

年

卷

期

3

1

第

第

25 JAN 1935

中華民國醫藥學會會誌 東南醫刊 社會醫報 科學醫報 合刊

中華民國二十四年一月出版

新 醫 藥

第三卷 第一期

章炳麟
題



THE SHIN YIH YAW

VOL. 3. NO. 1. JANUARY 1935

中華民國醫藥學會發行

賀爾賜保命

HORMSPERMIN



男性丸製劑

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



新亞藥廠發行

新醫藥第三卷第一期目次

插 圖

- 進行迅速之肺炎型肺結核……………張致平……(1)

論 壇

- 焦易堂先生「中國的醫學」的檢討……………余雲岫……(3)
從知和行而說到醫……………汪企張……(7)

原 著

- 結核症肺結核症之近來的見解……………劉榮敬……(11)
人型結核菌與牛型結核菌之同時接種試驗(第一報)……………張効宗……(25)
糞便塗抹標本中寄生蟲卵數的檢索……………王 珏……(35)

綜 說

- 人體腸內之阿米巴 (Amoeba) 及其檢查法……………祖照基……(41)
小兒肺炎之診斷及治療法……………陳卓人……(59)

譯 述

- 虫樣突起破裂併發瀰漫性腹膜炎之虫樣突起造瘻術……………王冀恢……(71)

診 療 知 識

- 幼兒脚氣……………王德明……(81)

調 查

- 中國育嬰保健會首都城北嬰兒施診所概況……………李紫衡……(85)

通 俗 醫 學

- 傳染概論……………尤濟華……(91)
新節慾論(續)……………郭人驥……(95)

問 答

- 關於尿中烈性毒品之檢驗答方吉甫醫師……………(99)

摘 錄

急性昇汞中毒之解毒劑	(103)
Barbitur 酸中毒之治療法	(104)
Biermer 氏貧血之治療	(105)
神經性循環無力症之症狀及原因	(105)
Salyrgan 之一新用法	(106)
梅毒之經口的鈹療法	(106)
肺炎之血清療法	(107)
猩紅熱與月經	(107)
慢性前額竇炎之石灰水療法	(108)

工作報告

本刊第二卷工作之回顧	應 策	(109)
------------	-----	-------

醫藥消息

國內消息：廟安生視察江西省衛生設施	(111)	匪區衛生工作之概況
(111) 江北淮泗連宿四縣請款防治黑熱病	(112)	護士教育委員會成立	(114)
法醫研究所第一屆研究員畢業	(114)	南通醫學生為搜求解剖標本構造利福	(114)
國外消息：英國生產率減退死亡率增加	(115)	法國亦着手防止惡音
(115) 在德外人亦適用斷種法	(115)	英國勞動階級之康健狀態
(116) 德國發明新儀器之傳聞	(116)		

會 務

執監會記錄二件	(117)
---------	-------

摘 白

臨床醫語解釋	湯蠡舟		
Asehheim-Zondek反應	() Abderhalden氏試驗法	()	
水腫 Hydrops	() 沈下體血 Hypostase	()	
肝臟自家中毒 Hepatische Autoim toxication	()	下痢障礙 Dunchfallstosung	()

統計 二則



止痛退熱

日服三片

各大藥房 均有出售

中國總經理 上海 天津 漢口 法商五興洋行



拿及米同

NOVAMIDON

最新碘治療法

SAJODIN 酒乍錠

酒乍錠內服最為有益
 毫無惡味極其便利
 酒乍錠毫無副作用故能
 久服酒乍錠對於老年人
 之血管硬化症最為稱適
 可以每日服用而不起損
 害

包裝 藥片每瓶二十片每片〇.五克
 藥粉每瓶一五克

ENTODON 安妥碘

安妥碘係理想的最佳
 碘質注射劑功效迅速持
 久不衰毫無刺激性

主治血壓過高血管硬
 化症狹心症氣管枝性氣
 喘慢性氣管枝炎癆瘵為
 用六〇六治療梅毒之最
 佳輔佐劑

包裝 每五十管每管二五份



»Bayer«



中國獨家經理 謙信洋行
 上海 香港 哈爾濱 天津
 漢口 廣州 汕頭 廈門 青島

中國總經理上海江西路一三八號謙信洋行

進行迅速之肺炎型肺結核

張致平

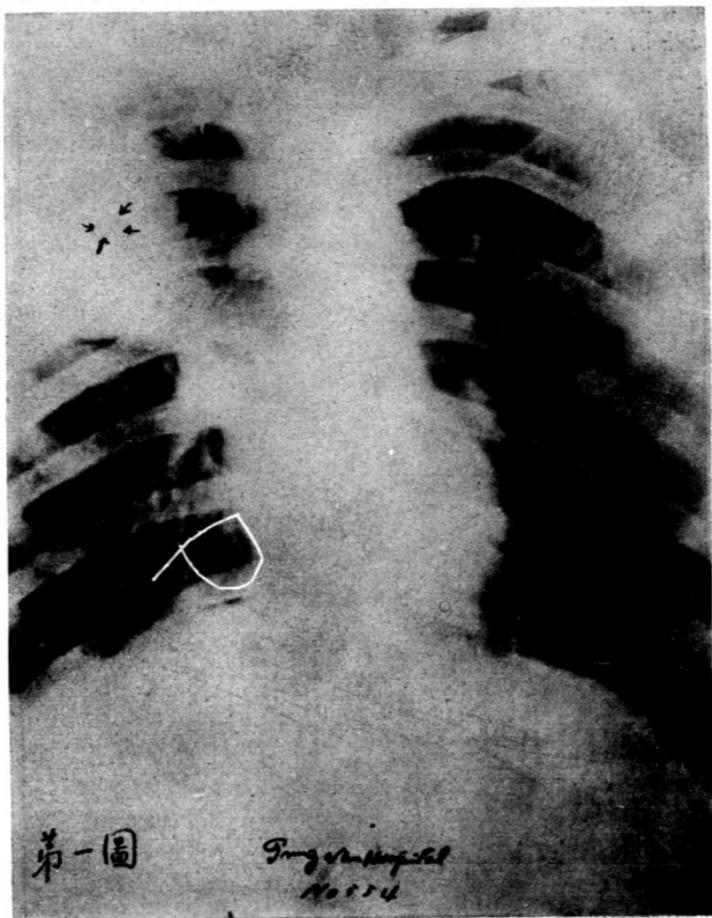
病者姓名 趙○○ 職業 學生 年齡 22歲

體格 中等，多疾病，貧血，

疾病經過：一 廿三年五月卅日，晚當病者自修時發生咳嗽而吐血，五分鐘後逐漸停止，總量約10c,c，當即靜臥，晚間熱度高至39°，翌晨起身時，痰內尚夾血液，呼吸困難，面色蒼白，便赴醫院就治。

臨床上所見：一 右肺尖及右肺上葉有水泡音，痰內檢出結核菌，斷為肺結核，病者即當住院治療，投以止血劑等後兩三日內止血，退熱，惟精神萎頓呼吸常感困難

第一次X光線上所見：一 右肺上葉部位現三角形浸潤陰影底向胸壁，尖向肺門。三角形陰影下緣有劃然境界，惟上緣無鮮明之境界浸潤陰影濃淡不一矢狀所示為空洞陰影。 第一圖

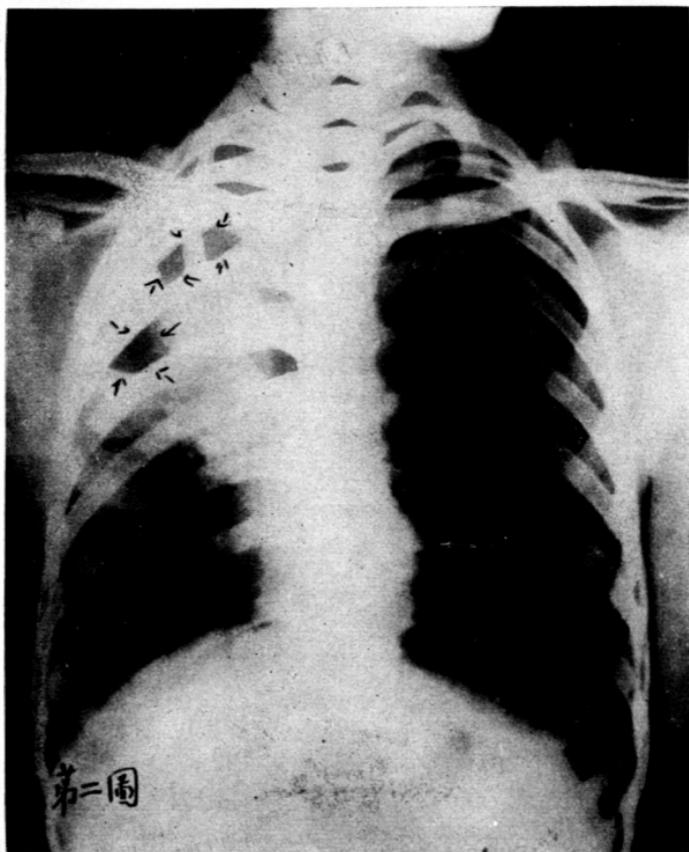


診斷：— 右肺上葉滲出型肺結核，又名肺炎型肺結核，此種結核型進行非常迅速，空洞變化亦速。

以後經過：— 經過一個半月後，病者完全退熱，體重增加，無呼吸困難惟注射後，稍發微熱，別無其他不良現象；又經一個月後，即廿三年八月中旬病者再行 X 光線攝影；

第二次 X 光線上所見：— 三角形陰影消滅惟陰影範圍較前擴大，上自右肺尖下方幾達右肺底全部均呈浸潤，空洞甚多，輪廓鮮明，矢頭所示即為明顯的空洞影像；從發病日起為時不過兩個半月，進行之快，實為他種肺結核所不及。

第二圖



論 壇

焦易堂先生「中國的醫學」的檢討

上海 余雲岫

「文化建設」創刊號。(廿三年十月十日出版)發表了一篇「中國的醫學」。是國醫館長焦易堂先生的大筆我把這篇大文讀了一遍。總覺得有些古董氣。覺得不像現在我國政治中心人物的口吻。而且有許多話。不是我們現在中國政治中心人物所應該說的。因為欠缺些忠實態度。而一種夸大習慣。還沒有淘汰。我這句話不是我對於焦先生的吹毛求疵。請把焦先生的話一一寫出來。讀者自會知道我的批評不錯了。

焦先生說道：「如扁鵲過虢。至宮門下。即知虢太子之死。可以復生。及入視。以針取三陽五會。而太子蘇。又熨其兩脅下。而太子起坐。謂為起死回生。實無愧怍」。按史記扁鵲蒼公列傳。韓詩外傳。劉向說苑。都說扁鵲自說：「非能生死人」。焦先生偏要說是「起死回生」。這是夸大。

焦先生說道：【史稱『扁鵲見齊桓公曰：「君有疾在腠理。不治將深。」桓公不省。後五日。復見曰：「君有疾在血脈。不治將深。」桓公不悅。又五日。復見曰：「君有疾在腸胃間。不治將深。」桓公不應。又五日。望見桓公而却走曰：「疾之居腠理。湯熨之所及也。在血脈。鍼石之所及也。在腸胃。酒醪之所及也。其在骨髓。雖司命無奈之何。今在骨髓。不可為矣。」後五日。桓公病。扁鵲已逃去。桓公遂死。】

死生於未病之前。可不謂之神醫乎？】這段故事。韓非子喻



老篇。劉向新序雜事篇。都有大同小異的記載。太平御覽引春秋後語。也大略相同。但這段故事一定是假造的是不合理的。古人在許多地方。把人身體分做三層四層。樣仲景傷寒論。太陽做表。少陽做半表半裏。陽明做裏。說是屬胃。和扁鵲傳第三次見桓公病在腸胃相合。這都是古人不知解剖生理的妄說。絕對沒有醫學的價值。沒有盲從之可能。焦先生引了他。當做真有這一回事。我怪他太沒有辨別古書真偽的識力。這也是夸大的習慣使然。

焦先生說道：「西漢有淳于意能切脈而知病原與生死百發百中。」按史記扁鵲倉公列傳。倉公自說：「時時失之。臣意不能全也。」焦先生偏說他「百發百中」。是夸大是不忠實。

焦先生瞧得起扁鵲。瞧不起孫思邈。所以把扁鵲禁方所由來的長桑君。一句沒有批評。把孫真人的龍宮方。批評道：「尤駭聽聞」。其實史記明明白白敘述長桑的事。說道：「乃悉取其禁方盡與扁鵲。忽然不見。殆非人也」。這個駭人聽聞。恐怕不在孫思邈得龍宮方之下。焦先生却攻擊孫思邈。掩護扁鵲。更其是阿其所好。上下其手了。須知科學是禁止「舞文」的。

焦先生論「國醫不悖科學原理之證實」一段文字。更其是沒有科學的頭腦。焦先生說道：「又嘗讀皇甫謐甲乙經序曰：『黃帝咨訪歧伯。伯高。少俞之徒。內考五臟六腑。外綜經絡血氣血候。參之天地。驗之人物。本之性命。窮神極變。而內經作焉。』是吾國醫學。確曾經過生理解剖。然後著為經典」。這段所引文字。頗有錯誤。原本的「色候」改做「血候」。這或者是排字上的誤植。還有「而鍼道生焉」改做「而內經作焉」。這却是焦先生的尊意了。因為焦先生要擁護內經。並且要把內經附會到生理解剖上去。所以硬把「鍼道生」三字改做「內經作」三字。方才可以和夸大的口吻。

却巧相合。我以為靈樞明明白白有「解剖」兩個字，用不着硬改甲乙經序來附會。古人有解剖的事，確確實實是可以證明的。但是，現在的問題，不是在古人有解剖沒有解剖，是古人解剖的功績到現在還可以實用，不可以實用？他的確實性有多少？若說有了解剖，就不會錯誤，那就過火了，那就夸大了。魏伯陽參同契誰都知道，他是道家虛玄之書，也誰都知道他有幾分確實性，他自己也說「言不苟造，論不虛生，引驗見效，校度神明，推類結字，原理為徵」。這幾句話，何嘗不是科學的精髓？那末參同契也何嘗背科學的原理呢？班固漢書藝文志說道：「陰陽家者流，蓋出於羲和之官。」他的來原，是由測驗天象，觀察時候而來的。那末陰陽術數，也何嘗背科學的原理呢？我有一句話告訴國醫們：「科學是論實在的，是論現在的。」若是古人觀察的結果，和實在不對，那就不能附會到科學上面去；若是古人研究的結論，和現在不對，那就不能收羅到科學上面來。國醫們所經過的生理解剖，是過去不是現在，是錯覺不是實在，只好當做博物館的歷史成績，研究室的實驗材料。若要就此算是科學，不是說一句痛心話：「就是野蠻人半開化人，輕視科學的表演。」焦先生要把我國文化建設到二千年以前去，似乎太滑稽了。

焦先生說道：「陰陽者，大、小、內、外、強、弱、上、下之代名詞也。陰為小，為內，為弱，為下；陽為大，為外，為強，為上。」但是我記得內經說道：「陽中之陽，心也；陽中之陰，肺也；陰中之陰，腎也；陰中之陽，肝也；陰中之至陰，脾也。」我不知道陽中之陽，陽中之陰，陰中之陰，陰中之陽，和所謂至陰，是什麼樣代表法。陽中之陽，是不是大中之大，外中之外，強中之強，上中之上，無論如何，代表不過去的陽中之陰，是不是大中之小，外中之內，強中之弱，上中之下，也是無論如何，代表不

過去的其餘陰中之陰陰中之陽和至陰。也是一個樣子。無論如何。代表不成的。焦先生的辨護。是完全不能發生効力。

焦先生又說道：「五行者。五臟之代名詞也。金爲肺。木爲肝。水爲腎。火爲心。土爲脾。生與尅者。營養與傳病之代名詞也。如云土生金。卽脾胃營養肺臟之意。蓋脾胃於吸收五穀之養料後。遞傳於肺。而後肺得以滋長也。又如云金尅木。乃肺臟傳病於肝之意。蓋肺如得病。次將傳染於肝。而使肝亦病也。」這段辨護。更是有趣。真可謂挖空心思了。但是該死的內經。偏偏有許多漏洞。焦先生雖生了十張嘴。也彌縫不了。真是孤負了焦先生一片好心。我記得素問六節。臟象論說道：「肝者。其味酸。其色蒼。通於春氣。」這是因爲肝屬木。所以弄出「其味酸」的怪話來。弄出「通於春氣」的神話來。竟在代名詞的上面。又生出枝節來了。恐怕不止於單單代名詞就算了罷。素問太陰陽明論說道：「脾者。土也。治中央。常以四時長。四臟各十八日寄治。」這又是在代名詞上面。生出枝節來了。恐怕不止於單單代名詞就算了罷。素問五藏生成論說道：「心欲苦。肺欲辛。肝欲酸。脾欲甘。腎欲鹹。此五味之所合。五臟之氣也。」這幾句話。是五臟的代名詞所解釋不通的。靈樞論勇篇說道：「黃色薄皮弱肉者。不勝春之虛風。白色薄皮弱肉者。不勝夏之虛風。青色薄皮弱肉者。不勝秋之虛風。赤色薄皮弱肉者。不勝冬之虛風。」這是從五行生尅而言的。恐怕不是傳病的代名詞所解釋得通的。並且焦先生說金尅木是肺病傳染於肝。我們曉得舊說的五行生尅。有一定的去處。土只能生金。不會生火。生木。生水。金只能尅木。不會尅土。尅火。尅水。那末脾胃吸收營養品。只能養肺。不會養心。養肝。養腎。請問焦先生這是什麼話。肺病只能傳染到肝。不會傳染到脾胃。到心。到腎。請問焦先生。有沒有這個事實。這是很粗淺的破綻。焦先生也應該想得到。現在竟拿出來做中國文化檢討的材料。豈不是完全騙人。所以我說不忠實。

從知和行而說到醫

上海 汪企張

尙書曰，知之非艱，行之維艱。先總理曰，知難行易，在常人的眼光看來似乎是絕端反對的主張，其實各有感而言，對時而發，並無些微衝突矛盾的理由，存乎其間。爲什麼這樣講呢？你看凡古今至聖大賢，偉人鉅子，他的主張和唱道，往往出人意料之外，甚至超越一班的理智，而獨出心裁。從好的一方說是創作，從壞的一方講，是異端，然而無論其爲創作，其爲異端，都不外有所感觸，或另具目標，而力脫羈絆，煥發一種獨立精神，和手創一種嶄新建設，決不是無的放矢，信口雌黃者可比。譬方像唐堯御世，百端待理，使后稷教民稼穡，樹藝五穀，殆飽食暖衣，逸居無教，則近禽獸，更使契爲司徒，教以人倫，是賢者治國的一種步驟，故傳曰堯之爲君，惟天爲大，惟堯則之，民無能名。到了戰國，吳越相仇，勾踐立志報復，臥薪嘗膽，貫注精神，在十年生聚，十年教育，而並未轉念到積極生聚，將影響倫常，終必弄得風俗大亂。但是他畢竟還是一個興國之君，終究得達了他治吳的目標。所以我感覺到，主張行難知易，或知難行易的，都各有他獨得之見，和一定的標，絕不是偶然的空言廢話。

主張知易行難的，他以爲理想是沒有拘束的，海闊天空。玄機妙道，一憑人類的腦力幻想，都可出之於口，筆之於書，而他的說數，也不必定有對像，定求實現，並且計算到，決沒再有別人，可拿方術來擊破自己的主張和理論，可是一念說到做到這一層，却不免氣餒心虛，終至吐出知易行難的聲來。這是理想時代，常有的一種觀念。主張知難行易的呢，他的目光最難是苦於覺悟，換一句說，吾人的腦力，早已在劇烈競爭之下，比賽過了，優勝的，且不能賣祕，終於

公開了。而吾人還想在優勝者腦力之上再求優勝，豈不是一個大難事。倘然運用你更優越的腦筋，居然能溫故了，能知新了。窮本追源起來而得升其堂入其室，倒並不覺得什麼很難的事。先總理的說教，當然是對時代而發，對吾輩而發的一種苦心，一種趨勢。

發明便是知改進必須行。吾們中國從來所坐的大病，正在能知而不能行。換一句話講，便是說來頭頭是道，向前寸步難行。先總理痛感到這箇流弊，便大唱其知難行易，來鼓勵大家實踐，挽救一班空論。就是深惜我們從古許多的發明，到如今不但被人家私淑了去，反讓他後來居上，不是很可痛歎的事嗎？比方像我們每天寫字所用的紙張，在東漢時蔡倫早用楮皮和破布開始着手製造，而致歐洲的造紙歷史，在十三世紀，方才從亞拉伯傳入，比我們中國，差不多要落後一千二百多年。還有木板印書，我們在隋以前，早已發明，所以隋時已有很好的木板書，而意大利，在一千四百六十四年，所謂歐洲第一部印刷書，方始出版，兩相比較，不是吾國要比他們早一千四五百年嗎？可是，現在我們所用的，大半是洋紙所印的，都是鉛排石印，以及銅鋅玻璃凹凸各版木板書本，正如鳳毛麟角，不易多見了。這都是能發明，不知改進的結果，不受足了知易行難的虧嗎？

此外發明極早的東西，還很多着哩。像指南車，相傳黃帝征蚩尤時已發明，但正史上有攷據而可靠的，至晚在周代周公確能製造，比了一千四百七十二年，哥倫布用羅針發現新大陸，前後相去，約有二千五百年，還有許多工業上的東西，像瓷器，帝舜陶於河濱，漆器，宋前已盛，火藥，漢末早知，最足誇耀世界的，如秦始皇所築口北的萬里長城，和四川的都江堰，比了他們蘇彝士，巴拿馬運河的工程，並不遜讓，而上下相去，幾及三千年矣，可憐，現今輪船飛機，和

軍事上的精密羅盤都是外國貨。只有堪輿家的格盤總算僅存的碩果。其他像洋礮、軍火和偉大工程打樣建築，沒一件不是舶來的工料。這都是喫盡了知而不行的苦，換一句傷心話，全是敗類子孫，不努力不爭氣的結果。

我們醫學何嘗不是這種情勢呢？但是講到發明一層，在膚見的人們，和頑執自大的舊醫，他們都還誇稱自己發達得最早。而細翻中外東西醫史，我國却並不能自誇占先哩。這裏我們可以知道，埃及的醫學，在紀元前二千五百年，已發曙光，因為就 Pharaoh 王墓中的遺蹟，有可以推測當時曾經施過外科手術的憑證。印度的醫學，在紀元前一千五百年，已有發明。而小亞細亞地方的醫學，發達得更早，大約在紀元前五千至四千五百年的時候，因他們很講究天文學，所以倡天體和疾病有關係的學說，因此便有治療方術的流傳。而現今認為泰西文化原流的希臘羅馬時代，在紀元前五六百年時，醫學昌盛，並建學校等，和我們中國神農時代紀元前約二千三百年相較，似我先於彼，其實小亞細亞和希臘羅馬文化所自的埃及，還比我們發達得早二百年至三千年呢。這都不過是過去歷史上痕跡，原不必有深切對證的必要，並且年代久遠，文字不全的古文化，大部半涉虛妄，姑作我們後代人的追想罷了。照上看來，醫學的啓發，吾國未必獨早占先，而前述工程文化等發明，反多先鞭早着，吾們對此殊有愧色。而況所謂後人，崇古的劣根性太深，前人一言一行，絕不敢指瀆腹誹，說他守舊吧，早不是古代真正的醫學了。說他改進吧，誤入歧途，愈走愈遠，現在後來居上的的先知先覺，反示我坦道，照理可以不難知了。然而自己還關門推月，不願納明，無怪乎先總理中心發急，而深歎知難了。

現在姑且再退一步講，就算我們醫學發達最早，發見最多，可

是四千年來沒人繼續努力改進，勢必成時代落伍的遺蛻而不適用於今日，所以學術上的保守派，是崇拜帝王思想階級制度的遺孽。早在打倒淘汰之列，便是主張保存國粹的原旨，也不過求保存歷史上的經過成績，並不叫你開倒車去應用。就是十四世紀後的泰西醫學，也因推陳出新的緣故，不能無昨是今非之感。比方像三仙丹、昇汞等的治梅毒，自六〇六九一四等出現而自然淘汰，還有像牛痘苗接種法發明後，鼻苗舊法也自然淘汰，而我輩不能說是三仙丹、昇汞等不能治梅毒，鼻苗不能預防天花，不過比較上，得再進一步，在事實上求得個利多弊小而已，這都是從知難行易上，下了苦功所博得的一點業績。

就以上各種觀察，過去的中國，有這樣許多的發明成績，而後人不能繼起改進，現在的中國，有那樣許多後來者改進的成績，而吾人不能取法進攻，所謂既不能令，又不受命，是絕物也。這種國民性，只有趨於自滅之一途，因此，我感覺到處於今日情勢，吾國地位，學術現狀，倒並不患不知，而患在不能行，不肯行。趙普治天下，祇要半部論語，是能行，一部大清律例，一例不例，是不能行，醫學而不行，將永無改進，永難自存，殊冀國人，對於醫，亦要持奉少說話多做事的格言，而身體力行，那自有水到渠成之日。

徵求縣志

鄙人現欲徵求各縣縣志國內收藏家如願出讓者請先賜函接洽如蒙惠贈當另酬紀念品以答雅意

上海真茹東南醫學院

郭琦元謹啓

原 著

結核症——肺結核症——之近來的見解

甯波 劉榮敬

結核症是比無論何種疾病複雜，如肺結核之發展從前都信自肺尖向下蔓延，現在已證實其不盡然，所以 Turban 氏之肺結核分類法就根本的搖動。又人生經一度結核菌之初感染，其後之發展，有注重內因的再感染或轉移者 (Endogene Reinfektion Oder Metastase) 有注重外來的重感染者 (Exogene Superinfection)。因此肺結核之發生，病理臨床的診斷，及其豫防各種重要問題，現在尙未見十分決定，不才如余，不自揣淺陋，就讀書同臨床上所獲，草此篇幅，做自己一種記述，而貢獻於讀者之前，尙望碩學博士有以指正之。

研究結核症，根據病菌之毒性，個體之素質，後天性免疫關係者曰 Allergie 學說，以病理解剖的變化為基礎，從病菌傳播之徑路及其病理的反應如何，來解釋臨床的變化，曰 Ranke 氏學說。以下略述肺結核之感染機轉，免疫關係及臨床上病型之分類法，藉以探知一般結核症之概要。

甲、肺結核之感傳機轉

檢查肺結核之感傳機轉，分遠心法，求心法二種。德國有結核相談所 Tuberkulosefürsorgestelle 制度，所以專門家之發表日多，感傳機轉得漸漸明瞭。

(一) 遠心法 Zentrifugale Methode 檢查傳染源之周圍與被傳染之關係，據 1932 年 Brauking 氏之統計如下。

	檢 查 人 數	有 肺 結 核 之 疑 須 監 視 或 治 療 之 %
(1) 在同一家族及住宅內患 開放性結核者	1331	5.3%
(2) 非家族而同一住宅者	192	2.6%
(3) 親戚或友人不同住宅者	239	1.2%
(4) 同事者	240	2.1%
(5) 患開放性結核之教師或 學生		4.3%
(6) 患開放性結核之護士		10.0%

以上1,2爲住宅內傳染,包括家族傳染,3,4,5,6,爲住宅外傳染,據此吾人可知結核症之傳染極廣,感到有因肺結核而死者,其家族全部有用R腺攝影檢查有無肺結核之必要。

(二) 求心法 *Zentripetale methode* 從被傳染者探求其傳染源,爲結核感傳染防上及避重感染最關緊要之事項,但探求此種傳染源實覺非常困難,檢出傳染源因場所及年齡不同亦有難易之別,在交通不便之鄉間較爲容易,在都市人與人接觸之機會繁多殊感困難,檢驗小兒是否已經感染,用 Pirque 氏或 Mantoux 氏反應極容易判斷,况小兒往來範圍較狹,推求其周圍之傳染源,似比較的容易,奶乳兒之患結核者 100%, 未入學者 60—70%, 已入學者 20—30% 可證明其傳染源。

乙、肺結核之免疫關係

人體受結核菌而起之免疫是相對免疫 *Relative Immunitaet*, 不如他種傳染病是絕對的是持續的,且此相對的免疫因各種條件或再下降,減弱對傳染之防禦力,不但如是,當再感染結核菌時,甚至發生過敏症,以上所述關係用 Koch 氏之動物實驗來證明甚易了解, Koch 氏接種結核菌之純粹培養於健康天然鼠,越十日乃

至十四日，局處發生結節，崩壞成潰瘍。此潰瘍到動物死亡仍存在。局所之淋巴腺腫脹呈乾酪變性。於是從淋巴液血行廣播全身。若注射同量之結核菌於另一只已患結核症之天竺鼠，局所不發生結核。接種部堅硬變色壞死剝離後成淺潰瘍未幾即痊愈。局所之淋巴腺不因此注射而起感染。病變限於注射局部旋即治愈。或將已患結核症之天竺鼠受同樣注射後數日間即死亡。可知已患結核症同健康天竺鼠相比較，對生結核菌死滅結核菌乃至 Tuberculin 有不相同反應。Pirque 氏將免疫及過敏症二種現象總稱之 Allergie。Allergie 者人體一遇或種細菌之侵襲，對此種細菌變其性質失其處女性，呈變質狀態 Unstimmung，此種現象對結核菌更為顯著。

Ranke 氏於 1917 年就核症之各種時期同 Allergie 之關係，從數千例病理解剖的檢討，與臨床的症候相對照，積十餘年之經驗，樹一種新結核觀，即 Ranke 氏之三病期分類 Dreistadien einteilung 是也。

丙、肺結核之臨床上病型分類法

Turban 氏之肺結核分類法，着重於局部之形態的變化。Ranke 氏則離開此種觀察，精查人身全體對結核菌之關係，即不注重於靜的狀態之觀察，而着眼於病變之動的研究。Ranke 氏假定人生受結核菌之外來的感染 Exogene Infection 祇限於一次，再推究此後之結核性病變之發展，分為三期。

第一期 初感染——結核菌第一次附着處——多在肺之上葉。有時或在下葉，為限局性滲出性病灶。同時屬於此局所之淋巴腺亦起變化，滲出性初期病灶 Primar Herd，由乾酪化→上皮樣細胞形成→結締組織增殖→內部石灰化周圍被結締組織包圍→因

得免疫治愈。Aschoff 氏證明初期病灶約占全人類之 93%。此種結核性變化曰初期症狀羣 *Primärcomplex*，免疫曰第一期 *Allergie*，(*Primäre Allergie*) 或硬化性 *Allergie*，(*sklerosierende Allergie*)。第一期結核多見於小兒期 (2—8 歲)，經過自然治愈。不發現任何症狀。從 R 線攝影祇能證明石灰病灶之存在。然而人體經一度結核菌之侵襲。菌毒絕無根本的死滅之望。永久的遺留其變化之痕跡而潛藏着。一朝遇有機會。再行抬頭發揮其暴力。故結核症是進擊的發病 *Schubweise*。肺門部淋巴腺重行腫脹。用 R 線可證明之。此時之兒童方發現微熱乾咳。羸瘦貧血。脊椎痛。Hoffmann 氏線症狀及 Smith fischer 氏徵候等。此即 *Bronchial Lymphdrüsentuberculose* 是也。其他如 *Mesenterial Drüsentuberculose* 或 *Halsdrüsentuberculose* 亦由各所屬之初期症狀羣發生。

本期之 *Tuberculin* 反應。Localisation 反應 (Pirque 氏同 Montoux 氏反應)。全身反應都不甚強。

第二期 結核症有汎發性傾向。故曰汎發性結核 *Generalisierte Tuberculose*。結核菌之傳播從第一期病變所遺留之淋巴腺間接的經過淋巴道或直接的入於靜脈內向各處轉移。血行性轉移 *Haematogene Metastase* 為第二期之特徵。本期身體再經一度變質。對結核菌免疫方面帶有過敏症。且生 *Lebhafte Allergie* (*Secundäre Allergie*) 增高防禦力。轉移病灶多係有治愈傾向之炎症。常示一種非特異性反應。肺癆大抵從血行性轉移——內因再感染——所發展。而免疫方面亦同時自 *Secundäre Allergie* 移至 *tertiäre Allergie*。

A. 滲出性反應 *exsudative Reaktion*

(1) 從肺之初期病灶發生浸潤 *Primär Lungeninfiltrierung*

(2) 從肺門發生浸潤 Perihilare Hilusinfiltrierung

以上二者或稱之 Perifokale-Entzündung 核周圍性炎症。或稱之 Epituberculose 前結核性侵潤 (Eliasberg und Neuland 1920)。爲小兒期之肺結核。有發見於成人者 (Mass, Fernbach)。此爲吸收較易之炎症性病變。部分廣大。或在肺部。或在肺門部。臨床上發生高熱。輕熱。瘦弱。食慾不良。神經興奮。不眠。貧血等。局所強濁音。呼吸音微弱。氣管枝音。Tuberkulin 反應陽性。痰中結核菌大抵陰性。陽性之例極少。R 線像濁厚等質性陰影。與肺之大葉一致。或占一葉之大部分。或限局於肺門部。成圓形四角形之陰影。

實驗第一例 ○小兒。歲半 (民二十二年)。余在上海東南醫院愛克司光室所得之材料。第一圖一月二十日。第二圖四月二十五日。第三圖七月六日之 R 線像。吾人可略窺其經過及吸收情形。其他因屬於內科室範圍。未知底細。

實驗第二例 劉小兒。八歲 (民二十二年)。爲余之長子。鑿兒。三月下旬患感冒數日。此後食慾不良。四月五日夜間睡眠中。突發劇烈咳嗽。咯出血痰數口。旋復入睡。翌日體溫三十七度半。驚弓之鳥的我 (可愛的四歲鑿兒。方於二月二十四日患流行性腦脊髓膜炎夭折) 祇命靜養。不願詳爲診察。嗣後熱漸高。五月下旬發至 39—40 度高熱。胸部理學所見。右肺上葉全部濁音。氣管枝音。到東南醫院攝 R 線像。完全同第一圖。惜底片已遺失。六月十五日仍無改善希望。乃動身返甬療養。下輪至夜半熱下降三十八度。上埠到中心醫院後。漸降至三十七度半左右 (不可思議之事)。余以上海之不易居。八月間改就鎮海同義醫院 (無愛克司光裝置) 藉以在鄉間療養。熱雖不見增高。理學的所見有蔓延之勢。濁音部發生水泡音。右胸背部全部水泡音。十月間左肺門部亦發生水泡音。

十一月間微咳有膿性痰。檢痰三次結核菌陰性。Tubercuin 反應未檢查。十二月方發見少數結核菌。余以爲從此休焉。除如法療養外。停止一切診察。今年正月間改就甯波仁濟醫院。四月五日自發病滿一年。全身營養狀態良好無咳嗽無痰。胸部右上葉尙可證明濁音。水泡音左右兩肺皆消滅。六月一日右肺上葉打診上音尙短促。R₁線像(第四圖)右上葉陰影較第一次已縮。小陰影以下左肺門尙遺留着播種形陰影。右肺且有肋膜炎性索狀陰影。故 R₁線像適與上述臨床上所得相吻合。九月十六日右肺打診上已正常。R₁線像(第五圖)肺尖較透明。以下反增濃。其他已漸形吸收。(第六圖)十二月十六日之 R₁線像。右肺尖更透明。上葉陰影已淡薄。餘如第五圖。觀察本例經過。總計達一年八閱月。現在全身營養比病前良好。理學的所見雖已正常。而 R₁線之異常陰影尙未完全消失。更想到孳兒前途。尙未能放懷也。

查余處之文獻。Epituberculose 報告者二人。實驗例凡五例。痰中結核菌皆陰性。R₁線及臨床所見無他部蔓延傾向。與余之第二例有不同之處。故主張 Epituberculos 應劃入第一期之說(Harms, Ternbach)余深表贊同。此後之經過或達到第二期第三期。觀余之實驗例。甚屬明顯之事。

(3) 奔馬性肺結核 Gallopiende phthise 從初期病灶即向氣管枝淋巴道。血管蔓延於肺之全部。Assmann 氏以爲乾酪變性肺炎。Stahelin 氏所謂 ausgebreite od, multiple lobulare käsige pneumonie。多見於青年期。青春期肺癆。

B. 增殖性反應 produktive Reaktion

爲血行性轉移肺結核之最主要部分約占病理解剖 30-50%。

(1) 肺尖結核之有無。現在議論之點尙多。即肺尖界限之定

義亦不一致。大抵 R 線之焦點以第四胸椎爲中心。所攝 R 線像。在鎖骨上之肺部爲肺尖。已爲一般所公認。肺尖有（一）第一期之初期病變（二）早期浸潤（三）血行性播種型（四）鎖骨下浸潤吸收後。肺尖遺留着增殖性變化。或前者萎縮後上昇成肺尖結核。肺尖結核多屬第三項血行性播種型。因肺尖亦爲血行性好發部之一。

昔日以第三期肺結核必從肺尖結核向下蔓延之說已不能立足。尙有 3—7.6% 蔓延於他部者。（Brauning, Redeker, Ulrici, Bakmeister）然大抵皆係善性。不如早期浸潤多變成增惡性肺癆也。

（2）播種性粟粒結核 *Dissiminierte Miliartuberculose* R 線像如播種粟粒於肺部。多平等撒布於兩肺。或多在兩肺上葉。（第七圖）或祇發於一側肺部 *Tuberculosis miliaris discreta*。本病型在病理學上爲增殖性粟粒結節形成。多在間質。肺胞壁中隔。

（3）播種性慘出性型 *Dissiminierte-exsudatue Form*。R 線像不如上述粟粒型之有明瞭境界。大體能判明其獨立性病灶。各個病灶比粟粒型大。因各個病灶周圍發生慘出性炎症。病灶倘互相癒合。境界更不顯明。病變爲肺胞性。撒布狀態亦是平等的。兩肺葉性。或密接的主發於上葉。（第八圖）

（4）硬變性型 *Fibrosa densa diffusa* (Neumann) 兩肺全部或右側更著明。發生微細之結締織增殖。（第九圖）*Feinfleckige Aus-saat* (Ulrici) 爲棍棒狀不正形。境界不明之影翳。*Netzbild Retienlare schattenbildl* 形態同正常肺紋理。幅較廣。境界不明。粗大網狀像。本病型常見從肺門部向肺周圍發生緻密的棒狀或樹枝狀之血管及氣管枝陰影。且在氣管枝壁周往往發生粟粒結節。氣管枝周圍浸潤 *Peribronchiale Infiltration*。

Brannig u. Redeker 氏將上述病變就 R 線像分爲 (1) dickflüchtig Vermehrte zeichnung (2) das grobe dicke klobige Netzbild (3) disseminierte fleck formigc streuung 發達順序從 (1) 漸次到 (2) (3)。

臨床上症候 在未達到相當病機前無何種確實症候。自覺症狀除胸背痛外無咳嗽、痰、發熱、瘦弱等。他覺症狀一般理學的診斷亦無所得。胸背痛多在心房部、胸骨部、肩胛部等。或固定性的或不定性的。

血行性肺結核同乾性肋膜炎之關係 R 線像常同時發見毛樣線 Haarlinie (第九圖)。屬於肺肋膜肥厚部。與前述之胸背痛同爲本病型主要所見。毛樣線大抵發生於右肺。在上中葉或中下葉之間。毛樣線既爲葉間肋膜之肥厚部。可知血行性轉移肺結核常繼發乾性肋膜炎。

血行性肺結核同濕性肋膜炎之關係 特發性溼性肋膜炎大部分或全部分爲結核性肋膜炎。乃已知之事實。與血行性肺結核有密切關係不難想到。此種肋膜炎爲比較的遷延性。屬於血行性轉移型之一種疾病。原因係結核菌侵入小循環系統內所致。肺臟自身亦遲早發生血行性肺結核。故吾人遇特發性溼性肋膜炎時。不能不預想血行性肺結核之潛在有所警戒。

(5) 急性汎發性粟粒結核是血行性中最劇烈者。爲吾人所熟知之事。

血行性肺結核型多併發脾腫 (Neumann)，且血行性結核常由原發病灶轉移於他臟器。如肋膜炎、淋巴腺炎、骨結核、關節結核、腸結核、虹彩炎、腦膜炎、皮膚結核。要之第二期結核症進擊的現象 Schubweise 最濃。Ranke 氏以各次之襲擊 Schub 爲本期所特有。即 (一) 一般症候中之熱襲擊 Fieber Schub，(二) 既存病灶如淋巴

腺關節等病灶之炎症性反應多再發性。(三)別處發生新轉移。各個疾病經過概要(a)急性汎發性粟粒結核致個體死亡。(b)局限性轉移如腦結核因局所關係亦死亡。(c)皮膚所發生轉移性 Tuberculide 大抵能治愈。(d)轉移眼結核或腸結核亦多能治愈。或遺留視力障礙。腸狹窄或硬結。

第三期 結核症經過第二期若進行不息。血行性淋巴道性轉移雖停止(液性免疫相對免疫第三期 Allergie)。但結核病灶之產物。依然漸進的侵略健康組織。其徑路為管腔性 Intrakanalikulare Infection, 其病變為局所之臟器性 Organbeschränkt, 於是遂成肺癆腎癆腸癆等末期的結核症。本期之 Tuberculin 反應。Localisation 反應較弱。全身反應則極強。

(1) 慢性肺癆。病變從氣管枝蔓延。或從 Ranke 氏第二期之病灶 (endoge Reinfektion) 或從後述之早期侵潤 (exogene Superinfection) 多從上葉向下進行。有時從下葉侵入上葉。病型分滲出性。增殖性。硬變性或三者各種之混合型。R 線像各具特有陰影。茲不詳述。臨床上經過及症狀。滲出性最為惡劇。

(2) 乾酪變性肺炎。發生之程序同慢性肺癆。肺癆之經過中分泌物大量的吸收於氣管枝中。成小葉性。或大葉性肺炎。後者即真性乾酪變性肺炎。豫後不良。其中有經過比較的良好一種 Gelatinöse pneumonie 常有治愈之望。

(3) 早期侵潤 Fruhinfiltrat (Redeker), 鎖骨下侵潤 Infraklavikulare Infiltration (Assmann 1922—24), praephtthischer Infiltrat (urici), Fruherd (kaiser petersen) 或係內因再感傳。或係外來的重感染。學說尚不一致。然大多數學者主重於後說。本型多發生於空氣最容易出入之肋膜下。或由於免疫上 Allergie 性過敏症。或由於抵抗

力及防禦力之增高，經過種種不同。早期侵潤時肺尖不見變化，病灶數不多，通常為一個，多發生於右肺上葉，他處不多。早期侵潤極容易吸收，亦極容易破壞。臨床上理學的所見及自覺症狀甚少，故有用 R 線診斷必要，且須速講適當療法。

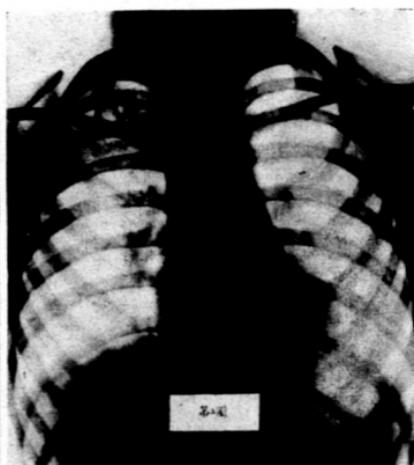
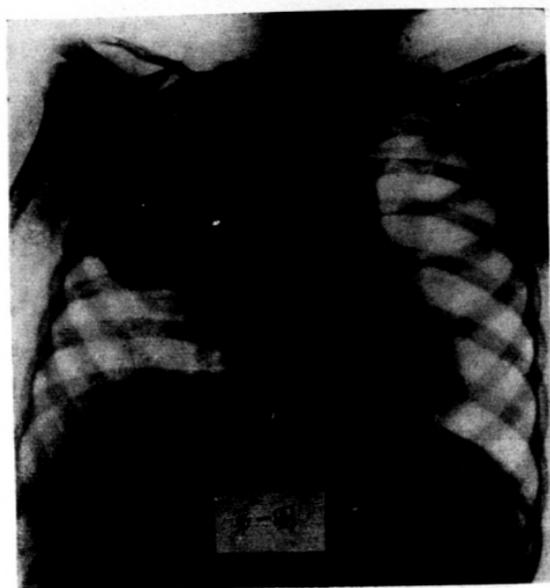
早期侵潤之初發症狀常類似流行性感冒，或發高熱，或在三十八度內外，一二週後熱即下降，故不易與咽喉炎感冒等區別，惟病中無舌苔，及下熱後恢復較難，易起疲勞為不同之處，或初發症狀如發熱、咳嗽、痰多、盜汗、食慾不良及理學症候不甚著明，偶然用 R 線檢查方能發見，檢痰可證明多數結核菌。早期侵潤因易於破壞，初期即有血管破裂咳血，中央部分易融解發生空洞，早期空洞 Fruhcaverna (第十圖) 據 Redeker 氏約占早期侵潤之 60%，早期空洞之理學的所見亦極少，祇用 R 線方可證明之。

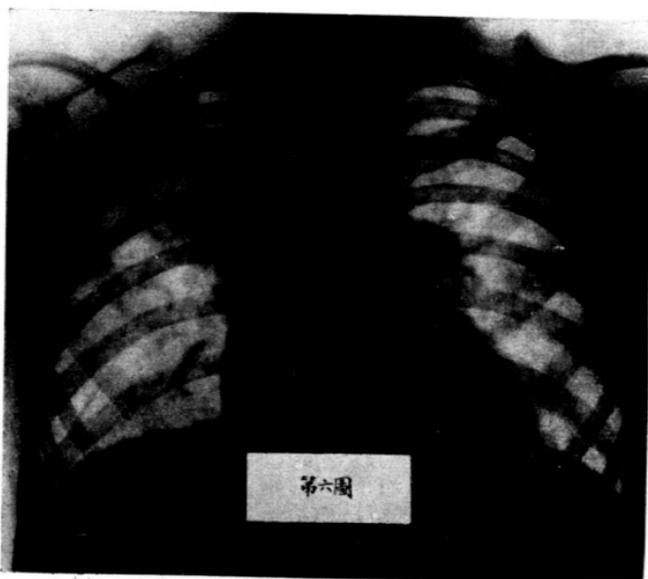
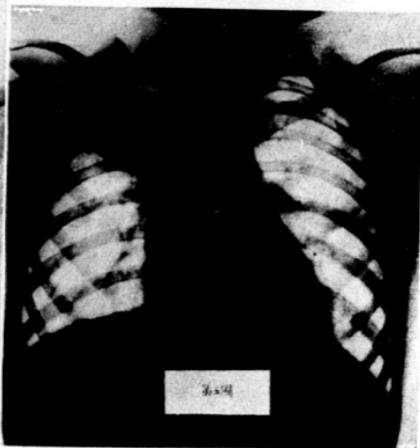
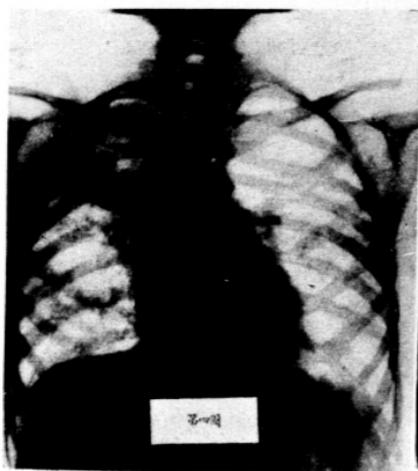
早期侵潤之 R 線像圓形或橢圓形，境界比較的鮮明之等質的軟性陰影，因時期不同及 R 焦點遠近關係，大小自豌豆大、拇指頭大、櫻實大、鷄卵大，多在鎖骨外下方，在肺尖、肺中葉、下葉之例不多，病變漸次進行，中央部分融解變為透明，咳出後即成空洞。

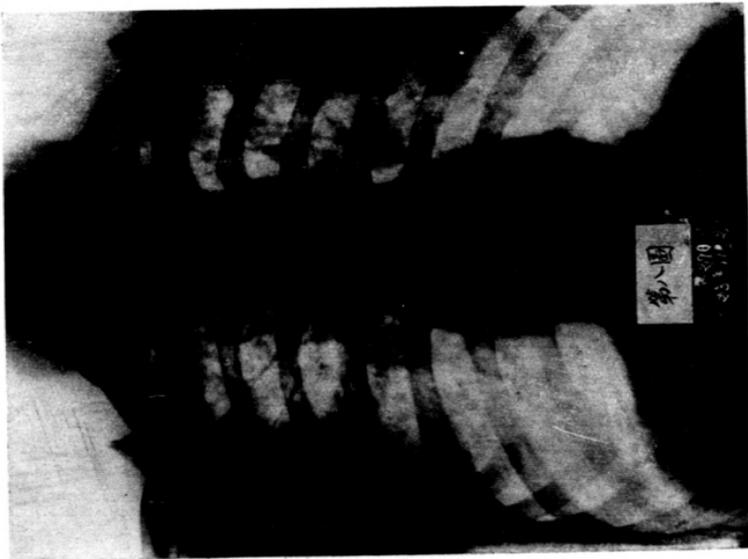
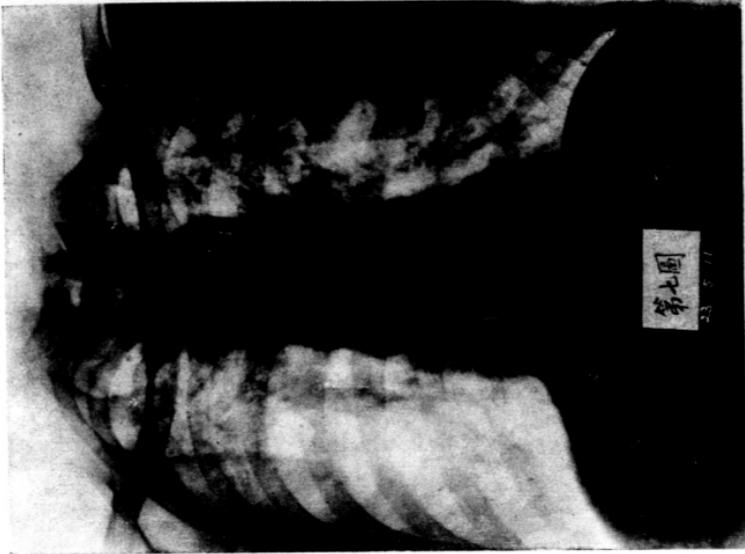
以上所述係早期侵潤概要，發生時他部無著明結核灶，其他若既有結核灶，迅速增惡時作同樣陰影，所以早期侵潤之發生，有主張從內因再感染或外來的重感染之說。

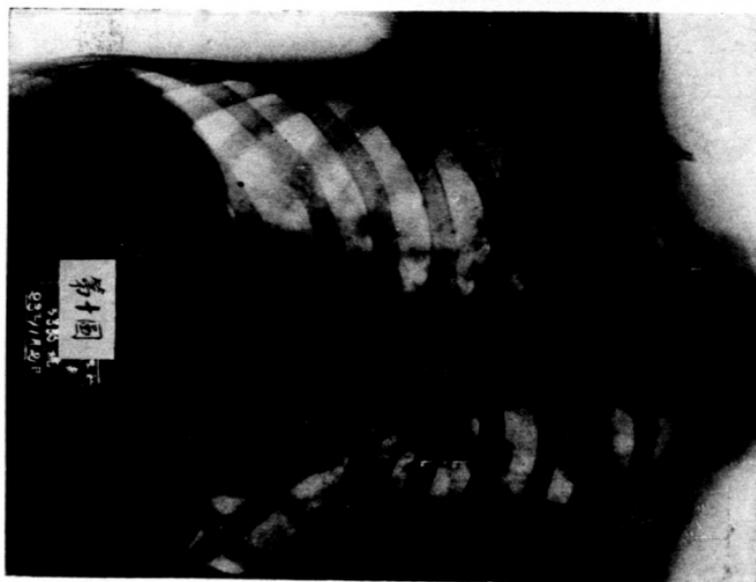
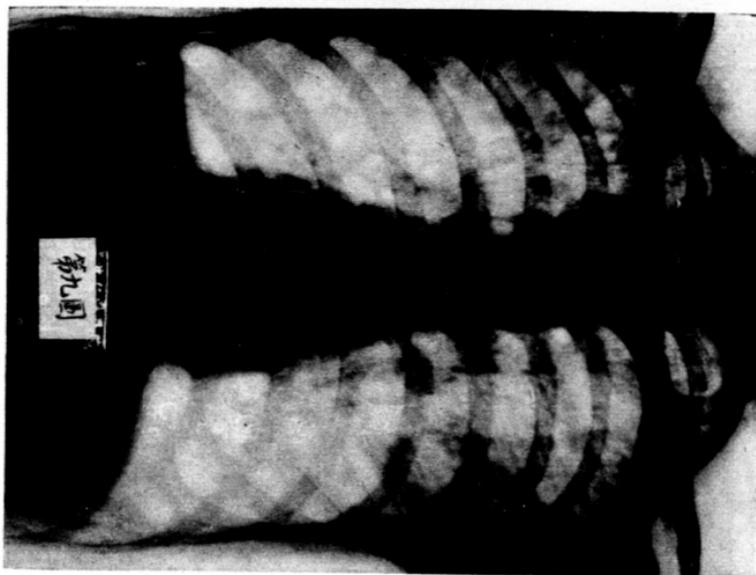
早期侵潤因易於吸收及破壞，所以經過種種不一。(1)完全吸收而至消滅。(2)生結締織成癍痕而至石灰質沉着。(3)第一次發熱後因過勞、產褥等誘因，起第二回推進 Schub，再發熱，病變進行，早期侵潤灶發生空洞外，病灶周圍新生大小新侵潤 Tochter-Herd，或播種式的發生於患側全部，鎖骨下吸引播種，此種蔓延以氣管枝性為主，亦有淋巴道性、血行性者。(完)

附圖十幅









23年12月17日劉榮敬於甯波仁濟醫院

人型結核菌與牛型結核菌之同時接種試驗

——第一報——

Gleichzeitige Impfung mit Typus humanus und

Typus bovinus des Tuberkelbacillus

(Erste Mitteilung)

上海 東南醫學院 教授 張効宗

第一章 序 言

人型結核菌與牛型結核菌二者對於人及試驗動物之 Pathogenität, 已由 1868 年 Villemin 氏實驗證明之。即用 Perlsucht 感染之家兔常陷于一種全身性結核。而用 menschlicher Tuberkulose 接種之家兔決不呈同樣之病變。其後多數之學者關於人型結核菌與牛型結核菌二者間之區別。尤就人型結核菌在 Rind 之感染。盛行試驗。用人之結核喀痰以餌飼於 Kalber, 或用人結核菌之純粹培養以試驗於 Rinder, 決不生 Perlsucht。是為 1896 年 Sidney Martin 氏所發表者。Robert Koch 氏尚得次之實驗成績。即將人型結核菌接種於 Rind, 其接種部位僅形成小膿窠。只得證明僅少之結核菌。反之。用牛型結核菌行感染試驗之時。其接種部位初生強度之結核性浸潤。隣近之淋巴腺亦腫大。而在牛之內臟。主於肺臟及脾臟生結核變化。Kossel Weber 及 Heuss 諸氏將人型結核菌之大量。應用于 Kaelber 及 Rinder, 無論依皮下注射。無論依 Inhalation, 無論依 Fütterung, 皆不示結核性變化。但用牛型結核菌之少量。却生一種進行性結核云。

Baumgarten, Fibiger u. Jensen 及 Preisz 其他 Moeller, Thomassen 氏等亦獲同樣之成績。Kossel, Weber 及 Oelecker 諸氏對於牛型

結核菌之診斷。用家兔行之。即將牛型菌 0.01gm 接種於皮下。家兔生全身性結核。Schieck 氏用二種之結核菌行家兔眼房之接種試驗。即將牛型結核菌接種於左前眼房。將人型結核菌接種於右前眼房。而用人型結核菌接種之眼決不起破壞。甯呈多少之完全治癒。反之。用極微量之牛型結核菌接種之眼速呈 Phthisis Bulbi 之 Bild, 且用人型結核菌之大量接種於家兔之眼。決不起全身感染。唯見眼之破壞而已。但用牛型結核菌之大量接種於家兔之眼。概在二乃至三個月內家兔則陷於全身性結核而死亡。Petersen, Hjalmar 氏行家兔之眼球內接種。則牛型結核菌較人型結核菌生強度之結核病變云。Toda, T. 氏關於人型結核菌與牛型結核菌之區別。行 Gleichzeitige Intracutane Verimpfung, 即將試驗菌株 $\frac{1}{100000}$ mg, 使含存於 0.1cc 中。接種於同一家兔之 Vorder 及 Hinterschenkel 之時。Bovine Staemme 通常生局所淋巴腺之乾酪變化。而 Humane Staemme 決不呈此變化。Aoki, K. Binder, W., Steinbach, M. Maxim 諸氏用 Ratte 以行兩型之區別試驗。Roemer 氏依 Mause 之腹腔內接種。試行其毒力之檢定。Tronmsdarf 氏亦對於兩型之區別。用 mause 行之。又用 Schwein, Eseln, Schafen, Ziegen, Affen 或 Hund 以試驗者亦有之。豚鼠 (meerschweinchen) 對於兩型。多謂其感染銳敏。不適於兩型之區別。但余因其研究業蹟頗少。故將兩型同時接種於豚鼠之皮下。冀依豚鼠行其病性之區別耳。

第二章 使用菌株及菌浮游液之製法

人型結核菌係由肺結核患者今泉氏 (日本人) 之喀痰所分離。牛型結核菌係用日本東京傳染病研究所保存之 Kida 株。兩株皆在 4% Glycerin-Bouillon 中培養三十日間。取其菌苔以供菌浮游液之製造。其製造方法。先將菌苔用滅菌濾紙濾過之。用滅菌生

理食鹽水數回洗滌後，擴展於濾紙上，放置於滅菌 Schale 內，更用滅菌濾紙吸除其過剩之水分後，在 37°C 之孵卵器內，放置二日間，使其充分乾燥，然後秤量，置於滅菌瑪瑙乳鉢內，用滅菌瑪瑙乳棒充分磨碎之，同時滴加滅菌生理食鹽水製為平等之乳劑，然後對於菌量 0.1gm，加滅菌生理食鹽水 10cc，即 1.0cc 中正含菌量 10mg，接種之時，用生理食鹽水稀釋為所要菌量之含量而用之，例如，將菌浮游液十倍稀釋之時，則 1.0cc 中之含量成為 1.0mg，更稀釋為百倍之時，則 1.0cc 中之含量正為 $\frac{1}{100}$ mg。此菌浮游液每於接種之時，必須用三十日間培養之新鮮菌苔而製之。

第三章 實驗方法

準備幼弱之豚鼠若干頭，二週間飼養之，使慣於教室內之飼料後，將豚鼠 16 頭分為二組，第一組之豚鼠 8 頭，供人型今泉株與牛型 Kida 株之同時接種，而第二組之豚鼠 8 頭中，四頭只供人型株之接種，他四頭只供牛型株之接種，以為對照，接種時，將各豚鼠之體重秤量明記，接種後，各附以番號，分別飼養之，接種部位，係在鼠蹊淋巴腺之附近，選其左右之上股內側，先剪去接種部位之毛，用酒精消毒後，將菌浮游液，如次表所揭，用滅菌生理食鹽水，將接種菌量，各各含存於 0.5cc 中而稀釋之，於是將人型株接種於左上股內側皮下，將牛型株接種於右上股內側皮下，接種後，用 Kollodium 封閉之，每日觀察其接種部位之變化及鼠蹊淋巴腺之大小，同時秤量豚鼠之體重，死亡或殺後，更就其內臟行肉眼的及組織學的觀察，而組織學的變化之檢查，係選擇病變著明之部分，製為切片，用 Haema toxylin-eosin 染色而鏡檢之也。

第四章 實驗成績

第一節 本試驗（第一組之豚鼠）

對於豚鼠 1 號, 2 號, 3 號, 各注射人型株及牛型株各 $\frac{1}{10}$ mg, 4 號, 5 號, 各注射 $\frac{1}{20}$ mg, 6 號, 7 號, 各注射 $\frac{1}{50}$ mg, 8 號注射 $\frac{1}{100}$ mg。

第一項 接種部位之變化及其經過

菌接種後, 每日觀察其局所之變化, 同時秤量豚鼠之體重, 有無增減, 若局所無變化之時, 則記一符號 (—)。而對於變化之同樣或始終無變化者, 則書一「全」字或省略其記入, 以避繁雜, 今作一詳表于次。

豚鼠番號	1	2	3	4	5	6	7	8	
性別	♂	♂	♀	♂	♂	♀	♂	♀	
接種時之體重 (gm)	368	270	380	354	326	304	320	294	
接種部位及菌量	左上肢內側皮下○人型株 $\frac{1}{10}$ mg (0.5cc)	同	同	$\frac{1}{20}$ mg (0.5cc)	同	$\frac{1}{50}$ mg (0.5cc)	同	$\frac{1}{100}$ mg (0.5cc)	
	右上肢內側皮下○牛型株 $\frac{1}{10}$ mg (0.5cc)	同	同	$\frac{1}{20}$ mg (0.5cc)	同	$\frac{1}{50}$ mg (0.5cc)	同	$\frac{1}{100}$ mg (0.5cc)	
重體 (w) 及局所變化	第七日	310	280	396	372	346	328	344	300
		左側生超米粒大之硬結○	—	—	—	左側生超米粒大之硬結○	—	—	—
	第九日	320	280	406	340	350	326	354	302
		全	左側生米粒大之硬結	—	—	左側之硬結成亞小豆大, 發紅腫脹○左鼠蹊膿米粒大○	—	—	—
	第十一日	320	290	400	350	340	330	354	296
		左側之硬結成亞小豆大	全	左側生大豆大之扁平硬結○左鼠蹊膿米粒大○	—	左側之發紅腫脹成豌豆大	—	—	—
第十二日	314	294	410	348	326	336	356	304	
	左側之硬結成小豆大 左鼠蹊膿超米粒大 右側生米粒大之硬結	左側之硬結成小豆大 左鼠蹊膿米粒大	全	左側生超米粒大之硬結	全	左側生米粒大之硬結	左側生小豆大之硬結○ 左鼠蹊膿小豆大	—	
第十三日	316	294	400	366	340	330	356	310	
	全	全	左側之硬結超大豆大 左鼠蹊膿小豆大 右側生米粒大之硬結	左側之硬結成亞小豆大 左鼠蹊膿米粒大	左側生潰瘍 左鼠蹊膿超米粒大	左側之硬結成小豆大 左鼠蹊膿小豆大	全	—	

豚鼠番第	1	2	3	4	5	6	7	8	
體 重 (g) 及 局 所 變 化	第 十 四 日	330 左側之硬結超豌豆大。右側之硬結亞小豆大。右鼠蹊腫米粒大。	288 全	386 右鼠蹊腫米粒大。	376 左側之硬結成豌豆大。左鼠蹊腫小豆大。	336 左側全上。右側(一)左鼠蹊腫小豆大。	320 左側之硬結成豌豆大。	356 左側之硬結成豌豆大。左鼠蹊腫超豌豆大。	338 左鼠蹊腫米粒大。
	第 十 六 日	332 左鼠蹊腫豌豆大。	296 左側之硬結超小豆大。左鼠蹊腫小豆大。	396 左側全上。右側之硬結成小豆大。左鼠蹊腫豌豆大。左豌豆大右鼠蹊腫小豆大。	364 全	340 左鼠蹊腫豌豆大。	336 左側之硬結成大豆。左鼠蹊腫豌豆大。	356 左側之硬結成大豆。左鼠蹊腫豌豆大。	340 左側生超豌豆大之扁平硬結。
	第 十 九 日	348 左側之硬結大豆大。右側之硬結豌豆大。左鼠蹊腫超豌豆大。右鼠蹊腫小豆大。	816 全	410 左鼠蹊腫超豌豆大。	378 左側之硬結超豌豆大。左鼠蹊腫豌豆大。右鼠蹊腫米粒大。	350 左右側全上。左鼠蹊腫超豌豆大。	360 全	380 全	360 左側之硬結成大豆大。右側(一)左鼠蹊腫豌豆大。
	第 二 十 日	336 全	286 右側生米粒大之硬結。左鼠蹊腫豌豆大。右鼠蹊腫米粒大。	410 全	370 全	342 全	360 左側之硬結超大豆大。右側(一)左鼠蹊腫亞大豆大。	384 左側生潰瘍。右側(一)左鼠蹊腫超大豆大。	366 全
	第 二 十 三 日	328 左側之硬結發紅軟化。右側生潰瘍。左鼠蹊腫大豆大。	264 左側之硬結超豌豆大。右側之硬結亞小豆大。	400 左側之硬結軟化。右側軟化。右鼠蹊腫小豆大。左鼠蹊腫豌豆大。	370 左側之硬結發紅軟化。右側(一)左鼠蹊腫超豌豆大。	344 全	346 全	376 全	354 全
	第 二 十 六 日	328 左側生潰瘍。右側之潰瘍上生小痂。	240 全	390 全	364 左側生潰瘍。	342 全	340 左右側全上。右鼠蹊腫米粒大。	370 潰瘍上生小痂。右鼠蹊腫米粒大。	350 全
	第 二 十 九 日	328 全	256 全	390 左側生潰瘍。右側之硬結成爲扁平。左鼠蹊腫超大豆大。	346 全	340 左鼠蹊腫大豆大。右鼠蹊腫米粒大。	340 全	380 潰瘍之結痂剝脫。潰瘍。右側(一)	340 全

豚鼠番號		1	2	3	4	5	6	7	8
體 重 (g)	第三十一日	326 左側全上。 右側之潰瘍多少。 乾燥。	270 全	410 全	340 全	348 左側之潰瘍上生結痂。 鼠蹊腹超米粒大。	356 左側之硬結。 稍軟化。 左右鼠蹊腹全上。	390 全	340 左鼠蹊腹超豌豆大。 右鼠蹊腹米粒大。
		338 全	294 左側之硬結稍軟化。	440 全	370 全	360 全	386 全	430 全	360 左側生潰瘍。
	第三十三日	324 左側全上。 右側之潰瘍多少。 治癒。	270 左側之硬結發紅軟化。 左鼠蹊腹成大。	414 左側之潰瘍上生結痂。	354 全	320 全	360 全	406 全	360 全
		320 全	270 全	410 潰瘍上之結痂剝脫殘膜。	354 全	310 全	360 全	400 左側之潰瘍上又生結痂。	360 全
	第三十八日	310 左側全上。 右側之潰瘍完全癒。	310 左側之發紅腫脹成大。	416 全	360 左側之潰瘍上生結痂。	310 全	370 全	406 全	366 全
		333 左側之潰瘍上生結痂。	304 左側生潰瘍。右側之硬結小。	430 全	398 全	320 全	380 全	410 全	374 全
	第四十二日	310 全	272 全	416 全	356 全	306 左側之潰瘍淺膜。	370 左側之硬結軟化。 左鼠蹊腹大豆大。	410 全	360 全
		第四十五日	310 全	372 全	436 左側之潰瘍又生結痂。 鼠蹊腹超大豆大。	360 全	310 左側之潰瘍上又生結痂。 左鼠蹊腹超大豆大。 右側(-)	384 全	436 全
	第五十日		296 全	264 左側之潰瘍上生結痂。	400 全	336 全	300 全	370 全	420 全
		第五十三日	260 全	262 全	390 全	290 左側之潰瘍淺出僅少之漿液。	304 全	360 全	420 全
	第五十七日		296 全	264 全	400 全	336 全	300 全	370 全	420 全
		第五十九日	260 全	262 全	390 全	290 全	304 全	360 全	420 全
第六十二日	260 全		262 全	390 全	290 全	304 全	360 全	420 全	370 全

豚鼠番號	1	2	3	4	5	6	7	8
體重 (g) 及局所變化	第六十三日	(死)						
	第六十四日	264	390	258	262	340	400	350
	第六十五日	全	全	左側之潰瘍上又生結痂	潰瘍之結痂剝脫，洩出多少之膿。	全	全	全
	第六十六日	269	390	268	270		410	
	第六十七日	全	全	全	全	(死)	全	(死)
	第六十八日			(死)				
	第六十九日	244			274	268		440
	第七十日	全			全	左側之潰瘍上又生結痂		全
	第七十一日	(死)						
	第七十二日				300	240		460
	第七十三日				全	全		全
	第七十四日					(死)		
	第七十五日				290			480
	第七十六日				全			全
	第七十七日							500
第七十八日				(死)			全	
第七十九日							480	
第八十日							(殺)	

概 括

左上股內側即人型結核菌之接種部位。在菌量 $\frac{1}{10}$ mg 乃至 $\frac{1}{50}$ mg，概於接種後第七日乃至第十二日。在菌量 $\frac{1}{50}$ mg，於第十二日後在菌量 $\frac{1}{10}$ mg，於二週間後生硬結。此硬結初呈米粒大乃至小豆大。漸次增大。達超豌豆大乃至超大豆大。多軟化而成潰瘍。此潰瘍有時結痂而乾涸。有時復洩出膿汁。至豚鼠之死亡而痊愈不癒。反之。右上股內側即牛型結核菌之接種部位。在菌量 $\frac{1}{10}$ mg，多於接種後第十二日後。生米粒大之硬結。但在菌量 $\frac{1}{50}$ mg 乃至 $\frac{1}{10}$ mg，全然不生硬結。且此硬結雖漸次增大為小豆大或豌豆大。但數週間後又形縮小而成為潰瘍者。却早示治癒。又左側之鼠蹊淋巴腺多於接種後十日或二週間後。示米粒大乃至小豆大。漸次增大。成為超豌豆大乃至超大豆大。但右側之鼠蹊淋巴腺不然。初雖觸知為米粒大。亦多少見其腫大。但終不出小豆大。且其觸知之時期遙較左鼠蹊淋巴腺為晚者也。

第二項 解剖所見

(1) 肉眼的變化

豚鼠 番號	1	2	3	4	5	6	7	8
鼠蹊 左	超大豆大， 中心乾酪軟 化。	大豆大，中 心乾酪軟化 。	超豌豆大， 中心乾酪軟 化。	豌豆大，中 心乾酪軟化 。	豌豆大，中 心乾酪軟化 。	豌豆大，中 心乾酪軟化 。	超豌豆大， 中心乾酪軟 化。	豌豆大，中 心乾酪軟化 。
鼠蹊 右	小豆大	超米粒大	小豆大，中 心乾酪軟化 。	小豆大	亞小豆大	小豆大，中 心有乾酪軟 化部。	小豆大，中 心乾酪軟化 。	亞小豆大
頸腺	米粒大乃至 小豆大，割 面之一部呈 黃白色。	亞小豆大	超米粒大乃 至小豆大， 其剖面呈灰 白色部。	超米粒大乃 至小豆大， 剖面呈灰 白色。	亞小大乃至 豌豆大，割 面呈灰白 部。	超米粒大乃 至豌豆大， 剖面呈灰 白色。	小豆大乃至 大豆大，割 面呈乾酪軟 化部。	米粒大乃至 小豆大，割 面呈灰白 部。
腸間 膜腺	超米粒大乃 至超大豆大 ，剖面之一 部乾酪軟化 。	超米粒大乃 至超豌豆大 ，剖面有乾 酪軟化部。	米粒大乃至 超大豆大， 剖面有乾酪 軟化部。	小豆大乃至 超大豆大， 中心有乾酪 軟化。	亞小豆大乃 至超大豆大 ，中心乾酪 軟化。	小豆大乃至 超豌豆大， 中心乾酪軟 化。	小豆大超 豌豆大，中 心乾酪軟化 。	超米粒大乃 至超豌豆大 ，中心乾酪 軟化。

氣管支腺	亞小豆大乃至豌豆大，其中心乾酪化部。	米粒大乃至豌豆大，其中心乾酪化。	超米粒大乃至超亞大豆大，中心乾酪化。	小豆乃至大豆大，中心乾酪化。	超米粒大乃至豌豆大，其中心乾酪化部。	小豆大乃至超大豆大，中心乾酪化。	小豆大乃至豌豆大，其中心乾酪化。	小豆大乃至豌豆大，其中心乾酪化。
脾	長1.0cm 幅2.3cm 色褐赤，硬度軟。在其表面，密佈粟粒大之灰白色顆粒，其剖面亦同。	長4.0cm 幅2.0cm 硬度軟。表面不滑，密佈細小粟粒大之灰白色顆粒，其剖面亦同。	長5.0cm 幅2.8cm 硬度硬。其大部分依灰白色之硬斑所覆，大部分亦呈白色。	長1.5cm 幅2.6cm 色暗赤，硬度軟。表面不平滑，由粟粒大之灰白色顆粒集成之小豆大乃至超豌豆大之斑多數散在於其上。	長4.5cm 幅2.5cm 硬度硬。表面依灰白色之硬斑所覆，其剖面亦同。	長5.7cm 幅3.0cm 色褐赤，硬度硬。表面上密佈粟粒大之灰白色顆粒，其剖面亦同。	長4.7cm 幅3.0cm 硬度硬。由細小之灰白色顆粒集成之實大之硬斑滿佈於其表面，剖面亦同。	長4.5cm 幅2.5cm 色暗赤，硬度軟。在其表面，密佈細小粟粒大之灰白色顆粒，其剖面亦同。
肝	腫大，色褐赤，硬度軟。其表面有粟粒大之灰白色多數之豌豆大乃至不正形黃白色斑點，剖面亦同。	腫大，色暗赤，硬度軟。其表面有粟粒大乃至超粟粒大之灰白色硬斑點，剖面亦同。	腫大，硬度硬。大部分依灰白色之硬斑所覆，又粟粒大乃至超粟粒大之黃白色硬斑點，剖面亦同。	腫大，色褐赤，硬度硬。呈種形狀之粟粒大乃至超豌豆大之白黃色斑點多數散在於其上。	腫大，色暗赤，硬度硬。呈種形狀之粟粒大乃至超豌豆大之白黃色斑點多數散在於其上。	腫大，硬度硬。表面依灰白色之硬斑所覆，而向上散佈於其表面。	腫大，色暗紅，硬度硬。粟粒大乃至超粟粒大之灰白色硬斑點多數散佈於其表面，剖面亦同。	色暗紅，硬度硬。其表面有粟粒大之灰白色硬斑點，剖面亦同。
肺	左右肺有多數之微細乃至粟粒大之灰白色點。	在左右肺。在少數之粟粒大乃至亞粟粒大之灰白色點。	左右肺有多數之粟粒大乃至超粟粒大之灰白色硬顆粒之散在於兩肺。	多數之粟粒大乃至極少之超粟粒大之灰白色硬顆粒之散在於兩肺。	兩肺上散有多數之微細乃至粟粒大之灰白色點。	多數之粟粒大乃至超粟粒大之灰白色硬顆粒之散在於兩肺。	粟粒大乃至超粟粒大之大小不正形灰白色硬斑多數散在於兩肺。	粟粒大乃至超粟粒大之灰白色硬顆粒多數散佈於兩肺。
腎及副腎	—	—	—	—	—	—	—	

(2) 組織學的變化

豚鼠器官	1	2	3	4	5	6	7	8
鼠蹊	左右皆乾酪化	在右鼠蹊腺核之崩壞基，認乾酪變化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化
頸腺	認乾酪變化。在其不呈乾酪化之部分。認上皮腺細胞之增殖。	乾酪變化性	細胞核之崩壞基。呈乾酪變化。	乾酪化	乾酪化	細胞核之崩壞基。呈乾酪變化。	乾酪化	乾酪化
腸間膜腺	認乾酪變化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化
氣管支腺	認乾酪變化	乾酪化	酪乾化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化	乾酪化

脾臟	有多數之廣 汎結核灶， 擴大而視之 。上皮樣細 胞之增殖及 細胞核之崩 壞外。其中 心主呈乾酪 變化。	有多數之大 結核灶。廣 而視之。主 為上皮樣細 胞之增殖。認 乾酪變化。	全體由廣汎 結核灶所認 。主呈乾酪 變化。	有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	大部分呈紫 色不良之造 子。主見上 皮樣細胞之 增殖。其不 然之部分， 主見上皮樣 細胞之增殖 。認乾酪變 化。	大結核灶所 占。示乾酪 變化。其未 示乾酪變化 之部分，主 見上皮樣細 胞之增殖。	大部分由廣 汎結核灶所 占。主呈乾 酪變化。	有多數之結 核灶，在認 乾酪變化之 灶內，主認 乾酪變化之 增殖。
肝臟	有多數之小 結核灶及廣 汎結核灶， 擴大而視之 。在小灶淋 巴細胞及上 皮存在。在 廣汎結核灶 內，主見乾 酪變化。	有多數結核 灶，在小灶 內，主認上 皮樣細胞之 增殖。在廣 汎結核灶內 ，主見乾酪 變化。	最大部分由 廣汎結核灶 所佔。主認 乾酪變化。	有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	有多數之結 核灶，擴大 而視之。主 認乾酪變化 之增殖。
肺臟	左右肺有多 數之結核灶 ，小灶主由 淋巴球或在 大之灶內， 認上皮樣細 胞之增生。	左右肺有廣 汎結核灶。廣 而視之。主 為上皮樣細 胞之增殖。認 乾酪變化。	廣汎結核灶 存在於兩肺 。主認乾酪 變化。	左右肺內， 有多數之廣 汎結核灶。廣 而視之。呈 乾酪變化。	有多數之結 核灶，認上 皮樣細胞之 增殖。	有多數之結 核灶，認上 皮樣細胞之 增殖。	有多數之結 核灶，認上 皮樣細胞之 增殖。	有多數之結 核灶，認上 皮樣細胞之 增殖。
腎及副腎	—	—	—	—	—	—	—	—

概 括

右鼠蹠腺即牛型株接種側之鼠蹠腺。遙較左鼠蹠腺為小。既於前項記述之。依組織學的檢查。右鼠蹠腺之變化亦較為輕度。頭腺腸間膜腺及氣管支腺。各豚鼠皆示腫大。陷於乾酪變化。脾臟及肝臟各示腫大。呈重症之結核性病變。依組織學的檢查。皆認乾酪變化。肺臟之病變較肝臟似稍強度。腎及副腎皆不認變化。

(未完)

糞便塗抹標本中寄生蟲卵數的檢索

東南醫學院衛生學教室 王 珏

我們慣做塗抹標本以檢查糞便中有無寄生蟲卵。可是普通光在顯微鏡下隨便移動一看即算了事。在這種狀況下，普通不到百數蟲卵者，很難找到。光有十數以下者，往往一個都不能找到。如用測微尺在右移動那麼在一個蓋玻璃下之蟲卵均可發見，可是用這方法而找蟲卵，每一標本中之蟲卵數可得平均否？每個糞便之那一個部分蟲卵分布得怎麼樣，我們的知見很少。據典籍所載，一匹雌蛔蟲一日約產卵100000，鈎蟲一日約產卵10000枚，但吾人必先考察明白寄生蟲卵須是平等的分佈在糞便中。那末纔可以着手計算。

近來我沿李昌沚、陳宏借、劉昌信、黃崇榮、杜其根等之研究，檢查露置糞便，茲即就其中寄生蟲卵數稍作統計的觀察。

檢查方法是以約50mg糞便分塗玻片三張，面積各合22/22m,m,的覆蓋玻璃。在100倍弱擴大顯微鏡下，順次計數其全面中所有蟲卵。結果各片中卵數每有參差。從此記載得如第一二三表之比差。

倘使從寄生蟲卵之多少以窺得蟲體寄生之程度，則依第四五六表所載之蟲卵數（三張玻片之總和）及糞便數可略得余所檢查之露置糞便中的寄生狀況。

第一表 示蛔蟲的結果

第二表 示鞭蟲的結果

第三表 示鈎蟲的結果

第一表糞便塗抹標本三片中蛔蟲卵數比差表

玻片數	第一片	第二片	第三片				
	1	0	0				
蛔	1	0	0	卵	44	31	28
	3	0	0		46	46	43
	3	0	0		51	48	33
	3	2	1		60	55	47
	5	1	0		65	51	20
	5	5	5		74	68	66
	6	4	2		84	83	71
	6	5	3		95	79	51
	8	6	4		99	31	26
	8	7	7		101	58	38
	9	3	2		125	100	80
	9	7	5		126	89	80
	10	6	5		129	107	103
	10	10	8		132	118	92
	11	9	4		158	151	95
	12	5	5		195	139	104
	13	10	9		165	124	96
	14	8	4		170	143	101
	14	12	5		172	172	126
	16	8	0		187	179	162
16	9	5	198	126	104		
17	4	2	198	175	102		
17	14	7	211	134	110		
18	14	12	241	154	139		
18	15	11	229	185	64		
19	18	14	260	258	165		
20	18	12	283	279	206		
22	19	11	415	370	225		
24	22	14	476	470	385		
25	19	13	541	348	314		
25	25	18	578	532	510		
26	14	4	579	534	529		
27	24	11	612	394	314		
32	22	16	686	663	553		
36	29	29	1196	691	562		
36	36	28	總計	9653	7705	6089	
39	25	10	相當比數	16:	13:	10	
41	35	21					
43	32	23					
43	18	15					

第二表糞便塗抹標三片中鞭虫卵數比差表

玻片數	第一片	第二片	第三片
鞭	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	0	0
	1	1	0
	1	1	1
	1	1	1
	2	0	0
2	0	0	
2	1	0	
2	1	0	
2	1	0	
2	1	0	
2	1	0	
2	1	1	
2	2	0	
2	2	1	
2	2	1	
2	2	2	
3	0	0	
3	0	0	
3	1	0	
3	1	1	
3	2	0	
3	2	2	
3	3	1	
4	0	0	
4	0	0	
4	1	0	

卵	4	1	0
	4	1	1
	4	2	1
	4	3	2
	4	3	3
	4	3	3
	5	0	0
	5	1	0
	5	1	0
	5	2	1
	5	3	1
	5	3	1
	5	4	0
	5	4	0
	5	4	3
	6	5	3
	6	6	4
	8	8	4
	9	6	5
	16	3	1
26	24	8	
33	31	27	
34	31	27	
總計	282	176	106
約比	8:	5:	3

第三表糞便塗抹標本三片中鉤虫卵數比差表

玻片數	第一片	第二片	第三片
鉤	1	1	0
	2	0	0
蟲	4	0	0
	3	2	0
卵	5	4	0
	5	3	2
數	6	3	2
	11	6	5
總計	11	7	2
	38	25	16
約比	86	51	27
約比	3:	2:	1

今看第一、二、三表，可見各標本上蟲卵分布之比差，此處所謂第一片第二片，當然不是實驗順序之第一第二，不過是把數之多少者排為第一，即體操式順序，所以我們之成績可見：

蛔蟲卵 16:13:10 = 48:39:30

鞭蟲卵 8: 5: 3 = 80:50:30

鈎蟲卵 3: 2: 1 = 90:60:30

那麼可以說蛔蟲卵的分布最平而鈎蟲卵最峻，而如看糞便中蟲卵之分布，那麼得第四、五、六表如下：

第四表	糞便數	
	蛔蟲卵數	糞便數
1- 5	5	3
6- 10	10	2
11- 15	15	4
16- 20	20	1
21- 25	25	7
26- 30	30	3
31- 35	35	2
36- 40	40	1
41- 45	45	3
46- 50	50	1
51- 55	55	2
56- 60	60	2
61- 65	65	1
66- 70	70	2
71- 75	75	2
91- 95	95	1
96- 100	100	3
101- 150	150	4
151- 200	200	3
201- 250	250	3
251- 300	300	1
301- 350	350	3
351- 400	400	1
401- 450	450	5
451- 500	500	3
501- 550	550	2
651- 700	700	1
751- 800	800	1
1000-1500	1500	4
1500-2000	2000	3
2000以上		1
總計		75

第五表	鞭蟲卵數	
50mg. 糞便塗抹表 標本中鞭蟲卵數	1- 5	39
	6-10	15
	11-15	2
	16-20	4
	55-60	1
	90以上	2
	總計	63

第六表	鈎蟲卵數	
50mg. 糞便塗抹表 標本中鈎蟲卵數	1- 5	4
	6-10	2
	11-15	1
	16-20	1
	21-25	1
	75-80	1
	總計	10

在這三表中。可以看見鈎蟲鞭蟲之二者，蟲卵數較少。而其對於各種標本上可顯出之蟲卵數很可變動。試觀下表。蟲卵含有之糞便三片檢查時不得見蟲卵之次數如下：

	檢查數	不見蟲卵者	不見蟲卵率
蛔蟲	225	8	3.5%
鞭蟲	169	59	31.2%
鈎蟲	30	7	23.3%

從此看之。我們用塗抹標本查寄生蟲時。光用一片檢查。顯是很不可靠。對於鈎蟲調查更甚。而不用測微尺看。那更不得良好成績。本研究雖極微而極粗。但對於臨床諸家。不免為一個攻玉之磚也。

介紹新著

新醫藥界空前巨著現代本草

生 藥 學

國立中央研究院趙燾黃主編

蔡元培 蔣民誼 余雲岫 汪企張諸先生序言

上編出版發售 下編開始預約

代理處 上海亞爾培路 中國科學社刊物經理部

上海新開路一〇九三弄新醫藥刊社

上海交通路一三一號新華藥行

上海北京路二六六號五定公司

杭州同春坊八九號民生製造廠

南京中山路二段天生大藥房

下冊預約期 二十三年十二月止

下冊預約價 每冊二元八角 寄費每冊國內二角國外一元五角

上冊定價 每冊四元 寄費分別照加如上

附告 下冊未出版之前自七月一號起上冊特價九折出售

新醫藥刊物一覽表

名 稱	發 行 所
余氏醫學革命論集	上海老六沽路新馬安里三十四號社會醫報館出版部
余氏皇漢醫學批評	社會醫報館出版部
性病指迷	社會醫報館出版部
傷寒全書	社會醫報館出版部
增訂西藥配製大全	上海英租界交通路新華大藥行 上海棋盤街醫智書局
華德對照臨床處方	上海英租界交通路新華大藥行 上海棋盤街醫智書局
實用調劑及處方	上海英租界交通路新華大藥行
產科學講義	上海法租界寶波路羅氏夫婦醫院
公眾衛生言論集	上海四馬路大東書局
再版生理胎產學	上海南京路六二〇號橋元吉診所
再版病理胎產學	上海南京路六二〇號橋元吉診所
最新花柳病診法 及治療法	上海望志路北永吉里十六號
牙醫大全	上海英界交通路新華大藥行
育兒衛生常識	上海跑馬廳對面同福里口一五八號漢光醫院
體育之科學的基礎	上海西門斜橋西首榮仁里悅來坊四十號斜橋醫院
增訂再版各病 注射療法大全	上海老西門口汪子岡診所
積民誼先生言論集	上海大東書局
新藥大成首集	廣州市泰康路光華醫學院出版部
新藥大成二集	廣州市泰康路光華醫學院出版部
新藥藥物學卷一	廣州市泰康路光華醫學院
新藥藥物學卷二	廣州市泰康路光華醫學院
中國衛生行 政設施計劃	四馬路商務印書館
常用處方集	上海交通路新華大藥行
醫事衛生討 論集第一輯	北平宣武門大街九十二號 神州國光社
新撰產科學全書	上海法大馬路自來火街西萬里第一號醫智書局
助產學問答	上海新大沽路五一八號姚醫師診所
再版新撰處方	上海法租界白爾路生活醫院出版部
最新各科危險症救 急療法	上海法租界望志路北永吉里十六號
日本全國協定自來 水考驗法	南京二道高井南京市衛生試驗所事務室
內科治療法集成	四馬路開明書店交通路新華藥行
醫學名詞彙編	愛文義路池浜橋科學名詞審查會
張子勉內科 臨床演講	四馬路大東書局
生理學綱要	上海北京路五定公司
實用助產學	上海商務印書館
臨床藥物學	上海白爾路二五六號生活醫院

綜 說

人體腸內之阿米巴 (Amoeba) 及其檢查法

祖 照 基

諸 言:

阿米巴赤痢 (Amoeba dysenteriae), 原屬於熱帶之疾患, 然其浸淫地帶頗廣! 如東亞細亞尤以我國南部, 日本, 印度, 朝鮮, 台灣, 以及馬來半島常為其流行地, 近年以來交通發達, 我國內地各省亦時有流行性之發現, 關於其蔓延狀況雖無正式統計, 以吾人於實驗室所見度之, 就滬地一埠言, 罹此患者定有可觀, 且於慢性症及未完全治癒者攜帶此種病原, 歷時頗久, 相繼傳播, 為害尤烈, 茲者不揣譎陋, 爰就先哲記載及近時文獻關於此病原阿米巴及其他之一般生物性狀及檢查法, 蒐編於此, 聊供參考, 至其治療等法未敢強作解人, 可讓諸臨證醫家, 本篇蠡測管窺, 粗漏在所不免, 尚祈海內賢達有以匡正之幸甚!

歷 史:

人體腸管內之阿米巴, 始於 1859 年為 Lambl 氏所發見, 惟當時以其生活狀況尚未闡明, 故未能引起學界之注意, 其後 1870 年 Lewis 氏在印度, 於霍亂患者糞便中同樣檢見之, 至 1871 年 Cunningham 氏不僅見於霍亂即下痢患者之糞便中亦見之, 氏以其無收縮胞, 故認為係一種囊胞 (Cyste), 與自由生活之阿米巴迥異, 此即今日之所謂大腸阿米巴也。

當 1875 年時 Loesch 氏更於慢性赤痢患者之粘液血便中檢

見阿米巴。且於剖檢上。在小腸下部及大腸潰瘍中亦曾發見之。雖經實驗可使犬感染起同樣之症狀。但未足信其為病原。僅想像為赤痢患者續發的。被其侵入腸內。使其疾患治癒困難而已。遂將此命名為大腸阿米巴 (*Amoeba coli*)。自 1879 年——1888 年 Grassi 氏在意大利於赤痢、霍亂、傷寒及其他種種患者之大便中皆檢出阿米巴。同時發見囊胞具有 3, 6, 9 核不等。以此囊子實驗感染并不起任何症狀。似與上述 Loesch 氏所見者同為一種。亦未能認作病原。而最初承認阿米巴有病原性者。當推 Kartulis 氏 (1886—1890 年)。此時一般持病原說者與非病原說互相責難。議論迭起。又 Baumgarten 氏等 (1890 年) 雖謂為赤痢病原。但仍視為與細菌相似之生物。而立中間說。1891 年時經 Councilmann 及 Lafleur 二氏考察之下。將阿米巴分為病原性與非病原性兩種。主張將前者名為赤痢阿米巴 *Amoeba dysenteriae*。其後二年 Quincke 及 Roos 氏。將此二種之形態加以區別。繼 Shiga 氏 (1898 年) 及 Kruse 氏 (1910 年) 發見赤痢病原菌後。遂將阿米巴赤痢與細菌性赤痢截然劃分。1903 年 Schaudinn 氏研究其形態及發育狀況。進而動物試驗。宣告成功。即將非病原性者名為 *Entamoeba coli* Loesch。具病原性者名為 *Entamoeba histolytica*。於是多年之論爭。竟解決於一旦。然 Vilreck 氏 (1907 年) 及 Hartmann 氏 (1908 年) 以為有四核者乃一新種。稱為 *Entamoeba tetragene*。又有 Ermassian 氏稱為 *Entamoeba minuta*。之一新種。論難又興。各自為是。未幾經 Walker 氏 (1911 年) Sellards, Kuenen, Swellengrebel, (以上 1913 年) Hartmann (1914 年) Wenyon 氏等學者闡明。上述之新種與 *Entamoeba histolytica*。同為一種。因其發育時期之不同。或因環境之變化。而其形態隨之亦各有異。尤以近來據 Dobeil 氏研究之小型發育型 (*Minuta Form*)。乃由組織內

之大型發育型 (Vegetative-Form) 向囊胞移行之過程命名為囊胞前期型 (Procystische Form) 等於事實上愈臻詳明時至今日寄生於人體之阿米巴如非病原者即名為大腸阿米巴 (*Entamoeba coli*) 其有病原性者即名赤痢阿米巴 (*Entamoeba dysenteriae*) 二種是也。茲先就此二種述之。

(一) 大腸阿米巴 (*Entamoeba coli*) *Entamoebacoli* Losche (1875) 此乃無病原性之阿米巴。其形態因其時期可區別為發育期型、囊胞前期型、囊胞三期。

A. 發育期型 (Vegetative Form): 其長經為 22 乃至 32 μ 短徑為 19—26 μ 雖有謂之僅 5 μ 者然多數仍謂其在 10 μ 以上。約 20 乃至 30 μ 之間。當生活狀態時多呈圓形而靜止。雖有時運動但不活潑。亦不移動。偶有出其狹窄之偽足時亦僅略變其形狀。其原漿 (Protoplasma) 少帶綠色。屈折光線力甚弱。故顯微鏡下不易發見。內外漿之區別雖不明瞭。但外漿 (Ectoplasma) 則透明。內漿 (Endoplasma) 呈粗大之顆粒狀。其中有大小不等圓形、橢圓形、不正形等之空泡。其內容多空虛。然有時含有桿菌、球菌、澱粉粒、植物細胞、食物殘渣、酵母、寄生蟲之囊子等種種物質。但絕無赤血球可見。核多呈胞狀圓形。其大為 3.2 乃至 4 μ 。其生體可屈折強光線。見有小顆粒環。若以鐵明礬蘇木精 (詳後) 染色。則在原核膜之內面。可見排列有比較大的染色質顆粒 (chromiolen), 其中并存有細小偏心性之核小體 (Karyosoma)。此顆粒環完全由染色質 (Chromatin) 所成。其大一般為 1 μ 。在其周圍有明瞭之暈環。且有放線狀之核原纖維 (Linin) 網。此網上尤以在暈環之周圍。可見散在之染色質顆粒 (如圖一)

B. 囊胞前期型 (Procystische Form): 此型多靜止。殆無運。呈圓形。其大為 11 乃至 18 μ 。約在 13—15 μ 之間。其原漿與發育期型

同，亦由微細顆粒而成。若施染色可見內漿爲網狀構造雖有空泡但不含細菌及異物。其外漿與上述內漿之區別困難，當伸出僞足時少爲透明。其核與發育期型同（第二圖）

C. 囊胞 (Cyste) (耐久體 Dauerform) 大爲 10 乃至 30 μ ，多爲 12—18 μ 呈圓形或橢圓形。覆以二層被膜。若在生體能屈折強光線原漿爲微細顆粒性。其內有核，可見光明之顆粒環。有時可見肝糖空泡 (Glykogenaveolen) 及核外染體 (Chromidien)。若染色後則此構造尤爲明瞭。在幼稚囊胞中多爲一核或二核。某一時期雖可見三乃至五核。但在成熟者有八核。有時并可見十六核。據 Dobell 氏謂有 13—15—18 核。有時且可至 20 核。云核之一核性者最大。8—16 核者則甚小。爲其直徑六分之一以下。其形爲圓形或橢圓形。然二核性之囊胞中有呈多角形或紡錘狀者。其微細之構造則與發育期型無異。核外染體多見於一二核性之囊胞中。二核以上者則甚稀。其形狀爲針狀纖維狀。有時呈顆粒狀。又有呈棒狀者。然其前端呈毛刷狀。肝糖空泡在一二核性中者爲多。尤以二核性之囊胞中爲大。可占有囊胞之大部。於其周圍可見散在之核外染體。此空泡之形狀爲圓形。不正形等種種雜樣。（第三圖）

囊胞之抵抗力較發育期型爲強。乃傳染之媒介也。

D. 寄生及出現：大腸阿米巴。即健康者亦所常見。其寄生於盲腸部者。有形便中僅見其囊子。不能見其發育期型。故欲觀察此型須先服下劑。就水樣大便而檢查之。在歐美諸國人體中潛存此阿米巴者不少。我國及日本亦多。對於人體無顯著之侵害。不過吾人檢查大便時偶遇之而已。至於下痢患者之便中則常出沒無定。須與赤痢阿米巴鑑別。

(二) 赤痢阿米巴 (Entamoeba dysenteriae) Entamoeba histolytica

Schaudinn (1903)

1. 此即阿米巴赤痢病原之原蟲。其發育期型在生體時兩極端之長徑為10乃至50 μ ，多為20乃至30 μ ，若經染色者平均長徑20—40 μ ，短徑為18—30 μ 。生活者運動活潑。伸出偽足而流動。若已經時則運動遲緩。偽足之伸出亦漸減少。而內外漿之區別遂明。即外漿無構造透明。呈玻璃樣。屈折光線之力強大。偏於一方。往往呈半月狀。當運動時。其偽足伸出。攝取附近之營養物質於其內。而營此部份之作用也。其內漿為微細顆粒性。其中每含淡赤黃色之赤血球。其核生活時不易檢見。至將死滅時。則稍增大。染色質呈不規則之排列。且因其增加而易於檢見。此時原漿與內外漿之境界不明。顆粒亦大小不等。且生空泡。運動亦停止。其體內僅可見流動緩慢之原漿。其內每被攝取赤血球。乃此種阿米巴之特異性。大腸阿米巴則無之。此赤血球漸次被其消化後。遂呈大小不同之形狀。終至呈僅有外皮之無色小塊。有時亦將白血球包容其中。生活之阿米巴學者多謂不吞取細菌。然據 Dobell 氏之說。謂雖不自行攝取。但有寄生於其中者。Wenyon 氏及 O'connor 氏等稱曾見桿菌云。其核常為一個。具兩個者甚少。多位於內漿之邊緣。倘欲察其構造。以染色標本為佳。即以鐵明礬蘇木精染色後檢之。多為圓形。連接於菲薄核膜之內面。而有環狀排列之微細染色質顆粒。其中央有一核小體。周圍為透明之環暈。從其邊緣可見核纖維原網。作放射狀分佈。核之大為0.4乃至0.5 μ 。核小體為0.05 μ ，有時達0.1 μ 。

(第四圖 1.2)

此發育期型。其運動迅速。頻出偽足。內漿不絕流動。核亦因之。而能移動變位於此時增殖者為二核分裂法。此型乃於急性赤痢。腸組織劇烈崩潰時存於腸潰瘍中。若在大便則出現於較純之粘

液或血液中其混有糞成分者。常不易檢見或為數甚少其抵抗力較之大腸阿米巴為強。在粘液血液便中尤以盛暑時縱經五——六小時仍能運動。設其中混有大便成分。則經一二小時即靜止。五六小時而死亡。十二小時後即行崩潰。若在組織中。可於淋巴腔靜脈內等處見之。亦有存於腺腔中者。在潰瘍之崩潰物中常不可見。潰瘍及其底部與健康部份之境域中甚多。

2. 赤痢阿米巴之囊胞前期型：至此時期有謂一方形成囊子。一方攝取細菌等物質而為營養之說。然 Dobell 氏謂此型乃由發育期型向囊胞移行中之一型。其已示退行性變性者。雖有時細菌寄生於其中。但無進而採取之能力也。

此型雖在立時排便後之新鮮材料中。其運動亦不活潑。呈圓形。有時僅於體之一方見其伸出大而短之偽足。原漿雖屈折光線。然較發育期型為弱。內外漿之區別不明。在內漿中無赤血球。其特徵為有棒狀或紡錘狀之核外染質。(Chromidien)。其核生活時亦可見之。即作輪狀排列而屈折強光線之顆粒。其中有偏在之核小體。在其周圍之暈環中。亦可見多數散在之染色質粒。核之大為 0.3μ 乃至 0.5μ 。其構造與發育期型者相同(第五圖)。

此型於慢性症候結液血液之排便停止時或受藥劑等之影響等時。常於大便中見之。為形成囊胞之預備時期也。

3. 囊胞(耐久體)：多呈圓形。其外層可見二重無色被膜。內容帶淡黃綠色。因其強度屈折光線。故易發見。其大多為 $10-13\mu$ 。有時可達 20μ 云。在染色標本。其原漿呈網眼狀構造。其中有核。其數在幼稚囊胞中不過一二個。成熟者有四核。但甚小。雖有謂含有四個以上者。殊多可疑。核膜非薄。其內面排列一圈微細染色質顆粒。有時偏聚於一部。因之該核膜有肥厚之觀。其中央有一核小體。周

不見顆粒而明朗。然有時可見核纖維原網。內漿內之肝糖空泡，多存於一及二核性之囊胞中。其大小有時占囊胞之大部份。核外染體，有呈短粗之棒狀、長桿狀、紡錘狀、橢圓形、顆粒纖維狀者。其兩端例為純圓。此核外染體被核放出後，其為染色質抑係原漿之分泌物，雖尚不明。然若囊胞陳舊時則漸次消失。（第六、七、八圖）

此囊胞於大腸病變漸輕快而成有形糞便時，或病勢減退轉成慢性等時，不適於阿米巴之生活者，即生此囊胞（耐久體）。出現於糞便中，其抵抗力較發育期型尤為強大。在新鮮水流中等處，頗能長久生存。實為傳染之源。此囊胞排泄之期間，恆延至數月乃至數年。又其生成，非絕對依囊胞前期型之順序。若病勢增惡，可復歸於發育期型也。

4. 增殖法：赤痢阿米巴之增殖法。某學者稱發育期型為二個分裂法（單分裂）。即先於核小體之中心分為二 Centriol，次核小體之另一核全體橫長成紡錘狀。少時即完全分裂為二核。實際上有核之發育期型，雖屢出現，按分裂法之原漿被縊而分為二之狀態，尚無報告。其他雖有以囊胞使動物感染之事實，然此囊胞為自家受胎增殖，及其如何破裂分離等，除二個分裂法之增殖法外，則尚未闡明也。

茲就其解剖的變化及症候略述之一：

解剖的變化：此原蟲之寄生部位，主為大腸，至迴盲腸瓣以上之小腸者極罕。惟侵害遠處之淋巴線或肝臟者，則不少。起初僅生赤色之小斑點，繼而崩潰，中央陷凹，遂成潰瘍。不僅漸次增大且深及筋層。有時漿膜破裂而穿孔。然其已成潰瘍者，更為細菌所侵。阿米巴即存於深部潰瘍面，被以黃色壞疽性之痂皮。倘原蟲侵入瀰胞中，則起壞死，終至破裂。如此可生成潰瘍。潰瘍間之粘膜呈種種

羸弱之炎症，尤以成慢性者，則腸壁肥厚且脆弱，又其潰瘍融合而發生廣泛之壞死，治癒後形成瘢痕，殘留種種障礙。

症候：急性者初於數日中腹部先有不快感，食慾減退，四肢倦怠，有輕微之頭痛，噯氣，嘔吐等前驅症，或突然下腹部發生疼痛，同時有水樣粘液性之下痢，尤以夜間為多，至次日僅排泄粘液或粘液與血液之混合物，其中幾無糞便成分，有裏急後重，一日下痢十數次甚至數十次，體溫於發病時伴有寒熱，其後多有約 38°C 之熱，但亦有無熱而經過者，惟病勢若增惡，則熱亦弛張，脈搏增加，約在一週前後諸症緩和常成慢性，或漸就治癒。

若呈慢性，其大便多為粘液與血液交混，若混有相當大便成分，往往呈灰綠色，血液量少時呈污穢灰色，如腸壁起壞疽，混有組織片時，則帶腐肉樣之惡臭，鏡檢之除見阿米巴之外可見赤白血球，膿球，上皮細胞等，有時發見嗜伊紅細胞及 Charcot-Leyden 氏結晶，下腹部有膨滿感於左腸骨窩可觸知索狀之抵抗，若病變瀰蔓，則此抵抗不僅延及 S 狀部及上下行結腸，且可達於盲腸，其合併症以肝膿瘍為最多，普通在其右葉可觸知大或小之硬結，有時有波動，往往發生黃疸，有弛張性之發熱，其他併發神經炎及關節炎者有之，又有發生肛門周圍膿瘍，腎炎及膀胱炎者。

傳染路徑：在未乾燥之大便中其囊胞可長久生存，一般入於飲料水中或由肥料，塵埃等而達於食物，或附着於生果實蔬菜等上，此為最重要之傳染源，又證明蠅攝取囊胞後此囊在蠅體內通過其腸管尚堪保其生活，動物可為阿米巴之攜帶者，人與人得以起直接接觸傳染，然其主要之傳染者實為攜帶囊胞者，及排泄囊胞者 (Cystentraeger u, Cysten-ausscheider)。患者於急性期經過後，即其阿米巴囊胞之形成旺盛時期，故其傳播亦最烈。

上述之囊子與食物同時入於人體時，受胃液之作用其被膜即消失而成幼稚之阿米巴，至腸中途營養發育期型之增殖，施其損害腸組織之作用。

四、阿米巴之檢查法

(A) 生體檢查：

以新鮮之大便取其混有血液之粘液一滴，置於載物玻片上，以覆蓋玻片覆之略加輕壓而鏡檢之。

當採取大便時若預使其容器溫暖，立即採取材料檢查之，常可見阿米巴之運動狀態；若為硬便，則以溫生理食鹽水使之稀薄，阿米巴於 15°C—20°C 之室溫中尚能暫時保持其固有運動如用加溫裝置鏡檢法則更佳。當鏡檢之際，須用強光線以 80—100 倍之弱廓大檢查可矣。欲作長時間之檢查時，覆蓋玻璃之周邊以臘或凡士林封之，以防水分之蒸發。標本面中有多數阿米巴時，則可見各個有光輝之小圓板，次以強廓大最後須以油浸裝置精細檢查之，然用乾燥系接物鏡常易於發見阿米巴且得進而觀其運動，對其囊胞亦須精確鑑別之。

如上所製之標本充分鏡檢尚難以發見阿米巴時，可加伊紅 (Eosin) 或美藍 (mefhylene blau) 水溶液。此時白血球或脫落上皮細胞等雖立即染色，但阿米巴在生活期間不被染，故常因此而容易檢見。或用：—

Donaldson 氏法經 kofoids 氏改良之法亦可。其法：先製生理食鹽水伊紅飽和溶液，再製 5% 碘化鉀生理食鹽水溶液加入碘片使之飽和（以 20cc 生理食鹽水加入 1.0gm 碘化鉀溶解後加碘片使成飽和溶液）此液須新製不可經 24 小時，臨用時兩液等量混和，以一滴置載物玻片上，次取檢查之大便一滴置於左近，以覆

蓋玻片覆之玻片面之兩液遂平等混合。鏡檢時便中之雜質為紅色。阿米巴為黃色核染為褐色。區別囊胞時，頗堪利用。又有：一

Riegel 氏法：取新製之 Manson 氏液（礬砂 5gm 蒸餾水 100c.c. 煮沸加入美藍 2gm 溶解之）1c.c. 加 Chloroform 5c.c. 振盪 30 秒使之混和再加 Chloroform 使成 10c.c. 濾過之。以薄塗之濕潤標本浸於此濾液中。染色 20 秒乃至 1 分鐘。速以流動地臘 (Lig. Parattin) 封鎖之。施行檢查；

生活阿米巴染為紫色。死阿米巴呈灰綠色。囊胞一部呈暗紫一部呈淡紫色。

按新鮮大便中赤痢阿米巴之外觀因其形體較大時出偽足且運動活潑等顯微鏡下固不難識之。在急性下痢便中常見大腸阿米巴其與赤痢阿米巴之主要鑑別點可參照下表識別之。

種別 鑑別點	赤痢阿米巴	囊胞	大腸阿米巴	囊胞
直徑	20—40u	10—20u	10—30u	12—18u
運動	極為活潑	無	遲鈍有時不明	無
原漿	內外漿明瞭尤以運動時著明	—	內外漿不明瞭	—
色澤	外漿無色玻璃樣透明內漿灰色或為類綠色	淡黃綠色	內外漿皆灰色	—
核	生活時不易見之	四核	形大，可見之	八核
空泡及含有物	常有空泡一般數多常含赤血球	—	通常不含空泡亦不含赤血球	—

一般以上述之操作；多可達檢查之目的。如欲作保存標本檢

其微細構造時，以用 Schaudinn-Noeller 氏法為最佳，或施 Gross 法固定以 Geimsa 氏等液染之亦可。茲將其分述於下：

(B) 染色檢查法

以新鮮大便之血性粘液部份，薄塗於載物玻璃上，在未乾燥之先行下述之固定方法。

表中之第一方法接觸碘酸蒸氣，必須於標本未乾燥之先行之為要。

第二方法：製固定液時先製昇汞飽和溶液，即將蒸溜加溫同時置入昇汞使之飽和可也。

區別 方法	固 定	作用 時間	洗 滌	作用 時間	染 色
第 一	1—2% Osmium aeure 蒸氣	10—20 分鐘	蒸 溜 水	5—10 分鐘	不染色鏡 檢之
第 二	昇汞飽和水溶液 2 份 鈍醇 1 份 冰醋酸 1—2gtt 混和加熱 60°C	約 10 分鐘	碘醇 (70% Alko hol 中加少許碘 呈赤褐色即可)	30分鐘	Schaudinn Noeller 氏法
			60% Alkohol 70% Alkohol	30分鐘 稍久	
第 三	Formalin 蒸氣	10分鐘	86% Alkohol	約 3—5 分鐘	Methyle rotod Gei msa 氏液
	Alkohol Aether 等分液	20分鐘			
第 四	Methyl alcohol	10分鐘	1% Tinctura iod	5分鐘	Eosin Me thylenebla u,

第二方法之 Schaudinn-Noeller 氏染色法如下：

1. 媒染液用 2.5% 鐵明礬液，將標本直立浸於其中，在 37°C 溫箱中歷一小時，須注意標本上不可留有些微之沉澱。
2. 以蒸溜水洗滌之。
3. 0.5% 蘇木精 (Haematoxylin) 水溶液 (製後經過四至六週，使與日光接觸，所謂熟液，歷時愈久，染色力愈佳) 中，直立於 37°C 溫箱中染色一小時。

4. 水洗。
5. 再移於第一媒染液中，將標本搖動同時使之脫色時以顯微鏡檢查之至原漿脫色爲止。
6. 充分水洗。
7. 經過 70%，90% 及純醇 (Absolut alkoHol) 依次脫水然後經 Xylol，以 Canada Balsam，封鎖鏡檢。

染色後之所見：可參看前數頁形態之記載。

近時有將 Schaulinn 氏法加以改良其所用之固定液之處方如下：—

固定液：昇汞飽和生理食鹽溶液	20cc.
木醇 Methylalkohol	10c.c.
冰醋酸	數滴
以上混和之	
染色液：甲、Haematoxylin	0.1gn
Aq dest	80cc.
加熱溶化之	
乙、Acid. phosphotungstic	10gm
Aq dest	100cc.
加熱溶化之	

將甲液 80cc 與乙液 20cc 混合裝於大口玻璃瓶內，勿庸緊塞置日光下使之氯化歷二星期，此溶液即可取用，此液亦經時愈長染色力愈強。

標本用上液固定後，不必經酒精洗滌，即在 70% 醇中短時靜置而浸於蒸溜水中，取出再以上述之染色液染色十五分鐘然後更以 50%，70% 醇洗滌，屢換醇液，至醇中無黃色爲止，即可使之經

90% 及鈍醇脫水再經 Xylol 等封製之此標本原漿呈水紅色核及染色質顆粒為紫色。

第三方法為 Gross 氏法:以未乾燥之標本使之接觸 Formalin 蒸氣然後入於 Alkohol Aethre 等分液中 20 分鐘然後用 Methyleneblau 染色或用 Geimsa 氏液染之均可。

第四方法為 Wiener 氏染色法:固定後入於 1% Tinctura iodum 中洗後傾去液面之碘酒無須用吸紙吸乾以 Löffler's Methyleneblau 染 1½ 分鐘。置入水中洗之滴去其水滴。以濃厚伊紅水溶液 (以水 1:3 稀釋者) 染色一分鐘。然後以濾紙吸之使乾即可得赤與青色之對照染色。

以上列舉之各法皆須精細為之。且其各有利弊。尤應熟練參酌操作。其時間之長短須視標本厚薄而加減之。毋須拘泥也。大便中阿米巴之檢查。於慢性症例結果每為陰性須投以下劑反復檢查之。又其可疑之症例。必每數日檢查一次。有時慢性患者因內服藥物之作用及其他之影響。非僅阿米巴不易檢見。即其囊胞亦甚寥寥也。

(C) 赤痢阿米巴之培養法:

始於 1924 年由 Boeck 及 Drbohlau 二氏培養成功。氏等最初以 Loeke 氏液與鷄卵混合使其凝固成斜面。其上再加 Locke 氏液與卵白之混和液而行培養 (所謂 L. E. A. Naehrboden)。翌年 Drbohlau 氏發表其改良之固形培養基即 (1) 以緩衝 (Gepuffert) Ringer 氏液製成 Agar 培養基 (Ph=7.4)。(2) 緩衝 Ringer 氏液 agar 中按 1% 之比加入米澱粉即成澱粉瓊脂培養基。(ph74)。(3) 用加熱 100°C 之血液瓊脂 (N.N.N. agar)。液狀培養基。以用 Ringer 卵白液 (Ph7.2-7.4) 為佳。至 1927 年 Vogel 氏將 Drbohlau 氏上

述之方法略加改良；固形培養基用澱粉瓊脂及血液瓊脂。液體培養基用緩衝 Ringer 氏液中加入卵白。將此盛於固形培養基中。茲將其製法述之於下：—

A. 澱粉寒天：以 10gm 米澱粉及 30gm agar，加入重湯煎上煮沸之 1000 c.c. 緩衝 Ringer 氏液中而溶解之。此中加定規氫氧化鈉液 (Natrslauge) 使成 pH7.4。

緩衝 Ringer 氏液之製法如下：— (Ringerlösung nach Dr. Bohlau)

Aq dest	1000cc
NaCl	6,0gm
KCl	0,1gm
CaCl ₂	0,1gm
Na Hco ₃	0,1gm
KH ₂ PO ₄ (緩衝劑)	5,0gm

B. 血液瓊脂：

在普通之 Ringer 氏液中按 3—4% 之比加 Agar 再按 1% 之比加葡萄糖；然後將無菌的手續採取之血液去其纖維素按 1:1 加入混和之將其置成斜面加熱 90—100°C 即成綠褐之培養基（加熱時須於血清凝固器中之行）。

C. 液體培養基：

澱粉及血液瓊脂培養基中於培養前加入 5—10c.c. Ringer 氏卵白溶液。此液之製法：取上述之緩衝 Ringer 氏液 500c.c. 加一個雞卵之卵白。在滅菌瓶中振盪使之平等混和。

D. Craig 氏法：此為一最簡單之液體培養基。頗為適用。其製法：取 0.85% 食鹽水 7 份加入非働性血清 (加熱 56°C 一小時之 Serum) 1 份即可。

培養法:

以新鮮大便塗抹或取數白金耳粘液血便混入培養基中。不論其為固體與液體培養基。此原蟲多發育於凝集水中。故於檢材置入後經 12—24—48 小時之 37°C 溫箱培養。隨時取其液面之物檢查之。

(D) 動物試驗:

如必要時亦可行動物試驗。即以含有阿米巴或其囊胞之新鮮糞便製成稀薄液狀（以生理食鹽水加入攪拌稀釋之）行灌腸法。注於幼貓之腸內。使之感染。約經五六日。此貓可患定型性赤痢。因潰瘍性腸炎或併發肝臟瘍等症而死。又以此大便使之攝食。亦可達其目的。

人體腸內除上述之兩種阿米巴外。尚有其他阿米巴亦為無病原性寄生。雖易於與上述者區別。然不可不知也。茲將其主要者述之於下：—

Endolimax nana: 為小阿米巴。形圓其長徑常在 10 μ 以下。內外漿在靜止時不易區別。運動之際可見徐徐出其玻璃樣之偽足。此阿米巴嗜細菌及澱粉粒。核為特有之 *Limax* 核。有較大之核小體。為明朗之暈環包圍。成熟囊胞為四核。長有 6—8 μ 。幼稚囊胞有大空胞。此囊子與赤痢阿米巴之囊子每易混淆。臨床上有鑑別之必要。

Endolimax williamsi (*Jodamoeba butschlii*): 為 8—20 μ 大之阿米巴。運動多緩徐。內漿中含有多數之細菌及頽廢物。核為 *Limax* 核。囊胞又名 *Jodocyte*。大為 8—22 μ ，有大而圓之均等質 (*Homogen*) 之染色質顆粒。此阿米巴逢碘液染為赤褐色。

Entamoeba tenuis *S. hartmanni*: 大為 6—8 μ ，小空泡中雖有時

含細菌，但決不含赤血球核之構造與大腸阿米巴者類似。囊胞大為6—10u，有四核與赤痢阿米巴之小囊胞相似含有甚多量之染色質顆粒。

Dientamoebafragilis: 為4—12u大之小阿米巴，特有二核。寄生於人之腸內，空泡中多含球菌，有時亦含大細菌及酵母核。在不染色標本為較大之顆粒，作不規則之堆集，有透明之邊包圍之。有時亦有一核者，若在大便中則近速死亡，有淡漠之核殘遺物，因其變為空胞化之小體，故有【*fragilis*】之名，通常僅在新鮮糞便中見之。

Entamoebagingivalis: 為口腔阿米巴，與赤痢阿米巴極相似，此存於健常之口腔及扁桃腺，又於齒齦炎、齒槽膿漏際見之，大為10—30u，內外漿明瞭，為熱帶醫家所注意之一種，恐所謂阿米巴氣管支炎之一部份，由此阿米巴所惹起。 (完) 附圖見後

杭州泰華藥房

本藥房運專國產於歐美原料藥品，醫藥器械，衛生材料，注射新藥，化粧香品，以及自製良藥配製各國處方。無不應有盡有。以副為顧之雅意。

附設華豐紗布藥棉廠自製紗布，藥棉，綳帶，月棉等各種衛生材料：——

特約經理：——

法國百部洋行藥品

德國先靈洋行藥品

德國薩克生血清廠出品

上海信誼藥廠出品

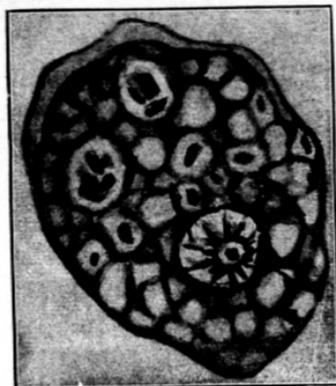
惠民奶粉公司出品

地址： 延齡大馬路三八號

電話： 三二七五

大腸阿米巴 (*Entamoeba coli*)

第一圖
(Vegetative Form)
發育期型



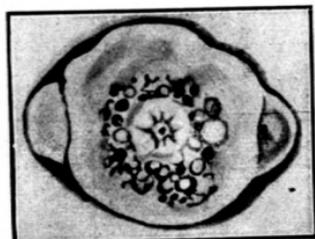
第二圖
囊胞前期型
(Pro-cystische Form)



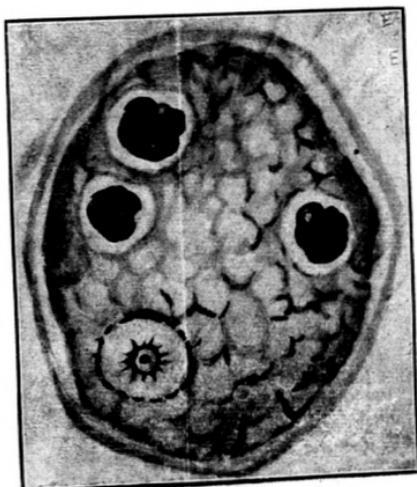
赤痢阿米巴
(*Entamoeba histolytica*)
(*Entamoeba* of Dysentheriae)

第四圖
1. 發育期型 (Vegetive Form)

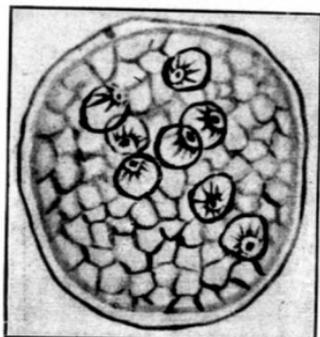
2500x
1200x



2. 同型運動狀態



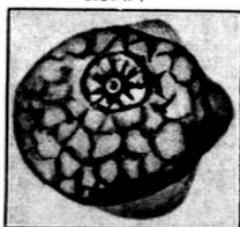
第三圖 囊胞
(Cyste od Dauerform)



第六圖
囊胞
(Cyste od Dauerform)



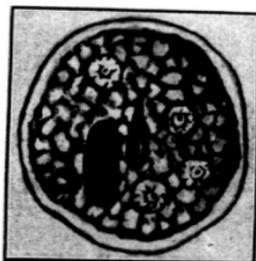
第五圖
囊胞前期型
(Procystische Form)
2500 ~



第七圖



第八圖



二十三年十一月十日脫稿於法醫研究所檢查室

小兒肺炎之診斷及治療法

上海東南醫學院 陳卓人

目次

引 言

診斷篇 (一) 小葉肺炎 A 普通型 B 流行感冒肺炎 C 麻疹肺炎 D 百日咳肺炎 E 其他

(二) 大葉肺炎

(三) 幼兒肺炎(綫條狀肺炎)

(四) 慢性肺炎

治療篇 (一) 小葉肺炎之治療

A 一般注意事項 病室……空氣……溫度……濕度……臥位

B 理學的療法 噴霧……氣包……芥子……氧氣吸入

C 藥物療法 強心藥……鎮靜藥……退熱藥……祛痰藥

D 特殊療法 生理食鹽或葡萄糖液注射……輸血……劑量藥注射

E 食餌

F 後療法

二 大葉肺炎治療

A 疫苗療法

B 血清療法

C 刺戟藥療法

D 規竇療法

三 幼兒肺炎之療法

四 慢性肺炎之療法

引 言

肺炎一症爲小兒致死之最大原因除普通肺炎外如麻疹如百日咳等本不至死其所以致死者以有合併症之肺炎故也。又如

營養障礙體質異常，本不至速死，其致死者，亦以肺炎也。據 1927 年柏林市之統計，自六月至十一月，小兒之患營養障礙者較多，而自十二月至翌年五月之間，則肺炎患者，非常增加。今日德國小兒死亡者之三分之二，實為肺炎云。又據日本京都帝國大學兒科教室之報告，肺炎病人之數，雖各年不同，約占全體病人之 2—5%，可見本病之多矣。肺炎死亡數之多，既如彼，而瀕發又如此，其為小兒生命之一大威脅也，明矣。故實地醫家，對於小兒肺炎，若能為適當治療，使死亡率減少，則不特小兒之幸，自社會國家觀之，次代國民之得保全，為經濟發展與鞏固國防之基礎，吾人衷心所禱望者也。

肺炎分二種，曰大葉肺炎，即纖維素肺炎，曰小葉肺炎，即氣管枝肺炎。此二者其解剖所見，症狀結果均各不同，夫人而知之。小兒肺炎，尤以五歲以下，以後者為多，然大葉肺炎，亦非絕無。Feer 氏云「大葉肺炎，不見於小兒，為誤謬之論」。又 Mering 氏云「小兒期肺炎，固以小葉肺炎占大多數，然若云幼兒無大葉肺炎，則不能贊同」。日本九州帝大伊東祐彥教授云，大葉與小葉肺炎之數，約為 1:4 云。由是可知小兒期肺炎之五分之四為小葉肺炎。且其結果都不佳，故本篇所述以小葉肺炎為主，亦述及大葉及其他肺炎。蓋吾人普通所謂小兒肺炎，即指小葉肺炎而言也。

診 斷 篇

一 小葉肺炎（別名 氣管枝肺炎、卡他兒肺炎）

A 普通型

此處所謂普通型者，乃指發於感冒以後之肺炎，即臨症上大多數先有氣管支炎，而續發肺炎症狀者也。小葉肺炎者，解剖上炎症之範圍甚小，限於肺之一小部分，然此小病灶多數相聚，則成大葉之狀，而不易區別。（鑑別法見下）唯解剖上病灶之中，必有若

干健全肺胞存在得與大葉肺炎區別。

至其診斷當先明瞭其症狀而症狀一項普通教科書及參考書言之甚詳故此處僅述診斷上所必要者。

本病之發生其先必有上氣道炎氣管支炎或傳染性疾病。(傳染病肺炎另項述之)間亦有無以上前驅疾病突然發生者故初期症狀並不一定若先有氣管枝炎繼發高熱者吾人第一當注意小葉肺炎本病特有之症狀為呼吸之變化其最著者為呼吸迫促雖由輕重而不同每分鐘自六十至八十或不止此數呼吸短促而表淺次為鼻翼之煽動即鼻孔吸氣時擴張而呼氣時縮小是為肺炎之確徵有注意之價值復次為呼吸困難因病灶大小各異而其程度不同最甚者呼吸補助肌全體收縮胸廓之運動頗為著名唯呼吸困難不若前二者為必發耳。

咳嗽亦為主要症狀之一部短小無力與急性氣管炎急性喉頭炎之劇烈咳嗽顯有區別然同時合併喉頭炎氣管炎者其咳嗽亦較劇痰甚少即有亦嚥下而不吐出。

熱雖為必發症狀然其高低熱型及持續日數至不一定同為小葉肺炎有近四十度者有僅超過三十七度者大抵熱高者小兒之抵抗力強低者弱如早產兒及生活力薄弱小兒之肺炎熱度較低以其身體虛弱無力抵抗即吾人所謂無力性肺炎是也。

循環器方面以脈搏之增加(瀕數脈)為要每分鐘有至二百次者心音之聽診在豫後之決定上頗為必要即心音較弱而失其清厲音調為心臟衰弱之兆至重症肺炎口唇耳壳指尖等有強度紫藍色一見即知。

肺之聽診除氣管枝炎之乾性囉音及中大水泡音外在初期無特殊收穫然病灶漸次擴大則呼氣音頗為顯明且可聞氣管枝

聲 Bronchophouie 小兒哭泣之聲甚易聞知。而有響性水泡音。亦同時出現。小兒肺炎。都自背面下部及肩胛間部開始。故水泡音多於此處開始聞之。且後面較前方為多。病勢進行則波及前面。其最甚者則全體有無數捻髮音存在。又永井一夫氏謂。以聽診器置於小兒鼻孔附近。或開口時。置於口附近聽診時。則最極微細水泡音。亦得聞之。如此不接觸兒體。而得聞知。頗可利用。猶以小兒熟睡時為佳。云。

胸部打診。初無變化。病灶擴大時則打診音短。或為輕濁音。然多數小病灶集合時。則打診音與大葉音不易分別。

其他病初或經過中。有發全身痙攣者。或下痢。便為綠色粘性。有如消化不良者。為常見之事實。小兒痙攣之一部。由熱發生。無甚意義。即熱低者。由呼吸困難亦得發生。至下痢則由肺炎時消化力低下而起。所謂腸管外傳染消化不良是也。又初期有發嘔吐者。持續不久。至食慾減退。不安。不能安眠等。非特見於各種肺炎。即其疾病亦皆有之。

由以上所述。本病之診斷。當屬易易。吾人之當注意者。厥為無力性肺炎。以其臨症上徵候甚少。如僅有微熱紫藍色呼吸困難。而聽診所得甚微。此時以利用 X 光綫為妥。

至鑑別診斷。第一當與大葉肺炎區別。詳述大葉肺炎中。(二)與毛細氣管枝炎 Brouchitis Cakillaris 之區別。實甚困難。蓋毛細氣管枝炎之徵候。與小葉肺炎相似。惟脈搏及呼吸之數較少耳。但實地上毛細氣管枝炎之治療。與小葉肺炎相同。且前者進一步。即為後者。故無勉強區別之必要。(三)結核之氣管枝炎型。與本病相似。然觀其經過之不同。可以知之。若二歲以下之小兒。則可利用 Tuberculin 反應。若為陽性。則可斷為結核。以幼兒之結核。都為活。

動性也。

小葉肺炎之豫後不容樂觀，Holt氏之統計一歲以下之死亡率為66%，二歲以下55%，三歲以下33%，四歲以下為16%，云。Feer氏之統計五歲以下小兒之平均死亡率為36.8%，而伊東祐彥氏教室之平均數為31%云。

B, 流行感冒肺炎

流行感冒發於冬春二季雖流行有大小之差然無年無之本病為侵犯呼吸系粘膜之傳染病。故合併肺炎本不足奇。流行感冒之死亡者除直接由心臟衰弱外均以有肺炎也。本病之肺炎。在臨診上介乎小葉與大葉肺炎之間惟解剖上則近似小葉肺炎。且實際上亦有症狀全與小葉性肺炎一致者。

流行感冒肺炎 Grippenpneumonie 之臨床上症狀介乎小葉與大葉肺炎之間。已如上述然亦有一肺或二肺同時有兩種變化者。此時診斷更易。總之凡遇以下三項中之一項。吾人可斷為流行感冒肺炎。即（一）初期為小葉肺炎症狀。次第變為大葉肺炎之狀。即先聞多數水泡音。漸次減少終至消失。同時浸潤漸次著明。終至呈濁音而可聞氣管枝呼吸音。（二）肺之一部有小葉肺炎之象。同時他部分有大葉肺炎之象。（三）肺之一部有多數水泡音。同時此部可聞氣管枝呼吸音。打診為濁音。而觀其熱型。尙未至分利之時。

症例(1) 鄒○○ 男 四歲七個月

初診 廿貳年十二月六日

病兒之母於十日前患流行感冒。臥床五日。現雖已起床。但元氣未復。病兒於五日前起發熱。咳嗽。頭痛。四肢倦怠。食慾不佳。尤以咳嗽為甚。致病人不能安眠。六日其母親見體溫更

高。且有鼻翼煽動。故求診。

體溫 39°6c 呼吸 48 次脈搏 138

胸部所見 全體到處可聞 Pfeifhen 及 Giemen。於背面左側肩胛骨下。大人手掌大部分。有多數有響性水泡音。但同時可聞輕微氣管枝呼吸音。打診音無大變化。唯抵抗稍強。右肺後面下部亦有水泡音。

七日 右背面下部之水泡音減少。而右前面第四五肋間乳綫與胸脅綫之間。又發見水泡音。打診音無變化。左背面肩胛骨下水泡音減少。氣管枝呼吸音較昨日著明。打診為輕濁音。

九日 右肺前面尚有少數水泡音。左後面病灶水泡音僅二三個。然氣管枝呼吸音甚為著明。打診音近純濁音。此日體溫 39.3°c, 脈搏 140, 呼吸 48。

十一日 右肺已愈。左肺背面水泡音又增。打診音。仍近純濁音。今日體溫 38°5c, 脈搏 130, 呼吸 35。

十三日 左肺背面。水泡音大增。氣管呼吸音較輕。打診音變為輕濁音。體溫 37°8c, 脈搏 118, 呼吸 32。

C 麻疹肺炎

麻疹死亡之最大原因為肺炎。盡人皆知。據 J.B. Ellison 氏之報告 1931 年倫敦 Groub 醫院麻疹死亡者 193 人中。有小葉肺炎 153 人。大葉肺炎六人云。麻疹時之肺炎。吾人通稱曰麻疹肺炎。其發生是否與麻疹同一病原。頗為疑問。統計上仍以肺炎球菌。流行感冒菌。鏈狀球菌為多。蓋以此時小兒抵抗力減退。故是等細菌得逞其猛威而致病也。前述 Ellison 氏之統計。流行感冒菌為 46%, 肺炎球菌為 28%, 鏈狀球菌為 12% 云。然病原菌之比例。各流行均不

一致。即合併肺炎之頻度亦不同。

麻疹之合併肺炎者。多見於幼少小兒。乳兒尤多四五歲以上已不多見。麻疹之肺炎在解剖上及臨症上多屬小葉肺炎。至其發生時期殊無定規。或前驅期已有之。則熱度高升。而發疹較緩。自開始至極盛期須數日之久。發疹之色淡或蒼白。或發而復隱。隱而復發。若肺炎於發疹之初出現。則已發之疹或隱。或變為暗紫色。即所謂內攻是也。其最多者。肺炎之開始在發疹之極盛期或以後。若為後者。則體溫已有下降之勢。勿又高升。而現肺炎諸症狀。本肺炎經過較長。一進一退。往往有變為慢性肺炎者。臨症症狀。與普通小葉肺炎同。唯肺炎未發以前。全身症狀較輕。肺炎成立。則勿然變重。尤以體溫。脈搏及循環系統之變化為著明。本肺炎易成肺壞疽。早為 Heubner 氏所注意者也。又於短時間內。能擴張至最大範圍。亦一特徵。是蓋因氣道粘膜因發疹。全失其抵抗力故耳。

病例(2) 陳○○ 女 二歲十個月

初診 民國二十年十一月十八日。

病兒於三日前起發熱。漸次升高。往來於三十九上下。咳嗽甚劇。以後熱更高至四十度前後。脈搏為一百五六十次。全身狀態。頗為沉重。至二十日始現 Koplik 氏斑。發疹於二十二日晨開始出現於耳殼後部。但蔓延頗緩。至二十四日方發見於背部及腹部。且數亦不多。胸部聽診上。自發病以來。到處可聞乾性囉音。二十四日上午九時於左胸背面前下部聞二小水泡。且氣管枝聲 Bronchophonie 亢進。似有發生肺炎之頃。同日下午三時之情形。則除右側前面上部外。肺全體到處可聞無數小有響性水泡音。打診音無甚變化。病兒鼻翼煽動著明。呼吸非常困難。面現紫藍色。意識濁混。為朦朧狀態矣。按民

國二十年冬至二十一年春。上海麻疹之大流行。重篤者多。合併肺炎者。更指不勝。居然於六小時之短時間內。進行至如此廣大範圍者。實不多觀。

D 百日咳肺炎

百日咳患兒之死亡亦都由於肺炎。病兒愈幼少。及有體質異常者。則合併肺炎愈多。統計寒冷時之百日咳較其他時間。合併肺炎較多。百日咳嗽肺炎亦屬小葉性。而其病原多為肺炎球菌。及鏈狀球菌。即與他種肺炎同。百日咳菌自己普通不發生如臨症上所見之小葉肺炎。Feilter 氏及早川氏之報告。謂百日咳肺炎。乃肺間質炎與小葉肺炎合併而成。又早川稻森二氏之研究。百日咳菌侵入氣管枝周圍。由其體內毒素（菌死亡後）之刺激。間質增生。故常合併氣管枝炎。此時氣管枝粘膜之抵抗力減退。易成第二次感染云。又稻森氏謂由百日咳菌僅得生間質炎。而小葉肺炎之發生。必由混合傳染云。

本肺炎之診斷。除初期外。頗為容易。即百日咳經過中。熱度升高。呼吸迫促。聽診上可聞許多水泡音。以及其他肺炎症狀是也。肺炎之發生。多在痙攣期。此時咳嗽或失去其特徵。變為普通乾而短之咳嗽。痰亦有失其玻璃透明之性質。而為黃色膿狀者。待肺炎治愈。則咳嗽性質。又復原狀。此即所謂中斷現象是也。或發於減退期。其狀亦如上。而發於卡他兒期者。則咳嗽發於未現其特徵以前。診斷上一如普通小葉肺炎之先有氣管枝炎。頗為不易。須詳詢其發病狀況。及以後經過。並有否百日咳流行方可。

百日咳肺炎之經過。有甚久如慢性肺炎者。因身體抵抗力減退。致妨礙治愈者也。與其他傳染病同。而百日咳時。以有氣管枝間質炎。障妨管壁淋巴之流通。不易吸收。更易成慢性。此時與結核不

易區別。又百日咳後氣管枝炎之不易治癒者，以本菌寄生於間質中。死亡後其體內素毒不斷流出刺戟故也。

症例(3) 周○○ 男 九個月

初診 民國二十一年十一月十三日

此兒於十月下旬已患咳嗽。其家人以爲普通感冒。未服藥。後以咳嗽漸次劇烈。故來就醫。此時咳嗽不特爲發作性。且已帶痙攣 Reprise 之特徵。故診斷頗爲容易。至十七日始開始注射疫苗療法。熱度有時全無。有時僅超過三十七度少些。胸部僅有少數乾性囉音。痰以屬幼兒。即行嚥下。不易檢查。自二十起熱升 38.5°c ，兩肺背面下部可聞少數水泡音。二十一日更高升至 39.2°c ，背面之病灶擴大。左側至肩胛隅。右側自肩胛間部中間以下。又右側前面第三四肋間亦有水泡音。此時咳嗽甚多。已不復爲發作性。且 Reprise 之狀態甚少。痰膿樣爲淡黃色。二十四日體溫始下降。二十八日胸部始無水泡音。而咳嗽減少。痙攣性之特徵又逐漸出現矣。

D 其他肺炎

小葉肺炎除上述各病外。凡傳染病均得發生。如白喉天花雖其本病皆可致死。亦有合併肺炎而死者。惟不若麻疹流行感冒之多耳。又猩紅熱傷寒等亦然。則更少耳。是等要皆與普通小葉肺炎相一致。無特異之處。總之是等疾病。若合併肺炎。則豫後不佳。即幸而不死。經過亦久。且病後易致營養障礙及結核之發生。故小葉肺炎。實爲小兒界之大敵也。

症例(4) 沈○○ 男 三歲四個月 白喉肺炎

初診 民國二十一年一月十四日

本例乃患劇烈之咽頭白喉。由醫師之介紹而住院者也。

當時症狀甚重。兩側咽頭扁桃腺全體及懸雍垂等處。滿被污穢黃綠色厚苔。體溫在四十度以上。脈搏 180，細小殆不能觸知。口內有惡臭。殊無必癒之把握。用抗毒素之大量注射後。漸次平復。即十七日體溫 $38^{\circ}9^{\circ}\text{c}$ 脈搏稍充實 162 次。十八日體溫 $38^{\circ}5^{\circ}\text{c}$ ，脈搏 140，十九日 $37^{\circ}8^{\circ}\text{c}$ ，二十日 $37^{\circ}4^{\circ}\text{c}$ 。咽頭部之苔於十八日起次第剝脫。至是日僅留一小部分。胸部所見。僅有氣管枝氣炎之徵。不料自二十一起體溫勿又升至 $39^{\circ}2^{\circ}\text{c}$ ，同時全身狀態亦變惡。胸部於左側前面乳腺附近有小水泡音。且有呼吸迫促。鼻翼煽動之象。二十二日體溫最高達 40°c ，脈搏 176，水泡音散布於肺之全體。而現紫藍色神智稍混濁。險象環生。不可終日。極力施救。又吸入氧氣。翌日似稍有轉機。二十四日體溫最高 39°c ，脈搏 170 較前稍佳。二十六日脈搏 154，體溫 $38^{\circ}5^{\circ}$ ，紫藍色呼吸困難殆全已消失。以一二八之戰乃回家繼續治療。水泡音此起彼沒。熱度往來於 $37-38^{\circ}\text{c}$ 之間。成慢性型。又經一個月始告癒。白喉肺炎較之麻疹等甚少。而此病兒兩次幾瀕於死。卒獲全癒。真幸事也。

附 記 此兒於五個月後即二十二年五月下旬又來診。肺部左乳頭以下全為濁音。且可聞氣管呼吸音。面色蒼白。脈搏 112，體溫 $37^{\circ}4^{\circ}\text{c}$ ，X 光像上。在肺下葉全體有浸潤。蓋已成肺結核矣。可知結核乘白喉及肺炎之機而活動也。

症例(5) 陳○○ 女 六個月 天花肺炎

初診 民國二十二年十月八日

病人於一星期前起發高熱。至第三日。即全身發疹。一般症狀愈趨惡劣。於昨日起發生神識不明。呼吸困難等。

全身尤以面部及四肢。發生無數定型天花疹子。中央陷

下。內容已帶膿性。發疹較綠荳稍大。並無癒合之狀。口腔舌及咽頭粘膜全體發赤。且有小圓形潰瘍十數個。兩眼以眼脂封閉。不能張開。拭清後視其結膜。非常紅腫。體溫 $41^{\circ}2'$ ，脈搏非常微小。不易觸知。數約180許。呼吸62。吸氣時肋骨弓下及胸骨上部。微有陷凹。胸部前後到處聞無數小有響水泡音。尤以右後下方為多。打診音僅右下方有輕微濁音。餘無變化。心音非常頻數而低。心尖第一音不純。鼻翼煽動。非常著明。注射時全無抵抗。此兒至翌日即死亡。 (未完)

新書預約

藥品滅菌及安甌製造法

千葉藥學士 易繩初譯著

本書係以日本松本氏所著之藥品滅菌法為藍本，並參考東西文獻增刪而成。取材新穎，搜集完備，舉凡注射劑之製法及各科應用藥品繃帶等之滅菌法，莫不應有盡有。

本書內容要點

- (1)滅菌法之種類
- (2)滅菌器之說明
- (3)各種調劑器具之滅菌法
- (4)玻璃質之試驗法
- (5)各種藥品之滅菌法
- (6)安甌之製造法
- (7)繃帶品類之滅菌法
- (8)藥品及繃帶品類之細菌試驗法
- (9)附錄藥品滅菌表及衛生消毒法

定價本書凡二百餘頁。硬布面洋裝實售大洋三元。紙面洋裝實售大洋二元五角。(售費二角)

預約價 硬布面大洋二元五角。紙面大洋二元。(郵費在內)

預約期 民國廿三年十二月起民國廿四年二月底止。

出版所 廣西南甯廣西軍醫院健社月刊出版部。

經售所 上海北京路 266號五定公司。

來福藥行

RAVO & CIE S, A

上海漢口路四四一號同安大樓三樓

本號經理培生氏安詠。係法國巴黎最負盛名之戴來比藥廠。依照培生氏藥劑師之設計而精製。此種安詠。優點甚多。略舉五則於下。一，藥品純粹。毫無雜質。二，分量準確。決無以輕量冒充重量之不道德行為。三，玻璃用上等中性品質。四，消毒完善。排除空氣淨盡。一切手續。俱用機械。不藉人工。故能久藏不壞。五，價格低廉。力求經濟化。因此種種優點。故培氏安詠馳名遐邇。行銷天下。現歸敝藥行總發行。敝行為普及推廣起見。價目力求低廉。尙祈醫藥各界試用。當知其真價值。絕非大言欺人者之流亞也。茲舉一部分藥品于下。

Name 名藥	Price 價目		
	100	24	12
ADRENALINE HYDROCHLORIDE 鹽酸腎上腺素			
0.00025	\$4.40	\$1.40	\$0.80
0.0005	4.70	1.45	0.85
0.001	4.90	1.55	0.90
CACODYLAT SODIUM 雙一烷砷酸鈉 (加高地拉鈉)			
0.05	\$4.90	\$1.55	\$0.90
0.10	5.70	1.75	1.00
0.10 (2 cc.)	7.00	2.15	1.20
CAFFEINE, BENZOATE SODIUM 咖啡因安息香鈉			
0.25 0.35	6.25	1.85	1.05
EMETINE HYDROCHLORIDE 鹽酸吐根素 (愛美丁)			
0.02	14.25	3.75	2.00
0.03	19.40	5.00	2.60
0.04	24.60	6.20	3.20
0.05	29.50	7.40	3.80
0.06	34.40	4.40	4.40
LECITHINE 卵黃磷脂			
0.05	5.80	1.75	1.00

譯 述

蟲樣突起破裂併發瀰漫性腹膜炎之 蟲樣突起造瘻術

Appendicostomy in cases of ruptured appendix

associated with diffuse general peritonitis

by Eli Sherman Jones, M. D.

of Hammond, Indiana,

From the division of Surgical Service of

St. Margaret's Hospital,

上海南洋醫院 王冀恢醫師譯

在尋常治療方法之下急性蟲樣突起破裂併發瀰漫性腹膜炎病例之死亡率非常之高。即富有經驗之外科家若 Lynch, Deaver 及 Ashhurst 輩曾報告 57% 之死亡率。本篇目的在討論此型蟲樣突起炎所發生之問題及敘述著者所應用之一種處理方法。此種方法已在其臨床上及其他外科家手中證明極為有效。

在急性腹部的損害尤于蟲樣突起炎併發瀰漫性腹膜炎及糞瘻 Fecal fistulae 之病人。如不多予擾亂則常能治癒。已為一般外科家所注意。

如糞瘻不發生。則其恢復期延長凶險。並有腹部不舒劇烈疼痛及顯著之衰弱。

1924 年有一急性蟲樣突起破裂併發瀰漫性腹膜炎之病人。余以蟲樣突起造瘻術為之醫治。恢復迅速且甚平靜。病者能於第

十五天離院。並無因腹部膨脹膿毒性中毒 Septic intoxication, 或劇痛而起之不安期。自此首次應用蟲樣突起造瘻術於此種病人而得到滿意之結果。後當處置急性蟲樣突起炎併發破裂及腹膜炎時。余常應用蟲樣突起造瘻術。在七十五病人中祇有 1.4% 之死亡率。能顯示此種處置之正當。一九二六年余曾與愛丁堡之 Welkie 述及余之辦法。一九二八年又與印第那之 Gatch 討論及之。彼等亦有與余相似之經驗。由此又得更多滿意之觀察。Empovia 之 Wilson 應用同樣之方法並有相似美滿結果之報告。

關於伴發瀰漫性腹膜炎急性蟲樣突起破裂之全部症候及其理學的檢查所得。此處無須詳述。但余所認為重要之數點。欲在此特別提出之。

在此種情況。早現顯著之腹部膨脹及肌肉強直。屢有嘔吐。疼痛及不安狀態。嚴重之血毒症 Toxemia。迅速發生其症候及徵象之嚴重性。與穿孔後間隔之時間為正比例。白血球計數及多形核細胞比率最初或許減少。繼以迅速之增加。血中氯化物 Blood Chlorides 之減少及尿素氮之增加。依腸管膨脹之程度及由嘔吐所損失之體液而增減。此現象已為 Gatch 及 Dragsted 所重視。由實驗產生並於臨床上在急性腸閉塞 Acute intestinal Obstruction, 腸麻痺 Ileus, 或腹膜炎見之。

余之病人中血中氯化物之減少率自 100 至 200 Grams。如傳染進行及擴大。則腸管愈形逐漸膨脹。因膨脹之增進。腸管之動脈血行發生機械的障礙。當腸管內之壓力達到 35 至 45 Millimetres 時。十二指腸及空腸之毛細血管為之壓縮。迴腸之毛細血管則能抵抗遙高之壓力。此種動脈毛細管閉塞之結果。為局部貧血 Ischaemia, 及迅速發生網膜對側緣腸管之壞死。常遇傳染性血栓及繼

以廣大之梗栓形成。在此種情形之下，血中氯化物極迅速的降下及繼以與急性腸閉塞中所見之同樣死亡。

我們很感謝 Wagne Babcock 氏證明健康腹膜具吸收大量液體之大能力，但在腹膜炎時，此吸收能力減去約 95%，因此得發生一種自動的防禦機能，即限制毒素之吸收，假使此種防禦機能不為腸蠕動與不良血行所擾亂，而其傳染原因如能除去，腹膜雖已確被波及，但尚不失其防禦之地位。

處置併發腹膜炎之急慢性破裂虫樣突起炎，欲得最良好之結果，必須重視腹腔內所顯示之真確解剖學的、生理學的、及化學的機轉，及可及的不加阻礙。虫樣突起造瘻術之手術對於此種情形非常合理並且無阻礙自然保護能力之處。

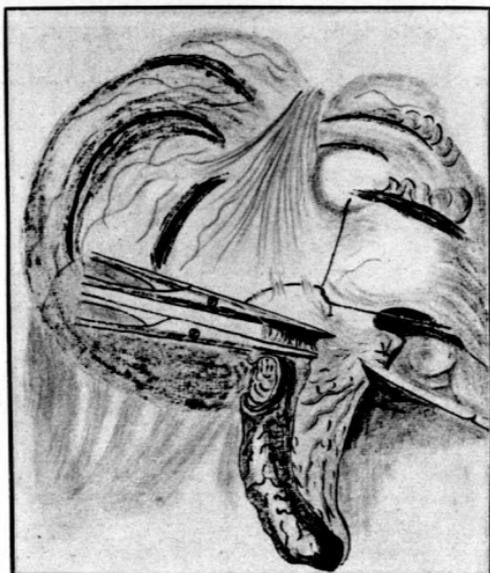
虫樣突起造瘻術得使盲腸及上行結腸直接排液，於是壓力由迴盲瓣除去而得弛緩，氣體及小腸內容逐漸的易由虫樣突起造瘻術管內流出，以後腸管即得安靜，腸蠕動極微或全無，無膨脹，毛細管循環障礙除去後，血行亦漸趨正常，腸蠕動減少後，病人感覺舒適而能獲得需要之安靜，若無因長時間腸管膨脹而發生內皮細胞連續之斷裂時，用虫樣突起造瘻術罕有發生閉塞性癒着 Abstructive Adhesions 者，實際上腹膜滲出液之自身有防禦癒着形成之能力，生理學家已證明身體所吸收之液體及氯化物由大腸而吸收者佔 65%，虫樣突起造瘻術後，由虫樣起造瘻術管內輸入液體及氯化物以預防急性全身脫水，及迅速而嚴重之氯化物減少。

急性虫樣突起破裂併發腹膜炎處置中余之虫樣突起造瘻術手續如下：

腹壁於右側腹直肌切開，或用 Mc Burney 氏肌肉分離法，認

明虫樣突起而除去之。(圖一)

用十六號法蘭西導管或橡皮管由虫樣突起切斷端插入之。(圖二)此管先穿過網膜。用第一號貓腸線穿過虫樣突起切斷端及橡皮管而緊縛之。次用貓腸線或絲線在虫樣突起基底周圍作一



(圖一)



(圖二)

荷包口形縫合 Purse-stringsuture 將虫樣突起切斷端及橡皮管倒塞於盲腸內然後收緊荷包口縫合而結之紮。(圖三)此種處置使網膜有兩種作用;即以網膜將盲腸與腹壁創口分離及預防橡皮管脫出時糞便漏出於是使橡皮管通過刺創

或原來之切開處。(圖四)。然後插入或不插入排液管而縫合創口。但余常喜插入一橡皮排管於骨盆內及另一根檢結腸右曲 Hepatic flexure of the Colon。(圖五)

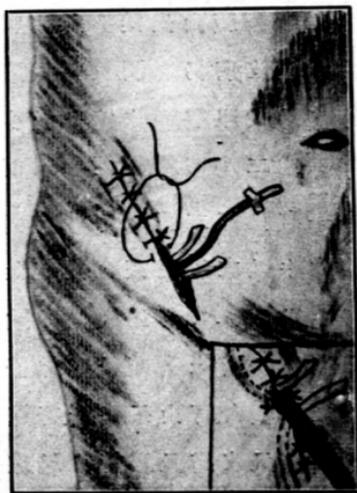
用普通之方法將創口縫合。以不吸收之縫線固定導管於皮膚以預防導管之隅然拉出。(圖五)



(圖三)



(圖四)



(圖五)

後療法 Post-operative Care, 當病人回至病床後應立刻由皮下注入法給予溫生理食鹽水 1000c.c. 且可於六小時內再給之。虫樣突起造瘻術管開放六小時此時用溫生理食鹽水 200—300c.c., (依病人之大小而定) 由虫樣突起瘻管滴入盲腸此液滴入後將管挾住三十分鐘然後除去挾子開放一小時半此手續每二小時行一次, 食鹽水之濃度須視血內氯化物之濃度而不同。我們曾用高至5%之食鹽水, 但至2%以上, 即有引起水瀉 Diarrhea 之傾向。成人病者於二十四小時內能由結腸很迅速的吸收食鹽水三切之多。

在四十八小時以內無例外的禁給任何種類的飲食。此禁食期間視病人之情形可延長至七十二或九十六小時。有數病例我們在五天內未曾經口的給予任何食物。結腸既能吸收如此大量之水分。故祇由虫樣突起瘻管供給時, 腎臟功能仍保持正常。病者之舌及皮膚仍濕潤, 且甚舒適, 如爲口渴所苦, 可用潮溼之海綿溼潤口唇, 或咀嚼橡皮糖以減少之。當開始經口給予液體時, 我們常每一或二小時給予開水四西西, 其量之增加依耐受而定。對於水分一有良好之耐受力後, 滋養流質亦宜即刻給予。Smithies 氏不給生牛乳之意見, 甚有價值。如欲給與牛乳, 則須加入枸橼酸鹽。(每牛乳 100c.c., 內加枸橼酸鈉 0.2Gm) 或半沸後冷却之, 再行調味, 以使適口。調味穀類粉粥之營養價值很高, 且普通易於忍受, 所需要之維他命, 可由果子汁, 蕃茄, 酸菜肉, 蛤等之汁而得之。

穿過皮膚及導管之縫線, 大概於第六或第七天除去之, 其導管任其自然脫出, 按上法施行虫樣突起造瘻術, 除於除去導管後

我們從未遇有囊瘻之形成。Morphine 極少需要，除最初四十八小時當病人不安靜或難於睡眠時，則可給予小量。

當沉重震盪及周圍循環顯著降低時，Morphine, Adrenaline 及其他藥物由皮下注入常無大效。蓋因其不能迅速吸收。在此種情形之下藥物療法以靜脈注射為有效。靜脈注射之用量，應近於尋常所用皮下注射之半量。

葡萄糖液牛乳及其他流質不能由虫樣突起導管輸入。因其不能完全吸收。且因其作成細菌之培養基而發生損害。

在我們七十個連續病例中此種手術之死亡率為 1.43%。用別種方式之手術及別種之治療方法其死亡率之報告常高至 57%。我們之平均住院時期為十八天。其傳染種類在我們經過之病例中大都為大腸菌。惡性壞疽菌。而連鎖狀球菌則僅數例。我們因欲防止預料之手術後膨脹起見，曾施行虫樣突起造瘻術於許多其他種類之虫樣突起炎。

以下之病例報告對於我們討論之材料作定型之例證。

病例(一):—— J. F. 男，工人，年二十六歲，1924年二月二日入院。右側疼痛二天。十五小時以前有極銳利之疼痛。稍後略覺緩和。腹部膨脹且甚堅硬；過敏；脈速；嘔吐；體溫 102°f；白血球計數 25800；多形核細胞 Polymorphonuclears, 87%。

手術:—— Mc Burney 氏法切開，虫樣突起於中部破裂。瀰漫性腹膜炎，大量游離液。無限局之傾向。施行虫樣突起造瘻術。插入橡皮排液管於骨盆內。五天後（二月七日）停止。虫樣突起瘻管內食鹽水滴入。1924年二月九日導管脫出。病人於二月十六日出院（手術後十四天）手術後四星期回復工作。

病例(二):—— J. H. 男，年三十六歲。1925年七月十七日入院。

1918年第一次發生蟲樣突起炎；以後有數次之復發，四十八小時以前劇烈疼痛開始於全腹部，嘔吐及虛脫，疼痛漸局限於右下腹部，復壁緊張且甚過敏，膨脹顯著；腹鳴，白血球計算 15,300；Polymorphonuclears 87%；尿蛋白十血中氮化物 300mgm。

手術：——蟲樣突起破裂瀰漫性腹膜炎無限局之傾向。施行蟲樣突起造瘻術及插入橡皮排液管於肝臟部及骨盆內。二十四小時內膨脹減退；手術後十八及三十六小時有兩次體溫達101°F。導管於第六天脫出，病人於1925年八月四日出院即入院後十八天。

病例(三)：——J, H, 男工人。年二十三歲。1928年十月十五日入院。五天前二醫師斷係蟲樣突起破裂。但病者謝絕住院。腹部甚緊張病人陷於震盪及不救之狀態。脈搏 140；體溫 101° 白血球 23,200；Polymorphonuclears 89%。

手術：——蟲樣突起大破裂瀰漫性腹膜炎併有濃厚之滲出液。不能尋出局限性膿瘍。行蟲樣突起造瘻術併插入排液管於脾臟、肝臟左下腹及骨盆部。病狀改善且情形似甚佳良。十月二十一日上午九時導管脫出腹部頓覺膨脹病人轉為不安。上午十一時由原來之開口處再插入導管。膨脹減退病人即覺改善。十月二十三日上午導管重行脫出。但余未曾注意。直至下午六時病人之狀態轉惡始覺察之。不能再插導管。膨脹顯著。施行空腸造瘻術 Jejunostomy 無效。病人於1925年十月二十三日下午八時十分死亡。

病例(四)：——E. M. 女書記。年十九歲。1929年六月四日入院。春機發動期後月經非常困難。1929年六月一日恰於月經終了時右側起劇烈之疼痛並伴有緊張。1929年六月四日狀態更惡而再求治。腹部膨脹顯著堅硬。及甚過敏。無腹鳴。白血球 28,800；Poly-

morphonuclears 89%.

手術：——虫樣突起基底見有櫻桃石大小之囊石一枚虫樣突起尖端破裂膿液滿佈全腹無限局之傾向腸管極度膨脹及變成白色血管幾乎壓縮施以虫樣突起造瘻術插入排液管於肝臟部左季肋部及骨盆恢復期情形甚嚴重手術後五天發生劇烈之扁桃腺炎並頸淋巴腺炎及耳下腺炎病人轉入譫妄顏面青紫等預料其瞬息將告不救虫樣突起導管於1928年六月十三日脫出情形轉惡導管重行插入且停留二星期餘細菌培養證明連鎖球菌病人於1929年八月十三日出院以後完全良好。

病例(五)：——D. C. 男年三歲1930年五月十一日入院母親於上星期注意小孩似覺不舒食慾不良不安靜及訴腹痛前三日小孩不思飲食突然發生急劇之腹痛腹部極度膨脹全腹部極端過敏恐於右下腹部較為顯著無硬塊 masses 可以觸知糞便不含血性粘液未行直腸檢查。

手術：——1930年五月十一日行肌肉分離切開法虫樣突起尖端壞死由尖端起一英寸處穿孔遊離漿液性膿液 Seropurulent fluid 滿佈全腹無限局之傾向施以虫樣突起造瘻術及 Penrose drain 於骨盆並橡皮排液管於肝臟部創口縫合如第五圖六小時內皮下注入生理食鹽水 500c.c. 由導管滴入生理食鹽水 150c.c. 將管挾住半小時開放一小時半此法每二小時行一次1930年五月十二日每二小時經口給予開水 2c.c. 五月十七日虫樣突起導管脫出病人於1930年五月二十四日即入院後十三天出院嗣後完全良好。

病例(六)：——M. H 女年七十七歲1930年五月十八日入院腹痛三天有時較局限有時較之瀰漫後來疼痛局限於右下腹部。

且併有劇烈之惡心及嘔吐。

手術：—— 1930年五月二十八日在 Novacaine 麻醉之下行直腹肌切開 Right rectus incision，除去破裂之蟲樣突起遊離液全腹皆是。無限局性培養證明大腸桿菌傳染施以蟲樣突起造瘻術。插入橡皮排液管於肝臟部及骨盆內。以普通之方法縫合創口。回至病床後即行皮下注入生理食鹽水 1000c.c.，六小時後經導管滴入生理食鹽水 300c.c.；以後每二小時行一次。1930年六月二日即手術後五天停止蟲樣突起導管滴注法。1930年六月四日導管脫出。由大腸桿菌之傳染排出液殊為多量；無手術後膨脹。病人舒適。入院時體溫 101°F；五月二十九日 99.8°F；五月三十日 99.6°F；此後體溫正常。1930年六月二十八日出院。創口完全治癒。

補 白

臨床醫語解釋 (六則)

湯 蠡 舟

Aschheim-Zondek 反應 (1925)

在妊娠之初期——妊娠一個月後——即有多量之腦下垂前葉 Hormon 之排出，如以妊婦之小便注射在非妊娠雌性白鼠或家兔之靜脈，經過相當時間後檢查被檢動物之卵巢及子宮之變化而定其妊娠之有無，就是卵巢濾胞有腫脹及出血者為陽性，否則為陰性。

水 腫 Hydrops

積集水樣液於腔，或管中之謂也，如腎水腫，膽囊水腫等則為流出口閉鎖而將其固有內容蓄滯於內。

療 診 知 識

幼 兒 腳 氣

東南醫學院內科抄讀會稿

王 德 明 譯 述

患者：——六歲六個月之男兒。傳遺及既往無特殊之關係。

現在既往症：——自一個月前起步行稍困難。嗣後次第呈異常狀態。曾受某醫師之診察為脊髓疾病云。病兒亦已從命持續的絕對安靜。迄至今日。仍不能步行。發病以來。無一次發熱。食慾睡眠大便皆正常。

現在症：——骨骼與營養稍不良。顏色稍蒼白。淋巴腺無腫脹。咽頭胸部及腹部所見者。皆屬陰性。除兩側下肢外。他處亦無麻痺。脊柱無彎曲。壓痛點亦無。直腸膀胱之障礙。亦不能證明。意識明瞭。叡智之發育正常。病兒亦能起立。如由他人支持。亦可勉強步行。下肢無強直。膝蓋及Achilles腱反射均陰性。對於知覺障礙之有無。殆不能確言。甚少之痛覺障礙亦無。下肢之皮膚反射陽性。

以上之主要點詳述如次：——

1. 一個月前步行漸次困難。嗣後即全然不能步行。

2. 診察時證明兩側下肢之運動障礙。及腱反射之消失。

診斷：——1. 兩側下肢運動障礙。但非完全截癱。即Paraparesis是也。

2. 兩側下肢肌肉弛緩。

3. 腱反射消失。

依是等所見，則本病兒之兩側下肢爲弛緩性不全麻痺(Schlaffe Parese)。且知覺障礙亦無。本來幼少小兒，檢查知覺鈍麻(Hypaesthesia)之有無，殆不可能。故知覺之檢查，須患者有自覺的主訴。方可決定。痛覺或溫覺有幾分可爲參考。至於觸覺則皮膚反射尙可作幾分參考。若皮膚反射爲陽性時，則觸覺仍能保存。例如足蹠反射或提舉肌反射。然本病兒無膀胱及直腸之障礙。

鑑別診斷：——

(一) Heine-Medin 氏病之脊髓型 (Die Spinale Form Von Heine-Medinischer Krankheit)：一本病爲侵犯脊髓前角及前根之疾病。且多侵犯支配兩側下肢之四頭股肌 (M. Quadriceps femoris) 及腓骨肌 (M. Peronens) 之前角細胞。但此時大都侵犯運動神經。故此病兒之症狀甚爲類似。然則究竟病兒是否爲此病歟？本病最初須發現高熱，持續數日間。且同時伴發疼痛及其他一般症狀。最後始現麻痺。所以流行時以外發現麻痺後，始能斷定。然此兒之既往症並無發熱。又 Heine-Medin 氏病有多數不全型。此等不全型在流行時以外，診斷非常困難。最常遭遇者，爲不發熱而麻痺爲唯一症狀者。即就睡時尙完全健康。精神佳良。而早晨醒時即不能起立。此種現象爲日常多見者。故有 Paralysis of the Morning (早晨麻痺) 之名。然則此兒不屬此類乎？Heine-Medin 氏病不全型，其麻痺至少爲突發性。此兒之既往症，步行乃次第困難。麻痺亦漸漸而起。且 Heine-Medin 氏病大多侵犯一側。或兩側。其侵犯之程度，則左右不同。故此兒非 Heine-Medin 氏病可知。

(二) 橫斷性脊髓炎 (Myelitis Transversa)：——脊髓炎爲大人之疾病。小兒不多見。小兒之有此病者。普通爲結核性脊椎炎 (Spo-

ndylitis Tuberculosa)。壓迫脊髓而起麻痺時若在腰椎部分，則成腰部脊髓炎 (Myelitis Lumbalis)，兩側下肢發生弛緩性麻痺，且同時伴發知覺鈍麻 (Anästhesie) 及直腸膀胱障礙，但此兒不特不能證明脊椎炎，即膀胱及直腸之知覺障礙亦無，故非脊髓炎可知。

- (三) 多發性神經炎 (Polyneuritis):—其原因為中毒，尤以鉛及亞砒酸中毒為多，此時其原因都能證明，或神經以外之中毒症狀亦同時存在，此外於小兒尤宜注意者，即白喉後麻痺 (Postdiphtherische Lahmung) 是也，此為白喉之原發病灶，治癒於恢復期，即發病後二至四星期發生，主為運動神經之麻痺，白喉後麻痺臨床上之特點，為軟口蓋麻痺，即發現鼻音 (Nasale Stimme) 及飲液體時反由鼻孔逆流等，又有眼肌之麻痺及下肢之腱反射減退，乃至消失，更進則兩側下肢之運動發生障礙，但是本病兒無白喉之既往症及軟口蓋與眼肌之麻痺等等，故可除外。

(四) 腳氣:—除以上之諸種疾病外，結果本病兒診斷為腳氣。

小兒腳氣之分類:—

- (一) 乳兒腳氣:—此為哺乳兒所起之腳氣，有特殊之症狀。
 (二) 年長兒腳氣:—與大人腳氣非常近似。
 (三) 幼兒腳氣:—此為二歲乃至六歲間所發生者，有二特點如次:—
1. 與乳兒及年長兒比較，其數極少。
 2. 其臨床上所見之症狀，大多不完全型。

幼兒腳氣之症狀:—

- (一) 自覺的症狀:—I. 全身違和之症狀，即精神不佳，舉動不活

激、倦怠感、羸瘦、面色不佳等。

2. 輕度消化障礙之症狀：——：食慾不振、嘔吐、下痢、便秘等。

(二) 他覺的症狀：—— 1. 下肢發生浮腫、及腱反射之消失。

2. 其必要者為鬱血肝 (Stauungsleber)。

小兒之肝臟大多本可觸得於鬱血肝時、則肝臟特別增大、其硬度多超過生理的境界、且時常有壓痛等。由以上各點、可得證明、脚氣兒之肝臟於安靜時能縮小、是為鬱血肝之一證。

3. 次之為下肢之麻痺。

惟幼兒脚氣、其發現麻痺而類本病兒者、則非常稀少。

脚氣之診斷、其必要者為季節、即本病由夏季至秋季為最多。
治療：—— 於無論何種脚氣皆同、即與以 Vitamin B 及富有 Vitamin B 之食物、此外在麻痺之小兒行 Massage 及應用感應電氣、對於神經麻痺之高度者、依東京帝大島蘭教授之教室報告、用甲狀腺製劑、即用本劑之最大量、則能促進麻痺部之神經纖維的破壞、若用少量、可促進神經纖維之再生云、普通一日量 0.1—6.15 克、一日一回、若發生嘔吐、心機亢進等之中毒症狀時、宜速減少藥劑之量、或一時中止。

本病之預後極為良好。

補 白

肝臟自家中毒 Hepatis Autointoxication

由於吸收肝臟之異常新陳代謝產物而起、重症時呈大腦之刺刺症狀如興奮、譫語、痙攣、昏睡等、其他則有皮下出血、發熱等症狀。

調 查

中國育嬰保健會首都城北嬰兒施診所概況

鎮江醫政學院 李 紫 衡

中國育嬰堂保健會，創始於民國十八年。發起人等因鑒於我國舊式育嬰方法不良，且多漠視與盲從；雖不乏慈善之士，關懷育嬰設施，熱心提倡，或限於經費，或缺乏人才，以致仍然失敗；每年嬰兒死亡率，仍難減少。故同人集合醫界同志，與社會熱心慈善家組織斯會，以期改進嬰兒之育養方法，減少嬰兒枉死與夭折之慘痛，挽救民族之積弱，并抱拯濟殘病之無辜赤子，使登康衢之宏旨。當於京市四象橋，先成立總事務所，並約定市內各科醫師，對兒科有經驗者，籌設嬰兒施診所，為貧苦病兒，助以診療，更於滬杭等地，籌設本會通訊處，以期會務日漸推廣。於是中國育嬰保健會至此始稍具雛形焉。數年來因同志之慘淡經營，歷盡艱辛，會務漸上正軌；直至今春三月，由慈善家孝園主人戴季陶先生，特為本會建築會所於五台山麓孝園內，遂遷入辦公，同時附設城北嬰兒施診所，以利城北病兒就診。數月來診者踵至，祇以施診時間短促為憾。當時正值夏令，各種疾患勢必倍增，嬰兒尤甚。經幹事會決議於七月份起，添聘醫師，常川駐會，以利病家。余應幹事會之招，曾於本會擔任診務三月。茲就三月間之經過情形，及臨診見聞，爰筆述之，或可供關心育嬰業前途者參考一二爾。

事業一般：在聯絡各地育嬰機關，謀改良育嬰方法，訓練兒科專門看護，以實施保健工作；並普及育嬰常識，調查各地育嬰狀況；一方則施診給藥，為病嬰服務；進而至籌設育嬰保健院，及舉行

嬰兒幸福會等。力求嬰兒幸福。造成健全之新民族。為中華民族之基礎。附錄本會信條。俾明本會成立之使命。對於育嬰事業前途之進展。正千頭萬緒。有無限之責任在焉！

中國育嬰保健會信條

- (一) 協助育嬰事業。
- (二) 減少嬰兒死亡。
- (三) 普及育兒常識。
- (四) 保障嬰兒健康。
- (五) 治療嬰兒疾病。
- (六) 研究兒科學術。

經濟來源：本會並無固定基金及不動產。會費收入本不足維持。開辦時由發起人捐資。旋向各界勸募。逐年復量入為出。在可能範圍內。達施診施藥之目的。近在五台山孝園內。設箱勸募。擬請遊人隨願樂助。收入固寥寥無幾。隨時公布亦喚起提倡之意耳。故本會經費。全恃捐款。一切事業進行。限於經費。往往易被牽掣。未能儘量發展。同人常引以為憾。所幸各醫師及幹事。均屬義務職。除逐月必須之藥費。及少數津貼費宣傳費外。無一其他靡費。此為本會經濟之大概情況也。苟得熱心慈善家。努力匡襄。仁漿義粟。惠予貧苦嬰兒。使此項含有社會救濟性質之慈善機關。得隨日維持。且能發展。此則本會同人所馨香禱祝者也。

施診方面：城南是四象橋晒廠。城北附設於五台山會所內。設備漸次完善。以期適合兒童診療。施診不分貧富。而施藥方面。暫以貧民為限。亦不取號金。惟須掛號以定就診秩序。臨診醫師。全屬義務。而服務興趣濃厚。雖炎夏驕陽迫人。亦均冒暑值診。其好善勇氣。可見一斑。且猶足記者。各醫師決不求診者之貧窮。而藐視職務。故診務方面。日見擁擠。以診號論。日見有增。以地段論。漸次擴大。至

病兒之症屬專門者，由本會向各專科醫師特約。凡由本會介紹者，完全免費診治；此外尚有健康檢查及指示嬰兒一切衛生事宜，並印刷各項育嬰保健方法，分送各界，以供採擇。

診務一般：七八九三個月間來所（城北嬰兒施診所）就診者，計五百九十七例，共四百九十八人。臨診所見初為呼吸系疾病，及癰腫；嗣後以消化系，及瘧疾為多；傳染病方面，有少數疫咳（百日咳）及二例疫病；此外瘧疾，赤痢，幾占傳染病之半，茲分述之。

一年齡：最幼者為產後七日，最大為六歲足，平均一歲至三歲最多。

二、營養：臨診所見天然營養者，占百分之八十五以上；人工營養者，因所見多屬貧寒家子女，俱不甚注意，故發育均不良！一般代替品，為米粉，糕，餅乾之類，用代乳粉及煉乳者，少數；用鮮乳者，絕無。

三、智慧：中等度。

四、發育：一般天然營養兒，佳良者多；人工營養兒，其發育無一完善！此亦吾國對於嬰兒之人工營養，素無深切之了解與訓練！此萬千失母乳之嬰兒，尚有待良好之獲育，故人工營養問題，至為重大，希各界特加注意！

五、接種：已接種牛痘苗者，占七五·五六%；未接種牛痘苗者，占二一·九八%。天花占二四·六%最可注意者，為已接種牛痘苗，而傳染天花者，有三例，殆其接種次數，及所種牛痘苗之效力與免疫關係，有不適合各點存在，故有待於吾人注意，而加以研究也。其未接種牛痘苗者，大半在一歲以下。

六、麻疹：已感染者，百分之六十三；未感染者，百分之三十七。

七、性別：男性占百分之五三·五，女性占百分之四六·五。

八、一般衛生：均不甚注意！

九家長職業：以工人子弟為最多，伙役、小販子弟次之，他如黨、軍、警子弟，均有就診，茲列表如下：

就診嬰兒家族職業人數及百分之比統計表

區 別	人 數	百 分 比
黨	3	0.60%
政	37	7.43%
軍	16	3.21%
警	13	2.61%
學	13	2.61%
農	26	5.22%
工	143	28.72%
商	38	7.63%
小 販	52	10.44%
伙 役	82	16.47%
失 業	48	9.64%
其 他	27	5.42%
合 計	498	100.0%

十、疾病分類：茲就七八九三月臨診疾病人數分類逐一列之，以便參閱（表一）

疾病分類人數及百分比統計表

科 別	人 數	百 分 比	備 考
內 科	306	51.26%	寄生蟲病附內
外 科	108	18.09%	
傳 染 病	65	10.89%	
皮 膚 科	76	12.73%	
眼 科	9	1.51%	
齒 科	14	2.34%	生齒困難附內
遺染梅毒	3	0.50%	
原因不明	16	2.68%	大概就診一次或 二次中途廢棄
合 計	597	100.0%	

三月中就診傳染病分類表如下：(表二)

傳染病分類人數及百分比統計表

病 類	人 數	百 分 比
瘧 疾	17	26.15%
回 歸 熱	4	6.15%
痢 疾	24	36.93%
疫 咳	12	18.46%
流行性感冒	5	7.69%
丹 毒	3	4.62%
合 計	65	100.0%

(表 三)

內科分類人數及百分比統計表

類 別	人 數	百 分 比
呼 吸 系	73	23.87%
消 化 系	199	65.05%
泌 尿 系	3	0.99%
循 環 系	9	2.94%
神 經 系	2	0.66%
新陳代謝	3	0.99%
寄 生 虫	10	3.24%
其 他	7	2.26%
合 計	306	100.0%

(表 四)

外科分類人數及百分比統計表

類 別	人 數	百 分 比
疔 腫	52	48.15%
膿 瘍	47	43.52%
潰 瘍	4	3.70%
其 他	5	4.63%
合 計	108	100.0%

以上各項統計，祇因限於臨診時間匆促，間有記錄不詳遺漏

之處，在所不免。幸讀者諒之。而上項統計，專限以城施診人數。城南施診方面，作者因急於離甯，未及詳細統計。附此聲明。惟臨診所見，來診之擁擠，應診時間，自不得不設法臨時延長；地點漸次擴遠，則育嬰保健之事業，已為社會救濟必要之舉，亟待力謀發展。

此外診務上之障礙，雖受經濟之牽掣，不無影響，而病嬰家族之不聽從醫師勸告，服藥不按時間，分量不準確，及理學上的輔助療法隨便放任，亦屢見不鮮；或中途廢棄，因之復發者，臨診上亦時有所見；因此影響施診前途，及兒童疾病之豫後健康等，關係極大。

今後之着眼點，就感想所及，略述鄙見，以為應注意者，有數要項：

- 一、須從事婦孺衛生之宣傳，喚起一般貧民注意。
 - 二、研究嬰兒營養學之切近實際的人工營養。
 - 三、檢查乳母，如傳染病之有無及乳汁之合宜與否。
 - 四、普及預防接種。
 - 五、促進各地嬰兒健康檢查及健康比賽，以養成健全嬰兒。
- 並糾正其不良習慣，及有礙於衛生之錯誤點。

更進而籌設家庭衛生顧問處，俾使各家庭得隨時詢問關係一切育嬰保健方法，務使養成健全之未來新國民，以強吾中華民族。診療患病嬰兒，固為消極工作，其原因都由於保健不得其法所致，可見保健工作之重要，較診療尤大。吾人為促進育嬰保健事業之發展，并能普及實際的利益於貧苦嬰兒，吾思社會各慈善家，必同情此種實際慈善救濟，以互助博愛觀念，扶植本會，則首都萬千貧苦嬰兒，獲益匪淺矣，不甯惟是，而育嬰保健之在中國，無論何地，均感十分需要，苟能因之而減少嬰兒死亡，強健國民體魄，此實吾國嬰兒前途之幸福也。

通俗醫學

傳染概論

上海市衛生局

尤濟華

- 一、引言 自古中國醫家向無傳染學說。或散見舊醫書本。不曰瘴氣爲害。即曰天災流行。而不知瘴氣屬於地方氣候。天災乃由人民自取。凡百事端。未有不加研究而能明其顛末者。更未聞有委之天命而妄加論斷者。環顧我國。人民疾病之生。不問原因何在。醫治無所適從。每先鬼神而後醫藥。不知預防趨避。一切聽由天命。故一遇時疫流行。動輒死亡枕藉。此種慘痛。莫非醫學不昌。明人民無常識所致。邇來新醫日興。研究日精。百年前法人巴斯德 Pasteur 氏研究微生物學。謂物之腐敗醱酵。皆原於微生物之作祟。英人力斯脫 Lister 然其說。而用之於防腐消毒。至今外科家宗仰之。德人科霍 Koch 氏集細菌學之大成。而傳染病之病原。於是乎確定。最近北里氏復創血清療法。而免疫學亦得以興。近代學者莫不宗諸氏之學說。以爲研究傳染病之師範焉。
- 二、傳染之源 人類之患傳染病。蓋有二源。一曰人類。二曰較下等動物。茲先就源於人者言之。人類之傳染病。祇侵人類。而以有流行性之疾病更爲顯著。例如傷寒。霍亂。痢疾。斑疹。傷寒。猩紅熱。天花。白喉。麻疹。瘧疾。黃熱。回歸熱。及結核等是。因人類所患之傳染病。爲人類所特有。可見人類即人類傳染病之大源。

亦可謂人即人之大敵也。至其預防方法。應根據由人傳人之事實。曩昔衛生家常以環境為傳染病之主因。今則吾人已知飲料土壤食物空氣或可傳佈病毒。但此種種環境。實為傳毒之機而非傳毒之源。蓋人類傳染病之微生物。處於水土氣各界。非特不能繁衍。抑且不久即死。其寄生於病人體中者。實占多數。次就源於較下等動物言之。人類由較下等動物傳染之疾病。多數由於家畜。例如狂犬病之得自犬。鼠疫 Pest 之得自鼠。鼻疽之得自馬。結核炭疽口蹄疫之得自牛。旋毛虫病之得自豬。條虫病之得自魚類及禽類。環虫病之得自貓等是。但此等傳染病之病率。較之由人傳人者少而緩慢。

三、傳染途徑 病毒由人傳人或由動物傳人。其所經途徑。因疾病之種類而異。如結核病之傳染途徑為呼吸系消化系或皮膚。而其傳染體為痰。或由接觸而傳染。或由空氣中之飛沫而傳染。或由牛乳而傳染是也。傳染途徑可分為直接傳染間接傳染及中間宿主三類。茲分述於下：

(1) 直接傳染 所謂接觸傳染者。即直接傳染也。其所傳之主要疾病。為由口鼻分泌物所染之結核。白喉。猩紅熱。麻疹。傷寒。流行性感。流行性腦脊髓膜炎。流行性腮腺炎。及由糞便所染之傷寒霍亂痢疾等胃腸傳染病。又如梅毒淋病皮膚病。往往能由潰爛排泄而傳染於他人。故接觸傳染最為危險。如接吻握手為習見之事實。要之凡一切新鮮病毒。在短時間短距離而能傳佈病毒於他人者。皆屬於接觸傳染也。

(2) 間接傳染 疾病之由食水食物土壤及病人排泄物而傳染者。概曰間接傳染。且傳自食物或食水之病。每能遠播別處。而傳自空氣者則不能遠播。多數間接傳染病毒。每由病人

之糞便而傳染於人。傷寒霍亂痢疾其顯例也。

(3) 中間宿主 凡寄生蟲有在昆蟲體中經潛伏期之必要者。則被寄生之昆蟲。即為中間宿主。如瘧原蟲能致人生病。而無害於蚊。又如黃熱之於司特戈買亞蚊 *Stegomyia*。睡眠病之於采采蠅 *Tsetse fly*。傷寒之於家蠅。斑疹傷寒之於虱是也。但按動物學論之。動物之懷無性期 *Asexuae phase* 寄生物者。謂之中間宿主。懷有性期 *Sexuae phase* 者謂之終局宿主。故瘧疾以人為中間宿主。而蚊為終局宿主。

四、菌郵 凡身體內含病菌而無病徵者。謂之菌郵。如人之咽喉鼻腔含白喉菌。而不損其健康。各種球菌寄居於人體而不發病。傷寒桿菌霍亂弧菌及鈎蟲能居於腸內。而不露其痕跡。瘧原蟲能居於血液或脾臟而不發生瘧疾。其他類此者尚多。菌郵之名。因其含菌種類而異。含桿菌者謂之桿菌菌郵。在短時間含微生物者。謂之暫時菌郵。或過渡菌郵。長期間含微生物者。謂之永久菌郵。無病而含微生物者謂之被動菌郵。病後而含微生物者謂之自動菌郵。微生物時隱時現者謂之間歇菌郵。此等菌郵為衛生上一大障害。因預防傳染病而欲同時抑止菌郵之活動。事實上殊感困難。幸隔離病人自能將菌郵減少。如傷寒減少之地。其菌郵亦隨之而減少是也。

五、失察病 凡患輕症而不覺其有病。或不知其為何病者。曰失察病。例如傷寒及鼠疫。重症者數日即死。輕症每不自知。仍能照常工作。他若百日咳猩紅熱黃熱流行性感冒之已受傳染。特其病症輕微不能察覺。病人亦不自知。仍各行其事。各治其業。則隨處有傳傳之危險。故失察病為傳染病重要之策源也。

六、感染途徑 病毒之傳染在體內所經之途徑有三

(1) 呼吸道

(2) 消化道

(3) 皮膚面

七、傳毒什物 凡一切什物能駐留或傳播傳染性微生物者。皆爲疾病之導源 Fomites of Diseases 如臥具衣服一切無生命之物件等。但近代已不復重視。蓋吾人已知致病細菌。一經陽光燥氣。立可殺滅。至手巾毛巾臥具食器玩物文具等。接觸病人之口唇者。自有傳染能力。幸注意焉。

八、結論 傳染病之危害。爲世人所公認。非僅醫家應詳悉。即常人亦須知。方今學說競爭時代。正可作進一步之研究。但僅持普通醫學作參考。猶不足以澈底。宜從衛生方面採集各種病人病統計。加以精密研究。庶克有濟。質之高明。以爲何如。

補 白

Abderhalden 氏試驗法

生體血液中如有異物存在對時，在血清中就爲破壞該異物而發生防衛酵素，此種現象亦能見於妊婦之血清中，蓋妊娠後之胎盤蛋白質流入母體血液一如異物，而母體血清因之發生防衛酵素，以破壞之，又因血清中之防衛酵素就在體外亦能發揮他破壞胎盤蛋白質，遂得應用於妊娠之診斷。

新 節 慾 論 (續)

上 海 郭 人 曠

四、愛慾之擴充

口之所愛者爲食慾。然食慾惟愛於口而不愛於胃。吾身之全體均須愛也。推而至於僅愛吾之一身。亦非良法。彼獨居於無人之島。如魯濱孫其人者。究不能自以爲滿足也。是故繞於吾之四周者。吾皆愛之。且進而欲見愛於人。此爲人類之本能慾也。苟能愛人。斯固喜矣。爲人所愛。亦滋悅也。是爲人類自然之本性。而此喜悅不分愛人或見愛於人。對象之範圍愈廣。則喜悅之感情亦廣且深且厚。即愛愈欲其擴大。則其價值(効力?)亦愈大。而所謂愛慾者。即希望此愛益加擴大。多多益善。是即此慾之特性也。

所謂喜者。實爲已達愛之目的時所起之感情也。恰與飢時得食而起饜足食慾之快感相同。

所謂嗟嘆者。乃因種種障礙致不能達到愛慾目的時所起之消極的感情也。恰與空腹乏食所感之飢餓的苦痛相同。所謂憂者。亦爲不能達到愛慾之目的時所起之虞慮。蓋發於愛之消極的感情者也。所謂恐者。反乎愛之目的時所發生之憂慮也。所謂惡者。亦爲妨礙愛的達成而欲引退之意。其本源亦仍根愛。有愛則無惡無怨。惡與怨可謂爲不得愛時之一種反動的感情。亦可謂爲愛之破壞者。如斯結果。雖似愛之脫幅。然其源皆起於愛。由此觀之。欲完全滿足其愛慾。實吾人類之本性。自不難詳察而知之也。

是以所謂愛慾者。在吾人類本能中最爲緊要。尙安可不謂爲衆慾之根本。感情之泉源乎。

苟能擴充愛慾之目的。則凡恐。惡。憂。怨。嫉。妒。咒。咀。皆一掃而空。

之矣。是以愛慾爲滿足一切幸福之根本。雖謂爲人類本能之樞紐。亦無不可。食慾性慾動慾。窮究其極。不過愛慾之一部分耳。此等諸慾完全施行。即所以應愛慾之要求。皆要因愛已。愛種族愛萬物而發起之動作也。

關於食慾性慾等。常有失敗之事。此雖發生於悖反愛之目的之結果。然實由智慮不足而失敗。非愛之本意也。若欲愛之完全達其目的。則必須運其智慧。然此亦自愛而生。蓋具有大愛者。自能增進其真智慧。恰與少年育嬰之母。自能悟得育兒之道相同也。

人之性果善乎。果惡乎。曰。凡物善用之則善。不善用之則惡。灶下廚刀。爲庖丁之至寶。然亦有用之。以爲兇器者。人心亦然。有見人而以爲敵。見火而以爲災。畢生之中。因焦慮其敵人與火災之故。不能安心。時時求佛祈神。雖有生活之幸福。而仍死於憂患。其思想爲之厲也。是當矯正其思想。凡生物皆爲生存而生存。萬物各有其生存之使命。互相協助。互享繁榮。固可推察而知也。生活繁榮。爲萬物共通之目的。任何天涯海角。無不可見。此種宇宙之大目的焉。

是以欲善人之性。以善其物。必以愛而行之。即生生之道也。惡人之性惡。以其物。其最終之目的。厥爲殺人。然人與己。均陷於惡人。而不得不殺。故惡之終極。自己與萬物均被擯棄。是則世界陷於虛無幻滅之境矣。

然宇宙間一切現在之事實。歷久存在者。皆萬物生存繁榮之結局。明乎此。善之事實。足爲愛之事實之明證。反觀爲惡者。殺與被殺。雖爲本來之目的。而非其本性。不過基因智慧不足而起之失敗。脫幅。思想錯誤。實一時之迷惑而已。

人之心一。可左可右。可善可惡。可爲聖賢。亦可爲盜跖。實際上可爲地獄。亦可爲天堂。均無一不得成事實。然宇宙之大精神。乃使

萬物永久生存繁榮為主。故任何方面。決無將此世界沈淪於不拔之淵之理。但仍不免有罪孽者。是不過一時的惡魔之誘惑。人心之迷惑而已。惡與怨之感情。如前所述。雖為反逆於愛而起。但仍出於愛。所謂過愛或過惡。欲通其間消息。遂逸出愛之目的。實其愛力不足。不能達其目的。於是反成為自暴自棄。致取反對之行動。此種自暴自棄。為愛之變化。亦即惡或怨之原因。自暴自棄之心理的生理的作用。雖未大明。要可謂其出於愛力之不足。故若無此種自暴自棄。則愛必更強。堅持至最後而不捨。無論何處。生生不已。必保持其廣大恆久之心。務使愛慾益能擴大而得完成。苟如是。則愛慾洵為生活萬物之盛德。

本篇區別為四大慾。愛慾為其一端。與食慾性慾同列。有不得其當之嫌。實際之本體。惟一愛慾而已。此外不過其枝叶的動作耳。然為論述之便利計。以分為四大本能為宜。故簡要言之。愛慾之完成。為人生之目的。因此之故。不可不勉人遵守禁慾或節慾原則也。

按此篇原為日本松浦有志博士原著。頗有關於世道人心。今值提倡新生活運動之際。亟為逡譯以供讀者諸君之借鑒。人驥附識。

補 白

沈下鬱血 Hypostase

心臟衰弱時，血液因其自身之重量而集於身體之下部，例如長時期臥床後，常期血液積集於肺之下部，而成 Hypostatjsebe Pneumonie 沈下鬱血性肺炎。

下痢障礙 Durchfallstörung

為乳兒之營養障礙，輕症時祇有下痢即排洩消化不良性大便，重症時除急性下痢外尚呈全身症狀，大多發生於抵抗薄弱之小兒。

介紹新著

大內科學最新內科學治療全書總論出版

是書為姚伯麟醫師纂著內容分原因總論症狀總論診斷總論豫後總論治療學及治療法總論傳染病總論世界內科史共七大種可謂提綱挈領探本溯源之鴻篇鉅製蓋原因不明症狀不詳診斷不確豫後不決未有能治療疾病者近年以來坊間所出單行本治療與處方書甚多不揣其本而齊其末正坐是弊所謂以其昏昏使人昭昭者也此書獨能提要鉅元本末兼備先論原因次症狀再次診斷與豫後然後方及治療法旁徵博採兼收傳染病總論顧慮精密鉅細靡遺若網在綱有條不紊殿以內科史俾瞭然世界醫學演進之程序此外新學說新經驗新發見凡二十年來及近今醫學之進步殆俱詳於各總論中其犖犖大者如經口免疫自中家毒及內分泌異常寄生蟲病學之發展大腸電氣透照法脾臟臟腑之機能試驗電氣描寫心動曲線血糖測定血中磷酸及鈣之定量法物質代謝之法則人體血液型之分類槽穿刺脊髓描畫法腦室神經幹及心臟內注射海篤氏帶與中國經穴相互之發明巴克特利奧發第之免疫新法珍奇寶貴美不勝舉煌煌巨著洋洋大觀為吾國自來所未有誠可謂攝醫學之菁華集內科之大成者矣先觀為快有志精研究深造努力向上者不可不人手一編也

實價 每册十六元外埠另加寄費三角二分皮背布面金字精裝美本（另印有單行本分釘平裝七種函索詳目郵費二角）

總批發及零售處 上海法租界望志路北永吉里十六處改造與醫學社

問 答

關於尿中烈性毒品之檢驗答方吉甫醫師

仲謀先生頃讀「新醫藥」二卷七期 尊著「尿中鴉片毒質之檢驗」及二卷九期答蔡文蔚醫師一文指示諄諄。莫名欽佩。此外鄙人尚有問題數則存疑已久。敢請博學如先生者不吝賜教。幸甚。

緣吾浙烈性毒物除鴉片嗎啡外尚有流毒最甚之紅丸。尤以浙東一帶為盛。前聞浙省衛生試驗所化驗結果。其中毒物主為 Heroin, Cocain 其他尚有 Strychnin, Caffein, Chinin 等。

一、未識 Heroin, Cocain 入人體後變化如何。是否照原來之形排泄於尿中。成書亦未見有記載。（有何成書可供參考請先生指示）不知 先生曾經將紅丸犯者之尿檢驗過否。

二、查 Heroin 乃 Diacetylmorphin 入人體後經過酸化作用是否仍變為嗎啡而排泄於尿中。若然則但須照 先生方法驗其嗎啡反應可也。如仍為海洛音而不變。則應用何法而證明之。（據日本藥局方海洛音實性反應係加稀硫酸而熱之。則游離醋酸而生鹽酸嗎啡。復加苛性鈉液蒸發之。使成醋酸鈉及嗎啡。更以其殘渣而驗嗎啡之反應云云。）可檢尿是否照此法證明之。又此際操作如何。稀硫酸及鈉液之用量如何。

三、若 Heroin 入人體後經種種複雜機轉已變為他物。則其機轉可得明示否。又其終末產物尿中得證明否。

四、Cocain 入人體後之機轉如何。（西人常有科卡因慢性

中毒者，則其在體內機轉，西藉當不無文獻可尋。）尿中可得證明否，又操作之法如何。

關於尿中證明嗎啡法散見於各雜誌，均有詳細記載，惟關於紅丸尿一項，則尙未見有發表者。（或者鄙人見識不到，亦屬難免。如先生有所知，乞示書名，俾得購讀爲慰。）現在新令頒行，重吸者槍決，有癮無癮胥決於醫師之一言，其中出入人命關天，尙乞

先生暨海內方家，賜以指示，曷勝幸甚。回示請登「新醫藥」刊可也。專此敬請
著安。

方吉甫寄自嚴州六睦醫院

廿三年十二月二十二日

吉甫先生：

大函誦悉，辱蒙過譽，不勝慚愧。謹就所知，奉答一二，是否有當，還乞指正。

晚近紅丸流毒，誠如來函所云；況自烈性毒品嚴禁以來，紅丸毒質檢驗之重要，不亞於鴉片，惟在化學上試驗，如不欲區別毒品之種類（如嗎啡、鴉片、紅丸等）仍可按照『尿中鴉片毒質之檢驗』方法試驗之；因鴉片有嗎啡反應，海洛因（Heroin）爲嗎啡誘導體，亦有嗎啡反應，即尿中如有嗎啡反應，必爲有毒癮無疑（如非因疾病服藥或注射之故）凡有嗎啡、鴉片、紅丸等毒癮，均在違禁之列，故爲檢驗上便利起見，及檢體材料不多之時，僅須試驗有無嗎啡反應，以定被驗者有無毒癮。

如欲判別此嗎啡反應是否因紅丸所致，則須試驗紅丸中其他成分；如咖啡因（Caffeine）可卡因（Cocaine）奎寧（Quinine）士的甯（Strychnine）及海洛因等（但紅丸成分並非盡同。）之反應，

其試驗手續可按照 Stas Otto 氏方法；在檢尿蒸乾後製成之酸性水溶液。用醚 (Ether) 振搖浸出。在浸出之醚試驗咖啡因之反應。然後將餘下之酸性殘液。加氫氯化鈉溶液。使成鹼性。再用醚振搖浸出。在浸出之醚分別試驗可卡因。奎甯士的甯。及海洛因。之反應。最後將餘下之鹼性水溶液中和後。加錫水使成鹼性。用溫氯仿 (Chloroform) 或溫澱粉醇 (Amyl alcohol) 振搖浸出。在浸出液中。試驗嗎啡之反應。但以上各種是否可以詳細檢驗。因無已知體。尚未詳細研究。

至於咖啡因。可卡因。奎甯士的甯。及海洛因等入人體後。起如何之變化？據書籍記載 Caffeine:—Only a very small part of the caffeine, and then only when larger quantities of it have been taken, passes through the organism unchanged and appears as such in the urine. Another part of the caffeine, about 10 per cent. of that taken, undergoes demethylation in metabolism, since mono and dimethyl-xanthine appear in the urine, the remainder of the caffeine must undergo conversion into the normal end products of human metabolism

Cocaine:— According to experiments made by wiechowski, dogs eliminate by way of the kidneys 10—12 per Cent, of cocaine unchanged whereas rabbits do not eliminate this alkaloid in this manner. Similar experiments with atropine have shown that dogs eliminate 17—15 per cent of this alkaloid in the urine, The characteristic decomposition products of these two alkaloids (Ecgonine from cocaine and tropine from atropine) could not be found in the urine of the experimental animals, The behavior of these two alkaloids in the animal body is analogous in that both undergo profound decomposition. After rather large

doses. undecomposed cocaine is said to appear in human blood, organs and urine,

Quinine:—Quinine, administered internally in daily doses of 0.5 gram of quinine hydrochloride, is eliminated for the most part unchanged in the urine.

Strychnine:—according to Bakunin and Majone, the amount of strychnine found in the organs of animals is usually very small and rarely exceeds a tenth of the quantity administered, in dogs elimination of strychnine in the urine is at an end 72 hours after administration.

Heroin:—Heroin readily undergoes hydrolysis into morphine and Acetic.

各說觀之,可知咖啡因可卡因,海洛因均一部分分解,僅奎寧,士的甯並無變化,比較容易檢驗,惟鄙人曾經試驗者,均為未知體,且均急於報告,故僅試驗嗎啡之反應而未及其他物質之檢查,待有已知體試驗後,再作詳細之報告,此復並頌
台安!
沈仲謀謹復

補 白

經行政會議通過之麻藥全年輸入額

鴉片三千公斤	嗎啡四百公斤
可待因四百公斤	可卡因七十公斤
提奧甯二十公斤	士的甯二十公斤
潘托磅十公斤	大麻浸膏十公斤
歐可達五公斤	鹽酸阿林嗎啡五公斤

摘 錄

急性昇汞中毒之解毒劑

著者 Sauford M, Roseuthol 氏云。Formaldehydnatriumsulfoxylat 爲強有力之還元劑。能將昇汞還原爲毒性少而不溶解之第一水銀鹽。或更進而爲金屬水銀。若以1%昇汞液加于十萬倍之本液。或將1%之本液加于八萬倍之昇汞溶液中。即發生黑灰色之沈澱。又以 0.2% 昇汞液 0.1c.c. 加于普通血清中。並無特殊現象發生。然對體重一公斤注射本劑之1%溶液 0.5—1.0c.c. 後。再取其血清。爲上述試驗。則尿及血清中。均發生沈澱。

Sulfoxylat 自身毒性甚微。體重一公斤。注射本劑一克(10%溶液)于靜脈內。于犬、天竺鼠等。毫無反應。即每日一次。持續三星期。其內臟亦無組織學上變化。即對體重一公斤給本劑 0.2—0.5 克。經口的服用。亦不過偶發下痢而已。本劑即由糞便排泄。尿中能檢出者。約 5—10%。每體重一公斤給以本劑 0.2—0.5 克之靜脈內注射。在七小時。能排泄 70—75% 云。

由以上成績觀之。可知本劑(1)毒性甚微。在血管內能使水銀沈澱。(2)在血管內數小時後。大部分即由尿中排泄。(3)經口的投藥後。在消化管內。亦能發揮其作用。(4)于犬體給以大量水銀。一小時半以內。將本劑注射或內服。均有著明解毒作用。且腎臟毫無故障發生。

著者嘗用本劑治療人類之急性水銀中毒十例。皆有成效。而實地上應用。當以下法爲佳。即先以5%溶液洗胃。使胃內留本劑約 200c.c. 若嘔吐甚劇烈者。則注射嗎啡于皮下。後以本劑十克溶于

100—200 水中。注射于靜脈內。重症者隔 4—6 小時再注射 5—10 克。若發生大腸炎時。則以本劑 0.1—0.2% 溶液洗腸。

(J. Amer. Med. Asso. P1273—1276. 1. 1934)

Barbitur 酸中毒之治療法

Barbitur 酸中毒時發強直性痙攣。牙關緊急等興奮症狀者。僅于輕症中毒時有之。不多見。此時若大胆用鎮靜劑。往往失敗而終。普通來院時。大概已入昏睡狀態。僅保存瞳孔反應及腱反射。本 Barbitur 酸中毒時。瞳孔常開大。唯對光反應多無變化。而嗎啡中毒之瞳孔則縮小。至死前方擴大。診斷可利用病人之尿。即先使為酸性。次加入 Aethes 浸出。再蒸發時。可得融點 190°C 之大結晶。致死量為治療用量之 15—13 倍。普通為 10 克。Phenobarbitur 為四克。Dial 2.4 克。死亡率約 20%，死亡或恢復。普通多在數日以後。

昏睡時之治療法 (1) 以稀薄過錳酸溶液洗胃。若有牙關緊急時。則利用十二指腸 Sonde 自鼻灌入。此時病人位置。頭部須較胃為低。以防嚥下肺炎之發生。洗後以流動 Cascara X 16c.c. 及硫酸鎂 60 克灌入胃中。由此而仍不能惹起腸運動。則輸入複方 Senna 浸 240c.c. 或每四小時給蓖麻子油 30c.c. 至腸內容完全排泄而止。(2) 將病床之足端抬高。成 15—20 傾斜度。將足縛于床欄。頭向側方。以便排出咽喉分泌物。(3) 每四小時給咖啡牛乳一次。由胃消息子輸入。輸入前必將胃內容吸出。以防胃之擴張。(4) 給拮抗劑如濃咖啡。安息香酸咖啡鈉。(每二小時給 0.2 克。至達一克止) 硝酸土的年 (每 1—2 小時給 2 Milig 至腱反射出現止) (5) 注射 5% 葡萄糖于靜脈內。(6) 保持體溫 (7) 呼吸衰弱時用氧氣吸入。

反應時之治療法 第一日之終常體溫上升。呼吸困難。血壓下降。脈搏微弱。生肺炎或肺浮腫。此係血管麻痺或同時感受傳染而然。其治療與肺炎同。血管麻痺之結果易生褥瘡。須注意。又周圍之看護。于病人之蘇生。亦有大關係。

(Paul Reznikoff, J. Amer. Med. Asso. P. 2183—2184. 1. 1934)

Biermer 氏貧血之治療

著者 R. Franke 氏因欲明瞭各種貧血療法之價值。嘗以肝製劑及胃製劑治療貧血病人 118 人。而以砒療法及輸血法施之于 63 人。比較其效力。其結果認為重症病人。以肝胃製劑為最有効。此法較其他諸法早一半日數。已見功效。又赤血球數在四百萬以上之病人。欲維持此數。當每星期注射肝臟製劑一次 5—10c.c.。同時每日須服還原鐵三克。還原鐵對全身症狀及神經症狀。作用頗佳。而僅用胃製劑。其效不及肝製劑云。

(Klin, W. Nr. 4. 1934)

神經性循環無力症之症狀及原因

H. R. Craig and P. D. White 二氏云。本症之主訴為心臟部之不快疼痛及疲勞感。為神經官能病之一。以純粹之本病為第一羣。而合併有解剖變化之心臟病者為第二羣。兩羣各取五十例為各種統計。即年齡為 12—69 歲。平均 36 歲。性的關係為男 31 對女 69。營養狀態以佳為多。職業以家庭中婦人為最多。次為乳母教師書記學生醫師等。原因中神經性素質。頗堪重視。過勞。不規則的性生活。傳染病胃腸病亦為其誘因。自覺症狀中。上述心臟部之異常感。70—80% 有之。其他為失神假死不眠頭痛眩暈多汗嘔下困難面色潮紅或蒼白及震顫等。他覺的檢查心臟之大小在第一羣都屬尋

常。第二羣之半數有機能的收縮期雜音。血壓第一羣無變化。本病之預後與生命無關。但欲治愈。則須視各個人而定。療法當先說明本病之性質。以除病人不安之念。次為適當之勞動與休息云。

(Arch. of Int. med. No. 5, 1934)

Salyrgan 之一新用法

本文著者 H. Breulke 氏報告重症心臟病而有肋膜滲出液之病人二例。此種病人每次注射 Salyrgan 2c.c. 于肋膜內。反覆施行時。其利尿効力強于靜脈內或肌肉注射二倍云。Salyrgan 于腹腔內對腹水有効。已由 Hartl 氏證明。本法之奏效。蓋局處的作用與全身組織之利尿作用。互相助長而來者也。

(Muench. Med. Wschr. 525 I, 1934)

梅毒之經口的鈹療法

藥物服用方法中最自然而苦痛最少者為內服法。梅毒療法中能由內服法服用者。今日僅有碘劑。然効不確。即 Spirocid 及 Stovarsul, 均不如砒 Bonzol 化合物注射之有確効。鈹化合物中據 Lovaditi 及其他學者之意見。水溶性。非水溶性及油溶性鈹劑之內服。無驅梅作用。即有亦微弱。又 Fournier, Gueuot 二氏亦云鈹化合物之內服。毫無功效可言。但能于消化管內變化吸收之鈹劑。則有驅梅作用。尤以氯化鈹于酸性液中。能溶解吸收。而揮其作用。其缺點乃吸收利用之量。視胃之分泌機能而定。胃中乏酸時即難利用。但此氯化鈹與多價 Alcohol 之化合物。與胃遊離鹽酸之存否無關。能吸收利用而發揮驅梅作用。已在動物實驗上證明矣。又用于病人。其症狀亦逐漸消退。服下之鈹。結果均自尿中排泄。唯于服後經過長時間。方開始排泄。可知鈹在體內停滯也。最近 Sereffio 氏之研究

成績。若將此有機銻化合物，使與肝臟 X 再行結合，則其作用更強。此新劑 (Bithmutrat) 爲白色粉末，易溶于水，具有臟器性臭氣，水溶液味微鹹，爲弱鹽基性，對酸及鹽基之抵抗頗強，含有 4% 之銻云。著者曾用此藥治療初期梅毒 13 人，二期 24 人，三期 6 人，神經梅毒 6 人，共計 49 人，均與注射砒劑，得同樣效力云。

(Med. Wsch. Nr. 40, S. 1525, 1934)

肺炎之血清療法

肺炎治療之利用血清，始於英美二國，而最初應用者爲一九一二年 Neufeld, Haendel 二氏。當時之血清製造尙未完全，故效用亦不顯著。如 Barthel 氏之記載，肺炎之死亡率，在規甯療法與血清療法二者相同。有時血清且較規甯爲劣。然血清之有特殊偉効者，亦曾遭遇云。著者 P. Mulzer, S. Serefis 二氏欲檢免疫血清之効力，就肺炎病人一百八十人，作下述試驗。即 70% 施以血清注射，而 30% 則否。唯規甯與 Cardiazol 注射，則全部皆用之。尤以前年冬至去年春季之流行，最爲惡性。著者審精細觀察八十六人，肺炎菌之種類以第一型爲最多，占 40%，第二型 32%，第三型 15.8%，第四型 12.1%。死亡率年齡愈高者愈多，即五十歲以上爲 54.5%，六十歲以上者爲 77.7%，又菌型對死亡率之關係，第一型爲 15%，第二型爲 30%，第三型爲 55%，平均爲 30% 云。凡施血清療法者，均係重症，或其他療法無効之病人，第一型第二型之血清注射成績甚佳。即第一型之死亡率由 20% 降至 8.2%，第二型自 30% 減至 15% 云。免疫血清之注射，愈早愈妙。且應用單價血清。第三型肺炎之血清療法，効力不定，死亡率亦無變化。第四型更屬不明。肺炎球菌之敗血症，由血清注射，不能治愈。然若注射大量于靜脈內，亦有見効者。本療法之副作用，在著者使用時較少。合併症膿胸十例中，之二例，曾用血清療法云。

(Muech. Med. W. Nr. 39. S. 1487. 1934)

猩紅熱與月經

猩紅熱之病原菌，大多數自扁桃腺侵入，然皮膚有損傷時，亦得由此侵入。此時發疹以損傷之周圍最著明，而扁桃腺炎則頗輕微。猩紅熱之原發于產褥期子宮者，爲一種創傷傳染，固無可疑。又

Schlossmann 氏等嘗發表多數症例。猩紅熱發疹與月經而來。且主張子宮粘膜炎爲其侵入門戶。然著者 Dienst u. Neter 二氏之經驗。月經不順之婦人 219 例中。有 55 人于月經時發猩紅疹。而其中 14 人並無創傷性猩紅熱之特有發疹位置。即頸部及上半身爲多。且扁桃腺炎亦甚。子宮無炎症候。但普通產褥猩紅熱之發疹。以大腿附近爲多。由以上事實。著者主張月經時猩紅熱。非創傷傳染。即由子宮粘膜炎侵入。而與普通猩紅熱同樣。自扁桃腺侵入。且疹之發現未必如 Schlossmann 氏等之主張。與月經開始相一致。由猩紅之存在。影響及內分泌作用。使月經早期來潮。適與疹同時發現耳。故猩紅熱于內分泌亢進之妊娠時少。而減退時之產褥期則甚多云。

(Muench. Med. Woch. Nr. 16, S. 597. 1934.)

慢性前額竇炎之石灰水療法

以弱酸性液洗滌前額竇。文獻頗多見。然其理由不明。蓋粘液由酸性溶液沈澱。而由鹽基性液溶解也。Kramm 氏嘗求鹽基性反應。能溶解粘液。殺死細菌。同時有收效性之藥物。結果乃使用石灰水。即用 Liebreich 製之氫氧化鈣溶液也。石灰鹽類能低減植物性神經之興奮性及血管之滲透作用。以抑止炎症。又有殺菌作用。臨用以水製成 3—6 倍之稀薄液。加溫至 37°C 左右。每星期洗二次。著者之經驗例如下。病人以兩側副鼻腔化膿性炎症。自 1895—1905 年之間。已受手術數次。他處均已告愈。唯右前額竇遷延不愈。1922 年始受著者療診。除洗滌外。更吹入硼酸粉。未見效果。且再發而呈劇烈症狀。乃用石灰水洗滌法。即先以 100c.c. 洗滌後。更注入 30c.c. 于竇中。放置十分鐘。應用二次後。炎症之消退頗速。于是繼續施行。至二十次。而三十五年之宿疾。即告痊癒云。著者又云。以生理食鹽洗滌爲不當。蓋細胞吸收多量之鈉。而致腫脹也。鈣則無此弊。

(Z. Hals- usw. Heilk. Bd. 35. H. 3. S. 325. 1934)

工作報告

本刊第二卷工作之回顧

應 策

民國十七年，中華醫學會曾提議與本會共同發行一中文雜誌，定名『中國醫學雜誌』，借因種種關係未能實現。二十年春，本會開第十二次大會於上海，議決刊行會誌，定名『新醫藥』。即於是年秋發刊，出創刊號一巨冊，旋即中斷。以至於今，故第一卷只出創刊號一冊，全卷頁數計四六六頁。今春，本會主幹陳方之余雲岫、汪企張、蔡禹門諸先生，因鑑於國內醫藥刊物之複雜，供給醫師之專門雜誌之缺乏，而會員心目中視本會之存在若有若無，對『新醫藥』有復刊之必要。又鑑國內各雜誌之稿荒，未能按期出版，殆為通病，欲革除上述弊端，非聯絡一醫學研究機關不可。故商請上海東南醫學院，負責供給一部稿件，並聯合上海東南醫刊、社會醫報、杭州科學醫報以壯聲勢。至本年三月遂行復刊，仍名『新醫藥』，作為第二卷。追想本刊之有今日，全賴各方主幹急公明義，一經商榷，即極端贊許，皆願負荷工作，犧牲其現有之名位，以貢獻於會中，扶助本刊蒸蒸日上，實亦振興本會之好徵象也。

本會為醫藥二界同志所組織之學術團體，故本刊內容醫藥兩方並重。第二卷共出十期，全卷計九八零頁，發表各種文字如下表：

項 目	篇 數	項 目	篇 數
插 圖	56幅	社會醫學	4
論 說	11	通治醫學	2
原 著	36	各科摘錄	75
綜 說	9	醫藥消息	93
演 講	2	雜 組	3
譯 述	14	來 件	2
診療知識	18	雜 錄	1

一個學術機關雜誌，理論上內容須側重研究著述方面，然以我國一般開業醫師之心理，皆喜閱短少簡明文字，本刊為顧及讀

者之需要，特闢診療知識及各科摘錄二欄，極受讀者之歡迎。故本刊可謂是學術及臨症並重之刊物。

一個學術團體發行之刊物，其目的是以學問來溝通會員與會員間之閤隔，使會員中雖相距千里，而精神上猶似同處一室。所以收費不宜過於紳士化。故本會在可能範圍內，極力減輕會員之負擔。以期使本刊為供給我國醫師普遍之讀物。本會常年會費為一圓，會員每年除領受『新醫藥』十二冊外，尚有其他學問上之享受。新醫藥每冊之印刷費姑不必論，而每期之寄費需洋二分五厘。全年十二冊計需寄費三角，而會中所得者僅洋七角而已。對於此點為其他學會所不能及者。本刊每期寄發數目如下表：

寄發地點	寄發份數	寄發地點	寄發份數	寄發地點	寄發份數	寄發地點	寄發份數
上海市	643	江蘇省	195	安徽省	13	山西省	5
南京市	129	浙江省	93	四川省	27	綏遠省	4
青島市	19	江西省	58	湖北省	27	甘肅省	4
廣州市	32	福建省	43	湖南省	10	河南省	24
北平市	34	廣東省	53	山東省	20	國 外	14
天津市	18	廣西省	11	陝西省	11	合 計	
杭州市	76	雲南省	4	河北省	16	1603	
漢口市	19	貴州省	5	青海省	2		

校對之難，稍親其事者皆所深知。本刊固限於經濟，辦事人手較少，每期出版又限於時間，錯誤之字在所不免。此後總期極力改正本刊之缺點，使臻完善，以副讀者之雅望。

二十三年十二月三十日

醫藥消息

國內息消

1. 蘭安生視察江西省衛生設施

去臘全國經委會特派衛生技術顧問蘭安生氏前往江西視察業已竣事。正在草擬報告。茲據其隨員云。該省最近衛生設施。頗能遵從原定計劃實現。立持全省衛生之總機關業已成立。並附有省立醫院助產學校省立產院及衛生試驗所等。省立醫院暫借市政委員會開診。一俟新址建築成功。即將遷入。可成爲南昌市規模最大之醫院。助產學校現有學生百餘人。產院每月接生人數約六七十。均屬發達。衛生試驗所亦設備完善。關於細菌及寄生蟲等檢驗工作。悉能辦理。至於負責地方衛生之省會衛生事務所。及農村服務組。亦已先後成立。成績可觀。衛生事務所極力與省會公安局教育廳合作。農村服務組已設六區。切實從事診病種痘等工作。頗獲農民之信仰。總之該省自經前度經委會指導以後。各方面著有進步。尤以保甲制度辦理最善。故推行農村衛生。亦覺容易從事。前途希望。試不可限量云。

2. 匪區衛生工作之續訊

中央注意匪區衛生事宜。業誌前報。茲悉前次經由南京派往之技術人員。係經委會所調度。專門研究匪區病源及營養問題。匪區目前盛行瘧疾。尤以惡性瘧疾爲最難愈。病症初亦猖獗。現因氣候關係。已見消殺。軍隊中又多腳氣。現在冬季尚不劇烈。至於營養問題。關係複雜。業經調查完畢。製成報告。檢同餘防各種疾病方策。建議藥局採納施行。

3. 江北淮泗漣宿四縣請款防治黑熱病

黑熱病俗稱瘧塊病。大江以北流行最盛。尤以淮陰漣水泗陽宿遷四縣爲甚。目前據查患者不下十餘萬人。約五年增加十倍。不予防治。前途何堪設想。但需費浩大。決非省縣之力所能濟事。現在地方當局擬懇全國經委會撥款。特由淮陰區行政督察專員趙舒。呈請中央蔣委員長主持救濟。其文云。

南京軍事委員會委員長蔣鈞鑑。言江北農村經濟破產者。止及水旱盜匪而已。不知近年民間。發生一種瘧塊病。實有消失壯丁。毀壞農村。絕滅種族之危險。請爲鈞座一詳陳之。查瘧塊病。又稱黑熱病。前數年地中海及印度。蔓延極盛。傳染所至。村市爲墟。賴該地政府人民。全力施救。數年之間。撲滅淨盡。俾免浩劫。我國山東。河北。河南。安徽。江蘇等省。現均有是項病症發現。尤以江北之淮陰。漣水。泗陽。宿遷四縣最盛。均屬職區轄境。估計患病者。已達十餘萬人。逐年向來遞增。患者男盛於女。以壯丁佔最多數。傳染極速。約計五年增加十倍。任令蔓延民間。不予迅加救治。行見農村日毀。壯丁消亡。民富國防。同時發生絕大問題。不出二十年。中華民族。有同歸於盡之虞。此可痛心者一也。職奉職以來。嘗深入民間。查詢疾苦。親見淮陰以北各村莊。幾無一村得倖免受瘧塊病之痛苦。鄉民對於盜匪騷擾。究有見慣之不驚。對於水旱加害。亦可食力於異地。惟染及是病。則能力消失。動彈不易。生活且不可得。醫費復從何來。貧病交迫。坐以待斃。故江北人民。邇來死於是病者。比之十年以前。何止百倍。暗消國力於不覺。此可痛心者二也。泗陽縣劉莊一村。民國二十年。患瘧塊病一人。二十一年三人。二十二年八人。二十三年卅四人。四年之間。加至三十四倍。傳染之速。可以概見。再就各鄉村。逐戶按口計之。劉莊患者。佔百分之八十三。陳莊患者。佔百分之三十二。如以

十村平均計之。每一百七十二戶。患痞塊病者。有一百十六戶。合百分之六十七。每九百六十四人。患痞塊病者。有二百四十四人。合百分之二十五。其流行之盛。至堪驚詫。黑熱病研究隊。均有確實統計。可按。隊長蒲南谷博士。言之甚詳。果令蔓延日廣。民族尙有立足之地耶。此可痛心者三也。就職所知。鄉民患病求治之狀。誠有不忍聽聞。如以抽彩方法。得資診病之事。可爲太息。其法一村患痞病者十五人。每人各出一元。積成十五元。適敷一人注射藥品費。然後聚集抽籤。抽中之人。即持以入院診治。其餘十四人。只得靜候病斃。人世慘狀。似無逾此。此可痛心者四也。職自蒞任淮陰。奉職無狀。深知江北痞塊病。流行之可怖。慘目傷心。捶胸欲起。徒以需費過鉅。施救無方。內心自疚。迴腸九轉。是病爲民族存亡所關。心所謂危。輒敢晰瀝陳明。敬懇鈞座轉商全國經濟委員會。撥給二十萬元。專充治療痞塊病。經費。由中央多派醫士。帶同藥品。分赴各縣診治。以期早日撲滅。如慮人才一時不敷。分配儘可分作數年辦理。蓋有費三萬元。即能治愈五千人。加以現在黑熱病研究隊。已治愈之一千五百人。共六千五百人。第一年即可少耗治療費十九萬五千元。（注射藥內服藥及住院費火食等。每人約三十元）。同時增加六千五百人之生產能力。約可得十六萬五千五百七十五元。（江北人民耐勞。人耕五畝。年收麥荳二季。除存種肥料衣食佃租外。年可生產二十五元五角）。合計省費三十六萬零五百七十五元矣。再每病人至少能傳染二人。即第二年可減少一萬九千五百之患病人。合其所得生產。與所省治療費。亦達一百零八萬二千二百五十元也。利益民生。甯有窮極。依此盡力治療。不出數年。萬惡之痞塊病。不難撲滅淨盡。在政府僅消耗二十萬元之經費。所關民族復興前途。至鉅。倘蒙鈞座俯賜主持。力予施行。豈止江北一隅民衆之幸哉。肅電奉陳。

伏乞垂青云。

4. 護士教育委員會成立

衛生署曩曾建議教育部雙方合作設立護士教育委員會。業于去冬成立委員人選。除教部主管職員外。多為醫學界知名之士。而由衛生署長推薦者。自成立以後。曾迭開會議。通過護士學校規程。及師資講習班辦法。至於課程標準及設備標準。亦已擬有草案。為慎重起見。尚須審查。然後可以決定。最近該委員會又議決責成教部。于中央護士學校。或上海婦孺醫院護士學校。北平協和醫院護士學校中。指定一校或二校。辦理護士校師資訓練。並于中央衛生署所屬衛生講習班。或北平協和醫院護士公共衛生組中。指定一處。辦理公共衛生師資訓練云。

5. 法醫研究所第一屆研究員畢業

司法行政部所主持之法醫研究所。為廣造法醫人材起見。曾招收研究員從事訓練。第一屆計十七名。業于去冬畢業。經當局派員考試後。呈准法部發給證書。聞畢業典禮已于三星期前在真茹該所舉行。此等研究員。原係國內各大學之醫學士。對於法醫學夙具根底。且有曾在法界服務者。故此次成績皆甚優良。當局對之。尤為重視。已分別派往各省高等法院。及政警機關服務。藉以改良法醫檢務云。

6. 南通醫學生為搜求解剖標本橫遭刑禍

南通學院醫科為研究人體解剖學術起見。迭向官廳請領匪毒等案槍決屍身。均無結果。以致解剖教材。貧乏萬分。去臘有二年級學生多人。相約自動往四郊荒塚。搜覓標本。詎為好事者造作流言。哄動鄉愚。竟于十二月十三日晨。於城南體育場西首。聚眾四五千人。將學園圍困。結果有五人被押往縣府。轉解地方法院。釀成絕大糾紛。據調查實際上僅掘無主遺屍三具。並無重大刑事嫌疑。業經法院判決被捕各人。各處徒刑六月。均宣告緩刑三年。並聞被掘區域。已重行整理。一場風波。才告平息。

國 外 消 息

1. 奧國生產率減退死亡率增加

本年三月二十二日舉行之奧國人口調查之結果業已發表。維也納現在人口爲 1,874,618 人較大戰爆發前減少十四萬人。1914 年之生產數爲 26000，死亡數爲 22000，而 1931 年之生產數及死亡數爲 12,137 及 23,472。即生產數減少百分之五。五死亡數反增加。惟 1933 年度自市外移住市內有 155,587 人。而自市內移住市外者爲 122,443 人。故生產數雖少。而人口仍增加二萬餘人云。維也納市之猶太人。戰前及現在。均占全市民之 10%，其生產率之低頗堪驚人。過去二十年間。來往者絕少。僅近一二年來。漸次減少。1920 年二十二萬之猶太人。現在僅有十八萬云。

2. 法國亦着手防止騒音

英國各大都市之取締騒音。已成事實。最近法國方面有識者之間。亦注意騒音之有害于人體而思所以取締之道。已羅致專門人材。集合商議。Secard 博士以普通人士。態度頗爲冷淡。最近發「騒音對人體之惡影響」一文。以臨床研究爲根據。氏分騒音爲繼續的與突然的二種。尤以後者之害爲大。汽車。機器腳踏車及飛機之爆音。皆使睡眠不安。血壓上升。脈搏變爲頻數云。故大都市當局將發布新法令。取締汽車。機器腳踏車。無線電話。工廠汽笛之濫發音響。一方房屋之構造。將加以改良。施以防音裝置云。

3. 在德外人亦適用斷種法

德國因欲使惡性疾病之遺傳杜絕起見。前曾頒佈斷種法。即對於有遺傳惡性疾病（如精神病等）可能性之男女。適用斷種法。即行輸精管及輸卵管之結紮法。現德政府欲令在留外國人。亦

適用此法令。庶德國境內，可絕對安全。不久當可見新法令之頒佈矣。其理由為雖屬外國人。然在德國境內。即當服從德國法規。況此法之施行。其目的在撲滅惡疾。使次代國民。保持康健。對各國僑民。絕無干涉其生活之意。如不欲受本法之制裁。則退出德國即可云。

4. 英國勞動階級之康健狀態

近年來不景氣之風。吹遍全球。英國產業界亦受影響。而呈萎靡沉滯之狀。此時勞動階級之康健狀態。頗可憂慮。有營養不良因而引起各種疾病之可能。然觀最近調查之結果。可知以上憂慮為過慮。即除少數例以外。勞動者家族之營養狀態。並無變化。在英格蘭及威爾斯六州內。四州較全國平均之死亡率僅稍超過。而二州則反低下。然勞動家族之幼兒死亡率。則有漸次上升之象。此點當設法救濟者也。

5. 德國發明計算微生物儀器之傳聞

最近據國民通信社汎利克電訊所傳。德國醫藥界近有新發現。此訊如經證實。將成為近代醫學之最重要發明。若干種傳染病。如天花痘疹。口腔及足部諸症之黴菌。其體積之小。非精密之顯微鏡所能窺見。亦非任何簿膜所能使其沈澱。比克華爾特教授。頃發明一新式儀器。用此可以決定此項微生虫之大小。此項儀器。為一強有力之離心器。轉動時力量甚大。可使最小之有機體。脫離溶液（其原理與分泌牛乳之離心機同）。微生物之大小。可以使微生物分泌之離心速度計算之。比克華爾特利用此法。證明天花黴菌之長。為一米厘之二百萬分之一。足部及口腔病黴菌。則為一米厘之二十萬分之一。其他許多黴菌。亦可用此測量云。本社業已函請柏林留學界調查真相。一俟得覆再行露布。

會 務

十一月二十日第九次執監會

出席者 汪企張 蔡禹門 陳卓人 陳方之 周夢白(汪代)
姜振助 龐京周

- 一件報告今日到會人數不足改為談話會。
- 一件報告上海分會來函附送新會員陳雪峯志願書請求核給會證業已照發案
- 一件報告未設分會地方之會員應收會費業已着手印發通知書案
- 一件報告章淦金子堯請求入會經在座各委員審查認為資格相符准先發會證俟下屆例會提請追認案

十二月二十日第十次執監會

出席者 劉悟淑 趙藥農 吳冠民 余雲岫 姜振助
劉步青 蔡禹門(吳代)陳卓人(姜代)陳方之(余代)汪企張(劉代)

- 一件報告十月二十二日執委會議紀錄及十一月二十日談話會紀錄
- 一件報告北平分會來函商議下屆大會在平舉行時應取之步驟請傳觀案
- 一件報告北平分會來函報告為江西醫專劉懋淳被誣案業已公函該省高等法院請其糾正已往錯誤案
- 一件報告上海社會教育社來函即日起特設文化講座專講中國學術並附簡章一份特請廣為宣揚案

一件編輯總幹余雲岫申請辭職案

議決一致挽留

一件南昌劉綺桐及本埠劉正燭爲劉士燭案來函申訴案

議決 交該案審查委員參考

一件上屆談話會審查合格之新會員章淦等二人入會應予追

認案

議決 通過

一件泉州陳介文彭承踪陳靜光陳雅八南匯孫又新徐州李學勤

請求入會案

議決 核與會章相符准其入會。

補 白

全國重要學術機關一覽表(二十一年份調查)

機關名稱	成立年月	所在地址
國立中央研究院	十七年六月	南京成賢街
國立北平研究院	十八年八月	北平市和平公園
國立北平圖書館	十八年六月	北平市文津街
國立編譯館	廿一年七月	南京山西路
國立中央圖書館籌備處	廿二年四月	南京沙塘園
國立博物院籌備處	廿二年七月	南京市
中央農業試驗所	廿一年一月	南京市陵林園
中央工業試驗所	十九年七月	南京市下洋橋
中央國術館	十七年三月	南京西華門
古物保管委員會	十七年三月	北平市
國語統一籌備委員會	八年四月	北平市黨部街
實業部地質調查所	元年一月	北平市
社會調查所	十五年七月	北平市南長街
海軍編譯處	十六年	南京海軍部
海軍魚雷營	十八年	南京下關草鞋峽
兩廣地質調查所	十六年九月	廣州市文德路
河北縣政研究院	廿二年四月	河北定縣
河南省國術	二十年一月	開封中山公園
河南古蹟研究所	廿一年二月	開封龍亭
江西地質調查所	十七年十月	南昌市豫章公園
國學研究所	十九年七月	山東齊魯大學內
山東古蹟研究會	十九年七月	山東大學工學院內
交通大學研究所	十五年十月	上海市
上海市衛生試驗所	十五年	上海市
湖南衡嶽森林局	七年二月	衡山縣