

年

卷

期

2

1

第

第

# 新 醫 藥

## SHIN YIH YAW

中華民國醫藥學會會誌 東南醫刊 社會醫報 合刊  
第二卷 民國二十三年三月出版 第一期  
VOL. 2 NO. 1 MARCH 1934

### 本 期 目 次

- 中華民國醫藥學會會誌「新醫藥」月刊宣言……(1)
- 論 壇 1—6  
三誌合併後本誌之陣容……(3) 從「行政院長汪精衛招待第三次全國醫師代表大會各代表茶會演詞」談到「立法委員國醫館長焦易堂辭職」「國醫藥業大批請願」……(5)
- 原 著 1—40  
血蛭病之研究(第二報)……(1) 虫樣垂炎之手術根治例報告……(22)  
青島市李村鄉區蛔虫患者統計……(30) 一眼先天性虹彩炎合併先天性小眼球小角膜之一例……(33) 上眼臉皮膚性潰瘍之一例……(35) 急性化膿性下顎骨骨髓炎手術例報告……(39)
- 綜 說 1—14  
硫黃之應用……(1) 種痘腦炎問題……(7)
- 譯 述 1—6  
世界最大之囊胞肝……(1)
- 社會醫學 1—14  
醫學上需要的統計方法……(1)
- 診療知識 1—5  
關於心臟生理的新發見……(1) 肝臟療法……(8)
- 摘 錄 1—11  
有臭味腦梅毒之一例……(1) 虫樣突起炎與妊娠……(3) 關於急性脾臟炎之診斷……(4) 關於腦溢血成因之最近論說……(6) 消化潰瘍之粉末秋葵療法……(8) 白喉(Diphtherie)後的食道狹窄……(9) 腹膜炎的血清療法……(10) 橫隔膜神經切除術的適應症和手術及對於肺結核的效果……(10) 礮酸的毒性……(11)
- 醫藥消息 1—5  
上海東南醫學院及附屬東南醫院近況……(1) 九州帝大寄贈上海東南醫學院病理標本目錄……(1) 衛生署不允變通發給藥師證書……(4) 紅會會員公開徵求之制舉……(4) 上海天花盛行……(5)
- 會 務 1—20



衛 爾 母 標 商

( 質 巢 卵 )

TRADE MARK 'VARIUM' 商標

各 種 用 處

「大寶來」牌「衛爾母」(原名「大寶來」卵巢質)

一 解除自然閉經或手術後閉經之各種症狀

二 用於發身時期所起之月經不調或月經遲發等症

三 用於肥胖所兼發之閉經  
四 亦可用於閉經時期或期後所起之

外陰癢癢或女陰乾枯等症

商標「大寶來」牌「衛爾母」五哩(〇・三二四克)

如與「大寶來」甲狀腺同服可增加效力

每粒含有指明重量之新鮮卵巢質

備有華英文仿單函索即寄

 BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

(PROPRIETORS: THE WELLCOME FOUNDATION LTD., LONDON, ENGLAND)

AND 5 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

號五路港香海上華中 敦倫國英

行 藥 大 威 寶

(司公限有金基氏威商英)

Star Brand

# Transpain

樟腦  
奎寧  
水溶液  
注射劑

本品不用油質溶化  
易於吸收迅速發揮  
樟腦及奎寧之功效  
專治肺炎急慢性氣  
管枝炎肺膿瘍肺壞  
疽及其他氣管枝疾  
患有強心解熱消炎  
殺菌等功應用範圍  
甚廣

說明書樣品及索即奉  
各大藥房均有出售



# 雙 給 梅 齒

筋肉  
注射  
絕無  
疼痛  
製法  
精良  
功效  
神速

上海新開路一零九號  
新亞藥廠發行

中國科學工業公司

# 新 鎮 痛 劑

NEO-VETOLIN & VETOLIN

"F. KOONG"



## 萬痛靈與凡痛靈

此係有機化合物，初名凡痛靈 [VETOLIN] 止痛之功尚迅速。惟藥為淡黃色，於化學上猶覺未滿。因又再四研究，另以最新化學方法，製成一種白色 [最新萬痛靈 NEO-VETOLIN]，功效更妥更速，吸收亦更容易，服後立刻痛止。並無種種不快，及催眠等副作用。凡各種神經痛，婦女月經痛，外科創痕痛等，均甚效。而尤以三叉神經痛為最。舟車眩暈，及高血壓病之頭頸脹痛，亦有效。定價甚廉（醫界用黃色藥片，五百片瓶裝，僅定價七元五角。白色五百片，僅定價一十元）如須說明書，及新藥價目表，函索即呈。

【裝盛】藥粉每兩一瓶  
藥片分五百片 一百片 一十片三種

【附白】此藥類承垂詢有無注射液。福康因內服效已極速，若用為注射，反有疑義。（各國此藥亦多無注射液）故非有十分把握，不敢率爾製售，免滋貽誤云。

上海福康西藥店製 各處大藥房均代售

上海南市虹橋西復康藥行總經理

### 立止胃痛

# 一服靈

**試服券**

憑券向上海河南路二五七號中國化學工業社函索當奉贈外埠函索請加郵費三分可也

大罐裝  
中罐裝  
小罐裝  
紙盒裝  
單仿

（式裝）  
紙盒裝  
單仿





## 胃病之救星

胃病是人生最痛苦之事  
一服靈是患胃病者之對症良藥  
若使患胃病者服一服靈  
則醫書上可不再看胃病二字

上海河南路二五七號  
中國化學工業社總經理

上海膠州路膠州華健化學製藥廠製

“民生”

必治癒

PITYOL "MING-SEN"

皮膚病特效藥

\* 膏油之製特有名 \*

主治各期  
濕疹膿疱  
疥水泡疹  
乾疹苔癬  
脚癬刺癬  
以及一切  
皮膚病疔

包裝  
每瓶一磅



特製

驚人新藥

“民生”

西樸淋

SALPALIN "MING-SEN"

治淋妙品

主治各期  
尿道炎及  
膀胱炎  
腎臟炎  
疝氣  
淋毒  
一切  
患淋各  
種炎症

包裝  
每盒五支  
每打五十二支

殺菌

特效

利尿



杭州民生製藥廠化學藥品部  
總經理杭州同善坊同善藥房  
各埠各大藥房均有出售

(濟布巴)齊貝貼敷新

# 膏腫退炎消

# 三福

本劑用國產原料製成，功效與同類之舶來品無異。及統治諸種急性及次急性炎症，如肺炎、盲腸炎、癰腫、濕骨痛、瘡癤、疔毒等症。本膏敷貼於患處，有改善局部血液循環，促進毒素之排除，增加其向愈轉機。

廣發



號五十九零十一路明新海上  
行發廠藥亞新  
售出有均處總大各國全

膏腫退炎消福三  
房藥大各國全  
售出有均

## 中華民國醫藥學會會誌 「新醫藥」月刊宣言

大凡有一團體。皆有其出版之物。會之有誌。所以通音問。維衆志也。我中華民國醫藥學會。艱難締造。越二十有二年矣。其間中斷者再。不絕如縷。賴有志之士。幾捐數百金。維繫命脈。而會員之散處各方者。除大會集合以外。漠如散沙。對於本會。心目之中。若有若無。幾不知總會之何所事事者何耶。無會誌以通音問維衆志也。總會諸君。耗財勞力以維一綫之命脈。幾不知會中有各地散處之會員者何耶。無會誌以通音問維衆志也。是故散處之會員。非不具有愛護總會之熱忱。形格勢禁。以爲心乎愛之而莫能助也。勞瘁之幹部。非無聯絡會員之念。手無寸鐵。徒呼負責。以爲有懷欲陳而未有路也。彼此閼隔。無能相諒。種種窒礙之生。皆爲會中無定期刊物。階之厲也。同人有鑑於此。以爲欲振興本會。非刊行定期會誌不爲功。而刊行會誌。又非漫然可以集事。蓋有二難焉。經濟無一定之款。則難於應度支。材料無一定之稿。則難於充篇幅。此其當前最重大之問題。而亦最重大之難關也。於焉曉然知欲償所願。非集合現有一部分勢力。

衆擎共舉。必無望矣。去年秋冬。我會幹部。本有編輯年刊之議。徵文遐邇。材料稍稍集矣。此現有勢力之一部分也。東南醫學院。舊有東南醫刊之發行。三月而一出。以其爲學術機關也。內容充實。不憂匱乏。此現有勢力之一部分也。社會醫報之半月刊。創始至今。已六年矣。此亦現有勢力之一部分也。凡此皆我會分子之所經營。而又皆在上海一隅者也。於是思糾合之者。以爲我會會誌之基礎。各方主幹。急公明義。一經商榷。極端贊許。皆願負荷工作。肩任經濟。犧牲其現有之勢力地望名義權利。以貢獻於會中。於是乎始有月刊會誌發行之可能矣。仍名曰新醫藥。襲會誌之舊貫也。以本年三月。爲出版之第一期。方春和時。草木肇生之物。皆欣欣向榮。吾會誌亦復興於此時。自今日以後。會員有音問可通矣。或能藉此以維繫衆志乎。嗚呼。會誌之行。其難如此。其重如彼。會之興替。視此舉矣。願與全體會員諸公。珍重而愛護之。以期發榮滋長。與江河日月爭不廢於萬古也。

# 論 壇

## 三誌合併後本刊之陣容

余 雲 岫

本刊既合中華民國醫藥學會會誌，東南醫學院醫學季刊及社會醫報半月刊三誌為一，而變為每月刊矣。其性質，其內容，亦必宜有三誌遺傳之特性，保存於其間，此事理之有固然者也。三誌之特性維何？曰中華民國醫藥學會雜誌者，以報告會務，互通音問，交換知識，固結團體，為本位者也。東南醫刊，以各科教室研究之成績，學校進化之狀況，以發表之於醫界，報告之於學友為本位者也。社會醫報者傳播其醫學革命之論說，而輸將科學之智識於普通社會為本位者也。合此三者以為本刊，則本刊之內容主旨可以知其崖略矣。本刊之所以異於他種醫誌，他種會誌之故，亦可以曉然矣。不佞社會醫報中人也，請言此後之醫學革命。

過去之社會醫報，其主力在於攻擊，今則五行六氣十二經六府之謬誤，稍有頭腦者，皆知其非是矣。操舊醫之業者，皆



知非採用科學不可矣，是攻擊之役已告成功。此後摧枯振落爲力較易矣，而吾輩今後所當努力者，乃在整理國故，研究國藥，所當矯正者，乃在駢枝之論，所當注意者，乃在舊醫學校舊醫資格，以及指導民衆者，對於舊醫之舉動也。

整理國故大都爲過去歷史問題而設，今之舊醫及要人其所謂整理，非此之謂也。目的欲於畧畧砂礫之中，尋求太璞爾。此事不止事倍功半，以不佞觀之，恐事十而功不及一也。蓋非從事國藥研究，決不能以宣言達其目的也。不佞之所謂整理國故者，乃欲考其源流，察其變遷以知其對於疾病之思想如何，應付如何以爲研究者之參考耳。此國中學者不能不盡之義務也。

國藥研究之事業非常複雜，非常浩大，本草三千品，其大多數皆等於有名未用之類，所常用者四五百種而已。且三千品中其有高名於昔，而無實用於今者頗有多種，如附子強心爲昔日起脈回陽之珍品，今則覈其作用不及毛地黃、珊瑚、精樟腦之捷且有力矣，是故研究國藥者，乃學者討究學問之工作，至欲得玄珠於赤水，獲楚璧於荆石，蓋非旦暮所可遇，操券能所得也。雖然不加尋求，則良藥異功或埋沒於糞土之中，而無從發露於人間，科學醫家所以不能不勤爲搜討者，盡學者之責任也。至於遇不遇，得不得，非研究學問者，所能計及者矣。而今之宣傳國藥者，謂有無窮寶藏，此則好奇之過也。

舊醫製造之機關，舊醫資格之程式，以何者爲合，在今日科學時代無合理之條件可言也。若舍科學而言過渡，則背理從俗，未始不可遷就。雖然遷就者，權變之謂也，權變不可常，過渡之時期不可久，則宜有所限制焉。居今日而言醫之資格，徒弟授受式之教育，當然不能承認，則舍舊醫學校無可適從矣。而所謂學校者，其教授何



等人講義何等語，其與現代之距離相距不啻億萬里，此必不可常且久也明矣。謀國諸公，不聞議及於此而倒行逆施者，且欲藉以爲新舊永久峙待之壘，駢拇枝指，疑事無成，以此號令國中，與科學化之計劃背道而馳，欲以救國後災方多，尙不如緣木求魚者，其失計僅止於不得魚而已也，此吾輩所宜重視者也。

## 從「行政院長汪精衛招待第三次全國醫師代表大會各代表茶會演詞」談到「立法委員國醫館長焦易堂辭職」「國醫藥業大批請願」

蔣 本 沂

二十三年真像個「醫藥革命年」！今天剛是元旦過後的二十三天，向來沉悶的中國醫藥界，居然發現了幾件在我們醫藥革命的歷程上非常重要的事情，最著名的，就是：「行政院長汪精衛招待第三次全國醫師代表大會各代表茶會演詞」；「立法委員國醫館長焦易堂辭職」；「國醫藥業大批請願」。

汪院長說：「……醫界的進步和發達，對於社會安甯，人類幸福，是有極密切關係。……近百年來，因爲科學進步的結果，一切事物，都更新了，自殺人的工具如軍事武器等，以至生人的工具如醫學藥劑等，都有很大的變化；但是我們覺得中國人，對於殺人工具的比較進步，判斷得極爲清楚，而對於生人工具的比較進步，却極其糺糊，有舉棋不完的趨向，何以見得呢？……全國軍隊都拋棄了舊式的弓箭刀槍，而採用新式的鎗砲，再沒有一支軍隊以爲弓箭刀槍可以抵禦鎗砲的。……可見得我們中國人對於殺人工具的比較進步，判斷得極爲清楚。……至於生人工具又如

何呢？不用舉別的例，只看有所謂中醫西醫的對立存在，便可以知道我們中國人，對於生人工具的比較進步，全沒有澈底明瞭的判斷。……本來不但醫藥為然，一切學問，都無中西之分。只有新舊之分，其實新舊兩字還太籠統，只能說是科學與非科學之分。百年以前，西方醫學模糊曖昧，並不見得比中國醫學怎樣高明。百年以來，因為科學發達，將科學的智識，應用到醫學上去，方纔成為現代的醫學，現代的醫學是現代一切人類所共同努力，共同享受的，只要是現代的人類，就要將現代的醫學，來增進社會安甯，人類幸福，於此並無國別可以存在。……所以兄弟主張：「中國只應有現代的醫學」……以上的話，都是極膚淺的，似乎在小學校裏讀過幾頁衛生書的，都可以明白；然而到現在，中國以內，中醫西醫對立存在，仍然是現實，所以兄弟不能不搖頭嘆氣，說中國人對於殺人工具極其認真，而對於生人工具太過馬虎了。……」

據一月十四申報所載消息：「南京焦易堂 × × × 以十二日立法院大會，討論國醫館組織條例，遭受反對，當場退席，十三日呈請辭職，焦並辭國醫館長，（十三日中央社電）」

據一月二十二日大晚報所載消息：「（本報今日南京電）全國國醫藥聯會，今晨推代表陳遜齋，丁仲英，蔡同浩，周柳亭，汪紹生，王舜卿，方官健等五十四人及京市全體醫藥界二千餘人，至中央黨部請願，要求政府令中西醫平等待遇，撥款設立中醫藥專校醫院，以發揚中國固有醫術，謂如不得要領，明日起中國醫藥業將一律罷市，當日中宣會方治接見，允許呈摺轉交全會，切實討論。」

上面的三件事情，我以為很有鏈鎖性，要不是汪院長的演詞說穿了「中醫之謎」，十二日立法院大會，焦易堂等所提出的「國醫館組織條例」或許不會這樣乾脆地遭受反對；焦委員或許不

會當場退席，呈請辭職。要不是汪院長的演辭和焦易堂的辭職驚動了全國的國醫藥界，全國國醫藥聯會或許不會晉京請願；或許不會拿哀的美敦書式的「如不得要領，明日起，中國醫藥將一律罷市」等語要挾政府。現在焦易堂委員經孫院長的挽留，已打銷辭意了。全國醫藥聯會請願代表，也據二十四日申報所載，已「圓滿返滬」了。將來國醫館組織條例是否因焦委員忿忿辭職的效果而重付審查，而通過；中西醫（？）平等待遇，撥款設立中醫藥專校醫院，是否因全國國醫藥聯會的「如不得要領，明日起，中國醫藥業將一律罷市」的要挾而照准？當然不是人小言微的我所能預料；不過政府要是能夠把醫學藥劑等生人工具的進步，看得和軍事武器等殺人工具的進步，一樣清楚，一樣澈底明瞭，一樣重要；要是願意把科學的智識，應用到醫學上去，實行先總理科學救國的方策；要是希望把中國的醫藥跟各先進國的現代醫藥站在一條戰綫上前進，不致做個時代落伍者；要是承認汪院長所說「現代醫學是現代一切人類所共同努力，共同享受的，只是現代人類，就要將現代的醫學來增進社會安甯，人類幸福」的話，而不忍心把我們中華民族造成非現代民族；要是決心把被譏為「東亞病夫」的國粹消除，那末所謂「國醫館組織條例」，「中西醫平等待遇」「撥款設立中醫藥專校醫院」等提案的前途，當然是凶多吉少了！汪院長說得好，「以上的話都是膚淺的，似乎在小學校裏讀過幾頁衛生書的都可以明白。」那末負責民族健康的我們底賢明的政府裏，有沒有連幾頁小學校裏的衛生書還沒有讀過的濫竽充員呢？沒有！絕對沒有！！我敢十二萬萬分信任地回答。不信請瞧着吧！

總之所謂中醫國醫的存廢問題，我們早已提出來討論了很

久很久了；不過一則因為人小言微，心餘力拙；一則因為衮衮巨公學者名流對於生人工具太模糊，太不瞭解，所以至今得不到明確的答案。現在汪院長在第三次全國醫師聯合代表大會的茶會席上，已經很明白地回答了我們；已經很明白地指示了國人關於醫藥上該走的路，這不但是「中國醫藥革命」的福音，也就是「中華民族健康」的喜訊。不過道高一尺，魔高十丈，中國醫藥革命的旅途上，荆棘正多着呢！希望願意做現代人的同胞們大家起來注意這問題！希望同仁們抱着「醫外無醫，醫內無派」的決心，團結起來，為中國醫藥革命而努力，為中國醫藥革命而奮鬥！希望二十三年真的是個無名有實的「醫藥革命年」！

二十三年一月二十四初稿

# 原 著

## 血 蛭 病 之 研 究 續 報

陳 方 之

(附江浙兩省分佈詳情)

### 第一節 緒 言

前報吾輩調查所得計分五種。

(甲) 本病分佈詳情。

大部限於太湖流域計江浙兩省毗連處四十九縣其中三十七縣爲有二十二縣爲無三十七縣之中十七縣爲濃厚地二十縣爲稀薄地。

(乙) 中間宿主內寄生率之窺測。

其平均爲(一)浙西八縣5,4%(二)浙西山鄉四縣爲6,3%(三)又其急水段四縣爲2,0%(四)江南黃浦流域七縣爲4,5%青浦等三縣2,8%平原段下四縣4,4%上六縣2,9%

## (丙) 人體中寄生率之推斷。

濃厚地檢卵 15,0% 稀薄地 9,4% 而肝脾腫脹血便等臨床證  
陽性率爲濃厚地 55,3% 稀薄地 39,2%

## (丁) 中間宿主釘螺絲之解剖研究。

## (戊) 學術上之興味。

吾輩在調查工作之中。以親聞習見之結果。得有關於學術上  
問題二。

## (一) 釘螺絲分佈之地理上慣性。

曾述種種分佈之通則。

## (二) 釘螺絲種類異同之覺察。

大抵山鄉所產身小壳薄無直梁漸漸移行至平原漸大  
漸厚而直梁漸漸著明。故吾輩以爲種之異同決不能如  
他人所謂日本種 *Katayama* 與中國種 *Oncomelania Hupe  
nsis* 命名之。

但此二個學術上問題若假吾輩以時與日經我調查工作漸  
漸擴至全國時。自信能得相當解決。有志未逮其奈之何。

但僅此調查所得。細諸吾輩所述調查之意義與目的。相去遠  
遠。而於撲滅方法更無論焉。今此所述。爲前報之繼續工作。在民國  
二十年一年間。任中央衛生試驗所之職時所作也。共同努力者。亦  
爲李賦京樊濟民毛惠民三氏。

「附註」按北篇爲三年前任公職時之工作。在理早應布諸公家  
刊物。惟以中央衛生試驗所經一二八之變。後焚劫餘燼。  
整理須時。在政府任職諸公。對此價值微渺之工作。恐無  
喚起注意之必要。而本人粟六去職。轉向醫務謀生。迄無  
暇晷。以彙錄零星散佚之紀述。以是遲遲至今。還祈大方

見諒。

## 第二節 調查分佈詳情

在前報第二章第二節中曾述選定調查區域先從協和報告文之所謂蘇嘉區入手故已報之部計浙西二十一縣江南二十八縣其地分佈詳情大抵已明若照協和之分區程序而言應調查蕪湖九江武漢常岳等處矣惟吾輩以爲欲知血蛭病之區域應實地調查中間宿主所分佈之地形地勢不能徒憑醫師之報告即看地圖而點搭反之即無醫師報告之處亦應實地調查然後能斷其有無是以吾輩繼續工作先就江浙兩省加以實地查勘藉知蘇嘉而外實際上本病之情形如何也。

## (甲) 浙江省

本病分佈之與水流關係曾詳述之矣惟前報浙西二十一縣多支配於太湖流域而其他各地之水流情狀如何不能不先略述之查浙省以浙江爲界分作浙東浙西浙西之部除太湖流域之水支配於太湖間經江蘇省之黃浦江吳淞江等注海外其餘之水均注於浙江除已述富陽新登分水港外尙有新安港一條起脈於安徽之休甯歙縣經浙江之淳安縣而達建德縣城注江長約三百餘里其分支出遂安壽昌縣境屬此水流之地吾輩所到達之處圖表如左。

縣名	地名	地形地勢	釘螺絲
壽昌	城廂內外	本縣之東南雖多低山而	(一)
	南鄉之永昌鎮	西北多高山小河甚稀。	(一)
	西北之羅同埠		(一)
	北鄉之鄭村		(一)
歙縣	城廂內外	概多高山無緩流之小河。	(一)

	東鄉之街口		(一)
	東南之深渡		(一)
	西北之屯溪		(一)
淳安	城廂內外	同上	(一)
	南之港口		(一)
	東之茶園		(一)
	西北之威坪鎮		(一)
休甯	城廂內外		(一)
建德	城廂內外	本縣惟東鄉有大平原河	(一)
	東鄉之下港 (蘭江東四十里)	流亦較多。惟不發見釘螺	(一)
	又翁村	絲其餘各鄉爲高山。	(一)
	又東關		(一)

以上屬於新安港支配之四縣。即壽昌遂安淳安建德。(尚有屬安徽之休甯歙二縣)均可目爲血蛭病不到達之區。

溯建德而上之浙江。通俗名曰衢江。卽爲浙江之最上游部分。其源分作三條。起於開化縣馬金港。經常山縣而達衢縣者爲一條。起於江山縣境之住溪爲一條。餘一條枝流起於衢縣境。名目烏溪。此浙江上游所支配之地域。共計六縣。卽開化常山江山衢縣龍游湯溪是。而蘭溪縣則爲金華江流域所兩屬矣。此六縣地勢雖高。但其山不如新安港流域六縣之高且多。尤以沿江之中部兩旁有大平原。而常山江山之地形。頗與安吉孝豐相類焉。六縣之中。吾輩所到達之處。列表如左。

縣名	地 名	地 形	地 勢	釘螺絲
開化	縣治周圍	山溪田溝		+
	城南之池淮畝	田溝,田上		++
				+++

	西鄉之白都村	溪溝	++
	又星口村		(一)
	北鄉之馬金鎮	同上	+ + +
常山	南門外	山溪田溝	+ +
	東門外五里舖	田溝田上	+ + +
	東鄉之招賢鎮	同上	+ +
江山	小北門外十五里	山溪田溝	+ + +
	南門外馬溪村	同上	+ + +
	東鄉上平坦	田溝	+ + +
	北鄉之豐足	同上	+ +
衢縣	小南門外三里	山溪田溝	+ + +
	南鄉之千担畝	田溝田邊	+ + +
	又五坪村	同上	+ + +
	東北之下方	同上	+ + +
龍游	北門外	田溝	+ + +
湯溪	(未到。但推測亦有。)		+ + +

以上浙江上游區六縣爲血蛭病所侵襲之濃厚地。大體從右檢查表。可以推知。惟此區完全爲山鄉。間有平原。以沿江部分爲大。其他各處。不過爲山隙而已。其在平原。雖亦種稻。但稻田之水來源。非用水車。從河中引曳而入。乃用引水之堤。自山陵導之而下。蓋全境凹凸不平。非如蘇嘉之平原。有如織之小河。以作灌溉。以利交通。也是以釘螺絲之生存。多在山隙之田溝田邊田上。其乏水之處。甚至僅見泥土之濕潤。別無清流甘泉。爲之優游舒息。則迺完全匍匐於泥土中。故間有綠草茂盛之積水窪田。釘螺絲趨之若鶩。繁殖夥多。直一手可以盈掬。殊令人驚駭不置。此與蘇嘉等處之生息於河

邊者異其趣也。至於傳染率之高低其業於山間平原地之農人以螺絲衆多反較蘇嘉爲高檢卯表列后。但就全縣人口全境面積而論其在大部分山中爲業之樵子與農作人傳染率必甚低而大江急流之中釘螺絲亦不生息故在江上討生活之舟子苦力亦不甚感染因之統計全縣恐不及嘉湖爲高而與孝豐臨安等處相彷彿歟。

浙東之部注集於浙江之水有二條其一爲金華江東陽義烏永康武義金華蘭溪六縣之地屬之其二爲浦陽江浦江諸暨蕭山三縣之地屬之對此二水流所經流之地吾輩所到達之處如左表。

金華江流域之部。

縣名	地名	地形	地勢	釘螺絲
東陽	縣治南十里	小田	溝	+
	縣治城廂內	小溝(城北有急流大溪)		+
義烏	城廂內外	沙地	爲多	(一)
	南卅里佛堂鎮	同	上	(一)
	東十五里青口	山田	小溝	中 ++
	東十里花口涼亭	同	上	++
金華	又五里許上縣園	同	上	++
	又廿三里鎮	同	上	+
	城南五里後姜村	山田	水溝	+
蘭溪	又十里新官地園	同	上	+
	城廂水關門外	水	溝	++
永康	江之西裡何家橋	小	溪	+
	城廂內外	全縣	多砂地	(一)

	南卅里前倉街			(一)
	又廿里舌嘴村			(一)
	西北十里槐塘			(一)
	西二十里桐琴街			(一)
	又卅里東泉埠			(一)
武義	城之北門外	田	溝	+ (數極少)
	東南卅里清溪			(一)
	南廿里排崗			(一)
	又十五里船溪街			(一)
	西南十五里端村			(一)
	又卅里夏楊			(一)
	西北廿里履坦鎮	小	溪	+ (數不多)
浦陽江流域之部。				
浦江	縣治周圍	全縣多高山平原極稀。江		(一)
	東北之孝門橋	之上流均激流。		(一)
	西鄉之花橋			(一)
	又上莊			(一)
	又下莊			(一)
諸暨	城外通浣江之長塘	沓	田	++
	東北六十里楓橋			(一)
	又古博嶺			(一)
	又四十五里趙家嶺	通	溪	++
	西鄉之婁塘橋十里	之	田	+
	又二十里草塔			(一)
	又三十里十八都楊家			++

	南鄉廿里街亭			(一)		
	又五十里橫山鎮			(一)		
	又六十里溪北			(一)		
	西南七十里牌頭 浦江縣界			(一)		
	北鄉之姚公埠	江	邊	有	潮	(一)
蕭山	城廂內外					(一)
	南門外南湖					(一)
	西北之西興					(一)
	南鄉之臨浦(浣 江之極下游)					(一)

以上九縣就吾輩之調查成績而論，可謂陽性例與陰性例互見。故雖為血蛭病到達之區，而遠不如浙江上游區之濃厚。吾輩曾在金華之新官地園，及諸暨之域廂，搜覓病人，竟寥若晨星，不獲數數。觀其中雖如義烏之東鄉，及蘭谿之城廂，螺絲中尾蚴寄生率極高。(詳見后)而自大體觀之，比之開化江山衢縣等處，相去遠甚。然夷考九縣之地勢，則極與前六縣相似。如全境多山，山間通大江之處，有較大平原等，莫不相類。而釘螺絲之多寡，乃相去如彼此，其故尚待研究也。但如東陽、義烏、永康之土瘠多砂，浦江之多高山，浦陽江下游之受潮流影響等等，均為妨礙釘螺絲繁殖之條件，而為本病稀簿之原因。前報早已論之矣。

浙東之水除上述二流以外，則均直接注於海。曰曹娥江，曰鄞江。(餘姚、上合流)曰白溪，曰椒江，曰甌江，曰飛雲江。今一一敘述於下。

曹娥江之源有二。一起於嵊縣，一起於新昌，而起於上虞縣之支流匯之經上虞而達紹興縣之東北境，注於杭州灣之海。惟紹興之大部，有自東貫西之人工疏鑿運河，不受其支配。今將吾輩所到

達之四縣中各地列表如左。

縣名	地名	地形	地勢	釘螺絲
嵯縣	城廂內外	小溪	田溝	++
	杉樹潭(北鄉廿五里) 西南六十里長樂鎮	離二里之田	溝	(-)
新昌	城廂西門外	田	溝	++
	西南十里大佛寺			(-)
上虞	城廂外	小河約四五尺	田溝	++
	東南卅里下管鎮	山旁	小溝	+
	東十五里謝家橋	田溝	小溪	+
	西北四十里梁湖鎮			(-)
紹興	西南十六里章家埠			(-)
	城廂內外	大小河	均	(-)
	西之柯橋			(-)
	東之陶家堰			(-)
	又東湖			(-)
	北之三北閘離海二十里			(-)
	又王相橋			(-)
	昌安門外五里忠公園旁	小河約一公尺		++
南鄉之婁宮新橋頭	小	溪	++	
又	蘭亭	小溪水	水田中	++
	謝家橋			(-)
	西南之南鎮平水			(-)

本區之地形新昌嵯縣雖多山而上虞紹興則多平原尤以紹興之運河流域河道道縱橫如織幾與嘉興相似而釘螺絲之發見。

僅限於婁宮埠以南迄蘭亭之近山處不過數十里地耳其大段平原上之大小河身其岸亦茂草叢生而螺絲終少出現斯亦異矣新昌嵎縣雖多山但比之開化為平衍按之地形亦有比浙江上游區濃厚之可能而事實上則陽性地面為小是否有制限其繁殖之理由在其間聊以存疑。

鄞江發源於奉化縣橫貫鄞縣達鎮海口招寶山旁直注於海其支流則發源於餘姚之西境繞餘姚城迄鄞縣城北與鄞江本流相合中經慈谿縣境吾輩在此五縣中所到達之地如左表。

縣名	地名	地形	地勢	釘螺絲	
奉化	城東南門外	田	溝	++	
	城內	小	溝	++	
	北鄉之江口鎮	此處為山鄉與平原之界。		(一)	
	又下王村			(一)	
	西鄉之溪口			(一)	
	又亭下			(一)	
	東門外五里大橋	田	溝	中	+
	南門外十里廣渡	田	溝	中	+
	又四十里高李村				(一)
	又七十里大堰				(一)
鄞縣	城廂內外			(一)	
	西鄉七里高橋			(一)	
	西鄉廿里集士港			(一)	
	又四十里鳳岙市	其地已近山在田溝。		++	
	又白門頭林村 又柴家(鄞江橋北五里)	山 田	旁 溪 溝	溝	++ ++ +

	西南廿里石碛		(一)
	又五十里鄞江橋		(一)
	南鄉廿里高塘橋		(一)
	又卅里姜山		(一)
	又四十里蔡郎橋		(一)
	又五十里橫溪		(一)
	又白杜侯家	地已近山屋旁小溝	++
	東鄉五十里莫枝堰		(一)
	又東湖		(一)
	又六十五里韓嶺市		(一)
鎮海	城廂內外	地濱於海,河皆有潮	(一)
	西鄉之小港	同上	(一)
	北鄉之龍頭場	同上	(一)
	南鄉之梅墟	在鄞江之旁,河有潮	(一)
	東鄉之丁家山下	其河無潮水	(一)
	又柴橋	同上	(一)
慈谿	城廂內外	西北有山,東南有姚江	(一)
	西鄉之丈亭	與上相似	(一)
	北鄉五十里觀海衛	河多無潮	(一)
	東南廿五里莊橋	河一部分有潮	(一)
	西南之車廐	田溝	+
餘姚	城廂內外	河多有潮	(一)
	東北四十里彭橋	近旁有低山,河無潮	(一)
	西北四十里周巷		(一)
	又廿里橫河市		(一)

南鄉十里破山廟	近三里已有高山。在小溪田溝。	++
又 十五里南廟	已 在 山 脚。田 溝	++
西北十里郎廈		(一)

以上五縣之陽性例不過在近山之麓。偶然散見。故鄞江流域。雖為本病之陽性區。但係最稀簿者也。且陽性之各地大抵互相獨立。其感染流行。大抵限於數村小面積以內。然螺絲所發現之地。檢其內寄生之尾蚴。大抵陽性釘螺絲所至。血蛭隨之。有如形影。斯亦造化之奇蹟也。(惟餘姚縣之二處。檢二百個均為陰性。)且本區內個個獨立小區之螺絲均屬無直梁之小形。揆厥太初。有無聯絡。實亦難於斷言。至其所以使其局限而不至繁殖擴大者。各處之河道。大抵以其距海近。均受潮流之支配。雖有堰壩以為調節。而鹽水不時流入其間。其不適於釘螺絲之生息宜歟。

白溪之流極短。其源出於甯海縣全境邊界。東流貫甯海全境。達象山灣注海。二縣之內。吾輩所到達地如左。

縣 名	地 名	地 形	地 勢	釘螺絲
甯 海	城 廂 內 外	本城四門外皆山。無城河。在水坑田溝田邊。		++
	西十里黃潭	田	溝	++
	西五里范家莊	溪	坑	++
	南十五里白溪			(一)
	北四十五里薛墓			(一)
	西四十五里梁王鎮			(一)
	西五十五里黃泥崗			(一)
	西南六十里松茂鎮			(一)
象 山	城 廂 內 外	本縣為半島。凡水流皆短		(一)

城西四十西下山	溪直注於海。	(一)
城東十五里大徐村		(一)
西南廿里牆頭		(一)
城北三十里高坵白墩		(一)

椒江之源出天台縣及仙居縣境東流貫臨海縣全境迄海門注於海而有黃巖縣境之永甯江來匯焉此四縣中吾輩所到達地如左表。

縣名	地名	地形	地勢	釘螺絲
天台	東門外	小溪	田溝	++
	南卅里化桃街	村旁	水溝	++
	東七里泳溪			(一)
	東卅里匪石鎮			(一)
	北十里國恩寺跟			(一)
	北二十五里塔頭 又四十五里方廣村			(一)
臨海	全境均無所到之地名。(1), 城箱。(2), 東之大埭。(3) 西北後嶺岙東之海門。			
仙居	之全境均無。(1), 東四十里泉洋。(2), 又十五里楊府街。(3), 南五里山下。(4), 西八里驪橋。(5), 北五里界園。			
黃巖	全境均無。(1), 城廂。(2), 西廿里石頭宅。(3), 北之五里牌。(4), 東南卅里路橋。(5), 南十五里藥山村。			

以上白溪椒江二流域六縣之內陽性例僅甯海天台之二三處而已較之鄞江曹娥江流域更爲疏朗蓋血蛭病之爲患於浙省。

其勢向東南而漸衰。至此已成強弩之末也。

自椒江以南。浙省尚有甌江飛雲江二流域。其所支配之地。共計十七縣。大抵爲舊溫處二屬。以吾輩所調查。均乃血蛭病之陰性地。其地名如左表。(玉環樂清泰順景甯遂昌未到。)

- (一) 溫嶺縣 (太平) (1), 城廂。(2), 東北澤固鎮。(3), 西南烏根。(4), 西之溫嶺。
- (二) 永嘉縣 (1), 城廂。(2), 東北十五里港頭村。(3), 西北廿里陡門頭。
- (三) 瑞安縣 (1), 城廂內外。
- (四) 平陽縣 (1), 城廂。(2), 南卅里古黃頭。(3), 又五十里劉店。(4), 西南七十里炎亭金鄉。
- (五) 青田縣 (1), 城廂。(2), 東之平演。又四十里溫溪。
- (六) 麗水縣 (1), 城廂。(2), 東北二十里外宣鎮。(3), 又九里亭。(4), 南卅里碧湖。
- (七) 縉雲縣 (1), 城廂。(2), 南廿里金溪。(3), 西南四十里桃花鎮。(4), 北七里涼亭。(5), 北廿五里鳳龍鎮。
- (八) 宣平縣 (1), 城廂。(2), 東北四十里俞源。(3), 又卅里方嶺。(4), 南十里萬年亭。(5), 又廿五里竹如村。
- (九) 松陽縣 (1), 城廂。(2), 北廿里陳家舖。(3), 東南卅里黃田村。(4), 又五十里堰頭。
- (十) 雲和縣 (1), 城廂。(2), 東北四十里石塘。(3), 北三十里小陵。(4), 西五十里赤石。(5), 東八十五里武溪。(6), 東四十里大白岸。
- (十一) 龍泉縣 (1), 城廂。(2), 南十五里豫章。(3), 又六十里查田村。(4), 北四十五里新甯。

(三) 慶元縣 (1), 城廂。(2), 西十里泗州嶺。

綜合以上調查成績在浙省全面積上大體由茗溪發源之太湖流域爲本病之陽性地且濃合之江南各縣成爲最大區浙江流域之上游六縣亦爲濃厚地而其下游自桐廬迄錢塘口爲陰性金華江流域亦多陽性地但比較的稀簿浦陽江流域爲極稀簿地曹娥江流域爲稀簿地但比較的稍濃鄞江與白溪流域爲最稀簿地而椒江流域則僅天台山脈發源處稍見之大部分查無所得若又南之甌江與飛雲江流域則均爲陰性地矣此水流關係之總結也至就地域而言則舊杭嘉湖三府屬及衢州府屬爲本病所侵襲之濃厚地金華府屬次之甯紹台三府屬又遞降而次之而溫處嚴三府屬爲尙未到達之地也。就縣名而言列表如左。

甲, 濃厚地 嘉善, 嘉興, 桐鄉, 崇德, 海鹽, 平湖, 孝豐, 安吉, 臨安, 餘杭, 杭縣, 海甯, 衢縣, 江山, 常山, 開化, 龍游等十七縣,

乙, 稀簿地 長興, 吳興, 武康, 德清, 金華, 蘭溪, 東陽, 義烏, 武義, 湯溪, 諸暨, 新昌, 嵊縣, 上虞等十四縣。

丙, 最稀簿地 紹興, 奉化, 鄞縣, 餘姚, 甯海, 天台等六縣。

丁, 免患地 於潛, 昌化, 富陽, 新登, 分水, 桐廬, 建德, 淳安, 壽昌, 遂安, 永康, 浦江, 蕭山, 鎮海, 慈谿, 象山, 南田, 定海, 臨海, 仙居, 黃岩, 溫嶺, 永嘉, 樂清, 玉環, 瑞安, 平陽, 青田, 麗水, 縉雲, 宣平, 雲和, 龍泉, 泰順, 慶元, 景甯, 遂昌等三十七縣。

故就縣分而言本病陽性地適居半數。

●按上述濃厚地其爲本病所侵襲之殘酷結果有非語言所能形容若不親入其境決不能明知其慘淡情形吾輩一入其農村而黃骨立腹膨之病夫真是信步所至觸目皆是其與農村之興亡農業之存廢社會經濟之盛衰有莫大關係可於左列三種紀錄窺知：

(一) 民國十八年十一月卅日余調查嘉興血蛭病日記一則本縣南鄉朱巷白社，普明，六塔四村。鄰壤相接村中均小河如織。吾輩信步所至。隨手檢覓釘螺絲皆觸目疊疊。決不空手而返村內農家。多面黃骨立腹大。有一望而知為血蛭病者。至一處地名七里店。農戶之小舍排列不團結於一處而疏朗星散有如殘棋。詢其因緣村老云。先本人煙繁盛村莊排接七里。故有七里店之名。後以人口不安痞塊腫病死者。絡繹不絕。殆至全村多寡。婦住民以為風水不好。遷居者漸多。而絕代者亦屢見。今只剩廿七戶矣。

(二) 十九年三月廿三日調查嘉興縣元餘村日記一則。本村村長周敬業君。為客籍甯波舟山人。與余同鄉。據其口述。四五十年前髮匪以後。嘉興本地人星散。以開荒利厚。甯紹人多。麇集於此。不下千戶。盛極一時。其後以人口不甯。甯紹幫漸漸衰敗。凋落。今則散居者不滿百家矣。然而究其田力。則並不疲瘠。秋收穫稻常滿五六擔。而田價只值每畝四十元。伊亦未悉何故。近時田作人及牧童。以溫台幫為多。然亦皆患鼓脹血便。不久往往回籍云。

(三) 浙江省立醫院季刊載二十一年九月調查開化縣池淮畝紀錄一則。開化縣住民謂在傳染區內耕種。雖在極短時期中。必得該病。不久即可死亡。該傳染區之情形。在鄰近一帶。可謂無人不知。是以本地土著。均不願在池淮畝耕種。或其他任何工作。惟有若干遠方貧苦人。因歆慕該處土地肥沃。希望或能倖免於萬一。在最近十年內。有多數人民。來自紹興台州。及其他各處者。但無一人能免於死亡。而返其故鄉。彼等自抵該處後。立即起病。不久腹部鼓脹。二三年死亡。田間工作之人如此。家居婦女並不如此。即使有少數傳染。其病症亦不劇烈。若病人於初得病時。即返故鄉。病可見愈。不致死亡。目下該區域皆荒蕪。只剩少數來自他處之人民。在此耕種。該

處地主，亦皆忘却其自有地產，故無正確地主。而地皆肥沃，實為極佳良之種稻田地。惟目下因患病故，田價降落至五元一畝，鄉人有種種揣測研究，而究則莫名其妙云。

嗟乎！一病之為患，而至於田價劇落，農村為墟，家破人亡，不能安居樂業，而其病作祟之面積，乃至占全省半數以上，生靈疲斃者且數百萬，省之為政者，國之為政者，其一無動於衷，而為之設法防救歟。

### (乙) 江蘇省

前報在江蘇省中已調查區域計舊江甯府屬之江甯，句容，溧水，高淳四縣，鎮江府屬之丹徒，（或鎮江）丹陽，金壇，溧陽，陽中五縣，常州府屬之武進，宜興，江陰，無錫四縣，蘇州府屬之吳縣，常熟，崑山，吳江四縣，太倉府屬之嘉定，太倉，寶山，崇明四縣，松江府屬之青浦，松江，上海，金山，奉賢，南匯，川沙七縣，共計二十八縣，均在江南。而江北各縣之情形如何，是則今茲所宜述者也。吾輩所到達江北各縣之地如左表。

縣名	地名	地形	地勢	釘螺絲
楊州即江都	城廂外	運河約	二三丈	+
	城廂南門外	多數	小河	++
	北之邵伯鎮	小	河	+
	東之江家橋	小	河	++
高郵	城廂東門外	河旁	小田溝	++
	南之二十里舖	小	溝	+
	北之四里舖			(一)
寶應	城廂內外			(一)
淮安	城廂內外			(一)

	北之臨淮關		(一)
	東之官路		(一)
	西南之范集		(一)
鹽城	城廂內外		(一)
興化	城廂內外		(一)
	北之中堡		(一)
	東北之安鹽鎮		(一)
	南之凌亭		(一)
如皋	城廂西南門外	小	河 ++
	南之虹橋	小	河 ++
	東之石家甸	小	河 +
	又朱家渡		(一)
	西鄉之沙莊	小	河 ++
泰州	城廂外	小	河 ++
	南門外長寶村	小	河 ++
	南鄉之唐家港	小	河 +
	東之海安鎮		(一)
南通	城廂內外		(一)
	東之西亭		(一)
	北之五十里舖		(一)
	西之三十里鎮		(一)

以上江北各縣就吾輩所調查之成績陽性者僅江都、高郵、泰州、如皋四縣。興化寶應以北則均為陰性地矣。唯當吾輩調查江北時，第一次為八九月各處洪水泛濫河道檢查殊屬渺茫第二次為一二月寒氣逼人交通滯澀陸地凍結拾泥土搜覓甚屬艱難故

工作之成績不敢私自沾沾也。雖然就江北之天時地理而論淮安鹽城以北如海州徐州府屬各縣本病決不至於陽性蓋不宜於釘螺絲繁殖故耳。

查江北各縣其河溝能通流不息者要以揚州爲最然吾輩曾在揚州之鄉間徒步數十里處處見有小河淤塞之痕跡揚州且然其他各縣更甚尤以寶應以北受淮水濁流之影響淤塞現象更形明顯故江北水災之多先自小河淤塞始也。原夫江北之地形地勢本統片皆平原極似太湖流域而自河南皖北發源之山水順流而下迄其邊境有洪澤湖爲之緩衝。川流不急亦似太湖流域惟此小河之淤塞爲地理上之大異加之洪澤湖本身亦受濁流支配淤塞亦日甚是以江北與江南較水災獨多而此洪水年年汎濫爲釘螺絲之大敵蓋洪水蓄積日久能令小螺絲窒息淹死在日本已有報告證明非吾輩所杜撰推斷實乃江北之本病稀簿第一因也。

河岸小草繁茂泥土肥沃多有機物爲便於釘螺絲生息之條件此在前報第二章第三第九節已詳述之故多砂石之大溪大湖爲釘螺絲所不居而海濱砂地釘螺絲雖居亦少也。江北各縣固無大溪而濱於江海之砂地獨多即非海濱之各地其河岸情形亦以淡黃色之濁土爲其覆而水草寥寥無幾則優游於水草間之蟲豸亦不生其浮泥中之有機成分較少者不待分晰可以想像得之吾輩在江北四縣中所檢得各地釘螺絲在河岸者均匍匐困頓於黃土之中尤以運河之岸爲然其田間小溝甚稀即有亦不見小草叢生而水草茂盛之窪田更爲絕無而僅有且此等田地與河岸一入冬季水涸而乾加之寒風慄慄飛砂揚土別無腐草之根足以資其冬眠之保護物此亦釘螺絲不能繁殖之一因歟。

是以就吾輩調查之成績而論江蘇省各縣本病之分佈如左

表。

甲，濃厚地。青浦，吳江，吳縣，常熟，崑山，太倉，嘉定等七縣。

乙，稀簿地。無錫，武進，江陰，金壇，丹陽，丹徒，宜興，上海，松江，南匯，奉賢，金山，揚州（即江都）等十三縣。

丙，最稀簿地。川沙，寶山，江甯，泰州，如皋，高郵，六合，江浦等八縣。

按六合江浦爲吾輩所未至而揆諸地理入於此類。

丁，免患地。江南六縣江北二十一縣。

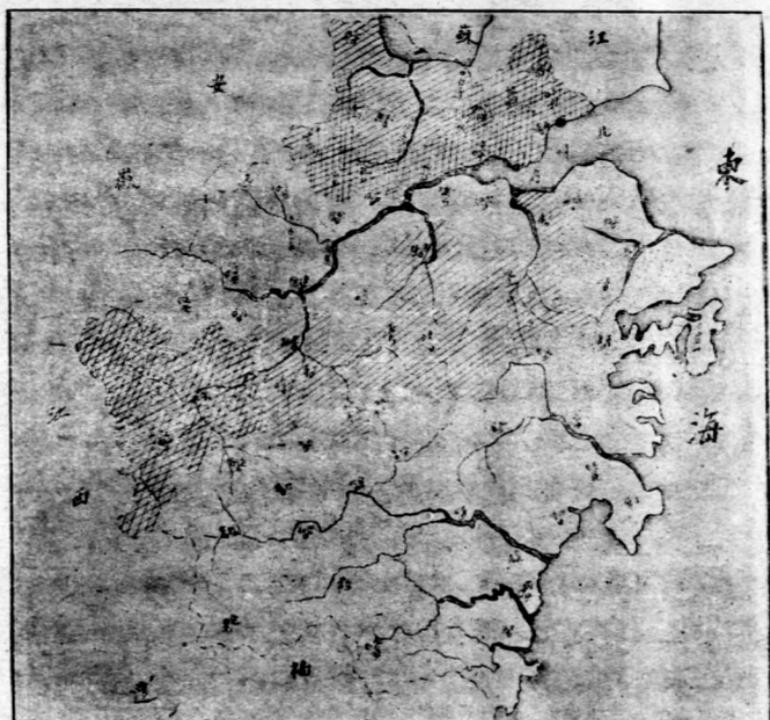
合江浙兩省而定血蛭病區域也者若照吾輩所述以水流爲依歸之原則應有十區知左。

- (一) 太湖流域區蘇嘉等三十七縣面積最大濃厚處爲多釘螺絲有多樣山鄉無直紋漸漸移至平原而直紋漸漸著明其所居之地平原處在河岸而山鄉則在水田與小溝。
- (二) 上新河小區江甯縣中一小部釘螺絲有直紋均在河岸。
- (三) 江北運河區揚州，高郵，泰州，如皋四縣稀簿散在釘螺均有直紋均在河岸與江南平原段各縣情形相同尤以兩方之運河釘螺絲均能發見（數不多）想像其與江南有聯絡關係或自江南擴大範圍至此。
- (四) 浙江上游區開化至衢縣六縣均極濃厚釘螺絲在開化者無直紋至常山江山有直紋者爲多衢縣龍游均有直紋其所居之地多在山溪田溝與窪田。
- (五) 金華江流域區東陽迄蘭溪六縣但不如第四區之濃釘螺絲在東陽，義烏，金華者無直紋但比孝豐臨安產者稍大在蘭溪江東者無直紋而江西何家橋者有直紋其所居處在窪田田溝。
- (六) 浦陽江中流區諸暨一縣螺絲均有直紋在河岸與田溝其上

游之浦江縣。下游之蕭山吾輩均未發見。

- (七) 曹娥江流域區新昌,嵊縣,上虞,紹興四縣螺絲均無直紋但散見於各縣旁不作大害。
- (八) 鄞江流域區,餘姚,奉化,鄞縣三縣一切與上區相同惟奉化城外田溝所產之螺絲有紋而已。(但非山旁而在小平原上。)
- (九) 白溪上游小區甯海縣山旁一小部螺絲無直紋。
- (十) 江椒上游小區天台縣天台山脚一小部螺絲均無直紋。

浙江省內血蛭病分佈圖



江蘇省內血蛭病分佈圖詳



蟲樣垂炎之手術根治例報告

(續東南醫刊第四卷第四期)

東南醫學院外科學教室

教授 醫學博士 李祖蔚

1. 爲何用局所麻醉法？

余等對蟲樣垂切除術，雖例數甚少，但對癒着甚強（如第二例）之例證，亦用局所麻醉法施行之。據1903年德國外科學會之統計告報 Chloroform 之全身麻醉死亡率，爲0.033%，Aether 之全

身麻醉死亡率，爲0.00007%，德國從該報告發表以後先進各國對局部麻醉之研究，年年有長足之進步，其應用範圍，亦日漸推廣，雖大手術，亦決定局所麻醉法爲最上策，全身麻醉，限於不得已時用之耳。余在東南醫學院外科服務已滿兩年有餘，日常用全身麻醉之事極爲稀罕耳。一二八上海戰爭時，傳聞許多傷兵醫院，對觀血手術，濫用全身麻醉法者頗多，余也眼見有某對小膿瘍之小切開，居然用Chloroform麻醉之余在第七傷兵醫院服務之麻醉統計觀之，全身麻醉佔14%，局部麻醉佔86%，事實如斯，尙覺余當時之努力有不足耳。局所麻醉法，是由進步的研究，產生進步的成績，服從乎是而實行之，是余應有之天職耳。

本報告中之全部實驗例，一律由局所麻醉法實行之，特此聲明以自勉之。

## 2. 爲何用新式皮膚切開法？

余等通常用恩師瀨尾博士之小切開法在成書所載之皮膚切開法，如副直腹筋切開法 (Pararektalschnitt nach Lennander)，斜切開法 (Schrägschnitt nach Sonnenbung) 及交換切開法 (Wechselschnitt nach Ott Sprengel) 等對早期手術之皮膚切開法，余等在過去，喜用交換切開法，惟因交換切開法，往往切開之範圍過大，且成書上之記載，對切開部位之局所解剖關係，缺有明確之指示，是其缺點耳，余等所用之小切開法 (Kleinschnitt nach Sewo)，有三點特長存焉。

### a. 容易發現蟲樣垂。

蟲樣垂炎之壓痛點，在臨牀上，最必要者，首推 Mc, Burney 氏點及 Lanz 氏點是也。由此兩點，連結成一線切開，對於蟲樣垂之發現，在事實上已證明其爲良法。

## b. 減少副損傷

交換切開法，對血管、神經及筋肉之副損傷甚少，是其特長。猶以余等所用之小切開法，切創之為長，不及交換切開法三分之一，因皮膚切開之方向，與局部血管及神經之走行方向相平行，對筋肉剖開之方向，亦與交換切開法相同故也。

## c. 減輕手術痛苦

施行切開術，構成一種好意且故意之切創，該創之大小，對於病人之苦痛，成正比例，換言之，切創愈長者愈痛，切創較短者，斯手術後之苦痛較輕，亦當然之事耳。

其他加縮短縫合時間，不甚損失裸體觀瞻及可以預防脫腸等，均有大筆特書之價值。

該切開法，完全是瀨尾博士所提倡，余所以敦敦稱贊者，係根據經驗成績而云然耳。

## 3. 為何不用蟲樣垂斷端埋法？

蟲樣垂斷端之處置，經先賢費了許多苦心的研究，指導吾人用夾搾子(Quetsche)或填充子(Stopfer nach Mayo)諸器具，縫合時，指導吾人用煙囊紐狀縫合(Tabakbentelnaht)或對角線縫合(Diagonalnaht)等，但余知手術之器具，求簡單且適合諸實際為佳，即手術方法，亦以愈簡單且確實者為最合理。余等根據過去之經驗，對於夾搾子，可用無鉤血管鉗子足矣，對填充子則完全可以省略，對煙囊紐狀縫合及對角線縫合亦可作廢。余等在蟲樣垂根部結紮後，對切除斷端之過餘粘膜剪除之，再加以烙白金燒灼及沃度丁幾消毒足矣。

**手術所見：**

第一例 張錦智局所麻醉後，用瀨尾式皮膚小切開法對外斜腹筋及內斜腹筋，均依筋纖維走行方向鈍性剝

開之，達腹膜時始用剪刀以剪開腹膜之一小部分，是時腹膜之剪開方向，幾與內斜腹筋平行，約長 3, 5cm。腹膜有充血，開腹時，見有混濁色滲出液，由迴盲部流出，但毫無惡臭，即時行細菌學檢查祇見有膿細胞，不見有化膿菌。迴盲部之大部分，受網膜所掩護，網膜稍充血而失固有之光彩。蟲樣突起位置，在盲腸之外後方。蟲樣突起成物起狀，甚肥大且充血，頸部約 1, 0cm 處，有屈曲可以證明，其先端對後腹膜，稍有癒着，剝離癒着後，如法結紮蟲樣垂動脈，並行蟲樣垂切除術，對腹膜用連續縫合，對筋膜及皮膚，用結節縫合。

蟲樣垂檢查：蟲樣垂計長 7, 2cm 近先端之三分二，受膿汁充蓄，頗見膨大，最大直徑達 1, 5cm 在膨大部內腔，有小豆大之糞石兩塊，膨大部內壁甚充血，近狹窄部處有潰瘍性蜂窩織炎變化。

第二例 李昌 局所麻醉後，依上述皮膚小切開法開腹，腹膜不如前例之有充血，但有肥厚且失固有光彩。蟲樣垂位置，起初甚不易發現，繼將迴腸之一部分，向左上腹部轉位時，始發現蟲樣垂與迴腸之末端後面間，由結締組織束條，纏繞蟲樣垂中部向迴腸成緊固性癒着，蟲樣垂受結締組織束絞扼之處，幾有離斷之勢，但尚未至穿孔。癒着遊離後，如法施行蟲樣垂除術及腹壁縫合。

蟲樣垂檢查：蟲樣垂計長 6, 0cm，其最大直徑 1, 5cm 離根部 1, 5cm 處，有狹窄部，腔內無蛔虫及糞石。粘膜及蜂窩織炎變化，內腔面積，不見擴大，管壁稍呈硬化，尚不見特別肥厚。

第三例 朱俠 在完全退熱一個月後施行手術。麻醉法用 PantoDon 0.8cc 行前注射，繼用 0.5% Novocain suprareninlösung 50cc 對迴盲部，行局部麻醉。皮膚切開法，用瀨尾氏小切開法開腹時，即見盲腸前壁有癥痕狀色彩，灰白稍硬化而失固有光彩。結腸帶雖已發現，蟲樣垂仍不得發現，不得已將小切開延長為斜切開，全

長約達6.0cm。次由盲腸外側內側均不得發現蟲樣垂炎，始決意就盲腸後面着手搜索。因盲腸後面有相當固定性，且因癒着甚不易深入。次注意蟲樣垂之硬度，始知蟲樣垂之位置，係由盲腸末端，翻轉在盲腸後面是也。用動脈瘤針通過蟲樣垂根部，用絹線行二重結紮，就周圍加掩護紗布後，剪斷蟲樣垂，用 P aquelin 及 Tinctura jodi，對斷端消毒之（不行煙袋式縫合法以埋沒末端）。是時發現根部甚脆弱易破，並在根部周圍之盲腸壁有滲潤及硬化。次對蟲樣垂血管仔細結紮之，逐漸將蟲樣垂全部剝離，達切除之目的。決定腹腔內無出血所見後，對腹膜行連續縫合，筋膜及皮膚用結節縫合以閉鎖之。手術費時1½時，患者忍耐性甚強。

蟲樣垂檢查：蟲樣垂全長僅 2.5cm 為蔚空前所竟見。漿膜面尚有中等度充血。近根部之直前，有狹窄管壁稍呈肥厚。

附記：該患者在手術中途發生輕症虛脫症，經注射 Coramin 2cc 後，並用生理食鹽水 1000cc，行靜脈內注射，迨注射完了時，患者已言笑自若，恢復原狀。

第四例 王良珍 胸腔內臟，不證明有特別病變，面色稍呈貧血。自最後分娩以來，無月經之來潮。體格中等大，營養稍衰，瘦皮膚緊張亦弛緩。

在全完全退熱二十三日後施行手術。麻醉法，先用 Morphinat ropin 0.8cc 行皮下注射，次如法用 Novocain 行局部麻醉。皮膚切開，用瀨尾氏小切開法。腹膜稍硬化，呈灰白色。不見大網膜腫瘤之形成。蟲樣垂位置，在盲腸之下內方。蟲樣垂比通常為短，離根部 1.5cm 處，有狹窄及漿膜缺損（幾至穿孔）之痕跡存焉。結紮蟲樣垂血管後，如次施行切除術。腹膜用連續縫合，筋膜及皮膚用結節縫合。

蟲樣垂檢查：蟲樣垂全長3,5cm。腔內不見蓄膿、糞石及蛔虫等。狹窄處之粘膜有蜂窩織炎變化。

### 結 言

1. 余之報告例病人年歲，爲二十二歲，二十三歲，二十四歲，二十五歲。雖例數甚少，與日本松尾信吉氏所報告之統計觀察相一致。

2. 第一例及第二例，係急性蟲樣垂炎，第三例及第四例，係慢性蟲樣垂炎。皮膚切開，用新式小切開法，麻醉用局所麻醉法。

3. 四例均經手術而告根治，住院治療之平均日數，爲十九日。

4. 第一例蟲樣垂長7,0cm，第二例蟲樣垂長6,0cm，第三例蟲樣垂長2,5cm，第四例蟲樣垂長3,5cm，平均長47,5cm。（據成書所載，蟲樣垂平均長5—8cm）。若第三例之蟲樣垂長爲2,5cm，良屬罕見之事。

5. 蟲樣垂斷端之處置，不用煙囊鉗縫合法及對角線縫合法。

附記：本報告脫稿時，又增加手術根治例有二，其一爲急性蟲樣垂炎，其二爲慢性蟲樣垂炎。此二例欲歸在民國廿三年度結束時，另行報告之。

（完了）

### Literatur

- Adrian, C, Die Appendicitis als Folge einer allgemeinen Erkrankung, Klinisches u. experimentelles. Mitteilungen, d. Grenzgeb. d. Oned, u. Chir. Bd. 7, 1900
- Aschoff, Pathogenesis u. Aetiologie der Appendicitis. Ergebniss d. Inu Med. u. Kinderheilk. 1912, Bd, 9, S, 151.

- Bienstock, B, Über die Bakterien der Faces, Zeitsch, f. Klinische Med, Bd, 8, 1884.
- Bienstock, Untersuchungen über die aetiologie der Eiweissfaulnis, Archiv f. Hygiene, Bd, 86, 1899.
- V. Brunn! M, Beiträge zur Aetiologie der Appendicitis, Beiträge zur klin, Chir, Bd, 42, 1904.
- V. rnung, M, Was wissen wir von der Aetiologie der Appendicitis und den Ursachen ihres gehäuften Auftretens? Ergebniss der Chirurgie u. Orthopädie, Bd, 11, 358—398, S.
- Brutt, H, Bedeutung der anaeroben Streptokokken für die Destructiva, Bruns Beiträge f. klinische Chirurgie, Bd, 129.
- Bonpy, Über die pathogene Bedeutung anhamolitischer Streptokokken, Zentralbl, f. Gynakologie, Bd, 36 1912, S, 1359.
- Bunk, Untersuchungen neber Baktesien d. Coligruppe, Zentralbl, f. Bakt, 1. Abt, Pd, 45, 1908.
- Meisel, Ueber Entstehung Verbreitungsart der Bauchfellentzündungen mit besonderer Berücksichtigung der vom Wurmfortsatz ausgegangenen Entzündungen, Beiträge, Bd, 40.S, 529.
- Noll. R, Histologie der Wurmfortsatzentzündung, Mitteilungen aus dem Grenzgeb der Medicin u. Chirur, Bd, 17, 1917.
- Oberndorfer, S. Pathologische Anatomie der Appendicitis, Eergebniss allgemeinen Pathologie, Bd, 13, 1909.
- Ribbert, Beiträge zur normalen und Pathologischen Anatomie des Wurmfortsatzes, Virchows Archiv, Ed, 132, 1892.

## Literatur

- 赤岩入郎, 蟲樣垂炎診斷及治療之二三卓見  
診斷及治療 第231册第232册。
- 茂木藏之助, 慶應義塾大學醫學部外科教室創立十週年紀念  
號第169—174頁。
- 吉川春次郎, 蟲樣垂炎之早期手術,臨牀醫學第18年第九號。
- 小池百藏, 蟲樣垂炎外科的處置之必要,臨牀醫學第20年  
第3號
- 赤岩八郎, 施行外科的療法之蟲樣垂炎180例。  
日本外科學雜誌第14回第194頁。
- 赤岩八郎, 急性蟲樣垂炎早期手術  
日新醫學第12年第6號
- 秋武勝雄, 關於蟲樣垂之研究  
醫學研究第3卷第8號
- 有光藤三郎, 佐藤外科過去八年間之蟲樣垂炎手術,  
青木光兵衛, 蟲樣垂炎之治療法 東京醫事新誌2236
- 後藤鏗枝, 關於蟲樣垂炎之手術時期,附臨牀症狀及蟲樣垂  
自己病變之對比研究。  
軍醫團雜誌 第151號第152號
- 犬養六郎, 關於蟲樣垂炎成因之實驗的研究  
慶應醫學第六卷第四號
- 仙波嘉清, 施行外科的療法之蟲樣垂炎430例成績,  
日本外科學會雜誌 第17回
- 李祖蔚 東南醫刊 第三卷 第二期, 第四卷 第三期 第四期

## 青島市李村鄉區蛔蟲患者統計

(21年10月—22年9月)

鄉村衛生工作報告之一

青島市市立李村醫院 許學培

## 緒 言

蛔蟲爲人類寄生蟲之最普通者，且分佈很廣，世界各地，凡人類足跡所至之處，殆皆有蛔蟲之寄生，在繁華的都會中，衛生設施完備及生活舒服，醫學知識普遍之區，蛔蟲病頓形減少，惟據李昌社先生等之報告，在上海勞働人區之大便檢查中，仍可發見蟲卵73.7%之多，(東南醫刊第三卷第四期三百三十五頁)反之，在貧苦之農村中，衛生設施和醫育既不發達，且用糞便肥田，致增強蛔蟲之傳佈機會，所以蛔蟲寄生病顯然佔了重要地位，同時蛔蟲也有牠本身不易消滅之自然條件，據淺田氏試驗，蛔蟲卵放在冰內九晝夜，卵內之幼蟲不致死亡，在15°C溫度中，任其自然乾燥，經過一個月，大半還能生活，可見其抵抗力之強大。

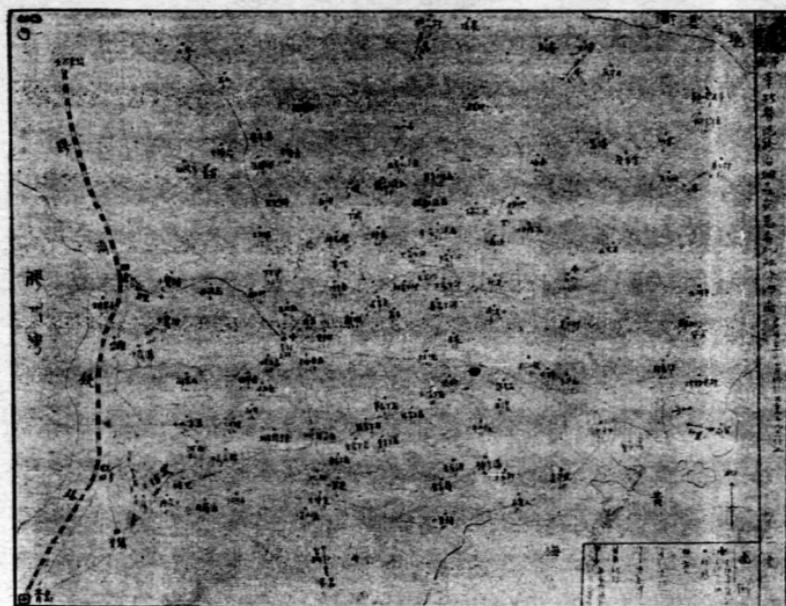
蛔蟲寄生病對於人體的應響 輕症的患者：陷於營養減退，面色蒼白，全身貧血，皮膚乾燥馳緩，在小兒及童年期，則致身體發育不良，在婦女有因蛔蟲之寄生而月經不調；重病患者，可以發生各種胃腸障礙症狀，或發熱痲痺等中毒症狀，蟲體入胆道可發疝痛黃疸，入肝可成肝膿瘍，又有因蛔蟲體在腸內互相團結成腸閉塞致死者，可見蛔蟲亦是人類大敵。

現在我把青島李村醫院一年來蛔蟲患者分佈圖，患者年齡關係，傳佈的原因，列表並加說明報告如下：

第一表 示蛔蟲患者與年齡之關係

第二表 示蛔蟲患者男女比較，及與內科之百分比

第三圖 示蛔蟲患者分佈區域之廣



### 結 論

- (1) 第一表中可看出蛔蟲喜侵 3—20 歲童年期小兒而寄生於 6—16 歲者更多。
- (2) 1—2 歲以內之患兒很少這大概因為在哺乳期蟲卵傳入機會少。
- (3) 壯年期和老年期多能寄生，惟發現症狀很輕或竟無自覺症狀有一壯年患者，絕無自覺症狀，但面色稍黃，服藥後亦有蟲體之排出，故在壯年期是否有蛔蟲之潛伏，須待普遍之大便虫卵檢查，至童年期比壯年期發現之多，是否因小兒感應銳敏，或壯年期之抵抗大，尚待我們繼續探究。
- (4) 蛔蟲患者的增減與氣候有關，第二表中肆月份——玖月份，天氣溫熱患者增多，拾月份——叁月份寒冷，患者亦減少。

- (5) 青島市鄉村區蛔蟲患者佔全體內科之47.6%
- (6) 本病患者多係門診,不易取得其大便,且患者人數很多,故不能一一作蟲卵的檢查,(是否尚有他種寄生蟲尚待以後之探求),但服驅蟲藥後,確有甚多蛔蟲之排出。
- (7) 本院為門診患者很多,謀給藥與服法之便利,(且農民每將驅蟲藥與瀉劑服法先後差誤)而藥効並不減退,乃將 Santonin 與 Calomel 混合給與,分量則視患者之年齡而定,命患者於臨睡前頓服,其間未遇中毒,藥効仍舊;與婦女患者則特別注意月經之問診,遇孕婦不與 Calomel,改授他種下劑。
- (8) 李村醫院施診區域,全體為農村,患者多係農民及其子女,九水分診所施診之村莊多在山內。
- (9) 患者總數共 9642 人李村醫院佔 46.6% 九水分診所佔 53.3%
- (10) 青島鄉區多係山地且為沙土,雨水較少,田地則適宜種甘薯與麥,肥料除用豆餅外,又用人糞肥田,將糞與泥土混和再以泥土播散田中是也;農民即以甘薯(俗名山芋)為主要食品,農民中又不乏生食甘薯及蔥蒜水菜之類此即蛔蟲卵經口的傳入人體之循環徑路造成可驚的蛔蟲患者人類之原因也。
- (11) 蛔蟲病在青島鄉區,幾三尺童子皆知,故一覺腹痛,即來院領藥(本院係青島市社會局設立,診費藥資一概免收)如許患者中未遇有至中毒症狀發現而來就醫者。
- (12) 蛔蟲患者與各村人口總數之百分比為 6.2%
- 此次工作中蒙院長儲晉芳先生熱心指導,又得葉 憲蔣憲成兩先生之助,賴以成功,並誌鳴謝。

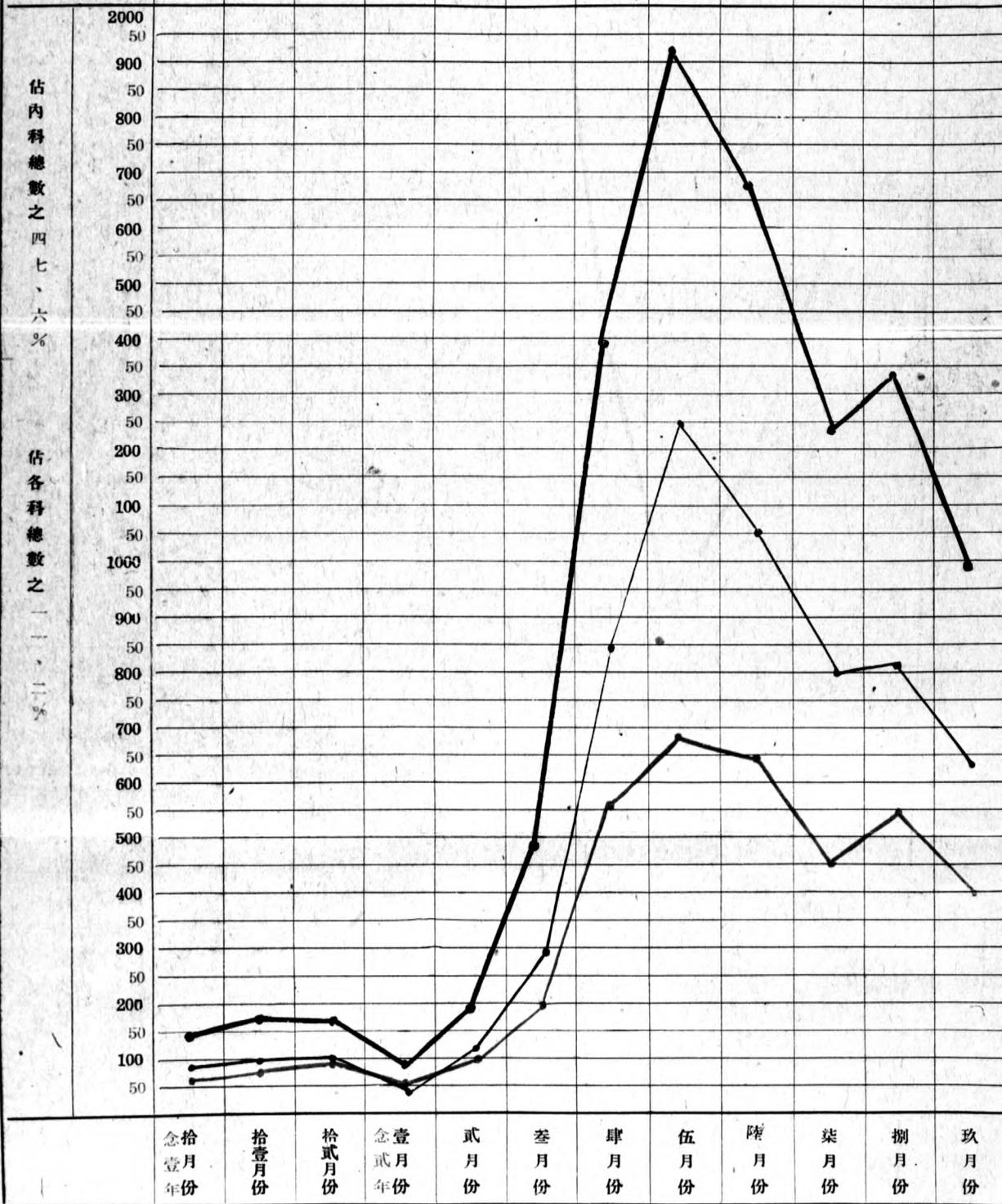
(二十二年十二月五日受理)

青島市李村醫院診治蛔虫病患者統計表

自民國二十一年十月份起至二十二年九月份止

示男女患者總數  
示女患者人數  
示男患者人數

與各病總數百份比	3.1%	3.0%	3.2%	3.5%	4.4%	7.8%	17.1%	21.0%	20.0%	23.0%	19.1%	17.2%												
與內科總數百份比	21.5%	22.6%	20.9%	24.5%	26.5%	36.6%	70.8%	73.2%	73.7%	75.4%	65.9%	59.5%												
每月男女患者人數	76	65	93	69	87	70	35	44	104	79	279	199	836	546	1238	670	1031	626	768	433	791	531	601	371
每月男女患者總數	141	162	157	157	157	157	157	157	183	478	1382	1908	1657	1201	1322	972								



佔內科總數之四七、六%

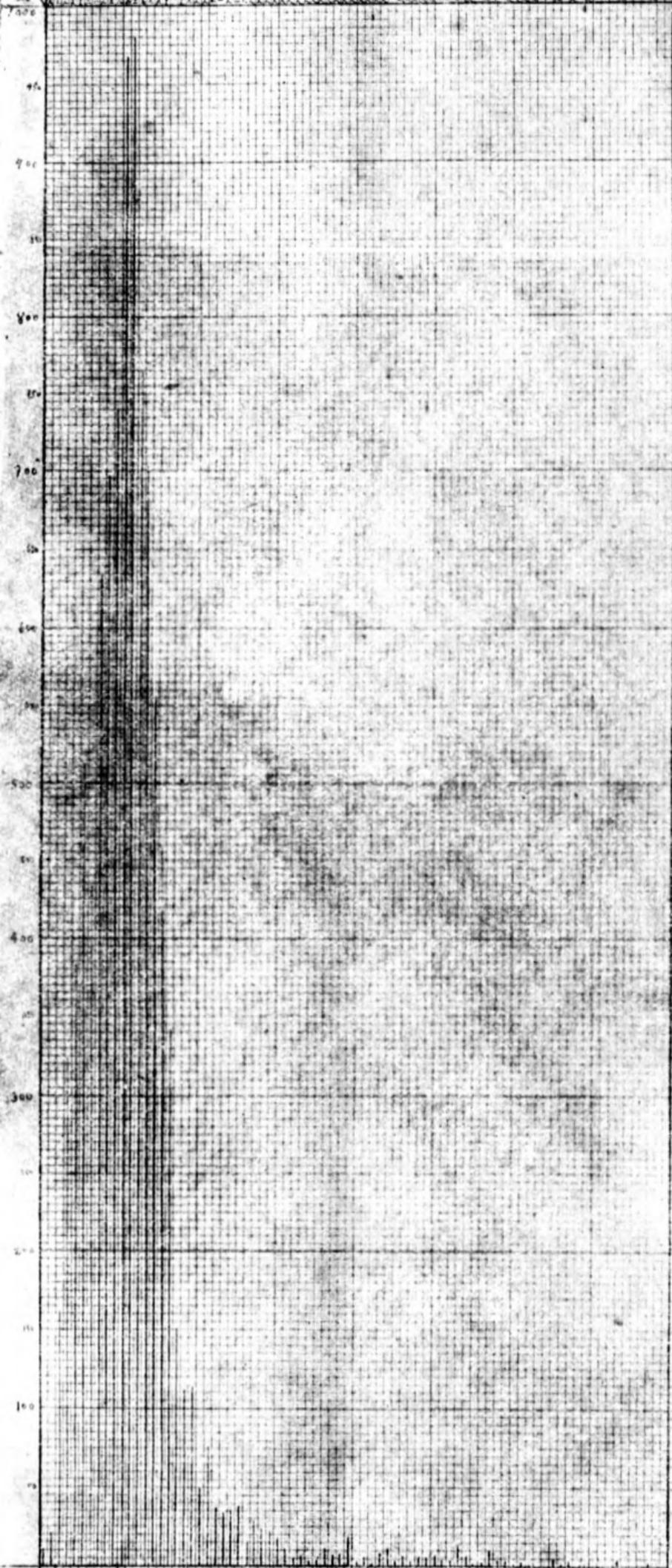
佔各科總數之一一、二%

4642  
5839  
3703

青島市  
立

李村醫院診治烟癮患者年齡統計表

自民國二十一年一月份起至二十二年九月份止



年齡

## 一眼先天性虹彩炎合併先天性小 眼球小角膜之一例

東南醫學院眼科學教室 關冠武

先天性小眼球小角膜，在眼科學中亦屬於不常有的疾病，然最近外國文獻中的報告例，多數作病理組織上的研究，反觀吾國，眼科專門的文獻，聊若晨星，對於本症之報告，亦屬少見，鄙人現遭遇本症之一例，特報告於下。

患者：

陳女士，二十一歲，住於上海老西門，民國二十二年十月二十三日來院初診。

家族及既往全身病歷：

患者父母均於七八年前，死於肺癆樣疾患，有姊妹四人，均健存，無何等病患，患者排第二，向來身體健康，猶未出嫁。

既往及現在病歷：

據其姊云，患者出世直後，左眼即比右眼為小，眼臉裂隙亦小而陷沒，生後兩眼常閉合，時有些微粘液流出，不久即可開大，遂知左眼眼球及角膜甚小，經過數年，更知左眼已失明，然直至現在，患者從未遭遇他種眼疾。

檢查所見：

右眼全部正常，惟結膜有砂眼疑似症而已。

左眼眼臉淚器均無病，惟眼臉向內陷凹，眼裂甚小，令患者盡量開大時，亦不及右眼眼裂之半，眼結膜有砂眼疑似症，球結膜甚狹，眼臉翻轉時，乍觀之，全部似均為穹窿部結膜而無球結膜者，注

意觀察，則角膜上下緣有約 2mm 闊之球結膜存焉，（因眼球細小而陷凹之故）內外眦部之球結膜亦甚狹窄而內眦部之淚阜則較大，角膜緣有一二枝血管與角膜平行圍繞，但絕無炎症現象，角膜之橫徑右眼為 12.0mm 上下徑為 11.0mm 患眼橫徑只得 7mm 上下徑為 6mm 然無溷濁，在臉裂相當部之兩也邊名有一約 2mm 長之三角形線狀白斑，白線之內只有稍稍溷濁而已，白斑之尖端向內，底部與角膜緣平行，前房較深，然無溷濁沈着等物存在，瞳孔非常細小，光線反應消失，虹彩紋理較右眼為糊塗，瞳孔緣全部與水晶體癒着，中央尚餘針頭大於瞳孔而已，眼底變化不能檢查

視力：右眼 1.2 左眼 全盲

眼球突出度：右眼 15mm 左眼不能用眼球突出計測量

治療經過：

患眼已全失明，實無治療之機會，固為吾人所熟知，但以其陷凹度極適合於裝用假眼球而無須借用手術者，故特與其裝入假眼以增加其美觀而已，圖刊於下。

第 一 圖



小眼球所見

第 二 圖



裝用假眼後

結 論

根據以上檢查之結果及其既往症，遂得診斷為先天性虹彩炎合併先天性小眼球及小角膜，現所須討論者，虹彩炎是否為小眼球之原因，抑或既有小眼球而偶然兼有虹彩炎乎，角膜上之白斑，因其有虹彩炎之關係，想亦必為炎症後所遺留之斑痕也，姜辛曼氏在中華醫學雜誌曾報告一例，其中有與本例略同者，則本例大概為胎生時期因虹彩角膜炎症之結果，毛樣體起萎縮後而發生小眼球小角膜者也。

上眼臉橡皮腫性潰瘍 (Gummosse Geschwur)

之一例

東南醫學院眼科教室 袁懷青

橡皮腫性潰瘍為梅毒第三期之症狀，雖不定發生於何處，然在眼臉者甚少，即以眼局部梅毒而論之，通常多侵犯於眼底及角膜虹彩等，而眼臉之罹此疾者實為稀有之事。

關係本病之文獻於 1908 年 michel 氏曾有詳細之記述 (Gra

efe-Saemisch Handbuch d, Augenheilkunde) 並將本症分爲表在性及深在性之兩種。據云：

表在性 Gumma 者通常在眼臉之皮膚上發生多數之豌豆形之硬性小結節。其表面初則呈平滑而有光澤之赤褐色或褐色之小隆起。於經過中。患部之睫毛常起脫落。由此進行約一月後。則此小結節遂落屑而殘留白色之皺襞樣癩痕矣。

倘再進行者。則在其周圍新生小結節或崩潰形成潰瘍。且此種潰瘍性破潰。若置之不治。則不限定於眼臉軟骨結膜。並常有擴大至周圍顏面皮膚之危險。故治癒後。往往因癩痕之收縮而併起眼臉外翻者有之。

深在性 Gumma 者多有豌豆大乃至胡桃大之圓形或半球狀之結節。其表面之皮膚有移動性。硬度呈軟骨樣或彈性柔軟者等是也。

若其結節與皮膚之間。尚能移動時。則其顏色常與正常無異。然反之結節癒着於皮膚時。遂變成帶青赤色矣。其經過或速或遲。種種不一。速者則數日之中。形成崩潰。變爲潰瘍。其邊緣恰如鋸齒狀而暗赤色。此時患者常訴有熱發或其他之全身症狀。

更甚者則發病二十四小時後。就起崩潰。數日之間。竟能穿過眼臉。直至結膜。角膜。故治癒後。常殆留癩痕。且不見睫毛之再生。

其經過慢性者。則結節漸次收縮。且同時亦能見眼臉及眼臉軟骨腫脹之吸收。並不留任何痕跡。而治癒。但此種經過較爲稀有。

#### 實 驗 例

姓名：趙炳南，男，54歲。

初診日期：22年 11月 14日

主訴：左眼臉潰爛，並視力障礙。但局部之痛甚少。

家族歷及既往全身病歷：——父母均早去世並無兄弟姊妹。其時患者尚幼故對於父母有無眼病及全身病不明本患者在三十歲左右曾患橫痃經中醫診治後之該局部症狀旋即消退，因之未行驅梅療法於四十歲後常在四肢關節及腰部覺有疼痛等事。患者生育二男一女均健在。

既往及現在眼病歷：——常有眼睛疲勞自二月前起左眼每有發赤並有分泌物如是經過約三週後於左眼之上眼臉部之外側腫脹呈赤色但痛覺甚少約半月遂致破潰其間雖經診治終不得效果而破潰之處反而增大云(附圖1)

他覺所見：——

(1) 全身檢查：——營養不良但無特記之疾患。

(2) 局部檢查

左眼：——a, 眼臉：——於上眼臉之外三分之二有潰瘍該局部睫毛及眼臉緣均破壞潰瘍之邊緣凹凸不平底面被覆豚脂樣之分泌物周圍有暗赤色之浸潤。

b, 球結膜：——中等度充血。

c, 角膜前房：——虹彩均無異常。

d, 瞳孔反應：——比較遲鈍。

e, 玻璃體：——瀾濁。

f, 眼底所見：——視神經炎。

g, 視力0,1(矯正不能)。

右眼：——有視神經炎視力0,5(矯正不能)

(8) Wasser manni sche Reaktion 處置及經過：——

本患者自十一月四日來院初診因其敷用中藥致局部症狀不明又有似膿性分泌物者故初時疑為麥粒腫之破潰每日以清

淨治療但經過四天之後其病灶之狀態復較擴大邊緣亦顯凹凸不平底面有豚脂樣物始疑及爲 Gumma 性潰瘍卽行血液檢查結果爲極強陽性遂于十一月九日注射水銀劑越三日復注射 Neosalvarsan。次月患者未來至二十三日復來求診據云前經注射後反應極大全身不適以致臥床一星期現始稍愈察其潰瘍之範圍已愈大半僅有輕度紅腫而已次日後注射一次 Bismosal。二十六日來院視其潰瘍益小三日後日潰瘍已完全治愈臉緣缺損並不顯著惟眼底症狀如前視力不見增進。

### 結 論

- 1, 本例根據局部之症狀及花柳病之既往症。w 氏反應並經驅梅療法後症狀著明減輕等遂得確認為表在性 Gumma 性潰瘍。
- 2, Gumma 性潰瘍在初期極易誤診爲麥粒腫等故欲確斷爲 Gumma 除局部症狀之外血液檢查爲第一要務。

- 3, 本例之眼底變化亦係梅毒性疾患故須繼續施行驅梅療法。

第一圖 施行驅梅法前之眼臉潰瘍



第二圖 治癒後之狀態

## 急性化膿性下顎骨骨髓炎手術例報告

上海東南醫學院外科學教室 姚瑟若

## 緒言：

本症因傳染之徑路不同，可分為血行性急性骨髓炎及隣接傳達性急性骨髓炎二種；前者乃化膿菌，從血行浸入，其主要原因，為白色葡萄狀球菌。其侵入之門，多由於癰癤，及不潔之創傷傳染，但亦有原因不明者。本症以成人較多，由顎骨附近組織之炎症，口腔粘膜潰瘍，或由於拔牙後而傳染者。傳染較輕者，即所謂齒癰及齒齦炎性膿瘍是也，稍重者由骨之周圍或骨髓骨膜而來。更劇烈者發生 Angina Ludwigi 或惹起廣泛性之全下顎骨骨髓炎。

## 症 狀：

發現一般之急性骨髓炎症狀外，尚有流涎口臭，舌苔，牙關緊閉等是也。患側顎部浮腫齒齦腫脹，牙齒動搖，有劇烈疼痛等之自覺症狀。若炎症更加進行時，骨膜下發生膿瘍，皮膚及粘膜均破潰。病灶在下顎時下齒槽神經受其壓迫，其局部皮膚有知覺過敏，後則轉為知覺異常，及知覺麻痺。若膿瘍及腐骨進行，到皮膚或粘膜時，則急性炎症頓減，迨腐骨殘留於組織間，而生成瘻管。重症者因併發肺炎，膿毒症及腦膜炎而致死。

## 預 後

病變領域廣大者，全顎骨均陷於腐爛而壞死。合併腦膜炎膿毒症，肺炎者預後均不良。

## 診 斷

有以上各種原因之症狀者，再行 X 光檢查顎骨部，易於診斷，惟必須與類似疾病有鑑別診斷之必要。

## 鑑別診斷

(1) 顎下部淋巴腺蜂窩織炎性急性炎症時，亦有顏面及頸部腫脹牙關緊閉，不開等症狀。

(2) 耳下腺急性炎症時，牙關每呈緊閉，頰部有腫脹，重者有全身症狀發生。

(3) 流行性耳下腺炎症時，常伴有生殖腺之炎症。

#### 臨牀經驗例

陳 某 合 35歲 官吏

現在症：一

民國廿一年六月廿三日入院求治。家族既往無特記之事項。據云在一個月前右側下顎牙痛，頭痛，繼以惡寒戰慄。數日後，口臭異常，在右側顎骨部有齒齦膿瘍，牙齒動搖且時有劇痛，再經二星期後，下顎全部腫脹右側顎部發炎，其範圍漸向健側進行。因痛苦過甚，不能安眠，下顎關節有緊閉，不能開口，飲食困難，惡寒戰慄，後發高熱達 39—40°C，食慾全缺，便秘，全身症狀不佳，患者極呈衰弱狀態。

當時所見，

體格中等營養狀態中等脈搏頻數緊張不良，且不規則，證明胸腹內臟及其他各部均無病變。熱度 39.5°C。

下顎骨腫脹頗甚，左右甚不對稱，局部皮膚有浮腫，有壓痛，牙關緊閉，不能開口，有口臭。

X 光所見

第一圖：從正面所攝之 X 像。有極著明之全部右側下顎骨急性骨炎及骨髓炎之變化。

第二圖：從左右兩側所攝之 X 像。有極著明之全部右側下顎骨急性骨炎及骨髓炎之變化。

臨床診斷,

急性化膿性(右側)下顎骨骨髓炎,

細菌檢查成績: 葡萄狀球菌,

療法,

- (1) 右側頸部蜂窩織炎性膿瘍切開,
- (2) 右側外頸動脈結紮。
- (3) 右側下顎骨腐骨摘出。
- (4) 右下側大白齒全部拔去。
- (5) 腐骨摘出後用 Iodo form 紗布行排膿法。

結論

- (1) 本症例在發病後第三星期告終時,由 X 光檢查成績證明在下顎骨左側全部有骨組織之破壞及骨組織新生之現像。
- (2) 腐骨摘出時,由骨組織之膿汁,證明有葡萄狀球菌多數存在。
- (3) 該病人在手術,雖無腦膜炎之症狀,但全身狀態甚險惡。經同人等施行腐骨摘出及排膿術,得脫險者,在臨床觀察上,頗覺有趣病人在逐漸輕快時,忽因訴訟問題,中途出院,傳聞出院後月餘身歿,其死因為何無從證實殊為可惜。

附圖二張



# 綜 說

## 硫 黃 之 醫 用

(續東南醫刊第四卷第四期)

陳 卓 人

### 1. 梅毒性疾病

自1926年 Moritz 氏發表硫黃於變性梅毒（如脊髓癆，麻痺性癱瘓，梅毒性脊髓炎，血管梅毒等）有效以來，試驗者頗不乏其人。如1927年 Schroeder 氏發表意見贊成此說，且證明硫黃有發熱作用，Wagner 氏主張可替代療法，氏曾就中樞梅毒五人，試用此法，中三人已奏偉効，二人尚在受療云。此後 Winkler, Shilvock, Pollak, Dreyfus u. Weinberg, 柏村，高瀨二階堂，諸氏之治療層出不窮。而神林氏之報告麻痺性癱瘓六人中四人，脊髓癆十人全體皆著明輕快，抹成道氏之報告麻痺性癱瘓五人中之三人，脊髓癆十四人中十人，脊髓梅毒五人中三人均大見輕快。可知其成績不在普通驅梅法之下，甚或駕而上之。且中樞神經梅毒，有時即用 Salvarsan 類，

亦無効力，若併用硫黃，往往其効始著。

硫黃之於中樞海毒有効，以注射有發熱也，與普普瘧療法，及鼠咬症療法，同其理由。但瘧原虫之保存不易，有時危險及於病人生命，非住院療治不可。鼠咬症螺旋雖維較易保存，然一次失敗後，以體內已成立免疫，故再為第二第三次注射，亦無結果，硫黃則保存既易，且注射後即可歸家，無住院之煩，甚為便利。

普通用者為 1% 精製硫黃洋欖油溶液，注射於臀肌內，若有沈澱，加熱溶解後即可用。其用量由身重之多少，第一次用 1.0—2.0 cc 以後每次增加 0.5—1.0cc 至 5.0cc 止，每三四日注射一次，注射後七至十小時，體溫上升，或先有寒戰慄，最高達 39—40°C，持續三四小時，注射後一日或一日半，乃達平溫，其副作用為疼痛及硬結，然注射後施以按摩或溫罨包，可以減輕。若溶液中加 Novocain 或 Anaesthesin，疼痛亦可減少。普通以十二次為一治療期，必要時得重復施行。如用膠狀硫黃，則初次注射 3.0—4.0cc 漸增至 10.0cc，注射之間隔為三至五日。

硫黃對於梅毒性疾病之作用 Meyer-Bisch, Maliva, Spiro 諸氏歸功於發熱作用，與蛋白質之刺戟療法同。Schlesinger 氏由硫黃注射於靜脈內，有白血球之增加而無發熱之事實，主張除刺戟作用。尚有使其他驅毒法有効之媒介作用，故可與普通驅毒法並用云。Bier 氏亦贊同此意。Pollak 氏云除刺戟作用外，硫黃之有効尚與新陳代謝有關係云。

## 2. 關節疾病

硫黃泉於瘋痺性疾患有卓効，早為吾人所熟知。Pling 氏應用硫黃軟膏於腰痛，又 Robins 氏曾令慢性瘋痺病人內服硫黃歐戰以後，應用乃盛。1917 年 Comprie 氏曾就重症戰場瘋痺六十八人，

先施以普通水楊劑而無效者，注射0.1%膠狀硫黃於肌肉內，其中三十一人於之至五星期後，全愈或非常輕快。Meyer-Bisch 氏亦複試有效，於是用者聞風而起，報告絡繹而出。如 Molnar, viola, Hayn, Dengler, Schieff, Spiro, Weskott 諸氏，皆稱揚硫黃之功。此中 Jsaac-Kriegeruo, Noah 氏則云，於慢性瘋痺症十六人試用硫黃療法，僅五人疼痛減少而夠運動，故認為其効不在他法之上，而 Meyer-Bisch 氏則反對曰，二氏所用之病人，均係用過他法而無効之重症病人，僅由硫黃療法，能使五人輕快，不可謂本法無効云，由以上報告，可知硫黃療法對於骨軟骨無變化，僅軟部有病變之關節疾病，頗著偉効，淋疾性關節炎亦有相當効力，惟尿酸性及結核性關節炎則無効，瘋痺症之中，亦以慢性亞急性症，其効較著，而急性症，則不及水楊酸劑之靈驗云。茲將歐州各報，作一簡表如下。

報告者	病名	病人數	全愈數	輕快數	上二者之百分比
Compie	戰場瘋痺症	60	31	19	83.3
Meyer-Bisch	原發性慢性關節炎	5	4	1	100
"	變形性多發性關節炎	5	4	—	80
"	慢性脊柱強直症	3	1	2	100
Splro	慢性關節炎	12	3	9	100
"	慢性坐骨神經痛	7	4	3	100
"	慢肌肉瘋痺症	9	7	1	88.8
"	慢性骨性關節炎	4	—	1	

日本林成道氏亦報告其自身經驗，頗為滿足，茲錄其成績如下，

病名	病人數	全愈者	著明輕快者	輕快者	總計	比例	
關節瘋痺症	急性	6	2	1	2	5	83.3
	慢性	13	2	4	7	13	100

肌肉瘋痺症	8	4	2	2	8	100
神經痛	10	4	2	3	9	90
腰痛	8	5	1	1	9	87.5

對於瘋痺性疾病，本劑之用量，Meyer-Bisch 二氏用1%硫黃洋橄油溶液，初次以2.0cc開始注射於臀肌內，每間六至七日一次，次第增量局部有疼痛硬結，且有38—39°C之體溫上升，約24—48小時下降。發熱時，患處症狀常稍劇烈，然熱退後，則覺爽快，且運動之範圍擴大，以到治愈。此法以有發熱，故二氏後改用0.1%溶液，自1.0c.c.開始加至5.0cc止，副作用頗為輕減。云林成道以0.5%膠狀硫黃之0.3cc，開始注射於臀肌內，遞加至1.2c.c.，每隔二至三日注射一次。僅有37.5°C以下之發熱，及輕微頭痛等，成績頗佳，故如以硫黃治瘋痺性疾病，當以體溫不升高程度之少量為宜。

關於硫黃影響於關節疾病之理由，一部分學者僅注目於刺激作用，然多數學者，均以為尚有特殊作用。Markwalder 氏云，硫黃為氧化劑，恐由促進病人體內不易氧化物質之氧化，而營治愈作用。Meyer-Bisch, Heubner 氏主張注射硫黃後，關節部之特殊物質，即行分解而病乃愈，可知硫黃於關節有特殊作用云。

### 3. 皮膚病

硫黃之用於皮膚病，已有悠久之歷史，無待吾人之縷述，其外用之效果如次：

- (一) 以有殺菌作用 如應用皮膚絲狀菌病，及膿泡疹。
- (二) 有殺虫作用 如用於疥癬。
- (三) 能使皮膚乾燥又使角質增生（少量）故用于脂漏，禿髮等。

以上皮膚病硫黃之外用茲不多述。而使吾人感興趣者，則為

內服。Bier氏嘗於患癩病人投以硫黃，其成績因量而異。若一日量在0.5—1.0mg.者，則生癩，若用千分之一或萬分之一mg.之微量，則癩治愈云。關於此點，至1927年止彼曾試用586人，其中百分之二十五，未得觀察結果外，除百分之七十五，均得觀其最終結果，殆全體有著明効力，其藥効不明者，僅極少數耳。以慢性癩之成績為佳，尤以糖尿病人之癩，見効尤速云。

又Pantrier氏以0.5%硫黃Cholesterin肝油溶液之1—2c.c.注射於禿髮症，乾癬病人之肌肉內，有著明効果。Bernard氏以硫黃泉注射於葡行疹病人之靜脈內，十四人中十一有効云。

#### 4. 尿糖病

1926年Gordonoff, Campanacei諸氏，以瑞士含有硫黃之溫泉，使糖尿病病人服之，結果血糖下降，糖尿及酮體消失。Foldes氏給本病人以沈降硫黃，結果亦然。Bucciradi, Piccinini氏等亦認為有効。一方烏精中含有多量硫黃，亦已由Afel, Geiling諸氏證明。總之硫黃有低下血糖，及使耐糖量上升之力，現今已無疑義，惟能否完全替代烏精，尚不能解決，以硫黃之作用雖能特久，但頗弱也。

#### 5. 高血壓病

Gordonoff氏嘗注射膠狀硫黃於家兔之靜脈內使血壓下降。Ruzynyak氏應用高血壓病人，每二至五日注射1%硫黃洋橄欖油0.5—1.0c.c.一次，五十人中四十五人均見効驗，Lichtwitz氏對於安靜療法無効之高血壓病人，施以硫黃療法，亦有効云。但Kylin氏云注射牛乳時血壓亦下降，故此時之血壓下降，恐屬諸刺戟作用，而非硫黃之特殊作用。日本三田氏以10%次亞硫酸鈉溶液，注射於高血壓病人之血管內，其結果注射直後血壓反高，後乃漸低，然不久即歸復其固有狀態，不能持久云。

## 6. 刺戟作用之應用

硫黃注射時，發揮刺戟作用，與他種蛋白質同，前述對於關節及中樞神經病之効力，其一部亦當歸之於刺戟作用。Adam 氏嘗應用硫黃注射法於腦炎後之重症 Parkinson 氏病，成績甚佳。Amsler 氏於骨及腺結核，投以硫黃與碘，二三星期後膿之排出減少，經過短經，故主張肺結核亦可試用。Bircher 氏自 1914 以來，凡外科的結核病，手術後均施以硫黃浴及注射或內服，成績亦頗可觀。Siegel 氏令肺結核病人吸入硫黃與鈣之混合物，百分之四十病人，於一個半至三個月後，痰中之結核菌消失，百分之七十五各症狀減輕，從未見症狀惡化者。其他 Pfarz 氏以硫黃治癒婦科傳染疾病，Stiegel 氏以硫黃治愈肺膿瘍及腐敗性氣管枝炎。Bier 氏先葡萄狀球菌感染於動物，然後投以硫黃，此時細菌之毒性弱，能防止其發病，強者雖不能防止而作膿瘍，然切開治愈頗速云。

## 7. 解毒作用之應用

1920 年 Ravant 氏始於 Salvarsan 中毒，以次亞硫酸鈉解之，近時更有人主張 Salvarsan 與次亞硫酸鈉同時注射，可防不快副作用之發生云，亦有認為於水銀中毒有効者，然 Haskell, Henderson a. Hamilton, Youny-a. Taglar 諸氏則表示反對意見。Delbanco, Mueller 二氏云，金屬毒，能由硫黃解除，而自皮膚排泄。高橋氏報告，硫黃能將重金屬變為無毒之硫化物而解毒云。又 May, Schlesinger 氏等云，硫黃能作用於腸細菌，限制其發生作用於血管，而使之硬化之毒素，故硫黃亦可用於動脈硬化症。黑澤，加來二氏贊成此說，金井氏由實驗證明，Cystin (內含硫黃) 能豫防由 Adrenalin 發生之動脈硬化，故硫黃之治動脈硬化，亦一解毒作用也。

## 8. 寄生蟲

Nottenbam對於蟯虫 *Oxyuris vermicularis* 寄生病人每次令內服沉降硫黃一刀尖，能將此虫驅除，而其他寄生虫則否，恐硫黃對於蟯虫有特殊作用，但氏於頑固病人則附加 Naphtalin。

### 9. 便尿作用

Molitor 氏於實驗動脈，與以硫黃時，可見滲透壓性利尿作用，與尿素及濃厚食鹽水之作用相似云。

### 結 論

硫黃之適應症為：

1. 中樞神經之梅毒尤其發熱作用，得治愈或減輕，可替代療法。
2. 急性慢性關節瘋痺症，肌肉瘋痺症，神經痛等。
3. 皮膚病如脂漏，濕疹，癬，乾癬，汗腺及毛根化膿等。
4. 糖尿病可為烏精之補助品。
5. 其他高血壓病，寄生虫病，金屬中毒，均可試用。

硫黃之肌肉內注射用 1—2% 油溶液及膠狀硫黃，若靜脈內注射，則僅可用膠狀硫黃，至其用量，若其目的在發熱，則一次至少常用 10 m. g. 以上，若不希望發熱者，則用 0.5 至 5.0 m. g. 必要時用千分之一或百分之一 m. g. 亦可。

## 種痘腦炎問題

陳 方 之

種痘腦炎。(Encephalitis post vaccinationem) 在我國幼稚的醫學界裏好像還算是一個新鮮的名詞，臨症實例恐怕還沒有人報告過，但在歐州大陸，十二三年前，已幾為醫界的大衝動，免疫史上的一大波瀾了。日本的醫界，對此問題的注意，也已五六年了。據平野

氏的記載於一九二二年到一九二八年間英國報告九十三例荷蘭報告一百四十五例德國據 Eckstein 氏所調查爲九十二例日本的報告例據予所調得爲佐久間氏二例笠原氏一例進藤氏一例。(以上均一九二八年)岡部氏一例安田氏一例杉本氏一例共計七例而已像這種從前沒有的病名突如其來的出現究竟是其病於十數年前新發生呢還是其病本來有之醫界沒有注意到呢。

當然是一個疑問但從這個問題發生了以後一百四十年前所大成功的 Jenner 氏之免疫上大發明未免像太陽上發見了一個黑點我們要知道種痘腦炎是什麼樣的病不得不將敘述的順序稍稍顛倒先把牠證候來一說。

### 第一 病 證

潛伏期約八日到十四日平均十日。(即在種痘後十日)普通無前驅證狀突然高熱至四十度左右有時且寒戰脈搏迅速嘔吐頭痛全身違和頓覺重態未幾即繼以搖擗與間息性痙攣(一側兩側不定)或項部強直牙關緊閉等腦症狀(瞳孔變化及 Balinshi 氏 Kynlineh 氏症候有時陽性)症之劇者從此即陷於意識不清昏眠狀態而其輕者則自興奮漸漸至無慾狀態或弛緩麻痺形尤輕者五七日後退熱諸證消退二三星期全愈其證候大概可分作三類。(Lnekseh 氏及平野氏)

1. 腦及腦膜均侵害時。頭痛嘔吐搖擗及不全麻痺等或嗜眠狀態其他局部的破傷風症狀及眼症狀與流行性腦炎極相混似。

2. 腦膜侵害強度時。頭痛發熱嘔吐外角弓反張項部強直著明腦壓增加意識消失腹部皮膚陷沒等。

3. 脊髓侵害強度時四肢麻痺或半身不隨腿及皮膚反射消失 Babinski 氏現象陽性等。

今將各報告例之檢查腦脊髓液（一部分載病理解剖）者。詳列如左。（據進藤氏）

報告者	年齡	潛伏期	Symptome	轉歸	Liquor Befund	Sektions Befund
Finkelstein	一	七日	顫門緊張角弓反張直搖。	愈	壓充進。液正。	
Stiner	八	十日	漿流性腦膜炎狀。	死	壓充進，液量增。	
Batiannse	九至十 五日	腦炎狀昏睡 症狀及圓錐體。		十一例愈 二十例死	液正。少數例細胞增。	例，二白質血圍，灰及中管細胞。及膜浮質白血細潤。
Lucksch		十日	破傷風症狀。	死	液正	及赤白灰均旁管胞浸潤。
Warschauer	二	九日	腦膜炎症狀。	愈	壓充進。液正。清。	
Leiner	十	十四日	同上 (Babinski十)	愈	液澄五淋。三巴球。	
	七	十四日	同上 (同上) (又下肢一過性麻痺)	愈	液澄。一八淋。一巴球。	
	七	十日	腦膜刺激症狀。流涎精神障礙。右尺骨神經麻痺。	死	液澄清。細胞不增。	腦膜充淋。血球 Plas mazelle 的血管浸潤。Gria 增。

Ostrascher	二	九日	漿液性腦膜 炎症狀。	愈	充進。 壓蛋白陽 性。
Fiedler	二	九日	腦炎症狀。 (昏眼)	愈	充進。 壓細胞不 增。
Frommel	一	二 十一日	同上。	愈	數蛋 細三量增。 白濁。 液稍濁。 壓充進。 細細胞三 五。
笠原	一	八日	破傷風症狀 四肢強直牙 關緊閉。	愈	Pomd i, Nonne 野口氏均 反症陽性。
進藤	一	十日	顫門輕緊張。 無慾狀態顏 不正牙關閉。 斜視右肢 硬直。	愈	壓充進三 細五蛋白 正常。Gr obrin十 糖量0.0 六六%

## 第 二 病 理

腦膜腫脹，肥厚，出血。腦與脊髓亦同。其組織的變化以血管周圍性炎症病變為主。而腦髓脊髓白質灰白質比較的瀰漫性平等分配別無好發部位。此點適與流行性腦炎相反。

惟白質與灰白質病變程度孰甚，則隨各家的經驗例各有不同。Turnbull 氏主張中樞神經系統全體灰白質的病變較甚。Perdrau 氏主張大小腦白質較甚。腦幹脊髓相反。Luncksch 氏主張各部的白質灰白質病變均平等。血管周圍的組織變化以淋巴球浸潤為主。但有內被細胞，(Endothel) Plasma 細胞，與白血球雜其間。而實質細胞中的脂肪性主要物質。(Myelin 即 Fettartiger Hauptbestandteil) 變性為黑染的斑點。(Demyelination) 但照 Perdrau 氏所研

究結果這種變性的脂肪斑點極易消失往往現於血管周圍的病變初期爾時血管外膜及其旁外觀上尙無細胞浸潤而浸潤程度高處反而不見腦實質的細胞浸潤爲點狀散在性不如血管周圍之甚如上述組織變化與麻疹風疹百日咳時的腦炎相似。

總之種痘腦炎的腦脊髓解剖變化與流行性腦炎不同而與麻疹百日咳的經過中腦炎則相類但如 Pette 氏所主張謂爲種痘腦炎非獨立性新疾病云云則當否還待研究。

### 第三 病原

病原的研究報告甚多但其主要的學說可歸納爲三種。

(甲) 痘毒說 (Virustheorie) 謂其病由天痘病原體本身而起最初乃英人 Mc Intosh 氏倡之伊曾解剖種痘腦炎二例將其一例的腦接種於家兔的皮內而將接種後皮上所生的痂皮再接種於其他家兔乃發生痘毒性丘疹又將其他一例的腦接種於家兔的睪丸再將睪丸作乳劑 (Emulsion) 接種於其他家兔的皮膚證明其痘毒的存在云云此說和者頗衆 Luckseh 氏, Gortor 氏, Leiner 氏等爲其矯矯者惟種痘後痘毒入血中即使能在腦內證明其微量是當然結果不足爲奇一九二五年的英國痘苗委員會已反對其說而德人 Gildmeister 氏所表示的反對說更爲深刻他說「種痘腦炎所死人的腦除 Mc Intosh 氏二例外無人證明其有痘毒况夫腦中即使將痘毒證明亦不能即稱爲腦炎的原因吾人若種痘於兔痘毒即入血行人身諒同所以在種痘後的臟器證明痘毒於研究腦膜的病原毫無意味退一步說若痘毒的直接作用而成腦炎最小限度腦內必須每次證明其痘毒」

(乙) Neurozidin-theorie. 謂其病因受痘毒影響組織內產生一種毒素名曰 Neurozidin. 由此毒素而起腦炎云云此乃 Pondman

氏所倡導伊之工作。乃將痘苗接種於兔之皮下。至兔死後取其腦磨碎。與玻璃球同時放入於玻璃瓶作振盪乳劑。注射於健兔的腦腔。則兔必發特種症候羣。即亢奮、亂步、痙攣等。然 Gildemeister 氏反對之。謂此 Neurozidin 不過振盪時所產生之極微玻片與矽酸化合物。故若用蠟 (Paraffin) 球蠟管代玻璃管以振盪。則此毒素不發生。

(丙) (Activierungstheorie) 活動性賦與說。謂因種痘而將體內所潛伏的不明病毒賦與活動性而起。英國所催開的第二回痘苗委員會。亦主張此說。故此說比較的有力。惟此不明病毒究為何物。乃一問題。Pondman 氏謂腦炎病人的鼻汁證明 Bac. bipolaris。而痘苗中亦有發見此菌。且將本菌使兔子免疫。其兔對痘苗能不感受。又將驗明有此菌之兔種痘。其菌能增高病原性。兔能陷於敗血症或腦炎而死。因此主張所謂不明的病毒。乃 Bac. bipolaris。然就家兔實驗時。兔的腦炎的腦中。能證明此菌。而人的種痘腦炎的腦中。不能證明此菌。故此說尙少根據。Nicolau 氏曾將痘毒與 Herpesvirus。同時接種於兔。謂能發腦炎。Gurukzoglu 氏。先將 Herpesvirus。種入鼻腔。再種痘於皮膚。謂能發腦炎。但他人覆驗。追試。多謂無若此成績。足資證實。Kraus 氏與高木氏用補體結合反應。研究種痘腦炎的結果。認為有 Herpesvirus 近似的抗原存在。而 Leiner 氏所報告。謂種痘腦炎病人的血清。能與以有 Herpesvirus 的腦為抗原相結合。而不能結合於痘毒。所以認 Herpesvirus 的活動性賦與如上實驗。又有流行性腦炎的 Virus。與 Herpesvirus 同樣說。但流行性腦炎的解剖上病變。與種痘腦炎完全不同。此說不能成立。所能成為問題者。還是 Herpesvirus。

(丁) 局所過敏症說。 (Localallergietheorie) Glanzmann 氏倡此

說謂腦炎多在種痘後十日適與過敏期相合。腦的病變以抗原抗體反應說明。充分可能而腦中之不能證明痘毒。乃為抗體而殺滅。此說亦頗有支持者。然而此說若真。則再種痘人的體內顯有抗體。再種痘時的腦炎應比初種時為多。而事實則相反。反多在初種時。理由難明。

總之以上諸說。尙未能得世界翕然景從。有價值的研究成績。還以俟諸異日。

人類對本病的素因第一可注意的為年齡。荷蘭的統計。以三四歲五六歲為最多。德國的統計。以一二歲以內的為多。英國的統計。以六至十五歲為最多。日本的統計。均在一二歲以內。諸國區區不一。其故乃在種痘的習慣與法律相異。日本與德國。法律與習慣上均於一二歲內種痘。荷蘭的小學須提種痘證。所以以學齡兒童的種痘獨多。英國無強制種痘的法律。所以種痘的年齡不一。而腦炎病人的年齡隨之。所以本病的年齡雖區區不一。其關係完全在於初種痘的遲早。不得認為對年齡的素因。對家族的素因。有一家兄弟姊妹羅患的報告。有一家數兒。同日用同痘苗接種。十二日後。個個發生腦炎。所以家族素因。到可成為研究問題。(以上據平野氏)

#### 第四 醫法

因病原不明。除對證療法外。別無特種的醫法。惟 Thomas 氏所報告的一例。有供參考的價值。「五歲小兒。與同時種痘。種痘五日。發熱八日。嗜眠狀態。四肢弛緩。意識不明。腦脊髓液澄清。無變化。將母血清五 cc. 腰椎穿刺後。徐徐注入。其効如神。意識回復。二十六日能語而全愈。」本病的死亡率。在英國為 50% 以上。德國為三四。八%。荷蘭與德國相彷彿。日本的報告例不多。不能覓其標準。

## 文 獻 來 源 條 註

- 1, 平野憲正著; (北里研究所) 種痘後之中樞神經系統疾患, 1932
- 2, Echstein; Muench Med, Woch, Ig, 8 Nr, 25 1929
- 3, 佐久間; 兒科雜誌 321 號 1928
- 4, 笠原道夫; 實驗醫報 152 號 1928
- 5, 進藤; Grenzgebiet 第一年第 七號 1928
- 6, 岡部; 台灣醫學會雜誌 295 號 1930
- 7, 安田; Grenzgebiet 四年六號 1931
- 8, 杉本; 兒科雜誌 334 號 1929
- 9, Luchsich; Centralbl, f, Bakt, Abt, 1, Orig, 103, 227, 1927 Med, kl, Ig, 34 1928
- 10, 進藤; Grenzgebiet, 一年七號 1927
- 11, Turnbull; Brit, Med, Journ, of exps, pathol, 7, 181 1926  
Turnbull; Brit, Med, Journ, No, 3529, 331, 1928
- 12, Pesdrau, I, R, Journ, Peth, and Bact, 17, 31, 1928
- 13, Pette; Munch, med, Moch, No, 207 1928
- 14, James Mc Intosh; Brit, Wed, Journ, of exps, Path, 7, 181, 1926
- 15, Gildemeister, E, Centralbl, f, Bakt, Abt, 1, Orig, 110, 120, 1929
- 16, Pondman, A, Centr, f, Bakt, Abt, 1, Orig, 107, 433; 1928
- 17, Zusuhzoglu, geitschr, f, Hyg, 109, 581; 1929
- 18, Kraus und Takaki, Med, Kl, Wech, Jg, 43 Nr 4; 1930
- 19, Leiner; 日新醫學第十六年 8 號笠原氏文採錄。
- 20, Glanzmann; Schweiz, Medl, Woch, 145; 1927
- 21, Horder Thomas; Lancet, 1, 1301; 1929

# 譯 述

## 世界最大之囊胞肝

醫學博士 長與又郎著

李祖蔚譯

被剖檢者：宮野女50歲 職業(主婦)由來(院外) 剖檢錄  
日期30/IX1928。

臨牀的診斷：肝臟腫瘍

臨牀的事項：(神保博士述)

家族歷：父因肝臟病併發腸加答兒死亡，妹現在患腎臟病，肝臟  
肥大，腎臟可以觸知，或與患者同病亦未可知。

病 歷：

患者最初之病歷離剖檢13年前即是1915年罹感冒症，請醫師診察時，在上腹部發覺有腫瘍，當神保博士診察時病人之主訴，為上腹部充滿感及牽引感，觸診在右鎖骨中線，腫瘍之下界達肋骨弓下二橫指，劍狀突起下，3—4橫指之處有腫瘍存焉。由定型的

呼吸性移動，邊緣形狀及均一硬度，係病肝臟無疑是時神保博士之診斷為『非惡性肝臟腫瘍』俟後雖無特別自覺之症狀，腫瘍頗有徐徐增大，有腹重易疲及呼吸促迫之陳述。是時覺有系統的觀察及根本的治療之必要，於1919年在入澤內科入院，入院中受肝臟徹毒之診斷，受沃度劑內服及 Ehramisol 之注射，但血液之 Wasserman 氏反應，入院當初為陰性，入院治療約一個月半，不見輕快而告退院。當時肝臟之大如次：下界達右肋骨弓下15cm之處，中央達臍部。俟後肝臟仍漸次肥大，最近腫瘍之外界達腸骨前下棘之外，中央達恥骨聯合上之1—2cm處，幾有充滿全腹之勢，因腹部負重，運動成為緩慢若身體動之過急，即覺有牽引痛。腳部常發現水腫，逐漸貧血，增甚。但黃疸全缺，脾臟受肝臟掩覆，自始至終不得觸知之。全不見有皮膚靜脈擴大，無發熱，亦無胆石樣之疼痛發作，且幾無壓痛。惟有一兩次，在左上腹部有強痛發現，無發熱及腹水等，祇貼以水囊2—3日告愈。當時肝臟肥大過甚之故，發生腹膜刺激症狀，或因肝臟表面之囊胞破裂，所發生之疼痛，亦未可知。

肝臟下緣之高低形狀雖時有變更，可以觸知有大小不同之囊胞樣物為常。囊胞之大小，時常有所更變。由是可知在肝臟有大小不同之囊胞發生，並知有液體之內容存焉。是時最注重之診斷，疑其為多房性包虫症，或囊胞肝。患者曾受過肝臟徹毒，肥大性肝硬變，多房性包虫症等診斷。經稻田教授診斷為高度囊胞肝，並懷疑腎臟亦有囊樣變化存焉。

1928年9月25日服藥時 Oblate 紙在咽頭破開，因該部受藥粉刺激，發生疼痛頗甚之故，患者飲多量之水，冀有以緩和之，不意即刻發現惡心及頭痛，且有難堪之嘔吐。是病不數日雖告愈。9月

29日施行注腸後，在右上腹部發生激痛，醫藥罔效，經1—2小時，因心臟麻痺而死。

死後在病家由神保博士執刀剖檢，開腹時發現肝臟充滿全腹腔，可確斷為強度之囊胞肝。因在病家及局所解剖之故，不能充分觀察，殊不自安，腹水雖約有1000cc。但腹部之膨脹，可斷定係由囊胞肝而來，亦非過言耳。肝臟對腹壁，橫隔膜，腸等，處處有纖維性癒着。由橫隔膜剝離肝臟時，肝臟之右葉後部有一大囊胞破裂，由囊內流出多含血液之漿液。神保博士，對該囊胞內之出血，係急性心臟麻痺之主因，亦未可知云云。兩側腎臟，均為高度囊胞腎，其位置成為下垂，脾臟頗有肥大，並有硬化，胰臟稍有硬化外，別無異狀。心臟呈褐色萎縮，肺，胃腸，生殖器等，檢不得有著變。

### 剖檢的事項

(緒方教授述)

(1928年12月6日講述)

神保博士由屍體臟器中，將肝臟，兩側腎臟，脾臟送與余等之教室，對於若是珍奇有興趣之材料，依託同人等詳細施行病理解剖組織學檢查。教室內之宮崎學士着手檢查，當今日供覽材料時已託神保博士報告臨牀的及剖檢所見如前。

本例係高度囊胞肝，在我輩所調查範圍之內，可云為世界一至大囊胞肝。

囊胞肝之剖見例不為稀罕，在日本已有少數之報告例，全部之報告例中，推為最高度且有名者，西歷1894年Warschau病理學教室Dmochowsky及Janowski兩氏之報告例，肝臟兩葉皆呈囊胞性變化，其重量為10.85kg。

本例之重量，破從來記錄，比10.85kg重5kg。今將二例比較如

次:

Dmochowsky	46歲女	重量(肝)10.85
本 例	50歲女	15.20

試看肝臟，係高度之囊胞肝，全體均一加大雖因囊胞多數存在之故，成爲不正形，但上面仍由鎌狀韌帶，明劃爲左右兩葉。若見其下面，有靜脈管窩及臍靜脈窩之一條深谷存焉。界諸兩葉間之形葉及尾狀葉等，雖因囊胞而成爲不正形，仍得明其區域。囊胞最多之處，在上面係在鎌狀韌帶之近處及上下兩面之下半部，其最大之直徑爲15cm。右葉上面右下部及後面，與左葉上半部之處，囊胞較少，尙得認識肝臟組織之表面，但深都有囊胞樣之觸感。發現諸表面之囊胞，爲形極小，自大豆以下達蘋果大爲止。有種種之大小不同。囊胞壁一般菲薄且透明。少數厚壁之囊胞，不能由外部觸知波動。內容均屬透明性漿液。殘留諸表面之肝實質，硬度屬正常之處有，屬增加之處亦有。一般呈鬱血之狀。所云解剖時經破裂之右葉後部之囊胞，其直徑爲12cm，其內面附著少數凝血塊。又其底部有小孔。此部因近肝靜脈之處，恐係由靜脈枝所穿通之小孔，但非經組織學確定之，難以明言。

胆囊：在普通之位置，因肝臟拓大之故，延爲細長形。粘膜正常，呈胆汁浸潤狀。壁有多少肥厚。胆囊管雖細，肝管比普通爲大。下腔靜脈之肝臟部，雖有延長，靜脈自身，不發現有何變化。

組織學的檢查：肝臟囊胞之內面，多屬單層骰子形上皮所被覆，內面之上皮脫落之處亦有。與從來所報告，謂囊胞大時，上皮剝離而不見之事實相一致。壁由纖維性結締織而成。對於肝組織多存之處，可見實質，有不甚變化之處，亦有呈代償性肥大之處，但大部分有實質消失與結締織組織之增殖而呈硬變。呈此種肝硬

變之處，可見有鬱血結締織增加，似由小葉中心部開始。Glisson氏稍之處則不甚著明。可知有鬱血性肝硬變之像存焉。此係靜脈受壓迫且曲折所來之鬱血，同時加以動脈受壓迫所由來之貧血，因是發現上述變化者亦意中事耳。即是在囊胞形成後，所發生二次的變化者是也。

#### 囊胞肝之成因：

有種種學說有一學說者主張 (Alerechtschen) 此係腺腫，視為一種之腫瘍，又一說學者主張此係胆管先天性型之結果，對輸胆管不連絡之胆管發現時，因胆汁鬱積拓張而成囊胞狀 (Dmochowskiy Janowski)。

從來報告內，囊胞肝約有80%以上，同時伴有囊胞腎。今日本例，亦有囊胞腎之合併存焉。

#### 先說明囊胞腎之成因：

腎臟之細尿管，在發生學上，由兩種不同之組織所構成。由細尿管之發端，至一管部為止，係由後腎形成組織 Metanephrogenes Gewebe 所發生。集合管及乳嘴管，係由Walff氏管末端突起所發出輸尿管分枝所生成。斯則囊胞腎之成立，由二者不同之組織所發生相互間之結合不良，互相背離時為諸上部之細尿管，成為囊胞性拓張，亦當然之事耳。

#### 次說明囊胞肝之成因：

Meyenburg氏對於胆管，在發生學上，亦等於細尿管，得想像分為兩部分。即是第一次胆管 Gallengang erster Ordnung 為諸細小胆管；與肝實質同由基礎所發生。第二次胆管 Gallengang Zweiter Ordnung 為諸較粗大之胆管，係肝臟外輸胆管分枝所發生。斯則肝臟發生囊胞，係由兩胆管不如正常結合時，在第一次胆管內因

胆汁之蓄積而拓張係Meyenburg氏之主張。即是肝臟囊胞成立與腎臟囊胞之說明，同由發生學而說明之。Meyenburg氏所引為證據者，肝臟內之小囊胞，對肝細胞索之胆毛細管之內腔有連續，但對第二次之較大胆管，則全然連絡。本例雖能確認Meyenburg氏之學說，尚非檢查之不可。

囊胞肝最初之報告者為Sabourin氏，主張囊胞肝係胆管口炎症性閉塞所由來之結果，但能與此種成因相一致之所見，後來者無從證實。

脾臟：硬度增加。鏡檢時有網狀纖維增加，與慢性之鬱血肝相當。即是腹水在臨狀上不得證明之解剖時約有1000cc之腹水，可知最近有門脈系之鬱血亦未可知。

腎臟：有囊胞性變化，兩側均甚增大。左側940g，右側820g。囊胞以腎臟之兩極及側緣為多，且此部之囊胞為大（最大直徑5cm）。前後兩面之囊胞形小而數少，囊胞與囊胞間之表面，比較平滑，可見有實質囊胞壁及內容之性狀，幾與肝臟同。鏡檢時，見全般有間質結締織增殖，處處有著明拓大之細尿管存焉。被囊胞內面之上皮，係單層骰子形細胞，其基質與周圍之間質結締織相同。絲毯體雖略近正常，但數少居多，呈代償性肥大。因是細尿管亦拓張，有凝固之蛋白質充實其內。即是腎臟實質之一部，確可證明有代償性肥大，同時有多少Nephrose性之變化存焉。（完）

# 社會醫學

## 醫學上須要的統計方法

陶 燾 孫

個人的治病醫學發達得已很久。古代醫學嘗把事理和迷信混稀，到現代，醫學中仍有這個潮流在流着。近來社會學進步，醫學中的重要一門即預防醫學也抬頭了，從此以後，衛生行政，醫療管理等等都上研究。

經過了這一點歷史，前者（即個人的治病醫學）在日就退化，像西醫中醫化，中醫的星卜化，都表示這退化，可是個人醫染了惡習氣，像已纏足似的不易化身沒有改良之餘地了。而後者（即公共的防退醫學）在日就進步，先覺者在做社會的病因之探求，像德國之社會衛生，美國的公共衛生，等等都表示這一方面的進步。

公共衛生在各國，都有其特殊性，因為公共衛生的對象即為社會，而社會就各國不同，所以德國美國俄國有德國美國俄國不同的公共衛生學方式。那麼我們中國，要做切實於我國的公共衛

生,就先要知道我中國的社會。

一個生物學的學問如果發達到相當程度,那麼就要用量的方法來測驗,生物學在研究生命現象的定性的現象,而後來即有生物測定學 (Biometrie) 發達。

我們知道國民身體天天在成不健康,那麼要知道在幾年中平均有多少數目的缺陷,我們知道今年比去年霍亂病多,那麼要知道多了多少的數目,這樣,我們在研究一個社會衛生狀況的時候,先就要知道現在所有的情形。

原來我們要想使得毛病不生,毛病早好,所以我們的任務便是向這情形做一個辦法,那麼在做辦法之前先要知道現在的情形,往往我們忘去這事體, (往往有人從外國回來,看瘧疾病人誤為傷寒病人,這是因為他在外國難得看見瘧疾病人的緣故,可是在外國研究熱帶病者到中國上岸,當然先注意於瘧疾病,這也表示現在情形研究之必要) 所以我們要查一個社會的人的動靜,即 Vital 的動靜,人有多少,人的體格怎麼樣,人的生活怎麼樣,其環境,屋怎麼樣,他們的外界 (土地蚊等等) 怎麼樣,他們生病的情形怎麼樣,他們的勞動力怎麼樣,他們的醫療機關怎麼樣,公共衛生設施怎麼樣。

這種研究我們把他叫生態研究,生態研究的理論的方面為社會學,歸納時方面為生態統計學,我們構成一個社會,簡單的話,交通普及的結果使得傳染病傳染,社會的經濟使得結核病多生於窮的人,所以用不到生命統計,光從社會學研究也會猜到人的健康程度,那麼同時,我們又可以案出一個那一種社會的那一種辦法可以得人的健康,人的勞動力。

其次,社會者即非一人之謂,那麼這東西是 Aggregate 之狀態,所以

生態研究中之一個 Method of study of vital phenomena 中之 collecting concret fact 部分。Aggregate 狀態之 collect 要 average 那麼今有如何 collect 如何整理之問題。所以在下面先論後者，前者就先光喚起各位的注意。

Vitalstatistik 之名，認為生命統計，我認為生態統計有人為保健統計，有人為醫事統計，也云衛生統計。

統計學是 Achenwall (1719—92) 開始，以後有許多發達的，可是我們今把記述省略，先示其一般的方法。

收集統計材料(1)有許多地方要留心，對於技術的各種事項，各國國勢調查 (Census) 都有其特別指示，此刻又想把他省略。先舉一例，調查表要簡單易填，如問年歲，而要叫人自己算其實足年齡，是困難的，所以我們不妨先問幾歲，再問何月生，那麼我們可以做表面計算，其次，(2)整理材料，也有技術，舉一例，0歲至5歲，5歲至10歲，把五歲0日人放在那一組，也很會有影響。如把畢業年齡以10—20，20—30歲來分，和把15—25歲來分，所得結果很不同。(3)其次，今我們把一個數目 (data) 和別個數目比較，那麼也各有數值不同，今如查。

100000 人得死亡率為千中 3.0

10000 人得死亡率為千中 3.0

100 人得死亡率為千中 3.0

那麼大家贊成以第一種的 3.0 為最精了。或看下記數目。

病名	死亡人數	百分比
結核病	9	32.1
腦膜炎	7	25.0
傷寒	4	14.3

發 熱	2	7,1
黃 胆	1	3,6
產 後	1	3,6
哽 塞	1	3,6
自 殺	1	3,6
其 他	2	7,1
計	38	100,0

(1932年無錫衛生模範區)

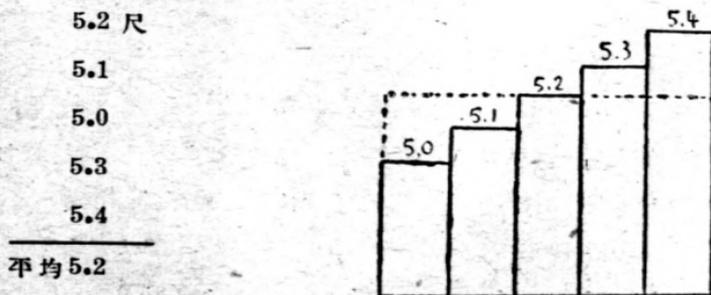
那麼我們贊成這數目間之百分比關係在小數點以下原來沒有什麼用處。(5) 那麼至於要用這許多材料來看將來,那是更難了。我們見死亡率之多少,要尋其原因,那麼屋之不好,病之多,或者貧窮,我們要找其那一種為真正原因這樣,原因在那兒,這是很難的事體,如或社會的變動,革命,軍閥,外國的影響等等都要考究。

這樣,我們要特別注意而做統計的工作。在注意做了工作,我們用下記的方法整理。

(1) Frequency distribution,

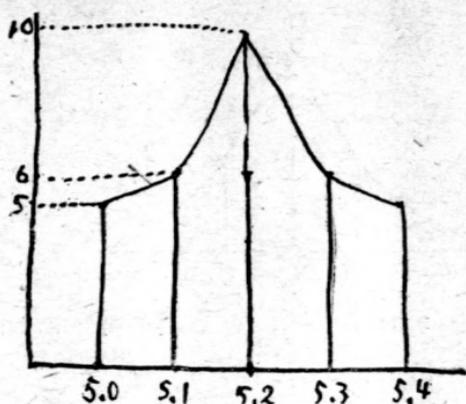
今如以身長為例,得

第 一 圖



如果許多材料有度數

變數	度數
5.2	10
5.1	6
5.0	5
5.3	6
5.4	5

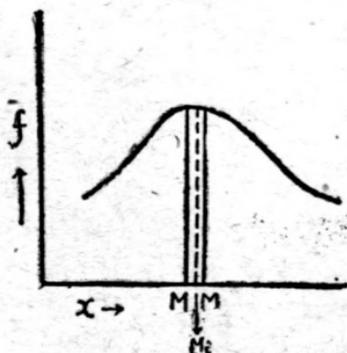


第二圖

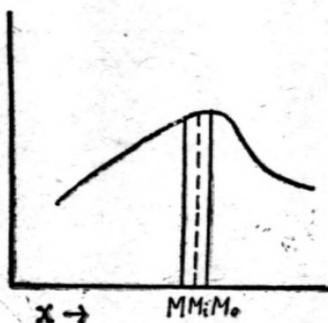
那麼這個分布謂

那麼這個材料的處置方法有三個

- f 多的叫 mode (der dichteste wert) (光f)
- 把 var, 排起, 其中央的值叫 median, medianwert (光v)
- $\frac{\sum vf}{\sum f}$  即算術平均 (arithmetic mean) (v及f)

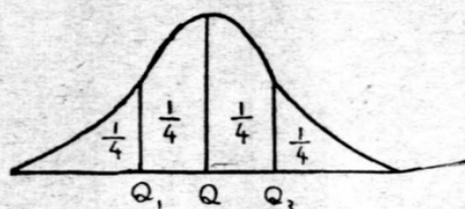


第三圖



(2) Dispersion 今有許多數, 例如大學生之年歲, 要把他平均, 內有一二人為四十歲的, 或者工錢大都為三十元而內有一二人為二百元, 那麼他們要影響全體很多的, 所以我們要避開這

極端的部分,因此造其數共為四分之一的部分,光用  $Q$  而  $Q$   
方為 第 四 圖



$$Q = \frac{Q_3 - Q_1}{2}$$

這  $Q$  叫做 Quantile deviation

(3) mean deviation 今如我們得下記數目及其度數,那麼今可做出

$$\Delta = \frac{1}{N} \sum_k f_k |x_k - M^i|$$

那麼這為 mean deviation  $\Delta$  大,那麼撒布得大。

例	5.2	5
	5.1	3
	5.0	1
	5.3	2
	5.4	1
	平均 5.2	N = 12

$$(0 \times 5) + (0.1 \times 3) + (0.2 \times 1) + (0.1 \times 2) + (0.2)$$

$$= 0.3 + 0.2 + 0.2 + 0.2 = 0.9$$

$$\frac{0.9}{N} = \frac{0.9}{12} = 0.08 \quad \text{即 } \Delta = 0.08$$

(4) standard deviation 更好的方法是

$$\sigma = \sqrt{\frac{1}{N} \sum_k (f_k \{ \}^2)} \quad \{ \} = x, -M$$

例:	$x$	$x - M$	$ x - M ^2$	$f$	$f x, -M ^2$
	5.2	0	0	5	0

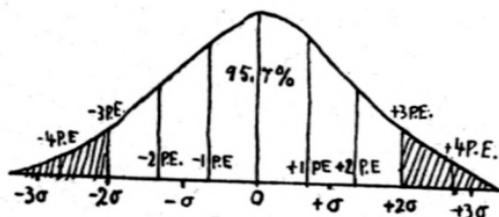
5.1	0.1	0.01	3	0.03
5.0	0.2	0.04	1	0.04
5.3	0.1	0.01	2	0.02
5.4	0.2	0.04	1	0.04
5.2				0.13

$$\sigma = \sqrt{\frac{0.13 \cdot 0.01}{12}} = \sqrt{0.01} = 0.1$$

(5) Probable Error (P.E.) 我們所用機械,所用的計算式及個人所有的誤差謂 Systematic error 或 const error. 而另有一種誤差為

accidental error  $\begin{cases} \text{(a) 過失} \\ \text{(b) Inevitable acc. error (必然的誤差)} \end{cases}$

這個必然誤差成爲



第五圖

$$y = \frac{h}{\sqrt{\pi}} e^{-\frac{h^2 x^2}{\pi}}$$

h 爲精度

這裏 mean error 爲

$$M = \frac{\sigma}{\sqrt{N}}$$

而今以  $\pm 0.6745\sigma$  有  $\frac{1}{2}$  者名 P.E.  $P.E. = 0.6745 \frac{\sigma}{\sqrt{N}}$

(6) Relative Dispersion

今有兩個學校,

甲 以十分爲滿,得  $M=6.9$   $\sigma=1.9$

乙 以百分爲滿,得  $M=60.0$   $\sigma=15.2$

可是這兩個  $\sigma$  不足以比較,因此 Pearson 氏造。

$$V = \frac{100 \sigma}{M} = \frac{\sigma}{M} \times 100$$

$$V_{1.0} = \frac{100 \times 1.9}{6.9} = 27.5$$

$$V_{1.00} = \frac{100 \times 15.2}{60.0} = 25.3$$

這謂 Rel Disp

(7) 百分比之 P.E.

$$P.E. = 0.6745 \times \sqrt{\frac{x(100-x)}{N}}$$

例	歲	數	%	P.E
	0-6	5.34	1.8	0.49
	76-81	6	33.3	12.99

(8) M.σ 之簡便法

$$\bar{x} = A + \frac{Mfk \sigma k}{N}$$

A: 任意之數

σ: 從 A 之 deviation

h: group 之差

d: M-A

$$\sigma^2 = \frac{Mfk \sigma k^2}{N} - d^2$$

用這兩公式,可以很簡便地計算,今舉例示之。

例(yule 英國救貧法所救濟的地方及人數)

x	f	$\frac{\sigma}{h}$	$f \frac{\sigma}{h}$	$f \left(\frac{\sigma}{h}\right)^2$
1	18	-5	-90	450
1.5	48	-4	-192	768
2	72	-3	-216	648

2.5	89	-2	-178	356
3	100	-1	-100	100
<hr/>				
3.5	90	0	(-776)	0
<hr/>				
4	75	1	+75	75
4.5	60	2	120	240
5	40	3	120	360
5.5	21	4	84	336
6	11	5	55	275
6.5	5	6	30	180
7	1	7	7	49
7.5	1	8	8	64
8	0	9	0	0
8.5	1	10	10	1000
			+509	4001
N=63			-776	
			-267	

$$A=3.5$$

$$N=632$$

$$h=0.5$$

$$\sum f\left(\frac{a}{h}\right) = -267$$

$$\sum fg = -267h = -133.5$$

$$M = 3.5 - \frac{133.5}{632} = 3.5 - 0.21 = 3.29$$

$$d = 0.21$$

$$\sum f\left(\frac{\sigma}{h}\right)^2 = 4001$$

$$\sum f\sigma^2 = 4001 \times h^2$$

$$= 1000.25$$

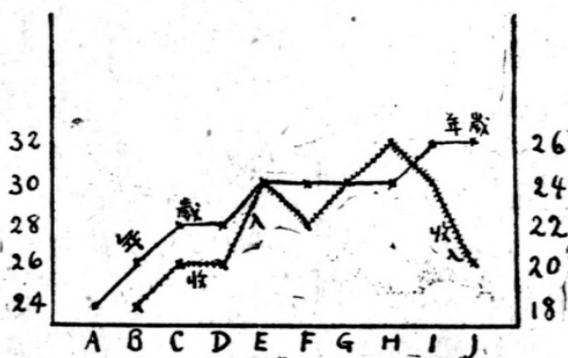
$$r^2 = \frac{1000.25}{365} - (0.21)^2 = 1.538$$

$$r = 1.24$$

(9) Correlation 今試查某處人員之年齡與收入如下:

人名	年	收入	人名	年	收入
A	24	18	K	32	26
B	26	18	L	32	28
C	28	20	M	34	32
D	28	20	N	34	26
E	30	24	O	36	26
F	30	22	P	36	30
G	30	24	Q	38	26
H	30	26	R	38	30
I	32	24	S	38	32
J	32	20	T	40	34

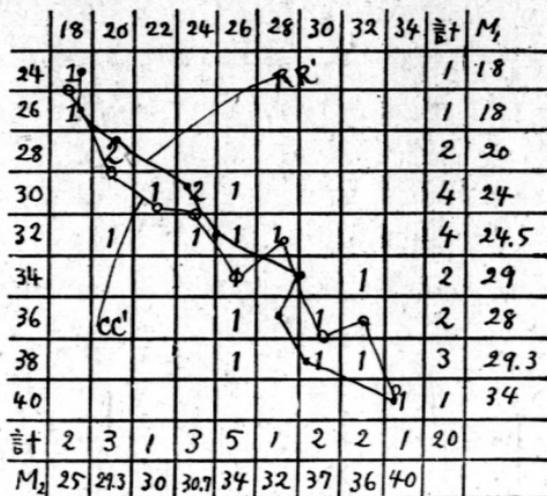
從此我們略可看見年長收入略多,這謂 Correlation,



第 六 圖

那麼我們把年齡與收入作表,可得下面之表,今在表中各項

取其平均,把所得數字造圖,那麼這圖即能表示兩者相關之情形,這圖便叫相關圖形。

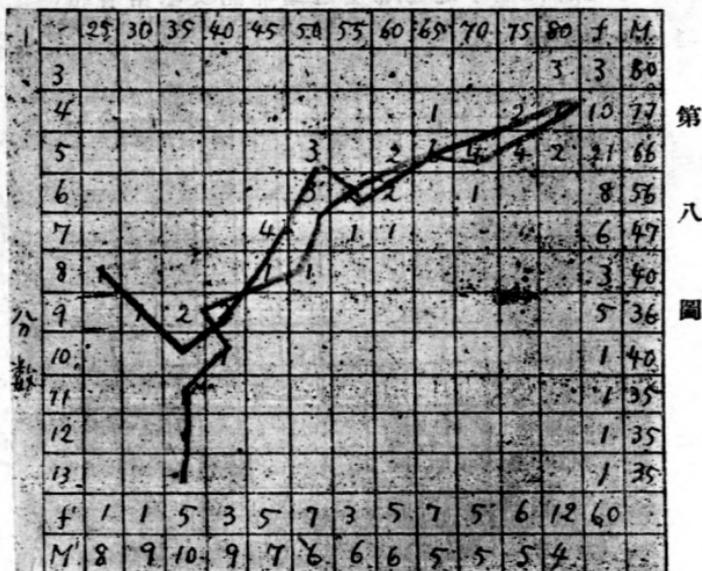


第七圖

試示在美國干沙斯省的統計,一個教師所擔任的學生數,與學生分數之關係圖如下,表示學生之數,如果超過每班四十人,那麼學生愈多,成績愈壞的。

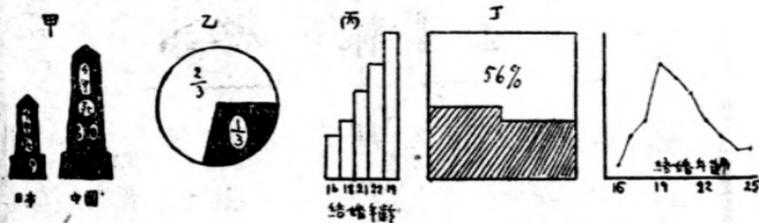
## 社會醫報社啓事

舊報彙刊本期因來稿擁擠  
不克排入自第二期起照常  
繼續附此聲明



在這裏面40人以下之學生與分數的關係叫逆相關。

(10) 圖示之法 (graph) 上面所記都為幾個統計上的須要方法,在初步的方法之中,我們還有一個圖示之法,看下面之圖已很可明白,但是下面所示的甲乙丁執好,丙戊執好,這也很要留心,往往常人隨便圖示,也要注意作事的。



第 九 圖

在上面略示統計的方法所用的技術,今在下面舉一二例題,及少些重要而不高價之參考書,各種詳論,在此不能及之。

例題1. 在無錫衛生模範區查得人口(x)中生天花者之  
%如下,試算其 Probable error

年歲	x	%
0-6	334	1.8
6-11	324	4.9
11-16	325	3.6
16-21	304	4.6
21-26	270	5.2
26-31	280	9.3
31-36	301	10.0
36-41	282	10.6
41-46	202	8.9
46-51	151	9.9
51-56	166	7.2
56-61	121	4.1
61-66	94	1.1
66-71	32	6.3
71-76	9	11.1
76-81	6	33.3
計	3214	6.32

例題2. 試研究下面所記腦之重量和年齡之關係。

腦重	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80
1.0-1.1	1		1	1		
1.1-1.2	2	2	4	2	5	4
1.2-1.3	28	9	8	14	10	4

1.3-1.4	26	14	10	6	5	4
1.4-1.5	13	7	7	2		2
1.5-1.6	2	3		1		

## 參 考 書

1. Raymond Peare; Introduction to Medical Biometry and Statistics 1930 (有許文多醫學引例)
2. Prinzing Haubuch der Medizinalstatistik 1931 (有 data 及文獻)
3. Ynle; an Introduction to theory of statistics 1929
4. Woods and Russe]; an Introduction to medical statistics 1931 (書不深,入門書,P.H博士考試適用)
5. Czuber, Die statistischen Forschungsmethoden 1937 (似 Ynle 書)
6. Newsholme, Vitalstatistics.
7. Whipple, Vitalstatistics.
8. Chawbers's Seven Figure Mathematical Tables
9. Barlows Tables of Squares, Cubes etc
10. Pearson Tables for Statisticians and Biometricians
11. 如喜讀日本文書,那麼有小倉金之助,統計的研究法.
12. 森數樹,統計學極論.
13. 我國的統計材料有國民政府所編統計月報.

# 診 療 知 識

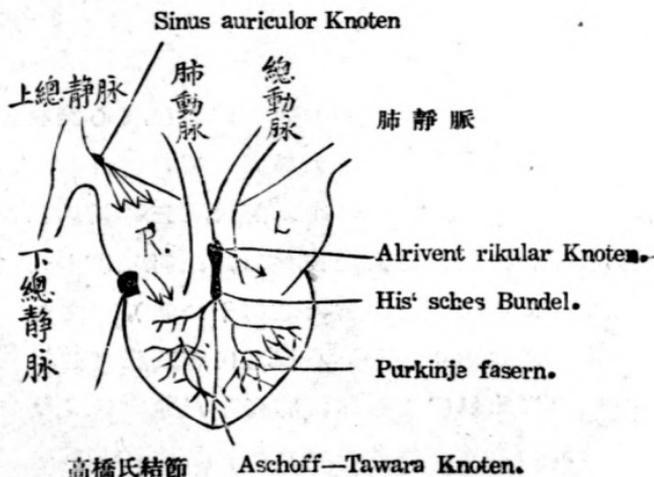
## 關於心臟生理的新發見

潘 嶽 喬

心臟的收縮和弛緩，是因心房和心室的纖維狀環 Anulus Fibrosus 間之刺戟傳導系 Reiz leitungs system 的結果，即在肺動脈和大動脈及上大靜脈之開口處，均因有 Reiz leitungs system 中之 Keith Flacks-und Atrioventricular knoten 的關係，使心臟收縮和弛緩，因此血液能循環全身，但在下大靜脈之開口處并無結節之分佈，亦能營同樣之工作，這問題向來未解決，現在高橋氏已經有偉大的貢獻，因特將其原文轉錄於後，并加圖說明，以供本刊讀者諸君之研究，（原文見同仁醫學第六卷第十二號），原文如下：

人的生活活動的中樞——心臟，有向來還沒有認出的肌肉和神經的組織，依此組織，心臟部的唧筒作用即搏動完全動行，血液因此得以循環全身，這樣世界的新發見，是由東大醫學部病理學教室的高橋準雄氏所完成，已經正式發表於學會。依向來的智

識,心臟中心有田原氏結節 (Atrioventrikular knoten) 由這結節的作用,心臟行收縮,心臟一收縮,肺動脈和大動脈的兩開口處的兩個瓣子就展開,上大靜脈開口處的奇斯氏結節 (Keiths knoten) 也收縮,一旦斷絕上大靜脈和心臟間的連絡,血液纔被壓出於動脈內。但下大靜脈的開口處並沒有甚麼結節,即司收縮弛緩運動的筋肉和神經纖維並沒有被認出。高橋氏對此發生疑問,就同教室解剖的人的心臟,專心研究六年,竟發見下大靜脈處有和奇斯氏結節幾乎一樣的筋纖維及神經纖維,這纖維是在下大靜脈和心臟右前心房接續的開口處,營行和奇斯氏結節一樣的作用,又和田原結節及奇斯氏結節同司輸送血液於肺動脈的任務。故這新發見是關於心臟的刺戟發生刺戟傳導,和其組織的生理病理學上,很是重大的革命的新發見,對於世界學說有很大貢獻。這新發見的結果,現在各病理生理的專書,和中等學校的教科書,非全部重行訂正不可。對於此重大發見,高橋氏持着謙遜的態度說:



奇斯氏結節是上竇結節，故這新發見的結節說做下竇結節較為妥當。但解剖學西成甫教授稱讚高橋氏的偉業說：這結節須要叫做高橋氏結節，又心臟生理學的內山孝一博士也激賞其偉業。

## 肝臟療法 (Lebertherapie)

沈金祥 譯述

### 第一 起源

據 Whipple, Hopper, Robscheit-Robbins 等之研究，由瀉血而起貧血之犬，與以各種之臟器，能得相當之效果，若投以肝臟時，則其效最著，此事實 Minot 及 Murphy (1926) 兩氏應用肝臟食餌療法於惡性貧血，偶然發現驚人之卓效，近來由多數學者之試驗，與氏等之所見相符，肝臟療法於續發性貧血屢屢奏效，又可防止壞血病之發生及消退出血性素質者也。血液病以外，對於腳氣亦有良好之影響，且有利尿及血壓降低之作用。

### 第二 效果及作用

對惡性貧血行適當之肝臟療法，使用後數日間可現效果，先是網狀赤血球（正常 0.1—0.2%）有十數倍乃至數十倍（2%—3%）之增加，赤血球數與色素量亦增，但巨型赤血球則漸次減少，產生多數正常赤血球，後來網狀赤血球數亦減少，色彩指數近於 1，倘奏效異常神速，起赤血球過多症者有之。

白血球較赤血球先是增加，可證明中性嗜好性白血球增多症及其核向左方推移，Eosin 嗜好性白血球常增加，至於肝臟療法與直接之關係，迄今尚屬不明，此外自覺症狀之輕快，尿中 Urobilin 量之減少，全身營養之亢進，莫不有良好之影響也。

如斯，其奏等既顯著，肝臟療法非但為惡性貧血之特殊療法

及根治療法，並其血液像 Blutbild 關於全身症狀亦有良好效果，如舌症狀、胃液缺乏症、十二指腸與空腸內之大腸菌等，莫不受其影響，又脊髓之症狀行肝臟療法大多輕快，但運動失調及痙攣性步行等症依然進行，加之惡性貧血，若停止肝臟之服用，症狀間或不致增惡。

肝臟果有何種機序，而使上述諸症發生效果，現尚未明，恐其治療之效果，唯一的作用基於肝臟內含有種種之成分，然果有何種成分而生效果則屬未明，現今對於惡性貧血行肝臟療法作用機序，大體有下述之二說：

(1) Seyderhelm 之溶血作用抑制說：

肝臟之有效成分，由腸吸收後，中和溶血性毒素而成無毒，此說根據肝臟食餌療法致惡性貧血之血球崩壞現象，有顯著減少之事實。

(2) 骨髓刺激說：

因肝臟之有效成分，作用於骨髓，而致赤血球之增加云，此說又可分為二派：

a, Schottmueller, Naegeli: 謂肝臟有一種 Hormon 之刺激作用云。

b, Minot, Murphy 謂肝臟有似 Vitamin 及鐵之作用，可作為赤血球生成之材料云。

Morawitz 謂肝臟療法之作用，除骨髓之刺激外，尚有某種物質，可由肝臟療法而延長赤血球之壽命云。

### 第三 用法及製劑

肝臟大量之長期應用，然肝臟有一種不良之臭氣，容易引起患者之厭惡，故有種種調理法之變換，自肝臟療法之發見以來，歐

美日本諸國，均有肝臟食品調理法之研究發表，然如何變更其調理法？若每日 200—300 gr 以上之肝臟連用，殊屬困難，故宜減少生之肝臟量，用肝臟製劑以補充其不足量。肝臟製劑有肝臟越幾斯及肝臟之乾燥粉末，較易服用，生的肝臟比較效力不良，輕症之惡性貧血及多數續發性貧血時，須以大量之肝臟方能見效，但肝臟製劑則奏效神速。

肝臟製劑種類甚多，今略舉如后：Hepatrat, Hepotose, Hepatopson, Heparmon, Permaemon, Hepargrandol, Leberpulver, procythol, Leberextrakt-Degewop 等等。

近來肝臟之皮下注射劑 (Hepatrat pro injectione, Hepalopson pro injectione)，肝臟與鐵、砒素及 Vitamin 之合劑等之創製，或肝臟製劑加以阿片作特別坐藥而插入直腸內，其腸注法 Pulfer 氏最初行之，但屢屢引起下痢，效果較經口的投與為劣，現今應用者尚少，且其效果未詳。

#### Literatur:

- 1, Seyderhelm: D. M. W. 1929.
- 2, Schottmüller: Muench. M. W. 1929.
- 3, Naegeli. Fol. Haemat. 39. H. 4. 1930.
- 4, Minot, Murphy: J. Amer. Med. Assoc. 87, 2926. 99. 1927.
- 5, Morawitz: Muench. M. W. 1930.
- 6, Pulfer: D. M. W, Nr. 3. 1929.

# Vitamin - B



標商 冊註



星牌  
靈藥

完全  
國貨

# 乙種惟他命

豫防及治療腳氣病之特效藥

米麥之糠粃中。含有一種生  
活素。常食精白之米麥。缺  
少此種生活素。必起營養障  
碍。腳氣(即腳軟症)、虛  
腫、消化不良、胃腸病症、  
乏因是而生。若常服或注射  
星牌乙種惟他命  
能豫防及治療腳氣等病症。  
有關胃健腸之功。凡病後體  
虛胃弱者服之。尤有補體強  
身之効。  
本品為五穀糠粃中提出之精  
英。藥性王道。絕無流弊。

詳細說明書

承索即奉



注射劑



藥片

上海新開路一十一號五十九號  
新亞藥廠發行  
全國各大藥房均有出售

良藥

# 摘 錄

## 有興味腦梅毒之一例

(東南醫學院外科抄讀會摘錄)

邱 長 漢

腦梅毒之病理變化甚為複雜，又以其病竈發生之遲早，而症狀之經過，亦每有不同。患者以腦基底部之變化為特著。本例患者，以兩側視力消失，嗅覺消失，難聽等為主徵，檢查其血液，腦脊髓液，則又無何種梅毒之反應；但由驅梅毒療法之後，則視力即漸次恢復。

患者男性年四十歲，業農，體質健強。其家族亦無遺傳之嫌疑。父曾患赤痢，已死數年，母刻下尚健。同胞共十一人，患者居五。其他皆屬健康。患者於二十一歲結婚，已舉七子，一因脚氣而死餘皆無恙。

患者當胎生分娩發育等，均稱順利。至二十一歲時，曾服兵役，同年患過結膜炎及大腸炎，無花柳病，其他如烟酒等，亦非所好。

患者發病時為 1933 年三月十六日。對稍遠之物體，尚能瞭

視，報紙不能十分誦讀。次日覺頭痛。至十八日視力極衰，報紙全不能讀。更有前額痛，嘔吐，眩暈等症。此後逐日增惡，旬日間雖物體亦不能辨。

三月二十七日初診。體質健康，營養佳良，體溫脈搏正常，胸腹亦無異狀。瞳孔左右極度散大，調節反應消失，左眼距離約一尺之粗大物體，尚能感知。右眼僅能辨識明暗。眼底有鬱血乳頭之徵候。

眼臉運動與眼球運動，尚無障礙。嗅覺除醋酸，Ammonia 外，多難識別。右聽力雖手錶接耳，亦不能聽其音。其他腦神經無異常。膝蓋反應亢進。四肢運動無障礙。肌肉之緊張正常。自覺症狀，有輕度之頭痛眩暈。

X 線寫真，則腦下垂體窩無異常。

三十日體溫脈搏正常。視力左右僅感明暗。夜間微有頭痛。右耳全不能聽。

三十一日，視力更衰，眼球振盪亦顯著。

四月四日，以電燈置於眼前，無羞明之感，起共同偏視。

五日開始注射 Salvarsan。

六日眼球振盪消失，共同偏視恢復，但視力仍不良。

九日現左側共同偏視，眼球振盪著明，膝蓋反射仍亢進。

十一日，頭痛消失，嗅覺恢復。

十二日，左眼視力仍不佳，右眼較好。

十五日，共同偏見，眼球振盪消失。

十八日，左側難聽漸漸輕快，普通之談話可領會之，行灰白軟膏之塗擦。

二十一日，兩側視力漸佳，對一尺距離手指，尚難察見粗大之物體如書籍可辨之。

二十二日，現輕度之右側共同偏視。眼球振盪不著明；但視力却較佳。一尺遠之手指可分，惟不正確。

二十四日，共同偏視消失。

二十七日，視力和聽力漸漸恢復，可聽得低聲之談話。膝蓋反射依然亢進，步行不穩。

五月一日，隔離二間遠之幕帳，其上面花格，可視之。

四日，視電燈有羞明感，其他如視力聽力均行恢復，至月之中旬，可單獨步行，對室內之物，多可判辨。至六月中旬，中心視力亦佳。

患者到院共八十一日，其退院期為六月十一日。出院後，據悉其視力漸佳，閱覽報紙，亦不感大困難，步行亦自如。

總之，本患者，在發病後，病勢急速進展，越旬日，兩側視力消失；且有難聽、頭痛、嘔吐、眩暈等症狀。檢其腦脊髓液，有腦腫瘍之可疑，有鬱白乳頭。血液和腦脊髓液中無梅毒反應；但施行驅梅毒療法，則病勢得以大減。本例中，有交互性之共同偏視與眼球振盪，亦大足注意焉。

(摘錄東京醫事新誌第2839號)

## 蟲樣突起炎與妊娠

(東南醫學院外科抄讀會摘錄)

邱長漢

妊婦蟲樣突起炎之多寡，至今紛紜，尙少定論。然妊婦發生本症，每係再發，已證諸事實。據 Schmid 之統計，妊婦蟲樣突起炎，有 80% 均屬再發。以妊月計，在第三至第六妊月，合併本症者為最多。更以年齡計，則以二十一歲至三十歲合併本症者，占半數以上。妊婦合併本症，預後較為不良，此乃所週知之事也。又據 Schmid 之四百八十六例妊婦蟲樣突起炎中，而母體死亡者 25.3%，非妊婦之死

亡率爲 5,8% 至 12,%。又據一般學者之統計,妊婦蟲樣突起炎,行早期手術者,(四十八小時內),其死亡率爲 6%,而非妊婦之死亡率,爲 0,2 至 0,5%

診斷及鑑別診斷: 妊婦蟲樣突起炎之診斷,概屬困難;因妊婦之初期,其子宮尙未著明增大時,則蟲樣突起與痛點,已變其位置,往往爲一般醫生所不注意。妊婦月數愈增加,則診斷亦愈難。妊婦至後半期時,其所謂 Mac Burney, Lanz, 及 Kummell 氏痛點,均已高舉,腹壁不見緊張,而白血球之增加,無十分價值,惟脈搏頻數,熱度漸昇,則可疑爲重症。胎動伴有疼痛,更可作妊婦蟲樣突起炎之有力診斷也。

妊婦之後半期,每伴有腎盂炎,其痛點與妊婦蟲樣突起炎,當十分注意之。

療法: 妊婦蟲樣突起炎;對於母體及胎兒,可說有相當之危險;但亦視手術期之爲何而定。倘於早期(四十八小時內)施行手術者,其死亡率僅爲 6%,而妊娠中絕者爲 15,4%。由此觀之,妊婦蟲樣突起炎,行早期手術者,其母體與胎兒,多得保其安全。

形成局部膿瘍者,更當即時切開排膿與非妊娠者同。倘在發病後第三或第四日後,而腹筋緊張,壓痛,脈搏頻數等尙未消失時,不斷行手術,恐難得良好之預後。然中間期行手術之預後,至今諸說紛紛,尙無定論。(摘錄診斷與治療 1617 頁)

## 關於急性臍臟炎之診斷

(東南醫學院外科抄讀會摘錄)

謝 遠 芳

本症之發生頗急激,預後極不良。發病直後即施行手術者始

有良好之結果，故本症之早期診斷甚為重要。若在尿中檢出 Diastase 及血糖量之增加，可為有力之診斷法；但此種徹底之診斷法，往往時間上所不許，因本症發病急速故也。

本症在鑑別診斷上，與胃潰瘍之穿孔甚不易區別，因此兩者均以上腹部之劇痛，開始腹部膨滿，瓦斯之排泄斷絕，與汎發性腹膜炎相似，但嘔吐少，噯氣則常有，與胃潰瘍穿孔頗類似，據昔日諸醫家之報告，本症之疼痛，在腹部之左側著明，凡疼痛左偏者，可疑及本症。壓痛全腹部均發生，時經仔細之檢查，左側比較著明。自發痛偏在心窩部乃至臍上方之左側，及左側下腹部，此點與胃潰瘍穿孔不同。本症腹壁緊張，初期缺如，在後期亦少見，其他如患者之顏貌及脈搏之狀態等，本症比較良好，胃潰瘍穿孔，比較險惡。患者之體格營養狀態等，兩者均亦相反。

除胃潰瘍穿孔以外，尚有膽石症、十二指腸潰瘍之穿孔，小腸軸捻轉與閉塞及腸間膜血管閉塞症等，與本症有鑑別之價值；然此等疾病因平滑筋之痙攣，所起之痙攣發作，應用鎮痙鎮痛劑，比較有效，本症則疼痛劇烈，除持續的注射以外，均難奏效。且本症呈中毒性症狀結果，面色時常潮紅，在左側第八胸椎有皮膚過敏帶，腎石症亦有此現象；然腎石症在發作後，現於健側腸捻轉之高度者，或腸間膜血管閉塞症之經過極迅速者，一般狀態較本症險惡。除以上所述之外，尚須嚴密檢查以診斷之。

摘錄治療及處方十四卷十二册

## 關於腦溢血成因之最近論說

東南醫學院外科抄讀會摘錄

王 仲 符

關於腦溢血之成因，近年以來論說甚多，有謂大出血係多數小出血之結果，有謂在溢血之前，血管收縮及腦實質均起變化，亦有謂係酵素樣物之發生所致等，但仍主張係粟粒動脈瘤之破裂所致者亦復不少，茲將其各說列舉於下：—

Charcot et Pouchard 兩氏：洗滌溢血之腦，在肉眼之檢查上，得見 0,2—1,0mm 大之小動脈瘤，此種動脈瘤血管壁擴張之變化，非因血管硬變，係因血管周圍炎而起。

Lowenfeld 氏：血管之主要變化，為其筋層與外層核之增殖，惟見赤血球之浸透，而未見有粟粒動脈瘤。

Pick et Ellis 兩氏：於腦溢血之實例中三分之二，係因動脈瘤而起，百分之十三，為因血管硬化或較粟粒動脈瘤稍大之介在性動脈瘤所致。

Rosenblath 氏：於法國之古論文中，謂腦溢血起於腦實質化之後，頗加注意，在大溢血之周圍有多數之小出血，是因血管之壞死而來，筋層之核及內膜消失，結果血管壁陷於硝子樣變性，而神經細胞神經纖維及膠質等，發生營養不良，其發生之變質，恰如腦脊髓及血管因赤痢毒而起之變化，腦溢血之真正原因，非必血管硬化及血壓之上進，而因腎臟之變化，體內發酵樣物質之發生，同時腦組織發生變化。

Ricker 氏：腦溢血之原因，為動脈瘤及動脈硬化或動脈緊縮，結果小動脈之一部緊縮，毛細血管擴張，血行停滯，血管壞死，血球

竄出管外而起溢血。或介在性動脈瘤，血液入於血管層中而來之溢血。

Bouman 氏：腦溢血有因大小兩種血管而來之區別。來自大血管者，因該血管起 Atherose 之變化。至小血管，則因其血管壁之變性及腦實質之變化。腦鈹創時，其周圍亦起同樣之變化。又殘留半身不隨時，在解剖上所見之變化，係為血管收縮之結果。

Westphal et Paec 兩氏：於腦溢血之周圍，見有多數小溢血。其小血管壁，有種種之變化。特於中層，有核之破壞及組織之膨脹等。而內膜則鮮有變化。血液進入其間，或由內膜達至外膜，全層陷諸壞死。浸入腦組織或因血管壁破壞，而呈溢血。此時靜脈亦有相當之溢血。可知粟粒動脈瘤，只為腦溢血一部分之原因耳。

Baehne 氏：血管硬化，常續發於腦實質變化之後。血管攣縮，有時為廣泛性，有時為局部性。呈腦溢血時，血管與腦實質，均有相當之變化存焉。

De, veries 氏：腦溢血係血管起硬變後，血管之內腔狹小，因是血管與腦之營養起障害，致有血液浸出。

Ruhl 氏：在溢血死者之屍體之檢查血管，呈 Atherose 之變化，多見於腦底處，是因高血壓而來之腦溢血。

Stammler 氏：腦溢血與腦之鈹傷及腦軟化之組織之變化相同。其局部所生之發酵樣物質，係因血管之壞死與腦之變化等而來。

Beitzke 氏：於腦溢血之十二症例中，得確實證明有粟粒動脈瘤者，佔有七例。

wolff 氏：腦溢血時，所見之變化，係原發性，抑係續發性。局部續發，多因腦受外傷而起。

總觀上說，則腦溢血主要成因，猶以粟粒動脈瘤之說為確實。

也。

(摘錄東京醫事新誌第2860號)

## 消化潰瘍之粉末秋葵療法

Meyer, Jacob, Seidmon, Edward, E. and Nesheles, H 氏等以乾燥秋葵粉末 (Okra) 治消化潰瘍。此粉末在水或酸中均作粘液性溶液。故著者等裝入膠囊中給病人，或作成片劑應用。此片不易破壞。故令病人一面咀嚼，一面用冷水送下。每片重一克，在日中每二小時服一片，夜間停止，若因疼痛而醒覺時，亦可服一二片。病人對於此片並不覺難服。

著者等就症狀顯明之胃及十二指腸潰瘍十七例觀察報告。各例皆有消化性潰瘍之既往症且經螢光板，X光照相及實驗室檢查，確定為本病者也。自症狀發生後至治療之時間，最長者十七年，最短者六個月，平均時間為五年。十七人中除一人外，皆嘗受其他療法或外科的療法。病人之食物，第一星期給以柔軟而無渣滓者，每日六次，每次少許。Okra片每二小時一片用水沖服。自第二星期起給以不含香科之軟性食物。Okra之服用仍如前。若於夜間及早晨有苦痛時，可立即投以二片。受此治療之病人，住院者仍起身行動，不住院，均執業如常。

自 Okra 療法開始後十七人中十四人即見輕快，有胃空腸潰瘍之疑者一人，發病後六個月方開始治療，不數日即見輕減。病人因恐再發，希望外科的治法，故即開刀割治。一病人服秋葵末三日，尚未見效，然自第四日起，症狀緩解，完全能攝食勞動如常。希望手術而住院之六人中，僅一人受手術，其五人均由秋葵療法，顯見輕快，而拒絕手術。

十七人中十二人，由 1—5 星期之內服秋葵末，均變為無症狀，故令其停止服用其中五人不數日再發，然內服 Okra 片後，即行輕快，有二病人服一星期，症狀完全消失，35 日後，再發投以 Okra 即止，二人服四星期而愈，Okra 停止後，僅有輕度不快感與嘈雜感，但仍停服 Okra 而給完全食物，猶在觀察之中，治療 3—5 星期後，1—5 星期間全無症狀之四人，亦給完全食物，毫無故障，服 Okra 後有訴噎氣與便閉者，可以礦油整理之，若中止服藥即可告痊。

最後著者云由精密檢查，而確定為消化潰瘍之病人給以 Okra 粉末後，胃痛及不快症狀，均能消失，由以上各例觀之，秋葵粉末大可應用於消化潰瘍，而秋葵粉末之究屬有無令潰瘍治愈之力，尚須待繼續研究云，(Illinois Medical Journal, 64, October, 1933)

## 白喉 (Diphtherie) 後的食道狹窄

小兒的食道有痙攣和狹窄的病變時，嚥下即發生障礙；狹窄的原因，亦與成人相同；如酸性和鹼性的腐蝕，異物的閉塞管腔等；有時亦有因梅毒，結核，腸熱症 (Typhus)，猩紅熱，白喉 (Diphtherie) 等傳染性疾患而惹起的。著者的二歲女兒，曾患咽頭白喉，是用細菌學來決定的；該患兒對於 Diphtherie 却很輕易的經過了，但自十日後，發生嚥下障礙，同時併發口蓋麻痺；曾施行口蓋帆的感傳電氣療法，後來又用頸部的感傳電氣療法，Strychni 的注射，均無效果，用 X 光線檢查，也無特別的所見，所以診斷非常之困難；在發病後十個月，施行食道鏡的檢查，發見在氣管分歧部的全高處，有 6Cm，大的癥痕性狹窄，用消息子的插入而治癒，所以做小兒科醫師的，常在治療白喉的經過中，常常應該想到白喉後的食道狹窄，利用 X 光線診斷，更為確實；至于早期（發病後二星期內）的療法，

都贊成用消息子云!

L. Kraus. (Med. Klinik. nr. 11. Jg. 29. 1933) 姚嘉生錄

## 腹膜炎的血清療法

在蟲樣突起炎 (Appendicitis) 手術後,發生瀰漫性化膿性腹膜炎而已注射大腸菌血清的一百十六個患者中,其死亡的共計二十四人 (其中五人是六十一→七十歲三人是七十一→八十歲); 死亡數約佔二〇·六九%,亦即施行血清療法死亡數的全體統計上,佔三八·五%,所以對於血清療法的成績,不得不表示滿足,因此在蟲樣突起炎手術後,若施行血清的注射,亦可以預防腹膜炎的發生;其法即在蟲樣突起除去後,腹腔未閉鎖之先,注入大腸菌血清 25—50c.c, 於腹腔內,手術後,更以此血清 25c.c, 行靜脈內注射, 50c.c, 行肌肉內注射;若認為在膿汁中有連鎖狀球菌的時候,那末更須注射連鎖狀菌的血清。

(Arch. f. klin. chir. Bd. 175H. 4. 1933.)

姚 嘉 生 錄

## 橫隔膜神經切除術的適應症和手術及對於 肺結核的效果

本手術的主要適應症:

1. 上中下葉有空洞的時候。
2. 屢次施行人工氣胸療法,不能成功的重症結核。
3. 人工氣胸療法效果不充分的時候。
4. 對於咯血用藥物不能止血的時候。
5. 肺門近傍有空洞的時候。

6. 是胸部整形術的前處置,並且可以補助牠。

7. 在廢除氣胸療法後,肺臟不伸展的時候……等。

禁忌:一般狀態不良者,不可施行。

手術:無何等的危險,在數分鐘內可以找得到這條神經;但是這條神經的經過中有異常的,手術須反覆數次的例子也有。

手術的效果不定;在橫隔膜上昇後,肺活量減少 $\frac{1}{3} \rightarrow \frac{2}{3}$ ,緩慢炎症的經過,常常促進硬化;更對於下葉的空洞,作用特別著明;手術直後空洞先縮小,然後閉鎖,又患者的咯痰中,結核菌是陰性的。

若要兩側施行手術的時候,當然要有長的時間;然而二次手術後是能夠有效果的;總而言之,此手術是代理氣胸療法的一個極好的療法。

Dr. Emischwargmann. (Wiener. kl. Wochenschr. nr. 28. 46. Jg)

姚嘉生錄

## 硼酸的毒性

四歲的小兒,患重症的火傷,經過三星期後,因為創面的污染而化膿,在交換綳帶時以 30gm. 的硼酸粉撒布在創面上,此時患兒面容突然變色,並有體溫昇高,下痢,嘔吐,結膜炎,昏睡,心臟衰弱等症狀出現,併發氣管枝肺炎而死!所以對於缺乏健全肉芽即失去自然保護力的大創面,要用多量硼酸粉者,必須嚴厲禁止,尤其是對於小兒。

(Zentralb. f. chir. nr. 28. 193g) 姚嘉生錄

# 利 命 新

本品自動物肝臟內提出之精華  
 補血強身之功致  
 極為靈驗主治血  
 虧虛弱各種貧血體  
 衰力薄病後恢復期  
 內用之尤為有益有  
 粉片及注射液三種

上海新開路一  
 千零九十五號  
 新亞藥廠發行  
 各大藥房均有出售

# 新亞製利命

LIVEMIN  
 POWDER TABLETS  
 AND AMPOULES



# 醫藥消息

## 上海東南醫學院及附屬東南醫院近况

該校自遭一二八滬戰損失後，經該校同人努力恢復，已呈舊觀。去秋向德國定購顯微鏡六十四架及新式切片機等各種儀器，已絡續到校。本學期開始，又建規模宏大之實習室及研究室兩大座，業已設計繪圖興工建築。附屬東南醫院設備日臻完善。去冬由校內同學捐集經費擴建眼科手術室一座。歷時數月，次第落成，佈置精巧，洵屬佳構。又聞該院於院內隙地增建大規模之外科手術室及研究室一座，亦已設計繪圖，不日開始興築云。

## 九州帝大寄贈上海東南醫學院病理標本目錄

犬野章三教授

1. Kasige pneumonie.
2. Kroupose pneumonie (unter Lappen.)
3. Schluckpneumonie.

4. Lungenmetastase (Sarkom ?)
5. Lungen Tbc.
6. Miliar Lungentbc.
7. Lungen Tbc. (miliar)
8. Empyema.
9. Empyema.
10. Pleuritische verdickung nach Empyema.
11. Kehlkopf Tbc.
12. Diphtherie.
13. Diphtherie.
14. Tracheotomie.
15. Rippentumor.
16. Arteriosklerose.
17. Metastase an Lymphdruse + Aorta.
18. Stauungsleber.
19. Stauungsleber.
20. Schnurleber (sog. oriental Furche)
21. Cholecystitis.
22. Leberzirrhose.
23. Leberzirrhose.
24. Leberzirrhose + Leberkrebs.
25. Lebermiliar Tbc.
26. Leberzirrhose ( ? )
27. Pylorus krebs mit Lebermetastase.
28. Leberabscess ( ? )

29. Leber (unkler)
30. Grosse Leber.
31. Milz miliar Tbc.
32. Milz miliar Tbc. (Milztumor)
33. Karzinoma portionis uteri + Hydronephrose.
34. Cystitis ♂.
25. Pyonephrose.
36. Hydronephrose.
37. Nierenmiliartbc.
38. Cystische Niere (Kleien Cystenbildung)
39. Grosse weisse Niere.
40. Mesenterial Drusentbc.
41. Gastroenterostomie + Metastae an mesenterial Druse.
42. Dysenterie.
43. Dysenterie.
44. Peritonitis Tbc.
45. Anal Fistel.
46. Diaphragma krebs.
47. Balanitis (♂ kind)
48. Mesenterisl Drusen Metastase.
49. Leber mit reichlicher Fett.
50. Parotitis (?) S. Wangen Krebs (?)
51. Unterschenkel.
52. Unterschenkel.

## 衛生署不允變通發給藥師證書

最近中華藥學會、上海藥劑師公會及新藥業公會等鑒於國內正式藥師人數寥寥並非人才難得祇因藥師條例規定太嚴必須藥學校畢業者方得給證其實新藥業界儘多熟通化學能勝藥師之任而未經藥學校出身者因此有呈請衛生署變通給證之舉。詎當局以藥師條例中曾有藥劑生一項視為夙具調劑經驗者已得一定之資格故對變通給證之要求竟予駁斥雖自理論言在僅具配方經驗之輩得一藥劑生名義固無不稱殊不知具呈人方面所指不在此而在彼茲聞原動各團體認為今後尚有繼續請求之必要蓋醫師既經變通給證在前醫師與藥師性質原屬相同何獨于藥師靳而不允不日或將有進一步之表示云。

## 紅會會員公開徵求之創舉

吾國紅會成立於前清光緒二十九年直至民元（一九一二）始加入萬國紅十字會聯合會為會員之一。歷年以來經費不足進行滯緩雖因大多數國人不明該會性質而漠視過度有以致之但政府當局提倡不力亦為其一大原因前年國府頒訂管理條例及施行細則原欲加以整頓但證諸一二八滬戰時之成績似尙未達理想之域。比者該會已呈准內政部定於本月一日起至下月底止全國各地一致進行公開徵求會員此在中國尙屬第一次。開入會費共分五級學生會員一元普通會員十元正會員二十五元特別會員二百元名譽會員一千元徵求總數並無定額且已聘定國府主席及各院部長為名譽總隊長各縣縣長為名譽隊長經此大規模之號召參加入會者定必踴躍。聞徵求結束後即將訓練戰時救護員備備救護材料購置海上病院船以備戰時之用但事之成敗。

全在人爲吾國紅會事業之前途不難以此舉視之矣。

## 上海天花盛行

從今年一月起上海忽然流行痘症初不過染及幼兒近來成年人患者尤多試將收容在傳染病院者加以統計死亡率已逾三〇%以上其餘治療失當或誤於非科學醫者一時更無從調查而衛生當局對之頗感棘手雖聞有大舉普種牛痘之計劃但人力方面亦極困難就學校而論全市各中小學開學以來已及一月尚有多所未獲受種者大約此次流行仍將賴氣候轉移之自然力代爲抑止其實當此非常時期公私醫家應一致動員以上海地方人才之衆未必不能達迅速完成普種牛痘之目的惜無人爲之提倡於此足見主持衛生行政亦非易事。

新出品

於肌肉注射用鈣製劑

# 新亞鈣劑



鈣製劑之應用範圍極廣因鈣質確能消炎  
 減少滲出性之分泌醫治肺癆尤為不可缺  
 少之要藥但從來所用之氯化鈣或葡萄糖  
 氯化鈣均用靜脈注射對於婦孺或脈管細  
 小不堪施行靜脈注射者頗感不便惟有

## 新亞鈣劑靜脈肌肉

均可注射使用  
 便利功效靈驗

新亞鈣劑為葡萄糖之酸化體與鈣有機性  
 之結合物絕對非葡萄糖與鈣之混品有  
 五公撮十公撮兩種每盒均裝五支含有新  
 亞鈣劑結晶十成說明書樣品函索即奉

上海新開路  
 一零九五號 新亞藥廠發行

售出有均房藥大各

# 會 務

## (一) 會議紀錄

自二十二年六月錄起

六月四日執監委員會

出席者蔡禹門 劉悟淑 余雲岫 趙午喬 汪于岡 朱企洛

汪企張 夏慎初<sup>汪代</sup>劉步青 朱蓉鏡

一件 上次議決年刊定七月出版爲期已近亟須向各會員徵集稿件案

議決 照辦

一件 中華醫學雜誌第十九卷第二期有侮辱留日醫學界全體文字應如何對付案

議決 將原文字印刷通寄全國會員並先組織上海留日醫界團體發表宣言駁正之

一件 本會與中華醫學會合并案

議決 根據上次大會議案原則贊成並推汪代主席口頭答覆徐

乃禮先生等

一件 會員史志元等請發會員證書又沈澤民請求入會案

議決 前會員證填發後尚有存東南醫學院中者推劉步青往查  
收回照發沈澤民入會資格由夏慎初君證明通過

八月二十三日執行委員會

出席者陳卓人 蔡禹門 夏慎初 趙燹黃 吳冠民 余雲岫

汪企張 姜振助 劉悟淑

一件 會中經濟應如何整理案

議決 請陳卓人會同周夢白從新計劃之

一件 新醫藥出版在即廣告文件應如何招徠案

議決 請各委員分頭接洽

一件 新醫藥內容應如何編製案

議決 仍保存原制分醫學部藥部雜錄附錄四項字數以八萬  
字為最小限度

一件 國醫條例在立法院審查中本會應否有所表示案

議決 呈中央政治會議中央黨部行政院立法院抗爭並推汪企  
張起草

一件 會員未得證書者應否補發案

議決 照補並將上海分會方面之未發證書向該會常務葉植生  
收回重行整理

一件 會員錄應如何編製案

議決 由姜振助擔任整理

十二月十九日執行委員會

出席者蔡禹門 劉步青 姜振助 夏慎初 余雲岫 周夢白

劉代趙藥農 朱企洛余代劉淑悟 汪企張

## (甲) 報告

- 一件 上次會議議決事件執行之經過案
- 一件 俞松筠會員爲涉訟事件來函囑託證明案
- 一件 中華醫學會創立二十年紀念來函徵求本會題詞案
- 一件 立法院函覆關於本會呈請糾正國條例之批示請傳觀案

## (乙) 討論

- 一件 現有各種雜誌應如何聯合出版以謀事業之集中案
- 議決 先與東南醫刊接洽請汪企張向該刊主幹部商量
- 一件 添聘編輯新醫藥之助理員案
- 議決 請蔡禹門負責辦理
- 一件 市教育局來文令填學術團體調查表案
- 議決 請汪企張負責辦理
- 一件 國立編譯館來函囑本會推代表參加精神病理學名詞審查會案
- 議決 推劉悟淑陶熾孫二會員參加
- 一件 全國醫師聯合會函請推派代表出席第三屆代表大會案
- 議決 推陳卓人金曜弘殷木強葉漢丞劉步青前往出席並請劉君致祝詞
- 一件 上海地方協會函索本會職員表案
- 議決 檢送新醫藥第一期一冊查照
- 一件 世界文化合作中國協會函囑檢送本會各項表件案
- 議決 照來表填明並贈新醫藥一冊
- 一件 規定執監委員會例會召集日期案
- 議決 暫定隔月開會一次在月之中旬召集如有特別事故隨時召集臨時會

一件 嚴之康史志元又來函索會員證書案

議決 請劉步青負責查明辦理如有遺漏應即添印補給

二十三年度第一次執監例會

日期 二月十八日 地點汪企張診所

出席者朱企洛 陳卓人 余雲岫 周夢白 劉步青<sup>周代</sup>姜振助

汪企張 夏慎初 吳冠民 蔡禹門<sup>吳代</sup>陳方之

(甲) 報 告

一件 上次議決案件並執行情形案

一件 會員特捐收到林蘇民余雲岫丁任生三宗案

一件 全國醫師聯合會及中華醫學會來函道謝案

一件 與東南醫刊社會醫報當局接洽後會開聯席會議一次茲將當日議案請傳觀案

一件 本市社會局來文制止為閩變藉端聚集遊行案

(乙) 討 論

一件 已經成議之三報合刊如何進行案

議決 (一) 自本年三月起將東南醫刊社會醫報及本會會報合併發行由本會名義出版名稱仍為新醫藥但在一年內封面表明三方面合刊字樣

(二) 推李祖蔚湯蠡舟陳卓人陶熾孫余雲岫胡定安陳方之蔡禹門謝筠壽曹次公趙午喬吳冠民周夢白劉悟淑蔡適存汪企張姜振助為編輯

(三) 推陳方之為總幹謝筠壽為事務主任陳卓人為輯務主任

(四) 事務輯務所需助理員由主任自行物色

(五) 編輯發行出版等事宜由總幹每月召集會議討論之

(六) 經濟由原動三刊主體共同負擔會計由會會計兼理之

- 一件 參謀本部國防設計委員會來文囑填送表格案  
議決 照填並檢本會會刊一冊送去
- 一件 會內文件抄錄等擬囑託一人負責將來略貼筆資案  
議決 照辦
- 一件 會員證書亟待補發應否分先後案  
議決 將現留各證書儘先付郵如有遺漏隨後補填分發並將寄出之件留底備考

## (二) 文 牘

擇重要者錄載如下

### (甲) 建議政府者

呈中政會行政院立法院及中央黨部文(二十二年八月)

呈為糾正三六〇中政會石瑛等二十九人所提制定國醫條例事竊以世界學術貴取精進國家內政切忌劃分從來黨派觀政禍演東林而中貴弄權祚覆兩漢知學者最要居心純潔為政當以國事前提也醫之為學無非仁術本不當有東西中外之分乃以時代不同見解各異致意思事實每不一致而有鑿柄難容之勢其實堯典禹謨非不善也然可為當世嘉獻而未必宜於今日八股制藝非不文也然可為上代珠璣而未能重於現世時不同也彼哲理固為文明之母然世間事物未必盡合理想况以科學猛進瞬息萬變之今日謂固守太古成法可控制百世萬邦其誰信之故國醫今日亦自知玄理之不敵事實而妄想腐心於科學化也惟今後能否科學化能否與科學醫歸趨一途均為國醫學術界之存廢自決問題。

然國醫館者固以改進科學化爲主旨。爲號召之試金石也。而兩年來其所設所施於學術上。能否有改進科學化之成績。識者自知。以是類推。非科學者而空言科學。無補也。多言轉足以自暴其弱也。而况侈言管理國醫。逸越範圍之行乎。按醫爲一職業。藥亦爲一職業。列乎百工技藝之儔。自宜上有主管。受法令拘束。享法令保護。今國醫漫無拘束。不加保護。形如化外。一任生滅。洵非所宜。自應責成內政部。急制中醫管理條例。中藥管理條例等。切實執行。庶幾學術行政。各有所歸。國計民生。兼籌並顧。則石瑛等所提軌外之國醫條例。自無越俎代庖之必要也。是否有當。仍祈 鈞會(部院)裁核施行。

立法院秘書處覆文(二十二年九月八日)

逕啓者。奉院長發下來呈一件。爲糾正石瑛等廿九人所提制定國醫條例等情。奉批交法制委員會參考等因。除照交外。相應函達查照。

(乙) 應地方官署之徵求者

上海市教育局來文(二十二年十一月二十四日)

案奉教育部訓令內開。案查本部於二十年五月。曾以訓令仰各省市廳局。對於已准立案各學術團體。除呈本部審核備案外。並開列事項。飭由各該團體於每年度終結後。呈報主管官署查核。並由主管官署轉呈本部備案在卷。茲爲明瞭各該團體過去及現在詳細狀況起見。特檢發另製詳表三種。(一)全國各學術團體二十一年度概況調查表。(二)各學術團體二十一年度職員會員一覽表。(三)各學術團體最近概況調查表。仰於文到之日。即行轉飭所轄各種學術團體。依前開各表詳實查填。彙呈本部。除分行外。合行令仰該局遵照辦理。毋延此令等因。附發表式三種。奉此。合行檢發原表。仰該會迅即逐項詳實填明。呈送到局。以憑彙轉(下略)

覆呈

呈爲呈覆填報屬會二十一年及最近情形事案奉鈞局教字第一四三八四號訓令內開（中略）等因奉此屬會遵卽照表逐項填明備文呈報鈞局仰祈核轉實爲公便

附) 第一表二十一年度概況調查

名稱	中華民國醫藥學會
地址	上海市海甯路一三八號半
負責人	汪企張
宗旨	研究醫藥學術
沿革	民國四年由留學國外醫藥兩界分子歸國後創立總事務所於北平設分事務所於各地嗣後以政局變遷徙總事務所於上海改稱總會分事務所改稱某地分會
成立年月	民國四年五月
立案年月	民國二十年六月呈上海市教育局准予立案
立案年月	民國四年九月呈教育部准予立案
組織狀況	總會執行委員會分醫學部藥學部事務部外尚有監察委員會之組織分會由各地根據總會規定原則組織之
職員人數	執行委員十五人監察委員五人
會員人數	正式會員六百五十五人（二十一年十二月止）
經費	歲入國幣不定歲出國幣不定
所辦重要事項	編訂醫藥名詞藥學名詞調查寄生蟲研究國醫國藥整理國產藥物使科學化
出版物	定期刊物一種

備考 (一) 初爲會長制後改委員制(二) 民國四年九月在北平教育部及內務部立案(三) 刊物初名會報後改新醫藥刊

民國年月日負責填記者汪企張 團體負責人汪企張

第二表二十一年度職員會員一覽(從略)

第三表最近概況調查

名稱	中華民國醫藥學會
地址	上海市北山西路海甯路口余雲岫醫師宅
負責人	汪企張(常務代理主席)
職員人數	二十人(監察委員五人執行委員十五人)
會員人數	正式會員七百二十五人
研究事業	編訂醫藥名詞藥學名詞調查寄生蟲研究國醫國藥整理國產藥物使科學化
出版物	新醫藥(附呈一冊)
備考	本會現設總會於上海又置分會於北平南京蘇州江西武漢杭州溫州泰興又在無錫哈爾濱甯波青島臨海甘肅鎮江宜興東台吳江日本上虞震澤鹽城安徽江陰廣州貴陽合肥等地設通訊處

民國年月日負責填記者汪企張 團體負責人汪企張

(丙) 與各公團往來者

上海市地方協會來函(二十二年十月)

逕啓者敝會以上海爲中外巨埠人才薈萃擬廣事調查編爲統計略分姓名別號性別年齡籍貫通訊處經歷職務創辦事業著作或發明等項俾人手一編可得種種便利用特函請貴會檢贈職員錄俾資彙製上列各項能詳固佳即略亦可一俟脫稿付印定當奉贈一冊以答盛意專此奉懇至深公感。

覆函

逕覆者前奉尊函祇悉貴會正編統計廣徵材料茲錄奉敝會現任職員表一紙並奉贈會刊「新醫藥」一冊至希察入爲荷。

(附)中華民國醫藥學會現任職員表

6 發會

職別	姓名	別號	籍貫	出身	身軀	經歷 (摘要)	通訊處
監委	褚民誼		浙江吳興	法國師太司大學	現任中央委員會中法工學院院長行政院祕書長	南京行政院祕書處	
	盛在珩	佩慈	浙江鎮海	日本大阪帝國大學醫學部	浙江省議會議員浙江省立醫藥專校校長浙江病院院長	杭州市運司河下浙江病院	
	侯毓汶	希民	江蘇無錫	日本千葉醫科大學	北京醫學院院長京師傳染病院主任天津衛生局長	天津公安局衛生科	
	葉秉衡	漢丞	江蘇南匯	德國柏林大學	藥學會會長北大教授江蘇醫專教務長五洲藥廠廠長	上海徐家匯五洲固本廠	
	汪桐美	于剛	江蘇上海	日本大阪帝國大學醫學部	江蘇醫專校長浙江醫專教授執行律師職務	上海老西門泰亨里	
執委	汪尊美	企張	江蘇上海	日本大阪帝國大學醫學部	公立上海醫學院院長浙江醫專校長杭州甬波路馬溫熱病學會出席代表	上海法租界甯波路廿八號	
	余巖	雲岫	浙江鎮海	日本大阪帝國大學醫學部	浙江醫藥專校教授中央衛生委員會遠東熱帶病學會出席代表	上海海甯路一三八號	

發會現任職員表

第一期

夏建安 慎初 江蘇上海 日本大阪帝國大學醫學部 江蘇醫專校長公立上海醫院醫務長 上海東浦石路一〇三號

胡 豐 定安 浙江吳興 德國柏林大學 南京市衛生局長考試院南京專員

陳方之 浙江鄞縣 日本東京帝國大學醫學部 浙江醫專教授衛生司司長北伐軍總部軍醫處長中央衛生試驗所所長 上海同孚路長豐里

蔡文燕 馮門 江蘇無錫 日本京都醫科大學 江蘇省立醫學專門學校校長 上海魏坡賽路二八五號

劉之綱 悟淑 江西安福 日本千葉醫科大學 江蘇醫專教授東南醫學院教授 上海霞飛路申江醫院

趙矯黃 午喬 江蘇武進 日本千葉醫科大學 浙江醫專教授藥學會會員中央研究院研究員 上海白利南路中央研究院

劉文超 步青 陝 西 日本千葉醫科大學 東南醫學院教授藥學會執行委新華西藥行經理 上海交通路新華西藥行

朱榮錦 琴鏡 江蘇上海 日本長崎醫科大學 江蘇醫專教授省立醫院外科主任 上海小南門小開橋路

周錫庚 夢白 浙江衢縣 浙江省立醫藥專門學校 江蘇醫專附屬醫院及公立上海醫院藥局主任中法藥廠廠長 上海大西路中法藥廠

朱慕濂 全洛 浙江黃巖 浙江省立醫藥專門學校 北京醫院外科主任難民醫院主任台州醫院及中華醫院院長 上海霞飛路薩坡賽路中法藥廠

# 歡迎投稿

本刊分論壇原著綜說譯述社會醫藥診療知識通俗醫學演講摘  
錄醫藥消息雜俎會務十二欄凡吾當員務請撥冗撰稿以光篇幅  
如有長篇巨著須贈印單行本者亦會遵辦（以二十冊為限）惟  
來件除言論稿外若已在他處發表者以格於條例恕不再載附此  
申明

編輯同人謹啓

- |     |    |      |                |                          |                |
|-----|----|------|----------------|--------------------------|----------------|
| 姜文倬 | 振助 | 江蘇松江 | 江蘇省立醫學專門<br>學校 | 公立上海醫院內科主任<br>上海市醫師公會執委  | 上海市公立上海醫<br>院  |
| 吳訪  | 冠民 | 浙江永嘉 | 浙江省醫藥專門學<br>校  | 江蘇省立醫專附屬醫院<br>藥局主任五洲皂廠部長 | 上海徐家匯五洲國本<br>廠 |
| 陳卓  | 卓人 | 浙江海鹽 | 日本千葉醫科大學       | 東南醫學院教務長東南<br>醫院內科主任     | 上海金神交路三四八<br>號 |

## 世界文化合作中國協會籌備委員會來函

逕啓者敝會現正搜集關於全國學術機關組織沿革之材料，以備編印西文一覽藉爲對外之介紹。尊處內部組織及經過歷史，想當編有專冊。敬乞惠賜檢寄一份。倘尙無專冊亦請照另紙所列部項撥冗分別開示。因前項一覽之編印有待於材料之齊集。故深望能于年內彙齊。俾可早日着手。種種煩瀆。曷勝感企。

## 覆函

逕覆者前奉貴會來函搜集全國學術機關組織沿革材料。擬編印西文一覽對外介紹無任欽佩。茲奉贈敝會會刊「新醫藥」一冊外並將來表錄要填入。敬希察入？

## (附表)

- (一) 沿革 民國四年由留學歸國之醫藥兩界同人發起
- (二) 組織 初置總會於北平設分會於各地現總會遷置上海
- (三) 工作成績及現在會務概況 編訂醫藥學名詞研究傳染病原
- (四) 重要職員姓名及職員人數 監察委員五人褚民誼盛在珩侯毓文等執行委員十五人余雲岫陳方之汪企張胡定安等
- (五) 經費賴會費及特捐
- (六) 出版物 新醫藥
- (七) 本處英文譯名 National Medical and pharmaceutical Association of China