

民國十五年創刊

東南醫學

TUNG NAN MEDICAL JOURNAL
VOL. 4 NO. 4 WINTER 1933

第四卷 第四期 民國二十二年冬季出版

本期要目



原著

- 關於脾臟縫合之實驗研究..... 醫學博士A 李祖蔚
- 神經組織之紫外線寫真法及生體染色法..... 陶燾著
- 試用直腸麻醉劑 Avertin 之預報告(續前)..... 湯彞舟
- 蟲樣垂炎之手續根治例報告(續前)..... 李祖蔚
- 七百四十四例急性胃腸炎之所見..... 蔣本沂

綜說

- 虎疫之預防接種..... 張効宗
- 硫黃之醫用..... 陳卓人
- 遺傳性之傳遞討論..... 黃廣祥

論壇

- 習醫之工具與材料問題..... 胡定安

演講

- 公共衛生與國難..... 李廷安博士講 王名鼎筆記

譯述

- 細菌濾過液 (Bacilophagal) 應用於慢性淚囊炎之效果..... 袁懷青
- 黑色內障之一例..... 關冠武
- 關於大的瞳孔膜遺殘的手術..... 田慎宜

雜俎

- 東南醫學院衛生教室現况..... 陶燾

中華郵政特准掛號認爲新聞紙類

內政部頒給登記證警字第壹萬玖千陸號

發行所 上海真如東南醫學院內東南醫刊社

胃腸消化劑

大寶來牌啤拍那

TRADE MARK 'TABLOID' BRAND 'PEPANA' TRADE MARK



此圖由真標小

「大寶來」牌「啤拍那」有一種兼服胃及胰酶之能事其表面之糖衣溶解於胃內於是露出其酸脂酶然其膜素却仍密裹於角素衣內此角素衣不溶解於酸性媒介物中故在其遇鹼性腸分泌液之前依然無效迨至腸後角素衣溶解於是胰素乃遊離矣

「大寶來」牌「啤拍那」用於慢性胃炎胃弛緩及分泌作用缺乏之擴張症本劑對於保完全之同化作用或對於消耗性症候久病貧血疾病恢復期及小兒營養不良等之正當增加之食物量亦有價值並於腸熱症(傷寒)及其他各種熱性病者得助其維持營養

成方

酸脂酶	〇〇六五分(一哩)
胰素	〇〇六五分(一哩)
乳磷酸鈣	〇〇六五分(一哩)
服法	一至三粒以少量之水整個吞下每日二至三次食後服用
包裝	每瓶二種裝廿五粒及一百粒



BURROUGHS WELLCOME & CO., LONDON

(INCORPORATED IN ENGLAND) BURROUGHS WELLCOME FOUNDATION LTD., LONDON ENGLAND

AND 5 HONGKONG ROAD, SHANGHAI

英倫國敦 中藥上海香港路五號

寶威大藥行

SH-12-M

(英商威氏金基公司)

技術精良取費最廉之

東南醫院 X 光線室

X 光線為現代診斷治療上必不可少之裝置早為各界所承認惟取費昂貴不能普遍應用實為憾事故本院

特裝德國 Koch & Sterzel 名廠出品之 X 光裝置 Universal Dix 診斷時電力 150M.A. + 100K.V. 治療時最高電力 4M.A. + 200 K.V. 為滬上有數之強力 X 光裝置現為供獻於社會盡力於科學起見定價特別從廉以求普遍如透視每次祇收四元攝影肺部拾貳元四肢八元(另有價目單)攝影之明晰治療之確實尤為各界所稱許如蒙 各大醫師及各界病家利用無不竭誠歡迎

附告 對於肺癆有特效之人工氣胸術每次祇收洋拾元

透視不另取費

時間 每日上午十時半起至下午一時止

院址 滬軍營東首

上海東南醫院啓

電話 二一三一九

本期目錄

原著

- 關於膀胱縫合之實驗研究.....醫學博士 李祖蔚(1)
神經組織之紫外線寫真法及生體染色法.....陶 烈遺著(29)
試用直腸麻醉劑 Avertin 之預報(續前).....湯鑫舟(38)
虫樣垂炎之手術根治例報告(續前).....李祖蔚(44)
七百四十四例急性胃腸炎之所見.....蔣本沂(48)

綜說

- 虎疫之預防接種.....張効宗(59)
硫黃之醫用.....陳卓人(66)
遺傳性之傳遞討論.....黃廣祥(73)

論壇

- 習醫之工具與材料問題.....胡定安(75)

演講

- 公共衛生與國難.....李廷安博士講王名鼎筆記(77)

譯述

- 細菌濾過液 (Bacilophagal) 應用於慢性淚囊炎之效果...袁懷青(82)
黑色白內障之一例.....關冠武(85)
關於大的瞳孔膜遺殘的手術.....田慎宜(88)

教授抄讀會

- 東西眼貌美醜之比較.....張錫祺(90)

雜俎

- 癡僧漫談.....癡 僧(93)
東南醫學院衛生學教室現況.....陶熾孫(101)
點眼藥之藥理作用.....袁懷青(106)
早產兒處置的進步.....姚嘉生(109)
關於東南醫學院驅虫工作.....陶熾孫(113)
所謂第五病.....陳多益(116)

外科集談會

- 急性腹膜炎？器械的腸閉塞症？.....李祖蔚(118)
石炭酸對於急性化膿性創傷之治療經驗.....謝遠芳(124)
關於日本住血吸蟲卵存在直腸發生茸腫性炎症之一例陳多益(133)
肺損傷症例及其治療方針.....姚瑟若(141)

學院消息

編後餘音

DR YU'S

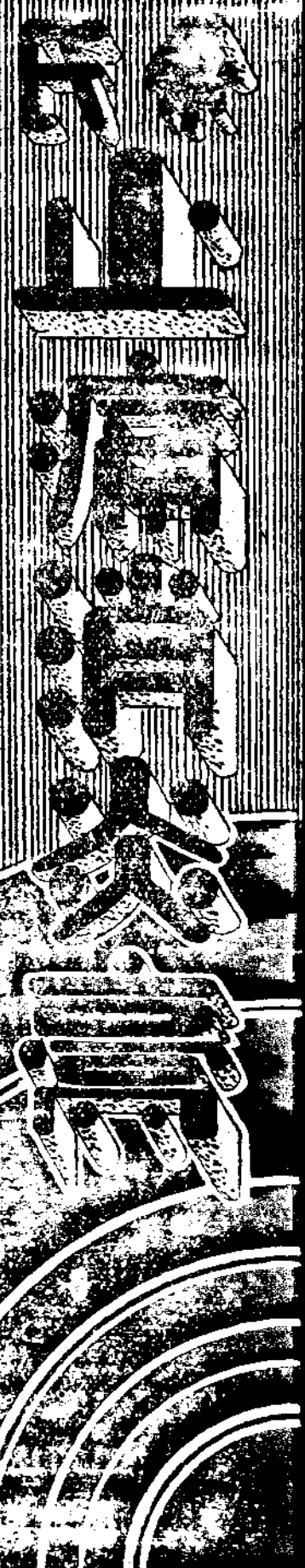
ANTI-INFLAMM

本劑之類似品甚多
惟本劑為國藥所製
故愛國者多愛用之
本劑經不斷的研
究不斷的改良故治
療成績得蒸蒸日上
本劑配合之藥品貴
重藥香獨多故深
治療作用絕非類
品所及

裝包
——
二五〇公分
二五〇公分
二五〇公分



行藥大華新海上處理經總



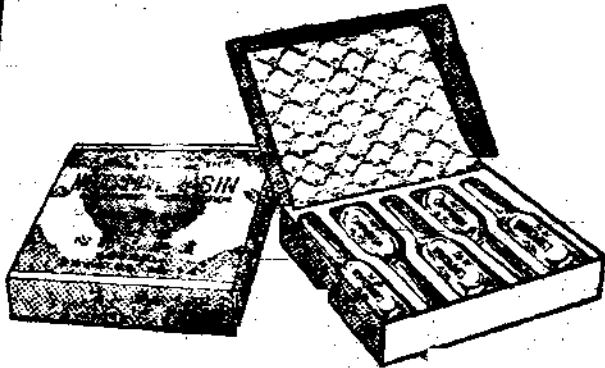
號五十九零十一路開新 上
行發廠藥製學化亞新

MEOCAMPHONASIN

10% COMPHOR WATER SOLUTION. 劑奮興樞中吸呼心強

心那福康濃

藥要急救之備不可不師醫 效溶水腦樟成下



樟腦為救急要藥，醫師一
自不可或缺。然樟腦性質
不溶於水，恒用油質使其
溶化，注射此等製劑，注
射後不易吸收，失去救急
強心之本旨。本廠新出品
一種含有十成樟腦之水溶
液注射劑，濃度福康心
不藉油質溶化，完全用水
製成，皮下肌肉靜脈均
可注射，吸收容易，功效
偉大，索樣試驗，極表敬
迎。

FEBNON STRONG

濃福白龍

二十五成鹽酸規算濃厚注射液

新亞福白龍注射液，
久為醫界常用，推為
治療肺疾肺炎流感扁
桃腺炎等症之特效良
藥。然於或種病病之
下，有使用多量藥劑
之必要時，則非此濃
福白龍不為功。濃福
白龍不僅能解熱之
效，同時一服病狀之
止能使其轉佳。影響
及於全身循環機能之
活躍，減除呼吸困難
症狀，於孕婦幼燒時
期，疼痛微弱，有助於
官收縮之力，至於含
量成倍，作用，主
治，用量，用法，色
裝等之詳文，請我
明書內，承索即奉。



各大藥房均有

國產祛痰鎮咳新藥

BOCKTAGIN & FACOL

"F. KOONG"

撲咳他勁與法可爾

「撲咳他勁 BOCKTAGIN」與「法可爾 FACOL」、功效皆能祛痰鎮咳。皆為國產植物中抽出之治咳有效的部份。「法可爾 FACOL」則祛痰力為最靈、較之桔梗、遠志等、均高二十倍以上。而毒力反較少甚、(皂素類藥、雖不為消化管所吸收、然遇胃腸有損傷時、即有吸收之虞、故毒力愈少而愈佳。)用於痰難咳出之乾咳、劇咳、及小兒咳嗽等、為尤宜。「撲咳他勁 BOCKTAGIN」則不獨祛痰鎮咳、容易見效。且能健胃整腸、並有強心之功、而無溶血作用。用於虛弱人、及須運用者、最適宜。此二藥之大較也。如須說明書、函索即寄。

「撲咳他勁 BOCKTAGIN」分粉末片劑二種
「法可爾 FACOL」分單純液 複方糖漿二種

上海福康西藥店製

總經理處 上海南市肇嘉路虹橋西復康藥行

各處大藥房均代售

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、於化學上體質未滿。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。舟車暈、及高血壓病之頭頸脹痛、亦有效。定價甚廉(醫界用、淡黃色藥片、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。由郵購、亦即寄。

「裝盛」藥粉每兩一瓶
藥片分五百片 一百片 一十片三種

「附白」類承 注射液 福康因此藥內服垂詢此藥有無 效已速極。且用為注射、反有疑義。(此藥各國亦多無注射出品)故非有十分把握、不敢率爾製售免致貽誤云。

上海福康西藥店再白

華 商
上 海
勝 齡 西 藥 行

營 業 簡 目
各 國 新 藥 注 射 藥 針 工 業 醫 藥 原 料 醫 器 用 械 一 等 品 全 俱

本藥行創辦以來一十餘年於茲貨品力求精良
營業務以誠信謬荷 惠顧諸君暨 醫藥兩界
同聲贊許洵非倖敢本藥行銘感之餘未敢自滿
對於選貨精益求精定價則廉之又廉藉以仰副
惠顧盛意茲為利便各界採購願內地顧客凡匯
兌未通之處不論貨款多寡可將郵票代洋十足
通用再除由貴地購就匯票郵票寄下外尙可遞
照郵局代收貨價辦法最為簡便而妥善但郵局
代收貨價未設之處還請購滙票或郵票為荷
函詢價目當按最廉之市價立即奉答以副雅意

上海南市徽甯路
懷仁里第二四號
勝齡西藥行謹識

電話二二九一三

LIVEMIN

補血強身新造血劑

利命

● 粉膏肝亞新產國 ●

肝膏粉有補血強身之功已為全世界醫界所公認此等製劑行銷於市上者不勝枚舉惟有利命肝膏粉依據最新學理製造其所含之有效成份用特種真空裝置抽出絲毫未嘗破壞在本國製造較舶來品尤為新鮮故補血功效特別強大四季常服絕無流弊

總發行所

新亞化學製藥廠

上海新開路一千零九十五號

(全國各大藥房均有出售)



國產造血強壯劑

ARSEN LEBEROSE 10D-LEBEROSE
LEBEROSE

立勃絡髓 (液體)

新舊補血藥雖多、然內服後、或效否難定、或反惹胃腸障害、用者當以為憾。獨此藥則不然。蓋人身必須有充分之氣、方足體健神旺。而吸收氣之多少、須視血內所含血色素之豐儉為斷。此藥「立勃絡髓」係以科學方法。製成如「肝臟內留備新造血色素等之材料」相同的事物。故服後極易吸收同化、功效確速。而無害胃腸。藥分單純、含砒、含磷三種。凡各種貧血、或兼有神經衰弱、梅毒、瘧疾、瘰癧、肋膜炎、風濕痛、皮膚慢性病、及病後未復元、婦女月經不調、小兒長育不全等、均甚效。綜其優點。(一)有極簡易法可試見。(二)不害胃腸。(三)容易吸收同化。(四)用量小而功效大。(五)砒與磷之結合、可少副作用。(六)毫無腥臭。(七)久置不變。(八)定價特廉(以如此優越之貨、每大瓶約服廿天左右、僅須一元四角)。惟貧血如係中溶血性毒素、或與補血解毒劑「利服爾」(LIVERPHOR) (保肝胃合劑) 同服尤佳。如須說明書、簡易試驗法、函索即寄。

上海福康西藥店製

風濕痛病外用新藥

SABOLID OINTMENT

“F. KOONG”

薩婆律軟膏

本藥「薩婆律」、為化學有機結合。對於關節風寒濕痺(風濕骨痛)之病原、有特異之作用。製為軟膏外用、既不刺破皮膚、又無內服藥副作用之虞。塗擦於患處、富於滲透性、極易吸收入內、故奏效甚速。不但關節腫脹疼痛、容易治愈、並可縮短其他病程、實為特效之藥。凡急性慢性關節風濕痛、肌肉風濕痛、神經痛(俗稱風氣痛)、及其他疼痛性疾患、(外用)均適宜。

「裝盛」每管盛膏一兩

每瓶三百公分

上海福康西藥店製

上海南市肇嘉路虹橋西復康藥行總經理

各處大藥房均代售

“民生”
精嗽安

ANTIHUSTIN "MING-SEN"

劑製梗桔良川志遠藥國

宜尤孺婦 速神效功

強甚用作血溶分成致有性溶可之中素鹼石首含
用作副無絕而大極力疾祛故行進！徐則應反其

治主

咳日百炎枝管氣性慢急冒感性行流
患疾種各氣吸呼及癆肺炎肺息喘

裝包
每—磅半兩四兩—瓶每

“民生”
露嗽安

SYRUPUS ANTIHUSTIN
"MING-SEN"

化用材藥產國之粹純以
平和性藥成製法方的學
之一推去近為道王力藥

劑專咳治

裝包

每—磅半兩四兩—瓶每



ISI

杭州民生製造廠化學藥品部
總經理杭州同春坊同春藥房
各埠各大藥房均有出售

預能即劑眠安之與給所以
否良之神精晨翌者患知

無副作用獨能以少量奏效之

安眠鎮靜劑

地阿路

DIAL

主治 因神經衰弱及希司鉄里亞症
所致之失眠症。一切精神病
者之不安及興奮狀態

片劑

液劑

注射劑

不含麻醉藥毫無危害之

止痛劑

迄巴兒勁

CIBALGIN

主治 各種疼痛。如頭痛。牙痛。腹痛。筋痛。
神經痛。月經痛。及手術後之疼痛等。

片劑

液劑

注射劑

在未用鴉片製劑以前
務請一試本品之功效



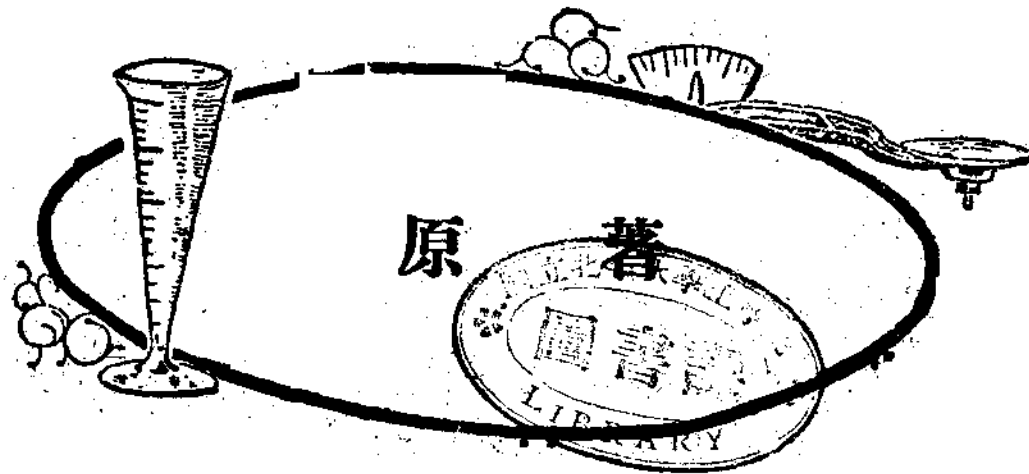
全國各大藥房均有發售
承蒙各界及華僑諸君指示

瑞士國迄巴藥廠

上海九江路二號



R
410.5
137.5



關於胰臟縫合之實驗研究

醫學博士 李祖蔚

目 次

- 第一章 緒 言
- 第二章 實驗方法
- 第三章 胰臟切除後縫合部癒合機轉
- 第四章 主胰管開放性切斷後，移植於此處之有莖大網膜之命運
- 第五章 移植於胰臟創面之有莖大網膜之命運
- 第六章 胰臟內營養血管結紮後之命運
- 第七章 結 論

Autorreferat

主要文獻

附圖說明

(插圖廿七張)



第一章 緒 言

1. 胰臟縫合後之癒合機轉為何？
2. 主胰管開放性切斷後，移植於此處之有莖大網膜之命運若何？

- 1 -

• 643439

3. 在脾臟被膜缺損之創面上，施行有莖大網膜之移植，能防止手術後出血及脾液之形成否？
4. 結紮後之脾臟內營養血管，受不混入胆汁及腸液之純粹脾液之作用，能發生後出血否？

本篇論文之研究要點，為欲闡明上列之各問題耳。

按脾臟切除實驗研究，任何研究大家，皆首肯其為難事。從事該研究者，因手術後之實驗動物，繼續死亡無餘，雖研究者費盡苦心與勞力，類皆不得如願以償耳。

余對於本實驗研究之過半期，備嘗個中苦痛，費時幾四閱星霜，手殺無辜之犬九十餘匹，最後得有區區成績，可以自慰者，亦云幸耳。

第二章 實驗方法

第一節 手術方法

準備 於手術時早晨，使健康之犬絕食，測其體重後，施行手術。

麻醉 以二·〇%鹽酸嗎啡溶液，對犬之體重一研，用〇·五乃至一·〇公分作皮下注射，在麻醉不充分者，再用二〇% Urethan 溶液，對犬之體重一研，用二·〇公分作皮下注射。

固定 在固定台上如法固定。

消毒 局部剃毛後，施用 Grossi 氏之皮膚消毒法。

手術 脾臟切除，主脾管開放性切斷，將大網膜移植於脾臟創面，結紮脾臟內營養血管。

第二節 剖 殺

剖殺實驗動物之際，預先測定其體重，用前述之麻醉法，固定後，開腹而行剖檢。

第三節 鏡檢標本之製作

剖出之材料，除冰結切片外，並由 Peterfi 氏 Colloidum Parasiticum 包埋法。

及普通之 Celloidin 包埋法，作成連續切片而檢索之。

染色法，用普通 Hamatoxylin Eosin 染色法，Unna pappenheim 氏 Plasma 細胞染色法，Weigert 氏彈力纖維染色法，對於間質纖維，用 Van Gieson 氏法，Bielschowsky 氏鍍銀法，對於退行性變化如脂肪壞死，用 Sudan III 及 Benda 氏法。

第三章 脾臟切除後縫合部之癒合機轉

Finney 氏，於一九〇九年，有一例報告，即對於初期脾臟囊狀腺腫之患者，切除脾臟體部後，將脾頭及脾尾縫合而接合之，其手術告成功，三月後全治云。然此種脾臟切除後，在脾臟縫合部，發生如何病理組織的變化，在脾臟外科上，係有興味之問題，余以寡聞，未見有此報告，乃將犬之脾臟切除後，施行脾臟縫合，以其癒合機轉，作組織學的檢查。

第一節 脾臟切除

a. 脾臟橫徑切除

由上腹部正中切開法開腹後，將脾臟之各脚，由十二指腸之內側，現出於手術面，使主脾管及副脾管露出，施以二重結紮而切斷之。然後以此切斷之脾管為中心，使其上下三cm間所在之脾臟周圍腹膜遊離，將脾臟由橫徑切除之，同時並將脾內之營養血管，均施以二重結紮而加切斷。結紮血管時，竭力不使脾組織同時被紮，次則在脾臟斷端之表面，有可以識別之脾管，亦僅將此脾管結紮之，然後施行脾臟縫合。此時從原則上，僅將脾臟被膜，用結節縫合縫合之。當時縫合不線切離，以備移植大網膜時利用之。腹壁創則用二層縫合，完全閉鎖之。

b. 脾臟部分的切除

由主脾管之上方及下方之脾臟部，施以部分的切除，其他與前者同。

第二節 實驗記錄

a. 脾臟橫徑切除

第一例及第二例，祇將主胰管同時切除，第三例祇將副胰管同時切除。

第一例 ♂ 黃毛 體重三〇斤

剖殺 術後第十三日 體重二九・二斤。

剖檢所見：腹壁縫合部無化膿，亦無胰液瘻孔，體壁腹膜無病的所見，腹腔內無血液樣或膽汁樣之貯留液，肝臟之下緣，與十二指腸相癒着，空腸之一部分，與胰臟右腳之末端相癒着，在胰臟縫合部上方之胰臟部，幾與生理的之分葉狀態相似，惟觸診上較尋常之硬度稍硬，在胰臟縫合部下方之胰臟部，著明萎縮，被移植之大網膜所包圍(參閱寫真第一圖)。

鏡檢新見：

- 一、胰臟縫合部 結締織性癒合佳良，縫合線周圍，有肉芽組織。肉芽組織之外圍，有少量胰臟壞死竈。
- 二、縫合部上方之胰臟組織 有輕度之腺細胞萎縮及間質增殖，無實質性出血及胰管擴張。到處可見尋常之 Langerhans 氏島。
- 三、縫合部下方之胰臟組織 有顯著之腺細胞萎縮及間質增殖，Langerhans 氏島較前者為少，腺胞中心細胞及 Zymogen 顆粒消失，無實質性出血，間有圓形細胞之滲潤。
- 四、移植之大網膜與胰臟縫合部之間，有幼若結締織細胞，新生血管及圓形細胞等所形成之組織層，使兩者互相密接(參閱寫真第二圖)。

第二例 ♂ 黑毛 體重二五斤。

剖殺 術後第十五日 體重二四・二斤。

剖檢所見：腹壁縫合部無化膿，亦無胰液瘻，大網膜與體壁腹膜不生癒着，腹腔內無貯留液，肝臟下緣之一部分，與大網膜相癒着。移植之大網膜瓣，完全保護胰臟縫合部，並不形成胰液瘻，血腫及膿瘍等。胰臟縫合部之下部，有硬結及萎縮(參閱寫真第三圖)。

鏡檢所見：

- 一、胰臟縫合部 癥痕形成佳良，縫合線之周圍，有肉芽組織形成，到處有圓形細胞滲潤。血管內見有內皮消失，血管擴張及血管壁萎縮。
- 二、縫合部上方之胰臟組織 有輕度之腺細胞萎縮及間質增殖，但胰管擴張及實質性出血，不得證明。Langerhans 氏島顯著肥大。縫合線之周圍，有少量之胰臟壞死及多量之圓形細胞滲潤。
- 三、縫合部下方之胰臟組織 腺細胞之萎縮及間質之增殖，頗為顯著。腺細胞中心細胞及 Zymogen 顆粒，有消失者，並證明胰管擴張及毛細管性出血。Langerhans 氏島祇有少數存在。
- 四、移植之大網膜與胰臟縫合部之間，有肉芽組織層，使兩者相密接。縫合線之周圍，有少量之脂肪壞死(參閱寫真第四圖)。

第三例 ♂ 褐毛，體重二五斤。

剖殺 術後第五十六日，體重二三斤。

剖檢所見：腹壁縫合部不化膿，無胰液瘻，體壁腹膜無癒着，腹腔內無貯留液。胰臟縫合部由移植之大網膜瓣完全保護。胰液瘻，血腫及膿瘍等，均不得證明。胰臟縫合部上方之胰臟部，發生萎縮及硬結，且較前述之二例為高度。手術當時約有四厘米橫徑者，約縮小達二厘米。近胰臟縫合部下部之胰臟，大部分由大網膜所被覆。稍離開大網膜所被覆之下方胰臟部，則全為普通之分葉狀態及硬度(參看寫真第五圖)。

鏡檢所見：

- 一、胰臟縫合部 縫合部之癥痕形成，遠較前述二例為佳良。縫合線之周圍，有輕度肉芽組織形成。癥痕組織內，有殘存胰臟組織。
- 二、縫合部上方之胰臟組織 腺細胞萎縮及間質增殖頗顯著。腺胞中心細胞及 Zymogen 顆粒，有消失者，L 氏島無異常。胰管著明擴張。
- 三、縫合部下方之胰臟組織 有中等度之腺細胞萎縮及間質增殖，並有胰管擴張及毛細管性出血。縫合線之周圍，有少量之胰臟壞死。L 氏島，無著明

變化。

四、移植之大網膜與胰臟缝合部之間，由肉芽組織層，使兩者相密接。缝合線周圍，有少量之脂肪壞死，(參閱寫真第六圖)。

b 胰臟部分的切除

第四例及第五例，在主胰管之上方，切除胰臟。第六例，在主胰管之下方，切除胰臟。

第四例 Ⓞ 白毛，體重一四、八斤。

剖殺 術後第二十四日，體重一二·五斤。

剖檢所見：腹壁缝合部不化膿，亦無腔液瘻。大網膜之小部分，與體壁腹膜癒着。腹腔內無貯留液，亦無胰臟壞死及脂肪壞死。胰臟周圍無血腫及囊腫之形成。胰臟缝合部，被移植之大網膜完全保護。缝合部上方之胰臟部，陷於高度萎縮。缝合部下方之胰臟部，幾與生理的無異(參看寫真第七圖)。

鏡檢所見：

一、胰臟缝合部 癒痕形成佳良，有少量之圓形細胞滲潤。缝合線周圍，有壞死性部分。

二、缝合部上方之胰臟組織 有輕度之細胞萎縮及間質增殖，有中等度之胰管擴張。無實質性出血。腺泡中心細胞及 Zymogen 顆粒，有消失者，L 氏島未見肥大。

三、缝合部下方之胰臟組織 腺細胞尚未萎縮，亦無間質增殖。無胰管擴張及實質性出血狀態。腺泡中心細胞，雖未完全消失，而 Zymogen 顆粒之大部分已消失。L 氏島，無著明變化。

四、移植之大網膜與胰臟缝合部之間，有肉芽組織層，缝合線周圍，有脂肪壞死竈散在。與缝合線相距較遠之處，即有固有之大網膜組織，可以證明(參閱寫真第八圖)。

第五例 Ⓞ 黑毛，體重二五斤。

剖殺 術後第二十六日，體重二二·五兩。

剖檢所見：腹壁縫合部無化膿，亦無胰液瘻。小部分大網膜，與體壁腹膜相癒着，但易剝離。腹腔內無貯溜液。胰臟縫合部之周圍，由移植之大網膜完全包圍。縫合部上方之胰臟部，有極輕度之萎縮。縫合部下方之胰臟部，仍呈生理的分葉狀態及硬度。胰臟壞死及脂肪壞死，不得證明(參閱寫真第九圖)。

鏡檢所見：

- 一、胰臟縫合部 瘻痕形成佳良，有少量之圓形細胞滲潤。該組織內，見有殘留之胰臟腺細胞散在。縫合線周圍，有壞死性部分。
- 二、縫合部上方之胰臟組織 有中等度之腺細胞萎縮及間質增殖。並有高度之胰臟擴張及限局性之實質性出血。腺泡中心細胞及 Zymogen 顆粒消失。血管內腔有血管形成，同時可見血管內皮細胞消失，血管壁萎縮。
- 三、縫合部下方之胰臟組織 有輕度之腺細胞萎縮及間質增殖。胰管幾未擴張。L 氏島亦無異常。腺泡中心細胞及 Zymogen 顆粒，有消失者。間質內有少量之 Hemosiderin 顆粒及圓形細胞滲潤。萎縮之腺葉內，有脂肪變性。
- 四、移植之大網膜與胰臟縫合部之間，由肉芽組織層，使兩者相密接。縫合線周圍，有脂肪壞死及圓形細胞滲潤(參閱寫真第十圖)。

第六例 白毛，體重八兩。

剖殺 術後第五十六日，體重七·六五兩。

剖檢所見：腹壁縫合部無化膿，亦無胰液瘻。體壁腹膜，無病的所見。腹腔內無貯溜液。肝臟下緣與大網膜相癒着，用鈍的剝離後，並未見有膿瘍及囊腫等形成。胰臟縫合部上方之胰臟表面，其分葉狀態及硬度，無異常。反之，縫合部下方之胰臟，則著明萎縮。胰臟縫合部，被移植之大網膜所包圍，並無脂肪壞死及胰臟壞死(參閱寫真第十一圖)。

鏡檢所見：

- 一、**胰臟縫合部** 癒痕組織形成佳良，到處有 Hamosiderin 顆粒。殘留之腺組織，亦能證明。血管的所見，則有血栓形成，內皮細胞消失，及血管壁萎縮等變化。縫合線之周圍，有肉芽組織形成。
- 二、**縫合部上方之胰臟組織** 有中等度之腺組織萎縮及間質增殖。胰管幾無擴張，亦無實質性出血。腺胞中心細胞及 Zymogen 顆粒有消失者，間質內有毛細管充血及圓形細胞滲潤。
- 三、**縫合部下方之胰臟組織** 有高度之腺組織萎縮及間質增殖。胰管著明擴張。L 氏島僅有極少數散在。腺胞中心細胞及 Zymogen 顆粒消失，並無實質性出血。
- 四、**移植之大網膜與胰臟縫合部之間**，由肉芽組織層，使兩者相密接。縫合線之周圍，所有脂肪組織之構造，高度崩壞，僅有少數之細胞核存在，離該縫合線相當之處，即能見固有之大網膜組織(參閱寫真第十二圖)。

第三節 對於實驗成績之考察

余之胰臟切除實驗例，在手術後經過十二日至五十六日間者，均得保有生存之狀態。

a. 橫徑切除實驗

施行胰臟橫徑切除而縫合之後，並無胰液瘻之形成，及腹腔內滲出液之貯溜。縫合部表面所移植之大網膜，能奏止血及防止胰液瘻之效。包含主胰管，同時將胰臟橫徑切除之。則縫合部下方之胰臟部萎縮，包含副胰管，同時將胰臟橫徑切除之，則縫合部上方之胰臟萎縮，是乃通則。在鏡檢所見，有限局性之胰臟壞死及脂肪壞死者，恐與胰臟縫合時之器械的損傷及營養血管之結紮，有密切之原因的關係，萎縮之胰臟組織內，其腺胞中心細胞及 Zymogen 顆粒，殆常消失。L 氏島尚無消失。縫合部則為佳良之結締組織所癒合。

b. 部分的切除實驗

剖檢所見，均無胰液瘻，胰臟壞死，脂肪壞死及腹腔內貯溜液等，與橫徑切除相同。移植之大網膜瓣，其成績較前者為良。在主胰管上方行胰臟之部分的切除時，則縫合部上方之胰臟部萎縮，在主胰管下方施行時，則縫合部下方之胰臟部萎縮。鏡檢所見，則第四例及第六例，與橫徑切除者略同，而第五例，則於胰臟內有輕度之實質性出血竈存在。當時雖惹余之注意；然在出血竈存在之外，並無出血性胰臟壞死之變化。由胰臟萎縮結締組織增殖及脂肪變性等存在觀之，該出血恐非急性進行性之變化也。

第四節 結 論

- 一、胰臟縫合部之癒合機轉，由於第一期癒合。
- 二、不論胰臟橫徑切除或部分的切除，胰臟之縫合，手術得法認為必能成功。
- 二、胰臟縫合部之表面，將有莖大網膜移植之，能達止血及防止胰液瘻之目的。
- 四、在余之胰臟切除實驗例，其腹壁創，可以完全閉鎖。在胰臟縫合部上，無施行排液法之必要。
- 五、縫合部成癥痕組織。經過二星期以上者，其斷端腺質均萎縮，胰管成為盲端。管之口徑擴張。在鏡檢時，雖能證明限局的胰臟壞死及脂肪壞死，然與胰臟縫合時之器械的損傷及營養血管之結紮等，有密切之原因的關係存焉。

第四章 主胰管開放性切斷後移植於此處之大網膜的命運

急性胰臟壞死時所常有之隨伴症狀，即脂肪組織壞死。據向來之學說，則脂肪組織之壞死，乃由於胰液直接與脂肪相接觸，於是中性脂肪，即被胰酵素中之 *Lipase* 分解為甘油與脂肪酸。甘油被吸收，而脂肪酸與鹽基相合，成為石鹼，在肉眼的上，成為帽針頭大或豌豆大之乳白色斑點。分布於胰臟周圍，及大腸間膜之間。在高度時，則胰酵素由淋巴行及血行之媒介而蔓延，故腹壁漿膜下，後腹膜腔，腎周圍，肋膜下，縱隔膜，心囊以及皮下脂肪組織等處，

皆可以現脂肪壞死。

Langerhans 氏，曾將胰液注射於動物之後腹膜脂肪組織內，以檢索胰液對於脂肪消化力之實驗有焉。

余於本章，則欲明瞭將主胰管切斷後，再將有蒂大網膜，移植於其上，由胰管持續流出之胰液，對於大網膜，究能生如何之病理變化。

第一節 實驗方法

在本實驗，因欲避免膽汁及腸液之混入，即血液亦竭力不使與胰液相混合。實驗時特別注意，不使總輸膽管以及主副兩胰管以外之附近器官或組織，生副損傷。

余就多數之犬，施行局所解剖，得以下之成績。

犬之胰管，在原則上有主副二管。體重之平均數為二〇·六部時，則自幽門輪至主胰管開口部之距離，平均為七·二厘米。自副胰管開口部至主胰管開口部之距離，平均為二·五厘米。兩管之開口部，對於十二指腸之縱軸，並非存在於一直線上。主胰管偏於十二指腸後面內方。而副胰管稍偏於外方。由兩管開口部對於十二指腸縱軸，各引一平行線，則此兩平行線間之距離，平均為一·二厘米。自幽門輪至副胰管開口部之距離，為四·九厘米(參閱寫真第十三圖)。

由以上之成績，則主胰管局所解剖的位置，在十二指腸上幽門輪下方，平均約二·七厘米，且在十二指腸之後面內側，此雖由犬之大小而有多少之差異，但在此目標相近處，由指之觸診，每易決定主胰管之存在也。以此方法施行手術，則由於胰臟實質之副損傷所發生出血之缺點，頗能減少。主胰管位置決定後，將十二指腸與胰臟間之腹膜切開，用鈍的剝離，使主胰管約露出〇·五厘米之間。

如第十四圖所示，將此露出之主胰管，在十二指腸開口部附近結紮之。將此線保存而不切斷，更與此線稍離開之處置不結紮之支持線於胰臟側。另作有蒂之大網膜瓣，如第十五圖所示，其中穿一小孔，將前記之線貫穿之。大網膜

瓣之遊離緣，用結節縫合，使胰臟與十二指腸間之腹膜相密着，然後支持以上之二線，在二線間切斷主胰管，最後將大網膜瓣中央之小孔，用連續縫合閉鎖之。

由上述之手術法，可使不混入十二指腸內容而比較的純粹之胰液，自由與大網膜瓣內面相接觸，如是則胰液對於有莖大網膜，有無消化力，由下述之實驗決定之。

第二節 實驗記錄

第七例 ♂ 黑毛，體重二〇斤。

剖殺 術後第十四日，體重一八、五六斤。

剖檢所見：腹壁縫合之癒合佳良，無胰液瘻，腹腔內無貯溜液。大網膜之小部分，與各側體壁腹膜相癒着。胰臟右腳及十二指腸之周圍，由移植之有莖大網膜所包圍。大網膜之表面，無壞死及充血之所見。全部胰臟之分葉狀態以及色澤等，均無異常。切開移植之大網膜，則見胰臟與大網膜瓣之間，貯溜約有一〇公分之胰液，此外無化膿性及出血性所見(參閱寫看第十六圖)。

鏡檢所見

一、移植之大網膜組織 胰臟表面與大網膜移植面之間，在比較廣大之範圍內，有幼若之結締組織細胞，新生血管及圓形細胞等所形成之組織。縫合線之周圍，見有若干之脂肪壞死。與移植床隔開之處，固有之大網膜組織存焉。

二、胰臟組織 無特種變化，足供記述(參閱寫真第十七圖)。

第八例 ♂ 白毛，體重一〇斤。

剖殺 術後第二十一日，體重九、七八斤。

剖殺所見：腹壁縫合癒合佳良，無胰液瘻。大網膜之小部分與體壁腹膜相癒着，但癒着部之內，並無貯溜液，腹腔內亦無滲出液。大網膜之表面，無壞死及充血所見。胰臟右腳之周圍，被移植之大網膜所包圍，該大網膜瓣與胰臟之

間，有輕度之波動，切開後，約得八公之貯溜液，此外無出血性及化膿性所見（參閱寫真第十八圖）。

鏡檢所見

- 一、移植之大網膜組織 與胰臟表面相密接之大網膜組織，已被肉芽組織所換置，僅成爲球狀而殘遺之部分。大網膜間質內，有輕度之圓形細胞滲潤，但並無出血之變化。縫合線之周圍，有限局性脂肪壞死竈，大網膜內之血管，無特別之變化。
- 二、胰臟組織 開放性切斷之主胰管，由其橫斷面觀之，則管腔之形狀，仍無異常。粘膜上皮之排列，亦未錯亂。管壁及管壁周圍之間質，無病的變化。胰臟內無壞死及出血等所見。胰臟細胞萎縮及間質增殖等，亦不能證明（參閱寫真第十九圖）。

對照實驗

余再將無莖之大網膜瓣，移植于主胰管開放性切斷部之上，以與有莖大網膜瓣之成績相比較而觀察。

對照實驗例 白毛，體重一五兩。

術後第七日死亡。 體過一三，二五兩。

手術經過 自手術之次日起，除飲少量之水以外，即不攝食，取被動的體位。元氣稍覺不振。第三日時嘔吐，吐物呈膽汁色。自第五日始，下腹壁膨隆，特在右下側著明。大便缺如。自第六日始，現虛脫症狀，遂于次日午後四時三分死亡，當場施行剖檢。

剖檢所見 腹壁縫合線，有三處化膿，無胰液瘻。開腹時發生惡臭。體壁腹膜，及腸管漿液膜，到處有瀰漫性之點狀出血，失其普通之光澤而溷濁。腸管互相癒着。腸管與體壁腹膜之間，亦生癒着。大網膜之右半，與體壁腹膜，及十二指腸，均相癒着。盲腸之漿液膜面，有膿樣義膜。胰臟左脚有輕度充血，但腐敗或壞死，不能證明。右脚與大網膜癒着，其間有小兒拳大之囊腫形成。切

開之，見有完全壞死之大網膜瓣。囊壁內面，現污紅色，表面有出血性變化。囊腫之內容，爲 Chocolate 狀之出血性，其量約有二〇公分，腹腔內有多量出血性腐敗性貯溜液(參閱寫真二十及二十一圖)。

鏡檢所見

一、無莖大網膜組織 脂肪細胞，如寫真第二十二圖所示，細胞核已消失，僅遺圓形之細胞輪廓而已。又於另一視野，如寫真第二十三圖所示，脂肪固有之構造，完全崩壞，僅留空隙而已。間質內之結締細胞，無核。細胞之境界完全不明，亦無完全之血管可見。到處有圓形細胞滲潤。

二、胰臟組織 雖有限局性之胰臟壞死，但不如前二例著明，胰臟被膜及間質間，有顯著之出血，而腺葉內，無實質性出血之變化，即胰臟腺組織內亦幾無圓形細胞之滲潤或靜脈血栓形成等變化。

第三節 對於實驗成績之考察

余之主胰管開放性切斷實驗例二例，在手術後經過十四日乃至二十一日間，尚爲健全之狀態。對照實驗例一例，在手術後七日死亡。其死亡之原因，如實驗記錄所述，係化膿性腹膜炎。

在開放性切斷主胰管後，將有莖大網膜移植于此處之二例則移植之大網膜瓣與胰臟右脚之間，均有胰液貯溜性囊腫之形成。如第七例，囊腫內之貯溜液，僅約一〇公分。第八例，不過八公分。余以爲持續的由主胰管流出之胰液，恐隨時被有莖之大網膜所吸收故也。由鏡檢所見，縫合線之周圍，有限局性脂肪壞死竈，其外圍更能見固有之大網膜組織，據余之考察，此種脂肪壞死之原因，恐係大網膜移植之際，大網膜內營養血管之一部分，被結紮，以致該組織陷于壞死。

第四節 結 論

一、在主胰管開放性切斷部，將有莖大網膜移植其上，由檢索之結果觀之，則純粹之胰液，對於脂肪組織，不生消化作用。

二、在主胰管開放性切斷之實驗，移植有莖大網膜時，雖有胰液貯溜性囊狀形成，然並無脂肪壞死及胰液瘻之形成。

第五章 移植於胰臟創面之有莖大網膜的命運

本章所述，乃將有莖大網膜瓣，移植於胰臟被膜之缺損部，此種實驗，在臨床上之意義，乃欲補充胰臟被膜損傷時所生之缺損，或胰臟腫瘍摘出時所生之缺損，以防止術後出血及胰液瘻之形成耳。蓋吾人如欲在臨床上應用之，當預由動物實驗，而決定大網膜移植之成績，是亦臨床上重要之問題也明矣。

第一節 實驗方法

a. 胰臟摘出

使犬之胰臟右腳露出，在主胰管下方，將胰臟摘出。結紮胰臟內之血管及胰管。各結紮線，均不加以切離，以備有莖大網膜移植時利用之。用結節縫合，將胰臟遊離緣與大網膜遊離緣縫合之。

b. 胰臟截斷

使犬之胰臟左腳露出，在副胰管上方，將胰臟楔狀截斷，結紮血管及胰管，即即以各該結紮線，移植大網膜于其上，胰臟缺損部由有莖大網膜瓣充填後，再將胰臟遊離緣與大網膜遊離緣，用結節縫合固定之。

第二節 實驗記錄

a. 胰臟摘出

第九例 ㄅ 赤毛，體重一一磅。

剖殺 術後第十四日，體重九，八五磅。

剖檢所見：腹壁縫合之癒合佳良。無胰液瘻。大網膜之小部分，與體壁腹膜相癒着。癒着部內，無膿瘍胰液貯溜。腹腔內無化膿性出血性貯溜液。大網膜及胰臟表面，無壞死，或充血等。胰臟周圍，無血腫形成，胰臟之分葉狀態，光澤及色，均無異常。胰臟斷端與有莖大網膜之癒合佳良，有鳩卵大之硬結，可

以觸知。剖面亦無由脾液所形成之囊腫(參閱寫真第二十四圖)。

鏡檢所見

脾臟剖面，有極少數之壞死竈，無實質性出血。腺葉內有多數結締組織細胞侵入。腺細胞呈萎縮之狀態。脾管腔內，有圓形細胞侵入，但粘膜上皮，無著明變化，且無管壁皺襞消失樣之擴張。L 氏島，到處存在，並無萎縮之變化。

脾臟剖面與大網膜移植面之間，呈二樣之變化。

(一)脾臟剖面上。有稍薄之結締組織層。此層之上，有大網膜之脂肪組織。該

組織內血管豐富，到處有圓形細胞之滲潤，全無壞死竈。

(二)脾臟剖面組織及大網膜組織間。在相當廣大之範圍內，由幼若之結締組織

細胞，新生血管及圓形細胞所形成之組織存焉。大網膜組織內，固有之脂肪細胞，為新生之結締組織所換置，固有之脂肪組織，僅成爲球狀散在而已(參閱寫真第二十五圖)。

b. 脾臟截斷

第十例 ♀ 白毛，體重一八。〇砵。

剖殺，術後第二十一日體重一七，五砵。

剖檢所見：腹壁縫合之癒合佳良，無脾液瘻。大網膜之小部分，雖與體壁腹膜相癒着，但容易剝離。腹腔內無貯溜液。大網膜及脾臟之表面，無壞死及充血。脾臟周圍，無血腫及囊腫之形成。脾臟右腳，幾無萎縮，而脾臟左腳，則著明縮。

移植之大網膜瓣，與脾臟缺損部強固癒着，並無由脾液貯溜而形成之囊腫。

鏡檢所見：

脾臟剖面，無壞死竈，亦無實質性出血。腺葉內，有多數之結締組織細胞侵入。腺細胞呈萎縮狀態。脾管內，有多數之圓形細胞，粘膜上皮增殖，管腔無擴張。

脾臟創面與大網膜植移面之間，呈二樣之變化。

(一)脾臟創面之上，有稍薄之結締組織層。此層之上，有大網膜組織。該組織內，有極少數之脂肪壞死竈。

(二)脾臟創面及大網膜組織間在稍廣之範圍內，有幼若之結締細胞，新生血管及圓形細胞等所形成之組織。該組織內，有少數之 Haemosiderin 色素顆粒。大網膜組織內，固有之脂肪細胞，由新生之結締組織換置。固有之脂肪組織，僅成爲球狀散在而已。

第四節 對於實驗成績之考察

在脾臟創面，行大網膜移植實驗之犬，二例均生存。手術後經過十四日乃至二十一日間，尙爲健全狀態。

(一)剖檢所見：

並無脾液癭形成，脾臟壞死，脂肪壞死，及腹腔內貯溜液。脾臟創面上或缺損部所移植之有莖大網膜瓣，確實能證明有防止出血及脾液癭之形成，與余前者所行脾臟被膜縫合上，移植之大網膜瓣之成績，相比較而對照之，決無遜色。

(二)鏡檢所見：

大網膜在移植床相近之處，有間質增殖，並富有幼若之結締細胞及圓形細胞，尙有少數壞死之脂肪組織散在焉。然與移植床隔開之處，見有固有之大網膜組織

脾臟創面，健全之脾臟組織，占大部分。僅極少數部分，有限局性之壞死耳。

第五節 結論

一、余在犬之廣汎脾臟被膜缺損部，移植有莖大網膜瓣，能達完全防止出血及脾液癭形成之目的。

二、移植之大網膜組織與移植床間發現形成強固之組織性癒合，並無脾液貯溜性囊腫之形成。

第六章 經結紮之胰臟內營養血管的命運

外科臨床，對於急性胰臟炎之患者，當結紮出血之血管，當時雖完全止血，暫時後，往往有再出血者，此乃由于Trypsin發生胰臟自家消化之作用所致，業已週知，胰臟中所存在之Trypsinogen由膽汁，腸之，白血球，蓋巴球及細菌等之賦活，成爲Trypsin而現自家消化之現象。

余當胰臟切除或胰臟摘出之際，將已結紮之胰臟內營養血管，使與未賦活狀態胰液相接觸，觀其能否發生自家消化作用及出血。將此問題，試作組織的研索實驗，以判別之。

第一節 實驗方法

關於血管之結紮方法，已於第三章及五章述及之，

第二節 實驗成績

胰臟切除實驗及胰臟摘出實驗，計有八例，各例均將其胰臟內營養血管結紮之。

(一) 剖檢所見：

各例均無腹腔內之出血性貯溜液及胰臟周圍血腫之形成。

(二) 鏡檢所見：

結紮之血管，所生之組織學的變化，茲舉其代表的二例如次。

a. 胰臟切除實驗例(第五例術後二十五日剖殺)

結紮之血管內腔，有血栓形成。血管內皮細胞消失。內膜中之彈力纖維，發生著明的變形萎縮，且成不規則之排列而殘遺。外膜中之彈力纖維，僅能見其痕跡而已，中膜及外膜之構造，境界不明。平滑筋組織無核。細胞之境界完全不明。外膜之外圍，有少數之結締組織細胞。其周圍，並有圓形細胞之滲潤(參照寫真第二十六圖)。

b. 胰臟摘出實驗例(第九例術後二十一日剖殺)

結紮之血管內腔，有血栓形成。血管內皮細胞消失。內膜稍肥厚。內膜中

之彈力纖維，著明變形而萎縮，且成不規則之排列。中膜內之平滑筋細胞，其核無變化。而原形質混濁，細胞之境界不明。外膜中之彈力纖維，大半消失。周圍有結締組織之增殖及圓形細胞之滲潤，但無出血所見（參閱寫真第二十七圖）。

第三節 對於實驗成績之考察

結紮脾臟內營養血管之實驗例，計凡八例，其中並無手術後之後出血而死亡者。剖殺所見，亦無腹腔內之血液樣貯溜液，或脾臟縫合部周圍之血腫形成，得以證明。

由以上實驗觀之，不與胆汁及腸液等相混合之純粹脾液，雖不能斷定對結紮之血管，不起消化，但至少可信由純粹之脾液，消化結紮之血管，乃稀有之事實耳。

第四節 結 論

- 一、經結紮之脾臟內營養血管，由不混入胆汁及腸液之純粹脾液所消化，而發生出血者甚少。
- 二、結紮之血管，其組織學的變化，係血管內腔之血栓形成，血管內皮細胞消失，血管彈力纖維之變形萎縮及平滑筋之退行性變化。

第七章 結 論

(一)脾臟切除後，縫合部之癒合機轉。

- 一、脾臟縫合部之癒合機轉，由於第一期癒合。
- 二、不論脾臟之橫徑切除或部分的切除，其脾臟縫合，必能成功。
- 三、脾臟縫合部表面，移植有莖大網膜，能達充分止血及防止脾液瘻之目的。
- 四、在余之脾臟切除實驗例，其腹壁創，可以完全閉鎖，脾臟縫合部上，無施行排液法之必要。
- 五、縫合部，成癍痕組織。經過二星期以上者，其斷端腺質均萎縮，脾管

均成盲端，管口徑均擴張。鏡檢時，雖有限局性胰臟壞死及脂肪壞死，係胰臟縫合時之器械的損傷及營養血管結紮等，有最密切之關係存焉。

(二)主胰管開放性切斷後，移植於此處之有莖大網膜的命運。

- 一、在主胰管開放性切斷部，將有莖大網膜移植之，由其檢索之結果觀之，則純粹之胰液，並不消化脂肪組織。
- 二、在主胰管開放性切斷實驗，移植有莖大網膜瓣時，雖有胰液貯溜性囊腫之形成，但並無脂肪壞死及胰液瘻之形成。

(三)移植於胰臟創面之有莖大網膜的命運。

- 一、余在犬之廣泛性胰臟被膜缺損部，將有莖大網膜瓣移植之，能達完全防止出血及胰液瘻形成之目的。

(附誌) 恩師瀨尾教授，對本問題之研究，始終勸導指導投稿時，又蒙校閱，謹以滿腔誠意感謝之。解剖教室鈴木教授，隨時加余以助力，特此深致謝意。

Experimentelle Untersuchung über die Pankreasrahl

Von

Prot. Dr. med. Tsu-Wei, Lee

Der Verfasser stellte die Untersuchung an Hunden wie folgt an:

- I. Der Heilungsvorgang nach der Nahtanlegung auf die durchschnittene Pankreaswunde.
- II. Das Schicksal des gestielt transplantierten Netzzipfels,
 1. auf den durchschnittenen Hauptausführungsgang des Pankreas,
 2. auf die Pankreaswunde.
- III. Das Schicksal des unterbundenen Gefässes im Pankreasgewebe.

In diesen Versuchen konnte er bestätigen dass die Wundheilung nach der Pankreasnaht wie die der andern Organe per primam erfolgt, dass das gestielt transplantierte Netz vollkommen um die Pankreaswunde und den Ausführungsgang verwächst, ohne der Fettgewebsnekrose anheim zu fallen und zwecks Stillung der perenchymatösen Pankreasblutung und Verhütung der Pankreasfistelbildung mit grossem Nutzen anwendbar ist, indem sich zwischen dem frei transplantierten Netzzipfel und dem Pankreasgewebe eine kleine, manchmal grosse Zyste bildet und diese Operation infolgedessen praktisch nicht zu empfehlen ist, Nach der Unterbinung der Gefässe wird die Thrombosierung im betreffenden Gefässlumina ohne Störung sicher und vollständig auftreten; Nachblutung infolge von Selbstverdauung der ligierten Gefässe durch reinen inaktiven Pankreassaft findet sehr selten statt.

(Autorreferat)

主 要 文 獻

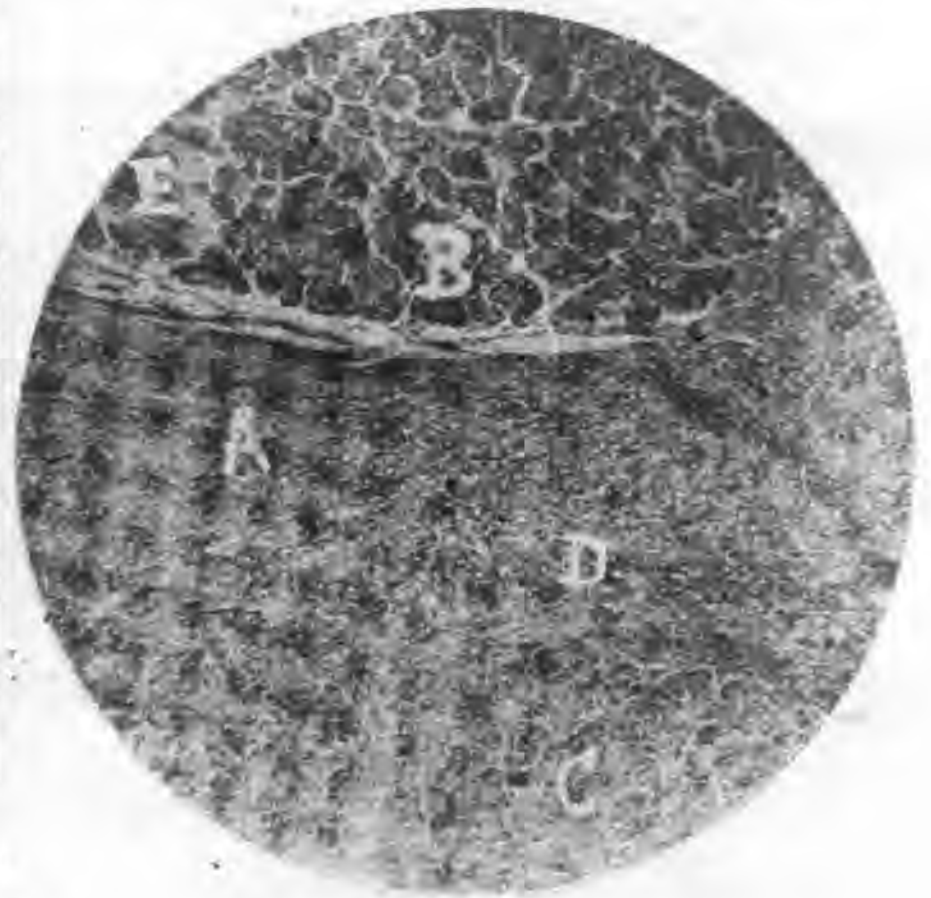
明比竹馬：膵靜脈及輸尿管結紮時之膵臟組織學的研究：（近畿婦人科學會雜誌，第12卷，第2號）
Chiari, H.: Beitrag zur Lehre von der intravitalen Autodigestion des menschlichen Pankreas. *Chl f. allg. Pathol* Bd. 14. (1903).
Ehrhardt: Über Resektionen am Pankreas. *Dtsch. med. Wschr.*, 1, 599-597. (1908).
Ellenberger: Handbuch der vergleichenden mikroskopischen Anatomie. Bd. 3. (1911).
Finney: Resection of the pancreas. *Ann. Surg.* (1910).
Hermes: Zur praktischen Verwertbarkeit der Netzplastik. *Dtsch. Zschr. f. Chir* Bd. 61, s. 548. (1901).
Hess: Die Ausführungsgänge des Hundepankreas. *Munch. med. Wschr.* 1505. (1907).
影董：急性膵臟炎成因研究補遺及該疾患經過中之生物化學的變化（日本外科學會雜誌：第26回，第10號）。
濱口廣成：純粹人體胰液消化力試驗。（醫學

公論, 937—12. Korte Exstirpation eines Fibroms des Pankreas, *Dtsch. med. wsehr.* II, 2153—2155. (1909). 窪田孝: 胰臟全橫斷 (Totaler Onerriss des; Pankreas) 之豫後及外科的處置之實驗的研究, (日本外科學會雜誌, 第25回, 第8號. Marchand: Der Prozess der Wundheilung. *Dtsch. Chir. Lfg.* 16, 311—317. (1901). 宮入清四郎: 熱射病日射病及 Trypsin 注射時之胰臟變化及胰臟大部分摘出後之殘餘胰臟變化, (日本病理學會雜誌, 第17年, 346頁乃至350頁). Neumann: Zur Verwertung der Netzplastik bei der Behandlung des perforierten Magen-u. Duodenalgeschwurs. *Dtsch. Zschr. f. Chir.* Bd. 100, S. 298. (1909). 大野良藏: 急性出血性胰臟壞疽。(福岡醫大雜誌, 第15卷, 第234號)。大野良藏: 淋巴球胰液消化力促進機能及其腸內移行, *Leucopedesis enterica*) 研究, (日本外科學會雜誌, 第25回, 第1943頁), 大野良藏: 純粹胰液蛋白消化力有無, (日本外科學會雜誌, 第22回, 第142頁). Pforringer, S.: Über die Selbstverdauung des Pankreas. *Virchow's Archiv.* Bd. 158, s. 126, (1891). Sakaki: Vergleichende Studien über den Naht verstärkungswert des ungestielten Netz, Peritoneal- und Mesenteriallappens. *Dtsch. Zschr. f. Chir.* Bd. 123, s. 62. (1913). Sprengell: Klinische und anatomisch-histologische Untersuchungen an ausgeheilten Pankreasfettgewebnekrosen. *Beitr. klin. Chir.* 140, 117—122. (1927). 德光美福: 胰管結紮後之副腎皮質變化及其意義, (中外醫事新報, 第869號, 第655頁). Ukai, Satom: Morphologisch-biologische Pankreas-Studien. *Mitt. über allg. Pathol. u. patol. Anat.* Bd. 3, (1926). Volkmann, Joh.: Zur Gefassversorgung und Naht des Bauchspeicheldrüse. *Arch klin. Chir.* 153, 677—702. (1928). Volkmann, Joh.: Subcutane Pankreasruptur. *Klin. Wschr.* 1926, H. 1851. W. Ellenberger und H. Baum: *Handbuch der vergleichenden Anatomie der Haustiere.* 16 Aufl. (1926),



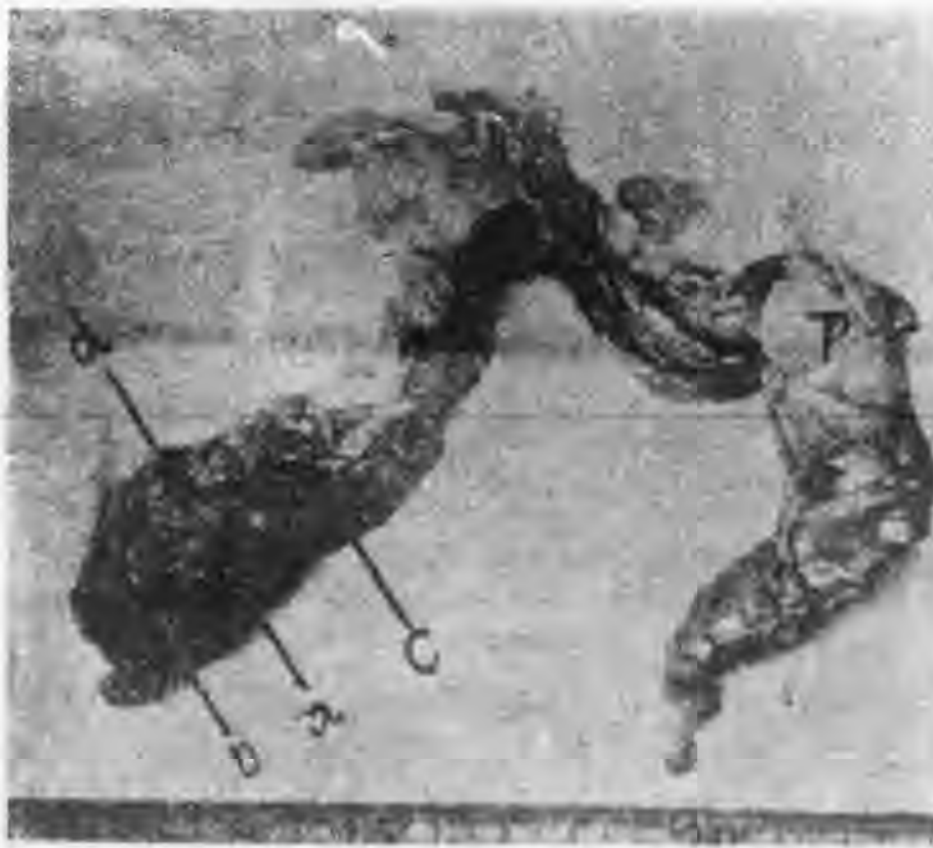
第一圖說明

- A 胰臟縫合部
- B 縫合部上方之胰臟部
- C 縫合部下方之胰臟部
- D 移植之有莖大網膜
- E 主胰管十二指腸開口部
- F 副胰管
- G 總輸膽管
- H 十二指腸
- P 橫徑切除之胰臟部
- E 主胰管斷端



第二圖說明

- A 結締織性癒着
- B 縫合部上方之胰臟組織
- G 縫合部下方之胰臟組織
- D 殘遺之腺組織
- E 部分的胰臟壞死



第三圖說明

- A 胰臟縫合部
- B 縫合部下方之胰臟部
- C 縫合部上方之胰臟部
- D 移植之大網膜癒着部
- P 呈生理的外觀之胰臟左脚



第四圖說明

- A 縫合部結締織性組織
- B 縫合部上方之胰臟組織
- C 縫合部下方之胰臟組織
- D 移植之大網膜癒着部
- E 血管
- F 胰臟內增殖之間質



第五圖 說明

- A 胰臟縫合部
- B 萎縮之胰臟部
- C 未萎縮之胰臟部
- D 移植之大網膜
- E 十二指腸
- F 總輸膽管
- G 脾臟



第六圖 說明

- A 縫合部癥痕形成
- B 縫合部上方之胰臟組織
- C 縫合部下方之胰臟組織
- D 縫合線
- E 縫合線周圍之組織壞死
- G 圓形細胞滲潤
- F 癥痕化之胰臟組織



第七圖 說明

- A 胰臟縫合部
- B 縫合部上方之胰臟部
- C 縫合部下方之胰臟部
- D 十二指腸
- F 總輸膽管



第八圖 說明

- A 縫合部結締織性組織
- B 縫合部上方之胰臟組織
- C 縫合部下方之胰臟組織
- D 擴張之血管
- E 殘留之胰臟腺組織



第九圖 說明

- A 胰臟縫合部
- B 縫合部上方之胰臟部
- C 縫合部下方之胰臟部
- D 移植之大網膜
- E 主胰管
- F 副胰管



第十圖 說明

- A 胰臟組織
- B 殘留之胰臟腺組織
- C 脂肪變性
- D 圓形細胞滲潤
- E 間質增殖



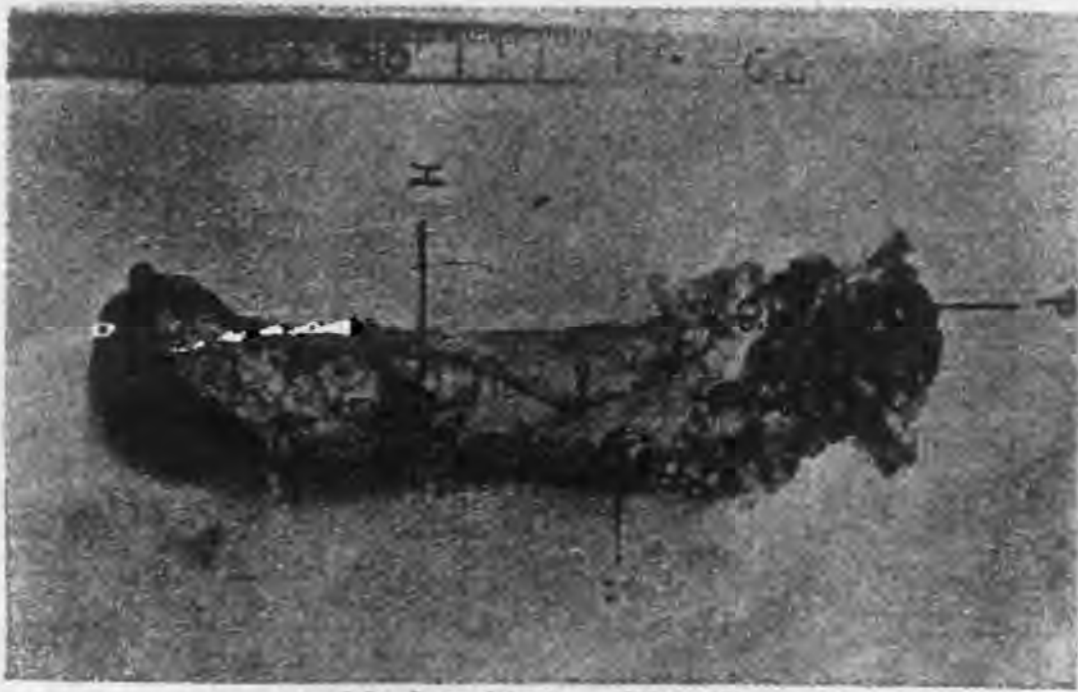
第十一圖 說明

- A 胰臟縫合部
- B 縫合部上方之胰臟部
- C 縫合部下方之胰臟部
- D 移植之大網膜
- E 十二指腸
- F 總輸膽管



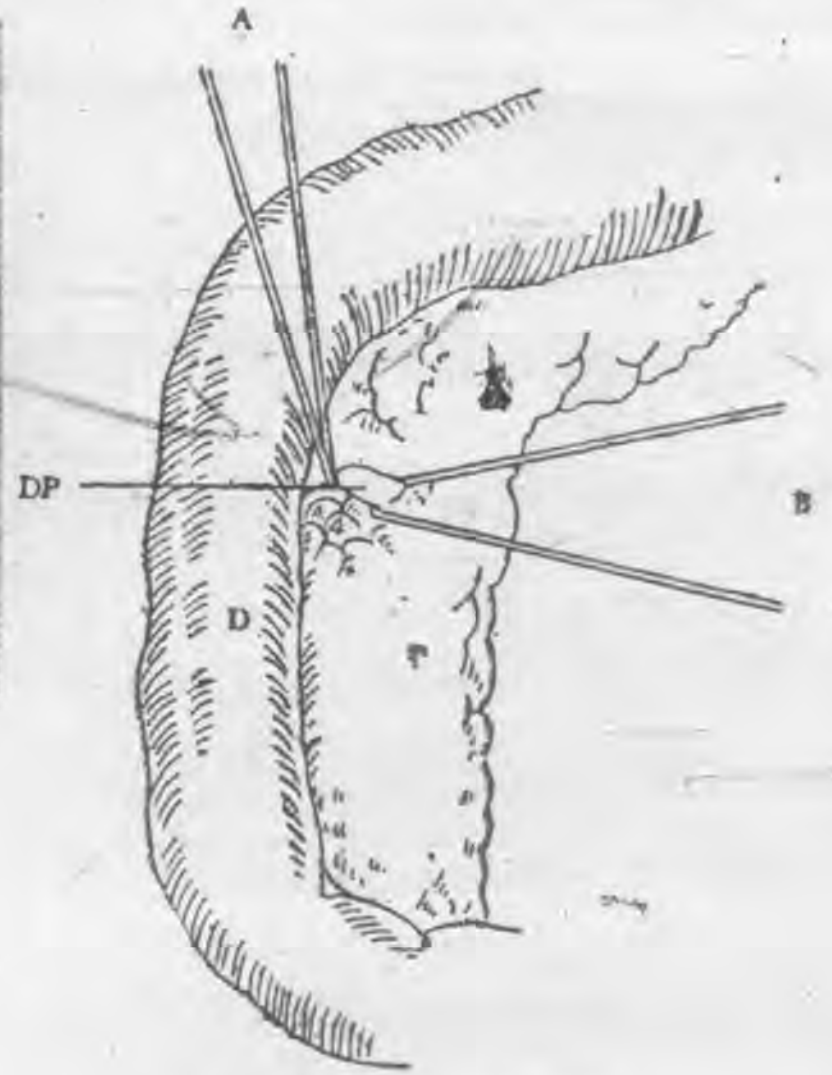
第十二圖 說明

- A 縫合部瘢痕組織
- B 縫合部上方之胰臟部組織
- C 縫合部下方之胰臟組織
- D 縫合線
- E 縫合線周圍之肉芽組織



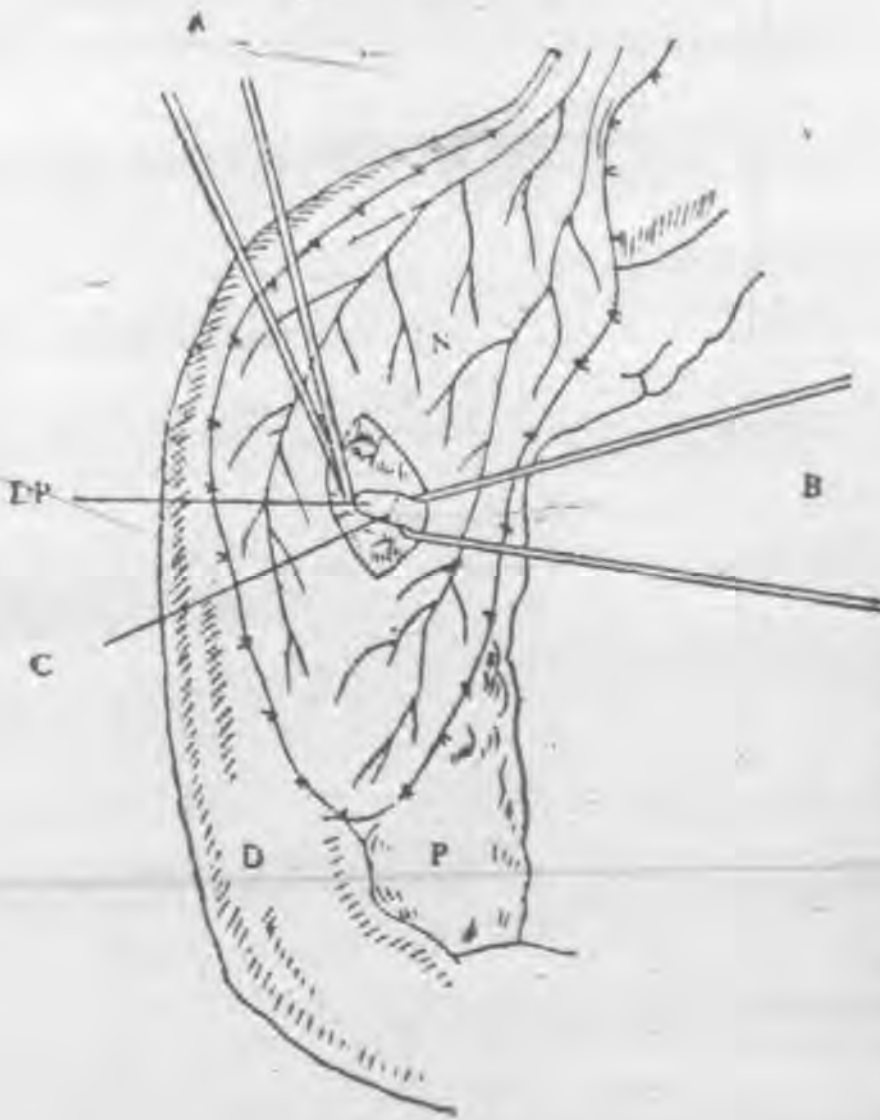
第十三圖 說明

- P 幽門輪
- H 主胰管開口部
- N 副胰管開口部



第十四圖 說明

- DP 主胰管
- D 十二指腸
- P 胰臟
- A 結紮絹絲
- B 支持絲



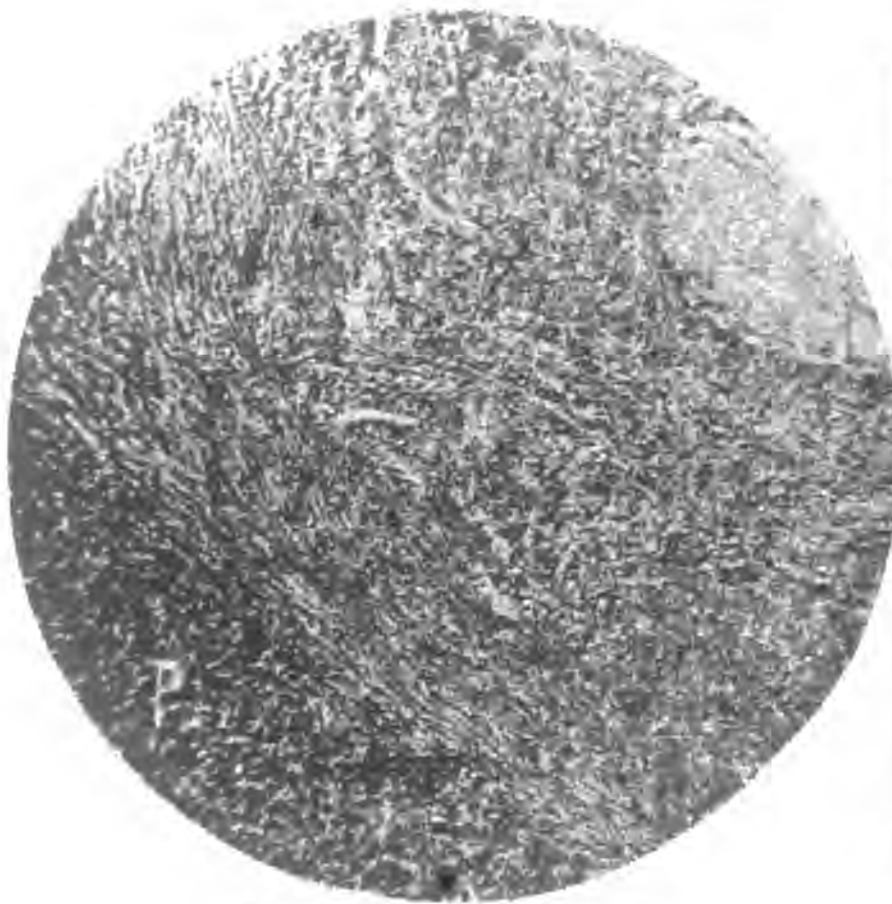
第十五圖 說明

- DP 主胰管
- D 十二指腸
- P 胰臟
- N 有莖大網膜瓣
- A 結紮絹絲
- B 支持絲
- C 主胰管切斷部



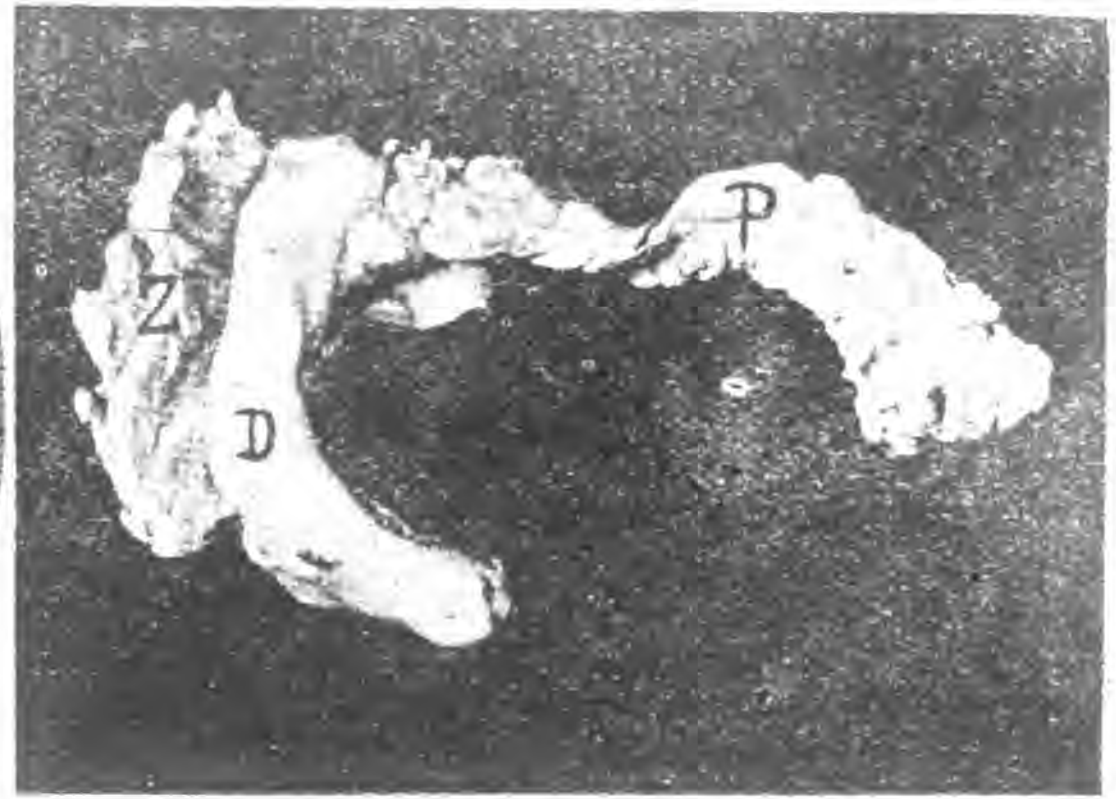
第十六圖 說明

- N 被覆切斷之主胰管而移植之有莖大網膜
- P 生理的外觀之胰臟



第十七圖 說明

- N 移植之大網膜組織由新生之結締組織纖維及肉芽組織所置換之部分
- P 胰臟組織
- F 縫合線



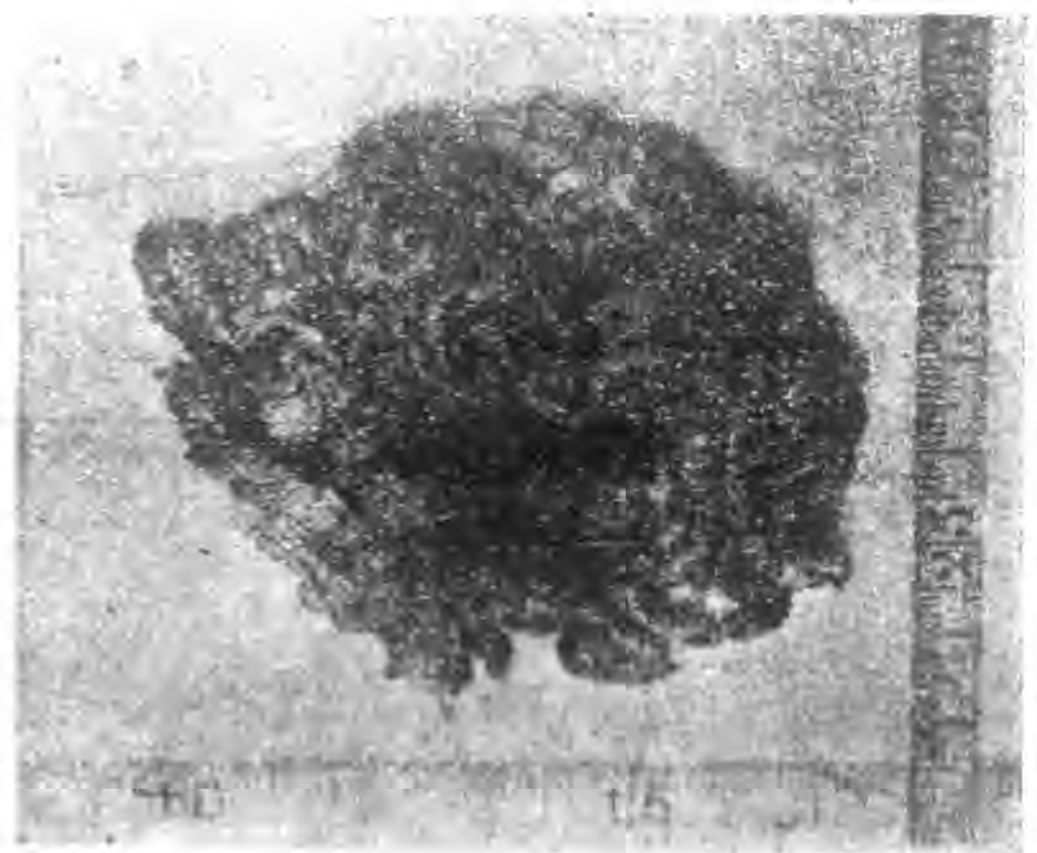
第十八圖 說明

- Z 移植大網膜內之胰液貯留性囊腫形成
- P 呈生理的外觀之胰臟
- D 十二指腸



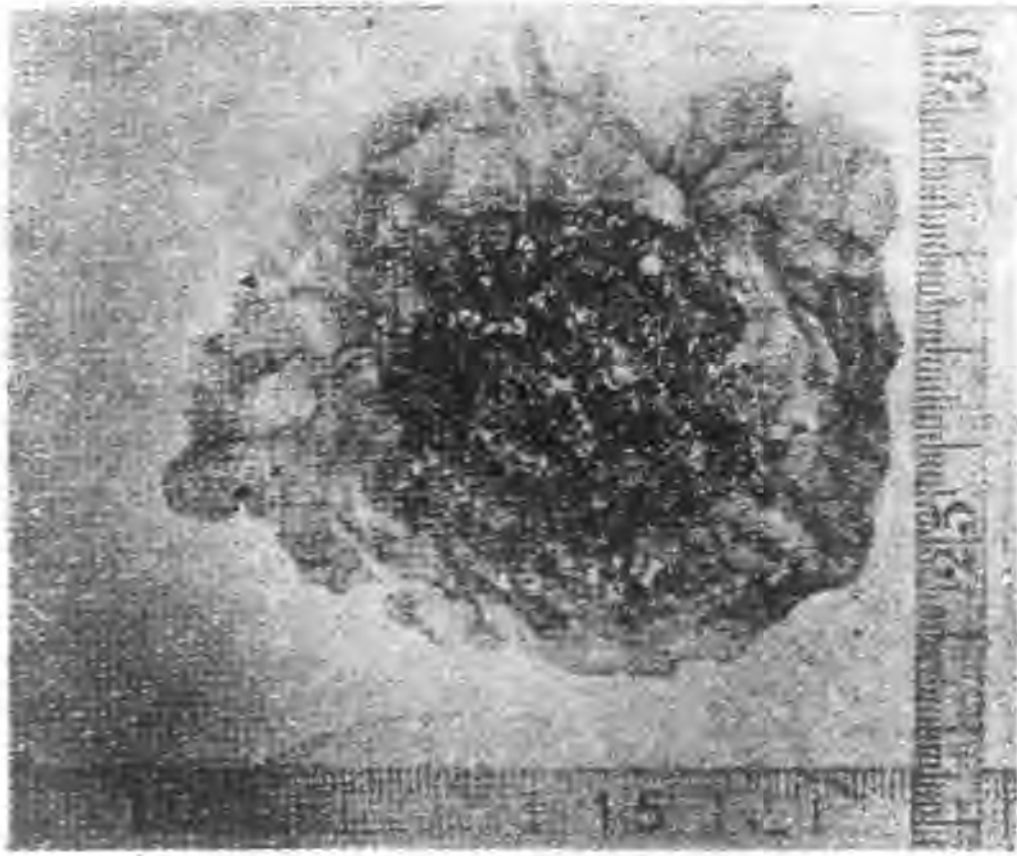
第十九圖 說明

- H 主胰管橫斷面
- S 主胰管周圍間質
- P 胰臟組織

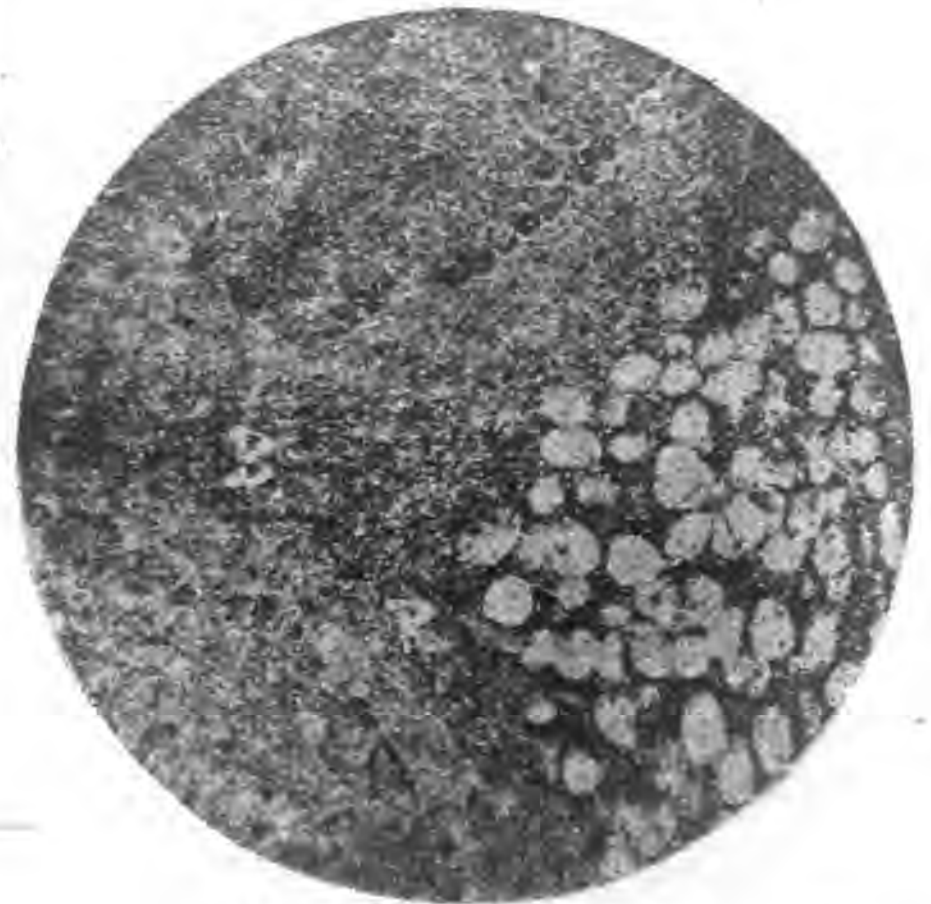


第二十圖 說明

出血性胰臟囊腫之外壁



第二十一圖 說明
出血性胰臟囊腫之內壁



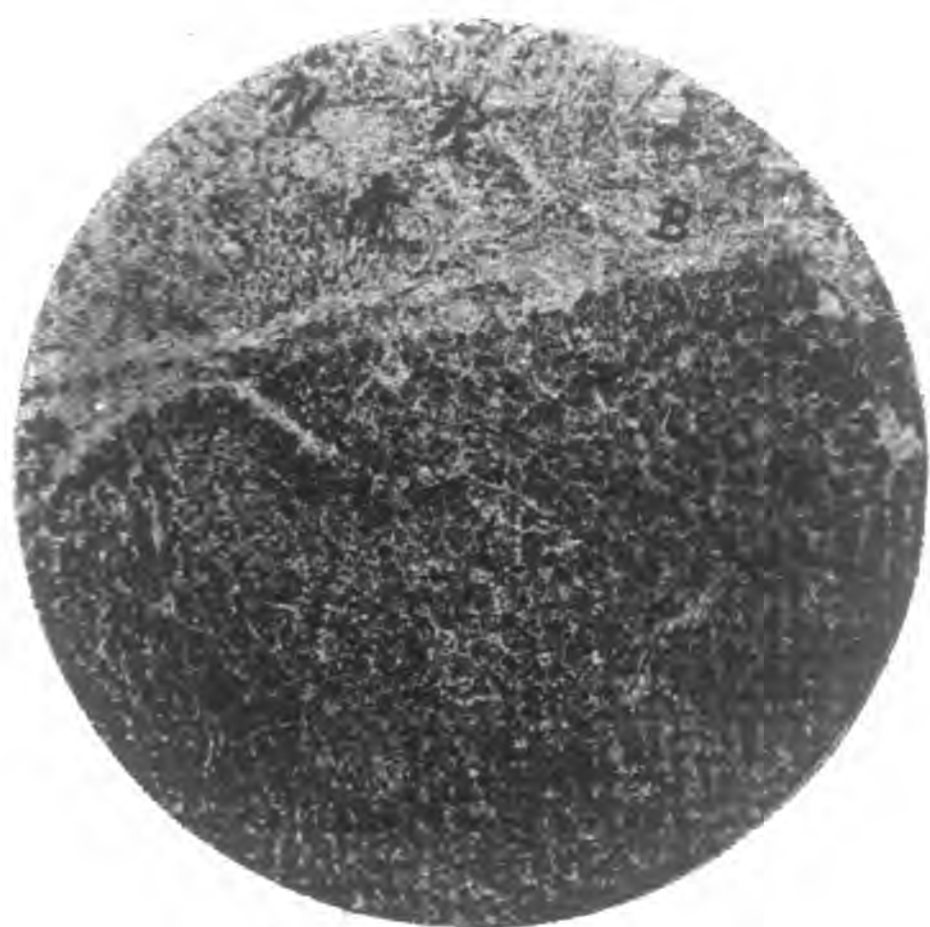
第二十二圖 說明
N 脂肪壞死
P 胰臟壞死
B 胰臟被膜出血
R 圓形細胞滲潤



第二十三圖 說明
N 脂肪壞死
R 圓形細胞滲潤
S 大網膜間質萎縮

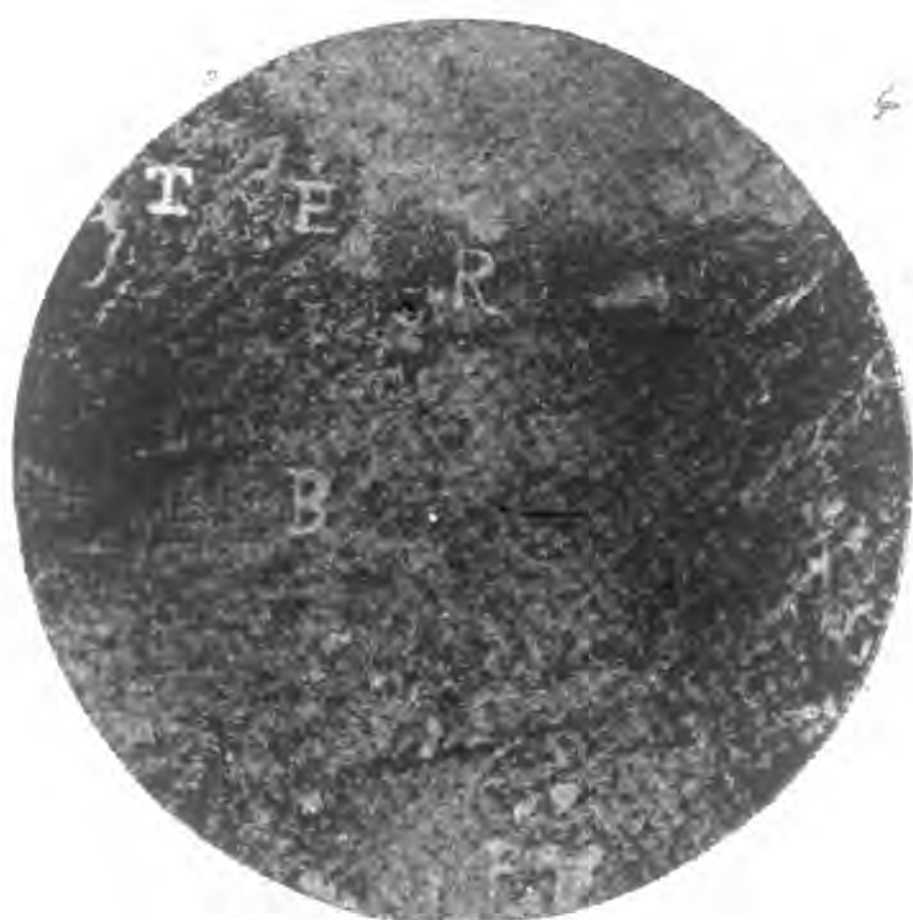


第二十四圖 說明
S 胰臟創面及大網膜移植部之剖面
P 胰臟左脚 N 移植之有莖大網膜



第二十五圖 說明

- N 移植之大網膜組織
- B 結締組織
- P C臟剖面
- K 毛細血管
- R 圓形細胞滲潤



第二十六圖 說明

- T 血管內血栓形成
- E 血管壁彈力纖維
- R 圓形細胞滲潤
- B 結締組織
- F 脂肪細胞
- P 脾臟組織



第二十七圖 說明

- T 血管內血栓形成
- E 血管壁彈力纖維
- B 結締組織
- P 脾臟組織

神經組織之紫外線寫真法及生體染色法

陶 烈 遺 著

如以肉眼觀察人腦，就可以看見呈了灰白色的灰白質和白色的白質外，還有些神經核為特殊的狀況，例如黑質在呈黑色，赤核在呈淡赤色。這樣，白質可以明白其為纖維所成，而灰白質就除了其為均質，可見血管之外不能見其微細的構造。如係新鮮的材料，那就以顯微鏡下也光能夠把神經組織細析而觀其神經細胞外廓罷了。在這種狀況下神經細胞在暗視野（即不在透過光線而在反射光線）上光能夠見均樣地呈顆粒狀。（W. mott aus Bayliss）

如果用普通慣用的生物組織染色法（Hematoxylen, van gieson 氏法等）來染神經組織，那麼神經細胞，纖維，膠質細胞核都能染色，因此可見細胞體的形狀，核，仁等的狀況，不過細胞間之部分就不像組織似的示鮮明之像，因即不能明白細胞間之關係。從種種經驗，對於神經組織有許多特殊的染色方法發見，因此能夠光把神經細胞或光把纖維染色。這種染色方法都在表示着神經組織對於這種染料發現着反應，而非用這類方法就不得論神經組織之構造，這是個實際上研究上之手段。隨新的染色法之發見，就有新的神經組織學說在生起，這各學說就大都立脚於其染色法，因此往往會發生問題要討論許多染色產物究竟是否神經組織原來的所產抑為染色產物，向來的染色法都是經驗之所得，其原理之已明瞭者極少。

甲、紫外線寫真法

近來有個新試，不用向來沿用之染色法而用紫外線來做顯微鏡寫真。在這裏也可見染色時同樣的構造。據 Stohr 在小腦的檢索，可見 Nissl 小體都以微細顆粒而成，相互有橋（細線）而連絡。在軸索及原纖維中也有這種顆粒。核之染色體也和 Nissl 小體連絡，Bielslowski 及 Wolff 的小腦之籠細胞突起進入於 Purkinje 細胞內部之說也受確認。而在軸索之間也可見很細的網狀組

織，這怕是相當於所謂 Nissl 之灰質(基質物質)者。

乙、生體染色法

a. 腦之生體染色

下等動物及高等(脊椎)動物的生體染色在末梢神經是可能的，可是健常的腦就不能夠。Doinikow 用 Isamin 青，Trypan 青試過神經系統的生體染色，結果中樞神經系的神經細胞均為陰性，光有脊髓，交感神經節的神經細胞及 Schwann 氏核為染色陽性。在染色之時，神經細胞也和別種組織的生體染色一樣，在原形質中可見顆粒，但是據說這是和 Nissl 小體是無關的。Syz 把酸 Fuchsin 注入於蛙的背部淋巴腔而試腦的生體染色。如把腦之前部除去，或用針刺，或弄傷了視葉或延髓之前部，那麼動物會生痙攣而色素進腦。色素以無色化合物而進入，有鹽酸的作用即成色素。如不傷腦，那麼在原則上色素不能進去。但在傷嗅葉之時不會有效，傷脊髓之時結果為不定。在健常腦軟膜上滴下了染色液也不會生痙攣。如破膜而觸腦，那就要生痙攣。今論到色素達到於腦之動機，從各種實驗，也明白其不是為了腦傷害所增加的心臟動作，也不是為了色素之血液混入，要是腦血管透明性之增加。而痙攣的發生未必會和色素之吸收有關係，甯要為腦之傷害而生痙攣毒興奮性的增進的緣故。

b. Methylenblau 染色法

Methylenblau 有 Ehrlich Gruber, nach Koch, B. X. m. S. mayer, medic pnr 等各種，但各種都可以用。

做 1% 的生理的食鹽水(0.75—0.65%) 溶液，在用時稀釋。食鹽要用化學的純良者，水要用純良蒸溜水。置溶液的器要用硝酸，水，酒精，食鹽水洗滌。用時稀薄溶液，要把他溫熱，使得放置中所生的沉澱可以溶解，

I. 血管注射法 把 1% Methylen 青溶液稀薄成 $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{8}$ % 而用。從動物或器官之大小而異分量，約摸在皮膚成青的程度，有必要之時，動物可以用 Chloroform 麻醉，注入就用 Syringe 或動力裝置。放置 20—30 分。

今把目的組織小片，放在 $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{15}$ % Methylenblau 溶液濕潤的棉花上，在室溫或孵卵器上，隨其大小放置室中約15—30分 1—2時間。

挾在 Hollundermark 或肝間，用手造切片，放在載物玻璃上，再放在食鹽水玻璃皿 (Schale) 中，輕蓋，為防止乾燥，即放濕的濾紙在內。再放在孵卵器中。每3—5分鐘檢，待神經能十分染色，就照固定法(後記)而固定。

用這方法，淋巴液，脾臟，腎臟不能染色，中樞神經系的染色也不良。如係冷血動物，那就從 Bulbus aortae 注入，自然用不到溫熱，如果把血液從血管放出，那麼染色在死後也是可能。(人在死後 9時間，貓 18—24 時間，蛙 3—8 日)。

2. 體腔內注射法及其他 血管內注射之法光在大的動物可以操作血管者為可能。所以如在下等動物就要用下述的方法，G. Retzius 把 $\frac{1}{5}$ — $\frac{1}{10}$ % Methylenblau 溶液注入於甲殼類及蚯蚓的腹腔，到了 12—24 時間後能把神經細胞，纖維·皮膚之感覺細胞染色。光光皮膚的注射及目的臟器附近結締組織內的注射不能得一定的結果。Cajal 這樣做，例如把兔腦露出做 2—3 mm 厚之平行切開，在其面上撒布着 Methylenblau 的粉(或濕以 Methylenblau 之飽和溶液)然後仍收拾而把腦蓋好。30—45 分後把他取出。用生理的食鹽水洗滌固定。這方法對於網膜等之染色也適用。

3. 浸漬法 組織做成 2—3mm 厚，用 $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{15}$ %溶液，每 5—10分把他滴加，組織須要常以色素液濕潤而且露出於空氣中。(放在 37°C 孵卵器中)常常鏡檢，如果神經組織能染色(普通30分—1時間或以上)，那麼就固定。或者試驗管半容色素液，把組織片放入而振盪到生多泡 (Lowelard)。Bethe 用 $\frac{1}{10}$ % 海水溶液以 1—2 時間染色。Apathy 主張用更稀薄的液來長時間染色為好，($\frac{1}{10}$ % 中 10 分， $\frac{1}{15}$ % 中 1—1.5 時間)， $\frac{1}{20}$ % 中 3—1. 時間。Retzius 及 Dogiel 把 Methylenblau 溶於海水中，使至暗青色，濾過之後，放進 Amphioxus (蝸魚)，1—1.5 小時後載在載物硝子上，時時檢鏡，10—30 分後等到染色充分

然後固定。

額田氏爲要染色蠶魚 (*Tachypleus tridentatus* (= *Limulus*)) 的心臟神經細胞，用

{ 飽和了氯的 3% NaCl 溶液 400c.c.
1% Methylenblau (Gruber) 液 0.6—0.8c.c.

把心臟全部釣入，5—6 時間後能把神經細胞染色。那麼 Methylenblau 的濃度爲約 $\frac{1}{100}$ %。

(附記) 不用 Methylenblau 而用 Tolnidin 青也好，據 Harris 以爲這方法更好。這方法係在載物玻璃上用下記溶液。

{ $\frac{1}{10}$ % Tolnidinblau 生理的食鹽水溶液 20c.c.
{ $\frac{1}{4}$ % 鹽化銨液 10c.c.
{ 卵白 10c.c.

用鉬酸銨 (Ammonium molybdat) 或濃黃血鹽 (Ferrocyankalium) 液 (少加鎂 Osmium 酸) 固定。組織染爲青色，軸索染爲赤色。

4. 還元 Methylenblau 法 Bozler 在染水母之神經系統時用所謂 Rongalit 白之法。

{ 0.5% Methylenblau (海水) 溶液 100c.c.
{ 濃鹽酸 5滴

把這溶液之 5c.c. 放在可以密閉之容器，加 0.110 瓦之 Rongalit (Hochst. 因在空中易分解，故須用新鮮者)。1—2 日後 Methylen 青還元而成無色。把他用海水稀釋爲 $\frac{1}{10}$ 。預備許多材料，照上記的浸漬法，每 5—10 分取出一個，載於載物玻璃上，放在濕室使得氧化。有的在數分鐘後已能把神經細胞染成濃青色。到了 30 分—1 小時，那麼別的細胞也能一概着色。在這方法可作爲缺點者是放在載物玻璃之時 Methylen 青要還元而褪色。Methylen 青以 Merck 製爲好，如用 Ehrlich 那麼要多加些鹽酸。

如用鉬酸銨 (Ammonium Molybdat) 或苦味酸銨 (Ammonium Picrat) 固定，那麼要弄壞組織，所以不便，下述方法雖好，但如果用 Balsam 那麼標本要收縮，使得不能封。因此今就先把水母表皮的膠狀物質可及的除去，約半日放在

{ 0.1% 銨酸
{ 約2%之醋酸

之混合液中約半日，如成褐色，那麼就不水洗而放在多量的 35% 酒精中24小時。那麼色能變黑。然後移於 70% 酒精，再移於 70% 酒精及 Glycerin 之等量混合液中而保存。鏡檢時放在 Glycerin 中。

c. Methylen 青染色固定法

1. 碘-碘化鉀法 (Arnstein)

把染色標本放在飽和碘之 1% 碘化鉀液中 6—12 小時，用蒸溜水洗，在 Glycerin 中檢鏡。

2. Pyrocarmine 法 (Smirnow, Feist)

把2—3mm 厚之片，數小時至數日染於下記液中，

Carmin	1 gm
濃銨液	5 c.c.
蒸銨水	50 c.c.
加 Picrin 酸之飽和水溶液	50 c.c.

(放在開口瓶，待銨蒸發之後濾過)

後用鹽酸甘油或純甘油封之。在這方法，如不把複染色做得長久，那就能久保暗堇色，因此有近於原染色之利益。

3. 苦味酸銨法 (S. mayir. Retzius, Dogiel)

原來 Methylen 青染色如受苦味酸銨的作用會生暗堇色之沉澱，而這沉澱容易溶解於水，酒精，不易溶於甘油。今用苦味酸銨的飽和溶液及甘油之等量

混合液(標本在數日後成透明，適於鏡檢)在苦味酸鉍飽和溶液中隨標本之大小約放置 2—24 小時，然後放在混合液或甘油中 (Dogiel)。如任膜樣標本就爲了固定之目的，加鉍酸液 1—2% 於 Picrin 酸鹽液，用 Picrocarmin 染色之後移於混合液中，這方法，標本可保存數月(額田)。

Ploschko 把苦味酸鉍固定之標本放在市販 Formalin 液之 5—10% 溶液中(約 6 小時—2 日)硬化，把他挾在 Hollundeamark 而作切片，用甘油封之。這樣用 Formalin 染色稍成蒼白。

Apathy 把染色標本放在下列二者之中，在暗處放一小時以上。

{ 濃苦味酸鉍水溶液 100c.c.
{ 濃鉍 5 滴

或

{ 1—2% 中性炭酸鉍液新製
{ 以苦味酸鹽 (Picrate) 飽和

然後移於

{ 5 % 甘油
{ 以苦味酸鉍飽和

更放在

{ 5 % Glycerin 20c.c.
{ 冷飽和蔗糖液 10c.c.
{ 冷阿拉比樹膠液 10c.c.
{ 以苦味酸鹽飽和

之後，以 Apathy 液滅封。

如果分別十分好，明瞭地光光現出神經纖維者，約能保存數星期，如不做成這程度，據說可以保存 5—6 年。

4. 鉬酸鉍 (Ammonium Molybdat) 法 (Bethe)

黃血鹽，鉬酸銻在水溶液完全把 Methylene 青沉澱，生起 Ferrocyan 酸或鉬酸 Methylene 青。鉬酸銻對於還元 Methylene 青會生白色沉澱而漸漸變青色。Bethe 以爲要染神經，就須要固定液的氧化作用，因此就用二氧化氫，而因爲要是酸性鹽而不是市販之中性鉬酸銻 $(\text{NH}_4)_6 \text{Mo}_7 \text{O}_{24}$ 所以要加鹽酸或硝酸於市販鹽。此刻先沉澱遊離鉬酸，振盪之結果，殘餘中性鹽會化合而生酸性鹽而溶解。鉬酸 Methylene 青不溶於 Ether, Xyrol, 冷酒精，光能溶於沸騰酒精。

鉬酸 (Ubersulfurmoersanre) 光在鉬酸銻之過剩能和鉬酸 Methylene 青作化合物，比前者爲更深青色，久放酒精也不會溶解。

今根本上記原理之 Bethe 原法如下。

1. Bethe 固定液。

{	市販鉬酸銻	1gm
	蒸溜水	20c.c.
	三氧化氫	1c.c.
	鹽酸	★ 1 滴
(用時新造，不能保存8 日以上)		

用磷鉬酸鈉之同量代鉬酸銻也可。或在上液加 0.5% 鎳酸液 1c.c. 或 2% 鉻酸液 10c.c. 也可以。

今把上液在應用前放在冰上，作爲 $+2^\circ\text{c} - -2^\circ\text{c}$ 小的組織片就 2—3 小時；大的組織片(約有一立方 mm. 大者)就 4—5 小時放其中。但在加鎳酸液時則 4—5 小時。

2. 約 30 分—2 小時以蒸溜水洗滌。

3. 酒精脫水。(如原液用鈉鹽，那就因爲其對於酒精之抵抗力小，所以把酒精冷却於 15°c 以下。)

★鹽酸性在無脊椎動物之時可不必用據 Cajal 及 Dogiel; 二氧化氫液可不用。

4. Xyrol, Canadabalsam 或 Paraffin 截片。

5. 如要，那麼可以用明礬 Carmin 或中性 Anilin 色素做核之複染色。

Bethe 變法 如用下述方法，可以省冷却之手續。

1. 染色後先放在飽和苦味酸銨約 10—15 分。

2. 不水洗，移於上記之固定液約一小時(如有鉍酸時則 4—12 小時)。固

定液只要在室溫以下，不必用冰冷。

3. 其後準上法。

Cajal 變法 把中樞神經組織片染色之後放在

1.	{	10% 鉍銨	100c.c.
		鹽酸	10 滴

中固定，

2. 移於次液

{	Formalin	40c.c.
{	蒸溜水	60c.c.
{	1% 氯化白金液	5c.c.

1. 放置約 3—4 小時。這液會增加鉍酸 Methylen 青之不溶解性。

2. 速用蒸溜水洗。

3. 數分間放在氯化白金 0.3% 酒精溶液。

4. Paraffin 截片。

5. 以 Xyrol 溶解。通過了 0.3% 氯化白金加純酒精。

6. Xyrol 或 Bergamot 油 Balsam。

Michailow 的變法同樣地用 Formalin, 8% 鉍酸鹽溶液加 Formalin 成 0.5% 濾過後染色材料在 37° 放 24 小時。用溫水洗。過了純酒精，Xyrol 後，用 Xyroidamarlack 緘封(不用 Balsam)

杜棋爾變法 因為用酸要使神經組織受變化，所以不用鹽酸，也不用二

氫化氫，也不冷卻。

1. 把染色標本放在5—8%銅酸銻 (Gruber 製) 水溶液 (混濁之時就濾過)，小者放於20—50c.c. 大者放於 (2—10 Cm) 100—300c.c. 液中，在常溫下前者約10分—2小時，後者約10—24小時。久置也不妨。

2. 用多量($\frac{1}{2}$ —12)之蒸溜水洗滌，(小片20—40分，大片2—3小時)

3. 純酒精(小片15—20分，大片30分—6 小時) 如果以塊狀保存，就在浸於純酒精之前貼了紙，使得不收縮，過 Xyrol，以 Xyroidamarlack 封。

4. 如作切片，就在稀薄 Celloidin 中30分—3小時，70%酒精中硬化截片。如要貯數日，那麼從酒精取出。移在水中。

5. 可用明礬 Carmin 複染。

6. 赤血鹽或黃血鹽法 (Harris)

染色後用水洗，約在0°C 左右，放置於赤血鹽或黃血鹽之飽和溶液 (爲防浸漬，加鎂酸的痕跡) 在0°C 下約 3—24小時，蒸溜水洗約二小時，酒精脫水 (低溫)，Xyrol 或 Ceder 油，Paraffin 截片。

d. 神經組織生體染色(不染色)之原理

Ehrlich 把 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ % Methylene 青生理的食鹽水溶液注射於動物血管，然後把動物活體或其殺後立刻所採的小的濃染組織片，放在載物玻璃，蓋以薄玻璃，那麼可以看見其色不久會褪色，但除去了薄玻璃，使得可接觸空氣，那麼再能着色。因此他就發見飽和於氧，及鹼性是神經染色之必要條件。

據 Arouson，神經在生活時飽和於氧，因即不還元 Methyleu 青。但在死後神經中氧很不充足，所以還元而成無色，放置游離氧中就再氧化了Methylene 青而着色。高等脊椎動物的中樞神經組織比冷血動物還元力大。其染色不良性之大，大概也原因於這裏。

以腦之研究名連載於學藝雜誌。

試用直腸麻醉劑 Avertin 之預告 (續前)

東南醫學院外科教室 湯鑫舟

本教室對於使用 Avertin 之前準備，亦於前日下午投與蓖麻子油 30 c.c. 晚上用 1% 食鹽水灌腸，臨睡時投與催眠藥，當晚起絕食，翌晨再用 1% 食鹽水灌腸以清腸內殘渣。直腸麻醉劑灌腸前 30 分鐘注射 Morphin hydrochlor. 0,7—0,8c,c.。Avertin 之使用量與調製均照文獻上所載之成法，且於使用前一小時調製，更用 0,1% Congorot 液確定其並未分解而未呈醉性，即 Congorot 液加入後仍為橙黃色。先將 Nelaton 氏 Katheter Nr. 10—Nr. 12 插入肛門內，逐漸將近於體溫之 Avertin 液用低壓注腸(即用普通之灌腸器)。注腸開始後 3—5 分鐘，普通已有嗜眠狀態，問答緩慢而不正確，惟在第一例則因神經質與用量太少關係，不能得到麻醉狀態。全量灌完約須 10—15 分鐘，在第二例則灌至將完時已入深麻醉狀態，即鼾聲大作，不論運動，知覺神經均呈麻醉狀態。第一例與第三例灌腸後達 20—30 分鐘未呈深麻醉狀態，即用 Aether 之追加麻醉，未呈興奮狀態即入深麻醉狀態，故病人較為安靜，並且使用量亦較少。

麻醉之持續在第一例與第三例祇有 1½—2 小時，然已能麻醉全手術時間而有餘，在第二例則延長至 5 ½ 小時尚無醒覺表示，乃注射 Coramin 20c,c. 於靜脈內，待注射完了即作深長之伸欠而醒覺。醒覺後感覺非常愉快而毫無痛苦，且無惡心，嘔吐，頭痛等不快之副作用。手術後小便中無蛋白質與血液之異常變化，直腸均無加答兒性炎症變化。

麻醉中之脈搏稍有增加而微弱，血壓亦稍有下降而呼吸反有增加之傾向。手術時有極着明之靜脈性出血，惟壓迫後即止，故於手術無多大障礙。

Avertin 注腸之命運：Avertin 液之吸收較水之吸收為速，經 10 分鐘已將全量之半數吸收，20 分鐘幾將全部吸收(Straub)。吸收部位為直腸粘膜

，至於大腸粘膜之能否吸收則議論甚多而未定，例如 Treplin, Mori, Specht 等謂至大腸方能吸收，惟中西氏曾在罹直腸癌而已有入工肛門之病人，注入 Avertin 液於直腸，則 Avertin 液當然無法流至入工肛門之上部，注入後祇經 5 分鐘即已入深麻醉矣。吸收入體內之 Avertin 多在肝臟與 Glukuron 酸結合，而由腎臟排洩 (Endoh, Pribram, Straub, Schonbauer, Links, Stamm) ，Straub 氏謂經 48 小時已有全量之 81 % 由尿中排洩，Martin 氏謂經 48 小時幾將全量由尿中完全排出。Glukuron 酸為貯藏於肝臟中 Glucogen 之誘導體，而 Glucogen 之肝內含有量則因個體即不同，如在營養佳良之個體則貯藏大量之 Glucogen，而在衰弱或惡液質之病人則含量甚少，故對於後者施用本劑時麻醉持續長而副作用多，蓋即結合 Avertin 之 Glukuron 酸產生甚少故也。

本劑之醒覺劑：本劑麻醉中發生危險症狀時或麻醉持續太長時，可用醒覺劑減輕其危險症狀或短縮其持續。

1. Coramin 為 Pyridin--B--karbonsaure Diaethylamid 之集成，普通所用者為 25 % 之水溶液。Killian, Uhlmann 氏注射 Coramin 於 Avertin 中毒之家兔後血壓上昇，呼吸困難之鎮靜及呼吸量之增大，麻醉持續能短縮 40—50%，實為應用 Coramin 之嚆矢。應用在臨床上，亦得同樣之結果，Killian 謂 Coramin 對於呼吸，循環二中樞及大腦有特殊之作用，而於本麻醉之中絕更有理想的效果。其後經 Fischmann, Specht, Halbfas-Ney 等之證明其效果，更為確實，Halbfas-Ney 氏並謂 Coramin 在中樞性效果之外，尚有祛痰，及短縮麻醉持續，而使肺臟之通氣佳良，得防止肺臟之合併症。Coramin 用在救急或立即中絕麻醉時可用 Coramin 10—20 c,c, 行靜脈注射，如須持續的效果則可用 5—10 c,c, 肌肉內注射，如能二者併用則效果更佳。注射後即能呼吸量增大，呼吸數減少，脈搏緊張，麻醉持續短縮，在本實驗例之第二例尤為著明。

2, Thyroxin 甲狀腺機能亢進之病人如 Basedow 氏病病人等對於 Avertin 之 Toleranz 極高，常用二之倍之常用量方能達到麻醉之目的，而且排泄極速，故麻醉持續亦短。Pribram 氏謂甲狀腺機能亢進之病人分多量之 Hormon 促進肝臟內之 Glucogen 變成 Glukuron 酸而速與 Avertin 結合，致得上述之結果。至 1929 年始將 Thyroxin 應用於實體上及臨床上均得於毒之效果。惟 Nell-Sebening 氏則反對其立論而謂無多大效果，祇能於麻醉前投與 Thyroxin 後，麻醉經過較為佳良而已。

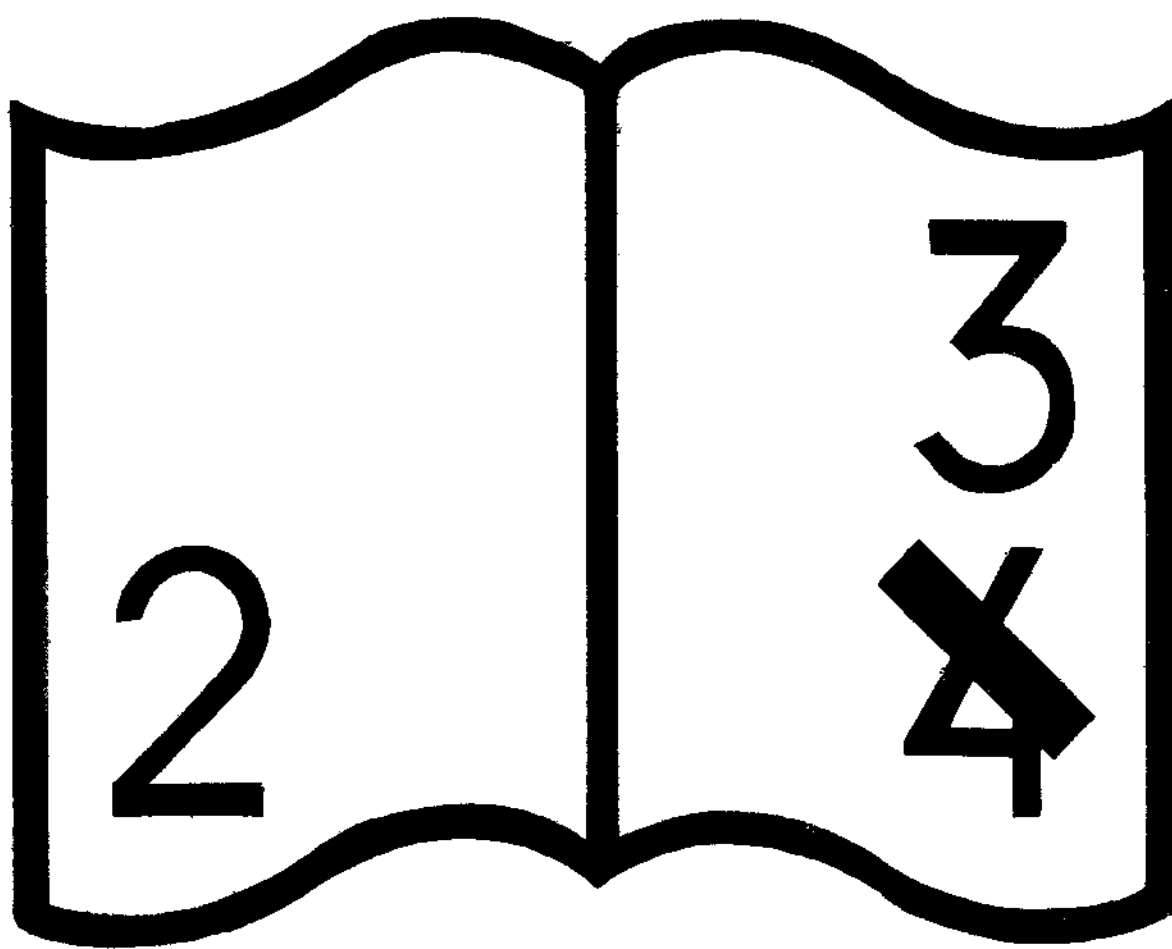
3, 其他則有用 Glukuron 酸之投與，輸血，食鹽水注射，及其他之強心劑與呼吸中樞刺激劑如 Coffein, Lobelin, Cardiazol, Hexeton 等之注射。

禁忌症： 1. 肝臟疾病 Finaly 氏謂本劑對於肝臟機能毫無變化，Stamm 氏曾於胆汁鬱滯而實質有退行性病者應用本劑後亦無何等障礙，中西氏應用於有中等度之黃疸之胆石症病人未見黃疸之增強。然肝臟實為 Avertin 之解毒機關，故肝臟如有高度之機能不全，大範圍之肝實質變性，合併高度黃疸之胆石症，胆囊炎，及較大之瘤轉移等病變時仍宜絕對禁忌為妥。

2. 腎臟疾病 腎臟為 Avertin 與 Glukuron 酸結合後之排泄機關，照 Anschutz, Specht, Tiemann, Eichholz 等之觀察，Avertin 通過健康腎時毫無障礙，惟於二側性之慢性或急性實質性腎臟疾病亦屬於絕對禁忌之例。

3. 肺臟疾病 本劑對於呼吸中樞之麻痺作用甚強，故於重症之肺病如結核，肺炎，肺壞疽等，尤其是兩側性者為禁忌症。然 Koller, Muhsan 等則謂對於橫隔膜神經檢除術，胸廓整形術均能應用本麻醉，而無障礙。中西氏曾於肋骨骨瘍之切除，喘息之頸部交感神經節切除術應用本劑亦無何等異常。

4. 心臟疾病 本劑對於心筋自身無害的作用，惟於循環中樞則有麻痺作用而血壓下降，故有重症心臟病者因過重之負擔，或能惹起不幸之刺戟。Kohler, Hahn, Martin 等於代償性瓣膜病，Unger 氏於心筋炎，Nmhsan 於老人之心臟機能障礙病人曾應用本劑亦無副作用。



编码错误

5. 惡液質 高度惡液質之病人，因體內水分之缺乏而腸粘膜之吸收 Avertin 液較速，則血中 Avertin 濃度突然增加；加之體內 Glucogen 之貯藏量太少，而由於 Glukuron 酸之解毒作用不完全，遂有種種之副作用，隨之而發生。故在應用本劑之前宜行葡萄糖液及 Insulin 之注射，則能增加體內 Glucogen 之貯藏量，一方面注射大量食鹽水以補體內水分；如能施行輸血則更佳。

6. Basedow 氏病 Basedow 氏病對於應用本劑之影響各家之意見不同；如 Scanzoni 氏與 Ewald 氏認為禁忌症，而 Stamm 氏則謂可視病症之輕重而定。蓋 Glucogen 受甲狀腺 Hormon 之作用而變為 Glukurson 酸，如在榮養佳良之輕症 Basedow 氏病則甲狀腺之分泌多而 Glucogen 之貯藏量亦多，就是與 Avertin 結合之 Glukuron 酸亦多而 Avertin 容易排洩，所以須用較大量之本劑，方能得到需要之麻醉程度與持續，且無副作用。若在已有惡液質之重症 Basedow 氏病當然絕對禁忌。

7. 其他如腸閉塞，急性腹膜炎，大腸結腸內潰瘍等則因 Avertin 之吸收狀態發生異常，時能惹起意外之副作用，故亦在禁忌之例。

死亡率與剖檢所見：死亡率甚少，祇有 0,01% (Knapp, Ruge)。又據 Anschutz 氏(1932)之統計，在 79750 例中確實認為 Avertin 死者祇有 6 例，可疑者 3 例。Schonbauer, Links 氏在剖檢死亡例時發見肺 Embolie，肝，腎，心之高度實質性變性，及各臟器之高度 Brom 蓄滯。Scanzoni 氏剖檢之二例中，一例為大範圍之脂肪栓塞，一例為胸腺淋巴腺體質。Jacobi 氏在剖檢時發見二例腎之尿鬱滯及細胞浸潤又肝臟之脂肪浸潤。

結論：本麻醉法之優點甚多，惟亦有一二缺點，茲分別列舉如下：

- 優點1. 麻醉初期毫無其他麻醉時之精神的及肉體的痛苦。
2. 無興奮期。
3. 麻醉中如用 Ather 之追加麻醉，則極易使入深麻醉狀態，及維持需要之麻醉持續。

4. 麻醉後無呼吸器之合併症。
 5. 麻醉後無宿醉，惡心，嘔吐等副作用。
 6. 麻醉後之 Retrograde Amnesie 逆行性健忘症為本麻醉之特色，故無術後疼痛 Nachschmerz。
 7. 用於頭部，顎部及小兒等之外科尤為便利。
 8. 其他尚能應用於破傷風，精神病之治療。
- 缺點1. 不易調節麻醉之程度與持續，能依熟練之技術及注意亦能減少幾許缺點。
2. 禁忌症較多。
 3. 著明之高度靜脈性出血。

文 獻

1. Eichholtz, Deutsche med. Wochenschrift 1927. Nr. 17. S. 710.
2. Eichholtz, Deutsche med. Wochenschrift 1929. Nr. 37. S. 1537.
3. Killian, Zentralblatt für chirg. 1927. Nr. 32. S. 1997.
4. Straub, Muenchener med. Wochenschrift 1928. Nr. 14. S. 593.
5. Straub. Muenchener med. Wochenschrift 1928. Nr. 30. S. 1279.
6. Straub. Klinische Wochenschrift 1925. Nr. 49. S. 2346
7. E. Muehsam, Archir. für Klinische chirg. 1928. 152 Bd. S. 29.
8. Marthin. Archiv. für klinische chirg. 1928. 152 Bd. S. 670.
9. Nordmann, Zentralblatt f. Chirg. 1917. Nr. 17.
10. Nordmann, Deutsche med. Wochenschrift 1929. Nr. 40.
11. Pribram, Zentralblatt f. Chirurgie 1929. Nr. 7.
12. W. Anschutz u. k. Specht, Ergebnisse d. chirurgie u. orthopaedie 1930. 23 Bd. S. 407.

13. Killian, Der Chirurgie 1930. Ht. 12. S. 308.
14. Anshuetz, Zentralblatt f. chirg. 1930. Nr. 17.
15. Karl Specht, Zentralblatt f. chirg. 1930. Nr. 38.
16. Kotzglu, Zentralblatt f. chirg. 1929. Nr. 2. u. Nr. 7.
17. Behrend, Zenuralblrtt f. chirg. 1932. Nr. 9.
18. Barlow, Zentralblatt f. chirg. 1932. Nr. 47.
19. Domaning, Zbt f. chirg. 1931 Nr. 16.
20. Fermaud, Zbt. f. chirg. 1932 Nr. 47.
21. Schoenbauer, Zdt. f. Chirg. 1931. Nr. 5.
22. Schoenbauer u. Links. Zbt. f. Cnirg 1932. Nr. 15.
23. Specht, Zbt. f. chirg. 1932. Nr. 22.
24. Schultze, Muenbh. med. wschr. 1930. Nr. 31.
25. Scanzoni, Zbt. f. chirg. 1931. Nr. 36.
26. Nalbfas Ney, Zbt. f. chirg. 1932. Nr. 41-3.

文 獻 2.

27. 原, Grenz gebiete 1931. Nr. 10.
28. 河合, 日本外科學會雜誌 1932. Nr. 3.
30. 三木, 日本外科學會雜誌 1932. Nr. 4.
31. 中西, Grenz gebiete 1931. Nr. 10.
32. 中村, 日本外科學會雜誌 1932. Nr. 3.
33. 中田, 日本外科學會雜誌 1932. Nr. 3.
34. 關口, 日本軍醫團雜誌 1932. Nr. 224.
35. 渡邊, 岡山醫學會雜誌 1932. Nr. 2.
36. 渡邊, Grenz gediete 1933. Nr. 7.

虫樣垂炎之手術根治例報告 (續前)

東南醫學院外科教室

教授 醫學博士 李祖蔚

虫樣垂炎在經過中，足以發生穿孔性腹膜炎之事，是吾人最不敢疏忽之一點。穿孔性腹膜炎之預後，極為危險，居多竭盡醫藥亦徒喚奈何耳。虫樣垂切除術，在虫樣垂炎早期行之，除非有意外之合併症發生，可斷其為安全。吾人並不是主張虫樣垂炎之病人，任人皆能發生穿孔性腹膜炎，在實際上不發生腹膜炎者亦不為少數，可惜近代之醫學，對於虫樣垂炎之初期，無從卜其將來是否能發生腹膜炎。就吾人過去臨牀上觀察之經驗，預料屬諸輕症之病人，中途驟然發現瀰蔓性腹膜炎之事有焉，經過較良者在盲腸周圍發生膿瘍者有焉。後者雖不至於死，但住院日數至少在兩個月以內，病人自身之痛苦及經濟上之負擔，比諸早期手術之病人，自不可同日而語矣。輕症之虫樣垂炎病人，在短時日即告全愈，病人自己毫不自覺有何危險之例，雖時有所聞，但虫樣垂炎一時雖告愈，就各國統計上觀察之，此種病人在治後再發者，應佔三分之二。故發病後之虫樣垂，若經早期切除，斯則病人終生可與虫樣垂炎絕緣也明矣。

臨牀經驗例

第一患者 張錦智 男 二十五歲 本學院學生

民國二十一年十一月十一日住院

同年十一月廿七日全愈出院

診斷 急性虫樣垂炎

主訴 右側下腹部疼痛，嘔吐，發熱，頭痛，
食慾不振，

家族歷 無特記之之事項

既往症 八歲時患激烈之腹痛，經一個月始告痊癒，十一歲因飲酒過量

，幾昏睡一日有餘。十五歲時發生麻疹，經五十日始告全治。
二十歲時患神經衰弱症。二十三歲時曾患腦貧血一次。

現病歷 民國廿一年十月十日午前十時，在東南醫院閱報室中，突患腹痛，晝食不進，是日午后三時有嘔吐，頭重及胃部疼痛因逐漸增甚難堪而就寢，是時熱度 37.4°C ，脈搏 74 至。入夜腹痛不止，並有頭痛，眩暈，惡心諸症狀。至夜間十二時覺在迴盲部發生疼痛。翌日午前十時到東南醫院外科受診斷定為急性蟲樣垂炎並施行蟲樣垂切除術。

第二患者 李昌泚 男 二十四歲 本學院學生

民國二十二年一月八日住院

同年一月十九日全治退院。

診斷 急性蟲樣垂炎(再發性)

主訴 右側下腹部疼痛，食慾不振，惡心，(體溫脈搏如常)

家族歷 無特記事項

既往症 自民國十九年以來，因右下腹部疼痛，發熱，嘔吐而臥牀之事，幾平均每年在一年以上。

現病歷 民國二十二年一月七日午前九時突然在右下腹部發生激烈疼痛，同時食慾不振並有惡心，雖施行種種保守療法，均不奏效。翌日上午九時到東南醫院外科教室受診，斷定為急性蟲樣突起炎(再發性)並施行蟲樣垂切除術。

第三患者 朱 俠 男 二十三歲 本學院學生

民國二十二年六月二十一日住院

同年七月十九日全治退院

診斷 慢性蟲樣垂炎

主訴 迴盲部壓迫痛，食慾不振 神經衰弱

- 家族歷 無特記事項
- 既往症 民國二十二年四月二十六日，忽然全腹部疼痛，經五六小時後，痛之部位，集中在迴盲部，同時熱高 $38.4c$ ，脈搏 110 至，並有惡心及嘔吐。翌日診定為急性垂炎，是時因種種關係，祇得施行保守療法，幸各種症狀逐漸輕快。不意在五月十一日又發現舊症，臥牀五天始告輕快。
- 現病歷 該病人住院時雖脈搏體溫如常，但迴盲部有壓痛且有食慾不振及神經衰弱諸症狀，故余不斷其為間歇期虫樣垂炎，而斷其為慢性虫樣垂炎者亦為此耳。

第四患者 王亮真 女 二十二歲 本學院畢業生之妻

民國二十二年十月二十一日住院

同年十一月十一日全治退院

- 診斷 慢性虫樣垂炎
- 主訴 迴盲部壓痛，食慾不振 神經衰弱 便秘
- 家族歷 二十餘年前父患傳染病而亡(但不明其為何種傳染病)母於三年前患痛風而亡。患者無兄弟姊妹。
- 既往症 民國廿二年六月二十八日便秘，稍有腹痛。至七月一日晚間，腹痛激烈，並有嘔吐，是晚大便四五次，但便量甚少而不爽。至七月二日早晨，腹痛減輕，嘔吐亦止，到晚間八時腹痛突然再發，且較從為猶甚，經數小時後，腹痛部位，專在迴盲部，右上腿伸之則覺迴盲部之疼痛愈烈，因是曲右上腿而睡。是時熱高 $37.5c$ 左右。經 Landarzt 斷為急性虫樣垂炎，施行保守療法，病勢逐漸減輕，七月四日經本教室湯蠡舟教授親往病家診察，診斷確屬急性虫樣突起炎，是時因早期手術之時間已過，且一般狀態尚屬佳良，一方因病家離開上海頗遠，即有手

術之適應症因地理及交通關係，舍施行保守療法無他耳。病人於七月六日晨，忽覺惡寒，體溫高 40°C。脈搏 115 至。七月七日晨，局部漸呈浮腫狀，體溫 39°C。施行種種療法體溫漸退，迴盲部自發痛亦漸消。不意九月二十日，因食物失慎，局部復感不適，約經一星期後始告全愈。

現病歷 病人住院時雖脈搏體溫如常，但迴盲部有壓痛且有食慾不振，便秘及神經衰弱諸症狀。

—(待續)—

技術精良 取費最廉之 東南醫院 X 光線室

X 光線為現代診斷治療上必不可少之裝置早為各界所承認惟取費昂貴不能普遍應用實為憾事故本院

特裝德國 Koch & Sterzel 名廠出品之 X 光裝置 Universal Diap 診斷時電力 150 M. A. +100 K. V. 治療時最高電力 4M. A +200 K. V. 為滬上有數之強力 X 光裝置現為供獻於社會盡力於科學起見定價特別從廉以求普遍如透視每次祇收四元攝影肺部一元四肢八元 (另有價目單) 攝影之明晰治療之確實尤為各界所稱許如蒙

各大醫師及各界病家利用無不竭誠歡迎

附 告 對於肺癆有特效之人工氣胸術每次祇收洋拾元透視不另取費

時 間 每日上午十時半起至下午一時止

院 址 滬 軍 營 東 首
上 海 東 南 醫 院 啓
電 話 二 一 三 一 九

七百四十四例急性胃腸炎之所見

蔣本沂 著

(一) 前言

一九三三年的夏季和秋初，我在集義善會虹口時疫醫院(上海)担任了幾個月醫務，七百四十四例急性胃腸炎之所見，就是那時七百四十四例住院的急性胃腸炎病人的總檢討。

時疫是包括霍亂，赤痢，日射病，胃腸疝痛，熱射病，急性胃腸炎……等一切夏季和秋初流行的疾病，時疫醫院就是專門醫治這種疾病的醫院，當然是臨時性質的，臨時的東西，很難設備週到，所以不管診斷和治療等，都難免有不十分精詳的地方，七百四十四例急性胃腸之所見，因此不會很健全，這一面應請讀者原諒；一面希望同仁們對此有更精詳的研究，更完全的供獻，以補此篇之不足。

時疫醫院的住院病人，有興趣可供研究和報告的很多，我丟開了別的例子，而光把這普通又普通的急性胃腸炎寫出來，似乎太不會取材，不過我以為不然，因為醫是大眾的，大眾最容易生的病，最有價值報告，也是最應當提出來討論和研究，急性胃腸炎不管門診的和住院的約佔時疫醫院全病人的 40% 左右，是時疫病中最多見的，一種，因此我毫不遲疑地丟開了別的很有興趣可供臨床上報告和研究的例子，而光把普通又普通的急性胃腸炎先寫出來。

(二) 定義

這兒所謂急性胃腸炎(Gastro-Enteritis acuta)就是單純性胃炎(Gastritis acuta Simplex)，中毒性胃炎(Gastritis toxica)或者傳染性胃炎(Gastritis infectiosa)合併着續發的急性腸炎(Enteritis acuta)之總稱，也就是上吐下瀉給一般民衆認為發痧(?)或者霍亂的吐瀉症。

(三) 原因

- a. 吃了腐敗的肉類或其他飲食物。
- b. 吃了未熟的瓜菓或沿街喊賣的蒼蠅集着的東西。
- c. 吃了冰(尤其是天然冰)或生水做成的酸梅湯，冰淇淋等。
- d. 暴飲暴食。

e. 因露宿而致腹部受寒冷的刺戟。(注：這兒所謂的露宿，並不是童子軍的野外露宿，是在都會底層的筋肉勞動者，在炎炎的夏夜，受不住鴿子棚似的居室的悶熱和臭蟲的襲擊，而搬到街口或店門口，拿水門汀當床舖，拿星月當被頭的「晒馬路」)

f. 伴着急性發疹，腸熱病，丹毒，流行性感冒等而續發的。(這種例子，很少見。)

g. 其他關係

1. 貧窮 急性胃腸炎，雖然不問貧富都可以感染的；不過細看上述六種原因，除了d項和f項比較的關係少些以外，其他a項b項c項e項都是和貧窮有直接關係的。所以不管是門診的或者住院的急性胃腸炎病人，照我幾個月來在時疫醫院醫病的經驗，很少看見大腹便便的富家翁，(注：附近時疫醫院的住民，並不是絕對於貧民)。這是什麼緣故呢？因為貧窮的人，感染急性胃腸炎的機會比較的多，貧窮便不期而然地成為致病的誘因了。

2. 時季關係 急性胃腸炎雖然不論什麼時候，都有發生的可能；不過細察上面幾項致病的原因，很可以看出，在熱天感染的機會特別多，所以七百四十四例中竟有二百八十例是病在最熱的七月份的，明白地說，七月份佔四個月月中時疫醫院住院的急性胃腸炎病人的 37.23%現在把月份和病人數列表如下，以供參考。

月份和病人數對照表

月份 病人數	五月		六月		七月		八月		九月		總計
	下半月	上半月	下半月	上半月	下半月	上半月	下半月	上半月	下半月		
實數	7	39	49	134	143	107	109	124	32	744	
%	0.98	5.24	6.58	18.01	19.22	14.38	14.65	16.66	4.30	100	

3. 性別 男性比女性多，見下表：

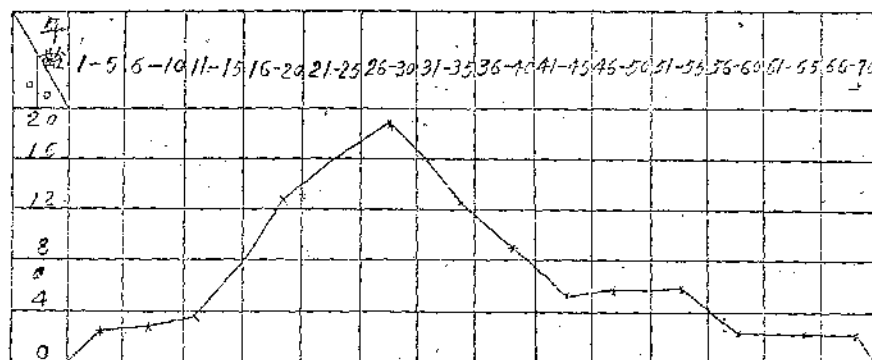
性別和病人數對照表

性別 病人數	男	女	總計
實數	456	288	744
%	61.29	38.71	100

4. 年齡的關係 根據這七百四十四例小小的統計，二十六歲到三十歲的人，病急性胃腸炎的最多，佔有全病人（從一歲到七十歲的全部住院的急性胃腸炎病人。）約 19.49%三十歲以上，二十五歲以下，漸次遞減，成一準拋物線般的弧形，見下表？

年齡和病人數對照表

年齡 病人數	一歲到五歲	六歲到十歲	十一歲到十五歲	十六歲到二十歲	二十一歲到二十五歲	二十六歲到三十歲	三十一歲到三十五歲	總計
	實數	11	12	27	95	117	145	
%	1.48	1.60	3.63	12.78	15.73	19.49	12.90	
年齡 病人數	三十六歲到四十歲	四十一歲到四十五歲	四十六歲到五十歲	五十一歲到五十五歲	五十六歲到六十歲	六十一歲到六十五歲	六十六歲到七十歲	計
	實數	77	56	31	37	18	16	
%	10.35	7.52	4.17	4.97	2.40	2.15	0.80	100



5. 職業關係 工人(統括一切肌肉勞動者。)比較的多，因為在熱天，當他們工作得汗流夾背，嘴乾舌燥的時候，誰都會去買沿街滿擺着的酸梅湯，天然冰，蒼蠅密佈着的切開的瓜菜來解渴解熱的，因此他們病急性胃腸炎的機會便特別多，病當然便容易發生了。其他店職員次之，智識階級比較的少，有錢的智識階級比較的更少。

(四) 症候

輕症的有食慾缺乏，口渴，惡心，嘔吐，吐物不含血液和胆汁。腹部有輕微的壓痛，壓重或膨滿感。有舌苔及口臭，腹痛，下痢，排便回數，一天二三次到七八次，體溫通常不上昇，然也有增高的，脈搏和心臟無變化，尿量稍微減少些。

重症的有腹痛，惡心，嘈噁。劇烈的嘔吐，吐物起初是胃內容物，病勢進行，就有胆汁血液或粘膜片等混合物，下痢非常厲害，呈水樣便，略帶黃色，和霍亂的米泔汁樣便不同，因吐瀉的進行，體內水分缺乏，皮膚皺縮瘦削，撮之成皺襞，眼窩陷沒，四肢厥冷，病勢更進。口唇爪甲起青紫色。尿量減少，訴劇烈之口渴，腓腸肌起疼痛性痙攣，聲音嘶啞，耳鳴，重聽，心動和脈搏微弱，體溫一般的不上昇然也有發高熱的。(注：據七百四十四例的統計，體溫上昇的有二百九十七例，佔全數 39.92%體溫正常或反而下降的，有四百四

十七例，佔全數60.08%)呼吸障礙，胸內苦悶，活像虎列拉發作(Der cholera-anfall)時的症候。

(五) 經過

經過雖因病症的輕而不能劃一，不過大體說來，至多不出二星期，其中經過兩天到四天的，佔最大多數，明白地說，兩天治愈的有二百五十五例，佔全數的 34.27%；三天治愈的有二百五十七例，佔全數的 34.54%；四天治愈的有一百十例，佔全數的 14.92%見下表！

治愈日期及其他

治愈日期 病人數	第一日	第二日	第三日	第四日	第五日	第六日	第七日	死 亡	
	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數	不及治療	合併腹膜炎
	40	255	257	111	38	9	14	5	1
%	5.38	34.27	34.54	14.92	4.44	1.21	1.88	0.67	0.13
治愈日期 病人數	第八日	第九日	第十日	第十一日	第十二日	第十三日	第十四日	病變轉院	總 計
	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數	實 數		
	5	2	5	1	1	2	1	2	744
%	0.67	0.27	0.67	0.13	0.13	0.27	0.13	0.27	100

(六) 診斷

原因和症候明瞭的時候，診斷不難：不過遇到吐瀉劇烈，脫水症狀厲害，腓腸肌有疼痛性痙攣，聲音嘶啞等場合，往往和亞細亞虎列拉(Cholera asiatica)不易鑑別，那時可檢查病人的大便，看牠有沒有霍亂菌—微菌(Comma bacillus)然後再下診斷。

(七) 預後

預後佳良，死亡率約佔0.81%見下表！

治愈率和死亡率對照表

病人數	轉 歸	治 愈	死 亡	總 計
實 數		738	6	744
%		99.19	0.81	100

其實急性胃腸炎的死亡率還不到 0.81%，因為上表所紀錄的六例死亡病人，其中一例是合併急性腹膜炎而死的。（因病人在入院前，曾經給土郎中挑過痧，滿佈着細菌的鐵針，從腹部直穿進去，怎麼會不病腹膜炎呢？熱天這樣冤枉死的病人很多。）其他五例，也都是東求神，西拜佛，給耽誤了治療時間，所以入院的時候，上吐下瀉脫水脫得非常厲害，脈搏幾乎沒有。當時雖給注射了強心劑和 1%滅菌食鹽水，也來不及救治了，這種病人，多半可以說是誤死的，要是一發病，不請土郎中挑痧，不東求神西拜佛地把疾病耽誤起來，急性胃腸炎的死亡率，至少可以減低一半。

(八) 療法

療法中最緊要的，就是排出胃腸內的毒物或刺戟物質，所以吐劑 (Emetica) 和瀉劑 (Cathartica) 是不可少的。不過急性胃腸炎不比急性胃炎，胃內的刺戟物或毒物，一部份已由固有的嘔吐症候吐出，一部份也都從胃內給送到腸內去了，所以除了特殊情形之外，吐劑儘可省掉，直截爽快地用在腸的上部就起作用的瀉劑，把腸內容物一掃而清，屬於此類的藥物，Oleum Ricini 最好，Calomel 和 Magnesium sulfuricum 也可試用。

除了瀉劑以外，Resorcinum, Salolum, Biolactyl, Natrium bicarbonicum, Mentholum, Bismutum subnitricum, Dermatolum, Tannalbin, Tannigen, Carbo Ossium pulveratus, Carbo Ligni Pulveratus 等，或者因吸着作用，消毒作用而制止胃腸內的異常發酵，或者因收斂作用而使胃腸內炎症消退。這些藥物當臨機應變，隨時採用。

此外如尿量減少的時候，用利尿劑如 Diuretin 及其製劑等之內服或注射

，以防尿毒症之發生，腹痛劇烈的時候，用熱水袋置腹部和鎮痛劑如 Morphine-Atropin 等之注射，Extractum Scopoliae, Tinctura Scopoliae, Tinctura opii Cocainum hydrochloricum 等之內服，腓腸肌疼痛性痙攣的時候，用 Oleum Terebinthinae 摸擦局部，以緩解病人的苦痛。心臟衰弱的時候，用強心劑如 Digalen, Coramin, Caffeine-Natrium benzoicum 等之內服或注射，以救病人的性命於呼吸之間。脫水脫得厲害的時候，用 Liguor Ringeri sterilisatus, Solutio Lockei sterilisata, 0.8% 滅菌食鹽水，1% 滅菌食鹽水等之靜脈內或皮下注射，以補足體內所失的水分，總之急性胃腸的症候不一，用藥不能規定，所以除了幾種必須的藥物如瀉劑，胃腸制酵劑，腸收斂劑之外，其他一切對症療法，當由醫師臨用時隨時斟酌。

急性胃腸炎的病人，概無食慾，所以第一日除給以少量之飲料外，當完全絕食，以安靜胃腸的刺戟狀態，此後如食慾已起，那末漸次給以米湯，牛乳等流動性食品，其次給以粥狀食品，而後進於普通食事，

急性胃腸炎的療法雖如此複雜，可是臨床上經驗的，除了少許特殊情形之外，大概用下述的方法很有效驗，這是時疫醫院四個半月對於急性胃腸炎一般的療法，現在謹錄於后，以供參考：

治療日期	第一日	第二日	第三日	第四日	第五日
療	(1) Rp ol. Ricini 25.0 Brandy 3.0 S. 1x	(1) Rp. R.S.S. #3 S. 3x1	(1) Rp. S.B.S. §3 S. 3x1	(1) S.B.S. §3 S. 3x1 或 日第三日第二方	同第四日
法	(2) Rp. R.S.S. #3 S. 3x1	或(2) Rp. S.B.S. #3 S. 3x1	或(2) Rp. Bioloetyl 2.0 Mentholum 0.03 S. 3x1	或(2) Rp Natr. bicarb 2.0 Dioctese 0.5 Mentholum 0.03 S. 3x1	
	(3) 熱水袋置腹部				
飲	0.2%urotropin 溶液 1000 c.c.	飲 0.2%urotropin 溶液 1000 c.c.	飲 0.2%urotropin 溶液 1000 c.c.	飲 0.2%urotropin 溶液 1000 c.c.	飲 同第四日
食	完全絕食	食絕食半日或米湯	食米湯或稀粥	食稀粥	食同第四日
備考	R.S.S. 是規定方 Resorcin. 0.2 Salol. 0.3 Sodi. bicarb 0.5 (一包量)	S.B.S. 是規定方 Sodi. bicarb. 0.5 Bismut. Subnitr. 0.5 Salol. 0.3 (一包量)			經過五日還不能治愈的很少，所以不寫上去了。

急性胃腸炎不比亞細亞虎列拉，雖然脫水厲害的時候，也必須注射鹽水，可是這畢竟是很少的例，現在把對比表寫在下面：

注射鹽水和未曾注射鹽水病人數對照表

病人數	注射鹽水	無	有	總 計
實 數		718	26	744
%		96.51	3.49	100

(九) 症例

入院日期：

民國二十二年七月二十七日上午八點四十五。

病者：

陳仲義 男性 四十歲 住甯國路沿街五十八號

即往症及主訴：

生來健全，不過每當熱天，常常要生胃腸病。

昨夜吃了晚飯以後，覺得肚子很不好過，又悶又痛，惡心，嘔吐。後來病勢越來越凶，同時又瀉了起來，沒有法子，便請××挑痧醫生挑了幾針，可是一點兒不見效。現在覺得非常口渴，上吐下瀉，從昨夜到現在已經瀉了六回，因此很疲倦，頭暈，肚子痛得厲害，身上覺得發燒，聽人家說這裏醫院很好，所以特地來請先生（一般民衆喊醫師為先生的）。救命。

現症所見：

體格及營養中等，皮膚乾燥，在吐瀉得厲害，略現脫水狀態撮其皮膚，稍有皺襞，脈搏微弱頻數，一分鐘有104至，體溫38.3°c.,呼吸系無異常變化，心搏動微弱，舌乾燥，有舌苔，視診腹部，在腹上部（Epigastrium）和臍部（Rigio umbilicalis）的交界處，散見舊有的針眼五個，據說就是

昨夜××挑痧醫生挑痧的針眼，觸之有壓痛，觸診胃腸部，除稍有壓痛感以外，沒有什麼特別的症候；兩側腓腸肌有輕度的疼痛性痙攣，握之覺疼痛，尿量減少，色較濃，無蛋白質，檢查糞便，無霍亂菌。

臨床診斷：

急性胃腸炎 (Gastro-Enteritis acuta)

治療及經過：

第一日(七月二十七日)

(1) Rp.	(2) Rp.	
Oleum Ricini 25.0	R. S. S.	# 3
Brandy 3.0	Caffeino-Natrium benzoicum	0.7
右混和頓服	Extractum Scopoliae	0.06

(3) Rp. 右混和均分三包一日三回，一回一包，
Oleum Terebinthinae qs. 服第一方後二小時服第一包。

離棉花摸擦兩側腓腸肌部，

其他：

- a. 熱水袋置腹部。
- b. 0.2% Urotropin 水溶液 1000c.c. 作飲料
- c. 絕對絕食。

第二日(七月二十八日)

經過很好，體溫下降到 36.9°C，脈搏整正，緊張中等度，一分鐘八十二至，從昨天正午十二點到現在(上午十一點)共下痢六次，小便四次，病人已不訴腹痛，腓腸肌經 Oleum Terebinthinae 摸擦以後，至今不起痙攣性疼痛，脫水症狀已完全消失。

Rp.

R. S. S. # 3 右三包，一日三回，一回一包。

其他：

- a. 0.2% Urotropin 水溶液 1000c.c. 作飲料。
- b. 進米湯。

第三日(七月二十九日)。

經過更好，體溫 36.7°C 。脈搏八十至，從昨天正午十二時到現在(上午十一點鐘)有小便四次沒有大便，食慾恢復，病人訴飢餓感。

Rp.

S. B. S. 井³ 右三包，一日三回，一回一包。

其他。

- a. 0.2% Urotropin 水溶液 1000c.c. 作飲料。
- b. 進稀粥。

出院日期：

民國二十二年七月二十九日下午四點三十分全治出院。

(十) 結論

a. 時疫(注：時疫不是霍亂的專名，是一切夏季流行病的總稱，試看時疫醫院的外國名不叫 Cholera Hospital 而稱 Summer Disease Hospital，就可以一目瞭然了)。醫院的病人，急性胃腸炎佔最大多數，大約有40%

b. 除了一般的急性胃腸病以外，「窮」和「熱」是最大的誘因。

c. 從一歲起，年齡越大，生病的人越多，像階梯狀上昇，到三十歲達頂高點，以後又漸漸地下降，成一近乎拋物線的弧形。

d. 症候厲害的時候，和亞細亞虎列拉不易鑑別，那時當檢查病人的糞便，從有沒有霍亂菌的檢出，而復下確實診斷。

e. 經過通常不出五天，五天以上只有5.38%

f. 預後佳良，死亡率佔0.81%以下。

g. 治療不難，唯一發病就請醫師醫治，在適當治療之下，90.19%以上

有治愈的希望。

總之，急性胃腸炎是熱天最多見的流行病，因不良環境的支配，勞動階級最容易發生，所以要希望這種病減少，除了努力社會衛生的建設以外，更當把勞動條件改善；否則，光是寫寫官樣文章，貼貼衛生標語。臨時設立幾所急救時疫醫院，舍本逐末，應時點綴，決不是根本辦法。

一九三三，十一，三十，試作。

ANTI FLAMMIN

余雲岫醫師創製

止痛消炎膏

完全國產藥材製成之新敷貼膏

余雲岫先生研究國內醫藥，垂二十年，學識精博，名聞中外。宿留心於敷劑，博採方書，擇其合理者，配製試用，屢遭失敗，再接再厲，竭力鑽研，卒得成功，多方實驗，功效頗著，本品即先生迭次改良，苦心研求之驗方，由先生指導監督之下面製造者也。

成分：完全用國產藥料依科學方法製鍊而成。
適應病：諸種炎症：肺炎、胸膜炎、腹膜炎、骨炎、盲腸炎、扁桃腺炎、耳卡腺炎、骨膜炎、關節炎、睪丸副睪丸炎、乳房炎、凍傷、湯火傷、日曬、淋巴腺炎、諸腫：各部瘡癤、癰疽、橫痃、遊丹。諸痛：風濕痛、神經痛、跌打損傷、傷筋婦人諸痛：小骨盤腹膜炎、子宮內膜炎、小腹脹疼、腰部臀部痠痛。

包裝 每聽一磅

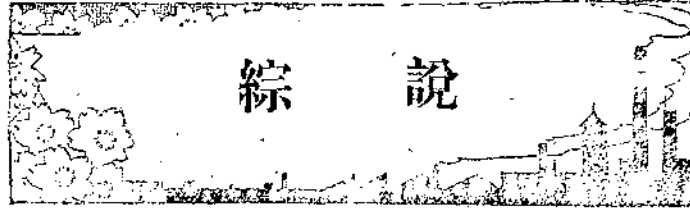
製造所 余氏研究室

總經理處 新華大藥行

【注意】

中英文詳細仿單函索即寄

上海海甯路北山西路口
上海英租界交通路一三一號
電話 九二一〇九號



虎 疫 之 豫 防 接 種

張 効 宗

虎疫弧菌，發見於1884年，在1885年， Taime Ferran 氏始製虎疫之豫防 Vaccin 當時西班牙魯於虎疫之流行，而 Ferran 氏並未從事於研究室內之實驗，直行該 Vaccin 之人類接種，願示滿足之結果，法蘭西政府遂送派遣團於 Feraan 氏之許，以事調查，惜以 Vaccin 製造方法之齟齬，而調查團謂 Ferran 氏之虎疫豫防 Vaccin 未能證明其豫防的價值，此一報告對於 Vaccin 之前途，投甚大之暗翳，但歷時未久， Ferran 氏之製劑，係由患者分離之生虎疫弧菌而成，始為世所知。

五年之後， Pasteur 研究所之青年技術家 W. Haffkine 氏，對於虎疫豫防之接種問題，再事研究，彼將 Pasteur 氏對於狂犬病及炭疽病所行之事實，應用於虎疫，先努力於固定毒之獲得，更由此而製弱毒菌者也。

Haffkine 氏將虎疫弧菌，行海獺之 Tierpassage，在一系列之腹腔內接種後，遂得毒力不變之浸出液，此即固定毒也，更行固定毒之三十九度培養，則菌減弱其毒性，在一定時期之後，雖注射該菌于海獺之皮下，早已不形成壞疽，對於此海獺，注射強毒菌之時，得防禦 Nekrose 之生成，於是弱毒菌遂被發見矣。

同時 Haffkine 氏更確定次之事實，即依弱毒菌之使用，所發生之免疫，非只局所病竈，而如此處置之海獺，對於菌之致死量之一倍乃至數倍，尚獲得抵抗之能力，氏對於固定毒及弱毒菌之獲得，既達其目的，所餘者唯人類之接

種實行而已，因於 1903 年二月，向虎疫流行之地印度而出帆，依其不撓不屈之精神，吾人關於豫防接種之効價，始得嚴正之最初報告。

Haffkine 氏之豫防接種苗，亦使用虎疫生菌，與 Ferran 氏同。但毒力之測定，對於狂犬病或脾脫疽上豫防接種，實際上固屬必要，而對於虎疫，是否為不可缺之要件，且對於強弱毒力之二種生菌，豈不可用死菌代之，此當時之 Pasteur 派之 Gamaleia 氏所不審之點也。

Gamaleia 氏將虎疫弧菌，在 120°c ，加熱殺菌之，注射於海獺，則海獺得防禦虎疫生菌之感染，此免疫更依 Brieger, Kitasato 及 Wassermann 氏等實驗而證明之，但氏等係用 65°c 15 分間加熱殺菌之虎疫菌，於是虎疫豫防接種之歷史遂入於新局面矣。

接種動物之血清的性質研究，特在德國而盛行，是依 R. Pfeiffer 氏之刺戟，而體液之殺菌之能力，尤惹學者之注意，Pfeiffer 氏等謂免疫之鍵，在溶菌作用之中，但 Metchnikoff 氏及其門下，以為動物運命之決定，實依於噬菌之作用，而液體學說及細胞學說之鬭爭，行於兩派首長之間，其門爭之結末，今尚殘留於精神上焉。

Kolle 氏及他之研究者，推稱加熱菌之使用，此亦基於 *in vitro* 之實驗耳，動物依死菌之注射，其血清中亦生 Vibriolyse，此 Vibriolyse 當用為 Vaccin 之選擇者也，雖然，在動物之皮下，行虎疫死菌之注射，依其殺菌性血清，果得防禦虎疫菌之腸內感染乎，對於此種事實 Metchnikoff 氏有次之實驗，即用死菌之少量，注射於動物之皮下，若其試驗感染，並不由腹腔之經路，單由經口的而實施之時，縱令對於腹膜炎，得以防禦，且得由其血清中，證明殺菌性質之存在，而處置動物多依試驗感染而斃死，Metchnikoff 氏之幼弱家兔試驗，實足以說明此矛盾之現象，即家兔之初生兒，依經口的方法，最易感染於虎疫菌，平均六日而死亡，在病之經過中，見特殊之米粥狀下痢，係一種無色，無臭，漿液性之液體，含有鮮黃之粘液塊，動物之體溫，下降於 30° 以下

，依解剖學的病理學的所見，其病竈主存於小腸，且在此處，見極多數之弧菌之存在，總而言之，幼弱家兔依加熱菌之接種，對於經口感染，未能豫防，於是 Metchnikoff 氏結言如次，「家兔之腸內虎疫，乃由消化管內所形成之毒素之中毒也，即豫防接種，對於生體之中毒，非可以豫防，故依虎疫菌之組織內送入，行豫防接種之動物，對於腸內容中所形成之毒素，未能抵抗其中毒，乃理之當然」。

但虎疫菌之對於人體之新試驗，並不依 Metchnikoff 氏之理論而中止，却對於虎疫之豫防接種，表贊同者益多，於是 Metchnikoff 氏更於1910年，關於十四年間之幼弱家兔實驗，囑 Chouke-vitch 氏以行追試，其結果，凡幼弱家兔在生後二十日間，依病毒之嚙下，最易感染於虎疫，如 Metchnikoff 氏在1896年所確定者然。

Choukevitch 氏係依經口的方法而試驗之，即對於家兔初生兒，施行二回之皮下注射，即第一回注射，施行於生後二三日，而第二回注射，行於生後四日乃至六日，次對於動物，與以七日間之休息，以供試驗，而對照家兔及受豫防接種之家兔，皆在生後十五日，依經口的方法，投與同量之虎疫生菌，在此實驗，合計用31頭之家兔，19頭為處置動物，12頭為對照。

接種動物19頭中，14頭在試驗後而斃死，即73%

對照動物12頭中，6 頭在試驗後而斃死，即50%

故 Metchnikoff 氏依此家兔初生兒之新實驗，謂皮下注射對於真正之虎疫，無豫防之効力云。

但同年齡之家兔初生兒，依加熱弧菌之皮下接種二回後，行腹腔內之生菌注射時，却示充分之防禦能力，是為問題耳。

又1902年威作 Vaccin 之豫防接種之說興，而虎疫菌乃其最初所用之細菌也，其後多數之細菌，被行威作，在醫學或獸醫學，廣供實用，此威作虎疫豫防 Vaccin，其局所及全身反應極少，又無所謂陰性期之前驅，而免疫性之發生

亦極速，其後日本之 K. Shiga, R. Takano 及 S. Yabe 等更就感作弧菌，有種種之研究，統而言之，對於虎疫之流行，驚行人類之預防接種者， Ferran 氏也，而施行廣大之預防接種者， Haffkine 氏也。二人皆用虎疫生菌者也， R. Pfeiffer 氏就免疫血清，證明其殺菌之能力，其接種用之 Vaccin, 係加熱菌體也，而 Metchnikoff 氏則就虎疫之預防免疫，闡明其機轉，謂溶菌素之存在，殆不足防禦腸內虎疫也。

上之所舉，係就實驗的部門而述之，關於免疫之軌範，細菌學者正在爭論之間，而流行病學者已認皮下注射之價值，觀其蒐集之材料及統計，不論流行病之範圍之大小，或流行之輕重，凡接種者之罹患率，常較非接種者為低，更依預防接種技術之改良，其預防接種之效果，益見確實矣，其流行病學之最初的觀察者， Haffkine 氏也，其記載精確，因其有歷史的興味，概述於次。

1903年虎疫之流行，爆發於印度之 Gaia 牢獄， Haffkine 氏遂行囚人之預防接種，初因經驗尚少，只施行一半，即第一回注射後五日間，其衛生狀態如次。

非接種者 210 人中：	虎疫患者 7 人 (3.33%)
	死亡者 5 人 (2.38%)
接種者 212 人中：	虎疫患者 5 人 (2.36%)
	死亡者 4 人 (1.89%)

故罹患率及死亡率，在最初之五日間，兩者顯見類似，更行第二回注射，在次之五日間，其狀況如次。

非接種者 192 人中：	虎疫患者 4 人 (2.09%)	死亡 1 人。
接種者 201 人中：	患者 0，	死亡 0，

Haffkine 氏在印度滯在中，行 40,000 人以上之預防接種，其結果皆與 Gaia 牢獄所得之成績略同，即一般之狀況，縱令其數字甚小，亦示本法之有利點也。

Kolle 氏由預防接種之人血清中，發見多量溶菌素之存在，此溶菌素，依生弧菌注射，或依死弧菌注射，殆皆同樣出現，故 Kolle 推稱加熱菌之使用，並謂加熱菌較之 Haffkine 氏在印度所用之培養，更見完全云。

1902年，日本之兵庫縣發生虎疫流行之際，加熱 Vaccin 始被大規模而用之。即

非接種者 825,287人中	患者0.13%，死者0.10%
接種者 77,907人中：	患者0.06%，死者0.02%

更於1904年，在普魯士，依 Zlatogoroff 後在俄國，依 Zabolotny，得同樣之成績。

是等之對於虎疫預防接種，表示贊同之數字，未得確證之理由者，因人口互於廣汎之時，則關於預防接種者之職業，抵抗力，年齡等，得正確之情報為必要，故由彼等所住居之地方，職業等觀之，其曝露於感染之事實，未能集於同一統計故也。

但1914年 Arnaud 氏所發表之數字，係就生活於同一條件下之軍隊而統計之，此統計乃就第二回巴爾幹戰爭之時，所發生於希臘軍之流行而行者也，即在虎疫流行地帶，作業之軍隊 108,000 人中，非接種者生虎疫患者5.75%，但受一回注射者，其虎疫罹患之百分比為3.12%而受二回注射者，則罹患率不過0.41%

Cantacuzene 氏在羅馬尼亞，行大規模之實施，實可供流行病學上有價值之參考資料，即某聯隊中 4,500人罹於流行，在10日之中，出虎疫患者386 人有166 之死亡，於是行預防接種，在第一回及第二回注射之間，尚見新患者之發生，其衛生狀態依然同一，但在第二回注射後二日後，流行速見停止，並無新患者之發生。

他之軍隊亦在流行之初期，發生患者280，死者 120人，依 Vaccin 之第一回注射，未見良好之徵象，尚每日出新患者約13人，但第二回注射後，見流

行之全部急止，只拒絕預防接種之隊中一人罹患而已。

又某兵營有180人，因預防之目的，行預防接種，唯傳令將校四人未受預防接種，後有虎疫患者三人之申告，乃該四人中之三人也，他之受預防接種者，皆未罹患。

觀上揭之例，其狀況實較實驗室內所施行者為優良，但大流行之際，實行預防接種，有無危險，是一問題耳，此非以細菌之每回注射，所續發之局所或全身之反應為目的，乃 Vaccin 之最初注射後2—3日間，屢起流行之再發，且同時見患者數之增加及預防接種者之症狀屢見增惡之事實也，此種之事實，在 Cantacuz'ene 氏之同一報告中，亦多見之，即外觀上健康之二婦人，受虎疫預防接種，在注射後6—10時間，該二婦人却受激烈之虎疫感染。

又在某聯隊中，數日間出170人之虎疫患者及28人之死者，於是對於全人員，速行預防注射，在預防接種之第一回注射後3日以內，罹患率及死亡率見顯著之增加，Cantacuzene 氏基於此聯隊之提案，認此增惡之事實，係發於陰性之時間，但在大流行之時，決不可因此以逃避預防接種之施行，更不可因過敏性之偶發事故，而拋棄抗白喉血清之使用，氏之警告也，即在虎疫流行之極期，亦不可不行預防接種，第對於其增惡之危險，研究其減少為最小之方法，乃吾人之義務也。

陰性期愈短，則免疫之生成亦愈早，此在大流行時，正適於預防接種之災害之免除者也，而感作 Vaccin 之研究，則基於此理想者歟，感作 Vaccin 之接種動物，其局所及全身反應極輕，且較普通 Vaccin，其免疫之出現亦極速，在人類亦然，1916年日本東京之流行，其好教訓也。

1916年日本之東京及其郊外，發生虎疫流行，而感作 Vaccin 廣被使用，其詳細之報告，發表於1920年(Yabe)，依此感作 Vaccin 之注射，皆無顯著之副作用，且接種者之血清中，示多量之溶菌素，此次之預防接種，開始於流行猛威之時，特施行於漁業家及飲食店員等，今記其調查於次。

東京市中之調查	{ 非接種者2,244,796 人中，有382 人之虎疫患者，即對於 人口 100,000，為18.5。 接種者238,936人中，虎疫患者三人，即對於人口100,000 為 1.3
東京郊外之調查	{ 非接種者811,150 人中，虎疫患者229 人，即對於人口 100,000 為20.9。 接種者61,988人，無虎疫患者之出現。

將市部及郡部合計之，則在預防接種者，其罹患率實較非接種者之罹患率，少約25倍，至於由接種所起之反應，依日本之研究者，並不顯著或大多數缺如（80—95%），其歸罪於陰性期而增惡者，無一例之報告也。

觀流行之數種報告，對於虎疫預防接種之効力，當不能再持異議，但如最初所述，實際與實驗室之間，其不一致果由何處而來哉。此因1885年法蘭西委員會之不充分的決議及Ferran氏之過度的謙遜，為其精神上之理由，又幼弱家兔之歷史，為其理論上之理由也，雖然，Metchnikoff氏之初生兒家兔試驗，即幼弱家兔依經口的方法，得起真正之腸管虎疫，而依皮下注射，殆不能預防接種，乃確實之事實也，雖在臨床上，依二回之皮下接種，得奏相當之預防効力，而 Metchnikoff 氏更依免疫機轉之深究，對於血清中之殺菌性能力，並不置為主要性，唯 Vaccin 之効力對於腸管虎疫，由其保護動物之能力而算定之耳。

近年 Besredka 氏等得次之事實，益證 Metchnikoff 氏之理論為正當，即將生弧菌之致死量乃至其數倍量，注射於海狸之皮下，12—18時間死亡之時務需早行剖檢，則弧菌之分布狀態，完全實初生兒家兔之依經口接種之分布狀況同，即弧菌存在於小腸內，該處屢呈純培養之觀，又在盲腸及大腸，有時呈純粹之狀態，有時與大腸菌相混在，偶見於血液中，腹腔內及膽囊內者有之，但在尿中，決不見之，是海狸雖由最遠之經路，接種以虎疫病毒，其見主由腸管感染而起，即因於真正之虎疫者也，故虎疫預防 Vaccin 依其皮下之接種，得由病毒而防禦海狸者，是妨真正之虎疫感染，故 Vaccin 對於人類，示其價值者，固不足怪也，然則，由此理由，25年來論爭之後，細菌學者與流行病學者，可得協調矣。

硫黃之醫用

陳 卓 人

一、歷 史

硫黃之應用於醫藥，由來久矣。吾國自漢以後，日本自平安時代以來之醫籍，即載其功效，茲姑不論。歐洲方面夙以含有硫黃之溫泉，為治療關節瘋痺之用。十六世紀之初瑞士 Paracelsus 氏認硫黃為人體之主要成分，創為醫用以來，已為臨床醫家不可或缺之品。至其應用於疥癬，實始於一七九七年德之 Hahnemann 氏。此後研究者日衆，硫黃乃被認為變質藥之一。即以爲硫黃作用於靜脈有淨血之功故多用於皮膚疾病及靜脈瘤痔疾等及金屬中毒之解毒劑。又硫黃泉能治關節瘋痺，貧血，梅毒，神經病等，亦為衆所共知。然以其作用不明，故學者及臨症醫家多等閑視之，致硫黃湮沒無聞者，逾數十百年。至十九世紀之末葉硫黃療法之研究，漸次盛旺。Leichtenstern, Schmiedberg 二氏嘗於其著書中，指摘當時之學者曰，不詳察古籍，僅以不充分之實驗，指硫黃為無効，實為不當，又曰泉水中硫黃含量過少，不能據以判斷其効力，若沐浴而同時飲多量泉水必得相當効果云。然一方 Hebra 氏謂硫黃之內服，並無効驗，Notnagel, Rossbach 二氏嘗於古籍中，注意觀察硫黃之効力，然不能確證。Penzold 氏云硫黃雖有種種効效，然都不顯明，除外用外，內服可不必注意。故一九二五年德國藥物委員會出版之處方學書硫黃條下，除瀉下外並未及其他功用。

硫黃一物，其功效雖大，然以不能製成溶液，故用者不多。本世紀之初，法國方面，關於製造硫黃溶液之研究大興，乃引起世界學者注意。Delahaye 及 Poit 兩氏製造硫黃之油溶液，而注射於人體，Roffo 氏始製真正膠狀液，Sabbatini 氏研究硫黃膠狀液之經口以外之應用。其後法國於世界大戰之末，英國 Comprie 氏於一九一七年，德國 Meyer-Bisch 氏於一九二一年始於瘋

痺病人用硫黃注射療法，得著明之效果。

至一九二〇年前後法國方面開始注射硫黃劑於皮膚及其他疾病。德之 Meyer—Bisch 主張硫黃有與刺戟療法相似之作用，Bier 氏主張於癰有殊效，Gordonoff 氏發見硫黃有島精 Insulin 樣作用。Schroeder 氏利用硫黃之發熱作用，替代瘡療法，以治神經梅毒。又 Molitz 氏云對於血管之梅毒變化有效，Delbanco 氏且認為對於金屬有解毒作用。硫黃之醫用範圍次第擴大，在藥物中占一重要位置，故一九三〇年出版之德國藥物委員會處方集，已有硫黃可為注射用之記載。

二、硫黃之作用

1. 對於碳水化合物新陳代謝之影響

硫黃對於碳水化合物新陳代謝之關係，早為人所注意。Borelli 氏於五十年前，已發表硫黃浴對於糖尿病之效力。Marchisio 氏亦云，令病人食一定食物，其他毫不加以處置僅令用硫黃浴，即可見尿比重及糖排出之減少，當時尤未明何以致此。至1925年 Abel, Gelling 二氏發見島糖 Insulin 中含有多量不安定狀態之硫黃為島精之主要成分，若失此硫黃，則島精之作用亦歸消滅，島精之血糖下降作用，實基於硫黃之存在云。此報告給學界以一大衝動，於是研究者輩出。Buergi u. Gordonoff, Foeldes, 村尾諸氏均證明肝臟糖原 Glycogen 之增加，注射及塗擦時尤為著明。肝臟糖原之增加，則血糖當然減少 Gordonoff u, Utsuki, Gordonoff u. Wuetrich, Foeldes, 駒田諸氏確實證明硫黃有低下血糖之作用。小屋迫氏則謂血糖未見變化，而耐糖力則有變化云。綜以上各實驗成績觀之，雖如 Pincussen u, Gornitzkaja 二氏所云，不見有寡血糖之作用，然多數學者之意見，均認硫黃與碳水化合物之新陳代謝有關，使血糖下降，增加耐糖力，及肝臟內糖原減少云。

硫黃之寡血糖作用，是否可認為一種特異作用，尙未決定。Singer 氏云蛋白質之刺戟作用亦相似，Meyer—Bisch 氏則由硫黃對於肝臟糖原之態度，

與島精之關係及內服時之效力等，認為特異作用。

由 Abel, Geiling 二氏之創道，知硫黃為島精之主要成分，與血糖下降有密切關係，固無疑義。但統觀以前成績，均承認硫黃有島精之作用但稍弱，而持續時間則長，Foeldes 云，硫黃與島精之作用異，在一定條件之下，方能顯其作用，如連續的投與，則血糖不下降是也。小屋迫亦認知此事，且知持長投與則耐糖力增高，愈持久則耐糖力之增加亦愈明顯。故氏以持久投與時之血糖與變化者，非其影響不及於碳水化合物之新陳代謝，乃因硫黃之作用，較之島精弱而緩慢，被他內分泌器官所調節，保持其平衡也。Foeldes 氏歸之於副腎之機能亢進。

硫黃是否由島精之媒介而發揮其作用，抑或能直接作用，此點吾人亦當注意，關於此方面 Gordonoff 氏證明由服用硫黃而血糖下降之動物之血清，對其他動物亦有下降血糖作用，三島氏證明服硫黃白鼠之 Langerhans 氏島有機能興奮現象。小屋迫氏云連續投以硫黃時，血糖未見下降，但耐糖力，副腎精 Adrenalin 減弱作用及島精 Insulin 增強作用，則與日俱進，駒田氏於除去胰臟之犬，給以硫黃，未見血糖減少，氏以為硫黃乃對 Langerhans 氏島，供給材料，使生許多島精，以調節碳水化合物之代謝云。故島精之分泌增加，恐係硫黃下降血糖之一因，亦未可知。次硫黃自己，究屬有否減少血糖之作用，實為未解決之問題，Campanacci 氏於除去胰臟犬之實驗投以硫黃，則發現寡血糖作用，又臨證上給硫黃與胰臟機能減退之糖尿病人，則與島精同樣，血糖即減少。又篠部氏云硫黃與島精自氣體代謝方面觀之對於碳水化合物之新陳代謝，其作用不相同。又硫黃若僅由島精之媒介而有減少血糖作用，則不論其是否連續投與，硫黃以受其他內分泌物之調節，作用緩慢，故血糖減少作用，當徐徐發現。然實際上僅非連續投與有血糖之減少，此乃示硫黃自己有此作用也。又如所述硫黃與副腎皮質有密切關係，而皮質之內分泌物，有減少血糖之力，故此時副腎之機能，亦有顧慮之必要。總之硫黃之減少血糖作用之本態，因子其

多，尙未解決，烏精之媒介作用及硫黃自己之作用，均有注目之價值也。

2. 對於氣體代謝之作用

據 Simon u. Richer, Gordonoff u. Misushina, Campanacci, Bory. 等之研究，硫黃在適當分量，有低下氣體代謝之力。篠部氏云於白鼠中連續注射次亞硫酸鈉或電製硫黃(硫黃 Elecloid) 時，氧氣之消費稍見減少，電製硫黃能壓制甲狀腺投與之氧氣消費量之增加，故自氣體代謝方面觀之，硫黃與烏精之作用不同。Pennetti 氏於十分麻醉後動物所得之成績，知硫黃有減少血糖之力，而氣體代謝則毫無影響，主張硫黃由增加肝內糖原(Glycogen)而成寡血糖，非由糖之燃燒增加而成。故硫黃之作用，與副腎精 Adrenalin 相反，亦不如烏精之有糖原增加同時糖燃燒亦增加而成寡血糖也。篠部氏注射烏精於白鼠，證明氧消費量之上昇呼吸系數亦增加，由此可知烏精之作用，乃促進碳水化合物之燃燒。而給以硫黃則氧消費量低下，令生物體內氧化燃燒作用減退。故減少之血糖，大約由硫黃之作用，生成脂肪及糖原，其燃燒者僅一小部分而已，即硫黃不若烏精之有促進糖燃燒作用云。原烏精對於氣體代謝之影響，諸家之意見，尙未一致。或云呼吸系數上升，或云不上升，主張氣體代謝亢進者有之，而主張無變化及或反下降者亦有之。假令吾人承認篠部氏之成績為真確，則可知硫黃與烏精之間，自氣體代謝方面觀之，對碳水化合物之作用，有不同之點存焉。

3. 對含氮物質代謝之影響

Konschegg, Nevinng, Gordonoff. 氏等研究之之結果云硫黃於含氮物質之代謝，毫無影響 Meyer, Bisch, Basch 氏則證明注射硫黃後，含氮物之分泌增加云。新宮氏以爲此乃係刺激蛋白作用之結果，硫黃對某種含氮物質代謝，即甲狀腺內分泌物之含氮質之代謝亢進，有抑止力。氏嘗就含氮物質代謝，比較硫黃與烏精之作用。兩者均對尿總氮及 Kreatinin 氮有抑止作用，而烏精時尿素之分泌增加，阿莫尼亞則減少，硫黃時則反是云。硫黃與烏精在生物

學上之作用極相似，但並不一致，已如上述，其相似者恐硫黃為構成島精之主要成分，其不完全一致者，恐係化學構造之不同耳。

4. 對脂肪代謝之影響

詳細檢查硫黃與脂肪之代謝關係者，當首推久保氏，投與硫黃後，內臟除肝臟之脂肪量有輕微減少外，其心，腎，骨骼肌均增加，即全身之脂肪量亦增加，而血中之類脂肪體則減少，即抑止血中脂肪之流出，而沉著於內臟及全身云。又 Pincussen u. Gornitzkaja 於家兔證明血中 Cholesterin 由硫黃之輸入體內而減少。久保想到副腎與硫黃及 Cholesterin 之關係，將試驗動物副腎之類脂肪體量以化學方法測定之。知副腎之重量雖增加，而脂肪酸及 Lecithin 殆無變化，Cholesterin 僅增加少許，故主張此時副腎重量之增加，非由於類脂體云。

5. 對於血液像之影響

田阪中澤二氏之研究注射硫黃於家兔時，則白血球增加，此時嗜酸白血球 Eosinophile Leucocyten 之絕對數及百分比上昇，而淋巴球之百分比則減少，與注射島精後之變化相同而少輕云。唯變化之發現較島精稍遲而持續則較長云。若與島精同時注射，則較單獨注射島精時，變化較強。硫黃之內服亦然唯變化稍輕云。

6. 硫黃之解毒作用

硫黃之有解毒作用，自古已知。一八九五年 Lang 氏始開始研究，以硫黃為青酸之解毒劑。此二者之關係，除 Lang 氏外，尚有 Pascheles, Schauenstein, Giacosa, Haut 諸氏之研究，均證明由 Rodan 之形成而解毒，以次亞硫酸鈉為最有效。然一九二六年 Voegtlin, Gohnson a. Dyer 氏報告 Cystin Cystein 之解毒作用、較次亞硫酸鈉為強，Forst 氏述膠狀硫黃較次亞硫酸鈉為優云。關於硫黃之解毒作用，此後有多數研究，總括此等成績，除青酸外，對於 Salvarsau (Ravaut, Mc Bride a, Dennie, Hoffmann u. Schrews,

Sutton, 石丸, 中野, 馬場, 藤野等) 水銀 (Mc Bride a. Dennie, Sutton, 藤野) Phenol (Tauber, Kojo, Baumann, Sato, Rhode, 井關, 長谷川等) 鉍 (石丸) 亦有解毒作用。且 Cystin, Cystein 較次亞硫酸鈉作用為強云。

有毒物質在人體內變為無毒之作用, 有種種方式, 與依脫硫酸 Glucron 酸 Melcaptul 酸結合, 而自尿中酸排泄, 其一法也。Rhode, 井關, 長谷川 Kojo, Sato 諸氏云生活體內製出依脫硫酸之解毒作用, 由硫黃化合物之投與可以增強云。Glucron 酸之集成, 似亦與硫黃有關, Waelsch氏云投 Avertin 與動物時, 大部分變為 Glucron 酸排出, 此時尿中多 Cystin 之量增加, 此 Cystin 恐係參與解毒作用之殘骸云, 據長谷川內藤二氏之研究島精有增高生體內製造依脫硫酸及 Glucron 酸而解毒之作用, 且最近之研究, 知島精內含 Cystin 頗多, 故可知硫黃與 Glucron 酸之集成, 有相當關係。至 Melcaptul 酸之集成則已由 Rhode, Kopfhammer Baumann u. Preusse 諸氏證明, 凡有 Brombenzol, 及 Bromphenyl, 而 Cystin 存在時, 均成 Melcaptul 酸而排泄云。總觀上列諸研究硫黃與人體內解毒作用有關係, 可知今日已成為牢不可拔之事實矣。

7. 硫黃與副腎皮質之關係

將硫黃及副腎皮質內分泌物之作用對比時, 則可知兩者極相近似。即自新陳代謝方面觀之, 硫黃對碳水化合物, 脂肪, 蛋白質, 氣體代謝, 血液像及血中之Ca. K. 等, 其作用似島精, 但較微弱。關於副腎皮質內分泌物方面, 據日京都帝大之研究報告, 亦與島精相似, 亦僅稍弱耳, 解毒作用亦然, 其詳研已述於上, 茲不贅。一九二六年 Voegtlin 氏等主張組織中之硫黃系統, 與體內之氧化及還元有關, 其有關係之物質此為 Cystin, Cystein, 而以 Glutathion 最著云。Handovskv, Rhode, Frot 諸氏均贊成此說。關於副腎皮質解毒作用之研究報告為數甚多, 均認為對種種物質, 有此作用, 然究屬如何解毒, 則迄今尚無一定說明。Blanchetiere et Binet, 今西, 杉森, 奧田諸氏均證明全身諸器官中惟副腎所含之 Glutathion 最多。門田氏亦云副腎中 Cystein 最多

，硫黃化合物對毛髮之發育有好影響，此屬於人體及動物均可證明，此時 Cystin 之作用尤著，一方臨床上副腎皮質機能亢進時，則發多毛症，Hewey, Castaldi 氏曾實驗投以副腎皮質 X 則毛髮增加，Giabatti 注意副腎皮質副中有多量 Cholesterin, (此 Cholesterin 一部人士嘗以為有發毛作用者) 而加以研究，但結果此上者間之關係未能證明。故自此點觀之，副腎皮質之發毛作用，恐非由 Cholesterin, 乃 Cystin 之作用耳。

總合上述諸家之研究觀之，可知硫黃與副腎皮質之作用，頗相近，然則此二者之間直接有如何關係乎。三島氏嘗以硫黃飼白鼠，而發見副腎重量之增加，及皮質中網狀層之肥厚，增殖及充血。松岡，前田二氏研究硫黃對於臟器呼吸之影響，此時諸器官之氧消費量均減少，僅副腎增加，在西洋一九二六年，已有 Loeper 氏研究 Addison 氏病之色素關係，論及硫黃與副腎之關係。Loeper, Garcin, Lesure Lurice, 佐藤，久保諸氏之實驗，知給硫黃與動物時，則副腎中之硫黃量均增加。由以上實驗觀，可知副腎皮質與硫黃有密切關係矣。

據上述各項事實，可知副腎皮質內分泌物之作用，與硫黃之作用極相近似，又副腎皮質與硫黃有密切關係，且皮質中含硫黃頗多。故可推測從前吾人認為副腎皮質內分泌物之各種作用，可歸之於皮質中之硫黃，亦未可知。但皮質之內分泌物，並非硫黃。唯若假令定今日吾人所知皮質之機能，為該內分泌物之作用，則副腎皮質內分泌物與硫黃有密切關係，可斷言矣。

(待續)

遺 傳 性 之 傳 遞 討 論

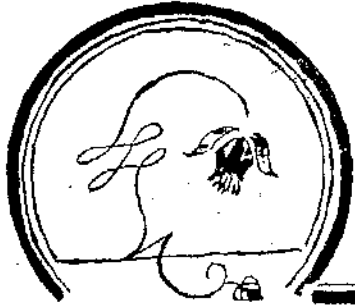
黃 廣 祥

染色體爲傳達一切性之機械，在遺傳學上已屬公認。從魏司曼種胞永續學說 Weismauns Continuity of Yermplasm 立場，祖宗遺下之性，子代無從增加或消滅；祇有種胞能傳與體胞個體所應有之性，體胞永無傳性與種胞之道。即變更種胞之構組，亦事實上所不容。達爾文之隨成說 Darwin's Pangenesis 已爲遺傳學說所否認，可爲明證。但性能否從體胞傳於他體胞；從一個體傳諸另一個體；尙無專論，又乏確切證據。作者本各種之事實，姑設推論；可否成爲事實，惟有待諸來日。就醫學上之發現，體內各種腺體，各含一種或數種之激動素 Hormones 各激動素非特對各器官生理有密切關係；且對雌雄體部之附屬性器官之發育亦不可毫厘缺少。假如某某器官發育之欠完善，可以斷定其乏某種激動素，例如質形腺之激動素不充，則可致成癡呆病，Cretinism 及厚皮病 Myxedema 補救之法，惟有自下等動物之盾形腺內，榨出激動素，注射於病人，牝獸之乳房，及其他附屬於牝性之器官；如果發育不完，則知卵巢內所含之激動素不足而然。

雌性與雄性，在受精時，已經染色體排定。但雌性及雄性附屬器官之發達與否，又視卵巢及睪丸之激動素而定。如果雌性之附屬器官發育不全；以卵巢之激動素加諸其力，當然可使諸器官增加發育。誠如是。則體胞性強弱，可由人工支配而變更。

Morgan 與 Goodale 稱：如把幼稚牝雞之卵巢割去，則其羽毛色澤，及姿態，漸近雄雞。此種現象，乃因牝雞之失卵巢激動素，故不能顯其本來特性無疑。

Ateinach 謂：如把幼稚雄鼠之睪丸閣下，以幼稚雌鼠之卵巢接替；則此雄鼠非特隱其原有特性，且顯出雌鼠之附屬器官；乳房增大，行動恰像雌鼠。



論 壇

習醫之工具與材料問題

胡 定 安

吾人欲望科學的醫學昌明，怎樣使習醫的途徑，隨着物質上應有的研究設備來補助一切，是一樁極需要的事。無論在學校當大學教授，在社會行醫，醫學界人們終是離不了習醫的生活，那末所設習醫的工具和材料，是研究和學習生活中不可缺的基本條件，中國醫學方面的研究產物不見其多，進步傾響，不見其速，未始不是因了工具和材料缺乏爲其主要底最大原因。

學習基本醫學，屍體解剖是極爲必要的有用材料，從解剖上所得的基本智識，就是將來應用於治療上一切技術使用推行的工具，可見在習醫的過程中，關於屍體之設法多得，至少對於通常的解剖與病理解剖，能夠實際的得到許多可資研究的材料，把已經載在解剖學上的東西作個對證，把有懷疑的部分，可以盡量地加緊研究功夫，這是值得注意來爲充實醫學基本智識學習，應該積極使屍體解剖普通實行，在學校固對習醫的增進充分底利益。至如病理解剖，臨床醫師遇到診斷不決轉歸奇特的病例，亦可因此發見許多病理主因的所在，并進而獲取許多足供研究及解決疑問的材料，所以解剖實習的基本工作，吾人對醫育的培成，要認爲很重要的問題。

物理學之有關於診斷原理治療原理與技術應用，化學之有關於藥理與醫化學生理學，生物學之有關於生理病理，很短的學習年限，必要的實驗，都非有相當的工具與材料不可，否則使習醫者得不到明確的印象與認識，書本的理論

與述說，中等以上的教育程度，已可自動的求進，至於綱領的指導，懷疑的解釋，原理的說明，當然在教師，習醫的人離了學校以後，在社會上服務，還想要找教師，只有書本雜誌，那末學校中的醫學參考文獻，無論給教授參考，無論予習醫者與自動研求的機會，都有充分設備的必要，不但限於一國的，而且要世界各先進國的醫學書籍雜誌，都應該搜集，按國內近況，國家圖書館未見發達，各醫學院所備圖書都限於經費，有的還限於文字，這種醫學材料倉庫空虛的事實，就是影響於習醫者見聞上不能擴大，同時對於讀書的慾望與趣味，亦難得喚起，這個問題，似乎也使得我們爲着固定學術基礎應當提出來討論的。

醫學書籍的設備，已經不是一件易舉辦的事項，實驗室也是給習醫者領導入於研求之路，應該如何充實基本必不可少之設備，都要竭力想辦法才對，研究倘使沒有工具與材料，書本上又只有記載理論與方法，可是醫學乃實驗的自然科學之一，不實做，不實習，對於診斷與治療技術的使用，當然要發生「隔閡」「生疎」和最後也免不了萬一危險的流弊，尤其在習基礎醫學必須先弄到理路分明，不但在習醫者，即在領導者亦可得許多便利的好處，醫學的基礎，自當以基礎醫學爲前提，而如何求基礎醫學的腳踏實地去學習，自當以研究的工具與材料爲要素，因爲實驗可使理論愈能確徹，可使信仰愈見堅深，并可應用同樣方法獲取門徑永遠地可以自動探求，這是何等地有益於習醫者的前進呀！

醫學的應用，固全在實際有用的學識爲工具，而如何求得學識，當然書本學說與領導者的講述爲灌輸醫學的工具，至於一切供學習研究的材料，倘若沒有相當底工具，就不能合理的使用，其間有相輔密切的關係，但是按中國目前醫育的狀況，往往有許多地方限於事實限於環境，也未便可以怎樣的奢求，所以關於習醫的工具和材料，這個問題我也難得充分發揮，不過最低限度的謀劃，爲習醫基礎充實一下，似乎對着醫學進步可以得到最大的援助，這才是實際的有效辦法，恐怕也是吾國醫界當前亟要的問題麼？



公共衛生與國難

李廷安博士演講 王銘鼎錄於東南醫學院十月五日

在這嚴重國難的當兒。差不多每個知識份子都感到應戰戰兢兢的負起救國的使命來。我們閉目想想。國家之所以臨到這樣地步的原因。實在由於在過去的時候。未曾注重到科學的演進。和潮流的趨向。以致種下了不健全的種子。現在受這痛苦的結果。東三省被人強佔了。邊疆諸省強隣環伺。大有朝不保夕之概。已到日暮窮途的地位。所幸知識份子及全國青年還在那裏掙扎。所以習工程的。便高唱着工業救國。習農林的便高唱着農業救國。交通工作人員。便提倡交通救國。這當然是良好的現象。我今天和各位所講的。便是我們醫學生欲救國。應該如何去救？

(一) 中國的國難是『貧』，『愚』，『病』，『私』

前者我聽到河北定縣晏陽初先生演講。他說他察我國的弱點是『貧』，『愚』，『病』，『私』。經我一番審思。他所說的是很對的。我今天就依他說的這四個原因。來和各位談一談。

『貧』當然是這四種中最大的。孫總理的三民主義內把貧的原因。說得狠詳細。並在民生主義中指導了許多救貧的好法子。毋庸贅提。『愚』的補救是教育界的責任。也不用我們來越俎代庖。『私』是在社會上成了普遍性，說來令人痛心。但不是光靠我們幾個人所能改革。我們自己應該力戒自私自利的劣性。問心無愧。便是我們應守的信條。辦公共衛生同醫界藥界的人。尤應首先革除私

念，才配去做這種事業。否則便是這種事業的罪人。至於「病」的預防及挽救，完全是衛生家醫家的天職。

救中國有唯一辦法。就是各盡其職。例如做木匠的。應該時常在本行上努力研究實驗如何方有進步而更精良。種田的應時常注重改良種子。和耕耘的方法。求學的人。應該注意他所學的如何實用而裨益人民及國家。譬如我醫界的人。應對於固有學識繼續苦心研究。並將所學為國民服務。以盡我們救國的大責任。

(二) 中國的疾病問題對於國家發生了若何密切關係？

我們知道一個國家健康與否。初步研究應知道牠的人民死亡率。欲知死亡率之確準數目。要有全國人口之詳細統計。可是過去的中國。竟沒有切切實實的辦理全國人口統計。深堪惋惜。現在只有估計一下來觀察我國國民的健康。

死亡率者即係每年每千人口之死亡數。我國約為千分之三十。日本約十五到十七。美利堅約十一到十三。英吉利約十一到十二。德意志約十五到十七。印度約三十到三十八。尙有其他下等國家亦有超過三十者。所以我們中國和列強相比是望塵莫及。僅僅對於國已亡。種將滅的國家。稍勝一籌。我們現在考察列強的死亡率。平均的說句是十五罷。那末我國的死亡率既是三十。便比列強加多一倍了。就是說每千人內每年有十五個人的逾額死亡。中國的人口統計。據估計說是超過四萬萬。可是頻年的天災人禍。到現在一定是較為減少。就作為四萬萬人計算罷。每千人中逾額死亡數為十五人。那麼四萬萬人中每年便死去六百萬各位。你們沉靜想想。每年我國人民却在六百萬人的逾額死亡。直爽的說。就是每年我國人民有六百萬人不得衛生保障而枉死了。比歷次敵人用最新式的武器殘殺我同胞還要來得利害。所以說。無有公共衛生良好設備的國家。實是該國家一個隱而深重的國難。

進一步言。因無公共衛生設備。或無良好的公共衛生設備而枉死同胞中。固有六百萬之多。後因無良好治療或誤行醫治而死的人。在我國亦大有其人在

。輕微的說罷。假定逾額死亡中每死一人。卽有五十人患病。那末六百萬人的逾額死亡。便有三萬萬人生病。這樣粗率而最輕微的統計。已經是令人可怕。可是像沙眼。搔癢。癬。咳嗽等輕微而不致人性命的疾病。患者極多。可是還在這估計之外。談來真令人悲痛。

再把人們的平均營養和精神比較一下。更令人汗顏。列強的國民身健體壯。精神飽滿。五六十歲時仍能工作。他們的平均壽命在五十歲以上。可是我們的國民。就恰相反。面有菜色。營養不足。精神萎靡。鶴骨鷄皮。每每奄奄床褥。非但不能爲社會國家服務。連人生應有的樂趣。亦不能享受。平均壽命大約祇有三十歲。因此被人說我們是東亞病夫。由是可見我國國民因爲多病而所受之痛苦實在很大。

從經濟方面而言。我們的損失。一方面由死。一方面由病。死的方面。年有逾額者六百萬人。據調查所得。死者以六歲以上的小孩佔多數。所以連三四十歲而死。五六十歲而死的人。平均起來。死亡者之年齡。約以十五歲爲平均年齡。以便計算。十五歲中衣食住行的消耗。及十五年內政府爲他們而化的費用。如教育公安等。姑作一個最低限度的推算。每人平均每月須費銀五元。那末每一人年需六十元。十五年則需九百元。若每月以五元存儲生息。則十五年至少可得二千元。所以六百萬人逾額死亡則損失爲一百二十萬萬元。其他因爲疾病而來之經濟損失尙未加入。如將此數加入則損失更大了。若是沒有這逾額死亡。不惟免掉這可驚數目的損失。而且各人還可有各人工作上的生產其損失更是難以數計。各位想想這經濟上的損失大不大呢。

中國現在因爲國民多病多死。所以很少健全有爲的國民。翻過來說就是因爲不健全的國民太多。以致弄到國弱民窮的境地。這種隱憂。實非一般人所能明瞭的。所以我們站在衛生方面的。應盡力努力研究。並實地的負起使每個國民都有妥善醫藥保障的責任。來提倡和實行公共衛生的任務。

(三) 有何方法補救？

綜上所言。病給予了我們整個國家莫大的打擊。我們自應覓求方法補救。那就是在衛生方面。醫藥方面。着手努力。這種努力。是有成功的把握。例如西歐各國。就是我們的前車之鑒，他們在過去的時候。還不是像我國一樣有過相同的時期嗎。例如天花誰都知道是個很危險生命的疾病。否則也要給予患者終身不可脫落的癍痕。可是自從十八世紀英人哲納耳氏 Jenner 發明種牛痘以來。德人着手實行。到現在患天花的人。幾乎等於零。非利濱在數十年前亦採用種痘。到現在患者減至極少限度。這可怕的病。可斷言用預防方法可以使他絕跡。又如鼠疫。歐洲中古時期。大漢行的時候。死者極衆。現因預防得法。(患者隔離，殺滅鼠及跳蚤)而絕跡。可是我國山西陝西等處。還時有流行。實在是國家同民族進步遲鈍的一種現象。真是令人可羞。再者霍亂症。前在世界會大流行有數次之多。死者累累。後因改良飲水。糞便消毒。普及衛生常識。患者實行隔離等之努力。現幾絕跡了。又傷寒症。亦與霍亂相同而大大的減少。至於白喉猩紅熱。往時英美極多患者。可是自發行預防注射以來。到現在亦已大減。還有肺病。百年前英美的人民。每十萬中有患者三百人。可是到現在人民衛生知識發達以來。知道了如何預防他。致減到十萬中只有六十至八十人了。還有他種的疾病。亦莫不日見減少。所以我們中國。如果馬上急起直追。其良好結果。亦可指日而待。

我們欲使我同胞有醫藥保障心當然應先知道死亡之重要原因。在我國死亡原因之重要者。大都可以預防。茲舉其重要者。分類於後。

1. 胃腸傳染病。如傷寒，痢疾，霍亂，寄生蟲病等。
2. 呼吸器疾病。如白喉，天花，猩紅熱等。
3. 癆病。
4. 產婦病。我國產婦因接生方法守舊。不知滅菌。而枉死者。每千人中。佔二十人以上。英美等國。他們只有三四人在千人中而遭不測。而我國則數倍之。

5. 嬰兒病。最多死於破傷風。因接生婦在臍帶上無有清潔無菌的料理。再多死於其母之不知衛生料理。

以上五類。沒有不可從公共衛生方面加以補救的。這都是在醫藥界上的人們所應注意而負責去幹的。依本人的主張。補救的方法。就是應有完善的醫藥設備。

(四) 怎麼樣才是完善的醫藥設備？

現在醫藥設備。不可專注重城市。應注重鄉村。各個做醫生的。也不要專爲己。在「私」字上而謀求。而把整個國家的福利置之不顧。我們在國難的時候。應處處爲整個着想。到鄉村去。到那無醫藥保障的人羣中去。中國醫生極少。土地却又廣大。若是國家對於醫生無有整個計劃分配。國民將更遭殃。國家經濟上亦要更受絕人損失了。

醫生爲人治病。除治療外。尤應注重預防。不可希望病人多而生意發達。譬如患腸熱者。去治療他。固然是醫生的營業。可是就應該爲他們親戚朋友。凡是和他接近的人爲他們注射免疫針。以防傳染。這是醫生應有的道德心。也是極有益於社會的舉動。依愚見國家應着手支配醫藥人才到鄉村去。當然要給他們相當的代價和優待。全國設中央公共衛生機關直轄各省。各省有公共衛生廳或處。直轄各縣。各縣有公共衛生局或科。管理及發展該縣之衛生行政。務使醫藥界系統化。方能有健康之日。而一洗東亞病夫之恥辱。

末後的兩句。盼望凡站在醫藥界的人員。應自覺悟。現有的醫學還沒有到登峯造極的時候。應該積極苦心研究。使中國在世界醫藥界放點異彩。榮耀我們的國家。更需要處處拋掉「私」字念頭。不可專爲自己多金來打算。應該把自己所學防病救病的技能爲中華民國謀幸福。



細菌濾過液(Bacilophagol)應用於慢性淚囊炎之效果

東南醫學院 眼科 袁懷青譯述

將連鎖狀球菌或葡萄狀球菌移殖於肉汁培養基中，放置 37°C 二週間，將此濾過所得無菌液再以同一樣菌移殖，以此放置於孵卵器內，經過一週後更在此所得之無菌濾過液而以第三次同名菌行移殖培養，可以完全制止細菌之發育，然此際對異名菌得能發育。今此培養濾過液中所存在之細菌發育阻止物質(Wachstumshemmungstoffe)者 Besredka 氏稱為 Antivitus，目黑博士對此細菌濾過液積多年之研究，今證明亦有與 Antivitus 之同樣物質存在——此名曰 Bacilophagol 供獻於治療界中。

細菌濾過液(Bacilophagol)對同名菌有殺滅作用，並能阻止細菌之發育，此乃吾人已知之事實矣，Bacilophagol 之應用在人體之時能發揮二樣之作用，(一)有鎮痛。(二)為使局部之細胞(此 Bacilophagal 接觸之部份)對該病毒有著明之抵抗力，即能殺滅病毒為其特性。

自從 Besredka 之 Intivitus Therapie 發表以來 Pottergay urbain 等之由動物試驗之實驗成績，Brocpue—Rausseu Forgest, Urbain 等之人體應用之實驗所得、Carrere 之人工感染眼疾患的顯著之追試實驗報告。其他如高木，清水等，亦有詳細之實驗報告，而於眼科方面之報告者在日本尚無此種之記載。

現將細菌濾過液 (Bacilophagal) 於慢性淚囊炎應用實驗之方法，順序述之。

- (一) 使用細菌濾過液 (本實驗中是用日本大阪實驗治療研究所之製品即名曰 Bacilophagal 但應用別國所出之細菌濾過液亦可其效果大致相同) 所謂濾過混合 Bacilophagal (在此中以肺炎球菌之 Bacilophagal 的等分混合液)
- (二) 加指壓淚囊部，充分排出其內容液。
- (三) Cocain, Adrenalin loesung 數回點眼，後以 Baugie 插入鼻淚管。
- (四) 用淚囊注入器以前記之混合 Bacilophagal 充分注入。
- (五) 注入後用指壓迫淚囊部，使該液長時間保留。
- (六) 用 Kochsalz 輕在結膜囊洗滌，施以假繃帶。

余之實驗之症狀有九例，內五名有沙眼之合併，內四名合併慢性結膜炎，其內一名為副鼻腔蓄膿症之手術後而續發者，今將各病例列表如下。

No.	一 例	二 例	三 例	四 例	五 例	六 例
性	女	女	男	女	女	男
合併症	Pannus 膠樣沙及	乳頭性沙 眼	混合沙眼	癍痕沙眼	Pannus 癍痕沙眼	副鼻腔蓄 膿症
注入回數	六 回	七 回	四 回	五 回	五 回	十三回
排膿中絕 回數	三 回	五 回	三 回	四 回	三 回	六 回
合併症之 狀態	輕 快	似全治	輕 快	輕 快	輕 快	全 治
再發日期	經三月亦 不發	五個月不 再發	二個月不 再發	一個月不 再發	三個月不 再發	八個月不 再發
最後 Baugie 之號數	五 號	六 號	四 號	六 號	五 號	六 號

如以此之混合 Bacilophagal 注入三回或五回到淚囊，膿即中止，但需六回者僅限於合併蓄膿症者，本例是蓄膿症受根治手術經六個月蓄膿再發，同時

發生淚囊漏。

本劑注入六回後淚囊之排膿中絕，同時副鼻腔排膿亦中止，前後共經十三回之注入，本症及合併症完全治癒。

號 數	一 例	二 例	三 例	四 例
性	男	女	女	女
注入回數	五 回	三 回	三 回	四 回
排膿中絕回數	二 回	一 回	二 回	三 回
再發日數	一月來診不再發	不 明	不 明	四個月不再發
最後Baugie號數	四 號	六 號	六 號	五 號

慢性淚囊炎無合併症者比有合併症者其成績更佳，注入回數三四回，又排膿中止，以如第二例者僅以一回已能著明之止膿矣，經三回以上者，僅為一例，至於檢查再發之日數，殊覺困難，須在遭遇患者得檢之，斷言之本法在向來療法中為一較優秀者。

余雲岫先生醫學革命論集

先生國學醫學世有定評茲集其十餘年來提倡
醫學革命之論文手自訂編約有十餘萬言名曰 余氏醫述
凡懷疑中國醫學革命者讀之如暗室明燈可以確定觀念明正趨
向不至徘徊歧路開駛倒車矣

每册上下兩册 定價兩元

發行所 社會醫報館

地 址 上海北泥城橋新開路口鴻祥里

寄售處 商務印書館 華北醫報社

黑色白內障之一例

高 橋 謙 著

東南醫學院眼科學教室關冠武譯

黑色白內障，為稀之疾患，其色素之產生，已為多數學者研究之好材料，在臨床上與普通白內障無異，但因其色素之關係，極易與他種疾病誤診，如玻璃體瀰濁是也。故其治療的効果全視其診斷之確否而定。

著者最近得黑色白內障之一例，茲特追述於下，然摘出之水晶體，承九大歷司教授索為研究之資料，現單就其臨床上所見而記載之。

患者；

廣島縣山縣羣王生町 農 國 龜 郎 七十歲

既往；

患者健康，左示指第一指骨有骨折痕跡，依患者所言，青年時鑿石工作中，為石片所打折，尚有頸椎骨折，外部甚難認識，但無其他眼患

家族歷；

父於患者二歲時死亡，母於患者二十二歲時中風而死，姊一人現七十四歲無眼病，現存男六人女一人五人早夭無眼病

一般現況；

體格矮小，身長一米五九釐，體重三三斤六，皮膚白皙，尿中糖及蛋白為陰性，血液無檢查，左眼約在二十年來視力漸行減退，右眼至近年，其視力特別減退，行路每感困難

臨床上眼的所見；

結膜健常，鞏膜前部即角膜輪部附近特別菲薄，透見暗黑色的葡萄膜色調，可想像其青年時為青色鞏膜，角膜下緣即在鞏膜之移行部有呈著明白色瀰濁約2—3mm 之帶狀物，即所謂老人環，此老人環向左右兩緣漸

漸消退，在瞳孔顛處，有輕微不正之薄翳散在前房深部，用肉眼推測之，約 4.5—5mm，瞳孔直徑亦較為大，約 4mm 在室內光線中呈暗黑色

由微照所見，瞳孔全部黑暗，眼底不得透見，斜照所見，左眼水晶體囊恰如薄雪之蓋於黑物上成非薄之濁濁，斜光向深部水晶體內送進時，得知前囊直下有暗黑赤之色調，右眼之水晶體前囊濁濁在深部中亦得認有暗色之色調，即水晶體皮質部有稍稍透明之感，因此遂得診斷其為黑色白內障，視力左右迥為同樣，眼前 1, meter 之指數

手術及經過；

左眼於一千九百三十三年三月四日，右眼同年三月二十七日行囊內摘出術，左眼術後經過良好，右眼術後十日，玻璃體內出血，一時視力劇減，約一月，眼底得以透見。

右眼視力 $0.2 \times +12D$

左眼視力 $0.1 \times +12D$

右眼眼底與正常無大差別，檢查時覺眼底距離稍近，不能認網膜萎縮等症變。

水晶體摘出後所見；

摘出水晶體之形狀

A



B



A 右眼水晶體為半透明
水飴色之皮質所圍繞

B 左眼水晶體有稍稍方
圓形雪白之罩

形狀及色調；

左眼水晶體摘出之直後，其核呈扁平正圓，外罩則呈不正方形，核爲濃黑褐色如 Chocolat 糖其周圍有極細雪白而潤澤之邊緣，特於四角隅之相當部廣闊而白，置之於玻璃器中，如白雪中之 Chocolat 糖之美觀，直徑 10.0mm 厚 4.0mm 重量 0.22gr

右眼水晶體在摘出之直後，比左眼的較細，呈橢圓形，核的色調與左眼的完全相同，直徑 9.0mm 厚 4.5mm 重量 0.2gr

以上爲臨床所見，至於水晶體色素之研究，則須俟噁司教授之報告

<h2 style="margin: 0;">中國肺病院</h2>	
<p>本院診務均由汪企張醫師主持每日親診指導 導安治院址上海法租界西愛成斯路三 七〇 電話七一四五</p>	<p>專收 咯血·痰紅·痰欬等 病者 肺癆</p>
<p>(門診)下午三時後并詳驗身體有無肺癆及肺癆進行之程度，入院隨時，章程函索即寄不必附郵</p>	<p>(一)應用愛克司光，人工紫外光，人工氣胸，胸部壓定術注射，內服及現代最新特殊療法，經治多人，功效顯著 (二)地點幽靜，空氣清新，光線充足，防禦設備完全，務使精神愉快，尤注意於飲食滋補及看護等</p>

關於大的瞳孔膜遺殘的手術

周再郡原著 田慎宜譯

關於瞳孔遺殘膜症例之報告，在文獻上雖有不少的發見，但是關於此種摘出術的報告甚少，我去年間曾遇過呈膜樣瞳孔遺殘膜的一例，後將此膜完全摘出成功，且手術後視力特別增進，茲將報告之

實 驗 例

患 者 陳 某 念二歲 男子

家族歷 兩親皆健存，並無特記疾病，同胞共七人，(男四人女三人)除患者之外，皆無特記疾患。

既往症 患者往往由感冒的侵犯，有咯血的事。

現在症 體格營養皆中等度，約兩歲左右，在瞳孔領有灰褐色膜樣物存在，又因該眼視力障礙，來院診治。

初 診 1932年九月十二日視力左1.5(眼鏡不適)右0.1(眼鏡不適)兩眼有慢性結膜炎，右眼有瞳孔膜遺殘，遮蔽瞳孔大部份，就是起始於外上部之離虹彩捲縮輪五mm,的基底部，而聯接於瞳孔領稍帶灰白色之處，此灰白色之部，闊為二，五mm,長三，五mm,由內下部離捲縮輪六mm之基底部起始，約以一mm 關聯接之。

外上內下之捲縮輪起始處，其顏色全與虹彩相同，其與遺殘膜稍帶灰白色之中央部聯接之處，至虹彩捲縮輪間之距離，在內上方三mm,內下方二mm,故此稍帶灰白色部存在瞳孔領中央之內下方，檢查瞳孔反應時，無瞳孔膜遺殘的部份，甚為活潑；有遺殘膜之部份，則稍遲鈍。(第一圖)

若以 Atsopin 點眼試之，則中央部稍帶灰白色之處，稍為伸長，(第二圖)

其他兩眼之外眼部，角膜虹彩水晶體玻璃體及眼底的所見，皆無何等之異

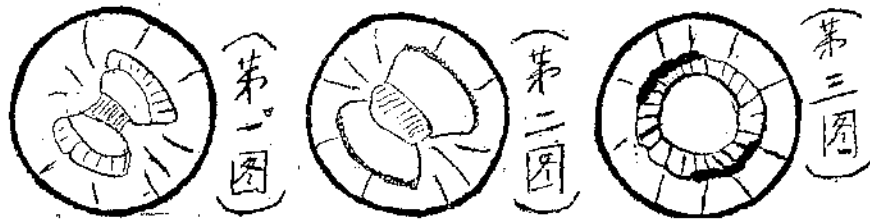
常。

最後欲檢查瞳孔遺殘膜切除後，能否得到視力增進同時利用散瞳能否斷離其遺殘膜，故數日間注意其眼壓，有無亢進，繼續以 Atrpin 點眼，至瞳孔散大後，再用狹孔鏡試其視力則右眼可增至 0.4；以是遂決定其手術後有視力增進之可能，遂由角膜內下緣行前房穿刺術，用虹彩攝子在瞳孔緣牽引時不能斷離其遺殘膜，不得已試用虹彩鉤慢慢的牽引其中央部時，遂見其內上方漸離矣，然後再切除過剩之虹彩膜，終得到如(第三圖)之結果，此種手術須注意水晶體之外傷，更不待論。

其視力在術前左眼一，五；眼鏡不適，右眼〇，一眼鏡不適，術後左眼一，五眼鏡不適，右眼〇，五凸圓柱〇，五度軸水平，視力可增至〇，六。

譯者註；

所謂瞳孔膜者，通常在胎兒出產二個月前，完全消失倘其出生後尚未消失，遺留於瞳孔領者，則曰瞳孔膜遺殘，乃一先天性之異常也。





教授抄讀會

東西眼貌美醜之比較

張錫祺抄

— 關於東西眼貌的問題先有河本重次郎氏之論文後又有石原忍氏發表其意見
今余將此兩文合作一編以爲比較

1. 骨骼之相差

西洋人的鼻梁較東洋人高且其前額骨突出於前方又眉弓與頭髮間之距離較廣故眼球之位置較居深處由東洋人觀其眼貌有如因體質虛弱而眼球陷沒者反之由彼等觀東洋人種之眼貌却似因眼病而眼球突出者

2. 皮膚之厚薄

吾等之眼臉因皮下(輪匝筋與軟骨之間)脂肪較多故外觀上眼臉的皮膚甚厚而西洋人的眼臉因脂肪甚少故一般的皮膚較薄由歐人見吾等之眼臉似有粘液水腫之狀也

然觀察猿類的眼臉皆無脂肪組織假使人類是由猿猴之類而漸進化者則吾等蒙古人種之眼臉可謂比白色人種的眼臉進化得多了(足立氏說)

並且眼臉富有脂肪組織者對於眼球之保護上亦有相當之意義惟有脂肪組織過多者則不但有損眼貌之美觀且常在下眼臉內眥部易起眼臉內翻症合併各種障礙尤以小兒爲多

西洋人之眼臉既乏脂肪且因骨骼之關係較居深處既如上述故欲翻轉上眼臉時頗爲不便據西洋的眼科書籍記述翻轉上眼臉時常以兩手或用玻璃棒始能達到目的但東洋人之眼臉富有脂肪且較突出故翻轉甚爲

容易無須用玻璃棒之必要吾等眼科醫師可謂受脂肪組織之恩惠不尠矣

3. 內眥贅皮(蒙古襞 Mongolische Falte nach Siebold) 於內眥部與西洋人與東洋人之間其形頗有差異人皆知之東洋人之淚湖前面有皮膚皺襞故由前方不能即見淚阜，此皮膚皺襞即所謂蒙古襞是也而西洋人則無此蒙古襞故由前面即見淚湖

元來淚湖之處由外界飛來之塵埃及自眼內所分泌之眼脂皆集合於此是故東洋人之因有蒙古襞而不即見此污穢者對於外貌甚為適合(石原氏說)

河本氏將此贅皮分為三種並謂蒙古襞對於外貌甚非雅觀也云

1. 正直內眥贅皮 Epikantus rektus (第一圖)
2. 上內眥贅皮 Epikantus superior (第二圖)
3. 逆性內眥贅皮 Epikantus inversus (第三圖)

第 一 圖



第 二 圖



第 三 圖



4. 臉裂

東洋人之臉裂較小者人皆所知於統計上臉裂之闊 東洋人平均約 9mm. 西洋人約 12mm 因臉裂小故角膜及鞏膜被覆之範圍亦較大(第四圖) 歐人則反之其角膜下緣及鞏膜之一部常見露出(第五圖)

第 四 圖



第 五 圖



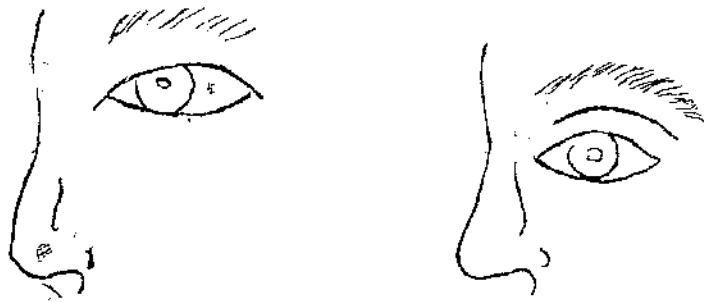
故由東洋人見彼等之眼貌則似有堅張或帶有怒氣之狀若歐人觀吾等時則似有精神弛緩或帶有睡氣之態也。

5. 眉毛之發育

東洋人的眉毛短而闊且發育疎者多(第六圖)其眉弓似只存在於內半側故蒙古人種之眼貌較之歐人形成斜形然歐人之眉毛其發生較良且長而沿走於全眼窩上緣尤以法國人甚為顯著者也(第七圖)

第六圖

第七圖



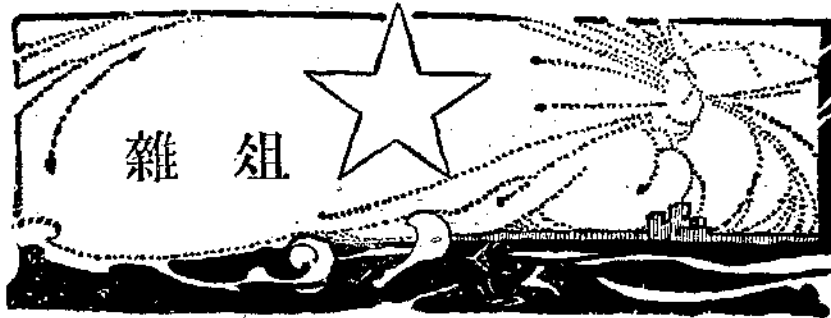
6. 虹彩之色素

人眼之虹彩脈絡膜及網膜之色素具有遮光線的作用為周知之事實但白色人種因此等組織之色素淡薄關係，在日光直射之處容易感覺羞明反之東洋人種之此等色素組織較為濃厚於生理學上可謂完善之構造也然對於各種虹彩表面的色素性疾患之診斷上（例如虹彩的梅毒性新生物，虹彩的萎縮，或色素性肉腫之初期）則色素淡薄之碧眼甚為容易。

7. 眼底

歐人之眼底因色素關係較為淡紅可謂近於白兒之變化且於脈絡膜炎時色素容易消失故白斑之變化較為早現但色素之增加變化反少且不甚顯明又因眼底淡紅之故對於微細之色素變化於診斷上頗覺便利

(完)



癡 僧 漫 談


癡 僧

（嘗書古今接吻考和阿木鈴史，載諸本刊，而至今仍未完稿，但今繼續下筆，深恐冗長，有厭讀者閱讀，故即給他們天拆。新開一題，去蕪留精，不敢題美辭，給以漫談小名以遣是時吾輩之沉悶）。

（一）小便考

到了倫敦，你在到處找不到一個放去蓄積之處，這是因為英國人不喜歡造公共便所的緣故。不過英國人最重禮節，別人誤觸你的足立刻叫對不起，明明給人踏痛也爭呼對不起，看見有愛人倆在接吻，那麼他就要繞道而走，免得妨害別人（我國如果你帶一女子走進學校門，那麼學生們會拍手歡迎。）所以英國人想到他立在牆角而辦公，那麼要感覺了看見別人在小便時候似的難為情了。真好像在我國，大學教授看見學生考試的時候翻看講義而覺得自己先難為情，不敢再把他看的一樣。所以英國人很當然不會在路傍小便的。不過這肉體的誘惑是連高僧都禁不去了的，因此在英國，如果你去留學在某某倫敦太太家裏借住半年，那就會往往在夜裏從你住的二層樓上看見下面門背有六尺高的巡捕久立，你總以為巡捕很親切，立在你家前看夜，等到你從茶房而知道，你還怪茶房說謊話，原來你絕對不會聞見小便之音的緣故。或者你從你的茶房，也可以聽得他近來天天為掃除刷腳棕費王夫，為什麼呢，倫敦的門口刷腳的棕都在門內，嵌在地板上的一個鉛皮匣裏，而門上有一個投郵信的小窗，這小窗雖很

高，但是巡捕也很高，巡捕把一物伸在窗中，那麼小便正落在棕刷之上，那麼一得兩便，不發聲音，也不在地上流成洪水。這話當然是晚上人靜，巡查的巡捕待不到完崗時的話。聽說意大利很不潔，有的地方有許多糞便，正像吾中國，不過我沒有到過意大利，所以不知道，至於德國，那就沒有看見過露置的糞便。

回到上海，駭煞人哉，到處弄堂，都可見佇立小便。仔細一點兒講，在租界內，到處可小便，你要四面一看，有一個弄堂上書什麼里的，你跑進去就行了。或許有的寫着『不許小便，如違送捕』不過你看見壁上已成黃色，那你就可放心了。或者你可以看見上面寫着『在此小便即是 』，那麼你在心中想到那一件事體是比較要緊，那麼你也可以硬一硬頭皮根對這個可惡的咒文放射你的『小天地之精』。

上海租界裏，也有許多公共便所，據工部局的意見，光光小便，那倒不管，在工人區的許多工人，他們實在沒有大便之處，因此設了些公共便所，所以這個東西實在不是小便所，主要的目的不在小便。所以又髒又擁擠，有一次我和某同僚在街上，我找了個弄堂，可是他是個 Gentleman，不肯進走，因此沒法，亂走一泡，走到一個公共廁所，因此我就心安，可是他竟不肯進去，他久在外國，實在是不能踏進了，這是法界貝勒路的那一個，至於法界新開河的，上面雖寫公坑所，可是被客占居了，十六舖有一座，這是那兒的魚商們用的，我常去小便，可是到東南去教書的先生們雖多，但除了坐汽車的，乘電車的各位也據說沒有進去過。

如果在大馬路到四馬路，你如轉進弄堂，那麼可以看見凡有小便遺跡之處即可以發見白濁的傳單滿壁，包醫白濁橫痃，更進步的為婦女通經，更摩登的便是產科學校的招生廣告，如果你疑我說話，那麼你到大馬路寶成銀樓弄堂後而進去看一看就行。那種實地調查是很要緊，這是我的衛生實習的一課程，這不但吾校，各醫校都有衛生檢查課程。

從前某校將收女生，校長也贊成了，可是發生一個問題，那便是財務員沒有辦法，他沒有添築便所之費的緣故，你如果是一個醫師大學生，那麼你要記牢一人的住居要有二十立方公尺空氣之外，還要記牢學校裏每五個女生要一個便所，在實驗室就不是，留學時代，我的同僚，他是個 Gentleman，可是往往聽見隣室化學間裏他在放電，所以我也反對研究室裏用女打字生的，除了她們要誘惑我們，還有這個不便。如果都男子，那麼給教授看見都不要緊，因為教授年輕時也有過這經驗，不這樣熱心工作，那就不會成博士的。

從前有了個竊賊，竊去了些東西，恨極。去請巡捕來查，除了門前有這個梁上君子的小便之外有一個電工用的手套。過兩天賊捉到兩個，都是配這手套的，因此割了門板把小便分拆，運氣很好，(他的運氣很不好)他有糖尿病的。捉賊的話是法醫的先生常講的，至於我兼任的精神科，那就有我國人始創的骨董，那是一個便器在房角，可是外面是個漂亮的綢裙，如你把他提起，那裏就有一個象徵。因為你是醫學生，所以講給你聽，如果你下個學期不打倒我，還要我教書的話，那麼我可以就我的研究。可以慢慢講一點兒你聽，的確你們要打倒我這樣有研究的人是很可惜的。

末了，德國的中國之好友 Karl august wittfogel 在他的戲曲裏寫一個和尚要騙富者的錢，他講『你要打倒肉體的誘惑，如不能夠，那就要死』。富者過了一刻說了『我要小便』和尚說了『要小便那是肉體的誘惑，如你出了小便，那就要死』當然這個肉體的誘惑在中國富者不是小便，他們也不會解這個高深的幽默可是你們大學生是能夠解釋的。如果你們要讀他的戲曲，那麼有我哥哥的中譯本，你們多買一本，他也可以抽到一點兒版稅，他現在很窮。

(二) 做大學教授

從前有一個朋友做中學先生，他同我講，做先生要是把事體曉得清楚，雖說不必多曉得，但糲糊地曉得那是不可行的，的確他的話是對的。可是大學教授不是這樣，某解剖先生專門弄人類學的，他在收集古石器，學生同他談胎生學，他

說那是我不知道的。我嘗聽了兩年的精神病講義，可是沒有弄清楚，先生自己也好像弄不懂的樣子。某教授脾氣利害，講的學問却是聽不見。不過從來沒有聽見學生把他打倒。原來大學請先生是有根據的，根據什麼呢。根據的有兩個，便是這人的確有學問，而還能夠指導研究。所以學生因此也看重他。到考試的時候學生想，聽了兩年工夫，現在什麼都不知道，唉，(搖搖頭)沒法子，去把 Aschoff 好好讀罷，那麼這學生雖不聽講，但依然是個不愧這先生的學生。

在中國就不是，學校初創，也請不到好先生，第一原來沒有學者，有也沒有錢請，因此使得連學生都知道先生別腳。學生不懂英文，不懂德文，所靠者是教授的一個口才，學生憑口才來判決，他們還願速成，如果弄了兩三個月不得心得，那就要去迫校長換先生，聽見有『醫院發達的』是著書籍的(像造生理學綱要似的小書者不在內)，是博士的(得罪李教授)，那麼要叫校長去請來試一試，不過看見講得不配胃口，那就要打倒他。這個情形，我贊成學生，因為現在這時代，先生的別腳連學生都會明白，那麼學生沒有辦法，好像僱娘姨，換了好幾次，總會碰到一個好的。學生的心中有兩個心理，一個要學着直接有用而高深的學問，一個是可及的省力些。所以一看教授名單，都要是專家名醫，可是到了考試畢業將近，那就要一個省力些的先生，這兩個相反的思想在混亂着。那麼先生也成替工，帶了一個皮包(即博士包)，裏面放幾本講義，到處講了幾點鐘，因為不早一點給學生信仰，那就要被學生打倒，所以要很盛氣地把自己的學問誇大一下子，不難又不淺，說要說得清楚。你們看上海各大學這種先生怎麼的多呢？

我的朋友在某校教書，學生在黑板上寫『打倒釣勝子的教授』，我的哥哥在某校教書，學生寫『打倒沒有 Prof 資格的騙子教員』。這不是假話，都有文獻，如你不信，去看『大陸』和『漫霧』兩書好了。原來哥哥剛回中國，言語不通，不知擺架子的緣故。至於他的資格却是極好，反可說學生沒有高中畢業資格所以難教罷了。總之學生沒有對於學問之認識，借 Taglor 的話，便是；『學

習及教授上的困難大都爲學者不知道學問爲什麼而存在和社會有什麼關係而生的。』的確，不學這學問而要對這學問批評而還要審查教師有沒有學問，那很危險。我嘗當替工產科教授的，有一天接到一封信上面說：『到校裏功課表上一看產科學下題一朱料，想產科大概就是先生教授的了，不勝驚駭，至夫去年先生教授婦人科一門已給我們一個大大的打擊，因爲先生的教授法實在是不合於我們了，在我們跑到各醫院實習的時候得了很大的感觸，況先生去年所備產科參考一書係屬新備，要知產科關係人類生命至大非有經驗宏富者教授不可，是以端此奉函敬懇先生本學期千請即辭產科教授，俾便另請高明，生等幸甚矣。』我就此拋了飯碗。在我被打倒以前被打倒的產科教授近來到外國人的醫院裏去吃國人飯了，他說，中國人生產先請女子，等到女子拉不出的鉗子還要叫我來拉，我們產科醫生是個苦力。我說『左克斯』作『傻子的治療』中的醫師也是男子。他說，不，不，傻子是精神病專家的事體。

在末了，要憶起我的男友某，他從外國回到沙漠國，暫爲教書之時，在講堂卓論高說，可惜學生不會懂了，學生不會把他所講的東西整理，他也不會以博士之威壓來畏服學生，不久即被打倒了。後來不幸他抱病長逝，悲他是一個社會醫學的有力研究家，我們從地上失去他，比較學生從講堂裏去了他，損失得還大。將來有機會，我要傳他的。

從這例示，我們得了些教訓，就是吾國日下，在一做尊拜名家時代，大學是教書之處而還不成研究之處。吾國學者能做學問者已有而能指導學問者還不產出。因此學生雖望進步而仍不過在調換新菜以維持胃口罷了。聽說醫學者在先進國中待遇很不好，可是學校內容，特別其研究室就完備，教授的研究費常充足，這情形正和我國相反，我國做先生，要到學生面前去誇張一下他的學問，說他是專家，在外國有什麼什麼研究，現在是否在真正研究那是不必講。

給我嚴肅地講幾句罷，大學教育不在講書的漂亮不漂亮，要在是不是有領導的能力（Leitungsfaehig），初創的學校，如欲走上軌，非進這個階段不行

。教授不是娘姨而是醫生，凡是愛吾國吾民者他不管你願不願，往往要提了刀來爲你開刀除毛病的。

(三) 胡鬧一束

一、消息子有罪 某日，與某音樂家談，他說，有一天他走到街上，上面有什麼東西落下來，好像石灰似的什麼東西，落在眼睛裏，他就去問一個郎中先生，郎中先生用消息子替他拿，拿着一塊石灰似的東西，因此好了，可是過了幾天，又覺得好像有什麼東西在裏面，再去就一西醫，就知道在生個激烈的沙眼，原來這沙眼是從消息子來的。

二、蛔虫功罪 他又說，蛔虫是否人人有的。是否助消化的，因此我啞然，我友說鋼琴真好聽，風琴畢竟不好聽的，因此他啞然，他是一個我很佩服的音樂家又是一個有名的風琴家。音樂家說，有一次有某中醫，爲某人開方子，開的是砒霜，不過藥店因爲分量太多了，就少秤一些。明天醫問病人說病狀如何，病人云依然，因到藥店去問，砒霜秤足沒有，藥店說，沒有秤足，因爲怕要是分量太多了，醫說此人有虫，今已吃了半量之砒霜，那麼虫很靈的，下次再吃也沒有用了，此人已不可救。我輩向某校，詳述腸寄生虫之害，代其檢查糞便，他們非但不能懇求，還不要檢查，他們有的謂檢查糞便在醫師有用在吾輩無用，有的謂兒童家人以爲你們把大便割藥劑所以不可等等。

三、先生常不及學生 注射霍亂的伐克辛，先生對學生講學問不好的要痛的，他以爲這樣子講，學生不敢叫痛了(其實原來不痛的)，可以像皇帝所穿的新衣裳一樣的不忠臣子看不見了。可是學生發見先生不但不肯注射，而且在注射後叫痛很利害。(畢業同學報告)

四、診費的問題 診費藥費，定費標準有各種，有人以爲病家富賤，要比例而收，他說你有一百萬，我醫生爲你醫好，雖不要你十萬，問你取一萬也不過十百分之一，請問你，四萬萬同胞，財產共有四五元者怎麼的多，一個胃癌一個傷寒你肯百分之一即四五分錢看麼，開口說你一百萬，富者心中得了一個

娼婦之舒服，問你要一萬，好像姨太太一笑後之一千元。原來這句話是光向富者用的。有人這樣說。我畢業於外國大學，糜費數萬，今問你要診費數元，此爲不可免的，比較我的學問，還是小。畏友余霖說，你這個錢是個江蘇省費，不是你自己的錢。其餘請你推想罷。

五、不要再論新舊醫了 在我國沒有什麼新醫可以論，學問最高的（此間被削二行）要推敵校東南，可惜其數也不過每年一百數十人，這樣弄起來新醫仍不脫是個洋貨，洋貨不敷老百姓應用的。所以以後用不到討論新舊醫的問題了，洋貨有洋貨的用處，土貨有土貨的用處，現在已經很清楚明白，舊醫爲老百姓的（間有上海的愚知識階級利用之），新醫爲新資產家的。西裝店爲博士教授官僚公司大班公子的，舊衣店爲鄉間老百姓秋冬禦寒過冬的，如過沒有錢，連舊衣攤都不許你入看。

六、醫術官僚化 如在小兒患者須急救（例如氣管異物）時患者傍有第三者而無父母，放置要死但手術時也不一定會救，此時沒有兩親承諾而手術時，民法上契的雖必要兩親之贊成，但救急時不要緊，因此死也不妨。我們要把這思想推廣，我們要把有錢沒有錢的病人都捉來，醫治之後放出去。這工作公安局已經在做，在保持健康的 - 方面豈不是也應該做的麼！

七、研究奇恥 有人報告說，王醫師爲衛生教室向病人探問病人的結婚年齡，他因此受了一次奇辱，因爲病人說你做了醫生談這算什麼，我掛號來看病，難道你同我打柵麼，這種經驗我們常有之，不過研究上之困難，如果有些忍耐和毅力，都可以打破，如果把這種奇恥（？）登記，那可成一篇論文。上面說過的寄生蟲驅除工作上所受各處的罵你污穢等類多多皆然。

八、營業報告 畏友李樺身醫師說，他有一病人，來了一個仍舊淋病眼葡萄腫（我不解眼科，怕聽錯），如果要把他修修好，把面容改良些，那是可以的，可是患者要把視力恢復，所以他說明那是不可能的。這病人就到別處去，過了一月又來了，病人說，他到某某處去看，那麼做了些手術，問他是什麼一種

手術，他便說那是這樣這樣（沙眼的手術）的手術，那濛問他好了些沒有，他說依然看不見，不過病人一點不怨他，病人說，原來這病是難好的，他看也不會好，你看也不會好，這是天配的。因此老李啞然，老李說，那是沙眼的手術，這一點毛病看不懂，那我老早脫去招牌了，病人說『道德是先生好』。他又說。這個病人是想來『用些錢』的，不管好不好，用了些錢就完，你要會洞察他的心理，敲他竹槓的，可是我們沒有本事。

那麼余霖前輩說，有個頸癌病者介紹來了，仔細一看，有個癥痕似的東西，令人疑懼毒，因即檢得瓦反應，因即用愛爾利氏藥，那麼每次問她要錢很多，這個女子很節儉，有些不肯出了，因即同他講，已經收錢足了，以後可以包醫，不久病將好了，她的丈夫來付清賬目，所以要看病人的內容極難。

那麼般木強先生說了，有一個男子生了個下疳，他說，前一回生淋病也是冤枉，這一次也是，這一次他爲盲腸炎住院三個月，剛出來罷了。般先生不敢多問了，因那李前輩大呼要吃補藥。在我國，這種日本人所謂有閑太太還不多，有閑太太的發生是資本家生活後期的產物。在我們社會衛生的小腳夥看起來，我國鄉間的女子，特在年輕寡婦間，這種性生活是常有的。不過如果象陳方之先生所謂，這男子不過是個強硬否認而有意造佞者，因此給我們爲了討論有閑太太而跳舞，那麼那一位先生要伸長了舌尖笑我和老般了。

九、痘苗有罪 要種幾個牛痘，托某小姐去買痘苗，回來見發票上書一元二角，就問買了幾枝，說買了三枝，一看發票，那是大馬路上某大藥房。那麼一枝四角大洋令人不可信。某日有便到藥房去一詢，霍然知他的痘苗由工部局分來，而自己裝的，裝法特別好，因此四角錢。我對他談幾句公共衛生應當的事體，又談英國人 Pearsm 到中國來帶來牛痘之法，因此華人受益不少，可惜現在街上麻子還不少，這都要請各位仁慈的，店大班見我的談話出來敷衍幾句，無什麼結果，我也不必再多談。出來了。牛痘 根四角，沒有這貨，醫生也不能賣種痘 一次要兩元。中國街上麻面的人也不會見。

東南醫學院衛生學教室現況

(民國22年第二報告) 陶 熾 孫

(一)

本稿之第一報告在東南醫刊第三卷第二期177頁，因為位置的關係恐怕沒有人注意過。

第一報告述東南醫學院衛生學教室第一年（民國20年9月至21年7月）的情形。並述教室主任所抱的方針，

在教室的第二年，因為吾校的各種不得已情形，沒有助教授（或教授）及助手，但有從最高級學生中志願來的，固定研究生七人，及代理助手李昌泚，各研究生的研究題目如下：

- | | |
|------------------------|-----------|
| 1. 南碼頭下黃浦江水之逐日的定性的變化 | 曾子頤，張昱 |
| 2. 露置糞便中寄生蟲卵之地理的分布 | 陳宏縉黃崇榮杜其堪 |
| 3. 東南醫學院內天花罹患之統計的調查 | 李昌泚 |
| 4. 其他有畢業同學參加研究的：街道痰之研究 | 李昌泚劉昌信 |
| 5. 關於新藥譯名之調查 | 蔣本沂學士 |
| 6. 正常中國人包皮之調查 | 徐大哉學士 |
| 7. 改良廁所消毒程度之研究 | 陸建華學士 |

這各研究之中 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 都已完成，在22年春的東南醫學會報告。

讀書會共開過十次，連20年所開，共有14次，其抄錄都載於東南醫刊第四卷第三期。會的內容為閱讀研究雜誌新發表，但限於外國文，以國文所寫報文雖有價值亦在此會不讀，這別無他意，光欲慣讀外國文之意。

(二)

22年新學後，雖仍無助教授及助手，但請張開文先生為教室助理，王廷為

代理助手，龐玉英爲副手華壽珍爲東南醫學會宿題的研究助手。研究生有四人，經費比前年加倍，今就研究，教授，及其他觀察，可舉現況如下。

1. 研究 仍襲開室時之方針，從事於不休止 (Ohnehest, ohne Last) 的工作，以最少的經費，作最有價值的業績爲目標。所以外觀雖不很漂亮，工作就自信有價值於吾民衆健康。

陶從事於小市民的生活情況及動態，就學院附近的住家，調查其人的關係，即婚姻子女關係，及住居及收入關係。研究生王珏爲這目的，調查這附近的露置糞便的狀況，先從其寄生蟲蔓延入手，已調查了約一百，數還很少，待工作進行。

從這工作受了影響，很欲和我國各方面住民之腸寄生蟲蔓延情形比較，因即商量上海市衛生局，已得合作之美好合同，先在和衛生局教育局合作之下檢查小學校學生的糞便，在我國向有什麼英美派什麼派的言語，而私立學校向來和官廳不合作之際，吾輩和衛生局合作，爲新開之例，雖衛生局的意見要我到他們的研究室中去做檢查工作，因即我們不得在自己的研究室內工作，要把實習學生及研究生從學院裏帶去，稍有不便，但吾輩和協合作之，仍望將來圓滿的進行，能利益於我國民衆。

研究生俞伯符爲研究結核病之蔓延上的因子，調查街道上放棄之喀痰，研究其和街道鋪道情形，人的關係，氣候關係，及鼻涕和喀痰的統計的關係。

研究生敬金波汪禹浪調查東南醫學院教職員之生態統計，連婚姻，子女，產兒，經濟，疾病預防工作等調查，將來要延長至罹病狀態之統計，這結果雖很局限，但將來和陶之研究可得比較的作用。

各研究生和龐副手合組體格檢查部分，常時訓練體格檢查上必須之知識及經驗，不時從事各學校之體格檢查，待有相當陳積，欲造國人之人類學上各項數字。

東南醫學會委任於陶之小學塵埃研究，以前衛生學教室副手華壽珍爲助手

，已從事於研究，將來擴充至小學校舍與塵埃之關係，及小學生結核罹患之調查，是所至願。

關聯於正常中國人包皮之研究，徐大哉學士在進行於正常中國人陰莖之測驗。關於性病蔓延，性的業者，過往調查，東南醫學院學生之步行生理，正在計圖而還不開始。

2. 教授 把衛生學在醫學教育之最高年級教授，觀於衛生學之重要性，就為不夠。而衛生學舊名也不足以代表這學問，所以一度欲改為預防醫學之名，一度欲改為衛生學及社會衛生學之名，但結果未改名稱。而課程方面，已把衛生學移至三年級，在三年級的上學期講述普通衛生學，在下學期作其示說及講述社會衛生學，在第四年級就講述預防醫學及課實習及練習及視察。

甲、衛生學講義：

1. 衛生學的本質，價值，歷史。
2. 大氣的物理的狀況及空氣的成分。
3. 水及水之供給
4. 衣服及浴
5. 住居及都市，換氣及照明
6. 土地
7. 廢棄物及屍
8. 食品及營養

乙、衛生學示說

1. Katathermonetareis
2. 空氣成分之化學分析
3. 土壤內空氣
4. Selbstreinigung
5. Schlesinger'sche methode

6. 衣服通氣測定

7. Photometrie

8. 食品分析

丙、社會衛生

1. 社會衛生學，理論的根源及社會的觀點

2. 醫事統計

3. 生態統計

4. 種族衛生

5. 結核病及社會的觀點

6. 性病

7. 勞動衛生

8. 衣食住之社會衛生

9. 盲啞聾者保護

10. 集團衛生及學校衛生

11. 人口問題

12. 我國之醫事情形

13. 各國之醫事情形

丁、預防醫學

1. 免疫學

2. 消毒

3. 傳染病之抵抗法

4. 寄生虫病

5. 熱帶病

6. 社會的處理

戊、實習及視察

1. 氣象

2. 水之定性 (1)
3. 水之定性 (2)
4. 水之定量 (1)
5. 水之定量 (2)
6. 寄生虫卵
7. 衣服材料
8. 身體測定
9. 統計練習
10. 塵埃
11. 野外生態統計
12. 衛生檢查
13. 衛生視察 (各公共衛生機關, 自來水, 拉圾, 傳染病院, 貧者治療見學)
14. 研究視察(野外住民調查)

己、演習

1. 衛生學預防醫學社會衛生學之本質
2. 社會病理學
3. 醫學之批判
4. 防遏的醫學及醫事法制之歷史
5. 現時防遏醫學討論

3. 其他 今年最高級同學嘗有改良廁所建設的計畫, 本欲指示助力, 但其建設地點預備在滬軍營, 不足為鄉村廁所的模範, 因即停止。東南醫學會有塵埃研究之宿題, 已記上面。對於校內工人之清潔指導以張助理王助手指示, 檢查一切校工廚司的糞便, 清除指甲等工作都在指示。到了春後夏至, 供給飲料水等工作都將實行。

點眼藥之藥理作用

東南醫學院眼科學教室袁懷青

眼科臨床上之點用藥水。在一般看來是種極簡單之動作。然而應用得宜。則能治疾。處置失當。反而成害。鄙人於診病之餘。參閱幾種書籍。並加以余日常施用之經驗。將眼科所必需藥物。寫一小篇。供我醫界同道之參考。

I Atropinum Sulfuricum

Atropin 是一種散瞳藥。將此藥點滴後。瞳孔則為之放大及起調空機麻痺。是等功効由於麻痺動眼神經末梢(虹彩括約筋及毛樣筋之麻痺)所起也。點滴 Atropin 之目的。大別為二。(一)應用於治療。(二)應用於診斷。在前者之最常遇如虹彩炎時。用 Atropin 點眼後。使虹彩能達到休養之目的。又可以預防虹彩之癒着。虹彩之脫出。該虹彩脫出症者。常起於角膜因生潰瘍或受外傷之穿孔時。此時虹彩因眼壓之故。常由該穿孔部脫出或癒。所以吾人當遭遇角膜之比較中央部分有潰瘍或穿孔時。須點眼 Atropin 使瞳孔散大。可預防上述之危險。倘角膜周圍有深潰瘍。則不宜用 Atropin (理由在 Eserin 中再詳述之)。此外如角膜之淺層有疾患者。如角膜水泡 Pannus 等等。點用 Atropin 可以減少眼刺戟症狀。然 Atropin 之在綠內障 (Glaucoma) 時則為絕對禁用。後者如行眼底病診斷時。倘不使其瞳孔散大。則不得窺其全豹。故須用散瞳藥之點滴。又欲行假瞳孔手術時。點滴 Atropin 後。視其瞳孔散大之大小。形狀。即可證明虹彩有無癒着以及癒着之部位。癒着之程度。亦可詳知焉。然而 Atropin 之用於眼底病診斷時之散瞳。極不相宜。因 Atropin 點後。其散瞳之持續較長。病家多感不適。所以改用散大時間較短之 Homatropium Hydrobromicum (註 Homatropium Hydrobromicum 之効作發生較遲並能於短時間內消失。於人眼以 0.5% 點滴。平均經十九分鐘始呈散瞳。三十分鐘至一小時後。瞳孔散大則達極度。大多散瞳持續二十四時。則復正常。斯

藥多用於診斷上。其點眼時所注意與用 Atropin 相似。處方：Homatropin 0.05 加 Aqua dest 10.0c.c. 診斷時用)

使用上之注意 通常以 0.5% Atropin 一滴點眼，平均在十五分鐘後。散瞳開始。二十分至二十五分鐘散大已達頂點。持續二至五天左右，然點眼散瞳之遲速。有時稍有差異。以年齡而論。幼者點滴後散瞳快且強。年老者則較遲。又以健全之眼睛點滴 Atropin 散瞳較速(十五分鐘左右)。然在虹彩有病變時。則散大極慢。同時散大之持續亦短。所以有人常以為 Atropin 點眼後。瞳孔立能散大。此實謬矣。當點滴 Atropin 之際。須壓迫淚囊部。預防流入鼻腔內。發生中毒。

中毒症狀 以 Atropin 持續之點眼。或一次點滴之量過多。則發生口腔咽喉乾燥。散瞳。脈搏頻數。眩暈。不安。猩紅熱樣紅疹，重者則呈神經中樞之症狀。如酩酊。幻覺。嗜眠。昏睡而死。然在 Atropin 中毒時。可以用 Morphine 皮下注射。小兒可用 1% Pilocarpin 注射(約半— $\frac{1}{2}$ c.c.) 得能解毒之。又對 Atropin 有特異質者。在局部常起加答兒性結膜炎。眼臉緣炎。及眼臉浮腫等等。斯時僅須中止 Atropin 以 0.5% Scopolamin hydrobromic 替代之。則局部所起之病變。即能輕快。又 Atropin 點滴後。因瞳孔散大之故。致前房隅角狹窄。所以房水之交流不便。眼壓常為之亢進。因之吾人對老年人而血壓較高者。或有生綠內障之素因者。倘點滴 Atropin 則容易誘發 Glaucoma 之危險。此亦當注意及之。

(1) Atropin Sulfuric 0.05—0.2
Aq dest 10.0

適應：——虹彩炎及毛樣體炎時。使瞳孔散大。將上液一點滴眼後。用綿花壓迫點藥眼之內眥部。預防 Atropin 經鼻道流入咽喉。Atropin 對小兒之點滴法。以眼科用玻璃棒之頭端。浸以少許 Atropin 溶液。塗在結膜囊中。

(2) Atropin Sulquric	0.05—0.2
Cocain	0.2
Aq dest	10.0

適應：——當 I 散瞳難時用之。因 Cocain 亦有散瞳作用。二者合用。効力增強。

(3) Atropin Sulfuric	0.05—0.2
Dionin	0.2
Aq dest	10.0

適應：——於虹彩炎或虹彩毛樣體炎有痛時。或角膜兼有患疾時用之。

Atropin Suifuric 調以美國製白 Vaseline 製成膏劑。應用膏劑之意義。不過使其効力持續較久耳。

(4) Atropin Sulfuric	0.1
Vaselin alba	10.0

適應：——如 1。其効力較點眼水爲久。

(5) Atropin Sulfuric	0.1
Cocain	0.2
Vaselin alaa	10.0

適應：——如 4 散瞳作用極強。

(6) Atropin Sulfuric	0.1
Dionin	0.25
Vaselin alba	10.0

適應：——同 3 効力持續較長

(未完)

早產兒處置的進步

東南醫學院內科教室 姚嘉生譯述

對於早產兒及未成熟兒的養育上，最近已有許多底進步和改良；其中最顯著的，就是應用那 Hormon 的處置了；這 Hormon 的療法，可區別為二種（一）將胰臟的 Hormon（即 Insulin）和葡萄糖一併應用；（二）即利用所謂性的 Hormon 是。

早產兒身體的發育，果然不十分健全，身長體重，又較成熟兒為短小，體內臟器之發育不良，自不待言，因此對於呼吸及體溫調節等作用，均較薄弱，吸乳及消化等機轉，亦不完全，茲將向來處置早產兒的方法，略述如下：

- (1) 防止體溫下降及補助調節的不完全。
- (2) 協助呼吸中樞興奮性之薄弱。
- (3) 對於哺乳方面，必須精細的限制和忍耐的施行，使哺乳量增加，不致營養衰弱。

照上面這樣說，所以第一的須要，就是補助體溫調節的方法，亦即應用種種保溫裝置，如湯婆之類。以求溫度和濕度的適當，對於第二條，則刺戟呼吸中樞，使其鼓舞，除皮膚刺戟溫浴等機械的或溫熱的方法外，最近又有特殊的藥品販賣如 Lobelin, Coramine等是，第三條，就是注意早產兒的營養問題，對於哺乳和看護方面，都應該十分地留意！

早產兒的吸乳力，大概薄弱，有時或竟缺如，故欲使其營養佳良，必設法解決之；例如以母乳少量，頻回的授與，或用吸乳器先將母乳吸出，直接注入早產兒口中，或用胃管將乳汁注入，然而早產兒比成熟兒，其生理的體重，初期非常減少，致於體重的恢復，則很緩慢，所以無論應用何種藥品，對於生理的體重減少，必先防止；恢復生下時的體重，必須迅速；欲達到此目的，那末 Insulin 和性 Hormon 就此當選了！

Y. 因素林 (Insulin) 之療法：一

因素林劑亦為肥胖療法，在1925年 E. Soyt 氏對初生兒注射少量，有榮養增進之發表；在同年 A. mahnert 應用於早產兒及生活力不全之初生兒，有十八例得到佳良效果，且以 Insulin 與含水炭素併用時，其分解作用增高，榮養亦因之加強而更得益。Insulin 與葡萄糖合併應用時，確可增加早產兒之榮養；但在初期，則體重或稍下降，據醫學專家精細之研究，及臨床之經驗，亦極有效云！

Insulin 療法之施行法：一 Insulin 劑可應用其製品，如 Iletin (Insulin Lilly) 或其他製品，應無妨礙，其注射量以初生兒之體重多少為標準，平均在兒之體重 2000—2500gm 每回用 0.1cc (一單位)，行皮下注射，設體重在 2000gm 以下者，一回為 0.05gm (半單位)，在注射之直後，即以 10% 葡萄糖 5—10cc 經口的投與，不可能時，則行灌腸，或施行皮下注射，此時葡萄糖必須輸，否則其副作用，可引起血糖過少症，亦為預防上必要之手續，此法一日注射入一回——乃至二回，苟行二回時，則必於午前及午後各一次，蓋其中間隔之時間，至少須五小時云！

致於注射的開始，則在分娩之後，即行舉行，亦無妨礙，通常約在生後十二小時，始行授乳，其後即開始注射為便，而初次注射，含有試驗之意義，須充分注意，是否引起副作用，此種觀察，非常必要：故於初回注射之量，先取其半單位(0.05cc)，若無副作用出現，則自次回起，可增至一單位以上；至於副作用之症狀，如體溫下降，紫藍色 (Cyanose) 呼吸促迫，發汗，無力性之面容等，此等症狀，全因血糖量異常下降之故耳，苟此副作用，業已發現，可即以葡萄糖施行皮下注射，即能恢復，尤以必要時，可以千倍之鹽化 Adrenalin 0.1cc 行皮下注射，尤見卓効！

更須注意者，在行 Insulin 注射的時期，對於初生兒的哺乳力，必須保持，或更使其增加，授乳能限用母乳，尤屬緊要。

按照上法，約施行壹週——十日，小兒之哺乳力，次第強盛，哺乳量亦漸增加，其他一切的一切，均較未注射的早產兒為佳，榮養狀態，亦頗良好，生理的體重減輕亦微，且迅速恢復生下時的體重，因榮養增進的結果，身體上一般生活力，亦受到極好影響；且將 Insulin 療法廢止之後，其發育狀態，亦依然良好。

在副作用中，除前記之中毒症狀之外，有時有極緩慢之全身浮腫出現，此係 Insulin 之水分代謝障礙的關係；其於有特異質之患者，可發生水分之瀰溢，其理易明，惟此時若停止注射，其浮腫即可次第消失。

總之，Insulin 與葡萄糖之併用療法，對於早產兒及未熟兒，為確實有效之方法，有時將此法，應用於成熟兒，亦未見有何等障礙！

II. 性的荷爾蒙 (Hormon) 之療法

第二又講到性 Hormon 療法，又怎樣呢？關於研究生理的性 Hormon，即卵巢濾泡 Hormon 及所謂腦下垂體前葉 Hormon 近來對於此問題，非常進展，自來不知的許多事實，到現在可以明白了，此性 Hormon 在妊婦之血液中，有大量的含有，其在尿中排泄之外，胎兒及初生兒之血液中，亦含有之。尤其生後二——三日間小兒之尿中，亦有證明存在。此 Hormon 對於胎兒的發育，何等的重要，這是可以想像的，爲了早產兒的出生時，不能在母體方面，受到妊娠末期充分的 Hormon 故以此投與，可以充進他的榮養，和增強他的生活力，亦爲意想中事。

1927年 Aschheim 氏用妊婦血清注射於早產兒，對於兒之體重有良好影響，並可促進其發育等成績之報告，爾來尚在繼續研究中！

婦人在妊娠末期的血清中，因該 Hormon 多量含有；故使用血清的方法，和使用 Hormon 的方法略有不同，尤其後者有用卵巢濾泡 Hormon (Follikelhormon,) 有用所謂腦下垂體前葉之 Hormon (Hypophysin vor der Lappen-hormon), 然而無論何種 Hormon 均於早產兒有良好之利益，即生理的體重

減少不多，恢復體重迅速，為其特效。

施行血清療法的人，如 V. Oettingen 氏試於母乳中添加妊婦血清，使初生兒吸服，V. Rainaz 氏將血清注射於兒之皮下（一日二回，約二——五 c.c.）Unbehauer 氏亦用同樣方法，施行皮下注射，每回量 2c.c. 一日至二回，先採血清貯於無菌的冰箱中，經過數日後，始可使用，此時對於採取血清，必須確實將 Wassermann Reaktion 和妊娠中毒症除外方可！

卵巢濾泡 Hormon 計算的方法

Martin 氏有特殊的 Hormon 劑，另叫 Unden，其內服的，每以體重 1gm，用 10 天竺鼠的單位，一日一回，Schiller 氏亦用此施行注射，醫學博士八木氏亦應用濾泡 Hormon 對於體重 1 Kg. 用 100 天竺鼠單位，行皮下注射，市有安瓿的出售，每一 c.c. 有含 100 單位者，有含 250 單位者，兩者各以使用適當為標準，一日一回，副作用大概沒有的，簡言之，即體重 2000gm 以下的小兒，則以 100 單位之一 c.c. 為一筒注射，2500gm 以下至 2000gm 則使用二筒，或以 250 單位之一 c.c. 為一筒注射，亦無妨礙，如斯，確能使體重減輕率減少，和迅速恢復生下時的體重！致於所謂腦下垂體前葉 Hormon Schulze 氏亦有同樣成績之報告！

總而言之，性 Hormon 對早產兒可促進營養，在實驗之有相當之成績可見，致於將來使用何種 Hormon 的選擇及用量問題，單依一種 Hormon 或合併應用，尤以將來以 Insulin 療法和性 Hormon 療法共同應用起來時，成績又怎樣呢？當待今後之研究而解決之！

關於東南醫學院驅蟲工作

東南醫學院衛生學教室 (主任 陶熾孫)

研究生兼暫時代理助手 王 珏

今年九月開學以後，本教室因繼續先輩陳宏縉，黃崇榮，杜其垠，諸氏的工作，且符陶主任的小市民調查的方針，仍作檢驗露置糞便工作。而因欲知各處腸寄生蟲蔓延程度，即就吾學院作一度之檢驗，陶主任親自從事這檢驗，但既檢驗，那自然有驅蟲工作，今正在進行而未完結，對於這驅蟲工作，即由吾教室主在公共衛生學的見地計劃，今正完結蛔蟲班之驅除，及計劃十二指腸蟲(即鈎蟲)及薑片蟲(即肥大吸蟲)之驅除，今略得數值，舉出例示，不涉及驅蟲結果之病理學治療學的部分，及蟲卵蔓延程度之衛生學的部分，光就衛生宣傳及實行上之技術論述。

吾學院分爲二院，一在真茹，一在滬軍營。前者共有441人，都在院內，後者因有附屬醫院不能概言，但可舉69職員住在院內，及116學生住在院外。

1. 通知方法 在真茹，光用一通告，限三天內交糞便，其他毫不宣傳，在滬軍營，並不通告，亦不宣傳，但隨到隨收，以試交檢情形。後者因看護班未宣傳，廚司不去宣傳故成績不好。今示交檢成績，就如下：

大別	年 級	總人員	交 檢	%
真 茹	新一年級	54	31	57
	新二年級	65	42	64
	新三年級	49	40	82
	舊三年級	95	62	65
	教職員校工	56	42	34
	計	319	227	71
滬軍營	學 生	116	77	66
	教 職 員	69	2	2
	計	185	78	43
	總 計	504	305	60

我國公共衛生工作，常喜用隨到隨做的辦法，但這種僞自由的辦法我們常以種種理由反對，因為隨到隨做的辦法有(1)不教人以公共衛生爲公共的利益

，要把個人之利來誘之。(2) 病之罹患率原來不多，相信自己不罹患者常能得自信可以不必去預防。(3) 當事者隨到隨治費時不少，對於營利醫生很便當，其結果人不能得到公共衛生工作要受拘束的觀念。今在上面成績，我們也可以看出光限三日採便者反比隨到隨檢兩個月間者成績反好。將來如果宣傳得充分十足，人員都慣作公共衛生工作，那麼預防注射，檢查體格，檢查血液，都可以隨時實行。隨到隨做的方法反有害於公共衛生之普及，將來吾學院內如果公共衛生化，那麼這種營利醫式傾向應當改良。

2. 報告方法 檢便成績不用個人條單通知，提在公示之處，並命令不得自行驅除。並令檢查體格及檢尿。

3. 蛔蟲驅除 上述真茹交檢人員227人中，有36人攜有蛔蟲，即15.9%，即組織蛔蟲班，定期驅蟲，驅蟲手續本想照陶主任之嚴格法，整齊排坐，順齊服藥領收便罐頭的。不過後因為這個驅蟲工作很努力的陳重臣先生的意見在其辦事室作隨到隨服之方法。但都在二小時內到室服藥，而陶主任就『親眼』看他們嚥下藥劑，並在三十分後又『親眼』看見其服下瀉劑。今示其經過如下：

有蛔蟲卵者	體格檢查者	檢尿者	陶見服藥	排便交來	未見服藥未交糞便
39	23	31	23	28	5

在這經過中，再次告示要體格檢查而仍有人不來，我在此不得不奉陶主任命為同學抱歉，陶主任所不見其服藥者都由陳重臣先生發去。有一人報告因事赴滬途中欲便無法帶回故來謝罪者，他其實可以帶罐而行，罐的構造很好，全無臭氣漏出，為了公共衛生工作，手提此物毫不可恥的。不過他有忠實的報告，他報告他見粉紅色蟲體。但恨他沒有把蟲體帶回罷了。其他七人陶雖未見服藥，但有糞便交來。吃藥而不交來者有二人。始終未吃藥未交便者有五人，這七位同學因還沒有去調查，不知那時候他們怎麼樣在起居。

4. 十二指腸蟲及薑片蟲驅除 攜有十二指腸蟲者共有27人，薑片蟲者共有5人預備把許多人組織一班，在蛔蟲班結束之後，實行驅除，因即嚴命切勿

自行驅除，一方相商吾學院，請教務長出示有蟲諸君概須出席驅除，不得任意落伍，使這工作不為衛生教室與患蟲者之私的契約，誠為我校的公共服務，蓋患蟲者在個人有害之外，還在有害社會，吾學院有強迫驅除，而有自行監督驅除之權也，次則請醫務長特闢病房，自然斥隨到隨治之方法，臨時開了病房，收容治療，以得完善驅蟲，還可以防臨時發生中毒等危險。第三請內科主任主持工作，原來非專門家雖以衛生學的寄生蟲學的見地作驅蟲工作，往往因智識經驗不充足，要生不快副作用，所以照醫界常道，委託於陳卓人教授主持。這工作因為還不開始，不能報告經過情形，光能報告，第一因為鄭重起見，再檢數人糞便，仍得蟲卵。第二為有一同學，因神經較為敏捷，不能待到全班驅除，已自行驅除，這是公共服務起見上很可悲，也表示吾輩宣傳力之不足，將來仍須努力的。

5. 將來的計劃，以上面的經驗，吾輩知

1. 限時齊交檢查法之有利
2. 軍隊式有規律工作之須要
3. 練成公共服務思想之須要

而從這經驗，還冀進一步叫吾學院同學職員校工廚司都慣於公共服務，那麼未交便之七人，未檢查的各位，我們還要極力勸導，在下次報告，令我可以說，東南的一切人員，在兩天內都已交檢了，東南的人員，在兩天內都已驅除了，而現在已經沒有一個人順心隨便地行動了。那麼將來服務公共的吾學院的進步也可以舉雙手以慶祝之。

在末了，謝供給材料，指示方針，且還為東南醫刊編輯部的督促，出力趕做時助力不少的教室主任。

所 謂 第 五 病

Sogenannt funfte Krankheiten.

oder Ergthema infectiosum, 陳多益

所謂第五病者，為一種急性傳染性紅斑之皮膚病，而非風疹，丹毒，又非猩紅熱更非麻疹，乃特一種之疾病也。

考本病命名之來源1889年稱為限局性風疹，1896年發表稱為不定型風疹，其後有稱為麻疹性傳染性紅斑，亦有稱為流行性小兒丹毒，流行性巨大紅斑。迨至1899年始定為傳染性紅斑。

本病發生原因及其他關係：現尚未明為何種病原菌及如何傳播，然為接觸性傳染而來，自不待言。凡一團體中，如有患此症者，則全團體均有遭難之可能性。本症發生與氣候，年齡有關係，夏秋之間多見，而春冬則少。年齡不拘成人及小兒皆可發生，唯三歲以下之小兒較少。乳兒發生之例更所罕有。

部位：以顏面最多，次之四肢伸側，間亦有侵犯軀幹之事，惟手掌足底及毛髮部位絕不發生。

症狀：本症以融合性紅斑(呈三角形對側性)稍微隆起。境界分明而呈鋸齒狀。患者除覺有癢，與燒熱。體溫不高，淋巴腺亦不腫脹。有時間有輕度之頸淋巴腺微腫，及咽喉充血，此極少見。血中赤血球正常無變化，唯白血球初時減少而後增加。其中尤以 Eosin. 嗜好性細胞著明特多(3—10%)。本症無 Kopliksche Flechen, Enanthem, Himbeerzunge angina, Dichtsche Probe Rumpel-Lecde Phanomen 等症狀。可與 Marern, Rubeola, Scarlatina Rubeola Scarlatinosa, Das Exanthema Subkutan, Erythema exsudativum multiforme. 等區別。

診斷：據本病特有之症狀，一目瞭然，不難立斷，唯須與猩紅熱，麻疹，風疹，第四病皮下疹及多發性滲出性紅斑等區別，茲將類症鑑別診斷詳摘要詳

述於下：

(1) Scharlach, 疹爲細點有覆盆子舌 (Himbeerzung angina. Conjunctivitis 全身症狀如劇, Dich sche Probe Rumpel—Lecdes Phanomen, 膜狀落屑等, 本症爲紅斑性, (凡全無以上各症狀)。

(2) Masern: 有 Enanthem 及 Koplihsche Flecken 及 Katarrh 症狀發生, 在恢復期有枇糠狀落屑。本症則全無。可爲區別。

(3) Rubella 發高熱, 有全身症狀, 頸項部淋巴腺腫大, 本症無之, 而且有特異之顏面發疹狀, 卽爲融合性如地圖狀之點, 四肢亦然, 第四病 (Rubeola schlachtina) 及風疹則無。

(4) Rubeola Scarlatinosa 雖有如猩紅熱之症狀, 但特別輕而且經過甚快, 僅一週間可癒, 無膜狀落屑, 而爲枇糠狀, 幾無合併症可與 Scharlach 及第五病區別。

(5) Das Exanthema Subutum 患者多屬1—2歲小兒驟發高熱 Leukopenie 等可爲區別。

(6) Ergthema exruchativum multiforme 有全身症狀。有熱有痛癢及形成水泡。手足掌面均有疹發生, 本症則無。

胡定安著 譚延凱題 蔡元培陳果夫序

中國衛生行政設施計劃

胡博士爲公衆衛生專家。此書係據其在歐之多年研究與調查。並參酌國內財政情況。撰擬而成。凡所計劃。均以科學的原則爲根據。以經濟的方法爲手段。切合實際。易於施行。編末並附國民政府衛生行政組織大綱條列草案。實爲訓政開始衛生建設上之大貢獻。凡從事及研究衛生行政者不可不讀。

◀每冊定價五角▶ (上海商務印書館出版)



外科集談會

急性腹膜炎？器械的腸閉塞症？

醫學博士 李祖蔚

（講於第二次東南醫學院外科集談會）

急性腹膜與器械的腸閉塞症 Mechenischer Ileus 之診斷，鑑參考書上，有詳細之記載，在初學者看之似無懷疑之餘地，且兩疾患之本態。前者為急性炎症，後者為器械的之經過障礙，在理論上，似無解決不了之事，但吾人根據臨床上之經驗，對於兩病之診斷，在實際問題上，大有研究之餘地存焉。

（一）依樣畫葫蘆之診斷法：

	原因及發症	自覺症狀	一般症狀	體溫	嘔吐	大便 放屁	他覺的症狀		其他症狀
							視診及觸診	打診及聽診	
急性 汎發性 腹膜炎	外傷，內臟穿孔。化膿竈之穿孔，突然急激發症者，有漸次進行性變為急激性亦有。	劇烈腹痛，最初限諸原發部，後成汎發性腹痛，痛屬弛張性或持續性，有煩渴。	虛脫，震盪，脈細小頻數，呼吸長促，胸式。	發熱， $37^{\circ}5-40^{\circ}c$ ，肛門內比腋窩內高， $2-3^{\circ}$ 度。	必有胃穿孔者則否。	便秘，間有放屁，腐敗性時有下痢。	最初腹部陷沒，逐漸膨滿成為高度鼓脹。初期有腹筋緊張，高度壓痛。鼓腸發現時腹筋緊張及壓痛多歸消退。腸管在視診觸診上均不得證明之。	橫隔膜上昇。腸雜音多消失。胃腸穿孔者，在上腹部有金屬性鼓音。腹腔內有浸出液。	腹性顏貌（眼球陷沒，唇舌乾燥貌衰，鼻銳）冷汗，吃逆，白血球過多（左偏。）

器械的腸閉塞症	閉鎖性	腫瘍，諸原場為狹窄成。	最初痛性，後成持續性且漸次劇烈。	脈正，逐漸營養不良，液質，末期發生虛脫。	常溫	經一定時日後吐糞	便秘	腸強直，蠕動高度亢進，有腸鳴則消失，但不久即發。腹筋緊張多缺。腸為瀰漫性。	在膨滿腸部有金屬性音。可聽有腸雜音。	腹性顏貌。末期發現吃逆。白血球多正常。
	腸管絞轉	腸管絞轉，積積，突然急發。	突然劇痛，雖有多少弛張亦屬持續性。	虛脫，震盪，脈不良，皮膚蒼，冷，汗。	常溫，虛脫時下降，積者有發熱。	初期反射性，一時中絕，再發，終吐糞。	便秘，重症時有粘液或惡臭。	絞扼或捻轉之腸管成爲固定性隆起。積症時之腫大且有游動性。	同上。多有浸出物。無腸雜音者亦有。	

上表中之兩病鑑別要點，在參考書皆有記載，當然吾輩在臨床上，皆服膺之毫無異議，但就吾人之過去經驗中，不發現上述之定型症狀者有焉。稍不自慎，誤認急性腹膜炎性麻痺性腸閉塞症為器械的腸閉塞症，或誤認器械的腸閉塞症為腹膜炎之事，亦所難免焉。

(二) 分析兩病類別診斷之難關

兩病之重要觀察法，首推前驅症狀之情形；腹痛之位置及種類，體溫，蠕動，鼓腸，筋肉防衛諸點耳。

a. 前驅症狀

急性腹膜炎之原因，除外傷性外，最多者為蟲樣突起炎，其次為胃十二指腸潰瘍，膽道炎，骨盤臟器炎症。除蟲樣突起炎初期穿孔之外，大多數在腹膜炎發症以前，有各疾患特有之症狀存焉。此種症狀之有無，不獨在診斷上，為不可缺，在治療上，亦係重要的目標，病人若在數月或數年以前，有連續性腹部症狀者，在診斷上自有懷疑腹膜炎之必要，但腹腔內之急性或慢性之炎症及

腫瘍往往足為腸閉塞症之原因，斯則前驅症，對於兩病之類別診斷上，雖不得云有絕對之價值祇得參酌前後情形，供診斷之一助耳。

b. 腹痛

急性腹膜炎時之疼痛性質，亦不一而足。為斷裂性不易形容者有，為持續性疝痛樣發作者亦有。或最初數小時為激烈痛，逐漸輕減而為鈍痛。或最初為輕痛者亦有(視個人之敏感性，流出液之性質，腹膜炎之原因為何而異)腸膜閉

塞症中之內閉塞性病人，在發作時，有疝痛，在間歇時，痛幾消失，對腹膜尚易區別。但腸捻轉及嵌頓時，最初為壓掣性疝痛，比較的在短時間內，因腸間膜受壓迫雖在間歇期，亦得發現鈍痛，斯則易誤認



為腹膜炎，吾人不可不知。疼痛之部位，腹膜炎居多為全腹部，腸閉塞係在閉塞上部或腸間膜根部，病人訴在臍部者為多，但腹痛激烈時，影響全腹部有焉，蟲樣突起炎之初期及上腹部穿孔者之疝痛在心窩

部最多，但骨盤腹膜炎及腸閉塞時，發生心窩部疝痛之事亦有焉。

c. 壓痛

初期之腹膜炎，幾全腹部發生敏感，猶以穿孔部及原發竈為甚，注射麻醉劑後，自發痛雖能消退，但原發竈之敏感，仍可證明，故吾人欲知原發竈之部

位，可於麻醉劑注射後之輕痛期內行細心之觸診可也。腹膜炎經相當時日之後成爲麻痺期之病人，壓痛輕微或有移動性者，易誤診爲腸閉塞症，吾人不可不留意。蟲樣突起炎穿孔之初期症狀，比胃十二指腸之穿孔症狀爲輕。後者當穿孔之瞬間，病人之自發痛，腹筋緊張之程度，達於極點，是時橫隔膜之呼吸運動，完全停止。但蟲樣突起炎之病人，因誤用瀉劑而穿孔時，自發痛及腹筋緊張之程度，與胃十二指腸之穿孔相類似。但腹筋緊張及壓痛，波及全腹部之速度，以胃十二指腸穿孔者爲速，蟲樣突起炎穿孔者則較慢耳。不論腹膜炎之原發竈爲何，因感染性分泌重力之作用，容易下流蓄積諸骨盆腔內，故其壓痛，在早期由 Douglasscher Raum 可以證明有敏感，蓄積達相當分量時，可證明有膨隆。

d. 腹筋緊張

反射性之腹筋緊張，對腹部急性疾患之診斷，係甚重要之症狀。急性炎症對他疾患之區別，或決定疾患部位時，爲不可缺之目標，腹筋緊張，係腹膜受刺激時，由交感神經刺激之反射作用，或由腦脊髓神經之直接刺激，由同一脊髓節所發出之神經，發生與奮狀態，因是在該神經支配下之腹筋，發生緊張者是也。是時以體壁腹膜及腸間膜神經叢受刺激者始能發生腹壁緊張耳，若內臟腹膜受刺激則否。但須注意者、腹膜炎以外，如肺炎，肋膜炎之胸部疾患，脊髓周圍炎症，脊椎腎臟之外傷時，發生腹筋緊張之事有焉。

急性腹膜炎時，因肌肉防衛 *Defeuse musculaire* 之範圍，涉全腹壁而成舟狀陷沒，但腸閉塞時症屬諸內閉塞者，以缺少肌肉防衛爲常。若腸閉塞症屬諸嵌頓捻轉，重積者，因腸間膜受刺激，雖能發生肌肉防衛，其程度比急性腹膜炎時爲輕。吾人應留意腸疝痛激烈時之腹筋緊張，係忍耐痛苦時之隨意的努責完全與反射性肌肉防衛之性質不同。

腹膜炎病人移行諸麻痺期或受多量之麻醉劑注射者，肌肉防衛成爲不明。反之腸內閉塞症，因鼓腸過甚，體壁腹膜受刺激，腸間膜受牽引時，亦能發現

腹壁緊張之事。

e. 腸運動

腹膜炎在腹膜刺激之最初期，因腸管痙攣，發生疝痛，不久成爲麻痺性腸閉塞。往往腹膜炎之毒性較弱者，不發現完全麻痺，反有下痢之症狀。腸閉塞時，通常在閉塞之上部，蠕動亢進，因腸管擴張及內容之移動，可證明有腸雜音，及注壺音及腹鳴。但腸捻轉或嵌頓時，因該腸系之血行障礙及神經刺激過強之故，該腸管膨滿固定，蠕動停止，是時閉塞上部之腸間膜，因不受損傷，可由聽診證明其有逐日運動亢進。

腸閉塞時之腸管擴大，達諸極點，或間接發生腹膜炎者，當然腸運動歸諸麻痺。故腸閉塞之病人，有腸麻痺時，預後不良。腹膜炎之病人，保存蠕動時，經過良好。

f. 鼓 腸

腹膜炎入麻痺期，全腹部發生鼓腸，在視診上，除腹壁特別非薄者之外，不得目擊有腸系之痕跡。

腸閉塞症，最初發現局所性鼓腸，逐漸波及全腹部。但大腸閉塞時，可以發生相當著明之鼓腸，若閉塞部在空腸以上，幾不易證明有鼓腸，是時在閉塞後數小時，嘔吐頻發，是其特徵。又肥厚腹壁之病人，局所性之鼓腸與全腸管之鼓腸，欲區別之，非得X光線檢查不可。

g. 體 溫

腹膜炎有體溫上昇，腸閉塞則否，是兩病區別診斷時最重要之目標。但穿孔性腹膜炎，通常祇有輕微體溫之上昇，經十數小時或二十四小時以上，始有較高之體溫發現(37°5—40°c)。居多參考書上，記載腹膜炎由惡寒戰慄而發高熱，因是諸多醫家，對於無高熱之腹膜炎病人，發生誤診之事，吾人須引以爲戒。吾人臨床經驗上，穿孔性腹膜炎之體溫，在37°5—37°6c 內外者頗多。病人自己，對於微熱不自覺者亦常有。爲醫師者，不步步留心行檢溫法，專聽從

病人之口述，認該病人爲發熱之事實，亦常有所聞焉。故爲醫師，除晝定時間由看護人檢溫外，對於親身診察時，須當場檢溫決定之最爲可靠。是時直腸檢溫與腋窩檢溫並施，可證明肛門內比腋窩內之體溫高二度或三度。

腸閉塞症之體溫多如常，若虛脫時，體溫比常溫爲低，但腸重積症在發病1—2日之後，有體溫上昇者，約佔五分之一。因腸重積症以小兒爲多，小兒易於發熱，是周知之事實，且腸重積症之原因，由急性腸加答兒而來，體溫上昇，本毫不爲怪。可知炎症與腸閉塞症併發時，體溫上昇，是應有之事耳。

h. 全身狀態

腸嵌頓，腸捻轉及穿孔性腹膜炎，往往陷諸虛脫。腸閉塞之初期虛脫，經數小時後，有多少恢復之狀態，穿孔性腹膜炎則否，全身症狀急速惡變，脈搏細小，緊張弱，脈搏數之增加，不與體溫相比比例而頻數是也。

腸閉塞時之全身狀態惡變者，經麻醉劑注射之後，病人頓形輕快，因是診斷不明，逸失正當手術期之事，亦意中事耳。

i. 白血球變化

急性化膿腹膜炎時，發現白血球增多症，在血像中，有左偏之成績。腸閉塞時之白血球數目及血像，以不變化爲常。但穿孔性腹膜炎者，因細菌之毒力強大，或貧血衰弱過甚之病人，無白血球增多症者有焉。腸閉塞症之病人，在事前有白血球變化者，或因炎症與腸閉塞症合併之故，足以發生誤診之事，在所難免，爲醫師者，若拘執過甚，亦非所宜耳。

結 言

一九三二年之日本外科學會之研究宿題，爲腸閉塞症，明年之研究宿題，爲急性腹膜炎，據是一點，可知兩病在外科界上，係佔極重要之位置明矣。知名大家，對兩病之診斷，皆費盡苦心，不敢有所疏忽，斯則初步之臨床者，更應有所自省焉云耳。（完）

石炭酸對於急性化膿性創傷之治療經驗

東南醫學院外科教室 謝遠芳

第一章 緒 言

急性化膿性之疾病。其療法之種類不勝枚舉。臨床上最通用者爲手術的療法。但一般患者。對行手術均具恐懼之念。故是等病者之來就治者。早已自潰者居多。或即願意手術。亦不願創口過大。因此膿汁之排泄不利。治癒之經過遷延。余遇有此種情況之時。輒用洗滌法以處置之。頗得相當之效果。在洗滌時應用之藥劑。尤以石炭酸水爲最良。因石炭酸之殺菌作用可達深部。且有壞死促進之作用。故對於化膿性病竈之膿汁。可以急速減少。促進壞死組織之脫落。縮短治癒經過之功效存焉。

第二章 文 獻

茲將最近調查關於石炭酸療法之文獻摘錄於下。

1834年 Runge 發見石炭酸1840年 Laurent 純粹製造成功 1866年英醫 Lister 作爲制腐藥。自此以後。應用於急性化膿性疾患者不少。1877年 Krunlein, R. U. Lindemann, Schüller, max 應用於癰之治療。1880年 Weber—Liel 應用於癰之治療。1883年 Rupprecht 於癰行十字切開搔爬壞死組織。再以 5%石炭酸水洗滌之。1887年 Bidder Alfred 於癰腫注射2—3%之石炭酸水。得良好之效果。1888年 Verneuil 於癰疔等行2%石炭酸水之卷法。有疼痛停止。防止病竈之擴大。制限壞死及促進其脫落。1895年 Antonewitsch 用已達溶解點之結晶石炭酸。以探針之頭。取其一滴。輕塗於發病後二日之癰上。至翌日壓迫病竈部。亦不訴疼痛。經過三四日。形成壞死膿栓之周圍。無痛性化膿。然後壞死組織共同除去云。1901年 Arning 癰之尙未自潰。且在疼痛性時期。行頓挫療法。如 Antipyrin 石炭酸水注射。或達布沃度及水銀石炭酸軟膏。1902年 Bidder A. 於癰及癰疔 3%石炭酸水組織內注射法。僅注射一回。其

傳染現象即可終熄。1905 Voerner 於疔癰以濃石炭酸水點注。或用針將毛囊或皮脂腺口點滴石炭酸。時有著效。1913年 Schuele 施石炭酸水注射於癰瘡。1916 Schlatter 對於癰之治療塗布 1% Carbol—Ichthyol。1924年 Hans Hans 報告。流動石炭酸之塗布法。對於癰癤之功效。1929年芳賀氏推獎石炭酸軟膏之用於癰疔。1930年 Hansensvend 於葡萄狀球菌之癰疔。用石炭酸水銀軟膏。且守安靜及併用 Autovaccin。其他如 Rudeska 於急性乳腺炎之初期。行 0.5% 之昇汞水罨法。Water Boeck, Delahousse Feoktistow 於化膿性橫痃穿刺切開後。注入石炭酸 Glycerin, Theoctistow, Schell, Teacte, Sugow Lassalle, Fantan, Tranka, Rullier 等或注入石炭酸水及沃度劑。

第三章 石炭酸之殺菌作用

石炭酸自 Lister 氏使用為消毒藥後。用之者甚衆。近來對於創傷殺菌劑之條件複雜。即石炭酸在創傷殺菌劑中。亦失去其價值。然石炭酸溶液之有殺菌作用。已一般所公認。近來創傷殺菌劑之條件。須在體內有蛋白質存在之處。充分發揮其殺菌力。不僅有表在性殺菌作用。且須有深在性殺菌作用。據尤養氏之報告。石炭酸混在血清及濃汁中。亦有相當之殺菌力。又中村氏之報告。石炭酸在 2% 以上。已能證明有相當深透性之殺菌力。

第四章 石炭酸之壞死促進作用

石炭酸在制腐劑中。近來所以失去其制腐藥之價值者。因其有組織壞死作用之故。然余之臨床實驗。多數用 3% 之溶液洗滌膿瘍。常用相當多量之石炭酸水。且連日行洗滌。不見中毒作用及組織壞死之作用。

凡急性化膿性疾病之治療。普通之制腐劑難達殺菌之目的。余甯用殺菌有力之藥劑。如石炭酸者。其治療成績却較良。所以急性化膿性疾病之療法。不僅撲滅膿中之細菌及充分排膿足已。即已有壞死組織。宜速除去之。為必要之條件。然石炭酸療法。除排膿容易外。且有排除壞死組織之作用。從來石炭酸之缺點。反成本療法特別優良之處。而石炭酸之有起組織壞死作用。衆所公認

，余之臨床經驗。在化膿竈有組織壞死之傾向者。應用石炭酸水之洗滌。則有促進壞死組織脫落之作用。

第五章 余之石炭酸水洗滌法

第一節 余所用之洗滌器具

應用通常所用之 Irrigator 架。上懸二只 Irrigator。接以皮管及洗滌嘴。一置石炭酸水。一置生理食鹽水或硼酸水。

第二節 石炭酸之用量

余最初用 2% 之石炭酸水洗滌。若病者不感痛苦。可增加至 3—5 %。但 5% 者應用時病者每感疼痛。余最樂用 2—3 %。但其容量視創創之大小而不定。

第三節 洗滌之方法

於化膿性之創傷。最初用 2% 石炭酸水洗滌。待洗滌液澄清時。改用食鹽水或硼酸水洗滌之。或病者不感痛苦。可用 3—5% 者。其創口之深者。不易洗滌至深部。則用比較細小之 Nelaton Katheter 插入創口之深部。然後洗滌之。則膿汁自易洗出。

第六章 實驗例

第一例

病者 張某 男性 四十八歲 業商

病名 急性化膿性莖膜炎

洗滌前之症狀 此患者原有陰囊水腫症。已有三四年。經友人之介紹。至某醫院醫治。該院醫師即將水腫內之漿液性液體用針抽出。當時病者覺異常輕快。即行回家。經過二星期該水腫依然腫大。乃再往此某醫院醫治。該院醫師仍用前法。將內溶液抽出。抽過後亦無何變化。當日即回家。不料至夜間陰囊部作痛。次日且有寒熱。頭痛。陰囊又漸漸腫脹。至第三日始來院就治。當時病者之體溫 38.5°C 。陰囊局部潮紅。灼熱感。壓之有痛。陰囊有小兒頭大。

施行觸診如有波動狀。乃施行試驗的穿刺。內容液呈黃色透明。但顯微鏡所見。白血球甚多。且有雙球菌發現。乃告病者必須切開。將內容液排出。炎症狀始消退。病者不從。經過二三日後局部症狀增劇。再行穿刺。內容液已呈瀰濁。如膿狀。再告病者非切開不可。不然將來恐至不可收拾之地步。則後悔莫及矣。病者乃願從醫者之言。而施行陰囊切開。切開後排出稀薄之膿汁。約三百cc。

洗滌後之症狀 在切開後之第一日。即施行 2% 石炭酸水洗滌。至排出之液澄清而止。後再用硼酸水洗滌。次日創口排出之膿汁稀少。再如前法洗滌。共洗滌六次。創口內即無膿樣分泌物排出。經過二星期。創口即痊癒。

第二例

病者 王某 女性 十六歲 業農

病名 化膿性切斷創

洗滌前之症狀 此病於足關節部有二三瘻管。時有膿汁排出。經過已有三三年。經X光之診斷。為足關節之結核。乃於下腿部行切斷手術。術後之三四日。經過尚佳。至第五日縫合線之周圍潮紅。線孔有膿汁排出。將線拆除。有比較多量之膿汁流出。於是亦用 2% 之石炭酸水洗滌之。

洗滌後之症狀 洗滌一次。膿汁排出之量即減少。二次後肉芽已比較清潔。共洗四次。膿汁即全不流出。經過十餘日創口痊癒退院。

第三例

病者 張某 男性 三十九歲 業工

病名 脛骨前之刺創

洗滌前之症狀 本患者在左側下腿脛骨前面。被鐵絲刺破。因未即就醫。故化膿發炎。局部潮紅疼痛腫脹。如是經過二星期。局部之組織壞死。乃來院診治。此時壞死組織之大小直徑有 10cm 橫徑 8cm 創口呈乾燥狀。乃注射葡萄糖及食鹽水。創口之狀態即轉佳。有膿樣分泌物排出。於是用 2% 石炭酸

水洗滌。

洗滌後之症狀 洗滌六次後。壞死組織完全脫落。膿汁亦減少。本患者初二次用 2% 石炭酸水。因患者不感疼痛。改用 3% 石炭酸水洗滌。亦無疼痛。共洗滌十一次。創口已甚潔淨。肉芽亦甚佳良。經過三星期全治退院。

第四例

病者 錢某 男性 四十四歲 業工

病名 機器擦過創

洗滌前之症狀 患者左足背被機器擦過形成瓣狀創。當時出血甚多。施行止血法後。將瓣狀創縫合。經過二日。見瓣狀創之下有鬱血，腫脹，疼痛，發熱。乃將線拆除。有血膿流出。於是即行石炭酸水洗滌法。再經二日。創口之皮瓣壞死。

洗滌後之經過 初用 2% 之石炭酸水洗滌。後用 3%。三日後壞死組織完全脫離。膿汁亦漸減少。共洗五次。創口之肉芽佳良。病者毫無痛苦。三星期即全治退院。

第五例

病者 羅某 男性 二十五歲 業商

病名 多發性膿瘍

洗滌前之症狀 該患者於側胸部，下腹部，腸骨部及大腿部發生膿瘍。經切開排膿後。即每日用 2% 石炭酸水洗滌。

洗滌後之症狀 共洗滌四次。膿汁分泌即停止。住院十日即全治退院。

第六例

病者 陸某 女性 二十六歲 業農

病名 蜂窠織炎

洗滌前之症狀 左大腿之前側及外側皮膚潮紅。且有如貨幣大之壞死組織數處。業已破潰。壓之有多量膿汁流出。且有疼痛發熱。一方施行冷電法。

一方面再用石炭酸水之洗滌。

洗滌後之症狀 本病用 2% 石炭酸水洗滌。病者亦不感痛苦。洗滌二次後膿汁漸減。壞死組織片亦漸減少。共洗滌七次。壞死組織片完全脫落。膿汁分泌更少。又經過二次之洗滌。膿汁分泌完全不見。創口之肉芽亦佳良。周圍之潮紅消退。病者亦不感疼痛矣。經二十日即至治。

第七章 結 論

據以上述之六個經驗例觀之。石炭酸對於化膿性之創傷治療之功效述之如下。

- (一) 排膿容易且能早期停止。
- (二) 促進壞死組織之脫落。
- (三) 本療法痛苦可說毫無。
- (四) 可以縮短經過。

本院之外科之門診病人，化膿性病人幾佔其過半，本教室於化膿性治療之機會較多。早有着想改良從來之舊法。此篇對於石炭酸療法之動機，係本年暑期中。本教室教授李祖蔭赴日本視察醫學近況時，在東京慶應大學外科教室發現施行是法，因李教授歸滬之翌日。即令同人等着手於研究，雖例數尚少，但成績大有可觀，爰特先行報告。冀同道者賜以共同研究，則幸甚。

參 考 書

1. Ankeln, Federico, Ueber Karbunkelbehandlung. Ref. Zentr. acorg. f. d. gesammte Chir u. ihregrenzgebite. Bd. 40, (1928).
2. Andrews, George, Clinton, The treatment of bolls and carbuncles. Amer. J. Surg. 6 (1929)
3. Brmer, A., Die Behandlung von Furunkel mit Analgit. Dtsch. medez. Wochenschr. Jg. 52, Nr. 47,

- (1925). 4. Burdenco, N., und N. Ziwago, Ueber d. Behandlung D d. eitrigen Entzündungsprozesse mit Filtraten nach Besredka. Ref Zentralorg f. d. gesammte Chir. u. ihre Grenzgebiet. Bd. 34, (1926). 5. Oanon, Ueber konservative Behandlung der Furunkel u. Karbunkel. Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 50, Nr. 29, (1927). 6. Carp, Louis, Treatment of Carbuncles. A Comparison of four different Methods, Ann. of surg. Bd. 86, No. 5, (1927). 7. Fejto, Miksa, Die Behandlung von Staphylokokkeninfektionen mit Opsonogen. Ref. Zentralorg. f. d. gesammte chir. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 39. (1927), (1927). 8. Fraimann, S., Ueber Behandlung d. puerperalen Mastitis. Ref. Zentralorg. f. d. gesammtechir. u. ihregrenzgebiete. Bd. 38. (1927). 9. Fried, Carl, Die Roentgentherapie d. Entzündungen d. druesige Organe. Strahle enther. 36. (1930). 10. Friedmann, M., Zur Frage ueber Autohaemotherapie bei Furunkulose. Ref. Zentralorg. f. d. gesammte Chir. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 38, (1927). 11. Gabay, A., Ueber lokale Immunitaetstherapie nach Besredka bei einigen eitrigen Erkrankungen Zbl. Chir, Jg. 54. Nr. 34, (1927). 12. Groszschoff. V., Externe Salicyltherapie d. Furunkulose. Dtsch. med. wochenschr. Jg, 51. Nr. 47, (1925). 12. Haack, Bericht Ueber 32 Faelle von akuten Entzündungen, die mit X-Strahlen bestrahlt werden. Zbl. Chir. (1928). 13. Hans, Hans, Zur Behandlung d. Furunkels bzw. Kleinen Karbunkels. Muench. med. Wochenschr. Jg. 74. Nr. 48, (1924). 14. Hansen, Suend, Behandlung d. Staphylomykosen mit normalem pferdserum Zbl. Chir. (1930). 15. Heddaens, Zur Furunkel-u.

Karbunkelbehandlung. Ergaenzungen zu d. Aufsatz von Dr. Heinelein, Nurnberg in Nr. 40. dieser wochenschr. Muench. med. Wochenschr. (1928). 16. Heinemann, H., Akuter Furunkel und Sulfurjodatum, Muench. med. Wochenschr. Jg. 73, Nr. 46, (1926). 17. Husthead, C. L., The traetment of Carbuncles. Arch. of physical therapy, X-ray, radium. Bd. 9, No. 1, (1928). 18. Jacobson, S., Versuchsweise Anwendung d. Kulturfiltrato nach Besredka bei Staphylomykotische Hanterkrankungen. Ref. Zentralorg. f. d. gesammte Chir. u. ihre Grenzgebiete. Bd. 43, (1928). 19. Kappis, Die Behandlung d. Eurunkel. mit Eigenblutumspritzung. Therapie d. Gegenw. Jg. 69. (1928). 20. Karpati Oszkar, Ueber d. Therapie d. Gesichtfurunkel. Ref. Zentralorg. f. d. gesammte Chir. u. ihre Grenzgebiete Bd. 38. (1929). 21. Kissmavor, A., Ueber Konservative Furunkelbehandlung mittels Ichthyol. Muench. med. Wochenschr. Jg. 74, Nr. 7, (1927). 22. Kroh, Fritz, Die Behandlung akutentzuendlicher Prozesse d. Haut u. ihre Anhangsgebilde mit Kohlensaureschnee. ihre Entwicklungsgeschichte u. ihre Erfolge. Arch. of Clin. Chir. Bd. 144. (1927). 23. Lukomsky, J. Zur Frage ueber d. Behandlung von entzuendlichen Progessen durch Alk. alisation. Zbl. Chir, Jg. 55. Nr. 26. (1928). 24. Lutz G., Die Brauchbarkeit d. Antivirusboillon nach Besredka. Muench. med. wochenschr. Jg. 75. Nr. 3. (1928). 25. May, Ernst, A., Roentgen-therapie bei akuten Entzuendungen. Radiology 14. (1930). 26. Michael. Max, Vaccinsbehandlung d. Furunkulose. Therapie d. Gegenw. Jg. 69, (1928). 27. Neuffer, Hans, Ueber Kauterisation als Meth-

- ode d. Wahl bei d. Behandlung von Haemoarhoiden u. Karbunkeln. Bruns' Beitr. 143. (1928). 28. Otto, Ernst. Die Roentgenbehandlung oberflächlicher Entzündungen. Dtsch. Med. Wochenschr. (1929 II). 29. Pollwein, O., Zur Behandlung des Nackenkarbunkels. Münch, Med. Wochenschr. (1929). 30. Sandek, Zur Konservativen Behandlung d. Gesichtsfurunkel Zeitschr. f. aeztl. Fortbild. 26, (1929) 31. Slaetis, Kasten, Ueber d. Behandlung von Gesichtsfurunkeln u. Karbunkeln mit Figenblutumspritzung nach Laewen. Ref. Zentralorg. f. d. gesammte Chir. u. ihre Grenzgebiete Bd. 48. (1930). 32. 今井百三輔, 石炭酸壞死 = 就テ。近世醫學。第三卷, 第三號。33. 犬養六郎, 各種溶性殺菌劑殺菌力比較試驗。日本外科學會雜誌。第二十九回。34. 西田次磨。藥劑ノ創傷 = 對テ。凡生物學的研究。慶應醫學。第二卷。第二號。35. 近森正基, 深部感染組織ノ化學的療法。日本外科學會雜誌。第二十四回。36. 中村復一郎, 液體消毒藥ノ深透性殺菌力 = 就テ。慶應醫學, 第二卷, 第二號。37. 原廣治, 急性化膿性疾患ノ石炭酸療法 = 就テ。日本外科學會雜誌。第三十三回。38. 茂木藏之助, 創傷療法。日本外科學會雜誌。第二十一回。

新華大藥行

經理瑞士國汽巴藥廠各種新藥。藥料。顯微鏡色素。余雲岫先生創製之止痛消炎膏經售各國名廠新藥血清苗漿等如蒙

賜顧無不格外克己

行址 上海英租界交通路

電話 九二一〇九

關於日本住血吸蟲卵子存在 直腸發生茸腫性炎症之一例

陳 多 益

一、緒 言

本症主訴爲下血及貧血，在患者直腸壁內發見茸樣物，將其切除後作組織學檢查的結果，在該組織片中發見多數的日本住血吸蟲 (*Distoma haematobium japonicum* oder *schistosoma japonica*) 卵存在。依以前學者報告的結果，本病虫卵是在於流行的地方，存於腸癌及腸狹窄 (*Darm- carcinom und stenose*) 的例有相當的事實，然本例對於腸內將來有否發生重大變化不敢斷言，但觀察其事實，有認爲有報告必要。

第一表 在組織中證明有本虫卵的疾患

(插表一)

日本住血吸虫病者大多數是在內科診療報告，而作外科的疾患報告者極鮮，鏡下檢查的結果，本虫卵在組織內證明諸例，本國文獻調查第一表如上，即腸狹窄症及虫樣突起炎發生率最大。

二、實驗例

患者：赤司某，13歲，男，家業農，住所：住賀縣三養基郡北茂安村（筑後河畔是本病流行地）初診昭和八年一月六日。

家族歷：父 53 歲，母 49 歲，均健存，從未患病，兩親性病有否未知，但母無死產早產流產等事，有兄弟三人，患者是某的末子（第三子）在家系中從未有人患過 *Carcinom und schistosomiasis* 病。

既往症：患者二歲時生過 *Typhus abdominalis* 當時完全治癒，初時在土塊小學校學習迄今腸疾患經歷完無云。

現病歷：在入小學校那時，誘因完全不明，起初屢屢有腸疾患，因症狀輕微，所以毫不介意，自去年十月在大便中屢遇血液混入，然後訴有裏急後重，肛門部疼痛，便通不良，粘液便，腰痛，發熱等，大便一日二次乃至三次下痢，硬便少，而軟便多，食慾特別佳良亢進，漸次傾向衰弱，在本年一月大便出血增加，而衰弱亦急速加重，一月六日在我教室入院。

現症：(一)全身所見。體格營養均不良，顏面蒼白而顯黃疸，體重20,6 Kg. (貯)身長 128, 厘米，比相當年齡的小兒發育稍劣，體溫正常，舌無白苔，脈搏整調，而緊張亦良好，頭頸胸等部無特別所見，腹部稍為緊張膨滿。在肝臟部三指橫徑直觸其表面所知有數個硬塊凸凹不平，脾臟僅觸其底部，又在臍下二橫指徑有腹水，其他腹部，無病的變化，又在身體各部無異常的反射變化。檢尿：反應中性色黃透明，Albumin Glykogen, Indikan, Bilirubin, Urobilin, Urobilinogen 等皆無。檢便：黃褐色軟便，消化狀態中等，日本住血吸虫卵在一弱視野中有數個存在。Ascaris, Ankylostoma Duodennale, 腸虫卵等均無，潛血反應強陽性。血液檢查：

瓦氏反應陰性 (Wassermann Reaktion Negativ)

血色素量	(Haemoglobinmenge (sahlische methode)	61,0
血色素指數	(Haemoglobinindex)	1,06
赤血球數	(Erythrocyten Zaehlen)	5750000,0
白血球數	(Leukozyten Zaehlen)	18700,0

各種白血球百分率如下 (Leukozyten art %)

中性多核白血球	a) Neutrophyle Leukozyten	72,0%
大淋巴球	b) Grop Lymphozyten	2,0 %
小淋巴球	c) Kleine Lymphozyten	10,0%
單核白血球及移行型	d) Mononukleare Leucocyten u, Uebergangsformen	4,0 %

第 四 期 關於日本住血吸蟲卵存在直腸發生茸腫性炎症之一例 (473)

嗜紅色素白血球	e) Eosinphyle Leukozyten	11,5%
鹽基性白血球	f) Basophyle Leukozyten	0,5 %

(二)局所所見：在肛門部視診無內外痔核，痔瘻，裂傷等，以肛門鏡檢查直腸內部，在前壁有一個如小指頭大的茸腫(Polyp)可見，其色稍白，而與直腸粘膜及痔核的顏色各異。在指診除上所見外，其上方直腸周壁尚有細小茸腫樣隆起多數可觸知，這種隆起物，是否為直腸粘膜硬塊，可用指診，在指頭上有新鮮的血液附着，則可作為粘膜面有中等出血的證明。

手術及經過：依在上述所見，直腸 Polypsis 診斷定後，用 Tropacain (3-5%)行腰椎麻醉，切除去最大茸腫一個，然後插入 Tampon，手術即行完畢。手術後有激烈頭痛，不久消失，手術後第八日 Tampon 除去，以後肉眼所見的出血漸次減少，便通整復如初，全身貧血，施行對症療法，手術以後出血停止，營養漸次恢復原狀，手術後第十七日退院。然在一月二四日，即退院後第十八日患者再有前回同樣的主訴來訪，診查大便內肉眼的所見混有血液，成高度的貧血，在肛門內施行指診有同前回倍大茸腫二個外，還有多數細小茸腫樣隆起物觸知，全同前回(上次)一樣。

切除茸腫肉眼的觀察：其性質為彈力性硬固物，色稍白長約五釐(，)大約一釐，形如尖端圓形狀，全體稍扁平，在茸腫尖端有潰瘍，可通過 Sonde，粘膜面有無數乳嘴狀突起。

切除茸腫顯微鏡的所見：標本放置 10%Formalin 溶液中一晝夜固定，然後以 Haematoxylin Eosin 染色。(一)黏膜面：在高度增殖腺體屢屢擴張，成杯狀細胞夥多粒，粘液分泌機能亢進，則可證明尚未達至惡性變化的證據。粘膜固有層越侵入黏膜下層，又在黏膜層有高度細胞浸潤，而且有結締組織增殖，浸潤細胞主為白血球及 Plasmazellen (原形質細胞)而成。日本住血吸蟲卵則散見發現。(二)黏膜下層：在此層有甚多血管增殖及細胞浸潤著明，且有特別多數的 Eosinphyle Leukozyten (嗜紅色素性白血球)作散在性與羣簇

性存在，形成膿瘍，此外尚有小圓形細胞與 Plasmozellen 甚多，及虫卵有數個爲集簇性極多存在，而且其周圍爲肉芽組織及結締組織所抱圍，且可見異物巨態細胞接近抱擁於卵的旁邊，虫卵形態呈卵形狀或呈橢圓形狀，其大小種種不同，大者長徑 0,09—0,1 耗，幅徑 0,04—0,08 耗皮殼厚光線屈折分成二層輪廓，內容含有 Haematoxylin 染色顆粒，或內容全無，又有時卵爲卵(膜)所蓋(寫真參照)即本症在組織學上證明爲直腸茸腫性炎症。

三、日本住血吸虫卵與直腸疾患特以惡性腫瘤的關係

關於日本住血吸虫病與癌腫的關係，最初注意者爲金森氏在明治三一年山梨縣有直腸破壞性腺腫一患者，其腫瘤組織中發見本虫卵，該氏依虫卵機械的刺戟而推論腺腫的構成，次之草間氏在肝癌，遠藤氏的直腸癌，福島氏的迴盲部癌各一例，就在腫瘤組織內證明，依虫卵刺戟的所在而腫瘤隨之形成(第二表)，土屋氏謂本虫卵經一次寄生腸壁內成加答回性炎症及增殖性炎症，在卵周圍起肉芽性炎症，在其膜面作大小種種不同的結節云。中山氏亦依本虫機械刺戟的所在而發生成惡性腫瘤云，又片田氏在山梨縣下調查死亡診斷書，癌腫死亡卒是比他縣著明衆多，特別是在本病流行的地方，癌腫與本病是有密切因果的關係云。

第二表 依本虫卵存在而發生惡性腫瘤之報告例

報告者	腫 瘍	數	報告者	腫 瘍	數
金森	直腸癌	1	風間	上行結腸癌	1
草間	肝癌	1	同	下行結腸癌	1
遠藤	直腸癌	1	同	直腸茸腫 (腺腫性癌)	1
福島	迴盲部癌	1	橫山	橫行結腸癌	1
福田	直腸癌	1	市厚	直腸癌	1
風間	同	5			
風間	S字狀部癌	1	共計		16

其後風間氏在山梨縣病院中工作，對於癌腫發生與本虫卵間討論，更爲證

第 四 期 關於日本住血吸蟲卵子存在直腸發生茸腫性炎症之一例 (475)

實，在本病流行的地方，於以下諸事實經驗，殆可完全為本虫卵存在其中而成惡性腫瘤證明。該氏研究的結果大要如下：

- (一) 腫瘤發生是由卵子存在的原因而成，非腫瘤發生後而虫卵侵入的，亦非虫卵存在為偶然合併症的事。(第三及四表)
- (二) 在流行地腸癌最多，非流行地腸癌在第二位以下即本虫卵在腸壁最易常起疾病的變化。(第五及六表)
- (三) 依本虫卵機械的戟刺而發生腺腫性癌，虫卵自體生活現象非與腺腫性癌誘發有關係。(第七及八表)
- (四) 自大正五年至八年二個年半在山梨縣病院外科手術 Ileus 患者 12 例就調查腸狹窄症的原因是在腸的腺腫性癌，其中間皆可見本虫卵存在。(第九表)
- (五) 在一般規則中 Ileus 在腸狹窄症最少，反之，在本病流行的地方腸狹窄症是最多見。此本病患者腸管及腸間膜的增殖炎症依卵子存在而起肉芽性炎症肥厚及脂肪增生，則腸管移動性及運動力為之限制極難發生重疊症及捻轉症。(第十與十一表)

第三表 在本病與腫瘤發生關係行動物實驗

實驗動物	頭數	特別加工	實驗的結果
日本住血吸蟲病之狗	11		本虫卵沈着部在腸壁最多，大腸腸腺上皮細胞有異所性增殖，
同 牛	10		略同上
同 家兔	24		內14例同犬的部位，但在增殖腸腺上皮更呈乳嘴腫與腺腫的樣子
健全無病家兔	60	在胃壁胆囊腸壁，肝臟內插入異物，	在胃膀胱作乳嘴腫及腺腫
同 上	350	同 上	在胃作乳嘴腫及腺腫。在胆囊與肝臟則作腺腫性癌

第四表 在癌腫的組織片中證明有本虫卵之四例

臨床的診斷	患者數	遺傳關係	組織學診斷	顯微鏡的所見
直腸癌	1	無特別可記	腺腫性癌	一、卵在腫瘍間質中，存留在周圍組織中者其數較多
同	1	見一人直腸癌	同	二、間質中的卵多為集簇形成胞巢是腫瘍細胞與密接的關係
同	1		同	三、卵是極陳舊的物
上行結腸癌	1	同	同	四、在卵周圍無出血竈

第五表 自大正元年至大正八年癌腫統計表

癌腫	患者數	流行地患者數	非流行地患者數	%	組織內本虫卵
腸癌腫	29	17	12	43.28	流行地的腸癌腫
陰莖癌	7	0	7	10.44	患者不論何時在
舌癌	7	0	7	10.44	組織內均可證明
乳癌	24	10	14	25.82	有本虫卵
共計	67	27	40		

第六表 S氏的癌腫統計表及我國統計表之比較

癌腫	非流行地			流行地		即在我國或在外國或在 本病非流行地腸癌生起 頻度是在第二位以下設 如一旦在本病非流行地 則當然占居於第一位
	七°氏 順位	山極氏 順位	阿部氏 順位	佐藤氏 順位	風間氏 順位	
乳癌	第一位	第一位	一	二	二	
腸癌	第二位	第三位	二	一	一	
陰莖 癌	第三位	第四位	四	四	四	
舌癌	第四位	第二位	三	三	三	

第七表 係本虫卵機械戟刺發生腺腫性癌的關係

天竺鼠頭數	試 驗 方 法		結 果
10	在腸壁塗布活潑(尾蚴)	在胆囊內，插入天然石一個	在腸壁共有十例起日本住血吸虫性變化，其中五例同時更有起腎臟的變化
11		同	除一例外在外腸壁發生腺腫性癌

第八表 自大正五年至大正八年癌腫與本病的關係統計表

癌腫患者	癌腫內的本虫卵	顯微鏡的所見	臨 床 診 斷	
9	9 例均卅	腺腫性癌	四例 直腸癌 一例 上行結腸癌 一 下行結腸癌 一 S 字狀部癌 一 直腸茸腫 一 S字狀部狹窄症	患卵所見同第四表

第九表 機械的吐糞症統計表

診 斷	例數	組織內本虫卵	顯 微 鏡 的 所 見	患 者 住 所	
腸狹窄症	4	卅	腺腫性癌	流行地	即在吐糞症本病患者以腸狹窄症為最多
腸捻轉症	5	—		在流行地 1 非流行地 4	
腸重疊症	2	—		非流行地 —	
索狀物嵌頓	1	—		同	

第十表 自大正元年至大正八年機械的吐糞症(Ileus)患者四十三名統計表

診 斷	流行地患者		非流行地患者		總數
	數	%	數	%	
腸狹窄症	23	92.0	5	27.78	28
腸重疊症	0	0	7	38.89	7
腸捻轉症	0	0	6	33.33	6
索狀物嵌頓	2	8.0	0	0	2
共 計	25		18		43

第十一表 在本病流行地及非流行地各種機械的頻度吐糞症

診 斷	非 流 行 地 %			流 行 地 %
	S氏統計	高安氏統計	風間氏統計	風間氏統計
腸狹窄症	5.0	9.5	27.78	92.0
腸捻轉症	11.0	24.72	33.33	0
腸重疊症	14.0	28.78	38.89	0
索狀物嵌頓症	70.0	8.5	0	8.0

四、結 討

余在十三歲男兒的直腸壁內發生日本住血吸虫卵存在而起其腫性炎症的經驗一例，在文獻文(報告)極為稀見，而在一般腸管其腫易起惡性變化是事實。依本虫卵存在，而發生腸管癌腫行動物實驗例及患者報告的事實證明想起，本例將來亦會逐漸起惡性變化，據風間氏報告如患直腸狹窄症至要考察本症有無而作發病原因的標準。

抄錄 Tokio Izz sinisi No, 2840 S, 1799

肺損傷症例及其治療方針

姚 慈 若

緒 言

肺損傷在於戰爭時所常遇之症患，平時雖有，然亦稀少，大戰時爲此種研究之好機會，故大戰之後，肺損傷治療之數亦增多，但其損傷與平時損傷之狀況不同，戰時損傷多伴有胸廓之損傷，不可不施以手術治之，因此大戰之後，關於肺損傷之手術治療方法，亦漸增多，惟在平時肺損傷時可否施以姑息療法或施以手術療法，則有慎重考慮之價值，余在外科教室研究中，特以四例述之如下。

第一例 姓名 L, M, 性別♂ 年齡七歲 家庭職業商

民國廿年十月十三日午後四時許，被牛車之輪輾傷於左胸部，當時即陷於意識不明，經過十分鐘始醒，入夜咯痰中含有中等量之血液，翌日始來本教室求治。

來院當時所見：患者訴胸部苦悶，呼吸困難，有輕度盆血，左胸部呼吸缺如，心臟偏於右側，可見軟部損傷左胸部皮下，呈中等度之皮下氣腫。

X光所見：見肋骨骨折，左胸有高度之氣胸，肺則向肺門萎縮，呈中等度之皮下氣腫。

手術：即時施行手術，用笑氣瓦斯及 Ether 全身麻醉，將左側第八肋骨切除，開胸時，見有近於左側下葉，肺門部之肺組織有些損傷，即在此部分施行止血後，即加以胸廓縫合，再用 Bertel 裝置，增加胸腔內壓，到一月十二日全治出院。

第二例 姓名 M, K, 性別♂ 年齡五十二齡 職業漁業

民國廿一年二月四日，午後六時許與友人相打，右背部被打撲，初則尚無感覺疼痛，及數時後，訴該打撲部有疼痛，同時呼吸困難，咳嗽咯出泡沫狀痰

，痰中帶有血液，翌日來院求治。

來院時所見： 右胸後腋窩線上第十肋骨部有拇指頭之大擦傷，右側胸部皮下有高度氣腫，右肺呼吸音極弱，心臟偏於左側。

X光所見： 左側第十肋骨後腋窩線上有骨折及皮下氣腫。

手術： 即時施行手術，先用笑氣瓦斯透導麻醉，裝置Hulmeccaboid 高壓裝置，及 Ether 全身麻醉，沿第十肋骨皮膚切開，同時切除去擦過創部皮膚，因肋骨骨折部之骨端，向肺組織中刺入，即將其取出，施行肺損部縫合，再將高壓裝置，以充分擴張肺部，肺縫合部與胸壁肋膜固定縫着，則閉鎖胸廓，三月廿五日全治出院。

第三例 姓名 R.S, 性別♂ 年齡四十七歲 職業農

民國廿一年四月廿日午後一時許約在離地高一丈之梯子墮於地上，暫時意識不明，覺醒後訴右側背部疼痛，翌日疼痛更烈，坐臥不安，即來院求治。

初診時所見 右側背部擴大之皮下氣腫，右側呼吸音比左側弱，咳嗽及咯痰均少，亦無血液。

X光所見 右側肋腔有輕度氣胸像，第五，六，七，八，九，十，及十一肋骨約在離脊柱五厘米部已有骨折。

處置： 保存療法，施行 Surdan 絆創膏固定法，經十日之後病狀完全消失，入院後十二日全治退院。

第四例 姓名 F.K, 性別♀ 年齡廿歲 職業農

民國廿二年五月五日午後一時半，因自殺故，在左側乳房內下方以手鎗射擊，初則意識明瞭繼則咯痰中，含有血液，同日即來院求治。

X光所見： 左側第八肋骨後腋窩線部，有子彈存焉。

手術： 因未傷及心臟，手術時將彈子取出，全治出院。

手術的適應：

關於肺損傷之手術適應，必須察症例之輕重，及決定可否以手術療法，或

姑息療法之必要，就余緒言中所述，戰時肺損傷較平時不同者，蓋戰時多發生貫通肺部如盲管銃創刺創時伴有胸廓組織爆裂等，反之平時多在胸廓有強力鈍力，因此發生肺皮下損傷，余元四例中，有胸壁損傷及皮下損傷，故對於姑息療法及積極療法亦有不同者。在世界大戰之前，德國學派則概以姑息療法為佳，美國學派則以積極療法為佳，至世界大戰和平後，德國學派亦漸向於積極的療法矣。所謂姑息療法者則患者絕對安靜，施以鎮靜劑注射，併防咳嗽，時部用絆創膏固定或施以人工氣胸或膜隔膜神經切斷術者，總一言之，緊張性氣胸漸以增加時，多量出血時及全身症狀變化時，以施行積極療法為佳，反之緊張性氣胸輕度時，或已有止血之傾向者施以姑息療法氣佳。

高壓開胸：

胸腔內手術之際，用平壓乎高壓乎因各症例之不同而異，若在肺損傷施急救時，而患者呼吸困難，脈博不振者，全身狀態不良者，有裝置高壓之必要，則可以避免患者有不良之傾向，同時可以擴張肺萎縮部，容易於見其一般損傷之部分，便於施行手術。

緒論：一

余在教室中，以臨床各症狀之經驗中，以高度緊張性氣胸在消退之時機者，出血之處已有止血之傾向者，可施行手術為佳，緊張性氣胸輕度漸已消退，且無持續性出血者，施以姑息療法為佳，此外如有輕度肺損傷之手術時，可用平壓裝置，然重症肺損傷，如施行胸腔內手術之時，以高壓裝置之成績較佳也。

(抄錄 Tokio izi sinisi N₇σ, 2836, S, 1583,)

學院消息

教授抄讀會記事

(續前)

第九次抄讀會(二十二年十一月二十五日在滬軍營第二院)

1. 般木強講 『梅毒螺旋菌之發育環』
2. 張効宗講 『局所免疫』

第十次抄讀會(二十二年十二月十六日在滬軍營第二院)

1. 楊述祖講 『Blutschadigung und Berufstatigkeit Von koelch.』
2. 李祖蔚講 『世界最大之囊胞肝』
3. 劉步青講 『化學與戰爭』

擴充眼科手術室

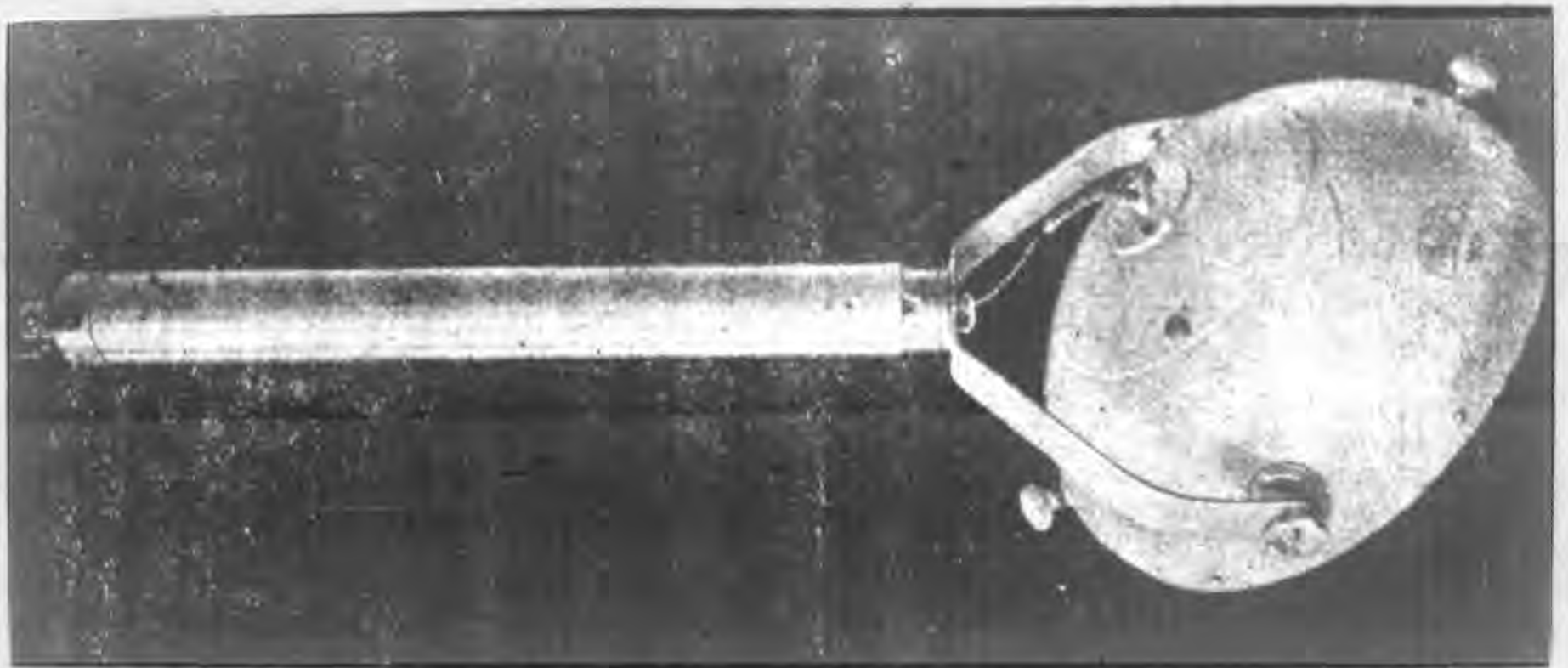
本校附屬總醫院之眼科教室。因教授張錫祺先生之循循善誘。熱心指導。以及研究員袁懷青，關冠武，田慎宜，等之努力工作。診務發達。患者日增。因此原有之眼科手術室。頓感範圍不廣。不敷應用。四年級同學有鑒於斯。願將學生事業部所餘經費洋百二十元。樂助該室。以資擴充。並由同學胡秉圭，王淑芳，謝斯等發起募捐。幸得各教授各同學慷慨解囊。結果甚好。聞現已募得數百元。悉數助作擴充眼科手術室之用。此非但各同學多得實習之機會。亦為眼科病者之福音也。

足球賽一敗兩勝

本校體育部。對於各項球類運動。素極注重。以致球藝之精進。大有一日千里之勢。其中尤以足球為最有成績。故本年秋季與同濟大學足球隊。華商公共汽車公司體育會足球隊。真如真光體育會足球隊。作友誼比賽。均有特殊之成績表演。茲將與各隊比賽得分。摘記如下。與同濟二比零本校敗。與華商零比二本校勝。與真光一比零本校勝。結果為一敗兩勝。

外科教室新設備

本校外科教室。自經醫務長湯蠡舟先生之慘淡經營。外科主任李祖蔚先生之熱心整頓。診務日見發展，患者年有增加。故對於各項應用器械之設備。莫不力求擴充。盡量改良。最近為增進治療上之便利。藉收『工欲善其事，必先



利其器』之效果起見。得郭院長之核准撥款。特向德國購到無影燈一架。輸血器一具。想今後對於外科治療上。定多有良好之效果也。

眼科教室抄讀會

本校眼科教室。自聘請眼科專家張錫祺先生主持以來。內部設備。力求擴充。器械材料。日趨完善。故患者漸有增加。診務益形發達。近年來因得諸同

人之合作。發展更見迅速。關於各種應用之器械均有設備外。其他如眼底固定檢查器。角膜顯微鏡。亂視計測器等。亦均已向國外定購。近聞該教室同人。爲求學術上之進益起見。爰於診療之暇。組織抄讀會。定每月集會一次。各以最有價值之文獻提出。互相討論。以資研究云。

衛生教室驅蟲忙

本校衛生教室主任陶熾孫先生。對於社會公共衛生。素有研究。本學期舉行全校教職員學生校工大便檢驗。凡查得大便內有各種寄生蟲者。卽行驅除。該項驅蟲工作。業經着手進行。分組驅除。聞所得結果。極爲良好。不久卽可將驅除經過彙集報告。最近並與上海市衛生局接洽。擬採取全市市立小學校學生之大便檢驗。俾作統計。聞已得衛生局復函允予襄助辦理云。

學生事業部消息

本校第二院學生事業部。因幹事謝焄，胡秉圭，侯崧生，劉華立，蔣重山等，辦事熱心，故對於業務進行。不遺餘力。頗著成績。本學期如廁所之改良，裝接自來水管。浴室之修葺。設置火爐兩只以重衛生。餘如向標準公司購置標準乒乓球檯一只。闢設乒乓球室於玻璃亭中。藉供各同學課餘消遣。定購各種醫藥雜誌報章。俾增同學課外學識。並改良教室光線。另換最新式無光漆板兩塊。聞以上各項業務。均由該部與校方共同辦理云。

東南音樂會近訊

本院音樂研究會。自去歲由李教務長暨同學招蘭昌，俞伯符發起組織成立後。得同學金種考，吳瓊華，許道慈，華世英，黃珠華，趙英傑，林光輝等極力贊助。始得有今日之成績。最近已作二度公開表演。頗得諸同學稱譽。該會各會員對於各項音樂之研究。進步之速。堪稱日新而月異。今後尙能再下苦工

。預料將來更有優殊之成績也。

組織國藝研究社

本校細菌教授張効宗。軍事教官陳東生。爲聯絡情感及鍛鍊身體娛樂身心起見。特發起組織國藝研究社。該社計分國術京劇兩部。自經第一次社員大會後。公推張効宗爲社長。陳東生爲國術部長。江惠民爲京劇部長。擬訂社章。徵收社費。業已開始研究。規定每日晨六時半至七時半研究國術。晚七時至八時研究京劇。聞加入社員。現已達五十餘人。將來於必要時。或尚須繼續徵求社員云。

編後餘音

光陰過得真快。轉瞬又是一年地過去了。本刊在這一年之中。多蒙醫界先進之指示。讀者諸君之愛護。得能按期出版。幸免隕越。差堪自慰。本刊末期爲本年度最後之一期。第五卷第一期。又要到明年的春季。再和諸君相見了。在此謹向諸君作個告別的敬禮。並祝諸君未來的幸福無量。

本刊在過去的歷程中。多蒙各方的贊助。給我們不少的有價值有精彩的佳作。尤其是本期所收到的宏文鉅著。較任何一期來得踴躍。本當儘量刊登。以飽讀者諸君之眼福。無奈以篇幅有限。不能夠儘量發表。在這種不得已的情形之下。還有許多的佳作。只好留作下次刊登了。在此除了謹向惠稿諸君作一百二十分誠意的感謝之外。並誌歉忱。諸希諒。

夏慎初著

性病學

定價 壹元

汪企張醫師曰 偉大事業基乎精力過人而精力過人常本於生殖器之健全組織

汪于岡醫師曰 戀愛基於性慾則必待正常之性慾然後能發生戀愛及維持戀愛

余雲岫醫師曰 性病學專究男女性慾之病誠千古首出之著作也

龐京周醫師曰 俾手一篇者可以明致病之因可以擇求治之道可防於未然可補於已患

此外尚有蔡禹門 瞿紹衡 郭琦元等十餘位醫師之批評不及備載總之本書所載都

男女性慾異常即真正性病吾國向無此類專書真所謂闕千古戀愛之祕補醫籍方書之缺焉

編著者 夏慎初醫師

發行者 上海霞飛路一〇六號 診療醫報社

印刷者 上海法租界西門 啓智印務局

路潤安里十九號

目錄

上編 男性疾病	
第一章	性神經衰弱
第二章	手淫
第三章	遺精
第四章	早泄
第五章	陽萎
第六章	色狂
下編 女性疾病	
第一章	手淫
第二章	走陰
第三章	陰癢
第四章	陰瘰
第五章	花瘰
第六章	臍癰症

欄 介 紹 報 書 醫 藥 刊 醫 東 南

醫 藥 書 籍 類	名 稱	編 輯 者	發 行 所	定 價	備 考
	育兒衛生常識	陳 虞 光	光醫院 上海跑馬廳對面同福里內一號處	大洋四角寄費加一	分售處各大書局
	牙 醫 大 全	彭 菊 洲	上海英界交通路新華大藥行	費加二角 定價五元特價四元寄	華路口彭菊洲診所 代售者上海老西門中
	治療法 最新花柳病診斷及	姚 伯 麟	上海望志路北永吉里十六號	十二元	行四馬路泰東書館 上海交通路新華大藥
	再版病理胎產學	楊 元 吉	同 上	精裝每冊五元寄費三	
	三版生理胎產學	楊 元 吉	診所 上海南京路六一〇號楊元吉醫師	精裝每冊四元寄費三	
	公衆衛生言論集	胡 定 安	上海四馬路大東書局	每冊五角	
	產科 學 講 義	瞿 紹 衡	上海法租界甯波路羅氏夫婦醫院	五元	瞿律師事務所 代售處上海梅白格路
	實用調劑及處方	劉 步 青	上海英租界交通路新華大藥行	三分	醫學院出版股 代售處上海真如東南
	華德對照臨牀處方	潘 經	海法大馬路啓智書 上海英租界交通路新華大藥行上	二分	藥房 代售處五洲華洋各大
	增訂西藥配製大全	潘 經	海法大馬路啓智書 上海英租界交通路新華大藥行上	三分	藥房 代售處五洲華洋各大
	傷 寒 全 書	鄧 源 和	社會醫報館出版部	角一分 每冊實洋二元寄費一	醫學院出版股 代售處上海真如東南
	性病指迷	謝 筠 壽	社會醫報館出版部	實洋一元寄費一角一	藥行生活書局 代售處世界書局華
	皇漢醫學批評	余 雲 岫	社會醫報館出版部	每冊大洋六角	
	醫學革命論集	余 雲 岫	社會醫報館出版部 上海英租界交通路新馬安里三十四號	費一角一分 上下二冊大洋二元寄	

定 閱 時 請 聲 明 由 東 南 醫 刊 醫 藥 書 報 介 紹 欄 介 紹

東南醫刊醫藥書報介紹欄

助產學問答	姚星叔	上海同孚路新大沽路口同德醫院	每部大洋八角	海開明書局 代售杭州世界書局上
實用外科總論	王吉人	杭州同仁外科醫院出版部	五角郵費各一角半 上下二卷各實洋二元	代售處上海北京路九
卷一 新撰產科學全書下	鄧純棣	一號啓智書局 上海法大馬路自來火街西高第里	四元	手術篇
卷二 新撰產科學全書中	鄧純棣	一號啓智書局 上海法大馬路自來火街西高第里	十元	異常篇
卷三 新撰產科學全書上	鄧純棣	一號啓智書局 上海法大馬路自來火街西高第里	六元	正常篇
醫學衛生討論集第一輯	胡宅仁	光社 北平宣武門大街九十二號神州國	三角	代售處各省各大書局
常用處方集	李定	上海交通路中市新華大藥房	三元	醫學院出版 代售處上海真如東南
痔核注射療法	梁心	廣東光華醫學院	大洋八角	
新纂藥物學卷二	梁心	廣東光華醫學院	一角二分 大洋二元五角 (郵費)	循環藥新篇
新纂藥物學卷一	梁心	廣東光華醫學院	一角五分 大洋二元五角 (郵費)	緒論及神經藥族篇
內科鑑別診斷學	繆徵中	上海大東書局總店	實價四元	寄售處各埠大東書局 上海東南醫學院出版股
新藥大成二集	梁心	廣州市泰康路光華醫科大學出版	元五角 硬而二元五角平裝一	廣州商務印書館
新藥大成首集	梁心	廣州市泰康路光華醫科大學出版	大洋八元	十六號五定公司 代售處上海北京路九
褚民誼先生言論集		上海大東書局	大洋五角寄費加一	各埠大東書局
療法大全 增補再版各病注射	汪于岡	上海老西門口新醫診所汪于岡	大洋二元寄費另外	華藥房 代售者上海交通路新
體育之科學的基礎	郭人驥	四十號斜橋醫院 上海西門斜橋西首榮仁里悅來坊	大洋五角寄費另外	分售處各大書局

定閱時請聲明由東南醫刊醫藥書報介紹欄介紹

欄 介 紹 報 書 藥 醫 刊 醫 南 東

新	撰	處	方	急	水	再	醫	講	毒	戰	袖	生	陶	醫	同	改	北	婦
				最新各科危險症救	日本全國協定自來	再版內科治療法集成	醫學名詞彙編	張子鶴內科臨床演	毒物分析化學	戰爭毒氣防禦常識	袖診各科診療大全	生理學綱要	陶烈論文集	醫學	同濟醫學季刊	改進與醫學	北平醫刊	婦女醫報
				上海改造與醫學雜	於達望	劉榮敬	科學名詞審查會	張子鶴	黃鳴駒	梁心	楊元吉	陶熾孫	陶烈	謝筠壽	姚伯麟	北平醫刊社	鄧純棟醫師	
				上海法租界白爾路生活醫院出版	南京水二道高井南京市衛生試驗	四馬路開明書店交通路新華藥行	愛文義路池浜橋弄內科學名詞審	四馬路大東書局	上海北京路九十六號醫藥學社	光東書局	上海南京路六二〇號楊元吉醫師	上海北新書局出版	同仁會	上海白克路同濟大學醫學院宿舍	上海望志路北水吉里十六號	北平西四頡省胡同二十號北平醫	上海李梅路華光醫院	
				二元寄費二角	每册大洋二角	實價四元五角	一國外加三 實洋八元郵費國內加	定價六元	精裝大洋六元平裝大	大洋二角郵費二分	精裝三元五角	定價大洋六角	每册五元	元歐美加倍 半年一元一角全年二	每册五角	全年十二册大洋六角	全年十二册大洋一元	
							寄售處慕爾鳴路二一	寄售處慕爾鳴路二一	寄售處慕爾鳴路二一	各大書坊 代售處商務印書館及	寄售處上海開明書店	寄售處上海真如東南	東南醫學院	代售處上海四馬路現				

定閱時請聲明由東南醫刊醫藥書報介紹欄介紹

欄 介 紹 報 書 藥 醫 刊 醫 南 東

新醫報	醫事公論	現代醫藥	新醫藥刊	醫學與藥學	民衆醫報	大衆醫刊	診療醫報	醫學週刊集	民國醫學雜誌	醫林新誌	科學醫報	慈幼月刊	中國眼科學雜誌	汽巴季刊	中國康健月報	新藥治療
新醫醫報社	中國醫事改進社	陳萬里	趙橘黃	杭州醫藥師公會	董道蘊 林椿年	董道蘊 彭玉書 崔瀛 溫泰華 何卓羣	夏慎初 周夢白 汪企長	丙寅醫學社	袁淑潤	汪建侯	江秉甫 楊士達 錢潮	中華慈幼協濟會	石增榮	畢鳳章 劉步青	中國康健月報社	新藥治療社
廣州光華醫學院	南京周必由巷新安里三十六號 醫事公論發行所	杭州青年路三號	上海新開路一〇九三弄三號	杭州醫藥師公會	廣州市惠愛中路一七五號	廣州市文明西路一〇四號二樓	上海霞飛路一〇四號	北平東單牌樓新開路三十三號	遼甯瀋陽滿州醫科大學院	杭州東街路一二三號醫林新誌社	杭州延齡路三十八號至三十九號	會上海博物院路廿號中華慈幼協濟	哈爾濱醫學專門學校	上海九江路A二號汽巴藥廠	營業部 上海北河南路廿號中國康健月報	上海廣東路一號百部洋行內
全年十二册定價一元	全年二十四册九角六分 半年十三册四角八分全	角全年二元 每册二角半年一元一	全年大洋六角	全年一元	每册一元五角 每册一角五分半年八	元二角全年加倍 每册大洋一角半年一	全年十二册大洋一元	每卷六角	每册二角每年二元	全年十二册一元	全年十二册二元	預定全年一元	全年二元	非賣品	全年二元半年一元一	非賣品
		北平景山東街景山書社 上海老法路社會醫藥館	份 樣本示通訊處即寄一	郵票代價九折計算				都東勝街親仁醫院 瀋陽新生醫院四川成 上海北城角博古書局 天津法界民有書社天				厚册 年出三刊一月七月二			試閱三期大洋三角	

定閱時請聲明由東南醫刊醫藥書報介紹欄介紹

投 稿 簡 章

- (一) 本刊分原著綜說論壇演講譯述雜組學院消息醫藥新聞等欄如蒙醫藥同志寵錫宏文不論文言白話自撰或翻譯均所歡迎
- (二) 投寄來稿務望繕寫清楚並加圈點符號
- (三) 譯稿請附原本或通知原著者姓名出版時日及地點
- (四) 稿末請註明姓名及地址以便通訊至揭載時之姓名聽投稿者自定
- (五) 來稿如不登載除三千字以上者均不發還
- (六) 投寄之稿本社得酌量增刪之如不願者請聲明於稿末
- (七) 投寄之稿如經揭載其著作權概歸本社不願者聲明於稿末
- (八) 本社編輯者皆係義務性質故對於投稿諸君僅能以本刊為酬但特撰佳作之索酬者請註明稿末亦當酌量酬謝
- (九) 來稿請寄真如東南醫學院內東南醫刊社編輯部

ADVERTISING RATES

Position	Space	Rate For Each Issue
Back Cover (Outer)	Full Page	Mex. \$ 40.00
	Half Page	Mex. \$ 24.00
Back Cover (Inner)	Full Page	Mex. \$ 25.00
	Half Page	Mex. \$ 15.00
Front Cover (Inner)	Full Page	Mex. \$ 30.00
	Half Page	Mex. \$ 16.00
First Page Opposite Inside of Front Cover and Back Cover	Full Page	Mex. \$ 20.00
	Half Page	Mex. \$ 12.00
Ordinary Pages	Full Page	15.00
	Half Page	Mex. \$ 8.00
	Quarter	6.00

民國廿二年冬季出版
第四卷 第四期
(編輯部)

郭琦元

湯蠡舟 陳卓人

陶煥孫 李祖蔚

張效宗 蔣本沂

(幹事)

陳重臣 謝遠芳

孫又新 張開文

秦開祥(廣告)

★ 廣告定章 ★

- (一) 本社廣告價目均以上海通用銀圓計算不折不扣其費當於廣告第一次登出後付清
- (一) 廣告文字可用中文或英文或中英文並用均由登載之人選定如需本刊代為翻譯者不取譯費
- (一) 廣告中如需用銅版鋅版本社可為代製僅收回製版費俟用畢即將銅版奉還
- (一) 於合同有效時間本刊每期出版贈送一冊
- (一) 廣告如須更動可於出版前一週通知不另取費
- (一) 每期廣告收稿於該期出版前一週截止

廣告價目

地 位	尺 寸	每 期 價 目
底 面	全 面	四 十 四 元
	半 面	二 十 二 元
底面之內面	全 面	三 十 五 元
	半 面	一 五 元
封面之內面	全 面	三 十 六 元
	半 面	一 五 元
封面及底面內面之對面	全 面	二 十 元
	半 面	十 元
普通文字前後排	全 面	十五元 四分之二
	半 面	八元 四分之二

繪圖刻圖價目另議
廣告如用色紙一頁起登
目另議色紙一頁起登

▲定刊價目▼

國內價目	全年四册	一 元
國外價目	全年四册	一元四角
新疆蒙古及日本照國內，香港澳門照國外		
郵章有改動隨時增減		
零售每册大洋二角五分郵費加一		

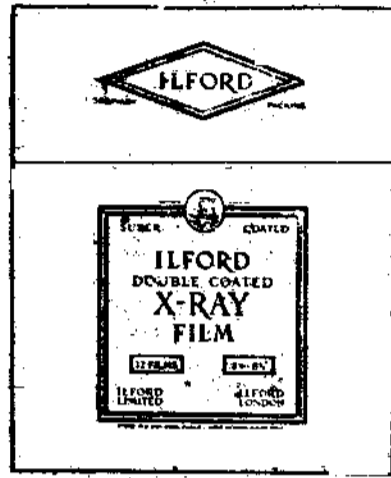
每 全
季 年
一 四
册 册

社址 上海真如東南醫學院內
出版者 東南醫刊社
電話 四 二 三 三 三 號

會址 上海真如橋浦西路
發行者 東南醫學院校友會
電話 四 二 三 三 三 號

依爾福

愛克司光片



感光迅速

層次明晰

此匣內計裝愛克司光片十二張外面再用聽子固封決無漏光受潮之慮大小尺寸均備計分
7x5.8 1/2 x 6 1/2, 10x6.18x24Cm., 10x8, 12x10, 14x11
30x40Cm., 15x12, 17x14. 及牙齒用之愛克司光
片 1/8 x 1/4 每匣計裝二打又船牌乾片，分色
片，人像片，特別快片，濾色片，異速片，
燈片，放大紙，白金紙，綢紋紙，燈光紙，
及英國六大名廠出品之仙樂 (SELO) 軟片，仙
樂特快軟片，仙樂特快軟片包等速度準確定
價克己風行全球已歷六十餘年如蒙採購不勝
歡迎請認明船牌商標為要

各省均有代售

依爾福

上海廣東路廿九號
電話一八五四五號



ILFORD LIMITED

29 Canton Road,
SHANGHAI,
TEL. 18545

TRYPAFLAVINE

脫呂帕弗拉文

本品有極大之殺菌力因其能深入組織撲滅各種毒菌故其殺菌力量之強大實不可比擬也

局部消毒用：洗滌創口及寄生蟲性皮膚病症

靜脈注射用：各種血中毒敗血症心臟內

膜炎腦脊髓膜炎腦炎產褥

血中毒用之功效靈驗無比

對於白濁一症尤有特效實

為治療白濁之唯一聖劑也

包裝：有藥粉藥片及注射液



• Bayer • Meistel • Lucius •

• 廠 新 德 • 耳 拜 • 廠 藥 大 德 拜

行洋信謹號八三一路西江海上理經家獨國中