今日讀之文字感模糊。而健眼仍舊。據增田氏之實驗六十四例中。而一眼完全健康視力如常者有四十八例。其患眼視力減退計減降 0.1 者五例。0.4 者七例。0.6 者一十四例。又本症發病後三週間。其視力減弱之度以萬國試視力表計之最多為 0.6 次為 0.4 及 0.1。患者裝用凸鏡則視力稍行增進。乃為本症特有之點。亦關於本症視力障礙有趣之事實也。倘本症再三反覆以後視力遂自 0.1 以下減降者不少。甚至祇能眼前辨指數矣。

b. 暗點 據增田氏實驗六十四例中患者自覺眼前視瞻之中央有暗點存在。有圓形或卵圓形乃至橢圓形。其色不一。二十六例中暗點呈暗黑色乃至灰黑色者一十六例。黃色者五例。其他綠色紫色一例至二例。由此觀之患者自訴自覺的中心暗點之色多呈暗黑色乃至灰黑色。次為黃色。綠色紫色則甚少。自覺的中心暗

點與黃斑部之圓形溷濁之形態完全相一致，即知中心暗點形態則黃斑部溷濁面之位置及形狀可豫得而知之矣。其實性暗點約半數弱，虛性暗點約半數強。

c. 小視症及大視症 據增田氏六十四實驗例中，有六十二例可證明小視症，祇二例可證明大視症。

2. 眼底變化

黃斑部發現圓形限局性網膜溷濁面，該溷濁面直徑大多數約當乳頭經一倍增或三倍有餘，有時較小或有更較大者。黃斑部中心窩有時完全在溷濁面之中央，有時稍偏側方。此際溷濁面常向黃斑部下方或下外方擴大，恐為炎症浮腫之重量向下方沈降故耳。溷濁之色呈黃赤色又帶黃灰白色乃至帶赤灰白色，與周圍網膜面之色區別極感困難，若不注意比較檢查，極不易辨別之。若溷濁強度時呈灰白色並有青色，恐為網膜同脈絡膜之間漿液滯留而網膜剝離故也。倘發病後經過長久或再發之時則溷濁面呈著明污穢褐赤色乃至褐黃色。溷濁之表面呈浮腫狀稍向周圍網膜而呈隆起之外觀，周圍之境界極判然，常圍繞異常光線反射輪時接在溷濁之緣一部份有發現黑色影樣之弓線 Schatteuahorliche Bogenlinie (不是色素沈着) 恐為溷濁面隆起之故。有時溷濁面之中央能發現第二光線反射輪較小於普通黃斑部輪，但此二重光線反射輪 Doppelt-Reflexring 頗美觀，可認為黃斑部中心窩緣所發生之反射光線。溷濁面行走網膜血管殆無何等變化，在溷濁面著明隆起時則溷濁之緣部血管稍行迂曲，反之脈絡膜血管曝露於眼底而常被溷濁面被覆其行走著明朦朧，此時溷濁面存在最明瞭極易診斷矣。

關於本症之報告，在日本文獻甚多，但本教室數年來對於本

症祇遭此一例。抑吾國鮮有本症或國人有此病而未求諸醫乎。故對本症之多寡未可斷言。今報告如下。希海內先進有以教之。

第二章 實驗例

患者 李○川 25歲 女姓 學生

初診 民國二十三年七月二日

主訴 兩眼視力障礙。實性中心暗點。小視症及變視症發病發病及初診經過

民國二十三年二月間早晨左眼視力突然頓衰。自覺眼前有黑色暗點。同時有頭痛惡心嘔吐眩暈胸中苦悶等不快症狀。以後放置之黑色暗點漸次增大。於經過中求醫診治迄未奏效。現在較前增惡。黑色暗點。變視症及小視症異常著明。故來本院求治。

既往症 身體康健未生任何疾患

家族歷 父早死。母健在。並無兄弟姊妹。祇患者一人。

現在症

全身之所見 體格榮養均上等度。身體發育佳良。全身皮膚無病變。頭部除眼耳鼻咽喉亦均無病變。口及舌苔皆清爽。齒無蛀牙。頸部鼠蹊部之 Glands 皆無腫大。胸廓形態平常。肺無著明之變化。但 X 光線檢查在肺部能證明結核已有硬變型之病變。心臟無雜音。腹部無硬塊。肝及脾臟亦無腫大。膝腱反射正常。尿中蛋白質糖反應陰性。血液瓦氏反應陰性。

眼科之所見

V. D = 1m/H. Z. (矯正不能)

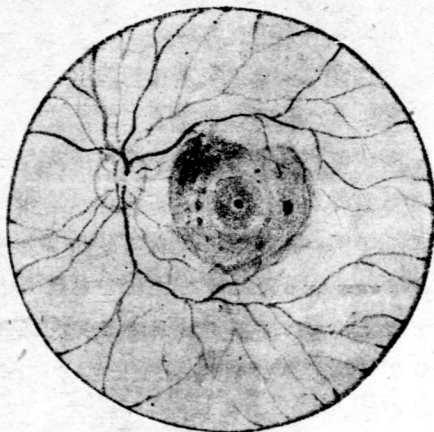
視力

V. S₂ = 0.1 (0.4X + 2.5D)

兩眼之眼瞼及眼球位置及姿勢無異常。結膜虹彩前房水晶體無異常。玻璃體透明無混濁。瞳孔反應及瞳孔形態正常。惟角膜於右眼有薄翳在瞳孔領中。

眼底所見

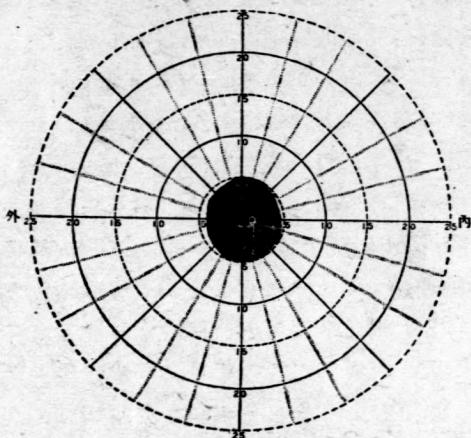
瞳孔散大 (點 Homatropiu)。用內藤氏擴大固定檢眼鏡檢查。左眼底視神經乳頭境界鮮明。無混濁或腫脹。在黃斑部中心部有約當乳頭徑三倍大之混濁面。其形為三角類圓形浮腫性混濁面。與周圍健康部網膜境界判明。其混濁面之中心部隆起特別著明。可推知病灶之混濁主在網膜深層。周邊部眼底全無異常。在混濁面腫脹部現有大小不同數個黃白色之斑點。黃斑部中心窩為暗赤色。其反射輪消失。而混濁部之中央有異常線狀圓輪反射光線 (所謂 Doppelt. Reflexring)。而黃斑部網膜血管無何等變化。如第一圖 A。



第 1 圖 A 左眼底 (初診時)

視 野

自覺的視野之中央有圓形淡黑蔭樣暗點。患者自述在當初發病時比較小，漸次增大。他覺的如第一圖 B 用白色視標檢查為比較的中心暗點。用青黃視標檢查為絕對的中心暗點。是等暗點似與眼底變化有一致的傾向(參照第 2 圖 B 第 3 圖 B,)。



第 1 圖 B 左眼視野(初診時)

診 斷

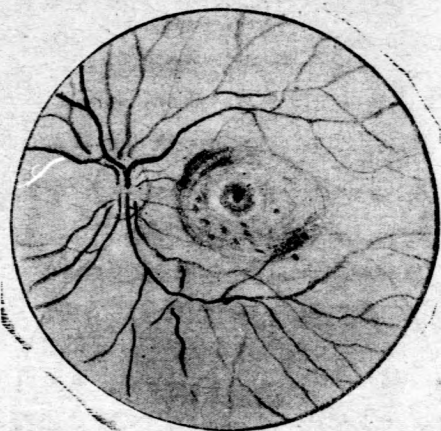
以上如眼之所見其自覺症狀並他覺症狀。特別實性暗點。小視症變視症。及遠視狀態等。與增田氏所謂中心性網膜脈絡膜炎相同。而且為結核性。惜右眼因薄翳關係微照不能。是否與左眼相同或有否病變不得而知殊為遺憾。

鑑別診斷

本症宜於梅毒性中心性網膜脈絡膜炎。黃斑部或其附近之脈絡膜孤立結核。Graefe 氏反覆性中心性網膜炎鑑別之。故分別述之。第一梅毒性中心性網膜脈絡膜炎。其原因絕對為梅毒。在 18

85年ostwald氏報告梅毒患者多於初期硬結發生後乙年內多發生之，眼底所見眼底中心部有灰白色濁滯面，該濁滯面徐向周圍健康部移行故境界不明，有時病灶呈灰白黃色而其周緣部呈灰黃色境界比較判然，又兩者混合時一部判然一部朦朧，而病灶之形多不規則，假令呈圓形時其邊緣常多少凹凸，故本症同梅毒性中心性網膜脈絡膜炎之比較相遠之點頗多，就眼底論之，本症於網膜同脈絡膜之間有滲出物可見網膜浮腫，浮腫多為透明性，以單眼檢眼鏡則其存在及形狀多不判然，以雙眼檢眼鏡觀之其形狀整然為圓形或橢圓形之隆起，然梅毒性中心性網膜脈絡膜炎於網膜脈絡膜濁滯特強一見即知之，且病灶之形多不規則，又本症通常網膜不濁滯，網膜血管鮮明，梅毒性中心性網膜脈絡膜炎通常網膜有濁滯，且病灶上網膜血管多不鮮明，又常合併玻璃體濁滯，而本症通常缺如，暗點在病初期，本症為圓形或橢圓形，而梅毒性中心性網膜脈絡膜炎其邊緣多呈凸凹形狀不正，且無實性暗點視力0.1以下者多，又行驅梅毒療法早期恢復，而本症視力多0.4或0.1，多實性暗點又伴發小視症，假令瓦氏反應陽性行驅梅毒療法亦無甚效果也，第二黃斑部或其附近脈絡膜孤立結核，脈絡膜孤立結核有種種大小，黃斑部或其近圍為其好發部位，（據長谷氏報告例二十七例中有一十八例），因其滲出液在網膜發生圓形浮腫，其形狀甚似本症之滲出液形狀，然兩者混合者有之，此時起實性中心暗點或小視症變視症甚類似本症臨床之所見，其鑑別點孤立結核為腫瘍狀之結節（立體的腫瘍）而本症通常缺如，然有時兩者不得嚴密區別者有之，據日本之統計脈絡膜孤立結核多生十五至二十五歲青年，歐州多生五歲至十歲之小兒，而男女罹患率有著明差異，又脈絡膜孤立結核患者多有既往全身

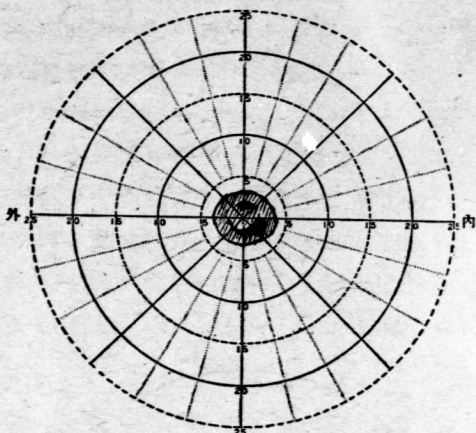
的結核性疾患。第三 Graefe 氏反覆性中心性網脈膜炎據 Graefe, Alexander, Reuss-ostwald 諸氏之報告大多數可認為脈絡膜炎續發之疾病。不能證明為單純網脈之炎症。因其病例中屢呈毛樣充血。玻璃體濁濁又併發虹膜炎等之葡萄膜之變化。且黃斑部所生斑點有存於網脈血管之後方者。在末期時屢屢發現色素斑點。足證明葡萄膜病機之存在。故黃斑部網脈之變狀當可認為葡萄膜病變之結果。在病理解剖上黃斑部網脈之原發性變化極稀多數為脈絡膜疾患所續發也。



第 2 圖 A 左眼底 (發病後約 5 週間)

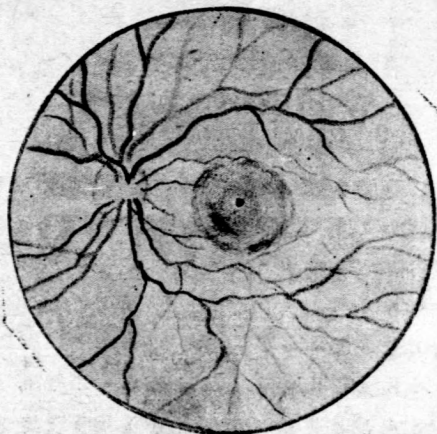
經過及療法

眼局所行高張性食鹽水結膜下注射。全身行沃度加里靜脈內注射。安靜裝用保護眼鏡以觀察其經過。黃斑部病灶部濁濁稍行減輕網脈浮腫狀之隆起略減而濁濁面之形狀變為橢圓形。且仍有大小不同之富有黃色調塊狀濃厚濁濁存在。自覺暗點較前



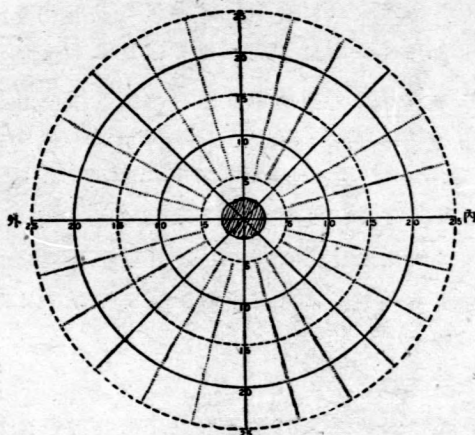
第 2 圖 B 左眼視野 (發病後約 5 週間)

略小。色調由黑色變為深黃色。視野檢查中心暗點為比較暗點內有深黃色之塊狀斑 (參照第 2 圖 A 第 2 圖 B)。以後病者。因故



第 3 圖 A 左眼底 (發病後約八個月間)

他往有三個月之久迄至十二月間始來繼續求治。全身施行A—O注射，每星期一次共注射六次。除注射A—O之外其餘仍舊。其後經過頗好。自覺暗點較前小一倍。變視症及小視症亦不如前此之劇烈。此時視力稍行增進V.S.=0.2(0.6×+1.0D)。黃斑部濁濁面變為圓形。而浮腫內之滲出物殆行透明。黃色調濁濁塊狀物已消失。視野檢查中心性暗點為比較暗點且小一倍。其塊狀斑已消失。(參照第3圖A第3圖B)。惜病者於二月間因事返家不克繼續治療未達全癒之目的殊為遺憾云。



第3圖B左眼視野(發病後約八個月間)

第三章 考 按

1. 病因之考察

本症之原因。據增田氏實驗例約四分之一由梅毒而來。又眼之過度使用為本症最大之誘因。對於患者職業頗關重要。因有許多患者屢訴自己用眼過勞而發生本症也。或局所之血行障害亦

爲本症發生最大影響。因血行障害（過勞及光線作用而起），致血液中毒素沈着鬱滯而發生固有之病變也。小口氏頗推重之。乃光線作用最易侵襲網膜中心部易起炎症也。而松岡氏實驗例之統計梅毒性者 16.7%，過勞者 12.5% 之多。長谷川氏則否其說。對患者用光線之遮蔽或裝用著色眼鏡均不能豫防其再發。又發病時間以夏季少而秋冬多。故光線之說是有疑問。縱瓦氏反應陰性施行驅梅療法多不奏效。如此多因之說已行動搖。而本症與脈絡膜孤立結核有密接關係似有兩者中間型狀態。本症發生 25 至 50 歲之壯年者。孤立結核好發生 15 至 25 歲之青年者。然青年者已有發生本症者，且有時所見多近乎孤立結核。又本症在他臟器檢有結核既往症約有 27%。同時患者胸部 X 線所見結核性變化不少。又據松尾氏實驗例中 Pirguetoche Cutanreaktion 概有陽性。北原氏實驗例 Pirguetoche Cutanreaktion 百分率爲 66.7%。根據以上之事實。結核原因之說甚有力焉。而本例瓦氏反應陰性胸部 X 線所見有結核性殆變型之變化。用 A-O 注射後症狀輕快。故本症之病因是爲結核也。而本症之原因總歸於結核可否今日尙難斷言也。

2. 年齡及性別之比較

本症罹患者男女之差異。據增田氏之統計男子百分率爲 90.6%。女子爲 9.4%。長谷氏男女之比較爲 5 與 1 差。由此觀之男多於女也。年齡之差異。據增田氏以 30 至 40 歲爲最多。犯者長谷川氏以 40 歲前後爲最多。而本例發生年齡爲 25 歲。在統計上言之頗較少也。

3. 豫後之觀察

據增田氏長谷川氏等之研究。豫後一般良好。施行適當之消

炎療法瀰漫面則二至三個月之內殆不留痕跡而消失。雖有多少之色素沈着及網膜脈絡膜炎性萎縮灶殘留。而離開中心部則視力不呈障礙。即或在中心部而極微細之時亦無大障害也。倘本症屢屢反覆再發或永久炎症不消退時則黃斑部網膜次第陷於萎縮。色素著明沈着。又生白色斑點。遂致永久性之著明視力障害矣。

第四章 結 論

本症例之所見及重要點總括之如下：

患者25歲之女子。其自覺症狀並他覺的所見特實性暗點小視症變視症及遠視狀態等。及眼底所見殆與增田氏中心性網膜脈絡膜炎相同。且全身之瓦氏反應陰性。X光線檢查肺部有結核性硬變型之變化。故本症例為結核性。

稿終時承恩師張錫祺教授指導校閱及同僚陳揚靖相助特表謝意。

文 獻

- | | | | |
|----|-------|--|-------------|
| 1. | 淺山郁次郎 | 關於中心網膜炎之原因 | 日眼第18卷590頁 |
| 2. | 增田隆 | 關於中心網膜炎 | 日眼第18卷632頁 |
| 3. | 增田隆 | 所謂中心性網膜炎關於臨床的研究(文獻未有記載一種中心性網膜炎何命若中心性漿液性網膜脈絡膜炎之臨床的知見) | 日眼第21卷158頁 |
| 4. | 增田隆 | 同 上 | 日眼第21卷478頁 |
| 5. | 增田隆 | 同 上 | 日眼第21卷777頁 |
| 6. | 增田隆 | 同 上 | 日眼第21卷1049頁 |
| 7. | 增田隆 | 同 上 | 日眼第21卷1381頁 |
| 8. | 松岡典之助 | 所謂中心網膜炎之統計 | 日眼第21卷1230頁 |

9. 増田隆 所謂中心性網膜炎關於臨床的研究(其二)
(梅毒性中心性網膜炎臨床的檢眼的知見
補遺) 日眼第22卷1頁
10. 増田隆 同上 日眼第22卷334頁
11. 増田隆 同上(其三)(再文獻上未記載一種中心性網
膜炎之臨床的知見) 日眼第22卷497頁
12. 増田隆 關於中心性網膜炎脈絡膜炎
中眼第七卷123頁
13. 増田隆 對於所謂中心性網膜炎二三之注意
中眼第七卷194頁
14. 松尾義雄 關於中心性網膜炎 中眼第18卷565頁
15. 長谷川信六 一種中心性網膜變性症患者之供覺
中眼第19卷460頁
16. 中村文平 關於結核中心網膜炎 中眼第19卷1096頁
17. 文留島敏子 關於中心性網膜炎之滲出型
中眼第20卷157頁
18. 加藤喜郎 中心性網膜炎之Chinin療法 中眼第20卷620頁
19. 梅毒性中心性網膜炎之一例 中眼第20卷1038頁
20. 藤木徹之 被看過之中心性網膜炎 中眼第21卷696頁
21. 長谷川信六 増田氏中心性網膜脈絡膜炎臨床的觀察
中眼第21卷1014頁
22. 小口忠夫 中心性網膜之統計 中眼第23卷256頁
23. 獲野鍬太郎 關於中心性網膜炎對於調節機異常
中眼第23卷462頁
24. 小口忠太 先天性紅綠盲兼中心性網膜炎時之色神

- 中眼第23卷789頁
25. 高松雄 中心性網膜炎之眼底所見 中眼第23卷1000頁
26. 石原忍 結核與眼疾患之關係附內於增田氏中心性脈絡網膜炎之原因 中眼第23卷1260頁
27. 山本請一 關於結核性中心性網脈絡膜炎 中眼第24卷419頁
28. 中島實 中心性網膜炎之種種相 中眼第24卷544頁
29. 長谷川信六 中心性脈絡網膜炎之研究其一增田氏中心性脈絡網膜炎 中眼第24卷878頁
30. 長谷川信六 同上 其二梅毒性中心性脈絡網膜炎 中眼第24卷983頁
31. 長谷川信六 同上 其三黃斑部或近圍現出脈絡膜孤立結核 中眼第24卷918頁
32. 長谷川信六 同上 其四關於增田氏中心性脈絡網膜炎之原因 中眼第24卷987頁
33. 北原榮惠 所謂中心性網膜炎之統計 中眼第24卷1085頁
34. 龍茂吉橫山茂樹 所謂中心性網膜炎之統計的觀察 中眼第24卷1087頁
35. 三島電告 中心性網膜炎對於自觀網膜血管像影法之臨床的價值及 Adrenalin 注射療法 中眼第25卷232頁
36. 廣毛元來 關於所謂中心性脈絡網膜炎 中眼第25卷314頁
37. 公炳禹 關於所謂中心性網膜炎(增田)之本能實驗的

38. 北原榮惠

研究 (第二報) 右色家兔及尤光力學的中心性脈絡網膜炎之研究 中眼第25卷1197頁
所謂中心性網膜炎之研究 (第三回報告) 其二中心性漿液性脈絡膜炎 (增田) 續報特舊 Tnbercnlin 皮下注射關於病竈反應

中眼第26卷818頁

39. 北原榮惠

眼底呈稀有像一種之中心性脈絡網膜炎

日眼第38卷1775頁

補 白 三

(查) 各科設備經費支配表(以學生三百人為標準)	
科 別	價 值 (以國幣元為單位)
生物學	8,000
物理學	8,000
化學	8,000
解剖學	9,000
生物化學	10,000
生理學	10,000
藥理學	7,000
細菌學	4,000
病理學	6,000
寄生蟲	4,000
內科學	7,000
小兒科學	3,000
臨床實驗室	5,000
皮膚花柳科學	8,000
外科學(包括泌尿科整形外科及手術室)	32,000
婦產科學	8,000
眼科學	5,000
耳鼻喉科學	5,000
放射學	11,000
顯微鏡及描計器	42,000
總 計	200,000

說明 { (1)醫院藥局及病床等作為醫院設備本表未計入
(2)公共衛生由衛生所經費項下支配
(3)法醫併入病理部
(4)煤氣裝置發電寒冷藏室等由學校房屋經費項下支配

上海東南醫院外科一年中癰疽之統計的觀察

王 仲 符

第一節 緒 言

癰疽一症，爲吾人於小外科中平日最易遭逢之一種疾患。一般病家對於本症每多輕視，以致初時不加注意，投治失時，往往結果竟因此而引起意外之不幸，從而施行指趾或手足切斷之手術者，蓋爲屢見之事實矣。尤有甚者，有時竟生生命上之危險。據此可見對於此種疾患，不特病家未可輕忽，而吾輩臨診亦須具有深切之注意也。爰將本院外科在一年中所遭逢之此種疾患五十七例，舉而出之，并加以統計的觀察，以資高明。

第二節 本症之發生原因

本疾患之發生，常因指或趾端之屑小外傷如刺傷、割傷、咬傷、裂傷及一切輕微之破皮外傷等。化膿菌乘機從其傷部裂隙間竄入組織，發生炎症。此種化膿菌通常爲連鎖狀球菌、葡萄狀球菌及其他各種化膿菌等。初則局部所發炎（紅腫、熱、痛）。此時如不加以適當之治療，或忽而置之，且或對於患指或趾不加顧忌，而操作如故，以致炎症徵候漸形增劇，終至化膿而成斯症。

第三節 本症之分類

本症每因化膿灶所在之不同，而症狀預後亦因之各異。其分類如下七種。

1. 表皮下或皮性癰疽 (P. subepidermoidale oder Cutaneum),
2. 皮下性癰疽 (P. subcutanum),
3. 爪床下癰疽 (P. subungualis),
4. 腱性及腱周圍性癰疽 (P. tendinosum und Peritendinosum),

5. 骨性及骨膜性癰疽 (P. osseum und Periostale),
6. 關節性癰疽 (P. articulare),
7. 腐敗性或壞疽性癰疽 (P. putricum oder Gan graenosum),

於上舉七種中以皮性及皮下性者如急早施以相當之治療。當不至有若何危險之趨勢。餘如爪床下性者。若治療失當。有時頗易轉為骨性癰疽。髓性及髓周圍性者。時易引髓壞疽。骨性及骨膜性者每能發生骨之變化。關節性者往往侵及該部關節。發生關節之機能障礙。腐敗性或壞疽性者常能危及生命。均未可以忽之也。

第四節 就本症五十七例患者之性別年齡職業發病原因及其好發部位與好發季候列表比較之

性別比較表

性 別	男	女
實 數	32	25
百分率	56.1	43.9

年齡比較表

年 齡	十 歲 以下	二十歲 以下	三十歲 以下	四十歲 以下	五十歲 以下	六十歲 以下
實 數	4	13	17	20	2	1
百分率	7.0	22.8	29.8	35.1	3.5	1.8

職業比較表

職業	工	農	商	學生	舟子	車夫	未詳
實數	20	2	6	3	2	1	23
百分率	35.1	3.5	10.5	5.2	3.5	1.8	40.4

發病原因比較表

原因	刺傷	灼傷	割傷	擦傷	發腫	發痛	狗咬	小節	其他	不明
實數	13	3	2	5	1	1	1	1	2	28
百分率	22.8	3.2	3.5	8.7	1.8	1.8	1.8	1.8	3.5	49.1

好發部位比較表

部位	右手指					左手指					右足趾					左足趾									
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V					
實數	9	6	9	2	2	9	3	7	6	1	2										1				
百分率	15.8	10.6	15.8	3.5	3.5	15.8	5.2	12.6	10.5	1.8	3.5										1.8				

好發季候比較表

季候	一月	二月	三月	四月	五月	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
實數	7	12	5	4	3	2	3	8	4	1	2	6
百分率	12.3	21.0	8.7	7.0	5.2	3.5	5.2	14.0	7.0	1.8	3.5	10.5

第五節 各項比較表之觀察

總觀各表，知本症於性別上男子多於女子，是因一般男子操苦力者較多，故多遭遇之機會也。年齡上以十歲以上至四十歲為最多，蓋吾人在生活過程值此時期，日事最繁，故易犯之。職業上在本統計表中以職業未詳者為最多，工人次之，再次則為商人，而農人反居少數，是或因本院所在距農村較遠，故少就治之機會。至於職業未詳者強半均係婦孺或有未詳其所事者，除此當以工人居最高位，因彼輩終日操作，無時無地，不役手足，故多遭遇之機會，事實使然，無足怪者矣。發病原因上大多均係外傷而起，惟按是項統計表則以不明其原因者佔最多數，是或因輕微之外傷，初不自覺，及已發病，詢其既往，已為茫然故也。好發部位上手多於足，而尤以右手多於左手，是因足也。除一般苦力貧困不堪者外，多數均以機

履保護之。而手也則無此種優越之待遇。(時至今日,文明大進,雖手亦有套,但在一般自食其力之苦力者,乃無力無機以享之也)同時吾人於操作習慣上每多利用右手,故遭遇是種不幸,手多於足而尤以右手多於左手也。好發季候上據載冬季最多,按本統計表以一月二月三月十二月為最多,當以此期正當寒冷之候,吾人皮膚或因外界空氣溫度低下,皮膚表皮之循環發生障礙,遂起營養不足,皮膚失其韌柔性而易起裂傷,故易發生也。惟按表八月亦較多,此尙未悉其理何由,或因吾人當此季候,體內對於化膿菌之抵抗力較薄,因之易於遭罹也。

第六節 本症之療法

本症之療法分預防的保守的及根治的三種,茲分別述之如下:

A. 預防法

於平日操作時注意避免指趾部之損傷,萬一遭遇時,即破皮之微,亦須嚴密防腐,慎勿予化膿菌以侵入之機會,防腐藥普通用者為 Tinctura Jod. 與 1% Mercuruchrom. 惟前者刺激性甚大,如遇創面較廣者,劇然塗之,痛楚最烈,尤在婦孺輩,每有不堪忍受者,故近今多採用其後者一種,因其防腐力強且無刺激也,此外并以消毒之紗布密裹之,當更可靠也。

B. 保守療法即姑息的療法也,分述如下:

1. 卷包法——此法只宜行之於本症之初期,如已有化膿之傾向,則急宜施行切開之手術。
2. 鬱血法——即以橡皮帶或絆創膏施患指或趾之基部束縛法,此法我國民間行之頗遍,惟束縛亦須有相當之程度,太緊過鬆均屬不宜,過鬆難達鬱血之目的,太緊或持續時間較長時,每易惹起該部循環障礙,發生血行隔絕而陷壞死,不可不

慎也。

3. 其他之民間療法

a, 盛沸湯一盂以患指或趾急速浸入隨即急速提出。此法每於初期或症狀輕微者間亦能收佳良之效果。按此或係所謂刺激療法之理也。

b, 用猪苦胆。即猪之胆囊也。以患指或趾納其中緊縛之。令胆囊中胆汁不至流出為度。放置之俾其自行乾燥。每亦有效。惟其理尚未見有闡明者。不知究係何種作用。特記之以冀研究者之見教。

C. 根本療法——即外科的療法也。此法施行愈早愈好。因早期執行切開手術。可以緩解患部之緊張。藉此疼痛亦能減輕。如有化膿亦易排出。但執行切開每因症狀情形之不同。而切開術式亦隨之各異。茲略述之如下：

1. 麻醉法——普通均用局所麻醉法。但如表皮性或皮下性者其化膿著明時。有時不須麻醉亦可。若係婦孺或神經過敏者僅行寒冷麻醉已足。至如症狀劇烈。如髓性者骨性者或爪床下性者以百分零點五諾福加音從患指或趾之基部行浸潤麻醉後即可自由執行切開。此法本院最慣用之。

2. 切開法——表皮性或皮下性者只須簡單的切開俾膿汁得以排出即可。如係髓性者骨性者或爪床下性者。而化膿灶在深部時。則須行對側的切開。因是種若僅行簡單的切開時。其膿汁不易排出。往往引起治愈期之延長。甚或有時不得不執行二次的切開者。甚覺費事也。亦有行馬蹄鉄狀切開者。惟此宜行之於化膿灶在指或趾之尖端者。蓋此種術式行之於指或趾之尖端部。法愈後該部之機能不至發生障礙也。

3. 切開排膿後之處置——此時須視症狀之情形而隨機處置之如早期的簡單的切開且患指或趾之局所炎症不劇者。只須用 Rivanol 紗布栓塞之包以消毒紗布。同時安靜患部即得。如炎症劇者。可并加以濕布罨包之。同時舉高患部。俾以安靜。行對例切開。必以探針貫通之。然後以 Rivanol 紗布穿過而栓塞之。炎症劇甚。同時施以溼罨包法。如手背足背并因炎症而起蜂窩質炎者則并該部一併罨包之。此時視情形如何。如更認為劇甚者。并宜行 Electrargol 5c,c, 筋肉注射以遏止其該部炎症之進行。最近對於切開排膿後施用軟膏療法能減手術後疼痛而縮短經過。
4. 指或趾之切斷——此亦為不得已之辦法也。如有施行之必要。可曉喻病家決然行之。幸勿姑息。以貽後悔。

第七節 結 論

1. 本症有時因症狀劇烈。投治失時。往往能引起意外之不幸。從而施行指或趾之切斷者有之。甚者尚能發生性命上之危險。
2. 一切保守的療法及民間的療法。只能行之於本症之初期及其症狀輕微者。
3. 本症以施行早期切開及手術的療法為根本辦法。
4. 於必要時不得不施行指或趾之切斷術者當立即決然行之。
5. 本症於性別上男子多於女子。年齡上十歲以上至四十歲其間遭逢之機會為多。職業上勞力者佔大多數。發病原因上強半多因外傷而起。好發部位上手多於足而尤以右手多於左手。好發季候上冬季最多。

民國二十三年五月脫稿於上海東南醫院外科室

綜 說

毒氣中毒之症狀及療法毒(續)

東南醫學院 湯 盡 舟

毒氣中毒之療法

第一 窒息性毒氣中毒之療法 窒息性毒氣之中毒作用較爲簡單故療法亦甚單純。惟本劑中毒後有一定之潛伏期即無症狀期。在此尙未發生中毒症狀之時期。中毒者與其周圍之同伴等須有相當之救急處置之知識。而施以適當之處置。

救急處置可分爲。 a. 含毒空氣之隔絕。 b. 絕對安靜。 c. 保溫。 d. 酸素吸入之四項。

a. 不論對於任何毒氣均以隔絕含毒空氣爲必要。如用防毒面具。及種種中和劑之遮掩口鼻而速即從含毒空氣中逃出。

b. 絕對安靜：絕對安靜能抑制肺水腫之發生。且能減少體內之酸素消費量。對於筋肉運動及高聲呼號等均在嚴禁之例。臥位可以隨人之便。有時應用上體高位。如呈極度興奮狀態或恐怖時應用安慰之辭令。以安靜其精神。

c. 保溫：除去染有毒氣之衣服後應着以較暖之衣服或蓋以被服等以保其體溫。如身體冷卻後可以影響至肺循環。而促進肺胞內漿液之滲出。以至肺水腫之程度更爲加劇也。

d. 酸素吸入：毒氣中毒時均以酸素吸入爲重要事項。在窒息性毒氣中毒時更爲必要。蓋窒息性毒氣中毒之病理爲酸素攝取量減少而陷於窒息死。所以呈循環障礙時。不論是數時間。數日

間應繼續施行酸素吸入。施行酸素吸入後不特可以減退呼吸困難。循環障礙。且能增強心臟之筋力。而減輕中毒者之自覺症。不安。恐怖等種種症狀。酸素吸入時之面具內。酸素濃度應在75%以上。一分鐘放出之量約在6--8 Liter 左右。吸入相當時間後可以停止相當時間。惟在停止時間應行口腔之含嗽。酸素之高壓吸入不特無益。反而有害。蓋有壓破肺胞壁。而續發肺氣腫及皮下氣腫之危險。就是人工呼吸法亦因同一理由而禁忌。有用碳酸素氣混和吸入以刺激呼吸運動。不過本劑中毒後已有碳酸氣之排泄障礙。故爲無益有害之處置。對於肺水腫之中毒者。有行酸素之皮下或靜脈注射。然均不適於實用。

病室之窗戶須全開。或運中毒者至戶外。使得充分之新鮮空氣。惟於保溫方面仍應特別注意。蓋冷却其肢體。最能發生危險也。

眼症狀：一過性者無須特殊處置。如發結膜炎者則用硼酸水。或生理的食鹽水之洗滌。亞鉛水之點眼。或黃降汞軟膏之塗布；也有用鹼性眼軟膏而得奇效者。磨擦眼部能增惡炎症之程度。眼繃帶不可過緊。瞳孔調節機有痙攣者可用 Atropin，惟用 Cocain 後易使角膜發生損傷。

噴嚏劇烈時應塗布 Novocain 及 Atropin 混合液於鼻粘膜。有鼻出血時應用 Tempon。口腔之清潔亦甚重要。可用硼酸水之嗽口。皮膚表面如有輕度發赤。就是不用處置亦能自癒。如有高度之瘙癢則用 Dermatom 與硼酸粉等之混合粉末之撒布。

本中毒者之療法祇有對症療法而已。對於肺水腫及其續發症則用瀉血法。對於心力之衰弱則用強心劑。

瀉血：對於循環障礙有極大效力。一方面能制限肺部之輸入血量。一方面能使組織液轉入血中而靜脈血行得以輕快。故瀉

血後中毒者之自覺症立即消退。意識、呼吸、脈搏均能恢復。Phosgen 中毒時血液非常濃厚。就是切開靜脈。血液不易流出。切開動脈後亦祇有少量之血液放出。瀉血量以多為佳。平均為 500—600—1000 c,c。瀉血時對於心臟之力量不能不特別注意。如有著明之心臟衰弱及虛脫者不能施行虛脫。而祇能行下述各法。

發汗療法之中以熱氣、熱湯壺、熱罨法、熱飲料之攝取等為佳。如用發汗藥之 Pilocarpin, 及 Nstr Salicyl 則不甚適當。

食鹽水注射之效果不一定。然瀉血後施行食鹽水注射確有相當效果。

強心法：用 Digitalis, Coffain 及 Camphor 劑以鼓舞循環系統。大都施行靜脈或皮下注射。內服則用 Strophanthin 等。強心劑應持續投與。就在肺水腫消退以後亦有投與之必要。

毒氣中毒後之懊惱、苦悶、疼痛、咳嗽不安等常有不忍坐視之歎。而立即應用 Morphin 則呼吸中樞麻痺。發生極大危險。即如抱水 Chlor, Aether, Chloroform, 等之麻醉藥亦不可用。普通所用者為 Morphin 之代用品如 Codein 及 Veronal 等。

Avertin 及 Evipan Natr, 等能使身體安靜。抑制肺水腫之擴大。大可以應用之新藥也。

其他療法：吸入鈉等中和劑。大都無結果。蓋收入之毒氣早已分解不能發生中和之作用。反成不良之結果。有用 1% 鹽化鈣 500—600c,c, 之皮下注射以限制血漿之滲出。而減少肺水腫之形成。然局部之副作用極強。且於早期施行。方纔有效。

輸血不適於本症。蓋本症原以瀉血為必要。而並未缺少酸素搬運者之赤血球。

高張葡萄糖溶液之靜脈內注射能使血液之滲透壓增高。而

將肺水腫內之漿液驅出。實為最合理想之療法。惟在歐戰時尚未實施。

美國喜用鹽酸 Emetin 0.06 之皮下注射。謂能抑制肺水腫之發生。

喘息制止藥之 Asthomolysin Atropin, Adrenalin 等非特無益。且因上昇血壓而有害。

為預防肺炎及氣管支肺炎而應用 Chinin 療法。以早期為佳。在歐戰已得相當之經驗。如已發肺炎則用血清或非特異性蛋白療法。如合併肺炎則用碘劑。祛痰劑祇能用於已脫危險期之後期。如碘劑 Guajacol 劑等均可。

歐戰時英國應用催吐劑以嘔出肺內之分泌物。然有惹起急性心臟麻痺之危險。

第二、潰爛性毒氣中毒之療法 本療法可分為救急及療法二部。

救急：毒物作用直後（十分鐘以內）用 Kali Permang, 過酸化水素。鹽素製劑之塗拭。或用加里石礮之洗滌。務使毒物根本的洗除。美國喜用有機性溶媒如火油。酒精。汽油。Benzin 等之清拭。惟用不含藥劑之布片揩拭。反使皮膚傷害擴大。已經染毒之衣服等須絕對並且完全脫去為要。

療法：本療法之原則為溼潤療法。曾用乾燥療法結果不佳。蓋用亞鉛華 Dermatol 等撤布後。如創面乾燥時則不易附着。如濕潤時則結成痂皮而化膿。以致炎症蔓延至深部。應用軟膏於初期。結果亦然。軟膏祇能用於已生肉芽之末期。方能有效。

溼潤療法能除血流之鬱滯。有鎮痛。收斂。消炎之效。對於發赤。腫脹。水疱形成。乃至物質缺損均為必不可少之療法也。其方法

爲洗滌、沐浴、灌注等，均應細心爲之，不可手技粗暴，有損皮膚。其藥液總以預防傳染，增進組織之抵抗爲目的。在英國則用 Karl Dakin 氏液。在德國則用 Chloramin 液（1—2%）其他則用 0.1% Rivanol 液。生理的食鹽水或高張食鹽水（5—10%），對陰囊等知覺過敏之處則用 0.1% Kali permang 液。在晚上則塗布多量之 Vaseline 以減輕疼痛，且有預防梅毒之效。對於水泡不宜切開，應用已消毒之注射針抽去其內容，以免分泌物傳染其他部份。總之本中毒之療法與其他皮膚同樣複雜，須視症狀之時期，個人之素質等而隨機應變。若刺戟療法、水銀石英燈及日光療法等，均可認爲補助療法而有相當效果者也。惟內服 Chinin 以防炎症或於局部施行外科的手術均有害而無利。患部之摩擦常能誘發傳染。對於任何瘙癢，不可搔擦。如於癢痕部有長時期之瘙癢，則可用下列處方之洗滌。

Rp.

Benthylalkohol	100.00
Aethylalkohol	96.00
Glycerin	4.00

呼吸器之症狀非常複雜，故無定型之療法。惟醫師對於因義膜而起之狹窄症狀、傳染續發症之發生、肋膜、循環系統之變化等均須特別注意。蓋防止原發性的中毒症狀果然不易，就是治療本症及其續發症則更難。對於咽頭及上氣道之傷害可用 Alkali 性液之吸入及嗽口。如再用鎮靜劑之塗布則更佳。病變如進行至深部氣道，則以氣道之疎通爲必要之處置。即用吐根劑、鉀碘劑等之祛痰藥，或貼布溫溼布等。發生肺水腫者極少。如有發生，則用瀉血酸素吸入，及強心劑等適當之療法。對於續發性傳染之

處置最爲困難故以預防爲最佳。如薄荷油之吸入。Chinin 療法等。至於刺戟療法更有確實之效力。所謂刺戟療法即用異種蛋白如牛乳馬血清 (5—20c.c.) Tetanusvaccin (5—15c.c.) Omnadin 等。要以早期注射及反覆注射爲有效。無副作用。且能退熱。祛痰容易。

一般療法亦甚重要。尤其對於肝、脾之後遺症即重症黃疸及貧血須極力預防。與以富有滋養之流動食物。注意胃腸之整調。投與適當之牛乳。重曹。炭末。阿片。單甯酸劑等。

精神療法亦不可忽視。蓋絕對服從醫師之指示與信仰醫師之處置者大都轉危回安也。

眼部在被害後即用 2—3% 之硼酸水。1—2% 之重曹水洗滌結膜。以除去毒物及細菌。故在歐戰中之患者如被害後即行睡眠者大都發生劇烈之眼病。如行洗滌而不睡眠者則常有流淚而毒物及細菌同時流出無遺。可免眼病之發生。如無適當之洗眼藥水時則用食鹽水或其他之催淚劑等均可。用手指或手帕摩擦眼部。最易催進眼病之發生。應絕對禁止。患者如有羞明則戴有色眼鏡。或住暗室亦可。在歐戰時德國喜用 Alkali 性軟膏。英國喜用 Dichloramin 軟膏。疼痛時用 2—5% Novocain 及 Adrenalin 液之點眼。或兼用冷罌布亦可。如合併頭痛則用嗎啡等。

第三。刺戟性毒氣中毒之療法 被害後即避入新鮮空氣中。則各種症狀即行消失。咽喉如有刺戟症狀則用 Chlor klak 之嗅入。或用薄荷油之吸入等均能輕快。其他全用對症療法而已。

— (完) —

譯 述

重複陰莖及其合併症（單純鎖肛，二腔心，脾臟缺如等）

Über Penisverdopelung und ihre Komplikationen,
(Atresca ani Simplex Cor. biloculare, Alienie n.s.w)

慶應大學醫學部教授

醫學博士 木村博著

姚瑟若譯

緒 言

重複陰莖 *Diphallus od. Penis duplex.* 者屬於稀有之先天性畸形。1908年 Heller 氏文獻中曾有記載共廿三例除同氏自家經驗一例外。餘均從十七十八世紀中綜合而成者。故不甚詳細關於本手術 1919年 Leonti 氏亦有廿一歲之男性一例報告。合共廿四例云。日本頗少。余更寡聞。惟最近親歷一例。且經過剖檢後。發見種種稀有之畸形。茲特詳述如后。

自家經驗例。

患者。一九三五年五月三日生。男性。

主訴。肛門及外陰部畸形。

遺傳。兩親健在。無血族關係。血族中亦無畸形。

既往史。妊娠及生產經過順利。

現病史。出產後即發見鎖肛。排便缺如。腹部漸次膨滿緊張。嘔吐。一月五日由某院診斷為腸閉塞症。即造設人工肛門。幸救一

同時又發見陰莖畸形於一月十三日遂入本院求治。

一般狀態。 男性體格中等大。營養頗不良。全身貧血。口唇呈 cyanose 左下腹部有人工肛門。無異狀。脈博每分鐘百二十五。整而無力。呼吸卅六。體溫卅六度至卅七度。食慾如常。一日從人工肛門排出軟便數次。

局部所見。

肛門 肛門部完全缺如。亦無痕跡。號泣時觸診之。亦無何等抵抗感。

陰莖。 獨立者有上下二個。各有龜頭包皮及口。將包皮向上方牽引時與正中線上下並列。然位於下方之龜頭保持正常位置。上方者其背部向左側。尿道口偏於右側。陰莖體之先端一部分離。大部分覆有共同皮膚。觸診時。在各龜頭連絡處。有上下二個之陰莖體。其中心端移行於恥骨縫際下。但此際位於上方者。稍偏右側。下方者偏左側。摩擦之。兩陰莖均有勃起力。(鉛筆大)。

外尿道口 各龜頭均有之。位置及口大如常。均可排尿。

陰囊: 位於陰莖左右。觸之內部各有一個睪丸。但陰莖下面。左右陰囊間。稍向後方。有與陰囊同質之陰囊樣腫瘤。質軟。觸知有如睪丸樣物質。

理學檢查。

直腸 試以麥粒鉗子從人工肛門向直腸插入。行雙合診時。觸之可證明鉗子先端已達到肛門部。

尿道 輸尿管 Catheter 從外尿道口插入。位於下方者可達膀胱內。位於上方者約進入七厘米以上。則不能再進。似有 Mandrin 之輸尿管 Catheter 向各外尿道口插入後。用 X 線攝影。下方 Catheter 可達膀胱。上方之 Catheter 先端與下方 Catheter 成一銳角。作 Y

字形之造影，但兩尿道均可排尿故以Lipiodol從上方外尿道口向膀胱注入，X線攝影時，以正中線為中心，成左右兩相似形，唯膀胱造影則一，蓋擬其兩尿道達於膀胱前合流成一尿道，達於膀胱開口部。(剖檢一致)。

臨床的診斷。

以上所見診斷為單純鎖肛，重複陰莖，重複陰囊。

手 術

一月廿四日施行肛門成形術，即將麥粒鉗子從人工肛門向直腸插入，其先端所到達處為目標，加以肛門部皮膚切開，達及直腸，施行皮膚粘膜間數個之結節縫合，預定數日後，將人工肛門閉鎖，上方陰莖切斷，不幸因食慾不振，次第衰弱，一月廿八日登於鬼籍中。

剖 檢。

一月廿九日剖檢，其主要變化者摘要如次。

心臟。 較手拳稍大，重 2° 瓦，心旁暗赤色，有少量之流動性及同色之凝固血液，心房惟於前後壁間有橋狀扁平索狀物（中隔痕跡）分為左右，在此索狀物上下可與左右交通，觀察之，成形廣大心房，心室有少量之暗赤色凝固血液，兩心室無中隔膜樣部，左右相通，左室狹小，反之右室內腔廣著，內面滑澤，色淡，肉柱及乳嘴發育尋常，壁厚在圓錐部右 0.5 ，左 0.4 ，兩房室間呈不正形孔，可以交通，孔之邊緣，有不正形數個瓣膜附着之。

大動脈。 大動脈從右室出，瓣之閉鎖盛水檢之，無異狀，大動脈瓣無異常，心冠狀動脈開口部無變化。

大靜脈。 無異狀開口右房。

肺動脈。 肺動脈缺如。

肺靜脈。 肺靜脈在於房之後壁橋狀索狀物附着部的左右

分開處及房之前壁。

肺臟 左肺有上中下三葉，右肺亦分爲上中下三葉但上下兩葉隔以深溝相連之。

脾臟。脾臟及脾臟樣器，脾臟血管完全缺如。

腎臟。輸尿管膀胱無異狀。

尿道。內尿道口祇一個，在尋常位置，試以消息子通之，須叟可分左右，右方可通及位於上方龜頭之外尿道口，左方可通於下方龜頭之外尿道口，用 Farmalin 固定標本後，將尿道切開檢之，從內尿道口與前方約有0.9厘米之隔，乃一個精阜，其中心有攝護腺，尿道約在精阜中央部左側部分，左右二條，因此精阜先端稍偏於右側尿道內，尿道之大小外觀上無變化，蓋尿道乃從一個內尿道口發生，經過尿道攝護腺部，分枝左右，右方者即達位於上方外尿道口，左方者達位於下方外尿道口而終。

陰莖。與分枝之兩尿道行走一致，成形二個陰莖，有陰莖體及龜頭，陰莖體之大部分均被覆於共同皮膚，先端則均有獨立之包皮及包皮口，Formalin 固定標本檢之，從龜頭先端到陰莖根部約長3.7厘米，陰莖橫斷面直徑（皮膚除外）各0.6厘米，兩陰莖橫斷面，肉眼檢之，各有二個之陰莖海綿體，與一個尿道海棉體，鏡檢之，兩陰莖均有獨立之尋常構造，（各陰莖背皮下靜脈，陰莖背靜脈，同動脈，同神經等均有）兩陰莖間連絡以鬆疎結締織。

陰囊。與生前局部所見者同。

睪丸。左右兩陰囊內存在之，但中央部陰囊內則缺如。

攝護腺。與精阜一致，祇有一個，右葉較左葉著明而扁平。

精囊輸精管無異狀。

S狀部結腸與左下腹壁癒着，人工肛門開口於體外。

直腸。直腸末端已切開，其切開部與肛門皮膚互成結節縫合相連。

其他臟器無異常。

病理解剖診斷。

除臨床診斷外加心臟畸形(二腔心)肺臟畸形(三葉左肺)脾臟缺如等。

重複陰莖之發生、發育及分類、機能、治療。

發生。或因在胎生時生殖突起處全部或一部分有二重構成之結果，外陰部形成重複，然有時睪丸則無二個以上者，且尿道攝護腺部亦不發生重複云。(余之例亦然)據胎生學說，睪丸乃從Woff氏體發生，尿道攝護腺部從泌尿生殖竇發生，反之，陰莖及陰囊從生殖竇突起而發生，或因其發生各異之故也。

發育及分類。重複陰莖之發育狀態，有種種不同，有兩陰莖同樣大小，或因相差較多，而稱為副陰莖者。Heller氏從其位置分類如下：

(一) 全部的重複陰莖 *Diphallus totalis*

- (1) 兩陰莖上下 *Über einander* 並列者
- (2) 兩陰莖左右相接 *Dicht nebenemander* 並列者
- (3) 兩陰莖左右及距離相隔者 (*Nebeneinander aber, voneinander getrennt*)

(二) 部分的重複陰莖 *Diphallus partialis*

- (4) 一個之陰莖體部而有二個龜頭者
 1. 如 *Valentini* 氏 (上方陰莖缺乏包皮，下方陰莖則較短著) 及 *Niemann* 氏 (兩陰莖收大小及龜頭如常)
 - pignes* 氏 (無頭兒，下方陰莖發育不良較上方短少)

之例。

2. 如 Wecker Barrtholinus. 氏 (兩陰莖同大) 及 Hahnus Bucchettoni, Ioder smith (膀胱二個) 之例。
3. 如 Tenisch 氏 (兩陰莖相隔, 左方陰莖無包皮較右方陰莖發育良。) 及 Sangalli, Taruffi 氏 (兩陰莖隔尋常位置 9 種左右) 及 Cole 氏 (兩陰莖從正中線相隔 $\frac{1}{2}$ Zoll) 及 Ballantyne 氏 (陰莖在兩側鼠蹊屈曲部)
4. 如 Sixtus Olsner Heller 氏諸例, 由 Burens 外觀上 (陰莖至龜頭有共同被覆以皮膚者, 其陰莖亦別有存在之性) 之例或亦屬之。

右之分類觀察, 余之實驗例中兩陰莖大部分共同覆以皮膚, 各有獨立包皮, 及包皮口, 向上方牽引時, 可現出完全同大二個之龜頭及陰莖體部, 且可觸知兩體部達於恥骨縫際下, 若就解剖組織上能證明完全二個陰莖者, 則認為屬於全部的重複陰莖, 然臨床兩陰莖, 雖上下並列, 於解剖上深部則左右並列, 因其發生初期多左右並列, 及發育途中起多少捻轉移動性部分向前方推進, 取上下位置, 或因此外觀上或為上下並列者, 據文獻中所報告上下並列者, 祇有三例, 由余本例觀察, 此三例中疑其在深部亦為左右並列云。

機能。兩陰莖發育狀態不同, 其機能亦異, 兩尿道均與膀胱互通, 兩者均可排尿, (Niemann Bortholinus Laruff Ballantyne (第二例) Burens) 然尿量多少, 或兩方均可以排尿射精? (Niemann) 或一方排尿, 而他方射精者, (Olsner) 或一方排尿而他方不通者, (Heller, Leonti) 而不起交接障礙者, (Heller, 有二個龜頭的部分

重複陰莖)或因交接障礙施以手術除去者。(Leonti)等等。惟余之例中則兩尿道均可排尿。

治療 Heller 氏之部分的重複陰莖。有無何等障礙者。或全部的重複陰莖多發生障礙時。俟適當時期一方切斷之。惟切斷之前。當考慮其發育狀態及機能爲要。

重複陰莖合併畸形症。

重複陰莖有時不合併及畸形者。(Lionti)惟多數例中屢屢伴有泌尿生殖器。直腸。肛門等畸形。例如重複膀胱。膀胱破裂。尿道下裂。重複陰囊。鎖肛等。余之例中有合併畸形症。即重複陰囊。鎖肛。心臟及肺臟畸形脾臟缺如等已如上述。

心臟畸形由於胎生時心臟發育不全而生。發現於心臟全部或單獨一部比較多者如右胸心。卵圓孔之殘留。Potari 氏管殘留。室中隔缺損等。稀有者因房中隔缺如成三腔二心室。房室中隔均缺如成二腔心。肺動脈狹窄。或閉鎖大動脈狹窄或閉鎖等。惟肺動脈或大動脈閉鎖時。室中隔缺損。或在 Potari 氏管開口處起代償作用。其他如辦膜畸形。心臟脫出。大血管轉位等亦有。日本對於二腔心之例。只有三浦福士與富澤四氏之報告云。

本例之心房。有中隔痕跡。心室之中隔膜樣部缺如。左室少。右室大。房室間祇有一孔交通。頗似二腔心。又大動脈轉位 (Transposition) 及肺動脈缺如。則近於富澤之例。此均屬稀少之畸形也。肺動脈缺如時。多從 Potari 氏管通。供給血液於左右肺臟。惟本例未檢及大動脈弓爲遺憾。心室內動肺血與靜脈血完全相混合。經心室後循環於體內。如此重症畸形。其生命可延長有數月或年餘。余之例中。則尙恐不能保持也。

脾臟缺如乃脾臟之先天性異常中最稀有之症亦最有興味

者。即關於發育無異常之成人中。亦有發見此症者。脾臟缺如在古時 (Aristoteles, Laurentius, Schenckius, Hollereri 氏) 已有記載之最近有 Birch—Hischfeld, Glinski 氏關於初生兒。及 Sternberg 氏之成人 (七十三歲女性) 及 Hodenpyl, Koch—Wachsmuth, 氏 (四十九歲男性) 及 Libby, Martin, Moroni, Ramoay, Meinhord, (五十七歲女性) 等例報告云。其他如合於 Mosler, Gruber, Heusinger, 諸氏之例者近約有十三例云。然脾臟缺如症。固有獨單者。惟多伴其他畸形。從生前診斷上知脾濁者缺如。用 X 線檢查之。惟因此發見者尚無其例。多從剖檢後發見之。余之例中。乃心臟重症畸形。及脾臟完全缺如。關於心臟機能及血液變化生前未有檢查極為抱歉。

總 括

本例乃屬於種種重症畸形之初生兒。臨床上有重複陰莖。重複陰囊。單純鎖肛。剖檢後有二腔心。三葉左肺。脾臟缺如。然重複陰莖臨床上屬上下並列者。解剖上深剖則屬於左右並列。蓋因發生各期為左右並列。及發育途上捻轉。外觀上呈為上下並列云。

附圖說明

第一圖 患者

陰莖。上下並列各包皮口有獨立龜頭各龜頭亦有尋常之外尿道口。

陰囊。除左右外在其中間後方尚有一個陰囊。但睪丸祇有一個。各存於左右陰囊中。

第二圖 心臟模型圖。(I. 正常心臟 II. 患者心臟)

R. V. 右房 L. V. 左房 S 心房中隔。(如 II 圖橋狀索狀物架於房之前後壁間。上下均向左右房交通。形成廣大心房 R. K. 右

室L.K. 左室S' 心室中隔。(如II圖。缺膜樣部。左右室交通。左室較右室小)

KIK' 即II圖之房室交通路。(乃不正形之孔。其邊緣有數個瓣膜)

A. 大動脈 (右室出) A.P. 肺動脈 (如二圖點線從大動脈出) V.P. 肺靜脈 (如二圖中由心房後壁中隔附着部左右而入者與由前壁而入者) V.C. 大靜脈。(入於右房) 如矢流方向。

第三圖 陰莖體橫切斷片標本。

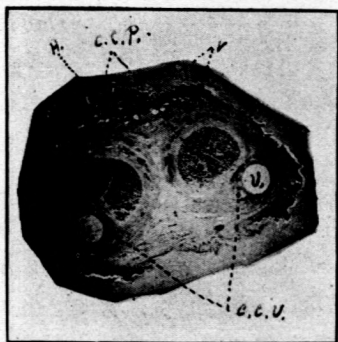
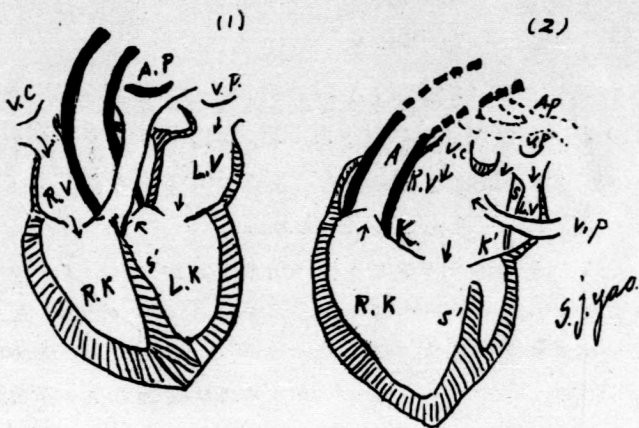
C.C.P. 陰莖海綿體 C.C.V. 尿道海綿體。

V 尿道。H. 皮膚 V.S. 陰莖背皮下靜脈。



第一圖
 單純鎖肛，重複陰莖，重複陰囊，肺動脈缺如，心臟畸形，脾臟缺如之患者留影。

第 二 圖



第 三 圖

簡便血液檢查法

Dr. Lipp 著 陳卓人譯

1. 不用顯微鏡檢驗白血球增加及膿球法

取血液或尿置試驗管中，加半量特定規苛性鈉溶液而混合之。若有少許膠樣物質發生，則為白血球增加及膿尿無疑。

2. 白血病之肉眼的診斷法

即利用化學的方法的方法以區別淋巴性白血病與骨髓性白血病也。其根據乃淋巴球與普通白血球異，有形成 Oxydase 反應之力也。試驗管中取水三分之一，加血液二三滴，次加 1% Dimethylparaphenyldiamin 溶液，1% Naphtol 液，及 1% 苛性加里各數滴，若發生白色沉澱則為淋巴性白血球，而青色沉澱，則為骨髓性白血病。

3. 血液殘氮 Reststickstoff 之檢查法

尿毒症早期診斷之最重要症狀，為血中殘氮量之上升，即除去蛋白質後之殘存氮量之上升也。此檢查以前需設備之研究室。近來已發見一實地醫家適用之簡便法，即 Ksantoprotein 試驗法是也。由此簡單方法，能迅速測定腎臟機能障礙之程度。此法於全血漿或血清中加同量 20% Trichlor 醋酸以除去蛋白質，漏過後取漏液 2.0cc，加純濃硝酸 0.5cc，煮沸一分鐘，待冷卻後，更加 33% 苛性鈉溶液 1.5cc，此液由透過光綫視之，若為正常尿，則為薄淡黃色，而腎臟機能障礙時，黃色較深，殘氮積蓄甚多者，黃色更濃。

又有 Weltmann-Barrenschen 氏法，由此法得簡單測定尿中之尿素量，原法如下，加 20% Trichlor 醋酸以除去蛋白質，取此漏過液 1.0cc，加 Ehrlich 氏 Aldehyd 試藥二滴，如有黃綠色出現，則殘氮之

量已超過 36—40mg，無此黃綠色。可知殘氮並未增加。此增加與不增加之界限，為黃綠色開始發現之處。

若欲將此法應用於血漿。（加檸檬酸鈉於血液中以防其凝固。則赤血球沉於管底。而黃色之澄清液——血漿——析出於赤色沉澱之上）其法如下。取血漿一滴。滴於白色濾紙上。更加 Ehrlich 氏試藥一滴於其上。若有殘氮之強度積蓄。則斑點立即變為黃綠色。不增加（36—40mg%）或增加甚少者。不成此色。

4. 重症尿毒症性腎臟病人之血液所見

此時尿紅色素之出現為特徵。加等量之 20% Trichlor 醋酸於同量重症尿毒症性腎臟疾病患者之血液中。除去蛋白質。作成濾過液。而放置之。漸次變為淡紅色或紅色。此種紅色素（Urorosein 尿紅色素）得出現於滲出液漏出液及其他器官中。若紅色素自然出現為豫後不佳之證。

5. 數分鐘內可知血糖近似值之微量測定法

糖尿病時僅為尿之檢驗。實屬不足。非知其血糖量不可。實地醫家所希望者乃成績正確。時間短少。經濟而簡單。且由數滴血液得以施行者也。於此目的。以 Becher-Hermann 氏法之改良法為宜。其原理即葡萄糖將 Pikrin 酸還原成 Pikranin 酸也。

其方法（1）將耳朵注意拭清。取血液 0.2cc，（約兩滴。可利用血色素計之 pipette）此時刺傷不可太小。將血液即投 2cc 之蒸餾水或常水中。（此液置於適當容器中。甚便攜帶。即在病家之操作。至此為止。以後檢查歸至醫院再作。）

（2）以欲除去蛋白質。加 1.2% Pikrin 酸 2cc，（Pikrin 酸為極佳之除蛋白質劑。沉澱劑。及還元劑）而振盪之。則混合液變為污穢褐色。

(3) 將此混合物全體濾過。此時可用圓形濾紙587號E, 最爲便利。此乃 Zeiss Ikon 公司爲此試驗特製。適合於 Breclius Seifert 式血糖測定法之比色計者也。

(4) 加 10% 苛性鈉溶液 0.1cc, 於透明濾液 1cc 中。

(5) 此混合物於小火焰上加熱至適當着色止。或以此試驗管於沸水中煮沸一分鐘後。於流水中冷卻之。

結果 加熱後混合物不變色時。血糖量約爲尋常狀態。(約 120mg%) 若變爲褐色乃血糖上升之證。其褐色之濃淡與上升之度一致。200mg% 止爲極淡褐色。300mg% 止稍稍著明。500mg% 止則爲濃褐色。私嘗以重鉻鉀溶液作比色計。頗能持久。示血糖之值。亦頗銳敏。

6. 種種血液之血清與固體成分之量的關係

正常血液其固體成分較多。而在惡性腫瘤則頗多。然於敗血症及經過甚久之傳染病如結核等。則血液之液成分非常增加。有血液僅占全血液之九分之一者。若血球量漸近正當數。則爲疾病輕快之證據。

7. 簡便而經濟的血球沉降反應。

必要的器具如下。(1) 3—5cc 注射器。(2) 純結晶檸檬酸鈉 5.0 加水成 100cc 之溶液。(3) 長 7cm 口徑 7mm 之試驗管數支。在自管底起上數至 5cm 處。作一記號。更用香煙盒開孔數個。以便插入試驗管。操作法如下：注射器中吸 0.5cc 檸檬酸鈉溶液。更於靜脈中採血 2cc, 共成 2.5cc, 仔細混和之。將混合血液自注射器移於驗管中。達 5cm 記號之處。此時注意須勿生泡沫。後更用指頭閉塞試驗口。徐徐反轉二三次後。使直立於香煙盒中。45 分鐘後。視記號至赤血球表面之距離。以米里米突表之。而加以 F 之記號。如 F15, 則爲 45

分鐘赤血球下降 15mm 之意其正常值康健女子月經中爲 10mm, 男子爲 5mm, 以前觀察之最高記錄爲 34mm, 云。

(Munch. Med. Wschr. Nr. 3. 1935)

更 正

本刊本卷七期論壇頁 7 第 4 行『中國底新醫學在外國資本主義摧殘之下……』一句，偶因作者不檢，語病甚重。本來舊醫最要說我們新醫喜歡推諉責任：自己一無所樹，往往說什麼政治不上軌道，社會知識幼稚。如今我又時髦地把罪輕輕推諉到外國資本主義身上，這不僅取笑，簡直可引起嚴重錯誤。事實，外國資本主義是輸入新醫助長新醫的，在現階段，並沒有摧殘的事情。應更正如下，才是我的原意：『如上所云，中國在外國資本主義摧殘之下，牠底新醫學，不能……』

請讀者尤其批判者注意。這是作者十分抱歉的！

其他標點符號，及『○』字地方，尚有排植錯誤之處；這在讀者可能看出，不一一列舉。惟專件頁 2 (即總頁 640) 倒第 7 行『劃時的』應作『劃時代的』；倒第 6 行『終經』應作『終必經』；倒第 3 行『我們以醫學革命』應作『我們以爲探求醫學革命』。

『醫學革命之吾見』一文題，蒙『新醫藥』編輯先生代定，曷勝榮幸！敝作原題爲『健康』，原無重提之必要。但作者因題爲『健康』，故全文不免時時迴顧於健康二字，故附識於此。 家謀。

診 療 知 識

火傷之合理的療法

湯 蓋 舟

火傷療法中最要之點有三；1.對於火傷死之全身療法。
2.對於治癒後之機能障礙與醜形之預防。3.減輕治療之痛苦。
今注意上列三點而縷述如何施行合理化的療法。

火傷時最可怕之現象，即為火傷死。火傷死之發生不繫乎火傷之程度而繫乎火傷之面積。如有小面積之第三度火傷可以救活，而第二度火傷之已波及全體表之二分之一以上時，則無能幸免火傷死者。甚至波及體表之三分之一時亦難得生望者。故治療火傷時第一須注意火傷之面積。如遇廣泛性火傷時，不得不行全身的療法。

火傷死有種種，可分為火傷早期死與晚期死之二種。早期死中尚有火傷直後之Schock死與在一二日內所起之中毒死。晚期死中亦有由於各種重要臟器之二次的變化而死者與火傷部位之二次的傳染而死者之數種。

火傷死之原因可分為三部解釋。第一，皮膚的變化。由於廣大之皮膚損傷，而喪失呼吸、體溫調節、及新陳代謝等之皮膚機能。第二，內臟器之病變。在肺、肝、腎、副腎、胃、腸等臟器有鬱血、充血、出血等症狀。尤其是副腎之出血，及腸與十二指腸之糜爛性潰瘍形成。第三，血液之變化。在Schock死之時期則血液之水分含有量減少，血液粘稠度增加，赤血球數及血色素量增加，白血球減少，Chlor含

有量減少。結合碳酸量及PH減少。血液凝固時間延長。血糖量始昇而後降；在中毒期則尚有 Globulin 增加。殘餘窒素量增加。血清毒素之出現等種種變化。

統觀上述各點後。就知對於皮膚之火傷部施行局所療法之外。對於其他種種病變。確有施行全身療法之必要。或較局所療法更為重要。而療法之益臻合理化也。

在 Schock 期則注射 Adrenalin。強心劑。鎮痛劑。及各等滲透壓液如生理的食鹽水等。以預防 Schock。

在中毒期則因血液之濃縮體液之喪失。Chlor 之減少。毒素之出現等。給以大量之水分。能嚥下者與以大量之飲料。否則行生理的食鹽水。Ringer 氏液。葡萄糖之靜脈注射或注腸。以供給其水分而排泄其毒素。輸血能補充血液。供給水分。中和或稀釋毒素極有效果。如能與瀉血併用。則效果更佳。不過輸血須相當時間。如在 Schock 等緊急時。還以先行生理的食鹽水靜脈注射後。再行輸血較為合理。對於 Chlor 之減少則注射食鹽水以行補充。

其他對於心力減退。血行障礙。血壓下降等則用強心劑。對於呼吸障礙則用碳酸氣之吸入及 Lobelin。Coramin 之注射。對於體溫下降則用保溫或加溫法。

除施行全身療法之外。對於火傷部行局所療法。此則因火傷之程度而不同。第一度之紅斑。應用銻養橄欖油等分之塗布。此時疼痛較劇。故以油劑為宜。第二度之水疱。在小而未破者亦塗銻養橄欖油。以待吸收乾燥。水疱大而易破者用消毒之注射針穿刺其基底部。以吸取其內容。使浮起之表皮再與其皮密着。水疱之既破者。剪除水疱壁。務使細菌無潛伏之所。然後行 Rivanol 溼布。消毒創面。誘導創液。以防止化膿。如用 2.5% 單雷酸溶液之溼布或噴

霧亦甚有效。蓋單甯酸能使蛋白凝固而形成痂皮。一方能使火傷面產出之蛋白質分解產物即火傷毒素結合，而妨其吸收，他方則結成痂皮遮蓋創面而營痂皮下之創傷治癒，且能緩和火傷面之疼痛。至火傷面已有傳染時則痂下有蓄膿之危險。對於第三度壞死，以促進其迅速分離，並防止創液之蓄積為目的，而達其治癒之境。

第一第二度之火傷如用上述療法大都毫無癍痕而治癒，惟第三度火傷常營二次的治癒而發生癍痕並且與普通之癍痕不同，就是攣縮性非常高度，而遺機能障礙，遂成醜形。大都在已成醜形之後，施行成形手術，然能在潰瘍未癒之前先為預防即行癍痕形成之預防法，在肉芽未成癍痕化以前施行植皮術則更佳。

就在火傷潰瘍面先行 Rivanol 液或 Dakin 氏液之溼布，使肉芽面成無菌狀態，然後行皮膚瓣移植術，則癍痕形成極輕而能預防各種障礙。

最後對於火傷面之疼痛，不能不加以注意。在實際治療時，病人常願減少疼痛而延長其治療期者，則用軟膏或油劑以緩和其疼痛也。

蘇州唯一專門寄售雜誌機關

時 代 雜 誌 服 務 社

代 售 代 定 代 辦

——中外書報雜誌——

社 址：蘇州觀前宮巷

神經系統與皮膚疾病之關係

湯 蠡 舟

皮膚之全部均有末梢神經分布。故神經系統有障礙時發生一定之皮膚病。反之皮膚有疾病時亦能影響至神經而發生一定之神經疾病。今列表說明之。

I. 皮膚疾病之原因與神經系統之關係

A. 確定的

1. 帶狀蕁行疹 三叉神經、脊髓神經節及脊髓後根有病變

B. 合併神經疾病者

1. 皮膚紅痛症 合發中樞神經又植物性神經障礙
2. Raynaud氏病 脊髓癆、脊髓空洞症。
3. Pellegra 本症為 Vitamin 缺乏症之一並呈精神症狀
4. Recklinghausen 氏病（神經纖維腫）從皮下神經發生。低胸者。有精神的障礙
5. 神經性癢痒症 脊髓癆、神經衰弱、Hysterie、舞蹈病。
6. 哮喘疹 原因極多。有時合併脊髓癆、脊髓空洞症
7. 皮脂腺腫 結節性腦硬化症、癩癩、白癩。
8. 滅汗症 脊髓空洞症、交感神經疾病、末梢神經之外傷
9. 拉以羅氏死指 神經性疾病、Hysterie
10. 多發性神經性皮膚壞疽 神經質、Hysterie

C. 其他與神經系統有關係者。

1. 圓形禿髮症 神經衰弱精神過勞
2. 尋常性白斑 與前者同
3. 多汗症 神經衰弱精神感動
4. 紅斑 憤怒羞恥驚愕等之精神的反射作用
5. 貧血 精神感動
6. Widal苔癬 一種之神經性皮膚障礙
7. Leuco-melanodermie 梅毒,又Salvarsan注射後之植物性神經障礙
8. 皮膚標記症 血管神經之過敏
9. 血管神經性環狀紅斑
10. 癩 由於癩菌之神經肥厚與麻痺

II. 皮膚疾病與神經分布之關係

1. 帶狀葡行疹 與神經經路完全一致
2. 尋常性白斑 左右對稱。
3. 列序性母斑 與神經經路大都一致
4. 帶狀蕁皮症 同上
5. 線狀鱗屑疹 同上
6. 局所性先天性白皮症 同上
7. 進行性顏面半側萎縮症

III. 皮膚神經之知覺麻痺

1. 癩病 知覺過敏。——鈍麻。——麻痺。——潰瘍
2. Raynaud氏病 知覺鈍麻——麻痺
3. 多發性神經性皮膚壞死 厥冷——麻痺——壞疽
4. Pellegra 知覺鈍麻——麻痺 (重症時)

5. 凍傷 知覺鈍麻——麻痺——潰瘍

6. 帶狀葡行疹 疼痛性麻痺

III. 皮膚疾病與疼痛

A. 神經痛樣疼痛

1. 帶狀葡行疹 發疹部位之前驅或現症同時或治癒後
2. 皮膚紅痛症 四肢末端有發作性強度之潮紅發熱疼痛運動或加溫後更甚
3. 癩 前驅時有麻痺常發神經痛
4. Raynaud氏病 前驅時有疼痛

B. 關節之疼痛

1. 結節性紅斑 膝及肘關節
2. 僵麻質斯性紫斑 同上
3. 多樣滲出性血斑 同上
4. 梅毒 關節之外有頭痛骨痛
5. 乾癬 有關節痛極少

C. 淋巴腺之疼痛

1. 帶狀葡行疹 局部之淋巴腺
2. 軟性下疳 有痛性橫痃
3. 毒蛇小虫等之咬或刺傷
4. 細菌性化膿性發疹

D. 由皮疹而誘發之局部疼痛

1. 丹毒 進行中
2. 天疱瘡 水疱底面
3. 軟性下疳

4. 潰瘍性疾病
5. 癰腫、瘰癧 化膿之進行中更甚
6. 壞疽 壞死時更甚
7. Antipirin 疹 水疱形成期
8. 結節性紅斑 有壓痛
9. Paget 氏病
10. 雞眼 壓痛
11. 禿瘡 頭皮下有膿瘍時
12. 皮膚腺病
13. 皮膚節腫
14. 毒蛇、小虫之刺傷部
15. 皸裂性皮膚病
16. 凍傷
17. 火傷
18. X光線皮膚炎
19. Radium 潰瘍
20. 藥物性皮膚炎

V. 皮膚疾病與瘙癢

- A. 皮膚症狀缺如祇有瘙癢
 1. 皮膚瘙癢症
- B. 皮膚症狀伴有瘙癢
 1. 濕疹
 2. 白癬
 3. 蕁麻疹
 4. 疥瘡

5. 疥癬

此類約有50餘種從略

C. 皮膚疾病之經過中一時的現象

1. 痲腫
2. 癰疽
3. 壞疽
4. 皮膚炎

杭州泰華藥房

本藥房專運國產與歐美原料藥品，醫藥機械，衛生材料，注射新藥，化粧香品，以及自製良藥配製各國處方。無不應有盡有。以副惠顧之雅意。

附設華豐紗布藥棉廠自製紗布，藥棉，繻帶，月棉等各種衛生材料。

特約經理：——

法國百部洋行藥品

德國先靈洋行藥品

德國薩克生血清廠出品

上海信誼藥廠出品

惠民奶粉公司出品

地址： 延齡大馬路三八號

電話： 三二七五

社會醫學

日本東京市的一般衛生設施

上海東南醫學院衛生學教室 陶 燾 孫

1935年夏，把東京市的衛生設施視察一週，此刻略為把他記錄，但並不做什麼有系統的記述，而關於學校衛生、結核預防、醫療機關、特殊保護、社會事業、研究機關、衛生試驗所就都待別稿，此地先記一般的都市衛生設施。

1. 上水道

現時東京市，成爲一個五百萬人口的龐大都市，所以都市衛生設備的重要性也不待贅言，在這裏面，上水道當然占了重要位置，而東京市的建設不是在無人境上的新計畫（像往年上海租界的擴張於西部，和現時的西部越界築路），却是一個漸次添加起來的都市（我們可以舉日俄戰後和世界大戰後的兩時期爲這都市發達的重要躍進時期），上水道工作也有一二度的添補。

今略觀東京市地勢，可見東南部低地和西北部丘陵地，丘陵地已被削成一帶高地，低地部不過從高潮面有1,2m高，這個東京市區域，在日本有好的平野關東平野的沿海角上，在西北方面有個多摩河流域，上流森林地帶，是個水質珍瓏之處，在北方有一大河，名利根川，其支流有江戶川，水質很差，這兩河水均利用於上水道，其地有荒川和中川都不被利用。

多摩河的良好水質，已久被注意，德川幕府初開於東京（舊名江戶）的時候，已開43km（約27英里）的玉川上水（開渠）。

在江戶末期,再添好許多上水,等到明治皇帝復政,定東京爲首都之後,漸次有用水缺乏之患,因此參的衛生工程衛生學者,德國伯林,比利時李埃時水道公司工師等計畫,造成的水道有

給水人口	1,500,000 人
一日給水能力	170,000 立方m
一人一日	111L.

的價值,但在再度擴充之後,增至

給水人口	2,000,000 人
給水能力	240,000 立方m

之數,這個水道的系統是仍用玉川上水,在淀橋淨水場沈澱濾過,以自然流下送低地,先向本鄉高台和其區高地用唧筒送水。

到了大正 2 年,就開始擴充計畫,在同一水源取水,引至村山丘陵間,造 1,200 萬立方m的貯水池,把水路改爲暗渠,又築「境淨水場」。結果給水能力成爲加倍,即 50 萬立方m。

其次,江戶川水源在市東方平原中,水量豐富,用不到貯水等勞,不過水質遙劣,水源地帶有火山,往往有硫質混在,今舉兩者原水概略的分析,如下:

多摩河水 (在淨水場入口) 江戶川水

色 度	0	0—19
濁 度	7—15	6—60
alkali 度	32—36	17—25
Cl	1.4	5—10
硫 酸	痕 跡	17—25
kmno 4消費	1.5—3.0	1.8—5.5
Fe	0	0.200

細菌

189—980

540—2000

在下面。想先把多摩河系各水道後把江戶川系記述。

多摩河水源爲秩父山塊所形成的多摩河山谷。集水全面積有 47.900ha, 都爲扁柏、杉、落葉松等深林地層都是秩父古生層。這許多森林都由東京市管理。造林 17,000,000 顆。造林地從溫帶而至寒帶。僻陬地。多候峻烈地。砂防地都植林。尤爲所防。一年亦費 3 萬圓光景。

這河的流水量不可算多。在 8 月、3 月的流量如下：

最多流量 58.3615(8月)

最少流量 4.732(3月)

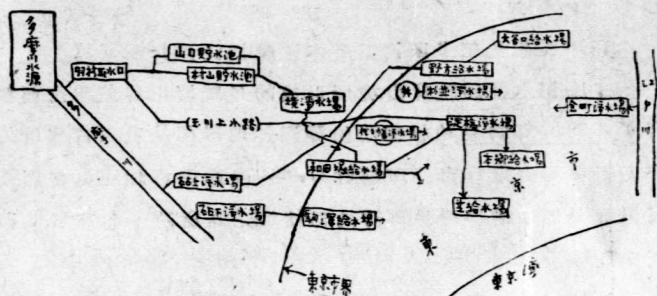
這些水源。把他在羽村洗堰收入。一部進玉川上水的開渠。一部進暗渠而到村山及山口兩貯水池。兩貯水池的情形如下：

	堰堤高	堰堤長	總水量 m ³	有效水量
村山上貯水池	24	318	3,576.000	2,700.000
村山下貯水池	30	101	12,148.000	9,656.000
山口下貯水池	32	165	18,824.000	17,700.000
計			34,548.000	30,056.000

貯水池的總工費 6.43 萬圓。

多摩河水源在這個羽村之外。還在下流名叫『砧』的地方。採其伏流水。一個是叫砧上的。以內徑 1,060mm, 長 346m 的有孔鉄節混凝土管 2 條。叫砧下的以 757—1,100mm 的 Y 字型 2 條的水渠收水。以唧筒送淨水裝運。

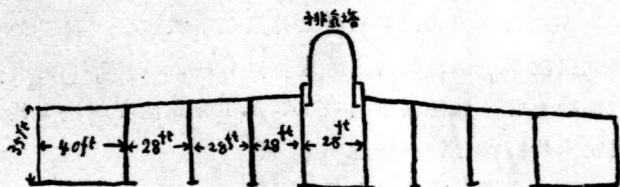
今表示這些送水系統如下：



淀橋淨水池有 83.480 立方 m 的沈澄池 4 面。常時先在貯池沈澄。在濁度高時用硫酸礬土做沈澄工作。濾過池在淀橋及境。各有 70—80×50—55m 左右。深約 2—3m 的濾過池今舉構造一例如下：

	1	2	3	4	5	計	一晝夜 濾過
	細砂	粒砂	小石	小石	石塊		
淀橋	m m 697	121	152	152	152	1,274	3.03
境	788	121	152	152	303	1516	303

貯溜濾過水的淨水池中。附在境淨水場者有和田堀給水場。這是 32 角形。經 80m，水深 9m，的大建築。中皮挽多塔。



對於這濾過水。並不常時加藥品滅菌。先預備氯注入設備。臨時應用。

至於配水給水雖有對於下級生活者給水工作之問題在我國要參考，但東京市略為已普及飽和，所以在此地都把他略去。在下面記水質比較表：

	降水量	細菌		氯		KMnO ₄ 消費		圓形物		(永久)硬度	
		原水	濾水	原水	濾水	原水	濾水	原水	濾水	原水	濾水
淀稿	m m 773	465	8	1.5	1.4	2.16	0.99	77.6	68.8	1.7	1.7
境		358	8	1.4	1.4	2.05	1.16	72.8	68.2		
砧上	70	191	11	5.2	5.1	1.6	1.2	106.0	87.0	1.5	1.6
砧下	72	115	7	6.4	6.2	0.9	0.8	96.0	93.0		

金町淨水場在市東部，沿江戶川，這水質比較劣質，茲已記過。在此地有急速濾過池。

一池長及幅5.5×3.8m

深 3.79m

12面，總面積463mm

細砂 900mm

小石 150

一晝夜濾速108.2m

原水先加礮變礮土，這工作為自動的，隨水量之多少，自動地變更其分量，加礮的水沈澱7.8小時之後，就進濾過池，濾過後常時加氯滅菌，因為alkali度不足，每年約50—100左右加石灰把他補足。

原水很混濁，細菌聚落數也很多，有時有藻類，加 Chloralk，今試舉氯添加量如下：

	日數	皆量(kg)	處理水量m ³
境	75	1.836	18,407.314

淀 稿	139	1.900	17,673.213
金 町	365	3.712	25,105.303
羽 村	14	900	6,378.831

原濾水比較如下:

	原 水	濾 水
細 菌 聚 落	2.437	50
氯	8.6	8.5
kmno ₄ 消 費 量	3.5	1.3
濁 度	6—60	0
alkali 度	17—28	18—31

這個淨水場所造之水都送給東部各低地。

2. 下水道

東京市的下水道有三。另有一屎尿處分處。三河島污水處分場用濾過法濾過床之大是世界有數。芝浦唧筒場是地震後的新設。還沒有完工。將來含把二百萬人口的污水處理。砂町處分場預滿把低地污水以促進污泥法處理。續漸屎尿處分場把已搬出糞尿以促進污泥法處分。

三河島污水處分場在市東北部。把人口 400,000, 面積 667.1 ha 地域所來的下水處理。下水量在旱天時有每日 66,1700 立方 m, 降雨時每小時 16,500 立方 m, 平均每天 100,000 立方 m。所面積有 18.5 ha。下水來源多是較低地區。光以自然流下就不能流到處分場。因此在中途有唧筒場。唧筒場沿在荒川河。如遇異常大雨。就把水抽出送進河中。

下水進場。先有沈砂池兩個。長約 20m, 闊約 5m, 深有 4m, 用滾滾器兩個濾格及撿揚器把沈澱物肅清。沈砂池的下水用電動

機十臺，每小時揚水 25,100 立方 m，送進沈澱池。

沈澱池長 85m 闊 21m，深 1.5m，連續水平流過，共有五池，藉此把微細浮游物沈澱。

沈澱後下水以點滴濾過法送濾過床上，點滴管 15m 長，一面以虹吸把水吸進，隨管的移動，把下水撒在廣大的濾過床上，床長 66m，闊 15m 者為一對，床面積 28,235 平方 m，濾材深 1.7m，用 12—90mm 的碎石，撒水機 14 組，一組的能力每小時有 250 立方 m（單程撒水），濾過水的水質很好，如細菌聚落數的在 20，比荒川之水更好，滓渣用小輪船送海中投棄。

在這所內並做促進污泥法的試驗設備，把攪拌式撒氣式做比較研究，聽說這是為芝浦唧筒場的將來而研究，並在做有屋頂和無屋頂的比較，這個處理處的面積工程都很廣大，約費一千萬元而成，但經常很經濟。

芝浦唧筒場在沿東京灣海岸，把市中部一帶污水處理，有沈砂池，濾格，沈澱池，消毒裝置，每日約處理一百萬人的污水，現時正在擴張中，不久要改成收容二百萬人的污水，一時計畫謂開設很長的鐵管於海底，沈澱放流於海中，現已改為促進污泥之法。

砂町處分場沒有去看，是把深川本所兩區的污水揚水而做殺菌設備的，現時一日約處理十萬立方 m，將來也要改成促進污泥法。

綾瀨屎尿處理處在市北沿荒川放水路，用散氣式促進污泥法，把船隻運來的糞尿（雖做肥料，但還過剩）以河水稀釋 50 倍後送污泥法處分，淨化水用氯氣消毒之後送河中，殘滓脫水乾燥之後供肥料。

東京的污物處理廠雖是很大，可是常不敷污水產生量之急

速增加。現在正俟芝浦唧筒場的完成。

3. 塵芥處理工場

塵芥處理工場在深川區。有很大的爐四個。把東京市的塵芥燒却。

原來東京市的塵芥不是很適宜於燒却。試觀其水分和發熱量如下：

	水分	發 熱 量	降雨量(mm每年平均)
英 國	12%	1700—2500cal	倫敦 613
法國(巴里)	28	2530	巴里 573
美國(紐約)	30	2300	紐約 1095
德國(Wisbaden)	8	1855	伯林 583
日本大阪	50	1100	
日本東京	59	746	東京 1656

所以燒却爐構造不能完全照外國抄用。因即在送入空氣預熱。煙筒送風等設備都有許多工夫參觀之日正在試驗用回轉板而把塵芥加熱乾燥。乾燥乾溜之後。把有機性粉塵燒燼之外。還把無機性灰塵留而不給他從煙筒放出。將來要加少量的補助燃料而從雜芥每日約740噸得 2.500k 的電力。

燒共有四基。每基共有八室。二列船運。汽車運的塵芥都以自動計量機吊上爐口。放進爐中。用電動電扇送風送入空氣把他預熱。

廚芥粉碎工場把廚芥粉碎造成腐植土質的堆肥。將來要在通氣醱酵後造成這種肥料。

4. 東京市消毒所

凡是發生急性傳染病的時候。要把各種物件消毒。而在結核

預防法上又要指定把有關係房屋及物件消毒，因此有東京市消毒所的設置。

消毒所在深川區，另有兩支部，在消毒物件之外，並把患者運搬及污物運搬兼理，設備蒸汽消毒汽罐，法馬林蒸汽消毒裝置，迴轉洗濯器，乾燥室，燒却爐等，另有消毒班，從事於出張病家，從事輸送患者及死體。

對於稍毒物件是收輕費的，不過對於貧者，特以結核患者死者的貧困家庭，就以市費消毒，每年約有23萬元收入的預定，不過能收到者不過是10萬元，因為從事徵收的警察很不熱心，橫豎這是公費，並不急於去收，那麼不久有搬場移動之故。

消毒所比較廣大，消毒班宿舍有可容150人的住室，可是完全無人，據云消毒工作，如噴霧器的利用，如果把他亂澆，會澆得不平均，非有二年練習不會用得有效，可是不能叫百數十人完全在徒食無事，所以一半數就用臨時僱用，以幫助熟練者，試示消毒費如下：

種 目	價 格
房屋每3.3平方m	0.50
被 褥	0.20
毛 布	0.16
綿 衣	0.12
單 衣	0.06
書 藉	0.02
死體運搬料	2.50
死體消毒料	1.00
井消毒料	0.25(每一石)

便池消毒料

0.10(每一斗)

5. 東京市小菜場

東京市的食品供給有其歷史的發達。我們突然來看，一時會不可了解，今略記其概況。

現在有東京市的中央市場，在法令上一概魚肉鳥卵菜果要在中央市場交易。原來日本東京是從其江戶時代的沿行。人家買食品，在每早朝有附近商人帶物件來問，不必即付錢，可在月底付清。這是江戶時代封建士族傳來的風習。到了現在新興資本時代許多人在做月薪生活，那麼每月底付錢的方法和坐在家庭買物的便當，仍能沿用。

因為有這一種中間商人，所以商品不能從直接生產者購置，因此損失當然不少。事實在明治末年物價騰貴，雖有一般市價發表，但不能把他抑止。可是要在這種大都會，要叫生產者直接在小菜場和購買者交易，當然是個不可能。於是有了現時的中央市場制。

去看中央市場，在京橋築地河岸，離開那個有名的銀座街，很近，是個東京市內最便當的地方。面臨隅田河，海洋船直接可到碼頭，火車站也在所內。

市場主要建築的二層樓上，有事務所，市場監督在此管理一切。生產者把物件送到市場，這是委託販賣制。（從前的委託販賣，委託者會向生產者少報買價。）除百五之手數料外，無論如何名義亦不收報酬，且不可做收買的辦法。每朝有魚類的拍賣，下午有青物的拍賣。買者為叫仲買人的，仲買人拍買到後，把物件運到在場內的店舖。在這店舖，自由販賣。這自由販賣者，我再三討問，據說在這時候，因為仲買人先看需要而拍買，物價在拍買時已決定，所以購買者（即市內各小店）不肯多出買價的，所以在這裏面不

能有弊害可以發生爲什麼要這種仲買人那是因爲購買者數過多。要把物件分割成他們所須要的數而拍賣。是很困難的緣故。小賣店人可以把自己所需要的一切隨意購買了。個人需要者不得來場購買。在相當強力監督之下。這種方法的行政法執行很好。所以物價的調節很好。連金融的調節。生產者的直接發送。（因在場內有火車站。所以各處送來的青果可以少損失）的便利。都有好影響。

參觀場內。在青物方面。火車站到的青果蔬菜。都在下午開了一次拍賣。物件即交仲買人。仲買人在翌朝把他賣出。全國各地的農會等。都可直接送物件來。但均不自己參加賣却。所以省少人手不少。在魚介方面。因爲魚市場部分還因爲明治時代（恐怕是德川幕府時代）的遺物板舟權（古時魚船到岸。繫留板船傍。現時雖已失去。但往時的害剝還不脫却。魚市場的『阿哥』是東京的有幽默的一現在）還不解決。所以中央市場內還不進來。但即在隣處。雖已改入中央市場。但還不能改築。一年入落27萬噸5463萬元。在沿海方面有碼頭。可繫海洋船三千噸者兩隻。把海洋魚介。及船內冷凍物載岸。那麼有冷藏庫可收容之。

從台灣船載來的香蕉。有一很大的香蕉醱酵室。用煤汽熱溫之於地下室中。調節供給。每次船載的香蕉。概收容在這裏。（所以香蕉損失很少。香蕉市價之低。比上海利害）

冷藏庫有製冰機外。有冷凍裝置。海洋船的魚類如不易立即販賣。可在此冷凍貯藏。據云不用 Ammonia 而用氯化鈣的方法造冷的。中國海岸捉來的大蝦。可以在日本得吃到鮮新的。中國菜在日本人營養上占重要位置。那麼炒蝦仁的美味也可以在東京嘗試。在別方面。據說日本西海岸所獲的魚翅。把他在船中冷凍。送到

中國乾燥。當然日本的產物供給我國人的營養也很多了。

肉類現時還沒有開始。有兩公司在專做這方面的供給。日本畜產工業公司在市北。有三屠場。屠殺數有牛馬羊豬共17萬匹。一日平均475匹。中央屠場公司在市南每日平均屠牛馬羊豬127匹。

其他有神田青果市場。專做蔬菜青果。一年約21萬噸1917萬元。爲中央市場的一分場

6. 尾 語

上面把日本東京市的都市衛生設備的一部分記載。當然不過是最少最少一部分。這已在前言上記過。而這種上水。下水。塵芥處理。小菜場等都是都市計畫上初步論到的事體。也是無一人不知的事體。原來一種事物宣傳太久。人耳已熟。那麼所言也因為說皮了。不很受人注意。上海公共租界衛生處在電車裏貼『要清潔。就衛生』的標語。表示『要衛生。先清潔』之意。供給好的水。掃清街道當然是衛生初步。原來我們都要來公私（即公共個人）促進這發達的。不過如果先論清潔以爲了事（這種人不但在普通市民。在醫師中也很多）。那麼他是錯了。我們在這些都市衛生外。還有許多事體要趕。決不是『光清潔乃衛生』的。而更進一步。這種『公共機關衛生』都是衛生官吏在辦。而衛生官吏是依付於社會的。所以他們辦得如何。都有其當然性。如果一般醫師要罵衛生當局辦得不衛生。那麼他錯了。原來衛生當局辦得不衛生。當然是他所依付的社會不好。公共衛生和公共醫療理論。那是個人的營業醫師所不可解。也是公共衛生官吏所不管的。——閑話停講。我在和陳卓人教授談及參看塵芥處理廠的時候。有人說天熱不可去看下水或塵芥。其實這些工廠並不臭並不髒。可是『不看髒即衛生』的思想害他了。我們兩們人也很不盡職。沒有立刻對

他解釋這些工廠是很「衛生」。看過赤痢病人的醫師不立即教病人要消毒糞便，那麼這些醫師是不盡職的，那麼我們兩「教授」當然很不盡職了。在這機會，我要勸東南醫學院同學說，如有人看見糞便在臭即說很不衛生，或說衛生局不掃街很不衛生，或聽到拉圾不開口說「啊，不衛生」。那麼你要立即解釋指示，怎樣而會把不衛生改成衛生，怎樣而社會使得衛生工作不進行，而你要說辦清潔之外，還有什麼衛生工作要做，好像你見赤痢病人即叫消毒糞便以免傳染別人，或者你見白喉即說要打血清一樣，我國國民性很像美國，美國的下水衛生家會把濾清下水給你喝一杯，喝了這一杯，將來你不會罵下水衛生家醜態了。

在末了，要謝東京市衛生試驗所長石原博士，他介紹我們參觀的。
(1935.8.9)

上海東南醫院在法租界新設分院

東南醫院偏於南區對於北市病人咸稱不便特於薩坡賽路二九九號（勞神父路口）選定四樓洋房六幢為法租界分院前有花園假山魚池等地位空曠空氣新鮮合於療養原則並聘專家分治各科開刀間理療室等設備尤為完善現正積極籌備定於九月一日開診云

胡定安醫事言論集

醫學博士胡定安著

(全一册定價國幣一元)

最新出版

胡定安博士返國後從事於醫學及衛生行政著作甚多最重要者如前年由商務出版之中國衛生行政設施計劃及大東出版之胡定安公衆衛生言論集極有見地久已風行全國今胡博士委托本社代爲發行「胡定安醫事言論集」保留著作權其中多關於衛生行政衛生教育及研究醫學方針暨考試標準等問題本其歷年之心得發爲警聞之言論立意嚴正措辭精采凡留心國內醫事狀況者均宜人手一編也全書共十九萬言平裝一厚册該書現已出版爲優待讀者起見暫照定價七折郵票代洋十足通用(以一分至一角爲限)

總發行

中國醫事改進社
價江中正路北六二號又二號

上海馬路棋盤街
四馬路三八四號

上海生活書店

北京路二六六號

上海五定公司
交通路一三一號

上海新華藥局
南京中央書店

代售處

徵求代售處 可直接函本社接洽



J. Liebarsch

傳 記

盧 巴 舒 氏 傳 記

祝 紹 焯

盧巴舒先生 (Geh. med-Rat. Prof Dr. Otto Lubarsch) 者德國柏林大學醫科病理學院之院長兼正教授也。病理學泰斗醫怪維爾孝氏 Virchow 之後。一人而已。

先生於一八六〇年正月四日生於柏林。父爲銀行行長。固一資產階級中人物。然先生幼年既日浸淫於豪華家庭之中。而對學事之研求。則未嘗少懈。先生之不思依賴先人之資產。以優游歲月。其成名卽在此乎？

先生於中學畢業後。卽入來依伯齊大學哲學科聽講。(一八七九年) 於其叔處。讀及醫怪維爾孝氏之細胞病理學。不禁爲之神往。蓋先生初不知世間有此偉大事業之發明也。先生不欲此偉大發明背時代之輪而遠去。遂於一八八一年夏季學期。在耶那城轉入醫科。而從事研究醫學。一八八一至一八八二年冬。應乃父見召卽行回鄉。在柏林大學醫科繼續聽講。考畢醫師前期試驗。其後又轉學至海岱山。此時。氏對於病理學一科。因已頗窺堂奧。更感極大之興趣。後入司太司堡大學。遇醫怪維爾孝之弟子雷克林好城氏 V. Recklinghausen 得益甚多。且尊雷氏爲恩師。而先生亦於此時決將病理學一科。爲其終身之事業矣。

一八八四年。先生考畢國家考試得博士學位。一八八五年正月離司城返鄉。是年三月中旬。得其父之允可。往意大利旅行。五月

始即在貝命齊聲白家師勞及趣利喜等處之病理學教室爲助手，其後即展轉講學於魯斯篤先普大利喜得而弗爾從此維可調道爾道個夫契爾，至一九一七年，被聘爲柏林大學病理學主任教授，繼奧爾德氏 Orth 之後，而掌醫怪維爾孝孝氏遺下之病理學院，聲望之隆！無出其右！而門牆桃李！植滿歐亞！

先生對病理學之貢獻，不勝枚舉，其理論之透澈，研究範圍之廣大，實無可與比擬者，其著作文章莫不奉爲圭臬，病理學出版刊物之巨大者，泰半出自先生之手，爲維爾孝氏雜誌，病理學各論大全人類及動物之病理學，及病理解剖學之業績等阿孝甫氏病理學續本中之炎症篇，學說新穎，立論公正，尤爲學者所崇再。

嗚呼！先生之愛好病理學，續維爾孝氏細胞病理學一書起，今其成就有如此！古人所謂「作始也簡，將畢也巨」，不其然歟！

先生於一九三三年四月一日去世，享年七十有四，先生死矣，而其遺下之理論學說，固與天地同休，先生之名不朽，先生之功偉矣。

國際生理學會閉會

國際生理學會前在蘇俄之首都開會，宣讀論文四百餘篇，已於十七日閉會，下屆大會決於1938年在蘇列希開會云。

新醫藥刊物一覽表

名 稱	發 行 所
余氏醫學革命論集	上海老大陸路新馬安里三十四號社會醫報館出版部
余氏血病醫學批評	社會醫報館出版部
性病指迷	社會醫報館出版部
傷寒全書	社會醫報館出版部
增訂西藥配製大全	上海英租界交通路新華大藥行 上海棋盤街醫書局
華總對照臨床處方	上海英租界交通路新華大藥行 上海棋盤街醫書局
實用調劑及處方	上海英租界交通路新華大藥行
產科學講義	上海法租界波路羅氏夫婦醫院
公衆衛生寶鑑集	上海四馬路大東書局
再版生理胎產學	上海南京路六二〇號楊元吉診所
再版病理胎產學	上海南京路六二〇號楊元吉診所
最新花柳病診斷及治療法	上海望志路北永吉里十六號
牙醫大全	上海英界交通路新華大藥行
育兒衛生常識	上海跑馬廳對面同福里口一五八號漢光醫院
體育之科學的基礎	上海西門斜橋西首榮仁里悅來坊四十號斜橋醫院
增訂再版各病注射療法大全	上海老西門口汪子岡診所
諸民誼先生官論集	上海大東書局
新藥大成首集	廣州市泰康路光華醫學院出版部
新藥大成二集	廣州市泰康路光華醫學院出版部
新藥藥物學卷一	廣州市泰康路光華醫學院
新藥藥物學卷二	廣州市泰康路光華醫學院
中國衛生行政設施計劃	四馬路商務印書館
常用處方集	上海交通路新華大藥行
醫事衛生討論集第一輯	北平宣武門大街九十二號 神州國光社
新獨產科學全書	上海法大馬路自來火街西萬里第一號醫書局
助產學問答	上海新大沽路五一八號姚醫師診所
再版新撰處方	上海法租界白爾路生活醫院出版部
最新各科危險症救急療法	上海法租界望志路北永吉里十六號
日本全國協定自來水考驗法	南京二道高井南京市衛生試驗所事務室
內科治療法集成	四馬路開明書店交通路新華藥行
醫學名詞彙編	愛文義路池浜橋科學名詞審查會
張子鶴內科臨床演講	四馬路大東書局
生理學綱要	上海北京路五定公司
實用助產學	上海商務印書館
臨床藥物學	上海白爾路二九六號生活醫院
衛生學與衛生行政	上海商務印書館
最新內科全書總論	上海法租界望志路北永吉里十六號改造與醫學社
治療學提要	同 上
經濟治療及調劑處方	同 上

摘 錄

小兒期之腦炎

小兒期之腦炎除化膿性腦炎之外，尚有原發性流行性腦炎、種痘後腦炎等。其病變不特限局於腦部，且波及至腦膜及脊髓。其症狀有中毒性、搖蕩性、嗜眠性、不全麻痺性、腦膜性、腫瘍性病型、急性腦性震顫、急性運動失調症、移動性腦炎等等之不同。

屬於腦炎之特殊病型者

1. 流行性嗜眠性腦炎。大都有嗜眠性、眼筋麻痺性及刺戟性運動過度之症候羣，尚有其他腦炎所不具之後胎症如 Parkinsonismus，不眠性、性格之變化、運動痙攣、肥胖病等。

2. 種痘後腦炎之原因至今未明。有謂由於 Vaccin 病、潛伏性腦炎病原菌而起。有謂中樞神經系統之 Allergie 性中毒性反應云。

3. 副傳染病腦炎型。即為水痘、流行性耳下腺、風疹後所發生。經過較為輕症。在病理解剖上與種痘後腦炎相似。

4. 自發性傳染性腦脊髓炎。有上述各型之症狀。

(W. klin. Wschr. Nr. 24. 1935)

肺炎球菌腹膜炎

肺炎球菌腹膜炎常發生於十歲以內之女兒。發病之初有惡寒、戰慄、高熱、口唇發生水泡。腹腔內有強度之瀰漫性疼痛。嘔吐及下痢為必發之症狀。血液及腹腔之穿刺液中可以證明肺炎球菌。惟在膿分泌中之肺炎球菌不足為證明。本症與虫樣突起炎

與結核性腹膜炎有鑑別之必要。療法：初期行姑息療法膿瘍期行外科療法。
(Dtsch. med Wschr. Nr. 17. 1935)

三叉神經之X光線療法

三叉神經之療法原有疇氏神經節切除法。然用X光線療法則更佳。Otto Dyes氏自1929年以來依據Holfelder氏法則。用30—60—90% EHD之X光線照射疇氏神經節。得到極好之效果。尤以急性者之效果為最佳。慢性者次之。X光線療法之外再行100—500 cc, 之瀉血則效最更佳云。
(Mun. med Wschr. No42 1934)

酸素吸入對於正常血液之影響

登高山後。赤血球數及血色素量均呈增加。其原因有二。一為酸素減少。二或為氣壓減少。竟由何種原因而起。尚無確論。

Koranyi氏謂在稀薄空氣中施行酸素吸入。對於血液生成無甚變化。

Sellier氏謂在普通氣壓之下吸入酸素缺乏之空氣後。則赤血球數及血色素量均增加。

A. Hitzengerger u. H. molenaar兩氏曾使健康人在普通氣壓之下。施行二十分鐘之酸素吸入後。得下述之結果。

即血液之水分發生分布上之變化。蓋赤血球之水分滲出而減少其直徑與容積。同時組織液浸入血中。而血清中之蛋白減少。惟赤血球數與血色素量仍無變化。

由此可知酸素含有量之變化與氣壓之變化之對於血液須同時作用。血液成分方得相當之影響而起變化。

(Mun. med. Wschr. No 45 1934)

Evipan Natrinm 之筋肉注射麻醉

1. 使用適當量時對於呼吸器無影響。惟有呼吸器疾病時

亦須相當之注意，尤其是對於嗎啡劑不可併用。

2. 對於血壓無變化，惟脈搏稍形頻數，故有高度循環器障礙時，須特別注意。

3. 就眠時與覺醒完全安靜，不呈興奮症狀，對於後疼痛大可緩解，覺醒後無惡心嘔吐頭痛等副作用，又無腸管麻痺之發生。

4. 體重每 Kilogr. 用 0.13 時不易就眠，如用 0.2 時可就眠 2—3 小時。

5. 用量則因人及方法而異，如以鎮痛鎮靜為目的，則體重每 Kilogr 用 0.12—0.13。用為基礎麻痺則以 0.16—0.18 為適，當如須深麻則用 0.2 以上。
(Thokio izi Sinsi No2940. 1935)

夜尿之療法

健康小兒所攝取之液體，大都在日間排洩，如在日間排洩少量時，則發生夜尿，故欲預防夜尿，當用無害有效之利尿劑，即在午前八時與十時內服少量之 Diuretin，並從下午四時後禁止飲料，依此而行定有大效。經 8—10 日後即停服 Diuretin 亦無夜尿矣。

(m. m. Wschr No16 1935)

乳兒之空氣嚥下之研究

乳兒之胃腸中之空氣，全由哺乳運動時從鼻孔中吸入而嚥下。嚥下空氣量之多寡，因食餌之種類而不同，液體之粘度益大，則嚥下空氣量愈小。故哺乳時嚥下之空氣量最大。至於授乳之方法，不論乳房、牛乳瓶、匙等，最論如何變換，毫無影響。哺乳時體位亦無多大影響。空氣之排出始於哺乳後，垂直體位時空氣集於噴門下，所以哺乳直後數分鐘，宜保持垂直位置，以便空氣從噴門吐出。

以後先行右側臥位約三十分鐘，待消化後改爲左側臥位，使空氣由幽門向十二指腸排出。

(Bull. d. l. Soc. d. pid d. Paris 230, 1925)

小兒氣管枝肺炎之早期徵候——蒼白呼吸困難症

乳兒及小兒之氣管枝肺炎之初期診斷極不容易。蓋在聽診上打診上並無變化，即所謂潛伏性肺炎是也。惟小兒之氣管枝肺炎原爲全身症，故不能拘泥於肺部之變化，而應注意其全身症狀。在流行性感冒之初期或經過中常呈下列之一般症狀，即面部表現不愉快而失平靜態度，甚至苦悶，皮膚非常蒼白而帶青色或鉛樣色調，蒼白色之最著明處在口鼻之角領域，惟鼻尖反呈赤色Cyanase樣，口唇之蒼白色亦帶輕度之青色，眼球陷沒而有黑暈，手足呈青色或赤青色而有冷感，脈搏頻數而軟，腹部膨滿，以上爲特有之循環障礙現象與特種之肺症狀有密切之關係。小兒之呼吸呈淺在性而促進之，呈吸氣性呼吸困難症，鼻翼呼吸發現於吸氣時。上述之蒼白，心動急速症，吸氣性呼吸困難症，感情變化綜合之即爲蒼白呼吸困難症，即發現於氣管枝肺炎之初期，而在打診上聽診上及X光像上肺部尚無若何變化。蒼白呼吸困難症雖爲氣管枝肺炎持有之症狀，然各個症候亦有常現於其他之中毒樣疾病，如在急性腎盂膀胱炎，赤痢，粟粒結核則有同樣之呼吸困難而無蒼白症狀，蓋皮膚呈Cyanose狀也。重症營養障礙時之大呼吸非淺在性而不促進。心臟內膜炎時雖有高度呼吸困難而無呻吟之狀。至於蒼白呼吸困難症之病理則有虛脫說，自律神經障礙說，細菌毒素說等，惟尚無定論。

(Kinderartl, Prax. 193, Jg, 6, 1935)

醫藥消息

國內消息

一、協和醫院新訟案業已判決

據北平通信。有美僑瑞德 Mr. H. A. Raider。前請其私人醫生哥爾貝 Dr. John Colbert。及前被協和醫院辭退之瘤科主任斯皮司 Dr. W. Spies 兩人作證。向美國按察使控告協和醫院。忽視病者生命。致使其妻病亡。要求賠償損失一萬元。美駐華按察使受理後。即由滬派法官哈里麥克 Tuge Hielmieck 去平。專審理此案。由上月三日起。曾在美使館詹森堂內開庭數次。協和醫院則由婦科主任。暫兼代理院長之瑪克斯韋諾 Dr. Max Well 出庭。並請前院長顧臨 Mr. Green 及津埠著名德籍婦科醫生瑪克里特作證。原告瑞德控訴之。

主要理由 大意略謂。余妻前患病。於一九三三年三月入協和醫院治療。當經婦科主任韋諾醫治。並斷為子宮毒瘤。轉送瘤科診治。雖經長期之治療。迄未見效。遂於本年三月六日逝世。據該院瘤科主任斯皮司語余（瑞自稱）。余妻之病。雖無法救治。但初患時。若不被婦科主任遲延。彼能設法減除其種種痛苦。使其生命延長一年或半年。由此足見該院對病者生命。毫不注意。故特提起訴訟。

請求賠償 等語。協和醫院代表人韋諾則答辯謂。子宮毒瘤病症。無法醫治。為各醫生所盡知。即現給原告作證之前。本院瘤科主任斯皮司亦曾有此言。故瑞德太太之死。實非吾等能力所可挽。

救。所謂故意遲延玩忽病人生命，並無其事等語。後遂由雙方證人發言，均從醫學上着言，提出種種理論及事實。九日宣告辯論終結。法官哈理麥克揣案卷返滬。過津時曾略作勾留，偵查與此案有關之事件。返滬後，將審理經過，報告按察使。茲悉是案已經判決，其判詞業亦送達原被告。全文中，對於原告所控玩忽業務罪不成立，略謂：原告指被告未盡醫學之功用，致其妻因此而死。查目前醫學界對於治癌及痛病起源，尚無標準之治法。故世界各處治癌學者，幾無日不在研究嘗試之中。而治痛方法，幾日日改變。被告所給予之治療，至少與中國其他醫院所可給予者同一良好。故法庭認為被告無玩忽業務或缺少尋常技能情事。訟費由原告負擔云。

二、中國衛生教育社在京成立

中央委員陳果夫周佛海等，鑑於值此復興民族運動，勵行新生活之際，非賴衛生教育，不足以改造社會環境，增進民族健康。遂有組織中國衛生教育社之發起。籌備以來，進行順利。曾於上月十日在首都華僑招待所舉行成立大會，通過章程，發表宣言書，並選出陳果夫鈕永建周佛海胡定安雷震孟浦于宗玄葉湖中邵象伊王蘇宇于洪生十一人為理事。茲將其宣言轉載如次。

中國民族身心的不健全，是無庸諱言的。從表面上看，羸弱的身體，萎靡的精神，隨時隨地都會給與我們以驚心怵目的印象。若更深入地加以檢察，那末超格的疾病率和高位的死亡率，更會使悶。我們若推究國勢積弱的根源，這民族身心的弱點，便是一個極大家痛心苦大的癥結。長此以往，縱沒有內憂，縱沒有外患，縱沒有一切的天災與人禍，也會自己走上滅亡的道路。在遭慘痛的現象之下，許多關心於國家與民族前途的人們，便不禁由熱望而失望，由失望而灰心了。然而失望與灰心，都是消極心理的表現。這種心

理，是絕對不能起民族於沉痾，拯救國家於危亡的。所以要是我們還抱着一點點奮發圖強的決心的話，就非將這種心理，根本剷除不可。我們對於我們民族身心的衰頹萎靡，應當抱着堅忍的決心，沉著的毅力，循着確定的方針，切切實實從積極方面去挽救去改造。這才是復興民族體格培養國家實力的上策。不過當我們負這重大的責任來的時候，我們應當用什麼方法來完成牠呢？說到這點，大家會聯想到衛生行政的。確從行政方面去推進衛生事業，是一條必要的途徑。不過照目前中國的國情看來，單單衛生行政方面的努力尚不足以完成這個重大的使命。我們看在其他衛生事業比較進步的國家，一切保健的防疫和醫療的措施，都已達到完成的境地。所以他們近來更超越了治療醫學乃至預防醫學的階段，邁進到優生強種的境域，更進一步去延續其強健的種族生命力於將來。而在我們中國呢，却是滿目的瘡痍，遍地病毒。推其原因，一方面固然由於衛生事業的落後，最低限度的醫療設施和防疫設施，還未能普遍，自然談不到保健和優生。可是在他方面大部份民族衛生知識的淺薄，和健康觀念的朦朧，實在也不能不說是重要的原因。所以我們若要挽救民族生存的危機，除了努力於衛生事業的建設以外，還不得不借助教育。「尤其是衛生教育」的力量，來促進大眾於覺醒，使大眾明瞭如何實行合理而健康的新生活，以邁進到康強堅毅，奮發自為的境地。由此看來，在目前的中國衛生教育，實是一種急不待緩的重要事業。而這種事業既不是衛生界所能獨力進行，也不是教育界所能孤軍勝任，却有待於衛生和教育兩界，互相聯絡，通力合作。如此我們相信定可獲得最後的成功。

我們本着上述的主張，創設本社，本社的使命有下列四項。

(一) 灌輸合理而有效的衛生知識 (二) 糾正不合理而有

礙健康的不良習俗。(三)實現清潔整齊的理想環境。(四)推行健康而整調的新生活。我們的對象除了大多數缺乏衛生常識的民衆以外，對於一般天真無瑕急待培植的兒童們，也要加以同等的重視。實施的動向，純取因材施教，因勢利導的步驟，至於偏重理想，忽略事實的刻板方式，却應竭力避免。等到我們的教育力量已經推動而獲得相當成功的時候，中國民族萎靡不振的身心，將一變而為蓬勃奮發，點上復興的途徑。

我們敬以本社純正的旨趣，披露於國人之前，同時還誠懇的抱有同樣旨趣的同志們，來參加這含有重大意義的事業，共同推進中國目前所需要的衛生教育。

三、教部對於前次醫教委員會所決二附案已經見諸事實

醫學教育委員會，前為醫學課程草案及設備標準在京開會。曾誌本刊五月號。同時該會對於產護士教育委員會，議決合併。又對於湘雅醫學院請求變更組織，實驗所謂新式醫學教育計劃，表示異議，亦曾略載其端倪。茲悉此二附案，已經教部採納，業將醫學教育委員會章程修正公佈，並訓令湘雅醫學院指示一切矣。特將原文照錄如下。

甲、醫學教育委員會章程

第一條 教育部為謀規劃改進醫學暨護士助產教育起見，依照教育部組織法第五條之規定，設立教育部醫學教育委員會（以下簡稱本會）。

第二條 本會設護士教育專門委員會，其章程另定之。

第三條 本會之任務為左列各項。(一)擬訂醫學護士及助產教育計劃。(二)審擬醫學護士及助產學校之課程設備標準。(三)審查醫學護士助產學校之立案事項。(四)編輯醫學護士及助產

學校教材。(五)覆議護士及助產教育專門委員會議決之其他事項。(六)建議與醫學教育有關之一切興革事項。(七)議覆教育部交議事項。

第四條本會委員暫定九人至十一人。以左列各員充任之。

(一)教育部及衛生署各派二人。(二)教育部聘任專門人員五人至七人。前項聘人委員之人選。由教育部與衛生署協商後決定之。

第五條本會委員任期二年但得連任。

第六條本會設常務委員三人至五人。處理會務。由教育部於委員中指派充任之。

第七條本會設秘書一人。秉承常務委員處理一切關於醫學護士及助產教育之日常事務。幹事一人或二人。秉承秘書辦理關於技術文書等事務。書記一人或二人。承辦繕寫事宜。前項幹事及書記得由教育部或衛生署調用職員任之。

第八條本會全體會議每年兩次。常務會議每月一次。由常務委員定期召集。遇必要時得召集臨時會議。本會全體會議及常務會議由常務委員互推一人為主席。

第九條本會決議事項經教育部核准施行。並函衛生署查照。

第十條教育部得指聘或指派本會委員或職員視察公私立醫藥護士及助產學校。

第十一條教育部得延聘中外醫學專家為本會顧問。本會顧問得列席本會全體會議。

第十二條護士及助產教育委員會委員遇必要時得列席本會全體會議。

第十三條本會秘書得參加護士及助產教育專門委員會會議。

第十四條本會爲審議醫學教育之專門技術問題，得設各項小組委員會。

第十五條本會委員及顧問爲名譽職，但不住京者到會時得酌支川旅費。

第十六條本會議事細則及辦事細則另定之。

第十七條本章程經教育部部長核准施行。

乙、訓令湘雅醫學院文略謂

該學院上年曾經本部提示要點，令飭改進在案。查核此次視察員報告，該院一年以來推行地方公共衛生事業，頗有相當進展。惟實驗新式醫學教育計劃，在該院目前經濟狀況之下，諸多困難，應從緩辦。其他應行改進各端，未見有何成效。茲再提示要點，仰即切實辦理。(一)該院經費殊嫌不敷，應由校董會增籌基金，以固基礎。(二)該院有若干基本科目課程，尙形缺乏，而主要課程中如藥理學、細菌學、動物學、胚胎學等，尙須添聘專任教授負責分擔，並酌增助教及助理醫師數額，俾各教授得分出時間，從事指導學生研究實習之工作。(三)該院校舍尙足敷用，無須再添新建築，應儘先整理各實驗室，並充實基本科目之設備，圖書亦須添置，藉供參考之需。(四)該院教授固不乏研究精深之專家，惟一部份師資之改善，究爲切要。又教員授課多用英語，固能提高學生閱讀西文參考書籍之能力，但教員講授是否皆能應用裕如，及學生聽講是否皆能充分了解，尙須加以注意，并爲適當之糾正。以上各點，合行令仰遵照改進具報。至該院擬議實驗新式計畫，現時尙多困難，應俟經費確有把握，再行呈部核定舉辦。此令云云。

四、兩國際醫學會議吾政府已派定代表分別參加

第二屆太平洋國際衛生會，及第十屆萬國生理學會，均於本

年九月舉行。國際衛生會定二號起在澳大利亞之雪里開會。生理學會則定九號起在蘇俄列甯格勒開會。事前均來東邀請吾國派員參加。當經政府派定伍連德氏往澳洲。林可勝氏往蘇俄。會期約七日至九日。除蘇俄行程較便。林氏暫未成行外。茲聞前往澳洲之伍氏。已於本月一日放洋。其行篋中攜有報告三件。(一)中國公共衛生之進步狀況。(二)太平洋區域之鼠疫狀況。(三)東方食物與疾病之關係。此外尚有衛生署歷年成績多件。亦擬帶去宣佈。又聞伍氏公畢。將轉往新金山出席英國醫藥會議。緣此會亦定於八月七日開幕。會期六日。本屆已屬第一五六屆。適在澳洲舉行。故便道參加云。

五、廣西衛生行政之新猷

廣西地瘠民貧。凡有設施均感棘手。而對於衛生事業。尤常受經濟所牽縛。去年省府就財力所及。將全省劃為三大衛生區。每區設一省立醫院使之分別管理各該區衛生事宜。雖因所轄區域過大。未能如預期計劃盡量實現。但規模初具。前途不無光明之希望。故自二十四年度起。決加擴充。將三大區改為八大區。計南甯區蒼梧區桂林區柳州區鬱林區平樂區龍州區百色區。每區少則四縣多則十八縣。各區設一省立醫院。從事醫治並負衛生行政責任。一方面督促各縣成立縣醫務機關。並於南甯梧州桂林各市。設立衛生事務。以收分工合作之效。

六、上海市衛生局重申報紙刊登醫藥廣告禁令

醫藥廣告占各日報廣告之大宗。故報館方面視為財政收入之大源。民國十八年。上海市府鑒於不正當藥品廣告之多。曾令衛生局邀集報界代表。集議整理。並於次年決定辦法二項。由各報自動取締第一項如(一)壯陽種子藥品。(二)通經停孕藥品。(三)

避孕藥品器物（四）返老還童藥品。（五）預防花柳病藥品器物。（六）直接間接宣傳教授關於生殖器病之智能藥等。則一律拒絕刊載。第二項如白濁藥。梅毒藥。白帶藥。遺精藥。戒煙藥。花柳醫。戒煙醫。及其他花柳藥品等。將其文字修改純正後。再登。何實行未久。即見廢弛。最近上海醫師公會。曾提議呈請中央最高當局嚴厲取締。遂引起該局重申禁令之議。於上月中。會同社會教育二局。召集各報領袖商議。決定施行細則三條。（一）由各報館於刊登醫藥廣告時加予檢查。（二）各報館對醫藥廣告有疑問時。送主管局檢查。（三）醫藥廣告刊登後。如發現有欺詐或不實處。由衛生局通知各報禁止刊登。並致函未登此項廣告之其他報館查照云。

頭 顱 之 容 量

頭顱之平均容量(倫敦大學之 Ginsberg 教授統計)

歐洲人男子 1450c.c.

歐洲人女子 1300c.c.

中國人(平均) 1456c.c.

腦之平均重量 (Iokiuord 氏統計)

歐洲人 1361gr.

中國人 1428gr.

garth 氏之 Tntelligence Quotient 智慧商數

白種人 100

黃種人(中國, 日本) 99

黑種人 75

Saudiford 氏檢查加拿大華童之智慧商數

男 童 107,7

女 童 107,0

國 外 消 息

國際生理學大會在蘇俄開會

第十五次國際生理學大會已於九日在蘇俄列甯格拉開會。出席代表計一千五百餘人其中九百人代表之十七國大會主席爲蘇俄著名生物學家巴夫洛夫致開幕辭。

其後政府代表蘇聯中央執行委員會秘書烏古洛夫。科學院院長加爾平斯基及列甯格拉蘇維埃主席科達茲基向大會致賀辭。巴夫洛夫致辭時力稱大會對於教育新起科學家之重要。並謂蘇聯政府對於科學工作及青年中愛好科學人員備極關心並撥巨款協助。巴氏述及戰爭危機。謂此乃「解決人生難關之殘酷辦法。」並謂「吾強有力之祖國正爲和平而奮鬥。絕不覬覦他人之寸土。實無任欣慰。」其時會衆高聲唱采。巴氏最後向蘇聯政府表示感謝。因其對於大會工作之成功協助良多。

嗣烏克洛夫代表蘇聯政府辭謂大會得在蘇聯舉行至爲快慰。蓋在蘇聯因政府對於科學工作備極注意。故生理學正迅速進步。而生理學家數以千計。不復以個人計算云。烏氏繼在鼓掌聲中。歷述巴夫洛夫對於蘇聯生理學發展上之偉大功績。並述政府及人員對於巴氏事業如何贊佩。蘇聯勞動大衆。借助科學力量。已使一文盲國家澈底改造。至今蘇聯青年就學大學者凡五十萬人。科學研究所千餘所。科學工作人員有四萬一千人。蘇聯已成一先進工業國家。全國電氣站密佈。其五金業及機器製造業生產已佔全歐第一位。佔世界第二位。其農業機械化之廣大甲於世界。此項偉大工作乃吾永垂不朽之導師列甯遺教之實現。其一切進行乃經其優秀弟子斯太林氏之領導。」其時掌聲大作。歷時頗久。「吾國

科學及技術之一切勝利。乃在提高大眾之文化程度。並維持國際和平。烏氏末稱，「蘇聯政府期望本屆全世界最大科學家之大會能促進生理學之發展。並為勞動大眾而造福。烏氏最後並祝大會代表工作成功。加爾平斯基及列甯格拉蘇維埃主席科達茲基致賀辭後。大會復聆美代表甘能教授之報告。大會推選巴夫洛夫。拉比格教授（法）。及希爾（英）。三人為主席團。

介紹新書

二十年來中國醫事叢議

汪企張先生著

全書二厚冊三十餘萬言

上海霞飛路診療醫報社出版

各大書店均有代售定價部一元六角
