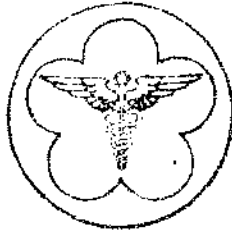


軍醫月刊

第一卷



第五期

中華民國三十六年五月三十一日出版

要目

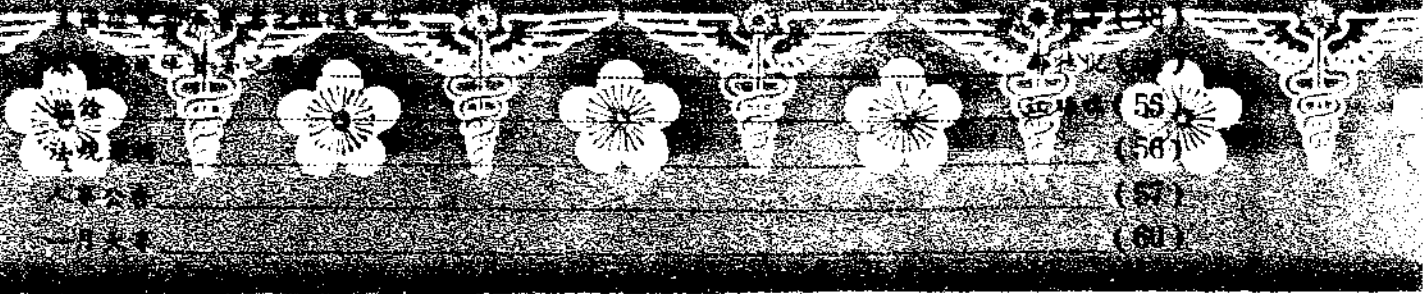
插圖：國防醫學院之新姿

戰後新軍醫	吳麟孫·陳立楷 (1)
傷兵最多發生地帶與時間問題之研討	徐步安 (8)
野外衛生	王大明 (10)
最新穎武器——肉毒桿菌之剖視	葉維法 (13)
傷寒桿菌類感染之鏈黴素治療	張章啟 (18)
鏈黴菌素在治療傳染上之應用	高景新 (23)
黑熱病合併肺炎球菌性腦膜炎之一例	李容等 (26)
汎發性腹膜炎與限局性腹膜炎之鑑別診斷	景子軍 (29)
闌尾炎各種問題之檢討	沈毓真 (32)
花柳性淋巴肉芽腫檢驗之今昔	史敬言 (34)
X光線間接攝影法	朱 樺 (38)
診療新知拾錦	鍾聲遠 (39)

醫學文摘

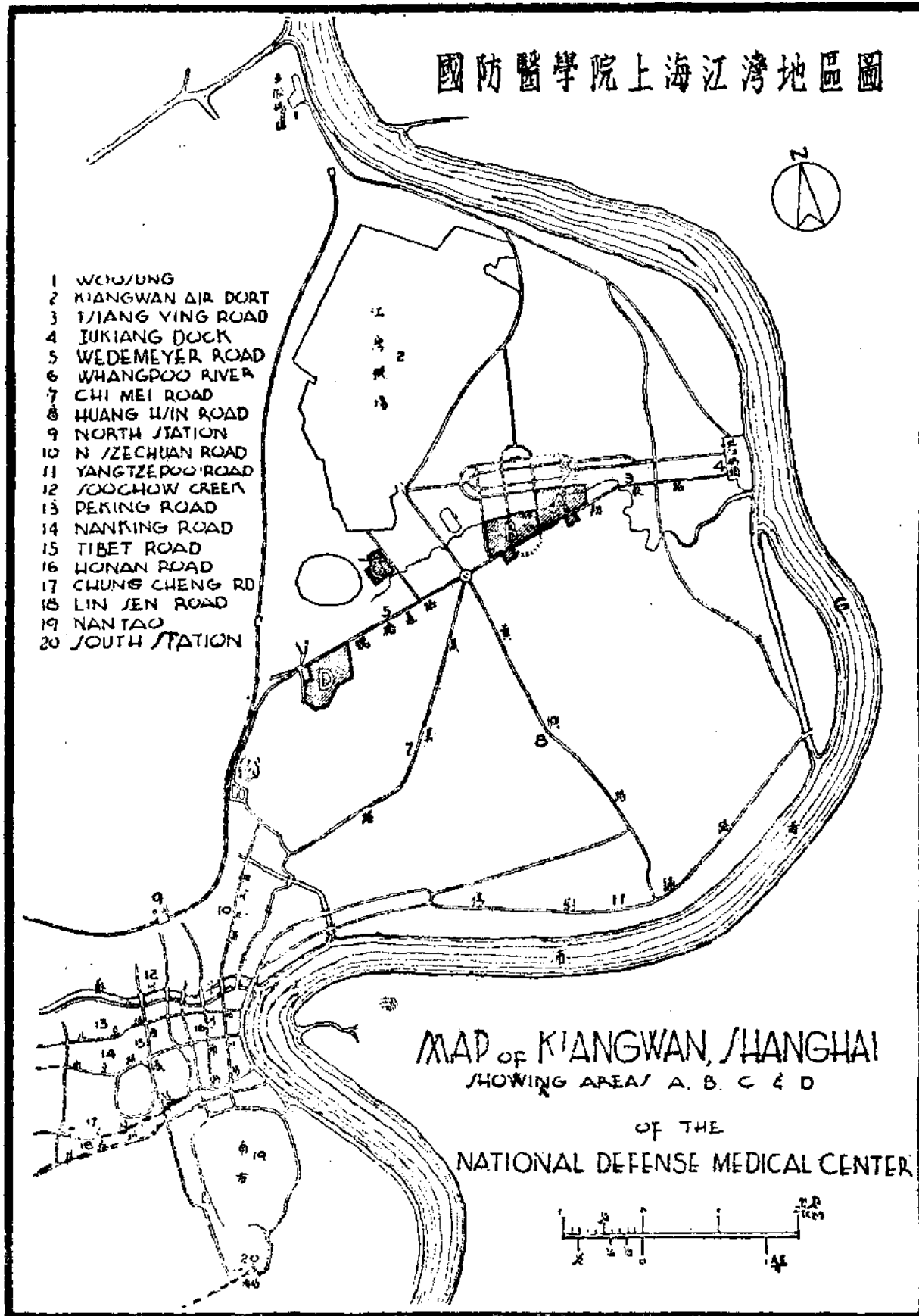
醫學雜著

本報上週報導之重要新聞



國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印

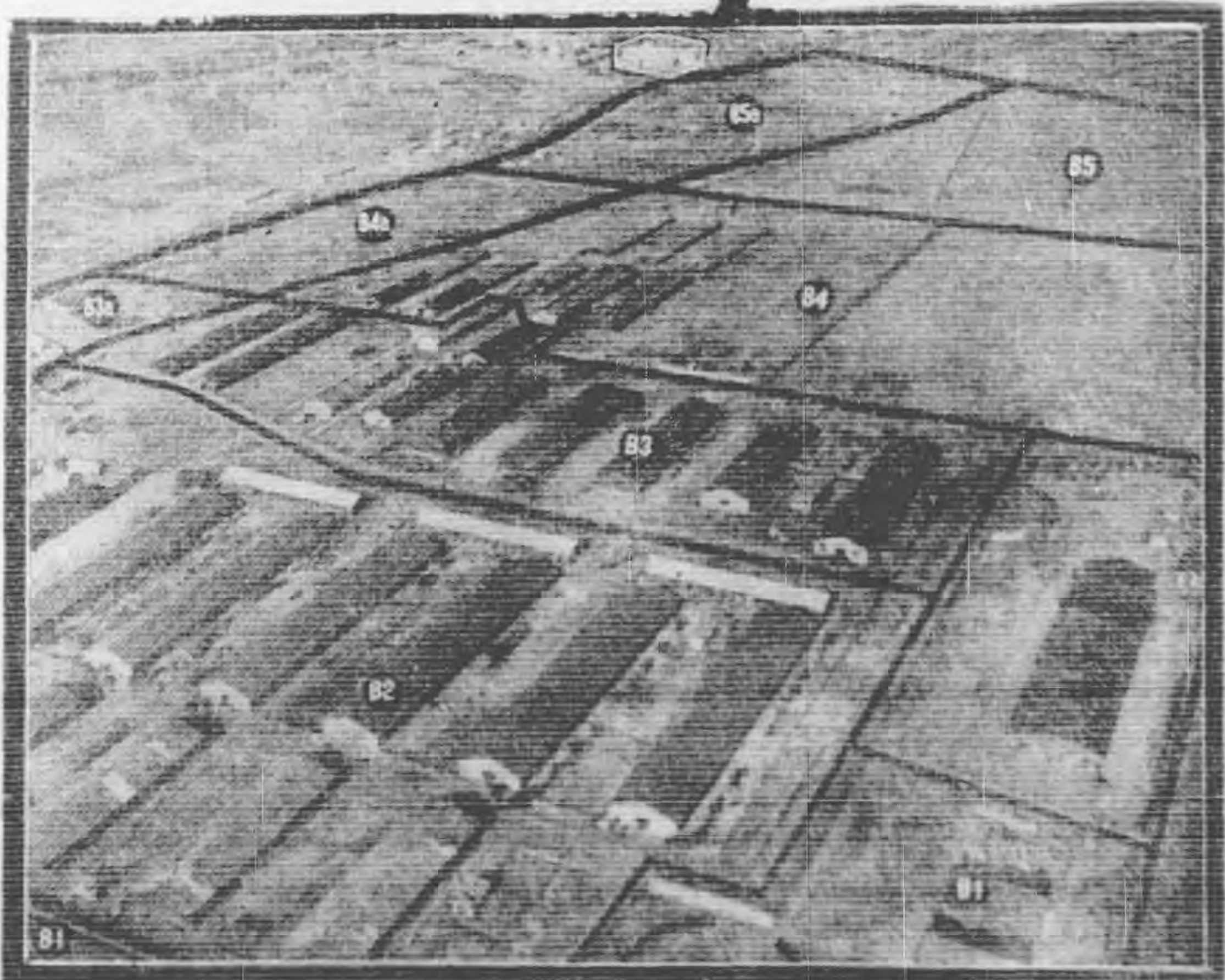
國防醫學院之新姿



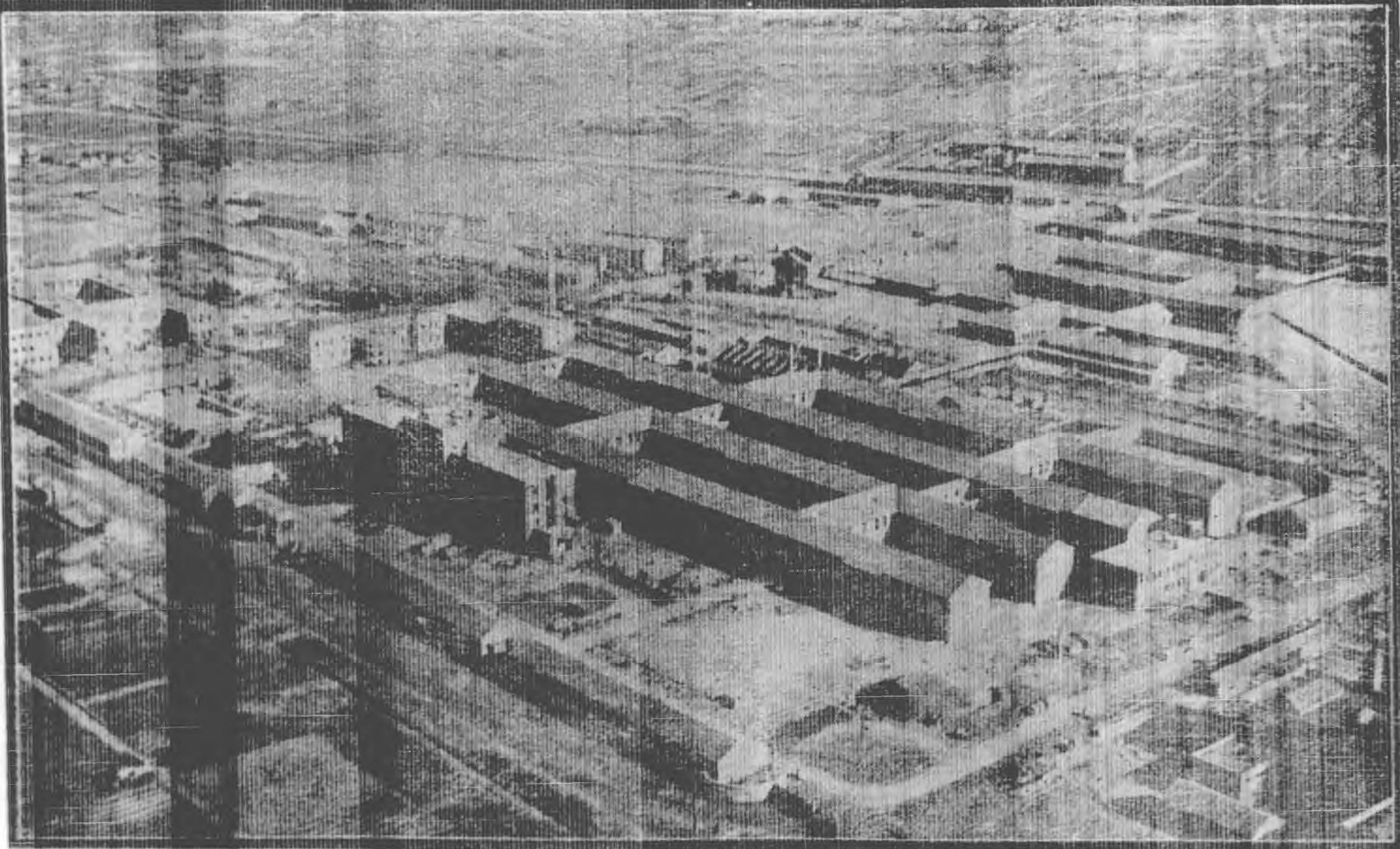
國防醫學院 A B 地區圖

A1-2 總醫院 A3-4 專門教育單位

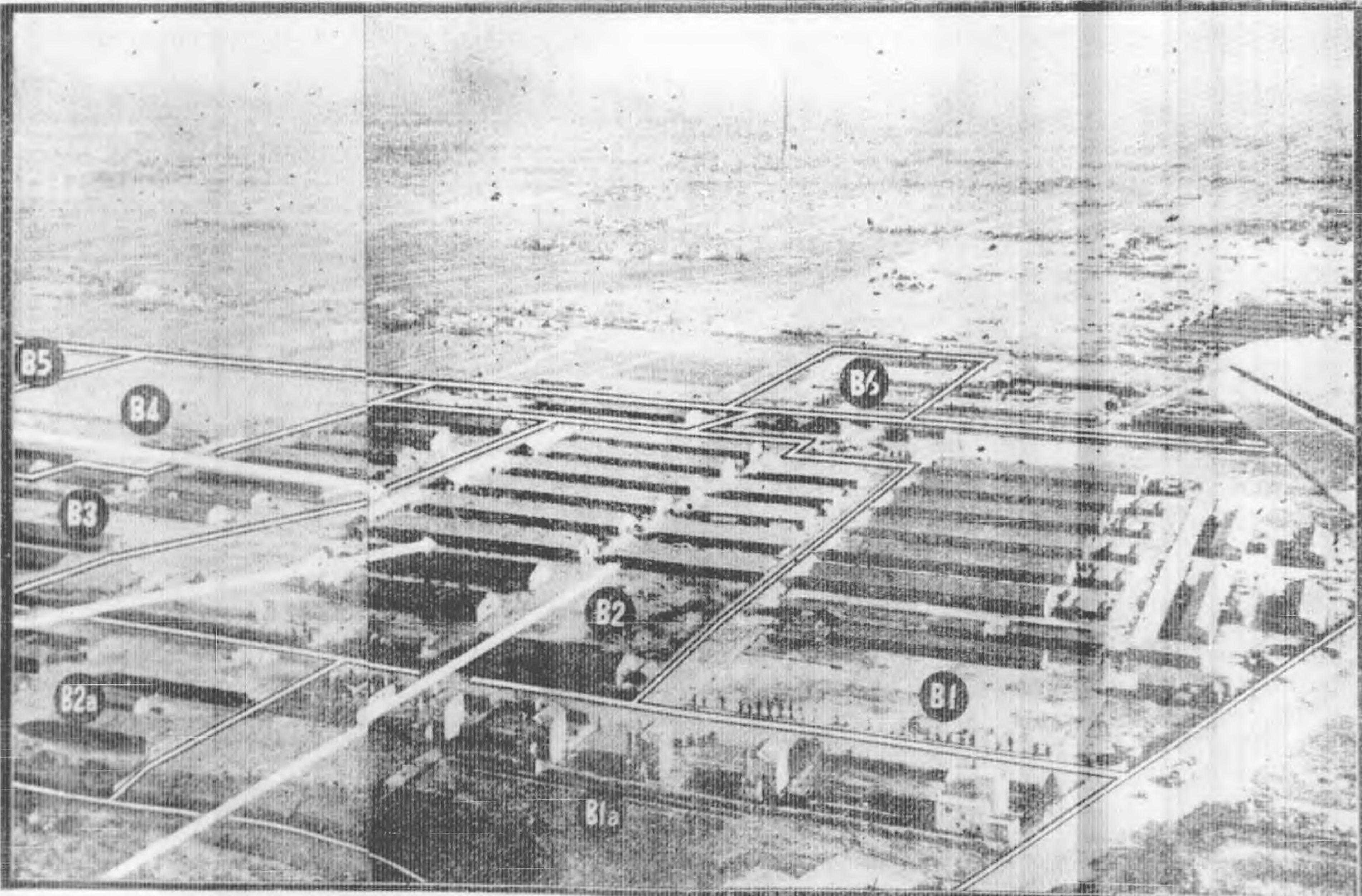
A5 衛生實驗院 A6-7 業務訓練單位



B-1,2,3,4,&6 學生宿舍

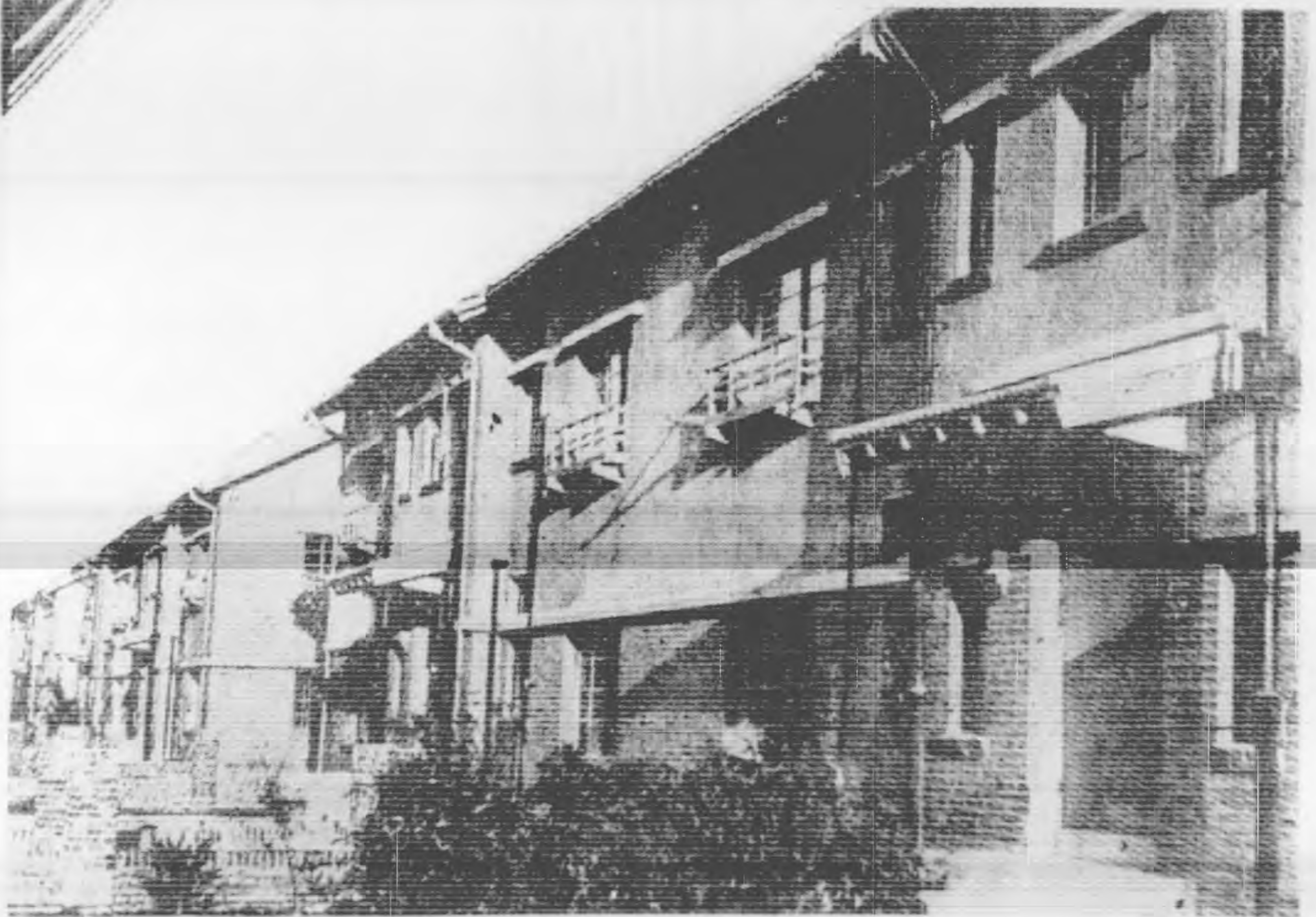


總 醫 院 遠 眺



學 生 宿 舍 鳥 瞰

總倉庫全景



職員眷屬宿舍一角

戰後新軍醫

吳麟孫·陳立楷

一、時代使命

政治民主化與軍隊國家化爲戰後新中國之兩大企求。蓋本於八年來對日抗戰所得的教訓與經驗，內應國家環境的需要，外合世界潮流的趨勢，欲新中國非作劃時代的軍事制度大改革不可。故在政府方面，遂撤銷軍事委員會，另立國防部，并分期整編國軍至最小限度，提高其素質，減少其數量。軍事委員會之裁撤也，爲以「政」治「軍」之精神所在，國防部之設立也，爲還「軍」於「國」之具體表現。蓋以政治軍對於國策運用，國防設施，最有實效，不特英美各國普遍如此，即中國古代亦不乏其例。國民革命之軍事過程中，與夫對日作生死存亡之戰，爲集中力量打擊敵人，自以軍事第一勝利第一爲策，軍事委員會分立於行政系統之外，原有深意存在。今時勢變遷，爲奠定國家長治久安之基礎，自應另設國防機構，隸於行政系統之下，經此種合於現實宜於將來之調整，軍事機構不再脫離行政系統而獨立，更係還軍於國之具體表現，已足象徵中國國防前途之光明。

在此種組織之下，不僅以政治軍，并使陸海空軍皆受國防部之統一指揮，良以現代戰爭，在其戰略及戰術上已構成陸海空軍之一體性，同時因戰爭之突發性日大一日，爲應付緊急措施，陸海空軍之軍令軍政更不可不統一指揮。然以政治軍，而統一其指揮，在緊急措施之際，不其感于遲緩以致坐失時機乎？則亦不然。蓋國家元首之在戰時，兼任陸海空軍大元帥，當能應付裕如，美國即爲前例。此次軍事機構之改組，亦係以美國之軍事系統與組織爲借鏡而參以國內歷久之軍事經驗，因之其運用之特點，首爲權與能之劃分，軍事方面一切大權，操之政府，軍事方面專門之能，操之軍部。次爲三聯制體系之表現，國防部代表政府行其監督之權，參謀本部則負計劃指導之責，總司令部則當執行實施之任。制度之新，莫此若，制度之善，亦莫此若。

建立現代化的國防，除調整軍事機構，及樹立其他各種制度以外；尤其重要者爲力求各種科學的研究與發展，現代國防乃集一切科學的精華而成，無科學即無國防，并非過甚其辭。以言國防建軍，舍國防科學的研究與發展，實無由完成之。現代戰爭已入原子彈時代，各國爭奇鬥智，競賽不輟，苟無真正之和平，將陷世界於萬劫，人皆以此自炫，我獨落後不與，則亦未獲公之仁，或竟無以自衛。苟能爲科學化的建軍，使國防確達現代化，不特新中國安如磐石，并可與友邦合作，保障國際和平，安定東亞秩序，宣達人類福音，促進世界於大同。此種科學化的當前任務，官方已宣布其要項有三：（一）加強國防部科學研究機構，并促進工作之開展；（二）提倡援助國防科學之研究與發展；（三）確立指導國防科學之政策，着眼於生產之增進，技術之提高，與武器裝備之改善與發明。

國防之要義既明，今日軍醫之歸趨如何？亦必建立現代化的軍醫，方足以完成現代化的國防。譬諸齒輪，缺一齒則不能謂爲完整之輪也。回溯軍醫之締造，近四十五年事，歷史尚新。清季李鴻章繼

湘軍而練淮軍，並立剿捻之功，北洋海軍崛起，有海軍軍醫學堂之設。民紀十年前，陸軍軍醫教育方萌，時袁世凱改革兵制，練兵小站，漸知其要，浸衍而至民國，成陸軍部，始有軍醫行政機構。此在當時，無論軍醫學制或政體，則都模倣日本，因設軍醫司及陸軍軍醫學校，以迄國民革命成功，無稍變替。蓋軍醫行政與夫教育制度，初非中國之根生土長，殆與一般科學輸入相同。歐風東漸非無影響，而軍醫則多師法日本。迨國民政府奠都南京，對於軍醫教育雖逐步改進，而軍醫行政機構則多更張。民十七軍政部成立，其下設軍醫司，二十四年將軍醫司與軍事委員會之軍醫設計監理委員會合併，擴充為軍醫署，改隸於軍事委員會。二十六年，復又隸屬軍政部。抗戰勝利後，至三十五年國防部成立，改隸聯合勤務總司令部。其間遞嬗演變，要以抗戰時期為最繁巨，而軍醫行政之組織，最近力矯以往徒重行政之偏廢，而融合行政技術為一體，始起重大之革命，此應為戰後新軍醫所應努力以觀其成者也。

抑有言者，現代化的國防，必須有現代化之軍醫，現代化之軍醫，端賴現代化教育之培植。故新軍醫教育，一面應注重純理論科學者之培養，一面為應中國之急需，應注重實用手的訓練，以矯正過去祇重腦不重手的錯誤。從新計劃所需各級幹部人才之數目，實行教學用三者合一的教育，加緊培植建設新軍醫之人才。不特惟是，國防科學不過科學之一部門耳，如一般的純理科學與實用科學不能普遍發達，亦無以奠定國防科學建設之先天基礎。中國科學化問題之迫切，急待教育方面之培養科學人才，尤以軍醫人才又為國家醫學人才之一部分，際茲建立現代化的國防不容稍緩，且須延聘外國專才，運用其科學的知識與技術，助我設施，既須迎頭趕上他人，即不能不求之於己，故新國防醫學人才之培養，自應同時前進，更難在後。

夫戰後新軍醫之所新者，最後歸納一語，行政維新，而教育當先維新，一切根本，不外科學而已。茲篇所述，本於此種觀點，特取抗戰工作之經驗與教訓為經，觀測大時代賦予軍醫之使命，以決戰後新軍醫之新的趨勢。然於新中國民族之健康，國家之富強，前途希望，正自無窮，非僅謀軍醫本身之進步而已。

述時代使命既竟，次及抗戰工作。

二·抗戰工作

軍醫有史以來，非無特殊表現可述，如以數十年來軍醫工作經過縷舉無遺，其事頗繁，或非篇幅所許，茲取抗戰工作之經驗與教訓為經，亦不難為全豹之窺，因其軌轍，雖不盡同，實相沿也。蓋抗戰時期，軍醫平時綢繆未備，然能倉卒應變，歷渡艱危，并在各方面皆有進步，實屬難能。語云：「前事不忘，後事之師」。為特述要，則其今後努力何在，可知之矣。

一、衛生勤務之整建——衛生勤務，乃軍醫作業之制度，有平戰時之分野。軍醫建制迄今，雖尚無完善衛生勤務令之制定，然於抗戰期間已有戰時衛生勤務綱要之頒布，粗具規模。大體言之，軍隊之敵有二，一為病敵，一為人敵，所謂人敵，諺有萬人敵之喻，即兩軍對壘所遺敵軍之傷害也。故平時作業重在健軍以增強軍力，戰時作業重在救護以恢復軍力。綜其組織，平時於部隊則師軍醫處之下有隊屬軍醫及師醫院；在中央有軍醫署所屬之各地區軍醫院，分任防疫保健治療及訓練事宜。戰時於各部隊組織衛生隊掩埋隊及野戰醫院；在中央則增設患者輸送隊衛生列車衛生汽車衛生船舶衛生大隊收容所兵站醫院後方醫院陸軍醫院等，依野戰區兵站區後方區之劃分，任前後方傷病之急救輸送及收療事宜。此一般之制度也。北伐告成，爾時中央整編醫院，僅存陸軍醫院六所，後方醫院六所。其後綏靖用兵，每隨軍事之發展而擴增，又隨軍事之收束而裁減，截至二十六年抗戰之前，存有陸軍醫院二二所，臨時陸軍醫院一九所，兵站醫院一〇所。二十六年蘆溝橋事變發生，抗戰開始，

乃積極編組衛生機關，更創設手術組，重傷醫院，防疫大隊等以切需要。迨淞滬戰爭繼起，復增設大量衛生機關，其後戰區擴張，又陸續增設，每經一次會戰，則重加調整。三十三年最多時曾有七一三個衛生單位，迄三十四年受降之前，經配合整軍計劃，整編衛生機關五〇八所為二七八所。及至受降之後，為應光復區之需要，而裁編新組，猶多周章，尚保留各種衛生機關一七七所。預定復員告成，於部隊則建立衛生營，中央則每一軍區建立一個醫院，重要地點則設總醫院，皆以現代化為標準，樹立新的作業體系，用臻衛生勤務於至善。

戰時衛生勤務之整建，已略如上述，其工作之統計，列表如左：

表一 抗戰以來傷病官兵出入院比較表 二十六年七月至三十四年

入 院		歸 編		殘 廢		死 亡		潛 逃		留 醫	
傷	病	傷	病	傷	病	傷	病	傷	病	傷	病
821896	1381629	415048	592945	62300	15258	45618	418350	291546	331257	7384	23779
2203525		1007993		77598		463968		622803		31165	

二、軍醫教育之發展——軍醫養成教育肇自清季，設軍醫學校於北平，二十二年南遷首都，戰時先併廣州分校，後設安順。初學額甚少，分醫科藥科，醫科六十人，學程五年，藥科二十人，學程四年，後增學額為醫科八十人，藥科三十人。近年為應需要增設牙科，又設分校二所於西安昆明。自創辦以迄抗戰勝利，已畢業三十四期。二十五年以正式軍醫之造就不易，乃於軍醫學校附設軍醫補習班，為軍醫召集教育之嚆矢。二十六年抗戰開始，需用軍醫為數激增，至二十八年，陸續有軍醫預備團附設軍醫訓練班，速成班，及看護担架訓練班，戰時衛生人員訓練所，閩浙區軍醫訓練班，戰時防疫人員訓練所等。又於防疫大隊附設巡迴教育班，召集各級軍用衛生人員，施以短期訓練，以應戰時之需要。三十年為簡化短期訓練之機構，廢各種訓練班，使歸於戰時衛生人員訓練所之內，旋更名為軍用衛生人員訓練所設於貴陽，充實內容，於全國要衝，襄城，邵武，昆明，黔江，老河口，設分所五處。三十三年益端定趨向，再更名為陸軍衛生勤務訓練所，以分所改設分組五處，蔚為軍醫召集教育之中心。直至受降以後，始廢分組，依其戰時成就，將擴充為衛生勤務訓練之永久機構。綜自二十六年迄抗戰勝利為止，軍醫教育經正規養成者，醫科三二三人，藥科四八二人，牙科二人，經戰時短期訓練者一二四二一人。

三、軍醫素質之提高——我國軍隊數量龐大，需用衛生人員甚多，但以醫學教材未臻普及，因之此項人員之補充，舍軍醫學校畢業及國內外正式醫藥學校畢業者而外，不能不採及醫院實習出身者，或由部隊自辦短期訓練班，以補不足，向之軍醫素質難免不齊。抗戰軍興，雖致力於短期訓練，及偶設衛生預備員制，期以改善資質，儲育人才，終屬供求難稱。二十九年政府特頒動員令，逐年徵調全國各公私立醫藥牙護等校之畢業生，從事軍醫，實施動員，其與從事公醫及紅十字會救護人員之比例佔全額百分之四十。三十三年政府號召十萬青年軍運動，益感軍醫人員供不應求，於是修正動員法，以百分之八十歸軍醫徵調。綜自徵調以來，計有醫科一〇七四人，藥科一五五人，牙科二七人，護士四五二人，合計一七〇八人，約佔畢業生總數百分之五三弱。嗣根據國家總動員法，策定動員全國衛生人員，從事軍醫，然未及實施，而淞告投降，遂行中止。至於策立青年軍軍醫組織，調整六十六個師衛生人員，爭取盟邦軍醫之合作及紅十字會醫護人員之協助，漸臻軍醫素質之提高。切謀國內外軍醫人才之交流，斯有以日新一日也。

抗戰以來，逐年應徵軍醫人數，列表如左：

表二 抗戰以來醫藥牙護學校應徵軍醫人數表 三十年至三十四年

年 份	醫藥牙護學校畢業生總數	應 徵 一 軍 醫 人 數
三 十 年	7 0 9	1 8 3
三 十 一 年	6 5 8	2 0 5
三 十 二 年	9 2 4	4 4 4
三 十 三 年	8 0 2	3 5 9
三 十 四 年	7 9 0	5 1 7
合 計	3 8 8 3	1 7 0 8

四、軍醫技術之增進——軍醫技術，所包至廣，凡防疫、保健、醫療、復健諸端，皆居其要。二十四年及三十年，先後有「軍醫必攜」及「戰時衛生工作規程」之發行，乃綜合軍醫技術之專冊，獻替至多。就防疫而言，向之設施，多係臨時應急處置，而無具體計劃。二十二年始頒行各種防疫規章，及規定各種傳染病之統計報告，漸樹規模。二十五年復印發各種傳染病預防淺說，以後逐年增刊，至抗戰期間，并制定防疫手冊，始奠防疫之基礎。就保健而言，舉如營舍衛生，兵食營養，健康檢查，缺點矯治，及集體滅蟲等圖文介紹，對於部隊衛生設施，日有改善。尤於抗戰期間，不斷實施訓練，并在重慶中央訓練團附近特闢環境衛生示範場，以資觀摩，厥效尤著。就醫療而言，隨科學進步，首先得美國醫藥援華會之助，應用磺基類製劑，*DDT*，盤尼西林，馬法散等新藥，創設血庫，施用血漿，莫不開中國治療史上風氣之先。而羅致專科軍醫，推行手術示範，亦莫不於戰時有其卓越之貢獻。就復健而言，近代醫學之趨勢，已躍至第三階段，第一階段為醫療，第二階段為預防，第三階段，因物理治療與職業治療之代興，則醫學研究之重心已移於復健。三十四年，榮軍善後業務移歸接管，又於復健之設施，正求努力發展之中也。綜歷次兵後大疫，經防治并施者，如二十六年京滬之霍亂赤痢，二十七年隴海路之天花，湘鄂贛等省之霍亂，鄂東之瘧疾，西北各地之回歸熱，二十八年鄂西陝南之霍亂，湘屬長沙祁陽一帶之斑疹傷寒，二十九年閩浙及湘西常德之鼠疫，三十年至三十三年滇緬越之瘧疾，黔桂路之回歸熱及斑疹傷寒，三十四年西南城市之霍亂等流行，但在軍中，卒能未釀巨患。惟在戰時各地類無適官兵舍、祠堂、廟宇、穀倉、民居、皆為駐兵之所，軍民雜處，倘疫癘流行，為害之烈，不可言喻，八年來，然所以未聞成患者，蓋軍中除本身之集體防疫而外，多以餘力施惠民間，實無異協助公醫之推行也。

五、衛材補給之改良——衛生材料之補給，初部隊及軍事機關學校，規定自購，直屬中央之衛生單位則發現品。二十年凡發代金自購者，規定每人每月材料費以一角為標準，二十一年一二八淞滬之役，曾將參戰部隊材料改發現品，然終未能普及。抗戰軍興，相沿成規，全國部隊機關學校所需衛生材料，仍屬代金自購，二十八年增為每人每月四角。太平洋戰起，海外交通斷絕，益以物價日高，自購極為不易，因謀一律改發實物，經多方之準備，及租借法案之接濟，自三十三年七月起逐步推行，先後完成發實者，計有五十四個軍，五個獨立師，一個獨立旅，一四一個獨立團，五個獨立營，五一個師管區，二四五個軍事機關及學校。其因交通阻隔，未能發實者，則增加代金每人每月五元，仍力謀全面發實，以期貫徹。三十四年，更有病床用品及特別營養之發實，開傷病福利供應之先河。至於受降以來，接收敵材及美軍物資，改善倉儲，增加生產，釐定標準，在在以強化實物配給為依歸。此於衛生材料補給制度之改良，乃一副時代之革新。

六、榮譽軍人之安置——抗戰期間，凡負傷成殘之官兵，政府為表揚功績，稱為榮譽

軍人，簡稱榮軍。自民國二十六年抗戰開始至三十四年八月為止，共有榮軍七萬餘人，初由榮譽軍人總管理處統攝其事，三十四年始移歸接管，並依其殘狀，分別予以就學，就業，遣送回籍，參加農工生產，以及終身贍養。勝利以還，已就學者九五人，就業者五二〇人，參加農工生產者，計農業九千餘人，墾田一萬五千餘畝，土二萬二千餘畝，工業九千三百餘人，組有紡織，皮革，造紙，化學，縫紉，土木建築等生產合作社八十三個。農墾則辦理授田，工業則由榮軍自主經營，各地生產情形，西北區以陝之寶雞天水為中心，主為紡織，東南區以贛之興國為中心，主為農墾及造紙，西南區以川西湘西為中心，主為農墾。至於自願回籍，或因重殘無力營生者，正謀妥為善後。總之榮軍善後之目的，以識字教育與精神訓練，使成為良民模範，以職業訓練與生產訓練，使成為生產份子，而於促其復健之治療，亦盡最大之努力，期其殘而不廢，各得其所，各樂天年，惟所賴社會之助力，更深於一切之要求也。

以上所言，雖軍醫於抗戰過程中不無進步，衡諸要求，則落後甚遠。舉例言之：（一）軍醫之對象為全軍，公醫之對象為全民，雖全民之範圍廣於全軍，但公醫之實施，由中央以至地方，層層負責，且社會私有制度尚在，開業醫師足濟其窮，能於若干城市要點，設立醫務機構，可盡其任。軍醫則不然，全國版圖之大，凡有兵之足跡，即應有軍醫之足跡，縱不毛之地，亦不能免，其責任概由中央統籌兼負。尤在戰時，醫院設置，因軍情常變，向無定所，而建築亦非固定，舍醫療而外，諸如傷病之衣，食，住，行，樂，育，凡一切生活攸歸，皆須軍醫負之。且戰時前線後方之傷病輸送頻繁，人數奇衆，不但陸地，即海上，空中，亦皆為軍醫作業之所，如求盡善，其困難概可想見。（二）軍醫人才之產生，與一般醫務人員之產生，又不盡同，除受技術教育而外，必須經過軍事訓練，更有再經特種技能訓練，方適宜於戰地，空中或海上工作。此次大戰，各國動員，蓋無論公醫或開業者，亦多受軍醫之徵調，經過軍事訓練，而後服務軍隊，此在各國醫務人員尚不缺乏者，猶且如此；我國則不然，僅醫藥牙護之畢業生，勉為應徵外，其他如開業者，莫不競尚規避，國家安危所繫者，祇軍人與志願軍醫耳。何況，國家醫藥人員本已不足，而軍醫之人才難求若是，欲求其技術能恰如人意，誠憂憂其難。（三）軍醫之應用設備，莫不與科學工業攸關，我國一切生產落後，製藥工業，本無基礎，更何言新藥發明，與新的供應？戰時軍醫雖有若干製藥事業及器械工廠之創設，但離要求殊遠。何況傷病之被服，病床，營養，莫不繫於國家之經濟，而盡廢陋，此無可諱言之事也。徒令軍醫之本身以求克服，自非易易。近世治療，精神慰藉，亦有足多，而軍醫院只重軍事管理，社會無精神慰勞之同情行動，雖然軍醫本身之努力欠周，但亦非軍醫本身所能自謀解決。林林總總，類為抗戰之血淚教訓，亦即所以謀今後改進軍醫之道。

述抗戰工作既竟，次及目前設施。

三、目前設施

目前設施，其動止之間，莫不適應國防之需要，而向現代化之途轉變。雖然，目前軍醫已入曙明之期而日見新機，第以生活程度低下，經濟活動貧枯，人才造就不易，物質供應短絀，在表面上尚難一新耳目。試觀萬物蕃化，豈唯年變，亦兼月化；何直月化，兼又日遷。故當推陳出新之期，豈能一朝盡去舊觀？勢所必然。茲所言者，乃為達成去舊成新之方針，即所以見新軍醫努力轉變之方向也。

一、衛生勤務狀況——茲茲綏靖用兵，軍醫未能復員，而軍醫機構，人員、病床等，已減為勝利前百分之三十，然對於戰時遺留之傷患及榮軍，尚須繼續處理，困難可知，第以改善軍醫之基本條件，有賴於素質優良之人才，而此項人才之養成，并非一蹴可幾，故只能維持現狀，今稍引為進步者，即自三十五年八月，開始成立總醫院十三所，其中十所，在人員，建築及設備方面，確已漸臻完善。且少數流動性醫院，如後方醫院，兵站醫院，野戰醫院等之軍醫人員，其素質已較戰時提高

。且綏靖區內凡設於交通幹綫上之總醫院，已作為治療中心之用，而各後方醫院，則作為次級之治療中心之用。蓋如此運用，對於專門技術人員之支配，比較經濟，而于傷患之治療，亦可無憾。然欲貫徹此項之目的，有待於適當之解決者：（一）謀取重傷病之適宜處置，設置檢傷機構，使輕病及痼疾不致虛佔急病及重傷之床位。（二）力矯傷病者住院期間過長之缺點，使添設復健機構，專門收容殘廢，組設醫院預備組，彌補床位之短少，組設流動醫療隊，彌補臨床專家之缺乏。凡此皆對於治療中心工作之推行，軍醫業務之改善，為助必不尠也。

二、軍醫組訓狀況——目前軍醫最足以障礙進步之問題，厥為人的問題，而人才之缺乏，則任何計劃無由推行，且自抗戰結束之後，軍隊衛生人員更感缺乏，探厥原因，約有三端：（一）徵調停止，（二）情緒低落，（三）待遇微薄。何況全國正式醫師，僅一萬三千餘人，而服務於軍中者，計一千九百二十二人，即百分之十六。過去全國醫學院校二十七個，年有畢業生五百人，其中百分之三十屬於女性，每年假定以百分之十六徵為軍用，則所得僅八十人而已。假定國防軍以一百五十萬人計之，約需軍醫一萬〇五百人，就時間而論，非經一〇七年不足以供應需要，況老死淘汰，以百分之五計之，復須減少五百二十五人，則一面又須補足此數，更不待言。他如牙護人員缺乏情形，舉一反三，亦可類推。至於素質欠佳，更無論矣。今日迫切問題，當為發展教育計劃，自非增加人數班次與學校，及提高程度，合乎大學水準不為功。但中學生之來源，房屋之建築，教育器材之充實，師資之養成，在在均成問題，縱云經濟能力充裕，亦非咄嗟所能立辦。然於以下各點：（一）養成師資及訓練專門技術人員，（二）訓練基層幹部與現役衛生人員，（三）設立國防醫學中心，施以教學用三者合一之教育，皆須有完善而有系統之計劃，方足以解決建設新軍醫之根本。（另有專文論之）三十五年八月，一次派選軍醫一百十四人出國進修，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醫學院研究，又於十一月由聯合勤務總司令部與美顧問團協辦衛勤幹部訓練班，首批受訓軍醫三十二人，皆為謀軍醫人的問題之解決，與夫素質之提高也。茲舉一表，以見軍醫人員之缺乏，不容忽視，而須切謀解決，期其有成。

表三 軍醫現況及所需人數表

類	別	全國現有衛生人員	國防軍現役衛生人員	每千戰鬥員兵所需衛生人員	一〇五萬國防軍所需衛生人員
正式學資衛生人員	醫師	13,000	1922	7	10,500
	牙醫師	200	18	2	3,000
	護士	15,000	384	6	9,000
	其他醫學有關人員	2,800	438	5.8	8,700
非正式學資衛生人員			13,945		
合計		31,000	16,707	20.8	31,200

三、衛生器材狀況——抗戰期間，中國戰區幾全部封鎖，衛生器材之來源，不能充份，美國租借法案之物資，合計不過三百噸左右。此外由其他方面接濟者，亦僅少數。日本武裝解除之後，美國在中國戰場所餘存之陸軍軍醫院各項器材設備，俱移交救濟總署接收，其交由軍醫署接收者不多。此外，美國陸軍在太平洋戰區存餘之物資，已由我政府收購。至於國內器材，由於中國製藥業瀕於破產，匪田價格較舶來者為高，且其產量亦難供於求。僅敷裹料一項，因政府協助紡織工業之結果，尚不感困難。但醫療器械之生產，戰前甫告萌芽，戰後無法成長。來源之艱，已如是矣。惟在戰時，最高收容量曾達三十萬人，故各處醫院及作戰部隊之醫療設備，僅能達到最低限度，自在意中。今

屆勝利年餘，而多數流動性醫院之設備僅略見改進。各院建築雖一部份可利用日本所遺存者，然多數尙待修理。日本遺留之藥品，已於三十五年陸續利用，美國物資，亦已利用，同時於三十五年在市場採購四分之一，以資補助。現屆三十六年，接收日本及美國物資，均所存無幾，非自行採購三分之二，不足應付。故衛生器材之補充，如策及久遠，則藥品醫療器械生產之恢復，工廠及技術人員之保存，及原料廠之設立均刻不容緩。雖目前厲行經濟方法，釐定衛生器材標準表，維持必需，以資節省，尙不能保證毫無缺憾，然欲使部隊醫療設備大加改進，除增加預算獲有充份之經費外，殆無從實現。軍醫業務之用費，以各國為例，其軍費用之於軍醫者，佔全數百分之十以上，少者亦佔百分之五六。此次大戰，根據美國軍醫報告，美陸軍各特種兵科之預算，亦以軍醫經費為高。反觀我國每年預算，軍醫經費常在百分之一以下，以致一切簡陋。單就器材而言，依照本年預算，官兵衛材經費，平均每人每年僅四千元，照外匯比例，僅合美金三角三分，以視美國官兵醫藥費每人每年二百美金，相距何止霄壤？雖云中美國情不同，不可同日而語，然此三角三分美金之數，萬難維持現狀，遑論進步。姑退百步計之，倘每人每年有相當於二元美金之法幣，勉可維持，有相當四元美金之法幣，方可略見改進。而臨此一難關，實為改進軍醫之累。

以上三端，雖未盡揭目前軍醫之全貌，然皆為改進軍醫之癥結，新軍醫唯一之任務，厥為衛生勤務完善之發展。而衛生勤務之實施，凡醫療、防疫、保健、復健諸端，莫不基於人才與物資，相輔相成，得以克盡其長與夫克盡其用。故新軍醫之建設無他，直人才之訓練與物資之生產耳。

述目前設施既竟，次及未來展望。

四、未來展望

今日之軍醫，已較戰時邁進另一階段。此一階段，即為建立現代化的國防之階段。故軍醫署任務之繁巨，非比以往單獨對陸軍負責，必須對海空軍一體負責，其所以隸於聯合勤務總司令部之下，即所以賦有聯系陸海空軍衛生勤務之責任，蓋自第二次大戰以來，由於立體戰爭，地不分前方後方，人不分軍隊民衆，一旦遭遇戰爭，均直接受戰爭之侵害。雖然軍醫業務之對象為軍人，但已不容以陸海空軍嚴格分成三個系統。尤其後方衛生勤務，主要者為補給，凡人的補給與物的補給，更需聯合成爲一體。不單如此，即制度與事功，亦可因緊密之配合而趨向一致。以前陸海空軍給與不同，分立門戶已非一朝，今後如何統一計劃，統一補給，統一人事教育方針，統一裝備編制標準，皆須賴軍醫署具有統一政策，以爲最高準繩。故軍醫署對聯合勤務總司令部執行實施者，爲陸海空軍之統一的後方衛生勤務，并爲國防部參謀總長之高級技術參謀。凡以下諸端：（一）確定軍人之體格標準；（二）以適宜之防疫及各科治療技術，與完善醫院之設備，復健等設施，保持軍隊之作戰力；（三）組織訓練各種衛生單位，供應勤務及作戰部隊之需要；（四）適切供應軍醫業務所需之器材裝備，配合軍事補給計劃，準備充足之數量，使無匱乏；（五）按健康觀點，決定軍人口糧之適當內容。在在均須軍醫署之策定。至於陸軍軍醫處，海空軍醫務處，僅執行各該作戰部隊衛生勤務之實施，然皆以軍醫署所決定之最高軍醫政策爲張本也。

今後軍醫之任務，若是其繁，而軍醫之現狀，離現代化的國防之要求，又若是其遠，展望將來，倘人的訓練與物的生產，不能突飛猛晉，則無以完成科學化的建軍，或竟無以自衛，甚至無以保障國家之安全。退而言之，不但無從輔助公醫促進民族之健康，甚至無以保障軍人之安全。軍醫與整個醫學不可分，與國防科學更不可分，今後之研究與發展，必須着眼於生產之增進，技術之提高，裝備之改善與發明。凡此種種，非軍醫獨力所能完成，所賴全國醫學界及科學家通力合作，始克有濟。倘能懷於時代使命之重大，本抗戰教訓，目前設施，順應潮流，齊頭並進，期以時日，則現代化的軍醫之建立，必可隨現代化的國防之建立，同觀厥成，可不勉力求之。

傷兵最多發生地帶 與時間問題之研究

(就步兵師對輕易陣地正面攻擊戰鬥之經過以行推測)

上

國防醫學院

徐步安

一、除師屬軍醫人員，在戰鬥間作業部署，最應着意者，為傷亡總數之預料，及傷兵最多發生地帶與時間之推定，由此推測所得之概略標準，作作業方針確定之骨幹，再本此以立定作業計劃，譬諸樹木，根基已固，枝葉自繁，或曰，軍情富於變化，凡所推斷，實難盡如期望，隨戰鬥之進展，因應情況。向所預期，將不免於更張，自屬確論，然亦必須先有作業基礎，更迎機以補綴之，使計劃益趨周密，設施更切實際，否則，專以因應為事，無基厚墉，雖高必顛，蓋不待智者而後知也。關於傷亡總數之預料，已另文討論，可不再敘述，至若師內各衛生單位開設位置與時機，亦有專題，予以推論，惟此均不過就部隊攻擊準備，及展開時兵力部署各點上，作推論之依據，然軍醫人員作業，係以傷兵為對象，而多數傷兵之發生，則在攻擊實行以後，即各衛生單位開設位置與時機，亦視傷兵發生之狀況如何，以為轉移，是知由傷兵最多發生地帶與時間之推測，以定衛生上之部署，較用其他方法推論，更覺適切，若此，則上述各題之論斷，自難認為滿意。研究本題，必先論在攻擊實行後，攻防兩者戰鬥經過之狀況，作研討之基礎，然後始可決定傷兵最多發生之地帶與時間，更藉此以推定衛生作業之部署，再與夫就攻擊準備時期以行推論者，互為校量，作推斷基礎，自益接近事實，蓋如此，則全戰鬥經過，得以置諸胸中，有所判斷，較更適切故也，茲將在攻擊實行後，攻防兩者戰鬥經過之狀況，先行論列於后。

一、攻擊實施之經過——茲就攻擊開始至敵陣內部攻略之戰鬥經過，撮要說明如左。

(一)由攻擊開始至衝鋒準備間諸兵之動作——a. 砲兵——于實施之初期，師砲兵射擊敵砲兵，使我之步兵前進容易，此際如有必要，則破壞敵陣地之障礙物，側防機能，及其他之陣地設備，有時並破壞其指揮組織，及對敵後方交通之遮斷或擾亂等。依狀況尤以依敵陣地強固之程度，在準備彈藥數許可時，有行攻擊準備射擊者，此射擊須在步兵攻擊前進之先，破壞敵之障礙物，及側防機能。

b. 第一線部隊之行動及步砲之協同——第一線部隊，依攻擊前進之命令而開始前進，應不以敵火之猛烈為意，依我步砲兵之火力與運動之調和，須節節壓制敵軍，不絕向之進迫。步兵射擊之效果，愈近敵人則愈大，故步兵應不畏敵火之猛烈，一意努力前進，雖在敵火下前進至難之時，仍須賴器具之使用，努力繼續前進。第一線部隊與敵愈接近，則敵陣地，尤以障礙物及側防機能之狀態，愈應詳細偵察，並補綴步砲之協定。敵之側防機能之詳細配置，及障礙物之狀態等，每須待我步兵進

入於敵火網內，始得確認時爲多，故步兵須不失時機，通報於砲兵，而砲兵則應應步兵之要求，適時對所望之地域，發揚其火力。爲側射敵陣地之要部，或射擊敵之機關於側防機能等，可以一部之野山砲，配屬於第一線團（營）爲有利者。

(二) 街鋒準備——a. 以優勢火力壓制敵人——爲準備衝鋒計，步兵須發揚火力至最高度，使敵陷於萎靡沉默，集中猛火，使敵震駭，但步兵過度配置步槍，使火線濃密時，却妨礙我機關槍及步兵砲之射擊，故以可能爲限，不可不使用機關槍及步兵砲爲有利以達成其目的。

b. 障礙物之破壞——破壞障礙物，有左列各方法，應平障礙物之程度，宜用何方法，須宜照預定計劃而實施，然步兵縱缺他兵種之協同時，亦須得以獨立遂行之，如（a）用砲兵之砲擊。（b）砲兵及步工兵之併用。（c）用步工兵行破壞作業等。

c. 側防機能之制壓及破壞——如（a）依砲兵之破壞。（b）依步兵砲之破壞。（c）依曲射步兵砲及擲彈筒之煙幕射擊，使之迷目潰敗。（d）依工兵之制壓等。

d. 衝鋒部署之適切——（a）部署——以當時軍隊之配置爲基礎，使適合於狀況，特須適合障礙物破壞口之數及狀態。（b）掩護衝鋒之處置，不論如何時機，衝鋒部隊之行動，常使不缺有效火力之援助。

(三) 街鋒實施——a. 要旨——衝鋒諸準備，著著進步，各部隊益使火力熾盛，將敵十分壓倒，此時各級指揮官，看破好機，決行衝鋒，而上級指揮官，亦常須觀察狀況，尤應觀察彼我之狀態，指導部下，勉力衝鋒之實施，且須講述各種之手段，誘起衝鋒之機會爲要。

b. 各兵種動作——步兵宜勉力接近敵人，乘各種火器發揚之機，奮勇前進，衝入敵陣，此時步砲之協同，最關緊要，步兵依預定信號，或其他方法，要求砲兵延伸射程，於是砲兵以不危害第一線步兵爲限，務將射擊，移於近前方之敵，或遮斷敵之增援隊，步兵宜利用我砲火之成果，益努力發揚其火力，於壓倒敵軍之中，而近迫之，以斷行衝鋒。工兵於衝鋒時，須不失時機，制壓敵之不意活動之側防機能，如有必要，則破壞其障礙物，使步兵之衝鋒容易。

(四) 敵陣地內部之攻略——a. 步兵——衝入敵陣地內之步兵，須盡死力，繼續奮鬥，依隣接部隊之協力，與各種兵器之利用，利用火戰與白兵戰，向所命之目標，猛烈衝進，若敵陣地一部頑強抵抗時，須由當面之部隊，努力攻略，其他部隊不爲其牽制，一意驅逐其前面之敵而前進，此時步兵各營，應乎所要，預行編成掃盪隊，以掃盪盤據堅固構築物之殘敵，至突破孔兩側之席捲，則可委之連接而至之後方部隊。

b. 預備隊——指揮官須適宜使用預備隊於前線，擊退敵之逆襲，或進向衝鋒已成功之方面，擴張第一線成果，或掩護衝鋒部隊之側面，以完成戰鬥之成果。

c. 砲兵——當與步兵協力戰鬥時，須極力講求與步兵維持或恢復其聯絡，逐次射擊敵陣地之要部，並以一部制壓敵砲兵，且阻止敵之逆襲。

d. 工兵——須援助我步兵，攻擊敵陣地之內部，或使砲兵之進出容易，或爲已奪取之陣地，增加強度，而施行工事。

(五) 敵陣內攻擊進展及衝鋒頓挫時之動作——a. 在敵陣內之攻擊，既得進展，預察能達到攻擊目標之後端時，師長須不失時機，移於追擊。

b. 衝鋒如於中途頓挫，第一線部隊須盡百般手段，迅速排除障礙，反復施行衝鋒，縱無後方部隊之增援，仍應依幹部與士兵之勇氣，確保戰地，作猛烈射擊，以圖恢復氣勢，再行衝鋒，努力求達目的，此時砲兵應以其猛烈之射擊，壓倒敵之守兵，或阻止逆襲之敵，予我步兵以復行衝鋒之動機，工兵則更爲開設衝鋒路等，以使衝鋒之決行容易。

(未完)

野外衛生 Field Sanitation

譯自美國 Military Medical Manual

軍醫署衛生勤務司

王大明

第一章 總論 General

一、定義 Wefinition——衛生係一種人為的設施，人類依之調理生活以臻於健康。衛生法隨時隨地每有變更，總以簡單而有效者為善，尤於軍隊為然，須隨其環境設施之。本篇所述者側重野外及宿營之衛生，因其較平時衛戍或駐防之衛生重要而且難。蓋現代預防醫學與衛生工程，如是之發達，平時營舍衛生之設備自可與都市公民衛生之設備相若也。野外衛生與公民衛生有不同者，實因軍隊生活情況特殊，須有特殊衛生法之必要。野外衛生與預防醫學有密切之關係，其設施且多根據之。

衛生之效果，能增強兵力勿庸贅言。軍事長官應鑒於此，並明瞭衛生之原理而能選擇之，應諸軍隊隨時之環境。

二、目標 Purpose.——軍隊平時在營舍，有屋安居，有床安睡，有自來水應用，有廚室炊爨，有浴室沐浴，隨用隨有，生活自如。一到野外全反乎此，故衛生之道應講，衛生之常識應知。不純潔之水不能飲也，糞便與垃圾之處理得當也，飲食物須防蠅也，衣蟲要消滅也，沐浴處洗衣處與盥漱處要有相當之設備也；凡此種種可云為野外衛生之目標。

三、責任之分配 Responsibility——檢定飲料與設計消毒者屬何人。依長官之意志選擇合乎衛生之宿營地者屬何人。誰設計宿營垃圾之處理。誰擔任臨時外傷或危險之救急。凡此種種並非帶兵軍官之任務，精研戰術收北敵人，乃其任務也。故此種種有賴於軍醫之建議與設計者勢為必然。然而僅學內科與外科之普通醫生對此重要之任務，恐不能讚一詞，軍醫之須有特殊訓練，很為顯明。特殊訓練為何？軍事學與軍陣衛生學，以用之於戰場及野外勤務是也。彼普通醫生茫然於此，其內外科雖為熟習，有助於長官及軍事之效益實渺乎其小。試觀戰史所載，由於戰爭所死之數，多不逮於因病而死之數，疾病之預防與軍陣衛生之重要可以知之矣。

四、歷史上之警告 Historical Background.——宿營衛生必須嚴密而完善。美班戰役，水之清潔，蠅及他種蟲豸之防免，與夫垃圾之處理，皆不完密，以致傷寒病流行，因病而不能作戰者千餘人。大便之後雖以石灰掩埋防蠅尚係不足。食物上常見有石灰之痕跡當係蠅之棲落所致。

對於飲料更須注意尤以熱帶爲然，以防消化系病之感染，常見者以赤痢爲多。與其說不知危險爲何物，勿甯說官兵對於水之衛生知識缺乏。

五、帶兵長官之責任 Responsibility of Line officers.——古昔以來，由軍事上所得，長官對部下須負衛生之監督及責任，使部下每人力謀健康之道。野外保持各兵之健康，尚難於戰場把握各兵之軍力。一兵之強健相集而爲其全部之武力，衛生之應注意，實爲軍官者最大任務之一。

六、軍官須協助軍醫之設施 Cooperation of line officer With medical officers.——軍醫設計軍隊之健康最有價值，軍官要採取以強健其部下，並須確實而強制的施行。富有經驗之軍官深知保健能增強武力，衛生之需要是重於軍中任何一切的。軍中如忽略於衛生之條件，其不敗亡者概寡，此可於敵接觸時證明之。

第三章 行軍 Marches

一、士兵之背負 The Soldier's Load——兵到野外之前，當要攜帶他自己之背囊及所需要的衣服與其他裝備。裝備物料之選擇背負之重量，與在身體上之分配，俱爲軍醫重要之計畫。如負帶過重，往往於作戰時趕到太晚或力已耗竭而不能作戰。一步兵適當之負帶量不得超過體重之 $\frac{1}{3}$ ，或每人以負帶 50lb，爲準。最高之重量不得超過體重之 45%。譬如 150lb 之人，負重爲 67lb。如超過體重之 45% 則體力之消耗平均可增加三倍。背負之調整以愈近身體之重心爲愈妙。愈近重心則費力愈小。身體之重心點在直立位爲 0.6mm，適在兩大腿骨頭由前面連成線之中央，正對第三腰椎。

胸部勿受束縛，如然，不僅增加呼吸力之消費，心臟爲解除其由胸受壓，肺內空氣壓迫心臟之力，亦生很劇烈之搏動。然束縛腹部則能限制其擴張，抑減橫隔膜之運動度，增加呼吸力，防免腹內貯留血液，可免心臟之過勞。所有之重量如載之於肩及背，其重量點落於兩踵趾筋，較之壓於鎖骨及肩峯突起爲便實多。

二、行進 Marching.——行軍爲軍隊中最要之業務，且爲身體最大消費之一種。有優勝之行軍能力始能操必勝之券，久爲軍事家所同認。行軍能力之養成，除注意行軍之規則與所有詳細之規定外，別無可注意的，故於盡職之軍醫爲重要之任務。

三、行軍之準備 Preparation for March.——軍隊行軍練習，逐漸增加其里數，一如運動家之練習運動，逐漸增加其忍耐力與熟習力。爲軍醫者定出有規律之進度表，初不負背囊或負較輕之背囊，漸次增加其重量與行軍里數，至能負全付之裝備每日行 15 英里而不過疲爲準。成功與失敗以能否注意軍醫與軍官之訓誡爲依歸。除用火車與汽車外行軍之力全倚軍人之腿與足，未有劣足之士兵而能行軍者，更無忽視其足而能成功行軍者。注意足部，始於選擇適宜之鞋襪，趾甲之修剪及皮膚之保護，終於每日之行軍後，嚴格查看足部。如此負重裝，行惡路，其足亦不至有傷也。出發前應檢查身體，病重者應即留醫。

四、行軍應注意之各件 Conduct of the march.——行軍多在一日中之清和時間，清涼之早晨或下午爲良。天明後一小時開動正好，中間可以吃早飯，拔營幕，整背囊，以及其他零碎事。早飯要輕淡，以含燃燒性者爲佳，如糖與脂肪是。夜行軍比晝行軍更要多爲練習，路程不必過長，於黃昏出發，夜間一時至二時到達地點爲便，士兵於此際可以安眠。雖在戰術上之想像，常防敵人之拂曉來攻，然以此寬裕之時間安眠爲好。

水壺內水要裝滿，否則路上煩渴，飲地面之水殊爲危險。於熱帶地尤易飲池內或溪流之水，危險

益甚。水車亦要裝滿並須氯氣消毒。

經驗最爲要緊，可爲行軍導師。溫和之氣候行軍多成功，乾燥之沙漠或熱帶之森林內，難於成功。爲軍官者必須有豐富之經驗，常被派到國外熱帶地去考查，殊以此故。森林之地，植物繁茂，隊伍務要連接，負責長官須在後督行，並要與領導者保持呼應，否則士兵將有迷路之虞。一連以上之部隊若散在此稠密錯雜之森林內，可云永無相逢之望。雨期內不便於遲到，平日亦須在日沒以前到達。最好於下午二時到達目的地。以便支帳幕等，有從容時間。並可晒衣服與行裝等。否則隊伍忙碌，竭其力而不能得安適之宿營矣。

行軍律每小時以 $2\frac{1}{4}$ — $2\frac{1}{2}$ 英里爲限，休息亦在內。休息要有規律的定出。行軍開始行45分鐘後，爲第一次休息，須15分鐘。如此在休息時間有整理行裝之餘裕。以後每行50分鐘休息10分鐘。正午休息30分至一小時，在此時間可以小餐解飢，解除行裝，並可安歇。行軍之里數，大部隊每日行12英里，小部隊15英里。越之則爲疾行軍。長距離之行軍，非增行軍之速度，乃增加其時間也。有困憊者施行身體檢查，乃連長及軍醫之責任，如早加注意可免陷於沉重累及長官。如足有鞋傷，須令其特別注意。隊形以二人伍，三人伍，四人伍爲常例。路有遮蔭最爲有益。如爲乾燥之路，步兵須與騎，砲，運輸各隊分路而行。領結與鈕扣可解開。衣袖捲上。如此可免中暑。每日每排交換作前衛，高人與矮子皆有機前行，可調和全隊之步武。

隊伍到達宿營之前，要休息充足。緩步徐行，帶有清涼之容，始入帳幕之內。

五、飲水紀律 Water Discipline——飲水之紀律殊爲緊要，新兵多於起行後水已用罄，而飲地面之水，當爲危險。吸啜而緩飲其止渴之效勝於大口之狂飲。含小石塊或嚼齒齦，保持口之閉塞，增加唾液，則飲水之觀念小矣。

通常每行 $7\frac{1}{2}$ 英里，平均需水 1 Quart。需水之增減依體溫之增減而異。在規定里數行軍之下，中間不飲水，身體水分之蒸發量如下表。

行 走 里 數	蒸 發 之 Quart 量	不 飲 水 之 結 果
$7\frac{1}{2}$	1	渴
15	2	輕度疲勞
22	3	顯著疲勞
30	4	危險

行軍時水之補充很爲緊要。按下列所述各條辦理。

1. 澈夜消毒之水 Overnight Sterilization 水瓶，水車俱裝滿之。翌晨已爲清涼。氯氣之味亦爲解除。如以煮沸消毒，最好加以少許之茶成爲淡茶。

2. 晨間出發之際 At Start in Morning 水瓶與水車全要裝滿已消毒而清涼之水。

3. 半途休息之時 At Half-Way Halt 水瓶從水車內補充水料，嚴行禁止拋棄。如可能，水車亦可再爲補充水。此須用瓶內氯氣消毒法。

4. 行軍之終 At end of march 到達地點水之問題，務要提前分配妥當，其責任分屬於下列各員。

軍醫負水源檢查與淨水之責任。

工程師負水之需用量與水交換之責任。

各單位長官負水之保護與分配之責任。

各級軍官分負保護水源之責，而且要嚴厲執行。如爲河流，務要標明第一段爲煮飯與飲用，第二段爲馬飲，第三段爲沐浴及洗衣。派崗兵照此嚴行看守。重要之泉水與井水亦要派兵守衛。(未完)

最新穎武器—肉毒桿菌之剖視

(續上期)

*軍醫學校大學部細菌學系及血清疫苗研究所

葉維法

七·分離

已染肉毒桿菌的罐頭及醃過食品，很少混雜其他細菌，平常以瓊脂作震動培養，便可分離此菌。如已染多種細菌的物質，應接種 Van Ermengen 氏肉湯多份，加熱 60°C 一小時，以殺死不生芽胞的雜菌；繼在 28°C 孵育，後行過濾，每取濾液 1c.c. 分別注射於數隻體重二百五十克的荷蘭豬，若經四日死亡，則以特殊肉毒桿菌抗毒素重行試驗，如此始能判定有無肉毒桿菌存在，復用厭氣培養法作平皿培養或震動培養察查此菌。

八·抵抗力

普通情況之下，肉毒桿菌的芽胞抵抗力極強，乾熱 180°C 經 5-15 分鐘方死；煮沸 3-22 小時始亡 (Bigelow 及 Esty 1920, Weiss 1921, Esty 及 Meyer 1922, Tanner 及 Twohey 1926)；濕熱 105°C 可耐 100 分鐘，120°C 能活 5-20 分鐘。在洛克梅里爆發的例子，所食煮鴨糊於製備時期曾加熱三次，其中一次加熱 115°C 歷二小時，由此足證單獨加熱效果不彰。

食物的氫離子濃度對於消毒關係密切，Esty 及 Meyer (1922) 二氏報告於 p^H 7.0 時的芽胞，在 100°C 可活 330 分鐘。；同樣熱度， p^H 5.05 時能耐 45 分鐘， p^H 3.7 時僅活 10 分鐘。氫游子濃度愈高，滅菌所需的時間愈短，(Bigelow 及 Esty 1920, Weiss 1921)

食物中有氯化鈉存在，可降低肉毒桿菌對熱的抵抗力，鹽類濃度與抵抗力成反比 (Weiss 1921)，芽胞數目愈少，消毒時間愈短 (Bigelow, 及 Esty 1920.) 年輕培養的芽胞，對熱抵抗力大於老培養者。(Weiss, 1921, esty 及 Meyer 1922, Tanner 及 Dack 1922)

肉毒桿菌的芽胞在發芽以前可休眠數週或數月 (Dickson 1925) 若在動物膠培養基中可活一年以上。

九·新陳代謝

肉毒桿菌與氧有不共戴天之仇，極端厭氣，如有氧存在，非僅阻礙其生長，且可摧毀其繁殖體。最宜溫度 35°C，在 20°C 生長順利。在馬血瓊脂平皿有溶血作用，可溶人血，但不溶羊的紅血球。A 型及 B 型一般說來，可分解蛋白，消化動物膠，血清，蛋及肉，C 型只液化動物膠。營養狀況。在通常培養基生長尚佳，加葡萄糖無何效益，需要色氨酸，在 Mac Conkey 平皿中發生綠色螢光集落。能產強烈外毒素，因各型而有特異。

十·生化反應

A 型肉毒桿菌在葡萄糖，麥芽糖，柳芽糖產酸生氣，B 型及 C 型不發酵柳芽。A 型及 B 型發酵甘油，而 C 型則否。不生靛基質 (Indol)；不還原硝酸鹽；不還原美藍；M.R. -；V.P. -；H₂S +；H₂S ++；不生鞣媒酵素。石蕊牛乳中有纖維乾酪沉澱，經十四天則完全消化，石蕊還原，呈鹼性反應。

十一·抗原結構

A 型及 B 型可由所生毒素，凝集現象，補體結合反應等來區分，A 型抗毒素不能中和 B 型毒素，反之亦然。AB 二型各自包含三或四亞型。CD 及 E 型由分離特殊毒素而鑑別。肉毒桿菌大概有耐熱的 O 抗原及不耐熱的 H 抗原。凝集現象所決定各型的特異性，是基於 H 抗原，而族的特異性則由於 O 抗原。

十二·毒素

於厭氣環境下，各種培養基內，肉毒桿菌若繁殖茂盛，可生毒素。Dickson 氏謂暗處鹼性培養基所生毒素的毒力較大。Van Ermengem 氏云於肉湯中加 1% 氯化鈉及蛋白胨，2% 葡萄糖，可得標準毒素。Leuchs 氏用猪肉浸液加 0.5% 氯化鈉，1% 葡萄糖及 1% 蛋白胨，來培養本菌亦頗佳良。

肉毒桿菌的毒素在很多方面與破傷風桿菌毒素相像，但對熱力及酸性較有抵抗力。平常鹽酸在 24 小時內不能破壞，而蘇打則很快使滅。在 28—37.5°C 可產生毒素，80°C 經半小時則受摧毀 (Ermengem)，而 Thom, Edmonson 及 Giltner 諸氏皆謂 75°C 歷十分鐘即滅。

Dickson 氏云將肉毒桿菌毒素直接暴露於日光與空氣，很易破壞，若在陰暗之處則可保存六月之久。乾燥無害本菌。醇醚及氯仿都不能溶化毒素，而加 20% 之標準氫氧化鈉即能破壞。

肉毒桿菌毒素的毒力非常猛烈，盛傳美國所提出的純結晶體一盎司，可殺絕二萬萬五千萬人口，其恐怖遠非原子彈等現有武器所能比擬。一八九七年 Brieger 及 Kemper 二氏以毒素 0.000001 C.C. 在四天內足夠殺死體重 250 克的荷蘭豬。一九二四年 Bengston 氏以動物試驗的經驗，計算成人的致死量小於 1/100 mgm。Van Ermengen 氏報告，有人因吃污染肉毒桿菌毒素的火腿二百克而喪命，有人因食填玉蜀黍一小匙而死亡，有人因嚼爛埃豆一小塊而損腦，又有人僅嘗其味而得重病。

肉毒毒素可殺死猴、兔、荷蘭豬、貓及數種鳥類。雞很易感受，而犬的易感力則較小。最易感受者為鼠、荷蘭豬及猴類。

十三·致病力

A型及B型肉毒桿菌使人類患肉中毒病；Ca型肉毒桿菌使雞鴨患軟頸病；Cb型使澳洲及美國的馬患一種飼料中毒病；D型使南非的牛患萊姆病，E型使南非的馬屬患肉中毒病。肉毒桿菌為一種腐物寄生菌，在人體內並不繁殖，完全由其毒素發生作用。將A型及B型的肉湯培養皮下注射，可使荷蘭豬、小白鼠、家兔、貓、猿、以及雞於1—4天致死，症狀為肌肉麻痺、瞳孔擴大、強度流涎、呼吸表淺、虛弱致死。

十四·流行病學

肉中毒病係由吃進污染肉毒桿菌的食物所致，因此可釀成特發性的出現，本病是中毒，而不是傳染，並無續發病例，然貓、犬、尤其是雞因吃殘餘食料可生中毒症狀。

肉中毒病並不常見，自一八九九年至一九二五年，加拿大及美國共有146次爆發，侵擊504人，其中337人喪生，死亡率為67%。(Topley及Wilson 1926)自一九一八年至一九二五年，美國每年約有十三次爆發。自一九〇七年至一九二三年德國有24次爆發，然只其中一次分離出肉毒桿菌。英國報告為數無多，其中較大的一次是1922年蘇格蘭有八人因吃鴨患病，均於一週內死亡，而在該鴨中找到A型肉毒桿菌。(Leighton 1923)近若干年來因多人注意，本病報告乃見增多。美國於冬季較多發生本病，因食料供給匱乏的緣故。

多次報告肉中毒病的爆發，是因為食物經烟燻、醃漬、裝罐、儲藏一時，未加烹煮，或調煮不當，食後便患病。(Jordan 1917)並無病例因吃新鮮食物(不管已否烹調)而得病。有的例子，將污染食物煮後吃進並不發病，而未煮即吃則受侵擊。(Geiger 1922)歐美中毒食物似有不同，歐洲大多數病例因吃香腸、火腿、醃肉、罐裝鴨肉、鴨肉及豬肉。有少許例子，尤以俄國，因食鹹魚得病。(Van Ermengem 1897, Nitta 1919)美國患病多因罐裝、水果及蔬菜，例如橄欖(Armstrong 1919, Edmondson 1920)，豆類(Geiger 1922, 1924, Stricker及Geiger 1924)，玉蜀黍(Geiger 1922, 1924)，菠菜(Geiger 1920)，豌豆(Topley及Wilson 1926)。有些由于煮過的肉或魚，以及乾酪(Nevin 1921)。

多數病例，醃漬食物都已腐敗；罐頭常已損壞，開時有無數氣泡，其中固體食品均告爛軟及崩壞，有乾酪樣臭氣。(Burke 1919)已污火腿的肉比正常較灰白柔軟，且有臭氣。(Van Ermengem 1897, Savage及White 1925)。

十五·發病率及死亡率

任何次爆發中，患病率很高，凡吃污染食物必遭侵擊。死亡率各次不同；德國不超過25%，(Mayer 1913)美國為60—70%(Burke及其同事 1921)，症狀出現愈早，死亡率愈高，故在24小時內發生症狀者死亡率84%，72小時內發生症狀者死亡率55%，8天以後患病則僅死20%。(Burke等 1921)

十六·病理解剖

屍體解剖所見的病理現象，全身器官充血，而中樞神經充血及水腫尤甚，或有栓塞及出血，腦膜及腦底(尤以靠近腦橋及延髓處)較腦皮質劇烈，神經中樞的動靜脈有多數性血栓形成，心臟變軟，肝及腎的實質部分變性。依據Dickson及Shevky二氏意見，毒素可侵犯末梢神經，特別是副交感神經系統。中毒的神經初可傳導強烈刺激，隨即迅速衰頹。

十七·臨床症狀

潛伏期很短，因毒素在未進口以前即已產生，通常吃已染食物後 24 小時內便發生症狀，但有時可延至 72 小時方出現病象。最初全身軟弱，疲憊無力，眩暈頭痛，大便祕結，僅三分之一病人有消化道刺激症狀，如惡心、嘔吐、下瀉、腹痛。旋因眼肌受損，視力失常，尤以累及第三對腦神經時，而使眼瞼下垂，瞳孔擴大，複視、光反應不靈，有時畏光。後來咽肌受害，吞嚥困難，語言不清。唾液粘稠成串。知覺障礙者很少，直至臨終神志常清。體溫低於正常人(96—98°F)。若後加雜支氣管肺炎可以升高。脈搏加快。大多數病人在吃有毒食物後 4—8 天死亡，致死原因多為窒息、肺炎或心臟衰弱。若第 9 天後不死，則趨向恢復之途，患病之期，消化道常似麻痺，食物在胃停留長時。

症狀與本病類似，而應行鑑別者有脊髓灰白質炎，腦脊髓梅毒，初期延髓性麻痺，蕁麻疹，一燒醇中毒等病。

十八·診斷

通常診斷肉中毒病並不困難，例如數人同桌進膳後同時發現典型的眼球麻痺，或病人回憶所吃食物外觀腐敗而有異味，或以腐敗食物餵鷄而患軟頸病喪生者，都容易想到本病。若僅一人患病，而又無足供考索的資料，則診斷較難，應鑑別腦炎，脊髓灰白質炎，延髓性麻痺，眼肌癱瘓等病。若有可疑食物，經驗豐富者即可猜測是否含有肉毒桿菌毒素。此外，更可詳細施行細菌學的檢驗方法。例如將可疑食物注射老鼠是否有毒素，從食物、病人大便或嘔出物分離肉毒桿菌等。

十九·治療

AB 各型肉毒桿菌的毒素不同，可用各型毒素注射於山羊、馬、兔而得特殊抗毒血清，來治療肉中毒病。Kempner 氏 (1897) 曾以卅萬中和劑量給與注射毒素 24 小時後的荷蘭豬，結果救活。抗毒血清對人類肉中毒病的治療效用，尚不確定。若非已知某型所致者，應用多價抗毒血清，其量須大，50c.c. 或更多，每天靜脈注射，注時宜慢，每分鐘不超過 1c.c.，直至病人恢復或毫無生活希望為止。注射之前，應在皮膚試驗有無過敏現象。如已吃有毒食物，尚未發現症狀者，可肌肉注射 10c.c. 抗毒血清，以資預防。皮膚試驗後，應迅速使用抗毒血清，越早越好，若已有麻痺症狀，則無何功效。抗毒素的單位，據美國規定為：體重 250 克的荷蘭豬，注射 1000 最小致死量毒素後，所用抗毒素於四天之內能預防其死亡者，為一單位。皮膚試驗後，最初可用 5,000—10,000 單位抗毒血清。

Burke, Elder 及 Pischel (1921) 諸氏報告肥皂液可中和毒素，橄欖油可防制由腸道吸收毒素，故宜用肥皂液及橄欖油高位灌腸。碘及過錳酸鉀可破壞毒素，似亦可酌服微量。酒精可使毒素沉澱，屢次用小量白蘭地或黃酒當有裨益。

患病早期應行洗胃，以免含毒食物積滯。護理須注意，以防疲憊及呼吸窒息。食物用橡皮管經鼻通至胃內，徐徐灌進，可免口吃引起肺炎及窒息之虞。粘液濃稠成滯，頗難從咽喉吸出或揩去，若用小量吐根素則可免除此弊。

使用呼吸器械，可減少因呼吸道所致的死亡，當最初發現口唇青紫時，立即通以氧氣裝置或 B-L B 口罩，多可避免肺炎等的危險。

如病人體溫由低而高，受續發傳染，宜給與磺胺類藥物或青黴菌素或鏈黴菌素。

二十·預防

肉中毒病既由食物傳染，選購蔬菜水果肉類時應密切注意，凡外觀腐敗，產生臭氣，較正常柔軟

或顏色異常者，都禁忌食用，且不可丟棄家園內，以免雞鴨貓犬等誤食中毒。購來的罐頭食品，久藏的醃肉火腿，必須煮沸五分鐘以上，方可進口。商廠製造罐頭食品，應徹底消毒。

所幸者本病是一種中毒現象，並非蔓延不已的傳染病，平常不致廣泛流行，僅為散在爆發，軍隊伙仗及家庭主婦如能選擇良竈，購買新鮮水果蔬菜及肉類，且加煮沸消毒，禁忌腐敗或可疑食物，則危險性並不太大。細菌學家如能耐性研究，發明預防疫苗，一如傷寒霍亂施行預防注射，以期自動免疫，雖敵方運用肉毒桿菌，亦難引起恐怖的後果。

— 一九四七年清明節寫於上海

參 考 文 獻 *軍醫學校於本年五月份改組為國防醫學院

1. 葉維法：(1946) 論細菌戰爭·南京中央日報星期專論。
2. 葉維法：(1947) 論細菌戰與國防(未完稿)
3. 葉維法：(1947) 細菌戰爭展望(執筆中)
4. 葉維法：(1947) 法定傳染病學 第三版·文通書局·上海。
5. Zinsser and Bayne-Jones: (1947) A Textbook of Bacteriology.
6. W. W. C. Topley, and G. S. Wilson: (1946) The Principles of Bacteriology and Immunity. Edward Arnold Co. London.
7. Joseph M. Dougherty, and Anthony J. Lambert: (1946) A Textbook of Bacteriology and Immunology. C. V. Mosby Co. St. Louis.
8. Kolmer, J. A., and Tuft, L.: (1941) Clinical Immunology, Biotherapy and Chemotherapy, W. B. Saunders Co., Philadelphia.
9. Ernest C. McCulloch: (1946) Disinfection and Sterilization. Lea & Febiger, Philadelphia
10. Van Ermengem, E.: (1896) Untersuchungen über Fälle Von Fleischvergiftung mit Symptomen Von Botulismus, Centralbl. f. Bakt. 19: 442
11. Dickson, E. C.: (1924) Botulism. Oxford Medicine (Pt. 1), 5: 231.
12. Tanner, F. W.: (1933) Food-borne Infections and Intoxications. Twin City Printing Company, Champaign, Illinois.
13. Meyer, K. F.: (1928) Botulismus. Handb. d. pathogenen Mikroning, 4: Lig 20, 1269
14. Geiger, J. C.: (1923) Poisoning by Food Probably Due to Contamination with Certain Bacteria. Epidemiologic Analysis of Seven Hundred and Forty-Nine Reported Outbreaks in the United States, J. A. M. A., 81: 1275
15. Mc Robert G. R.: (1934) The Treatment of Bacterial Food Poisoning Brit. Med. Jour., 2: 304.
16. Russell L. Cecil: (1946) A Textbook of Medicine. America.
17. Conrad Stich: (1938) Bakteriologie Serologie und Sterilisation. Berlin.
18. Samuel Cate Prescott: (1908) Elements of Water Bacteriology. John Wiley & Sons. New York.
19. Hibbert Winslow Hill: (1920) The New Public Health. The Macmillan Co., New York.
20. B. A. Thomas and R. H. Ivy.: (1915) Applied Immunology. Lippicott Co. Philadelphia. U. S. A.

傷寒桿菌類感染 之鏈黴素治療

陸軍總司令部軍醫處

張卓啟

本文係就美國各地陸軍醫院應用鏈黴素治療傷寒病，傷寒帶菌者，及副傷寒菌感染所得結果之敘述及分析。據文獻¹之報告及美國各地陸軍醫院之研究²，已確知在試管中，鏈黴素對傷寒痢疾大腸桿菌屬類之病菌(The typhoid-dysenterysalmonella Group of pathogens)，具有制菌之作用。附表(一)為應用連續稀釋肉湯培養法，所得每公撮培養肉湯中鏈黴素之濃度，對七十種格蘭姆氏陰性桿菌(Grams negative bacilli)培養之滋生，適以制止。此等桿菌對鏈黴素之敏感程度，各不相同，且差度甚大。然其中百分之八十七之菌屬，均能為每公撮培養基中含有 16 mcgm (1 mcgm = 1/10,000,000 gm) 鏈黴素者，所制止生長。肌肉注射鏈黴素，每四小時一次，每次 0.4 gm，即可使吾人每公撮血液及體液中，含 16 mcgm 之鏈黴素。準此，則理論上如照新法，應用鏈黴素治療吾人患格蘭姆氏陰性桿菌感染者，大部份當可得獲痊癒。

胃腸道對鏈黴素之吸收不良。鏈黴素之效用亦不因經胃腸道而減弱。每日口服 4 gms.，每公分之糞便中即含有鏈黴素 10,000-20,000 mcgm，此量足可澄清胃腸道中所含之格蘭姆氏陰性桿菌矣。然臨牀之觀察，往往異於實驗室中所得之結果。Reimann³ 諸氏於傷寒病患者十例，試用鏈黴素治療，其中六例，顯有進步，二例則無進展，其他二例死亡。Rutstein⁴ 氏應用鏈黴素於傷寒帶菌者三例，其制菌之效力，毫無所得。

表(一) 鏈黴素對於格蘭姆氏陰性桿菌之制菌力

菌 屬	菌 型 數 目	濃 度 mcgm/ccm
Aerobacter aerogens	1	2
" "	1	64
Alcaligenes faecalis	1	2
Chromobacterium indicum	1	8

„ violaceum	1	4
Eberthella Pyogenas	1	8
„ typhosa	2	1
„ „	2	2
Eberthella typhosa	4	4
„ „	3	8
„ „	1	16
Escherichia coli	1	2
„ „	2	4
„ „	1	8
„ communior	1	2
„ „	1	8
„ neapolitana	1	8
Klebsiella Pneumoniae	1	1
„ „	1	2
„ „	1	4
„ „	1	8
Neisseria catarrhalis	2	1
„ „	1	2
„ „	1	4
Proteus mirabilis	1	64
„ vulgaris	3	16
Proteus vulgaris	3	32
Pseudomonas fluorescens	1	4
„ Pyocyanea	1	8
„ „	1	32
„ „	1	64
Salmonella aertrycke	1	32
„ enteritidis	2	8
„ „	1	32
Salmoella Paro A	1	4
„ „ A	3	8
„ „ B	2	8

„ „ B	1	16
„ „ B	2	32
„ Pullorum	2	4
„ typhimurium	1	16
Serratia marcescens	1	4
„ „	1	64
Shigella dysenteriae (Shiga)	1	-2
Shigella dysenteriae (Shiga)	2	8
„ Para dysenteriae (Flexner)	2	4
„ „ (Hiss Y)	2	4
„ „ (Strong)	1	8

表(二)為傷寒病患者六例，及傷寒帶菌者三例之化驗室，臨牀及治療之記錄。傷寒病患者六例之診斷，皆經糞便及血液之培養所確定者。且其中五例小便之培養，亦呈陽性。對鏈黴素敏感性之測驗凡四。其中三組細菌之滋生，迨鏈黴素之濃度達8mcgm/ccm時，即為制止。另一組(病例二)則呈抗性。三患者(病例三，四，五)用鏈黴素注射治療，另三人(病例一，二，六)注射及口服并用。結果五人復健，一人(病例三)死亡。該患者於應用鏈黴素十一日前，即有小腸斑氏淋巴瘻(Pa^ler's patch)穿孔及支氣管肺炎之併發症，未曾用外科方法救治，迨用鏈黴素十四日後，即告驟死。就本組六個病例而言，鏈黴素對傷寒病之療效，并未有滿意之結果。僅有五歲小孩患者一例，於短時應用鏈黴素後，體溫即行下降，迅速恢復。然其每日所用鏈黴素之單位，為成人劑量，以比例言之，則較其他五例之用量，實大三倍。病例三，五之病菌，雖對鏈黴素呈敏感性。然於臨牀上之應用，未有良好之結果，或係鏈黴素之應用，未能直接到達其病灶。至鏈黴素應用於其他患者之時，已屆通常病勢下降，開始復健之期間，故是否由於鏈黴素之療效，不能斷言。

兩傷寒病帶菌者(病例七，八)，均無病象。經用鏈黴素注射及口服十日，二者糞便之培養，仍為陽性。

病例九，曾患傷寒病。於恢復四月後，發生右脛骨骨膜炎及骨炎。抽出之膿液培養，得有傷寒桿菌。胆管系統抽液培養，亦為陽性。故可確定該患者為胆管系統傷寒帶菌者，并患傷寒桿菌性骨炎及骨膜炎。經用鏈黴素十日後，骨炎及骨膜炎之症狀消失。X-光檢查亦正常。糞便，小便，胆液之培養，陰性。肥達氏反應(Widal's Reaction)亦變為陰性矣。此病例之痊癒，或係鏈黴素療效所奏之功。

表(二) 傷寒病患者病例

病例	病程(週)	血液培養	肥達反應	糞便培養	對鏈黴素之敏感度	療法	治療日數	總劑量 gm.	結果
1	5 1/2	+	1:1,280	+	?	每四小時口服 0.15 gm. 及肌肉注射 0.5 gm.	7	24	佳良：體溫漸次下降。血液及糞便培養，陰性。然憐心及白血球減少，始終持續。
2	2	+	1:640	+	500mcgm/ccm?	每三小時口服 0.035 gm. 及肌肉注射 0.1-0.25gm.	11	12	可疑：病人在治療期間，進步甚佳。然其感染之菌屬，在試管中為對鏈黴素呈抗性者。

3	5	+	無記錄	+	8 mcgm/c.c.	每三小時肌肉注射 0.5 gm.	16	64	失敗：在開始應用鏈黴素之第十四日，患者死於因 Payer 氏淋巴管穿孔所致之腸膜炎。
4	3 1/2	+	1:2,560	+	無記錄	每三小時肌肉注射 0.25 gm	8	16	佳良：體溫漸次下降。血液及糞便陰性。
5	3	+	1:1,280	+	8 mcgm/c.c.	每三小時肌肉注射 0.125-0.25 gm	14	265	不佳：體溫於停用鏈黴素二日後，迅速下降。
6	2	+	1:1,280	+	10 mcgm/c.c.	每六小時口服 0.5 gm；及每四小時肌肉注射 0.2-0.4 gm.	14	70.2	佳良：體溫漸次下降。於應用鏈黴素 24 小時後，血液及糞便培養陰性。
7	20 年?	-	1:40	+	25 mcgm/c.c.	每六小時口服 0.25 gm；及每四小時肌肉注射 0.4 gm	10	30	不佳：培養陽性。
8	1 年	-	1:20	+	25 mcgm/c.c.	每六小時口服 0.125 gm；及每四小時肌肉注射 0.125 gm	10	15	不佳：培養仍為陽性
9	4 月	-	無記錄	+	無記錄	每三小時肌肉注射 0.2 gm	10	15.9	佳良：血液及糞便培養陰性。瘡口癒合。

尚有副傷寒病患者二例，應用鏈黴素治療，其經過及結果如后：

病例十：某列兵，男性，二十五歲，發熱水瀉及腹痛已五日。糞便培養有 A 型副傷寒桿菌。血液培養陰性。磺胺脒 (Sulfaguanidine) 治療無效。於發病第五日起，每五小時注射及口服鏈黴素一次，每次各 0.5 gm。十八小時後，肛門急垂 (Tenesmus) 及水瀉停止，體溫下降達正常。於用鏈黴素 5 gms 後 (第八次注射及口服)，患者即告痊癒。

病例十一：患者二十三歲，男性。主訴為嚴重腹瀉，持續已三月。糞便培養試驗，發現 A 型副傷寒桿菌二次。診斷為 A 型傷寒桿菌廣瘍性大腸炎 (Ulcerative Colitis due to A paratyphoid bacilli)。并有肛門周圍膿瘡 (Perianal Abscess) 發生，後續發頑固性之肛門瘻管 (Anal fistula)。再後併發左下肢血栓性靜脈炎 (Thrombophlebitis of The left lower Extremity)，繼以血栓阻塞現象 (Embolic Phenomena)。於一九四五年十月八日施行空腸切除術 (Ileostomy)，發現因 S 結腸穿孔而引起之腹膜炎，早已存在。患者已頹垂危。於同月九日，即用鏈黴素肌肉注射，每三小時一次，每次 0.125 gms。然患者每况愈下，於六日後死亡。於斯等嚴重病變之患者，施用小劑量之鏈黴素治療，當屬徒勞。

提 要

七十種格蘭姆氏陰性桿菌，作試管培養試驗。發現 87% 以上之菌屬，均能為每公撮含有 16 mcgm 鏈黴素之培養基所制止生長。肌肉注射鏈黴素，每四小時一次，每次 0.4 gms，即可使血清中鏈黴素之濃度達 16 mcgm/lcc。胃腸道對鏈黴素之吸收，殊為不佳，然其亦不能使鏈黴素之功用減弱。口服鏈黴素，能使胃腸道中具敏感性之格蘭姆氏陰性桿菌，迅速消滅。

雖就鏈黴素對此等發表之病例言，其結果殊難作一結論；然其應用，口服與注射并用，當最為滿意。傷寒病六例，傷寒帶菌者二例，副傷寒桿菌腸炎及大腸炎各一例，均應用鏈黴素治療。其中復健者九例，死亡者二例。傷寒病患者六例中，并未見任何鏈黴素可使彼等病程縮短之跡象。然於其中一人 (病例六)，採用大劑量口服及注射後，即迅速復康。

對於傷寒病及病灶未確定之傷寒帶菌者，單純注射鏈黴素，無甚療效。其中僅傷寒桿菌性骨髓炎及胆囊帶菌者一例，得佳良之結果。另一例患副傷寒桿菌性腸炎者，磺胺脒治療無效，改用口服鏈黴素，即迅速痊癒。

凡傷寒桿菌類感染者，如用鏈黴素治療，則宜採用大劑量，肌肉注射，每三小時 0.5 gm，口服每六時 1 gm，同時應用。鏈黴素對於傷寒桿菌類感染之療效，究屬如何，當待更多之病例，採用大

劑量治療，方能得確定之結論。

註* 本文原名 *Streptomycin Therapy in Typhoid Infections* 載於 *The Bulletin of The U. S. Army Medical Department Vol. VII, No. I* (一九四七年一月號) 作者 Major Edwin J.

(正) (副)

Polaski, M. c. 及 Colonel William H. Amspacher, M. c. o 係美國陸軍軍醫署署長辦公室軍醫研究發展委員會鏈黴素研究組正副組長。就分析美國各陸軍總醫院應用鏈黴素治療傷寒桿菌類感染之記錄，而發表者。

原著參考文獻索引

1. Schatz, A., Bugie, E., and Waksman, S. A.: Streptomycin, a Substance Exhibiting Antibiotic Activity Against Gram-Positive and Gram-Negative Bacteria, *Proc Soc Exp. Biol. N. Y.* 55: 66-69, Jan, 1944
2. Polaski, E. J., and Spiwz, H.: Streptomycin in Surgical Infections. I. Laboratory Studies, *Ann. Surg.*
3. Reimann, H. A., Price, A. H., and Elias, W. F.,: Streptomycin in Certain Systemic Infections and Its Effect on the Urinary and Fecal Flora, *Arch. Int. medicine.* 76: 269-277, Nov.-Dec. 1945
4. Rutstein, D. D., Stebbins, R. B., Cathcart, R. T., and Harvey, R. M.: Absorption and Excretion of Streptomycin in Human Chronic Typhoid Carriers *J. Clin. invest.*, 24: 898-909, Nov. 1945.

(完)

下期要目預告：

傷兵最多發生地帶與時間問題之研討	徐步安
野外衛生	王大明
原子射線的生理作用	陶在淵
原子能與醫學	王賢書
鏈黴素在治療傳染上之應用	高景新
磺胺吡啶所致顆粒性白血球缺乏症之二例	朱師晦·梁河元
口腔內應用盤尼西林治療文森氏咽峽奇與急性	
膿泡性扁桃腺炎	遲汝澄
胸部創傷和它的治療措施	鍾志謙
外科病人之失水症	韓哲生
花柳性淋巴肉芽腫檢驗之今昔	史敏言
診療新知拾錦	鍾肇遠
醫學文摘	李繼祖·馮冠華
交換綑帶	鍾志謙
美國陸軍部軍醫署之組織概況	徐希麟等
美國陸軍牙科勤務	戴震安

鏈黴菌素在治療傳染上之應用

(一千病例之報告)

(中)

原著者：美國國立研究會化學治療委員會主席 C. S. Keefer 等
 武津總醫院高景星譯自 T. A. M. A. 123 卷第一期第二期 (1946年九月)

此研究係本委員會聘請五十五位研究者所執行，此外亦有若干醫師報告其各人經驗，總成一千例。
 關於各病例之討論，當係包括各組病例之綜合結果，此後各研究醫師或再作分組之報告。

菌血症

共九十一例，康復者 49 例，進步者 12 例，無顯明效果者 4 例，但病人未死，其餘 26 例死亡。見第四表。

第四表：菌血症治療之結果

致病菌類	病人數	結果		
		康復或進步	無效	死亡
大腸桿菌	34	25	1	8
變形桿菌	5	5	...	...
綠膿桿菌	10	6	...	4
產氣桿菌	6	4	...	2
弗利蘭德氏桿菌	2	2	...	...
流行性嗜血桿菌	4	4	...	...
弧菌屬 (Spirillum)	1	1	...	...
奈瑟氏菌屬 (淋菌屬) (Neisseria)	1	...	...	1
弗雷克氏痢桿菌 Y 型 (Shigella Flexneri Type Y)	1	...	...	1
未檢定之格蘭氏陰性桿菌	3	1	...	2
葡萄球菌	6	3	1	2
未檢定之鏈球菌	7	3	1	3
真鏈球菌	3	2	...	1
腸球菌 (Enterococcus)	2	2	...	...
炭疽桿菌 (Bacillus Anthracis)	1	1	...	...

未檢定之格蘭氏陽性細菌	1	1	...	...
大腸桿菌及糞鏈球菌	1	...	...	1
大腸桿菌及產氣桿菌	1	...	1	...
綠膿桿菌及產氣桿菌	1	1	...	...
大腸桿菌產氣桿菌綠膿桿菌	1	...	...	1
總計	91	61	4	26

平均劑量每日2公分，平均治療期12日，大多數係肌肉注射。

所有死亡病例在施治時病情已達十分嚴重階段，而於施治後1至5日死亡。

康復之47例內只二人同時受青黴菌素及磺胺藥治療。

討論：由此組病例，可以明白顯示本劑對控制傳染及減少死亡之功效。

此類病例，原病灶多在泌尿系統，其豫後與局部病情之輕重頗有關係，（本劑當然對局部病灶亦有療效）其他如年齡，全身之情況，傳染之久暫，細菌之種類，有無併發病等，對於結果之優劣皆有影響。

土拉倫斯菌病

共六十七例，而康復者有六十三例，其中55例反應之速，殊為驚人，（八例稍緩）。

無影響者3例，但所投之劑量皆不足3公分，且於發病後兩個月始開始用本劑，其中二例之診斷並有可疑之點。

平均劑量為每日一公分持續7日。（有一部受每日0.75公分之劑量，持續6日，亦告痊愈）

有肺部或胸腔傳染者有11例，痊愈者9例，進步者1例，死亡者1例（施治第一日即在）

在受本劑前患者大部曾經青黴菌素或磺胺藥治療，但同時受磺胺或血清者極少：只有二例。

討論：本劑對土拉倫斯病為特效，為治此病最佳之藥物，此與多數之報告結果吻合，早期診斷治療殊為切要，劑量以每日注射1公分持續5—7日為適宜，胸肺型傳染，劑量應較大。（每日2公分，至病已被控制時止，約七日）

肺部傳染

急性或慢性肺部傳染，共44例。見第五表：

第五表：肺部傳染治療結果

傳 染 細 菌	病 例 數	結 果		
		康 復 或 進 步	無 效	死 亡
弗利蘭德氏菌	12	8	1	3
弗利蘭德氏菌及流行性感胃嗜血桿菌	1	1	0	0
弗利蘭德氏菌、流行性感胃嗜血桿菌及葡萄球菌	1	0	0	1
弗利蘭德氏菌及鏈球菌	1	1	0	0
弗利蘭德氏菌及其他格蘭氏陰性及陽性菌	2	0	2	0
大腸桿菌	2	1	0	1

大腸桿菌及變形桿菌	1	1	0	0
大腸桿菌及鏈球菌	1	1	0	0
大腸桿菌 葡萄球菌及鏈球菌	1	1	0	0
大腸桿菌，綠膿桿菌及鏈球菌	1	1	0	0
綠膿桿菌	1	1	0	0
綠膿桿菌及葡萄球菌	1	1	0	0
格蘭氏陰性桿菌？	4	3	1	0
格蘭氏陰性桿菌及鏈球菌	1	0	1	0
格蘭氏陰性及陽性桿菌	1	1	0	0
流行感冒嗜血桿菌	4	2	0	2
流行感冒嗜血桿菌及百日咳嗜血桿菌	1	0	0	1
流行感冒嗜血桿菌及肺炎球菌	1	1	0	0
流行感冒嗜血桿菌及鏈球菌	1	1	0	0
流行感冒嗜血桿菌及格蘭氏陽性細菌	1	0	1	0
葡萄球菌	2	1	1	0
鏈球菌	1	1	0	0
病原菌不確定	1	1	0	0
肺炎球菌	1	1	0	0
總計	44	29	7	8

痊愈病例中平均每日受1.5公分持續7日，其中只有百分之20係在病後一月投給本劑。（進步病例中百分之50，無效病例中百分之45係在後一月施治）

事前曾否受他種化學治療，其例數在各種大致相同。

痊愈組中無人同時受他種化學治療。

曾採用吸入法者有三例，進步者二，死亡者一，多數係用肌肉注射。

討論：原發性格蘭氏陰性桿菌所致之肺病頗為罕見，本劑之療效，亦難與以準確之估價。

急性弗利蘭德氏菌傳染，早期施治，其效頗彰，若傳染已深，且肺有壞死損毀徵狀時，其效則暫，難能持久。

患肺部傳染者，在受青黴菌素治療後，其痰中之細菌數，格蘭氏陽性菌即將絕跡，而陰性之比例大增，此點應加注意。

本劑對於肺臟之雜菌傳染，有無療效，尚待研究。

對於慢性肺傳染（如枝氣管擴張症）局部用吸入法治療，亦應多方研討。

（未完）



黑熱病合併肺炎球菌性腦膜炎治愈之一例

西 安 總 醫 院

李 容，丁慶熙，周汝宗

病 例 報 告

按照熱病患者因其抵抗力減退故易遭罹其他疾病如肺炎、水痘、結核、痢疾等而致死亡。又肺炎球菌性腦膜炎，其死亡證據一九三七年以前之醫學文獻，殆為不可避免。(1)自磺胺劑問世後，與定型之免疫血清合併治療死亡率雖已大見減低，但仍保持百分之七十之記錄。(2)惟其由於毒力較弱之肺炎球菌所致之腦膜炎，其治愈之機會自然較多。(3)迄盤尼西林倡明後，對於肺炎球菌之傳染效能更為增強。本篇即為一黑熱病患者合併支氣管肺炎及肺炎球菌性腦膜炎治愈之報告。

患者梁捷書，年十九歲，職業士兵，江蘇籍于卅五年十二月二十七日以發熱咳嗽而入院。

十日前患者自覺有輕度發熱咳嗽及全身不適無力，但仍繼續工作，於發病之第五日，一切症狀增劇，除高熱外且伴有全身骨骼痠痛，致臥床不起，咳嗽頻仍。咯痰量少而呈白色粘液狀，入院前二日，顯頭痛頭暈狀，患者曾就診陝西省立醫院，給以白色藥粉六包，一日三次分服後，亦無顯著功效。最近且略有胸痛，於咳嗽及深呼吸時尤為顯著。病程經過中無惡心嘔吐，亦無鐵銹色痰發現，惟食慾消失大便泌結，尿照常而量少。

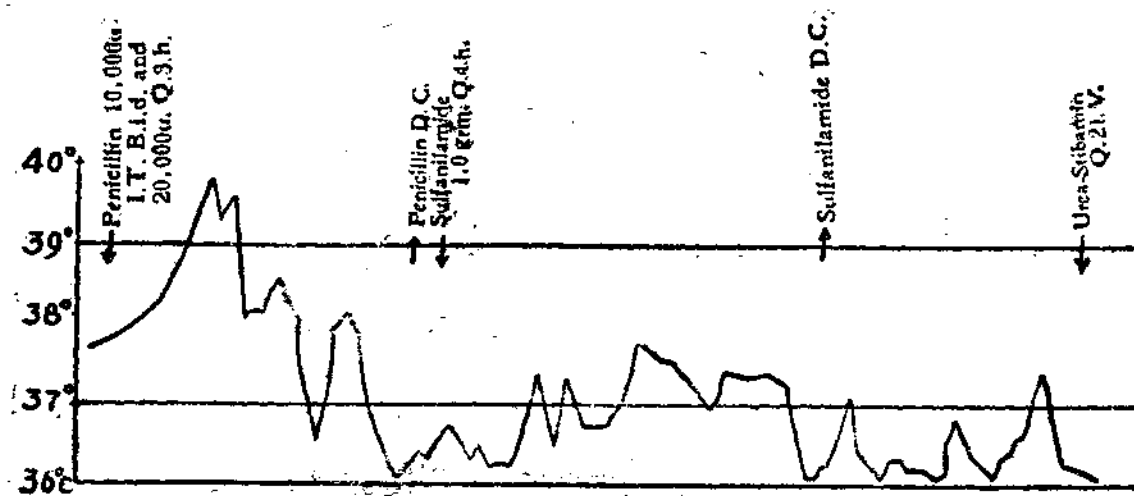
過去史：以往頗為健康，惟於四月前曾發熱數週，被診為黑熱病，注射新斯錫波散八公分而獲「全癒」。

體格檢查：發育及營養中等，略呈貧血，神志清晰，但表現有恐懼不安狀，頻訴頭痛，體溫攝氏37.6度，呼吸30次，脈搏115次，無皮疹發現，兩側瞳孔均縮小，尚有輕度之光反射，無眼瞼下垂及眼球震顫。耳、鼻、及喉部無顯著之變化，頸強直，胸部兩側對稱，發育均等，呼吸運動不受限制，聲音震顫亦正常；叩診胸右側背面之下部共鳴減退耳，於該區可聽得氣管支肺泡音（但無水泡音）。心臟之大小，位置，及形狀均屬正常，心搏韻率規則，於左側第二肋間隙近胸骨緣處，有微弱之收縮期雜音，但不向外傳導，血壓140/86MMHg，腹部柔軟，無壓痛，脾臟腫大，其界限已超過臍線，肝臟無變化。膝腱反射減退，克匿格氏徵（Keruing'Sign）呈陽性，無巴此彬斯奇氏徵（Babinski'Sign）白血球總計數3950，紅血球計200萬，血色素6.2克。白血球分類，計中性細胞為84%淋巴球15%大單核細胞1%。血清之錫及福爾馬林試驗均為強陽性，康氏反應陰性。血之培養無生長，患者入院後即作腰椎穿刺（4）；脊腦液現混濁，壓力增高，蛋白試驗為強陽性，脊腦液細胞計數2720/c. M

M.分類計數，中性細胞佔80，淋巴球20。脊腦液塗片檢查發現起革蘭氏(gram's)染色陽性之雙球菌，無黑熱病小體存在(5)；喉頭之塗抹培養與脊腦液之培養均有革蘭氏染色陽性之雙球菌生長，惜未能作定型試驗。胸骨穿刺，未發現利什曼原蟲，脾刺始見有此種原蟲(6)，愛克司光透視肺部於右側下方見有污點狀之黑影存在。

診斷因此確定為黑熱病，同時合併有支氣管肺炎及肺炎球菌性之腦膜炎。盤尼西林治療立即開始；用一萬單位劑量，於二西西之蒸餾水內作脊髓腔內注射，每日二次(7)，另以二萬單位劑量作肌肉內注射，每三小時一次。注射四十萬單位後，症狀即大見減輕，右肺之各種病變現象消失。注射五十萬單位之盤尼西林後，除自覺尚有輕度頭暈外，殆無一切痛苦。當以磺胺劑代替盤尼西林，每四小時內服一公分，連續四日後，患者自覺已完全恢復健康。脊腦液之壓力正常，但含有60/C.M.M.之細胞數，蛋白試驗為弱陽性，塗片及培養均無雙球菌發現。血像顯赤白血球4250/C.M.M.紅血球2.97 M./E.M.M.白血球分類；中性白血球74%淋巴球23%大單核球2%。此時患者仍有輕度之發熱，最高達攝氏37.7度，且夜間時常有盜汗。於脾穿刺中，利什曼原蟲仍可找到，而胸骨穿刺則仍未能發現黑熱病原蟲。

圖一、治療經過中體溫之變異



當即開始與以銻之治療；用尿素斯錫巴民(Urea-Stibamin)；○、二公分靜脈注射，每週二次，於第二針注射後，體溫即完全降至正常，尿素斯錫巴民總量給予一、四公分(計每公斤體重為0.026公分)(8)，當患者出院時面容潤澤已完全復原，其體重於二月內增加了五公斤，紅白血球及血色素均達正常標準。脾之腫大已大減退，僅於左季肋下五公分處可以觸知，且脾穿刺已找不到黑熱病原蟲。

結 論

1. 黑熱病患者一例，合併有支氣管結肺炎，及肺炎球菌性腦膜炎，經用盤尼西林及銻劑治療。
2. 盤尼西林係應用脊髓腔內及肌肉內注射。
3. 盤尼西林對於黑熱病之利什曼原蟲無效。
4. 脾穿刺較胸骨穿刺易於找到黑熱病原蟲。

5. 黑熱病之白血球減少，雖過嚴重之合併症發生，而白血球數則並不一定增高。

6. 黑熱病患者，其利什曼原蟲並不因經過一次肺炎球菌之傳染而減少或消失。

參 考 文 獻

1. Finland, Maxwell, Brown, J. W. and Rauth, A. T. : Treatment of Pneumococcic meningitis. *New Englain J. Med.* 218:1033 (June 23) 1938.
Carlo J. Tripoli: Bacterial Menintis: Comparative study of Various Therapeutic Measures. *J. A. M. A.* 106: 171 (Jan. 18) 1936
2. Paul, S Rhoads and Hoyne, A. L. : Treatment of Pneumococc Meningitis *J. A. M. A.* 115: 11 (Sep. 14) 1940
3. Morgan Cutts, K. K. Gregory, : Meningococcic Meningitis Succesfully treated With Sulfapyridine. *J. A. M. A.* 112:15 (April 15) 1939
Queely R. Z., Durham, M. C. : Pneumococcus type VII meningits, treated With Sulfanilamid and specific Serum, with recovery
J. A. M. A. 111: 15 Oct. 8'38
4. Velloleau de Mouillae: Syndro Meninge an cours de la Loishmaníase infantil. *Arch Med. et Pharm.* 128:3 Nov. 1938
5. Ichii (Nobutaro) : Studie on Kala azar. i. Exprimental study on infection ii. Transmissi n Experiments on Several Animals.
Japanise Jl. Med. July 20 '40
6. Chung H. L. : A sternal puncture Technic and its clinic Value With Especial Reference to its usefulness in the Diagnosis of Kala azar. *C. M. J.* : Nov. 1936
7. Hu C. H. : The influence of Pareterally Introduced Killed Bactria and Foreign Protein on Experemental Kala azar infection in Hamster *C. M. J.* March 1940
8. Eutrope A Ho : Treatment of Kala azar by Small dasage ot Urea-stibamin *C. M. J.* 63:1 (Oct. 1944)



汎發性腹膜炎

與限局性腹膜炎之鑑別診斷

南京總醫院

景子軍

汎發性腹膜炎與限局性腹膜炎之區別，在治療上預後上，固甚重要，實際上兩症之相異，不過程度之差，故在臨床上，二者之中間型者亦有之。且由汎發性而為限局性者甚稀，而限局性者，則常移行於汎發性者，（由限局性治癒者亦有之）因而實際上此種區別，屢屢困難，今更略述兩者之異點如左：

A. 限局性腹膜炎之疼痛及腹壁之緊張，限於局部，而汎發性者，則存於腹部全體，但有時全體不著明，於下腹部症狀顯著者，往往有之。上腹部如無原因之疾患，不甚緊張者為多。

B. 限局性腹膜炎顏貌脈搏及全身狀態，雖無比較的不良等情，而於汎發性者之初期，亦不一定全為不良症狀，倘由其不良症狀，而診知其汎發性腹膜炎時，則雖施相當處置與治療，預後亦多不良，因而此症治療之成績，常在二者不能清楚判明時良好者較多，易言之，即為早期治療，效果較佳。

要之二者之鑑別，由一日之經過觀察，診斷並不甚難，惟以徒為診斷而遷延時日，大非所宜，故應熟悉上述情況關係，早期與以適當之處置為當。

C. 血液檢查 非炎症性與化膿性腹膜炎之鑑別，血液檢查固為必要，而汎發性與限局性之鑑別，血液檢查，則不能判定。

（一）原因疾患之鑑別

A. 闌尾炎 急性化膿性腹膜炎之原因，此症為最多。其種類，概舉如次：

子、穿孔性腹膜炎 闌尾炎發病四十八時間以後，常發此症，（如不得適宜之處置，或再發性闌尾炎時，四十八小時以內，甚至二十四小時以內發作亦有之），此際闌尾之全部或一部之壞疽處，或於糞石之附近，或於一度發炎而抵抗力弱之部位，發生穿孔，然無論穿孔在何種部位，其現腹膜炎之際，必在闌尾炎諸症緩解輕快之時，突然而起腹痛虛

脫等症，一時脈搏頻數，呼吸淺表，惡寒戰慄，腹壁緊張如板，腹部疼痛，右下腹部壓痛，雖特為顯著，不若單純性者之限局性，甚至迴盲部，無論何處皆訴同樣之壓疼。

丑、膿瘍穿破之腹膜炎 闌尾炎發病後，形成膿瘍之時，多數現限局性硬結，較永久其狀態存留，該處或漸次吸收，一旦有不適宜之處置，遂誘起膿瘍穿破，而為汎發性急性化膿性腹膜炎，大部由於闌尾炎發病後數日乃至一、二週而起。症狀如穿孔性腹膜炎，突發劇痛，但預後不若穿孔性者之惡劣，其原因概以前者發病後經過時日較少，而免疫性物質亦少，且以穿孔腸內容漏出，與腹膜以較劇之刺激與傳染故也。

寅、透壁性腹膜炎 在闌尾發病之早期，以其本身發炎，致腸間膜來高度之鬱血，時有纖維素性之漿液滲出於腹腔內，此種漿液，屢屢有細菌，發生其間，倘此時症狀不甚劇烈而能沉靜，則初期滲出液，可漸次吸收，尤其無細菌存在時，則更易治愈。否則闌尾炎之病變劇烈，多數細菌，隨滲出液，透過闌尾壁及腸間膜而出於腹腔內，即可惹起急性化膿性腹膜炎，此即所謂透壁性腹膜炎，此症與前二者之症狀不同，無特發劇痛，闌尾炎急性症狀發作之後，即次第增劇於下腹部緊張，訴疼痛，呈一時急性腹膜炎之症狀，但由於對症之處置，可漸次限局性而治愈。

要之因闌尾炎而發之腹膜炎，有于闌尾發病後，突然而起者，有比較徐徐增惡者。前者診斷固易，後者早期診斷，則頗感困難。此際雖由一指得檢查其壓痛點與腹壁之緊張，質血液檢查及全身狀態，而得判知是否限局性及程度，但時有必須手術後，方得全部瞭然者不少。

B. 腹部開放創傷之腹膜炎 在腹部外傷後二、三日發生腹膜炎，由於創口之狀態，診斷固易，由於腹部皮下損傷而發下腹膜炎時，診斷屢屢困難。因腹部受打撲致胃腸破裂時，常由於胃腸內容之存在與否，損傷之部位及程度，與他之副損傷，或出血之有無，其症狀大異，且受傷後起虛脫者有之，畢竟是否業已因之而起腹膜炎所致，初期殊難斷定。此際只有暫時觀察其經過，如為單純腹部挫傷時，數時至十數時間，症狀次第輕快，若已起腹膜炎時，則漸次增惡，且胃腸破裂，二十四時間以上由瓦斯漏出腹腔，可致腸外鼓脹，肝臟濁音次第不明，打診該部呈鼓音，而液體類，則集於體腔之底部，打診之濁音，由於體位之變化而變濁音部位，腹部膨滿，腹膜炎症狀遂著。能於此種刺激期速行手術，預後尚佳，倘至麻痺期，縱手術亦無效，故疑於胃腸損傷成分較多時，不宜拘泥診斷之確定，而徒費時間，必須急速行開腹術，確定其診斷，而與以適當之治療。

C. 開腹術後之腹膜炎 昔者消毒不發達時，由開腹術而起腹膜炎者，往往見之，今則以消毒完備，此種事件甚稀，但以腸胃手術後，腹壁不完全縫合致惹起腹膜炎者有之。如化膿性闌尾炎，或婦人科手術等術後，常致發熱腹痛，瓦斯排出不充分等症狀，此際診斷雖不甚困難，但於術後炎症不甚急劇之腹膜炎，麻痺症狀顯著，而腹痛發熱不甚著明時，與術後急性之腸麻痺，區別則甚困難。

於手術後起腹膜炎之際，若早期開腹膜，與以適當之處置，雖有結果佳良而痊愈者，然患者一再受手術之痛苦，且為確診而遷延經過之時日，致患者抵抗力減退時，則預後多不良。

D. 急性脾臟壞疽之腹膜炎 本症比較稀有，與急性腹膜炎必要注意鑑別。特於肥胖大酒家發之，其特有之症狀，為突然劇烈心窩疼痛，此種疼痛非常劇烈，甚至來一時虛脫者有之，小量鎮靜劑決無效果，其他有惡心嘔吐便秘等症，先於腹部呈膨滿，胃部尤為著明，不久呈腸管麻痺，以致全腹部膨滿，瓦斯排出杜絕，呈所謂吐糞症狀，更進而為發熱腹膜炎呈腹壁緊張與腹疼等症。於急性脾臟壞疽之初期，在胃部或稍下方，觸診有抵抗反壓疼，而不若腹膜炎腹壁之緊張

著明，尚可與腹膜炎區別，若俟與腹膜炎合併時，則區別甚困難。惟有以發病之狀態，疼痛之程度及部位而區別，不過患者若為肥滿大酒家時，則診斷可進一步之推定。且本症常由於不衛生之飲食物，所起之胃腸加答兒及胆石症而來續發，亦須注意。本症之預後，由於保存治療，雖有治愈者，大都必須行手術者為多。且手術必須早期，否則亦難免於死亡。本症手術時有所見，即為脂肪斑，約有大麻實及碗豆大扁平帶黃乳白色之斑點，散發於腹腔內各處，此種脂肪斑之發生，雖有種種之議論，恐係由於胰臟脂肪分解酵素作用而起之所謂脂肪變化。

E. 由膽石或腎石穿破之腹膜炎 此症極為稀有，且診斷較易，蓋膽石症，以膽囊部之劇疼為始，腎石症以腰部之上方劇疼為始，且甚至起一時之虛脫症狀，其診斷，均可以兩症之既往症而確定之，且其手術所見，於膽石症，則腹腔內存有膽汁，腎石症，於尿汁內存有腎石，得以證明之。

F. 胃及十二指腸穿孔性腹膜炎 此兩症症狀相似，起始由於兩者潰瘍穿孔者多，因既往症不甚顯明，或僅以胃腸加答兒看過，先來上腹劇疼，次呈腹膜炎症狀。

G. 腸穿孔之腹膜炎 此症有以下數症而來穿孔。

子、腸癌之穿孔 於大腸左右彎曲部或S狀字部為多，以平時腸潰瘍，腸癌症狀不甚明顯，突然發生穿孔，致起腹膜炎，診斷甚困難時有之，但此時可速行開腹，無須拘泥診斷。

丑、腸結核之穿孔 此種疾患亦為平時無顯著之腸結核症狀，突然來穿孔致發急性腹膜炎，故其診斷亦甚困難，不過腸瘻常在壯年後及老人時發生，腸結核，則在青年或幼時常見。

寅、腸傷寒之穿孔 於腸傷寒恢復期，往往發生此症，幸既往症顯明，其診斷尚易。

H. 腸內異物穿孔之腹膜炎 於精神病者，或不慎致誤嚥種種之異物者，常致此症。通常所見者若發齒，鈍針，或金飾等物，以其各物之種類形狀等關係，無生大害者，固不為少，然在幽門附近十二指腸，迴盲部，直腸上部等處，停頓致意外之穿孔者，往往見之。因之而起穿孔性腹膜炎者，亦時有之。幸既往證顯明，及X線檢查得以證明，診斷尚易。

I. 肺炎菌淋菌等由血行傳染之腹膜炎 此症為稀有之症，其症狀之起始，不如穿孔腹膜炎之劇烈，其腹部全體，雖有疼痛及特異之緊張，有時僅現一部之症狀，比較增強，其發病之時期，多在罹肺炎之後，或患急性淋疾性尿道炎之後，或淋疾性子宮內膜炎之後，突發腹膜炎，其診斷由於上述既往症，似有確切之根據而甚易，但罹肺炎或淋疾之人，或許突發他種腹膜炎，故診斷仍待手術方能確實判定者為多。其手術應注意之點，即為滲出液或稀薄膿汁，且無原病灶之點，如患者全身狀態不良時，且不可充分檢查腹腔，故雖手術，終為診斷不明者有之，但果為此症，其預後尚佳良。

L. 腹膜種種化膿疾患續發之腹膜炎 如腹壁之化膿性疾患，臍帶之重症化膿性，肝臟膿瘍，膽囊炎，橫隔膜下膿瘍，胃腸內異物，脾臟膿瘍，腎臟周圍膿瘍，子宮外膜炎，化膿性卵巢炎，化膿性喇叭管炎，化膿性膀胱炎，膿胸，肺膿瘍，脊椎骨或骨盤之化膿性骨髓炎等而續發者，由既往症，現在症，得以證明，故診斷較易。

(未完)



闌尾炎各種問題之檢討

廣州總醫院

沈毓真

一、闌尾之生理：闌尾普通認為不過係在動物發 動史中遠下退化未了之殘餘部份，無甚生理作用，即因病摘除之，患者並無消化妨礙及其他症狀，據云闌尾為網狀內皮細胞系統有防禦及抵抗作用，查闌尾富有淋巴組織，較之其他腸部感覺特為靈敏，似有多少生理作用。

夫闌尾炎醫治不當，每引起患者之死亡，尤以吾國醫學落伍為然，即最近在廣州市，幾令人日有所聞所見，不無令人寒心動魄。應促起吾全國人之注意，宜如何增加全國醫療設備，并提高國人普通醫學常識乃至要之舉也。

二、原因及病理：按之統計，人類約有百份之七十以上患闌尾炎，不過輕重不同耳，三十歲以前及偏多肉食者患此症較多，據云在此次世界大戰期中患闌尾炎者大為減少，確係事實，其主要發炎原因(甲)腸道性：闌尾本身為一細小之盲腸，食物等容易侵入其腔內，而難於排出，若該食物等含有刺激性之物質，如帶芒刺之稗子，或有多數毒力過強之細菌，則極易發生闌尾內膜炎，如在腸胃炎時，胃腸蠕動較強，更易促成闌尾炎，若不經適當治療，可成闌尾壁穿孔，及腹腔膿瘍，局部或全部腹膜炎，腸麻痺，腸閉塞，終致患者死亡，(乙)血行性：如在身體其他部份有炎症時，亦可引起闌尾炎，然為數甚少。

三、症狀：在闌尾炎性輕重緩急，及個人特殊情形下，症狀亦各有差別，然亦僅大同小異耳，(甲)自覺症狀及診查結果：①腹痛多在右下腹或胃部臍部，隨闌尾位置變動而不同，在急性時靜臥亦覺疼痛，在慢性時非按之或運動時不覺疼痛，②嘔吐及缺乏食慾，③體溫當初起時，口溫正常，肛溫或稍高，久未經治則愈增高，脈搏初起即略增，④大便多便秘，少腹瀉，(乙)他察症狀及診查結果：①患者之多數在右下腹有壓痛，並有硬塊，則為闌尾炎兼局限性腹膜炎之表示，於觸診時引起腹壁反射，②具 Blumberg 症候者約有半數，如壓右下腹部，則於放手時，發炎之闌尾受震動而覺痛，是曰鬆動性疼痛，(Loslassungsschmerz) ③具 Porsing 症候者約有五分之一，即按下行結腸部位，患者反覺右下腹疼痛，④右下腹皮膚反射呼吸運動皆減弱，如在行深呼吸時，或以手指劃之則現痛

覺過敏，⑤有腸腰肌刺激現象，即右下肢於伸直時而覺腹痛，放右下肢每取屈位，⑥在直腸觸診時，直腸右壁有壓痛，腹內有硬塊或有波動，穿刺時可取出膿液自數公分而達數百公分，⑦血像在慢性闌尾炎少有變化，但在急性時，如白血球每增加至一萬左右，則為局限或瀰漫性腹膜炎，或腹內膿腸形成之兆，中性多核白血球有輕度之增加。

四、診斷與鑑別：在闌尾炎症應想及下列各症(1)輸卵管炎，卵巢囊腫扭轉，卵巢炎，子宮外妊娠穿孔，(2)右下葉肺炎(3)胃腸炎(4)瘧疾(5)傷寒(6)胃或十二指腸潰瘍穿孔(7)胆囊炎(8)消化不良(9)盲腸結核(10)腸憩室之炎症(11)網膜淋巴腺結核(12)盲腸及闌尾腫瘍(如癌腫)(13) Actinomycosis 放線狀菌病，此等症每各有其他特殊症狀，可為鑑別診斷之助，如診定確非他病，雖只有一二症狀極似闌尾炎，即可假定為闌尾炎，行開腹術，於開腹後在視診下，如認為非闌尾炎，亦可將其切除，在現下醫療設備完善之情形下，對於患者亦屬有益無害之事，實則每於切除之闌尾切開檢查後，皆能證明炎症，及異物之存在，手術後患者即覺一切症狀消失，(如胃痛腹痛等)

闌尾炎之療法：闌尾炎一症據最近各國醫師之意見，認為純係外科者，在急性闌尾炎四十八小時以內，或慢性者，均宜施行闌尾切除術，急性已過四十八小時，或亞急性者，均應留醫，暫用保守療法治之，待其炎症完全消退，始施手術，如其炎症經保守療法，不見少退，反而增劇，并發生瀰漫性腹膜炎，或已形成腹腔膿瘍而不能吸收者，甚至有腸閉塞症狀，則有即行開腹救急之必要，總之在闌尾炎無論任何時期，均可試行開腹術以治療之，可能切除，則切除之。不可能時，只可傾入盤尼西林液於患處，再加以紗布或引流而排膿，以免成為瀰漫性腹膜炎等嚴重不治之症。

闌尾摘出術注意點：(1)麻醉法普通用0.5%諾瓦卡因50cc左右，如開腹後，見盲腸或闌尾與周圍粘連太甚，切除時病人痛不可忍時，可用 Aethes 少許，作為暫時全麻，(2)腹壁切開，普通最好用變位切開法，切口太小時，可依需要而擴大之，(3)將闌尾斷端結紮後，加以埋皮法為最穩當，其他如只結紮斷端，不加埋皮，或只埋皮，不先結紮其斷端，皆屬帶有危險性之行為，利少而害多，初習外科醫生無甚經驗者，更不宜用患者生命作為自己冒險事業。

闌尾斷端之埋皮法，最好用二層 Fnlitan. 氏 Diagonal. naht 縫合法，較之荷包縫合等法為簡便而保險，總之闌尾炎一症，其症狀雖大同小異，而其位置及炎症輕重緩急久暫，每人特殊，致經驗較少之外科醫師，常有臨時無法措手之虞，手術時間自十數分鐘至數小時不等，手術主要點，在開腹後先覓得盲腸，若於小腸入上行結腸處尋之，則不難覓得闌尾，常遇在染病多年之患者，其闌尾早已因化膿潰斷，或被吸收，或粘連他處，盲腸處只留少許闌尾痕跡，甚至毫無痕跡，而患者只因其盲腸與周圍癒着太甚，時常作劇痛，則只有將癒着處剝離，使各腸部蠕動得以自如即可，不必定要尋得闌尾，即索性尋之，亦不可得，如尋得闌尾根處即足矣。

參攷文獻

- (1)G Sulton Tpezielle Chismgie
- (2)ARS Medici No 9. 1946
- (3)Bier-Braun-K"ummel Chirurgische Operationslehre

花柳性淋巴肉芽腫

檢驗診斷之今昔

二

史敏言

(2) 動物接種與人工培養

一九二四年 de Bellard 氏試將患者的膿液，用包皮內接種法使猴類獲致人工感染。迨一九三〇年，Heller 將病毒接種於猴類的腦內，也同接獲得了人工感染的成功。據 Heller 的報導病毒經猴腦內接種後，經過大約六至十二天的潛伏期，感染病毒的猴子即發生腦膜腦炎 (Meningo-encephalitis) 的症狀。氏並發現此種病毒可能在猴腦內繼續通過而得保存其生命和毒性。一九三二年 Levaditi, Ravant 與 Schoen 諸氏試將染病的猴腦接種於小白鼠腦內，竟也發生了類似的神經症狀。由此即證明病毒在小白鼠腦內也有感染的可能。但氏等認為此種小白鼠對於病毒的感染性並非永久不變。翌年 Findlay (一九三三) 氏試將十一種不同的菌種通過小白鼠，發現各菌種對於小白鼠的感染性各不相同。從開始接種至死亡所須的時間，平均大約三十四天，而病毒則並不固定於小白鼠腦內。同年 Wassen 氏也作了相同的試驗和觀察，却得到了反相的結果。氏能使病毒在小白鼠腦內連續通過十二代，且可見病毒的毒力逐漸增強。其後 Levaditi 及其同道又追隨 Wassen 氏的見解，使病毒在小白鼠腦內通過了十八代。發現病毒在小白鼠腦部運動神經系內的病變，也隨通過世代的增多而加強。一九三五年 Tumura 氏發表了一篇報告^①說明花柳性淋巴肉芽腫病毒，可以按照密來氏 (Maitland) 培養牛痘病毒的方法，施行人工培養。同年 Von Haam 與 Lichtenstein 氏^②關於病毒的動物感染也有精詳的報導，氏認為染病動物的百分之二十的腦乳液 (Brain emulsion)，最適用於動物通過。其他如脾臟磨液及心血的傳染力次之。肝臟和腎臟則不適用於動物通過。最適宜作為動物通過之用的動物是小白鼠。小白鼠在感染後可見腦脊髓症狀，屍體剖檢時，在腦膜部可見顯著的傳染，腦實質柔軟而浮腫。小白鼠在感染病毒一星期以後，組織切片上可見腦膜和腦實質的血管周圍，有顯明的圓形細胞浸潤 (Round Cell infiltration)，在腦皮質內炎症症狀顯著的部份，可以看到神經膠樣細胞 (Glial cells) 的增加。猴類中狨 (Marmosets, Hapalomenicillata) 對於病毒的感染力最強，理式斯猴 (Macacus rhesus) 的感染力較差。猿自腦內接種病毒後，一二星期內即現顯著的四肢麻痺和昏迷。屍體剖檢時可見與小白鼠相同的病理變化。豚鼠類 (Guinea pigs) 如經鼠蹊部內接種病毒後，在五至七天內鼠蹊部淋巴腺腫大，剖檢時腺體內有膿樣物質，組織切切片檢查類似結核性病變。有時受

感染的淋巴腺形成小膿瘍，則可見多核白血球浸潤和皮細胞的增生 (Hyperplasia)。雞和青蛙對此病毒無感染性。

一九三六年 Grace 與 Suskind^② 也發表了一篇有關小白鼠對本病病毒感染試驗的報導。至發表報告時為止，作者已經把病毒在鼠腦內通過四十一個世代了。病毒的毒力跟隨通過次數的增多而逐漸加強。氏仔細觀察感染病毒的鼠腦部的病變有顯著的腦膜腦炎病象。發炎部份的炎性浸潤細胞，包括多核白血球，大噬食細胞 (Macrophage)，類原漿細胞 (Plasmocytoid Cells)，與少數淋巴球。前三種細胞的多寡，須視從接種到死亡所須時間間隔的長短而定。細胞漿內的包涵體 (Intracellular inclusion bodies) 則不常見。

Migagawa 及其同道^③ 曾將通過雞胎五代的病毒，接種於小白鼠腦內，猶可證明顆粒小體的存在。其後 Bwrnet^④，D. Annoy 與 Von Haarn^⑤ 諸人，將病毒接種在雞胚胎的尿囊 (Allantois) 內而獲成功。Nauck 與 Malamos 也曾證明了病毒在雞胚胎尿囊內培植的可能性。關於病毒的人工培植，從此得到了一條新的途徑。至一九四〇年 Rake, McKee 與 Shaffer 諸氏^⑥ 曾將病毒接種在雞尿囊膜內，被接種的病毒的活動能力因而逐漸增強。但病毒在尿囊膜上所形成的病變並不一致，雞胚胎本身也並不因感受傳染的影響而致死亡。病毒在尿囊膜上僅能通過五代，此後病毒即不復存在。由此試驗觀察所得的結果，氏等認為病毒在尿囊膜上發育並不太好，且有逐見減退毒力的趨勢。氏等乃改用 Cox 氏培養立克次體 (Rickettsia) 的方法，把病毒接種到雞胎的卵黃囊 (Yolk Sac) 內去，反復通過數代後，果見毒力劇增，且證明如通過世代愈多，則毒力愈強。氏等曾用十五倍稀釋的卵黃病毒注入雞胎卵黃囊內，可使雞胎在第四天即行死亡。如用其百倍稀釋液注入鼠腦內，也可使小白鼠在第四天死亡。如將感染病毒的卵黃囊作塗片檢查，可見無數小粒狀體，形態上與在感染病毒的鼠腦腦膜滲出液內所見的顆粒小體極類似；且與牛痘病毒的原體也很相像。此種顆粒狀體大多自由存在，偶或在細胞的原漿內也可以發現。如行切片檢驗卵黃囊，則可見此種小體大多寄存在卵黃細胞之間。氏等^⑦ 後又將感染病毒的卵黃囊組織碎片磨細後，用肉湯稀釋十倍，沉澱後取其上清液 0.03 至 0.05 公撮，注入小白鼠鼻腔內，被感染之小白鼠在四十八至七十二小時內即現呼吸系病狀，其中有數頭在發病期病故。另一部份小白鼠在未死亡之前先行剖驗，發現鼠肺之一葉或數葉，有程度不同的炎紅色硬化 (Consolidation)，自行病死的鼠肺則現幾乎蔓延及全肺部的出血性硬化。如將肺硬化部組織製成塗片後用木醇固定，再用吉姆薩染色液 (Giemsa's Stain) 染色，在顯微鏡下檢驗時，可見無數病毒原體遊離存在，或寄存於單核細胞內。組織切片檢查時，可見完全類似肺炎的現象。炎症的程度不一致，但劇烈的居多。肺泡週壁的肺間質內可見細胞浸潤與液體的滲集。肺泡內並有液體充塞。肺泡壁細胞的原漿內可見經吉姆薩染色液染色後着紫色的病毒原體。在肺泡與毛細支氣管內，有時可見集集成塊的病毒原體。發病後第二至第三天的鼠肺組織，可製成肉湯懸液 (Broth Suspension)，備作再一次動物通過之用。氏等後又將用鼻滴法感染後，外觀上有病象而尚未致死的鼠肺組織的百倍稀釋液，接種於另一組健康小白鼠，以測定通過鼠肺後的病毒的毒力。受感染的小白鼠，大多在五天内死亡，且有顯著的肺炎症狀。如用千倍稀釋液，則致死的不多，大多僅現輕度的疲乏等病象後即恢復健康。這些並不致死的小白鼠，如在病後第三至第五天剖驗，也可發見肺炎變化。如用萬倍或十萬倍稀釋液，則被接種的小白鼠即不現絲毫病象。氏等又將患病鼠肺組織的萬萬倍或十萬萬倍稀釋液一公撮注入孵養五至六天的雞胚胎卵黃囊內，數天後雞胎可因染病而死。

(未完)

X 光線間接攝影法

朱 濤

應用X光線間接攝影法的目的。是在檢查初期的肺結核和發覺在不知不覺中傳播肺結核的患者。第二次世界大戰時。由於軍隊和工人方面的大量需要。X光線間接攝影的應用範圍。因之有極大的擴展。同時技術方面也因之有特殊的改進。在我國軍隊中。患肺結核之人數極衆。爲欲達到整個醫作業中。決定新兵體格標準（徵兵體格檢查）和保障軍中官兵健康起見。施行X光線間接攝影法。有絕對的必要。

X光線間接攝影法。簡單的講。就是將通常我們用X光線透視時。於螢光板上所見之像。用普通的照相機連續攝影的方法。本法每小時可攝影二〇〇——三〇〇人（Holfeldes）。於四個月間。攝取六十餘萬人。故對於人數衆多的集團檢查時。有極大之價值與便利。並可節省金錢與時間不少。

本法遠在一八九六年 Bleyer 氏已發表螢光板與照相機相連之方法其後 Mc. Intsy, Porcher, Biesalski u. Kohler, Lomon u. Comandon, Luboshez, Dariaux u. Dian, Boehme, Kaestle Stumpf, Reiser 等氏均試驗螢光板透視像攝影的方法。至一九三六年南美 de Abreu 氏和日本古賀氏發表應用普通的小型照相機（Leica, Contax, 等）所攝得的X光線胸部間接攝影像。對於肺結核的早期發見。特別是集團檢查用時。是很有效的。

診斷的價值

多年以來。唯一能發見初期結核的方法。是用X光線攝取肺部的照片。本來我們用螢光板透視肺部即是供檢查之用。如此可省去膠片和拍攝的手續。費用亦減省不少。但是這種透視法用在人數衆多之集團檢查時。便不免有各種弊端發生。例如工作者的易於疲勞。甚至因之疏忽而不能得正確的診斷。並缺少永久的記錄。而且一張普通肺部的X光線照片。有十七吋長十四吋闊。不但需要大量的材料。也費許多時間。且其解釋較繁。儲存亦占地位。故自從 de Abreu 氏與古賀氏發明X光線間接攝影法後。其應用迅速普及。

X光線間接攝影所得之肺部照片。因古賀氏所定以右肺動脈之分枝為檢查的根據後。可證明其較透視法準確數倍。即極細小輕微的病變。也可攝得。例如早期浸潤的淡薄陰影或肺炎的輕微病變。多半可以發見。又右肺葉間的毛髮像的肥厚程度。也得發見。尤其是鎖骨下外側鄰近的病變。亦得確認。

散在性肺結核與肺門部及鄰近縱隔竇之病變。尤其是左側肺中野以下的輕微病變。應用本法發見雖比較困難。然而良好的照片。即可減去這種困難不少。總之間接攝影時陰影出現的良否。與攝影的條件。如X光線硬度攝影時間。螢光板。感光紙。底片等。與夫觀察者的熟練與否有關。

其他胸部以外胃腸及腎盂等之運動狀態作連續的攝影也可應用。

間接的攝影裝置

一、X光線發生裝置

以容量大者為佳。但攜帶用的球管自己整流片裝置亦可應用。間接攝影因係連續使用之故球管以10K.V.以上為宜。冷卻裝置之完備。也是必要的。如係冷空式則像用電扇冷卻那樣的裝置也是必要的。

二、以螢光板為底之角錐形暗箱

此暗箱之頂點有固定照相機之設備。間接攝影時。即攝取放射於螢光板上X光線所發生之螢光像。所以通過螢光板而來的多餘X光線。不可使其到達照相機內。因此於螢光板之內側（照相機側）須插入鉛玻璃。以吸收X光線。僅使可視光線到達照相機。螢光板與照相機間的距離。因為相當的長。所以亦在中間加入一調節器。使此暗箱。自由伸縮其長度。

三、照相機

照相機所用者多為Lica, Contax等透鏡明亮者。鏡頭為F1.5。以前每攝取一人。須用人力將底片捲動。現在則多用電氣自動機。使底片於每攝取一人後。即自動移動一次。又露出時間可用X光線發生裝置調節。僅用time已可。

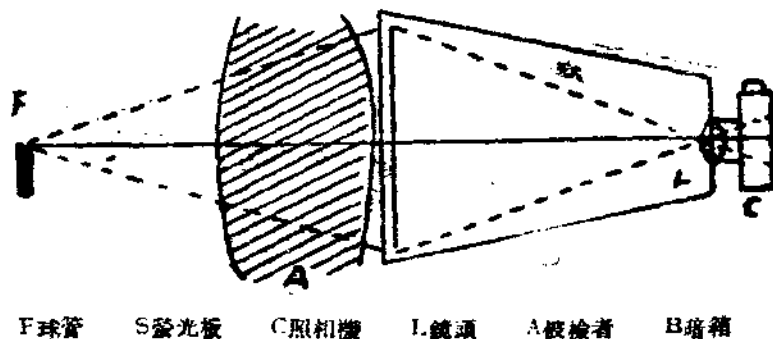
四、底片

底片必須對於螢光板所發之光感應銳敏者。即感光高度的Panchosolín（例如Agfa廠所出的Triosapiod）。普通底片長約100cm可連續攝取三十六人（30×40cm）。

五、螢光板

現在所用的螢光板。係專為間接攝影之用而製成者。即這種螢光板與透視用者不同。能發揮因強力X光線而起的強發光能所遺留的像與次回的攝影沒有影響。又在螢光板的照相機側。插入被檢查者的記名卡片。或用2cm大的鉛製號碼。在攝影時卡片或號碼可與胸部X光線像同時在橫隔膜下現出來。

X光間接攝影的原理



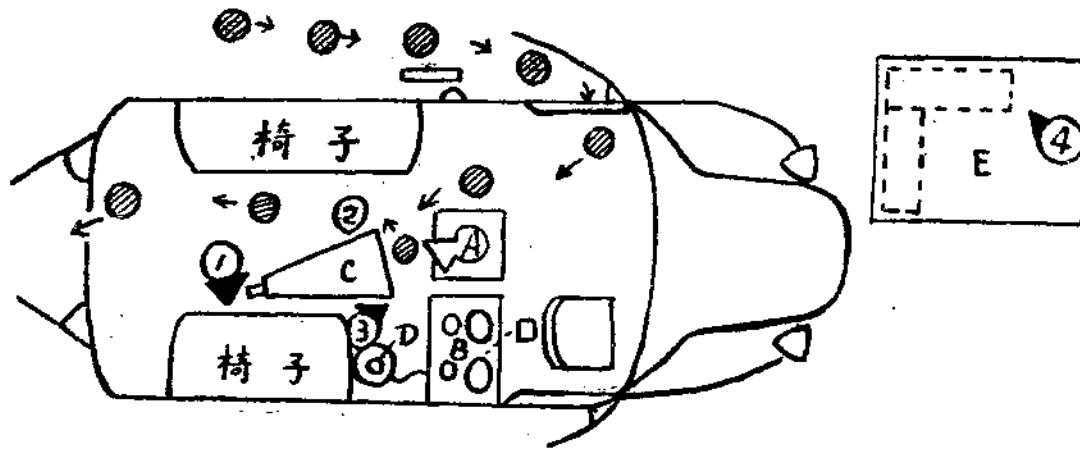
間接攝影的方法

X光線直接攝影時。多係將焦點底片間距離在1.5m—2m之處施行者。而間接攝影法則係用強力光線。因此拍攝時宜儘可能用小量的X光線施行。焦點中間映像膜間距離在80cm至1m之處施行。

攝影時之姿勢與直接攝影時相同。但是施行本法時最重要者應將肩下垂。使肺尖部擴大。而易於診斷。

攝影時以低電壓（40—50KV）大電流為宜（50—57KV, 500—600mA, 0.22秒以下。40—50KV, 20—35mAS）或以80KV以上之電壓及比較小電流者。普通成人攝影時。距離為1m, 75—80KV, P, 60×70mA, 0.3—0.5秒左右。

一九三八年德國與一九三九年英國開始將X光線間接裝置及顯影用器具於汽車內。以作流動攝影之用。我國軍隊分佈區域廣大。尤需此種設備。茲將車內設施位置繪圖說明於後。



A. B. X.光線裝置 C. 間接攝影裝置 D. 腳踏開關 E. 暗室

● 被檢者 ⊖ 拍攝者 ⊕ 管理被檢者 ⊗ 施開關者 ⊙ 顯影者

間接攝影用底片的顯影法與普通X光線底片相同。顯影後將底片捲上。置觀察箱中。用弱放大鏡觀察之。或用放映機使擴大映射於銀幕上觀察之。檢查此種照片的應用。為肺癆專科醫師。如有可疑之處。或決定治療的方針時。則攝取直接攝影大照片。以備作更詳細的檢討。





縛紮止血帶于知覺消失後 施行截斷術的一些報道

活組織假使處在冰箱中而並不處在冰點的冷度裏，說是仍舊可以活着好幾天的功夫。美國紐約州立醫院醫師Allen氏亦謂：四肢或身體其他部份如以冰水使之變冷，雖然到了冰點度，也是無害的，其時組織的生活力雖告暫中輟，但溫度一經回復，活力是跟着就復原的。如若要使某一肢變冷而消失知覺，祇要小心翼翼的去縛上一根止血帶，使血運循環完全遮斷，那末二三小時之後，便就達到目的，凡在止血帶縛紮的下部，就能呈現缺血和知覺消失的狀態，至少可以維持八小時，假使是在適應的情況中，那末延長到(48)小時，也是無所損害的。現在就于這樣的知覺消失而施行截斷術則不但沒有痛苦，而且也不會有出血，休克和體力消失等情事發生，神經位于冰冷與沒有血液組織的環境中，是不會有傳達疼痛的興奮和有害的反應發生，冰冷的組織亦不會吸收毒素的產生物，使之發炎，亦不會使一個傳染了的創傷範圍擴展開來。說到愈合方面，祇要止血帶解除，溫度回復過來，並不會遭遇任何阻礙的影響，因為循環是慢慢繼續恢復的，所以也不會有水腫與疼痛的發生，據許多人的報告，結果都一致稱道，以本法施行于糖尿病性壞疽症據說死亡率亦見減低云。

頭蝨之新療法

L.P. MacHaffie氏推賞百分之十五之無臭精煉煤油治療頭蝨用後不必以手巾包頭，亦不必洗頭，就能一次殺死蝨子與蝨卵，而所費祇需美金(2—3)分錢。

腺膏劑與早老性癡呆的治療

蛋白質特別動力作用的減低，常為早老性癡呆患者新陳代謝機能混亂的先發症狀。

關於蛋白質特別動力作用的進行，是須藉着腦垂體的，因為在孕婦的小便中，經查明含有腦垂體前葉樣物質，所以Fisher氏便取孕婦之尿，製成膏劑以之治療(93)個患早老性癡呆的人，其中(59)人症狀減輕，(20)人大見進步，(14)人無效，這種治療法，近年更有進步，毫無危險病者的精神變態，大多可在半年左右消逝云。

溺水急救與游泳禁條十則

淹死所需要時間的長短，是因人而異的，從水中撈起後，呼吸雖已停止，但時間並不甚久，總要認他還是可救的，這個時候，不要為了解衣檢驗或轉移地方，而有片刻的耽誤，應該將他伏臥地上，施救者則橫跨在他的腰部，用雙手摟抱他的近頸部提起來，俾他的頭胸部得以盡量的往着下垂，這樣的姿態要支持15—20秒鐘，使呼吸道的積水外洩出來，於是便迅速開始施行人工呼吸，藉以激發自然呼吸的回復，同時要很耐心的做去，有的時候或許要費二三小時的功夫，凡有一線希望存在的時候，不要灰心中輟，呼吸一經回復，亦不要馬上離開，仍就要密切注視，此際的呼吸乃是很弱的，我們可以用一片乾的毛羽，放置到病人的鼻孔前面，來檢查他的呼吸動態，是否持續不停，還是有繼續施行的必要，如果呼吸已能自然進行，則應該將病人確保溫暖，在神智尚未十分清醒以前，不要飲以任何液體，或任

意搬動病人。

爲了游泳而遭滅頂的慘案很多，現在定出禁條十則，如能嚴守不墜，是定然可以減少不少意外的：

1. 飽食後至少過兩小時始准游泳。
2. 除非有諳熟的技術不可隻身去游泳。
3. 身體熱極時不可驟入水中游泳。
4. 自己知道有心臟病的不可去游泳。
5. 體力已感疲乏時不可再繼續游泳。
6. 涉水時不可將手按置頭上因爲偶涉深潭時正要靠手去應急。
7. 在逆流中不要奮力掙扎因爲流水的動力它會將你浮上水面。
8. 吃幾口水不必力拒清潔呼吸道到是第一着。
9. 不可叫救命爲兒戲因爲生命真在千鈞一髮之際，便不會有援手到來。
10. 深淺莫測的水中不可鑽頭作潛水之遊。

急救的一般標準規條

- 一、施救者的態度要從容不迫。
- 二、用在創傷的一切措施要輕巧，要絕對避免不潔物的接觸。
- 三、要徹底完成止血。
- 四、要先驅散羣衆的擁擠，然後以迅速鎮靜及有秩序的去施行檢查與治療。
- 五、要將緊扣的衣服鬆解。
- 六、要確保溫暖。（在急救的病案中適應保暖的比需要冷的來得多）
- 七、骨折的病案必須要在受傷的地點充分完成固定，有創口者並應以無毒法處理創口。
- 八、腹部受傷的病人，在診斷沒有確定前不可給以任何飲食。
- 九、要安置病人於舒適的位置，予以止痛，如情形許可則應該將病人從受傷的地方搬移到清靜之處，不因頭部外傷脊椎骨折，休克甚重者，則應對對情形不可任意轉送。
- 十、治療休克。（除非有特殊的理由以外，酒類的興奮劑，常常可能的使創傷加重，要用的

話，還是熱茶熱咖啡等較爲有益）

百日咳菌苗的預防注射

Havana市嬰兒保健部主任Argudín garcía氏於1941年（1—7）月止，曾以百日咳菌苗注射兒童（1,556）人以作預防，第一次於皮下注射（0.25）公撮，第二次（0.5）公撮，第三次（0.75）公撮，第四次（1）公撮，每隔三日注射一次，統統沒有強烈的反應發生，注射後檢驗的血圖中，均呈現了後天免疫性，仍舊發生百日咳的祇有百分之五，但症狀是很輕的，足見預防注射是一定可使病率與死亡率統統減低的。

瀉劑對於傷風有益嗎？

Smith與Baier二氏曾在Beuning和Georgia兩要塞處從事研究傷風是否適應瀉劑的內服因大便通利而有治療上的裨益，受治的士兵共計（1,013）人其中（303）人內服蓖麻油（217）人內服硫酸鎂（493）人完全沒有服任何瀉劑。結果，沒有服瀉劑的士兵，經四日恢復工作者佔百分之九十，服用蓖麻油者佔百分之七十，服用硫酸鎂者佔百分之七十九、三〇氏等在統計中證明服瀉劑的人，體溫回降較慢，所以須要休息的假期亦較長。

一再使支氣管鬆弛與頑固性哮喘症的治療關係

原因不明的頑固性哮喘症，支氣管持續的發生痙攣，是很可能使肺臟受到損害的結果，茲提出兩項治療辦法，其一在獲致其治療之效，另一在能抑制其發作那就是一再的去設法使支氣管的肌肉在從痙攣的狀態中，可以得到鬆弛。

治療的方法：

1. 以Aminophylline（0.5）公分施行直腸滴注法每日（1）（2）次連續施行（1—3）星期
2. 每日吸入氮氧合劑（Helium-oxygen mixture）（1—6）小時連吸五日之久
3. 有些病案可於滴注於直腸內的aminoph-

ylline 溶液中分次加入二氫嗎啡酮，以至總劑量到達(2)公絲

4.每日內服碘化鉀飽和溶液(1—3)公撮

5.每日以噴霧法吸入(1:1000)腎上腺素也有不少病案可用百分之一新奈弗林(Neosynephrin)(1—5)次

用上述各治療法使哮喘病免予發作，或發作後症狀減輕者佔57%，病症甚輕因感受腎上腺素而獲致恢復者佔26%無效者佔17%

用上述方法在(57)個病人中，行至(91)次的治療症狀在(1—4)個星期中改進者計(36)例須(1—4)個月者(20)例(5—12)個月者(20)例一年以上者(15)例

是(20)個病人施行單純的Aminophylline溶液直腸滴注法連續施行(3—5)日之久症狀消失或減輕者計(8)例，病症甚輕治以腎上腺素噴霧吸入法而告恢復者計(14)例無效者(18)例合共(40)例

用氮氣合劑吸入法與Aminophylline直腸滴注法施行合併治療，結果甚為良好者佔83%，凡有官能性肺氣腫呈現者則更為適應。

無菌性膿尿

患膀胱炎與腎盂炎的小便中，查不出細菌出來是很多的，腎結核的小便中查不出耐酸性桿菌，也是可能的，因大腸桿菌傳染的病案，由於大量的細菌被吞噬作用或嗜菌體所毀滅，以放在一個相當的時期中，小便中亦竟查不出細菌出來，機械的原因如結石，化學的原因如樹脂脂斑蝥等刺激都會發生血球尿，但畢竟沒有傳染的存在，諸如此類，其與真性無菌性膿尿不可混淆，而是要設法加以鑑別的，它們在小便的檢查中，雖然檢不到細菌，但是接種於荷蘭豬，或者去特別培養郭氏桿菌是可能呈陽性的。

無菌性膿尿或者叫做Soenderland-Wildbolz症是一種慢原因不明很痛的疾病，患者幾全為青年而均屬健康者病徵由膀胱發炎開始，而有許些腎盂炎的徵候，小便濃厚，自始即混有血液，含少量蛋白，白血球甚多而無管型，疼痛甚劇，惟

類同腎石絞痛者罕有不發熱膀胱鏡檢查呈瀰漫性炎症，不若腎結核係局限局性者，輸尿管口或正常或腫脹，凝脂的排洩很少有延緩的情形，雖然如此，就理論而言，即使是一個正常腎盂攝影圖也是不可能將腎結核區分出來的，職此之故，所以患重型腎盂膀胱炎而小便是屬於無菌性膿尿者，則就該想到它或許就是Soenderland-Wildbolz症的證據。

Wildbolz氏謂：本症雖始終沒有檢到過螺旋體的事實證明但新酒爾佛散可以迅速治癒。

Dilautin Sodium 與苯乙基巴

比土酸合用治療癲癇法

Merritt 與 Brenner 二氏從(100)個患癲癇者，治以單純的dilautin sodium而不能遏制其抽搐之發生後，於是再加用苯乙基土酸治療之，結果：(100)人中改進者(13)人稍見改進者(21)人依舊者(66)人，氏等謂：百人中(66)人之所以無效者，乃因其抽搐之發生，或為意識運動性的，或為乍克森氏癲癇之故，茲為謀求癲癇治療上的滿意起見，則上述二劑除必須合用外，並且還要用足劑量。

血鈣正常的手足搐搦症

某四齡女童，於過去二年之中，發生腕足延攣，接連八日之久，惟並不累及身體其他部份，神經檢查正常，血清中鈣質的平衡為10.4%公絲，無機磷為5.8%公絲，腦脊髓液的壓力為(180)公釐，統統是正常的電激反應增加，X光檢診，左右第一掌側處脫節，檢視其母之掌亦復相同，然脫臼不甚明顯，本症可以診斷為Madenlung's症，觀乎檢查所得之結果，有信手足搐搦症發生之原因，乃係內分泌混亂而作用於中樞神經所致云

★ ★ ★

醫學文摘

馮冠華

灼熱性神經痛 Causalgia. (一九四六年十二月份芝加哥外科婦科產科雜誌)

J. L. Ulmer 及 F. H. Mayfield.

Ulmer 及 Mayfield 就七十五例灼熱性神經痛患者加以研究。其中七十二例係採外科療法。交感神經截除術勢必完善。損傷之處於坐骨神經上傷重者必將高至第十一胸神經節之交感神經鏈截除。上肢之損傷，神經節前之手術始稱圓滿。將相當之神經鏈加以普魯卡因局部麻醉劑之阻滯，殆為診斷上必須之步驟，如以之

法療，似無確效。將損傷部份之神經截除，常可減除痛苦。神經分解術 Neurolysis 及動物周圍交感神經截除術并無效力。診斷一經確定，應即施以交感神經截除術以防經久疼痛而致之精神損傷及關節硬直之殘廢。灼熱性神經痛每繼不完全性神經損傷而起。疼痛解除後其機能之恢復常甚迅速。原發性神經縫合絕少適應。

重症貧血患者之心臟 (一九四六年十二月份倫敦熱帶醫學及衛生雜誌)

M. Geltand.

據 Geltand 之研究，在歐洲因重症貧血而致之心臟衰竭并不常見，因每年皆必經常實行體格檢查，如有貧血，未俟其發生心臟障礙即已治療矣。但在非洲則不然，故其因貧血而致之嚴重心臟疾患甚為普遍。該類患者入院時其血色素每低降至 10—20%。治療之四十二例心臟疾患中，有七例係因貧血而致之充血性心臟衰竭。

貧血雖嚴重症狀雖顯着如經適當治療常即恢復。其十分嚴重之患者，應立即給予輸血治療，用五百公撮緩慢注入。并給予新鮮或略煮之肝，每日半磅，及口服鐵類丸劑，此外只給予母乳片。其嚴重貧血之患例常須輸血三或四次。至心臟疾患悉宜令患者取半臥位休養之。

肺結核之肋膜外人工氣胸法 (一九四六年十二月份倫敦胸部雜誌)

H. Reid.

Reid 報告五十四例肺結核於 1938 至 1944 年間經行肋膜外人工氣胸治療者。五十四例中有十一例顯示結核性傳染，四例則由於肋膜外間隙內之其他傳染。留於療養院中之三十七例，其痰皆有顯然變更。死亡者八例：一例死於手術直後，四例因為手術後疾病之蔓延，三例則於

手術後四年內因該病之些微傳染。十七例中有十一例，其肋膜外間隙，四年後完全閉塞；其餘六例之肋間隙仍有臨床之現象亦佳。此等結果顯示肋膜外人工氣胸法非僅為肺結核之救命法使其安然渡過能以忍受胸廓成形術而且為胸廓成形術之先驅，足以避免沿枝氣管之傳播，肋膜外皮

肢接管之形成及休克之發生。 肋膜外人工氣胸 嗽及吐痰，其效足可維持四年以上。
常予病人以良好之全身情況，工作效能且減除咳

打穀者病Thresher's Disease (一九四六年九月份瑞士巴西Schweizerische, Medizinische Wochenschrift)

W. Hoffmann.

Hoffmann敘述一病乃發現於參與打穀機工 度衰竭及站，行不穩，其病原菌或為一種微菌，
作者中，係由吸收打穀所起之塵灰而致，病人每 於空曠場所打穀或裝置吸收塵灰器足可防制此病
發熱延續一至五日，咳嗽，大量出汗，頭痛，極 發生。

腹膜內手術視區之增大 (一九四六年二月份巴西醫學雜誌)

I. E. Cardoso.

Cardoso 報告六十七例，於腹膜內注入二十 公撮靜脈血後再行腹膜內手術則其手術視區即行
增大，如能按下列方法實施注射則其功效尤佳： 再自腹半錢緩緩注入腹內；繼之將氣體與糞便
即於手術前二十四小時給予病人以蓖麻油或其他 排盡而使肋部完全空虛約十至十五小時，此時腹
鹽類瀉劑；十二小時後自病人靜脈抽血二十公撮 膜內顯露之視區即逐漸增大，此種注射絕對無害
，因二十四小時內，血液可以吸收也。

石棉病Asbestosis. (一九四六年十一月份丹麥哥平哈金病理微生物學雜誌)

L. Noro.

石棉工廠之二工人因久與石棉為伍竟致死亡 之改變為組織內因針狀晶體而起之反應，其後發
，將此等工人加以X光檢查發覺被檢查之一百六 生滲出性細胞浸潤并伴以內含異物巨大細胞之增
十七人中竟有65%係患石棉病者，該病顯微鏡下 生，及間質性結締組織

本刊介紹

空前巨著 人體系統解剖學 第二版 發售預約

國立瀋陽醫學院解剖學研究所教授

張 康 著

自科學醫傳入吾國，垂八十年，經時雖久，而對醫學基礎之人體解剖學，殊不多睹，間或有之，多趨簡略，取作參考，常感不足，其於吾國醫學科學之發揚，障礙甚大。況世界大戰已告結束，國內醫學正待發展，莘莘學子及臨床家，每以不得解剖學之善本為苦。以復雜艱深之基礎科學，既無詳細之理論為之補助，更乏淹博之載籍為之宣導，其於實地應用之障礙，尤不堪設想也。著者有鑒於此，特秉已往教學之經驗，輯成是書，以供醫界之參考。本書第一版於民國三十四年春，曾經付梓二千部，出書之後，隨即告罄。繼而屢經搜羅，反復增補，內容更見充實。現將再版稿件，整理就緒，業經付之剞劂，短期即可出書，因此預先發售預約，以應時代之需求。

預約辦法

- 一、預約期限：自即日起，自本年七月底止。
- 二、定價：精裝每部七萬元，平裝每部五萬五千元（均按國幣計算）。
- 三、優待預約：在預約期間一律按定價之七折優待。
- 四、出版額：一千五百部。
- 五、預約足額：五百部。
- 六、預約券：凡預約本書者，在限期內，須將預約書款一次付清，然後由本書發行所發給預約券為憑。外埠預約者，將款交銀行或郵局（郵票不收）匯到後，立將預約券快函寄上。
- 七、郵包費：無論遠近一概免收。
- 八、取書手續：出版後專憑預約券一張向本書發行所取書一部。
- 九、出版日期：民國三十六年八月底。
- 十、發行所地址：瀋陽市國立瀋陽醫學院解剖學研究所電報掛號瀋醫七五五五號

交 換 綳 帶

五

鍾 志 謙

三一、非常重要而且極深部位的創傷，在萬不得已時，宜少用探針，既可減免重要器官，血管和神經等的損害，而且可以稍減創傷傳染的機會。

三二、以迨金氏溶液經久洗滌或電數創傷的，尤其是分泌物極多的一個創傷，那末創傷四周圍的皮膚便得要保護，不使刺激皮膚發生炎症而糜爛，則應以硼酸軟羔等塗抹，或覆以黃石脂紗布。

三三、創傷的旁側，有的時候，往往會發生一個新的小膿腫，而是由於舊創旁枝側道形成的原故，祇要從舊創的側道口，用鑷子伸入予以擴大，就能完成通暢排液的目的，另施切開排膿術，每每是不需要的。

三四、很深或有袋角的創腔，膿液停滯不易排出，所含菌毒的吸收，比之流瀉無阻者，更為可能，所以便得安置引流物來引導液體的外泄，引流物粗細的選擇，應以膿血得能暢通流出為標準，安置的地位，必須深達創腔的深部，如用橡皮管則應當在管的旁邊，作幾個側孔，但是橡皮管的刺激甚大，使用要仔細，引流物的安置而且要固定，不要任其移位，墜入創腔，所以必須在露出端貫以安全針，除此以外，引流物是切忌放置在肌腱處，致肌腱容易腐脫，或接近大血管處，可能使血管潰蝕破裂而出血，亦不可放壓神經幹上，而起不可忍受的劇痛，還有顱內，關節內，和斷骨間插入引流物，統統是不許可的。在手術的時候，放置的引流物，都應當於二十四至四十八小時內撤去，如果仍舊需要，則可代以黃石脂紗布條，無論如何，放置在創腔裏面的深度，都應該開始逐日縮減。

三五、有大出血危險性的創口，在交換綳帶以前，應當備好橡皮止血帶，以資應付出血的預防，正值交換綳帶時，填塞了的紗布，應當緩緩將中央部的先抽出，那末四周的便寬鬆，取出比較容易，於是出血的危險，也可隨之減少。凡是從動脈而來的出血，我們知道其色鮮紅，隨着每一次的心跳而噴射，由靜脈而來的出血，則血色深暗，而不斷流溢，至於由毛細血管而來的出血，乃是屬於無數小出血點的外滲，真的是微小血管的出血，那末緊壓綳帶法已足夠制止它，但是必須清除血塊為首着，然後以食鹽水或黃石脂紗布很有順序的予以填塞，多能完成止血的目的，為防免重行出血起見，可以間隔二三日甚或一星期再予交換綳帶。因為創傷經過這一階段，大致已長滿一層肉芽了。無論新創或傳染創的大出血，縛紮止血帶，以留待手術處理者，經過二三小時以上的時候，應緩緩鬆解，稍稍恢復其循環而再緊縛起來，否則便有形成壞疽之危險。

三六、許多的傳染創傷，會發生令人討厭的惡臭，得能經過一二次嗅聞的經驗以後，到也很有幾分診斷上的價值，譬如梅毒性潰瘍，奮森氏咽峽炎，走馬下疳惡性腫瘤的潰爛和創傷腐敗性傳染等分泌的液體，統統有微臭的氣味，等到有真臭濃液造成的時候，便是混合傳染的結果，則又有特殊的腐敗臭氣，祇要一個病案，就能夠使一個病室烏煙瘴氣令人欲嘔，這樣的創口，用過銨酸鉀或迨金氏的熱溶液先浸上二十至三十分鐘，雖然是最通常的方法，但常常是有效的。

三七、創傷生蛆在炎熱的季候，是屢見不鮮的，它在創傷裏，具有物理的，化學的，酵酶的，和殺菌的相互有關作用，至於他致力在生物學方面的能力，祇限定在活組織之內，功能是非常奧妙的。

1. 物理的——它有輕度的刺激作用，能使健康的肉芽迅速生發，又因為它能使創傷產生較多的滲出液體，所以有物理的洗淨創腔作用。

2. 化學的——身體各部的組織在正常的情形之下，它的反應是保持着中性的，如果一有損傷，那末組織內，就會有酸性的新陳代謝產物存積，同時壞死的組織，因為分裂的緣故，產生了酸性的蛋白產物。這種情形，能使組織內的氫游子濃度，由中性反應轉變到酸性反應，那末它將如何影響創傷呢？據 MENKIN 氏的見解：組織受傷以後，嗜中性白血球可被弱酸性的受傷組織吸引過去，酸度達到頂點的時候，一方面嗜中性白血球遭遇毀滅，另一方面巨噬細胞，則又被它吸引過去，假使巨噬細胞它可能有的貪食作用，足能遏止酸性產物的出現，那末壞死組織的酸度，就可減低，炎症也就可以自然消退，換過來講，若是壞死組織的酸度，有增無減，巨噬細胞也同樣地遭遇毀滅，化膿便是它的結果，一直等到組織的中性反應能重新建立的時候，淋巴白血球和漿細胞(Plasma Cells)纔能由酸性反應恢復到中性反應，或者是這樣說：組織的趨化性(Chemotaxis)由中性到酸性，或是由酸性到中性，似乎是依賴着各種的細胞原質聚集在受傷組織的炎性反應內，所佔有的地位如何來決定的，同時創傷能否愈合的關鍵也似乎在組織的中性反應能否重建起來。而蛆在創傷裏面所起的化學作用，據說它能阻止細菌的生長，使組織由酸性恢復到鹼性。

據 William Robin 氏謂：活蛆在創傷內，能促使創傷的愈合，是要歸諸於它所分泌的兩種分解性新陳代謝(Catabolism)就是尿質重與尿素(Allantoin Urea)。惟產量不多，除此以外，產量較大，而同樣有效於創傷愈合的活蛆新陳代謝物乃是碳酸鹽(Ammonium Carbamate)，它是一種不安定性的物質，能迅速轉變，成為重碳酸鹽。

基於活蛆代謝產物促使創傷愈合的指引，有人便以2%之碳酸鹽及重碳酸鹽敷以之敷療犬與兔子分泌極多的潰瘍，敷料到須每日濕潤幾次，2-3日之後，就會見到愈合的現象開始呈現。這兩種溶液的功效，完全相同，並無差別之處，從這個實驗之後，於是0.25-4%的重碳酸鹽便轉而治療到人的膿性創傷裏去，短者十天，長者兩個月，結果可說相等美滿。至於活蛆與重碳酸鹽之所以能促使一個創傷愈合的關鍵，都不外乎創傷內鹼性的建立。說到尿素中要使之產生重碳酸鹽，則須藉着一種酵酶(Enzyme)，叫做尿酵素(Urease)，它在組織裏面和活蛆的分泌物中是很多的。

3. 酵酶的——創傷壞死組織的消化酵酶，可以促使創口提早清潔。

4. 殺菌的——蛆的代謝產物，能催毀細菌的消化道和其賴以生存的營養基，所以具有殺菌作用。

5. 生物的——它能刺激組織生長，形成尿囊質。

蛆的功能限定在活組織之內，所以應用的原則，先要澈底的清理創傷，移除壞死的組織和碎骨片，用在慢性骨髓炎乃是最得體的。實施的方法：先拭淨創腔的膿液，再以百分〇、二五的碳酸鈣溶液灌溉，以助發炎的酸性組織回復到鹼性，然後將蛆置入，瀰蓋創面，四週皮膚則覆以不透水的布紙等，以免免蛆所分泌的消化酵酶的刺激，創腔內則可輕輕充填紗布，上置棉墊，為使患者的舒適起見，每日更換一次，俟上皮開始生發而終止治療，不過用活蛆放在創腔裏，蠕爬得毫不間歇，常使人難忍憎厭或許會擴大創口，外觀上也不悅目，縱易營養，消毒却很困難，因此曾經有人取其仔蟲作成鹽溶液浸解的流浸膏和軟膏使用，據說功效是相同的，這樣說來活蛆是可以摒棄不用了。

介紹上海總醫院之營養設施

東南日報 (上海)

· 程俊濤 ·

吃飽的人未必健康 國人所食或非所需

陸軍醫院將設營養專科 蔣華談美營養工作情況

(本報專訪)上海陸軍醫院鑒於食物營養的重要，將於本年九月，開設營養學科，訓練營養專門人材，着重於病人食物的研究，每年最少可訓練二十人，負責人是現在該院新任食物部主任蔣華女士，蔣女士是美國康納爾大學營養系畢業生，去年年底從美返國，對於宣揚，及推進國內營養工作，抱有極大的熱忱。

「戰後的糧食恐慌雖然是這個世界嚴重的威脅，飢餓帶來了疾病與死亡，然而疾病與死亡，並不能單純說是飢餓所引起的，營養不良也是一個主要的原因。」蔣華女士和記者談起營養的重要時，特別指出這一點：

「營養不良的原因不單是由於缺少食物，也是由於不知選擇所需的食物，很多人，尤其是有錢人，當然不愁缺少食物，可是，由於不知選擇食物以致引起疾病或不健康的徵象」，蔣女士這樣解釋着說，接着蔣女士便告訴記者美國現在對營養的重視，和營養工作的推進情形：

美國的營養工作

在美國的報章雜誌上，常可看到關於營養方面的特稿專論，尤其，一般食品廠家和商人的廣告，例如，在餅乾或奶粉的廣告裏，必有說明這些食物所含有的維他命種類和成分，使人一目瞭然，此外，學校裏又設有營養常識班，講授普通的營養學識，大學裏又專設有營養專修科，並且還有營養系。

美國各州，大多有「食物學協會」的組織，負責人都是營養學專家，任務是推進宣傳營養工作，及研究提高食物之營養價值

吃飽的人未必健康
國人所食或非所需
陸軍醫院將設營養專科
蔣華談美營養工作情況

本報記者上海陸軍醫院專訪。蔣華女士，現任該院食物部主任，去年年底從美國康納爾大學營養系畢業。她對營養工作，抱有極大的熱忱。她指出，戰後的糧食恐慌，雖然是世界嚴重的威脅，但疾病與死亡，並不能單純說是飢餓所引起的。營養不良也是一個主要的原因。她特別指出，營養不良的原因，不單是由於缺少食物，也是由於不知選擇所需的食物。她談到，美國現在對營養的重視，和營養工作的推進情形。她指出，在美國的報章雜誌上，常可看到關於營養方面的特稿專論，尤其，一般食品廠家和商人的廣告，例如，在餅乾或奶粉的廣告裏，必有說明這些食物所含有的維他命種類和成分，使人一目瞭然。此外，學校裏又設有營養常識班，講授普通的營養學識，大學裏又專設有營養專修科，並且還有營養系。美國各州，大多有「食物學協會」的組織，負責人都是營養學專家，任務是推進宣傳營養工作，及研究提高食物之營養價值。

，此外，各大城市尚有食物介紹服務團的組織，為各社團，學校，工廠，以至私人解答各種關於食方面的問題，如食物的購買，烹調，準備，供應，與侍應的方法，菜單的配置，食物與估價等等。對於一般的問題，各團還備有小冊子，以備社團及私人作參考，這些服務團，有些工作得很成功，有些却進展得很慢。

關於社團營養教育的推進，有下列方法。

(一)「維他命遊戲」(Vitamingo)。

(二)「七樣基本營養料」的表格。

(三)「食物價值表」。

(四)孩童營養班一課程於十二小時授畢，教授孩童一切基本的營養常識。課程名為「烹飪是有趣的」，大學裏也設營養班，用餐時，解釋每一樣所食東西的營養價值，家政系內，營養學是必修科之一，並介紹所用工具，如何避免食物之浪費，及經濟時間。

在學校的餐室內，星期菜單，是在一個星期前便印好的。

演講，電影，出版雜誌，畫報，均為宣傳工作之重要部門，為了製造模範食物，以便社團及私人仿用，有一部分食物服務團則採用「格案法」。調查一個社團裏，每一個人所食之物，與生活情形，找出最合乎營養標準的食物，作為模範食物。

關於營養專科，修業期滿需要五年。因為這一科所需的時間，實和學醫科不相上下，所以學的人也不頂多。

現在美國的工廠，半數以上是有專門的營養人才專司工人的食物的，大多數的學校廚房，也注意供給學生所需的富有營養料的食物。

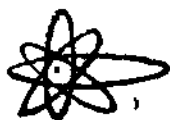
政府協助推進營養工作，一九四二年時，於戰時食物管理局內，政府特設促進工人營養計劃組。現在又注重於土壤和肥料的改良，以增進產品的營養價值。

所食非所需

談及中國的營養情形時，蔣女士稱，大多數食得飽的人還是有營養不足之病，這因為他們缺乏營養常識，不知選擇適宜的食物，以致所食非所需，疾病也因此發生了，同時產婦的營養不足，使下一代產生先天不足的毛病，這是中國人健康的一個威脅。

宣揚和推進營養工作，在中國不是不可能辦得成功的，不過，營養方面的人才，中國實在是太少了。

「我深信，假使中國多點這方面的人才，營養工作的宣傳與推進，實可使中國人在同樣的經濟環境內，因對食物選擇適當，而使疾病減少，健康增強。」蔣女士最後對記者這樣說。





美國陸軍部軍醫署

之組織概況(四)

(攷察報告)

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，極爲珍貴，承惠允於本刊發表，增光篇幅，謹申謝忱！並爲讀者介紹。此爲我國建設新軍醫前途，最有價值之參考資料。
。編者。

史料組

一、組織及人事：該組直屬於署長分五股如下：

- (1) 行政組 (Administrative Branch)
- (2) 史料分析股 (Source Analysis Branch)
- (3) 著述股 (Editorial Branch)
- (4) 歷史研究及手錄股
(Historical Research And Manuscripts Branch)
- (5) 海外股 (Overseas Branch)

工作人員有軍官四員，文官雇員二三人，全數將增至三五人。

二、作業概況：該組主要任務，係爲過去戰役作一歷史性報告，一八七七年南北戰役，即有軍醫史之編輯，計有四冊。第一次世界大戰軍醫史有十五冊，每冊有五〇〇—一、〇〇〇頁。

編史材料，係根據各衛生機關所送之週報，月報，季報，及年報等，此項報告，經核閱後，摘錄標題，印成目錄卡片，存組供編輯者隨時調閱。有時即將原報告，用照相翻印，分送主編者翻閱。又

各戰場，均有專人作史料報告，此種報告亦為編史之材料。各種科目之主編人，均為有名望與經驗之專家，並義務寫編者。

報告性質大概分為二種，一為行政報告，一為技術上經驗報告，過去所編者，均為混合性寫編，現時所計劃編報之第二次世界大戰軍醫史，擬分開編寫，因閱讀之人不同，而其目標，亦各異，其預定編纂方法，分四種如下：

- (1) 職業讀者 其內容屬於各科技術上報告，為各科軍醫醫師之讀物，預定二年編成。
- (2) 普通讀者 其內容屬於普通一般作業報告，預計有八冊，每冊五〇〇頁，約三—四年編成。
- (3) 軍人讀者 其內容偏重與軍有關者
- (4) 一般大眾讀者 其內容總括概述，使大眾明瞭軍醫與大眾之關係。

第二次世界大戰，軍醫業務之進步值得一書者，為傷患之迅速運輸，外科手術，及血漿之應用等，尚有破傷風之減少，亦值得一記，四年來，因傳染破傷風而死亡者僅五人，一九四二年二人，一九四三——一九四五年三年，每年僅一人。惟據預防醫學組傳染病管理股股長之口頭報告，則謂二次大戰美軍因患破傷風而死者有十二人，就中有四人，各經破傷風抗毒素注射之。

破傷風抗毒素之應用，受傷後，注射三次，每次一公撮，第一年底再注射一次，以後如不受傷，則不再注射。

附：第二次世界大戰軍醫史編纂綱目計劃

甲、職業讀者

- 醫學統計
- 預防醫學
- 普通內科
- 熱帶內科
- 外科
- 放射學
- 神經精神病科
- 航空醫學
- 病理學
- 牙科
- 獸醫學
- 化學戰爭醫學
- 戰傷學
- 體格標準
- 復健
- 食物營養
- 理學療法

乙、普通讀者

- 運用及行政
- 組織及運用計劃
- 人員之羅致、任用、及訓練

衛生器材及財務事宜
醫院之建築
對德戰爭海外衛生勤務
對日戰爭海外衛生勤務
海外傷病之後運，國內之衛生勤務
預防醫學——預防醫學計劃之組織及行政
預防醫學——軍人及人民之健康計劃
內科、職業治療
外科、職業治療
神經精神病科職業治療
陸軍牙醫團
獸醫團
復健
航空醫學——國內空軍衛生勤務之組織及行政
航空醫學——戰區
陸軍中婦女之護理

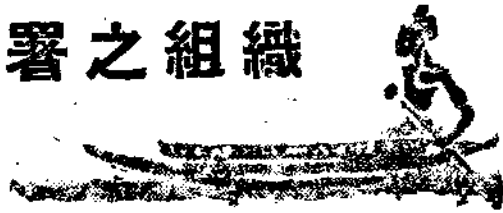
丙、軍人讀者

軍事醫學之專論
特種部隊衛生勤務之組織
技術業務人員之計劃
專家之有效利用
普通房屋改為軍事醫院
陸軍醫院之地點——有關部隊之集中，及海外傷病之後運
床位之運用
訓練方法
師之衛生勤務
體格標準及人力問題
衛生器材之標準
其他部門之準備
海外器材之保養
兵器醫院之選用
運輸艦改為衛生船
休養營房

丁、一般大眾讀者

統括概述於人來，使明瞭軍醫事業與大眾之關係

蘇聯海軍軍醫署之組織



天津總醫院
鄭德悅譯

本文譯自一九四五年十一月份美國海軍醫學雜誌 (United States Naval Medical Bulletin)。

原著者為蘇聯海軍軍醫署長安得瑞少將 (Fedor Andreyev)。

蘇聯海軍軍醫署戰時之三大任務為流行病之預防，傷病治療機構之促成及艦隊與航空部隊戰時所需之合作。

最高超之軍事計劃可能因流行病之發生而失敗，歷史上已有前例，如拿破倫在亞拉伯進軍時因鼠疫之流行，兵士損失極巨，因此種流行病之威脅，以致自敘利亞撤退。

自一九四一年德蘇展開淩絕惡戰後，各海軍根據地撤退之海軍人員須重新調動，海軍軍醫署之工作，遂益繁忙。然按戰時三年之統計，海軍人員之病率，尤其是傳染病率，並未較戰前增多。

海軍軍醫署之第二任務，即傷病之治療，此乃人道問題，一朝解決，可令經過訓練及富有戰鬥經驗之兵士重歸部隊。據法人云，第一次歐戰時法軍因百分之八十傷病兵經治療後重上戰場，遂擊敗德國。

傷病兵歸隊之問題各國皆甚注意，而德國陸軍部於第一次大戰時竟不以為然，據法國克 (Clavelin) 醫師著「陸軍外科軍醫與野戰軍醫」內所述，一九一八年德軍佔領 Leon Notre Dame 時，一德醫曾向一法醫云：「你們消耗金錢治療傷患，而我們却用之製造大砲彈藥。」於此可見一斑。

近代海軍之技術專門人員，實為國家一大投資，彼等皆經長期訓練與苦心栽培者，軍醫署能盡心力，以使其從速歸隊，乃極合理之道也。

對於蘇聯軍醫署工作之效能，現在若下結論為時尚早，因許多材料仍未經過仔細研究，但以其成果言之，則與最後結論或相差無幾。根據海軍軍醫署統計股之資料，傷患歸隊之數字比任何醫學文獻所發表者為多。

海軍軍醫署之第三工作為軍艦與航空部隊實行作戰使命時之合作。此種工作包括體格檢查、船員、潛水艇及航空人員之選擇，並注重飯食、軍服、日常規則、娛樂設備等，以增進空軍與潛水艇人員之健康。對於技術方面如潛水艇中空氣之清潔，軍艦與潛艇之設計，海軍根據地，兵營與砲台之建築，軍醫署無不輔佐而加以解決，關於夜視問題及航空員司，高射砲手，偵察隊員等之光線調節問題，亦為海軍軍醫研究之課目。

——蘇聯海軍各戰區戰略上所處之地位——

蘇聯為一海軍國家，具有三萬五千公里之沿海線，其國民富有海洋體質，故勇猛水手為最多。

戰事開始時，北洋，巴爾的海及黑海艦隊皆立即出動，此外各河湖之小型艦隊亦參加作戰。

戰事進行中，蘇聯海軍常護衛陸軍之側面，陸軍亦從未自海面受敵方之攻擊。且以海軍與陸軍保持嚴密之合作，軍艦，大炮輔助陸軍兩翼轟炸敵方。此種情況在列寧格勒，史大林格勒，塞華斯多波，柯克半島等地歷次實行。因海軍根據地之決心死守，敵方僅能以優勢之兵力進攻，徒作人員與時間之犧牲。

克里米亞全部被德軍佔領後，因受蘇聯海軍之威脅，德軍仍不敢冒險渡過柯克海峽，只好繞過亞述海經羅斯託夫北部進入高加索。

反之，蘇聯海軍與海軍陸戰隊于敵方佔領區執行之襲擊，卒能牽制德軍大額軍隊于後方佈防，以應付蘇聯海軍之攻擊，因而減弱其前線之兵力。

海軍於敵人後方登陸執行戰略與破壞之任務，已於北方之摩託威斯基灣，列寧格勒附近之巴爾的海，塔干若附近之黑海，馬利甫，尼可拉也夫，歐加可夫等地執行。陸海軍聯合之登陸大戰則為柯克，Feodosia 和 Novrossiisk 等地之戰。蘇聯海軍為維持己方交通線，擊毀敵方交通線，以執行其任務而獲光榮之功績。

北洋海軍被隔斷，列寧格勒被圍，奧得沙及塞華斯得波攻防戰之時，醫藥材料之補給及傷患之治療問題均感困難。此時軍醫署隨機應變，採取臨時措施，以應付此種難題。就中傷病之治療及流行病之撲滅，實為較重之問題。

欲明瞭此種工作之範圍，須知海軍軍醫署負責運輸，治療全部傷患，由海路撤退，其人數往往有數十萬之多。

北冰洋沿岸被圍困之海軍根據地，若前往運送及補給特種食品時，技術上極為困難，故對於海軍人員之體格，須隨時特別加以注意。各種衛生設施，療養院之設立，及按時之體格檢查等，實為一種維持戰時蘇聯海軍人員優良戰鬥力之有效制度。

——蘇聯海軍軍醫署之組織與機構——

蘇聯海軍軍醫署指揮一切蘇聯海軍之醫務。軍醫署之執行部包括各主管部，主管醫院及衛生機關之成立，醫務人員之任用，流行病之預防，醫院及戰區治療之組織，海軍人員醫務人員之訓練及醫藥材料之補給。

除以上各主管部外，軍醫署長下另有著名醫師担任海軍之主任軍醫，計主科主任、醫療主任、流行病科主任。

為監督及管理其他專科之工作，軍醫署另聘耳鼻喉科、眼科、精神病科、腦系科、X光科及其他專科之顧問。又海軍研究院及海軍醫學院亦受軍醫署長之委託，對於各種有關海軍幸福之問題得研究而解決之。

海軍醫學研究院，對於軍艦人員，潛水艇人員，海軍航空隊員，一切起居工作問題，均加以研究。研究院之員司係著名之科學家，其中有若干大學教授。

海軍醫學院，對於海軍一切科學問題，亦積極研究，但其主要任務則為一教學中心。由其各主管部并附屬之海軍醫學校成為深造海軍軍醫人材之機構。凡高中畢業生具有優等成績者，始能投入海軍軍醫學校。畢業後於軍醫署服務為中尉醫官。肄業時所有費用，概由政府供給。所授之課程，包括一般醫學訓練及海軍專門課程。

海軍軍醫在海軍艦隊或海軍醫院服務，得有實習之經驗後，方可請求調回海軍醫學院，再求深造。此院設有各專門科目之訓練班，以訓練高深之專家，備各大海軍醫院，實驗室或其他醫學機關之任用。由此可見，海軍醫學院乃一龐大之機關，有規模宏大之醫院及經驗宏富之專家教授。

在軍醫署長指揮之下，另有一機構為科學醫學會，由海軍醫學院、醫學研究院、海軍軍醫署、陸軍部及人民科學機關之高級專家組織而成。

科學醫學會定期開全體大會，討論有關海軍之衛生問題，及實用生理學，臨床內科學等課目。於戰時困難中，每年全體大會並未間斷，各種醫學之智識，均得檢討，並摘要記錄之。

此會設一常務科學幹事，負責一切技術事項及出版刊物，其定期出版之刊物為「科學醫學會雜誌」。

軍醫署對於戰時經驗加以研究并摘要記錄。凡各海軍艦隊所投之文件，其具有歷史價值及須要精細研究者均經登記。本署有翻譯專員，對於收到之國外文獻加以翻閱，其有特別興趣者，則翻譯或摘錄之。

海軍軍醫學院，於過去二年中，曾組織數重要機構，其一為病歷研究館，其資料由各海軍軍醫單位供給後，即按個別病情加以研究。為各醫院職員得充分研究及整理起見，規定每六個月報告一次。此文件集中研究後，可以使研究員對於各種問題有更詳細之分析，而對所得結論亦可為大量可靠資料所支持。

海軍軍醫院，新設之另一機構為海軍軍醫署博物館，其工作為收集戰時材料，如攝影文件，設備及補給之收集，各戰期文件之分類及編目及醫學紀念品之收集等。

此外尚有可述者，即海軍外科雜誌之刊行。本刊乃一八十頁之季刊。因篇幅限制，致許多有興趣之稿件不得刊出。

各醫務及衛生單位之監督係由各獨立戰區艦隊之軍醫處指揮。軍醫處之機構大致與軍醫署相仿，其下亦設各科股，各艦隊之軍醫處皆有資格極深之外科、內科、流行病科專家。此等專家多為經驗豐富之教授，各科主任，亦可聘富有經驗之專家為顧問。

關於艦隊總醫院所設之短期進修班，海軍軍醫可以被派去作臨床學或流行病學之專門研究。

——各艦艇上之軍醫組織——

蘇聯海軍與美國海軍之軍醫醫務，於基本原則上並無歧異。

第一點應注意者，即蘇聯海軍部與美國海軍部同樣注重訓練各船員救急之方法，每一水手皆須學習使用消毒繃帶包之正確方法，如何應用止血帶，及最簡單之副木，彼亦須能施行皮下注射嗎啡（使用一特製之玻璃管）及抬擔架。此等事項於大艦船中乃極為重要，蓋交戰時，艦內之作戰站必被隔絕，於小艦船則更形重要，因此類船上並不設醫務人員也。醫療所需之物資係裝于鐵箱或帆布袋中，存於每一作戰站。大艦船之各主要作戰站，稱為「救急站」，戰艦與巡洋艦除有此等「救急站」外，另設三四個「醫療救護站」由一軍醫及一助手司其事。

此助手亦為醫務人員，雖未受高等醫學教育，然對於專門技術則須熟練（外科手術除外）。助手之工作為診斷最流行之疾病，裹繃帶，施行皮下注射、調劑、寫醫務報告、組織手術室等。較小之艦艇設有此種助手，然一羣小艦艇，則可共同設一醫官。

數類小艦船并無醫務人員，因此類艦艇執行其任務時，依靠海岸基地或主力艦為根據地，故一切醫療工作，可得自其基地之醫療救急站。

此種組織對於衛生工作，流行病之預防，及疾病之治療甚為圓滿；但對於傷患救護之組織，則須特別闡述。

吾人已深知創傷之成果，端賴救急之得法。惟欲獲外科手術圓滿之結果，則須及時施行。例如軟部組織創傷之碎屑截除術，亟應於十二小時或二十四小時內施行之。磺胺藥劑之抑菌作用，雖為十分顯明之事實，但仍不逮及時開刀之效果。創傷深長不易投入磺胺者，對此種話當無異議，創傷深遠

腹腔、顛腔、關節、胸腔者則更顯然矣。故化學治療雖有極良之結果，及時施行外科手術仍為急需。蘇聯海軍部對於軍醫組織之政策，其口號云：「每一傷患不但需及時之救急料理及內科醫師之診療，尤需及時有高明外科之治療。」

根據大戰艦作戰之經驗，傷患自艦船輸送至海岸之執行罕于二十四小時內完成，往往須在海上停留數日之久。

如：德艦 Graf Spee 于南美 La Plata 之戰，德國傷患于艦內竟停留四日；英國艦隊與德國俾士麥主力艦交戰時，三日後始開回直布羅陀，故其傷患亦于艦內停留三日之久。此情形即可昭示吾人，凡大艦船中應有外科手術之設備，以備隨時之需。

於戰前，各大艦船中皆聘有資格優良之外科醫師担任軍醫主任。一九四一年五月蘇聯醫學會會議，對於各類艦船上之外科醫療救護事宜擬定一極詳辦法，稱為「海軍艦船醫務救護規章」。

據此規章，大艦船中醫務救護站在交戰時傷患應得之救護（交戰情形之下，若能輸送至醫療救護站者）以緊急為序，茲分列如下：

1. 皮下注射嗎啡。
2. 頷骨骨折時將舌固定。
3. 必要時，放置氣管切開管。
4. 暫時關閉「顯露」氣胸（使用吸凝敷料或臨時縫合傷口）。
5. 休克之醫療（酒、麻醉劑、強心劑、溫暖、休息）。
6. 用標準副木止動骨折。
7. 膀胱之恥骨上穿刺或行導尿術。

交戰後，傷患即在病室甄別分類，然後施行下列手術，以緊急為序：

1. 氣管切開術。
2. 「顯露」與「擴張」氣胸之外科手術。
3. 緊急適應者之輸血、血漿、或血之代替品。
4. 根本制止傷口出血及止血帶之解除。
5. 破傷風血清與抗壞疽血清注射。
6. 傷患註冊。

以上各項於醫療救護站施行，由一軍醫主管之。

除施行以上各步驟外，若傷患仍無機會迅速輸送至專門醫院時，則下列數種手術應于艦上施行之：

1. 剖腹術。
2. 膀胱高位切開術。
3. 傷口根本治療。
4. 活力已剝奪之四肢使用截斷術。
5. 頭顱圓鋸術（如患者可能隨後撤回後方）。

通常，艦船上僅設一名軍醫，船上亦無施行特別手術之設備。但各軍醫均能執行前二表所列之事項，船上之設備亦完全足用。

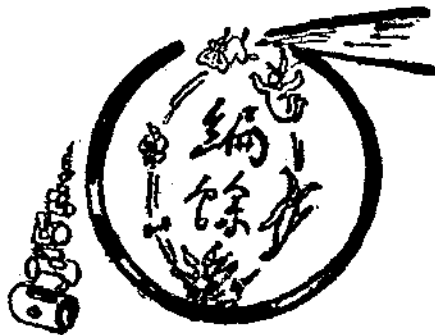
交戰終止時，各艦船上服役之軍醫當即向其司令官報告其重傷患之數目及須施行特別外科醫療之傷患。此等傷患須迅速轉送陸地醫院或醫院船或攜載外科醫師之艦船。

一戰艦為執行特別使命須長期離開海岸時，需外科醫師一員并携其必需之醫療設備。

「蚊子型艦隊」，如自動魚雷艇、鐵甲摩托船等，於此次大戰中曾廣泛使用。此類小戰船并無醫務設備，受傷之水手則在海岸基地接受完備之醫療。

若此類小船之基地附近設有海軍醫院，則上述第一及第二表所列之醫療工作可由醫療救護站施行，然後將傷患送進海軍醫院。

有時，此類小船之基地附近并無醫院或大醫療救護站。運輪傷患至醫院，往往又須耽誤二小時甚至十二小時。在此情形下，軍醫署可派一外科醫師或流動外科手術隊，前往小船之基地。（未完）



江 晦 鳴

「瞻前路之無涯，聞嘉言而欲拜！」這是本刊的第五期了，短短的歲月中，幸承四面八方的讀者踴躍下問，得到不少的讀者鼓勵，也得到不少的讀者建議，因此，使我想到要設法更接近讀者，更了解讀者的需要，更配合讀者的興趣，本刊才更有前途，才更有希望。

經過了我們的自我批判，我們坦白地有如下結論：

- (一) 專門性的學術論文雖能每期保持平衡，軍醫性的氣味還是不十分濃厚；
- (二) 醫學文稿的作品很嫌不够，對於部隊軍醫同仁的貢獻却不免減色；
- (三) 新聞性的資料太少，大家對於當前新軍醫的認識，及其本身的前途，依然模糊。

如果，有人問我怎樣地去更求接近讀者？我便要設法採取上面所述的三種稿源。所以，我不能不公開地向作者請求，我們歡迎作者注意讀者的需要，替本刊發掘上述的稿源。這不但使本刊增加了「光彩」，「效果」和「價值」；實在也可以藉此更增加了作者與讀者的友情。

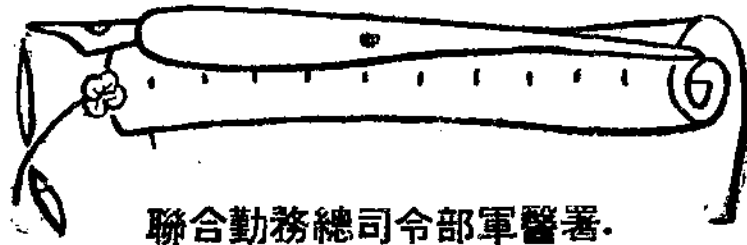
我感覺目前軍醫界最可同情的一種呼聲，便是許多「無學資」的軍醫同仁的呼聲，他們貢獻抗戰的勞績，并不弱人，他們力圖上進的意志，更不弱人，只是他們的遭際或許是不及於幸運者，他們爲了前途，打勝利開始，就已經開始「徬徨」了，直到今天，依然在探索他們自己的未來命運。可惜，本刊暫時保守着不另開闢「讀者通訊」的園地，我忍不住要以所知藉此作個答覆。

上一期，本刊曾介紹上海大公報李宗瀛先生寫的一篇文章——「江灣的軍醫中心」。那是替許多「無學資」的軍醫同仁，一篇最具體的命運批判，我記得其中有一段話：

「祇要你有能力，有毅力，你永遠有機會得到更高的教育，抬高你的地位。一個醫事助理員不必滿足於現有的地位，祇要他才力够，肯進修，他總有一天會成爲醫生」。

這幾句話，不是同情的慰詞，而是同情的行動，假如，再細心研讀本刊第一第二第三等期所載的——林可勝先生所著的「建立現代國防軍醫的理論與實際」一遍，那已經早有了迷津的指示，他已經爲大家鋪設了許多條進修的大路，那不但是對於「無學資」的，就是「有學資」的一樣地要進修，才有前途！

近世紀的教育，大家都應該有一個共同的新觀念在心田中生長，「學校教育」，不過是塊「敲門磚」，要升堂入室，就必須不斷的「再教育」，所謂「再教育」是打自踏入社會之時方纔開始，能成功的却不是依賴那塊敲門磚，而是門扉啟處，一鼓深入。怎樣才可以深入呢？祇要你有能力，有毅力，你永遠有機會受到「再教育」，和獲得更高的教育。尤其是今天的軍醫，「司命女之神」已爲你安排到恰當的「好」處了。



聯合勤務總司令部軍醫署

衛生單位留治傷病官兵死亡處置規則

- 第一條 凡現役之傷病官兵經各衛生單位（包括治療輸轉防疫單位）留治而死亡者依本規則處置之奉准留治之非現役軍人死亡時如確無原機關或家屬料理者得依本規則辦理
- 第二條 凡傷病官兵症狀重篤而有死亡之虞者該衛生單位應向該指揮機關呈報並同時通知原屬長官或家屬以昭鄭重但確有辦理不及之特殊情形時得於事後補報
- 第三條 傷病官兵死亡後應由該衛生單位迅即造具官佐士兵死亡請卹調查表一份速送死者之原屬長官並通知其家屬
- 第四條 傷病官兵死亡時除殮葬服裝依衛生機關傷患服裝報銷辦法第四條之規定辦理外應在額定埋葬費內購辦左列各項
- 一、棺木
 - 二、石灰
 - 三、鞋襪
 - 四、石碑（如物價昂貴之地改用木牌）
 - 五、照相（如物價昂貴或當地不易辦理時改用殮埋證明書）
- 第五條 衛生單位所在地或輸送途中確難購置棺木經各衛生單位事前報備有案者其棺木一項改用奉准榮譽殮具或其他相當之代替品
- 第六條 傷病官兵之屍體應於二十四小時以內殮葬同時在指定之公墓或附近公地掘土深越五尺埋葬之並豎石碑（或木牌）以資標記
- 第七條 對於傳染病死者之屍體及其用具什物須遵照傳染病預防規則及消毒法之規定慎重處理
- 第八條 傷病官兵埋葬費除另有特別規定者外應照給與規則之規定發給之
- 第九條 衛生單位造送死亡書冊辦法如左
- 一、死亡證書應製二份格式大小須照規定辦理（如附式）一份於月終逕呈軍醫署一份隨計算粘報
 - 二、照片（或埋葬證明書（如附式）由當地地方機關或醫院埋葬委員會出給）應備二份一份於月終送指揮機關一份隨計算粘報
 - 三、全月份死亡名冊二份（如附式）一份於月終逕送指揮機關一份隨計算呈送
 - 四、如死亡官兵由原屬單位自行料理埋葬時該衛生單位應將原除符號連同死亡證書一份交由該屬長官以便報領埋葬費但對軍醫署仍須出具死亡證書一份月終呈報備案並於名冊備考欄內及證明書之料理埋葬機關欄內載明「原屬機關」字樣
 - 五、如死亡官兵由家屬自行料理埋葬時其埋葬費得由該衛生單位照領定數轉發具領取據仍按本條第（一）（二）各款辦理並於名冊備考欄內及證明書之料理埋葬機關內載明「家屬」字樣
- 第十條 凡衛生單位官兵死亡時亦須照上列各條規定辦理
- 第十一條 凡死亡官兵所遺金錢物品須妥為保存並通知該管直屬長官或其親屬或其他特別關係人前來領取並須取其正式收據必要時須取其確實擔保如六個月以上未前來領取者可於每年六至十二月造具清冊呈報指揮機關核准後公開拍賣所得價款連同所遺金錢一併造冊呈繳指揮機關轉繳本部處理之
- 第十二條 本規則自公佈日施行



陸軍軍用技術人員調查表

(軍醫部份)

四

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，如有現任職務已有更動或與表列有出入者，另依正式命令為準。

重慶總醫院

級	職	姓名	年齡	籍貫	出身	身
軍醫	監院長	林竟成	三八	福建林森	同濟大學醫學院	
軍醫	監醫務長	王興國	四一	安徽淮遠	齊魯大學醫學院	
一等軍醫	正圖書編輯股長	吳宏宇	三七	浙江黃岩	同濟大學醫學院	
三等軍醫	正主治醫師	盛梅柳	三二	浙江慈谿	同德醫學院	
三等軍醫	正主治醫師	王辨朋	三二	浙江海甯	同濟大學醫學院	
二等軍醫	正住院總醫師	何其精	三三	廣西上林	桂林省立醫學院	
三等軍醫	正住院總醫師	姚德鴻	三二	江蘇高郵	軍醫學校	
一等軍醫	正皮膚科主任	齊譽	四九	四川巴縣	德國葛亭根大學醫科	
一	醫佐軍醫	吳振中	二八	遼寧新民	湘雅醫學院	
一	醫佐軍醫	毛實齡	二七	河南太康	軍醫學校	
一	醫佐軍醫	翁心植	二六	浙江鄞縣	華西醫學院	
一	醫佐軍醫	福湘璣	二八	廣東肇慶	湘雅醫學院	
一	醫佐軍醫	黃進文	二六	湖南長沙	同濟大學醫學院	

一	醫	佐	軍	醫	陳玉琴	二七	山東膠縣	齊魯大學醫學院			
荐	一	護	理	長	呂 靖	三六	湖南湘潭	湖南湘雅護校			
荐	二	護	理	長	黃燮恆	二九	湖南湘潭	成都仁濟護校			
委	二	護	理	長	張仁堅	三〇	廣東番禺	廣東光華醫學院護校			
委	一	護	理	員	曹玉昭	三二	四川榮縣	成都仁濟護校			
荐	二	護	理	員	馮繼秀	二四	湖南長沙	重慶仁濟護校			
荐	二	護	理	員	王慎賢	三三	四川自貢	成都仁濟護校			
委	一	護	理	員	鄭玉如	三三	福建長樂	福州聖教婦幼醫院護校			
委	二	護	理	員	魏增斌	二五	湖北武昌	貴陽中央護校			
委	二	護	理	員	鄭雲霄			重慶寬仁高級護校			
委	一	護	理	員	黃桂華	三三	四川榮縣	成都仁濟護校			
委	一	護	理	員	周樂英	三二	湖北禮縣	漢口普仁護校			
委	一	護	理	員	鄭芝芳	三五	安徽旌德	重慶濟仁護校			
委	一	護	理	員	周榮珍	三二	湖北漢陽	重慶濟仁護校			
委	二	護	理	員	余重節	三二	河南信陽	成都濟仁護校			
委	二	護	理	員	王織紋	三三	四川自流井	成都濟仁護校			
委	一	護	理	員	鄭慧芳	三八	江西九江	武昌仁濟護校			
委	二	護	理	員	周宗仁	三三	安徽蕪湖	重慶寬仁護校			
委	二	護	理	員	羅清平	三二	四川長壽	涪陵仁濟高級護校			
委	二	護	理	員	梁多鈺	三三	四川宜賓	成都仁濟護校			
委	二	護	理	員	陸翠娥	三三	南 京	成都仁濟護校			
一	醫	正	外	科	主任	陳勁遊	三七	湖北漢口	美國康州醫學博士		
二	醫	正	主	治	醫師	劉廷傑	三三	山東萊陽	國立貴陽醫學院		
三	醫	正	住	院	總	醫師	彭 遇	三〇	廣東陸豐	國立上海醫學院	
一	醫	正	眼	科	主任	王化南	三八	山東濟南	華西大學眼耳鼻喉科研究所		
一	醫	正	耳	鼻	喉	科	主任	張倉梓	四〇	湖北江陵	上海南洋醫學院
一	醫	佐	牙	科	主治	醫師	汪壽森	二六	安徽休寧	國立中央大學牙科	
委	二	護	理	員	張宏如	二一	四川江津	重慶寬仁護校			
委	二	護	理	員	秦梅仙	三二	湖北黃岡	重慶仁濟護校			
一	藥	正	藥	局	主任	陳世薰	三二	四川犍為	軍醫學校藥科		
三	等	正	司	藥	黃啟賢	三三	四川華陽	華西大學製藥系			
一	等	佐	司	藥	陳玉馨	二二	山東膠縣	華西大學藥學系			
一	等	佐	司	藥	楊興琪	三〇	四川遂寧	華西大學製藥系			
一	等	佐	司	藥	孫霞卿	二五	江蘇常州	國立藥專			

一	等	佐	司	藥	吳文英	二六	江蘇灌雲	國立藥專
一	醫	正	主	任	曹健	四二	湖北黃陂	湖北軍醫學校
委	二	護	理	員	陳瑞華	三二	湖北漢口	重慶仁濟護校
委	二	護	理	員	劉捷國	三一	四川華陽	成都仁濟護校
委	二	護	理	員	劉忠俊	二三	四川中江	成都仁濟護校
委	二	護	理	員	陳瑞芝	三二	四川成都	成都仁濟護校
委	一	助	產	士	尤霞架	三二	江蘇無錫	貴陽高級護士助產學校
委	二	助	產	士	黃紹容	二五	四川江津	中央助產學校
委	二	護	理	長	趙昌明		湖北當陽	仁濟高級護校
委	二	護	理	員	劉德敏		四川奉節	仁濟高級護校
委	二	護	理	員	梁伯基		廣東番禺	仁濟高級護校
一	等	佐	組	長	余國經		廣東台山	國立中山大學醫學院
一		醫		佐	陳連佑		廣東東莞	華西大學醫學院
一		醫		佐	王化丹		山東禹城	齊魯大學醫學院
一		醫		佐	胡乃德		江蘇吳江	國立上海醫學院
委	二	護	理	員	殷純英		湖北黃岡	仁濟高級護校
委	二	護	理	員	李麗娟		湖北宜昌	仁濟高級護校
委	二	護	理	員	皮瓊		湖北鄂城	仁濟高級護校
委	二	護	理	員	張鴻鳳		南 京	仁濟高級護校
二	醫	正	主	任	方元宣		湖南平江	岳陽普濟醫院高級護校
一		藥		佐	羅東華		湖南新化	普愛醫院護士學校
一		醫		佐	齊天福		黑龍江海倫	湘雅醫學院
委	一	護	理	長	吳湖		安徽蕪湖	上海聖約翰附屬醫院畢業
一	醫	佐	組	長	庶學榮		湖南澄縣	湘雅醫學院
一		醫		佐	余振玉		北 平	齊魯大學醫學院
一		醫		佐	竇楚賢		湖南東安	軍醫學校
委	一	護	理	長	李柏青		湖南瀏陽	普愛醫院護士學校
三	醫	正	組	長	馬德彰		山西垣曲	軍醫學校
一		醫		佐	齊琦		江西餘江	軍醫學校
一		醫		佐	陳繼亮		廣東台山	中山大學醫學院
一		藥		佐	吳英成		四川資陽	軍醫學校
委	二	護	理	長	閻宗武		江蘇宿遷	軍醫學校高級護士訓練所

1947 五月篇

一 日

- 一、奉國防部三十六卯真警字第 2742 號代電核准駐新衛生人員訓練組編制一案經轉電遵照并分電有關單位查照及知照
- 二、榮軍第(10)隨教院院長孫學楷與榮軍互相控訴一案，經年不決；抄錄全案電請衢州綏靖公署密派幹員澈查。
- 三、奉准辦理甄試偽滿軍醫學校失學學生收訓一案；據第六補給區衛生處卯養仁慈鑑代電，已在滿代軍醫學校登報召集定期報名考試，茲因該校即將編併，請本署派員前往主持等情；經代電授權該處王處長商同瀋陽總醫院及瀋陽醫學院辦理甄試。
- 四、全國醫事學校三十年至三十四年畢業應徵生，尙未報到應徵者及已應徵期滿尙未請領期滿證書者，爲數尙多；經分別造冊函請教育部轉飭：迅即報到補徵及申請填發。

二 日

- 一、據南京總醫院代電請撥交通車兩輛，俾便利湯山至市區三十四標新院址往來公務；簽請總司令黃振准先開駛二輛。
- 二、息烽民衆與第(6)休養院榮軍衝突一案；奉總長陳轉知，係由該縣參議長王位一與縣府祕書劉何楚鼓動所致，已電黔省府澈查核辦以遏此風。
- 三、關於榮軍谷租問題，經數次電請主管機關迅

於恢復以維榮軍生計，本日經派員再與經理署糧秣司商洽辦理，承告：大約本月份即可提前恢復。

- 四、請假回籍休養榮軍之主食代金問題，亦經與糧秣司商洽，刻尙在簽請核示中。
- 五、准聯勤學校教育訓練班代電，請派員來班洽辦軍醫系學員轉滬訓練一案，經復并派本署調該班協調之柳專員安昌就近負責洽辦，率領赴滬。
- 六、奉交下：東北保定司令長官部安衛(三十六)三一九一九號卯交代電，請派專門防疫人員來滬指導東北鼠疫、霍亂、傷寒、天花等預防工作一案，經派員前往衛生署防疫處處長洽商，并決定同東北行轅衛生處負責指導。

三 日

- 一、關於軍醫學校衛生勤務訓練所等機構合併編組爲國防醫學院一案；經奉國防部准定五月十六日接交合併編組，由上海港口司令部派員監交，并分行有關單位知照。
- 二、部急電各有關單位本年一至三月份滅鼠辦法照舊；四月份起停止滅鼠；自十一月份起改用 DDT，辦法另行通知。
- 三、前着第一手術派一部份軍醫人員，赴臨沂十八兵站醫院協助作業一案，據該組報告已於卯養到達工作。
- 四、近查各教養院榮軍在外經商者情況紛雜，並

有少數不肖之徒從事違法買賣等情事，茲申前令關於已在外及今後請求經商者：應即由院縝密攷查其品行，及經營性質、種類，并檢有效證件報備，并為明瞭各院榮軍經商情況，規定調查表，令飭各院遵式填報。

五、聯勤學校教官訓練班軍醫系學員三五八後四個月業科訓練轉馮訓練一案，經簽示；學員及協訓人員於五月五日以前赴馮，受訓。

六、奉交：衛生勤務訓練所馮三十六教字第三九二九號卯梗代電，為軍醫學校高級護士訓練所學生伍文斌等四十五名，在本所護理科借讀，已於本年一月二十日報到開課，電呈名冊請核備案，經電准備查。

七、軍官總（大）隊之軍醫人員考試及格者送馮受訓一案，以取錄人員即將到馮，擬具訓練大綱簽請總司令核示。

四 日

一、修正三十六年度本署工作計劃，送計劃指導處彙陳。

二、駐新疆供應局，呈送建築波島站士兵及官長沐浴室圖樣及預算書等，經分別核簽意見移預算局。

三、第一醫防大隊呈報：以屢奉總長電飭辦首都衛戍司令部看守所回歸熱防治一案；近續發現患者八人，經擬定辦法一種呈核。

五 日

一、呈復 主席蔣卯儉侍黃代電，部隊收復區設置民診所需藥品，本署現正另案呈請撥發專款，一俟奉准，當統籌購補。

二、交通警察陣傷成殘者，簽奉批准按照國軍待遇，由各榮教院收容教養。

三、派本署軍醫監衛生預備員米梵仙，兼任本署漢口傷運站督導專員。

四、第三後方醫院院長王元冲，擬調為本署原階衛生預備員；遺缺調第十六後方醫院院長彭餘存接充，遺缺調本署衛勤司第七科科長左冠章充任，經簽部核示。

五、派陳副署長立楷為此次出國軍醫人員考察團

少將團長一案，以總司令名義簽請總長核派，並以署長名義致美顧問魏格蘭上校備忘錄，傳達美政府。

六 日

一、看護士兵改稱衛生軍士衛生兵一案，簽奉總司令黃務隊字第一八八三號辰東代，電轉奉總長陳核示：衛生、軍士衛生兵名稱准在國防醫學院各項編制先行採用，餘從緩議，等因；經代電國防醫學院查照。

七 日

一、彙編四月份本署經辦重要業務報告表呈署長核閱。

二、部代電第(6)第(8)補給區司令部，第三兵站總監部，新疆供應局(一)東北區病房用品費每人每月增加為國幣五千二百元；(二)新疆區病房用品費每人每月增加國幣七千元；(三)總醫院加倍發給；(四)仍自本年三月十六日起施行；另電東北及西北行轅及國防部第五廳預算局，新聞局，監察局查照。

三、奉准派盧主任致德，出席參加瑞士召開之國際軍隊醫藥大會第十一屆會議一案，(定一九四七年六月三日在瑞士巴爾舉行)函第二廳檢附請領護照事項表，請轉外交部填發出國護照。

八 日

一、為續派軍醫人員錢繩武等八員赴美考察研習一案，層奉主席卯侍地字第二〇八六四號代電，准照規定辦理出國手續：

(一)以總司令名義簽請總長准予：此次出國軍醫人員以考察組名義，并請令派陳立楷為該組少將組長，錢繩武為上校副組長。

(二)以本署名義檢附，此次出國軍醫人員名單，暨考察研習日程各一份，用備忘錄送請美國政府。

二、本署代電各^總後方醫院，規定精神病及麻瘋病患者轉院辦法：(一)各院有此項患者可治送就近精神病院或麻瘋病院勿須報署指送；

(二) 此項患者轉院後住院日期不受限制；
(三) 轉院後由原院保留底缺薪餉按月發放其主，食(折合當地假款)副食費特別營養費病床用品費等應集為成數償付，所需住院費不足之數，准由原院墊發檢具報署撥款歸墊；
(四) 患者死亡時，由原院轉送醫院，將埋葬費交由收容醫院辦理埋葬，并呈報死亡冊證；
(五) 此項患者由原院轉出後，應於三天內冊報軍醫署備查。

九 日

- 一、准本部訓練處四月十二日通報，檢附美顧問團送來之各聯勤學校最低必要及最低理想兩種教育器材表，囑就主管提供意見等由，經分別請示洽辦，關於：(一) 在兩種器材表中，國防醫學院採用最低理想者為宜；(二) 美方送來之國防醫學院初級軍官班教育器材，最低理想數量表中所制器材，經審核均屬需要；(三) 各聯勤學校器材應由本署購製核發之現存數量，向供應局調查，列表一份一併函復本部訓練處查照彙辦。
- 二、前奉交辦 總司令黃卯階代電，飭列報志願競選國大代表或立法委員人員姓名一案，當即通報各司處組室，惟以均無志願是項競選人員，經本署函總司令辦公室查照轉陳。

十 日

- 一、准江蘇省保安司令部代電，以據報常熟(11)後方醫院傷患有結衆圖謀不軌情事，等由；經以部代電(11)後方醫院院長切實注意防範，另復保安司令部查照。
- 二、代電第一補給區司令部，飭將徐州傷患陸續後送一千人，交上海港口司令部指院收容。
- 三、代電第一補給區司令部轉飭滁縣第(14)後方醫院，轉送傷患五〇〇人交九江第(19)後方醫院收容，另電江西供應局將第(19)後方醫院原有健愈傷患，歸編及轉送第(2)修養院，醫泰和第(10)後方醫院收容。
- 四、奉准增設第廿四、廿五兩臨教院，其院長人

選經呈奉總司令核定：准派鄧維強為第廿四臨時教養院中校院長；至劉子元一員出身不合，應另遴員呈核。

十一日

- 一、彙編本署四月份簡明工作月報，分送本部計劃指導處，及國防部史料局。
- 二、代電各有訓導室之醫院及教養院，臨時教養院等，以軍醫院之訓導機構已奉令通飭改列為各院之建制幕僚機構，嗣後關於發放傷患薪餉，訓導室僅予以協助，不再負監放責任。
- 三、部代電第(5)(6)補給區司令部，秦葫港口司令部及天津總醫院：(一) 北戴河日軍肺病療養院遺址，原由天津總醫院派駐分院，茲着該分院人員即日調回天津歸還建制；(二) 着將天津第(62)後方醫院，開往北戴河，接替并設置二千個床位，專收(5)(6)兩補給區之痼疾及慢性須長期休養之患者。

十二日

- 一、奉 總長陳辰微來宏昇代電：略以前軍政部頒行徵集醫藥學院(校)軍醫志願生暫行辦法，已失時效，經呈奉行政院從字第二一六〇六九號指令准予廢止；除分行教育部衛生部外，希即公告并飭屬知照等因，經以本署名義公告刊登中央日報三天。
- 二、軍醫學校專科部全體同學四月十二日呈報告一件，請求四項經分別批復：(一) 專科部戰時修業學員第二次補訓已擬部稿(本部訓練處主辦)復准於本年九月間召集應照此項批示辦理；(二) 准予續辦專科部，其招生時期俟國防醫學院組成後由該院籌劃之；(三) 專科部修業同學准發資績加薪；(四) 專科部畢業後之資格申請，應由校方專案報部轉請辦理。
- 三、簽呈 總司令黃，為彙兵編組四個快速大隊一案，查彙兵總隊衛生機構極不健全，除司令部軍醫處及各大隊附軍醫一、二人外，并無衛生隊、野戰醫院等，擬請建議國防部

准照甲制整編旅衛生隊編制，於司令部配設衛生隊；（附野戰醫院）各快速大隊按照步兵團衛生隊編制配設衛生隊。

十三日

- 一、准撫卹處代電，以官兵及眷屬患病無處就診，請予設法等由，查該處現駐小營，距本部檢診所過遠，經洽准由空軍總部就近代為診療，所需藥品由本署根據處方箋予以補給。
- 二、編造策軍一萬人回籍預算送核。

十四日

- 一、西供應局着第(52)後方醫院連縣即日撤回成都歸還建制；傷患應儘量編，未愈者運赴成都治療。
- 二、總司令黃轉呈 總長陳為本署前以各看護士兵，及衛生士兵名稱各異，呈請改為衛生士兵一案，奉 總長卯有署歷電指復：從緩等因；惟查三十五年陸軍軍編制表中，均稱衛生士兵，該項名稱實較看護士兵為妥善，擬懇仍准將看護士兵一律改稱衛生士兵，俾名實相符而期劃一。
- 三、奉 總司令黃務除字第七七〇九一號辰真代電，為 總長陳(卅六)署精忠卯及辰佳署精慶代電，頒發聯勤總部及所屬各署處編制飭於辰刪前編組完竣，自辰銑起即照新編制實施檢附，該署編制表一份希即遵辦具報一案，除簽請核定人事以便編組外，關於新編制不合事實需要各節，擬具修正意見十點：簽請 總司令黃核示。
- 四、派本署一等軍醫正衛生預備員蕭經楷至蚌埠第四十六師洽查該師衛生器材。

十五日

- 一、本日上午開第十二次署務會報。
- 二、簽請 總司令提前恢復策軍眷糧以安定策軍生計。
- 三、本署三十六年元月份中心工作及重要工作實施進度情形，業經依式填表於本日呈報聯勤總司令部。

十六日

- 一、據湖南供應局卯梗代電，以任院傷患官佐多有舉行結婚情事，不僅影響傷病之痊愈，且易為來歷不明或奸匪所派之工作婦女混入，懇予以嚴令制止；以免影響痊愈而便防奸等情，除復准外，并以部代電分知各補給區，各供應局，各兵站，及上海港口司令部轉飭所屬各醫院遵照。
- 二、南京總醫院奉 總長核定，改名為陸海空軍首都醫院，其餘各總醫院亦將改稱，兼收海空軍患者，惟海空軍副食定量，較陸軍高出甚多，自應予以劃一規定，以期達成使命；經按照海空軍醫院患者食品營養成份表及品量價目表，擬先從南京總醫院舉辦，以收容六百人的每人每日五千元計算，月共需副食費九十萬元，自本年七月份至年底止，總共需款五億四千萬元；簽呈 總司令核示。
- 三、各地方團隊殘廢員兵，呈奉 總司令黃卯寒應給字第七三九二七號代電：「如確因綏靖戰役致陣傷及殘者准照國軍待遇辦理」，經通令各榮教院遵照。
- 四、派員與地政部洽商有關策軍授田辦法，以便修正案。
- 五、擬定鏈徽素管理委員會組織規則，管理辦法申請書，收支月報使用報告書，及適應症等現正交請專家審核中。

十七日

- 一、彙編本週本署重要業務週報表送趙參謀長參閱。
- 二、據戰地救護總隊復員辦事處(現駐蘇州)四月廿五日呈稱：本隊於抗戰勝利後，奉淞滬警備司令部令辦理復員，惟以匪患未平，職責未盡，謹檢具來隊報到隊員三百餘人名冊一份，請准予繼續工作等情；經核該隊人員衆多，經費又無固定來源，所請未便照准，除批復仍仰向淞滬警備司令部請示辦法辦理外，并抄附原呈代電淞滬警備司令部查照核辦。

三、報告總司令：本月廿七日美軍顧問團魯克斯將軍飛北平及天津考察醫院業務，本署署長擬陪同前往，以便代為領導，并隨時解說疑問。

四、參照行政院召集有關各部會議，審察榮軍授田辦法草案修正案予以修正，分別呈送聯勤總部及地政部覆核。

五、擬訂榮軍生產貸款保證辦法呈核。

六、本署卅六年三月份中心工作及重要工作實施進度情形，已依式填表於本日呈報總司令部。

七、派一等軍醫正衛生預備員殷永霖，赴閩保安司令部商洽派員會同澈查沙縣第八教養院榮軍滋事案件。

十八日

一、層奉頒發三十六年度工作計劃重點實施程度報告表格式一份經遵照填就於本日逕送計劃指導處彙轉。

十九日

一、為謀解決目前各級衛生機關業務上之困難，以期配合綏靖作戰起見，簽呈總司令：擬於本年六月廿一至同月廿七日止，在京召集各補給區各兵站，軍醫處處長，各供應局第八科科長，本署指定之後方醫院院長，及各補給區指派之兵站醫院主官，連同本部有關單位代表等，舉行兵站衛生業務檢討會議，共同研討以謀改進，會議所需費用約國幣二千陸百九十二萬八千元，款在本署本年度傷處費節餘項下流用。

二、簽呈總司令為台灣總醫院於「二二八」事變中，處置有防禦得力未遭損失院長擬予嘉獎，得力員兵擬由供應局查明酌給獎金，款在本署本年度傷處費內開支。

三、第十七兵站醫院院長唐國寶服務不力，督飭無方，簽人事處擬予免職，遺缺以譚先正接充。

四、衛生勤務訓練所前以該所高醫班第一期學生，已屆醫院實習之期，電請援例給予准尉待

遇一案，經呈奉 總長陳（卅六）副代字第一九二號代電核准；經轉電衛勤所知照。

廿日

一、前東北抗日軍留新疆傷殘員兵請救濟案，特電新疆供應局查明人數以憑安置。

二、擬辦國民參政會第四屆第三次大會關於榮軍業務部分之報告資料。

廿一日

一、（一）派許正倫為國防醫

血液血漿靜系主任；（二）併衛生實驗院，分別承辦部

二、各醫事學校畢業生文運第一

應徵期滿，并由署發給證明書

冊送教育部請發給該生等畢業證

廿二日

一、本署前以附屬單位裁員案內四月份

六九人，至四月份所需主副食擬仍准

簽奉總司令辰魚經主代電准予逕向當地

機關洽補；五月份以後，應需主副食應

員案內調整單位人數核實辦理。

二、派胡會林為供應司司長；錢雲蒸邵季昂為司長；胡司長出國期間職務由錢副司長代

廿三日

一、據軍醫學校教育長張建辰總電稱已遵於反統開始移交，由上海港口施司令到校監交一案復准備查。

二、署函美軍醫署，附續派赴美考察實習軍醫人員名單一份，請查照惠予指導由。

廿四日

一、彙編本週本署重要業務週報表送趙參謀長參閱。

二、第一衛生材料補給庫庫長張振鵬退役，遺缺簽請以前衛生材料廠科長唐禹謨接充。

廿五日

一、奉 總司令黃務隊字第七四七九六號卯寄代電，為本部及附屬各單位編制，業奉 總長核定頒下，特檢發該署所屬各衛生單位編制表全份，希遵照辦理等因；以署代電各後方醫院、兵站醫院、衛生大隊、休養大隊、流動手術組、衛生汽車隊、衛生列車隊、衛生船隊、隨電頒發各該院（組隊）編制表仰

目報。

一、代電川中 月份中心工作及重要工作實施

分院，已依式填表於本日呈報聯合勤務

辦理。

二、簽呈

部覆

一、總司令黃為前飭重慶第（43）後方醫院，接替第（22）後方醫院任務一案，以魯境戰事激烈：傷患甚多，擬飭該第（43）後方醫院改開浦口待命，另行調配。

二、據衛生勤務訓練所擬送衛生勤務訓練班計劃大綱修正，為各軍官總（大）隊甄試合格復員軍醫人員訓練計劃大綱，簽請總司令核示。

廿七日

- 一、駐新衛訓組主任景雲瑞等七十五員抗戰紀念章奉發到署。
- 二、學校卅年至卅四年畢業生免予補徵。
- 三、統選赴美考察人員副署長陳立楷等八員，特於六月七日搭美輪 Sitman 號出國，簽請總司令暨總長頒發訓詞或賜召見訓話。

廿八日

一、南昌鼠疫情形，曾經江西供應局及贛北師區報送在案，惟尚未詳確，據全國防疫聯合辦事處消息，南昌鼠疫四月下旬僅發現一人，

五月份尚未據報，近已戡止，并將詳情報呈總長陳核示。

廿九日

- 一、本日上午開第十三次署務會報。
- 二、派本署榮善司王司長，出席參政會第一審查委員會審查報告。
- 三、第七補給區司令部辰虞電，以第（35）衛生大隊大隊長徐銀因貪污案情重大，請予撤職，遺缺派張朱輔代理；簽部分別撤任。

卅日

- 一、湖北供應局接收之乳牛場共有乳牛七十七頭，已由部令飭交武漢總醫院接管；并規定牛場仍駐原址，牛秣由湖北供應局補給。
- 二、准太原綏署辰馬電，以戰爭激烈，傷患驟增，第二兵站管區內第（40）第（41）兩衛生大隊奉令各裁減中隊一個，困難實多，請念情形特殊，准予保留等由；簽呈總司令核示。
- 三、派本署榮善司王司長，繼續出席參政會第一審查委員會。

卅一日

- 一、彙編本週本署重要業務週報表送趙參謀長閱。
- 二、奉交，駐新衛訓組辰齊電及辰委代電為擬開辦護士訓練班，附呈招生簡章呈核一案；經核招考初中程度學生八十名，訓練一年，以少尉分發任用，尚屬可行；酌將招生簡章修正，指定訓練科目，簽稿呈請核辦，分電駐新供應局及第八補給區司令部遵照。
- 三、奉交，軍醫學校張教育長，衛生勤務訓練所處主任國防醫學院林辰馬院政一代電稱：該校所院等遂於五月十六日開始編併改組交接，乞核備等情；經擬代電稿轉報國防部并後准備查。

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，紙寫一面。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)來稿一經掲載，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)來稿請寄南京西華門四條巷軍醫署資料組。

軍醫月刊



第一卷 · 第五期

中華民國三十六年五月三十一日出版

國防部聯合勤務總司令部軍醫署
編輯兼發行者