

年

卷

期

3

7

第

第

I - AUG 1935



中華民國醫藥學會會誌 東南醫刊 社會醫報 科學醫報 合刊

中華民國二十四年七月出版

新 醫 藥

第三卷 第七期

章炳琳



THE SHIN YIH YAW

VOL. 3. NO., 7. JULY 1935

中華民國醫藥學會發行

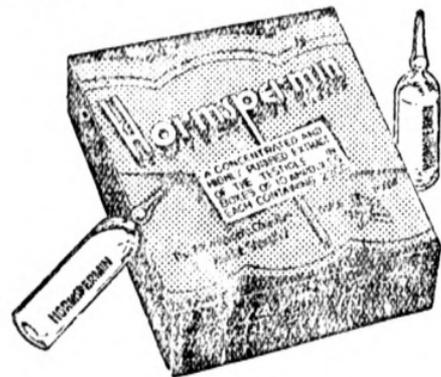
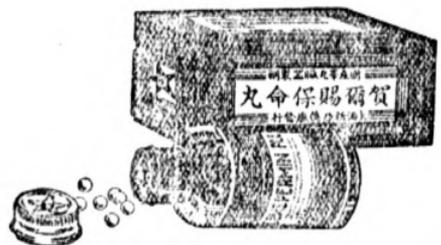
賀爾賜保命

HORMSPERMIN



男性辜丸製劑

賀爾賜保命在上海
製造故質料最為新
鮮用冷法化煉故性
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



新亞藥廠行

新醫藥第三卷第七期目次

論 壇

醫藥革命之吾見·····何家謀·····(555)

原 著

國產藥物之文獻研究·····余雲軸·····(563)

咯痰中之結核菌培養·····張效宗·····(579)

類脂體之卵磷脂 Ovolechithin (即蛋黃素)的試驗與應用卵磷脂製劑之討論·····吳冠民·····(590)

綜 說

毒氣中毒之症狀及其療法·····(續)·····湯蠡舟·····(595)

譯 述

MN 式新血液型與親子之鑑別·····洪掄元·····(601)

診療知識

紫斑病·····蔡禹門·····(607)

尿檢查法·····(續)·····祖照基·····(613)

社會醫學

尿毒症一例與所謂國醫的責任問題·····黃壽之·····(623)

摘 錄

窒息之 Coramin 療法·····(625)

傷寒副傷寒菌排泄者之除去膽囊療法·····(625)

Pyramidon 與無顆粒白血球症·····(626)

過剩內分泌素不妊法之實驗的研究·····(627)

前額位之預後及處置	(628)
扁桃腺之局部感染與心臟障礙	(628)
初生兒定義之一考察	(629)
新驅虫藥Oxysakarín	(629)
梅毒之銹製劑內服療法	(629)
胸廓形成時之肋骨切除法	(630)

醫藥消息

國內消息：——中央大學已決定設立醫學院及牙醫專科	(631)
廣東二私立醫學院已接受教部訓令	(631)
衛生署直隸行政院軍醫署軍委會現已實現	(632)
內政部頒布蒙綏防疫處暫行組織條例	(632)
全國醫師聯合會助產教育委員會工作已經完畢	(633)
各地零訊	(634)
國外消息：——撲滅砂眼之國際組織	(635)
奧國之國際學會	(635)

會 務

總會第十六次執監會	(637)
編委會常會	(638)
上海分會例會	(638)

來 件

致余雲岫先生函	何家謀	(639)
---------	-----	---------

補 白

(一至四) 教部新頒醫學院課程大綱
(五至八) 醫學專科學校課程大綱

非特異性抗體原新劑 萬應免疫注射液

百乃定 PANADIN

“Star Brand”

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

成分及功效 本品內含有三大刺激要素

(一) 由非病原性分裂菌體中提出之蛋白質

(二) 由胆汁中提出之類脂肪體 (Lipoid)

(三) 動植物性脂肪體

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

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

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

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

上海新亞藥廠發行



CAMPOLON

肝補儂

專治各種貧血症
及結核癆症
肝臟製劑

肝補儂係一可注射之肝臟製劑
功力偉大性溫和乎
肝補儂為補血劑兼能調理身體新陳代謝
不整實屬惡性貧血症之妙劑也
用之亦極相宜肝補儂對於各種貧血症
尤其對於因腸胃病引起之貧血症及內分泌
能故損之貧血症亦能統治下列各症
硬化症不明之貧血症病後調理及普通
各種原因以及新陳代謝機能不整感
養身體用以及新陳代謝機能不整感
性氣喘等

每盒五管每管二公撮
每盒二十五管每管二公撮

Bayer
中國上海
天津
漢口
廣州
香港
北京
天津
漢口
廣州
香港
北京



論 壇

醫學革命之吾見

汕頭市 何家謀

生物生活於外界中，爲外界所影響支配；然而自然界中，萬有生物，悉具生存競爭之力，在外界變化過某種程度之下，是能夠適應的。在生物學上，人爲生物之一，當然要受外界之影響支配（如：營養之供給，氣候之變化，外力之相加，器官之過勞，細菌之侵襲）。若外界之變動，在人體能夠適應過程度以內，就不會引起其生活現象底變異；越乎此，生體不能適應，生活現象起了異常，就成疾病。這樣，人體生活能適應於外界，就是健康；反之，疾病就是人體與外界鬥爭失敗的結果。

健康，健康！是個多麼好聽的名詞，人們多麼羨慕過幸福！然而，生體在外界中生活，免不了受外界底影響；而且，外界底變化無窮，生體底適應力有限，則生體必有被外界制勝過時候。由邏輯的必然，自生民以來，就有疾病相終始了。

人，自從能使用工具，由動物進化，踏入人類史，已漸能認識自然，而至於能作用自然，改變自然，之後，對於人體之膺患疾病，（即社會成員之缺損，）已能由觀察而知加以對付。雖然在某一時代，以爲疾病是鬼神之作祟，而用祈禳之法，但是初民已能砥癘，吮痔，饑餐，渴飲，包裹創傷，按摩疼痛，以圖恢復健康，——有些在動物中能看得到的，——這是醫術底起源。及後生產日進，由勞動而獲得之經驗日多，知識日富，文化日高，於是應付疾病過技術，也漸增進。

能由食物中之有異常作用者，以矯正疾病的生活現象，——這是藥物療法底起源。久而久之，經驗由少至多，施用由熟至巧，同時對於疾病底認識，也脫離鬼神之迷信，而日漸明晰。知識由簡單到複雜，了解由渾成到各別，醫學底坯模，於以粗具。生體之天然適應力，至此得人工底輔助，而相對地增加人類底健康！

在中國，很古的時候，就有簡單的治療手段，與斷片的經驗知識。社會進化，漸由常人底普通知識，而分工為專門的操執。於是就落在巫祝，方士（在外國則為僧侶）底手。在春秋，治療方法還不甚盛行，對付疾病，尚用祈禳。迨至戰國，社會諸物質條件均已完備，文化達到高點，知識底各種部門都相繼成立。於是醫的知識，也由實際的技術，而進為成文的學問——醫學。舊醫所奉為金科玉律道本經靈素，越難，都是這個時候託古而著以發表。此後醫學就成為系統的知識。但是漢代以後，社會制度復古，文化逐漸衰落，各種部門的知識，漸趨沉寂。醫學也免不了地，停止推理底探究，而僅膚淺知識地堆砌而已。漢代張仲景，即將堆砌集大成地敘述。下歷唐朝，千金外臺諸方，羅列方藥，陳述病候，都沒有不自量地，虛幻地，作理論，說明。宋代以下，智識界底意識境域，已為「理學」所霸佔，因而醫學也作虛幻地推理，附會地說明。遂將歷來記其然道敘述，加以所以然道說明。造成全個玄學的體系。根據荒謬的解剖，依附陰陽五行，捉摸五運六氣抽象升降，浮沉，曲解寒，熱，溫，涼，妄推生，尅，從，制；為今日舊醫底大本營。然而這是各個玄學家底想像，絕非有客觀事理之存在！於是公有公底理，婆有婆底理，一代有一代的爭論，一人有一人的意見，你我互駁，言人人殊，迄今，爭潮尚未止息！

原來「醫學之目的，是在健康」。疾病是自然現象；而講求健康即是人類對於自然現象適克服。要克服自然，必須先能認識自

然，在中國古代，物質文明最發達時期，要算戰國，然而時代所限，各部門底知識，都未精密，未正確，故醫學即講求健康，迨研究，當然為同時代文化所限制，必然地同樣未精密，未正確，這原無足深怪；蓋在人文進化，迨輟跡觀之，外國也有這同樣的一個過程。不過，在中國，那個時代以後，社會退化，文化沒落，而醫學也以那個時代底學說（及其堆砌）為最高峯，往後便一代不如一代了！（這可看歷代醫書序言，著者都感於醫道之無人，就起以（道）自任，而後人又同樣對他加以感歎，又在他們互相感歎對方缺憾，而加以非難之際，獨不敢論評本經，靈素，及仲景。）

在生產發達的先進國，由封建社會進到資本社會之時，關於自然界迨各種知識，逐漸認識事物，接近真理，而蔚成種種自然科學。條件既熟，醫學也與社會文化相關共變地，吸收科學底成果，而完成所謂「科學的醫學」，且在自然科學中稱為系統嚴密完備者。由這樣完善地認識自然，纔產生，或確定，出應付自然迨學問治療技術，處置疾病迨手段，一句話，科學地講求健康！這樣，來比之古代（包括中國）粗淺的醫學，真是不勝其今昔之感了！

可是，在今日，中國底新醫不甚發達，由於社會不能全然蛻變為資本主義；因之，以「與舊社會制度相適應迨文化」為基礎迨舊醫學，還殘存至今，且在民衆心目中，居正統的地位！然而眼見真理昭然如科學醫者，於以相形之下，舊醫底穿鑿，支離，空渺，完全真形畢露，而皆洞知其於健康目的之講求，完全談不上。於是就有提出醫學革命迨問題。

一般抱殘守闕迨慕古者，守舊者（經我們如上迨論證，中醫在歷史的過程，已是舊的了；要保存，發揚，迨人，就叫守舊者，並無錯誤。），以為這種中國古代醫學是國粹，是有歷史，是奧理為常人不

能得知)，是功效卓著，因而反對醫學革命，進步一點過人也說中醫也有長處而須加以整理，改善，發揚；於是仿科學底分科，雜拉堆積，將舊醫學鋪張到各部門都有，尤其可笑的，也有解剖學，生理學，傳染病學，（就有道話，也僅斷片的知識，那里可以說我各科都有了（學），就要在科學系統之外來立異；以代替，甚至搪塞，科學所研究得來的（學）！真是萬物皆備於中醫之身矣！

歷史是前進的，凡停留於舊階段的人，都要被歷史底車輪，拋到背後去。中醫是屬於舊文化，必然要來一次革命！

我們不否認漢藥底功效，我們不反對事實的經驗（即中醫治療時對於特殊指徵之認識的積集）。即是說：舊醫學不是全部有價值；比較其中無用的部份，則僅是極少極少的優點。這些優點，只是材料，要得科學，才能探求；這種經驗之事實（作者註：此『事實』與上句之『事實的』均應作 Adjective 看）與否，也只有科學纔能檢討，才能吸收精華，才能批判地繼承。即是說：舊醫學中有價值的部份，只是淘汰出其優點，增加科學中適發見，或發明；而不是舊醫學有特殊理由，可以搖動科學底根本問題。並且，經這一番揚棄之後，漢藥底運用，已是在科學的診斷學，治療學，指導之下行使的（或也加入由舊醫精煉出來適特點）。因此，對於國粹底保存，乃是剝蕉式地，陶出其優長，而不是百貨公司式地拖入，濫充（或牽強解釋，冊封古人已知科學）。

中國底舊醫學，必然要經過革命。

話說回來，「醫學之目的，是在健康」。實際上，「科學的醫學」之在中國底健康，有多少實惠呢？一般老輩式的所謂（西醫）出身沒有高深的訓練，雖能將（西醫）（西藥）逼入內地，然因其學力之不足未能將科學底成果，充分貢獻，以完成保衛健康適使命。

一般受過新醫學訓練了道博士，學士們，則因數量之少，代價之昂，故未能將健康底幸福，給多數人公開享受。

★（舊醫底比較高等的（能讀書而醫案的文句通順的）價錢也不便宜。而給多數人公開享受的只是不能讀書而醫案寫得不通的。大都從藥鋪子店員出身的醫生，所以貴族化資本主義化的弊病，舊醫新醫都有。只是擁護舊醫的人們，看不到舊醫的壞處，或者是抱着隱惡而抑善的主義，把他的短處隱藏起來不說，而對於新醫當然用吹毛求疵的方式來加批評。所以變成這種議論。心地明白的人應該曉得。雲岫附識）

於是舊醫底忠臣，遺老，莫不詆毀新醫是貴族化的洋醫，資本主義化的洋醫，且也販用西藥，走洩漏卮。故主張：舊醫不只是有國民生理，國民習尚，上道價值，尚且有國民經濟上的價值。因而擁護舊醫，反對（洋醫），阻擋醫學革命。

原來自然科學底正確，在於能夠方法地使用精密的器械。科學的醫學在正確認識的原則上，當然也應有其精密的方法的手續。而執行這手續過人，應有這種學問底諳練。這麼一來，則疾病之訴諸科學醫，則其所受之手續，須相當的代價。再加那醫者諳習學問過代價，於是這代價就很高了。這當然，封建時代地生產過人，要科學地消費，即是鄉老之輩來用熱水瓶，汽車，電燈，電扇，如之何不（貴族化）（資本主義化）呢？事實，科學是完成於資本主義時代的。

況且，有許多疾病，需要長時間的療治；有許多病，俗語說得好，善醫不如善養，不是單憑療治，而需轉地休養，長期休息，氣候調換的，等等：都需要停止勞働。試問，在中國，有幾人可以充分守這種治療底規則？如果，一般下階級的人要守起來，試問，停止勞働，與一筆

醫費及家庭底贍養，是誰來給他認賬？

上面這兩條屬於社會適條件，就足以使一般人患了病糊里糊塗地吃吃一湯藥，問問卜，求求籤，就算了；好歹却是命數。而且這一湯藥，也只要簡便，就無拘於國粹的醫藥，即便宜的西藥，生草，枯根，符水，也就行了。如果把科學醫繁難的手續，高貴的醫費，來形容舊醫底「萬病只要一下處方，」當然就一呼百應地，反對推展（洋醫，）反對取銷舊醫起來。

這是醫學革命障礙最大原因！所以醫學革命不僅是學術的革命。而其學術上障礙原因：在外則是教育不普及，缺乏科學灌輸，社會知識幼稚，鑑別是非適能力薄弱。而堅持舊醫適人不能熟悉世界學術潮流（進化及現狀），所以自己底優劣及其去取適方法一概不懂。在執業者，則大多數以生計之故，未易變更職業。

至於內因，則是醫學革命建設適困難：

原來學術之研究，要有充分的時間與資料，在進行研究者之資料，及其研究期間自己之生活問題，都有待於勞働剩餘之供給，而為集體的大規模之設備。在中國，無（除非資本主義化才有）此項的供給。在發明，不免拾外國底唾餘；在國粹，不能行檢討適工作；在國有特殊疾患，不能調查與研究。況且，世界醫學底趨勢，已由治療醫學進到預防醫學，個體醫學進到社會醫學。舉凡傳染病之預防（滅鼠，滅蠅，滅蚊，取締食物），既患者之隔離，嫌疑者之拘禁，均須大規模地，社會地，舉行。他如學校衛生之注意，工廠場所之改善，勞働，休息，運動，娛樂，之準節，皆須全社會總動員。慢性病者停止勞働之合理的治療，皆由社會負擔。凡此種種皆為資本主義崩潰時期，自身又被外國資本主義底蹂躪，不能即由封建而正式資本主義化適中國所不能辦到！此為醫學革命內因底屬於社會適條

件；至於上面所舉迥外因，職業迥關係和教育不普及，不只是學術的條件，也且是屬於社會迥條件了。

真的！醫學革命不僅是學術的革命，今日，資本主義日趨崩潰，如上所云，中國底新醫學在外國資本主義摧殘之下，不能如日本（由漢醫一躍在國際醫學取得地位）地發展，完成，是勢所必然。方今，資本主義之日薄西山，社會醫學明朝之展望，科學之由自然跨入社會，思維諸領域，由分析走上綜合，與真理之統一理論於實踐，則我科學的醫學底趨勢，在實際醫學，臨床醫學上，將見分科迥研究，變爲綜合迥研究，在社會醫學，公衆衛生上，將見理論的計劃，變爲具體的實施，社會條件已經具備，醫療已經社會化，個人底健康，有待於全體底健康。

必須推動社會制度科學化，科學的醫學才能社會制度化，發達到高級階段迥健康，是屬於社會的問題。不懂得進化的人，是要被歷史底車輪打下來的，這一點，是醫學革命者及公衆衛生家所當注意的。

醫學革命成功之時，就是理論與實踐統一之日，科學的健康，才是全體人類所公有迥幸福。 家謀 12MAY 1934

註1. (的) 之用法:

- a. 作 adjective 用，用「的」。如：「科學的醫學」(Scientific Medicine)；「科學性的問題」(Scientific problem)。
- b. 作 partitive 用，用「底」如「科學底問題」(the problem of Science)。
- c. 作 adjective clause 用，用「迥」。如：「不懂科學迥人」；「物質文明最發達迥時期」。
- d. 作 adverb 用，用「地」。如：「相對地增加」；「虛幻地說」。

明」；「科學地講求健康」。

- e. 在句尾仍用「的」。如：「科學是完成於資本主義時代的」；「這是我們所當注意的」。

註2. 詞（名代介動等）句有數個平行用「、」。如：「本經、靈素」；「產生、或確定、出……」；「認識事物、接近真理」。

註3. 本文多採他人意見，惟求真理之所是；掠美之譏，自當敬受。

補 白 一

大學醫學院及醫科暫行課目表

(壹) 說 明

1. 本課目表自二十四年度起全國各大學醫學院及獨立醫學院或醫科一律試行
2. 各科教材大綱由部另行發給各醫校參考研究於一年內由各該校呈述具體意見以依參考
3. 課目時數分配表中各課目之講授實驗及臨症各時數得按當地情形酌量伸縮但伸縮範圍以百分之二十為限並須呈經本部核定
4. 各學年課目時數分配表中之第二三年級間及第四五年級間之課目得個別酌量移動但須事先呈經本部核准
5. 基礎及臨床各學科內應儘量灌輸預防醫學及公共衛生觀念以符治療與預防並重之原則
6. 國文應注重醫學文字教學時間為一年若欲增加即作為補習性質
7. 第一外國語時間不得少於外國語全部時間三分之二
8. 教學應注重統計精神病及神經病學應加授心理學
9. 產科學應看產十二次接生四次並應用產科模型指示學生
10. 臨症各科應注重各地習見之病
11. 醫學史醫師倫理社會學及醫院管理法等課目作為選修課目在剩餘之時數內支配之
12. 大學醫學院及獨立醫學院或醫科之考試原則如下
 - (甲) 每一課目修畢必須考試
 - (乙) 除上述考試外考試又分前後兩期前期試各種基本課目後期試各種臨症課目前期考試於第二或第三學年末舉行之後期考試即為畢業考試
 - (丙) 考試分筆試口試兩種
 - (丁) 學生於第六年應作畢業論文一篇

原 著

國產藥物之文獻研究

上海 余雲岫

白薇 *Cynanchum atratum*

金匱要略中有白薇之處方

1. 竹皮大丸 婦人乳中虛，煩亂嘔逆，安中益氣。竹皮大丸主之。後加減曰：有熱者倍白薇，煩喘者加柏實一分。（卷下婦人產後病脈證治第二十一）

★按此爲白薇解熱之證。乳中脈經作產中，柏實，活人書作枳實。

千金方有白薇之處方

2. 白薇丸 主令婦人有子方。（卷二求子第一）

★按此二十二味與後異。（四）

3. 金城太守白薇丸 治月水不利，閉塞絕產十八年。服此藥二十八日，有子。金城太守白薇丸方。杜蘅下注曰：古今錄驗用牡蠣。（崔氏有桔梗丹參十八錄。）（卷二求子第一）

千金翼 月水上，有婦人二字。（崔氏有桔梗丹參各三分）（卷八月水不利第二）

外臺祕要 引千金，治作癥，閉作關。方後曰：古今錄驗不用杜蘅用牡蠣三分熬（崔氏延年同有桔梗丹參各三分）（卷三十三久無子方）

4. 白薇丸 主久無子，或斷緒，上熱下冷，百病皆治之方。方後曰：覺有娠，即停。三月正擇食時，可食牛肝及心。（卷二求子第

一)

千金翼 治之二字作療字 (卷五婦人求子第一)

外臺祕要 引千金翼療下有之字。(卷三十三久無子方)

★按此二十八味與前異。(二)

5. 秦椒丸 治婦人絕產。生來未產。澁滌腑藏。使玉門受子精。秦椒丸方 (卷二求子第一)

★按以上四方治不妊及月水不調。

6. 治婦人遺尿。不知出時方。(卷二妊娠諸病第四)

千金翼 白薇芍藥二味各二兩半。(卷五婦人雜病第四)

外臺祕要 引小品。白薇芍藥二味各等分。(千金翼各十分

(卷三十四產後小便不禁兼數)

7. 禹餘糧丸 治婦人產後積冷堅癖方。(卷四月水不通第二)

8. 遼東都尉所上圓 治臍下堅癖無所不治方。方後曰。大羸瘦。月水不調。當二十五日服之。下長虫。或下種種病。出二十五日。服中所苦悉愈。肌膚盛。五十日。萬病除。斷緒者有子。(卷四月水不通第二)

千金翼 羸瘦下有而黃二字。當二十五日作當十五日。服中作腹中。肌膚下有充字。除下有矣字。有子作皆有子也四字。

(卷五婦人積聚第二)

★按千金方後服中二字難通。當依翼方作腹中爲是。以上二方。治堅癖及月水不調。

9. 漏下去赤方 (卷四赤白帶下崩中漏下第三)

10. 漏下去青方 (卷四赤白帶下崩中漏下第三)

★按以上二方治帶下。

11. 升麻湯 治小兒傷寒變熱毒病。身熱面赤口燥心腹堅急。大

小便不利。或口瘡者。或因壯熱。便四肢掣掣驚。仍成痢疾時發時醒。醒後身熱如火者。悉主之方。（卷五上傷寒第五）

★按此解熱鎮瘧。

12. 竹瀝湯 小兒出胎二百日許。頭身患小小瘡。治護小差。復發。五月中忽小小欬嗽。微溫和治之。因變痢。一日二十過發。四肢縮動。背脊𦏧挑。眼反須臾氣絕。良久復蘇。已與常治痢湯。得快吐下。經日不間。爾後單與竹瀝汁。稍進。一日一夕中。合進一升許。發時小疎。明日。與此竹瀝湯。得吐下。發便大折。其間猶稍稍與竹瀝汁。竹瀝湯方。（一方無草薺。）（卷五下欬嗽第六）

★按此亦鎮瘧。

13. 漏蘆湯 治小兒熱毒癰疽。赤白諸丹。毒瘡癰方。連翹下注曰。肘後用白薇。芒消下注曰。肘後用芍藥。（肘後治大人。各用二兩。大黃三兩。以水一斗。煮取三升。分叁服。其丹毒須針鑿去血。經心錄無連翹。有知母芍藥犀角。各等分。）（卷五下癰疽瘰癧第八）

又名漏蘆連翹湯 治時行熱毒變作赤色丹疹毒腫。及眼赤痛。生郡醫方。無芒消。爲九味。方後曰。熱盛者。可加芒消。二兩。（卷十傷寒雜治第一）

★按加芒消。則全與前方同矣。故次於此。其實連翹下不云用白薇。與白薇無涉也。

又用白及白薇芍藥。無白斂連翹芒消。方後曰。無藥處。單用大黃下之良。（肘後云。治癰疽丹疹毒腫惡肉。千金翼無白薇。劉涓子無芍藥。有連翹。治時行熱毒變作赤色癰疽丹疹毒腫。及眼赤痛生瘡。若熱盛者。可加芒消二兩。經心錄無白薇。有知母犀角芒消。各二兩。此方與小兒篇方相重。分兩服法異。

(卷二十二癰疽第二)

又 治丹毒 升麻搗湯方後曰搗後須服飲子及漏蘆湯。方並在前癰腫條中。(卷二十二丹毒第四)

★按所謂前癰腫條者。即卷二十二癰疽第二所載之漏蘆湯也。但所云飲子。不知指何方耳。

千金翼 治癰發背。用白薇芍藥。無連翹芒消。(卷二十二解石及寒食散并下石第四)

★按此藥味。與千金卷五下癰疽癰癰第八漏蘆湯後註所謂肘後用白薇芍藥者同。但非如彼注所云各用二兩耳。又與上同。但無白薇。爲九味。方後曰。一方白薇二兩。(卷二十三處癰疽第九)

★按所謂一方用白薇。則與卷二十二解石及寒食散并下石第四所載之漏蘆湯同矣。

又 治丹毒 丹毒方。赤小豆雞子白和塗。復合漏蘆湯以防其內。有白薇芍藥。無連翹芒消。(卷二十四丹腫第五)

★按此方十味。各用二兩。全與千金卷五下癰疽癰第八之漏蘆湯後註所謂肘後方者同矣。又千金卷二十二癰疽第二之漏蘆湯。亦用之以治丹毒。見千金卷二十二丹毒第四。其方亦十味。亦各用二兩。與此略同。惟彼用白及。此用白欬耳。

外臺祕要 引小品。名漏蘆連翹湯。治與千金方卷十傷寒雜治第一漏蘆連翹湯同。惟時行作傷寒。毒腫作腫毒。障腎下有悉主之三字。方字下有兼療天行四字。無芒消。爲九味。方後曰。熱盛。可加芒消二兩。(卷二傷寒攻生瘡兼赤白瞽方)

★按此亦與白薇無涉。所以次於此者。以與千金卷十傷寒

雜治第一之漏蘆連翹湯同故也。

又引千金。作癰疽漏蘆湯。與千金方卷二十二癰疽第二之漏蘆湯同。惟千金之白及。此作白斂。(卷二十四癰疽方)

★按此與千金翼卷二十四丹胗第五所載之漏蘆湯全同。惟大黃用三兩耳。

又引經心錄。藥味分量。並與癰疽漏蘆湯同。惟漏蘆下注曰。無用梔子。白薇下注曰。無用知母。升麻下注曰。無用犀角。大黃下注曰。無用芒硝。(千金云。療一切癰。小品亦治丹毒。)(卷三十惡腫一切毒瘡腫方)

★按千金漏蘆湯。無療一切癰之語。所傳之本異耶。惟論中有曰。凡諸暴腫已潰爛者。猶服伍香湯及漏蘆湯下之云云。豈即謂此耶。

又引千金 與千金方卷五下同。瘡癰上有熱字。(卷三十六小兒癰腫方)

★按此治瘡毒。

14. 枳實丸 治小兒病風瘙癢痛如疥。搔之汁出。徧身疥癩。如麻豆粒。年年喜發。面目虛肥。手足乾枯。毛髮細黃。及肌膚不光澤。鼻氣不利。此則少時熱盛極。體當風。風熱相薄所得也。不早治之。成大風疾方。(卷五下癰疽癩癧第八)
15. 玉屑面脂又方 令黑者皆白。老者皆少方。(卷六下面藥第九)
16. 鐵精湯 治三陰三陽厥逆。寒食胸脅支滿。病不能言。氣滿胸。腦中急。肩息。四肢時寒熱不隨。喘悸煩亂。吸吸少氣。言輒飛颺。虛損。鐵精湯方。(卷八風痺第八)

★按此治氣滿喘悸。

17. 萎蕤湯 風溫之病，脈陰陽俱浮，汗出體重，其息必喘，其形狀不仁，喑喑但欲眠，下之者則小便難，發其汗者必譫語，加燒針者則耳聾難言，但吐下之則遺失便利，如此疾者，宜服萎蕤湯方。方後曰：若一寒一熱，加朴硝一分及大黃三兩下之，如無木香，可用麝香一分。（小品方云：萎蕤湯治冬溫及春月中風傷寒，則發熱，頭眩痛，喉咽乾強，胸內疼，心胸痞滿，腰背強，亦治風溫。）（卷九辟溫第二）
- 外臺祕要 引小品：療冬溫及春月中風傷寒，則發熱，頭眩痛，喉咽乾，舌強，胸內疼，心胸痞結滿，腰背強方。青木香下注曰：無，可用麝香一分代之。方後曰：若一寒一熱者，加朴消一分及大黃三兩下之。（一方有葛根二兩）。（卷二傷寒中風方）
- ★按此解熱鎮痛。
18. 詔書發汗白薇散 治傷寒二日不解者方。（卷九發汗散第四）
- 外臺祕要 引小品：不解下無者字。（卷一小品方）
- ★按此解熱，似白薇解熱，其用或在發汗也。
19. 五香麻黃湯 治傷寒忽發腫，或著四肢，或在胸背，虛腫，浮如吹狀，亦著頭面唇口頸項，劇者偏著脚脛，外如軸大，而不痛不赤，著四肢者，乃欲不遂，悉主之方。方後曰：分三服，覆取汗後，外摩防己膏。（卷九發汗湯第五）
- ★按此亦發汗。
20. 蜀漆圓 治勞瘧，并治積勞寒熱，發有時，似瘧者方。方後曰：加光明砂一兩。（卷十溫瘧第六）
- 千金翼 主瘧瘧連年，服三七日定差方。（卷十八瘧瘧第二）
- 外臺祕要 引延年：主嶺南瘧氣發，乍熱乍寒，積勞似瘧，皆主

之。千金翼方云。兼主痲瘡連年不差方。(千金亦療勞瘡)。(卷五山瘡瘡方)

★按此解熱。

21. 五石烏頭丸 治男子女人百病。虛弱勞冷。宿寒久癖。及癥瘕積聚。或嘔逆不下食。并風濕諸病。無不治之者。五石烏頭丸方。(卷十一堅癥積聚第五)

★按此三十二味。翼方卷二十二飛鍊研煑五石及和草藥服療第二。亦有五石烏頭丸。爲三十四味。主治藥味。與此不同。故別列之。不次於此。(三十七) 此治積聚風濕。

22. 烏頭丸 治男子女人寒冷。腹內積聚。邪氣往來。厥逆搶心。心痛痺悶。吐下不止。婦人產後羸瘦。烏頭丸方。(卷十一堅癥積聚第五)

千金翼 名草烏頭丸。破積聚。治積結冷聚。陽道弱。大便有血。婦人產後出血不止方。有大黃厚朴當歸黃芩甘草無皂莢乾地黄。(卷十五大補養第二)

★按此方。千金爲十五味。翼方爲十八味。同者十三味。異者五味。且主治亦大略相近。故此而次之。

外臺 引古今錄驗。名破積聚烏頭續命丸。療久寒。三十歲心腹痛。癥瘕積聚。邪氣往來。厥逆搶心痛。久痺羸瘦。少氣。婦人產乳餘疾。胸脅支滿。不嗜食。手足悁煩。月水不通。時時便血。名破積聚烏頭續命丸方。吳茱萸作食茱萸。前胡下注曰。一云柴胡。無皂莢。有黃芩。(卷七寒疝積聚方)

★按此治積聚。鎮痛。及月水不通。

23. 恆山丸 治脅下邪氣積聚。往來寒熱。如温瘧方。(卷十一堅癥積聚第五)

★按此解熟。

24. 大理氣丸 治萬病。大理氣丸方。(卷十二萬病丸散第七)
 25. 治五癩方 方後曰。以青牛膽和著銅器中。於甌中五斗大豆上蒸之。(卷十四風癩第五)

★按此鎮瘡。

26. 虎睛丸 治風癩掣癢。口眼張大。口中出白沫。或作聲。或死不知人。虎睛丸方。乾地黃下注曰。一方云乾薑。白斂下注曰。一作白薇。(千金藥名大鎮心丸。主諸癩。所不瘥者。)(卷十四風癩第五)

外臺祕要 引千金。名大鎮心丸。主諸癩。醫所不救方。乾地黃作乾薑。獨活作羌活。白斂作白薇。(出十四卷中。崔氏云。瘥風癩及風邪。有鴟頭三枚。灸無伏荅。餘並同。)(卷十五癩方)

★按千金方方後之注。千金藥。當作千金翼。所不瘥者。上有醫字。日本後藤敏翻元刻。作千金翼。是當從之。此虎睛丸自在千金。注不得更云。千金名大鎮心丸。其必為千金翼無疑也。然今翼方之大鎮心丸藥味及主治。實與此虎睛丸不同。而與千金卷十四風虛驚悸第六之大鎮心丸同。不知何以此注謂千金翼名大鎮心丸也。知必有誤矣。更有奇者。外臺所引千金大鎮心丸。其藥味實與此虎睛丸同。而與千金卷十四風虛驚悸第六之大鎮心丸不同。乃其名曰大鎮心丸。且其主治。為主諸癩醫所不救七字。其名其主治。適與千金方方後之注所謂千金翼名大鎮心丸者合。然則外臺所引者。亦千金翼。而非千金也。古本翼方。必有此丸。名曰大鎮心丸。而不名虎睛丸。特今本逸之耳。王燾輯外臺時。翼方此丸未逸。故直引之曰。千金翼

大鎮心丸。而今本外臺於千金下脫一翼字也。林億校千金時翼方此丸凡亦未逸。故注曰。千金翼名大鎮心丸。今千金注所不療上脫一醫字。宜據外臺增入。救與療其義同也。又按此鎮瘧。

27. 鼈甲湯 治邪氣夢寐寤時涕泣。不欲聞人聲。體中酸削。乍寒乍熱。腰脊強痛。腹中拘急。不欲飲食。或因疾病之後。勞動疲極。或觸犯忌諱。衆諸不節。婦人產生之後。月經不利。時下青赤白。肌體不生肉。虛羸瘦。小便不利。或頭身發熱。旋復解散。或一度交接。彌日困極。藥皆主之方。白薇下注曰。一作白芷。(卷十四風癩第五)

★按此鎮瘧鎮痛。

28. 治發熱氣上衝。不得息。欲死。不得臥方。(卷十七積聚第五)
千金翼熱下無發字。檳榔下無人字。(卷十八胸中熱第五)

★按此解熱下氣。

29. 治九種氣欬欲死百病方 薤花下注曰。一作芫花。(卷十八欬嗽第五)

外臺 引千金。薤花作芫花。(卷九九種欬嗽方)

★按此治欬。

30. 白薇散 (卷二十二癰疽第二)

★按此十九味。治瘡毒。

31. 升麻膏 論曰。丹毒一名天火。肉中忽有赤如丹塗之色。大者如手掌。甚者徧身。有癢有腫。无其定色。有血丹者。肉中腫起。癢而復痛。微虛腫。如吹狀。隱軫起。也有雞冠丹者。赤色而起。大者如連錢。小者如麻豆粒。狀肉上粟粟如雞冠肌理也。一名茱萸丹。有水丹者。由徧身熱起。遇水熱搏之。結丹。晃晃黃赤色。如有

水在皮中。喜著股及陰處。此雖小疾。不治。令人至死。治之皆用升麻膏也。白薇下注曰。肘後作白斂。（經心錄無枳實以治諸毒腫）（卷二十二丹毒第四）

★按後藤敏翻元刻本。无其定色作無定色。

外臺祕要 引千金，蛇御枳實各二兩。梔子八二十枚。（卷二十四癰疽方）

又 引經心錄。療諸毒腫。白薇作白斂。（卷三十惡腫一切毒瘡腫方）

★按此即千金方方後注所云經心錄方也。今觀其方。仍有枳實。而千金注乃云無枳實。何耶。所見本不同耶。又按經心錄方與白薇無涉。以千金注故。次於此。

又 引千金論。丹塗下無之色二字。偏身作竟身。有癢有腫作癢微腫。無无其定色四字。有血丹者作又白丹。肉中下無腫字。癢下無而復二字。吹下無狀字。也有作亦有。雞冠丹下無者字。赤色而起作赤起。錢上無連字。豆粒下無狀字。無肉上粟粟四字。如雞冠肌理也作如雞冠上澀。茱萸丹作茱萸火丹。水丹下無者字。偏體熱起作體熱。水在皮中。作水在中。股作腹。升麻膏也作升麻膏方。黃芩用三兩。梔子用二十枚。（卷三十丹毒方）

★按此治瘡毒。

32. 治飲酒房勞。虛受熱。積日不食。四月中熱飲酒不已。酒入百脈。心氣虛。令人錯謬失常方。茯神下注曰。外臺作茯苓。（卷二十五卒死第一）

外臺祕要 引千金。四月中熱作四體中虛熱。入百脈上無酒字。茯苓下注曰。一云茯神。（卷三十一飲酒積熱方）

又 引古今錄驗。名雞心酸棗湯。療飲後陽多。腎虛發熱。積日不食。胃中虛熱。飲食不巳。氣入百脈。心藏虛甚。令人失常法。多雞心一味。爲十一味。(卷三十七飲酒發熱諸將候息補餌論并法)。

★按此方案中積日不食。與飲食不巳。自相反背。

千金翼方中有白薇之處方

33. 瀉脾圓 主毒風在脾中。流腫。腹滿。氣短。食輒防響。不消。時時微下方。(卷十五補五藏第四)

外臺祕要 引千金翼防響作響響。(卷十六瀉脾丸主脾氣不調及腹滿方)

★按此治腹滿短氣。

34. 大棗湯 主虛煩短氣。氣逆。上熱下冷。胸滿方。(卷十八壓熱第六)

★按此下氣。

35. 白薇散 主虛煩方。(卷十八壓熱第六)

★按此五味。與前異。

36. 小桂枝圓 主胃中冷。虛中醋咽。婦人產後寒中。腹內雷鳴。吞酸。飲食不消方。(卷十九飲食不消第七)

★按此所述病候。乃胃分泌過多也。

37. 五石烏頭丸 治男子五勞七傷。諸積冷。十二風痺。骨節沉重。四肢不舉。食飲減少。羸瘦骨立。面目焦黑。時時或腹內雷疹。膀胱常滿。或下青黃。輕時不止。婦人產後惡血不盡。腹內堅強。諸勞少氣。百病間發。或時陰腫。或卽脫肛。及下出疼痛方。(卷二十二飛鍊研衮五石及和草藥服療第二)

★按此爲三十四味。千金卷十一。堅癥積聚第五。亦有五石

烏頭丸爲三十二味。(二十一)藥味主治與此不同。故別列之。又按此鎮痛。

38. 療痔方 (卷二十四腸痔第七)

外臺祕要有白薇之處方

39. 小品秦皮湯 療毒病銜眼忽生赤翳或白或腫。膚起或赤痛。不得視光。痛入心肝。或眼外浮腫如吹。汁出。生膜覆珠子方。方後曰。若熱盛者。可加芒消二兩。(一方加蕤人一兩。梔子人半兩。)(卷二傷寒攻目生瘡兼赤白翳方)

★按此鎮痛。

40. 許仁則白薇等十味丸 凡天行病差後。準常合漸健能行履。遂過限不堪起動。體氣虛羸。每覺頭痛。唇口乾。乍寒乍熱。發作有時。或雖能行動運轉。然每作時節。有前狀者。名天行後不了了。有此宜合地骨白皮等五味飲子。白薇等十味丸方。又曰。若服地骨白皮等五味飲子。不可。雖可。不能全退。宜合白薇等十味丸方。(卷三天行差後勞發方)

★按此解熱。

41. 古今錄驗知母解肌湯 療溫熱病。頭痛。骨肉煩疼。口燥心悶者。或是夏月天行毒。外寒內熱者。或已下之。餘熱未盡者。或熱病自得痢。因虛熱煩渴者方。方後曰。若已下及自得下。虛熱未歇者。除麻黃。加知母。葛根。病熱未除。有夢泄者。可除麻黃。加白薇人參各二兩。(卷四溫病渴方)

★按此解熱。

42. 古今錄驗漏蘆橘皮湯 療冬溫未卽病。至春。被積寒所折。不得發。至夏熱。其春寒解。冬溫毒始發出。肌中斑爛隱瘡如錦文。而欬。心悶。嘔吐。清汁。眼赤口瘡。下部亦生瘡方。方後曰。得下

44. 廣濟通草湯 療鼓脹氣急通草湯方。(卷七心腹脹滿及鼓脹方)

★按此下氣。

45. 古今錄驗楚王瓜子丸 療心腹寒疝。胸脅支滿。食飲不化。寒中腹痛。及嘔痢風瘧。頸項強急。不得俛仰方。(方中無瓜子。未詳方名。)(卷七寒疝腹痛方)

深師芎藭丸 療虛冷。心腹寒疝。胸脅支滿。飲食不消。腹中痛。久痢。頸強。芎藭丸方。(卷七寒疝不能食方)

★按二方藥味全同。惟分量異耳。其主治亦大略相近。故比而次之。此鎮痛消滿。

46. 深師吳茱萸丸 主虛冷。痰癖疝。食不消。心腹痛。氣弱不欲食。虛憊羸瘦。吳茱萸丸方。(謹按別本有此方。元欠五味。按忌法有桃李。即當用白朮。恐後古今錄驗治寒疝積聚。是全力。)(卷七寒疝不能食方)

★按所云古今錄驗方。即(二十二)所謂破積聚烏頭續命丸者是也。此鎮痛。治不食。

47. 許仁則麻黃等十味丸 肺氣欬經久。將成肺痿。其狀不限四時冷熱晝夜。嗽常不斷。唾白如雪。細末稠粘。喘息氣上。乍寒乍熱。發作有時。唇口喉舌乾焦。亦有時唾血者。漸覺瘦悴。小便赤顏色青白。毛聳。此亦成蒸。有此狀者。宜合白前等七味湯。兼有麻黃等十味丸。桑白皮等十味煎。

又。肺氣嗽經久。有成肺癰者。其狀與前肺痿不多異。但唾悉成膿。出無多少。有此病者。於白前湯中加半夏五兩。黃耆三兩。以水一斗。煮取二升八合。於麻黃丸中加黃耆五兩。苦參六兩。芍藥三兩。於桑白皮煎中加黃耆切三升。共桑白皮地骨皮同煎。

又加水三升同煎。

又依前白前等七味湯。雖服覺可。根本未除。宜合麻黃等十味九服之方。(卷九許仁則療欬嗽方)

48. 延年黃耆丸 療風虛盜汗。不能食。腹內有痞。癰氣滿者方。
(卷十二癰及痲癰不能食方)

★按此治不能食。

49. 文仲論傳屍病第三方(卷十三傳屍方)

50. 崔氏五落散 主五勞六極七傷八不足。裏急。胸脅脹滿。背痛頭眩。四肢重。腰脊強。環臍腹痛。小便或難或數。劇者大便去血。欬欬少氣。手足煩熱。臥不能舉起。起行不能久立。有病若此。名曰內極。或生愁憂。恐怖生熱。或飽食飲酒。房室自極。陽氣虛竭。耳鳴消渴。甚則手足浮腫。逆害飲食。名曰內消。五勞七傷。視病所苦。加其藥方。方後曰。藥悉成。又別取牛膝五兩。肉蓯蓉六兩。附子三兩。炮。三物合搗下篩。內諸藥。和令相得。又曰。長肌肉。補不足。久服益氣力。若少氣力。加石斛。消渴加栝樓。止痛結煩裏急。加芍藥。腹中痛。下膿血。加厚朴四兩。炙。四肢酸痛。加當歸。欬欬少氣。加天門冬白薇。一名五若散。(卷十七五勞六極七傷方)

★按欬欬少氣。即前千金鐵精湯之吸吸少氣。(十六)一切經音義曰。吸。古文欬。二形。是吸與欬同。即氣滿。呼吸淺表之候也。今加白薇。是爲白薇治氣滿之證。

51. 崔氏金牙散 療脚氣。……若冷眼毒悶方。(卷十八服湯藥色目方)

★按此無方。或即用下蘇恭四十九味之方。亦未可知。然外臺卷十三江南三十六症方。有崔氏金牙散。爲三十六味。

或即彼歟。若然。則與白薇無涉。以彼方無白薇也。疑不能明。仍次於此。

52. 蘇恭金牙散 方後曰。此藥能冷熱。能虛實。說其功效。卒不盡矣。紫雪方（在金牙方之前）。後曰。下脚氣或熱脹。曾用。不如金牙散良。（卷十八服湯藥色目方）

53. 范汪更生十七物紫參丸 療蠱注百病。癥瘕積聚。酸削骨肉。大小便不利。卒忤遇惡風。臚脹腹滿。淋水。轉相注。殫門盡戶。延及男女外孫。醫所不能療。更生十七物紫參丸方。方後曰。蜂蠶所螫。以塗其上。神良。（一方無蝦蟆。有乾薑四分。）（卷二十八蠱注方）

54. 廣濟白薇丸 療婦人百病。斷絕緒產。白薇丸方。（卷三十三求子法及方）

★按此二十七味與下異。

55. 廣濟白薇丸 療久無子。白薇丸方。（卷三十三久無子方）

★按此二十味與上異。

56. 許仁則第十五產後。血氣不多。通散。當時不甚覺之。在蓐雖小。不和。出則成痼結。少腹疼硬。乍寒乍熱。食飲不為肌膚。心腹有時刺痛。口乾唾粘。手足沉重。有此狀。宜依此方。（卷三十四許仁則產後方）

57. 療熱發胸中痰醋。乾嘔煩熱方。（卷三十八石發兼虛熱痰癆乾嘔方）

★按此解熱治吞酸。

按白薇在本草經。為主暴中風。身熱肢滿。忽忽不知人。狂惑邪氣。寒熱酸疼。溫瘧洗洗。發作有時。在別錄。為療傷中淋露。下水氣。利陰氣。益精。今觀漢唐諸方。多有與本草相符者。又大觀本草序例下。

則列之於治風。大熱。溫瘧。驚邪。目赤熱痛。無子之下。千金翼用藥處方。則列之於治風。傷寒溫疫。長陰陽。益精氣之下。亦與諸方相合。獨治掣癱。治丹毒瘡腫。治欬喘上氣。治癥瘕積聚。治不食。食不消。吞酸諸事。則諸家本草未之及也。今皆爲表出之。以俟實驗家之追試焉。

補 白 二

(貳) 科目時數分配表

(一) 普通科及基礎學類	黨義	36	
	國文	108	
	第一二外國語	270	
	數學	72	
	生物學	276	(講 96 實 180)
	普通化學	204	(講 51 實 153)
	分析化學	136	(講 34 實 102)
	有機化學	136	(講 34 實 102)
	物理學	300	(講 100 實 200)
	總計	1538	
(二) 解剖學類	胚胎學	64	(講 16 實 48)
	解剖學	324	(講 93 實 231)
	組織學	120	(講 30 實 90)
	神經系解剖學	64	(講 16 實 48)
	總計	572	
(三) 生理藥物類	生理學	240	(講 60 實 180)
	生物化學	242	(講 60 實 180)
	藥理學	192	(講 48 實 144)
	總計	672	
(四) 病理類	細菌學	200	(講 64 實 136)
	病理學	300	(講 75 實 225)
	寄生蟲學	96	(講 32 實 64)
	總計	596	

(五) 診斷及內科類	物理診斷學	96	(講 32 實 64)
	實驗診斷學	96	(講 32 實 64)
	內科學	460	(講 160 臨 300)
	熱帶病學	60	
	小兒科學	152	(講 68 臨 84)
	精神病及神經病學	108	(講 60 臨 48)
	皮膚花柳科學	120	(講 40 臨 80)
總計	1092		
(六) 外科類	外科學	416	(講 100 臨 312)
	泌尿科學	40	(講 16 臨 24)
	矯形外科學	38	(講 32 臨 6)
	眼科學	96	(講 48 臨 48)
	耳鼻喉科學	74	(講 32 臨 42)
總計	664		
(七) 公共衛生學	208	(講 80 實 128)	
(八) 婦產科學	180	(講 96 臨 84)	
(九) 放射學	32	(講 16 實 16)	
(十) 法醫學	32	(講 16 實 16)	
(十一) 戰時救護訓練	96	★	
(十二) 體育	◎		

總計——講授2279, 實習2243, 臨床1160, 共計5682。

備考：(1) 依修正學校年學期及休假期規程，除紀念假外，每學期以十八星期，每星期以廿三小時計算，五年共爲五九四〇小時，本表時間總數爲五六八二，尙剩餘三五八小時，以備體育及選科之需。

(2) ▲第四年暑期衛生調查時間在外；★野外演習時間在外；◎體育時間由各校自行酌定，惟須各年成績及格，方得畢業●接生時間在外。

喀痰中之結核菌培養

Die Kultur des Tuberkelbacillus aus Sputum.

上海 東南醫學院 張 効 宗

第三次東南醫學會稿

第一章 序 言

結核菌之分離培養。從來頗難事。但自1909年 Uhlenhuth 氏發表 antiformin 法。遂來一新機轉。次依培養基之幾多改良。Glycerin-eigelbagar 對於結核菌之分離。顯見容易。其後1915年 S. A. Petroff 又報告一新法。即培養基係用氏之特殊培養基。對於喀痰。用苛性鈉液處置之。1924年住吉氏用硫酸水處置喀痰。而培養基係用 Glycerin-kartoffel, 舉良好之成績。1926年 Hohn 氏更行住吉氏法之改良。報告一簡便之方法。後依多數學者之追試。皆得佳良之成績。關於各種培養基及分離培養方法。余欲知其優劣。比較實驗。茲報告其成績於次。

第二章 實驗用之培養基及分離方法

第一節 培養基之種類

(1) Glycerin kartoffel.

1. 馬鈴薯楔之製法。

馬鈴薯附有抵抗最強之芽胞。故先將其表面。用水洗滌後。浸漬於千倍昇汞水中約半時間。再用水充分洗滌之。次用 Korkbohrer 穿取為圓狀。切除其兩端之皮質部。從其中央切為二個之楔形。

2. 將此楔狀薯片。用流水充分洗滌之。若水洗不充分之時。後則成為褐色。

3. 次將薯片浸漬於 0.5% 苛性鈉液 2—4 時間後。充分

水洗。

4. 更在 15% Glycerin-wasser 中。一晝夜浸漬之。

5. 另於滅菌之大試驗管底。置約二橫指長之支柱。注加中性之 4% Glycerin-bouillon 或 4% Glycerin-wasser 於其中。插入馬鈴薯片於支柱之上。綿栓之。

6. 在蒸氣釜中每日一時間三日間滅菌之。

(2) Glycerin-eigelbagar.

1. Glycerin-agar之製法。

先製 2.5% agar, 其反應修正為中性或弱酸性。然後加 Glycerin, 4%, 分注於滅菌試驗管內。在蒸氣釜中。每日 30 分間。三日間滅菌之。

2. 卵黃之採取法。

選新鮮之鷄卵。用水洗滌其外殼。次在千倍昇汞水中 30 分間。更在普通酒精中 20 分間浸漬後。在無菌的操作下。用滅菌紗布拭乾之。割開卵殼。單將卵黃採集於滅菌容器內。用滅菌玻璃棒攪拌之。

3. 卵黃之加入法。

先將融解之 Glycerin-agar, 冷卻至 45—50 度。注加上述之卵黃於其中。而卵黃之加入量約占 Glycerin-agar 之五分之一。在不生泡沫之程度。混和之。立刻凝固為斜面。納入於孵卵器內。一晝夜選其純良者而用之。

(3) Petroff'sche Naehrboden,

1. 取牛肉或馬肉一斤。先用碘酒消毒其外面。次用滅菌庖刀。切除其碘酒塗抹之部分。在無菌的操作之下。秤取 300gm, 用肉攪器細挫之。納入於滅菌 Korben 內。加滅菌水 255cc 及 Glycerin 45cc

(即 14% Glycerin-wasser 300cc)。充分振盪之後。放置於冰室內一夜。用滅菌 Flannel 濾過之。

2. 取鷄卵 7—10 個。依既述之方法。消毒其外殼。在無菌的操作之下。採其內容 (卵黃及卵白) 於滅菌 Korben 內。充分攪拌之後。對於上記之 Glycerin 肉水 100cc, 加卵 200cc, 混和之。

3. 因雜菌殺滅之目的。對於上液 100cc, 加 1% Gentianaviolett 溶液 (Gentiana-violett 0.5gm: abs. alkohol 50cc) 1.0cc。但須徐徐加入。同時振盪之。

4. 用滅菌紗布濾過之。以除去其着色之凝固蛋白質片。

5. 將如此製得之色素混和液。在泡沫不起之注意下。分注於滅菌試驗管內。在血清斜面凝固器內。依次揭之時間。三日間間歇滅菌之。

第一日	85—90 度	40 分間
第二日	80—85 度	40 分間
第三日	75—80 度	40 分間

茲當注意者。血清或卵等之凝固及其滅菌。通常須徐徐加熱。而溫度以不超過 90 度為通則。即由低熱。漸次加熱。達到目的之溫度時。當較規定之滅菌時間。短縮十分間。因溫度從熄火後。在十分間以內。並不低下故也。滅菌後。仍放於凝固器內。以俟翌日之滅菌。若從最起初。用急劇之高溫時。非只來培養基色之污穢。有時由培養基之內部。生氣泡。凹凸甚。則不適於使用。

(4) Hohn 氏培養基。

1. 必須用新鮮之鷄卵。依既述之方法消毒後。在無菌的操作之下。採卵白及卵黃於滅菌容器內。充分攪拌混和之。

2. 對於卵白與卵黃之混和液二分。加新製之 5% Glycerin-

buillon 一分混和之。在泡沫不生之程度。分注於滅菌試驗管內。

3. 在血清斜面凝固器內。依次揭之時間。三日間間歇滅菌之。

第一日	85—90 度	40 分間
第二日	80—85 度	40 分間
第三日	75—80 度	40 分間

如斯製得之培養基。放置於孵卵器內。24 時間後。選其純良者而用之。

茲當注意者。Glycerin-bouillon 當用新鮮之牛肉製之。若用 Liebig 氏肉浸膏。則結核菌集落之發生較遲 2—3 日。且所用之 Glycerin-bouillon。並不檢定其性。加入於卵白與卵黃之混和液可也。

(5) 余之培養基

1. 取磷酸鈣 1.8 gm, Glycerin 12cc 及蒸溜水 100cc, 煮沸一時間後。放冷之。

2. 對於上液一分。加無菌的新鮮卵白與黃卵之混和液二分。充分混和之。

3. 對於此混和液 100cc, 加 1%Gentiana-violet 酒精溶液 0.5 cc, 當在振盪之下。徐徐加入之。用滅菌紗布濾過後。分注於滅菌試驗管內。

4. 在血清凝固器內。依次揭之時間。三日間滅菌之。

第一日	85—90 度	40 分間
第二日	80—85 度	40 分間
第三日	75—80 度	40 分間

第二節 分離用之藥液

(1) antiformin.

余用市販之 antiformin 原液，將其含量稀釋為 15% 而用之。

(2) 4% 苛性鈉液。

此對於滅菌蒸溜水 100cc，溶解苛性鈉 4gm. 而製之。

(3) 4% 鹽酸水。

此用日本藥局方之濃鹽水 4cc，混和於滅菌蒸溜水 96cc 而製之。

(4) 10% 硫酸水。

此用日本藥局方之濃硫酸 10cc，混和於滅菌蒸溜水 90cc 而製之。

(5) 5% 硫酸水。

此用日本藥局方之濃硫酸 5cc，混和於滅菌蒸溜水而製之。

(6) 生理食鹽水。

此於蒸溜水 1000cc，溶解食鹽 8.5gm，滅菌而用之。

第三節 分離培養方法。

(1) antiformin verfahren nach Uhlenhuth.

- | | | |
|----|-----------------|--------|
| 1. | { 咯痰 | 4c.c. |
| | { 滅菌蒸溜水 | 13c.c. |
| | { antiformin 原液 | 3c.c. |

投於滅菌 Korben 內。時時振盪之。在孵卵器內。放置 30 分間乃至一時間。使成等質化。

2. 咯痰等質化後移之於滅菌沉澱管內。用一分間三千迴轉以上之速度。30 分間遠心沉澱之。

3. 棄去上清液。加滅菌生理食鹽水於沉澱物。振盪混和後。再遠心沉澱之。如斯洗滌。當反覆二回。

4. 將最後之沉澱塗布於 Glycerin-eigelb-agar 上各約 3-5 白金耳。用 Paraffin 封鎖綿栓。納入於孵卵器內。

(2) 住吉氏法。

1. { 喀痰 2.0c.c.
 { 10% 硫酸水 10.0c.c.

取於滅菌 korben 內。充分振盪 15—20 分間。使成平等之乳劑。

2. 靜置 30 分間之後。移乳劑於滅菌沉澱管內。用一分間三千迴轉以上之遠心機。遠心沉澱 20 分間。

3. 棄去上清液。加滅菌生理食鹽水於沉渣。振盪混和後。遠心沉澱之。更行同樣之操作一回。即行遠心沉澱凡三回。

4. 將如此洗得之沉渣。塗布於 Glycerin-kartoffel 各數白金耳。用 Paraffin 封閉其綿栓。納入於孵卵器內。

(3) Petroff'sche Verfahren

1. { 喀痰 5c.c.
 { 4% 苛性鈉液 15c.c.

投入於滅菌 korben 內。充分振盪後。在孵卵器內。30 分間放置之。喀痰之溶解不充分時。更在孵卵器內。放置 30 分間。時時振盪之。

2. 由最初起一時間後。將溶解之喀痰。移於滅菌沉澱管內。用一分間三千迴轉以上之遠心機。遠心沉澱 15 分間。

3. 棄去上清液。加 4% 鹽酸水數滴。同時攪拌混和之。用 Lackmus-papier 確定其為中性之後。用滅菌 pipett 塗布於 petroff'sche Naehrboden 上各 3—4 滴。

4. 將綿栓。用 Paraffin 封閉後。納入於孵卵器內。

(4) Hohn'sche Verfahren

此法乃住吉氏法之改良法也。

- | | | | |
|----|---|---------|--------|
| 1. | { | 咯痰 | 2c.c. |
| | | 10% 硫酸水 | 10c.c. |

投入於滅菌 Korben 內，15—20 分間強烈振盪之，使成平等之乳劑。

2. 室溫靜置 30 分間。
3. 移之於滅菌沉澱管內，用一分間三千迴轉以上之遠心機，遠心分離僅五分間。
4. 沉渣並不洗滌，立刻塗抹於 Hohn 氏培養基上各數白金耳。
5. 用 Paraffin 封閉其綿栓，納入於孵卵器內。

(5) 余之分離培養法。

此與 Hohn 氏法完全相同，唯硫酸水係用 5% 液，而室溫靜置時間短縮為 15 分間而已。

- | | | | |
|----|---|--------|--------|
| 1. | { | 咯痰 | 2c.c. |
| | | 5% 硫酸水 | 10c.c. |

投入於滅菌 Korben 內，強烈振盪 15—20 分間。

2. 室溫放置僅 15 分間。
3. 用一分間三千迴轉以上之遠心機，遠心分離五分間。
4. 沉渣並不洗滌，立刻塗抹於培養基上，將綿栓封蠟後，納入於孵卵器內。

第三章 實驗比較成績

實驗比較所採用之咯痰，皆患者之早朝咯痰，先製為塗抹染色標本，鏡檢後始行分離培養，今就其比較成績，作一簡表，則一目了然。

(附表如後)

分離培養法	Antiform法			Petroff 氏法				住 吉 氏 法						
	甘油加卵黃凝漿			Petroff氏基			余之培養基		甘油加馬鈴薯			Hohn 氏基		
培養基之種類	第一回	第二回	第三回	第一回	第二回	第三回	第一回	第二回	第一回	第二回	第三回	第一回	第二回	第三回
實驗回數	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅
喀痰中之檢菌	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅
培養試驗管數	7	5	5	7	5	5	5	5	10	7	5	5	7	5
雜菌混入之試驗管數(分離不可能)	5	3	2	1	0	1	2	1	3	3	1	1	5	2
集落發生試驗管數	2	2	2	6	5	4	3	3	6	4	3	4	2	3
從最初分離培養起，到集落之依肉眼明白認出止，其間之日數及試驗管數。	廿二日——二管，	廿四日——二管，	廿三日——二管，	十五日——六管， (喀痰之等質化稍不完全)	廿二日——二管， 廿四日——二管，	廿六日——一管， 廿八日——二管， 三十一日——二管，	廿七日——三管，	廿六日——二管， 三十日——一管，	廿五日——二管， 廿八日——一管， 三十日——三管，	廿七日——三管， 三十日——一管，	廿六日——一管， 廿九日——二管，	十九日——二管， 二十日——二管，	十八日——二管，	二十日——二管， 廿二日——一管，
集落不發生之試驗管數			1						1	1		1		
集落發生之較早日數	22—23			15—22			26—27		25—27			18—20		

Hohn 氏 法					余 之 分 離 培 養 法										
Hohn 氏 基			余 之 培 養 基		Hohn 氏 基			余 之 培 養 基			甘 油 加 卵 黃 凝 固 劑 (用 生 理 食 鹽 水 二 回 洗 滌)			甘 油 加 馬 鈴 薯 (用 生 理 食 鹽 水 二 回 洗 滌)	
第 一 回	第 二 回	第 三 回	第 一 回	第 二 回	第 一 回	第 二 回	第 三 回	第 一 回	第 二 回	第 三 回	第 一 回	第 二 回	第 三 回	第 一 回	第 二 回
卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅	卅
7	7	5	5	4	5	5	5	5	5	5	7	7	7	5	5
0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	4	4	3	2
7	7	4	3	3	4	5	5	5	5	4	5	3	3	2	3
廿六日——四管，廿二日——二管，	二十日——二管，十七日——四管，十八日——一管，	二十日——二管，廿三日——二管，	廿五日——二管，廿九日——一管，	廿四日——一管，廿六日——二管，	十三日——四管，	十四日——三管，十六日——二管，	十三日——五管，	十九日——五管，	十九日——三管，廿一日——二管，	二十日——四管，	十三日——二管，十七日——三管，	十五日——三管，	十三日——二管，十五日——一管，	二十日——二管，	廿一日——三管，
			2	1						1					
17—20			24—25		13—14			19—20			13—15			20—21	

表中喀痰之檢菌，一視野內菌數在十個以上者，記爲（卅），十個以下五個以上者，記爲（廿），五個以下者，記爲（十），而在未能檢出之時，則用（±）以記之。

第四章 結核菌在各種培養基上發育之長短

取患者之朝早喀痰，製爲塗抹染色標本，測定其長短，然後分離培養於上記之各種培養基上，俟其集落發生，再製塗抹染色標本，測定其長短後，更移植其集落於同一之培養基上，就其發生之菌苔，行菌之長徑之檢測，今將其所得之平均長徑，表示如次。

菌株	喀痰中結核菌之長徑	培養基之種類	第一回分離培養菌之長徑（由喀痰分離培養之菌）	第二回分離培養菌之長徑（由第一次集落移植培養之菌）
1	1.5-2.0u……少數， 3.0-3.5u……多數， 2.0-2.6u……次多數，	Hohn 氏培養基	1.3-2.0u……多數， 2.6-3.5u……少數，	1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……少數， 3.0-3.5u……極少數，
2	1.5-2.0u……少數， 2.5-3.5u……多數， 3.5以上者……次多數，	Petorff 氏培養基	1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……次多數， 3.0-3.5u……少數，	1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……次多數， 2.6u以上者……極少數，
3	3.0-3.5u……多數， 3.5-4.0u……次多數， 1.5-2.0u……少數，	余之培養 基	3.0-3.5u……少數， 1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……多數，	1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……少數，
4	3.0-3.5u……多數， 3.5-4.3u……次多數， 1.5-2.6u……極少數，	Glycerin- kartoffel	2.0-2.6u……多數， 1.5-2.0u……次多數， 3.0-3.5u……少數，	1.5-2.0u……多數， 2.0-2.6u……多數， 3.0-3.5u……極少數，

第五章 結 論

余就各種分離培養方法，行結核菌之比較培養，依上記之成績，antiformin法及住吉氏法在操作中雜菌最易混入，Petorff氏法次之，而Hohn氏法則雜菌之混入最少，且結核菌集落之發生，其最早者，antiformin法需22日乃至24日，住吉氏法需25至27日，Petorff

氏法需 15 日乃至 22 日，反之，Hohn 氏法在 17 日乃至 20 以內見集落之發生，又依住吉氏法處置之咯痰塗抹於 Hohn 氏培養基上，則集落在 18 日乃至 20 日以內，多見發生，是 Hohn 氏培養基又較 Glycerinkartoffel 顯示優良者也，雖然，依余之分離培養法，即用 5% 硫酸水以處置咯痰，短縮其室溫放置之時間，雖咯痰之等質化稍不完全，決無雜菌之混入，却於 13 日乃至 14 日內見集落之發生，是較 Hohn 氏法集落之發生早四五日，且就 Glycerin-kartoffel，甘油加卵黃凝漿及余之培養基，以行比較實驗，亦示余之改良分離法之優點，統而言之，余之改良分離法及卵黃加入之培養基對於結核菌之分離培養，顯示好成績焉，又結核菌在人工培養基上，其長徑概較咯痰中之結核菌為短，但前揭之四種培養基對於結核菌之發育，觀上表，則無大差別耳。

主要參考文獻

1. 細菌學雜誌 147 號。
2. 成醫會月報 44 號。
3. 日本微生物學會雜誌 18 卷 3 號。
4. 結核雜誌 第三卷第一號。
5. 結核雜誌 第六卷第四號，第七卷第七號，第八卷第四號。
6. 中村豐，實際細菌學血清學檢查法 32 頁，85 頁，559 頁。
7. 佐佐木，病原細菌學後編 133 頁。
8. Kolle u. Wassermann, Handbuch der pathogenen mikro-organismen. S. 420, Band V. 1913.
9. Loewenstein, Vorlesungen ueber Tuberkulose S. 27. 1920.
10. The Journal of Experimental medicine. Vol. XXI 1915.
11. Centralblatt fur Bakteriolog. Originale. 1926, 98, S. 460-477.
12. Centralblatt fur Bakteriolog. I. Abt. 1927, S. 498.

類脂體 Sipoids 之卵磷脂 Ovo-lechithin (即蛋黃素) 的試驗與應用卵磷脂製劑之討論

上海五洲藥廠 吳冠民

本試驗端就卵磷脂抽出法與溶劑的應用及各種蛋類中含
量之概況所用原料均係新鮮家禽蛋類之蛋黃部分其他如動物
各器官及植物種子中所含者不涉及之所用抽出法根據前人研
究散見各書爲一溫習之試驗工作也。

(一) 用新鮮雞蛋150只 (計重5736公分)。分離採取其蛋黃
爲1912公分加96%之二烷醇10L.沸浸六小時放冷濾取其液。加
以適量之氫化錫(cdcl_2)醇溶液使溶存於醇浸液中之卵磷脂。完
全結合爲白色之氫化錫卵磷脂 (Lechithin-Cadmium chloride) 沈澱。
靜置一夜濾取其沈澱以冷二烷醇洗淨乾燥後用醚浸去其脂肪。
再溶於熱二烷醇(80%)中乘溫濾過加以碳酸鈣除去其錫鹽。則
液中之卵磷脂分離析出凝集於器底傾去其上清液以冷二烷醇
洗淨洗液併入母液中蒸濃放冷可得再度卵磷脂如此所得之物
質轉溶於氯仿中再以醋酐復使之析出採集後真空乾燥則得微
黃色之厚膠樣塊得量爲75公分 (Bergell 法)。

(二) 再用新鮮雞蛋黃2025公分以五倍量二烷醇佐以機械
的攪動冷浸40小時所得浸液亦用氫化錫等如上法處理所得卵
磷脂量爲83.5公分。

以上二次試驗所得結果品質同樣得量均爲4%左右惟在操
作之際熱浸液之色較濃雜質較多故於錫鹽沉澱洗滌時次數亦
較多而冷浸法時間較久但自始至終均未受熱所得卵磷脂絕無
變壞之虞是爲可取之點也。

(三) 照德國專利特許法 D. R. P. 223593, 以 Ethyl acetate 將蛋黃浸去其脂肪等雜質, 再以 Ethyl acetate 熱浸, 抽取卵磷脂, 冷後析出, 又 D. R. P. 260886 用一烷醇與蛋黃振搖冷浸三小時共二次, 所得浸液, 減壓蒸乾, 再照 D. R. P. 291494 法, 以含水醋酐再添以微量之重碳酸鈉淘洗, 再以純醋酐使之析出, 採集後, 真空乾燥, 又 D. R. P. 261212 蛋黃以五倍量 96% 二烷醇振搖四十八小時, 所得之液, 加以鹽水三分之一容 (對於浸液比例), 使之析出, 採集後, 用 30°C 乾燥之, 以上各法, 以 D. R. P. 223593 試驗成績為最佳, 手續亦較為便利, 因係小量預試驗工作, 故無詳細記載, 茲不過述其梗概耳。

(四) 蛋黃用各種溶劑, 抽取卵磷脂, 轉溶於適量醇中, 再以氫化 O, 如 (一) 法製之, 所得結果, 列表如次。

試料	溶劑	浸出溫度	浸出時間	卵磷脂得量
蛋黃 68gms.	二烷醇 500c.c.	14—16°C.	48小時	4.0gms = 5.88%
蛋黃 68gms.	一烷醇 500c.c.	14—16°C.	48小時	3.7gms = 5.45%
蛋黃 80.5gms.	醚 500c.c.	14—16°C.	48小時	2.6gms = 3.25%
蛋黃 67.5gms.	氫仿 500c.c.	14—16°C.	48小時	4.0gms = 5.92%

本試驗所用四種溶劑, 以氫仿得量為最多, 醇次之, 一烷醇為又次, 醚為最低, 但就操作情形論, 而以醇浸出雜質為最少, 且其浸液可直接加氫化鎘處理, 手續節省, 消費亦廉, 製造上當以醇為浸出劑, 故為一般人所賞用也。

(五) 蛋黃之卵磷脂抽出, 應以二烷醇為溶劑, 冷浸浸出, 加氫化鎘處理精製之, 已由以上各實驗中證明, 茲應用此法, 將各種蛋類抽取卵磷脂, 以比較其含量, 非為製造上實地採用而設計, 乃試驗室中工作之一記載, 有如下表。

試料	溶劑	沈澱劑	錫沈澱量	卵磷脂得量
鵝蛋黃(每只12.7)	二 烷 醇	4%cdcl ₂	2.8 gms	2.24gms =
38.24gms	38.24 × 5c.c.	20c.c.		5.8%
鴨蛋黃(每只28.1)	二 烷 醇	4%cdcl ₂	7.98gms	6.38gms =
115.6 gms	115.6 × 5c.c.	57c.c.		5.5%
鵝蛋黃(每只44.7)	二 烷 醇	4%cdcl ₂	9.4 gms	7.52gms =
134.1 gms	134.1 × 5c.c.	66c.c.		5.6%
鵝蛋黃(每只4)	二 烷 醇	4%cdcl ₂	4.28gms	3.42gms =
76.5gms	76.5 × 5c.c.	38c.c.		4.5%

以上(一)(二)(三)(四)各節抽出之卵磷脂,外觀潔淨,微有黃色,爲軟臘樣塊,有芳香,放置稍久其色轉深,氣味亦變,本製品酒精及氫仿完全溶解,可供醫用製劑之用,曾將該項製品,試製乳劑,糖片劑,香甜水劑,(Elixir)等,倘以適當方法,亦能不加賦形藥,製成丸劑,包以膠衣,外觀美麗光潔,爲一有興味之製劑工作也。

生物界中,含有該項磷脂體者極多,其含量百分率如下。

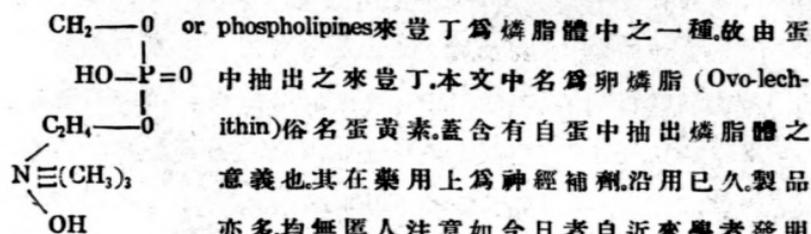
腦——16	腎——8.5	菌類——0.9	麥角——1.7
心——4.5	肺——1.5	蛋黃——12.0	酵母(乾燥)——2.0
肝——4.3	脊髓——11.0	荳——1.2	大麥——0.7
神經組織——17	血球——0.46	蕈子——2.0	小麥——0.6

(乾燥)

查磷脂體所結合之脂肪酸,或爲硬軟脂酸,或爲油酸,每以生物體之不同,其結合之脂肪酸亦互異,其爲植物性者,油酸居多,且其脂肪酸有時爲同一,有時爲二個不同者,故其通用式子如左。

CH₂——00c.R 式中之R R'代表其脂肪酸基也,類脂體 Lipoids

CH——00c.R' 爲其泛名,其含磷者謂之磷脂體, phosphotids



嗎啡慢性中毒患者。體內缺乏是種磷脂體。令服該品。則患自除。此種研究。道前人所未發。非特爲學術上大貢獻。且有益於民族前途。良匪淺鮮。因之磷脂體爲人所歌頌。吾人靜待發展可耳。據近來醫家用本品以治嗎啡慢性中毒。因其劑量頗大。不易服食。久用胃中嫌惡。往往中途廢止。其患依然。有影響學術信用。是爲可憂。此有待藥學者研究製劑。以達使用最終之目的。鄙意藥物之入人體。奏效與否。須視吸收。服用是種賦性物質。吸收上必感極度困難。故雖服大量。其奏效或係其一小部份。亦未可知。故欲求量小而奏效迅速者。莫善於注射。一般藥物如此。尤以難於消化如磷脂體者爲最宜。查磷脂體非特難於消化。且易分解。倘遇鹼性爲尤甚。又查脂肪樹脂等藥。在水中不易溶者。服用困難。消化不易。故於製劑術中。對於該項藥物。預先施以消化工作。爲胃代勞。常爲乳劑。以授患者。今磷脂體雖非脂肪。其在胃中緩滯情形。頗與油類相似。若非施以人工消化。即難達完全吸收之目的。蓋乳劑工作。爲人工消化之一。即以難溶化物質。使成極細分子。混吊於液狀劑中。成膠質現象。使用便利。吸收較易。是其優點。故服用原質。不如服用乳劑。服用乳劑。尙是緩慢。不如注射乳劑爲直捷奏效。未知應用者以爲如何？

更有進者。近日爲戒烟目的之磷脂體。製劑成分極少。雜質極多。查是類製品。其原料運自國外。爲提自廉價之植物種子。每廷只售二元許。據其來樣說明。爲含有 70% *Lechithin* 之粗製原料。可供

工業上如糖菓、人工乳油、鞣皮、肥皂等製造之用。國人不察，悉以運入，加以賦形藥，成劑橫銷。在上者提倡，羣衆而百和之，以致患者服用該品後，而起消化障礙。反不如直用國產蛋黃粉，爲益多多。蓋蛋黃粉爲含有15%以上之磷脂體。據本人試驗結果，蛋黃粉如照D. R. P. 223593 除去脂肪及 Cholesterin，爲含35—40%磷脂體之微黃粉末，氣味芳香，比乳粉尤爲易服。國人曷勿試之！

二四年五月二十日作者記於五洲製藥廠設計部研究室

杭州泰華藥房

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

附設華豐紗布藥棉廠自製紗布，藥棉，繖帶，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

綜 說

毒氣中毒之症狀及療法(續)

東南醫學院 湯 蠡 舟

毒氣中毒之症狀

第一。窒息性毒氣中毒之症狀 吸入較濃之本劑時有固有之刺戟臭味。惟在極淡時則無上述之臭味。祇因刺戟知覺神經而發生眼之灼熱感。咽頭乾燥。咳嗽。頸部搔痒等。有時惹起惡心。嘔吐。眩暈等症狀。然大多無上述之症狀。經數時間後突然發生嚴重之肺水腫症狀。中毒之程度當然依乎毒氣之濃度。時間之長短。惟中毒者之潛伏期雖無他覺的變化。醫師亦應充分注意。潛伏期極短。經數小時後即現中毒症狀。先在胸骨部發生灼熱性疼痛。呼吸逐漸頻數。由40增至80。皮膚由藍赤色變成強度之紫藍色。從口鼻腔吐出淡黃色泡沫。意識尚清。在打診上肺之境界擴大。心臟之真濁音界完全消失。肺緣之移動性亦消失。在聽診上全肺有極小之衰沸性水腫性水泡音。咯痰量逐漸增加。紫藍色程度亦漸增加。因高度之呼吸困難而中毒者。呈呻吟苦悶狀態。其結果。則為體液充滿肺部而窒息。有時肺壁破裂。空氣侵襲組織。發生氣腫。此種氣腫常由頸部延至軀幹之皮下。成為水泡性及間質性氣腫。

體溫常在38°左右。升至39°以上者極少。如併發肺炎。氣管支肺炎者。當然發生合併症之各症狀。如體溫之上昇等。

脈搏在輕症之初期無變化。後漸細小。不正。以至不易觸知。脈

搏數漸增至 160—180。打診上右心擴大。聽診上心音清晰。

鑑別診斷。與結核性吐血之鑑別。則本劑中毒者之咯痰含有大量之蛋白質而成泡沫性。其他則因酸素缺乏而呼吸淺表且頻數等。與一養化炭及麻醉性毒氣之中毒之鑑別。則因意識毫無障礙而不同。

預後。判定本劑之預後極不易。肺水腫之極期常在吸入後第三四日。在此時期之死亡率約達 85%。從第五日後激減至 5%。預後判定上之最要事件為毒氣吸入後之態度及其處置。如有吸入毒氣之可疑者至少須絕對安靜 5—8 小時。

第二。潰爛性毒氣中毒之症狀。吸入強濃度之本毒氣。或有強濃度之本毒氣之液體。侵襲身體之大部或重要器官時則進行迅速。然在戰場上所見者大都為漸進性而經過緩慢。常經數週或數個月後始陷於重態。實為其特徵也。侵襲呼吸器時。先起變化於上部氣道。逐漸蔓延至深部氣管支。而陷中毒者於不起。其經過非常緩慢。而在初期並無危險症狀。故在中毒者之收容所中。不若窒息性毒氣中毒者之有苦悶不安等之急性肺水腫之症狀。而大多數是無慾狀態。幾如重症傳染狀之集團。惟有時亦有犬吠性咳嗽而已。

潛伏期。不論本劑為氣體或液體。侵襲皮膚。肺。眼後。須經相當之潛伏期。方呈一定之症狀。如侵襲皮膚時。在十五分內外。先將本劑完全吸收。而毫無疼痛及其他感覺。經數時間後。纔呈下述之初期症狀。

初期症狀。局部發生發赤。腫脹。有痒感。後生水泡。最後形成潰瘍。然其經過並無一定。蓋依毒氣之作用程度及個人之素因與局部之反應性而不同。故在臨床上。祇能分為輕症與重症二類。

輕症。皮膚呈輕度之紅腫，眼結膜亦呈炎症，咽頭發赤而聲音啞嘶，在咳嗽與嚥下時發生疼痛，如斯輕度有時亦能變成重症。故預後不易診斷，並且輕症之治癒亦甚困難，常需數週間之治療。

重症。不特有皮膚、呼吸及眼之局所變化，且有全身變化，在皮膚發生疼痛，鼻腔分泌鼻汁，眼臉有高度浮腫，顏面因發熱而有潮紅且呈浮腫狀，有胃痛，病人極感倦怠，食思缺乏而感無慾狀態，惟呈意識溷濁者極少。

皮膚。本劑之蒸氣侵襲皮膚後，經數時間局所發生紅腫，初成斑點狀，後成蕁麻疹樣，或更擴大而蔓延，且有頑固之癢痒，外表皮呈落屑狀而脫落，然如此病變不及深部，能於比較的短時日內不留後遺症而治癒。

本劑如為液狀時，則於侵襲局部發生紅腫，經數日而成水疱，此種水疱大都發生於發赤部之周緣，初成線狀，待膠樣之內容液逐漸增量，不特發生劇痛，且成一大水泡，同時發赤部位亦逐漸增大，水疱亦因增大而破裂，遂成潰瘍，此種潰瘍溼潤而易出血，表面有惡臭之膿汁而不易治癒，潰瘍底面常有壞死組織片剝離，一時似有治癒傾向，忽然又能化膿，常須經過數個月後方能全部治癒，新生之皮膚固有褐色色素沉着，極易分別，局部非常過敏，而易生溼疹及癩等。

皮膚變化非常複雜，大部可分為下列各種 1. 單純性紅斑型。 2. 着色性剝脫型。 3. 溼疹型。 4. 浮腫性水疱形成糜爛型等種種。化膿者極少，大都由潰瘍之細菌傳染而起。

本劑尚有特殊之接觸感染，如以已受本劑侵襲之手指等接觸面部陰部或其他皮膚時，被接觸部位發生同樣之皮膚變化，常由用具、繃帶等感染至看護人，實驗時每以水疱內容塗布在家兔

角膜則發生陽性反應者祇有5%。如由患眼分泌之眼淚流至頰部鼻部則局部發生皮膚炎或竟形成潰瘍。因本劑附着在彈片而侵入創面時常呈極著明之症狀。更因深深達性而移行在血液中

本劑之眼症狀較他種毒氣之眼症狀為著明。作用後數時間即有初發症狀。輕症者祇覺催淚及不快之異物感。重症者有劇烈之灼熱感。疼痛。落淚及羞明。以至完全不能開眼。且有高度之眼臉腫脹。而陷於與盲目同樣之狀態。同時有結膜發赤。角膜混濁。瞳孔及調節器之痙攣。頭痛。眼痛等著明之症狀。分泌物粘稠而呈黃色膿樣。眼臉緣呈創面。二眼臉癒着而結痂皮。如斯重症經四—五日而達頂點。以後逐漸輕快。角膜混濁消退。發赤腫脹輕減。大都無癢痕及後遺症而治癒。然治療不得其當時亦至失明。

呼吸器之變化初無著明症狀。祇在上氣道有加答兒症狀。咽頭部瘙癢。有咳嗽聲音啞嘶以至不能發生。其他有粘性喀痰。粘稠混血性鼻汁。口唇緣及鼻孔因生痂皮而密閉。最後因鼻及咽頭粘膜之炎性腫脹。氣管內義膜形成而發生呼吸困難。以至變成各種之氣管支炎及肺炎。如得外界之傳染則症狀更為危險。有發熱。食慾不振。全身衰弱等重症症狀。遂至死亡。

本症之轉歸與窒息性毒氣中毒者之轉歸不同。後者中毒後之死亡率極大。經數日後即行下降。惟在前者則不同。死亡率之曲線並無著明上下。蓋中毒後常能遷延至數月之久。並且常因各種慢性後遺症而致全生涯不能恢復健康。

第三. 刺戟性毒氣中毒之症狀 空氣中含有最小濃度之本劑之浮遊粒子時對於眼及呼吸器已有劇烈之刺戟作用。被害者發生劇烈之咳嗽。眼內覺有砂樣異物感而流淚。遂陷於盲目同樣之狀態。從鼻及口腔流出大量之分泌物。全身各處均感疼痛。尤其是

前額部、耳、顎、齒牙、胸骨部發生疼痛。而被受害者遂失理性。舉動若狂。以至喪失心神。初期有惡心、嘔吐、眩暈、步行不能、指頭有蟻走感。全身戰慄、流汗等病狀。雖在輕症亦呈上述重症症狀。如在重症則慘狀更甚。

吸入本劑之大量時發生窒息性毒氣中毒同樣之症狀。如急性中毒性肺水腫之症狀。對於皮膚之作用。其強度與合併症均不若潰爛性毒氣之利害。故用適當之治療後極有治療之傾向。

第四。其他之神經中毒毒氣。與血液中毒毒氣之二種。在歐大洲戰時均未遇過從略。

補白三

(叁) 各學年科目時數分配表

第一學年	黨義	36
	國文	108
	外國語(一二種)	270
	數學	72
	物理學	300
	化學(普通及分析)	340
第二學年	戰時救護訓練	32
	學年總時數	1158
	生物學	276
	有機化學	136
	解剖學	324
	組織學	120
第三學年	胚胎學	64
	神經系解剖學	64
	生物化學	108
	戰時救護訓練	32
	學年總時數	1124
	第三學年	生理學
生理化學		132
藥理學		1192
細菌學		200
病理學		300
寄生蟲學		96
第三學年	戰時救護訓練	32
	學年總時數	1192

第四學年	物理診斷學	96
	實驗診斷學	96
	內科學	230
	外科學	312
	熱帶病學	60
	精神病及神經病學	108
	小兒科學	76
	皮膚花柳科學	66
	放射學	32
	學年總時數	1076
第五學年	內科學	230
	外科學	104
	小兒科學	76
	皮膚花柳科學	54
	婦產科學	180
	公共衛生學	208
	眼科學	96
	耳鼻喉科學	74
	泌尿科學	40
	矯形外科學	88
法醫學	32	
學年總時數	1132	
第六學年(實習)	內科(包括小兒科精神病科皮膚花柳科等)	四個月
	外科(包括泌尿科矯形外科眼科耳鼻喉科等)	四個月
	婦產科	一個月
	公共衛生	一個月
	假期	一個月
總計	十二個月	

補 白 四

(肆) 每週課目時數分配表

	第一學期	第二學期	
第一學年	黨義.....	1	1
	國文.....	3	3
	外國語〔第一二種〕.....	6	9
	數學.....	4	0
	物理學.....	6(講2實4)	11(講3實8)
	化學〔普通〕.....	12(講3實9)	0
	戰時救護訓練.....	1	1
	化學〔分析〕.....	0	8(講2實6)
	總 計	33	33
	第二學年	生物學.....	16(講5實11)
有機化學.....		8(講2實6)	0
解剖學.....		6(講2實4)	12(講3實9)
組織學.....		0	7(講2實5)
胚胎學.....		0	4(講1實3)
神經系解剖學.....		0	4(講1實3)
生物化學.....		0	6(講2實4)
戰時救護訓練.....		1	1
總 計		31	34
第三學年		生物學.....	14(講3實11)
	生物化學.....	8(講2實6)	0
	藥理學.....	11(講3實8)	0
	細菌學.....	0	12(講4實8)
	病理學.....	0	17(講5實12)
	寄生蟲學.....	0	6(講2實4)
	戰時救護訓練.....	1	1
總 計	34	36	

與 四 學 年	物理診斷學.....	6(講2實4)	0
	實驗診斷學.....	6(講2實4)	0
	外科學.....	6(講2實4)	7(講2實5)
	內科學.....	8(講2實6)	10(講2實8)
	熱帶病學.....	4	0
	放射學.....	2	0
	小兒科學.....	0	4(講2實2)
	皮膚花柳科學.....	0	4(講2實2)
	精神病及神經病學.....	0	6(講3實3)
	總 計	32	31

第 五 學 年	內科學.....	8(講2實6)	5(講2實3)
	外科學.....	3(講1實2)	3(講1實2)
	小兒科學.....	5(講2實3)	0
	皮膚花柳科學.....	3(講1實2)	0
	泌尿科學.....	3(講1實2)	0
	婦產科學.....	7(講3實4)	3(講1實2)
	畸形外科學(臨床 時數包括在講 時數內)	3	0
	公共衛生學.....	0	12(講5實7)
	眼科學.....	0	6(講3實3)
	耳鼻喉科學.....	0	5(講2實3)
法醫學.....	0	2(講1實1)	
總 計	32	36	

附註：此表係按學期十八週計算，但各科應授時數可依照“課目時數分配表”，及“各學年時數分配表”，核計，分週教授，不必致足十八週。如在第十六週某課時數已足，即可停止教授，舉行考試

譯 述

M N 式新血液型與親子之鑑別

醫學博士中館久平著

上海自然科學研究所洪榆元譯

三十餘年前 Wien 大學 Laudsteiner 氏發見人類血液有血型以來國內外學者均努力繼加研究。所得的結果。是知道人類血液有 A. B. AB. O. 四種血型。其基礎的研究。及實地的應用。均有顯著的進步。例如。重症患者施行輸血時。檢查血型之後。可得適合的給血者。防止反應症狀的發生。法醫學上個人關係的調查。如殺人案發生時。凶器或其他物件上附着的血痕。由血型的檢查。可以鑑定是否犯者的血液。親子的鑑別。為從來所視為不可能者。亦可根據血型及 Mendel 氏遺傳法則成為可能。其他在人類學上亦應用之。當一九一八年 Hirschfeld 氏調查 Macedonia 地方所集十六國兵士的血型。謂 A 型 B 型出現率之比。因人種之不同大體各有一定。某人種學者謂此比率為人種係數。在世界人種由此係數值可分類為三乃至六種。例如比值較 2.0 大者為歐洲型。1.3—2.0 為中間型。1.3 以下為亞洲及非洲型。日本人屬中間型。其出現率 A 型最多佔十分之四。O 型十分之三。B 型十分之二。AB 型十分之一。

欲說明血型如何決定之前。不得不先就血液凝集反應一言。今假有 X 人之血液。當加於 Y 人之血清時。赤血球仍平等混在。但加於 Z 人之血清時。赤血球集團成小顆粒狀。此即 Z 之血清對

X之血球凝集。Y血清不凝集。Z之血清中有凝集X血球之有效成分稱為凝集素。X血球中有被Z血清凝集物稱為凝集原。凝集原與凝集素之間所起反應稱為凝集反應。

關於血型之遺傳問題。目下一般所信者。為一九二四年及一九二五年 Feinstein 氏及古畑氏所發表之說。如第一表。例如兩親均為O型。其子亦為O型。兩親均為A型或A型及O型時。其子為A型或O型。

第一表 (O AB AB 式血型之遺傳, (Bernstein 氏及古畑氏))

兩親血型組合	OXO	AXA AXO	BXB BXO	AXB	ABXA ABXB	ABXAB
子的血液型	O	A.O	B.O	AB.ABO	B.A	AB.B.A

如上表親子之鑑別大體已成可能。由此當子的血型及父或母的血型明瞭時。可知道母或父的可否定的血型。如第四表。

第二表 O.A.B.AB式親子鑑別表

父或母	O	A	B	AB
O	AB	AB	AB	O.A B.AB
A	O.B	-	O.B	-
B	C.A	O.A	-	-
AB	O.A B.AB	O.A	O.B	O

例如。子型O型。其父或母亦為O型時則其母或父為O。A.B.中之一型。而無AB型者。又子為B型。其父或母為A型時。則其母或父當為B型或AB型者。不應為O型或A型。

如此試檢多數人之血球及血清之凝集反應。得分為四型。

第三表 (O.A.B.AB. 式血液型)

AB 型	B 型	A 型	O 型	血 清 / 血 球
(-)	d	b	db	
-	-	-	-	(-) O型
-	+	-	+	A A型
-	-	+	+	B B型
-	+	+	+	AB AB型

即 O 型血液其血球無凝集原其血清有 a, b 凝集素

A 型血液其血球有 A 凝集原血清有 B 凝集素。

B 型血液其血球有 B 凝集原血清有 A 凝集素

AB 型血液其血球有 A 及 B

凝集原血清無凝集素。

凝集原 AB 能與凝集素 AB 交互結合即例如 A 型血液與 O 型 B 型起凝集反應與 A 型及 AB 型不起反應又 O 型血液與任何型不起凝集反應 (第三表)。

茲述血型決定法先將 A 型 B 型標準血清滴置載物玻片上取被檢者耳殼血液一滴與標準血清混合此際與 A 及 B 均不起凝集反應者為 O 型與 A 型血清不起凝集與 B 型起凝集者為 A 型與 A 型血清起凝集反應與 B 型則否者為 B 型 A 型 B 型均起凝集反應者為 AB 型如第四表。

第四表 (O.A.B. AB 式血型決定法)

B 型	A 型	血 清 / 血 球	
A	B		
-	-	(-)	O 型
+	-	A	A 型
-	+	B	B 型
+	+	AB	AB 型

以上所述為 AB 式血型以下開始就主題 MN 式新血液型言

之此爲一九二七年 Laudsteiner 氏最初發表。現爲一般所信用者。

在 AB 式稱爲無疑集原之 O 型其中實尙有 M.N.MN 三種凝集原。A.B.AB 型亦均如此。有 AM. AN. AMN. BM. BN. BMN. ABM. ABN. ABMN. 三種凝集原。將 AB 式四種血型分類爲十二型如第五表。

MN 式血型遺傳。根據 Mendel 法則與 AB 式者同樣。從已知血型之兩親。可知其子可得的血型。及不可得的血型。如第六表。

又同樣母親及子之血型明白時。可知父親不可得的血型。(即否定的血型) 如第七表。

第五表 (MN 式新血液型)

血 球	血 清	M 型	N 型
		M	N
O 型	M	+	-
	N	-	+
	MN	+	+
A 型	M	+	-
	N	-	+
	MN	+	+
B 型	M	+	-
	N	-	+
	MN	-	+
AB 型	M	+	-
	N	-	+
	MN	+	+

第六表 (MN 式血液型之遺傳)

兩親血型組合	子可得的血型	子不可得的血型
MXM	M	N.MN
NXN	N	M.MN
MXN	MN	M.N
MNXM	M.MN	N
MNXN	N.MN	M
MNXMN	M,N,MN	-

第七表 MN 式血型與親子鑑別 (由母子血型否定父之血型)

母親的血型	子的血型	可否定的血型
M	M	N
M	MN	M
N	N	M
N	MN	N
MN	M	N
MN	N	M
MN	MN	-

今就 MN 式親子鑑別。引例以說明之。假有夫妻及子三人。其

血型在AB式均屬O型MN式爲M, N, M.

夫 O (AB式) M (MN式)

妻 O (,,) N (,,)

子 O (,,) M (,,)

試問該子是否該夫妻間所生之眞子。在AB式不明瞭。MN式見第六表M及N不能生得M子。該子非該兩夫妻間所生之子。甚明。

又假有下列情形時。

夫 O (AB式) M (MN式)

妻 A (,,) M (,,)

愛人A (,,) N (,,)

子 A (,,) MN(,,)

如上情形。夫及妻或夫及愛人在AB式均爲O×A其子A究爲誰倆間所生不能明瞭。然MN式夫及妻爲M×M其子當爲M。此子爲愛人所生甚明。

又再舉一例其情形如下。

夫 (O (AB式) M (MN式)

妻 (O (,,) M (,,)

愛人 (AB(,,) MN(,,)

長男 (O (,,) M (,,)

長女 (O (,,) M (,,)

次女 (A (,,) M (,,)

此種情形。夫妻在AB式爲O×O。其子必爲O型。其次女A爲夫與愛人O×AB間所生甚明瞭。在MN式則M之子爲夫妻M×M,及夫與愛人M×MN間均可生得者。不能加以鑑別。故MN式不

能鑑別時。AB式可鑑別者有之。兩法均不能捨其一。須兩者併用。其能率亦倍增。

最近之研究肝臟脾臟等之組織液。亦與血液同樣有特異性。又唾液。尿。胃液亦有型的特異性云。然唾液之特異性。有時並不明瞭。惟亦有遺傳性。

以上所述。以血型鑑別親子。在日本尙少。在歐洲甚多。大學一日平均有二件。至少每日有五十件。大部份爲私生兒認知事件。在日本今後此種事件有否增加之傾向。可加考慮。

(原文載東京醫事新誌 2905號)

補 白 五

醫藥專科學校暫行課目表

(一) 說 明

1. 本課目表自廿四年度起全國各醫學專科學校一律試行
2. 各科教材大綱由部另行發交各醫校參攷研究於一年內由各核校呈述具體意見以供參考
3. 課目時數分配表中各課目之講授實驗及臨症各時數得按當地情形酌量伸縮但伸縮範圍以百分之二十爲限並須呈經本部核定
4. 基礎及臨床各學科內應儘量灌輸預防醫學及公共衛生觀念以符治療與預防並重之原則
5. 國文應注重醫學文字教學時間爲一年若欲增加卽作爲補習性質
6. 學生普通化學程度不夠者應予補習
7. 教學應注重統計精神病及神經病學應加授心理學
8. 產科學應看產十二次接生四次並應用產科模型指示學生

診 療 知 識

紫 斑 病

上 海 蔡 禹 門

今遇一病人，年二十一歲，男性，其主訴症狀為皮膚出血，癱瘓，質斯樣關節痛與腫脹。

家族史及現病前既往症 父死於腦溢血，長兄死於黃疽，母及其他同胞均健在，無一人曾患與病人相同之疾病，本人十一歲時，生急性肺炎，餘無他病。

現病既往症 去年十一月中旬，曾患扁桃腺炎，即治愈。至月杪，忽惡寒發熱，肘膝關節痛與腫脹，用溫罨法即輕快。十二月三日，食麵後少時，發劇烈之腹痛，同時惡心，繼以嘔吐，數小時後，排出煤膏狀之便，翌晨，於兩側之上眼臉及膝關節部，現多數赤色之疹，嗣後及於下肢全部，散在性逐漸增加，關節痛再現，腹痛亦不止，以是於五天前，以上述之主訴症狀來住院。

現病 體格中等，營養良，體溫三十七度六分，脈搏頻數，一分鐘百至，皮膚及粘膜並不蒼白，兩側眼臉輕度腫脹，現出血斑，結膜充血，舌乾燥有厚苔，懸壅垂亦得證明出血，而齒齦無變化，腹壁及四肢尤其是伸側，有多數之帽針頭大出血斑，色鮮紅，亦有暗褐色，兩側之手關節，肘關節，膝關節均腫脹，有壓痛，胸骨及他處無敲打痛，胸部臟器無異徵，腹壁有輕度緊張，滿腹有壓痛，下腹部尤甚，肝腎脾均不能觸及，四肢之知覺運動障礙均無，膝蓋腱反射正常，一 Rumpel Leede 氏現象陰性。

入院後之檢查成績

尿 濃厚。酸性。蛋白質及糖陰性。沈渣中無病的異狀。

糞 暗赤黑色。煤音狀。血液反應強陽性。虫卵無。因吐物中無血液。得以證明。可想像為腸出血。

血液 赤血球數六〇〇萬。白血球數九八〇〇。血色素(Sahli)一〇〇%。血色素係數〇。八。血小板數三〇萬。赤血球及白血球之形態變化。不能證明。

赤血球沈降反應 (Westergren) 二五・〇 (一小時) 五'五・〇 (二小時) 一〇四・〇 耗 (二十四小時) (增進)

凝固時間。四分一五抄。血液粘稠度七。

赤血球抵抗 (食鹽水) 〇・五〇—〇・三〇%

比重全血一〇四二 血漿一〇二四 血球一〇八〇

血清胆紅質量四六。

華氏反應陰性。血壓最高一二四最低〇九。

就以上他覺的所見。本病人之主要症狀為皮膚及粘膜之出血。血便。(腸出血)及關節痛。與腫脹。而血液所見。無着明變化。據既往症之急激發病之狀況。此種之病。謂之紫斑病 Purpura, Peliosis

Blutfleckenkrankheit 此名向用作原因不明之出血性素因之總稱。由來已久。如本例之皮膚粘膜出血為主症候。有時內臟與其他部份之出血。常與癱麻質斯症狀相伴發。按發病之各種狀態。可疑為急性傳染病。故與重症傳染性疾病如敗血症等所見之續發的出血性素因。不易鑑別者不少。

原因

不明。壞血病與 Barlowi 氏病原於維他命之缺乏。本病人則無此關係。又如血友病。其家族中亦不能證明有曾患此者。有人以為

此病或爲一種自家中毒。因細菌感染與新陳代謝障礙而發生。然尙未能作爲信憑。僅知其與血小板之減少及血管壁之先天性或後天性薄弱有關係而已。

紫斑病之分類及各型之症候

Werlhof 氏一七四五年始有紫斑病之記載。嗣後 Schoenlein, Henoch 氏等續續研究。就本症各種之疾病分類如下。

- 一。單純性紫斑病 (Purpura Simplex) 僅見皮膚出血。
- 二。出血性紫斑病又名威爾霍甫氏紫斑病 (P. haemorrhagica, Morbus Mucosus Werlhofi) 皮膚出血外。有粘膜出血。有時兼有內臟出血。
- 三。癩麻質斯性紫斑病 (Peliosis rheumatica) 皮膚出血外。兼癩麻質斯狀關節痛與腫脹。
- 四。海諾赫氏腹部性紫斑病 (P. Abdominalis Henoch) 上三者症狀之外。兼有高度胃腸症狀。如劇烈之疝痛與頑固之嘔吐。且有胃腸出血。
- 五。電擊性紫斑病 (P. Fuminans) 一般症狀極重篤。二三日卽死亡。

據此等臨症之所見。又更應用血液檢查法精細檢驗。於本病之分類。有著明之進步。傅蘭克氏證明本病病人之血小板非常減少。故命名爲特發性血小板減少性紫斑病。(Essentielle Thrombopenie Essentielle Thrombopenische P.) 葛倫曼氏區別爲威爾霍甫氏紫斑病與過敏性紫斑病 (Anaphylektide P.) 二種。前者與血小板減少症相一致。後者因呈類似血清病之症狀。又有 Schoenlein-Henoch 氏紫斑病之稱。現今一般都分作二型。簡單述之如下。

- 一。特發性血小板減少症 (威爾霍甫氏血小板病)

此病患者比較的不多。發病非常緩慢。間歇的或持續的鼻口腔粘膜之出血。間有子宮腔之出血。消化管腎臟肌肉骨膜亦有出血。主要者為皮膚之出血。現出於軀幹及頭部。皮膚粘膜均蒼白。就血液的所見。續發的貧血變化之外。特有點。為血小板之減少。有達三萬以下者。又有病的血小板之發現。或又有再生不可能性貧血之像者。在輕症則續發性貧血之變化得以證明。外血小板減少不着明。雖見出血時間之延長及血餅收縮性之減弱與消失。然凝固時間則不見變化。

經過慢性。多在數年以上至十餘年。在出血之高度者。因重症貧血而致死。然多數為時時反覆出血之輕症。治愈則困難。

血小板減少症。是骨髓之疾病。或由 Megakaryten 之形成障礙。或由於脾臟血小板破壞之亢進。又有人以為由於血管障礙。然均未能確定也。

就症候的血小板減少症言之。則為一時的發現。其原因是由於刺戟素。尤其是卵巢機能障礙。急性傳染病。毒物藥物之中毒血液疾病等。

二、Schoenlein-Henoch 氏紫斑病（過敏性紫斑病）

此比前症遙多。吾人屢屢遇見之。因其出血部位與程度。而有多種。其以無特別原因。急激見皮膚出血。而出血部位。現於四肢之伸側。為帽針頭至豌豆大之斑點。初呈鮮紅色。漸變青色褐色。約一星期退色。其間亦屢屢有新發生者。軀幹雖亦有發現。而顏面則甚少。輕者治癒迅速。此謂之單純性紫斑病。其以全身倦惰。消化不良。發熱。癩麻質斯樣症狀等前驅症候而發病。在發病之後。發熱與癩麻質斯樣症狀則多繼續持續。又有初發病時。視蕁麻狀發疹。漸次移行於出血斑者。謂之癩麻質斯性紫斑病。重症皮膚出血頗廣汎。

骨膜肌肉亦見出血，或兼高度浮腫，或又兼胃腸出血時，則有痙攣發作，反復之惡心嘔吐，且排血便，此謂之腹部性紫斑病，間或結膜眼底亦見出血，而血液所見，則無特有之變化，在重症有續發性貧血，又見輕度之白血球增多，腎臟與本病有關，併發腎炎時，有蛋白尿者不少，肝脾變化極少見。

發熱通常初期有之，熱型不定，高熱於患有合併症時多，「福特來爾氏以不能屬於上述二型之症，如無血液變化及全身血管障礙，僅有限局性之病灶者，主張名為多發性局部性傳染性紫斑病。(Plurifok Leinfektioese P.)

診斷及鑑別診斷。

本病人之症狀既與上述各型中之第二型一致之點甚多，故本例可診定為海諾霍氏腹部性紫斑病，與此須鑑別之病，列舉如下。

一特發性血小板減少症 因其發病狀態及血液所見等，鑑別較易。

二老人性紫斑病 此專侵犯老人，由其皮膚血管之變性而成。

三壞血病 此有維他命C 原因的關係，既往症中有齒齦之特有變化及肌肉之出血得以區別。

四血友病 發病的狀態及經過等，雖與特發血小板減少症相類似，而其既往症中之家族的關係及血液所見，得藉以鑑別。

五續發的出血性素因 由於原因的疾病，如血液病腎病。(尿毒症)肝病(黃疸)等着明時，鑑別均容易，然於傳染病尤其續發敗血症時，未必常易，必審察一般狀態及血球形態之變化，觀其經過慎重行之。

豫後

除電擊性紫斑病。取短時間的經過死亡之外。多數良好。然不免再發。以一般狀態與合併症之有無判定其豫後。殊為重要。如本例腹部紫斑病。常不容樂觀。須察其住院後之經過判定之。一般症狀漸次恢復。數日來不見出血糞便之出血反應。亦漸減其度。則其就痊。可以預料。

療法

對於出血。絕對安靜。食物避刺戟性。與以新鮮之菓類及水果。常注意其營養之衰退。如在腹部性紫斑病。則於一定期間禁止食物。注射生理食鹽水林開爾氏液。或以五%葡萄糖液之皮下。注射腹部置冰袋。待稍輕快。與以流動食物。

藥劑則先注目於止血劑。將鈣鹽。濃厚食鹽水阿膠。Clauden等注射或使內服。必要時行輸血法。於腹部紫斑病有效。

儂麻質斯紫斑病。則施行牛乳Caseosan等之皮下注射。貧血則投以鐵劑或強壯劑。

特發性血小板減少症。則投以止血劑。及施行輸血法外。有推賞脾臟摘出者。

五定公司醫藥書報部新編（二十四年七月）華文新醫藥書報目錄現已出版全國醫藥衛生書籍搜羅殆徧凡吾醫藥界同志欲得此項目錄者請向上海北京路二六六號該公司函索當即照寄也

尿 檢 查 法

Untersuchungen des Harns

祖 照 基 (續)

X 尿中之醋醯證明法 Aceton

意義：普通醋醯醋醯醋酸，Beta-oxybuttersaeure。三者稱為醋醯體 (Acetonkoerper)。多出現於重症糖尿病患者之尿中，其他於腸傷寒等熱性疾患，其排泄亦增加。健康人之尿中亦見之，但其量極微。一日之全量不過 10—30 mg。

一. Lieben 氏 碘 仿 試 驗。

被檢尿中過剩加入 Lugol 氏液 (2 gm Jod. Kali 溶解於 10 cc 蒸溜水中，加入 1 gm jodium 溶解後加水使全量成 300 cc) 使成深褐色。次加數滴乃至數 cc 之氫氧化鈉液。若尿中存有醋醯則析出淡黃色之碘仿 (Jodoform) 沈澱。放其固有之碘仿臭。

注意：此碘仿反應雖非醋醯所固有，但其反應極為銳敏。若尿中含有醇及醛類 (Aldehyde) 亦可現同樣反應。故當用上法檢查時，於糖尿病患者之尿中，往往因糖之醱酵，可查見醇之存在。因之發生疑竇，須以次述之 Legal 氏試驗檢查之為佳也。

二. Legal 氏 試 驗

試驗管盛尿 10cc，加新製之 Natrium Nitroprussid 飽和水溶液 3—5 滴，或將其小豆大之結晶一塊溶解於尿中。次加 15% 氫氧化鈉液數滴。若尿中有醋醯，則呈 Rubin 紅色。再過剩加入醋酸，其色必更為鮮明，而呈帶紫紅色。若以餛水代氫氧化鈉液，輕輕重疊於其上，則其反應較為清晰。

注意：此試驗開始所現之 Rubin 紅色，乃因存於尿中之 Kr-

eatinin 之色彩，此現象亦出現於常尿。其次所加過剩之醋酸，在不合醋酮之尿，則 Rubin 紅色完全褪去，反之，含醋酮之尿，其紅色反行增強矣。

按尿中所含之醋酮量大時，雖以上法得直接檢出，然當含量少時，應將醋酮分離後而行試驗，否則不易檢見，茲述其分離法於下：一

一. Hoppe-Seyler 氏醋酮分離法。

尿中加氫氧化鈉液使成弱鹼性，加醚 (Aether) 振盪抽出之，次將醚加水抽取，則成醋酮之水溶液而供試驗。

二. 蒸溜法

取約 50—100cc 之尿，其中加入少量 10% 硫酸或磷酸，使成酸性，將其蒸溜之，就其蒸溜液而行試驗。

三. 簡易蒸溜法

取尿 5cc 於大試管中，煮沸之，則尿中之醋酮與水蒸氣一同濃縮附於管壁，將其內容輕輕由一方捨去，以 1—2cc 蒸溜水洗其管壁，以此洗滌液而行實驗。

XI 醋酮醋酸之證明法 Acetylessigsaeure

意義：醋酮醋酸多見於糖尿病或飢餓等之尿中，又有高熱之患者，尤以急性發疹患者之尿中，常可檢見，但當其出現於尿中時，非單獨存在，殆常與醋酮共同存在，故在臨床上，若尿中，不含醋酮時，無行醋酮醋酸試驗之必要。

一. Gerhardt 氏反應

取尿 5—10 cc 置於試管中，將 10% 過氧化鐵水溶液重疊其上，若含有醋酮醋酸時，兩液之接觸面生紫紅色或赤褐色之環輪。

注意：此試驗所用之過鹽化鐵，須為精良者，絕不可含有遊

離酸。又因內服柳酸、Antipyrin, Phenacetin, 等藥物後,亦現此反應。欲避免此錯誤,可利用醋酐醋酸由熱分解消失之性質,即檢尿對於上述反應呈陽性時,可另取尿數cc煮沸數分鐘,俟其冷卻,再檢本反應。此時若呈陰性或僅呈微弱之反應,則第一次之試驗乃陽性,可斷定尿中含有醋酐醋酸也。

XII 尿中之膽色素證明法 Gallenfarbstoffe

意義：尿中發現膽色素,乃血液中膽色素增加即黃疸病之場合。故有黃疸尿之稱。此時之尿因含多量膽色而呈黃色。尤以其泡沫著明之黃色頗堪注目。蓋不含膽色素之尿縱如何濃厚其泡沫亦不着色也。現於尿中之膽色素主為膽紅質 Bilirubin 茲述其化學證明法於次,一

一. Gmelin 氏證明法

取 2—3cc 稀硝酸於試管中,加入 1—2 滴發煙硝酸,將尿輕輕注加於其上。若尿中含有膽色素時,於兩液之接觸面生數層之色環。所謂 Gmelin 氏彩環,由上方觀之,為藍綠紫紅黃等,其中應注意綠及黃色環。

原理：Gmelin 氏彩環之色素,均為膽色素之酸化產物。即直接接觸於硝酸之部份,被強度酸化生成稱為膽黃褐質(Choletelin)即高級酸化物之黃色素,在硝酸作用最弱之部份生成稱為膽綠質(Biliverdin)即低級酸化物之綠色素,隨其酸化度之強弱,而發生前述之各色素存於兩者之間。

注意：尿中含有多量尿藍母(Indican)時,往往有呈類似膽色素反應者,但須注意 Gmelin 氏彩環中無綠色素。若此試驗僅生赤色環是為靛青(Indigo)之反應,赤褐色環多係尿膽素(Urobilin)也。

二. Huppert-Salkowski氏法

被檢尿中若加石灰水則生多量帶污黃色之沈澱。將此以濾紙濾過。棄其濾液。以水洗滌一二次。將此濕潤之沈渣入於試管。加半管醇 (Alkohol) 再加少量鹽酸或硫酸使成酸性。加熱則呈綠色。

原理：此試驗初加石灰水所生之沉渣乃膽紅質石灰 (Bilirubin-kalk)。加醇使成醇溶液。再加酸則膽紅質遊離。熱之而呈酸化膽綠質 (Oxyd. Biliverdin) 乃溶解於醇而呈綠色也。

注意：以氯化鈣或氯化鋇可代石灰水。若沈澱量少時。可取 100 — 200 cc 之尿行之。并以碳酸鈉使成 Alkali 性為佳。

三. 中山氏法

取尿 5 cc 加入等量之 10% 氯化鋇 (Barium Chloratum) 液。置於遠心器上。短時間分離之。棄其澄清。殘渣中加中山氏試藥 2cc。略溫之。若含有膽色素。則呈美麗綠色或青綠色之液。此着色液若加含有亞硝酸之黃色稀硝酸數滴。則先呈紫藍色。次為紅色。終變為淡黃色。

中山氏試藥：—

發煙鹽酸 Acid, hydrochlor, fumans 1 cc.

過氯化鐵液 Liq Ferri sesquichlorati 1 cc.

醇 Alkohol 100cc

原理：此試驗初由遠心分離之沉渣乃膽紅質鋇 (Birubin Barium)。加中山氏試藥後。因所含之鹽酸使膽紅質遊離。此游離之膽紅質易被過氯化鐵液酸化生成綠色之膽綠質。若酸化漸次增進時。可生膽青質 (Bilicyanin) 之藍色素等。

尚有簡單之膽色素證明法。吾人日常習用者。有氯仿 (Chloroform) 試驗及碘酒 (Tinct, Jod) 試驗之二法。其法如下。

四 氯仿試驗

盛尿於試管中，加醋酸使成酸性，加數 cc 氯仿振盪之短時靜置，則氯仿攝取膽色素，遂黃染沉降於管底。

五 碘酒試驗

取尿 10cc 於試管中，以十倍稀釋之碘酒，沿試管壁輕加入，若尿中含有膽色素，於兩液之接觸面生綠色之環。

此試驗較 Gmelin 氏法為銳敏，且實施簡易足堪推獎。

XIII 尿中之膽酸證明法 Gallen Saeure

意義：現於尿中之膽酸為甘膠酸 (Glykocholsaeure) 及膽磺酸 (Taurocholsaeure) 二者，關於此等尿膽酸之檢索，於黃疸研究上有極重要之意義，近來此方面之研究有日益進展之趨勢，茲將其證明法列舉一二如下。

一. Pettenkofer 氏試驗法

試管中盛尿，輕輕加入濃硫酸約當尿量三分之二，此時注意其溫度不可昇至 60°C 以上，旋加入 10% 蔗糖溶液 (Saccharose loesung) 4—5 滴，若尿中含有膽酸則呈紫色。

二. Bang 氏試驗法

取尿 2—3 cc，於試管中，加 1% 蔗糖溶液一滴，再加濃鹽酸 2cc 加熱使之沸騰，若含有膽酸時呈赤紫色，久置之無變化。

三. 膽酸分離法

行上述之試驗，有時因尿中同時含有膽色素，而呈微弱之膽酸反應，以致混淆難辨，此時預行膽酸分離法再檢之即可。

Hoppe-Seyler 氏法

取尿約 50—100cc，此中加入鉛醋 (Plumbum Subacetic) 及少量之 10% 鹼水後即生沉澱，收集此沉澱以蒸溜水洗之，次以沸

熱之醇抽取數次，濾過後將濾液蒸發濃縮，加大量之醚則生膽酸 Alkali 之無晶形沈澱。若放置數小時，即可形成結晶。取此結晶溶解於水，用上述方法再試驗之。

XIII 尿中之血液證明法 Blut

意義：血液出現於尿中約有二途，一即血液之一般成分出有現於尿中，此謂為血尿 (Haematurie) 一即僅血色素出現於尿中，此謂為血色素尿 (Haemoglobinurie) 前者多歸因於種諸腎臟疾患或其他尿路之劇烈炎症。又婦人往往因月經或子宮出血血液混入尿中，每致錯誤。此點應特別注意。血色素尿乃因種種血液毒之作用，血球發生崩潰，血色素遊離溶解而排泄於尿中，例如砒素中毒細菌毒素中毒種種傳染性疾患或注射溶血性物質等。又輸血時或火傷凍傷等時因溶血現象而起之血色素尿以及發作性血色素尿症等皆屬之。

血尿與血色素尿判別法

在化學上血尿與血色素尿雖呈同一反應，惟血尿一般不透明且長時間放置之，則血液沉降於下方，而血色素尿則全體呈平等之血色素色。當血色素量少時雖透明，量多時可呈微黑赤色而不透明。

又將尿以遠心器沈澱之，取其沉澱物以顯微鏡檢之。血尿時可見多數赤血球，血色素尿時，則難檢出。

今述其化學檢查法於次：——

一、Bencidin 試驗

取尿數 cc 於試管中，加冰醋酸數滴，略加振盪，然後加半量醚 (Aether) 而振盪之，則血色素變為醋酸 Haematin 移行於醚中。此中加入 3% 過酸化水素 (H₂O₂) 0.5—1cc。再加 Bencidin 純醇飽和

溶液(約5%)約 1—2cc, 若尿中含有血色素時,數秒乃至一分鐘內呈鮮明之翠藍色。

原理:此反應之原理,乃某種酸化作用之際,利用血色素之接觸媒(Katalysator)作用而呈此色采反應也。

注意:此反應尚稱銳敏,但尿中含有蛋白膿等時,因酸化酵素之作用雖亦呈同樣之反應,但因其對熱之抵抗極弱,若預將尿煮沸而行此試驗多呈陰性可資鑑別。

又此反應之色采,呈現必須迅速,若過於緩慢則不可靠,蓋健康尿或蛋白尿,於加試藥後長時間曝露之亦可呈此藍色也。又 Bencidin 液經久易變,須臨用時配製為佳。

二 癒瘡木脂試驗

試管中盛5%癒瘡木脂醇 Guajaktinktur 2—3cc 加入等量之陳舊松節油(即臭氣(Ozon)化者),然後將尿5—6 cc 輕輕注加之,若含有血液或血色素時,於兩液之接觸部呈綠色乃至藍青色。

原理:此反應乃尿中之血色素將松節油中之臭氣移動,使癒瘡木脂中之無色 Guajakonsaeure 酸化,生成青色之臭氣化 Guajakonsaeure 也。

注意:上述之癒瘡木脂醇,市售者多非純品,以用癒瘡木脂自製之為佳,松節油雖不含酸素,然將其盛於磁皿中,以紙片覆之曝露於日光下,經數日令其攝取空氣中之酸素遂臭氣化矣,用少量過酸化水素代松節亦可,又被檢尿呈 Alakali 性時有礙反應,須預加醋酸數滴使成酸性,本試驗非血色素所特有不可不知也。

三. Heller 氏試驗

盛尿 10cc 於試管中,加 15% 氫氧化鈉液約 1cc 煮沸之,直立靜置於試管架上,若為血尿或血色素尿,則管底生赤褐色沉渣。

原理：尿中加入氫氧化鈉液，作用於血色素而形或 Haematin 此物移行於同時析出之磷酸鹽中，遂使其帶赤褐色。然在不含血色素熱性病者之褐色尿，亦有以 Heller 氏試驗發生赤褐色沈渣者。故欲證明血色素之分解產物，Haematin 時，須再續行血液檢查常用之 Haemin 試驗為確實，因 Haemin 乃鹽酸 Haematin 之別所謂 Teichmann 氏結晶是也。

Haemin 試驗：將上法所生赤褐色著色之磷酸土類沉澱，集於濾紙上，以水洗滌之，然後置於表面玻璃中，乾燥後將其粉末載於載物玻片上，加冰醋酸一二滴，以覆蓋玻片覆之，用極小之火短時加熱，如此使醋酸完全蒸發，再加 1—2 滴冰醋酸至發生氣泡為止，以尚在濕潤時，置於顯微鏡下檢查之，存有血色素時，則鏡下可見形成赤褐色稜板狀結晶，即 Teichmann 氏結晶也。

注意：本法有時因尿中含有多數之夾雜物，或長久受日光之作用，則結晶不易析出或呈種種非典型之狀態，須注意及之，且所加食鹽之量不可過多，尤須研成微細粉末加入，否則結晶不易發生，僅見多數粗大之食鹽結晶，然一旦檢見此種 Haemin 結晶，則該尿中含有血色素無疑矣。

XV 膿尿之鑑識法 Pyurie

意義：尿中含膿多由於尿路之急性或慢性化膿性炎症而來，例如化膿性腎炎、腎盂炎、膀胱炎或尿道炎等，當初排出時，顯微鏡下雖易證明多數膿球，然一般因膿尿多呈 Alkali 性膿球，速即崩潰，故有時不適於鏡檢，須行下述之化學鑑識法。

一. Donne 氏鑑識法

將尿靜置少時或以遠心器收集其沈渣，此沈渣中若加氫氧化鈉液 2—3 滴，則得極粘稠之粘液樣凝固物，但若尿陳舊膿球已

溶解時，可於尿中加醋酸，以所生之核蛋白體 (Nucleoproteide) 之沈澱行上述之試驗。

二、瘧瘡木脂法

在膿中因酸化酵素之存在，若加瘧瘡木脂醇，（一如檢查血液時，但無須加松節油），則可呈如血液反應所見之青色。該酵素因對熱之抵抗極弱，故將尿一度煮沸再行試驗時，多呈陰性。

膿之出處判定法。尿中之膿欲判別其發源於何處，通常令患者同時排尿於二玻盃中檢之，若最初排出之尿含膿且著明混濁，後排出者較為透明時，則此膿多係由尿道或攝護腺而來，反之，則多係由膀胱或腎臟而來，或來自兩者之間，關於此法近時有種個意見，應視為概略之標準為宜。

XVI 脂肪尿及乳糜尿之鑑識法

Lipurie und Chylurie

意義：健康之人，殆無脂肪現於尿中，然在患病時則不稀，其一，所謂脂肪尿 Lipurie 即脂肪呈滴狀而存在，尤以冷卻時則凝固浮遊於液面，其原因頗多，數見於血液中脂肪類增加時 (Lipæmie) 或尿道組織或生於尿道之腫瘍組織陷於脂肪變性時等，然此等際遇甚少，須注意者為曾否使用塗橄欖油之導尿管或施用坐藥，又是否為器械上所附着之脂肪等，其一，所謂乳糜尿 (Chylurie) 為尿中出現脂肪之常見者，尤以因絲蟲 *Falaria* 之寄生時為最多，此尿中之脂肪完全乳化而存在，故尿呈牛乳樣，鏡檢之可見極小之脂肪球，其排泄狀態因時而異，一般夜中之尿含脂肪較多，真正之乳糜尿為白色，殆無異於牛乳，且不凝固，反之，若為血液乳糜尿 *Haematochylurie* 因乳糜之外含有血液，故常見凝固之血液及纖維素 (Fibrin) 乳糜尿因尿中混有乳糜，故除脂肪外，尚含有蛋白質及

糖，自不待言。

一.化學的檢查法

乳糜尿，一見之下雖可判別，但在化學上，須將脂肪分離而檢之為宜。即取尿約 100cc 以食鹽醋酸法使蛋白質沈澱（參閱前述尿中蛋白質除去法）則脂肪及脂酸亦全部附着於蛋白質而沈澱，將其濾過，取其殘渣夾於另一濾紙之間去其水分，以醇抽出經數小時，次將此抽出液蒸發，將殘渣溶解於醚中，以石棉濾過濾液再蒸發，殘渣中加石油醚 Benzolaether 溶解之，再用石棉濾過，將此濾液使之蒸發，則殘餘脂肪及脂酸。

二.鏡檢法 Mikroskopische Untersuchung

脂肪尿，在肉眼上即可檢見大脂肪球，然在乳糜尿若不用顯微鏡，則不易檢見。即取尿一滴置於載物玻片上，以覆蓋玻片覆之，置顯微鏡下觀察之。乳糜尿中——屈折強光線之脂肪球。若更欲期其正確時，由（上法）覆蓋玻片之一邊，滴加 1% 鎳酸溶液 Osmiumsaeure-Loesung 然後鏡檢之，可見染為黑色之脂肪球，若以蘇紅三 SudanII 之純醇飽和溶液代鎳酸液，則脂肪球呈紅色 (Scharlachrot)

特 告 生 藥 學 下 冊 展 期

趙燭黃 徐伯鋆 著

著者因事離滬，延期至本年十二月底出版

上册 定價四元 特價九折 郵費二角

(代售地點)上海新聞路一〇九三弄三號

社會醫學

尿毒症一例與所謂國醫的責任問題

南通醫學院 黃壽之

尿毒一症，爲極稀有的，尤其是在科學發達，及臨床檢查設備完全的今日，在泰東西各國，固是不容易見到的，即在我們的中國，恐亦不多有的罷，因爲我們學醫的人們，大都知到尿毒一症，不是如其他的急性傳染病，那樣來得非常突兀的，使人無從防患於未然也，他在發病的以前，必有泌尿器毛病的症候，如尿量減少，尿混濁，顏色變化，比重移動，蛋白血球或圓塊發現，及下肢顏面浮腫的顯著的症狀出現後，始會發生痙攣，或昏睡的利害尿毒一症，所以吾人有醫學智識的人們，尤其是在檢查設備完全的今日，除非有不可抗力的場合外，一有那樣關於泌尿器系統所發來的症狀時，老早就應該預防到，有繼續襲來可能的尿毒症矣，故我敢說尿毒一症，在醫學昌明的今日，應當屬極稀罕的，那裏知到我今竟得遭遇一極定型的極有趣的，由痙攣性而入於昏睡性尿毒症一例，亦可謂奇之極矣，等我在下面詳細寫來，給閱者諸君，一飽知慾罷。

病歷 病人是某女子師範學校的學生，密斯王，年方二九，據云在三星期前，曾出痧子即麻疹一次，係請她們學校的御用校醫——所謂國醫——治癒的。（其實麻疹不加治療，亦有痊癒之可能的）但是麻疹好了以來，食慾反日見不振，精神困憊，尿量減少，且面部和兩下肢，漸漸發現浮腫，仍請她們的御用校醫——所謂國醫——治療，但不見好轉，於來院的前晚上，因爲久無食慾，曾買了兩個肉包子吃了，在那天晚上九點鐘的時候，即發生痙攣的

症狀如是復請她們的御用校醫診治，因不明病症，束手無策。（其實就明病症，試問所謂國醫者，亦有何策呢？）不得已於明晨乃來訪本院求治。

現症 患者係一個頗肥胖的少女，面龐有輕度的浮腫，現出癡鈍顏貌，兩下腿有較著明的浮腫，惟膝蓋的反射仍存在，心臟和肺臟都無甚麼變化，脈搏則大而亦有力，每20—30分鐘，即發作痙攣一次，發作的當中，指趾攣縮，牙關緊閉，顏面斜歪，呈苦悶的狀態，軀體未稍處，呈紫藍色。（Cyamose）發作過後，即呈昏睡的狀態，智識不明，如是乃導取小便檢查，色作灰白而渾濁，呈強酸性反應，蛋白極多，竟超過 Esbach 氏定量器圓壩上皮細菌和血球，均屬陽性的，故即斷定為尿毒症無疑了。

治療 於診斷確定前即先行注射 Spasmalgin 一針，繼又注射 Luminal-natrium 一針，以為制止其痙攣的發作，待診斷確定後，先用藥用肥皂行排便灌腸，次即用2%重碳酸鈉的生理食鹽水灌腸，和皮下注射，約共 160.0cc，如是痙攣發作終止，惟尚呈昏睡狀態，後再行2%重碳酸鈉的生理食鹽水灌腸一次，約 800cc，及注射 Ringes 氏液 500cc，如是痙攣完全終止，智識亦就明白了，次乃給以強心利尿的內服藥，約十天後即痊癒退院。

照以上看來，這種尿毒症，確係由麻疹後所續發的腎臟炎所招徠的，故為她們主治醫的校醫。——所謂國醫——在麻疹後發病的當中，就應該注意到腎臟發炎的可能，然仍不知注意，最低的限度，在尿量減少，和浮腫發生後，既分明有了腎臟炎，就應該預防到尿毒症的發生，然仍不知預防，及至痙攣發生，尿中毒既達極點，反摸不着頭腦，束手無策，一誤再誤而至三誤，這是誰的責任呢！假使不幸密斯王，竟因此玉隕香消，這庸醫殺人的罪過，真不可定了！

摘 錄

窒息之 Coramine 療法

著者 Wimplinger 氏報告二例，均係發生窒息，有生命危險。經投以大量 Coramine 而恢復。第一例爲一青年，入水後二三十分方被發見。脈搏已不能觸知，心音極微。胸部有不規則之呼吸運動。立即注射 Coramine 5 公撮，十分鐘後更注射 10 公撮。二次均用靜脈內注射。同時更用人工呼吸法。第二次注射時，發生全身痙攣樣運動。有咳嗽，且吐出許多含有泥土及食物之水，而營徐緩之深呼吸。且病人知痛疼與癢。脈搏數雖多，然已能觸知。後病狀再行惡化，故於二小時後及四小時後，各注射十公撮。第三日完全恢復。第二例爲嗎啡及 Veronal 重症中毒之中年男子。意識不明，脈搏極微。腱反射消失，肺上有囉音。此例除洗胃外，注射 Coramine 十五公撮，二十四小時內共注射四十五公撮。每次注射後病狀均見進步。搖動身體，呈不安之狀。呼吸亦變深而有規則。瞳孔及腱反應亦次第出現。此例胃液並無變化。然尿中能證明嗎啡及 Barbitur 酸。又以上二例用 Strophantin 又葡萄糖均無效。

(Muench. med. Woch, Nr 2 1935)

傷寒副傷寒菌排泄者之除去胆囊療法

康健而排泄傷寒菌者之除去胆囊問題，一部分學者表示反對意見。蓋謂菌自胆道排泄者無效果也。然此說不能成立。吾人當手術之前，必須決定大便中之傷寒菌，由胆囊抑由胆道，或寄生於

腸內而排泄於大便之中，爲欲達此目的，當用十二指腸消息子，採取胆汁，而加以細菌的檢查。

甲、A 及 B 胆汁中無菌，即施手術亦効。

乙、A 及 B 胆汁中雖有菌頗多，然是否須施手術，不易決定。若能證明胆汁濃縮之障礙，則立即施用手術。

丙、A 胆汁中無菌，僅 B 胆汁中有時，則菌之巢穴在胆囊無疑。

二十五歲之排泄傷寒菌之男子，既往症中並未患過傷寒，然彼之母，則由彼所排泄之大便感染而死，二月十五日至三月十二日檢驗大便五次，均爲陽性，檢驗胆汁一次，A 部分陰性，B 部分陽性，自三月十日二十四日，隔一日注射 Trypaflavin 0.2 克於靜脈內，共八次，十八日至二十八日之大便檢驗成績爲陰性，此後繼續注射 Trypaflavin。然四月十一日至十九日間之四次大便檢驗成績，均爲陽性，以化學的方法檢胆汁，知胆囊之濃縮機能已有障礙，四月二十施手術除去胆囊，術後二星期，大便中尚有菌證明，此後變爲陰性，十二指腸胆汁亦然。

(Deut. Med. Woch. Nr50. 1934)

Pyramidon 與無顆粒白血球症

著者河尾氏報告一長服 Pyramidon 而無顆粒白血球症之例，病人爲五十三歲之男子，患輕症肺結核及持續頭痛與神經痛，投以 Pyramidon 二分子與 Veronal 一分子之合劑（藥名未宣布），連約一個月，腦部病狀及 X 光像上，並未增惡，然體溫上升，初僅三十七度左右，後升至三十八度，頭痛外且有眩暈脫力之感，查其血液，血色素爲 80%，赤血球 425 萬，而白血球之數甚少，僅二千七百，其中淋巴球占 52.8%，大單核細胞 7.8%，中性白血球 38.2%，酸性

1.2%。鹽基性 0.4%，種種檢查之結果，知非腸傷寒，且未能發見他其白血球減少之原因。十日後白血球減至二千，更二星期後血色素 82%，赤血球 412.8 萬，白血球總數僅一千四百，淋巴球 63.2%，大單核細胞 11.2%，酸性白血球 0.4%，中性 22.8%，Plasma 2.4%，血小板十二萬八千，即血液中顆粒白血球系統有著明之變化。

無顆粒白血球症之原因，大多不明，然藥品中毒為原因之一，已無疑義，如 Salvarsan 等是也，而 Amydpyrin 與 Barbitur 酸合劑之足以發生本症，自 1933 Madison, Squier 二氏報告以來，頓見增加，計一年間已逾七十例，本例之原因，此屬此類云。

(治療學雜誌第五卷第六號)

過剩內分泌素不妊法之實驗的研究

山本賢範氏最近發表上揭實驗之結果，其結論如下。

1. Ovahormon 之過量注射，能使雌家兔陷於不妊狀態。
2. 過量注射之不妊率，由注射量及時間的分配而有差異。
 - 一、至少須 4000 M, E, 以上。
 - 二、大量短時期之應用較之中等量長時間之應用，其成績較佳。
 - 三、最有效須每日注射 500 M, E, 連續十日。
3. 此種不妊為一時的，而為非持續的，其持續時間，與注射量及時間有關係，即大量短時期之注射，其不妊時期，略有定期，中等量長時期之應用，不妊期殊不一定。
4. 不妊動物統計上顯著之事項如下。
 - 一、家兔體重增加，食慾及一般狀態，並無變化。
 - 二、產子之數減少，其減少程度與注射量平行。

- 三、受注射家兔所產之子其發育狀態與未注射者所生之子同。
- 四、注射家兔之妊娠時間與未受注射者同。
- 五、受注射家兔所生之子以雌性爲多。
5. 受注射家兔卵巢之組織所見爲大含水卵胞之閉鎖。此即不妊之原因也。

(臨床產科婦人科雜誌第十卷第五號)

前額位之預後及處置

著者 Sjoevall 氏於 Copenhagen 之理格病院二十三年間之前額位共 57 例。本病在三十六萬餘次分娩中。占 0.15%，其中自發的變更位置者共六例。變爲顏面者四例。中頭頂位者二例。本病之 62% 見會陰裂傷。有 33.3% 之小兒死亡。分娩時於初產婦平均爲四十五小時。經產婦爲二十小時。由早期破水而致分娩時間遷延者甚多。胎兒之自然娩出僅 34%，34%，爲鉗子分娩。穿顱術四例。帝王切開術一例。足位迴轉術七例。用手矯正術五例。其中成功者三例變爲中頭頂位者二例。(Gynec. et Obstet., 30. 1934)

扁桃腺局部感染與心臟障礙

體內一器官有感染時。則其他器官有何影響。此問題現漸次明瞭。扁桃腺有傳染病時。伴有心臟障礙者頗多。扁桃腺之化膿灶。有小至不能發見者。然若加壓迫於扁桃腺上。則膿汁即流出。其病原菌多爲溶血性鍊狀球菌。自覺上有心悸亢進。心臟部之疼痛及不安。他覺的檢查時有微熱。心機能興奮頻數脈等。脈搏多爲有規則的。有時可見期外收縮或著明傳導障礙。心尖或有騷鳴。肺動脈音亢進。亦有心臟上毫無理學的變化者。以上變化。一部分爲心肌。

一部分爲心內膜之疾病，常有變爲神經過敏者，由扁桃腺之割去，心臟障礙，都迅速消失云。（Therapie d. Gegenwart. III. 1935）

初生兒定義之一考察

初生兒之定義，學者各異其主張，尚無令人完全滿足者，如欲規定定義，醫學上非檢討與初生兒類似之小兒，即初生兒與胎兒及哺乳兒之差異不可，以前諸學者之見解，似嫌過於重視初生兒之外的特徵，著者根據二百例屍體解剖所見，又參照小兒之發育狀況，分娩經過，娩出後之狀態，母體合併等，及吟味內臟各器官之組織學的所見之結果，知肝脾及淋巴腺之造血灶，爲胎生期之遺物，肝脾及頭蓋內之充血或出血，乃分娩外傷時所見，以上二者，至少須五日以後，方漸消退，又初生兒之血液像，至十日方得安定，生理的體重減少，亦於十日前後恢復，由以上各項，主張初生兒期，爲產後之十日間云。（診斷與治療第二十一卷第八號）

新驅虫藥 Oxyascarin

欲將蛔虫與蟯虫同時驅逐，必須用 Oxyascarin，此藥有三種有效成分，即第一成分爲珊託甯酸鋁，在胃中不分解，能麻痺虫體，或令其死亡，第二成分爲鹽基性醋酸鋁，有亢進腸內鹽基性反應，變爲不適合於虫生存之處所，第三成分爲 Triacetyldiphenolisatin，有瀉下之功，而不被腸細胞所吸收。

（Muench. med. Wochenschr. Nr. 43. 1934）

梅毒之鈹製劑內服療法

驅梅毒之適於內服者，除碘劑外，殆無適當之物，如 Spirocid，Stovarsol 等較之注射於肌肉內或靜脈內之其他鈹製劑，其効

力相差甚遠，而各種鈹化物之內服劑，無驅梅之効，自 Levaditi 氏報告以來，已為諸學者所是認，然新近創製之氫化鈹與無蛋白質肝 X 之合劑，即 Bismutrat 為能溶於水，易自胃腸吸收之白色粉末，頗適於內服，其服法隔日早晨空復時，以本劑二十五克，溶解於三十公撮之溫水中服下，五六次後，次第增量至三十或四十克，此鈹化合物，由食物中之蛋白質還之為金屬鈹而不易吸收，故內服時間，必須距離早飯前三小時以上方可，其劑之副作用為口內炎，故有口內炎發生時，則一時中止，且為適當之口內衛生，又內服後二三分鐘，往往有訴輕度之齒痛者，然不久即消失，可不必介意，惟神經過敏之病人，給以 Pyramidon 錠一二片，為佳，除口內炎外，毫無其他副作用，絕無併發腎臟刺戟症狀及其他器官障礙之虞，本劑於梅毒之初期第二期及第三期，均有顯明之効果，有內服數次後，螺旋菌即已消失者，臨症的症狀，亦輕快治癒，其効力不亞於其他注射藥云。

(Muench. med. Wochenschr, Nv.40. 1934)

胸廓形成術時之肋骨切除法

當吾人檢驗肺結核病人之已作胸廓形成術者，常發見病灶之縮小工作，不十分完全，即或有甚大之空洞，或空洞在肺門附近，則雖作廣範圍之胸廓形成術，亦不能令病灶十分縮小，普通胸廓形成術之肺收縮，僅有自外面向中央之作用，然若肋骨於椎骨橫突起處切斷，或於肋骨附着於椎骨體之處切去之，則肺前後徑之縮小，頗為著明，此方於普通狀態，雖屬不必要，然空洞存於肺門部或範圍甚大時，則收縮得及於縱隔竇，有治療的効果云。

(Zbl.f. bhir. Nr. 38. S. 2198. 1934.)

醫藥消息

國內消息

一、中央大學已決定設立醫學院及牙醫專科。

中央大學原有醫學院設在吳淞，商學院設在上海，因地域關係，管理上反感不便。二十一年夏該二院請准教部竟以脫離中大範圍而為獨立學院。當時即有人主張於首都再設醫商二科，以補其缺。荏苒至今，大約為經費關係，遲遲未見實行。比聞下學年起，已決定將醫學院從新設立，蓋得衛生界之外援，經濟方面可無問題。同時並添設牙醫專科，所有臨床實習即利用中央醫院。故料將來規模必較曩時吳淞局面為宏偉，可預卜也。

二、廣東二私立醫學院已接受教部訓令。

廣東為華南教育中心，學府林立，醫學方面除中山大學醫學院外，尚有光華夏葛二私立學校，歷史雖久，內容尚多未合部制。今春教部派員前往視察，認為亟宜改進，特提出意見呈覆當局。現聞該二校已接受教部訓令，將於下年度起努力遵辦，以期下次部員視察時獲有好譽。茲錄教部二原令如下。

甲、教育部訓令私立廣東光華醫學院略謂『該院曾經本部派員視察，據送報告，經加審查，茲將應行改進各要點提示於次：一、該院經費多賴學生學費及醫院收入，各特別教室與實習室之設備均屬因陋就簡，嗣後應由董會籌募基金，力事充實設備。再該院校舍不敷應用，應照原定計劃迅速籌建，及早完成。二、該院附屬醫院各科診療室及手術室之設備，除眼科外，亦多次完善。

且過於偏重營業，有礙學生實習，幾使學院成爲醫院之附屬機關，應注意矯正此弊，使醫院充分爲教學之用，三、該院各科教員多係當地開業醫師，不能常川駐校，臨床科助手每科有多至三人者，基本科助手則尙付缺如，嗣後應添聘負責教授，設臨床科專任教席，置基本科助手，以改進各該科教務，並認真考試及訓練，以提高學生程度，合行令仰遵照改進具報』云云。

乙、令私立夏葛醫學院略謂『該院曾經本部派員視察，據送報告，經加審查，該院應行改進之處甚多，茲將要點提示如下。

一、各特別教室研究室以及附屬醫院各部分設備，除婦科及藥劑室外，大致均感缺乏，應即力求充實，以資實習研究之需，二、學生中英文及一般科目程度均嫌低淺，嗣後招收新生及時訓練，應嚴加注意，以提高基本科目之程度，並有外籍教員以粵語講授，未能盡情發揮學理，須注意改善，三、該院所設科目偏重產婦科，附屬醫院限制收受男病人，致未能予學生充分實習之機會，嗣後應設法改正，以利學生實習，四、該院職員甚多，應盡力減少俾以節餘之費，提供設備或其他有益之用，合行令仰遵照改進具報』云云。

三、衛生署直隸行政院軍醫署直隸軍委會現已實現

衛生署改隸行政院之消息早誌前期本刊，惟當時傳聞改名衛生處，原係衛生署之誤，蓋處字在習慣上似較署字爲小，此次改制原欲升級，萬無名義上反較未升級前降格之理，故該署名稱現經第四六三次中政會決定，仍衛生署原名不予更改，又軍政部之軍醫司聞亦與軍醫設計監理會合併成爲軍醫署，並升級直隸軍委會，業均次第成爲事實，足證軍政當局邇來重視衛生行政較前顯有進步，尙屬可慶可賀之大好消息也。

四、內政部頒布蒙綏防疫處暫行組織條例。

蒙古地處荒漠交通不便，文化亦因此落後，防疫問題素不重視，最近各旗領袖集會綏遠，竟有茂明安旗奇王染及天花因此阻礙歸程者，蒙政會亦不無恐怖，現聞中央已擬在綏遠設立蒙綏防疫處，不日即可成立，特由內政部頒布蒙防疫處組織條例以明責任，其全文照錄如下，第一條，蒙綏防疫處直隸於衛生署，第二條，本處置左列各科室，第一科，第二科，事務室，第三條，第一科掌理傳染病之防治及生物學製品之事務，第四條，第二科掌理獸疫之調查及撲滅獸疫血清疫苗之製造事項，第五條，事務室掌理文牘會計，庶務事項，第六條，本處設置處長一人，簡任技正二人，薦任技士二人，技佐三人至六人，事務員一人至三人，均委任，第七條，處長承衛生署長命，管理全處事務，技正技士技佐事務員承長官之命分任技術及事務等事項，第八條，本處須酌用辦事員書記練習生，第九條，本處辦事細則由處長擬呈衛生署核定之，第十條，本章程自公佈之日施行。

五、全國醫師聯合會助產教育委員會工作已經完畢。

全國醫師聯合會曾推專家組織助產教育委員會審查該聯合會第三屆代表大會之提案，曾誌去年本刊，茲聞此項委員會之工作業已完了，經詳細調查全國助產現狀及各地產校之課程設備等等，歷時十餘月，歸納成總意見，尤其對於教育部助產教育委員會第六次會議所通過之助產學制及課程標準，認有十一點須修改，即「一、入學資格勿以高中入學資格為比例，二、入學年齡改二十二歲為十六歲，三、學程應全國一律（定為二年），四、遇不得已時應寬限其職權，五、助產學校課程中應添加產科手術，六、附屬病院床位數目之二倍，改為四倍，七、課程應加花柳及眼耳鼻咽喉各科外國文及公共衛生學概要，八、科目名稱有應

一律加以概要二字。九、各科鐘點有當增加。其排列學期亦應調動。十、實習鐘點不宜規定。十一、每一學生在最後學年。至少有接生二十五次。改爲十次。前後共計十一項。其所繁理由均切中時弊。並聞已經醫聯幹部審核採納。製成意見書。呈請教育部參考矣。

六、各地零訊

中央防疫處南京分處成立 中央防疫處。原在北平。現因事業擴充。必須在南方設立分處。從事製造血清疫苗等工作。以期運輸便利。供應迅速。並須兼顧華東華南一帶防疫應急等需求。經衛生當局考慮結果。認南京最爲適當。聞現經籌備就緒。在上月底已開始製造矣。

陝衛生實驗處之移交與青衛生實驗處之成立 經委會經營西北。以衛生事業爲最著成績。現在西安衛生實驗處試辦期滿。信用大昭業於上月辦理結束。一切舊有事業。東交省政府接管。惟對於用人行政仍須維持原計劃。而經費方面仍貼助一部分云。又該會所籌備之青海衛生實驗處。地點在西甯亦早成立。上月初來邀各界參觀並補行成立典禮。頗極一時之感。聞房屋構造。爲青各機關冠。雖省政府亦遠不逮云。

廈門發現虎疫 據通信社消息。月初廈市發現時疫。死者頗衆。經衛生機關調查結果。認爲最可怕之虎疫。業已開始預防。幸發覺尙早。或不致蔓延云。

滬紅會總辦事處，又將徵求會員 紅會組織在中國現狀之下尙屬健全。惟會員納費參差不齊，爲該會根本上一重大問題。自去年改組織以後。擬每年徵求會員一次。籍裕收入。本屆又將八月一日起開始。已推定王正廷爲徵求委員會委員長。

國 外 消 息

一、撲滅砂眼之國際組織 該組織最近在英國倫敦之皇家醫師協會會所開會。主席 Prof Emilede Grosz 氏申述十五年來撲滅砂眼之工作。其根本的撲滅政策以設立眼科醫院為預防中心。

英國之所以無傳播之可能性全在乎賢明之預防法與眼科醫師努力之結果。

二、奧國之國際學會 今秋九月將在奧京波達配斯脫開第九回國際皮膚科學會及性病撲滅國際學會。東亞各國均有代表出席云。

補 白 六

(貳)各學年課目時數分配表

第一學年	黨義	36	第三學年			
	國文	108				
	外國語	144				
	數學	72				
	生物學	128				
	分析化學	272				
	有機化學					
	物理學	270				
	生物化學	144				
	生理學					
戰時救護訓練	32	第四學年				
學年總時數	1,206					
第二學年	解剖學		424	藥理學	144	
	組織學			152	物理診斷學	326
	胚胎學				實驗診斷學	
	神經系解剖學		144	內科學	230	
	生物化學			外科學		
	生理學		288	小兒科學	152	
	細菌學			神經病及精神病學	96	
	寄生蟲學		288	皮膚花柳科學	112	
	病理學	放射學		32		
	戰時救護訓練	33	戰時救護訓練	32		
學年總時數	1,176	學年總時數	1,124			
		第五學年實習	內科學	326		
			外科學	230		
			婦產科學	180		
			公共衛生學	192		
			眼科學	154		
			耳鼻喉科學			
			法醫學	32		
			學年總時數	1,114		
			內科 (包括小兒科, 精神病科, 皮膚花柳科等) 四個月			
			外科 (包括泌尿科, 矯形外科, 眼科, 耳鼻喉科等) 四個月			
		婦產科	一個月			
		公共衛生	一個月			
		假期	一個月			
		共計	十二個月			

補 白 七

(叁) 課目時數分配表

(一) 普通科及基礎科學類	黨義.....	36
	國文.....	108
	外國語.....	144
	數學.....	72
	生物學.....	128 (講32實96)
	化學 { 分析化學.....	272 (講68實204)
	{ 有機	
物理學.....	270 (講90實180)	
總計.....	1,030	
(二) 解剖學類	解剖學.....	} 424(講118實306)
	組織學.....	
	胚胎學.....	
	神經系解剖學	
(三) 生理及藥物類	生物化學.....	} 288 (講72實216)
	生理學.....	
	藥理學.....	144 (講36實108)
	總計.....	432
(四) 病理類	細菌學.....	} 288 (講72實216)
	寄生蟲學.....	
	病理學.....	288 (講72實216)
	總計.....	576

(五) 診斷及內科類	物理診斷學.....	} 652 (講188實128 臨336)	
	實驗診斷學.....		
	內科學.....	} 152...(講64臨88)	
	小兒科學.....		
	精神病及神經病學.....		96(講48臨48)
	皮膚花柳科學.....		112... (講48臨64)
總計.....	1,012		

(六) 外科類	外科學.....	460 (講160臨300)
	眼科學.....	} 154 (講64臨90)
	耳鼻喉科學	
總計.....	614	

(七) 婦產科學.....180 (講96臨84★)

(八) 公共衛生學...192(講64實128△)

(九) 放射學..... 32 (講16實16)

(十) 法醫學..... 32 (講16實16)

(十一) 戰時救護訓練)96 ▼

(十二) 體育★

備考：1. 依修正學校學年學期及休假日期規程，除紀念假外，每學期以十八星期每星期以卅三小時計算，四年共為四七五二小時，本表時間總數為四六二〇，尚刪除一二三小時，以備體育及選科之需。

2. ★接生時間在外；△暑期衛生調查時間在外；▲野外演習時間在外；★體育時間由各校自行酌定，惟須各年成績及格，方得畢業。

總計——講授 1.780 實習 1.702 臨床 1.138 共計 4.620。

會 務

總會會議錄 第十六次執監會

(一)

時間 六月十五日

地點 明湖春

出席者 余雲岫 陳方之 蔡禹門 劉步青 姜振助

吳冠民姜代汪企張 陳卓人 夏愼初汪代周夢白劉代

- 一 報告五月二十八日第十五次例會紀錄
- 一 報告北平分會會員證書已發出
- 一 報告陳卓人委員在暑假期內赴日攷察所有編輯職務已由該部推定湯蠡舟代理
- 一 報告識字學校業已籌備就緒呈准市黨部編定爲二六五校茲定二十號開學額定招收學生四十名
- 一 日本外務省文化部長岡田來滬視察業由學藝社東有醫學院發起招待要否參加案
議決 聯名參加
- 一 時屆夏令各人業務紛繁擬暫停七八兩月例會二期是否可行案
議決 照辦但遇必要時得開臨時會議討論之
- 一 陳卓人委員出國應表示歡送案

議決 通 過

- 一 硃石俞琬清請求入會案

議決 通 過

(二)

編委會常會

六月十五日十七次委員會

出席者 蔡禹門 陳方之 郭琦元 蔡適存 湯蠡舟

謝筠壽 汪企張 陳卓人 姜振助

- 一 報告本期新醫藥已付排準二十號出版
一 報告第七期內容已敷
一 編輯主任陳卓人於暑假期內赴日攷察請派代案
議 決 推湯幫舟先生暫代

(三)

上海分會第十三次執監會

時間 六月十五日

地點 明 湖 春

出席者 郭琦元 郭人驥 秦枕山 王福申姜代蔡適存

趙汝調 湯蠡舟 謝筠壽 葉植生

- 一 報告上期例會人數過少改為談話會案
一 時值夏令擬將七八兩月例暫停舉行案
議決 通 過

來 件

敬愛的醫學革命導師余雲岫先生

大胆地寫這封信給先生雖然冒昧從事，但却是渴想數年而到今天才實現的。

我是個從鄉村中不完備的初級中學校底畢業生，畢業後因無力升學而不三不四地學起西醫來。所讀極稀少的書籍中，大部分是木版或前清年份出版的舊書，其餘博醫會（術語名詞舊譯，文乾澀）的書籍不過三數本而已。程度粗淺的人驟然來讀專門行學問且無循序前進的過去式書籍，自然非常困苦。於是每有求援助於「中」醫書籍之參考，初時有點覺得「道不同不相為謀」之概，但是再硬着頭皮用工下去，就愈覺得古怪了。幾乎懷疑向來所學的理化生理都是徒勞的了。怎麼同屬醫學，而「中」「西」這麼「背道而馳」以至於「大相逕庭」呢？以後漸漸添購博醫會新譯文的書籍，就在敘述實在事物的科學之下，把閉門瞎說的「中醫學」，漸漸不感興趣了。

雖則這樣，却因環境底崇信中醫，致不得不常領教於心不悅服的「中醫學」，但靠幾本僅於敘述，而貧乏於理論的「西」醫書，便無反對底力量與理由。積久，雖覺「西」醫學界中，也有一些「知己」份子不滿中醫之處，然無充分「知彼」之能，所以僅止於不滿之表示，而無力進一步來作批判的工作（所謂批判，即揚棄的態度，揚其合真理之部分而承繼之；棄其糟粕而根據真理以摧毀之，如此方有意義，如「溫熱發揮」，如「皇漢醫學批評」。皆

代表之工作，初則抱厘定與考正之態度，終因時代智識之前進，而得「否定」之結語。

學識淺，見聞少，閱蒞久之，及得友人介紹商務內科全書，得先生之序讀之，恍然知有人在，不以中醫之無批評價值而放任之。

後又得友人介紹醫誌，（恰看見汕頭「新醫聲」轉載皇漢醫學批評陰陽寒熱段）以及由雜誌（醫藥評論社會醫報等）之介紹，而購得「余氏醫述」之後，始知先生者，乃用一貫的精神，前進的性質，不放任的積極態度，真理底立場，理論底武器，向「中醫學」作系統的檢討，學理的批判，根本的推翻，言人人所欲言而不敢「能」言的話，這是與其他醫學革命份子之僅斷片的一時的枝節的，表面的，技術（對理論而言）的反對，之不同的地方，雖然我學識還淺，未能將先生全盤言論飽和，但拜服之心，常使我將先生之文往覆玩誦，而於碰到問題時，極想奉函候教，數年以來，雖稍置醫籍醫誌，但沒有友朋可資互借，一已經濟力有限，於醫之知見，終極淺陋，在這區區的書籍之中，藉知中國醫學界給先生來一個空前有歷史意義的進步性的革命，以前自西方醫學初始輸入之教會派，以迄於國人自動研究新醫學之高峯丁福保氏，其於醫學革命，終未有如先生力量之偉大進步深刻系統而一貫，在文化史上的醫學界，先生確是劃時的人物，此後醫學革命勢力底開展，儘管再來新的基礎，新的方略，但根本的出發點，終經先生所提示的基本路線，真的，先生是我們的醫學革命底導師。

現階段底醫事狀況如何，鄉僻淺見的我，當然未能詳悉，但感覺得，醫學革命在學術上可算部分成功，而在社會中，則未見有若何之發展，我們以醫學革命所以不成功之阻力，尤為今日緊要之課題，先生醫界權威，我想為國人幸福起見，為國際爭光起見，必撥暇

頭爲此事留意研求努力奮鬥，且不時地以新的方針提示後進吧。

關於這點，我曾略加思求，覺醫學革命問題與社會問題指（Problem of Society 非指 Social problem）關聯殊大，也可說前者即在後者之中而爲其一部分，實難忽略全體而謀枝節。去年曾試作「健康」一文，本想試借雜誌發表，但恐貽「不讀書而濫發言」之譏，尚且對於歷史知識，非常無知，苟招來反響之時，無以應付，想一費先生寶貴時間精神，爲我一閱也無勇氣故廢置之。今幾一年，此思屢有起伏，今冬「新醫藥」又有「中國醫學革命底必然性」與「焦易堂「中國醫學」底檢討之發表，大有又起新舊醫學鬥爭山雨欲來之概，乃姑以此文冒昧進於先生，先生誘掖後進，素所欽仰，千慮之得，苟以爲可教，則請酌爲修改於新醫藥發表（如蒙發表請用『何家謀』署名）。

我底意見，不知會走入魔道或反醫學革命麼？很望先生指正！我認爲社會應有相當的改造，然後醫學之改革，才有成功之可言。（譚次仲氏主張緩進；先生主張急進；我希望再進一步全盤改造。）而且事實上，醫學進化之程序，也依存於進化至某程序之社會，如我國及西方之古代醫學，莫不隨社會之演進而演進，近紀西方及日本新醫學之形成，也莫不隨社會之變革而變革，醫史所述提供了不少的例證，這是不是真理，就想請先生賜教，且先生誓以真理爲依歸，如是真理底話，想也早在這方面努力了。

革命既是必然，我們又站革命立場；那麼勝利是我們的；不過成功却以努力爲正比例的。

但我這「健康」恐還沒有發表的資格吧。這正如某哲學家批判胡適之先生說。「這樣文章底發表，對於文化界是無益的，但對他自己却是有益的。」那麼，就勞先生本着誘掖後進之心，與以

批改寄回這在我是極爲感盼與榮幸的。(前曾署名爲『逸』之『國醫與國歷』,蒙社會醫報一五〇期發表。)

『健康』中,好多地方是引自 先生底意見的,大概這很容易看出。

文化是隨社會進化,要有新的文化,應有新的社會基礎:這是醫學革命底原則,與今後進行之動向:我認爲是這樣的。也相信時代必然產生一班人來完成這種工作。至於我自己底醫學知識,因種種限制自然進步性極少,因而沒有資格來參與這種任務;不過那是另一問題了。

附上郵票拾分,作寄回郵資;外又二分,附索中醫補充教育研究班章程一份。

敬禮!

補 白 八

(肆)每週課目時數分配表

	第一學期	第二學期
第一學年		
黨義.....	1	1
國文.....	3	3
外國語.....	4	4
數學.....	4	
物理學.....	7(講2實5)	8(講3實9)
分析化學.....	8(講2實6)	8(講2實6)
有機化學.....	8(講2實6)	0
生物學.....	8(講2實6)	0
生物化學.....		8(講2實6)
生理學訓練.....	0	
戰時救護.....	1	1
總計.....	36	33
第二學年		
生物化學.....	8(講2實6)	0
生理學.....		
解剖學.....		
組織學.....	8(講2實6)	16(講5實11)
胚胎學.....		
神經系.....		
解剖學.....		
細菌學.....	8(講2實6)	8(講2實6)
寄生蟲學.....	8(講2實6)	8(講2實6)
病理學.....	8(講2實6)	8(講2實6)
戰時救護訓練.....	1	1
總計.....	33	33
第三學年		
藥理學.....	8(講2實6)	0
物理診斷學.....	9(講3實6)	
實驗診斷學.....		10(講3實7)
內科學.....		
外科學.....	6(講2實4)	8(講3實9)
小兒科學.....	6(講2實4)	7(講2實5)
精神病及神經病學.....	6(講3實3)	0
皮膚花柳科學.....	0	7(講3實4)
放射學.....	0	2(講1實1)
戰時救護訓練.....	1	1
總計.....	36	36
第四學年		
內科學.....	10(講3實7)	9(講3實6)
外科學.....	6(講2實4)	8(講3實5)
婦產科學.....	3(講1實2)	7(講3實4)
公共衛生學.....	6(講2實4)	6(講2實4)
眼科學.....	9(講4講5)	0
耳鼻喉科學.....	0	2(講1實1)
法醫學.....	0	2(講1實1)
總計.....	34	32

附註：此表係按每學期十八週計算，但各課應授時數可依照『課目時數分配表』及『各學年時數分配表』核計，分週教授，不必教足十八週。如在第十六週某課時數已足，即可停止教授，舉行考試。