

軍醫月刊

JOURNAL OF ARMY MEDICAL SERVICE

第二卷



第二期

Vol. 2

No. 2

FEBRUARY 1948

中華民國三十七年二月出版

要目

插圖：敬悼軍醫總監徐希麟先生
中美技術人員交流之一頁

新國防制度下衛生勤務之運營.....	朱季玉 (1)
軍醫戰術講授錄.....	徐步安 (7)
初試常山治療雜瘡結果簡報.....	史敏言 (11)
胸部X光集體螢光攝影術.....	徐鈞 (15)
關於 B.C.G. 接種.....	委景舟 (20)
氣喘樣之治療問題.....	葉維法 (27)
軍隊中性病的預防.....	李權祖 (32)
診療新知拾錦.....	馮玉書等 (38)
醫學文摘.....	馮冠華 (42)
交換綑帶.....	鍾志謙 (45)
誰說沒有好醫院？.....	陳勤林 (47)
美國衛勤作業.....	馮冠華 (48)
從失望中發現了新的希望.....	關理章 (50)
編餘.....	江德鳴 (51)
人事公告.....	(52)
法探選輯.....	(56)

近世科學昌明於化學室中已能製出已發現於人體內需要之各種維他命及礦物原素且能擬就廉價之處方加以美術裝璜在市上出售矣惟此僅能混合已發現之各種營養維生素而已倘欲求其能與人類日常天然食物內所含質素與成份絕對相同則更有待於科學家進一步之發現也故於可能範圍內採用可靠天然維他命及礦質原素之製品實為明智與合乎邏輯之舉

美國天然維他命公司各種出品純由天然動植物提煉加以適宜之配方混合製成故為採用者一致推許也

美國天然維他命公司

總經理

廣州惠福西路貳百廿號

香港畢打行八樓東成公司

上海禮查大樓九十號室



胃潰瘍
樂努食丁
與
力度伸



樂努食丁與力度伸
治胃潰瘍優勝於其
他療法

*(Dr. E. E. Baake, M.D. - Revista Médica
Germano-Ibero-Americana, 1933, No. 1/2.)*

生理的潰瘍療法

用「羅氏」樂努食丁及「羅氏」力度伸

Larostidin Roche Redoxon Roche

何故須以「羅氏」樂努食丁與「羅氏」力度伸同用？

據一九三八年美國醫療報告凡患潰瘍（胃潰瘍十二指腸潰瘍等）之病者均缺乏維他命丙故其需要維他命丙之量大增此種事實已久經世界專家如 Mc Conkey, W. Stepp, Kuehnau, Schroeder, Hanke 等用動物實驗切實證明凡胃腸中已生成消蝕性之潰瘍者其體中必有長期維他命丙缺乏症可見維他命丙缺乏實與潰瘍大有關係簡直為潰瘍生成之誘因據動物實驗凡天竺鼠以無維他命丙食料飼之在夏日百分之五十患幽門潰瘍若在本缺維他命丙之冬令則完全百分之百患胃幽門潰瘍可見維他命丙在潰瘍治療中之地位矣「羅氏」樂努食丁既有解痙之功又富營養之力不獨能止胃痛且能調整胃涎膜作用使早生新肌恢復正常機能增進其生理的抵抗力抵抗胃液消蝕作用凡此作用得維他命丙（力度伸 Redoxon）之助而益有力並可防止因缺乏維他命丙而起之出血病患（如嘔血吐血）故凡胃腸潰瘍用此兩藥合併治愈者乃真生理的痊癒也故醫家稱之為：生理的胃腸潰瘍療法！（Dr. E. E. Bauke, M. D.

-Revista Médica Germano-Ibero-Americana, 1938, No.1/2)

「羅氏」樂努食丁 | 「羅氏」力度伸

其作用為

- | | |
|---------------|-----------------|
| 1. 止痛極速 | 1. 減少吐血 |
| 2. 開胃益食增進食慾 | 2. 開胃益食增進食慾 |
| 3. 飲食消化較速 | 3. 補償飲食中所缺之維他命丙 |
| 4. 體重增加 | 4. 體重增加 |
| 5. 精神振作 | 5. 精神振作 |
| 6. 可往來就診不須臥病床 | 6. 增高生活力延長壽命 |
| 7. 工作力恢復極速 | 7. 增進身體之抵抗力 |
| 8. 大多潰瘍完全治愈 | 8. 增高痊愈機能 |
| 9. 可免復發 | 9. 可免復發 |

(切實合併治療確保除根)

- | | |
|---------------------|---------------------|
| 10. 潰瘍手術後如此治療可免續起病患 | 10. 潰瘍手術後如是治療可免續起病患 |
|---------------------|---------------------|

(手術後之治療)

「羅氏」樂努食丁與「羅氏」力度伸相輔而行功力益顯凡治胃潰瘍十二指腸潰瘍用此兩藥合併治療雖極重症頑惡難治者亦能應手而愈

樂努食丁及力度伸合併治療胃潰瘍

療法及劑量

以五公撮裝「羅氏」樂努食丁一安瓿及「羅氏」力度伸一至二安瓿(每安瓿含0.1公絲)每日同時行肌肉或皮下注射約至三星期為通常療法但延長治療至三星期非絕對每每必須如此亦須視病情之必要乃施行之如下述病狀則須極慢延長治療之

某種頑固胃潰瘍慢性的再發及預防症患之復發於治愈後隔二個月須再注射有許多頑固胃潰瘍症及其他許多胃潰瘍症經時久長後應施行預防治療其治療時之注射次數每年二至三次各按過去之潰瘍程度而定之

樂努食丁與力度伸亦可裝入一針管內混合注射惟力度伸乃是維他命亦為一種滋養料故按照病人體中缺乏情形任意加劑多用不必定照成法維他命而雖用極大量亦從無弊患凡患腸胃潰瘍之人最需要大量維他命而補充如力度伸尤宜特別多用

包裝

「羅氏」樂努食丁

注射液：每盒六或二十五安瓿每安瓿含獨水氫醛化一組織酸四成等強性消毒溶液五公撮

片劑：每瓶二十五片每片含獨水氫醛化一組織酸0.1公分

「羅氏」力度伸

片劑：每管二十片或每瓶二百五十片每片含維他命丙五十公絲

注射液：每盒六或五十安瓿每安瓿二公撮含維他命丙一百公絲

濃注射液：每盒三或二十五安瓿每安瓿五公撮含維他命丙五百公絲

瑞士赫孚孟羅氏有限公司



英國卜內門製藥有限公司

「白樂君」抗瘧藥之最新製劑

「白樂君」經大規模之臨床實驗，業已證明為有高效率之抗瘧藥，較諸梅白格靈及奎寧。有確切之優點。

「白樂君」(每服一片或二片)，足以控制各型瘧疾之症象而終止其發作。

「白樂君」於惡性間日瘧，為全部基本預防劑，而於良性間日瘧，則為局部基本預防劑。

「白樂君」於惡性間日瘧，施行斷根療法。而於良性間日瘧，則每星期一次服一片，即足以永遠制止其復發。

「白樂君」為無色製劑，服用通常劑量，決不引起任何不快反應。

在華獨家代理，備有說明書，承索即奉。

英商卜內門洋碱有限公司謹識

上海四川路一三三號
香港車打道太子行

永 保 康 健



各種疾病之發生皆由于人體內鈣質新陳代謝之失却平衡及缺乏維他命所致

最新與最有效之鈣質及維他命混合劑

多 維 三 鈣 劑

馳名全球之鈣化治療理想劑

成分： 三鈣劑，維他命 A, D, B₁, B₂, C, 鐵質，鎂，銅，鋅等，之朱果力藥片。

主治： 鈣化不全，各種肺結核，結核性腹膜炎，貧血，癩癩，淋巴腺，妊娠哺乳期，折骨，齒疾，各種衰弱，發育期，各種壞血病等。

法國巴黎新西亞大藥廠榮譽出品

百部洋行總經理

上海廣東路十七號

電話：一九七七三一

瑞商禮惠洋行 LIEBERMANN WAELCHLI & CO.

瑞士沮利希城 中國 上海

註冊



商標

氣喘藥劑 Asthma Cure:

專治氣管枝性氣喘慢性氣管枝炎及肺氣腫等氣喘病症

安眠藥片 Bonanox:

專治失眠及精神不安之病症

抗痛錠 Contradol:

為止痛退熱鎮靜兼能解除痙攣之藥劑

特妙可 (液劑, 油膏, 藥粉) Dermocol (Liquid, Ointment & Powder)

為專治香港腳癬瘡及其他黴菌皮膚病之特效藥

安妥腸散 Enterosan:

專治急性腸傳染症如各型細菌性痢疾急性變形蟲痢疾即阿米巴痢疾夏季各種泄瀉及急性腸胃炎等症

優等安妥腸散 Enterosan Sagra:

專治各型赤痢蓋登氏腸炎以及暑期腹瀉與腸胃炎等症

施丹飛康 Staphygon:

專治一切由鏈球菌葡萄狀球菌肺炎雙球菌及淋濁菌所引起之各種病症

「利活」良藥 品質至高 醫師藥用 藥房均售

上海禮惠洋行西藥部

金陵東路八至一〇號 電話八〇一七五



嘉基良藥一覽表 GEIGY PRODUCTS



賽樂乏痛 Helvagit

為擁有增進循環作用之止痛劑與抗痙攣劑。本劑能立止疼痛解除痙攣，專治各種疼痛，以及疲勞，精神萎靡等症。

益解紛 Irgafen

乃最新之化學治療劑，用量甚小，超越任何磺胺製劑，專治一切因肺炎菌，鏈球菌，葡萄狀球菌及腸菌等所引起之發炎症。

考非拉明 Corphyllamine

為耐受性極佳之強心劑及效力甚大之利尿劑可供注射及口服之用。

大可舒 Tacosal

為強有力抗痙攣劑與抗痙攣劑並不含有催眠作用，專供近代治療羊癲瘋及一切痙攣，痙攣，抽搐等症之用。

敵掃淨 Desogen

為效能甚強之殺菌劑與消毒劑專治：
一• 外科與產科消毒之用。 二• 手及醫療器械消毒之用。
三• 瘡口及皮膚發炎時搽洗之用。

美導眠 Medomin

為平常應用之輕安眠藥，性質和平，無毒無害，不致成癮，吸收迅速能在短時內成眠，在體內分解迅速，故醒後無各種不快之副作用。

舒得樂聖油膏及粉劑 Sterosan Ointment & Powder

為較一切磺胺製劑更新而效力更大之殺菌劑，專供局部治療如數擦瘡口，瘡口，皮膚發炎及香港腳（即脚濕氣）之用。

敵譯息特 嘉基敵殺脫 Neocid DDT-Geigy

無毒無臭，專供殺滅各種蟲類如臭蟲，跳蚤，白虱，蚊子，蒼蠅，螞蟥等用。

金陵東路八號 瑞士嘉基洋行有限公司(中國分行) 電話：八二四七六

化學療法新進步

「蘇斐屈隆」

'SULPHETRONE'

Tetrasodium 4:4' - Bis - (γ -Phenylpropylamino)-
Diphenylsulphone - a: γ :a': γ - Tetrasulphonate

「蘇斐屈隆」(a derivative of diamindiphenyl-

Sulphone) 由威來金研究實驗室悉心

研究而成。對抗動物之肺結核有高

度化學療效。至於治療人類肺結核

用本品作臨牀之試驗。現雖尚在進

行過程中。惟據最近經驗指示。對於

數種肺結核。確有良好之效應。而於

早期浸潤性損害。尤具特效。

「蘇斐屈隆」須在具有測驗血液中

本藥之含量及血液計算之完善實

驗設備時方可施用。

寶威大藥行

(英國倫敦威氏基金股份有限公司)



中國獨家經理 志霖有限公司

BURROUGHS WELLCOME & CO. (Prop. The Wellcome Foundation Ltd.) LONDON & SHANGHAI

Sole Agent in China: T. L. WOO & SON, LTD., 18 CHUNG SHAN ROAD, E. I. SHANGHAI P. O. BOX 1180

敬 悼
軍醫總監
徐希麟先生



成蔭先生諱希麟世居福建之建甌稟賦異常人居恆沉靜嚴肅不苟言笑剛毅堅貞一本天性習醫既成獻身軍旅民國十年總理自粵率師援桂先生時任援桂粵軍軍醫院上尉軍醫翌年轉任廣東陸軍醫院上尉軍醫盡忠職守屏絕交遊治學之餘設班訓練看護士兵循循善誘終年不倦愛護傷患視同手足每遇危急重症雖深夜必親為處理全院傷患咸愛戴之十三年陳逆炯明盤據粵東總司令蔣公率師二次東征克復潮汕時大本營軍醫處會組四個野戰病院隨軍分駐潮汕蔣公會親往各院巡視以其辦理不善至不滿意即下令一律裁併改設總醫院一所於潮州以先生任院長乃羅致醫學湛深者多人集中重傷重病分區處理輕傷輕病另集一區嚴加管訓健愈者隨時歸隊並取銷傷患伙食包辦制改由黨代表會同傷病代表辦理逐日公布細賬從此傷患馴服秩序井然為層峯所嘉許十四年何公應欽在汕就第一軍軍長職以先生任軍部軍醫處長次年升任東路軍總指揮部軍醫處長惟時東路軍北伐開始兵力極單僅有馮秩斐之第四十八師譚曙卿之第三師及民軍組成之張貞第一師訓練未久戰力之薄弱可想時北洋軍閥周蔭人以倍我之衆自閩來犯戰事初起黃崗饒平相繼失守汕頭亦岌岌可危時何公駐節三河瀾見情勢危急非出奇無以制勝乃以徐思忠一團禦五倍之敵於松口而以主力從三河紆迴峯市直取永定並下令限於廿四小時內必需攻克永城是以全軍輕裝捷進無如大軍行後徵仗困難彈藥無法輸送何公深以為憂蓋永城不下則全局殆矣先生聞之即報衛生隊尚未出發可資利用遂親率全隊士兵挑運彈藥趕程赴永城前方聞彈藥至士氣大振乃一舉而下永城周逆後方全部俘獲翌日回師松口拊敵之背敵疑為神兵紛紛崩潰從此我東路軍由閩而浙長驅直入勢如破竹足見松口一役為勝敗轉捩點先生實有力焉先

生之見重於 何公也亦可謂從此役開始迨十六年先生任福建全省禁烟總局局長以服務桑梓除絕烟毒爲職志不妥協不通融遇有犯者雖顯要關說亦絕不徇情致遭人忌憤而辭去十七年任浙蕭山縣縣長時軍事甫結束民生凋敝秉古人與民休養生息之旨以清廉勤慎自律仁風所被謳歌載道廿二年任南昌行營軍醫處軍醫監處長剿匪戰事時頗緊張先生當機立斷策劃周詳處理業務應付裕如廿三年春奉派赴日入東京帝國大學研究同時並入東京慈惠醫科大學研究科至廿六年九月畢業適返時戰事方殷仍服務於軍政部廿七年秋保衛武漢積極備戰當局以軍醫業務重要派先生任軍政部軍醫署第二處處長主管前後方衛生勤務先生本其一貫之經驗高瞻遠矚措置自如武漢撤守之前軍醫署移駐衡陽奉命留漢辦理善後危急之中達成任務回抵衡陽時值長沙大火之後人心浮動傷兵聚集衡陽者達三萬餘人關於桂黔兩省醫院之部署後撤衛生機關之整補原有傷患之疏運新傷患之收療錯綜紛紜緊急萬狀先生統籌並顧成竹在胸卒能渡過難關嗣後統籌各戰區衛生勤務擘劃指示靡不中肯衆論翕然論功行賞升任軍醫署軍醫總監副署長旋升任署長兼任後方勤務部衛生處處長總綜全國軍醫事宜乃延攬專才勵精圖治舉凡軍醫人員之培養獎勵救護醫療效率之提高增進創立完善之陸軍醫院擴充製造衛材各廠等均於人力物力極度困難之時分別舉辦以應長期抗戰之需要而最爲人稱道者在大後方衛生器材來源完全斷絕補充萬分艱窘情況之下毅然自卅三年開始創辦各部隊衛生材料發給實物制度此種排除萬難勇往直前之大無畏精神洵非常人所可比擬卅四年春中國陸軍總司令部在昆明成立奉命兼任該部軍醫處長渝昆兩地往返頻繁責任倍增心力交瘁遂辭去軍醫署長及後方勤務部衛生處處長各職專掌反攻軍之衛生勤務卓著勤勞榮獲美國大總統羅斯福將官級嘉猷勳章先後並獲本國政府四等雲麾勳章忠勤勳章勝利勳章等勝利後隨 總長何公入京參加受降典禮協同軍醫署辦理敵僞軍事衛生機關之接收及敵僞傷患之處理事宜嗣中國陸軍總司令部改組爲陸軍總司令部調任該部軍醫總監軍醫處長旋奉派充赴美考察進修軍醫隊隊長留美半年頗多收穫詳載軍醫署軍醫行政組考察美國軍醫業務報告書對於我國軍醫之改革頗多貢獻方期舒展長才宣勞黨國詎爲二豎所纏困頓床第時逾半載卒以羸弱過度藥石罔效痛于本年二月十四日溘然長逝綜先生一生律己謹嚴履踐篤實略無虛飾僅誌先生生平事略以示景仰

中美軍醫技術人員交流之一頁

美國布魯克軍醫中心

歡迎軍醫署留美考察人員合影



左起：供應司長胡會林 前辦公室主任錢繩武 衛勤司長段之模 布魯克中心主任 Gen. Jone W. Willis
副署長陳立楷 榮善司科長孫德亮 組訓司長蔣旭東 總務處長蔡善德 總務處副處長張協時

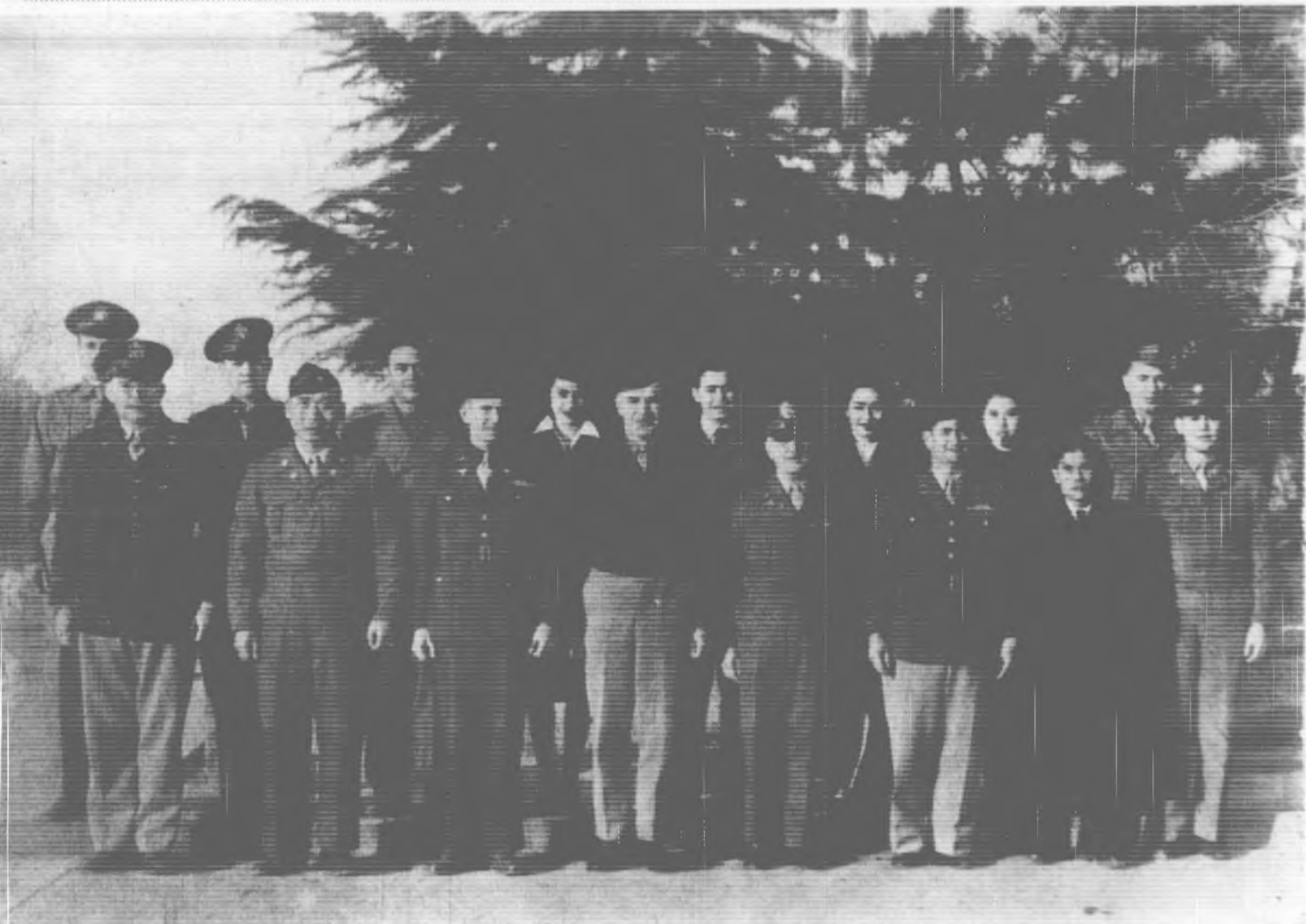
駐華美軍醫顧問團(聯勤組)元旦聯歡合影

(該組并以此照代表賀年賀東)

Roster of Personnel in Group Picture

Office of the Senior Advisor, Medical Service

Combined Services Division, Army Advisory Group



Back Row—Left to Right:

1. Capt. Charles J. Simpson, M.S.C., Assistant Advisor, Operations.
2. Col. Floyd L. Wergeland, M.C., Senior Advisor, Medical Service.
3. Col. Richard G. Yule, V.C., Advisor, Veterinary Service.
4. Miss Luise Perme, clerk typist.
5. Mr. Nicolas Baboushkin, clerk typist.
6. Miss Eugenia E. Hunt (U.S. Civil Service), Secretary.
7. Miss Chow, Teh Jung, clerk typist.
8. 1st Sgt. Melvin R. Peterson, M.D., Sergeant Major, National Defence Medical Center.

Front Row—Left to Right:

1. Lt. Col. Joseph T. Caples, M.C., Advisor, Commandant, National Defense Medical Center.
2. M/Sgt. William Yang, M.D., Advisor, Medical Supply.
3. Capt. Francis O. Chapelle, M.S.C., Advisor Operations.
4. Maj. John M. Gracie II, M.S.C., Advisor, Medical Administration and Executive Officer, Office of The Senior Advisor, Medical Service.
5. Lt. Col. S. Rush Haven, D.C., Advisor, Dental Service.
6. Lt. Col. Robert L. Whitfield, M.C., Advisor, Surgeon, Infantry Division Training Center.
7. Mr. Fu Lin, clerk typist.
8. M/Sgt. Carl H. Dent, M.D., Sergeant Major, Office of the Senior Advisor, Medical Service.

新國防制度下 衛生勤務之運營

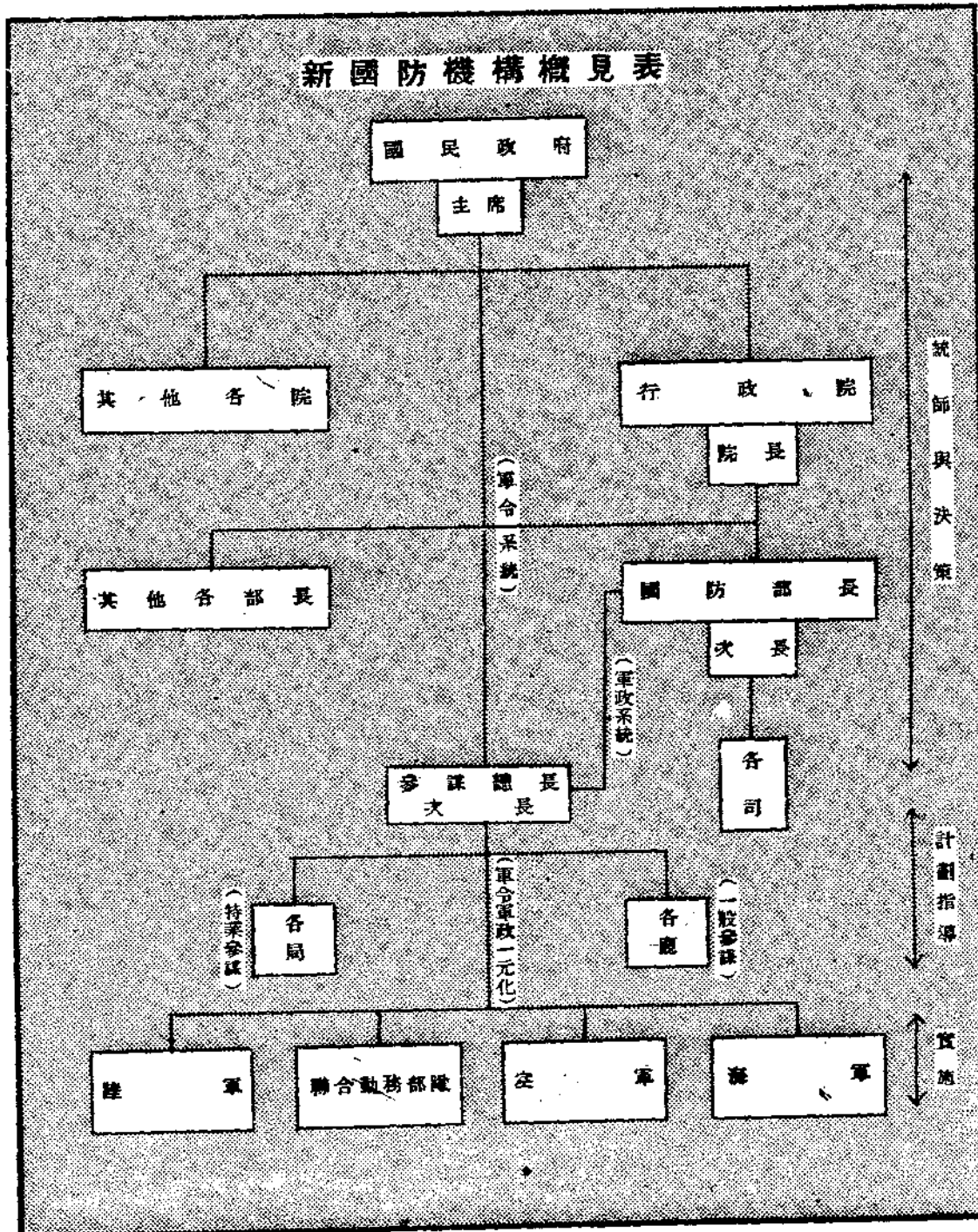
軍醫署衛生勤務司
朱季玉

一 軍醫署之地位

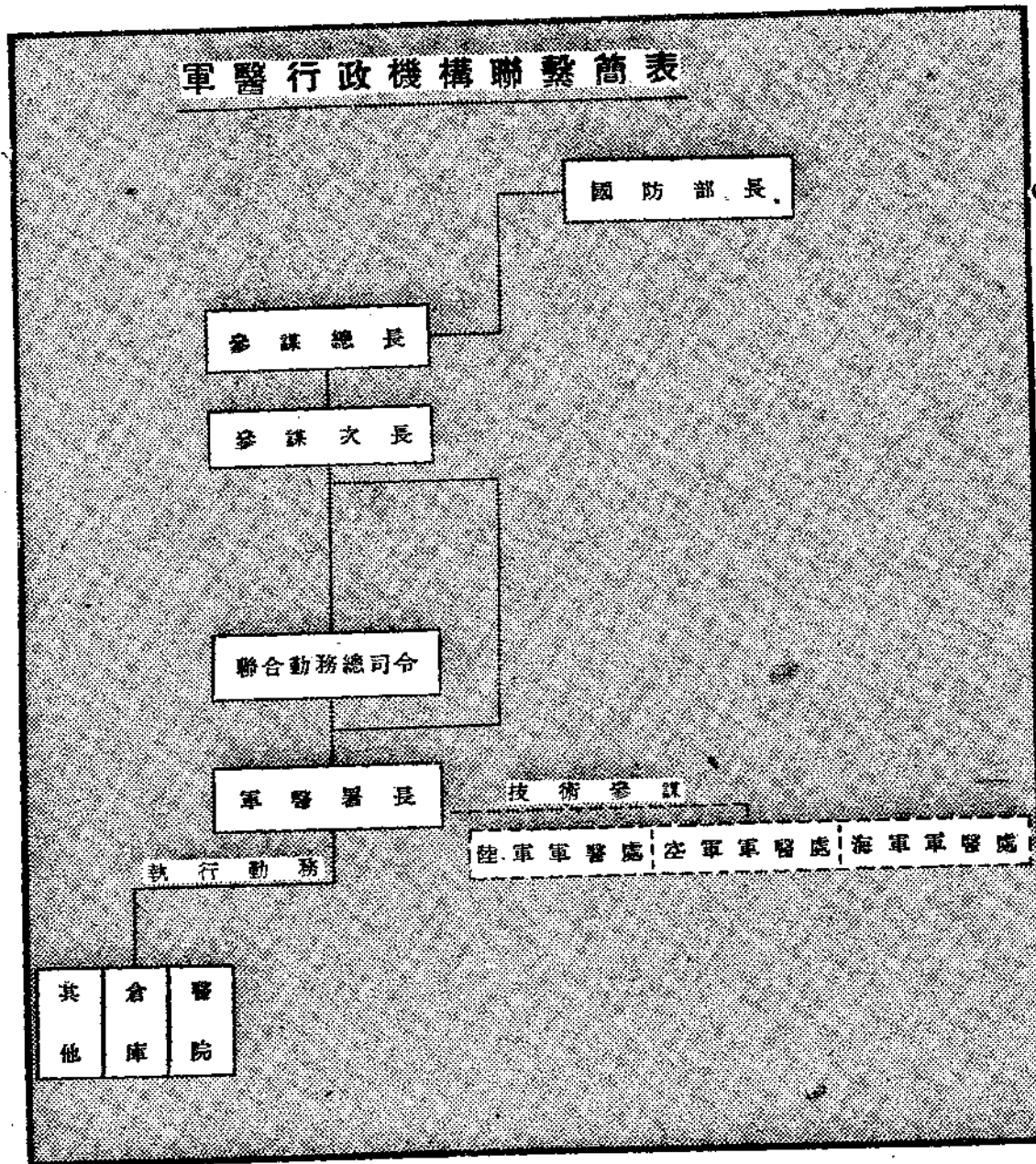
卅五年六月，我國國防部成立，為新國防制度之誕生。國防部組織之涵義有二：一為陸海空三軍軍令軍政之統一，一為統帥決策與指導實施之明確劃分。從縱的方面研究，參謀總長之上，一方為國家元首，屬軍令系統之首腦，一方為國防部長，為國防部之首長，此為統帥與決策階層，此階層授權參謀總長，負責準備各項純軍事之計劃及指導實施。自此以下，體系合一，參謀總長之幕僚，有一般參謀（各廳）與特業參謀（各局），均分別掌管陸海空軍軍令軍政之統一計劃業務。從橫的方面研究，元首，行政院長及國防部長負統帥與決策之責，對於參謀總長有控制之權，故此階層，亦可稱為權的階層。參謀總長輔以各廳局等之幕僚機關，負計劃與指導之責，可稱能的階層。至陸、海、空軍及聯合勤務四個總司令部，分別担任各軍種之訓練指揮事宜，是為執行階層。（參閱『新國防機構概見表』）（表見次頁）

現行執行階層中，陸、海、空軍及聯合勤務總司令部，皆有軍醫行政機構，在陸、海、空軍總司令部之下者，皆稱軍醫處，在聯合勤務總司令部之下者，稱軍醫署，但軍醫署之任務，有異於其他軍醫處者，主為（一）確定軍人之體格標準，（二）以適宜之防疫及各科治療技術，與完善醫院之設備復健等設施，保持軍隊之作戰力，（三）組織訓練各種衛生單位，供應勤務及作戰部隊之需要，（四）適切供應軍醫業務所需之器材及裝備，配合軍事供應計劃，準備充足之數量，使無匱乏，（五）按健康觀點決定軍人口糧之適當內容。歸納言之，凡人員，物資，方法三端，應由軍醫署計劃并主掌一切，其作業應分兩部份，一為技術參謀部份，一為執行勤務部份，前者得承參謀總長之命，有指導陸、海、空軍總司令部軍醫處之權，後者承聯合勤務總司令之命，直接執行勤務。如「軍醫行政機構聯繫簡表」

新國防機構概見表



軍醫行政機構聯繫簡表



二 軍醫署之職權

(一) 基本作業之劃分

- 一、陸軍之野戰區，及海軍空軍之基地衛生作業，歸各該軍醫處指揮。補給區（包括現行兵站及後方區）之衛生作業，歸聯勤軍醫署指揮。
- 二、聯勤軍醫署長，為參謀總長之技術參謀，陸軍海軍及空軍軍醫處之業務設施，應符合軍醫署長所決定之政策。
- 三、各署處對於各該總部應行推進之衛生作業，應對各該總司令負責建議并執行各種防疫及治療之措施。

(二) 技術參謀業務之範圍

聯勤軍醫署所有技術參謀業務之範圍，其要點如次：

- 一、決定軍事各部門官佐與徵調人員之體格標準。
- 二、審核體格檢查之報告，病休退伍等紀錄，并規定軍事學校入伍生，常備軍官，及曾因體弱退役之陸海空軍官兵復役之體格標準。
- 三、指導研究工作，以最新技術改進一切衛生設備衛生器材之供應。
- 四、決定所需衛生人員之人數，及供應補給區及戰區指揮部所需之技術單位，并指揮專門技術人才之分配，以應傷病處理上之需要。
- 五、參與作戰計劃，負責衛生單位之配合。
- 六、對各級衛生機關編制之建議。
- 七、規定各衛生單位編制裝備，并依實際需要隨時之修正。
- 八、依照保健之觀點，釐定官兵給養之數量與種類。
- 九、研究開設醫院之適當地點，并依醫務觀點，指導醫院之建築。
- 十、監督一切軍醫訓練，派遣教官，規定各種班次之課程，編纂訓練手冊，及其他有關訓練之出版物。
- 十一、規定衛生器材之購置方法與辦法。
- 十二、決定衛生器材之需要量，按期審定是否適合實際需要，并注意其供應時間，兼顧原料存量之準備。
- 十三、與其他有關部門保持聯繫，計劃生產原料之供應，必需品之節省，應存量之多寡，優先權之規定等。
- 十四、監督各衛生器材庫，依照規定方針，保存衛生器材。
- 十五、按照軍醫各項計劃編擬各項預算及分配預算。

(三) 執行勤務之共通性的職權

各署處對各該總部應執行之勤務，其共通性之職權，要點如次：

- 一、羅致并分派合格之衛生人員，遂行各該總部之衛生作業。
- 二、蒐集國外之醫藥資料，包括保健，防疫，醫院管理，性病管制，生物及化學戰爭之兵器等，有關調查統計及問題。
- 三、預備并調動衛生人員及單位以應需要。
- 四、管理各該總部特種衛生人員之訓練，及其所屬人員之考核。
- 五、監督各該總部直屬單位之工作。屬於部隊及醫院方面者，如防疫，保健，環境衛生，專門治療方法，住院病人分配等措施。屬於倉庫及其他方面者，依其業務性質施行。
- 六、分類儲備并分發各該總部直屬單位之衛生材料，但應由聯勤軍醫署統籌補給，并承軍醫署長之指導，進行研究工作。
- 七、各署處應實施之技術的衛生作業，應符合軍醫署長之政策，如內科，外科，牙科，精神病，護理，獸醫，社會醫學，體格標準，及體力復健等。
- 八、勤務及作戰部隊衛生狀況之調查與報告。
- 九、對軍醫政策之建議。

三 軍醫署爲全軍衛生勤務運營之主紐

觀乎上述軍醫署組織之性質與地位及其職責與任務，可知軍醫署在新國防制度下實爲全軍衛生勤務運營之主紐。惟自新國防制度實施以來，迄至今止，軍醫署尙未能依賦予之地位，執行其任務。目前聯勤軍醫署與陸、海、空軍軍醫處之間，僅有橫的聯繫，尙無縱的關係，易言之，即軍醫署爲參謀總長之技術參謀之地位，尙未確定，故整個軍醫政策則無從確立。此一段距離，關係全軍衛生勤務之運營至鉅，蓋全軍衛生勤務之運營如無中心，則三軍系統分立，缺乏全般計劃，以資聯貫溝通，而不能共赴一的，試申述之。

一、就軍政而言 可分爲軍政及軍令，所謂軍政，有狹義的與廣義的之分，前者屬於軍事本身業務，如陸、海、空軍之人事，經理、交通，通信，衛生、兵工，軍法等之業務運營，由參謀總長秉承最高統帥與部長決策，而負計劃實施之任。就中衛生一項，陸、海、空三軍軍醫行政機構，秉承各該總司令層承最高之決策的執行其勤務，固無間言。後者，屬於普通行政範圍，即軍事行政，主要爲人、財、物三項。人者、即關於人的動員與徵補之政策，詳言之如兵員數額，以及軍用文官及技術人員之徵用等之決策與徵補等。財者、平時國防費與軍事費預算之決策與請求及運用之監督等，決定戰時戰費之預算政策與請求獲得及運用之監督等。物者，關於物的動員與徵用，營建等計劃決策與實施之監督。此項行政，大則關係人民之義務權利，必須立法機關通過，次則與國家整個財政經濟有影響，或與其他政府機關有關，必須經行政首長統籌商討與裁定，故凡國防需要之軍事預算，人員及物資等，應由參謀總長根據實際情形，擬具計劃，經國防部長審核後，提請行政院及國民政府決定，或由立法院通過施行之。就中衛生一項之人員，徵補訓練及物資徵用供應等，雖應由參謀總長根據實際情形，擬具計劃，然實地負此項計劃之責，應歸之參謀總長之技術參謀，故聯勤軍醫署爲參謀總長之技術參謀之地位，必須確立，然後方可執行其任務，爲聯貫溝通之用，以統一陸、海、空三軍全般衛生勤務之運營。

二、就國防而言 可分爲一般國防政策與軍事國防業務，所謂國防政策，指政府各部門有關國防業務之配合，聯繫，以及各種國防計劃措施之建議等，例如總動員之整備實施，國防工業之發展，及其他廣義的國防設施與科學研究等，各國多有國防委員會等綜合之組織，而以國防部爲中心，負責進行，我國現制則由國防部本部及國防科學委員會主持，根據參謀總長有關國防之各種建議，經國防部長審核，提請行政院長與國民政府主席決定，并立法院通過，然後關於軍事事項，交由國防部長交參謀總長執行。依此程序，就中衛生一項有關總動員之整備實施，以及國防醫學上之技術研究，暨作業方法與標準之釐定等，須經參謀總長之建議，但實地負此項建議之責，亦應歸之參謀總長之技術參謀，易言之，應由聯勤軍醫署根據其特業之研究而作建議，故聯勤軍醫署之組織，有情報單位，技術單位，及研究發展單位，從高度言，更須有策劃，聯絡之高級幕僚，專門研討世界上軍醫技術之發展，以及作業上最新方法與合理標準之探求，而建議完善的進步的軍醫政策，以期配合國防上全軍衛生勤務之更新。

凡此種種，依新國防制度之觀察，聯勤軍醫署，就橫的關係言，與陸、海、空三軍軍醫處，各依其軍種系統而措其衛生勤務之運營，應平衡合作，無主從之分。但就縱的關係言，無論從軍政或一般國防政策而論，聯勤軍醫署依其本身組織上特別賦予之性能，應爲參謀總長之技術參謀，在整個軍醫政策上有關陸、海、空三軍軍醫之人員，物資，方法等之統籌策劃，似應居陸、海、空三軍軍醫處之地位，而收聯貫溝通與協調之效，庶軍醫對國防之貢獻，有最高之原則，有統一之張本，有步驟齊一

措施，而全軍衛生勤務之運營俾臻完善。

四 衛生勤務爲軍醫高度技術之綜合的實施

今日之時代，爲航空時代，亦爲原子時代，就國防安全言，若夫構成全體性全面戰爭之勝利因素，如主義戰，思想戰，心理戰，精神戰，財政戰，經濟戰，金融戰，貨幣戰，物資戰，及外交戰，宣傳戰，交通戰，情報戰，組織戰，政治戰，皆與軍事息息相關，未可須臾離者，此即所謂總體戰也。然則戰勝於疆場，抑戰勝於廟堂？因非本文所能及；但如收決勝負於疆場之上，則現代戰爭已非恃兵員與鎗礮所能確保決定性之勝利，必當視其所有航空與原子兵器之實力發揮，以速度壓倒速度，以火力壓倒火力，殆無可疑矣。故今日戰爭之特質，在前方取決於航空及原子兵器之威力，在後方厥爲衛生勤務之完善，蓋航空之最高速率與原子兵器之最大破壞所加予人之威脅，則可以小兵力而成大傷害，其結果已迥非昔比。在今日以言衛生勤務，亦非徒重救護，後送，收容，治療，復健等之一般的設施，即可謂之安全；必賴預防原子兵器之威脅及治療原子兵器之傷害，具有合理的對策，臻其至善，始稱真正安全。凡此皆與技術不可或離，尤賴研究醫學上高度技術從而起安全之作用。易言之，今日之衛生勤務，乃爲發揮醫學上高度技術之綜合的實施，始稱符合保障國防安全之目的，是以全軍衛生勤務之運營，亦當以此爲依歸。

我國科學落後，醫學亦然，即就日前攝亂軍事觀察，雖尙未可侈言發揮航空與原子兵器之威力，仍不免偏恃兵與鎗礮戰車之火力以遂行戰鬥；然時代所趨，亦當亟圖建立高度技術性的全能的衛生勤務，（包括平時國防軍之健康及戰時國防軍之安全，容專文論之。）庶合時代之要求。故今日全軍衛生勤務之運營，首在導以統一的軍醫政策，此項政策完全爲醫學上高度技術性之綜合的實施。吾人應知衛生勤務爲純技術性之作業而非普通之軍事行政業務，亦爲現代戰爭中後方勤務之中心問題，更爲現代軍醫所當仁不讓而具有專門技術性之任務。棄陳述，謀新猷，因不揣淺陋，特抒芻見，願重視國防安全者三致意焉。



軍醫戰術講授錄 (講述篇)

二

國防醫學院
徐步安

(6)

軍醫戰術講授錄 (講述篇)

(3) 担架兵組——a. 担架班長——協助排長，分任担架兵之管理與訓練，其他在戰鬥間勤務，約同排長。

b. 担架兵——任火線與營救急站間重傷病之抬運，至其他事項，見隊部衛生隊担架兵組相同項下。

(4) 連救護兵組——見本部衛生隊救護兵組項下。

担架兵及救護兵任務，可參照運用條下有關各項，又司藥在團衛生隊內，任務並不重要，尤以在戰鬥間為尤甚，故列入於隊部組，主責補給業務——附誌。

五 運用 (獸醫組從略。)

(一) 一般概念——此處所述概念，主就在戰鬥間作業而言，分述如下——

1 各營單位人員之分割，照運用表分配，但輸力及人員，在作業間，得視需要，經由團長，調節運用。

2 保持隨時有推進力，即單位要富有機動性。

3 在作業間，以後一單位支援前一單位為原則。

4 單位作業要有彈性。

5 人力物力及時間之節省。

6 與有關戰鬥及業務各單位，保持密切接觸。

(二) 在駐軍間——軍隊久駐於一地，其任務與衛戍一地者無異，故衛生作業，亦約與平時間，通常因駐軍多在一地，其應辦理業務——

1 開設醫務所，担任一般診療，輕則留休養室，重則送野戰醫院，或師醫院。

2 人員訓練。

3 預防業務之辦理，包括環境衛生。

4 團駐軍不在一地，視其分駐狀況，如恰為一營時，由該營衛生隊，開設醫務所，担任診療。

5 臨時駐軍及在宿營時——

(1) 臨時駐軍之業務，視情況，約同上述各項。

(2) 宿營時，為宿營地區選擇，及有關衛生事項之建議，他如設臨時診所，任患者診療，並將不能繼續行軍患者，轉送醫院站。又前哨部隊，有與敵接觸之虞時，視其部隊兵力，設置區分等等之不同，或派遣人員，或由其原隸屬之營衛生隊，作支援其作戰之準備，其業務實施，視同防禦。

**(三) 在行軍間——**

1 各營衛生隊，包括連看護兵，隨其所隸營連。

2 軍醫之責任——此處包括隊長，及軍醫，當行軍未開始前，依據指揮官（部隊長）行軍計劃，（或命令），擬定軍醫行軍計劃，其包括事項——

(1) 行軍患者集合地點（為師衛生排所開設）。

(2) 行軍經過處所，及休息處所。

(3) 行軍時對傷患處置與後送，衛生材料之準備，視情況，並舉行臨時之健康檢查。

論何衛生單位，均可產生作業計劃，不過依單位大小，計劃內容範圍，及其形式亦因之而異，大約大單位包括事項較多，且可依一定形式以行擬訂，而小單位毋須如此，譬如營醫務計劃，除建議救急站位置外，即不必涉及他事，團營衛生單位計劃，由隊長營軍醫擬一腹案即可，因營團衛生隊人員既少，且編制上亦無獨立作業單位，非比大單位，須依據計劃，以下達較具形式之命令也（師衛生團長或營長通常對所屬單位下達印刷形式之命令）。衛生計劃，通常分兩種，一為醫務計劃，一為單位計劃，前者，乃對所隸部隊長或指揮官，提出有關作業事項之建議，須經認可，始能成立（美國在師及其以上單位，此計劃經參謀處四科證明即能成立），後者，即對所屬下達命令用之一種資料，惟此計劃內容之若干事項，又應依據第一種計劃，批准情形如何，再行修正，不可忽略，又無論何種計劃，不過對上對下一種之概略建議與指示，各級單位主官，如更須對作業之細部事項，擬定計劃，則不在此限，陣地作業命令之下達，通常對有所屬獨立作業單位而言，如衛生大隊長，對所屬三個作業單位，必須下達命令之類，無獨立作業，或僅有臨時區分單位之大小衛生單位，則不必如大單位，須具有命令形式，可用口授命令，然此種命令，視作對屬下之一種吩咐亦無不可。以後講述對「計劃」及「命令」諸名詞，引用處甚多，恐諸同學，對其意義及應用範圍，有不十分瞭解處，故先附及於此，使知概略，至於詳細情形，屬於衛生參謀作業暫不討論——附誌。

3 行軍序列——茲就戰備行軍言之——

(1) 連看護兵，由團營軍醫一律遣回各連，隨所隸連而行動。

(2) 衛生隊長及傳令一名，與團必要幕僚人員，隨同團長或團本部行進，其他衛生隊人員，依團行軍命令之指定，約在戰鬥部隊尾後，團輜重前行進，團軍醫隨從團長或其本部，蓋便於隨時明瞭諸般狀況，作策立有關即將來臨作業計劃之參攷，而在行軍間，應隨時注意地形，尤其是道路之景況。

(3) 營軍醫鑒於上項所述相同之理由，蓋以隨從營長為便，但照編制區分，營衛生隊僅有軍醫一人，不便支配，故仍以與衛生隊人員一同行軍較妥，衛生隊之行軍序列，則在戰鬥部隊尾



(8)

軍醫戰術講授錄(講述篇)

後，營輜重前行進。

4 行軍患者之處理——對行軍中患者之處置，應按照規定，及臨時診斷等差之區分，以行辦理，其辦法如左。

(1) 輕微症者，解除戰鬥裝備，仍使隨隊行軍。

(2) 較重病尚能步行者，使在行軍序列尾後行進，以便照顧，如衛生隊備有車輛，應使乘車隨行視病狀，以便復隊，或轉送醫院站(或收集所)。

(3) 重症且不能步行者，可就地留置，(惟其地必須在師收集單位之行軍路軸上)或移送於行軍患者集合所位置，以便集合所處置，又行軍患者集合所，為師衛生排所開設，其開設地點，由師命令加以規定。

(4) 軍醫及部隊對患者之處理手續——

a 班長對於班內士兵之患病者，即報告其直屬排(連)長，並許其出列，如需要急救，則由救護兵處置。

b 排長視患病之輕重，可使其赴鄰近行軍休息處，就軍醫診斷或給予許可證，使其就地停止，俟軍醫到達診治。

c 軍醫對沿途因病落伍患者，負有收集診治及處理之責，對其區處已述於(1)(2)(3)三項，惟須視區處不同，發給行軍等差證，或填發病票，並送還原部隊所給與之許可證，使部隊得悉其處理。

(四) 在戰鬥間(一般作戰時期)——

1 戰術運用——軍醫人員作業，應依據所隸部隊所採取之戰術，以為作業所應採取軍醫戰術之張本，舉凡作業之目的，不外在支援部隊作戰，以維持其戰鬥力，而作業包括事項

(1) 對傷患搜索登記及區處分類。

(2) 開設急救站，以任收集治療，防止不必要之後送，與對傷患及早救護輸送，以免影響士氣，及其他有關事項。

(3) 為須完成上述諸業務，軍醫人員，必須明瞭其所負任務，軍事情況，作戰計劃，戰鬥開始時期，戰鬥地域，作戰方略，及地形等等，此等因素，可從所隸部隊長方面，偵察地形，及地圖之應用等，作概略之推定，至傷兵較多發生地帶，亦要注意。

2 偵察地形——

(1) 為軍醫人員，在戰鬥間達成任務緊要因素之一，故必須致力於此。

(2) 偵察範圍——通常為所隸部隊之戰鬥地域，在攻擊以至每一前在部隊之展開位置(營為連、而團則為營)，在防禦，因更有餘裕時間，可擴大偵察之範圍，惟視情況，團軍醫，偵察



至營救急站所在地，營軍醫則偵察至第一綫連亦可，此皆就縱深偵察言之，至於橫廣偵察則應注意營或團與鄰接部隊之戰鬥地境，又團衛生隊長及營軍醫，在前進間，應隨時注意沿途地形，並審慎研究地圖，亦可得縮小偵察之範圍。

(3) 偵察事項——a 現地一般景況——作方位判斷之指示。b 高地狀況——如可作觀察所之用，宜避免開設救急站，否則須有掩蔽。c 道路網狀況——為便於傷患輸送，d 隱蔽狀況——為避免敵眼敵火，便於設置救急站。

3 傷病分類——

(1) 第一分類法，為可傳染的(病)及非傳染的(毒傷彈傷及陣亡)兩種，

(2) 第二分類法，為輕症中等症及重症。

(3) 第三分類法，為步行担送車送(坐或臥)及不適於輸送。

4 戰傷人數預計——

(1) 為準備收集輸送治療，及人員補充計，對概略發生人數，必須予以估計，並推定其發生最多地域。

(2) 通常每步兵團，在較激烈戰鬥日，平均發生傷兵，約為總兵數百分之十二至十五，在最激烈戰鬥日，有達百分之三十五者，但在戰線平均各日，則為百分之二，五〇又非戰鬥損傷，如疾病及外傷，每日平均人數，約為總兵數千分之六。又戰傷內，視陣地戰與運動戰之不同，總負傷數內約有百分之二十，或百分之十六，為陣亡人數。

(3) 預計戰傷應明瞭左列各事實。

a 戰傷非沿前綫作均等之分布。b 戰鬥損傷百分數，每次一級單位，大於每一高級單位。c 攻擊部隊，較防禦者損傷較多。d 攻擊部隊中，又以担任主攻方面者為較多。e 在防禦者，又以防守要點者，發生較多；而防禦配備重點所在地區亦較多。f 一般最多發生地帶，為位於橫斷之公路及河流，公路及鐵道交點，及易為敵視察所及，與敵火易於發揚之地區。

估計傷兵之詳細情形，可參閱傷病估計專題——附誌。

5 命令之研究——

(1) 衛生隊長及營軍醫，對所隸部隊長所下達之作戰命令(口授或印刷)，其應着重研究之點，為攻擊時間，陣地狀況，展開位置戰鬥地境，及作戰方策等等，此皆與作業有關，不可忽略。

(2) 命令內所定救急站開設之最初地點，係經軍醫介紹，或討論所決定者。軍醫在受領命令後，尚須實施偵察作業，以決定設站之確切位置，再報告所隸部隊長決定。

6 作業之區域——軍醫作業區域之決定，與戰鬥部隊戰鬥地域地境之劃定，同等重要，大抵營救急站，宜設於較近部隊中央，前後交通方便地點，距火綫視情況，由半公里至一公里。團救急站，則設於與各營救急站，及與師裏傷所，交通方便，距火綫約一至二公里之地點，通常則靠近團指揮所。

初試常山治療雞瘧結果簡報(註)

中國特效藥研究所微生物組
史敏言

科學醫藥的進步雖日甚一日，但直到現在，有關人類健康大敵之一的瘧疾的治療，可說還沒有找到最理想的，足以根治百分之百的病例和杜絕其復發的藥劑。規寧(Quinine)，這一向爲人所稱頌的治瘧的特效藥，牠對於人類的瘧患確已產生了不可磨滅的功績，但由於產地的狹窄性，及其對於瘧疾的治療還不能發生最大的效果，在科學醫藥家的眼光裏看來，自然不能讓治瘧的方法永遠停留在規寧的階段的。於是，瘧滌平(Atebrin)，撲瘧母星(Plasmoquine)相繼問世了。在治療的功効和製造方法上，牠們雖已彌補了規寧的部份缺點；但實際的使用效果上，還不够理想。甚而對瘧虫的作用，有些地方還不如規寧的。這也是人所共知的。直到最近幾乎轟動一時的白樂君(Paludrine)又新生了。不管在廣告上宣傳得如何動聽，但實際效果如何，還待以後更多的證明，又如氯化規納(Chlorquine)，五烷規納(Pentoquine)等，雖各有其特長，但也各有缺點，此外，在最近這十年來，曾被發現過的治瘧新藥，不止千百種，而結果大多因効力輕微或毒性過強而被遺棄了。更有效的新型抗瘧藥劑的有待發現，一直爲醫藥界熱望解決的一個課題。

在國產藥材中是否有足以代替規寧，甚或超越一切治瘧藥劑之上的抗瘧藥存在？這是值得努力去發掘的一個問題。1941年，中國特效藥研究所對相傳爲治瘧聖藥的國產藥材常山首先引起了注意。從那時起，他們就開始分頭從化學的，藥理的，生藥的，和臨床實驗的各方面去觀察常山，研究常山，在1944年由從事這一工作的醫藥家和化學家姜達衡，程學銘，管光地，陳方之，洪式閻，胡成儒諸氏發表了一次常山治瘧研究初步報告(1)，他們認爲從常山根內提出的主要成份，或其未經提煉的浸劑，對於各型人瘧均有治療效果。其後中央衛生實驗院張昌紹和周廷沖氏(2)，也曾用常山根粗製浸膏於間日瘧患者，也獲得了同樣的結果。從此有關常山治瘧的研究，在國內日益展開了。

由於各種抗瘧藥對於鳥類瘧疾(Avian Malaria)或猴瘧(Monkey Malaria)治療實驗的成功，使一般從事於抗瘧藥研究的醫藥學家，對治瘧實驗獲得了一條新的途徑。他們曾將各種實驗中的抗瘧藥作鳥瘧或猴瘧的治療實驗，來替代對人瘧的直接試用。這樣不但便於實施，且可作種種在人瘧患者所不可能辦到的精確的實驗和觀察。規寧阿滌平和撲瘧母星等這些早已知名的抗瘧藥，對於鳥瘧的治療價值，也早爲各專家先後證明了(3)，(4)，(5)，(6)，(7)。常山對鳥瘧的療効如何，也正成爲常山治瘧研究過程中所不可缺的課題了。張昌紹，王進英，傅豐永諸氏先後發表了兩次有關常山治療雞瘧(Chicken malaria)的報導(8)，(9)他們認爲常山對雞瘧原虫(Plasmodium Gallinaceum)的傳染，確有療効。陳克恢氏曾在美國利來藥廠藥理研究所裏做過類似的實驗於鴨子瘧疾，也同樣證明了常山的治瘧功効。一兩年來美國的醫藥界對於常山的治瘧作用也引起了普遍的注意，他們也正在那裏展開各項有關常山治瘧的研究。常山的治瘧效果，也被先後證明了。

註：詳文請參考五年來常山治瘧研究經過報告(單印本，中國特效藥研究所發行，在編印中)中拙著：「常山對雞瘧療効的初步觀察」一文。

作者從三十四年八月起開始從事常山對雞瘧的療效研究，到現在兩年多了。其間曾一度因復員關係停頓了一個時期，常山治療雞瘧的實驗，算來恰好進行了一年又八個月的功夫。下面將報導的是這一年又八個月來，由實驗所得到的一些結果的總結，（實驗方法，經過及結果詳情，另譯專報告(10)）有關這一題目雖然已經有人報導過，但各人的觀察方法，觀察對象，實驗材料和實驗步驟等並不盡同，所得結果也未必一致。在這裏提出報導，也許尚可充作同道者的檢討資料。

實驗方法簡述

實驗所用雞瘧原虫 (*Plasmodium Gallinaceum*) 菌種，係於三十四年承重慶歌樂山中央衛生實驗院所供給。此瘧原虫由該院向印度索取。瘧原虫的保存，係按照一般法則(11)，(12)，由病雞血液移植法世代地保存在雞禽體內。

所用試雞，初時由市場選購，雛雞與成雞分別採用。後因發覺購自市場之雛雞感染性極強，且體力不健。成雞則對雞瘧感染性過低，且常有病後自愈傾向(12)。兩者似均不宜應用於雞瘧治療實驗。其後即改用體重在二百至四百公分之間的幼雞，試用結果尚佳。最近又改用自行孵化的雛雞，獲得了更滿意的結果。

在實驗方法上，有關試雞選擇標準，試雞感染方法，以及發病經過觀察法則等，與拙著『人工感染之雞瘧的潛伏期與發病經過的初步觀察』一文中(12)所提到的類同，不復贅述。

關於治療實驗部份，有關試雞的選擇與分組，治療開始時期的決定，初試藥用量的規定，以及治療的方法和日程等，均有嚴格規定的標準(10)，由於雞瘧可能自愈(11，12)，僅憑週身血液(Peripheral blood)內原虫數目的增減，不足以表示治療的絕對效果。根據初試所獲結果，有效的常山製劑，正似規寧或其他抗瘧藥一樣，對於雞瘧原虫本身多少必有破壞的作用。瘧原虫因受藥力的影響，在形態和構造上，必然發生程度不同的變化。因而有關某一試驗藥劑治療效果的最後判斷，是以週身血液內原虫的增減情形和速度；愈後體組織（包括肝脾腦及骨髓等）內原虫存在與否，及此類組織之磨液在注射入健康雞體內後，是否尚能使健雞感染瘧疾；以及試雞血內的瘧原虫，受藥力作用後是否發生變態及變態的程度等幾方面作為根據的(10)。每次實驗，同時包括其他抗瘧藥對照和不加治療的瘧雞等對照例各若干，以備判斷最後結果的參考。

結果與檢討

一年八個月來，共計試用常山製劑六十六種（包括常山根和常山葉製劑），實驗治療瘧雞共二百二十九頭。對照組試驗包括規寧，瘧滌平，撲瘧母星和白樂君等四種常用抗瘧藥對照，對照和不加治療的瘧雞對照共五十三例。由實驗證明，國產藥材常山，不論其根其葉，對於由人工接種感染的雞瘧，均有顯著療效。不但能減輕傳染程度和短縮病程，如用量得當，且可使患瘧試雞週身血液內的瘧原虫完全清除，而獲致全愈。甚或在內臟組織檢查時，也不復見原虫的存在。治愈日程，視瘧雞感染程度，給藥用量和製劑的不同而異。最快的僅兩天，最遲鈍的有時須十天以上始見原虫的完全絕跡，大多在五、六天以內，即可使血內原虫完全消失，這和其他抗瘧藥比較，並不遜色。（見圖一，圖二）。瘧原虫因常山的作用，發生相當明顯的變態和破壞。這種原虫破壞現象，和其他抗瘧藥促使瘧原虫變形的影響近似。瘧原虫變態較輕的，核染色體與原漿略陷萎縮，境界漸形模糊，瘧疾色素顯現。較劇的核染色體不顯，原漿緊縮而染色特深，色素粗大特顯，或原漿部份溶解。破壞最著的，原虫變形稍

失，僅在寄生的紅血球內可見到殘存的碎片和色素，或整個原虫溶解而呈空泡狀外觀（見圖三）

在試用過的六十六種常山製劑中，已確定治療效果的計十八種。其餘無效或療效可疑，尙待繼續觀察，在所有有效的試例中，正和其他抗瘧藥對照例一樣，大多在週身血液內原虫消失後若干時期（少至三天，多至月餘）後，血虫瘧原虫又復出現，或形成慢性瘧狀態，或急劇再發。也有在原虫消失後繼續觀察的兩個月以後，始終不再發現瘧原虫的，且在殺斃後取出肝，脾，腦，肺，骨髓等內臟檢查，也檢查不出瘧原虫的；但如將試雞的組織磨液接種於其他未曾染瘧的健康雞時，仍然能使感染瘧疾。這就是說，雖已無法由顯微鏡檢查證明瘧原虫的存在，而潛居在試雞體組織內的原虫，並未能因藥力的作用，而徹底根絕。這一點是值得注意的。其次，在有些試例中，經常山治療而獲全愈，但經過相當時日後又復再發。再發後常不及再度治療而立即病故。也有在同一試雞組中雖用同一藥劑治療，其中一部份立現藥效，而另一部份則藥效遲鈍，終因血內殘存的瘧原虫日久而致死，像這些試例，不論其復發後迅即致死的，或在治療後未能清除血內原虫，瘧疾拖延日久而死亡的，在試雞的體組織內（尤其是腦，肺，和肝臟），常可檢出無血素的紅血球外型瘧原虫（Exo-erythrocytic form）的存在（13）。在其他抗瘧藥對照組織例中，也常見到相同的情形。由此推斷，常山製劑似乎與規寧瘧滌平等常用抗瘧藥一樣，也不能加害於紅血球外型原虫（至少在月前所試用過的製劑所得到的結果是如此）。常山製劑對於紅血球外型原虫究有無作用。尙待日後專題研究。

從這個有限的實驗中，對於常山治療雞瘧究有無效果這一個問題，答案顯然是肯定的。至於各種有效常山製劑的相互比較如何，及其治療雞瘧的確實程度又如何，一時尙難武斷。常山對雞瘧的療效，比之其他各種抗瘧藥如何，也正是大家所關心的問題，作者這一次實驗，僅限於以觀察常山對雞瘧療效的定性試驗為主題，有關常山與其他抗瘧藥的比較，還不及實施精確的定量試驗，所以一時也難得出比較確切的證據。不過僅就作為對照組的其他四種抗瘧藥的三十多個試例看，我們約略可以看到一些事實，按藥用量作比較，曾經試用的藥用量最少的常山治療例，比之藥用量較高三倍的瘧滌平和白樂君，以及藥用量較高五倍的規寧治療例，療效似乎近似，（見圖四），最有效的粗製常山製劑，藥用量與規寧相等的，瘧雞在治療後血內原虫的減退趨勢，幾與最有效的規寧例完全一致或近似（見圖五）。不過僅就血內原虫減少的趨勢來比較自然是不够的，必須從原虫消滅情形瘧疾再發與否及程度，體組織內隱伏的原虫的已否絕跡，以及對紅血球外型瘧原虫的殺害能力等多方面來觀察，才能判斷是非。希望在不久的將來在化學分析上能有更多的成就，提製出一種比較更純品的更理想的有效常山製劑的時候，再來作一次完善的比較。無論如何，常山治療雞瘧的效果決不差於規寧，這是可以斷言的。至於有人曾報導常山的治瘧功效要比規寧大幾十倍這種見解，在目前的實驗中，我們還不能明確地證明這一點。

至於常山有無副作用，牠的毒性如何，這些是藥理問題，不在本題討論之例。不過僅就所觀察的二百二十九例瘧雞來說，除偶或發現試雞有心囊蓄水，白血球突然增加和注射針藥部有局限性組織損壞等現象，也有在瘧雞治愈過程中突然死亡，而並無因瘧疾致死的象徵，這種種情形，很使我們懷疑，可能因藥物的毒性所致。此外並未發現足資參考的，可能由常山毒性所引起的其他病理變化。

常山的治瘧作用，當然是沒有問題了。但對於人類瘧疾的實際應用價值如何，尙賴臨床家的多多實驗。常山是否能替代規寧和其他常用抗瘧藥，或常山的治瘧價值真能超越於這些常用的抗瘧藥之上？一切還待日後的證明。總之，常山治瘧研究雖然已有五六年的歷史，而直到現在為止，只能說僅止於初步階段。猶如探索家的途徑是找到了，大門也摸到了，但才摸進大門，室內的支支節節，還得仗化學家，藥學家和醫藥家的繼續不斷的努力，才能完成這一艱巨的任務。僅就微生物學的立場來說，對於常山治瘧研究，所要研究的問題也實在太多了。譬如最小有效量的精確測定；瘧原虫耐藥性的

觀察；對於各型瘧原虫和各不同發育階段瘧原虫以及紅血球外型瘧原虫和瘧原虫芽囊體 (Sporozoite) 作用的精細觀察，和其他抗瘧藥療效的精確比較；常山治瘧的機轉之研究；以及常山防瘧作用等等。當常山在化學上能獲得更高的，最理想的成就的時候，這些問題是必須逐一解答的。

結 論

常山的粗製劑及其由提煉所得的有效成份，對雞瘧治療，確有顯效。瘧雞體內的瘧原虫，在治療以後，不僅顯著減退而終至完全消失，且因藥力的作用，在形態和構造上發生明顯的變態和破壞現象。但正如規寧瘧滌平等其他抗瘧藥一樣，目前所發現的常山治瘧有效成份，尚不能絕對杜絕雞瘧之再發，或根滅其潛伏在體組織內無法為顯微鏡檢查所證明的雞瘧原虫。如能再事加強研究，常山對治瘧的實際應用，不無極大希望。

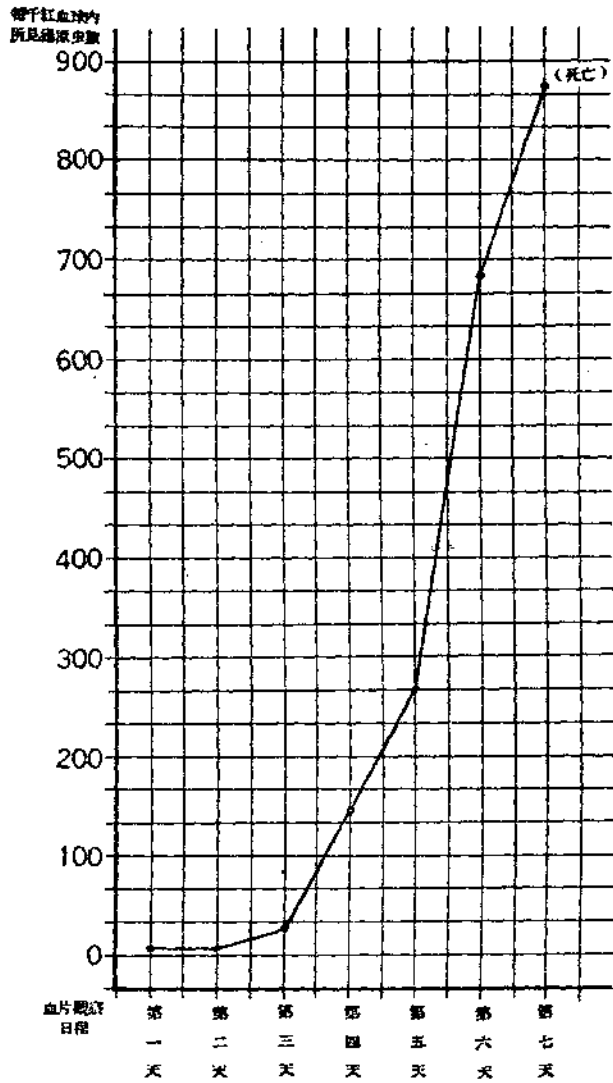
卅六，十二月二十四日於南京。

參 考 文 獻

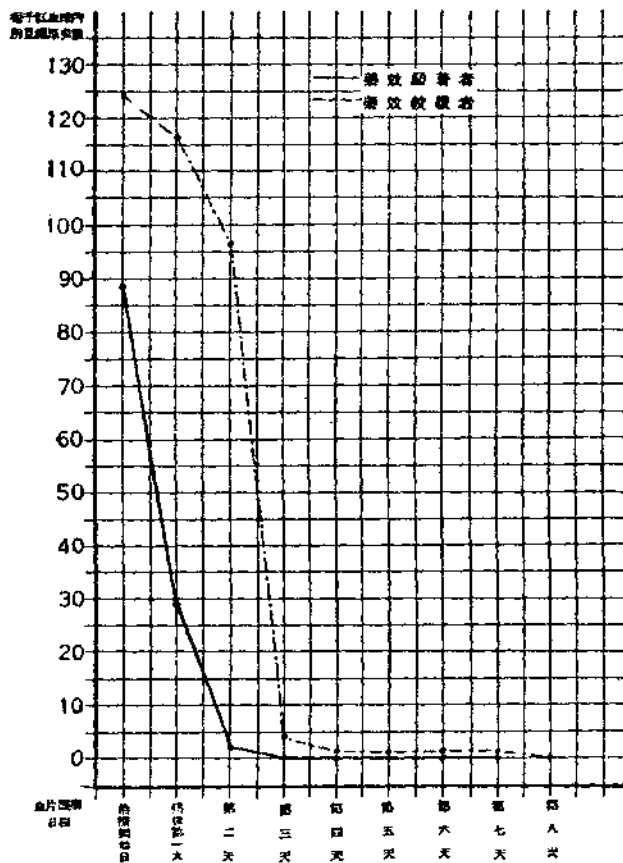
- (1) 姜達衢，程學銘，管光地，胡成儒，陳方之等：常山治瘧初步研究報告，1944年單印本，中國特效藥研究室刊行。
- (2) 張昌紹，周廷冲：中華醫學雜誌 29：137，1943
- (3) Manwall：Amer. Jour. Trop. Med. 12：123，1932
- (4) Swezeg：Amer. Jour. Trop. Med. 15：529，1935
- (5) S. Adler：Annal of Troh. Med. & Farasitology, 33：148，1943
- (6) L. Mudrow：Arcu. Schiff's. U. Troh. Hyz. Vol. 44 No. 6, 1940
- (7) Kikuth & Mudrow：Ztschr. F. Immunitat sf. U. Experim. Therap. Vol. 95, No. 3/4, 1939
- (8) 王進英，張昌紹，傅豐永：中華醫學雜誌，31：159，1945
- (9) C. S. Jang. et al：Science, 103：59，1946
- (10) 史敏言：「常山對雞瘧療效的初步觀察」，登刊於五年來常山治瘧研究經過報告（單印本，在編印中）。
- (11) 史敏言：軍醫月刊，一卷一期。
- (12) 史敏言：軍醫月刊，一卷十一，二期。
- (13) 史敏言：「關於雞瘧紅血球外型原虫的幾個實驗和觀察結果」（尙待發表）。



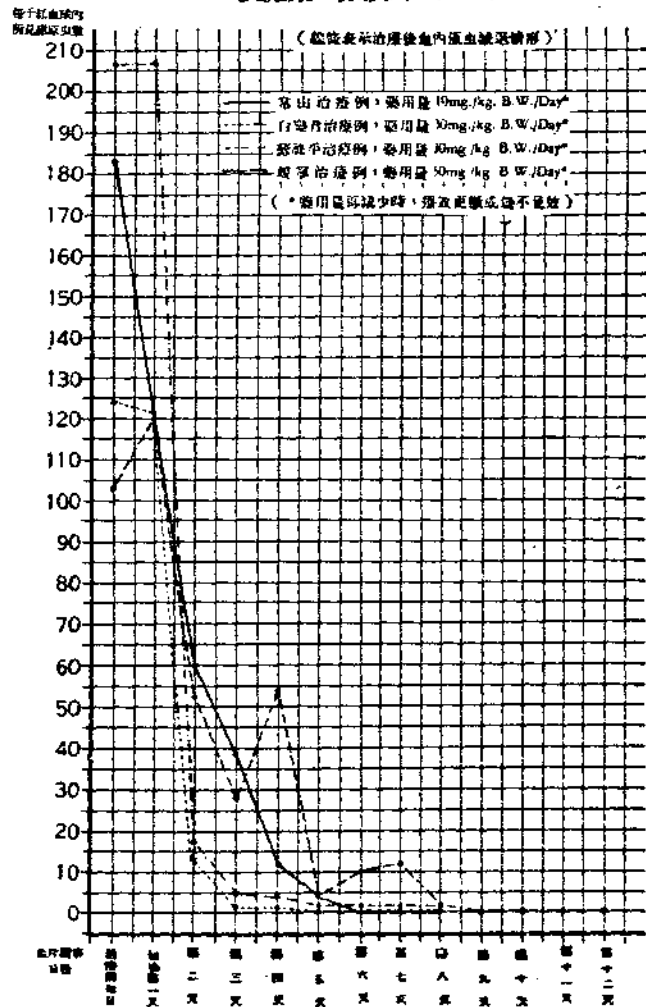
第一圖：常山治療後癩瘰血液內瘰原虫減退情形



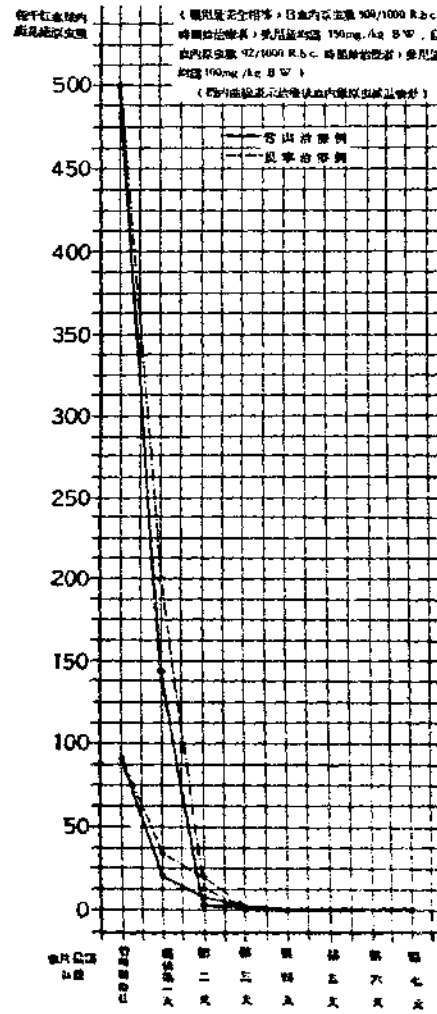
第二圖：未經治療之癩瘰血液內瘰原虫增殖情形



第四圖：藥用量較少的常山製劑與藥用量較高的其他抗瘰藥，療效的一個比較



第五圖：粗製常山劑與規寧療效的比較



第三圖：正常雞瘧原虫與服用常山製劑後所見之瘧原虫變態



A. 正常雞瘧原虫 (瑞志氏法染色)

1. 活動原虫 (Trophozoites)
2. 增殖原虫 (Schizonts)
3. 生殖原虫 (Gametocytes)
4. 正常雞紅血球



B. 服用常山後所見之瘧原虫變態 (瑞志氏法染色)

1. 輕度變形者原漿與核質構造不明，染色淺淡瘧疾色素顯現。
2. 變形較著者核染色體消失，原漿部份溶解或收縮，色素顯著。
3. 變形最劇者原虫虫體消失，僅存殘絲或色素顆或形成空泡狀外觀。

胸部X光集體螢光攝影術

上海第六空軍醫院X光科

徐 鈞

(一) 集體螢光攝影發展之歷史

集體X光胸部檢查對肺結核病管制之重要性盡人皆知，但在施行時因軟片價昂及技術方面繁瑣，故普遍施行極為困難，近數年來胸部集體螢光攝影術 Mass Photofluorography of Chest 之普遍施行在X光史上放一異彩，而對肺結核病之管制貢獻尤偉。

遠在 Roentgen 發現光綫後六月 Bleyer 氏即應用螢光照相機 Photofluoroscope 攝取螢光板上影像，因結果不好，故未合實用。其後歐美科學家不斷研究，均無顯著進步，至一九三一年美國 Power 氏首先應用 14×17 吋照相用感光紙，連續攝取螢光影像，但以當時感光紙不太好，故效果亦不滿意，現時此種方法已大加改進，在美國有不少地方仍在使用中。

一九三六年比國 Abreu 氏首先大規模應用 35mm 軟片螢光攝影，其後歐洲各國，丹麥，英國，德國，等均開始應用在一九三八年德國在短短三月內曾用此法檢查六十四萬人。

一九三八年美國 Potter 氏首先倡用 4×5 吋軟片攝取螢光影像，其後對照相機所用鏡頭大加改良，結果甚為良好，其所得影像與 14×17 吋X光片直接攝得者，相差無幾，第二次世界大戰美軍亦採用此法以作為入伍軍人胸部X光檢查標準方法。

一九三九年美國 Lindberg, Hirsch, Hilleboe 及海軍軍醫學校等，均從事研究，而應用 35mm 軟片螢光攝影，技術上改進不少。

最近數年來關於螢光攝影之發展更突飛猛進，如照相機鏡頭之改良，70mm 軟片之使用，旋轉陽極X光球管 Rotating Anode X-Ray Tube 之應用，自動攝影之裝置，感光強度之自動調節器，號碼機之改良，球管與螢光板高度之調節，沖洗軟片技術之改良，機器體積之縮小與裝卸之簡易，在在均使此種裝置應用方便與準確。事實上，各國均已公認集體螢光照相術為團體胸部X光檢查之標準方法。各國X光廠家均大規模製造此種X光器供應衛生機關，醫院，工廠及學校等需要，如美國 Picker Westinghouse, G. E., Philip 等廠，英國，加拿大，德國，丹麥，日本等國均各有出品，且均普遍施行，吾國至今對此種胸部檢查方法，尚未見大規模使用，誠令人感慨無窮。

(二) 集體螢光攝影所需之器材

集體螢光攝影所需之器材計有下列數種：

- (1) X光變壓器及調節器 X-Ray Transformer System and Control Stand
- (2) X光球管及立架 X-Ray Tube and Tube Stand
- (3) 螢光攝影裝置 Photofluorograph

-
-
- (4) 避X光屏架 X-Ray Protective Screens
 - (5) 洗像用具 Film Processing Equipment
 - (6) 軟片觀察器 Film-viewing Apparatus

(1) X光變壓器大都採用全波真空管整流變壓器 Full-Wave Valve Rectified Transformer System 此種變壓器能將全部週波 Cycle 利用變換成高壓直流電，普通容量為100kvp 100-400MA

另外亦用採用自動整流式變壓器 Self Rectified Transformer System 者，利用X光球管本身整流僅利用交流電之半相，此種變壓機有一弊點即在應用較高電流時，(如用 100MA) X光球管所經過之電壓不平衡，球管易於損害，但利用較低電流時，(如 30—40MA) 則差別不大，此種變壓器因造簡易，體積重量較小，故在游動檢查及小規模醫院中，仍多採用此型，另外有一種 Condenser-Discharge Transformer System 此種變壓器，尙未能實際使用

(2) 集體螢光攝影機器之X光球管，需能受任 100kvp 及 100 以上 MA 電流之不斷發射，而通常固定陽極X光球管 Stationary Anode X-Ray Tube 不堪此種重負，故現多採用旋轉陽極球管 Rotating Anode X-Ray Tube 其陽極連於一馬達上，能使其旋轉，而靶 Target 是一圓周形，故電子衝撞在不同點上，故雖然力量強大，而靶不致溶化，同時有一優點，因靶為圓周形，其面積甚小，故所攝之影像清晰度亦因此增加。

(3) 攝影裝置 此種裝置主要為一(1)含有鉛玻璃之透視用螢光屏 Fluorescent Screen 大小不一，約為 12×15" 至 14×17"。螢光屏上所塗之化學品多為 Zinc Cadmium Sulfide 螢光屏之前有一(2)靜止濾光器 Stationary Grid 使續發性 X 光濾去，而使影像清晰，螢光屏之後為一(3)暗箱再後為(4)自動照相機此種照像機各廠家出品不同，有的使用 35mm 軟片，有的使用 70mm 軟片，普通一次能供 250—700 次攝影，照相機之鏡頭特別精緻，其孔率 Aperture Ratio (即焦點距與鏡頭直徑之比率)為 1.5 左右，此種照相機有一種機械裝置，能使軟片自動移動，故無重疊攝影之弊。更無扭換軟片之麻煩，近年來此種照相機之更一進步為電時攝影裝置 Photoelectric Timing Mechanism 之發明。此種裝置能自動調節螢光攝影感光時間。故所攝影像之淺深一致，而具淺深度 Density 可視 X 光家之偏愛，而任意選擇，此種電時攝影計構造之原理為在暗箱內裝一感光管，Photo-Tube 螢光屏發出之光經一凸鏡頭集中於感光管之感光面上，而產生一種電流，此電流之大小與螢光強弱成比例，引導之電流貯集於一蓄電池中，待積至某種程度，則接通 Thyatron Tube 而使繼電器 Relay 電路聯結，遂使高壓變壓器中第一次繞圈電路中斷，X光放射亦同時中斷。

有此種電時攝影計設備只需病人立於螢光屏前，位置放好，開關一按，攝影即得，無須測量被檢者胸部厚薄，調節電壓電流及時間，最近英國 Watson 廠更發明一種記號機 Numbering Device 每個受檢者發一卡片，其上編一號碼，將此卡片插於暗箱上，經過燈光返照即可將此數目字直接攝於卡片上，而省去粘貼號碼之麻煩，攝影裝置中除能攝取螢光影像外，在螢光板前尚有一槽，能裝 14×17吋貯片夾，供直接攝影用，因在小的片子上，影像不甚清晰，最好能按照標準胸部X光攝影方法，(14×17吋X光攝影)攝影，可得較準確之診斷。

(4) 避X光屏架，為防止工作人員受過多X光曝曬而設，由 0.25mm 鉛皮做成，放於X光調節器前面，X光球管後面，其上有鉛玻璃窗能觀察受檢者情形。

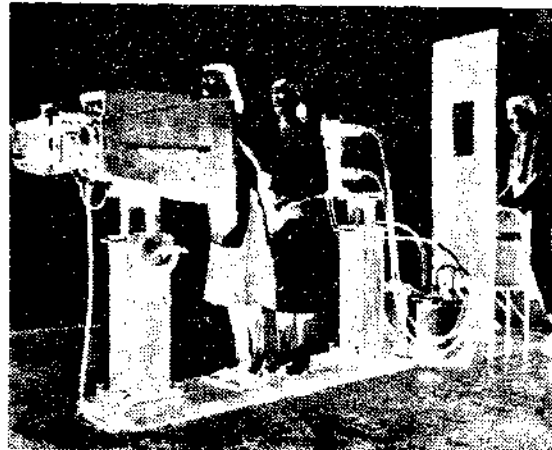
(5) 洗像用具 專供沖洗 35mm 或 100mm 軟片用具有馬達捲動軟片，(普通螢光攝影用軟片約長 50 呎至 100 呎)不必在暗室中工作，可直接在亮處沖洗，洗好捲於乾燥器上電扇吹乾。

(6) 軟片觀察器 除供直接閱讀外，尙有低倍放大鏡，以放大小的影像，同時軟片與從讀者的眼睛應成 30 度的傾斜，如此閱讀大批攝影時不致過份疲勞。

(三) 集體螢光攝影X光機之裝置及使用之步驟

近年來歐美各X光廠商對集體螢光攝影機器之設計，均力求簡單輕便，便於移動，因施行檢查之目標多為工廠，學校，軍隊等團體，為使其工作不受妨礙，故僅需由X光工作人員攜帶機器逕赴各工廠或學校立時檢查，此種機器總共重量僅 1000 公斤左右，在二三十分鐘內即可裝置完畢或拆卸裝箱，故使用極為方便，亦有將機器裝於汽車上者，可開往各地作游動檢查。關於裝置此種機器應有兩點注意：

(1) 電源的選擇 若此種機器的容量為 200MA, 100kvp 則電源選用 220v, 60amp. 溶化的電流，同時電綫應很粗，（若距電源在 50 尺以內則用六號線否則要用二號或四號線）同時此條綫上不能有其他負荷，因若有負荷或電綫太細，則X光球管內電壓波動甚大，而影響攝影結果，此外自來水的供給對軟片的沖洗亦甚重要。



(2) 工作房屋之選擇 螢光攝影房屋之面積約需 600 平方呎左右，可設法用木板或布幔隔成換衣室，工作室，進口，出口等，暗室則可利用小房間以便沖洗軟片，其大概分配情形如圖二所示，工作室中避X光屏架之設置，不可缺少，以免X光工作人員受過多X光曝露，至於X光球管直接照射之面，應向於房外空處，若不可能則牆上應有 1mm 厚之鉛板以資保護隔牆人員之安全。

游動集體螢光攝影所需人員為X光醫生一人，X光管理員一至二人，在檢查之初應先與受檢者之工廠學校等負責人共同排定日程表，預先通知檢查時間，通常一刻鐘內可檢查三十人，一小時約可檢查 100 人，若上午工作三小時，下午工作二小時則每日可檢查 500 人，多餘時間則用以沖洗軟片及排列次日工作日程，在檢查時可約請受檢查機關醫務人員一二人協助登記等工作，檢查之步驟約如下述。

- (1) 受檢者先在進口處登記每人發一卡片其式樣如圖（三）
- (2) 受檢者然後入更衣室脫衣男性赤裸上身女性可罩一紙胸圍或布圍。
- (3) 受檢者進入X光檢查室先登記攝影號碼於卡片上，此時登記員可令受檢者排成一列，令其注意前面人的動作，而照樣動作。
- (4) X光管理員將受檢者位置放好再行攝影。
- (5) 攝影完畢再依次回更衣室更衣退出。

(四) 集體螢光攝影結果之檢視及記錄

先一日檢查之軟片次日即應檢視，普通 30—75mm 軟片一日約可閱讀 500—600 張，而毫不困難，通常一般醫生，均直接閱讀，而不用放大，遇有不甚清晰地方，再將其放大觀察，檢視時應不時間斷休息，以免目力過勞，影響效率，關於結果登記應力求簡單，可將結果分為五類：（一）正常（二）不滿意攝影，片子不清晰不易診斷者屬之（三）確定結核病（四）可疑結核病（五）其他病理，非結核病，及心臟，肋膜，橫隔膜，等疾患均屬之（二）（三）（四）項均應重照 14×17 X 光片，以求診斷確實，其結果記錄於登記卡片反面。（見圖三）

每次集體檢查後應做一統計表，對結核病之流行得有一具體的概念，最重要者即即檢出有結核病者之如何處置問題，故對有病者及嫌疑者應另立一表，通知該工廠或學校等機關之醫務機關使其作適宜處置，如此始達到集體螢光攝影之目的。

(五) 螢光攝影之技術

螢光攝影因攝影時間甚短，故所用電壓必須甚高，此種高電壓攝成之影像對診斷並無妨礙，通常所用之電壓為 90—100kvp 若機器之電流為 150MA，電壓為 90kvp 距離 1 公尺，應用濾光器，則中等人胸部攝影之感光時間約為 0.3 秒，薄者用 0.2 秒，厚者用 0.4 秒，若機器情形不同可按下列公式計算曝光時間：

$$\text{曝光時間} = \frac{1.5 \text{ 時間 (上面所用之時間)} \times \text{距離}^2 \text{ (距至螢光板距離)}}{100 \times \text{電安 (MA)}}$$

例如 MA 為 30 距離為 75cm. 中等厚胸部人之所需曝光時間應為

$$\frac{1.5 \times 0.3 \times 75^2}{100 \times 30} = 0.85 \text{ 秒}$$

若 X 光機具有電時攝影裝置，則可自動調節曝光時間，結果一致，操作亦極簡單。

螢光攝影軟片之沖洗與普通 X 光片沖洗同，但顯影時間需延長至十分鐘。洗此種軟片有專門一套沖洗器具，使用極為方便。

關於攝影時受檢者之位置姿勢等與普通 X 光攝影相同，X 光管理員應注意調節 X 光球管之高低，使光中心線投射於肺野之中心。

(六) 集體螢光攝影未來之發展

近幾年來集體螢光攝影之發展雖然突飛猛進，但仍照好多地方不能盡合吾人理想，例如在螢光攝影時必需應用很強的 X 光放射，始能奏效，其次攝出照片比之標準 X 光攝影要差一點，因此未來螢光攝影之改進亦將順此方向前進，例如鏡頭之精益求精，螢光板上產生螢光新化學品之發現，（此種化學品發出之螢光應較之一向所用之 Zinc Cadaminumsulfide 特別明亮）又如攝影用軟片之改進等，如此攝影時僅需很少的 X 光曝露，即可得清晰的影像，到那時只需小型 X 光機即能擔任集體螢光攝影工作。

未來集體 X 光胸部檢查之方法，可能有一改革，即採用集體透視檢查辦法而放棄攝影，單用透視手續簡單無軟片消耗，可節省人力物力，且產生 X 光之機器小型者亦足夠應付，同時可觀察胸部器官之動作情形，若檢查時發現有病理變化，可詳細研究，立時可決斷，不似螢光攝影需複查始能決斷。

現時 X 光透視檢查，其最大缺點為螢光板上影像之明亮度不夠，好多病理情形在螢光板上不甚清晰，其次檢查者常時工作於暗室中，不斷受光放射，對其健康有莫大威脅，未來 X 光透視檢查可改良到能在明亮室內舉行其明晰度可與 X 光照片相媲美。

目前有好些科學家研究，如何使螢光板發出之影像增強其清晰度，如 Langmuir 氏發明一種電子影像管 Electronic Image Tube 能將螢光影像之明亮度，增強 10—100 倍，其構造為一玻璃管通以強烈電流使第一螢光板之影像，經過電攝影層 Photoelectric Layer 而成電子影像，投射於第二螢光板發生較強之光。

另外 Farnsworth 氏也研究一種 Multipactor 其構造與電子影像管大致相似，只是在第二螢光板

前多一層電攝影層，其電流則改用高週波電流。

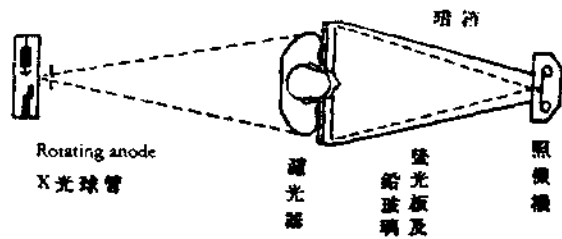
上述儀器尚在試驗期中，因其構造極為複雜，尚不能供實際使用，但無疑的已為X光學界開闢一條新的道路，相信在最近將來當有更美滿的結果出現。

參 考 文 獻

Hilleboe & Morgan: Mass Radiography of The Chest, 1945.

The Year Book Publishers' Inc. Chicago.

(圖一) 胸部 X光集體攝影機圖解



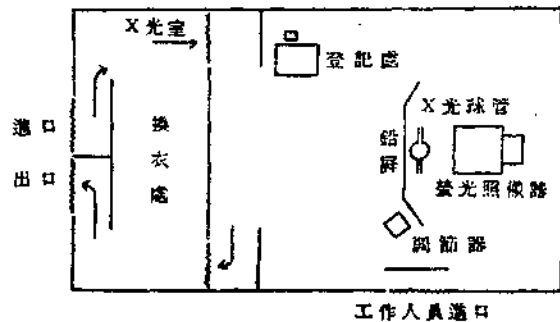
(圖三) 正 面

號 碼	
胸部集體螢光攝影記錄	
姓名.....	性別..... 年齡..... 籍貫.....
職業.....	住址.....
結果.....	檢查日期.....
(一)正 常	(二)不滿意攝影
(三)確定結核病	(四)可疑結核病
(五)其他病理	
	檢查者.....

(圖三) 反 面

14 × 17 吋 X光攝影結果	
結果:	攝影日期.....
	檢查者.....

(圖二) 胸部集螢光攝影工作室平面圖



關於 B. C. G. 接種

漢口武嶺醫院內科

表 景 舟

八年抗戰期間，國外醫學書籍雜誌的輸入，愈來愈少；尤以德日文的，陷於完全斷絕。因此我對於醫學方面的孤陋寡聞，如居井底，如睡鼓中。勝利後，隨軍返杭，纔得搜羅到不少日文醫學雜誌，溫舊知新（大多是 1943 年的，故云溫舊），關於 B. C. G. 接種防癆，曾經在『診斷與治療』第 29 卷第 2 號這一期內，讀到戶田忠雄氏的一篇講稿，內容非常詳盡。

近來又陸續在大公報、中央日報、嶺南日報、文摘等報章雜誌上，讀到好幾篇介紹 B. C. G. 的文章。知道 B. C. G. 接種，在歐美各國，早已廣泛地加以採用，尤以近十年內，美蘇研究得最為起勁。在日本，據美國陸軍醫務人員探悉至 1943 年止，已有 5558000 人受過此種 B. C. G. 的接種注射，也可想見他們的施行盛況。但在我國，則僅有上海巴斯德研究院，做過實驗。可惜他們的實驗成績，都用法文發表，詳情如何？知道的人，還是很少。

茲承編者索稿，爰將此舉世公認防癆新武器的 B. C. G. 接種，參考所有資料，寫成本文以獻。

一、 B. C. G. 發明小史

B. C. G. 是一種預防結核疫苗的簡稱，原文為 *Bacillus of Calmette and Guerin*，譯成中文就是『卡爾梅特·歐靈民細菌』（按 Calmette 和 Guerin 兩氏都是法國人，正確的譯音，當不如此）。這是一種牛型的結核桿菌，卡爾梅特 Albert Calmette 和他的助手歐靈 Camilie Guerin（以下簡稱爲卡歐兩氏），開始研究用這種細菌，來作成預防結核疫苗的動機，是在 1908 年。他們有一天在巴黎巴斯德研究院閒談。說起當時法國的母牛多患肺結核症，情形非常嚴重。假如有一種疫苗，可以預防母牛的結核症成功，豈不是一舉兩得，既可救得牛類，又可造福人羣嗎？（人類的肺結核症很多從 Milch、Butter 傳染而來）。於是他們的研究工作，就這樣開始進行了。

當然在卡、歐兩氏以前，早有無數學者，孜孜不倦地研究過預防結核的問題。關於這一方面的報告文獻，真也多得不勝枚舉。這裏我祇舉出一點重要的啓示，可以促成 B. C. G. 研究的成功。就是人體內，必先有結核菌寄生的時候，纔能產生相當的免疫力來抵禦一個新的結核菌侵襲，而此寄生的細菌，又須在下列三條件之下：即一是寄生的結核菌必須活的。（死的結核菌，不能產生免疫力，此過去各種疫苗之所以失敗）。二是數量不能過多，三是毒力必須極弱。原來結核菌的傳染，主要是在淋巴腺組織裏。任何動物的淋巴腺組織裏，祇要有合乎上述條件的結核菌存在一天，就會一天不感染結核的。因此可以說結核症的免疫條件，就是少數的、活的、弱毒的結核菌寄生於體內，並須這些寄生的細菌，決不影響身體的健康。

卡、歐兩氏因此從一隻重病的牛身上，取出一些結核菌（牛型結核菌的毒性，本來就比人類結核菌的毒性較弱），把它培養在馬鈴薯、甘油、胆汁等混合的製成的培養基上，每兩個星期，通過一次

新的培養基。這樣繼續做了四年之後，他們很小心地量出 100 mg 的培養菌，把它注射到一隻小牛身上。假使是原來的結核菌，那就祇要有 7 mg，就可使這條小牛發病而死，可是現在注射了 100 mg 的培養菌，居然沒有發病。但是耐心的研究者，還不放心；仍以同樣的方法，繼續在 13 年內，通過 230 次。到了 1020 年，看看那些培養的菌種，已經乘了一些蒼白的影子，放在顯微鏡下看來，甚至已與以前的形狀都不相同了，於是卡、歐兩氏選擇最近人類的動物——黑猩猩來做第二次試驗：

黑猩猩 15 隻：	<table border="0"> <tr> <td>三隻 用 B. C. G. 注射</td> <td rowspan="3">} 關在一個籠子裏</td> </tr> <tr> <td>五隻 正患肺結核的</td> </tr> <tr> <td>七隻 健康無病的</td> </tr> </table>	三隻 用 B. C. G. 注射	} 關在一個籠子裏	五隻 正患肺結核的	七隻 健康無病的
三隻 用 B. C. G. 注射	} 關在一個籠子裏				
五隻 正患肺結核的					
七隻 健康無病的					
十五個月後	<table border="0"> <tr> <td>三隻 接種過了的——無恙</td> </tr> <tr> <td>五隻 已經患病的——統統死掉了</td> </tr> <tr> <td>七隻 本來健康的——病死了四隻</td> </tr> </table>	三隻 接種過了的——無恙	五隻 已經患病的——統統死掉了	七隻 本來健康的——病死了四隻	
三隻 接種過了的——無恙					
五隻 已經患病的——統統死掉了					
七隻 本來健康的——病死了四隻					

1921 年，卡、歐兩氏，再把它試用於人體。當時一般人都認為此舉非常危險，因為誰都不能知道：那些馴伏了的菌種，會不會在血液裏復活滋長，就在卡、歐兩氏本人，也難大胆答復。還有最使人焦急的一點，就是它的效果，不能立刻明白。雖然在注射疫苗後，血液裏現出一種抵抗力增強的跡象，但這還不能證明接種後就可不會傳染。要知它的效果究竟如何？還須待日後的事實來證明，說不定三年、五年，以至於十年吧！

偏偏在推行當中，又來一個不幸的插曲。就是在 1930 年，德國盧比克地方的衛生局，決定來一次大胆的實驗，接種兒童 249 人，結果有 75 個兒童，發生嚴重的肺結核症而死。雖經事後澈查真相，是由實驗室的工作人員，誤將猛烈的肺結核菌和馴服的結核菌混合一起，以致造成這樣嚴重的結果，而於 B. C. G. 本身是可告無罪的；但是這樣一來，大家對於 B. C. G. 的接種，都有些心懷景懼，不敢試用。因此 B. C. G. 接種的效能，究竟如何，一直到 1933 年卡氏逝世的時候，還是醫藥上的一個大謎。

不過話又要說回來，各方繼續作此項研究的人，並非沒有，否則，韜光養晦的 B. C. G. 疫苗，豈不會從此永埋深山，何致於像今天這樣被人重視呢！

二、 B. C. G. 接種法簡述

製成的 B. C. G. 疫苗，是一種白色混濁的液體，每瓶含量為 2 c.c. 含 10 mg 約四萬萬個活的結核菌，有效期僅七天。（上海巴斯德研究院，有此疫苗）。接種的方法，通常用經口接種與皮下注射兩種。此外也有人考慮用皮內注射法、表皮亂切法、甚至靜脈內注射。（動物實驗，如天竺鼠之類，可用點眼法）。

（一） 經口接種

要點如下：

- (1) 乳嬰在初生的 10 天內，服用三次。日期可任選下列之一。
 - a) 3. 5. 7.
 - b) 4. 6. 8.
 - c) 5. 7. 9.
- (2) 將 B. C. G. 疫苗倒入茶匙內，混以母乳或牛乳。
- (3) 在規定喂乳前半小時。

(4) 有病的嬰孩忌服，早產的嬰兒無妨。

(5) 每次服用的劑量是 10 mg. (卡氏第一次的人體試驗量是 2mg，以後經大家更大規模的試驗，而增加到 10 mg)。

〔理由〕 各級年齡人，都可傳染結核，因為身體抵抗力的不同，病情也隨之不同，成年人，因為早已傳染，體內對於結核菌的抵抗力也比較高，所以結核傳染，在成年人常常是局部的，慢性的，比較靜止的。嬰兒可以從母體獲得相當的抗體，出身後，漸漸排泄，至六個月後，差不多已完全消滅，所以結核菌在嬰兒體內，可以毫無抵抗的繁殖蔓延，造成嚴重的結核症。據統計一歲以內，傳染結核症的死亡率是 35—57%，尤其是生活在結核病人的家庭裏的乳嬰和兒童，傳染機會，非常之多，危險也非常之大，所以 B. C. G. 接種應該在十天內就要施行。同時因嬰兒的腸粘膜炎在這個時期內，透過性很大，所以祇要內服就可以了。

(二) 皮下接種

要點如下：

(1) 不能口服的嬰兒，或年齡較大的嬰兒或兒童。

(2) 注射量 0.25—1.0 mg (參閱第三節)。

(3) 肩後皮下。

(4) 注射前，必須先行結核素反應的試驗。凡是反應陽性的(表示身體內已有結核菌傳染的，不宜作 B. C. G. 疫苗的注射，因可起過敏性，事實上陽性的人，也不容易再染結核症)。

所謂結核素反應，就是將結核菌培養繁殖後，濃液濾過，可以製成一種結核素 (Tuberculin)，用它的相當量注射於人體的皮內，有的人在一二天後，注射部發生紅腫現象(陽性)，有的人，毫無動靜(陰性)。

表現陽性的，表示這個人的體內，已有顯明性或隱伏性的結核傳染。表示陰性的，就是表示這個人體內，沒有傳染過結核。

這種反應的試驗，在成年人沒有多大的價值，因為 18 歲以上的人，百分之九十六以上，都已傳染過結核菌，所以大多數是陽性的。但是在嬰兒和兒童的結核診斷，却有莫大的價值。根據試驗的統計：有患有結核症病人的家庭裏：

4—10 歲 90% 陽性。

2 歲以下還活着的，也有 40% 陽性。

一歲以內傳染死亡的，50%。

但是在健康家庭生活的小兒，情形就完全不同：

2 歲以內的，完全陰性； 10 歲以內的，不過 31% 陽性。這就證明患病家庭的嬰兒和兒童，是有怎樣大的傳染機會，從而結核素反應的意義，也就在此了。

三、 B. C. G. 效果的批判

關於 B. C. G. 接種的效果批判，在我讀到的那篇戶田忠雄氏講稿裏，有非常詳細的說明。且尚未被譯載於國內各醫學期刊，就是相類的稿子，也未曾見到，因此我並不顧忌它是三年前的舊貨而把它摘譯一些在這裏(原文太長，祇可摘譯其精要之處。如有通日文的醫學同仁，願讀全文，本人可供借閱，但須保證寄還)。

(一) 經口接種的效果

經口接種，在日本很少採用；但在歐美，則頗為盛行。特別值得注意的文獻，是 Kereszturi et Park 氏的報告，如第一表：

	結核 死亡率 (%)	非結核 死亡率 (%)	一般 死亡率 (%)	條 件
對 照 280	8.6	6.4	13.0	一年後
B.C.G. 接種 137	1.1	6.3	7.4	
對 照 224	9.3	6.7	16.0	二年後
B.C.G. 接種 79	2.5	8.9	11.4	
對 照 114	20.1	6.3		開放結核 接 觸
B.C.G. 接種 16	12.0	6.2		
對 照 76	8.6	2.6		閉鎖性 結核接觸
B.C.G. 接種 37	0	2.7		
對 照 34	0	27.0		健康家族
B.C.G. 接種 26	0	19.2		

據上表可知結核死亡率，在接種羣方面，著明減少，非結核死亡率，無大差異；一般死亡率，多少有些差異。

又以開放性結核患者，閉鎖性結核患者，及健康家族之小兒等三羣，比較其死亡率，雖然人數不多，比較的不算完全；但以此指出 B. C. G. 免疫力的程度如何，也是不無興味。根據表列事實，似可明白 B. C. G. 的免疫性，並非絕對的，對於濃厚的感染原或多次感染者（如開放性結核之一欄），不能使其發病止於某種程度或防止其病變的進行；但在感染微弱者（如閉鎖性結核，健康家族等二欄），就能發揮它完全的免疫力云云。（參見第四節所舉之結論。）

Saye et Weill-Halle 氏報告在法國接種 B. C. G. 之兒童，於十年後行 X 光線檢查的成績，也很有興味。他們的研究，是生後立即以 B. C. G. 經口的接種，約 100 人，等到 10—15 歲的時候，行 X 光線檢查，來和另外一羣的小兒（住於同一環境內，未經 B. C. G. 接種）相比較，其病變有如第二表：

據表可知：接種兒童方面的成績，無論是所舉病變的那一種，都比非接種兒童方面為佳。本報告能於接種後觀察其經過，尤稱特色。

	接種兒童 (%)	非接種兒童 (%)
初 感 染 羣	0	11.6
活動性淋巴腺結核	1.8	6.3
非活動性結核病竈	5.6	33.7
活 動 性 肺 結 核	1.3	8.1

(二) 皮下接種的成績

皮下接種在歐美方面，反而不及日本的盛行。這裏我也僅僅舉出兩個代表例。即第三表是 Heimbeck 氏在 1936 年發表的成績報告，

(第三第四兩表見次頁)

可以算得最詳細的了。第四表是西川・中澤諸氏的報告，藉明日本方面研究成績的一斑。

從表可知諸家接種的人數，雖然不多，但不論醫院裏的看護或是保健所的乳兒，凡經接種過的死亡率，都見減少，尤以死亡率的一致降低。

(三) 皮下接種與經口接種的比較

據動物實驗的經驗：皮下接種的成績是超過經口接種的。但在人體內的情形，又是怎樣呢？這裏舉出法國 P. Saleur 氏和美國 Kereszturi 氏的比較成績報告，以供參考。（第五表見後）

觀表可知乳兒經口接種的成績，也很不錯。這是由於乳兒腸管的吸收細菌，頗為良好的緣故。但和皮下接種的成績相比，仍以皮下接種的成績較優；因此我們在考慮到兒童、青年、乃至成年人的接種，應用何種方法的時候，當然會歡迎皮下接種法吧。

(四) B. C. G. 接種與副作用的問題

第三表 皮下接種後之發病率 (Heimbeck 1936)

	結核發病率	結核死亡率	病 型
接種者 482人	34人 7.05%	4人 0.8%	肺結核(菌+) 3
			肺結核(菌-) 4
			肋膜炎 13
			結節性紅斑 11
			腦膜炎 1
			不明 2
對照者 280人	96人 34.4%	10人 3.6%	肺結核(菌+) 13
			肺結核(菌-) 24
			肋膜炎 16
			結節性紅斑 39
			頸腺結核 2
			腦膜炎 2

B. C. G. 的經口接種的副作用如何，似乎不成問題。副作用之成爲問題者，乃僅屬於皮下接種。

Weill.Halle 氏在 1927 年報告以 1—0.25 mg 的大量皮下接種 10 名，都能形成膿腫 (Abscess)、瘻孔 (Fistel) (但無局部淋巴腺之腫脹)，經 2—3 個月而治癒。

Heimbeck 氏最初用 0.05 mg 於 51 名中，有 16 名發生膿腫。後就改用它的半量 (0.025 mg)。Scheel 氏用 0.05 mg 於 367 名中，形成硬結者 25 名，膿腫者 2 名。Grasset 氏用 0.05—0.025 mg 於 502 名中，發生膿腫者 26 名。

最近也有用皮內注射法的，仍可形成膿腫

。Wallgren 氏(1928年)於 44 名中，見 34 名形成膿腫，硬結。Scheel 氏用 0.025 mg 於 170 名中見 64 名形成膿腫。Kereszturi 氏用 0.3—0.003mg 行皮內注射，於 292 名中，見硬結者，91 名，形成膿腫者 53 名，局部淋巴腺腫脹，化膿者 43 名(這在其他學者的報告裏，無此副作用；恐因 B. C. G. 以外的混合感菌所致)。

普通 B. C. G. 的注射接種，須結核素反應爲陰性者。但 Eoley et Parrot 氏並不預先行結核素反應的檢查，便將一歲起至十五歲爲止的一羣小兒，計 1215 人，各人一次投與 B. C. G. 50mg 亦不見何種障礙按 50mg 云云，校對原文無誤，實際上原文恐有誤植而爲 0.5 mg 之訛。或者說口服用量，亦未可知)。

又如 Guinard 氏於 34 名婦女結核患者，各人每月注射 3—4 次，每次 0.0125—0.25 反復施行至 28—68 次，既無治癒的效果，亦不見有病勢的特殊惡化，由此可知 B. C. G. 接種，對於結核病，沒有什麼直接的不良影響。

(五) 結核素反應的陽性轉變率

小兒經口接種後，結核素反應陽性轉變率(以下簡稱陽轉率)，要比皮下接種的爲低，且不一定。Armond-Dehille 氏報告：家族無暴露結核感染的乳兒，接種和非接種的 Pirquet 反應，都有 10—17% 的陽轉率，亦即說兩者之間，沒有多大差異。但在另一方面，如 Blechmann et Francois 氏則謂：乳兒自生後一星期起始，每週投與 B. C. G. 至達十星期時，則有 70% 的陽轉率，假如行三次接種法的，就祇有 18% 左右的陽轉率而已。並且據他的解釋：十次注射法者在第三個月，即已變爲陽性，至第六個月，達於最高，其中 40% 至十五個月左右，猶能保存性陽云云。這就是說用量到某個相當大的程度時，可使轉變爲陽性的。

第四表 B. C. G. 皮下接種之成績 (日本)

報告者	人員	發病數	發病率	死亡數	死亡率	備考
西川 (大阪)	B.C.G. 接種	309		0	0	乳皮下 接種 兒種 看皮下 接種
	B.C.G. 非接種	270		11	40.0%	
中澤 (大阪)	B.C.G. 接種	128	13	10%	0	同
	B.C.G. 非接種	101	28	20%	5	
常野 (千葉)	B.C.G. 接種	101	9	9%	0	同
	B.C.G. 非接種	106	13	12%	1	
宮川 岡西 (東京傳染病研究所)	B.C.G. 接種	59	4	7.3±2.4	1	同
	B.C.G. 非接種	16	9	56.2±8.4	3	

Chaussinand 氏就結核素反應陰性（用十倍稀釋液，皮內）但可保證有感染的小兒，比較其 B. C. G. 經口和皮下接種的陽轉率如何。據說經口投與的 128 名（30—60 mg 分服）和皮下接種的 168

	B.C.G. 接種法	結核死亡率	一般死亡率
P. Saleur (1930)	經口接種 乳兒 806 名	0.5%	10.8%
	皮下接種 651 名	0	0.6%
Kereszturi (1936)	經口接種 乳兒 296 名	1.10%	
	皮下接種 421 名	0.7%	
	對照羣 345 名	0.6%	

名（0.01 mg. 分兩處注射）。前者陽轉率為 Pirquet 反應 19.4%，皮內反應 46%，五年內猶保存。反過來後者陽轉率為 Pirquet 反應 83%，皮內反應 95%，但在五年後，殆又變為陰性。又據他最近的報告：經口投與，結核素反應猶未變陽性的小兒，再以 B. C. G. 注射於皮內，則其中有 11—50% 現 Koch 氏現象（似乎是過敏性的反應）。另外 Chaussinand 氏觀察十六個結核家族的小兒 41 名，未經 B. C. G. 接種，且都感染而見結核素反應變為陽性。雖然陽轉的程度，有所輕重，但都發病而無一倖免。反過來，行 B. C. G. 接種的 30 名，雖然他們的結核素反應始終陰性，但是並不發病。考其原故，我們不能不考慮到：這是 B. C. G. 接種後，這些人的個體內結核素反應

，即使不會陽轉，但已能阻止那侵入體內的強毒菌的增殖，不使活動，而當肯定其免疫性的存在。

（六）效果判定與對照的問題

預防接種的效果判定，必須有嚴密的對照，自不待言。美國 Levine, Vogel, Rosenberg 諸人，自 1926—1937，十一年期間，在紐約做過 1830 名乳兒的 B. C. G. 經口接種；但其所用對照，並未經過嚴格的選擇；因此，自 1926—1933 年的接種成績報告是結核的死亡率在接種者為 0.7%，對照者 3%。第二次自 1933—1936 年，檢查所有在完全同一的條件之下的結果，是接種者 1.6%，對照者 1.1%。這就說明對照對於效果判定，有了怎樣的關係。

加拿大 Hopkins 氏以統計學的觀察，精密研究過 B. C. G. 效果的問題，所選資料也有 1950 名之多，對於對照問題的處理，非常精密，依據他的成績（載在 Baudouin; Bull. Acad. Med. t. 117 P. 412, 1937），纔使吾人不能不承認經口接種，對於結核感染，在小兒有相當的防禦意義。

四、戶田氏 B. C. G. 接種經驗

綜上所述，可知 B. C. G. 接種之與結核預防，它的價值，雖至已經被人認識的了。但為使 B. C. G. 能發揮它最大的效能，以達於盡善盡美之境，則仍含有很多問題，例如：

- (1) 關於 B. C. G. 毒力 (Virulenz) 的研究（包含菌種問題）。
- (2) 關於接種方法的研究（包含劑量，部位……等）。
- (3) 關於免疫力持續的研究（包含過敏性，陽轉率……等）。
- (4) 關於膿腫形成等如何防止的研究。

戶田氏係九州帝大教授，曾赴德從 Frankfurt 之教授 Kolle 氏研究 B. C. G. 菌種諸問題，歸國後繼續研究 B. C. G. 接種多年，對於上舉諸問題，便是從各方面加以研究過的一個人。茲再簡單介紹其接種的經驗，以作本文的結束。

根據動物實驗的經驗：先用不同的接種法和不同的菌量，分爲如下的五羣注射，以資比較。即：

1. 一側皮下 注射 0.02 mg.
2. 兩側皮下 注射 各0.01 mg.
3. 一側皮下 注射 0.01 mg.
4. 兩側皮下 注射 各0.005 mg.
5. 兩側皮下 注射 各0.025 mg.

所得成績，有如第六表所示。不過第5羣的人數不多，成績難期正確，故表內從略。

第六表 B. C. G. 接種者之結核素反應於二年內所見之推移 (陽性率)

	六 以 後	二十 週 以 後	三十 週 以 後	一 年 以 後	一年 半	二 年
0.02 mg 一側	55.1%	61.2%	77.5%	57.9%	65.4%	63.3%
0.01 mg 兩側	40.7%	62.9%	81.5%	54.5%	60.0%	62.5%
0.01 mg 一側	55.8%	48.8%	74.4%	68.3%	30.8%	45.7%
0.005 mg 兩側	26.9%	42.3%	65.4%	54.5%	50.0%	66.6%
對 照		1.2%		25.0%		68.8%

從表，可以知結核素反應的陽轉率，大體上，各種注射法是大同小異，但有如我人所想像的：似乎菌量大的，那末陽轉率也大些。至於分割注射和一處注射的比較，則以優劣互見，不能一概而論。關於結核素反應的經過，從表所示：則在三十週後，達於最高的陽轉率，亦漸次低降，至二年後，則幾乎和非接種羣的陽轉率相彷彿了。

再就各注射羣之同一人員往後再過一年半期間的發病率和死亡率來加以觀察，結果有極饒興味且又認爲重要的二三點，可以舉出，有如第七表所示：

第七表 九州帝大看護婦之 B. C. G. 接種者之發病率

B. C. G. 注射量	二年間之觀察				三年半之觀察			
	人數	發病者	%	死亡者	人數	發病者	%	死亡者
0.02 mg 一側	49	0	0	0	49	3	6.1	0
0.01 mg 兩側	78	2	2.6	0	78	9	11.5	0
0.01 mg 一側	43	3	7.0	0	43	4	9.3	0
0.005 mg 兩側	26	2	7.7	0	26	7	26.9	0
對 照	101	9	8.1	2	101	14	13.8	5

詳言之：

第一、各注射羣的發病率，有其著明的差異，而且在三年半後，發病者的人數，還會激增。這種成績，竟和第六表所見的：allergic 性在二年後和對照者幾乎相等的事實，兩相關聯，實在很有興味。

第二、菌量的關係如何，這裏也看得出一些苗頭。例如用 0.02 mg 注射的一羣，完全無患者。兩側注射各 0.01 mg 的一羣，可見發病

。如在 0.01 mg 以下的，則不論其爲一側或兩側，都有 7% 左右的發病者，而與對照例的 8.1% 相差無幾。由於這種結果，則自其結核素反應的陽轉率來說，雖無著明的差異；但自其發病率來說，那就說明菌量多的，防止發病的作用也強，這是和動物試驗的成績，大體相一致的。

第三、照三年半後患者發生的狀態如何來說，那就連得 0.02 mg 的那一羣也有患者發生了，但無論如何，總比對照方面爲少。祇有很意外的，是兩側注射各 0.005 mg 的那一羣接種者，居然有 26.9% 之多。原因不明，推想起來，會不會是屬於本羣的人們，接觸開放性患者的機會，特多的緣故呢？

第四、根據上述結果，不論如何，B. C. G. 接種後，經過三年半的時日，則其防止發病的免疫力，變爲極弱，甚至於說它完全消失，也作興的了。但有一不能否認的事實具在，就是三年半後，不拘那一羣的接種者，都無死亡，反之，對照方面，則有五名的死亡，兩相比較，對於 B. C. G. 的免疫力，我人還是不能懷疑的。

根據以上所說經驗，因此可以得如下的結論：

1. B. C. G. 接種，必須用一定程度以上的菌量（此點與潰瘍形成的防止，相矛盾，但是不得已）。
2. 依 B. C. G. 接種所得之免疫力，似乎在二年內外，就會變弱。
3. B. C. G. 接種，對於感染和發病的完全阻止，不可能。
4. B. C. G. 接種，對於感染初發病狀的急性惡化，加以阻遏而使停止於某種程度，却是可能的，所以死亡率減退，是不爭的事實。

氣喘症之治療問題

(下)

國防醫學院內科學系及上海總醫院內科
葉維法

葉氏醫學文粹

(5)

治療氣喘不宜隨便靜脈注射腎上腺素，戒用於進行性動脈硬化及高血壓者，曾有報告血壓正常之病人發生蜘蛛膜下腔出血 (Flexner 及 Schneider, 1938) 及半身不遂 (Keeney, 1939)，其他禁忌症為甲狀腺中毒病、心臟擴大及冠狀動脈病。

Rackemann 氏謂治療兒童氣喘，將乾燥腎上腺素 1.5mg 放於舌下常可見效。Graeser 及 Rowe 二氏 (1935-1939) 研究結果，腎上腺素可由肺吸入，令病人自用，以噴霧器噴射 1% 藥液，分量多少，各人不等。Westcott 及 Gillson 二氏 (1943) 認為繼續吸入治療後，皮下注射腎上腺素仍屬有效。Richards 氏 (1940) 改良本法，由氧氣桶通出氧氣，速率為每分鐘 4-7 呎，1c.c. 腎上腺素溶液於 3-10 分鐘化氣。Lockey 氏 (1943) 謂於溶液中加入 5% 甘油可防前咽喉乾燥及刺激。

自 1938 年研究以還，Keeney 氏介紹作用緩慢之腎上腺素。後有人 (1944) 用植物油配成 1:500 之腎上腺素懸液，如此作用時間加長，無需如注射方法屢屢施行，用量為 0.2-1.5c.c.，通常 1c.c.。Insley 及 Segaloff 二氏 (1940) 以為成人起始用量不應超過 0.5c.c.。普通腎上腺素之反應及禁忌症，對此種製劑亦屬相同。通常僅少數病例可見罕有反應，然 Rakemann 氏 (1943) 謂下列反應並不少見：頭痛、惡心、嘔吐、發紺、呼吸困難、寒戰、出汗、失眠、震慄、神經過敏、血管性蕁麻疹、前臂浮腫。多數病人此種反應由吸收過快所致。宜作肌肉注射而不皮下注射，忌入血管。Dorwart 氏 (1940) 主張注於三角肌，不注於臀部，且注射器需乾燥。

Spain 氏 (1939) 等介紹 1/500 腎上腺素明膠混合液 (Epinephrine-gelatin mixture)，其效用與上述油劑相持，且無抗原性。Miller 氏首用明膠混合劑於二百餘病人，覺得有用，此劑須保存於溫箱，且需加溫促使液化。Abramson 氏 (1943) 經驗可加足量尿素 (urea) 使在室溫保持液態。

Kalmon 氏 (1940) 在二十二病人對上述二種混合劑作比較研究，共注 225 針，結果贊成用油劑較少疼痛及刺激性，數小時即愈，病人亦都如此感覺。

麻黃素 (Ephedrine)

Althausen, Schumacher, Piness, Miller, Munns, Aldrich, Middleton, Chen, Thomas 及其他多人對於麻黃素治療氣喘病，認為：(1) 預防或治療氣喘發作不及腎上腺素可靠；(2) 口服，作用較老藥緩慢 (10-30 分鐘)；(3) 發生作用後常可持續數小時；(4) 毒性較大。重篤病例本藥常無功效，中等度及輕症者可有作用。麻黃素主要長處為可口服，作用時間較久，平均劑量 25-55mg，然變化頗大，有些病人在安靜時用小量即可防制發作，而其餘多數人每隔數小時須用 50-100mg 或更多方生作用。Brown 氏 (1940) 主張臨睡時服一膠囊及一腸衣包裹之片丸，



(6)

氣喘症之治療問題

當膠囊作用終止時，片丸開始生效。Munns 及 Aldrich 二氏經驗，兒童最小及最大限度為 12 及 50mg. 硫酸及鹽酸麻黃素商業製品有丸片、膠丸，溶液、甘香酒劑、糖漿劑及皮下注射之安甌。Thommen 氏在 245 病人使用本藥，70% 以上有效，22% 無用。

許多醫師報告本藥日久頑生，逐漸失效，然不致成癮。有些病人之副作用雖非嚴重，然常顯著，如惡心、嘔吐、出汗、膀胱激動、尿瀦留、皮疹、月經疼痛、心悸亢進、眩暈、震慄、失眠、神經過敏等。咖啡鹼 (Caffeine) 及菸鹼 (Nicotine) 助紂為虐，增重症狀。忌同用腎上腺素，以免二者作用重覆。巴比土酸鹽 (Barbiturates)，尤以 Amytal 可抵制麻黃素之副作用。

Amphetamine (胺丙苯 Bengedrine), Propadrine, Neosynephrin

Swineford 氏 (1938) 以為吸入苯丙胺可減退輕度及中等度發作，若與腎上腺素或麻黃素同用，可增加其療效。本藥稍有毒性反應，惟失眠在 69 次發作中只二次見到。

Boyer 氏 (1938) 每隔二小時或更久應用鹽酸 Propadrine，於 44 病人中有二人症狀減退。劑量為 0.024gm 或加倍。

Graeser 氏 (1939) 認為吸入 5% Neosynephrin 並無價值，然 Richards 氏 (1940) 則謂多少有效，而無副作用。

茶鹼衍生物 (Aminophylline 及茶葉素 Theocin)

Effron 氏 (1936) 陳述靜脈注射茶鹼 (Theophyllina) 衍生物 Theophylline-ethylene-diamine (Aminophylline)，可終止重篤氣喘。通常劑量為 0.24—0.48gm.。Rackemann 氏 (1943) 謂較大劑量比較小劑量並不發生更多效能。多人報告此藥療效甚佳。Osgood 及 Ehret 二氏 (1943) 認為主要作用係增加血液流過肺循環，而擴張氣枝管之作用尚屬次要。Tuft 氏 (1936) 發現 Aminophylline 與 Theobromine 及咖啡鹼混合口服有效。Brown 氏 (1940) 用一膠囊內含 0.03 gm 硫酸麻黃素，0.03gm Sodium phenobarbital 及 0.2gm theophylline sodium acetata。Dees 氏 (1943) 用以作直腸塞藥，早晨及黃昏各放一個，足以保持整日夜之安寧。

Aminophylline 偶有呼吸增強所致之反應，眼睛溫熱及灼感，有金屬味，惡心，嘔吐等。Unger 氏 (1944) 謂彼於數百針注射中並無危險反應。Merrill 氏 (1944) 報告三例死亡，然均有心病。

Atropine

若與腎上腺素相較，單獨應用 Atropine 效力不彰，多數病人雖用大量足以面紅耳燥、粘膜乾燥、腦子激動，症狀亦大顯著緩和，且其比腎上腺素較快耐受。Cooke 氏 (1943) 謂 Atropine 與



belladonna 禁忌同用。

吐根糖漿劑

Ratner 氏 (1942) 謂當枝氣管堵塞而致長期發作時，吐根糖漿劑 (Syrup of Ipecac) 甚可見效。若腎上腺素不能見效，而本藥可致有力嘔吐，消除堵塞，迅速解除痛苦。嬰兒及幼童用量 1/2—1 茶匙 (2.5—5.0c.c.)，若此量不引起嘔吐，則給二茶匙 (10c.c.)。年長兒童及成人則可重複給予直至達到目的。吃藥後繼飲溫水。

嗎啡

嗎啡 (Morphine) 雖可見效，然本病為慢性疾患，不能每次重篤發作均給予之。其實，雖一次劑量亦不給予，因嗎啡可收縮小枝氣管，減低氣管顫毛運動，抑制呼吸中樞，此種情況可致無數氣喘病人於死亡。

麻醉劑

Maytum 氏 (1931) 由腸道給醚 (ether)，可解除極重發作。Kahn 氏 (1935—37) 給醚以阻礙氣喘，彼用等量醚及橄欖油，事先不作清潔灌腸，平均成人 20 分鐘用 150—210c.c. 混合劑，5—9 歲兒童則給 45—60c.c.。Rackemann 氏 (1943) 用此混合液 60c.c. 每日二三次，甚表滿意。Maietta 氏 (1942) 報告內含 1c.c. 醚及 1c.c. 花生油之安甯肌肉注射，在氣喘狀態者每 4—6 小時注射一次，長期存在氣喘者每週注射一或二次。如此可減輕本病嚴重性，而使其他治療更易見效。

Fuchs 氏 (1937) 用阿佛汀液 (Avertin fluid) 一次 60mg，常減輕症狀，可數日或數週不發，且使其對腎上腺素治療可見效。

吸入劑

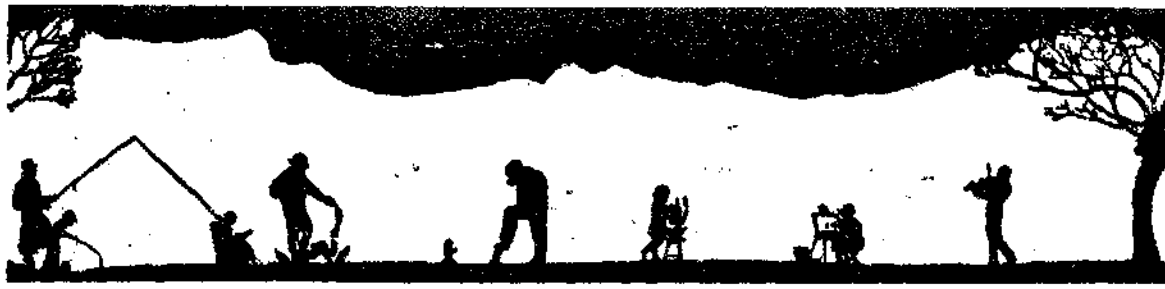
輕症病例吸入燃點曼陀蘿 (Stramonium) 及硝酸鹽混合物夜間一或數次，可減輕症狀，商業製品止喘粉或紙煙亦佳，然下列處方則更經濟：

硝酸鈉 (Sod. nitrate)	15,0
大茴香粉 (Powdered anise)	15,0
曼陀蘿 (Stramonium)	30,0

用法：取一茶匙，點燃，吸進其烟。

Lippard 氏 (1939) 懷疑此吸入劑之價值，甚或有時反可更壞。蒸氣有時亦用。

Barach 氏 (1936) 以氦氣混合物 (Helium-oxygen mixture) 治療氣喘。彼謂呼吸困難並非



(8)

氣喘症之治療問題

由於缺氧或過多二氧化碳，乃枝氣管堵塞，呼吸肌受壓制所致。用氮之本意乃因比重較低（1:7）故氮氧混合比空氣中之氧氮混合較易吸入。氮 80% 及氧 20% 混合物在他人亦應用成功。Barach 氏 (1940) 謂其 84 病人中 94% 有難治氣喘由此而愈。氏又報告 (1944) 氮氣吸入及 Aminophylline 灌腸，二者同用效果更好。

Cooke 氏 (1943) 發覺由鼻管通入氧氣，效果亦佳。

乙酰基水楊酸 (Acetyl salicylic acid whicky)

熱水吞服 0.3—0.6gm 阿司匹靈 (aspirin)，甚至對重篤發作屢可克服 (Duke 1928)。因很多氣喘者對阿司匹靈敏感，故初次用量宜小，然實際多數過敏反應專家甚少見過敏反應。

葡萄糖及氯化鈉

Wilson 氏於 1935 年推荐對頑固病人靜脈注射葡萄糖液，其後，對未能吞嚥二或三日後之重篤脫水者廣泛應用。Rackemann 氏 (1944) 謂給予內含 5% 葡萄糖的正常鹽水 1500c.c.，甚至極不舒適者常可緩和，蓋 Sheldon 氏 (1939) 觀察當氣喘發作時，水及鈉顯著消失也。

脫水療法

恰與上述者相反，Cooke 氏 (1943) 謂脫水療法因使枝氣管壁收縮，可致症狀緩和。重症病人酌給淡茶、水果或菜汁（不含鹽），夜間給予瀉藥丸，早晨給予 15gm 硫酸鎂，其後三或四小時灌腸。有時靜脈注射 50—100c.c. 蔗糖，亦可見效。

發熱療法

由經驗可知發熱常可克服過敏反應疾病，故近年有人主張人工發熱，但未能根治。

加碘油類

將加碘油類通入氣管及枝氣管，使膿性物質外出，并去除枝氣管堵塞，然甚危險，可致局部化類脂質肺炎、油類瀦留處慢性刺激及傳染等。

菸草酸

有人在他藥無效時靜脈注射菸草酸 (Niacin or nicotinic acid)，(Maisel 及 Somkin 1942，Neuwahl 1942，Melfon 1943)，每日二三次，每次 50—100mg，有者口服亦佳。

Dilantin

Shulman 氏 (1942) 在重篤外來性氣喘七個孩子中，應用 Phenytoin sodinm (Dilantin)，



有六人效果極佳。連用 5—12 月，每日二或三次，每次 0.03gm，有者須加倍給予。

氯化鉀

先前多人報告應用氯化鉀無何功用，Stoesser 氏 (1942) 則謂療效尚佳。Bloom 氏以氯化鉀粉末 0.3gm 溶解於一杯水中，每日三四次，稀釋之用意乃避免重篤胃臟刺激。Parker 氏更用葡萄糖鉀片丸，每日三次。本藥很少發生反應，偶有加重氣喘則須停服，此外有惡心腹瀉及小便病狀。

鈣、麥角醇、抗壞血酸

近年來對過敏反應者缺鈣與否，認識不一，故鈣質對氣喘之療效亦無定見。

Rappaport 氏等謂花粉注射及照射麥角醇 (Viosterol) 同用，可得比分別應用較佳之結果。Crandall 及 Feinberg 二氏每日給麥角醇 30 滴，並未見效。

Holmes 及 Alexander 二氏 (1942) 報告用大量三種維生素 (抗壞血酸 Ascorbic acid) 可有效用，然 Hebdal 及 Engelsner 二氏 (1944) 則不能同意此說。

胰島素休克

葉維法氏 (1947) 以胰島素 (Insulin) 休克法 (Shock) 治療過敏性氣喘，每週注射胰島素一次或二次，直至發生休克時，即射葡萄糖溶液以解救，用量逐漸增加，有者共注二十餘次，病人體重增加，食慾亦佳，惟不能根治氣喘。

枝氣管鏡

偶有用枝氣管鏡以去除枝氣管中濃厚堵塞物。Friedberg 氏 (1943) 報告八個病人由此減輕，然其中四人為兒童由除去異物而愈，一人有枝氣管石，一人有肺膿瘍，二人有枝氣管狹窄 (其中一人由於結核)。

外科手術

外科手術治療氣喘症者如交感神經截除術、迷走神經切斷術、神經鬆解術 (如注射純酒精)、扁桃腺截除術以及副鼻竇手術等，效果不一。

其他

此外，用以克服氣喘者，如各種水療、礦泉、沐浴、紫外光及 X 光照射，呼吸體操，應用口罩，清除室內塵埃、碳酸類藥物、內分泌等都會試用。

軍隊中性病的預防

(The Prevention and Control of the venereal diseases in the military forces)

軍醫署組調司

李 繼 祖

I. 導言 (Introduction):—

性病的發生，是由不潔性交或間接接觸的傳染而起，這個過程中，包括了人類天然的性的需要在內，假設沒有「性」的需要，自然沒有異性的追逐，更沒有所謂性病的存在，所以我們得先明瞭性的存在，和它的重要，而後才可以談這問題的解決！

性是與生俱來的東西，上帝也不以為罪惡，故聖經上對於性的看法是比較坦白而合理，孔老夫子也曾說過：食色性也。可見中外古人，對於性都有很正確的認識。並不像現在社會上所流行的看法，以為這是羞澀而可恥的事情；相反地，却正是人生三大需要——食，性，衛——之一，在生物學的觀點說，食和衛是生物的個體適存，性是種族的延續。生物除了這兩個目的，可說沒有生存的價值了。

性的需要，各人不同，男女亦有別，它和氣候，年齡，季節和地域都有關係；同時性是生命的一部，而非整個的生命，由複雜的情緒構造而成，故僅憑單方面的觀點，是不能解決這問題的。年齡漸漸增大，性也慢慢地成長，到青春期而成熟。成熟了的男女，性的需要，即如吾人平常飢思食，渴思飲一般的不可缺少。偶爾處置不當，問題和疾病就發生了。就廣義來說，娼妓的存在，固然有社會上其他的原因，而性問題處置失當，未始不是主要條件之一，娼妓的患有性病，佔百分之八十以上，於是妓館也就是性病傳染的中心了。軍隊為男人的集團，並且都是成熟了的男人，對於性的需要是如何的迫切，偏偏在軍隊，環境那樣簡單，生活那樣枯燥，出險入危精神那樣激動，性方面的發洩，除宿娼外，別無其他好的辦法。而娼妓多患性病，性病在軍隊傳播的普遍，也是意料中事！

中國本來有男女授受不親的觀念，自然對於苟合，更認為可恥。現在雖然是開明一點，封建的權威，還有它牢固的勢力。於是患了性病的，不敢聲張，得不到適當的治療，讓它繼續蔓延，新患者不斷增加，故性病在軍隊的流行情形，不難推測了。同時軍隊是流動性的，時而甲地，時而乙地，時而丙地，將這種病從甲帶往乙，從乙帶往丙，更是司空見慣。所以軍隊反成了性病的傳播者，於社會，家庭和民族的貽害，實不可以數計！

固然患了性病，不會即刻死亡，然而它於戰鬥力的減弱，自是不可忽略的事實。美國軍醫署長在1910年，就認為這是很重要的一個問題，1918年美陸軍10,788人，因此病而不能工作。在我國固然提不出一個數字來，我想久歷戎行的軍醫，對於這個問題的嚴重，自有粗略的輪廓。又因為它不似鼠疫那樣，一來多是即刻死亡，所以一般人也容易把它忽略下去。其實它和一般傳染病那樣，在那裏竊蝕人命，戕害社會，較結核症更為嚴重。它的預防和管制，和其他傳染病差不多。惟和妓女的管制有關

，所以比較複雜而困難了。倘若贏得民衆衛生機構和警察局的合作，這一問題也不難解決。

下面的幾個表，不難想到當年美國患此病的情形了。我們自己對此病諱而不談，實在是很遺憾的一件事體，在軍醫署的立場來說，不但不應取緘默態度，更應統籌計畫，以期對這病，作一澈底的解決！

第一表：美國醫署向州衛生局性病報告表

年 度	性病患者總數	梅毒患者數	淋病患者數	下疳患者數
1924.....	365,096	194,936	161,676	8,484
1925.....	374,642	201,692	166,208	6,742
1926.....	377,215	205,595	164,808	6,812
1927.....	364,240	196,793	160,793	6,990
1928.....	337,490	185,437	147,219	4,834
1929.....	356,865	195,559	156,544	4,762
1930.....	374,909	213,309	155,875	5,725
1931.....	389,617	229,720	155,895	4,000
1932.....	422,192	260,564	158,083	3,544

美國陸軍每千人性病率

年 度	美國白種士兵*	美軍總數** (官長, 士兵, 白種人, 有色種人及土著)
1900.....	153.10	133.96
1901.....	150.96	150.40
1902.....	159.01	160.94
1903.....	145.02	151.49
1904.....	128.68	172.39
1905.....	146.42	180.03
1906.....	135.32	172.42
1907.....	144.51	175.95
1908.....	153.65	175.95
1909.....	150.17	179.32
1910.....	138.44	159.02
1911.....	146.29	168.21
1912.....	116.24	125.25
1913.....	85.23	89.29
1914.....	90.99	103.00
1915.....	84.08	99.33
1916.....	90.34	89.78
1917.....	109.08	107.23
1918.....	101.88	90.47
1919.....	67.78	61.31
1920.....	65.17	78.98
1921.....	59.23	66.76
1922.....	62.29	64.63
1923.....	56.55	59.16
1924.....	56.17	56.05
1925.....	53.27	52.25
1926.....	54.42	49.96
1927.....	54.27	49.73
1928.....	49.80	48.18
1929.....	54.02	48.33
1930.....	52.06	47.74
1931.....	49.90	45.57
1932.....	46.50	41.99

* 續患者不在內

** 1900-1916 年之續患者在內，而 1917-1932 年不在內。

II. 性病的種類，病原和來源 (Kinds, Causes and Sources of the Venereal diseases)

性病分爲四種，均由特殊病原菌致成。(如下表)其傳染的途徑，可分爲二，一由和染有性病的婦女不潔性交而起，而此種婦女，什九多爲妓女。尤其在患者初期，感染更快，同樣地，假設婦女沒病，亦可由染有性病之男性，於性交時傳給女性，因此輾轉相染，性病幾世紀來，仍極猖獗。另外間接接觸亦可傳染，不過少見而已。在軍營中，士兵傳染給士兵的例子很少見，大部份均由宿娼而起。

病名	病原菌
梅毒 Syphilis	螺旋體 Treponema pallidum
淋病 Gonorrhoea	淋球菌 Gonococcus
軟性下疳 Chancroid	鏈桿菌 Ducrey's Streptobacillus
第四性病 Lymphogranuloma inguinale	Donovanbodies (?)

III. 管制方法 (Control method):—

1) **傳染圈 (Chains of infections) 的管制** 性病是一種傳染病，和染有此病的婦女性交或和污染物接觸，均可引發。同樣亦可由男性傳給女性，輾轉相染，形成了一個天然的傳染圈，軍隊是流動的，自然可將性病由乙地帶往甲地了，以擴大這個圈子。加上許多社會上，經濟上的因素，性病之爲害社會民族，並不亞於肺結核。所以我們想管制這個病，必先設法管制這個傳染圈。假設能將輾轉相染的途徑截斷，性病的防制自可成功了。

2) **不潔性交次數的減少**：傳染圈有效的控制，一爲不和婦女舉行不潔性交，一爲已患病後不再和婦女同床，因爲性慾的衝動，都是不容易辦到的事體。同時士兵智識水準的低落，生活的單調，加上中國今日因爲經濟上的關係，妓女到處都是，多方擲掄。士兵們那裏會顧到將來的問題。所以他們患病的機會也特別的多。在我們的立場來說，應儘量減少他們的感染機會，一方面轉移他們的性慾方向，變成其他正常活動，一方面和警察局，民間衛生機構及開業醫師取得聯繫，調查妓女，檢查其患病情形，作成簡明的統計，建議長官，規定宿娼和預防的方法。這樣公開的處置，也許比秘密的放任，其效果要好多了。

3) **減少傳染機會**：傳染的原因可分兩方面，女性可將病染給男性，男性亦可將病染給女性，故欲管制性病，須雙方加以管制。所以我們得和民間衛生機構，開業醫師和警察局取得聯繫，交換情報。第一我們可以知道，妓女分佈的情形，第二我們知道性病流行的概況。我們固然要管制士兵，使他們不致傳染；同樣衛生機構也應管制婦女，不受傳染，雙方各建保護堡壘，傳染的機會，自然要少了。進一步來說，國家得有高瞻遠矚的政策，增加設備，遍設實驗室，強迫診治等，去謀根本解決。不過在窮鄉僻壤，根本沒受新醫學的地方，我們軍隊還是要去，性病一樣的也有，我們軍醫得特別負起防治的責任，我們固不願性病由民間傳給軍隊，同樣也不願意性病由軍隊傳給民間，這樣的任務，才算完成。

4) **預防的應用**：預防性病的最效辦法，固然是不和染有性病的婦女性交，但性慾是自然的驅使，有時無法禁止士兵們不去宿娼，所以預防方法的應用(容後討論)也是要緊的一端。告訴他們性交後，應該做些什麼？防之於先，慎之於後，縱有病，也不致十分猖獗了。

5) **教育**：教育之於性病管理，十分重要，尤其在中國今日，一般官兵們不但不知道防治的重

要，更不知道性病是什麼？所以我們得教育他們，使他們明瞭性病的種類，病狀和危險。起而自動去預防，那效果是很大的。所以我們得利用各種機會，灌輸性病智識。不論官長和士兵，都應受此訓練。尤其是軍官或班長在他們教育的過程中，這一課程更不應忽略，因為他們負有教育士兵的責任。一兩之預防，重於一磅之治療，而這責任之能否完成？完全放在教育上。所以教育比什麼都重要。其內容應包括：

- (a) 各種性病的名稱和特徵。
- (b) 傳染的方法和途徑。
- (c) 各種性病的主要症狀，特別是初期症狀。
- (d) 預防方法。
- (e) 性病的貽害——在中國應該特別提醒他們，性病對於子女家庭的禍害。
- (f) 基本的治療和疏忽了治療的後果。
- (g) 訓練時的輔助教材——應該儘量利用各種醒目之圖畫或掛圖，若有幻燈片或電影片更佳。
- (h) 訓練應經常舉行。加深一般官兵們的印象。利用各種時間和機會，儘量灌輸，不過講解時，應迎合一般士兵的心理，深入淺出地加以解釋，使他們樂於接受，樂於實施，才算是成功了。

6) **娛樂設備的增加：** 性慾是一種自然的衝動，我們必須設法使這種衝動，轉移方向，變成其他合理的要求，例如增加娛樂設備，使他們投向音樂的愛好，增設運動器具，使他們專心運動，身疲力倦，無暇想到性交上的事情。其他如象棋，戲劇都是很好的方法。部隊長對於這些問題，萬不可忽略，應該身體力行，使士兵們的慾望趨向正規，對於戰鬥力的保持，是有莫大的裨益！

7) **管制性病法規的訂定：** 以往的歷史，都把性病視為一種罪惡和不名譽，可是并不能使它滅跡或稍減其猖獗，我們自然得加以合理的處置，和坦白的承認，改正以往的錯誤觀念，詳訂管理法規，事先的預防，事後的治療，均應訂細規定。美陸軍法規 (Army Regulation) 已有類似的法則，我們固不事事仿效美國，可是對於為害民族，損損戰鬥力莫此為甚的性病，自不能熟視無睹。應該鼓勵一般士兵萬一行不潔性交時，應事先預防和登記，假設秘而不宣，應給以適當的處罰，那麼已患者可獲得適當的治療，未患者可得而預防，不若從前的道貌岸然的隱患無窮了。

IV. 預防方法 (Preventing method):—

藥物預防方法，可分機械和化學兩種，分述如次：

(1) 機械方法：

機械方法為使用保險套 (Condom) 套是橡皮做的。使用時注意的地方，得事先檢查保險套是否已有損壞，雖肉眼不能看清的破壞，亦可以感染性病，所以得特別小心，其缺點，使用時，快感較差，一般人多不喜用，也許為美中不足之處。

(2) 化學方法：本法使用適當，效果很好，其步驟如下：

- (a) 先由熟練助理員，檢查陰部有無性病徵候，假設發現可疑之處，應請軍醫診查，不能先行預防方法，軍醫亦不能藉故疏忽此種檢查。
- (b) 令患者小便。
- (c) 陰莖陰囊及其附近區域，分別以肥皂液和溫水充分洗滌十分鐘，皺摺處更宜注意。

- (d) 再以千分之一昇汞水，洗除肥皂液，其洗滌區域同上，皺摺亦不能忽略，再讓其自然乾燥。
- (e) 以2% 強蛋白銀（或10% 弱蛋白銀液）液4c.c. 注射入尿道，再以拇指和食指壓緊尿道口，繼續五分鐘，以防液體流出。
- (f) 五分鐘後再讓液體自然流出，直至最後一滴為止。
- (g) 助理員以壓舌板將33%昇汞軟膏半兩（患者亦協助之）塗擦於陰莖，陰囊及其附近區域，直至不見軟膏而後止。宜注意龜頭，尿道口及皺摺處。
- (h) 再以臘紙或繃帶包紮之，以防污染衣着。
- (i) 患者在四五小時內禁止小便。

上述方法，為美國陸海軍所採用，不過他們所用藥膏成份，陸海二軍稍有不同：

美國陸軍用		美國海軍用	
藥名	成份	藥名	成份
Hydrargyri chloridum mite	30	Calomel	33
Adeps benzoinatus	65	Camphor	2
Cera alba U. S. P.	5	Phenol	3
		Anhyd. lanolin	39
		Benz. lard	20
		Beeswax	3

據美海軍的報告，性交後一小時內使用上法，僅2.2% 感染性病；二小時內，3.1%；三小時，4.3%；四小時5.2%；五小時，5.2%；六小時，6.2%；六至十二小時，6.4% 六小時以上8.4%。

每一性病之預防，均應特別留意。肥皂及溫水為預防下疳之用；對梅毒也有部份的作用。蛋白銀液對淋病，而昇汞軟膏對梅毒之用。

V. 管制方案之實施：

從上述美軍的報告中，性病祇要防治得法，效力很好，尤其在一小時內更為確實。六小時後，未必可靠。吾人知道這種防治，所需不多，事後治療，費用甚大，吾國今日實有採用必要！為便於實施，應有方案，而此方案之推行，應由部隊長負其責，軍醫為技術上之建議，居於顧問地位。就過去經驗說，責任應該專一，工作才容易展開，部隊長在師為師長，在團為團長，以收指臂之效，師部固為總其成之機構，應以團為單位，由團長領導之，軍醫主任副之，每營各設防治站一，營設分站，連分小站，由軍醫主任指派一位對於性病有經驗之軍醫，專任其事，計劃一切，實施時之助理員，亦宜事先訓練。在本計劃未實施之前，不論團內已患未患，均應舉行一次總檢查，以為今後對照之用，自後凡經不潔性交者，在六小時內，均應至防治站登記報告，舉行防治手術。否則，給以處罰。若能貫徹始終，收效必大。

團內總站之工作：

- (1) 分析各站報來之性病比率，以便注意比率高之單位。
- (2) 收集各站報來性病數字逐日繪成圖表，以便一目了然。
- (3) 預防站預防材料之合理分配。
- (4) 審查各處患者是否均經登記檢查及適當治療，各站行政是否合理？

(5) 和民衆衛生機構，開業醫師及警察局之聯繫。

(6) 軍士教育之舉行。軍士爲軍隊之命脈，必須贏得他們的合作，工作才可完成，故宜特別注意此一教育之實施。

部隊爲軍隊的基幹，性病防治，自亦應從部隊着手。次爲各級醫院，軍醫署則配合整個計劃，各院均應令其設防治站，由院方派軍醫並任之，以便小部隊無防治機構者之用。如此在署方并不增加開支，收效亦大。

VI. 性病管制之職掌：

在我國談性病的管制，首先必須使各級軍官，明瞭其重要，和它的貽害，所以軍醫們得利用各種教育機會，在他們的腦中，劃下深刻的印象，待實施時，方能得心應手，收預期的效果。

性病管制之能否澈底？完全由部隊長之決心而定，尤以我國爲然，以團言，團長沒有決心，任何有良好技術之軍醫，都無法展其才，故管制責任應由部隊長負之，軍醫僅作技術上之建議，有如顧問性質，由部隊長以命令行之，在這地要特別申明的，就是管制之執行，連長佔有重要之一環，我們萬不可忽略。

爲便於各部隊之管制執行，應由國防部頒佈防治法規。期有所適從。據美軍統計，在 1941 年每 1000 人，患者爲 40.5，而 1992 年則爲 37.8，可見其在逐漸減退中。我國極宜改變諱疾忌醫的心理，對於性病應有根本之防治辦法，總之，對性病，部隊長爲確保軍隊健康，應頒佈命令，嚴令執行，軍醫動員技術，努力協助，士兵則忠實履行，上下一心，以期根絕此患！

VII. 性病之治療：

性病之治療，各處討論甚多，如 Neosalvarsan 之於梅毒，Sulfadruugs 藥物之於淋病，均有特效。青黴素 Penicillin 等亦有驚奇功效，本篇不復贅述。

VIII. 結論：

- (a) 性病之防治，應由部隊長負其責，軍醫作技術上之建議與工作。
- (b) 在軍隊中防治性病，師總其成，以團爲單位，團設防治總站，營設分站，連設小站，以便實施。指派軍醫負各種技術上之責。
- (c) 目前在我國，教育在性病防治上，佔重要之一環，務必利用各種教育機會，使官兵留下深刻之印象。由他們自動履行，效力更大。
- (d) 性病之管制，使性病不能由民間傳入軍隊，同樣也應防止其由軍隊傳入民間。其有效之方法，爲妓女之合法管理。
- (e) 切實和民間各種有關機構，取得聯繫。以期獲得有關性病之各種情報。
- (f) 預防方法之使用，務期澈底而普遍。
- (g) 軍醫署兼顧全局，統籌預防方法和材料。
- (h) 性慾爲自然之衝動，應增加娛樂設備，以轉移其要求，減少不潔性交及感染性病之機會。

診療新知

拾錦

紅外線 Infra-Red Ray

貴陽總醫院放射科
馮玉書

紅外線係目不能見之射線，在於紅色光線之外，故名曰紅外線，其波長約自七六〇〇Å°，（Å°為測量波長之安氏單位縮寫 Angstrom unit 其長度一十萬分之一）至一五〇〇〇〇Å°，用於治療之時，波長約自八〇〇〇安至六〇〇〇安。

紅外線之來源，熱光燈，電爐，紅外線放射器等。紅外線放射器種類繁多，其構造或採用燈絲燈泡，或藉阻力絲纏繞於非導體之上，如磁質石鹼等物，此類非金屬片所放射之紅外線，遠勝其他物質。

熱燈絲之燈泡所射出之射線，其波長約自五〇〇〇安至四〇〇〇安，其波長至多可達一一〇〇〇安，至二〇〇〇安，但以燈絲熱度之高低為準，阻力絲所構造者，其射線之波長，約包括紅外線之全部，最長者可達一五〇〇〇安，越過此點射線之強度，即漸趨微弱。

放射器之熱度增高，可使射線之波長偏向短波，所以其熱度高達三百度至四千度時，射線之波長即自四萬安至五萬安，當熱度增高六〇〇度

時至八〇〇度時，紅外線之波長即在二〇〇〇〇安，與三〇〇〇〇安之間，其熱力比前者強八至十倍。

紅外線燈之罩（即反射器），僅能使射線反射，對於放射線所射出之射線之質，則不因反射器而改變，但反射器確能使射線集中，其效用因之得以增強。

紅外線可透入人體組織，至相當深度，當紅外線被醫療家採用之時，一般研究者，以為紅外線透入組織之深度，約自二至三公分。惟近來視察紅外線能透入組織之深度，或被組織吸收者，僅射線中之小部份，可使深約一·五公分之組織之溫度增高一度。設一皮膚無血色者，施以紅外線輻射，其射線即能透入較深之組織。

紅外線即屬於輻射熱，故與傳導熱有別傳導熱之發熱器，須與皮膚接觸，使可有熱，所以僅能藉傳導而得，如熱墊，熱水壺等，此類發熱器所產生之紅外線，以之如上述者相比較，其強度即相差甚多，因此紅外線放射器所射出之射線，於治療之時，能與病者較深印象。

紅外線之效用，頗似其他熱治療，但紅外線具有鎮靜神經末梢之效，所以消解局部痛疼，血循環藉紅外線之熱力而改善，因血循環之改善，而使發炎之症狀消滅，並且可治療血循環不良神經性病變，施行揉捏與醫療體操之前，可用紅外線輻射以增進病區血循環，而補助各組織之營養，組織內吸收機能得以增進，所以能減少因發炎或損傷而產生之液體。

紅外線實施治療之時，所應注意者有三，即治療時間之長短，及距離之遠近，受療時病者之位置。

距離遠近，即指放射器與病區之距離，普通所用之距離，約自十五至廿英寸，當施行紅外線輻射時，施療者應詳知受療者之病理。譬如有麻痺紅腫等症狀者，其距離較普通用者稍遠，皮膚色素之深淺對於距離之遠近，亦應加以考慮，一般施療者，對於皮膚色素深者，採用較近之距離，皮膚色素淺者，可略遠。但有時並不盡然，所以施療者應當審慎之，以免灼傷病區皮膚。以上

所載係普通常用之距離，遇有特殊情形者，其距離增高卅英寸或更遠。

治療時間之長短，視病者情形以規定病者治療時間之長短，普通治療時間，約十五分鐘至廿分鐘，但有時可增加半點鐘。設為消炎用者，如局部神經炎，即施行卅分鐘以上之治療。總之治療時間之長短，須視病者情形如何，然後規定之。實行首次治療時，為測驗該病人所能忍受之程度，往往予以短時間之治療，以視察其反應第二次輻射時再增加之，以後逐漸增加至四十分鐘以上。

受療時病者之位置，或坐或臥，視受療之部位選擇之，設左肩施行紅外線治療，病者可以坐於椅上，僅露出肩部，以手巾遮蓋病者之頭，以免因受熱而頭暈，若輻射腰部病者，可以臥，無論採用何種位置，總以不使病者感覺有係因位置不宜，而有之痛苦為佳。

紅外線輻射五至十分鐘後，皮膚即發現紅斑，此即因皮內微血管受熱而舒張，若因熱產生之紅斑過甚，須縮短治療時間，或其距離以免灼傷皮膚之慮。

紅外線熱力之強弱，可用逆平方律計算之。例如紅外線放射器，與病區之距離增加一倍，則其強度減為四分之一。若將距離三倍，則減為九分之一的強度。此計算法亦可用於紫外線療法。

施行紅外線治療時，應注意者紅外線放射器，須準對病區疼痛之處，施療者不可遠離病者，應常視察受療部位皮膚之顏色，施行首次治療之時更應如此。

眼 之 損 傷

奧 Dr. A. Fuchs
教授講

成都空軍醫院
劉國祥記

當我們遇到眼部損傷之病人時，我們應當注意到以下三個問題：（一）眼球上是否有穿破的情形（Perforation）？（二）是否有細菌傳染？（Infection）（三）是否有異物存在眼內（Foreign

body）？欲解答此三問題，必須注意到受傷的歷史，受傷的情形和何物傷及眼睛。因此種種對診斷和療法都有密切的關係，因眼睛因爆炸而受傷或因石塊擊傷的診斷和治療是不相同的。

（一）**眼球穿破** 在有眼球損傷的病人必須注意眼前房是否有穿破或者已否傷及玻璃狀體，在戰爭時期因爆炸而成很小的碎片，常會穿破角膜而成極小的傷口，易被醫者所忽略，角膜上有大的穿破時因液體流出而使前房變淺或消失。如穿孔很小時則前房可無改變，因在受傷數小時內前房即可恢復原狀。眼前房有血液存在時，亦不一定有穿破情形，因為當石塊擊傷眼時，可使虹膜破裂而致前房內有血液存在，用手指測定眼球內壓力是正常或有減低情形亦不能決定眼球是否有穿破，因眼被挫傷（Contusion）後一二日內可致壓力變低而二三日後可變高。只有角膜上有相當大的傷口時，比較易於診斷已有穿破的情形，此時我們可以見到：⊖眼前房消失，⊖虹膜由傷口脫出，⊖眼球內壓力減低。除以上各點外，尤應注意是否傷及晶狀體，因為晶狀體的損傷較穿破傷尤為嚴重。

眼球後部有大的穿破時較易診斷，可見脈絡膜與睫狀體由傷口凸出，有時玻璃狀體亦由傷口凸出而成黑色之小水泡狀，若有極小之碎片穿破鞏膜時，則只見結合膜下有出血之小點而已。若在虹膜上發現小孔時，則為玻璃狀體腔內有異物存在之一特殊病徵，睫狀體或脈絡膜由傷口脫出時，常形成膜狀物，雖無細菌之傳染亦可致視網膜脫落之後果。

（二）**細菌傳染** 眼球損傷後而有細菌傳染時，常於廿四至四十八小時後始顯出病狀，有時更晚。當眼前房受傳染時其特徵為角膜上傷口之浸潤，膿性虹膜炎及前房積膿之種種情形，若玻璃狀體已受傳染則八至十日後可由瞳孔內見黃色之改變。碎片入眼時其受傳染之危險性以木質者較鐵質者為大，但在今日之細菌傳染可用磺胺基類藥品或盤尼西林或二者併用以避免之，但在晶狀體已受傳染時則用此藥亦不生效。當有前房積膿時若確知已傷及玻璃狀體則玻璃狀體無疑亦

已受傳染，如晶狀體仍透明無改變時，則數日後以檢眼鏡可查見玻璃狀體內膿疱成黃色之改變，但有時玻璃狀體已受傳染，而眼前房毫無改變，在此種情形下，常使醫者對病人之預後感覺樂觀，以為玻璃狀體未受傳染，但在受染之二三月後，始能發現病者之感光作用，日漸減退，故在鞏膜有穿破之病人，必須每日檢查其感光情形，如有日漸減退之情形，則表示此眼已不可救治，而成眼球萎縮之結果。眼球萎縮之另一病狀，為眼球內壓力減低，在此種情形下，醫者必須與病者說明，此眼已不可救治，而必須剷除之，否則將因交感性眼炎，而使另一眼變成失明。

(三) 眼內異物 在戰時因炮彈爆炸或以炸藥建築障地時，所成破碎彈片、泥土、或沙石等物，常能傷及眼球，此種異物可因爆炸而成細小之顆粒，而多數之顆粒可同時傷及一目，鐵質異物因爆炸而入眼時，常因高溫而不致傳染，但鐵質碎片在眼內，常內部份溶解成爲毒性之化合物，而使視網膜萎縮。但近日之炮彈因鋼質較佳，故少能溶解而致此種損害。當空襲時建築物上之玻璃碎片，亦常傷及眼球，玻璃碎片居結合膜囊中，因其透明而不易發現，若穿入玻璃狀體時，亦常無刺激作用。眼球內較大之鐵質異物，可以磁石吸出之，但吸出時常傷及眼球組織而致出血，鉛質銅質之碎片居眼球內不能以磁石吸出，其毒性化合物可致各種併發症，角膜與鞏膜之組織堅韌，若非爆炸性之外物入目，不能形成雙重穿破之傷口。玻璃狀體因穿破而受破傷風細菌之傳染時，亦可成破傷風症。磁石除在治療上用以吸出鐵質異物外，亦可做爲診斷之用，若以磁石慢慢移近受傷之目，開閉電流，使發生引力，若病者感覺目內痛疼，則可證明目內有鐵質異物之存在。



如何去利用褲子以代替救命圈

(How to Use Trousers as A Life Preserver.)

海軍第一醫院外科
鍾志謙詳

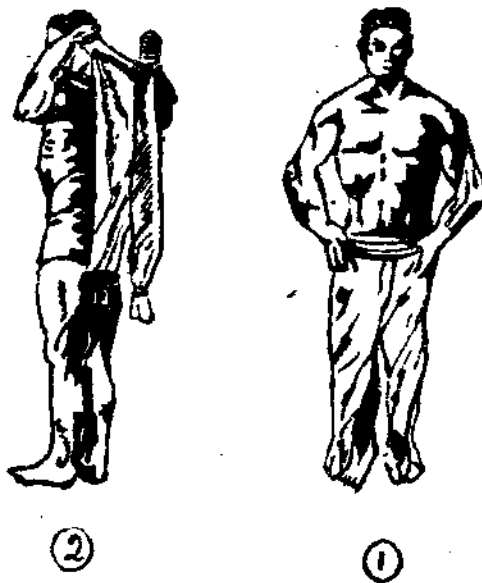
在美國加利福尼亞洲的海軍訓練處所，凡是招募來的新兵，都要訓練他們怎樣去利用褲子，以助身體浮起於水面的法子，這種臨危應急的知識，就是在陸軍中也是非常需要的，茲將實施法述之於下：

1. 在兩褲脚的上面，約 3—4 吋之處，以繩縛緊，（無繩時則祇可用褲脚本身作結）。
2. 置雙手於頭後握定褲子。
3. 將握定褲子之雙手伸直，而正值頭頂之上，躍入水內，則當褲子衝接水面時，便即做開。
4. 如果時間充裕，技術嫺熟，應令全褲濕透，俾空氣得以持久保留。
5. 當褲子做開後，則便將身體（兩肩以下部份）浮架於褲丫之間。

本法實驗之結果：可維持身體浮着水面兩小時，如情形許可，當能反復行之。

附圖——五

救命圈褲子代用法



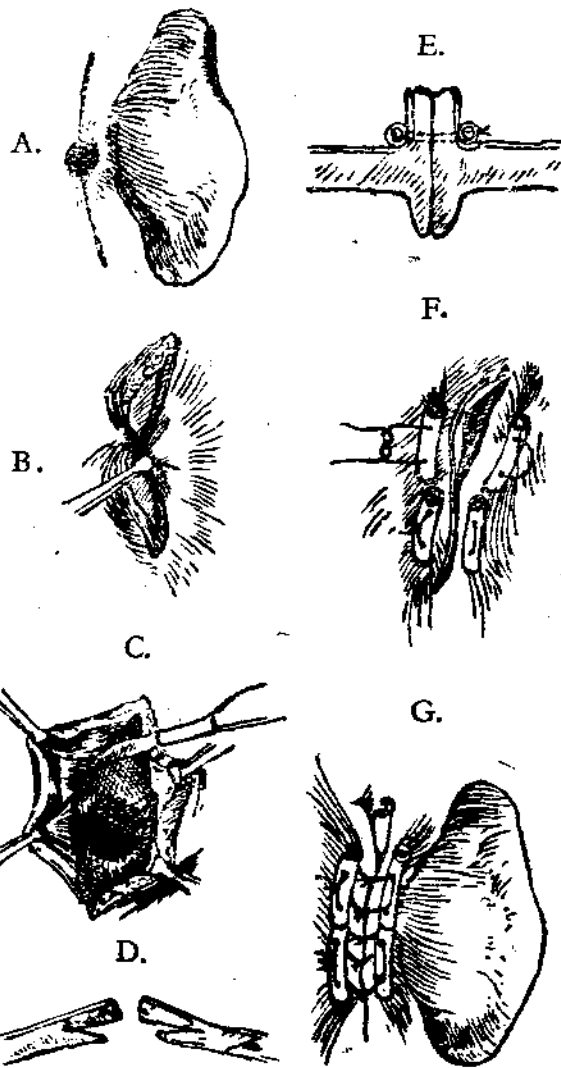
手術後形成之顛乳突瘻 修補法報告一則

(Repair of Post-operative Mastoid Fistula;
Report of a Method.)

海軍第一醫院外科
鍾志謙詳

本法係將內捲之創緣作廣大之切割，形成一新創緣，以爲愈合之張本，但必須期待遮覆於硬腦膜上缺損不全之骨質已有新骨質充填時爲之，方稱適應，手術時尤多注意者，即不容有上皮留存於創腔之深部，並多以切合實用之改良支持縫合術 (Improved Supporting Suture) 縫合之，作者曾經以本法實施於大小不同手術後形成之顛乳突瘻十二例。結果均甚滿意。

修補法之步驟



醫學文摘

國防醫學院
馮冠華摘譯

生產大量失血之止血法 美國醫學雜誌第 135 卷第 3 期。1947 年 9 月 John Totterdale.

大量失血為生產最可怕之併發症，常需迅速而有效之急救，其中最值得注意者殆莫過於血液之補充，Totterdale 就其在紐約醫院婦產科診所所得之經驗加以敘述，彼推薦有效之治療計劃應包括：先期為產婦行血型分類，決定 R H 類別；應用各項預防方法，準確測量失血量，使用有效之止血法，設立產科血庫，判定時間因素及迅速輸注之必要與及給予鹼性物（6mol. sod. Lactate 溶液）以防止因酸中毒而起心肌與毛細管之損傷而使休克愈形不易恢復，且避免因多次輸注而起之輸注反應。

凡具有生產時勢必大量出血情況之產婦，臨產前皆須為之行直接配合法 Cross match；就中以具有羊水過多，雙胎，子宮肌瘤，陰道曲張，胎兒過大，必須應用產鉗者，須用人工取出胎盤者或須要開腹產術者為然。此外尚可用 6 克分子乳酸鈉溶液於手術前靜脈輸注，注意輸注技術慎選輸注器械以避免重大損傷等以預防之。

準確測量所失之血實為治療失血有效之指針，唯此與產婦之年齡，體重，一般體格，脫水程度，失血之速慢等俱有關。

因大量失血而使產婦發生休克後，第一小時內應恢復所失血 40% 故點滴血液輸注法并不合用，故近三年來 Totterdale 等於普通輸注器止裝一壓力計，而使含枸橼酸血之瓶內維持 120mm 水銀柱壓力；首應迅速補充 500c.c. 血（7 至 10 分鐘輸完可用 18 號針頭若須 2 至 5 分鐘輸畢可用 15 號針頭）直至血壓已有反響為止，始可改用他種較慢輸注法。

排液性結核性竇之鍊黴素療法 美國醫學雜誌第 135 卷第 3 期 1947 年 9 月 Benjamin L. Brock.

Brock 報告應用鍊黴素從事治療排液性結核性竇十二例之結果十二例中十一例為黑人一例為白人，計有 60 竇，未採用本治療前各竇之平均存在時期為 24 月，十二例中僅二例其竇發源於骨，其劑量為每日 1.8 Gm. 每四小時肌肉注射一次，每次 0.3 Gm. 其中六例延續治療 90 日；餘六例於 90 日延續治療後間歇三週繼續治療達 150 日。

治療之結果：十二例中有十一例具有顯著改善；其臨床症狀轉佳即食慾增加，體重加多，熱度多數減退而局部病竇於治療三四日後，膿液減少亦漸變稀，周圍之硬結消退，觸痛消失，數年不癒之老竇亦多能於一週至十日內癒合，寒性膿腫皆須加以切開引流，屬於骨來源者更應將病骨截除，則鍊黴

素之治療頗能有助於痊癒。

中毒反應雖可經常發現但並不嚴重不足中止鍊黴素之療法，頭痛殆為常見之中毒反應，然多見於白人，並不見於黑人，前庭之暈眩症狀亦僅維持三至四週，此外較嚴重者為尿中發現暫時性圓柱體，但腎臟並無永久性損傷。

全身單純性疱疹 (KAPOSI 氏水痘型出疹)

美國醫學誌第 135 卷第 3 期 1947 年 9 月 LESLIE PAXTON BARKER 及 EARL S HALLINGER Jr.

全身單純性疱疹首由 KAPOSI 氏於 1887 年做臨床上之敘述，故將該類綜合病症以其名稱之，此綜合病症包括普通發熱水疱，濾泡性口炎，急性疱疹性牙齦口炎以及甲溝炎，水疱如豆狀大小，內含清明血漿，多數中央顯臍狀凹陷，其發現急劇且數目衆多，并繼續成羣延續三或四日甚或一週，然後早期發現者首先進行乾燥，裂開，顯出真皮或脫痂以至脫落，此類水疱多數現於易發濕疹之皮膚上，少數亦見於額，頸，甚至肩與臂上。

據最近之研究，根據動物接種與免疫試驗確知其病原係單純疱疹濾過性毒。

BARKER 及 HALLINGER 所報告之二例一為病況嚴重者一為病況較輕者，前者採用青黴素與毒蛇毒之治療（青黴素全量達 1,450,000 單位；1:3000 毒蛇毒溶液皮內注射 0.1c.c. 繼以 0.2c.c. 蛇毒注射，後復以毒 0.1c.c. 注射，隨之則以 0.2, 0.3, 0.4 c.c. 連續注射三日）；後者則採用毒蛇毒及 Benadryl hydrochloride 之治療（1:3000 毒蛇毒每日一次每次皮內注射 0.1c.c. 同時給予 Benadryl hydrochlor. 內服每日三次每次 50mg. 連續四日），二者皆經痊癒。

鍊黴素之治療結核性腦膜炎與粟粒性結核

美國醫學雜誌第 135 卷第 3 期 1947 年 9 月 Emanuel Appelbaum 及 Cyrille Halkin

鍊黴素具有遏阻結核症病發之能力已迭有報告；但對於結核性腦膜炎之治療則多數俱告失敗且併發嚴重之神經障礙，最近 Appelbaum 及 Halkin 之一例係結核性腦膜炎併有全身粟粒性結核經用鍊黴素予以治療臨床上竟獲完全阻遏之功效。

每日應用鍊黴素 200,000 單位行椎管內注射，此外并每三小時肌肉內注射 100,000 單位，除因特殊情形略有更動外餘皆按此規定劑量注射延續二十六日，雖劑量正大但患者仍能忍受且并無任何神經性不良後果。

風濕樣關節炎患者腦脊髓液之研究

紐約美國內科雜誌第 2 期
1947 年 6 月 F. Sundelin

風濕樣關節炎患者大多數皆具有中樞神經系與自動神經系二者俱受損之神經症狀，據 Sundelin 檢查 141 例之腦脊髓液其中 58 例顯示蛋白質之含量發生變化，15 例顯示膠狀金反應異常，7 例其中細胞之含量加增，總計腦脊髓液發生病變者 66 例（占 46.8%）雖然此種病變之存在與否與神經性症狀之存在與否并無關連，但風濕性關節炎患者神經系確被犯及已無疑問。

靜脈注射二烷醇 Ethyl Alcohol 之治療氣喘

美國明里波尼變態反應月報第 5 期 1947 年 5,6 月份 E. A. Brown.

Brown 採用 5% 二烷醇溶於 5% 葡萄糖鹽水溶液 0.3-1.0c.c. 靜脈注射於枝氣管性氣喘之患者（不

論其中含1,1000腎上腺溶液與否)注射之速度為每分鐘 80 至 100 滴。六例中五例甚頑固，雖口服，皮下注射或靜脈注射任何尋常藥物俱不見效，但經採用本法治療均獲功效，且無其他病理反應。

組織毒素之治療胃潰瘍

美國蘭卡斯特內科學月報第 26 期
1947 年 6 月 B.M. Bernstein

胃酸足以防礙胃潰瘍之癒合，故治療之道在永久減除或消除胃酸此殆成爲一般定論但 Bernstein 則認爲酸性胃蛋白酶因素固屬重要，但與胃酸之維持及症狀之消失與解剖上之缺陷或二者俱存似無關連，彼乃相反採用酸刺激血管弛放劑組織毒素 Histamine 以治療胃潰瘍，七十五例胃潰瘍病人，每日注射磷酸組織毒素 0.2mg. 平均二十日，此等病例除少數仍給予蘆茄酒外并不給與其他藥物，除偶爾面發紅及暫時頭痛外并無其他不良反應，所有病例有三分之二於第四次注射後即減除疼痛，80% 病例亦於第十次注射後無痛，僅有五例無效，其中并有二十六例以之做爲季節預防注射以防其復發。

青黴素軟膏之局部治療作用

美國芝加哥皮膚花柳病文彙第 55 期 1947 年 6 月
L. Goldman; R. R. Suskind 及 F. Friend.

原著者根據彼等所試用之四百例證實青黴素軟膏如經審慎確當製做且應用合理時，對於皮膚病之治療，頗具功效，欲確保其絕大療效應注意其製做，保藏，調劑等因素：藥膏內應絕對不含水份，應採用比較穩定之青黴素鈣鹽且製做時應絕對無毒，而軟膏之溫度亦不得超過攝氏十五度，常用之藥膏其成份爲每公分含 500 至 1000 單位，雖高達 20,000 單位亦少刺激現象，確切有效之疾患爲膿痂疹，表淺膿痂疹性皮膚炎，表淺化膿毛囊炎，皮膚癬菌病及續發化膿傳染，表淺創傷，灼燒，活體檢查組織切除部份及囊腫腔內悉皆有效，因其穿透力少故較深層組織之傳染，牛皮癬，紅斑性狼瘡，天疱瘡，疱疹樣皮膚炎，濕疹性皮膚炎，尋常性座瘡及唇疱疹俱無效。

治瘧新藥

Arkansas 醫學會社雜誌第 44 期 1947 年 7 月
H. Packer.

第二次世界大戰，供給奎寧之荷屬東印度羣島淪陷，因此不得不研究其他奎寧代用品以治療瘧疾，Packer 曾經研討一萬四千餘種，就中以 Chloroquine 及 Paludrine 對於瘧疾臨床上急性發作之退阻最爲有效，因其服法簡單（僅須每週一次）實較瘧的平 Atabrine 爲佳。

蛋白水解產物 Protein Hydrolysate 之治療胃潰瘍

紐吉爾賽醫學會社雜誌第 44 期 1947 年 6 月 E. Margaretten 及 L. A. Kamer.

Margaretten 及 Kamer 利用蛋白水解產物治療三例經採用 Sippy 氏療法未癒之胃潰瘍患者，竟獲顯着轉佳，三例中有二例於治療完畢後 X 光所示其潰瘍仍屬存在，一例則於服後一週內其潰瘍完全不見，患者服用含有於乳糖，葡萄糖及蛋白水解產物與波羅蜜之混合劑，其中水解產物之含量爲體重每公斤含 4.4 公分，晨起及睡前各服一次，此外則於白天分八至十次服完，同時更給患者大量含維生素食物，蛋白質爲具有與酸結合之性質故爲治療胃潰瘍之標準藥物。

交換綑帶

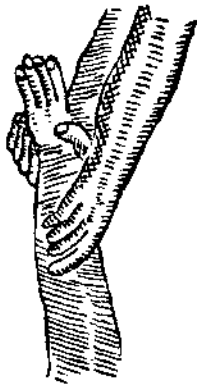
十四

鍾志謙

1. 按摩法——這是一種柔和的手法，所以施術者要用手掌和手指的柔軟部去施行，不要使患者有痛的感覺發生，指甲必須剪除兩手要溫暖，室溫也要適度，不要使病者有畏寒的模樣，病者的皮膚須清潔而乾燥，多毛之處，最好剃淨，緊扣的衣服，務必鬆解，所握住的肢體，不可緊嵌，而有絲毫阻礙血運的流通，肌肉宜令鬆弛，不使緊張，頭宜稍高，按摩下肢，可取橫臥位，上肢則取坐位，而使病者處於可耐而不易疲勞的位置，皮膚面應撒滑石粉，使手法的運用，可以得心應手，運轉自若，手法的進行，還要從遠於心臟的部份，而向心臟的部份移行，並且在同一時期內，可以將各種的方法交替的運用，凡是不須解除固定夾板的，則在固定後的第二日，就可開始，必須解除方能施行者，則須三至七日後方可開始，長骨折則須在第二或第三星期之末，纔可開始：

a. 向上推摩法——單手雙手的施行，都是同樣的原則，應該以拇指和其他的四指，置於一肌簇的肌溝內，手掌則是密密的接按在肌簇上，徐徐的向心增壓按摩，達到肌簇的最後部份，便即減壓，而達於該肌簇的終端，釋手後再照樣反復的去施行。(附圖二十四)

向上
推摩
法

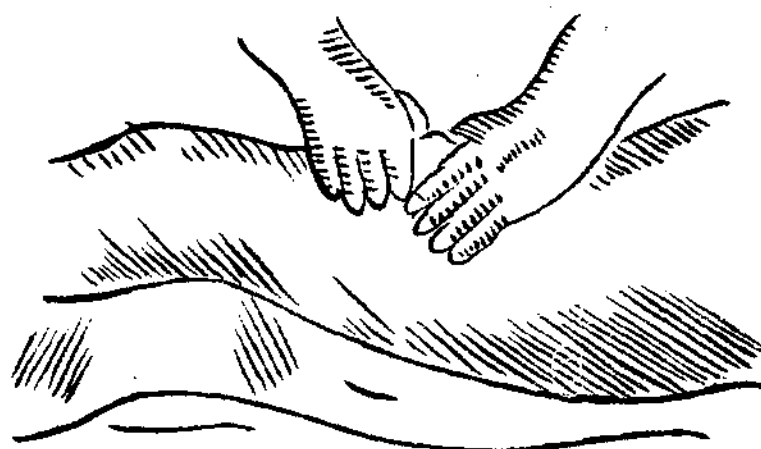


本法適用於減免阻性充血

(圖二十四)

b. 橫面搓指法——乃是用兩手的手指在肌簇兩側的肌溝處握定撮起，向心臟部推進，與推摩法是大同稍異的。(附圖二十五)

橫面撥指法

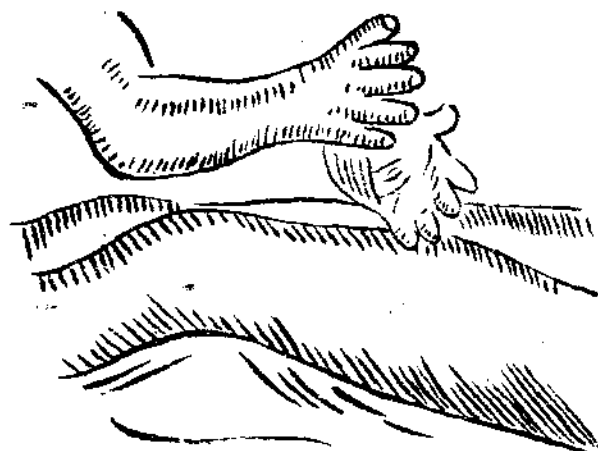


(圖二十五)

本法適用於分開粘連物

c. 掌側上下叩打法——本法主在輕捷的運用腕關節，作連續的捶叩，而使屈筋的每一收縮，於叩打的瞬間中，有如彈條樣的自然反跳起來，最為適宜，手臂的重量却不要同時加入進去，施術者應將手與前臂伸展成一直線，分開手指，弛緩腕指等關節，施行叩打，小指先接觸於叩部，跟着各指順次落下，它的力量是漸漸的增加，應該不會有痛感發生的。(附圖二十六)

掌側上下敲打法



(圖二十六)

本法適用於鼓勵肌肉之收縮而亢盛其營養

2. 被動性運動——這是靠着施術者去運動病人關節的方法，以弛緩愈着，減輕關節的運動障礙，凡是固定制動的關節，不須要解除夾板的，第三天就可以開始，每種的方向，祇要代動一次就够，在橈骨下端的病案，則便須接合堅固後，始准代動其手指。

3. 自動性運動——這是在醫師的指導下，使病人自己運動其關節，以鍛鍊肌肉等之緊張，防免關節之強直，這在固定制動後，就可令病人開始運動其手指，或者用沙袋置於關節的上面，或者用繩帶結紮於關節的上下，令病向着阻力自己運動，等到關節的急性炎症消退，折骨愈合後，那就可以准許病人開始步行操練，但是特別要注意到每一個關節固有的主要動作，如肩關節要重於高舉以及對側前後交叉等運動，前臂的尺橈關節着重於旋前旋後的動作，掌指關節等則當注重開閉，以保持握力等能力。(附圖二十四——二十六)

誰說沒有好醫院

新民報

(南京)

陳勤林

編輯先生：

我是一個傷寒患者，住到南京總醫院隔離病室的數天後，即告腸出血，接連的出了三次，病狀可說是危險到極點，幸賴內科林主任國華，董總醫師年生，葉醫師嘉源，胡醫師希榮，馬醫師志遠，不分晝夜的悉心治療，更賴鄧護理長雪琴，和朱丹雲，孫達慶，武英華，張俊傑諸位護理小姐的盡心看護，總算死裏逃生，現已轉危為安了。

最值得感謝的，尤其是眼科的主治醫師盛清一，他在農曆的除夕晚上，在我病象最危險的一天，他自告奮勇的為我輸了一百二十四西西的血，這是多麼值得感謝和欽佩呢！

不幸輸血之後，當夜又第三次出血，上列的幾位醫師和護理小姐，整整的為我一夜不眠，竟忘了舊曆的除夕，和家人的團圓，這種服務精神，恐怕各大地方醫院也少見吧？

人家說南京總醫院，自從景院長楊副院長主持領導以來，大不相同了，現在果然給我親身經歷到了，然而諸位醫護人員，連一根香煙的敬意都不肯接受，我實在沒有辦法表示微忱，聯想到貴刊素為人民喉舌，有善必彰，像這種模範的國家事業，一定是樂予宣揚的，敢請假貴刊一角地披露出來，敬請 撰祺 南京總醫院隔離病室八一〇床患者陳勤林謹啓

報剛大

一個好醫院！

南京總醫院悉心治療病人
一傷寒患者感戴服務精神

陳先生：這是一篇真有其事，且頗有內容的通訊。作者陳勤林君，在南京總醫院隔離病室，患傷寒病，經該院內科林主任國華，董總醫師年生，葉醫師嘉源，胡醫師希榮，馬醫師志遠，鄧護理長雪琴，朱丹雲，孫達慶，武英華，張俊傑諸位醫護人員，不分晝夜的悉心治療，終於轉危為安。陳君感戴該院服務精神，特在報端發表此通訊，以表謝忱。

這篇通訊，不僅是陳君對南京總醫院的感戴，也是對我國醫療事業的讚揚。在抗戰時期，醫療事業是支援前線的重要後盾。南京總醫院在景院長楊副院長的主持下，設備完善，醫術精湛，服務周到，實為我國醫療事業的楷模。這篇通訊的發表，不僅可以激發廣大醫務工作者的愛國熱情，也可以讓社會各界了解我國醫療事業的現狀，從而給予更多的支持和關注。

這篇通訊的寫作風格，簡潔明快，情感真摯。作者以第一人稱的口吻，生動地描述了自己在醫院的治療過程，以及醫護人員的辛勤工作和無私奉獻。這種真實的敘述，具有極強的感染力，能夠引起讀者的共鳴。同時，這篇通訊也體現了作者對醫學事業的熱愛和對醫護人員的崇敬之情，是一份值得珍貴的史料。



美國衛勤作業

譯自美國 1946 年 12 月份出版之

HANDBOOK FOR MEDICAL PERSONNEL

國防醫學院教務部
馮冠華

(一)



第一章 導言

作業系統 為欲使無論在何處受傷或患病之軍事人員，皆能迅即獲得適當醫療及其他妥善處理，應將衛勤作業分成二個系統：第一系統在負責火綫上的救護工作；第二系統則包括各兵站，基地，幕營地或駐防地等兵站區域後方區，傷病患者之醫療。

火綫上作業 火綫上僅有短促時間與簡單設備以利從事醫療，故一發現傷患應立即設法，後送，殆為最重要之一點，蓋如此始可免去火綫上之其他危險與戰鬥的吵擾而使傷患者得能獲得更妥善之醫療，并使火綫上之其他同伴，免除受傷以後無人過問的顧慮，仍能安心作戰，借此得能充分提高士氣於無形。

分區作業 為欲達到給予傷患者以妥當之治療及使傷患者能自火綫上迅速即後送之目的，應將前方至後方分為數區，分區作業，衛勤作業通常分為五區或五綫：

第一區或第一綫 First Echelon. 實際火綫上之作業，由營急救站 Battalion Aid Station 負責之。

第二區或第二綫 Second E. 距火綫三或四哩，屬師作業範圍，由師清理站 Division Clearing Station 負責之。

第三區或第三綫 Third E. 第二區後三或四哩，屬軍作業範圍，由後送醫院 Evacuation Hospital 負責之。

第四區或第四綫 Fourth E. 距火綫十至一百哩後，係後方醫院 Numbered General Hospital 之作業範圍。

第五區或第五綫 Fifth E. 位於美國本土各總醫院 Named General Hospital 之作業範圍。

後送 Evacuation. 即將傷患自火綫上經過上述各區後送至其足以恢復健康或最終至於各總醫

* 即原書第十二章餘類推

院之過程。戰鬥必須士兵，故火綫上之士兵，不能無故減少，因之傷患者之後送，僅須送至其適宜恢復健康所在，以免過於耽誤時間，以及人力與物力之無謂消耗而減少戰鬥力，後送固宜迅速，但歸隊亦必儘快！

第一區——火綫上之傷患者經連急救人員 Company Aid Man 予以急救處理後，步行或利用担架後送至營急救站，指由醫官予以較完善之治療，然後視情況再利用：

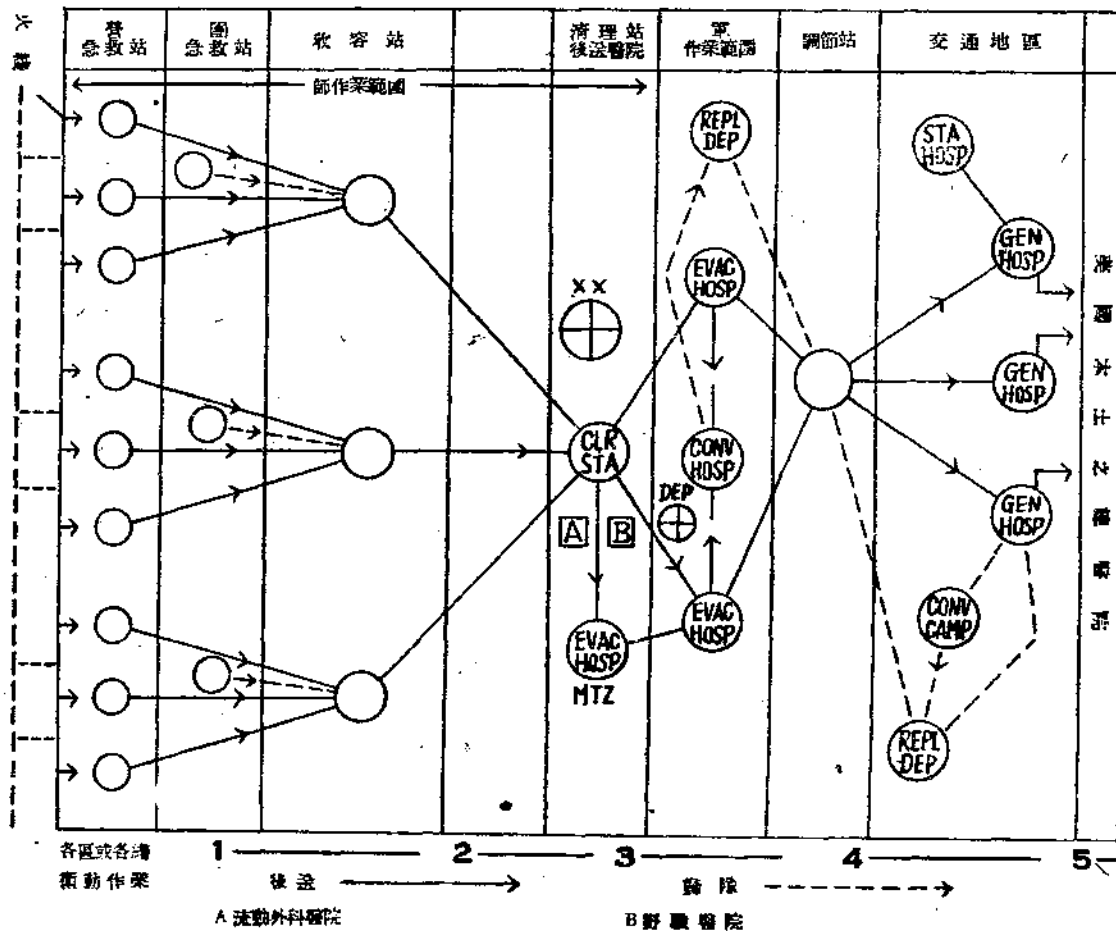
担架，救護車或吉普車

送 至
收容站 Collecting Station (如已設立) 再藉救護車或吉普車
送 至

第二區——師清理站 傷患者此時可獲得更完善之治療及護理，予以熱飲食；為之輸血或予以其他液體之注射，或施以急救手術，傷患者可於此區停留一或二日，可設備帆布行軍床，使獲得充分之休息，唯當即用担架的代行軍床，如傷患者之創傷，甚屬嚴重，不能立即後送，可將其轉入隨清理站設立之急救手術組 Emergency Surgical Unit 中，此組或為野戰醫院之一排，或為一流動外科醫院 Portable Surgical Hospital，或僅為附設於清理站之一外科組，此後乃利用：

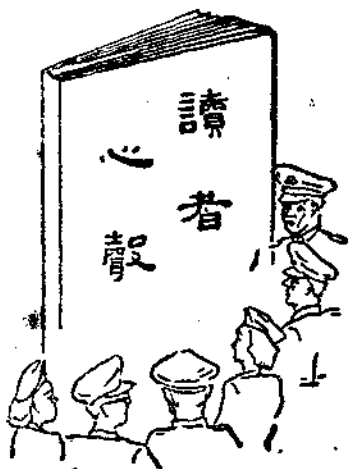
救護車或飛機

送 至



第一圖 後送及住院醫療過程

從失望中發現了新的希望



我們駐防在這個沙漠中的邊城，最感到苦悶的，便是精神食糧的缺乏，無論是普通的或專門的。因此往往找到了一本俚俗而無益於身心的小說，同仁們也要你爭我奪的搶着借閱。雖然新聞局有時也發來幾本刊物，但是僧多粥少，輪着你閱讀時，已經要經過很長的時間；不是撕的稀爛，便是已失去了閱讀的時間性。

我個人早想訂閱幾種與我職務有關的刊物，以廣見聞，可是處在這個荒漠的收復區，又有誰來給介紹訂閱呢？仍然是想想而已！

有一次追剿殘匪，俘獲了兩冊八路總部軍醫處出版的季刊國防醫學，一部翻印的軍醫必携，還有一本張棧里先生的解剖學，（翻印的，有向張先生道歉的序文），我心中便覺得萬分高興，以為這比俘獲幾挺機關槍還有價值。於是我想向國軍的軍醫首腦機關，為甚麼不也出版些有關軍隊衛生和軍醫技術的刊物，頒發給各部隊的軍醫末梢機構，使廣佈在每一個綏靖角落的部隊軍醫，得到些新的診療知識。因此我不免又想到國軍軍醫中樞機構，未免太失望了！

不要怪我有這樣盲目的猜想，事實上我們從來沒有和軍醫中樞發生過縱的連繫，說來真是可憐，就是連軍醫署的組織，署長的姓名，我們也都無緣知道，遑論其他了！

前幾個月，我因事到後方去，在一個朋友處，見到了第五期軍醫月刊，才使我恍然大悟，很慚愧我以前那個幼稚的心理，是錯誤的，是不應該的。於是馬上寫信寄款訂閱，同時並向同仁們宣傳，請他們也不要再那種盲目的臆測，我們的軍醫中樞機構是進步的，是奮發的！

自從我把訂閱的款信送進郵局之後，便天天盼望着她（軍醫月刊）能早一日翩然降臨！交通太不便利了，一月兩月，真使人望眼欲穿，終於在今天日落崦嵫時，小看護兵從郵局取回了九期十期軍醫月刊。當茲時也，夕陽反照，霞光萬道，這正象徵着軍醫中樞的光輝，竟然也會普照到這個「萬里長城夜夜霜」的角落來，官兵們看到了醒目的軍醫月刊四字，心中是如何的興奮，快樂！他們這時的愉快情緒，只有拿「久旱逢甘露」的一句話來形容，才覺得恰當！

我費了兩天的時間，閱完了這兩冊沙漠中甘露似的月刊，於是明白了現階段的軍醫動態；知道了軍醫中樞對於軍醫業務是在積極的改進着；對於軍醫人材的培育，也是在積極的灌溉着！尤其使我們興奮的是 署長的軍醫勤務講話，和軍醫教育史的介紹；再就是我們明白了領口上綴的那對美麗的軍醫標誌。

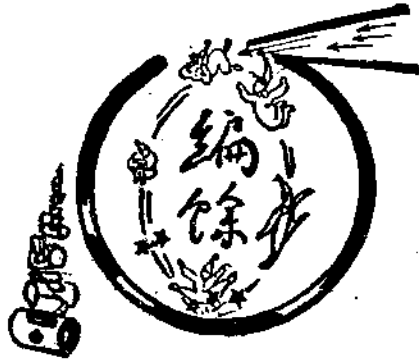
我和我的同仁們，——寧夏兵團的軍醫——都是僅僅受過短期軍醫速成教育的訓練，所聞所見，太不够用了，在工作上困難萬端，苦惱重重！又有誰知道呢？有學資的軍醫，那一個願意來這荒漠的邊區，担任這出入於槍林彈雨的軍醫末梢機構的衛生工作呢？

我們沒有別的希望，只希望有幾位學理深奧，經驗宏富，手術精良的正式學資軍醫，來這裡作我們技術上的領導者，我們就於願已足！這並不是我們自卑，的確是事實的需要，時代的要求在這個綏靖時期，軍隊衛生的重要，是絕不可忽略的，尤其部隊的戰時的救護工作。

我希望這個要求，能够實現，再就是希望多多供給我們一些精神食糧，來充實我們技術上的飢餓！

謝謝您寄給我們許多前方的消息，我們已經知道我們所應努力的方向。當然，我們目前的工作，還不能滿足我們的要求，可是，我們極願意接受多方面的建議，最低限度，一定促使本刊向多方面去求發展。

• 編者附言 •



江 晦 鳴

鶯飛草長，春天快來了。「軍醫月刊」，從今年，比舊年，是不是給大家也有春意盎然之感？我們不敢說，「是的」。我們只覺得，窗前小草和自家底生意一般。

但，一點生意，是有美和善的分岐，形式的美是萬不及內容的善，編排是形式，作品是內容，只重編排，不重作品，是不能夠融美和善於渾然一致的。我們這樣想，無非希望今年的「軍醫月刊」，它能夠使編排與作品，一致地饒有生意。

最使我們於心惶惶的，不是小草不肯長，而是小草不能長得透綠發青；怎樣也容不得我們靜觀自得！所以我們無時無刻不在期待熱心軍醫學術的人士，給予我們的助力，大家來灌溉，施肥，而使小草得以欣欣向榮。

這一期，內容的體裁雖沒有什麼改變，然值得介紹地，——像朱季玉醫師的「新國防制度下衛生勤務之運營」，和史敏言醫師的「初試常山治療雞瘡結果簡報」，却有一提的必要。這兩篇，前者是屬於軍醫行政範圍的，一篇純理論的作品，我國新國防制度是已經開始施行了，可是，有許多問題在施行的程序上，或者還沒有開始，或者還有一大段距離。今天的軍醫問題，實際與理論是有距離的，在這篇文中我們不能不深切地去體會一番。後者是屬於技術範圍的，我國國產藥物常山治療的研究，是由中國特效藥研究所集中人才進行研究的一個課題，史醫師便是實際參與研究的一員，他們經過五年來的努力，已經獲有成就，這一篇是從「常山對雞瘡療效的初步觀察」文中采精摘要的摘出，却是有創見之作。

最使我們快慰的，以往本刊的作者，雖多是軍醫同仁，然而，只是出於聯勤衛生單位，如今，陸、海、空三軍的衛生單位，有許多熱心的同仁，也來一致的協助，使本刊從第二卷開始，有一個新的象徵，——「軍醫月刊」是屬於我們整個軍醫的。這是一個最好的開始，以「力成者其所有，以天作者其所無」，若是我們大家以力成之，自然「軍醫月刊」所有的成就，是屬於我們整個軍醫的。

× × × × × ×

在頃刻萬變，風風雨雨的人間，哀樂無端，最難將息，忽地軍醫一顆巨星殞落了！——徐希麟將軍的逝世，哲人云萎，世所共憫！因將他的行誼，特誌本刊之首，以遂景仰之私。「百齡影徂，千載心在」，我們只好以此作永久的追念。



國防醫學院主要教職員表

院 本 部

職 位	姓 名	學 歷
院 長	林 可 勝	英國愛丁堡大學醫學士 哲學博士科學博士 英皇家學會學士
副 院 長	張 建	軍醫學校畢業柏林大學醫學博士
副 院 長	盧 致 德	北平協和醫學院醫學博士 英國皇家陸軍軍醫學校畢業
辦公室主任	彭 達 謀	北平協和醫學院醫學博士 美國耶耳大學公共衛生學博士
專 員	何 幸 羹	浙江醫專畢業
專 員	楊 冶 白	軍醫學校畢業
專 員	楊 天 石	中央軍校畢業
視察室主任	王 永 安	軍醫學校畢業
醫務室主任	曾 濟 仁	英國直佈羅陀海軍醫院醫學碩士
福利室主任	楊 學 詩	武昌文華大學肄業
預算室主任	劉 維 新	軍需學校計政班畢業
財務組組長	林 梧 聲	上海南洋商業學校畢業
行政部主任	張 鵬 紳	軍醫學校藥科畢業
行政部副主任	羅 澤 霖	軍醫學校藥科畢業
第一組組長	王 學 明	上海立達學園畢業
第二組組長	萬 昕	美國普渡大學碩士
第三組組長	劉 經 邦	湘雅醫科大學畢業
第四組組長	張 奕 棟	軍醫學校藥科畢業
圖書館主任	江 崑 鳴	東南醫學院畢業
衛生實驗院主任	許 雨 階	英國愛丁堡大學醫學院畢業

衛生實驗院副主任	萬 昕	美國普渡大學碩士
生物化學系主任	李 冠 華	金陵大學理學院畢業
細菌血清學系主任	林 飛 卿	美國紐約大學醫學博士
血液血漿靜脈液系主任	許 正 倫	美國哥倫比亞大學藥科畢業
衛生裝備試驗所所長	胡 會 林	德國史都卡航空學校畢業
教務部主任	柳 安 昌	美國紐約大學醫博士
教務部副主任	高 昌 國	北平大學醫學院畢業
第一課課長	蕭 冰	軍醫學校畢業
第二課課長	歐 陽 慧 德	德國尉慈堡大學醫學博士
第三課課長	徐 步 安	軍醫學校醫科畢業
第四課課長	汪 猶 春	南開大學商科畢業

醫 科

職 位	姓 名	學 歷
科 長	李 宣 果	德國福郎府大學醫學博士
生物學主任教官	郁 康 華	美國芝加哥大學碩士
發育形態學主任教官	巫 祈 華	河北省立醫學院畢業
物理學組主任教官	劉 朝 陽	廈門大學畢業
生理學組主任教官	李 茂 之	北平大學醫學院畢業
藥理學組主任教官	邢 文 鏞	德國佛郎克福大學醫學博士
生物化學系主任教官	萬 昕	美國普渡大學碩士
無機化學組主任教官	王 贊 卿	美國渥海屋大學碩士
有機化學組主任教官	陳 尙 球	東吳大學理學院畢業
病理學系主任	許 雨 階	英國愛丁堡大學醫學院畢業
生理化學組主任教官	楊 恩 孚	燕京大學理學院畢業
病理學組主任教官	孔 錫 錕	德國佛來堡大學醫學碩士
寄生蟲學組主任教官	周 大 渭	美國明尼蘇達大學碩士
細菌學組主任教官	林 飛 卿	美國紐約大學醫學博士
內科學系主任	周 壽 愷	美國紐約大學醫學博士
普通內科學組主任教官	劉 經 邦	湘雅醫科大學畢業
呼吸系傳染病學組主任教官	陶 桓 樂	同濟大學醫學院畢業
新陳代謝與內分泌學組主任教官	周 壽 愷	美國紐約大學醫學博士
小兒科學組主任教官	陶 深	同濟大學醫學院畢業
外科學系主任	張 先 林	美國紐約大學醫學博士
普通外科學組主任教官	汪 凱 熙	美國紐約大學醫學博士
矯形外科學組主任教官	俞 時 中	上海醫學院畢業
胸腔外科學組主任教官	候 道 之	齊魯大學醫學院畢業

泌尿系外科學組主任教官	王 興 國	齊魯大學醫學院畢業
眼科學組主任教官	郭 秉 寬	奧國維也納大學醫學博士
婦產科學組主任教官	熊 榮 超	美國紐約大學醫學博士
放射學室主任	榮 獨 山	美國紐約大學醫學博士

牙 科

職 位	姓 名	學 歷
科 長	黃 子 濂	美國明尼蘇達大學牙醫博士
臨床牙科學主任教官	洪 民	中央大學醫學院牙科畢業
牙體學系主任	周 鯨 淵	中央大學醫學院牙科畢業
托牙磨復學系主任	周 繼 林	中央大學醫學院牙科畢業
口腔外科學系主任	張 滌 生	中央大學醫學院牙科畢業
口腔內科學系主任	蕭 卓 然	華西大學醫學院牙科畢業

護 理 科

職 位	姓 名	學 歷
科 長	周 美 玉	北平協和醫院護士學校畢業 美國麻省理工學院畢業
護理行政系主任	蕭 薛 藝	北平協和醫院護士學校畢業 美國哥倫比亞大學畢業
臨床護理系主任	余 道 真	北平協和醫院護士學校畢業
外科護理學系主任教官	何 錦 心	北平協和醫院護士學校畢業
眼耳鼻喉護理學組主任教官	李 秉 芳	江陰福音醫院護士學校畢業
婦產科護理學組主任教官	管 祖 桂	蕪湖醫院護士學校畢業 北平第一助產學校畢業
社會護理系主任	周 美 玉	北平協和醫院護士學校畢業 美國麻省理工學院畢業
家庭與婦孺衛生學組主任教官	李 麗 卿	北平婦孺醫院護士學校畢業
醫院護訓業務管理系主任	許 寶 玲	北平協和醫院護士學校畢業

衛 生 勤 務 科

職 位	姓 名	學 歷
科 長	李 穆 生	湘雅醫科大學畢業
衛生行政學系主任	李 宜 果	德國福郎府大學醫學博士
軍醫行政學組主任教官	徐 步 安	軍醫學校畢業
公共衛生學組主任教官	李 宜 果	德國福郎府大學醫博士
社會醫學系主任	馬 家 驥	美國紐約大學醫學博士
流行病學組主任教官	陳 裕 廉	中山大學醫學院畢業
預防醫學組主任教官	彭 達 謀	北平協和醫學院醫學博士 美國耶耳大學公共衛生博士

衛生工程學組主任教官	盛 建 康	交通大學工學院畢業
軍陣內科學組主任教官	朱 長 民	上海醫學院畢業
軍陣外科學組主任教官	鄭 寶 琦	軍醫學校畢業
軍陣牙科學組主任教官	費 尹 知	華西大學醫學院牙科畢業
軍事學系主任	薛 蔭 奎	美國紐約大學醫學博士

醫 事 技 術 科

職 位	姓 名	學 歷
科長	李 承 祐	日本廣島文理科大學畢業
文理學系主任	李 承 祐	日本廣島文理科大學畢業
行政及補給學系主任	胡 德 齡	浙江醫專藥科畢業
補給學組主任教官	張 突 棟	軍醫學校藥科畢業
倉庫管理學組主任教官	羅 瑩	軍醫學校藥科畢業
藥學組主任教官	劉 壽 文	軍醫學校藥科畢業

基 本 衛 生 訓 練 科

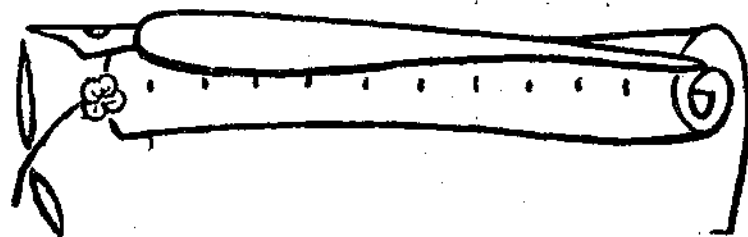
職 位	姓 名	學 歷
科長	薛 蔭 奎	美國紐約大學醫學博士

學 生 總 隊 部

職 位	姓 名	學 歷
總隊長	徐 省 三	軍醫學校畢業
副總隊長	江 斌	軍醫學校專科部畢業
第一大隊大隊長	曹 文 貴	軍醫學校專科部畢業
第二大隊大隊長	華 建 業	軍醫學校專科部畢業
第三大隊大隊長	吳 燦 偉	軍醫學校畢業

訓 導 處

職 位	姓 名	學 歷
處長	張 豐 胃	復旦大學法學院畢業
副處長	陶 洽 民	上海大同大學畢業
秘書	馮 伯 謙	上海法政學院畢業
第一科科長	曹 岐 周	廣州大學畢業
第二科科長	黃 凱 白	中山大學畢業



陸軍衛生人員

任用資格審核規則

第一章 總 則

第一條 衛生人員任用資格審核依本規則所定

第二條 衛生人員包括如左

- (一) 軍醫
- (二) 牙醫
- (三) 司藥
- (四) 護士
- (五) 專門技術人員
- (六) 公用技術人員

第二章 軍醫牙醫司藥護士

第三條 軍醫牙醫司藥護士之初任除受衛生勤務訓練外依學資等次(附學資等次表)規定如左

- (一) 第三等學資出身者初任三等佐(軍委三階)
- (二) 第二等學資出身者初任二等佐(軍委二階)
- (三) 第一等學資出身者初任一等佐

第四條 各階衛生人員之升任除停年屆滿考績及格外三等正以上者應具有左列各款之資格

- (一) 三等正(軍委二階)以上須曾服務隊職滿二年者
- (二) 監職須資深績優並對軍醫業務確有貢獻或有著作者

第三章 軍醫主官

第五條 各階軍醫主官之遴選除照第三條第四條規定外須有左列各款之資格

- (一) 衛生大隊長
曾任團衛生隊長或受衛生營訓練者
- (二) 師軍醫處(軍醫室)處長(主任)
曾任衛生大隊長或兵站後方醫院院長或後方醫院醫務長者
- (三) 兵站醫院(師管區醫院)院長
曾受醫院管理訓練或曾任前兩款主官之一或後方醫院醫務長者

- (四) 後方醫院(軍管區醫院)院長
曾任前三款主官之一者
- (五) 總醫院院長
曾任後方或軍管區醫院院長或考察國外醫院管理者

第四章 專門技術人員

第六條 專門技術人員指担任左列各款工作者

- (一) 放射管理
(二) 物理治療
(三) 理化檢查
(四) 衛生工程
(五) 環境衛生
(六) 其他專門技術

第七條 專門技術人員之任用比照第三條所定學資辦理

第五章 公用技術人員

第八條 公用技術人員指担任左列各款工作者

- (一) 營養
(二) 機械
(三) 洗染
(四) 其他公用技術

第九條 公用技術人員之任用須曾受各該技術工作訓練者

第六章 附則

第十條 衛生人員出身不合軍醫學資等次表但為補充需要得比照任用祇備案不給委

第十一條 文職衛生人員轉任軍職時依其年資比照敘階

第十二條 衛生人員請委時須繳驗畢業證書或與證書同等有效之證明文件(如教育部教育廳原畢業學校之證明書及同學錄等)經歷證件及健康紀錄(體格檢查表)等

第十三條 本規則自公佈日施行

(附 表)

軍醫學資等次表

第一等學資	學部及專科部
大學醫科醫學院舊制醫學專門學校其入學程度為高級中學或舊制中學畢業者屬之	天津海軍軍醫學校(北洋醫學校)
醫科：陸軍軍醫學校(廣東軍醫學校雲南軍醫學校軍醫學校第一、二分校軍醫學校西北西南教育班)大	私立北平協和醫學院
	南滿醫科大學
	國立同濟大學醫科
	私立華西大學醫學院

國立中山大學醫學院(廣東公立醫學院廣東公立醫科大學 國立廣東大學醫科學院 廣東大學醫科)
國立貴陽醫學院
國立中正醫學院
上海聖約翰醫學院
江蘇醫科大學(江蘇醫學專門學校)
私立南通醫學院醫科
國立西北醫學院(北京醫學專門學校國立北京醫科大學 國立京師大學醫科 國立北平大學醫學院國立西北聯合大學醫科)
國立江蘇醫學院
國立雲南大學醫學院
國立武漢中山大學醫科
私立嶺南大學醫學院
私立上海女子醫學院
私立中法大學醫學院
私立東南醫學院
私立廣東光華醫學院
金陵大學醫科
國立英士大學醫學院
河北省立醫學院(直隸公立醫學專門學校河北大學醫科)
福建省立醫學院
廣西省立醫學院
國立河南大學醫學院
私立同德醫學院
湖北省立醫學院
山東省立醫學院(山東省立醫學專科學校)
浙江公立醫藥專門學校醫科
江西公立醫學專門學校
江西省立醫學專門學校
廣東公立醫藥專門學校醫科
私立浙江廣濟醫學專門學校
私立奉天醫科專門學校
上海南洋醫科大學
廣東中法醫學專門學校
私立崇德醫學專門學校
上海亞東醫科大學
漢口大同醫學院
青島醫學校
山東公立醫學專門學校

兩粵醫學專門學校
哈爾濱醫學專門學校
四川醫學專門學校
川至醫學專門學校

牙科：陸軍軍醫學校牙科
私立華西大學醫學院牙科
國立中央大學醫學院牙科
國立中央大學附設國立牙醫專科學校(舊制)
藥科：陸軍軍醫學校藥科
浙江公立醫藥專門學校藥科
國立藥學專科學校
私立華西大學藥科
國立上海醫學院藥科
廣東公立醫藥專門學校藥科
南通醫科大學藥學專門部
新東醫科大學藥學部
國立英士大學醫學院藥科

第二等學資

醫學專科學校醫事職業學校其入學程度初級中學畢業修業期限三年以上或其修業課程相當專科學校者屬之

醫科：陸軍軍醫學校補習班
四川陸軍軍醫學校
湖北陸軍軍醫學校
保定陸軍軍醫學校
國立西北醫學專科學校
國立山西大學醫學專修科
江西省立醫學專科學校
陝西省立醫學專科學校
第二集團軍軍醫學校
第四路總指揮部軍醫補習班研究班
湖南陸軍軍醫講習所
廣西綏靖公署軍醫速成班
陸軍衛生勤務訓練所(即戰時衛生人員訓練所)及各分組之高級進修班
牙科：國立牙科專科學校(新制)
藥科：私立西北藥學專科學校
私立中法大學附設藥學專修科
護士：北平協和醫學院附設護士學校
國立中央高級護士職業學校
湖南長沙私立湘雅高級護士職業學校

衛生人員勤務訓練所高級護士教育班
國立上海醫學院附設高級護士職業學校
國立河南大學醫學院附設高級護士職業學校
國立貴陽醫學院附設高級護士職業學校
國立江蘇醫學院附設高級護士職業學校
國立同濟大學醫學院附設高級護士職業學校
陸軍軍醫學校高級護士訓練所
江西省立南昌高級護士職業學校
福建省立高級護士職業學校
甘肅省立高級護士職業學校
雲南省立昆華高級醫事職業學校
四川省立高級醫事職業學校
湖北省立高級護士職業學校
湖南省立衛生處農林醫事職業學校
河北省立高級護士職業學校
河南省立高級護士職業學校
浙江省立高級護士職業學校
廣西省立醫院（桂林區）附設高級護士職業學校
福建南平高級護士職業學校
貴州省立醫事職業學校
江西省立醫事附設高級護士職業學校
南京市立高級護士職業學校
上海市立高級護士職業學校
天津市立高級護士職業學校
四川重慶私立仁濟高級護士職業學校
四川成都私立仁濟高級護士職業學校
四川涪陵私立仁濟高級護士職業學校
四川重慶私立寬仁高級護士職業學校
四川宜賓私立明德高級護士職業學校
四川三台私立仁慈高級護士職業學校
陝西西安私立廣仁高級護士職業學校
雲南私立惠滇高級護士職業學校
廣西龍州私立循道高級護士職業學校
廣東曲江私立循道高級護士職業學校
湖南零陵私立普愛高級護士職業學校
湖南邵陽私立普愛高級護士職業學校
湖北武昌私立同仁高級護士職業學校
湖北漢口私立普仁高級護士職業學校
湖北宜昌私立彝陵高級護士職業學校
湖北孝感私立仁濟高級護士職業學校
湖北沙市私立康生高級護士職業學校

江西南昌私立真設高級護士職業學校
安徽蕪湖私立懷讓高級護士職業學校
安徽安慶私立同仁高級護士職業學校
浙江鄞縣私立華美高級護士職業學校
浙江永嘉私立白果德高級護士職業學校
浙江吳興私立播音高級護士職業學校
江蘇武進私立真儒高級護士職業學校
江蘇南通私立基督教高級護士職業學校
江蘇鎮江私立弘仁高級護士職業學校
江蘇吳縣私立博習高級護士職業學校
上海私立協和高級護士職業學校
上海私立廣仁高級護士職業學校
上海私立同仁高級護士職業學校
上海私立震旦高級護士職業學校
福建莆田私立聖路加高級護士職業學校
福建福州私立協和高級護士職業學校
福建南平私立衛理高級護士職業學校
福建福清私立惠樂生高級護士職業學校
北平私立文良高級護士職業學校
北平私立仁光高級護士職業學校
北平私立同仁高級護士職業學校
天津私立麗雲高級護士職業學校
天津私立益世高級護士職業學校
天津私立濟華高級護士職業學校
河北瀋陽私立育仁高級護士職業學校
河北永清私立聖司提反氏高級護士職業學校
河北棗強私立天仁高級護士職業學校
河北唐山私立開灤高級護士職業學校
河北保定私立福音高級護士職業學校
河南高邱私立聖保羅高級護士職業學校
山東德縣私立博濟高級護士職業學校
山東周村私立復商高級護士職業學校
山東煙台私立毓璜頂高級護士職業學校
山西汾陽私立汾陽高級護士職業學校
綏遠歸綏私立司神父高級護士職業學校
江蘇西門婦孺醫院附設護士學校
江蘇南京鼓樓醫院附設護士學校
江蘇無錫聖公會普仁醫院附設護士學校
江蘇上海紅十字會總醫院附設護士學校
江蘇蘇州福音醫院附設護士學校
江蘇常熟聖公會福仁醫院附設護士學校
江蘇揚州浸會醫院附設護士學校

江蘇鎮江基督教醫院附設護士學校
江蘇上海世界紅萬字會醫院附設護士學校
浙江杭州廣濟醫院附設護士學校
福建延平吐吐哩婦男醫院附設護士學校
福建福州塔亭醫院附設護士學校
福建福州聖教婦幼醫院附設護士學校
福建廈門救世醫院附設護士學校
山東濟南齊魯大學醫院附設護士學校
山東青島信義會醫院附設護士學校
山東青島基督教廣德醫院附設護士學校
湖北武昌仁濟女醫院附設護士學校
河北北平美以美會婦嬰醫院附設護士學校
河北天津美以美會婦嬰醫院附設護士學校
河北順德福音醫院附設護士學校
河北保定思羅醫院附設護士學校
河北北平道濟醫院附設護士學校
河北安國聖巴拿醫院附設護士學校
河北衛輝惠民醫院附設護士學校
河南信陽大同醫院附設護士學校
河南許昌美國信義醫院附設護士學校
河南開封河南省立醫院附設護士學校

四川成都英美會福音婦女醫院附設護士學校
雲南昆明惠濟醫院附設護士學校
護士經考試院醫事人員普通考試及格或具有
衛生署護士或助產士執照或中華護士學
會證書者
廣東廣州公醫院附設護士學校
山西大同首善醫院附設護士學校
湖北漢口仁濟男醫院附設護士學校
湖北漢口普愛醫院附設護士學校
四川成都美以美會醫院附設護士學校

第三等學資

受醫事教育一年以上者屬之

醫科：陸軍軍醫學校軍醫預備團及分團之軍醫速成
班一年結業者
陸軍衛生勤務訓練所（即戰時衛生人員訓練
所）及各分組之軍醫速成班一年結業者
廣西陸軍軍醫學校附設軍醫速成班
第一集團軍第一方面軍軍醫速成班
小川康綏靖公署軍醫研究班
四川善後督辦公署軍醫研究班

- 附記：一、國外留學畢業者比照國內同等之學校決定
二、經考試院醫事人員高等考試及格者比照第一等學資
三、經考試院醫事人員普通考試及格者或陸軍衛生人員甄別考試及格者比照第二等學資
四、在兩個以上之學校出身者以學校之等次高者為其學資

本刊特別啓事

- 一、最近郵局各項郵資又復漲價，本刊特改訂郵資每份半年平寄五萬元，掛號七萬元，航平三十萬元，航掛三十五萬元，嗣後隨郵資漲落隨時通告，多退少補。
- 二、茲以紙價飛漲工本激增自五月一日起，凡補訂本刊第一卷第七至十二期或第二卷第一至六期者，其訂費調整為每份（六本）各三十萬元，但在四月底以前匯款訂購者，訂費仍照原價計算（以當日郵戳為憑）
- 三、所有郵資訂費不足之訂戶，務請按照規定迅予補寄本署資料組，以憑寄發。



CHINA ORTHOPEDIC INDUSTRY

中國科學整形館

本館聘請專門技師，裝配
 假手，假脚，夾背，夾脚
 ，小腸氣帶，胃托，肚托
 ，脚托，骨癆床，蹺脚皮
 鞋，以及各種醫藥矯正療器
 。經驗豐富，設計精密，遠
 構。造新穎。華人首創，遠
 東獨步。



(治接訊通埠外)



上海中正路五一九號

電話：三七七二號

軍 醫 月 報 稿 約

(一)本刊內容，分專題論綜，學術文叢，工作通訊，參攷資料，法規選輯，人事公告，一月大事等欄，歡迎下列稿件：

- 1, 衛生勤務之研討
- 2, 醫學實際知識之研究評論譯著與介紹
- 3, 軍醫工作動態與生活實錄
- 4, 醫學書報之批判與介紹
- 5, 軍醫史料與名人傳記
- 6, 榮軍善後問題之研討
- 7, 其他還關軍醫作業之文字劇本圖照木刻詩歌等作品。

(二)來稿內容及文字，力求新穎切實。

(三)譯作以對照排比為主，須附原文。如原著不便寄遞，務請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及發行處所。

(四)來稿不拘文體，務請加註標點，篇末并請註明全文字數。

(五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，并請橫寫，祇寫一面。附有插圖者，更須力求明晰。(須用墨色)。

(六)本刊對來稿有刪改權，如不願者，請預先聲明。不登稿件，概不發還，否則，請先附足郵票。

(七)來稿一經揭載，酌致稿酬，除特殊著作外，概不附印單行本。

(八)一稿數投之作品，請勿惠賜。

(九)稿末請註明真實姓名及地址。

(十)來稿請寄南京中山東路四條巷軍醫署資料組。

半年訂費：十五萬元概不零售 | 半年郵費：平寄一萬五千元 掛號五萬元 航空十七萬元 航空掛十九萬元

廣 告 總 經 理 美 靈 登 有 限 公 司

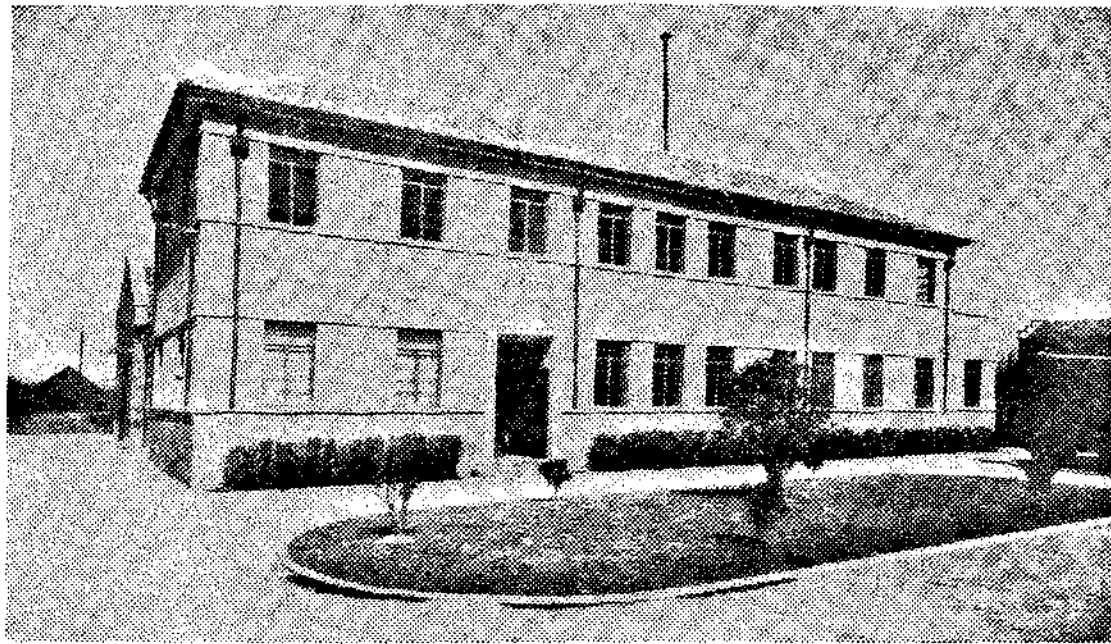
廣 告 刊 例	種	類	地	位	全	面	半	面	四	分	之	一					
	特	種	底	封	面	二	千	五	百	萬	元	一	千	五	百	萬	元
優	等	前	封	裏	二	千	萬	元	一	千	二	百	萬	元			
普	通	正	文	內	一	千	萬	元	六	百	萬	元	四	百	萬	元	
報長期登載半年以上者規定八折優待																	
1. 廣告一律黑色，稿樣由客戶自擬。 2. 廣告如需另行製版時，該項製版費由客戶支付。 3. 廣告如欲印彩色者，價格另議。 4. 本刊廣告費依成本估計通時調整，惟簽訂長期合約，全部廣告費一次付清者，中途概不加價。 5. 本刊廣告版張全面長十吋寬七吋版口長九吋寬六吋其他廣告大小依次推算。 6. 本刊廣告費概須先惠。																	

地址：香港路一一七號 美靈登有限公司承印 電話：一六五五

標商



冊註



廠藥製心中

品出譽榮

常 備	中 心 消 炎 新	中 心 止 咳 糖	中 心 葡 萄 糖 針	中 心 鈣 針	中 心 維 生 素 丙 片	中 心 維 生 素 乙 一 片	中 心 葡 萄 糖 酸 鈣 片	中 心 絡 通 片	中 心 配 尼 西 林 藥 膏	中 心 良 藥
	宜 乎									

廠址：江灣西體育會路一一二號
 業務處：中山東路一號(外灘)三號
 電話：二〇三〇一

中華郵政特准掛號認爲新聞紙類
內政部雜誌登記證京警國字第二〇五號

經艱毅不絕之研究醫師們業發現疾病之成因並非單純係多方相互影響交織而成
由於營養之失常而成疾病更屬常事，基於此天然維他命之各種不同方式配合產品於
飲食之調整確為對針發藥

Multiplicity

As plodding research patiently peels the obscuring layers hiding true knowledge of the causes of disease, doctors become increasingly aware that frequently not one but many influences are involved in pathological processes » »

Because the nutritional deficiencies contributing to human ills are often manifold, the *Vitaminerals* principle of multiple formulation offers a sound approach to dietary correction in the management of every case » »



VITAMINERALS INC.

3636 BEVERLY BLVD., LOS ANGELES 4, CALIFORNIA

中國經理處

天然維他命華行

廣州惠福西路二二〇號三樓

香港經理處

東成公司

畢打街畢打行八樓

上海經理處

金山路四三號

禮查大樓九十室

