

軍醫月刊 陳誠



第一卷



第三期

中華民國三十六年三月三十一日出版

要目

插圖：廣州總醫院全貌

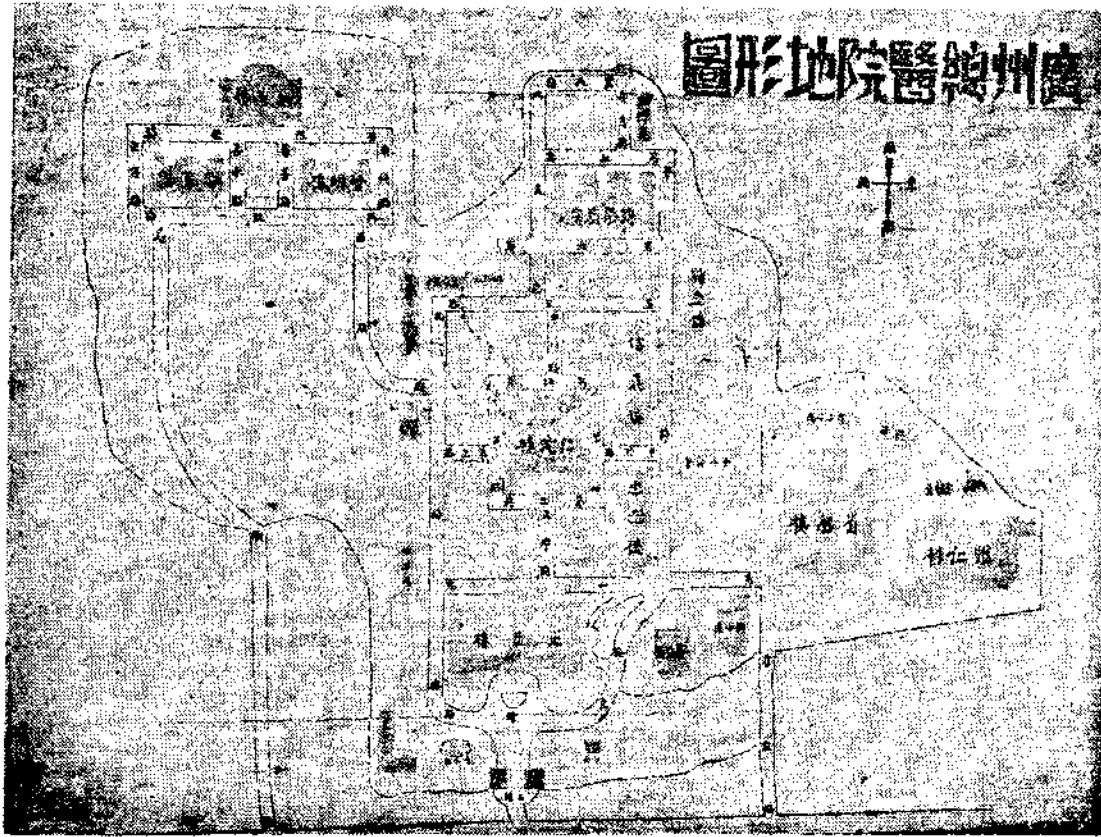
建立現代國防軍醫的理論與實際.....	林可勝(1)
抗戰期間兵站衛生業務實施之一例.....	錢繩武(7)
病床估計.....	徐步安(12)
從廣州總醫院七個月的死亡率來探討業務.....	于少卿(15)
維生素新論.....	葉維法(17)
沙門氏族腸炎桿菌感染之臨床報告.....	楊錫壽·馮剛(21)
黑熱病因脾穿刺死亡之一例.....	鄭賀齡(29)
木精中毒例.....	郭叔堅(32)
腦垂體抗色細胞腫瘤於X光上所見.....	岑長信(34)
腎臟衰竭及肌肉局部缺血性壞死.....	劉幹國(36)
行軍骨折.....	葛茂典(46)
診療新知拾錦.....	鍾聲遠(50)
交換綳帶.....	鍾志謙(53)
介紹徐州總醫院.....	楊隆生(56)
美國陸軍部軍醫署之組織概況.....	徐希麟等(58)
編餘.....	江海鳴(64)
法規選輯.....	(65)
人事公告.....	(67)
一月大事.....	(70)

國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印

國立中央圖書館
NATIONAL CENTRAL LIBRARY
CHINA

廣州總醫院全貌

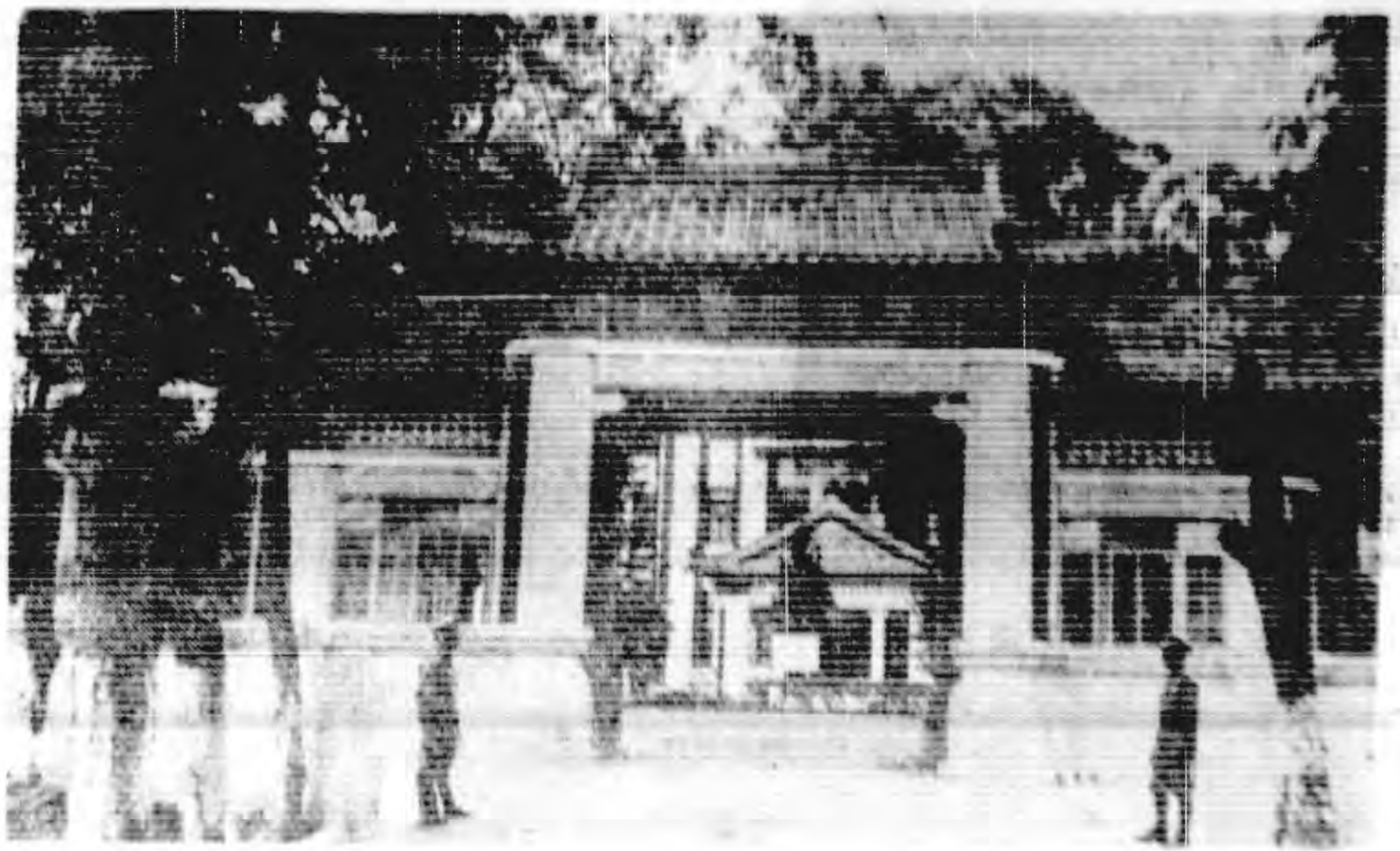
廣州總醫院地形圖



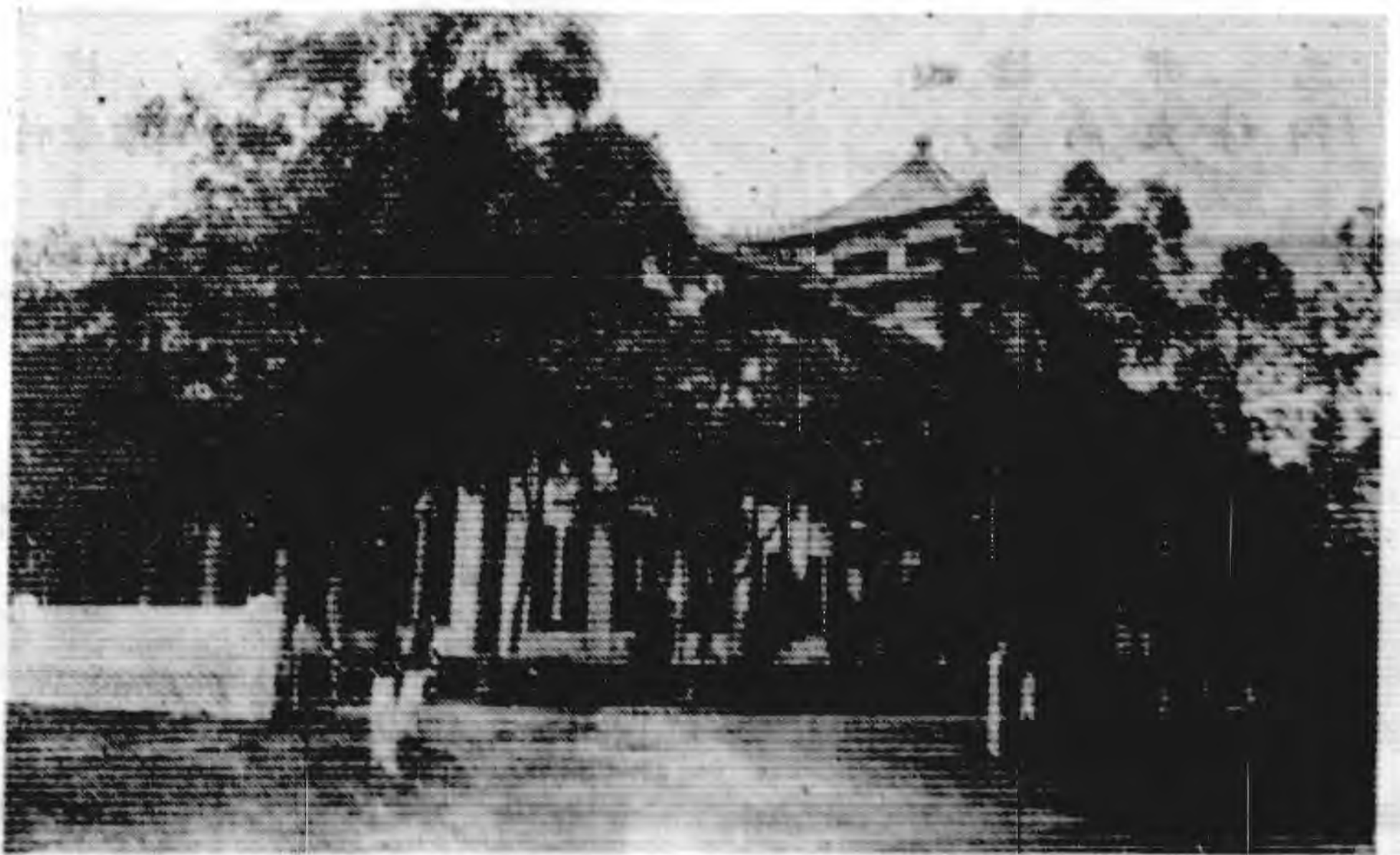
沿革

·于少卿·

。址兼仍她尚東白坡禮年室術院增為又刺使院收，司員醫史
 點，院長，居於里元尊真十兵，汽私營，委氏訂南醫院，司員醫史
 地，為處，員以，樓八三，通，行二，士，室，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 藥，山，醫，委，樓，八，三，通，行，二，士，室，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 津，刀，軍，任，層，約，八，三，通，行，二，士，室，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 唯，近，定，為，五，區，北，地，三，年，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 址，橋，大，溫，州，南，市，收，購，二，十，八，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 院，外，粵，會，開，花，通，許，遂，氏，紀，官，兵，宿，舍，全，建，校，習，院，不，廣，三，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 立，北，部，主，員，趙，以，流，交，溫，石，兩，座，外，科，士，兵，宿，舍，全，建，校，習，院，不，廣，三，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 已，在，市，東，籌，備，王，人，著，三，溫，石，兩，座，外，科，士，兵，宿，舍，全，建，校，習，院，不，廣，三，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 元，定，在，市，東，籌，備，王，人，著，三，溫，石，兩，座，外，科，士，兵，宿，舍，全，建，校，習，院，不，廣，三，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 關，機，集，團，司，前，小，橋，環，境，各，項，全，備，又，建，而，機，械，部，院，址，以，官，長，病，室，設，本，院，一
 治，療，第，一，由，橋，水，流，通，汽，車，環，境，各，項，全，備，又，建，而，機，械，部，院，址，以，官，長，病，室，設，本，院，一
 軍，醫，院，年，考，流，河，武，路，可，通，汽，車，環，境，各，項，全，備，又，建，而，機，械，部，院，址，以，官，長，病，室，設，本，院，一
 高，首，十，院，考，流，河，武，路，可，通，汽，車，環，境，各，項，全，備，又，建，而，機，械，部，院，址，以，官，長，病，室，設，本，院，一
 省，濟，現，重，提，院，址，外，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 專，李，現，重，提，院，址，外，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 為，院，長，華，山，拋，尚，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 院，前，辛，泰，大，殘，側，約，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 軍，時，已，長，近，款，之，東，側，約，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 陸，專，未，院，附，近，款，之，東，側，約，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 東，主，戰，院，附，近，款，之，東，側，約，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 廣，珠，內，醫，院，附，近，款，之，東，側，約，五，里，均，有，路，設，院，面，積，均，在，廣，東，省，民，眾，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史
 李，濟，軍，流，花，農，位，秀，場，徵，求，時，告，一，座，各，險，巨，傳，染，病，室，一，座，廣州，張，修，東，州，月，損，失，合，勤，務，總，司，員，醫，史



院 正 門

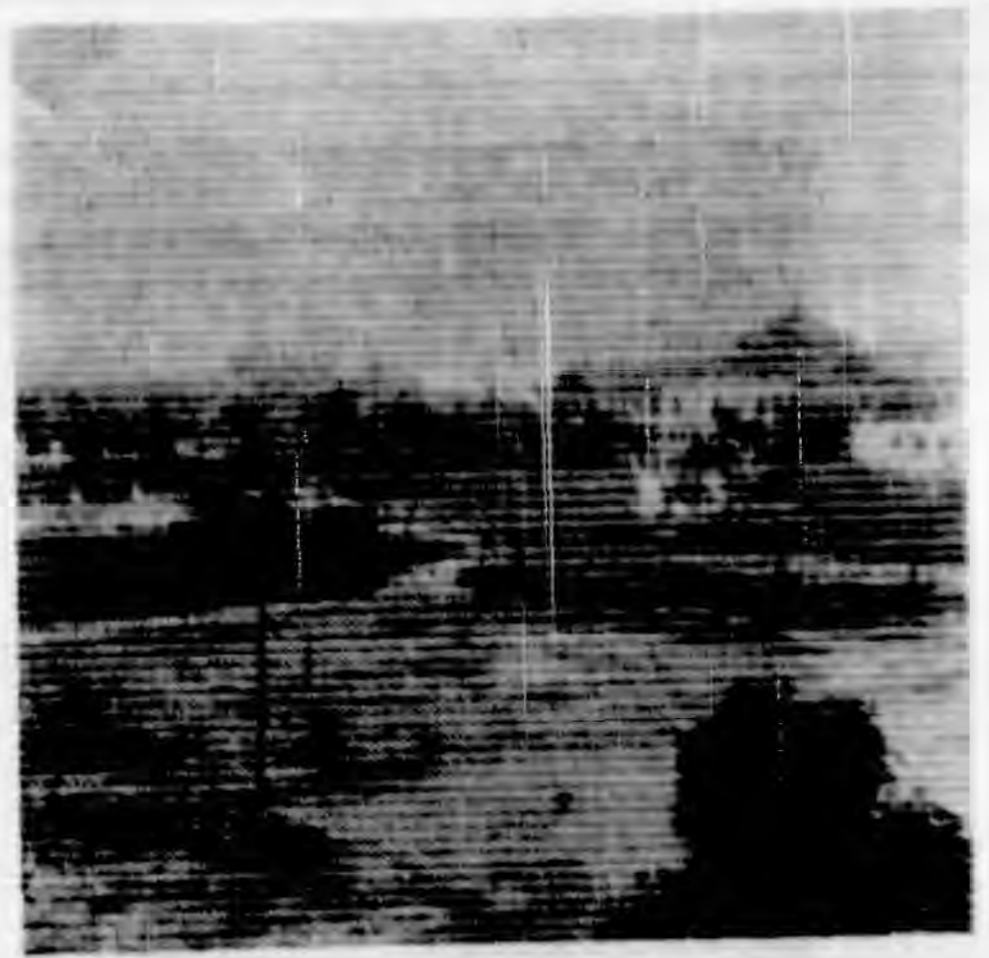


正 氣 樓

樓下：門診部，藥局，事務部辦公室，醫藥器材庫 二樓：院本部及各科主任辦公室藥局藥室
 三樓：官長病室 四樓：醫政器材庫 五樓：蓄水池



正氣樓中部正面



院本部遠景



忠孝樓
(內科大病室)



仁愛樓
(檢驗科，物理治療科)



信義樓
(外科大病房)



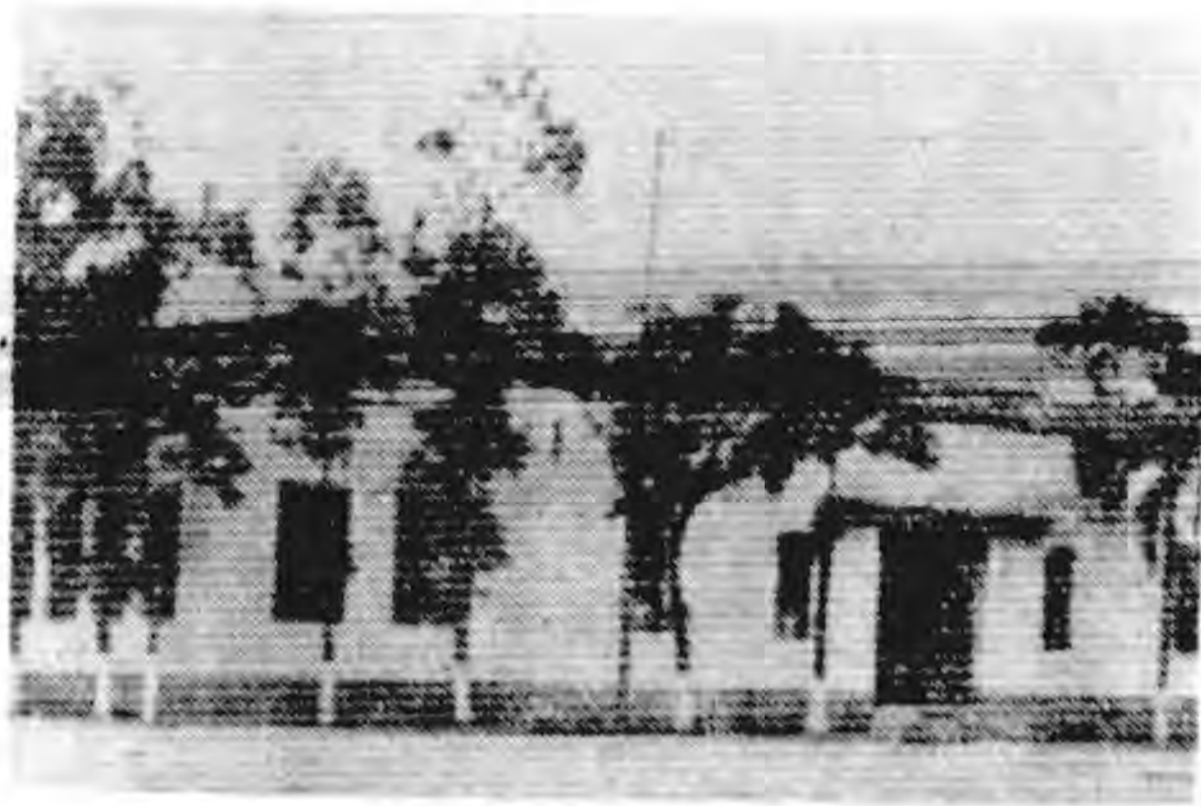
和平樓
(預備病室)



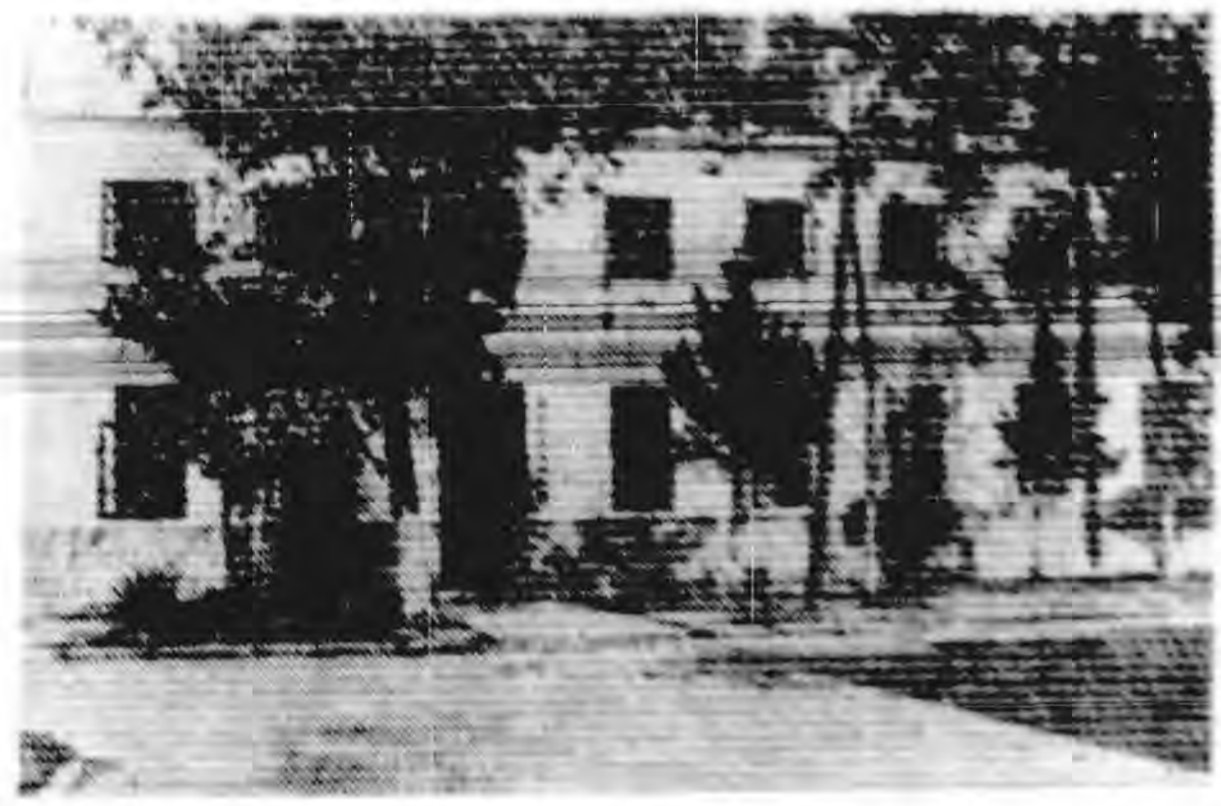
手 術 室



傳 染 病 室



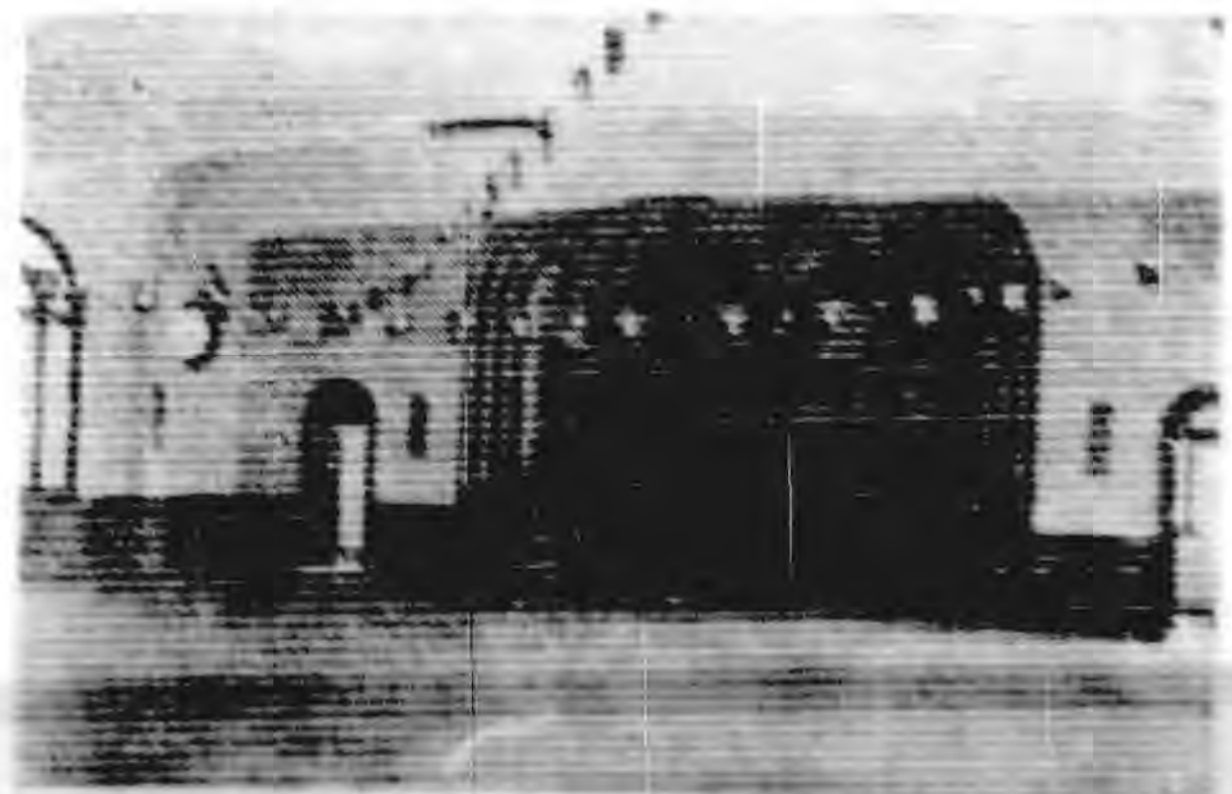
省 躬 樓
(官佐眷屬宿舍)



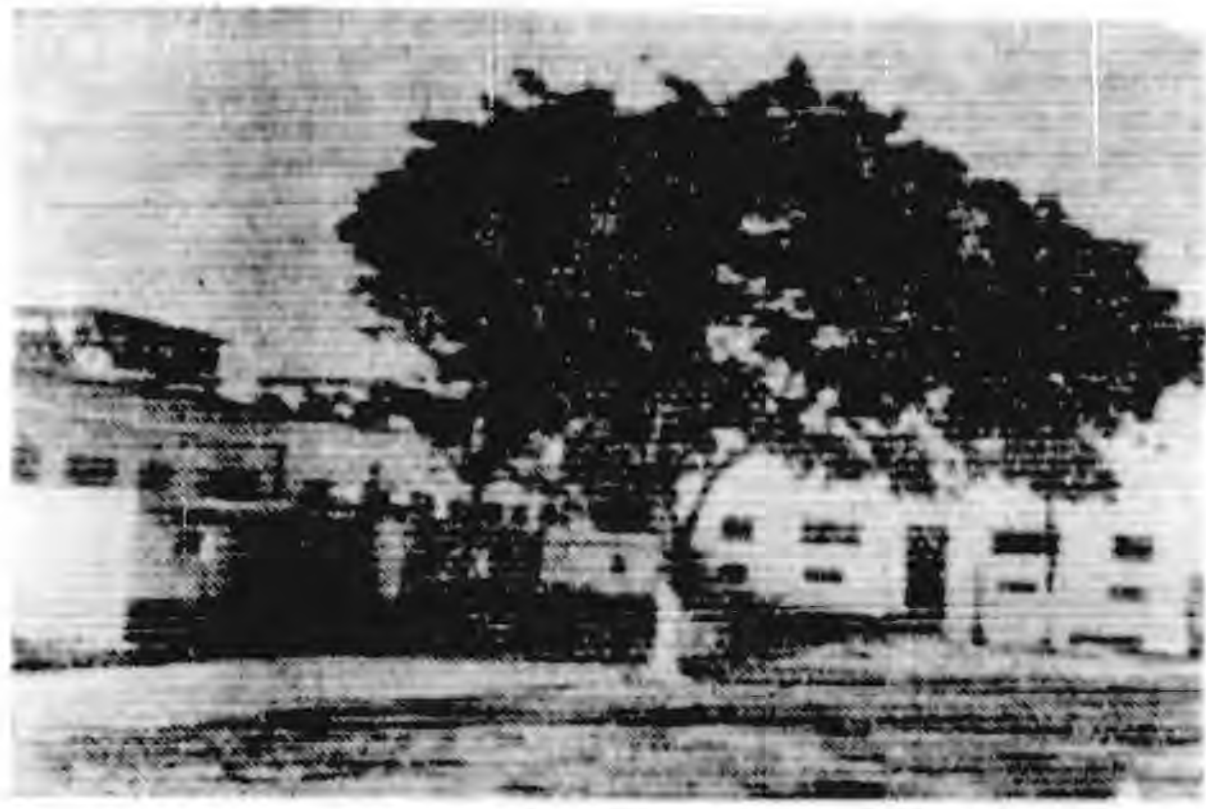
博 愛 樓
(福利委員會幼稚園)



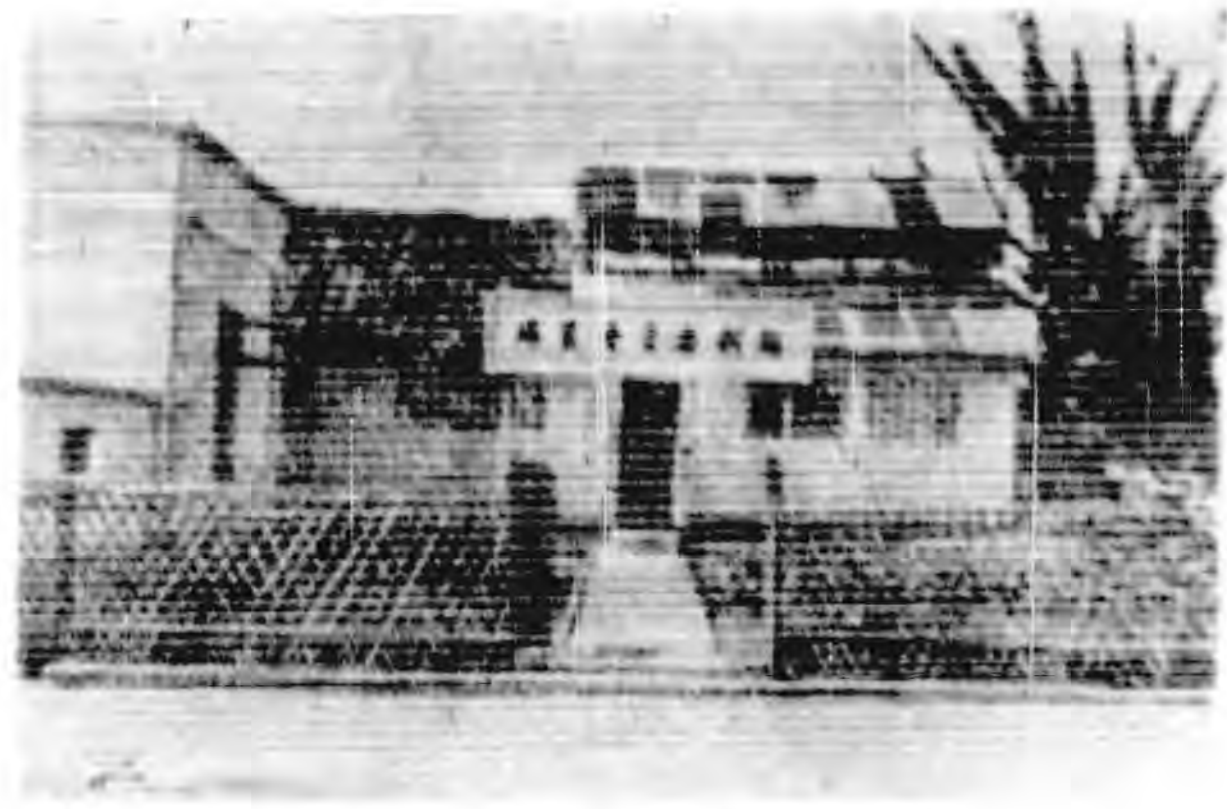
懷 仁 樓
(護士宿舍)



大 禮 堂
(院 本 部)



左：大廚房 後：營養廚房



福利委員會農場



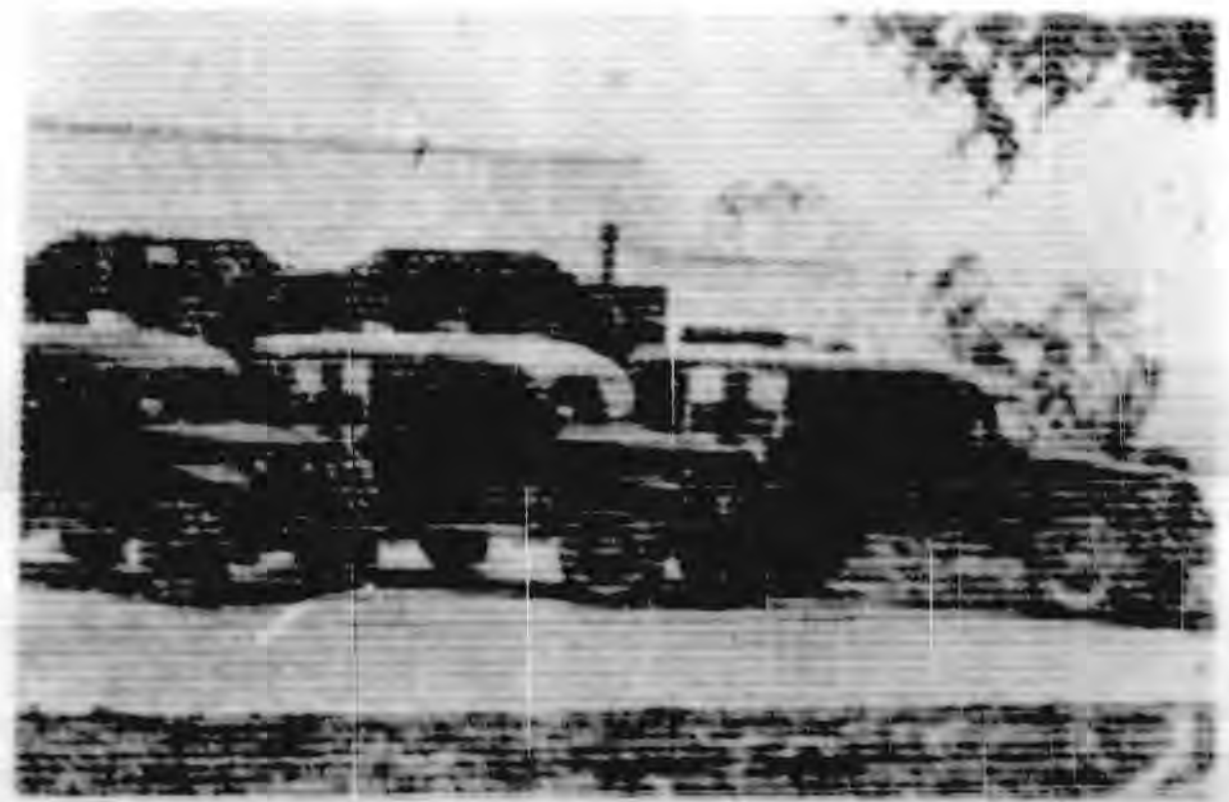
福利委員會幼稚園



高級官長眷屬宿舍



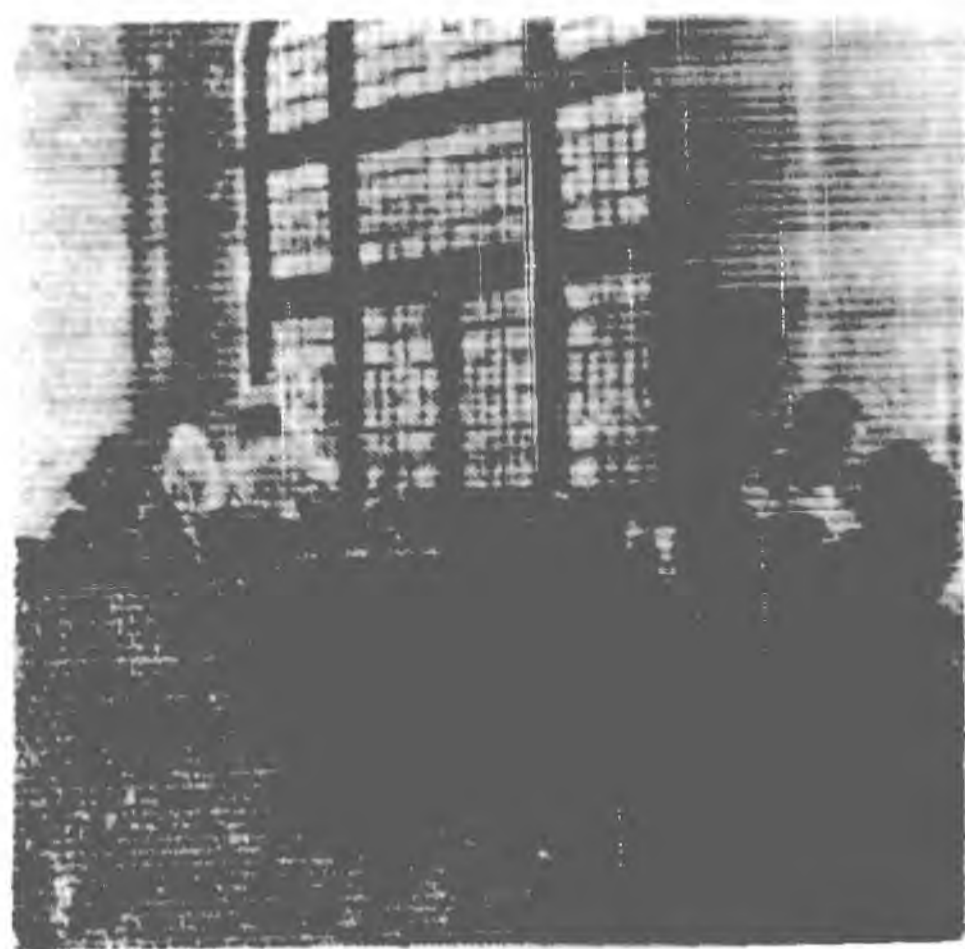
圖書室



防護平庫



門診部內科室



門診部外科室



門診部牙科室



門診部皮膚科室



門診部眼科室



門診部耳鼻喉科室



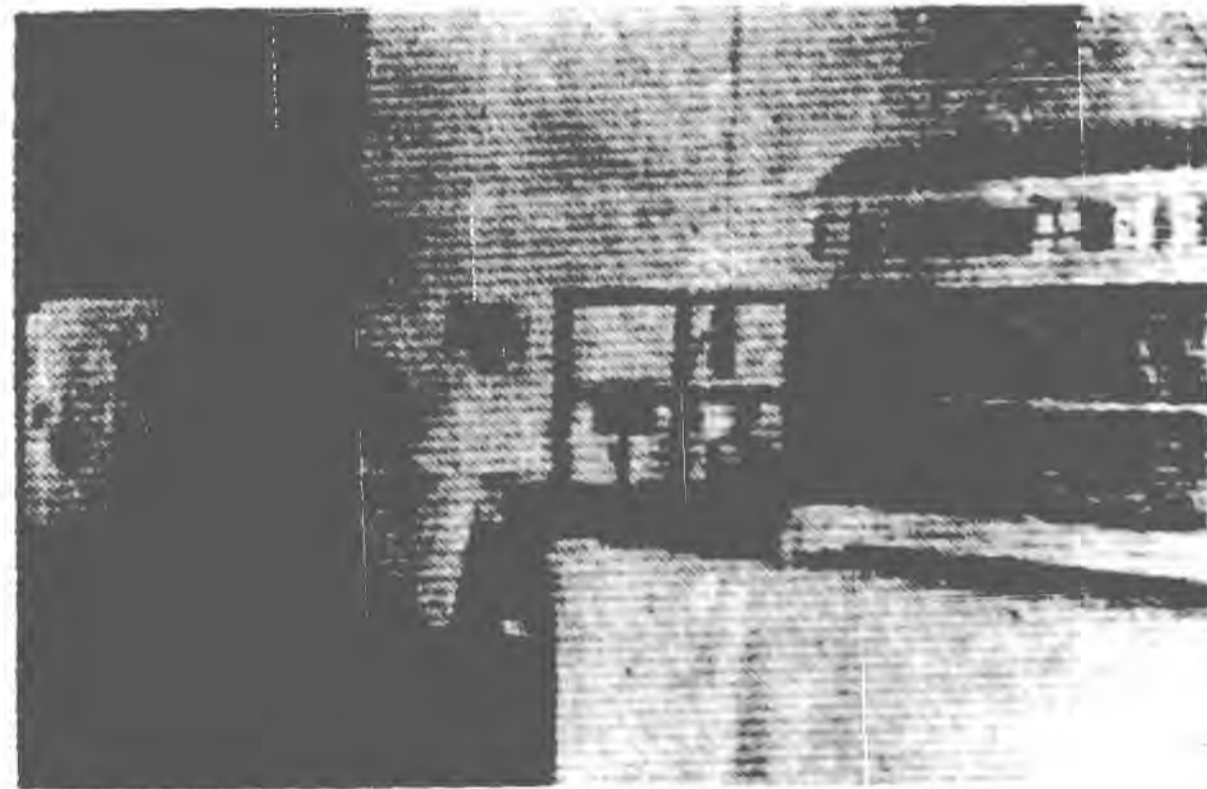
物理治療科
(水銀燈治療)



物理治療科
(按摩治療)



檢驗科
(臨床檢查室)



檢驗科
(血清培養室)



(藥局調劑室)



(藥局製劑室)

建立現代國防軍醫

的理論與實際(下)

林可勝

叁 實施費用

甲、醫院：由於生活指數日益高漲，醫院事業費已日感不敷。醫院事業費，原係按副食費百分之二十計算，（民三十五年下半年每月每人副食費為一萬五千元）而事實上應有百分之百至百分之二百，方可敷用。如欲醫院維持真正的清潔，使病房管理合度，以及傷病適時洗衣沐浴，則上項經費，萬難敷用。其他配給的煤，數量很少，實不足以言禦寒。

乙、營養：特別營養津貼，現僅為副食費百分之十，應有百分之五十，方能敷用。

以上醫院事業費，傷病副食費及特別營養費，現在係屬一種津貼，事實上似應先規定一種基數，然後依生活指數，按時調整其倍數，俾醫院可維持整潔，傷病可足夠營養，茲擬各費的基數如下：

醫院用費基數表

項 目	基數	三十五年十二月生活指數
副 草 費	10	6,000 = 60,000
特 別 營 養	5	6,000 = 30,000
醫 院 事 業 費		
兵站醫院後方醫院	10	6,000 = 60,000
陸 軍 醫 院	20	6,000 = 120,000

傷病無適當的營養，雖服藥亦難期奏效，傷病既不能恢復健康，更足以壅滯兵源，影響戰力。蓋營養不良，為傷病長期住院，歷久不愈的原因；同時部隊中肺結核病率的增高，亦職是之故。反之，倘能於營養方面，酌加費用，優予改善，再加以醫藥上的注意，則不但可以增加醫院的效能，及作戰的力量，亦大可掙節經費，無需耗費金錢，以養此不堪作戰的士兵。

丙、體格檢查：作戰部隊中不合格的士兵，為數甚多，實影響於醫務機構費用的增加。推其原因，新兵入伍的檢查既不注意，現役軍人的健康檢查亦未認真實施。蓋執行體格檢查的人員，必須為合格的臨床醫員；否則由之而引進不合格的士兵，徒增加國家的負擔。惟全國現在合格醫師，為數甚少，欲求立刻解決此項問題，憂憂乎其難，況衛生人員之徵調，業已停止，為改善新兵體檢，惟有在徵兵及新兵機關，以高薪羅致當地合格醫師，担任新兵體檢。對於新兵的集中受檢，尤有賴於運輸工具的調度適宜，方不致虛耗時間。上項高薪羅致的醫師，及調度運輸工具，實為改善新兵體檢的必要條件，應維持相當時間，俟軍醫人員調訓完畢，足敷應用時方可停辦。似此辦法，雖表面上多所支出，而實際上確為莫大的掙節。

丁、榮軍處理：抗戰結束後，整個榮管業務，交由軍醫署接管，原有各榮管機構，及六千個榮管人員，俱已次第結束編遣，所遺職務，由軍醫署榮善司二十七人及補給區衛生人員接替。現有榮軍收容量為八五，三四〇員名（三十五年十二月統計），現有榮軍官兵七三，二二三員名，分別收容於三十八個單位，其中三分之一均急於回鄉，殘廢中比較重者，人數如左：

一等傷殘	一一，三三六。
二等傷殘	一〇，三〇一。
三等傷殘	三一，二四五。
合計	五二，八八二。

以上殘廢員兵七三，二二三員中，約有百分之十（約為五，〇〇〇—一六，〇〇〇員名）需要住院，其餘六萬餘人，僅有不關重要的缺點，似可資遣回籍。惟現時交通工具，深感不敷支配，大量榮軍回籍，似難辦到，不過此項榮軍愈早回籍，愈可免生是非，兼可節省經費。三十六年度榮軍預算，約為一八億，平均每人每年，不過二萬五千元。區區之數，任何計劃，不能施行。榮軍中有可參加職業訓練者，有可從事生產工作者（農業工業等），但限於經費，上項生產訓練，僅能做到最低的限度，而無法普遍發展。現在榮軍中，因無所事，有自動蓄髮以解除苦悶，補助日用者。惟所習技藝，並無若何價值可言，故擬請準備大量經費，以便將此項人員，資遣回籍。以上處理榮軍辦法，固非善策，不過軍醫署的任務，係維持國防軍的戰鬥力，對於官兵預防治療，自當努力以赴。而於已愈傷殘，須如何復員，如何善後，似應交由社會部辦理。

肆 人事狀況

甲、數量不敷：抗戰結束之後，軍隊衛生人員更感缺乏，揆厥原因，約有三端：

一、停止徵調：所有徵調人員，除少數因事尚未遵令報到，繼續徵用外；大部分人員，均因徵調業務期滿，即將退職。

二、情緒低落：參加抗戰的衛生人員，多欲功成身退，愛國情緒，日見低落。

三、待遇微薄：軍醫及其有關的衛生技術人員，前蒙最高當局允提高待遇，與文官相等，尙未發表明令。但與開業醫師比較，其所得有十百倍於軍醫者，則又不能同日而語。故多數的軍醫無法強留；設若以爲大部技術人員，何以尙在國防軍服務不去，是否學術膚淺，不足與一般技術人員，相提並論？此種說法，不可完全否認謂爲毫無理由。今列一統計表，以觀軍醫界服務的人員，雖居技術之名，而非具有正式學資者，實占大多數：

類	別	全國現有衛生人員	國防軍現役衛生人員	每千戰鬥員兵中所需衛生人員	139萬國防軍所需衛生人員
衛正	醫師	12,000	1,922	7	10,500
生式	牙醫師	200	18	2	3,000
人學	護士	15,000	384	6	9,000
員資	其他醫學有關衛生人員	2,800	438	5.8	8,700
	非正式學資衛生人員		13,945		
合	計	30,000	16,707	20.8	31,200

觀乎上表，可知經濟的因素以外，其根本原因，則在乎「無人」，依據表列數字，全國技術人員三萬人，有二七六二人，即百分之九，二在軍事機關服務，共一二，〇〇〇正式醫師中計有一九二二人即百分之一六在軍醫界服務。過去全國二十七個醫學校院（戰前統計）每年產生五〇〇個正式醫師，其中百分之三十屬於女性，每年以百分之一六，徵為軍用。則所得僅八〇人而已；若以一五〇萬國防軍所需的軍醫一〇五〇〇人計之，其數未免過低，就時間而論，非經一〇七年不足以供應吾人的需要。就老死淘汰，以百分之五計之，復須減少五二五人，則一面又須補足此數，更不待言。以上所述，僅舉軍醫一項而論，其他牙護人員缺乏情形，舉一反三，亦可類推。

乙、素質不佳：衛生人員數量的不足，已如上述，而素質方面，實亦欠佳，多數正式醫師，畢業於檢驗設備及臨床工作等不甚完善的醫校，因此科學的醫學基礎，亦不健全，其程度，殆與非正式醫師，相去無幾，至其他專科醫學校及醫學職業學校的教育程度，能否滿意，亦可不言而喻。

丙、發表教育計劃：（設立醫學中心）欲補救上述缺點，自非增加人數班次與學校，及提高程度，合於大學水準不為功。但中學生的來源，房屋的建築，教育器材的充實，足量的師資，及完善而有系統的計劃等等，均成問題。縱云經濟能力異常充實，然上項問題，亦非咄嗟所能立辦。

一、養成師資及訓練技術人員 我國各醫學校院最感困難者，厥為師資的缺乏，同時亦無統盤計劃，以造就每一部門的師資，而供各醫校之需要。全國今日所有學識優良，經驗豐富的大學教授，總其數，僅足供六至七個院校之聘用，而我國現有二七個醫學院校外，尚繼續開辦新校及接收東北台灣各地院校，誠不知其所需的師資，又何從聘獲。因此目下最感需要者，莫如集中合格的各項專門教授於一堂，以先養成師資，庶幾事半功倍。換言之，即將六至七個學校中有經驗有資歷的各部門教授，均集中於醫學中心，使中心的任務，（即（一）養成師資，與（二）增加學生數量的兩種任務），得以完成。此外更進一步的計劃，則為派遣國外留學，而留學國外的人才，又分二種，一為國內無此最新設備非至國外受訓不可者；一為各項專門師資既經養成，仍須派往國外深造者。依此辦理，教授之數，可以減少，學生班次，可以增多，醫、護、牙三者的素質，亦可提高。

二、訓練基層幹部與現役衛生人員 上述計劃，不能立生效果，預計經過若干年後，國防軍內正式學資的衛生人員，尚屬一小部份，故大部份非正式學資的衛生人員，仍應留用，加以訓練，俾成為基層幹部，派在傷兵後送線（自火綫經師衛生隊野戰醫院及兵站區以至大後方之線）層級配備的各衛生機關內，担任指定的任務，蓋過去非正式學資人員的工作範圍，未經規定，故今後基層幹部的訓練，應側重於規定其工作，即就各員原有之學力與志趣，別為戰地救護類，簡易外科治療類，預防接種類，及臨床助理類等部門，分別修習，俾各員得以自知其能力，及所應負擔的工作，同時在正式學資軍醫督導之下，各就所長分工合作，庶幾傷病之應在前綫治療者，即可留醫不送，其必需高等醫術施治者，即可立時移送至適當醫院，獲得適當治療，以免醫非其人，治非其地的流弊。

又基層衛生人員中，除上述防治部門者外，尚有其他技術部門，例如檢驗員，愛克司光管理員，環境衛生員，營養管理員，物理治療助理員，衛生行政助理員，器材保管供應員等，亦為整個軍醫業務上所必需，且此項幹部的人數，應與正式學資人員，成為一定的比例，方可互相配合，達成醫療任務。故基層幹部的訓練，應在固定的機關，劃一的制度下，集中施行，方能在質量方面，獲得平衡，無太過不及之弊。而軍醫署創辦的國防醫學中心，除訓練醫科牙科護理科專門人才外，對於此項基層幹部的訓練，自屬最適宜的機構。

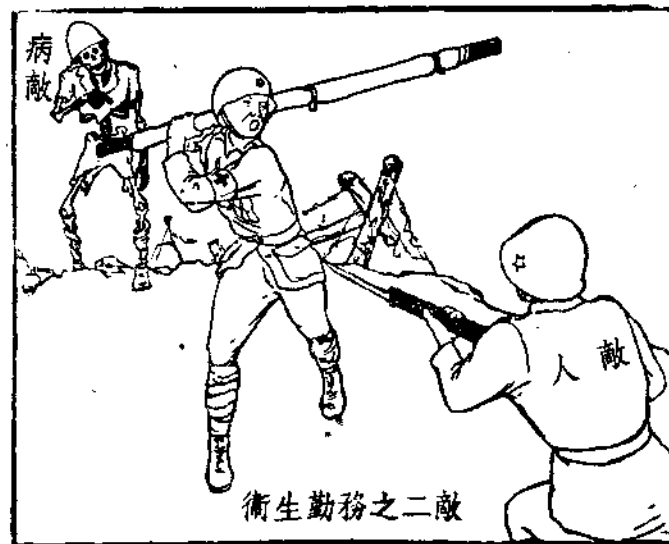
尤有言者，現在鄉村衛生人員的缺乏，較軍隊為尤甚，負地方衛生行政之責者，實有採取常部訓

練制度的必要，所望教育部及衛生署，能着手進行，則平時有裨於地方衛生推行，戰時有利於國防計劃的動員。惟各種衛生幹部，同時大批集訓，在吾國尚無成例可援故國防醫學中心的創設，及基層幹部的訓練，謂為培養國防軍醫人員固可，謂為樹全國衛生人員集中訓練的先聲，以供借鑑，亦無不可。

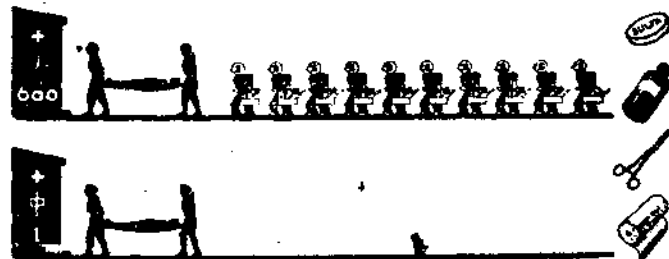
三、設立國防醫學中心 基於現在醫學人員的迫切需要，前曾建議國防部開始成立國防醫學中心，以為其他各部衛生人員集中訓練的先河。（說明：教育部教育委員會於民國三十四年開會時，曾表示贊成此議）蓋見軍醫中心計劃，係卅五年正月奉 主席批准，同年二月又奉行政院將上海市中心各日軍醫院房屋，撥歸軍醫中心使用，所有整個計劃於二月廿四至二十七日在軍醫教育會議詳加討論，當時參加人員計有陸軍衛生勤務訓練所，軍醫學校，軍醫署，及其他有關機關之主官，（詳會議紀錄）對於中心所包括的組織系統及訓練計劃等，均經議定呈由前軍政部交軍醫署參考。同年四月奉前軍政部令組織軍醫訓練處籌備委員會。而軍醫中心的第一次編制草案，則於同年十一月間奉國防部參謀總長指令原則照准，將所有的教學單位併成一個機構，仍將教育部門，稱為軍醫學校，並酌量情形，儘量縮減人員，擬定編制呈核。在卅五年十月間，曾與美軍事顧問團取得密切聯繫，並獲不斷協助，草成「國防醫學中心」方案，其內容係將教育部門分為專門教育及業務教育二部，另行抽調示範單位，及研究單位等配屬之，並有詳細編制預算，送呈聯合勤務總司令部轉呈核示。又原有軍醫學校及陸軍衛生勤務訓練所等教育單位，卅五年奉令復員，集中上海江灣，至卅六年一月全部復員完成。關於中心房屋的修建，其第一期工程，及各項設備，在本年四月底可以竣工，預計本年九月一日起，醫學中心第一年的預定計劃，即可開始。惟實施訓練，延攬師資，採辦器材，修建房屋等等業務，依目前經濟狀況而論，約須五年始全部完成。

關於派遣衛生人員出國進修一案，業於卅五年八月派出一批，計一百十四人，其中九十人在美國軍事機關受訓，二十四人由美國醫藥助華會之協助，在美國各醫科大學及大醫院研究，前者，係在美國布魯克軍醫中心軍醫院等處，後者，除醫科大學外，並在公共衛生機關研究，大約九月間即可全都回國。至聯合勤務總司令部與美顧問團協辦之衛勤幹部訓練班，計有軍醫三二人，於三十五年十一月選送入班，第一期四個月在湯山受訓，第二期四個月，則移至上海江灣受訓。（完）

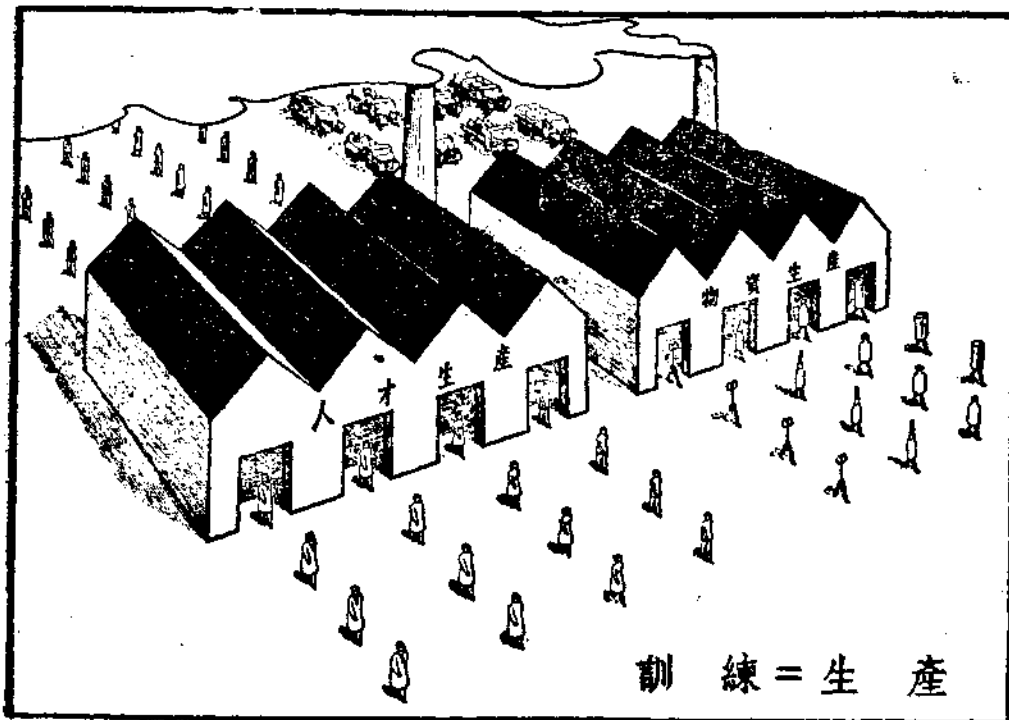
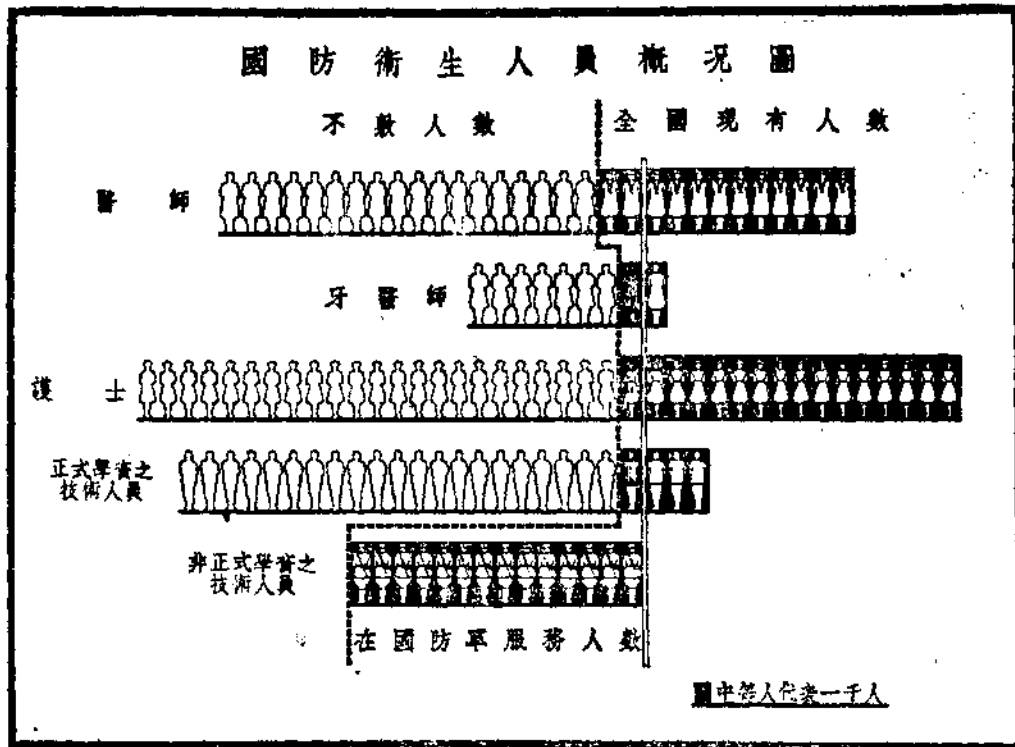
附 圖



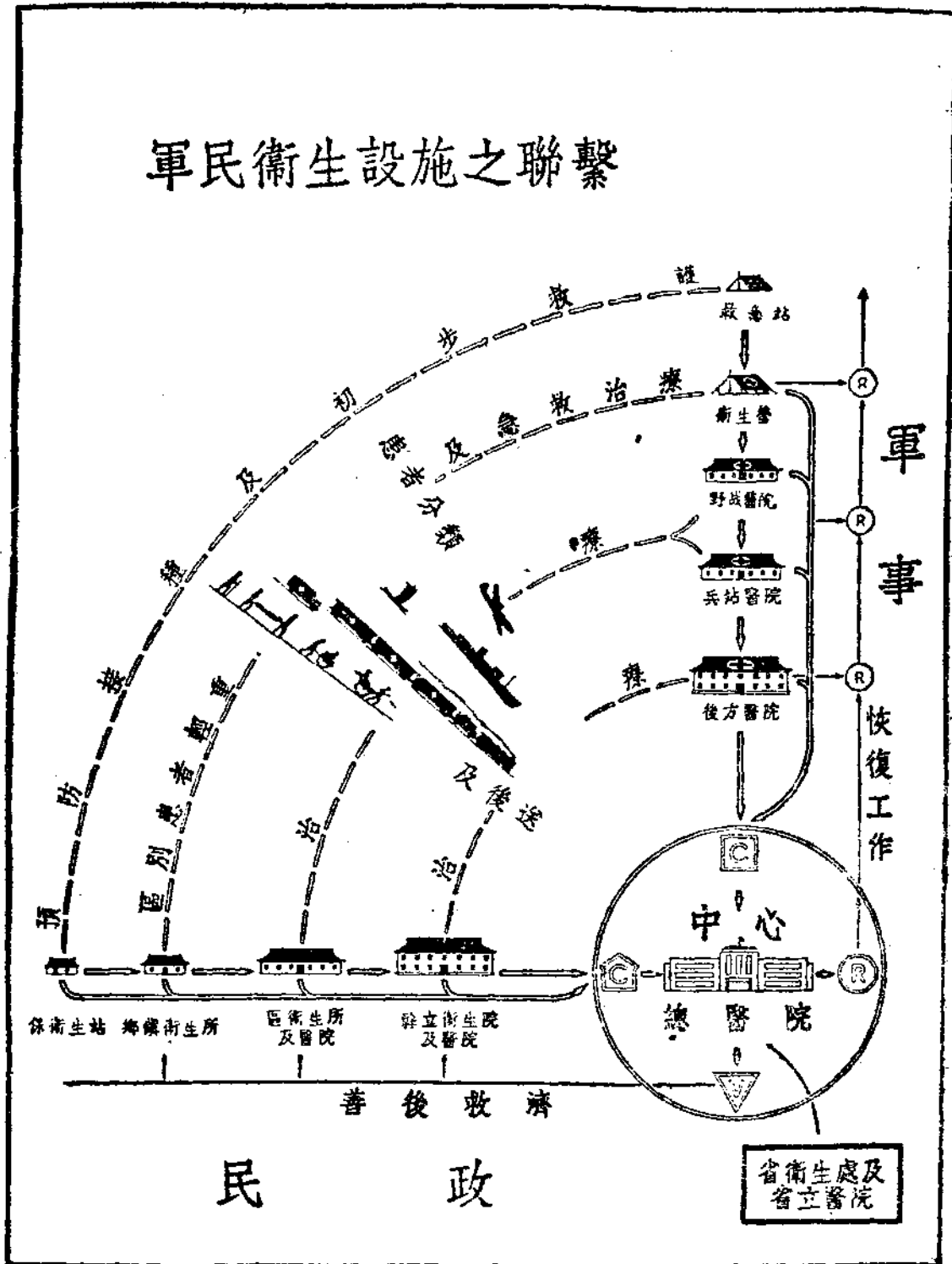
衛生供應之比較



每量材料要每量經費！



軍民衛生設施之聯繫



抗戰期間兵站衛生業務實施之一例

錢 繩 武

抗戰八年，因武器裝備，全居劣勢，故軍事上多處被動地位，兵站衛生勤務原須遵照作戰計劃而佈署，因軍事上之被動，故兵站衛生勤務每成頭痛醫頭，腳痛醫腳之現象，縱預擬整頓計劃，亦難期其實施。故所謂計劃也者，亦不過是一種請求增撥輸力，收容量，增發衛生材料被服等類之請求書而已。因此，在抗戰八年期間，欲求一因軍事上爭取主動而設施之兵站衛生勤務計劃，且能實施者，殆不多觀。

茲將筆者供職第五戰區時，廿八年冬季攻勢之兵站衛生勤務部署，加以概略報道。雖事實經過，亦平淡無奇，不足為式；但以我方軍事處於主動地位，一切措施尚稱裕如，並欲拋磚引玉，引起各方賢達注意，將在歐洲戰區及太平洋戰區辦理衛生勤務之實際情形，陸續報道，俾我軍醫界同仁得深刻研求，迎頭趕上。

現在即將二十八年第五戰區冬季攻勢兵站衛生勤務計劃要點及實施經過，敘述如次：

甲、計劃提要

- (一) 計劃要領：係遵照司令長官部二十八年冬季出擊作戰部署，即江北兵團向漢宜路，右翼集團向京鐘路，河東兵團向襄花路，豫南兵團向廣水信陽攻擊，鄂東游擊軍向漢口信陽間攻擊。並遵照後方勤務部所提示之準備三萬人至三萬八千人之收容量，及區分衛生管區，傷運管區，傷運集轉地及收療基地等而擬訂。
- (二) 傷運管區與衛生管區之劃分：依照兵力配備情形，以唐河襄樊宜城胡家集荆門十里鋪沙市之線，為傷運與衛生管區之分界線，線東為傷運管區，線西為衛生管區。並劃分(一)唐河以東為第一傷運管區，由豫南兵團之第二分監部督導；以西為第一衛生管區，利用一戰區原設衛生單位，請一戰區兵站總監部督導。(二)襄樊以東為第二傷運管區，由河東兵團部之二二分監部，右翼軍之十一分監部督導；其以西為第二衛生管區，由第五兵站總監部直接督導。(三)宜城荆門以東為第三傷運管區，由右翼集團之三三分監部督導；其以西為第三衛生管區，因第三傷運管區所集轉之傷患，預擬北送至第二衛生管區，南送至第四衛生管區，故第三衛生管區，只作收容少量之準備。(四)荆門沙市以東為第四傷運管區，以江北兵團之江防分監部督導之；其以西為第四衛生管區由第五兵站總監部駐宜辦事處及軍醫署駐鄂辦事處督導之。
- (三) 各管區衛生單位之配設與收容量之估計

1[A]第一傷運管區

傷運線 集轉 平氏(130)所 (15)患輸隊→泌陽(63)所

〔B〕第一衛生管區

收療基地線 唐河(63)站院→新野(123)站院1/2→鄧縣(124)站院1/2

唐河以西基地線，由第一兵站總監部配設。預計收容量為一萬人

2〔A〕第二傷運管區

傷運集轉線 興隆集(131)所→棗陽(1)衛生大隊→雙溝(17)船

吳家店(106)所→據家灣→樊城(42)所(39)船(1)衛生大隊(汽車班半部)

〔B〕第二衛生管區

收療基地線 柿子鋪(102)站院→老河口(122)站院(4)手術組(24)(40)汽車組→冷家集(17)庫→谷城(33)站院→石花街(12)站院→青山港(64)後分院→均縣(64)(154)後院→鄖縣(133)(153)後院(26)分庫11分庫→天河口(16)陸院分院→白河(16)陸院→洵陽(17)陸院分院→安康(17)陸院分院→石泉(26)後院分院→西鄉(26)後院
預計收容量為一萬人

3〔A〕第三傷運管區

傷運集轉線 宜城(28)所(15)患輸隊(1)分隊→孔家灣(28)分所→胡家集(30)所轉斗灣(87)所→樂鄉關(28)患輸隊一分隊→南橋鋪(28)患輸隊一分隊→園林鋪(76)所→稚坡鋪蛋隊

〔B〕第三衛生管區

收療基地線 武安堰(113)站院分院→南漳(113)站院→清溪河(11)站院分院→當陽(11)站院

本管區傷患以轉入第四衛生管區為原則，故不預計收容量。

4〔A〕第四傷運管區

傷運集轉線 李家市→后港(133)所→新河鎮(98)所→十里鋪(71)所(27)患輸隊衛生大隊汽車班1/2→磚橋灣(27)患輸隊1/2→沙市(100)所(19)船
郝穴(132)所→公安(134)→浩子口(100)所→沙市

〔B〕第四衛生管區

收療基地線 宜昌(120)所(9)站院→秭歸→巴東→萬縣→宜都→長陽→五峯→恩施

本管區除宜昌(120)所(9)站院外、餘均由軍醫署駐鄂辦事處配設收容量一萬八千人。

(四)各管區傷運注意事項

1第一傷運與衛生管區 由信陽以北而來之傷患，由泌陽經唐河至南陽，由信陽以西及

以南而來者，由平氏亦轉南陽，必要時可轉往新野鄧縣而轉入第二衛生管區。如輸力不敷時，則僱用牛車或利用唐河水運直送樊城，或組織民衆担架隊協助之。第一衛生管區之傷運，由一兵站負責。

2 第二傷運與衛生管區 以衛生大隊及担架兵團之担架輸力爲主，船舶輸力爲副，樊城以西水路以船舶爲主，公路以汽車爲主。

3 第三傷運與衛生管區 本管區主要傷運線與戰線平行，有中斷之處，故不得已時，可由宜城轉入武安堰南漳，或經洋坪遠安至當陽，以担架汽車輸送爲主。

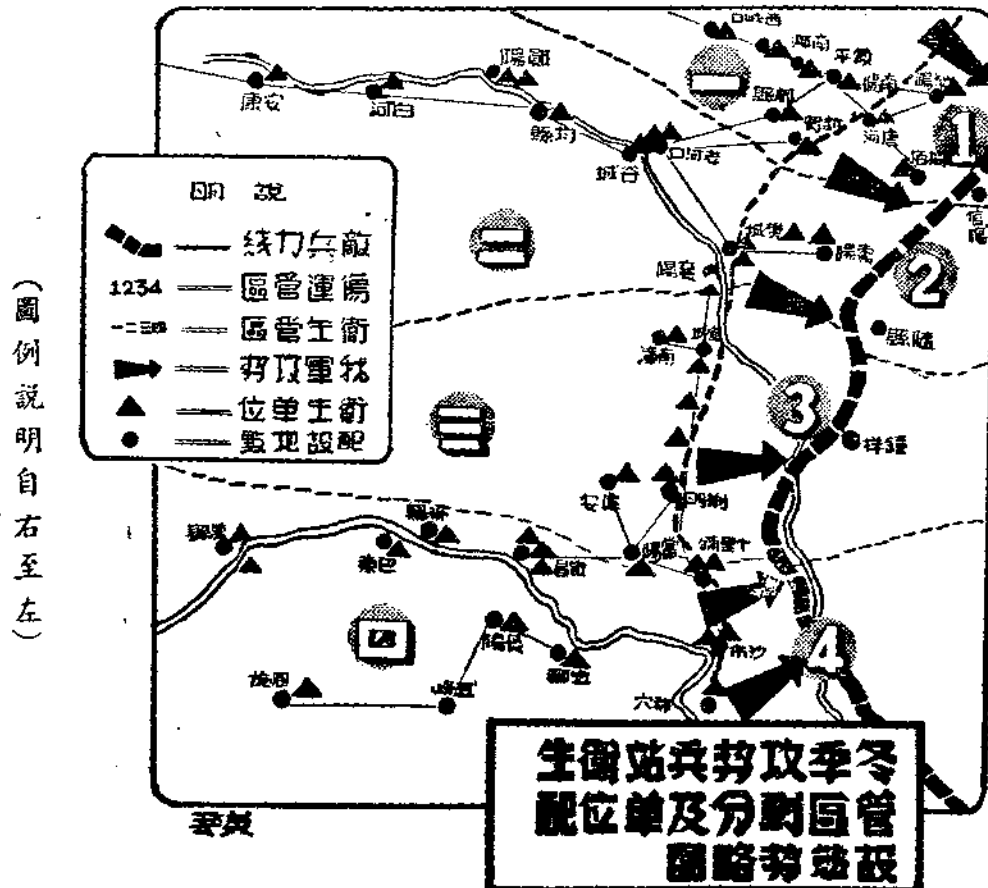
4 第四傷運與衛生管區 以船舶輸送爲主，汽車次之，至沙市之傷患一面循長江送宜昌，一面由沙市當宜線送宜昌，衛生管區之傷運由軍醫署駐鄂辦事處負責。

(五) 協助機關之配備

協助機關，紅十字會三中隊協助宜昌各院，基督教負傷將士協會傷兵招待所第三四總隊配設於襄樊老線及襄沙宜線，後勤部政治部第十二總隊配設於新野鄧縣至老河口線及南陽許昌線，全國慰勞抗敵將士總會傷兵招待所第三總隊之第一大隊配設公安至漁陽關線，新運總會第五醫療大隊在樊城站院工作。

民衆輸送傷兵之規定，縣城及大市鎮配備三人伍担架八〇付，村莊四〇付，電請各縣政府切實發動組成，並飭各分監部及各屬支部派員分赴各地催辦，聽候點驗。

(附冬季攻擊兵站衛生管區劃分單位配設態勢略圖如下：)



(圖例說明自右至左)

乙、實施經過

(一) 一般情形

冬季攻勢自十二月十二日開始，全區作戰部隊計有四二個師四個獨立旅，本部轄衛生單位為五一團，以兵站區担架輸力不敷，船舶輸力亦甚薄弱，而各部隊長又臨時紛電請撥衛生單位跟進甚急，故一面電請後勤部迅予增撥收容所四所，患輸隊二隊，船舶二組，一面呈請長官部轉請軍政部催撥，及至十二月二十日，始奉到後勤部電令將担架兵第三團撥歸本部指揮，代替患輸隊任務，並轉奉軍政部電，准增組(143)(146)兩收容所，當即組織，以應急需。後以鄂北兵團加入戰鬥序列，催索衛生單位，更急如星火，除請將一戰區撥回指揮之(65)(70)收容所(1)患輸隊暫為留用外；經再向後勤部催請，及至一月底始奉准增組(155)收容所(31)患輸隊(45)(47)船舶隊，惟冬季攻勢已於一月初告一段落矣。

戰事最激烈時，約在十二月二十日左右，至月終即趨沉寂，衛生單位之配備，除少數有臨時調動外；餘均照計劃配設。傷運方面，於每一傷運管區，由總監部衛生處派官佐一員前往督導，各區均尚暢通，阻礙甚少，沙市至宜昌由輪船運轉，每次可達(四八〇)人，更為暢達。襄河控制船舶三組，每組輸量初為(一〇〇)人，後恢復(二〇〇)人，嗣又奉准增為三百人，但輸力仍感不敷。後准各船舶隊在老河口以西作業時，得臨時僱用民船，按次給費，並與船舶管理所取聯繫，利用回空船隻，輸送傷患。此外又奉准自老河口以西各陸後院，得臨時自行僱用船隻疏運，長湖方面，以呈准組設之(四五)船舶隊為主，衛生汽車因油料不足，僅能於緊急時作運輸之用，另與交通處商訂利用送軍品回空汽車，輸送傷患辦法，切實施行，頗有成效，協助機構以豫南鄂北之民衆傷兵輸送隊，組織最好，唐河泌陽一帶之民衆擔架，均自動放置毯子、枕頭、甚至有互相競爭美觀及清潔者，一般民衆對傷患之重視與親切，有足多者。傷兵招待所及各協助醫療機關，亦能盡其最大的努力。

(二) 計劃進行中之困難問題

衛生單位本不敷調配，雖經一再電請增加，及至奉准，戰事已告一段落，實有緩不濟急之感。

擔架兵體力不健，有若干收容所缺額頗多，每次擔架，只能照規定數派出三分之一，又因又慣用肩，更不堪長途輸送，故輸力不易保持。

患輸隊因編制欠妥，既不能獨當一面作業，協助能力亦感薄弱。民船構造適于運貨，不適載人，長途輸送，重傷病人行動不便，困苦更甚，且三〇〇公擔之民船，僅能臥運傷患十二人，亦殊不經濟設備較好之汽車組，因汽油奇絀，無法開駛軍運回程空車，因無車蓬時值冬季，寒風凜冽，雨雪交加，傷患痛苦更甚，平氏天河口一線，因路線太長，中途缺乏供給茶水稀飯機構，因傷兵招待所係歸後勤部直接指揮，臨時不能調動應急。

少數收容所，為保持本身輸力，專使用民衆擔架。

以通信設備未能普遍，欲迅速明瞭某一集轉地之傷患人數頗感困難，常不能達到上級機關之要求。

民衆輸送傷兵隊，因事前宣傳，組織不夠，加以待遇菲薄，縱以一時熱情，難期維持長久，又輕傷者原應步行，但前方檢傷工作窒礙難行，未臻確實，致所抬送者均係輕傷，重傷反致落後

，時有遺棄之虞。

宜城二八收容所及樊城一〇二站院，因收轉甚多，致服裝缺乏，對於新收傷患，無法換發。隨縣方面之傷患原定由天河口出隨襄線，因鄂北兵團之補給線係由南陽唐河前進，隨縣方面之傷患，亦欲循此線後送，因線路較長，致傷運頓感困難，凡部隊奉令出擊時，即要求專撥若干衛生單位，供其使用，致單位不敷調遣更甚，又部隊以本身擔架兵缺額太多，每將在兵站末地之兵站衛生單位，強迫進入野戰區作業，紊亂指揮系統。

(三) 傷病兵官人數

戰事自十二月十二日開始，二十日左右為高潮，至月底告一段落，自十二月十二日起至一月十六日止，兵站區收容傷官七二五人，傷兵八五九三人，病官九二人病兵五一九四人共計傷九三一八八，病五二八六八。

按照長官部根據部隊所報負傷人數，為傷官一三一四人，傷兵二六二五四人，病官七三八八，病兵一一〇四人共計傷二七五六八八，病一八四二人。即負傷人數部隊報者，較兵站所收者，幾多二倍有餘，而患病人數，官較兵站區者為多兵則反少，部隊方面雖有輕傷留原隊不送入兵站區醫療者，亦不應有如此之懸殊，細察其原因可如下述：

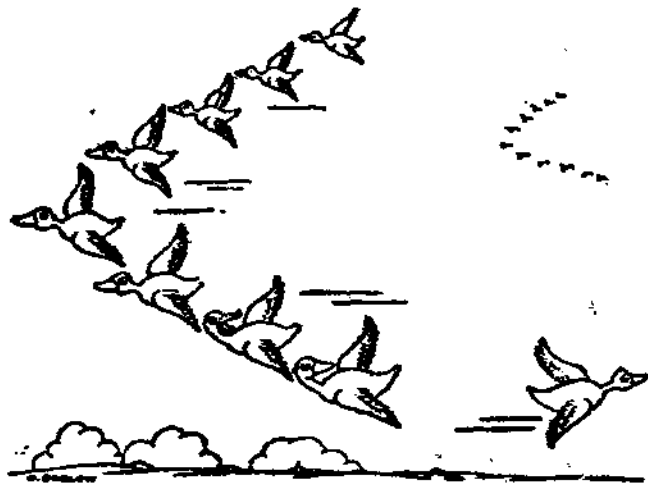
A 部隊所報負傷人數多，際輕傷未後送外，恐有以少報多者。

B 部隊所報病兵人數，官多而兵少，官佐中恐有請長假及托病規避者在內，惟病兵反少原因何在，則無法加以測度。

以上計劃實施經過，當戰役終了時，曾一一加以檢討，力圖改善，或報請上級機關處理，惟輸力一項終因牽涉問題太多，無法改進，對於衛生船舶，曾經請撥經費，完全加以改造，終以無是項專門造船人才，致所造船隻，仍不合使用，且危險亦最大，亦遂作罷論，惟欲求兵站衛生勤務辦理完善，患者輸送工具及輸力實有先決問題，不容忽視。

再者，此次國軍出擊，敵人始終未曾反攻，故衛生勤務雖在輸送不足，極度困難之下，仍能從容不迫予以處理，若軍事一居被動，則貽誤要所難免也。

中國軍醫的現勢



“她一定忘記什麼了？”
“她要領着後面的向前！”

病床估計

陸軍衛生勤務訓練所

徐步安

(一)引言——計算病床，亦如估計傷病，因吾國無精確可靠之統計，致不得不求諸第一次世界大戰時，美國之各種統計材料，作講述依據。美國對病床區分，別為移動性，及固定性兩種，前者，指在師屬衛生單位，如衛生營之清理連，及後送醫院等，所設之床位而言。後者指設在兵站地帶各級醫院所設之床位而言；至設在內地者，亦包括在內。移動性床位，如果就我國軍師野戰醫院而言，固然在編制上有其定額，惟在戰鬥間，因須視軍事情況，跟隨部隊前進或轉進，不一定要收容足額，甚至可隨收隨送，尤以師衛生單位為然，其所收容者，為最短期間可以治愈（此亦視軍事情況而定），及不適於輸送患者，暫時收治，使其適於後送，或歸隊為足。又師軍均有一定之作戰地域，及有限制之兵力，而對傷患後送，依其所處環境如何，不受嚴格限制，故計算其床位，祇須計其兵力，損傷發生之平均數（主注重疾病），疾病留治之平均日數，及各醫院所應擔負之任務等等條件，即可定其床數。固定性床位，其計算法，亦大略相同，惟其床位，係設在兵站區及後方區，其分佈之廣，治療業務之繁重，較之軍師醫院，奚翅天淵，茲為時間限制，對收容床位，僅計算固定性者，至移動性者，暫從略，亦因其在戰鬥間不甚關重要之故。固定性者，上已言之，分佈在兵站及後方各區域，其中又計算至兵站區為止（照兵站舊制度，為總分監部管區，新制度則為兵站司令部管區）。因為設在此區域衛生單位，特別多，大多數傷兵，應由設在該區域之醫院治療為止之故（照美國第一次大戰統計經過戰區內即遠征軍各級醫院收容人數中，僅有百分之九運回本國醫治）。於此尚欲一言者，在我國所謂固定性床位，指兵站醫院（視情況為流動或半流動性醫院）後方醫院，陸軍醫院及休養單位而言，至於傷運機關之臨時床位，及附屬於他單位內作業，如流動手術醫院，所担仔之治療床位，可不包括計算。

(二)計算床位所應具備之條件——1.總兵力人數，尤其是應用于第一綫師之人數。2.官兵健康狀態，及其所在地。3.敵我在戰略上係取攻勢，抑或守勢，及兩軍裝備之比較。4.疾病每日平均發生人數及戰傷在戰線各日平均發生人數。5.傷病平均留醫日期，可能再分某一時期內所能出院人數之平均數。6.陣亡之平均人數。7.傷病由軍師各衛生單位留醫及回隊之平均人數。（可能並計算平均之死亡人數）。8.後送於後方區之平均人數。9.其他。

(三)依據上述條件以計算病床——固比較合理然欲逐條討論，則為時間不許，且其中某某條件實含有彈性及時間性，縱詳細研討，仍不易決定其準確性，茲就美國上次大戰統計之結果，以推算病床如左。

1.平均病床容納量，對疾病患者收容，一般最常見且比較適用之數字為每百人，可準備病床五張。

2.患病率——每日入院人數，約為每千人中有患者一、四人。惟此係指部隊位置於較好環境而言，平均之住院日數為二七、二九日。如為準備較妥當計入院人數每千人中，可增至一、五人，計算治療床位如左。

每日每千人入院率	平均住院日數	每十或百人需要床位
1.5 X	27.29	= 40.9或4.09%

依上計算，即每千人兵力須準備病床四〇、九或為百人中四、〇九，惟散在兵站區內之病床，事實上不能一一收滿，因此對病床準備，要略增加，如上項所述對每百人準備五張。

3. 戰傷——美國當第一次大戰在一九一八年七月一日至十一月十一日，全遠征軍傷病後送，所佔去之治療床位，每日每千人中，計為二、六五人，戰傷比疾病須要治療時間較長，其兩者平均需要留治期為四八、六日，茲計算需要準備之床位如左。

$$2.65 \times 48.6 = 128.8 \text{ 或 } 12.88\%$$

以上計算即每百人需要準備床位為一二、八八張，又與上項同一理由，即兵站區內，所有病床，不能一一收足之故，須增加至百分之十四。

一九一八年九月廿六日至十一月十一日，美國對 MEUSE—ARGONNE 所採取之攻勢，每日每千人中，所發生之傷病比率，增加至千分之三、二（較二、六五已增加），依此以計算所需準備床位如左：

區別	每日入院率	每傷病平均住院日數	住院數(病床數)
疾病與非戰鬥損傷	1.65 X	27.29	45.03
毒氣傷	45 X	41.77	18.79
彈傷	1.1 X	94.84	104.32
每千人兵力總數			168.14

以上一六八、一四數目，將為實際住院病人，亦即為每千人中所須準備病床數目，如為病床不能一一收足之準備，尚須增加百分之十，即每千人中需要病床一八四、九六。但在實際上美國並未照上述數目字準備（一八四、九六），而在停戰時期，實際住在醫院人數，則為全軍兵力百分之十，而上所列一八四、九六之數目字，亦可視作接近之最高額。

4. 戰傷——茲按另一方法，以計算戰傷。

照美國另一記載，在所收治戰傷人數內（包括毒傷彈傷），有百分之三十三，在三十日內可出院。百分之三十二，在接近六十日內，可治愈。百分之六，在院死亡。百分之九，運回本國。百分之二十，留院在九十日以上。

根據以上住院日數，為計算方便起見，分為三十日，六十日，九十日三種，唯住院之死亡人數，其平均住院死亡日數，尚難查出，以其人數無多，假定劃入六十日內可治愈人數內計算，而兩者所佔百分比，為百分之三十八，又送回國內人數，亦難查出平均住院日數，該項傷兵，一般需要較長時期治療，故以儘先送回為是，特假定列入三十日內計算，而兩者所佔百分比，為百分之四十二，至於每日每千人中，毒彈傷之入院率，則仍按前項所列數字，茲分別計算如左。

住院平均日數	區分	每千人每日入院率	平均住院日數	各住院平均日數所佔百分數	住院數
30日者	毒傷	.45 X	30 X	42%	5.67
	彈傷	1.1 X	30 X	42%	13.86
合計					19.53
60日者	毒傷	.45 X	60 X	38%	10.26
	彈傷	1.1 X	60 X	38%	23.08
合計					35.34

90日者	毒傷	.45	×	90	×	20%	==	8.1
	彈傷	1.1	×	90	×	20%	==	19.1
合計.....								27.9

總計(每千兵力)..... 82.77

再加不能收足床位百分之十，則為每千人需要病床九一、〇四七。

(四)對上述數目字之檢討——1.疾病損傷每日每千人，入院率之一、五或一、六五人，及平均住院日期為二七日，衡以現在治療機構之健全與技術之進步，或較以前比率，尚要減低，但在我國之現狀下或尚要增高(不送醫院治療又當別論)。

2.毒傷在此次大戰未聞發生，敵人(日本)在我國各戰場，雖時常使用毒氣，但係試驗性質，規模亦小，暫時可不計算。

3.現時戰爭，因某某兵種應用範圍，較前加大(如戰車兵及航空兵)，兵器種類亦增多，各兵種所受損傷，當比以前增多，雖不應用毒氣，似亦不至減低其損傷比率，又現代衛生機構，及治療技術，較以前當更健全進步，但是所發生之重傷，恐要比前增多，縱治療進步，其所得縮短之治療日數，因重傷增加之故，或於負傷總數中之平均留醫日數，不至若何減少，惟我國現時之軍備，較諸其他同盟國家，顯居劣勢，敵寇亦然，傷亡當不至如此之重，但救護機構仍不健全，技術亦少進步，及因其他物質及人事上關係，傷病平均留醫日數，縱重傷不多，亦不至比第一次大戰時減少。

4.按另一種計算，戰傷法所得結果，即每千兵力中，須準備病床八二、七七，如再加百分之十，則為九一、〇四七，以此數加入疾病所需數目(四五、〇三)為一三六、〇七七，即每千兵加，所需要之病床數，較之按第一種方法所得結果(一八四、九六)，減低不少，由此得知，如能詳細分析，以行計算，比較確實，但要知道軍事狀況，最易變化(與傷兵發生最有關)，倘計算太精細，不易應付意外。

5.引用前述數字，對傷病床位推計，作一討論如左。

a.關於疾病者——依照本條第一項所述理由，推算病床，每千人兵力中之每日入院率一、六五，及平均每病人住院日數，作計算依據，在吾人自身，無更好資料以資參攷時，似可引用。

b.關於戰傷者——吾國因衛生機關欠佳，及其他關係，不致因現代治療進步，減少留醫日數，已如上述。按第一次大戰，在法戰傷之三十次會戰中，其平均損傷人數，佔百分之九，二六(參加兵力係以師計會戰平均日期為一星期以內)。茲假定某方面軍兵力，為三十萬人，有五分之三兵力(按克氏定則)，即十八萬人參加會戰(包括預備部隊)，約有損傷一六六六八八(此處約包括非戰鬥損傷，惟會戰期短，如假定為一星期，照每日每千人入院率為一、五人。十八萬不過千數百人)。除去陣亡百分之十六(二六六七人為運動戰數目)，仍有損傷一四〇〇一人(此係概數未將部隊留醫人數除去)，換言之，即須準備病床一萬四千張。如果為便於適應各種情況(九、二六為平均數)，會戰期加長，及各院因散佈不能一一收足起見，約須增加百分之二十，為一六八〇一，約佔總兵力百分之五、六，比之上述用每日每千人進院率一、一，以計算住院數所得之結果，為百分之五、八七者(專計彈傷)，極相接近，吾人如欲推算戰鬥傷所需床位，上述另一計算戰傷方法內所用之數字，似可引用，不過戰爭愈延長，戰區愈擴大，將發生自然相持之局面，會戰次數，因亦減少，如我國抗戰時期之得況，尤其顯然，果如此，在計算病床時，可減低進院率(一二)，但對某某方面之攻擊部隊，則不宜過於減少。

從廣州總醫院七個月的 死亡率來探討業務

廣州總醫院

于少卿

廣州總醫院自卅五年六月一日開始收容，其第一批患者，乃由第三十一後方醫院選擇重傷患者留治，共八十一人，蓋在本院收容之先，院址曾由該院暫住也。由六月份至十二月份共七個月，因逐步修理院址，半空半用，病牀始終未超出二百張之數目。

在討論本題之前，特錄本院七個月來「治療概況統計表」於下

聯合勤務總司令部廣州總醫院三十五年六至十二月份治療概況統計表(第一表)

治療結果	出院人數	總計	百分率	月 份						
				6	7	8	9	10	11	12
合計		803	100	58	99	138	110	148	137	113
全愈		542	67.48	35	60	94	82	99	88	84
減輕		128	15.94	7	11	18	16	26	31	19
未愈		8	1.00	0	3	2	0	2	1	0
未治		38	4.73	4	6	7	4	9	7	1
死亡		87	10.83	12	19	17	8	12	10	9

查上表七個月來之死亡率，803出院患者中佔87人，是平均約佔11%，數目驚人，不能不追究其原因之所在。

本表中應予注意者，七個月來患者人數陸續增加；治療結果之各項數字，亦隨之變動；如全愈及減輕兩項之上昇，係與患者每月出院總數，大體成正比例；未愈及未治兩項，則增減略有不等；此種情形固皆易於解釋，不待贅言；獨死亡一項之數字，在本表中似絕無定規比例，或竟成反比例之印象；即在最初兩三月間，出院患者人數較少，而死亡人數特多，此應為探討之中心。

本人對於半年來收容患者之印象，可能影響於死亡率之增高者有三點：（一）他院轉來之重傷患者，多係經年累月輾轉牀褥，以致抵抗力弱，救治為難。（二）過境或開拔之部隊，所遺留送院之病人，每多垂死莫救者。（三）即經常駐紮之軍隊，送院留醫之病人，亦多於到院不及一日死去者。

對於上述會分別就87個死亡例，予以詳細考核。第一點之影響，不易以確實之數目字加以判斷。除結核病另有敘述外，此87例中有高度貧血者二例，有惡液質者二例，亦可引以為證。至於病室之中，到處發現營養不足，甚至全身有飢餓性水腫者，固為87例以外之問題，然不能不謂有連帶關係也。

關於第二及第三兩點，可合併舉例如下數字：(第二表)

死亡總數	到院12小時內死亡數	到院24小時內死亡數
87	9	15

由上數字(87:24)可知送院後不及一日死去者佔四分之一強，其為送院過遲，挽救不及，殆無疑義，蓋此24人中，極少特急性病症也。

茲將每月份送院後24小時內之死亡表紀錄於下：(第三表)

類別	項目	合計	月份								
			6	7	8	9	10	11	12		
總計		24	4	4	5	3	4	2	2		
官	抵院即行死亡	8	2	2	0	1	2	1	0		
兵	抵院後24小時內死亡	12	2	1	3	2	1	1	2		
眷	抵院即行死亡	1	0	0	1	0	0	0	0		
屬	抵院後24小時內死亡	3	0	1	1	0	1	0	0		

以上之表，係以24小時內之死亡為例，作送院過遲之證明，但有若干慢性病症，在送院後24小時以外，二三日以內死亡者，亦未始非送院過遲，挽救不及之例證，上表則未再計入矣。

復查此87死亡例中，其死亡原因為結核病者，佔34人，即佔全數死亡五分之二。此居首死亡病之數字，不可為不大，自應為吾人特別注意之問題。本人以為在戰後今日，亟宜在各地設置結核病療養院，供以及時適應之治療，合理充分之營養，庶可提高此一部分之治療效果，且不致雜散於各軍醫院中，任其消耗致死也。

(34結核中，三例為腸結核，二例為腦膜結核，其餘均為肺結核)

七八兩月份死去最多之原因，為傳染病之關係，就傷寒而論，七月份死五人，八月份死三人(傷寒在本院死亡病類中佔第二位，87例中佔16例)，其他如霍亂，惡瘧，腦膜炎等均有之。而結核病則仍以七月七例及八月份六例，居領導地位。

結核病之每月死亡數 (第四表)

月份	六月	七月	八月	九月	十月	十一月	十二月
死亡人數	6	7	6	3	5	4	3

最後再將第一表予以檢討，則發覺六月份死亡人數佔出院人數20/100強，七月份為19/100強，九月份以後則降至7/100以下。此種情形，除已檢出之理由外，屬於醫護改善之方面者，當非首要。其主要原因，似為九月以後，大批轉院者較少，過境及開拔之軍隊亦不多，來院留醫之官長及眷屬則日衆；一方面沉痾痼疾比率降低，另一方面病人之環境及本身抵抗力較強，故雖出入院之人數增多，而死亡率反而減少？

結論：本文所討論者為87死亡例，發覺送院不及24小時而死者，佔1/4強，故各部隊或各軍醫院轉送總醫院，不宜過遲，最好於發現患者之一般情況較為嚴重，而不能確實診斷及治療者，提早送至總醫院治。

87死亡例中結核病約佔2/5，作者認為應設結核病療養院，專門收治該種患者，尤應適當解決其營養問題。

所集合之死亡數字雖不大，但亦未嘗不可供業務之參考。

附註：本文脫稿時，適奉嚴禁轉送過遲之令，是本文轉成補充贅文，深望以後無論傷病，均能及時得其適當之治療，而減少其死亡。

(完)

維 生 素 新 論

葉 維 法

緒 論

二十世紀初年，一般人都以為蛋白質、脂肪、醣類、礦物質和水分等五種營養素適量配合，便成完美的滋養料，後來用各良質營養素的純粹製品飼喂動物，不能正常發育，經察覺是由於缺乏原有五大類以外的新營養素。

一九一一年封克氏 (Casimir Funk) 因抵抗脚氣病有效成分的本質，是含有鹽基性的氮，以為是胺的化合物，所以將「生命」的拉丁字「Vita」和胺的英德字「Amine」相聯成「Vitamine」。一九二一年美人麥柯魯氏 (McCollum) 反對封克的命名，採用字母命名法且冠以可溶的溶劑，例如奶油、卵黃，魚肝油等所含能促進成長而溶於脂肪的成分，名為「脂溶性甲」；自然食物所含能預防及治療癩皮病且可溶於水和稀酒精的成分，叫做「水溶性乙」。菊盧孟氏 (Drummond) 研究「水溶性乙」和「抗脚氣病」的成分，與胺無關，主張除去「Vitamine」的字尾E字。現在通行的名詞就是「Vitamin」。中國有很多的譯名，例如維他命、維太命、維塔民、生命素、生活素、副養素、生機素、活力素、維生素等等。這些不同的譯名中，比較起來還是「維生素」妥善些，所以本文以此為題。

維生素是維持生命的一種營養素，它所調節生理作用的功能，視各種成分而不同，例如增強抵抗力減少傳染病，保護上皮組織，管制醣類代謝，促進生殖及生長機能，測定磷鈣的吸收率，以及避免乾眼病、夜盲症、紅眼病、壞血病、軟骨病、脚氣病、癩皮病……疾患。

維生素的發見和應用於防治疾病，增進健康，是近代科學上的新貢獻。筆者在拙著大學用書之一「葉氏營養學」第三版（文通書局印）中，曾以專章詳加論列，茲特抽暇將甲乙丙丁戊庚子等各種維生素，簡明介紹，希望社會人士對它有正確的瞭解。

甲 種 維 生 素

甲種維生素 (Vitamin A) 簡稱維生素A，能保持正常視力，維護上皮組織和呼吸道、消化管、泌尿路、性腺及其他腺體的健康，促進生殖和發育，並延續壽命。食物中若長期缺乏它，便患夜盲病及乾眼病，皮膚乾燥落屑，損害體腔，減低對傳染病的抵抗力，生殖器官退化，不能受精成胎，生殖機能衰落，且精神萎靡，體重減輕，發育受阻，壽命不長。

維生素A是葉黃素的衍生物，也就是葉黃素為維生素A的先導體，故亦稱「預甲維」；因胡蘿蔔中富含預甲維，也有人稱它為「胡蘿蔔素」或「蘿蔔紅質」。草食動物全由植物供給預甲維，雜食動

物則只由植物供給一部分。動物體內特別是肝臟，有葉黃素酶的作用，使葉黃素變為維生素A，維生素A不溶於水，能溶解於油中，故可儲藏在體內脂肪組織，而魚肝油則為其最富的本源。維生素A在密閉器中，不受熱力（烹煮或乾燥）所影響，但在有氧環境加熱，如暴露於流通空氣中烹煮則損失很快，所以為保全起見，烹飪時宜用鍋蓋密閉，最理想者用真空器具。罐頭食品若裝盛合法，不使維生素A消失，且裝後不受陽光照射，大部分可以保存。魚肝油等富含維生素A的食品，應密盛於黑色瓶罐，藏在陰暗的地方，這是因為維生素A受陽光照射，即不穩定，且遇氧極易氧化的緣故。

植物類食品，最富維生素A的有：菠菜、苜蓿、胡蘿蔔、青豌豆、綠豆、蘿蔔葉、黃杏等，其次為辣椒、青菜、小白菜、黃山萼、芹菜、番茄（西紅柿）、黃桃、南瓜、黃瓜、萵苣、棗、香蕉、杏仁油、花生油等各種食物。我們更可認識一個基本原則，就是葉色深綠或黃色蔬菜的含量，多於淺綠或無色蔬菜；種子所發嫩芽的含量，多於未發芽者。

動物性食品中以魚肝油、肝、蛋黃、乾酪等所含維生素A最多，而牛乳、奶油、牦乳、肝、牛油、羊脂、腎、蝦等亦復不少。體中維生素A的含量，腎及肺中為肌肉中的四十倍，而肝中則比肌肉中者重二百至四百倍。

醫療上應用的維生素A為鱈魚、庸鱈、大鱈、鱈魚的肝油及濃縮品，胡蘿蔔和綠色植物提出的蘿蔔紅質。中醫眼科所用的藥物，如地膚子、細辛、黃柏、決明子等，都含有大量維生素A。

維生素A的需要量，通常成人每日宜吃四千二百國際單位或三千蕭孟單位，即約每一百卡路里熱量需一百蕭孟單位，大概等於牛乳一磅和雞蛋二個，或牛乳三磅的含量。兒童正值發育，需量為成人的二倍。奶母孕婦需量更大；每日應吃九千以上國際單位。治療量為三萬至十萬國際單位。

乙種維生素

乙種維生素（Vitamin B）簡稱維生素B，成分很複雜，已知者在十種以上，各部分的功能和特性也並不相同，通常較著的有維生素B1（即三種維生素或名硫胺素）和B2（即庚種維生素）。本節先行介紹第一類乙種維生素，而第二類則另編庚種維生素一節在後敘述。

第一類乙種維生素（B1）或名三種維生素，能輔助糖類正常氧化，防止其變為丙酮酸蓄積於組織而引起中毒，可促進生殖生長，并刺激食慾。若食物中長期缺乏維生素B1糖類代謝便不正常，變為丙酮酸而貯積，以致損害神經，患脚氣病及多發性神經炎，心臟擴張，心跳緩慢，組織水腫；食慾減退，惡心欲嘔，發育阻礙，體重減輕，降低對傳染病的抵抗力，生殖腺失常，精囊及卵巢退化，雄性性慾消失，雌性閉經，所以患脚氣病的女子，很少有生育的可能。

維生素B1不溶於脂肪，而溶解於水和酒精，由此可知新鮮食物不宜過分洗滌，也不可長時間浸於溫水中，蔬菜應先洗後切，切碎後不可用水淋洗。烹飪時維生素B1多溶於水，故菜湯不可傾棄。國人煮飯傾棄米湯，使維生素B1遭受極大損失，實在是一件極不合理的事情。維生素B1對酸類抵抗力很強，但極易為鹼類所剷滅，所以烹飪食物時切忌加鹼。有些地方製麵機用礱質，使烹飪時麥粉及蔬菜中的維生素B1損失，這是應該改善的。維生素B1不易氧化，不受平常溫度影響，但易被高熱所破壞，在乾燥食物中比潮濕食物較能耐熱。

食物中含維生素B1，最多者為酒釀（釀母），而米糠、麥胚、花生、大豆、瘦肉、牛心、肝、橘、甜瓜、胡蘿蔔、菠菜、番茄等含量亦富，但過分磨搗的白米白麵則已損失，有人從糠裏提出維生素B1來，約比牛乳所含者多二萬倍。江南人民喜食白米而棄棄糙米，以致維生素B1不足，引起脚氣病的很多。

維生素B1的需要量，隨身體成長及同化作用而增大，按例報告，最多患脚氣病的是青春發動期

的少年，身材高大食量特多的勞動農工和士兵。平常成人每日需吃維生素 B1 五百至九百國際單位，嬰兒需吃一百五十至五百國際單位。孕婦需量要比常人多一倍，乳母則宜多三倍。醫療所用的維生素 B1，為綜合的硫胺素結晶，釀母、米糠或麥胚內提出的濃縮品，治療量為六千至三萬國際單位。

丙種維生素

丙種維生素 (Vitamin C) 簡稱維生素C，或名抗壞血酸，能促進粘合質的產生，俾使細胞與骨、牙、結締組織及他種組織的連結得以鞏固；能增加身體對疾病的抵抗力，並保持體內氧化及還原的平衡。食物中若長期缺乏維生素C，便生壞血病，齒齦腫脹出血潰瘍，牙根鬆緩，骨質脆弱壞死，毛細血管脆弱，全身出血；身體衰弱疲憊，或兼患貧血病，食慾不振，體重減輕，容易感染疾病。

維生素C 是最不穩定的一種維生素，溶解於水及醇，極易氧化而失效，在酸性環境較為安定，烹飪加熱很易破壞，尤其在鹼性溶液中毀滅更快，故切忌加鹼。牛乳在鍋中加熱五分鐘，所含維生素C 損失五分之一，經攝氏一百度蒸煮一小時則完全破壞。煮熟的胡蘿蔔中亦完全損失，而煮熟的白菜，則尚剩一半。維生素在短時期間受高熱，比長時間受低熱度的損失較小，所以為保全維生素C 起見，蔬菜不宜長時燉煮，只可煎炒片刻，且忌用銅鍋。

大多數新鮮水果及蔬菜都含有維生素C，其中含量最富者為刺梨、柚、橘、檸檬、橙、楊梅、苜蓿、藕、青蘿蔔、菠菜、番茄、莧菜、辣椒、牛肝、葡萄、菠蘿等，發芽的禾穀類及豆類含量亦富，芥菜、白菜、韭菜、大蒜、鮮玉蜀黍、香蕉、蘋果、胡蘿蔔、馬鈴薯、豬肝、腎、魚卵等也有，但乾燥果菜幾乎不含維生素C，乳類中的含量，隨哺乳者所進食物中維生素C 的多少而變更，並不永久恒定，例如牛羊在夏季吃青草，冬日食枯葉，故乳中維生素C 便夏天多於冬季。維生素C 的需要量，成人每人每日約為一千五百國際單位，初生兒及幼童為六百至一千五百國際單位，孕婦乳母為一千五百以上國際單位，醫藥上所用的維生素C，為綜合或由柑橘類水果中提出的抗壞血酸，治療量為四千至一萬國際單位。

丁種維生素

丁種維生素 (Vitamin D) 簡稱維生素D，能增加並調整鈣磷的吸收及代謝，維持血中適量鈣及磷酸鹽游子，以補助骨骼牙齒的生長；可促進產卵能力及孵育程度。若食物中長期缺乏維生素D，便生軟骨病 (佝僂病)，兒童發育受礙，婦女分娩困難，且易罹齲齒 (蛀牙) 副甲狀腺腫大，減低對傳染病的抵抗力。母雞缺此，則不能產卵或無法孵化。

維生素D 又名沉鈣素，其先質為麥角醇，經太陽紫外光照射後便成維生素D。它可溶於油類，對熱力及氧化均尚安定，食物儲藏過久，就逐漸消失了。

各種魚肝油 (沙丁魚、鮭魚、鮭魚等) 及肝為維生素D 含量最富的食物，蛋黃、釀母、蛤蚧等含量亦多，奶粉、乳油、氫脂及禾穀類等亦有微量，植物脂及葉綠植物不含維生素D。農人工作於田野，受太陽光照射，皮膚的膽固醇能自動變成維生素D，故無缺乏之虞。標準人工太陽燈照射亦然。古代婦女為禮教所束縛，終日深居簡房，不能享受充分陽光，患軟骨病的為數不少。工業發達都市或多霧區域，日光的紫外線受煙霧所阻，軟骨病患者多於普通工業落後城市或晴朗區域。冬季日光較弱，人體及食物所照射的紫外線少於夏天，維生素D 的形成便不多，所以軟骨病發生較夏季要多。

維生素D 的需要量，成人每日約四百國際單位，孕婦乳母有一千至一千五百國際單位，嬰兒約需四百至八百國際單位。但應注意維生素D 須與維生素A 同時增減，保持適當比例。醫療上可用沉鈣素，魚肝油及其他濃縮品，或照射人工太陽燈。治療量為十萬至十五萬國際單位。

戊種維生素

戊種維生素 (Vitamin E) 簡稱維生素E，可支持正常生殖機能，男性精子賴以成熟，女性胎盤機能由其維護。若食物長期缺乏維生素E，便不能生殖，男性的生殖上皮變性，女性的胎盤機能消失而障礙妊娠。此外，可以治療進行性癱瘓等一類神經疾患，沉重性肌肉無力，肥大性營養不良，以及由脊髓變性而致的惡性貧血等。

維生素E不易被熱力或酸鹼所毀滅，不溶於水而溶於脂肪，若食物中混有陳舊脂肪，則維生素E易遭破壞，鐵鹽也能將它毀滅。

維生素E廣佈於各種食物，其中以麥胚油及蛋黃含量最富，麥胚、棉籽油、玉蜀黍油次之，綠葉蔬菜（如菠菜、苜蓿、萵苣、水芹菜等）、菜籽、瓜籽、乳、核桃油、大豆油、花生油、橄欖油等都有，動物肌肉及脂肪組織的含量，則比肝及腎要多。維生素E在食物中分佈既甚普遍，身體又能儲藏，且需量不大，人類無缺乏之虞，在營養問題中的重要性較小。

庚種維生素

庚種維生素 (Vitamin B₂)，就是第二類乙種維生素，簡稱維生素B₂，能補助細胞氧化及組織呼吸，促進生長，保持健康。若食物長期缺乏它，便患癩皮病，消化障礙而下瀉，皮膚對日光敏感而發炎，神經變態精神錯亂而癡狂，智力減退而癡呆，視力減退，怕光，眼生白內障，腎痛，舌黑，口角破裂，體格孱弱，發育停頓。

維生素B₂為一種複合體，由核醯黃素與煙草酸合成。它能溶於水及稀酒精，在酸性中不受平常熱度損害，但在鹼性食品中則較易毀滅，若於鹼中加熱至攝氏一百度，經時就損失一半。它易被光所分解，所以病變常見於手臂頭頸等曝露部分，患者照射陽光，病勢就會加重。

食物中含維生素B₂最富者為酵母、肝、卵、菠菜、水芹菜等，其次為乳、瘦肉、蘿蔔、蕪菁、胡蘿蔔和麥胚，它在新鮮植物的葉和莖中很多，但枯萎後已被毀滅。醫療上可用綜合的核醯黃素，酵母或肝的濃縮品。

維生素B₂的需要量，成人每日需六百蕭包單位，嬰兒需四百五十單位。

子種維生素

子種維生素或名凝血維生素 (Koagulations-Vitamin)，簡稱維生素K，可促進凝血酶原的生成，以完成血液的正常凝固作用。若人體缺乏維生素K，嬰兒分娩後發生溢血症，成人黃疸治療手術後溢血，外傷時血液凝固時間延長，容易出血，且患貧血。

維生素K不溶於水，而溶於油中，能被強酸及氧化所破壞，對熱頗形穩定。

維生素K的分佈很廣，綠葉及蔬菜中都有，就中以苜蓿、菠菜、肝、魚肝油等最為豐富，豆油、芝蔴、膳、捲心菜、胡蘿蔔、番茄、蛋黃、魚等含量亦復不少。魚肉乳酪米糠等腐化後，含量大增。

維生素K的需要量，成人每日為二至四公絲，治療量為二至十公絲，可口服或肌肉或靜脈注射綜合的萜萘化合物，惟口服時須並用膽液或膽酸鹽。產婦於分娩前四小時，黃疸病人於割治手術以前，內服二千單位，可以預防初生兒及手術後溢血。

上面扼要介紹數種重要維生素的知識，因限於篇幅不克詳述，讀者如欲作進一步認識，可參閱拙著大學叢書之一「葉氏營養學」第三版（文通書局），或社會衛生叢書之一「營養新知」（中國文化服務社印行）。

沙門氏族腸炎桿菌感染 之臨床報告

貴陽總醫院內科

楊錫壽 馮剛

引言

沙門氏族腸炎桿菌 (*Sal Mouella Euteritidis*) 一名高氏桿菌 (*Gartner's Baeillus*) 前人均認為發生食物中毒之病原體之一種，而其臨床上症狀之描述，亦均限於胃腸道中症狀，最近數年，吾人在臨床上觀察一種不規則發熱病之患者，在血液或小便培養中隔離出純種之沙門氏族腸炎桿菌 (以後簡稱腸炎桿菌)，而此種患者之血清又能與腸炎桿菌之懸浮液發生凝結現象，因此吾人推測此種病原體一如其他沙門氏族細菌如傷寒菌副傷寒菌等之感染，使人體發生菌血症而生免疫現象。吾人曾力求蒐集文獻，但始終未發現對本症之詳細記載，雖源自一八八八年高氏 Gartner 在患食物中毒之死亡病者之脾臟中找到此種病原體，而命名為腸炎桿菌後，一直均認為急性腸胃道感染，現吾人收集在貴陽發現之二十三例加以統計以求我醫界先進之指導。

病因

本病之病原；經培養及凝集反應之證明係屬沙門氏族腸炎桿菌之傳染，此菌一名高氏桿菌蓋在一八八八年由高氏 Gartner 在傳染之牛肉牛腸及牛脾中同時隔離出。此菌好犯獸族如老鼠，豬，牛，等均可傳染，發生全身菌血症現象頗與人類傷寒病相似。其對於人類之侵犯；以前均認為食物中毒 *Food-Poisoning*，其發生症狀亦僅所謂急性胃腸炎症狀，文獻上記載，僅在偶然機會也會發生菌血症 *Septicemia*。

本菌在形態學上及培養特性上與乙種副傷寒桿菌 (*B. Typhoid B*) 極相似。二者之對糖醱酵等生物化學反應亦相一致。故在實際上兩者極難區別。其唯一之鑑別點，即此種細菌可在 Tordan 氏酒石酸培養基 *Tordan's tartrate Media* 上發生酸性反應。此外在血清學上反應亦有差別，詳後討論之。

本菌之傳染途徑，往往不明，而且亦極不易察知。文獻上往往認為由口中吞入含有此種細菌之食物而致。病獸當亦可為帶菌者，直接傳染於人。病獸之糞便 (尤以老鼠之糞便) 之傳播，或經蒼蠅灰塵等之傳播，均可為傳染方法。又牛乳亦為一種傳染媒介。本篇之病例中，對此點之討論，患者均不能描寫其經過。是故均屬不明。

細菌既入人體，大概由胃腸道然後入血，發生全身菌血症現象，旋乃由小便及大便中排出體外。

故當可在血，小便，大便中培養出。惟大便之培養，文獻上頗多報告，然就本篇之二十三例中無一人能培養出者，頗難解析也。

本病之好發時間，在春夏二季，尤在四五月間為最，偶亦散見於其他各月中，性別與年齡之關係，因本篇所取之材料，來自陸軍醫院，其治療對象偏於壯年之男性，難窺全豹，惟就此二十三例之統計，大概好發年齡自十六歲起至四十四歲止均有感染，而平均以二十至三十歲者最多。

臨床徵候

緒論

本篇所論乃係此種腸炎桿菌之發生全身性菌血症現象 (Salmonella Septicemia) 本症往往見於營養不良，衰弱之人。呈急性病狀，少數亦有侵犯營養狀況佳良者，其潛伏期頗難斷定。極少數病例述及有二三天之不適，頭昏輕度發熱等先驅症狀外而大部份患者，均係急性發作，先有發冷，隨之中高熱，出汗等。常合併有頭痛背痛，全身痛，鼻血，惡心，嘔吐，腹痛，腹瀉，或便秘等病徵。在少數重症患者；常有發生昏迷，譫語，齒齦出血，全身紫斑等而至死亡。患者往往感食慾不振，口臭舌苔精神萎靡消瘦，無力，皮膚乾燥，脫水，黃疸，肺脾腫大等現象。而誤診為其他急性傳染病或營養不良症等，實際上在各種急性傳染病之後往往亦有續發本病之傳染。其熱型極不規則，有連續發熱，似傷寒病者，有間歇發熱似瘧疾者，亦有始終僅顯微熱者，常見為突起之單峰熱型 (Single Peak) 且其經過及每發作間隔亦不一致，往往隔若干時後，重覆不定期之再發，而當每次體溫升高時，在病人之血或小便培養中可隔離出致病菌，故該病往往延長至數月仍不痊癒，使在臨床上欲確證其已否痊癒實難斷也。

本篇之病例均無食物中毒之歷史。

分論

開端 Onset. 本病之開端，大半屬急性發作有發冷隨之高熱，出汗等症狀頗與瘧疾之起始相似。惟程度上較輕耳。亦有開始即有高熱出汗氣喘等症而無發冷現象，更有小部份患者屬漸漸開始發冷，微熱，旋即體溫逐漸升高，頗似傷寒病之開端，尚有一部份病例，以腹瀉始，其腹瀉多為水瀉有粘液，但無膿血等。

熱型 Feven. 本病之熱型，極不一致。不唯各個體間互異，縱在個人之整個發病過程中，亦難有規條。不論其發作次數，持續時間，體溫上升之高度，及發作之間歇，均無一定之規率。其熱型 (Fever Character) 有呈連續發熱 (Continuous) 有呈間歇熱 (Intermittent) 有呈弛張熱 (Remittent) 而大多數的體溫上升多成單峯狀 (Single Peak) 之發作，次日即完全消退。其發作次數之頻率亦不一定。有月發數次，乃有四五週才發一次，每次發作之延續時間，也不相等，有連續至三四週者，更有僅幾小時即停。體溫上升之高度，亦無準繩，最高可至 41.5°C 以上，更有相當多病例僅微熱 37.5°C 。通常大概平均在 39°C 左右。每次發作過程中，每日體溫之曲線，亦頗有變異，或前幾天屬繼續發熱，隨之可轉變成微熱或完全消失，每發作之間歇，亦難一定有三四天即須重發一次，亦有延至三四週才復發一次發作時，常先有驟冷感覺蓋之體溫上升同時有頭痛，全身痛，出汗等。頗與瘧疾難分，惟此病傳染，在血片中找不到瘧原蟲，可以鑑別，亦有一部份人發作時並無發冷出汗等。

體溫之下降，大概多由不規則的驟然下降 Crisis。或漸次下降者 Lysis。

每次當體溫上升時，可在血培養中獲得此種病原菌。

總之本病係呈一種極紊亂之熱型，當有此種極不規則之熱型，難以任何其他原因解析者，尤在營養狀況惡劣之患者，可連想有本病傳染之可能，亦為診斷之參考。

皮膚及粘膜 Skin of Mucous Membrane:—

患者大多數無皮疹 Eruption 僅在一死亡病案中在胸腹部發現針頭大分佈不均勻之皮下出血斑。Petechian。壓之不退，是否由本病引起，抑或其他的原因，當不清楚。

黃 胆 Jaundice 在本病中發見為數不鮮，普通多係輕度，即僅顯眼結膜上或面部，在極少數重症病人，亦有明顯皮膚黃疸，其預後往往不良。

此外，尚有一病例，現尚住在院中，經血小便培養證明本病傳染在病程經過中，發現兩足趾發生對稱性的乾性壞疽 (Symmetrical Gangran) 進行頗快，表面乾燥變黑，分界清楚，病人自覺並無疼痛，發冷。病灶之上部體溫正常，足背動脈搏動存在，表面皮膚無發紺的現象，其原因及病理均不明。

本病之患者，大概多係屬營養不良者，往往皮膚乾燥，強度失水，皮膚過度角化，黃褐色色素沉着，粘乳頭突起，發生潰瘍等。更有相當多數之患者，發生全身水腫現象。亦有少數患者，在皮膚上發生大小不等之水泡膿胞類似毛囊炎，或癬瘡 Frunculosis。

患者在發熱之際，往往顏面潮紅，眼結膜充血，呈急性病狀。

循環系統 Circulatory System.

本病患者之脈博及血壓，大多無顯著特點，除發熱合併病症等存在外，均屬正常。心臟方面，在本篇所有病例中，均無顯明之變化，只僅在少數患者，心尖部可聽到收縮期雜音外，而無其他心臟症狀。

血管方面變化亦未有發見。

血液；多半病人呈輕度貧血現象 Anemia。其紅血球平均數，約在每立方三百萬個左右，血色素平均值大概在十公分左右，白血球之變化無定，有增多 Leucocytosis 有減少 Leucopenia。有正常。惟多不顯著。大概在發熱時及其他合併症時，白血球增多。待其體溫降至正常後又可回復原狀。白血球分類，多核中性白血球增多，大單核球 Monoeytos 及淋巴球 Lymphocytes 無重大變化。無嗜酸性白血球，增多現象 Eosinophilia 骨髓片之變化亦無重要性，腦脊液完全正常。血液化學反應，在重症脫水者，血中之血漿蛋白減低，尤以白蛋白 Plasma al bunin 為甚。相反球蛋白 Globulin 有時可能相對增加。血球容量 Nematocrite 低於正常 (以上各種檢驗均由 Vanslyk 氏硫酸銅方法測之。) 血中非蛋白氮 Non-Protein Nitrogen 無有增加，血球沉降率 Crythrocyte Sedimentation Rate 稍增快，其他血鈣，血糖，維生素 Vitamine 含量惜以設備有限，未能測定，流血之症狀，除普通流鼻血外，無有其他症狀。僅重症病人有口腔，齒齦出血。胸腹皮膚下出血斑。終至死亡。凝血時間，及流血時間經測定乃正常。

消化系統 G. I. System:—

本病患者之發生胃腸症狀者頗多，一般患者，多食慾不振，口臭有明顯舌苔，亦有不少合併有舌炎 Glossitis 口腔粘膜炎等。至於口腔粘膜炎者，為極罕見。很少合併有腮腺炎 Parotitis 至文森氏咽峽炎 Vincent's angina 等合併症常無發現。惡心及嘔吐現象，並不常見。僅在少數患者有之。更曾有一病例，入院時主訴上腹部飽滿，疼痛，並有壓痛。

腹部柔軟，但病人主述有腹痛者，並不鮮見，其痛的部位，大概在臍穴周圍，亦同時有一壓痛，

也者一部無壓痛者，腹瀉 Diaphea. 與便秘 Constipation，在此篇二十三病例中佔有相等之百分比，更有先發生便秘，隨後轉變成腹瀉者。其大便多瀉水樣，或粘液樣之物質，不混有膿血等，偶然亦有裏急後重。Tenesmus 現象。

脾臟 Spleen 通常稍腫大，柔軟，表面光滑，在其部位，亦有壓痛。僅二名合併有慢性瘧疾之病人，有很大而硬之脾臟。肝臟 Liver 在一部份病例中，亦有腫大及壓痛等現象，更有一病例呈顯明的肝硬化臨床症狀（病例四），在其數次之腹水液培養中，均培養得此細菌，並在血液凝集反應中，有相當高凝集價，患者終死於肝硬化，唯未得屍體解剖證明其病理變化為憾。

呼吸系統 Respiratory System.

患者常有傷風流鼻涕，鼻塞等症狀，似鼻卡他炎現象，更還有咽頭充血，喉痛等症狀，咳嗽亦為常見之症狀，其咳嗽多為乾咳，無痰支氣管炎（Branchitis）之症狀者亦復不少但有無呈肺炎則無發見。肋膜合併症未有發現。

泌尿生殖系 Genito-Utinary System

本病對泌尿系之合併症者特多。最普通為腎盂炎膀胱炎，詳後討論，常常在本病患者之小便中，有少許量之蛋白，紅血球白血球甚至圓椎體等，屢見不鮮。而且很多病人之小便中，均可隔離出此菌，對生殖器之侵犯，尚無病例發現。

神經系統 Nervous System

患者往有劇烈之頭痛，尤在前額部份作持續性的疼痛。但壓痛點，亦有合併頭暈，眼花等症狀。無耳鳴，亦有主訴四肢麻木，腓腸肌壓痛等現象。病人之神志清楚，惟大半患者，多屬愚笨遲鈍。近似白癡之人，營養狀況極壞。反應遲鈍，常呈思睡（Drowsy）或虛脫（Prostration）等現象，極少數重症患者，亦有呈昏迷，譫語，等現象，膝反射消失，其他病理反應陰性。

合併症 Complications:—

1. 營養不良與全身水腫 Malnutrition Edema 為本病最多見之合併症，曾在全數病人中佔 26.5% 現有的問題，是究竟先發生本病傳染，經長期不定之發熱，消耗，更益之以部隊營養極壞。護理之不良，而形成此種營養不良症狀。抑由先有營養不良症狀，而致身體抵抗力減低，在腸道內之細菌，乘機入血，形成傳染，孰先孰後，尚未定論。此種病人大概極度衰弱，全身水腫，貧血，血漿蛋白減低，更有各種維生素缺乏症狀，如脚氣病，皮膚乾燥乾眼病等，其治療方法無他即與以高蛋白高營養之食物及對症療法。

2. 枝氣管炎 Bronchitis 亦為常見，病人主述咳嗽，吐痰，更有像傷風等症狀，檢查在兩側胸部有實性水泡音，喘息，白血球增加而在 X 光檢查為陰性，結果，其治療除一般對症療法外，蒸汽療法對本病有相當幫助。

3. 腎盂炎及膀胱炎 Pyelitis and Cystitis 亦屬常見之合併症，而且最頑固的一種合併症，不易痊癒，患者主述很少，間或有覺兩腎部發痛，小便頻數增加，變濁而已無小便疼痛等，小便檢查有少量蛋白質及紅血球甚至圓椎體，及無數的白血球。小便外觀呈乳濁狀。比重增加，小便培養可獲得此菌，此病之發生，在全病過程中，可在很早時，亦可在晚時，然拖延很久，不易拔除。嘗有三四月而仍無見效。其治療大多失敗，而無成效，不過亦有少數病例，亦因而治好者。

4. 褥瘡 Bed Sore 多在營養狀況不良而久病之患者，好發部位為脊椎部兩側股關節及兩足跟踝關節處。多常屬乾燥性之潰瘍，治療對症療法及保護傳染。

診 斷

本病之診斷：既然本病之症狀特點，並無顯著之要點，支持本病之診斷，而常致在病開始時，誤診為其他急性傳染病。故僅在實驗室之檢查，才能得正確之診斷。實驗室檢查之方法，大約凡四，茲述之如下：

(一)血培養 Blood Culture：

本病菌與乙種副傷寒桿菌，在多方面均極相似，僅在血清凝集反應及用 Jordan 酒石酸培養基中，才可分出而獲得確實診斷。在本篇二十三病例中，約有九病曾在血中培養出，經證明屬沙門氏腸炎桿菌。在其血培養，大概均在該病發作，體溫上升時得之。

(二)小便培養 Urine Culture 即取小便，先接種於中國藍名板培養基 China Blue Median 或 Rosalie Acidmedian 以隔離出革蘭氏陽性菌族，然後接種於培養基處理之，即可得其確實之培養及診斷。本篇病理中；小便培養陽性者凡十人。內有三人同時血培養亦陽性。小便培養之時間不定，往往每次發熱後，即可得之。而其陽性反應，可延續至很久，仍不消失。

(三)大便培養 Stool Culture 文獻上報告，在食物中毒時，病人之大便中，往往可得沙門氏腸炎桿菌存在。但在本篇病例中，每一陽性反應者，其理由不明。

(四)凝集反應 Agglutination Test 為一種主要之鑑別法，在血清學上之反應，傷寒腸炎菌族有二種主要之凝集原，即所謂鞭毛 Flagelle. 或 H-Antigen 及菌體 Somatic O.-antigen H. antigen 主要是由於炭水化合物有特殊性，而 O-antigen 則屬本類之共同者，在沙門氏族菌之 H-antigen 經 Andrews 氏證明，有單相 Monophasic 複相的 Diphasic 二種當此種抗原屬於單相，則有型的特殊性 Type Specific。相反，若此種抗原是屬複相，則可發生一二種的變異，而有交互凝集反應。沙氏腸炎桿菌，是屬於單相，所以當其抗原在凝集反應呈 1/40 者，在理論上，即有診斷之價值。但因為在技術上不可避免之錯誤，故其診斷價值之凝集價為 1/80 凝集反應，出現之時間頗為不定，有九天至二個多月，平均大概在十六至二十五天，其凝集價最高可達 1/10240，平均常見者為 1/80—1/160—1/320 因為含有菌體抗原 Somatic Antigen 故本病傳染後在凝集反應中，往往可見到“O”抗原，此抗原亦高低不等，最高可達 1/1280 平均約 1/320 此外，在本篇報告中之病例之凝集反應現象，往往與 Para A. 甚至 B. Protens Xig 發生交互凝集現象，其理不明，本篇病例中，僅藉凝集反應證明者凡四例。

其他：如在一病例，在腹水液中培養出此菌，並在血中有明顯凝集價。

預 後

本病往往不定規之發作，拖延時間頗長，故言其預後頗難，惟依本篇病例中分析之，大概在出院時，認為病癒者，約佔 60.8% 無結果者佔 21.3%，死亡者佔 11.8% 惟患者之死亡，往往合併其他疾病；如營養不良，肝硬化等而致死，而由本病傳染而死者，恐在極少數也。

治 療

因本病之病原體，為革蘭氏陰性桿菌，在目前尚無有任何藥物證明為特效，吾人曾在一病例中，試用磺胺藥化學治療，病情並無任何進步，在一例頑固之腎盂炎患者，小便中不斷隔離出沙門氏腸炎

桿菌，曾給以較長時間之磺胺藥物，治療結果，仍如失敗，故此症在吾人報告病例之經驗中，尚無特效治療，至於對患者之症狀治療，一如處理傷寒症之方法。報據吾人處理病人之經驗，下列數點務須注意：

1. 適當營養：因本病之過程紊亂，且長期不規則之發熱，故患者常呈各種營養不良之現象，尤以蛋白質及各種維生素為最，故在得到診斷之初，當予患者以高營養之飲食。

2. 預防及治療呼吸道感染：患者必居於空氣流通而無驟寒驟熱之室內，以防止上呼吸道感染，一有肺炎之現象，應早予化學治療。

3. 治療泌尿系感染：在本篇報告之二十三病例中，并發泌尿系感染者有十一例之多，而治療此種感染，甚為不易，故凡在小便中能隔離出腸炎桿菌時，應早施以化學治療，結果較為良好。

4. 其他如：高熱時，應行溫水浴，頭痛激烈時，應予以鎮靜劑，大便閉結之患者，應予以灌腸治療法等之一般治療，本篇不予討論。

病 例

例 一

鍾興富 男性，年二十五歲，四川巴縣人，陸軍總部士兵，民國三十四年九月七日入院，主訴：為持續性高熱，其發作頗為急促，發作前有寒戰，初時體溫上昇，為間歇性，患者仍能繼續日常工作，但有輕度頭痛，入院前數日一切症狀加重，患者因以臥床，大便閉結，但無腹痛之現象，入院時身體檢查：患者呈急性消耗之皮膚乾燥，有輕度之脫水，舌苔甚厚，脾臟腫大，且有壓痛，肝臟未腫大，但右上腹部有明顯之壓痛，化驗檢查，紅血球 3800000 血色素 16.6 公分，白血球 56000 多樣性 81% 淋巴性 16% 大單核性 3% 蛋白微量，小便白血球少數，大便蛔蟲卵少數，入院時診斷為副傷寒熱。九月十四日入院後，體溫呈極度不規則之昇降，小便中培養出腸炎桿菌，於二十日腸炎桿菌之血凝結反應之稀釋為 1/10240 同時在患者之小便中，查出大量之膿細胞、白血球、紅血球等，腸炎桿菌感染之診斷，因此成立，且併發有腸炎桿菌腎盂炎，用磺胺藥化學治療（Sulfadiazine-G.m 4.id）兩次，結果小便中之情況，并無進步而患者不規則之體溫如故，小便培養仍有腸炎桿菌之存在，治療中，患者曾數次發生激烈之腹痛，但無嘔吐或腹瀉之症狀，每次體溫上昇，患者即感全身不適、頭痛、胃口失常、精神不振等現象，出院前，患者仍有輕度發熱，小便中亦存大量膿細胞，因患者之亟請，乃出院。

例 二

王蘭楷 男性，四十四歲，湖南人，衛生勤務學校士兵，三十四年五月十七日入院，主訴為不規則高熱，及全身疼痛已三天，其發作前，有畏寒及頭痛之症狀，體溫隨即上昇，初時發燒呈不規則之情況及入院後成為持續性高熱，全身症狀亦因而激發，胃口消失，大便閉結，入院時，患者呈急性發熱之情況，表情如感煩燥，神智清醒，舌苔甚厚，皮膚正常，無皮疹發見，肺部正常，心尖部有輕度收縮期雜音，腹部柔軟，肝臟均可觸到，四肢、肛門、生殖器均正常，化驗室檢查：紅血球 3800000，血色素 11.8 公分，白血球 5'00，中性 63% 淋巴性 31% 小便中有微量蛋白及顆粒狀圓柱，大便中發見蛔蟲卵，入院後血液培養發見有腸炎桿菌存在，血清凝結反應亦為 1/160，故診斷為

腸炎桿菌血症，施以各種症狀治療及營養方面之補充，體溫於入院後一星期內減至正常，患者精神恢復，食慾大增，於五月三十一日出院，總計住院十六天。

例 三

姜光玉 男性，十六歲，湖南人，院永師管區士兵，三十四年五月四日入院，主訴為持續發熱已十四天，發病前，有輕度寒戰，體溫逐漸上升，至第三日即覺無力支持，臥床休息，高熱繼續六天逐漸下降，至入院時仍有輕度發熱，患者並不覺有頭痛，但全身均感不適，胃口消失，大便閉結，略有咳嗽，但無胸痛氣急之現象，入院時，患者呈急性發熱之表情，結合膜中有高度充血，舌苔甚厚，咽喉部充血，肺部正常，心臟正常，腹部柔軟，脾臟腫大，至肋骨下沿五公分，肝臟腫大至肋骨下沿三公分，均無壓痛，四肢及肛門生殖器均正常，化驗室檢查，紅血球 3900000 血色素13公分，白血球 3500 中性 88% 淋巴性 12% 小便有濃厚之蛋白及大量之白血球，中等量之紅血球（沉澱標本）無管形，大便中有蛔蟲卵，入院後，曾施以支持及症狀療法，并在血液及小便之培養中，找到腸炎桿菌，血清凝結反應僅 1/40，患者僅呈輕度發熱之現象，同時予以 Sulfadiazine，小便情況現進步，至出院時，小便中已完全無血球存在，僅微量蛋白，患者於五月十三日自動出院，出院時，仍有輕度發熱，總共住院十天。

例 四

劉德懋 男性，四十四歲，安徽人，兵工署中央修械廠科員，三十四年八月二十八日入院，主訴：為腹部腫脹及下腿水腫，時發時好有三年之歷史，發病之初，患者會有短期高熱，然後腹部漸漸脹大，據云服用一種名阿魏丸之中藥，腹部即告消退，乃經二年，患者又有同樣之發作，腹部膨脹甚大，乃往重慶市民醫院施放水術，但放水後，不久即又重脹，據云又服阿魏丸即好，入院時，為第三次腹部脹大，此次脹大以前，患者曾在發熱，在腫脹過程，亦有數次發熱，腹水必多為增加，同時下肢亦甚為浮腫，入院時體格檢查，除腹部腫大，有腹水之現象外，無其他陽性體徵，化驗室檢查，紅血球 3100000，血色素11.8公分，白血球 4800 中性 70% 淋巴性 28% 單核性 2%，大小便正常，入院時診斷為肝硬化，原因待查，入院後曾有一度發熱，熱型頗不規則，最高 39°C，僅四日，即降為正常，以後體溫常不及正常，入院後因腹水膨脹甚大，故施行放腹水術，放出液之檢查，總量一萬公撮，顏色黃綠比重 1005，蛋白陽性，細胞總數 420，多核性佔百分之四十二，淋巴性佔百分之四十八，培養沙門氏腸炎桿菌，放水後，肝胸均不能觸到，及後因積水甚快，故每隔一星期左右必施行一次放水術，而每次腹水均能培養出沙門氏腸炎桿菌，血液及大小便培養均為陰性，腸炎桿菌血清凝集反應為 1/320 陽寒桿菌為 1/1280 大便曾作各種檢查，并未發現若何寄生蟲卵，患者共經六次之放水術，住院六星期，率因極度衰竭，肝臟功能太低而死亡，死亡後診斷為肝硬化及沙門氏腸炎桿菌感染。

摘 要：

1. 本篇為根據一九四五——一九四六年在貴陽圖雲關陸軍醫院所發見之沙門氏腸炎桿菌二十三病例加以整理，予臨床方面一粗淺之報告。

2. 沙門氏腸炎桿菌，不僅為致食物中毒症之一種，且所以發生嚴重之全身感染菌血症，菌尿症等現象。

-
3. 沙門氏腸炎桿菌感染之臨床病狀及體徵，頗不一致，大都為急性發作、寒戰、發熱、頭痛、腹瀉、或便秘等症狀，而各種症狀，均無定型，尤以發熱全不規則，故症狀體徵，并無特點可助診斷。
 4. 本症之診斷，全靠血液，大小便中隔離出病原體，或適當高之血清凝集價。
 5. 本症之流行病學，因二十三病例中，均無法推出發病前之生活狀況，故無法得此。
 6. 併發症尚祇發見沙門氏腸炎桿菌、腎盂炎、支氣管炎、及營養不良、褥瘡等病症，而以營養不良之患者為多，至其他急性傳染病常有之併發病，諒亦可能，但病例中尚無發見。
 7. 本症尚無特效治療。

附 註：

1. 聞前國雲綢陸軍醫院主治醫師曾享能氏對沙門氏腸炎桿菌感染，曾有詳盡之報告發表於衛訓所之衛生導報，曾多方搜求，未獲一見，本篇作者，學識淺陋，經驗不足，而遍閱手邊文獻，均無對本菌感染有詳細之報告者，即此間能有之內科細菌學等書，對此種細菌或感染記載討論特少，故僅能就病歷之記載，予以整理、摘要、報告、其中謬誤之處必多，而尤以病理流行性等有關學科，均無專家指導，亦無事實記載，深為遺憾，深望醫界前輩不吝指導。

2. 本篇僅根據二十三病例報告，故一切臨床症狀，無法求得結論，希望以後發見同樣病例，能繼續研究。

參 考 文 獻

1. G. Blumer : Billings-Ferebheimer's of Theurapeusis Intesnal Diseases Vol, 2.
2. J. W. Bigger : Hand - book of Bacteciology 1924
3. Cecil : Textbook of Medicine 5 th Edition 1940
4. Dick : Year Book of General Medicine 1934
5. Dick : Year Book of Genesal Medicine 1940
6. Osler : Practice of Medicine 1938
7. Park Williams : Pathogenic Micro - Organisms 1929
8. Tice : Practice of Hedicine Vol. 8 1929
9. W. W. C. Tooley ; The Principle of Baeteriology aud Immunity Vol. 2
10. Zinsser : Text - book of Bacteriology 8 Edition.



黑熱病因脾穿刺死亡之一例

廣州總醫院內科

鄭 賀 齡

一 緒 論

脾臟穿刺對臨床診斷甚有價值，然易引起出血之危險。出血之原因，或由於刺傷充血之血管，或由於脾外膜之破裂，後者往往在穿刺時因脾臟移動所致。黑熱病脾腫起因於充血及網狀內皮細胞增殖，質甚脆弱，出血時較健康之脾臟尤為劇烈。本文所報告者，乃一開放性脾出血之黑熱病例，雖行脾臟摘出術，仍不免於死亡。

二 病 例

患者：吳某男性，29歲，廣東人，某空軍地面人員，自1940年起在印度阿薩密省工作。主訴在1946年元月起，在印度發生全身怠倦，食慾減少及體力減弱等症狀，半月後有弛張熱及盜汗，至三月間返昆明治療，自此時感覺左上腹部發生硬塊，逐漸增大，間有鼻出血。醫者斷為瘧疾，給以大量奎寧及亞的平內服及注射，均未見效。七月間飛青島，病勢更劇，九月返廣州。據云同隊之中國人患此病者頗多。

患者在十月十五日入院治療，據云平日體格康健，好運動，無其他家族病史，曾患淋病，入院時主要症狀，為發熱，盜汗，體力減弱，食慾減少，皮膚灰黃，肝脾腫大及間有鼻出血。

臨床檢查：體格中等，顯著瘦削，顏面頗蒼白，皮膚乾燥呈灰暗色，神志清晰，感覺正常，脈搏80—90次，有弛張熱，每日下午37.5—38.5℃，心肺正常，肝臟腫大在右肋弓下四公分，頗硬，表面平滑，脾臟腫大達臍下一橫指，甚堅硬，表面平滑。小便檢查：尿胆素元陽性。大便檢查有蟻蟲卵。血像：白血球3400，赤血球1.7百萬，血色素45%，白血球分類：嗜伊紅1%，中性桿狀核型16% 中性多核型45% 淋巴球28%，大單核型10%，厚滴血片檢查未發現瘧疾原蟲及Leishman氏小體。血液康氏反應陰性，Formalintest強陽性，Takata氏反應強陽性，出血時間五分鐘，凝血時間三分鐘。十月十七日施行第一次脾穿刺，塗抹片上發現多數Leishman氏小體。診斷確定為黑熱病。

十月二十日下午三時，行第二次脾穿刺。術後患者主訴穿刺部位有刺痛，乃裹以腹帶命其靜臥。

其時患者兼發咽喉炎，間有咳嗽，晚間疼痛更劇，注射 Morphine 0.01 g 亦不能止，且漸由左上腹蔓延至全腹部。翌晨患者更不安靜，呻吟床第，脈搏 100 次，體溫 38.5°C，呼吸 24 次，顏面蒼白，全腹疼痛，按觸更甚，鼓腸顯著，極有脾出血之可能，即延外科會診後行剖腹術。

剖腹後結果報告：脾穿刺部位出血如注，腹腔積血及瘀血塊約 1500 公分。初試行脾縫合術，因組織甚脆，而未果，乃行脾臟摘出術。術間曾注射血漿五百公撮，生理鹽水及葡萄糖溶液二千公撮，患者腹腔血液三百公撮，以及強心劑交互注射。手術在上午十一時開始，至正午十二時三十分完畢，患者經過良好。

摘出之脾腫重 1730 公分，形狀正常，表面平滑，切面呈深赤褐色，出血口寬，約一公分，深三公分。

患者在下午三時神志復甦，但疲倦無力，仍訴腹痛，繼續注射生理食鹽水一千公撮及強心劑，於下午五時三十分突起寒戰，體溫迅速上升至 40°C，脈搏在 140 次以上，卒於同日下午八時因循環衰弱死亡。

三 討 論

脾穿刺為不無危險之手術，不少學者引以為誡，但從前臨床家亦有熱烈主張應用者。Manson 氏（註一）主張：1. 在術前晚上及清晨各給予患者乳酸鈣二公分；2. 術前一小時注射 Atropin 0.0005 公分；3. 術時須固定脾腫下緣，使減少移動性；4. 應用口徑不大之 Maw 氏四十號長十號穿刺針。術前須測定出血時間，如超過五分鐘，則不易舉行（R. Knowles 氏註二）。術後二十四小時內，患者宜臥床安靜，以腹帶裹上腹部，可能時並行脾部冰襪包。十年來報告黑熱病脾穿刺出血及破裂者甚少。Clow 氏（註三）在西安（1940—1941）於 524 例黑熱病中，452 例行胸骨穿刺，72 例行脾穿刺，只胸骨穿刺一例死亡，大抵因穿刺針太尖銳，深入大血管所致。Scott 氏（註四）在濟南（1927—1937）之 280 例小兒黑熱病中，亦無因脾穿刺而死亡之病例。

開放性脾出血若不手術治療，死亡率極大（Berger 氏在 220 例中死亡率達 92.3%【註五】）。若適時行脾臟摘出術，死亡率可減至 18—28%（Stassoff 氏，Finkelstein 氏，Berger 氏【註六】）。通例健康脾臟摘出後，豫後較佳於有病之脾臟（在一部分血液疾患可為例外）。黑熱病脾腫摘出後，有良好轉歸之病例，十年來文獻上只見一例報告：——

R. Martin 氏（註七）在 1936 年報告一例，患者男性，二十一歲，俄國人，因患黑熱病曾行 6.1 公分鐮劑注射治療未愈，後因脾穿刺出血行脾臟摘出術，術後再行鐮劑治療，獲克痊癒。

作者所見之病例，為脾刺傷後之開放性出血，出血口不大，故不致發生急性失血現象，而在手術期間經過佳良，足證其循環系機能頗佳。至於何以在手術後八小時迅速死亡，原因尚待討論，據作者推測，可能歸納為兩種原因：一為由於失血過多而起之虛脫；二為在失血及脾臟摘出後，病體抵抗力驟然減弱而起之黑熱病原蟲急性侵襲。是否有當，仍俟高明之指正。至於在第一次脾穿刺時不生險象，而在第二次時乃起出血，亦為一待討論之問題。作者推測大抵當日患者兼有急性咽喉炎，不時咳嗽，亦可使出血部位不能形成血栓，而出血亦得繼續擴大。

四 結 論

從此一死亡病例中，所獲得之經驗良多。在抗戰期間，軍民到處遷徙，可能感染各種地方性傳染病。如本例所示，患者經十閱月之後，方得確定診斷，是以臨床家對於各種地方性疾患，亦須注意，詢問病歷，務求詳細，早期確定診斷，庶免患者失治療之良機。黑熱病原非廣州之地方病，然因為交通廣泛，亦時見有外來患者。尤有進者，脾穿刺之危險性甚大，為多數學者所警惕，臨床家宜先採用較安全之辦法。

臨床上最安全及確實者，莫如胸骨穿刺（Donovan 氏，Seyfarth），在 Kassirsky 氏（註八）等之後，技術尤有改進。我國如朱師晦氏（註九、十），余南庚，應元岳氏（註十一、十二）等亦倡導之。Clow 氏（註十三）歸納其優點為：1.較脾穿刺更安全；2.術前不須服藥，術後不須靜養，尤適用於門診及外診；3.陽性率最高；4.在肉眼對照之下，可能判別吸出物是否為含有油狀小球體之骨髓，在穿刺針未拔離之前尚可再次吸取，但在脾穿刺時則不可能；5.在脾臟腫大未形成前，已可確定黑熱病之診斷。

由此觀之，非在必要時可毋須舉行脾穿刺；而在脾穿刺時，為減少出血危險，亦須履行 Manson 氏等處理法。又患者有咳嗽，嘔吐，吃逆或嘔吐時，亦不易施行脾穿刺。

參 考 書

- （註 1）Manson's Tropical Diseases 1945 P. 161
- （註 2）Ind. J. Med. Res. 1920 Bd 8 P 140
- （註 3）中華醫學會英文雜誌 Vol 61A NO 4 P 140
- （註 4）同 上 Vol 61A NO 4 P 145
- （註 5）Bier - Braun - Kuemmell : Chirurgische Operationslehre Bd. 8 S 487
- （註 6）同 上 Bd 3 S 490 — 491
- （註 7）Arch. Schiff. U. Tropenhyg. : Bd 40 S 362 1936
- （註 8）同 上 ; Bd 37 S 496 1933
- （註 9）朱師晦 Supni Chu ; Vergleichendes Untersuchungen iibes Den Erregeslefunde rin Blut U. Knochenmark Bei Malasia, Kala - Azar, Recurrens U. Filaria. Medizinischen Fakultaet D. Universität Koeln 1939
- （註 10）朱師晦：血液及骨髓中瘧原蟲之研究 軍醫通訊（瘧疾專號）第十三期 1940
- （註 11）余南庚，應元岳：瘧疾之診斷 醫學文摘 第一卷 第五期 1942
- （註 12）余南庚，應元岳：胸骨穿刺術對於瘧疾診斷之價值 中華醫學雜誌 第29卷 第6期 1944
- （註 13）中華醫學會英文雜誌：Vol 61A No 4 P 140

木 精 中 毒 例

天津總醫院眼科

郭 叔 堅

木精中毒例之報告，日本及西歐各國不乏其例。余於去年在天津總醫院眼科，得遇一身爲上尉書記官，因誤飲不明其爲含有木精與否之飲料而中毒，以致失明。雖經長期治療，終未能恢復視力。茲特舉此例，以報告之。

實 驗 例

患者：王 健。年四十八歲。湖南人。十三軍軍部上尉書記官。於三十五年三月二十二日以兩眼視力不良轉入本院。

既往歷：二十年前曾患梅毒，注射砒素製劑而治療之。平生嗜煙酒。

家族歷：無特殊可記載者。

眼科初診：四月一日主訴爲兩眼視力不良。當時視力左眼1/3米指數，右眼爲眼前手動。

現病歷：三十五年二月二十日，於行軍駐地小市上，一雜販手中，買酒一瓶。歸隊後，與同僚某連長階級者，共食之。第一杯後（一杯約10C.C.）即感頭痛。胸內苦悶，不以爲意，仍繼續飲用至第三杯後即覺昏睡。神智不清三日後，始蘇醒。而同僚則已於酒後二十四小時即死去。患者醒後，心身均無何不快感覺但已陷入失明狀態。一物不見。因被送入某後方醫院治療，約一週後視力已恢復至眼前指數云。三月二十二日更轉送來本院，現在除視力不良外。並無疼痛及知覺，排尿等障礙

檢查所見：體格中等，營養不良，皮膚乾燥，無異常感。頸部淋巴腺不腫。胸，肺，心均正常。腹部柔軟。肝，脾未觸知。四肢及神經系無異常，並無腱反射消失或抗進及運動失調等。

實驗室諸檢查：尿，蛋白及糖陰性。血液，康氏及克氏反應輕陽性。血色素75%，血壓，112/70M mhg。

赤血球數：4,320,000。白血球數：7800 類別。中性多形核白血球。70%淋巴球。24%，大單核細胞。4%嗜伊紅細胞。2%便，有鞭蟲卵。X光攝影，兩肺無活動性肺結核，大動脈弓向上擴大。

眼科所見：外眼部及透光體均正常。瞳孔圓形，不偏位，但散瞳。左甚於右，對光反應，直接間接均無，輻輳反應無，檢影法，左眼爲-0.5D之近視，右眼概爲正視，眼底，一般呈豹紋狀，右甚於左。

乳頭：呈長橢圓形，境界明，色白。網膜血管細小，眼科診斷為視神經萎縮

經過：入院後，即行 Jodkali, Vitamin A, D 錠之內服，Strichinin 之顳顬部注射，Vitamin B, Salvarson 之注射及 Pilocarpin 之內服等治療。但迄今已近一年，其眼症狀殆無變化，視力不惟未能改良反有漸呈底落現象。三十六年二月二十日現在視力兩眼為眼前手動。

參證：此例以其同僚飲酒後二十四小時即死，患者昏睡三日，醒後失明至一年後之今日，其視力仍僅為前之諸點，徵諸成書及文獻，其所飲用者，當為木精或含有木精之飲料無疑。但患者曾飲用三杯，其量約計 30C.C. 由此可知其飲用者，必為含有木精之飲料，因 30C.C. 已足以致死也。又患者血液康氏及克氏反應輕度陽性，而其瞳孔左右不同大及視神經萎縮等症狀。頗可使人懷疑其失明原因，為脊髓癆性視神經萎縮。然以其失明之速，及內科方面無脊髓癆性狀以言，其失明之原因，當然應為飲用含有木精飲料，不過梅毒足以加速其失明而已。可供參考之資料約述於上：

(一) 木精中毒多死亡或失明。其致死量 Rost 氏。為 30C.C. 至 100C.C. 失明量 Burger 氏，為 7 或 8 C.C.

(二) 木精中毒症狀之發現。多在飲用後三四小時，其間多腹痛。呼吸困難。Cyanose 頭痛嘔吐。昏睡。心臟麻痺等。眼科方面，則為散瞳，對光反應消失或遲鈍。眼底初期無變化或乳頭充血，後呈單性視神經萎縮，有時呈炎性視神經萎縮。網膜血管無變化或動脈細小及視野狹小等。但古津，河本例則乳頭陷凹。緒方例則黃斑部有細粉狀多數黑點中心窩反射消失。

(三) 關於後果之診斷則河本，長谷，栗原，田村，新美諸例均一時恢復視力，而又失明。但酒井例則以飲量過少，幸得恢復正常視力云。

(四) 治療法。在中毒當時，不外洗胃瀉血。食鹽水注射，投用利尿劑保溫等。眼科方面不外為 Jodkali 及 Pilocarpin 之內服。Vitamin B, Strichinin 注射及腰椎穿刺等。

結語：國人雖不如外人之嗜酒，但以智識低淺，如本例之身為上尉連長及書記官者。竟由市攤購飲不知成份含有木精飲料。而一致死，一致失明。以陷於最悲慘的人生。不禁令人感慨系之。用特報告，以促國人之注意。

參 考 資 料

酒 井：日本眼科之證明	6.386.
長 谷：臨床眼科醫報	25.660.
栗原新美：綜合眼科雜誌	38.447.
田 村：綜合眼科雜誌	26.421.
古 津：臨床眼科醫報	30.725.
石 原：眼科藥用異變	

此稿經本院醫務長馮玉珊先生之校閱，特於此深致謝意

腦垂體抗色細胞腫瘤 於 X 光上之所見

北平慈醫院放射科

警長信

腦垂體腫瘤於臨床上常見，其比例約佔全腦腫瘤百分之十八，尤以腺瘤 (Adenoma) 居多 (註一) 垂體腫瘤位於蝶鞍 (Sella turcica) 腔內，除少數例外，均可用愛克司光蝶鞍攝影檢查而確定之。

以病理學言之，垂體前葉腫瘤可分為三，(1)嗜酸性細胞 (Acidophilic cells) 瘤，(2)嗜鹼性細胞 (Basophilic cells) 瘤，及不抗色細胞 (Chromophobe cells) 瘤，三種細胞在生理上所持之功能各異，發生變態時，其在臨床症候上之表現亦各不相同，故除以愛克司光攝照蝶鞍檢查，尚須注意全身骨骼系統之發育狀況及其病理變態，垂體發生腫瘤其對蝶鞍本體及全身骨骼所發生影響，在愛克司光線上之特徵，簡述如下，(1)蝶鞍內腔呈環形闊大，(2)鞍背 (Dorsum sella) 菲薄及破壞吸收，(3)鞍底 (Floory) 被壓迫及破壞，(4)後床突起 (Posterior clinoid processes) 及前床突起 (Anterior clinoid processes) 菲薄及短小，(5)顱內壓無增高現象，(6)無鈣化現象及(7)全身骨骼變化，例如：(甲)肢端肥大症 (Acromegaly) 或巨人 (Gigantism) 狀態，若頭顱骨之彌蔓性骨增生 (Hyperostosis) 頰部突出，手足增大，副鼻腔擴大，係由嗜鹼性細胞功能異常所致，(乙)右辛氏合併症狀 (Cushing's synarome) 中，如頭顱骨骨質疏鬆與阻礙，脊柱骨萎縮及壓迫性骨折，係由嗜鹼性細胞功能異常所致。(丙)骨骺 (Epiphyses) 化骨不全，視野 (Visual fields) 縮小，係由抗色細胞功能異常所致。

茲舉本院放射線科所見一例如下：

患者張築西男性，十七歲兩個月，磨工，河北景州人，於民國三十五年八月因失明就診於北平同仁醫院，其臨床診斷為腦垂體抗色細胞腺瘤。

主訴：——兩個月來右眼完全失明，左眼視力減低。

現病歷：——患者自覺兩個月來兩眼視力日漸減低，並時有一時性失明，每於少時休息後即可恢復，但一月前患者於工作時，突然發覺右眼完全失明，左眼視力亦著明減低，無頭痛，眩暈，惡心，嘔吐等症候，不發燒。

既往症及家族歷：——無特殊可記載者。

身體特殊所見：——體格矮小，為肥胖型，表情愚笨，意識清楚，行路稍緩，皮膚顏色正常，兩腋窩無毛，亦無陰毛，全身無腫大之淋巴腺，陰莖短小，有如七八歲者，眼球運動自由，瞳孔反應消失，右眼底邊緣色白污穢，血管正常，左眼底充血，邊緣污穢，靜脈擴張，左眼視野著明縮小，右眼視野完全消失，胸廓所見均正常，腹部觸診正常，脊柱正常，尿——陰性，血壓 100/60Mmbg, 血糖 116mg/100c.c, 白血球 14,000, 赤血球 4,320,000, 血色素 86%, Wasserman's reaction (一) 血分

球類——無異常，身長141cm；體重48kg；

臨床診斷：——腦垂體抗色細胞腺瘤。

愛克司光檢查所見：——蝶鞍呈圓形環狀擴大，深度為8.5mm，（正常值為10.5mm），橫徑17.0mm，（正值為14.5mm），前床突起破壞吸收，後床突起菲薄，細而短，鞍背變薄，全身骨骼之骨脈線，如腸骨大轉子，肱骨頭，橈尺骨遠端，跟骨等，均未癒合，按Camp氏及Gilley（註二）氏之化骨圖譜估計，相當十三至十四歲者，其癒合緩慢

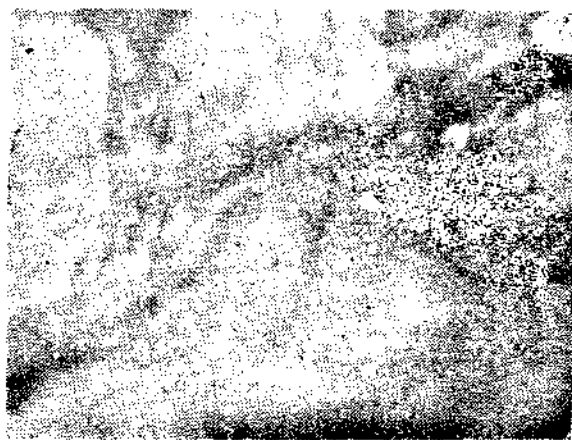
愛克司光診斷——（1）蝶鞍內腫瘤
（2）全身骨脈癒合緩慢

結 論

吾國人正常，蝶鞍之深度及闊度值，迄今尚無文獻可考今日臨床所採用者，仍多根據歐美及日本之統計，以後者同為黃種人似較合用，據高木憲次氏記載（註三），日本人正常值，在十七——十九歲間，其前後徑平均值為14.5mm，深度為10.5mm，依德人Kohler氏記載（註四），前後長徑平均值為1.06cm，深度值為0.81cm，試觀本文患者之測量結果，其前後徑為17mm，深度為8.5mm，比諸前二氏正常值，已有顯明擴大現象，且其前及後床突起及鞍背骨質均現侵蝕破壞情形，此外其各部骨脈之癒合年歲與Camp氏及Gilley氏之圖譜亦為緩慢，如正常股骨大轉子之化骨後發現及骨脈癒合期應為五——十六歲，尺骨近端為九——十四歲，橈骨小頭為十一——二十歲，跟骨為十一——十三歲，橈骨遠端為1/2——二十歲，尺骨遠端為七——二十一歲，然本病人實足年齡已超十七歲，而上述之全骨脈均尚未能全癒合，僅相當於健康者約十三——十五歲兒童時之情況，總上所述，愛克司光所見已足可推斷其為腦垂體抗色細胞腫瘤，更補以臨床上之性器官幼稚，視野之變態，目盲，脂肪過多等症候，可認為由腦垂體前葉抗色細胞功能異常所致之現象也，倘能手術，行病理組織檢查更可鑑別為單純腺腫（Simple adenoma）或為腺癌（Adenocarcinoma）



第一圖：年十七歲，生殖器官發育不全，無陰毛，體肥胖。



第二圖：蝶鞍呈圓形環狀擴大，前床突起破壞吸收。後床突起菲薄

參考文獻

- (1) Ross Golden ; Diagnostic Roentgenology (Nelson)
p.18, 1938.
- (2) John D, camp and Earl , L , Gilley ; Normal
Development os Roen'genologically Important
Bones and Epiphyses.
- (3) 高木憲次：內光X光診斷學（田宮知恥夫著）第二卷第364頁
- (4) Alban kohler : Roentgenology, P.285.

本文承梁鐸教授謝志光教授指正，特誌於此，藉表謝忱。

腎臟衰竭及肌肉局部缺血性壞死

(壓傷尿閉症·壓傷綜合症狀)

武漢總醫院

劉幹國譯

概 說

在一九四〇到一九四一年冬季德國人大肆轟炸英國的時候，有很多被壓傷者的橫紋肌有缺血 (Ischemia)，壞死及無菌性自身溶解 (Sterile Autolysis)。這種患者有時發生器官性的腎病，結果產生尿中毒症，現在這種肌肉缺血壞死與腎臟失敗的關係，已經公認存在，同時也知道這種情形不僅在現代轟炸中所引起的創傷才有。對這問題的仔細研討，可以腎小體 (Nephron) 的機能能有更正確的認識，也可增加創傷性動脈管痙攣及肌血色素尿症 (Myohemoglobinuria) 病理學方面的知識。

當一建築物為炸彈轟塌時，有一部分被活埋在下面的人，有一個或一個以上的肢體為屋樑，木料或石塊等緊緊壓住，在這情形下，往往須經幾小時之後，才能將受傷肢體移出，在這幾小時中被壓住肢體部分的肌肉差不多全無動脈血供給。由外表看起來這被壓的肢體創傷也許並不嚴重，也許沒有骨折；由脈搏的判斷，這受傷肢體的血液循環也是在移出後短期內即恢復，但以後數小時內這受傷肢體發生水腫，知覺喪失及麻痺等現象表面皮膚發生紅熱的徵候而這肢體內動脈甚至在病理組織檢查之下也不能發現有任何病變，由肉眼觀察都可知道這大片肌肉之內有顯著的塊狀壞死。患者在移出之後有一時期現血濃縮現象其原因係大部份的血漿滲透到壞死的肌肉中所致。有人曾計算過這滲透出的血漿很容易達兩升之多，在大部份患者之中，雖然失去血漿如此之多，但極度全身的血管收縮，使血壓降低的程度不太嚴重休克的病徵也不顯明。而另一部份患者有血壓降低及休克病徵出現但經幾次輸血或血漿之後血量很快的恢復，在此時患者僅排少量之尿這種少尿的現象，通常是在嚴重創傷幾小時後常有的事故無多特殊的意義。在此時期排出之尿很清顏色很正常，但有時則含有蛋白質，及少數無色之透明管柱型此後數小時之內所排之尿都清亮，但患者於入院後十到三十六小時之內 (即受傷後約二十到四十六小時) 所排之尿變成深色——紅色或煙狀——且有多量之棕色或棕紅色之沈澱物，此種尿含有溶解之色素及大量色素沈澱之管柱型及顆粒狀有色素之碎屑物 (Debris)，而常無紅血球，此種存在於尿內的色素已經證明為肌血色素 (Bywaters 及 Delory 於 1941, Bywaters, Delory, Rimington 及 Miles 1942) 大約由於壓傷肢體內壞死肌肉自身溶解所產生，從尿的變化顯出後，不論每輸入的液體如何多，而尿量逐漸減少這點很明顯的表示腎臟排洩尿的功能，很快的逐漸變壞直到第五天時，一天所排出的尿量，不比一個正常腎小體在一天內所排出的多，患者同時有血氧質症，酸中毒及嚴重的嘔吐，在此時尿內的色素及管柱型體雖然減少但百分之七十七患者每天所排出之尿量不過是幾公撮呈酸性的液體，而其他百分之二十三患者的尿量逐漸增加，尿濃度也增加病情慢慢好轉。

患者如在第五天尿量仍不增加時通常在一二日後即死亡，死亡時很快，甚至在心律變化或不規則以前即死去，其原因與血內鉀增加有關，以後當再加討論，在死亡病例中腎臟有三種明顯的變化：第一，腎臟腫大切面現水腫並有清亮的液體滴下。第二，腎第二曲小管之末端及腎直管內含有深色的管柱型體。此種色素已證明為血酸素 (Hocm) 之衍生物大約為肌血色素 (Bywaters 等 1942) 第三，腎第二曲小管及亨利氏攀的上升部份現有深度的病變，在相當數目的腎小體內其管內的上皮細胞呈壞死現象，此種變化特別以靠近邊界部份的病狀 (Busdary Zone) 為顯明在此種病狀內可看到腎小體之壁變弱，以致通常排出的液體也可滲透過去同時也有腎小管萎陷的跡像，在腎小體的間質中有早期的纖維細胞及組織細胞 (Fibroblast of Histicytic) 增殖。

在死亡病例中受傷肢體的肌肉腫脹得很厲害，在直接受壓的部份有大量的肌肉壞死，這種壞死的肌肉呈腫狀且無血色，像魚肉一般，而中間間有肌肉出血部份這種情形與受傷部份表面皮膚的病狀相當，在離開直接受壓部份的每一肌肉也有腫脹的現象，且有六塊範圍很清楚的白色壞死部份，其外周為腫脹，帶血色而無顯明的出血肌肉，這種肌肉壞死大多為凝結型，其慘白的顏色是為肉眼所能見到的特點，但幾天以後在壞死部份即發生因自身溶解而變軟的小塊。肢體移出後血漿滲入肌肉毫無疑問可使肌腱內之壓力逐漸增加這也是壞死發生的一個原因但 Belsey (1941) 氏特別注重另外一重要的因素，這個因素就是很厲害的長期動脈痙攣，這種動脈痙攣現象在壓傷肢體行手術時或在缺血試驗的動物身上都可觀察得到，在缺血壞死中若無肉眼可看到的壞死現象時，在組織切片上仍可見到肌肉纖維有腫脹及壞死現象有時且很利害所以非將幾個肌肉在不同地方切片作組織檢查後不能就斷定無壞死現象存在。

這種壓傷無尿症，已由 Bywaters 及 Beoll, Belsey, Miles, Mayen-White 及 Salaust, Matit laud, Long laud 及 Munoy, Blacklum 及 Key 等及美國醫學研究會，(Medisnl Research Council) 於一九四一年詳加敘述，腎臟中詳盡之病理組織變化，則為 Shaw Duwn, Gillaspic 及 Niven 等於一九四一年發表，Manison 氏也於同年發表關於此證的腎臟方面的病變情形，Bywaters 及 Dible 於一九四二年根據觀察二十二個病例的結果，發表一關於此種變化的完善報告，以下係根據上述報告。

關於壓傷症之詳細情形：

在此二十二個病例中，患者被壓之時間為三到二十二小時，平均為十小時，此被壓時間與死亡率無關，在死亡病例中被壓之時間平均為八小時，而能恢復的病例則為十三小時，在十六病例中有八人係一下肢受傷，傷處大多在上腿部，六人兩下肢受傷，二人有一上肢，一下肢及軀幹一部份受傷，受傷肌肉之大小似與腎臟病態之嚴重程度無若何顯明的關係，大部份死亡病例其死亡時間為第七至九天，有三分之一係在第七日死亡在七日以前死去之病例多有嚴重的創傷，失血或傳染，有一病例直至第十日才死去。

血濃縮時期——在八病例中，入院時之血色素百分率為一六〇，一五〇，一五〇，一四〇，一二四，一二〇，九二，及九〇這中間有一可注意之點，即有數病例雖失去相當量之血，而其血色素之濃度達到上述之百分率在此血管收縮時期病者常顯蒼白，皮膚發冷及流汗等症狀，輸入血漿及血以治療血濃縮之結果如下所載：在一病例其起初之血色素為百分之一四〇輸入血漿後數小時後即降至百分之八五，另一病例則於三十六小時內由九〇降至七〇，第三病例則於四十八小時內由一五〇，一三〇，一二〇而一〇〇，休克之程度有時很嚴重，有三病例其入院之時血壓為 85/70, 60/35, 90/70 種水銀柱輸血對於休克之影響可以其中第二病例為證：即入院時血壓為 110/71 三小時後為 60/35，四

小時後為 88/63，六時後為 100/60。

被壓肢體之改變——在所有病例中，被壓肢體都很快發生水腫，並擴張破壓區域以外；在直接被壓的部份及有擦傷部份的水腫尤為明顯，壓傷部份及肢體末端發生水泡有一部份患者之受傷肢體末端，有初期的壞死，非常疼痛，有少數患者之水腫擴張至受傷肢體以外，若面部受傷不論其程度如何其水腫情形並不常對稱，似乎此種水腫乃由創傷而起非由於腎臟功能失敗的原故，受傷肢體的神經失去作用與局部缺血的關係似較比直接壓力要可能些，神經恢復通常須要六到十二周之久 (Belsey 1941)

尿的變化——在入院後十到十六小時，患者方排出含色素的尿，尿呈強酸性，若無治療時在整個腎功能失敗時期尿皆呈此種反應 (Bywaters 1941) 若欲使尿成爲中性必須常用大量的鹼性藥物 (Hogland 及 Muney 1941) 此點與確定腎內病變的地方及治療皆有重要的關係。

肌血色素尿症——Bywaters 及 Delory (1941) 由尿內有色素管型與肌肉壞死的關係推想到這種色素可能是肌血色素，因爲壓傷閉尿症和馬的麻尿性肌血色素尿症 (Equine Paralytic Myohemoglobinuria) 有很相似之處，馬在休息數日之時間如仍食以在工作時所食之含碳水化合物很多之食料，則再運動之後即發生肌血色素尿症，此馬很快的因肌肉有大塊蒼白色壞死而變跛，同時腎小管內有含色素之管柱型，Cartrom 氏認爲此種情形係由於肌肉內貯存過量的動物澱粉 (Glycogen) 再加某種循環失調所致，Minett 氏同時提及 Gamsis 及 Payniez 兩氏的理論；他們認爲肌血色素的腎界限 (Renal threshold) 較血色壓爲低，故在注射之後即由腎臟排出，而不能在血內用分光鏡檢查出來，Bywaters 及 Delory 兩氏在壓傷閉尿症病例中，在尿內以分光鏡檢查出肌血色素。

以哈氏反分光鏡 (Hartridge Reversion Spectroscope) 去檢查時，這種色素的光譜與用十五分約一分子量的磷酸鹽緩衝液在 PH 6.5 由肌肉內所提出的養化血色素相同，尿內之色素的 Coboxyl - 根及對位部分的光帶和文獻上提出的波長相符。Bywaters, Delory, Rimington 及 Miles 於一九四二年對此問題作更詳盡的研討，在七個壓傷閉尿症中證明有這種色素存在。此種色素是經膠棉 (Collodion) 濾過器高度濾過而分離出來，其在高度遠心沈澱下之沈澱常數 (Sedimentation Constant) 與 Svedberg 及 Petersen 二氏所得肌血色素相同的，肌血色素的分子量爲一七，五〇〇 (Svedberg 1930) 故其分子大小僅爲血色素的四分之一 (血色素的分子量爲六八，〇〇〇)，所以可很自由地透過腎小體的薄膜，其在腎內清除 (Renal Clearance) 速度爲血色素的二十五倍 (Yuile 及 Glask 1941)，很可能肌血色素在血液內清除的速度與血液由受傷肌肉內帶來肌血色素的速率相等，肌血色素大約不含毒性，Bywaters 氏等於一九四二年曾將由人身受傷肌肉內提出之肌血色素注入兔身，結果不生中毒現象，他們指出在人類的原發性麻痺性肌血色素尿症——一種與馬肌血色素尿症相似的病也可證明此物無毒。有三個得這病的人在數次發作之後仍然康復 (Meyer-Bets 1910, Hittmain 1925, Millikan 1939) 在 Millikan 氏病例中除尿中含色素及血中的鉀增加外別無其他症狀。

血中鉀增加之重要——肌血色素及其衍生物沈着於腎小管內所引起機械性的阻礙而使腎排洩機能發生故障的可能性將在以後討論，同時有其他的事實可以證明肌肉自身溶解後內其他的產物也隨肌血色素進入血液之中，在這些病例中血中的鉀是逐漸增多，同時磷酸鹽也增加下表爲自幾個病案中所得的結果：

		血清鉀，每100c.c. 所含之公絲數 (正帶二16-22公絲)	無機磷酸鹽：每10 0c.c.所含公絲數	
一小時(死於第八日)	男性病人二十歲被△為十又四分之	第三日	26	7.7
		第四日	27	7.7
		第五日	34	6.7
		第六日	28	6.7
		第七日	34	8.7
		第八日	43	11.1
		第八日 (死亡時)	43	11.1

(Beall, Bywaters, Bolsey, 1941)

時於第八日死亡	女性十七歲被壓九小	第三日	30	—
		第五日	—	—
		第六日	31	7.3
		第七日	33	—
		第八日	34	7.7
		第三日	28	—
		第五日	—	11.1
日死亡	女性四十五歲被壓六小時於第七日	第六日	—	9.2
		第七日	32	12.9
		第七日	33	—

(Bywaters 及 Beall, 1941)

二小時(痊癒)	男性五十八歲被壓十	第六日	25	—
		第八日	20.2	—
		第十日	17.6	—
		第十二日	19.3	—
		第十四日	14.8	—

(Blackham 及 Kay 1941)

(一二未檢查)

在 Millikane (1939)氏關於一個運動後原發性肌血色素尿症病例報告中，也提到患者的血清中鉀增加，肌肉內的鉀質係存在於細胞之中，由於鉀能夠進入血液中，可以猜想到肌肉細胞的可滲透性增大。在壓傷性尿症中血內鉀的增加不能說是直接由腎的損傷而起，假如外科傷能夠發生局缺血，也可能使滲透性增大而致細胞內的鉀進到血裏面來，這種假定是很有理由的 Hoff, Smith, 及 Wenles 諸氏在狗實驗中把腎除去，或把輸尿管結紮，使狗成完全閉尿狀態後血中的鉀濃度即增加。他們認為這鉀質是由動物的組織分解而產生，在仔細研究鉀中毒後，他們所得的結果是：失尿動物致死的原因是鉀中毒；鉀中毒時，發生心跳不規律及突然停止，他們同時指出在慢性尿病者中雖有血質血症，但血中之鉀並不增加，有幾個壓傷性尿症病例中在突然死亡以前有心跳不規則現象。

血中磷鹽增高——血中無機磷酸鹽的增高似與肌肉損害有關，肌肉中活動而且有氧氣供給充分的纖維內含有三種含磷的化合物，這種化合物僅存在於細胞之中，其一種為肌肉素磷酸 (Creatin Phosphoric Acid) 或 Phosphagen 約為百分之〇·五，在肌肉受傷之後即分解為肌肉素及磷酸 Grzycki 氏 (Bywaters 1942 引證) 證明在馬肌血色素尿症之肌肉中所含之 Phosphagens 較正常為少，而血液中所含乳酸及磷酸鹽較正常為多。第二種為磷酸六糖 (Hexose Phosphate) 為六糖及磷酸之混合物，第三種為腺基焦磷酸 (Adenyl Pyrophosphoric Acid) 含有三個磷原子，為一核甘酸 (Nucleotide)，腺甘酸 (Adenylic Acid) 及焦磷酸 (Pyrophosphoric Acid) 之化合物，腺甘酸之本身為正磷酸 (Orthophosphoric Acid) 及腺甘核甘酸 (Nucleotide Adenosine) 之化合物，腺基焦磷酸易分離去焦磷酸鹽，焦磷酸鹽再分解為兩分子之正磷酸，肌肉燒乾後所餘之灰質主要成分為磷酸鉀，壓傷失尿症在其過程中多有酸中毒症，此種現象多少與酸性物質之吸收有關，通常肌肉中所含之乳酸較少 (約為 0.02%) 在受傷之後肌肉內之動物性澱粉即變為乳酸。

排尿量——在患者得救後不到三十六小時內，雖然尿量減少，但減少之程度各有不同，這種不同的原因與液體輸入量，水腫程度及嘔吐都有關，在死亡病例中，不論輸入之液量如何多，尿量始終減少，下表的記錄可以說明這種情形：

受傷後日數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
死亡病例	—	146	—	334	80	50	30	67	38	—
	—	226	45	21	15	32	—	—	—	—
	—	—	247	120	240	180	240	270	420	—
	—	—	205	100	—	250	290	530	—	—
	—	—	數c.c.	數c.c.	—	—	—	—	—	—
痊愈病例	118	—	數c.c.	數c.c.	無	無	無	—	—	—
	—	300	420	420	2,190	—	—	—	—	—
	—	325	323	960	1,530	—	—	—	—	—
	—	510	720	750	600	1,740	—	—	—	—
	—	—	1,036	207	562	2,308	—	—	—	—
—	59	236	266	384	592	947	1,628	—	—	

		每日輸入液量及排尿量(c.c.)									
受傷後日數		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
死亡病例	液量	-	-	1,580	1,080	9,000	510	3,630	3,630	3,000	-
	尿量	-	-	240	120	240	180	240	270	420	-
痊愈病例	液量	-	1,000	-	350	900	-	-	-	-	-
	尿量	-	650	-	100	250	-	-	-	-	-
痊愈病例	液量	-	-	2,000	-	-	-	-	-	-	-
	尿量	-	-	數c.c.	-	-	-	-	-	-	-
痊愈病例	液量	-	3,500	2,820	4,720	2,250	-	-	-	-	-
	尿量	-	300	420	420	2,190	-	-	-	-	-
痊愈病例	液量	-	2,650	3,000	3,000	3,000	-	-	-	-	-
	尿量	-	325	325	960	1,530	-	-	-	-	-
痊愈病例	液量	-	2,790	1,260	2,500	2,000	2,670	-	-	-	-
	尿量	-	2,510	720	750	600	1,740	-	-	-	-
痊愈病例	液量	-	-	325	740	1,598	2,072	-	-	-	-
	尿量	-	-	1,006	207	562	2,308	-	-	-	-

嘔吐：——血中的氯化鹽，在得救後二四到四十八小時或尿成深色約十小時後，多數的患者有劇烈的惡心及嘔吐，患者無神，不安定直至死亡為止，由每日嘔吐所失的水分，氯化物及酸多少類各有不同，平均嘔吐量約為每日一五〇公撮，有些患者嘔吐更多，有一患者第二日嘔出二千一百公撮；第三日七百五〇公撮第四日為九〇〇公撮；更一患者於數日內每日嘔出之物為九〇〇公撮，另一患者於七日內每日嘔出二四〇公撮，決定血中氯化物減少，是否僅為嘔吐所致的結果，很是重要。下表為四個死亡病例及二個復原病例的紀錄；

血漿中氯化物（以每100 c.c.中所含NaCl公絲數）——正常：560至602 Mg/100c.c.

受傷日數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
死亡病例	-	-	584	-	498	615	573	496	-	-
	-	-	801	572	513	513	464	-	-	-
	-	-	-	-	500	500	461	-	-	-
	-	-	480	458	525	515	482	430	-	-
痊愈病例	-	-	-	-	527	491	-	-	462	-
	-	-	-	-	536	496	-	532	-	520

由於嘔吐所失去水分多少不等，而血漿中氯化物減少之量相差不遠，故血內氯化物減少的原因，並不全由嘔吐而起，反之似乎腎小管的選擇性再吸收作用。

失敗有密切的關係，腎小管在血內的氯化物，降至百分之五〇〇 Mgm 臨界度時似失去再吸收氯化物的能力。

不論輸入之液量多少，而深色呈酸性的尿量很快減少時，此為腎機能失落的臨床症狀，但僅由血與尿的化學分析才能決定腎臟受害的程度及斷定何處機能失敗，這種化學分析顯示進行性的血中非蛋白質氮及磷酸鹽增加，及鹼性及氯化物減低此種變化可能有腎以外的因素在內：如腎的球體的濾過壓力減少，或壓傷使體組織破壞的增加等是，若同時行尿檢查則可以知道這種變化實為腎機能失敗的後果即腎小管機能失調的結果，這種檢查的結果表示腎小管內上皮細胞的正常後從腎絲球體濾液內再吸收及氯化物的機能完全喪失。尿內的尿素及氯化物的量，很快的接近血中尿素及氯化物的量，前後所排的尿量及腎絲球體的濾過液稍多有一公式可表明：

$$\frac{\text{每100公撮尿內所含尿素公絲數}}{\text{每100公撮血內所含尿素公絲數}} = \text{尿素濃度因子(Urea Concentration Factor)}$$

由尿素濃度因子可對腎臟濃縮能力有一相當正確概念，在正常情形下尿素濃度因子約為 $\frac{2,000}{30} =$

66在於第七日死亡之壓傷閉尿症病例中，其第五日的血中尿素平均達百分之三三五公絲，尿中尿素濃度為百分之〇·六三（或百分之六三〇公絲）其平均之尿素濃度因子為 $\frac{630}{335} = 1.8$ 。下表可資說明病例中氮質血症（Azotemia）之程度。

血中尿患（每 100 c.c.中所含之公絲數）

受傷日數	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
死亡病例	—	150	—	286	305	—	268	320	—	—	
	—	—	115	156	214	270	314	—	—	—	
	—	—	188	165	235	270	278	393	—	—	
	—	154	210	295	295	327	369	—	—	—	
	—	—	—	228	360	398	—	—	—	—	
	—	—	—	100	—	—	384	400	—	—	
	—	—	—	—	260	326	—	—	—	—	
	—	—	—	—	—	—	—	—	368	—	
	—	—	—	—	—	420	—	—	—	—	
	—	—	—	—	—	—	—	—	594	—	
痊愈病例	—	—	—	—	—	—	—	—	351	—	
	—	—	197	—	273	323	375	364	319	—	…第三十三日正常
	—	—	—	—	243	333	—	324	—	—	…第十九日正常
	140	—	—	—	240	—	400	300	—	—	…第三十六日正常

腎的損害——腎血球體的毛細管無顯著改變，腎被膜的間隙間及第一曲管中則多少含有絨毛狀無色不定形及伊紅染色成淡紅色顆粒狀的碎屑（Debris），此種碎屑可能為脫落後之細胞自身溶解的產物或為沈着的蛋白質，通常第一曲管的上皮細胞層有卡他性炎徵，最顯著的變化是亨利氏溝（Henry's hoop）的上升部分及第二曲管中，腎小體的上述部分及腎直小管（Collecting Tubules）中有典型的色素管柱型，在多數病例中，這種管柱型數目很多，而且非常明顯，在腎直小管中則成更長更大，但在有些病例中色素管柱型比較少，色素管柱型為橘紅色或棕色橘紅，含有無細胞而不分層次的物質，充塞於腎小管中，在不染色的標本可察知其本身顏色，大小及數量，這種物質有時全整的一塊，有時是碎片；有時為顆粒狀，也有時呈紋紋，串珠或帶形，在破碎之後，裏面所含的顆粒粗似紅血球，但在伊紅染色時呈深磚紅色，對本息丁試驗（Benzidin Reaction）為陽性（切片標本應照Lepelne 1919氏法作此試驗），這些管柱型是毫無問題的與尿內所發現的至少一部分證明為肌血色素的管型相同，因為這些含色素的管柱型是太顯着所以在起初研究時認為腎機能失敗是完全由於這種東西阻塞腎直小管及腎小體下端部分而起，從前把壓傷閉尿症中腎的病變情形和墨水熱（Blackwater Fever），不合的輸血，陣發性血色素尿症（Paroxysmal Hemoglobinuria）及氰酸鉀中毒等情形相提並論，現在則認在上述各症中各有其他因素在內（De Gowin, Warnes 及 Randalls 1938），誠如 Bywaters 氏所云：若肌肉壞死所致的閉尿症僅由於腎小管阻塞而起，故患者所排之尿必由未被阻塞之腎小管排出，如此則所排之尿應無變化，而實際上此少量之尿中的化學變化表明腎小管之機能失調而失去其對水份及氯化物的選擇性再吸收作用（Selective Reabsorption），其原因非以腎小管之單純阻塞所可完全解釋，同時此種管柱型之多少亦不一，Morison 氏（1941）在研究三病例之後，認為「所有的腎小管都在同一水平面有阻塞」及「僅腎小體（Nephron）之最下端部分阻塞為顯然之變化」，但 Bywaters 及 Dible（1942）兩氏於檢查二十二腎臟標本後，認為僅十一例中之管柱型數目可合於上述之解釋，而在六例中管柱型阻塞甚少，不能認為能阻滯尿之排洩，在數病例中於尿量減少及排出含色素尿二三日後，尿中色素即完全消失，尿中之沈澱物亦減少很多，此種情形可表明腎小管中之阻塞除去，但患者之氧質血症，尿減少症及腎濃縮能力都不見有進步。

在一九四一年初期，觀察腎中變化的人都認為腎小管的上皮細胞有損傷情形，如 Belt 在 Bywaters 及 Beall（1941）兩氏所述的病案中特別提出這種變化的重要性，他認為這種腎小管的損傷是非常嚴重，並且他觀察到上皮細胞再生現象，Shaw Dunn 及 Nives（1941）兩人檢驗三病例中的腎臟而得到這種腎小管損傷的證據，在他們的標本中，腎小體在這種情況下，細胞呈壞死狀，腎小管變弱而且有時破裂，上皮細胞壞死現象在近邊緣部分的病灶更為顯著，在這類病灶中，壞死的腎小管有局限性的擴張而且有時破裂到鄰近的小靜脈中，這些地方的間質組織中有限局性的成纖維細胞反應（Fibroblastic Reaction），在第二曲管中有顯明的上皮細胞再生現象，Bywaters 及 Dible（1942）兩氏在二十二病例之組織學研究中證明了這多種的變化，有些標本中多數僅限於第二曲管部分有成纖維細胞及組織細胞（Histiocytis）侵潤的腎小管壞死病灶在邊緣部分成爲一種斷續線形狀態，在第二曲管的其他部分則含有從管壁軟弱部份突出到間質組織中的管柱型。在多數能活到七天以後的病例中這部分的腎小體都有上皮細胞再生現象；即一串再生細胞鋪陳在腎小管內或鋪陳在一片腎小管碎屑（Tubular Debris）上而無明確的基底膜（Basement Membrane），在壞死最劇烈的邊緣區域顯有腎小管萎陷，在這種情形下間質組織中的成纖維細胞侵潤最為顯著。Bywaters 及 Dible 兩人於不適合的輸血病案中發現同樣的腎小管變化，除開表明腎小管構造的整個性破壞以外，這嚴重的病變僅限於第二曲管也是很有特殊意義，Shaw Deann 氏指出大量注射尿酸及一尿酸鹽（Shaw Deann 及 Polsen 1926）及磷酸鹽（Meforlan 1941）到動物身上，也可發生同樣變化，所以認為這種局限性的，也許與腎內管液體在這部份反應變更有關係。這典型的有曲管的上皮細胞的壞死而極少腎絲球體，及其毛細

血管變化的「壞死腎變」(Necrotising Nephritis)的例子，是昇汞中毒，同樣的變化在四氯化炭中毒情形下也有人提到過(Smetana 1939) 在昇汞中毒中血中尿素很快增加，而尿量逐漸減少；所排出少量之尿逐漸淡，嚴重的酸中毒及血漿中氯化物減少，這氯化物的減少並不由於嘔吐及水腫所致，在腎小管壞死外也有同樣很顯明的早期上皮細胞再生的現象，在第三天，即可看見腎小管在第十四時可以完全被上皮細胞鋪滿，這腎小管含有大量雜有磷酸鈣的細胞碎屑。腎臟腫脹頗為厲害，另有一種腎機能失收，似乎與壓傷閉尿症有關，那即是有隱匿性的偶然出血的妊娠毒血症，而且一部份胎盤分離而壞死，但血液循環仍與其他部份胎盤相聯，在這情形下有尿量減少及血中尿素增加，很快的即發生腎機能失收，所以組織學方面的證明在壓傷閉尿症中，腎臟不能濃縮，血絲球體的濾過液與第二曲管構造完整性的喪失有關，如 Bywaters 及 Dible 兩氏所說的有理由，將尿少症都以同一原由闡明，尿量的逐漸減少似與濾過壓力的減少無關，因在一短期降低以後，在多數病例中血壓逐漸升高，如昇汞中毒的閉尿症一樣，在昇汞中毒及壓傷性閉尿症中腎臟都相當腫脹，似乎在兩者情形中受傷的腎小管壁，有過度的非選擇性的再吸收，或者使濾液及電解物漏到血液中甚至到腎的間質組織中。

治 療

合理之治療尚有待於幾個合理問題之解決，很明顯的我們知道能夠產生嚴重的腎的病變的肢體受壓最短時期，及創傷的最低程度，現在關於這幾點尚無正確的認識但是仔細的研討可能證明在嚴重肌肉受傷之後，肌血色素及氧質血症為常見的併發症，Bywaters (1941) 引證，——由 Ridael 及 Dow 兩氏所觀察的病例，在一病例中一坩的血漿透入組織中而引起肌血色素尿及短期的氧質血症但此病人除粗隆(Trochanteri)部份的皮膚現緊張外，別無其他創傷現象，Belsey (1941) 看到一病人被壓傷僅四十五分鐘而發生肌肉缺血壞死及肌血色素尿症，若以缺血時間與被壓傷時間相當，似不可靠，創傷以後的痙攣性動脈收縮，在行動脈手術時常可見到。當動脈受傷頗厲害時受傷部份收縮，有時可以防止出血，在壓傷閉尿症行手術時已有人看到極度的血管痙攣，這種情形很明顯的可以延長肌肉缺血時間。Cohen (1941) 氏曾報告數病例，已說明完整之動脈痙攣所產生的影響，他指出在僅僅顯露血管，或將受傷部份血管周圍鬆動的血塊除去，即可防止痙攣，通常在外科方面，我們知道在應用止血帶後靠近大血管部份骨折或在受傷肢體施用石膏綑帶，往往有動脈痙攣發生，因為上面任何一種情形都病可發生壞死，似乎也同樣可以發生壓傷閉尿症，所以我們應當學到這種教訓，即是機械性的將力除去後被壓肢體的主要動脈可能仍然還在痙攣狀態中，因此血管應加以探索，有時可以在脊椎傍注射普魯卡因(Procan)及脊椎麻醉或背叢阻滯以減去血管收縮反射，但除去四周血塊的壓力及溫鹽水灌洗即可解除此種痙攣，設若已知肌肉壞死處之大可以發生腎臟病變，然則所產生的腎中毒物須多少時才能吸收？這問題之最後案，尚有待於進一步之探討，但由 Bywaters 及 Beoll (1941) 兩氏所報告之一例可知道這吸收時期相當短促，其病例情形如下：一十七歲的女孩為一巨大石塊壓於左腿有九小時，在得救後三十六小時尿中尚無蛋白質，血也為陰性，在此時被壓肢體自膝以下變冷，當時即行截肢術，在手術後所排之尿即含有色素，同時臨床過程，顯有進行性的尿減少——即氧血質症，在第八日因腎機能失收而死，其腎小管中含有大量血色素管柱型體，由此可知腎的損傷是因吸收內肌無菌性自身溶解的產物所致，所以在肢體移出後即行加以止血綑帶於受傷肢體，或可遲延此種產物形成及在尿通利以前延遲循環恢復，很明顯的使尿通利是很急需的一件事，而防止肌肉自身溶解。在理論上可以用冰將肌肉圍護；用冰凍去防止自身溶解在動物實驗上已證明有效，將來也許能成爲一種合理的治療方法。手術的適應症現在尚不能有以肯定肌肉解壓術(Musculus Deconysreseion)及受傷肢體切除術的結果，因病例不多故不能決定是否能延遲或防止腎機能失收。在此病第八天死亡之病例中腎的腫脹，

可能是由於濾液從受傷腎小管壁透出所致，故腎內壓力 (Intra Renal Pressure) 可能相當的增加，所以腎被膜剝脫術 (Decapsulation of Kidney)，將來在進行性的尿少症 (Progressive Anuria) 在治療中或可佔一位置。

參 考 文 獻

- Baker, S. Z., and Dodds, E. C. 1923 British Journ. Exp. Path. 6, 247
- Beall, D., Bywaters, E. G. Z., Belsey, R. H. R., and Miles, J. A. R. 1941. Brit. Med. Journ., i., 730.
- Belsey, R. H. R. 1941. Zancet, ii., 730.
- Black bun, G., and Key, W. W. 1941. Brit. Med. Journ. ii., 648
- Bywaters, E. G. Z., and Beall, D. 1941. Brit. Med. Journ. i. 427
- Bywaters, E. G. Z., and Delory, G. E. Rimington, C., and Miles, J. A. R. 1942. Biochem. Journ., 33, 1164.
- Bywaters, E. G. Z., and Dible, T. H. 1942. Journ. Path and Bact. 54, 111.
- Cohen, s. M. 1941. Guy's Hospital. Repts., 90, 201.
- De Gowin, E. Z. Warner, E. D. and Randall. W. Z. 1938 Arch. Int. Med. 61, 609
- Duguid, J. B. 1936 Journ. Path. and Bact., 43, 321
- Dunn, J. Shaw, Gill-spie, M., and Niven, T. S. F. 1941. Lancet, ii., 547.
- Dunn, J. Shaw, and Polson, C. J. 1926. Journ. Path. and Bact. 29, 337.
- Gilmour, J. R. 1941. Lancet. i., 524
- Hittmair, A. 1923 Wien Klin. Woch., 38, 431.
- Hoff, H. E., Smith, P. K., and Winkler, A. W. 1941. Journ. Clin. Invest. 20, 607.
- Lepebne, G. 1919. Beitr. Path. Anat., 79, 678.
- Longland. C. J., and Murray. J. 1941. Zancet ii., 158.
- Mc Farlane, D. 1941. Journ. Path and Bact. 52, 17.
- Mc Kay, E. M., and Oliver, J. 1933. Journ. Exper. Med, 61, 319
- Maitland A. I. L. 1941: Lancet ii., 446
- Mayon-White, R., and Soland, O. M., 1941. Brit. Med. Journ., i, 434
- Medical. Research Council, 1941 " Further Cases of Crush Injury Collected By the M. R. C. Sud-Committee on Traumatic Edema " Brit Med. Journ. i 449
- Meyer-Betz F. 1910 Dentsch. Arch. L. Klin Med. 101. 83
- Milikau, G. A. 1939. Physiol. Rev. 19, 503
- Minett, F. C. 1935 Proc. Roy. Soc. Med. 28, 672.
- Morison, J. E. 1941 Journ. Path. and Bact. 53, 403
- Smetana, H. 1939. Arch. Zyt. Med. 63, 760
- Svedberg. T. 1932 Eollod Z. 232, I.
- Yuile, C. L. and Clark, W. F. 1941
Journ. Exper. Med. 74, 187

行 軍 骨 折

重慶總醫院外科

葛茂典譯

本文著者以醫學立場，論入營士兵之體格檢查須嚴加注意，對於戰鬥時尤須隨時愛護而予以適當醫療，如行軍於崎嶇山地，長途跋涉而無休息，或負荷過重而馳騁疆場時，均有行軍骨折之慮。負保護士兵之責者，固宜盡力消除致成此病之因素，即發現此病之症狀時，亦應立時加以適當之處理，否則，不但戰鬥力因之削弱，而平日之訓練則付諸東流，堪為今日治軍者之參考。

行軍骨折這個名詞是專指蹠骨骨折而言，當行軍的時候不需要受到很重的外傷即可發生，Breithaup氏於一八五五年最初描寫此病的情形，近時因美陸軍人員之擴大，是以關於此種病案的報告，散見於美洲各雜誌。

從一九四一年四月一日到一九四三年六月十日止，在此二年多的時間內，我們研究了一六六個病案，因此對於此病發生的原因及病理，發生了很大的興趣。

關於行軍骨折發生的原因，按照最近的學說，認為在行軍的時候，由於反覆的輕度外傷所促成，但一般學者認為此類骨折發生前當有其他之因素，如足部生理的缺陷，蹠骨不正常的長度，負載過重，神經影響，炎症變化，及以前靜性職業等等皆算是可能之原因，我們所述之病人中，曾經盡力的去掉其可能的原因之外，並在十二名病人中研究鈣及磷的新陳代謝，以便明瞭骨的營養改變是否可以影響到骨折。

我們在二十名病人中，得到骨折發生於行軍以後若干時之精確報告。

我們有一六六個蹠骨骨折病案而發生在一五五名病人身上——內中有二人為兩側性骨折，九人為多發性單側骨折

表一：一五五名行軍骨折左右足之分佈

	數 名	百 分 率
右 側	89	57.4
左 側	66	42.6
總 計	155	100

表二：一六六病案中趾骨分佈(一五五名病人)

趾骨	數目	百分率
第二趾骨	60	36.2
第三趾骨	90	54.2
第四趾骨	13	7.8
第五趾骨	3	1.8
	166	100

見表一發生於右足者有八十九例(57.4%)左足者六十六例(42.6%)見表二發生在第二趾骨者六十例(36.2%)第三趾骨九十例(54.2%)第四趾骨十三例(7.8%)第五趾骨三例(1.8%)但無一例發生於第一趾骨。

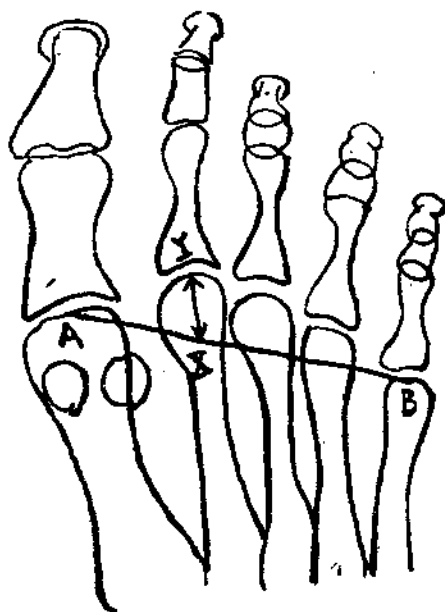
骨折的位置最多發生於近趾端三分之一和中三分之一，前者有九十例(54.2%)，後者有七十三例(44%)，近跟骨端僅有三例(1.8%)，按足的左右來說，發生於右足第三趾骨者有三十一例，左側第三趾骨者僅二十九例。

年齡的老少對於發病並無關係，在我們的病人中因為年齡上的分佈並無顯著的差異，此外神經影響，傳染病素等也無什重要。

我們曾經研究了二十病案，對於以前服務的性質及入伍的長短，想盡力的發現其原因，例如驟然以極度支重加於未經使用之足部及活躍的行軍等，在此二十名病人中共從軍的時間平均為三十七週半，受爬山訓練及急速行軍訓練二十七週，當他們發病前已經感覺肌肉疲乏，平均說走十一哩以後即骨折性疼痛，症狀初起時至施行X光檢查時平均為廿日，但有為時數小時者，也有九十日者，患者之前任職業，並無重要不記。

Sirbu 和 palmer二氏認為行軍骨折發生的原因是由於返祖性足Atavistic Foot即第一趾骨相對性減短，當我們透視時，皆有此種現象，但是足面測量時並不能得到此種結果。

我們會用以下的方法測量了五十名正常人的足及一百五十七名行軍骨折病人的足。



1. AB線為第一及第五趾骨趾關節中點之聯線。

2. XY為AB線經過第二趾骨尖端與趾關節中點之聯線。

3. XY之長度表示第一趾骨之短數。

於X光像片上在第一至第五趾骨下端作一聯線，此線經過第二趾骨幹，此交點至第二趾骨下端作一線（Xy），此線之長度即第一趾骨的短數，在正常的人為十·七公厘（10.7m.m.），而骨折患者為十公厘（10m.m.），種子骨的位置對於骨折的發生並無關係。

因欲從血液化學的觀點上發現一個與骨折有關係的因素，我們用十二患者為試驗，結果如下，血磷（Fiske q subarrow氏法）平均3.5mg/100c.c.，血鈣（Clark collip法）11.2mg/100c.c.，前者正常人為3—4mg，後者為9—11mg，fasting ceviamic acid 0.49mg/100c.c.，（正常人0.73mg/100c.c.）最高0.81mg.最低0.42mg.血清中磷酸素6.48單位（成人多在十單位以下）Youmans of patton 報告數字為一·五至五單位，但是我們分析的結果比上數字要高些，可能是由於骨折癒後刺激而生。

在我們的病人經研究後，其發生的原因對於神經障礙，年齡，以往職業，足部骨骼的解剖及新陳代謝等並不佔重要的位置，雖然這些多多少少可以促其發生。

表三：十二名行軍骨折患者血液化學分析 -

病人數	血清磷質	磷酸鹽	血清鈣	Ceviamic acid.
1.	4.1	8.1	12	0.44
2.	3.2	6.2	11	0.51
3.	3.7	4.8	10.7	0.54
4.	2.9	5.0	10.9	0.61
5.	2.8	8.4	11.8	0.49
6.	4.0	8.9	11.9	0.81
7.	4.4	7.8	9.2	0.40
8.	3.02	4.8	11.4	0.50
9.	3.6	4.08	11.1	0.42
10	3.8	5.98	11.9	0.54
11	3.7	6.7	11.2	0.68
12	3.1	7.0	11.4	0.47
平均	3.5	6.48	11.2	0.49
正常人	3—4 mg/100c.c.	10單位	9—11 mg/100c.c.	0.73 mg/100c.c.

足部者無一拱托的力量時，就不能負擔體重的支柱，在足部就有三種複雜的足弓制，賴足掌部肌肉的協調及後脛部肌腱前脛部肌腱的緊張力為支柱，在足部有一條最重要的肌肉名曰趾內收肌橫頭，此肌起始於二至五趾趾關節囊及深橫韌帶外側，向內橫進，止於拇趾內側，其作用為內收四趾骨頭，而與各趾骨頭部以鬆漲之彈性力，當趾骨支重時，各趾骨展開，當重量去掉時，因肌肉收縮力又回到正常位置，假若肌肉失去彈性時，內收的力量即失去，則外側各趾骨遭受意外之壓力。

常作勞力之人以皆能想像到，當感覺疲乏後，肌肉之收縮力因之逐漸降為低能，是以當足及腿部肌肉疲乏時，彈性消失，足弓變平，全身的重量就直接壓在趾骨上，易使趾骨折斷，所以在走崎嶇不平的山路或負載重物時，對於足部的壓力更大，骨折也就容易發生，因此我們想像到以前的職業，感

骨的長度，骨新陳代謝不足等可以認謂是骨折的遠因，但是主要的原因還是因肌肉疲乏而生，以下我們有三病案以作參考。

病案一：士兵，廿二歲，因右足疼痛於一九四三年五月廿六日入院，患者曾經七個月有規則的訓練，其中有長途爬山及急速行軍，入院前四日，當爬山六哩遠時，開始感覺右足背第二蹠骨處有鈍性疼痛，發生時為行於平坦路上，次晨足面部即有浮腫，行走時有痛感，患者經三日休息，足部腫脹消退，但疼痛仍存在，因此患者入院求醫。

家庭中父母健在，患者為製襪業，每日須站八小時，以前無骨折病史，入伍後每日食蔬菜水菓及規定之陸軍飲食，入伍七個月後體重增加廿磅。

X光像片見到右足第二蹠骨近趾端二·五公分處發生完全粉碎橫折，下端碎片移位二公厘。

檢驗室檢查結果：紅血球五一二〇〇〇〇，白血球七八五〇，康氏反應陰性，血沈降正常，血液化學：磷2.9mg/100c.c, 磷酸鹽五單位。鈣10.9mg/100c.c, cevitamic acid 0.61 mg/100c.c, 尿無異常發現。

用一蹠骨樣板放在鞋內，使鞋如一副木樣，廿三日後透視照像(F: g 4B)，見骨折處有多量新骨生成，臨床症狀與透視結果符合，住院廿八日，勸告出院後一月內勿再行軍。

病案二：士兵，廿一歲，於一九四三年五月廿九日因左足疼痛而入院，入院前十日因經廿五哩爬山軍行，當已行十六哩時感覺左足背及足心部有鈍性疼痛因而落伍，次晚擬作第二次爬山行軍，終因足部疼痛及腫脹而再落伍，患者以帶子裹於足部，此後十日改作輕工作，斯時乃入院求醫，檢查後見左足第三蹠骨中部骨膜成紡錘狀增厚，診斷為多時以前發生之行軍骨折。

患者為一印刷工人，每日足部工作八至十小時，七年前有肋骨折斷病史，從軍已五月，此期間從事於長途及急速行軍訓練。

家庭史：一兄死於腎臟炎，雙親及七姊妹皆健在，患者食規定之陸軍飲食，包括水菓及蔬菜。

檢驗室檢查：紅血球五三〇〇〇〇〇。白血球九五〇〇，康氏反應陰性，血沈降正常，尿分析無異常發現，血液化學：磷3.7mg/100c.c, 磷酸鹽6.7單位，鈣11.2mg/100c.c, Cevitamic acid 0.68mg/100c.c,

患者經十六次Whirlpool治療(一種水療法)，並用軍鞋作副木，十八日後作X光檢查，見骨折處有新骨生成，臨床症狀也改善，於三星期後出院，回營服務。

病案三：士兵，卅歲，因左足疼痛於一九四三年六月二日入院，入院前之五日，當爬山十六哩時感覺左足背有燒灼性疼痛，患者未因足痛而中止，十二小時後，左足背部及足心部開始腫脹，第三蹠骨中部因鞋壓迫而痛，患者繼續行軍二日後乃入院。

患者已從軍十四個半月，初十四月之訓練包括長途行軍，患者業農，父因癌瘤而死，母及三姊妹均健在，患者食規定之陸軍飲食，及豐富蔬菜水菓，X光檢查見第三蹠骨中部有骨膜增生及細微骨折線。

檢驗室檢查：紅血球四八〇〇〇〇〇。白血球八〇五〇。血沈降正常，康氏反應陰性，尿除有草酸鈣結晶外其他無發現，血液化學：磷3.02mg/100c.c. 磷酸鹽四·八單位，鈣11.4mg/100c.c. Cevitamic acid 0.5mg/100c.c.

十四日後X光檢查，發現第三蹠骨近跟骨端三分之二有彌漫新骨生成，當寫本文時此患者仍在院中。

總 結：

- (一) 一六六例蹠骨之行軍骨折報告。
- (二) 骨折可能之因素已加研究。
- (三) 著者相信發生骨折最重要之原因是由於蹠骨負重(受壓)增加。例如當肌肉因長途行軍疲勞時，肌肉緊張性減少，使體重整個的壓在蹠骨上而發生骨折。

本篇譯自American Journal of Roentgenology Vol 52.No2-August 1942. Page 165

診療新知

拾錦

鍾聲遠

癌腫與內分泌的關係

美國芝加哥大學外科學教授 Charles B. Huggins 氏發見患前列腺癌腫的人，施行睪丸截除術後，疼痛減免，健康增進，壽命於焉延長，氏謂：此種結果，乃是由於性腺的截除，使內分泌的活動性減低，跟着使癌細胞生活演變，所需要的酵素活力受了遏制使然，所以性腺的截除，雖然不是一種根治癌腫的方法，但畢竟是有助於治療的。

溫暖與火燒的關係

如將火傷的動物放置於華氏(32)度的冷室內，或(99)度的高熱室內，經(24)小時可全部死亡，惟將同樣的病案，改置於華氏(75)度的溫暖室內，則死亡率便大見減低，從這些實驗看來，足見火傷後的(24)小時當中，病人處境的溫暖度是否適宜，對於後果的影響很大，所以保持華氏(75)度的室溫，是有理由的。

慢性中耳炎若揀酸銀的治療

據 V. R. Vanstane 氏謂：若揀酸銀 (Silver Picrate) 以之治療慢性中耳炎，不僅流膿停止，即便穿及一年以上的鼓膜，亦有使之完全閉合的效果，而令聽覺有所改進，至於外耳道菌病的療效，那就更滿意了。

胰島素對於非糖尿病性病人 營養方面的改進

某作者謂：胰島素如何能促使營養狀況的改進，理學雖不甚大明，大概說來，他能直接刺激胃壁和迷走神經，使胃臟產生飢餓性的收縮，正好像因血糖減少，而激起胃臟的飢餓收縮一樣令各種的消化液增加，俾食物的吸收和利用，狀況統統改進，理論似乎是很正確的。

痛風性關節炎治療與 刺激試驗的檢討

據 Maxwell Lockie 氏研究的論據謂：服足劑的科登新 (Colchicine) 直到腹瀉發生後停服，它緩解痛風的一切症狀，是具有縱橫捭闔的活躍性的，進食碳水化合物甚低，脂肪很高的食物，它對於痛風的發作，是具有興風作浪的挑撥性的。

高麗人參對於血清過敏性病 的治療

Heiki Lee 氏以高麗人參治療患血清過敏性病的荷蘭豬以作實驗研究，結果症狀減輕了，因過敏性休克而致的死亡率減低了。

硫磺工人與帶硫飛塵

平均在硫磺內工作七年光景的工人 500 名，與在其他環境下工作的工人 500 名，施行愛克司光檢診，據 Brown 氏謂：凡在肺部中所發見的病變，統統不能談諸於帶硫飛塵被吸入的緣故。

冷麻法

冷麻法用於植皮術以減除疼痛的成功，近年來美國有不少的軍醫報告過，法以冰囊縛於擬取皮之區二小時，使該部知覺因受冷而缺失，手術時解除冰囊，其麻效足可持續二十分鐘之久云。

鱗齒菌苗

美國陸軍軍醫總署近以活的或已死的乳桿菌作成菌苗一種，業已開始試用，以爲防止牙質之齲蝕云。

蜜糖對於嬰兒鈣質

保留的功効

Knott 氏謂：蜜糖是一種碳水化合物，餵哺嬰兒的各種食物中最爲需要，氏等曾以五穀糖漿與配合蜜糖的牛乳餵哺嬰兒，來測驗其效果，認爲蜜糖與鈣質在體內的保留，很有關係，用任何食物餵哺，不論維生素D的攝取足與不足，乳酸有否佐哺，祇要不忽略以蜜糖配合的牛乳去餵哺，那末體內鈣質的保留，就見增加，換言之，嬰兒一切的餵哺，都做得十分道地而蔑視了蜜糖的餵哺，則身體內鈣質的保留便會不足的。

產前營養

Ebbs 氏等在 Toronto 地方，以一種牛乳，雞蛋，橘子，乳酪，西紅柿以及麥芽配合製備的食物與照射麥角醇 (Vioosterol) 分別補給貧苦妊娠的婦女，在十二年繼續的工作中，嬰兒的死亡率爲之減少百分之四十，早產，小產與死產，亦均見減少，就是新生兒在出世後六個月當中，發育亦異常昌順，以故營養之重要，誠莫過於受孕期了。

腹部手術後的腸氣脹與麻痺性腸塞絞痛 Prostigmin 治療法

Harger 氏等曾以 1:4000 之 Prostigmin Methyl Sulfate 溶液 1-3 公撮每二小時一次作靜脈注射，以之治療腹部手術後患腸氣脹和麻痺性腸塞絞痛的人，以迄症狀消失爲至，結果非常滿意。

潰瘍性直腸結腸炎與馬腮腺涎的治療法

本症是常見的疾病，如果用腸造瘻術等外科手術去剷除一部份有病的腸子，畢竟危險很大，

而收效還是難期的。過去所用一般通常治療的方法，統統沒有特殊的功効可言。至於調理飲食施行各種灌腸法，燒灼術，投服銻劑，白陶土，腸消毒劑和抗寄生蟲劑等，也都是一些姑息的法子，並不足道。Klein 氏自從看到某圖書雜誌論述到涎液的生理與內分泌的重要之後，引起他研究的興趣，某日並偶發見一個他自己經手治療的病人，於每次大便後，爲了痔核勢必脫垂肛門以外之故，說是祇要塗上自己的涎液，就會收到局部安撫之效，氏於是本乎科學的方法，加以進一步的研究，並獲得不少醫醫師的協助，得能收集馬之涎液，加以過濾消毒，作爲灌腸之用，每次 80-100 公撮去治療是項病人，固獲成效云。

檢驗妊娠新法一則

美國紐約州醫學會於 1943 年舉行大會時，宣布了一種佔有百分之九十七確定性而費時祇需兩小時的妊娠檢查法，較之老法需費時 48-96 小時者，迅速得多了，法以取孕婦之尿注射於幼鼠，兩小時內解剖之，則便見其卵巢之血管已起腫脹矣。

輕症肺結核桿菌檢驗法

輕症的肺結核病，除了愛克司光檢照可爲診斷外，以驗痰來確定診斷是不容易的，然而有的時候愛克司光也是意願難從的，所以除了一再的驗痰之外，近來又增添了一種新的檢驗方法，就是令病人禁食之後，抽出胃內容物，接種到荷蘭豬身上，而再作檢驗，在過去的五年之中，其實驗結果：97 人之中，有 67 人檢得結核桿菌。無痰者 56 人，有 41 人檢到結核桿菌。在同時期中取直接驗痰法者 172 人，祇 24 人檢得結核桿菌，另有 269 人，亦祇 16 人檢得，所以從兩方面的比較看來，小心而道地的去完成上述的檢驗方法，是頗有助於輕症肺結核之診斷的。

血液與汞類消毒劑

Rose 氏等謂：汞類消毒劑如昇汞，紅汞，朱他芬和莫耳砒汞等，在研究的經驗中，證明它是

不能被血液混和而發揮其活躍性的，因此這類消毒劑的價值，在皮膚有破損，且兼有出血的創口，是頗屬疑問的。

急性酒精中毒葡萄糖與胰島素解治法

Walter Goldfarb 氏等曾以葡萄糖與胰島素用以測驗急性酒精中毒的人，對於血液內酒精消失的速率如何，據謂：15 單位胰島素單純的皮下注射，毫無效果。百分之五十的葡萄糖液50公撮的靜脈注射，亦祇是中毒極深者，呈現消失許些的加速。不果將此二者同時兼用，則全部的病案其症狀均告迅速消失，氏等於焉建議云：凡是由於葡萄糖等後發生的氧化作用，它可能是酒精氧化作用的接觸媒。

尿管治療胃潰瘍之功效

Sandweiss 氏等謂：取孕婦或健康男子的尿作成膏劑，因為它含有胃分泌的抑制劑，並能刺激成纖維細胞與上皮細胞的增殖以及形成新生的血管，曾以之治療 63 個患胃潰瘍的病案，而收效頗佳，它雖然與食餌療法，藥劑療法同樣不能遏阻其復發，但在治療期中，病人的飲食比較可以放縱自由，少受限制，而症狀亦竟有完全消失者，經治療而復發的病案，多起於六個月以至一年之間，氏等對此尚在繼續研究之中。

硫酸鎂與治療暈船

Pock 曾以硫酸鎂1.25公分，加啡靈0.05公分，與阿託品 0.25 公絲之合劑每十二小時作肌肉注射一次，以解治健康而患暈船之水手，按此彼均患有惡心，嘔吐，出汗，心跳徐緩，額頭痛，羞光與血壓減低等症狀，在第一劑注射後的四小時之內，全部症狀減輕，第二次注射後，竟告驟然，有幾個人雖然仍患惡心，但第三次注射後，亦就遏制，血壓亦回復正常，而欣然繼續工作，並不再發，至於注射處不無疼痛，能經數小時後，便即消失。

結核桿菌沾存在 書本裏的壽命

患肺結核病的人，讀過的書本是否有結核桿菌的沾染？健康人取來借讀是否有傳染的危險？無病與有病兩者之間是否可以允許隨便交換閱讀？如果有傳染危險的可能性，那末應該如何去防免？這一連串的問題，已經有過不少實驗的解答，Smith 氏的結論謂：沾存在書本中的結核菌，可以活着二、三星期以迄一個半月之久，一般的說來，結核桿菌在紙面的生活力，與在玻璃上是一樣的，在刊有字畫的紙上與空白的紙上也一樣，冬季的溫度與溼度使結核桿菌受到影響以減低其生活力，紙面沾有的細菌數目愈多，則活着的時間亦較長，所以可能為傳染的原因，為安全起見，該項書籍最好隔離一個月。

因餵飼落花生而致的骨病

Koimo 氏曾經按每公斤體重，以1-5公分未煮熟落花生餵飼剛始斷乳的兔子 8 隻，其中幾隻餵飼到 23-53 日之間，因患胃腸病而死亡，祇有三隻餵飼到 62 日，經殺死而施行骨組織檢查，而顯示軟骨帶介體增生性過長，軟骨母組織不正常延長，長骨皮質的厚度減薄，骨鬆質及骨之內外膜十分變厚，全部骨髓呈纖維性變故使骨幹的長度減短，這種病理上的改變與因癩中毒致使滋養不足所起的病理改變相似，而與酸中毒則更相類似云。

男性內分泌素的臨床應用

Thomson 氏等曾以 Testosterone Krokionate 的大劑量（每日 50-100 公絲）以之治療無辜象徵與類無辜象徵者，則其人第二性徵之特狀便漸漸發生，食慾體重基礎新陳代謝以及其他一般健康具見增進。以故帶丸未降有弗利氏綜合症狀，良性前列腺肥大性萎縮和陽萎等患者，那末向生殖腺性治療都是適應的。

交換綳帶

三

鍾志謙

迨金氏溶液實際應用的方法，主在澈底沖洗膿液很多的創腔，法取橡皮管在它的旁側作數孔洞，放置到創腔的深部，管之外口，另接玻璃管，然後再接於盛迨金氏溶液吊筒的橡皮管，每二三小時開放橡皮管止的夾子，放出迨金氏溶液到達創腔。以資灌洗，沒有此項設備的時候，僅用水唧灌洗亦可。

3. 重金屬如汞，銀，銅，鋅等，必須相當的濃度和相當的劑量，纔能發揮作用，但是已經足夠損害組織的，而不用合敷創之用，表的皮膚擦傷和發炎，則似較深部的創傷來的適宜，紅汞在中性或鹹性的媒質，(Medium)中，消毒的效力甚弱，以故不堪作為皮膚及血液消毒之用。

4. 醇或純醇或者是它的製溶液，都沒有治療創傷的性能。

5. 染料(Dyes)類中的亞尼林染料，如煌綠(Brilliant Green)和紫色染料，都具有殺菌的性能，作用不快，創腔內如有血和血清的滯留，則它的作用便多少被抑制，對於革蘭氏陰性菌屬的殺菌能較遜。辛辣素染料屬，就是弗拉芬屬(Flaviee Group)，它抵抗連鎖狀球菌的效能，較葡萄狀球菌及大腸桿菌為佳，對綠膿桿菌可說絕對無效，它在創腔裏面活動的持久，不比其他的消毒劑能受滯留之血或血清的影響，它不毀損成形細胞的生發，亦不抑制白血球的吞食作用，它單純的溶液，便是抑制創傷的傳染，百分之〇·二的溶液，就可以使創傷在短期內轉趨清潔，坡弗拉芬(Proflavine)。雷勿奴耳(Rivanol)是較為優良的染料屬消毒劑，因為它們的毒效不大。

(十六) 魚肝油應用到火傷，潰瘍，骨髓炎，截斷殘肢等各種創傷的治療，已經有十餘年的歷史，它裨益於創傷的地方：

1. 它能在創傷裏面，慢慢的溶化，將壞死的組織溶解而脫落迅速的促使創口清潔。
2. 在創口的上皮沒有生發以前，它能形成一層毫無刺激性的保護膜，而使創面得以避免外界反覆的接觸。
3. 它含有的維生素(A與D)成分，有促進或激發局部組織再生的作用，使肉芽豐盈長滿，新生的上皮發生。
4. 它能使白血球的新陳代謝率增加。
5. 它含有的維生素在局部被吸收，到達血運循環時，有解除細菌毒素(Detoxicating effect)之功能
6. 據M.Lichtenstein氏的實驗，它還有殺菌的性能，如果將細菌混懸於魚肝油之中，大約「17-22」小時，細菌即被殺死，除此以外，我們知道凡是有機油(Organic oil)經紫外線(Ultraviolet rays)的照射，起了蒸發(Vapors)之後，為了氧化物(Peroxides)的造成，所以殺菌的性能也就跟着加強，魚肝油既是有機油的一種，當然是一樣的，氏謂：將桿菌或葡萄狀球菌混懸在魚肝油之中，以二兩磅的水銀蒸發燈(Mercury vapor quartz

Lamp)，距離「50」公分的地方照射之，祇須三小時細菌便死，至於綠膿桿菌，則祇須一小時云。

魚肝油與其他的油劑一樣，不經消毒也是無菌，所以應用的時候，儘可減免消毒的手續，講到實際的應用，我也認爲要等到創傷傳染的現象已經遏止，才是合理。

比魯香脂的作用，是藉以包圍細菌，不使它持續的加害細胞，而且也有激發肉芽生長的功能，純粹的或者是用等量蓖麻油的合劑也都可以應用到各種傳染的創傷裏去的。

(十七)各種急性的傳染創傷，由於細菌毒素的損害細胞壁，使它的滲透能增加而起水腫，細胞因腫脹的緣故，壓迫神經末梢，使神經發生疼痛，並使小動脈發生血管舒張的擴張，毛細血管內的血液於是增多，它所產生的壓力，就充分的使淋巴與白血球從毛細血管壁的小孔(Stomata)游離而出。往後毛細血管內血液的粘稠性增加了，血液的流動于焉減低了，一般腫脹的細胞，尤其是在淋巴間隙與在淋巴毛細血管的。這個時候反而轉成爲淋巴壅滯的原因，阻礙淋巴與白血球的滲出，使它們不能去執行殲滅細菌與其他的清除工作。照這樣說來，起始淋巴的壓力雖然增加，而阻止細菌的散展，但繼續不斷所增進的壓力，卻抵住了白血球從毛細血管內的滲出，以致殲滅細菌的工作，因而減低。

我們知道凡是高滲的鹽溶液，都能充分將細胞壁的滲透作用建立起來，有使炎性滲出液透吸出來的功能，于是由細菌毒素，或被細菌分解的蛋白質也跟着吸出來，使細胞縮復，又使淋巴的流通恢復，功能都是相同。50%的硫酸鎂與鈉氯鹽統統是我們過去所慣用的，然而 Lyth 氏根據他自己從試管內所得的實驗，看出硫酸鈉溶液在飽和的蛋白鹽溶液(Saturated Saline-protein Solution)內，得能迅速達成滲透壓力，足以闡明它比硫酸鎂與鈉氯鹽溶液確實來得優越些，氏在過去四年之中，曾以單一的硫酸鈉溶液治療各種新鮮的或傳染的創傷凡「1096」人，說是統統獲得治療效果的。

(十八)各種抗菌的粉末劑，應用在急性的傳染創傷是很少的，過去用伊朵仿的人比較多，但氣味難聞，其他粉末劑則多數是用在皮膚淺表的傳染創傷。

(十九)新近有人注意到幾種植物質和一種非金屬類原質的「矽」，說是用到創傷裏去，都有佳良的效果，我們雖然還沒有實際研究和臨床上收獲的經驗，但我認爲很值得提出來介紹，下些工夫去研究，茲分述於下：

1.綠葉素(Chlorophyll)——許多的植物含量都相當豐富，中國的鄉民不是常常選取綠色的植物，或者是搗爛，或者是調以麻油敷到創傷裏去，確是屢見不鮮的事實，近來在美國據不少人的研究說是綠葉素對於創傷內療效，乃是因爲他能阻止細菌細胞膜的酵素消化作用，仰制細菌的生長，使創口轉趨清潔，而肉芽則受其刺激，便豐盈地生發起來，不論是水劑，油劑性的軟膏，都可應用到傳染創傷，他們已經有過臨床上的廣泛試用，認爲都很有效，並且容易取得，容易製備，價格亦廉，不過這種水膏劑，它如何能助成創傷的恢復，是植物含有的維生素所主司嗎？雖感興趣，但尚在不可思議之階段中。

2.伏牛花(Barberry)——伏牛花是屬於薔刺樹的一種，其皮可作染料，成極美麗的黃色，(這似乎與中國人治療燙傷的黃紫很相像，說它有很好的「吊傷」作用)美國的鄉民將它製成浸膏，治療皮膚傳染病和淋症，相沿已近百年之久，據Dick氏的研究：伏牛花含有洋小蘗素(Berberine)，百分之一的溶液，能够在八小時裏面殺死丹毒鏈狀球菌，臨床上敷于傳染性創傷，褥瘡，靜脈曲張性潰瘍，以及口腔傳染等等，都是很有效的。

3.植物性粘液素(Pectin)——本乎美國民間用蘋果餐治療嬰兒腹瀉成功的研究，現在知道它有效的成分，是屬於植物性粘液素，製成水劑使用，具有阻礙細菌和刺激肉芽的作用，Tompkins氏與其他學者，在治療各種傳染性創傷裏，都證明他有很好的效果。

4.矽(Silicon)——它是一種非金屬類原質的化學物質，含在泥土裏面，是製造玻璃的原料，將它研成粉末敷於各種創傷和潰瘍，證明它能使纖維生發，加速愈合。

(二十)近年來對於氮苯磺醯胺一類的衍化物，就是1938年Gelmo氏首先在含淡氣的染料中所發現的，現在已實際應用到傳染性疾病的治療中，並且全球風行一時，贊許逾恆，這當然是爲了它具有科學的基礎，以及在治療上的確已發揮了寶貴的成功使然，但是在應用上，綜須得先明白它的治療性能，萬不可以隨波逐流，應聲附和的去盲目投用，它在科學立場上，能夠奏效成功的理由，見解還是紛歧的。

1.有人說：氮苯磺醯胺一類的衍化物，應用在治療上，它可能使組織內的氧氣轉趨活躍，而使它化學上構成的五醇環受了氧的促使，變爲1:4的因醇奎諾，便成了它發揮治療效能的基礎，先從各種組成的氧化物，由分解而建立很多而很重要的氧化煤，而將組織裏面，含有毒素性類的各種病理性生殖產物，燃燒殆盡，使組織不蒙其害，它對於組織活着的細菌生活，又毫不留情的，免予支持，同時組織裏面的氧化作用，從此得以維繫，於是乎組織間需要的正常膠樣體，乃得源源產生，終使組織間官能與生長，回復到正常的狀態。

2.英人FieldS與Woods兩氏理解謂：組織細胞中的蛋白質經過細菌的酵素作用以後，便裂爲簡單的氨基酸，作爲細菌本身最佳營養料，靠着它生長繁殖，現在再查氮苯磺醯胺的化學構造，是同對位氨基安息酸類似的，將它放置到組織裏去，假使濃度超過氨基酸，那末它就起而代替氨基酸的地位，細菌吞食而飽和，從而繁殖告終，毒素自消，組織的蛋白分子，乃得保存，細菌在這樣惡劣的環境以下，營養乏絕，縱不餓死，也將被貪噬細胞所消滅，這稱爲細菌阻礙(Bacteriostasis)就是氮苯磺醯胺治療作用上最重要的基點，說是對創傷具有預防和治療的價值。

對於氮苯磺醯胺的地位，在創傷的預防和治療中，真是出類拔萃，不可一世，但是從實驗而得的結果，畢竟還不是絕對安全而萬能的，我們還須得認清而明白：

從局部的應用方面來講，體內任何的消化蛋白質，以及其他蛋白質的消化物，如同胆汁和壞組織等統統含有抑制物(Inhibitor)而爲氮苯磺醯胺的勁敵，膿液愈多，當然抑制物亦愈多，那末氮苯磺醯胺的功效，亦愈不容易發揮，反之組織尚未壞死，膿液不多，則抑制物的產生亦有限，當然囉，氮苯磺醯胺在組織裏面，便能縱橫馳驅，所向披靡了。至於已經傳染的創傷，祇有排膿暢通，壞組織脫盡，則氮苯磺醯胺是仍舊可與創腔內生存的細菌，而發生上述同樣的作用，它用在慢性的傳染創裏面，則不若急性的有效，這是應當知道的第一點。

氮苯磺醯胺用在局部裏，那末創腔內的血清，淤血，以及組織內的該藥含量，約可高達「800」公絲的濃度，比內服和注射，要高出「80」倍，有人說在這樣的高濃度之下，它的功效廣泛，或者不僅限於細菌的阻礙作用，而有許些的殺菌性能，這是應當知道的第二點。

氮苯磺醯胺用在局部存留的時間，是和置入量成正比例的，不似內服一樣，經24小時的停止內服，便無餘存，這是應當知道的第三點。

氮苯磺醯胺在局部被吸收的緩速，頂點濃度的達成與消失，是與局部面積的大小，血管分佈的狀況，很有關係，而顯然不同的，比如置入腹腔內，因爲腹膜的面積很廣，血管很豐富，所以祇要「15」分鐘的光景，它的濃度便能登峯造極，須歷經「24-36」小時始告消失，至於放入身體其他部份的軟組織裏面，那末他的濃度是逐漸增高也是逐漸下降的，這是應當知道的第四點。

介紹徐州總醫院

中央日報 (南京)

·楊蔭生·

“這裏有完美的設備，優良的環境和深切的熱忱，每一個傷病官兵都把它當作了家。這裏正是他們的樂園呵！”

徐州陸軍總醫院是國內唯一大的陸軍醫院，他在徐州市東郊，前臨飛機場，後靠子房山，遠隔市廛，風景秀美。此次記者隨軍抵徐州，曾去訪問該院院長，並慰問傷病官兵，承該院院長江濤聲接見於其辦公室，他一面會談，一面還要處理公事，指示部屬工作。在不到十分鐘的談話中，就有部屬四人，前來請示工作，可見該院的工作緊張情形。

江院長一面領記者去參觀傷病官兵區，一邊縱談該院的接收經過。該院分醫務和事務兩部，醫務部下設內外兩科，並有皮膚、檢驗、眼、耳、鼻、喉、牙、放射、及物理治療等科，與註冊、詢問、病歷統計、圖書、編輯等設。總院分六個病區，另設第一、第二兩分院，在總院以現有的用具和人力能容傷患千人，不能算是不大了。

徐州為沿海重鎮，國內交通中心，隴海與津浦兩路，十字互織，也是兵家必爭地方。當日寇進犯中原，徐州陷落後，日軍就在此地設立一個規模宏大的陸軍醫院，經過兩年時間的建築，至三十一年竣工，奠基石鑄有「二六〇〇」四字，考「二六〇〇」係日本所謂天皇紀元，即我民國二十九年。勝利後，由軍政部接收，改為開封區第三臨時醫院，至卅五年三月由後方勤務司令部接管，成立第十七後方醫院。去年秋，國防部成立後，由聯合勤務總司令部接管，始改今名。

·完美的設備·

該院設備，除兩分院外，院本部分重傷、重病、休養、治療等四區，及傷病官兵區各一，每區能容傷患百人以上，衣服、被褥、裝具完全用

榮譽將士的樂園

楊蔭生

徐州陸軍總醫院，是國內唯一大的陸軍醫院，他在徐州市東郊，前臨飛機場，後靠子房山，遠隔市廛，風景秀美。此次記者隨軍抵徐州，曾去訪問該院院長，並慰問傷病官兵，承該院院長江濤聲接見於其辦公室，他一面會談，一面還要處理公事，指示部屬工作。在不到十分鐘的談話中，就有部屬四人，前來請示工作，可見該院的工作緊張情形。

江院長一面領記者去參觀傷病官兵區，一邊縱談該院的接收經過。該院分醫務和事務兩部，醫務部下設內外兩科，並有皮膚、檢驗、眼、耳、鼻、喉、牙、放射、及物理治療等科，與註冊、詢問、病歷統計、圖書、編輯等設。總院分六個病區，另設第一、第二兩分院，在總院以現有的用具和人力能容傷患千人，不能算是不大了。

徐州為沿海重鎮，國內交通中心，隴海與津浦兩路，十字互織，也是兵家必爭地方。當日寇進犯中原，徐州陷落後，日軍就在此地設立一個規模宏大的陸軍醫院，經過兩年時間的建築，至三十一年竣工，奠基石鑄有「二六〇〇」四字，考「二六〇〇」係日本所謂天皇紀元，即我民國二十九年。勝利後，由軍政部接收，改為開封區第三臨時醫院，至卅五年三月由後方勤務司令部接管，成立第十七後方醫院。去年秋，國防部成立後，由聯合勤務總司令部接管，始改今名。

蒸氣洗滌，在國內的醫院中尚屬少見。又至廚房去，他們食飯也用機器蒸飯，那是每餐可供三千人的鍋頭蒸器。

內外各科除普通皆有外，該院的內科診斷又分有物理檢查與實驗檢查兩種。外科儀器有照明燈，熱氣管，消毒俱備。放線有X光兩部，一為野戰式，另一部為大型器，該機現經常使用，為日本島津會社製造，最大電壓十二萬V，最大電流五〇〇mA，僅能用於診察。電療器有超短波一個，赤外線燈二個，紫外線燈兩個，熱氣裝置，腹部電光治療氣，按摩器，調整裝置器，指、腕、肘、肩、胛、膝、足等，調節調整器，上肢輪轉裝置，脊椎調整裝置，操縱式，運動裝置。這種器材，現在為剿匪負傷的將士們使用着。

· 優良的樂園 ·

給養完全以傷患情形為轉移，食物裁決於醫師，診斷以後，分特別與普通兩種營養，都由傷患同志遴選代表，從事監督。在月前物價高漲的徐州，照士兵的待遇，能有太好的營養是談不上，不過特別營養每日均有牛乳、雞蛋，及各種罐頭食物。有食有住環境優美的總醫院，可說是榮譽將士們的樂園。

我們邊走邊談，已走過了六個傷患區，這些同志都是在蘇北，魯西南一帶與共軍作戰負傷的；重傷的同志，正在施用手術，輕傷的同志坐在牀邊談天。更有休養區的同志，坐在草坪上，在談他們作戰的經過。記者到第七室時，正有××師的副官發給他們那師負傷同志的新餉，我問一位上等兵，他的左耳受了傷，「你的新餉够用嗎？」回答是：「够是不够的，國家太窮了，我們節省一些，也就够了。」這些都是內心話。我心裏深深地起了共鳴。

有幾位有眷屬的官佐，他的太太正在旁邊給他餵飯，這種家庭看護特別有意義。另外加些營養的藥，這是醫生特別允許的。受重傷的士兵同志，也有護士照料。原來該院為適應需要，在去年曾創設看護訓練班，招收品學兼優的女青年，施以學術的訓練，在病房實習，照料官兵。

· 健全的娛樂 ·

過了一院又是一院，走到大禮堂，正逢國防部勞軍團勞軍公演慰勞該院傷患官兵。官兵們愉快的集會在大禮堂，記者詢問一位士兵，平時有沒有娛樂消遣，他說：「有是有的，不過沒有勞軍團那樣好，譬如，經常舉行各種球類比賽，每週舉行的一次晚會，有歌詠、平劇、話劇，及各種游藝節目。傷患官兵可自由參加，平日有無線電，現在已經壞了，還沒有修好。」他隨手指着壁上的播音機給記者看。

記者走到統計室，看到該院自去年十一月至今年二月份的傷患官兵的概況，原有四千餘人，新收的一千零廿一人，醫好了歸隊去的有一千三百多人，轉至他院的有二千六百八十七人。看了這個統計數目，記者默默地祝福患傷官兵早日恢復健康。

天晚了，參觀的也差不多遂行告辭，踏上歸途時，我以至誠的心香為傷患的官兵祝福。





美國陸軍部軍醫署

之組織概況 (二)

(考察報告)

徐希麟·吳麟孫·彭達謀·趙蟾·蕭冰 (集體作)

本文係諸先生旅美考察軍醫行政報告書中之一部，極為珍貴，承惠允於本刊發表，增光篇幅，謹申謝忱！並為讀者介紹。此為我國建設新軍醫前途，最有價值之參考資料。
。編者。

軍醫研究發展委員會

一、組織及人事 該會有主任委員一人分研究股與發展股兩股其工作人員有軍官七員文官雇員九人。至委員會委員人選如下：

主任委員

發展股股長

研究股股長(該員兼任本會秘書)

預防醫學組組長

供應司司長

內科專員組主任專員

外科專員組主任專員

神經精神病專員組主任專員

空軍軍醫處處長

陸軍司令部軍醫處處長

陸軍傳染病管理委員會主席

國立科學研究院醫科主任(聘任)

醫學研究及發展委員會主席(聘任)

獸醫專員組主任專員，及牙醫專員組主任專員如有關各該組業務討論時，得列席會議。

二、作業概況：首先分析研究問題之性質與重要，於是由研究股研究解決方法，再由發展股就研究所得結果，交藥廠製造藥品應用。關於各種問題之研究，除由軍醫署自身所屬衛生單位努力外，并由該會與其他政府機關及國內公私團體機關等合作，以求解決。據說與各公私機關已訂此種研究合約者，有四十餘件云。

該會現時研究重要問題如下：

(1)傳染性肝臟炎本病原因為一種濾過性毒存在於人之大便內，經三〇分鐘可以消毒，此病動物不傳染，故不能做動物試驗。一九四五年歐洲戰場美軍患此病者，有七，〇〇〇人，百分之六〇為輕症，百分之三〇須臥床六〇天，其病率為千分之五〇，平均死亡率為百分之〇·一，在美國國內部隊患此病者，約有千分之二，此病之治療，以食富蛋白質少脂肪之食物，并臥床休養為最要。

此外傳染性黃疸病，現時亦為陸軍醫學研究之問題。

(2)創傷性外科：創傷之手術治療與手術後傳染之管理問題，現正由哈佛大學醫學院外科教授邱吉爾博士，及紐約陸軍總醫院普立司基上尉，分別研究中，對於早期治療及預防疫苗注射等問題，在創傷外科中，均屬重要，

(3)精神病之研究：在戰時精神病，對於軍力之損失，確屬甚大，關於此病對於人之生理精神等之分析測驗，正在研究中。

(4)鏈黴素之研究：此藥對於初期肺癆有效，但肺組織如已破壞過甚者則亦無能為力，此藥用於醫治肺癆，每日服一·八公撮，連服九〇天，必要時當須加服九〇天，如此計算，每一肺癆患者，需要三二四公撮，此藥在美國現時價值，每公撮約需美金一〇一一五元，其價格亦相當高，美國現時有十一家藥廠製造此藥，每月產量約九〇，〇〇〇公撮，因其用量大，價錢高，而其產量又少，故尚不能普遍應用。

(5)其他關於鼠疫瘧疾等，均在繼續研究中。

內科專員組

一、組織與人事：該組直屬軍醫署署長，不分股，有軍官（醫師）三員，文官雇員四員。

二、作業概況：該組主管診斷與治療之方式，內科之研究與計劃之擬訂，各戰區月報之分析，及醫學書籍之審核與修正。

關於內科醫師之任用與調遣，商同人事司辦理之，戰時各大學教授及專家參加工作者，戰後多已回其原有之崗位，現與軍醫署仍保持聯絡者，有六五人，分三組如下：

第一組本署工作人員，

第二組在軍區工作，

第三組約三〇人，與陸軍醫院保持聯絡，每星期工作二一三天，每月將在醫院工作情形報署。

此外性病之治療事宜，亦歸該組主管，所有各醫院性病治療月報，由該組收集保管研究，此項報告現時每月平均有四〇〇〇餘份，從前最多時，達一〇，〇〇〇份。

主任或副主任每月約有三分之二時間，輪流分赴各醫院視導。

外科專員組

一、組織及人事：該組直屬軍醫署署長並不分股，僅有軍官（醫師）兩員，文官雇員三人。

二、作業概況；外科工作分眼科，神經外科，骨科，整形外科，及切肢等五中心，自戰事停止後，於十二個總醫院復增設產婦科外科，約有五〇——二五〇個床位。

國內外各衛生單位，現有外科醫師五，〇〇〇人，在戰時各大學教授及專家，皆自動或徵調參加工作，戰後多回其原來崗位，但現在尚有技術專員一五三員，多為負有名望之專家，此等專家並非完全在各醫院工作，需要時可通知其前來工作，其在工作時間，每日給與四〇元津貼，另發必需之旅費。

假眼過去用玻璃製造，但有時有破碎，並有刺戟之弊，此次戰事有美國牙醫師在倫敦發明一種 Acrylic eye，係用 Plastic 原料製造，經試用後較玻璃假眼為優，且可免破碎與刺戟之弊，現已普遍應用。

神經精神病專員組

一、組織及人事：該組直屬軍醫署署長，不分股，僅有軍官（醫師）二員，文官雇員二員。

二、作業概況：該組主管部隊精神病之查察，預防，及治療三問題。戰前僅注意精神病之治療，戰後側重此病之預防，新兵入伍體格檢查時，即加注意查察，如有此病現象，即予以剔除。

在各訓練中心，均有精神病專家施以教育，予以心理建設，如發現某種人不適宜某種訓練時，即予教導或改變其訓練科目。

各師於作戰時，亦派有精神病專家隨時查察其部隊有無患此病之人事，先予以預防或檢查其真病，抑是假病，以免影響士氣。

各醫院亦派有精神病專家指導精神病之治療，精神病之治療，照經驗以離戰錢愈近，而早期施以治療，其成績愈佳，約有百分之六十可望治愈，另有百分之三十，可易以非作戰之職務，而能照常工作。

隨集營及陸軍監獄，亦派有精神病專家，犯法者未判決之前，先施以檢查，其家庭與社會環境之記錄亦可供檢查之參考。

後方精神病休養院，其設備極力避免醫院樣式，使其忘却自身為一病人，有許多勤務如站崗，打掃等，均由病人自做，如此易於恢復。據統計新兵入伍有百分之十二因精神病不能服役，所有體格檢查不合格之人百分之三七為精神病，戰時各醫院收容病人，共約一五，〇〇〇，〇〇〇人，有百分之六一七係為精神病，其數約為一，〇〇〇，〇〇〇人。

護理專員組

一、組織及人事：該組直屬署長，工作人員有軍官三員，文官雇員三人，與其他人事司尚有軍官四員，文官雇員九人，管理軍護之人事紀錄與任用，亦歸該組指揮。

二、作業概況：該組任務為管理軍隊護士作業，計劃與程序，並指導其工作及人員之編致，審核任用等，軍隊護士在美國現時，尚不能稱為正式軍官，正呈請國會承認中，軍護之任用與升遷規定如下：

初級任用	少尉	名額無定
服務滿三年	中尉	同上
服務滿十年	上尉	同上
服務滿十七年	少校	四〇
成績優良選升	中校	一八

成績特優選升 上校 (全國僅有一人)

軍護之退役在平時服務滿二十年齡到五十歲，戰時服務滿二十年，年齡可延長至六十歲。

軍護每人照規定看護十個病人，現時每一護士須看護十五個病人，現有護士共九，〇〇〇人，尚缺少五〇〇人。第二次大戰正式軍護最多時有一〇，〇〇〇人，另有預備軍護四七，〇〇〇人，戰事開始後，方有軍隊護士，以前並無軍護，至勝利後預備軍護亦撤消，軍護完全為未結婚之青年女性，如要結婚必須退職。

三、護士教育：美國現有護士學校一，一一六所，其入學程度為高中畢業肄業年限有三年制，但屬少數，多數為五年，將來一律擬改為五年制，入學年齡自十八歲至三〇歲，多為女性，男性甚少，三年制學生約需費用美金八〇〇元，膳宿由校供給，普通護士學校，每班學生約三〇一五〇人，亦有每班五〇人，每年招生兩次。一個三，〇〇〇病床之醫院，其最多護士學生，不得超過三〇〇人，分為三個學年。

凡進軍護預備團，應有下列資格：

- (a) 應在立案之護士學校畢業。
- (b) 應經各州護士考試委員會考試合格。
- (c) 應經體格檢查。
- (d) 年齡在四十八歲以下。

在布魯克軍醫中心有護士訓練班之設訓練期間，為十二星期，與其他軍醫訓練同。

此外尚有軍護行政訓練班，訓練期間為六個月，畢業後可充任醫院護士長。

其他尚有各種進修班，如精神病護士班，訓練時間八個月。麻醉員訓練班，訓練時間八個月至一年。手術室護士訓練班及其他訓練班等，其費用由政府支出，并得支給原薪。

特別營養專員組

一、組織及人事：該組為技術組中之一組，直屬於署長，不分股，其工作人員，軍官二員，文官雇員二人，其主要任務，為管理各醫院病人之特別營養，依照醫生之處方調製特別食品，補助治療。特別營養 Dict 一字，與營養 (Nutrition) 意義各有不同，特別營養員 (Dietitians)，與營養員 (Nutritionalists) 任務亦各異。特別營養員，管理病人之特別營養，而營養員則管理部隊一般健康人之營養，後者業務須歸預防醫學組主管，非屬該組範圍。

二、作業概況：該特別營養員，自一九四四年起，已由國會通過認為正式軍官，其資格為大學理學士學位，大學畢業後，先應文官考試合格，然後再在醫院實習一年，方可任用。過去有四個陸軍總醫院，設有特別營養員，實習課程規則，祇者布魯克陸軍總醫院尚有此種實習班，其課程理論講授，有二六三小時，其餘均為實習時間，理論講授課程，包括特別營養部之組織，與行政病房管理，內外科食物治療，試驗所內及牛乳衛生食物管理，及社會福利事業之人事組織等。受訓期間，每人每月可得津貼六〇元，結業後由少尉起任用，現時特別營養員，最高階級為少校，正向國會請求提高至中校。

普通醫院為一〇〇床位者，有特別營養員一人，一，〇〇〇床位者八人，此多屬於比較固定性醫院，野戰醫院內除特殊情形外，多不派。過去部隊中特別營養員，最多時曾達一，六四三員，現時則僅為四五〇員，實際上平時需要四七五員左右，但亦視病人之多寡而定，現有之特別營養員，全為女性，且不准結婚。

醫院內之購食官，負責行政及工作人員紀錄發給，至食物之採購分配及烹飪方法等，則由特

別營養員負責。

獸醫專員組

一、組織及人事：該組直屬於署長，分肉類及牛乳類衛生股，家畜股兩股，其工作人員，有獸醫百四員，文官雇員九人，至其現時全國各部隊機關共有獸醫約六〇〇員，均為獸醫學校畢業，士兵一，八〇〇人，在戰時獸醫人員，約比現時多三倍，復員後，多已退役，因而不敷應用。

二、作業概況：

家畜股——獸醫業務與軍醫同，在前線各部隊，凡各單位有三〇〇——五〇〇匹馬者，派有獸醫兩位，士兵四名，其次則為獸醫連，其任務為担任病馬輸送，凡在前方病馬，能醫治者即在前方醫治，不能醫治者即由獸醫連後送至獸醫兵站醫院病馬在兵站醫院如仍不能治療者則再後送至獸醫後方醫院，此為病馬最後之治療所，如再不，即予槍殺之，此外亦有一休養院，為負傷驃馬之休養及訓練之所。

第二次世界大戰，美軍並無騎兵部隊之組織，砲兵部隊亦僅有少數驃馬為載運裝備之用，故此大戰爭，驃馬數目並不多，其總數僅為五，〇〇〇匹左右。

戰時驃馬傷亡數，第一次大戰百分之十四，第二次大戰為百分之十二。

關於驃馬疾病之預防，不論戰時與平時，亦甚注意，軍需署購買軍馬，由軍醫人員予以詳細檢查，尤以馬鼻疽及炭疽等病最為注意，但此種病，在美國已甚少見。

肉類及牛乳衛生股——該股業務，為現時獸醫業務最重要最繁榮者，百分之八五獸醫人員，服務此種業務，每軍有獸醫一員，專負軍中所食肉類牛奶及其他產品檢查之責，魚類亦在檢查之列。

獸醫與士兵均各有肉類及牛乳衛生訓練班，獸醫多自獸醫學校畢業後，再受此等訓練，士兵則先受軍事基本訓練後，再受此等訓練，且以未徵募前原在牛奶棚或與動物有關機關工作者，為上選。

此外尚有新馬補充庫，獸醫試驗所，獸醫學校等種種機構，亦屬獸醫業務範圍。

牙科專員組

一、組織及人事：該組直屬於軍醫署署長，不分股，有軍官三員，文官雇員四員。

二、作業概況：該組主管有關牙科問題之研究與工作計劃，關於牙醫之任用與調遣，商同人事司辦理之，牙科畢業生，須經過訓練後，方可任部隊牙醫，凡牙醫自願報效者，概自中尉起任用，如由徵調而來者，則自士兵起用，各部隊現有牙醫約二，五〇〇人，（平均官兵每一千人，應有牙醫二人。）

健康醫學專員組

一、組織及人事：該組直屬於署長，分物理治療股，體格復健股，及職業治療股等三股，工作人員有軍官三員，文官雇員三人。

該組任務，為計劃如何利用物理原理應用於醫學上，并督導工作，及考核與統計治療之成績。物理治療，即利用光、熱、水、及按摩等天然物力於治療上，其歷史，係於一九一八年第一次世界大戰結束時開始，在第二次世界大戰中，逐漸發展為舉世公認之新科學，在後方各醫院均已普遍應用，由醫師指導監督其工作。

二、作業概況：各股作業概況分述如下：

1. 物理治療 該股即管理關於利用天然物力以作治療之用，現共有五〇〇物理治療家為正式軍官，此等人員均曾受物理器械對於傷病治療應用之專門訓練。

2. 職業治療 職業治療家，自大學畢業後，經二年之專門訓練，其大學學位為現學士或文學士。或在大學時即專修此科，其肄業時間為五年。現在有二十二所大學有此學科。此種人員，在二次大戰期間，最多時約有一，〇〇〇人，現時則祇有二七五人，在平時此數或已足敷應用，惟此等人員，尚非為正式軍官，此擬提請國會通過承認中。

職業治療，係根據醫生開方所示，因人施療，各有不同，均必須依照醫生指示目標，專門設計，其目的為使殘廢或機能障礙部分恢復其機能，訓練職業尚在其次。

又職業治療，施用於精神病者，比骨科為早，各精神病之應用各有不同，對憂鬱性者，施以刺激性工作，對發狂性者，施以安慰性工作，或使勞動疲倦。

3. 體格復健：此為物理教育之一部，僅有三年之歷史，為物理醫學中之一新科目，物理治療與職業治療側重於受傷部分，而體格復健，則注重於全身此其不同之點，其方法之應用，視各人情況而異，體格復健之要點如下：

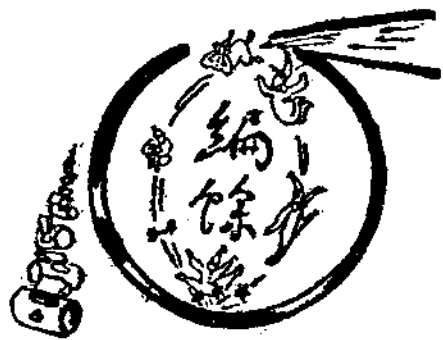
- A 使經受傷過之身體，不致退化軟弱。
- B 加速體格健復之速度。
- C 恢復其作業能力。
- D 使其不致發生心理上之變態。
- E 教其職業，使其於退役時可以謀生。

現在管理此項業務者，為軍官五〇員，士兵一五〇人，為正式官兵，照需要，應有軍官一〇〇員，士兵二五〇人此等人員應受有大學體育教育二年，或有同等經驗者，實施時，仍經醫生之指導。

此項科學，歷史不久，尚待繼續發展，將來擬開辦一學校，訓練此等人才，官長與士兵分班訓練，訓練時間預定各為二個月。

下上期要目預告：

步兵師戰時傷病輸力問題之研討.....	徐步安
第二次大戰美國軍醫之發展.....	蕭冰
野外衛生.....	王大明
原子彈之醫學觀.....	薛蔭奎
最新類武器——肉毒桿菌之剖視.....	葉維法
鏈黴素在治療傳染上之應用.....	高景新
胸科手術之麻醉問題.....	黃培齡
截斷術.....	王師授
花柳性淋巴肉芽腫檢驗診斷之今昔.....	史敏言
因注射鹽酸 Emetin 而引起眼症狀三例.....	郭叔堅
醫學文摘.....	馮冠華·鍾聲遠



江 晦 鳴

王鑑在『染香室跋畫』中有曰：「人見佳山水，輒曰『如畫』，見善丹青，則曰『逼真』；則知形影無定出，真假無滯趣，惟在妙悟人得之」。我於編輯這本『軍醫月刊』，曾再三為這幾句話而思維無已。

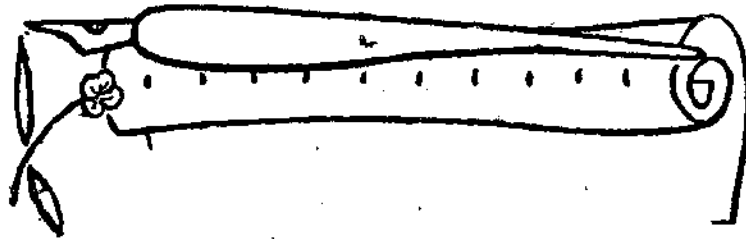
這是一本純科學的刊物，雖然也雜進了一些公報和工作的特寫，但無論那一篇論文，它的價值，不是從這本刊物上的反映，而是從論文的本身自有它的光輝。是山水就是山水，是丹青就是丹青，無所謂『如畫』，亦無所謂『逼真』，用不着什麼妙悟得之了。

其實不然。德哲狄慈根嘗謂：「一切現象皆為宇宙之屬性賓詞，每一部份都含有整個的性質，而整個亦惟有在部分之綜合中始得覘之」。又云：「永遠的宇宙實由暫時的斷片的現象組合而成；因而一切永遠的是暫時的，而一切暫時的是永遠的」。却說明了整體與部分，一般與萬殊的關聯。這本『軍醫月刊』是個整體，而各篇論文猶之部分，亦惟有部分的綜合中始得覘整體的妍醜。有山無水不能至『入畫』的勝境，點丹無青不能得『逼真』的妙諦。所以編一本刊物，硬似畫一幅畫，在體一分殊之間，信手拈來，妙到毫釐，誠非易易。

平心而論，這本刊物，實不能叫人滿足，也許這不滿足比滿足更好，還可以期望它多進步點。祇是有一件永遠不能由編者自己引為滿足的，就似精長繪事的，縱是畫得一筆好山水，未必能畫得一幅好花卉，好翎毛，好人物。編者為了醫學分科的太細，每發一次稿，便攢一次眉。稿子少了，無從選擇，固然是不好；稿子多了，任憑如何挑精選肥，却缺少了一副好眼力，總不能不失之偏愛，個人的偏愛，往往會與讀者的要求，像平行綫永遠不能交於一點一樣，之間必有距離。怎麼辦呢？古人說：『君子不盡人之歡，不竭人之忠，以全交也』。也無非是用距離來聊自安慰。也許由於這種幻想的安慰，或者可以保持編者與讀者之間的一點友誼；不然的話，讀者也許不會給予編者的批評了。

說來說去，編者所巴望的讀者批評，是從心底發出的呼聲，像春水一樣，奔溢着，蕩漾着。還有一件事，始終在自我批評着，那就是校對不能十分精確。這過失每一期從未會消失過，一直到現在的第三期，依然如故！自忖真是個半脖子泥，只會編，不會校，面對讀者，只是赧顏無詞以對。

然而，編者也有一點見獵心喜的事，欣然敢為讀者走筆相告，下一期將添些類似『讀書文摘』的文摘，摘一些新鮮的醫學果實，以助尾興，想必為讀者所歡迎的了。



聯合勤務總司令部
衛生勤務實施綱要

第一條 聯合勤務總司令部（以下簡稱本部）衛生勤務之實施，除另有規定外，悉依本綱要行之。

第二條 本部衛生勤務機關，依其任務及性質，分為左列各種，其指揮系統，如附圖一。（略）

（一）指導聯絡機關：

1. 補給區司令部衛生處
2. 兵站總監部衛生處
3. 供應局衛生科（第六科）
4. 兵站分監部衛生科（第三科）

（二）傷病輸送機關：

1. 衛生大隊
2. 衛生列車隊衛生汽車隊衛生船舶隊

（三）收容治療機關：

1. 流動外科醫院（手術組）
2. 兵站醫院
3. 後方醫院
4. 總醫院

（四）防疫機關：

1. 醫防大隊

（五）衛生器材補給機關：

1. 衛生器材總庫
2. 衛生器材補給庫
3. 衛生器材供應庫

（六）榮軍善後機關：

1. 榮譽軍人教養院
2. 榮譽軍人臨時教養院（所）
3. 榮譽軍人盲殘院
4. 榮譽軍人屯墾總隊
5. 榮譽軍人生產事務處

第三條 指導聯絡機關其任務如左：

1. 補給區司令部衛生處 承補給區司令之命，聯合勤務總司令部軍醫署之指導，與有關衛生指揮機關切取聯繫，對於管區內各級衛生機關執行指導及考核之任務。
 2. 兵站總監部衛生處 承兵站總監之命，補給區司令部衛生處之指導，與有關衛生機關切取聯繫，對於管區內衛生機關執行指導及考核之任務。
 3. 供應局衛生科（第六科） 承供應局局長之命，補給區司令部衛生處之指導，與有關衛生機關切取聯繫，對於管區內衛生機關執行指導之任務。
 4. 兵站分監部衛生科（第三科） 承兵站分監之命，受兵站總監部衛生處之指導，與野戰軍軍醫處，及其他有關衛生機關切取聯繫，對於管區內衛生機關執行協助之任務。
- 第四條** 傷病輸送機關，其隸屬及任務如左，其輸送系統如附圖二。（略）
1. 衛生大隊 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部，兵站分監部指揮，置於兵站末地，與野戰醫院及附近之兵站衛生機關，切取聯繫，收療野戰醫院後送之傷患，並轉運至兵站醫院或衛生車船隊。
 2. 衛生列車隊，衛生汽車隊，衛生船舶隊 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部，兵站分監部指揮，與附近兵站衛生機關切取聯繫，收轉後送傷患。
- 第五條** 收容治療機關，其隸屬及任務如左：
1. 流動外科醫院（手術組） 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部指揮，巡迴於後方醫院，兵站醫院，或野戰醫院，協助施行手術工作。
 2. 兵站醫院 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部，兵站分監部指揮，與野戰醫院及附近兵站衛生機關，切取聯繫，收療野戰醫院，衛生大隊，衛生車船隊等，後送之傷患，凡短期內可以治愈者，留院治療，其餘轉送後方醫院收容。
 3. 後方醫院 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部，供應局指揮，與附近兵站衛生機關切取聯繫，收療由兵站醫院等機關後送之傷患，其重症傷患，需特殊設備治療者，轉送總醫院收容。
 4. 總醫院 隸屬聯合勤務總司令部，受軍醫署之監督，（與補給區司令部之關係另以命令定之，與附近兵站衛生機關切取聯繫，收療由後方醫院等機關轉送之重症傷患，及須矯形之患者。
- 第六條** 防疫機關為醫防大隊，隸屬聯合勤務總司令部，受軍醫署之指揮，視各地需要情況，將各中隊配撥各補給區司令部指揮，負責協助各部隊，及兵站衛生機關醫療防疫及衛生教育等工作。
- 第七條** 衛生器材補給機關，其隸屬及任務如左，其補給系統如附圖三。（略）
1. 衛生器材總庫 隸屬聯合勤務總司令部，受軍醫署之督導，執行衛材屯備，及撥補各補給庫衛生器材之任務。
 2. 衛生器材補給庫 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，執行衛生器材補給，並補充各供應庫衛生器材之任務。
 3. 衛生器材供應局 隸屬聯合勤務總司令部，配撥各補給區使用，受配屬之兵站總監部或供應局指揮，執行補給衛生器材之任務。
- 第八條** 榮軍善後機關，其隸屬及任務如左：
1. 榮譽軍人教養院 隸屬聯合勤務總司令部，受配屬之補給區司令部督導，收容教養一等殘榮譽軍人。
 2. 榮譽軍人臨時教養院（所） 隸屬聯合勤務總司令部，受配屬之補給區司令部督導，收容教養二三等殘榮譽軍人。
 3. 榮譽軍人盲殘院 隸屬聯合勤務總司令部，受配屬之補給區司令部督導，收容雙目失明之榮譽軍人。
 4. 榮譽軍人屯墾總隊 配屬聯合勤務總司令部，受配屬之補給區司令部督導，收容二三等殘及機障榮譽軍人，從事集體生產工作。
 5. 榮譽軍人生產事務處 隸屬聯合勤務總司令部，受軍醫署之監督，執行督導管區內榮軍生產機關之任務。
- 第九條** 本綱要自公佈日施行。



陸軍軍用技術人員調查表

(軍醫部份)

二

本表根據三十六年一月份調查，旨在介紹現有軍醫人員之一般狀況，嗣後如有更動或出入，另依正式命令為準。

軍 醫 署

級	職	姓名	年齡	籍貫	出
三	司藥正科員	程連珠	三〇	河北深縣	軍醫學校藥科
一	司藥佐科員	邵 杞	二九	浙江金華	軍醫學校藥科
一	司藥佐科員	方 祝	三二	浙江建德	軍醫學校藥科
一	司藥正科長	范鎮亞	四三	浙江安吉	浙江省立醫學專門學校藥科
二	司藥正科員	程 序	三九	安徽歙縣	軍醫學校司藥補習班
一	司藥正科長	陳萃華		湖南茶陵	軍醫學校藥科
三	司藥正科員	胡長鴻	三二	浙江紹興	軍醫學校藥科
一	司藥佐科員	蔡有恆	三三	廣西懷集	軍醫學校藥科
一	醫 佐科員	沈文瑛	三七	浙江嘉興	杭州市立病院護士學校伯特利產科
軍	醫 監 司 長	李穆生	四七	湖南彬縣	湘雅醫學院
一	醫 正 副 司 長	馬家驥	三七	上 海	美國紐約大學醫學博士
軍	醫 監 司 長	彭達謀	四三	湖南沅陵	美國耶耳大學醫學院
軍	醫 監 副 司 長	李育仁	三八	山東泰安	美國約翰霍浦金大學醫學院
一	醫 正 專 員	吳宏宇	三六	浙江黃岩	同濟大學醫學院
軍	荐 一 階 技 正	倪世槐	三四	浙江慈溪	交通大學土木工程系
軍	荐 一 階 技 正	張德霖	二六	廣東番禺	之江大學建築系
軍	醫 監 衛 生 預 備 員	李宜果	五〇	福建閩侯	同濟大學醫學院

軍醫監衛生預備員	劉慶清	四五	福建閩侯	亞東醫科大學
軍醫監衛生預備員	張永鎮	四五	浙江杭州	軍醫學校醫科
軍醫監衛生預備員	徐學曉	四八	浙江諸暨	浙江公立醫藥專門學校醫科
一醫正衛生預備員	馬漢丕	四一	陝西米脂	軍醫學校醫科
軍醫監衛生預備員	周之翰			直隸公立醫學專門學校
三醫正衛生預備員	林華國	三六	江西贛縣	軍醫學校一分校
一醫正衛生預備員	方瑜	四五	浙江鄞縣	浙江醫專日本帝大醫科
一藥佐衛生預備員	金榮熙	三〇	河北苑平	軍醫學校藥科
軍醫二階衛生預備員	張珂	四〇	浙江杭州	廣濟高級護士學校
軍醫監衛生預備員	汪凱熙	三四	江蘇蘇州	協和醫學院
軍醫監衛生預備員	張勇斌	三六	廣東始興	德國漢堡大學醫科
一醫正衛生預備員	黃若珍	三七	廣西	夏葛醫學院
一醫正衛生預備員	徐湘蓮	三五	山東壽光	協和醫學院
一醫正衛生預備員	薛蔭奎	三三	河北灤縣	協和醫學院
一醫正衛生預備員	林和鳴	三六	廣東	東南醫學院
一醫正衛生預備員	侯道之	四三	山東恩縣	齊魯大學醫學院
一醫正衛生預備員	蕭冰	四七	江蘇宜興	軍醫學校醫科
二醫正衛生預備員	王立礎	三七		軍醫學校醫科
二醫正衛生預備員	張求精	三三	河北盧龍	軍醫學校醫科
二醫正衛生預備員	張濂生	三〇	江蘇	中央大學醫學院
三醫正衛生預備員	許信剛	三〇	江蘇吳縣	同濟大學醫學院
三醫正衛生預備員	費尹和	四二	四川雅安	華西協和大學牙科
司藥監衛生預備員	顧誠	五〇	江蘇江甯	軍醫學校藥科
一醫正衛生預備員	李國彝	四五	湖南甯遠	軍醫學校醫科
一醫佐衛生預備員	王文華			河南大學醫學院
一醫正衛生預備員	趙春溪	三八	遼寧蓋平	軍醫學校醫科
一醫正衛生預備員	甘法魁	三八	安徽蕪湖	江蘇醫政學院
二藥正衛生預備員	賈崇道			軍醫學校補習班
二醫正衛生預備員	王學潛			東南醫學院
一醫正衛生預備員	蕭經階			江西省立醫學專門學校
一醫正衛生預備員	孫鳴高	四〇	山東臨淄	山東醫學專門學校
一醫正衛生預備員	任珠泉	四五	山東慶勝	山東醫學專門學校
一醫正衛生預備員	陳善甫	三八	安徽巢縣	軍醫學校補習班
二醫正衛生預備員	李智塵	三〇	河南易縣	軍醫學校補習班
二醫正衛生預備員	崔子云			軍醫學校補習班
二醫正衛生預備員	聶經智		湖南湘鄉	軍醫學校補習班
三醫正衛生預備員	蘇駿巖	二八	廣東順德	中山大學醫學院
三醫正衛生預備員	丁寶泉	二九	河南杞縣	河南大學醫學院
一醫佐衛生預備員	包海容	二九	江蘇金壇	江蘇醫學院

一醫佐衛生預備員	朱為宰	二六	江西泰和	江西省立醫學專門學校
一醫佐衛生預備員	夏壽仁	二七	江蘇鎮江	同濟大學醫學院
軍荐二階衛生預備員	沈紀文	三四	江蘇常熟	浙江省立高級助產職業學校
三醫正衛生預備員	陳憶青	三六	河南鄭縣	軍醫學校補習班
一醫正衛生預備員	胡建東	四五	安徽鳳陽	軍醫學校補習班
一藥正衛生預備員	符沙	四二	湖南長沙	軍醫學校藥科補習班
一藥正衛生預備員	裘立梅	三六	浙江嵊縣	浙江公立醫藥專門學校藥科
三藥正衛生預備員	魏凌	二八	福建閩侯	輔仁大學理科化學部
一藥佐衛生預備員	徐東若	二六	四川瀘南	華西大學藥科
軍醫監衛生預備員	錢方琦	四二	浙江嵊縣	浙江省立醫藥專門學校醫科
一醫正衛生預備員	劉慶凱	四五	遼寧遼陽	軍醫學校醫科
一醫正衛生預備員	章甲華	四五	江蘇江陰	南洋醫科大學
一醫正衛生預備員	譚家周	三五	江西永新	軍醫學校醫科
一醫正衛生預備員	林筱海			南洋醫科大學
簡三正衛生預備員	陳貽謀	三六	浙江上虞	華北工程專門學校
三醫正衛生預備員	戴佛香	二八	廣東興寧	軍醫學校醫科
一醫佐衛生預備員	賈偉霖	二七	山東	華西大學牙科
二藥正衛生預備員	羅登	三三	湖北陽新	軍醫學校藥科
三藥正衛生預備員	孔傳忠	三二	浙江杭州	浙江省立醫藥專門學校藥科
二醫正衛生預備員	陳裕謙	三三	福建同安	中山大學醫學院
二醫正衛生預備員	韓冠沅	四〇	河南伊川	軍醫學校醫科
一醫正衛生預備員	古鴻烈	四三	廣東五華	同濟大學醫學院
荐二衛生預備員	陳仲寶	四二	廣東新會	仁濟護士學校
一醫佐衛生預備員	劉國相	二六	山東	齊魯大學醫學院
一醫正衛生預備員	陳安良	三七	廣東東莞	中山大學醫學院
軍醫監衛生預備員	楊濟民	四三	浙江嘉興	日本軍醫學校
一醫正衛生預備員	吳山石			亞東醫科大學
一醫正衛生預備員	楊子人	三八	江蘇鹽城	軍醫學校醫科
二醫正衛生預備員	張希良	四二	浙江海甯	山西川至醫學專門學校
三醫正衛生預備員	張孝儒	三七	河南洛陽	浙江公立醫藥專門學校醫科
三醫正衛生預備員	于魁元	四〇	河北	河北大學醫學院
軍醫監衛生預備員	曹峨	四一	河南內黃	軍醫學校醫科
一醫正衛生預備員	路慶豐	三九	遼甯	軍醫學校醫科
軍醫監衛生預備員	馮啓琮	三七	廣東番禺	東南醫學院
二醫正衛生預備員	周榮光	四五	北平	大同醫學專門學校
軍醫監衛生預備員	黃綺	四九	廣東梅縣	軍醫學校醫科
一醫佐衛生預備員	強守儀	二七	江蘇無錫	西北醫學院
一醫佐衛生預備員	余流水	二四		福建省立醫學院
一醫佐衛生預備員	黃金森	二七	江蘇泰興	中山大學醫學院

1947 三月篇

五日

- 一、簽請國防部轉呈 主席，准予追加本年度衛材費預算二百六十餘億，以三分之一結購外匯，並請准由物資供應局撥發合於軍用之衛材。

八日

- 一、奉國防部頒佈新訂各休養院，後方醫院健愈人員處理辦法，已轉飭健愈未撥出之各院，迅即遵辦。
- 二、轉報第二首殘院等單位官佐梁崑山等十員，已逾役齡，應退為備役。

十日

- 一、奉 國防部寅東署槽代電，規定休養院已愈官佐處理辦法，經由聯勤總部電飭各補給處，各供應局，派員攜款分赴各院辦理；其應送訓者，送附近軍官總隊收訓；應資遣者，發薪三個月，並發旅費，外省三萬元，本省一萬五千元，限寅副辦畢。嗣因各區局紛以限期迫促，請延展至卯副辦竣，經簽轉 國防部，尚未奉批。

十一日

- 一、聯勤總部代電第一補給區，及上海港口司令部，將原配屬第一補給區之鎮江第(3)常熟(11)、武進第(18)上海第(20)(101)，蘇州第(102)等後方醫院，及上海第(2)衛材補給庫，撥歸上海港口司令部指揮作業。
- 二、國防部物資徵購委員會，電請本部遴選徵購組人員，本署應選軍醫組副組長一員，經派本署副司長季昂充任，並報部核轉。

十三日

- 一、聯勤總部代電第十四分監部，第六十一兵站支部，及第一補給區司令部，以口岸、江陰、常熟、揚州、靖江、福山、南通等處，前經設置之茶水站七個，現以蘇北傷患減少，應於三月十五日撤銷，由第一補給區視其他地點需要情形，另行配設，所有各結束茶水站之公物，應移交接辦單位接收使用。

十四日

- 一、聯勤總部電令各補給區，各供應局，轄飭各醫院，自三月十六日起，各院留醫傷患特別營養費，每人每月增為六千元，病房用品費四千五百元，總醫院加倍發給，野戰醫院及機關學校建制醫院，按一〇〇人覈實發給，後方及兵站醫院暨奉准收容之衛生大隊，照實有人數支給。

十五日

- 一、遵 總長陳補劃戰野代電擬定(一)第(1)(7)(8)各補給區衛生汽車隊調整補充，及美式救護車八十五輛處理辦法，(二)令將臨時衛生汽車排第(5)(6)(7)(8)(9)(10)等六個排結束之車輛，補充各衛生汽車隊使用。
- 二、奉 總長陳核准，凡各單位不合造就之衛生人員，於有正式學資者接替時，發薪二個月遣散，經分電有關機關查照。
- 三、前呈核之榮軍回籍實施辦法草案，因與榮軍任官退(除)役有關，交署修正，現正與有關單位洽辦中。
- 四、第(1)(2)(3)(4)屯墾總隊裁撤及撥交案，奉國防部批遵照主席批示原則，酌情辦理。

十六日

- 一、准衛生署函，收復區各醫事學校卅至卅四年畢業生，除在該署工作者外；同意由本署備用，經簽呈國防部與該署會呈行政院核示。

十九日

- 一、代電軍醫訓練處籌委會研究，並擬具新兵役法施行後中義醫事人員之訓練辦法。
- 二、重擬卅六年二批赴美考察軍醫人員錢繩武等八員名單，並將歷年辦理留學案經過，函第五廳查照。
- 三、准四聯總處函復，為請貸生產資金一案，關於農貸部份，已交主管部份核辦；工貸部份須列具具體計劃，各別申請，再予酌辦。
- 四、奉國防部批准，在平漢津浦兩線各設臨戰院一個，業經令飭第七補給區及第一補給區勸覓院址中。

廿日

- 一、聯勤總部代電第一補給區司令部，將臨沂第(18)兵站醫院各項設備，儘量予以充實，准增設預備組一組，並飭第(1)手術組派員攜帶器材，前往該院協助作業，以資加強魯南傷患收療工作。
- 二、本署購料委員會第五屆第二次常會，於三月二十日下午二時，往本署會議室舉行會議。
- 三、派員攜帶試題分赴重慶、昆明、廣州、西安、南京、上海、武漢等地，會同各總醫院派員照本署所定考試辦法，至指定之軍官總(大)隊，考試現有在隊軍醫人員，及格者送上海受訓，不及格者由隊辦理退役，並限於四月五日以後考試完竣。

廿三日

- 一、核准第八補給區抽調第(88)後方醫院官兵組織第五臨時流動手術組一組，以便指派該區各醫院，擔任手術工作。
- 二、奉 總長陳卅六寅寒署賦漢代電，核准軍醫訓練處籌委會，展期至軍醫學校正式改組後撤銷，並照發籌備費等由，經轉電查照。

廿四日

- 一、聯勤總部召集各衛生材料總庫，及擇要地區供應庫長，以及各補給區衛生處代表，於三

月二十四日起在京舉行第一屆衛生器材補給會議。開幕典禮，由副總司令黃液臨主持致訓，會期五日。

廿五日

- 一、簽呈 總司令黃第二補給區司令部撤銷後，關於辦理湘鄂贛各醫院傷病之收容調節疏轉事宜，無負責督導聯繫之機構，擬具督運辦法，請在漢口設置傷運督導專員辦公處，由本署派員常川駐英負責督導，奉批交勤務處核辦。

廿七日

- 一、奉交 參謀總長陳署賦字第二一七一號代電，國防醫學中心可改稱國防醫學院，連修正編制呈核，遵即檢具該院及所屬單位修正編制表二十份，送請第五廳查照。
- 二、為生化藥廠請求木箱費及以存貨抵償逾期欠繳貨品，暨審議卅六年度補充全國部隊擔架招標辦法，經函請審計部、財務署，派員於三月廿七日下午二時來署開會商討。

卅日

- 一、聯勤總部醫務所分診所編制。暨應設數，經呈奉國防部核准成立醫務所一個，分診所三個，遵轉飭於四月一日成立具報

卅一日

- 一、草擬本年度四至十二月份工作計劃，查本署各司處室重新編制，為適應新編制及為推進業務之效能起見，另行擬定本年四至十二月份工作計劃。
- 二、開始應用D D T滅蟲之研究：因D D T滅蟲之效能，早已見諸文獻，惟我國對於該種藥品稀釋劑，如滑石粉，尚難大量供應，為適應需要起見，現已開始研究，用各種泥土麵粉等，代替滑石粉，在滅蟲上確實效能。
- 三、傳染病預防工作：(1)准全國防疫聯合辦事處函，南昌民衆發現鼠疫，情勢嚴重，當分電江西供應局，及駐南昌之第六十二師指示防治要點，並電上海衛生材料庫，迅撥發贛供應局鼠疫苗。(2)湘粵閩各部隊士兵發現流行性腦脊髓膜炎，經已分別電詢流行及防治情形。

軍醫月刊稿約

- (一)本刊內容，分專題論綜，學術文叢，工作通訊，參攷資料，法規選輯，人事公告，一月大事等欄，歡迎下列稿件：
1. 衛生勤務之研討
 2. 醫學實際知識之研究評論譯著與介紹
 3. 軍醫工作動態與生活實錄
 4. 醫學書報之批判與介紹
 5. 軍醫史料與名人傳記
 6. 榮軍善後問題之研討
 7. 其他有關軍醫作業之文字劇本圖照木刻詩歌等作品。
- (二)來稿內容及文字，力求新穎切實。
- (三)譯作以對照排比為主，須附原文。如原著不便寄遞，務請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及發行處所。
- (四)來稿不拘文體，務請加註標點，篇末并請註明全文字數。
- (五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，并請橫寫，祇寫一面。附有插圖者，更須力求明晰。(須用墨色)
- (六)本刊對來稿有刪改權，如不願者，請預先聲明。不登稿件，概不發還；否則，請先附足郵票。
- (七)來稿一經揭載，酌致稿酬，除特殊著作外，概不附印單行本。
- (八)一稿數投之作品，請勿惠賜。
- (九)稿末請註明真實姓名及地址。
- (十)來稿請寄南京四條巷軍醫署軍醫技術宣傳組。

軍醫月刊



第一卷 · 第三期

中華民國三十六年三月三十一日出版

編輯兼發行者 國防部聯合勤務總司令部軍醫署