

从名人谈疾病

戴自英等编



人民卫生出版社

从名人谈疾病

戴 自 英
翁 心 华
潘 孝 彰 编

人 民 卫 生 出 版 社

从名人谈疾病

戴自英 翁心华 潘孝彰 编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

北京密云县卫新综合印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 4印张 86千字

1985年6月第1版 1985年6月第1版第1次印刷

印数：00,001—22,400

统一书号：14048·4977 定价：0.58元

〔科技新书目 95 — 89 〕

写在前面

人难免生病，病可使人丧失劳动力、导致残废，甚至因而丧生。然而，如懂得一点疾病的常识，积极地加以防治，当能使人延年益寿。本书是为了介绍内科范畴内许若干种疾病的知识，以期达到普及医学知识的目的；搜集了国内外历史上许多名人，或死于病，或为研究某种疾病做出卓越贡献或因而牺牲的名家，冀以提高读者的兴趣。也有些虽非名人，而是科学家在研究疾病传播时发现的重要人物，“伤寒玛丽”就是这样的例子。

本书力求做到既有科学性，又有趣味性，特别适宜于具初中以上文化水平者阅读。

编 者

目 录

鲁迅不屈于肺结核.....	(1)
白求恩以身殉职.....	(13)
高士其战胜脑炎后遗症.....	(21)
身患残疾的罗斯福总统.....	(26)
杜甫暴死.....	(32)
黄热病大败拿破仑.....	(39)
肝炎夺走了独臂将军.....	(43)
从柴可夫斯基谈霍乱.....	(53)
无名夫人有了名(马王堆女尸).....	(60)
亚历山大大帝死于恶性疟.....	(65)
西太后之死.....	(72)
牛痘疫苗的创始人琴纳.....	(79)
金嗓子之死.....	(86)
“梅毒将军”甘默林.....	(95)
为科学献身的立克次医生.....	(104)
伤寒玛丽.....	(111)
幸免于难的鼠疫专家伍连德.....	(118)

鲁迅不屈于肺结核

鲁迅是一位伟大的文学家，是中国文化革命的主将，为我国人民树立了不朽的革命功绩。但是他终因为肺结核病并发自发性气胸，不得不向他所热爱的祖国与人民告别，放下他的未竟的工作长辞了……

鲁迅与肺结核争时间

鲁迅从24岁开始了革命的文学活动，将自己毕生的精力以至于生命贡献给人民，鞠躬尽瘁，死而后已。1935年54岁时，由于多年积劳成疾，健康情况已经很不好，极其需要休养与治疗，但他仍然坚持工作、战斗。到1936年，病势加重，他只能靠在藤躺椅上，连行走也感困难，说话都感吃力，当时有一位外国医生说他的肺结核病十分危急，如果是欧洲人，早五年就死了。友人们劝他住院治疗，然后离开上海，转地疗养，然而鲁迅先生不肯离开当时正处在危急情况下的祖国与人民。同年十月初他抱病参观了第二次全国木刻流动展览会，在会上还与青年木刻家进行长谈，之后不久，又病倒了，十月十九日早晨，他热情战斗的心终于停止了跳动。他留给我们的是中华民族最宝贵的文化思想遗产。

由来已久的白色瘟疫

鲁迅先生在二十世纪三十年代死于肺结核病。其实这个曾被人们称为白色瘟疫的结核病与人类为敌至少有几千年

了。远在四千余年前，埃及木乃尹骷髅腰椎骨钙化灶，就很象结核病变。1973年在湖南长沙马王堆汉墓出土的2,100年前的女尸身上，发现左肺上部及左肺门有结核钙化灶，说明当时已有结核病的存在。医学大家对结核病的描写也有很长的历史了，西洋医学的鼻祖希波克拉底第一个采用了“癆”字，推翻了将结核病看成天命与鬼神的谬论。我国东汉名医张仲景在《金匱要略》中有“虚癆”和“马刀挟瘰”的记载，实际上“虚癆”就包括现在的结核病，马刀挟瘰就是颈部淋巴结肿大，从现在来看，当时已能将肺结核与淋巴结结核联系起来，是非常不简单了。我国晋代名医葛洪在他著作中写道，“累年积月渐停滞，以至于死，死后更传之旁人，乃至灭门。”说明结核可以传染，甚至达到灭门的危险，民间传说“十癆九死”並不言之过甚。

医学家们发现，在十八世纪以前，历史上没有结核病的大流行，因为封建社会和手工业生产时期，生产活动以一家一户的个体农业和手工业为主，所以结核病主要在家庭流行。但十八世纪中到十九世纪的工业革命，导致了生产的发展，大量农民移居城市，形成了许多人口密集的工业化城市，出现了结核病在社会上的大流行，使大批劳动人民因结核病而断送了生命，例如1801年伦敦死于结核的人数占死亡总数的30%，所以人们将结核病视为白色的瘟疫，如同今日“谈癌色变”，“怕肝炎如怕虎”一样。

白色瘟疫的祸首

寻找白色瘟疫的祸首，科学家们曾作了许多努力，但真正发现结核病原体是在1882年3月24日。这一天，德国乡村医生科赫在柏林作了发现结核菌的报告，轰动整个世界。

科赫用甘油、牛肉汤和马铃薯做成培养基,培养出结核菌。他把培养出来的结核菌再接种到豚鼠、家兔等实验动物身上,使动物体内发生结核病变。然后,又从实验动物的结核病变组织中,分离出同样的结核菌。

结核菌是一种细长弯曲的杆菌,根据细菌的致病性质可以分为人型、牛型、鸟型和鼠型菌。人型菌是人类结核病的主要病原体;牛型则使牛及其他牲畜致病,但也能使人致病;鸟型菌对鸟、家禽、猪类致病;鼠型对田鼠、豚鼠、家兔有致病性,对人基本上无害。这类病菌有一个共同的特点,就是很难染上颜色,但一经染色后,又耐酸而不容易褪色,所以又称为抗酸杆菌。在活动性肺结核病人的痰液中,往往可以找到结核菌。检查方法也比较简单,可以将痰液浓缩后涂在玻璃片上,经过特殊的染色,在显微镜下就显出了原形。也可以将痰液接种在一个适宜于结核菌生长的培养基上或敏感的豚鼠腹腔中;在一定条件下,大约经过4~6周可以长出结核菌。

结核杆菌在培养基上的生活能力可以维持2~8个月,但由培养基取出的结核菌,如直接在阳光下曝晒,2小时即死,而在痰内的结核菌却需20~30小时才会被日光晒死。如果在痰内不受阳光直接照射则能活几个星期,在干的痰内可以生存6~8个月。结核菌对各种化学物品也具有一定的抵抗力,如千分之五过氧乙酸需几小时才能杀灭它,5~10%来苏儿需2~12小时,70%酒精需1~2分钟,1%碘酒需5分钟;但结核菌对热的抵抗力不大,70℃10分钟即可将它杀死,100℃只需1分钟。

小小的结核菌,却由许多成份组成。据科学家们分析,除了少量矿物质和水份以外,主要是类脂质、蛋白和碳水化合物。在人体内类脂质能引起特殊反应,形成结核结节,病

理专家很容易在显微镜下辨认它。碳水化合物在人体不引起反应，但能使人体产生一种沉淀素，可以使人体获得抵抗结核病的能力。

白色瘟疫的伙伴

在医学上有一种叫结核菌素试验的，可以测定受试验的人有否受过结核菌的感染，倘使受试验人的前臂皮内在48~72小时出现红晕反应，说明人体已受过结核菌感染（或者种过卡介苗，后面会详细介绍）。据我国1950年大中城市居民调查，5岁的儿童约30%受感染，10岁时约有65%，15岁时约有85%，20岁的人中受感染的可以高达90%。这些试验结果表明受过结核感染的人是很多的，有些人幼年时受过结核菌感染，可毫无症状，在不知不觉中自愈了，但有些人感染后会出现严重的症状，甚至病魔缠身，身体慢慢地消耗，以至达到不可救药的地步。白色瘟疫除结核病菌以外，还有很多条件促使其发生，我们暂且把它称为白色瘟疫的伙伴。

社会制度、经济条件、生活水平以及每个人的个体因素都是很重要的伙伴，资本主义国家贫富悬殊，劳动人民生活贫困，居住拥挤，人口密度大，互相接触传播的机会也多，在家人中结核病不仅发病率高，而且病情重，病死率也高，例如有人统计英国伦敦生活条件最差的人，结核病的病死率是51.2/10万人口，而大资产阶级是15.3/10万人口，这是一个最好的例证。旧中国大城市的贫民窟中，结核病也猖獗流行。

个人因素也很重要，5岁以下与50岁以上是结核病死亡曲线的两个高峰。5岁以下，30岁左右是患病的高峰，5~14岁的儿童对结核病菌有一定的抵抗力。女性在15~30岁比男

性更容易患结核病，而且病情比较急又比较重，可能是受到怀孕、分娩、哺乳的生理变化影响。体质虚弱的人容易患结核病，尤其是患麻疹、百日咳的儿童，抵抗力削弱，促使隐藏的结核菌生长繁殖，发展成病。糖尿病也有利于结核菌的繁殖，结核病变大多较重，发病也较急。还有矽肺病人同时患有肺结核的较多，矽肺和煤矽肺并发肺结核的患病率比无矽肺的人高出8~10倍。实验中也已证明，矽肺能降低动物对结核菌的抵抗力。还有免疫功能降低的人，如长期大剂量应用肾上腺皮质激素，可以使原有潜在的结核病灶复发，病情加重，甚至使结核菌通过血液途径播散开来。

多样化的病状与数以年计的病程

肺结核的病状多种多样，轻的病人甚至毫无症状，仅仅在胸部X线透视或摄片时发现肺部阴影。但一般说来，早期病人可能有全身不舒服、疲劳、不能坚持工作、饭量减少、体重减轻等表现。有的表现长期低热，在下午和傍晚时更为明显。面颊升火，病情加重时发热更显著，出现怕冷、高热（39~40℃）。睡眠时或睡醒时全身出汗，严重的病人衣服湿透（医学上称为盗汗）。咳嗽、咳痰也是很重要的病状，早期咳嗽很轻微，没有痰液，疾病加重特别是肺部出现空洞时，痰液成脓性，数量也多。病人常常感到胸部有部位不定的隐痛。假如炎症影响到包绕肺脏外面的胸膜时，胸痛可以固定在一个部位，在透气、咳嗽时更加明显。咯血是一个很重要的症状，但只见于 $\frac{1}{2}$ ~ $\frac{1}{3}$ 的病人。为了区别于从胃和小肠来的吐血，习惯上将肺或气管疾病的吐血称为咯血。咯血量有多有少，病初起时，当病变只影响到很细很细的毛细血

管，可能有痰中带血或夹血。如果炎症影响到小的血管，可以引起中等量的咯血。结核空洞壁上较大的动脉瘤破裂，可以引起大量咯血。血液可以从口鼻涌出，使医生措手不及，病人常常因血块阻塞呼吸道造成窒息而死亡。

根据医学家的长期临床实践，可将肺结核分为以下四种类型：(1)原发性肺结核是初次感染结核菌引起的，大多数能够自动愈合，很多儿童在不知不觉中已发生过这一感染；(2)急性粟粒性肺结核是结核菌通过血路播散的结果，在肺部X线片上可以见到星罗棋布似的粟粒样阴影，病人发热、盗汗、气急等病状非常明显；(3)浸润性肺结核可能是过去隐蔽还未愈合的原发结核病灶死灰复燃的结果，如果病人抵抗力很差，而肺内结核菌数量多，可以产生大片的干酪性(豆渣样)肺炎，甚至形成多个空洞，排出大量结核菌，感染他人；(4)慢性纤维空洞性肺结核往往是浸润型肺结核发展的结果。病人有慢性咳嗽、咳痰、气急，常常发生大量咯血。由于肺组织长期、慢性的破坏，病人的肺功能很差，肺气肿也很明显，甚至发生气胸(气体从肺组织进入到胸膜内)，严重的病人可以因此而死亡。

结核病是慢性病，一个患肺结核病的人，往往十年、二十年、甚至三十年间歇地从痰中排出细菌，但近年来有了强力的抗结核药物以后，病程也随之缩短了。

一 场 虚 惊

有一位中学生考进某大学，体格检查时，医生询问她是否生过肺结核，回答当然是否定的。然而X线报告单上写着：“右上肺片状阴影，应除外浸润性肺结核病。”医生告诉她两星期后再来复查，两星期后她怀着恐惧的心情走进X

线摄片室。医生详细复查后，告诉她说，肺部阴影消散，不是肺结核，而是一般性肺炎。原来是一场虚惊。在年轻人中类似这样的情况经常可以见到。医学上有一种叫支原体肺炎的表现就是这样，病人也可有发热、干咳、胸痛等，但肺部阴影不形成空洞，多半在2~3个星期内烟消云散，痰里找不到结核菌，抽血做冷凝集试验有半数人可以阳性。所以诊断肺结核必须慎重，将肺炎错判成肺结核，为害也不浅。

肺部阴影不一定是肺结核，咯血也不一定是肺结核。支气管扩张的病人可以反复咯血，常常有慢性咳嗽和大量脓痰，在X线肺片上有时会看到两下肺有卷发状的阴影，有条件的地方，可做支气管碘油造影。对年龄在40岁以上的人，有咳嗽、咳痰、咯血时应考虑肺癌的可能，尤其是过去健康情况良好的中年人，有长期吸烟的病史，更应该特别注意；切莫自以为患肺结核而随便买些抗结核药物服用，以致延误时间，失去彻底根治肺癌的机会。

防治“四重奏”

解放三十年来，我国结核病的防治工作取得了很大的成绩。多年来，医务工作者经过总结经验，提出了四条防治措施。这四种措施如能协调地在全民中实施，就可以使结核病得到很好的控制。这些措施是：(1)防止“菌从口出”，病菌主要通过咳嗽吐痰，随着喷出的细小飞沫，散布在空气中进行传播。如果人人注意个人卫生，不对人咳嗽，在咳嗽或喷嚏时用手帕捂住口鼻，革除随地吐痰的恶习，就能有效地防止肺结核的散播。(2)接种卡介苗，这是一种减毒活菌苗，注入人体后能使机体对结核杆菌产生免疫力，防止感染。(3)早发现早治疗，医院中常见到一些病人，由于症状

不典型，往往会被忽视，在初诊时就已发现有空洞形成。故凡有咳嗽、咳痰、咯血等呼吸道症状及低热、乏力3~4周以上者，应考虑有肺结核的可能。各单位应组织集体健康检查，以早期发现患者。(4)积极正确地治疗，化学治疗成功的关键在于病人与医务人员的积极配合，按医嘱全程而有规则地服药。做到这一点，就完全可以达到治愈的目的，复发机会也小。反之，不规则治疗常使体内病菌产生耐药性，导致治疗失败，或病情出现反复。

危险的“飞沫核”

肺结核病人可以分为两种类型，一种是排菌者，另一种是非排菌者。前者具有传染性，这些病人咳嗽、喷嚏或讲话时喷射出含有结核菌的微小飞沫，医学上称为“飞沫核”。飞沫核可以悬浮在空气中达30分钟之久。由于它们非常微小，故而不受鼻腔中鼻毛的阻挡，连气管、支气管粘膜上的纤毛也不能“捕捉”住。因而，可以长驱直入细微支气管和肺泡而引起疾病。病人咳嗽一次，平均可喷出465个飞沫核，约相当于大声谈话5分钟时所喷出的数量。咳嗽越剧烈，喷出的飞沫越多。病人治疗前的咳嗽频率最高，有人曾用录音机记录肺结核病人的咳嗽频率，若把治疗前的咳嗽频率定为100，则治疗二周后可减到35，四周后减到22。

消除危险的“飞沫核”，是切断结核病传播途径的重要环节。如果全国人民都养成文明习惯，不随地吐痰，不面对他人咳嗽，就铲除了制造“飞沫核”的可能性，这在结核病的预防上至关重要。当然，及早地治疗病人，使病变迅速痊愈，也起到消除危险飞沫的作用。

卡介苗的威力

卡一介二氏 (Calmette-Guérin) 在 1907 年从患有结核病的牛的乳中, 分离出一株牛型结核菌, 将之接种于含甘油胆汁马铃薯的培养基中, 每隔三周传代一次, 经过十几代后, 发现细菌对动物的致病人减低。通常用有毒的结核菌 0.01 毫克即可以使豚鼠死亡, 而上述减毒的细菌传至第 33 代时, 即使注射 1 毫克也不会使豚鼠死亡。在以后的 13 年中, 卡一介二氏将细菌传了 230 多代, 终于使该菌变为毒力极微, 不能使人致病, 但仍保持免疫性; 注入人体后, 人可产生免疫力来抵抗有毒菌的感染, 为预防提供了有效的方法。为纪念二氏, 乃称此菌为卡介苗 (Bacillus Calmette-Guérin), 我们一般简称为 B. C. G., 用卡介苗制成的菌苗称为“卡介苗”。经过长期严密的对比观察, 接种卡介苗的人群和没有接种过的人群相比, 前者的发病率较后者低 80%, 其保护效果可维持 10 年左右, 充分显示了卡介苗的威力。

什么人可以接种卡介苗? 这是人们所关心的问题, 长期以来, 接种对象是用结核菌的蛋白质所制成的试剂, 人体感染结核杆菌后, 就可以对“结核菌素”产生反应, 医学上称为“变态反应”。如果反应阳性, 则不需注射卡介苗, 反之, 若反应阴性, 说明过去未感染过结核, 必须注射卡介苗以促进人体产生免疫能力。皮内结核菌素试验是用 1:2000 的稀释度, 每人注射 0.1 毫升 (含 5 个单位)。72 小时检查反应, 若局部有硬结, 其直径超过 5 毫米者为阳性。最近, 国内已开始用更精纯的结核菌蛋白质 (即 PPD) 作试剂, 其判断结果的方法与前法相同。

接种卡介苗都采用皮上划痕法, 种于左上臂三角肌下

端。接种后一般无全身反应，局部可以出现红肿，形成白色小脓疱，最后脓疱结痂，留下小疤痕。局部反应持续约二个月。极少数人可发生颈部、腋下淋巴结肿大和疼痛。

有以下情况者，应暂缓接种卡介苗：①发热，体温在 37.5°C 以上；②各种急性传染病、心脏病及肝炎等；③有全身皮肤病或接种部位有皮肤病；④以往预防接种有过敏反应或体弱多病者；⑤有过敏性哮喘、荨麻疹，或有癫痫、瘰病等神经系统疾病者；⑥接受其它预防接种不满二周者。

联合数路大军，围歼顽敌

对肺结核有效的药物很多，应该如何用药，不仅仅是医师应该知道的事，因为结核病是慢性病，大多数时间是病人自己控制药物，所以病人也应掌握这方面的知识。我们应该遵循以下的原则：

一、联军作战，切忌单枪匹马，即应选择几种有效的抗结核药物联合起来对付结核杆菌，因为大部分细菌均对药物敏感，但毕竟还有少数细菌是耐药的。如果单用一种药，敏感的结核菌被消灭了，耐药菌却躲过了“大难”。经过一段时间，这些细菌可“东山再起”并“兴风作浪”，使病人的病情又趋恶化。为了彻底消灭结核菌，必须联合用药，选择至少两种或两种以上的有效抗结核药物。如果结核菌对一种药物耐药，则至少还有其它一两种药可以对付它，使耐药菌没有生存的余地。

最老的联合是由异烟肼、链霉素和对氨基水杨酸钠(PAS)组成，疗效很好，治愈率可达95%。成人每日服用异烟肼3~6片(300~600毫克)，注射链霉素1克，口服PAS8~12克。近来主张一次服用异烟肼，这样可使病人于短时间

内在血液中得到高浓度的药物,有利于杀灭结核菌。链霉素可每日注射1克。由于PAS对胃肠道有刺激作用,故仍以分开服用为宜。新式的联合则由利福平、异烟肼、乙胺丁醇(或链霉素)构成。利福平3~4片(450~600毫克)晨间空腹口服一次,异烟肼的量如前,乙胺丁醇每日3片(750毫克)。利福平对部分病人有肝脏损害作用,与异烟肼联合时则更应注意。乙胺丁醇对视神经有损害作用,应注意视力的变化。

二、坚持不懈,万不可“虎头蛇尾”。病人在治疗过程中往往会缺乏耐心,一旦盗汗、发热、咳嗽或咯血等症状消失,就自以为没有什么问题了,吃药断断续续,有些人甚至自己决定停药。这时,部分奄奄一息的结核菌则“绝处逢生”,可借此机会“休养生息”,并伺机“卷土重来”,繁殖大量后代,使行将破灭的细菌巢穴(病灶)恢复了生机,重新成为它的大本营。病情因而又恶化起来,前一阶段的治疗“前功尽弃”,这样不但延长了治疗时间,而且由于断续治疗,促使细菌产生耐药性,使重新治疗发生困难。医务人员和病人绝不能做这种“姑息养奸”之事,否则后患无穷。

异烟肼、链霉素与PAS的联合用药,最初应三药合用三个月,继以异烟肼加PAS治疗一年半至二年。另一种联合方式为:开始二个月采用异烟肼、利福平及乙胺丁醇(或链霉素),然后合用前二药7个月。如此连续9个月的治疗,经过著名的英国胸腔和结核协会与法国的研究,治疗全部获得成功。上海有单位运用利福平、异烟肼及乙胺丁醇连续治疗九个月,疗效也极好,复发率很低。

三、养精蓄锐,讨伐细菌。以上所说的数路大军(各种药物)固然重要,但是最后要清除结核菌,仍离不了人体的

抵抗力，故在疾病的全过程中病人均应注意休息和营养。在症状消失，或病灶活动性减低时，可以适当地恢复活动和参加轻体力劳动，以增强体质，使病灶得到早期愈合。病灶较稳定或已治愈的病人，除正常工作外，还可以参加适当的体育锻炼。