

1941

年

第

卷

第

4

期

軍醫雜誌

楊濟民



第四期

本會週年紀念號

中華民國三十年七月出版

目 錄

蔣委員長題詞.....	(211)
顧司令長官題詞.....	(212)
本會週年紀念.....	楊濟民 (218)
美國陸軍軍醫組織與業務概況.....	李旭初 (214)
現行衛生大隊與收容所運用之檢討.....	徐祥楠 江嘯鳴 (221)
軍陣外科學中關於彈丸之基本知識.....	湯彥舟 (230)
戰創診療之實際(摘載第八章).....	謝學沐 袁景舟 (234)
下痢汎論.....	劉經邦 (238)
痢蟲症之治療.....	楊濟民 (242)
戰時眼病舉要及其治療.....	林和鳴 (250)
輸血療法.....	楊文達 (256)
實驗報告(1)白內障用碘化鉀的療效.....	莊育成 (258)
(2)馬齒莧治療痢疾的卓效.....	俞昌時 (258)
(3)Sulfathiazol 治療鼠疫報告.....	劉宗欽 (264)
史料：福建省保安縱隊司令部報告敵人施放毒氣之防護救治情形.....	(255)
讀者信箱 軍醫深造之路(其餘詳第一年總目).....	(272)
補 白：軍醫正義(223) 每聯事三則.....	(229)
編者的話：(圖類與前略).....	編 者 (274)
本刊第一年總目錄.....	編 者 (275)

民生藥廠股份有限公司

MING-SEN CHEMICAL WORKS, LTD.

特製良藥

“民生”

安嗽精

ANTIHUSTIN

本品用國產藥材川貝桔梗遠志等為原料用科學方法製成深褐色濃稠液體氣味頗佳便於服用主治流行性感冒咳嗽哮喘氣管枝炎及呼吸器諸症之一切咳嗽有卓效

“民生”

矽炭銀

AGSICOL

本品由銀炭末一分及氯化銀硫酸鹽四分混合而成為灰黑色無臭無味之細微粉末具有殺菌能力之吸着劑主治泄瀉痢疾胃疼腹痛及一切腸胃疾患製劑有粉末藥片

“民生”

必治癒

PITYOL

本品自糠糝內提出之黑色油狀物質油膏內含有原液百分之十主治各種皮膚病溼疹有收斂殺菌止癢防腐等功效為皮膚病不可缺少之特效藥製劑有原液油膏兩種

總經理處

杭州同春大藥房

現址 .. 金華分店 —— 浙江金華法院街
蘭谿分店 —— 浙江蘭谿西門街
屯溪分店 —— 安徽屯溪中山街
上饒分店 —— 江西上饒中山街
原址 .. 杭州同春坊及官巷口兩處

第三戰區軍醫學術

研究會週年紀念

精益求精

蔣中正題



軍醫學術研究會週年紀念

我時軍醫應盡忠職守
愛護傷病尤須研究學
術不斷求進以輕負荷
艱鉅任務

碩祝同



本會週年紀念

楊濟民

本戰區前爲力圖軍醫事業之改進，檢討既往，策勵將來，集思廣益起見，有去夏全戰區衛生會議之召集。當時除盡量商討各種提案，慎重表決，獲得圓滿結果外；鑑於吾國軍醫之散漫，缺乏組織，學術之落後，缺少倡導；故有軍醫學術研究會之產生，成立伊始，本戰區軍醫同仁固無不熱烈參加，而外戰區軍醫同仁，亦多踴躍請求入會，此則本會之組織，殆已形成時代之迫切需要。

本會成立後，即由濟民承乏總幹事，以感於吾陸軍抗戰後之擴編，全國各戰區醫院之增設，從事軍醫人員之增加，殆十倍於平時，而工作人員，類多臨時召集，既失軍醫教育，復缺醫學教育，雖有次第辦理訓練之舉，惟以限於時間空間，難期普及，爲補此缺憾，乃有軍醫雜誌之發行，其目的在介紹各國軍醫事業改進，以爲吾國改進參考，並灌輸軍陣醫藥學識，以爲軍醫日常進修，而補充教育之不足，其次在使全國各戰區，咸能聞風響應，各有此種刊物，以補書籍缺乏之恐慌，而謀學術新知之不斷供給，願本誌發刊開始，適值浙閩海口被敵封鎖，而形成各種困難，如參考材料之不足，影響撰稿，印刷條件之牽制，稽延時間，以及讀者程度之參差，選文非易，在在多有難處。然發刊迄今，尚能次第克服困難，如願以償，不致中斷者，實有賴於服務同仁之努力以赴，提倡學術諸君之熱心贊助，否則易克臻此。

本會成立，以限於人力物力，尙無各種實驗設備，是以會員中之研究者，採取就地取材，利用固有機關，一般研究之最感興趣，有可以報告者，厥爲代替品之探求，如苦參子之治蟲痢，馬齒莧之治菌痢，使君子之驅蛔蟲，均有初步之臨床試驗，而獲有相當成績；餘如金銀草之治瘧，亦正作有規則之試驗中，乃以病例不多，未能正式報導，至其代替品之化學形態以及確實有效成分，尙須與醫事教育機關，生物化學機關，各專家，各學者，作密切聯繫，更進一步之研究。在此一年經過，雖研究事項尙屬寥寥無幾，而會員中，已有養成研究學術之驅勢，實足以頌手稱慶。

吾人知普法戰爭，法軍因戰敗，致賠款達五千萬萬法郎，而當時醫學家巴斯德，有細菌生物方面之種種發明，就中即以畜牧之疫苗一項，得以防止牲畜之死亡，已年可減少法國農民損失達二百萬萬法郎，故英國皇家學會，有評法國戰敗賠款，而獲巴斯德醫學家科學上之發明，已足夠補償無遺。又有如美國之開闢巴拿馬運河，前後數年間，均爲黃熱瘧疾之作祟，死亡工人達數萬，歐人呼巴拿馬有白人坟墓之稱；後經美國軍醫高爾加斯之努力滅蚊設施，得以掃蕩疫癘，遏止流行，而獲完成此一偉大工程者，高氏與有力焉。後美人謂巴拿馬運河之完成，實建築於顯微鏡下云。

觀於上述兩氏之豐功偉績，可謂彪炳史冊，使吾人敬仰之餘，實有無限慚愧。國外每一戰爭，於醫學方面，貢獻殊多；而我國抗戰四年，尙未聞有何發見，不啻相去天壤。軍醫事業之既爲科學事業，則應極端從事科學之研究，當爲天經地義，不可磨滅之事實。故現吾人獻身黨國，固應盡忠職守，努力工作，實猶以爲未足，尤應於工作中不忘科學，研究科學，具有爲科學而生，爲科學而死之精神，深體此意，一發大聲疾呼，發動個人或團體之學術研究，倡導全國軍醫之普遍研究風氣，則於吾國軍醫前途，有無限希望。茲事體大，濟民不敏，願隨吾全國軍醫界同仁之後，共勉而共負之。

美國陸軍軍醫組織

及其業務概況

李旭初

凡一種事業之成就，絕非偶然，必須經過若干之艱苦心力，始克逐漸進展而達乎理想之境。美國自公元一七七五建國以來，其軍醫即開始展開其歷史之途徑，迄百數十年，其業務之精良合理，每為該國人士引以自豪之一端，其軍醫設施，佔世界首位者數項，尤足為軍醫人員，多年努力與非醫事業，被國家重視之結果。然試讀其軍醫事業史，則其演進之情形，亦有若干艱苦奮鬥之事實，蓋其軍醫人員，初亦每被軍中人士輕視，甚至服裝待遇，均不平等；以後經若干偉大軍醫人格成績之表現，學術事業之改進，迄今達於合理之地步，實非偶然也。（參閱衛生動務月刊第三四期）。當茲世界戰雲厲烈，美國有舉足重輕之勢，其軍醫業務，究竟如何，想為我軍醫同仁所樂聞。同時際我抗戰爭取勝利之秋，百業待興，我軍醫事業果如何？又為我軍醫同仁不可不顧及而思有所取材借鏡者。國情背景，固須顧慮，不可削足而適履；然而事實之原則與真理，亦非可混然不顧，爰將旅美時關於所見所知之軍醫業務概況，綴為本文，俾獻我軍醫同仁之前，聊作參考。

(1) 軍醫之任務： 軍醫之主要任務，為保持促進軍事組織中官兵以及馬匹之健康。概凡陸軍中之官員士兵，其精神體格，必須適合一種陸軍法規所釐定之條件；其養成適合及甄別不合此種條件之責，完全為軍醫之任務。他如獸醫作業，以及軍醫學術之研究，軍醫人員之訓練，軍醫業務之改進，舉凡增進保養陸軍人員馬匹戰鬥能力之事業，均屬軍醫之職責。故美國部隊之軍醫，平時以辦理軍醫官兵訓練，衛生保健，及體格檢查，為其主要工作。至於成立醫院，開設診所，則其微末者也。

(2) 軍醫之組織： 美國之軍醫組織，全國統一，在人事、待遇、教育、行政，完全一致之組織內，依照一定之法則施行。其最高之官員，稱為軍醫總監，統理全國軍醫業務，其下則為軍醫業務內之官員與士兵。官員就其專技之不同，而組成軍醫團，牙醫團，獸醫團，軍醫行政團，及陸軍護士團。在後備役之組織中，又有衛生團，及特約軍醫等，加以各種業務之軍醫士兵，統稱為軍醫人員。此項陸軍軍醫人員，在統一號令管理之下，分佈遣派於國內各軍事單位，各部隊，以及遠戍海外之各軍事機關。就其業務之分別，按情形之需要，遣派服務於各種軍事單位，如軍事教育機關，軍事技術生產機關，及各部隊等執行各單

位內之軍醫業務。而各軍事單位之專醫主持人員，均以軍醫科之人員充任之。其下之配以輔佐人員，如軍醫，牙醫，獸醫等。其須額則視工作情形需要之實況，由軍醫團調遣組成。士兵亦然，其數目以作業之繁簡而隨時變動，以求切實適用為原則。故其軍醫各單位，除部隊之屬於其戰鬥組織者，如營團旅師以外，均無一定之編制，視工作需要之情形為轉移，事繁則工作人多，事簡則工作人少，調遣統一，故無勞逸不均之現象。蓋軍醫之受委，乃委為國家之某級軍醫，而非委為某處某職之何級軍醫也。各衛生機關均直接受軍醫總監部之行政系統（人事教育薪給調遣等）管理，而其作業則須受所在地或所隸屬軍事長官之指揮監督。

在美國本土依地理上之條件劃分為九個軍區，每軍區置司令長官一人。其司令部內有軍區總軍醫一員。凡在該軍區內之軍醫業務設施，統由總軍醫建議於司令長官，而實行監督指揮，並可代軍醫總監臨時處理一般事項。其總軍醫亦係軍醫團內之官員，多為上校級，或代將級，此外在各屬地衛戍軍區，如夏威夷菲律賓巴拿馬等地之衛戍司令長官部內，亦各設總軍醫一員，處理該區內之軍醫業務。每軍區內之總軍醫下，設副總軍醫二員，選自牙科及獸醫科內之官員任之，其辦公地稱為「軍區總軍醫辦公處」。代理軍醫總監，依照陸軍法規，處理一切軍醫業務之推進與設施。惟關於軍醫人員本身之一切行政，如人事調遣等事，仍直接由軍醫總監部處理之，以明權限官制而責統一。

- (3) **軍醫總監：** 按照陸軍建制，軍醫組織，係業科之一種。其最高官員稱為「陸軍軍醫總監」，受任陸軍軍醫少將之官階，副監則授代將官階。（美國陸軍名器尊貴，上將僅有一人，官至上校即屬高官顯位，少將則更甚矣。）軍醫總監之任命，係由大總統就陸軍軍醫團內上校官階之官員選定後，提出於國會，經國會通過，始能任命。軍醫官員升至上校級，起碼須有二十六年至二十八年之服務年資，經二十餘年之觀察，始有機會按任斯職。則國人對於斯人之一切能力，學識，人格，經驗，早經洞曉，復經國會之審慎通過，其用人之公允。可想而知。故在該國次任之軍醫總監，每可預推為誰，甚且能預推更次任者。宜乎其軍醫區內對於軍醫總監推崇備至，絕未聞有黨派滋生或作不平和之事實也。

軍醫總監每任期為四年，但任滿四年者頗少，率多於中已屆役滿退休之年矣。軍醫副監之任命亦如是，由上校級之有特殊能力與學識之官員，選任之。共四員額，其中三員為軍醫人員，一員為牙醫人員，多担任軍醫總監部或整個軍醫業務內之最緊要位置。職時則軍醫總監在大本營，其副監則任職區總司令部之軍醫主任官長。或外征軍之軍醫主任官長。軍醫總監，在業務上為技術及行政官，對於作戰部長，為軍醫業務之建議顧問與執行僚屬。舉凡有關軍醫事業之法規行政工作，均由軍醫總監建議提出，而由作戰部長公佈施行之。因其本身為作戰部長之幕僚，故可將其主張與實施法則，實施於一切軍事單位之軍醫組織內。形成一種完全統一之政令，與機構。則其直屬機關更不必言。

- (4) **軍醫總監部：** 即軍醫總監之辦公處，為作戰部下之一機關，除處理其軍醫業務外，復與陸軍其他各兵科業科總監之辦公處切取聯繫，而形成整個作戰部之全部行政機構。對於各軍區之總軍醫辦公處，則與作戰部內軍務處聯繫，共同治高管理。而對於該部分之

工作軍醫人員，則直接管理之。且用之為軍醫總監部駐該軍區之代理機關。軍醫總監部，為業務處理之需要，有下列各科及各直屬機關。其直屬機關之一部，於動員日，即分散於各適當地點，而平時受所在地軍區司令長官之管理，復員時仍歸軍醫總監部。此外航空軍醫業務，亦由陸軍軍醫總監部司理之，但與空軍總監部切實合作辦理。

現時軍醫總監部業務浩繁，其工作範圍，司及全國之軍醫一切行政、設計、管理、訓練、研究；而能處理得當，周密合理，且迅速有規，百業日進，其工作人員之數，似應極多；乃事有大謬不然者，僅官三十員，平民僱員一百七十五人，及少數士兵而已。（一九四〇年冬）。其用人如此經濟，而效率如此宏大，究其主要原因，不外對於其所用人員，在工作以前，與以充分實際切要之訓練，確能實行所謂人才主義，用得其才，並非其工作人員作事能力如何之大，乃事上軌道，有一定之法可循，處事公正無私，一切實事求是，以事業之前進，為行政之原則，不以維繫本身作事方便之方法處理行政業務。重視公務員之人格，無懈防弊杜奸之各種手續，無聊之文章虛偽，無迎合上官私人意旨而更動事業原則之應付現象，更無結黨營私，排除異己之醜惡情形，行政科學化，如斯而已。其內部之組織系統及業務概況如下。

1. 辦公廳主任：多為軍醫之上校級官員充任之，代軍醫總監處理一般行政業務，於軍醫總監臨時不在辦公廳時，可代表規畫指揮監督一切工作。
2. 總書記官：為平民僱員，不受軍級之委任，換言之即無實際陸軍官位，協助辦公廳主任處理一切行政工作。
3. 行政科：掌管辦公廳內本身之日常行政及不屬於其他各科範圍內之工作，或作有關各科工作之中間集中部分。（即有關一科以上之工作時，由行政科主管之再與各科聯系辦理。）本科又分為登記及郵遞股（收發）庶務及辦公器物管理股，繕印股，及公務處理股，此科管理平民僱員之人事，各醫院之經費之撥給，陸軍總醫院入院許可証之簽發，平民留駐陸軍醫院之許可，（陸軍醫院設備完善，有時特種病患，非入陸軍醫院不克醫治；故有平民入院之規章。）及主管軍醫公報之編輯事宜。
4. 生命統計科：主管陸軍人員疾病記錄，在軍事經濟學術技能觀點上有關之各種分類，對於行政上及卸費區殘廢處理上，供給有關材料，他如各戰役軍醫作業之歷史記錄，亦由是科主管，並代軍醫總監編製年報（呈送國會者），其下分編號股，製表股，統計股，及報告股。
5. 技術科：主管有關軍醫學術技術業務之處理研究，及提倡醫學，及一般科學之與軍醫學術有關者。分預防醫學股及臨床醫學股。
 - A. 預防醫學股：主管軍隊衛生實施之監察，流行病之管理（馬匹之衛生工作除外）各軍醫實驗檢查所，工作之推進，軍醫博物院之行政與研究工作之管理。各種有關預防病學之研究作業。且與軍需經理部分主管機關聯繫，對於軍食、水源、除穢。

驅蟲、營舍、及其他有關衛生事項之研究改進，實施與公共衛生機關及一般民間衛生單位聯絡，研究一切衛生事項，規定適役體格標準及管理、官兵體格檢查報告，此外并處理：前陸軍監察總監部衛生監察官，軍區總軍醫等處呈交作戰部長之一切有關軍隊衛生報告建議與案件。

B. 臨床醫學股：主管臨床科學之最近發展，確實有效治療方法等項事務之研究推行。特重一切有關文獻之收集。各陸軍醫院及民間醫院應用及改良方法之採取，推行陸軍軍醫中心，軍醫學校，臨床學術研究事項之指定管理，及一切有關臨床案件研究之處理。

6. 計畫及訓練科：處理除有關著設軍醫物質資源以外之一切有關軍醫業務之計畫及訓練事宜。與作戰部之總參謀長辦公處切取聯絡，隨時商討處理一切國防建軍計劃，事宜之有關軍醫範圍者。內分計畫股，訓練股，及醫院管理股詳情如下。

A. 計畫股：主管作戰計畫國防計畫，陸軍編制及其他有關軍醫業務部分之制定，軍醫人員數目之規畫，軍醫裝備之研究。各軍事單位專技軍醫人員，與運輸工具等項之支配，軍醫操典、法規、衛生勤務令，以及一切有關軍醫律條之頒佈。

B. 訓練股：主管一切軍醫人員之訓練事宜，(計畫與實施管理)軍醫訓練法規及編定，軍醫業務學校案件之管理，各軍醫學術有關文獻書籍之審定及發行等工作。

C. 醫院管理股：主管各級陸軍醫院之修建設計，在不平時則與財務器材科，戰時則與計畫及訓練股，切取聯絡，處理一切有關醫院管理事宜。

7. 人事科：主管軍醫人員(官員及士兵)之一切人事行政事宜。與作戰部之軍務局及參謀總長辦公處第一科(人事)切取聯繫，處理軍醫人員之甄選分派，軍醫人力資源之蕃養，海外工作之遣派等事務。下分官員，士兵，預備役三股。預備役股主管後備役軍醫官兵之人事事宜，該股內又分軍醫牙醫獸醫軍醫行政及衛生五組。

8. 財務器材科：掌握全部陸軍軍醫業務推行所需之財務與器材事宜。以其業務廣繁故為軍醫總監部最大之部分，下分財務材料、積價、解員、核算、儲備、設計、及專技等股。職司如下。

A. 財務股：主管推行全部軍醫業務所需經費預算及提出國會關於國防預算。內軍醫部分預算書之編製，並管理全部軍醫經費收支與其他機關款項往來，及出售醫藥器材製品等貨價款項總帳之登記。

B. 材料股：主管軍醫業務內所需器材之製備儲備及分發等事務，該股內又分下列各組。

(甲)製備組：主管軍醫應用器材之預算，標準制式之審定，特種製品之監造，並置器材出納之總帳，及應用器材部類數量之統計等。

- (乙)儲藏及分發組：主管所屬各陸軍材料庫棧業務推進之監理，及預算計畫各庫存量之補充調整分配事宜。
- C. 稽 價 股：主管一切陸軍人員因醫藥治療目的所用民間醫療藥品醫院運輸等項費用支款單據文件之審核。及軍醫業務上所急用臨時購辦之藥品器材，定約洗衣工作，（與大洗衣工廠簽定包洗醫院一切被服商約）以及一切有關軍醫除固定設施以外之臨時費用開支單據之審核，價算事宜。
- D. 僱 員 股：掌理所有各軍醫機關僱用平民僱員之一切人事登記，並主管平民僱員額之預算，工作之派遣，更調升遷及所用薪給之預算與支付等事宜。
- E. 核 算 股：主管政府除陸軍以外各機關人員在陸軍醫院居留醫治，或應用陸軍軍醫各種設施所需費用之估算，與移用陸軍醫藥器材價格之核計，造具呈送國庫總匯及辦理清算抵消等項工作。
- F. 儲 備 設 計 股：準備醫藥器材之動員預算，製備軍醫物資資源之計劃，以及一切平時醫藥儲存籌備之設計，並造具是項報告書於國會。
- G. 專 技 股：專與政府及陸軍各製造設計機關發生聯繫，以便對於有關軍醫工作時，答復其查詢及建議。並在陸軍各技術機關設置軍醫技術聯絡官，佔其設計委員之一席，換言之即在各種陸軍技術委員會內，均派有軍醫代表在內，此代表由本股遣派管理之。
9. 牙 科：主管陸軍內一切有關牙醫作業事宜，與技術科人事科及財務器材科切取聯繫及合作。
- 10 獸 醫 科：主管陸軍內一切有關獸醫業務事宜與軍醫總監部內各科聯繫合作，並與陸軍經理，馬政，各部切實合作，特重於衛生技術上問題之處理。
- 11 圖 書 科：主管陸軍軍醫圖書館之業務推進（該館為世界第一最大之醫學圖書館）事宜。內分行及業務文獻目錄，統計檔案四股。
- A. 行 政 股：主管軍醫圖書館本身行政及與國際間圖書文獻聯絡事宜。
- B. 業 務 股：主管軍醫圖書館日常館務推進，並國內外學術機關辦理圖書借閱交換事宜。
- C. 文 獻 目 錄 股：主管該館圖書目錄之編定並搜集最近之一切醫學文獻，分別編成參考書目，俾作醫學寫作參考之用，此種工作，自一八六〇開始，迄今成為世界醫學重要文獻之一。
- D. 統 計 及 檔 案 股：主管醫學統計，及育價值史料檔案之搜集保管編製等工作。
- 12 陸 軍 護 士 科：主管陸軍護士之一切人事管理業務，並與紅十字會業務切實聯繫合作。

(5) 軍醫團：為陸軍軍醫官員組成之團體，凡軍醫兵科內之官員，均屬於軍醫團內之份子。其於受政府委任時，即係任軍醫團某級官，而非由某部醫某級職，其任用法規規定，軍醫團以招考方法選任官員。初任官員，必須為美國男性公民，年在二十二歲又六個月至三十一歲又九個月之間。曾在甲等醫科大學畢業，得有博士學位，且曾在著名醫院受一年以上之見習醫師訓練者，方能投考。

其考驗方法，分為三項。第一為嚴格之體格檢查。第二為學術技術考驗。第三為經過審定委員會之通過。審定委員會，由軍醫團派員組成，專門審查投考人員之資歷、體格、是否合於軍役，完全通過此三項考驗，始得充任軍醫，初任為中尉職。

凡軍醫團內之官員，在其任職期，須隨時受各等級之軍事軍醫學術及衛生勤務訓練，俾可能應付其任職時職責之需要。同時軍醫團之官，除入其本身業務有關之學校受訓外，並由政府酌情選入各謀學校、陸軍大學，及其他兵科業科專門學校入學或充任教官。送入各醫科大學充任教授，稱為特派教授。

軍醫官員每升一級時，除規定之必要年資外，並須經過一次試驗，包括體格檢查，及學術考驗。如體格不及格時，則於升上一級後，宣告退休。其學術不及格者，如為初級官員，則與以一年之薪俸後，命令退出陸軍。如為高級官員，(校官)則與以一年之時間準備，再行考驗，如仍不及格，則令以原級退休。

其各級停年如下：(自中尉起計算)初任中尉經過三年升上尉，經過十二年升中校，經過二十年升中校，經過二十六年升上校。升至上校則隨時可由大總統任為代將或少將。依照此種年資計算，絕無越級上升之事實，士兵如無醫學博士學位，亦絕無升任官員之可能，其全國各軍事機關之軍醫官員，均自軍醫團選派，依照一定之人事法規管理之。故人事統一，命令統一，均在軍醫總監統制之下，完成其業務。

軍醫當局為完整統一技術訓練起見，近又規定凡青年醫師在甲等醫校畢業後，有志加入陸軍者，得請入各陸軍醫院為見習醫師，概因陸軍醫院設備人才均較一般醫院為優，且有一定之服務法則也。在陸軍醫院充任見習醫師將滿一年之前一月，得參加體格檢查，以體格表及醫院出具之學術工作成績報告書，一併送呈軍醫考選委員會，及軍醫總監部審查合格，經作戰部長之認可，即可選任為中尉軍醫，不再在加以考試。不過其以後升遷時，仍須依照原令法則辦理。如人數過多時，則其選取之一部人員任為後備役軍醫中尉。但立刻派遣工作，其待遇與現役軍完全相同，遇有現役軍有缺額時，由軍醫總監及作戰部長之批准，即可選改為現役官員，不再舉行任何考試。

(6) 牙醫團：牙醫團為軍醫業務內之牙醫官員組成之團體，其官員之任用，必須甲等牙科大學畢業，得有牙醫博士學位，並曾從事技術工作至少一年又十一個月以上者。年在二十二歲又六個月至三十一歲又九個月之美國公民。然後報名投考及格，得初任中尉。其已任後備役之牙科官員，則必須年在二十三至三十二歲之間，且經考試及格者。亦任為中尉。其升遷辦法，與軍醫團官員完全相同。初級牙醫官員得按期送入陸軍軍醫學校之牙醫學院，及衛生勤務學校進修。以後依原情形之需要，得再入陸軍牙醫學院之高級班，或

專技班，並選送各高級牙醫官入大學任教授，或研究院任研究員，以作技術上之深造。

牙醫在陸軍中担任一切牙醫技術工作，及保護促進軍人之口腔衛生，與健康。戰時牙醫人員協助軍醫人員除牙科本身工作外，並管理救急後送以及一切臨時急需之衛生勤務作業。凡軍事機關之高級牙醫，稱為牙醫主任，牙醫官於實施業務時，由軍醫士兵協助之，此項士兵之訓練，由牙醫官施與之，或經專技訓練班或入陸軍牙醫學院之士兵訓練班訓練之。

(7) 獸醫團： 獸醫團為軍醫業務內獸醫官員組織之團體。其官員之任用方法與牙醫相同，必須甲等獸醫大學畢業得有獸醫博士學位者。其初任為中尉升至上校止。獸醫官員任教育訓練亦與牙科相同，初級者入陸軍軍醫學校之獸醫學院，及衛生勤務學校之基本班。以後再入獸醫學院之高級班，或入其他有關之技術研究進修機關，或騎兵學校等。獸醫官員担任陸軍中之一切獸醫業務，保障促進軍用馬匹之健康，及軍用食品之檢查，戰時則完成其本身之衛生勤務作業。

(8) 軍醫行政團： (司藥團) 在歐戰時有若干軍醫兵科內之士兵，以獎勵由政府破格任命為官員。主管軍醫日常工作，稱為軍醫行政團。為此種組織制度之始。其階級以少尉至上尉止，嗣後即加以改正，凡由四年以上教育期限之藥劑專門學校畢業，得有理學士或藥劑學士之人，經考試，體格檢查及格者，方能任命為軍醫行政團之官員。自少尉起，五年升中尉，十年升上尉為止。初任時，亦送入衛生勤務學校基本班入學。以後亦得送入藥劑技術之深造或研究機關進修。軍醫行政團官員在軍醫業務內，擔任行政管理工作如材料經管文卷登記內務行政以及伙食庶務等事，並主管藥劑製製等事宜，以後有改稱司藥團之可能。

(9) 陸軍護士團： 陸軍護士團，由女性之正規護士組成，其待遇有與陸軍官級相同之等級，但無實官。其稱謂亦不冠以軍用官級，普通稱為某女士。但在文件中，或正式之稱謂中，則另定名辭。包含與何等官級相同待遇之意。階由級同少尉起至少校(僅有一人)止，其稱謂如下。

護士(同少尉)——護士長(同中尉)——護士副主任(同上尉)——護士主任(同深資上尉)
——副護士總理或副總護士(同深資上尉)——護士總理或陸軍總護士(同少校)

陸軍護士之選任，條件。必須年二十二至二十八歲之未婚女性美國公民。曾在著名之護士學校畢業，美國護士會之正式會員，畢業後得有理學士學位。並曾在著名醫院服務二年以上，每日護理五十以上之男女及小兒病人得有證明及優良成績紀錄者，始可得軍醫總監及作戰部長之委任，初任以少尉起，但其薪給與陸軍給予規定略有不同，觀各人之情況而定。其升遷以年資及成績為標準，經過三年之軍職後，始可請求參加升級考試。其工作與一般護士工作相同，其人數亦按需要之情況而定。

(待續)

現行衛生大隊

與收容所運用之檢討

徐梓楠

江海鳴

編者按：本期付印時，承作者以近著「建立兵站衛生機構之芻蕘」見賜。凡所持論，悉依當前，攻守策略，交通裝備等實際狀況，就其服務經驗而作精審之檢討，雖因限於篇幅，未克備載，然已吉光片羽，可為我國現行野戰兵站區衛生機構之利弊與革，作一參考。原題，係「現制收轉機構之運用」，合併聲明。

依據抗戰第四年本戰區各重要戰役所得之教訓，敵一貫採用流竄方式，相距火線一百公里以內，均易遭受威脅。設在兵站第一線之所隊，縱橫聯繫每難一致，易失連絡，似以衛生大隊之機構，設有大隊部掌握所屬各組連，協同行動較稱適宜。

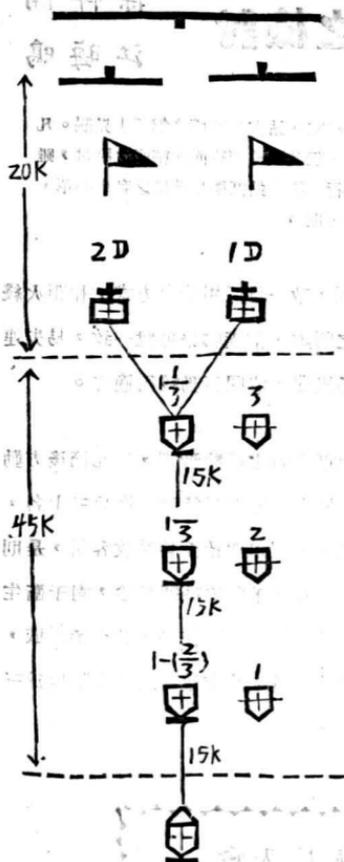
本年一月軍令部印行第二期抗戰第一階段，國軍作戰之經驗教訓，第九節後方勤務第三項：「以師野戰醫院只有担架兵六十名，最大限每次只能抬運傷兵三十名，依歷次戰鬥之經驗，平均每師每日約有傷兵三十名，須用担架抬至兵站收容所，是則野戰醫院與兵站收容所之距離，應在半日行程以內」，基于此項戰鬥經驗，對於衛生大隊之配備，設按縱深配置，每一大隊如担任兩個師之傷患收轉任務，其作業區域，最大限度，為四十五公里，如担任三個師之傷患收轉任務，其作業區域最大限度為三十公里，其序列如左： →接讀222頁

歡迎外戰區軍醫人員入會

簡章請向上饒長官部衛生處函索即寄

第一圖

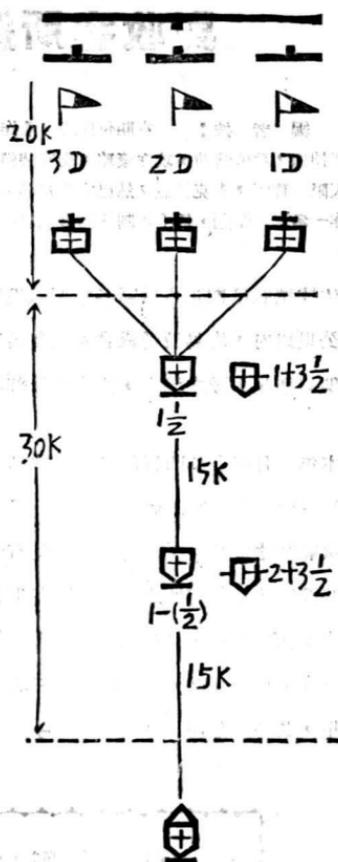
A. 兩個師之任務：



兵站第一綫衛生作業區域

第二圖

B. 三個師之任務：



兵站第一綫衛生作業區域

第一圖說明：以一個担架連及一個醫療分組配合，成爲一站；而以醫療組及大隊部設于終末一站，依據平均每師每月約有傷兵三十名，須用担架抬運，故每站設担架一個連，配屬担架六十付，以半日行程計之，俾便盡一日之往返，則每隔十五公里，應設一站，照現行衛生大隊編制，每大隊轄三個担架連，配屬担架一八〇副，則合于四十五公里之任務。



第二圖說明：以一個担架連，附兩個排，（舊制一連分三個排，每排爲二十副担架，茲爲適應事實，假定一連分四個排，每排爲十五副担架，自此以下所稱之排，均依後者立論。）及一個醫療分組配合，成爲一站；而以醫療組及大隊部設于終末一站。依據平均每師每月約有傷兵三十名，須用担架抬運，故每站設担架一個連，附兩個排，配屬担架九十副，以半日行程計之，俾便盡一日之往返，則每隔十五公里應設一站，照現行衛生大隊編制，每大隊轄三個担架連，（每連四個排），配屬担架一八〇副，則合於三十公里之任務。

→ 接讀 224 頁

★ ★ ★

補白：

軍醫正義

邱偉

或問曰：軍醫與普通醫，有以異乎？曰：有以異也，普通醫以一般民衆爲對象者也，一般民衆，性別有男女，年齡有老少，體格有強弱肥瘦，職業有士農工商，起居有定節，作息有定時也。芸芸擾擾，無系統之組織，彼此不相聯繫也。普通醫者，只須有精深之學術，具完善之設備；一般民衆，濟之以金錢，假之以時日；檢查也，治療也，坐言而起行，左宜而右有，分別科目，優遊從容以處治可也；無環境地位，以爲之拘束，無設備時勢，以爲之限制也。傷病重者，婉辭而謝絕之。傷亡病故者，無所事其身後也。置身乎都市，棲息乎商場；無梯風沐雨，冒暑而寒之苦；無東顧西遺，涉水登山之勞也；無馳驅於鎗林彈雨之下之危險，無奔走於血肉橫飛之中之恐怖也。

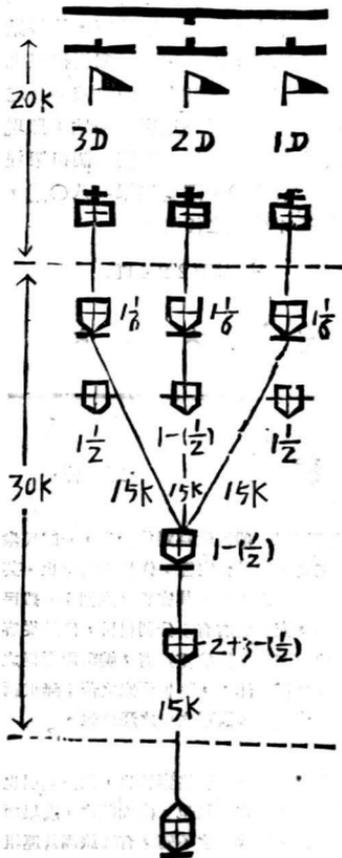
至若軍醫，則以軍人爲對象者也。軍人之性別有規定，年齡有限制。體格素質也，飲食起居也，被服裝具也，居住行止也，教育訓練也，無往而不受國家法令之規定限制也。橫而觀之，塵集而集處，千鳥以成羣者，皆科科之武夫也。縱而觀之，則有步騎砲工輜兵種之不同，有師旅團營連組織之各異也。視關河之險夷，作國防之配備，朝令而夕動，拱布而星羅，生活之艱苦，而服役至辛勤也。戰爭於沙場，躬冒乎鋒鏑，任務至繁重，而境地至危險也。

（下接 229 頁）

設以一個衛生大隊，按廣正面之配置，其作業區域之最大限度，同縱深配置，其序列如左：

第 三 圖

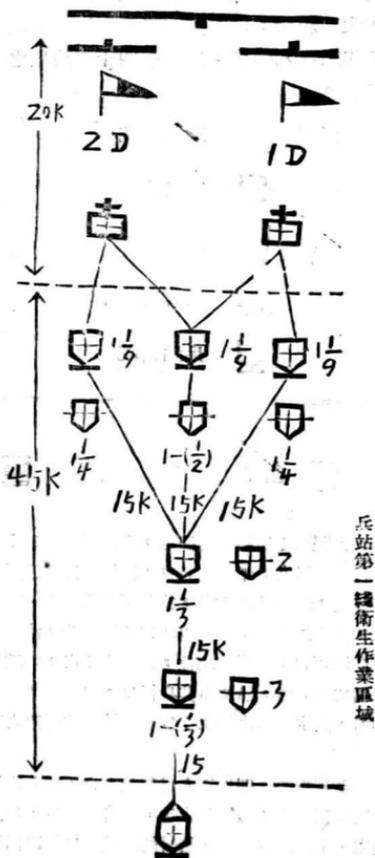
A. 兩個師之任務：



說明：上圖除第一站以一個担架連分散配列外餘同縱深配置。

第 四 圖

B. 三個師之任務：



說明：右圖除第一站以一個担架連，附兩個排，分散配列外，餘同縱深配置。

兵站第一線衛生作業區域

兵站第一線衛生作業區域

說明：依上圖之形勢，自閩侯至龍溪，沿海岸陸路橫達三百公里以上。以一至兩個衛生大隊不能作真正面之配置，必須三個衛生大隊分三線配置。

如以三個衛生大隊，配置三線，担任五個師傷患收轉任務，殊不經濟，自應於主要傷運綫，配置衛生大隊一個。其他各次要傷運綫，則以酌情配置相當收容所為宜。

(二) 個師任務：在激烈戰鬥期間，如前綫作戰部隊，約為三個師，經以一個衛生大隊，分左中右三翼，作真正面之配置；但在某種狀態之下，左翼或右翼與中路遮斷，不能向中路集中後轉，勢須於左翼或右翼，另調輔助傷運綫輸送之，此時設使被遮斷之一翼，約有一個師之兵力，如以一個衛生大隊分出三分之一移轉設置，勢必減少中路接替後轉之輸力，影響其他兩翼之輸送。自以酌情於輔助傷運綫上，設置相當盡一個師傷患收轉任務之收容所為宜。

例如第六圖所示：戰前以衛生大隊部，配附担架一個連及兩個排，設義烏。另於右翼瑣山，中路蘇溪（附近），左翼王沙溪（附近），各設担架兩個排，各任一個師傷患收轉之任務，齊向義烏金華鐵路集中後轉。（見第六圖）

在戰鬥劇烈期間，右翼瑣山，首遭威脅；瑣山安華間，有被敵遮斷之可能，傷運極不安全，原設置瑣山担架兩個排，應迅速向鐵路正面收撤，或於不得已之情況下，暫時撤退烏岩，此時瑣山方面，一個師傷患，已不能向鐵路後轉，勢須經北周後送東陽。如以撤至烏岩担架兩個排，擔任烏岩東陽長達五十公里左右之輸送，勢必不能達成任務。爾時當面戰鬥均甚猛烈，配置鐵路正面之衛生大隊，絕不能抽調一部右移設置，仍須確實掌握各連組，担任正面傷患收轉之任務，唯賴以一個收容所急進東陽，分設北周或前送烏岩，承接瑣山方面一個師傷患之收轉。（見第七圖）

(三) 聯絡控制之任務：按照委座所頒作戰衛生勤務核定辦法第二條之規定：「第二綫兵站醫院，距離火綫五十至七十公里，」依照前述兵站第一綫衛生大隊之配置，有大隊部設置之地點，遠者距離火綫六十五公里，近者五十公里，雖與第二綫兵站醫院之距離，尚稱適度；但據二十九年敵在東戰場發動之十月攻勢，及三十年之五月攻勢，敵之流竄戰術，來勢閃忽。距離火綫一百公里內外之地境，易受威脅。兵站醫院本身輸力極弱，在戰鬥進行期間，如第二綫兵站醫院設於距離火綫十公里左右之地境，似不適宜。爾時，第二綫兵站醫院應設在距離火綫一百公里以外之適宜地點。至衛生大隊與兵站醫院中間之聯絡，自以設置收容所為宜。（見第八圖）

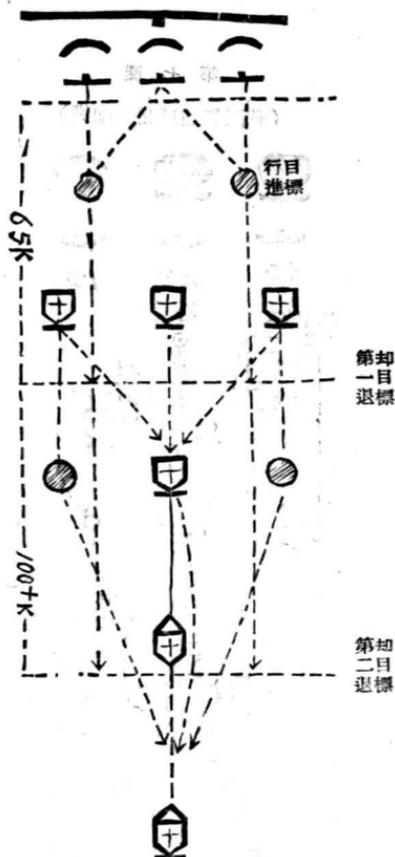
補白：木鼈子素有助高空飛行之視覺 · 寄明。

木鼈子，蒼木鼈，馬錢子，為異名同物，木鼈子素即木鼈子種子中之鹼類物質，為毒藥。成書所載，如以本品注射於健康者，1-2mg，不見著明作用。但注射至3-4mg，則視野擴大，對於弱光刺激之中心視力，謂成銳敏，而事實如何，未見有確定之記載。近據美國阿拉巴馬大學薛芝博士，長島醫學院之路保者爾博士之研究試驗，有如下之記載：

設置一低壓室，正相等於高空至17,500英尺高度時之情形，使人居其中，因氧之缺乏，視野內發生一廣大盲區，(Blind area)以致所有儀器及所需觀察之各種物體，不能視及，此時一眼點木鼈子素三滴，一眼僅點清水，結果點有本品之一眼，盲區減小極多。

故結論謂平流層飛行員，可用本品點數滴於眼內，得獲減少高空飛行中之視覺障礙云云。吾國空軍，正在積極從事建設，茲特摘錄，以供研究航空醫學者之參考。

第八圖



說明：右圖當敵軍疏竄進攻，預定我軍主力轉進於後退縱深障地，及移轉主力於游軍來攻部隊之側背，予以打擊之時，原配設兵站第一綫衛生大隊，勢必預備強軍移轉，爾時第二綫兵站醫院，如照規定設在距離火礮七十公里之地境，以其本身輸力單薄(照舊編制)，所感受之威脅，自必重大，至於一百公里以外之地點設置之，至在戰鬥進行期間，第一綫衛生大隊與第二綫兵站醫院之中間聯絡，宜於本身有收轉能力之收容所，即接應設，俾使進退靈活，運用機動。

結 論：

由於以上各節之說明，收容所於戰階段之重要性，仍有保持此種組織之價值，於運用上，無論為擔任一個師之任務，或為聯絡控置之任務，均須於各交通線之重要地點，適宜控置若干所為預備單位，以備進展或轉進時補充之需。至於舊制運輸隊，因不能獨力擔任醫患收轉之任務，擬予廢止。

鎗彈命中率統計

西方兵聖 Clausewitz 謂萊城 Leipzig 之戰，在戰場為鎗彈命中而死亡者，統計一人，鉛之消費，約等一人之體重云。

奧國參謀大尉 Berndt 謂普法戰中 Gravelott 一戰，撒克遜 Sachsen 軍約計消費鎗彈 400 發；付一人之死傷云。

又 Marsla tour 之戰，計費鎗彈 452 發，付一人之死傷云。

(上接223頁)

疫疾之預防不密，則不特危害個人之生命，抑且進而波及團體之安全；創傷之救治不周，則不第減退軍中之士氣，抑且進而左右戰爭之勝敗。戰事歷歷，可考而知也。診察治療，無間乎時間之晝夜，傷病之輕重也；救護輸送，無間乎設備之繁簡，地形之險夷也。集預防、治療、救護、輸送於一身，攬生前、死後、埋葬、撫恤於一手。耳之所聞者，炮聲震天地，目之所見者，死骸原野也。服務於驚心動魄之際，從事於兵慌馬亂之中，一舉一動，一言一行，又無什而不以適合軍事之要求為主的者也。

故軍醫者：非僅具有精深之學術技能為己足，要必先之以堅韌耐勞之體力，濟之以勇敢機警之精神；且必明瞭軍中之一切情況，熟悉軍事之進止企圖，此皆與普通醫不同者，既非普通醫所能深識，而尤非身歷其境者所能盡道者也。

若夫斤斤於設備，侈談乎治療，誇耀其技能，而困囿於事實；望敵請而阻寒，聞炮響而心悸者，雖能去死而回生，興滅而繼絕，亦不足與言軍醫，尤非國家軍事之所企求於彼等者也。

蘇聯醫事三則

楊濟民

蘇聯既往醫學，似與吾國現狀，無甚軒輊，但自經大革命時政治經濟之劇時代變更後，而醫學亦隨之積極提倡，得獲近今之長足進步。茲錄三節，以實本刊。

(一) 開業醫師：

蘇聯因為社會制度於政變，所以採取公醫制度，這是盡人已知，但現在蘇聯各都市並不是完全沒有私人開業醫師，不過數量比較少，他們著名的開業醫師，亦可以擁有汽車洋房，但政府為節制資本主義起見，對於財產有一個限制，大體醫師不得超過五萬，所以一般著名開業醫師，多要盡量讓向享受，窮極奢侈的揮霍，來節制財產的資本主義化。

(二) 軍醫：

蘇聯的軍醫還沒有規定，非軍醫學校畢業不可，不過在職務上，有個限制，就是普通醫學校出身的，不能掌管軍醫的行政，軍醫階級，規定自上而起，至中將止，並沒有中少尉軍醫，他們組織機構上，有主管官的階級，比所屬軍醫為低，譬如團的衛生隊長為少校，而所屬軍醫，或有較高階級的中校間或上校，師的方面，亦同樣情形，關於軍醫人事任免，由蘇聯人民保健委員會辦理其事，該會除管理陸軍軍醫以外，海軍以及空軍的軍醫，亦同受節制。

(三) 軍醫學校：

蘇聯的軍醫學校是五年制，還是從基礎醫學開始教起，此與德、日、英、美、的制度，完全不同，惟與吾國軍醫學校，則相仿焉，入學資格，就是從蘇聯十年制的學校畢業，（相等於吾國完全小學及初高中程度。）即可投考軍醫學校，至於普通醫科大學，亦為五年制，所取學生程度，亦皆與軍醫學校相同。

軍陣外科學中

關於彈丸之基本知識

湯彝舟

抗戰軍興，原有軍醫不敷分配，於是非軍醫人員，差等其間，著者即為其中之一。在作業中，每感軍醫學識之淺薄，而想披閱斯醫書籍，有所補充，復以交通困難等等，亦難如願以償。竊思與著者有同感者，當不在少數，因以一得之見，草就此篇，供獻於從事軍醫之非軍醫人員。實不敢在正式軍醫之前，班門弄斧，而一方則存拋磚引玉之想也。

【彈丸之運動】

當火藥爆發時，彈丸受前運動（火藥爆發時因氣體膨脹之推動）與旋轉（沿鎗腔內來復綫之旋轉）而射出鎗口，飛進空中，終與物體衝突而停止，即射入目的物而彈丸之運動停止也。

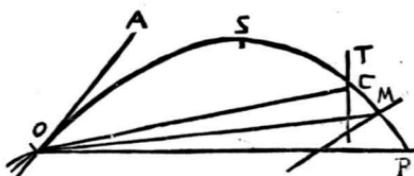
彈丸之前運動在射出鎗口之瞬間，尚未達到最高度，而彈丸亦未十分安定。雖因火器與彈丸之不同而異，然常在射出至數公分始能達到前運動之最高度，至數公尺因旋轉而彈丸得到安定。

彈丸之初速，雖指彈道起點之速力而言，然在測定時常以彈丸之種類不同而異。例如測定步鎗彈初速，每在鎗口前二十五公尺，如在某射擊距離之速度則為存速。

彈丸之旋轉，係依來復綫（控綫）前進而發生，一秒時常在四千轉以上，其速度謂之旋速。因有旋轉作用，即長形彈亦不易轉倒，彈頭直向前方旋進，并向目的物旋進。彈丸在前進中，旋轉並不減弱。

【彈道之術語】

空中彈道之各種重要術語如下（附圖）



彈道：射出彈丸之通過綫 OSP

射綫：發射火器縱軸之延長綫 OA

射角：射綫與水平綫所成之角度 A OP

最高點：彈道中最高之一點 S

昇弧與降弧：從火器之射出口至最高點為昇

弧 OS，從最高點至落點為降弧 SP。

落點：通過火器射出口之水平綫與降弧之交點為落點 P

着彈點：彈道中之彈丸射入點 C 或 M

射程：從火器之射出口與落點之直接距離 OP

射擊距離： 從火器之射出口與着彈點之距離
如 OC 或 OM

破裂距離： 從榴霰彈之爆炸點至到達目的物之距離

破裂高： 從地面至榴霰彈之爆炸點

【空中彈道】

彈丸如在無引力之真空中前進時，常以初速之速度，無限制之一直前進。如有引力之空中前進時，因引力作用，彈道成拋物綫，即在同一平面上，有同形之昇弧與降弧。

彈丸在空氣中所成之彈道，因有空氣之抵抗，與彈丸斷面重量及旋速，而彈道之弧形不同。即在落點之存速較初速為小，射程及經過時間亦較在真空中者為小，彈道之最高點低而不在彈道之中央，偏於落點，故昇弧長於降弧，而降弧峻於昇弧。如有旋動之長形彈之彈軸則常沿彈道切綫，而有俯仰運動，是謂振子運動。彈丸之重心，愈趨後方，則振子運動愈強。故空氣中之彈道不在一平面上，而成一複雜曲綫。

【各種彈丸之射擊狀況】

各種彈丸均有其特殊之射擊狀況。當步槍彈射到第一物體時，常發生迷運動。惟彈道低而落角小時，大多發生跳彈。在近距離射擊時更多，然在遠距離則較少。故在戰鬥時，因射擊距離與土地關係，而發生跳彈，致傷人馬之事，不可不注意及之也。

空中爆炸之榴霰彈，依發射角度與速力，在彈道上之某破裂距離，及某破裂高之一點上爆炸，而彈子飛散。在此飛散時，即固有之速力外，再加上因爆炸而所得之速力，於是各有各的彈道。在爆炸之瞬間，各彈雖有同一之速力，然因各彈之位置不同，互相衝突而變形，或增減其速力，射出後，各異其方向而飛散。最初由各彈之彈道結合而成圓錐形，其後則成

卵圓形，而飛散於地上。其區域為飛散界。

着地爆炸之榴霰彈到達地面時，速力頓減。故爆炸後，彈子由地面突向上方各面跳飛。

榴彈或炸彈之着地爆炸時，因炸藥與彈體之關係，炸成種種大小與數量之彈片，各成不同之彈道，而跳飛於不同之距離。彈片射着物體時，破碎之物體得彈片之活力而飛散，亦成為彈片之一種者，謂之介達彈，亦名為間接彈。給與介達彈之活力者以榴彈炸彈為最多，步槍彈次之，榴霰彈最少。至介達彈之種類則有土石木竹鐵片等防禦工事之材料，與自己攜帶之武器裝具鐵鑊小刀指南針鉛筆自來水筆等或他人之骨片等。在昔彈丸之活力較小時，常因攜帶品而致住彈丸者不少。自用小口徑而活力較大之彈丸後，反因突擊攜帶品而伴同其破片（即介達彈）一同射入者甚多，於是創傷之破壞極慘。

【貫通與盲管之彈道】

彈丸在同一構造組織內通過時，幾成一定不變之彈道。然在構造不同之組織內通過時，或在同一組織內而在組織之一方有抵抗時，彈丸發生顯著之振子運動。甚則彈丸顛倒，橫轉，而成橫擊或底部向前等。其彈道則因彈丸之旋轉，而成不規則之偏向。如長形彈在橫轉時，其重心不在彈丸之中心，而在中心之後方。尖頭彈之橫轉，則較圓頭彈更為顯著。

彈丸之活力與目的物之抵抗相等時，彈丸之運動停止，而彈丸停留在目的物內。在昔鉛彈之易於停留在體內，蓋因活力小而變形大也。現時所用之尖頭被甲丸，則活力大而貫通力強，似應減少彈丸之停留體內。然在實地戰鬥中，盲管創仍屬不少，即因步槍彈之由一彈道而射入入身者甚少，大多數因該彈而射入者也。跳彈多呈變形，即不變形亦為橫擊彈，不論變形或橫擊均易停留體內。在日俄戰役中

據日軍之統計，從官制中取出步槍彈中之72%，在體外已成變形而射入體內。換言之，即由跳彈而停留體內者也。又從戰術上言之，則戰鬥時多為伏姿，而彈丸之威力，不易貫通身體之長軸，而停留體內者亦不少。

榴散彈之彈子，則因射擊面大，而斷面單位重量小，並且變形容易，故停留體內者不少。榴彈與炸彈之破片，則因其大小與形狀及存速之關係，而發生骨管割者亦不少。

【彈丸之活力】

凡計算物體之活力(L)以下式，

$$L = \frac{M}{2} V^2 \quad L = \text{活力} \quad M = \text{物體重量} \\ V = \text{速度}$$

計算彈丸之活力，亦依此式。故其活力與其速度之自乘為正比例。步槍彈與破片之重量雖小，然有極快之速度，故有極強之貫通力與破壞力也。

步槍彈因有一定之大小，如在一定之射擊距離，即有一定之存速，而有一定之活力。然在榴散彈彈子，則因爆炸關係，而速度減弱，其活力亦不一定。在榴彈與炸彈之彈片，則因形狀與重量及大小等不同，其活力更難一律。

【彈丸之熱度】

彈丸之熱源有四，即火藥爆發之接觸，鎗內腔面之磨擦，空氣之抵抗，目的物之衝擊，尤其在突然停止時，其活力轉變為熱量。火藥爆發時彈底所接觸之熱度，約在三百度以上，惟時間極短，事實上不易傳到熱。現時所用小口徑步槍之彈丸常較口徑為大，在射出時須極度壓縮，且有極大之速度，故發前發鎗彈丸所受之熱度為高，尤其在連發時，因槍身發熱，較單發時所受熱度為高。

彈丸之實在熱度，因有種種條件，不易測定。據一般學者之推測及各種試驗之比較，

則彈丸表面之熱度，約在一百度左右。觀乎鉛彈射出後始終保持原有形狀，則其熱度之未達鉛之熔點，亦為不可爭之事實也。彈丸通過空氣時，因與空氣摩擦而發生之熱度，則以空氣稀薄，似無多大熱度之增加，至多亦不過減退其原有熱度而已。惟彈丸射到物體時彈丸突然停止，所有活力轉變為熱量。據阿來爾氏與旭爾齊氏之射擊試驗，謂停留於人體內之被甲彈之熱度，為67度至95度云。

【彈丸之變形】

往昔之鉛彈，因活力小而變形少。自1740年後彈丸之活力日增，而變形亦日益顯著。最初注意變形時，均認為彈丸受熱熔縮而起，至後採用不易熔縮之被甲彈，亦是變形。於是知道彈丸之變形，雖與溫熱不無關係，然其第一機轉實為特發之機械作用，而溫熱祇為第二機轉而已。

小口徑被甲彈之變形因被甲之硬度與變形之關係，當然較鉛彈為小。一般言之，被甲彈之射擊人體軟部時不成變形。射擊物之硬度愈高，則彈丸之變形愈強。射擊距離愈短，則活力愈大，其變形亦愈強。在人體組織中能使彈丸變形者為骨組織。若軟部及臟器，則限於近距離而組織較厚時，始能惹起輕度之變形。

據日人(菊池，田中)之射擊試驗

	硬骨	海棉骨	總骨區
鋼被甲彈(8 m.m.)	100%	50%	81%
白銅被甲彈(6.5 m.m.)	83%	21%	48%

圓頭彈之直射而擊着硬固物體時，彈頭之一部或全部壓平。如彈底或彈側擊着硬固物體時，則該部亦呈壓扁。再依其活力之強弱，而彈頭呈菌狀，被甲破裂，鉛核翻轉，或竟被甲與鉛核完全分離。據日俄戰役之統計，從人體中取出步槍彈之變形率如下，

完全不變形者	19%
輕度變形者	28%	}.....81%
高度變形者	5%	
被甲與鉛核完全分離	} 48%	
而破碎者		

由此觀之，變形與不變形之比例為四與一之比。

尖頭被甲彈之頭部構造較厚而強韌，故在輕度變形祇向一方壓歪稍強時呈鈎形，更強時則彈體同時變形，惟呈菌狀變形者甚少。變形之最烈者為不全被甲彈，即所謂達姆彈是也。榴霰彈彈子從母彈彈壳散出時，一部早已壓扁，或竟物質缺損，如與硬五物體衝突，亦是種種變形。榴彈或炸彈之彈片，則以實質堅強，變形極少。

彈丸之貫徹作用與側方作用，對彈丸變形，有特殊之影響。在步槍彈則因活力強大，其關係更大。步槍彈之軟部創傷較輕，且易貫通。然變形後，射擊面增大而斷面單位重量減輕，且其斷面呈不正形，因此貫徹力減弱，而一方則側方作用增強，遂使彈丸停前體內，造成高度破壞之爆發性創傷。如在體外已呈變形，則射入體內時，創內存有被服破片等。

在戰鬥時射來之彈丸，大多混有跳彈，故從戰地之性質而意起變形者甚多。全被甲彈如不全被甲彈之發生爆發性創傷。故達姆達姆彈之創傷多為爆發性創傷，而爆發性創傷未必均為達姆達姆彈創傷也。

【彈丸之貫徹作用】

若何程度之貫徹力所造成之創傷，能使人馬喪失戰鬥力，則因組織而異，不能一概言之。然綜合各種射擊試驗之結果，則在人為八千公分公尺，在馬為一萬九千公分公尺。如步槍彈之重量在十公分內外，則在人須有 120 公尺，在馬須有 200 公尺之存速，始能達到任務。故現今所用步槍之最大射程，尚能充分發揮效力。

彈丸之貫徹作用如彈丸之硬度，存速，及其斷面單位重量愈增則愈強。然存速超過一定限度後，彈丸因突擊而發生變形與破壞，反而減弱其貫徹作用。小口徑步槍彈之貫徹作用，在近距離與中等距離時較大口徑者為強，在遠距離則否。貫徹作用常因彈形與射入方向而異，即在尖形彈而射入方向與射入物之表面成直角時最為有利。在同一種彈丸，則因射入物之性質不同，而貫徹作用亦異，例如對於乾土與粘土之作用較濕土為小。又射入物之密度不均時，貫徹作用不成直線，而偏向一方。

【彈丸之側方作用與爆發作用】

彈丸之活動力，不限於射擊之方向，尚有側方之破壞作用。即射入物之分子為彈丸之排擠，與感受彈丸之速力，而向側方移動，或向側方之分子傳達其速力，而振盪，故在射入面以外，尚有破壞作用也。彈丸通過射入物之時間愈長，則側方作用愈強。彈丸不呈變形而存速大者，側方作用較小，故尖頭彈之側方作用亦較小也。射入物之分子愈密或愈脆者，側方作用愈強，而其分子之富於彈性者，或凝聚力愈強者，則側方作用愈弱。

其次彈丸之發揮威力，不特依賴貫徹作用，並與側方作用有極大關係。時有較小之彈丸，能發生較大之破壞者，即所謂爆發作用，而實即劇烈之側方作用也。

在 1870 年德法之戰，雙方均發現爆發創傷，並互相抗議對方，不願 1868 年萬國會議之宣言，而使用爆發彈。追戰後，雙方證明均未使用爆發彈，於是引起各國——尤其是德國——之研究爆發創傷，而證明未裝爆發藥之步槍彈確能意也爆發創傷。惟謠說紛紛，有氣壓說，水壓說，旋動說，灼熱說，變形說，等等，要以彈丸之變形而並發側方作用，較易說明彈丸之爆發作用也。 (完)

戰創診療之實際

謝學洙 袁景舟 合譯

譯者按：本篇從我們合譯的單行本“戰創診療之實際”裏，錄載第八章的第一節，該書前半部講新鮮創，後半部講化膿創，內容方面，可以切合同仁需要，實有其堅定的自信心。請讀完本篇後，再細心地翻一翻別的外科書籍，便會明瞭我們從事翻譯，熱誠介紹於讀者的一片心血，不是白費的。

第八章 化膿性創傷傳染

Die Pyogene (eitrige) Wundinfektion.

一 概說

化膿性傳染
的定義

化膿性創傷傳染，因在大多數病例上，證明有化膿而得名。但是我們的注意力，不必着重在這點上面，因為它祇是許多現象中的一個現象，凡屬這類化膿性的傳染創，幾乎無例無之。

化膿性傳染
的原因

化膿性傳染的「原因」，不是單純的，其中有不少的菌種，可以喚起這種病象：鏈鎖狀球菌、葡萄狀球菌、數種雙球菌、大腸桿菌、及其他種種。且在多數病例，不僅為單種傳染 (Monoinfektion) 而是顯然的，由於多種細菌的混合傳染 (Mischinfektion)，不過在往後較久的過程中，常是某種細菌，漸得其優勢罷了。

化膿性傳染
的病型輕重

化膿性傳染，以細菌污染的創口部，發生“局部的炎症現象 Oertliche Entzündungserscheinung”開始，此後發展的情形，則可變動在最輕與最重之間，最輕的，由於短時間內，自行消滅，僅僅是無甚意義的局部刺激現象；最重的，則因障害及於全身 Beeinträchtigung des Gesamtbefindes，幾天內死亡。在此最輕與最重之間，當然：還有各種不同程度的中間型 (移行型 Uebergaenge)

最輕的
最重的

這種經過型式的所以甚為差異的原因，大部已經在前章（第七章）裏，解釋過了。這裏還應該說明的，化膿性傳染創，在他早期多量的“分泌物產出 Sekretproduction”，有與局部創口的形態，極關重要的一個要點：即在發炎處所集液體的流出體外，是否有自由流洩之路；抑或有之而受限制，甚或完全缺如？我們能明瞭考慮到這種情形，對於實施上，有着極大的意義，因欲使創口形狀，達於某種一定的程度，是可以操縱在我們的手裏，予以修正的。

創口型態和膿液排洩的關係

這就叫做創口矯正術 (Wund korrektio)。它的好處，在能將傳染創寶貴的排洩路，通常祇能偶然的自己構成，而今可以有計劃，有把握的經手術而造成了，所以它應該是我們治療事業中最主要的一步工作，亦即創傷初療時一種有力的預防處置。

創口矯正術的重要

假如由傳染而起的那種分泌物，能夠向外排洩，則初時呈淡黃色，後因白血球的增加，而成混濁的液體，沉降纖維素，即可凝固，如膿汁的濃度再增，則成乳酪狀，黃中帶綠或帶紅的色彩，且有稍甜或發臭的氣味。

膿汁的一般性狀

膿液的產量，各例不同。它和創口的全面積及骨髓性淋巴性細胞(按即白血球)的產生力，以及細菌的種類有關。在同一個24小時內，有的，僅有一分撮的幾分之幾；有的，幾立升之多。

膿汁的產量

凡局部炎症較重而未見多量膿液排出者，乃預後不良的警號。(譯者按：因此而無怪乎有“膿的贊語”說：“Pus bonum et laudabile 多麼好而可鑑賞的膿汁”！)

膿液的排洩，如係：

(1) 完全無阻者，對於傳染的臨床經過，影響良好，它的病象，多不致溢出局部炎症的範疇之外，即於全身症狀，可無特殊影響；且數天之後，隨見消褪，毋須十分的醫療處置。

膿液排洩的三種情形：

- (1) 完全無阻
- (2) 排洩受限制
- (3) 完全閉鎖

(2) 排洩受限制者，情形較惡。考其不暢的原因，或由創區和外界交通的孔道較小，或受一狹而且長的瘻管限制所致，這些不良的創型，通常見於步槍彈和手榴彈碎片所起者，不為鮮見，此外，創孔的開口雖大，但其流膿，因異物如組織碎片、纖維素凝塊、血塊、碎骨片、骨關節的一部份、彈片……等等，擋住去路；或因創緣浮起蓋膿，構成夾袋和死角，以致排洩受阻。

排洩受限制的原因

- (1) 孔道較小
- (2) 異物壅塞
- (3) 創緣不良

排膿受限制的
影響

筒狀膿瘍

在些情形之下，炎症液大量積滯在創口裏，或被組織吸收，或以其本身重力，延展而入抵抗力較小的結締組織間隙(筒狀膿瘍 Roehrenabscesse); 但有時抵抗力較大的組織層如筋膜，肌肉等，亦能逐漸透蝕，總之，都有擴大傳染的傾向。

又膿汁停滯時，所含菌毒的吸收，比之流瀉無阻者，更為可能，細菌在這種溫熱而優良的培養基內，自產液體，也非常活潑，而且細菌的大量聚積，適足以助長貫入體內的機緣。這樣影響所及，亦可起全身狀況，例如表現很高的體溫升騰；或終於發展為全身傳染，比較多見的，乃是從局部轉移細菌，形成新的炎灶，並沿流出路綫，構成膿瘍。

完全閉鎖的
原因：

- (1) 通道狹窄
- (2) 創孔閉合
- (3) 縫合、
栓塞、綁帶
的處理不當

(3) 完全閉鎖而與外界隔絕的傳染區，也是常見的。這種閉鎖的原因：第一，為造創器械所成的通道(例如彈創的創管)，可以非常狹窄。狹窄的原因，由於輕部組織的腫脹，由於肢體移位時，各層組織，好像劇場佈景似的移動；由於纖維素凝塊及血塊的壅塞，以致完全閉鎖。

第二，為皮膚上的創孔，因結痂或早期癒合而見封閉，第三，為過密的縫合，或不合理的藥布栓塞，又或因密封的綁帶。

完全閉鎖的
惡劣影響：

- (1) 先是形成有
高壓力的膿
瘍，而至周圍
組織的溶解
和壞疽化

諸如這樣情況之下，膿液找不到出路，可是炎症性的分泌物，還是繼續產生，於是組織內的液壓 (Innendruck) 增而再增，終達頂點，更因此壓力的作用，四面堆壓 (Vis a tergo)，乃將膿汁暴力的擠入組織間的淋巴腔，炎症形成一顯著的進行性特質，並以非常迅速的方式，擴展而為極大區域的浸潤。這時，膿液將各處中間組織的隙隙，分離開來，構成腔並在這裏，大量的聚積起來，成為壓力很高的膿瘍。膿瘍的周圍組織，受着它持續的高壓同時包含着敗壞性血栓 (Tromben) 之故，生活機能，大受影響，血液供給，亦受危害，所以這裏的組織，特易為菌毒犧牲，而起組織的溶解和壞疽。

(2)

其次為集團
菌毒高壓的
器械作用，
伏留新區，
擴大傳染，
而起全身性
血液傳染及
轉移性化膿

然而分泌物鬱積之為害，還不止於上述情形而已。細菌和菌毒的器械性排出體外，假如在開口創者，至少有一部份離開身體，但在閉鎖創者，則不可能。如果一味的祇知撲滅細菌，而無別的措施，則此例體內存在的細菌，仍會不斷地增加數量，那個放鬆開來的組織隙隙，正是它安逸的藏身角隅，又是優越的孵卵器。(Brutstaetten)。至於其時身體的抗菌防護力，則在高壓的影響下，顯然是迅速的失效了，返過來腐聚起來的細菌集團，却由高壓的器械作用，逼入組織的淋巴腔裏，和開

放的靜脈腔裏，得活躍的向心血流，帶到遠處，於是它沿着下行的路線，佔領新區，同時它排闥而入全身循環的門戶，也已豁然大開。因此而這些病例的趨勢，總有那全身性血液傳染及轉移性化膿的傾向。

又因細菌醫聚，每時間毒素的產量，也在增高，既無排出機會，自易吸收，它的傳播，隨着閉鎖性炎症區內，以其高壓而入體內的毒汁，越發播散得徹底，基於上述情形，可以使我們明白病人體內之何以常有菌毒氾濫的緣由，何以所起的全身症狀，要比創口的局部症狀，嚴重得多毒(血中毒 Toxikaemie)。

化膿性創傷傳染的複雜病型，要想概括在一定的臨床分類，使它排列成序，無疑地是勉強而拙笨的，因為表解似的分系別類，對於那眼花撩亂的病象，實在太呆板了；但是分類，對於觀察中許多病例的判斷和綜駁，也不無便利。

化膿性傳染的臨床症狀，也和別的傳染病一樣，都是依被害體部的種類及組織而定。這就是說：該種傳染的特性，比之受害器官的機能障害，實屬次要的地位。譬如腦和腦膜，腦腔、腹腔、泌尿系等被染時，所顯的種種機能障害，急劇得正與這類器官疾患時，一樣的表现無遺。

所以這裏，祇寫軟部，骨、關節的化膿疾患。又因戰創所致的輕部，骨化膿症象，顯得大致相同，故可併合敘述，但是關節的化膿性發炎，必須另章詳說。(見第九章)

(3)
另一是毒素
的傳播的徹底

血中毒
(詳見第十章：
全身傳染)

化膿性傳染
的臨床分類
(困難而又
需要)

關於化膿性
傳染，本書
分章敘述的
見解

己卯通訊醫藥月刊 29.30 期合刊要目

- (1)「草擬實用軍陣傷搶救迅速肅清實施計劃」實施紀要……………孫之中
(2)心臟急症之診斷與治療……………徐鈞
(3)痢疾……………朱秋林
(4)闕尾剷除後其斷端之處置問題……………戴榮鈴
(5)營養問題之檢討(續)……………葉仲篋
(6)腫脹及腫瘤之診斷……………軍醫學校醫科廿七期集體譯著

通訊地址：廣西桂林榕蔭路一號許允裕醫師

發行地址：江西大庚第五號信箱李禮祖醫師

下痢 汎論

· 劉經邦 ·

定義： 茲篇所論下痢，係廣義的，非狹義的，凡患者排洩糞便質或量不正常而排洩太快，均歸納於下痢之例。下痢為一種病狀，其特點為糞便太稀而排出太快，自覺方面病人因下痢引起不適及不便利之感而須求醫，他覺方面則由患者糞便之形狀及排洩次數不難推知，故醫者之最大責任乃在求得下痢之原因。

診斷： 醫者發見下痢患者後，為鑑別診斷起見，應實行下列診斷步驟：

- (1) 仔細探詢患者病歷並審慎記錄之。
- (2) 實行患者全身體格檢查。
- (3) 肛門檢查——以手指帶指套探檢。
- (4) 糞便檢查——眼視鏡檢或加以培養。
- (5) 乙狀結腸鏡或 X 光線檢查。

以上步驟，在部隊及傷兵醫院或未能全部作到，但最低限度，應就所能作到者，加以檢查，以求獲得比較確實之診斷。

分類： 關於下痢之分類法，並無一定標準，有根據死後解剖現象，加以分類者，有根據糞便內病菌加以分類者，然此等分類法，實際上甚難辦到。康德爾氏則鑑別下痢為(一)機能的下痢，(Functional Diarrhoea) 與(二)器質的下痢 (Organic Diarrhoea) 兩大類。

(一)機能的下痢： 若患者有以下現象，則可定其為機能的下痢。

- (1) 患者時好時壞，無病時，如常人一般，可以完全恢復健康。
- (2) 每次發病時，糞便內均無膿血及粘液或病菌找到。
- (3) 經窺肛鏡及 X 光線檢查，直腸或乙狀結腸均無病理狀態發現。
- (4) 週身狀態甚好，並無損失健康現象。

(二) 器質的下痢：若糞便內發現膿血及粘液，無論有無特殊性病菌找到，或由痼肛鏡發現直腸內有發炎性或潰瘍性變態時，則可定該病為器質的下痢。

另一種為解剖學的分類法，即按照胃腸等各部位而加以分類，故有小腸下痢大腸下痢等名稱，在急性下痢，（腸炎）此種分類法似不適用，蓋因急性下痢之整個腸道，大都起變化，不能斷定為大腸或小腸之某一部位發生變態，但其病在腸部無疑，故仍可以此法分類之。

若為慢性下痢，則解剖學的分類法最為適當，茲分項論述如後。並將各類治療之要點，逐項撮述之。

(一) 因胃部變態而起之下痢：

下痢與胃部變化，驟視之，似無關係，故易被人忽視，其實按照臨床經驗，下痢多有與胃壁分泌有關者，例如胃部酸質太少有時可發生下痢，因胃部變態所引起之下痢，普通可分為兩種：

(1) 胃部缺乏胃液或鹽酸過少之下痢：胃部缺乏胃液或鹽酸過少，可為原發性（先天的）或誘發性（因他種病症而起）的，故在若干下痢患者，應行胃液檢查，以斷定胃鹽酸是否過少，此類患者胃壁因酸質太少，蠕動加速，食物在胃內通常須經過二小時左右，方始經過幽門，陸續達小腸，但遇胃液缺乏時，幽門弛緩，胃內食物，即提前流入腸內，（約經過 15—30 分鐘）。如此小腸因受未消化食物之刺激加強蠕動，以致引起下痢，如投以稀鹽酸，每可藉其管制幽門之作用而獲治愈，故遇下痢患者，有時可以稀鹽酸為試金石也。

此類患者糞便並不太稀，排便次數亦不太多，每日約 4—8 次，通常多在早晨排洩，飯後有時亦易引起大便之感，糞便內無膿血或粘液，患者大都都不感覺不適，或有腹痛氣脹及貧血現象，多能照常工作，但亦有感覺全身乏力并有變成神經質者，治療方面，凡足以引起持續性胃鹽酸過少現象，如酗酒等不良習慣，須加意摒除之。食品以清淡食品為宜，少食肉類。藥品可試用稀鹽酸，有時能奏顯著之效力。

(2) 胃內容滯留之下痢：胃壁蠕動太快，可以引起下痢，已如前述，但因胃壁蠕動太慢，食物積滯胃內過久，致起發酵現象，因而刺激腸道引起下痢者亦多有之。此類患者，治療方面宜節制食量，注意少吃而增加次數，每隔數日可洗胃一次，以清除積食。如為幽門痙攣，則宜對症治療，可試投碳酸鹼劑。如為外科的症候，則須施行手術。

(二) 因小腸變態而起之下痢：

急性卡答兒性腸炎，同時常有胃部及大腸變態，其病理現象不僅限於小腸。此類急性腸炎與腐敗食物，所誘起之急性腸胃炎，每不易鑑別，僅後者易發嘔吐而已。感冒帶有腸胃現象者。間嘗發生下痢，但同時有其他感冒病狀可資鑑別。暑天受涼，常易引起下痢，恐係因刺激小腸而起。至若慢性下痢，常因小腸發生卡答兒，其起因不外腸壁感受傳染或因心病及肝硬變症而發之慢性腸壁充血，肺結核慢性腎炎等病症及酗酒，亦可以引起小腸卡答兒，而發生慢性下痢，其糞便量甚多，肉眼視之無血及粘液。治療方面，當注意其病源而加以適當處置。此外小腸下段(迴腸)之腸壁，如發生結核性潰瘍，每可引起頑固之慢性下痢。

(三) 因大腸變態而起之下痢：

此種下痢最為重要，在急性時，糞便量少而次數多，含有大量血膿或粘液，變成慢性時，則糞便漸成水樣狀，血及粘液漸減少，其病症可分為兩大類，即細菌性痢疾與阿米巴痢疾是也。兩種痢疾所表現之病狀，輕重不一，其發端有時並無顯著急性現象，與尋常之下痢無異，如不檢查大便，每不易知其為痢疾，但有時發作現象較為顯著，帶有腹痛發熱裏急後重等病狀，大便頻數有多至數十次一日者，其後糞質逐漸減少，完全為血液及粘液，患者甚至迅速死亡，或逐漸變為慢性，大腸內壁產生無數小點潰瘍，因而變成所謂慢性潰瘍性大腸炎者。關於大腸炎，除此以外，尚有一種所謂特殊性的潰瘍性大腸炎一症，(Idiopathic ulcerative colitis) 此種大腸炎之確實病因，尚未尋出，有謂為缺乏或種維生素因而減低病者抵抗力，以致腸壁易感受細菌傳染。初起病時，大腸內壁發生充血，繼以水腫，然後產生無數小點潰瘍，患者大便頻數，含血膿及粘液，但鏡檢及培養，並無阿米巴或重要病菌發現，此與細菌性痢疾及阿米巴痢疾不同之處也。

此外大腸生癌，亦常引起下痢病狀，醫者須注意及之，凡四十歲以上之患者，大便習慣平素非常規則，忽發現下痢變態至一二月之久者，應想及有患大腸癌之可能，尤其在糞便內發現有血及粘液，或發生腹瀉與便秘交替之現象時，更須注意及之。此種癌症多生於乙狀結腸處，若仔細檢查，常易摸出瘤狀之物，故凡四十歲以上之患者，大便內常帶有血液，無論有無膿或粘液以及週身狀態如何，醫者切不可不作一肛門檢查。嘗聞諸有經驗之醫生云：肛門檢查與用聽診器聽診，同為診斷學之重要事項，切不可以其費事污穢而加以忽略。

尚有所謂粘液性結腸炎者，(Mucous colitis) 並非結腸之病，乃屬週身病態之一，顧名思義，即可知大便內常含有大量粘液，惟其病因尚未明瞭，或為神經性的變態，亦未可知，患者婦女多於男子。

(四) 因神經系病而起之下痢：

- (1) 脊髓癆可以引起下痢。
- (2) 反射性下痢，例如盲腸炎，可以發生反應性下痢狀態。
- (3) 神經失常之下痢，喜怒哀樂等情或驟然變化，可以發生此類病態，例如初上戰場之士兵，考試前之學生，皆易有腹瀉下痢現象，聞警報後每見有須立即如廁者，俗謂嚇得屎滾尿流，並非謔語，即屬此類神經失常之下痢也。

(五) 變態反應性下痢 (Allergie)：

因食某種不適於身體之物品，每易引起下痢之症狀，所謂敏感性作用是也。同時常有其他病狀，如哮喘尋麻疹等現象發生。大便成水樣狀，含有粘液，至於何種食品可以引起此類下痢，則因人因地因時而異，久病或良醫，患者以其過往經驗，可以知其為何種食品也。治療之法，當以忌食該物為上策，忌食時間既久，每可產生所謂脫敏或作用而自然痊癒。

(六) 因消化不良而起之下痢

胃及小腸消化不良，常可引起下痢，其起因可為兩種如下：

- (1) 發酵性消化不良症，因炭水化物(澱粉糖類)之消化不良而起，大便質係量多色淡，反應酸性，患者腹部悶脹，經排氣後稍覺舒適，排便每日三四次不等。
- (2) 腐敗性消化不良症，初起因大便凝結或因胃內消化不良以致腸部受糞便之積壓，發生腐敗作用，其病狀與發酵性者大致相同，排氣時帶惡臭，大便亦帶惡臭，反應鹼性，如行胃部檢查，嘗發現胃液缺乏現象。

治療方面在發酵性消化不良症，食物內應排除炭水化物，在腐敗性消化不良症，則應摒除富於蛋白質一類之食物，同時注意通利大便，(患者大便次數雖多，但量甚少，故可名之曰便秘式之下痢)，如胃液缺乏，則服用稀鹽酸，總之須特別注意飲食治療，若徒偏重於止瀉，殊難奏效。

此外結核性下痢與梅毒性下痢不加深論，至於營養缺乏性下痢，(例如陪拉格病 Pellagra)以及由斯潑盧 (Sprere)而起之下痢，則更屬專病，茲從略。

結 論：

最後筆者謹作聲明：以現時醫學診斷智識，尙不能鑑別每一個下痢患者，因有許多下痢之病因，至今尙不能完全明白，故在臨床上每有下痢患者，經仔細檢查結果，猶不敢斷定其真正原因，而治療方面，亦只能應用醫學常識，限於對症發藥耳。

蛔蟲症之治療

附使君子之應用

宮川米次著
楊濟民譯

(一) 緒言： 值得注意之二三症狀

關於蛔蟲症之療法言，則凡粗具醫藥知識者，類能以驅蟲法適應，而一般認為有效藥物，當首推山道年與海仁草，此今昔皆然，已無疑義。然臨床上，尙不能藉此以為滿足，不乏其例，如大的蛔蟲，突入輸尿管輸尿管等，惹起激烈症狀時，一見診為臍石或胆石之發作，此種情形，屢見報告，而余亦親歷二例，又蛔蟲之多數聚結，起腸閉塞症，須行外科手術，此外如引起虫樣突起炎之原因，於腹壁促成膿瘍者，亦屬不少。當有較此更為危險者，即于腸傷寒及赤痢症之潰瘍面，受蛔蟲機械的傷害，引起腹痛，腸出血，或腸穿孔之原因，亦復不少，因於是等病症開始，往往未予計及虫卵檢查，得早期斷定蛔蟲之寄生，致病症經過中，無意中遭遇不幸之轉歸也。至蛔蟲之突入輸尿管，以及聚結腸管之起閉塞時，則已非驅蟲藥之內服，所能見效，而應急處置，實有賴於外科手術，故以蛔蟲療法言，除應用驅蟲法外，在每種狀況下，須施行外科操作，實亦不可不知。

蛔蟲症之診斷，平常概甚不易，但有時甚感困難。本症症狀之由來，雖與十二指腸虫症，同為虫體之排洩毒素，然兩者之症狀，並不相似，即如十二指腸虫症，以貧血為其主要症狀，而蛔蟲症，則以神經症象為其主要症狀，有顯著差異，茲將臨床上所值得注意之症狀，分述如下。

有十歲以下之小兒，突然發熱，項部強直，意識溷濁，有 Kernig. 氏症狀，初診時往往診斷為腦膜炎，或以為結核性者，時以症狀嚴重，而勸告入院，據余經歷，亦年有一二例遭遇，豈知此為蛔蟲之作祟，而驅除蛔蟲數條，其症若失，此種症象，稱之謂 Meningitis Vermitifomis. 或 Meningismus. 尙有類似此種症象者，如眩暈，失神發作，痙攣發作，癲癇樣發作，舞蹈病、神經痛、吃逆、喘息樣症狀等，其他鼻之搔癢感，以及嘔爪習慣等，此尤多見於小兒。

又有訴諸視力障礙，假性斜視，夜盲症、網膜炎、瞳孔不同，聽力障礙，蕁麻疹等現象，故蛔虫症之症狀，可謂極端紛歧複雜，且侵犯人類，又老幼皆有，是以於初診時，即欲得一確實診斷，尚非易易。

蛔虫最多見於小兒者，如異味症，(Pica)，土食症，(Geophagie)，此時如遇經驗之醫師，即時可推想於蛔虫，然此等現象，如發現於成年婦人，則每易誤為妊娠性惡阻，其他如食慾亢進或減退，而有嘔吐，噯氣口臭等症亦常有之，又有腹痛，鼓腸，或陷為萎瘳，皮膚弛緩，顏面蒼白，一見非常瘦削，所謂一種寄生性腸炎 *Enteritis Verminosa* 狀態，常易誤為結核性腹膜炎者，亦非少數。

綜上所述，關於蛔虫之症狀，可稱多種多樣，難以捉摸，故臨診醫師，於蛔虫症之演變能有充分認識外，於臨診時，尤宜多加思索與體會，則蛔虫症之診斷困難，亦不難迎刃而解。

(二) 蛔虫驅除劑：山道年及其他

蛔虫驅除劑之為一般最多使用而其效最著者，厥為山道年與海仁草，其他如 *Nematol*，*Thymol*，四氫化炭素等，則多使用於十二指腸虫之驅除，故山道年之於蛔虫，可稱特有，茲將山道年之性狀，簡述如次。

(1) 山道年之性狀：

山道年之主要性狀，如日本藥局方所載，為無色，小葉狀結晶，曝於光線則變黃色，於水難溶解，但 5000 倍之水始溶解，44 倍之酒精亦溶解，成中性溶液，於 4 倍之哥羅仿亦溶解，熔點為 170 度，本品須遮光貯藏。

本劑內服後，並無使蛔虫有直接死亡作用，不過使蛔虫起麻痺現象，而由小腸內驅出，此在藥局方所記載，但以蛔虫置之體外試驗，如以山道年粉末散佈之，並無何種變化，並於離去人體外，尚得安然生存一日間，故本劑之驅虫作用，實非山道年之本身，而在內服後所分解之物質，而起作用，故與其他驅虫劑之得以製為坐藥膠球，作為驅虫者，迥然異趣，但本品之排於腸管，所謂蛔虫之有效物質，其化學形態如何，迄尚未明，有謂由山道年分離而得之山道年酸鈉，於驅除蛔虫，最為有效，然此是否即為山道年之有效總成分，猶屬疑問。

前據高龜良樹，淺田順一氏之試驗，發表所見如次。

使動物服山道年後，採取其血清檢查，未見何等作用，然排出腸管，則對蛔虫及蛔幼虫，起驅虫作用，確無疑問，此時最堪注意者，即胆汁呈著明青色或深綠色，而與健康胆汁，有著明差異。

關於上述現象，因何種關係而產生，高靈與淺田兩氏，再作進一步之研究，即以健康胆汁及服用山道年後之胆汁，（所謂山道年胆汁）作蛔幼虫抵抗力之檢視，兩者在 30% 之溶液中，結果於一時間內，均有使蛔幼虫死滅作用，然如以此溶液稀釋，則兩者之間，有著明不同，即在 15% 溶液中，一為 45 分間，一為 65 分間，能使死滅，但在健康胆汁，如係 0.5% 以下之濃度，於蛔幼虫，無何傷害，而山道年胆汁，雖至 0.1%，則尚留毒性，故兩氏之試驗結論，謂山道年係經腸管吸收，再排洩於胆汁，其所起作用，或為胆汁變化而起云。

同氏於數年前，又作更進一步之研究，即以服用山道年之動物，給與蛔虫卵，則發見其活力減退，蠕動力限制，又謂山道年對蛔虫之作用，在肝臟內已起變化云。

如上所述，則知山道年對蛔虫之作用機轉如何，以及有效成分如何，猶未達確切明瞭之域，而有待於繼續更進之開發。

山道年之最早發見，為 1830 年 Kahler 及 Arms 兩氏，至 1838 年 J. R. meyer 氏，始於其學位論文中，記載其殺虫作用，而供實地試用，考古來所廣用 *Seme Cinae*，以作驅虫者，亦不謀而合，蓋山道年係存在於 *Cinae* 花之小花中，是也，查 *Cinae* 花係艾屬植物，而艾屬多至 150 種所含有山道年成分者，祇 *Cinae* 花及 *Artemia gallica willd* 兩種，此種植物之原產地為土耳其，後始傳播於蘇俄之 Tschimhent, Jsckent，現為各國所採用者，均係該兩地之粗製品，加以精製而得，即日本亦仰給於此。

(2) 山 道 年 之 用 法：

【用 量】： 本劑 1 回之極量為 0.1， 1 日極量為 0.3，實際有 1 回使用至 0.3，或 0.3 以上使頓服者，尚不認何等副作用，小兒為 0.025—0.05 一回頓服，通常連用數日間。

服山道年後，是否須用下劑，常為疑問，但在蛔虫症，尚無十二指腸虫症需要之切，顯在便秘患者，為顯慮已受麻痺之虫體，因長時間之停止於腸管，得以依然復活生存起見，故臨床上多以緩和下劑，促進排便使虫體排出體外，惟在熱性病，尤於腸傷寒症初期之驅虫，則配伍下劑，稍或困難，故通常概以採取少量，而使連用為宜。

【副作用】：服用山道年之翌日，則尿變黃色，或於眼來一時性黃視，此為 Sontogenin 之排泄所致，本尿一見其類似黃疸尿，但本尿遇鹼劑，即變赤色，為其特性，又服用大黃後之尿，亦相似山道年尿，所得以區別者，即山道年尿不移行於依脫，(aether) 此外如 Emotin 及 glysophan 尿，亦相類似，但此兩者，均移行於依脫，以及不溶解於酒精，不難區別，在山道年之服用時，因有尿之變化，故在使用時，應預告患者。

山道年之使用，因過用大量，或連用時，常起黃視，幻視，味覺異常等副作用，尤於空腹時應用，最易引起味覺異常，故余喜於晚飯後，約半小時左右，使頓服，則黃視比較輕度，味覺異常，殆無遭遇，祇翌日稍有黃色尿而已，如過用大量，則有吐瀉腹痛，體溫下降，血尿，痙攣等危險症狀，但在通常使用量，此種遭遇，可謂殆無也。

【服法】：用山道年驅除蛔虫，僅以一回頓服，常難得滿足結果，故於大人，每以 0.1—0.2 之用量，連用 3—5 日，有時連用至一週以上，此時最宜注意者，即為上述充分之排便，但有遇使用極為適當，却未見效果者，則多半為山道年之品質不良所致，故於連用三四日左右，而猶無蟲體排除時，即應更換其他驅蟲劑，如海仁草等，較為得計。

蛔虫之在胃內者，則驅除困難，其原因以山道年之有效物質，在胃內不為排出，故此時可用消息子插入，使蛔虫押入腸內後，再投藥劑為宜，或用 Chloroform 2.0—3.0 與山道年併用，其效甚著云。

(3) 山道年酸鈉：

以本劑注射於動物，後即排洩於尿，尿遇鹼劑，可變紅色，故得以確知本品之存在，守中清氏利用本劑，應用於肝臟機能之檢查，本品注射於健康者(靜脈注射)約 5—10 分間，即排出於尿中，可資證明，但在肝臟機能之不良者，則須遲至 13—40 分間，本品之驅蟲作用，據大鹿氏謂較山道年為微弱，但對殺蟲類，筋肉有興奮作用，平川公行氏，謂本品用於人體能達到驅蟲驅除之效。

山道年酸鈉作為驅蟲劑之製劑，有 Drasmin 及 Santosol 兩種，本劑多使用為靜脈注射或肌肉注射，在注射之局所，通常無何等副作用，其用量，在成人一回為 0.2，其 5% 溶液，則為 4c.c.，1% 溶液，則為 2c.c.，本劑須數日連用為必要，如僅使用一回，則難以生效。

本劑不認何等副作用，但驅蟲使用量，如失之過小，每予蟲體以耐性，久而久之，反使驅除困難，故須注意。

本劑效果，在余個人經驗，似較山道年為弱，然服用山道年，發生胃腸症狀嘔吐等，而有內服困難時，則以本劑注射，甚為相宜，其他在蛔蟲症，發生腸膜炎樣症狀時，尤為適用。

(4) 海仁草: *Digenea simplex* C. Ag.

海仁草在日本天草五島附近所產生，在紀州海岸及鹿兒島種子島等處，亦多少產生，屬於紅色藻科 (*Rhodophyceae*)，學名稱之 *Digenea simplex* C. Ag. 普通日本書，記載為海仁草，中國藥名，則謂之鸚鵡菜，其形為不規則之片狀，而成紐狀，表面生有灰白色或暗紅色短鬚，常混於其他藻內，故採取時須為注意。

海仁草在古代，用作驅除胎毒等，故流傳民間，為時其久，日本在明治 37 年，經田中正錦氏以之與 *Senna* 葉混成合劑，命名為驅蟲煎者，一時風行甚盛，旋又經多數人之研究試驗，公認驅蟲有效，故即為醫家所採用。

據武田鹿雄氏稱，海仁草內所得之白色結晶，稍有吸濕性，熔點為 300 度以上，於水為易溶，於酒精為可溶，*aether*, *chloroform* 為不溶，因不含有毒素，於水溶液加稀硫酸，在火焰上，經一定時間加熱，有使 *Fehling* 及 *Nylander* 試驗，顯現還原作用，故似係一種配糖體 (*Glykosid*)，此種物質，對蛔蟲有強烈毒性，惟此素確否即為有效成份，當待此後之繼續研究。

【用法】：通常 7—10，用水 100，作為煎劑，海仁草以含有粘液物質及無機鹽類，有促進便通作用，故使用時可不給下劑，但余個人喜用硫苦下劑，或如下開處方。

海仁草煎 (10) 100.0 *Senna* 葉 2.0—30.0 橙皮糖漿 5.0

上為一回劑服，或使三回分服。

本劑內服後之作用，與山道年稍有不同，非如山道年之由腸管吸收後，而後發生作用，本劑似係直接作用於蟲體，因此為防止吸收，有配給適當下劑之必要，本劑驅蟲，常以一回使用，難期顯著效果，通常與山道年同樣，亦須連服數日。

【製劑】：海仁草之製劑甚多，如 *Macnin*, *Digenin*, *Digelaxin*, *Dgelmin*, *Anthenin*, *Helminal*, *Sauvern* 等，均為驅蟲有效，但其有效成分如何，雖經分析化驗，迄未明確得知，謂為一種 *Digenium* 物質，為驅蟲有效云。

Digelaxin 一劑，據武藤昌知，佐佐木信氏等，謂本品混合有緩下劑，作為錠劑，故內服後效果，較山道年或 Digenin 等之單味使用為顯著，本品使用量，大人一日為 12 錠，於朝晚食後之三時間，每服六錠，如此連用三日間，其驅蟲率，殆有 100%，在余個人經驗，以海仁草或山道年之單獨使用，不如兩者之併用為有效，此與十二指腸蟲之驅除相同，其用法即以兩種驅蟲劑，同時內服，或作前後分服均可。

高木幾太郎謂以本劑併用蓖麻油，可得完全之驅蟲率。

Sauvern 一劑，為宮入慶之助氏以漢藥數種 *Melia jaonica*, *Digenea Simplicis* C. Ag. 等為主劑，用特種的化學操作，抽出其效成分而製之。

用量 大人 3.0 (12錠) 午飯與晚飯間服 1.0 (四錠) 當夜睡前服 1.0 (4錠) 翌晨飯前服 1.0 (4錠)。

小兒為 1.5 (6錠) 每次為 0.5，其用法與大人同。

幼兒為 0.75 (3錠) 每次為 0.25 (1錠) 用法與大人同。

本劑使用，通常不必要併用下劑，其驅蟲效率，殆為 100%，本劑內服後，其蟲體通常斃死與糞便同時排出，上記之服用量，有時雖增加至二倍乃至三倍，亦無何等不快之副作用，並中毒現象云，此外對於其他藥劑以及食餌等，亦無何禁忌，此為本劑之特長。

(5) Santoperonin 山妥貝羅甯

本劑為 Benzol 誘導體 (Naphthalinphenol) 及金屬 (主為銅) 之複鹽，化學上極為複雜，本品為褐色無味無臭，於水為不溶性，於醋酸，弱酸性酒精為易溶，於厚酸及鹼類起分解而後完全溶解，本劑所有不快有害性狀物質，得以巧妙方法除去就中鉛 (aluminium) 及銅之化合物，殺蟲作用甚強，本劑內服後達於胃腸，因酸作用，而起分解，其有效物質，亦由此分離，發揮其作用，本劑可作蟻蟲、蛔蟲、及蟲之驅蟲劑。

蛔蟲及蟻蟲症

大人	Santoperonin	0.03
	magnesia usta	0.3
上為一包一日 2-3 回，每回一包		

小兒	Santoperonin	0.01
	magnesia usta (或白糖)	0.2
上為一包，一日 1-3 回，每回一包。		

在蛔蟲症，則以上記之用量，可連用 3-6 日間，必要時，得繼續。

在燒蟲症，則以上記用量內服外，於肛門加用下列之坐藥或軟膏。

人夫	Santoperonin	0.03
官家	Cacao 脂	2.0
	上為坐藥一個，每晚插入肛門一個。	

是等寄生蟲，約須連用一週間，在 2—3 週內，可反復應用，約三回，但燒蟲之完全驅除，甚非易易。

一、	痔蟲症	Sanntoperonin	1.0
		magnesia usta	2.0
		althae 根末	2.0
		glycerin 及水	各適量

上為五十粒，一日三回，每回 1—2 粒。

上述用量，最少須連用一週以上，他如絕食療法及下劑，可無必要。

(三) 使君子 Fructus Quisqualis

譯者按：上述驅蟲藥品，無一非仰給東西各國，顯在目前戰區情況，確屬採購非易，為自力更生及適應當前需要，有力謀代替品之必要，考吾國民間，習用之使君子，實有驅除蛔蟲作用，證之日本書籍，亦有同樣記載，在此驅蟲藥品缺乏之時，大可奮起採用。

命名之由來： 俗傳為潘州郭使君療小兒病，多用此物，後醫家因號為使君子。

產地及性狀： 本品原出海南交趾，今閩之邵武，蜀之眉州，皆栽種之，亦易生，其藤如葛，繞樹而上，葉青如五加葉，五月開花，一簇一二十，花紅色，輕盈如海棠，所結果實長約 3.5—4c.m. 為黑褐色，紡錘型，有五稜，橫斷面如星形，除去外壳，其內為仁，狀如榧仁(俗稱香榧子)此仁為驅除蛔蟲有效。

所含成分： 據福建省立醫學院許植文教授分析本品之結果如下。

1. 鹼化物	{	固形醇 Phytosterol	2.01%	
		脂肪酸	2.51%	
2. 鹼化物	{	不飽和液體脂肪酸	橄欖油酸	34.70%
			亞麻仁油酸	2.99%
		飽和固體脂肪酸	棕櫚酸	23.98%
			硬脂酸	7.47%
			落花生油酸	5.75%
		使君子油酸(新脂肪酸 m. p. 101-102c°)	12.28%	

藥理試驗：據 1932 年 刈米，佐藤寺崎三氏，關於和漢驅蟲藥之殺虫效力之試驗，證明使君子之水煎液，對蛔虫無致死之效，但使君子之酒精浸出液之對蛔虫，在三小時後，呈衰弱而死亡。

又對蚯蚓之試驗，以 (5.0;100.0) 之水溶液，無變化，而 (5.0;100.0) 之酒精溶液，則於三小時後衰弱而死。

本品之用法：按舊醫籍處方所載，類與其他驅蟲劑如蘇黃雷丸，檳榔等，及緩下劑如大黃等為合劑，少單味使用，但民間為服用便利，常以本品用單味的煎或炒，取而內服之本品以新鮮者(採自一年內)為有效，陳舊者失效，內服時，可將本品入鍋乾炒，約十分鐘，則香而且甜，酷似花生米，故小兒甚喜食，其用量在二歲小兒，可用五粒至十粒，五六歲之小兒，可用十粒以上，大人則每日可服二三十粒，二次或三次於食間分服，可連用二三日，吾人為應用上之便利，可將使君子去壳後，不加炒煎不加其他藥劑，而單味生食。

據吾人給藥後之排蟲時間觀測，最速效者，經二小時，即有蛔蟲隨糞便而排出，但通常多在翌晨通便時排出。服藥後如遇便秘，可給予緩下劑。

副作用：本品過量內服，有起吃逆現象，可繼續至數小時，或一日者，然能自然停止，無何大害。其他副作用，未有發見。

綜上本品既稱價廉可口，服用方便，且極少副作用，故吾同仁中，如遇蛔蟲患者，敢請大胆試用，決無妨礙。

補白：蛔蟲之預防

吾國蛔蟲一症，在吾人小兒科內科之臨床上，實為日常所遭遇，極為普遍，指數甚多，故現研究公共衛生者，咸以注意此類寄生蟲之預防，吾人知蛔蟲症之感染，雖非如吸蟲類絛蟲類十二指腸蟲等之可得經膚感染，而僅為經口感染，但實施預防，仍與其他寄生蟲無異；而集中注意感染根源之蟲卵殺滅也。

一般預防，多注意攝取附有此類蟲卵之飲食物，及採取蔬菜類之不生食等，但此種注意，往往難期絕對周密，偶一不慎，仍不免感染，故認為徹底預防者，唯一在所有糞便之合理處置後，再供蔬菜類之肥料，庶可達此目的，茲略述處置如下。

殺蟲劑之投與 即以所有糞便，凡供肥料者，先投強烈殺蟲劑，以殺滅蟲卵或幼蟲，其效甚確，但此種處置，每以限於經濟，難期普遍。

糞便須經長時間貯藏 即以所有糞便，先經長時間之貯藏，然後再作肥料，此蓋利用糞便貯藏經過中，所起之腐敗發酵，藉化學變化之生成產物，以達殺蟲之效，本法作用強烈，且簡而易舉，故所有糞便處置，如能普遍應用本法，則不僅蛔蟲可因此絕跡，即其他寄生蟲，亦不難減少也。

戰時眼病舉要及其治療

· 林 和 鳴 ·

在作戰時，眼部最易受傷，故戰時眼病在病案上佔有相當的數字，據 1870 年普法之戰約佔全身百分之零點八 (0.8%)，歐洲大戰時百分之八 (8%)，我國此次抗戰中，就余於重傷醫院統計佔全身百分之二，後方醫院佔百分之零點八，合併起來佔全身百分之一點四 (1.4%)，此種統計中專指戰時受傷而言，眼疾患不計在內。且我們的敵人——日本，因為不能達到速戰速決的目的，近來惱羞成怒，不顧國際的公法，施用慘無人道的毒瓦斯，故眼睛受傷，當不減于歐洲大戰？由此可知戰時眼病的重要性及普遍性，對於治療上，當然要與外科並重。且余服務傷兵過程中，往往見到一般由輕微眼病，經不適當的治療，遷延時日，而致兩眼失明者其數實不在少，如此以不獨於人道於醫德，均覺有損，且直接影響於我國長期抗戰力量，至重大，謹將余服務過程中所得的經驗，把幾種最常見者寫出來，貢獻於同人之前，以作參考。

第一 炸傷(包括炮彈傷，子彈傷，異物傷)

(一) 眼臉炸傷：

臉炸傷，輕者只見皮膚擦破，時或有異物，少量出血，重者傷及上舉臉肌，臉緣缺損，往往合併眶骨骨折，眼球破裂，故臉受傷於檢查時，須仔細為之。

【療 法】： 少量出血無合併球破裂者，用壓迫紗布則能止血，對於新鮮創口，行嚴密消毒後縫合之，切勿亂剪去臉皮，以防臉外翻，洗滌液用硼酸水或生理食鹽水，後用一般創傷敷料，如臉缺損，須用百分之一的白降汞軟膏塗入眼內，並施保護繃帶，以防角膜乾燥，臉上舉肌炸斷者，施第一期縫合，癒後機能也能恢復，否則以後再行移植臍疔。

(二) 淚器炸傷：

淚器受傷，輕者只上皮膚擦傷，重者常合併蝶骨篩骨骨折，碎骨傷及視神經或穿破眼球，角動脈破裂時，則較多量出血，眼球受震盪而起內出血，或視網膜脫離。癒後癥痕形成，往往殘留流淚之症。

【療法】：安靜，創口切勿用探針探入，嚴密消毒後，如發現彈片或異物時除去之，角動脈行結紮止血後縫合之，敷料與一般外科同。

(三) 結合膜炸傷： 結合膜受傷，有結合膜破裂，結合膜下出血，異物嵌入結合膜中等。如合併鞏膜破裂，可見有棕色物，或膠狀物藏於結合膜下或創口中。受傷後眼不能張開，怕光，流淚，視力障礙。

【療法】： 結合膜破裂，即行縫合，後用百分之廿五阿兒羅液點眼，結合膜下出血，可用溫罌法，或用百分之五狄俄奴液（5% Dionine）點眼，每日三次，異物用百分之四哥加因液每五分鐘一次，共點三次，麻醉後用異物針除去之，如已嵌入結合膜下，可切開除去之，眼內容物脫出，視其受傷之位置及輕重，再施與切除，縫合，或眼球摘出，如係睫狀體脫出，切勿切除，因恐以後瘢痕收縮續起視網膜脫離。

(四) 角膜炸傷： 角膜受傷，輕者只異物存在，而呈流淚，怕光，疼痛。角膜擦傷，如細菌傳染，而起若膿性潰瘍，重者——角膜破裂。虹膜，晶體脫出。前房淺而有血。細菌傳染，而起內眼球炎，進行而起全眼球炎。其症狀有眼球突出，結合膜水腫，眼臉浮腫，前房蓄膿，劇痛，頭痛，發熱。並有發生交感性眼炎之險。對於救護治療此病時，檢查與敷藥，須要小心為之，否則會將眼內容物完全壓出。

【療法】： 角膜異物療法，與結合膜同，角膜擦傷，即用五分之一昇汞水灌洗，用白降汞軟膏，或百分之十沃度仿軟膏塗入眼內，疼痛可用百分之十的狄俄奴點眼。或百分之一哥加因軟膏，用哥加因軟膏時應注意其上皮之感受性。據傷於中央部者，用百分之一阿妥品點眼散大瞳孔，在邊緣用百分之二比羅卡品縮瞳。角膜破裂虹膜脫出，在十二小時內，可將脫出虹膜切除，整復，並遮蓋以結合膜瓣，再用阿妥品散瞳。如晶體脫出，玻璃體流出，與眼內出血，如該眼已斷為不能治癒者，則將該眼摘出；眼內容物除出。如已呈內眼球炎，或全眼球炎者，則速行眼內容物除去術。

(五) 眼球炸傷： 眼球破裂有直接與間接之分。例如彈片，異物損害眼球者曰直接。如頭部受傷，眼球反壓力而起破裂者曰間接。直接多合併眶骨骨折，或彈片、碎骨、彈丸、異物殘留於眶內，眼球一經破裂，則內容物流出，眼內出血，網膜脫離，球陷於眶內。或因眶內出血，則眼球突出，結合膜下出血，眼臉血腫，緊張感，疼痛。因細菌傳染，而繼續內眼球炎，全眼球炎，交感性眼炎。

【療法】： 眼球破裂，視力大多不能恢復，仔細檢查後，如不能恢復其視力希望者，則早將眼球摘出；同時應搜索眶內異物。

如受傷時日較長已發全眼球炎者，則施行眼內容除菌，切勿行眼球摘出，因此時眼內毒素已穿過鞏膜至 Tenon's 囊，苟行眼球摘出，毒素由眶內血管帶入腦中，有發腦膜炎及腦膿瘍之險，手術後如出血不止者，應注意眶內殘留異物。如術後結合膜水腫劇烈者，可用百分之八硫酸鎂溶液熱罨之。

(六) 眼球萎縮：

眼球受傷炎症經過治療後而消失，該殘留癰眼留於眶內，曰眼球萎縮，該眼雖無疼痛但常留慢性炎症，或不留炎症者。此等疾患；於重傷醫院及後方醫院最常見，此種萎縮眼球留於眶內，視力已無恢復之望，在此防預科學昌明之時，為免除盲眼發生交感性眼炎。故早將該癰眼摘出之。眼球萎縮摘出術應注意如下：

(1) 眼球破裂後，該處癰痕形成，該癰痕將眼球癒着於眶壁，局部麻醉時該處不易發効力，且眼球分離時不易。遇此種合併症時，施用全身麻醉為佳。

(2) 術後不易裝入假眼，如該被術者能于術前購適度假眼，於手術完畢後裝入，可免去此問題。

(3) 眶內殘留炮片，須注意同時除去之。

(4) 切勿殘留鞏膜於眶內，以免發交感性眼炎。

(七) 其他如虹膜離斷，即於虹膜根部與睫狀體脫離，對於新鮮者，用阿妥品散瞳，時可治癒，此外如晶體脫白，外傷性白內障視網膜脫離，須專門醫師施治之。

第二 疾患(只限於幾種普通者)

(一) 受傷後麥粒腫：

眼瞼受傷後，化膿菌傳染，而起急性化膿性炎症，眼瞼浮腫，劇痛，結合膜水腫、發熱、頭痛、耳前淋巴腺腫脹荷炎症進行至眶內，毒素由眶內血管傳帶至靜脈竇，或腦內，而有生命危險。

【療法】：受傷後應嚴密消毒，發炎時用百分之八硫酸鎂熱罨，有化膿點者，即行切開排膿並內服 Sulfanilamide。

(二) 急性結合膜炎：

最常見者為 Koch-Week's 氏小桿菌傳染，結合膜充血，結合膜下出血，怕光、流淚、分泌少量粘膜液，由一眼而傳他眼，由此傳彼，時蔓延全院。因經不適當治療，合併角膜炎，角膜穿孔，虹膜脫出，以致失明。

【療法】：發生此病時，院內對於洗盥器具，應加煮沸後再轉給第二者。眼用百分之二硝酸銀用棉花搽塗眼，塗後用生理食鹽水中和之。或用百分之廿五倍阿幾羅點眼，溫卷法。其特效藥為 0.5% 硫酸鋅點眼，每日三次。

(三)砂眼：我國士兵患此病者，就余以前統計約佔百分之八十，當比浴血抗戰，受風塵之刺戟負傷歸來，此病易於復發，如結合膜充血、怕光、流淚、血管翳新生，視力障礙，分泌增加等。

【療法】：用百分之二硝酸銀塗眼，重者用百分之三碘酒塗於結合膜，輕者點百分之〇點五硫酸鋅液。有顆粒者行壓出術並內服 Sulfanilamide。按體重壹磅每日內服三分之一厘，第二週後，減為每日四分之一厘，服時忌酒蛋及硫酸鎂內服。但應加入同量重碳酸鈉。

(四)淋菌性結合膜炎：由直接或間接傳染，眼瞼浮腫，分泌多量膿汁，結合膜水腫、充血、出血、怕光、疼痛、病勢進行極速，繼而發角膜潰瘍，角膜穿孔，虹膜脫出而失明。其預防方法，如有淋菌性尿道炎者，小便後宜洗手，勿用手擦眼，手巾切勿亂用。患者隔離，還有一種智識低淺往往信用土法，於眼發生結合膜炎時，有用自己小便洗眼，此種惡習，應切實勸止。

【療法】：阿妥品散大瞳孔，硝酸銀液塗眼每日一次，阿幾羅液點眼每日三次。熱卷法，膿汁常用棉花搽去，最為必要，以免膿汁蓄積眼內，同時應用新鮮牛乳注射最為有效，『將新鮮牛乳 10 西.西. 盛於杯中，隔水煮之，候水沸三分鐘取出，冷卻時用之臀部注射』，每日一次，二次後休息一天後再續注，至膿汁消失為止。另一眼之未經傳染者，應極力防止傳染。

(五)虹膜炎(虹膜睫狀體炎)：原因：續發於角膜潰瘍、梅毒、結核、淋毒、交感性眼炎初期回歸症治療期中續發症及其他原因不明者。症狀——頭痛，角膜周圍充血、流淚、怕光、無分泌物，角膜溼度潤滑，瞳孔縮小，反應遲鈍，虹膜紋理不清，病勢進行，前房滲出物，後癒者，瞳孔閉鎖，續發青光眼，或視網膜脫離而失明。

【療法】：阿妥品散大瞳孔，熱卷法，給與發汗劑，臀部注射新鮮牛乳。或靜脈內注射傷寒菌疫苗，第一次注射十百萬菌 (10 millions) 每五六日注射一次，每次增加五百萬菌單位 (5 millions) 心臟病及有熱度患者禁用此法。如係交感性眼炎初期者，即將壞眼摘出。但是否能減退炎症，尚屬疑問。其他併行原因療法。

(六)外傷性玻璃體出血：

頭部受傷，或一眼受傷，而他眼無外表症狀，視力障礙，重者用電燈透視，於瞳孔內見有黃色反射，輕者非用眼底檢查鏡不易查出，患者每訴眼前有黑點飛動。

【處法】：安靜、熟睡、用高張性食鹽水結合膜下注射，處方如後 Sod. chlorid 1.0 Cocaine 0.1 Aq dest, 10.00, 消毒後用之。

第三毒氣**(一) 揮淚瓦斯：**

眼部受毒後，刺戟而流淚，繼續不止，眼不能張開，視力暫時喪失，其時間很短，一旦消失而癒，結合膜輕度充血，角膜暫時失去浸潤，而呈潤濁，症狀幾天內而消失。

(二) 氯氣瓦斯：

受毒後眼臉浮腫、痙攣、結合膜充血、刺戟、燒灼、羞明、角膜潤濁、虹膜發炎、瞳孔縮小，中毒深者，眼內發生變化，視網膜出血，視神經炎，脈絡膜損壞。

(三) 黃十字瓦斯(芥子毒瓦斯)

此種瓦斯毒力最劇，眼受毒後，較重眼臉痙攣、臉癱爛、壓感、燒灼、流淚、怕光、第二天臉浮腫，結合膜高度出血，分泌增加，分泌物呈膠狀，上下眼臉往往附着，角膜失去其光澤，瞳孔縮小，至第五天最劇，其後逐漸恢復，角膜上皮新生，數星期而癒，如損壞深部。則殘留視力障礙。

【療法】：揮淚瓦斯所傷，用百分之十四食鹽水，或百分之廿五重碳酸鈉液灌洗。氯氣或黃十字瓦斯可用百分之二重碳酸鈉注洗。眼外部用水或肥皂水洗滌，眼內點入阿妥品，疼痛點哥加因或待俄初，分泌液多時，可用阿脫羅或普泰哥、重碳酸鈉溶液百分之二溫罌，候急性炎消退後，可用 0.5% 硫酸鋅。怕光，戴黑色眼鏡，或包裹之，至病室後除去(病室宜暗)，以免分泌物蓄積眼內。茲附普通用及止痛處方於後：

普通用處方(每日三次)

Rp.

Pul biborax	1.0
Sod bicarb pur	2.0
Aq dist	10.0
Lanoline ahydraz	10.0

止痛用處方(每日三四次)

Rp.

Acid Boric	2.0
Cocaine	2.0
Aq dist	10.0
Lanoline ahydraz	10.0
Vaseline	80.0

史料

福建省保安縱隊司令部報告

敵人施放毒氣之防護與救治情形

福建省保安縱隊司令部對敵施放
毒氣防護與救治情形詳報表

部隊番號	保安第二團第三大隊
毒氣施放時間	七月二十四日上午八時
施放地點	福清東張真武殿塔山陣地兩處
天氣	陰天無風氣象穩定
施放方法	迫擊炮放射約四十餘發
毒氣種類	糜爛性芥子氣
施放所呈現象	黃液狀大蒜臭味
毒氣面積	兩處約四五百平方公尺
我方之處置	除用面具口罩外身部無法防護 士兵無口罩與眼鏡居多
中毒現象	先流淚噴嚏嘔吐眼起結膜炎 孔縮小皮膚初現紅斑繼發水泡 而破爛心臟衰弱呼吸困難神志 昏迷患者精神疲倦
施放次數	一次
我方傷亡數目	中毒者二十一一人死二人
救護方法	中毒者離開毒區後用肥皂水先 洗
治療情形	1.皮膚水泡用注射器吸眼去內 液以重曹水洗滌敷以鹼性軟膏 2.眼用鹽水蘇打水洗敷以重 曹油膏重者以古加因亞托洛液 液點眼3.三日後死一人八日後 死一人均係肺炎而死臉呈紫色
備考	此次中毒者以背腰部頸部為 最多潤濕部份亦多
附記	附近施毒地區要圖二張，中毒 慘重者照片六張計十二張

編者按：考毒氣戰之產生，在西洋史中，亦如他種兵器，有其悠久演變之歷史。第一次化學戰之發生，遠在西歷紀元前

428年，希臘人用水浸硫磺與松香而燃燒之，產生惡臭之煙，以熏守城軍隊，城因以破。

此後歐洲上古史中，利用致嘔，致嘔，生臭與燒夷物質助戰爭，時有所聞。中古以降，如瑞典王查理第十二於1701年，燃草烟以掩護軍隊渡河。1813年英美之戰，英人攻查理斯鎮，曾使用硫磺。1855年英法聯軍與帝俄之戰，對於黑海岸砲台之攻擊，亦賴燒夷之功。

迨第一次歐洲大戰爆發，德人首先使用大規模毒氣攻擊，英法從而效尤之，一般人士，對之咸具可怕之觀念，然至大戰告終，綜合各國士兵因受毒氣傷害而致死亡者，僅相當受傷人數之3%；反之，因他種兵器傷害而致死亡者，則平均為30%，兩相比較，是毒氣殺人之效能，不過為他種兵器十分之一耳。

抗戰以來，敵人對於南北各戰場，間亦使用少量毒氣，雖因我軍防護設施之欠缺，然檢討經過，其實實際上傷害之效能，究屬甚微。惟因一股官兵，鮮有正確之認識，輒生恐怖之心理，驚惶之餘，烟幕亦誤為毒氣，此種觀念，亟需矯正，根據過去事實，縱無防毒工具，亦無所用其恐懼也。所望前方各部隊隨時提供正確資料，研究簡便有效之防護方法，抗戰前途，實利賴之。

輸血療法

• 楊文達 •

血液在人體中為重要組織之一，藉生理的循環，而能輸送身體所需要之營養，並排除體內所積聚之廢物及配製一部份之抗毒菌等作用，吾人生存於世，不能片刻須臾離之，其理至明。一旦因失血過多，或久病衰弱，非藉輸血補救，無法恢復其健康，則輸血之法尙矣。現今新造諸國，在其大城市，以給血為職業者，不乏其人，政府當局，亦擬有種種法規，管理一切，以免有非法之事由發生，其拯救病者之生命，不勝計數。如遇國家戰爭發生，每有民衆自動趨向法定機關報名，請求血族測驗，以待將來為負傷將士急救給血，此種愛國心理之熱烈，犧牲情緒之高漲，實於戰地救死扶傷，裨益非淺。

人類血族，共分四類，因各具特性，故有互相抵觸或適合之現象，未行輸血前，勢必將給血者與受血者之血族，予以鑑定。未經鑑定之輸血，因有血球凝集或被溶解之危險，可致受血者於死地。輸血實施之主旨，以給血者之血清，不與受血者之血球，或給血者之血球，不與受血者之血清，互相發生凝集現象為唯一原則。普通醫院應用之方法，即將A與B族之標準血清與血球，均勻混和，置

於室內溫度中，停放約五至十分鐘，然後視其有無凝集現象。如A與B血清內均無凝集現象，是屬O族。B血清有凝集而A血清無變化，是屬A族。A血清有凝集而B血清無變化，是屬B族。如在A與B血清內均有凝集現象，是AB族。若無製就標準血清之設備，則可採用直接配合法。即以給血者之血清與血球，及受血者之血清與血球，互相分離，作一凝集試驗，以定是否適合。同時亦須用生理鹽水，作一對照測驗。

吾人須知血球中含有二主要凝集原（又名受體），二者處於相抗地位，不能同時存在於血液中。例如O族之血液，因其缺乏凝集原而只含有凝集素，故無凝集現象；若與他族之血球混合，則有凝集現象，因該等血球中均含有一個以上之凝集原。反之，O族因其缺乏凝集原，設與他族血清混合之時，即不致發生凝集現象。總之，O族之血液，他族均能配合應用，而O族本身所需要之血液，不能取諸他族，只能用入其同族之血液，稱為一般給血者。AB族之血液，其血球含有二主要凝集原，而血清缺乏凝集素，其無凝集作用，不言而喻。設與他族之血清混合，均有凝集現象，因該等血清中均含有一個以上之凝集素，互相抵觸。AB族係稱一般受血者。至於A族與B族之分類，亦可按照凝集原與凝集素不能同時存在於血液中，茲推論其理：（參見下圖——）

血族類集 (國際分類法)	血球內凝集原 (以大寫A與B代表)				血清內凝集素 (以小寫a與b代表)
	缺乏	A	B		
O	—	+	+	+	a+b
A	—	—	+	+	b
B	—	+	—	+	a
AB	—	—	—	—	缺乏

說明：（十）號表示凝集現象，
（—）號表示沒有凝集現象，凡無凝集者，均為配合之血液，可作輸血用途。

給血者之選擇，勢必以青年強健及無傳染病者為最合格。染有梅毒者，尤其在第二期病中，其傳染性更大。據斯克二氏報告：曾遇有因給血者染有第一期梅毒，而瓦氏反應雖為陰性而尚傳染於受血者。

吾人每於施行輸血時，給血者之身體與血液，必須詳加檢驗，始能應用。瘧原蟲因可由血液傳染，故於患瘧者，不宜用於輸血。其他能於輸血中傳染之疾病亦有種種之報告，例如麻疹，天花，流行性感胃腸熱症，及肺結核等。

每次給血之容量，不應超過五百公撮。每經給血一次，給血者應間隔六星期之後，始得再給第二次，庶不致影響個人之健康。每次輸血，均應重新檢驗，以昭慎重。

配合之血液，每經輸後，常有輕度反應。如類似發冷，體溫上升，皮膚症狀等現象，但發生反應之原因，迄今尚未十分確定。有謂以加於血液中之防止凝固之枸橼酸鈉為其誘因，有謂以個體均有其血清蛋白之特性，以致產生輸血後之反應。有謂以給血者與受血者之血球，雖在凝集作用無甚不適合之現象，然其血球內之組織，另有其他不相同之點；有謂以輸血後之假性凝集現象，在所不免，但無生命之虞。

輸血之適應症，雖各有意見，然大體無甚差異。最早以大出血與休克等症最為適應。及今則已範圍擴大，廣泛應用於各科，尤以婦產科之病症，如前置胎盤，異位妊娠，破裂，又產後出血等症，蓋血液一時損失過多，實有賴於緊急輸血以資補充也。

此外如出血病症之血友病，出血性紫斑，粒性白血球缺乏症等，及炭氣中毒，一般急性傳染病等，甚多採用輸血也。

輸血之禁忌症，厥為大腸出血，血栓性靜脈炎及代償衰減退，心臟病，均不宜施行。輸血後蓋因輸血後體內之總血容量增加，及循環速度加快，往往易致沖脫已凝固之血塊，而成血栓之危險。並因增加心肌運動之阻負，更使心力衰竭，此點應特別注意之。

血凝與遺傳，按上圖所敘赤血球中含有A與B二主要凝集原，依照孟氏遺傳律之學說；籍血球中所含之凝集原，能推及子女應屬之血凝，舉凡子女赤血球中之凝集原必為二親凝集原之一，但父或母之凝集原，未必於子女血液中顯現之。例如A族之父與A族之母，只能有A族或O族之子女，決不會有B族及AB族之子女。A族之父與B族之母，能有任何四族之子女，不言而喻。唯此律不能適用於未滿週歲之嬰兒，因其血凝在未過一歲以前，尚未十分固定。

輸血之進步，最近美國設有「血液銀行」，內中備有各族血液以應顧客。五百公撮之血液，含有七十公撮之百分之二點五成份之枸橼酸鈉，如置於攝氏四度之冰箱裏，可保藏三至四星期，不起變化。

蘇聯部氏試用屍體血液，凡已死六至八小時之人，由其頸靜脈取其血液，並加以枸橼酸鈉，而為輸血用途。死於急症者，類如意外傷害，中風，淹斃，及心臟病者，其血液即速引出，旋即凝固，如待其半至二小時後。該凝集血液又可重回液體，無須加以抗凝藥物於其中。此類血液於攝氏一至二度冰箱內能保藏三至四星期不壞。據一九三六年之報告，其輸有九百二十四個病例，輸血後之反應為查其結果，較由活人給血者之血液，所產生之反應為少。據統計係為百分之五與二十之比，殊為輸血之一大進步也。

— 完 —



臨床實驗報告

★ ★ 凡是論爭，都是希望刺激讀者，對某問題，加以注意，由於論爭的展開，因而使讀者有進一步的理解。所以主張意見，儘可全不相同，但對個人友誼，絕無關係。這裏即便有辯詰的話，決不是「鬧氣」和「謾罵」！

一 白內障用碘化鉀的療效

莊育成

余曾試用碘化鉀的點眼，以爲白內障之保存的療法，其試驗如左。

作爲點眼法，給患者以 3% 碘化鉀溶液，每隔八小時，令其點眼一回，即晨六時起床者，起床時亦可點眼一次，午後二時及晚就寢前之午後十時各點眼一次，如此行之，則每八時一日點眼三回，故終日較爲均等，移行碘化鉀於眼內而可保留者。

此法。令患者嚴守之，於七例老人性白內障患者。四例視力著爲增進，二例白內障停止，僅一例視力雖然稍有增進之觀，而患者則自覺的已爲停止云。又於此六例之白內障，以他覺的檢查，均不見其白內障之減退。

由此觀之，依照本法治療，其視力之增進，恐因其極微細的濁濁之消失使然耳，要之對於白內障患者，依照 3% 碘化鉀一日三四點眼治療法，每能增進其視力，乃實驗所得之事實。至其特種的效果之有無確實，尙有待長期之觀察，故望同道諸君，以作試用佳續，批評指正爲幸。

二 馬齒莧治療痢疾的卓效

俞昌時

(一) 緒言：
馬齒莧——在吾國鄉間，可說是普遍的作爲野菜饌食，同時又普遍的認爲是可以治療痢疾的一種野生植物，這兩種用處，我曾詢問過好多省份的人士，十多年來，蓋莫不是「衆口僉同」的一致承認的，以中國土地之廣大而能如此普遍的流傳，可

想見其是積數百年之經驗使然的了！此等現象，豈容忽視！惟是馬齒莧治病，考之中國醫籍，頗不見乎「經傳」，檢閱中國醫學大辭典，對於馬齒莧功用之記載，實偏重於治療「腫毒」，而論為「消腫聖血之良品」，對於治病，反略為不詳，足見馬齒莧之治病，實係民間丹方，其以治病流傳如是之廣，更足證其功效確實了！

家父行醫五十年，每年必囑令貯備多量，施濟於人，救治甚廣，並最喜用之做菜，謂為「清腸」「解瘴」最佳之品。故經中煮沸一過，即撈起擠乾仔細以醬麻油醋拌食之，極鮮脆可口。

業師余雲岫先生為其國醫界泰斗，他老先生以科學方法研究中藥之遺餘力，於去歲「存現代醫學第二卷第五期中」刊載了一篇關於他二年來用馬齒莧治療細菌性痢疾的臨床報告，因為是一種新的試驗，所以在報告中把每個試驗病人的治療前病態，治療時病勢減滅的順序，完全治愈的日期，以及處方的對症等等，即寫得非常詳密；他的結論是用馬齒莧治療五十三位赤痢患者，結果完全治愈，成績是百分之百，「服藥至治愈日期，大都在四至七日之間」。並且說，馬齒莧對於細菌性痢的治療價值，「似出化奇及血滿之上」。

本院一軍政部第二十陸軍醫院，住院患者原發或轉發腸炎者極多，(二)我們的試用：——聽說各院亦莫不皆然，尤於本年夏秋之交，南豐地方民眾發生赤痢患者頗多，來本院門診，我們的藥品正是奇缺的時辰，撒魯兒既不够用，硫黃早經用光，其他治療痢疾腸炎的藥品，更是缺乏，我們急得沒法，我就想到代用品，想到用馬齒莧來試試看，於是發動全隊看護士兵揀掘，交藥局洗淨煎煮過濾裝瓶，（煮時時刻攪攪，使濾汁甚濃因本品可作菜食，毫無副作用。煎曬大罇煎煮，但大約每一市斤新鮮者可煮得濾汁一磅，可供一人一日之用量，）我定名為 Dec. Macihari（馬齒莧原名本為 *Portulaca oleracea* 因太累贅，故不用）通報各主治軍醫處方應用，不管腸炎、赤痢、虫性、菌性、但係腸病頻瀉不潔，腹痛下墮等症俱給與試服。

初定每日 200c.c. 3×1，嗣覺太輕，治效不著，乃大量發給，每日 300—500c.c. 並參考余雲岫先生的療法而對症的與以各種處置，如腹痛及裏急後重則伍以蒼朮膏，如心臟衰弱精神疲憊則伍以毛地黃，土的及複方樟腦等丁幾（俱係自購）此外並加入健胃劑等等，又視症狀之輕重，同時早晚或間日與以瀉劑，以清除腸內容。

這樣的處置，我們獲得了可驚異的治療成績，有許多腸炎和痢患者，甚至頗為沈重的，也得救了，使我們七八月份的死亡率降低了不少（六月份死亡者廿六名腸炎佔十一名（包括痢疾）七月份死亡五名腸炎三名八月份死亡十一名，腸炎五名，）並且使我們的藥品節省了不少，我們都是喜出望外！

我們慚愧的是，不能作科學上分析的研究，不能知道馬齒莧對於治痢的藥理作用及其有效成分怎樣，同時又未能作正確的患者底的細菌檢查，所以在這裏我們祇能籠統的知道馬齒莧對於腸炎和痢疾確有很好的治效，——余先生祇報告它對於細菌性痢的特效，我們想它對於虫性痢和其他腸炎也有相當效力，祇是我們內檢驗能力和檢驗材料不容許我們而致不能作科學的詳盡的報告，我們會電請長官衛生處派員來院指導研究，希望應許我們的要求。

現在我們用五分錢一斤的代價充分收買，貯備起來，以為冬天應用，至於馬齒莧的形狀產地，我想大家都容易知道，在這裏不費詞了。

(三) 應用馬齒莧的時代意義：

讓我再抄一段文章來結束本文罷！

周夢白先生在藥和化學第二卷第六期上介紹余雲岫先生研究馬齒莧治療細菌痢病的報告的文章中最後一段說的好：

「觀察歷來藥物進展的規律，使我們知道最初就是憑着經驗探求這一藥物對於某種疫病的治療價值；其次是研究它的藥理作用；再次用化學方法，使其中有效成分與無用的或竟有害的成分分開研究它的分子構造式；最後由於分子構造與藥理作用關係之闡明，把分子構造改變一下，像建築師改造房屋一樣，得到比原來物質更好的新藥，這就達到了化學療法的最高階級，余先生的發現馬齒莧，不過是這一全過程中的起點，不是它的終點……」。

「不過在急需實用的現代中國，對於它的應用，就不一定要等到這一全過程走完之後才開始，吾們在確定它效用之後，把它有效成分提取出來，與其有害的成分分離，製成藥劑就可以應用了，這是應藥科學化運動的唯一路綫，要這樣才能徵用全國許多有用的國藥，才能彌補由缺少西藥而引起不可設想的悲慘，才能建立民族的藥學，負起介紹優秀國藥於世界的責任，共同促進世界藥學的前進……」。

「知難行易」，我們需要「不知不覺」的實行家，我希望一般醫藥界的先生們，不要把口號提得太高了！看不起中藥，很可以把我們千百年來用之有效的「國藥」多多的研究試用，一定可以得出不少的成果來：

所以我們試用馬齒莧和其他各部代用品，並不是「盲人瞎馬」而是有其時代意義的！

篇末綴語

· 零行 ·

按大製本草：謂「馬齒莧」治療赤白痢及小兒血痢，產後血痢。本草綱目載「馬齒莧」治赤白帶下，按「帶」字係印刷之誤，後人將馬齒莧治療女子白帶，致無效力，一字之差，貽誤殊大。但民間使用馬齒莧治痢，由來已久，並為日常蔬菜，因其本質毫無毒性，且富有營養作用也。科學醫用植物性藥，專擇含有 Alkaloid 及配糖質等毒性成份之品，鮮有用蔬菜之

無毒性物質，近代乃始見應用，如維他命之應用於治療是也。

馬齒莧為馬齒莧科植物之一種，又有馬齒、五行起長命草、鼠齒莧、大龍獅子草、瓜子菜（廣東人俗語，以其葉似瓜子狀）等名稱。

臨床上試驗所見：余雲岫先生於廿八年四月至十一月間，在上海治療細菌性痢疾，凡 73 例（包括 Y 菌，Flexner 菌，志賀菌），有 53 例細菌性赤痢，均得全癒，功用在 Bacteriophage 及 Serum 之上。但因本病所起器官上之病理變化，尚需用其他藥品治療，如服用馬齒莧時，仍應佐用其他藥物，如下痢用硫酸鈉，蓖麻油，硫苦等；腹痛甚急者，用莫實膏，白頭翁膏（中藥之又一製劑：心臟衰弱，用安息香酸鈉咖啡因；胃腸減少，食慾缺乏，用健胃劑；全身水份缺乏，則注射生理食鹽水及葡萄糖液；血便仍有粘液，則用收斂劑，如 Tannalbin 等；維他命缺乏，則補以乙種維他命；精神不潔，則用香木蘭劑；腹內氣體發生，則用硫酸氫銅木碎坪；嘔吐則用薄荷水；防瀉，則用水楊酸，沙羅兒，Resorcin 等。

軍政部第二十二陸軍醫院試用馬齒莧治瘧報告表

病者姓名	病 歷	病 狀	糞便檢查結果	診 斷	馬齒莧用量	治 療 經 過	現 狀
馮德治	患者因膿泡瘡及下腿潰瘍來本院潰瘍將愈膿泡瘡亦見癒	下痢每日鮮紅白色粘液三十餘次裏急後重腹部疼痛雷鳴體溫在三十八度以上脈搏110至左右	阿米巴原蟲及蟲卵	阿米巴赤痢	每日煎汁450c.c.分三次服或伍三茶匙0.2或另服硫酸鈉	服馬齒莧第二日起大便次數漸少至第六日減為每日一次諸症狀均速見輕快	大便正常鏡檢上巴不現阿米巴
陳明山	患者因患沉重肺結核來本院留診	下痢每日二十多次混有白色粘液及少量血液腹部劇痛裏急後重體溫在38c.c.左右脈搏幽數	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	每日450c.c.分三次服另服其他對症藥	服馬齒莧第三日大便次數比較減少顏色亦為黑褐色腹痛肛門作癢均見輕快現在每日仍解十餘次	成為腸炎症狀
宋振生	患者因患肺結核及慢性腸炎來本院診治腸炎早經服馬齒莧見大便正常現又患阿米巴赤痢	腹痛下痢每日紅白色粘液七八次裏急後重體溫在38c.c.以下	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	每日450c.c.分三次服	服馬齒莧第三日大便顏色已不帶紅白色粘液腹痛肛門作癢均見輕快大便仍然	仍為腸炎症狀
李才生	下痢已數月體格枯瘦	每日解黃色稀水或褐色黑色大便十餘次腹痛並不劇烈	大腸桿菌	慢性腸炎	每日400c.c.分三次服	服馬齒莧後大便次數逐漸減少	現在面解三四次
蔣洪海	右腿舊傷復發	每日解膿樣大便十餘次并帶有少量血液腹痛劇烈裏急後重	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	每日450c.c.分三次服及對症處置	服馬齒莧第三日大便次數逐漸減少顏色亦較正常第五日大便即正常	大便正常
呂錫章	患者因患濕病上肢運動機能障礙來本院診治	腹痛下痢每日鮮白色膿樣大便二十餘次並帶少量血液腹部雷鳴疼痛裏急後重體溫脈搏正常	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	每日450c.c.分作三次服	服馬齒莧第四日大便次數逐漸減少大便中已不帶紅白色粘液後阿米巴逐日減少第七日大便即正常	正常
易顯于	本院軍醫司無病	腹痛下痢每日解膿樣大便二十餘次并帶有少量血液裏急後重體溫正常	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	450c.c.分作三次服	服馬齒莧第二日起大便次數漸減少第三日大便中即無白色粘液存在第六日即全愈	正常
何立名	孫光本院義護兵	每日排紅色膿樣便二十餘次裏急後重腹痛	阿米巴原蟲	阿米巴赤痢	450c.c.分作三次服	大致全上	正常
附 記	<p>(1) 以上實驗病例 8 人，患阿米巴痢疾 7 例，收效者 5 例；仍為腸炎者 1 例。 (2) 近一月來，南甯地方赤痢流行甚劇！來本院門診者，日必數百；因之本院員兵，難免傳染，經以馬齒莧煎汁試用，治效顯著，爰感請長官部衛生處派專二防護大隊派何技佐顏增先生來院協助檢驗，以確實診斷，試用馬齒莧結果甚佳！惟貴何君以工作忙忙，僅留半月，未暇作更多試驗；且本院檢驗室缺乏培養設備，未能檢出菌類性赤痢之否否存在，故本報告未能述及。</p>						

其次細詳培養上所見：試驗時，分三管：第一管加入滅菌生理食鹽水 1c.c.，後加 Y 型痢菌一白金耳，充分混和之，作對照用。第二管加 12% 的馬齒莧膏溶液 1c.c.，後加 Y 型痢菌，一白金耳，充分混和之。第三管加 6% 的馬齒莧膏液 1c.c.，後加入 Y 型痢菌一白金耳，充分混和之。

以上三管，各傾入於洋菜培養基之玻璃皿中（即平板培養），放置擊卵器內，經過 24 小時後，取出玻璃皿，則見：

- 第一管——集落是圓形，細小而密，菌體發育良好。
- 第二管——集落是圓形，稍大而孤立，菌體多數起膨脹，少數仍正常。
- 第三管——集落是圓形，大小不等，數尚多，少數菌體起膨脹。

再培養至 48 小時後，則見：

- 第一管——集落增大，互相融合，菌團發育正常。
- 第二管——集落稍增大，但仍孤立，膨脹之細菌體，有起破壞者。
- 第三管——集落增大，有融合者；亦有孤立者，膨脹之菌體，亦有破壞者，但不如第二管之甚。

經 72 小時後，則見：

- 第一管——集落如前，少數之菌體，亦起膨脹；但仍是圓形，多數仍正常。
- 第二管——集落如昨，菌體幾全體破壞，極少數仍膨脹。
- 第三管——集落如昨，大多之菌體已破壞，少數仍膨脹。

將此變態菌體，移入於未加藥液之培養基上，培養 24 小時後，雖仍發育，但不能恢復其原形，即膨脹之菌體均呈破壞狀態，成圓形，邊緣浸潤不齊。

志賀潔菌及 Flexner 菌，均用此種方法培養，結果一致。

余氏以 10 斤乾燥之馬齒莧，煉成兩斤半膏劑，定名為 Extract Portulacae。一日用量：一至五歲 1.5—2.0，六至十二歲：3.0—4.0 成人：8.0—8.0。本品無毒作用，多用亦無妨礙，飯前飯後均可。

以上節錄余靈坤先生報告的原文。余先生是我們新醫界的巨擘宿儒，凡是讀過他「醫學革命」論文的人，誰都會承認他有着魯迅那樣的偉大。正因為他研究舊醫典籍的深遠淵博，所以他評擊舊醫學理的荒謬怪誕，也是愈為激烈。他說過「做中醫，可以當頭等角色，做新醫，就算不得什麼」的話。他的精諳中藥，不用談新醫界裏，魚出共右；就是中醫界裏，比他強的，恐亦不多；可是他提出「馬齒莧」那樣科學的實驗報告，就我所知道的，並不見多；而且余先生的努力，仍祇是全程中的一個起點，仍舊是「知其然而不知其所以然」的一些成果。雖然從現實的需要看來，自有它時代的意義，事實實在，決不會有人瞧不起中藥。

但是我們要明白：數千年來，中藥中確具療效的，早為民間和中醫們，不知不覺的應用着，何以一點都沒有進步呢？就是因沒有科學的整理，知其然而不知其所以然，我們要自力更生，勤求進步，當着重於「知其所以然」的工作，纔能稱得起真真的研究中藥，纔是我們科學醫學唯一的任務。

，也只有科學醫學的昌明，纔能從事於這種中藥寶藏的掘發。否則，我一客不預二主，請仍以馬齒莧為首；它的可為藥用，並具療效，已為民間習知，流傳應用，試問昌時君的「不知亦能行」的應用，能與他們的「不知亦能行」相去幾何？即如余雲岫先生的努力，總算在「知其然」的程度上，增加了我們信用的成份，但亦祇限於「彼曰可用，我亦曰可用」而已，究竟和民間的「不知亦能行」，相去又能有幾何呢？

「知難行易」，正惟「知」是難的，所以我們科學醫學的任務，當先解決其「難」，而不當長驅就易，不然的話，你也不知不覺的，我也糊裏糊塗的，目標祇在乎「行」，那末我們的時代，還要被我們拖過得和人家相差一二百年。

現在戰時醫療工作，苦於原有藥物的來源斷絕，乃謀以中藥代用，祇要其有效即可，用而自驗，公諸於世，這是我們醫家可做的，實際上，醫家所做的，也祇達到如此地步，以後的研究，我們銀巴巴的盼望藥科同學們趕快起來，因為聞道有先後，學業有專攻，研究的事情，談何容易，為着自力更生，勤求進步，實非走完全程不可。

譬如辛那樹皮 (Chinarind) 的可為藥用，具有療效，最初的過程，和現在的馬齒莧，並無二致。(請讀 Trendelenburg: Grundlagen der allgemeinen und Speziellen Arzneiverordnung) 然而它重要的成份：奎寧 (chinin) 和副成份 Chinidin, Cinchonin, Cinchonidin 等闡明，乃至現有的各種製劑如 Decoct cort. china, Extract China Fluidum, Extrat china aquosum, Ext. chinae spiritosum, Tinct china Co. (以上為健胃劑), Chinin mur. Chinin sulfuric, Chinin tannic, Chinin bisulphat, Euchinin, Aristochin, Optochin 等，却是誰的努力？

我們研究中藥的口號，在戰前就老早提出，直到現在，能有多少成就？這使我們不能不對中藥研究的態度方法……等，重新加以估價的。所以我覺得：

「在急需實用的現代中國，對於它的應用，就不一定要等到這一全條走完之後才開始……」這說話，出之於我們醫家的口裏，還可說得通，如係出之於學藥科的周夢白先生，就不大妥當，未免妄聞。報上有所謂「東南國醫學會推選江浙蘇皖閩桂湘粵省分會縣市支會，並舉辦傳授樞機醫藥獎金徵文」的通告說：本會秉左列之宗旨，努力於中華醫藥之建設運動，第一個宗旨是「用科學方法，研究中華醫藥，希望提高國醫藥在學術上文化上之其實地位而取到國際間之重視，以光榮祖國獨特之學術……(見前報日報)」你看中醫先生們，也知道用科學方法了，我們倒可以慢不在乎嗎？

本誌自創刊以來，接獲讀者來稿，談中藥心得的很多，都不適用。可知諸國亂撞的，實在不乏其人，因此我特地将余雲岫先生的報告原文，節錄要點，並及管見，願有志於中藥之初步試用者，學習余先生治學為事的精神，繼承他正確前進的思想！一得之愚，併備讀者指教！

★

★

★

★

★

三 試用 Sulfathiazole 治療鼠疫之臨床報告

——衛縣防疫處隔離醫院六至九月工作概況——

劉宗欽

I 概 論

科學醫學，對於一般急性傳染病，大多已能適當防治，死亡率日減，惟對於鼠疫，迄今尙少治療特效藥劑，死亡率仍在 60—90% 間；但自 Sulfanilamide 試用治療鏈球菌疾患，獲得良好效果後，“化學療法”之應用，遂大放異彩。哈弗肯氏研究院 (Haffkine Institute) 近年又選定六種 Sulfanilamide 之新衍化物，用以試測其對於鼠疫治療之功能，用人工方法，注射鼠疫桿菌於鼠體內，使生鼠疫，然後用新選藥劑治療，試驗結果，多數均有效果，而尤以其中一劑名曰 Sulfathiazole 者，對於治療鼠疫之功效為最大。1940 年初，印度 Bettiah 地方鼠疫流行，該地隔離醫院，亦試用抗鼠疫血清，Sulfapyridine, Sulfathiazole 及碘溶液靜脈注射等治療患者，結果 Sulfathiazole 均較他種藥劑效果佳良，惟祇試用三十餘例，尙未能遽下肯定之結論，但在其他治療方法未曾人發現前，Sulfathiazole 要不失為現今治療鼠疫之特效劑也。

今春三月初，衛縣二度發現鼠疫，因戰時環境，防治困難，疫勢日熾。隔離醫院經三閱月之籌劃，於六月中旬方正式收治鼠疫患者。全院醫護人員，專任及調任者合計醫師二人，護士長一人，護士二人，醫護助理員四人。即以 Sulfathiazole 作為治療劑。因適應人員設備藥劑之有限條件，特規定工作方式如下：

每一患急性熱性傳染病之市民，均須先行報告防疫處，由處派檢驗醫師往患者住所診察，如症狀疑似鼠疫者，當即派警護送來院。入院時，即行沐浴，滅蚤，換衣，患者當經院方值班醫師詳細問診察診，採取血液，痰，大小便以供檢驗，必要時，穿刺淋巴腺組織，加以鏡檢。如臨診症狀肖似鼠疫，而血液，淋巴腺穿刺液，痰等顯微鏡檢查，又發現類似鼠疫桿菌者，當即給予 Sulfathiazole 片劑：第一次四公分（八片），以後每隔四小時，給予二公分（四片），日夜持續，直至患者體溫正常後二十四小時為止，使患者每 100 公撮血液內，持續保持有 8—10 公絲 (mg.) 之 Sulfathiazole 之濃度。為防免該劑之副作用計，每次服用時，同時加服重曹 (Sod. bicarb.) 二公分。其他對症療法，與他種急性傳染病同。治療期間，除隨時注意患者一般狀況，問診，察診外，每日檢驗小便，以防合併症。

自六月二十日至九月底，共計收治病八十例，其中六例，入院後經檢驗結果及臨床觀察後，斷定決非鼠疫；其他四例，則足供報告。茲將收治病入疾病統計如下，並將四例鼠疫患者，試用 Sultathiazole 治療之臨床經過分述於后：

病人姓名	入院日期	出院日期	診 斷	出院情形
文 樵	20, Ⅴ,	2, Ⅵ,	肺鼠疫	全 愈
潘孟平	21, Ⅴ,	26, Ⅴ,	鼠疫(?)	全 愈
無名氏	24, Ⅴ,	25, Ⅵ,	鼠疫	死 亡
周 榮	27, Ⅴ,	30, Ⅴ,	肺鼠疫	半治, 逃亡
楊謹川	28, Ⅴ,	2, Ⅵ,	營養不良	無進步
汪文根	28, Ⅴ,	30, Ⅴ,	間日瘧	較 佳
黃蘆氏	30, Ⅴ,	6, Ⅵ,	下腿丹毒	全 愈
楊森魁	4, Ⅵ,	6, Ⅵ,	腋F汗腺炎	全 愈
戴 云	9, Ⅵ,	12, Ⅵ,	口峽炎	全 愈
張士中	8, Ⅵ,	28, Ⅵ,	天花	全 愈

II 鼠疫病例

第一例： 文樵，26歲，衢城內地會工役，男性。
主訴：咯血，胸悶，急喘。）

症 狀： 患者父母健在“未婚，幼年健壯，十四歲時曾患傷寒，臥病二月，不藥自愈。未曾吐血，咳嗽。任內地會工役已四年餘。六月十六日夜露宿受涼，次日(十七日)早起即感全身倦怠，微熱，乾咳，仍照常担任打掃工作，胃口略弱，十七日下午忽覺寒顫”胸悶，頭暈，四肢無力，旋即覆被而臥。夜晚高熱，心跳，胸膈痛，口渴，四肢麻木，腰酸難忍。十八日早上，咳嗽劇增，痰多鮮血，眼花頭痛，乃由內地會主任導往私人醫院診察，該院曾給予普通退熱劑，却痰劑，是日昏睡一天，未進飲食。十九日，又往該院求診，由該院醫師報告防疫處，“處中當派檢驗醫師往診，並曾將痰鏡檢”發現類似鼠疫桿菌。二十日晨送來隔離醫院，患者不嗜烟酒，大小便正常。

檢 查 所 得： 患者體格發育完全，甲等身材，無畸形。營養狀態尚好。能正常步行。精神衰憊，面部表情遲呆，微露癡笑。喜半臥，常以手掩胸口，呼吸急促，聲略嘶。眼患輕度癢眼，眼白微現。黃疸，上眼臉微腫。耳健好。兩鼻孔粘膜急性紅腫，呼吸困難，分泌物少。口腔健好，口咽粘膜輕度發炎，鄂下兩側淋巴腺未能觸知。胸廓無壓痛，呼吸時胸廓運動頗少，似稍擴張。打診時，兩肩胛骨間略呈殼

，聽診時，此處除捻髮音外，尚呈輕度之箭音，其他肺部有支氣管炎性水泡音，無特殊固定位置，呼吸音均粗糙。心臟打診濁音界正常，聽診亦無異常。腹部軟，無壓痛，稍有腸氣，脾微腫，在左肋弓下一橫手指處可觸知，肝未觸知。鼠蹊部兩側有黃豆大淋巴腫二三個，但無炎症症狀，亦無壓痛。四肢關節正常。Kernig 氏現象，Babinski 氏現象均陰性。其他未曾發現特殊異常。

T = 40°C, P = 140, R = 32

痰稀薄，含鮮血，無臭，用 Giemsa 氏染色鏡檢，發現赤血球甚多，白血球類少，Giemsa 氏陰性桿菌亦甚多是種菌類有一大部分其兩端染色頗濃中間較淡似若空泡 R. Pllitzer 博士檢定確係鼠疫桿菌，其他球菌亦少，血液塗片用 Wright 染色法未發現寄生蟲細菌等，R. B. C. 4, 8million/mm³, W. B. C. 9700/mm³. 大便中有少許蟲卵，小便中無糖，無管型，蛋白質少量。

治療經過：除療治一般傳染病原則外，即按上述 Sulfathiazole 服用方法，準時給予，晚服 Veronal, 3 二片病人情況未見變化，昏睡如前。

二十一日上午體溫下降至 39°C 脈搏每分鐘 114 呼吸 26，患者心緒不安，夜仍失眠，冷汗，渴飲飢餓，大便正常小便較少，咳嗽仍劇，痰中仍有血絲頗顯明，肺部打診聽診如昨，仍照前治療，下午體溫 38, 2°C 脈搏 110 呼吸 24. 晚仍給 Veronal 0.3 二片。

二十二日上午 T = 38, 2°C P = 110 R = 24 昨夜安眠，精神稍好，已進稀飯，心肺病象仍如前，下午 T = 39, 4°C P = 130 R = 34 患者神志清醒，咳嗽稍好，肺部兩肩胛間聽診變化突然消失，心臟正常，脈速而有力，整齊，驗痰赤血球少數，鼠疫桿菌未發現，其他無異常。小便中稍現蛋白質 W. B. C. 6000/mm³.

二十三日：上午 T = 38, 2°C P = 106 R = 28 患者精神漸健，胃口好，咳嗽少，痰少而粘，無血，胸心漸暢下午 T = 38, 8°C P = 98 R = 22 痰中鏡檢未發現桿菌小便正常，肺部後上部兩側除散在性小水泡音外無其他異常。

二十四日：上午 T. P. R. 幾正常，下午體溫又上升至 38, 6°C，理學檢查及痰之顯微鏡檢驗，均無病變發現，小便亦正常，患者除略訴小便量少及口腔咽喉乾燥感外，亦未發現藥劑之中毒現象。

二十五日，T. P. R. 均正常，Sulfathiazole 停服，改給 Brown-Mixt. 0, 3 T. id. 一般狀況佳好。

三十日，除一般療法外，停服其他各藥，患者已進軟飯，睡眠好胃口佳，大小便正常，無咳嗽，早起路有痰，呼吸已暢。理學檢查及驗痰小便，均未發現病變。

七月二日出院。

第二例： 潘孟平，男性，醫師。

既往症： 幼時健康，六月十七日下午往城內檢驗染鼠疫死亡之屍體，歸後即感不適，旋即寒顫高熱，全身酸痛，自服 Aspirin 覆被而臥，汗後稍適，是夜睡眠不佳，及至次晨(十八日)寒熱未退，胃呆，頭痛，未咳嗽，背肩時有冷感腹脹，自檢體溫 39.2°C 脈搏 94 繼服 Quinine，下午仍如前，體溫續升至 39.8°C ，呼吸急促，心口悶，四肢酸痛，是夜仍失眠，十九日上午驗血，赤白球數正常，血片中偶然發現桿菌少數，旋經 R. Pollitzer 博士重行抽取血液於血片中，亦發現少數類似鼠疫桿菌之桿菌遂向紅會醫務隊領取 Sulfathiazole 自行服用，每四小時一次，每次四片(二公分)，自十九日晚至二十一日晨，共服用二十八片，計七次，後因格于防疫處隔離病人處置規則，自投隔離醫院求治，二十一日上午入院。

主訴：發熱。

檢查所得： 患者體格強健，營養狀態佳良，精神略沉鬱，除肺部聽診呼吸音粗糙外，其他理學檢查，均未發現病變。

血片，痰檢驗亦未發現桿菌，小便略含蛋白質。

$T = 37.8^{\circ}\text{C}$, $P = 86$, $R = 22$

治療經過： 根據檢查，未能斷定是否鼠疫，又因已經服用 Sulfathiazole，使診斷更較困難，R. Pollitzer 既亦親自檢出血片中含有類似鼠疫桿菌，為防患計，仍繼續給以 Sulfathiazole 每次二公分，每四小時一次。

二十二日患者體溫脈搏呼吸均近正常，睡眠亦好，胃口漸佳服藥如昨。

二十三日：一般狀態均佳，Sulfathiazole 停服，理學檢查及痰血片檢查均無異常。

二十六日：全愈出院。

第三例： 無名氏，男性，築路工人。

據云該男子於入院前二日尚健康，寄居南門某廟門前，日昨見其昏睡一天，逢人訴說胸膈痛，咳嗽不止，有無咯血未詳，六月二十四日由保甲長派人抬送來院。

檢查所得： 患者神志昏迷，大聲呼喊，面部稍現反應，瞳孔反應存在，咽下運動存在，呼吸急促淺表，肺部打診無異常，聽診呼吸音減低頗多，其他病

變未能檢得，心臟搏動頻速尚有力，整齊，腹軟，肝脾未觸知，Kernig 氏 Babinski 氏現象陰性，膝腱反射增強無淋巴腺腫。

T = 38.6°C, P = 150, R = 44.

血片檢驗：未發現任何病原體。

治療結果：依據敗血症之迫切情勢，立即投予 Sulfathigzole，照上述服法，同時皮下注射 Adrenalin 1:1000 1cc，每二小時一針，延至二十五日清晨即死亡，死後穿刺脾臟，鏡檢發現鼠疫桿菌少數。

第四例：周榮，男性，廿一歲，兵。

既往症：患者過去無特殊病歷。六月二十六日上午突然惡寒昏暈，手脚麻木當即臥床，下午高熱，咳嗽當即咯血，呼吸急迫，不進飲食，腰酸二十七日上午經防疫處派醫師診察後，疑似鼠疫下，午即送入院。

主訴：發熱，咯血，頭暈。

檢查所得：患者體格健壯，營養狀態尚可，精神靡靡常右側臥。輕度貧血，眼耳鼻無異常，口峽紅腫舌苔灰黃，鄂下腺未能觸知，胸廓呼吸時運動減少，兩側均等，打診無異常，聽診呼吸音粗糙，其他病變，未能診得，心臟正常，腹軟，脾腫大，肝亦於右肋弓下可觸知，四肢關節正常，腹反射正常，其他無異常。

T = 38.8°C P = 96 R = 32

血片檢查陰性，白血球數 9000/mm³，小便正常，痰中檢得 Gram 氏陰性桿菌甚多，使人確信鼠疫桿菌無疑。

治療經過：當即按照上述服法，準時給予 Sulfathiazole 及 Sod. bicarb，晚 Veronal 0.3 二片。

二十八日上午 T = 38°C P = 88, R = 30 患者安靜，惟仍咯血，咳嗽，胃呆，痰中仍有桿菌。

二十九日上午 T = 37.8°C P = 80 R = 24 患者仍咳嗽，已無血，胸痛稍減心肺檢查仍無特殊異常。痰中仍有桿菌，小便正常大便亦好，胃漸佳，嗜眠。

三十日上午 T = 37.2°C, P = 76 R = 20 患者精神飽滿，仍咳嗽，無血，痰中未曾檢得桿菌。已進稀飯，下午 T. P. R. 均正常，患者酣眠，是夜乘值夜班護士不在，潛逃無跡，因其係新兵，病勢顯愈即機乘逃亡矣。

III 結 論

Sulfathiazole 治療鼠疫，雖經試用，推為佳劑，但試用病例尚少，仍須待大量病例報告，方可斷定；尤於服用方法，副作用，防治諸端，國人體質與外族不同，更值得嚴加研討。

衢縣防疫處隔離醫院之試用 Sulfathiazole 治療鼠疫，雖祇四例，其中第一二例未及有效療治，即已死亡，第二例檢驗結果未詳，不能作為真性鼠疫看待外，第一例及第四例之臨床報告，則頗引人興趣；惟記錄不詳，因限於設備及缺乏有訓練之護理人員，殊甚遺憾，是則有待於防疫各團體之協力也。

繼續試用 Sulfathiazole 治療鼠疫，須在檢驗設備及有經驗負責任之護理人員條件下，鑽心研討，正確結果，方可預卜。

(編者按：劉宗猷醫師係中國紅十字會第 312 醫護隊隊長，現在衢縣臨時防疫處主持隔離醫院醫務)。

—— 完 ——

※ 本會緊要啓事 ※

查「戰創診療之實際」一書，現已提前付印，預定本年十二月底出書。所需特價書款，外加掛號寄費每冊五角，亦併開始徵收，即請預定請君，如約惠款勿延，並希備函言明「預定書費」免與三十年代會費混淆為荷！

另附「修訂預約辦法」於後；請繼續預定者注意！



讀者信箱

我們在第三期編者的話裏，披露「讀者信箱」欄的增設，不久就接到讀者來信，或而是提供寶貴的意見，或而是詢問醫藥的問題，本期發表三則，但會員中有開示病案，請求診斷療法的，這却有類乎報上的「醫藥顧問」一概保留，未能解答，方命之處，還希讀者原諒！

一 關乎創口修整術及其他

××吾兄：

第三期軍醫雜誌，已收到，本院同仁閱之，在印刷上，文字上，及編輯上，均得好評，錯字亦較「閩醫譯林」為少，弟意在最初數期上，此種實地上必需之理論，非灌輸不可，俾得一進修之機會，此後之雜誌，俟普通應用技術與理論灌輸之後，應著重在軍醫學術新的研究為要。

講到醫學技術方面，技術愈高明，愈可節省衛生材料。記得中大醫學院，外科方面，只有 Eusol, Saline 等數種消毒藥液而已。紹興福康醫院，亦只用 Dakin's Sol. H₂O₂, Tinct Jod. 等消毒藥，每遇鎗傷或炸傷之患者，均行 Debredment (成績特佳)，即所謂擴創術，亦即 Anfrischung 之意，此種手術，均在病人入院時，即施行之，否則創傷傳染，與時日之經過，成倍數的進行（本來第一日祇有四倍傳染，第二日即有十六倍傳染），如不行擴創術，雖用多量消毒劑，仍對創口無益也。閱讀大作，（軍陣外科特譯稿）弟在紹興福康醫院時，已全部身歷其境，實地做過。再讀 Sontag 氏外科學理論，亦與此相仿，可見醫學技術，無所謂英美德日之分，實則一也。但貴處雖有雜誌在學理上，作研討之領導，在實際上，未知有實地指導之組織否？否則，亦近於紙上談兵而已。即如尊譯軍陣外科，普通軍醫，即使熟讀而至背誦，恐一遇大創，又不知何從措手矣。又如 Saline (鹽水) 在各處，均可自製，究竟如何製法？實際上恐仍不能製用，故弟意必須有技術組輪流往各院切實指導，如此對於軍醫改進方面，實大有幫助，貴處或已有此等工作，毋庸小弟多贅也。

凡士林療法，大多應用於 Oris treatment (詳見軍醫必攜) 弟在福康，亦已見 Dr. standard 每每實行。據弟之觀察，實不及魚肝油之佳，蓋後者尚行維他命之關係故也，惜當時未將二種治療，分別記下，以備參考。(下略)

尹昌才於沙縣省立醫學院

二 醫藥問題五則

編輯先生：敬悉於第四期雜誌裏，增設「讀者信箱」一欄，為各會員解答醫藥問題，無任欣幸。茲有問題五則，在前線苦無書籍可考，懇予解答。

1. 自家血液注射療法：(Eigenblutbehandlung) 其收效理由何在？
2. 色芳里邁 (Sulfanilamide) 之醫療球菌疾患，收效甚宏。近來謂本劑對砂眼有特殊功效，但砂眼之病原，考之醫籍，非細菌而為濾過性病毒，請示上劑對砂眼之藥理如何？
3. 一眼複視 (Doppelsehen mit einem Augen) 因何發生？並請示療法。
4. 卡爾美德氏眼反應：(Ophtalmo-reaction) 其操作手續如何？
5. 克列德氏點眼法：(Crede sche Eintropfung) 如何實施？

122 號會員 馮源於安徽歙縣

陳生白醫師答：

(一) 自家血液注射療法之理由，其一為利用自家接種之效用，即所謂 Eigenvakzin，亦即人工的自動免疫法也。接當病毒侵入體內後，細胞受其刺戟，與之反抗，自能發揮其特別機能，而產生一種抵抗物質(即所謂抗體)，以期消滅或中和病毒，故如病毒毒於液體，人遂死亡；反之，如抗體勝於病毒，病遂治癒，故自家血液注射之目的，即在以人體得病後，體內即血液內之細菌或病毒，注射於自體內，以刺激身體細胞，使更多地產生抗體以期消滅或中和病毒也。

其二為利用刺激療法之作用，即由血液內刺戟體之輸入，使由原形質興奮作用，刺戟作用，膠質作用及網狀織細胞刺戟作用等，而增進病灶細胞之活力也。且關於疾病之原因如傷寒之為傷寒桿菌，白喉之為白喉桿菌，梅毒之為螺旋狀菌，淋病之為雙球菌等，固已經先輩科學家證明確鑿；他如天花，麻疹等之以超視微生物，即濾過性病毒所致，亦已為衆論所歸，但不明之處尚多。雖然，要亦為細菌或其他病毒之感染，當無疑義。故如一旦有疾病發生，從可推測其病人血液中，必擁有細菌或病毒之存在，亦無可疑，此自家血液注射，療法之又一理由也。

- (二)關於 Sulphanilamide 之醫療藥理，可參考本誌第三期，管棟材所介紹之材料。至於醫治砂眼之作用，固雖已盛為臨床醫家所採用，惜據余個人在臨床之上追試，知對砂眼之炎症較著，分泌較多者，確不無效用；至對顯著之顆粒型及其他合併症等，竟未見殊功，此似僅可作為補助治療之一法。惟以證例無多，未敢斷定，容待異日，再作報告。
- (三)關於一眼偽視，希略告他覺及自覺的所見，庶可追索原因，而言療法。
- (四)所謂 Calmette 氏眼反應者，乃用 1% Altuberculin, Kochsalz loesng 自近內背部滴入眼結膜囊內之法也。如於 12—36 小時，呈結膜之充血及腫脹者，為反應陽性。
- (五)Crede, 氏點眼法之實施，為當生產直接滴 2—1% Argentium-Nitricum 於初生兒左右結膜囊內之法也。此用於預防初生兒膿漏眼之目的。

三 軍醫深造之路

編者先生：讀第二期軍醫雜誌，審行君“從軍醫的資格說起”一文，富有濃重的刺激性，我想它一定會感動很多資格欠缺的讀者。「他所希望給有志前進的青年們一個造就的機會！」也一定是大家夢寐以求的一個希望吧。我是一個資料欠缺的軍醫，然而我現已獲得深造的機會了。讓我報告亦這裏——軍醫學校設施的情形：本校除醫學本科外，現有補習班，專修科，研究班等添設。

補習班：分醫藥二科，醫科肄業期間二年，係充任軍醫二年以上，並在初中畢業，經考選後，帶職入校。藥科期間一年，入學資格與軍醫同。

專修科：肄業期間六個月，係本校本科及國內各大學或專科畢業者，由原屬機關或部隊保送入校。

研究班：肄業期間一年，係本校本科及國內大學或專科畢業後，服務軍醫二年以上者，考選入校。

現補習班醫科三期及藥科二期，均於本年六月間開學。醫科四期將於本年十月間開學。開五六兩期，約於十二月間選考，有志應考的軍醫同仁，請先努力預備：黨義，外國文（德、英、日尤以德文為要）、理化、生理、解剖、內外科：軍陣衛生，衛生勤務等各課知識。

此外，如有家室的，經考取後，可同來本校，或在本校各學系充練習生月薪二三十元，或在本校藥品製造所，充任會計事務員等，月薪自二十元至八十元不等，均發軍米，所謂一舉所得。因念資格困人，有志深造而苦乏進修之路者正多，特函介紹，望為披露，並附軍人員養成系統表於后。順祝

撰安

尹建周

寄於貴陽安順軍醫學校第16教室



回顧與前瞻

一年容易又秋風，眨眨眼，本刊第四期，也和會員們見面了；這是第一年着末的一期，繼往開來，我們應該怎樣來整備第二年的本刊，固已縈迴在吾人腦際。

一年來，同人惨淡經營，竭其棉薄，最表歡意的，就是不能準時出版，尤以本期遲遲至今，實感惶悚；但受種種困難，良非得已，尙望會員原諒！

今後本刊的內容，大體上，當無多大更動；但爲求更合會員們需要起見，擬即於第五期起，增設【初級軍醫講座】和【會員園地】兩欄。顯名思義，當可明瞭兩欄文字的性質，一是我們想顧到多數會員的程度，而謀更實際一點的貢獻；一是我們想今後能多多收納會員們自己的作品；這樣本刊除“讀者信箱”欄外，或能替會員們加多服務的機會吧！（舟）

本會緊要啓事

- (2) 本會二十九年度發行軍醫雜誌，自創刊號起至第四期，均已印發齊全。
- (3) 本(三十)年度加入新會員應享雜誌權利，祇有自第五期起照發。所有以前各期雜誌，概不補給，如須補給，應加繳二十九年度會費，(惟創刊號已缺)。
- (4) 關於各級部隊會員，因不時移動，本會有就近送交各軍師駐饒辦事處轉交者，如未收到，可逕行查詢，以免誤。
- (5) 本會會員證係根據入會時會費收據號數，編列填發，間有會員人事變動，每因其他事故延誤，如未收到，可補送二寸半身相片一張，及抄送入會時會費收據號數寄會，即予補發。

軍醫雜誌第一年(1940)分類總目錄

題 目	作 者	期數	頁 碼
蔣委員長題詞 (本會一週年紀念)		(4)	211
顧司令長官題詞 (本會一週年紀念)		(4)	212
發刊詞	會長 顧祝同	(1)	(首頁)
本會一週年紀念	楊濟民	(4)	(213)

衛生勤務 (六篇)

日本衛生隊之一般設施	楊濟民	(1)	1-8	
各國傷患輸送概況	楊濟民	(2)	82-89	
第一次歐戰時德國西綫之傷運	趙建新	謝學洙	(2)	90-104
德國的野戰醫療措施	裘景舟	(2)	105-111	
美國陸軍軍醫組織與業務概況	李旭初	(4)	214-220	
現行衛生大隊及收容所運用之檢討	徐梓南	江晦鳴	(4)	221-228

言 論 (七篇)

從藥品材料之節約說到醫學技術	馮蠡舟	(3)	155-157
抗瘧藥品之研究方法檢討	劉經邦	(2)	112-115
論所謂西藥代用品問題	審 行	(1)	70-71
從軍醫的資格說起(記本戰區部隊軍醫之資歷統計有感)	審 行	(2)	144-146
診斷與治療	景 舟	(1)	38-39
注重中國藥學研究之芻議(轉載)	劉寶善	(1)	72-73

內科 (六篇)

- | | | |
|-----------------|---------|---------|
| 赤痢診斷及其療法之商榷 | 陳方之 (1) | 9-12 |
| 霍亂治法之意義及其在我國之歷史 | 陳方之 (1) | 24-28 |
| 流感略述 | 陳方之 (2) | 118-121 |
| 第三戰區特有的血蛭病 | 陳方之 (3) | 204-205 |
| 下痢論 | 劉經邦 (4) | 238-241 |
| 蠅蟲症之治療 | 禡濟民 (4) | 242-249 |

外科 (十篇)

- | | | |
|----------------------|-------------|---------|
| 下腿潰瘍 | 謝學洙 (1) | 13-17 |
| 破傷風 | 葉澤生 (1) | 40-48 |
| 化膿性骨戰創之局部免疫法 | 朱傳圻 (1) | 60-61 |
| 創傷之一般外科救急療法(附食鹽水注入法) | 葉潤石 (2) | 122-135 |
| 災害創傷之處置 | 楊濟民 (3) | 155-165 |
| 戰創的初步治療 | 謝學洙 裘景舟 (3) | 172-183 |
| 戰創診療之實際 | 謝學洙 裘景舟 (4) | 234-237 |
| 軍陣外科中關於彈丸的基本知識 | 湯蠡舟 (4) | 230-233 |
| 輸血療法 | 楊文達 (4) | 256-257 |
| 創傷及其併發症之治療(轉載) | (1) | 74 |

眼科 (三篇)

- | | | |
|-------------|---------|---------|
| 現階段之砂眼療法 | 陳生白 (1) | 33-37 |
| 淋菌性結膜炎(膿漏眼) | 陳生白 (3) | 184-186 |
| 戰時眼病舉要及其治療 | 林和鳴 (4) | 250-254 |

診斷 (四篇)

- | | | |
|------------|-------------|-------|
| 現代診斷技術的進步 | 方植民 (1) | 18-23 |
| 霍亂弧菌培養新法 | 劉經邦 姜穆清 (1) | 29-32 |
| 血像檢查法及其理論 | 葉潤石 (1) | 49-57 |
| 硫酸鉍集和糞便檢查法 | 徐子平 (1) | 58-57 |

藥物 (四篇)

- | | | |
|--------------------|---------|---------|
| 阿斯匹靈與重曹之配合
論強心劑 | 楊守惟 (1) | 61—62 |
| Sulfanilamide 簡述 | 葉紹言 (3) | 187—189 |
| 再談生理食鹽水之應用 | 管棟材 (3) | 190—192 |
| | 趙建新 (3) | 194—197 |

防疫 (三篇)

- | | | |
|------------|---------------------------|---------|
| 胃腸傳染病之管理法 | 齊樹功 (2) | 136—143 |
| 鼠疫史上的新事件 | 裘景舟 (2) | 147—149 |
| 關於鼠疫(學術演講) | Jettmer 講 孫義偶
戚明德記 (3) | 198—203 |

實驗報告 (六篇)

- | | | |
|---------------------------|---------|---------|
| 癩疾刺激療法之創議及金紐草治療之實驗報告 | 俞昌時 (1) | 63—69 |
| 稀有之藥疹 | 葉潤石 (3) | 193 |
| 白內障用碘化鉀的療法 | 莊育成 (4) | 258 |
| 馬齒莧治療痢疾的卓效 | 俞昌時 (4) | 258—263 |
| 試用Sulfathiazole 治療鼠疫之臨床報告 | 劉宗歆 (4) | 264—269 |

營養 (三篇)

- | | | |
|-------------|----------------|-------------|
| 國軍營養改進之研究報告 | 李廷安 鄭集 徐達道 (2) | 116—117 |
| 陳米新煮法 | 錢惠倫 (3) | 206 |
| 營養淺說(轉載) | | (3) 207—209 |

補白 (六篇)

- | | | |
|------------------|--------|---------|
| 內地醫藥雜誌新刊介紹 | 本刊 (1) | 76 |
| 三年來國外醫學的進展(轉載) | | (1) 78 |
| 治疥小品 | 洙 (1) | 140 |
| 蝸突炎之手術療法與保守療法之比較 | | (3) 186 |

維他命E之治療效用	(3)	209
蘇聯醫事三則	楊濟民 (4)	229
軍醫正義	邱偉 (4)	223
木魘子系有助高空飛行之視覺	寄明 (4)	226
鎗彈命中率統計	(4)	228

編者的話 (四篇)

編輯後記	(1)	80
敬致讀者與作者	(2)	150—151
本期的內容	(3)	210
回顧與前瞻	(4)	274

讀者信箱 (三則)

(1)關於戰創修整術及其他	尹昌才 (4)	270
(2)醫藥問題五則	馮源 (4)	271—272
(3)軍醫深造之路	尹建周 (4)	272—273

附錄

紹興金華霍亂疫情簡報	(1)	75—76
會訊(關於代辦書籍)	(2)	
啓事(十一則)	115, 153, 269, 274, 278	
代郵	79, 142	
已卯通訊醫藥月刊29, 03期合刊要目	(4)	(237)
第三戰區軍醫學術研究會簡章	(1)	77—78
第三戰區軍醫學術研究會幹事一覽	(1)	78
第三戰區軍醫學術研究會會員錄	(1)(2)(3)	(1—2082)

本會緊要啓事之三

查三十年度會費，繳款時，已入會會員，須一律註明會員證號數，以便識別。未繳款者，希從速付匯!!

—— 介紹新書 徵求預約 ——

普通外科學書論戰創診療，都是語焉不詳，聊備一格；因為戰創的診療特殊，應該讓軍陣外科學去詳細討論，這樣，假如你明瞭“軍陣外科”與普通外科的內容，大有不同，則從軍陣外科學的立場上，論戰創診療之實際，當然是不同凡響！具有你不可不讀的新知特識。國內醫學書籍的出版，非常貧乏。不用說，軍陣外科學一書，尙付缺如，就是普通外科學的書籍，你能舉出多少呢？再就戰時遭遇最多的外科來說：不是戰創，又是什麼？

軍陣外科學精華

戰創診療之實際

圖文並茂 ··· 觀感全新

將是國內第一部出版的軍陣外科學的譯本，
一九四一年醫學文化的園地上怒茁的鮮芽！

一等軍醫正 謝學洙 裘景舟 合譯

原書的序文裏說得好：這是一部軍陣外科學的入門初階，(Eine Einführung fuer den Anfänger)，一部戰時實地外科醫的速成指南 (Ein Wegweiser fuer alle, die im Kriege schnell praktische Chirurgen werden muessen)。這裏，並沒有嚇人的高深理論，都是實際的有用知識。關乎原書的外科手術部份，如斷肢、穿刺、血管結紮等，也在翻譯計劃中。

另訂「徵求預約辦法」，請閱後而！

—— 第三戰區軍醫學術研究會 ——

戰創診療之實際內容摘要

第一章 緒論 (戰創診療的特質、區分、準備、及其作業的重要條件)

第二章 戰創的外觀及其鑑別

白刃兵器的戰創——各種彈丸的基本知識(形態、構造、傷害力……)——新鮮彈創的解剖概況(Borst氏三層說)——反跳彈創——貫通彈創——留彈創——馬匪彈創——步兵彈的破裂作用、側力作用——達姆達姆彈的創傷——爆炸彈片的創傷——近射彈創——(附圖五幅)

第三章 戰創的初步治療

新鮮彈創的概念——Friedrich氏的著名試驗——救急帶帶的使用——繃帶所軍醫的的初步處置創口的修整——排膿管的安放——止血的注意——化學消毒劑的應用問題——各種消毒劑的用法及其利弊(碘酒、雙氧水、粉末消毒劑、Simanit, Dakin氏液、Vuzin, Rivanol, 魚肝油鱘膏)譯者感言。

第四章 各部彈創的初療注意點

顛部彈創(症狀、治療、留彈的摘出問題)——彈創骨折——石膏繃帶優點及其用法——各種關節關節彈創(初療的差異、各部關節的部份切除法、各種關節的固定)——頭部彈創(手術的採擇、手術的實施、一次縫合的問題)——胸傷彈創(氣胸、皮下氣腫、血胸、胸腔開孔創的處置)——腹部彈創(腹壁彈創的預計、自癒的見解、開腹術的適應症。)(附圖九幅)。

第五章 戰創的隨伴現象：創痛、休克、出血

創痛的強弱、性質——嗎啡止痛的利弊——手術時的止痛(Chloroform, Ether, 吸入麻醉、Evipan Natrium 靜脈注射麻醉、Novocain 等局部麻醉)——休克(原因、本態、症狀、療法、休克期中的手術問題、斷肢術時休克的預防)出血概說——特殊的止血——橡皮管與橡皮帶的差異及其細綽的注意——彈力性止血帶的狀用品——Trendelenburg氏固定針——各部指壓止血法——血管的結紮(選定部結紮、急需部結紮、大血管的結紮問題)——血管的纏絡——後出血——V. Bergmann氏的格言——食鹽水的注射(皮下注射、靜脈注射、點滴灌流、)——輸血——血型的鑑定——Ziemssen氏簡易輸血法——Tzank氏三路活索的輸血新器——Oehlecker氏生物學的前試驗——蘇聯的異血輸血法——再歸輸血——(附圖十三幅)。

第六章 留彈概說及其新舊彈創

留彈的原因——間接彈——留彈發生的頻度——留彈的形狀及其變形——創傷情況及其痊愈過程(癒入、傳染、潛伏傳染)——留彈位置的鑑定(觸診、電氣的探索器、磁石手術、異物穿刺法)——新鮮留彈創(症狀、診斷、手術的取抉三事——手術摘出的技術)——陳舊留彈創(症狀診斷、精神障礙、傳染、機械作用、金屬中毒、彈丸遺棄、手術的適應症、摘出的技術)——(附圖三十一幅)。

第七章 創傷傳染論導言(創傷傳染的定義、由來、及其預防)

第八章 化膿性創傷傳染

化膿性創傷傳染的原因——創口型態和膿汁排洩的關係——膿液的一般性狀——排膿的三種情形及其影響——血中毒——分類的困難。

頸部與骨節的化膿性傳染：臨床的分型——(輕型、中重型、重型、三型的界說、經過症狀、轉歸)——診斷——一般療法——靜置法——高舉位置——手術療法(先決條件、不行手術之例、手術的重要、手術的主旨、刀的選擇、手術的技術、對孔的設置、異物的搞出、骨的處置、)——洗滌的功效及其方法——排膿管的安置——栓塞的注意——包裝的注意——斷肢術的適應症——後療法(綳帶交換、)——理化學的補助(洗滌、浴法、濕電包、各種化學劑的應用、消毒劑的使用)——開放法療法——被動的充血療法——自動的充血療法——慢性外傷性骨髓炎：前言——原因及病理解剖——診斷——治療。

第九章 關節的化膿性傳染

本病的特點——原因(直接侵入、間接路綫、血行性移轉)——良性關節傳染——惡性關節傳染——診斷——治療的兩大原則——一般療法——傳染關節的療法——靜置和減輕負荷——綳帶交換——穿刺法——切開法——一切除法——斷肢術——髓鞘和黏液囊的化膿性傳染(診斷、治療)。

第十章 化膿性全身傳染

全身傳染的各種原因——分類名目的繁雜——我們的分類(毒素型、細菌型、栓塞性移轉型)各型的症狀——治療的主旨——謹慎的全身治療——疼痛的弊害——食鹽水及輸血的效用——血清療法——菌葉療法——百浪多息的效用——電銀膠的療法——蛋白質療法。

第十一章 化膿性創傷傳染的合併症

(1)丹毒——紅斑性丹毒——水泡性丹毒——(2)淋巴管炎——淋巴腺炎——(3)血性性靜脈炎——(4)壞疽性後出血——(5)綠膿菌傳染——(6)傳染性壞死(乾性型壞死、濕性型壞死)——(7)蛔蟲傳染——(8)腐敗性傳染(原因和病理解剖、氣性水腫菌的性狀、症狀、(輕型、重型)、診斷的要點、創口的修整、血清療法、斷肢術、後療法、預後)。

第十二章 破傷風專論

原因(破傷風桿菌的性狀、毒素的產生及傳播)——症狀(前驅症狀、痙攣發作、自家麻醉、臨床經過的差異、併發症、死亡的原因)——預後與潛伏期的關係——再發——治療(預防的措施：創口的修整、碘酒與雙氧水、預防接種、過敏症的預防、發作後處置：局部處置、血清療法、對症療法)。

附錄：野戰區醫療傷運綱領

傷運綱要 12 條——傷者搬運法(執擔法、幕綽場褥式担架、麥奇路斯戰壕担架、Dzialoski 氏戰壕担架、肩輿担架、椅式担架、懸椅式担架、拆合用背囊式戰壕担架、Wick 氏担架)——輸傷工具(病車、動力病車、野戰鐵路、貨船、機關車輛、回程空車、)——野戰醫療機關及其工作範圍(部隊綳帶所、總綳帶所、野戰醫院)——附圖二十四幅。

預約「戰創診療之實際」辦法

本書自蒲家德與斯密頓兩氏著軍陣外科學 (A. Borchard und V. Schmieden: Lehrbuch der Kriegschirurgie) 選譯戰創診療各章，精審新穎，深合實用。可為野戰區兵站區各級軍醫人員，各地衛生院醫師，實地工作之助；亦可為短期醫訓班，醫學校學生讀物之選。謹訂預約辦法如下，歡迎預約！

- (1) 本書三十二開，土報紙精印，三百餘頁，鉅版八十幅，平裝一厚冊，約計二十萬言。
- (2) 每本定價八元，預約特價七元，優待軍醫學術研究會會員六元。外加掛寄費每冊五角。
- (3) 預約辦法，請將預約書照式填寫簽名蓋章同書款寄費，併寄本會；當即填發憑單，出版時照約付書。
- (4) 出版期如無特殊情形，預定本年十二月底出書。
- (5) 預約人地址更動，務請隨時函告！
(註明憑單號數)。

(此係預約書格式)

預約書

(如係會員請註號數)

茲願預定「戰創診療之實際」冊；匯上特價書款
元掛號寄費 元 角。即希填發憑單，出版
時照約寄書為荷！此致

第三戰區軍醫學術研究會

詳細通信處：

預約者

月

日

• 華 金 • 波 甯 •

四 明 大 藥 房

▲ 甯波中山東路

電話·二二二二號·二一七五號·

電報掛號·零二二三二·

▲ 金 華 四 牌 坊

- ◎ 新藥血清
- ◎ 化學用品
- ◎ 監製良藥
- ◎ 醫科器械
- ◎ 工業原料
- ◎ 專配處方

民生藥廠出品

“民生”沸亭隆

FIBERUNG

本品係鹽酸奎寧咖啡因及尿素（烏來唐）合劑之注射液主治——瘧疾流行性感冒扁桃腺炎肺炎及其他一切熱性病退熱之效極著

“民生”凡痛錠

VERTODIN

本品為不含麻醉品之止痛劑
主治——頭痛牙痛月經痛神經痛及一切疼痛

“民生”康福星

CAMPHOSIN

含有0.5%樟腦食鹽水溶液強心功效
極為確實主治——虛脫暴死猝倒肺炎肺水腫及一切樟腦之適應症

“民生”奧克疔

OXYTIN

本品以最純粹之養化錫為基體製成之灰色或藍灰色粉末嚴密檢查極無毒質為避免外科開刀療法或開刀時之內服劑

“民生”癢可散

JUCKUSAN

本品為氯化鈣溴化鈉合劑之注射液主治皮膚搔癢症溼疹其他伴有癢性之疾患及一般神經性疾患均有止癢治療之功其10%者可代濃厚食鹽水治各種內出血疾患

“民生”脫離怕淋

TRYPALIN

本品係強力殺菌絕無副作用之黃色素注射液主治——急慢性尿道炎膀胱炎睪丸炎及其化膿性疾患

上海發行所——上海九江路五四一號
總經理處——同春大藥房各分行