中華郵政特准掛號認爲新聞紙類
內政部登記證驚字第一九九八號

壬申醫學

陳賓泉題

中華民國二十二年十二月出版

YEN SCHEN MEDIZINISCHE ZEITSCHRIFT

HEFT. II. DEZ. 1933

河北省立醫學院壬申醫學社出版

前直隸醫學專門學校
前河北大學醫科
河北省立醫學院

畢業同學均鑒

逕啟者溯自我河北創辦醫學將近二十年其中沿革變遷早具深長歷史前後在醫學專門學校河北大學醫科及現在醫學院畢業同學爲數甚夥同學中散處各地爲社會服務私人間雖有往來究屬少數以求彼此互通聲息互相幫助互相砥礪互相連絡機關終付缺如鄙人等有鑒及此並經畢業同學函電委託責無旁貸爰就母校組織畢業同學會希前後同學一體加入一俟加入人數有定再行規定舉行成立大會地點日期等項當另函奉達此啟

發啟人前後畢業同學

馬馥庭
殷希彭
賀向初
張沖霄

敬啟

壬申醫學社第四屆編輯部啓事

1. 本期封面，蒙 河北省教育廳陳廳長手題，獲益非淺本社深致謝忱。

2. 本期封面，蒙 輔導員周振三先生，在平製版及印刷，頗爲費神，特此致謝。

3. 本期刊物內容，因稿件關係，除以前所有各欄外又添設普通醫學一欄，望讀者注意。

4. 本期於院聞後，附有畢業同學離校後消息，俾得互相連絡，以資研究。

5. 本期稿件多蒙 諸君熱烈投遞，甚爲感謝，惟因篇幅所限，未能盡量披露，希加原諒！

本社第四屆全體職員一覽

總務部	主任	康鎔楚
	文牘幹事	王俊秀
	交際幹事	牛扶漢
	事務幹事	傅謹獨
編輯部	主任	王毓琛
	幹事	楊學濤
		王學詩
	出版	黃邦彥
		石湘溶
	保管	杜修時
		楊濟
發行部	主任	呂鐘珣
	幹事	孫迺忠
		馬植墻

壬申醫學

第二卷　第二期

目　錄

插　圖

本社第四屆全體社員暨輔導員合影

本社第四屆全體職員合影

本學院新購最近出廠倫托根機

論　壇

專　著

譯　譯

講　演

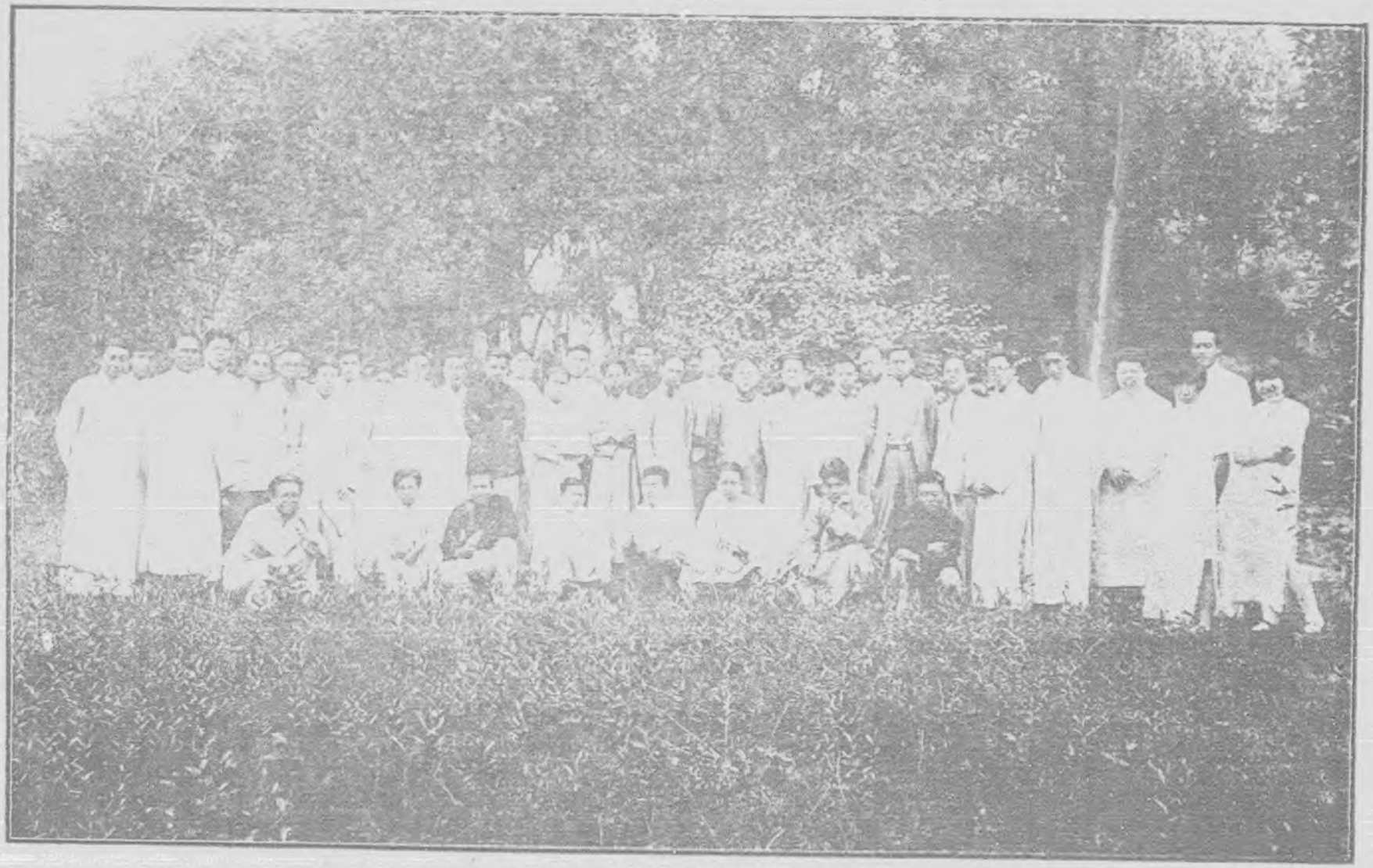
通俗講演

普通醫學

問 答

臨 床

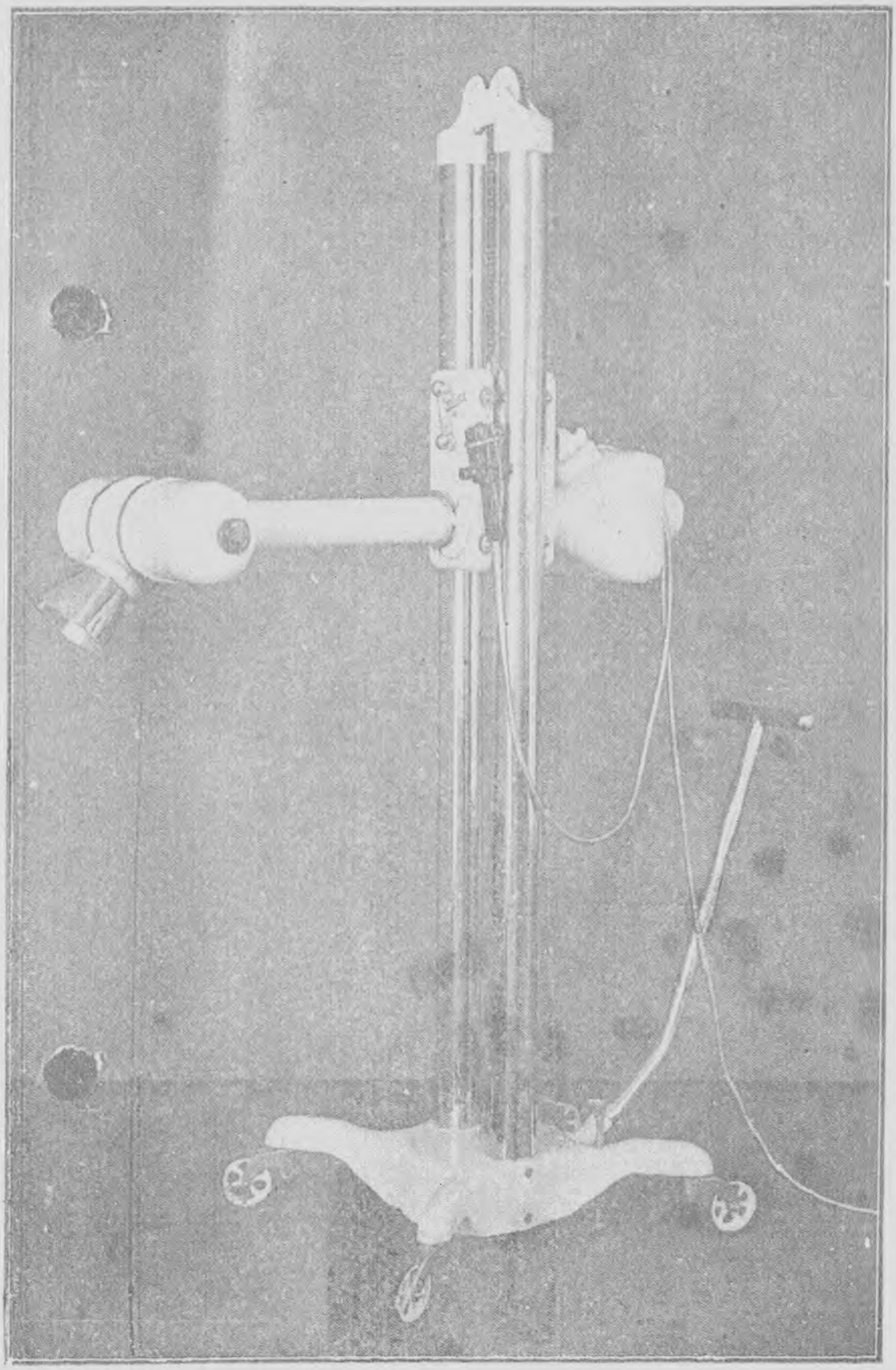
雜 俎



本社第四屆全體社員暨輔導員合影

石湘棣　王毓琛　孫迺忠　杜修時　康鎔楚　王學詩　牛扶漢　楊濟培　馬植　呂鈞珣　楊學遠　黃邦彥　王俊秀　傅謹徇

本社全體職員合影



本學院新購最近出廠倫托根機

論　壇

近視眼的感想

外科教授李伯蘅博士（熱河人）

言責自負

近視眼的簡單解釋，就是眼球的前後軸徑過長，遠方的物體結像於網膜的前方因此不能視遠物，如用凹面鏡來補正一下，使物像恰好結到網膜上，就可與正常的眼有一樣的視力了。最有意思的事，就是未曾帶過近視鏡子的近視患者，對於操作方面不感覺有什麼不得了的痛苦，自然他是不能駕飛機，不能開汽車的，不過營一般的度日生活，他還可以對付的過去，因為他不知道有正常視力的那種福氣，既或他撞擁一下或跌倒一下，也認為那是尋常的事，并不以為苦，更不以為辱。及至帶過近視鏡子的近視患者，就不是這樣了，他帶上鏡子還覺得自已的視力不充足，如果他的鏡子偶然損壞了，或是丟失了，他就覺得沒有眼鏡，是十分痛苦，甚至不敢出門，感覺到種種的不方便。這是眞正近視眼的感想。如把近視的意義推廣來說，就是眼光不遠大，只看眼前那一點的事項，數年以後的事，十數年以後的事或數十年以後的事，完全不注意的那種人，只顧目前得意，豈不知將來還有種種痛苦及危途，不更可說是近視嗎？例如近視眼式的農夫，耕地不用肥料，固可少下資本，但三二年後，地將荒蕪不毛，不能再耕。又如近視眼式的商人，掛羊頭賣狗肉，雖說是言不二價，童叟無欺，減價八折，老尺加一，實在他的內容完全是欺騙主義。不過俗語說，

「上當只有一回」日久天長，這種欺騙手段還是被人視破，以至無人再來光顧，這種營業手段，終要歸於失敗。以醫生而論，如無眞正實學，又無眞正良心，專用敲竹桿的方法來騙錢早晚也要被人視破，這種近視眼的行爲，不但自身受有相當的損失，也給醫界在社會上，減少很多的信仰力，使那無辜的同道受損。更可痛心的，是熱河亡省的人來談，在日本旗下，如何的平安殊不知將來子子孫孫爲人奴隸，不知多少年後，方可得到平等自由，說此話的人眞可謂爲有百度的近視了。但那些有唇齒關係省分的人民，覺得停戰協約已訂，大可高枕無憂，快樂洋洋，那末不也是近視眼的行爲嗎？古人云：「生於憂患，死於安樂」如衆同胞，還看眼前一點，必要不得了啦！古人崇尙，孝弟，忠信，禮義，廉恥，溫良，恭儉，謙讓，篤敬，仁勇，虔誠，勤愼，慈恕，這都是最好的近視鏡片。今人的眼鏡，多半是由貪詐。製造成的，外表好看，就是不能使人看遠。可惜！可嘆！

——完——

體質與疾病之關係

降　慕　和

體質從來分爲多血質，粘液質，胆汁質，神經質四種，依其種類，各各易罹疾病，爲有名之體質病理說。其後亦有提倡胸腺淋巴體質，滲出性體質等之學者，但關於體質之知識，久無進展。迨至近世，細菌學長足進步，疾病之原因，多判明自於細菌以來，體質之語，遂有認爲不明病之原因時，所用之遁辭矣。彼依細菌學，於傳染病之治療，固有把握，而於內科疾病，則多不能說明，故古人道破之眞理，自有其價值存在，非可任意湮沒者，關於體質之新研究，近年乃逐漸抬頭焉。茲就體質與疾病之關係略述之。

(一)體質之型　體質之分類，因學者而異，殊不一致，今就外形（體格）分之：

(1) 呼吸器型　呼吸器(鼻，咽喉，氣管支，肺等)較他部大，故胸部比腹部爲大，因而腸骨與肋骨下端接近，肋骨弓在鳩尾成銳角。多爲面長，鼻，頰骨，喉頭等高而瘦之人。

(2) 消化器型　容納消化器(胃，腸，肝臟，膵臟等)之腹部較胸爲大，因而腸骨與肋骨下端相離稍遠，肋骨弓在鳩尾成鈍角。多爲顎部擴張，較額部廣，肥胖之人。

(3) 筋骨型　胸腹均稱，四肢之筋骨適宜，多爲圓臉，額緣成一直線之人。

(4) 腦腦型　頭部較軀幹之比例爲大，尤以額廣爲特色，手足均小

，尤以足小。

(5) 混合型　二型混合者，呼吸器頭腦型，與消化器筋骨型最多。

(二)體質與疾病　易傷風者（鼻，咽喉，氣管支等易起加答兒之人）多爲呼吸器型之人；肋膜炎，喘息，肺氣腫，亦爲呼吸器型人易罹之疾病。反之胃腸病，肝臟病，糖尿病，結石病（胆石病，腎石病，膀胱結石等）以消化器型之人爲多。筋骨型體質，多爲頑健之人；但易患僂麻質斯，腎臟病，血管硬化症（血壓亢進症）卒中等病，頭腦型之人，多患頭痛，神經衰弱、不眠症等；各種之神經病，精神病亦多出於此型。

(三)體質病　體質病者，非直由毒物等爲病因，乃由體質所發之病，其影響更大。咽喉，氣管支等之加答兒，肺炎，喘息，肋膜炎，肺尖加答兒，肺癆等；胃酸過多症，胃擴張，胃無力，減酸症，胃潰瘍，胃痙攣，十二指腸潰瘍，盲腸炎，常習便秘，常習下痢，腸膜炎，腸結核等之胃腸病；內臟下垂症，胆石病等，均爲體質病。其他糖尿病，肥胖病，僂麻質斯，痛風，Basedow 氏病，腎石，膀光結石，尿分泌異常，腺病，貧血病，動脈硬化症，腦溢血，白血病，紫斑病，血尿症，皮膚病（濕疹），頭暈，偏頭痛，神經衰弱，Hysteria 精神病等亦可視爲體質病。

(四)病的體質　病的體質者，體質既近於疾病狀態之謂。種類不一，爲多數學者所提倡，今述其主要者如次：

(1) 胸腺淋巴體質　胸腺淋巴腺腫大，全身性的發育不完全，爲其特徵。對於易罹結核之毒物或刺戟，抵抗力小，有稍受感染即死者。所謂腺病質者，即此種體質人之淋巴腺，既被結核侵犯者也。

(2) 肺癆質　胸廓長或扁平，成爲鳩胸者，爲呼吸器型之病的狀態，易患肺癆。

(3) 痛風質　爲消化器筋骨型之病的狀態，易得糖尿病，肥胖病，痛風，僂麻質斯，喘息，皮膚病等症。

(4) 卒中質　類似痛風質，易得卒中，爲短軀肥滿之人。

(5) 滲出性體質　皮膚，粘膜之抵抗力極薄弱，易染咽喉，氣管支加答兒，肺炎，胃潰瘍，皮膚病等症。

(6) 無力體質　胸腹細長，心臟，動脈管小，易得內臟下垂症，胃擴張等症。

由上述情形觀之，體質與疾病之關係，至爲密切，體質既能招致疾病，疾病亦能影響體質，故研究體質病學，甚爲必要。近年以來，內分泌卽刺戟素學說大明，由此方面，進而研究之，闡明古人之眞理，根據現代之科學，自不難精進。再推而應用於實際，其由體質患病者，從而治療之，其在未患病之前，設法改善之。體質乃係遺傳，以結婚爲根本，故互求優良體質者而結婚，至爲重要。其他害體質之結核，黴菌，酒精，烟草等毒物，於吾人生活中，絕對禁取，亦爲必要之事。若待衛生思想之普及，設備之充實完善，因屬難事；但就食物，日光，空氣，運動等，力事講求，則於吾人體質之改善，不無小補。餘各藥劑之礦素，碘，鐵，至燐及鹽類（特爲鈣鹽類），水等，用之適宜，亦能收相當效果。如能再由刺戟素製劑，則收效當必更大，是全在吾人之努力耳。

—完—

關於整頓軍醫之我見

紫胆

醫家爲維護人類健康，解除患者疾苦之專使，故其行爲也祥和，其心底也慈悲，其人格也廉潔，醫院爲醫家施行治療之機關，故無論其規模之大小，設置之簡備，約皆以周密合理，井然有秩爲第一，此不特于醫師作業之成績有關，抑且亦醫家之天職也。

醫務而附之軍備中，謂之軍醫，其應設施完備合理，亦與他種務醫同，固不待言，惟世之談醫者，咸謂醫師而入軍醫，必陷墮落不拔，患者而就軍醫，亦必危險萬端，余初不解其所以，年來中日之戰與同仁參加救護事業者，屢屢就觀察所得，始深悉我國軍醫之破產，以及醫務人員之腐敗墮落，實有不堪思憶之實事，間常思考其原因所在，不外下列數項：(一)軍事領袖者，對醫務隔閡，不知注意，(二)掌醫務者，功利主義過勝，未肯開誠整頓，(三)軍醫人材缺乏，入軍隊者類皆平庸無能，有此數項原因軍醫事業之不振也宜矣，謹就現行軍醫制度略陳感痛行興革之意見，以供同道者之參考焉。

(一)考核醫務人員之學識——每見軍醫人員，選擇過於浮濫，執醫療之重任者，類皆係行武出身，醫學上之基礎知識既絲毫不諳，臨床上容或稍具經驗，亦多墨守成方，拘于定規，簡陋俗俚，不堪應用，談外科則用黃碘；談眼科則用硼酸，刀圭之應用，常時既乏學術上之陶冶，故間或稍知一二，亦皆操作拙劣，淮毒狼狽，不堪一覩。談內科則有『Rof斯瓜林除氏散，又治咳嗽又治喘……』等

濫調，縱橫施用，鐵律無訛，如此而談醫病，實滑稽之至，以是軍醫院中常有庸醫殺人而不自知之趣聞，余意以為軍中既設軍醫，即當稍具規模，雖則不能聘請專家，分任各科；其所有醫官，至少也須具普通醫生知識，尤以內科，萬不可托之行武出身者，濫於施藥，草菅人命，因之主張，凡校官以上者，概須聘正式學校畢業者任之；行武中之成績優良者，以尉官為止。

（二）嚴厲訓練看護兵：軍醫院之整潔；病者看護之安全；以及清潔衛生等事宜，除醫官及院長隨時指導外，其大部責任，皆在看護兵之智識高低，收醫兵之練訓，為整頓軍醫刻不容緩之要圖，如病人看護法，臨時救急法，傷兵運輸法，繃帶交換法，以及一切外科室中消毒法等，無不最關醫官作業之速度及成績，故平時須努力切實訓練，此不但于患者之生命上直接有關，抑且與觀瞻上關係最切，曾見某兵士頭部纏一腿腫繃帶，纏絡既不合規，外觀亦頗不雅，任意捲束，麗然如腫，未幾即見帶鬆藥墮，創染污穢，翌日化膿，言之實堪痛心，此外如繃帶交換不循法規；驟遇危急即無所措手，因之遺誤治療之機，而為草菅人命之尤者。

（三）擴充設備——欲知醫務成績之優劣，必先考察其設備如何，鮮有設備簡陋，而能獲佳良成績者，工欲善事，須先利器，況醫者之對病人乎！常見軍隊中軍事長官，既困於經費，醫務領袖，則尸位自肥，言之設備，敷衍塞責，草率從事，外科室中欲尋一切新刀而不可得。麻醉藥，係數年前所貯者陳舊分解不堪應用，以之而談治療其危險何可言狀，余意以為無論財政如何困難，總部醫院中必須具下列數項設備；

（一）合理之外科室及手術室——西醫而言外科，其最重要者，如在消毒之嚴密否；器械之完善否，處置之合理否；常是某軍醫院中醫者交換繃

用法將大塊綿花及鑷子浸之石炭酸液中，以污穢手指入液撈取，即行擦拭瘡口，擦畢後。復將滿塗膿汁及分泌液之鑷子，浸漬液中，詢之則謂石炭酸液係消毒藥品，殊不知此區區稀毒藥液，實無若大殺菌能力，徒增細菌傳染媒介，危險實不堪設想，余意以為無論如何，此項合理化之外科室及手術室，為軍陣醫院之第一急需者。

(二)簡便之內科檢察室：　西醫而談內科　絕非中醫之望聞問切，陰陽五行，所可決定疾病之由來，常有因類症不能鑑別而誤投藥石，以致殉命者，譬之惡性瘧疾，往往與假性傷寒不易鑑別，倘若作血液染色檢查，則是非之斷，可以立見，否則即有經驗之醫生，詳察經過，仍可錯誤，利害所繫至大，況簡易檢查，設置容易，所費無幾，如糞，尿，血液，咯痰等，只須添購顯微鏡一，及其他零星什物若干，試藥數十種，即足緊要檢查之需。

(三)充實急需治療用械：　軍醫服務談者以軍陣外科，推為第一要須，故設置上亦以完備外科設置為最重要，蓋戰爭發生後，負創將士，前方歸來能得適當之醫治，則軍醫之能事盡矣，每見掌軍醫者，忽於平時，一遇戰爭，傷兵擁擠前來，呻吟呼號，慘不忍聞，軍醫院中以素無設置，窮箱搜篋，不得一止血鑷子，竟坐視大好健兒，終於死亡，此於醫者良心上既有虧缺，且亦負國家平時爵祿之恩，大非國家慈悲為懷之所可許。余意以為無論如何，在可能範圍內，必須盡量充實軍陣外科上之設施，如截斷術，剖腹術，開胸術，等器械，尤須取用應手，至於骨折之處置，彈丸之摘取，極有應用X光線之必要，儘可斟酌情形，設法添置，庶幾醫者得盡量發揮其才能，將士得早期恢復其健康，而完成軍醫之工作。

(四)改良病傷士兵之待遇：士兵平時生活刻苦，待遇粗劣，然欲練成一能吃苦耐勞堅忍勇敢之健兒，固宜如是，惟負傷或臥疾之後，其體力精

神，已皆異常衰憊，苟待遇不佳，往往可以促其速死，況醫院爲普濟救人之所，全軍之衛生模範機關，豈可以汚穢草率，拙劣因循而了事哉，常見士兵負傷自前方來，泥垢汚穢，狼狽不堪，入院後衣物既不能更換，飲食又不能如意，席地而臥，衾褥無着，甚竟因飢饉凍餒而病勢轉重，以致死者不少，亦云慘矣。余意以爲軍醫院固不能與規模宏大之醫院相比擬，但求其乾燥清潔溫暖看護周到似甚易易，醫務領袖，宜開誠努力，本自己之良心，及能爲，善向軍事當道詳細解釋，指揮屬部醫務人員，共同商磋研究，以期達到一較優良完美之軍醫而後可。

(四)提高醫務人員之待遇：軍中之醫務人員固屬軍佐之一種，然在技能學術上，似具有特殊能力之人材，絕非其他如經理、文書副官軍，法等處之泛泛者可比，故欲聘優良之醫生，必須提高其待遇而後可，「閑時不識疾病苦；病後總恨醫生無能」亦可以喚起掌軍者之注意也。

(五)改良團醫務所：團醫務所之使命，一方在平時指導團中士兵居住行軍之衛生清潔：一方在負責治療士兵之疾患，遇戰事發生時則担負救急處置，及運輸傷兵之全責，故醫務所中之醫生，最關於全軍衛生之設施及治療預防之合法與否，譬之遇戰事時，對創傷裹紮之安適，止血之完全，消毒之嚴密，以及運輸之安危否，皆與治療預後上有莫大關係，倘一味敷衍了事雖軍醫院中如何設置周密，亦鮮有不失敗者，常見團下醫務所，平時設置簡陋，狼狽汚穢　藥劑中僅有小瓶數十，亦皆陳腐不堪一用，一遇戰事更茫然無所措手，士兵負傷則瞠目咋舌，生視斃命，否則草率從事，妄運後方，目覩慘死，良可浩歎！余意以爲應切實改良其組織，訓練其學兵補充其設置，對主任人選，尤宜考核注意，總以作事敏捷，技術熟練者爲合宜。

以上所述皆係個人具體意見，致于現在軍醫之趨向以往軍醫之規定即

既無暇參考，當然隔靴搔癢難免盲人瞎馬之譏！惟自信無論何項事業，只須爲首領者肯本着良心脚踏實地去作定能獲用意成績。醫務事業本，清高醫師人格本極純潔曷可以攙雜奉祿隨溷且汲汲于名利是圖而爲同道者羞耶！至于所述興革事項自知閉門造車，未必合于世轍，尚望河內賢達有以糾正焉。

十二月十二日　誌于六安軍次

到民間來

赫　光　漢

處於今日之中國，誰都感到國衰民困、不可收拾。並且誰都感到人人都有爲國家應盡的責任。這些例證當然很多很多，我們且拿來作個側面對照，來看看我們醫學界本身的責任究是怎樣。

談到我們中國醫學界，眞是慚愧的很！國粹醫學數千年來入於玄學的迷途，至今已爲科學的重力擊破；縱令　發革新家大聲疾呼，還且未能喚醒世人迷夢。所以中國醫學界的責任，早已由國粹醫學界移於新醫界。這是如何值得我們注意的事！況乎我國自十餘年來，天災人禍，戰亂相尋，造成人口的死亡率　已爲歷史上可恐怖之一頁。兵匪過處，白骨蔽野；疾病之來，家室一空。穩婆無知，扼死多少嬰兒；鍼灸無術，葬送若干壯漢！長此以往，卽此嚴重之人口問題，亦是以亡國而有餘。故一方應積極設法使死亡率之減少，一方再從事於生產率之增加，以建立復興中華民族，挽回殘破局面之根本大計。這種嚴重問題之於新醫界，正是「舍我其誰」「責無旁貸」的。

我們既然担負了這樣重大的責任，那麼欲達到此目的，不得不尋求一條正確的道路。換句話說：就是怎樣設法達到很滿足的作衛生的事業——治療，防疫和公共衛生的建設。就事實的指示，在近十幾年來，比較大的都市裏大概多已有了正式的負責任的醫生工作着：倘是那鄙陋的民間到底是怎樣呢？民間的環境是煩悶的，享樂主義者的醫生不來吧！民間的經濟是凋弊的，拜金主義者的醫生不來吧！此外生活無由調節，精神感覺寂寞

聲名傳播不廣，身價又似過低，，加之……等等，也無怪乎諸位大醫士們望之却步！於是一般江湖派——失業軍醫，醫院工友——便乘隙鼓簧，信口吹詐，掛羊頭，賣狗肉，恣意妄爲，深深的給民衆一種不良的印象。到處民間之批評新醫如何如何，其造孽之源，端在於是。所以無認識者無認識認識荒謬者，認識荒謬；眞正的醫學他們是完全莫知所以。民間如此情形，試問誰去療疾？誰去防疫？誰去作公共衛生的事業？民間如此情形，試問人口死亡率何由減少？生產率何由增加？醫學救國的責任又何由得盡？

醫療原不僅是都市人和少數資產者所應獨享的；所以年來「醫療民衆化」的呼聲已高唱入雲了。我們既作爲醫學界之一員，又抱負着慈善的大公的意思，當然不能只孜孜於自我的享樂而忽略了重大的醫學救國的責任。醫療機關和醫藥學校固應積極注意於斯道；而國內外的醫藥畢業生和已經執行醫務的同人們，馬上應該作到民間來的先鋒隊。各本自己所學，盡心的向實際上求經驗，謀發展：遵守醫生道德，接近民衆，同情民衆；剷除拜金的私慾，竭力矯正一般江湖派醫生的惡習，以開闢新醫的正當途徑；予民衆一個正確的認識。自然可以在你的宣傳和實際工作之下來達到你的目的——療疾，防疫和公共衛生的建設。那時你自己的責任盡到了，也就是盡到了醫學界的責任，聯合各個人的成績，當然有不可思議的大貢献。同時自已的生活也得滿足，精神也得愉快，於公於私總算得其心之所安了吧。

漢自本學院畢業後，即本此宗旨，糾合同志設東臨醫院於山東之聊城。聊一魯西僻縣，當地民衆對新醫認識誤謬，殊爲可嘆！開幕後低價診療，廣爲宣傳。銘於座右曰：矯拜金之私慾開新醫之正道：本科學之精神，謀同胞之健康。時自警惕。雖所學有限，初未敢稍變其作學生態度。目擊民間疾苦，頗或於心，懇摯之論，略代民衆請命耳。深盼熱心同仁，有以

教授。

二二，十二，八。

脫稿於東臨醫院診療室。

專著

葡萄糖應用於治療之原理撮要

院長醫學博士 馬馥庭

自葡萄糖應用於治療以來，用途日見推廣，幾於無處無時不使用之，因其不但爲人體各種細胞最易利用，且無論以何法使用，如內服或注射，其奏效均等，即一時使用大量，亦不見生有如何之害，因有此種種特點，葡萄糖遂於治療藥品中，占有特殊之地位矣。

1, 葡萄糖 (Traubenzucker、glykose,Dextrose, α—glykopyranose) 之一般性狀 純葡萄糖爲白色無臭而味甘之結晶體，其甜度較蔗糖約小二三倍，加熱至 146° 則熔解，至 200° 以上則變化，在普通室溫 100份之水，可溶解 80 份之葡萄糖，吾人可製得 60% 之溶液，但於加熱時亦可製得 70% 以上之溶液，不過冷後約經一晝夜，仍漸脫出而結晶，於化學上純葡萄糖不含水分，不過因其價值過昂，通常多使用普通之葡萄糖，特名 Dextropur者，(其熔解點爲 82°) 其化學分析如下：

Dextropur	葡萄糖 ($C_6H_{12}O_6$)+結晶水(H_2O)	99.7%
	灰質成分	0.02%
	其餘爲多糖類 (Polysaccharide)	
	遊離酸類及重金屬鹽類均無，	

因 Dextropur 含有結晶水，故於製造一定濃度之葡萄糖液時，應行注意，通常使 Dextropur 液較欲得之純葡萄糖液增濃 10% 加足，除此以外經各家多方實驗，結果知 Dextropur之一切功用，毫不減於純葡萄糖也，即應用於皮下或靜脈內注射，均無不可，通常使用之 Dextropur 液，多於濾過後煮沸 10 分鐘，或先將 Dextropur 加熱於乾燥消毒器內亦可。

2，葡糖爲營養劑(Nehrmittel)

葡萄糖爲無須變化無需於消化酵素之作用，即能爲腸管於所吸收之唯一營養劑，於口服時每一小時平均體重每 1kg可 用 1—2 gr. 之葡萄糖，應用液之濃度，不影響於吸收速度，僅胃液之分泌因之發生變化，自於服用濃度甚高之葡萄糖液時，每分泌 Alkali 性之胃液，而腸管對葡萄液之吸收速度，則反因輸入之葡萄糖量增多，而加速，故於濃溶輸入葡萄糖時，能增進腸管吸收量，至於因之而起疲勞者，則永未之見，亦屬可異之事，且其吸收作用，亦無需於酵素，晝夜不斷，永無停止，而腸管亦不起任何之解剖上損傷，故於一定之患者，急速需用大量之含水炭素量時，葡萄糖之應用，亦可延及於之間，最稱便利，惟於食用含水炭素極少，而脂肪甚多之飯食後，若以葡萄糖液灌腸或皮下注射，則感覺不適，大概由於肝臟細胞，因含脂肪多而糖原 (Glykogen)少其作用減弱之故，

吾人於淨止毫無工作時，僅以葡萄糖即可足供其全身熱量之所用，尤於健康者，則所用之葡萄糖其量之多少或濃度大小均無關係，胃幽門調節葡萄糖之輸送，以免腸管受害，且先於十二指腸濃集以適小腸之用，至因葡萄糖之服用而起之消化性血糖過多與糖尿症，則全視預先之食物如何而定，如自來食物所含之含水炭素充足時，即用大量之葡萄糖亦決無該等症狀之發生，通常於內服葡萄糖 2—3 分鐘後，血液中則可見有糖分，故以之治療，因 Insulin 過量所起之危險症，最爲適宜。

爲治療用時，如應口服，通常可以葡萄糖代替蔗糖，加入各種飲料或食品中即可。如因其甜度較小，可增用蔗糖之三倍量，如不嗜甜味者，則可加入於冷物品內，（如冰其淩，汽水等）以減輕其甜度，可隨人而異。據醫家之經驗，每人日服 200—400gr. 之葡萄糖，消化器部及物質代謝方面，均無防害。

葡萄糖亦可應用於哺乳兒之營養，通常以5—10% 之溶液，混入於各種飲食品即可。

如上所述濃厚之葡萄糖溶液，能變化胃液爲 Alkali 性，故用之於胃潰瘍，甚爲合理；葡萄糖之能較蔗糖減弱胃酸之理，或因其分子量較低之故歟？（蔗糖之分子量約高二倍於葡萄糖）

於使用葡萄糖，而應隔過胃臟時，則可藉十二指腸或空腸消息子，（Duodenal—od. Jejunaldauerson !e）而將其直接送入於小腸內，此時應注意避免腸黏膜，因溶液之高度滲透壓而變刺激，則所用之葡萄糖液濃度，不可超過10%即其他之分子量小而能影響滲透壓之物質，（如食鹽）亦以避免爲宜，至其用量大小則與通常無異，不過爲便於腸管吸收起見，應減少腸內容之滿度，以食用流動品爲當。

以點滴灌腸法(Tropfeinauf)行直腸內營養（Riktale Ernahrung）時，尤以葡萄糖爲最良之營養劑，因直腸內不含消化其他營養劑（如脂肪蛋白質，蔗糖等）。之各種酵素故也。此時可用15%之葡萄糖液，如於每Liter 溶液內加入15滴之鴉片液，(10%)以安靜腸管，更爲適當，通常以此點滴灌腸法可於24小時之內，用至2Liter 溶液，亦即用20—300 gr.之葡萄糖也，於此應注意者，即於24小時之內，應有二次之休息，每次一小時，又灌入宜緩慢，如腸內覺有高度壓迫，應即行停止。

3. 葡萄糖爲解毒劑（Ertgiftung smittel）

於多數患者以葡萄糖營養，如謂其有使病勢減輕之力，尚不如謂其能使肝臟之解毒作用增强爲當。因 glykogen 含量充足之肝臟，亦較貧於 Glykogen 含量者，不易損傷故也。據多家可信之經驗，各種毒物如喝啡 Zyankali、Chloroform 等中毒，因服用大量之葡萄糖，其毒傷大減；此蓋一方因葡萄糖在肝內所生之產物，如 Glykoronsaure. Dioxyaceton 等與毒物於結合，發生解毒作用，而他方因肝細胞含有充足之 Glykogen. 抵抗力增强之故也。葡萄糖不僅能更健康之肝細胞增强抵抗力，即對於有病之肝細胞亦能（如急性或亞急性肝萎縮症，初期肝硬變，黃胆症等（因之於多數肝臟病，使用本品治療，通常爲使葡萄糖易爲肝臟所利用起見，每併以 Jnsulin 注射，即每日二次內服30 gr, 葡萄糖，每次半小時後注射 Jnsulin 5 單位。

十二指腸洗滌(Duodenalspulung)時，多家亦樂用葡萄糖液，因其不但較他種藥品（如 Magnesiumsulfat）毫無毒傷，且能引起胆汁之暢流故也。

葡萄糖之能影響於脂肪之分解，其原理吾人現尚未明，僅知於體內缺少葡萄糖時，（如糖尿病）即有 aceton 類（B—oxy—Buttersaeure Acetessigsaure. Aceton）之毒物發生，而有引起昏睡（Koma)之危險，內服或靜脈注射多量之葡萄糖，則較貧前多用大量之 Natriumbikarbonat 對昏睡有良好之効力，即於動物試驗結果，亦見動物體內輸入之含水炭素愈少，則對於含水炭素之利用能力亦愈弱也，因此吾人對糖尿病治療，應與以限制脂肪，而含易於吸收之葡萄糖食餌。

有許多之外科家，如 Rehn 等常於雖非糖尿病患者亦於手術之前，與以葡萄糖，於必要時更伴以 Insulin 注射，以防因手術而起之 Acidose，亦有多家以此爲不必要者，因手術所起之 Acidose. 於臨床方面常無顯著之症狀發生故也。但於行此種手術，即消化器部應完全

空腹者，則以用本品爲宜，蓋葡萄糖不但易於吸收且無增加腸內容物與腸細菌（Bakterienflora）之弊，故甚可取。

葡萄糖除以上所述對肝臟有良好作用外，最近更知對循環器系亦與良効，事實雖已證明，而其原理現尚未詳，自 Budirgen 以葡萄糖靜脈注射，治療心臟衰弱，而良獲効，後各方研究知口服對循環器系疾病亦有同効。

4，葡萄糖對液體同張力之作用（Traubenzucker zur Isotonisierung von Losungen）

葡萄糖之分子量（180）較小，故其濃厚之溶液，具有較高之滲透壓，如於多數患者，尤於手術後，應以注射法輸入大量之水分時，則所用之注射液，以加何劑爲最適合於身體之同張力，誠爲問題，從前多用食鹽，繼知食鹽非毫無妨害者，不但於有腎臟病者不宜，用多量之食鹽，即於其他患者輸入之注射液，其水分固可因蒸發及排尿等作用而排出，而食鹽之排出速度，則不能與之取同一之步驟，亦屬不合，故目下多主張以葡萄糖代用之，且同時可利用之爲營養劑，於此時所用之純葡萄糖液濃度爲5.4%，若用 Dextropur，則爲6%，若行皮下注射時，則濃度少有出入，亦無大害，因組織對透滲壓之少有變化者，具有較大之抵抗力故也，故皮下注射時，注射液之水分，收吸甚慢，而葡萄糖速被吸收之後，組織內之食鹽，遂滲入於注射液中，因之注射液仍能繼續操持其同張力，通常約於注射後 2—3 小時，葡萄糖液之濃度，約減至半數。

5，葡萄糖爲脫水劑（Entwaesserungsmittel）

吾人以同張力液體注射於靜脈內，則見水分之變動，或由細胞進入血管內，或與之相反由血管內進入細胞內，如試以具有高度滲透壓之液體，注入血管內則其初由組織也脫水作用，原有之漲脹消失，於腦部

尤爲顯著，因之血液內水量增加　其粘度及血色素量低減，繼則血液內所含之過量水分，經腎臟排出，而得復歸原態，故最後結果全身起脫水現像，據 Ernst 試驗結果，40—60%濃厚之溶葡萄糖液、脫水能力，較高於滲透壓相等之食鹽液，（濃度約 10%）且於靜脈內注射濃厚之食鹽液後，每有危險症狀及苦痛感覺，如燥熱，苦悶，高度口渴等症，又於注射 1—2 小時，因食鹽進入細胞內，而反使細胞之脹脹增加，恰得相反之結果者、亦有之，而葡萄糖則無此缺點　依此原理　葡萄糖遂廣用於腦內壓迫症增高等，（除因菱形窩疝變而起之腦壓增高爲例外）特於美國各外科醫好爲於腦手術之後，行葡萄糖液注射，以減輕因腦水腫所生之腦內壓增加。

於出血性卒中症，（Blutungsapoplexie）出血之周圍，常有水腫發生，故於該症發生之短時內，速注射以 50—100ccm 之 50%葡萄糖液，每有良效，且有時更能使痲痺症狀亦著爲消退，又於頭骨外傷，而伴有高度頭痛者，亦常因葡糖糖液之注射，而一般之症狀減輕及外傷性水腫消退。

利用葡萄糖脫水作用，時於重症之急性腎炎，有高度水腫者，無論乾固食品或流動液體，均應避免之時，使用 50% 葡萄糖液 100 ccm 注射，尤爲適宜，名和腎臟疾病，凡併發血壓增高，尤於且至起痙攣現像者，亦均可應用本品。

於氣管枝擴張症，吐痰量至二三百 ccm 以上之多時，每因葡糖糖注射，使痰量大減，又於肺水腫時，利用葡萄糖之脫水作用，於放血（aderlass）後，注射 100 ccm 之濃厚葡萄糖溶液。

於重症之眞正尿毒症，（Uramie）所起之下瀉嘔吐等中毒現像，亦多試用葡萄糖之注射，以增加人體之抵抗作用。

6. 葡萄糖應用於創傷治療（Traubenzucker in der Wundbehandu-

ng) 於創傷面，散佈以葡萄糖末，或塗抹以濃度之葡萄糖液，則因其高度滲透壓之作用，創面之分泌液增多，其周圍組織發生强度充血，依此作用，一方可使創傷之壞死部份迅速脫落，他方可促成肉芽組織之新生，使創復速愈，通常潔淨之 Dextropur ，於已污之創傷，(septische Wunde) 可直接應用，無須消毒，於管狀創傷，則可以浸於葡萄糖液之紗布條，塡塞之，葡萄糖液於創面除有高度之滲透作用外，確尚有滅菌能力，吾人於糖醃法，以保存水菓，即可爲証，葡萄糖應用於創傷治療，實倍優於蔗糖，蓋因葡萄糖之滲透壓，既二倍於蔗糖，且於組織之吸收時甚易同化，又蔗糖之水解作用，則非須胃酸或小腸轉化糖酵素之力不可，故蔗糖於物質代謝之中間，可以異物視之，試以蔗糖溶液注射於動物之皮下或靜脈內，則見所有之蔗糖，仍經腎臟而排出，毫不變利用也，

7. 葡萄糖應用於靜脈瘤　最後有人主張，注射濃厚之葡萄糖液，於靜脈瘤內，思藉其高度滲透壓作用，誘起該血管發生無菌性靜脈炎，血管壁逐漸肥厚，以至於閉塞，惟於實際尚無相當效果，不過本品不但價廉，而且無害，故大可多加試驗，以期於有所得也。

女子便秘

產婦科助教張評軒

大便的生理現象：

大腸之內容物，經腸壁之蠕動作用，而漸集合于S 字狀腸內，至一定容積後，則因其强度收縮而輸入于直腸，因直腸粘膜求心性神經受刺戟而生反應，則起排便動作，此種排便動作，可因練習及習慣成爲隨意性機轉，而致成每日有一次之排便，爲生理現象也。

當排便時，因糞便先集聚直腸部，則直腸壁受刺激反射而收縮，同時結腸下部蠕動增强，肛門括約肌弛緩，並腸壁粘液之滑脫及腹壓之抗進，(如橫隔膜下降，腹直筋之收縮等)，則將糞便排除于外矣。

糞便生理之性狀，如糞量可因食物之種類而不同，蓋于二十四小時內，約有100——200 gr.，不過攝取植物食時，其量增多，肉食時則量較少，其色澤普通爲棕黃色，肉食時稍帶黑色，稀稠度普通爲糊狀。

女子便秘的原因：

便秘者，乃糞便停儲于結腸較久之謂也，即排便遲慢，或排便後不久仍欲入厠，故時有糞便一次之量，須數次始能排出之，又或相隔長久之時間，(數日或十餘日)，尚無排便之動機，故其糞便多爲塊狀而硬，亦有如羊便者，其原因可分爲一般的原因，器官病變的原因，及結腸機能性障碍的原因三種。

一般的原因：——　不適宜之飲食，如含渣滓少者，鷄卵肉類等，對于腸粘膜少有刺激，故其蠕動慢，以致糞便發生蓄積，此所謂食物性便秘 Alimentaere Obstipation，又有許多不良之習慣，如因煩入厠者，雖覺有排便之刺戟，而故意抵抗之，習慣于灌腸者，久之則排便之生理

刺戟麻痺，則漸成所謂習慣性便秘Habituelle Obstipation，此外于久坐之職務及不愛動作之人，均可發生便秘症，此即所謂職業性便秘 Berufs Obstipation。

器官病變的原因：—— 如分娩過多，腹壁弛緩，每於大便時腹壓力太小，因之而成便秘現象，患內臟下垂者，此種體質之人，最易起官能的消化障碍而便秘，即所謂內臟下垂性體質 Habitus Asthenicoptoticus，子宮後屈 Retroflexi，Uteri，可壓迫腸壁，腸管狹窄，蠕動緩慢，致糞便通過困難，而呈便秘，直腸癌腫 Mastdarm Carcinom，發生腸管狹窄，機能障碍，而生便秘，直腸或肛門受外傷或炎症及手術治愈後，直腸粘膜形成瘢痕性收縮或狹窄，致糞便通過發生障碍而便秘，又於姙娠期中，常發便秘症，概亦爲腸管受壓迫而狹窄，致糞便通行困難也。

結腸機能性障碍的原因：—— 結腸機能性障碍，即其自動的動作中樞 Automatisches Bewegungscentrum，發生障碍時，如 Plexus Myentericus，或名Auerbach'sche Plexus，異常緊張或弛緩是也，其緊張時，起腸肌蠕動過强 Hyperperistaltik，可阻碍糞便之通行，而起便秘，此即所謂痙攣性便秘 Spastische Obstipation 常見於鉛及 Nikotin 中毒之患者，其弛緩時，則起腸肌蠕動不足 Hypoperistaltik，致發糞便之蓄積而便秘，此即所謂弛緩性便秘 Atonische Obstipation，常見於阿片中毒之患者，又結腸機能亦受其自律神經系 Autonomes Nerensystem 之支配，如在迷走神經緊張者 (Vagotoniker)，因結腸痙攣性收縮，亦常發便秘症也，並患之者亦多見於有神經質體質者，此外便秘亦可續發於有劇烈疼痛之病症，如胃潰瘍Ulcus Ventriculi，十二指腸潰瘍 Ulcus Duodeni，慢性盲腸炎 Chronische Appendicitis，肛門裂瘡 Fissura Ani，痔核 Haemorrhaiden，以及女子生殖器諸病變等。

便秘對於女子全身健康所發生之障碍：

分泌異常 Sekretion-Stoerung:— 在女子患便秘長久時，因糞便之蓄積於直腸或結腸，則壓迫腹腔而引起生殖器局部血液循環障碍，致其分泌增加，發生白帶。

月經障碍 MenstruationS toerung:— 於常習便秘之女子，往往發生月經異常，即無月經 Amenorrhoe，月經過少Oligomenorrhoe，月經困難 Dysmenorthoe，月經過多 Menorrhagie等症，如卵巢因糞便之長久壓迫或刺戟，以使其機能減退，或誘發炎症，而致成卵巢內分泌發生障碍，輕則可致月經過少 Oligomenorrhoe，重者則發生無月經 Amenorrhoe症，如子宮受壓迫時，子宮局部之血液環流發生障碍，則子宮發生流性充血 Passive Hyperaemie 現象，可成月經過多Menorrhagie症，同時其體腔或子宮頸，受壓迫過甚時，則其子宮體與管腔均發生狹窄，致血液不易流出，而發生月經困難 Dysmenorrhoe

子宮出血 Metrorrhagie:— 因子宮受壓迫，而發生實性充血 Aktive Hyperaemie 稍受刺戟，最易出血，其理與月經過多同，又于姙娠經月後，因便秘之刺戟，致姙卵一部脫離，血管則開放而出血，甚或發生流產者有之。

不姙症 Sterilitaet:— 因便秘而發生之分泌異常，月經障碍，子宮之位置變化，均可爲不姙症之原因，又于子宮體頸因受壓迫而發生管腔狹窄，致精絲通過困難，而發生不姙症，此外於陰道受長時間之壓迫，致陰道後壁下垂或脫出，精液難存留陰道內，亦爲不姙症之原因也。

陰道疾患 Vagina erkrankungen:— 因便秘長時間之刺戟，而發生陰道炎，或於直腸陰道中隔發生膿瘍 Abscess，漸次破潰穿孔，可致出直腸陰道瘻 Mastdarm-Scheidenfistel，更有因便秘而施行長久灌腸治療時，以灌腸器不適當的插入，而致穿孔，亦可發生直腸陰道瘻，又有因便秘長久之壓迫，而發生陰道後壁下垂或脫出，因連帶關係，亦可牽

引前壁及子宮之下垂或脫出，如此陰道粘膜及子宮，因受外界之刺戟或侵襲，而發陰道炎及白帶過多症，甚或發生及糜爛及潰瘍等。

子宮位置變化及炎症 Lageveranderungen und Entzuendungen per Gbaermutter:— 子宮因受便秘之長習壓迫或刺戟，而發慢性子宮內膜炎 Endometritis Chronica，或子宮頸內膜炎 Endometritis Cervicalis，甚則亦可發子宮外膜炎Perimetritis，或子宮周圍結締織炎Parametritis，同時子宮因壓迫牽引或本體及周圍有炎症關係，亦可發生子宮前傾前屈 Anteversio—flexio Uteri，子宮後傾後屈 Retroversio—flexio Uteri，子宮下垂或脫出 Descensus oder Prolaps Uteri，及其他一切之子宮位置變化。

子宮附屬器之障碍Adnexe Stoerungen:— 如卵巢輸卵管因壓迫或刺戟，而發生卵巢炎 Oophoritis 及卵巢能機不全症 Ovarial inssuffizienz，或輸卵管炎 Salpingitis 及輸卵管愈着閉鎖 Tubenverschluss，又子宮廣靭帶，因刺戟而呈炎症萎縮狀態，或壓迫而失去其彈力性，發生弛緩，則與子宮之位置變化，大有關係也。

痔核與肛門裂痕 Haemorrhoiden und Fissura Ani:—— 於常習便秘之患者，因痔靜脈受長時間之壓迫刺戟，致發生血液循環障碍而鬱血，久之因鬱血現象，而使局部靜脈擴張，則痔核發生矣，肛門裂痕乃因乾硬之糞便經過肛門時，以其强度之壓迫，則肛門之粘膜發生破裂而然，此後漸因肛門直腸之不潔，亦可發生肛門瘻 Fistel Ani。

腫瘍 Tumor:—— 往往因便秘長久之刺戟，而發生直腸癌腫及茸腫 Carcinom und Polypen Des Mastdarm 等。

妊娠障碍:—— 於妊娠初期，往往因便秘之刺戟，致使胎衣脫離出血，而發生流產，在妊娠末期，因受壓迫關係，使胎兒發生位置變化，致生難產，或壓迫產道，發生陣痛微弱，致胎兒通過困難，發生難產

，又因子宮常受刺戟，而現麻痺現象，則產後子宮收縮微弱，而發生產後大出血。

一般症狀Allgemeine Symptome：——　因排便遲慢，則腹部時覺飽滿，下墜，不安等，並有惡心，嘔吐，食慾不振，頭暈，耳鳴，頭部覺有充血現象，頭痛，偏頭痛，牙痛，腰痛，薦骨部痛，坐骨神經痛，胃痛及神經性消化不良等，有時口唇起匐行疹，又於自神經質體質者，往往因便秘引起心氣憂精神變化，此外體重與外觀上，不現何等變化，但有時亦有現貧血現象者。

女子便秘的處置：

便秘的預防法：——　便秘的預防法，首宜每日須有定時之入厠，因食物中含渣滓少而致發便秘者，須時時更換食物，乃爲富於渣滓之食物也，如麩面類，豆類，菜屬，水菓等，其他如酸牛乳，或參以 Agar—agar之食物亦可用之，但換食物時不可太快，否則恐見發酵性消化不良，又久坐少動之人，發生便秘時，宜令其行適度之運動，此外宜時常沐浴，亦可防止便秘之發生也，如已患便秘時久，則早施以治療之。

便秘的治療法：——　便秘的療法，可求其原因以治之，以腹壁弛緩及內臟下垂而發者，可助之以寬腹帶，或時常行腹部按摩及電氣按摩法等，如子宮後屈爲其原因者，可先行後屈子宮矯正術，子宮位置正常後，便秘或能自愈，以直腸癌腫而發者，可行外科手術以治療之，以直腸肛門狹窄而發者，可施行肛門直腸擴張法，以妊娠而發者，於產後或能自愈，否則速行治療，即投以瀉下劑，以免成頑固性者，因中毒（鉛，阿片）而發者，可先去其原因，有神經質體質者，可給以强壯神經劑，如因其他病症而續發者，可速將該病治愈，便秘亦或自愈。

瀉劑之應用，初或不可缺乏，但非必要時，不可常用，恐有損於腸膜，而成習慣者。

普通瀉下劑有種種，最常用者，如防止腸管吸收之下劑，如，Sal. carolin fact 15,0，Natr. Sulf. 15,0—20,0，Natr. phosphor. 20,0，Magnesium Sulf. 10.0—20.0，Magnesia usta 10,0等，刺激腸管之下劑，如 Sennesblaetter 1,0—2,0，Oleum Ricini 15,0—20,0，Pulv. Rhei 0,5—1,0，Phenolphthalein 0,5，Cascara Sagrada Extr Fluid 20,0—30,0 滴，Pulv Infantum 5,0，Aloe 0,2—0,5，腸消毒劑，如Calomel 0,01—0,1，其他或飲用礦泉水亦可，每早服 30—40 瓦，又用大量之乳糖，20,0—30,0，亦有緩下作用，此外亦可用坐藥以治療者，如Glycerin—Suppositorium。

在痙攣性便秘之患者，應給以無渣滓之食物，切勿驟給以瀉下劑，因腸膜之受刺戟，更易引起腸肌之痙攣也，故對此等患者，可先給以Brom,劑，以安靜患者之精神，再換以無渣滓之食品(如雞卵等)，然後可投以Atropin 0.5 mg.，或 Extr. Belladonna 2—3mg，Eumydrin 1mg，Paraverin 0,03—0,06 gr.。

欲使大便即時排出者，可用灌腸法，如甘油，膠子水等均可，惟灌腸亦不可常日行之，恐引起習慣性也，此外因便秘所發之病症，治療之。

常習便秘，爲常人最易見之一症，女子尤甚，以普通看來，便秘對于全身健康上似無大關係，豈不知其爲一切疾病之原因，又或爲一切病之併發症，故患之者對之不可不特加以注意也。

氣管支哮喘之療法

王　漫　生

第一節　緒言

所謂氣管支哮喘者，即發作性之異常呼吸困難，痰汁內含有 Cursschmann氏螺旋體，Eosin 嗜好細胞及 Charcot-Leyden 氏結晶等特徵之疾患也。至哮喘發生之原因，學說分歧莫衷一是，就其理學症狀言之，（如喘鳴氣阻呼吸困難及笛音鼾鼾音等）似絕因氣管支腔之狹隘使然也。而氣管支狹隘之成因，亦甚複雜茲分述之於下：

（一）氣管支粘膜神經性腫脹：於哮喘發作時，投以 Chloral, morphin, Chloroform等麻醉藥，可以緩解氣管支腔，狹窄而使呼吸暢快，由此可想及氣管支腔狹窄或因氣管支腔壁之環形筋肉收縮硬固，而使氣管支腔被牽引緊縮所致。

（二）粘稠之痰汁阻塞氣管支腔；於哮喘發作將終，即劇烈呼吸困難之期已過時，必須喀出痰汁，呼吸始能暢快，於此可證痰阻學說似乎和理，惟喀出痰量並不甚多，以少量之痰，梗塞多數之氣管支腔，事實亦不可能，此亦可為本學說之遺憾。

（三）Allergie：所謂 Allergie 云者：即某種物質對於一般健康人完全無害，而對特殊體質之人，言特殊病象。例如某種特異體質人，內服 Aspirin 每至皮膚發疹，誘發哮喘，或因接觸鳥獸羽毛而發疹，由此亦可誘起哮喘。又攝取牛乳鷄卵魚肉獸肉等食料內之某一種物質，亦可誘發哮喘。此外室內塵埃，下層空氣，各種氣臭亦每可為哮喘發作之誘因。

第二節 療法

輓近對於哮喘之治療，新奇發明頗多，故治療之途徑，亦日趨於複雜，茲爲明瞭起見特總其綱領，分爲二項，述之於下：

第一項 發作時之療法

當哮喘發作時，不宜令患者仰臥，而宜使患者取利於呼吸之位置，（如坐位，膝肘位等，）平靜吸氣，呼氣務使延長，藉以防止呼吸麻痺，對於輕度者，可令攝取溫暖之飲料，並可試行蒸氣浴法，或電光浴法，或將芥子泥，貼布胸部，（貼布時間，以八至十分鐘爲適宜。）或試行手足熱浴法，（即於熱盆中，投入芥子末一食匙，然後令患者將手足浸入水中之熱度，以患者能忍受爲適宜。）施行以上諸法，皆無效時，爲減輕患者痛苦計，可用麻醉劑，以緩解植物性神經及呼吸中樞之緊張，而使呼吸暢快，此即所謂對症療法是也。茲分述於下，

（一）吸入療法可分爲二種

（甲） 將麻醉藥液裝入噴霧器內，使藥液噴出成霧狀令患者坐於噴霧器之前吸入噴出之霧狀藥液用於吸入之藥液，種類頗繁，最常用者，如Adrenalin, Atropin, Chloroform, Amylnitrit, pyridin, Asthmolysin等，此外尚有種種之哮喘吸入合劑：如 Tucker氏哮喘劑(Tucker, sAsthmamitell）在美國聲譽頗高，爲一般人所推獎，其處方如下：

RP.

Atrop'n Sulfurici	0.15
Natrinm Nitroci	0.6
Glycerin	2.0
Aqua Deistillatae	15.0

Straubli 氏哮喘吸入劑處方如下：

RP.

Adrenalin (1;1000)	10,0
Atropin sulfurici	0.01
Cocain muriati	0.25

Einhorn 氏哮喘吸入劑處方如下：

RP.

Cocain hydrochlorici	1.0
Atropin sulfurici	0.58
Glycerin	32.0
Aqua dest	66.0

(乙) 將藥物製成烟草捲烟，或含藥紙片等，(即將藥物粉末或藥根莖等，切細後，浸於某藥液中，待乾後製成之。) 於哮喘發作時，將捲烟或紙片燃燒，令患者深深吸入，則吸入烟中所含之有効成分，刺戟呼吸器粘膜之力極强，由此可引起劇烈之咳嗽，堵塞氣管支腔內之粘液及藥液，得盡量嗀出，由是呼吸困難，亦得緩解。一般應用藥物中之主成分，概係 Alkaloide der Solaneen gruppe, 特分述於左；

(a) 燻烟粉末 Raencherpu'ver即將曼陀羅葉，浸於樟腦及硝酸液中，待乾後製成粉末，此外亦可用 Acid Benzoicum, Kalium Nitricum, Stramenii, Eucalypti, Grindelia 等藥品相和，而製成燻烟粉末。

(b)硝石紙 Salpeterpapiere 即以白色濾紙，浸於 Kalium nitricum 之五倍濃厚液中，取出待乾後，剪一小紙片，放於蒸發皿中燒之，令患者深吸蒸皿內所放出之白烟，若欲作用强大時，可將硝酸水之濃度增加。(可由 1:5 增至1:15)

(c) 曼陀羅葉 Folia Stramonii 即將曼陀羅葉與普通烟草混和，或單獨製成捲烟，令患者吸之，亦可將曼陀羅葉製成細碎之面，裝於煙袋內吸之，本療法功效雖良，然用之較長，則有中毒之危險，故對於間歇時間，

不可忽疏，此外亦可以 Extraxt opii 30.0 與 Folia stramonii 24.0混和製成烟捲，作爲吸入之用。

（二）內服及注射療法

興奮交感神經最佳之品，首推 Ephedrin,（爲麻黃中純粹分離之 Alkaloid 質。）服後吸收良好，奏效持久，本藥亦可作皮下或筋肉注射劑。注射後，偶有發心悸亢進者，然以發作輕微，無甚關係；但對於神精過敏者，亦有因注射 Ephedrin 而起引睡眠障碍者。（內服量0.05 注射量 0.04）Adrenalin（副腎製劑）對於交感神經，有刺激興奮之效，於哮喘發作期，注射本藥功用甚大，往往有使痛苦頓挫之力，與 Ephedrin 作用相等，其缺憾爲藥力持續時間短促，注射後轉瞬間緩解之呼吸困難，又復發作，倘若反復注射，極易成習慣性而効力消失。以上二藥對於血壓過高者禁用。Atropin 內服或注射後，有緩解氣管支狹窄，抑制痰汁分泌及除去迷走神經緊張之效，於哮喘發作時，多實用之。茲將常用之處方，分列於下：

I. RP.

Atropini Sulfurici	0.0005
Aqua destillatae	1.0

上製成一管注射用每次注射一管

II. RP.

Dionin	0,015
Atropin sulfurici	0,00015
Coffein Natrium Bonzo,	0,2
Sacchari lactis	0,3
D, tal. dosis No,	VI
3× taegl,	iPulv,

此外 Tinctura Lobelia (15—20 tropfen) Amylnitrit, Epinephrin

(亂腎 Hormon 化學之合成品) Pituglandol 及 pituitrin (腦下垂體 Hormon製劑,Caffein 等藥品，亦可作用於血管運動神經及氣管支筋，並能刺戟呼吸中樞，緩解呼吸困難，與 Atropin之效力相若，皆可試用之。

第二項　間歇時之療法

哮喘發作一次而愈者，固有其例，然大多數皆反復發作，而使患者肉體上精神上俱受莫大之痛苦，吾人若於哮喘間歇時，加以適當處置，則可免其再發，故此種適當處置，亦即哮喘之預防法也。

(一) 原因療法　欲哮喘根本治療，必先徹底剷除其致病之原因，始始能達到美滿目的，蓋以原因不能剷除，則處置無所適從，醫療後雖得輕快一時，不久仍有復發之虞，此即所謂治標療治，而非根本之圖也。鼻腔疾患多可誘起哮喘，故須檢查患者有無鼻茸，肥厚性鼻炎，慢性鼻加答兒等症，有時須於鼻科領域內，加以根本之治療。又氣管支及毛細氣管支加答兒時，不第可爲哮喘之誘因，且以氣管支腔壁，被粘稠分泌物所密着，氣管支腔壁愈形狹窄，由是益使哮喘症狀增劇，宜投以沃度加里，將濃厚痰汁溶解，而使易於喀出，藉以緩解氣管支之狹窄。其處方如下：

RP

Kali Jodat　2,0

Natrium; jodat 2,0

Tink amara　12,0

Aqua dest　200,0

S. 3 mal tgl Essl,

又慢性氣管支炎每多於哮喘間歇時，仍然存在，爲預防哮喘發作計，宜給以少量之沃度加里，持續服用，此外對於動物蛋白，有過敏性者，宜速換以植物性蛋白，畏怕花粉之刺戟者，宜禁令足近花卉繁多之區。

(二) 藥物療法　即於哮喘間歇期，用各種藥物除去致病之原因，及誘因，且藉以改善體質，預防疾患之再發，而達全治之目的。茲將常用之

藥物分列於下：

(a) Atropin: 最初用本藥 0,0005與蕓宕根製成之細末，或蕓宕越幾斯，混和製成丸劑，令患者每日服二或三丸，每隔二日後，漸次增加，Atropin 之含量，俟增至 0,003－0,004 時，則停服三或四週，過此間歇之時，再繼續服用，如是反復行之，定收良効。此外亦可以適量之蕓宕越幾斯或蕓宕根粉末，與 0.01 之 Aerebintin 合製成丸，（上爲一丸之含量）每月服用十日，間歇二十日，（以夜間服用爲佳）卽最初每日間服一丸，連服三日，此後漸次增加丸數，卽中間三日每日服二丸最後四日每日服四丸至十日卽停止，而以 Terebintin 裝入膠囊內，每飯後內服，中間之十日均可以此代之，最後之十日，再令其每日吸入燃燒之亞砒酸煙草內之有効成分，如是則效力旣確，又無中毒成癖之流弊。惟本法施於純正神經性氣管支哮喘爲最有效，他則效力較劣。

(b) Acid Arsenicosi 青年哮喘患者，服用砒劑最爲適宜，惟服用量，相須由時時變遷，（初服由小量增至大量，再由大量減至小量。）且服至相當時間，亦宜酌量停服一二週，否則有成習慣及中毒之危險。本藥頗爲一般臨床家所推奬，最常用者，爲 Fowleri 氏亞砒酸水劑，其處方如下：

RP.

Liq. Fowleri	1,0
Tiact Amarae	1,0
Sirup simplex	10,0
Aqnae Aestillatae	100,0

上爲一日量 三回分服

若哮喘發作後，繼發貧血或萎黃病者，可加以鐵劑，處方如下：

RP.

Liq Fowleri	1.0
Tinct. Ferri Pomati	5.0
Aqua dest.	100.0

上爲一日量三四次分服

此外內服亞細亞丸，亦往往獲得良效。

(c) Calcium, 近世一般醫學家，多認爲 Calcium 有緩解迷走神經緊張之作用，且對於 Allergie 有密切之關係，故 Calcium 之注射及內服，於哮喘之治療，實有相當價值吾人不宜忽視之。通常多以Calcium(5%)屢次行靜脈注射，(每次注 1—2cc.) 一週後再試用內服法，以觀察何者效力較著。

(d)Jodokalium 除原因療法編所述者外，爲根本治療計，更可每日投以大量Jodokalii(一日量由0.15—2.0以上。然此大量之 Jodokalii 內服後，每有中毒之危險，欲防此弊，可添加重曹以緩和其性質，處方如下：

RP.

Jodokalium	1.3—4.0
Natrium bicarbonicum	3.0
Aquadest	90.0

S. 3mal tgl i Essl.

上述之處方，如欲反復連用時，可於服三週後，中斷一週之以免發生不良之結果。

(三) 理學療法

(a)氣候療法　哮喘患者之療養，居住於氣候清涼之所，比居住於溫暖之鄉，較爲適宜，特以青年患者，於肺氣腫症狀不著明時，往往因居住山岳，而得改良體質，增進康健，由是獲得發作減輕，乃至停止者，頗不乏例。對於療養地帶之撰擇，應隨病症之性質爲轉移，若爲氣管支加答兒併

發之哮喘，在冬季則以氣候少暖方南方海岸居住爲適宜，夏季以較高之山岳地帶爲適宜，其他居於海濱及航行海洋之船內，亦有收護良效者。

(b)呼吸操練療法　於閉塞性氣管支加答兒續發之哮喘，(他種哮喘不宜應用)及哮喘發作後所發之肺氣腫，及氣管支加答兒症時，令患者呼氣延長，吸氣縮短，並令其發高音，使音尾延長，在此持續發音之際，讀a,b,c,d,(通常以每秒鐘發一音爲標準。)後令行一短促吸氣，次再令其讀f,g,hi，四字母後，再一吸氣，一日施行數回，每回可操練一分鐘，茲將操練時應用之字母，及吸氣所佔之時間，列表於下：

a	b	c	d	吸氣	f	g	h	i	吸氣	k	…		
a	b	c	d	e	吸氣	g	h	i	j	k	吸氣	m	…

上述之表內之拉丁字母，可任意變遷，代以數碼及注音字母均無不可，總之以便當爲佳。至操練之理由，蓋因肺氣腫或呼吸困難之際，每吸氣一次而有許多空氣吸入肺臟內，由是肺泡內漸漸滿爲空氣所充盈之而膨脹異常，但呼氣時因異常障碍，而呼出之氣甚微，病症愈重呼氣與吸氣之差異愈大，而胸廓內之空隙亦愈形狹小，甚至完全消失，若用此法使呼氣延長吸氣短縮，則可徐徐將蓄積胸腔內之空氣排出，而漸歸常態矣。

(c) 水治療法　種類繁多，如蒸氣浴法，溫浴法，灌腸法，摩擦法等，可按個人之生活習慣，應時機而選擇之。

陳舊性發作之哮喘　可行胸圍纏絡法，即用合適之毛巾，浸於溫水或熱水後收出將胸圍徐徐纏絡。有氣管支加答兒症狀時，可就浴溫泉。發作間歇期仍有輕度呼吸困難時，可行十字架濕布繃帶。患者爲小兒時，可將海水用火溫暖而令就浴，對於弛緩性發作之哮喘或慢性哮喘，宜施行蒸氣浴。此外食鹽泉浴，硫黃浴，鹼性礦泉浴等，亦均可試驗行之。據 Oertner Br

eiger Egger氏等報告：謂哮喘患者，手足部之熱浴，寒冷變換浴，及熱性胸圍浴後壓迫法或全身溫浴後繼續施以乾性或濕性摩擦法等，往往收良好之效果云。

參考書　商務印書館出版之內科全書
吳祥鳳
盛任珩
等編著

中耳炎及其預防

耳科助教 李耀南

中耳炎，卽中耳化膿，——Otitis media Purulenta,（俗名耳滴子——在耳病統計上占最大多數，且不易全愈，臨床專家，對於本症之治療上，煞費苦心，可謂不遺餘力，但終末達到善美之域。患本症者，雖無所痛苦，然任何時期均可發生生命上之危險，縱其輕者，無生命上之危險，然對於個人生活上，人文進化上，亦極受其影響，昔 Iacobson，氏曾云：世界人類約有三分之一均患耳病，推原其故，縱不能完全由於此病，而本病不能不占其大半數也，茲將其原因，症狀，預後，及其預防，分述於下：

I 原因 本病之原因極其複雜，概而言之；不外乎下述諸種：——

A. 由於鼓膜——俗名耳鼓——受外傷穿孔後，病原菌侵入中耳而發本病，吾人因取耳患本病者，卽屬此種。

B. 鼻腔咽腔有病變時，——如感冒咽頭炎——含有毒質之膿性分泌物，經歐氏管，侵入中耳者亦可發生本病。

C. 患麻疹，傷寒，猩紅熱，天花，白喉，肺炎，丹毒，流行性感冒等；急性熱性傳染病者，均能續發本症。

D. 急慢性中耳加他兒之遷延不治者，亦往往續發本症，

E. 貧血，萎黃病，糖尿病，腎臟病，此外生活不良及居處卑濕等；亦可爲續發本病之誘因；

，本病之病原菌，其種類頗多，據 Denker 氏之報告云：就其膿汁檢查，最多者爲化膿性連鎖狀球菌， Stryptococcus Pyogenus ，占61,2%粘液性連鎖狀球菌， Stryptococcus Mucosus 次之，占 13,8%，粘葡狀球菌， Staphlococcus pyogenus, 又次之，占 17,2% ，肺炎雙球菌 Pneumo coccus, (gram氏法染色陽性者) 最少，占 6,9%，此諸種細菌中，以粘液性連鎖狀球菌爲最惡，專好侵犯中耳附近之骨質，多見於四十歲以上者，肺炎雙球菌，則專發現於一歲以下幼兒之中耳炎分泌物中。此諸種病原菌傳染之徑路卽；——

1,外耳道，　必先有鼓膜穿孔，否則無由侵入。

2,血行傳染，　於急性熱性傳染病時，病菌可由血行侵入中耳而發本病。

3,耳咽管，　生理上耳咽管氈毛上皮，爲禦防傳染之機能，若鼻咽腔有病波及耳咽管時，則其氈毛上皮細胞之生理機能減弱或消失，病菌可乘時侵入中耳，而生本病，統計上由此種徑路而傳染者，實占大半數，小兒尤多。

，病象

A. 急性者，其自覺症，主爲耳痛，次則耳鳴，難聽，耳內有堵塞感，就中以耳痛最劇，有時有跳動痛感，其疼痛感甚或向顴顬部，顱頂部，及齒槽放射，夜間尤重，復因咳嗽，噴嚏等增劇，乳突或耳廓下部亦往往連帶腫痛，體溫稍增高，倘係小兒，往往不安，食慾不振，不眠，哭啼，胃腸炎症狀，凡此諸症，殆至鼓膜穿孔後，卽驟然消失。

他覺症，臨床上爲定型的傳音係障碍，尤以鼓膜將穿孔前爲甚，其鼓膜於穿孔前，多隨其炎症之輕重程度，或一部或全部潮紅，倘非膿性分泌

物，則炎症較輕，鼓膜透明度尚存在時，可透見分泌液之上界，呈黑線狀，隨頭之運動，而發變換，是曰滲出液線。 Exsudatl nie 化膿性者，則鼓膜不僅高度紅腫，且向外隆凸，其後即自隆起最甚之處穿孔，普通穿孔之部位，多在其後下方，亦有在前下方者。但急性者穿孔多極小，而不易明視，倘僅可窺見分泌物湧出時之搏動光反射時，亦足爲穿孔存在之證，分泌物量多少不等，初爲粘液膿性，有帶血液者，後則爲純膿性。

B. 慢性者：急性中耳炎不愈，持續流膿，歷數月以上，數年以上，或終身爲其害者，是即慢性中耳炎。其自覺症，除耳聾難聽外，毫無其他痛苦，但其耳鳴之輕重不一，亦或時輕時重，輕者日聞多不之聞，每於夜深人靜時始覺其作祟，復因不良之天氣，感冒，身體過勞，飲酒等，則增劇，難聽之程度亦不一，與穿孔大小無關，而與鼓室內之狀態有關，如與中耳各部互相粘着者，則傳音係極受其障碍，難聽加重，耳痛僅於排膿困難時偶有之，

他覺症，外耳道或無變化，或有炎症發創瘤腫等，鼓膜因化膿經久，穿孔緣被侵蝕缺損，則穿孔增大，往往有全部缺損者，此際可由穿孔窺見鼓室粘膜充血腫脹，其腫脹甚者，表面呈顆粒狀，更或成爲菌腫——polypen——者有之，慢性化膿之分泌物多爲粘液膿性，或純膿性，有菌腫合併者，多混有血液，續發自傳染病者或骨質有變化時，其量必多，或有惡臭，聽力檢查，亦爲定型的傳音係障碍。

Ⅲ. 預後： 本病並非不治之症，但因中耳腔過於狹窄，且其中構造又極複雜，在急性時期若不注意其治療，往往日久，各組織，或破壞，或互相粘着凝固，不僅原有之病不易治愈，且因範圍增大更成不治之症，尤有危險者，因中耳距腦過近，且血管神經淋巴管等，與頭蓋腔相交通，任何時間均可誘發生命之危險，故本症之預後，極須注意，茲大略分述於下：

A. 化膿早期停止　穿孔癒合，完全治愈，或遺聽力障碍。

B. 化膿隨停止，無論穿孔癒合或否，遺留雖聽耳鳴等症狀，（中耳加他兒）。

C. 化膿持續不止，成爲慢性化膿。

D. 發生種種合併症，例如乳嘴突起炎，mastoiditis，迷路炎，Labyrinstitis，顏面神經麻痺，Fazialis Lahmung. 外旋神經麻痺，Abducens Lahmung，腦膜炎，Otogzne meningitis，腦膿瘍，Otogene Hirnabscess 靜脈竇炎，Sinus Phlebitis

由上觀之，本症之危險，輕者聽覺消失或減退，重則因之致命，就社會情形所知，大半慢性中耳化膿患者，以爲終年或終身，如是流膿，既無所痛苦，又無特異情形，故多不加之注意，殊不知，鼓膜既因膿汁排泄而穿孔或缺損，對於外界之保護裝置業，已撤去，隨時可以發生危險，宛如身懷彈丸然，不論何時皆可爆發也，

此外小兒之中耳炎，尤須注意，因統計上，中耳炎患者，小兒實居大半，且小兒時代，中耳與腦腔內部，並未完全隔絕，其岩鱗披裂，Fiser-Petrosquamosa，並未癒合，僅以結締織填充之，因是小兒之頭蓋內合併症甚易發生，又小兒之傳染病最多，凡急性傳染病又多續發中耳炎，且此種中耳炎較普通者爲裂，易蔓延於內耳，因之全聾，或致命，更就統計以觀查，小兒在十五歲前，凡有中耳炎者，即治愈後亦易於再發，且有時反復不已，病勢愈惡，是因小兒身體抵抗力弱，每因天時變化，中耳炎即可復發也。

致於老人之中耳炎，亦較壯年人危險，因骨質萎縮，膿汁易於蔓延，多發生頭蓋內合併症，倘併發乳突炎時。因該部外骨板硬化，外觀上無顯著現象，易失手術之期間，故較爲危險。

Ⅳ. 預防： 就上所述，本病之病象如是之複雜，如是之危險，吾人欲免此危險，極須講求預防之方，茲將平日個人預防事項，分述於下：

a. 勿任意取耳，與剃外耳道毛髮，如耳內有訂聹時(耳垢)，或覺搔痒時，且不可隨意挖取或搔把之。俗云耳不挖不聾，誠經驗之談，應就適當病院診治之，因自己隨意取耳，如偶一不慎，輕者可傷及外耳道皮膚，或鼓膜，出血疼痛，重者則因受病菌之傳染，發生種種中耳病，致於理髮店之取耳則尤爲不宜，因一次之取耳而患中耳炎者，比比皆是，外耳道之毛髮，所以防止外界塵埃或小物體進入，乃生理上的保護裝置，故不宜剃去，且往往因剃時，發生外傷，或更因外傷之傳染，而生種種之中耳病，均不可嘗試之。

b. 泅水，洗澡，或海水浴時，勿冷水入耳內，因水入耳內，往往可因傳染而發耳病，倘原有鼓膜穿孔，復可因此而形成化膿，又游泳家有時自高處跳入水中，此時水之震動力特大，往往將鼓膜震破，而起中耳炎，欲防此弊當先用棉花將外耳道塞閉以防禦之。

c. 勿打耳部，遊戲或鬥歐時，切勿打耳，輕者可將鼓膜震破，發生中耳病，重者內耳淋巴液可因震動，而發種種內耳症狀，如眩暈，嘔吐，頭痛，及平衡障碍等。

d. 日常勿用力排泄鼻涕，及兩鼻孔同時排泄鼻涕，因用力排泄鼻涕，或兩鼻孔同時排泄鼻涕時，則鼻腔後部之分泌物，可經歐氏管入於中耳而發病。

e. 耳內進入物體或昆虫時，切勿自己挖取，或令人代爲用鑷子取出，因往往反使物體深入，更或穿鼓膜而進入中耳，以致誘發傳染之危險，宜就耳科醫而取出之，

f. 耳之附近部位，如鼻腔，咽腔，口腔，等部疾病時，均可誘

發中耳炎，故欲免此害，凡此等處有病時應早就醫生治療之。

g. 預防傳染病，本病亦可因之減少，乃因傳染病患者多續發本病。

h. 身體衰弱，生活不良，居處不良等，均能使耳病增重，或使其病狀變成不易治愈之慢性病。

此外一有耳病，即應早治，勿因輕症而忽視之，或見效慢而中止治療，以致發生意外之虞。

（李　耀　南）

12, 21, 33.

譯

人工氣胸術對於肺結核之影響實驗病理學的研究

肺於無氣狀態對結核菌之發育及其影響（第二編）

慶應義塾大學部臨床研究室病理部（主任川上教授）

醫學博士 殷同壽 著

楊學濤 譯

目錄

一，緒　言

人工氣胸對於肺結核成良好影響，爲晚近臨床家所公認。關於其機轉，諸家見解亦略相一致。即使罹患之肺臟，減少運動而使其安靜，由此結核病灶及空洞，乃得促進治癒之機轉。從來以此得治癒之報告雖不勝枚舉然未聞以實驗而闡明其眞象之成績者。

余受恩師川上教授之命，從事於實驗的研究。茲記載其成績敬仰方家之示教。

二，試驗材料及方法

實驗材料：0.5 瓩生理食鹽水中，含結核菌四十分之一，以作結核菌浮游液爲接種材料。

實驗動物用體重六百乃至七百五十瓦成熟「天竺鼠」，各個動物全於同一要約之下而飼養之。

Paraffin 之融解點，採與「天竺鼠」體溫相近者，即用四十度融解點。其注入量及方法與前篇（第一篇）同。

實驗方法：一結核菌之接種，實驗動物分爲二列如次：—

甲列——肋膜腔內注入 Paraffin 同時於腹腔內接種 0.5 結核菌浮游液。

乙列——於肋膜腔內注入 Paraffin 後第十日再於腹腔內注入 0.5 結核菌浮游液。

如斯所處置的「天竺鼠」由結核菌接種後第一日起至六十日之間，於各種時期屠殺之，就各例行病理解剖學的及病理組織學的檢索。

爲行病理組織學的檢索：屠殺後立即將肺臟剔出，以 10% Formalin 固

定之後，擇其四乃至五個相異部位，而採取組織，各各均以 Paraffin 包埋切截後，一部施以 Haematoxylin Eosin 重複染色，一部施以Ziehl-Neelsen 氏法染之。

三， 實驗成績

A. 肋膜腔內注入 Paraffin 同時於腹腔內，接種結核菌之「天竺鼠」其肺及肋膜之所見(甲例)

【第一例】 實驗開始時體重七百瓦，屠殺時體重六百七十瓦，(減少三十瓦，)(南接種後第十日)。

a. 病理解剖學所見

注入側(右側)肋膜腔內約有一瓦暗褐色滲出液。肺之後下方纖維膜內所包埋之 Paraffin 硬型能觸知之。肺胞稍縮小，邊緣成鈍圓形，色暗赤，下葉有小鬱血班。彈力性羅，肋膜由纖維素增殖而肥厚之而葉間處處以纖維素索相癒着。左側(對照側)肋膜無變化，肺之硬度軟，色正常，有少數之灰白白色結節潛在於實質內。

b. 病理組織學的所見

右側(注入側)肺組織成無氣狀態，即於實區域內由肥厚之肺胞隔壁相接觸，故此肺組織爲實質性，他處小區域內，其接觸之程度不充分，尚殘有狹小肺胞腔，於各處狹小肺胞腔內有數個之大型組織球性細胞塡於其中。肺胞隔壁甚肥厚且有各種細胞侵潤其細胞核爲腎臟形梨狀及橢圓等形之多數組織球性細胞及少數 Eosin 嗜好細胞，白血球及大淋巴球等。實質部內有余所命名爲「進行性灶」之小結核灶。而精檢其灶所謂上皮樣細胞及肉芽組織之發育甚弱，主由分葉核白血球及淋巴球而成。灶之境界明瞭，其周圍有充盈之毛細血管，以下凡與此同樣病灶時論稱爲「進行性灶」。中等度鬱血。雖有小出血竈然其境界不明，

氣管枝有輕度加答兒性炎，腔內有脫落上皮細胞。

氣管周圍有淋巴細胞集簇，氣管枝周圍結締組織甚疏鬆，其內有少數大型組織球及Eosin 嗜好細胞，肋膜高度肥厚爲漿液性纖維素性炎症。即表層有顯著纖維性結締織增殖，構造疎鬆成網狀，網眼內有Eosin 淡染之纖維素團塊。深層則富於細胞，除結締織細胞外，尙有大淋巴球及組織球混淆存在，於同組織內有「進行性灶」灶之大小及數目，較存於肺內者爲大且其數亦多。

左側(對照側)肺臟組織成網狀，雖不見顯著變化，而肺胞隔壁與正常者，呈移行境界，輕度肥厚，該部認有「進行性灶」存在，其構造較右側者雖全相等然灶之邊緣乃銳利。輕度鬱血，小之出血於灶之周圍能認之，氣管周圍有輕度淋巴組織增殖。小血管周圍有强度淋巴細胞集簇。且有輕度加答兒性氣管枝炎，肋膜無變化。

【第二例】實驗開始時體重七百十五瓦，屠殺時體重六百八十瓦（減少三十五瓦）(間接種後第十六日)。

a. 病理解剖學的所見

注入側(右側)肋膜腔內有少量暗褐色滲出液。肺臟外下側有 Paraffin 之硬型附着，肺臟縮小彈力性輩，色暗赤。肋膜顯著肥厚，肺臟被 Paraffin 包圍。

左側(對照側)肋膜腔內無異常。肺臟彈力性軟，色稍暗赤，有灰白白色小之結節。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織成網狀，廣區域肺胞隔壁相互接觸，故肺組織爲實質性。他之小部位其接觸之量度稍輕，故留狹小肺胞腔，腔內無內容物者雖多，然其腔中亦有含許多細胞者，其細胞乃有橢圓形腎臟形梨形之核及原形質比較明昌度低的大型組織球細胞也，此種細胞中有含粗大之暗褐色、

素顆粒者，但此等細胞羣內，有相互之境界但不明顯，一見卽如 Syncytial 其核之位置不定而存在於原形質塊內。（卽第一編第二節第二項內詳記之特殊性肺炎灶也）肺胞隔壁著肥厚，多數之組織球性細胞及少數之 Eosin 嗜好細胞，及淋巴球等之細胞浸潤。實質性變化部有二個小「進行性灶」，其性狀與前側者同，高度鬱血，但無出血。氣管枝有加達兒性炎症上皮細胞增殖甚多。殆均於管腔內塡充，氣管周圍雖有淋巴組織增殖，然血管之周圍不認淋巴細胞之集簇。肋膜有高度漿液性纖維素性炎症，深層有數個稍大之「進行性灶」。

左側（對照側）所見

肥厚之肺胞隔壁，亘境界不明之區域而存在。但多存於結核灶之近處。「進行性灶」與右側比較之大且多數。無「特殊性肺炎灶」。鬱血接近結核灶之部位爲中等度。他部位最輕度，或全不能認。無出血，有中等度加達兒性氣管枝炎，血管周圍之淋巴集簇著明。肋膜無變化。

【第三例】實驗開始時體重七百十五瓦，屠殺時體重六百七十五瓦（減少四十瓦）（菌接種後二十二日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肋膜肥厚，介以多數纖維索，兩葉相互癒着。橫隔膜上方纖維素膜被包埋之 Paraffin 硬塊能觸知之。肺臟縮小，彈力性強，色暗赤。左側（對照側）胸腔無異常變化，肺之硬度較軟，色正常，上葉有灰白白色小之結節潛在於實內。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織爲無氣狀。肺胞隔壁顯著肥厚，有多數之組織球性細胞，小淋巴球，白血球及大淋巴球等之浸潤，組織球性細胞中含有多量之暗褐色粗大色素顆粒。

「特殊性肺炎灶」及「進行性灶」均能檢出。此兩與前例比較之大而數目亦多

。然「特殊性肺炎竈」較「進行性竈」大而多。鬱血輕度，無出血。有中等度加答兒性氣管支炎　小氣管支及小血管周圍，淋巴細胞集簇著明，接近於肺胞隔壁。肋膜甚肥厚，新生小血管及結締織，較前例爲多。組織內有「進行性竈」，然其構造較肺組織內者稍有差異，即竈中有多數上皮細胞淋巴細胞及分葉核白血球，混雜存在。上皮樣細胞爲肥胖式紡錘形其核成橢圓或瓢簞形，大者淡明，缺乏 Chromatin, 僅核膜顯明，而細胞體染色淡，其限界不明瞭者較多。

左側(對照側)所見，一般肺胞隔壁，雖稍肥厚，但不失其網眼狀之外觀浸潤細胞有少數淋巴球及組織球等。「進行性竈」成島嶼狀散在於網狀組織內，比前列者大而數亦多，且竈之境界不明瞭，無「特殊性肺炎竈」鬱血輕度，出血不見。有中等度加答兒性氣管支炎，氣管支周圍有淋巴組織增殖，同組織內有「小進行性竈」存在。肋膜無變化。

【第四例】實驗開始時，體重七百二十五瓦，屠殺時體重六百八十瓦。(減少四十五瓦)(菌接種後第二十七日)

a.　病理解剖學的所見

注入側(右側)肺臟稍縮小，存於肥厚之肋膜內，硬度韌，色暗赤，有灰白白色粟粒大小結節，其下方可觸知被纖維素膜包埋之 Paraffin 硬型。肋膜爲高度纖維素性肥厚，着處較多。

b.　病理組織學的所見

右側(注入側)肺組織爲無氣狀，因肺胞隔壁相接而其組織成實質性。且其隔壁甚甚肥厚，浸潤細胞爲組織球，大小淋巴球及其核爲橢圓形富於 Chromatin 之橢圓形細胞(幼弱結締織細胞)次爲組織球性細胞，細胞體內含暗褐色色素顆粒，此標本中唯有二個進行性灶，其性狀與第三例比較之雖無大差異，然其周圍有多數遊離存在之大型組織球性細胞「特殊性肺炎灶」能認出。處處與「進行性灶」結合成稍大之灶。構成病灶之主要細胞中，

其細胞體內有包藏多量粗大暗褐色色素顆粒者，鬱血輕度，出血不認。氣管枝周圍有淋巴細胞之增殖，有中等加答兒性炎。

肋膜顯著肥厚，結締織增殖甚强於同組織內有上皮樣細胞之集族，此種細胞以其突起與隣接之同種細胞相連接，而成網絡狀。網眼內包藏有分葉核白血球淋巴球及數個大型組織球。外以帶狀結締織細胞層包圍之。

左側(對照側)所見

肺組織無網狀之變化，唯肺隔壁有輕度肥厚，有少數組織球性細胞及大小淋巴球等之浸潤。鬱血輕度，出血不認。有中等度加答兒性氣管枝炎。氣管枝及血管周圍之淋巴細胞集簇不著明。肋膜無變化。

『第五例』 實驗開始時體重六百八十瓦，屠殺時體重六百三十五瓦減少四十五瓦)(菌接種後第二十九日)

a. 病理解剖學的所見

注入側(右側)肺縮小存於肥厚之肋膜內，硬度羣，色暗赤。下方可觸知以纖維素膜所包埋之 paraffin 硬型。肋膜上三分之二由多數纖維索使兩葉相癒着。左側(對照測)肋膜腔無變化。肺硬度軟，色正常，由於此處認出灰白白色點狀結節及少數之小鬱血斑。

B. 病理組織學的所見

右側(注入側)肺組織之變化普通均與第四例同。

右側(對照側)「進行性灶」數個相集合而形成一大灶，其境界不明瞭。

【第六例】 實驗開始時體重七百十瓦，死後體重六百八十瓦，(減少三十瓦)(菌接種後第三十七日)

a. 病理解剖學的所見

注入側(右側)在肺下方可觸知被纖維膜所包埋之 paraffin 硬型。肺臟稍縮小，硬度羣，色暗赤，肋膜肥厚，由增殖之纖維索使兩葉相癒着

，左側（對照側）肋膜腔無異常變化，肺硬度軟，色正常，處處以灰白白色粟粒大結節潛在於實質內。

B. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織爲實質性或無氣狀。肺胞隔壁著明肥厚各種之細胞浸潤。浸潤細胞主要者爲有不正圓形，梨狀橢圓形泡沫狀核之組織球性細胞及大小淋巴球等。所見之特殊性肺炎灶，各灶單獨存在者雖多然有兩三個病灶，爲不規則的融合者。且此等構成主要細胞中含有之粗大黃褐色色素顆粒者。惟數甚少。組織內有數個之「進行性灶」雖能認出然與前例比較之有幾分之差異。精查之淋巴球，分葉核白血球之集簇甚鬆解，由周圍組織而來之大型組織球細胞，呈侵蝕性侵入。更有數個上皮樣細胞存於灶之中心部。灶之周圍有多數大淋巴球型圓形細胞及白血球等成帶狀以圍繞病灶。但此病灶境界不明且爲瀰蔓性。余將稱此爲「漸停性灶」凡以下與此相同者均簡稱之爲「漸停性灶」其所見之記載從略。鬱血僅結核灶周圍爲輕度，血出不見。且有中等度加答兒性氣管枝炎。氣管枝圍有淋巴組織之增殖。

肋膜顯著肥厚，組織內有余所謂「停止性灶」之大結核灶。即構成灶中央部之主要細胞橢圓形，紡錘形有缺乏染色質殆僅由核膜所成之核，與原形質淡染之上皮樣細胞。且此種細胞以其突起與隣接之同種細胞相連絡而成網狀，網眼內含有泡狀核之數個組織球及核各於萎縮崩壞之淋巴球型細胞成分葉核白血球等。外圍有成熟之結締織成環狀以抱圍病灶。

左側（對照側）肺組織成網狀，但不見特別變化，一般有輕度組織球性細胞浸潤，「進行性竈」概與前例略相髣髴，但其數稍多。

「特殊性肺炎竈」不能認出。竈之周圍有小出血但鬱血不認。

氣管枝周圍淋巴組織之增殖甚顯著。有加答兒性氣管枝炎。肋膜無變化。

【第七例】 實驗用始時體重六百八十瓦，屠殺時體重六百六十瓦。（減少二十瓦）（菌接種後第四十三日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肺臟下方於增殖之纖維膜內能觸知 paraffin 硬塊。肺臟甚縮小包裹於肥厚之肋膜內：硬度韌，色暗赤。有數個灰白白色結節，肋膜顯著肥厚，兩葉間介以粗大之纖維索，使兩葉相癒著。左側（對照側）肺之硬度軟，色澤稍暗赤，有散在性灰白白色結節。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織含氣性部位甚少，殆成實質性。肺胞隔壁著明肥厚相互接着且有各種之細胞浸潤，浸潤細胞，其該爲泡沫狀之組織球淋巴球多數及少數之白血球 Easin 嗜好細胞等。組織內有「漸停性竈」竈中所存組織球，較前例者遙多，上皮樣細胞亦有增加，反之淋巴球及分葉核之白血球減少而多散在於竈之周圍。此外尚於某竈中有上皮樣細胞高度增加殆占領全中央部，且數層細胞相互融合而成巨態細胞者。組織球顯著減少竈中並沒有淋巴球及白血球，其核多陷於萎縮崩壞。竈之周圍有淋巴球及幼弱結締織細胞之浸潤，此竈即所謂「停止性竈」。所見之「特殊性肺炎竈」較前例稍大。鬱血及出血均不認，有加兒性氣管枝炎。氣管枝周圍有顯著增殖的淋巴組織，肋膜甚肥厚。爲高度之組織化。同組織中有「漸停性竈」及「停止性竈」散布存在。

左側（對照側）所見

肺胞隔壁爲輕度肥厚有組織球之浸潤。

「進行性竈」 能認出，其性狀與前例比較略同。各個病竈單獨存在者雖有然有數個相隔合而成一個大之竈狀者亦不少。「漸停性病竈」不能認出。有中等之鬱血且無出血。有輕度加答性氣管枝炎。氣管枝周圍淋巴組織增殖

並不著明。然於血管周圍比較明顯。肋膜無變化。

【第八例】實驗開始時體重七百十瓦，屠殺時六百八十瓦。（減少三十五瓦）（塗接種後第六十日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肺臟前下方被纖維膜所包埋之 Paraffin 硬塊能以觸知。肺著明縮小存於肥厚之肋膜內。硬度輕，色暗赤，肋膜甚厚兩葉相癒着。左側（對照側）無變化，肺臟軟，色正常，有散在之灰白色髓樣結節。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織爲實質性成無氣樣。肺胞隔壁著明肥厚有各種細胞浸潤，浸潤細胞主要者爲核仁鮮明之大核組織球性細胞，及大小之淋巴球等。結核瘤有數個概屬「停止性竈」。與第七例比較之竈內組織球性細胞減少而上皮樣細胞著明增加。於某病中其外圍有一個巨態細胞。兩核之性狀與上皮樣細胞核同樣在原形質塊內成環形排列。特殊性肺炎竈有多數，其大者於廣大區域內存在。鬱血輕度。出血不認。有中等加答兒氣管枝炎。

氣管枝周圍淋巴組織高度增殖，使鬆解之粘膜，粘膜下組織及上皮細胞列提擧。同組中有上皮細胞集團。

肋膜甚肥厚組織化程度强。即成熟之結緣纖細胞及少數新生血管成縱橫狀態。組織球 Plasma zellen，小淋巴球等介在於間隙內。同組織內有結核竈其性狀較前數例者有多少之差異。即竈內上皮樣細胞高度纖維化而鍍琺存在。且以纖維突起與周圍之結緣纖細胞相連結，視之如結緣纖團塊。余謂之治癒性竈凡以下同樣病竈皆簡稱之謂「治癒性竈」而其記載從畧。

左側（對照側）所見

肺胞隔壁輕度肥厚，有少數之組織球及淋巴球之浸潤。進行性病竈分

散存在。較前例爲大。各竈單獨存在雖多然亦有數個相接而形大病竈者，竈中肺胞隔壁有組織球性細胞及上皮樣細胞之浸潤。「進行性竈」周圍有特殊性肺炎竈。而其大者僅由一乃至三個肺胞合成但數甚少。鬱血中等度，不認出血。有加答兒性氣管枝炎。氣管枝周圍無細胞集簇。肋膜無變化。

【第九例】實驗開始時體重七百二十瓦，屠殺時體重七百瓦（減少二十瓦）（菌接種後第六十日）

a. 病理解剖學的所見

右側（注入側）肺臟下方，可觸知被纖維膜所包埋 Paraffin 硬型肺臟甚縮小存於肥厚之肋膜內，硬度輩，色暗赤。肋膜高度肥厚由粗大之纖維索而使兩葉相癒着，

左側（對照側）肋膜內無特別變化。肺臟色正常，軟，粟粒大灰白白色結節爲平等散在樣。尙有二三個小結節互相集合而成不規則形狀者。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右例（注入側）肺組織與肺胞隔壁相接觸之放成實質之性，肺胞隔壁著明肥厚。有泡沫狀核之組織球性細胞及大小淋巴球等浸潤甚著。『停止性竈』有數個。竈中上皮樣細胞比較纖細而呈纖維化之現象。細胞間隙介在之組織球性細胞爲淡染性其細胞核有不能檢出者。竈外圍之浸潤細胞爲幼弱結締織細胞 Plasma Zellen淋巴球等。此外又見有成熟之結締織細胞混合存在。巨態細胞不能認出『進行性竈』及『漸停性竈』均不認。

『特殊性肺炎竈』數雖多然其大小一般均爲小型。鬱血輕度，出血不認。如答兒性氣管枝炎。氣管之周圍有淋巴組織增殖，於同組織內有散在。性小『停止性竈』。肋膜甚肥厚爲高度之組織化。於處處有散在之『治癒性竈』。

左側（照對側）所見

肺胞隔壁輕度肥厚，小淋巴球及組織球等浸潤。有結核竈，但其「進行性竈」較前例者稍小。而無「特殊性肺炎竈」。輕度鬱血，但無出血。有加答兒性氣管枝炎。氣管枝周圍所屬之淋巴腺組織，其增殖並不顯著血管周圍淋巴細胞集族著明增殖。肋膜無變化。

【第十例】實驗開始時體重六百七十瓦，屠殺時體重六百四十瓦。（減少三十瓦）（菌接種後第六十日）

a. 病理解剖學所見，

注入側（右側）肺臟下方，能觸知被纖維膜所包埋之 Paraffin 硬塊。肺臟縮小存於肥厚之肋膜中，硬度韌，色暗赤。肋膜著明肥厚，兩葉相癒着。左側（對照側）肺，軟，爲正常色，有點狀及米粒大之灰白白色結節。肋膜無變化。

b. 病理組織學所見，

注入側（右側）肺組織一般成無氣性。即因肺胞隔壁之相互接觸，而成之廣大實質性區域與殘留狹小之肺胞。構成的小區域，相混淆而成。

肺胞壁著明肥厚，有泡沫狀核之組織球，淋巴球，及 Plasma Zellen 之浸潤。結核竈唯於口徑大之氣管枝周圍可認出數個小「停止性竈」「特殊性肺炎竈」相合乃占大之區域。竈內之肺胞壁，有多數淋巴球及淡染性長圓形核之上皮樣細胞等浸潤。無鬱血。出血輕度但占廣大之領域。有中等度加答性氣管枝炎。氣管枝周圍淋巴組織增殖著明。同組織內亦能認出上皮樣細胞之集團。血管周圍無任何增殖。

左側（照側）所見

肺胞隔壁輕度肥厚有淋巴球及組織球等之浸潤。有「進行性竈」其大小及數目不越前例。有「停止性竈」竈之中心部，包藏無構造而稍呈顆粒狀之物質圍繞此物質者爲由上皮樣細胞及 Larghans 氏巨態細胞所成之層。此細

胞層之外側能認出短肥式紡錘形結締織細胞，組織球，淋巴球及少數之 Plasma aZellen 等浸潤，該部有新生毛細血管。有「特殊性肺炎竈」，大者僅由二乃至四個肺胞而成，但其數甚少。鬱血爲中等度，不認出血。有中等度加答兒性炎。氣管枝周圍，有輕度淋巴組織增殖，小血管周圍淋巴細胞集族等明。肋膜無變化。

【第十一例】 實驗開始時體重七百十五瓦，屠殺時體重六百三十瓦。（減少八十五瓦）（菌接種後第六十日）

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肋膜爲高度肥厚兩葉互相癒着，肺臟輕度縮小，硬度增，色褐赤，有數個灰白白色之結節。肺下方纖維膜內可謂觸知 Paraffin 之硬塊。左側（對照側）肺臟軟，色正常，有散在的米粒大結節。其境界明劃。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織一般成無氣性。肺胞隔壁著明肥厚，其中有含泡沫狀核組織球性細胞及小淋巴球等之浸潤。結核竈有數個，各各均屬停止性竈。其性狀及其大小與前例等相同。「特殊性肺炎灶」亦爲多數存在，然較前例爲小。鬱血及出血均不認。有加答兒性氣管枝炎，小氣管枝及小血管周圍雖有輕度細胞集族然在口徑大之氣管枝周圍淋巴組織增殖則著明，其組織中有散在之上皮樣細胞集團及 Eosin 嗜好細胞，肋膜甚肥厚爲呈高度組織化。組織內有散在之「治癒性灶」。

左側（對照側）所見

肺胞隔壁輕度肥厚，浸潤細胞爲大小淋巴球組織球細胞。「進行性灶較前數者稍小，其竈中多浸入數個大型組織球性細胞此種細胞中，體內有包藏多量暗褐色色素顆粒者。「特殊性肺炎灶」與小結核相連絡而構成較大之病灶。但其兩者境界不明瞭。鬱血輕度，而無出血。有加答兒性氣管

枝炎。氣管枝周圍淋巴組織增殖著明，其組織中有多數組織球。血管周圍結締織甚鬆解，組織內有散在的 Plasma 細胞及肥胖細胞等。肋膜無變化。

【第十二例】實驗開始時體重六百八十瓦屠殺時體重六百四十瓦。(減少四十瓦)(菌接種後第六十日)

a. 病理解剖學的所見。

注入側(右側)肺臟前下方被纖維膜所包埋之 Paraffin 硬塊可以觸知。肺臟縮小被肥厚之肋膜包圍之，硬度輩，色暗赤，有少數灰白白色粟粒大之結節，肋膜著明肥厚以纖維索使兩葉相互癒着。

左側(對照側)肺臟軟，色正常，灰白白色結節如粟粒大其數亦多。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側(注入側)肺組織成著明實質性變化故爲無氣性。處處狹小肺胞腔內充以同質性物質(肺浮腫)結核竈全檢查標本中唯有二個。均成「停止性竈」灶中組織球，淋巴球，及白血球不能認出，殆由長瘦式紡錘形上皮樣細胞而成。外圍幼弱結締織細胞，其分化高有淋巴細胞白血球等點綴。「特殊性肺炎竈」較結核竈數多，然其病竈多較前例者稍小惟其最大者畧相同大。變血輕度存於「停止性竈」附近。無出血。有加答兒性氣管枝炎，管腔內含有多數多核白血球。小氣管枝及小血管周圍卽有輕度細胞集簇，然在口徑大之氣管周圍淋巴組織增殖著明，其組織中有完全與「特殊性肺炎竈」，主要構成細胞同一性狀之細胞集簇，肋膜高度肥厚，結締織強度增殖新生之血管數少，有散在之「治癒性竈」。竈之外圍結締織成肥厚之環狀。

左側(對照側)所見

肺胞隔壁輕度肥厚有泡狀核之組織球性細胞及淋巴球之浸潤。「進行

性竈」概爲小形然其數甚多。竈內肺胞隔壁中有大小之組織球性細胞及少數淋巴球浸潤。「漸停性竈」較「進行性竈」稍大。有「特殊性肺炎竈」其大者及小者均與「進行性竈」相接合而存在。

鬱血輕度概存於進行性竈周邊部。無出血。有中等度加答兒性氣管枝炎，氣管枝周圍淋巴組織增殖不著明。在小血管周圍者則著明。肋膜無著明變化。唯於一小部分有長橢圓形小之進行性竈爲孤立性存在。

【第十三例】 實驗開始體重七百五十瓦，屠殺時體重六百八十瓦。（減少二十五瓦）（菌接種後第六十日）

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）於肺之後下方得觸知被包裹之 Paraffin 硬塊。肺臟稍有幾分縮小，硬度輕，色暗赤，有數個粟粒大灰白白色結節。肋膜肥厚，由多數纖維索使兩葉相癒着。左側（對照側）肺臟彈力性軟，色正常，有散在之米粒大灰白白色結節。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織有狹小肺胞腔及成實質性之處。肺胞隔壁肥厚，含有泡沫狀核之組織球性細胞，淋巴細胞及少數白血球之浸潤。有數個「停止性竈」在某竈中央部之上皮樣細胞以纖維突起與隣接同種細胞相結合而成網狀。網眼內有崩裂之細胞核碎屑及 Hamatoxylin 濃染之物質塊。更於上皮樣細胞層中有所謂 Langhans 氏巨態細胞。其核有數十個於原形質內排成環形。細胞體內包藏細胞核屑片。此層之外圍有幼弱結締織細胞淋巴球及少數 Plasma 細胞之集塊。有「特殊性肺炎竈」大而數少。鬱血及出血均不能認。有中等加答兒性炎。小氣管枝及小血管周圍認有細胞集塊然於口徑大之氣管枝周圍亦有增殖之淋巴組織。肋膜因結締織增殖而肥厚。同組織內有散在之「治愈性竈」，竈中上皮樣細胞爲高度纖維化與圍外之結締織相結合，視之如成熟的結締織團塊。

左側（對照側）所見

肺泡隔壁有小淋巴球及少數組織球之浸潤，有著明大之「進行性竈」竈中有萎縮崩壞之細胞核，及少數之大型組織球有少數之「特殊性肺炎」存於「進行性灶」周圍，鬱血爲最輕但而無出血，有中等度加答性氣管枝炎。氣管枝周圍淋巴組織增殖著明，其凡有 Palmsa Zellen 集團。肋膜無變化。

【第十四例】實驗開始時體重七百十瓦。屠殺時七百三十瓦（增加二十瓦）（實接種後第六十日）

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肺臟之外下側有 Paraffin 之硬型附着之。

肺臟硬度輩，色暗赤，有粟粒大之灰白白色結節。

肋膜著明肥厚，介以潛綜之纖維素。

左側（對照側）肺臟硬度稍輩，色正常，有散在之米粒大之灰白白色結節。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織成實質爲無氣性，於各處相隣接之肺泡內有多數大型組織球性細胞，形成如上記之「特殊性肺炎竈」，肺胞隔壁肥厚，有泡沫狀核之組織球性細胞及淋巴球 Eosin 嗜好細胞等之浸潤。全檢索標本中唯有一個之結核竈。竈中所存之上皮樣細胞由其突起與隣接之同種細胞相提携，形成網狀。

網眼內有數個組織球性細胞及少數乃陷於萎縮崩壞之細胞及其屑片，有幼弱結締織細胞，淋巴球 Eosin 嗜好細胞及少數之 Palsma 細胞之浸潤，余所謂之「停止性竈」。

「特殊性竈」較小其數少。鬱血輕度無出血現象，有高度加達兒性氣管枝炎。管腔內有脫落之上皮細胞，多核白血球及雲絮狀物質。口徑大之氣管枝

周圍有增殖著明之淋巴組織。小氣枝管枝及小血管周圍無祖胞之集成，肋膜肥厚呈高度組織化。數個「治癒性竈」散在組織中。

左側(對照側)肺胞隔壁有多數之大小組織球及少數組織球性細胞之浸潤。輕度鬱血，無出血現象，有結核竈，「進行性竈」多數而「漸停性竈」數少。不認「停止性竈」

特殊性肺炎竈」數少且病竈亦小，有中等度加答性氣管枝炎。氣管枝周圍有增殖著明之淋巴織組。其內有上皮樣細胞之小集團。肋膜無變化。

【第十五例】實驗開始時體重六百八十瓦，屠殺時體重六百五十瓦。(減少三十五瓦)(菌接種後第六十日)

a. 病理解學的所見

注入側(右測)肋膜爲高度肥厚以錯踪之纖維束使兩葉相癒着。

肺前下方可觸知被纖維素膜包圍之 Paroffin 硬塊。

肺臟雖分縮小，硬度輕，色暗赤。左側(對照側)肺臟稍肥大，彈力性軟，色正常，有散在之灰白白色點狀結節，肋膜無變化。

b. 病理學組織的所見

右側(注入側)肺組織成無氣狀爲實質性。肺胞隔壁肥厚，有多數之組織球性細胞及少數之大小淋巴球浸潤。

「停止性竈」少數癒灶亦小「進行性灶」不能檢出。有「特殊性肺炎灶」此灶由肺胞內滲出之細胞而構成此細胞之某羣，相互境界不明而成 Syn cy tial 狀態核存於原形質塊內爲不規則排列。原形質內有極微細核之碎片，上記之兩種病竈雖多數孤立存在但多有相關連者。鬱血輕度，出血不認。有中等度加答兒性炎。氣管枝及血管周圍細胞集簇甚著明。肋膜甚肥厚呈强度之組織化。組織內有散在之「治竈性竈」。

左側(對照側)所見

肺胞隔壁稍肥厚有淋巴球及組織球等浸潤。「進行性竈」單獨存在者雖多然

亦有數灶相集合而成一個境界不明之大灶者。灶中肺胞隔隔有大小組織球及上皮樣細胞浸潤。「漸停性灶」不得認出。「特殊性肺炎灶」乃由二三個肺胞合成爲散在性存在。有輕度之鬱血，無出血，有加答兒性氣管炎。氣管枝周圍淋巴組織之增殖。其組中有多數之缺乏 Chramatin 而呈泡沫狀核之細胞。往往有著明腫大呈泡沫狀之核者。肋膜無變化。

【第十六例】實驗開始時體重六百十瓦，屠殺時體重七百瓦。（增加十瓦）（關接種後第六十日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肋膜爲高肥厚以纖維索使兩葉相互癒着，肺肺前下側可觸被纖維膜所包埋之 Paraffin 硬塊。肺臟縮小，硬度韌色暗赤。左側（對照側）肺臟色澤正常，軟，有散在之灰白白色點狀結節。肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織實質部占廣區域，含氣性部位狹小。

「特殊性肺炎灶」數較多，其構成主要細胞中，有包藏數細之黃褐色色素顆粒者。結核灶數目較少，均屬於「治癒性」即灶內之Lang hams氏型，特巨態細胞及組織球性細胞均不能認出，而其全部殆由瘦長式紡錘形上皮樣細胞所構成，斯種細胞以纖維性突起與外圍結締織細胞結合恰如結締織團塊之觀。鬱血及出血均不認。有中度加答兒性氣管枝炎氣管枝周圍淋巴組織著明增殖，其內有上皮樣細胞集團，肋膜甚肥厚，成高度之組織化。組織內有散在之「治癒性灶」。

左側（對照側）所見之肺胞隔壁爲輕度肥厚，稍富於細胞，浸潤細胞主要者爲大小淋巴球及少數之組織球性細胞。

有進行性竈，雖有孤立存在者，然以數個相隔合而形成不規之大竈者。竈中肺胞隔壁有少數之上皮樣細胞及多數組織球性細胞之浸潤。無「漸停性竈」。小血管及小氣管枝周圍淋巴細胞集簇相隣接而成最小之「特殊性竈」

。有中等度鬱血，無出血現象。

有加答兒性氣管枝炎，氣管枝周圍淋巴組織稍增殖，胸膜無變化。

【第十七例】實驗猫始時體重六百九十瓦，屠殺時體重六百五十瓦。

（減少四十五瓦）（菌接種後第六十日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）胸膜肥厚以增殖之纖維索使兩葉相癒着，肺臟前下方能觸知被纖維膜內包藏之 Paraffin 硬塊，肺臟縮小，硬度羣，色暗赤。左側（對照側）肺臟，軟，色稍發暗赤，有散在之灰白白色結節，胸膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織，有實質之方區域及疎鬆之小區域而成，實質區域內之肺胞隔壁相接着。疎鬆之小區域內留以狹小肺胞腔該部能認出「特殊性肺炎竈」；其構成注細胞多有包藏黃褐色色素顆粒者。肺胞隔壁肥厚，有泡沫狀樣組織球性細胞及大小淋巴球等浸潤。實質區域內有「停止性竈」竈中之上皮樣細胞，其分化程度稍高。其外圍結締纖細胞增殖稍强，組織球性細胞及白血球等減少。以外尚有 Eosin 嗜好細胞點綴混在。不認「治癒性竈」鬱血及出血均不能認出，有輕度之加達兒性氣管枝炎，氣管枝周圍有淋巴組織增殖，其組織中有含色素顆粒之組織球性細胞散佈存在。胸膜著明肥厚而高度組織化。組織內有三四個「治愈性竈」。

右側（對照側）所見

肺胞隔壁肥厚有組織球性細胞及淋巴球浸潤。或以小氣管枝及小血管爲中心或接近此處有兩種之病竈，「進行性竈」可等大數少，「特殊性竈」小而數多。處處有由此等竈相結合而成較大之竈。鬱血輕度，不認出血。有中等度加答兒性氣管枝炎，氣管枝周圍有著明之淋巴組增殖，組織內有「特殊性肺炎竈」和同一性狀竈爲散在性之集簇。又某竈互融合有某

Syncytial 之觀者，其核於周邊部成環成同心性配列。肋膜無變化。

【第十八例】 實驗開始時體重七百瓦，屠殺時體重六百十五瓦。（減少三十五瓦）（菌接種後第六十日）

a. 病理解剖學的所見

一切變化與第十七例無大差異，其所有之記載故省略。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺臟爲實質樣成無氣性胞胞隔肥厚，有多數之組織球性細胞及少數之淋巴球等浸潤。有結核竈。均屬「停止性竈」然其大者較前例稍小，其最大者與前例略相等。「特殊性肺炎竈」多數均於小氣管枝及小血管周圍之淋巴細胞集簇相近接存在。竈之構成主要細胞其相互境界消失，成 Syncytial 狀較前例著明。其細胞內有含崩壞的核碎屑及暗褐色色素顆粒者，鬱血及出血均不認出。有中等度加答兒性氣管枝炎。肋膜著明肥厚，結締織爲高度增殖。毛細血管減少。組織內有散在之「治癒性竈」

左側（對照側）所見

肺胞隔壁爲輕度肥厚。「進行性竈」多數存在，其各竈單獨存在者較少，多以數個相融合而成一大竈。於某竈中有多數大型組球性細胞，斯細胞內有崩壞之細胞核碎屑及暗褐色，色素顆粒者。有「特殊性肺炎竈」，各於小血管近部存在較以前數例為小，其數亦少。鬱血輕度，不認出血。有加答兒性氣管枝炎。氣管枝及血管周圍有著明之淋巴細胞集簇波及於隣接之肺胞壁。肋膜無變化。

【第十九例】 實驗開始時體重六百七十瓦，屠殺時體重六百五十瓦（減少二十瓦）（菌接種後第六十日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肋膜爲高度肥厚，兩葉由增殖之纖維相癒著肺臟前下側，有 paraffin 硬型、肺臟羣，色澤暗赤，縮小，左側（對照側）肺臟稍

腫大，軟，色稍暗赤，有散在之灰白白色結節。

b. 病理解剖學所見

右側（注入側）肺組織，因肺胞隔壁相接着，殆均爲實質性。肺 隔壁肥厚，有多數含泡沫狀核之組織球性細胞及少數之淋巴球，幼弱結締織細胞等之浸潤。唯有一個之「停止性竈」能認出，其大小較前例者爲小且竈之周圍有高度增殖之結締織細胞。「特殊性肺炎竈」爲小點綴於組織內。鬱血輕度出血不認。有中等度加答兒性氣管支炎，管腔內含多數多核白血球。小血管及小氣管周圍有淋巴球型細胞浸潤並波及於隣近之肺胞壁。氣管枝周圍淋巴組織著增殖。該組織內，有數個乃至十數個上皮樣細胞爲不規則形相集簇。其細胞有包藏暗褐色色素顆者。肋膜甚肥厚爲高度之組織化。其組織內有圓形或橢圓形「治癒性竈」散在。

左側（對照側）所見

肺胞隔壁爲輕度肥厚。進行竈特大占於廣區域內，然亦有其境界不明瞭而成圓形之小竈者。「漸停性竈」 不能認出。「特殊性肺炎竈」爲少數而而存於大「進行性竈」之附近。其構成主細胞內有包藏少數黃褐色色素顆粒者，有高度鬱血，無出血現象。有加答兒性氣管支炎（高度）管腔內有脫落上皮樣細胞及多核白血球。氣管枝及血管周圍細胞集簇稍著明。
肋膜無變化。

【第二十例】實驗開始時體重七百五十瓦，屠殺時體重六百九十瓦，（減少二十五瓦）（接種後第六十日）。

a. 病理解剖學的所見

注入側（右側）肋膜甚肥厚介以纖維素使兩葉相癒着。肺臟前下葉可知觸纖維膜內所包埋之 Paraffin 硬塊，肺臟收縮甚小硬度輕，色暗赤。

左側（對照側）肺軟，色正常，有灰白色如米粒大之結節，肋膜無變化。

b. 病理組織學的所見

右側（注入側）肺組織成實質樣爲無氣性，肺胞隔壁甚肥厚有多數組織球性細胞，淋巴球及最少數之 Eosin 嗜好細胞，幼弱結縛織細胞等浸潤。「停止性竈」：其構成之主要細胞分化程度高，細胞間隙介在以少數組織球及白血球。且組織球性細胞核着色性稍弱，大多數其邊緣爲波狀或有呈將消失之狀態者，或已消失而不留其痕跡者，白血球數甚少，多崩坏殆非本來之形態也。竈之外圍細胞浸潤微弱，而有豐富之結締織纖維混着。此種病竈可謂之「停止性竈」及「溶癒性竈」之「中間性竈」也。有「特殊性肺炎灶」「多散於結核灶之附近。鬱血及出血均不能認出。有高度加達兒性氣管枝炎，腔內有多數白血球。氣管枝周圍有著明增殖之淋巴組織，肋膜著明肥厚高度之組織化。組織內有圓形及橢圓形散在之「治癒性炎」

左側（對照側）所見，

肺胞隔壁輕度肥厚，處處有大進行性灶。其灶大小較前數例均大以弱廓大則占全視野。灶中有多數之分葉核白血球，其核多有崩壞者此外有大組織球性細胞及肥胖紡錘形之上皮樣細胞等混合存在。特殊性肺炎竈與前數例比較之爲小但其數不少。有中等度鬱血，無出血現像，有加答兒性氣管枝炎（輕度）。氣管枝周圍有淋巴組織之增殖，肋膜無變化。

茲就上記各例截片標本，施以結核菌染色法而檢查之，所有之結核菌，僅在結核竈及特殊性肺炎竈內存在。於其他之部位則不能之證明之。「治癒性竈」之組織內亦不能証明有結菌

1. 病理解剖學的概括所見

體重除第十四例增加二十瓦之外其他各例均減少。

Paraffin 注入後十日乃至二十二日間（菌接種後十日乃至二十二日）

注入側(右側)肋膜腔內有少量暗赤色滲出液。肋膜肥厚纖維素增殖强。肺下方增殖的纖維素膜內能觸知 Paraffin 之硬塊。肺臟縮小，硬度顯，色

暗赤，其經過時間長者肋膜內滲出液量少，肋膜之兩葉由錯綜之纖維索乃相着。

左側(對照側)肋膜內無特記變化。菌接種第十日例肺之色澤及硬度一般所見雖為常態。然亦有於實質內有灰白白色點狀結節者，爾後漸次增加以至增大於第六十日實驗例其結節如粟粒大乃至白米粒大。結節境界雖有稍不鮮明者，然在一般的均甚明劃。其少數例中雖有鬱血斑然出血甚稀。

2. 病理組織學的概括所見

Paraffin 注入側(右側)之肺臟，其組織一般呈無氣狀態。即多以肺胞隔壁相接着故肺組織乃成實質性。他之小區域因其接着程度不充分乃殘留狹小之肺胞腔，腔中雖有無內容物者，然亦有數個大型組織球性細胞塡於肺胞腔內者。此種細胞由刀形，腎臟形梨形之核與比較明昌度低的原形質而成。第二十二日實驗例，肺胞與隣接同性狀肺胞相融合而成竈狀，此處之竈內組織球性細胞往往相互合融其境界不鮮明視之如 Syncy tial 狀，其核之距離或近或遠相隔而存在。或數個相重疊集簇而存在（特殊性肺炎竈），爾後以經過時日之長短病竈之大小及數目亦均增加。雖至第六十日亦無減少之傾向。

肺胞隔壁著明肥厚且認出各種細胞浸潤。浸潤細胞之主要者為組織球性細胞，此外尚有少數之 Eosin嗜好細胞，白血，大淋巴球等混淆存在。經過時日多者白血球及 Eesin 嗜好細胞漸次減少。反之大小淋巴球等則稍增加。經過六十日之實驗例組織球性細胞均為同樣程度其核多為泡沫狀且淡染核膜成波狀。原形質因包藏空泡之故乃呈網狀。少數例中有幼弱結繩細胞出現。

左側(對照側)肺組織保持其網狀像而為常態。「特殊性肺炎竈」唯在經過六十日例中有少數之「特殊性肺炎竈」但其竈小。

肺胞隔壁之肥厚，病竈外部一般肥厚，其肥厚之程度在實驗列中其經過時日愈多者其厚度愈增，經過四十三日之例達最高度。在經過六十日例中其肥厚程度亦不低劣。浸潤細胞爲小型組織球性細胞白血球及大小淋巴球等。細胞中有包藏暗褐色微細色素顆粒者。

就浸潤細胞消長觀察之，組織球性細胞及白血球於初期數稍多，爾後則極少數。淋巴球於最初期雖爲極少數然在經過六十日之實驗例中，較組織球性細胞反占多數。大小淋巴球數於初期無大差異小淋巴球漸次增加，經過四十三日實驗例達極度。爾後雖稍減少然比大淋巴球數較多也。

結核竈：

從所見之差異而別爲「進行性竈」，「停止性竈」及「治癒性竈」茲分述如次：

a. 進行性竈，所謂上皮樣細胞及肉芽組織之發育頗貧弱，於早期主要者由小淋巴球及分葉核白血球集簇而成，其境界頗明劃。此竈隨時日之經過而增大，且其境界亦不明劃。

b. 停止性竈；中心部有陷於乾酪變性者然　單由構成主要細胞之變性即核染色質減耗細胞體之淡染及其境界不明者居多（上皮樣細胞）。此細胞群內大型組織球性細胞及混有少數之分葉狀白血球其核萎縮崩壞，更於此層之外側有 Langhans 氏型巨態細胞。竈之最外層有多數幼弱結締織細胞，大小淋巴球及少數之 Plasma 細胞等成環形以圍繞之。

c. 治癒性竈；竈中上皮樣細胞著明分化而成瘦長式紡錘形。密相接着其間無組織球及白血球及巨態細胞等。外層有輕度細細浸潤，成熟之結締織纖維多。視之恰呈結締織細胞團塊之觀。

總觀兩側肺臟上述三種結核竈出現之狀態茲記載如次；

「進行性竈」右側（注入側）肺臟至圍接種後十日可認出甚小之「進行性竈」爾後隨時日之經過其數及大小均徐徐增加。第二十七日已達極度，經過三十

七日之例中僅能見與余所謂「漸停性竈」相似之「停止性竈」。

「停止性竈」菌接種後，經過四十三日之例僅於右側(注入側)肺臟認出。經過六十日例中竈之數甚少。

(治癒性竈)經過菌接種後六十日例中僅在一例之右側(注入側)肺臟中可以認出。

左側(對照側)肺臟結核竈出現之狀態：

「進行性竈」菌接種後第十日能認出。爾後從時日之經過其大小及數目迅速增加，至第三十七日病竈增加，分葉核白血球，成境界不明劃之大竈。至第六十日多有保持其固有性狀者。

「停止性竈」僅於經過第六十日之一例中能認出。(第十例)。

「治癒性竈」於所有實驗例中均不能認出。

鬱血及出血：鬱血各例中均在早期能認出。若經過時日長者則爲輕度。經過六十日者殆不能認矣。

出血與鬱血雖同時均能認出，但一般均爲輕度。

加達兒性氣管枝炎：一般於右側(注入側)肺臟稍强，早期上皮樣細胞增殖且膨脹，經過時日長者爲高度。

右側(對照側)一般爲輕度。

氣管枝及小血管周圍淋巴組織之增殖。小氣管枝及小血管周圍淋巴組織之浸潤。左側(對照側)較多。口徑大之氣管枝周圍淋巴組織由Paraffin注射後早期的輕度增殖。第六十日而濾胞著明增大其組織內有橢圓形肥胖式紡錘形而有淡染性核之上皮樣細胞，數個爲不規則的集簇。斯細胞集團中得認出結核菌與「停止性竈」相同。

左側(對照側)經過六十日例中相當高度，但其組織內所謂上皮樣細胞集簇不得認出。

肋膜炎：右側(注入側)之肋膜 Paraffin 注入後，至第十日(菌接種

後第十日）起高度漿液纖維性炎。卽表層有纖維素性結締織細胞增殖，各個細胞以突起互相連結而成網狀，網眼內有纖維素團塊及少數之組織球。深層則富於細胞而組織結構。細胞羣中主要者爲結締織細胞，外部爲幼稚結締織，組織球，淋巴球 Plasma 細胞等混合存在。經過時日則纖維素量減少。結締織及新生血管均增加，至第六十日則新生毛細血管亦減少，肋膜遂成組織化。肋膜內結核竈之出現在 Paraffin 注入後第十日（菌接種後第十日）能認出小之「進行性竈」至第二十二日則「進行性竈」雖增大，而其數著明減少。此所謂「漸停性竈」。至第三十七日則不認「進行性竈」而所有之竈概爲「停止性竈」。在第六十日例中停止性竈數少，而「治癒性竈」均得認出。

第三表參照。

——（未　　完）——

本稿照原文直譯，詞意未達之處祈

著者及讀者原宥（譯者）

人工氣胸術表

第三表

動物番號			1		2		3		4		5	
生存日期			十日		十六日		二十二日		二十七日		二十九日	
肺側別			右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
注入量〔P〕／所見			三瓦		三瓦		三瓦		三瓦		三瓦	
鬱血			++	+	++	+	+	+	+	+	+	+
出血			+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
肺胞隔壁變化	肥厚		++	—	++	—	++	—	+	—	—	—
	細胞浸潤	組織球	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+	+++	+
		淋巴球	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		白血球	++	+	+	+	++	—	—	—	+	—
		Eosin嗜好細胞	++	—	+	—	+	—	+	—	+	—
		幼弱結締織細胞	—	—	—	—	—	—	+	—	+	—
無氣肺			+++	—	+++	—	++	—	+++	—	++	—
特殊性肺炎竈			—	—	+ B+	—	+ B+	—	+	—	+ B+	—
結核竈有無及性別	進行性		+	+	+	+	+ B+	++ B++	+ B+	++ B++	+ B+	++ B++
	停止性		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	治癒性		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
氣管枝及血管周圍淋巴球浸潤	管氣枝		—	—	+	—	—	+	+	+	+	+
	血管		+	—	—	+	+	—	—	+	—	+
加答兒性氣管枝炎			+	—	+	+	+	+	+	+	+	+
肋膜變化	漿液纖維性炎		+++	—	+++	—	+++	—	+	—	+	—
	組織機化		—	—	—	—	+	—	++	—	++	—
	結核竈	進行性	+	—	+ B+	—	+ B+	—	+ B+	—	+ B++	—
		停止性	—	—	—	—	+	—	+	—	+	—
		治癒性	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
肉眼的所見概要			肺臟幾分縮小，色暗赤，硬度鞏，肋膜肥厚。	肺臟色正常，軟，有灰白白色結節散在於內質內	肺臟幾分縮小，色暗赤，彈力性鞏，肋膜肥厚。	肺臟稍稍色暗赤，軟，有散在之灰白白色結節。	肺臟縮小，色暗赤，彈力性鞏，肋膜肥厚。	肺臟軟，色正常，有灰白白色。點狀結節潛在於實質內	肺臟幾分縮小，暗赤，鞏，有灰白白色點狀結節肋膜肥厚。	肺臟軟，色正常，有散在之灰白白色結節。	肺臟特縮小，色暗赤，鞏，肋膜高度肥厚兩葉癒著。	肺臟軟，色正常，灰白白色結節及鬱血斑。

動物番號			6		7		8		9		10	
生存日期			三十七日		四十三日		六十日		六十日		六十日	
肺側別			右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
注入量〔P〕／所見			三瓦		三瓦		三瓦		三瓦		三瓦	
鬱血			—	—	—	+	+	+	+	+	—	+
出血			—	+	—	—	—	—	—	—	—	—
肺胞隔壁變化	肥厚		++	—	+	—	+	—	++	—	++	—
	細胞浸潤	組織球	+++	+	+++	+	++	—	+++	+	+++	+
		淋巴球	+	+	+	+	++	—	+++	+	+	++
		白血球	+	—	—	—	+	—	—	—	—	—
		Eosin嗜好細胞	+	+	+	—	+	—	—	—	+	—
		幼弱結締織細胞	—	—	+		—	—	+	—	+	—
無氣肺			+++	—	+++	—	+++	—	+++	—	+++	—
特殊性肺炎竈			+ B++	—	++ B++	—	++ B++	+	++ B—	—	++	+
結核竈有無及性別	進行性		+ B++	++ B+++	—	++ B+++	—	++ B++	—	+++ B+++	—	++ B++
	停止性		+	—	+	—	+	—	+	—	+	+
	治癒性		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
氣管枝及血管周圍淋巴球浸潤	管氣枝		+	—	+	—	++ ×	—	++ ×	—	++ ×	+
	血管		—	—	—	+	—	—	—	+	—	+
加答兒性氣管枝炎			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
肋膜變化	漿液纖維性炎		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	組織機化		++	—	++	—	++	—	+++	—	+++	—
	結核竈	進行性	+ B++	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		停止性	+	—	+ B+	—	+ B+	—	—	—	—	—
		治癒性	—	—	—	—	+	—	+	—	+	—
肉眼的所見概要			肺臟結小，色暗赤・鞏，肋膜高度肥厚兩葉癒著。	肺臟軟，色正常，有散在之灰白白色粟粒大結節	肺臟縮小，鞏，色暗赤，有灰白白色結節肋膜特肥厚。	肺臟軟，色稍稍暗赤，有散在之灰白白色粟粒結節	肺臟特縮小色暗赤，鞏，肋膜著肥厚，兩葉癒著。	肺臟軟，色正常有灰白白色結節。	肺臟著縮小色暗赤，鞏，肋膜高度肥厚兩葉癒著。	肺臟軟，色正常，粟粒大灰白白色結節平等散在。	肺臟縮小，色暗赤，鞏，肋膜特肥厚兩葉癒著	肺臟軟，色正常有散在點狀乃至米粒大灰白白色結節

動物番號			11		12		13		14		15	
生存日期			六十日		六十日		六十日		六十日		六十日	
肺側別			右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
注入量〔P〕／所見			三瓦		三瓦		三瓦		三瓦		三瓦	
鬱血			—	+	—	+	—	—	+	+	—	+
出血			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
肺胞隔壁變化	肥厚		++	—	++	—	+	—	+	—	—	—
	細胞浸潤	組織球	+++	+	+++	+	++	+	+++	+	+++	+
		淋巴球	++	++	+	+	++	+	+	+	+	+
		白血球	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—
		Eosin嗜好細胞	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		幼弱結締織細胞	—	—	+	—	+	—	—	—	—	—
無氣肺			+++	—	+++	—	+++	—	+++	—	+++	—
特殊性肺炎竈			+	+	++	+	++	+	++	—	++	—
結核竈有無及性別	進行性		—	++ B+	—	++ B++	—	++ B++	—	++ B+++	—	++ B++
	停止性		+	—	+	—	+	—	+	—	—	—
	治癒性		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
氣管枝及血管周圍淋巴球浸潤	管氣枝		+ B— ×	—	+ B—	—	+	+	—	—	—	+
	血管		—	—	—	+	—	—	+	—	+	—
加答兒性氣管枝炎			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
肋膜變化	漿液纖維性炎		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	組織機化		+++	—	+++	—	—	—	+++	—	+++	—
	結核竈	進行性	—	—	—	+ B++	—	—	—	—	—	—
		停止性	—	—	+ B+	—	—	—	—	—	—	—
		治癒性	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—
肉眼的所見概要			肺臟縮小色暗赤鞏，有灰白白色小結節肋膜癒著。	肺臟軟，色正常，有散之灰白白色米粒大結節。	肺臟縮小，色暗赤，有灰白白色粟粒大結節肋膜癒著。	肺臟軟，色正常，有灰白白色粟粒大乃至米粒大髓樣結節。	肺臟幾分縮小色暗赤，彈力性鞏有粟粒大結節肋膜兩葉減著。	肺臟軟，色正常，米粒大稍有光澤灰白白色結節。	肺臟縮小，色暗赤，鞏，有灰白白色結節。肋膜兩葉癒著。	肺臟軟，色正常・有散在之灰白白色米粒大結節。	肺臟縮小，色暗赤，鞏，肋膜特肥厚・兩葉癒著。	肺臟軟，色正常，有散在之灰白白色結節。

動物番號			16		17		18		19		20	
生存日期			六十日		六十日		六十日		六十日		六十日	
肺側別			右	左	右	左	右	左	右	左	右	左
注入量〔P〕／所見			三瓦		三瓦		三瓦		三瓦		三瓦	
鬱血			—	+	—	+	—	+	—	++	—	+
出血			—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
肺胞隔壁變化	肥厚		++	—	++	—	—	+	—	—	++	—
	細胞浸潤	組織球	++	+	+++	+	++	+	+++	+	++	+
		淋巴球	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
		白血球	—	—	+	—	—	—	—	—	—	—
		Eosin嗜好細胞	+	—	—	—	+	—	—	—	+	—
		幼弱結締織細胞	—	—	+	—	—	—	+	—	+	—
無氣肺			+++	—	++	—	+++	—	+++	—	++	—
特殊性肺炎竈			++	+	++ B—	+	++	+	++ B—	+	++	+
結核竈有無及性別	進行性		—	++ B+++	—	++ B+++	—	++ B+++	—	++ B+++	—	+ B++
	停止性		—	—	+	—	+	—	+	—	+	—
	治癒性		+	—	—	—	—	—	—	—	+	—
氣管枝及血管周圍淋巴球浸潤	管氣枝		+ B+ ×	+	+	+	—	—	+ B— ×	—	+	+
	血管		—	—	—	—	+	+	—	+	—	—
加答兒性氣管枝炎			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
肋膜變化	漿液纖維性炎		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	組織機化		+++	—	+++	—	+++	—	+++	—	+++	—
	結核竈	進行性	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		停止性	+ B+	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		治癒性	+ B—	—	+	—	+	—	+	—	+	—
肉眼的所見概要			肺臟著縮小，色暗赤，鞏，肋膜肥厚兩葉癒著。	肺臟彈力性軟，色正常，有散在之結節。	肺臟縮小，色暗赤，鞏，肋膜特肥厚兩葉癒著。	肺臟彈力性軟，色正常，有散在之灰白白色髓樣結節散。	同左	同左	肺臟特縮小色暗赤，鞏，肋膜肥厚兩葉癒著，	肺臟稍稍腫大彈力性軟，色暗赤，有散在之灰白白色髓樣結節。	肺臟特縮小色暗赤，鞏，肋膜著肥厚兩葉癒著。	肺臟軟，色正常，有散在之灰白白色米粒大髓樣結節。

附說

B—　B+　B++　B+++　包有結核菌之程度。

×包有結核菌的上皮樣細胞集團。

+　++　+++　表示變化之程度。

一個脛骨肉腫患者之肺臟發生石灰沈着呈腫瘍轉移之印像

Kalkablagerungen in den Lungen unter dem Bilde Von Geschwulstmetastasen bei einem Sarkom des Schienbeines 原著者 HSternberg 譯述者李伯衡 (Zentralblatt fllr Chirurgie 23 September 1933/Nr. 38)患者 Grete S 年六歲，於 1932 年 8月23 日來到門診部就診，謂數星期以來，右膝關節部有輕度疼痛，患者曾患過麻疹又在 1931 年 2 月間，右下腿因外傷發生過骨折。檢查所見，只在右膝關節下之脛骨部，有輕度之壓痛，外表則無有變化。右膝關節運動完全正常。——

立時照 X 光像，見該脛骨上三分之一部之骨梁 Balkchen des Knochens 肥厚，在此肥厚部位中，尙有些小而界限不清楚之明亮部位，皮質正常，在左右兩脛骨之內上緣，有同樣大鈎狀彎屈之骨棘 Knochensporn. 骨膜無異常，化骨線亦無何變化。預診爲初發之骨髓骨膜炎，乃令患者靜臥，施行濕性繃帶。

1932 年 10 月 8 日患者又來到醫院，謂右膝關節部之疼痛，前已漸次消失，曾能上學讀書，但數日來因一次突擊 Sturze 之後，又發疼痛。

右膝關節下部，微腫脹，皮膚潮紅，較周圍部爲灼熱，該部有較第一次檢查時爲强度之壓痛，膝關節運動正常。

又用 X 檢查，得知在脛骨上三分之一部，除有些小而界限不明瞭之光亮病竈外（此病竈有侵入皮質之部分）尙有些强度肥厚之骨部，此骨部之石灰沈着，較第一次之 X 像片者，著明增加，在前後照之 X 像上，可見此變化之骨部內，有由外方起始之骨折線，幾通過骨幹部之一半，在與健康骨之分界部，見有層狀之外化骨性肥厚。

患者得一自踝部至股部之石膏繃帶，令其回家，如病狀變惡，當即時來院就診。

1932 年12月13日患者第三次來院就診，見其一般狀況，顯然增惡，患者非常蒼白且瘦弱，體溫37.4。右膝關節下部强度腫脹，在腫瘍部之皮膚浮腫，有高度之靜脈怒張。此腫瘍除有緊張性及彈力性之硬度外，尚有輕度壓痛，但在脛和隆下三横指處，有强度之壓痛。在鼠蹊部可觸知數個輕度腫大柔軟之淋巴腺。

X 光像指明爲惡性腫瘍，骨質非常缺乏石灰，下腿上端之軟部陰影增大。脛骨之上半部，破壞成爲許多界限不明之小塊，在與健康骨之分界部，有些外化骨性現象。

12 月 14 日在 Aether 麻醉之下，行試驗切除術 Probeexzision，鏡下所見，爲紡錘形細胞及多形型細胞 Polymorphzellig 肉腫，並有許多核分裂 Mitosen 現象。手術後溫度曾達到 39° 但手術部及肺部均無異常。12 月 17 日兩肺之全部照 X 光像，見兩肺中有無數之點狀及紋狀之增殖現象。所以認爲肺部已起轉移性腫瘍 Tochtergeschwulsten 乃不預備行切斷術 Amputation，而欲採取光線療法 Strahlenbehandlung 。但患者父母以爲聖誕節在目前，未能同意。於 12 月 22 日，患者帶有治療之手術傷痕及石膏繃帶出院。

1933 年正月中旬，患者至 Wien 城中之光線治療專科部。(主任 Doz Schonbauer) 但因患者特別衰弱狀況，似無再用光線療法挽救之可能。1933 年 1 月 23 日患兒送入 Leopoldstadter 小兒科醫院中。在該院住至 1933 年 2 月 20 日，右下腿部之腫瘍日見增大，惡液質現象亦增重，結果腫瘍向外部穿破。

1933 年 3 月 14 日將患者在瀕死狀態之下 moribundem Sustand 被送入第一外科醫院 die 1 cbirurgische Klinik (主任爲 Prof Ranzi) 在該病院之病歷如下

非常瘦弱蒼白之小女孩，口蓋部被以鵝口瘡之白膜。打診聽診內臟無

何變化。右下腿脛骨上三分之二部，有小兒頭大之腫瘍，在患部伸側面即前面有手掌大之潰爛部，腫瘍上部之皮膚，透見擴張且形成血檢之靜脈。腫瘍下部之脛骨，已形成特發性骨折。觸診腫瘍，感覺非常硬固，潰爛部呈灰紅色之朽壞樣。下肢全部偏向後方。膝關節似能活動自由。

患兒入醫院不久，即死亡。（夜間 1 點 3 刻）

屍體解剖所見（Dez Hampel）115 cm 長 18 Kg 重之女性屍體，高度瘠瘦。筋肉非常軟弱，右下腿上半部有小兒頭大之腫瘍，此腫瘍被以緊張之皮膚，在皮膚之前面有手掌大之潰爛缺損面。

頸部臟器無何異常，兩肺均有結締織性癒着。在肺組織內有浮石 Bimsstein 樣之結節性肥厚，在向右肺下葉進入之肺動脈內，有灰白色栓子 Embolus 。氣管及小氣管無異常。心臟如屍體之手拳大，心筋黃白色，有顯明之黃紋，各瓣膜柔嫩，可以閉鎖。

肝臟大小正常，有中央脂肪變性 zentrale Verfettung 胆囊無病變。脾臟稍腫大，蒼白而膠黏 Zah 。

兩腎臟均中等度增大。腎莖膜 Capsel 易於剝離，皮質黃白色，Blassgelb，髓質紅色 rotlich，在髓質中又見有白色紋樣構造。胃腸無異常。

將右下肢固定，行矢狀正中切開，見右脛骨上端之關節面部及下端 6cm 長部，尚被保存，餘全爲腫瘍破壞。當切割時，只見有出血，壞死及囊狀軟化 Cystische Erweichung 現象。被保存之部位，呈白色，魚肉樣。腫瘍之組織檢查所見，爲大細胞，多形細胞性肉腫。Grosszelliges, polymorphzelliges Sarkom, 在腎臟之髓質中，有許多石灰沈着部，在皮質中較少。當心筋之白色部位爲心筋纖維之脂肪變性部，但亦可證明石灰沈着部位。在肺臟之肺氣胞間隔中 Alveolargeruste 有極多之石灰沈着。

病理解剖之診斷，爲右脛骨肉腫，肺臟及心筋之石灰沈着。

屍體之肺部 X 光像，證明許多細小，或紋狀或網狀之肥厚病灶，均與鏡

檢時所見之石灰沈着部相當。

上述之一病案爲脛骨肉腫，但在初期，X光像所見之不規則 Atypisch，乃認爲初期之骨髓骨膜炎。及行試驗切除之後，確定爲惡性腫瘍時，又將肺部之 X 光像上變化，認爲腫瘍轉移，所以未行切斷術。及三個月後，在屍體上之觀查，雖甚大之脛骨肉腫，且曾行過試驗切除術，但毫無轉移之發生。肺部之增厚症灶，乃完全由石灰沈着之故。卽 1855・1856 年 Virchow 氏所謂之石灰轉移 Kaekmetastasen。乃因骨質有破壞病機 Prozessen 之時，石灰沈着於肺臟，胃及心筋或血管等部之現象也。

按學理來講，乃因骨質破壞，多量石灰鹽類遊離，不能由正常道路排出，遂從血液中沈着於其他之組織內。Hofmeister 氏（1910 年）及其門人曾引證此理，作動物試驗，使血中石灰過多，Kalkubersattigung 結果可得健康組織內之石灰鹽類沈着。Aszkanazy 氏（1901 年）注意到一種組織排出酸類而鹼性增高者，則易發生此種石灰鹽沈着，因有酸排出者則石灰鹽類之溶解力必小故也。（如肺臟中因爲排出炭酸 Kohlensaure）。與此理相符合，爲 Virchow 氏已經注意者，卽胃粘膜之石灰沈着，主要發生於胃底之胃腺間組織中，吾人均知鹽酸由此地造成也。

石灰轉移能發生臨床上之症狀，就吾人在著作中所查知者，尙無一例。此病案，卽報告甚罕見之肺臟石灰轉移，以致誤認爲腫瘍轉移，使人失去救活患者之切斷術機會。

安瓿 Ampullen 製造法（續）

藥局主任　劉潛夫編譯

空虛安瓿之滅菌　Die sterillisation der leeren Ampullen.

空虛安瓿之滅菌頗簡單，即將已洗淨之安瓿，倒立于已洗淨之燒杯中，乃放置於乾熱滅菌器內。加以150°－160°之溫二小時；或置加壓蒸汽滅菌器中，加熱15分鐘均可。唯此時宜注意者，既經消毒之安瓿，須隨時取出，容於密閉器中，并將其管口，以消毒棉覆蓋，藉防細菌之混入。

充塡藥液之調製法　Die Bereitung der Fullflussigkeit.

充塡藥液之調製，即將滅菌之原料主藥，溶解于滅菌溶媒中，行無菌調製然後容於無游離鹼質之燒瓶中。唯其供用溶媒，如蒸溜水，亦不可含游離鹼質，他如油，流動地蠟等溶媒，及調製用具，均須預爲滅菌清潔爲要。

（甲）調劑用器之滅菌

調劑用器，當使用時，如一一施行滅菌，於時間上，頗不經濟。故經驗上，凡用器如認爲有滅菌必要時，總以預行滅菌，貯藏待用爲宜。

玻璃及磁製各種用具（藥瓶，燒瓶，鑷，漏斗，玻璃管，鑷，玻璃製注射器，量液筒，滴管，吸液管，試驗管，匙，乳鉢，乳棒等）之滅菌；可施以 150°—160°C之乾熱滅菌，二小時；或加壓蒸汽滅菌十五分鐘；或流通蒸汽滅菌半小時爲宜。除上述三法外，煮沸半小時滅菌亦可。但以1%Lyson losung 浸洗，俟隔日時，以滅菌水，洗滌之亦可。惟所宜注意

者，以Lysol losung消毒劑後，慎勿忘以與菌水冲洗爲要。復次，如除去藥瓶，燒杯等，附着之遊離鹼質，亦關首要。即常以1%鹽酸水洗滌。然在劣品玻質，此法亦不能使遊離鹼質，完全除去。是以滅菌容器，須選硬質精良玻璃也。他如所用之玻璃器具如漏斗，試管，均依此法行之。茲就各器之滅菌，分別述之。

(1) 栓 Korkstropfen

栓行蒸汽滅菌，只可作用於外部，而不得及於內部，又行乾熱滅菌法，加熱至180° c時，亦不能充分滅菌，且此溫度，易使栓質變脆，以至不堪于用。故欲防品質之損傷，當施以120°之溫爲要，其他如先以昇汞水浸泡後，復以熱滅菌水洗滌等法，亦非完全滅菌法，而最良之方法，則爲栓與Paraffin solid，共以高溫熱之，使栓之表面，吸收 Paraffin ，成爲薄層，而栓內不潔之物，亦不得外出，可得完全滅菌。

(2) 玻璃栓 Glasstropfen

其滅菌法，亦以煮沸行之。

(3) 藥瓶及燒瓶 Arznei glaser et Kolben

預爲清潔滅菌時，其瓶口，宜覆以脫脂棉，頸部與栓之間纏以細絲，防栓之固着，且使蒸汽得以浸入瓶內也。或玻璃栓上，另包棉花亦可，此際欲防棉纖維附着時，可包以棉紗。

在急需時，可以濃硫酸加入，震盪數分鐘，(稍加熱亦可)然後，以滅菌水冲洗數次，殆亦能達滅菌之目的。

(4) 試驗管，量液筒 Reagens glaser, Mess Cylinder.

是等器具，得與上法同樣操作。

(5) 吸液管，Pipett

上部覆以棉，其射出口，可插入試管中，其試管口，須以棉塞之，放於乾熱滅菌箱中，熱之卽可。

(6) 滴液管 Burett

以有玻璃活塞者爲限，其上口及射出口，皆須被以棉花，行乾熱滅菌或蒸汽滅菌均可。

(7) 錶皿 Uhr glas

乾熱滅菌，蒸汽滅菌均可。

(8) 漏斗 Trichter

洗淨後，內以折疊濾紙，塡於其中。其漏斗管，覆以脫脂棉，然後以蒸溜水，注入洗滌，使濾紙貼附漏斗上，再放於 Becher 中，漏斗上覆以時計皿，行以蒸汽滅菌。若滅菌後，有乾燥必要時，可暫放於乾燥器，乾燥之，以此所得濾液，常極透明。

濾紙及綿花，可耐150°—160°c 之乾熱，故多行乾熱滅菌。

滅菌漏斗，濾紙，栓及篦等，欲防細菌附着，可置於頂爲滅菌之鋅板上，或銅板上，而此板可施以火焰滅菌。

(9) 乳鉢，乳棒， Morser, pistiel

行乾熱及蒸汽滅菌均可，急需時，可行 Punch—verfahren 氏法：

卽注酒精於乳鉢內，點火燃燒之。據 gochi uies 氏之實驗，酒精燃燒，至少須四分鐘，否則不得完全滅菌。

(10)篦 Spatel, 匙 loffel (金屬製，磁製)及一般金屬製器具等，往往行火焰滅菌法，事簡而便利。

能行火焰滅菌法之器具，可行150°—160°c 之乾熱滅菌二小時。但鐵，鋼鐵，鎳製銳利器具類，(刀類，注射針等)如行常時間乾熱時，常失其銳利，上法不可行之。

是以常用 2% Borax losung，浸於加壓滅菌器，或以 1% Natri Carbonat losung，煮沸滅菌，此時金屬表面，常生小斑點，但得拭去。

(11)角製品 Horn gegen stande

可施以微弱加熱滅菌，而不能完全滅菌，故宜注意行之，或以酒精拭之。此等角製品，最好代以金屬者爲善，則得完全滅菌。

(12)濾紙， papier filter

共漏斗滅菌，爲最上法，已如前述。

(13)棉花 Watte

宜先視其脫脂完全否，少量時，可放入廣口瓶，或玻璃皿，或滅菌罐，行115°加壓蒸汽滅菌半小時；俟滅菌畢，可供濾過，栓塞清拭之用。

(14)橡皮製品 Kautschuk gegen stunde

橡皮袋，橡皮管，橡皮塞，橡皮帽，橡皮手套等，頗易滅菌，普通以蒸汽水，或 1% 炭酸鈉溶液，煮沸半小時。然用炭酸汽溶液時，最後須以滅菌水，徹底洗滌爲要，又蒸汽滅菌(常壓，或多少加壓)亦可。

(乙) 藥品之滅菌

藥品之滅菌，稍有不愼，卽起變化，而以見熱易起分解者，欲完全滅菌，尤感困難，可大別爲理學的滅菌法，及化學的滅菌法二種，熱光電濾過等，屬於前者，而後者僅爲防腐劑之注加方法耳。又有所謂混合滅菌法者，係利用 Formalin gas 與水蒸汽，共同作用而成。

(1) 滅菌法之種類

大概已如上述，詳言之有乾熱滅菌法，(Sterillisation durchtrockene Hitze)，古時已利用之。更分爲火焰滅菌，與乾熱滅菌。又有煮沸滅菌法(AusKochen mit wasser)。又有蒸汽滅菌法，(Sterillisation dureh wasserdarmpf)。此法應用最廣，通常更分爲常壓蒸汽(Unger panuter dampf)與加壓蒸汽 (Gespannterdamp f)二種，又有濾過滅菌法，(STerillation dnrch Filtration)，上數法，殆皆屬理學滅菌法也。又有化學的滅菌法，(STerillisation durch Chemikalien) 此法與理學的方法相較，可稱不確實之法 ，常用之藥品，有 Natri Carbonat, Borax, 跨Salieylsa

Benzoesaure, Alkohol, Formalin' Glycerin, Aethr, Chloreform, Thymol Karbolsaure, Chloreton, Nipagin, 等，又有間歇滅菌法，(das dikontin ,nierliche eder frakionierte sterillisation ver—fahren) 即俗稱 Tyndallisation 是也，要之各藥滅菌時，宜就各藥性質，妥擇上述方法，施行滅菌即可。

(2) 滅菌溶媒調製法

配製溶液時，所用之溶媒，如 Aqua dest, aether, glycerin, ol fett, paraffin liquid, 等，須妥爲滅菌，始得完善溶液，茲特述其滅菌法如後。

A) Aqua dest,

在昔治療上需水時 多用井水，(Aqna Fontanna) 近亦尚用之，德制第六版，今只限外用藥，作消毒目的，尚許用之，他如靜脈內，筋肉內，及皮下注射，須以純粹滅菌蒸溜水供用，其滅菌法，通常即行煮沸滅菌法，與蒸汽滅菌法。

(附)藥液之保護劑 (schutzkorper Fur flussige Arznei Znbreitungen)

所謂保護劑者，自溶液於調製後，欲行長期保存，防其沈澱、或抑止細菌之繁殖，並於主理上，不受若何影響，加以藥劑之謂也，茲述於下：

，防玻璃中之遊離鹼質，可加以微量之酸，以中和之，常用者，有 0,1 %或$\frac{1}{500}$定規鹽酸，即取 10% 定規鹽酸 1,cc、或 2,cc，，加蒸溜水稀爲100,cc,即成。

植物鹼質溶液，如(Morphim, Gacain, Strychinin), 遇微量遊離鹼液，變色或生沉澱時若以上記之鹽酸水溶解時，可免此弊。

2，注射液長期保存，如起加水分解，生結晶或非結晶之沈澱時，欲防此弊，可加粘液質，(Tragacantha)或類蛋白質，(Albumoide Asparagin

) 均可。又從來此種之保護劑，多用 Glycerin, Alkahol, 等，例 pantopen 注射液。當調製時，多用 10% Alkohol, 20% glycerin 之蒸溜水，爲溶媒。又易受酸化之藥液，其保護劑，常用糖類，(葡萄糖) Manuit 等是，葡萄糖多少有弱還原作用，而 Mannit 則有防止加水分解之性質。

3, 滅菌溶液保存時，最宜注意之事項，厥爲細菌之繁殖，當調製時，雖如何嚴密，然以空氣中之浮遊物太多，難免細菌侵入，欲顧慮此危險，而欲加以抑制時，乃不得不加保護劑，於溶液中。但加保護劑於皮下，筋肉，注射。靜脈內注射液時，宜如何選擇，頗堪注意也。此等保護劑，如酒精類(Alkohol, glycerin,) Chloreformn 有特別價值，他如0.5% Cobol，losun; 爲 Diphtheria Serum 稀釋所賞用， Chloreton Thymol 爲 Adrenalin HCl所用，Trikvesol 爲 Insulin 之保護劑是。

(B) Aether

此物爲保護劑所稀用。

(C) glycerin

Glycerin 可以常壓，或加壓蒸汽滅菌，唯其注意之點，爲有吸收水分之慮，須留意焉，

(D) Fette oleum

調劑上所用之脂肪及油，常有少量避離脂肪酸，如油酸等，如製成注射液後，多有刺激性。

脂肪及油滅菌，可行 120° 之乾熱滅菌二小時。Themann und gerard 兩氏，主張最良之法，爲蒸汽滅菌。其法以棉塞口，覆以硫酸紙，而後施以蒸汽滅菌，然本法頗有混入水分之慮，爲其缺點。

(E) Paraffin, paraffin liqnidum,

可同脂肪，油類之滅菌法處理之。

又 Paraffin 等，於 200° 之高溫，有分解之虞，當製注射液時，只可行

一次滅菌。

普通溶媒，多加以單一保護劑，其保護劑，實際上，多用下列四種，

1，格魯仿水＝Chloroform 0,1 gm, Sterili Aqua Dest 加至 100, c.c.

2，$\frac{1}{500}$定規鹽酸＝$\frac{1}{10}$ HCl 2 cc.，Sterilli H_2O 加至 100.cc.

3. 格魯仿$\frac{1}{500}$定規鹽酸＝Chloroform 0.1 gm，$\frac{1}{500}$ HCl 加至 100.cc

4. 酒精甘油水＝Alkohol 10 gm，，glyurin 20 gm，Sterilli Aqu Dest，加至 100.cc.

注射藥液之滅菌，就調劑用具，及溶媒等，已分別詳述如前，至各種原料藥品之最適當滅菌法，須依各藥品之中性狀，參照各國藥制之規定，酌量情形適宜處置，不及備載。

附註）1，火焰滅菌，即以 gas 或酒精之火焰滅菌也。

2，乾熱滅菌，即以乾熱滅菌器，於直火加熱，至一定時間之方法，美藥制爲 160—170° 加熱二時間，瑞士藥制，日本藥制，德藥制爲 160°加熱二時間，比利時藥制，爲160—180° 雖有溫度之規定，但無時間之規定。

上第二法主用於藥液之容器，及調製用具之滅菌。

3. 煮沸滅菌，即 100° 加熱 30 分鐘，或有依 1—2% 之比例和以炭酸鈉，磷砂者，其滅菌力遙强，加熱 15 分時，則可達完全滅菌目的，此法被用於器具之滅菌，

4. 蒸氣滅菌應用最廣，各藥物之滅菌，多由此法，其常壓蒸汽滅菌，爲 100° 之溫，較加壓蒸汽滅菌之力遙劣，常壓又分流通與靜止，二種，流通蒸汽爲 100° 之溫，加熱30—60分鐘(德，美，日、瑞士，)加壓蒸汽，爲於 15—30 分間作用，即可達完全滅菌目的，比利時藥制爲於 120° 行加壓蒸汽

時間爲15分鐘，112°時，爲30分鐘。美制爲以115°—120°之加壓蒸汽，凡15分鐘。

日本，德，瑞士藥制爲以 115° 之加壓蒸汽凡 15 分間，

5、間歇滅菌法，爲利用細菌之芽體，於 60° 前後之溫度有死滅之事，而以比較低溫行施滅菌也，即於 56—60° 之溫度每日 1—2 時，漸漸滅菌，持續 4—7 日間，

日本藥制之高溫間歇滅菌法，爲以流通蒸汽 100° 之溫 1 分間，每 24 小時加熱三次，

德藥制爲於高溫變化之藥液，於 70—80° 之溫，40—60 分間滅菌，於 30° 之溫放置 24 小時如斯操作四次以上，

瑞士藥制，採用 60—70°，凡三回滅菌，

藥液之充塡　Die Fullung der Ampnlu.n

注射用藥液，不可以重量計算，應以容量爲標準，蓋注射器之內容，係以之表示容積者，例如調製 1% Morphin muriat 時，決非秤取Morphin muriat 0.1 gm，加蒸溜水 9.9 gm，使全量成 10. gm，乃係秤取其 0.1 gm，加蒸溜水，使全容積，成 10, c.c. 而此溶液 1, c.c. 中，含有 0.01 gm之Morphin muriat。由此藥液之容量，則可測知主藥之量。理論上二者之濃，度頗有差異，不可不注意也。藥液移注注射器時，往往發生氣泡，勢必棄去其一部，而安瓿之周壁，亦常附着殘餘之藥液，而至減少藥量，是以充塡藥液於安瓿時，宜使藥液較定量稍有餘量。例 1.c.c. 之安瓿，應充塡爲 1.1c.c. 其尤宜注意者，當充塡藥液後，多加熱以滅菌，溶液亦因之而膨脹，則安瓿難免有破壞之虞，預防此弊，不可使藥液過爲充滿。通常藥液之充塡法，大別爲二，曰各個安瓿之充塡法，與多數安瓿同時充塡法，

1、　各個安瓿之充塡法

最簡單之方法，爲 Hillen's 氏法，因無需充塡器者。即取空虛安瓿，置火焰上，短時間熱之，以使其膨脹，隨倒立於蒸溜水中，以冷却之，則以氣流關係，使少量水隨之而入，取出後再於火焰上熱之，則其中蒸溜水，變爲水蒸氣，同時將安瓿中空氣排出，此時，乃急收安瓿倒立於藥液中，則可得達充塡目的，唯此法之缺點，非熟練者，不易得一定準確量，且以冷熱關係，其玻璃質時有破損之處，次之方法，係取三角瓶或燒瓶，以橡皮塞栓塞之，同時插入長短彎曲玻璃管二支，其短管之下端，不可與液面接觸，上端結連以附有濾過棉之二連球，長管之下端，須達於瓶之底部，他之一部，連以橡皮管，並嵌以注射針，今自二連球，壓送空氣，則瓶中藥液，以氣壓關係，遂由長管而流出，以達於安瓿矣。通常供用充塡器之構造，即由橡皮球，貯液量器，注射針連合而成，用時先將藥液盛入貯液量器，連以注射針。其針之尖端，插入空虛安瓿內，然後自橡皮球加壓，則空氣壓液而入於安瓿。近又有將上器，加以改良者，其橡皮球，成爲活塞狀，使藥液得自動，以氣壓關係，入於安瓿。此外尚有 Stich's 氏，Wulff's 氏，Keselung's氏，Telle 氏uhlen huth—Weidanz 氏等充塡器，均堪應用。總上數法，所用之注射針，均應以白金製，或不受藥液之腐蝕者爲限。他如兩端有口安瓿之充塡，可依前述洗滌法原理行之。

2，　多數安瓿同時充塡法

對多數安瓿同時充塡藥液法，固已於前述洗滌法中略述梗概，係利用空氣壓力而然，初先排除安瓿中之空氣，後乃逐漸增加氣壓，使藥液自行入於安瓿，同時得使多數之安瓿充塡藥液，於時間手續上，極爲經濟，爲其所長。唯此法之缺點稍嫌有內容藥量不準確之弊，且對原料昂貴之藥品如 Cocain, Tropacocain 等時，寧用上法爲宜。欲同時

充填多數安瓿，加藤氏之充填器尚稱便利，此器之全部，係由玻璃製成，狀似 irigatal，有橡皮囊，送氣管，活塞，支管(便排氣者)此外並附分液漏斗等。使用時，即取已消毒之空虛安瓿集爲一束，倒立於燒杯中，適量放入滅菌藥液，乃移燒杯於此器內，而密閉之，自其支管，連結空氣唧筒，徐開活塞，以去器內空氣，此時安瓿之空氣，經藥液成氣泡而逸出，及殆成眞空，乃閉活塞復開送氣管，使空氣入內壓液，則液可自行流入安瓿。又有最便利之充填器，其一部備有管口，便連結空氣唧筒者，他一部有活塞，使藥液得自由移入充填器中，又設玻璃圓筒，以貯注射藥液，其內並附有素燒之濾過器。此外尚有 H. Rohrbeck 氏之充填裝置，Richter Lutt 氏充填器均可供用也。

安瓿之熔閉 Das Zusch melzen der Ampullen,

藥液充填於安瓿後，須即行熔閉管口，唯藥液過量，在熔閉時以內容液之膨脹，難免有破損之虞，欲防此弊，須先以同溫之水浸之，以使其充分膨脹，而後取出熔閉之。

安瓿之開口部，以多少附着藥液，當熔閉管口時，屢起炭化作用，不唯有碍觀瞻，且於藥液之純潔上，大有關係，是以在熔閉前，須拭淨之，Beysen氏推賞以羽毛拭其頸部，成績尚佳，其管口多量附着時，可以注射針，連結水流裝置，以吸取之，如爲多數，可置於眞空裝置中減壓，以去頸部附着之液。又爲水易溶性之藥品，當其充填時，可先充以少量(例1.1 c.c，可先填充 ,5 cc)然後以同量之水冲洗頸部，亦係安瓿填充上之一法。其最簡且適當方法，則係於三角瓶上，栓以木塞，插入彎曲之玻璃管一支，(尖端須延爲長針狀)盛水入瓶，自下加熱，則水變汽自尖，端噴出，乃取充填之安瓿一束，以此瓶之蒸汽噴洗，可達洗滌之目的，若水不溶之藥品，則可擇其適當之溶媒，以代蒸溜水。例樟腦注射液之洗滌，可以 aether spirit代水之用，其頸

部藥液既經除去淨盡，乃以挾持安瓿，自頸部中間，先以赤熱纖以强熱熔融延引即成。熔閉用火 Alkohol, aether 均可。

安瓿之溶閉檢查　Die Prufung auf dichten Versahuss, der Ampullen

檢視安瓿之熔閉完全與否，可持安瓿在白紙上劇烈振搖之，以試藥液进出與否，或倒置熔閉之安瓿於篩上，浸入熱水中，以內部空氣之膨脹，如熔閉不完全而有隙，則內容液大部流出，或將熔閉之安瓿浸 Methylen blau Loesung 中，加熱，以試內容液之着色與否。

安瓿之滅菌，　Die sterillisation der Ampullen.

將安瓿熔閉後，其供用於腰椎 Lumbal，薦骨 Sakral，靜脈 Intravenosen 者，如加熱無何等變化，或無分解之虞者，應在加以100之熱半小時，以防意外；或行以間歇滅菌法，100° 之蒸氣滅菌，加壓滅菌均可。又前述之色素檢查熔閉度，用水煮沸時，同時亦可作表面之消毒，誠一舉兩得也。

滅菌安瓿之細菌試驗，　Die Prufung Der sterillisierten Ampulle auf Keimfreiheit.

可行以 stich's 氏法，即取外觀不良開口之安瓿，以內容既經火焰消毒之吸液管，吸取藥液 2—3 滴，放於滅菌培養基試驗管中，以驗其發熱與否而定之。

附）　溶液檢查法

溶液之細菌繁殖與否，可由色之變化，臭氣，沈澱之發生等而測知，此時將其由細菌所成結稠之析出物，雲翳等，用 Pipett 吸取其一部，放載物玻璃上，以顯微鏡檢視之，如由此法不能檢出細菌時，可行培養試驗，即取 Nahrbouillon 入於試驗管，加檢液數滴，放置於37—38° 之孵卵器中，二三日間，每日一二次漸漸觀察，若試管爲全透明，則爲無菌之證，又或多少有混濁，可以顯微鏡檢查之。

（完）

生理學大意

醫學博士 橋田邦彥 著

一年級 彭大椿 試譯

目次

Ⅰ，總論

1）從生活上所見到種種特有之現象，例如運動，知覺，榮養繁殖等，總括起來叫做生活現象，就生活現象之觀察和實驗去研究的科學則謂之生理學（或生機學），即生體的機能學也。

研究生體構造的科學謂之解剖學（又名形態學），因爲生體之構造多適

體其機能，所以從其形態的研究而僅推定其機能者不少，故無生理學的知識，構造之意義多不能了解，然同時若無形態學的知識，而機能亦不能充分的理解。

2.生物體自外界攝取食物，將其消化之，吸收其中之榮養分而送入血液中，血液則循環生體之各部，將榮養分行適當之分配，榮養分之一部成爲體成分，他之一部或分解或被自呼吸所得之氧酸化成爲身體活動之原動力，此際無用之生產物被血液攝取，運至適當地處而排泄之，此種生體中物質的不絕變換是無時或已的，這種現象就叫做物質代謝或新陳代謝，當物質代謝時有溫熱發生。

生體活動之主要者固爲運動，而高等生體特如動物其將外界之狀況查知並將其適應，更進而保護身體安全的知覺亦爲生體的活動，(精神活動)當此等活動時，物質中貯有化學的潛勢力，因物質代謝的結果，變換爲運動之活勢，此種之事實謂之勢力變換，有如蒸氣機關運轉時碳之被燃燒，但生體內之燃燒爲徐緩之酸化作用也。

當生體之發育及生長時，其形態有一定之順序的變化，此事實謂之形態變化，但發育完成之生體形態變化多停止，故只不絕的行物質代謝及勢力變化而已。

3.物質代謝及勢力代謝二者是不能分離，常相伴相俟現爲生體活動，例如呼吸時，吸入酸素必需呼吸運動，消化時胃腸運動，知覺，精神活動之際則物質被消耗，即生體的活動無論何時均是全體之活動，雖一視只爲一部之活動，亦必行於全身機能協同之下，此事實乃理解生體之活動上不可忘者，進而可以推定於身體完全活動時身心必須一致。

4.生體構成之基礎爲細胞，同種之細胞相集合而成爲組織，各組織相集合而爲器官，因構造之不同而其機能亦各異，又多數之器官若爲同一目的機能者，總稱之系統，如胃腸等，其活動之方法雖各不同，但均有關於

消化，故總稱之爲消化系統，各種器官以其機能之不同而有以下系統之區別：

(1)骨骼系統爲身體之中軸，可司種種器官之保護

(2)骨骼肌系統借骨骼系統而營身體之運動

(3)消化系統

(4)呼吸系統

(5)循環系統

(6)排泄系統

(7)知覺系統

(8)神經系統連絡統諸器官之活動，又與精神活動有關。

(9)內分泌系統分泌特種之物質以其作用而將各器官之機能連絡統一，

(10)生殖系統與種族之繁殖有關，

於形態學上卽以上諸系統外尙有所謂皮膚系統者。

生體所有種種機能中之運動知覺爲動物固有者，故名爲動物性官能，其他之機能爲動植物共有者，故名爲植物性官能。

四 運動

5,骨骼系統人體之骨骼自二百餘個之骨連結而成者也，其連接約有下述之三種：卽骨與骨互相咬合者，其間挾以軟骨而相結合者，及構成關節而能活動者，於關節處骨與骨接觸部分被以軟骨，其周圍圍以强韌之紐帶，紐帶之內面有分泌之粘液使骨之接觸處滑潤。

骨骼可分成頭骨，軀幹骨，四肢骨，

頭骨成自頭蓋骨與顏面骨，頭蓋骨之中有腔洞，此腔洞叫做頭蓋腔，中有腦髓，顏面骨由眼窠，鼻腔，口腔等圍成，頭骨除下顎骨外均不能活

動，

軀幹的中軸是脊柱，由挾着軟骨的三十多個的椎骨相連成，於一定程度之內，可前後左右屈曲，脊柱的內部形成管狀，此即謂之脊柱管，中有脊髓，於胸部有十二對之肋骨與後方之脊柱及前方之胸骨相連接形成胸廓，胸廓之底以橫隔膜爲界，中爲胸腔。

四肢骨內之上肢，前方以鎖骨，後方以肩胛骨連於軀幹骨，下肢骨自一對之無名骨連於脊柱之下部，無名骨固結於脊柱而形成骨盤。

骨有骨膜包被之，骨之外部之質硬而且細密，內部粗鬆，且有大多數空間隙，其中含赤色之骨髓，自骨膜有多數之血管送入骨中，骨成自石灰質及膠質質。

6,骨骼肌系統，肌可分爲二種，(見消化條)附着於骨骼，能爲身體之運動者，謂之骨骼肌，全身所有之肌約有四百餘個，肌大抵中央大而兩端細，構成腱，腱之末端附著於骨。

骨骼肌色赤而柔軟，由多數之肌纖維形成束狀，將肌纖維置於顯微鏡下時，見有黃紋，故骨骼肌又稱爲橫紋肌，肌中有許多之神經及血管進入，骨骼肌能隨意收縮，此時由腦髓發出之命令經過神經，由肌勻受刺戟而起，又將電氣自肌之外部刺激，可使其收縮，當肌收縮時有溫熱發生，此現象可由運動時身體溫熱增高而知，即此際肌內物質分解酸化而生成乳酸，此等物質多量的集合於肌內時，則肌之活動發生異常，是即肌之疲勞，肌之收縮時其中之血管擴大，有多量之血液出入，一方充分的供給榮養物，他方運去不用之產物，骨骼肌占全身之四，五分，故全身運動時週身之血液循環甚旺。

骨骼肌多跨關節而附着於骨上，肌若收縮時，體之中心遠方之骨則成爲運動。

當身體的任何處發起運動時，多數之肌在協同的目的下營適合的動作

，雖然身體在直立靜止時亦有多數之肌以反對之方向動作，以防體之動搖，如此協同之動作，一部由於隨意動作，一部由於脊髓等的無意識動作，此種無意識動作之發達多由於運動之練習。

Ⅲ，知覺

7，由於眼之視，耳之聽，鼻之嗅，舌之味，以及皮膚之接觸而得將身體和外界的關係明瞭；又關於身體位置以及運動狀態之判斷等之機能，均謂之知覺。

8，視覺器官謂之眼，眼略略作球形，由恰如照相器遮光之部分，名爲眼球壁者及有使光線通過而屈折之部分而成。壁由外（纖膜），中（脈絡膜），內（網膜）三層所成於眼球前部中央有無色透明體呈球面狀之部分名角膜，其內部有瞳孔，（虹彩膜，中央之小孔）光線由此通過進入眼中，感光之部分有網膜，其中心部感光最强，於虹彩膜之內方有集光之透鏡，名水晶體，使光於網膜之上結成像，於水晶體及角膜之間有半流動性之硝子體，（玻璃體）脈絡膜爲黑色而能遮光，其中有多數之血管進入，於眼之後方集合自網膜中之神經細胞發出之神經纖維而形成視神經，其形如眼球之柄。

眼之異於照相器者，即雖不變形，而亦能遠近自由視得，此乃因水晶體之屈折力於種種情況之下而適宜變化之故也，此種事實即謂之眼之調節，虹彩膜之作用如照相器之光圈，即當强光入眼時瞳孔變小，弱光入眼時則瞳孔放大。

於正常眼（正視）之調節，自最遠方至眼前十二糎處時能明視，近視者不能看遠，遠視不能看近，老年人之水晶體硬化不能調節，故近處不能明視，謂之老視，近視用凹透鏡，遠視及老視用凸透鏡補救時，則與正視相同。

忽然黑暗則不能視看，但漸漸又恢復視能，忽然明亮亦不能視看，漸

漸則又能視看，此乃網膜應光線進入眼之多少而起變化之故也，此謂之眼之順應。

9，眼除明暗覺知外，又對於色亦能覺知，又因光波的大小可區別爲赤，橙，黃，綠，青，藍，紫，此等色感同時發起時則感爲混和色：例如紅與紫混和則被感爲紫紅色，諸色感混雜時成白色，即諸色感互爲補色者也。

10眼球上有三對之肌附着焉，因其活動，眼球於眼窠內得以廻轉，對所視物使眼球集中。

用兩眼時不但可互相補助其缺點，且能明瞭的見着物體，並可正確的看到廣大的範圍及物體之眞正形體，其他距離的遠近，物體大小之判別均較容易此謂之目測，由上下眼瞼中肌的活動成爲閉眼，以防害物之侵入，在眼瞼之內面結膜折反而被覆睫膜，此謂之結膜，結膜及角膜由眼之外角於淚腺分泌之淚液，時時濕潤之，眼中若有塵物亦可洗去，淚液自內眥經小管向鼻腔而流去，睫毛亦爲防護害物之侵入者，

11，聽覺之器官爲耳，可區別爲外耳，中耳，內耳之三部，外耳成自耳殼及外聽道，外聽道生有耳毛并分泌耳脂，

中耳又叫做鼓室，爲頭蓋中顳顬骨的空洞其與外聽道之境界上有漏斗狀，具有彈力的薄膜名爲鼓膜，其內側有三個聽小骨互相連接，聽小骨之他端嵌入中耳與內耳之境界上之卵圓窗上，中耳自喇叭管（歐氏管）與咽腔相通，使外耳與中耳之氣壓平均，而鼓膜得自由振動，

內耳因構造複雜，故謂之迷路，由薄膜而成之管及囊（膜樣迷路），包被於全體之骨中（骨樣迷路），迷路中充有淋巴液，

迷路中之迂曲管狀部謂之蝸牛殼管，其中有構造複雜之 Colti 氏器官，連於聽神經，音響振動由空氣傳於鼓膜，自聽小骨經卵圓窗使迷路中之淋巴液振動，因此 Colti 氏器官被刺戟聽神經興奮遂感覺爲音響，

迷路中之弧形管，狀部（三半規管）及囊狀部（前底囊）之一定部有特殊的知覺裝置，頭的運動及位置的變化時，則被刺戟，使其發生對頭之運動及位置和身體運動及位置之判斷，同時又與運動之協調，及姿勢之維持有關，

12，嗅覺爲鼻腔內之一部，有特殊知覺之裝置者，有氣味之物質與空氣混入鼻中將其刺戟遂成嗅覺，其感覺甚銳敏，極微之氣味卽能感知，但最易疲勞。

味覺之器官主存於舌中，舌之表面粗糙部，稱之爲乳頭，此乳頭中有知覺器謂之味蕾。物質與水或唾液相混自其表面之小孔進入其內，則有味之感覺，味可區別爲鹹，酸，苦，甜等，食物之味乃味覺外嗅覺及舌之觸覺之複雜感覺也。

13，於皮膚，口腔，及鼻之粘膜中有多數之知覺裝置對於觸，溫，冷痛均能感知，但因部位之不同而程度各異，例如觸覺以舌尖，指頭等最爲敏銳，又毛髮被觸時亦生出感覺，

痛之感覺除皮膚外，肌，骨膜，內臟等亦能感知，但多起於疾病時，皮膚有痒覺。

肌，腱，關節等之運動器官亦能發起知覺，因之對其部位之位置，又運動之大小及方向等而能判出，此種知覺與皮膚之各種知覺同時共同動作可明瞭的判別物體之性狀，盲人觸物時能判別者即以此也。

吾人就各種器官之活動及其狀態亦起感覺：例如渴，餓，飽，尿意，便意等，此外由於器官之全體發起之精神，優劣感覺卽所謂臟器感覺。

Ⅳ. 神經系統

14，神經系統分爲中樞神經系統，（即腦髓及脊髓）及自中樞部發出被分佈於身體之各部神經（卽末梢神經系統）之爲二部；神經系統爲由 Neuron 依非常複雜之集合連絡而成，神經原由神經細胞及其突起（卽神

經纖維）而成，前者主集合存於中樞系中。爲一種灰色，此則稱爲灰白質，於中樞系中集合之神經纖維爲白色，則稱爲白質，神經纖維之一部自中樞發出而集合成神經，再漸次分岐被分佈於身體的各各部位，其最終之部非常細小，末端作樹枝狀分岐，神經細胞的一部於末梢神經系統中形成神經節。

與運動器官相連之神經原，其神經細胞於任何方法下被刺激時則興奮，此興奮由神經纖維傳於其所連絡之器官將其刺戟（即遠心性神經），反之與知覺器官所連之神經原，其知覺器所起之興奮經神經纖維傳於神經細胞而將其興奮（即求心性神經）。

15，腦脊髓存於頭蓋腔及與其相連之脊椎管內，被以腦脊髓膜，其膜分爲三層，於內層中層之間充滿腦脊髓液司腦脊髓之保護。

腦髓有大腦，小腦，延髓等部分，大腦由深的縱溝而分爲左右兩半球，其外面灰白質稱爲大腦皮質，大腦及小腦的表面有複雜的皺及溝，延髓乃腦髓之柄樣處，腦髓與脊髓相連，脊髓與大腦間之部份謂之腦幹，自腦髓之下底發出十二對腦神經，脊髓呈長棒形，自前面之縱溝被分爲左右兩部，脊髓之內部爲灰白質，白質在外部，自脊髓發出三十一對之脊髓神動，於一定之距離自兩側發出，脊髓神經有所謂前根與後根，前根主與運經有關，而後根主與知覺有關，即發起運動之刺戟自前根達於肌使起運動。皮膚，關節等所起之知覺興奮，自後根進入脊髓。

大腦爲行精神活動之所在，於隨意運動，知覺之外尚有記憶，理解等之機能，此種機能只限存於大腦皮質的一定部，相互複雜連絡之，此外大腦尚伴以精神活動而全無意識的給各各臟器以影響，即肉體生活與精神生活非爲無關者。

小腦雖不能直接行精神的活動，但對於無意識隨意肌之收縮方法無意識的給以調節，大腦中亦同樣有無意識的調節，兩者相互以行身體運動的

調節，和姿勢的維持。

延髓中有呼吸器官，循環器官，消化器官等，生命維持上必要器官活動之無意識的調節部分，卽存有是等器官之中樞，故延髓破壞時，動物立卽死亡。

脊髓亦全然無意識的將自腦髓所來之興奮傳於身體各部，又將自彼處所來之知覺興奮傳於腦髓。

所有之知覺神經自其末端之知覺器所受了興奮均經腦神經或末稍神經（脊髓神經），通過腦髓及脊髓之白質部分入於大腦皮質之一定部，（知覺領）於此處始認出知覺，卽知覺器官，（例如眼，耳等）其自身均不能認出知覺。隨意運動之根本的興奮，起自大腦皮質之一定部，（運動領）經白質而傳於腦神經及脊髓神經，此際大腦之右半司身體之左半，大腦之左半司身體之右半。

16、知覺興奮或達至大腦皮質之意識，對此均各各起反應，然不達大腦皮質者而至腦之下部或脊髓之灰白質神經細胞者，亦能使起興奮，此種興奮雖亦能使肌及器官活動，但其爲無意識的自不待論，如斯之現象名爲反射例如睡眠中之搔癢，眼之瞬目，消化時消化液之分泌等等均是，因其樣式之不同，而又有反射運動及反射分泌之稱，諸臟器活動之調節，均多行於反射之下（卽於不隨意之下），脊髓與頂以下之身體各部反射有關，反射爲身體之保全上必要不可缺者，乃因吾人之身體各各之器官活動者均於意識之下調節之勢不可能，故多由反射機能以調節之，此乃造化之巧妙，殊爲可驚。

自律的調節之中，其與植物性官能有關之神經纖維，特名爲自律神經系統或植物性神經系統，其爲腦脊髓神經系統之一部自不待論，其神經系中有多數之神經節，其分佈方法複雜，交感神經者，此神經之一部也，腦脊髓神經中與動物官能有關者名動物性神經系統。

精神作用及肉體勞働之結果促進睡眠，睡眠中大腦之活動全然休止，身體亦靜止休息，而諸臟器依然活動。（未完）

（本文係直譯，文詞有不當處請讀者諒之）

又當前半部脫稿時對醫學博士賀向初教授之校閱謹表謝意　譯著

三一，十二，一九三三，於生理學教室

講演

Kalaazar 黑熱症

Dr. J. Herman Wylie 在河北醫學院講演底稿

眼科助教 郭守疆譯

（壬申醫學社特請學術講演）

病名

Kalaazar 是一個印度語，他的意義，就是黑熱。在中國他叫作瘧病或黑熱症。在醫學上他叫作 Lieshmann's 病，或 Leishmann—Donovan's 病，或 Leishmanniasis。

原因

此病之發生，爲有一種寄生體，此體叫作 Leishmann—Domovan體，此體概爲昆虫所傳搬，沙蠅已被認爲此體之傳搬者，惟現尚未十分証實。

在人體中，此病主侵犯血液與造血臟器；肝臟，脾臟，骨髓，淋巴腺等，都可被其侵及。

黑熱症通常好侵犯兒童與少年人，來院治療之患者，以五歲——二十歲爲最多。他亦可在較幼的兒童身上發生，在二十歲至四十歲之成年人身上發生，是不常見到的。

黑熱症是一個風土病，在中國北部，中部，印度，埃及，以及地中海周圍各地，都有他的足跡。他愛在有沙之區，高度不過400 呎的地域內流行。

症狀

黑熱症常以發熱開始，有時病人覺有惡寒戰慄，但此非一普通症狀。有時此病，常常誤認爲瘧疾。有謂患者之體溫，於 24 小時內，昇高兩次者，但我對此，尚未獲得常常確實。體溫在此病之初期與急性時期，似乎高昇；在慢性時期，體溫則不規則，有時無熱。

此病漸次進行，患者之體力與體重，亦漸次消失，食慾亦不良，皮膚呈灰色，有時別顯著，致人稱他爲【黑熱】。病人之腹部，因肝臟與脾臟之增大，亦隨之增大。病人呈黑熱病之固有狀態，則頂部膨大與四肢瘦小是也。

病人早期感知，腹之左側，有一塊狀物，漸次增大，此爲脾臟漸次增大所致。通常肝臟之體積，亦顯增大。此二臟器不柔軟，惟覺少硬與固定而已。脾臟爲少可動性，外面之戟痕觸知甚易。

血液檢查，顯中等度貧血，赤血球數目減少，每 cmm，常減至20 000—30000。血色素H(emoglobin) 亦隨之低減。最特有的血型，爲白血球減少症(Leukopenia) 。此病常常甚爲顯著，白血球數目降至 1500 左右。但普通之病型，白血球之數目，則常在 4000 以下。白血球之所以如此低降者，蓋因多核白血球(polynuclear cells) 大爲減少之故，因此卻他在身體，有病之各臟器內，有一種很大之恢復抵抗能力也。

血球素(Blood globulin)增多，此爲一不變之症狀，於此病之診斷上，頗有價值。血球素之試驗法如下：以定量吸液管，吸取 0.5cc. 之蒸溜水，入於一小試驗管內。然後以新取之血液，20mgms.加入於其中。靜置此試管½—1 小時，如有血球素時，則有纖維素樣之沈澱物，沈澱

於管底。

診斷

病人有熱，有顯著之肝脾腫大，血球素爲陽性，有顯著之白血球減少症，並自有此病之地域而來者，即可診斷爲黑熱症，這是沒有什麼錯誤的。此病之確實診斷，爲穿刺肝臟或脾臟，而發見 Leishmann's 小體。此檢查之施行如次：病人須先使其住院，待二三日後，病人已少熟習，至他欲行手術時，然後行之。作者好於前二日，與患者以乳酸鈣(Calcium Lactate) 內服，以期病人之血液，可以迅速凝固，特別是對於那些，有血液凝固緩慢的人，更應當如是。預備一純玻璃製 10,cc 之消毒注射器及一長約 3—4cm 長之針頭一具，此注射器及針頭，須十分乾燥，不要在針孔內，留有水分，因其可以破壞 Leishmann's小體，以致此檢查歸於失敗能如此則穿刺之結果良好。穿刺之部，須先消毒，然後用一良好的2,cc. 之注射針一具，以 1% Novocain. 麻醉其部之皮膚與筋膜。然後用前述之大注射針，刺入腹壁之筋肉中，使病人行一深呼吸，而保持之。然後以針刺入下部之臟器內，用力猛抽注射針之栓子。然後使其退回原處。使其中無有陰壓。將針自腹內抽出，使一助手，將手壓於被穿刺之部。

上術之目的，第一不要抽進血液於注射器內。作此術時，如能不抽進血液，於注射器內，那是再好沒有的了。此術之希望，爲抽進些肝髓或脾髓，於注射針之針頭內。於此須注意者，爲不要將所抽之肝髓或脾髓，進入於注射器內。否則於塗抹標本時，頗爲困難。及針自腹壁抽出後，使針頭與注射器離斷；於注射器內，抽進少量之空氣。再使針頭與注射器相連，然後用力壓針頭內之髓質，於一潔淨載物玻璃上。塗抹之，於是髓質及其上所固有之血液，則塗布於其上，像Wright's stain 或 Leishmann's stain 一樣。黑熱症之病原體，以油浸裝置，而檢查之。此病原體爲小橢圓形，中有二核，一大一小。他們有時常常在一個內皮細胞(endoth

ialcell)內發見，有時亦可在一個視野內，單獨發見。此體多時，可於8--10視野內，找得一個。如所得之標本不良，——所抽出之血液太多時——即找一小時之久，亦不過獲得一二而已。如不可靠時，可再行穿刺法。

關於應在肝臟內穿刺或在脾臟內穿刺，此問題已早經人多次討論，此二種方法，各有他們的利弊。通常此事已爲衆人所公認，此病之病原體，在所得之脾髓內，比在肝髓內，容易找見。穿刺脾臟，是很危險的；因病人常常畏懼手術，不能與醫生合作，則雖醫生於此，甚有經驗，有時脾臟，亦被針頭斷破，而招出血，流入於腹膜腔內，病人有因此而致死者。穿刺肝臟，普通認爲對於病人，是沒有這樣大的危險的。但是此病之病原體，在肝臟內，是很不容易找得着的。在不得此病原體之前，不能下診斷時，有時必須數次，在肝臟內穿刺。無論在肝臟穿刺或在脾臟穿刺，對於診斷，是一件很重要的事，且有危險，萬不可率爾爲之。此病之診斷，以在肝髓或脾髓而找得Leish mann's 小體，爲黑熱病之確實診斷。

合並症

病人之抵抗力減退，與白血球減少症，使他很容易受一切急性傳染病的侵襲。最常見的，爲下之幾種：

肺炎：　此病是很常見的，特好發於幼年與衰弱之患者，預後半多不良。

口腔亦好爲他病所侵襲，又常好與出血合並，甚爲煩厭。此病竈，可向大處蔓延，破壞深部之組織，最後可變爲壞疽，與口腔進行性潰瘍形成癌。如其進行急劇，病人可於短時期內斃命；有時此病成爲慢性，向遠方傳播之力較緩，當此之時，可與以適當之療法，一旦病人之性命可保，其部因組織之破壞，亦留一顯著之變形。

消化器亦常常爲他病所侵犯，以及大便失禁。幾乎每個患者，都有一條或數條之腸寄生虫，最常見的即爲蛔虫。

此是常常所見到的，如患急性疾病之後，而未致殞命時，常見多核白血球增加，以及脾臟漸次縮小。

療法

患者須使其臥床，在可能之範圍內，與以良好之食品，注意患者之衛生，須避免他疾病之繼續傳染，有則迅速治療之。再則盡力使患者之抵抗力增加。

現今之特效療法，爲各種之 Antimony 劑。在昔多用此 Sodium or potassium Antimony Tartrate 之溶液，靜脈內注射法。療法爲療法中之最低廉者，因此二者，易於購得，價值亦廉，此法於治療貧窮之患者時，多用之。使此藥溶解於蒸溜水中，煮沸消毒。此劑須用新鮮製成者，不要使其過一星期以上。初用 1% 之溶液，每隔一日，靜脈 注射1 cc. 。液量每次可增加0,5—1,0cc. 至病人之極量時爲止。十歲之患者，每次可用 5,0 或 6,0 cc，。年長之患者，每次可用10.0 cc，小兒須與以較小量。患者有過敏之反應時，——如咳嗽，嘔吐——可知已達患者之極量。若有腎臟炎，氣管枝炎，或急性下痢可暫時停止治療。

近幾年來，各製藥廠，製有不起什麼副作用 Antimony 之預製品。此等預製品之目的，在可與以大量之 Antimony, 以期早期治癒。此等品之價值很貴，但危險甚少，治療之時間亦縮短。往昔用 Sodium or potassium Antimony, Tartrate 治一患者，通常須用三四月之時間，並發有各種之合並症，甚爲危險。現此時間，已大爲減少，病人於 20—30 日間即可完全治癒。我常用之藥，計有下之幾種種

Neostibosan. Neostam,Stiburea, 都有很好之效果。此等之用法，爲隔日注射一次。初用小量，普通用 0,05 gm, 逐次增加，至每次爲 0

,2——0,3 gm。Stiburea 每次之最大量，爲 0,2 gm。其他二藥，皆以大量製成之，每次則以3,0gm 與少年人，亦屬無害。在各種疾病中，我沒有用過比此再高的量，小兒之用量，則隨年齡，而輕減之。

我常與小兒之總重量爲1,5gms。大人之總量較大。我沒有用過比3,0 gms 再高的量。依我之見，我們通常，可以用比此少小的量爲宜。

在治療充分時，病人之體溫，於十日內，則可降至常溫。脾臟亦漸次縮小。病人之營養狀況，亦顯佳良。設至全癒，病人脾臟之穿刺，須爲陰性。至何時須停止治療，此法之診定，可於治療期中，穿刺患者之脾臟。但此法亦不十分可靠，病人亦不欲行此。檢查如爲陽性，可知此病，尚未根除；如爲陰性，亦未卽可斷爲全癒。因此寄生體少時，於檢查時，甚難檢出；有時甚易爲吾人忽視。依我之見，當治療停止之前，可與以充分之藥量。據我之經驗，大多數之患者，是不能完全治癒的。於注射後，患者之脾臟，漸次縮小，有時須費三四月之久，始不能觸知者；亦有漸次減小，卽在肋骨緣之下，亦不能觸知者：如最終患者之脾臟，尚時有殘留，可以用手觸知時，我則使患者出院，此爲尚有病原體隱匿於其中之明證也。

（完）

白癜風之新治療

本學院附設醫院院長兼皮花科主任 高漢符博士講

（壬申醫學社特請講演） 記錄 王毓琛 楊學濤

諸位同學！今天大家聚集一室，將對於治療 Vitiligo 的經驗，與諸位談談，希望畢業後亦按法實驗，觀其結果如何？

白癜風這種病，得的人是很多，對於他的治療法，雖經東西各國學者的研究，至今仍未達到圓滿的效果，現在將牠分開來說，按該病是白皮病中的一種，白皮病可分爲二：一爲先天性的白皮病，一爲後天性的白皮病，什麼叫先天性的白皮病呢？即生後全身色素缺乏，其中分爲 (a)Albinismus universalis congenitus (b) Albinismus parialis congenitus 二者，後天性的白皮病，分爲 (a) Leucoderma syphiliticum (b) Leucoderma psoriaticum (c) Vitiligo 三者，

原因 今尚未確定，本病能發生急性傳染病之後，健康者亦能被侵犯，神經病 Nervenaffektion 重症胃腸病， Carcinom 患者等時發現，

性別 本症兩性皆能患之，在 10—30 歲之人易患之。

部位 本症之好發部，爲軀幹顏面，四肢，其中尤以發於顏面手背陰部肛門周圍者爲最多見，惟手掌足蹠二部，多不患之。

症狀 老年患本病者較爲多見初於本症之好發部位生小白點，漸次廣大其周圍有色素沈着，重者可及於身體之大部，患者無自覺症，有時發微痒，

其白點的形狀不一，有圓形者，有橢圓形者，漸次向其周圍散布，其點無論生於何處，概爲對稱性，經過相當之時日，幾乎能侵犯全身之皮膚，其特徵有二一個是發生的白斑，忽然自己消失，繼於他部亦能繼續發同樣的斑點，此卽所謂白癜風的變換性，其次遊走性卽白斑由一處遊走至他處，二者多爲患者所注意，亦爲診斷之主要標誌，有時白斑於冬季完全或幾乎完全不見，至春季日光較烈之時，則仍然表現於外，若患部生於頭皮內，則該部毛髮，大都變白，與Poliosis circumscripta(限局性白髮症)相似，

診斷　容易，根據發病的部位，及其症狀，病灶的相稱性及遊走性，而下診斷。

鑑別診斷　1.梅毒性白斑　多發於女性，梅毒第二期發生者多，好發部位爲頸部項部，或背的上方，根據既往症及其他梅毒症狀，Wassermannsche Reaktion, Kahn'scheReaktion 等易於鑑別

2, 鱗屑疹性白斑鱗屑疹性白斑發於鱗屑疹治癒時，其形狀與原來之疹灶相同，呈白色，鱗屑疹好發四肢伸側，肘關節膝關節的上下部，頭部亦可發生，初爲小紅疹不久其上卽有白色鱗屑，易剝離，其下有薄膜，若再剝離之，則見小出血點治癒後，易再發，經過長久，若未得相當的治療，有終身不得治癒者。

3, 鞏皮症　分爲全身及限局二者，初起灰白色小點，觸之硬固且陷凹，向周圍蔓延。

治療　主要宗旨使患部色素沈着，其法卽令患部發炎，而貪噬細胞(Phagozyten)增多，由於此種細胞之貪噬作用(Phagozytose)而將鄰近皮膚色素細胞攝取或攝取其色素(Pigment)使其沈着於局部，本此原理，初多用 0,25—0,5—0,75—1—1½% Sublimatsalbe 塗擦結果有的成績佳良者有的未見功效者，或用 5%—10% 白降汞軟膏，効果亦不定，或於無可如何時塗 H_2O_2 將周圍色素沈着漂白，則其白斑部因之亦不現白矣

。在外國有數種面粉，塗粉後能將白癜風掩蓋而不易見又有用色素刺入皮膚內，使患部變爲常色，如行文身者然，但不久患部刺入之色素，被細胞運走，結果仍未能痊癒，余於最近二年內，所用的治療法，效果佳良，後經按法實行三四個患者成績仍佳，今將其法述之於下，以供學者的參考。

先用0,5 Sublimatsalbe 塗布患部，約經三月後，再用下列的藥品。

Rp. acid pyrogalli 1,5—3,0—3,5—4,0

Thigenol 3—3,5—4,0

Spiritus dilut ad 30,0 一日塗一次或二次因 acid pyrogalli 刺戟性大，故用 Thigenol以配和之，塗擦三個月用是法治療約三至六個c月，患部之周圍先起色素沉着，以後患部中心生小黑色斑，漸次擴大，病灶周圍著明，之色素沉着漸向中心擴展，終將患部完全變爲有色之皮膚面原有白斑即治癒矣。

又治療本病僅用上述之藥液經數月之治療其結果優良，塗藥液後患部微痛，稍稍腫脹後脫皮，略有痒感無其他若何症狀發生，今將治療數例述之如下。

第一例姓名米君性別男職業學生，

家族健康無可記述， Wassermann 氏反應陰性

既往症民國十九年四五月間，忽於右耳上方生一帽針大之白斑，後乃漸次向周圍擴大，不久左側對稱部位亦生一同樣之白斑，相繼尾閭部亦生一銅元大之白斑及左右下腿外側及其前面皆生數個白斑，最後於劍狀突起下亦生一指頭大白斑，各處之白斑均向外增大，時有痒感，經中醫治療多日，終未見効，廿年七月曾往協和醫院診治，亦不見効，廿年秋在本院治療，將藥品及治療日期，畧列如下：

0,5% Sublimtsalbe 塗十餘日，後用3% Sublimatsalbe 塗二月之久，Schallpasta 塗一個月，脫皮四五次，未見効，後用下列藥液

Rp. Acid pyrogallic 1.5—3.0

Thigennol　3.0—3.5

Alkohol　ad 30.0

自廿一年四月開始用此方，每日早晨塗一次約有二三月之久，於患部中央生一豆大黑色斑，漸向外擴大，至本年八九月間患部殆全變健康之皮，現已治癒，下股之白斑正在治療中，

第二例　患者田○○　性別　男　年齡　25

家族病歷均無此病，　Wasser mann 氏反應陰性

既往症於民國十四年六月間，右腿脛骨側中央部，忽發現一米粒大之小白斑不痛不癢，硬度冷熱感及痛疼感，均與健康皮膚相同，惟其境界與周圍分明耳，當時并未曾注意，後經四五日於該白斑附近又生一較小白斑，其症狀與前同，兩白斑向四周蔓延至小指頂大，於七月間左腿與上述之同地位亦生同樣之白斑，隨就中西醫治療，服藥塗藥，均未見効，病勢仍進行不已，十五年三四月間右腿部已有四五塊其大如拇指頂大，左腿的同部有拇指頂大的兩塊，此後因蔓延而互相融合，右腿者至手掌大，左腿者亦有洋錢大矣。十六年六七月間，病勢進行宛如奔馬，左右手背及左右腿腕部等處，均前後發現大小不等之病灶，由米粒大至豆大再進指頭大，甚至相合而成較大病塊，民國十七年二三月間，先於右側耳垂下生米粒大白斑，漸次擴大，左耳垂下亦發生，後左右肩胛亦生小白斑，七月間於左右眉弓部先後發生漸侵及左右上眼瞼之全部；後於前額及頭皮亦生小白斑，然該部之髮不變色，此後因病灶甚多，記之不便，故從略，總之此病之發生爲粗糙性，好發於四肢，而軀幹較少，其發生與氣候有關，即春夏二季病勢進行迅速，秋冬季較緩，且其症狀不若春夏季爲顯著，現全身皆有，兩軀幹較四肢爲少。

現在症　如上述大小不等之白斑，於廿一年九月十七日就診於本學院附

設醫院，

18/II 0,25% Sublimatsalbe

18/II 1% ..

8/II 1.5% ..

當塗昇汞軟膏時，經四五日患部微痛，且有輕度腫脹塗 Sublimatsalb 三個月後，改用下方藥液，

15/II Rp. Acid pyrogallic 1,5

Thigenol 3,0

Spiritus dilut ad 30,0

塗一個月後，病灶周圍色素增多，又經過若干日，右耳前方的痣灶內發生四個綠豆大之色素小塊當色素增加時，先在痣灶四周圍起色素沉着，漸向中央發展，而中央色素鬼向四周擴大。於十二月廿七日各病灶之周圍有著明之色素沈着，痣灶現淺紅色，不腫不疼，用 1% Sablimat salbe 塗兩手背，

廿年 1/I Rp. Acid pyrogallic 3,5

Thigenol 4,5

Spiritus dilut ad 30,0

最近用 Rp. Acid pyrogallic 4,5

Thigenol 3,0

Spiritus dilutad 30,0

脫皮微疼潮紅

上述數例有已痊癒者，有正在治療中者，望各位同學若遇該病亦行同樣治療，觀其究竟如果靈驗則爲治療白癜風之新法矣，

Vitamin（生活素）

本院生理學教授
醫學博士　賀向初講演

地　點　育德中學校

我們生體想着維持生活現象的正常，和補充體內異化作用時消耗的體組織，並使生體成長發育時，則必需攝取食物，然後才能達到上述的目的。簡單的說一句話的時候，就是要生命延長的時候，不可不攝取食物。

但是我們做爲食物而攝取的，種類非常的多，約不下千餘種，然而我們就牠的成分去給牠分類時，出不了述的六種：亦就是所說的蛋白質，脂肪，糖類，水，無機鹽類以及生活素之六類，這六種的養素是體內Energy的供給，體組成的構成，消耗物的補充，以及生活機能的調整的原料。但是各有其主要的作用，簡單說去蛋白質是補充體內消耗蛋白質並體組成上之一原料，此外尚營一部分Energy的供給。脂肪及糖類主司Energy的供給，和補充體內各該物質的消耗。水和無機鹽專司體內無機鹽類和水的補充，並營生活機能的調節。生活素對於生體Energy的供給，和體成分的補充上無任何的責任，反之生活的機能調節上乃必要不可缺者也。

所以我們想維持正常的生命時，在五種要素之外，生活素是不可缺少的，自不待論，今天特別的提出來和大家談談，生活素是維持生命時必要不可缺的一種，已如前述。但是關於牠的研究歷史，僅不過二十幾年，所以關於他的知識，比較起來是很少的，可以說尚未脫去幼稚時代。今天所說

的也不過是牠二十幾年的歷史做一個很簡單的報告介紹給諸君，當然少不了遺漏的地方，尚請諸君加以原諒。以下分條的說，

第一生活素的由來

生活素的歷史，只二十幾年前已發過其最初發發見者爲 1911 年日本的鈴木博士和 Polland 的 Funk 氏，卽現在所說的生活素B，當時鈴木博士名他爲 Oryzanin Fank 氏名牠爲 Vitamine 乃由 Vital（生命）和 Amine 二字所和成， Amine 卽 NH_2, 化學羣，總之 Vitamine 者，乃生存必需之 Amine 族，含有的有機化合物也，其後學者又有許多的異議，更於1912年Drumond 氏定其名爲 Vitamin ，學者多承認之卽現在的名稱。

第二生活素的分類和名稱

牠生活素爲一種未知養素，我們對於牠的理化學的性質，多不明瞭，因之他的分類，亦很簡單， 1913 年 Meadlum 氏 1918 年 Drumond 氏等將牠分爲二大類，卽

一爲水溶性生活素

一爲脂溶性生活素

在水溶性和脂溶性的裏面，又因爲牠們的機能不同，牠們的名稱也就各異了，目下已發現且被確認的，爲以下的六個就是：

Vitamin A. 又名爲脂溶性抗眼疾性物質（或發育促進性物質）

Vitamin B. 又名水溶性抗脚氣病物質

Vitamin C. 又名水溶性抗壞血病物質

Vitamin D. 又名脂溶性抗佝僂病物質

Vitamin E. 又名脂溶性抗不妊症物質

Vitamin F. 又名脂溶性性機能促進物質

第三生活素的分佈

生活素平時多混存於食品中，但依食品種類的不同而其所存有生活素的

種類及量亦各異，茲將食品中，諸生活素分佈的狀況，略爲介紹如下：

Vitamin A.含量最多的食品爲牛乳，Butter，動物脂肪，卵黃，肝臟及植物的綠葉內，據 Drumond 氏及 Steenbock 氏等研究的結果，於動植物黃色色素富有的部分存在較多，其他之部分存在量較少，故黃色玉蜀黍，卵黃等處者，較白色玉蜀黍及動植物白色部分爲多焉。但亦有持反對論者，如 palmer 及 Dolly 氏等。

Vitamin B.據事者的研究，廣汎的分佈於動植物界，但依食品種類的不同，其含量亦千差萬別，然其含量最多者爲穀類之外皮及胚芽中，例如米糠，麥麸以及豆殼中均多量的含有，又據最近的報告穀粒中 Vitamin B_1 的含有量與其燐的含有量成比例，故普通決定其燐的含量時，即可約略推定其 Vitamin B_1 之含量。

Vitamin C.多量的存在於新鮮的蔬菜及果實中，尤以番紅柿羅蔔，陳子，橘子，檸檬及蔬菜中含量最多。以上爲 Holst, Chick, House, Parson 等氏之報告。又動物之肝臟，乳汁，血液及肌肉中，亦有少量之存在。

Vitamin D_1 多量的存於動物的油脂中，據 Bills 氏及 Hess 氏研究的報告，於魚類的肝臟中含量更多，又據 Casparis 氏等之報告，卵黃中亦有較多量的存在，然較肝油中者爲少，此外植物性食品，有時亦有微量之存在。

Vitamin E. 動植物性食品中均含有之，特於植物性食品中，較動物性食品中含量爲多，於植物性食品多存於蔬菜葉，穀類種子，及油中，據今村及松室等氏之報告，蕪菁及小松菜之葉中均有多量的存在，更 Sure 氏報告小麥黃色玉蜀黍及大麻實中亦有相當量之存在。

Vitamin F. 爲 1928 年美國 Evans 教授所發見，亦爲一種之脂溶性 Vitamin 但與其他之脂溶性 Vitamin 不同處，爲 Vitamin F. 多存於脂肪鹹化時之脂酸中，蒲萄內多量的含有。

第四生活素缺乏症

生活素爲生活體之生機能調節上必要不可缺乏之物質，已述於前，所以在生活素缺乏時，當然生活機能上會發生種種異常，因生活素缺乏，而招來之生活機能異常，總名之爲生活缺乏症症，生活素缺乏症，又因所缺乏生活素種類之不同而各異，茲略分述如下：

Vitamin A. 缺乏症　生活素A缺乏時，就發生生活素A缺乏症，已如前述，其時身體之發育停止，身體衰弱和對於病原菌感受性的增加　這時候最易發生的是眼球乾燥症，結膜乾燥病，角膜軟化症，夜盲症等，又爲膀胱結石，腎臟結石，和癌腫等的誘因。

Vitamin B.缺乏症　生活素B.缺乏時，多來身體的發育被障碍，而招至體重的減輕和脚氣病。

Vitamin C.缺乏症　生活素C缺乏時，多發生壞血病，其症狀爲食慾減退體重減少，次四肢及關節等軟化，並來關節內的出血並浮腫，此外粘膜和齒龈等處亦起出血，更進而起消化障碍，和胃腸潰瘍及出血。

Vitamin D. 缺乏症　生活素D.缺乏時，主發生佝僂病骨軟化症，和牙齒發育不良，並齲齒等。

Vitamin E. 缺乏症　生活素E.缺乏時，則發生不妊症，即動物於生活素E.缺乏時與其本身的成長發育等雖無任何的障碍，但於其種族的繁殖上多發生異常，即多呈不妊症，而不能繁殖。

Vitamin F. 缺乏症　生活素F.時缺時多來性機能的減退。

第五生活素的生理學意義

生活素的生理學意義，亦因其種類的不同而各異，茲分爲介紹如下：

Vitamin A 生理學的意義生活素A缺乏時主發生眼疾患癌腫和結石等病，關於發病的原因雖多，據 Carmer氏和佐佐木氏等的報告，謂當生活素A缺乏時，腸的絨毛發起異常，即來萎縮，壞疽和癒着等，因此腸管的

障害，遂來消化的不良，並吸收不佳之結果，是以身體遂來發育不良，和體重的減輕。

又生活素A缺乏時，因胆汁的分泌量減少，因之遂來脂肪的消化障碍。

因身體發育不良的結果，遂對於傳染病易於感染。

總之生活素A缺乏時，生理上發生最顯著的現象，為脂肪的代謝異常。

Vitamin B.生理學的意義　生活素B缺乏時，主發生脚氣病和身體的發育被障害，前已說過，關於牠的生理學意義，據Uhlmann氏研究的結果，謂生活素B.有促進消化液分泌的作用，故缺乏時，則發現身體的發育不良，據加藤元一博士的報告，謂脚氣病發生的原因，乃因生活素B.之缺乏，糖質之中間代謝異常，因之生成多量的酸氫Ion多量被吸着的結果，遂來神經和循環系的障碍，

總之Vitamin B.與糖類（含水炭素）的新陳代謝有關。

Vitamin C生理學的意義　生活素C缺乏時，主來壞血病，關於其原因，據Mccarrison氏的報告謂生活素C.與副腎有密切的關係，即於生活素C缺乏時，副腎多肥大，而Adrenalin的產量減少$\frac{1}{2}$，因之關節和齒龈等處多來出血，又有謂生活素C與組織內的酸和鹽基的平衡保持上有關者。

Vitamin D.生理學的意義　生活素D.與體內P和Ca的新陳代謝有關，即於生活素D.缺乏時，P和Ca於體內多不能沈着，不但不能沈着，且骨中等處存有的P和Ca，亦多向血中移動，而從尿中排出，故缺乏時，易發生佝僂病和骨軟症等疾病。

Vitamin E生理的意義　生活素E.的生理機能據Simonds氏研究的結果與Fe（鐵）的新陳代謝有密切的關係，即於生活素E.缺乏時，Fe.的吸

收機能被障害，因之多來不姙症，（因學者的主張謂姙娠與Fe有密切的關係，）更據報告謂生活素E與乳汁的分泌有關係於夫之時，其分泌量多減少，乳兒遂多來營養不良。

Vitamin F.生理學的意義　生活素F.爲最新發見者，關於他的研究和記載尚少，不過有的學者主張他和脂肪有密切的關係，觀於其爲脂溶性之一點不無多少的理由，然尚未確定。

總括上述六種Vitamin的生理意義約如下述。

1. Vitamin 爲動物維持健康時，必要不可缺者。
2. Vitamin 幫助體內各種要素的利用。
3. Vitamin 能促進身體的成長和發育。
4. Vitamin 有增加身體之抵抗力的機能。

第六生活素的攝取

我們日常生活的三大問題，爲衣食住，然而在衣食住的裏面，食更是最要緊的，因爲食和我們身體的成長發育有密切的關係，吾人在普通常食時各種養素均能充足因之Vitamin更沒有時別攝取的必要，就可以充足，因爲Vitamin一日間的需要量很少，總計不過爲一瓦的$\frac{1}{1000}$—$\frac{1}{100}$於日常的食品中，就可以在不識不覺之中得到，但是在行人工營養特殊情形，（例如城被圍困長期航海團體生活食物過度精製饑饉等時）和經濟貧迫的時候，多以食品陷於單調或不足，因Vitamin的需要量不能滿足往往發生種種的缺乏症，當這種的時候，我們就應該注意Vitamin的攝取了。Vitamin又因種類的不同，食品中的含有量亦各異，所以我們在補充他的時候，也應該注意上述的條件，更食品精製及陳舊時，往往其Vitamin的含量減少(如精製米和麵粉)又加熱時多能破壞其Vitamin，故亦當特別注意，此外紫外光線和日光與Vitatmin D.有密切的關係，（Jendrasski等氏的報告謂紫外光線短時間照射，助其生成，長時間照射，多能破壞，）

故日光浴，亦是 Vitamin 攝取應注意的。

總之我們想免去 Vitamin 的缺乏時，不可食過精製和陳舊的食品，又應當常攝取新鮮的果品，和蔬菜等，并要常見日光爲要。

今天因爲本人學識的不充足，並且不會說話掛一漏萬的地方固然不少，解說一定也是不明瞭，佔用了諸君很好的寶貴光陰，本人很是抱歉。

（完）

人類在生物界中之位置及其起原

解剖教室主任 張冲霄

傳云：人心之不同如其面焉，乃知人類之容貌，千差萬別，迥不相同，然而身體構造之大經大法，原系一貫，殊無軒輊，故將人類作爲一種抽象之形體，推想時，可與其他生物比較對照，藉此得到明瞭之觀念，而人類之意義，始可確定，但其比較之方法，必須依據解剖學與發生史之見地，方能條分縷析，自不待言矣。

人類身體之構造，完全以脊椎動物之構形爲準，則生長完成之後，有縱貫軀幹之骨骼爲特徵，此種骨骼稱曰脊柱Columna vertebralis，而該動物於發生之初期，雖無脊柱，然有與脊柱擬似之背索 Chorda dorsalis，（乃細胞性索條自內胚葉發生）爲一時性胎身之中軸，所以動物之發生不問其完全與否，舉凡生有背索者，統稱曰背索動物，從此更行發育，再由中胚葉而形成脊柱者，遂名之曰脊椎動物，此外於脊柱前方（腹側）之內臟管（或植物性管）及後方（背側）之神經管，（或動物性管）均爲脊椎動物通有之狀態，人類亦係如斯耳，茲將脊椎動物之類別，列舉如次：

- 無頭動物……管心類
- 頭骨動物
  - 圓口類
  - 魚類
  - 兩棲類
  - 無羊膜動物
  - 爬虫類
  - 鳥類
  - 哺乳類
  - 羊膜動物

今再就人胎與其他脊椎動物之胎子比較之，發生初期，恰相類似，漸次生長，隨自差異，以後則按種屬之類別，漸次傾向自已特殊之形狀及至發育完成之後，而各個形種，更有毒壤之不同，然雖如此，若施以精確之解剖，互相比較之時，則一般脊椎動物構造之大法，並無若何顯著之差異，無論生長支肢生長翅鰭，莫不以同一法式爲準繩也，

瑞士之博物學者，Linne 氏（千七百七年至千七百七十八年）研究動物學分類之際，亦將人類列入其中，與猿猴蝙蝠共同編爲靈長動物Primaties 作爲一種一屬，以直立步行，與下顎骨等條件爲其特徵，此爲人類之位置，按動物學規定之創始也，其後又將靈長動物之範圍稍爲縮小，僅以擬猴猿猴及人類爲限，其餘者删除之及至 Cuvier與Owen 氏等，又將人類以二手類 B mana 爲條件，創設特殊之科目，其餘之靈長動物，則作爲四手類以區別之，嗣至 Huxley 氏一派學者，以人類與類人猿之差異，極屬較微，實無特設科目區別之必要，故又恢復 Linne 氏之分類方法，於是人與猿之畛域隨之化除矣，

人類之起原，是研究人類始於何時，生於何地並係如何之原因而生成之，此乃生物界至大之難問題也，然此問題，與其棲息於地球上一切生類之創始，互有關聯，不能僅就人類而解決之也，

今將史地學生物學比較解剖學發生史等，各種事實綜合研究之，宇宙之內生類之創生，決非一時勃發事件，乃經過於萬斯年之永久歲月，逐漸演進變遷化成者，毫無疑義，此種觀念實爲現代科學思想之極大趨勢，故此種學說，名曰漸成說 Evolutionstheorie 或進化說 Descendenztheoire，蓋此漸次化成之條件，人類亦必遵循，而不能除外者也，

然雖如此關於人類起原之確證實蹟尚未一覩　直至今日不過空論憶說而已，人類原祖果如 Haeckel（一八三四年德國之生物學者）所倡之學說，歷經廣鼻猿狹鼻猿無尾猿等之階級乎？抑係別有一個共同之原祖將人類

猿類而分別生成者乎？又人類果爲一元乎？抑係多元乎？以上種種之疑團均屬未決之問題也，

又按史地學研究之證明，人類遺跡之存在，最初總以何時代爲始，有人主張始於第四紀，更有一派主張，始於第三紀學說，紛紛莫衷一是，

今假設人類進化之路程，若有一定系統，究以如何之期點爲人類完成之時間耶？解決此問題亦爲至難之事，及至可以稱爲人類之時期，爲使用器具之時代乎？爲言語成立之時代乎？爲發見用火之時代乎？爲練習直立步行之時代乎？以上四個時代，必居其一而其關着之處，亦呈出極大之關係，

近來發見人類遺蹟之地域，多在歐洲，固此人類最初之鄉土，果限於歐洲乎？抑以滅絕之類人猿 Pithecanthropus （係在爪哇島發掘之頭骨破片爲一種高等猿類之相貌）之發見地（爪哇 Java 國名元史明史皆作爪哇卽今之爪哇也）推定其最初之鄉土乎？此全然未決之問題也，但關於人類起原之各種事中，按其形體研究之，不能不以解剖學爲解決之要着，所以解決以上各種重大之問題，對於此種學科，不能棄而不用，由此觀之，解剖學之研究，對於人類之起原，尙負有極大之任務，不僅爲病體治療上之補助科目而已。

宗教與醫學之關係

河北省立醫學院外科教授
李伯蘅演講在保定青年會

宗教的定義　「以神道設教，而設立誡約，使人崇拜信仰之，是謂之宗教」甚麼是神？古書說天神，如周禮上記載「大司樂以祀天神」易云「陰陽不測之謂神」神又可謂爲人鬼之對稱。漢書說「臣聞五帝神聖其臣莫能及」足見神是非常尊嚴的，非常聖潔的，神是與人鬼不同的，神的道自然也是非常可寶貴可遵循的。那末宗教是人類很要緊的東西，可說是人生的指南針。所以民國成立的時候，臨時約法上，就有信仰自由這一條。孫總理自創革命的開始，他的生活，常帶有宗教化的味氣，如馮煥章先生的信教如蔣介石先生的受洗，都是感覺到必有天神存在的意義，不過不真正明瞭宗教的教徒，作出不合乎神道的事來那是另外一宗事。

宗教與人的關係　宗教的種類很多，簡單可分爲一神教及多神教，如佛教是多神教，又分爲上乘下乘等等的，我對他明白的很少，但是他的用意，總不外乎是爲善修德。如回教耶穌教等是獨神教就是主張眞神只有一位，不許拜別的假神偶像的，對於回教我知道的也很少，他們不吃豬肉，固是回教的誡約，但是回教尙清潔，如常用清眞二字，很講求沐浴，也是注意體育及德育的，至於耶穌教是主要由耶穌把眞神的道理表明出來的神願欲人人悔改遠離罪惡求神的喜悅得神的祝福藉着信耶穌死在十字架上贖罪之理把罪賬向神算清，受聖靈感化作一個新造的人這是指着靈性說的，也叫作重生，例如貪污的人重生之後就不貪污了，如嫖賭的人重生之後就不嫖賭了，耶穌對諸門徒的命令，是一個「愛」字，並且要愛人如己，還要愛仇敵。如果本着耶穌那種道理，那種精神去治家去治國去對世界，必能達到

齊家治國平天下的目的，所以我認爲耶穌教對人類的關係，眞如一位良醫與一位病夫的關係一樣。醫學願欲把他的能力貢獻給病人，使病人得醫治，宗教也是願欲把他的眞理貢獻給類人使類人得平安。

醫學是否需要宗教：我願欲先發一個問題 醫生是否需要道德？大家都知道如醫生無道德，是與社會上最危險的一件東西，因爲無道德的醫生，可以作出種種害人的事來。所以古希臘國的醫聖希氏 Hippokrates 說過，醫生必需「不自私，能反省，有廉恥，有品格，情願爲求病人之利益將固有之我「制服」。漢醫也講究「醫品」二字。那末醫生應當崇尚道德，所以也可以說，醫生是需要宗教。自然有許多醫生，雖不信教，而道德很高，眞是令人欽佩，不過道德雖高，再加上耶穌基督那種愛人的精神，豈不更好麼。

通俗講演

肺結核的感染和預防

王漫生

諸位同胞！兄弟今天得着這個機會，和大家作個短時間的談話，覺着十分的榮幸，今天要講的題目是：『肺結核的感染和預防』肺結核；就是我們常說的肺癆病的症狀，爲精神萎弱，發燒頑固的咳嗽，喀血，盜汗，臟器消沒，顏面蒼白，全身削瘦，喜怒無常，這種病爲肺臟諸疾病中最常見而最難治的病，牠缺毒力，比刀兵饑饉洪水猛獸，還利害的多，統計起來每年因患肺結核死的，實不下幾十萬幾百萬，據人體解剖統計每百人中約有八十都有曾經患結核病的痕跡可尋，其分布之廣可想而知。最易患結核的年齡，爲兒童時代及十七至二十五之間；因爲在這個時期，發育尚未完全，抵抗力薄弱，故一不愼便可感染本病；若是我們自幼羸弱或者營養不良，住於空氣惡劣人烟稠密的所在，或營有害於衛生的工業，如燒炭工人，製氈製毡工人，皮匠，石匠等，均易感染肺結核，此外於小兒百日咳，麻疹，氣管支炎，流行性感冒等病後，均易續發本病。

肺結核由於結核菌侵入人的肺裏而發，這種菌係兩端鈍元細長的桿菌，有兩層防護膜（內層成自中性脂肪，外層則含有蠟樣之抗酸性膜），對於藥物之抵抗力極大，並能長久保持其生存及毒力，結核患者喀出痰內，所含之菌在暗陰處，則生存尤爲長久，對於溫度亦具有强大之抵抗力，惟在强烈，日光下抵抗力甚小，數分鐘至二三小時即可死亡。

第一節 肺結核的感染

（甲） 肺結核感染的途徑

1， 塵埃的感染 Staubinfektion 肺結核患者之痰內，有無量數結核菌存在，倘將痰唾至地面，待至乾燥後，則所有之病菌，均隨塵埃而飛揚於空氣中，倘若我們不幸將此含有病菌之空氣吸入肺中，即可因此感染肺結核。吾國社會衛生不講，人民醫學常識缺乏，往往於街衢，市場，戲園，公園等公共場所，任意唾痰，使許多同胞於不知不覺中而染重大疾病。

2， 飛沫感染 Troepfchen—infektion 當肺結核患者高聲談話或咳嗽時，噴出的一點一滴泡沫中，可含有病原菌數百個，（吾人若用一廣口大玻璃罩，令肺痨患者，對該罩說話，則其談話時所噴出之熱氣，遇冷玻璃壁，遂凝爲水滴，然後取水滴塗於玻璃片上，染色後，用顯微鏡檢查，則可發見許多結核菌，）倘若我們和結核患者，在三尺以裏對面談話，則患者口裏的泡沫，即可噴出至我們口裏，由此便有感染結核的可能。

3， 直接感染 direkte Infektion 即我們和結核患者接吻，患者的口腔裏的痨菌便可入於我們口腔裏，又乳兒食結核患者之乳時，結核菌亦可由乳汁傳至乳兒之口內，此外結核乳兒食乳媪或牛乳時，結核菌亦可由乳兒口內傳至乳母或牛乳汁內，由上種種情形，均有感染結核的危險。

4， 間接感染 indirekte Infektion 即我們用手撫摸結核患者的身體，衣服，衾帳，書籍，烟咀，文具等物時，此等物品表面上的結核菌，便可附着於我們的手上，再由手傳至口腔，而入於肺，由此而染本病。

（乙）肺結核的染的條件：

結核菌的威力，雖然十分凶烈，但並非一入肺裏，即可立時感染肺結核，必須適合以下的條件，始能有的染病可能性。

1，侵入肺裏的細菌，必須有相當的生活力，　倘若侵入肺裏的細菌，因日光的或暴晒或營養不良、而致十分衰弱，甚或將要死亡，這種已完全失去生活力或抵抗力的菌雖多數同時侵入肺內，不久亦必自然死滅，或被血液內抗禦素殺死，而不致感染結核。

2，侵入肺裏的菌，必須有相當的數目：　假如侵入肺內的結核菌數目太少，則可被血液內抗禦素撲滅，而不至爲害。

3，侵入肺裏的菌，必須停留相當時間：　倘侵入肺裏的菌，雖然有强大的生活力，並且數目很多，但未少停留，即因咳嗽或喀痰而逐出，如是亦不至感染疾病。

4，必須身體素弱者：　若侵入的菌雖然有强大的生活力，但是我們身體若是很强抵抗力很大，有時也可把菌戰敗，而不染病。

第二節　肺結核的預防

我們既知肺結核，是一種極危險，極利害的病症，就應分在未感染以先，竭力設法預防，以免病原菌的侵襲：但是我國公共衛生毫無建設一般民衆又缺個人衛生常識，到處都有感染結核的機會、實在是防不勝防，不過我們若能個個人，都能時刻注重個人衛生，一定會得到良好結果的，今將預防要領，分敘於下：

（甲）個人預防

個人預防原則：就是增進營養，强壯身體，使抵抗力增大，脫離肺結核的環境，避免傳染機會，今分條陳述於下：

1，對於含有素因的小兒應注意的事項：

結核患者，所生的小兒，多有結核的素因；就是這種小兒

，多體質甚弱，精神過敏，喜怒無常，抵抗力薄弱，對於結核甚易感染，最好於降生後，即和不良的家庭隔離，覓乳媪飼養，不然亦須另尋家族人代其授乳、以妨傳染，惟乳媪或代授乳的人，須嚴格檢查，必無結核的始可。

對於此種小兒之營養不可使之少受障碍，凡不良的牛乳和粗糙的食品，絕對禁忌，宜於斷乳後，給與富營養而易消化的物品，如牛乳，雞湯，鷄子 麥精，米粥，餅乾，豆漿等類，更須令小兒常見太陽，以增加其抵抗力。

2, 惡劣嗜好的禁忌和習慣動作的改良

春情發動期至二十歲間，因環境的關係，最易染本病，應竭力避免過度的色欲，禁忌手淫，吸烟飲酒飲食更須有節，不宜作劇烈的運動，用腦不宜過度，避免和結核患者接近，遊息公共場所和街市，最好帶一口罩，以妨菌由塵埃傳至口內，和咳嗽患者談話最好在三尺以外，以防飛沫吸入口內 此外如染感冒，氣管炎，口腔炎，鼻炎等症時，應速行治療。

3. 接近結核環境者應注意的事項

設有萬不得已的情形 不得不和肺結核患者相處時，則凡患者所用的衣物，飲食用具等，自己萬勿使用，如必須使用時，也必須將患者的什物，嚴重消毒，然後才能使用，（消毒方法 如將用具置於昇汞水或石炭酸水內洗滌十分鐘，或在開水內煮沸十五分鐘。）接近結核患者時，必須帶口罩不可對面與患者談話。自己應用之物件。應常置於日光，暴晒。或用 Lysol—losung, 石炭酸水昇汞水消毒亦可。

4. 結核患者應注意之事項

患肺結核的人應以人群危險者自居，竭力避免與人接觸，自已應用之物品，禁止他人使用，勿隨意喀痰地上，或公共場所，最好將

痰喀於盛有百炭酸水之痰盂內，出門最好攜帶袖珍痰盂，不然亦可將痰喀于手巾裏，回家後用昇汞水洗滌消毒，經濟寬裕者，最好選適當醫院居住，不然亦須和家族隔離居住，以免感染他人。

（乙）公共豫防，

我國公共衛生糟的很，可以說一點新建設也無有，我們大家應分設法督催衛生行政人員，盡力建設和改良，關乎這種問題複雜的很，今天先把要緊的說一說，街市為多衆聚積的場，合對於衛生應特別注意，應將道路修理堅固，時常用水噴灑，以免塵土飛揚，積垢是細菌培養所在，應分及早剷除，厠所內最好使空氣流通，宜用石碳水常常洗滌，以免細菌繁殖，最好安自來水管，便完即用水將糞便逐至距離甚遠的污坑裏，若無自來水之裝置，也應常常將糞便送至郊外，萬不可使糞便堆積太多，痰裏潛居細菌甚多，宜禁止行人遂意喀痰，路旁和市場戲園電影院裏，應分多設痰筒，痰筒裏應時常倒少許石碳酸水，多作普通衛生宣傳，建設公共醫院，檢查民衆有結核病時，强迫入公共醫院或私人醫院，治療，病未治愈不許其結婚，多設公共娛樂場，改善苦工的生活，以上種種均為預防本病的要項。

（完）

應當具備的家庭衛生常識

牛扶漢講演

時間：本學院二週年紀念展覽會

地點：本學院禮堂壬申醫

學社通俗講演部

諸位！今天兄弟講的題目是：「應當具備的家庭衛生常識，」諸位！我們要明白什麼是家庭衛生，我們就先要知道，家庭是怎麼組織成功的？因爲我們必須明白了家庭組織的情形，才能知道家庭衛生的重要！但是家庭的組織定義是作麼？我們不是研究社會科學的人，當然不敢杜撰。不過，大凡是一個人，恐怕都有家庭關係，都是家庭的一份子。那麼，家庭組織的大概情形，不外乎父母，兄弟，姊妹，夫妻，子女等關係；而營共同生活的一種團體。但是，這個還不能够嚴格的去限制社會上一切的家庭，都是如此。因爲時代的車輪，是不斷的進進；所以社會的組織，也是跟着不斷的變遷。例如，現在中國社會的情形，我們知道是在新舊轉變的過渡時期；所以一方面，新的家庭，僅管一雙摩登夫妻，力求家庭組織簡單；另一方面却仍然有數十口數百口的人家，還在希望着什麼「五世其昌」！不過，這個並不是我們所需要探討和研究的問題，我們僅能够知道這種情形，已經可以了！我們所需要探討和研究的是：家庭方面，要怎樣想法保持我們的父母，兄弟，姊妹，夫妻，子女們的健康？叫這麼多的家庭分子，都得到健康保障，享受美滿家庭的樂趣？這才值得我們的探討，值得我們的研究！

家庭衛生在中國的需要：——我們中國，在歷史上考查起來，已經有四千多年的過程，舊稱文化之邦！但是從歐風東漸以來，科學落伍，國民體質也日益衰弱，因而有東亞病夫之號！這一種的侮辱，實在叫我們憤恨！但是，我們要頭腦冷靜一下，眼光放大一點，把東西各國的情形，考查清楚，再把我們貴國的實在情形，拿來對照一下；我們對於以上的侮辱，還有什麼理由，來替我們辯護，來替我們否認呢？別的不說，在英，美，德，日，法，意，及瑞，荷等國，政府方面，無論中央或地方，統統設有專門衛生機關，來負責辦理一切社會衛生事宜。其他各工廠，各學校，凡是一種比較固定的人民集團，都有醫約人員，來負責辦理衛生及救治工作。就是個人方面，也都有相當的衛生常識。因為他們對於衛生是這樣的注意，所以他們各國的死亡率，都是日益減少！據英國1921——1925年的死亡統計，約為1.2%(1000:12)。我們中國死亡登記，迄沒實行；即以比較有相當衛生設施的北平而論，據1930年(金子直氏民族衛生)調查死亡率約為 3% (1000:30)。那麼，和英國比較每年每千人中我們要多死18人。況以中國全體而論，衛生設施完全缺乏，還不如北平的不知要有多少地方？那麼，牠的死亡率，恐怕就不止此數吧？即退一步，假定中國全體的死亡率就等於3%。那麼，每年我國要冤死的不是就要有18×400,000,000=72,000,000人麼？換句話說，這七千二百萬人　如果能和別國一樣的講求衛生，不是就可以挽救這麼多人的生命麼？這種道理非常明白，當然沒有什麼疑義！不過，這種問題既是這麼重大，對於國家，民族都有極大的關係，為什麼不講民族衛生，都市衛生，學校衛生，以及各工廠各團體的衛生，而單講家庭衛生呢？大家知道，這次本學院的展覽會，是各團體，各階級，各職業，都要參加的！如果是偏於某一方面或某一階級的話；那麼，自然只有一部分的同胞，能得相當利益；大部分的同胞，就不免要有向隅之感了！對於我們普及衛生常識的主張，就不能貫徹。所以這才選擇一

個無論男女、老少都有關係的家庭衛生問題，來和大家討論一下。況且家庭是建築在國家以下，私人以上的天然或人工的一種團體組織！家庭衛生如果能够完善，那麼大而至於國家，小而至個人，都可以得到健康保障。所以我們敢武斷的說：家庭衛生最少每一個人都應當具備一種常識！

家庭衛生應當注意的事項：——　講到家庭衛生，非常困難。尤其在我們中國，社會情形非常複雜。有的是住的高樓大厦，穿的皮毛絲羅，食的山珍海味；但也有的是家中貧無立錐，衣食朝不謀夕！在這種情形之下，怎樣去講家庭衛生？再進一層家庭衛生對於公共及個人衛生，關係非常密切；非公共衛生設施完全及個人衛生常識充足以後；單講家庭衛生，絕難收事半功倍之効！但是，在一切落後的中國，對於這種條件，那能馬上辦到？然而，無論如何，你總是家庭間的一分子，家庭衛生如果毫無辦法；那麼，不必說骨肉至親，不能高壽天年，享受家庭的快樂幸福；就是你個人的身體，也是毫無健康保障，時時有被病菌侵襲的危險！即令僥倖不至發生意外，也常常會把你鬧的，呻吟床褥甚而至於病骨支離！諸位，你如果遇到了這麼一個家庭，或者弄成這樣的一個身體，你一生還有什麼樂趣？還有什麼幸福？再一方面、我們知道衛生事項，千端萬緒複雜至極；我們在這麼一個短的時間，怎能討論清楚，研究明白？根據這幾種理由，我們可以把今天所要講的大概標準　報告一下：——

a.　對於家庭方面，大概以中產階級上下爲限；窮困懸殊者，可選擇材料，以資參考。

b.　對於公共及個人衛生，不能詳述；這裏只限於家庭方面。

（注意：公共及個人衛生，非無關係，且其界限也不能區劃清楚：因爲家庭衛生目的，就在乎保障個人健康。所以此處不過爲說明便利起見，幸勿發生誤會！）

c.　時間短促，不能從詳討論，僅舉述最主要的幾種。

家庭衛生應當具備的常識：——　根據以上三項原則，可將人生必須知道的衣，食，住三方面，依次說明：—

A.　衣服方面：—

衣服雖然不是家庭公共的用品，但是，因爲應用的目的，和適合需要起見，應當加以選擇。他如少小無知，老衰疾病的人們，對於衣服的服用和選擇能力缺乏或者不足；那麼，和他有家庭關係的人，必須代替他們設法。所以關於衣服方面，我們應當明瞭的：

I，衣服的意義：—

「甲」主要的
- (1) 調節體溫：　服用衣服的主要意義，就在於保持一定體溫，使其不變，比如，冬天外溫低降，我們就服用毛，皮或棉質衣服，以防止體溫放散過甚。夏天變熱，則服用單衣，以便利體溫之放散。
- (2) 隔離外界：　由於衣服之服用，可將身體與外界關係隔絕；也有三種意義；(a) 隔離光熱等理學或化學的直接侵害，(b) 避免外界污垢之染着體表。(c) 避免昆虫之螫刺及外傷。
- (3) 自身關係：(a) 遮蓋身體局部之醜陋。(b) 吸收皮膚的污垢。

「乙」次要的
- (1) 美觀：　以季節關係，選擇一定材料，色澤，大小，及一定式樣；寓意於主要服用意義之內，以求引起個人或他人美的觀念。
- (2) 標識：　以一定材料，顏色，及式樣，表示階級，職業及性別。

II. 衣服的材料：—

用作衣服材料的重要物品，是棉織品，麻織品，絲織品，和毛織品等。無論何種，都有牠的固有的優點和劣點！

(1) 各種織品之優點，——

a,棉織品； 1,質料較軟 2,保溫力大 3,吸水力較大

b,麻織品； 1,質料輕鬆 2,導溫力大 3,不貼接體表

c.絲織品： 1,質料柔軟 2,刺戟性弱

d.毛織品： 1,保溫力大 2,吸水力大 3,通氣度强

(2) 各種織品之劣點：——

a.棉織品： 1,質料組劣 2,重量較大 3,刺戟性强

b.麻織品： 1,保溫力弱 2,吸水力弱 3,通氣度弱

c.絲織品： 1,導溫力大 2,吸水力弱

d 毛織品： 1,刺戟性强 2,吸着污垢 3,吸帶臭氣

III，衣服之選用：——

1,質料： 根據以上各種織品的性質及其優劣，適合季節的需要，適宜選擇。比如，在熱天的時候，應當選擇導溫力大及質料輕鬆的織品，如麻織品絲織品之類。冷天的時候，應當選擇保溫力大及善吸水分的物品，如毛織品等。但也可適時採用，斟酌辦理。

2,色澤： 衣服的色澤：對於身體的關係，非常重要，應加適宜選擇；因爲除美觀外，對於體溫及新陳代謝，還有極大關係。比如夏天服用白衣，（淺色也好）能夠反射日光，以減少日光之侵襲。冬天服黑色衣服，（深色同）則能够吸收溫熱，而防止體溫之放散。

3.大小； 衣服大小，各人隨時制宜，不可拘泥。大概夏日衣

服以短小爲宜，但不可令皮膚曝露，以免强光照射。且也不可過小，致透氣力弱，而放溫也難。南方的熱射病，多因爲這個而起。況過小衣服，對於身體發育也有障碍，尤應注意。

Ⅳ，服用之注意：——

1，清潔：　服用衣服，總應注意清潔，尤其貼身襯衣，更應勤加洗滌，時常曝曬。否則，污垢氣息，惹人討厭，且易引誘微生物附着，召致疾病；更妨碍體溫放散。

2，愛惜：　衣服愛惜，不僅可以養成整潔勤勞的習慣；并且也是經濟之一道。

B，飲食方面：——

我們生活和發育方面，最需要的物品，就是飲食。如果我們在一定時間，斷絕食物供給，經過相當時間後，一定顯見瘦削，精神也要日見萎頓。如果同時再將飲料斷絕，那麼在最短的期間，就會死亡。這個，是經過實驗證明的，由此我們便可想到飲食對於我們是怎樣的重要！現在可以把飲料和食物分兩項來說

Ⅰ，飲料：——

飲料裏邊，最重要的當然是水。我們的身體體重百分之七十以上，都是水分。水的作用，非常重要；即此可見一般。但是，我們既然如此需要水分，那麼，水分的純良與否，對於我們的關係，自然非常重要！比如不潔的水，常常會有許多傳染病菌如赤痢，傷寒等菌，混入其中，侵害人們的健康。并且因爲水中成分不同，也往往會叫不慣飲用的人們，發生腸胃疾患。所以對於水的方面，應當注意的；——

1，有無病原菌或妨碍人體健康之物質？

2，是否平等清涼透明無色，或異味異臭？

以上兩種問題，自然是最低限度的要求，所以如果解決以上問題，我們就需要：——

1，病原菌及毒素之檢查： a.病原菌之檢查，應注意霍亂菌，傷寒菌及大腸菌之有無？各菌檢查，法雖不同，然普通多以培養接種檢查，於霍亂菌則取其和 Pepton 溶液而接種於血液鹽基寒天培養，再取其集落而染色鏡檢。於傷寒菌則於 Endo 或 Drigalski 培養基上，而觀其集落以及發育情形。 b.毒素之存於水中者，普通多爲鉛，至於亞鉛之存在，雖無毒性，然若過一定量（即 1Liter 水中含存 10）(mg 以上）則發生不快味道，而不適飲用。如含有 Ammonia, Subnithricum, Nithricum 及其化合物，雖無大害，然甚者可發胃腸加答爾症狀。鉛之証明法，於 2 Liter 水中加入硝酸，再濃縮之至 150 ccm 次加炭酸鉀及醋酸鈉，後以硫化氫沈降之，用紙濾過，更以硫化氫水洗滌，濾殘沈渣，於乾燥後以氫灼之，即成硫化鉛。

2，水之性質： 水的溫度，平常應保持在 7—11°c 左右。水之味臭，可於檢味時加熱至 20°c，檢臭時可加熱至 60°c，如此則檢知甚易。透明色之檢查，則以玻璃筒二，全置白紙上，一盛被檢水，一盛蒸餾水，然後迅速向上檢視，較其明暗，有無差等。但檢視絕對不可過久，以眼睛疲勞，不易辨別。其他水之硬度，亦有關係，如爲硬水，（即水中含存 $CaCO_3$ 或 CaO 者）則不宜飲用，而茶水咖啡之配製不宜。即洗滌衣服，亦易與石鹼結合，而變爲不溶性物，故應注意。家庭應用恐水中含存病菌時，當於煮沸後用之。

Ⅱ，食物：—

普通的食物方面，對於我們最關緊要的大概不外脂肪蛋白，炭化水素三類。這三種對於我們身體上的各種變化，及需要情形，詳細的在生理學，和生理化學方面，都有深刻的研究，非常複雜，這裏不再述及。現在僅

就各種食物的利害方面，略加介紹：

A. 食物的種類：—

(1) 動物性食品：—(a) 獸肉　歐美各國，平常主食肉品，尤以獸肉爲甚。日本多食野獸，牛羊等肉，反而比較少見。我們中國，上古時代專以肉品爲食；就是現在蒙藏等地，凡以牧畜爲生的人民，還大多也是這樣。通常我們所食獸肉，以牛，羊，豕，馬等爲多。這些獸肉，所含各種成分，大概水 75%，蛋白 21.7%，脂肪2%，鹽類1.3%。這種數字，完全是一種概括計量；如果詳細研究則不僅各種之間不同，即同種獸類，也不能各個相同。即按牛說，日本區別爲七種，英國竟區別至十六種之多呢！不過，各種獸肉總宜檢查牠有無傳染危險！尤其必須煮熟食用；否則，若見牛爲無鈎絛虫及豚爲有鈎絛虫及旋毛虫的寄生體，極易傳染於人體內。

b. 禽肉：　普通禽肉，大概比較筋纖維細，脂肪量多；間質結締纖少。併且，味也豐美，消化也較容易。家禽較野禽，成分略好。鷄之化學成分水 70.06%，蛋白 18.49%，脂肪 9.34%，鹽類 0.91%。普通禽肉的寄生體都少；但於野禽，則因啄食無定，易含毒質。即按鴨說，每因捕啄番木鼈，而含 Strichnin, 易使人誤食，而起中毒（石津氏）。所以衛生辦理完善國　，常禁止野禽出售，以保障人民健康。

c. 魚貝：　魚的成分，大概和獸肉差不多；其中有一二種比較容易消化。不過魚肉每含毒物，尤其在產卵期更甚。牠的存在地方，多在卵巢及肝臟中。且體內也常含有 Tox—albumin, 。河豚也常含有毒物。并且極易腐敗，食後每起中毒現象。至於貝類如螺蚌之屬，每爲吸虫 Trematoden 之中間宿主，而小蝦蟹也常爲廣節裂頭帶虫之宿主云。

(2) 植物性食品：—

a. 穀類：　所有的米，麥，黍，粟等類，都歸到這一類裏邊。世界上以上述穀類供給食用的國家，爲中國，日本，印度等地。歐，美主以米

，麥；意，土主以玉蜀黍，爲他們主要食用的供給品。穀類含有多量的營養素，不過比較動物性食品的脂肪，蛋白含量都少。但富含炭化水素及纖維素，Vitamin, Mineral 等，爲本品之優點。最常食用之米飯和麵包(Brot)，所含成分，分析如下：

米飯：水64,08%，蛋白3,16%，脂 0,05%，無機物32,27%，

纖維素0,27%灰分0,17%。

麵包：水 38,5%，蛋 6,8%，脂肪 0,8%，糖分 2,3%，澱粉 51,0%，

纖維素 0,4%，灰分 1,2%。

b. 菽類：很多的豆類和花生等品，都屬於一類。本類物品所含成分，在植物性食品中，營養素較爲豐富。蛋白質，含水炭素和脂肪，比較最多。消化都很容易，僅纖維方面，比較困難一點罷了。豆類的製品裏邊，最好而且最常見的當然就是豆腐，因爲牠不僅養分最多，且價值也極低廉，不能不說是佳良食品的一種。豆腐的成分水 88,79%，蛋白6,55%，脂肪 2.95%，纖維素 1,07%，灰分 0,64%。

c. 根類：這一類食品，含澱粉量最多；蛋白和脂肪含量，特別減少；所以僅僅食用這種物品，絕不能够得到充分營養，不過澱粉易於消化，應加相當注意。這類的東西如馬鈴薯，山藥，百合，芋，和胡蘿蔔，藕，蓮根等類。現在把普通常見的几種物品的成分含量，列表於下，以供參考：—

品名	水分	蛋白	脂肪	澱粉	纖維素	無機物	灰分
馬鈴薯	75,0		0,05	18.0	0,95	3,0	1,0
百合	69,63	3,402	3,402	19,10	1,416	2,447	1,35
胡蘿蔔	87,0	1,1		1,8	4,3		1,0
蓮根	85,39	1,729	0,80	6,2	0,133	0,132	

(3) Vitamin (生活素)：—

什麼叫 Vitamin？簡括的說，乃是生活維持上，所需要的含存 Amine (NH_2) 的有機物。關於 Vitamin 的研究，近廿多年才有相當的貢献。直至現在，已經發見的則有下列七種，牠的作用，恰和牠在身體缺乏時的病狀相反。比如：—

1. Vitamin A. 這種物質缺乏的時候，主爲身體發育障碍和眼病（黏膜乾燥，角膜軟化，夜盲等。）發生。牠的含存物質爲牛乳，Butter，動物脂肪，肝臟，卵黃，及植物的綠葉內。

2. Vitamin B. 缺乏的時候，身體發育障碍，體重減輕，并患 Beri—Beri，神經炎，神經痛，及神經麻痺。含存物質爲米糠，麥麩，豆殼，和豌芽中，都有牠的痕跡。

3. Vitamin C. 缺乏時主發壞血病，因之齒龈，關節，粘膜等，均易出血。牠呢，存在於新鮮蔬菜，及菓品中，尤以紅柿，蘿蔔，橘子，檸檬中爲最多。

4. Vitamin D. 缺乏時主發佝僂病，牙齒發育不良，和齲齒等。因爲牠和燐及鈣的新陳代謝有關，含存物爲動物脂肪，卵黃，魚肝油中尤爲多見。

5. Vitamin E. 缺乏時，雖其本身發育，還未見顯著障碍，而種族繁殖，則發生異常，因之而發不妊症。牠存在多於植物性食品中，尤其穀類，蔬菜，蕪菁中爲多。他於小麥，黃玉黍中，亦有相當存量。

6. Vitamin F. 缺乏時，多來性的機能減退。存物主於亞酸中，蒿苣內也含量頗豐。

(4) 其他食品：—

除以上所述各種食品外，還有許多比較次要，但也爲人類食用所不可缺者，比如醬，醋，食鹽及調味用品等等，種類非常繁多，作用和利害方面也各不相同，這裏不能詳細討論，請加原諒。

「附」飲食之注意： 1,質和量兩方面都要注意，最好選擇質好而量較少者爲佳。並且食用物品，以種類比較複雜，同時動植物食品均有的，爲最好。 2,必須注意清潔，食品當注意清潔，不叫包含雜質；並且要注意勿使菌類還得生存爲最佳。用具方面，除也應清潔外，尤要注意消毒。此外，比如多人共食的慣例，最好也要革除，以免傳染疾病。

C. 居住方面：一

居住方面，最要緊的當然要講到住宅的房屋了！但是，我們一般的人，爲什麼要住房屋，房屋要怎麼樣算好，怎麼樣算壞；好的對於我們怎麼，壞的對於我們又怎麼，這個都是我們應當知道的！現在我可以把這個問題，分開來說一說。

I， 住屋的目的： (1) 以人工的，使我們體溫調節比較適合於天然的氣候變動，以避免因此而身體方面發生疾病。(2) 防備風雨侵襲人體，和保障財產安全。

II， 住室的不良影響： 古昔的時候，人們屋外工作較多；近來的文明進步，人們的屋內工作逐日加多；所以人們居住屋內的時間，也日見增長。但每因家屋的建築不佳，和住居的方法不好，便因之而發生許多疾病；例如傻麻質斯，感冒，傷寒病，結核等，都可發生。其他的諸多傳染病，由於家屋而流行的，也非常多。尤其城市居民，比較鄉村居民所受影響，常常更大。這種道理，大是日光及空氣的關係最多。

III， 佳良住室的大概要件： 房屋要怎樣建築，才能近乎我們需要？人數要怎樣分配，才能不妨各人的健康？環境要怎樣的改善，才能適合我們的條件？這些，都是我們所應當瞭解的。

(1) 房屋建築，應當選擇清潔的乾燥的地方，以空氣清潔，日光充足爲原則。地方面積分配，應當房屋佔三分之二，空地佔三分之一。同時，若建築多座房屋，尤當注意各房的高低和彼此的距離。房屋的高度的大小

，應當和彼此遠近的距離成正比例。換句話說，就是房屋愈高，距離應當愈遠；牠的標準，就以日光直接能透射入屋內，不受阻碍爲原則。此外，住室如屬樓房，究竟以高層低層爲合適？這個也很重要。最低之樓，爲在地下，則空氣，日光，都不透明，很容易濕病，所以不應當住。然而最高層樓，室溫調節困難：夏時內面空氣乾燥，外面氣溫較高，且下層溫熱上升，所以極熱。冬日，放溫極其容易，室內固有溫熱，也被奪取，因而極冷。所以西洋各國，對於高樓五層以上，和低層地面以下，都加限制，不准居住。

（2）人數分配一屋應住幾人，完全看住室大小而定。房屋大者，住人也可多，但住屋小而人也多的時候，如果空氣交換充分，也未嘗不可。不過，多人密居，容易叫傳染病蔓延，究非善策。所以通常人們需用適當的空間，約大人十立方釈，小兒五立方釈。

（3）環境改良，住宅的環境，十分重要。我們選擇的時候，不要在諸多工廠的附近，如化學工廠，軍械工廠，鋼鉄工廠，等等，以避免空氣不潔或有毒，危險，及精神不安。周圍尤應廣植樹草，以防止塵埃侵害。此外對於風俗，習慣都和我們行爲及精神的關係極爲重大，所以都應當注意。

Ⅳ，室溫的調節：　住室內的溫度，因爲天氣變換不定，因之而高低不同；所以對於我們的影響很大，我們應當想一種辦法，來調節一下，才能够維持較爲一定的溫度。我們要想這一種辦法，就應當把這問題的關係事項，加以研究：然後才能措置適當。室內的溫熱情形，普通和屋壁的位置，厚薄，色澤，和空氣的流通情形，日光照射的程度，都有極大關係。牆壁因所在的位置，和日光的照射的情形及時間，有莫大關係，普通南方的牆，溫度最高，東西的牆，比較稍差。北牆最弱，這個完全因爲日光照射和牆所成的角度，及照射的時間長短而定。換句話說，就是日光射牆的角度愈小，和照射的時間愈長者，牠的溫度也愈高。並且，牆壁愈厚

者；牠的保持溫熱的力量也大，色呈深黑的，吸熱力也强，空氣流動佳良的，溫度的變動也速。其地室內的溫度（通常以 20°c一爲佳）大小，也足以影響溫度變更！因爲水分蒸發，除和氣壓變動有關係外，更需要溫熱供給。通常室溫的調節，在夏天時候，多設法叫室內溫度稍低，免使體溫放散發生障碍。在熱帶的地方，白日多將窗緊閉，免使外界高溫侵襲；夜間將窗開放，儘量叫室內外空氣交換。此外或將汽管深通地下，而以風車送氣；或以扇機轉動，而使空氣流通。或以機器壓迫室內空氣，促其放散。或以水散地，藉水分蒸發的力量，以奪取溫熱；或以冰置室內，以使其放散寒氣。總使室內溫熱低降，不得妨碍體溫放散爲第一要義。在冬天的時候，因爲各種房屋應用的目的不同，所以也不能一概而論。現在先把各種房屋應用的不同，分類說明，把牠的各室溫度大概標準列下： 住室 18—20°c；工作室13—150°c，寢室 13—150°，病室 16—20c。小兒室 20—22°c。各室大概的溫度，約如上述。至於溫煖的方法，非常繁多；現在可述其概要。最普通而且最簡單的，當然要推日光照射。方法最好叫日光從南牆窗孔射入，直接照射室內。凡室內和應用物品衣服等件，都必須充分照曬，不過應當注意的地方，照曬的時候，不要等到太陽西落，才去整飭一回，應當在照曬充分的時候，將窗閉落，物品整妥。因爲這樣，才能够保存日光照射的溫熱，否則就失掉我們照曬的意思了！此外，則用火爐，煖汽管等裝置法，以供給熱源。不過，在應用火爐的時候，應十分注意；因爲各種燃料的品質不同，所以牠的溫價和毒性大小，也各有異，燃料中各種的溫價（每Kg的燃料，所生之Kalorie）如下：

薪 2732，石炭 2783，木炭 3734 石油 10000，Gas 10113，

上述幾種燃料，往往有很多的煤烟，炭酸，等氣體放散，有中毒的危險。所以用時，應加注意。煖氣管之裝置，當屬最好；否則以鉄管導火爐的煤烟於室外，可以防止有害氣體放散於室內，也殊可佳。

Ⅴ，　室內的光源：　日光對於我們的關係非常密切，更從多方証明光線之充足與否，對於人們身體及精神上的影響，特別重大。例如晴朗的天氣，精神快愉；陰雨的天氣，精神沈鬱。居住北極的人們，冬季完全不見太陽，所以，開始的時候，精神即鬱，稍進則甚衰弱，炭酸排泄量也減少過敏，最後則皮膚蒼白，消化器也罹疾患。更有因此而新陳代謝的作見減少。普通，如果採光不適，很容易引起許多疾病：比如，光線過強的時候，常常誘起眼，結膜炎，和視神經炎。光線不足的時候，又易使眼精疲勞，近視加甚。並且日光有殺菌的力量，對於傳染病患者的住室，日光照射不充分的地方，永久會有病菌殘留，更應當知道日光的照射必要了！採光的方法，主分二種：1，天然採光：一平常從南方開窗，窗外不得有物遮蔽，窗應當多，且最少應佔總面積五分之一。應用時，須將所有窗門洞開，以使日光盡量照入。2，人工採光：一因各種發光原料不同，所以光線充足與否，光度足用與否，光的性質適當與否，都是非常重要的問題。光線的標準以愈和日光相近似者，愈好。青色或紅黃色光，於眼有害，赤光溫而感覺愉快，青光寒，而感覺幽默。應用光源的東西，有蠟燭，石油，瓦斯，及電燈等。臘燭，石油光固不足，而且氣息極大，光焰搖動，不得算做佳品。瓦斯燈雖光量充足，但似略強，且燃燒中揮發毒素，也有害處。最合理想，而且最合實用的，當然要屬電燈了！因爲她的光線固定，光量充足，且絕不揮發毒氣。不過，不能普遍採用，非常可惜！

Ⅵ，　交換空氣：　想要知道交換空氣和需用的標準，應當先知道每人每小時需用和排泄氣體的多少。通常成人每小時排出物質炭酸 20—30 Liter，溫熱 100 Kalorie，水分 20—130gr. 每小時吸入空氣，約爲 540000 cc。此外尚須加入溫室深光，吃烟，工作等外，所消費之空氣。總以常常保持室內空氣炭酸量0.7%—1.5%爲限量。超此即應該設法使新鮮空氣(含炭酸 0.3—0.4%)進入。所以普通室內每人每時的空氣交換量

50 Kubikmeter 立方米突。每小時的交換次數，通常三次即足。換氣時，應當注意的地方，所有窗門，最好都行打開，最少應注意不要僅管開一窗；因爲這樣對於交換空氣，絕對不好，不能充分哪！

結　　論

現在已經把對於家庭方面，應當具備的衛生常識，大體可以說差不多完滿了！不過究竟因爲範圍太廣泛了，自然在這樣很短的時間，很難各方面都詳詳細細地說明白，因爲這個問題關係太大，比如，社會科學中的法律，政治，經濟及自然科學的物理，化學，工程，地質，醫學等等，都有密切關係，所以，諸位一定可以想到他的困難地方！自然，我想諸位一定很有人願意得到進一步的研討，但是，只好請諸位再等機會，或者可以再給貢獻一点詳細的意見！再見！

22,10,26.

白喉的感染和預防

傅謹獨

諸位來賓！鄙人有這個機會和諸君談話，實在榮幸極了！但是，鄙人學問簡陋，沒有很好的材料貢獻給諸君，作爲保護身體健康的寶筏；且又不善於講演，詞不達意的地方，亦定所難免的，統望諸君深深原諒！

今天鄙人要和諸君講的題目，是：白喉的感染和預防。白喉這種病，大家都知凡道是一種很利害的傳染病，但是，牠究竟是怎樣的傳染，怎樣從這個人便傳染於別的人，恐怕有許多的人還未曾注意到，也或許就根本的不知道吧？至於應當怎樣預防其傳染的問題，那恐怕更是莫明其妙的事了吧？所以，鄙人很願意趁着這個機會和諸君略談一談。

白喉，中醫又叫做喉痧，概係流行性的發生，或爲地方性單獨發生於某一個地方。本病的傳染力極大，往往一家之中，因一人患了白喉症，而其周圍和他接觸的人，便都受其傳染。同時，且能流行於一村，一縣，或更擴大的蔓延。感染白喉症的人，若稍一疏忽，便招死亡的結果！其死亡率爲百分之五十至百分之八十，諸君！你們試想一想：這樣驚人聽聞的巨大死亡數目，是怎麼令我們可怕的事情啊！但是，本症雖如此的險惡，倘非無防範之策，治之愈早，愈能救其死亡，防之於未先必能避免其傳染。欲講求預防之法，須先知病原菌及其傳染之徑路。

白喉病的原因

白喉病的原因，最初見於 1873 年 klebs 氏報告，謂在白喉薄膜的切片中，常見有一種特殊的杆狀體，後經 Koch 氏將此杆狀體行顯微攝影 (Mikrophotographie)，更由於 Fr. Loeffler 氏加以詳細的研究，遂於

1884年純粹培養成功而確定其爲病原菌，於是白喉的病原，得完全明白了。

白喉菌的形態

白喉菌乃一種狹小，且稍稍彎曲，不能運動的杆狀菌。沒有鞭毛，不生芽胞，兩端有異染體（Babes Ernstsche Korperchen）。其大小很不一致；其排列亦甚特殊，或相並作柵狀，或一端相接觸，他端伸向各方，而呈 v w Y 等字形狀。

傳染的徑路

本病的傳染有兩個徑路：一個是直接和患者接觸而受傳染，這叫做直接傳染：例如和患者接吻；或因在較近距離的談話，而由於含菌的唾沫傳染；或因患者噴嚏時，將含有細菌的鼻汁，噴到別人的口部以致傳染。一個是細菌以別的物體爲媒介而傳染，這叫做間接傳染；例如和污染此菌的手，玩具，食物，衣服，被褥，以及其他一切日常所用的器具，相接觸而感染。由於間接受傳染的，比較由於直接受傳染的人，數目還要多呢，因爲我國人民缺乏衛生常識的緣故所致，只知道在病發生時，注意患者的本身，殊不知病人的一切物件，都有傳染疾病的能力。因爲該病的病原菌，有强大的抵抗力，附着於病人的一切物件上，能經過很長久的時間，而仍保持其傳染疾病的能力，所以，對於病人，不可和他接近，對於他所使用的器具，未經充分消毒，不可使用。若能如此，杜絕其傳染的門徑，則不致受其傳染，纔可以免去不幸的事情發生。諸君豈可不注意哉！

白喉的症狀

白喉症狀，卽由於上述的白喉桿菌進入人體後，所發生之異常現象也。可分全身的和局部的兩種，約畧言之：

A. 全身症狀：卽本病的原病菌，或直接，或間接，傳染至健康人體後，經過二日至七日的潛伏期，則全身違和，四肢無力，精神倦怠，並發

高熱頭暈，頭痛，口渴，食慾不振，夜間不能安眠，脉博細弱而頻數，口唇間有發生匐行疹者，脾臟稍微腫脹，尿中含有少量蛋白，Aceton反應爲陰性。小兒則有嘔吐，譫語，痙攣等症。

B. 局部症狀：即病原菌進入口腔後，卽在咽頭粘膜上或扁桃腺上，發育繁殖　於是，被病菌附着之處，發生許多大小不同的白色斑點，漸漸擴大，向四周蔓延，變爲污穢白色的膜狀物，這叫做僞膜。該膜並向深部組織侵入，很不容易剝離，若强行剝離，則粘膜面上，發生實質缺損並出血。其他，咽頭發紅，腫脹，並劇烈的咽頭痛，尤以嚥下，咀嚼食物或言語時爲甚，且疼痛常向耳及下顎部放散。又頸腺及頸淋巴腺亦稍腫脹。——以上這叫做咽頭白喉症。

咽頭白喉若向上傳染到鼻腔裏面，便叫做鼻白喉症。此種多自咽部續發（但有時亦可爲原發性的發生）。這時鼻有堵塞感，並流鼻涕很多，其汁如膿，且帶臭味，又往往從鼻裏出血。

其次，還有自咽頭向下傳到喉頭氣管的，叫做喉頭白喉症，小兒患咽頭白喉症者，大多數續發喉頭白喉症。牠的症狀，更爲劇烈。患者突然呼吸困難，喉嚨裏呼吸作響，我們一見便能知道是氣管狹窄，通氣不方便了。聲音漸漸的嘶啞，終至完全不能發音。漸次發喘，胸之上部和上腹部，呼吸時往往陷沒下去，顏面呈蒼白色，口唇紫藍色，頭部出汗，脉搏不整，初僅心悸不安，苦悶，繼則非常的衰憊，意識朦朧不清，呈昏睡狀態，終則窒息而死，這種情形，悲慘已極實令人目不忍睹！

本症致死的原因，固然是因爲白膜的器械作用，可以發生窒息的危局；然主要的原因，則在於病菌的毒素。然白喉菌的毒素，不是菌體毒，而是細菌產生之毒素；經Ehrlich 氏之研究，知其毒素，非單純的毒質，實具有二種不同作用的成份：一是狹義的毒素 Toxin，一是 Toxon。現在我們因爲時間的關係，對此不能詳細的討論，不過我們要知道，這種毒素

入到我們血液裏面去，能使體內各部位麻痺，其最爲危險者即，心臟中毒而麻痺，因之致命。其在輕症者，僥幸治癒，也往往遺留咽頭一帶的中毒性麻痺，即吞水時反向鼻腔逆流，這是表示咽頭麻痺的現象！

最後，諸君須知道本病，成人發病率向較稀，危險性亦較小；兒童患者最多，且最危險，年齡愈小，危險亦愈大，重者三五日殞命，輕者亦多難幸免，故爲父母者，對於其子女，應當特別的注意此病，尤以流行時爲然！

預防的方針

1.隔離病人：即使病人單獨住在一個地方，不讓其和別人接近，直至咽喉鼻腔分泌物，或粘膜上經過醫生數次的細菌學檢查，確沒有白喉菌證獲時，始可恢復其自由的行動。

2.遠離病人：凡有白喉發現，無論是至親厚友或自己家屬，苟非在醫生指導監視之下，最好是不和他接觸，否則，一旦感染，悔之晚矣。

3.使用口罩：倘必須和病人相接觸說話時，謹防其唾沫或鼻汁噴出傳染，故最好是帶用口罩。如流行期間，出門時亦須帶口罩。

4.禁止社交：於白喉流行時，爲避免和潛伏病菌之新愈病人混雜時，最好是杜門不出，謝絕應酬，自可不被傳染。

5.施行消毒：病人的住室和器具，在未經施行消毒以前，別人不可居住，或使用。病室消毒用「佛爾馬林 Formalin」蒸氣消毒最便。病人的衣服，被褥，及其他的一切物件，須經過煮沸，或石炭酸，昇汞水等洗滌。

6.注意飲食：當白喉流行的時候，對於一切的飲食物亦應當注意，市場上販賣的食物，難免沒有白喉菌的附着，故非經過充分的煮沸消毒後，不宜食用。至於病人的殘剩食物，須拋棄之。

7.預防注射：本病流行時，或有被傳染之疑者，應立即請醫生注射預防的白喉血清。

最後的幾句話

君！現在我把白喉病的傳染和預防法，已經說完了。希望諸君要牢牢的把鄙人的這次講演的話印在腦海裏，不要認爲這是無稽之談，這實在是最緊要的事情。并希望諸君回家之後，向你們的親戚朋友，把鄙人今天的話告訴他們，使他們也知道白喉病是有預防的方法的，如有白喉發生時，可以注意預防，免被傳染，減少死亡率（不僅此病，即一切的傳染病皆應如此）。更希望於本病流行的時候，今天在坐的諸君以及你們的親朋們，都因實行了這種預防的法子，而不致感染白喉，這才是我們貢獻給諸君的眞意義呢！

1933.10.27.　講演

產褥熱

王毓琛

今天所講的題目，是產褥熱就是平常所說的產後風，我們知道產生小兒是婦女的天職，也就是大多數的婦女要產生的，由這個看來，產褥熱在婦女的病中，是最要緊的，回頭看看產生小兒的婦女，大多爲家庭主婦，而產褥熱的發，生又多在產後，然而因產褥熱而死的婦女很多，因之發生家庭悲慘的頗不乏見，想在坐的諸位，也常聽到，現在大概來談談。

1.產褥熱的沿革，在十四世紀，最大產院就有產婦死亡的報告及至十八世紀中葉，各公立醫院就發見產褥熱的盛行，當時諸學者就想到外部傳染及自家傳染，後經消毒法出現，則產褥熱之死亡率減少，在文明國家，是這樣子，試看我國醫學尚處於幼稚時，除智識階級的婦女，肯在醫院或經產科醫接生外，概皆用附近產婆，因不注意消毒，所以發生此病者也很多。

2.產褥熱的定義　就是才經分娩的婦女，他子宮內創傷面或陰道等損傷，倘受細菌的作用而發生的熱，也不拘爲正常產或早產或流產其所發生之熱，皆謂之產褥熱。

3.產褥熱的原因　現今學者多認爲溶血性連鎖狀球菌，至於確實與否，尚不敢定，可別爲外來菌及內存菌。

4.外來菌　由生殖器以外部分所來各種細菌，如由他人手上之不潔所有的細菌，再接觸於產婦而發病。

2.內存菌　在自己生殖器上所附着的各種菌借生產的機會進入子宮內或於所在地因身體的抗力減少的緣故，驟然殖繁。

總之其發生原因，全由於細菌的作用，也就是不消毒或消毒不完備，不能將生活菌殺死，以至於產道組織上繁殖，此種菌發展其毒性，使該局部組織發生病變，或沿局部血管淋巴管遊行於身體各部，使產婦發生重大的疾病。

4.火產褥熱的種類　由病菌作用的關係，可大別爲創傷中毒，及創傷傳染症

甲，何謂創傷中毒症　細菌僅存在於創傷面，凝血，壞死組織，產生毒素浸及該部組織，則該組織受毒素的刺戟，發生一種生活反應，也就是局部發生炎症，我們知道身體某部發生炎症，則身體常有發熱的表現，如果將凝血壞死的東西盡量排出，炎症消失，發熱亦隨之而歸於常溫。所以創傷中毒，亦就是輕症的產褥熱，其病原菌以腐敗菌爲最多。

乙，何謂創傷傳染症　就是細菌不僅在創傷部繁殖，而且進入血管淋巴管內，在生活組織去繁殖，而發生一種全身被傳染的疾病，要知這時候的創傷，不一定是很大，有時由極小的損傷而發生很大的疾患，其病原菌爲化膿菌，其連鎖狀球菌，占多數，約有70—80%，其次葡萄狀球菌占15%，其他尚有種種，這種連鎖狀球菌，是毒力最大的細菌，所以由牠而引起疾病，也最重所以也叫作重症產褥熱。

現在將創傷中毒症及創傷傳染症二者，起病變的部位，分別來說：

5.創傷中毒症的病理變化　我們知道產生小兒時，胎盤剝離排出，這時子宮就有排出胎盤那樣大的創面，我們又知道陰道在生理的狀況之下，就有種種的雜菌存在，當胎兒產出時，子宮頸管完全擴大這種時候就有細菌到創傷面的可能，所以得這個病的機會很多，況說在產生時，陰道或會陰受傷的時候很多在，此處的細菌繁殖產生毒素，又遇到子宮，陰道，等的血液，惡露或壞死的組織，爲牠們的很好的培養基，這時身體上吸收毒素，發生熱，名曰吸收熱或鬱滯熱，這時如將凝血或壞死組織排出，則熱立即消失，如果不治療，則毒性蔓延於子宮內膜的表層，腐敗壞死，且呈灰綠被覆其上，這時患者不僅有熱，且有全身症狀，這時腐敗名曰子宮內膜炎，如果產婦在極熱的天氣之下，又是難產，這時腐敗菌繁殖更甚，且發生許多的氣體，使子宮更擴大，如吹氣者然，將胎兒產出，則子宮內膜也必發生腐敗性子宮內膜炎。

6. 創傷傳染症的病理變化　我們早知道在產小兒的時候，小兒所經的地方，因受小兒擴張，易生破裂如果不能治療，細菌毒力很大，於是將子宮內膜或由淋巴管輸入病原菌，於子宮的實質完全感染，組織破壞，表面有污穢灰白色之苔被等，這時患者立顯全身症狀，且惡露量增多，腹部有限局性痛疼，這時如果靜脈管被傳染，內膜管炎，因之血液流通不暢，血液聚集成血栓，被栓塞的血管，就現痛疼。經過當時，由細菌的作用發生化膿，則化膿的有細菌的血塞，這血栓被血液衝散，流行於各血管，經過那一個血管則那一個血管就發生炎症，我們知道靜脈管是向心性的，其所經過的地方，全有發生病的可能，你看全身的表面及內部的各臟器，全生出病，這樣還能不死嗎？，這時候病謂產褥熱性的敗血症如果這種病菌專受及消化器如心，血管，則血液作牠很好的培養基所發的症狀更重，腦皮質受其毒素刺戟立現神經不良的症狀如意識不清譫語等如果病菌其侵犯骨盤組織，則因炎症關係感痛，壓迫神經或血管，則現麻痺或怒張，有時因炎症產物的關係，有局部腫大者，如果炎症在侵入子宮外膜腹膜，則現病症很重。

7. 產褥熱一般的症候　在輕症時，僅於產後一二日發熱，然而我們要明瞭這種熱有時是一種生理的現象，因爲小兒產出損失若干血液，消耗身體若干的力量，身體組織必要補充，來維持身體的正常，所以我們不要以爲產婦發熱，就是產褥熱，不過我們在看護產婦的時候如果他的溫度超過卅八以上至四十度的時候，且有惡寒戰慄，全身不安，食慾減退舌被苔，脈搏頻發或弛緩呼吸困難甚至精神完全喪失，譫語等症，當速請醫師診治。

8. 產褥熱的預防　現在我們已知這種病的重要及發生該病之多，所以應該防備這種病的發生，使因產後而死的婦女減少，這才是今天所講的目的現在先解釋預防二字就是在未發病前要嚴密的防備，使其不發病，或使其發病輕微，比如在流行虎列拉，腸寒，白喉時，注射該菌的疫苗，使

其不發生該病，或感染不致產生重症一樣，產褥熱的預防主要的是消毒，何謂消毒？我們知道天地間細菌很多常藉牠們的毒素發生疾病，所以我們必先將其殺滅或使其毒素減，輕然後才不致發病，因此於 1867 年，大外科家 Lister 創始消毒法其結果良好，所以相延至今，消毒法實為各科治療中不可離者，現在僅就產科來說吧！不用產生時所用的東西要消毒，一切產褥期內的衛生不應該不講求現在將其預防法，撮要述之於下：

1，接生要請產科醫。

2，產婦所用的器械及所墊的棉花布等必要消毒。

3，產室須用石灰水或 Formalin 液遍灑。

4，在妊娠期或分娩期中，無必要時，絕對禁止內診。

5，妊婦絕對禁止陰道洗滌及房事。

6，產室宜安靜，且室溫不可過高及過低。

7，產婦飲食睡眠要注意。

8，產婦絕對休養，不可肉體及精神過勞，

9，產婦所用棉花墊抵布，及外陰部宜常清潔。

10，在分娩困難，不可任意施行手術。

女學生時代的衛生

孫迺忠 女士

諸位來賓，今天我所講的題目，是女學生時代的衛生，因爲在學生時代，肉體與精神，均是急劇的發育，就是生理上與心理上，發起了種種變化，這種變化處在繁雜社會的女學生特別顯著，往往在不知覺中，背了生理上和心理上的原理發生於不幸的結果，這種事項不但影響於個人的終身，廣汎的說起來，對於將來民族的建設上及進步上，有重要的關係，所以今天特別的提出來與大家談談，我所要說的大概分爲七項，但是因爲時間的關係，很簡略的介紹給諸位來賓。

1. 修學時期：知情意的精神作用和身體全是極度發育的時期，所以在此期中，對於學問和知識，自然均應努力的潛修，古諺云：「少壯不努力老大徒傷悲」就是告訴人說在少壯時期，應當努力修學，但是只顧分數的多寡而爲無目的的用功，不但於學業無進步，而且因爲身體的衰弱，而影響於學問的前程，所以在這個時候，應當歸定辦法才好，據生理學上實驗之結果，在疲乏時二時間不能記憶之事項，若是經過適宜休息後，於二十分鐘內就可記憶，由此看來，我們用功須要有節制，並有規律，不可長期繼續用功，而不休息，因爲那於身體健康上及學問的進步上很有害的。
2. 休息和睡眠，在學生時期，大半爲青春時期，身體和精神的活動都是很劇烈的，因此很容易發生疲勞，所以充分的休息和睡眠是很要緊，且特別在用功和運動後更當注意，在用功後最好作輕微的散步，此外

攝取少量之茶及咖啡等在運動後宜入浴，因爲在運動時，身體各部分的異化作用特別旺盛，因此身體內蓄積許多廢物，沐浴能使全身血液循環暢快，以排除體內之廢物，並且可恢復身體的疲勞，夜間十分的睡眠尤其要緊，睡眠的時間，雖因個人的體質而異，但在學生時代的睡眠時間須足八至十小時才相宜，否則與身體及精神的發育上是很有害的，夏天因晝長夜短而且又因蚊虫類之攪擾往往致睡眠不足，此時在晝間可以規定出一定時間來，作短時間晝眠，以補不足，

3. 運動：運動能助身體的發育，及恢復工作時之疲勞，所以要特別注意去作，倘運動過度時，不但至妨碍學業的進步，且並因身體健康，精神自然要爽快，所以反能助學業的進步，不過運動熱心時，往往至荒廢學業遺誤將來，這是要注意。

4. 攝生：用功，運動和休息適度時，固然能增加學問的進步，和身體的的發育，但是若不注意攝生時，恐以上的目的也不能達到，攝生法的最要者爲下之數條，

a. 勿暴飲暴食，以免消化器發生障碍，

b. 注意清潔，以免細菌的傳染，

c. 美容的白粉內往往含有鉛質，若用時於身體有害，以不用爲宜，

d. 避免與肺病者接觸以防其傳染，

e. 月經時宜注意清潔，避免身體的勞動及精神的刺戟，暫時不可沐浴，

5. 疾病：在女學生時代，最易罹的病爲結核，貧血，脚氣，痛經衰弱及Hystorin 等，故當十分注意，防預牠，倘罹得時速求專門醫生診治，免得將來發生危險，又感冒爲萬病的根源，應加以預防，

6. 娛樂：女學生時代，對於娛樂亦應加注意，不應常入電影院，及戲院子，因爲這種地方。易受不良的感動，並且容易使身體和精神發生疲勞，女學生時代最好的娛樂爲音樂，繪畫雜誌，讀書等，

7. 暑假中的生活：在夏天時身體和精神，多覺倦怠，而且在長久的休假期中容易墮落，所以在這個時期，宜作一規則的生活表以限制自己，又在夏天時，消化器特別易患傳染病，所以對於飲食的衛生要十分的注意，其他海水浴避暑旅行等均與身心有益但是因個人的環境及條件之不同應選擇行之，

（本稿曾在本學院二週年紀念會通俗講演席上口演）

普通醫學

由醫學的眼光選擇配偶應注意之條件

康華南

宇宙間生物，欲保存其種族，須有生殖作用，故凡生物均有雌雄之別，欲發展其兩性的機能，始有兩合的必要，這就是自然界所謂生殖作用。生殖作用愈在下等動物，愈簡單，高等動物則較爲複雜，既然複雜，所以要顧慮到家庭方面和生育健康的子孫以及夫婦偕老終身，第一個條件，就是不可不注意雙方的身心之健康；故在結婚之前，雙方的家族之健康狀態，不經過愼密的調查，其後夫婦間之任何一方，發生健康上的障礙，一定難免造出種種的悲劇——那夫婦間最不幸的離婚，原因雖是很複雜，可是其中最能引起吾人注意的，就是夫婦性的生活不調和；他倆的愛情，縱然何等的熱烈，然而一經發生夫婦必要的義務的性交不能，愛情自然會冷却的，家庭的和平自然會破裂的，夫婦間怎樣能得到性生活的適合呢！不用說自然是對於配偶要愼重選擇了吾國人自選擇配偶的時候，對於門當戶對——就是家系，地位，財產，人格，能力方面，從來是注意的；但是對於身體健康與否，則大都視爲等閑，這的確是很大的錯誤。

依醫學的眼光在結婚之前首先要注意的，就是年齡上的關係；其次就是健康上的關係。

年齡爲什麼要注重呢？譬如說，某家爲他十一二歲的兒子，娶一個十八九的姑娘，這是在中國前幾年常有事，可是，按醫學上說起來男子二十以上才算發育成熟，女子十四歲以上即爲成熟期，由此看來 他們倆的性慾如何能得到圓滿，愛性當然會冷淡的，家庭自然不會和平的，就是因爲禮教束縛作不出那離婚的事，而女子方面能說沒有自殺的！能說沒有偷情的？而男子方面到在成年的時候，女子反過了青春年少的時候，以此性的不調和，能說沒有納妾的！能說沒有偷情的！縱然男女兩方面作不出那不道德的事，子孫方面亦恐怕不如愛的結晶 —— 子女 —— 聰明伶俐，身體健壯，所以說年齡是很要緊的，必須要曉得男子到少以後，女子到十八歲以後，各種器官才算發育完成，結婚的年齡，就在這個時期最爲適合，但是各國因爲氣候和風土人情的關係，大概不能一律，如同土耳其和印度，牠們的習慣十歲八歲就要結婚，那是因爲他們那個歲數就來了月經，換一句話說，也就他們的春機發動期比吾們中國人早，所以他們三四十歲，就衰老的不成樣子啦，結果他們的國家，也受了不少的影響，總而言之，配偶的年齡之相遠，從夫婦間性的關係，及其生育子孫方面說，都有很大的障碍，所以說那些妙齡女子，嫁於白髮老人，或是青春的男子，要育半老的婦人縱然他們夫婦是從愛情成立的，家庭間如何的圓滿，然而生下子女來，一般都是體質薄弱，沒有抵抗力，而且精神的低能者也很多，

以上所說的年齡關係，再說關於生理方面的是近親結婚，因爲經過多數學者之調查，如果近親結婚，其子女有不良之影響；如聾，啞，畸形，白痴，色素性網膜炎，體質薄弱等，多見於血族結婚，亦有謂血族結婚無關係者徵之史乘，亦嘗有天才英雄，因血族結婚而出世。然由統計上之觀查，總是害多而益少。

現在說到健康的問題，須知選擇配偶，當然以身心健全爲第一要義；雖然是病者，因種種的原因，不得不結婚的人，實際上亦不少， 配偶的

健康調查；須先知子女爲家庭之寶，同時亦爲國家之寶，這是人所共知，如欲生健全的後繼者，組織圓滿的家庭，夫婦白頭偕老，當然不能依照吾國結婚的舊習慣，只注意到對方之家庭資產，勢力和個人之學識性情怎樣爲調查之對象；故余站在醫學的立場上，主張健康的調查有三大原則：一，調查現在有無疾病？二，如有，究爲何病？於將來體質上有無妨碍？三，調查已往曾罹何病？更進一步的調查：即血液檢查，有無梅毒？尿液的檢查，有無淋病？以及痰的檢查和結核的反應是否爲陽性？如有以上三種病症，即絕對禁止結婚，或俟病癒後再行結婚，但雙方當此情形之下，有醫士之健康檢定書，爲婚約上第二婚書最佳，雙方確定無防害結婚的疾病，而已訂婚者，亦可以醫士健康檢定書，爲必備之婚書，則家庭定可減少了如不少的悲劇，此種設施，頗似生命保險之診斷書，對於結婚上之應用，能否實現於現在的社會上，實在不是作醫師的力量能解決，還希望一般爲父母者及戀愛者雙方本身能提倡實行，則人類的前途就大放光明了，

結婚之要件在上面已經講過了不少的話，下面只將妨碍結婚的各種病症特別提出來，請讀者注意，

對於心臟病患者：一般醫者從來即有嚴禁結婚的戒律，因爲在性交的時候，心臟運動亢進，血壓增加，又妊娠分娩之際，則心臟負担亦增加；盡人皆知，有心臟病的人要絕對安靜，但是以上三種工作都是在雙方不可的，要是在心臟病患者還有不可少的工作，那當然是很危險的事，

結核病患者的結婚，是絕對不相宜的，因爲性交的亢進，易致咯血，則病勢愈益不良，尤其是結核病的性慾亢進，所謂結核的多淫，不但體力容易衰弱，而病症之進行，也就格外快的多了。按之吾國社會，因此致害者，宛如恒河沙數，其能以千百計，曷勝浩嘆。又患結核的女子，在妊娠的時候，常能使病象增惡，就中尤以產褥期最爲危險，且患肺結核者之

結婚，不只有病體加重的危險，且有互相傳染的可能，故在肺結核患者，在道德，自己利害，和後嗣子孫三方面說起來，均應當避免結婚，所以對於結核患者之結婚，須至治療一年以上，而結核之各種反應皆爲陰性者，亦得加以考慮然後才可以。

花柳病患者亦應當禁止結婚，在花柳病之中，淋病和梅毒占了一大部分，尤以淋病蔓延最廣，雖輕微之淋症，而一入結婚生活，因爲性交的刺戟，潛伏的淋菌，亦要引起活動，病勢當然要加重，非只男性本身此時感到相當的痛苦，即天真純潔的新婦亦當然要被感染的，不多幾天就要覺着腹痛，膿液似黃色之帶狀物—白帶，一天比一天多，甚而至於小便時疼痛，以後漸漸的淋毒性的關節炎也要害起來，不多幾天的新娘子一變而爲病婦，因此結婚的樂，也變成了婚後的痛苦，家庭的和平亦不能維持到底了，尤其是我國的女子因爲禮教的關係，又沒有醫學常識，且對患病在那不肯對人說出來的地方，自己固然不知道原因，又不肯問醫，以至於淋病傳染而爲子宮內膜炎，輸卵管炎，骨盤腹膜炎，骨盤結締織炎，外膜炎等，最後誘起全身腹膜炎，因此而死者，亦不知凡有多少，即不至於死，變成了慢性子宮病，一定要起性交障碍，結果成了不妊症，這不是影響到後嗣麼？即幸而有妊，亦常有流產的毛病，須知流產也是一件最危險的事，就是流產不獨又能生生活的初生兒，且常常影響到產婦的生命，即不流產，到在二百八十天降生下來的小孩子，也有得初生兒膿漏眼的可能，愛子雖如掌上明珠，而其子已失明，不視其親也是可以悲哀的事。

其次是梅毒：梅毒是普通遍於全世界的惡魔，就中以青春年少的男子被其侵害者最多，梅毒不但損害個人的健康，傳染於別人，而且遺傳子孫，此病固然有他特有的症狀，亦有無著明之症狀，而僅有輕微的頭暈，全身違和，若在潛伏期，則更無任何症狀，故非引血液的檢查不可，從此看起來，在未訂婚以前更應當請醫生檢查一下。

關於有僂麻質斯者：本症多發於女子，是一個慢性不治之症，即某部肌肉感覺疼痛，而沒有他覺的症候，其中尤其是腰腿的僂麻質斯，就是所謂腰腿疼，在不妊娠的時候，症狀尚輕，一旦身懷有妊則症狀容易增劇，且在分娩的時候，有性命的危險，即初產幸而免，往後愈生產，生命的危險愈大的多，與此類似的病還有骨軟化症—縮骨痨，本症最關緊要的，就是骨盤變形，身體頓現倭小，如果身懷有妊，而骨盤不是正常的樣子，當然要難產的，那個難產的危險：在輕度的骨盤變形，尚可行分娩的各種手術；高度的骨盤狹窄時，則有性命的危險了。

關于精神病患者，其結婚亦在禁忌之類，據各醫專家之調查，謂此病乃無病理解剖的根據且爲不治之症，人人都曉得，一個精神病患者，他的言論，思想，行爲是什麼樣了，他能懂得結婚的意義麼？就是他能懂得結婚是什麼，恐怕他將來遺傳於子孫，即其子孫不被遺傳，其教養子女上恐怕要發生很大的問題。

其他還有如女子的骨盤畸形，高度狹窄的，脊椎彎曲的，跛行的，以及子宮的畸形—雙角子宮，單角子宮，胎兒及小兒子宮—等，都能使妊娠分娩發生困難，且有有生殖不能者，還有比較輕微者，如近視眼，色盲，和各種畸形—兎唇，多指病，大多數，都是由於祖先或父母有體質的變狀，而遺傳來的，在平常不曉得醫學的看起來雖然是不關重要，但是按照優生學上講起來，總是不結婚爲妙。

以上所說的各種疾病，從家庭生活上，從種族衛生上去想，當然是不應當結婚；不過吾人欲抑制天然的本能，實際上是絕對不可能，即處於萬不得已情形之下而結婚者，還是注意避妊者，結果佳良。

總而言之，結婚不是一件小事，看起來醫士的健康檢定書是不可少的，（不過這一件在前面已經說過），的確不是醫士的力量所能實現到社會上的，實際上還得作人父母者和一般講戀愛者的本身切實去作，則人類的幸

福才能得到無窮，讀者諸君，幸勿河漢斯言！

附健康檢定書

康健檢定書						
姓名		性		年齡 籍貫		
體格營養				身長		
體重				聽力	左 右	
胸圍	平時 充盈 空虛			脊柱		
視力				眼疾		
齒牙				循環器		
呼吸器				畸形		
神經系				瘢痕缺損		
皮膚				言語		
既往症				現在症		
注意						
○○醫院醫士某某 印						
中華民國 年 月 日						

—完—

幾件用生理學說明的日常生活現像

黃　邦　彥

本來生理學就是一種專門研究生活現像的科學，那麼，用生理學來說明日常生活現像未免有點多餘了。不過生理學是專門是說明各各器官的機能和細胞的物理化學的學問，現在所要的是日常生活中幾件很普通的現像用生理學的道理簡單的來解示解示，這幾件的說明時常和朋友談及，乘着本刊將出版的工夫寫出來補補空白。

飽食後爲什麼精神疲惓欲睡？

飯前的時候打算吃過了飯便多工做一點，但是等到餐華提筆的時候便感覺精神不爽，總以得到片時的睡眠爲快；下午第一時的上課鐘響過了，教授十二分力氣來講出，可是教室裏的學生不由己的睡眠起來是時常有的事；飯後精神疲惓欲睡的感覺人人都經驗過的，這種現像的原故是什麼？簡單的答復，就是飽食後消化管的充血而起腦部貧血所致了。

睡眠的理由很多，但是依現在最信仰的就是因腦貧血而有睡眠現像件貧血學說。Mosso 氏曾就人體實驗，將手足放在測定容積器裏以測定睡眠時與醒覺時手足的容積變化，結果在睡眠時因腦部血液多離腦而集於皮膚，手足的容積便增加起來；加以刺戟使之醒覺，手足的容積便恢復原來的量數。最近美國生理學家 Howell氏謂：睡眠的原因是延髓中血管運動中樞疲勞的結果，血管運動中樞終日努力活動以保持血管的緊張度，但是到了文刻的工夫便多陷於疲勞，如此血管的一定緊張度不能保持，血液遂

多集皮膚，於是腦部貧血便歸於睡眠。若是我們壓迫動物的頸動脈使牠腦貧血的時候，動物多現睡眠現像，也是我們証明貧血學說的一個好試驗。

全身內的血液總量是一定的，與身體重量相比足身體重量的十三分之一；平均約等於 4—5 liter 。這 4—5 liter 的血液分佈全身的各處不能全都滿足；如果某處的血液量須增加；他處的血液量必要減少。在運動的時候皮膚充血，血液量增加；例如上肢的片時運動之後見到該處的皮膚發赤便是充血的證明。胃腸在飽食後消化的工做加緊，牠的運動和分泌便增加起來，那麼，胃腸當然也會充血了；其最易輸送到的血液就是身體最上部胸部的血液，如此腦部便發生貧血現像而精神疲倦多思睡眠。

氣候溫暖多思睡眠的理由：

自四月起天氣漸漸溫暖起來了，我們在那時也便漸漸之的有多思睡眠感覺；這種經驗人人是都曉得的，理由也是很容易明白；在天氣溫暖的時節我們的體溫排泄比較困難，因此調節體溫的理學調節作用必須增加，其中皮膚的體溫放散量最大，佔百分之七十乃至七十七；如此之故，皮膚血管擴張充血，血液量便增加起來，胸部的血液量當然會減少的；於是多思睡眠的現像，也就成立。

氣候溫暖多思睡眠的理由已如上述，如果在冬天的時候睡眠熟深之際將下肢的一部露出被外，片時之後便可醒覺，這乃是因為露出被外的下肢皮膚血管受寒冷的刺戟而收縮血液還集於腦部的原故；在睡眠時候用冷濕手巾繞在頭部或以冷水灌其頭部均可使之醒覺，是因為知覺神經受刺戟腦細胞働作的原故，因腦細胞働做的結果血液集於腦部的道理；他處的皮膚受寒冷的刺戟也是如此。寒冷的刺戟即對睡眠有如此的關係，所以我們介此來談談寒冷不斷的刺戟以致凍死的原因。雪中行軍的時候最初一遇着寒冷的氣候不覺的精神為之一爽，這乃是因為初遇寒冷的刺戟皮膚血管收縮，於是血液集於腦部的原故；但是極寒冷的時候皮膚的血管陷於麻痺不能

收縮，於是皮膚血管又擴張起來，血液便多集在皮膚。繼續不斷的寒冷刺戟皮膚，牠的血管也就老是擴張，於是大部血液跑到皮膚部分，腦部便來長時間較深的貧血遂陷於昏睡的狀況，終至毫無痛苦的死亡了。

為什麼天氣寒冷尿量增加排尿次數增加呢？

現在已在冬季許久了，在這個時候我們生活中有一件與天氣溫暖的他季不同的現像，排尿的次數和尿量底增多。尿系自腎臟排泄出來的代謝產物，成分是水分，尿素，尿酸及鹽類等。這些尿成分由腎臟的 Malpighi 氏小體，（Malpighi 是意大利學者的名字），由毛細血管而成的絲毬體及細尿管漏出及分泌的，然後經細尿管，腎盂，輸尿管到膀胱裏去貯存：等到膀胱的內壓到相當的程度之時（150 mm，水柱）而起尿意排泄到體外。由此可見腎臟的分泌尿的機能意義乃是保持血液一定的組成的作用。在天氣冷之際皮膚的體溫排泄減量，因之汗量減少，所以汗的成分（與尿成分略同）和體內的水分不能排出體外，血液的組成不能保持一定，不得不找代償這個作用的器官來將代謝產物和水分排出保持血液的組成之一定維持生活狀況。腎臟排尿的作用同汗腺排汗的作用是一樣的，那麼，這時候腎臟的作用便增加起來代償汗腺的作用，尿量自然多了。此外腎臟排尿的作用增加或減少與腎臟血管的擴張和縮小有關係的；腎臟血管擴張尿作用便增加起來；腎臟血管收縮腎臟的排尿作用便減少。在寒冷的光景皮膚血管收縮血液便跑到內臟裏去，於是內臟血管擴張；腎臟乃是內臟之一，牠的血管當然也要擴大的，尿量這時增多的理由當然可想而知了。膀胱的內壓增至 150 mm 水柱便發生尿意；可是尿徐徐貯存膀胱裏的工夫，膀胱壁也就徐徐弛緩擴張起來，因此內壓也就不急急的上昇到不了 150 mm 水柱所以尿雖然很多量的貯存在膀胱裏面也不起尿意；天氣寒冷的時候腎臟排尿作用增加尿便迅速急劇的輸到膀胱裏去，如此膀胱的內壓也就急劇的增高起來，同時因寒冷的刺激，膀胱壁的緊張度增加，內壓更增高了，尿意就頻促起來，排尿的次數自然會增多的。

血壓增高和半身不遂的原故：

"某人經醫生的檢查血壓增高到一百八十多，醫生說他要有中風（腦出血）發生的危險；果然前兩天他便中風半身不遂了"！"什麼叫做血壓，血壓爲什麼增高，增高怎麼就會發生中風（腦出血）半身不遂呢"？，一個朋友在閒談的時候這樣的問我。好了，現在我們就談談這個問題。

週身的血管分爲動脈血管和靜脈血管二種；當動脈血管被切斷時候，血液就噴出管外，血液既能由動脈管破裂的地方噴出來，當然是有一種力量壓迫的原故，這種壓力是由心臟收縮產生的，這種壓力便是所謂的血壓血壓既是心臟的收縮而產生的，那麼，如果心臟的收縮愈快愈有力量血壓便要高；反之，心臟收縮緩慢力量薄弱血壓便降底了，我們用力很快去壓。壓水機水便噴出去的高，不然的話水便噴出的底便是一個好比仿。如此血壓的壓力變和心臟的收縮的力量有關係的是很顯明了。血液由心臟到動脈并不是繼續不斷的；在心臟收縮的時候血液由心臟流入動脈；由靜脈回到心臟裏是在心臟開時的工夫，那麼，由此看來心臟收縮時壓力很大血壓應該升至極高；心臟開時之際心臟的壓力沒有了血壓應該降至極度，血壓豈不時高時底嗎？不，實際上不是這樣的。當心臟收縮將血液壓入動脈管裏的時候血壓雖然馬上增加起來，但是因爲動脈管壁是有彈力性的；增加的壓力可以把牠伸張血壓就不會過度的上昇的；在心臟弛張的時候血管壁又因彈力性收縮起來，血壓也不會過度下降，所以血壓可以保持於一定範圍之內，健康成人上膊動脈者90—120mm Hg（極大壓）。如果管壁的彈力減少了，因抵抗的增加血壓便要增高了。由此可知血壓的高低和血管壁彈力性的大小有重要的關係。管壁的彈力性又和年齡的大小疾病是有關係的；年齡愈大管壁的彈力性愈小血壓也就愈高了。又於某幾種疾病時管壁彈力性亦多減少，這均叫做血管硬化症，血管硬化症的原因很多，如梅毒，烟酒的中毒，和老年人均易發現。血管因硬化彈力性減少，當然是比健康

的有彈力性的血管容易破裂的，尤其是腦子的小血管最容易破裂出血，因此便發生腦溢血(腦出血)現像重者立即死亡；輕者多致半身不遂。

原來我們的四肢能够運動是受大腦的命令；自大腦發出的命令介神經纖維傳到四肢的筋肉，筋肉得到命令之後便收縮，於是我們的四肢便運動起來了。管理我們運動并不是全部於大腦，牠是有一定的部位的；在大腦的上前頭廻轉之後部，前正中廻轉及副中正小葉等處。這幾個所在，我們叫做運動領或運動中樞。不過中樞的位置順序與牠所支配的筋肉順序相反；支配身體下部的中樞佔腦的上部；命令身體上部的中樞存於腦的下部，并且因爲傳達的神經纖維在延髓及脊髓之境界上和脊髓內等處相交，所以，左方的中樞支配右方的運動；右方的中樞管理左方的運動。所謂腦出血好發部多在內平囊，內囊就是腦神經纖維通過的所在；如果出血神經纖維便被毀壞了失去牠的職用。所以左腦血時，左腦神經纖維侵毀，右半身的肢體發生不遂；右腦出血時，左半身便有不遂的現像。左右腦全都出血全身則不能運動了。

小兒和女子的聲調爲什麼較成人男子高？

我們能够發出聲音是由喉頭聲帶的振動。雖然我們不見着人由聲調的高低便可認出說話的人或男或女或是小孩。小兒和女子的聲調高的原故，簡單來說便是他們的聲帶較男人的聲帶短。平均男人的聲帶是 18mm長；女子的聲帶是15mm 長；小兒的聲帶比女子的還要短些。

聲調的高低是依照振動數的多少而定的。現在我們用胡琴來做個比方。胡琴有兩根長短粗細不同的絃，裏絃長而且粗；外絃短并且細。在拉胡琴的時候這兩根不同的絃便發生高低不同的聲調；裏絃因爲長粗的原故所發的聲調便低；外絃短細所出聲調較高，裏絃的振動數少而外絃的振動數多。由此可見絃的長短組細和振動數目成比例，并且絃的緊張力和振動數目成正比，試看我們將絃上緊的時候便可發出較在絃鬆的時候的聲調高。

女子和小兒的聲帶與成人男子的聲帶相比正如同胡琴的外絃與裏絃相

比一樣；女子和小兒的聲帶既短細且緊張振動數目當然要多的，聲調自然要較成人男子高了。在十五六歲的時候，即所謂的春情期，人的身體各處都要完成發育；喉頭在那時候便發達的很快，聲帶也隨着發達起來變爲長粗且鬆，牠的振動數目自然減少了許多，於是聲調變低；普通所謂的聲變便是因此的原故。女子的喉頭發育較男子不良，所以，依然保持他們的較高聲調。

暈船及暈車因何而起？

最近有朋友從香港到這裏來，談起一路的生活使他最感覺痛苦的就是暈船和暈車，現在我們就談談發生暈船及暈車的道理。

耳是聽覺的器官人人是知道的可是耳的構造上耳廓，外耳道；中耳的鼓膜和小聽骨(槌骨，砧骨及馬鐙骨)是我們的傳音器；內耳則蝸牛殼是感音的器官；半規管，橢圓囊及小圓囊便無聽覺的機能了。那麼，半規管，橢圓囊和小圓囊有什麼作用呢？簡單的答復，管理身體位置的感覺便是他們的機能。

半規管有三個，每個之上都有膨大部。三個半規管的位置互相成爲直角在垂直的平面上，管筋的內容有所謂的淋巴。在安靜的時候內淋巴是不流動的，如果我們的身體位置不正了，內淋巴便流動起來，因此半規管的膨大部和彎屈，感覺細胞發起興奮經前庭神經的傳導到小腦便感覺身體的不正便一定的舉收縮來保持位置的中正。

橢圓囊和小圓囊的適合刺戟是耳石(內耳炭酸石灰結晶)所呈的壓力。耳石因位置的不正便移動，於是橢圓囊和小圓囊的感覺毛得不着平等的壓力就感覺身體的位置傾斜。

坐船或坐車的時候，船車的搖動是不停止的，半規管的內淋巴也就隨着流動起來；耳石也隨之移動，同船車的搖動是一樣的不停的，於是半規管和橢圓囊及小圓囊受異常過大的刺戟，身體位置不停的感覺在不正位，便發起暈船暈車的現像了。在實驗的和疾病的破壞是等器官使他們的機能

發生障碍之際便不起眩暈的症狀。聾啞的人大半半規管及體位平衡囊（卽橢圓囊和小圓囊）發生障碍，所以聾啞者也多不發生暈船暈車的痛苦。

29,12,1933　生理學教室，

擱筆之時謹謝業師賀向初教授懇篤指導
及校閱之勞

河北醫學院
解剖學教授　醫學士張冲霄先生著

„筋　表" Muskeltabelle

本書凡例

一，筋表之爲用，約繁者而使簡，綜散者而使聚，橫直相參易資比較，尤便檢閱。

二，本書特色只標識要點，不參雜理論，閱者一目了然決無難解縈思弊。

三，是書雖顏曰筋表，然仍依系解統剖學之章節次序，無一倒置，此系特存其眞，而又便與講義參讀耳。

四，書中所列之名辭均爲中西對照，次序簡明究查極便，且最適於學者研究斯學之用，故纂編成書以饗學者。

五，系統解剖學本乏趣味，而筋學尤甚，本書於每表之末並附有練習問題，及各部運動之插圖，此不獨增加讀者之心得尤足煥發其興趣也，

六，是書成於一人之手著者學植淺薄，謬誤之處在所不免，海內達人，幸匡不逮

著者謹識

性病的預防

傅謹獨

緒言

性病者普通乃指淋病 Gonorrhae, 軟性下疳 Weicker Schanker 和梅毒 Syphilis 三種而言，由於交接而感染之疾患也。在中古時候，對於這三種病的原因還未明瞭，所以，三病同毒說在那時頗爲盛行。直到了西歷 1879 年 Neisser 氏發現了淋病原因的淋菌 Gonococcen, 爾後十年，即西歷 1889 年 Duerey 氏發現了下疳病原菌 Streptobacillen, 其後又經過十餘年，至西歷 1905 年 Schaudinn 及 Hoffmann 二氏發現了梅毒病原的梅毒螺旋菌 Spirochaeta pallida 之後，遂打破三病同毒說，而確定了這三種病是完全不同的性病。

性病的病原既已明瞭，而以繼續研究之結果，則知其俱有一種生物學的特性：即必資一定的環境和養料，始能發育和生活，而吾人的生殖器，即最適合於該菌生存的場所。

其傳染性極爲暴烈，大凡與之一度接觸，或可受其傳染。其傳染的方法，有直接和間接之別。直接者，即健康者和病者交接而感染之；間接者，即病者之病菌附着於物體上，以之爲媒介而傳染於健康人之謂也。但其傳染力之大小，及致病的輕重，則恒視其病菌離體之久暫，和所處之環境利否而有差異。總之，性病的傳染，須健康者和菌體作實體接觸有相當之侵

入門徑後始感，染及之云。

性病是極險惡的疾病，感染之後，金錢上的犧牲還是末節，而精神上和肉體上的損失，是最堪吾人注意的。雖雖很輕微的病狀，已足人之人墜志喪神；其病狀之重者，直能戕殺生命，毀壞身體，能不令人不寒而慄!?且對於國家興亡，民族盛衰的影響，亦自大且巨！關係既如此，吾人何能坐視其蔓延而不設法制止呢？況吾國科學落後，衛生事業不發達，而政府又以內憂外患，蜂湧紛至，無暇顧及於此，其他各地衛生機關亦因設備的不完全，而人員多不能執行其職務，對於人民健康則漠然視之；而任此種惡病之蔓延人民的生命，實如臨深淵，如履薄冰，毫無保障之可言，危險孰甚!?將來對於我中華民族的存亡問題，關係尤為重大，故預防之道，實不容再緩。予不揣冒昧，以管豹之見，供諸社會，望關心社會衛生和民衆健康者，與以指正！

茲別為個人的預防，家庭的預防，公衆的預防，道德上和教育上的預防法，分述於後：

第一　個人的預防

A. 制慾：　性慾在人類是最難遏抑的一種慾念，而性病就藉着人的這個弱點，似蔓延起來，那末，我們要想預防性病的傳染，當然須改正我們的弱點而後，始能獲到良好的效果。不然，慾念一起，肆行無忌，而恣情縱慾的結果，鮮有不感染性病者。所以，預防性病當以個人制慾為前提。

性慾發動的原因：在男子為精液刺戟而引起的反射現象；在女子為卵巢分泌物的刺戟而引起的反射現像。然猥褻的談話，淫污的小說，卑劣的影戲，以及淫詞，淫畫等均為其發動之誘因。

要者，吾人欲制止性慾的發動，其根本的辦法，當然是除其原因，所以消除其原因者，即摘出睪丸或卵巢也。但是，此為事實上所不可能的事

情。而較爲有效者，則爲避免其誘因耳。然而，有時雖無誘因而性慾仍然能强度衝動，爲一時所難遏抑，此吾人亦不可不知也。其避免誘因，法有种種，茲分述梗概於下。俗云：逸則生淫，故吾人日常生活中，應有正當職業。每日生活紀律化，早起早眠，臨睡時更作以適度的運動，即睡下默誦數目字（1 2 3 4 5……），使邪念無隙可入即可迅速入眠，每日的飲食物，以不含刺戟性者爲宜，如烟酒之類則應忌之。蓋酒類刺戟性强大，飲用後蒙蔽人的天眞，麻痺德性，以致在素日所不敢爲不屑爲的事，一經酒的作用後，便毫不顧忌，任情而爲，不惟因其刺戟而引起性慾衝動，潛身花叢，招來性病，且因此而發生其他意外之災禍者，數見不鮮也。其他肉類和雞蛋之類，用後亦能引起性慾，故亦不可過食。再者，疏通大便，防止便秘，亦不可忽略，因性慾發動時，常有大便不通之傾向，故應於每日朝夕飲用冷開水或水菓之類。此外，施行冷水浴，野外散步，誦讀各言，信仰宗教，或有益運動等等，以養成良好的習慣，高尚的德性，則精神既得以集中，思想亦可以專一，放辟邪侈之事，自不爲矣。而性病又何從而生？故吾人若能堅忍，實行制慾以防之，則性病自難傳染矣。

B. 保持生殖器的清潔： 保持生殖器的清潔，亦爲防性病的一個主要原則，不肯洗滌生殖器的人，於包皮和龜頭（陰唇）之間，蓄積很多的分泌物，而爲細菌很好的養料。倘細菌附着於該處，而發育生活，成爲疾病。致龜頭與包皮糜爛。因之，以造成梅毒菌連鎖狀球菌侵入之門徑故應常翻轉包皮（分開陰唇），用肥皂和清水充分洗滌，使之清潔並乾燥，更應在每次交接之後，以熱水和肥皂洗之，熱鹽，不致發病。倘有擦傷可疑之時，即以 Alkohol (1:3)，或 5% Alumen—Loesung 洗滌，若因交接而發生擦傷或裂縫時，則應立刻請專門醫生診療。

C. 切割包皮： 包莖的人或包皮過長的人，必須以環狀切斷之手術切

去，包皮，此爲性病最重要的預防法。在包莖的人，把污穢的脂垢(Sene Smal)積留在包皮和龜頭之間，最容易爲性病的誘因，前已述之。而預防淋病和軟性下疳，割去包皮，實有非常之效。

D. Condom：以 Condom（如意帶）預防性病的傳染，倘若無有裂隙則最簡單，且比較有效的法子；如 Condom 有極小的裂痕，便失去其效能而不保險。Condom乃一種套子樣或皮袋樣的東西，有橡皮製的和魚腸製的兩種，各有其優劣點，用時，宜選擇佳良者，先以清水完全洗滌之，而後帶於陰莖上，質好的 Condom可以用數次而不破。但經一次使用之後，須立刻洗淨，經過消毒方可再用，即以水洗淨之後，再於消毒用的 1% sublimat—Loesung 液中浸一二小時，以後取出乾燥，捲入潔淨紗布中，以備再用。

E、化學的藥品　在男子於交接之前，先以溫水和肥皂洗滌陰部，使之異常清潔，擦乾之後，遍塗以 Neisser Siebert'sche Desinifeektion salbe，或塗以33⅓% Kalomelsalbe, 或塗以 0,5% Sublimatsalbe, 其他尚有 Spirogen 等成藥亦可使用。若無以上藥膏時，即 Vaselin 亦可用之，但奏效則不確。交接終了，速行離開，立即以1%Sublimat—Loesung 充分洗滌，或用溫水和肥皂洗滌陰部，而後再塗以 Neisser Siebert sche Desinfektionssalbe，如此行之，雖不能絕對保險，但洗的愈乾淨，塗擦的愈周到，則保險的力量亦愈大。倘僅於交接以後施行以上的預防手續，則爲頗不可靠的事情。

又，於交接後用 5000 倍的Sublimat—Loesung，以脫脂棉花浸濕洗擦陰部，然後用2—3滴注入尿道內；或以 1—2% Argentum—niticum—Loesung2—3 滴，滴於舟狀窩內，以二指捫閉尿道外口，使藥液停留數分鐘，然後放出，則亦收佳良的效果。但 Sublimat—Loesung和 Argentum—Nitricum—Loesung有刺戟性，用後發生疼痛。而Protargol則刺戟

性較小，故廣用之，而效力亦很好。即以5—10%的溶液數滴，注入於尿道內，數分鐘後放出即可。

交接的時間不可延長，因非必要的延長，是極有害的。且交接的次數亦不可過二次以上，並於交接後，須立刻小便。

在女子交接前後都應當充分洗滌陰道和外陰部，所用的藥液為100倍的Lysol—Loesung，或5000倍的Sublimat Loesung，或1—2% Acidum boricum Loesung。而陰道內可用1—5% Protargol，或1—2% Argentum—nitricum—Lesung 等洗滌。其法，即先用陰道擴大器將陰道開大，藥液放於玻璃筒中，將嘴插入陰道內，後壓開銅夾，使橡皮管開通，藥液即自上而下流入陰道內。但洗滌之前，必須先將陰道擴大器和嘴管消毒。

F. 其他應注意的事項： 以上所述，乃預防直接傳染的方法，但是，性病非只依生殖器的直接接觸而傳染，其因日常所用的物件為媒介而間接感染者，為數亦不少，故尚須注意下列數項：

I，切不可用公衆所用的茶杯(如會場，戲園等處入茶杯)，在不得已的時候，用之亦不可使杯邊沾唇，這應該於平時養成習慣。

II，不要用公衆的手巾(如飯館，澡堂等處的手巾)，這都是很危險的物件，很可以傳染性病。

III，宿在旅館或陌生的地方，須要詳細檢查被單等是否清潔，若有可疑之處，最好不用。

IV，理髮時的注意：在理髮之時，應該注意理髮匠的手是否清潔，所用的一切器械是否消毒。倘有不潔之處，或理髮匠有性病之可疑時，應立刻離開，千萬不可忽疏，以免危險。

V，接吻的注意：兩人的接吻，在不擇對手的時候，是非常危險的，蓋由此而傳染性病者，事實上非常的多，良可以引起吾人注意，而女子尤

當愼重。

G. 病人自己的注意：　此乃因某種原因而未用預防法，或用之不當，不幸受其傳染。那末，卽應立求醫生治療，千萬不可買用成藥，自作聰明，施行治療。此不惟於病無益，而且恐怕還要貽害無窮。聰明的人，誰肯爲之！更不可因病情輕而不醫，致招危險的害果。更病者在未愈之前，應當避免和別人接觸，房事尤應禁止。其所用之物件，亦不可借與別人使用，他人者亦不可借用。而自己的手和患部一度接觸後，應立卽以消毒藥水洗之。以防傳染。

第二　家庭的預防

A. 防止性病侵入家庭：　欲防止性病侵入家庭，須先使家庭的每一個人，都了解性病的危險，以養成高尚的習慣，優美的觀念，則尋花問柳之事自不爲矣；否則，每因一人放蕩的結果，而將性病遂輸入家庭之間，貽患無窮，良可嘆惜！故家庭的預防，惟有使此類人改良其放蕩的習慣，糾正其生活法　以歸於自善自潔的境地，捨此而外無良策。

B. 性病與結婚：　家庭乃由夫婦組織而成，欲保持純潔的血統，故於結婚之前，雙方均須嚴密調查對方有無性病，倘無性病始可舉行結婚。但吾國數千年之舊習，尚不注重於此，而只以田地之多寡門戶當否，爲婚姻大事之惟一條件，錯誤孰甚?!因之，種種悲劇，時有所聞。如結婚後數年或終身無嗣，或雖有生育能力，但所生者大都爲孱弱兒女，此種兒女或夭折，或將病毒再遺傳于後代，而成爲家庭病。剝奪了畢生的康健，傷失了夫妻的快樂，犧牲了家庭的幸福，可憐尚有過於斯乎？所以，在結婚之前，除互相調查外，亦應受醫生的檢查，證明確無性病者，始可結婚。美國卽如此，尚望吾國人效法之。

倘不幸已傳染性病，須於何種情形之下，始能結婚？此問題亦頗爲重要。在從前以爲罹性病者，倘若外部的徵候已經消滅，無論患者或醫生，

皆認立刻即可結婚。然時代變遷，醫學日益進步，到了今日，則都知性病雖至外部的徵候消失以後，而乃有傳染的危險。但是，這種傳染期經過時日長短，則須經醫生檢查之後，方能決定。不過，凡有道德心而且聰明的人，他們如果一度感染了性病，不論症狀輕重，一定肯找醫生診療，檢查，因爲如此，他們結婚的狀態是否良好即得明瞭，至於，要決定結婚後是否安全，須經有不成的專門醫生數回的檢查，而認爲全癒時，結婚後便不致傳染了。

甲，淋病全癒，須具備下記的數條：

Ⅰ．完全不排洩膿汁或含淋菌之粘液狀分泌

Ⅱ．尿完全透明，其中不含膿絲的狀態。

Ⅲ．摩擦攝護腺所採取的分泌液 和壓榨囊所採取的分泌液，完全不含膿汁，或 Gonococus 的狀態——爲求確實起見，於不同的時間試驗三四次。

Ⅳ．尿道的狹窄及腫物等消滅的狀態。

Ⅴ．如對於梅毒的 Wassermannsche Reaktion, 一般檢查。

淋病的血液檢查，其結果沒有反應的狀態。如上述諸條具備，即爲全癒的狀態，此時結婚即無傳染的危險矣。

乙，梅毒全癒，須具備下記的數條：

Ⅰ．梅毒患者，傳染後至少須有五年經過的期間，因治療而症狀消失者方可結婚。

Ⅱ，患者至少須從專門醫生行兩年乃至三年的系統治療法。

Ⅲ．至少須在結婚前一年以內，絕對不現梅毒的徵候（皮膚或粘膜的腫物及其他症狀）。

Ⅳ．須在三個月之內 —— 尤其要者爲此時並不曾行治療一 行四度的 Wassermann'sche Reraktion 而完全爲陰性 Negative 者。如違反上

條件之一者，無論如何亦不可結婚。因爲，這不僅將病毒遺傳於胎兒，且因胎兒又傳染於母體。所以，曾患梅毒者，應具備以上四個條件——完全治癒的狀態——，方可結婚。

C. 雇用傭工的注意：　在僱用傭工時，決不可忽略，應當詳細檢查其有無性病，否則，僱用患性病者入於家庭，實不啻引虎入室，貽患無窮：蓋時常處於一環境之內，其病菌以用具的媒介而傳染之也。

D. 乳媼的選擇：作父母者健康，其所生產的小孩自然亦都健康活潑。其母雖然能盡哺乳自己嬰兒之義務，但因某種原因而不能哺乳時，則不能不僱用乳媼。僱用乳媼，不可不加愼重的注意。如做乳媼的婦人，身體是否健康；乳房及乳頭形狀之適當與否；乳汁分泌量之充足與否，性情是否溫和及有無責任心；乳媼自已的小兒，與哺乳的小兒，年齡是否相仿，等等事件均須注意。而對於乳媼有無性病之檢查，更不可稍微疏忽也。倘若不愼僱用患性病的婦人，直接間接均可將其病毒傳染於自己的小兒，甚至全家的人均蒙其害，亦屬可能之事。關係如是之重大，爲父母者可不注意耶？故僱用時應請醫生詳細檢查，選擇而用之，方不致有傳染性病的危險。

E. 授乳的注意：乳媼患有性病時，可以傳染於小兒，小兒患有性病時亦同樣可以傳染於乳媼，並且，又可藉乳媼而再傳染於其他的小兒。所以，當乳媼的人除了在工資上注意之外，對於所哺乳的小兒有無性病的問題，亦不可忽略，以防感染性病之苦。關於這一點，不惟做乳媼者應注意，即凡將乳供別個小兒用時，亦應注意。譬如：親友家生了小兒，其生母母乳不足，以致小兒日漸衰弱；以博愛的心理，本互助的精神，將自已小兒所剩的乳汁，供給與他，以救其小生命，本義舉也，可欽可嘉。但是，只以感情的作用，而不察該兒是否有性病，便授以乳吃，危險萬端，關係全家的健康，愛子的幸福，良堪愼重行事。

F. 禁止不潔的種痘：在種痘的時候，往往因器械的不潔而爲媒介，將甲兒的梅毒傳染於乙兒。乙兒感染梅毒後，便帶入家庭，而再傳染於和他接近之人，終可蔓延全家，故不潔的種痘極應禁止。

G. 性病侵入後的注意：家庭不幸有感染性病的人，則應立刻請醫生治療，則應嚴守醫生的囑咐，一時一刻都不可懈怠。病人千萬不可再和任何人接觸，實行隔離，交接和接吻絕對禁止；即病人的一切用品，非經充分消毒後，他人不可再用；如此，便能預防其擴大蔓延。

「未完」

視力之衛生

眼科助教　郭守疆

眼之重要——嬰兒眼睛對於光線衛生——兒童視力之衛生——遲鈍兒童之通病——近視兒童入學年齡之選擇——學舍之建築與室內之佈置——窗遮光器顏色之選擇——一個標準的教室——墻壁與天花板應俱之條件——黑板應俱之條件——學校書籍應俱之條件——成人視力之衛生——讀書時燈應置之位置——讀書之忌禁——華麗之頭巾與面衣是眼睛疲勞原因之一——人工光源之繩準——通常人工之光源——三稜鏡之應用

眼爲五官器之一，居於其他器管之上，不但他的位置在最上部，則以他的功用而言，亦較其他器官官至重要也，試想吾人如處於野蠻時代，終日與獸類爲隣，無耳鼻味觸，則尚可以生存於一時，如一旦無目，不但不能尋找食物，則敵人來臨！亦不知禦防，勢必爲暴獸所殘食而後已，則以現代而論，無論讀書也，寫字也，工作也，游藝也，雖一時片刻亦不能不用眼睛，是故眼之與人有之，固不思其重要也，無之，則不惟之履艱難，飯後莫辨，且與終日如處監獄中，雖生猶死之囚犯何異，由此觀之，吾人對於吾人的眼睛，當應如何的去保護呢！今就本醫院觀之眼科每日之患者，淺占全醫院每日病人人數之半，亦云多矣，其中因眼疾而失明者，又何可勝

數，其所以如此之多者，一方面固由於我國社會，一般民衆，對於衛生之不知講求，易受病菌的侵襲—如砂粒眼膜漏眼等—而致，而他一方面，則如對於健康眼睛之視力，應如何的去節省，這種的常識，恐亦知之不周，易罹疾患，此亦不能不爲疾病原因之一也，今就己見所及，列述於次，以供社會民衆有所藉助焉

嬰兒之眼，因其視器，尚未發育成熟，不應使强烈的光線，照射於其眼上，則在睡眠之時亦然，如嬰兒於外出時，亦應以手巾覆其面上，或於其所乘坐之車上，作一遮光之物，

少長兒童之眼睛，一如六七歲之小兒——其眼雖屬少健，亦不應使其作近距離之工作，——如縫級讀書製圖等，更不應於其工作疲勞時，而獎勵之，使其眼睛，過度勞力，因之眼壓增加，於是眼球薄弱之部分，向後伸展，眼球之長徑因之增加，而成近視，他則於小兒，日常所用的玩具，應當選以大，而且容易看見的東西爲宜，若能如此，則於小兒，眼睛之裨益，良非淺鮮也，

遲鈍之小兒，多半不是視力不良，就是聽力不靈，凡視力不良之小兒，一一如近視——多愛近距離之工作，如讀書刺綉唱歌等，而不愛戶外運動，因之與社會，接觸機會少，而智力亦低

通常之小兒，當七八歲時，應當半日讀書，半日遊戲，此後應逐漸增加其讀書之時間，至十歲時，其視力則可終日讀工作矣，如遇小兒有近視之傾向者，在十二歲以前，不應使其入學讀書，至十二歲以後，眼睛比較發育成熟，再使小兒入學，如此則小兒近視之程度，進行比較緩慢，或不進行，較小兒早期入學，近視程度，急劇進行，至成强度近視，良好許多

學舍之建築，應當使他合於衛生，1,光線要充足2,排水要完善3,空氣要流通，窗之面積，至少要有地板面積五分之一。不要在窗外植樹或花卉，遮住光線進入的路徑。3,此房與彼房中間之距離，至少要有他房高之二倍。光

線應當從學生書桌之左上方射入，因此可以避免手與肩膀生陰影於寫字紙上或不要光線直接的射入他們的眼睛裏或間接的反射在他們的眼睛裏。不要再有從前面進來的光線，或自右進來的光線，因此可生陰影於寫字台上，以致工作不便。屋頂至好為太空的光線所輝照着此則便在陰天的時候，無論在屋內的何處，亦可讀書。無論在什麼光線下讀書，總不及在漫散的太陽光線下讀書，因他的光線，非常充足，而且均等，所以在一個合理的教室裏，是不容有人工的光源的。通常奬用南面射來的光綫，因其光綫射入平均之故，但是如我們在窗上用窗簾，或其他遮光的東西，那麼無論在什麼時候，或得什麼方向射來的光線，我們都可以應用，不過對於他的顏色，我們要是選擇一下的，通常較為常用的顏色，有灰色，淺黃色藍色等

一個標準的教室

長	32呎	窗寬	24呎
寬	24呎	窗台之高	3呎
高(自地板至天花板)	115呎	窗高	11呎

此房其容45個學生，每人有256立方呎之空間。墻壁與天花板，應為白色，但不要過於光澤，以防反射光綫。書桌與坐櫈，應當與每個學生之身體相稱，如坐凳太高，則將學生之腿，懸於空中，如書桌過高，當寫字時，肩胛必須上舉，同時脊柱彎曲於右方，久之，易使小兒脊柱彎曲：再者書桌過高時，視距則太近，久則易使小兒近視；如書桌太低，易使身覆桌，因此頸部靜脈被壓迫，而腦因之充血矣，同時肩胛因支持上身重量之故，被迫高舉，而成畸形(圓肩)

學校的墨板，應當與學生所用的石板一樣，不過他的體積較大而已，如無是項之墨板，則用木製的墨板亦可，不過他的表面，不要過於光澤了，因有光澤的墨板，常常反射光綫於學生的眼睛上，不易使學生明瞭他上面的字跡，因此眼睛，必須向前移動，接近墨板，或過度努力，以至眼睛疲勞，而趨近視。再者墨板不應置於兩窗之間。

學校之書籍，應使其字跡清晰，容易誦讀，書册不可過大，或重，總要使其可以用手執之而誦讀，方爲適宜。書籍之字，不可使其小於五號之鉛字：每行相隔之距離，至少要有十分之一吋寬：每行不要長於4,5 英吋，因此眼球則不上下或左右過於移動，以使筋肉疲勞：書籍之紙，不要過於光澤，因過於光澤的書籍，他可以反射光線，於讀書之眼內，以使字跡不清：印刷與印刷之墨要精良。

成人之眼睛，更應當注意衛生，因社會上，一切的事業，大多都由成年人來作的，所以成年人，用眼睛的時候，比幼年人與老年人都多，因此眼病的發生，亦以此期爲多。如欲眼睛，工作時間長，而不受病，那麼如讀書一端，我們非選擇（1,字體要大2,每行的距離要寬，3,每行要短，4,紙不要光澤，5,印刷要精良）合於視力衛生的讀物不可。此外幾作刻字的，裁縫的，排字的，校對的，……等常用視力的人，更應甚注意，他們自已的眼睛。讀書時或寫字時應當端坐於椅上，身少彎屈。所讀之書，或寫字之紙，或他種所視之物，應於十五，與二十時之間。凡沈重之書籍，應於於書架上，使他的上端與下端，距鼻梁要一般遠近。因此視讀物之上端，至讀物之下端時，則即不用遠近調節，至亦可免眼睛受懼弊。所用之燈，應置於背後，使其光線，自左肩上越過。或置於左側，高於頭頂之處，因此可以避免，光線直接的照射在眼睛裏面，或間接的反射左眼睛裏面。如所用之燈，不使於移動時，燈上須覆以燈罩，使其光線，正射於所視之物上，同時眼上須戴以遮光的東西。（以淡綠色的膠質眼罩。）

不可躺着讀書，特別是在大病初愈的時候，不可在火車上讀書，因書振動，視字不清：不可在戶外讀書，因光線太强，有害視力更不可在火的近旁讀書，因火焰閃耀不定之故；其他，在勞碌時，或困倦時，或眼睛已疲勞時，都不可以看讀。因使眼睛，過度努力，易招近視。其他一切細工，如縫紉刺繡等，應使眼睛强健之人，於白日行之。作這些並且於此等工作

時，應至中間，常常休息，以恐眼睛疲勞，而趨招近視。至於婦女，所戴的華麗的頭巾，或覆面，面紗都是於眼睛，毫無益處的東西，因其常常可以招致眼睛疲勞，。如欲保護面部或使頭髮平滑，或爲使頭飾，不移動時，那麼，最好是要選擇薄面紗，或有大面平均網眼的東西，方爲合適。

至於普通室內，所用的光線，亦應與學校所用的相同。光線的量與他的強度，應當有一定度。使其光線，直接的照射於所視之物上，不應使其直接的或間接的反射於眼內，或閃耀不定等之弊。普通室內，所奬用的光線，是漫散的太陽的光線，因爲這種光線，對於眼睛，是再好莫過的了，至於室內，所用的人工光源，亦以此種光線爲標準，但普通所用的光線，不是光線不足，就是發生的熱量太多，或養化炭（O，太多。而人工所造的光線，像亦如漫散的太陽光線者的光線，至今尚未見到。今將室內，通常用的光源，所及其利弊記述於下，

1，煤油燈　光線弱，如燃燒不完全，可生炭化水素，能令人頭痛及不快之感，

2，臘　燭，　爲人工光源中價值之最劣者，費用多，而發光少，故用途不廣，

3，瓦斯燈：　發光瓦斯，乃蒸溜石炭，木頭，油類，及煤油殘物等而製之，光線强並發生熱量與燃燒殘物，戶外場所採光多用之，

4，電　燈　乃以電流，通過眞空玻璃泡中之炭絲，使其灼燒而光者，此燈光線良好，不生炭化水素，熱量之產生亦少，故甚合衛生之原則。

5，弧光燈：　乃於電路中，裝置兩條炭棒，相接之部，發生强光，多用於戶外採光法，或屋內間接採光法，惟燈光

振動而不安定，是其缺點，

註，間接採光法，則將瓦光燈，密接於頂棚之下，或用燈罩，或燈光與眼睛，安置遮光器，以防光線照耀 射入於眼內，

在大都會樓房之下層，因日光射不到之處，常常在窗上裝以許多之三棱鏡，一方甚爲美觀，一方可以反射光線於室內，使室內明亮，誠多物多用矣，

兩性之起原

劉　元　兆

生物生存於世界中最終目的，不外乎保存自己和延續種族，就是最能的人類也逃不出例外；世界不絕的進化生物非競爭不得佔一席地位，若缺乏適應環境的能力，自然的淘汰終不可幸免的！所以在本身得到生存外，子孫的蕃殖Fortpflanzung也很重要的，於是生殖作用引起了非常注意。

一般高等動物體內生就了兩種細胞 Zellen，——體細胞 Kosrper—zellen 和生殖細胞 Keimzellen，根據了最近研究所得結果，而肯定體細胞和生殖細胞的關係，以產生生殖細胞的生殖巢 Gonads 爲連續的主線，而體細胞不過其支線罷了，概體細胞是構造全體各部組織 Gewebe 和器官 Organ 的基本單位，經過一代即行休止，生殖細胞爲種族蕃殖中兩性最初的代表，是從前代遺傳而來的，承襲不斷以達久遠，體細胞在體內不過是經營單純的活動，就是一部分的毀滅生命上絕無影響的；而生殖細胞似具有靈性存在　健全與否直接關係種嗣的優秀和惡劣，由此可見生殖現象較爲重要了。

現在所說的生殖細胞就是精絲 Spermien 和卵子 Ova，在名稱上雖有這樣區別，爲認眞淮究起來最初全由原胚細胞 Primordial—Germinal—zellen演變而來，是以原胚細胞的起源，也就是生殖細胞的起原，原胚細胞到了發育期中，於卵巢 Ovarium 和睪丸 Hoden完全造成以後，就展轉多入其中，從此形成了精絲和卵子，換句話來說，此等細胞就是父母體中的一個單位細胞，所以生殖細胞都具有父母體的特性，和遺傳於次代的使命，在構造形態和性質自然和體細胞有顯著不同了。

生殖細胞發現史

我們知道卵子和精絲爲動物的極單純生活細胞，關於這種問題的研究當然屬於胚胎學的範圍，溯胚胎學的研究由來很遠，約在紀元前二千年前後希臘 Greek 人對於雞卵已知觀察的舉動，不過當時採取如何法術，因記載散佚無從探究，却後到了希臘時代先哲亞里希多德 Aristotle (384—322)對於生物形態詳加考究，而生殖作用亦作精細研究，自此乃創造了胚胎學歷史的基礎，茲後又經過了二千年長久才遇到了哈維Harvey (1651)，哈氏不特是血液循環學說的創始者，而對於胚胎問題也很有貢獻，然猶不脫亞氏的範圍，他力持動物盡卵生的學說，理論雖不很完備，但當時受了很大影響，胚胎問題引起了學者十分的注意！

在十七八世紀學者對胚胎學的研究和理論無猛烈的發展，而後許多學者因見解不同分爲二派：1,卵子論派 Ovist以爲卵子是容納先成雛形處所。2,精絲論派 Spermatist 以爲精絲是容納先成雛形的處所，因彼此結果促進了胚胎學的進步。

歷史不絕地演進傳到了司旺 Schwann(1810—1882)和士來登 Schleiedn (1804—1881)二人製定細胞理論，認爲一切生物爲細胞所造成，且提倡卵子爲單一細胞，是動物生命的基礎；但無實驗的根據尚待行證的必要，1828年貝爾Von Baer (1792—1876)氏在哺乳動物Sacugetier體內發現了卵子才解決了懷疑問題。1841年給根室耳 Gegenbauer 氏更進一步實驗，而得證實卵子爲脊椎動物的單獨細胞，從此卵子的地位永久隱固了。

1677年生物大家雷汝胡克 Leen wenhock，1632—1723，氏弟子哈謨 Ludwig Hamen用顯微鏡發現了動物內的精絲，概嘗於某種精液中發見活動物微生物 Mikroorganismen，誤認爲寄生精液中的小動物，是精虫 Spermein 命名的起源，進到了 1865 年休佛格 Schweiggerseidel 及聖喬治 La Walette St，更察出精絲內含有核亦如其他各種細胞，才證實

了精絲爲單一的生活細胞。

男性生殖細胞

精子爲男性產生的生殖細胞，發育於堅實睪丸Hoden 細精管Samenkanalchen中，在各個細精管間有中心體素，這種體素的功用爲促進內分泌，而藉以率制副性器官的發達，成熟精子是由經過了多次分裂而來的，先是於細精管上皮 Keimepithel 產生二種細胞，就是精細胞和 Sertoli'che zellen,Sertolische zellen 不參與精子的形成，而精細胞於形成精絲過程中有主要的關係，精細胞最外部和固有膜直接接觸的細胞是爲原精細胞Spermatogonium，在精細胞稍內側爲巨大的精母細胞 Spermatocyten，其核 Vorkern 大且明晰，從這裏可以看到濃厚的染色質 Chromatin，在更內側爲精子細胞 Spermat'den，其最內層爲精絲 Spermien，其分裂之程序先成爲原精細胞，再經一種同種分裂，而成爲多數等大的原精細胞，次每原精細胞行特別的分裂成爲二精母細胞，每一精母細胞分裂爲二精子細胞，由精子細胞直接變爲精絲。

精子的形狀因動物的類別而有種種變化，但覓觀其大體狀態近似一般後生動物，差不多都呈蝌蚪形像，細胞核非常緊密構成精子的頭部，其下爲一中間體含有絲狀物體貫通其中名爲軸絲 Axenfoeden，在此軸絲的周圍環繞軸鞘 Scheide，其上方和中心體 Zentrosoma 相接連，其尾部由中心體出發有中軸的一條長線。

人類
1.頭前部 2.尖端體
3.頭後部(核)4.中心體
5.中片 6.尾主部
7.軸絲 8.終端

精子在精液 Sperma 中作自由鞭毛運動 Geisselung，計每分鐘運動 3-4M，(人類精子長度僅達 55 M，每一立方耗精液中約有一萬匹之多，精子在精液中現活潑運動，但在睪丸中則無運動，殆與攝護腺分泌液相遇時方開始運動，精子於弱 alkali 性溶液中特別運動活潑，酸性溶液中則呈麻痺狀態，膣腔中的分泌物爲酸性，子宮內的分泌物爲弱Alkali 因精子對於酸性陰性向化 Negativer Chemotaxis，而對於弱 Alkali 溶液爲陽性向化 Positiver chemotaxis，是以精子進入膣腔內自然的因向化性而進於子宮，其由子宮進入於輸卵管 Oviduct 的原因。則本於陰性向流性Negative Rheotexis，概子宮及輸卵管中都有分泌物，而精子得逆流由子宮達輸卵管。

精子爲營養缺乏的細胞體，概自身營養祇能維持於受精管Befructung 就達到最後目的，所以無須貯藏多量的養料，因此全體頗形瘦削，而得便

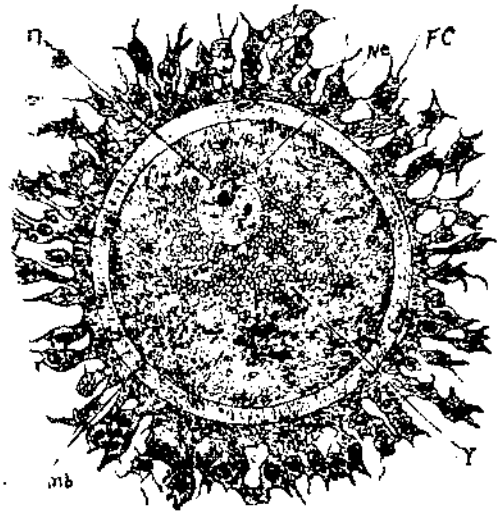
利於活動，其新陳代謝强盛，致生命很是短促，元氣旺盛而有較大的刺擊性，

女性生殖細胞

卵子生於卵巢中的原始濾泡 Primordial follikel，卵巢中約有卵子3—4萬，初由原始濾泡漸次成熟爲Graaf 氏濾泡，從此開始營分裂作用其情形亦和原精細胞一樣，經過一種同種分裂而成第一位母卵 primare Oocyten 由這種細胞再起特別分裂而成兩個第二位母卵但是牠們的原漿分配不均勻，所以細胞的大小亦不同，小的名爲第一極小體I polkorperchen 大的細胞仍作二回分裂，再分爲大小二細胞小的稱爲第二極小體II polkoperchen，在這裏所得的那大細胞就是那成熟的卵子，

一般動物的卵子和構成細胞差不多相同，當然應具有細胞質 Cytoplasma 和卵核 Ovocentrum，卵核通常偏於一側爲細胞體的主腦，在那裏邊有網狀組織，若以一定色素染色時在其中的一部分小粒最爲顯著，稱爲染色質 Chromatin，此質在卵子發育的時候常起變化，有時成爲棒狀塊狀，絲狀，稱爲染色體 Chromosome，

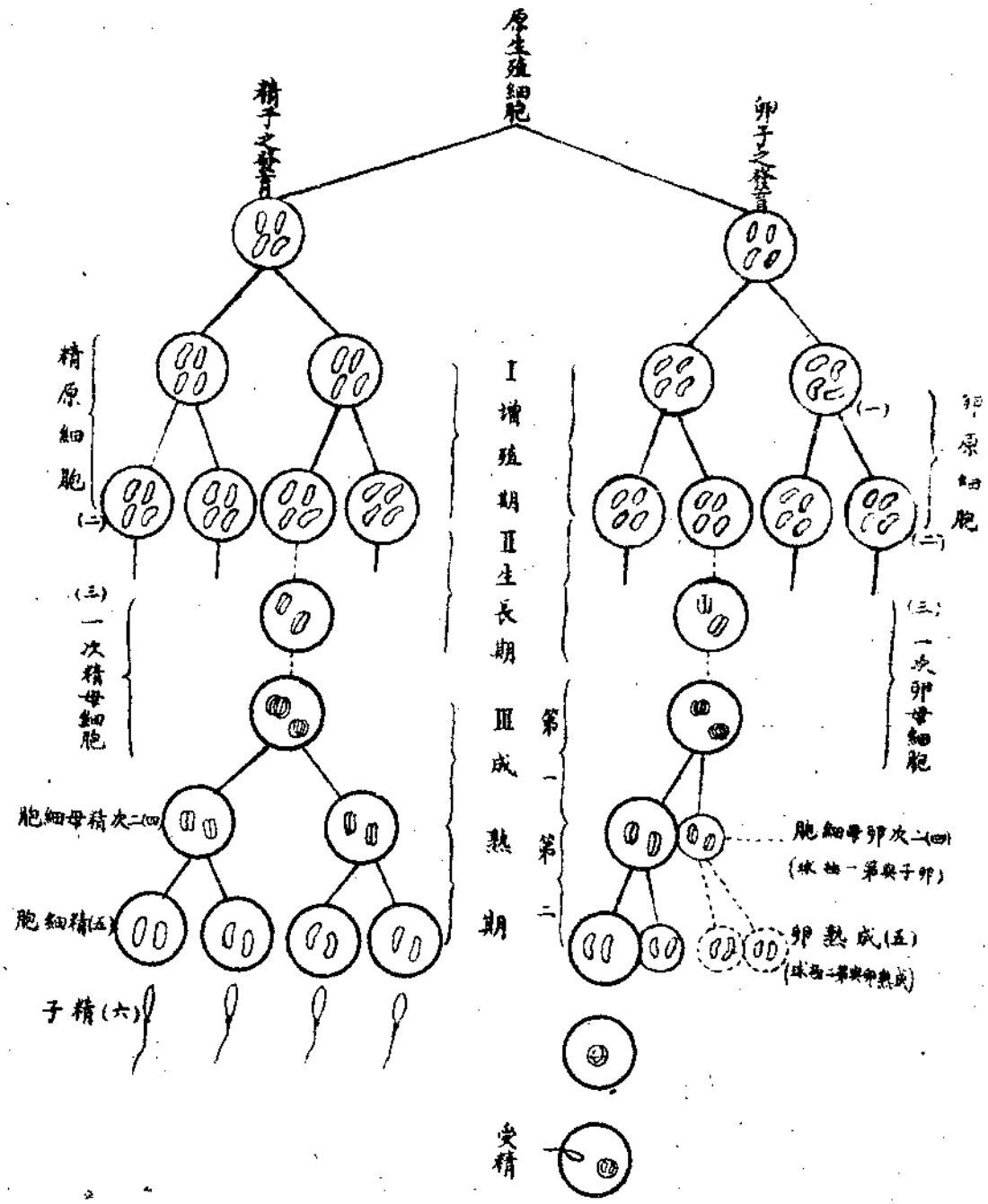
卵子除少數外概作圓球形存在，於其外面有一層或數層薄膜包圍之，膜上生有卵孔 Mikropyle 以滿精子侵入之用，在卵核的外面爲細胞質卽卵質Ovoplasma，其中混以卵黃Ovivitellus 呈沸泡的形狀，卵子以卵黃質的多少及分布狀態而分成等黃卵端黃卵及中黃卵三種，在普通的人卵的直徑爲 0.2耗，表面上和脊椎動物雖無區別，但實質上因種類而略異，



Fc 卵泡細胞;
Memb. 卵膜; N. 卵核,即胚胞;
NE. 仁; Y. 卵黄粒.

卵子因適應環境起見性状和精子顯然不同，其主要機能爲貯藏養料，但存留時間祇須靜待精子的侵入即達到受孕目的，所以自能巨大而處於靜止狀況，因此時常居於被動地位，養料不絕的實加體量逐漸增大行動上表現十分的鈍重了，

卵子及精子發育模式圖附受精



生殖細胞結合狀況

成熟的精絲自交接Begatturg後，由陰道而入子宮，更向上逆行以達

輸卵管Oviduct 在這裏和成熟的卵子相遇，精絲於接觸卵膜時即突破而進入其內，通常入於卵子內的精絲，以最初進入的爲有効，其他精絲全因不達受精目的而死滅；精絲入卵子後作 180度的回迴轉，头端居後頸部向前等待全體深入卵體後，其頭部漸次膨脹爲球胞狀態，終則變爲普通細胞的核形，在核內有許多染色體名爲精核，也就是男性前核 Maennlicher-kern 在這時和成熟卵的女性前核 Weiblicher 卵核相化合而成新生體，得以完成了受精作用，

卵子既然受精就開始嚙分裂作用，普通多作間接分裂，一方漸漸從輸卵管移到子宮來，而細胞分裂迭次增多，由輸卵尿管進入卵巢的一端也移子宮，卵子於受精後八天已成爲許多細胞的團體，而成爲胚葉體狀，繼而到由內外二胚葉的發胚更發生中胚葉，由這三胚葉的演變也成了各種組織，由各種組織的聯結而成各種器官，因此等組織和器官的集合而成爲生活體，外胚葉構成了外部皮膚和神經，中胚葉構成了肌肉骨骼以及一部分的內臟器官，內胚葉構成了消化器及消化器的分歧發育諸器官和壁，如肝肺腺等，

兩性的決定

原胚細胞爲兩性生殖細胞的淵源，因產地不同而分爲精絲和卵子，由發生不同而遺傳習性各相差異，這是發生決定的問題非爲性之決定問題，在此所應討論的是精絲和卵子結合後，如何有男女兩性的區別，

兩性決定問題歷來學說很多，有云性決定在于卵子，有說是由於精絲的關係；經學者多次的研究，科學勇猛進步，知兩性決定和核內染色體的配置有重大關係，因染色體內含有遺傳的要素，則兩性的差異亦定含其中，近就實驗的根據，爲一般人所信仰的學說有二種，按 Winiwarter 氏研究謂人的原精細胞核內含有染色體 47 個，而原卵則含有 48 個，男性當細胞分裂時，染色體減半而成爲兩種細胞，一爲含染色體23個，他則爲含染色體 24 個，而卵的分裂兩細胞都含 24 個染色體，其中 23 個染色體爲尋常染色體餘一個爲特別染色體，這種染色體和其他染色體大小形狀都不相同，稱爲 X染色體，結果將精絲分爲二種，於兩生殖細胞結合後，凡具 X染色體者，則可決定爲女性，

1891 年德之享金 Henking 在某種動物精絲發育中，發現奇態的染色體，就是所謂副染色體，其形狀和通常染色體稍有差異，又稱爲Y 染色體，凡卵子相和含染色體的精絲受精則發生男性，

1934.1.1 ——：完：——

問　答

答梁旭東先生

附原函

濟之

壬申醫學社諸位執事台鑒：—

前閱　貴社所出之「壬申醫學」欣悉內設有問答一欄，專爲患病者指示方針，解除痛苦，敬閱之餘，不勝欽佩，茲謹襯將敝人之問題列下：「少年白髮，究因何故？能否治愈？如何治療？」請賜覆是盼！敬頌

文祺　　梁旭東鞠躬

梁旭東先生：—

大札已悉，茲將所問各節答覆如下：—

少年白髮，原因甚多：在受驚之後，或於痛性及神精的興奮後，數小時至數日即可發生白髮，此外於患癲癇，腦腫瘍，三叉神經痛，及傷寒，猩紅熱，丹毒，下痢等傳染病經過中，亦可發生白髮。其他白癜風，先天性白皮病，毛髮亦爲白色，此與少年白髮則不相同了。

少年白髮治愈頗難，須有堅決之忍耐力，始能達圓滿目的。但傳染病經過中之白髮，無須治療，經過相當時日，可自行治愈。此因患傳染病毛髮脫落後！再生之新髮，色素生長緩慢，而呈白色，日久則變爲黑色

矣。

少年白髮之治療，須先除去致病之由，然後再用毛髮染色法治療之，染色之前，先用肥皂多量之熱水，將髮洗淨，脫去其脂肪，以毛布將髮擦乾後，用毛刷蘸 10 %硝酸銀液，塗於白髮之上，欲使硝液銀迅速還元而變爲黑色，則用毛刷蘸 10%焦性沒食子酸（Pyrogallol）液，或 10 %硫肝(Kalium sulfuratum)液，塗於其上。在塗抹時，往往將硝酸銀塗于頭皮上，以致發生黑色斑點或發生腐蝕性創面，欲除去黑斑時，可用濃度的碘化鉀液塗之。毛髮之染色劑中，倘含 Paraphenylendiamin，雖爲染黑色髮之良藥，但其刺戟性頗大，而有起劇性皮髮炎之害，故用之者鮮。

總之，一切治療法，均須在醫生指導之下施行之，萬不可自己處理也！特此佈覆順頌

台安

1934，1，6，

「原函」

敬啟者敝鄰呂赫君，現年二十七歲，前曾充本縣(成安縣)保衛團團丁，現在務農爲業，於三年前出外做工，一日夜間宿於某菜園，夜半赫君起來撒尿時，冷風侵襲，感覺渾身寒戰，次日小便時則稍有痛感，末後並有白色膿樣液排出，繼則睪丸腫脹，鼠蹊部也發現微腫脹，至今三年來服藥無數，但病勢不但不痊，反致病勢逐漸增劇，近一月來，龜頭包皮也現微腫，尿時有劇痛，務祈 貴社諸位先生將此病之名稱原因及應有治療加，以詳細答覆刊，登下期壬申醫學，是爲至盼，此致。

壬申醫學社察專此即請

近安

吉湖敬 九月七日

「答覆」逕覆者來函盡悉，至所詢貴鄰居之病情，依其職業及其簡單症狀，酷似淋病，以其病歷太簡略，故不敢下確實之診斷，若依睪丸腫脹，有白色膿樣分泌物排出及鼠蹊腺腫脹，或係淋病及淋毒性睪丸炎之嫌疑，至於龜頭包皮所現腫脹，尿時有劇痛，則酷似包皮炎，總之此症究屬何病，未得確實檢查，亦不敢冒昧，而診斷為某一種病至，於療法一節，若果係淋病，淋病性睪丸炎及包皮炎，則非至醫院詳細診查然，後始可從事治療，如要不到醫院，而欲自己治療，不但不是不學醫者不可能，即醫學專家——花柳病專家——非設置完全之醫院，亦為不可能之事，特此謹覆順頌吉湖先生文安

康錫楚敬覆　十一月十二日

敬啟者頃聞

貴處病療在抱仁病濟人，有問必答，求無不應，遠人乍聽，欽佩曷勝，茲以鄙人染病多年，苦痛備極，藥石雜服，迄無少驗，頃得友人介紹，謹錄述病症種種，亦希

分神一復焉，

一，鄙人於六七年前，偶於大便後在紙上發現有血，爾時以為年幼一，見且血量甚少，不以為異，後二年（民十八年）服務南京，大約以系牘紛勞症狀加劇，由每月發現，進而為每星期發現，迨十九年秋發更進而為每便均有，或糞前糞後或糞後數，滴甚至數綫直射滿坑通紅，而面色萎黃，精力疲惫遂到極點，間嘗亦服潤腸補血諸劑，終仍無效，現在北來保陽，已近兩月，此種病症仍，未脫離，所奇怪者，血出不感痛苦，染污衣褲時，亦甚稀不過肛門邊常有少許肉狀突出，不能縮入，而肛門間有一二瘡痂發生，不癢亦不痛一不知此病究否有可治之望，並處治之法如何，所費多寡，所須時日又若干，統乞——詳示，

二，鄙人患有胃病，歷十餘年，此係童年時不知保養節食所致，時覺喉嚨

上發生一種不快感，食物稍多，則常覺需要呃氣，氣出梗塞即輕，亦覺舒適，否則喉間堵塞，胸氣亦現壓迫，甚爲難受，前據西醫云係胃囊擴大，未知是否，然不問其如何，此症狀可否望治治法怎樣：治費多少，亦乞詳示

三，鄙人十四五歲，受損友之害，學會手淫惡習至，十七八，歲時始自動的戒絕，到現在近三十歲矣，未敢一蹈前撤，然而每次外遊，常常發現遺精症狀，每月至少一次，在家與內人同居時則無有，不過每交易洩陽舉不久耳，此症不知有治法，所需費年時日，又得多少，亦乞示知。

四，鄙人小便頻數，便後常有點滴不乾而，醫驗爲淋症，而我却自誓對於倡妓平生除一兩度交接外，不敢常近，不知果係淋症否？有無治法治？法如何？須費若干？統乞詳示，

以上諸狀，係症者實在情形，

貴處仁術仁心，譽馳環宇，尚望垂念下情，起我沉疴爲幸，此致

壬申醫學社患者問答處 賜覆 八，十一。 病者蕭永謹啟

蕭永先生：來函收到，上所說的四種病情，概皆單純，故非敢驟加斷言，是何病症，先生倘居保地，可抽暇來院檢查，確實診斷，以求了解，今畧分述於下：

一，據病情及觀過看來，恐怕是痔瘡，故每於大便乾燥，排便時壓迫痔瘡，不得已就出血，甚至血流滿坑，至於便前便後，有時是無關係的，然亦有時因生長的地位的不同，而有便前便後之別，來函云：「肛門外有突出物」恐怕就是痔瘡，至內部之有，非經檢查不能決定，該病的治法及所需的時日，必診斷後斟酌病的輕重患者身體強弱而定至治法有二：一，姑息療法，內服瀉劑或坐藥，使大便濕潤，排便時不至強力壓迫，可漸輕無出血。二，根治法切除之突出物，總之依病情施以治療。

二，呃氣及胸部脹滿，這兩症狀，不能診斷是否是胃擴大，然該症狀確爲胃病，毫無疑意，此治法分二：一，食物不必太多，食後不可即時工作，且食飯的時間，要有一定，精神及肉體的勞動，要有限制，漸次休養，或可見輕　二，藥物療法，服用藥品，非醫師監督下，不可施行，故從略。

三，遺精症每月一兩次不是爲病，概此病發自精力疲倦及性慾問題無法解決之時，在家與貴夫人既同……精神上性慾上都有了安慰，當然不會再發生，至於每交易洩，原因非一，如在先生或以當年手淫過度所致耳，抑久不歸家，歸家則夫妻二人之感情，如膠似漆，精液自易洩出，又或個人身體太弱交媾過度，在此不獨每交易洩陽舉不久，尚有交媾不能者在焉，故治法亦因其原因而異，今以先生所述者僅悉個人工作與夫手淫惡習，至當有一強壯療法，其中主要者注意個人之衛生——冷水浴，野外散步，起居有時，飲食之取捨等。至於藥物——強壯藥，市上所賣者，至繁且多，最好在醫生指定之下，取其一二種而服用之。

四，淋病感染非在乎與娼妓接近回多少，乃在於接近人有之無淋疾，娼妓中患淋病者最多，故常謂與其接近者常被染淋病，所以先生之尿意頻數，也許是淋病，至於其療法很多，非患者所能行之，故欲治療須來院可也，

編輯室

丹毒臨床上一例

王漫生

丹毒病患，中國古書原名爲遊走火丹，概取其病部發赤能遊走全身各部之意。係接觸傳染性病(Kontagioese Infektions. Krankheit)之一種。

1881年 Fehleisen 氏之研究；謂凡鏈球狀球菌(Streptococcen)侵入皮膚或粘膜之淋巴腔中，即起本病；因之當時竟有以該菌爲丹毒之特有病菌者。但據後人檢查知與尋常之 Streptococcen 無異；且不但該種菌能發生，最近更証明一切葡萄狀球菌(Staphylococcen)，肺炎菌(Pneumococcen)腸熱病菌(Typhusbacillen)，大腸菌(Coli bacillen)等，均能致成本病。因之 Fehleisen 之說漸爲後人不注意。

本病之發生部位，身體各部均可，尤以顏面頭部最多，四肢次之，間亦有起於粘膜或漿膜者。發生狀態可分三型：(一)爲外發性型，(Ektogene Form)由細菌侵入外傷手術創，潰瘍，瘻孔，濕疹鼻腔口唇等之龜裂部份而起。(二)爲淋巴性型(Lymphogene form)由骨髓炎骨膜炎等之深在化膿性疾患經淋巴管傳染而來。(三)血行性型(Haematogene Form)概係細菌經血行而移送於皮膚內者。三型之決定，臨床上有時非常困難，惟普通所遭遇者，以外發性型最爲多見，淋巴性型間或有之，血行

性者絕無僅有耳。

丹毒之一般症狀，與其他之創傷傳染不同，經過 15—60 小時之後，驟然發病，惡寒戰栗，體溫昇騰，概作稽留狀，局部皮膚發赤微腫，顏色鮮明，時有微痛，或緊張感，但自覺痛苦缺如，其紅腫界限常與健康部分明，爲本病之特點。此種分界線謂之 (Langer'sche Spannungslinie) 冷爾爾氏緊張線，但有時發紅部，位於毛髮部者，其境界往往不明，須仔細檢查，自能明晰。往往於發赤部份形成水泡，其內容或清或濁，清者如漿液性水泡性丹毒，　(Eryspelas bullosum) 濁者有時如膿性稱曰膿疱性丹毒 (Erysipelas pustulosum)。如在顏面易有浮腫部發生丹毒者，則腫脹較爲特別著明。發赤部向周圍擴展甚速，往往舊部發赤，漸次消退，而起落屑 (Abschuppung)。新發赤部又復顯然，輕者至頭部及顏面部而止，重者數日間波及全身，大凡起於小兒，則蔓延速，起於老人則蔓延遲，此外熱度高者，可達 40°—41°c以上。概有頭疼，眩暈，惡心，嘔吐，食慾不佳，口渴等之熱症狀。更昇則有意識混濁，思眠，譫語，尤以丹毒起於頭部者爲然。脈搏呼吸與逐體溫而增加。有時起泄瀉，蛋白尿。熱之下降，有爲渙散性者，有爲分利性者。

丹毒之病理變化，臨床上以細菌之種類，毒力之大小，以及傳染之部位，患者之體質等關係，往往輕重不同，普通常見者，以紅斑性丹毒 (Eysipelas Erythematosum)，及水疱性丹毒(Erysipelas, bullosum)如最多。此外更有膿疱性者 (Erysipelas pustulosum)，蜂窩織炎性者(Erysipelas phlegmonosum)，壞疽性者 (Erysipelas gangranosum)，無熱性 (Afibrilic) 遊走性 (Migrans)，慢性再發性 Chronische rezidivierende Erysipelas)等，惟皆爲稀有之症，無可注意之價值。

關係本病之經過及預後，往往須依病情爲標準，蔓延範圍大者，以及

水泡型者，概預後惡劣。尤以全身丹毒，能幸免死亡者極少。普通輕症者，則持續一星期，多者十數日，竟有二三日即可痊愈者，但于經過中往往可以再燃，(Remission)，且無免疫性，治愈後，仍能再被傳染 (Reinfektion)，因有習慣性丹毒 (habituelle Erysipel) 之名。

此外本病有一種治愈作用，(Kurative Wirkung)，爲一切傳染病中特有者，即凡患潰瘍，瘻孔，淋巴腺炎，肉腫，癌腫等部一旦丹毒發生，迨其消退後，此等病症亦可隨之而愈，即丹毒患過後 創傷治愈亦較速，故有以此施之治療者，惟未能成功。

關於本病之治療本無絕對特效之藥品，一般醫家對之總不外局所，特殊，及對症三種處置。局部慣用者，如消炎罨包，軟膏貼布，此外更有用熱氣，鬱血，X 光綫，人工太陽燈等療法者。惜効力皆不確實。特殊療法，爲醫家最慣用者，如血清 (Antistreptococcenserum) 之注射。往往効力亦小。此外最慣用者，如異種蛋白之刺戟療法；如 Omnatin Aolan，等之肌肉注射，往往有極佳効果，更有用 Schareach antitoxin 注射收意外成績者【見本刊第二期報告】，致於 Calc. chlrat 之靜脈注射，近已不復爲人注意。

此外治療中之最宜注意者，爲對症施治，如安靜，榮養，解熱，强心，等等，每需經驗宏富之醫生，斟酌情形，謹愼施藥，即可減輕患者之痛苦，又可增其抵抗力，使疾患漸臻治愈，故實際丹毒之能否早期治愈，對症施治關係最切。

値茲國難日急，强寇入室之會，本院同仁等激於愛國熱誠，發組成救護隊，赴前綫實地工作，藉以略盡國民之天職，幸得先後在參加通縣暨滿縣第二十九軍後方醫院從事救護工作，詳情已在本刊專文報告，勿需多贅，今僅將一因創傷傳染而致成之全身水泡性丹毒，治療之經過述之于下，用作讀者參考之資料。

病　歷

患者：　王冠卿　年十九歲　河南開封人

等級：　三十七師　二百二十團一營一連一等兵

受傷日期及部位：四月十六日在右側頭部及頸部受輕度炸傷三處。

既往症患者於五六月前，曾患咳嗽，發燒，喀血，盜汗，後服西藥經過三月而愈，於四月十六日在右側頭部受炸傷二處，頸部受炸傷一處，創面均如。大腦非頭大，流血甚多，痛甚，頭暈，耳鳴，眼花，當即經軍醫用碘酒塗擦創面，並施以繃帶。十七日發燒，頭暈，頸下腺忽然腫脹有痒感及灼熱感，至二十一日炸傷均結痂，惟頸下腺約腫脹較前加重，疼痛亦愈增劇，於二十二日忽在面部發疹，疹部無痛感，有痒感，當日即由遵化來滿縣傷兵醫院治療。

現在症：　受傷部（右側頭部二處頸部一處）均結大拇指大暗褐色痂皮，惟痂皮下之炎症尚未完全消退，下頸兩側有劇烈之潮紅腫脹，尤以右側爲甚，隆起皮膚約較常態高三C.m. 表皮有光澤觸之灼熱，硬固，并有劇烈之痛感，下頸部口唇，鼻梁眼瞼等部，均生許多密集之，深紅色丘疹，並於發疹部及其周圍呈高度腫脹，尤以口圍及眼瞼部爲甚，腫脹部與健部境界明瞭，惡寒戰慄，意識少溷濁，精神頹喪，食欲缺損，失眠，大便乾燥，頭暈，耳鳴，體溫38°8c,脉搏105次。

診斷：　水泡性遊走丹毒 Erysipelas Migrans bullosum

治療：　Therapie：患者於四月二十二日入院當即以10%

Ichthyol salbe 貼布於頸下腫脹部并注射 Digalen 1amp.

四月廿三日胸部上三分之一處及顏面均發生瀰蔓性深紅色丘疹，口唇周緣鼻梁及面部皆腫脹，紅腫部與健康皮膚境界分明，舌被淡黃色苔，體溫 39°c 脉搏110 次，精神萎靡，四肢無力小便減少，呈紅褐色大便秘結。

四月廿四日，紅疹蔓延至背部及胸部下三分之一處，口唇周圍及面部鼻梁眼瞼等腫脹益重，並有多數黃豆大及大指頭大淡黃色水泡，泡內容爲略濁濁之漿液，體溫 39°5c，脉博 130次 精神愈萎弱，意識少溷濁，不思飲食呼吸促迫，眼瞼以高度腫脹不能開闔，咽頭周圍黏膜發生炎症，因而咽下異常困難，左下腺腫脹益烈。

外用： Ichthyolsalbe Verband u. Bleizuckerwasser umschlage

注射： Omnadin 1amp

Digalen 3amp

Rp. Kali chloric 6,0

Ol menthol 0,2

Aq. dest ad 400,0

S. zun gurgeln.

四月廿五日 Erysipel 之紅腫蔓延至頭部及上肢全部，下腺腫脹愈烈，觸之略有波動，面部水泡數目愈增。

體溫 40°5c 脉博 140次 意識愈顯溷濁。

外用： Ichthyolsalbe Verband u. Bleizucker wasser Umschlage.

注射： Omnadin 1amp

Digalen 2amp

四月二十六日 背部紅腫較前著明惟胸部上三分之一處紅腫少減體溫 40°5c 脉博 141次，

注射： Omnadin 1amp

Digalen 3amp

外用藥同前

四月廿七日 背部紅腫益烈，胸部上三分之一處丘疹幾完全消退，左

指頂側頸下腫瘍益劇，波動亦愈著切開頸下腫瘍排膿

Rivanol gaze Tampanade u. Verband.

Ichthyolsalbe Verband.

Bleizucker wasser 罨包面部，

Alkohol 罨包頸部胸部背部，

注射　Omnadin 1Amp.

Digalen 3Amp.

內服：

Rp. Tinct Digitalis 1,5

Aq. Amygdalar Amara 10,0

Syrup Aurant. 12,0

Aqua dest ad 100,0

本日體溫 40°6c 脉博 142次精神益見頹收口唇脹臉，腫脹甚劇，因而言語張目均異常障碍。

四月二十八日精神稍佳，胸前紅腫部完全消退脹籠口圍腫脹亦漸消。切開部用 Eusol 液冲洗，Rivanol gaze 填充，撕破面部膿泡，排出內容，外用 Ichthyol salbe Verband. u. Bleizucker Wasser, Alkohol Umschlage。

注射：　Omnadin 1Amp.

Digalen 2Amp.

內服：　Rp. Acid muriat dil. 1,0

Syrup. Aurant. 12,0

Aq. dest. ad 200,0

多次服每次服 1—2 食匙，

四月二十九日　體溫39°4c 脉博 133次

背部路毒消退眼瞼口圈，頭頂等處均著明消退，右側頸下起胡桃大膿瘍一個觸之有顯著之波動。

切開右側之頸下膿瘍排膿 Rivanol gaze 填充

外用藥同前

注射： Omnadin 1 Amp.

Digalen 3 Amp

因受感冒發生劇烈之咳嗽體溫 39°6c 脉博134次

內服：

Rp. Codein phosphor 0,02

Caffeino Nat, benzoic 0,1

Sacchs. lact. 0,5

D. tal dosis No III.

3×tagl. 1 Pulv.

四月三十日精神甚佳，面部水泡皆消退右前膊背丹毒增劇，項部背部丹毒均著明消退惟咳嗽仍劇體溫 38°8c 脉博126次

外用： 藥同前

注射： Omnadin 1Amp.

Digalen 1Amp

內服 Rp. phenacetin 0,2

Antipyrin 0,2

Codein phosphor 0,02

Pulv. Doveri. 0,3

D. tal dosis No III.

3× taegl. Pulv

五月一日前…部背部丹毒完全消退咳嗽亦漸輕快，右耳珠內側起大…

大膿瘍一個觸之有波動體溫3.8°c脉搏108次。

五月二日面部及背部潮紅大減食慾增進精神佳良體溫 37°2c

外用：　Ichthyolsalbe verband

　　Bleizucker wasser 濕包面部

注射　Omnadin　1 amp.

　　Digalen　1 amp.

五月三日胸骨上緣起一洋錢大之膿瘍背部胸部之潮紅僅留微跡體溫 39°4c 脉搏 132次精神萎靡。

外用；膿瘍切開排膿 Rivanol gaze Tampan.

　　其餘部用 Ichthyolsalbe Verband.

注射；　Aolan　10 c.c.

　　Digalen　2. cc.

五月四日四肢部紅疹著明消退，切開部宿積許多稠厚膿汁精神畧佳，食欲不振，腹內有膨脹感，體溫38°c脉博 106次

注射：　Digalen　1,5 cc.

內服；　Rp. Acid muriat dilut 2,0

　　Tinct Rhei　4,0

　　Syrup. aurand　30.0

　　Aq. dest. ad　200,0

　　S. 3× taegl.　1 Essel.

五月五日精神頗佳，食欲漸好面部潮紅，著明，減退，惟胸部膿瘍下 4cm 處，起半環狀潮紅，且因微受風寒患咯嗽，體溫減至 36°6c. 脉博 100 次。

外用：　Ichthyol salbe Verband

注射　Aolan　10, c.c.

Digalen 1 c.c.

內服 Rp. Pyramidon 0,2

Antipyrin 0,3

D. tal dosis No.Ⅲ,

3×taegl 1. Pulv

五月六日感冒加重，咳嗽不已，體溫略升令服下劑。

Rp. Codein phosphor 0,02

Pulv. Doverie 0,3

Pyramidon 0,2

D. taldosis No.Ⅲ

3× tgl 1. Pulv.

五月七日 咳嗽全愈惟右側肩外緣約1c.m.處起膿瘍一個，同側耳珠內側，起一指頭大 Abscess 一個，因之兩眼瞼均著名紅腫右側口唇緣亦顯腫脹，當即將膿瘍切開排膿，體溫漸至36°c左右，脉搏漸充實有力，除將局部用無刺激軟骨貼布外，無內服藥注射 Aolan 10 c.c.

五月九日 患者精神頗佳眼瞼浮腫消退飲食亦好，自覺體力恢復屬次下床作步行運動，仍屬以靜臥，注射 Aolan10 c.c. 五月十日本病自發生迄今已達十九日，中間以治療上之衝折積極，幸得就愈，就當時病觀之，能有今日之結果自是意外收獲惟須向讀者特別聲明者該繭縣傷兵醫院設備雖較完善但因環境所限藥品一時尚難置備齊全譬如 Scharlach antitox n 雖有佳良効果（見前本刊報告）以無處購買終不得一試 Aolan亦蛋白刺激療法之一良藥除本救護隊自己所携帶有限數菅外，軍醫院亦無此藥其他種種供不應求因陋就簡，本非醫病之正道，惟環境如是，無可如何耳，

五月中旬草於繭縣傷兵醫院

Mollascum Centagiosum，傳染性軟疣腫，

或名 Epitheliom a contagiosum，傳染性上皮腫，(Neisser)

又名Molluscum sebaceum 皮，脂性軟疣腫。(Hebra)。

（皮花科主任高漢符先生）

皮花科助教馬文會

本症乃形似疣贅，俱有傳染性之丘疹性，中央有臍窩之皮膚病也。

男女老幼，均可患之，而皮膚薄弱之青年，尤易罹之。

Ursache 原因：爲 Strongyloplasmen.

Symptomen 症狀：於健康皮膚面上，發生散在性，針頭大乃至豆大，半球形之小腫瘍，色與健皮相似，或呈乳白色，俱有蠟樣光澤，腫瘍之頂端有小凹陷，(Delle)，觸之柔軟，其內充以白色乳漿樣物質，試用鑷子或兩拇指，由側方對向壓擠，則其顆粒狀內容，自上方排出，但其底面，即繼出血，本症好發於顏面，頸部，軀幹及陰部，無自覺症狀或感微痒。

Verlauf u.Prognose，經過及預後：本症初發止於數個或十數個，後則繼日增生，甚有多至數百者，在經過中，或自然乾燥，或因摩擦而得除去，但屬少見，若從速以適宜方法治療，可不久即愈，又以無自覺症狀，不致涉及精神，肉體之障害故預後不惡。

Diagnose，診斷：以小腫瘍之形狀，接觸感染性，（但感染極慢常經2--3月之久）及其好發部位等，不難診斷，若由內容檢出Strongyloplasmen之存在，則更確實矣。

Diferential diagnose. 鑑別診斷：

1. Verruca vulgaris. 尋常性疣贅，此者質硬，中心不存凹窩，不能擠出內容物，且表面屢有縱裂呈乳嘴狀。

2. Lichen nitidus光輝性苔癬，其發生之小結節，呈多邊形，或圓形，中央雖有小凹陷，然多俱白色小鱗屑栓，或灰色半

透明之覆蓋物，內容絕無Strongyloplasmen，且好發於龜頭，陰莖背，關節屈側。

Therapie，治療：以兩手指擠出內容，或以銳匙搔除之，止血後，用Borsalbe，或白降汞軟膏等貼於患部即可，此外亦有用Jod Tinktur，塗於潰瘍之中央者。

近年餘來，本科曾經數例，茲列一二，以介紹於同道。

I．患者岳○○男性，年二十四歲，學生，

既往症：一月前，於右側肩胛部，發生多數小結節，凸出皮膚面上，不痛不痒，但於大寒時，稍有痒感，曾抓破兩個，出血後，即行結痂，未經治療，近日增多，遂來就診。時一九三二，十二，十四也。

現在症：患者右肩胛部，有豆大結節二十餘個，散在發生，色與健皮相似，有蹟光，其頂端有小臍窩，觸之不硬，周圍並不紅腫，亦無自覺症。

診斷：曾將丘疹內容取出，鏡檢有 Strongyloplasmen，存在，遂診爲Molluscum contagiosum，

治療：患部消毒後，用銳匙將丘疹一一搔把，繼用Acidum trichloraceticum，腐蝕之，更以Liquor. Ferri sesquichlorati，止血，後貼用10% Ung. Hydrargyr praecipitat alb 爲止。再後每日交換繃帶一次，經過十日全愈。

II．既往症：二十二年十一月間，有患者房○○，男性，年十五歲，中學生，來本科治療，自訴於暑假期中，忽於左鎖骨下窩內側，生粟粒大，白色透明小結節，兩個不痛，偶於晚間發有微痒，經三日又新生一個，並漸增大，現已如豆大，曾被衣服摩破一個，流血少許，後即結痂，今又新生兩個，特來治療。

現在症：現該結節左胸二個，胸骨上部一個，右胸前腋窩線二個，其大者如豆，小者如粟粒，均呈白色，放光結節之中央，有小凹陷。

診斷：爲 Molluscum contagiosum.

治療：患部以 Jod Tinktur，消毒後，用銳匙搔除該數結節，繼以 Liquor Ferr sesquichlorat，止血，終以消毒乾綿紗覆之而去。

隔二日複診，察患部已結固痂病遂又塗 Jod Tinktur. 復以綿紗復之，又經四日痂皮已脫落而愈。

（完）

亞布他性口腔炎(Stomatitis aphtosa)之一例

(耳鼻科主任趙孝陸先生)

耳科助教李耀南

亞布他性口腔炎，爲習見之口腔炎一種，好發生於小兒，而成人發生者極少，且症狀亦極輕，偶見於病後體弱者，或熱性病中。最近本科見一患此症者，係身體健康之青年，并無其他症狀，口腔各處白斑散布。較常見者爲劇烈，謹將其症狀及治療經過情形，報告於下，以供同仁參考。

患者　　趙某　　十九歲　　男　　學生

主訴：突於十一月五日早晨，自覺口腔，舌尖，咽部，及上下口唇之內側有疼痛感。自照以鏡，見有許多帽針頭大黃白斑，呈散在性，生於疼痛之處，食物因覺不便，是晚即覺週身發冷發燒。及輕微之頭痛。

家族歷：患者家庭及親族間無可記述者，

既往症歷：患者無遺傳病，素來即健康。

現在症：六月門診時間來院治療。檢查所見，兩耳鼓膜正常，鼻腔無病變，咽腔潮紅，血管著明，喉腔無變化，口腔於上下口唇內側，口頰內面，舌尖，舌面，舌緊帶之兩 ，及咽部懸壅垂等處，有同樣散在性帽針頭大黃白斑，頰部病灶，有互相融合者，有被膜除去呈潰瘍者，均圍繞紅暈甚爲顯明，體溫37°8.C

治療經過：口腔內所有症竈處塗布以2%Argentum Nitricum，及 5%Mercurochrom, 給以 0.2 Pyram don 一包內服，含嗽用 3%

Bor—Wasser 十Oxyfull. 當日午後住院；於晚六時口腔內復用上藥塗布，飯前口腔散布 Anaesthsin粉末。

七日，即入院第二日，口腔內早晚兩次塗布5%Argentum nitr ; um及 5%Mercurochrom, 午後口腔內白斑再生，體溫37°4°c,同時口腔疼痛感亦加重，含嗽用 Kamillentee

八日，頰部內側，舌尖，及上下唇之內側，白斑多呈潰瘍狀，漸趨治愈之象，惟其傍有再生者，尤以舌尖，及舌之下面最多，是日早晚兩次照常塗布上述藥品，以 2,cc. Omnadin injektion，含嗽用 3%Borwasser+1% Mercurochrom,

九日，口腔內疼痛減輕，塗布用藥復如昨，午後，體溫降至37°c

十日　午前體溫 36°4,c,口腔疼痛亦減輕，午後因口內又新生白斑，——僅在頰部內側二三個 一體溫復增 37°c,此時先起之白斑均成爲小潰瘍，漸次治愈，塗布藥及含嗽等均如前。

十一日，口腔內症狀亦輕快，午後體溫亦降至36°6c,新生白斑亦有治愈之傾向，塗布及含嗽等用藥同前，

十二日，午後體溫如昨，患部呈治愈之象，患者尤要求退院，

十三日，門診時期來診，患部粘膜已愈，塗布藥如昨，含嗽用 1%Liquor Tinktura Myrrhae.

按本症爲滲出性口腔炎之一種，Stomatitis exudativa，故又名 Stomatitis Maculo fibrinosa，多見於生齒期之小兒，及人工營養且口腔不潔之乳兒，而成人之急性胃腸病時，熱病中，以及經期，產褥期中，亦往往生之，病原還未明，

本病之症狀，即於口腔粘膜上，處處發生圓形扁平斑，黃白色或灰白色，幅針頭大或豌豆大，周圍紅暈，斑之表面細胞脫落即形成潰瘍，本病之特點，即以體溫增高爲前驅期，白斑遂之而生，每次再發

均如是，故好發於熱病期中。

自覺症狀，患部痛感，熱感，流涎，咀嚼嚥下言語均受障碍，全身不快等。

本病預後　輕者數日，重者二三星期，愈後如不注意衛生易於再發。

本例患者據述平所飲井水內，鹽類沉澱頗多，伊出院後一星期，前症復發，又來院繼續治愈，則此口腔炎之原因，必係飲水之關係也，

11.1933.

妊婦開腹術之一例

（山西平定友愛醫院）

楊　錦　墀

患者：劉王氏，年二十七歲，山西平定人，農業，十月十五日住院，

主訴：　妊期將滿，住院分娩

既往病歷：十五歲經血初潮，十七歲出嫁，十八歲初產，分娩正常，二十二歲二次分娩亦正常，分娩之後，經經兩三個月，於不知不覺之間，髖骨及薦骨部，發生神性疼痛，經血正常，亦無他症，二十三歲，三次妊娠，疼痛延及上下肢骨，脊椎骨，胸骨，鎖骨及肋骨等處，有時疼痛難忍，如裂如刺，直立步行疼苦尤甚，此次分娩在家，感受困難，胎兒生後即死，二十四歲，四次妊娠，骨痛病勢漸癒，但骨骼無力，胸廓顯扁平，脊椎發彎曲，至臨盆時在家，分娩頗感困難，經二日之久，胎兒未下，始來本院（即山西平定友愛醫院）大夫檢查，胎已死在腹內，始用碎胎術，將胎取下當時產婦亦甚危險。

現在病歷：　去年陰曆十二月十五日，經血未潮，在此次妊娠期，骨骼痛病告癒，其他亦無異常，

檢查所得：　胎兒頭在母體右側，背在後側，第一橫位，胎動有力，單胎，聽胎兒心音未得，妊婦脊椎及下肢彎曲，骨盤傾斜，左肋下緣壓於腸骨櫛上，右肋下緣距腸骨櫛3—5cm，大腿骨骨筋粗隆處向內彎曲呈凹形，身體較一般倭小，恥骨縫合部突起，呈鳥嘴形，右側坐骨內緣向內突出，骨盤上口水平面左低右高。

骨盤計測：　骨盤下口橫徑 6cm ，下口直徑 10cm ，尾閭骨向內彎曲，腸骨櫛間距離 21cm ，腸骨前上棘間距離 20cm ，外直徑 18cm ，外

針徑 25cm，

診斷： 骨軟化病性骨盤之妊婦，Osteomalacisches Backen der Schwangerschaft.

分娩預計測定：約於陰曆八月三十日左右，即陽曆十月十八日左右，

手術之擇定： 由既往之病歷及骨盤計測所得之結果，以開腹產術爲最宜。

手術之預備： 手術室，器械，用品及孕婦，均嚴厲消毒，所用之敷料與其他開腹術同，另備器械如下，直剪一把，長柄 頭剪一把，小刀二把，敷料鉗二把，血管鉗十二把，彎直縫針各一個，持針器一把，腸綫，蠶線，絲綫均預備，助理人四位，妊婦之預備，在手術前，詳載病室日記中，妊婦在手術台，取仰臥頭稍垂式，陰道內塞消毒棉紗，再消毒腹部而後用開口大塊手術布將產婦全身蓋好，施全身麻醉。

施術之程序： 在腹之白線正中間，臍上二吋，臍下三吋，繞臍左側，行縱切開腹壁，而後以大塊紗布浸於溫 30° 度生理食鹽水中，取出用兩手擬乾，包圍切口，（以免不潔之物傳染腹壁）繼則作逐漸而下剖勢（非一刀直落也）切開子宮，因胎盤正在子宮前方，故將胎盤推歸於一側，右手執胎足面取之，左手移子宮出腹腔，胎兒交與嬰者，用血管鉗子二把夾著胎兒臍帶後從中剪斷

胎盤取出：用左手握胎盤之胎面，徐徐由切口取出，胎盤及胎膜全出之後，用熱約30°c 生理食鹽水浸濕紗布，擦子宮腔內，（以促子宮收縮及防污染之害）子宮擦淨之後，並以浸食鹽水之紗布塞於子宮內留紗布一端於子宮外，（以防子宮收縮過速出血過多及縫合困難之害）繼則以 Pituitrin 1cc 注射於子宮肌層八處，（以備手術後子宮收縮有力）

子宮壁縫合：　子宮肌層用腸線距離 1.5cm 連續縫合（子宮內膜不縫）但最末數針，將子宮內所塞之紗布取出，再反復連續縫合一次，而後用腸線作連續縫合子宮外膜，每針距離 1cm ，以後用浸食鹽水之紗布，輕擦腹腔之血，將子宮放居原位，牽下腹膜舖於子宮之後（以免粘連切口）結紮輸卵管（以防再妊娠）

腹壁之縫合：腹膜縫合，用腸線，距離 1cm ，連續縫合，脂肪用腸線，距離1.5cm ，連續縫合，皮膚用蠶線距離 1.5cm ，作結節縫合，最末二三針將腹內空氣完全壓出，塗碘酒於切口，內用消毒紗布，外用腹多頭帶包裹之，而後除去陰道內所塞之紗布手術告終

病室之日記　自住院起至出院止

十月十四日住院晚六點體溫99°F，脈搏100次。

十五日早六體溫點 97°F，脈搏86次。

晚六點體溫98°F，脈搏82次。

此日吃軟飯（即雞蛋糕雞蛋冲水，麵粉，牛乳等）內服魚肝油。（每日三次每次一羹匙）

用 1%Lysol Loesung 大量冲洗陰道

十六日早六點體溫97° F，脈搏84至。

晚六點體溫98°F，脈搏88至

飲食，內服葯洗陰道與上企之外，並於晚六點內服硫酸鎂 Mag. Sulful.20.0，以預備次日手術

十七日早　點體溫94° F，脈搏84至，洗陰道，妊婦腹部及陰部之毛用刀剃淨，繼以1% Sublimat.Loesung.刷洗，用95% Alkohol 擦之，共須十五分鐘，而後用消毒布包之，同時用肥皂水洗肛吃牛乳200cc，以備下午手術，

下午二點用 Katherter 放尿一次，陰戶及陰道又冲洗一次，而後即到手術室，

下午三點半病告緩脈搏 116至，呼吸28次，四點脈搏 100 至，呼吸24次，五點脈搏 103 至，呼吸28次，六點脈搏 114 至，呼吸25次，十點內服麥角劑

Rp. Ext, Ergot Liq. 5.0
Tinct Digitalis 3.0
Tinct. strychin 2.0
Aq dest. ad 100.0
3×2

此時產婦雖醒而不清楚，故身體不安定，乃注射 1% Morphin 1cc. 上症立止。

十八日早二點體溫105° F，脈搏 114 至，六點用 1% Lysol Loesung 洗陰道，體溫100 F，脈搏 103至，十點體溫 99° F，脈搏 112 至，此時吃牛乳 100cc，下午二點體溫 99°F，脈搏 100 至，此時與 Calomel 0.25 分六包，每半小時服一包，六點體溫99° F，脈搏 100 至，十點體溫99°，脈搏100至，此時內服硫酸鎂20.0，洗肛(以防腹之脹氣)並插膠皮管於肛門內

十九日早二點體溫98°F，脈搏 100至，六點體溫98°F，脈搏112至，十點體溫93°F，脈搏 96至，下午二點體溫98°F，脈搏114至，此時腹部膨滿，腹上部脹氣連嘔吐二次，並覺腹有痛感，乃檢查切口，並無異常。

Rp. Nat. Bicarbon Bismut 4.0
Subnit 4.0
Oel menth, 6gtt.
aq dest. 100.0. 一日三次，二日量，

十点體溫98F. 脈搏 96 至患者與失眠 Luminal 0.1 頓服此日內服麥角劑，飲食牛乳，

二十日早六點體溫 98°F，脈搏 92 至，此後不惡心嘔吐乳房稍脹精神爽快，下午二點體溫 102F. 脈搏 118 至六點體溫 104 F. 脈搏 118 至，此日內服藥及飲食與上全並內服 Talb Chin II

二十一日早六點體溫 99F. 脉搏 96 至，夜間下泄六次，退熱十點體溫 98°F. 脉搏 83 至，下午六點體溫 99°F. 脉搏 92至，十點體溫 100F. 脉搏 100 至，此日內服藥爲麥角劑及强心劑規寧丸，飲食爲軟飯

二十二日早六點體溫 99°F. 脉搏 92至，十點體溫 103F. 脉搏 100至，下午六點體溫103°F. 脉搏 95 至，十點體溫100°F. 脉搏100至，此日內服藥及飲食與上仝，並用1%Lysol Loesung洗陰道一次，

二十三日，早六點體溫99°F.脉搏88至，十點體溫98°F.脉搏92至，下午六點體溫99°F,脉搏85至十點體溫99F脉搏92至，內服魚肝油，飲食與內服藥仝上

二十四日早六點，體溫98°F.脉搏86至，十點體溫97°F.脉搏 92至，下午六點體溫97°F.脉搏8 至，十點體溫 98F.脉搏 88 至，內服藥及飲食與上仝

二十五日 早六點體溫97°F，脉搏 80 至，十點體溫97°F.脉搏 80至，下午六點體溫 98F. 脉搏 76 至，內服藥飲食仝上

二十六日早六點體溫98F. 脉搏 80 至，晚六點體溫 98°F. 脉搏84至，此日停服麥角劑，僅服魚肝油 飲食仝上，陰道內稍有臭味，用 0.2 Rivanol Loesung 冲洗

二十七日早六點體溫 97°F.脉搏 74至，晚六點體溫98°F.脉搏 78 至，內服藥飲食仝上，冲洗陰道藥仝上。

二十八日 早六點 體溫 98F. 脉搏 72 至，晚六點體 98°F. 脉搏 81 至，陰道洗藥內服藥飲食仝上，此日抽線，切口當甚好，塗碘酒又用腹多頭包

之，

二十九日 早六點體溫98F，脈搏 70 至，晚六點體溫99F，脈搏78至塗道，內服藥，飲食全上，

三十日早六點體溫 93F，脈搏 76 至，晚六點體溫 99F，脈搏 78至，此日停服Chin talb，並停洗塗道，僅服魚肝油，飲食全上

三十一日早六點體溫 68F，脈搏 76 至，晚六點體溫 99F，脈搏 82至，內服魚肝油，飲食全上

十一月一日早六點體溫 98⁶F，脈搏 64 至，晚六點體溫98⁶F，脈搏 82至，治法飲食全上

二日早六點體溫 93⁴F，脈搏 70 至，晚六點體溫 98₆F，脈搏 92 至，治法飲食全上

三日早六點體溫 98⁴F，脈搏 74 至，晚六點體溫 99F，脈搏 86 至，治法飲食全上

四日早六點體溫 98⁴F，脈搏 78 至，晚六點體溫 99⁸F，脈搏 78 至治法飲食全上

五日早六點體溫 98⁴F，脈搏 70 至，晚六點體溫 49F，脈搏 82至，治法飲食全上，

六日早六點體溫 93F，脈搏 74 至，晚六點體溫 98⁸F 脈搏 90 至，治法飲食全上

七日早六點體溫 92F 脈搏 74 至，晚六點體溫 99F，脈搏 82 至，治法飲食全上，此日囑產婦，可以坐起，

八日早六點體溫 99F，脈搏 72 至，晚六點體溫 99F，搏脈 47 至，治法飲食全上，

九日早六點體溫 98₂F，脈搏 84 至，晚六點體溫 98⁸F，脈搏 76 至，治法飲食全上，

十日早六點體溫 98°F，脉搏 72 至，晚六點體溫 98°F，脈搏 84 至，治法飲食仝上，

十一日早六點體溫 98°F，脈搏 74 至，晚六點體溫 98°F，脈搏 78 至，治法飲食仝上，

十二日早六體溫 97.8°F，脉搏 98 至，晚六點體溫 98°F，脈搏 88 至，治法飲食仝上，

十三日早六點體溫 98F，脈搏 68 至，晚六點體溫 99°F，脈搏 88 至　治法飲食仝上，

十四日早六點體溫 98F，脉搏 88 至，晚六點體溫 98°F，脈搏 84 至，治法飲食仝上，

十五日早六點體溫 97.9°F，脈搏 80 至，晚六點體溫 98F，脈搏 82 至，治法飲食仝上，此日囑患者可以下床活動練習行走

十六日產婦身體精神均正常，此日出院，囑產婦出院後，用腹多頭帶，經六個月之後，方可去下，在此期間，工作不當用力，飲食極應注意！

雜 俎

杏林談藪

洛 宇 輯

(一)

關于老人

人一過六十歲，他的種種器官的作用，比起青年人來都要遲緩得多了。無論你怎樣變樂而不服老；但你不能不承認這一點——這種機能的變化。

各種腺在老年期機能都要減退；所以皮膚變得乾燥起來。胃液中鹽酸的分泌量也要減少，消化隨着發生困難，加之，腸管中粘液的減少，腸內容物易趨乾燥，而形成所謂便秘。

老年期各種變化中重要的一個，就是疼痛感覺的遲鈍。這確是很要緊的，因爲老年期組織破壞所引起的感覺上的不安或痛苦，却可因此免去。不過，因了同樣的緣故，許多疾病襲到老人身上，也是神不知鬼不覺的。

就拿肺炎，心臟病，腎臟結石，胆囊結石等病來說，這在青年人是多們痛苦難堪的病症；但這種重病隱秘的襲入老人體內，他們自己絲毫都不知道，你說他已經有了很重的症症，他決不會承認，甚至還要罵你胡說呢

。及至病入膏肓，那已是無能爲力了！（病在老人也是隱襲症！）

味覺和嗅覺的能力也減弱，所以吃東西也不十分香甜了。聽力和視力都大減其聰明，這當然是任何人都知道的。

在老人最有興趣的一點，就是精神和睡眠的變化。老人睡覺睡時醒一，雖然他們以爲自己已經睡得時候不少了，其實，把眞正睡着的時間加在一起，並沒有多久。

老年人的確比青年人睡眠得少，這是一種事實，並且對於這也無需使他們養成用安眠的習慣：據人研究的結果，老人們睡眠久了，反而比睡眠少了更爲有害。

在老年期，精神比在中年期容易疲乏；情感在老人心田中漸漸消失，這也許是因爲「老境凄涼」，「世情參透」生出來的結果。他們大概要變得更加孤寂；時光慢慢地挨過去，他們整個全心，完全爲他們自己的思想所佔據了！

老人不良於行有許多的原因，最重要的是血液循環力的缺乏，致使下腿衰弱；並且因爲血液循環的不完整，筋肉有時會要發生疼痛。老人走起路來，步子差不多都是小短的；因爲不如此，就難以保持他們身體的平衡。

人的血壓隨着年齡而增加，所以老人們通常都有高的血壓；但這對於老人們決不象對青年人那樣嚴重。一個醫生曾見過一個九十七歲的老婦人，她的血壓高到 210mmHg，而且這樣情形已經延續了二十五年，並不感覺怎樣不適。這乃是因爲動脈血管硬化，在如此情況下，非有高的血壓不擬以維持生命。

不過這樣高的血壓有時也很危險。譬如，腦子裏面毛細血管破裂溢血的時候，立刻就會致人死命！

因了消化分泌物質發起變化的緣故，當然的老人會遇到消化不協調的

痛苦。同時，齒牙的脫落，咀嚼不完全，和整個消化器的衰弱，也是重要的原因。

關於老人的便秘，通常都用潤腸油來柔軟腸內容物，以使之容易排出。這種油於人體無損，對於老人的健康上却有極大的意義。痔在老人也常見，這當然是和便秘相伴而來的。

人入到老境，牙齒慢慢脫落，他所吃的食品，當然以液狀和易於咀嚼的柔軟之類爲宜；因爲堅硬的食物，不但咀嚼不易，且也非老人衰弱的腸管所能消化。不過近來牙科很發達，雖然滿口沒有一個牙齒的人，經過手術之後，他會讓你能吃燒羊肉，或含有植物纖維素的蔬菜。因爲有這種情形，所以老人不能不常常借助瀉藥或潤腸藥幫助他們已經衰弱了的腸管筋肉，處置食物殘渣。

老人還最易受到肺中粘液物質（平常所謂痰）蓄積的痛苦。呼吸器一部分組織變性凹陷，粘液物質都停留在裏邊，及至蓄積過多的時候，必須排出體外 —這是肺的一種機能：在這時，連續的吸入和咳出使老人感受莫大的痛苦，而且這樣時間久了，往往會釀成呼吸器的疾患，如氣管枝肺炎，或其他類似的病。

此外，老人最易發生靜脈腫，關節炎，和因炎症而來的關節固定。

老人雖容易感染疾病症，但我們却不能說任何病都只限於老人；反而青年人也會得早衰症，心臟病，腦萎縮和動脈硬化症。不過大多數老人的病是由於組織慢慢地崩破壞而來吧了。

這種種包括動脈硬化，心臟衰弱，肝硬化，攝護腺肥大，癌，肥胖和消化不良。然而老人能使任何病都緩和起來，所以，這些病在老人和青年人情況就大不相同了。

法國最著名心理學家夏科氏（Charcot）稱肺炎爲「老人之敵」；但

正與此相反，奧司勒氏（Osler）却稱之爲「老人之友」。其實二人的意思是一樣的。就是與其長久身心感受痛苦，還不如受短暫的痛苦，一旦瞑目長逝，却可解脫那可怕刑罰。

麻疹，猩紅熱，傷寒，白喉等症在老人却罕見；這大概是因爲年青時受過感染，以後對於這些病生出免疫性的緣故。

偏頭疼的病形常常隨着年齡的增加而漸見痊可。最近有人說這種病是因對於某種蛋白物質的敏感而起；至於痊可的原因，也許發生回數太多了，番起了所謂脫敏感作用。

平常說「老而不死是爲賊」，其實「老而不死」並沒有什麼，却是「而被病魔纏身」可以說家庭中一件不幸的事。所以在一個家庭中，做晚輩老的不僅「晨昏定省」「膝下承歡」就算完了，他們應該怎樣的隨時留心老人們的健康啊！

（二）

發　燒

——能幫助撲滅病菌——

當病菌進入人體放出毒素時，組織常發起一定的反應，反應中的一個就是發燒。這發燒的原因，顯然的是病菌毒素的力量影響到管轄體溫的神經中樞的機能。

在發燒時人體內進行着激速的化學變化，組織的活動增進，所以這時會要出汗，體重要減輕。因了這種緣故，發燒的人適宜的吃些東西，要七分肚來得好些。

隨着神經系的不安往往來暈眩，胃口不開和嘔吐；而腸管活動增進的結果，身體要發減損。腎臟機能多受障碍，無用水分都停留體內；因水分的蓄積和組織的腫脹，關節和筋肉會發生疼痛。在這時，血液中白血球的數目大爲增加，這是一般的情形。有的時候白血球的數目却反減少；最著

名的例子如：流行感冒和傷寒。

我們知道發燒是人體抵抗病菌文章的一種機能，所以不經驗的醫生遇到發燒的人，並不一定永遠立刻就要給劑藥，散熱，就是這種緣故。

發燒得並不特別高高或且久時，對於人體並沒有什麼重要的損害。不過這時須要注意體內的水分的情況如何，並且要有適當的食品，以免組織損耗太甚。

人體正常的溫度是 37°c，據許多人研究的結果，體過這溫37.8°c.時就大不利於細菌生活，並且可以阻止幾種細菌毒素的作用。

話雖是這樣說，但最好還是事先留心疾病的感染，莫教感染了之後受很大苦惱！

（三）

反 芻

這是頗不陌生的一個名詞。凡有一些動物學常識的人，都知道在動物中有所謂反芻類，牠們攝取食物和普通動物不同，就是食物先來到第一胃貯存，以後閒暇的時候，再要食物回到口腔細細咀嚼。這種情形在人類有時也會發現，不過嬰兒比成人更爲普遍吧了。

近來對於這問題 Dr. A.M. Kennedy 曾貢獻出他的意見。他說人類眞正的反芻和吃了東西之後能隨己意再吐出來，應該是兩件事情。他還說，反芻最易發現於神經過敏和有精神病的人，並且這種習慣也會由模仿和練習而造成（關於這一點却使我想起我國走江湖變戲法的，他們歛錢的最後的手段，那驚心動目的一幕——吞鐵球。當我還是小孩子的時候，我最喜歡看變戲法的；但却最怕看撈要錢的一幕，覺得是最殘忍之一件事；現在想來却有些好笑了，這不過是練成的一種謀生活的技能而已，如此而已！）

按照許多例子來看，父親有這種習慣，他的兒孫多半也會有的；所以

，這裏恐怕有遺傳的關係（？）

假使食物剛到胃就又返回口腔，這時食物還沒有失去原味，再咀嚼起來也許沒有什麼；不過一般地說起來，這總不能算是一種好的習慣，這是不合衛生的，並且這可以引起飢餓和身體消瘦的。

有些個反芻的人對於這事並不覺得痛苦；但却是麻煩得可以了。他們大概都是些「狼吞虎嚥」之類的人，吃東西很快並且想一下子就把幾天的食糧都積存起來。

嬰兒在降生後六個月期間中，反芻的事却並不算得稀奇。嬰兒把食過的乳從胃中帶到嘴裏，然後把這種凝乳塊重新咀嚼。有時乳塊的一部分流出口外；但大部依然嚥入胃中。

（四）

天才和瘋子

最著名的意大利罪犯學家朗卜羅梭（Lombroso）創了一種學說，說所有天才的人都是實際的或潛伏性的精神病者。他編纂了一個表，把所有著名有天才的人都搜羅在內；這些人有的變成精神病者，有的和平常的人總有些不同。

這表裡面有尼采，盧梭，詩人史濟（Southey）和考波（Cowper），著作家盧曼（Schumann）哥腦特（Gounod）和愛倫坡。除此而外，朗卜羅梭還搜羅了許多有缺陷的天才的人也列成一表。

近來披爾斯堡教授（W.B. Pillsburg）統計許多的偉人都有言語的缺陷，其中屬於口吃的有：德蒙斯頓司（Demonsthenes），伊索（Aesop），亞利士多德，維爾吉(Virgil)，伊拉司慕（Erasmus）蘭波（C. Lamb）、達爾文，查利第五。

朗卜羅梭也統計過許多人以左手代右手的；不過，究竟用左右手那一個算是正常，還依然是一個問題

大哲學家叔本華（Schopenhauer）有病理的恐懼的對於「偉大」的誤信。俄小說家哥郭爾（Gogol）也有同樣的毛病。自然關於這要看一個人對於造成天才和才幹怎樣去規定，對於精神病的定義如何下法。這問題仔細考究起來可以這樣說：一個時而能力變大的人可以說他已經成了精神病者；在這種情況下，他雖不正常，他確是有能力的；可是却不要認做他之所以有能力就是因爲他的不正常。

這樣，哲學家一流人可以劃出瘋子的範疇之外了；他們的哲學是可以引起人的驚異，這不過是因爲他們的哲學大相逕庭而已，並不是因爲在他們的觀念裏蘊有着什麼特異的天才。

過去的幾個大領袖人物相信他們的事業之所以能成就，是因爲在他們身體裏面有一種更高的力量，來支配他們的言語行動。這正是古代信仰神靈和魔鬼宿於人體的一種反映。現代心理學家克萊芝膜（Kret-schmer）以爲假使一個人想成功，才幹和能力是必需的；但是假使他眞的是不平常，並且想從成功的人群中跳上偉大不朽之途，那，少許的瘋顚氣也不可缺的。

德國大文豪哥德（Goethe）一生的事蹟是可歌可泣的；我們分析他的生活，可以看出他的生活可以分成很規則的段落，就是每隔七年就有一個興奮時期。在這興奮時期中他寫詩作劇才思橫溢不可一世，並且嗜戀愛如命。在間隔的七年中他墜入憂鬱和憂敬的深淵中去了。按現在分類，這可以叫做一種週期性的精神失常，也可叫週期的精神病。

披爾斯堡教授以爲天才是隨着自已的意志而離開正常的一種表現，精神却是不由己地離開正常了。我們不能否認有幾樣子的天才是和精神病有關係的；但是造成才的諸因子，大多數都與精神病無關，所以我們率爾把精神上的不正常認做是天才的根源，是不對的。

（待續）

莫名其妙

玉　寒

(一)任何人都知道戰爭是人類中最慘忍的一件事情；尤其在一九一四——一九一八年中間曾經參加歐戰的國家都有深刻的認識，然而環顧現在世界各國的競爭建設軍備，好似又在預備世界第二次戰爭；這種矛盾現像，實在令人莫名其妙，

(二)蘇俄向來以援助弱小爲標榜；但以前曾因中東路問題，兵開滿洲里向中國開火，但這次的中東路問題，確比以前嚴重而于受某國的把持，除用紙面抗議外，再不見俄兵越雷池一步，以此又實令人莫名其妙，

(三)中國自國民黨執政以來，即標榜以黨治國，以黨治軍，以黨治政，所以各地的軍民長官，均爲孫中山信徒，然而連年的內亂偏偏也都是這般的軍民長官，同時又是歷屆的中央委員尤其是這次國變又是追隨孫中山多年的，居然不辭以打倒國民黨自居，這種理由實在令人莫名其妙，

(四)現在的世界都是以國家爲本位，同時所謂侵略者和被侵略者，也都以整個的國家爲單位，就是號稱農工專政的蘇俄，兩個五年的計畫，何嘗不是爲牠的國家打算，獨怪現在的中國近來被列强有形的侵略；眼看有滅亡的危險，全民合作，尚恐不易挽此危險；但仍有一般人鼓吹階級鬥爭這個理由實在莫名其妙，

(五)人若衣食住都不發生問題，按理說應該無憂無慮了，同時也是唯物論的原則，但是我處在這繁華之區的東京，即中國最繁華的上海也無以過之，但每日心懷故土之意，有不可終日者，實在令我莫名其妙，

(六)人每在商店購物時永是爭短論長，并且還要還價，好似對于馬克司經

濟學有深刻之研究者；然對于吃喝嫖賭則雖日費數十金，而面亦無吝色，這種馬克司經濟學，實在令人莫名其妙

(七)人每在開會議時，或相當宴會時，對于所訂的時間，總不能保守，這也可以說中國人的一般習慣，尤其職位愈大，此種風頭愈出的十足，但是臨到自己愛人的約會，或者上司召見的時候，總不會遲延的或者還要先去招待者，尤其善於鑽營者，尤能聽他人高出一色，此種原故實在令人莫名其妙

(八)人每到病篤時或者正在愁城苦海的中間，就不期而然的會想到自己的父母和朋友，但是到了自己的無憂無慮的境中，就會把生身的父母置之九霄雲外，不相聞問有之，同時對於自己的親友，推恐避之不遠者有之，這種人的心理，實在令人莫名其妙

寄自東京
一月二日

悲　哀

漫　生

一個酷熱的夏日，滿天裏不見斗縷雲絲，一陣陣的暖風卻繼續的吹着，强烈的陽光從蔚藍天空直射在建築精緻玲瓏剔透西廂房的玻璃窗上。點綴在窗下的蓮花，受了陽光的摧殘，現出一片憔悴的彩色一顆枝葉濃厚的白楊，挺立在幽靜院落的當心，幾隻身披黑色羽毛的烏鴉畏怕陽光的威力，都藏在懸掛白楊枝葉中間的巢穴裏，時時的低聲哀鳴，和西廂房裏的呻吟聲，悲泣聲，痛苦聲，嗟嘆聲混合組成一種悽切韻調，滿院裏頓時現出一片悽慘景色。

小晶是個五歲的孩子，見母親病的沉重便坐在母親身旁呆呆的痴望着母親的憔悴容貌，面上露出一種憂悶神氣。父親見小晶坐在母親床緣，怕他吵鬧，驚擾母親，便命他找小姑姑—慈姑—去玩。小晶出門恰碰着慈姑在院心樹蔭底下乘涼，見小晶出來，用極歡迎的面孔，說道：「晶兒！來罷！這裏風涼的很！還替你留着好東西呢」「姑姑什麼好東西快給我看看」小晶代着感激的精色問，「慈姑忙從懷裏手巾包內取出三個慈緣蘋果遞給小晶「這是祖母託人在集上買的，給我十個，不敢拿出來，怕給你看見，這時她睡着了，才偷着出來想招呼你，又怕驚了母親的病，可好你來了，快吃罷，若是祖母知道，又罵我賤骨頭……」慈姑代着很慈愛神氣說「小姑姑！母親也不是到底怎的自從今年春天從外祖母家回來一天老是呻吟飯也不願吃，話也不願說黑夜覺也睡不安穩，近幾天越法不像從前，成天的躺在床上，連身都不願意翻，常常的有痛苦和煩悶的表現，昨天早晨半天不會說話，臉都青了，不斷的把我叫到身旁握着我的手一半哭着，一半

囑咐我，好多的話，那時心裏雖然很難受，但是不敢哭，怕驚着母親」小晶代着很驚怕的氣色問，「母親是長病了，祖母說她病的很利害，恐怕要死了！咳！若眞死了你可找誰呵！你的衣服誰給你作！若是要個後媽，你一定要受氣！聽說後媽利害着呢！……」「小姑！……小姑……！死是什麼？我不叫她死！絕對不要後媽」小晶！沒等到蕊姑說完便掩嘴哭着問「死就是不喘氣了，你不叫她死，她一定不死，她不死後媽是來不了的，我們好好玩罷，千萬不要哭咧……」蕊姑話沒說完，忽聽西廂房裏發出呻吟和哭泣聲音，嚇的她胸頭小鹿兒不住蹦蹦亂跳，回頭看見小晶也代着十分詫異的樣子，又怕小晶哭起來，便乘機說道，「這裏怪熱的，不如我們上門前小溪裏洗洗澡涼爽涼爽，」小晶聽了蕊姑的話，終是半信半疑，惟恐怕母親死阻攔不住再來個後媽受氣忽然又聽見母親痛苦聲音和外祖母的悲泣聲音更覺萬分驚駭，想要進屋瞧瞧，又怕挨罵，沒奈何只得勉强遂蕊姑去小溪裏洗澡。

在萬山環繞，叢樹籠罩，空氣新鮮，好像離開俗塵的小村前，約不半里路卻有一道幽雅彎曲的清水，兩旁襯着許多的倒垂如絲的細柳，一架用石塊鋪成很堅固很美觀的橋梁，橫懸過小湊的當心無量數的遊魚上下翻轉於蘆葦浮萍亂石…，不時的激動水波，嘩嘩作響，在細柳枝頭有很多逍遙自適的美麗雀鳥不住高唱牠們的似有韻調的甜蜜曲子和河岸上漁翁歌聲互相酬答，在這種極幽靜極爽快的環境裏，每到酷熱的夏天不斷有小晶和蕊姑的足跡，差不多正當午飯後，人家睡午覺的時候他們必手拉手一半跳着一半唱着順着在門外被樹陰遮遍的曲狹徑路，向小河邊去尋天眞的樂趣，他們在這裏的工作，首先是游泳捉魚，到暑氣少退的時候，他們便在河邊樹行裏作捉迷藏跳舞逐鳥等等玩藝，他們的生活本來毫無規律惟有這些事，好像定規的課程一樣。

小晶最親愛的人就是母親，和比他大三歲的蕊姑近些日子見母親整天不起

，形容憔悴十分担憂，若是父親不叫他去，他成天的坐在母親旁邊，視線永遠集中於母親蒼白瘦削的臉上，并不住的問道：「怎的了？痛苦嗎？喝水麼？……」今天午飯後坐在母親身旁正想着安慰安慰母親，不料父親忽然叫他出去，心裏萬分難捨不去又忙挨打，沒奈何只得忍痛勉强的離開母親，但是母親周圍的悲慘佈景，已竟深刻印入他的腦海不能一時一刻丟掉，雖然同小姑姑在極幽雅的河畔，重作富有歷史性充滿興趣和愉快的玩劇，實際上在他目前所演的一時一幕一幕母親的痛苦和自己的恐懼

「晶兒！晶兒！快來來呢，母親叫你呢！」父親代着極惶恐的神色，發出一種凄楚的聲音。喚罷，深嘆了一口氣。小晶正在河畔無精打睬的出神，忽聽母親叫他，便急忙隨父親跑回屋去，瞥見滿屋人的面上都堆滿了淚痕，并代一種極慌恐的神氣，母親已換了新的衣服和裝飾，面色好像窗紙一樣，眼窩深深的陷入，呼吸非常的微弱，聽說小晶來了，便伸出隻黃土色如柴棍樣的右手，緊握住小晶的手，并用而幾乎完全失掉視能的眼，死力注視着說「咳！兒！晶兒！你這樣小的一個孩子，將來可依靠誰呢！我實在捨不下你！我的痛苦比萬箭穿心還加重百倍，九泉之下我也無法瞑目的！咳！這提業障呢！好孩子記住了母親的話，以後好好和小姑姑玩，不要同人家打仗，少什麼就向父親祖父祖母要，不要再找我了！我…我……要走了！」「你上那里去，我也跟去，不找你找誰呢！」小晶哭着說「咳！我…我……上外祖母家去！永遠不回來了！不能帶你去！」母親欲泣無淚代着極悲哀的神色說着「我萬分不願去祇是憐着你！……」「你不要哄我了！你不是上外祖母家去！聽小姑姑說你要死了！好母親！你不要死！我一定不叫你死！你死了！誰管我呢！」小晶大聲哭着說「晶…兒…我…」母親聲音振顫着，低低的說了半句話便昏迷過去。

在陳設簡陋西廂房外間屋，地板的當心，放置一幅油漆的松木棺蓋，棺蓋上舖着新製就的紬褥，棺蓋頭起不遠距離處，放着一盞放暗沒光輝的油燈

，母親仰臥在蒙被棺蓋的紬褥上，眼簾緊緊閉鎖，蒼白枯瘦的面龐，不見半点血色，木柴似的手指，直挺挺的露出袖外，軀幹四肢都呈僵硬狀態，滿室裏佈滿了悽慘和悲哀，不絕不次的聲調，站在棺蓋旁邊的人們，眼簾周圍都呈潮紅腫脹，透明的淚斷珠似的奪眶流落，一會兒外祖母含着血淚從放在裏間屋的櫃裏 取出一張製就的長方紙被，遮住母親的顏面和軀體，並用數十個銅錢壓在紙被面上，防備風來吹翻

小晶！見母親說了半句話突然停止，不會兒顏色也變了，眼簾也閉了！心裏萬分驚懼又見衆人强迫將母親抬在外間屋去，疑惑母親要死早想要到母親面前竭力阻攔，因爲人數太多，前擁幾次，都遭失敗，好容易趕上祖父母外由外面進去，讓出一個空隙，便急速到棺蓋旁，把紙紙被移開，抱住母親痛哭說：「母親！快起來罷！我不叫你死，我……」外祖母沒等說完趕緊抱起哭者安慰說「好孩子！玩去罷！母親睡會就起來她沒有死呵」

小晶！因慾望被阻，焦急萬分，遂在外祖母懷裏打着滾兒，大哭起來，外祖母沒法，只得把他放在離棺蓋較遠的地下，小晶乘勢還要跑向前去，「我讓你和她一路去！業障東西！」父親見小晶鬧的不像話，便氣上胸頭，舉手連次把小晶打倒地下「像你這樣沒心肝不通人情東西，眞難找！那個孩子能離了母親？莫非你是石縫出來的嗎？這麼小的孩子遭這樣大不幸的事情你當父親的不知懷憫還下這樣毒手！眞是豈有此理！」祖父從地地下把小晶抱起，見滿臉都是血和淚，忍不住怒罵父親。

「蕊兒！快來！」祖父把小晶抱到東廂的一張床鋪上呼着「快同晶兒玩來」「是！是！」蕊姑從上房答應着跑來「呀！他怎流血了！嚇死了蕊姑見小晶滿臉都是血，父親在用水洗着代着很驚駭的神色問「是你那不懂事的哥哥將他鼻子打破了！不害事洗洗就好了，你好好和他玩別叫他哭了，大熱的天氣，看哭壞了」祖父說着，從抽屜裏拿出兩包點心放在床上說道：「你們

兩個在這裏吃罷！我上東廂房看看去！晶兒！好孩子！不要找母親了，以後要什麼？給你買什麼？」

「晶兒！吃吧！看這點心才好呢！要水不？」蕊姑打開點心包，拿到小晶面前說

「小姑姑！我不餓，吃不下去！怪渴的，給我點水就行了，好姑姑你吃吧！」小晶代着很可憐的面孔說

不多吃，吃一塊，我吃兩塊就行了剩下還是包起來，給你留着，餓了吃，喝水吧！」蕊姑從外間屋取個茶壺，倒了兩碗水，遞給小晶一碗說：

「好姑姑！我頭疼實在吃不下去，你吃吧！不用給我留着了」小晶一邊喝水一邊說：

蕊姑！素來極富愛小晶，雖然祖母因爲是小晶的繼祖母，很看不上，蕊姑時常替小晶抱不平，甚至挨了好多的罵，仍然不改，今天小晶母親死了，又挨了打，心裏十分憐惜，又聽說頭疼，更覺萬分驚駭，不知怎樣安慰他才好。見小晶不吃點心，自已胡亂的吃了兩塊，依舊的包上，不一會兒從櫃上將自己和小晶最愛悅的看圖識字西湖風景畫片和吃剩下的蘋果一齊取來說：「晶兒！你不是愛喜這本看圖識字嗎？給你吧！這些畫片要那個就給你那個，這是我們吃剩下的蘋果，願吃就吃，願玩就拿着玩

「好姑姑！這些東西還是你放起來吧！我沒有地處放，我想着看的時候就找你去，果子也留着明天再吃吧！好姑姑你上我們屋裏去看看，母親到底死了沒有！」小晶滿面現出恐懼和憂契的顏色說：

「方才祖母說母親沒有死，在那裏發汗呢，一會就起來了」蕊姑佯語安慰說：

小晶！聽了蕊姑的話終久是半信半疑，想到每天發汗都在床上，今天怎麼在地下呢每天不穿新衣，今天穿新衣幹什麼？每天都蓋綿被，爲什麼今天蓋紙被呢？要是發汗外祖母們哭什麼？一定是死了吧！要是眞死了，以後

誰照看我呢？我的衣服誰替我作呢？父親再打我誰還替我爭理呢？再來個利害的後媽，一天更不知挨多少回打！恨心的母親不叫你死，你偏要死！我可怎樣呢！想到這裏宛若腸斷心碎忍不住血淚點點直注懷，剎那間哭成淚人一般。蕊姑王在閱覽畫片，忽瞥見小晶滿臉都成淚痕，便用婉語百法解勸，但是無論怎樣也不能止住小晶的悲哀，

完

手淫和失血

漫　生

手淫和失血都是損害健康的利器，剝奪幸福的魔魅，完全與人類生命綫立於反對地位；所以一個人要打算維護他的健康，保持他的幸福，必須避免手淫和失血，才能達到美滿目的。一般人們，對於血都很珍愛，偶然損失點滴血液，就好像摘去心肝一樣的難過，他們患病的時候，醫生若想抽幾 c.c. 血液作檢查之用，簡直的比登天還難。按理說血液固然很可寶貴，然而爲診斷病，失去幾 c.c. 血是有充足代價的，況且失去的血量，一二日內定可補充起來，於健康無若大的影響，而借此少量血液，使醫生將病診清，加以適當治療，由此可使身體得莫大之利益。又有許多的人們，對於失血的問題，雖然看得很重，而對於手淫問題，却看的很輕　差不多一到春情發動期，都要領略領略個中的風味，風味既得後，不但不能立時罷休，工作反日日的緊張，宛若這件事與健康不關痛癢一樣，豈不知手淫的害處比失血的害一點也見得不低，在生理上精液和血液有同等的價值，手淫一次就好像用刀割破血管放出數 c.c. 血液一樣，若是不知及早預防，則身體勢必日漸衰弱，陷於面黃肌瘦，皮膚枯燥無光，全身倦怠，目光遲鈍，食欲減退，性情煩燥，胸內苦悶，心悸亢進，失眠並暈貧血精神異常，頭疼，耳鳴，甚至成神經病及精神病，而致死亡　或發生痙攣，交接不能，而貽害終身。吾人試將手淫和失血的害處作一總結算，知道手淫的害處比失血的害處，大的多，因人們被失血所害的，千萬人不過一人，被

手淫所害的，恐怕一萬人要有五六千以上，所以希望人們，認清手淫的戒力，趕快把牠拋開，直向健康快樂道路邁進。

（完）

魚蹦的大腦

Uebung

魚蹦(uebung)者練習之意也無論何事皆須練習——成功。吾友魚蹦本旨工作，故得是名。

「人心不同各如其面」一句不科學的話不如「思想不同各如其大腦」爲摩登。

用穿顱術可見活人大腦，但大腦之一部機能「思想」無法可見。魚蹦大腦發達異常加以繼續不斷之魚蹦便發明可見大腦機能「思想」之法與大家相會。魚蹦云，「隨便寫出的幾句隨便話，便是你們見到我的大腦機能「思想」了」。究竟魚蹦大腦機能如何請閱下文。　　豪濮謹識

可惡的「愛」

天下有「愛」，按安因斯坦的相對論於是就有一個「不愛」；因爲這「愛」與「不愛」雙方衝突，所以就形成現在這紛亂煩惱而悽涼悲慘的惡劣社會了。

黃狗「愛」獨吃主人的剩飯，「不愛」與他狗共吃，黑狗也「愛」獨吃「不愛」共吃；於是便互相爭奪起來了！

李小孩「愛」獨玩嬰兒院中的橡皮小兒和木製小馬；王小孩也「愛」獨玩「不愛」共玩。因此兩小孩也互相吵嚷起來了！

「愛」呀！「愛」！如果天下沒有你，黑狗和黃狗早不爭奪而王李小孩也無由吵嚷了！天下豈不太平了嗎!?……你的責任若是爲擾亂世界的，你就繁殖在大地上；如果不是則請你爲萬物幸福計而犧牲了吧！

爲什麼上帝造萬物時偏要使人生出「愛」心？那造字先生，造字

時偏多造出一個「愛」字？使他在世界上擾亂人類不得安生；

人類中唯有糊塗人能反對「愛」，糊塗人心中沒有「愛」。我也沒有見過糊塗人與糊塗人互相爭吵；所以糊塗人是安生的，他的精神是愉快的……！我希世界上的人都變成糊塗人，誰也不與誰吵鬧；誰也不與誰爭奪；那時天下豈不就太平了嗎!?？

魚躪

……

夢 話

由圖書館規則第〇條「……如有損失須照價賠償……」想一來一點理由，擬建議於立法院以求參考，但在未建議之前，先提於此以求公論。

就是凡有損害社會的罪人不應當將他鎗決，因爲雖然將他鎗決而仍無補社會之所損。豈不白使社會大吃其虧乎。

依魚躪之見解，應當將罪人送入醫學研究機關，以供研求醫學界所未發明的許多問題，或試驗以證明許多不公認的學說。或借以製出許多自力治療而有益人群的藥品，若如斯，始可謂「照價賠償」豈不較鎗決爲妙嗎？

Uebung 1933,12,20.

「未完」

院　　聞

一，本校已籌劃建設新式醫院，惜款不足，未能開工，俟款富裕，當立即興工，今附地圖一張於下：

二，本學院第二週紀念開展覽會，各室陳列滿堂，具富有藝術化，同學勇躍說明，遊人來往擁擠不堪，誠一時之盛況。

三，本校解剖學教授張冲霄先生，鑒於解剖學在醫學上之重要，故於本年十月間，遂創立解剖研究會，供諸同學在課外研究，其簡章於下；

解剖學研究會細則

第一條 名稱：解剖學研究會

第二條 宗旨：實施研究闡明學術爲宗旨

第三條 會址：本會設在河北省立醫學院解剖學教室內

第四條 組織：

1，會長：正副各一人

a，正會長：由本院解剖學教授担任負招集會員磋商重要事項並指導會員一切工作之責

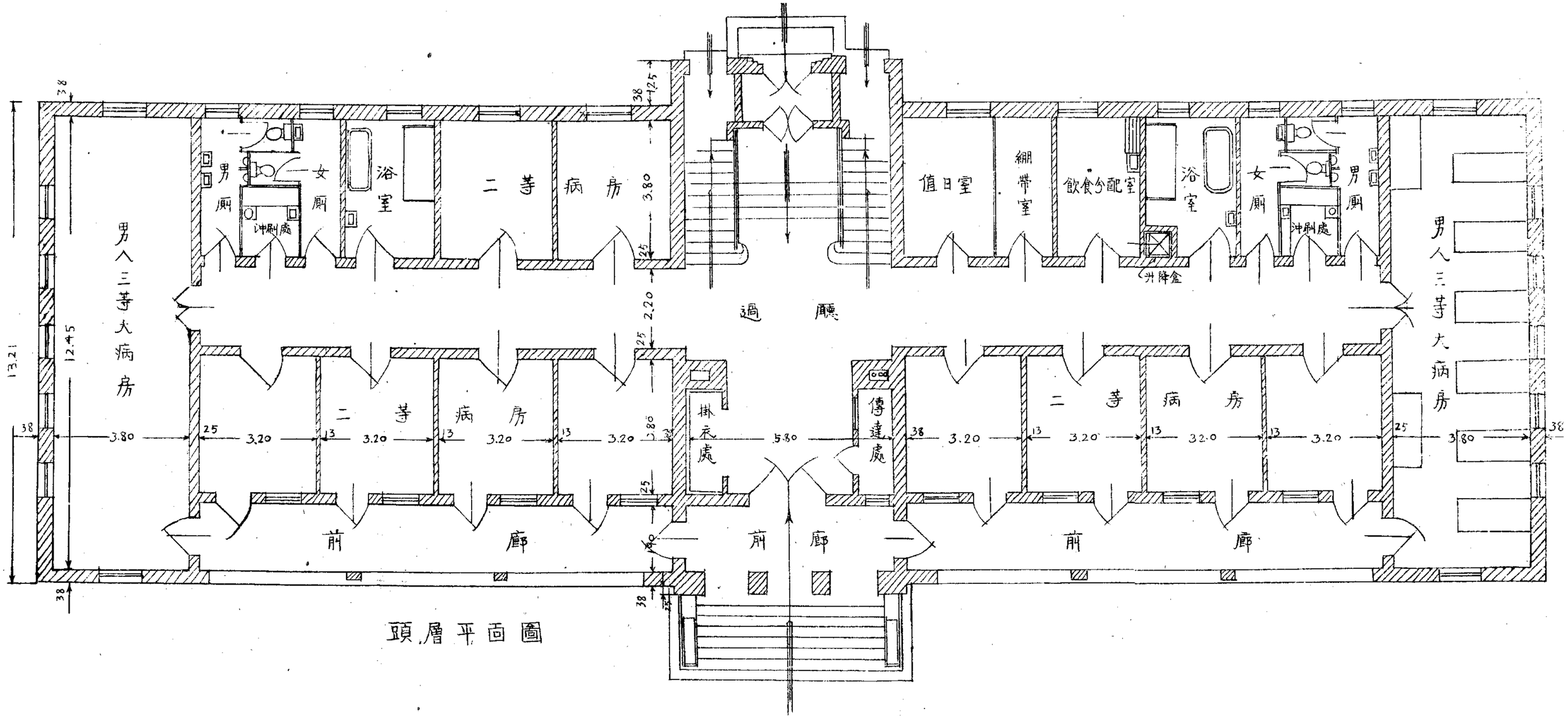
b. 副會長：由本會基本會員中選舉之其責任爲襄助會長處理會務並聯合會員工作一切

2，會員：分維持會員普通會員暨基本會員三種

a，維持會員：有指導勸助之責凡本院教授或校外之一切正式醫生均可隨意加入但須經本會常務會議通過

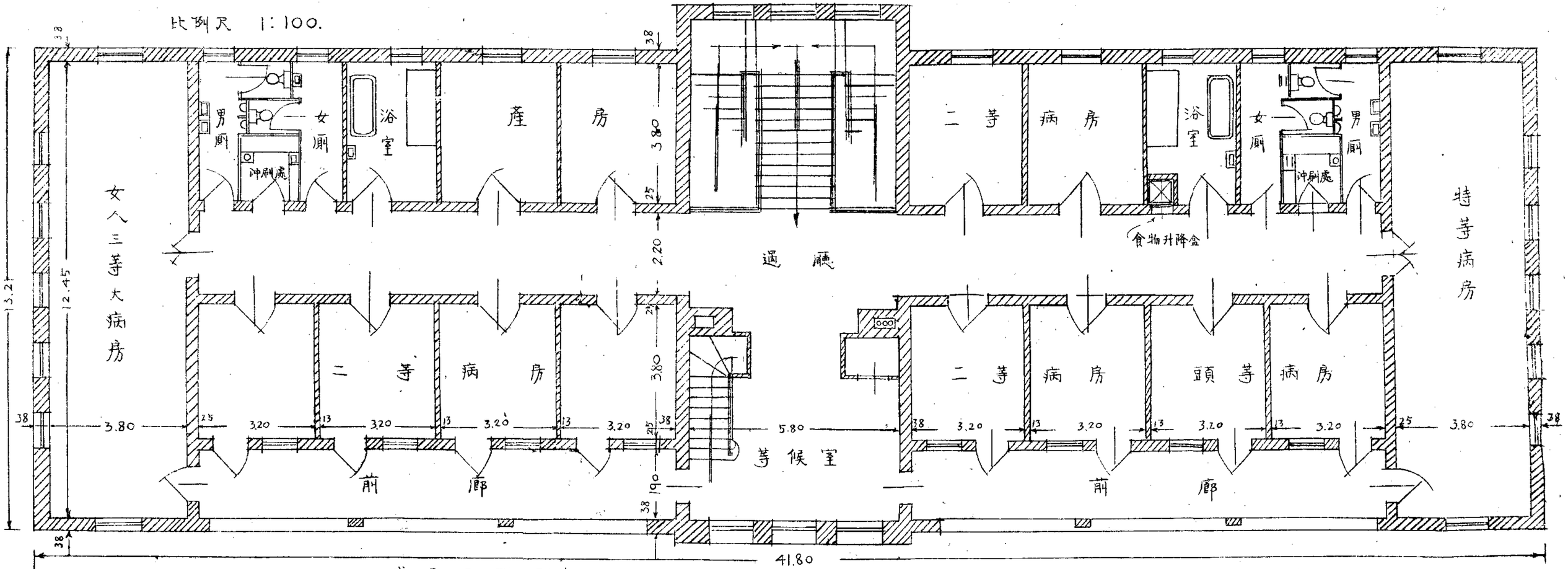
b，普通會員：校內外之一切同學均得自由入會其入會後熱心研究成績顯著者亦可認爲基本會員但須經本會常務會議通過後方能生効

c，基本會員：除與普通會員共同工作外尚須兼任本會職員處理務會

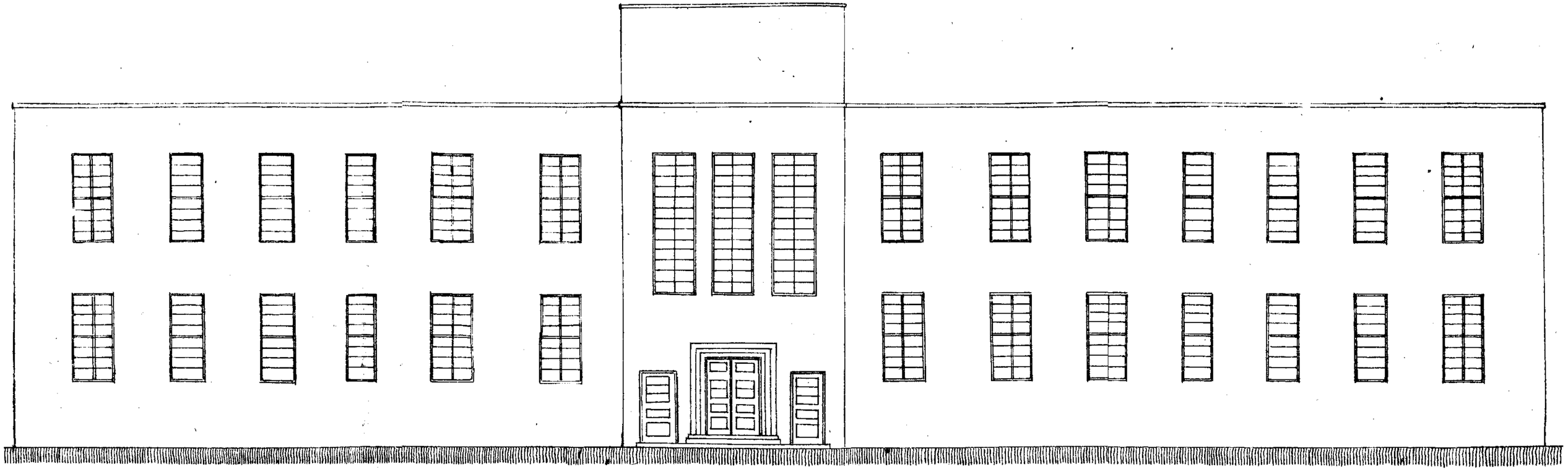

男人三等大病房
男厠
女厠
沖刷處
浴室
二等病房
值日室
繃帶室
飲食分配室
升降盒
過廳
掛衣處
傳達處
前廊
13.21
12.45
3.80
3.20
5.80
2.20
38
25
13

頭層平面圖

比例尺 1:100.



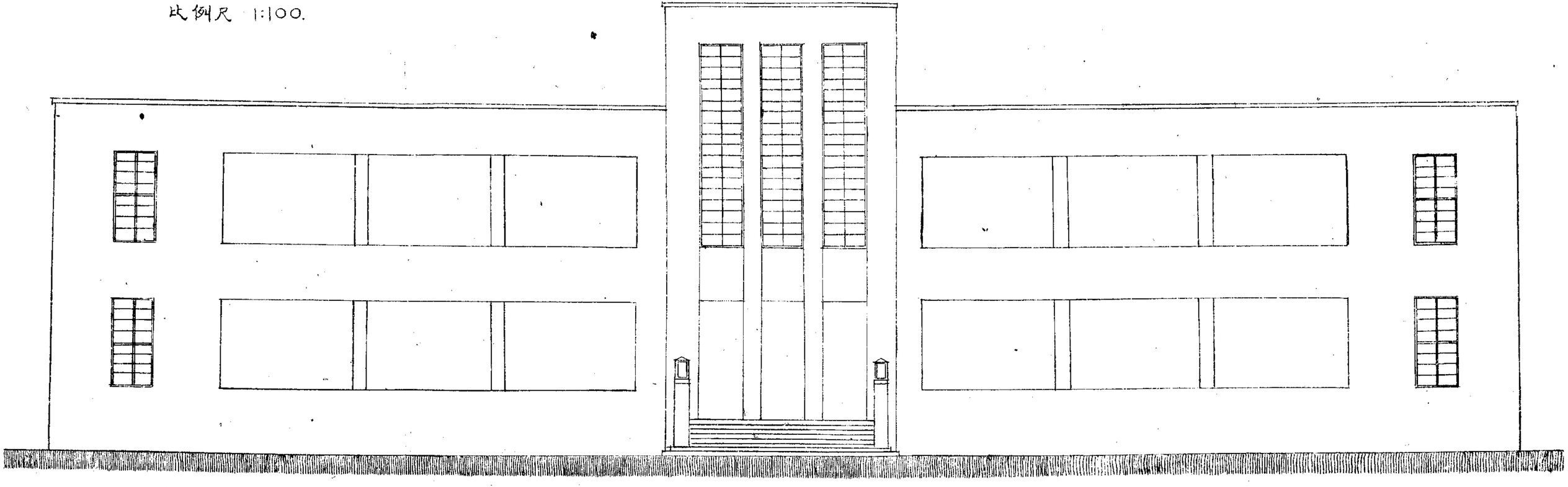
貳層平面圖



背面立圖

河北省立醫學院附設醫院擬建築之病房草圖

比例尺 1:100.



正面立圖

3，會務：本會會務暫分四股每股設正副股長各一人由基本會員中選舉之任期以半年爲限

a.註册股：管理會內一切文件及查會員勤惰形暨註册登錄等事項

d,編輯股：負搜集稿件及發刊物暨校勘審查之責

c,宣傳股：担任宣傳及交際等事項

d,事務股：管理會中用物及收支購買等事項

第五條　研究事項

1，製作標本
- 剝製液浸標本
- 剝製乾燥標本
- 石膏製模型
- 臘製模型
- 紙製模型
- 鐵絲製模型

2，製　　圖
- 水彩畫圖
- 油畫圖
- 炭畫圖

3，編　輯：練習編譯及著作等事項

4，閱　書：備有中德英日各國解剖學參考書隨意閱覽

第六條　研究時間：每星期六下午一點至五點星期日上午八點半至十一點半

第七條　幻燈講演：爲使本會基本會員練達講演藉植其學術起見特設幻燈講演會按幻燈照片講述人體各部構造其講題可候臨時公佈之演員：每次由基本會員四人及普通會員二人輪流分担來賓講演尤爲歡迎但每次只限一人其講題（解剖學範圍）須先期惠交本會俾資宣傳

時間：每星期六下午七時至八時

地點：本院階級教室

第八條 會之權利與義務

1，凡本會會員均得參與本會一切工作

2，基本會員除隨意選擇本會之一切研究事項外並有選舉權被選舉權暨參加諸種集會之資格

3，普通會員有選舉權而無被選舉權此外於每次幻燈講演時亦可担任講演(見幻燈講演條)

4，凡本會會員得隨意閱覽陳列之書籍及雜誌

5，本會印刷之刊物及雜誌均得免費領閱

6，本會發行之書籍得一律照定價減價五成(即對折)購之

第九條 入會規則：經本會會員介紹或直接通知註册股登記註册後（本院教授不在此例）即可按時到會

第十條 徵求會員：每年一次均於九月間行之

第十一條 會員之期限：以一年爲限如欲繼續研究者仍可繼續入會

第十二條 會費：均於入會前將全年會費繳付會計股一次收清但本院教授得分兩期交付

1，維持會員：每期(半年)四元

2，基本會員：全年十元(本院學員免費)

3，普通會員：全年十元(本院學員免費)

第十三條 會議：

1，全體大會：每學期舉行兩次於每學期開始後及放假前各一次

2，臨時會議：只限基本會員由會長通知註册股臨時招集之

3，茶話會：於每次幻燈講演後舉行一次以一小時爲限凡本會會員均可參加但不担任講演之普通會員除外

第十四條　附則：本細則如有未盡事宜得由臨時會議修改之

第十五條　本細則自公佈日施行

四，本校倫托根光綫機，早已購置惜使用不便，故於本學期自德國新購最新式倫托根一架，名曰 Golinax 五爲一九三二年之出品，到交後即裝定齊備，使用方便，光綫充足，患者來院透照者，頗有連綿不絕之況。

五，本校鑒於醫界專門人才之缺乏，遂於暑假後，選送本校畢業生，郭寄森韓耀武二君，留學日本，專攻醫化及細菌二科，每月每人津貼若干元。

六，本校近將五定公司陳賣之雜誌，悉數購訂，以後關於外界所贈之雜誌，轉贈於壬申醫學社以供閱覽。

七，本學院第二週紀念展覽會，本社特請數人講演，以達衛生宣傳之目的，其原稿已登於前。

畢業同學離校後之消息

還啟者本期有鑒於畢業同學離校後與母校消息隔離，故添設該欄，以便同學精神上有永久之連絡，潛心研究，庶不負同窗數載之親切，此期因初次添設，對於以往同學消息，無從探訪，特此聲明，望多諒之！且希常賜教言，是所至祈，今將已知者述之於下：

姓　名	字章	服務機關
趙鳳來	儀廷	北平醫院大夫
張懷璟	筱宋	山東濟南友光醫院院長
于學章	文峯	山東濟南友光醫院大夫
邴新華	實之	本學院附設醫院內科
李清長	耀南	本學院附設醫院耳科
孫桂生	子丹	陸軍六十四師豫鄂皖邊區剿匪軍總司令部軍醫處少校醫官
張恩銓	許軒	本學院附設醫院婦嬰科
王作楫	華五	陸軍六十四師軍醫處少校醫官
何　彬	雅三	定縣平民教育會保健院大夫

劉久鐸	化南	二十九軍一百三十二師醫務處上尉醫官
么霖	益民	湖北三十師軍醫處上尉醫官
米國立	勳烈	河北井陘礦務局附設醫院大夫
尤逢辰	嘉會	四十八師五零一團醫務所上尉醫官
醫國華	錦輝	河南省鄭州民衆醫院代理院長
易錦雁	慈甫	山西平定州友愛醫院大夫
王作霖	澤普	二十九軍一百三十二師醫務處上尉醫官
夏聚豐	景人	濟縣唐泰鎮惠元醫院院長
長鈺州	登瀛	八十三師衛生第二連上尉醫官
周寵琦	子祐	饒陽縣周村鎮開業
射遇霖	厚晴	河南六十五師軍醫司令部上尉醫官
馬文會	友賢	本學院附設醫院皮花科
董序五		饒陽城內饒尤醫院院長
易光漢	冠族	山東聊城東臨醫院院長
齊龍章	雲生	河北井陘礦務局醫院大夫
李登甲	宗榮	湖北三十師軍醫處上尉醫官
巫祈華	實之	廈門漳州鎮台街四十三號

圖書館新購訂德文雜誌

1. Muenchener Medizinische Wochenschrift
2. Deutsche medizinische Wochenschrift
3. Wiener Medizinische Wochenschrift
4. Zentralblatt Fuer Innere Medizin
5. Zentralblatt fuer Chirurgie
6. Zentralblatt Fuer Gynaekologie
7. Zentralblatt Fuer Haut-und Geschlechtskrankheiten
8. Fortschritte der Therapie
9. Wilson Bulletin
10. Jahreskurse Fuer Arztliche Forthilaung
11. Zentralblatt Fur DiGee esamte Medizin

民國二十二年度外科門診患者統計表

病　名	男	女	共計	百分率
Abscess	29	5	34	4.76%
Allgemeine peritonitis	1		1	0.14%
Appendicitis	1		1	0.14%
Arthritis Rheumatica	1		1	0.14%
Arthritis tuberculose	4	1	5	0.7 %
Atherom	14	4	18	2.52%
Aeusseren Nasenloecher Verschluss	1		1	0.14%
Balanitis	2		2	0.28%
Bauch tumor	1		1	0.14%
Biss infektion	1		1	0.18%
Biss wunde	8	1	9	1.26%
Bursitis	2	2	4	0.56%
Clavus	24		24	3.36%
Chondrom	1		1	0.14%
Condyloma lata	1		1	0.14%
Congelatio	21	3	24	3.36%
Dermoid	4	2	6	0.84%
Eiterige wunde	1		1	0.14%
Ekzema	3	1	4	0.56%
Elephantiasis scrotum	1		1	0.14%
Entzuendliche Prozesse d. Calcaneum	1		1	0.14%

Epididymitis	1		1	0.14%
Erysipel	3	2	5	0.7 %
Fibrom	1	1	2	0.28%
Fistula ani	22		22	3.08%
Folicullitis	5	3	8	1.12%
Fraktur	5		5	0.7 %
Fremd Koerper	1		1	0.14%
Furunkel	78	7	85	11.9 %
Furunkuloese	6	2	8	1.12%
Ganglion	3		3	0.42%
Gangraen	2	1	3	0.42%
Gelenk tuberculose	7	2	9	1.26%
Haemangiom	1	1	2	0.28%
Haematom	2		2	0.28%
Haemorrhoiden	29		29	4.06%
Halsdruesen tuberculose	1		1	0.14%
Hasen scharte	2		2	0.28%
Haut verhornung	1		1	0.14%
Hernia inguinalis	9		9	1.26%
Hoden entzuendung nach gonorrhoe	1		1	0.14%
Hydrocele	3		3	0.42%
Infektion	2	1	3	0.42%
Infiltrat	2		2	0.28%
Insektengift	2		2	0.28%
Impetigo	2		2	0.28%

Kalter abscess	5	3	8	1.12%
Karbunkel	10	4	14	1.96%
Karies	7	2	9	1.26%
Kontusion	5	2	7	0.98%
Keloid	1	2	3	0.42%
Kyphose	2	1	3	0.42%
Lappen wunde	2		2	0.28%
Ligamentum Riss der Fussgelenk	1		1	0.14%
Lipom	2		2	0.28%
Lordose	1		1	0.14%
Luxation	2		2	0.28%
Lymphosarcom	1		1	0.14%
Lymphadenitis simplex	17	3	20	2.8 %
Lymphadenitis tuberculose	19	9	28	3.92%
Mamma Carcinom		2	2	0.28%
Mastitis		2	2	0.28%
Meningocele durch nasenbein	1		1	0.14%
Myositis purulentr	3	1	5	0.7 %
Nadel einstichung	2		2	0.28%
Nagelbett entzuendung	3		3	0.42%
Narbe des gesichts		1	1	0.14%
Nekrose	2		2	0.28%
Neuralgie des Trigeminus	2	1	3	0.42%
Oedem nach insekten stich	1		1	0.14%
Odontom	1		1	0.14%

Ohr muschelriss	1		1	0.14%
Orchitis	1		1	0.14%
Osteomyelitis	5		5	0.7 %
Panaritium	20	7	27	3.78%
Papillom	1		1	0.14%
Parotitis	5		5	0.7 %
Periodontitis	3		3	0.42%
Periostitis	3	1	4	0.56%
Periproktische abscess	2		2	0.28%
Phlegmone	5		5	0.7 %
Phimose	2		2	0.28%
Platze wunde	1		1	0.14%
Polyp in der Rektum	1		1	0.14%
Prolapsus ani	2		2	0.28%
Pustel	16		16	2.24%
Quetsch wunde	34	2	36	5.01%
Radialis—laehmung	1		1	0.14%
Rhagaden	3		3	0.42%
Rheumatismus	6	1	7	0.98%
Rippen Karies	5	2	7	0.98%
Riss wunde	3	1	4	0.56%
Sarcom	1		1	0.14%
Schnitt wunde	4	1	5	0.7 %
Schuss wunde	7		7	0.98%
Senkungs abscess	3	1	4	0.56%

Skoliose	1		1	0.14%
Spina bifida	2		2	0.28%
Spondylitis tuberculose	1		1	0.14%
Stich wunde	6	1	7	1.93%
Stomatitis	1		1	0.14%
Struma		1	1	0.14%
Tetanus	2		2	0.28%
Thrombophlebitis	2		2	0.28%
Tonsillitis	1		1	0.14%
Tumor	4	2	6	0.84%
Ulcus Cruris	14	2	16	2.24%
Unter Kiefer Karies	2		2	0.28%
Verbrennung	9	3	12	1.68%
Verletzung	5	3	8	1.12%
Verlust der hant	1		1	0.14%
Verwachsung d. vorhaut	2		2	0.28%
Wund eiterung	1		1	0.14%
Wund infektion	1		1	0.14%
Zahn Karies	2		2	0.28%

編後數語

自負責以來，每思及所負之任務，輒惴惴無地，後經屢次奮勉終未達其所願，只得向諸君抱歉！

此次刊物內容之分配，雖經多次審擇，按次排定，不宜之處，尚望同道者多加匡正。

對於印刷方面，雖延長時間，竭力校正，以至發刊越期，而仍未免錯誤，實能力不足所致懇乞諒之！

編者

正誤表

頁數	行數	字數	誤	正
4	12	17	滅	減
4	17	16	Hystheri	Hystherie
10	4	19	末	未
10	4	24	河	海
11	7	15		一
15	7	7	Nehrmittel	Naehmittel
16	17	15	Frnahrung	Ernaehrung
17	5	21	Glykoronsaure	Glykoronsaeure
17	9	9	等(　　等)	
17	12	8	Spulung	spuelung
18	4	17	Bubingen	Buedingen
18	7	14	Zor	Zur
18	8	2	Losungen	Loesungen
19	3	20	溶葡萄糖液	葡萄糖溶液
19	20	3	官	管
19	20	24	糖	萄
19	23	9	Uramie	Uraemie
19	25	10	瘵	療
24	3	9	Veran erungen	Veraederungen
24	4	2	Gbaermutter	Gebaermutter
25	13	21	發	醱
29	25	24	問	間
30	6	22	粗	相
31	11	21	牲	性
32	9	10	Aerebirtin	AtroPin
32	22	2	Aestillotae	Destillate
34	1	12	方	之
36	7	21	Iacobson	Jacobson
37	5	14	粘	葡
37	21	14	嘖	噴
39	6	9	Lahmung	Laehmung
39	7	2	Lahmung	Laehmung
39	7	4	Otogzne	Otogene
39	6	6	施	旋
103	17	9		種
102	25	3	Schall	Schaell
107	14	7	動	動
103	22	4	租	相
75	14	6	Morser	Moerser
75	25	7	Stande	Staende
76	8	8	Stunde	Staende
76	9	29	Hize	H ize
77	1	1	Benzoesaure	Benzoesaeure
77	15	9	Korper	Koerper
77	15	10	Fur	Fuer
77	15	11	flussige	fluessige
77	15	13	Zn	zu
78	1	14	Alkahol	Alkohol
78	9	5	Chloreform	Chloroform
78	9	14	Gobol	Carbol
78	10	1	losung	loesung
79	7	10	Glyurin	Glyserin
79	7	14	Aqu	Aqua
80	12	7	Fullurg	Fuellung
80	12	9	Ampuluan	Ampullen
82	10	10	Lutt	Luett
83	3	9	Prufung	Sruefung
83	14	11	Prufung	Pruefung

頁數	行數	字數	誤	正
120	22	6	losung	loesung
202	20	7	Pytam don	Pyramidon
207	24	6	Katherter	Katheter
199	1	2	Centagiosum	Contagiosum
91	16	29	動	經
58	12	16	Paroffin	Paraffin
64	20	9	Eesin	Eosin
69	5	6	Fur	Fuer
70	23	9	Cbirurgische	Chirurgische
72	7	10	Kaekmetastasen	Kalk matastasen
142	7	16	廳	聽
177	8	7	Keimzllen	Keimzellen
185	7	19	瀰	
186	4	20	液銀	酸銀液
186	15	2	菌	函
188	22	12	有	有無
192	14	17	Scbercah	Scharach
151	11	3	3 如不	3 不
163	3	24	足人之人	足令人
203	10	6	痛減	痛感減
192	4	2	因有	因之有
165	13	14	Desiuifeektion	Desinfection
166	8	6	losung	loesung
168	25	2	Reraktion	Reaktion
155	18	12	Howell	Hawell
194	2	19	指頭	拇指頭
194	3	2	濁	溜
194	4	29	面	面
194	25	21	疹	疹
195	1	1	指頭側	側
195	13	18	脹	眼
206	2	14	Backen	Becken
196	1	3	略菲	丹毒略
196	1	10	圓	圍
196	3	13	元	充
196	15	18	背丹	背側丹
196	25	2	前部	前顎部
196	25	27	大小	大拇指頭
214	4	3	油	由
218	4	1	俘	仔
218	23	7		天
219	14	22	的侵略	和無形的侵略
101	13	2	鱗	鱗
104	5	24	Salb	Salbe
104	25	17	瘢	瘢
194	10	17	Domovan	Donovan
10	22	4	廳	聽
97	21	18	並	併
98	22	6	並	併
74	1	4	losung	loesung
75	18	5	loffel	loeffel
75	23	7	losung	loesung
75	25	1	losurg	loesung
76	22	20	Sterill	Sterill
76	24	2	Sterillisation	Sterillisation
83	24	22	苦	若

壬申醫學定閱書

茲願定閱貴誌自第　卷第　號至第　卷第　號

請按期寄下是幸

【誌　費】大洋　元　角

【匯　法】

民國　年　月　日

通訊處（住址）　省　市　縣

（芳名）

（字）

暫訂本刊訂購辦法

1，凡有訂閱或函購本刊者，須開明分數期數及自何期起始，并訂購人姓名地址；務期詳確，以免疏失。

2，本刊訂價每期二角一律實洋，郵費外加，每册二分半，訂購者須預將刊費付足。代用郵票按九折計算，并以五分以下者爲限，污損不通用者不收。

3，訂購及附有匯票或郵票之信件，須圈封掛號直寄保定河北省立醫學院壬申醫學社發行部，或各代售處及代訂處。但代售處不代預訂，應請注意。

4，本社於收到誌費後，當即迅速檢寄以符渴望；但如訂購者不按上列辦法時，則一切意外，本社概不負責。

壬申醫學

第二卷　第二期

定　價　大洋二角　外埠函購郵費另加

編輯者　保定河北省立醫學院壬申醫學社編輯部

印刷者　保定醫農印刷局

發行者　本社發行部

代售者　本埠　本學院號房
本埠商務印書館及青年會
各大書局，藥房，文具店等。
外埠　北平　新月書店
天津　中華書局

代訂處　上海　北京路266號五定公司

中華民國二十三年二月八日出版

本刊投稿簡章

1. 本刊純取公開態度。凡我醫藥同人有適合下列稿件者一律歡迎。
2. 本刊徵稿分論壇，專著，譯述，講演，臨床，考查，衛生，問答，雜俎等欄。
3. 來稿體裁自便，但須字跡清楚，加用標點符號。論壇一欄，文責須作者自負。
4. 來稿中有圖表時，務用墨筆清書於白稿紙上，以便直接付印。
5. 來稿於譯名及專名詞之下，務請附注原文，以便參考。
6. 投寄譯稿，請將原文附寄。否則須將原文所在，原著人，出版年月及地址，詳細敘明。
7. 稿末須注明投稿者確實姓名，住址及通信處，以便接洽。至刊載時如何署名，聽投稿者自定。
8. 來稿本社有酌量增删之權。不欲增删者請預先聲明。
9. 來稿刊載與否，概不退還。
10. 稿來經刊載後，依本社估定其價值，酌贈本刊爲酬。
11. 投寄之稿，請封包妥適，逕投河北省立醫學院壬申醫學社編輯部。

本刊廣告刊例

廣告價目表

地位	面數	每期價目
底面之外面	全面	二十元
底面之內面	全面	十五元
封面之內面	全面	十八元
封面及底面內面之對面	全面	十元
普通文字前後中間加頁另印	全面	八元
普通文字前後隨排	全面 半面 四分之一	六元 四元 一元

刊登廣告須知

1,本刊招登各醫療機關，藥廠藥房，企業,書店,文具店及其他各種廣告。

2,凡願登者，請逕向本社發行部接洽，唯至遲須於本刊出版前一星期將廣告底稿交到，否則恐有不及排印之虞。（本刊於每年五月及十二月初各出版一期,版圖自備不另加價。

3,廣告價目均按一期計算不折不扣，但續登者優待，得按原減價收十分之一。

4,登載廣告除文字前後隨排者外，餘皆按全面收價。

5.凡登廣告者須預付價洋一半，其餘于每期刊登後結算付清。

6.凡登廣告者，於本刊出版後，奉贈一册，以示優待。

全國醫藥界定期刊物一覽

雜誌名稱	刊期	每冊價	全年連郵費	發行者
醫藥學	月刊	$ 0,25	$ 2,50	上海醫藥學雜誌社
社會醫報	半月刊	$ 0,10	$ 2,00	上海社會醫報館
診療醫報	月刊	$ 0,10	$ 1,00	上海診療醫報社
醫藥評論	月刊	$ 0,10	$ 1,00	上海醫藥評論社
同濟醫學月刊	月刊	$ 0,30	$ 3,00	上海同濟醫學月刊社
同濟醫學季刊	季刊	$ 0,30	$ 1,10	上海同濟大學同學會
東南醫刊	季刊	$ 0,25	$ 1,00	上海東南醫學院
新醫藥刊	月刊	$ 0,10	$ 1,00	上海新醫藥刊社
醫藥藥報	月刊	$ 0,15	$ 1,50	上海醫藥藥報社
婦女醫報	月刊	$ 0,10	$ 1,00	上海華光醫院
文藝的醫學	月刊	$ 0,20	$ 2,24	上海通俗醫學雜誌社
中華醫學雜誌	兩月刊	$ 1,00	$ 5,00	中華醫學會
醫事藥刊	季刊	$ 0,35	$ 1,20	全國醫師聯合會
軍醫公報	月刊	$ 0,10	$ 1,20	陸軍署軍醫司
軍醫月刊	月刊	$ 0,15	$ 1,80	南京陸軍軍醫同學會
醫事公論	半月刊	$ 0,04	$ 0,46	中國醫事改進社
北平醫刊	月刊	$ 0,06	$ 0,60	北平北平醫學社
壬申醫學	半年刊	$ 0,20	$ 0,45	河北省立醫學院
醫學與藥學	月刊	$ 0,20	$ 2,00	杭州市醫師藥師公會
新藥學	季刊	$ 0,30	$ 1,00	山東醫學專科學校
藥報	半年刊	$ 0,25	$ 0,50	浙江醫藥專科學校藥科
科學醫報	月刊	$ 0,20	$ 2,00	杭州科學醫報社
廣濟醫刊	月刊	$ 0,24	$ 2,40	杭州廣濟醫刊社
醫藥新誌	月刊	$ 0,10	$ 1,00	杭州醫藥新誌社
濟生醫院月刊	月刊	$ 0,03	$ 0,30	杭州濟生產科醫院
民衆醫報	月刊	$ 0,15	$ 1,50	廣州民衆醫報社
大衆醫刊	半月刊	$ 0,10	$ 2,40	廣州大衆醫報社
新醫醫報	月刊	$ 0,10	$ 1,00	廣州九華醫學院
新醫聲	月刊	$ 0,05	$ 0,50	汕頭市西醫士公會
廣西衛生旬刊	旬刊	$ 0,05	$ 1,50	廣西衛生旬刊社
福州醫藥週刊	週刊	$ 0,06	$ 2,26	福州醫藥週刊社
西京醫藥	月刊	$ 0,45	$ 1,50	陝西西京醫藥社
助產月刊	月刊	$ 0,05	$,50	江西省立助產學校
通俗醫刊	週刊	$ 0,02	$ 0,80	南通通俗醫學會
東方醫學雜誌	月刊	$ 0,20	$ 2,00	瀋陽東方醫學雜誌社
同仁醫學	月刊	$ 5,20	$ 2,00	日本同仁會
麻瘋季刊	季刊	$ 0,40	$ 1,20	中華麻瘋救濟會
拒毒月刊	月刊	$ 0,20	$ 2,00	中華民國拒毒會
現代父母	月刊	$ 0,10	$ 1,00	中華慈幼協濟會
康健雜誌	月刊	$ 0,15	$ 1,50	上海康健雜誌社
中國生理學雜誌	季刊	$ 2,50	$ 10,00	中國生理學會
新醫與社會	每星期五隨上海時事新報附送			上海市醫師公會
民衆醫藥	每星期三隨上海晨報附送			上海民衆醫藥社
民衆醫學	每星期一隨上海申報附送			上海民衆醫學社
申報醫藥週刊	每星期一發行於上海申報			上海申報館
衛生週報	每星期一隨杭州民國日報附送			杭州市醫師藥師公會
醫藥	每星期四隨西安西京日報附送			西安西北醫院主編

上列各種醫藥雜誌上海北京路二六六號五定公司醫藥

保定

紙藝局廣告

營業要目

本局批發中西紙張文具儀器湖筆

徽墨端歙石硯綾錦繪絹泥金珊瑚

喜壽屏聯石印油印材料俱全承印

五彩商標股票匯券証書聯單發票

圖畫書藉公文簿册新式匣票欵式

名片印刷精美價值低廉開設保定

城內濟善商場南首路西電話八十

六號

保定紙藝局

啟　事

本學院附設醫院啓事一

本醫院鑒於人民生計日感困難，貧苦同胞於感染疾病時，每受經濟束縛，無力治療，頗可憐憫！茲爲優待患者起見，特將收費條例修改，減收掛號及住院各項費用之規定如下；

一，普通掛號每人收銅元二十枚

一，外校學生持該校優待券者收銅元十枚

一，住院三等病室每日一元五角

一，住院三等病室每日八角

一，住院施診患者每日四角

本學院附設醫院啓事二

本醫院產婦人科，自本學期來大加擴充，添置接生器械，並設備產房，力求完備，爲提倡新式助產起見，對於來院生產者，特別優待，一切起居飲食之供給，均可滿意，並對於經濟艱難者，酌量減收費用，祈即注意爲荷。