

河南大學 醫學院季刊

第一卷 第二期

河南大學醫學研究會編印

院聞

- 醫學院被摧殘之寫真……………舒永康
寫在「醫學院被摧殘之寫真」之後……………郭斌慶
醫學院概況

翻譯

- 貧血症之實驗與治療……………王蘭亭譯

論著

- 治痢精華……………閻孫銘博士著
飯後易睡眠之原因……………李作霖
產後出血……………陳去非
糖尿病……………尹晉卿

講演

- 刺激治療之中西觀……………閻孫銘博士講
最近妊娠診斷法……………單德廣教授講
梅毒預談……………陳去非先生講

雜俎

- 人生之認識……………周靖邦
砒中毒之鑑定……………李丙昌

文藝

- 詩述引言第一……………張孝友

中華民國二十一年十二月出版

北平
醫學院季刊

本刊啟事(一)

啓者敝校醫學院，今年九月受奸人之陰謀，省府明令將醫學院緩辦，蒙諸先生同學之奮鬥，及各界之援助，經時一月有餘，方實行恢復，故本刊出版時間，延誤月餘，望讀者原諒！關於此次事件詳情已詳載本刊院聞之中，並望讀者特別注意！

本刊啟事(二)

本校呈請改名爲河南大學，業經省府指令照准，本刊自本期起改名爲河南大學醫學院季刊。

本刊啟事(三)

本刊近收到稿件多種，各未加新式標點符號，諸多不便，望以後賜稿諸君，特別注意，附加標點符號爲盼！

目 錄

插畫

- 總理遺像 遺囑
- 醫學院全體像
- 本院教授郭鑫齋博士
- 本院德文兼任教師 Fraulein Stark
- 本會第二屆執委會職員像
- 組織實驗之情形
- 本院院址正面影
- 本院新築之病理解剖室

院聞

- 醫學院被摧殘之寫真.....舒永康
- 寫在「醫學院被摧殘之寫真」之後.....郭冰鏡
- 醫學院概況

翻譯

- 貧血症之實驗與治療.....王蘭亭

論著

- 治痢精華.....閻彝銘
- 飯後易睡眠之原因.....李作霖
- 產後出血.....陳去非

糖尿病.....尹晉卿

講演

刺激治療之中西觀.....閻彝銘

最近妊娠診斷法.....覃德廣

梅毒瑣談.....陳去非

雜俎

人生之認識.....周靖邦

砒中毒之鑑定.....李丙昌

文藝

.....張孝友

河南大學醫學研究會第二屆

職員姓名表

指導委員	閻彝銘博士	郭鑫齋博士
	魯斐然博士	單德廣醫學士
	陳去非醫學士	周靖邦醫學士
常務委員	楊誠	
編輯部主任	郭斌慶	
委員	舒永康	徐慶祥
	孫國楨	曲兆齡
文書部主任	尹晉卿	
委員	王業	李東楷
事務處主任	張金波	
會計股	孫永振	
庶務股	耿俊彩	
候補委員	鄒桂芬	鄭錫
		楊錦英

河南大學醫學研究會簡章

- (1) 定名 本會定名為河南大學醫學研究會。
- (2) 宗旨 本會以研究醫學，增進人類幸福為宗旨。
- (3) 會址 附設河南大學醫學院內。
- (4) 組織
 - A. 會員 凡醫學院同學，皆有為本會會員之資格。
 - B. 會務 本會設執行委員會，處理本會一切事務。
 - C. 指導員 本會請本院院長及教授為指導員。
- (5) 會期 本會會期，每兩週舉行一次。
- (6) 會費 本會經常費，每人每學期納洋乙毛，特別費，臨時酌量徵收。
- (7) 附則：
 - A. 本會簡章，如有不妥之處，得由本會會員三分之一以上之提議，經大會中修改之。

總 理 遺 像



今始為國民革命四十年其目的
 在求中國之自由平等積四十年之
 經驗以於達此目的必使法紀
 民衆及將台世界上以平等待我
 民能共同奮鬥
 現在革命尚未成功凡我同胞務
 須依此宗旨者建國方能建國
 大個三人之義反第一不食肉代
 表大會宣言繼續努力以求實現
 救救這三張團圓的民意及
 所陳不平等合約此項打最
 時期向位是貴現是所止焉
 孫 文 年一廿一
 中華民國二十四年三月二十日
 華北名 江蘇明
 世日七 梁子元
 吳強性 何兵池
 對 李 福 郭 嘉



醫 學 院 全 體 像

本院教授



郭鑫齋博士

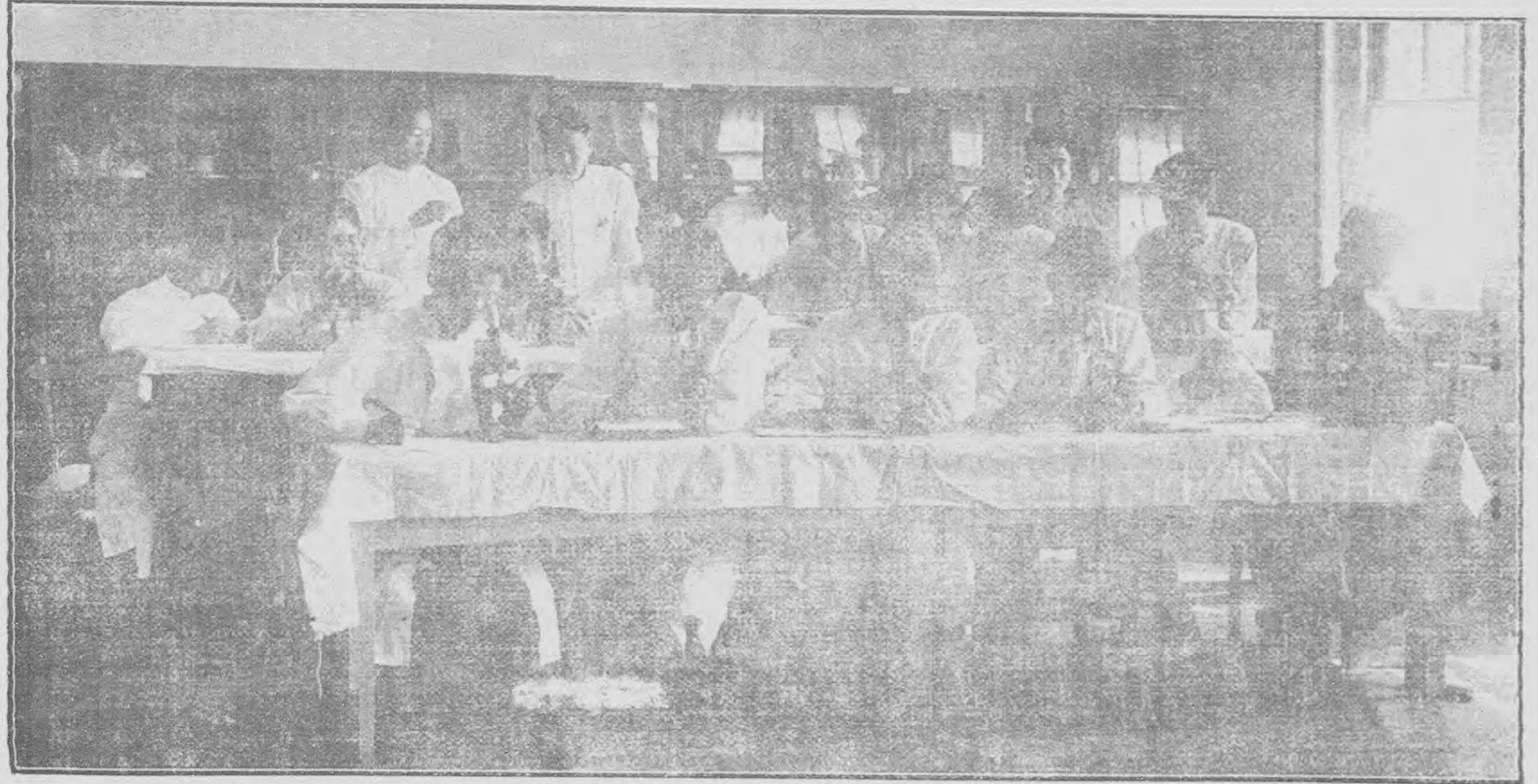
本院德文兼任教師



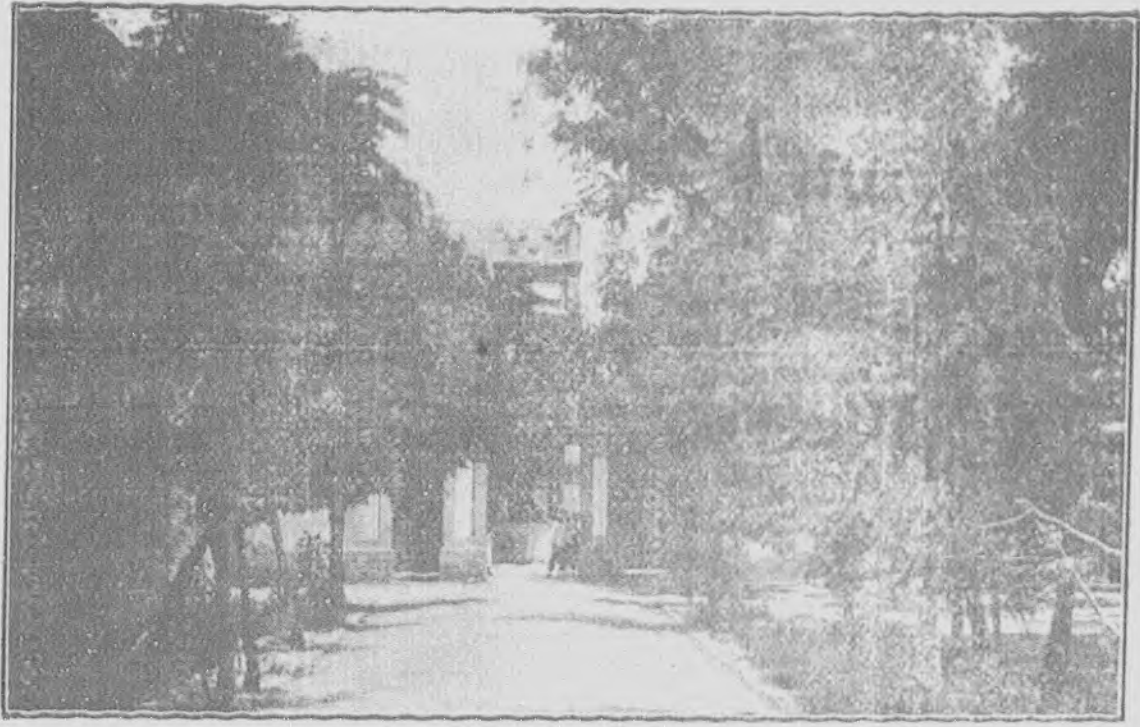
Fraulein Stark



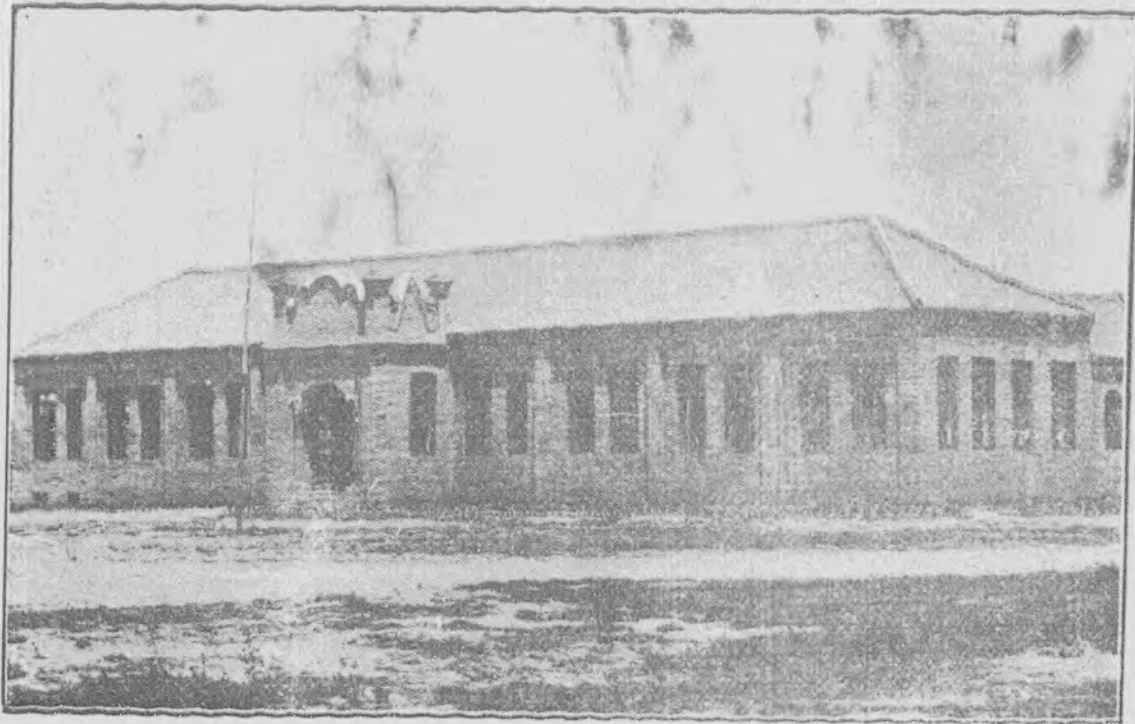
本會第二屆執委會職員像



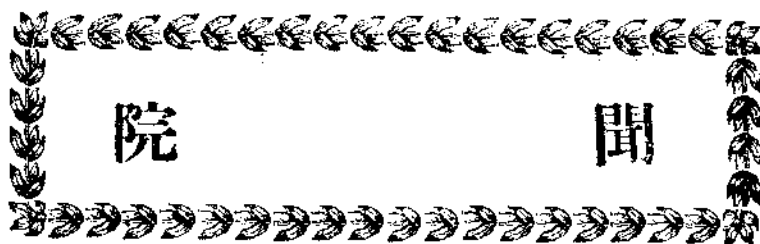
組 織 實 驗 之 情 形
顯 微 鏡 下 之 觀 察



本院院址正面影



本院新築之病理解剖室



醫學院被摧殘之寫真

本校醫科應社會之需要而成立。迄今已將三載，慘淡經營，規模已具，去年本校二週年紀念大會所得成績之評批，以醫科為優，在短促時間及困難經濟之下，而能將醫科設備至此者，實非易易，吾人正希望其日臻完善，普濟衆生，固不意其今夏幾摧殘而夭折也，

今春省政府委任馮友蘭氏為本校校長，馮氏因故未就，舉張廣輿代理，且同唱裁科併系之口號，此種口號，實與醫科之被裁，有莫大之關係，事實上亦不無蛛絲馬跡之可尋。

張氏於暑期前到校，曾表示維持五科原狀，然自各方傳來消息，均謂將不利於醫科，同學曲兆齡之兄在北平函告曰“聞馮張欲裁醫科擬將你們轉送協和或醫大”我科同學因之極形不安，數次詢問張氏，張力則力闢謠言謂「醫科決能永存，大家可以安心向學」態度言語似甚誠懇；同時堅留醫科主任閻仲彝先生，囑其到上海添聘醫科教授，更力阻醫科教授郭鑫齋就河北大學醫學院之聘，同學目擊此情，方幸謠言之無稽，可以安心學業矣，於是歸

家者陸續到校，在校者紛紛註冊，閻主任自上海趕到學校，郭魯教授均積極準備開學教材，新聘李教授亦由滬起程，此九月五號事，雖上課僅數日耳。

霹靂一聲，裁撤醫科之省政府命令，突於九月六號送到學校，內開：

「設立醫學院，醫學為專門科目，書籍儀器試驗藥品，實習醫院，種種設備，費頗不貲，該大學初經改組，經費正虞竭蹶，應將該醫學院，暫緩設立。」

同學聞之，莫不驚惶萬分，然尚以為張氏有言在先，或可設法挽救，於是環請張氏設法，張氏略謂：

「省政府這樣的命令，我也莫明其妙……論理醫科是萬不能裁的，尤其是現在不可以裁……看你們的教授，你們的同學，現在比那一科要整齊，也比那一科要有精神，實在沒有裁的道理。……假設真個要裁的話，總替你們想個出路，現在國內各大學都開學了，北平無開學的希望，轉學是很難的，說轉科麼？你們都是堅志學醫的人，恐怕不願意。……種種方面看來，決不能裁撤，現在我馬上開評議會，商議呈請收回成命的辦法，這件事總有八九成把握，你們回去安心讀書……」

校長此番談話，無處不是為我醫科同學前途着想，精細而又周到，同學十分感激，旋開評議會議決，呈請省政府收回緩辦醫科之成命，同學方面為增加學校交涉力量起見，曾招集兩次全體大會，議決以醫科全體名義呈請省政府省黨部教育廳建設廳……並派代表分赴各處作恢復醫科之運動，此乃九月十號間事。

當代表至各處陳述意見時，突得兩種奇異現象：

第一。學校呈請恢復醫科之公文，自評議會議決之日起，至學生代表到省府之日止，已有數日，尚未送到省府，反使後者居先，同學方疑學校之命意？豈秘書因故遲延？抑校長別有居心！？

第二•當省政府教育廳接見代表時，皆不約而同的說：「省政府現當軍事倥傯的時候，那有工夫顧到你們學校裏的事，什麼事都是你們學校當局自己主張的……」

如上所言醫科之裁撤直係張氏一手造成，然而多數同學尚不信張氏竟如此毒刺奸詐也，代表將外聞之言轉告張氏，張氏沉默有頃，面有難容，末謂：

『你們不要聽外邊的謠言……我要告訴你們幾句話，昨天我到中牟參加河工典禮，李主席財政廳長都在那裏，李主席很惱的問我說「聽說你們學裏要鬧風潮，醫科學生要……」我替你們竭力解釋，李主席又說：「要是胡鬧的話……哼！」那時財政廳長在一傍插着說：「學生這樣不聽命令，槍斃幾個就好了……」我竭力解釋一番才把李主席的氣平下去，你們如果沒有上面的行爲很好，我勸你們這件事要聽學校解決，學校決不負你們，要是自由動作，那我也不管了……』

我們聆了這番教訓，莫不驚疑萬狀，校長之意善耶？惡耶？恐嚇耶？抑實事耶？直如墜入五里霧中，然而無論如何「槍斃」實足可怕，處當時政治壓迫之下，誰復敢置一詞哉，無用如我輩，只好靜待校長之進行，竊聞人言，校長表面上呈請恢復，實際上則作反對之運動，吾輩將信將疑之際，忽聞省府九月十四日三十次省務會議議決，主張維持緩辦醫科原案，最後之死刑一經宣佈，頓使蓬蓬勃勃之醫科，化爲慘淡悲暗之愁城，同學幾次求見校長設法，非對以午睡，即對以有公田外，數日不得要領，同學至此始乃大悟，所謂校長不負我們者，即如斯耶，當時外有政治勢力之壓迫，內感校長之詭詐難測，恢復醫學院之運動，難於上天，於是同學開第四第五兩次全體大會議決如下：

第一・請學校繼續進行恢復醫學院

第二・如遇不得已時採取最後轉學轉科辦法

A.轉學者由學校當局派專員，協同學生代表，赴國內各大學醫科接洽免試保送事宜。

B.轉科者得在本校內無條件的自由轉入各科。

上項條件，既經議決，即以書面呈送張氏，當日即得回覆，謂評議會完全容納學生要求，學校當派秘書張桃齡偕同學生代表舒永康於九月十七日由汴起程北上，接洽轉學事宜，屆時准予同學無條件的轉科，以實行第二條件，而於最重要之第一條件，即「請學校繼續進行恢復醫學院」則毫未進行，足見張氏並未奉行評議會「完全容納學生要求」之決議案，其不欲恢復醫學院之奸心，於此可見矣。

代表迭告北平大學醫學院，保定河北大學醫學院轉學交涉失敗，學校更直接向上海同濟醫科，中央醫學院，及南通醫專交涉，亦均無結果，總其原因：第一，原來名額已滿，第二，經費儀器不够分配，轉學交涉既皆失敗，轉科又非吾輩所願，且功課亦難銜接，正在進退維谷之時，幸有救星趕到，救星爲何，即中央軍戡定河南，將張氏持以摧殘醫科之偽政府趕走，張氏免職，此予醫科以絕好恢復之機會。

中央軍克復開封，代理主席張伯英回汴主持政務，爾時全體同學及諸教職員，均爲時機已至，即向校長交涉，請其從速呈請省府恢復醫學院，張氏乃謂：「醫科學生自行要求轉學轉科(何不進行第一條?)轉科者非常滿意(?)轉學者正在交涉(實已失敗了!)學校現在不便呈請」同學得此答覆，方知張氏摧殘醫學院之決心，其凶惡面孔畢露無餘矣，次日校務會開會(自學校改名後將評議會改爲校務會)席上主張呈請恢復醫學院之空氣，異

常濃厚，張氏見衆意如此，無可奈何，乃佯言曰：「恢復醫學院呈文已上去了」閉會後同學向秘書處索閱底稿，則尙未起草，草尙未起何能發出？是張氏不但欺騙吾輩學生，且公然欺騙本校最高機關之校務會議矣。次日秘書因故未辦公，如此推延，日復一日，直至十月十一日張氏奉令免職之時，學校呈請恢復醫學院之公文猶未作成，遑云發出，事實俱在，可覆按也。張氏居心破壞更可知矣。

張氏既存心破壞，不肯進行恢復醫學院以實行吾輩議決案第一條痛關切膚吾輩，遂不得不起而奮鬥，乃由代表孫國楨……等呈請省府恢復醫學院，幸非難之張氏已去職，乃得批准，命令於十月十四號到校，醫學院遂於十月二十日遵令照舊上課矣。（呈文附後）

以上所述，乃醫學院被裁前後及恢復時期之一幅寫真圖畫也，吾輩竊有感者，卽張氏裁科併系之主張是否適當，社會上自有公論，醫科之應否裁撤亦自有是非，吾輩不欲妄置一詞，惟張氏對吾輩所取手段未免過於毒辣險詐，如欲裁撤，應在開學之先宣佈，俾各自謀出路，彼不出此，陽爲維持，陰行暗謀，忽於開學之後實行其毒辣之手段，而又不能爲學生謀一出路，置百十青年於失學絕境，此豈大學校長應有之行爲乎？抑教育培植人材之宗旨乎？誠不知其是何居心？特將此中實在情形，宣佈於社會，俾明真象云云。

呈 文 底 稿

呈為瀝陳醫學院不應緩辦理由仰祈

鑒核准予續辦以重教育而救失學事竊吾豫自民國十七年秋季起應社會之需要奉

令就河南中山大學內籌設醫科重以我

主席主持豫政時維護提倡之力迄今兩載設備內容規模陸續粗具學生計百餘名本年夏預科畢業並升入醫本科者已三十名學生等羣具熱望方期學有所成乃本年九月間

前河南省政府當軍事緊急之際於河南中山大學改稱河南大學呈報修訂組織大綱案內忽令以大綱第五條第五項設立醫學院學醫為專門科目書籍儀器試驗藥品實習醫院種種設備費頗不貲應將醫學院暫緩設立俾將該學院預算經費分攤本條各學院項下以資補助等因倉卒間未察內容實況驟以費頗不貲一語將數載經營規模略具正待發展之醫學院停辦使生等學業中斷置而弗顧生等瞻念前途弗知所措用敢瀝陳詳情於後幸

垂察焉

一就經費言醫科於奉令開辦預科之初即規定常年經費數萬元去年本校增加經費五萬餘元大部即為醫科計本年夏呈准增加之二萬八千餘元又幾全為開辦醫本科添聘教授及增購藥品儀器之用依現有歲費數與現有學生數之比以與國內各醫科大學相較相差亦不甚遠年來醫科且有餘款留作醫院設備之

用本年度起各學院停止招收預科每年計餘出經費三萬餘元此於醫科經費上無形中又行增加是醫科之存在初不必另籌經費學校方面於前次聲請續辦時曾經說明在案至將來大局平定契稅豐收醫科學生與經費日漸發展前途甯有限定此不宜緩辦之理由一也

二就設備言醫科開辦業經數載設備方面除與理學院通用之普通科學儀器藥品照常通用勿庸再行重購外其醫學專科用品如顯微鏡醫藥用品及醫院器械等均已粗具根基價值在五萬元左右將來逐漸添置在經常費內似尚不感困難益以臨時籌劃特別設備專款進行上更無虞其竭蹶現在設以己具之規模不謀所以發展而反令停辦不惟多數金錢盡歸無用精良器械貴重藥品亦均廢置實為可惜此不宜緩辦之理由二也

三就課程教授及作業成績言醫科課程標準均係參照國內外醫科大學實施辦法衡以正確理論而定其學科程度次第實施較之國內大學均有過之而無不及者所聘教授均留德醫學專家二年來教學雙方作業集累之成績曾於去年舉行二週紀念時陳列展覽著有好評有耳共聞有目共見醫學季刊出版益得各界深刻之認識對於社會已迭有貢獻如屢為法院剖驗毒殺疑案並曾在軍醫院協助治療卓著成績譽激猶存校內異日之效用正靡有量今而忽令停辦使數年來已耗之二十萬許經費等於虛擲上何以對黨國下何以對人民不顧事實的進行而徒曰費頗不貲即令緩辦於政豈為得策此不宜緩辦之理由三也

四就豫省社會需要及生等學業前途言吾國數千年來習醫者大都為讀書無成一知半解聊圖糊口者之所為中國固有之醫術淪亡已久現在科學的醫學雖漸昌明而此項學校設立無多所出人材實亦寥寥吾豫僻居內地文化落後此項人材尤屬鳳毛麟角不足以供社會之需要擴充醫學院實屬刻不容緩河南中山大學醫科既已應社會之需要而成立在政府方面自應設立亟圖建設為可中道而

廢在學生方面所以要投考醫科者實於個性之所近入校以來所習學程多系專門醫科今忽令醫學院中途停辦不惟原有學生改科既非所願縱令勉強改易而其他科係所習學科既絕不相同豈能與其他科系相當之班次隨同肄業其理至明無待贅陳現在學年開始已經多日考期已過轉學他校一層業經交涉無效即令轉學而各學校因課程編製之不同窒礙尤多且生等多為寒士以父兄血汗換來之米豆代價負笈本省已屬難於支持轉學他埠不惟學業已受其損害現今平津滬漢生活程度較吾豫為高以寒士負笈他鄉經費上又屬力所不逮進退兩難情形顯然是則緩辦醫科勢必使生等盡皆失學不惟家庭及自身所受之損害至為重大亦豈國家設立學校之本意既已設科招生肄業亦當有始有終令其畢業為政府計何得再云緩辦而事實等於停辦况係經部立案廢置甯可輕易為之此不易緩辦之理由四也

總上四因理合據實詳陳恭懇

鈞府鑒核俯賜更張主持本

中央提倡學術教育之至意准予河南大學續辦醫科成立醫學院河南教育幸甚生等前途幸甚謹呈

河南省政府主席張

河南省政府批示

原具呈人河南大學醫學院學生代表孫國楨等

呈為瀝陳醫學院不應緩辦理由仰祈鑒核准予續辦以重教育而救失學由

呈悉已令該校照舊上課仰即知照此批

中華民國十九年十月十四日

寫在「醫學院被摧殘之寫真」之後

郭冰鏡

本校醫學院今夏因前校長張廣興之摧殘，幾遭夭亡，而張氏則力辭此咎，今舉數事于下，以證明醫學院之被裁，確係張氏之主動，而非省政府之本意。

一。省政府裁撤醫學院之命令係九月六日到校，張氏却于五十九日以前（即七月十日）與前醫科主任去信（信附後），協商醫科學生轉學事宜，該信發于北平醫大交涉失敗之後，（據其自言及信件），其向醫大交涉之時期，至遲當在七月初間，距奉令裁撤之日，尚有兩月，若非主謀裁撤醫科，何以在命令未下之先，且遠在省府議決此案之兩月前而即着手進行轉學之事乎？豈張氏善伺人意，可預知省府之意旨，抑轉學交涉失敗，乃假省府實力以售其摧殘醫科之奸計乎？假使七月初間轉學交涉成功，省府仍不下裁併醫科之命令，張氏又將何以自解耶？小子不敏，實難索知。

節錄原函：

……本年醫大（作者按：係指北平大學醫學院。）因鬧風潮，負責無人，無從接洽，同濟中山又來不及，惟有河北大學醫科，尚可接洽，希兄于北來抵平時，與該校醫科切實商洽……

二。前省府張參議及教育廳秘書長張宏遠曾告醫科代表曰：『省政府

現當軍事吃緊之時，那有工夫來顧到此等瑣事，一切均係貴校當局自己之主張。』代表以此轉質張氏，張氏默然無以對，退而趨謁丁肇青，請其勿宣佈內幕，張氏作僞心虛之情，概可見矣！

三。當中央軍克復開封後，省省要人均主張恢復醫學院（張代主席伯英及省委兼教育廳長張幼山等，均面准醫科代表照舊上課）校務會議及同學方面主張尤力，張氏如非主張裁撤醫科，或主張而不十分堅決，自應乘風轉舵，以求挽救，又何必壓攔恢復醫學院之呈文乎？（汴垣克復後，校務會議會議決呈請省府恢復醫學院，醫科代表亦以此事謁張氏數次，請其即速進行，而張氏初則避而不見，繼則推秘書告假無人起稿，或謂尙未運動成熟，恐徒勞無功……自中央軍抵汴，至醫學院明令恢復，始終無呈一文到省府。）前省府能從其偏見，則假之以裁醫科，假之以恐嚇學生，（張氏曾告學生曰：『李主席（純如）對你們爲復院事南北奔跑，很爲生氣。張財政廳長且說：「學生這樣不聽命令，槍決幾個就好了，」你們以後總要小心才是』）更假之以掩耳盜鈴（一面呈請恢復，一面運動批駁），新省府欲恢復醫科，張氏則以不上呈文爲抵制，事實俱在，奸心難掩矣！

四。本年九月二十一日，北平日報第五版載開封通訊云：『……新校長（即張氏）對於校務之整頓，抱有決心，原辦文理法醫農五科，現以經費限制，醫科擬即緩辦……故此次緩辦醫科，實係顧慮事實，……摺彼注此，先辦四科……』原文甚長，不克備錄，本省某報亦曾轉載，而張氏未加否認，自係事實，且亦與張馮（友蘭）裁科併系之口號相吻合。

裁科併系原爲整頓教育，吾人豈敢反對，然當自不甚重要之科系着手

，醫科乃研究最實用最需要之學科，且本科過去之成績，亦極優著，何可橫加摧殘？即或張氏另有見解或其他用意，（傳云：『張氏與馮友蘭結合，欲以清華及某派把持河南大學，二派均無醫學人材，不能插足，故裁之，』此說是否屬實，不能確知，姑誌之。）必欲停辦醫科，亦當冠冕堂皇做去，不應憑藉政治勢力，以快己心，更不應勾結土匪逆軍以隨其願。借政治及匪軍之勢力，以解散醫科，其人格又可想而知。

當解散之先，宜早為無辜之醫科學生謀出路，不應于開學後始行發表，致青年學子驟失所業，後轉學事既皆遭失敗（向同濟，南通醫大，中央醫學院，北大醫學院，河北大學醫科……交涉轉學均無成。）而醫科又遇恢復之機，張氏如以學生失學為念，自當奔走呼號，以圖早日恢復，而反借詞推延，欲致醫學院恢復于絕望，嗚呼！汝豈能以一手掩盡天下之耳目耶？

總之，此次波拆，雖屬可恥，然亦醫學院歷史上最光榮之一頁，吾等應視此事為五卅，為五三，為訂二十一條之五九，時作驚惕，時為努力，以趨醫學院于盡善盡美，奠院基于千年萬年萬萬年！望教授及同學其各勉諸！最後吾高呼曰：河南大學醫學院萬歲！

一九三〇，十二，十五。作于河南大學醫學院

各國醫校與人口面積之比較					
國名	校數	全國人口	全國面積	人口比例	面積比例
法	30	39,000,000	210,000方哩	1:1,300,000	1:7,000方哩
德	20	58,800,000	180,000方哩	1:2,940,000	1:9,000方哩
英	42	43,700,000	727,000方哩	1:1,400,000	1:3,000方哩
日	24	27,000,005	200,000方哩	1:1,100,000	1:11,000方哩
美	89	106,000,000	3,020,000方哩	1:1,200,000	1:34,000方哩
中	24	450,000,000	1,200,000方哩	1:19,000,000	1:175,000方哩

醫學院概況

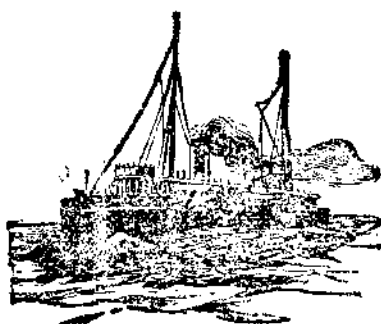
本大學醫科自開辦以來經本科同人努力籌劃，規模本已粗具，自今秋改組為醫學院後，一切均有新發展。茲摘於述於後：

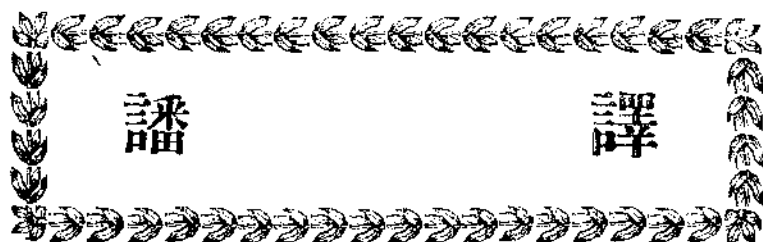
(一)教師 本期添聘李賦京博士授比較解剖，高彥瑛博士授生理學，單德廣劉蔚同先生分授解剖學化學，郝象吾博士授遺傳學，李宏齋李構堂二先生分授化學植物學，張惟元先生授國文，李雅軒先生授德文。合原有教授郭鑫齋，魯章甫，閻仲彝諸博士及德人司達克先生，計十餘名均極一時之選。

(二)設備增加 今夏訂購三千餘元之器械，已有一部份寄到，所餘亦將陸續運到。

(三)解剖室裝置就緒 本年三月在本院西北部建築十三間大房，作為解剖室及病理解剖室之用，內附地窖一大間，以便貯藏屍體，共費五千餘元，工竣已久，但因戰事關係，室內未能及時裝置，現已佈置就緒，一切解剖模型與標本，均已移入，實習上極稱便利。

(四)產科醫院擴充設備 醫學院附設產科學校內添設之產科醫院，純係慈善性質，對於到院臨產之貧婦特別優待：不惟免收一切費用，並酌施小兒衣服一套，市民稱善。到院坐產者因此日見增加，本期該院又添購應用器械八十餘種，消毒箱七個，產室近又大加刷新。並聘陳志如女醫師為駐院醫生，以便孕婦隨時到院生產或疹療妊娠期內一切病症。





Kala-azar 貧血之實驗與治療

Chester S. Keefer, O. K. Khaw, And C. S. Yang 合著

王 蘭 亭 譯

按 Kala-azar 一名熱帶脾臟腫大症 *Tropische Splenomegalie*；亦稱黑熱症 *Schwarz-fieber*。其病原體係一種么微原蟲，所謂 *Leishmania Donovanii* 是也。本病流行於埃及，亞刺伯及中國，徐州一帶更多，而我河南各地，感染者亦屢見不鮮。故特譯出此篇，以喚起醫家之注意焉。 譯者附誌。

緒言：

Kala-azar 之主要症狀，以貧血為最顯著，大多數患者其臨床上所見一切症狀，每隨貧血為轉移。故欲了解本病之真諦，必須對於造血臟器及血液中所生之諸種變化，具有正確之觀察，吾儕（著者等）曾就二百餘名患者，檢查其血液；並行各種治療方法，以研究其血液恢復之機能。本篇乃選擇患者之一部，而報告其結果。

病理：

於報告成績之先，請將本病之病理稍申述之據近來麥蘭尼氏 Meleney 精密之研究，足供吾儕之參考，氏曾就猿類及人類之感染本病者，詳檢其各組織之變象；而謂特異組織之病變，蓋在內皮細胞之增殖，及結締組織之硬化。此變化尤以脾，肝，淋巴結節及骨髓為最顯著，在個個細胞被病原蟲寄生之先，已足見到此種變化。其後則不獨間質，即各臟器之實質，亦被侵犯而變性。結果則脾臟腫大，肝臟增巨，患者遂陷於重篤貧血狀態，而一切臨床症狀，均得根據血液之變化以說明之。

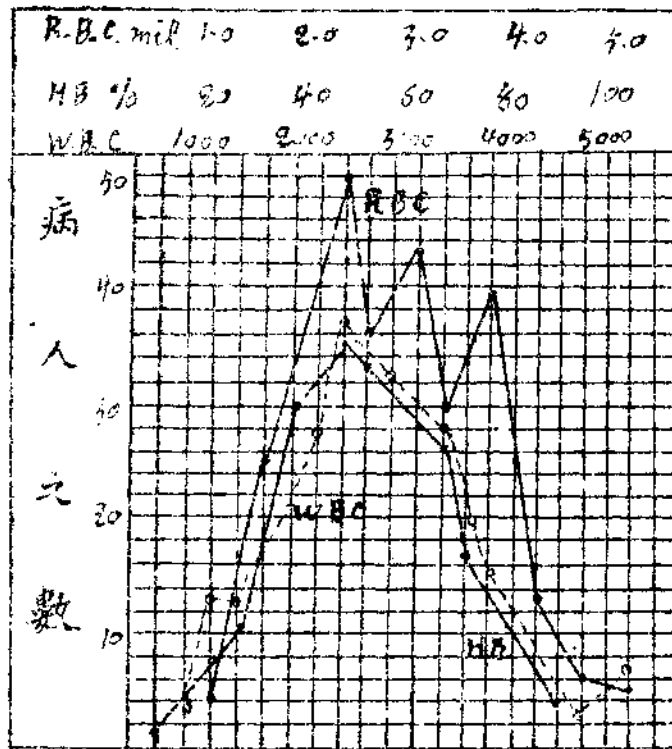
血液之變化：

吾儕曾就191名住院患者，檢查其血液之變化，記錄如下：

赤白血球之數及血色素之含量，如第一圖所示。血液之一切成分均減少者，實佔患者之大多數。白血球每一Cmm中，減至3,000以下者，佔患者65%；赤血球每一Cmm中，減至4,000,000以下者，佔80%；血色素之含量，在75%以上者，僅有五例云。

因赤血球及血色素減少，患者發生重症貧血；同時有諸多症候出現，如：呼吸促迫，眩暈，心悸，倦怠，虛弱，下痢，浮腫等，紛至沓來，又因白血球減少——顆粒性白血球——而常有各種合併症發生，就中以口腔，喉頭疾患為最常見，水瘰亦係好發合併症之一。

第一圖



此圖示 191 Kaia — azar 患者，赤血球白血球及血色素之排列

• R. B. C. = red blood cells 赤血球； mil. = million 百萬；
 HB. = hemoglobin 血色素， W. B. C. = White blood cells
 白血球。

因血小板減少，故患者常有出血之傾向，最多者為衄血，齒齦出血及紫斑性出血。Tourniquet 試驗，每呈陽性。血小板減少性出血之特徵，即出血之時間延長；而血液凝固之時間則正常也。

血液再生現象，往往缺如，檢查末稍血管之血液，絕未發現有核赤血球 Nucleated red blood cells；而網狀細胞則稍增加，但少有超過 4%者。

簡言之，由 Leishmann--Donovan 體惹起之特異血液變化，即再生不能型貧血 Anemia of the aregeneratory type，白血球減少 Leucoplnia

，及血小板減少 thrombocytopenia 是也，因血液之變化，而發生種種貧血症狀；造成偶發症之素因；及出血之傾向，故與 Benzol，白喉毒素等中毒時所發生之惡性貧血，極相類似也。

白血病，骨髓轉移性癌腫，骨質硬化症等，所發之貧血，其病變主在骨髓，所謂骨髓癆性貧血 myelophthisic anemia 是也。由各方面觀察之，與 Kala-azar 性貧血，頗多類似之點，實則迥不相同。蓋 Kala-azar 患者之一切造血臟器如肝，脾及骨髓，均呈病態；故檢查末稍部血液中，再生現象，極為罕見，且白血球數不增多，血小板早期減少。至於骨髓性貧血，則病變僅在骨髓，而脾臟肝臟，則仍能執行造血機能；故檢查末稍部血液中，可證明再生現象。換言之，即 Kala-azar 可視為再生不能型骨髓癆性貧血 Aplastic type of myelophthisic anemia；而骨髓癌腫等，則可視為再生可能型骨髓癆性貧血 regenerative type of myelophthisic anemia 也。

療法：

Kala-azar 貧血之一般性狀，既如上述，茲更就用 Urea stibamine 治療之成績言之。Urea stibamine 治療本病，為 Bramachari 氏所推許。吾儕或專用之；或並行輸血法；或更與以肝臟及鐵劑。因所有患者，均住在病院，故每隔日至四日，檢查血液一次，以確定血色素之量，及赤血球之數。各患者均注射 Urea stibamine，其總量自 1.5 gm. 至 3 gm. 以二乃至三禮拜為一週期，或於第一次檢血後，即與以肝臟及鐵劑，或並行輸血法，以補救血液之損失，並防止合併症之發生，因口腔常被侵犯，故對於口腔及齒之清潔，極為注意。其他合併症發生時，則加意治療之。茲將治療之結果，分為三類，報告如下：

I. 單用 Urea stibamine 治療而奏效者

赤血球數的變化，及血色素每日增加率，略如第一表所列（表見後），赤血球之數，每 cmm 中，自 1,500,000 至 3,500,000；血色素之量，自 25% 至 70%。患者住院日數，最少三十日；最多六十五日。血色素之每日增加率，自 0 至 1%；而大多數患者均不能超過 0.5%，由是觀之，雖用特殊療法如 Ureastibamine，而貧血之恢復機能，仍極緩慢也，且受病日淺者，似較病期長久者，恢復為速，患者如不發生合併症或出血，則奏效較為容易。

II. 用 Urea stibamine 並行輸血法而奏效者：

對於此類患者，行輸血法以補救因出血而損失之血液，使血液迅速恢復於正常；並防止合併症之發生，成績如第二表所列（表見後）。似較專用特殊療法諸患者，治愈為速。

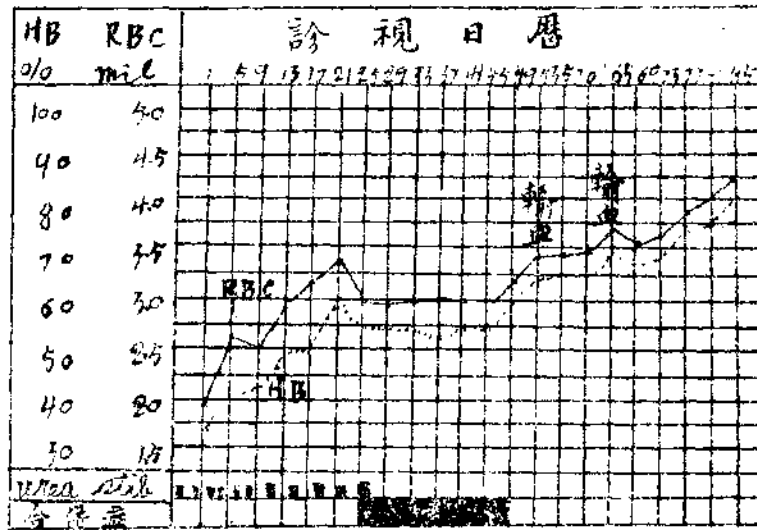
此類患者；住院之日期，最少二十日，最多五十三日，赤血球之數自 1,500,000 至 4,500,000；血色素自 35% 至 60%。

III. 用特殊療法及肝臟鐵劑而奏效者：

經驗上，肝臟及鐵劑，對於續發性貧血，有增進血色素形成之效果。故吾儕亦試用於 Kala-azar 性貧血，以助研究之旨趣，其結果如第三表所列。（表見後）

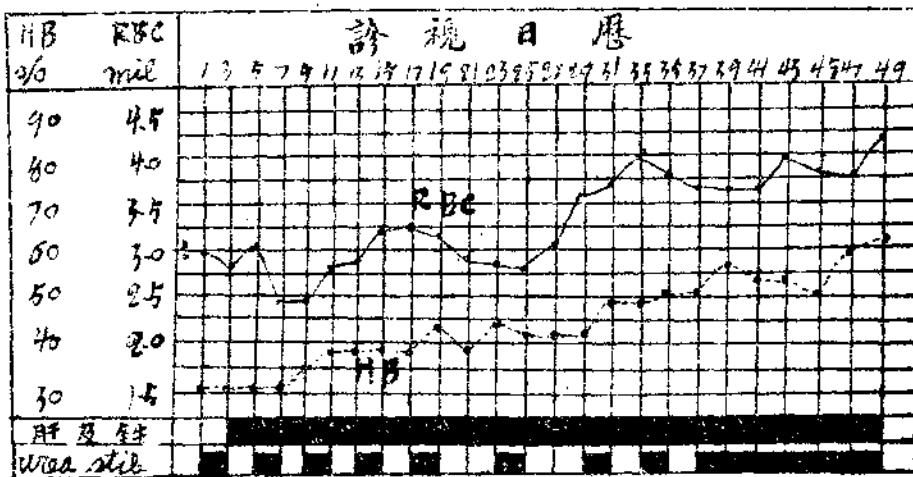
此類患者，受治之期限，自三十五日至八十五日。赤血球之數，自 1,800,000 至 3,700,000；血色素自 35%—60%。

第二圖



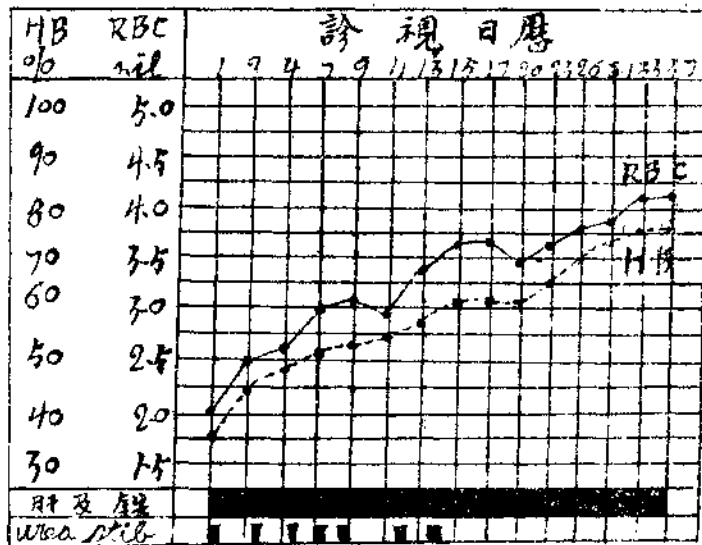
此圖示合併多發性皮下膿瘍患者，受特殊療法，血液成分之變化。當合併症未發生之先，增加率頗為顯著；合併症存在期間，血液成分絕不增加；合併症除去之後，並行輸血法兩次，於是增加率繼續猛進。

第三圖



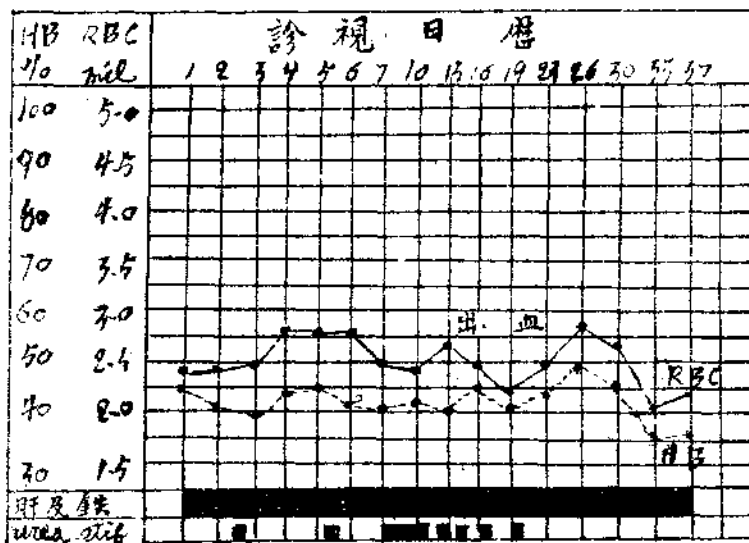
此圖示慢性而無合併症患者，同特殊療法，並肝臟及鐵劑，貧血症狀徐徐恢復之狀態。

第四圖



此圖示急性患者用特殊療法：並肝臟及鐵劑，血液成分恢復之機能，較為迅速。

第五圖



此圖示重症貧血患者，在治療期間，突發紫斑性出血，故雖用特殊療法，並肝臟及鐵劑，而赤血球及血色素終無增加之表示。

第一表

病人號數	治療期限 (日數)	治療前及治療 後赤血球之數 (每 1 cmm)	治療前及治療 後血色素之量 (%)
1	32	2,250,000 } 3,000,000 }	36 } 45 }
2	50	2,560,000 } 4,000,000 }	45 } 65 }
3	44	3,000,000 } 3,500,000 }	55 } 66 }
4	30	2,500,000 } 4,000,000 }	55 } 85 }
5	48	3,500,000 } 4,000,000 }	65 } 70 }
6	26	3,250,000 } 4,000,000 }	60 } 55 }
7	34	2,250,000 } 3,500,000 }	42 } 70 }
8	40	2,500,000 } 3,000,000 }	45 } 45 }
9	40	1,500,000 } 3,250,000 }	25 } 50 }
10	30	3,000,000 } 4,250,000 }	55 } 80 }
11	30	3,000,000 } 4,000,000 }	50 } 80 }
12	40	3,500,000 } 4,250,000 }	65 } 70 }
13	47	4,000,000 } 4,000,000 }	60 } 60 }
14	65	4,000,000 } 4,750,000 }	70 } 85 }

此表示 Kala-azar 貧血諸患者，用 Urea stibamine 治療之成績。

第二表

病人號數	治療期限 (日數)	治療前及治療 後赤血球之數 (1 cmm)	治療前及治療 後血色素之量 (%)	每日血色素 之增生率 (%)	輸血 次數
1,	40	1,500,000 } 2,500,000 }	28 } 40 }	.3	2
2,	43	1,500,000 } 1,700,000 }	18 } 45 }	.5	2
3,	20	2,000,000 } 4,000,000 }	40 } 60 }	1.0	1
4,	53	3,500,000 } 4,500,000 }	60 } 90 }	.17	1
5,	50	1,500,000 } 2,500,000 }	15 } 30 }	.3	2
6,	50	2,500,000 } 3,750,000 }	40 } 55 }	.3	2

此表示 Kala-azar 貧血諸患者，用 Urea stib, 並行輸血法治療之成績。

第三表

病人號數	治療期限 (日數)	治療前及治療 後赤血球之數 (1 cmm)	治療前及治療 後血色素之量 (%)	每日血色素 之增生率 (%)	附記
1,	85	1,800,000 } 4,250,000 }	35 } 80 }	0.5	
2,	37	2,270,000 } 2,225,000 }	45 } 35 }	0	
3,	53	3,000,000 } 4,500,000 }	41 } 70 }	0.56	
4,	43	3,000,000 } 5,000,000 }	40 } 70 }	1.2	急性 症
5,	24	2,470,000 } 2,000,000 }	44 } 45 }	0	
6,	37	2,100,000 } 4,000,000 }	35 } 75 }	1.0	急性 症
7,	35	2,500,000 } 4,000,000 }	47 } 67 }	0.6	
8,	39	3,760,000 } 4,000,000 }	60 } 70 }	0.2	

此表示 Kala-azar 貧血諸患者，用 Urea stibamine，肝臟及鐵劑治療之成績。

結 論

由前述諸患者研究之結果觀之，可知 Kala-azar 貧血之治療，非一簡單事實，但亦非無一定之標準：第一，對於本病，應施特殊療法（即銻化合物之注射），以制止各組織病理的變化，而恢復血液再生之機能；第二，行輸血法以補救血液之損失，使赤血球及血色素增加其數量；第三，豫防合併症之發生，蓋合併症能控制血液再生之機轉，最習見者，為皮膚及口腔疾患，不幸而發生，則宜加意處置之，並行輸血法；第四，患者一般營養狀態，大抵極為不良，故必須與以適當之食物，食物中須加以肝及鐵劑，因其對於血色素之形成頗關重要故也，且於治療初期，即應用其大量，吾人固不敢謂肝及鐵劑對於所有患者，均能使其血色素再生機能受良好之影響；然在急性症數例，於特殊療法外，更助以肝及鐵劑，其治愈之機轉，實為迅速也。

更擬進一言者，使用銻化合物 Antimony compounds 治療本病時，須慎重將事，否則用之過當，足致出血小板減少，而發生紫斑性出血，且增劇貧血之程度等反對的結果也。

24,11,1930,脫稿於中華醫院。

論 著

治 痢 精 華

德國醫學博士閻彝銘著

自 序

余在德國歌庭根大學外科及柏林大學婦產科爲醫助時，亦常留心考察熱帶傳染病學。對於赤白痢之治療，更特別注意。便中輒求教於德國內科專家如 Erich Meyer, evrg Klemperer 輩，並參考是項書籍，凡有所得，必分別記錄，積久成冊。近由吾妻陳瑗醫師略加整理與補充，共得六章，分述痢疾之素因，誘因，疫學，診斷，鑑診，預後，預防，及治療法甚詳，於病菌病理及病象三項，則均從略，以通常醫生，不急需乎此，各內科書中，亦均道及也。

竊查一般醫生，於治痢之道，多墨守成方，知其當然，而不知其所藥以然，一遇難症，非束手無策，卽自誤誤人，故吾於治痢之藥劑，每根據學上之考驗，加以詳細之解釋，以期探本索源，運用自如，固不僅臚陳處方之用法用量而已也。預料是篇或足爲海內懸壺及時疫醫院同志之一助。

民國十九年十月河南閻彝銘序於河南大學醫學院

第一章 素因及誘因

Disposition und veranlassende ursachen.

痢疾所以盛行於夏秋間，實有鴻大之素因及誘因存焉，茲舉其重要者於下：

1. 夏日溫度增高，適於病菌之生殖蕃息，病菌寄生食物中，易使食物腐敗，傳佈之機會因此更廣，其毒質亦較雄厚。故足以增加痢疾之額數，沉重其病勢，歷年事實，可為佐證。
 2. 夏秋間有蒼蠅等為傳染之媒介，感染之機會較多。
 3. 受涼，傷風，如寢於冷處，久服汗濕之衣服等，均足令瀉痢加多。
 4. 最重要之素因，為飲食不合規則，如多飲涼水，生食青菜，享用不熟之瓜果等，能令腸胃之消化不良，抵抗力減少，與病菌以可乘之隙。
 5. 胃鹽酸功能消化食物，殺滅自口入胃之病菌，吾人溽暑中每多飲茶水，及多食西瓜，致將胃液沖為稀薄，失其殺菌之力，消化因之不良，病菌遂得侵入為患。
 6. 夏日排泄汗液較多，體中食鹽，輒隨過多之汗排出，胃鹽酸之分泌因之減少。胃鹽酸除消化食物，殺滅病菌之外，尙能調節胃之排泄，防止小腸之轉輸過速。若胃鹽酸缺乏，則一切食物雖去胃部較早，通過小腸之速度亦過大，往往不能完全消化，致起下瀉症。此症服以鹽酸，食鹽，或易消化之食物，及強度的香料，如大蒜，常能就痊。
- 考諸統計，患痢疾之人，男多於女，小兒多於成人，成人多於老人，蓋因接觸病菌之機會多寡而分，非另有素因或誘因也。其餘各因，

將於疫學及預防中述之。

第二章 疫學 Epidemiologie

疫學可分為擬足蟲痢與細菌性痢兩種：

(甲)擬足蟲痢 Amoebenruhr 為流行疫之一，四季均有，暑後較多，但少劇烈的流行瘟疫。其蔓延分布之法，半由接觸傳染，Kontaktinfektion 多半則由生水與生食植物小菜的介紹。因此等物常與人糞接觸，（用糞作肥料）且易被手指或蒼蠅污穢耳。空氣塵埃之傳染，頗不足信。擬足蟲菌之附於蠅體者，不久即乾死，故因蠅而傳染者，亦不多見。

(乙)細菌性痢疾 多由接觸傳染而得。此菌鮮能侵入血液中，亦不能從尿道排出，其排出之唯一門徑為大便，即傳染之唯一要件為大便。吾人果能將病人之大便實行消毒，即可免傳染之虞。否則病菌隨大便散漫於食物，床褥，衣服，器皿，手腕，杯箸等處，使病人周圍之家屬或看護人，均有直接傳染之患。因手指食物及一切器皿，均能將病菌自病人或帶菌人 Bacillentraeger 介紹於康健人故耳。由手指介紹者，更居多數。

凡曾罹傳染病新癒之人，或似康健之人，其體內尚有傳染病菌寄生，而常隨其大便排泄於外者，曰帶菌人。此等人既不能施以消毒隔離之法，又不易惹人注目，却有傳播病菌之能力，名曰危險人，或病郵，殆亦至當。許多輕痢疾及疑似症之人，有時輕瀉一二次，能於不覺中授人以病，儼然一瘟疫使者。

蒼蠅逐臭恣食於廁所糞便中，其六足，兩翼，一嘴，及腹部細毛上，皆滿附微菌及穢物，此後飛集於食物飲料食器上，或人之口唇旁，以為病菌傳播之媒介，陷人於危險，故蒼蠅多處，痢疾流行症亦較多，

是以撲殺蒼蠅，實係公共衛生之要圖。

廁井相距太近，及構造不完固者，病菌均能自廁所侵入井水。傾注洗滌病人用物之水或其糞便於河溝中，飲其水者，多患痢疾，此多年經驗之事實也。居河渠兩岸之民衆，每多同罹斯疾，尤足證明。

第三章 診斷及鑑診

Diagnose und Differentialdiagnose

除辨別傳染中毒，直腸白濁及癰瘡之便血外，顯著之痢疾，大都易於診斷。凡日瀉數次，但苦不暢，所瀉混有濃血粘液，腹部痠痛，腹鳴而膨脹，肛門作楚，（即裏急後重 Tenesmus）疲乏異常等現象，均為痢疾之特徵，診斷不難確實。在痢疾流行時，更易診知。然在冬春間及流行症之初，發現輕而真確的痢疾，除便中帶粘液外，無顯著的病象，最易與腸胃感冒及普通下瀉症相混，此時不妨認為痢疾，如法施治。誤診為霍亂者不常見。

鑑別傷寒與痢疾，苟注意其經過，亦不甚難，所當留神者，即有時傷寒痢疾併發耳。較難而極關重要者，為二症之初期鑑診，極須根據臨床諸現象，先判別其為何症，以便着手施治。

初期傷寒，大半現梯形上昇的溫度，脈較遲緩，初起患便秘，頭微暈，身亦微倦，痢疾則無特性之溫度，脈概加速，早期的全身困倦，實為特徵。頭常痛，大便稀利，先含粘液，漸帶血，常放特別臭味，初病即有輕重不等的痠痛，傷寒具維大爾正反應 Positive Widal'sche Reaktion。

瘧疾與痢疾併發時，最易誤腸道病為瘧疾之果，故鑑診甚難，須特別注意各種臨床病象，與顯微鏡的檢查，以免錯謬。重瘧亦能因瘧菌塞閉微細血管，而引起大腸出血，然此種瘧疾性大腸炎 Colitis Malariae 治以

大劑金鷄納霜，不久即癒，亦鑑診上極大之助手也。

擬足蟲痢與細菌痢之鑑診在注意其特異之點，具有特徵之症，更易判別。但兩菌混合之痢疾，亦不罕見，有時擬足蟲痢之另一種，且與細菌痢症相似，至宜注意。

(甲) 行顯微鏡檢查，以定病菌果屬何種，然通常醫生未必有顯微鏡，必須從臨床病象上，加以鑑別。

(乙) 擬足蟲痢四時均有，春冬較多，細菌痢多盛行於夏冬季及多雨期，天寒即消失。

(丙) 解剖上細菌痢常引起普遍的腸膜潰瘍，擬足蟲痢則僅現局部的小潰瘍。

(丁) 細菌痢初病多為急性劇症，常現高熱，大便初稀而帶血絲或血點，大腸下部或全部感覺靈敏，幾乎全有劇烈的胃炎現象，不引起肝膿瘍 *Leberabszess*，腹痛早而劇，血循環發生障礙，全身困苦消瘦，擬足蟲痢則反是，初病多慢性，病象不甚顯著，無初期的血中毒，無緊急病勢，下瀉增多時，始覺無力，盲腸右左最早即現特別靈敏感覺。常有肝膿瘍續發症，恒取慢性經過，時輕時重，病人營養無大障礙，精確的多次大便檢查，易判別之。

第四章 預後 *Pregnose*

預後因瘟疫時期病勢輕重，體質強弱，及修養治療之合法與否而異。長久的吃逆，強度的脈搏衰弱，與銳進的全身虛脫，均非佳兆。吃逆而兼嘔吐，致飲食難進者不治。腸壁壞疽或穿孔，預後不良。普通痢疾，多可治愈。

第五章 預防 *Prophylaxé*

痢疫盛行時，傳染菌左右逢其源，欲與之完全絕交，事固甚難，然苟

能講求飲食起居衛生法，並注以預防血清，亦能消患於未然。

細菌痢疾之預防接種，能使人體產生免疫素，以抵抗原病菌之浸入，而免去感染。注射劑名 *Dysbacta*，須在涼處存放，用時須搖動，用量因年齡而異，只可用於預防接種，不可用以治療。

衛生之法，包含講全身之清潔，守飲食之定規，並行周圍消毒諸端而言，茲分述於下：

- 1, 淨身體，潔衣服，清潔住宅及其周圍，實為首要。
- 2, 便溺須掩蓋，每次大便後與飯前，須特別洗滌手指；住宅須空氣流通，並防日光直射室中。
- 3, 衣服宜輕鬆透風，但以能防禦日光侵入與迅速寒冷為限，不宜過薄。色尚白，取其能反光。日光下赤膊，即身體直受日光侵射，亦有害。腹部受涼，能傷腸致瀉，宜常帶兜肚，日間過熱時，可取下，夜間務須帶上，以免受涼。汗濕之衣，不可着。頭部宜避日光直射。
- 4, 蒼蠅為傳染之媒介，已為不移之事實，故撲滅蒼蠅，實為要圖。住宅與廄所糞場之距離。不可太近。住宅之門窗宜懸簾，以防蠅飛入，日落後須大通空氣。
- 5, 生水不可飲，必煮沸方用，新泡之茶，微酸之檸檬水，最適用，然亦不可多飲，致心臟腎臟因之疲癆，多飲則汗多而傷胃液，能引起下瀉症（詳誘因中）。涼茶傷腸胃，宜戒。
- 6, 暑期作事，宜在早晚，十一點至午後二點鐘，日光正強，宜休息，午眠，或在樹蔭作事。
- 7, 暑中口腔熱度較高，一切菌類最易侵入口腔及齒間，由此順道下入胃腸引起瀉痢，故飯後漱口刷牙最不可忽，且須用沸過的溫水，以免傳染

，吾中國人漱口淨手洗碗碟等食具，與洗滌青菜水菓，向來喜用生水，須知一滴生水，能含數千病菌，至易為傳染媒介，慎勿惜燒水之小費，致生危險。

- 8、食物非新經烹飪者不可食，於時疫盛行之時，能用火鍋盛小菜更妙。有腐敗之傾向者不可食，魚餒而肉敗不食，色惡不食，臭惡不食，夏日肉食宜有節制，肉食需用水分每頓素食多一倍，體內之水分，因肉食而增多，亟須借水汽蒸發作用，以保其適宜之體溫，故食肉過多，各臟腑之工作勢必增多，此種因多食肉而引起無謂的臟腑工作增加，急宜避免，熱天肉類易於腐敗，盡人而知，此不獨在外界為然，在吾人腸胃內，亦至易腐敗，故少食肉類，多食水菓蔬菜最好

第六章 治療 Therapie

除病原治療，以驅除病毒外，初病首宜靜養，不宜多食，食物以易消化者為限，使腸內之刺激減輕，以免損傷已經紅腫潰爛之腸壁。並宜早日清潔腸胃以逐出病菌，減少刺激，免致沉重，萬不可早期服用鴉片等止瀉劑，使病毒封閉于腸內。

治療可分病原治療與病象治療，前者係最新最要之特效治療劑。

第一 擬足蟲痢疾之病原治療

有謂輕擬足蟲痢疾，不需特別治療，亦能痊癒者，但經許多有經驗之擬足蟲研究專家證明，病人並非全癒，腸之組織內，依然有病菌寄存，不惟能傳染他人，自己且有復病之虞。治療此病，與他種痢疾不甚相同，血清治療，僅於細菌與擬足蟲二病併發時始能施用，否則無血清治療法。

吐根 *Radix Ipecacuanhae* 為治擬足蟲痢疾之特效藥。昔時每用其沖劑，而和以各種美味，以求適口，然須日服二三格蘭，方能收效，此種大

劑，常引起嘔吐副作用，故人多畏而不用，自哀麥亭 Emetin 發現以來，一切困難均去，而吐根之聲價驟增。哀麥亭為吐根之類鹼品 Alkaloid 乃吐根之主要成分，其百分十之溶液為注射劑，盛於消毒小玻璃管外，每管 0.03 含或 0.05 及 0.1 格蘭哀麥亭，行筋肉注射或靜脈注射，深下皮注射亦可，皮下注射，常惹起暫時痛腫。以不用為妙。0.2 之用量，尚可支持，用量再大，即生中毒現象，故每日極量為 0.25 格蘭，一次注射 0.3—0.4 即現昏厥，吐瀉，呼吸困難，與氣閉等中毒現象。小劑而日用數次，六能引起不快，頭暈，嘔吐等現象。普通每日注射 0.03—0.05 於臀部肌肉內，即能收效，吾師博羅博士 Dr. Blumenstock 主張注射三日後（每日一次每次 0.03），宜改服吐根新劑之，Alcresta 片（美國藥，每日三次，每次一片）三，如此依次更換之，效驗甚好。靜脈注射，約以 0.03—0.1（最多 0.2）哀麥亭混合 20—100 立厘生理鹽水，或單獨用之，德國新出之哀麥退銀 Emetrin 極適於靜脈注射，功效尚好。哀麥亭亦可用於內服。下列處方甚效：

Emetin hydrochlor 0,03

Resorcin 0,2

Salol 0,3

混合為同樣之三十九，每日三次，每次一丸，飯後溫水送下。

慢性菌疾，並可用千分之一的哀麥亭水劑灌腸，細菌亦利用哀麥無亭效，於亭混合痢疾可試用之。

哀麥亭撲殺擬足蟲之力，至為神速，寄存潰瘍基上與腸壁上之擬足蟲團體，多被撲殺，而殘餘無幾，已經伯爾滿等於解剖中證明矣。用藥不久，大便中即失富有運動的擬足蟲之蹤跡，數日後病勢大減，完全約粘液大

便與水瀉，均行消退，不久即見成形的糞便，故普通多承認哀麥亭能縮短急性痢期，常能治愈全疾，實為唯一無二之特效劑。

哀麥亭治療慢性擬足蟲痢疾之功效較遜，據各國醫生之經驗，知此藥對於屢次復發之症，特別無治療之效力，因擬足蟲亦間有抵抗哀麥亭之能力，藥力亦不能傷害擬足蟲之孢子 *Cysten der Ruhramoeben* 故耳，故於此等病症，雖治療許久，尚能於糞便中找得病菌或其孢子。其復發也 *Ricidive* 自必易易。帶擬足蟲人 *Amoebentraeger* 之治愈亦難，故馳名中外之治療擬足蟲痢疾聖藥哀麥亭，其功效亦有限制，不可信為萬能也。

Karlbader salz 能令擬足蟲孢子有接受哀麥亭藥力之感覺，故宜並用之，以助哀麥亭之功效。*Kata — Diastase* 及 *Pankreatin* 亦能溶解擬足蟲孢子，使易接受哀麥亭之藥力，但每引起腹痛。

Yatren 為不分解之碘化合物，易溶於溫水中，有粉丸及注射液三種，不着水均可經久不壞。溶解時分出碳酸 CO_2 而起小泡，溶液呈橙黃色，在體溫之時，極清朗，此溶液不可煮，以免碘質分解，而起毒性副作用，遇鐵易起顏色反應，雖無危險，却以避去為上，故最好用玻璃注射器及鍍針，此藥能傷害擬足蟲及其孢子，功效似在哀麥亭之上。

急性病在劇烈刺激現象未退以前，可先內服 *Yatren* 粉包，每日三次，每次1.0，或每日六次，每次0.5，或每日三次，每次0.25 *Yatrenpillen* 三至四粒。*Yatren* 與 *Emetin* 並用，功效甚好，病人亦極安適。

慢性症用 *Yatren* 灌腸最好，法則如次：初六七日內，每日灌腸一次，休息三四日後，再依法屢行之，至少在病象消失後兩星期方可停止。靜養及適宜飲食，能增進治療，不可忽略，灌腸之先，須清洗大腸，使糞便盡量排出，然後灌入體溫約2—5% *Yatren* 溶液150—200 ccm，若病灶在

大腸上部，可用 $1\frac{1}{2}$ — 3% 溶液 400 ccm。藥液須久居腸中，功效方大，故採用滴瀝灌腸法 Tropfeinlauf 爲妙。吾師柏德博士 Dr. Birt. 據多次之經驗，主張用較強之溶液【10%】及較少之量【100 ccm】灌腸。（原著見 1923 年民興醫學週刊第七號）

除 Yatren 吐根外，含有鞣酸諸藥材，效驗尙好，其最要者爲瑞馬歐巴皮 Simarubarinde，與石榴根皮 Granaturuzelrinde。二品均須新鮮，否則效小。Graeser 氏推薦下方：石榴根皮與瑞馬歐巴皮各十格蘭，浸於 750 格蘭沒食子酒中，Macera c. Vino Gallic. 經二十點鐘後，大人日服六七食匙，小兒酌減，此方多樂用之。所引起之輕度便結，可用鹽類瀉劑以去之，Tusti 氏嘗用下方：

Rp

Simaruba Pulv. 3,0

Benzonaphthol 3,0

Bismut Sulnitr 8,0

Sir. Krameriae 30,0

Sir. Acacie 200,0

每三點至四點鐘服一食匙，英國醫生喜用鉍乳鹽劑，詳下。

治擬足蟲痢先用瀉劑，如蓖麻油，甘汞（亦曰輕粉）等以清洗腸部，實甚重要，當吐根未改良以前，多以甘汞爲治擬足蟲痢疾之專藥，其功效亦確不可忽，甘汞與腸液接觸後，漸變爲溶液，徐被吸收而呈水銀之功用，故鮮急性的局部損傷，水銀之功用，在引起口腔與腸粘膜液之分泌，使大便稀利，運用得當，並不惹起侵蝕及發炎，且能奏消毒之效，故適中之用量（大人 0.05—0.5 格蘭），雖有病或靈敏之腸，亦可服用，不生何等副作

用，但須使之完全排出，以免中毒，有中毒現象時，立即停用。

甘汞用於擬足蟲痢，或細菌痢，大有差別，因前症普通無大腸粘膜的普遍損傷，後症之大腸則多損傷，因此極為靈敏，被吸收之水銀，經過此感覺靈敏的傷痕，有時即易使之加重，故細菌痢疾雖不宜用甘汞，而運用却須小心，甘汞與鴉片劑混用易中毒，故欲鴉片劑與瀉劑合用時（效甚好，詳下。）可用他種瀉劑如蓖麻油或鹽類瀉劑 Salina 以代甘汞。

擬足蟲痢疾之治療愈早，預後愈良，診斷確定後，選用普通的哀麥亭治療而無效驗時，不可仍用注射法，當試用灌腸（詳下）及內服等法。

第二 細菌痢疾之病原治療。

治療此症有三種手續：

- 第一。在破壞或滅絕病原之菌，且消除其所造之毒質，注射血清，可達此目的。
- 第二。在使存於腸中或尚在腸粘膜之病菌離去腸道，並令其毒質速自腸內及血液中沖出，瀉劑注射生理鹽水，可達此目的。
- 第三。在吸取腸中之餘毒，不使為患，一切吸收劑有此效力。

赤痢之第一期，腸粘膜發炎，至宜疏通大便，驅除腸中病菌，及一切刺激物，以防病機之上進，此為治療赤痢之第一要義。至第二期為潰瘍期，急性炎症已去，餘留之慢性下瀉，可用收斂劑。

以上各端，實為治療赤痢之妙訣，苟能本此要旨，採用相當藥劑，固可勝算獨操，手到病除也。

1. 血清

治療之功效，能殺菌清毒，已經諸多證明，而為醫界所公認，早期與得當的施治，效驗更著，血清為從高度赤痢菌免疫之馬取其血液所製成之液

體，因各藥廠所用之馬種不同，故功效亦略異，血清可因注入馬體之病菌種類及其混合菌，而分為純粹喜家可歐塞血清，reines Shiga Kruse Serum，及多種血清 Polyvalentes serum，此外尚有完全抗毒血清 reinantitoxische Sera，與抗毒殺菌血清 Antitoxischbaktericide sera 之別，不能備述。

血清之抗毒殺菌作用，於動物試驗及臨床上至易證明，副作用甚少，而且消退甚速，其所致之紅疹，風濕疹瘡 Urtikaria 關節腫痛與發熱，可日服二至四格蘭妙氯化鈣 Chlorecalcium 以退之(Dopter)。

用量：用量隨病勢輕重與年齡大小而異，每次用量宜小，約二十立糧(20 ccm)次數可較多，次數少而用量大，如50—100ccm，似不相宜，重症之前二三日，須每日注射小量二次，普通日行一次注射，即可見效，三五日後即無每日注射一次之必要，二三日一次即可。初病即治的人，只用20—40至60 ccm，常能使便中無血，腹痛下墜亦能消失，日瀉二三十次者，注射數針後，頓覺減輕，神經上病象亦可痊癒，便中不久即帶糞，或少混血絲與粘液，注射即可停止，休息數日，可望安痊，復發者甚少，五六日後間有迴顧的病象，從新注射血清甚效，病人之熱度不常隨便血及下墜以俱去，恒於五六日後方消退。

早期施治：治療愈早，功效愈速確，故注射不宜遲疑，已現病象八日或半月，血清治療常無功效，有亦不甚顯著，且須注射多次，使藥劑增大，然亦有用大量而仍無效者，早期就醫之病人，普通共用40—80ccm血清即癒，需用120—160ccm者甚少，運用血清，第一須注重臨床病象，急性痢疾帶有普通中毒及血性大腸炎現象時，即宜迅速施治以抗毒殺菌，不可坐待驗菌之結果，致失時機也。疑似痢疾而微帶粘液的大腸下瀉，可試用

血清治療，慢性痢疾，用間歇的血清注射，亦恆能收補助他藥之效。

用法：注射於肚皮之下皮組織，較爲普通。筋肉注射，儘可不必，注射處之周圍，不常發生局部反應，如表皮紅腫與輕度的肚皮發炎，行冷罨法 *kalte Umschlaege* 即可消去此等現象。少數醫生喜用靜脈注射，此法特別適於重症，蓋其功效較速，用量亦可較小也。（約十立裡）純粹專家可歐塞血清與多種血清，均可奏美滿效果，前者之功效普通似較顯著，對於福來可四乃爾氏或Y形細菌痢疾 *Flexner—od. Y—Ruhr* 亦效有。

除血清治療外，尙可試用瓦可秦 *Vaccine* 即伯克氏治痢素 *Ruhrheilstoff* *Boehncke* (*Ruete—Enoch*) 其用量大概如下：

第一日 0,2至0,3ccm 二十至三十點鐘之後，再用0,5—0,75 ccm 再過二三十點鐘之後，可用0,75—1,0 ccm。必要時可類推增加，與普通之治痢血清合用亦好。

注入食鹽水： 注入大量食鹽水于皮下或靜脈，極能催促血內毒質之排泄，以洗滌臟腑 *Organismuswaschung* 此種功效，有久暫之分，皮下注入之效，緩而持久，直接將生理鹽水，注入血管中，血液之濃度，勢必大形銳減，吾人體力有保守血液一定濃度之特性，故不久即將注入之水量自尿道排出。一切溶化的毒質，自可隨之排泄於外，注入鹽水，尙可用以治療血管麻痺所誘致之循環遲緩，並能防禦因瀉而起的組織乾燥，痢毒浸入血中，足以麻痺血管神經，使腸臟血管 *Splanchnicus Gefaesse* 鬆弛而多血，致因內部出血而死，此爲共知之事實，故注入生理鹽水，以增加血量，實能使心臟及神經系之血液流通，並改良，但輸入之水量，排出甚速，故功效亦至暫。輸入大量，實屬至要，靜脈中一次注入一二立特，亦無危險，二十四小時內，尙可再行注入，生理鹽水中混入少許副腎精，

(L mgr. Adrenalin) 或 Strophantin。有增加血管張力之效，Otto Cohnheim 曾證明食鹽水中加入3% 純潔的亞拉伯膠，(3% reinste gummi arabicum) 即能達到保守所增加之血量。

2, 腸道消毒

欲使寄存腸道或粘膜上之病菌，不為災害，並令未被吸收之毒質，速自腸道排出，其道亦至不一，病菌之鑽過組織而入血中，注射血清，常可撲滅。其在腸道者，多數主張用直接的腸道消毒法，但經諸多試驗，其效較小。高德李浦氏 gottlieb 謂腸道不能完全消毒，能否限制病菌的生長，尙待證明，然哀林格與亞德列氏 Ellinger, Adler 新近謂雖不能直接殺腸中病菌，至少亦可妨害其發育，或減輕其毒質性。

有人主張借無毒菌非常繁殖之力，以戰勝病菌，使被掩沒而不能為害。惟爾尼客 Wernicke 新近證明乳酸菌具此作用，飲用含有此菌之酸牛乳，即得功效亦可稱。令服乳酸 milchsäure 亦可，用此治療擬足蟲疾，利益似更大，蓋擬足蟲之在小兒酸性乳囊中，最易死亡，此項經驗，足為佐證。

公認之重要腸道消毒劑，為溫和與猛烈的下瀉藥。痢疾服用瀉藥，自古已優為之，在說明各種瀉藥之前，先一述鎮靜腸道藥，其適當之混合處方，恒收良效。

腸壁因有橫豎二筋肉之交換動作，故為合規則的繼續蠕動，俾食物混合化分，漸次向下轉運，其蠕動輒因腸腹神經，與外來刺激如菌毒，腸炎等之關係而有遲速之別，過遲過速之蠕動，即為病徵，若腸之一部份緊張而緩動，糞便即不易通過，他部分蠕動亢進而適與之反，因此每激起疼痛。腸粘膜本無疼痛感覺，其感覺疼痛，則因激刺膜腹或腸上筋肉神經所致，小量之嗎啡劑，即可減退此等腹痛，用之得當，可使蠕動納入正軌，

如少服鴉片或嗎啡酒，可去劇烈的緊張與疼痛，亦能減輕過速的蠕動，病勢即因此大減，然此等效力甚暫，且易引起便秘，使極須排出之糞內毒質與病菌，反得滯居腸中，以肆其凶殘，故嗎啡劑除暫時減退病人痛苦外，客觀方面，反為愈瘳之梗，初痢即用嗎啡劑，或與其他補劑合用，非獨無益，而猶有害，所不同者，嗎啡與激動腸劑之混合處方耳。此種混合處方，一方面既可鎮靜蠕動過速之部分，一方面復可刺激蠕動過緩的部分，二者互相為用，使痛苦減去，大便不結，腸道亦可清潔，誠良方也。幾為治療腸炎不可缺之效劑，亦可用嗎啡考德音混合劑，Morphium Codeingemisch 以代鴉片。（處方：Morphium murat Codein Phosph. \overline{aa} 0,1 aqua dest 10,0 服十滴即可止瀉止痛，重症每日三次，每次十滴）顛茄 Belladonna 功能減少迷走神經末梢之過量刺激，使緊張的收縮消退，以止瀉去痛，副腎精亦可用，但須行靜脈注射，內服無效，因腸胃液能破壞其功用，使之完全無效耳。

瀉藥 在痢疾治療上佔最重要之位置，故須詳述其功用情狀。

馬頁氏 Meyer 與高德李浦氏總括瀉藥之功用情狀，而為之詞曰「瀉藥功能直接刺激腸之蠕動，而亢進之，或抑制腸之吸收力，抑增加腸液之分泌，使糞便多有液體而富於體積，借以間接增加蠕動。」瀉藥普通分為三組：
(甲)藥品之具有抑制全腸吸收的效力，
(乙)藥品之具有運動小腸的較大效力，
(丙)藥品之具有運動大腸的較大效力。

治療痢疾，常用甲組中之鹽類瀉劑與甘汞，及乙組中之蓖麻油，丙組中有數種藥料，能在腸道分出哀茂定 Amodine，頗可推賞。上述各瀉劑之通便功效，與大腸之凝固糞便作用及其運動力，大有關係。

甲組：鹽類瀉劑之功效，隨服用之情形為轉移，難滲透的假結晶劑 *Schwer Diffundierende Kristalloide*，富有吸水性，故於輸入之溶液 *Loesungswasser* 充裕時，能固守其溶液，使不外散，於輸入之水量不足時，則吸取小腸之分泌液，以增加其溶液，此等大量液體，可隨腸蠕動自小腸經大腸，以達直腸而瀉出之。濃厚溶液之下瀉作用，尚能刺激腸脈，以增加腸液之分泌。

鹽類瀉劑之實用最多者為加里硫酸鹽；硫酸鈉 *Natr Sulfuricum* 瀉鹽即硫酸鎂 *MagneSium Sulfuricum*。二藥每次或短時間內用十六至三十格蘭，有通便之效。硫酸鈉為 *Karlsbader Marienbader* 及 *Torasper* 礦水之主要成分，六格蘭人造 *Karlsbader-Salz* 溶於一立特水中，即成天然 *Karlsbaderwassero*

煨製鎂 *Magnesia usta* 為白色粉末，幾全不溶解於水，大部分在腸中變為輕瀉的重碳酸鎂，*Leichtabfuhrrende doppelkohlensaure Magnesia* 因其無味少毒，故感覺靈敏之病人，亦可服用。

除上述之濃度外，鹽液之溫度若何，用之時間又若何，實際上亦甚重要，極須加以研究。鹽水愈冷，其促進腸動之力，因寒冷刺激之反射而愈大，欲輕瀉以清腸道者，可於早晨未進食之前，服下與體溫相似之鹽水，稀薄之溶液，通過胃部至速，且腸中所有可吸收之食物養料，早晨已多被攝取無餘，故早晨服瀉劑，雖收淨腸之功，却無沖出有用養料之弊，亦不致激起最強的腸液分泌，及泄去此珍貴的分泌物。晨間腸中大半空虛，故鹽水可借其鹼性反應，以溶化或沖去腸膜炎上之粘液體，此種功效，殆與漱口相似。

欲達清淨腸道之目的，常不需雄力的硫酸鹽，食鹽一小匙，或同量的

重碳酸蘇打 Doppelkohlensaures Natron 和溫開水一碗飲之，亦能奏清洗的利便作用。康海氏 Cohnheim 令其病人，早飯前飲 $\frac{3}{4}$ 或一立特生理鹽水，效驗甚著，此係根據伯斯特氏 Best 之動物試驗，證明體溫的生理鹽水於空腹服下通過胃部及小腸特殊神速，十五分鐘後，其先鋒已達盲腸。半點至一點半鐘後即瀉出較稀的糞便，絕不引起腸部刺激或長久的大便急迫，蓋同張力之生理鹽水，實唯一無二之和緩清腸劑也。

含以脫性油質的茶類 die aetherische enthaltende Teearten 如薄荷，甘菊花，Kamillentee 茴香等，亦能清洗腸道，使滯積於腸中而且引起苦痛的氣體排出於外，並能激動腸部之工作。因以脫性油質的輕度麻醉作用，或亦能減輕不快的緊張感覺，及輕度的腹痛。未吃早飯前沖服此品半立特，午後再酌服少許即可。困症而異之用量，須由醫生規定。

鹽類溶液（5%，弱些更好。）內服後，其一部分之水量尚被吸收，其餘不久即到大腸，一兩點鐘後，可將一二次糜糞過濃的溶液，需時較多。方能瀉出，服20%或較濃的硫酸鈉後，約半日方瀉。濃溶液鹽類，常吸取腸液以稀薄其溶液。約至3%方休。致血與組織內之水量被奪而大受其害，故濃液鹽劑，極不適宜於痢疾治療，蓋痢疾人之消化液，本來缺乏，或已因喪失水量而呈病象，不可變本加厲，而益之疾也。

功效既隨濃度之高低而異，故用法亦因之不同，吾人治療痢疾，非欲如治浮腫症之多去體內水量，亦不願如治肥胖病之多去體中養料，僅欲洗去腸中毒質及病菌，故調處適當之稀溶鹽劑，至宜留心。清導劑最好輕稀而服用較久。欲得一次利便者，初次不妨酌用大量，而漸次減去之，但須注意病情及個性以定藥量，未可一概論也。痛苦不堪者，可酌加嗎啡數滴

，以不礙清瀉爲限。

甘汞之功效與價值，已於擬足蟲痢治療中言之，許多醫生喜用甘汞（兩點鐘一次，共服三次，每次 0,2—0,3）治療細菌痢疾，以求開始的強度下瀉。其他醫生如喜爾士氏 Hirsch 等主張於多數痢疾先用蓖麻油清瀉劑，再用甘汞數日，初期痢疾用甘汞片甚便利，功效尙好，但大腸粘膜有時因痢疾而現解剖上的傷害，爲避免增加大腸傷害計，以不用甘汞爲妥。

乙組：激動小腸的瀉劑中，惟蓖麻油可用於痢疾治療。純淨蓖麻油確爲現在理論上最好的瀉劑，絕少妨害的副作用。故除重量（一至二食匙）不可久用外，寢前酌服適宜之小乳劑，久亦無害，蓖麻油爲治療急性痢疾聖藥之一，價廉功美，到處可用，中和性的蓖麻油，在腸中因鹼化 *Verseifung* 而生蓖麻油鹼，*Ricinolsife* 有刺激小腸蠕動之專效，絕無傷害腸壁之虞。此鹼在小腸雖被吸收，而下入大腸之餘油，尙能繼續鹼化，以激起適中的蠕動，蓖麻油能至大腸者絕少，故不能直接刺激大腸，僅借自上瀉下之物，以洗滌而清淨之。

丙組：刺激大腸之藥，大都爲植物科瀉劑，用以治療痢疾者甚少，蓋大腸已因痢疾而大受刺激，不可更行刺激也。刺激大腸之藥品，如旃那葉 *Sennesblaetter* 蘆薈 *Aloe*，及 *Cortex Fraugulae*，*Cascara*。大黃等，大都含有 *Anthrachinonderivate*。能在腸中分出衰茂定 *Emodine*。其施展功用之地點爲大腸，因其大部分被吸收後，仍排出於此耳。例如純豆老音 *Reines aloin* 行皮下注射後，幾完全排泄於大腸內。此等藥品，至大腸始現功效，故強度的便瀉，須在八點至十點鐘後或更遲緩。

第三 病象治療

病象治療所用之抗痢劑，包含吸收劑與收斂劑二種，後者之要品，爲

含有單甯的藥材 (Tanninhaltige Drogen) 少數之適宜混合劑，亦常有近似絕對的止癒力，例如士瓦刺氏抗痢藥 (Antidysentericum Vonschwarz) 其成分為石榴根皮，玫瑰與 Myrobalanen。該氏聲稱用此治療百人，無一人未癒，特因功效確鑿的治痢藥品，時有出現，故未能達到所希望之目的。此類藥物甚多，不能盡述，茲擇醫生所常用者，而註解其功效之種類，及治療之價值，以備酌用。

吸收劑；—— 吸收劑中，獸炭 Tierkohle, carbo medicinalis 白陶土 Bolus alba 二品，似有攝取腸中毒質而使其無害之能力，故用廣而效優，極精細之炭末，具有此項效用，已經味好士奇氏 Wiechowski 證明，每次用十至三十格蘭，或較多之炭末，溶於水中服下，俟其滿載毒質後，即服瀉劑，以泄出之，則其效更大。

白陶土初經司徒母府氏 Stumpff 用於霍亂，認為確實效藥，亦可用以治療痢疾，然中等劑量，則為輕度止瀉劑，劑量較大，則因陶土團結塊狀而生不快的副現象，效驗亦不甚顯明。

獸炭之功效，雖各方竭力推舉，亦當以懷疑態度處之，彼縱有吸收大量毒質及相似物質之能力，然不能僅限於毒物，勢必合腸道無害之細菌，與腸胃中之消化液，一併吸去，致反毒力銳減，消化力亦因以不振，故動物試驗之結果，利害殆參半焉。彼與白陶土及其他不溶於水的細粉物質，僅能密佈粘膜表面，使其暫時避免刺激物之影響。

在急性痢疾期中，欲隔絕器械或化學的刺激，最好嚴厲限制飲食，或進以粘液食物，如各種植物粘液及澱粉醬糊等，此等食物，不獨易於消化，且能減少腸膜之刺激，而間奏藥物之效也。

收斂劑；—— 收斂劑效久而力強，治痢所用者為鞣素 Gerbstoff，數

種金屬鹽類 *Metallsalz* 及二養化鈣 *Caliumhydroxyd*，收斂劑與細胞及其分泌中之蛋白質成分化合，造成堅固或不甚堅固之粘性化合物，此項化合物，膠粘適宜，不溶於弱酸及中和液體內，密佈於腸表皮上，却可阻止藥物及其他物質之侵入細胞，儼然滲透細胞中一沈澱膜 (*Wie eine Niederschlagsmembran in einer Diffusionszelle*) 實足以保障腸道，避免引起發炎的刺激，同時亦可減少腸液之分泌，並能限制暴露於創面上組織孔的排泄，最後且能令表面上微細血管狹小不通，故擇用適宜之收斂藥於已發炎之粘膜上，有反抗發炎之效，用以治療腸胃粘膜的加達兒性炎，甚為有效驗。

鞣酸亦曰單甯酸 (*Acid tannicum*)，能傷胃臟與十二指腸之粘膜，致消化食慾大受損害，故不適於腸感冒病內服劑，然用其 $\frac{1}{2}$ —1% 之溶液直接沖入大腸，功效尚可。含鞣酸的藥材如 *Radix Ratanhiae* 或 *Liguum Campechianum* 等，較適於用，現今盛用鞣酸之製造化合物如鞣酸蛋白 *Tannalbin* 單甯根 (*Tannigen*) 等，多為片狀，用時最好搗為細末，蓋恐其有時因存放過久，變為堅硬而不易溶解，復囫圇泄出也，用量不可過小，(1—2 格蘭每日數次) 因其局部的治療功用，當在大腸，必須較大的用量，方能在大腸確守有效的濃液，以顯其功用，鹼性腸液，漸次分解或溶化此藥品，使經過小腸時，鞣素已顯其功效，故頗有益于痢疾續發的小腸感冒 (解剖已證明)。收斂劑對於痢疾一類的傳染病，似尚能與溶化的及菌腹的毒質 (*Endotoxine*) 化合，而為不溶解或少毒的物品，至藥粉散佈在創面上的治療，則因腸道恒經液體或稀糞之繼續通過並沖洗，殆為不可能之事。

次硝酸銻 *Bismut subnitricum* 為金屬鹽類，適於內服。每日數次，每次 0.5—1.0 格蘭，和溫水送下，此藥在粘膜上成一罩膜 *Ueberzug* 附着於

腸壁，以防禦刺激，並限制其分泌，是項作用，在胃與小腸粘膜上，已經發端，故常用以治療兩部之潰瘍與分泌過多。因痢而生之小腸感冒，治以此劑，頗好，較大之量，效驗更著，當鉍到大腸時，已與糞便混合，故無直接之功效可期，然尚能與大腸中之硫化氫 Schwefelwasserstoff 化合，以排除刺激大腸蠕動之硫化氫，而奏安靖之效，下列處方甚好：

卽 Bismut Subnit.

Pulv. Kretae aromaticae

Tannalbin aa 15.0

每日三次，每次一茶匙，飯前。

次沒食子酸鉍 Bismut Subgallicum Dermatol 完全無毒，附着力甚強，特別有介紹之價值。有藥片出售，每日用四片至八片，服用甚便，且可與鹽類瀉劑及乳汁和用，故醫生多樂用之，英醫久已推獎，其鉍乳鹽之治法“Bismut — milk — Saline — method”齊滿氏 Ziemann 亦贊成此種混合劑，大劑中特殊發酵時，不可服用次硝酸鉍，致硝酸鹽 Nitrat 還原為亞酸鹽 (Nitrit)，而為激烈的血毒，因此引起嚴厲的普通傷害，昔人稱為鉍中毒，腸粘膜表皮有巨大的變化時，鉍劑能由創傷侵入體中，亦足以引起中毒，故大腸變化嚴重時，用大量鉍劑灌腸，亦須小心。

養化鈣治痢有效，常用劑為石炭水 Aqua Calcis 日服數次，每次一匙，和溫水服下，此藥與脂酸 Fettsaeure 化合為不溶解的鹼質，以加強組織的粘合力，Kittsubstanzen 並借所造成之石炭酸 Calciumkarbonat 為腸之保障，石灰水有鹼性反應，故能溶化附着於發炎粘膜上的膠性粘液，以清洗腸壁。

五擦亞 Uzara 為非洲中部一種植物根，其製劑近來極受各方推獎，

主要成分爲五擦昂 Ugarom 據藥物學上試驗，大概及能刺激交感神經末梢(此神經能遏止腸動，受藥刺激後，遏止腸動之力更強，)因有安腸止瀉之效，此外尚能強健心臟，減少經痛，有藥水藥片二種出售，成年人每二時服此藥水二三十滴，或每日服藥片數次，每次二三片，小兒每服半片至一片。

灌腸爲治療大腸粘膜症之直接法術，不但可以通大便，消毒質，且能解除裏急後重之苦，惟在急性期中，雖先輸入麻醉劑，然後灌腸，亦不可支持，往往因刺激直腸之故，反增重下瀉，而現疝痛及肛門作楚等病象，久病者用此小心清洗，頗爲有益。

灌腸之方法，甚爲重要，屢入何種藥品，猶其次也，灌腸除清潔腸壁外，尙略具阻止病菌繁殖之效，屢入相當藥劑，且有促進創傷痊癒之功，發炎期內，宜只用食鹽水灌腸，單甯酸等收斂劑用于潰瘍期有效，用于發炎期，反足以妨害腸粘膜再生之機能，用藥之初，須考查其是否刺激腸道，及病人之是否受用。灌腸時病人須側面或仰面屈膝而臥，用光滑之橡皮管，輸入微溫而無刺激的液體若干，如生理鹽水或減少刺激的茶水等。早晨病人已將大便排泄之後，再行灌腸，最爲妥當，其目的在清潔發炎的大腸粘膜及潰瘍表面，屢入溶解粘液之藥品，如重碳酸鈉 Natron bicarb，或少量蘇打，或稀薄的過氧化氫溶液 Wasserstoffsuperoxydoesung (約2-5%) 更好，此種簡單洗滌之灌腸，已常奏奇效。初用小量，後漸隨時增加，並混入收斂劑如醋酸鞣土 essigsäure Tonerde(0.5-1%)或單甯酸溶液 Tanninloesung ($\frac{1}{2}$ - 1%) 亦可酌加白陶土，獸炭，次硝酸銻，及其他藥品，以應需要。但以先用簡單的灌腸爲宜。灌入之水，須在腸內停留十分鐘。

食慾及胃臟消化，可用鹽酸或苦味藥以增進之，下列處方，爲吾師博羅

所授之經驗良方：

即 Pepsin	8.0
Acid muriat	2.0
Sir rubi idaei	20.0
Aqua dest	200.0

每日三次，每次一匙。

諸痢疾症亦須治療循環器之障礙，常發生之血管神經麻痺 Vasomotorrenparese 尤須特別注意，故常用樟腦精，考非音 Coffein 或副腎精之注射。在重症時，行士逃凡亭生射 Strophantininjektion 均關緊要。慢性症可服毛地黃劑 Digitalispraeparate。

痢疾性關節痛腫，水楊酸劑 Salicylpraeparate 無大效，安靜及各種藥法，常能奏效。

第四 飲食及普通療法

甲 飲食

飲食與治療有極大之關係，至宜注意，急性痢疾，前一二日不宜進食，以免刺激腸道，僅可飲茶，麵湯及米湯少許，(大米小米大麥熬湯均可，每日用三二茶碗，最好分數回食之)有嘔吐傾向者，每次徐飲少許，飲料宜涼，茶可用糖精 Saccharin 調味，不宜和糖，病人過於衰弱時，可酌加白蘭地酒，或甜酒，口渴者酌予以果汁如藕汁，梨汁等。此等飲食限制，在未見糞便以前，行之甚效。然不可久用，以致營養不足，功不敵患，故宜可能的速加米粥，牛奶，蛋湯。有時並可少食以切細的肉絲或火腿及牛油。此項附加之食物，普通以前三日急症過去之後，即可享用，然不能受用肉湯或肉汁，以其富有任何刺激性也。初病人對於雞蛋牛奶，亦常不能受用。

飲食不僅隨大腸之功用與病象爲去取，與胃部小腸之工作，病人之體質，以及食物之作法，均有關係。胃部小腸之職責，在消化食物及吸收養料，其消化液之分泌，每因病毒而頓減少。小腸於初病期間，且確具臨床與解剖上加答兒病象，故初病前數日，須特別節儉飲食，以靜養胃臟與小腸，二部恢復較速，欲嘔之勢一去，食慾即漸振興，適口之味，足以增進消化力。內服鹽酸胃液素 *Salzsäure Pepsinlösung* 及苦味藥少許，更足以補助消化。此外須酌服輕度清腸劑，（非瀉劑）俾食物不致滯於腸。

食品以易消化易吸收爲上，據生理家試驗所知，牛油，熬爛之肉，山芋糖質等，在小腸內業已吸收無餘，僅富有殘渣之食物，尙能累及大腸，此滯積而未消化之物，遂起化學作用，以刺激腸粘膜，欲免此等患害，除不食難消化之物外，可謀及時之排泄，病勢減輕時，可酌加食物與食量。

乙 普通治療法

普通治療亦至緊要，病人須嚴格靜養。痢疾人對於外界熱度之感覺特別靈敏。故其住室冬宜溫暖，夏宜清涼，空氣宜流通，起居宜清潔。

腹部放一熱水袋，或行湯水卷法。下腹部左腸骨窩處酌用熱飯炭之，可使病人爽快，囊急後重亦可減輕。膝灣下填以軟物如枕頭等，使肚之脹壓力減少，重症者，大便時須扶持，便器須多備。

肛門週圍日宜清洗數次，塗以油質。肛門下墜作楚與紅腫灼痛時，可塗以凡士林等油膏，最好用布巾浸熱水（不宜涼水）或熱海棉團包肛門，小腹劇痛，用熱水卷法（毛巾浸熱水，圍裹腹部，再覆以油布，或乾布油紙即得，熱水壺煖肚亦可），常能奏效，酌用鴉片或亞特羅品（*Atropin*）亦可，令病人夜間安睡，實屬至要，可惜此事在最初數日與極沈重的慢性

痢疾，常難辦到。然大多數人於晚間行嗎啡注射後，即能安眠，小劑嗎啡，雖心臟衰弱的人，亦能支持，必要時可同時注射樟腦精，然忌用考非音 Coffein 此藥能擾夜間安眠，故醫生經驗之玉律，下午四點鐘以後，不可再用，Coffein 宜以樟腦代之，重症則用 Strophantin

治慢性痢疾之處理，無一定計劃及藥品，故極感困難，吾人只可小心酌用治療急性及次急性痢疾之藥品，隨時加減而更換之，以求適症。用溫和的水楊酸水(1:400)洗腸後，再用鞣酸灌腸，甚好，慢性痢症之食物，不僅須少渣滓，易消化，且須豐富，以免營養不足之弊。

續發症中，須注意因腸傷而生之出血及血中毒的發熱現象。此項腸潰瘍，恆在大腸下部，可用直腸檢查鏡(Rektoskop)尋得，行局部治療如塗以2%硝酸銀或其他療傷劑，往往有效。靜臥與外用冰袋，亦甚緊要。

治小兒痢疾，瀉劑以蓖麻油為主，用量以年齡而定，不可用甘汞，以免刺激腸膜，引起中毒，重症可用溫湯或食鹽水灌腸，其他治痢諸藥，可相情運用。

虛脫時，除奮興劑外，可施消毒的生理鹽水靜脈注射法。

外科手術間或用於嚴重潰瘍的大腸炎，因其非內科事，故從略。

國 名	生 產 率 每一千人中	死 亡 率 每一千人中
那威(1926)	19.67	10.6
丹麥(1925)	21.0	10.8
英國(1925)	17.8	11.6
美國(1925)	21.4	11.8
瑞典(1926)	16.9	11.8
澳國(1926)	19.44	14.7
法 (1925)	18.8	18.1
日 (1925)	34.9	20.3
中 國	32.0	30.0

教員每苦粉筆屑吸入肺部，若用海棉或毛巾浸溼拭黑板，其患自免。

飯後易睡眠之原因

李作霖

吾人飯後，每困乏欲睡，此理本屬普通常識，易於明瞭，勿庸贅述；但仍有許多，不知其所以，飯後不能施以相當動作，致礙衛生，故特分述於後，以資參考！

睡眠者，即腦神經之休息也。因疲倦而生睡眠，固屬正理。而飲食非疲倦腦神經之事，飯後易起睡眠，究屬何因？欲解答此問題，必先明瞭：
1. 血液與睡眠之關係，2. 飯後與血液之關係。明此二者，則3. 飯後與睡眠之關係自知矣。

1. 血液與睡眠之關係：——體內器官，皆賴有相當血液，以得充分之營養，腦神經尤然。當其血液旺盛時，活動原料，藉以充分供給，氧氣藉以充分輸入，產生之廢物，又藉以盡量排除；此時腦神經興奮上升。若腦中血液減少或流動緩慢時，則活動原料及氧氣不能充分供給，產生之廢物，不能盡量排除，斯時腦神經興奮下降，以至入睡眠之域。現舉證如下：

1. 試將頸動脈 *Arteria Carotis Communis*，加以壓迫，使腦中血液減少，頃刻即有睡眠之感。

2. 當熱水浴時，皮層毛細管 *Kapillar*，因熱而膨漲；皮膚中血量因之增加，腦中血量亦隨之減少，而有睡眠之感。

3. 雪中行人，初則皮膚毛細管因冷而收縮，終則因麻痺而擴張，皮膚血液增多，致腦中血液減少，而昏昏起欲睡之感覺也。由此可知睡眠之原因，以腦貧血為大端也。

II. 飯後與血液之關係：——人體各部，動作則毛細管擴大，血液增加；反之毛細管收縮，血液減少。如磨擦皮膚則呈紅色，安靜時，呈蒼白色，即此理也。據 Krogh 氏試驗，知蛙肌工作時，其毛細管比靜時擴大六至五十倍，天竺鼠之毛細管擴大十一倍至二十五倍。更據 Kaufmann 及 Chauvean 氏之試驗，知馬之 *M. levator latrii* 于嚼物時，其中血液增加七倍餘。人之胃臟亦然。當餓時，則靜止不動，血液減少，飽食時，即起收縮性蠕動，以實行消化工作之職責，血液流入之速度，即因之增加，血量愈見增大。蓋當腸胃受食物刺戟時，該部血管即因神經關係而擴大，血液即因此而來會，以供腸胃工作之養料；並轉運新收之養料于他部。此種情形，不難於解剖飢餓與飽食之動物而證明之。

III. 飯後於睡眠之關係：——就生理而言，每人血液，各有定量，此部增多，彼部自然減少，彼部增多，此部亦自然減少，絕不能因某部用血過多，臨時增加其總量也。血量既不能臨時增加，食後腸胃各部，又需用大量之血液，以利消化（第二條），勢必使腦部及他各部起貧血現象。腦既貧血，則焉能不昏沈欲睡（第一條）？此即飯後易起睡眠之原因也。

吾人既知飯後與身體各部有如此大之關係，則於此時應注意：1. 少用腦力；2. 少運動；3. 勿洗澡；4. 勿作重大工作：始不礙於腸胃之消化也。

民國十九年，十一月作於河南大學。

產後出血

陳去非

凡胎兒產出後，不論胎盤娩出與否之出血，統名之曰產後出血。出血時間有直接在產後者，有數日後忽起者。其甚者勢如泉湧，危險萬分。醫生當速察出血之地點與原因而施以適當止血方法，庶免危及生命。

此種出血約有二因：

A. 無力性出血 即產後陣痛(或產褥陣痛)微弱，子宮收縮力不全，不能速將破裂之血管結紮而起之出血。

B. 破裂性出血 即軟部產道破裂而起之出血。

兩者分別之要點，在視子宮收縮之狀況如何，即用手按產婦腹部，考察子宮之軟硬，如子宮收縮硬固，則非無力性出血，必係破裂性出血。如子宮弛緩，則或無力性出血，亦或破裂性出血，或竟兩者兼而有之。此時可將子宮用力按摩，使其收縮硬固，倘雖收縮完好，而出血依舊者，祇破裂性出血而已。

A. 無力性出血

依胎盤娩出與否，又分二種，其治療亦異，茲分述之如下：

1, 胎盤尙未產出無力性出血：

原因

- 甲•後產期醫生誤用手術，如早期按摩子宮，行胎盤壓出術太早，手勢拙劣，及牽引臍帶等。
- 乙•胎兒急速娩出，陣痛一時強劇，致產後子宮陷入弛緩。
- 丙•人工速了之分娩，其患與乙相同。
- 丁•妊娠或分娩時子宮過度擴大，如雙胎，羊水過多症，子宮因擴張過度，一時不及收縮完好。
- 戊•續發性陣痛微弱。

治療

- 甲•首先注射一針 Pituitrin 及一針 Ergotin 于筋肉內，以援助子宮之收縮，及以後之治療。
- 乙•按摩子宮，以一手諸指末端在子宮底部作輪狀摩擦，子宮縮硬後，出血如止，即宜少待。
- 丙•如子宮忽又弛緩，復行出血，此時胎盤雖尚未全脫離，亦宜行可愛德氏胎盤壓出法，(Crede scher Handgriff) 壓迫胎盤剝離。
- 丁•可愛德氏胎盤壓出法無效時，可自臍帶靜脈中注射消毒生理鹽水于胎盤內，使彼脹滿沈重，易於剝離。
- 戊•如後法(丁)仍無效，血猶不止時，宜在麻醉中更行可愛德氏胎盤壓出法。麻醉後產婦方面一切反抗(如產婦腹壁脂肪過多，及反射過敏，不能把握子宮底等是)盡除，幾全能達到壓出胎盤之目的。
- 己•如戊法乃無效，出血如故時，只得用手取出胎盤，名曰手指胎盤剝離法(Manuelle placentalsung)。此法最易傳染，為產科上最危險之手術，非前述一切方法無效，或急須止血時，決不可輕用

，因此種手術，須全手放入子宮，手指直接接觸胎盤處傷口，細菌極易隨之侵入，致發生產褥熱或敗血症，故醫生手指須切實消毒，手術後宜用 0.5% Lysol 水二公升沖洗子宮，以期撲滅病菌，兼可引起子宮收縮，最後注射 Ergotin 一針於臀部，並作壓迫子宮之綳帶。

II, 胎盤已產出時之無力性出血：

原因

原因與胎盤未出時同，此外更易有胎盤排出不全，胎盤殘餘，及副胎盤之滯留于內等要因，致引起產後出血，或產褥期出血，或兩期均出血。

子宮雖竭力收縮，以謀逐出存留之胎盤殘部，然胎盤附着處之子宮壁，却因殘留胎盤組織之障礙，不能隨全體收縮，故祇能將殘留組織弄鬆，或少數絨毛逐出，而不能完全逐出，此等片斷的絨毛脫落，足使子宮血管開口，引起出血。血管開口，只有該處子宮收縮可以封閉，但該處却被阻于鄰近未剝離之殘餘，不能行完全結紮作用，因此出血不止。

臨床上病型各異，頗難概論，無力性出血，有發起于胎盤產出時，有直接在胎盤產出後。此種出血，頗難制止，產褥期中血性惡露不止，忽于第五至第八日大出其血，引起危險。亦有產褥經過正常，于一星期末忽然出血，此等末期出血，如將盤胎組織沖出，則失血雖多，預後尚比較佳良。若組織之一部分仍多附着于子宮壁，以致出血不止，勢須用手剝離，則預後隨之險惡。預後不良，並非因手術困難，實則于麻醉中兩手合作（一手在子宮內，一手在腹部上，）甚易達到目的

蓋子宮未全空虛之前，子宮口尙未封閉。手指可安然通過，探囊取物，因屬易事。惟血雖因此終止，而傳染之危險，則常隨之增大，蓋手術時每易將病菌帶入已受損傷之子宮壁及血管也。

治療

治患于已發，不如防患于未然，故當胎盤娩出時，當立即詳細察看胎盤及卵膜有無大于小棗之缺陷，或破裂之血管，有則立刻用手伸入子宮內，取出殘留組織。經產婦每不需麻醉，即初產婦亦非常需。不引起出血之極小殘留，可不須取出。產褥期間子宮可借 Ergotin 之作用以排除之。

當檢查胎盤時，助手當自腹壁將弛緩之子宮用力磨擦並擠壓之。非因殘留胎盤組織或副胎盤所引起之無力性出血，可用下法治療：

- 1, 注射 Ergotin 及 pituitrin 各一筒於肌肉內，以爲局部治療之引導及補助。
- 2, 用力按摩子宮，血止後尙須多按摩若干時。
- 3, 如仍不止，則用熱水沖洗陰道，熱度必 45° — 50° c，（此等熱水，對陰道及子宮陰道部不引起痛感，但流出時可灼燒會陰部，甚至起泡，故宜令助手在旁另用一洗滌器，放射冷水于會陰，使與流出之熱水混合，以減低其熱度，）究用何種液體沖洗，無甚關係。要在利用熱度之刺激，引起陣痛，使子宮收縮以止血耳。普通用 0.5% Lysol 液沖洗。
- 4, 如仍無效，或效期不久，則行熱水子宮沖洗，此法頗危險，須防刺穿陰道後壁，及由喇叭管灌入液體于腹腔。故以用 Fritsch Bozeman 子宮導管爲佳（用法從略）。

子宮因沖洗而起收縮反應時，可繼續沖洗，並自腹部壓迫子宮，擠出液體。

最宜注意之點如下：

甲·產婦之上身須高舉。

乙·只可用輕度的消毒液，如0.5% Lysol 為洗品，蓋濃重的消毒液，易自張口之靜脈管浸入，致起中毒現象也。

5, 子宮沖洗仍無效時，立刻用 Vioform 或 Jodoform 紗布緊塞子宮及陰道部。紗布宜用0.5% Lysol 液浸濕，塞罷即用丁字帶行壓迫綁帶；寬端置背下，狹端置腿間，腹部亦用腹帶緊縛；使子宮內外各方均受擠壓，即其內有紗布栓塞，外有丁字帶及腹帶，此法運用得當，方能收效，惜誤用者頗多，故特分述于後，以資校正；

a, 以乾紗布填入子宮，實為一大錯誤，因乾紗布富有吸收性，一入子宮，即滿吸血液，非但不能栓塞，反為排血之管矣，如先將布浸濕，則無此患。

b, 以穿破子宮為懼，致未填滿子宮全部，亦為一大弊端，蓋此未填塞之空腔，仍出血不止，以致于死。故不良之栓塞，尚不如無填塞之為愈，至少亦與無栓塞等。

c, 填塞之始，將細薄紗布尖端向上猛送，易引起穿孔危險。故宜在子宮下部先將紗布作成團狀，然後向上推送，庶可免除損傷，無經驗之人，最好不用器械送入紗布，宜用手送入，可無穿破子宮之危險，不過手消毒較難，須特別注意耳。

d, 已充塞之子宮，必須向前推納，以便隨時檢查其收縮狀態，在未置腹帶之前，宜用手將子宮向恥骨推壓，並用力摩擦，注意其是否保

守堅固狀態。

e,陰道部不宜用紗布填塞，宜用棉花。棉花壓力大而吸收力少，故在陰部可見之末一棉球乾燥時，不可謂出血已止。

無力性之頑固出血，所有內容緊塞之浸濕紗布，亦可完全滿吸血液，子宮收縮力又較栓塞時減少，紗布乃鬆弛，紗布與子宮壁之間，遂成一空隙，流血可以注入，而外面所見之棉球仍乾燥，此時易誤認出血已止，所以必須時刻考察子宮收縮狀態，及脈息良否，並宜繼續用力按摩子宮，直至脈息宏大而遲緩，子宮收縮硬固時為止。

f,如從栓塞中向外出血，或脈息及全身症狀不良，而外面不見出血者，不宜將栓塞去除，而換以新栓塞，否則產婦不但喪失栓塞上之血量（此血有一部尚可吸收）換新栓塞時，又將流血于外面及新紗布內，危險將更甚矣。

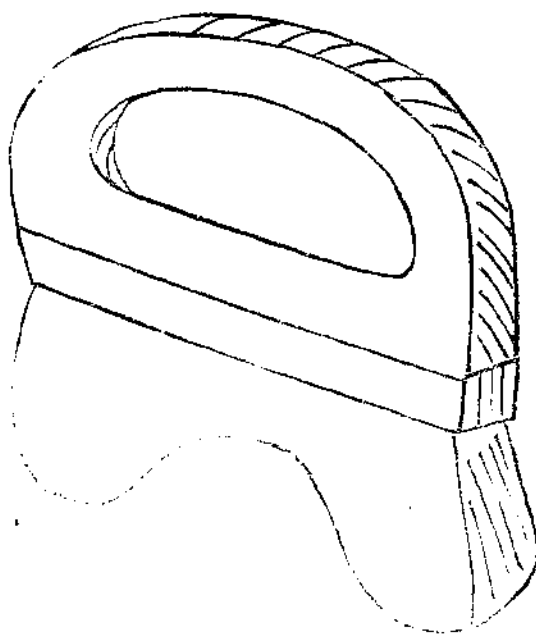
6, Fritsch氏雙手療法：醫生立於床右側，令產婦兩腿屈而張開，右手握住大陰唇全部，用力向陰道內壓迫，左手堅執子宮，如行可愛德氏手術然，用力向小骨盤內壓迫，其目的在求子宮及陰道失其空間、既無空間，血自無處可流，而不得不止矣。

此手術須大力而能持久，直至無力之子宮硬固為止，時間約半點鐘左右，然後將陰部緩緩放鬆，左手亦小心自腹部離開，即於是處施以腹帶緊紮，並置一毛巾於子宮後方，以固定其位置，此法不接觸子宮內部，故無傳染之危險。

7,大動脈壓迫法：即壓迫腹大動脈，以斷絕血液之來源，來源既斷絕，則無論任何強劇之出血，自可停止，而子宮貧血又為引起子宮收縮之一大刺激，故不但可免一時之出血危險，兼能制止子宮之無力。

a, Momburg氏束腰法：即將腹部周圍用橡皮管強縛之，至大腿脈搏停止。此法弊端頗多，大靜脈，輸尿管，腸部等器官，每同被束縛，尿含蛋白質自係意中事，心臟于束縛帶之運用及卸除時，且起劇烈變化，大靜脈因血液停集形成栓塞，尤足致命，新法只壓迫大動脈其最簡單者為：

b, Rissmann氏壓迫法：



壓迫器如圖所示，小而便利，產後腹部弛緩，故可無痛亦不費力的放此置器于荐骨山甲上方腰椎處，將大動脈妥實夾壓，此外亦可單獨用拳壓迫大動脈，此兩種法均易疲勞，至多能維持十分鐘，故不用手力之壓迫器，妥固而功用亦平衡。

c, Sehart氏大動脈壓迫器，形如骨盤計：上有螺旋，放於腰之周圍，當螺旋上緊時，上片之凸出部，恰好緊抵大動脈。

在此大動脈壓迫法止血之下，可以靜心完成一切必要的工作，如檢查胎盤，按摩子宮，注射陣痛催進劑，消毒手指，探摸子宮，填塞

紗布，縫合子宮頸裂傷等。

B. 破裂性出血

出血之裂傷可分三種：

- 1, 外陰部破裂。包括陰核破裂及會陰破裂二種。
- 2, 陰道破裂。
- 3, 子宮頸管破裂。

1, 外部破裂出血。(會陰, 陰核)可以目覩, 故認識及救治均易, 用針縫合即止, 產婦須橫臥床上, 兩腿強屈而張開, 先將陰部擦淨, 用一大塊紗布塞入陰道, 以免膈內血液湧出, 致外部不能詳視。

陰核破裂, 可引起非常劇烈之出血, 如陰核動脈受傷, 則血出如湧如注, 出血處宜用血管鉗子夾緊, 鉗之上下宜各加以密縫, 慎勿連縫下方之尿道, 無經驗者可將尿道內放一導尿管, 以資辨別。

會陰破裂自然引起出血, 第三度破裂之出血甚強, 非壓迫所能制止, 必須立刻加以縫合。

2, 陰道破裂之與第一及第二度會陰破裂混合時, 每不需止血之法, 僅深裂之傷, 可引起強度出血。

3, 子宮頸管破裂, 如傷及子宮動脈之陰道支(常見)可引起危及生命之出血, 傷及子宮動脈之幹部, (罕見)危險更甚。

治療, 注射 Pituitrin 及 Ogotin 等劑完全無效, 因子宮收縮不能影響於其範圍以外之破裂也。

宜即用熱水沖洗陰道。無效則行子宮陰道栓塞法, 並用緊紮綑帶, 大動脈壓迫器, 更宜隨時運用。

陰道破裂及子宮頸管破裂之縫合, 恒非易事, 非有完備之器械, 合適之助手, 及明亮之光線, 殆難達到目的。

糖尿病 Diabetes mellitus

尹 晉 卿

什麼叫做糖尿病？凡人類的血液中，含有定量的糖分（約含0.06—0.11%）。若體內造糖及用糖之機能失調，致使組織及血液內之糖量高增，則糖質滲入尿中，隨小便排出體外，此種病就叫做糖尿病 Diabetes mellitus 乃物質代謝病之一種。

糖尿病分暫時性與永久性二種，暫時性的所含糖分很少是由于一時的糖量增加，一二日即可痊癒；永久性的，是由于物質代謝器官發生變化，尿中含糖較多，經數月以至數載尚不能治癒者很多。因此症喪命者亦復不少，暫時性的暫且不提。茲將永久性的少談一下：

糖尿病的原因，糖尿病既因血內糖過多而起，血內之糖又因何而多呢？其原因頗多，茲分述於下：

(1) 炭水化合物食品，可以造糖，倘食入之炭水化合物量過多，出乎肝臟及肌肉之容納量外，於是血內的糖就超過原有的量數了。但血內仍要保持一定的糖量，故多量的糖，不得不由腎上皮細胞排泄之，普通因此種情形而致糖尿者頗多。如連續食澱粉及砂糖過多者，或飽食終日無所用心者，肥胖多食者，或常飲酒過度者，都有得糖尿病的可能，貧人患此者甚少，

(2)關於神經者：如精神病神經病，中樞神經被刺傷時，腦及脊髓上端受傷，腦膜炎腦出血等，亦有致糖尿症的可能。

(3)關於內分泌：

(甲)德人 Merring 氏之試驗，將動物臟 (Pankreas) 割去，該動物即患糖尿症，因胰臟的分泌物 Insulin 有制止肝糖(Glykogen)出發而促其存留體內的能力，此內分泌物缺乏，則糖之代謝失其限制，遂離其儲藏室以入于血，更由血滲入尿中，成爲糖尿症。

(乙)副腎精 Adrenalin 之功用與 Insulin 相反注射于動物身上，可使體中糖質移入血中，致生糖尿症 (Blam) 如用糖尿穿刺法，則 Sympathicus 受刺戟，而使副腎的工作增多，副腎精之分泌因此增加，以入血內，再到肝臟內，使肝臟開始排泄其糖質。

(丙)腦下垂腺 Hypophyse 發生病變亦可引起糖尿症，肢端肥大症 (Adromegalie) 每有糖尿的併發症，即其明症，更有梅毒等症及父母遺傳而得此病者，其例甚多。

糖尿症之病狀：因人的性情與病之輕重情狀而異，略述如下！

- (1)此病大概是漸漸的發生，起初尚不知其爲病，延時已久，始漸次有害于身體健康，身體之營養，亦能歷久不見其衰，惟略覺不快，對於一切事物容易生厭倦之心，精神憂鬱不樂。久而病勢漸重，則身體亦慢慢瘦弱，四肢無力。
- (2)小便增多，帶淡黃色，作酸性反應，次數增多而歷時較短，澄清如水，隔時少久，即使混濁，若用驗糖法檢查之則含有糖分。
- (3)口中常覺渴，夜間欲飲茶水而不能眠。
- (4)食量佳而常覺飢餓，所以如此者，乃因所攝取之養料，不能充分利用故

也，許多病人食後仍思食，尤其是想食含水炭素的物品，縱使嚴禁勿食，仍垂涎不止，食量雖大，仍然瘦弱，

- (5) 舌常乾燥，舌面粗澀而生裂皺，亦有僅變紅者，牙齦則疎鬆易出血。
- (6) 大便多祕結，亦有時下瀉頗劇，瀉後又便祕，如此反復無常。
- (7) 呼吸有如腐敗水果之臭氣，甚者入室每覺臭氣撲鼻。
- (8) 心臟衰弱，脈搏細微頻數，呼吸短促。
- (9) 如陰部搔癢，外陰部尤甚，此蓋起於濕症；生殖力衰弱。
- (10) 患種種眼疾，角膜溷濁不清，以視神經衰弱，甚至驟失目光。
- (11) 皮膚乾燥而脆弱，毛髮脫落不再生，皮膚發生多數疹癬。
- (12) 發神經痛，坐骨部後頭部均覺痛，或起三叉神經偏頭痛。
- (13) 最可怕之病狀，厥為昏睡，大抵至病之末期，多有性命之憂，常在昏睡之前，即覺惡心思吐而頭痛，常懷恐懼之狀，有時自言自語，忽躍起而奔，病態至此，即難救矣。

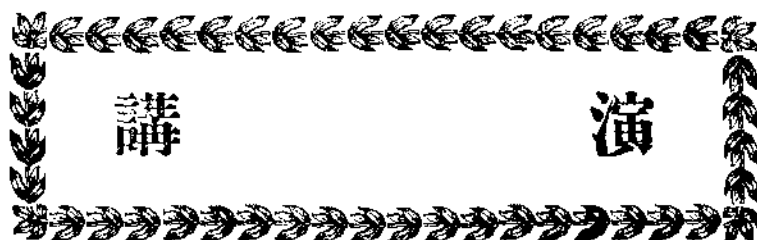
檢尿方法：檢尿法有種種，最簡單者為忒倫梅爾氏之法，用尿數置于試管，加入等量之苛性鈉溶於其中然後滴入百分之五硫酸銅液數滴，如尿含有糖分，該液體則變為帶美麗的濃紅色，若不含糖分，即不生此反應。

又有培克爾氏試驗法：仍以苛性鈉溶液，混入尿中使成礆性，再加入硝酸，蒼鉛少許，然後再加熱，若含糖則起棕黑色，若無糖不起變化，我們若想證實此反應，則可先以砂糖水代尿，依上法作試驗，以所得之變化，與實例比較即可詳見，還有一試驗，用尿裝入試管中，上口蓋以廣口瓶，下邊加熱，若有 CO_2 發出，並有混濁沉澱，則知其中有糖存在。

再 Urin+Fehling I. Fehling II. 成黃紫色。

治療的原則：治療很復雜，茲分述其原則于下：

- (1) 慎食料患者宜少用炭水化合物類諸食品，馬鈴薯，大麥麵，山藥，所含炭水化合物雖多，然不易引起糖尿症，用之無妨，病重者亦不應食肉，脂肪，牛乳油，咖啡茶等可供食用。
- (2) 勿使憂慮勞神，生活狀況宜清靜有節度，應居住氣候平均之地，衣服宜溫暖，每日當行溫水浴一次，又當操練然不宜過度。
- (3) 上述之療法，輕症已可見效，病勢沉重時，除用嚴厲之飲食法外，當兼用 Insulin 注射法，効用甚好可使病勢轉輕，不至困頓昏迷不醒，即已昏迷，亦可因適量注射漸次恢復常况。



刺激治療之中西觀

醫學院院長閻彝銘博士講演

尹晉卿記錄

十一月
十號

本學院今秋被人摧殘，雖賴諸同學，同事之力，得以恢復舊觀，然此種事變，確是我們一個大大的刺激，刺激二字，就是我今天講演本題的動機。

刺激治療這個題目，本甚寬大，不易講述，兼談中西的方法，更屬難為，現在把他分開來說，以清眉目；

第一·刺激治療的意義；

刺激治療 Reiztherapie 為近數年來之最新治療法。以前的治療法，只分根本治療與對症治療兩種；如用金雞納霜治瘧疾，用六〇六治梅毒，就是根本治療。如用嗎啡劑止痛，即算對症治療，也就是頭痛醫頭，脚痛醫脚的治療辦法。

刺激治療，却與上述二種治療完全不同。是用一種異物，即與體質不同的東西，如蛋白質等輸入體內，當作一種刺激，使體內諸細胞，尤其是原形質，皆因感受此種刺激，而起一種新變化，由弛緩變為緊張，由軟弱化為強健，以共禦外來的疾病。本身各組織既皆健全，病魔自然倒退三舍。

『正氣足而邪氣自退』一句話，也就是這個道理。『無敵國外患者，國恒亡』一語，又正是此理的反面。吾人體內各細胞于不受刺激時，就萎靡不振，勢如散沙，疾病乃得乘隙侵入，醫生若加以外來的刺激，如同下一警告，以喚起病體各細胞抵抗外侮的本能，那病魔就無立足之地了。這種治療法，就叫刺激治療，實開治療上的新面目。

第二·刺激治療的用品；

- 甲 自身血液之移注。即由靜脈內取出自己的血液，復注射于臀部肌肉中。
- 乙 蛋白質如牛乳，Aolan，Caseosan，Omnadin，Vaccinen，(如Arthigon) 血清 (Seren)
- 丙 脂肪體如 Helpin。
- 丁 金屬化合物如 Collargol，Elektrargol，Argochrom 均係銀的化合物，在治療上甚有聲價，其他不暇枚舉。
- 戊 其他化合物如 Yatren (碘化合物)，碘，硫黃，Terpentin等。
- 己 物理的如日光，電光，烙鐵。

第三·刺激治療品的用法；

- 甲 靜脈注射。効力迅速，然易引起嚴重反應，頗不適用。
- 乙 皮下注射。易引起痛苦，亦不甚佳。
- 丙 肌肉注射。不易引起痛感，吸收慢而有持續性，故刺激治療品之注射，以肌肉注射為最佳。
- 丁 內服，內服既較為便利，又合吾國喜吃藥的習慣。然一經腸胃消化，即失刺激的作用，故內服之刺激劑，以不被消化而被吸收者為限。硫黃，yatren 等，即係可內服之刺激品，柏林大學外科教

授畢耳氏 Bier發明內服小量硫黃劑，可以治癒久而難癒之癬瘡症 Furunkulose。即其明證。

戊 外用限于光線烙鐵等。

第四·刺激治療的效用；

近十年來研究的結果，知刺激治療法確有很大的效用。床臨醫生，無不知 Omnadin，Elektrargol為治療傳染病要藥。注射Arthigon 以治白濁，更為一般所採用。但依鄙人歷年之經驗，注射消毒之牛乳，其功效與Arthigon 相同，以之治療膿漏眼 Blennorrhoe（即白濁性結膜炎）及白濁併發症；如關節炎，副辜丸炎等，尤見奇効。新鮮牛奶加以煮沸及濾過，即可用以注射於臀部肌肉內，價廉而効奇，吾人固無須全用舶來之 Arthigon 也。

烙鐵治療敗血病，Sepsis，Bakteriaemie 為三年前畢耳氏之新發明。近來迭經諸名醫之證明改良，在內外科之治療上，頗佔重要位置。畢耳氏因古醫書云：『藥不能治，治以刀，刀不能治，則治以火。』was die Medizin nicht heilt，heilt das Messer，was das Messer nicht heilt，heilt das Feuer。遂試用烙鐵燒治將死之敗血症，法用烙鐵燒傷病人某部皮下及肌肉組織，形成一巨創，使病菌聚集于此而成膿瘡，病體因之轉危為安。刺激治療之効，誠非小可。

前述二例，殆足證明刺激治療之效用，其他不暇詳述。

前邊所講的刺激治療，全是歐美的，就是所謂西醫的。現在再講：

第五·中國刺激治療法；

我國不但有刺激治療，而且很早，很多。有的方法，更覺簡而易行。

茲分述于後，誤解的地方，還請大家校正！

甲 鍼灸 鍼灸，為吾國治病之一法，即按病者經脈腧穴，或用針刺。或用艾灸，以療治之。此法甚久。黃帝有針灸經，扁鵲有針灸玉龍賦，唐有明堂針灸圖，宋有銅人腧穴鍼灸圖，神宗時更設針科以教之（見宋史選舉志）明代關於針灸方面的著作甚多，如針灸大全，針灸圖經，針灸問答等是。

針刺與艾灸，固非藥品之可比，其効力除刺激神經系及各組織外，殆無其他治療的可能性。所以鄙人說他是刺激治療之一種。靈樞官能篇云：「針所不為，灸之所宜。」此二語實與前述「刀不能治，則治以火」之意義相同，實質也相似。此亦足證明針灸為刺激的治療。

乙 刮痧或提痧 為吾國東南諸省民間習用之療病法，即於疾病時，尤其是發痧時，倩人用錢蘸油刮磨其胸背部，或以二指用力夾提其頸項等部皮膚，至皮下溢血為止；此法民衆沿用已久，不知始于何時。但就其散布之普遍及父老之轉述，至少亦係百年前之產物。

十年前鄙人學醫滬濱時，每見該地民衆喜用刮痧法，致面頸等部皮膚，現紫紅色血條，即私謂此法必有相當効効，不然，聰明如南方人，豈肯徒受此刮磨之苦，更不肯迭次採用了，但不知其何以有効耳。繼見德國醫界賞用「自身血液移注法」（見前第二，甲項）遂悟刮痧乃刺激治療之一，即「自身血液移注」之變相，不過，彼用注射器自靜脈內取出血液，復注射于肌肉中，我則用簡便的方法，刮磨或夾提皮膚，使該部毛細管受損，血液直接漏入血管外之組織中，手續雖異，其實質與意義，則完全相同，即同以自身血液（蛋白質）刺激血管以外之組織耳。

二年前曾將鄙人對於刮痧之見解，就商于上海德醫沈雲屏先生，先生深同意余之見解，並述乃母歷來所受刮痧之効，傷風不適，一刮即見効，阿斯匹林諸品，幾等于無用。鄙人今夏遊途罹病，無藥可服，曾自身試用刮痧法，疾雖未盡癒，却已減輕，此亦可為刮痧功效之一證。

- 丙 火罐，亦曰拔甌子，為民間習用之療法，北方用此較多，即燒火紙于小罐（形如玻璃杯而口較小）內，以逐出其中之空氣，于火息之際，速將此罐緊密的掩覆于皮膚上，借副壓力之作用，將血液自毛細管內吸至皮下組織及罐內。血液吸至皮下組織內，其作用與前述之刮痧相同，血液吸出至罐中，其作用與下述之放血相同，故亦為刺激治療之一種。
- 丁 放血，民間于卒倒，昏厥，發痧等症，每用刀或針刺破下膊之小靜脈，放出血液若干以治之。南方用者頗多。俗謂可以放出惡血與毒氣。實則放血係一種刺激，使體內因此刺激起一種新變化，以抵抗疾病。不然，放出之血，為量不多，血毒隨之排出者，亦必有限，何能除疾，如謂恰將有毒之血放出，則不惟天下無此巧事，生理學上，也說不通。
- 戊 打燈火，即以燈草蘸油，點燒病者皮膚，其作用與針灸相似。亦是一種刺激治療。

第六 結論

我們綜看以上所講的中西刺激治療，知道其方法雖異，其意義幾完全相同。都是借局部的刺激，引起全身的反應，共同努力，以抵禦或打倒病魔之侵襲與專橫。

最後希望諸同學勿忘醫學院今秋所受的刺激，也如體內細胞受了刺激

一樣，發生一種新團結，新勢力，以共禦外患。使醫學院轉弱為強，萬壽無疆！完結。

世界各國產婦死亡率之比較	國名	瑞典	義大利	挪威	德意志	匈牙利	英格蘭	日本	法蘭西
	死亡率	二·三	二·七	二·九	三·二	三·六	四·一	四·一	五·二
	國名	蘇格蘭	澳大利	愛爾蘭	瑞士	西班牙	比利時	美利堅	中國
	死亡率	六·二	六·三	五·五	五·六	五·七	五·八	六·五	二〇·〇

精神不用則愚，血脈不運則病，筋肉不練則萎，故不宜懶惰。

最近妊娠診斷法

單德廣教授講演 王業筆記

今天本來有解剖學的課，我祇預備了上課的材料，不料上半天忽然有兩位同學到我房間裏說：今天下午醫學研究會開會，要我來講演，並且要把題目預先發表給大家。我想講演應當有有價值的材料發表，譬如個人研究的心得，或新的發明或發現等。我個人既沒有特別的研究，自然也沒有什麼新的東西來向大家報告。但是講演又推不脫，那麼自己既沒有材料，祇好把別人研究所得的報告，拏來轉告給諸位了。現在我要轉告給諸位的，就是最近新發明的妊娠診斷法。

要講新的妊娠診斷法，不妨把舊的妊娠診斷法略微敘說一下，因為有許多同學還沒有聽過產科學的課，舊的妊娠診斷法當然還不甚明瞭，所以我也先略說一說。從來妊娠診斷都是依據妊娠徵象而下的。現在我們可以把一切的妊娠徵象，按牠們對於診斷上的價值分做三類來說：

I. 疑似的妊娠徵象，如：

1. 腹部膨大及妊娠癍痕；
2. 面部，乳暈，白線，及外陰等處之色素增多；
3. 惡心，嘔吐，醋心，流涎，特別食慾等消化器的障礙。
4. 頭疼，眩暈，精神鬱悶等神經性障礙等。

II. 近似的妊娠徵象，如：

1. 陰唇腫大，血管迂曲，粘膜鬆脹青紫，分泌增多等外陰及陰道的變化；
2. 子宮的變化如：漸次膨大，漸成圓形，泥軟，前曲等；
3. 經閉，經閉雖有其他許多原因，但若中年已婚女子，素日身體健壯經期調和，忽訴經閉，則妊娠的嫌疑當然很重。
4. 乳房變化如：乳房膨大緊張，乳暈闊大而色素加重，靜脈加闊而明顯易見，乳頭內可以擠出初乳等。

III. 準確的妊娠徵象，如：

1. 胎兒的心音，自第五月起就可以聽見。
2. 胎兒的動作，自第四月起，可以在腹外觸摸，第五六月間，就可以在腹外看見。
3. 胎兒的部分：大的如頭，臀，背部；小的如四肢等部，在妊娠末期用觸診法就可以分辨的。
4. X光的透視：從第四月起就可以看見胎兒的脊椎。

以上各項就是舊的臨床的妊娠診斷法所依據的徵象。前兩類雖說是發生在妊娠的前半期，但不必是各項都有，常祇有一二種發現，故祇能據以斷為疑似或近似，而不能確實斷為妊娠。至第三類徵象雖可據以下確實的診斷，但是普通人對於妊娠的預知希望，總是很切，而且妊娠與疾病的鑑別診斷，對於醫生對於患者，都是很重要的，若直候至四五月後再下診斷，未免失於過晚，有時尚且誤事，所以妊娠的早期診斷是非常的切要的。這也就是學者努力研究早期妊娠診斷法的原因。以下才入本題才講到新的生物學的妊娠診斷法。

所謂生物學的妊娠診斷法，也還包含有兩種方法：就是血清學的診斷法和內分泌學的診斷法。

A. 血清學的診斷法 是利用血液排除異體蛋白的性質而發明的妊娠診斷法。其原理是因為凡不經消化器而入於血中異體蛋白，都能使血液發生一種所謂反抗素。這種反抗素就把入於血中的異體蛋白分解成簡單的成分，使牠對於身體不成爲異體的毒物。胎盤的蛋白對於母體的血液，也算是異體蛋白，所以也有這種引起發生反抗素的作用。我們就利用這種作用把有妊娠嫌疑人的血清內加上一點胎盤組織，經過相當時間後，看牠是否發生分解的反應，就可據以診斷妊娠的有無了。這叫做 Abderhaldeu 氏反應。

B. 第二種生物學的診斷法即所謂 內分泌學的診斷法 這才是我們今天所要講的最新妊娠診斷法。要明白此法，必須先明白此法所利用的內分泌素的來源和作用。這種內分泌素，就是腦下垂體前葉的出品。牠的作用有促進身體長大，促進物質代謝，促進濾泡成熟促進黃體形成等等。有後二種作用的物質，統叫做 Prolan。若把 Prolan 注射到未成熟的雌性動物身上，經過不久，我們把該動物解剖開，就能發現其濾泡成熟，而破裂，子宮充血而脹大，完全呈真性的排卵及行經作用。若解剖少遲，且可發現黃體。這是腦下垂體前葉的內分泌素，對於生殖器官之作用的大概。那麼借這種作用又何以能診斷妊娠呢？諸位勿燥，且讓我慢慢說來。

原來女子之所以會按時排卵，如期行經的原因，就是借 Prolan 的作用。Prolan 由腦下垂體生成，混入血中，不斷的施其作用於生殖器，就促成一期一期的排卵行經。舊的 Prolan 於其作用施展後也就隨各種排泄物被排於體外，以待新的生出來繼續牠的工作，但造物賦予女子們這種排卵行經的

作用，並不是毫無意義，祇徒累她們感受不快忍耐麻煩的，乃含有重大的意義，是使她們負擔保持種族的責任的。原來排卵行經就是受胎的預備。受胎以後，造物的目的既達，排卵行經的作用就須暫時停止，於是 Prolan 就失其用武之地了。然則牠就停止產生了麼？不，牠仍然是繼續產生的。不過牠產生後既無用處，就只好積聚血中，隨血循環了。血中的 Prolan 含量既增，排泄物中的含量當然也要隨之增加。排泄物中的 Prolan 量增加，於是我們就得了診斷妊娠的材料了。我們就用有妊娠嫌疑者的晨尿，注射到未成熟的雌性白鼠身上，經過一百點鐘，把白鼠解剖開，看牠的卵巢和子宮有無排卵和行經的現象，就是據以診斷妊娠的有無了。不過此法因為鼠體太小，尿毒太重，注射量不能加大，而所需用的時間又太長，不甚方便。最近又發明從尿中提取純淨 Prolan 的方法，把尿毒除掉，因而可以注射較大的劑量，使其作用加強，以縮短反應的時間，兩天以內就可以得出結果來了。這就是我今天要轉告給大家的最新妊娠診斷法。

剛才所說的最新妊娠診斷法，說起來雖不費力，要作去還須有相當的設備和技術上的訓練，所以一般臨床醫生是作不到的。就是血清學的診斷法，作起來也不很簡單，都須有相當的設備和練習，才能做得到。所以這兩種生物學的診斷法，暫時可總稱之為學理的妊娠診斷法。舊的妊娠診斷法與此相對，可稱為臨床的或實用的妊娠診斷法。牠在臨床產科之中仍要佔重要的位置。所以我把新舊兩法相提並論。使諸位注意新法。而不至於忽略舊法。

梅 毒 瑣 談

陳去非女醫師講演 王 業記錄

承貴會諸君盛意，叫我到這兒演講，可是鄙人毫無心得可以供獻給諸君，今日到此不過隨便談談，不能說是講演。所談的題目，就是梅毒。現在分五段來說。

- 1 什麼叫梅毒？
- 2 什麼時候才有梅毒？
- 3 梅毒的原因是什麼？
- 4 梅毒傳染的路徑，
- 5 梅毒與民生民族的關係。

1 什麼叫梅毒？

按文字來說，可分中西兩種。

甲。中名，有五：

A.「梅毒」二字「梅」字是形容病形，瘡口好像梅花的樣子，其實不盡然。「毒」字是言其病勢利害。

B.梅毒亦叫「霉毒」，意思就是倒霉。是形容病勢之凶惡。害這種病的人，不但自己受罪，還傳染給妻子兒女，真是倒霉萬分了！

談至此，想起一事，即去年國民政府擬將梅花作為國花，在三全大會

提出討論時，大眾默認，後來陝西代表焦易堂聲稱：『梅字與梅毒的梅同，又與倒霉的霉同音，太不吉利了，』所以結果沒有把梅花定為國花。

C.「楊梅瘡」楊梅本來是一種菓名，同山查差不多一樣大，在南方四五月間很多，是民間食品，梅毒第二期發疹，有一部分像牠，所以就叫楊梅瘡。明朝方廣所著醫書中即有此名。北方無楊梅，諸位或許不解，他的外觀和桑樹上所結的桑葢一樣，我們因此可以推知梅毒這病，一定非起自北方，若北方先有，或要叫做桑葢瘡，不會叫楊梅瘡，由這個名上講來，可證明在南方先有這瘡了。

D.還有人把梅毒字寫成「微毒」微字是腐敗的意思，其致腐敗的細菌，叫做微菌。梅毒之病，確係菌之所致，故此名比較的最確實。

E.也有人稱梅毒為「花柳病」花柳原是妓院之名，李白有几句詩說：『昔在長安醉花柳，五侯六貴同杯酒』

凡因尋花問柳而染之性病，統名曰花柳病，共分三種，即白濁，軟性下疳，硬性下疳。硬性下疳，就是梅毒的第一期症名，所以梅毒祇是花柳病的一種。花柳病非專指梅毒而言，所以這名字似通非通。

乙·西名：

A. Syphilis 牠原來的意思約有二說，第一意思為一希臘牧童名，即豬友之意。據說因為這牧童好與豬交合，西洋玉皇大帝 Apollo 惡之，罰其生惡瘡，後人遂以牧童之名代表梅毒。第二意思就是罪惡受罰。二說完全是神話。

B. Lues 拉丁文原來是傳染病的意思，現在專拿牠代表梅毒病。

2 什麼時候才有梅毒？

西人 Bloch 說，本來歐洲是沒有梅毒病，是由哥倫布發現新大陸（1493）

後帶回歐洲的，先傳到西班牙，由西班牙傳到意大利法國，繼又傳到德國。美洲古代遺骨上有梅毒的病變。更足爲此說之證明。

Sudhoff 說在新大陸未發現之前，歐洲的西南部意法兩國已先有梅毒。

還有人說這病是由中國傳到歐洲的，我們應當研究研究，中國究竟何時有梅毒，論語云『伯牛有疾，子問之，自牖執其手曰，斯人也，而有斯疾也。』朱子說斯疾便是惡疾，古又有惡疾則出之語。說者以惡疾便是梅毒，故主張中國古時已有梅毒。然按惡者醜也。患惡疾的人，必容貌醜陋，故最近有人證明惡疾實是癩瘋。西名 Lepra，北方叫做癩，也是一種傳染病，患者廣東福建較多，面目猙獰可惡，宛如獅面，故亦曰獅面型。

日本學者亦不承認中國先有梅毒，中國之梅毒，是由西洋傳來的，再由楊梅瘡名稱上看去，此病當先起于吾國南方（見前），南方各地與西洋通商最早，自有從西人傳染之機會，而楊梅瘡三字，始見于方廣醫書內。方君之書，成于哥倫布發現美洲後數十年，以年代推之，亦足見這病是由哥倫布傳到歐洲，再由歐洲傳到中國，不是中國固有的國貨。

梅毒初傳到歐洲時症狀非常凶險，死人無算，我想這是因爲當時歐人尙無此疾，缺乏抵抗素，且不知道治法，所以病多很利害，當時亦知本病有傳染力，故畏若蛇蝎，兩個人握手，就可傳染，因此發明一件禦防利器，至今吾人猶用之，即手套是也。那時的手套，並不是爲取暖，也不是禮節，是爲的怕傳染花柳病。當時梅毒既利害，即或治愈，頸中亦必結疔累累，殊不雅觀，因此又發明一種遮醜的裝飾品。即今日歐美貴婦所用之圍巾，現今時髦女郎，夏天也圍着圍巾，既非取暖，又非遮醜，完全變爲一種裝飾品了。談梅毒來源連帶的講到手套圍巾的來源了，言歸正傳吧！

3 梅毒的原因是什麼？

學醫者皆知此病之原菌爲一種螺旋菌，因其難于着色，故名曰 *Spirochaete Pallida*。發明者爲 Schaudinn 先生（1905）。是一位動物專家，當時歐洲雖然知道這種病能傳染，但是不知是由什麼東西傳染的，所以德國特派紹氏及其他多人到衛生試驗室裏去研究這個病原。說也奇怪，紹氏于第一日辦公時即在顯微鏡下看見一條一條螺旋體，這就是梅毒的病原體，但是他在那時並不知道。祇對同事說梅毒病原體是什麼，我倒不十分注意，却很注意這個『東西』研究不久，就證明這螺旋體即是梅毒病菌，當時反對者頗多，有一次開某會議，紹氏當衆發表他的發明物，一個頗具聲望的老教授，很不以爲然，力加反對，說照這樣的發明物，可太便當了，在你那片子上看見的想係一種污跡，那能便稱爲發明，紹氏因此很喪氣的回去了，衛生試驗室的同事們，大多是那但老教授的高足，故也明譏暗諷，亂加批評，紹氏自覺無趣，自己嘆道『我的發明，得到的祇有受氣。』從此鬱鬱成疾，一年後即死了。死後不多時，就有人證明他的發明是對的，就是那位極端反對的老教授及其門人，此時也不能不承認了，這是發明梅毒菌的一段小故事，附帶着說來，以追悼紹先生之不幸。患梅毒的固然倒霉，乃至發明梅毒的人，也倒霉而氣死，梅毒真是霉毒了！

4 梅毒傳染的路徑：分二種

A. 生殖器傳染 (intragenital)

就是在交合時，由這人傳給那人，大多因宿娼所得，這是中外人們最多而最容易的傳染路徑。

疑似梅毒之病史中，若有宿娼事情，診斷上即得一強有力之證據。但這種病人每羞于實說，你如問他嫖過沒有？他一定假說沒有，你若問他何

時去嫖的。他便不能隱藏，據實報告了，這是問診上一個經驗的秘訣。

B. 生殖器外傳染 (Extragenital)

凡因接吻握手及其他接觸等而傳染的，統歸此種，這一種比較第一種不大容易些，因為病菌經過冷卻乾燥等不適宜的環境，大多死去，當醫生的易有生殖器外的傳染，我一個同事，今夏給病人打針，不幸病人之梅毒血液侵入自己手指之傷面內，不久該指即發現初期梅毒，這樣例子很多，所以行醫的人，要特別留意！

5 梅毒與民生民族的關係：

吾國民衆日形窮苦，許多男子因經濟壓迫，自己吃飯問題尙不能解決，何堪再加妻子兒女之担負，故不能娶親，但飲食男女，人之大慾，難免于宿娼。女子則因父母貧窮，或自己無以糊口，不得不墜落爲娼。近年之天災人禍，更使民不聊生，賣淫愈多，各地妓女數之驟增，即其明證，娼妓乃梅毒病之介紹所，娼妓既多，梅毒之傳染，自然也因此增多，這與民生民族上均有巨大之影響。

政府方面現在雖說舉行檢查妓女的工作，但是仍然不澈底，有的當局更不准澈底，因為澈底檢查，大多數的妓女便不能營業，那末，花捐的收入，自然要大受損失了！所以就是檢查出來，也不過打一兩針 603，並非根本治愈，況且窮苦的病人，連飯都吃不到嘴，那還有錢去打針？

禁娼一事，更是糟糕，明的禁了！她們去當暗娼，城市禁了，她們到鄉裏，暗娼與鄉妓，其傳佈梅毒的力量，更加厲害且而廣博，這不是更糟麼？

近來兵匪無數，每到一城，當先找妓女，等他們回家時，便把這種病傳到鄉裏去，所以說中國的梅毒是一天多一天，真是一種極危險的社會病，民生民族方面，必受很大的影響！

生殖器傳染之在吾國，既如上述的一天多一天，一天普遍一天，而生殖器外的傳染，又怎麼樣呢？吾國無握手禮節，及公開的接吻，所以因此傳染梅毒的，實較少于歐美各國。但是中國人因經濟的壓迫，起居不講衛生，好多人住一小屋內，或同睡一炕上，接觸的機會很多，傳染的機會也很多，一人有梅毒，不難傳之全家，德國醫生某旅行我國蒙古，謂該處患梅毒的頗多，不亞通商大埠，我想即因多人同睡一大炕上，接觸機會多，既病又不知治療，以致蔓延甚盛。

中國人用筷子共食，你一口，他一口，碗中的溫湯，做了洗筷子的器皿，及病菌的行營，飯菜之溫度，又適于梅菌之生存，同棹的人，有互相傳染的可能性，我曾見一老嫗，得生第一期梅毒，詳細研究，知由共食傳染而起。

又剃頭店澡塘公用之刮面刀手巾等，亦可為傳染梅毒之媒介，外國的澡塘，都是各人自備手巾，倘租用澡塘的手巾，用後非經過消毒，即不再租給另一人，可見外國人的衛生智識了。

據前所說的，知道吾國生殖器外的傳染，更比歐美的機會多，因種種關係，即生殖器傳染梅毒的機會，亦特別多，若不設法救濟，數十年後，梅毒之蔓延益廣，行見民生愈困，民族亦愈弱，東亞病夫，將全中梅毒矣。

梅毒影響于民生民族主義既如此重大，我們當然要想法子去補救，法子就是：

1. 設立梅毒檢驗所，切實調驗娼妓，以肅清梅毒窠穴。
2. 多設國家醫院，收費從廉，以便貧民澈底治療。
3. 更普及衛生常識與預防辦法，以期防止梅毒之傳佈。

諸君將服務社會，均負有肅清梅毒，以福國強種的使命，希望大家努力奮鬥，以免同胞全染梅毒！

治法等很長，並且很複雜，因時間所限，不便提及。

完了！

不乾淨的飲食，即腸胃病
的媒介物。

有慈母的心腸，科學的
頭腦，方能盡醫生的職責。

鍛練身體，為却病之法
，節省耆慾，即長生之術。





人生之認識

周 靖 邦

綱 目

弁言 人生宜認識之理 宇宙是個變化 人之精靈乃簡單物質
複雜結合之表現 人的變化史 人的時間與空間定量 食色乃
人事之本 個人應用之吾見 團體與個人之認識 解決人生之
進一步辦法 人生根本不易安定 因果與命運 遺傳與練習

弁言 光陰似箭。日月如梭。醫學季刊又催第二期稿子來矣。不佞腹小中空。苦無珍味上陳。然既為本廟僧。例須追隨着念經。無已。拿這個題目。塞我的筆債。閱者諸君。勿以余為醫生而兼攻哲學者也。更勿以余作是篇而便希望太奢也。斬截言之。余所見不廣。而所見者又不全愜余意。故此拉雜一述。聊申己見。閱者儘作「芻蕘之言」看待可也。

- 一。人生宜認識之理 人生在世。隨潮流而為轉移。因環境而相變化。倘不求甚解。忽忽了此一生。似無不可。然深思之士不願糊塗過去。常欲把人生作一個澈底的認識。創一個抽象的極樂世界。於是孔老標異。百家爭鳴。各有獨到的地方。各有堅決的主張。時至今日。雖

然學術大進。而人生的認識。依然未趨一致。同是圓顛方趾。而思想紛歧。步調各異。愛名譽者。以名譽為第二生命。身遇大辱。甯死勿受。然不顧名譽者。又所在多有。愛國者以身許國。罔計個人利害。然賣國者反自鳴得意。貪夫嗜利。高士遠之。武夫誇勢。賢者鄙之。凡此種種。何可勝述。推原其故。無非各人人生的認識不同。觀念各異耳。然則孰為人生之真認識。如何可期思想行動之統一。以下姑妄述之。

二·宇宙是個變化 人為宇宙分子之一。欲明瞭人生。非兼識宇宙真面目不可。宇宙之真面目。鄙意惟「各物互為因子互相變化」一語。仿佛似之。一觀化學上物質循環表。益可知物質相互變化之非虛。今暫以元素為本位。試思化學元素。已發見者。不過數十物質物力不滅之理。已成定律。而萬事萬物既如此其繁。可見萬事萬物。無非少數的元素聚散而已。吾人由何而成。如何變去。但觀營養物之米麵魚鴨。排泄物及肉體培養之花木蟲蝨等類。便可恍然悟其大概。形成我者。本非吾所固有。拆散的我。未嘗絲毫消失。東坡赤壁賦有云。「自其不變者而觀之。則物與我皆無盡也。」此語亦可作以上的解釋。然則吾人不過宇宙變化的一種。聚散的一個階段而已。風雲雷雨。同此一理。生死榮辱。安可膠執太甚。况一生數十寒暑。無時不在新陳代謝中。即無時不在零星的生死中。如此無形的變換吾人容貌。轉移吾人志願。一生不知若干次。少長絕異。可見早已生死變化矣。吾人既不此之悲。所謂整個的死。亦實無戚戚憂慮之充分道理。

三·人之精靈乃簡單物質複雜結合之表現 宇宙物質之結合。妙不可測。么麼蚊蠅。各有一命。紅花綠柳。備極美麗。而人似更趨巧妙。

今雖不明其底蘊所在。顧亦可推知其大概。吾意吾人之精妙。仍爲物質合力之結果。絕無整個的空杳的靈魂在焉。俗云。靈魂升天。更附體以生存。此語決不可信。不觀熟睡之時。謀刺者在側。被害者毫不察覺者乎。倘有靈魂。不當如此。况無目則不能視。無足則不能行。某處損傷。某處功用消滅。然則完全解體之死。非當完全失其功用者乎。俗言惡鬼欺人。比生前魔力更大。既與科學相背馳。自無信從之價值。更考化合與混合之區別。乃在化成的物質。與原物質性質不同。因是食鹽爲氯元素與鈉元素化合。氯雖對人有劇毒。然與鈉化合。竟爲吾人之必需品。此等妙合妙用。不歸之於天然。將何所考求乎。人體與食鹽較。複雜不啻天壤。故其作用亦神之又神。不獨此也。絲竹天籟。既陋且簡。然稍加人工。便成美麗之響。爰用金屬以傳電。現在不用金屬作綫。亦傳聲傳影矣。化學藥品相遇。意外現美麗之色。男女相愛。畢竟磁電異極相吸之一類。不過如天然絲竹之音與音樂之音耳。一簡單一複雜焉。此等物理作用。人雖多所發明。製造利用。若步步推求其理。恐人智轉窮。勢不能不推之於造物之自然。絲竹加人工。事屬平常。而優美音樂生矣。人之生理。雖神鬼莫測。實猶加人工之絲竹耳。構造雖異。雖更複雜。其同爲質力之結合也則一。人身由無數量元素結合而成。綜錯複雜。自在意中。吾人不能澈底明白。乃吾人智力所限。非身體的構造。不依科學原則構成也。若夫遇鬼生疾。重則喪生。不過幻覺錯覺之結果。因大腦作用而波及肉體他部。機能障害。形骸損瘦。結果或以不救。然此僅限於迷信鬼神之人。若現在之吾。既有深刻之認識。縱身臨鬼地。決不至幻而見鬼。因鬼而病也。所謂「祭神如神在」「誠則靈」「不誠則不靈」。卽此之故。

四·人的變化史 前不云乎。人體與他物相同。均為宇宙物質變化之一。有機體及無機體變化雖異。然其變也則一。大水橫流。房屋倒塌。無機體之變化也。由精蟲卵子結合而成胎。順次再變為成全之人。有機體之變化也。若問精蟲卵子並非人形。藏胎兒之子宮。又不似鑄物之模型。何以初生兒之形態。千篇一律耶。此中雖自有其科學的奧理。亦可見無知之宇宙。不能不驚訝其「以無知勝有知」也。當然人身之縮形。含于精蟲卵子之中。生理學家謂蝌蚪形的精蟲即遠古未進化之人。現在雖為高等動物。而進化之原來過程。仍縮短遺留體內。此說諒亦合理。然精蟲雖小。恐仍非其原形。有主生物來自無生物說者。則精蟲非真正原始人類。益可證明非虛。更觀動物以植物為主食。植物以礦物為主食。是無生物轉變有生物。本係極平常之事。後天轉化如此。先天轉化未必如彼。此種人類進化。變化既微。需時亦久。吾等以瞬時之生活。以粗俗之智力。當然不能窺見。吾等易發見者。不過縮形之變化。即精蟲卵子變為胎兒變為成人之經過而已。真正之進化變化。吾人直覺其無變化也。所以三代之人。猶今之人也。三代之犬。猶今之犬也。據以上觀之。有機體雖成自無機體。不過進化極其緩徐輕微耳。然則有機體猶無機體也。有機體之機能變化。猶無機體之機能變化也。人之精巧腦脊髓神經。神妙智力。亦猶水潤土火燃木也。其不同者。簡單與複雜而已。噫嘻。又孰知巧巧者。反來自平平乎。世人解釋人之本源。近在眼前。普遍宇宙。不知引以為證。而反謂鬼謂神。欲求其不離題愈遠得乎。自學術捷進。人猿同祖之說興。吾意人猿未必同祖也。不過變化之過程年代較近耳。何則。人猿不同。同為元素。元素不同。尙有更基本之電子在焉。夫基本物質

既爲一種。其數量當然甚大。然茫茫宇宙。同受化育。進化未必僅由一種之一個作起點也。人猿同祖之說。實不大可疑乎。人每自謂爲萬物之靈。不知宇宙之靈。妙不可測。人之靈。特其中之一耳。香花美草。是誰付與之構造。動物保護色。風雨調和氣候。何一非宇宙之智力。何一非相互之變化。人之靈。受之宇宙。播之遺傳。似爲獨立體。其實處處與他物相互處于被動之地位。人之遺傳。信乎巧妙極矣。而人事之遺傳。亦至爲可笑。試觀房屋之構造。門窗頂基。中外古今大致相同。與人體之千篇一律。極相類似。惟房屋之構造遺傳。不過腦留影像。手足成之。人體之遺傳。與房屋雖爲二事。吾意不過大同小異耳。人體究依何等科學的質力變化而遺傳乎。爲何數十寒暑復解體乎。近雖有酵素之說。不能解吾疑。然既知之後。恐如已破之謎。未必不極尋常耳。

五・人的時間與空間定量 宇宙何等大。吾不得而言之。古今何時止。吾又不得而言之。吾人身長不過數尺。年齡不過數十。以有限比無限。吾等亦無限也。何以言之。宇宙無限大。吾等無限小也。時間無限長。吾等無限短也。赤壁賦上有云。「哀吾生之須臾。羨長江之無窮。」又云。「寄蜉蝣于天地。沓滄海之一粟。」昔日讀此文後。雖一時掃興。然總覺言過其實。蓋堂堂吾身。固有數十年之悠久歲月在此也。孰知今日比較一下。豈獨吾生不過須臾。卽長江以有限之年。亦須臾也。蜉蝣一粟。比有限之地球滄海還可。若以之比較無限大之宇宙。恐尙不及蜉蝣一粟之大焉。光陰似箭。過去方知。亦憶蘭亭集序乎。「後之視今。亦猶今之視昔。悲夫。」大家想想。王同志不是剛纔嘆罷嗎。王先生距今幾千年啊。

六·食色乃人事之本 由上言之。(一)吾人年齡。比較不及須臾。(二)吾人體大。比較不及一粟。(三)雖質力不滅。然吾人目的中的靈魂。實等于完全消滅。(四)宇宙本體為變化。天翻地覆。亦不過變化而已。決談不到好害得失上去。(五)如此無興趣。什麼立言立德立功立名。直耍把戲自慰耳。

嗟乎。世事如此。將何所從。吾意生固無趣。死亦未必較佳。然則順其自然。遂吾天性。繼續生活。可耶否耶。莊子有云。「鷦鷯巢于深林。不過一枝。鼯鼠飲河。不過滿腹。」推而言之。聖人之治天下。英雄之弄兵世界。雖相差遠甚。然與宇宙相較。實一邱之貉。百步五十步之間耳。查此等消極言論。唱呼已久。知者亦夥。願人事依然遞進未已。修身齊家治國平天下之老論調。依然應用不廢者。此其故安在哉。無他。食色天性。為其惟一之保障耳。無論何人。無論唱何種高調。倘無病障。若無故令死。使其見色如見糞土。可以說絕無其人。所以天理雖然如此解釋。而人事却依然如彼進行。中庸有云。「天命之謂性。率性之謂道。修道之謂教。」聊聊數語。將人事基本動作。描寫無遺。又曰。「明則誠。誠則明。」就是說明白大道的人。知道某事必須如此。便不懷疑的誠心去作。失敗成功。盡人聽天而已。不明白大道者。懷疑徬徨。忽趨消極。忽趨樂觀。性嗜無常。前後矛盾。結果顛倒錯亂。所謂忽然而天也。忽然而地也即是。譬如軍人爭戰。得失俱大。欲執斯業。得失即宜置之度外。若患得患失。應即棄而之他。然吾觀近人惡死之心。個個如一。而背乎好生之行。又如是其多。宜乎悲歎離合。盡人類之大觀也。吾幼時看少年叢書大彼得等的故事。大有與天地並參。不與草木同朽之概。倘此紙老虎穿不破。鼓勵邁進

。安知英雄無我。及乎受了二豎之擾。又聽了某日人習醫故事。遂決定習醫。讀了原君。洞見爲君之不易。看到紅樓夢元春一章。想見貴人生活之苦惱。講到歷代帝王之末路。又目覩民國偉人之因果。益信與平民各有短長。於是思想爲之一變。雖某宵夢爲帝王。備受朝賀之禮。而反鬱鬱不樂。覺造物縛人太甚也。由此觀之。環境影響思想人生大矣。小小的我。不料關天關地關時間關空間是若。然則今日之妄言。殆亦宇宙之傀儡歟。

七·個人應用之吾見 上言食色爲人事之本。茲姑以食色爲本位。討論如何可以滿足吾人之天性。如何方不致前後自相矛盾。向來鼓勵後生前進者。常以「愈用愈發達」之言進。譬如戶樞不蠹。流水不腐。均爲促成此目的之工具。然吾竊不以爲然。蓋宇宙事務。常正負兼含。譬如春夏生長。雖似前進。然已預伏秋冬之後退也。幼年生長之時。謂之前進固已。謂之後退。又無法否認其非。一日如此。一年如此。吾人一生亦如此。亘古今之世界。雖有捷足之進步。然今古顯明之退步。亦多所證明。究竟整個的爲進爲退。很難下確切之論斷。惟有變化可代表之。卽一時有一時之變化。而各變化皆有其需要與不需要。需則取之。不需則去之。故吾人發達形體精神。雖似春花怒放。日新月異。有愈鍊愈發達之勢。然吾恐人體猶切菜刀焉。雖保護不令誘蝕。不爲剛硬所折。愈用愈銳。愈用愈閃閃有光。然使用頻繁。總比保護固至不常用之刀失效爲早。不但此也。其他松柏晚就而長壽。桐楊速成而早夭。如此可以相比者。正不知多少。人生若干年。雖無定數。然至多不過百年左右。吾人因天性不能不活。活且欲久欲優美。然處世又不能不動。動則竭力經濟可也。經濟之法。(一)務精 現在世界日

繁。分工爲上。不求多。但求精。專一尙可求精。務多徒勞無功。此不可不慎者也。(二)移近 譬如我爲醫生。從事診療。駕輕就熟。倘見工求習。見商思利。是捨本逐末忘近而求遠也。又如在汴拉車。汴垣之地理。雖瑣宜爛。至於南京在南。北京在北。知否無關。(三)繁間得中 智識在我。有必須記憶者。有僅須理解其大概者。倘寶貴之精力。用於繁瑣無益之記號。則得不償失。(四)平等發育 全身各器官。功用雖係分治。利害實互相維繫。一部受割。他部不能獨存。無目則手足失效。胃有病則全身失養。終於偕亡而止。常見一時不慎。殘廢遺害終身。是身體不可不和平善用也。(五)戒憤怒 盡人聽天。憤怒徒傷身體。戒之可也。其他生理衛生之常識。當然各人均有充備之必要。

上爲鄙人一方之見。節省精力。延長壽命。當然不只此數項。再者各人觀念慾望不同。需要亦異。愛護壽命與健康者。自有採取之價值。否則因情形固不必一致也。蓋事各有長短。是非本無一定。論語上云。「智者樂水。仁者樂山。智者動。仁者靜。智者樂。仁者壽。」即仁者智者之短長也。故欲達智者之樂。壽命不無多少犧牲。否則欲求仁者之壽。便須恬淡寡欲。以求貫徹。反乎此。便爲自相矛盾。然安靜決非不衛生形同死人之意。否則。欲壽或適得其反。吾既不欲壽之過短。又不願蔽而無聞。且受身家之累。又不能不奔逐謀生。然則吾將何取乎。三者既難相容。又不能偏廢。姑在數者之間。任其蕩漾可也。正因其無所短長也。或各有短長也。揆之本意。不矛盾止耳。

八·團體與個人之認識 狹義的人生。已如上述。然個人不能離人羣。我生不能不影響汝生。互利或可。互害則爭端將起。不有調節之法。

將見爭殺之禍。同歸于盡。共失其本來食色之目的。于是依次有團體有社會有國家之組織矣。團體社會國家體制雖異。其爲調和衆人食色之天性也則一。于是章程訂焉。法律定焉。禮教設焉。以人事之複雜。其中當然有矛盾不周之處。然大體當無錯誤。吾人守法成習。自是很善。否則爲公衆爲己身計。亦須強己守法。其有矛盾不堪適用者。當然須以理性的改良之。世界大戰。勝者敗者俱疲。違反天性生存之本意也。中國連年內戰。若謂實行野操。準備對外。忍一時之苦。保整個民族于將來。尚可強詞推飾。否則實無道理可言。本來宇宙間說不到人道二字。一盤豆芽。一碗米粥。無數的生命也。講人道便不應食。一人一次排泄之糞蟲。約合中國現有人數之半。維大慈大悲。亦無術使其個個成人。所以吾們只能求姑息的人生。什麼是姑息的。惻隱之心。人皆有之。看見吾同形的同志。設法維持。不忍其斃棘可也。雖然。人類開倒車也久矣。豈獨國與國之間。互相殘殺。又豈獨省與省之間。互相歧視。三人同行。尙有你死我活之奸謀也。人之欲生也如此。人之淺見與殘忍也如彼。孰謂其非南轅而北轍哉。

九·解決人生之進一步辦法 孟子曰。五百年必有一治一亂。說者謂人稠地狹僧多粥少之結果。徵之近代歐戰與我國內戰。不爲無因。但調節不周。物雖多而不均。生產不富。人雖少亦將受餓。人口節制。在適當時期。固有施行之必要。抑知歷來之戰爭。不在物質不足。多由調節不均。人類若相了解。砲廠軍人之類。需無數物力。皆可移作生產之用。再者科學達於極點時。凡物皆可作吾人之養料。下之改造一人之代謝產物。按理仍可足敷一人之用。依此論斷。遍地架樓。容納人類。亦未必便有凍餒之憂。吾故謂人類窮蹙。乃不妥協互相侵

害之結果。若謂現在人煙稠密。非爭戰無解決之望。吾不信也。

十• 人生根本不易安定 然則人類妥協。定可達抽象的極樂之世界乎。亦未必也。假設有一天國。不飲不食。營養成分彌散於大氣之中。任人呼吸排泄。有一男即有一女。兩方都具子都西子之美。凡百俱備。男女無甚軒輊。以故人人無性上之缺憾。天清氣和。風平浪靜。裸體不覺寒暑。纖塵不染玉肌，人人有溫柔之風。無殘忍之心。終身不病。數千年為一生。吾人得此。宜乎一百二十分滿意也。願亦未必可以持久。蓋一念宇宙之大與吾身之小。宇宙之久與吾身之暫。荒塚美人。久且不存。未有不同樣發生悲痛也。環境雖好。一念處此靜待死神。亦未有不悽然淚下也。更進而言之。即永世不老。永世如是。亦將與「這是爲什麼的」之歎也。此等不足之慾望。殆人類共有之天性。曠觀古今中外。富貴貧賤。如出一轍。是以只有比較的一時滿足。決無絕對的永遠的滿足。如此不滿之壑。謂之進化之因子亦可。謂之搗亂之因子亦無不可。

十一• 因果與命運 更論因果及命運與吾人之關係。因果者何。變化過程中之較前較後的命名耳。依此推之。到處皆有變化。變化皆有先後。即到處皆有因果。有因必有果。有果定有因。種麥收麥。種豆收豆。近匪則易爲匪。習醫而後充醫生。是皆不易之理。皆物質變化之常軌。絕無鬼神嗾使其間。然種麥有時旱死。學醫有時因環境改途。雖旱又爲死之因。死又爲旱之果。改途又爲醫不成之因。醫不成又爲改途之果。然究竟爲何中途生變。是不能不歸之于命運也。吾人前途。普通固因志願進行。然確有志願堅決不能依志前行。而無意之事反導引吾等而去。如是又不能不歸之於命運也。命運者。實宇宙過於複雜。關

係太多。彼雖有一定之關係。而吾不能盡見。然又不能不受其支配。有時見解之變化適與宇宙變化一致。得求計前進。有時似是而非。遂歸失敗。此語雖似迷信。確無方法駁其無理。吾之以後命運若何。既無絕頂聰明盡其大觀。只有靜待解決而已。人類將來之命運若何。除聽宇宙之命盡人事之外。餘亦惟有聽命之操縱耳。

十二·遺傳與練習 遺傳與練習。即先天與後天也。鷄鴨之爪。便於直立。犬貓之蹄。惟有平行。此先天遺傳也。孫吳知兵。陶朱善賈。此後天練習也。二者雖不相同。其實未必非一。何則。更古之時。人在精蟲時代。無論如何教練。絕難追及孫吳陶朱於萬一。無他。孫吳陶朱已具通人之形與性。換言之。即已具受練之資格矣。而更古之精蟲。當然不及其萬一。然則精蟲形之人。如何完成為今世之人。非後天漸進而成者乎。可見今日所謂遺傳。未必非從前進化練習之結果。今日之練習。其特點又安知不為異日之遺傳耶。吾今由精蟲卵子(暫以此為本位)至於成人老死止。作為縮形人。縮形人譬如已研究成功之製品。以此行銷市面。環境倘無變化。暢銷無阻。便無須花樣翻新。故其製品在該時常相一致。縮形人由精蟲卵子至於老死。方為一個完全過程。倘中間不生意外。斷無不定成之理。因其本含有整個的胚胎在也。本質既具。技能任所練習選擇。是於技能者。已具本能。更加練習之謂。文明野蠻之人。勞心勞力之人。本能略同。所異者。練習之功夫與方向而已。由精蟲卵子的人類時代至能構成現代的人止。姑謂之原形人。原形人乃逐漸進步之標本。其前經過為後經過之遺傳。縮形人因環境有改造時。其改造之特點。追加於體內原形人之上。反過來說。即原形人為之立案採用焉。在未有更新的製品以前。即以此為雛形

。存於縮形人體中。使其依此遺傳。使其仿造問世。故縮形人成長速而著名。原形人進步遲而不易察覺。縮形人數十年兜一個圈。原形人億萬年方在兜一個圈中。縮形人以本能活用於種種之方向。殆無遺傳。原形人積古今之進步過程。甄酌適宜。來作遺傳。然自古迄今。分化既久。各系統之過程。遂不免稍有差異。故人種及個人。亦稍具不同之素質。此學者改良種子之由來也。人身壽命。何以遺傳數十寒暑。其亦軍閥之練兵。盛極糾紛自起者乎。進而研求至人的經過。或亦如吾人壽命。由幼至壯由壯至老者乎。數年前世界天文學家唱言某日七星連珠。因吸力之關係。屆時天翻地覆。恐人類爲之滅絕。時雖幸免於禍。然類此之災。將來孰能決其必無。由是言之。人類是否再退爲下級動物。一問題也。何時歸于自然消滅。一問題也。能否順其變化。不爲暴變所撲滅。又一問題也。

一九·一一·一六。

與肺病患者談話，宜距離三尺以上，否則有吐沫飛染之虞。

砒中毒之鑑定

李 丙 昌

本校應開封地方法院請求檢查本市居民徐福元毒死案當由醫學院院長
閻博士會同解剖教授郭博士施行屍體解剖以之考察胃腸中毒症狀並化驗胃
內容詳情已載本刊第一期中茲將化學檢查之手續及結果列後

(甲) 材料

- 1, 腸胃內取出之液體約量二磅
- 2, 死者食餘之麵條半碗約二百瓦

(乙) 通普檢查

- 1, 胃內容物宛似米泔汁混含血絲及白色粒體頗多大小不一加以燒燃則生蒜
臭液體無特殊氣味
- 2, 殘飯味正常無敗壞現象攪之有磨沙聲含有大小不等之白色粒體燃燒此粒
即呈與前項相同之蒜臭

(丙) 顯微鏡檢察

于顯微鏡下分別觀察由胃內及殘餘飯內所得之白色粒體則均呈八面晶體

(丁) 化學檢驗

二種材料作對照試驗分兩層手續

A. 先驗有無下述諸毒之反應

- 1, Phosphor
- 2, Barium
- 3, Hydrargyrum
- 4, Plumbum

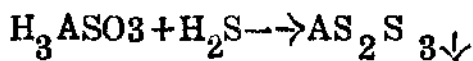
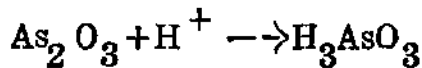
以上俱呈陰性反應

B. 砒之化驗 據顯微鏡檢驗之結果(丙)知有砒中毒之重要嫌疑故特行砒之化驗法如此

1 硫化水素之反應 (H_2S)

用飯之一部溫浸於鹽酸性溶液二小時後瀘過之取其一部份通以 H_2S

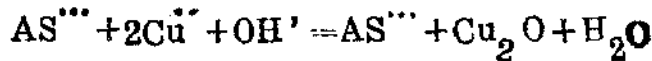
則呈黃色之反應



黃色物即三硫化砒

2 Fehling氏液之反應

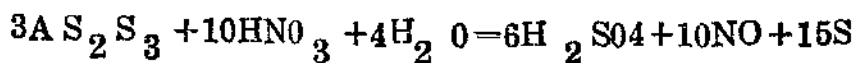
在中性溶液中加 Fehling 氏液即呈下式之反應現象



即供試液中之亞砒酸 Ion 移為砒酸 Ion 同時得酸化銅之游離

3 硝酸銀之反應 ($AgNO_3$)

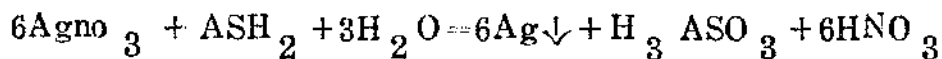
以第一項之三硫化砒沈澱溶於強硝酸中由酸化而得知砒酸(H_3AsO_4)



4 Sutzut 氏試驗

以精製之無砒鋅數片入試管中於注入約 3c.c.之稀硫酸後用精製棉塞閉管口正面掩以二重濕透濃厚硝酸銀液 ($AgNO_3$) 濾紙(寬塞木栓)放

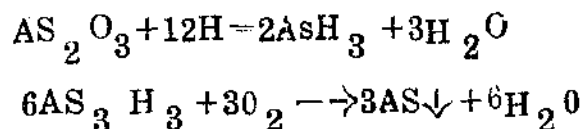
置數分鐘無何種之反應於濾紙上發現然當注入以飯之浸出液濾紙由黃色移為黑色



5 mar 氏試驗

以毒飯之一部細研後加入適量之鹽酸復加以少量蒸溜水製成糊樣納入燒瓶置水浴上入以結晶氯酸鉀 (KClO_3) 加熱此後每五分鐘加 酸鉀 0.3-0.5 瓦加熱持續使飯達於完全破壞後加熱水稀釋備用

施mar 氏裝置以前濾出液 (含有砒素者) 及錫納燒瓶內自漏斗注入稀硫酸則發生 AsH_2 與H之混合氣體經過乾燥 (CaCl_2) 自玻璃管之一端放出待氣中決不混有空氣後點火於管口則見發蒼白色之焰而燒燃以磁皿置焰中漸漸有褐色物沈著形如鏡面是稱砒鏡



(戊) 判斷

依藥物學上記載砒素劑供為藥用其量極微德日藥局方上規定一次之極量為 0.005 若一時量達 0.05 以上之大量則發急性中毒而死其所現之症狀如次

A. 麻痺型 最為劇烈於中樞神經麻痺之下不及現他症狀而死

B. 胃腸型 其症狀為腹痛頑固嘔吐米泔汁樣下痢腓腸肌痙攣煩渴失聲
皮膚紫藍色厥冷無尿等

本死者於進食後之暴死據上述各種驗症其為砒中毒已無疑其進食至死亡時間相隔甚短致未現胃腸症狀蓋死於麻痺型也

解剖室

中醫廣告的進退與將來

△由「中醫……」進一步纔有「哲醫……」，將來也許要有「神醫……」的尊稱。

△由「本醫士祖傳秘法」進一步纔有「本醫士乃德國醫師傳授治療之法」，將來也許要有「本醫士新由西醫學得妙法」的宣傳。

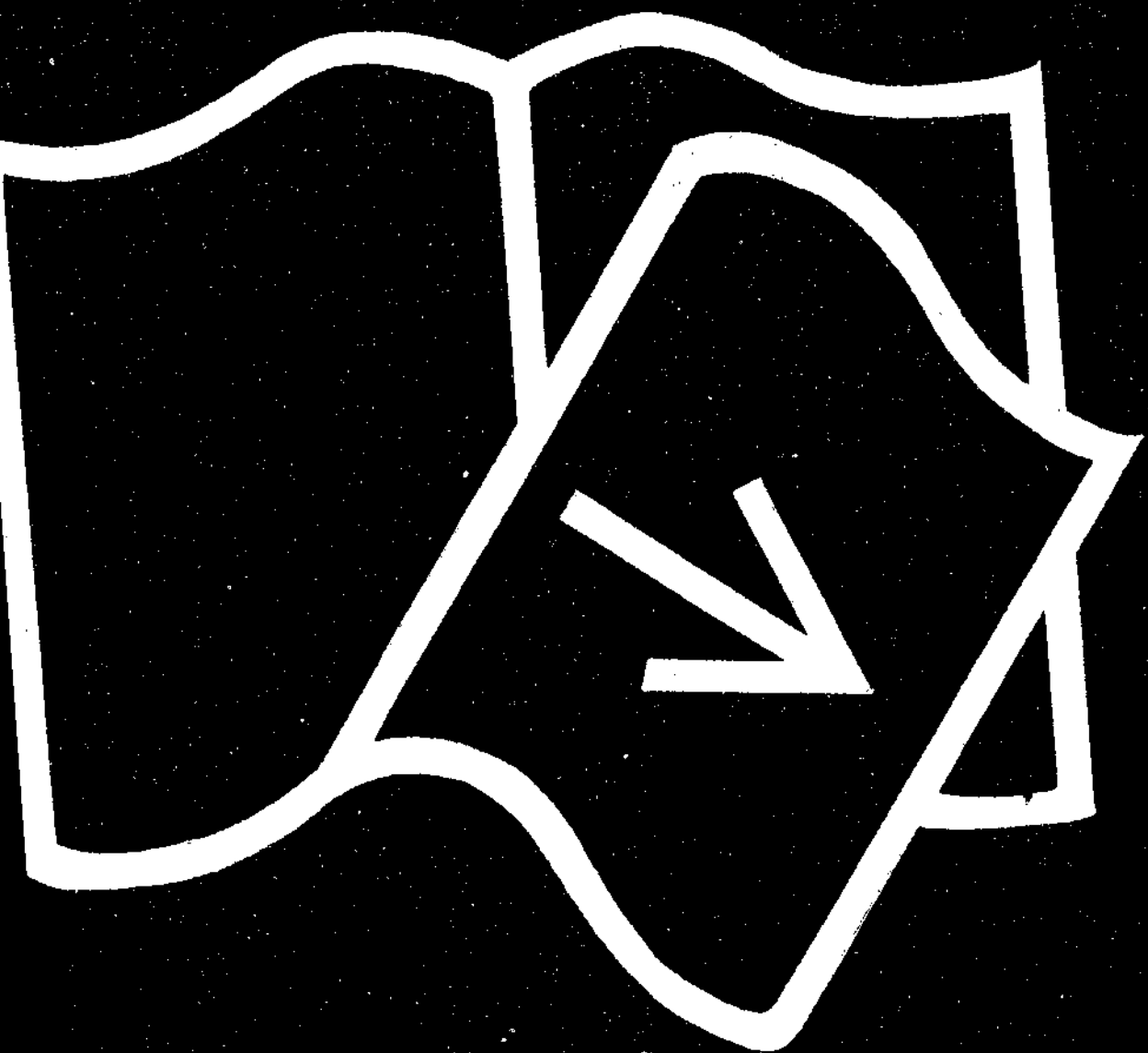
△由「世傳五代……」進一步纔有「世傳百代……」，將來也許要有「世傳千代……」的號召。

△由「祖傳秘法專治……」退一步纔有「千古未有空前新法」，將來也許要有「空前絕後萬古未有新法」的誇耀。

△由「世醫XXX國學淵博，經驗宏富」退一步纔有「某名醫之高徒，XXX，銳志向學，造詣甚深，」將來也許要有「XXX隨侍國醫某人，潛心窺伺，盡得其秘」的介紹。

△由「警廳考取」退一步纔有「醫學畢業」，將來也許要有「中醫學院醫學博士」的頭銜。

錄自大公報醫學周刊



原件短缺

詩述引言第一

張孝友

劉勰曰：夫玄黃色雜，方圓體分，日月疊璧，以垂麗天之象，山川煥綺，以鋪理地之形，此蓋道之文也。傍及萬物，動植皆文，龍鳳以藻繪呈瑞，虎豹以炳蔚凝姿，雲霞雕色，有踰畫工之妙。草木賁華，無待錦匠之奇，夫豈外飾，蓋自然耳，至於林籟結響，調若竽瑟，泉石激韻，和若球鐘，故形立則章成矣，聲發則文生矣。夫以無識之物，鬱然有彩，有心之器，其無文歟？故自然之理，詩人之心，閑闕以構思，炎炎而吐詞。坐詩立論，持也，志也，持人之情，操人之性，志六宗之變，感萬品之繁。接觸於耳目，蘊摠於心口，渾然天府，飛緡流靡，郁郁乎篇章，琅琅乎管弦，不出戶牖，而心馳八荒，詩人胸廓，概可諳矣！至若鄭玄曰：詩之興也，諒不於上皇之世，沈約以歌詠所興，自生民始，王灼謂天地始分，而人生焉。人莫不有心，此歌曲之所以起也。日生民曰：邃古居民，皆爲詩人。四家並探詩源，獨康成謂不於上皇之世，是有鑒於經，無鑒於史，翫而未精，究而未窳者也。將窳其論，必有所徵，呱呱兒啼，嗶嗶虫吟，策策落葉，潺潺流水，嗷嗷哀鴻，嚶嚶流鶯，至若鴉啼啞啞，鶻噪錯錯，伐木丁丁，行車鱗鱗，舉音方物，象物立文，應物斯感，莫非自然，自然之音，發於有史之前，比興之義，豈亦昉斯乎？後世文化孳乳，百業勃興，或臧或否，一旦感觸詩人，時而唱和以歌頌，時而託辭以諷詠。言之無罪，聞之足

戒，是以三百之蔽，思歸無邪。可以興，可以觀，可以羣，可以怨，邇之事父，遠之事君，多識於鳥獸草木之名。大序亦曰：情動於中，而形於言，言之不足，故嗟嘆之，嗟嘆之不足，故詠歌之，詠歌之不足，不知手之舞之，足之蹈之也。情發於聲，聲成文謂之音。治世之音安以樂，其政和，亂世之音，怨以怒，其政乖。亡國之音，哀以思，其民困。吟一己之心迹，鳴庶人之不平，採詩之風，豈俶斯歟？且夫詩之義界，大之無外。綜而觀之，不過五端：一曰書事，二曰狀物，三曰表情，四曰寫景，五曰想象。書事者，原始要終，直陳不諱，甘棠是也。狀物者，姿態形勢，顯著如真，碩人是也。表情者，幽思懷服，溫柔敦厚，關雎是也。寫景者，繪飾山川，影狀草木，兼葭是也。想象者，表見心靈，虛中構境，碩鼠是也。事與情同，皆內心之表也。物與景匹，乃外界之觀也。四者之所無，想象之創造代焉，是故詩也者，緣人事之更易，自然之文理，吐作深婉綺麗之詞，嘹唳鏗鏘之音，洽情浹思，溫柔雅潤已耳。

亂曰：邃古洪荒，人物攸同。音吐自然，韻中天工。民智漸開，心役芃芃。情欲橫發，悒趣叢叢。

本刊第一卷第一期目錄

卷頭語	閻彝銘
翻譯	
生機論抑機械論	魯斐然
論著	
皮膚毛細血管之作用	張靜吾
說大蒜之功效	閻彝銘
消化器對傳染病預防之生理觀	王江浦
咯血與嘔血之鑑診	閻彝銘
免疫略解	郭鏗齋
青年的肺結核	周靖邦
萬惡之花柳病	周靖邦
婦女月經不規則之原因	去非女士
甘草在治療上之評價	李作霖
介紹一點關於注射治療的常識	鄭 鈺
碳質在治療上之功用	舒永康
處女膜與處女	楊 誠
我的小貢獻	吳坤平
生雞蛋易消化之錯誤	李作霖
中醫西醫之認識	郭立人
酒在醫學與社會上之一瞥	劉敬梓
對於漢方中麻醉藥之研究	張世熙

生活素 (Vitamine) 維他命	清女士
毒蛇之咬傷	祝錫元
痢疾症與其特效藥品	王伯駿
煙草之害	耿俊彩
鼻鳴兆人死的新解	蔣性均
結婚要醫學化	燥 灼

講演

血組與血統之關係及其在醫學與法醫學上之價值	閻彝銘
生理學在醫學中之位置	梁之彥
當醫生之資格	魯斐然
時症片談	周靖邦

雜俎

醫科概況	閻彝銘
我爲什麼要學醫	王 業
受粉與受精	楊常清

文藝

凋謝了的寒梅(小說)	小 孟
老人(小說)	文 木

勘 誤 表

頁	數	行 數	錯 誤	改 正
論著	1	3	evrg	Ceru
	1	8	而不知其藥以然	而不知其所以然
	1	9	根據學上	根據藥學上
	2	2	shengar	Ursachen
	2	末一行	成誘因	成誘因
	8	3	玻璃管外	玻璃管內
	8	7	六	亦
	8	10	Alcresta片	Alcresta三片
	8	11	次一片)三	次一片)
	8	倒數4	於亭混合痢疾	於混合痢疾
	8	倒數2	用藥不久	用藥不久
	9	9	Karlcbader solz	Karlsbader Salz
	8	倒數5	慢性菌疾	慢性痢疾
	12	4	antitoxischbaktericide	anti toxischbaktericides
	12	8	格蘭妙	格蘭姆
	14	1	L mgr.	1 mgr.
	14	8	Gottlhel	Gottlieo
	16	11	Wasscro	Wassero
	16	12	Magnesia Nsta	Magnesia Usta
講演	3	5	床臨醫生	臨床醫生

本刊投稿簡章

- (1)會員或非會員 凡有關於醫學方面之文字 無論撰著翻譯均所歡迎
- (2)投寄之稿 請繕寫清楚 並加新式標點符號
- (3)投寄翻譯稿件 請將原文一併附寄 如不便附寄時 可將原文題目 著者姓名 及出版日期及地址敘明
- (4)來稿請註明本人姓名住址 以便通信 至揭載時如何署名 聽投稿者自定
- (5)投寄之稿 無論揭載與否 概不退還 如欲退還時 須先聲明 並附寄郵票
- (6)本會對於來稿 得酌量修改之 如不願他人修改者 須先聲明
- (7)登載之稿 即贈本刊為酬
- (8)來稿可逕寄開封河南大學醫學研究會編輯部

廣告刊登	等級	位置	全 面	半 面	四 分
	特 等	底 封 面 之 外 面	十 元	六 元	四 元
	優 等	封面之內面及對面及底面之內面	六 元	四 元	三 元
	上 等	正 文 前	四 元	三 元	二 元
	普 通	正文中 正文後	三 元	二 元	一 元
	附 註	所有廣告概用白紙黑字 若用彩色圖畫等者 價目另議 繪圖刻畫工價另議 連登多期者 價目從廉 遠地函詢 即行奉覆			

中華民國十九年十二月出版

編輯者 河南大學醫學研究會
 發行者 河南大學醫學院
 印刷者 開封新豫印刷所
 代售處 本校各院及開封各大書坊
 定價 本期實價大洋三角
 郵費 每期二分

◁外埠函購郵票代價作十足用但須附郵費二分▷