

年

卷

期

8

1

第

第

同濟醫學季刊

R
410.5
426

歡迎交稿

趙士卿題

第八卷 第一期

TUNG-CHI ACTA MEDICA

Herausgegeben von dem medizinischen Verein der Staatl. Tung Chi Universitaet

Nummer 1

31 Sept.

1941

8 Jahrgang

DSPHAGE

本品為細菌製劑。溶液內含有多種腸菌。
 質地純粹。毫無絲毫毒質及其他藥物攙
 雜其間。專供內服。經多數醫師實驗。功
 效極為迅速。且無任何副作用。
 主治 細菌性赤痢。腸炎。腹瀉。

包裝 每支三公
 撮。每盒三支。
 六支。十二支。



敵痢菌汁

上海新亞藥廠製造 藥房均售

贈閱

本期封面紙由

中元紙廠捐贈

宜民煤礦股份有限公司

出產煙煤四大特色

煤質良好 價格低廉
運輸便利 交貨迅速

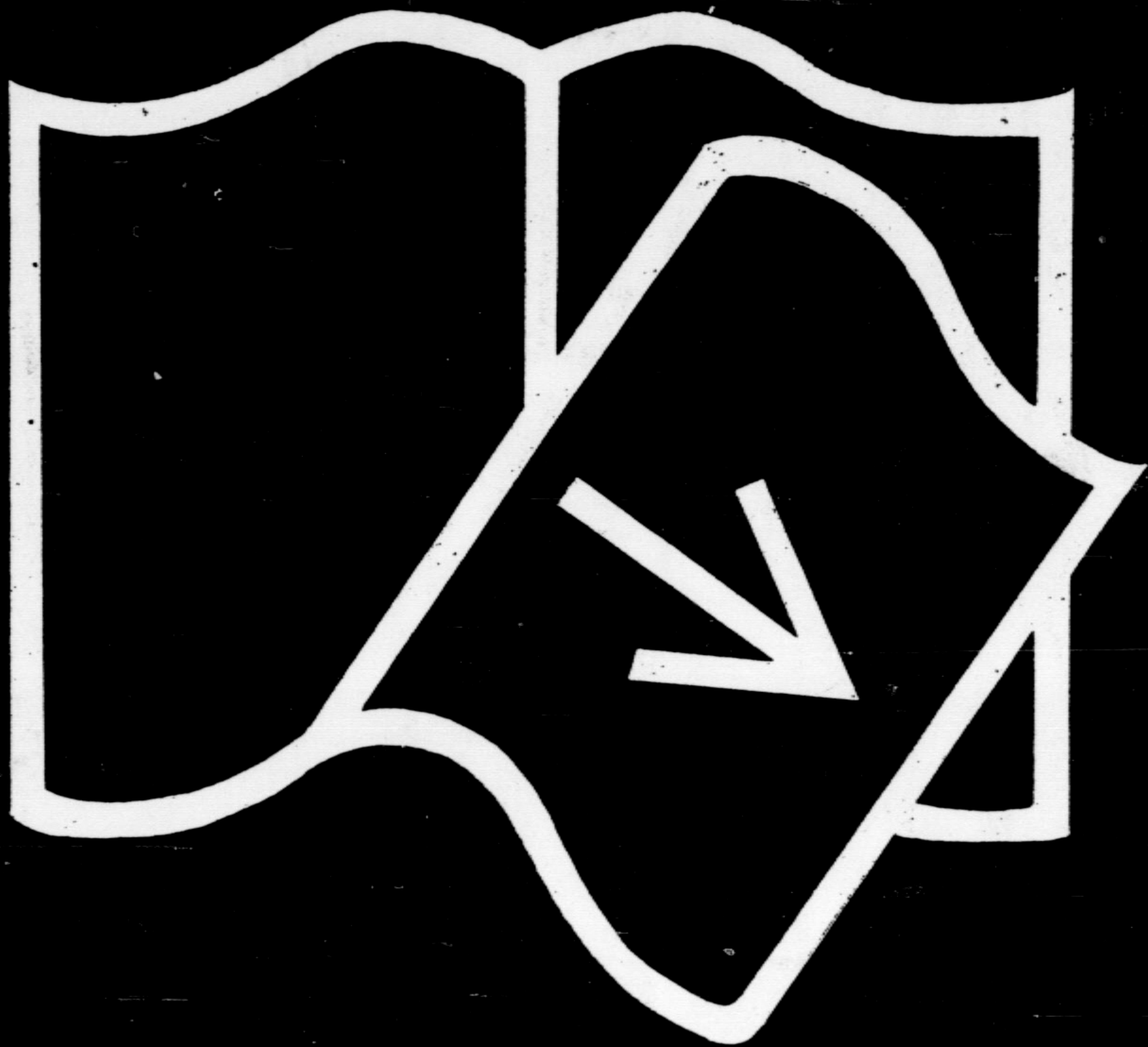
總公司：宜賓北門外半邊寺

宜賓售貨處：交通路郵局對門

瀘縣代銷處：銅店街二十四號宜興商號

重慶代銷處：黃沙溪竹幫街第十號泉清炭號

南溪代銷處：城內六一商行



缺

1

—

2

页

泰山實業公司

業務

承包土木工程
經營進出口貿易
辦理物貨運輸

地址

昆明 小東城脚十號

電報掛號 三二二七

重慶 國府路學田灣

五號附三號

電報掛號 二二一七六

敘府果康醫院

醫師 吳承烈

主治

內科
外科

花柳科

小兒科

婦科

院址 合江門街

四川公府

華洋大藥房

批	定	貨	馳	醫	注	原	各	本
發	價	色	名	療	射	質	國	號
克	公	齊	良	器	針	藥	各	專
已	道	全	藥	械	藥	料	廠	辦

藥

要

生

衛

清腸水

潤腸清導消積
 解毒寒熱肚痛
 頭痛牙痛胸脹

便秘紅白痢疾
 等症立服即效

府敘
 華洋大藥房經理

惠洲西藥房

經理五大良藥

威靈氏清導露
 健脾消積清潔臟腑
 消風攻毒

補血補腦
 健神補血精
 無上聖品

止癢止痛
 收濕殺蟲去毒生肌
 威靈氏皮膚散

本藥房
 專營
 各國原質
 馳名藥品
 注射新藥
 化妝香品

紅白痢疾
 特效新藥
 克痢特靈
 一服見功
 靈效無比

世界唯一
 止咳聖藥
 鎮咳丸
 新久咳嗽
 一服即癒

地址：四川敘府東大街

美編百貨商店

本號專辦 疋頭蘇貨

日用所需 應有盡有

總管理處 四川宜賓東街六三號

電報五〇一九號

電話四一號

宜賓一分店 東街三六號

宜賓二分店 東街六四號

嘉定分號 嘉定紫雲街

南溪分號 南溪中正街

辦事處分設

上海 仰光 昆明 柳州 衡陽
 貴陽 重慶 成都 叙永 納溪

美廉百貨商店

歷史悠久 信用卓絕

採辦

滬港優良產品

歡迎諸君選購

地址：四川敘府東街75號

電報掛號0059號

電話掛號42號

北平

三聚合百貨商店

專辦國產呢絨布疋
 廣雜貨化粧品經售
 北平同仁堂丸散膏丹
 一切應有盡有諸君賜
 顧無任歡迎

總號北平花市分設四川省



國民政府衛生署註冊醫師

醫學博士

趙儒淵

主治：

內科 小兒科

診所地址：

宜賓小碑巷十七號

沈菊生醫師

診所：

下北街八十七號

時間：

上午八時起至十二時止

輔仁醫院

院長丁浩醫師

(主治科目)

內科 小兒科 產婦科 戒煙科 眼科 耳鼻喉科 皮膚花柳科

產科專門 裴瑛

院址：宜賓中山街一六〇號

華北醫院

醫師楊廣士

診治：內科 小兒科 婦產科
科目：外科 花柳科 戒煙科

時間：

上午九時至十二時
下午一時至六時

產科 姜素雲

地址：女學街廿二號
(即都司衙門對面)

雲南省立昆華醫院

院址 總院 金碧路西首
分院 大觀樓采雲里

門診時間 每日 上午 九時至十二時
下午 三時至六時

星期日及例假停診
診但設急診隨到隨診

病房分特等 頭等 二等 三等

收費 普通門診掛號
初診 一元 特診 每次三元
復診 五角 急診 每次三元

出診
由下午二時至六時每次拾元
由上午八時至下午八時隨請到隨每次貳拾元

住院
特等一人一間每日收費參拾元
頭等一人一間每日收費貳拾元
貳等三人一間每日收費拾元
參等每人每日收費伍元

附註
(1) 特等頭等可帶陪客一人其餘貳參等因地位仄小恕不能增加陪客陪客費另計

(2) 小兒科特設病室專住療小兒附陪客床位
(3) 詳細章程油印齊備函索付郵票貳角即寄

逐日織造廠

營業部宜賓南街八十八號

工廠作場宜賓北門外順河街二百號

特種產品

毛巾
線襪
線呢

棉布
線毯
床毯

油布

優點

花樣新穎

顏色鮮豔

人人適用

四季俱宜

正新

國貨商店

敘府東街

提倡國貨

薄利推銷

呢絨布匹

花式齊巧

定價低廉

招待週到

如承惠顧

竭誠歡迎

華大

百貨商店

統辦百貨
應有盡有
推銷國產
挽回利權

地址：四川賓宜大北街
電報掛號：零六一五

本公司以促進交通發展航業為宗旨

本公司之營業範圍如左

1. 航業 現有輪船七艘分航渝萬渝叙渝嘉

渝魚敘南叙瀘各段

2. 運輸 代辦轉運及報關手續

3. 代辦 承辦其他輪船公司船隻航行業務

4. 代理 辦理各輪船客貨水火保險並承辦

土產及五金雜貨電料機器

總公司設重慶白象街分公司叙府交通路瀘

州大河街江津合江江安南溪嘉定等各地均

有代辦處

四川合眾輪船股份有限公司啓

電報掛號：五八八三

運到大批新型印刷機器

印刷部

承印

報張雜誌
中西書籍
商標廣告
簿據表冊

由航趕到各種文具紙張

門市部

經售

高等文具
運動器具
中西紙張
印刷材料

宜賓 自力股份有限公司啓

印刷部：水井街二一號
門市部：東街一〇四號



仰光委託公司

Rangoon Matter Introduction Co.

IPin

是

:

規 模 宏 大 信 用 著 昭

的

新 舊 貨 物 拍 賣 行

· 現 金 收 買 ·

唱 機 電 器

日 用 貨 品

皮 貨 皮 件

房 屋 地 產

珠 寶 鑽 石

中 西 衣 服

· 代 客 寄 售 ·

附 設 電 器 修 理 部

號 〇 〇 〇 二 : 號 掛 報 電

號 〇 二 - 街 東 賓 宜 : 址 地

雲南成昌茶莊

CHENG CHANG TEA HOUSE IN YUNNAN

本號不惜巨資細心研究在雲南猛庫鳳山普洱各茶產大名山採辦春尖芽茶精工揉製成團色香味美有口皆碑晨起飲之神清氣爽飯後飲之增加消化倦時飲之清心助興款客飲之高談闊論餽贈用之親友滿意推銷以來早為各界贊許為免假冒

惠顧 諸君請認明

童子軍牌下關團茶

獅球牌景關團茶

庶不致悞

四川總批發處：宜賓黃州館街十一號

分銷零售處：各埠各大茶店

電報掛號：一五二二三

山西晉川禮發直賓分號

營業部：宜賓東街一三五號

專辦：

參茸燕桂

銀耳虫草膠

酒油露丸散

膏丹以及

男婦老

幼必備

之良

藥

止咳化痰
保喉潤肺

人參雪梨膏
乃新舊咳嗽新救星
為國藥界大供獻

經理：

京津晉粵滬

漢各大藥房

監製之各

種良藥無

不應有

盡有請

臨選

購

北平敬益增百貨商店

選辦

- | | | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 有美皆備 | 廉價推銷 | 蘇杭雅扇 | 紗線毛衣 | 西口皮貨 | 男女皮鞋 | 四時便帽 | 玉版京宣 | 八寶印泥 | 呢絨布疋 | 化妝香品 | 參茸膠燕 | 丸散膏丹 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|

地址

成都商場 宜賓東大街

總發行所：北平敬益增百貨商店

重慶
麻鄉約運輪商行
專運各商貨

信仰歷久
壹百餘年
管理良善
穩妥意然
輸送敏捷
工具齊全

運 輸 路 綫

昆敘綫 昆瀘綫 昆渝綫 昆蓉綫 渝蓉綫 渝嘉綫 敘蓉綫 敘渝綫

設 立 行 址

重慶 成都 敘府 瀘州 嘉定 貴陽 昆明 會津 昭通 鹽津 橫江

重慶府辦事處
地址：重慶走馬街一〇八號
電話：掛號

建 國 商 行



逕啓者：本行爲服務社會，便利人群起見，經營水陸運輸，並設貿易保險信託各部，承保平安水漬等險，手續簡單，取費低廉如蒙各界人士委託，均竭誠歡迎此啓

宗 旨： 服務社會，便利人羣。

業 務： 運輸，保險，貿易，信託。

行 址： 樂山總行 上河街五號 電報掛號 五一四〇

宜賓分行 上交通街四號 電報掛號 五一四〇

瀘縣分行 凝光城垣廿一號 電報掛號 〇九四八

成都分行 西順城街一〇三號 電報掛號 〇三〇〇

重慶分行 林森路三八八號 電報掛號 〇九八二

昆明 夾江 新都 藍田壩等地設辦事處

服務要旨： 手續簡單，取費低廉，辦事週到，快捷安全。

兒 痔 掃

衛生署許可證第五八七號

劑 搽 用 外 瘡 痔

藥主為等物化酸及藥等
 多未潰已痔外痔內痔
 年漏管肛門
 效不靡之多用
 奏奏奏奏奏奏奏奏
 份治由一切痔瘡無論脫肛等
 成主份治由一切痔瘡無論脫肛等

靈 胃 肝

衛生署許可證第五八五號

劑 錠 痛 氣 胃 肝

藥主為等膏季水瀉胃中
 確有奇效
 木龍膏季水瀉胃中
 及番木龍膏季水瀉胃中
 黃腸胃膨脹之症
 大黃腸胃膨脹之症
 物過多飽脹等症
 化胃酸過飽脹等症
 等痛胃酸過飽脹等症
 鈉氣痛胃酸過飽脹等症
 鈣胃氣痛胃酸過飽脹等症
 份治由肝胃氣痛消化不良
 成主份治由肝胃氣痛消化不良

行 發 房 藥 大 洋 華

上海 地址：二馬路大新街口 電話：一九二六二八號

行 銀 豐 美 川 四

路正中慶重 行總 立創年一十國民

宜賓辦事處

行址 大北街

電報掛號：一八五九

電話號數：二一

資本金——五百萬元

通匯地點

上海 重慶 成都 昆明 貴陽
 雅安 萬縣 瀘溪 江津 瀘縣
 敘永 樂山 犍為 合川 南充
 三台 遂寧 中壩 內江 綿陽
 涪陵 北碚 合江 白沙 達縣
 太和鎮 重慶化龍橋 重慶新生路
 自流井 成都染靛街 成都鹽泉街

信匯票匯 航空寄兌

手續敏捷 不收郵費

同濟醫學季刊

同濟醫學季刊社

社長 梁之彥

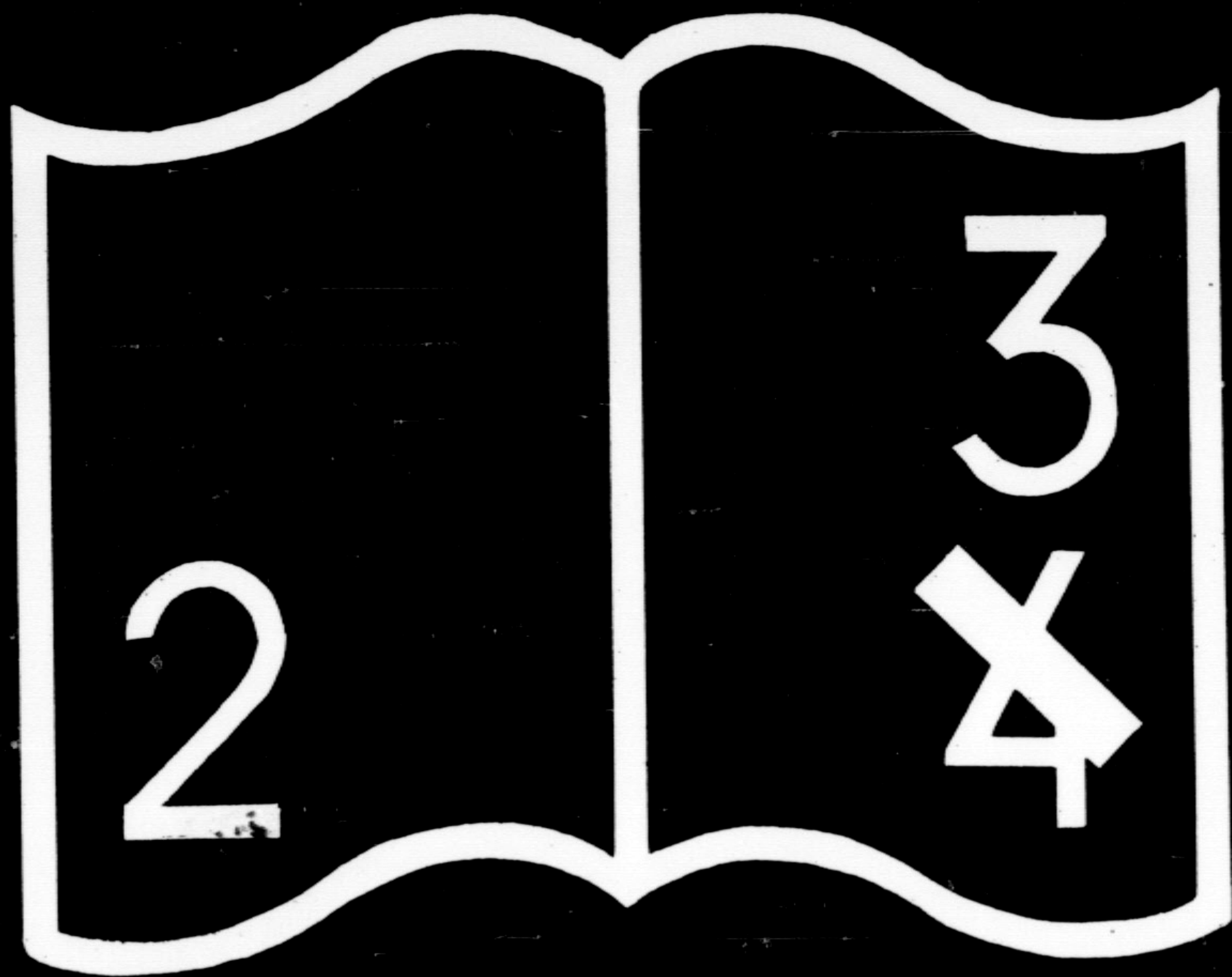
編輯委員會 編輯

唐哲(主任)	王承烈	黃榕增	李化民	呂富華	章元瑾	孫毓馴	杜振興	
蔣以模	房師亮	金澤忠	林兆儀	胡志遠	方召	陸福培	蔣起鵬	
崔進	李惇誼	盧琇	李家忠	高有炳	胡善新	李顯	陳超	吉民生
戴社民	楊超前	陳景道	梁勉程	劉新華	張忠鑾			

特約編輯

趙士卿	翁之龍	金誦盤	黃鐘	龐京周	俞松筠	甯譽	李宜果	谷鏡泮
胡定安	于少卿	汪元臣	姚永政	繆靜生	趙啓華	張仲明	金問洪	吳憶初
陳一龍	張文樵	朱仰高	孔錫麟	曾耀仲	沈成武	馮五昌	阮尙承	顧毓琦
尤彭熙	楊元吉	傅壯民	周君常	杜克明	李武城	俞永康	李邦政	周宗琦
陳端白	周景文	黃種強	丁名全	顧祖仁	楊遠祖	李元善	古鴻烈	丁惠康
陳任	田樹樾	黃公達	李梅齡	秦光弘	黃勝白	程浩	王寶楹	蔣益生
但功澤	張靜吾	胡金參	李賦京	閻仲彝	朱德明	郭鑫齋	梁伯強	梁仲謀
歐陽慧聰	李挺	曾憲立	張森玉	池正	曾志民	李其芳	孔錫鯤	尹志伊
韓法周	楊和慶	尹莘農	高漢符	韓郁文	徐振華	陳元喜	周綸	褚保斌
張致果	謝學珠	李宗煒	王味根	梁舒文	王季甫	朱爾梅	郭秉寬	陳邦賢
韓法亮	嚴沛章	李明琛	葉培	孫長孺	孫成璧	朱學梅	魏述徵	梁欽明
王天祈	陳子元	朱朝欽	朱維梅	何靖				

出版委員會	常務委員	鈕家洪	黃進文
	印刷股	胡彭年	賈彭庚
	廣告股	陸格	汪文介
	會計股	方恩約	王佩言
	文書股	龔同瀛	黃良駿
	發行股	王安定	蔣家駒
	事務股	張駿一	吳同桂



编码错误



寶元通百貨商店

地址：宜賓大北街

電話：三三三 電報掛號：一四零五

本號以服務社會為宗旨，便利顧客為前提，經營百貨貿易為過程；達到生產事業為目的，搜羅國內特產。統辦環球貨品。人生日用所需，應有盡有。

總管理處：重慶陝西街二一六號

附設寶星染織廠

寶元 渝：重慶中正路一八四號

寶星一廠：

寶元 瀘：瀘縣慈善路

宜賓南岸

寶元 江：江安北街

寶星二廠：

重慶江北劉家台

寶元 南：南溪中正街

寶星三廠：

重慶江北陳家館

寶元 蓉：成都王化橋下街

寶星四廠：

成都王化橋

寶元 昆：昆明木行街一〇二號

寶星皮鞋廠：

瀘縣南岸淺草壩

香港辦事處：香港雲咸街三九號

景谷茶廠：

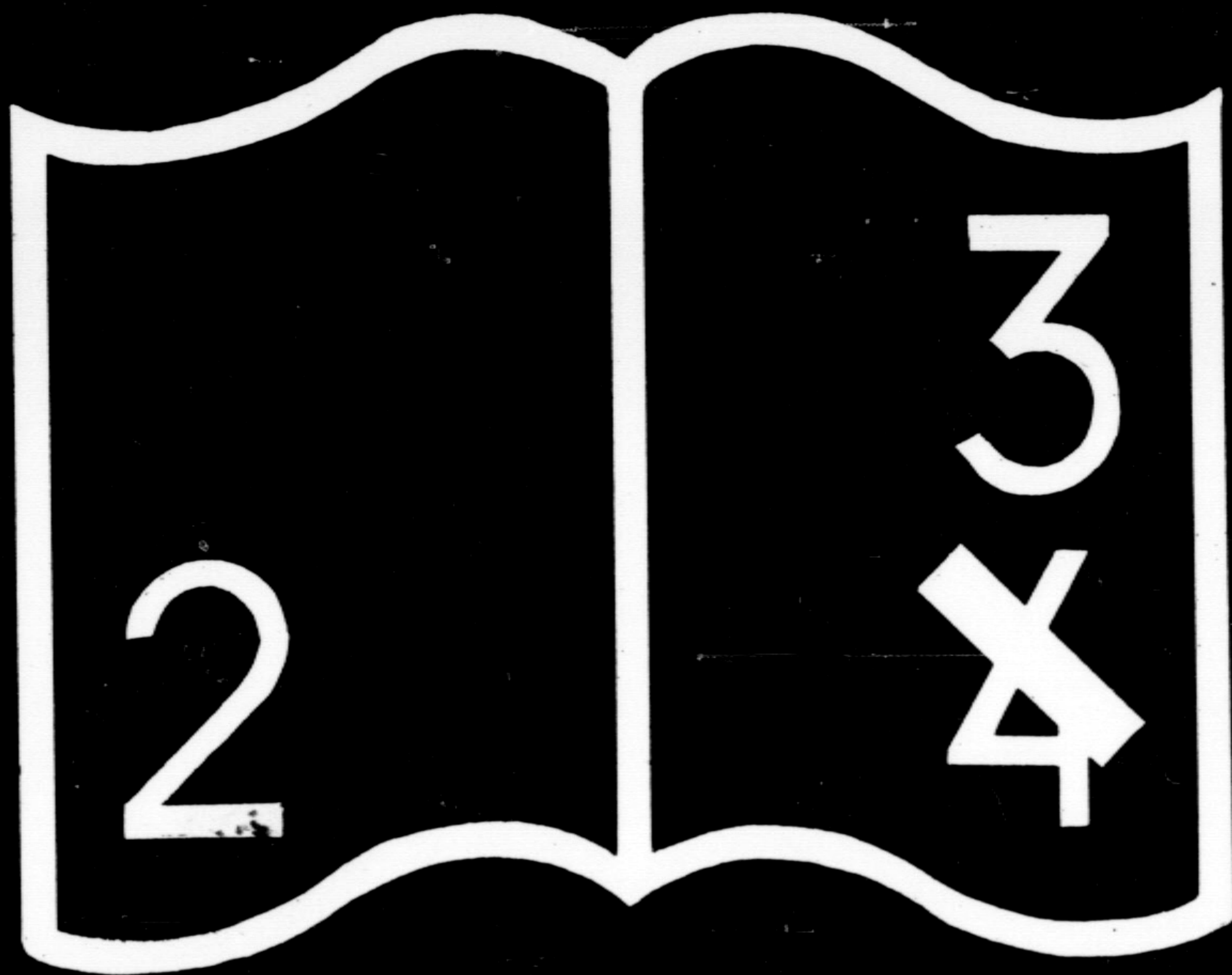
昆明

下關辦事處：下關西街三五四號

下關茶廠：

雲南下關

衡陽辦事處：衡陽樂爾福酒家



编码错误

同濟醫學季刊第八卷第一期目錄

專 著：

- 1, 眼科是附庸的科學麼 郭秉寬 (1)
- 2, 一例具有蛋形瘧原蟲形態之瘧原蟲 姚永政 (13)
- 3, 肺癆之最近觀察 丁惠康 (17)
- 4, 副腎皮質之荷爾蒙 梁之彥 (21)
- 5, 創口治療與傷兵救護 黃榕增 (27)
- 6, 兒童腹痛之鑑別診斷 朱傳德 (33)

公共衛生：

- 1, 德國捕滅花柳病方案 杜公振 (39)
- 2, 關於病毒病之免疫性 高有炳 (47)

臨床報告：

- 1, 三年來本校之傳染病 唐 哲 (53)

譯 述：

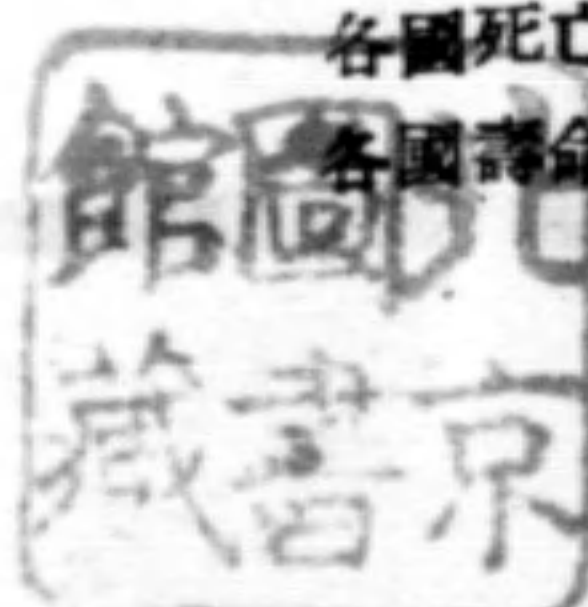
- 1, 因寒冷損害而發生之呼吸器官系疾病 張宗鑾 (61)
- 2, 下肢靜脈曲張痔瘡精系靜脈曲張之院外療法 汪光榮 (65)

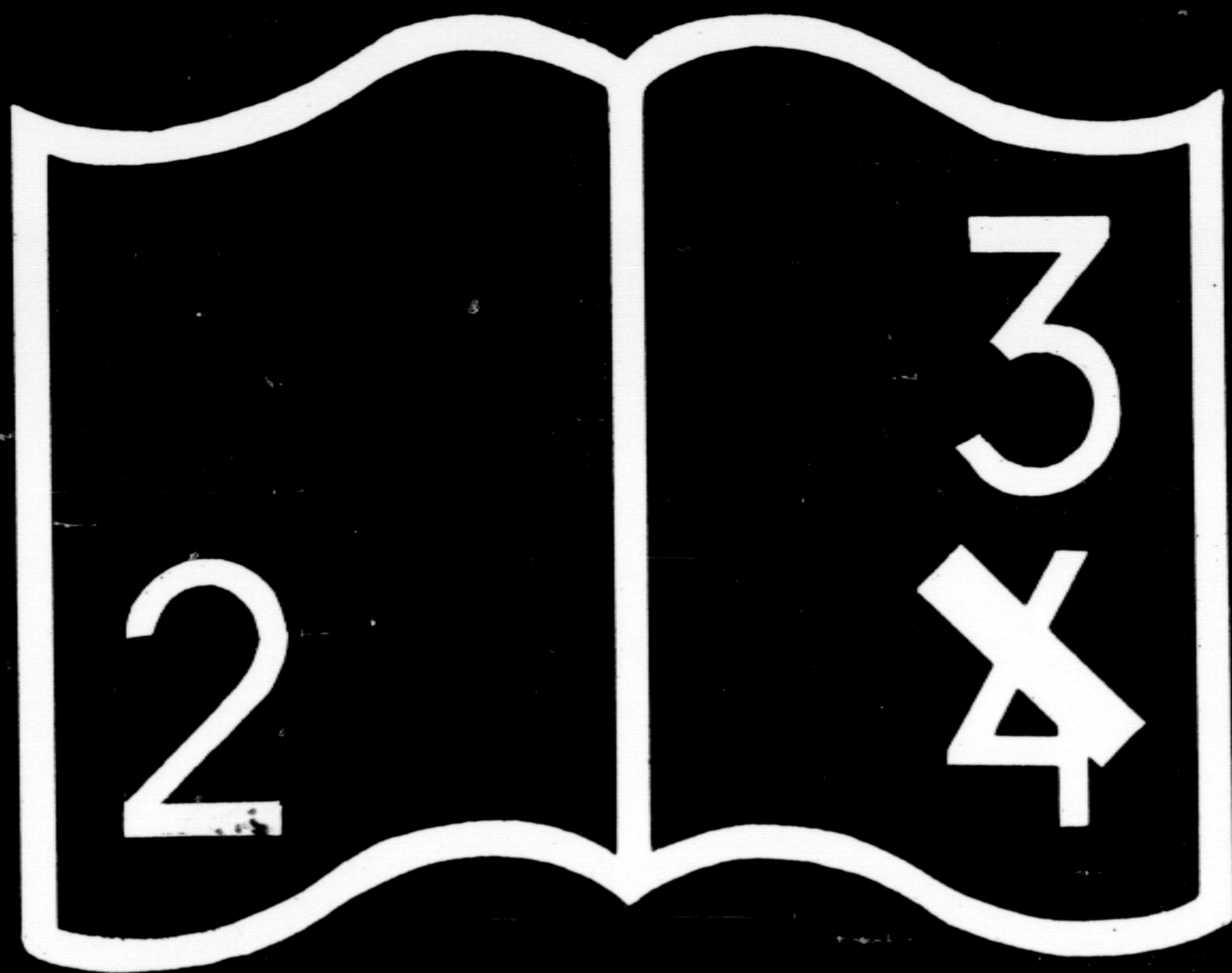
校友通訊：

- 1, 安順通訊 史濟煊 (69)

雜 俎：

- 1, 消息一束 (68)
- 2, 編後記 (70)
- 3, 補 白
 - 巴夫洛夫教授軼事 (15)
 - 輸血新法 (19)
 - 施行 Basedow 大頸子手術時之局部麻醉法 (38)
 - 瘋犬病苗的發明 (46)
 - 關於同種殖皮法之報告 (52)
 - 各國死亡率減少之情形 (60)
 - 日俄戰役日軍兵種及戰傷種類比較表 (60)
 - 德國人平均壽命之延長 (64)
 - 德國死亡率減少之情形 (64)
 - 各國死亡率之比較 (64)
 - 各國壽命預測比較表 (64)





编码错误

允 順 全 百 貨 商 場



服 務 社 會 · 便 利 人 羣

電 報 掛 號 : ○ 三 三 六

搜 羅 中 華 國 產

選 辦 寰 球 物 品

貨 質 精 美 耐 用

定 價 分 外 低 廉

電 話 掛 號 : ○ ○ 五 七

總 號

四 川

宜 賓

東 大 街

分 號

江 安

安 寧 橋

南 溪

李 莊 鎮

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 來稿請謄寫清楚，勿寫兩面，並加新式標點符號。
- 四 來稿如係翻譯，請附告原著姓名，原書名目，頁數，出版日期及地點
- 五 稿請註明通訊地址及姓名。但發表時得用別號。
- 六 文中如圖表，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 來稿請寄同濟醫學季刊社編輯委員會（四川宜賓女學街國立同濟大學醫學院）

版 權 所 有 未 得 同 意 不 許 轉 載

同 濟 醫 學 季 刊 第 八 卷 第 一 期

國 立 同 濟 大 學 醫 學 院 同 學 會

出 版 者 同 濟 醫 學 季 刊 社

四 川 宜 賓 女 學 街 國 立 同 濟 大 學 醫 學 院

發 行 所 同 濟 醫 學 季 刊 社

代 售 及 代 訂 處： 各 大 書 局

印 刷 者 四 川 宜 賓 自 力 股 份 有 限 公 司

民 國 三 十 年 九 月 三 十 一 日 出 版

預 定 書 價
郵 費 在 外

全 年 國 幣 十 一 元

郵 票 代 價 實 足 通 用 但 以 本
國 通 行 一 二 分 者 為 限 如 用 郵
票 請 註 明 在 宜 賓 郵 局 取 款

零 售

每 冊 國 幣 三 元

（ 優 待 本 會 會 員 以 八 折 計 算 ）

郵 費

每 冊 國 內 六 分
 國 外 一 角 二 分

香 港 二 角 四 分

廣 告 價 目

函 索 即 寄

新亞大藥房

醫院用具

化學儀器

醫療器械

橡皮製品

成品針水

西藥原料

地址

宜賓東街 106號

電報掛號 2769號

眼科是附庸的科學麼？

眼科是附庸的科學麼？

國立貴陽醫學院眼科教授

郭秉寬 博士

哲學家巴斯加爾（Pascal）曾經說過：「有誰因為只有一張嘴，而表示不滿？但有誰不將為一隻眼睛，而表示遺憾？人們也許不為缺少第三隻眼睛，而感憂慮；但當人們只有一隻眼睛時，就難免抱恨終身了！」

自然界供給我們人類兩隻而不是一隻眼睛，當然有他的重要理由。哲學家對於眼睛重要性的認識是如此，那麼醫學界呢？

「假如我們被迫而只許選擇保留一種知覺器官時，大家必毫無猶豫的挑選視官；因為在我們從外界所受的知覺當中，視覺占全數百分之八十五左右；故視覺之損害，必予生活上以莫大的障礙！」這是醫學界所共認的事實，是「百聞不如一見」的見解。

第二隻眼睛決不是多餘的器官，可像牙齒一般任意拔去，這不待哲學家或醫學家的證明，大家都認為是很自然的常識；那麼與眼器官發生直接關係的眼科學與眼科醫生呢？在醫學界上該有他們應得的地位了罷？但事實却不盡然！在中國的醫學界中，根本就談不到甚麼「眼科地位」，眼科醫生，更不用說了！

在中國，醫生的地位，始終是在三教九流之列；而眼科醫生，似乎連此都够不上！他們充其量是個舊式的「理髮匠」，在大街小巷替患沙眼的僱客，拔拔倒生的睫毛而已！

社會上對於眼科的估計既是如此；那麼，醫學界對於眼科所具的態度，該是如何呢？也許因為眼科界本身不够努力的緣故罷？在廿世紀的今日，居然還有少數的醫學機關，把眼科列為附庸的科目，甚至將眼科這名詞，根本一筆抹煞，而視為外科下之一科雕蟲小技，無足輕重的玩意兒！難怪一位眼科同志憤慨的說：「長此下去，中國的「眼科家」（假定在中西醫學界有這麼一個名詞），眼見就快絕于滅孫了！」

辦醫學教育的人，把眼科附屬於外科；特殊一點的，把他附設於內科；辦醫院的人，把眼科病床亂七夾八混在內外科病房之中，任憑一般毫無眼科訓練的醫護人員塞職了事；收容病人，全以內外科之剩餘病床為根據，接受嗟來之食，處處仰人鼻息。大部份眼科同志之處境如此，而以國難期間為尤然！因為另開眼科系甚至獨立之眼科病房，是一種「浪費」，是違背抗戰的條件，故應在淘汰之列！

我們不妨以冷靜的態度，暫把中國眼科界命運，放在一邊，而張開兩隻天賦我們的巨大眼睛，看看國外眼科界所占有的地位以及眼科之發展歷史，做個切實的比較，然後對於中國眼科界所處的「繼母」式地位之「當否」問題，才可得到公允的論斷。

眼科的發展歷史

眼科在最初的時候，是跟着外科發展，這是毫無疑義的。在十八世紀之前，歐洲的眼

科和牙科一樣，都操在庸醫之手，就是外科，直到十九世紀的中葉，也不過是一種手藝，而外科醫生，只是一種手藝的匠人，而並不是甚麼飽學之士，受着高深學問的科學家，「博士」更無喻了！（按十七世紀頂頂大名的外科始祖伯萊氏——Ambroise Pare 一六一〇至一六九〇年——便是理髮學徒出身）。接着因為解剖學，特別是麻醉學及消毒方法的進步，外科醫生，始漸漸抬起頭來。在十九世紀的下半，外科大有進步，因此範圍也大大地推廣了；而外科之下，便又產生各種專門科目。眼科就在這情形下，慢慢的發育進展而達到脫離外科，與內外各科列於平等地位的階段。

事實上眼科的獨立發展，早在一八〇五年間。這獨立發展的地方，便是維也納。維也納是十九世紀眼科的發源地，在維也納眼科首次與外科脫離，在醫學教育上演成，與其他各科列於同等地位的科學。約瑟夫·伯爾（Joseph Beer）便是此中的眼科首創人物。他最先給眼科一個妥固健全的科學根底，打開眼科的發展路程，特別對於手術方面，予以不少的改良與推進。在一七九三年間，他已經開始施行白內障摘出手術，名馳遐邇。同時許多外科專家，對於眼科發展的推進，也是不遺餘力，其中以魯斯特氏（Rust）貢獻尤多。他在一八一〇年，提議在維也納大學醫學院中，特設眼科學系，一八一二年這計劃便付之實施，而魯氏即為該系之教授與主持者。一八一八年間維也納大學正式把眼科列入必修課程之一，而眼科發展的基礎，就從此奠定了。

伯爾氏的承繼者羅查斯氏（Rosas）自一八二一年起繼續推進眼科的發展，在他努力之下，眼科病院，不斷擴充，特別關於眼科病理標本之採集，進行尤力，但當這短短的過渡期內，眼科尚無特殊的貢獻，直至病理解剖家羅基坦斯基氏（Rokitansky）及內科家蘇哥達（Skoda）氏出現以後，維也納整個醫學界起了重大的變化，眼科始在阿爾特氏（Arlt）（一八五六至一八八三年）領導之下，突飛猛進，而演成馳名海外的「維也納眼科學派。」

阿氏因受羅基坦斯基，蘇哥達二氏以及同時德國病理學家費爾賀夫氏（Virchow）之綜合影響，在眼科方面，首先奠定眼科病理學基礎。他致力於眼病理及組織學上的研究，而將眼科解剖學及病因學作為眼病分類之唯一根據，整個眼科學便起了重要的改革。他首先對眼乾燥症，給以正確的認識，對於翼狀胬肉之形成，給以自然而滿意的解釋；他首先認定近視眼的變化，是眼球縱向直徑伸長的結果。他的教授方法，首先注重普通眼科常識的傳授，因為這是普通行醫的醫生所必需的眼科學基礎，至於眼科專家的培植，則又當別論。他對於眼科手術方面，貢獻尤多，在Graefe-Saemisch氏的眼科袖珍本上，發表「眼科手術」一章，成為模範著作。在與董達（Donders）及葛萊費（Graefe）二氏之合作下，阿氏創辦「眼科文牘雜誌」（Graefe's Archiv fuer Ophthalmologie）至今猶屬眼科界之權威出版物。他的助手如馮羅斯（V. Reus），伯實司丹（Bergmeister），夫克斯（Fuchs），及第馬（Dimmer）氏等，皆成為當代之著名眼科專家，担任歐洲各著名大學之眼科講座。一八八三年蘇狄爾瓦（Stellwag）氏接任阿氏的眼科講座。他的貢獻，一面是在繼續

阿氏之精神，注重眼科解剖病理學及實用眼科學，一面本其特殊之物理數學方面之天才，推進屈光學及檢眼鏡的發展及對於眼內壓的研究。他是遠視眼的發見者，同時著名之巴失多夫 (Easlow) 氏症之一部眼症象，也是他的貢獻，即以蘇狄爾瓦氏症象 (Stellwag's Symptom) 見稱者是。

與蘇狄爾瓦氏同時的，還有也格爾 (Jaeger) 氏。他是維也納大學之第二眼科系教授及主持者。他是應用檢眼鏡的能手，許多眼底檢查方法，都是他的貢獻。他是首先應用檢眼鏡方法測斷屈光能力的眼科家；他的「眼底病例圖解」一書，其完善罕有其匹，最後關於視力檢查方面，也氏也有特殊的研究，所謂也格爾氏表，就是他的成績。

一八八四年維也納葛拉 (Koller) 氏的應用哥加因 (Cocain) 為表面麻醉品，醫學界上都認為是外科上超越時代的貢獻；但很少人注意到葛氏本人就是眼科醫生的事實。他那時雖然只是一個眼科系下的實習醫生，但經他的準確觀察與經驗，證實了哥加因在角膜上的麻醉功效；而在眼睛上施行的手術，可以免除痛覺的事實，從此便樹立起來。這不但是眼科手術治療上的一種革命，同時也為整個外科麻醉學上立下重要的基礎，因為接着的浸潤性 (Infiltration)，及傳導性 (Leitungsanästhesie) 以及腰部 (Lumbal Anæsthesie) 麻醉等局部麻醉法的應用，都是根據葛氏的發見而產生出來的。

一八八五年夫克司 (E. Jacsch) 接任也格爾氏留下的眼科講座。事前他的名著「盲目原因及預防法」一文，曾經轟動一時。在他接受眼科講座的第四年他的遍傳世界的「眼科教科書」也跟着出版了。世界各國，間接或直接，都有他的譯本。他不但是備受維也納醫學界的景仰，同時也是全世界眼科界的權威。在他的領導之下，維也納大學眼科系，繼續擴充，他的門徒，來自他國遠方者，接踵而至，他同阿爾特氏一樣，特別注重眼外疾及眼之病理解剖學，許多的角膜疾患，都附著他的名字，他的銳利的診斷眼光，直至使人驚異，他可算是眼科病理學的首創者。在他無數的重要著作中，特別以關於眼之畸形變化，眼傳染疾患以及交感性眼炎等，最為出色，同時他在比爾魯特 (Billroth) 氏下所得之外科手術訓練，使他成為超等的手術人才，許多重要的眼科手術，都是他一手創造出來的成績。一八九四年，他創辦一個眼科手術人才訓練所，成為世界眼科界的創舉。

從夫克司身上，我們可以看出一個模範眼科家的特色：他是病理家羅基坦斯基，內科家蘇哥連，外科家比爾魯特的總和；他是直接或間接受了這三大權威的薰陶；他的成功，也就是世界眼科界的成功；我們假如認夫克司為世界近代眼科的鼻祖，也不是過甚其詞。

夫氏於一九一五年退休後，繼承者為伯恩海莫 (Bernheimer) 氏。視神經疾患以及眼球運動是他的特長研究。此外對於眼結核及交感性眼炎，氏亦有相當的貢獻。

蘇狄瓦特之後為蘇拿伯爾 (Seinabel) 氏 (一八九四年)。他對於青光眼，近視眼，斜視症以及濾泡性結膜炎，皆有深切的研究。他於一九一〇年退休後，繼任者為第馬 (Dimmer) 氏，氏是一個眼底變化的專門家，對於眼底照相，貢獻特多。著有「檢眼

鏡及眼底診斷」一書，曾經幾度的再版。

第一次大戰以後，維也納大學眼科系，始終維持二系並立的制度；主持眼科第一系的是墨拉（Meller）氏；主持第二系的是林得拿（Lindner）氏，墨氏的貢獻，在於交感性眼炎之特殊研究。他認為結核菌是他的病因。同時著有「眼科手術」一書，英、法皆有譯本，為近代眼科手術之標準良書。林氏之工作範圍，包括結合膜炎之細菌分析，沙眼，網膜脫離，玻璃體變化等問題。此外對於白內障摘出術之手術改良，亦曾予以不少的推動。

維也納之外，尚有奧地利南部之格拉茲大學，先後亦曾產生特出的眼科人才。一部份的維也納眼科家，如蘇拿伯爾及第馬氏，就是從格拉茲來的。第馬赴任維也納（一九一〇年），繼承者為查爾茲曼（Salzmann）氏。查氏之特殊貢獻，在於眼解剖學及組織學的研究。他秉承乃師夫克司的精神，埋頭苦幹，經過長時間的研究，著成「眼之解剖及組織學」一書，內容之充實，分析之精細，未推為該方面著作中之創舉。夫克司去世後，查氏復將夫克司之著名「眼科教科書」加以增訂，充實內容，且附有色眼底插圖多幅，益見錦上添花，查氏於一九三六年退休後，仍繼續其研究工作，終日不輟，其堅苦耐勞的精神，實足為眼科界的模範。

一九三六年初，皮樂德（A. Piliat）接任查氏之眼科教座，而格拉茲大學眼科系，乃益見活躍。皮樂德之名，在吾國眼科界中，實是無人不曉。他於上次歐戰時，已開始眼科工作，在林得拿氏領導之下，奠定他的眼科基礎。林氏當第馬助手時，曾致力於眼病細菌學工作，皮樂德亦參與其事，成績卓著。眼科細菌學的基礎，從此樹立起來。林氏接任第馬氏講座後，皮樂德以助手資格，埋頭苦幹；後應羅氏基金會之請，擔任北平協和醫院眼科主任教授之職，前後四年，成績斐然。協和醫院眼科系，也是表現十足的維也納學派精神在皮氏之前，夫克司父子，皆曾一度擔任該院之眼科講座，皮氏繼承其位，自覺興趣盎然，故能盡展所能，為中國眼科界樹下不朽的基礎。他在北平期內的主要貢獻，為對於營養缺乏之眼病，其對於角膜溶化症的研究，成為眼科界之權威。他對於中國社會上所習用之各種眼藥；曾加以詳細之分析與試驗。他健於寫作，在中華醫學雜誌上，常有他的作品發表。他的吃苦耐勞的精神與待人和藹的態度，使他在最短期間內，獲得多數的中國朋友；尤其是我國的眼科界，凡是認識他的，莫不對他的科學精神與人格，表示無限的景仰。

自北平回維也納後，皮氏應維也納市政府之聘，擔任維也納市立醫院眼科主任之職，為期二年。在這短短的期內，皮氏對於眼科的貢獻，仍是與日俱進。與糖尿病專家納丁（Noordam）氏合作之下，皮氏對於眼科之糖尿病問題，具有深切的認識；此外對於多性關節炎與虹膜脈絡膜炎之關係，尤有獨到的見解。他對於眼科與其他各科間之密切合作，鼓勵最力。他是應用裂隙鏡的能手，對於尚未解決之種種玻璃體脫離情形，氏曾加以深確的觀察與研究，增加眼科界不少的寶貴材料。他的成績，引起維也納眼科界對他的深切注意，終乃於一九三六年接受格拉茲大學之眼科教座，實現他的抱負。

眼科是附庸的科學麼？

但眼科之發展，並不限於維也納一隅，德，法，瑞，各國，也有他們特出的代表。德國之阿新斐德（T. Axenfeld），捷克普拉克大學之愛爾斯尼格（Elschnig），瑞士之福格特（Vogt），法之莫拉克斯（Morax），郭奈（Gonin）；英之哀里歌特（Elliot）皆有他們各自的特殊貢獻；其中尤以阿氏之著名「眼科教科書與圖解」，愛氏之白內障囊內摘出術，以及福氏之「眼科細隙鏡圖解」，最為出色。後者簡直是科學及藝術的綜合大成，開闢了眼科界之另一重要新園地；即在活的人體上，作「組織學」的研究；最近流行之「生命組織學」（Biomikroskopie）名詞，即係指此而言。

此外美，法，日，各國，當然也有他們的眼科代表，但直接或間接，多少是受維也納派的影響；他們的眼科獨立發展，是遠在維也納時期之後。維也納眼科的發展歷史，至少可以概括其他各國眼科發展的趨向，是無庸諱言的。

從上面的眼科發展史看來我們可以得到下列的結論：一，眼科的獨立發展，至少有一百卅年的歷史，（即自一八一〇年起至目前為止。）二，眼科絕對不是甚麼附庸的科學，他具有一切獨立發展的條件；他是生理學，解剖學，組織學，病理學，內科學，外科學，細菌學各種精華的總匯。眼科的發展，不僅對於眼科本身是一種進步；即對於整個醫學，也是一種貢獻。三，眼科在這一百三十年的發展過程中，所以能夠自由進展，而達到與內外各科並駕齊驅的地位，自有他唯一的先決條件，此條件為何？即眼科之保持科系完整獨立，不受外科支配的事實！

眼科之特殊性

歷史檢討之後，我們再進一步而作眼科特殊性的研究，以作我們立論的根據。眼科之特殊性計可分為（一）臨床檢查方面，（二）病理解剖方面，（三）手術治療方面，（四）看護技術方面，（五）光學方面，（六）社會醫學方面。

（一）臨床檢查方面的眼科特殊性：眼科之臨床檢查用具，皆為特殊之光學器械，小如焦點照視片，間接眼底檢查鏡；大如雙目檢眼鏡，細隙鏡，角膜顯微鏡等，其應用之微妙，決不讓於內科之聽診器以及泌尿科之膀胱鏡等，非習用此等器械者，決不能應付裕如。至於臨床眼底診斷之技術，尤非短時間所能造就，此係盡人皆知，無庸多贅。

（二）病理解剖學方面的眼科特殊性：眼科解剖學與病理學，向來是獨立發展，不受普通解剖學及病理學的支配（基本原理，當然屬於例外），這是眼 歷史發展過程中最觸目的一樁事實。關於普通性質的正常眼解剖學及組織學，在一般解剖學或組織學教科書中，當然也可遇見，但較之其他人體各部這方面的充實內容，則未免瞠乎其後了！精詳細密的眼解剖組織，只有在眼科專門著作中始可遇見，而這些又皆是出自眼科家之手。查爾茲曼（Sal mann）氏，即係此中之總其成者。至於眼病理學之獨立性質，尤為顯著，在一般病理教科書中，無論其內容如何充實，從未出現關於眼病理學的特殊章目，這原有他的特殊歷史背景：因為眼科病理學的發展，是與普通病理學的發展，差不多同時並行的。

眼科病理學之首創者，當推阿爾特氏，即自一八五六年至一八八三年間，與現代病理學創造人羅基坦斯基（一八三四年至一八七五間）及費爾賀夫（一八五八年間）二氏，前後恰是同時。他們的各立門戶，造成眼科界的一種傳統風氣，即眼病理學的研究，由眼科專家自身負擔；他們所負的使命，從此便更加重要了！

（三）手術治療方面的眼科特殊性：一個長於外科手術的人，假如對於眼科手術之施行，缺乏特殊的訓練，則意外事件，必難倖免：一個外科家、也許將眼球摘出，但所得結果，也許結膜太短，假眼無法裝帶；他也許把虹膜截除，但水晶體囊皮，也許遭受破壞、而引起水晶體渾濁；他可以摘出白內障，而犧牲玻璃體的大部；或穿刺角膜，而引起水晶體之變位或囊皮受傷。這不單是懂不懂的問題，而是有無特殊的訓練問題，夫克司在他著名的眼科教科書上說：「眼科手術只能由多量的旁觀及自身的練習而得。」墨拉氏在他的「眼科手術」一書上，也有下列的斷語：「學習眼科手術的先決條件，是對於整個眼科有深切的了解，對於眼病的診斷與治療，具有澈底的認識；因此眼科手術之學習，應列為眼科專門訓練之最後一步。」我們既然不能希冀一般的外科家具有上述的先決條件，則我們不能要求他們成為理想的眼科手術家，是很明顯的事。

（四）看護技術上的眼科特殊性：眼科之看護技術，決不限於量體溫，滴眼藥，擦軟膏，或做熱罨而已。眼科之看護技術，也應有他的特殊訓練，特別對於施行手術前後之得當處理，需要豐富的經驗。一個內障摘出術的成功，一半固賴醫生的技術，一半尤靠手術前後所執行之看護職務。手術前的不充分預備，常是傷口傳染之媒介；手術中之不得當處理，又是傷口破裂的因素。至於施行術時，護士對於各種眼病之性質以及各種手術器械的使用，更應有充分的了解，這原是天經地義，盡人皆知的事實；但實際上一般負責護士教育的人，對於眼科看護技術的忽視，較之醫學界忽視眼科學之程度，竟有過之而無不及！在醫院裡，我們沒有眼科手術室的設備；在手術室裡，我們沒有眼科護士的助力；眼科之不成其為科，也就無怪其然了。

（五）光學上之眼科特殊性：驗光的技術，在眼科學占有特殊的地位；牠需要光學原理的應用，尤需眼球解剖學及臨床症狀的認識。近視，遠視，散光，不僅是光學問題，同時也是解剖學或臨床症狀的問題。一個完滿的驗光技術，當以解剖學或臨床變化為前提，光學為輔助。譬如進行一個高度近視眼的糾正，首先就該明白眼底上的解剖學變化，假如眼球是極高度的擴張，而致引起高度之玻璃體混濁甚至視中心窩部之退化或網膜脫離現象，則任何光學上的企圖，皆屬徒勞。又如病人偶患輕度的近視或遠視現象，光學上可予證明，或加以解決，而實際上病人是患糖尿病，近視或遠視只是許多臨床病象之一部而已。此外水晶體之全部變位，可引起遠視現象；視神經炎或青光眼感覺，可致與亂視（散光）現象相混；諸如此類，不一而足，倘不治病源，而只求局部之光學解決，則貽誤病人，將非淺鮮。因此驗光技術，應是眼科醫師的專有責任，而光學家(Optiker)的配鏡，是應以

眼科是附庸的科學麼？

眼科家之處方爲根據；正同藥房裡藥劑師的配藥，應以醫生之處方爲根據一樣，這從醫學觀點上看來，原是應該如此。美國和加拿大的光學家，雖然比較有驗光的自由，但一般趨勢，醫學界是在進行限制甚或取消他們的驗光權利。美國醫學會眼科分會曾於一九三五至一九三六年間通過禁止眼科界對光學家施行各種驗光技術的專門演講的議案，其用意所在，就是取消一般光學家的驗光自由，以謀病家的利益（按該議案最後也經美國醫學會通過），這原是眼科界應盡的天職，而不是甚麼爭風吃醋的無謂舉動。反觀吾國江湖醫生充斥市場，眼鏡公司，憑他們的克羅克或蔡司招牌，自命光學專家，驗光聖手，摩登仕女，趨之若鶩；只求眼鏡式樣之時髦，那怕平光片子，也可解決散光的問題。不知此輩對於美國眼科學會的議決案，亦將有所警惕否？

（六）社會醫學上的眼科特殊性：現代醫學的發展趨勢，是向社會化這條路程上進展；而眼科在醫學社會化的過程中，該佔何種地位，乃變爲一個值得注意的問題。在中國沙眼是個重要，而決不是唯一的社會性眼疾，尤其不是唯一的致盲要因。與沙眼同居重要地位的眼疾，從純粹的社醫觀點上看來，至少還有淋性結膜炎，各種梅毒性或結核性內外眼疾以及營養不足所引起的角膜溶化症，或視神經炎等，尤其在抗戰期間，營養不足，是個極端嚴重的社會問題，許多傷兵，學校青年，以及流亡淪落的難民，因營養不足，缺乏維他命素而患眼疾者，爲數極夥。這當然不是單純的眼科問題，也是整個營養醫學上的問題。

眼科在社醫上所應盡的責任，是在怎樣推進眼之衛生常識，使社會一般人，普遍明瞭保護眼力的意義，而知所以應付之道。所謂眼衛生運動，可分爲消極與積極方面：消極方面，是廣設眼科醫院與診療所，便利病人就診，實行普遍而澈底的眼病治療；積極方面，是在預防各種眼疾的發生及弱視的養成。茲就其要點，多述如後：

（1）廣設眼科醫院或診所與施行澈底的眼病治療：對於傳染性眼疾，如能施行澈底的治療，則預防工作，已經做到一半。傳染性眼疾中，沙眼首居重要地位，淋疾膿漏性結膜炎，則僅次於沙眼，而傳染性則遠過之。沙眼在治療期內，據維也納林得拿氏的觀察，是無傳染性的，至於淋疾膿漏性結膜炎的傳染性，也可因治療之助力而大爲減低。所以澈底的治療，是預防傳染性眼疾分播的基礎辦法，絕對不容忽視的。

但在缺乏醫院或診療所的情況下，欲施行澈底治療，談何容易！施行澈底治療的先決條件，是在給病人以種種治療上的便利；而廣設眼科醫院或診療所，便成當急之務。但在窮鄉僻壤，缺少醫生的地方，則有賴特經訓練之小學教員或衛生人員之合作，按時實行家庭訪問式之施診辦法，始能奏效。此種普遍而浩繁的工作，一面固然需要多數的眼科專家，同時更需多數公共衛生人員之竭力合作，自無待言，吾國公共衛生人員訓練班，間有眼科講座之設，然實行上述計劃者，尙未之見，殊屬憾事。

（2）眼病發生及弱視養成的預防：一斤的治療，不如一兩的預防，所以眼病之預防工作，應與澈底治療的實施，同時並行。我們最好拿沙眼做個引例，以證明預防工作的

要義。在十九世紀的初葉，歐洲各國的沙眼流行，極為普遍，尤以軍隊團體中為尤甚。一八一八年英國軍隊有五千以上的盲目殘廢，皆由沙眼所致。一八一三至一八一七年間，普魯士軍隊中，有二萬至二萬五千的沙眼患者。一八一六至一八三九年間，俄國軍隊中之沙眼患者，多至七萬六千八百十一人。至在比利時，則於一八四零年間，每五個士兵中，就有一個沙眼患者。但在十九世紀的末葉，歐洲各國的沙眼流行，已大為減少。一八八八年時普魯士軍隊中之沙眼患者，僅達千分之二；而在奧國，在一八八一至一八九零年間，每年之沙眼患者，僅及全部人口千分之八。第一次歐戰以前東普魯士的沙眼患者，據顧恩特（Kulst）氏的估計，當在五萬人上下；而在一九三零年，東普魯士眼科醫生所經手治療的沙眼病人總數，已減至一千二百三十一人。上列的數字，證明歐洲各國的沙眼患者，是在急劇地減少。這種成績，強半是預防工作的收效，毫無疑義。在德國，沙眼是被列為危險性傳染病之一；任何人發見沙眼，就應報告地方當局，嚴加監視，施行治療。此種辦法，究難澈底實行，最重要的是團體機關，如學校，兵營，工廠等處，能檢查眼疾，施行沙眼病人之隔離與強迫治療，最屬有效。至於美國之預防沙眼辦法，是在禁止一切沙眼病人之入境，尤可謂無微不至了。

關於我國的沙眼統計，尚無可靠的精確數目。根據片面的醫院調查（H.S.Gear），中國之沙眼患者，至少佔人口全數三分之一左右。作者本人於廿七年九月至廿八年一月在貴州省立醫院五個月內所採集的統計，證明沙眼門診病人，約佔眼科門診病人全數百分之五十，佔全院門診病人百分之四、二三。中國沙眼問題之嚴重性，不難從上述數字中推斷出來，而眼科在社會醫學上所佔的地位，也就可見一般了！

弱視養成的預防措置，是當從年幼的時代做起；患者的年齡愈小，收效之希望愈大。所謂弱視（Amblyopia），是指成年時代視力之高度或輕度減低而不能用光學方法加以糾正的現象。弱視的原因，大半是基於幼年時代未加糾正的高度近視，遠視，散光，斜視或其他角膜或瞳孔上的病理變化（諸如角膜中心結核或瞳孔結膜等）。譬如一個初級小學生，因不注意教師在黑板上的所書而屢受譴責；事實上他是患近視或散光，但因未受視力的檢查，未被發見；年久之後，兩眼因視物不清，失去運用，暫致失其功能。及至成年，雖可應用檢影驗光法，證明其有近視或散光現象，而配以適當眼鏡，而視力之不齊如故。這樣形成的症象，即名為「失去運用性弱視症」（Amblyopia ex anopsia）。普通這種弱視現象，只限於於一眼；兩眼並患的較屬少數。其應付方法，全在幼年時代的視力檢查，關於偶而存在之光學或解剖學上的缺點立即加以糾正或消除在眼底網膜尚未達到發育成熟時期的以前，給眼睛以充分的運用機會，使視力之功能與身體的發育並進，而無滯留退化之弊。因此小學生的強迫視力檢查，是預防弱視養成的先決條件；較之中大學之入學視力檢查，尤為重要！但事實上，小學校之視力檢查制，從未付諸實行，一般社會習慣，且以小孩之帶眼鏡為怪象，懸為禁例；父母如此，小學教師亦然！其貽害青年之視力，真莫

眼科是附庸的科學嗎？

甚於此了！

在美國伊州大學，(University of Illinois)曾於去年經過詳細的視力檢查手續發現百分之三十四學生，患視力減低；其中百分之三十·二之帶眼鏡者，看遠皆不正常。此大多數為弱視患者，必無疑義。又在此視力減低的學生當中，有百分之三十八·二的學生，其入學後的視力，繼續減退；班數愈高，則其減退之程度愈甚。足證眼力之過度使用，可使原有視力缺陷之加劇；故避免過度之眼力使用，又為保養目力的緊要條件，至為顯然。

上述六種眼特性，證明其在醫學上的獨立地位，及其範圍之廣闊與任務之重要；一般視眼科為附庸科學者，不但對於眼科本身是莫大的歧視；即對於整個醫學的進展，也是一種誤認。我們站在推進中國整個醫學發展的觀點上，殊不能不引此為莫大憾事！

中國眼科界應有的努力

然而中國眼科界之地位提高尤賴眼科界自身的努力！中國眼科界，雖然經過幾位老前輩的創導，而奠定了相當的基礎，但仍不免有許多缺點：(一)缺少完善獨立之眼科醫院設備；(二)缺少病理解剖上的研究；(三)缺少眼科人材的培植；(四)缺少社會醫學方面的工作。其補救之法應為：(一)廣設獨立完善之眼科醫院或診療所；(二)提創眼科病理解剖的研究；(三)開設眼科補習班；(四)提倡大規模的「除盲運動。」以上應為中國眼科界最低限度的努力，且為提高中國眼科界之必具條件！

(一)廣設獨立完善之眼科醫院或診療所：獨立完善之眼科醫院，是研究工作及培植人材，服務社會的基礎。所謂「獨立」是指科系完整，與其他各科平等並立而言，而並不是脫離內外科自行其是的用意。舉凡關於門診，病房，手術室等設備，絕不應與內外科相混，而必有獨立的設計與支配權利，特別關於醫護人員，尤應有專人負責，不能隨意調用，以策病家的安全。際此非常期間，具有上述必需條件之眼科醫院，是屬絕無僅有。我們應當怎樣努力而實現我們的計劃，是一個亟待解決的問題。

(二)提倡眼科病理解剖的研究：我們假如把國內的新舊眼科文獻，加以歸納研究，則對於材料選擇方面之所得印象，必是偏重臨床治療而忽視病理解剖學的研究。臨床治療的最後根據，是應以病理解剖的變化為依歸的。離開病理解剖的臨床治療，容易失之空泛；而踏「經驗派」之弊。在我國的新社會裏，正流行着「速成」的習尚，同時「經驗派」的勢力，就在這「速成」的背境下滋長起來。這是一種非常危險的現象。我們在世界醫學上，至今不能占據任何的重要地位，就在傳統經驗派的作祟，因此忽視醫學的基礎工作，即病理解剖的研究；斤斤然只以舶來品之治療方法或研究結果相介紹，決不足以提高我們的自身地位，充其量是替外國藥商做有效的廣告，推廣消路罷了！

我們且舉個最現實的例子：轟動全國的沙眼問題，該是眼科界的重要研究目標了！但我們對於這方面的研究工作，始終是偏於沙眼的治療問題；已往之奎寧，以及最近盛傳之百浪多息(Prontosil)療法，都跳不出這範圍的圈子。但對於沙眼之病因研究，一一基本的病理問題，一一雖然在外國眼科文獻上有不少類似的發表，却很少有人理會。沙眼的



heimer, Schnabel, Dimmer, Meller, Lindner, Salzmann und Pillat sind im Zusammenhang mit ihren besonperen Leistungen und mit gleichzeitiger Ruecksicht auf den Einfluss Rokitanskys und Billroths auf die Tradition der Wiener Schule, erwaeht worden. Verf. fuehrt weiter die Eigenschaften der Augenheilkunde an, die die Selbststaendigkeit dieser Wissenschaft noch mehr rechtfertigen und sichern. Es wird besonders auf die klinischen, operativ-therapeutischen, pflegeskuenstlichen, optometrischen, sozial-medizinischen, vor allem aber auf die pathologisch-histologischen Sonderstellungen der Augenheilkunde hingewiesen.

Damit die Augenheilkunde auch in China ihren festen Fuss fassen kann, schlaegt Verf. folgende Massnahmen als notwendige Taetigkeiten der chinesischen Ophthalmologen vor:

1. Verwirklichung der Selbststaendigkeit aller Augenkliniken der Universitaetskrankenhaeuser und Gruendung modern eingerichteten Augenspitaeler und Ambulanzen ausserhalb derselben.

2. Es soll nach Muster des Fortbildungskurses fuer Weiterkommen jungen Ophthalmologen und praktischen Aerzte gesorgt werden.

3. Besondere Achtung soll den pathologischen Taetigkeiten gewidmet werden.

4. Gruendung einer staatlichen Gesellschaft zur Verhuettung der Blindheit und Einleitung ins Studium ueber die in China verbreiteten Blindheitsursachen. Verf.

參攷文獻 Literatur-Verzeichnis

1. Rauber-Kopsch: Lehrbuch u. Atlas d. Anatomie, 13 Auflage, Abt. 5^u. 6.
2. Gedenkschrift zur 150 j. Feier d. Wiener Allg. Krankenh., 1784-1934.
3. Salzmann, M.: Anatomie u. Histologie d. menschl. Augapf., Wien, 1912.
4. Friedenwald: The Pathology of The Eye, New York, 1929.
5. Thacker, E. A.: Amer. J. Opht., vol. 22, No. 9, Aug. 1939, p. 1003-1011.
6. Moore J. E., Woods A. C.: Amer. J. Opht., vol. 23, No. 1. p. 9-18.
7. Gear H. S.: Chinese M. J. 5):94-972, 1935.
8. Fuchs-Salzmann: Lehrbuch d. Augenh., 1926.
9. Sigerist, S. H.: Man und Medicine, Chinese Tranlation by C. C. Ku, und.Edit. 1936
10. Meller, J.: Augenaerztliche Eingriffe, 3. Auflage, Wien, 1931.

一例具有蛋形瘧原蟲形態之瘧原蟲

前任國立同濟大學醫學院寄生蟲學教授

姚永政

一、引言

一九一八年有一英籍軍士在東非洲感染瘧疾，其血液塗抹標本經 Stephen 氏查見一新種瘧原蟲。該氏於一九二二年著文命名曰蛋形瘧原蟲 (Plasmodium ovale)，於是此種瘧原蟲之發現，遂聞於世。經此發現後，各地學者紛起研究，不僅 Stephen 氏及其他學者復在非洲方面查見數例蛋形瘧原蟲病人，且 James, Nicol 及 Shute 三氏於一九三二年竟以人工感染方法，先使 *A. maculipennis* 瘧蚊感染蛋形瘧原蟲，再用此種感染瘧蚊吮咬人體，而使引發瘧疾。彼等復言此種原蟲在人工試驗過程中，當其經昆蟲宿主及人體宿主時，原蟲之特具形態並不發生變更。由是言之，蛋形瘧原蟲固係一獨特之瘧原蟲，且因此種瘧原蟲所招致之瘧疾，確亦存在也。

瘧疾為我國常見病症之一，惟蛋形瘧原蟲所招致之瘧疾，則向無報告。著者最近在一瘧疾患者之血液塗抹標本中，查見一種瘧原蟲，其形態與蛋形瘧原蟲酷似。此例病人，係於二十八年十一月五日入昆明市昆華醫院醫治，其血片由雲南省衛生試驗所製作後，送至著者工作之處，即雲南省瘧疾研究所作教材之用，此病人患瘧經過，據該院病歷中之記錄，摘述如下：

「住院病人八四五號，男性，二十一歲，江蘇揚州人。二十八年十一月五日入院，其主訴之症狀，為發寒發熱，如是者已四天。既往歷史，與現下之病，無連帶關係。入院時，病勢不重，體溫為攝氏四〇・三度。眼耳鼻喉及四肢正常。皮膚並無發疹。肝脾不能觸知。血液中查見惡性瘧原蟲。經予以奎寧，瘧滌平及撲瘧母星之治療，八天後體溫降至正常。十一月十七日病癒出院。」

此病人之血片，共計四張，送至本所。經著者檢查後，除如病歷中記載含有惡性瘧原蟲外，更發現多數在發育過程中之瘧原蟲。其形態與蛋形瘧原蟲一致。故此例病人，係受有惡性瘧原蟲及蛋形瘧原蟲之混合感染。就以往之報告觀之，蛋形瘧原蟲僅散存於非洲一帶，今者我國亦有此種瘧原蟲之存在，是則從地理上分佈言之，實值得作此文以誌記載也。

二、蛋形瘧原蟲在血液塗抹標本中之形態

前述之四張血液塗抹標本，均用稀釋之姬姆薩氏染液染色三十分鐘（一滴姬姆薩氏原液和以一西西之中性蒸溜水）。片中所查見之瘧原蟲，計有二種。其一為惡性瘧原蟲，此

種惡性瘧原蟲在血液標本中所呈現者，係環形小活動原蟲與半月形生殖原蟲。其他為具有蛋形瘧原蟲形態之瘧原蟲。茲僅就此種蛋形瘧原蟲之特殊形態，及其寄居之紅血球形態，論述如次：

1. 活動原蟲 (Trophozoite)：血片中既有惡性瘧原蟲之環形小活動原蟲之混合感染，故所查見之環形小活動原蟲，必須寄居於梨形或蛋形且含有小點之紅血球者，始認為蛋形瘧原蟲之小活動原蟲。此種小活動原蟲之環，有直徑約三·五秒。多數之環，具有核染質一枚，且其體積較同一片中所查見之惡性瘧原蟲環上之核染質稍大。環亦有擁具核染質二枚者，但此類之環為數甚少。感染之紅血球，多係含環形小活動原蟲一個。但亦有少數之紅血球，含有環形小活動原蟲兩個。紅血球受此蟲之寄居者，既不漲大，其色澤亦不變淡，且含有細微之小點，此種小點類似許甫納氏小點，但為數較少。至於蛋形瘧原蟲之大活動原蟲，並無纖細狀之阿米巴樣分枝，而呈固實之橢圓形或角形。細胞漿較小活動原蟲者為大，故內中空胞較小。帶狀之大活動原蟲，亦可查見。其帶橫越紅血球，且頗寬闊。核染質或為小塊，或呈線狀。色素分散雜列，或相集成為少數小塊，而分佈於細胞漿上。紅血球受此大活動原蟲之寄居者，多不漲大。但間亦有少數之感染紅血球，略形漲大。紅血球之色澤則亦無更變。惟所含之小點，則大者增多，其中一部呈散列之細粒狀，一部呈聚集之不規則小塊狀，故與許甫納氏小點或茅勒氏小點，均不相同。紅血球受感染後，形體不一，梨形或蛋形者約佔百分之五五，圓形者約百之四五。其邊緣，間有破缺者。

2. 增裂原蟲 (Schizont)：蛋形瘧原蟲之成熟增裂原蟲，較三日瘧原蟲者稍小，故其寄居之紅血球內遺有較大之空隙。此種原蟲含有裂體芽胞八個至十二個。色素聚集為一或二個淺褐小塊，位於原蟲之中央，或邊緣。多數之原蟲，為橢圓形，長約六·三秒，闊約六秒。紅血球受感染後，其所含之小點，與大活動原蟲者相似。邊緣呈破缺者，為數較多。血球之形狀，約有百分之五八呈梨形，蛋形，心臟形，或不規則形。百分之四二，呈圓形。

3. 生殖原蟲 (Gametocyte)：蛋形瘧原蟲之生殖原蟲，多為圓形。較三日瘧原蟲者還小，故其寄居之紅血球中，遺有空隙甚大。此種原蟲之直徑，平均為四·四至六·五秒。核染質呈大而堅實狀，位於原蟲之一邊，極為明顯。色素聚集成團。與核染質對列。紅血球受此生殖原蟲之寄居者，亦如大活動原蟲含有細粒狀或不規則小塊狀之小點。血球呈梨形，蛋形，心臟形，或不規則形者，較增裂原蟲時為多，約佔百分之七五。其呈圓形者，僅佔百分之二五。

三、結論

綜上以觀，此八四五號病人，係受有惡性瘧原蟲及另一種與蛋形瘧原蟲酷似之瘧原蟲之混合感染。當患者入院時，其病勢並不嚴重。經予以治療後。越八日而體溫即回復正常

一例具有蛋形瘧原蟲形態之瘧原蟲

• 是之故，該病人之外周血液中，或疑為有惡性瘧原蟲之大活動原蟲及增裂原蟲之出現，遂致誤認為此種形似蛋形瘧原蟲之瘧原蟲者，自絕無其可能性也。復據感染此種形似蛋形瘧原蟲之紅血球，約半數以上均呈梨形或蛋形，既不漲大，又含小點則此種原蟲，又可斷言決非間日瘧原蟲或三日瘧原蟲。更就前節之特殊形態而言，此種原蟲實亦非我國所常見之三種瘧原蟲中之任何一種。故各方提互證，其為蛋形瘧原蟲者，自無疑問。

由上言之，蛋形瘧原蟲在我國之寄存，已證實其可能。是以本文之作，果不僅止於報告此蛋形瘧原蟲在我國首次之發現，且亦深願由此而引起國內從事於瘧疾者，應隨時隨地注意及之也。

附註一、承昆華醫院秦光弘院長允予查視該院住院病人八四五號病歷，中央防疫處湯飛凡處長慨借顯微照相機攝取蛋形瘧原蟲照片，及同仁吳徵鑑，卑育森，及姜博仁三先生協助檢驗與攝照，謹此誌謝。

二、本篇原係英文，其題為 *On the peculiar morphology of the malarial parasite from a patient and the possibility of its being plasmodium ovale*，曾於中華醫學會第五屆大會時提出宣讀，故此係中文譯本。

三、本篇之英文本中，附有蛋形瘧原蟲之顯微繪圖二十三個，及顯微攝影二十四個。以內地無法製版，故本篇不加插入，請讀者參閱中華醫學雜誌英文原文可也。

巴夫洛夫教授 PROF. PAWLOW 軼事

——觀察，觀察，再觀察——

對於新事實你必須要懂得怎樣去觀察他們，巴夫洛夫認為實驗者首先要有深刻的敏銳的觀察力，依他們的建議 КОИТУСЬ 生物館主要建築上刻着這幾個字：「觀察，再觀察」這字對於巴夫洛夫當然是早就習慣的了，實驗工作最困難中，所得論據不足以解釋疑難時，巴夫洛夫親自來解決牠，遇到複雜之事，進行補助試驗，同時增加新工作人員，巴夫洛夫意志堅決。直待找到新現象的原因為止，他常回憶到「最好的論文，最奧妙的發現常常是由實驗進行中思考而來」。深刻觀察使他解決不少研究消化生理時所遇到的困難，例如下述事實我們可以引證巴夫洛夫的話：

「因為胰液有消化及腐蝕作用，我們不能在胰腺上做一經久不變的瘻管，用狗做試驗，有些狗在行術之十或十五天後，受胰液腐蝕作用，使我們不能達到預期目的，狗用鏈條扣鎖實驗室內，一日清晨奇怪的事發生了，一向安靜的狗的身傍，發現一堆由牆上剝落的石灰，將狗扣鎖到房間另一部位，次日清晨又有同一事件發生，牆壁又被毀壞了，同時我

們發現狗腹部很乾燥，其皮膚炎症減少了，最後我們猜出發事原因，用細砂替他鋪了張床後，他很安靜地睡眠，不再用爪毀壞牆壁，我們立刻承認這聰敏靈敏的動物，不但有助於牠，同時也幫助了我們』（註）這事使巴夫洛夫大受感動，因此在實驗室門前建立石碑以紀念這不知名的狗。

巴夫洛夫常以自身為觀察對象，尤其正常活動機能受疾病限制時，他七十八歲那年（1927）受割除胆囊的重大手術，行術數日後有心悸症狀出現，他與M.K.Petrova氏合作，就特殊試驗分析心肌反常之原因，終於得到答案，1930年M.K.Petrova氏發表其記錄：「手術後心臟神經症」其中一部為患者巴夫洛夫氏自身分析之結果。

巴夫洛夫深刻觀察的顯著例子，是以他自身為對象討論人類中人腦神經活動因老年所起之變化，他的說明如下：——

『你知道雖然老年並不是一件樂事——由老年而來的是各種缺陷——然而我要從其中這些俾益之處，這顯明是關於條件反射與神經的問題，我長期注意裏老年帶給我的究竟是什麼，很自然而有趣的，所有老年人的遭遇我全遇到了，最顯著的結果是記憶力之喪失，即使新近所得印象也是一樣，生理的解釋是：「……老年第一個表現是大腦皮質之反應減弱……」』

我們可以舉出很多例子說明，無論在任何境地，任何條件下，巴夫洛夫總離不了觀察與實驗，深刻觀察是他第二天性，臨死數小時之前，他還以驚奇的眼光注意自己頭腦之工作，當他感到已經不能控制自己的思想時他請一位神經病理學者專解釋腦反常之本質，這位神經病理學家給他圓滿的說明，使他恢復勇氣安心的入睡，數小時之後就此去世了。

巴夫洛夫對自己及其門徒，是嚴格地要求正確累積事實的。

註：見巴夫洛夫演講集「主要消化線之機能」三版第十八頁—1924

——摘錄戰時醫政三卷四期「紀念科學祖師巴夫洛夫教授」余曼金譯L.A.Andreyer著。

肺癆之最近觀察

上海虹橋療養院院長

丁惠康博士

吾人欲防遏疾病之發生，不但對於其原因方面須加研究；即該病之消長狀況，變遷之歷史，人文地理之關係，亦須注意及之。在歐洲各國之工業區中，因其衛生設施之逐漸改良，故肺癆死亡率，亦已逐漸減少。在德國每萬居民中之死亡率遞減至七·五率，其原因乃由於公共保險組織，及公共衛生進展之所至。在最近之一世紀中，挪威保持肺癆死亡數之最低數；在一九一〇年，則以丹麥之死亡率為最低。在一九二〇年，則荷蘭之死亡率，較之挪威尤低。在戰後則瑞士英國瑞典及德國之統計，其死亡率均行減低。

以最近之觀察、則德國較之其他各國之肺癆死亡率，更為遞減，為全歐及全球肺癆死亡最少之國家。加拿大之肺癆統計，非常增高，其死率較之其他民族，多出七倍有半。英屬之澳洲，肺癆傳染之年齡甚遲。印度之肺癆情形，比較惡劣，其死亡率非常之高，每年每萬人民中，約有卅率之死亡者。在意大利因城市間居民之稠密，缺少廣場庭園，工作室大多過狹小，均為肺癆之傳播大原因。如北歐諸國及荷蘭，每年人民之死亡率，不及全國病院之床數。在英、美、德諸國，則死亡率及病床數相同。在法國則每一個病床數、有二個之死亡數。其死亡數在意大利，則每個病床數有五個之死亡數。其死亡數自一九二五年、始行減少，直至一九三〇年為止，肺癆之統計已減少百分之卅二。意國實施防癆工作者，為法西斯主義政府，實施強制保險，成績極佳。法國之肺癆死亡率，比較的亦甚高，現時「防癆診療網」之組織，雖已非常完善，然其成績尚不能十分滿意；以普通而論，肺癆死亡率，在歐洲各國間，法國當為最高之保持者。比利時之死亡率，情形甚為安全。在瑞士之肺癆死亡率，較其死亡總數，並不十分減少；比較之其他各國，如奧國，匈牙利，愛爾蘭，芬蘭，諸國，其死亡率亦高。死亡年齡，大都為幼年時代；南歐諸國，如羅馬尼亞及希臘二國之肺癆，死亡率均高。匈牙利氣候惡劣，房屋之構造甚為困難，故肺癆之在該國可稱為居住病。在北歐之肺癆死亡率，較為安全，如丹麥，挪威，瑞典等國均是。挪威之肺癆死亡率，亦已減少，在一九二九年，每萬居民中有十五·六之死亡率。以文明各國之比較率以觀，則列入第十一位。在丹麥之肺癆死亡率，甚為安全，城市間為每萬人中有六·三率，全境為七·五率之死亡數，為全世界最低之死亡率。俄國全境之統計，甚不一致，現時俄國民族之肺癆死亡率，較之蘇維埃聯邦內其他民族為高，在西伯利亞之東部，則較為減少。北美之肺癆統計，其死亡率之高峯，與居住之密度極有關係；在本世紀之初，美國以肺癆死亡率占全死亡數之第一位；但至今日，已退至第六位矣。密西根洲較之南部諸洲，更為減少。克利佛蘭洲，在一九三〇年每萬居民中僅有八·三死亡率；此種死亡率減少之程度，非有色人種所能及。在墨西哥肺癆之死亡率，近年來亦已減少。

南美阿根廷及巴西之肺癆死亡率，因公共衛生之不良，死亡率甚高。又非列賓肺癆情形，在一九三〇年，每萬居民中為三〇五五死亡率。在日本及中國，與以上諸境，不無相同之點。但須注意者，在每個境內死亡率均不相同。中國之北部及西部，患肺癆者較少，中部及南部，則肺癆之傳染較多。

在最近百年內，大多數之黑人，均向美洲移居，而成爲斯克拉夕之一族。在北美合衆國之統計，爲每萬居民中，白人有七・二死亡率，有色人爲二三・三死亡率，較之白人多出三倍，肺癆專家稱爲種族過敏性。在美國四十五個大城市之死亡率，統計竟已減退不少，平均爲每萬人有八・一三率，而芝加哥僅有六・六率；惟黑人則爲四十率。此種種族差異的原因，甚難解決，惟大眾之情形如何，當然亦有相同之關係。

「鄉村」間之肺癆情形，以國際萬國衛生處之報告，證明最高之肺癆死亡率，在工業不發達之農業區域。但多數學者，仍以肺癆之傳染，在鄉村間平均爲較少。最堪注意者，凡由鄉村遷往城市間居住之人民，在最初之二年內，多有發生劇烈之病變者，尤以青年爲多數。肺癆死亡與「年齡」之關係，以德國之統計，在卅至七十歲之間，則兩性幾乎相等。在五歲至卅歲之間，則婦女較高於男子。又以學齡兒童而論，其死亡率亦已漸行下降。所須注意者，乃女孩之新傳染，在校內較男孩爲多。同時證明肺癆之傳染，並不在幼童年齡之最初期，乃在較高之年齡。至於減少傳染之原因，由於學校設備之改進，及發現病態後，立即爲之隔離爲最妥、又以最近研究學齡兒童之傳染，均由於家庭間的傳染，其在學校間傳來者，爲率甚鮮。在大規模檢驗之下，大學生發現患肺癆者，有百分之一至三，而活動性肺癆，亦有增加之傾向。

職業與肺癆之關係，最易受傳染者，當然爲護士與醫師，此種特殊職業，實較其他爲危險。其餘如有多量灰塵之吸入者，如鞋匠與縫工等，傳染率亦較高。在意大利北方，發達六十歲以上之居民，有百分之肺癆患者，屬於開放性者。以德國開放性肺癆之統計，則至少以每年之死亡統計，乘以三倍之數；如一九三二年德國之死亡率，每十萬人中爲七・五，乘以三倍爲二二・五，以其全國之人口而計，則爲十四萬六千二百五十人。此類開放性肺癆患者，其平均之生活年歲，約爲三年，實爲家屬傳染之大原因。又「夫婦」間之肺癆，堪注意者，乃爲男子之患者，多傳染及於健康之妻。其原因爲婦女多有妊娠及生產之關係，或因極力看護其夫，遂致易被傳染。但夫婦間之肺癆，並不如理想中之可懼。因結婚者，其年齡大都已過最危險之時期及感受性矣。

以近年來世界之文獻及統計而觀，若英美德各國，均已達到防癆極圓滿之結果，在每萬人中，僅有七或八人之死亡率。法國瑞士，雖於防癆亦甚努力，但尚有最高之死亡率。簡而言之，各國肺癆之傳染，尚甚劇烈，若無相當之經濟，則其防癆之成功，必尙困難。今後吾人所急應注意者，爲「失業保險」與「疾病保險」之組織方法，乃減少肺病死亡率

之最大主動力，其次即為「X光診斷」之普及，與「壓縮療法」之改進；使人人明瞭肺癆一症，在現代醫藥學中，並無特效藥，而長期之服藥，反可使病機增進。我國肺癆之蔓延，實為迷信服藥與調理之一種悲慘結果。觀乎各國防癆之成功，舍是將莫由矣。

輸血新法 毛文賢節譯

——以貯藏血和血粉，供輸血之用——

在戰場上欲得若干輸血者常為一大難事，即使血族已檢定而兵士名冊中亦有標記可查得者，仍復如是。貯藏血，(das konservierte Blut) 之製作備用其目的在此 Scherchlers 氏曾謂：「以食鹽水抵償失血有40%之效果，以「貯藏血」抵償僅30%，而新鮮血則有95%之效果。然 Fonio 氏大認為不然，氏謂以貯藏血輸血與新鮮血輸血功效可說毫無二致。在蘇俄及西班牙之山地戰爭中即以貯藏血作輸血用者，經仔細研究，其成果相同。依 Franz 與 Buerkle-de la camp 二氏意見貯藏血液之製取已有下列數種：

一，枸橼酸鈉 (Natr. citr.) 5.0

氯化鈉 (Natr. chlor) 9.0

重蒸餾水 (Aqua bidest.) 1000.0

血液 等量

上為列寧格勒中央研究館所配製者

二，三鹼酸鈉 (Natr. citr. tribasicum) 5.2

氯化鈉 (Natr. chlor.) 7.0

氯化鉀 (Kal. citr.) 0.2

無水硫酸鎂 (Magn. sulfur. anhydr.) 0.04

重蒸餾水 (Aqua bidest.) 1000.0

血液 等量

上為莫斯科中央研究館配製者

三，枸橼酸鈉 5.0

葡萄糖 (Glucose) 40.0

重蒸餾水 1000.0

血液 等量

上為葡萄糖枸橼酸溶液

四，西班牙戰爭中在應用者。

a, Ellis 氏貯藏血——

以水滴管取十五C.C. 4%之枸橼酸鈉滴入瓶中，加入300C.C. 之血，然後再加十五C.C. 之枸橼酸鈉溶液。此外在每份血液中加入一克之葡萄糖。待在絲織袋中過濾後乃將六個同族之血液混合，以免引起各別反應，於是裝入特處之安瓶中在攝氏一度下保藏之。

b, de Biasio氏貯藏血一

以 Ringer-Loekesche 溶液與等量之血液相和，在加一定量之枸橼酸鈉，然後放入攝氏二到六度之冷氣箱內保存之貯藏血之製取須極嚴密消毒，其貯藏之溫度為攝氏正負四度之間。據 Knoll 意見，裝血入瓶時如加以一定之壓力則於血液之貯藏不甚適宜，而傳染危險則為之增高。貯藏血中之白血球與血小板消失甚快，而紅血球之數量與其抵抗力則減低較慢，經 Knoll 氏從形態上與化學上之仔細研究歸結則純粹之枸橼酸血液與葡萄糖血液最適於保藏。而對受血者 Empfänger 之反應亦不較輸送新鮮血液時所偶而發生之反應為強，但其殺菌能力顯然已不復存在，如血中不參以枸橼酸鈉溶液，則血漿之沉澱加快，而在圓形物質與上層之間漸生一明顯之界綫。若表層中難有血塊或有混濁發現，則此血液即不能再為採用，血漿上面之玫瑰色紅層係血液強烈溶解之象徵。血型中之宜於貯藏者以一般言之當推 O, A 二型，但據 Sokolowski 氏在西班牙前綫試用之結果，僅 O 型適於實用，而輸血者之凝集滴定 (Agglutinations-titer) 較低者則較好。Domaniš 氏能將血液保藏三十四天而 Vieroš 氏只僅能使其保存十八天。血溶液之保藏常利用與熱水瓶類似之器皿，依 Ellis 之經驗則用一自動快慢輸血注射器 (Auto-Injectable-Rapid-Transfusions-Apparat)，在此器皿中液體大氣壓力為一，於應用時則加溫至攝氏四十度。新近瑞士 Schreier 氏作一種有價值之試驗，即將 Heparin-Roche 加入血中，在德國則加入 Vat-an —— 漢堡 Promonta-Firm 出品之 Heparin 製劑 Heim 氏悉心研究血液中加入 Vetren 後其保存時日可延長至三十天，而輸血時亦較便當也：

Kiguchi 氏介紹用乾血 (Das getrocknete Blut) 作輸血之用。此類乾血中之主要成份皆為紅血球，彼經寒冷與震動後易致破壞，血蛋白亦因之而變質。為欲得到血粉 (Blut-pulver) 則血球之游離物質 (Dstritusmasse) 應盡量與液體分開，然後在低溫度下保存之，直至變成粉末而後已。應用時將血粉重溶於水中一如吾人之理想作為輸血之用，+ 國西血液含有 1,63 克血粉，在挑選血液時無須顧慮血族之種類；應用時其受血者亦毫無任何之障礙云。

副腎皮質之荷爾蒙 (續)

國立同濟大學醫學院院長兼生理化學教授

梁之彥 博士

副腎皮質荷爾蒙之生理作用

工, Verzar 教授根據其動物試驗的結果, 以為副腎皮質荷爾蒙對於身體內之磷酸化作用 (Phospholierungsvorgang) 是極重要的, 假如身體內缺少了副腎皮質荷爾蒙, 則磷酸化作用即不可能, 但因他方面新陳代謝中許多如分解, 綜合及吸收等現象皆與磷酸化作用相關連, 是以割出副腎皮質後, 致使新陳代謝發生嚴重的障礙, 藉之差不多足以將各種重要的臨床徵象加以說明之。

其間發生最顯著障礙的首推水炭質新陳代謝第一即是水炭質之吸收發生障礙。在各種單糖中葡萄糖之吸收最為特殊, 中間要經過磷酸化作用, 我們由腸道表皮細胞內能分析出很多的磷酸糖化合物, 去證明。因此之故, 葡萄糖比較其他單糖之吸收為速。但如果體內缺乏副腎皮質荷爾蒙, 則葡萄糖之特殊吸收即發生障礙, 而與其他單糖之吸收速度毫無差異了。次之肝臟及肌肉內之動物澱粉之綜合按我們現在的智識去推論亦需要磷酸化。故動物澱粉含有磷酸甚多, 在正常的動物從血管內所注入的葡萄糖 (Thaldea) 和乳酸 (Verazr) 就很快被綜合為動物澱粉, 而在缺少副腎皮質的動物因動物澱粉綜合發生障礙之故, 極慢的由血液中失去, 肝臟內之動物澱粉的含量亦所以甚微。其結果血中之糖量為之低減, (Hypoglykaemie) 蓋血管無由補充也。就是注射 Adrenalin 之後, 血中糖量及乳酸之上升, 亦不顯著。于割去胰臟的動物, 如再去掉其副腎皮質時, 其尿液中所排泄之糖量亦即消失。復次, 由肌肉生理學上, 我們知道, 動物澱粉之分解為乳酸, 換言之, 即糖酵分解 (Glykolyse) 的過程中, 亦非磷酸化不可, 所以在割出副腎皮質之動物, 此糖酵分解作用必同樣發生障礙。此外就是肌肉內肌干 (Kreatin) 與磷酸在肌收縮後之復結合亦隨而停止。因之肌肉之工作完全無從得到勢能 (Energie) 遂發生 Adynamie (肌無力) 之徵象。如果將此種肌肉刺激之。則與受單碘醋酸中毒之肌肉相似, 僅于 3-4 次收縮後, 即已現出疲乏現象, 並不易恢復其原狀。

關於維他命 B₁ 我們皆知與水炭質新陳代謝有密切的關係。其原因即維他命 B₁ 於吸收之後, 先經磷酸化再與蛋白質結合變為 co-Carboxylase 酵素也。但在缺少副腎皮質荷爾蒙時 co-Carboxylase 酵素自然不克產生, 所以亦致使水炭質新陳代謝發生障礙。反之維他命 B₁ 缺乏時則喚起副腎皮質的肥大。

再者黃色氧化酵素 (Gelbes Oxydationsferment) 同樣是由維他命 B₂ 先經磷酸化再與蛋白質結合而生成。故在失掉副腎皮質之動物, 黃色氧化酵素之產生亦發生障礙, 可致使總新

陳代謝降下，及幼小動物之生長停止。設使此時輸入副腎皮質荷爾蒙或磷酸化B₂ (Lactoflavinphosphorsäure) 則生長可恢復原狀，並可延長失去副腎皮質之動物的生命。反之該動物即迅速死亡。至於維他命B₂缺乏時，同樣引起副腎皮質的肥大。

關於脂肪之新陳代謝近年來有許多人主張脂肪之吸收和移動 (Mobilisierung) 的過程中，均經過磷酸化作用，生出磷脂 (phosphatid)。是以脂肪之吸收和移動在缺少副腎皮質之動物亦發生障礙。其間因吸收障礙引起脂肪性糞便。又因移動障礙所以於該動物受磷質中毒時並不克形成脂肪性肝臟。此外間接更因水炭質新陳代謝發生障礙，致使脂肪燃燒不健全，產生大量的酮體 (Acetonkörper) 可能喚起酸中毒，如同在糖尿症一樣。

按照Thadde¹氏之研究，類脂體 (Lipoid) 的新陳代謝亦發生障礙。除磷脂之外，特別是膽固醇 (Cholesterin) 之吸收不正常，因而在割去副腎皮質之動物，縱然喂飼很多的膽固醇不能引起營養性膽固醇血液 (Alimentäre Cholesterinaemie)。反之輸入副腎皮質荷爾蒙可使其吸收仍能恢復原狀，並且Thadde¹氏主張副腎皮質荷爾蒙還有使組織存留膽固醇之作用，如去掉副腎皮質，則血中之膽固醇含量即升高，再輸入副腎皮質荷爾蒙時可使其仍復降下。

關於蛋白質Verzar¹氏以為 Glykokoll 氨基酸之特殊吸收於割除副腎皮質後，亦發生異常，其吸收速度與其他氨基酸即相等而無不同了。至於血中剩餘氮量在去掉副腎皮質後之增高，有學者以為由於蛋白質分解的狂盛 (Koelsch)，也有學者以為來源於腎臟的排泄障礙，也或許原因於水份的損失過多 (Anhydraemie)，在後面仍再為提及。

二，按美²學者Loeb¹氏等之研究，以為在割去副腎皮質後，首要的是水份和無機鹽類的經理 (Wasser-salzhaushalt) 發生障礙，因而喚起各病理的徵象，換言之，即此副腎皮質荷爾蒙之生理作用，完全在於調節體內的水份和鈉及鉀鹽之分佈，此外彼更且主張其作用是直接發生於細胞膜上。

關於水份所發生的障礙一方面是腎臟排出之水份大量的增加，此現象還可輸入 Cortin 使其復原之。他方面是血液和組織間之水份分佈失其均衡。其間水份由血液及結締組織中大量流入於細胞內。並不能將其再為放出，於是細胞組織因水份增加而浸漲。此現象可以由種種事實推論出。例如血液所失掉之水份較之腎臟所排出者為多。更且輸入 Cortin 後，能使原來之情形恢復而無需由外面飲進水份。蓋於前者因有一部分水份流入及留存於細胞組織內，於後者又復放出之故也。致於由血液失去水份之結果，致使血液之容量減少10—50%，血壓減低；反之血液之濃度增高 (Exikose 乾渴症)，血球及血色之數量增高，剩餘氮量增高 (acotaemie) 隨而血液之內阻力 (Viscosität) 亦增高血球之沉降速度為之低降。恰因血液一方面由腎臟排出水份過多，他方面流入於細胞組織內之水份，又不克放出，作為補充血液之用，所以此種割掉副腎皮質之狗，對於極少量的血液損失，例如

4c, c, 即不能忍受。反之，一個健康的同體重之狗，可以取出十倍以上的血液亦毫無關係。(按Thadda氏之試驗)

隨着水份的移動同時無機鹽類之分佈亦發生變化。其間最顯著的即是食鹽(氯化鈉)由腎臟之排出大為增高，約在兩三倍以上。因而血中鈉和氯之水準量為之降下。按照Understall及Salli氏之意見，其原因是割掉副腎皮質之動物失去了留存食鹽的能力。如果在該動物輸入大量的水份，即發生組織水腫(Gewebsoedem)，而致其死亡(水中毒)，據Hanop氏之主張，一個動物失去大量的食鹽，例如在割掉副腎皮質之後，對於其生命關係很大的。也許為其死亡之一因。彼曾在此種狗注射入等滲透壓的糖溶液，使其失去大量的食鹽，則該狗立即陷於虛脫病狀；血壓降下，極為危急。但如果迅速輸入食鹽，其生命仍得維持。

與食鹽相反的是鉀鹽類。於去掉副腎皮質之動物血中鉀含量比正常含量增加到七倍以上。此現象可以輸入副腎皮質荷爾蒙使其復原之。大概該動物之心臟收縮的遲緩，即由於血中鉀含量增高所喚起，蓋鉀離子有與迷走神經相似之作用也。按照Zwemer及Duczkoyk氏之意見細胞內之鉀含量於割出副腎皮質後，並無變化。因其是含在一種不能滲透之化合物中，所以留存於細胞內而不克排出。結果此種鉀化合物復吸收大量水份於細胞內，致使細胞內的水份增高發生浸漲，不克消退。按Fuchs氏之意見植物肥料多含鉀鹽之所以致使植物容易耐冬的原因，亦即是鉀鹽能致使植物細胞多吸留水份，而不易消失之故。由以上的事實看來，我們自然明瞭為甚麼含鉀鹽豐富的食物對於 Addison 病有不良影響，及含鈉鹽豐富的食物為甚麼能延長患 Addison 病人之生命了。

III, 此外還有學者研究於割去副腎皮質後，其各種徵象，如Adynamie(肌無力)之生成以為是中毒的緣故。於是據此推斷副腎皮質荷爾蒙之生理作用，只是一種去毒作用而已，關於這方面最早是Langlois氏(1897)所主張，他將割掉副腎皮質的天竺鼠之血清移注於正常的或已除去副腎皮質的青蛙，觀察到在青蛙發生了與Curare類似的麻痺現象。因之彼推論無副腎皮質的動物血清具有與Curare類似的毒性，而此副腎皮質荷爾蒙能將其消除之。不過當時割去副腎皮質之手術，尚不精細，所以該試驗的結果，並不十分可靠。

於最近幾年來Riml氏又從新向這方面去研究。將去掉副腎皮質之動物血清移注於正常的動物體內，前者使用白兔，後者使用天竺鼠。至於割去副腎皮質使用Baeyer氏手術。結果極佳。此種去掉副腎皮質的白兔，在冬季能活至數星期，在夏季亦活至3—10天。等其發生Adynamie之後，將其血清或血清透析液(Serumdialysat)注射於天竺鼠體內。於注射後不過幾點鐘在天竺鼠即發生中毒現象，如Adynamie等。至遲延至24小時則天竺鼠如同割去了副腎皮質一樣而死亡。如果將此死去的天竺鼠去剖開檢查，發見其兩個副腎紅腫，充血，表出細胞的機能旺盛。反之，在注射正常血清的天竺鼠，不過觀察到兩隻黃小的副腎。進一步Riml氏又證明Cortin能阻止割去副腎皮質的動物血清之毒性

發作。其間並不是 Cortin 能致使毒質不克產生，乃是將毒質本身中和了。

其次更試將患 Addison 病人之血清透析液注射於重 190gr. 的天竺鼠，結果與割去副腎皮質的白兔之血清的効力完全相似。如果用 Cortin 治療後，則其血清透析液即無作用，設使 Cortin 之治療停止，仍復原狀。此種發見對於刻下 Addisonismus 之治療和診斷上有相當之價值，可實地去應用。

末了 Rimpl 氏又將經長久體力運動之後的血清，注射於天竺鼠內，亦致使天竺鼠之副腎紅腫肥大，機能旺盛。患 Tetanus 者之血清，効力更大。就是注射肝臟自身消化液 (Autolysat) 亦同樣發生効力，由此 Rimpl 氏推測在患 Addison 病者之血清中所含之有效物質，也許與生理狀況下，例如長久體力運動後之血清中所有的有效物質大概相同，皆為具毒性的新陳代謝產物。不過在生理狀況下產生甚少，易被副腎皮質荷爾蒙所中和。而在割去副腎皮質的動物，亦許因該毒物聚集過多，又缺少副腎皮質荷爾蒙，不克將其消除。是以中毒死亡了。至於在以上所述之中毒的天竺鼠其死亡之因，或者由其副腎皮質一時生產荷爾蒙不足，仍未能將注射之毒物中和，以延長其生命。此一種毒物 Rimpl 氏命名為缺陷毒物 (Insuffizienzstoff)。

正由以上三位學者所代表的理論看來，似乎很相差異，不相關聯，其實由以下的解說，可以將其連貫起來，建造在一致理論基礎上。

於正常的新陳代謝中，各種營養素由於副腎皮質荷爾蒙之協助，經受磷酸化及氧化作用，自然完全分解，生出正常的新陳代謝產物。此種產物可喚起滲透作用及酸性，致使水份由血中流入於細胞組織內。但這不過是暫時的過程，因所述的細胞內之新陳代謝產物，如含氮物質，磷酸鹽，尤其是鉀質 (細胞鹽 Zellsalz) 此時不能滲透的狀況變作能滲透的化合物，悉皆立即由細胞中排出，再從腎臟排泄於體外，自然細胞組織中之滲透壓及反應仍復正常，水份仍得由細胞中流出。至於鈉鹽 (NaCl) 及體液鹽 (Das humorale Salz)，平常由體內損失甚少。在小便中排出的鈉鹽，大部份來源於食物，不若鉀鹽多來源於細胞內也。因為在正常的新陳代謝中，並沒有新陳代謝產物，如含氮物質，鉀鹽等之存留聚集於體內，是以 Rimpl 氏之缺陷毒物，自然亦不出現於血中。

假如體內缺少了副腎皮質荷爾蒙，情形就不同了，各種磷酸化及氧化作用即發生障礙。自然各種營養素之分解不克完全及澈底。因而於細胞組織內生出各種不同的帶毒性中間產物，接續聚集於血中，此或者即成爲 Rimpl 氏之缺陷毒物，但此時營養素之分解雖不完全澈底，可是仍然能致使水份流於細胞組織內。不過此時細胞內所含之磷酸鹽，特別是鉀鹽，因新陳代謝不澈底之故，均存在於一種不能滲透的膠狀結合中，以致不克排出於細胞外，於是流入於細胞組織內之水份亦被其長久吸留着。結果細胞本身遂陷於浸漲狀態中，不克消除，他方面又因血液爲此失去其水份過多，而仍欲保持其正常的滲透壓之故，迫使

副腎皮質之荷爾蒙

鈉鹽不得不大量由腎臟排出於體外。隨着鈉鹽的排出，血液復損失一大部分的水份。於是結果血液的濃度激增，陷入於Anhydraemie(少水血)。其間特別是剩餘鈉量和鉀含量之升高，及醣體之蓄積(酸中毒)，更促進病狀之惡化。至於該物質血中含量升高之原因，不僅由於血液水份的大量損失而且來源亦於腎臟排泄機能之障礙Blum(GeOIlmann氏)。

如果此時輸入副腎皮質荷爾蒙，則新陳代謝恢復正常。鉀質於是從細胞內即可以滲透出，以致細胞內之水份為之低減，浸漲狀態消除。不過因體內鈉鹽存量過少之故，一時尚不能將此細胞內排出之水，全部吸留。所以於輸入副腎皮質荷爾蒙後，初時腎臟之水份排泄尚增高(HarrOp氏)。隨同此水份之排出，自然血中多餘之含氮物質及磷酸鹽亦排出於體外。至於治療Addison病時所以與副腎皮質荷爾蒙同時輸入大量鈉鹽的原因，即其可補助增大荷爾蒙之効力吸留水份，並恢復鉀和鈉之正常比例。反之食物中鉀含量，則愈少愈佳。

皮質荷爾蒙臨床上之應用：

近年來副腎皮質荷爾蒙之研究愈進步，則其臨床上之應用範圍愈廣擴，現在不能在原發性或絕對的抑或在續發性或相對的副腎皮質機能不足症(Primäre oder absolute sekundaere od. relative Neben Nieren insuffizienz)均可應用効力極佳，茲將其簡單列舉於下：

1, Addison 氏病：起於副腎皮質本身之病理的損毀，不論在慢性或急性 Addison 氏病，皮質荷爾蒙均有起死回生之効力。

2, Addisonismus 輕微的類似 Addison 氏病，亦起於副腎皮質之機能障礙，但因其徵象不甚顯著之故，有時頗不易診斷，如在各種慢性之腸胃病(例如Achylic, Pankreatopathien, chronische gastritis等病症)許多之維他命缺乏症(例如Pellagra, Sprue, Beri, Beri等病症)以及在許多急性傳染病之恢復期，均須注意及之。

3, Simmondsche Kachexie：西猛氏惡液質病，由於腦垂體損毀而簡接喚起的副腎皮質過度萎縮所生成，極與 Addison 氏相似，故於治療時必須同時輸入腦垂前葉製劑及皮質荷爾蒙始克有效，(Straube及MeYer氏)

4, Endokrine Magersucht：內分泌性消瘦症：此病原因於相關的內分泌之機能障礙，多為繼發性，而原發性較少，治療之法，亦是輸入皮質荷爾蒙為最佳(Thaddea氏及Hampe氏)，有時尚須腦垂前葉製劑或與女性荷爾蒙合而應用之。

5, 各種急性慢性傳染病：在許多急性傳染病如白喉，猩紅熱，傷寒，血中毒等病症，不論於實驗的動物或於病人，均常發見其副腎皮質起病理的變化，因而發生皮質機能之不足現象，結果患該病的人或動物，不是迅速的死亡，即是於病後健康不易恢復(Rekonvaleszenzen)尤其對於白喉病研究更為詳盡，例如在白喉中毒的天竺鼠和人，發見其副腎皮質擴大，類脂體減少，血中鉀量增高及鈉鹽量減少等完全像割出了皮質一樣，(

Mackean 氏)是以用皮質荷爾蒙和維他命 C 去治療白喉頗有成效。

其次 Leufold 氏及其他學者以為在所有慢性傳染病其副腎皮質均發生肥大，在許多慢性傳染病之末期，如結核病，長久的敗血症 (Sepsis) 等，其徵狀多與 Addison 氏病相類似，如色素增加，肌無力，血壓低等現象，皆是喪失副腎皮質機能之不足。因而輸入皮質荷爾蒙亦可減輕病狀而收相當的效力。

6, 物理的傷害: (physikalische Einwirkungen) 如在灼傷，凍傷，愛克司光傷，手錶傷等均可因自身蛋白質分解而由血運損害及副腎皮質 (Finhauser, Hartmann, Ros 及 Smith 諸氏) 致引起皮質機能之缺陷徵象，所以於此輸入皮質荷爾蒙，即是極有效的根本治療法，此外注入濃度的食液鹽溶亦可減輕病狀，如在 Addison 氏病一樣。

7, 化學的傷害: 如在各種化學中毒時 (哥絡仿，安眠藥，毒氣等) 亦喚起副腎皮質之機能障礙。

8, Renaler Diabetes 腎臟性糖尿病; 在此病體的排泄完全與食物無關，且輸入 Insulin 無效，最近 Thaddea 和其他學者，報告患該病的人，常帶皮質機能不足之徵象，可給以皮質荷爾蒙治療之。

9, Hyperemesis gravidarum 妊娠性嘔吐; 此病為一種中毒病症，據最近 Spittin Freeman 諸氏的實驗，在此病於用因素林和葡萄糖治療之外，再給以皮質荷爾蒙效力異常佳良，大概因輸入皮質荷爾蒙對於毒性抵抗力為之增加也 (Herbrand 氏) Eklampsie 病雖是由於腦垂體機能障礙而引起的病症，但 Fanret 氏又以為在沈重的中毒性 Eklampsie 亦可輸入皮質荷爾蒙去治療。

10, 其他病症: Thaddea 及 Stoermer 氏報告在 Konstitutionelle Asthenie 病，應用皮質荷爾蒙亦甚有效，最近 Thaddea 及 Hampe 氏又以為在 Essentielle Hypertonie 症，使用皮質荷爾蒙有極佳之實驗，此外 Verzar 氏主張 Colic 病亦是由於皮質機能障礙而起的病症，可應用皮質荷爾蒙去治療，其次在 Wundshok 症，亦發見皮質機能不足之徵象 (血液濃化，血壓低減，對於麻醉藥的靈敏等) Riml 氏以為輸入皮質荷爾蒙對於其效力甚好，且對於大手術之前更可給以皮質荷爾蒙去預防。

11, 近年來對於肝臟保護治療法 (Leberschutztherapie) 換言之，即人工的去增加肝臟的動物澱粉量，亦使用皮質荷爾蒙，且其效力比因素林為佳，又無輸入過量之危險，Eppinger 氏以之治療加答兒性黃疸病 (Ikterus Katarrhalis) 亦發見有效，Von Nettekulle 氏報告在輸肝管發炎帶繼發性肝臟病，輸入皮質荷爾蒙能將其病勢大為輕減。

12, 過度體力運動: 在此血中亦發生 Riml 氏之缺陷物質，表現出副腎皮質機能之不足，亦可給以皮質荷爾蒙去醫治。

此篇講演之用意，即在於報告近年來對於皮質荷爾蒙研究進展之情形及其對於臨床治療上所發生的影響，以供臨床家之參考。

完

創口治療與傷兵救護

國立同濟大學外科學教授

黃榕增博士

創口者，身體表皮黏膜及器官表面不正常之劈開，深淺大小不等之缺口也。依其形成之原因可分之為先天，膿化，手術，機會及腐化五類。先天性創口乃先天所形成，例如缺唇，顎蓋裂開皆此類創口也。膿化創口乃為膿炎自行穿破所成之創口，膿瘍穿破所成之創口即此類創口也。以醫治為目的將體部切開，所得之創口，即為吾人所稱之手術創口；隨手術部有無膿炎，創口又分為無毒及膿性手術創口。機會創口係乘時而生，在不知不覺間受內或外創力之侵襲而成者；吾人所知，創力有三種：機械創力，化學創力，寒熱創力，此三種創力造成之創口皆為機會創口，戰傷創口皆此類創口也。為組織壞死而成之創口稱為腐化創口，如乾或溼性腐爛，注射壞死所成之創口即此類創口也。

依創口之情狀，形成之時間等尚有新舊深淺合攏劈開挫傷撕傷切傷鎗傷洞穿等創口之分別，余不欲在此詳論，以占寶貴之篇幅。

醫治創口有四大原則：

- 1, 莫加創口以損害，
- 2, 消除既入創口或既成之損害，
- 3 癒合創口，
- 4, 顧慮體部將來之功用。

壹：莫加創口以損害：對於此點應注意以下二點，1, 應用無毒法 (Asepsis)，2, 戒除機械，化學及寒熱損害。

一，無毒法：自西摩維司氏 (Semelweis, 1840)，百斯督氏 (Pasteur, 1861)，立斯脫氏 (Lister, 1867-1871) 等學者相繼研究之後，知疾病係病微生物在作祟，乃有抗毒法 (Antisepsis) 出現。及霍沙氏 (R. Koch, 1881) 證明微菌之存在，抗毒法有所依據，乃更發達。但吾人知道各處各物都有微菌，因此抗毒法乃向一切轉須與創口接觸的東西，如器械，病人表皮，醫務人員的雙手等，進而用無毒法，且由藥物抗毒法轉為物理的無毒法。經比克曼氏 (Bergmann)，舍米布式氏 (Schimmelbusch) 等學者研究之後，無毒法乃更發達。今日外科之能蒸蒸日上，創口治療能有辦法，皆繫乎此。無毒法首重以下諸點：

- A 醫務人員方面消毒，
- B 病人方面消毒，

C 手術器械消毒，

D 手術用布，包紮材料等消毒，

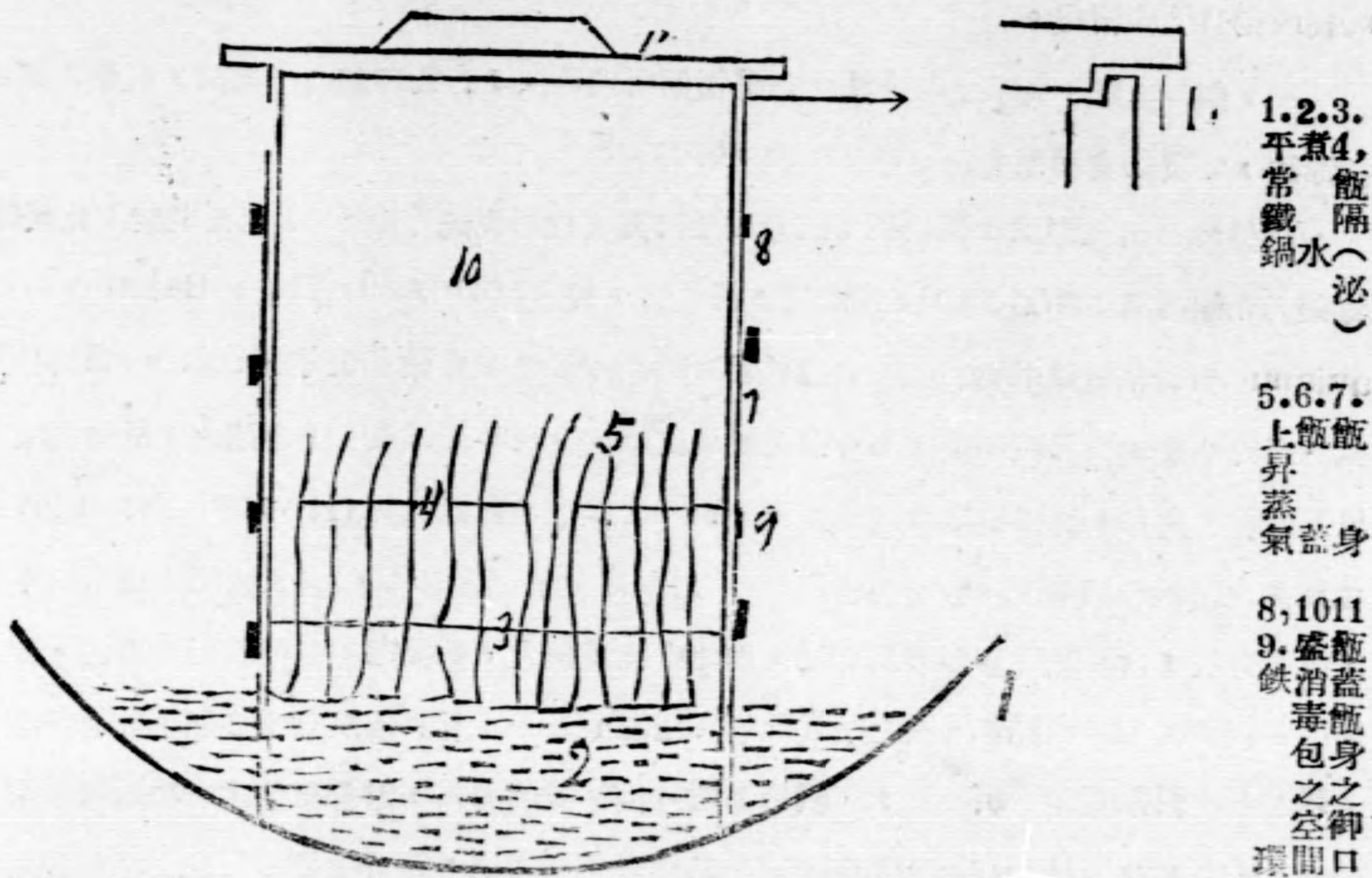
E 手術室消毒，

A 醫務人員消毒：1, 保持雙手之清潔料理雙手之表皮，莫受傳染，因不染毒好過消毒，故於醫院內外工作之雙手莫接觸傳染物品，如染毒包紮料，病部。2, 雙手消毒；手消毒之方法雖極有變換，但費兒布靈偶氏 (Fuebringer) 法仍不失其價值；以消毒毛刷，棕刷，鋼片或其他類似之刷料，沸煮過熱水，多鹼肥皂洗刷前臂，手，手指五至十分鐘，清潔指甲四週，短剪指甲，再如上法洗刷，後以消毒毛巾或布抹乾，繼以百分七十五酒精摩擦或洗刷，或浸於酒精，昇汞或 Hydrargyr. Oxycyanat. 內。3, 穿消毒手術衣。4, 戴手術帽及口套。5, 戴消毒橡皮手套。橡皮手套之消毒，前方救護用昇汞浸不久即使用者極多，此法不妥當宜沸煮後使用，否則亦須久浸，多用過之手套尤須如此。用後手套不宜以 Lysol 沖洗或浸，因 Lysol 損壞橡皮，使其脆裂，且易使其黏黏。宜以昇汞沖洗之，不用時以布抹去水份而陰乾之。若有蒸氣消毒鍋，則用手術衣，否則可以免用，惟無蒸氣消毒手術衣則以不施剖腹或較大手術為宜。吾國所用飯甌，若用相隔一二十公分甌底二層蒸一二小時，可得比較消毒而比較乾之手術衣及包紮料等，不妨試用。

B 病人方面消毒：1. 病人服裝脫換，若醫院無此服裝，亦宜脫下洗後穿上，以減少傳染創口之危險。2. 傷兵由戰線退下，身體污穢不堪，最少須沐浴一次。3. 創口四週宜隨藥物供應之可能，以下列諸藥中一種消毒：百分三五或十碘酒，石油冰清或火油或火酒，百分七福馬明酒精 (Formalinspiritus)，百分七單寧火酒 (7% Taninspiritus) 百分一雷窪奴兒火酒 (1% Rivanolspiritus)，百分二紅汞 (2% Mercurochrom)，百分一昇汞火酒 (1% Sublimatspiritus)。清潔或消毒創口四週之先，須以消毒紗布或棉花遮蔽創口，以免創週不潔侵入創口，加創口以新損害。

C 手術器械消毒；最普通而被用之消毒法有四種：1. 百分一至三蘇打水沸煮十五分鐘，一切金屬，木製器械，橡皮製品皆可如此煮之。有些包紮料亦可水煮。藥品如藥油，凡士林紗布，藥液可隔水煮而消毒之。煮鍋可自製或購自外國，平常飯鍋或定製長方洋鉄皮鍋都可。2. 蒸氣消毒，為節省時間，在軍醫院內無此必要。3. 浸於藥液內消毒，如昇汞液加波力溶液火酒。浸之時間須久過一時，金屬器械不宜浸於昇汞液內，否則將被損壞。4. 金屬器械灑火酒焚燒不甚可靠，但應急時亦用之，惟火酒須相當量，焚燒須數分鐘。

D 手術用布，醫務人員穿戴品，包紮材料平常皆以高壓蒸氣鍋消毒。軍醫院絕少此鍋。若改用稍為改造之飯甌，或有相當成效。甌約如下改造。蒸時甌蓋上宜略加重。蒸好略濕之各包可炕或晒乾之。



1.2.3. 平常鐵鍋
 4. 飯隔水(泌)
 5.6.7. 上飯飯
 昇蒸氣蓋身
 8, 9, 10 飯蓋
 鐵消毒包身
 毒飯身之
 包身之御
 空御
 環開口

E 手術室：軍醫院手術多取用平常房間，但亦須有相當佈置。約言之，約有以下諸注意點：
 1. 房間須寬，傢俱須全撤去，須不藏垢，易清潔，能消毒者為合適。
 2. 不許有傷風咳嗽或有濃炎之人，不關工作之人出入！即保持固有之清潔，重染毒與輕染毒病人分室施行。
 3. 室內空氣本無何凶性染毒，但室內工作人員之談吐總不免撒佈口沫，使其染毒，故工作人員須戴口套。
 4. 創液膿汁及一切附有膿汁物品禁擲於地，以減少手術室染毒之可能。為防萬一起見，手術拾四週二平方公尺內最好墊一塊洋鉄皮，苟有膿汁所附物品墜地亦易除去。

二、戒免機械，化學性及寒熱損害。

1. 機械損害：以藥水用力沖洗創口，以鑷子鉗紗布抹拭創口，以探針檢查創口，拉引瘡緣，鉗夾組織，體部肌肉運動等皆能加創口以機械損害，而於換包紮時隨便搬動病部，強拉包紮料，探針推送填塞料不慎，探針穿過紗布，深入肉內為害更烈，常有出血繼之，故治療創口常宜注意及此，設法避免。多換包紮不利於創口，宜避免之。

2. 化學損害：抗毒藥鮮有不損害組織者，因微菌為單細胞，身體乃無數細胞組合而成，藥液能殺微菌，亦能殺組織細胞也。故藥品之質與量（濃度）須注意選擇。

3. 寒熱損害：寒極則組織死，熱極組織亦不可活，此吾人皆知之；最適宜之溫度為平常體溫，比此較高或較低之溫度都有多或少損害（組織死亡，刺激，生活功能減低），故淋洗液質宜取體溫溫度。總之治療創口宜常考慮溫度，切不可因事小而忽之。

式：消除既入創口或創口內既成之損害：對此有最重要數點：
 1. 創口抗毒，2. 止血，3. 抗痛，4. 阻止創口排液之吸收，5. 限制或促進創口充血，6. 刺激排液，7. 機械排除創污，

8. 促成創口腐肉溶解。

一，創口抗毒：此有五種方法，1, 藥物創面抗毒法，2, 物理創面抗毒法，3, 藥物圍攻抗毒法，4, 發動身體原有防衛能，5, 固定體部。

1, 藥物創面抗毒法：藥物創面抗毒法始自英人立斯脫氏 (Lister) 用石炭酸；此後抗毒藥乃相繼而出，如Thymol, 醋酸羥，海碘仿，昇汞Enkolyptus, 硼酸，Balsamum peruvianum皆會相繼被用為石炭酸之替代品。時至今日，抗毒藥品更不勝枚舉。但其功用不可過於估量，彼可殺微菌，亦可損害健全組織細胞及其抗毒素，上已述之，故研究家乃思有以矯正此弊，冀得能殺微菌而無害於組織之藥品。雷窪奴兒 (Rivanol) Trypaflavin 極稀薄之溶液能殺菌而比較少害於組織，比較為有進步之藥品，多人採用，但來路不易，價亦奇貴，吾人此時不能多所引用。Eusol 刺激極大，欲促進創口排液時可用之。總之須選擇病例施用。灰錳氧溶液之藥溶量不宜超過千份一。昇汞溶液刺激亦強不宜隨便應用。碘甘油，碘橄欖油，碘茶油，海碘仿應用方便，殺菌力強，對惡氣菌尤有功效可多用。百分十Balsamum Peruvianum魚肝油功效極好，可用之，百分十漂白粉凡士林易製而抗毒力強可用之，百分三加波力油膏或與茶油混合，價賤易製，雖新創口亦可用。硼酸對於綠膿菌有特效，若加漂白粉十分一更妙。對於物力維艱之現在，選用此類抗毒藥或無問題。

2, 物理抗毒法：依夫力的喜氏 (Friedrich, 1808) 之試驗報告，創口 (機會創口) 形成六小時後，微菌既竄入組織淋巴隙內，施於創口之藥品即不能及之，故彼主用創口切除法，應用此法創口可無毒而第一期癒合。但強烈而刺激大之藥品可刺激體部，使其充血，因而幫助身體抵抗力之功用，此威則氏 (Witzel) 稱之為「自身抗毒」 (Autoantiseptis) 此且促進創口強烈排液，防止微菌及其毒素之吸收沖出而殺滅之。此種物理的或「簡接」抗毒法與第一次世界大戰稱為Wright用高量食鹽溶液 (百分五溶液) 加千份五枸橼酸鈉而得之所謂淋巴自力沖洗 (Lymphatische Selbstauswaschung Lymphlavage) 有相當關係。羅知氏 (Rogge) 主用百分三食鹽溶液，施帝打氏 (Stieda) 主用百分十食鹽液溶製造此種作用，1:2000之硝酸銀溶液與Eusol有相似之功用。

3, 藥物圍攻式抗毒法：再進一步之抗毒為藥物注射創口週圍組織之抗毒法 (Tiefen-antiseptik)。第一次世界大戰時克笠氏 (Klapp) 認創口四週注射規寧製劑 (Chininderivate) 為創口尖銳化的防毒法 (Verschärfte Prophylaxe)，彼注射 Vuzin (1:5000) 溶液。昇兒氏 (Bier) 則注射 Eukupin。余注射 Myosalvarsan 治水瘡，得到相當結果。Prontosil 對於化膿球菌有相當效用，以之注射創週，或有效用。千份九食鹽千份一灰錳氧溶液可試注射惡氣菌傳染創口四週。藥物注入血道或軟部內亦有圍攻創口微菌之效能，吾人皆盡知之。

4, 發動體內防衛能：吾人皆知注射刺激劑，可發動身體本原抵抗力而增強之。吾人且

創口治療與傷兵救護

可注射抗毒素或漿苗，使體內生出抗毒素，或注入之抗毒素包圍侵入創口之微菌而殲滅之，如注射破傷風血清，球菌漿苗，即此例也。

5, 固定體部：固定體部尤為創口抗毒不可或缺之處置。固定體部，則病部鎮靜，身體之抵抗力能可完整而按步施出，微菌無從深入。故創口無論大小，皆須用固定包紮治之。固定方法詳後。

二，止血：出血過多，大則身體死亡，小則身體抵抗力減低，創口間接受害，故止血為治療創口首要之步驟。前方救護止血不宜作緊搏出血血管來源中樞或邊陲端之處置，因肢體僅可二三小時無血循環，而前方無換包紮站之設備，無人解換包紮，被捕肢體常因之壞死；余在蘇州第五重傷醫院時即曾收如此病例多人。至於肢體炸碎，本須斷切肢體之病例，自當另作別論。仍可保留肢體及體部之創口則僅作一無毒遮蓋壓迫包紮，再固定體部足矣。病人既入軍醫院，則擴大創口結紮出血血管止血。有些創口常多處出血，無可結紮之血管此宜以粗羊線大針結紮創口一側之連皮大塊肉（閱下圖）但仍以固定體部，鎮靜



病部為有效。填塞創口，數日後換填塞料，外加壓迫包紮亦有相當幫助，但須注意其封閉創口，囤積創口之弊端，而於血止後停用之。注射止血劑，如注射易自製造之百分十食鹽水及百分五至十氯化鈣溶液，有助止此種出血之功用，軍醫院可多用之。

三，抗痛：痛可使病人不安，多移動病部，致創口受其損害，故治療創口須注意及此。抗痛方法首重物理的保護病部，其次始及藥品，物理的抗痛法首推固定包紮，病部能安靜，痛即將隨之消失或減輕。其次須注意以下諸點：1, 莫於病體上拉撕固繫包紮料，如膠布，繃帶之撕毀；2, 禁止粗魯動作，如拉引創緣，隨便搬移有創口之體部，以蘸石油或火酒之紗布抹拭創口，隨便填塞創口，致探針刺肉，用力沖洗創口等；3, 阻止包紮料貼黏創口，以銀葉，Billroth's 蓋創口，以消毒藥膏塗創緣，以凡士林紗布蓋創口，用導流管等皆可減免或減輕痛苦；4, 包紮既貼黏者勿強取下，宜用雙氧化氫淋浴，或以昇汞液，鹽酸水，百分九食鹽水或其輕度抗毒藥液如灰錳氧水暖浴緩取之；5, 壞死組織以剪剪除之或用藥品促其脫落，勿強拉之，若有出血，則處置既失當矣；6, 需要時創口宜用麻醉品如 Anaesthesin Ungt. 若用此處置仍不免作痛，則用止痛劑如嗎啡，鴉片酒。此種藥品止痛弊流極大，而嗎啡片為害最大。嗎啡片易吞服，傷兵不少無理性者，不顧嗎啡之利害，微痛者要求服用，大痛者更非按時交服不可，一旦不發此藥，勢必釀成毆打，結果造成極多嗎啡癮者，第五重傷醫院移至吉安即收有由他院轉來此種病人多人。故物理抗痛法外必

需藥品止痛時，宜先用較爲無癮之藥品，如臭膏Tinktura Valeriana安眠劑如Veronal Aspirin等，再不然則注射生理食鹽水以代嗎啡，使病人想像爲嗎啡，而得到心理的止痛。最後於萬不得已時始注射嗎啡。如此或可免嗎啡癮者之成就。

四，阻止創口排液吸收：創口排液不能外出，勢必被身體吸收。排液內滿佈微菌毒素，一經吸收，自損組織而害身體。阻止吸收之法惟有保持或製造創液正當出流，採用導流管以免除創口死角與創滯，擴大創口，製造創口對口，戒用瓶塞狀之填塞，採取適當體位以順液流。多創液之創口且可不包紮醫治之也。

五，限制或促進充血：發炎充血乃身體抗毒之表現，普通言之，可謂有益，但過份無限制之充血則有害，且限制之。限制之法稱爲抗炎法（Antiphlogistia）。冷罩固定包紮，高熱體部包紮，抗炎劑，收斂劑如Aluminium acet皆能收此限制之功。若欲促進充血，使病部腐爛，或促進消腫，則用濕包紮，熱罩包紮，或阻流包紮，用阻流帶，吸孟，熱氣浴，熱湯（生理食鹽水，菊花茶，肥皂水等熱浴創口。）

六，刺激排液：傳染較烈之創口宜刺激之，增加其排液而稀薄之，以達到創污速向外流之目的。Ensol, Dakin氏溶液，百分一漂白粉溶液，Naphthalin Sugar 1:2000硝酸銀溶液，百分五食鹽水皆有此刺激功用。

七，機械除去不潔：目能見之異物，如脫落組織，石，沙，泥，碎布，彈片等以消毒器械，鑷子除去之。創口多膿者檢舉其出口，必要時擴大之；製創口對口於最低點處，以雙氧化氫淋洗。創口向上而無最低點對口者，納導流管而倒或側置病部。有對口之創口穿導流管亦較能引創液外流。

八，促成腐肉溶解：腐爛組織之未脫落者，可用消化藥如Salzaeure, Pepsis溶液或粉狀之Pyrocyanase速其溶解。充血亦有幫助能力。

叁，癒合創口：創口之損害既除則思有以癒合之。癒合之道首重體部生理學理（Wundbiologie）。此有以下諸端：1,用固定包紮鎮靜病部，保持促進其重生力能；2,用濕罩包紮如藥膏包紮，生理食鹽水包紮，授以所必須之濕度；3,用暖包紮，如熱水袋，照熱光燈，晒太陽，照人工太陽燈，創口熱浴，授以相當溫暖，組織充血速長；4,良善營養增其生殖力；5,再加促長肉芽之藥物，則肉芽滋生不已，創口即可短期充滿，長皮癒合，此謂之肉芽癒合一—第二期癒合一—。此種癒合法可用機械的縮小法（膠布拉攏，壓迫包紮等）增速之。茲舉數種速長肉芽藥品於此：乾愛多仿紗布Granugenol, Rp. Argent. Nitr. i, 0. Balsam. Peruv. 10.0 Vaseline alb. 或 Lanolin ad 100.0 m. f. Ungt. Scharlachrot ungt. Pelliol ungt. 其他油類如魚肝油，清茶油。特別激刺結締組織生長者爲礦油（Mineralöl）。肉芽有時過量生長，高出表面，可以硝酸銀腐蝕之，壓迫包紮壓迫之，或以乾燥包紮，如用藥粉，Dermatol治之。過量多血管之肉芽用Adrenalin包紮，有時亦有退下之效。肉芽上長皮程序可以下諸法促進之：1,利用乾燥空氣，2,乾化藥粉包紮，3,熱空氣，不然則，4,用促長皮之藥品如Pelliol, Scharlachrot粉或油膏，5,若皮停長，則間換乾濕包紮，6,若肉芽或皮不長而欲其癒合迅速，則用讓補手術，解放創週皮塊，拉而縫合之，由鄰近取育帶皮塊蓋之，或用Reverdin, Tjerssen, Braun. 諸氏方法種皮。

肆，顧慮病部將來功能：顧慮病部將來功能尤爲醫治創口之要務，否則如腿部簡單貫通槍傷，病人拳腿不之顧，唯創口治療是圖，待創口癒合而腿不能伸，垂成殘廢；又上臂複雜骨折，僅注重其骨折與創口之治療，不顧肩部之活動，待折骨創口癒合而肩關節僵持，臂不能活動此皆顧創口治療，不顧體部將來功能之後果，其醫治之功可謂等於零。故醫治創口不宜忽此一着。（待續）黃榕培在同濟季刊上所發表之論文版權皆屬原著作人。

兒童腹痛之鑑別診斷

前任國立同濟大學醫院小兒科教授

朱傳德博士遺著

兒童腹痛，乃一極常見之症象，考其原因，至為複雜；良以兒童對於痛覺之局限能力，殊屬單薄；而腹部者，乃殆其不快感覺之中樞歟？故其意義，亦至混雜；吾人於其鑑別診斷，應詳加考慮與分析，庶不致誤會。

就臨診上便利起見，得將其病例概分為二大類：

A 於兒童期間之所不見或鮮見者

1. 胃潰瘍 *Ulcus ventriculi*
2. 胃癌 *Carcinoma ventriculi*
3. 急性胰壞死 *akute Pankreasnekrose*
4. 膽結石症 *Cholelithiasis*
5. 子宮附件疾患 *Adnexerkrankungen*
6. 脊髓癆之極期 *Tabische krise*

以上諸疾患，除於文獻上，偶有一二病例（如年長兒之偶患膽結石症）記載外，概屬罕見，故於兒科臨床上，可少加注意。

B 於兒童期間之較易見者—此類病例，於臨床上，極屬重要，故特再分為三中類及若干小類以檢討之：

I 腹痛之有腹部病變檢得者：

a 應亟時施行剖腹療法者：

1. 蚓突炎 *Appendizitis*

就年齡素因而論，乳兒鮮患此病（惟雖鮮患，苟患之，則亦不易診斷，因其時之典型症象，常付缺如故也）；二歲兒亦少患之；自三歲至五歲；則患者較多；其後以至發育期，患者更多（其罹病率較成人者更高，故於此期間應特留意），其症象為俄然陣發腹痛，隨後劇烈嘔吐（於空腹時亦然）及發熱（通常為中度者，）惟亦可有高熱或無熱）上述三症象，其於他疾患（詳後），亦可有之，故將其特點略述如下：

（甲）突然自發之腹痛，常為限局性者，其部位（除 Mac Burney 氏點或其上部外）可隨蚓突炎之異位而不同：

（1）臍部或胃部—尤於六歲以下之兒童為然。

(2) 於小骨盆內一常併發急後重 Tenesmen 及粘液便此處須實施肛門檢查。

(3) 肝下部一可有黃疸及顯著之 [ulikan 尿症] [ulikanurie] 於肛門檢查，其屬痛點常位於蚓突之起源處；腹壁肌緊張，不僅限於腹直肌上部，於其下部，亦頗顯著。

(4) 苟蚓突位於盲腸後者，則其痛點常位於後腹壁。

(5) 苟蚓突位於膀胱之傍，則小便時有痛感，惟尿質概屬正常。

于單純性蚓突炎，可無腹痛現象；反之如於結腸炎，迴盲腸結核，腸套疊 Darminvagination 右側腎盂炎及右側胸膜肺炎，亦可有顯局性腹痛。

(乙) 腹痛部之壓覺過敏——痛感之增強，除因加壓外，並於壓力驟弛時（即手指突離腹壁之際）亦然，檢查時應由左而右，自上而下，以資比較，於驚懼之兒童，須靜待其不哭並其腹壁無有意識之緊張時，始行之，年長兒之壓覺過敏，可因恐懼開刀而分散，或因多問而引起感應。

於輕症之蚓突炎，應將患者之右足伸直而股關節微曲之際調查之，較為可靠。苟無嚴重症象而腹壁全部呈輕度之壓覺過敏則此類病例，大半並非蚓突炎，此種現象，常見於膽小或神經質之學童，惟其病原不明，腸與糞便均無變化其症如於空腹時，內服人工瀉鹽或二滴到五滴之薄荷酊，則每奏奇效。

(丙) 反射性腹壁肌緊張——於蚓突周圍炎成立後始有之，其時腹壁反射減退或消失，惟此現象於絞窄性腸痙塞亦有之。

(丁) 其他症象——常便秘；苟通便，則常呈粘質；於開始時，尤於乳兒，可有腹瀉症象，其他如靜呆，起立困難，雖發熱而顏色蒼白，脈搏奇快（較其時熱度之所應有者更快）及白血球增多（苟白血球數超出二萬則表示膿腫形成；白血球數減少而脈搏奇高，則有洞穿形成之可能性，非佳兆也）等

(戊) 兒童蚓突炎極易洞穿以致形成瀰漫性腹膜炎而死亡，其徵象可驟然啼叫而劇烈腹痛，嘔吐，皮膚呈蒼灰色，腹病面型（如面態憂懼，尖鼻與目光虛幻等），脈搏增速，腹壁壓感及緊張之增強與擴大；更多病例，乏特殊症象，僅連續嘔吐，腹壁肌緊張與痛感之進展，強度之膨脹（有時於瀰漫性腹膜炎成立數日後，始發現之）舌乾燥，發熱，脈搏增速，漸形顯著之腹病面型以至虛脫耳。

2. 腸套疊 Darminvagination

就年齡素因而論：二分之一之病例，發現於乳兒期（其半數，苟無適當治療得於二三日間，即告斃命）且尤以男兒為多；四分之一之病例，散見於其他童期間；其於餘病例，方為成人所患，故腸套內者，乃兒童期間之典型腸痙塞 Ileus 也（其他種類之腸痙塞，於童期間，並不多見）。

其症象除初始無熱（或僅微熱）外，餘可分二類以檢討之：

兒童腹痛之鑑別診斷

(甲) 急性病例

俄然有劇烈而陣發之腹痛（於年長兒得局限之），惟無壓覺過敏，有歷一二日後始劇烈腹痛，而後能消失者，則屬鮮少。

嘔吐——初因反射作用先將胃內物吐出；隨腸內物如膽質糞便等，亦得嘔吐，其時腸阻塞上部之蠕動增強而呈痛性腸強直，苟套疊部位為迴結腸並而腹壁鬆弛時，則此類現象，得於臍部附近目觀之，尤於疝痛發作時最為清晰，血性便屖一初常缺如；後則因腸道偶通，可有血性或血粘液性便屖排出（於肛門檢查，得因早先已有血粘手指而診斷之）苟套疊部位較高，則血性排洩物，常告鮮齊或缺如。

腹壁於開始之廿四小時，軟而並不隆起；後則呈膨脹及壓覺過敏，並觸摸時有反抗動作

臍形腫脹一於發病數小時後（膨脹未形成前）即有之。四分之三之病例，於施行麻醉後，可摸得之，惟苟係小腸套疊，則常不易摸得。

(乙) 慢性病例

因此處之腸套入部於長期間受損較微，故僅呈疝痛，腫脹及不全腸塞等現象

(3) 十二指腸潰瘍 *Ulcus duodeni*

就年齡素因而論於初生之數月間即可有之都係由幽門痙攣或其他原因所引起之饑餓而促成者也

其症象可為吐血及持久之嘔吐（常見於半歲後蓋其時瘰癧性狹窄始形成故也）有時候得於洞穿性腹膜炎發生後，始發覺之其時呈劇烈腹痛，嘔吐，發熱及腹壁緊張等，因此病之罕有故常疑想其為蛔突炎。

4. 急性壞疽性 Meckel 氏憩室炎 *akute gangraenöse Divertikelentzündung* 設先前未經X光檢驗證實其有憩室或憩室炎時，則因其症象與蛔突炎幾無區別，其診斷僅得於手術時確定之。

5. 腸系膜或卵巢之囊腫莖捩轉 *Stilorsion des Mesenterial- od. Ovarialeystoms* 苟囊腫之存在，早先並未察覺，則其症象，可與腸套疊或其他腸痙攣相混誤，惟以同屬亟需施行手術者，故其鑑別診斷並不重要。

b 不應施行而應避免剖腹者：

1. 回歸性醋酮血症性嘔吐 *Das irekurriente acetonaemische Erbrechen*

患者通常為自四歲以至八歲之兒童；二歲以上與十歲以下者，亦偶患之；於乳兒期間是否亦患此病，尙屬疑問，

其症象為陣發性劇吐，痙攣性腹痛，醋酮之由呼氣（呈蘋果氣味）與尿之排洩以及酸

重之一般病象。其診斷可以先前之有類似發作為出發點。

2. 於糖尿病之昏迷前期 Praekoma 常併發劇烈之腹痛惟應注意者，其時並有大呼吸，醋酸氣味，眼球軟柔及血壓低落等象；且苟經注射胰島素後，此等症象，得與其時並見之白血球數降落與微熱等，一併消失。

8. 肺炎雙球菌及連鎖菌性腹膜炎。

於乳兒期間已有之，若 Huebner 氏所述之膿性漿膜炎，即屬肺炎雙球菌性者也其診斷極易錯誤蓋腹部膨脹可有之，惟腹壁肌緊張與壓覺過敏，則常不顯著苟伴發呼吸呻吟與鼻翼扇動則類似肺炎苟有腹瀉，則又似急性腸疾患，如嘔吐異烈並呈膽質者方能略示蘊奧，但苟便秘，則又類腸痙攣，故遇疑症，可以細針於濁音顯見著處，抽驗之。

乳兒期後之兒童亦患之，因治療適應症之不同應與蛔突炎性腹膜炎相區別茲略述其要點如下。

(甲) 病歷 無蛔突炎前驅症象。

(乙) 肺炎雙球菌性腹膜炎之患者多係女性，且都係由陰道上升傳染而來故先前有白帶或陰唇炎，於陰道分泌物中可驗得肺炎雙球菌，先前之匍行疹或呼吸道疾患亦時有關係而應加注意者，但不常見之，於男童罕患此病，苟患之，則亦都由肺炎雙球菌性蛔突炎而來（此處應照蛔突炎治療之）。

(丙) 其症象常由健康突然發生強烈腹痛，嘔吐，腹瀉，面容衰頹，高熱，輕度膨脹及瀰漫性腹壁緊張（其緊張程度，不若腹膜炎者之甚）。

(丁) 除重症得於一二日內，即行斃命；餘則歷數日後，其症象得漸消退而成膿腫（一部份能於臍部自行穿洞，向外排出）。

4. 腎旁炎性膿腫。

先前常患癆病 *Fuunkulose* 其症象可因膿化而發熱並腹痛（以肋弓下之腰部為最），尿內常呈血膿球及尿白質。

5. 腸疝痛 Darmkolik

尤於乳兒之消化不良症為常見，其症象為突然發作雙腿上縮哭叫甚烈，經通便，甘菊灌腸或腹部施熱後腸疝痛常即消失加壓於腹部（如置乳兒于掌上）亦可痛覺減退而安靜。

其他種類之腸結腸炎亦伴發腹痛其主要症象之可資鑑別者為於初期可無腹瀉，無腹壁緊張，腹壁反射不減退而反亢進及脈搏徐緩等。

卡他性黃疸之前驅期 *Vorstadium des catarrhalen Ikterus* 期於此間可歷時凡二——六日毫無黃疸發現而僅呈發熱疲倦以至無慾狀態一般胃腸症象及腹痛等。

7. 膿尿症 Pyurie

於女童尤多見此症，惟可由尿檢驗證明之。

兒童腹痛之鑑別診斷

8 腎結石症 Nephrolithiasis

其症狀為劇烈之限局性疼痛（常位於患側之腰部而向膀胱及性器管指射者），嘔吐，糞尿閉塞，極易引起膨脹並能引起瀰漫性腹壁緊張（於未膨脹前，腹壁常柔軟）。

其診斷可依據病歷（先前有無此種類似發作），尿檢查（惟於發作初期，可全清淨）及Laewen氏脊髓旁局部麻醉法（麻醉患側之第十二背神經以至第一腰神經，可使腎結石疼痛消失）決定之。

9 腸寄生蟲（尤以蛔蟲）病能引起腹痛以及腸投塞現象。

10 腹性紫癍 Purpura abdominalis

因腸壁出血而引起腹痛及腹壁緊張。

11 於年長女童可因隱性月經laente Menstruation而發生腸痛。

腹痛之有腹外病變檢得者——此類病例更易遭遇，舉凡各種發熱性感染 Injektion 於兒童期間，每因反射作用等，引起腹皮感覺過敏而自訴腹痛，此點兒科醫師亟應注意

a 因放射作用而引起腹痛者：例如

胸膜炎Pleuritis

心包炎Pericarditis

脊椎炎Spondylitis

股關節炎Coxitis

骨盆之骨髓炎Beckenosteomyelitis

b 其他原因之不甚明瞭者，如

扁桃體炎 Tonsillitis

鼻咽炎 Nasopharyngitis

感冒性感染 grippale Infekte

麻疹之起始Beginn bei Masern

白喉之於危急之心麻痺

百日咳之陣咳後

腦脊髓膜炎等

a b 二類之疾病，因其主要症狀頗易明悉故不必贅述應特加檢討者，其惟

c 右側真性肺炎之初期

其時物性症候可付缺如（尤於中央性肺炎為然），右側腹壁可因內臟感覺神經反射作用，發生限局性痛覺過敏，甚至若有肌緊張現象以及下腹壁反射之暫時消失，致與蛔突炎之症狀相類似，所可區別者，此類病人，常臉呈紅潮，呼吸短促（右側肺呼吸動作減弱，惟右腹部並不減弱）於起坐時有呼氣性呻吟，鼻翼扇動

及微咳等象經X光檢後則診斷更易而且確

III 腹痛之無病變可檢得者

除雖有病變而易忽視者（如腎結石症十二指腸潰瘍及胃運動與分泌障礙）外，有腹痛而實乏病變者 *Bauchschmerzen sine materia* 復發性年長兒臍部痙痛 *recidivierende Nadelkoliken der älteren Kinder* 常發現於自（二歲以至）四歲以至十歲之兒童（都係女性，且其家族之神經系統概為不健全者）發作時，臍部呈刺痛，無熱，少嘔吐，腹壁並不緊張無感覺過敏，常便秘，患者之血管神經，極不安定，故有皮膚畫痕症 *Uremographie* 顏神經現象 *Facialisphaenomen* 活躍之，腹壁反射及直立性 *orthostatisch* 反應之傾向應用 *Atropin* 有時可消除之

附論（一）任何兒童腹痛，應顧及其時之年齡因素注意其他症象及病變，始能診斷

（二）治療適應症之應否亟時施行手術，須另屬外科，但兒童科醫師應早加考慮及注意，以便轉科治療，蓋因某項疾患之預後與手術之遲早具莫大之連鎖關係故也

附誌 上文係朱教授之未成稿而承朱夫人命埤整理者，本擬早付藏事，惜以才力不逮，且多遺流浪，致未克如願以償，近季刊社徵稿於埤，深感此文之修訂，更不容待，爰於課診之暇，草率從事，繕就後，又感畫蛇添足，不符遺意；但為紀念朱教授逝世週年（五月十二日）計，敢將此文，供諸同仁鑒核留念焉！陸福培謹誌於民國卅年五月

五日

施行 Basedow 大頸子手術時 之局部麻醉法

毛文賢譯

漢堡 F. Höllenbach 氏對其切除甲狀腺腫大之純熱經驗有如下之報告。氏謂病家經 *Morphin-Skopolamin* 酪醇麻醉後即可應用局部麻醉法。所採用之麻醉劑為 1% 之 *Pantocain* 溶液，至於普通所添加之副腎素則以 *Corbasil* 代替之，蓋副腎素製劑每易引起甲狀腺素中毒故也。注射麻醉劑時可無須浸潤。蓋僅開刀區域。治者至今尚應用之局部麻醉法，係將針頭刺入甲狀腺葉下面大血管與大神經散佈之區，而氏却在行手術剝離組織時將麻醉劑浸潤入單純之組織層內。當大頸子行手術也，麻劑之浸潤分入兩層結締組織腔內。其一為皮下結締組織間隙，另一則為短頭肌後邊之大結締組織腔，該處即為甲狀腺之所在地。先自正中注入麻醉劑，使皮下結締組織腔全為充滿。一俟注射完畢即將皮膚切開，先使皮膚與闊頭肌分離，繼將皮膚逐漸向上剝離！然後再將麻醉劑沿正中線注入肌肉後面之結締組織腔中。針頭可在肉下面左右移動，既不至刺入大血管，亦不會刺入甲狀腺後面。麻醉溶液經用力注入後，即在疏鬆之結締組織中均充勻分散整個甲狀腺因而全被潤浸也。

德國捕滅花柳病方案

民國二十九年九月三十日在昆明醫師公會演講稿

杜 公 振

德國捕滅花柳病的方案實施到現在不過十幾年的功夫，但已大著成效，中國現在花柳病流行甚厲，其捕滅已屬刻不容緩，德國對付花柳病的方法，似亦值吾人之參考。

德國政府於一九二七年頒佈捕滅花柳病法規其大意花柳病必須受醫尤其是有傳染性的，若不自動受醫即被強迫執行並且治療到病愈為止，法律並且規定只有大學醫科畢業領有開業執照之醫師始得診治花柳病此點甚關重要，說到此處不能不略提德國醫生之種類有正式開業醫師他於大學畢業後，再實習數年即可領得醫師證書所謂ap. Obierter Arzt是也此外尚有如中醫類似的醫生他們治病不根據近代科學也沒有入大學，他們治病，有的用日光有的用礦泉有的用食物療法所 Naturheilkund；他們沒有醫師執照也不能稱Arzt只稱Heilpraktiker這種人雖不科學但竟有人信仰他尤其是年老婦人之流就同中國人有信仰中醫甚或巫婆一樣，國家對他們取放任態度人人有信仰自由，病人找那個醫生治療有病家的自由，若病不好，那算活該受罪譬如胃病糖尿病一類的病，病人可隨便找什麼人用什麼方法治療病治好固好，病不好，國家不過少了一個健全的分子，尚不至直接危害別的國民，所以國家對這般江湖醫生仍採放任主義，但是對傳染的治療是不放任的，因為一個人得了傳染病，損害他個人的健康還不要緊，且能傳染給他人而使多數人生病；所以國家不能不嚴厲對付。

花柳病是傳染病之一種，病人也就是傳染的根源(Infektionsquelle)所以花柳病的治療是帶強迫性的，單是治療而治療不得法，還是無用，不但病沒有治好，使病人仍為傳染的根源，並且把根本治療的機會錯過了，所以花柳病只准由領有執照的醫師治療。

欲捕滅或阻止花柳病之傳染第一須先對付傳染病的來源——病人——所以病人的治療很重要，怎樣使病人樂於就醫呢？德國採取的步驟是共勸導一般人民，使他們知道花柳病傳染之方式，花柳病的主要徵象；並且告知花柳病是可醫好的，及其不醫治的危險；使病者肯自動就醫，醫生若已證實花柳病時，應報告衛生機關，並且追問其傳染之來源，以使衛生當局去查究並治療其傳染之來源，以免有人再受同樣傳染，醫師治療須直到病愈為止，免其傳染他人；若病人未到病愈即離去不再受醫時，即由衛生局查究務使病人仍繼續受醫，否則強迫執行之，醫師須警告病人，使他知道花柳病未治愈前是有傳染性的；若病人不顧一切而使他人受傳染時則該病人按法律講有意損害他人健康與傷害同等論罪，總之花柳病一經發覺，則非使之治愈不可，現在在德國內若有人欲結婚須向官廳呈驗健康證書除遺傳病外有慢性傳染病的人是不能結婚的，所謂慢性傳染病即係指花柳病及結核而言這

也是防止花柳病傳染之一法。

我們知道花柳病之傳染幾全由不正當之性交而來，所謂不正當者即指正式夫妻以外之性交而言也，在中國花柳病之傳染幾乎全由宿娼而來，所以娼妓是唯一花柳病傳染原源，在外國娼妓自然亦能傳佈花柳病，但不是唯一的，因為在德國操淫業的尚有旅館的下女，酒館的堂倌，以及低級店員藝員等，他們雖不是正式的賣淫者，但索取金錢的代價或物品，與正式娼妓無異，所不同者為其對象之變更，不如正式娼妓之劇，德國雖有管理娼妓辦法，但到現在還弄不清楚什麼是娼妓，不能給娼妓下一定義，究竟怎樣的行為才算娼妓出賣身體換取金錢的是娼妓，下女一流的人物索取些物品是否也算娼妓？所以政府立法的時候根本把娼妓（Prostituierte）這個名詞不用了，以H.W.G.女子來代表，H.W.G.意思即是常變更性交對象凡這類女子皆受一定警章管理，這類人我們可當作中國的妓女看待，中國有公娼私娼，德國是沒有的；因為他們不承認社會上有娼妓制度之存在，雖不能把他剷除祇認為是社會的罪惡，社會病態。所以娼妓也沒有法律地位，國家既不承認他的存在所以也沒有徵收花捐一類的事情。在漢堡及Bremen等海港妓女雖可公開營業但並不繳納花捐，按人道講征取妓女出賣皮肉的錢未免太殘忍了，凡常更換性交對象的H.W.G.女子，須向警察局或衛生局填一表格聲明願按時受醫生檢查別無他事，他們可在公共檢查他處受驗並不受費，或自就開業醫師請驗，陰道擦片很少檢查每星期一次血液檢查每月一次作者在柏林及衛生局工作的時候，見到有病妓女很少，因為妓女目的為營業，他們最怕染病，所以自動用種種方法來避免傳染，有法律規定，若認嫖客有病時妓女可拒絕要求，所以現在主要傳佈花柳病的人已不是娼妓而是堂倌店員一類的女子了。

國家為根本對付花柳病先從對付不正當性交着手。第一用教育來提高一般人的道德觀念但是沒有多大効力，又用醫學來勸告抑制自己性慾，在德國一般人的心理上以為性慾不應抑制的，同吃飯睡覺一樣應當滿足他，若勸一般沒有結婚的抑制他的性慾這自然是一樁很困難的工作。但是辦不到這點則不正當的性交即不能對付。在上次歐戰後自由主義很盛行，大學裏男女同學自由同居的風氣很盛行。名曰Kameraschaftsbeziehung。尤可怪者竟有不少的人以白濁為無關緊要的病，如傷風一樣過幾天會好的，或如兒童一樣每人都生一次，那時白濁盛行得可怕。後來政府認為不能不過問了即勸告用預防的方法採用橡皮套藥膏一類的東西現在德國的藥房裏，廁所車站旅館酒館以及其他一般人常到的地方，不分晝夜都可買到這類東西，國家又以最便宜的價錢賣給妓女以備嫖客使用，但是此類東西不許公開宣傳。

可惜這種有效的預防方法未能使人人採用有的因為一時疏忽大意有的人因為覺得不方便不願採用，若有人未採用這種方法性交後後悔起來尤其是在酒樓常有的事那時怎辦呢國家為救濟這種人設置救護處（Rechtungsstellen）日夜有人住守，市民行不潔之性交後可立即

德國花柳病方案

到救護處請爲用藥這種救護處當然不是專爲花柳病設置的他的工作尚有救護受傷者等項。

此外國家設立花柳病諮詢處民衆對花柳病之任何問題均可前往請教若病人無力負擔藥費而又不屬任何保險團體時諮詢處亦爲之免費治療。

在查究傳染來源時衛生稽查是不可缺少的，以前治安警察兼辦衛生，稽查的事因爲一般人傳統上畏懼警察所以力事規避致令警察辦事上甚感困難現在此事由衛生局承辦衛生局接到報告有花柳病發現時，病人的治療由開業醫師或醫院負責。如病人已保疾病險時醫藥費由保險機關負擔，否則由公家免費治療。總之病人不會因爲不能付費而不受治療，同時衛生局尚須追問花柳病傳染的來源，有時病人記不清楚何時受傳染，及彼何人所傳染時，則辦理此案甚感困難矣，但若病人只能略述他或她的對象是在那個酒館戲院或那條街遇到的並且此人的年齡面貌衣服皮色等等衛生稽查往往可根據這點去我所指者爲何人，若能指出係住在那裏，那更容易辦了。

衛生稽查的工作平常是在晚間的，就柏林說罷，共有十四個衛生局每區有若干稽查，有的專走馬路，有的坐咖啡館，有的到遊戲場專門留心不規矩的女子，若遇到女子在咖啡館，與不同的男子往來，這女子就可疑了，有時須施茶房一點小惠，請他幫忙，如此把多數的女子認識了以後，稽查接到報告某人的花柳病是由某處怎樣的女子傳染時，他可馬上知道某某女子是有嫌疑，即請其出具健康證明書，稽查的行動是很秘密的，不使人知他是稽查並且他與犯嫌疑的人接洽時，總是以令人不注意的方式在僻靜的地方行之，以免令人難堪。只在不能施行職權時，才請警察幫忙，若可疑之人不到公共場所，而家居時稽查即用通信方式請他或她交驗健康證書通知書的外表絕對看不出是何機關發出的，免同居者得知其秘密，若不肯照辦再通知一次，若仍不肯照辦，稽查即親自出馬向其勸告，若辦不通那即須強迫執行矣但實際上強迫執行時甚少。

衛生稽查是與花柳病諮詢處密切合作的，諮詢處的大門，不是在小巷裏即在小街上，總在僻靜的地方或同商店機關走一大門，諮詢處的牌子也很不顯明，只寫男子諮詢處或女子諮詢處字樣，目的是不令人注意，使人走過他的門也不易知是何機關免令人因怕人注意而不進去。

到了現在德國捕滅花柳病的運動已有成效，究竟花柳病減少多少，統計學的數目字，我手中無書可以稽核，只知道梅毒已大大減少了，白濁亦然更性下疳即在大海港如漢堡者，亦不易見到，大學裏花柳病教授很着急沒病例給學生看，作者在漢堡時St. Pauli區水手的初期梅毒被發現了，學生們爭作論文材料。反觀中國花柳病猖獗到何種程度，捕滅運動已屬刻不容緩，其捕滅方法德國之方案未始不可作一參攷，實行起來照作者個人看法有比德國容易之處，因爲花柳病傳染之原源，在中國比較簡單幾乎全由妓女而來，若對付妓女有辦法即易辦理，但也有困難的地方現在人力財力都感缺乏醫藥人材不足，諮詢處一

類設施不易普及，因國民經濟不良病人醫藥之費不易負擔，又無社會保險制度可以補救，若由公家担任恐亦非國家財政所能勝任。至於廢除娼妓亦不易收効，其輕而易舉收效最宏者厥為勸告民衆採用防疾方法，其法不外物理學的如橡皮套之類，化學的：如甘汞藥膏及消毒藥水之類。此法在多數國家之軍隊內早經強迫施用，德國花柳病之減退，歸功於此法亦不小，關於勸導民衆講求個人之傳染預防一節，俟有機會甚願再與諸君商討。

木文作時因缺書籍可資參攷寫多憑臆記草草，寫成錯誤之處定所不免尚乞 明達指示為盼

附 錄

- 一、德國捕滅花柳病法規
- 二、病人勸告書
- 三、華沙妓女防毒須知
- 四、花柳病須知

德國捕滅花柳病法規

一千九百二十七年生效

- 一、本法規所指之花柳病為梅毒白濁軟性下疳，不論發生於身體任何部位皆屬之。
- 二、若自知患有傳染性之花柳病或只認為有病時應向德國領有開業執照之醫師請為治療，父母有為其女子，監護人有為其被保護者求醫治療之義務。
貧困之病人無力求醫或受保險條例所限不能負擔藥費時醫藥費概由國家負擔。
- 三、因實施此法規所產生之衛生工作由各衛生局任之，衛生局應與花柳病諮詢處看護所及其他社會保健機關密切合作，治安警察及公益警察在實施此條例時無論在衛生及保健方面，尤以對於未成年人之保健問題應切實扶持。
- 四、衛生局遇有嫌疑之病人或認為其有傳染之可能時得將其拘留令其出示健康證明書，此證明書須由衛生局指定之醫師填具之或由此醫師檢查之，必要時該病人須屢經檢查。
花柳病若認為有傳染性時須受治療必要時得將病人送至醫院。
告發花柳病之匿名函件概不受理，如告發者出具真實姓名時須先令其口頭陳述，如認為證據充足可靠時始受理之，在實施此條例如一切方法均不生效時得以強迫手段行之，醫師施行手術其有關病人生命健康者須得病人同意後行之，此等手術之種類由政府規定之。
- 五、花柳病患者明知或認為其病有傳染性而竟與人性交時，則認為有意傷害他人健康，如刑律無特別規定，則處三年以下徒刑，此處分只在控訴時執行之，若被告為原告之家屬時其控訴得撤回之，如六個月內不控告刑事部份即不生效。

德國花柳病方案

- 六、若病人自知有傳染性之花柳病而竟與人結婚，在婚姻成立前亦未將其病通知對方時得處以三年徒刑此處分只在控訴時行之，此控訴得隨時撤消若六月內不起訴即不生效。
- 七、花柳病之治療只由德國領有醫師證書之醫師行之，未經親自診查即施行治療（如通信治療）或以講演，小冊，圖畫種種方式以便病人自行治療者皆禁止之。
- 八、醫師檢查與治療花柳病時須向病人說明此病之傳染危險，及第五六兩條所載之刑律並授以政府允准之小冊內載病人應注意事項。
- 九、若病人意圖規避醫師之注意力或治療，又或病人之職業與行為能危害他人時，主治醫師須呈報衛生機關。
- 十、衛生局或諮詢處之公務員若將病人之疾病，病源及其個人情形其因公務關係得悉其詳情而又非法洩露時須受罰金或三年以下徒刑其處分在控訴時行之，其控告衛生機關亦受理之。
若衛生局及諮詢處之醫生將病人情形告知他機關時即認為合法。
- 十一、若以治療或減輕花柳病之藥品器械與方法用文字，圖畫表演或以不顯明之方式以圖售賣而將此種物品陳列於外者，應處三月以下徒刑，及罰金或二者之一，如不與其他地方法律或國家法律抵觸時，上項物品得向醫師或藥劑師宣傳或兜售，或登載於專門之醫學雜誌。
- 十二、預防花柳病之藥品或器具，政府依據化驗結果如認為不適用時，得禁止出售，業經允准售出之物品其陳列，廣告以及宣傳方式，均由政府制定條例以限制之。
- 十三、指定市區或房屋以營淫業者禁止之。

勸告書

（此書在承接治療時交於有傳染性之花柳病患者）

病人姓名.....
 號數.....
 （此聯存醫師處）
 號數.....
 住址 縣、區、
 性別
 年齡
 家庭地位
 （未婚、已婚、離婚、
 寡、孀、）
 開始治療日期
 月...日.....

號數.....
 汝患有一傳染危險之花柳病（梅毒、白濁、軟性下疳）
 汝病何時即不復有傳染危險，汝不能自知，只正式醫師知之，在白濁時須於治療終結後，用顯微鏡再三檢查，在梅毒時須於數年內多次檢查身體及血液。
 若汝經根不治療 汝病可以全愈，若汝不遵醫師之處置，則將有嚴重後果，若醫師認汝已不復有傳染性時始可不再受治療與監視，若汝未經予或他醫師認為已無傳染危險之前即又與人性交，則汝將危害他人，他人雖未必受傳染，但汝亦將受處分，花柳病捕滅法規第五條規定，『若自知或認為自知有傳染性之花柳病而與人發生性行為時即處以三年以下徒刑。』
 若被告為夫或婦又或定婚者時此處分只在請求時執行之。『此控訴六月後失效』

診斷
醫師姓名住址
蓋章
(此聯於年終送交
縣或區醫官)
按此匿名報告為作
統計之用

若此病傳於他人時，按 823 條民法，因此引起之損失應由汝負之。

按國家法律之規定，予有義務向汝擔此忠告。

醫師簽字

年 月 日

按此勸告書應於花柳病已確確定時立即交於病者，如為不成年之病人交其父母或監護人，若疾病診斷不能告知病人時（如嚴重之神經衰弱，自殺危險等）此勸告書亦不交付。

華沙妓女防毒須知

預防花柳病法

欲避免花柳病須備下列物品

- 一、小浴盆（帶坐板）
- 二、灌水器（Irrigator）帶橡皮帶及灣形子宮管
- 三、橡皮注射器
- 四、海棉
- 五、過錳酸鉀
- 六、5% Protargol 液
- 七、橡皮套
- 八、滴管
- 九、凡士林

用法

性交前

- 一、詳察男子生殖器外部有否皮膚變化用壓力時有否濃液自尿道流出
- 二、將生殖器各部用凡士林塗過
- 三、給男子一橡皮套

性交後

- 一、最好立即小便
- 二、用海棉浸過過錳酸鉀液（紅酒色）洗滌陰部
- 三、用灌水器盛過錳酸鉀液洗陰道
- 四、用橡皮注射器將 Protargol 液注射入尿道內（在陰道上）
- 五、指示標客

德國花柳病方案

A、將包皮拉上後用過錳酸鉀將陰部洗淨

B、最好立即小便

C、用滴管將 Protargol 液兩滴滴入尿道

若性交後妓女不將過錳酸鉀液及 Protargol 給男子用時須受嚴重處分

在受醫檢查時須將三個橡皮套，凡士林過錳酸鉀液 Protargol 液及滴管呈驗

此防禦用具在風化警察部按原價發售

按此係譯自一九二〇年之 Blasko : Hygiene der geschlechtlichen Krankheiten 一書，華沙今日是否尚用此法，無法查考只以此法可作參攷故仍譯出

花柳病須知

一、每次非正當之性交均有傳染花柳病之危險，以性交為營業之婦女（娼妓）幾全有病。

二、節制性慾無害於健康

三、過量之飲酒可致引起無數之傳染

四、橡皮套可減少非正當性交之危險但不能完全避免危險，性交後立即用藥水或藥膏亦有防禦功效詳細情形可就醫師處詢問

五、白濁及軟性下疳發現甚早梅毒則於傳染後十日至六星期始見之

六、若生殖器部份只有極小變化（液體流出、痛癢、破皮、潰瘍、裂口、小粘）發現時應速往醫師處（非江湖醫生）醫師可籍顯微鏡檢查知是否已受傳染，早期而合理之治療能使花柳病皆可治愈，早期發現傳染及合理治療可免除嚴重之結果為保證治療之效果確實起見須受長期治療。最少亦須屢受檢查（在梅毒時且作血液檢查）即病人已覺全愈時亦應行之，若忽略此點則將招致重病或因傳染他人而受處罰

七、若不根本治療則將受法律之處分：

花柳病患者若有將病傳及他人之危險時須受強迫治療，為預防病之傳播起見在必要時此治療得在醫院中行之

八、若曾患花柳病，在結婚前應再受檢查

關於花柳病之詳明小冊及文字，可向柏林德國捕滅花柳病協會營業處購買

瘋犬病苗的發明

萬 琛

一八八五年以前，醫治瘋犬病的方法，實在殘酷得可怕，如果沒有燒得紅亮的鐵，又沒有打臘的火藥，可以燒那劍口，使發生自然的結疤，就得用硝酸，硫酸，鹽酸，磷脂，昇汞，硝酸銀，這一類的腐蝕劑，雖然這些不幸的患者，忍受了極大的痛苦，去治療他們的創傷，可是，並不一定能得到良好的結果，來挽救他們的生命！可是，從1885年十一月起，他們獲得了救星，他們不需要再忍受這非人道的醫治，而可以毫無痛苦地保留他們的生命！

偉大的科學家巴斯德(Pastew)氏，拯救了這一批不幸的患者！

從一個被瘋狗咬了臉而致死的五歲小孩的口中，巴氏取了唾液，用水稀釋後，注射入數隻兔，這些兔子在三十六小時內便死亡，再將這些兔的口液注射入傍的兔中，得到同樣的結果，然後再檢驗死兔的血液，這裏，他發現了一種細菌，將牠培養在牛肉汁裡再注射入其他的狗或兔，都顯出了很重的毒性。在這些死去的兔和狗的血液中，同樣有這種細菌存在。

有了這初部的發現後，憑着他的堅強的個性，和科學的頭腦，他開始了進一步的研究和探討，他化費了極大的精力，專門從事於將瘋狗的唾液注射於兔子的事，祇要某處有瘋狗，立刻有電報到試驗室，巴氏立刻雇馬車帶着兔子便動身。

不斷的觀察，不斷的實驗，使巴氏發現了更多的事實，發現瘋犬病的種種症狀，如虛弱，恐怖，呼吸和下咽困難，易怒等都是由於中樞神經而來他說：『細心偵察瘋犬病的現象，似乎是看着那些病菌，在那瘋狂的動物的神經系統裡傳播。頭腦的灰色外表非常興奮，引起憂抑和憤怒，接着就是聲音的變化，再接着就是咽下的困難，然後就是連帶的髓和神經受傷，最後，脊髓被侵，全體瘋癲，這瘋狂的悲劇就算完結了』，『他用消毒了的玻璃管在解剖開的瘋狗的延髓(LerLaengertezMark)中取了一點髓質，用蒸溜水調稀後，注射入狗和兔，這些狗和兔為如注射了唾液一樣，終至死亡。巴氏求出了很大的結果。瘋犬病的細菌，不但可以在唾液裡生活，並且可以在腦裡生活，而且腦裡的病菌和口裡的病菌有同等的毒性』

巴氏並且還設法將瘋犬病細菌注射入兔和狗的硬腦膜裡，最初被注射的兔和狗尚保持正常的行動，但是十八日後(狗在十四日後發作)，便發生瘋犬病的症狀，瘋癲而死亡，用第一兔的延髓注射入第二隻，再用第二隻兔的延髓注射第三隻，以同樣注射下去，瘋犬病的發生漸漸提早了，從十八天減到十四天。如果連續不斷的注射到百次以上，就縮短到七天，或不到七整天，但是到此限度就不能再縮短了，這最後一個死的兔血液，比第一個死兔的血液毒得很多。

巴氏從一只剛死的瘋狗的腦中，取出一片腦質，用燒懸掛在燒灼過而緊密的玻璃瓶內，這瓶底上放有苛性鉀，使瓶內的空氣保持着乾燥的狀態，將這瓶放在攝氏二十三度的室內，於是瓶內的腦髓漸漸乾燥，漸漸失去他的毒性到十四天之後就完全沒有毒性了，然後將它放在水裏搗爛，將搗爛的漿液注射於狗體，到第一日再用十三天的髓來注射，這樣挨次注射，則最後一天用剛死的瘋兔的髓來注射。然後，將這樣注射過的狗，放在瘋狗欄裡去鬥咬幾分鐘，甚至將瘋犬病菌注射到這樣注射過的狗的腦裡去，也不會發生瘋病。

巴氏和他的徒們做了許多實驗，證明瘋犬病細菌如何侵害中樞。在動物的體內培養病菌。將瘋狗體內的病菌，注射到猴子的體內，試驗出瘋犬病菌的毒性也可以一次一次的減弱。如果從這隻兔注射到那隻兔，連續不斷的注射下去反使病菌的毒性一次一次的加強，這樣得出了輕重不同瘋犬病苗，就得到了可靠的瘋犬病苗。

從此以後，各地被瘋犬咬傷的人，都到巴氏實驗室去求治，從美國，從俄國，特地遠道地趕來！

從1880年—1885年間，巴黎各醫院死去了六十個瘋犬病者，從1885年十一月一日以後，即巴氏實行預防方法以後，只死了三個瘋犬病者，此三個中有兩個沒有接種，總計一千七百二十六例中祇死了十個！

關於病毒病 *Virus Krankheit* 之免疫性

高有炳醫師

近百年來因科學之發達，醫學日新月異，傳染病之研究，無論關於病原，預防，或治療，均已得極大進步，然尚有少數之疾病，在昔其傳染方式，及病原體，尚不明瞭者，近來已得稍知其梗概，並發現所謂「病毒」(Virus)者，其供獻于學術實大，病毒為一種病原體，昔因其可通過普通細菌過濾器，故又名「濾過性毒」(Filtrierbares Virus)，其傳染之方式與在體內引起之病變，類似細菌，病毒學最近研究之進步，幾可與細菌學並駕齊驅，惟仍限于技術上之種困難，迄未達理想境地，尚有待吾人之努力焉。大凡吾人研究病原體之目的，不外乎欲先明瞭其發生及增殖之狀態後，再用各種方式撲滅之，以達治療上之目的，此類情形在細菌學上有多例成功，如治療梅毒(Syphilis)之特效藥(Neosalvarsdn)等是，但關於病毒者則付闕如。

如欲用免疫學之知識，以預防診斷及治療疾病，則免疫學之研究，殊屬重要，免疫知識在病毒病學中尚不豐富，因此類研究工作，限于技術上之困難，遠不及細菌學研究之易為，例如由動物或培養基內取出作試驗之病毒，幾皆不單純、常附有其他物體，尤以蛋白質及細胞成分居多，故所作試驗亦往往不準確，但病毒確能引起免疫性，則有例可証，如天花(Pocken)黃熱病(Gelbfieber)脊髓灰白質炎(Poliomyelitis)，麻疹(Masern)等傳染病，乃由病毒所引起，病愈後，患者終生不再感染，其原因即繫於免疫性。

抵抗病毒病之先天免疫性，亦如抵抗細菌病者，依其體質(Konstitution)，素因(Disposition)，種族(Rasse)年齡(Alter)而不同，例如成人于脊髓灰白質炎，多不甚感染，至于先天性之免疫如何生存，此問題尚無人能具體解答。

病毒傳染到人體後之過程，詳細情形吾人尚不十分明瞭 Gins 及 Weber 兩氏曾用痘苗病毒(Vaccinevirus)作靜脈注射試驗，發現病毒在血行中消逝甚速，大部走至脾臟及肝臟內，但骨髓中則甚少，嗣後用脊髓灰白質炎病毒，口蹄病毒，用(Maulund Klauenseusche-Virus)，犬溫熱病毒(Hundestaube Virus)，作試驗亦得同樣結果 Laidlow 及 Dunkfn 兩氏在患溫熱病犬體內發現病毒在網狀內皮組織系統(Reticuloendotheliales System)內尤多，藉蚊蟲傳染之黃熱病在猿體內其情形亦如上例同，由上數試驗得知，病體在患病毒病時，欲用其保護器官以中和病毒，使病毒大部變為無害，如在患細菌病時情形相同，此外尚發現病毒在與其有特別親和力之組織器官中尤多，例如痘苗病毒在牛痘膿泡中，口蹄病毒在口蹄病泡內，此外如嗜神經病毒(Neu

rotrope Vira)，特別在大腦神經細胞內，至于病毒在血行內之多寡，依疾病之種類而異，有時血中絕無，尤在某種情形下，若病毒只依一定之路，侵入其毀滅之器官，則不能久存於血行中，如嗜神經病毒是，此外有時病毒僅在一時期，可在血行中發現，在數種病時，病毒在血行內與白血球結合，例如牛疫病毒 (Rinderpestvirus)

Smith 曾報告一家兔，用痘苗傳染後，病毒在血行中分佈情形如下：傳染後第一日，無論血漿 (Plasma) 紅血球，甚至血之全部，或沖洗過之白血球 (Gewaschene Leucocyten)，皆無傳染性，但由第三日起，在血行中除病毒出現外，尚有一種特殊抗體 (Antikörper)，此種抗體可以中和病毒，故全部血液之傳染性，甚為微弱，反之沖洗過之白血球，則有強實之傳染性，因病毒俱藏于白血球內之故。

有數種病毒病，其經過在臨牀方面僅為輕度甚或毫無病狀，大概由於患病者，感染性之程度不同所致，此類情形可在脊髓灰白質炎症中見之，許多病人毫無顯明症狀，但在鼻粘液中，可發現病毒，同時可證明血中有病毒中和物體存在，Stocks 氏曾作一統計，即脊髓灰白質炎、具典型臨牀症狀及經過之病例，與僅有潛伏經過及免疫性者之比例為 1:100，即有潛伏經過者多于有臨牀症狀者百倍，在嗜眠性腦炎 (Encephalitis lethargica) 時，其比例為 1:800 或更高。

自然發生之病毒病，治療後所產生之免疫性、多為永久性，甚或終身有效，如天花，黃熱病，脊髓灰白質炎，流行性耳下腺炎 (Mumps) 麻疹，犬溫熱病 (Hundestaup-e) 豚疫 (Schweinepest) 等，此種現象在小兒傳染病時特別顯明，但在由細菌引起之疾病時則屬少見，然亦有病毒病之結局為死亡，故是否亦有免疫性產生，則尚不甚明瞭，免疫性吾人可用人工造出，但遠不及在患天然發生之疾病時，所生之免疫性之持久，此外有一部份病毒病，其免疫性為暫時的，甚或根本缺少，例如流行性感冒 (Influenza)，感冒 (Schnupfen)，單純性疱疹 (Herpes simplex) 等，最奇者乃單純性疱疹，有人能連續患此樣病多次，在其體內亦可證明有抗體存在，反之家兔經過單純性疱疹傳染後時則具完全免疫，其原因今尚不明，

關於為何有免疫性存在之問題，有許多不同之解釋，初時有人以為若一人重復感染同樣疾病時，可以保持及增強其免疫性，但此種學說，亦非可靠，吾人知患過黃熱病之人，久住在無黃熱病之地方，在其血液中，仍可以證明有許多中和病毒物體存在，並且仍可永久免疫，但感冒 Schnupfen，感染多次後，其免疫性並不增加，又有人以為免疫性之存在，是由于病毒潛伏在已感染之體內所致，例如已患痘苗症之家兔，血行中雖然有抗體存在，但痘苗毒仍能存留數星期之久，在鷄類感染性軟疣 Geflügelpocken 病中，亦有同樣現象，唾液腺病毒 Speicheldrüesenvirus 在通常一定之情況下，幾在各個天竺鼠身上都可發現，此等動物對新傳染具免疫性，但未患該病之幼天竺鼠，得人工傳染後，往往得喪

命之結果，又患傳染性貧血症 (infektioese Anaemie) 之馬，若治癒後，馬血雖在十四年後，仍舊可以傳染他馬，此類情形吾人亦可在植物界中發現，例如一種植物，當其 M 鑲嵌病 (Mosaikrankheit) 治癒後，再將其潛伏毒素，抹到其他植物葉上，在新宿主體，短期內即發現同樣病症，至于潛伏之病毒，對於免疫究竟有何種關係，尚待進一步之研究，但無論如何潛伏之病毒，似非多數病毒病免疫性之唯一原因，總之在病症經過中血清內產出之特殊中和物，對於免疫確有重大關係，但如何中和病毒，則仍不甚明瞭。

經過許多試驗，証明白血球對於中和病毒無何關係，非如在細菌羣之有噬菌作用，能使病菌變為無害也。

將病毒多次注入病癒者之體內後，在血清內可產生較多並有效之中和物，此類血清似與抗菌血清 (antibakterielle Sera) 之作用不同，中和血清並不能撲滅病毒如抗菌血清撲滅細菌然，是以狹義講「滅毒」(Virulizid) 一字不甚恰當，彼只能在體內與病毒接觸而中和之，使其不致引起病症而已。

病毒與其中和物混合後，其結合情形，甚與「毒素—抗毒素」(Toxin-Antitoxin) 結合相似，結合不十分牢固，可以在下例中知之。

例一：痘苗與免疫血清混合後，皮下注射入免體內，則不能引起任何現象，但若將同樣混合物，注入等張腦內，或舉丸時，可立刻引起病狀。

例二：中和之痘苗，皮下注射于免體內，不能產生任何病狀，但將此痘苗稀釋至十倍或百倍以上，再注射時則仍可使發生病狀，此外用雞類感染性軟疣，單純性疱疹，脊髓灰白質炎等病毒，作試驗，亦得同樣之現象，再則吾人亦可將在稀釋中之病毒，用燭形細菌濾器 (Kerzenfilter) 與其中和物分離。

例三：「病毒—中和物」之結合，用電解 (Kataphorese) 亦可使其分離，

由上三例，可知病毒與中和物之結合，甚不堅固，僅藉簡單之稀釋法，即可將其結合破應，混合物結合時間愈久，其結合亦愈堅固，與「毒素—抗毒素」之結合相同，但不能將病毒撲滅。

免疫血清中之中和物為耐熱性 (Thermostabil)，雖加溫至 55°C，亦不致改變其原有之中和物質。

在病人血清中發現有中和物時，即可知病體會經感染某種疾病，此種發現對於研究傳染病之流行情形，有莫大幫助，例如最近利用此種中和試驗，來証明黃熱病之傳播狀況，已成為研究流行學不可缺少之方法，反之有人在幼年時確未曾感染某種疾病，而在成年期中之血清內，竟含有高度之中和物，此種情形，實難解釋，許多人以此類之免疫性，與年齡之增長有關，即發育期內一切之體細胞，隨之更變，經過發育過程後，體細胞產生中和

物，即不再適合病毒之生存，因此而得免疫，其過程可以最簡單之「成熟」二字言之，一如生殖器官，至成年期時，自然產生生殖細胞相仿，許多動物試驗，確實證明年齡不同，感染性亦異之事實。

免疫血清，人工輸入於病人體內後，能顯出一種特殊之平衡作用，病毒在病體內，可以長期存在，並使病體可容納大量病毒，而不生病，但若由體內抽出少量之血液，或臟器之一部分，再注射於一健康之體內，則病毒仍能引起同樣傳染病，所以病體雖經「被動免疫」(Passive Immunisierung)後，但病毒仍絲毫未變更其性質，換言之，病毒在健康體內，仍能發揮其毒力，由此觀之，在血液或是臟器內存在之中和物，非免疫唯一之原因。

在免疫病體內，除產生中和物體外，是否細胞本身尚有特殊免疫變化，至今尚議論不一，但多數學者，則以細胞有特殊變化之說為是因一已預防接種之人，雖在其血液中，已久無抗體存在，但仍能保持原有之免疫性，——然在組織培養試驗中，似又證明免疫性與細胞本身無關，單純性疱疹病毒只在健康之辜丸組織及通常血液中繁殖，在免疫動物之辜丸組織，及血液中則否，免疫血清可以阻止病毒在健康組織內生長，反之在免疫組織，再加上健康血清，病毒仍可繼續繁殖，大約此種現象，只是在人工培養中見之，在身體內則另有一種素因存在——雖在一含有高度中和物體之身體內，病毒仍保持其傳染性而不變，在下一試驗中見之，病毒Ⅲ (VirusⅢ) 和單純性疱疹病毒 (Herpesvirus)，當其侵入細胞內時，即能引起一特殊之核內包含物，因有此種現象，所以可在其純培養內詳細研究其繁殖程序，在免疫血清及免疫辜丸組織內，並不生包含物。反之，在免疫血清及健康組織內，若免疫血清在病毒之侵入前加入，則無包含物生成，若將病毒先放入組織培養細胞內，稍頃(約十分鐘)再加免疫血清，則包含物仍能發生，此外在沖洗過之免疫組織內，亦得相同之結果，由此試驗，得知若病毒侵入細胞後，免疫血清即失其效用，病毒侵入細胞需時甚短，侵入後，病毒得細胞之保護，俟病毒侵入細胞後，免疫血清即不能發揮其效用，若免疫血清先於病毒注射時，則可防止病毒之繁殖 Sabin 氏曾用牛痘苗及假性狂犬病 (Pseudorabies) 毒作試驗，亦得相似之結果，惟以免疫血清不能毀壞病毒，只能將其固定於細胞內，使其不能繁殖而已，所以此類細胞，自身雖不受傳染，但病毒仍可傳染其他無保障之細胞，在另外之情形下，如曾用免疫血清調理之細胞，經過沖洗後，仍可恢復原有之感應性，意即細胞仍舊可受傳染，中和物質在血清中似有一部被細胞所吸收，是以 Sabin 氏據此試驗主張；免疫血清與細胞在免疫時，共同起作用，即言制止病毒之繁殖及病毒之傳播，血清內中和物體之效用，乃防止病毒侵入，有感受性之細胞，免疫血清附着於細胞表面，成一薄層，以阻止病毒侵入，但若細胞已死，則雖有血清薄層，病毒仍能侵入，(如黃熱病毒是)，可見細胞之在身，對病毒亦有相當作用也。

關於病毒之免疫性

病體經病毒調理後，除有中和素 (virusneutrlisierendes Stoffe) 產生外，尚產生許多其他抗質，如補體結合素 (komplementbindeudea Stoffe)，凝集素 (Agglut-npe)，沉降素 (Praecipitine) 等是，與用異質蛋白調理身體時，所產生者相同，病毒病其已證明有補體結合反應 (Komplementbindungsreaktion) 者，有痘苗，單純性疱疹，黃熱病，口蹄病，犬溫熱，鸚鵡病 (Psittakose) 等，用痘苗調理後之動物血清對於痘苗病毒，天花病毒 (Variolavirus)，有補體結合反應，而對於鸚鵡類感染性軟疣病 (Gefluegelpockenvirus) 則否，此類抗體乃特殊的，專有的，所以實際上抗體結合反應，常用以鑑定病毒之種類，例如新發現之病毒是否和原有之病毒同類，又經過許多動物種後之病毒，或新由培養組織培養出之病毒，是否尚保持其原有之性質等。

凝集反應 (Agglutination)：在患病毒病時，病體亦產生特殊之凝集素 (Agglutinin)，如在患細菌病時然，吾人常用之鑑別病毒，但須注意者，即作此試驗用之原始小體 (Elementarkoerperchen)，必須相當單純及濃集，因此病有多數病毒病症，目下尚不能呈滿意之凝集反應，現已證明有特殊之凝集反應者，有痘苗，煙草病 (Tabakkrankheit)，鸚鵡病等。

沉降反應 (Praecipittiou)：實際上有用以鑑別天花痘苗與水痘 (Varicellen)，及其他病症者；Gordon 氏曾將天花物質，與痘苗免疫血清相混合，即發現特殊絮狀沉澱現象；其反應之詳細程序，現尚不明。

抗體之產生，與中和素之產生，並不平行，故其產量之多寡，與免疫性之強弱無直接關係，此類之抗體反應，因種種技術上之困難，實際應用上遠不及在細菌學上之有價值。

如上所述病毒病之免疫性，為絕對的 (absolute Immunitaet)，或為比較的 (relative Immunitaet)，在預防醫學上，皆有重大意義，其理由有二：若干病毒病其免疫性無論為人工產生，或在病後生成，均足制止新傳染，如天花之免疫性，產生於患病之後，或由人工接種生成，產生之方式雖異，其免疫效果則一，此其一，病毒病之異於細菌病者，為前者無適當之藥劑或血清治療，後者則有之，如治療螺旋菌病，白喉等症，或為藥劑，或為血清，病毒病則否，目下尚無任何藥劑，對病毒病有效，病人復原期之血清 (Rekonvaleszentenserum)，雖有用之者如脊髓灰白質炎，麻疹等血清，但其效用多限於預防方面，或用於疾病初期時，換言之，病毒病若已發作，則治療極感棘手，是以病毒病之預防尤為重要，預防之法，人工免疫最為有效此病毒病免疫性最重要之第二原因，是以病毒病免疫性之研究，近來甚為積極，但其歷史已久，非自今日始也，歷史方面，有須追述者，為病毒病之免疫現象，久已為人所注意，如天花病後之絕對免疫性數千年前已為人所公認，吾國古時已知有人工免疫者，且最先採用痘苗，其法雖屢經改善，但其原理未變，誰謂非吾先人之偉大發明哉，除天花外，病毒病之人工免疫接種有較久歷史，

並用有成效者，爲狂犬預防注射，此二人工免疫法之採用，在病毒發現之先，蓋人工免疫實行已久，而病毒之研究爲近年來事，非如傷寒菌發現後，始有疫苗，病毒疫苗之製作，自有組織培養 (Gewebskultur) 後，技術方面大有進步，大量生產已不感困難，將來病毒病預防疫苗之採用，定必日廣，其於預防醫學上之影響如何，自無待多言矣。

參考文獻 (Literatur)

Gins u. Weber L. Hyg. 82 143 (1916), Laidlow u. Dunkin J. comp. V. Path. a. Ther. 41, 1, 209 (1928), Hudson u. Philip J. of exper. med. 50, 8sJ- (1929), Smith Brit. J. exper. Path. 10, 93 (1929), Stocks J. of Hyg. 3, 35 19 (1932), Cole u. Kuttner J. of exper. med. 44, 855 (1923) Kunkel, Hazvey Cect 1932, 156, Andrwes J. of Path. 31, 6, 71 (1928), Sabin Brit 2 r exper. Path. 16, 158 (1935), Andrwes J. of Path. 10, 273 (1929), Andrewer. of Path. 33, 301 (1930), Sabin Brit of exper. Path. 16, 84 (1935), Haagen Arch exper. Zulp. 15, 405 (1934), Freyer Zbl. Bakt. 36, 272 (1904), Gordon M.R.C. Sp. Rep. No. 98 (1925), Virus u. Viruskrankeiten von Justab Seiffert (1938), Die Virusformen von Franý Lucksch (1934), Guskrankeithu des Menschdn von Richard Birling (1938)

Virus 一字有譯作濾過性毒者，茲據國立編譯館編之細菌學名詞譯作「病毒」

關於同種殖皮法之報告

毛文賢譯

Binhol氏以爲人類皮膚之同種移植法 (Homoeplastische Hauttransplantation) 與血液之特性頗有特殊之關係。依氏之經驗同種殖皮法能獲得良好之結果，雖然在殖民與各種血液之特性間並無一定之重要關係，但有MN血因子 (Blutfaktor MN) 與B型血族者對於殖皮有一更好之成果。關於男女性別方面，氏曾以八塊男子皮膚移植於女子身上，同樣亦以八塊女子皮膚移植於男子身上均獲得皮膚生長之好結果。但以五塊女子皮膚，移植於另一女子身上，結果反不生長。是以性別之於殖皮似乎不佔重要。據該氏試驗：以健全之皮膚殖於健全之創底上其半數病例均能霍然痊癒，祇三分之一之病例係逐漸癒合者。該氏又謂：同種移植之皮膚即使不會生長，但於創疤之形成亦能促進之也。

三年來本校之傳染病

國立同濟大學醫學院副教授兼訓導處衛生組主任

唐哲醫師

目次

1, 緒言

2, 三年來遷校過程中一般生活情況與傳染病之關係

3, 三年來本校所見之傳染病概述

4, 三年來對於本校傳染病之治療及預防

5, 結論

附表 一, 二, 三, 四, 五, 六,

1, 緒言

自民國廿六年夏季至廿九年夏季，依教育年度言，適為三個年度。吾國對倭抗戰，起於廿六年七七蘆溝橋之役，八一三淞滬抗日戰事揭幕，^起校因此開始遷移；其間輾轉於浙贛湘桂諸省，或作數月之停留，或僅經月即又他遷，最後始於廿八年一月，假道越南來滇省昆明，得漸趨安定，以至於今。此三年中，因生活環境之不同，氣候之各異，各人精神生活，更多少受戰事之影響，同時在各地又曾巧遇當地適有各項傳染病流行；^起本校員生之患病率增高，固屬意料中事，而各種傳染病尤甚。作者適担任本校醫務，茲特根據歷年統計，以事實證明上項推斷之不謬，藉供關心學校衛生，尤其是戰時學校衛生者之參考，此作者寫作本文之旨趣也！

2, 三年來遷校過程中一般生活情況與傳染病之關係

我校在戰前，地處吳淞，校舍寬敞，風景絕佳，以在鄉間，距市廛甚遠，空氣及日光無不適於衛生條件。宿舍設備，亦極舒適，因物價不高，膳食甚為豐富。作息有定時生活於規律之中，運動場地，更為寬廣，各種體育上之設備，應有盡有；對於身體之鍛練機會良多；對於各人之健康，裨益甚大。

自八一三淞滬捲入戰爭漩渦後，我校迫於環境，開始內遷。在此三年中，全校員生，恆撲撲首途達數月之久；有時遷至一地，喘息未定，又須整裝就道他遷，可謂生活於顛沛流離之中；即或暫時安居，其生活條件，亦遠在曩昔之下，茲分別述之：

淞滬戰事揭幕於八月中旬，適值學校暑假，本校員生多有離校返里者；且事起倉卒，故衣履等件，遺失者居多數，亦有因家鄉淪為戰區，各物於家中失去者，又有於遷校過程中，行李運輸較緩，人已到目的地，而衣被尚未到達，無從利用者，戰後物價高漲，各人經濟力又多較平時為窘迫，故添置亦不易。多數人均無法添置，勉強敷衍，作者曾於戰多

在宿舍中見僅衣單衣，或臥榻僅墊一草蓆者，又盛夏時蚊蚋叢集而無蚊帳者。衣被爲禦寒保身所必需，今竟付諸闕如，雖可勉強支持於一時，而健康上所受損失，實未可勝計也。

至於膳食，則亦受戰後物價影響，較昔爲劣。在浙贛桂等省時，以飲食各物，概係土產，所漲無幾，一般營養尚可。自去歲一月來滬後，一切食糧菜蔬，隨其他物價，如飛上騰，米價竟漲至每石百元，後雖經平價並售公米，仍須每石國幣六十元左右；而其他食物，則仍奇昂。學校膳食每人每月僅十六圓，廚房既不能作賠本生意，則微有將質量減低。作者曾於去年四五月間親身嘗試此項飲食，幾純係素食，脂肪蛋白兩種營養料中要素，極爲缺乏，且味極惡劣，頗有難以下咽之概。無論其營養價值如何，至少使個人食慾減少，不能多進，在量的方面，已直接受其影響。經濟寬裕者，固另謀饕餮之道，而大多數經濟困難者，則難免營養不足矣。

我校同學衆多，數在千人以上，每至一處，宿舍問題，輒感困難。無論當地機關免費借用或出資租賃，事實上頗難尋一寬廣敷用，而能適合於衛生條件者。故類易湫隘不堪，常因人多屋少，輒須多人擠住於一小室，兼之窗戶狹小，致空氣污濁，或以建築簡陋，多有不能蔽風雨者。亦或有因地勢低窪，又無地板，以致終年潮濕者。至於各種有害健康爲傳染病媒介之虫類，如蚊、蠅、蚤、虱等，猶再所難免，而夏令尤甚。附屬於宿舍之浴室，廁所等衛生設備，更屬簡陋已極，距理想條件甚遠。凡此，皆事實上之困難問題，不易解決者。

在遷校過程中，每次遷移途中，各人生活，更感種種痛苦。由上海遷金華（廿六年九月至十月）及由金華遷贛州，（廿六年十二月至廿七年一月）雖均有火車及民船代步，但值此抗戰期間，各交通路線，公私來往，運輸頻繁，交通工具，時感缺乏，擁擠之狀，難以筆墨形容。各處旅店又時有客滿之患，往往勞頓終日，夜間無法安眠休息。同時，飲食之供應，亦常感缺乏，一切生活，均失常態。尤有甚者，由贛州遷（廿七年十月至十一月）八步及由八步遷昆明（廿七年十二月至廿八年一月）兩次遷移中，因公路交通之一段，汽車價昂，無論學校或個人，均無力担负此鉅大旅費。故大部份同學，尚須步行一部份途程，事前雖曾檢查體格，甄別其勝任與否，並於途中設有醫藥站，處理不可謂不週；但長途步行，究非素習，且櫛風沐雨，風餐露宿，在所難免，對於各人之身體，終難免於過度疲勞。

再就各人精神生活而言，固然吾人應於此抗戰建國復興民族的大時代中，望祖國前途鼓舞精神，向前邁進，個人疾苦，原可咬緊牙關，儘量忍受。然家在戰區，噩耗時傳，財產被毀，人口傷亡，甚或已淪陷於敵人之手，痛遭敵軍蹂躪；人非木石，孰能無動於中；又或因家庭受戰事影響，致消息不通，而經濟來源斷絕，本身生活，立成問題。且今日之戰爭，爲立體之戰爭，無論前方後方，隨時可受敵軍威脅，隨處可遇令人恐怖之敵人空襲。

凡此種種，皆能影響於各人之心理精神，生活常趨緊張，未可與平時同日而語也。

三年以來，輾轉遷移於浙、贛、湘、桂諸省，大部份員生，並曾短期經過越南，於廿八年一月得抵昆明。各地氣候迥異，難於適應，尤以廿七年夏季在贛州時，當地炎熱異常令人難耐；廿八年春在昆明，氣候極為乾燥，又以昆明為一原高地帶，拔海近兩千公尺，氣壓較低，初到者多感不適為甚。

在遷校過程三年以來，所經各地，適遇各地之流行傳染病。本校員生生活於其間，自難免受其影響，而流行傳染。如廿七年夏秋間贛州流行之所謂「贛州熱」在昆明則廿八年春夏間流行猩紅熱，繼以霍亂及所謂「昆明熱」，廿九年春夏間之傷寒及流行性脊髓腦膜炎等症，其最著者也。至於瘧疾及痢疾，則每症入夏秋間，蚊蟲蒼蠅活動之時，隨時隨地，均有傳染機會，無待言矣。

綜觀上述各項，則本校員生於抗戰後遷校過程中三年以來，一切生活條件，無論衣、食、住、行各方面，均在平時生活水準以下；益以精神生活之不如平時愉快，各地氣候之難於適應。換言之，即吾人身體對於各項傳染病之抵抗力減低，更於各地累遇各種傳染病流行，傳染病機會增多；則傳染病患者較平時增加，自屬意料中事，不足怪也。

3. 三年來本校所見之傳染病概述

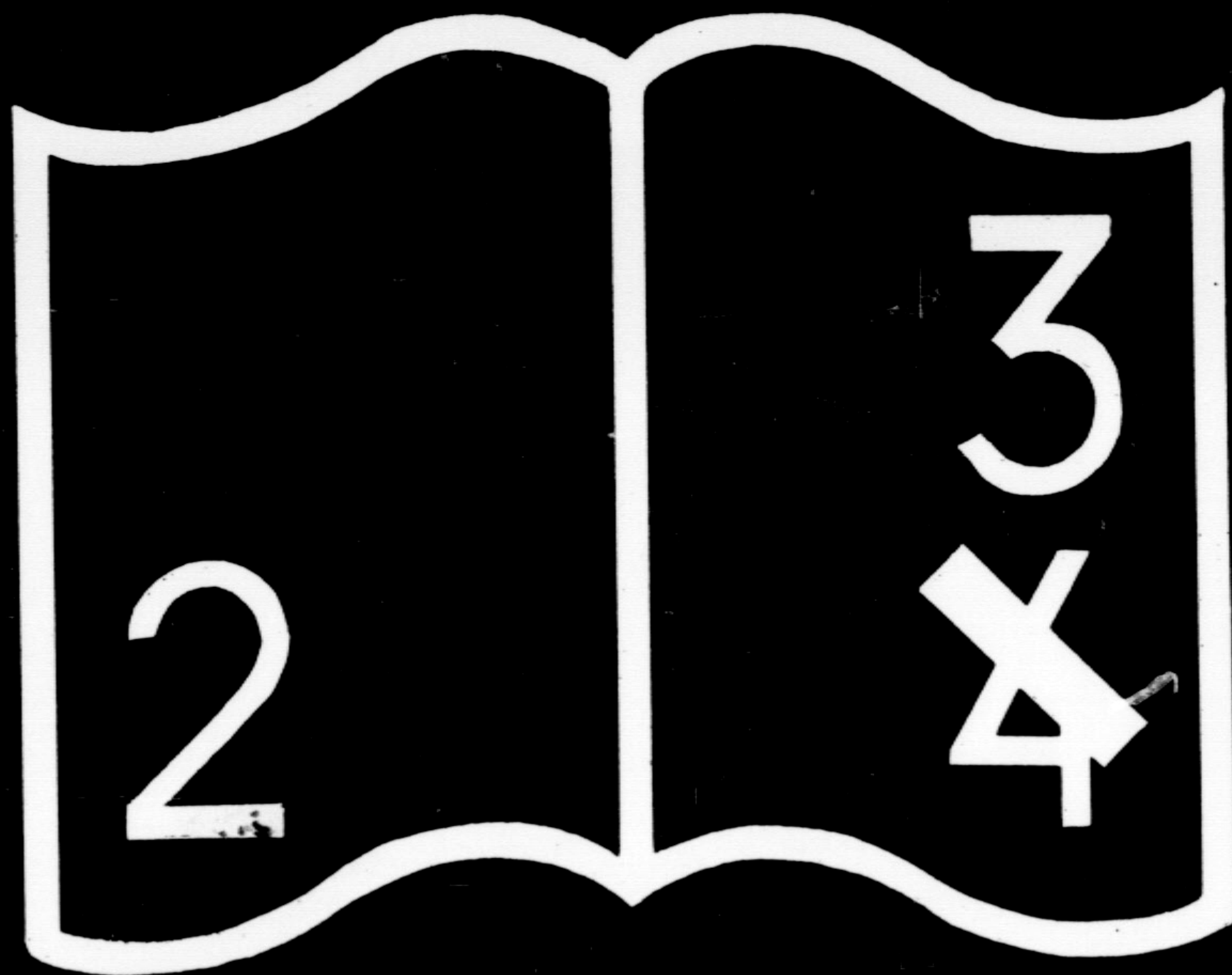
本篇所述，概係根據三年來確實紀錄及統計。各症例均係經本人診治，一部份因環境及設備關係，無法收容治療之患者，亦係事先經本人診斷，而後送往醫院（在全數中佔絕對少數）治療，事後經查詢，診斷無訛者。至於在遷校途中，隨時因病而就診於當地醫療機關，或患者自亂向校外醫療機關求治，而未來本人處診治者，概未計算在內。此種情形，雖佔極少數，由此可知本校三年來所見之傳染病實在例數，祇有較本篇所報告者稍多。

又為便利比較研究起見，故將廿三年度至廿五年度，三年內本校在吳淞時之傳染病統計列出，以便對照。（請參閱文末附表一至六）

A. 九種法定傳染病

在九種法定傳染病中，三年來未見一例者，計有五種，為：天花、鼠疫、流行性脊髓腦膜炎，霍亂及斑疹傷寒（參閱關於「昆明熱」段）。其餘白喉，猩紅熱，痢疾及傷寒，即時有發生，甚或流行。茲分別述之：

A, 白喉 本症於最近三年度內，廿六年度及廿八年度未見一例，僅廿七年度內共有四例。一例發生於廿七年八月，學校在贛州時，此例經過頗為嚴重，經注射足量血清及種種對症療法，始告痊愈。其餘三例在昆明，於廿八年三、四、五月各發生一例，症狀在臨床方面均極較微，但曾經細菌鏡塗抹標本檢查及細菌培養，均證明有白喉桿菌存在，以其臨床症象甚輕，故僅用各種對症療法治愈。（參閱附表一、二、三）



编码错误

B, 猩紅熱 在遷校前三年中，本症在本校甚屬罕見，僅廿四年度及廿五年度各有二例，合為四例。在遷校後三年度內，則共有卅七例，除二例分別發生於廿八年度外，其餘卅五例，則發生於廿七年度內。自廿八年二月起至七月止，每月均有數例，以四月為最多，時學校在昆明市內，當地正流行本病，是時學校方到昆明，校舍地址，尚未確定。校醫室病房容量甚小，在治療上極感困難，故一部份患者，因病房無法收容，只得送往醫院，甚至於醫院亦告客滿，於無可奈何中，祇得就患者所在地，在可能範圍內，設法從事隔離治療。結果尚稱滿意，並無死亡症例。僅有一例，於病起時，即自行入院治療，約一星期後，因心臟衰弱而死。事後調查，患者曾於起病前夕，因賭博而酩酊大醉，對於心臟，損害至大，與其病後猝獲心臟衰弱，不無相當關係。此例因未在校醫室診療，不在本統計之內。惟此為本校在本文猩紅熱流行中，惟一死亡症病例，故附誌於此。（請參閱附表一、二、三、又關於是年猩紅熱流行及治療情形請參閱作者另在本刊七卷三期所發表『三十八例猩紅熱之診療報告』一文）

C, 痢疾 本篇所述痢疾，症例，主要為阿米巴痢疾，細菌痢疾僅有二、三例。在遷校前三年度中，共有六十八例遷校後三年度內，則僅有五十八例。就本病而言，前後無顯著差別，就數字觀察，遷校後、反較稍見減少，惟考察其月份分配，則於遷校前三年度中（本校在吳淞時），每年以八、九、十、三月為最多、而在遷校後最近三年度內，則以五、六月為最多。此或氣候不同、有以致之，可堪注意者也。（請參閱附表一及四）

D, 傷寒 傷寒一症，在我國各地，隨時均有。本校在遷校前三年度中有三例，而遷校後最近三年度內，則共為二十例，多出六倍有餘。此二十例之傷寒，平均分佈於三年間，計廿六年度六例，廿七年度七例，廿八年度七例；按月份分佈，以四、五、六、三月較多。因最近三年來本校輾轉遷移於內地各城鎮，飲水供給，絕少有自來水。（廿八年度本校雖在昆明，其七例傷寒中有五例來自狗街附中，該處亦無自來水設備。）此為其原因之一，顯無疑義。（請參閱附表一、二、三）

2, 其他傳染病

在法定傳染病以外之其他傳染病，經分別統計者，為瘧疾，肺結核，寄生蟲病，流行性感冒及麻疹：

A, 瘧疾 就總數觀察，本病在遷校前與遷校後之各三年度內，發現於本校員生中，大致無甚差異。計遷校前三年度內為761例，較遷校後三年度內之516例，尚多出245例。蓋在遷校前本校地居吳淞。係一池沼地帶（Sumpfgegend）本為一瘧疾盛行之區域故也。至於月份分佈狀況，則以九、十兩月為最高點，而四、五、六三月次之，其餘月份較少；但在事實上則因七八兩月，適在暑假期中，員生回籍者佔多數，在校人數本較少，此為人事上之更動，不得不提出者。故大致可說，在吳淞之瘧疾，於每年四月起開始盛行，至

三年來本校之傳染病

九，十月時，乃達其頂點。至在遷校後之三年度內，其月份分佈，在統計上無甚價值，因三年以來，從未在一定之地點，駐在一年以上者。不特此也，此三年中，遷移途中，所佔時間亦不少，多數瘧疾患者，常能自己診斷，自己購藥，服之而痊愈，此類病例，亦不在統計之中。此或亦為遷校後三年度內，本病例總數，尚較遷校前三年度內為少之一原因。至於瘧疾之種類，則幾純為三日瘧 (*Malaria tertiana*)，四日瘧 (*Malaria quartana*) 及惡性瘧 (*Malaria tropica*) 發現極少。一般的經過均佳良，無一死亡者。(參閱附表一及五)

B, 肺結核 肺結核一症，初期診斷，本非易事。其發生，蔓延，進行等，本人健康狀況及生活環境，尤有密切不可分離之關係。就本校員生於遷校前與遷校後各三年內之統計觀察，則前者為41例，而後者為162例。此種數字上之比較，頗為驚人！尤以廿八年度一至六月之增加，使人不寒而慄然此自有其原因可尋，不足怪也。第一：本校在戰前，地居吳淞，一切生活條件，均甚優美，二十六，二十七兩年度，尚在遷移初期，承優裕生活之餘蔭，其增加並不甚劇烈。此後生活環境，日益惡劣，物價高昂，衣食住行，均甚受影響，遂使患者人數，劇烈增加。第二：二十八年度本校適遷在昆明，昆明地勢較高，約拔海兩千公尺，空氣稀薄，氣壓減低，不少潛伏患者，因而變為進行性的，常易發生咯血等病狀。第三：在昆明因各項醫藥設備，較為完備，在診斷上易於確定。不少的患者，均係經愛克斯光透視 (*Roentgendurchleuchtung*) 而準確診斷者。故肺結核患者之增加，除第三項原因，係因設備關係，使統計上數字略有增加外，其第一第二兩項，殊堪重視也。(參閱附表一及六)

C, 寄生蟲病 寄生蟲病亦為本校遷校後較遷校前劇烈增加之一種疾患。計在遷校前三年度中為10例，遷校後三年度中為101例。此種增加，大致因遷內地後，飲水及菜蔬，以及一切飲食感染關係，當無疑義。至於寄生蟲類別，幾全數為蛔蟲 (*Ascaris*) 此外則僅有鞭蟲 (*Trichocephalus*) 及蟯蟲 (*Oxyuris*) 一二例而已。(請參閱附表一、二、三)

D, 流行性感冒 本症在遷校後三年度內，較在遷校前略有增加，而數字相差亦極微，茲不多贅。(請參閱附表一、二、三及後面關於贛州熱及昆明熱節)

E, 麻疹 麻疹本為一種小兒病，成人患者較少；故在本校員生中，無論在戰前或戰後，均為不常見之病症，計在遷校前三年度中有4例，而遷校後三年度內則僅有一例。(請參閱附表一、二、三)

F, 其他 本類所包括者，至多至廣，原無比較之價值與可能。惟在遷校後三年度中有二種特殊之地方性疾患，當略述之：(一)在贛州時，於二十六年度未及二十七年度初之際，贛縣城廂流行一種疾病，其主要症狀為發熱，發疹，亦無發疹症狀者，發疹之外觀

，近似風疹 (Rubeola) ，而無其他風疹症狀，發熱期間，自三日至十日，主訴病狀，各人不同，有僅感頭昏，略覺不適，食慾稍差者，亦有患嘔吐，及疲憊或四肢酸痛者，除此以外，無其他重要症狀。其痊愈亦甚易，多數患者，不須治療，經數日而自愈，亦有略施對症療法，而即告痊愈者。惜當時無適當化驗設備，作各項有關之化驗，俾作更進一步之認識。筆者認為係一種毒性輕微之過濾性毒病 (Viruskrankheit) ，當時曾名之計曰『贛州熱』 (Kanchow-fever) ，本校員生，患本症者，約在20例左右，在統計中矣，則以其一部份近似流行感性冒者，列入流行性感冒欄內，其餘一部份，則列入其他欄內。

(二) 昆明熱 (Kunmingfeiber) 本症發生於昆明及其附近地區，患者發熱自九日至十日，亦有更長者，但極少見。體溫曲線，頗似傷寒，或副傷寒，而無其他症狀傷寒。亦有極少數微有發疹者，發疹之性狀為薔薇疹 (Roseola) ，其經過情形輕重互見，惟藥後則全屬佳良。當地同道，有疑即係斑疹傷寒 (Flecktyphus) 者，惟據各項診斷條件，又不能不有懷疑之處；亦有因其發熱期多係兩週之久，故名之為『兩週熱』 (Two-weeks Fever) 者，(請參閱本刊第七卷第四期胡善新醫師著『昆明特見的熱病』一文) 本校員生患者，約在四五十例左右，在統計內，因筆者個人對本病是否即可為真性斑疹傷寒，尚有懷疑之處，故未列入斑疹傷寒欄內，僅就症狀相近者，列入流行感性冒或其他欄下、此二種疾患、為本校在遷校期間三年來所特見之傳染性熱病，併述於此。

此外屬於本項而未一一分別統計者如耳下腺炎 (Mumps) ，丹毒 (Erysipelas) ，格魯布性肺炎 (Pneumonic croupnesa) ，風疹 (Rubeola) 及其他傳染病，先後均有一例至數例的發現，而為數均極少。在二十八年度中，本校在昆明，時屆春夏之交，正值猩紅熱流行，同時因該地氣候關係，空氣乾燥，罹呼吸道發炎者甚多，尤以扁桃腺炎患者極夥。中有一例，竟因此而讓成化膿性腦膜炎 (Meningitis purulenta) ，此不能不提及其者也。

3. 三年來對於本校傳染病之治療及預防

本校關於學校衛生一切設施，向設有校醫室專司其事，現因校醫室之工作範圍，日益擴大，校醫室之名稱，不能概括其全部工作，故為求名實相符，俾利工作進行起見，今已改為衛生組。而對於校內一切疾病之治療及預防，自屬衛生組工作範圍而重要部門之一。自學校因戰事關係，遷入內地後，此項工作，尤感需要，一則因各人生活受戰時遷校之影響，易致疾病，尤其是各種傳染病；再則在內地較少設備完善之醫院，可資病人長期住院療治，凡校內病者，除必須施行較大之外科手術或其他各科疾患之必須專門設備，始能診斷或治療者，得轉送之於醫院外，概須在校內療治；三則自學校內遷後，員生大部，或以列強淪陷，或雖未淪陷，而常在數千里以外，值此交通困難之際，更不能回家延醫治療，在戰前則此等情形，甚屬尋常也。因此種種遂覺有自設病床以收容必須住院療治諸病人

三年來本校之傳染病

之必要。雖學校經濟狀況，因窘迫於極點，並不能為此多支經費，只得從事擲節，勉赴事功，幸蒙歷屆諸司人之努力，尙能勉強應付，未致殞越。溯自二十六年秋，離吳淞本校原校址後，在金華及八步兩處，均因僅有一月餘之逗留旋即他遷，未能設置病室。在贛縣及昆明均有病室設備，在贛縣計有病室三間，共病床七張；在昆明計有病室五間，病床十三張；區區床位，原嫌太少，然以經費及房屋限制，無法增加，只得奈人事管理之調節得當，尙無促肘見臂之感，可以應付裕如。在昆明因猩紅熱流行，一時患者衆多，不能儘量收容，且猩紅熱爲一急性而傳染劇烈之傳染病，必須隔離治療，以杜傳染，又增設臨時隔離病房二間，病床十二張，以資收容治療。在整個國家正從事於神聖抗戰之時，學校輾轉遷移不定之際，一切設備自屬簡陋，不能與大規模之醫院相比擬，然病人在病室所得之治療，食物之管理，與乎應得之照拂，固應有盡有也，最低限度各患者較之在宿舍或自己住所呻吟床褥者，相距不啻天壤矣。故三年來雖時有各項傳染病發生，且曾數遇流行症而各患者無不得適當之治療，以恢復其健康。

至於傳染病之預診，在我國一般衛生狀況未改善以前，公共衛生尙未臻於理想境地，個人衛生智識尙未普及羣衆。在平時已覺談何容易，戰時自更困難。然就事實言，傳染病之預防，究較治療尤爲重要。故亦勉力從事，茲亦不嫌詞費，贅述如下：

1. 霍亂傷寒預防連合疫苗注射係定期舉行者，每年於四五月間開始，爲全校員生注射，二十七年度末及二十八年度初，昆明市郊曾流行霍亂，本校員生因早已普及注射，故無一患者。

2. 接種牛痘人亦係定期舉行，每年十月爲全校員生接種一次。

3. 其他流行病人，則隨時視當地有無流行趨勢，臨時決定辦理。二十八年度內，昆明市區間有一二例流行性脊髓腦膜炎發現，當時曾注視其發展，以爲普遍預防注射之準備。後經向衛生當局調查，該症已漸次絕跡，故未舉辦。當時惟有一部份員生特別謹慎，會自行購置該項預防疫苗，請求注射，受此項注射者，約三十餘人。

4. 傳染病者之隔離及消毒 學校之學生宿舍，係一種集體生活，在傳染病發生時，極易彼此傳染，而助長其流行，故對於傳染病者之隔離及消毒，爲預防上之重要工作。三年來因校址遷移不定，所有房舍，均係臨時借用或租賃，建築大多簡陋，有時更因限於房間不敷應用，欲澈底實行隔離及消毒，事實上殊覺困難。然爲全校員生健康計，無不勉力從事，在可能範圍內，達到隔離及消毒之目的。方法雖異，手續雖簡，而其目的則一也。當二十七年度春季，昆明市區猩紅熱流行時，本校員生每一患者發現後，立即視可能及必可轉入所設臨時隔離病室，或當地隔離病院。並於四月二十一日，對於本校發現猩紅熱患者最多之富春街宿舍，用福馬林液 (Formalin) 舉行分室全部消毒，該宿舍共有房間十四餘間，此項工作，不可謂不艱鉅，然自經此次消毒後，該症則未見蔓延，亦幸事也。

40 結 論

根據戰前本校安居吳淞，及戰後本校內遷，輾轉各地，各人生活上所感受之不同，推知各項傳染病之必較劇烈，復以戰前三年度及戰事發動後遷校期中三年度之各項傳染病統計，作一比較的觀察。在九種法定傳染病中，天花，鼠疫，霍亂及流行性脊髓腦膜炎四種，無論在戰前及戰後均未發現；斑疹傷寒在戰前共有四例，戰後未發現；傷寒，白喉，猩紅熱，戰後較戰前是極度的增加；痢疾則在戰後反較戰前略為減少。至於其他傳染病，則麻疹及瘧疾，戰後較戰前略少；流行感性冒，寄生蟲病，肺結核及其他戰後較戰前均顯見增多；尤以寄生蟲病及肺結核，均增加四倍至五倍之多，殊堪令人注意也。

附記：本文原係二十九年七月在昆明開始寫作，故一切統計材料，均截至二十九年六月為止；後因遷校關係，中止者再，今學校遷川已大致就緒；同濟醫學季刊將繼續出版了，乃將全文寫完，刊載於此。

10,8,30,李莊。

各國死亡率減少之情形 (閩政月刊八卷三期)

國別 / 年代	德 國	奧 國	匈 牙 利	法 蘭 西	英 國	愛 爾 蘭	瑞 典	意 大 利
1876—1885	25.8	30.3	35.1	22.5	20.0	18.3	17.8	28.4
1886—1895	23.9	28.4	31.8	22.3	18.8	18.2	16.5	24.2
1896—1905	20.6	24.9	27.0	20.4	16.8	17.9	15.8	2.24
1906—1913	16.5	21.5	24.6	18.6	14.1	16.9	14.0	20.4

日俄戰役日軍兵種及戰傷種類比較表

戰傷種類 / 兵種	鎗傷	砲傷	白刃傷	炸傷	總計
步兵	83.1	13.6	0.8	2.5	100
騎兵	69.9	23.6	6.5	—	100
野戰砲兵	22.9	76.2	0.3	0.6	100
要塞砲兵	27.1	69.7	2.4	0.8	100
工兵	65.4	27.9	1.1	5.6	100
輜重兵	55.8	41.8	1.9	0.5	100
衛生兵	58.8	39.8	1.0	0.4	100

附表一

遷校前三年及遷校後最近三年來本校傳染病統計表

種 類	年 度 別	遷 校 前 三 年 度				遷 校 後 最 近 三 年 度			
		廿 五 年 度	廿 六 年 度	廿 七 年 度	三 年 度 合 計	廿 五 年 度	廿 六 年 度	廿 七 年 度	三 年 度 合 計
九種法定傳染病	傷寒		1	2	3	6	7	7	20
	傷寒			4	4				
	痢疾	29	22	17	8	1	32	25	58
	天花								
	鼠疫								
	霍亂								
	白喉		1	1	2		4		4
	流行性腦膜炎								
猩紅熱		2	2	4		35	2	37	
其他傳染病	流行性感	14	3	30	47	2	9	52	63
	麻疹	2		2	4		1		1
	寄生蟲病	3	8	10	21	5	26	70	101
	瘧疾	207	230	324	761	126	258	732	516
	肺結核	14	4	23	41	8	17	137	162
	其他	1		14	15	5	37	7	49
總 計		270	271	429	970	153	426	432	1011

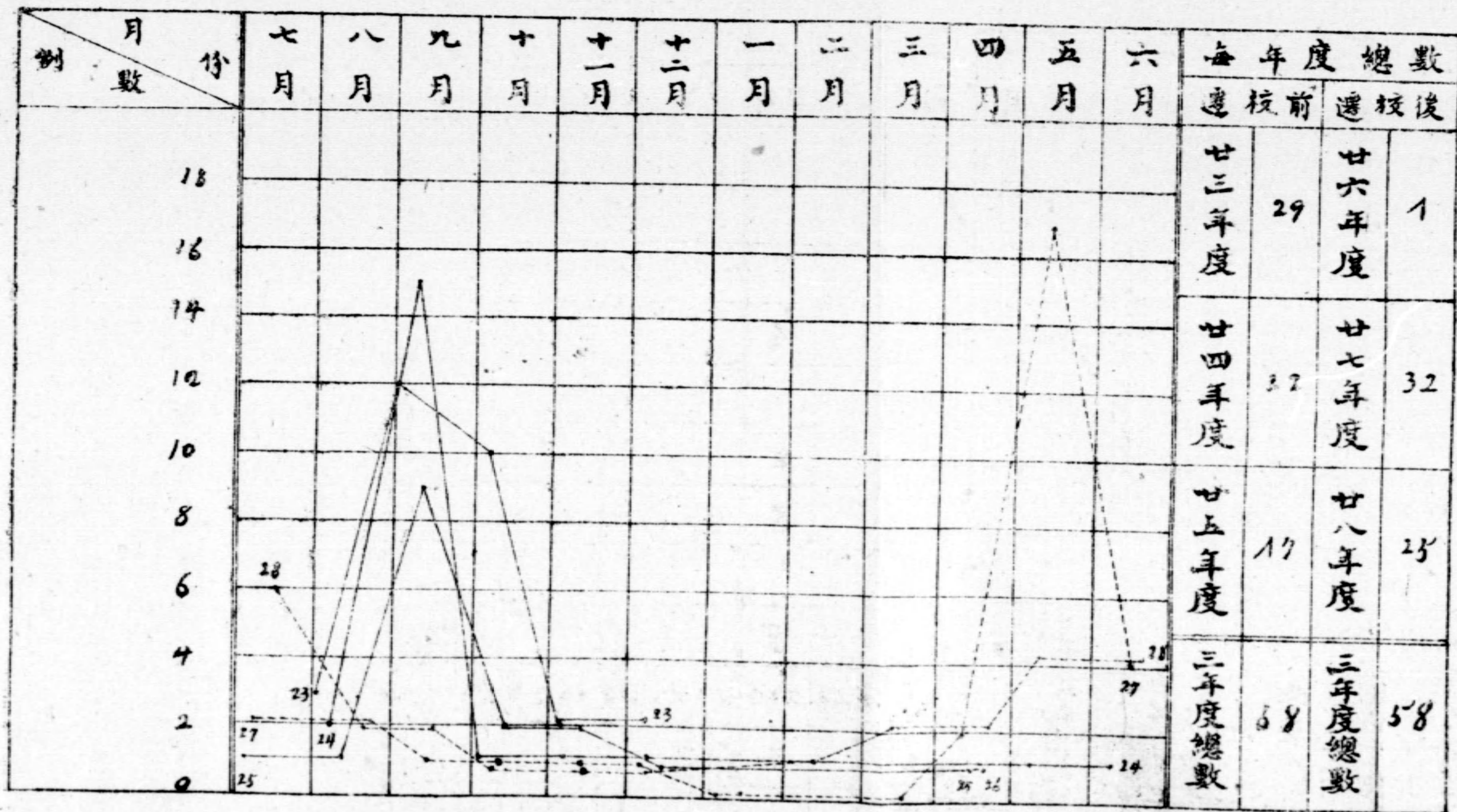
附表二

廿六年度至廿八年度本校傳染病逐月統計表

年度 月份 病類	廿六年度						本 年 度 總 計	廿七年度						本 年 度 總 計	廿八年度						本 年 度 總 計	三 年 度 合 計																		
	七	八	九	十	十一	十二		七	八	九	十	十一	十二		七	八	九	十	十一	十二																				
	年	月	月	月	月	月		年	月	月	月	月	月		年	月	月	月	月	月																				
法定傳染病	傷寒						4	2	2		6		2	2	1					1	1		7	1	1						5	7	20							
	斑疹傷寒																																							
	痢疾						1				1	2	2	1	1	1		1			2	1	4	32	5	2	2	1	1	1		2	2	4	4	25	58			
	天花																																							
	鼠疫																																							
	霍亂																																							
	白喉												1								1	1	1	4												4				
	流行性腦膜炎																																							
猩紅熱																				2	9	14	9	1	35	1						1				2	37			
其他傳染病	流行性腮腺炎						1	1			2	1		4						4				9	1	2	2	3	3	24	4	9	1	3		52	63			
	麻疹																					1	1													1				
	寄生蟲病						1	3	1		5		4			2				3	8	1	6	2	26	5	1	4	6	4	6	3	7	2	12	12	8	70	104	
	瘧疾	24	5		2	15	2			9	32	37	126	31	20	20	1	14	28	2	21	21	27	35	38	258	23	28	17	18	11	16	1	4	2	1	6	5	132	576
	肺結核	2						1	1	4		8	6	3	2					1	2	1	1	1	17	1	1	2	3	1		27	29	17	24	23	12	137	162	
	其他	1								4		5	3	2	7	17					1	3	3	1	37				2	2	3							7	49	
總計	27	6		2	15	2			84	39	48	153	43	34	36	20	15	31	2	32	42	50	74	47	426	38	34	28	33	22	50	35	50	24	39	50	29	432	1011	

附表四

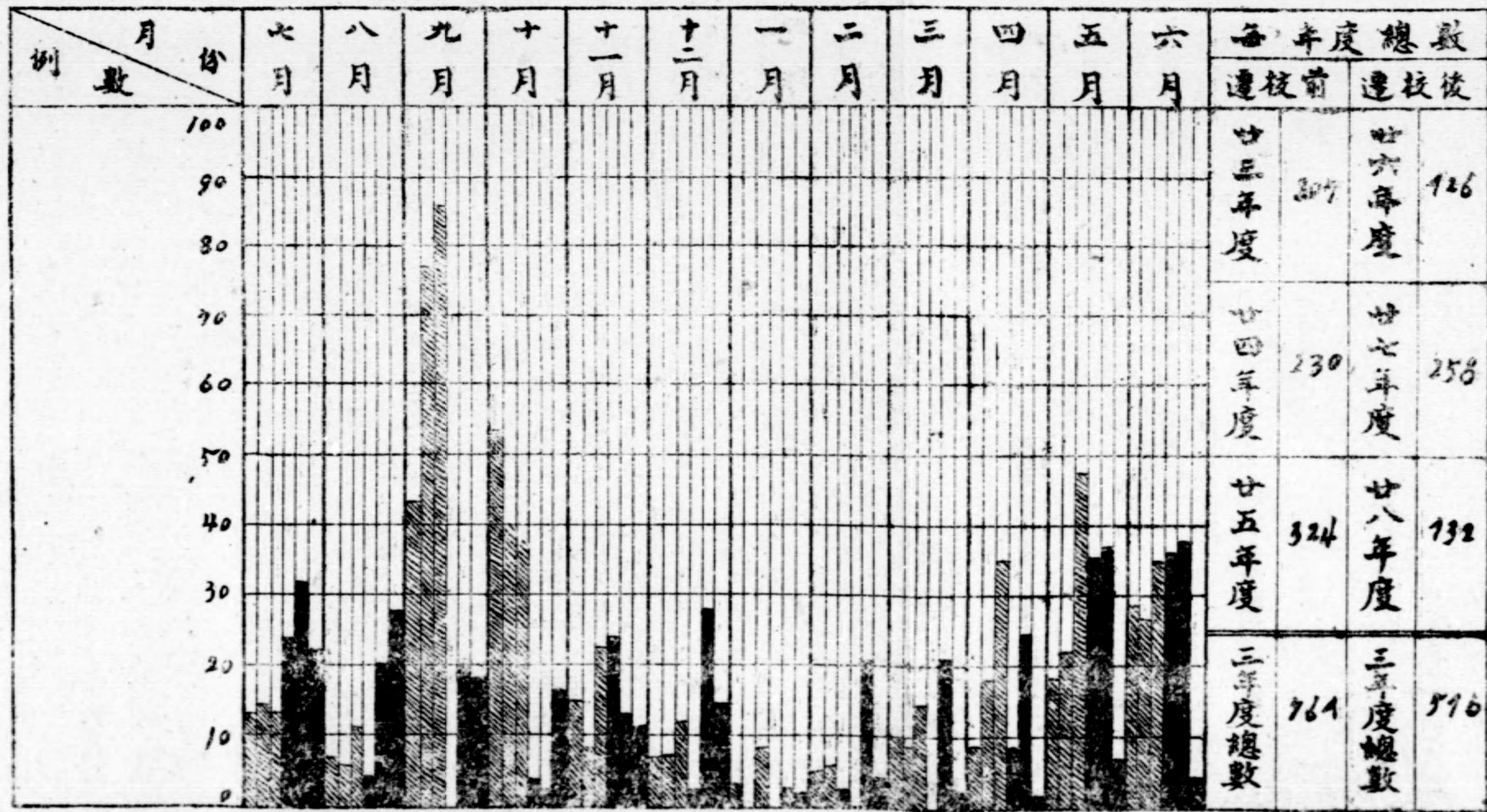
廿三年度至廿八年度痢疾病例逐月統計表



註：23. 24. 25. 26. 27. 28. 表示年度實綫為遷校前三個年度虛綫為遷校後三個年度

附表五

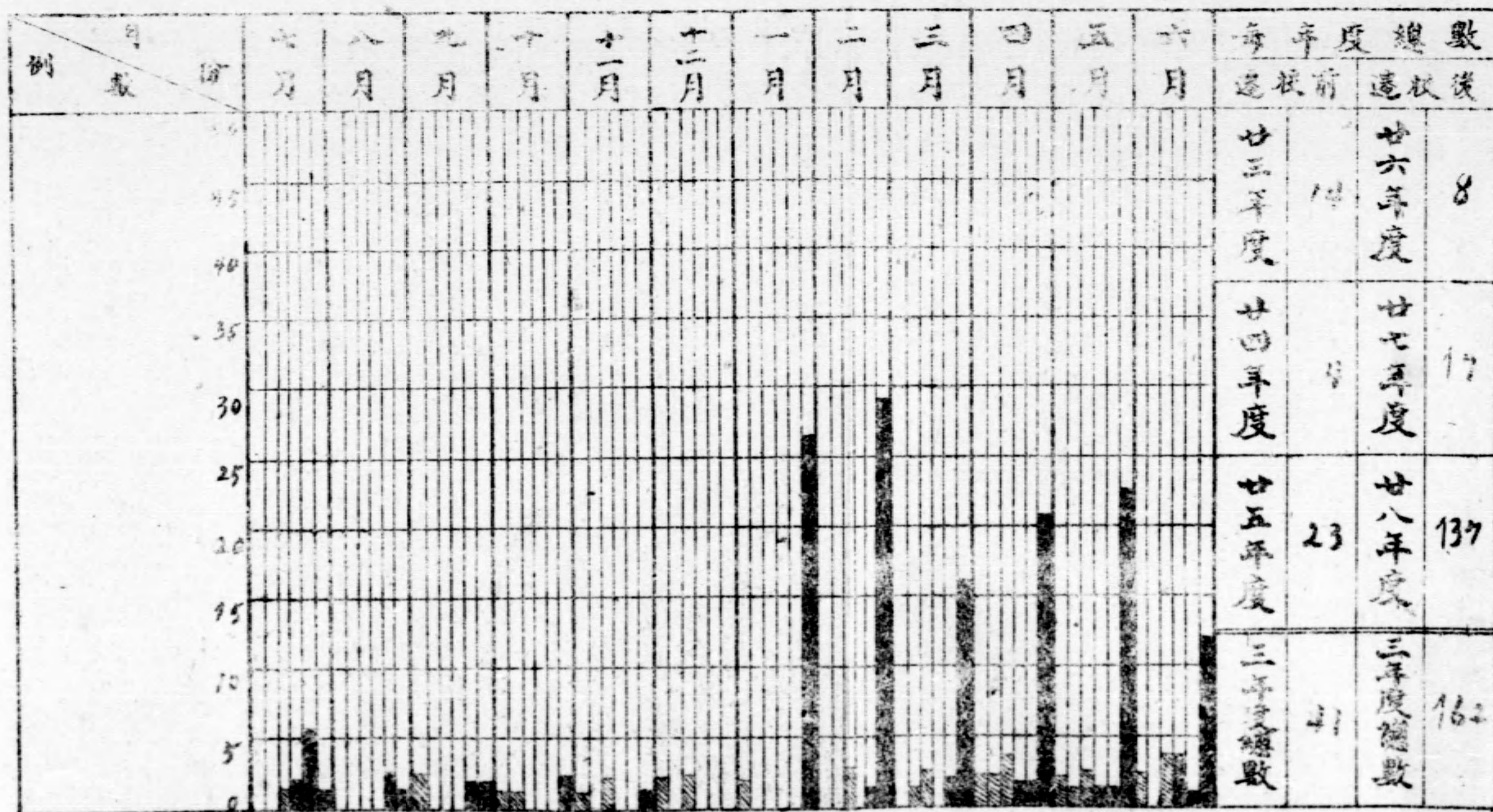
廿三年度至廿八年度瘧疾病例逐月統計表



註：每月分為六行依次表示每一年度（第一行為廿三年度末行為廿八年度）前三行用斜線表示遷校前的三個年度後三行全黑表示遷校後的三個年度

附表六

廿三年度至廿八年度肺結核病例逐月統計表



註：每月分為六行依次表示每一年度(第一行為廿三年度末行為廿八年度)前三行用斜線表示遷校前的三個年度後三行用全黑表示遷校後的三個年度

因寒冷損害而發生之吸呼器官系疾病

張宗鑾醫師譯

Adolf Eylla原著

如果我們要談寒冷損害對吸呼器官系疾病之重要，必須先要明瞭普通若是僅有寒冷（如冷空氣之吸入或由皮膚表面所受的寒冷刺戟）是不會發生感冒的，一定同時要有病原體的存在，然後才會因寒冷作用而易於發炎，現在如果要詳細探討寒冷刺戟之重要，必須先要知道P.Schmidt及A.Kairies的試驗。

P.Schmidt及A.Kairies認為受寒性加答兒可分為二大類：一，急性的傳染二，由慢性吸呼器官粘膜加答兒所生之復發症，這一種大都屬於過敏性人類的自我傳染。照他們的意見認為大部份的受寒性加答兒都屬於此類；如果要試驗決定各個人的易感性(Disposition)，必須要應用一種特製的，極靈敏的口用檢溫計以測驗之，若在皮膚之某部（如足部）受寒時作試驗，其結果報告在易感性的人類必會發生感冒；易感性的原因是由於體溫在我機能的不穩定，如在直接受寒時體溫之恢復遲緩或間接受寒時所引起之血管痙攣；現調節門可以說受寒的易感性是體溫調節失常，簡單的體溫調節失常並不能說就是感，且一定同時要有病原體的侵入然後才會發生感冒，因為粘膜之長時間貧血，可使食菌作用減低腫也以，所也就利於疾病之傳染；由於血管的收縮使病菌深入組織，且因寒冷而發生之局部浮腫利於病菌之生長，因為這許多因素的存在，所以發炎病症也易於生成。

由此觀之，易感性的因素對於寒冷刺戟之効力極關重要；這種易感性一部份是先天的，另一部份則為後天的，因此可用治療法改變之；如身體鍛鍊法可減少感冒易感性，至于季節的變化照Schmidt及Kairies的試驗，也能影響疾病易感性。

在1925年R.Cobet對於人類皮膚表面溫度已作很詳細之研究；這種溫度除與衣着有關外，并且也要同時受大氣溫度，空氣流動，空氣濕度，日光作用及各種皮膚刺戟的支配；應冷刺戟作用於某部皮膚表面，除局部之影響外，更因反射作用，而使其他皮面也發生反寒；Cobet Koetschau及Roeloffs的試驗已經證明，若令足浸入11°C的冷水內，同時可以察覺手臂，額部及胸部之溫度也減低一點，體內溫度在肥胖的人是不易感受外界寒冷刺戟的皮面溫度在肥胖者本較瘦弱者為低；如侵入冷水內，則更易冷卻，且因脂肪層防止溫度傳導，所以溫度之恢復也較慢；質言之，皮下脂肪層對於皮面溫度之關係極為重要。

Cobet V.Haebler及Parade曾作高山冷卻試驗，并得以下之結果。凡身體強健者在高山上於數日內對寒冷即成習慣，反之，羸弱則不然，這種習慣的形成可以說是冷覺的銳減，換言之，就是心理的適應；事實對於寒冷損害問題是極關重要的。

氣候變化對於人類的影響：現在研究此問題者如 de Rudder K.Franke Tichy 等，均有簡要的著作，同時他們也注意到各種文獻；依照deRudder及Franke 此種所謂受

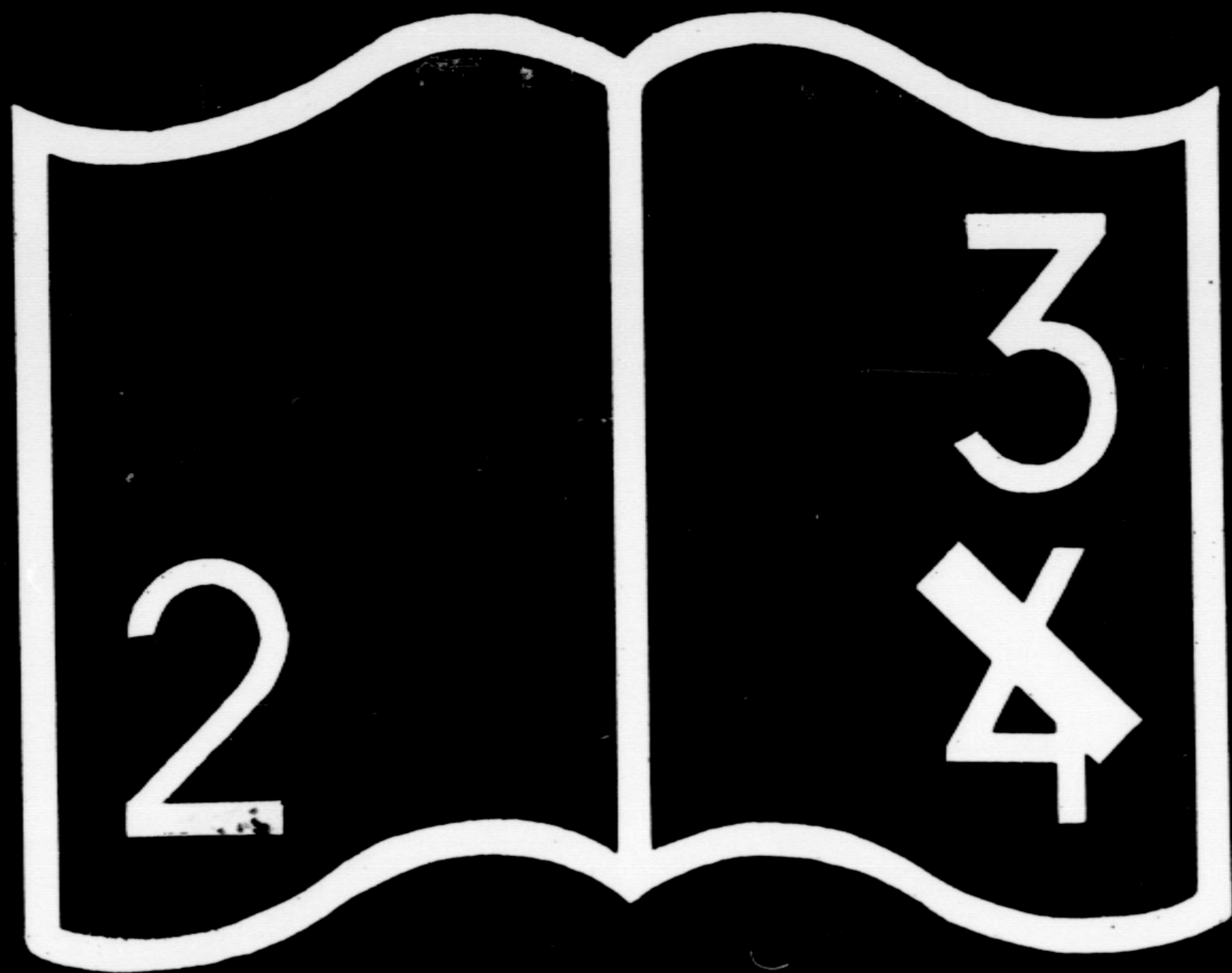
寒疾病是完全由於氣候之劇變，換言之，感冒之生成很少因為天氣的寒冷，大半是因為氣候的變換或經過熱而到冷的空間或反之，例如在肺炎症有很多病例可以証實這種學說，病例之多寡與氣候變化是成正比的；單純的寒冷是不會惹起肺炎，Sylla曾有著作論到這種事實：昔日拿破崙軍隊由俄國撤回時并無肺炎症發生；對於感冒症發生 Geigel 曾有實例報告如下：正月之夜在 Petersburg 極冷時，因氣候劇變，由 -43.6°C 忽升到冰霜融解點 $t6^{\circ}\text{C}$ ，此時竟有40,000人感染流行性感冒症，由此可以知道，氣候之驟然變熱，也可以發生感冒 (de Rudder)，氣候劇變非但易於感冒，就是其他疾病也易於發生，例如：關節及肌肉痲質斯症，心病及血管病時之血壓變化，神經疾病等等。

由 Tichy 的申述，我們可以想見受寒問題的複雜；Koehler 及 Flache 也曾經說過氣候治療學內的受寒度 (Abkuehlungsgroesse) 對於感冒的關係并不十分重要，若風力速度增加即受寒度漸增，則類似加答兒的病例應當減少；疾病傾向 (Erkrankungsneigung) 在極潮濕的天氣是比在乾燥天氣時為小；Flach 云：這種低減的氣質 (Luftmasse) 最有效力，例如：急性病症 (感冒，口峽炎，受寒) 多半發生於冬季經過熱空間并在低壓地帶，反之，在季節交換期則大半發生於高氣壓層 (Hochdruckwetterlagen)，至於空氣離子 (Luftionen) 究竟如何重要，目前尚難確言，如 Tichy 所云：氣候效用問題，至今仍不能有明瞭的解答，但至少可以推論，決不是每個因素分別作用，而是整個氣體之效能 (de Rudder)。

Eckhardt Flohn 及 Jusatz 對於以下事件極表驚奇：在某區域之不同地方，在一定之氣候狀態下於某時同時發生同樣感冒症之傳佈；，在顯著的氣候變化時差不多都同時在二日後即有病例發生，此種氣象學上的氣候情形，并不能說疾病特具的實在是有一種普遍的性質；Fujisawa 曾用兔作試驗：如應用寒冷作用可以發覺各器官內血液量的變化，在腎臟，肝臟以及腦內血量減少 (測定各器官的鐵質含量)，在肺，腸及腸間膜內血量則增加，副腎內的腎上腺素量最初是減少但在體溫恢復後反而增加；Ferrari-Lelli 及 Accorinti 在他們的兔試驗時發見氣壓下降對於呼吸器官系有明顯的變化，但寒冷則無作用；Kayser-Petersen 以為氣溫之劇變極利於受寒之形成，如僅受寒而無病菌的傳染，則往往不會發生有害之後果。

所謂寒冷過敏性，平常極少發見，Bernstein 曾研究過「浴死」 (Badetod) 問題；Horton Brown 及 Roth 覺得寒冷過敏性發生後其局部及全身有類似 Histamin 效力之作用。

Munk 云：如受寒疾病的生物基礎是基於皮膚的電動力發生障礙，例如：鼻粘膜因寒冷刺激而發生電動力變化時，則可成為病菌最適宜之電力生存所；基于 Schmidt 及 Kai-ries 的試驗，Weber 以為寒冷作用可減弱天然之抗力，此時鼻咽腔之無害病菌也可成為



编码错误

因寒冷損害而發生之呼吸器官系疾病

病原體；寒冷作用的結果可造成動脈痙攣現象繼之細胞損壞；質言之，寒冷刺戟可以算為呼吸道內病原體發揮力量之先決要件。

對於受寒疾病最重要之病原體種類問題，因篇幅有限，不克詳述；依照 Waetjen 及 Wasmuth 的試驗，流行性感冒桿菌可深入呼吸道，至於氣候寒冷的變化能如何影響到牠的「致病力」(Pathogenität)，尚不能確言；最近曾作鼠試驗，雖未正式發表，但已對 Sylla 及 Kairies 提過并得到極有趣的結果：如果鼠類在夜間生活在低溫時(7°—11°C)則平常對於鼠類非致病的流行性感冒桿菌也能使之生病；這種觀察結果如何應用到人類雖尚未決定，但至少可有以下之說明，因寒冷刺戟的影響，呼吸道路發生疾病或由於抵抗力之減弱或因為某類病菌被誘發而生。

Koelsch 承認寒冷損害是一種傷害，算定的事件可發生於一定時間內(就是說可證明的寒冷損害打擊)或者是驟然的或是在數小時以內的；依照德國的公論是不需要證明冷寒損害作用之準確時間，簡單的說就是在很短的時間內即可發生；至於 Koelsch 對於呼吸器官寒冷損害之其他問題，均與上述各節相似，不再論述。

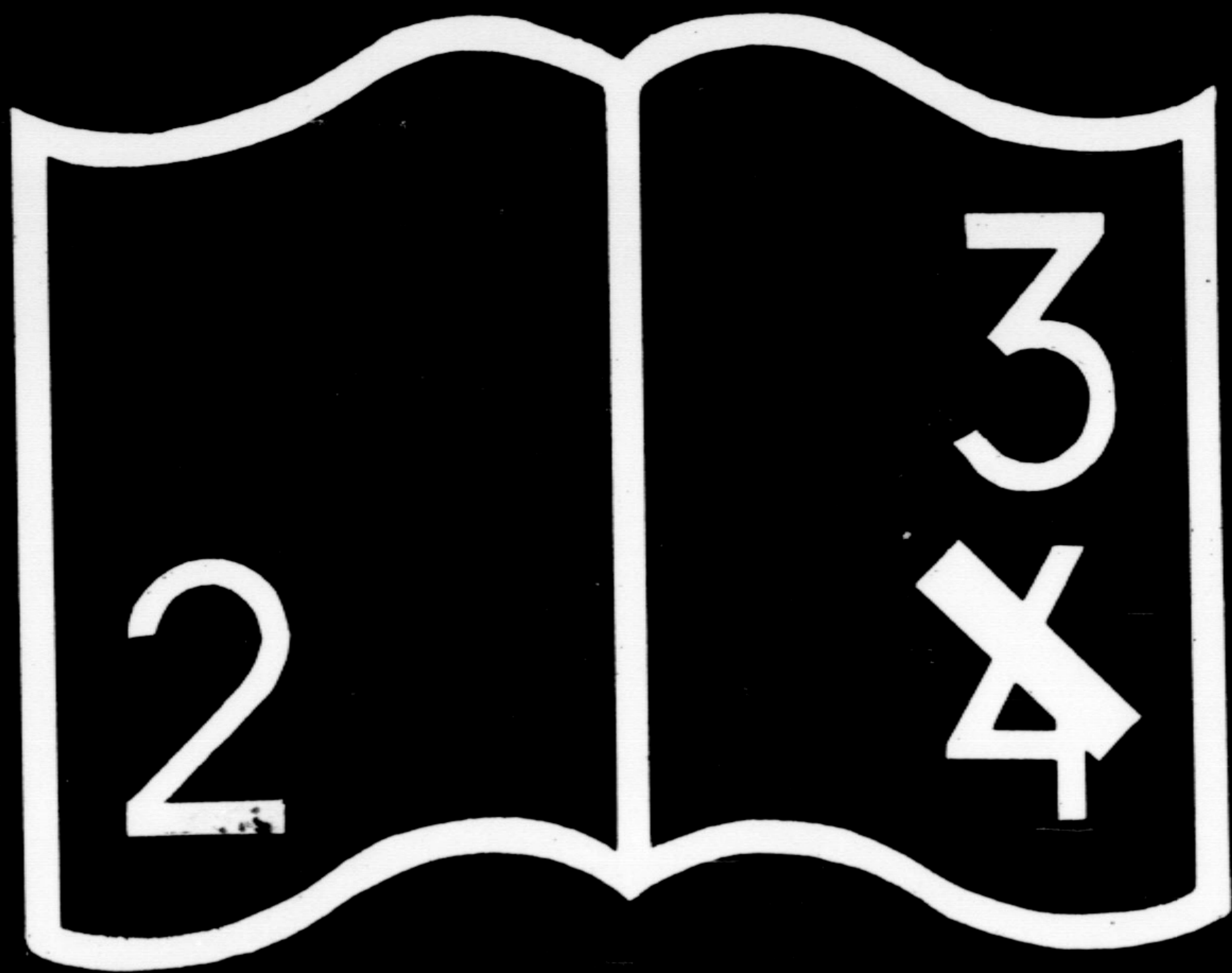
結論：僅有寒冷損害甚少有疾病發生，若是遇到上皮細胞損壞時，則某種在呼吸道路的病原體即可發揮致病作用。

依照 Schmidt 及 Kairies 的試驗，凡是傾向於粘膜血管收縮，并且恢復遲緩的人類對於寒冷特別靈敏；寒冷刺戟可以直接作用于粘膜上或反射性的因為其他部位的皮膚受寒而發生。

有種易感性的人類特別傾向於受寒，由簡單的寒冷刺戟強弱并不能得到決定。同時我們要知道易感性并不是全無影響的；依照作者的親自試驗，覺得血管的易變性與內分泌障礙，限局性病疾，Nicotin-及Alkoholabusus或過度的操勞有密切關係，凡此種人類均極易感染受寒，後天的易感性可用適當的方式除去之(如鍛鍊，限局性疾病的清除避免有害物的侵入)。

心理的適應對寒冷損害也極關重要，所謂「懼怕通風」實佔有重要地位。

最後我們須知道呼吸道路的化學或機械的刺戟(如灰，氣等等)對於寒冷損害也極關重要；其餘還須說明的就是我們目前尚不能成功對於「寒冷影響人類呼吸器官系」問題有一個明瞭而完全的解釋，各種試驗如同 Schmidt 及 Kairies 所發表者，亦能輔助解答此問題；注意易感性因素實為斷定寒冷損害作用之重要點。



编码错误

德國人平均壽命之延長 (閩政月刊八卷三期)

年代	男	女
1881—1890	37.17	38.45
1891—1900	40.56	43.97
1901—1910	44.82	48.33

德國死亡率減少之情形 (閩政月刊八卷三期)

(每千人每年死亡數)

年代	死亡率	年代	死亡率
1861—1870	26.5	1908—1910	17.0
1871—1880	27.2	1911	16.3
1882—1887	25.1	1912	15.5
1888—1891	23.7	1913	15.8
1893—1897	22.1	1925—1929	12.7
1898—1902	20.7	1930—1934	11.0
1903—1907	19.0	1936	11.8

各國死亡率之比較 (每千人每年)

(閩政月刊八卷三期)

中國	智利	印度	羅馬	日本	法國	意國	英國
30.0	25.3	22.6	19.8	17.5	15.3	13.7	12.1
瑞典	德國	美國	瑞士	澳洲	荷蘭		
12.0	11.8	11.5	11.4	9.4	8.7		

各國壽命預測比較表 (閩政月刊八卷三期)

國別	新西蘭	美國	坎拿大	日本	中國
年代	1931	1930	1930	1921—25 (估計)	
男性	63.0	59.3	58.9	42.1	30.0
女性	67.9	62.8	61.1	43.1	30.0

下肢靜脈曲張痔瘡精系靜脈曲張 之院外療法

Carl Fischer 原著汪光榮醫師譯

軍醫應知軍人之靜脈系統多蒙損害，尤以每次激烈運動，演習或行軍後，醫院中之患痔瘡，下腿靜脈曲張與精系靜脈曲張者，特多，隨時隨地加以有效治療並非事，軍醫之職責，實軍醫之本分，甯氏（Linsler）乃著者業師，曾提倡用昇汞溶液與食鹽溶液注射於該靜脈內，可期痊癒，然行之者仍寡，因此種萎縮療法（Verödungstherapie）簡便確實，而價廉，對於軍醫最宜，但軍醫中仍有視為畏途者，以為有中毒堵塞等危險，此種危險在技術正確與藥品合用條件下不足為慮，作者根據十七年來之經驗，前後曾注射靜脈曲張患者二萬人，從未發現堵塞或其他嚴重後果，以此願將所知公諸同好。

作者以欲靜脈曲張痊癒，必先求藥品對於血管內膜有損害能力，此種損害擴延至血管之中膜及外膜，使之發炎，惟不傷及彈性纖維耳，注射後第二日或第三日於血管內膜上發生分離性血栓，（Abscheidungsthorombus）此種血栓固着於血管內膜上；不似凝結性血栓（Gerinnungsthorombose）之易以脫落，故無堵塞之可能，該血栓終成堅韌之結締組織條，常經數月猶存，其消失遲緩，苟技術正確，注射後而不萎縮者鮮矣，今首論下肢靜脈曲張。

技術：患者坐於椅上，兩足下垂，以便靜脈曲張部顯出，然後將針刺入充盈之靜脈內，苟有血冒出，既證明已經刺入，方可將足舉平，同時身體後傾仰，再將藥品完全注入空虛之靜脈內，亦可以左手向上摩擦，令下垂之足部靜脈空虛，然後注射藥液，若將藥液注入充盈之靜脈內，則無效，因藥液經血液稀釋，不能達到吾人所期望作用於血管內膜之濃度故也。

何種藥品方為合用

1, 1%之昇汞溶液一至一個半立方公分，實乃良好之萎縮劑，因其有毒，故多數醫師視為危險品，置之不用，作者按照以上藥量注射，試驗多年，除少量微腸炎外，從未發現其他副作用，每當注射昇汞之前，對於尿內蛋白質不可忽視，雖有少輕蛋白質，亦不應用昇汞。

2, 贊成食鹽溶液者較多，用精製食鹽製成26%之溶液，Varicophtih為製成市品之裝於瓶內者，內含20%之食鹽，據云更含麻醉劑加麻醉劑之目的，蓋欲避免由食鹽溶液所引起血管痙攣，但該痙攣為時甚暫，依靜脈曲張範圍之廣狹，每人注射三至五立方公分，超

過十立方公分之用量，未免太多，因其價廉，臨床時可大量製造26%食鹽溶液滅菌備用。

3,除以上兩種藥品外，作者更從事於 Varicocid (某種魚肝油酸與鈉化合製成之鹽)之試驗，結果均極圓滿，用5%者五立方公分或10%者三至五立方公分，確能使廣大膨脹之靜脈曲張萎縮，至以一次注射10%者十立方公分殊屬過量，因其能引起激烈之血管周圍炎，體溫甚高，且發戰慄故也，然此種猛烈症狀，最多經過八日即自行消失，而無他害，此外其萎縮之功效特佳，其萎縮之範圍亦廣，常因此一次注射，而獲以他劑行多次注射之結果。

究其症狀之發生，一一以無毒為題一一或因內含魚肝油內某種物質，因此引起過敏性反應，然僅注射小量時絕無此弊。

注射時自應嚴密消毒，用Rekoid 或完全由玻璃製成之注射器，針頭以16號中等尖度者為用，太尖則易傷血管後壁，以致藥液浸潤血管後之組織內，太禿又難刺進易以移動之靜脈。

作者以為注射之後不宜臥床，應有適當運動，士兵倘因患部太寬，局所疼痛，只限以數日戶內勤務，亦不宜收入醫院

用昇汞與食鹽注射，除昇汞有強毒外，更有關於組織壞死之報告，因此所引起之組織壞死性極頑固云，苟注射時，誤將藥劑浸潤靜脈周圍，其情形實符，若手足靈敏，或具有相當經驗者，可免此弊，然遇靜脈之易以移動，或血管壁已經硬化者，雖富於經驗，亦屬難免，藥劑之能引起壞死，固所願也，蓋不如此，不能損害血管內膜，據作者經驗，上述三種藥劑，以Varicocid之損害組織力為最輕，故贊許者亦多，作者於此鄭重聲明，若將Varicocid浸及靜脈周圍，亦能損害組織，不過被損害之程度較輕，較易恢復而已，經驗宏富者，有時亦不免誤將少許藥液，注入周圍組織，當時患者局部發生激烈疼痛，唯一良法，乃即時由患者本身肘部靜脈，抽血十立方公分，分別注射於被損害之組織周圍，此法行之愈速愈佳，經此措施者，多數不致壞死，其炎症亦輕，再用濕電法，既可痊癒，因濃葡萄糖所產生之凝固性血栓，(Koagulationsthrombose)易以脫落，以其對於血管內膜損害太輕，或無作用，故有栓塞危險，復發者亦多，故作者主張不用，依上述法，注射，復發者極少，若將曲張各靜脈同時萎縮，則復發之機會更少，縱有復發亦可隨時重複注射，蓋患者有前次曾被解除痛苦之經驗，必樂意請求重施手術。

患者如有化膿性疾病，或扁桃腺炎症時不宜注射，蓋恐因此發生栓塞性靜脈炎故也，局部倘被傳染，亦宜注意，至於尿內蛋白質之有無，已如上述，若無上述諸禁忌存在時，則靜脈曲張之萎縮療法殆無危險。

痔瘡乃軍醫常見之病，亦由肛門或直腸，靜脈叢曲張而成，若以較為猛烈之外科方法醫治，勢非住院不可，倘改用注射法，則住院殊屬過分。

下肢靜脈曲張痔瘡精系靜脈曲張之院外療法

治療痔瘡藥劑，以石炭酸甘油爲主，其處方如下：流動石炭酸（內含10%之水）與甘油等份，每一痔核約注射零點三至零點五立方公分，不宜同時注射多數痔核，或令總量超過零點五10%之Varicocid每次注射半至一立方公分，亦有效，技術簡便，毫無困難，先令患者取膝肘關節位，（Kuie-ellenbogenlage）需一助手將臀峯分開，然後用一細而尖之針頭，沿肛門裂插入，刺入痔核之根部，分別將藥液注射於該痔核之全體，此時應嚴密注意，不可誤將該藥液射入肛門括約肌內，以免引起不良後果，石炭酸甘油之優點，在於同時俱有麻醉止痛作用，以其俱有此種特性，故雖在發炎期內，兼有激烈疼痛者，亦可用之，至以藥液將浸潤血管周圍之組織，殆不可免，然用此小量並無危險，注射後可塞魚石脂或Karwendol軟膏一小塊，於肛門內，如此除短時間內反應性腫脹外，作者從未發現其他損害，間或有少數痔核，並不萎縮，而壞死脫落，若施以消毒坐浴塗以5%之硝酸銀溶液，繼以軟膏及粉劑撒佈，不難痊癒，倘仍遺留皮瓣，當用電燒灼器割下，一般而言，注射後數日當起萎縮，若欲繼續注射，其他痔核，宜俟前次所注射者，完全消失後，約隔十至十四日，方可施行，普通注射後無需任何治療，軍隊中只要求一二日戶內勤務而已。

精系靜脈曲張，乃精系內靜脈叢膨脹使致，利用萎縮法效力亦佳，輕度患者不妨依其需要，而上提舉帶，然不宜行手術，至痛苦特甚，或防礙工作之患者，必須擇一簡便方法解除之。

寧氏主張用1%之昇汞液體一立方公分，據云可獲精確之局限作用，同時作者之經驗與此相符，除昇汞外，Varicocid（10%之溶液一立方公分）亦有同等效力，且無其他損害，食鹽溶液不適用於痔瘡及精系靜脈曲張，以其作用常超過所期目的範圍故也。

注射精系靜脈曲張之技術較爲困難，縱用尖針頭，亦難免該靜脈移動，而滑過其針頭，最好不使患者仰臥，而令站立，以左手固定陰囊及膨脹之靜脈叢，同時用右手持針刺入已經突出之靜脈內若針頭確已刺入靜脈內，立即將藥液注入。

注射後二十四小時，局部將發生堅韌索狀物，或結節，此新生物或顯疼痛，可保持二日不變，體溫有時升高，如此則臥床二日，否則無臥床必要，疼痛時給與濕電，可于短期內消失，注射後須上提舉帶二三星期，此後則曲張之靜脈已完全萎縮，無繼續必要，結果甚佳。

結論：根據豐富之經驗，靜脈曲張不論其爲下腿痔瘡或精系，利用萎縮法在稍經訓練之醫師，均無住院需要，且絕無危險。

註：原文載德國軍醫雜誌一九三八年六月號二五四頁

消息一束

本院年來迭遭不幸，良材屢失，此次由昆遷川期中，外科講師鄭汝英、眼科助教李含中二先生又復先後於昆渝二地逝世噩耗傳來，同深哀悼，學校遷定宜賓後，院內師生於五月十日在醫學院後期禮堂開追悼會，以悼此益友良師先生生友好餽贈之花圈輓聯祭幛甚多，排滿壁間，佈置靜穆，到本校教授及同學二百餘人，悽切悲愴，會後，本會以李助教身後蕭條特發起募捐賻金，慰問李醫師家屬，承各方慨然解囊捐助，得國幣玖百叁十元，即由本會如數匯往重慶交李君家屬矣！

本校以抗戰開始遷離瀘濱以來，校址，人事迭有變更，自周校長長校以來，蓄意整肅將校址由昆遷川，學校大部設置南溪縣之李莊鎮，醫學院後期及附醫院，則設置于宜賓城中，本院遷至宜賓後，即着手籌措適當屋宇，現已覓得女學街前縣立女子中學原址為醫學院後期校舍及附設醫院之門診部期正趕修一切，積極建設，且在西郊花園及教養院舊址設置病床多隻，作為本院同學實習之用，女學街校舍屋宇宏敞，足敷應用，遠較昆明時偏促于一隅為佳，聞此處校舍可長期租用，至高唱凱歌之一日！

人事方面，由本校生理化學教授梁之彥博士接任院長梁教授名望素孚，刻正積極發展中，本院當能在博士之指導下蒸蒸日上以復吳淞時代之舊觀！

本大學校醫唐哲醫師，在瀘時，曾一度為資源委員會鍊銅廠借重離校，校方及同學咸感戀惜，乃重請先生返校，再主持全校衛生事宜，今先生已隨校來川，同學無不感興奮者，唐醫師且任本刊編輯主任之職，本刊在唐醫師之主持下！當能蒸蒸日上也！

醫學本期會負責人：

常務：	董家駿	武忠弼	梁乃敏
學術：	鈕家洪	黃進文	
文書：	湯	王昌文	
體育：	黃祖德	吳光輝	
事務：	蔡香娥	趙殿英	
會計：	楊宜家	趙指南	

本社啓事

(一) 逕啓者本校醫學院成立卅餘載，校友遍佈全國，闡明學術不遺餘力，宏篇巨著屢見不鮮。本社茲為明瞭各校友對社會之貢獻及便于查考起見，擬加以統計，編成索引。凡諸校友有專著，論文，譯文發表者，請示知下列各點以便統計而利工作進行，毋任企荷！

1. 發表單行本及專門巨著者請示知書名，出版時間，及發行書局並定價若干。

2. 發表于其他雜誌者，請示知雜誌名稱，某卷某期，及出版時間和地址，且係譯文並請註明原本名稱，著者姓名及題目。

(二) 本社自吳淞成立以來，先後曾出季刊七卷，然自第一卷第一期起至第七卷第二期止因戰後轉輾遷移，皆告遺失。茲為保存本社文獻計，特以相當報酬向讀者徵求，一卷一期起至七卷二期止全部或單期另本，讀者如願割愛者，請賜函本社接洽為盼

(三) 紙料和工價，不斷猛漲，致使本社虧累甚鉅，為求略予補救起見，自本期起售價酌予提高，另售每本三元，全年訂價十一元，舊訂戶概不加價，事非得已，尚祈鑒諒是幸！

安 順 通 訊

史濟煊醫師

距昆明五百六十七公里，汽車兩日半可達，有安順縣焉。氣候溫和，田畝縱橫，農產豐富，人民富庶，俗稱經濟上之貴陽。城築于苗嶺山脈之麓，每逢五七市集，苗胞薈萃，與我漢族交易，和藹公平，宛若兄弟。平時靜寂，極宜講學，是以陸軍軍醫學校遷來暫居。該校既有軍事性質，不便詳告，茲擇其可以公開者，告諸母校，以作比較，俾資借鏡焉。

母校校友，服務是校者甚多，計有于少卿，高漢符，張靜吾，張酒華，孔錫鯤，梁紆文，陳任，沈尙德，彭淑景，陳遠岫，汪光榮，馮雙滉，樓彥則，江文漢，陳世焯，李賢峯，林能武及余，共十八人，最近汪光榮君調往本城衛生院服務，均皆努力工作，精誠團結，爲此間同人同學所信仰，足可向母校告慰者。

是校畢業校友，聯絡甚佳，刊有軍醫通訊，校方出錢，錢亦不多，同學出力，力亦有限，而收效極鉅。復且，清華等大學，亦有此辦法。彷彿女嫁在外，總憐娘家；海外僑胞，熱愛祖國情殷；余方到此，此間先輩同學，頻頻探詢母校情況，關懷之心，直非在母校同學所能想像，亦非能以筆墨所能形容也。皆望母校能設法加緊聯絡各地校友，羣策羣力，復興母校一心一德，還我河山！

是校醫科，亦若母校分前期後期，解剖生理生化寄生蟲藥理病理等皆屬前期，設備甚佳，不讓當年吳淞時代之母校，譬若母校校友孔教官錫鯤，與梁伯強，谷鏡研兩教授齊名，爲 Ascoffe 弟子，屢作公開學術演講，學識修養，極爲此間推重，與故朱傳德博士同班之沈尙德校友，任解剖副教官，彭淑景校友則任細菌。細菌主任教官留美，較昆明中央防疫處湯處長飛凡還要高一班。生化學主任萬教官昕，與母校梁教授之彥博士中學同學，留美，乃世界著名我國生化學泰斗，現任協和醫學院主任吳憲教授之助教。母校校友陳世焯君，乃此間內科助教，奉張代院長兼內科主任靜吾校友命，每週有三天，從之學，若血糖，鈣，及磷等檢定，皆爲母校所未習者也。生理主任有兩位，其一乃前協和醫學院副主任，地位僅次于林可勝氏，沈教官萬洪博士，研究循環著名於世。另一乃李茂之教官，曾任北平大學醫院生理主任侯宗濂氏助教多年，又在協和研究三年，留日帝大兩年，和藹可親，循循善誘，余從之學，私引爲慶。此間實習，皆有教官自編之指導書，可資預備。尤有一事須鄭重提出者，所用紀錄神經肌肉刺激之紀錄器械 (KymographiOd)，乃做造協和醫學院改良式樣，而由與是校有密切關係之第四路軍衛生材料廠製造，非常牢固，且合實用，自力更生，實應在抗戰時代所特別提倡者也！

醫科後期，幾盡屬母校校所主持，與當地士紳合作，設立可容二百五十病床之醫院，範圍之大，不讓上海市立醫院，不久即可完成，正式開幕，恐在兩三月之內，是時有緣，當再詳告，現亦設有若母校之門診部，惟範圍較大，初診病人，統由實習生寫病歷，並做各種試驗，再由各該科主任教官覆核簽字，井井有條，肅靜緊張，其精神足可取法也，風雨如晦，雞鳴不已！北望母校，心嚮往之！

編後記

編者

本刊前在上海出版六卷有餘，因爲抗戰遷校關係暫時停刊；在昆明經過同人等不斷的努力，得以繼續出版兩期；又因學校遷川，而告停頓。計算時間，這一期出版的期間，要延遲了一年。對於本刊讀者及一切愛護本刊的先生們，實覺抱歉萬分，尤其是對於長期訂閱的訂戶，在此謹誌歉意。事非得已，尚祈各位讀者見諒是幸。

同時，本刊于學校遷川不到半年的時間內，又活躍起來，重謀與諸位讀者相見，這是本刊同人認爲最欣幸的事！因爲學校是僻處在川西的宜賓，又因爲抗戰四年來，一切的物價，紙價，工料，均高漲不已，這些對於本刊的進行，如集稿，招登廣告，印刷等，都比較在上海或昆明時，增加了不少的困難。雖然本刊同人會盡其最大的努力，若非外界之熱心贊助本刊者，如各位專家之由遠道寄來論文，本校醫學院各位教授亦源源賜稿，各商行之認登廣告，以及其他一切援助與愛護，決不能於今日重行繼續出版；本刊同人，對諸位熱心愛護本刊的先生們敬致十二萬分的謝意！今後，學校與本社漸臻安定，本刊自當按期問世，希望各地醫學專家，校內校外各位校友，源源惠寄大作，以光篇幅，又各大商家之賜登廣告者，亦請源源不絕繼續登載，本刊廣告不特保證有宏大効力，即本刊亦認爲係贊助本刊的友人！

在這裡要特別提出的是：本刊承中元造紙廠錢子寧先生的贊助，慨然捐助本期的封面紙，附此誌謝！

關於本期內容，無庸特別提出介紹，惟有一點願爲各位校友告者，即本刊自本期起新闢「校友通訊」一欄，這在上期編者的話中已略述梗概，本期可說是具體化了。這次編者因爲遷校關係，由昆明來川，途經貴陽，遵義，安順，重慶，等處，得晤不少在各地的校友彼此談到離開學校後，對於母校情形的隔膜，對於校友間彼此的不能互相連繫，都覺得有在本刊設一專欄以便通訊而求彌補的必要，同時，史濟暄校友寄來「安順通訊」一文，使各位校友，對於在安順服務的情形一目了然，故即在校友通訊欄內刊載了。編者希望以後本刊每期能多登幾篇這類的文字，請各位校友多多賜稿，使這通信網能真正達成牠的任務。校友中如果因爲公忙而不能作長的文章，則亦請簡短的隨便告知一些近況，或遇服務地方，或機關有改變時或私人住址遷移時，將現在服務機關及地址示知！亦可于校友通訊欄內隨時發表，以便互相連絡，此爲編者具有無限的熱望！

關於編排方面，自本期起亦略有改進，每篇文章均從每頁正面第一行排起，以便作者及對該篇感覺特別興趣的讀者，折下分別保存。這對於各篇作者，保存自己心血結晶，實較爲便利，亦可稍補本社因經費關係，不能爲每一作者，抽印單行本的缺憾。至于每篇文章排版後所遺留的空白，另以有關醫學的小品文字補充！

本刊一切時在改進中，惟同人能力有限，尤希各位愛護本刊的人士，不吝賜示，隨時指教，使本刊得日臻于完善，以附讀者厚望，則本刊同人感謝不盡矣！

最後，本期因爲種種物質上的困難及印刷公司的不負責，屢失信用，一再拖延，致使本期又延長了一個半月的出版期，有勞各方面敬愛的讀者及熱心的愛護者的關懷。使我們感到十分慚愧，除以後努力設法補救各種缺點外，敬向各位讀者及熱心的愛護者表示歉意並請原諒！

捷安運輸行

本行經營

昆明—昭通—鹽津—叙府

間之駁運每年托運貨物

上下約五萬餘駁由昆至

敘僅需二十四天力求穩

妥迅速如蒙

賜顧請至下列各址接洽

為荷

昆明：景星街一五二號

昭通：西大街

鹽津：正街

叙府：商業街十五號

慶豐祥運貨行

本行代客運輸由昆

明經昭通鹽津至宜

賓取費低廉時間迅

速如蒙

賜顧請即向下列各

址接洽為荷

昆明：珠市橋廉泉巷七號

昭通：西街

鹽津：新街

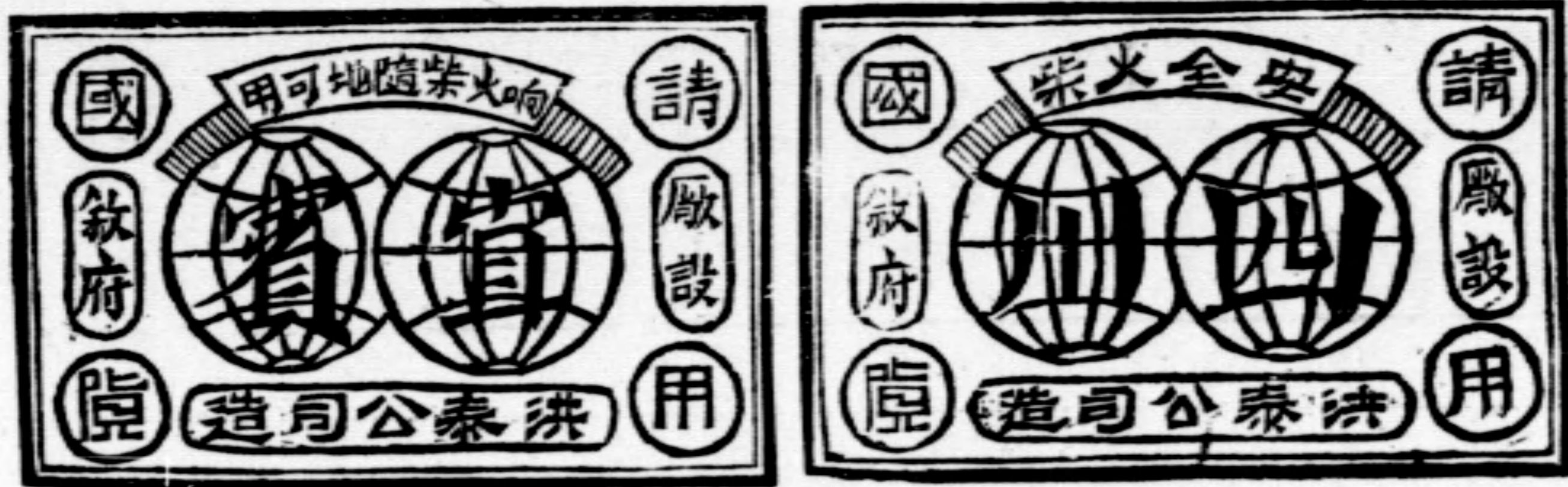
宜賓：青年街二十二號

洪泰廠



： 價 錢 少 ：

： 出 品 巧 ：



確 實 好

精製各牌火柴！

安全無毒響火！

確無有毒黃燐！

政府覈實驗妥！

便利各界用戶！

隨處搽燃俱可！

本行運輸開設卅餘
年概係馬力駝運從
綏府至昆明或由昆
明至叙府雙方都能
代客號包運貨件并
且取費甚低如蒙
賜顧請向：

叙府林家巷第一號炳昌祥本行交涉

昆明南華街第123號炳昌祥本行交涉

同德森運輪行

本行承運綏
府昆明間貨
物取費低廉
爲期迅速如
蒙賜顧請向
綏府南門外
棧房街十九
號接洽可也

光 裕 錢 莊

◎利息優厚◎

代理收交

各種存款

匯兌

放款

◎手續便捷◎

經 營 商 業 銀 行 一 切 業 務

總 莊 重 慶

分 莊 上 海 昆 明

成 都 宜 賓
瀘 縣

辦 事 處 邠 縣 柳 州

衡 陽 貴 陽
昭 通 灌 縣
廣 安

四川省銀行

通匯地點

總行
分行
支行

重慶接聖街
成都
遂寧
萬縣
合川

內江

辦事處

溫江	松潘	銅梁	永川	璧山	梁山	閬中	敘永	廣元	樂山
新橋	墊江	榮縣	廣漢	仁壽	大竹	樂至	綦江	峨眉	宜賓
劍閣	安縣	威遠	什邡	安岳	西陽	中壩	隆昌	三台	瀘縣
茶店子	大足	彭縣	忠縣	崇慶	酆都	合江	洪雅	富順	自井
黃桷樹	鄰水	潼南	渠縣	德陽	邛崃	新津	奉節	巴中	江津
	南溪	資陽	夾江	中江	新都	眉山	石橋	雅安	南充
	蒲江	大邑	犍爲	開縣	榮昌	江安	雲陽	茂縣	倍陵
	宣漢	武勝	長壽	南部	南川	資中	廣安	太鎮	綿陽
	郫縣	彭山	岳池	趙家渡	綿竹	灌縣	西充	西昌	達縣

電報掛號
特約通匯地點

總分行均爲〇九六六
上海及陝西全省均由總行轉

國民政府特許設立

中國農民銀行

復興農村經濟：促進農業生產

資本實收 一千萬元

公積及提存 二千五百二十餘萬圓

辦理一切銀行業務

兼辦各種儲蓄存款 及

發行節約建國儲蓄券
代售有獎儲蓄券

分支行處遍及全國

六

新

同

業

全

文

交通銀行

政府特許爲發展全國實業之銀行

辦理一切銀行業務

國內各地皆可通匯

敝府支行地址：
東街_{卅六}
_{卅七}號

電話 第十六號

重慶銀行



本行以服務社會

便利人羣為宗旨

資本：收足國幣伍百萬元

業務：專營各種存放款項暨

銀行一切業務

儲蓄

本行儲蓄部基金另撥

會計獨立專營各種儲

蓄業務

倉庫：本行倉庫部專為客家

堆存一切貨物取費低

廉辦事迅速保障鞏固

通匯地點

重慶	上海	瀘縣	西昌	新都	合川
成都	康定	樂山	內江	遂寧	合江
昆明	萬縣	宜賓	雅安	山洞	自井
絲陽	太和鎮				

本廠歡迎

企業家開設工廠

充實抗建生產力量

儘量利用電力節省人力

際此米珠薪桂工資高昂

投資工藝當以利用電力為最經濟

每度電力足抵二十五人一小時的工作力量

每度電力取費不及一人一小時的工資

資源委員會宜賓電廠啓

聚興誠銀行

民國三年創立

歷史悠久 基礎穩固

經辦儲蓄信託及商業銀行一切業務

存款 匯兌 押匯 押放

保險 運輸 報關 經租

各種定期儲蓄 活期儲蓄

分支行處遍設國內各大商埠

及國外香港海防

總行 重慶商業場 宜賓辦事處東街122號

電報掛號中文2435(斗)洋文YANG BROSBK

上海商業儲蓄銀行

民國四年創立

資本 伍百萬圓

公積 壹千萬圓

宜賓支行：東街一一〇號

電話：一八號

經營一切銀行業務

川康平民商業銀行

辦理商業銀行一切業務

兼收各種儲蓄存款
並營各種信託事項

總行：

重慶打銅街

分支行：

成都·萬縣·瀘縣·宜賓·樂山·內江·上海·漢口·昆明·雅安·重慶都郵街

辦事處：

重慶上清寺·重慶沙坪壩·重慶磁器口·重慶小龍坎·成都外東·成都光華村·江北·綿陽·太和鎮·合川·資中·自井·五通橋·康定·西昌·香港·

"SINE" Thiazon

α (p-amino-benzene-sulfonamido) thiazol
SULFATHIAZOL

消治龍

殺滅鍊球
菌葡萄球
菌肺炎球

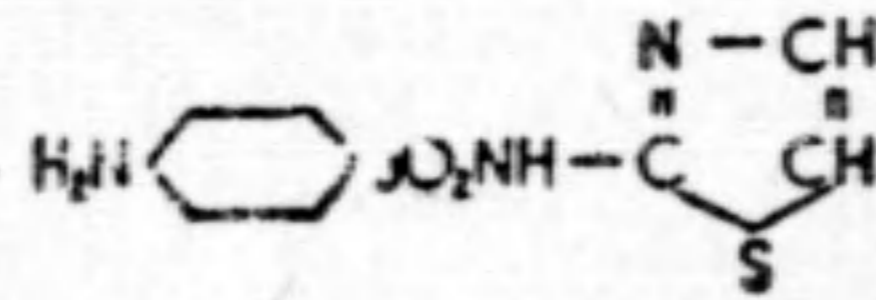
封有效之
科學良藥

最進步有特效之
殺菌化學治療劑

消治龍為本廠最近之
新製品歷經動物試驗
臨床觀察認為滿意方
始發行故治效卓絕為
歐美學者所公認本品
白色結晶體於末製成
片劑每片內含二對氣
苯磺酰胺噻唑 0.5 公
分化學構造方式為

主治

各種肺炎、喉管炎、喉炎、癆
病、淋病、梅毒、淋病、淋病、淋病
、淋病、淋病、淋病、淋病、淋病
淋病、淋病、淋病、淋病、淋病、淋病
包裝：一百片、二十片。



信誼化學藥物研究所製
信誼血清疫苗廠檢定
信誼藥廠發行

中元造紙廠

自造化學木漿

機製優等紙張



廠址

(宜賓馬鞍石)

辦事處：

重慶：林森路三四四號

電報掛號 六一六一

宜賓：下交通街十五號

電報掛號 一二三四

醫藥界之新供獻

治瘡專藥

國產原料

新靈丸

治普通瘡疾效力
較奎甯丸大數倍
毒性較奎甯丸小
數倍

科學方法

多年研究

實驗成功

瘡靈丸

治惡性瘡疾效力
較奎甯丹大與瘡
滌平似毒性較瘡
滌平弱較撲瘡母
星小

日月化學藥品公司出品

地址：昆明護國路十九號

劉紹光博士監製