

軍醫雜誌

陳濟棠題

第六期

第一集團軍總司令部軍醫處編

中華民國二十年七月十五日出版

軍醫雜誌第六期要目

專 述

- 暑天作戰與喝病 溫秦華
尋常因外傷所致之骨折及關節脫臼之處置 張賢林

講 演

- 軍醫學科學 溫秦華
人工氣胸之適應與禁忌 董道蘊

臨床論叢

- 最近所經驗之急性汎發性與急性限局性腹膜炎 桂紫東
化膿性肌炎 丘美水
外傷性膿胸治療例 袁蔭槐
馬氏反應 彭玉書

雜 錄

- 行軍衛生之注意 張賢林

轉 載

- 處方學

軍醫雜誌 第六期

專 述

暑天作戰與暈病

(中暑症——日射病及熱射病)

溫 泰 華

緒 言

當此驕陽似火，酷暑遣征之候，行軍中所常見者，厥為中暑症，即暈病也。本症在官兵之患者，惟最重，其他則反輕。蓋因作殊死戰，義務心強，持有一往直前，死而後已之慨者，往往未死於敵，而先死於病，致失去良好官兵，實所常見，寧非可惜。故當炎夏行軍作戰時，所最宜注意者，為暈病也。

查暈病之名，見於張仲景所著之傷寒論，輒近醫界有作為日射病 *Sonnenstich*，*Sunstroke* 者，有作為熱射病 *Hitzschlag*，*Heat Exhaustion* 者。原來日射病，是頭部及項部直接受日光照射而起之症狀；其純粹之熱射病，非直接受日光之

軍醫雜誌 第六期

照射，乃於濕暑天氣時，因肌肉勞勩而起之症狀。然於實際上則無正確之區別，多數兩者混合而發現者也。故本篇所論之喝病，乃可包括日射病熱射病中暑症而言。因此篇注重作戰上本病之預防及治療法，不得不將範圍擴大而研究之耳。

查張仲景傷寒論所載之喝病，其文曰：太陽中熱者，喝是也。其人汗出惡寒，身熱而渴也。太陽中暍者，身熱疼重，而脈微弱，此以夏月傷冷水，水行皮中所致也。太陽中暍者，發熱惡寒，身重而疼痛，其脈弦細芤遲，小便已，漉漉然毛聳，手足厥冷，小有勞，身即熱，口開前板齒燥。若發汗則惡寒甚，加溫針則發熱甚，數下之則淋甚。

舊醫之所謂太陽者，屬於小腸與膀胱。其謂太陽中熱者，毋庸謂為中太陽熱，較為妥適。故後又稱為中暑症，乃畧進一步之見解也。本病有尿閉症狀，舊醫指為膀胱中熱，然其症狀，不僅尿閉，其主要症候，實以神經性區域為著。仲景謂：此以夏月傷冷水，水行皮中所致也。隱約之間，與現代醫所謂汗發散不妥，鬱積水分與皮內，約畧見解相似。然傷寒論所舉者，過於簡畧。茲將本病原因及其症狀，詳述如左：

喝病一症，夏日行軍之際，常見發生。然外界空氣高度，即無行軍；劇烈特殊動作，亦有發生。熱帶地方如紅海，氣溫高而風又少之海上，凡經過此地輪船之火夫；或暑熱之

候，如北美紐約市民，亦常患此症；而致斃命，爲數亦屬不少。

第一 噤病之症狀

1. 前驅症狀

本病通常急速發現如中風，顏色潮紅，或現蒼白色，

初起時有多量之發汗，迨後發汗即停止。皮膚乾燥發熱，頭痛，眩暈，眼前暗黑，胸內苦悶，煩渴，嘔氣，嘔吐，聲音嘶啞，呼吸及脈搏均頻數，全身肌肉疲弱，步行蹣跚，下肢震顫，元氣消失，步行時如夢中逍遙之狀，應答缺乏確實，成無慾狀態，以致落伍，踽踽路旁，或卒倒地上。在此時速即處置，多可治愈。

2. 本症候

前記症候，再進則有種種危險症狀。或即陷於人事不省者，或陷於昏睡者，或呈狂燥狀態如神經性或精神病性症狀者；或狂燥之外，全身痙攣，呼吸困難，成淺表性，至陷入窒息狀態者；或有尿閉者。而體溫有昇至攝氏四十度至四十五度。然體溫昇騰，非必發之現象。常有體溫不見上昇，或有反爲下降者。故本病之體溫上昇者，有特名之曰，高熱性噤病。

此外屬精神病性症狀之重要者，爲熱性迷朦狀態。Kalorische Daemerkzustand 卽是意識消失，有痙攣，及其他之

脫落症狀合併而發。所謂脫落症狀者，病者思力混亂，不解處所方向，表示不凝性及解離。Inkohaerenz and Dissoziation 此種狀態，其起突然，其經過極暫。且有健忘症，爲其特有。又有緊張狂樣 Kata-tonisch 或強梗症樣 Kataleptisch 之無感覺性症狀，Stupore Symptome 相併發者。此迷朦狀態之時期。通常一日間即消去，此時膝蓋髓反射則欠缺。

3 恢復期

發作後，繼續深睡眠，意識即回復，是爲特有。然此時常有再發，發現精神病的或神經病的障礙 Psychotische und neurasthenische Störungen 者有之。

4. 後發疾病

後發疾病，Nachkrankheiten 有後熱性希司忒利，神經衰弱，Postkalorische Hysterie und Neurastenie 及後熱性癡呆 Postkalorische Demenz 等。此外亦有四肢跳舞病狀攣縮 Chorea und athetoseähnliche Zuckungen 者。

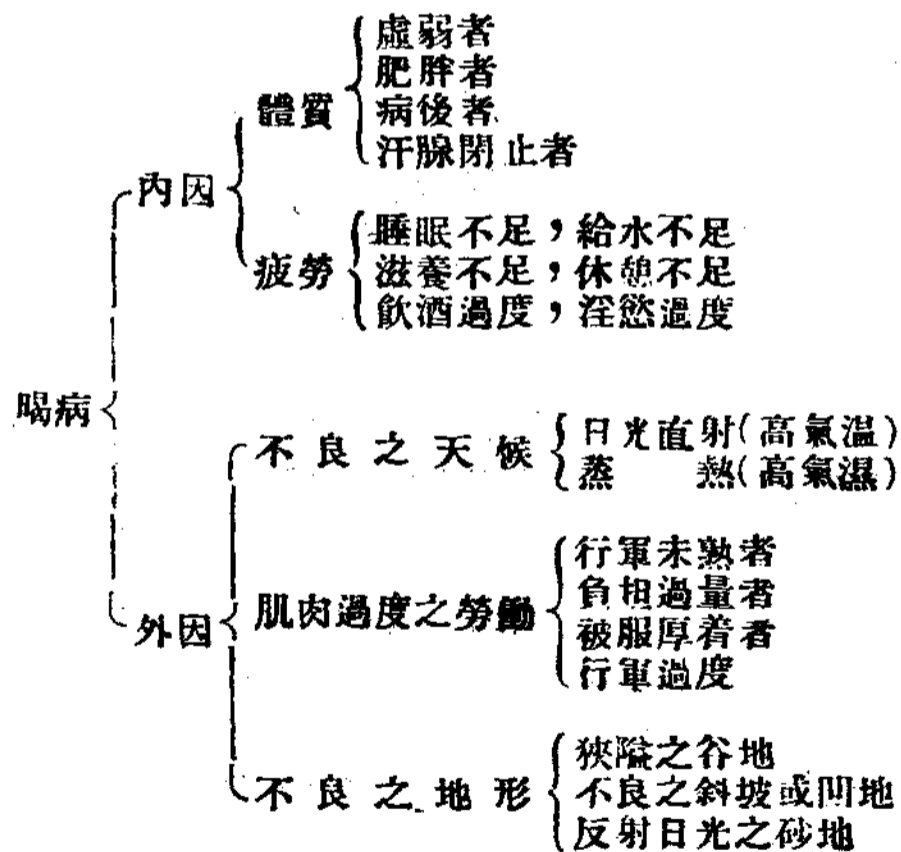
重症傷病，固多發于行軍中，然在休憩中，或歸營後，始陷於人事不省者；或歸營後，因頭痛入室內休養後，而陷於人事不省者。故行軍中在休憩時，固勿論，即歸營後，亦不可不注意其行動也。

第二 喘病之原因

關於發生本病之原因，除外界之諸要件（空氣之溫度，

濕度，晴曇，風之有無等)外，其身體自己之狀態，具有絕大關係。即嗜酒者，肥胖者，心臟病者對於酷暑，均難堪受。又與習慣有多大之關係，如慣于高熱溫度者其抵抗力強。此固對於高溫之調節機能，有漸次適應之力，故能堪受。此外引起體溫之產生增加，及體溫之放散減少者，均得助長本病之發生。譬如：行軍時供肌肉働作及發汗源泉之液體，若飲用不足；或阻碍皮膚之溫放散，及汗發散之不妥適衣服，均屬此例也。

茲為明瞭起見，將本病原因一覽表，簡錄之如下：



此外關於喝病之原因，維也納希兒特氏之說，謂炎熱之

軍醫雜誌 第六期

時，厚着被服，過度勞働，則發汗多量。因此身體內失去三〇，〇乃至五〇，〇之鹽類。同時因肌肉之動作，化成多量之酸，以致血液及細胞之鹼性度發生異常，為本病之原因云。故本病之豫防及治療，除從來方法之外，有飲用重曹水者也。

德國巴倫之步兵上尉斯妥兒夫氏，因中隊長雖勵行本病之豫防方法，仍見本病不時發生，殊覺遺憾。乃實施從來之豫防方法外，遵照希兒特氏之說，令兵士均携備重曹錠，於濕熱之候，烈日之下，強行軍之時，如發汗甚多，有喝病之兆者，給以重曹之水溶液，如水缺乏時，溶解於唾液，令其嚥下。以後不特喝病發生減少，即暑熱行軍時，兵士之疲倦狀態，亦大為輕減；兵士之活動力，亦大為增加。故認本法為大有價值云。

第三 喝病之實例

1. 亞歷山大王之軍隊，在紀元前三百三十四五年之間，與波斯王戰鬥時，為本病所苦者甚多。
2. 十字軍於一〇九七年夏天，畢知念及佛利見行軍途中，官兵患本病者，每日不下數百人。
3. 佛利特利希大王之軍，與法奧兩國七年戰役之際，一七六〇年八月六日播鎮附近行軍中，死於本病之官兵，有百數十人。

- 4 • 一七七八年巴倫國王因繼承問題，所引起之普奧戰爭之時，海因利希皇太子之軍隊，因在砂地行軍，患本病者，不下百人。
- 5 • 一七九九年拿破崙一世之軍隊，埃及遠征中，砂地行軍之時，患本病者甚多。
- 6 • 一八二七年普魯士國之近衛軍團在柏林附近機動演習之際，發生多數本病患者，不得已布告中止演習。
- 7 • 一八四八年普魯士國之步兵第十九團，因夏日之強行軍，發生本病死者三十名。
- 8 • 一八五四年苦利美亞戰役時，六千之俄兵，有過半患本病。
- 9 • 一八五九年意奧戰爭，法國之德阿特馬兒將軍之師，越山之際，一萬二千之兵員中，發生二千名之本病患者。
- 10 • 一八六一年起四個年間之北美之南北分離戰爭之際，黑人患本病者七千人中死亡三百人；白人六千六百人中，死亡二百六十八人。
- 11 • 一八七〇年至七十一年之德法戰爭時，巴倫兵在施旦附近，德兵在柏林附近，均有發生本病。
- 12 • 一八七八年七月奧國之第六師，由佛羅特至德兒宏特行軍之際，發生多數本病者，其中死者達三十名。一團中之健康者，僅存三百二十名。

軍醫雜誌 第六期

13. 遜清道光年間，英法同盟軍與我國啓戰時，由塘沽至北平行軍途中，爲本病所苦纏者，其數亦不少。

14. 日俄戰爭時，日本軍隊發生本病患者一千五十一名，內死亡者十五名。

第四 喝病早期發見法。

- 一. 本病患者概在發病前二、三時間，及數時間以前，已有發汗減少狀態。
- 一. 發汗異狀者，比普通人尿意頻繁者多。一日之行軍間，有十數回小便者。
- 一. 幹部及衛生人員，不時注意，遇有此等異狀者，速即挑出，臨機處置，得豫防於未然。
- 一. 發汗閉止者，即是本病初期之兆。

第五 喝病豫防法。

- 一. 本病豫防之法，得分類如次：
 1. 身心鍛鍊之豫防法。
 2. 行軍演習時計劃準備之豫防法。
 3. 出發前之豫防法。
 4. 出發後之豫防法。
 5. 軍醫應行之豫防法。

I. 身心鍛鍊之豫防法。

- 一. 身心互相關連，至爲密切。故心氣旺盛時，可以相當

壓伏一切病魔。故爲指揮者及被指揮者，均須保持心氣之精銳爲要。

- 一• 真喝病患者，與因炎熱致疲勞者，其境界不大明瞭。若徒然大唱喝病之注意，反使輕微疲勞者，過於驚懼，有頹喪士氣之弊，故不可不注意。
- 一• 非絕對要求士兵無限之忍耐，其結果常使喝病患者，不得適當治療，遂致失去生命。此又不可不注意。
- 一• 身體之鍛鍊，與心神之鍛鍊，均於本病豫防上，有極大效果。例如寒溫帶地方之人，初到熱帶地方時，最初炎夏有周到之注意者，至第二年夏天，必能習慣是也。
- 一• 平時教練演習之時，常於氣溫最高時刻行之，朝晚則爲休養時間。以鍛鍊身心，爲防本病之捷徑。
- 一• 凡教育方法，須逐漸行之爲原則。故耐熱行軍及豫定之行軍，須時時實施。其次加豫備一宿之行軍。逐暫加至連續數宿之行軍。使兵士逐暫養成習慣，則本病發生，當必減少。

2. 行軍演習時計劃準備之豫防法

- 一• 行軍演習之計劃，準備之可否，與本病發生之多少，大有關係。茲將注意各項，分述如次：

3. 出發時刻之選定

軍醫雜誌 第六期

一•炎熱地帶行軍時，其出發時間之選定，應注意者，有三項如次：

甲•連續數日行軍(一日路程約四十里)時，通常拂曉後一時間為適當。——此項最普通。

乙•連續數日行軍時，每日行軍至上午九時止，晝間休息，下午由日沒一時間前，再起程。——此項一日之內，行軍出發準備與休憩動作，各有二回。尤以日沒時再要出發，可使一般士兵心身上，均有煩厭之不利。此為本項之缺點。

丙•連續數日行軍時，每日夜半出發，至上午九時止。晝間完全休息。——本項比較少缺點，茲再說明其根據理由如次：

一•依經驗所得，炎熱地帶之行軍，每日行程，平均以四十里為適度。

一•據實驗所得，在炎熱地日間行軍七里，其小休息之時間，約費一小時半。

一•本項乃為諸種兵連合大部隊之行軍而定者，非適于步兵一連之小部隊也。

一•每日午前一時起床，準備出發，午前三時出發，至午前十時止，可行四十餘里之路程。由正午起為睡眠時間，俾得休養之故。

專 述

- 一• 暑夏時午前四時即黎明之候，故由午前三時出發，其在夜暗中所行之時刻，僅一小時而已。
- 一• 食飯時間可定上午二時，上午六時，及正午共三回。但第一回之食飯，在出發前食一半，其餘一半，於出發後適當之時，食之為宜。
- 一• 據實驗所得，炎暑時之行軍，為恢復疲勞及保存翌日之活動力，最小限度一日必要連續七小時之熟睡。
- 一• 如非連續數日之行軍，僅一日可以完畢者，並且步兵約一連無乘馬之小部隊行軍時，前述之甲乙丙三項，均可行之無碍。

4. 宿營地到着時刻之選定

- 一• 出發時刻以(甲)項為標準時，其到着時刻，至遲須於日沒前二時間為宜。
- 一• 出發時刻以(乙)項為標準時，其到着時刻，有白晝與夜暗二回。上午九時作為晝間宿營地到着之時刻，其夜暗者，作為大休止，較為適當。
- 一• 出發時刻以(丙)項為標準時，其到着時刻在午前九時左右，最為便利。
- 一• 到着宿營地後，至就寢止所費之時間，通常約四時間。在此時間內對於幹部之宿營命令、注意、與各物品之整理、入浴、炊事等得從容行之。故當宿營到着時

刻之選定時；此四小時中最少以二小時（宿營準備動作完畢過半之時機）列入晝間，便于辦事。其餘未盡之準備動作，則不得已列入夜暗之時矣。

5. 其他一般之注意

- 一。豫防本病發生，須將行進與休憩，適當配置為要。
- 二。本病之發生與一回行進連續時間，行進速度、休憩回數、休憩時間之長短，及休憩之位置，大有關係。
- 三。一回之行進時間，關係於天色及地形亦大。
- 四。地形有平斜開蔽之分，故依其地形而有差異。日光有直射如向頭部壓來之感者，有如溫暑悶人者，有風時及無風時，均與本病發生大有關係。
- 五。在灼熱砂地行軍，其炎熱酷烈，至為惱人。或在山谷間行進中，則水蒸氣向下壓低，其陰濕之氣，如向行進者兩肩壓來，殊感苦悶；身體內之蒸氣，亦有不能自由放散之感。在如此陰鬱之天候，雖然行進傾斜之地，應於每三十分鐘，休息一次為要。
- 六。一回之休息時間，在夏季當比別季為稍長。即一日之中，晝間午後尤要加長。日光直射熱力猛烈時，或蒸暑之時，其一回之休息時間，須在三十分以上為宜。
- 七。為防本病發生，實行夜間行軍，拂曉行軍，及薄暮行軍，亦不過一二日間則可。

- 八•若四日間以上連續行軍，取上項之行進法時，因連日之睡眠不足，則多發生落伍者，此不可不顧慮也。
- 九•被服之種類，製造，尤以帽子之形狀，裝具壓迫胸部之強弱，及其負擔量，均與本病發生大有關係，其詳另述。
- 十•飲料與涼風，須於適當之時，有充分供給與否，於本病豫防上，大有關係。故休息地點之偵察選定，與給水之準備，最為必要。
- 十一•若謂實戰時，無暇顧及準備茶湯，使飲冷水，最為危險。
- 十二•準備茶湯，應注意之事項如下：
 - 甲•在小休息地時，每人約需二合——四合。在大休息地時，約需四合——八合。
 - 乙•茶湯之容器，須選土人常用之清潔者，更以沸水洗之為妥。
 - 丙•茶湯須避塵埃飛入。
 - 丁•茶湯須適合休息時之隊形，豫先配置。
 - 戊•分配茶湯用之杓子及漏斗各二個，須令各排自行攜帶。
- 十三•准各兵士攜帶扇子，於豫防本病有效。
- 十四•兵士所攜帶之銅鼓帽直接戴在頭上，脫下軍帽，於豫

防本病發生有效。

- 五。每遇休息時，宜脫去上衣，使體溫易於放散。但有多汗時，經抹乾爲妥。

6. 出發前之預防法

一。一般的注意

- 甲。出發前日，須檢查軍裝。被服不宜狹窄，背囊內容不宜偏重，分配器具應視其個人之體力以加減之。襪之準備亦應注意。
- 乙。出發前日，不宜過飲飽食，故應不許外出。
- 丙。出發前夜，須令充分睡眠。
- 丁。飯盒須於出發前晚飯後分配之。水筒亦須準備入水。出發之日，不宜過早起床。

二。防止飯盒腐敗法

- 甲。早飯用飯盒盛之，晝飯用蓆飯袋爲妥。
- 乙。飯盒須先用沸水洗之，並宜俟乾後，始可入飯。
- 丙。飯不可過爛，宜稍硬。
- 丁。盛飯入飯盒時，尚有飯蒸氣時，不可加蓋，須俟放冷後爲宜。
- 戊。飯之中央，置一圓框，留一空洞，亦一防腐方法。
- 己。洗米須洗乾淨。

庚•二三個鹽梅子，置入飯內，不特有防腐作用，且可爲解渴之用。

辛•副食物須注意腐敗，毋須過慮滋養之多少。

壬•副食物固宜注意其腐敗，但不可過鹹。

三•點心

甲•飯盒之飯有變壞，及晚餐有遲延之顧慮時，須準備點心。

乙•點心物品，以麵包鹹餅爲宜。

丙•如有煮粥時間，以粥爲宜。

7.出發後之預防法

一•雨後晴天，氣溫驟然上昇時，或無風而酷暑薰蒸，本病最易發生。

一•一日之間，由上午十時起下午四時止，爲最易發生本病之時期。

一•當出發之時，須檢查水筒充實與否。

一•炎熱猛烈時，派遣偵探兵，傳令兵，連絡兵，至少須二人以上同行，因萬一途中發病，仍有救護之餘地。

一•行進中應注意下列各項，

子•行進中注意先頭之步度，勿使急進，勿使忽止。

丑•依道路之狀況，行軍縱隊延長之際，由一行移於二行時，須令先頭踏步，或令傳步爲妥。

軍醫雜誌 第六期

- 寅•率領者乘馬時，須令若干徒步者，進出前方，計測步度同一與否○
- 卯•須令後尾之幹部，時時將速度之所感如何，向先頭之指揮官報告○
- 辰•連以下之小部隊時，變更排之行進順序○行先頭兵之交代或將道路之右側行兵，與左側行兵交代之亦可○
- 巳•行軍力弱之兵，須在部隊先頭行進，以便監督策勵○
- 午•觀日射方向如何，風之方向如何，日陰之大小，使行軍部隊之右側兵，與左側兵交代之為宜○
- 未•行軍隊形，分為二列於道路左右兩側○其前後之距離以二步，各排之距離，以八步為宜○
- 申•服裝之緩解，須不失時機行之為宜○
- 酉•時時命令脫帽，或帽子內面敷以青葉，如有銅鼓帽，改換戴上為宜○
- 戌•飯盒行李，用青葉包之，亦一方法○
- 一•行軍中之休憩，應先派乘馬者偵察選定良好休息地○
- 一•休息地須具有涼風，良水，陰影者為宜○
- 甲•市街，凹地，高粱繁茂之小道，狹谷間之道路，不適為休息地○

乙•越山之前，或開始活動之前，先暫時休憩，養其精力爲宜。

丙•小休息以十五分至三十分爲宜；大休息須二小時至三小時。

丁•休息時間，須通告週知，俾各士兵得適應時間而休憩。

戊•由休息面出發之前，先令出發準備，然後下令集合。

己•行進中用喇叭表示休憩，可使一般得同時休息之利。

一•休憩中須令架槍，解下裝具，脫帽，解去上衣，解除腳絆，脫鞋，如有清水令其洗面抹身，並宜向風休息，背囊須置於蔭影之地。（避日光直射飯盒之故）

一•喝病常發生於休憩中，故各置不可離遠休息。

一•日光晒乾之上衣，不可即時穿上。

一•大休息時，務使睡眠。如有清水，令其洗身爲宜。

一•茶湯之供給，固不宜缺乏，但過飲則有碍消化力，故宜注意。

嚴禁直接向茶桶飲茶，已注入水筒者，留爲下次休息時之用。

幹部須監督茶湯之分配，不宜混亂。並應嚴禁將水筒

向茶桶汲取。

- 一•食飯須取適當之時機，不宜過於空腹。

早朝出發時，約食二分之一，其餘一半，俟若干行進後，食之為宜。

晝飯之時期，以上午十時及正午共二回為宜。

各人之食量，亦須檢查，不可過飽。

飯畢後，須令飯盒洗淨，以防臭氣發生。

- 一•隊中發見有如下列症狀之一者，須即報告長官。

發汗閉止者，

應答簡單，呈無慾狀態者。

體勢向前傾斜，步行蹣跚者。

- 一•宿營後速將各種整理完結，其他雜務從簡畧，俾早就寢，充分睡眠為宜。

8. 軍醫應施之預防法

- 一•行軍出發前，實施身體檢查。如遇有下項所列者，勿令編入行軍為宜。

甲•重症喝病、精神異常、脚氣、足腫、肋膜炎、心臟疾患、慢性胃腸病、育腸炎等病者。

乙•體質虛弱者。

丙•病後體力尚未恢復者。

丁•胃腸疾病治愈後，尚未經過一個月者。

- 戊•退院後未經二個月者○
- 己•平時行軍演習，易於落伍者○
- 庚•特殊作業及行軍演習未經過者○
- 辛•其他有顧慮者○

- 一•行軍前，應將下列各項，詳細解釋，施行衛生講話○
 - 甲•喝病之豫防法○
 - 乙•喝病之救護法○
 - 丙•鞋傷、傳染病、瘧疾之預防法○
 - 丁•毒蟲螫傷之救急法○
- 一•預防鞋傷，須先分給石樟膏○
- 一•軍醫須令看護長，看護士兵，每晚宿營後，及每早出發前，兩回調查有無異狀者之發生○並應隨機處置○
- 一•軍醫如關於天候及演習經過中，有病者頻發之顧慮時，應不失時機，將意見報告長官為要○
- 一•行軍之間，軍醫應立在部隊之先頭，觀察列兵行進之狀態，檢查有無喝病前驅症狀之發生○
- 一•休憩中，軍醫應由後尾逐次檢查至先頭，務期察得喝病之早期發見而施治○

第六 喝病之救護法

救護本病莫要于察知早期發見，因本病在初起時，易於治愈○關於早期發見法，已述如上○

軍醫雜誌 第六期

其一 幹部應施之救護法

至炎夏時期，宜令士兵實施暈病救護法，以備不虞，而免慌亂。其法如下：

- 甲•暈病患者應運送至何處
 - 乙•陰影之製作法
 - 丙•送風法
 - 丁•人工呼吸法
 - 戊•冷卻法
 - 己•患者之收集法
 - 庚•患者之運搬法
- 一•行軍中發見有落伍者之時宜交看護兵或士兵一名看管，待軍醫之來診，或交患者救護班。但此時患者之位置，須易於看見者為宜。
 - 一•前項之看護兵或士兵，離開患者時，須由軍醫或救護班領取證明書，並須請示自己應往之地點。
 - 一•班長對於排長，關於人員之增減，負有絕對的責任。故於部下兵卒之名簿上，宜將落伍者及看護人之姓名，及時刻地點，均須記入。
- 行軍中有落伍者發生之顧慮時，在發生前，宜於每獨立部隊，編成風紀衛兵隊，以謀收集落伍者及患者之方法。

其二•軍醫應施之救護法，

- 一•行軍中遇有患者一人發生，即須認定有數名繼續發生。
- 一•軍醫不可爲一人患者所拘束，如何處置，先令看護士兵照法施治，而自己須到本隊查察爲要。
- 一•喝病患者關於輸送時期，應注意事項，分述如下：
 - 甲•早期運搬，有反招死亡之因者。
 - 乙•病症輕快，有因運搬以致發重症狀態者。
 - 丙•務將患者久聚一處，治療之爲宜。
 - 丁•根據斯時之病況，運搬器具，及運搬路上之狀況如何，以決定其運搬時期爲宜。
 - 戊•衛生隊員及患者救護兵須在隊尾，看護續次發生之落伍者，並採取運送法。故宜令輕裝，及給以單車患者車馬匹爲宜。
- 一•有火車、馬車、貨車、汽車等便利之地方，須先交給金錢，及乘車券於衛生隊員爲宜。

第七 喝病之治療法

本病療法，可分爲外療法與內療法兩種。

其一• 外療法

本病患者，須即避去熱力作用之地，運至陰影之處。解除上衣，露于空氣，用扇子送風，或用水筒杓子，噴以冷水

軍醫雜誌 第六期

，冷却體溫之法也。但全身冷却的水治療法，則須注意心臟血管系統之變態。

如冷却療法奏效時，多數患者，即呈深呼吸，發言語，或至作嚥下動作。其輕症及中等症者，體溫降低。但重症者則不然，即雖降低，亦不過暫時而已。

喝病有假死及呼吸障礙者，乃重要症狀也。希兒列兒氏謂人工呼吸法與身體冷却法，為本病治療之最良法。

吾國古來民間亦知冷水灌漑法，極有效力。故貨古兒氏除冷水灌漑法外，兼用胸部摩擦法。原來初期患者，胸內苦悶，嘔氣。雖不能發言，其手多在胸部撫摩，表示胸內苦狀。若看護者在心臟部位強力繼續摩擦，患者最感輕快。蓋因心臟及肺部之血液循環，得良好結果所致也。

至冷水灌漑法，目的是在防頭部之實性充血，故亦有效。其他我國民間有視此為痧症，在頸項部及胸背部，用手指或其他器具，強力括引，令皮膚局部充血，名曰起痧，捉痧。此法是屬一種誘導法，與摩擦法畧相同。不過此法用力強兼有刺激法之作用，故亦有效。

其二 內療法

為防止血液水分減少，如患者能嚥下時，給以冷水。但此時應注意者，液體有流入氣管至肺之弊。故馬士氏主張冷水灌腸法為適當。蓋用此不特可防止血液水分之減少，並有

冷却作用云。

本病之症候，以神經系血管系區域爲最著。故有用興奮劑強心劑之必要。有實用硫酸依打，或依打精者。其他強心劑如樟腦水樟腦油亦可用之。

在德國軍隊，對於本病者救急之目的，各軍醫均攜帶皮下注射具，及依打約二〇・〇，體溫計一枝。看護長携備檸檬酸一・〇爲一包，共十包，爲臨時清涼飲料水調製之用。但依打皮下注射，不可多次，及不可過量。因有蓄積作用，可使心臟麻痺。又依打宜配合樟腦劑。其強心興奮作用，較持續有效。

此外有主張用生理的食鹽水靜脈注射，靈雅氏液皮下注射者，亦不妨試用。瀉血療法，有時有效，腰椎穿刺，亦有推獎。特效藥則尙缺如。

第八 喝病之豫後。

豫後多屬良好，但發譫語者多不良，又體溫上昇之度愈高者，不良。然體溫非常高度者，其死亡約半數而已。有再發汗者，若非死前期發汗，常爲良好之徵候，不足懼也。

尋常因外傷所致之骨折 及關節脫臼之處置

張 賢 林

茲篇專就實地醫家日常遭遇者而言，戰時創傷，亦包括在內，特不過創口較爲新鮮而已，僅畧述之如左。

(一)關於骨折診斷上之注意

近時骨折一病，每致牽涉刑事及民事問題，實地醫家，殊覺麻煩，蓋只下骨折與否之診斷，尙嫌未足，必須詳詢其既往症，及受傷當時之四圍狀況，與夫所加外力之模樣，再參以局部症狀，以判定其爲直接暴力，抑間接暴力。

關於民事問題，則以晚近注重勞働問題之故，而勞動者方面，或資本家方面，常有請求判定骨折患者之結局及後患者，骨折之後患，其判定有時稍覺困難，醫者惟本公明正大之心決之而已。

骨折之局部症狀，爲骨折痛，變形，浮腫，皮下出血，官能障礙，能搖動，有擦音等。若受傷後，經過一二日，方求診斷，於時，局部腫脹過甚，定型的症狀，多未能檢出，

但有時只根據官能障礙，骨折痛，及顯明的皮下出血等，而下骨折之診斷，亦非太過，若有愛克斯光綫 (Radiogram) 裝置時，應比較的迅速用該裝置施行正側兩面之攝影術，更為妥善，雖然，若徒予檢查，足致患者疼痛，及使已嵌合之骨折重復分離之弊，若僅憑愛克斯光綫攝影，而臨床各狀，不加細查，亦無有是處，此外由患處以至末梢之知覺運動，有無障礙，脈搏是否微弱或消失，全身各臟，有無間接受傷，均應詳細檢查，蓋於判定結局，甚關重要也。

關於恢復骨折所須日期，向無詳細統計，就康健成人單純皮下骨折而論，大約指骨須兩星期，掌骨，腕骨，足跟骨，肋骨約三星期，鎖骨約四星期，前膊骨五星期，膊骨及髀骨六星期，上膊骨頸部及脛骨約七星期，兩下腿骨同折約八星期，大腿骨約十星期，大腿骨頸部約十二星期。以上所說日期，不過就接合而言，若要恢復受傷以前狀態，須延長二三倍，若係發膿之複雜骨折，則僅令接合，亦要延長三倍，且多致遺留許機能障礙，是故診斷受傷後治療所須時日，非經充分考慮，未易作答。

(二)關於治療骨折之研究

治療骨折之理想，以迅速恢復骨折以前之解剖的及機能的狀態為主，應選擇能使骨折片迅速完全整復固定，及能避免肌萎縮與關節強直之後患之方法。

夫骨折有皮下骨折與複雜骨折，完全骨折與不全骨折，感染骨折與非感染骨折之分，而治療自有難易之別，以皮下不全骨折為最容易，即委諸市上駁骨醫生，亦非太過，若係感染複雜完全骨折，即專門外科醫生遇之，亦煞費苦心，至於治法，則有觀血的及非觀血的二種，各有善處，未可偏廢，應參酌醫院設備之程度，骨之種類，骨折之形狀及部位，感染之有無等而決定之，晚近防菌手術大進步，外科家多數喜用觀血的方法，蓋能使侵入折骨端之血塊及組織清除，折端吻合，整復迅速，並可減免肌萎縮及關節強直之弊，大概應施觀血的方法者，(一)小骨折及粗隆骨折，(二)累及關節之骨折及骨折與關節脫臼(三)長骨幹折及螺旋折，而折端正相疊，並有肌組織侵入折端間者，以上三者，若不用觀血的方法，殊難整復吻合也。

對於皮下不全骨折，應先將該部及附近清潔，撒以硼砂，再用濕布包裹，棉花墊妥，然後施以夾板或用厚紙三四片，以綳帶纏之，最要者，初時不可裹緊，以防腫大而成壞疽，既已裹妥，切不可再屈其肢，若肢之宜屈者，則先屈而後裹，因裹布能勒入軟組織，致血管被壓成壞疽也，嗣後，每隔一日，將綳帶更換一次，俟腫消後，比較的早期施用揉捏法，以次施他動的運動，及自動的運動。

對於皮下全骨折及感染的複雜全骨折，可用觀血處的方法

，或非觀血的處置，在非觀血的處置中，以牽引法為最佳，而以能使骨折端保持絕對不動之狀態，附近關節仍能運動者為最善，對於上下肢骨折，以馬肯台氏裝置(Macintyres Splint) 妥馬氏裝置(Thomass Splint) 為佳，此外對於各類骨折，各有特種裝置，如哈門得氏裝置，(Hammonds Splint) 密得理多福氏裝置，(Middledoiffs Splint) 古持氏裝置，(Gooch Splint) 卡耳氏裝置，(Carrs Splint) 利司通氏裝置，(Listons Splint) 何金氏裝置，(Hodgens Splint) 拜安忒氏裝置，(Bryants Splint) 賽姆氏裝置，(Symes Splint) 等是也。

觀血方法之對於固定所須材料而易於求得者，為縫合銀線，藍氏鐵板，(Lanes plates) 螺旋釘，前田友助氏骨接合器等，近年來，外科手術，非常進步，觀血處置，固屬無可驚懼，然亦不宜輕於嘗試，在採用觀血處置前，上述各種用具，均應妥為預備，詳察愛克司綫攝影片，以明辨骨折之部位及形狀，如橫折斜折粉碎折等，預謀施用何種固定方法及用具，以免臨事周章為要。

關於施用手術之時期，爭論頗多，大概以受傷後一至二星期間，較為穩健，但在受傷後，經時過久，患者常有不欲用觀血處置者。

關於骨折部切斷問題，如果在戰陣當中，骨部受傷過重，為免除因細菌感染所生之危險，及減少休克(Shock)症狀

陷於死亡計，自以早期切斷爲是，若平常所遇之骨折，只宜盡力將骨折部位十分固定，及努力於感染創傷療法，此外復佐以蛋白體療法及強心劑，至非用切斷方法即遭生命危險時方用之，但此種治法，雖幸獲痊愈，多數亦須延至半年以上，是不特物質上蒙莫大損失，即該肢之機能，終亦不免遺留多少障礙，故對於資力欠豐之勞働者，仍以早期切斷，予配假肢，俾復勞働爲是。

以上所述，均係骨折之局部療法，至於全身療法，亦當加以研究，即內用藥劑，以促進骨折之癒合是也，據多數之研究，以碘化鉀有促進化骨並形成假骨之效，此說雖於臨床比較上求證頗難，但亦不無少補，通常分劑爲〇・五至一・〇。

後療法——應令早期入浴，按時施用揉捏法，次及於他働運動及自働運動，自働運動中，以醫療的器械療法能誘起患者興趣，更爲有效。

(三) 骨折各論

茲僅就日常遭遇之骨折，述其治療與診斷之要點如下。

(一) 頭蓋骨骨折及頭蓋底骨折——頭蓋骨骨折，其診斷雖稍爲容易，而頭蓋底骨折，則診斷不容易者多，若耳、鼻、口腔等有血液，腦液流出，則診斷自屬確實，對於此類骨折，舍用普通療法以期症狀減退外，別無他法，在頭蓋骨

折，其骨片已陷入頭蓋腔內者，當診斷明確後，應勿再猶豫，迅即施用穿顱術。

(二)脊椎骨折——脊椎骨折，多起於椎體，緣因多係間接暴力，診斷容易，症狀大都顯著，除局部症狀外，視部位之不同，而有四肢運動及知覺障礙，或直腸，膀胱障礙等狀表現，若係頸椎骨折，多顯呼吸困難，結局不良，治法，用非觀血的強力牽引及對牽引法，其時患部之中心，即脊柱位置，稍有異常，與其用石膏架等之硬裝置，無寧用軟物墊之之為愈也，迨症狀消退後，便可移用觀血方法，至於脊椎骨折之療法，更有待於今後之研究。

(三)肋骨骨折——肋骨骨折，診斷容易，有時雖起全骨折，而轉位顯著者甚少，用聽診器可聽得骨擦音，治法，以寸半至二寸之絆創膏，自下而上，纏繞全身之大半以固定之，纏時，囑令患者呼氣，約經二星期之久，嗣後施用揉捏法，最初數日間，予服莫非劑以鎮靜其呼吸，並防止其咳嗽，此外並應注意按時聽診及打診其胸部。

(四)鎖骨骨折——折處或在近胸骨端，或在鎖骨大彎，或在喙鎖韌帶間，或在近鎖骨峯端，而以折在鎖骨大彎者為最常見，其特異狀為肩部被牽向下前，內骨片則牽向上內後，內方之骨片，乘於外方骨折片之上，傷處凹下，患者以手自托肘關節，頭亦側向折方，所以使頸肌鬆弛也，非觀血

的固定法，以撒耳氏 (Soyie) 硬膏細帶爲最宜，但亦不免留多少畸形，惟機能障礙則較少，最確實者爲觀血的固定法，即以銀綫或絲綫縫合便妥，在勞働者，因欲速於恢復肩胛部動作，以觀血的固定法爲佳。

(五)上脛骨骨折——有上端部骨折，骨幹部骨折，及下端部骨折之分，而診斷亦比較容易，若折在上端，宜注意與肩關節脫臼鑑別，折在下端，宜與肘關節脫臼鑑別，如係脫臼，應斟酌脫後位置，並注意利用彈撥性，妥爲牽屈而固定之，下端部骨折，以未成年人爲多，當傾跌時，以掌或肘支持其全身重量，致該部受間接暴力也，此外更應注意者，爲未成人之肘關節愛克斯光線攝影，蓋其骨端綫及骨頭核影像極爲複雜，幸勿誤認爲骨折或骨端分離也，治法、治不全骨折，法頗簡易，若治全骨折，用觀血的方法較妥，上端部或下端部折，可用一時的或永久的螺旋法或銀綫縫合法，幹部折可用藍氏鉄板或前田友助氏骨接合器。

(六)前膊骨骨折——前膊骨骨折，其診斷雖比較容易，有時一骨上端骨折而他骨脫臼者，是應注意者也，若折在下端，則該部顯特異之變形，診斷甚易，治法可不用觀血的處置，如古持氏、卡耳氏，郭當氏裝置 (Grodans Splint) 等均妥，若爲鷹嘴突起折，或係一骨骨折他骨脫臼者，宜用觀血的處置，若係骨幹部折，不問一骨或兩骨，其整復容易者，

可用牽引法治之，若整復困難者，宜用觀血的處置，以銀綫縫合之，並施以副木綑帶，其時前膊及手，應在旋後位置。

(七)大腿骨骨折，——五十歲以上之老人，跌倒後一星期，仍不能起立者，大概係大腿頸部骨折，有時因臥而翻身，腿不自由，致被扭而折，又或折後，再復跌倒，傷及對側，顯挫傷狀，致誤認對側骨折，其實折在此側，不可不注意也，轉子下骨折，骨幹部骨折，及下端骨折，其診斷甚為容易，治大腿骨折時，最感不愉快者，為下肢肌萎縮及膝關節強直，對於此點，用馬肯台氏裝置或布克氏裝置(Buck's Splint)牽伸之甚效，頸部骨折，骨頭遊離時，每遺股關節強直之患，若在壯年，可用骨頭摘出術，骨幹部骨折，可用前田友助氏骨接合器，如用藍氏鐵板，應兼用副木或石膏固定綑帶約一月之久，施用石膏綑帶，應由臍下起，下至臍部，並令早期扶杖步行，下端骨折，宜施以一時的或永久的螺旋，並以副木或石膏固定綑帶佐之，

(八)膝蓋骨骨折——本骨若折，可觸覺骨片間裂隙，診斷甚易，治法，可用巴克氏(Berkly)或李司透氏(Lister)觀血的銀綫縫合法，如骨片數多，仍以縫合為主，並可將接近軟部縫合，均於膝節後用夾板固持之，更應注意後療法。

(九)下腿骨折——此項應注意者，為小兒下腿外傷後，於視診時，雖無顯著變化，而起立不能者，應辨明其是否經

軍醫雜誌 第六期

骨上段骨折。下腿骨折，整復多屬容易，整復後，在大腿中部以下施用石膏固定繃帶，並使令早期步行。大腿骨折後，惹起膝關節強直者雖少，而惹起足關節強直者多，是又應注意者也。

四 關於診斷及治療外傷性脫臼之注意

外傷性脫臼，除該關節之機能障礙及外狀變化而外，尚有彈撥性固定之特徵，能整復者，宜早期整復之，苟不用麻醉劑而欲求整復，非具多大之經驗不可，至難於整復者，仍於麻醉下行之為宜，是謂生理整復法，術者宜了然於該關節之解剖關係，依據惹起該關節脫臼運動之反對運動而整復之，當整復完成時，即聞一種整復吸着聲，於時，該關節已失之機能，立即恢復，整復後，用充分棉花墊妥，施以厚石膏固定繃帶或厚紙固定繃帶約十日之久，然後使令入浴，以次及於自働運動與他働運動，脫臼與骨合併時：非施用觀血的整復固定不可，各類關節脫臼之為吾人日常遭遇者，為肩胛關節前方脫臼，肘關節後方脫臼，股關節後方脫臼等，若嵌入軟部，致整復困難者，宜即用觀血的整復法。

講 演

講 演

軍醫與科學

(七月三日在光華醫院演講)

溫 泰 華

此次貴學院舉行畢業典禮，兼開第四次醫師大會，鄙人得參加這個盛會，覺得非常榮幸。連日各醫學大家，有學術上的演講，對於我們的醫界，必定有很大的貢獻。至於鄙人前在廣東大學擔任教授，當時對於醫科學術，曾甚願有所研究。乃近年來廁身在軍醫界後，真所謂一行作吏，此事遂廢。自覺得學殖荒疎，所以關於醫學的智識，自愧沒有甚麼貢獻，祇好把我國軍醫與科學醫來講幾句話便了。演題是軍醫與科學，實在的意思，是軍醫與科學醫之關係。是針對現在中國醫界混雜，軍隊究須用何種醫學，始得適當呢。而今命名的題目是如此，想要解說，則我國之軍醫學校，歷來採用何種醫學，先要明瞭。

原來我國從前無所謂軍醫，卽有之，亦不過創包先生罷了。至庚子年聯軍入京津，那時袁世凱見得軍醫重要，於是就聘用駐津之日本軍醫平賀氏，開設北洋軍醫學堂。現在北平之陸軍軍醫學校，就是對這學堂改組的。計現在畢業總不下廿餘班，但是北方軍醫人才，仍不敷用。同時廣東亦因訓練新軍，開設軍醫學堂，聘用日本軍醫爲教官。當時督撫官僚之意見，仍主張該校兼授中西醫，什麼外科則以西醫爲長，內科則以中醫爲好。什麼取西醫之所長，補中醫之所短。但這些試驗的結果，完全失敗。這些主張，不久亦便取銷。以後專用科學醫的教授了。

實在軍隊上所有一切設施，無論那一種，都是利用科學的結晶。譬如各種新式槍砲，無線電信，無線電話，飛機，火箭，毒氣，烟幕，及各種交通用具等等，民間未用之前，軍隊早已用夠了。何獨軍醫就不用科學的呢？凡以科學爲基礎所得來的，都是真憑實據，斷非憑空臆造者，所能攘奪。譬如藥膏一貼，能取出子彈一事。年前由本軍醫處懸賞專家，來醫院試驗，至今竟無一人報到。又聞余軍長前在高州勦匪時，有請用藥貼出子彈者。當時被其瞞過，信以爲真。殊以後發覺其所取出之子彈，不是肉內的，是預先藏入藥膏內，以欺人的，始將該醫拘禁，申斥一番，作爲輕罰了事。況且現在毒氣發達，是厲害不過的。然毒氣已認明是科學的

產物，則防毒及解毒之方法，自然也應該利用科學的設施，以專重科學的醫學了。溯自歐洲大戰以來，關於軍事上一般科學的研究，有如風起雲湧之勢。差不多成爲科學萬能了。故近來我國軍隊的軍醫，也俱採用科學的醫學了。科學醫在軍醫界，已有這樣的基礎，所以科學的醫界，欲發展醫學，便應該踴躍地入軍隊服務。

本來軍醫人才，應由政府養成的。不過在我國，雖設有軍醫學校一間在北平，但畢業人數，仍不敷用，不得不取材於國外的官公立醫學校了。然所有以前在官公立醫學出身的人，大概以未曾受過軍事的訓練，視軍隊生活爲苦，不願投入者甚多；因階級過低，不願屈就者，亦不少。以致軍醫人才，極形缺乏。故軍醫中有看護出身，升致校官，乃至爲軍醫處長的人了。此種看護出身的人，久在軍中，醫學雖有不足，而辦事得力，得到上官的嘉許，升級獎勵，固屬常事。但升任爲處長，則未免漫無限制，而輕視軍人生命了。蓋看護出身的人，對於醫學所得之經驗，是膚淺的，是一知半解的，全無學術系統，可以斷言。且處長一職，有指揮薦用人員之權。如果自己出身不是正式醫校，當然物以類聚，其所引用，也無非是看護出身的一般人了。其在正式醫校出身的專才，那就難免自重其身，不肯依草附木哩。事實上軍隊中的尉官以下之軍醫，非看護出身的人，即是稍解醫學的

人來充當。這種人已無系統的醫學智識，就是一種掛羊頭賣狗肉的勾當，那能引起一般人信用科學的醫學呢？或者反致將科學醫的名譽弄壞，也在預料中的事。大家要曉得尉官以下的軍醫，專任營部的醫務，最接近士兵，工作繁忙，而且重要。本應以相當畢業的醫務人員，來充任。無如醫校畢業人材，因嫌階級非高，多不願就，故所以只得暫用非正式的醫校的人，藜藿充飢，是一時權宜的辦法罷了。陳總司令也曉得此中情弊，早有整頓軍醫的計劃。第一：感到軍醫人才缺乏，亟須充分養成起見，籌備軍醫講習所。一面將現在服務軍醫非正式醫校畢業者，輪流調回訓練。一面新招人員入所養成，以備補充。並嚴令各軍隊，不准介紹看護充當軍醫。此種辦法，已陸續實行。但養成軍醫人材，非一朝一夕的事，須待數年之後，纔得根本改善，故在此期間，人才缺乏的補充辦法，是不能不仰望普通醫校出身的人才到軍隊去服務。黨務工作，主張到民間去；我說醫務工作，要主張到軍隊去。因軍醫與科學醫之密切關係，有如上面所說，必須相輔而行。諸君已為科學的醫學信徒，當然要不避艱苦，不論階級，到軍隊去服務，發展科學的醫學，這纔是科學醫足的责任。第二：感到軍隊之治療機關，太過簡單粗陋，不以維持軍人生命，乃籌款建築新式宏壯醫院於西村。現在雖值軍事時期，仍是不斷的努力，籌備進行，預計明年當可

竣工，至醫院內所有一切醫療器械，均已購置，存儲待用。將來對於醫療上，必得多大利益。發展醫學上，必得多大幫助，這是可以斷定的。

此外為增進學識研究學術起見，另編有軍醫什雜，及大衆醫刊等的出版物。軍醫雜誌是為增進軍醫學識交換智識而設的。大衆醫刊，是為宣傳民衆衛生而設的。兩種刊物，均由軍醫處同人，於公餘之暇，所編輯的。其目的要不外引起醫界的研究心向上心罷了。原來軍醫工作，除醫務之外，尚有公事，恐過於乾燥，故特加出此種種雜誌，以引起對於學術上之趣味。或者將來新醫院建築完成之後，增設研究室，使醫務人員得到學術研究之便利。此種醫學研究機關，我國現在寥若晨星。比較各文明國，實有天淵之別。想要發展中國的科學的醫學，及想要改善中國舊有的醫藥，使趨於科學化，也非藉賴這種醫學研究機關不可。這種任務，我醫界同人，應負起來擔當。故鄙人現在的主張，如要發展中國的科學的醫學，非先到軍隊去工作不可。希望畢業諸君踴躍到軍隊去！

肺結核人工氣胸療法之適 應及禁忌

董 道 蘊

由來肺結核併發自發性氣胸的，算是重篤的合併症。是醫生所最恐怖的。但是後經許多學者的實驗，這些自發性氣胸不但不是重篤的合併症，並證明氣胸的發生，對於肺結核有良好的影響。到了西曆一千八百八十二年，意大利的 Forlanini 氏，以為肺的結核病變，倘若肺臟能得，到絕對安靜，能使之頓挫治愈。後來他知道由氣胸或者肋膜腔充滿滲出液的時候，肺臟能得到靜止，提出了劃時代的人工氣胸療法。經 Saugman, Brauer, Murphy, Spengler, Muralt, Schmidt, Dencke 等諸大家的研究，遂為肺結核治療上重要的治療因子之一；從前醫生視為重篤合併症的氣胸，一變而為治療上不可缺的份子了。不但如此，兩側的氣胸，從常識來推想，可以算最危險的了，像生理學者 Landois 尚說兩側氣胸的結果，唯有一死，但是這最近兩側人工氣胸却有興之勢。然而人工氣胸究竟是絕對無實的療法嗎？

人工氣胸療法，能收相當的治療的效果，是人人所知的，但是在醫術不發達的我國，生殺之權，殆操之於幾個無智無耻的外人之手，非但不能收效，且反增加病勢，難道我國人的體質和習慣，不適於行人工氣胸療法嗎？不，無他，對於選擇本治療法適應與否，未曾留意故耳！選擇適應不當，則不能期待良好的效果，固不待言而後知。

肺結核是內科病，這是誰不能反對的，沒有內科醫的指導，無論那樣胸部外科大家，不能隨意處置肺結核病人，稍有學識之徒，類能道之，像 Sauerbuch 氏那樣胸部外科大家，尙力說手術適應與否，須待內科專門醫的指示，而現在祇學那些技術上的末藝，不從治療之適應與否着想，祇從病人荷囊之滿淺着想，難怪乎其不能收效。

關於人工氣胸之適應範圍，現在雖逐漸推廣，但是人工氣胸究竟是外科的療法之一種、凡是外科的療法的適應與否，Spengler 氏明白地表明別種療法絕望的時候，或者從經濟上着想，須迅速恢復病人的活動力的時候，才有一顧之必要的。那些對於不論何種肺結核，無顧慮地實施本法的，可說是暴動妄舉；像 Neumeyer 氏所主張的，即對於初期肺尖結核常得實施本法，是極端的不合理的謬論。是的，本療法確實能使初期肺結核，在短期間治愈，但是大多數的初期結核，由適當合理的療法，也能使之全愈；他方面本療法尙有許多

不快的或者危險的偶發症和合併症，決不是隨隨便便可以實施的。

那末，什麼肺結核，才適於實施本療法呢？理想的來講，一側肺臟，起了一定度的限局的重症結核，而且無肋膜癒着，同時他側肺臟，完全健康的時候，是最適於實施本法的。但是誰都知到；一側肺臟患了結核，而他側完全健康的，是絕少罕有的事情，因此適合上述理想的適應的絕少。一般結核的病變，不過偏重於一側，而他側比較輕度，或者臨床上如無結核的病變的時候，來實施本治療法罷了！所以對於適應與否的決定，應常取慎重的態度，雖然現在的新傾向，對於初期肺結核，有時也得實施本法，就是對於(1)初期肺結核，實行他種療法，不能收十分效果，或者經過緩慢的；(2)因病人的經濟狀況，不能負擔長時間的系統的治療的；(3)稍加注意，即能避免本療法的各種危險的；(4)在本療法中，能期待其消失各種不快的症狀，迅速恢復其活動力的；(5)一旦萎縮的肺中健康組織，中止本療法後，能期待其即刻恢復原狀的時候，即初期肺結核，也得行本療法。除了上述的特殊的情況之外，一般本療法的適應如下：

(一)咯血 對於止血困難，或者反復咯血的時候，人工氣胸是最適當的療法，尤其是對於致命的大咯血，宜即作成氣胸的，這時候的適應是 *Indicatio vitalis*，因此祇要明知出

血的部位，不問他側結核病之有無及其重輕的。注入的氣量，也較平時多些；倘若因此發生各種不快的症狀，譬如因縱隔膜的壓迫而起的胸內壓迫和緊滿的感覺，呼吸促迫，心悸亢進，惡心，嘔吐，發熱等的時候，數日乃至數星期之後，可將注入的空氣，重行吸出，減小胸腔內壓，以謀各種不快症狀的消失。

(二)慢性增殖性肺結核 除了病勢進行，病人已呈惡液質狀態者外，一般慢性增殖性肺結核，都適於人工氣胸療法，這時候的病人的恢復力之大小，病灶部的結締組織增生反應及自然治癒傾向的強弱，就是左右本療法成績的重要份子。

(三)滲出性肺結核 如上所講，對於增殖性的肺結核，除非有其他禁忌和施術上困難，一般都可以用本治療法的，但是對於滲出性肺結核，可否利用本法？關於這件事，現在實有贊否兩派。一派是極端反對本法的，其他一派的主張，以為應用本法，有時也能收良好的效果，所以不妨試用。要而言之：那些大葉性乾酪性肺炎，是完全無萎縮可能，而且沒有治愈傾向的，所以完全無實施本法的必要。對於小葉性滲出性肺結核，或者乾酪性氣管支肺炎，不妨試用；但是其成績頗不一致。何以呢？因為要想滲出性的肺結核治癒，以該滲出性結核，能否轉移增殖性為大前提。所以像奔馬性

肺癆和Ranke氏分類的第二期的，差不多沒有希望的。

對於滲出性結核，本法適應的決定，我們須十二分注意，因為如果選擇不當，不但不能收效，而且潛伏或者弱勢的他側肺結核，反而增加病勢，或者因此發生結核性膿胸，氣胸內穿孔等致命的病症；所以我們對於這些滲出性結核，比任何種結核，更要小心，須經過長期的繼續的精細的臨牀的檢查，尤其是對於熱的性質，恢復力的有無，白血球 Opson index 血球沈降速度的移動，詳細檢查之後，才可以決定其適應與否的。

(四)萎縮性結核 其中形成局限病性的萎縮性結核，其性質好像增殖性的結核，所以也適於實施本法，但是融合性萎縮性的，不但不因氣胸而使肺臟萎縮困難，常有堅厚的肋膜愈着，不能作成氣胸者居多，幸而能作成，當然能增加他的萎縮性的。

(五)禁忌 本療法雖無絕對的禁忌，不過適應不當，上面已經講過，有時反而會使病勢增加，除了肺結核方面的不適應之外，各臟器有重症結核病變的，無施行本法之必要；其他是重症血行器及腎臟疾患的病人，都不可試行本法。現在把上面所講的各適應，表示之如下：

(1)不能止血的肺出血

這時不論他側有無結核性病變及其性質和重輕，當作一

種救命的適應，宜即刻施行！

- (2) 重症的增殖萎縮性一側性肺結核。
- (3) 呈細葉性滲出性或小葉性乾酪性病變的慢性進行性空洞性重症一側性肺結核。
- (4) 大部分為滲出性病變的進行性中等症一側性肺結核。
- (5) 上述第三項的肺結核，進行遲緩的中等症，系統的一般療法實施困難者。
- (6) 上述第三項及第四項的肺結核，而他側亦有多少活動性結核病變的。本項即所謂境界側，適應與否，頗難決定，一般初學者，須小心從事，倘遇決定困難的例子，以不施行本法為上策。
- (7) 禁忌，
 - (一) 肺結核：重症進行性兩側性肺結核，乾酪性肺炎。
 - (二) 非結核性肺疾患：慢性氣管支加答兒，氣管支擴張，氣肺腫，喘息，廣泛性肋膜癒着等。
 - (三) 其他臟器的結核病：腎臟結核，腸結核，重症喉頭結核。
 - (四) 其他重症：重症心臟疾患，重症腎臟疾患，重症糖尿病等。

軍醫雜誌 第六期

臨 床 論 叢

最近所經驗之急性汎發性 與急性限局性腹膜炎

桂 紫 東

第一例 去年春間，某軍人之夫人，三十歲左右，由一箇月前，患右腹部疼痛，每日約有三十八度左右之熱，大便平常，食慾不振，但發病以來，未有嘔吐症狀，後受某西醫治療，被命以冷水袋敷腹部，如此纏綿月餘，其痛雖不劇烈，但終不能痊愈，後請余治療，余診察其腹部，不惟不見澎漲狀態，反覺其較普通道人為陷沒。（想因病久，營養不良所致）試以手壓其腹部，則下腹全部均叫痛，但腫瘍類似之物，則摸不到，觀其面部，較為黃瘦，檢其溫度，則為三十八度左右，入院後，第三日，用全身麻醉，於闌尾部，行交互切開，則見由骨盤控，有少量之膿汁流出，隨即塞以紗布，作為引流，將腹部大部分縫合，傷口約經過二三箇月後，始完全治愈。

軍醫雜誌 第六期

第二例 去年秋天，患者某勞働者，約三十歲左右，患腹部疼痛，發熱，約一星期後，腹部疼痛，突然加劇，坐臥不安，嘔吐頻發，患者來請余診治時，爲發嘔吐之第二日，患者頻叫痛苦，體溫爲三十八度左右，余檢查其腹部，則覺其腹部，略爲膨脹，但不見有腸蠕動，以手微壓，則全腹部疼痛異常，且手足亂動，觀其面貌，則眼窩陷凹，余即命助手，打嗎啡針，然痛苦依然不減，患者頻哀求速爲手術，隨即用全身麻醉，沿腹部正中切開，則見由全腹腔，流出多量之膿，且腸與腸或腹膜，處處粘連，費去相當之努力，始發見闌尾，但其大部分已成壞死，余即由闌尾根部，用線結紮，再用生理的食鹽水，洗淨腹腔，然後始將腹部縫合，於右側腹部，另作一孔，插以紗布，作爲引流，于術之次日早，患者即上鬼籍。

第三例 患者某男子，約五十左右，由某軍界之介紹，來余處求醫，據患者云，由一月前起病，患腹痛，發熱，至近數日，右腰部腫起，且此處發生劇痛，然始終無嘔症狀，余檢查其腰部，紅而腫，但波動不大著明，余即告以非用手術不可，患者亦應允，至次日沿紅腫部切開，則由腹部流出多量之膿汁，且氣味有一種惡臭(即腐敗臭)，俟膿汁流出後，插以紗布，作爲引流，患者至第四日，便上鬼籍。

第四例 今年二月間，患者某軍人，二十五歲，廣西人

臨 床 論 叢

，六十三師二百四十九團三營九連，數年前，患右鼠蹊部腫大，此腫大物，時大時小，(還納性鼠蹊疝爾尼亞)至本年二月二十二號，此腫大物，突然不能縮小，且疼痛異常，頻發嘔吐，發熱，大便秘結，小便減少，至二十七號，始來院求醫，由某醫生代理，隨與之放大小便，均遭失敗，至三月二號，始求余診察，彼時溫度為三十五度半，檢其腹部，則見右鼠蹊部，腫脹如拳大，且有壓痛，余即斷定為嵌頓性疝爾尼亞，隨即於局部麻醉之下，切開疝爾尼亞囊，則見有帶黑色之水流，其嵌頓物為網膜與小腸，且小腸業已變為紫黑色，次將鼠蹊管切開，則由腹腔內流出多量之膿汁，並發見腸之嵌頓部與上部健康部之間，有一小脂頭大之穿孔，健康部則非常鼓脹，其腸壁肥厚而脆弱，嵌頓部則細如脂大，余即行腸切除術與腸吻合術，次以紗布作為引流，將大部份縫合，患者是晚八點左右，便上鬼籍。

結 論

試觀以上所術之四例，均不外由腸穿孔而發生急性化膿性腹膜炎，不過第二例乃由闌尾炎所生之穿孔，第四例乃由嵌頓性疝爾尼亞所生之穿孔，至於第一例與第三例，雖未發見穿孔部之所在，想亦不外由闌尾炎而發生，要之闌尾炎與疝爾尼亞之手術，只要消毒完全，絕非危險之手術，然一旦腸穿孔而生腹膜炎，則危險萬分，若炎症為局部性，尚有幾

軍醫雜誌 第六期

成希望，若為汎發性，差不多絕望，試觀以上所述之例，亦
可以推想其大概。

化膿性肌炎

丘 美 水

八 月 二 日

這種疾病，本來在外科疾病中，其數頗多，而且本病的起因，完全是由血行路傳染到肌肉之故，所以在外科疾病中，亦視為重要之一，尤其是，如我中國，現在軍隊的士兵，對之普通衛生智識，比較歐西各國，尙屬幼稚的關係，以致發生此病不少，所以我們為軍醫者，對於本症的診斷，治療，或預防，尤覺有特別留心之必要也。

原因：

本症的原因，是由各種之化膿菌，侵入血行中，與血液同流，由血行中的化膿菌，轉入肌肉，發生此病，其中在臨床學上，多數患者，必先有如膿疱瘡，或疔瘡，疥癬，濕疹，等症，屬於皮膚面的疾病存在，然後由此等疾病，所有的化膿菌，再侵入血行中，作自家傳染的例，為數最多，直接由外傷的創口侵入血行中，而發生者甚少，又原因不明，所謂特發性者雖有，其例尤更罕見

也。

查其菌之種別，是葡萄狀球菌，及連鎖狀球菌，兩種為最多，其他譬之大腸菌，腸室扶斯菌，肺炎菌，淋菌等，雖能作本症之原因，但其例甚少也。

患本病之病人的年齡，似覺有點關係，即在壯年者為最多，其次小兒老人最罕見。

症狀：

本症初發時，大概皆忽然發生惡寒，戰慄，發熱，同時始覺局部疼痛，及腫脹為多，然間有先覺患部疼痛並腫脹，然間有不發寒戰慄，僅有發熱者，乃此輕症者也，其局部的症狀，大概依其發病初時，所發的惡寒發熱的程度為準，若重者，其局部的痛苦則甚，若惡寒發熱輕微者，初則僅覺局部鈍痛，(即酸軟痛)腫脹之程度亦輕，又被患的肌肉之深淺，其局部的症狀，亦畧有不等，深者其痛則甚，然其腫脹的現象，隱隱難辨，其淺者，疼痛較輕，其腫脹則明顯易辨，但其皮膚感覺的現象，無論症之輕重，或患部之深淺，初期皮膚上面絕不像，發生化膿性蜂窩織炎，或如其他的膿瘍疔瘡等初發時，皮膚即呈炎衝性症狀，有紅腫可辨的，尤其是若在深層者，始終不見皮膚炎衝性之症狀，雖在淺層者，亦必要經過數日，始能發現皮膚之紅腫，此乃本症與其他

化膿性炎症不同之現象也，然其皮膚雖無呈紅腫，但其初發時，皮膚面的感覺，已變為非常過敏之狀態矣，因患部疼痛，及腫脹之關係，該部的機能作用，當然不能自由，若在初期中炎衝期內，不施有效的消炎劑，不久即變為成膿期，在此期內，尤不知作速切開腓膿，則其膿愈集愈多，因皮膚堅固之關係，不容易自壞，所以病勢轉向其鄰近的肌肉，繼續傳染，成為一大膿瘍，亦不少也，又本症，因是由血行中傳染的關係，全身的各部肌肉，都能發生同樣的病態于數處，亦時有之，此即所謂多發性化膿性肌炎者是也。

豫后及經過：

本症的豫后，對於治療後，該部的機能作用，若症之輕者，當能恢復原樣，不致于有碍，然若被患的肌肉，破壞之程度甚者則不然，對於生命上，若生在四肢或臀部；本無生命之危險，然若在胸腹部，尤其是，生在該部的深層肌肉者，若不早施行適當的治療，因皮膚比內部的組織，較為強韌之故，不能向外破壞，自行腓膿，反向內部破烈，斯時生命之危險，殊難推諒矣。

診斷：

依上所述的諸症狀，留心觀察之，本不難診斷之症，但間有若經過時日太久者，全身症狀，及局部的急性炎的

症候，大部已經消退，患部僅存硬結者，如梅毒性肌腫，或肌肉之結核兩症，一見似有難辨，其實，若追究其發症前，有無膿疱疹，疔瘡，濕疹，等症之存在，及本病初發時，有無前述之化膿性炎衝的固有症狀，尤參想梅毒，並結核兩症固有的特徵，則其鑑別不難矣。

治療：

若遇治療本症之時，必須注意檢查病原菌的發源地，有無存在，倘有疔瘡，膿疱疹，濕疹等症存在之時，須施適當的治療，使其早日治癒，對於本症之初發，即炎衝期尚在一週間于內者，用電銀膠注射靜脈，或肌肉為最效，若經過一週以上者，用探膿術，若可得膿者，或外診上，已能證明波動者，須早期施切開腓膿為上策，然間有輕症者，雖經過一週以上，仍用消炎，濕布，一方面用電銀膠注射，往往不用手術，尤能可望其治癒者有也。

施術之注意，手術本症，非可比如疔瘡膿瘍等症，淺在皮膚直下，只用刀切開皮膚，便可成功，尤其是，本症若生在深層者，須先用刀切開皮膚，次用有溝探子，或外科用鉗子之先端，鈍的刺入患部中心，使其膿流出多少，然後再用剪刀剪開，或用有溝探子，鈍的擴大至適當大的創口為最妥，若僅切開皮膚，不見有膿流出，

臨 床 論 叢

即以爲患部未曾化膿，不敢進行施術，則治療之效果，殊難得矣。

外傷性膿胸治療例

袁 蔭 槐

考外傷性膿胸，爲軍陣外科中常見之病狀，故當軍醫者，不可不研究而熟習之。蓋該症多見之於胸部受傷之士兵。因外傷性膿胸，由化膿菌而來。該細菌蔓延於空氣中，到處皆有。若士兵受傷時，處置防腐之法不嚴加注意，爲該菌浸入，即發生是病。茲畧舉臨床所見四例症狀，其療法如下。

(一)何標廷，二十八歲，六十師一九〇旅二三八團一營四連上等兵。於十八年十二月十六日入院。該傷兵係左上膊貫通銃創兼左胸部貫通銃創。射入口由左側第五肋間射入，而從背部第七肋間射出。傷口有一仙餘大。傷部腫脹。膿液流出甚多。打診肺上部及右肺均良好。左肺下部呈濁音。聽診右肺康健。左肺全部多有水泡音。患者時發咳嗽咯痰。間或咯血。體溫昇騰至三十八度六。脈搏頻數。咳嗽及深呼吸時，感胸部疼痛。患者自覺氣短。不能仰臥。飲食不進等症。當日嚴行消毒以防腐處置。內服鎮咳止血強心劑。及靜脈注射5.c.c. 度列巴法拉威涅 (Trypafoin) 液一筒。十七日症狀經過。殊無少減。惟咳嗽時不見血液耳。內服藥仍用

鎮咳止血開胃劑。臀部肌肉注射5.c.c. 電銀膠 (Electcod, Siluer) 一筒。十八日膿液分泌稍減。體溫降至三十八度二。患者神色及飲食較佳。是日仍與5.c.c. 度列巴法拉威涅一筒。注射。內服止咳開胃劑。於十九日經過仍如昨。惟聽診左肺水泡音畧見減退而已。旋與臀部注射電銀膠一筒。內服藥如前。二十日體溫降三十七度八。胸部腫脹畧消減。限局狀膿液分泌亦見減少。咳嗽輕快。患者可能仰臥。飲食亦見增加後。隔日與注射電銀膠一筒。而症狀經過日漸消退。至十九年一月二十六日。胸部膿胸完全奏痊。而咳嗽等症亦癒。

(二)鄭桂標。十九歲。六十三師一二五旅二四九團三營十連二等兵。於十八年五月十九日入院。該兵係右胸部貫通銃創。射入口從前胸乳線下射入。而由後側第七肋間射出。創口清潔無膿。傷部亦不腫脹。惟患者微有咳嗽咯痰耳。查肺心等臟器均無變化。祇受傷之肺部。微感抵抗。及些少水泡音。當時創口施嚴行消毒以滅菌。棉紗上之繃帶。內服鎮咳化痰劑。經過旬日。創口即癒。患者旋感傷部疼痛腫脹。繼則發熱至三十八度二。咳嗽殊甚。且覺頭痛。胸內苦悶。飲食不進等症。當即於受傷之胸部。用酒精消毒後。塗布沃度丁幾。以2.c.c. 消毒之空針打入於腫脹傷部。採取膿液。即吸出多量膿液。間或吸出黑色之血液。即可証明發生膿胸。故即與5.c.c. 電銀膠一筒注射於臀部肌肉內面內。服投以

止咳化痰劑。翌日體溫稍降。而咳嗽亦見輕減。後。隔日與注射電銀膠一筒。諸症漸次消退。胸部之膿經吸收而奏痊癒。

(一)曾洪。三十三歲。六十一師九旅十七團一營二連上等兵。於十九年五月十七日入院。係右胸部育管銃創。射入口由右前胸骨部射入。而無射出口。創口化膿特甚。於咳嗽及深吸時。均有膿液流出。患者飲食不進。神色疲憊極甚。體溫昇騰至三十八度九。脈搏細速。咳嗽咯出膿樣痰或血液。患者坐臥不能仰眠。是日即以樟腦食鹽水注射後。用 5.c.c. 電銀膠一筒。隨之注射內服鎮咳止血寒天合劑。晚間以 10.c.c. 葡萄糖液一筒注射。十八日膿液稍減。而症狀較佳。患者畧能進飲食。內服藥如前。注射度列巴法拉威涅及葡萄糖各一筒。創口仍以防腐處置。十九日經過。患者畧能仰臥。咯血減少。本日內服藥全前。以電銀膠一筒注入臀部。二十日體溫降至三十七度八。患者神色見佳。二十一日膿液日見減少。療法仍與 5.c.c. 度列巴法拉威涅注射。內服鎮咳強壯劑。二十二日體溫降至常度。脈搏良好。惟患者尙感胸部脹痛日。中換藥仍要二三次。內服藥如前。以電銀膠一筒注射。本症用電銀膠及度列巴法拉威涅隔日交換注射。經過月餘。膿液始行吸清。以奏痊效。

(一)韋起。廷二十八歲。一師一旅二團三營七連上等兵

臨 床 論 叢

○於十八年六月六日入院○係右側肋部貫通銃創○射入口由前第六肋間射入○從後側第八肋間射出創口經療治即愈○經過數日後○感傷部疼痛○旋即傷口復發○流出膿液甚多○即以電銀膠隔日注射○膿液逐次減少○以奏痊癒○

以上四例○多用電銀膠及度列巴拉威涅注射奏效○雖症象甚險○卒能轉危爲安○固該士兵等之厚幸○亦未始非該藥功效之良好也○

馬氏反應 (續)

彭 玉 書

5. 馬氏反應在梅毒診斷上之價值

當西歷一千九百零六年華氏反應發表之時，華士曼(Wassermann)氏等均以為：這個反應是人體對於梅毒螺旋菌(*Spirochaeta pallida*)的一種特殊的免疫反應。但是後來經過許多學者的研究，才知道這個華氏反應與梅毒螺旋菌并無直接關係，直接與這個華氏反應有關係的，卻是血清內因梅毒螺旋菌所誘起的一種變化。

本篇所論之馬氏反應，已如前號第三章內所述，亦係一種化學的反應。

關於馬氏反應及華氏反應等之原理，當然尚多爭論，不過與梅毒螺旋菌無重要特殊的關係這一項，是無疑的了。這樣看起來，馬氏反應及華氏反應在梅毒的診斷上，好像沒有甚麼價值的樣子。但是實際上事實上卻不然的，除卻少數的例外，這些血清反應，在梅毒的診斷上，是頗有價值的，而且有時在梅毒的診斷上，是一時都不可缺乏的。

不過我們在此不可不注意的，就是無論馬氏反應也好，華氏反應也好，牠的陽性率，并非100%。換一句話講，一百個梅毒患者，因該梅毒之久暫了雖有多少差異，但決非這一百個人的馬氏反應或華氏反應，都是陽性的。現在關於此項，分開數節來敘述一下。馬氏反應的陽性率以外，并同時將華氏反應的陽性率并列，以作閱者諸君之參考。

(1) 第一期梅毒

關於馬氏反應在各期梅毒之陽性率的統計，近來頗多發表，但此種專門中之專門文獻，在國內涉獵，非常困難。所以關於此項，單就母校之統計以餉閱者。

據日本九州帝國大學皮膚科教室之統計，馬氏反應之陽性率為57.6%，華氏反應之陽性率為39.4%，可見馬氏反應之陽性率比華氏反應之陽性率較高。

其他世界各國著名之學者，關於華氏反應在本第一期梅毒之陽性率統計報告如下：

(報告者)	(例 數)	(陽性數)	(陽性率)
Fleisch mann	5	5	100%
Muehsam	4	4	100%
Bering	56	47	84%
Ledermann	46	31	65.2%
Blaschko—Boas	50	30	60%

軍醫雜誌 第六期

Bruck--Stern	27	13	48.3%
Heller	26	10	38.5%

我們一看上表，誰都會感想着各人所統計之陽性率，互相大有差異，這是什樣緣故的呢？

原來受着梅毒感染後，血清反應不是即日便呈陽性的，其間須有相當的時日，所以有一派學者將這個第一期梅毒分為血清反應陰性期及血清反應陽性期兩期，這個血清反應陰性期的期間，各學者的研究報告，又大不相同，不過一般的標準，是五個星期左右的樣子。所以在第一期內因採血檢驗之時期不同，該檢驗的陽性率的統計上，當然就會生出著明的差異了。

(2) 第二期梅毒

據日本九州帝國大學皮膚科教室的患者二十七例之統計馬氏反應及華氏反應之陽性率均為100%。

關於華氏反應在本第二期梅毒之陽性率，各學者的統計如下：

(報告者)	(陽性率)
Boas	100%
Schonfeld	100%
Lehring	98%
Bruck	94%

臨 床 論 叢

Fischer, Meyer	84%
Levaditi	83%
Selter	79%

(3) 第三期梅毒

據母校皮膚科之統計，馬氏反應在本期梅毒之陽性反應率，比華氏反應之陽性反應率較高。即馬氏反應為92.3%，華氏反應陽性反應率為69.2%。其他各學者關於華氏反應在本期梅毒之陽性反應率的統計報告如下：

(報告者)	(陽性率)
Blumenthal	10%
Meyer	100%
Schonfeld	100%
Ledermann	96%
Blaschko	91%
Behring	82%
Levaditi	62%

(4) 變性梅毒(metasyphilis)

據母校內科此症十七例之統計，馬氏反應之陽性率為76.5%，華氏反應一方面為70.6%。

綜合上述，馬氏反應在梅毒診斷上之價值，較之華氏反應毫無遜色。且檢驗手續簡單，所需器具不多，無怪乎數年

軍醫雜誌 第六期

前在萬國血清研究會議上被認為優秀而簡單之梅毒血清診斷法也。

(本章完，本篇未完)

雜 錄

行軍衛生之注意

張 賢 林

國府成立，軍事方興，我一集團軍員兵，均已束裝待發，師行之際，員兵衛生，尤當切要講求，對於出發前，行軍間，以至宿營等，均宜注意，茲畧舉要點，述之如左。

一• 出發前之衛生

軍隊出發前，應注意各員兵之健康狀態，其有異常者，宜努力發見之，即屬輕微者，亦恐於途中招至不測之煩累，尤以暑天為然，睡眠宜十分充足，不可空腹出發，即在拂曉食思不振時，亦宜勉進飲食，須知一粥一茶，亦能增進抵抗力不少也，水壺務宜充滿，以乘沸時注入為宜。

二• 行軍間之注意

軍行間，應注意各兵之動作及顏貌，勉力於行軍病之早期發覺，對於中暑及中寒，尤應迅速施行救急處置，勿使陷入重病，休息時，宜注意保護各兵之足，大小便溺，勿令污染休息地域附近太廣，若休息時間稍長，應速設廁所，於出

發時掘土掩之，水壺之水，務宜節用，應養成非至真渴不用之習慣，中暑中寒，於暫時休息間，反為多發，應與行軍間同一注意。

到着後對於各兵之足，亦宜注意保護，於黑夜行軍時，應利用各兵休息時間，使十分睡眠。

三·宿營時之注意

若遇宿營，因係一時性，各項佈置，大都簡陋，對於衛生上，難期完善，較諸屯營，尤應特別注意，宿營地點，應擇飲料水良善及供給充足之處，至該地方之現時或近時之傳染病，亦當留意及之，

宿營衛生之最當注意者，厥為排水及除穢，大小便及擗搗等，應納不滲透性容器中，否則掘地以充廁所，大小便及擗搗等，應每日數次以土砂或灰掩蓋之，廁所及擗搗場，務當與水源及廚房遠離，

宿營時間，若延長至數日者，應將附近地方，施行大掃除，將穢物搬離營外，於可能時，并燒却之，此外更應行昆蟲驅除法，若在寒天，宜講求取暖方法，

廠營之衛生，與兵管無異，然以構造相畧，故其清潔方法及取暖方法，尤應注意，

幕營，宜擇地方高燥，清潔，及排水妥善之處，先將雜草剷除，地面夷平，四週掘渠，以圖地土乾潔，次鋪地板，

藁草，或防水布等，以免潮濕，

天幕相互距離寬度，要在高度三倍以上，設公用之道路及渠道，平時務當敞開，以便通風及日光直照，地板藁草及防水布等，按時曝日光中，幕內表層污土，按時除去，鋪以乾砂，如駐紮過久，更宜將幕撤去，曝晒幕地，或將天幕遷移，

師行之際，不得已而有露營之舉，於衛生上，殊為大忌，務於可能範圍，竭力減少衛生上之危險，是為至要，

軍醫雜誌 第六期

轉 載

處方學 (轉錄同仁醫學)續

8●鎮痛劑

(Anodyna, Analgetica)

○鎮痛藥者乃部分的麻痺大腦灰白質之疼痛感受性之藥劑。
若麻醉劑之鎮痛作用則非部分的。乃麻痺一般大腦機能者
也。鎮痛劑雖用少量亦有催眠之效。

○適應症

1. 雖用局所麻醉劑或皮膚刺戟劑猶不易達得鎮痛之目的時。
2. 內臟有劇痛時。
3. 因疼痛之不眠症或神經興奮等之際。

第一方

鹽酸嗎啡(Morphini hydrochlorici) 0.01

乳 糖 0.5

為一包頓服用。

軍醫雜誌 第六期

- 鹽酸嗎啡在調劑上以乳糖液製50倍或百倍者爲便（此際宜十分研和）
 - 治療的作用＝用於鎮痛，鎮咳，呼吸鎮靜，催眠，腸運動靜止，鎮吐等之目的。及 At opin 中毒，腸出血，滯疼痛之滑平筋痙攣，糖尿病，尿崩症，多尿，口渴等。
 - 副作用＝縮腦作用，嘔吐，膀胱括約筋痙攣，麻痺溫熱中樞。對子宮之收縮運動如用少量能充進之。大量則麻痺之。又能擴張頭部顏面之血管。促進發汗。鹽酸嗎啡雖少量（0.03—0.05）已能中毒。小兒尤銳敏故。務以勿用爲佳。如久用鹽酸嗎啡。則染慢性嗎啡中毒症。此際如突然停藥。便見不安，不眠，苦悶，欠伸，嘔氣，下痢，虛脫等之種種禁斷現象。
- 不論何種疼痛，鹽酸嗎啡皆能奏效。然臨時宜十分慎重考慮而後可。尤以老人，小兒，慢性消耗性疾患，衰弱患者，心臟腎疾患等。更須注意也。

第二方

1.0% 鹽酸嗎啡水

爲注射料(1.0c.c.中含量0.01)一回量半筒乃至一筒。

此注射液宜置諸暗處。不可經過四星期以上。

第三方

鹽酸嗎啡

0.5

軍醫雜誌 第六期

一年以下者宜嚴禁。一年以上者亦宜大注意。

年齡	一回極量
1—2年	0.0003—0.0005
2—4年	0.0005—0.001
4—6年	0.001—0.002
6—8年	0.002—0.003
8—10年	0.003—0.004
10—12年	0.004—0.007
12—15年	0.007—0.01

第六方

磷酸古堉因(Codein) 0.03

乳 糖 0.5

爲一包頓服用。

第七方

磷酸古堉因 0.1

乳 糖 2.0

分三包一日三回分服

○第七方乃有效於咳嗽劇甚者。

本來磷酸古堉因比鹽酸嗎啡較無害。雖連用久服而致嗎啡

中毒樣之症狀者甚稀。

○調劑上宜豫製十音用者爲便。

○磷酸古堉因之小兒用量○

年 齡	一回極量
2 — 3 年	0.001
4 年	0.002
6 年	0.005
8 年	0.01
12年	0.02
又小兒用量 (一日量)	
1 — 4 年	0.002
5 — 7 年	0.008
8 — 10年	0.015

○磷酸古堉因如遇加里鹽或曹達鹽則生沉澱○

○若論鎮咳作用則磷酸古堉因比鹽酸嗎啡尤優○且適於小兒○

○磷酸古堉因又可用爲止痢劑○

多尿症亦見用○

第八方

磷酸古堉因	0.2
蒸溜水	10.0

爲皮下注射料○

第九方

軍醫雜誌 第六期

Dionin 地阿連

○Dionin之鎮痛作用及麻醉作用雖劣於鹽酸嗎啡。然為鎮咳劑則稍有力。副作用弱而習慣作用少。是其長處。內服或皮下注射皆可。

○Dionin為鎮咳劑之小兒用量

年 齡	一回量
1—2 年	0.001
2—4 年	0.002
4—6 年	0.002—0.003
6—8 年	0.003—0.005
8—10年	0.005—0.008
10—15年	0.008—0.01

第十方

Pantopon 盼滔本

○內服或皮下注射(用Ampulle者)

○用量=用鹽酸嗎啡之倍量。

有鎮痛，鎮靜，制瀉，鎮咳，催眠之效。為鹽酸嗎啡之代用品而有卓效。

然若濫用則能惹起Pantopon中毒之症狀。

第十一方

鹽酸美魯因(Heroini hydrochloricum) 0.003

乳 糖 0.5
為一包頓服用

第十二方

鹽酸笑魯因 0.01
乳 糖 2.0

分三包一日三回分服

○用鹽酸笑魯因於鎮痙，鎮咳。可為水劑或散劑。不可與 Alkali劑，重曹，安母尼亞茴香精，Apomorphin配合。小兒尤須注意。若加答兒性肺炎則寧以勿用為佳。

○連用之能起慢性笑魯因中毒。

○鹽酸笑魯因之小兒用量(宜大注意)

年 齡	一回量
一年以下	0.0001——0.0003
2——4年	0.0003——0.0005
5 年以上	0.0005——0.001

○鹽酸笑魯因於調劑上豫製十倍者為便(宜十分研和)

▲應用配合藥品(第十二方)

○莨菪越幾斯(極量一回0.05—日0.15)

○安知必林(極量一回10.—日3.0)

○亞斯必林

○炭酸Guajacol

軍醫雜誌 第六期

○Fagol

○杏仁水(極量一回2.0一日6.0)

第十三方

05% 鹽酸笑魯因水

為注射料(一日半○)

第十四方

阿片末 0.15

乳 糖 2.0

分三包一日三回分服○

○阿片之作用略與鹽酸嗎啡同○唯緩徐耳○

○阿片又為制瀉劑而見用○

○為靜止腸管運動之目的而見用(腸出血，腸管穿孔，腹膜炎，盲腸炎之際)

○因腸閉塞，鉛毒疝痛，滯便等之便秘○若用阿片能緩和腸壁之攣縮，反能通便者有之○

第十五方

阿片丁幾 1.0

單舍利別 110.0

溜 水 100.0

為一日量三回分服

▲應用配合藥品(第十五方)

○加阿片丁幾於撒列普(Salep)

漿劑而內服或灌腸。○此灌腸用於大腸加苔兒而有疼痛時。

○鹽酸Limonade亦可加入阿片丁幾

○Tinctura Strychni

○桂皮丁幾(Tinctura Cinnamomi)

○芳香丁幾(Tinctura aromatica)

○纈草丁幾(Tinctura Valerianae)

○阿片丁幾混乳糖為散劑亦可。

○阿片丁幾之小兒用量(要注意)

年 齡	一日極量
一年以下	0.025—0.05
1—2 年	0.05—0.1
3—5 年	0.1—0.2
5—10年	0.25
10—15年	0.3—0.5

第十六方

獨夫兒散(Pulv. Doveri) 0.5

乳 糖 2.0

分三包一日三回分服

○獨夫兒散見用於腸加苔兒，止痢，鎮咳，鎮痛，發汗等。

軍醫雜誌 第六期

○獨夫兒散之小兒用量

年 齡	一回量
1 — 2年	0.001—0.003
3 — 4年	0.003—0.005
5 — 10年	0.01 — 0.02
11—15年	0.03

第十七方

莨菪越幾斯	0.02 — 0.03
乳 糖	0.5

爲一包頓服用

第十八方

莨菪越幾斯	0.06
乳 糖	2.0

分三包，一日三回分服

○莨菪越幾斯宜豫製二倍用，五倍用或十倍用者爲便（宜充分研和）又用爲水劑亦可○

○莨菪越幾斯之小兒用量

年 齡	一日量
半年未滿	.005
一年以下	0.01
一年半以下	0.015

轉 載

2 年	0.02
3 年	0.025
5 年	0.03

▲應用配合藥品(第十八方)

- Duotal
- Fagol
- 安知必林(Antipyrinum=極量一回1.0一日3.0)
- 亞斯必格(Aspirin)
- Acetanilidum 亞西炭尼利
- 撒里知爾酸曹達
- 重曹
- 煨製鎂Magnesia
- 龍胆草末(Pulv, Gentianae)
- 精製樟腦(Campher)

◀其他之鎮痛劑

- 莨菪丁幾 (Tinctura Scopoliae) (極量一回1.0一日3.0)
- 菲沃斯越幾斯 (Extractum Hyoscyami=極量一回0.1一日0.3=此亦與莨菪越幾斯同○宜豫製十倍者爲便)○

處方例

菲沃斯越幾斯	0.03
杏仁水	1.5

軍醫雜誌 第六期

糖 水 30.0

頓服用

- Neulen=有效於神經痛，筋肉僵麻質斯，肩凝等。一回注射1.0c.c.於皮下。
- Panloid=有鎮痛鎮咳之效。
- Tetradotoxin=對僵麻質斯有著效。
- 納爾科旁 (Narcopon=用為一般麻醉及鎮痛劑。內服，灌腸，坐藥，皮下注射皆可。內服則大人一回0.01—0.03瓦，一日0.03—0.06瓦(粉末)。皮下注射則大人一回量一筒(0.6c.c.入或1.1c.c.入)
- 鹽酸Sinomenium=用於僵麻質斯，神經痛。內服大人一回量0.03—0.05瓦(一日三回為散劑或水劑)。皮下注射一回量1.0c.c.含量(0.03)一日1—2回。

(未完)