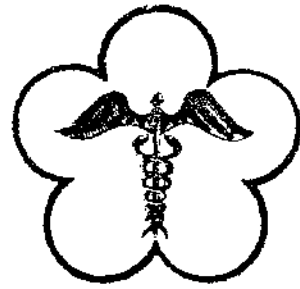


軍醫月刊

陳誠



第一卷



第一期

創刊號

中華民國三十六年一月卅一日出版

要目

發刊詞	黃鎮球
建立現代國防軍醫的理論與實際	林可勝(1)
軍醫的現在和將來	陳立楷(3)
戰區內或方面軍治療制度建立問題之研究	徐步安(7)
如何辦理榮軍身心復員工作	孫德亮(12)
較近研究抗生素之進展	葉維法(15)
鷄痘和抗痘藥療效試驗	史敏言(23)
由於撲痘母星中毒而發生血色素尿之二例	朱師晦 王達洪(28)
肌肉移植法及關節固定術對於治療四肢神經損傷之檢討	王師揆等(29)
心臟之X光研究	石順起(35)
交換綑帶	鍾志謙(41)
美國總醫院之一般管理	徐子平(44)
鏈黴素戰蹟之檢討	喬樹民(48)
介紹上海軍醫中心	許瑾等(49)
對於軍醫署的組織一個新建議	韋格蘭(53)
編餘	江海鳴(56)
法規選輯	(57)
人事公告	(58)
一月大事	(60)

605166

國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印

NATIONAL LIBRARY
CHINA

發 刊 詞

黃 鎮 球

統御，經理，衛生，為軍隊中三大要素，缺一無以建軍。國防之要，首重建軍，而建軍之要，則衛生尚焉。今軍醫署辦軍醫月刊，實與建軍大業息息相關，發其端緒而武士強，舉其成果而體固，樹風聲以通聲氣，吐鋒芒以振新知，環顧方來，皆須我軍醫之肝腦心力培壅浸灌于其間也。爰揭數義，弁諸篇首。

現代國防之強弱，胥視整個國力之強弱以為斷。國力云者，財力物力人力之總和也。財力為物力之價值，物力恃人力以產生，則是人力者又為國力之泉源。夫兵兇戰危，人皆痛絕，但為維持世界之和平，舍建軍而保有自衛武力無以當此重任。且戰士之武力，實占人力之重要部份，故減少戰士數量之消耗，增進戰士質量之健康，藉以加強武力，鞏固國防，在在需最新知識最新技能與夫最新措施，以資發展。惟我國軍醫事業既自有其締造之艱難，復有其合力以赴之使命，則欲竟其全功不能以現狀為已足，必更求精進深造于當前工作實踐中，本固有之專長，隨時代而進步，期真有貢獻于民族國家之前途。此本刊刊行之初不能已于言者一也。

語云「前事不忘，後事之師」，凡我軍醫龜勉策勵于今日者，先進軍醫實植其始基于既往也。以言夫組織之周密，工作之迅確，技能之卓越，凡人力與物質條件之所未能備者，則我國軍醫事業雖若乎致美之後，毋庸諱言！以言夫堅苦奮鬥，獻身黨國，勤勇自矢，學劃多方，地維以立，天柱以尊，則凡先進軍醫出生入死，前仆後繼，運越險阻，戰勝艱難，其感召啓迪于我軍醫者至深且厚，此我軍醫之寶資也。夫積之不厚，則其流不光，尤以抗戰以來我軍醫見危授命，流血疆場，精誠裂金石，壯志薄雲天，豈無因而遂得此？故我軍醫循先進軍醫之迹而承其志，乃益深感對民族國家負荷之艱巨；文文山之言曰：「所學何事」？我軍醫當先明乎此，而後乃可言學。此本刊刊行之初不能已于言者二也。

以言乎學，師友尚矣。學無常師，而軍醫尤然。故我軍醫集思廣益，即知即行，互助互勉，砥礪共進，有賴乎謀情意溝通，開進修之路。夫軍醫事業之範圍廣矣。呈其藝或于軍醫行政，或于衛生勤務，或于基本醫學，或于器材供應，或于衛生工程，既各有所專；致其知則軍事，教育，社會，心理，經濟，宜通有所習；而躬行其道則有賴乎周知深入以克服萬難，更有賴乎品德風度以因應萬變。其器能則可求于書本之中，而其博大精深則非賴我軍醫各基于工作實踐，各舉其學養經驗，集思廣益，不足以極其功也。故本刊萃軍醫同仁之心得卓見，蓋本嚶鳴求友之意，千里之行，始于足下，其首期于海內外軍醫同仁之不吝珠玉者亦至深矣。此本刊刊行之初不能已于言者三也。

綜此三端，懸為鵠的，願我軍醫同仁共勉之！

警一醫院總灣台



醫院門前外景



在休息室閱覽雜誌時之沈院長



出診用小型救護車



從救護車上抬下之患者改用担架接送



輸送用大型救護車



抬送患者到院時之担架列



在門診登記處辦理門診手續



門診患者絡繹不絕



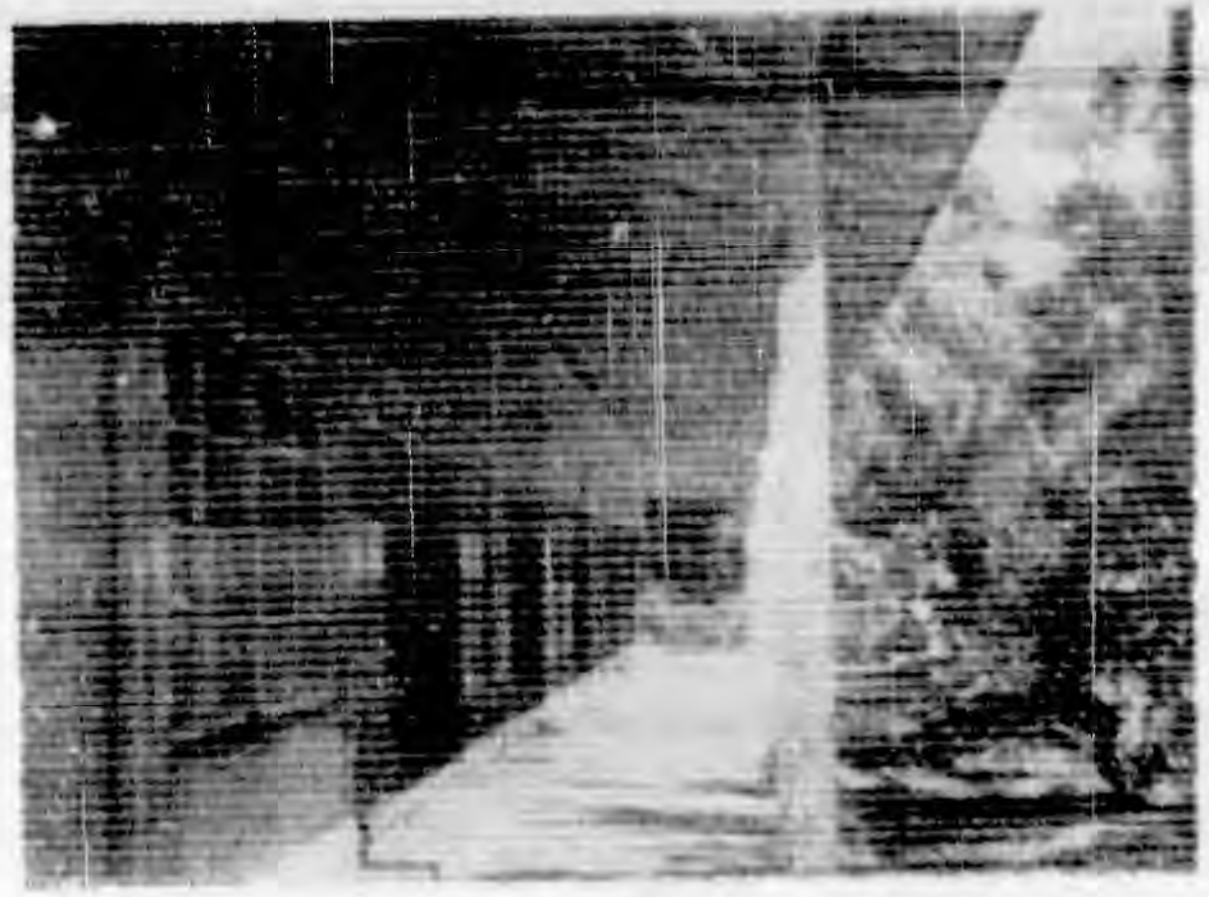
隔離病室之一角



磚造病房之一部



木造病室之一部



護士宿舍之一部份



外科患者換藥時情形



腹部手術時之攝影



病室內部之一側



患者施行生理鹽水情形



皮花科門診患者



耳鼻咽喉科患者治療時



藥局調劑室



愛克斯光間接攝影



護士在講堂上授課情形



產婦科患者受檢查時情形

建立現代國防軍醫

的理論與實際 (上)

林可勝

壹 時代的要求

抗戰結束後，全國人士莫不期望縮編軍隊，而移其力量和資源，用之于復員建設之途。國防部一如其他方面，同樣以此為鵠的，從事計劃整軍和裁軍，俾國家的武力重建起來，得能成為現代化，庶幾無愧為五強之一。

但自日本解除武裝之後，我國國際的地位不但並未提高，反使原有的弱點，如教育上的荒蕪（文盲佔百分之八十），經濟上的混亂，交通上的缺乏，工業上的落後等等，都愈形暴露出來。凡此種種，徒因長期抗戰而更加嚴重，以致促成政治和經濟的危機，而使國家未能底於安定。丁茲食糧，衣着，住屋，燃料等等生活必需品的不足，交通不靈，生產停頓，經濟瀕危，莫不因共軍的紛擾，而深懼非常時期似已再度來臨；因之政府對於長治久安之計已陷於無暇充分顧及的苦境。雖然戰爭所賦予作戰國家的負擔，並無軒輊，我國與其他各國原無異趣；不過，我國先天不足，經濟落後，而作戰時間會倍于他國，則負擔更深，恢復更難，而窮困之甚，自亦隨之變本加厲，且不能與戰後迅速恢復的國家相比擬了。最近憲法已獲通過，大部土地已經光復，大部路綫多能利用。雖動盪之局仍在延續，一切尚須出之於非常的處置；然而建設和復興的工作，豈能再緩？吾人深信，建設如有進步，則動盪之局的危機，方能於進步之中而漸為解除。

貳 兩種標準

「兩種標準」，乃指現代的標準（ALPHA）和原有的標準（BETA）而言。在現代的標準未建立以前，而原有的標準尚須加以運用，俾應付當前的現狀。故行政上革新的過程中，必同時有兩種標準存在，此種變軌型式的存在，實屬不能避免。此時，正似利用建立現代的標準逐漸代替原有的標準一個中間時期。所以，國防軍亦應依此兩種標準，對於人員，裝備，補給及各種機構，均須分頭計劃，並與其他部門齊頭並進，以達到去舊成新的目的。尤應注意，一個國家的進步，必須依賴各部門的互相配合，尤以國防的完成，最有賴於各部門平時和一致的協同發展。



叁 平戰時的計劃 應

一 人才與物資的來源 未來的戰爭，必須立時有可以動員的大量技術人員，以應國防上的需要。故此項技術人員必須平時受過長期訓練，而完成其技術上必需之教育。然技術人員的訓練與運用，亦須與一國的經濟及政治狀況相衡量，蓋世界上無論那一個國家，沒有在平時能維持得了大量作戰部隊之可能。基於此種理由，所以平時即須計劃如何將戰時應用的技術人員，容納於其他各種機構之內。同一理由，物資的源源供應和接濟，亦視乎工業的潛力，和專門技術的支持，是否充沛？一旦國家有事，能否加以利用？固然，所有國防準備，大部是根據軍事計劃和軍事訓練；可是，按其實際，是否準備完成？是否發生效力？却須全盤依賴平時科學技術上和經濟發展上的程度而決定。更須依賴知識分子支持國家的既定國策，自不待言。是以國防計劃上一切設施，須協助民間俾其獲得相當規，模高度水準，及長期經營的優先權利，以達成所期望的目的。

二 人才與物資的收集和產生 明乎以上各點，則國防計劃，在作戰期間對於計劃供應，必側重於利用民間資源。倘民間資源認為不敷時，即應以國防力量，提倡并發展民間所能供應的資源，必要時，須領導研究，設置示範工廠，此項工廠完全為示範性質，並非從事生產。在平時如以國力維持大多數的工廠或企業，依成果言，國營工業有種種成規的限制，反不若民營之為愈，良以民營工業因商業競爭的關係，必須以全力研究新的方法，採用新的技術，養成新的發明家，故易於改進其產品而臻於現代化。

養成人才亦然。凡國防各種學校，第一任務為訓練普通民衆（軍事訓練），使成為軍官及士兵，訓練普通技術人員，使成為軍事技術人員。不過國防各種學校，不能將全部軍官及軍用技術人員，作普遍的訓練，惟有依國防力量站在領導地位，視乎國防上之需要，設置某種技術的示範教育，或某種技術的訓練中心，以資提倡，俾民間得觀摩辦理，以期普及。換言之，即國防上各種軍官及各種技術人員，平時固須取給於民間，戰時更須取給於民間。

三 人才素質與領袖人才 無論如何，國防組織與運用的成功，要能利用全國所有最好最優秀的領袖人才。依統計而論，所謂天才及領袖人才，在全國中僅佔極小部份，即國防部隊人數，亦不過佔全民百分之一以下。倘國防領袖人才，專恃國防各種學校的養成，而摒棄其他學校人才於不顧，則決不能得到最優秀的領袖。

國防人才，不但在國防各種學校挑選，尤須在國內外其他各種學校挑選。雖國防學校本身之任務，在於訓練民間學校（非軍事學校）的畢業生使成為軍用人才；然因各種軍用技術人員極度的缺乏，故某種國防學校，似不得不從事實施各種專門教育，養成專門人才。例如國防軍醫中心，專科教育固須施教，而業務教育亦須施教，此種學校的素質，必須甚高，方能作軍民教育的模範。換言之，不但要訓練各種學生，還須培養師資，亦所以謀全體性的教育之發展。如此結果，不但是供軍隊之使用，亦可以供民間的要求。

如上所述，國防大計的策劃與實施，不得不借重工、商界的領袖人才，通力合作，同時，亦需充分利用各大學各實驗院的人才和設備，在中國，尤其是中央研究院，必須視為國防科學研究與發展的工具，而盡最大之利用。諸如歐美各國皆然。吾人應選優秀的人才和優秀的機構，組成一個國防科學研究發展委員會，將全國各大學及各實驗機構，均納入於此種委員會之內，以謀整個國防科學的研究與發展。（未完）

軍醫的現在和將來

陳立楷

一 前言

從前陸海空軍的衛生勤務，是各成一個系統的，自從第二次大戰以來，由於立體的戰爭，地不分前方後方，人不分軍隊民衆，一旦遭遇了戰爭，都會直接地受到戰爭的侵害。雖然，軍醫的業務對象是軍人，可是在很多的作業上已不容把陸海空軍嚴格地分成三個系統，尤其是後方的衛生勤務，必須要聯合成爲一體。因此，國防部成立以後，在聯合勤務總司令部之下。而有軍醫署的組織，這已經很明白的指出，今天的軍醫署，是和以往的軍政部時代的軍醫署，它所負的任務已經顯然地不同了。今天的軍醫署，無論在陸海空軍的那一方面，對於人員，技術，和器材方面，都居之於補給的地位，而且，這種種的補給，還必需出之於軍醫署，要有統一的方針，統一的標準，要歸之於完善的軍醫政策，才能運用得宜。所以，軍醫署應是產生全面軍醫政策的機關，應是全國最高軍醫機關，它不但在實際作業方面，對聯勤總司令負責，執行軍醫部門的聯合勤務；唯其軍醫政策之決定，須具有最高度的技術性，它還須對參謀總長負責，兼有技術參謀的任務。

二 現在軍醫署的組織和任務

目前軍醫署的組織，在軍制上證會起了一次革命，雖然，它的本身還需要改進，可是，它的趨向是進步的，有機的，科學的，融合了行政和技術爲一體的組織，而推翻了以前只重行政不重技術的那樣偏廢的組織。又因爲它對於陸海空軍的聯合勤務，有不可分之處，且立於技術參謀的地位，因之，分工很細。現在，可分三個部份加以說明：第一個部份，是署本部，爲署長直接幕僚，設有署長辦公室，軍醫技術宣傳組，軍醫史組，技術專員室，考核室等五個單位。第二個部份，是一般行政部份，設有總務處，財務組，醫務統計組，法制組等四個單位。第三個部份，是技術行政部份，也可以說是業務部份，設有衛生勤務司，銓訓司，供應司，專門技術司，預防醫學司，榮軍善後司等六個單位。各門處以下均分科辦事，分科最細的，像專門技術司和預防醫學司，各有八個科，這兩個司所包含地一切，皆是軍醫的技術，從防疫，保健，治療一直到復健，都須出之於這兩個司的策劃，軍醫署和其他軍事行政機構所有不同之處，正唯特別有這兩個司，來掌握這些技術問題。至於如何運用這些技術問題，就必需配上衛生勤務司的調度單位，和計劃執行，銓訓司的供給人員，供應司的供給器材，以及榮軍善後司辦理復健和最後的安置，作一切適宜的配合，來發揮這個組織的功能。

由於這般組織，它所負的任務，歸納起來，約有五種。第一、確定軍人的體格標準。第二、以適當的防疫，保健，治療，復健的措施，保持軍隊的作戰力。第三、組織訓練各種衛生單位，以供勤

務及作戰部隊的需要。第四、供應軍醫業務所需的標準器材和裝備，以期保證國防策略所需的全盤軍事供應而能完滿無缺。第五、按健康觀點，決定軍人口糧的適當內容。綜合這五大任務，無論人員，器材，技術，和標準，都是靠着這個組織的運用，才能發揮效能。不過，其中無論那一項任務，總是離不開科學的基礎。根據這個認識，就國防軍事上說，它的業務實施，不單是着重軍隊的健康和保持軍隊的作戰力而已，至於如何決定軍人的體格標準，如何以最新的技術改進一切衛生設備和衛生器材的裝備標準，如何參與作戰計劃，負責衛生單位與軍事的配合，如何訓練人才以適應並決定衛生單位的編制，如何依照保健的觀點，釐定兵食營養的標準，如何規定傳染病的管制，作盡善的防疫設施，以保障軍隊的安全？這一切的一切，軍醫署的業務，無異於國防軍事上的技術參謀業務，軍醫署的功能，無異於國防軍事上最基本的健軍力量。

三 現在軍醫署的工作概況

軍醫署的業務既是如此的繁重，現在，讓我們檢討一下當前的軍醫署的工作是怎樣？

第一、兵站衛生方面，抗戰期間，兵站衛生機關因戰區廣闊，交通阻滯，不得不以量的增加，補救運輸的困難，所以衛生機關的數目逐年增加，最多時達到五百多個單位，人力物力愈形分散，作業成績離開標準愈遠。等到卅二年以後，兩次縮減機關數目，調整充實內容，至抗戰勝利日止，計有二百七十八個單位。抗戰勝利後，兵站衛生機關亦已次第復員，經已擬定計劃分三期實施，原定於卅五年年底以前，將所有機關依次編併結束，僅保留總醫院及後方醫院，共五十多個單位，後來綏靖作戰，日趨擴大，原有計劃未能依照實行。後方機關雖已裁減很多，但綏靖區域因事實需要，經另增設少數運輸機關，以應急需，均分佈於各補給區指揮使用。目前江南各省區已由戰事時期進入建設時期，所有衛生機關，已經分別裁併，除四川外，預期在每一省區保留一個總醫院或一個後方醫院為初步目標。如無其他變故，三十六年六月以前，一定可以實現。江北各省區視綏靖作戰演變狀況，亦本此原則，隨時辦理。

第二、部隊衛生方面，陸軍部隊單位衆多，以師旅野戰醫院而論，計有三百五十多個單位，如均給以合理的充實，在目前的人力物力尚不易辦到，此次部隊整編，已就物力所及酌予補充。即以各部隊原有的衛生設備而論，卅四年甲種師經美械裝備的，比較其他部隊為優，參加接收工作的，也比較後方醫院充實，今後補充的目標，就其設備過於匱乏的，則儘先補充。此後建軍開始，部隊衛生機構，將參照美軍的編制，每師設衛生營一個，軍醫署即擬於上海設立模範衛生營開始訓練，以為建立國防軍時配設衛生營的張本。這點，還須看人才作育訓練的進度，逐步完成，尚非一二年內所能竟其全功。至於海空軍方面，祇能說尚在計劃階段，擬先從制一編制及補給系統去着手進行，當前所能辦到的，已在計劃將所有各地總醫院(舊稱陸軍醫院)開始收容陸海空軍傷患，為實現聯勤任務的第一步。

第三、新兵衛生方面，三十五年八月恢復師團管區機構，規定每一師管區，設置醫院一所，設病牀一百五十張，直轄團管區設置醫務所一所，設病牀五十張，師團管區司令部所在地已設有各級聯勤醫院的，即由聯勤醫院兼辦，不再另設師團醫院和醫務所。現第一二期已成立各師管區醫院十四個，團管區醫務所六所，此後如所在地聯勤醫院他調或撤銷時，再行成立應配設的院所，如均一一成立，共有七十多個單位。以往兵役成績欠佳，由於衛生方面的缺點甚多，今後無論在人員，器材，和設備方面，將力求可能的健全，使新兵衛生，日趨改善，這不獨減少部隊的困難，亦可望減輕聯勤的負擔。

第四、傷病處理方面，抗戰勝利之初，還有傷病官兵三萬一千多人，其中大多數是慢性病的患者，當時曾經擬定計劃，分別集中，並派專家督導治療，旋因綏靖工作開始，衛生機構紛紛遷調，以致未能完全依照計劃實行。

第五、榮軍安置方面，榮軍乃因抗戰成殘，對國家的貢獻至大，戰

後的安置，確是一件最重要的問題。自七七抗戰至勝利日止，共有榮軍約七萬人左右，除了進行教養和助其復健之外，安置的辦法，分爲五種：（一）就學——凡青年榮軍志願就學深造的，經學校考試及格，均可免費入學，現已就學的共有九十八人。（二）就業——凡榮軍志願就業的，依其志願，體力及程度，分別介紹各機關團體服務，其知能不足以就業的，分別予以短期職業訓練，如文書，會計，工藝等，共經本部調用或由社會部介紹已就業的共有八百六十九人。行政院並已頒布『榮譽軍人職業保障辦法』，以資保障。（三）回籍——凡志願回鄉者，以查明不致流落爲原則，一律資送回籍，該項辦法，現正呈核中，據初步調查結果，因爲國人鄉土觀念甚重，自請回籍的約三萬八千五百五十人佔半數以上。（四）農工生產——凡輕殘榮軍志願生產的，一律撥入生產單位。截至目前爲止，參加生產人數，計農業者九三五二人，已墾田一萬五千餘畝，土二萬二千餘畝。工業者一〇六四五人，組有紡線，皮革，造紙，化學，縫紉，土木建築等生產合作社，共八十三個。（五）終身贍養——一等殘榮軍，除自願回籍之外，均由政府終身贍養，現已設有教養院九個，盲殘院兩個，將按榮軍籍貫人數，妥爲調整收容，使之共聚一地有如一鄉一家，生活無慮。不過榮軍安置的工作，在其他國家，與社會福利工作有關，尙待爭取社會方面的合作與同情。第六、材料供應方面，自本部成立以來，補給系統和補給細則，均有變更，現於各基地設衛生器材總庫，各補給區設衛生器材補給庫，各兵站總監部及供應局下，設衛生器材供應庫。當前的工作，最大的在於修訂各衛生單位及各部隊的衛生器材標準，按一千人爲基本單位，建立標準制度。至於製產情形，因所有設備不够現代化，尙未能開展。今後軍用衛生器材，一部向國外購運，一方面對民營製藥工業，予以獎掖扶助，以期利用民間資本和人才，逐漸走到軍用衛生器材的自給自足的目的。抗戰勝利以來，接收美軍遺留轉贈的衛生器材，共有一千餘噸，屬於敵軍方面者，已接收三千餘噸，並經加以管理，研究，俾作盡善的利用。

四 軍醫署未來工作的展望

根據以上的報告，從現在，看將來，我們認爲有兩個基本問題，值得重視，今天的軍醫業務，雖日在求進步之中，然距離理想的標準，究竟還屬太遠。第一、從組織訓練方面來說，我們認爲軍醫最弱的病根，就是人才缺乏。講到人才缺乏本是我國各部門普遍的現象，而以醫學爲尤甚，我國醫學人才，從前清光緒三十三年起到現在止，不過一萬二千人，而以目前全國二十多個醫科專門院校計算，每年畢業人數，最多也不過六百人，全國四萬五千萬人的健康，靠這樣小的數目醫師來維持，軍醫之中究能佔有多少呢？依照目前部隊機關所有編制的軍醫人員（包括藥護），爲數迄在二萬人以上，其具有正式的學資的軍醫，數年以來，祇不過二千入左右，其中且多數擔任了軍醫主管及行政任務，至於學驗均優確能領導技術工作的極居少數，其餘都是靠着無正式學資的軍醫人員在維持作業。因此，衛生機關的治療效能，除少數總醫院外，自然不易令人滿意。最近自辦理退役退職之後，軍醫行政人員又感恐慌。針對這一個問題，我們決定從治本入手，必須戮力向教育訓練之途邁進。所以，我們積極的建設起上海軍醫中心，使成爲最合理最標準最偉大的軍醫訓練機構，要使『養成教育』與『召集教育』同時並舉。質的精進和量的增加，均盡人力物力之可能，使之達於最高限度。我們初步目標，在五年之後，須養成軍醫每年五百人，召訓軍醫每年亦須有五百人。我們希望在二十年後，須培養新的軍醫和訓練出優良軍醫約二萬人。到那時候一旦國家有事，我們軍醫人員立刻可應需要。我們不是說二萬人是最大的目標，依照將來國防的需要也許要增至五萬人，自然還要因時制宜去變更的。其他配合上海軍醫中心的工作，如選送優良軍醫出國學習，或與中央研究院交換人才，或委託具有成

績的醫學院代為訓練軍醫志願生，這些細節，都要包括在這個教育訓練方針之內。第二、從技術制度方面來說，我們要使一切軍醫制度，歸本於科學，軍醫技術就是科學的技術，講科學，就是講實在，講標準，有了標準，才能整然劃一。軍醫業務本來用費就大，各國軍費用之軍醫者，佔全數百分之十以上，少者亦佔百分之五六，此次大戰，根據美方軍醫的報告，美陸軍各特種兵科之預算，亦以軍醫經費為最高，反觀我國每年預算，軍醫經費常在百分之一以下，以致一切簡陋。況且，物質條件與衛生的關係密不可分，像建築，交通，給養，被服等等，無不限於物力，難望有合理的配合。我們知道，軍醫的工作對象是人，而人的生活，誰能一刻離開衣食住行？尤其是傷殘病廢的人，不但還需要醫藥，護理和營養，更需要精神的慰藉，才能解除他們身心的痛苦。軍醫的技術制度，便須出發在這些問題之上。我們改進技術制度的前提，一切要能達到標準化，無論陸海空軍的那一面，我們都要做到一切合理化，現代化，我們預計在三年之後，逐步完成這個新的設施。

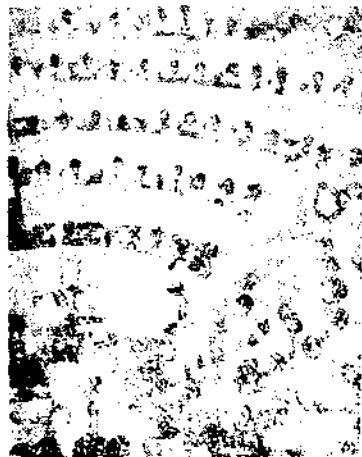
五 結 論

總之，軍醫的現在和將來，一切為了軍隊安全，至於如何使軍隊確保安全？還待我軍醫不斷的努力，我們相信，是可以一天一天求得進步的。我們工作的態度，是要朝一條平直遙遠地大道前進。雖然，抄近路比較聰明些，可是往往易於誤入歧途，反而達不到目的。我們相信，不求近功，但求實效，走一步總可以進一步的。任這條平直的大道是如何遙遠，我們是要本着毅力，咬住牙根，堅持既定的方針，朝前進行的。

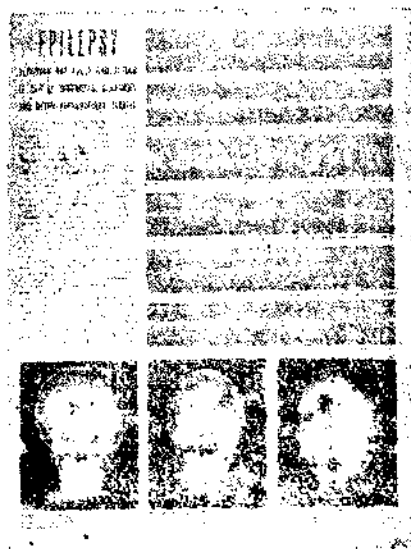
(本文統計係三十五年十二月為根據)

本 迎 歡 刊： 圖 文 并 茂 的 照 片

(例二)新聞照片



(例一)學術照片



· 稿 酬 從 豐 ·

戰區內或方面軍 治療制度建立問題之研究

陸軍衛生勤務訓練所

徐步安

(一)引言——根據第一次世界大戰較可靠戰傷統計之報告，在戰鬥損傷人數內（包括亦傷不含陣亡），凡經收治後，可以重返戰線服役者，約佔總負傷數百分之六十四，不能重返戰線，但可在兵站區內履行其他勤務者，約佔百分之十八，總計能在戰區內服役人數，為百分之八十二，依此治療之成績，其有助於人員之補充，及戰鬥力之維持，至大且鉅，亦想見治療問題之重要。第二次大戰（即此次大戰），尙未屆結束時期，治療成績，此時尙難作全般之估計，然以救護機構之健全，治療技術之進步，與夫應用於治療新藥物之不斷發現，揆之理論，自較第一次大戰時期為優，可以斷言，但不能依此，即評定其價值。在此次戰爭經過中，吾人所得知之若干事實，如治療範圍已推進於野戰區，建立戰場內逐段治療制度，戰傷人數內有百分之七十以上，得於短期內重返前綫，及傷兵於負傷兩小時內，即得適當治療等等，凡此種種，日縈繞於吾人腦海之中，以為治療制度如何改進之結果，甚至渲染其詞，幾令人難於置信，但吾人並不抹殺此等事實，所須考慮者吾人之所觀察，係以我國軍事制度情況為背景，而英美蘇之軍制及戰區範圍之劃分，是否與吾國相同，所謂逐段治療制度者，其所指之各級衛生機構如何，所謂短時間能得適當治療云者，是否為偶然成為經常之事實，皆有待於審慎之判定。總之戰場內治療制度之建立，不能超出於軍事範圍以外，換諸戰鬥原則，可以推知，因此得知治療制度建立之原則，必須由戰鬥原則，及本諸醫學見地，以行推定，果原則一經確立，則無論情況如何變化固有其一定選用之法則（因情況變化而影響於原則變動者又當別論），否則，未有不為一二偶然事實所眩惑者。數年來得於盟國戰場關於救護之資料，及所傳聞者，事跡頗多，唯一細究其內容，雖得因科學進步，於救護機構及技術上，作若干之新的設施，但救治原則，並無若何顯著之變化，故仍可看作是原則一種之自然運用及配合軍事之一種進展而已，本文之作，蓋有感於數年來之所聞知，及所擬議者，用文字作一敘述，而於學識，不敢自是，僅因此能引起我同道之共同研究，更闡發其精義，實至所期望者也。本題內之所謂戰區，包括野戰區及兵站區，所謂治療制度，主為治療單位，但須兼論救護輸送及其他諸單位，俾有系統，而便敘述。

(二)制度建立原理之由來——現代陸軍組織，是基於戰鬥，業務及衛生三種部隊而成，譬之鼎有三足，缺一不可，由此三種部隊任務之配合表現，得發生所謂軍事上之一種行動。衛生部隊，就在軍隊組成而論，既佔陸軍中之重要位置，就其任務言，又佔軍事作業之一部門，協同一致，為軍事致勝之要訣，在戰略科學發展之今日，尤見其然，故衛生單位組織機構，應與軍制符合，而衛生作業，更須因應戰略戰術之決定，作實施之準繩，因此欲研究治療制度之建立，勢不得不於戰鬥部隊分佈配置與運用概況及兵站綫路設置之狀況，先作探討，按各國於戰場內軍隊之分佈狀況，與兵站綫路設置概況，因軍制，裝備，作戰地域，戰爭種類範圍，戰區環境，以及物質條件等等之不同，自不免生出差異，唯一究其原理原則，則大致相同，蓋不因國別而有異也，茲就兵站綫路

，與軍事推移之關係，部隊配置與運用狀況，參照吾國現時事實，及新戰綱所記載，並參考他國軍事及軍醫書籍，敘述之如左。

1. 爲於一般者——戰區內約劃分爲野戰區及兵站區，野戰區則分爲營、團、師及軍之作戰地域，唯集團軍之作戰地域，則分爲軍作戰地域，及集團軍分監部管區，而此管區，照作戰綱要規定，當屬於兵站地段。兵站區通常分爲分監部管區及總監部管區，此兩管區之業務，分別歸分監及總監處理之。

2. 部隊分佈配置與運用概況——其概要如前述之分營、團、師、軍之各作戰地域及總分監部兩管區，方面軍所轄之部隊，約有二至三個集團軍，六至九個軍，十八至二十七個步兵師，而直轄之其他部隊，及軍與集團軍之直轄部隊，尙未計焉。故一個戰區內，由野戰區迄於兵站相連綫，如假定師爲第一綫，則可併列及配置若干師軍，遂行戰鬥，至於野戰地區之縱深，則視部隊配置，輸力大小，運輸工具種類，及交通路狀況等等之不同，而難一定，隨戰況之進展，師或軍當隨時推進，即其作戰地域向前推移，而集團軍之業務部隊，亦應向前推進，以圖補給之潤滑，戰況愈進展，師及軍之作戰地域，愈向前推進，集團軍之勤務地域，視情況，將向前推進，即集團軍直轄管區之推進，亦即兵站綫路終點（兵站末地）之向前伸延，使與野戰區銜接，由此論列，可知野戰區，極富移動性，而戰鬥業務衛生各部隊雖因所在位置，及戰鬥與非戰鬥部隊之不同，移動有先後緩急，而當會戰經過，彼此始終，在運動態勢之中，正復相同，此固就戰況進展而立論者，至若裝備劣勢之國家，如欲行持久抵抗，勢不得不採取數陣地防禦之戰術，因之亦不得不照預定計劃，由一抵抗綫，轉入次一抵抗綫，是戰鬥地帶，將逐次向後轉進，而戰鬥之富有移動性，亦甚明顯也。

3. 兵站綫路設置之概要——兵站綫路，起於策源地，迄於作戰軍所在地，全綫路業務，約分爲分監部管區，總監部管區，及最高統帥部直轄管區，惟本題係討論戰區範圍，故對最高統帥部直轄管區，不予論述。分監部管區內之綫路上，其終端爲兵站末地，即與野戰區銜接之相連綫，兵站主地，則設於綫路上之適宜地點，通常爲兵站監所在地，此段綫路，隨戰況進展，向前伸延，戰況愈進展，其綫路則愈益伸延，至總監部管區內之綫路上，設兵站基地，通常爲兵站總監所在地，其綫路亦依戰況之愈益進展及兵站主地，向前推進，爲圖該管區內業務實施之便利，將逐次伸延，俾便銜接，所有兩管區綫路上，設有各種倉庫機關部隊，分任業務之實施或統轄，而衛生單位，亦包括在內，就上所論述，則知兵站綫路，極富伸延性，由其愈益伸延之結果，綫路後方（假定爲未伸延前之原有地段）亦愈益安定，至於對優劣敵人，以行持久抵抗作戰之國家，大約此等國家，原有廣大領土，則當戰事初起，即有較長距離之兵站綫路，依綫路遠近，及其各管區內綫路，所在之位置不同，將不受直接或毫不受作戰之影響，縱因部隊逐次轉進，前方綫路縮短，而在後方綫路，仍可保持相當安定，即不然，綫路上各機關，亦有餘裕時間，從綫路之向後伸延，再行轉進。

由上論述之結果，野戰區不論其爲進展，抑爲轉進，亦不論其地帶之在前後，所及於安定性之程度如何，始終爲一不安定性之地區，至兵站區，不論其爲如何伸延，以所在地之居於戰鬥地帶後方，及綫路有較長遠之距離，而始終爲一安定或較安定性之地域，依此安定性與不安定性之關係，可視作建立治療制度之重要條件，亦即野戰兵站兩區治療制度之所由判也。

（三）就制度建立原理推求與治療之關係——需要較完全治療之傷病，必須有較適宜收容處所，治療時間，相當設備，及其他物質供給等，爲先決之條件，野戰區既爲一不安定之地點，營團師軍各衛生單位，隨戰況逐次進展或轉進，應隨時與之進退，上述條件，概因區域之不安定，不易成立，而救治主旨，大約以初療普及，後送迅速，及能施行不可延遲之救命手術

與對不適輸送，或急需必要治療之重傷，予以臨時收治為限度，故不宜設固定性單位，至於兵站區，既為一安定或較安定性之地點，且為便於傷愈之歸編起見，儘可作衛生上之適當設施，故可設固定性醫院（分監部管區內醫院，為固定性，抑為流動性，容後討論）便利收療。

（四）依制度建立原理應如何建立治療單位——吾人既知制度建立原理，及其與治療之關係，並考慮部隊所負任務，與軍醫單位所應負責之任務，就軍醫單位任務之性質，約可得知野戰兵站兩地區，所應建立之治療單位，及其他單位如左。

1. 屬於野戰區者——a. 營或團——救護輸送單位。
- b. 師——救護輸送單位。
- c. 軍——救護輸送單位或救護輸送單位，手術單位及臨時收容治療單位。
2. 屬於兵站區者——a. 集團軍（專指直轄管區）——（1）救護輸送單位，並包括派遣單位。（2）手術派遣單位。（3）收容治療單位或臨時收容治療單位。（4）臨時收養單位。（5）其他單位。

上述派遣單位，係指派至軍師作戰地區作業之單位而言——附註。

- b. 戰區或方面軍——（1）救護輸送單位。（2）收容治療單位。（3）休養單位。（4）檢驗單位。（5）其他單位。

依以上擬議建立之制度，野戰區之各單位，不論其為救護輸送，抑係收容治療，概可視作有活動性之單位，此地區內大多數單位之任務，以救護輸送為主，兵站區內屬於總監部管區之各單位，特別是醫院，以交通線路之有較長遠距離，及大多數傷患不再後送，以便歸編之關係，故須配備多數醫院，從事收療，而此等醫院為屬於有固定性之單位，其設在分監部管區之醫院，視作戰軍編成，及兵站管區劃分等狀況之不同，是否為固定性，抑為流動性，而難一定，容後敘述。至線路上主要衛生業務，則不論總監部收療單位之性質，是否相同，亦不論有無輸送單位，就全般言之，當以治療業務為主。

（五）根據前條敘述推論各單位種類成立之法則——依前條之論列，固可略知所應建立單位之性質，惟究應成立何種單位及在一個部隊單位內有兩種擬議之單位，應如何取捨，似亦值得討論，蓋亦為建立制度之有關事項，有待結束者，單位成立之法則，由於各國軍制，裝備，採取之戰略戰術，作戰地之環境，作戰兵力之多寡與夫兵站設置形式等等之不同，將異其旨趣，故自營團以迄方面軍，衛生組織，甚不一致，是皆為上述軍制等等不同之關係，以致如此，雖然各國衛生組織固不一致，惟一細究其所以相異之處，在兵學及醫學上，各有其成立之理由，如論其構成衛生單位之理論與原則，並不以形式不同，致有抵觸，即不然，亦大多數相同，吾國一切衛生設施，尚無可資選鑄之正鑄的的，本項內敢於推論各單位成立種類之法則者，實基於上述關係之故，茲仍以前項營團師軍等之順序，推論如左。

1. 營或團——營或團衛生隊。衛生隊之任務，為救護輸送，惟營為團實施戰鬥之單位，營衛生業務又為團或師，衛生業務之基礎，故各營衛生人員，應使能獨立作業，且適應所需，製定其編制，如包括於團衛生隊內亦可，但要能平均分派，使其隨時能跟隨所隸部隊之行動，支援其作戰，至團之衛生業務，以能應援營救護作業為宜，惟輸送系統，如師衛生隊（營），有兩種不同輸送工具，團可不負營傷患之接運責任，其編制內，即不需要輸力，如師衛生營隊，輸力僅有担架一種，仍應配備輸力。師衛生隊（營）必須按設有兩種輸力工具為理想，若是團衛生隊，可按不負營團輸送責任而置之，當無錯誤。

2. 師——衛生隊，或衛生營。此處所謂衛生隊或衛生營，實係指一種單位而言，不過在名詞上，稱營或稱隊，惟其組織內所屬之單位，如照戰鬥部隊連排等，以行區分，則以稱營為宜。衛生營（隊），不論如何編組，鑒於支援部隊作戰，及後一衛生單位支援前一衛生單位作業之任務上，與師在戰鬥經過中之行動，應視作救護輸送單位，即藉以師屬衛生單位，在駐軍間行軍間及在戰鬥間，尤其是在戰鬥間業務之性質，亦屬如此。依上述之關係，師不宜設野戰醫院，即在衛生營（隊）內之相類似醫院單位，亦不宜冠以醫院名稱。但師衛生作業，須有高級機關，配置手術或臨時收治單位，以為支撐，實屬切要，關於此點，後再詳述，茲不贅。

3. 軍——衛生營（隊）或衛生營手術醫院及軍醫院。此處有設立數種不同種類或性質單位之擬議，依下左論述，以定取舍。

a. 依作戰軍之編成，假如非會戰單位，而其上級指揮機關，又有集團軍一單位時，則祇須設衛生營，以任軍直屬部隊之救護作業，或對前面師作必要之增援。

b. 作戰軍之編成，如無集團軍一單位，而各軍直隸於方面軍統轄指揮時，為使其能適時援第一線師之衛生作業起見，則除本身需要之衛生營外，應配備支援第一線師作業之衛生營，手術醫院，及軍醫院，惟此等單位，由方面軍配屬於各軍亦可，故亦可不編入軍系統內。

4. 集團軍——集團軍為作戰軍編成內之大單位，依其兵力，及現時會戰兵力運用之趨勢，可認作會戰單位，意即能為主力戰鬥，自始至終，以遂行決戰，而實施會戰之任務，故須控制多數衛生單位，以備運用，如就治療單位言之，須有流動手術醫院，及兵站醫院（此名稱本不妥姑暫用之）各若干個。流動手術醫院，為派遣至師作戰地域內之作業單位，便能直接支援師之衛生業務，至兵站醫院，為收容第一線師而來之傷患，凡由師部作戰地域後撤之傷兵，概須經過其收容，並由其分別予以復隊，轉入休養單位，或更向後送各種之處置。

5. 戰區或方面軍——依戰區或方面軍統轄之範圍，實包括野戰及兵站兩區域，但本項所論者，則專指總監部管區而言，此管區，依兵站管區設置之狀況，當有較長遠距離，與較寬廣之地域，由以上有關各段之敘述，則知此地區，不至受作戰直接影響，或毫不受其影響，故應視為安全地帶。兵站總監部管區內，需要設置衛生單位，種類既多，數量尤夥，但最重要且數量又多者，厥為醫院，而此等醫院之種類，似可概以陸軍醫院名之，不過將其收容量及其裝備，分為甲乙兩種，甲級者，視情況，將多數配置於後方，乙級者，則又配置於甲級之前方，計由管區前端，迄於最高統帥部管區相連之線，由前至後，沿各兵站管區，作縱深之配置，唯屬於相當於兵站基地之地區，使多數醫院，及直接有關治療之衛生單位，集結設立，以形成戰區之醫院中心。

（六）結論——茲依據上述有關治療單位各項之敘述，並加以推定，歸納論之如左。

一. 依作戰軍編成及管區劃分以論分佈狀況——a. 軍或各軍直轄管區——假如非會戰單位，其上級又有集團軍一單位時，可不設收治單位。如無集團軍一單位，各軍又係直轄於方面軍統轄時，可設手術治療單位，及臨時收治單位（如軍醫院），但此等單位，亦可由方面軍配屬之。

b. 集團軍或分監部管區——設置手術派遣單位，及兵站醫院。

c. 方面軍或總監部管區——設置甲乙級陸軍醫院。

二. 依單位配備所在以論治療性質——a. 屬於總監部管區內者，其設置之治療單位，概為固定性醫院。

b. 屬於分監部管區內者，如手術醫院，當屬於流動性質之單位，至兵站醫院，是否為流動性單位，抑為固定性單位，當依後列事實推論之結果，再行決定。

(1) 如假定集團軍，為會戰單位，雖集團軍有其後勤業務，但其作戰地域，應劃入野戰區內，如此則在其地域內所配置之醫院，當視作有流動性之治療單位（為臨時收治單位）。

(2) 使單設醫院（如前述取消集團軍一單位時之辦法），將兵站醫院配置於管區內最後方，增大其安全性，如此則兵站醫院，可視作半固定性或固定性之治療單位（可視作收容治療單位）。

(3) 依現代會戰兵力運用之趨勢及軍以上仍設集團軍一單位時，為使減少軍之繁累，及傷病處理，得以簡單迅速起見，則以不設醫院為宜，如此則不論集團軍設置分監部管區與否，管區內之醫院，仍應視作流動性質。如照上面所述，以前所論取消集團軍一單位及由軍設醫院之辦法，為不合理乎？則又不盡然。何則，本項立論，係依集團軍為會戰單位而設想者，亦即方面軍轄有大兵團以任該方面作戰之意，設敵我兩方，兵力不大，預想無大規模且甚積極之戰鬥動作，由軍設醫院，或取消集團軍一機關之辦法，亦屬可用。

c. 屬於各軍直轄管區內者（即軍作戰地域），不論其為派遣，抑為直屬，概屬於流動性之治療單位。

三. 由以上1,2兩項之論列，營團師均不需妥治療單位，如有之，則為派遣於師作戰地域內之流動手術醫院，此亦可認為治療制度已推進於野戰區之明證，否則通常不需要治療機關，集團軍亦需要治療單位，然仍當視為流動性質，又集團軍之作戰地域，如盡劃入野戰區內，則其所屬醫院，雖當認為野戰區內之治療單位，是知野戰區範圍，亦甚廣泛，治療制度，固得推進於該區域內，以行作業，但對於治療單位之性質，種類，隸屬範圍，分佈狀況，及野戰區內部隊之配備情形，亦不可不加以研究。否則，未有不為各種事實所眩惑者。準上所論，各種治療單位，仍為流動，或應視作流動性質，然則固定性治療之單位，究何在乎？曰，在兵站總監部管區內。

下期要目預告：

建立現代國防軍醫的理論與實際.....	林可勝
抗戰期間我國兵站衛生述要.....	錢繩武
現階段榮軍管教實施及善後計劃.....	王耀庭
傷病估計與病床估計.....	徐步安
傷寒論.....	葉維法
鏈黴素.....	鄭德悅
骨髓內輸血研究.....	陳嘉音
X光上胃之臨床觀察.....	石順起
檢查健康青年男子內耳前庭之機能報告.....	王老得
診療新知.....	
海外通訊.....	
參攷資料.....	
一月大事.....	
法規.....	

如何辦理榮軍身心復員工作

軍醫署榮譽司
孫德亮

本文係美國戰時情報局去年八月三十日所發表，其內容每列舉榮軍善後之具體活動，對於我國榮軍善後業務之推進不無參攷，茲特譯出以供從事榮軍業務諸同仁——譯者識。

作戰期間醫學奇蹟的敘述，特別發明了許多新的醫藥來去除微菌，新的外科手術或新的預防方法等，在在均是為保全或復原戰士們的健康。這些新發現的醫療功用之大，倘推至前五年的時間，恐不易有人相信的。但目前科學更進了一步，它不但僅能把病者使其健愈，同時還能使傷殘者恢復一種正常生活，那就是一種榮軍真正復原或善後工作的出發點了。

一個士兵，因為作戰打斷了一隻腿，他必盼望有個最好最新式的外科醫生為他治療，同時更盼能裝配一隻像他原有肉腿那樣好的一個假腿（通稱義肢），也能動作，也好看，更進一步他還希望在住院期間身體與精神都能夠復原，這種復原的意義，就是說這個榮軍可以恢復他的平民生活，可以適應人類活動，並且他的操勞和運動都能同別人一樣。

上述適應性的培植，要有一套科學的計劃，這套計劃，在理論上的基礎，是避免傷病者臥床的痛苦和世外的隔絕，當他們休養期用一種正當的方法來鍛鍊其身心，使他們在戰場得的傷患迅速痊愈，不管是內科或外科醫生，萬一不能使他完全治好，至少應使他們的傷患程度減低至最輕微的可能。

有各種不同的復原項目，適用到不同傷者或病者，甚至及於為在戰場上受了精神麻木的病者，每種不同的病例，都需要不同的項目，一個傷患經過醫生治療竣事，就要交給物理治療專家，體育導師，教育家，及職業訓練家來訓練他，這些專家的任務是專門接受由病房或手術室出來的傷患，來訓練他們身心的協調，準備隨時可以歸編，或者恢復其平民生活。每個休養的士兵，不管住在海軍或陸軍醫院裏，都要遵守這些專家的指示來作各種活動，正如同他們遵守醫生的指示來吃藥劑是同樣的重要。

傷患們在臥床治療期間，若能設法不空費其時間，反會加速其痊愈。舉例來說：負傷的空軍人員，在臥床時研究飛機的類別，他練習如何分辨盟邦和敵人的各型的飛機，也有的人躺在床上用手電筒打無線電碼來和同房或是隔房的病友們通話，這樣他們很容易把時間度過，更可以增進他們使用無線電的技能。

一個傷患當他剛臥放在床榻上就可開始運動，這種運動可以增加體力，並可使已傷的肢體加速休養，如同壓擠軟橡皮球，攝製泥土物件，用沙紙磨擦木器等活動，都使受傷的手或指促進它的恢復，鬆解橡皮圈的扣結，同耍弄活動玩藝的跳躍，可使已僵的肌肉漸復活動，用手帕摺玩藝和橫放着手杖在手指上做平衡的支撐等活動，既收物理治療的益處，更可使患者取得娛樂。

每晨體育教官，要到病房呼出一二三四的口號叫大家在床上做柔軟體操，缺了一個上肢或一個下肢的病人，當他體力充分時，他很自然的會加入這些體操的活動。

訓導教官向臥床病者，談述有趣的課題時，常常引起他們對時事的討論和精神活躍，每天也有些標定的課題，在研究和討論，使他們對時事和圖表有所循導，這些辦法的採用，在保持傷患人們身心的活躍，預防衰退的現象。

常病人可以坐起時要鼓激他各種癖好或得意的問題，使他在床上領悟，他可以用小型織布機來學習織布，或學習雕刻，他可以塑製泥物，伸展繩索，編織筐子，做皮件和其他的手工藝。一個在南太平洋前線受傷的榮軍，當他臥在病床時，會用了不少的功夫製成一個精美的帶鞘小刀，他用以做成這把精緻小刀的材料，是由戰場上搜集的半斷刺刀，一點手榴彈的巴子，和一片飛機的推進器。他估計這些器材，總共殺過十八個日寇的殘餘物。

一個傷患，當他可以離床到體育場上或體育館幾個鐘點時，經過熟練的物理治療專家指示之下，受傷者首先當使受傷之處恢復其肌肉之知覺，漸使其完全痊愈，對於這種治療，曾有一種特殊設置，練習恢復的方法實驗已經成功，即一手指受傷的人，可以在一個設置完備的木製的梯形架上，將手指放在上面，練習恢復手指的功能，如肩膀或手臂受傷的，也有一種特殊轉輪的裝置，把輪子倚在牆上，有適度的伸縮，可以上下便緊度合適，而且便於轉動。在輪子的後面，放一塊鏡子，由鏡中的影跡，可以看見傷患自己病狀的進展。

如果健康情形許可時，漸愈的病人可以送到職業訓練班去工作，學習生產技能，因為在那裏可以一面生產，一面鍛鍊身體，不會因受心理上的阻礙，而影響到病者的痊愈。至於可以工作的人所作的工作，有些是木工，製革，製造陶器機車，以後學習如何構造自動摩托車等，他們將破碎的推進器碎片製成精緻的指環，一些破碎的玻璃片製成美麗的飾品，飛機的模型，以及各種聖誕禮物。醫院機關所需的複寫他們可以油印，（學發無線電，油漆，粉備塗繪等，他們都可以作，而這些事情都要受熟練訓練的物理治療專家指揮與監督，專家們深信，這些病人能利用他們的工作學習，使他們的傷患得

到裨益，同時又爲使一些義肢所作成之工作成績能與一般正常肢體所作之工作達到一樣的良好。

各種專門技藝的訓練，對於這些病患並不是主要的目的，而是借此種訓練，使他們發現他們的自己一向沒有發現的工作能力與智力，此外一些癖愛問題已經逐漸發展到各機關，如一般平民生活中之假期，已經開始實行在軍人職業訓練所及軍醫院中，當病人體力恢復時，每天可到農場工作幾小時，其目的不僅增進體力，也是醫院的一部份收穫。

如除耘雜草，灌溉蔬菜，過于勞作時會把肌肉再傷，於是就送到復健中心，使他作些戶外運動散步，直等到漸漸恢復整個的身心健康。

凡是一等殘的榮軍，也要讓他在身心上有着恢復正常的意念，如同一個心情鬱悶的盲兵，發覺他的教官亦爲盲人，他不僅知道他的教官是一個盲人，而且他還知道，他的教官用耳來代替眼來幫助他能夠與常人生活一樣，他又知道他的教官所告訴他的時間由一種凸版字的表所得來，他的教官可以同他的朋友玩牌，在他們所用的牌上，也有凸出來的符號，來作它們排列的次序。

盲患逐漸學習留心照顧他們自己，學習簽名，以及如何利用打字機來寫信，而且他們漸漸知道很多種的工作，他們都可以作，例如養蓄家禽，盲人來作亦是很容易的，致於盲人是否可以離開醫院的決定，當依其痊愈程度而定，然後給予工作，對於這些傷患職業訓練，倒不是主要意義，而只是向其表示，他們仍可得到正常生活。

同樣的對於斷了一肢或一肢以上的殘傷榮軍，也要引到那正常的路上去，在醫院裏慣用些技巧來啓發這些人的觀念，如同一個平民參觀者，到一個全是斷了一隻腿的病室去，當他進去以後，先在屋子裏繞了一圈，然後又與護士跳舞，由床上跳過去，翻筋斗等，最初這些病人，還以爲這位來人是款待賓主者，後來這位參觀者脫掉外袴，拿出他的腿給他們看，當他告訴他們說他的腿是裝配的假腿時，病人們都很高興，他又給他們看假腿的膝部動作，與踝節的轉彎，可以使他作各種遊戲，跳舞，騎馬，走路自由一切與常人一樣。

數月以後傷患知道他們也能與常人一樣的動作自由，正如像他們曾在病室見過的那人一樣，事實上在復員榮軍工作計劃之下，應當沒有一個人，由醫院出來以後，還是斷手削足的，直到他能照顧自己的時候，他必須完全能夠稱爲「完整的輪廓」時爲止，如裝配有假臂或假手時，必須能夠照常擦燃火柴，梳頭髮，修面，修剪指甲，結領帶，結鞋帶，能用碗筷，刀叉之類。套上手套後，投球接球自如，開汽車，捲行李，圍頭巾等都可以作，這就是說，直待傷患自己相信能夠作任何事情爲止。

復員計劃，當以不同事件的處理而變更，然在基本原則上相同，其目的是相同的，今日之醫學家，他們相信他們對於恢復傷患的生命與健康的貢獻，並沒有間斷，因爲他們以爲一個人若不能運用四肢靈活以及欣賞他們自己的生活時，生命與健康則是毫無價值的東西。

輓近研究抗生素之進展

軍醫學校血清疫苗製造所

葉維法

戰爭，這觸目驚心的慘劇，非僅在人類扮演，微小如細菌亦所難免，其後果固屬優勝劣敗，惟「鷸蚌相爭漁翁得利」，第三者則坐享大利。人們以漁翁的姿態，運用細菌的互殘現象(Bacterial Antagonism)，發明青黴菌素等各種抗生素(或譯抗菌素 Antibiotics or Antibiotic Agents)，抵制病原微生物的肆虐，解除醫藥上莫大的難題，拯救無數奄奄待斃的人命，這確實是近代醫學界值得歌頌的豐功偉跡！

遠在一八七七年細菌學家 Pasteur 及 Joubert 二氏觀察數種污染細菌能抑制炭疽桿菌的生長，便領悟細菌互殘現象，頗有用以治療疾病的可能。其後許多研究家因受此種指示的影響，常感興趣討論細菌自相摧殘的作用。時代新藥青黴菌素的偉大發現，尚屬後事。飲水思源，尊崇 Pasteur 氏等為現代化學治療學的鼻祖，並無不當。

一八八九年 Bouchard 氏發現一種綠膿桿菌 (Pseudomonas Pyocyanea)，謂可對抗別類細菌。一八九九年 Emmerich 及 Loew 二氏最先嘗試綠膿酵素 (Pyocyanase)，據云對實驗炭疽有療效。一九二四年 Wrede 及 Strack 二氏報告綠膿桿菌除產綠膿酵素外，尚生膿綠素 (綠膿菌色素 Pyocyanine)。綠膿酵素為耐熱的類脂質，因非飽和脂酸存在可增大效力。膿綠素係一藍色色素，溶於氯仿，性亦耐熱。這二種抗生素在試管中雖可抑制一些葛氏 (Gram) 染色陽性及陰性細菌，但在動物實驗則具毒性。Schoental 氏以二公絲 (mg) 膿綠素注於動物腹膜下，便可致死。所以臨床應用無何價值。

一九一三年 Alsberg 及 Black 二氏發明另一種抗生素，名叫青黴菌素酸或盤尼西林酸 (Penicillin acid)，係由二種青黴菌屬 (Penicillium Puberulum 及 Penicillium Cyclopium) 所產生。一九四二年牛津大學 Raistrick 及 Smith 二氏對此物更作進一步研究。此種抗生素無色，易溶於水，分子式為 $\text{CH}_3\text{C}(\text{:CH}_2)\text{COC}(\text{OCH}_3)\text{:CHCOOH}$ ，可對抗葛氏染色陽性細菌，以及大腸傷寒沙門氏菌屬 (Salmonella) 葛氏陰性細菌。

一九二二年 Alexander Fleming 氏發現溶菌酵素 (Lysozyme)，分佈在人體各組織及分泌物 (正常尿、汗、腦脊液則缺如)、動植物組織、以及蛋白。在液體內可保存數週，而於乾燥物質亦不損壞，例如數年或數月前製成的市售乾燥蛋白中即含大量溶菌酵素。它可溶於水，不溶於酒精、氯仿、醚、二甲苯、醋酮。一九三〇年 Goldsworthy 及 Florey 二氏亦報告其性質及分佈。七年以後 (一九三七) Roberts 氏將其提淨，謂係一種蛋白質。然一九三六年哥倫比亞大學 Meyer 氏及其同事研究結果為鹼類分解酵素。一九四〇年 Epstein 及 Chain 二氏證實為屬於鹼類的一種酵素。此物雖有殺菌力，但對動物傳染則無此作用，惟牛津及哥倫比亞大學研究家捨此而趨於青黴菌素的研究，乃為趣事。

一九二四年 Gratia 及 Dath 二氏報告由放線菌屬 (Actinomyces) 所產生的一種抗生素 Actinomycin，可對抗數種葛氏染色陽性及陰性細菌。

五年以後（一九二九年）Fleming氏在倫敦聖瑪麗醫院發現青黴菌素（Penicillin），實在是非常偶然的巧遇。他於一九二八年研究葡萄狀球菌集落變異時，常常查看實驗長桌上的培養皿，屢行暴露空氣之中，致被各種微生物所污染，這是常規細菌工作上普通的事情，不足驚奇，但異者為一大污染黴菌集落周圍的葡萄球菌集落，變得透明且又溶解。這黴菌就是一種青黴菌素屬 *Penicillium notatum*。他將此黴菌接種於肉湯而逐漸觀察，知道肉湯培養物的濾液持有顯著抗菌特性，抑制一些葛氏陽性病菌的生長，但對數種葛氏陰性細菌包括大腸桿菌及流行性感胃桿菌，則比較無何效果；又證明對動物或細胞（包括白血球）無大毒性反應，沖洗眼結膜和廣大傳染表面沒有刺激作用。但因製備不易，保存困難，不克作臨床試驗，迺漸被人所不關注。

牛津大學 Howard W. Florey 氏及其同事自一九二九年起即有興趣注意抗生素，當時開始研究溶菌酵素，直至證明對致病微生物無何作用時方告終斷。一九三八年 Chain 及 Florey 二氏決定以化學及生物學的立場，廣泛查驗自然產生的抗菌素，最先考察綠膿桿菌的產生物，而在次年很幸運試驗青黴菌素。一九四〇年牛津諸研究家報告青黴菌素的淨化方法，在動物體中的化學治療作用，以及試管內的抗菌性質。翌年製就純品，在試管及動物完成實驗後，斷定可用於人類疾病的治療。第一次試驗在人體注射小量青黴菌素後，病人便有戰慄，體溫上升，他們非常驚愕，幸經察覺這非青黴菌素的毒性，乃是注射液不潔所致的熱源反應（Pyrogenic reaction），可以設法消除。戰時英國迭遭德機轟炸，物資不足，人才缺乏，經費拮据，無法大規模試驗製備，微渺的產量不克適應事實的需求。Florey 氏乃於一九四一年夏天訪問美國，向國立研究院，農業部及科學研究推廣局的醫學研究委員會建議，當蒙允准，調遣各部專家，且指撥巨款從事製造及治療的研究，獲得良好的結果，致使今日能大量應用青黴菌素於各種疾病的治療。後來英王喬治第六授給 Florey 及 Fleming 二氏爵士榮譽，以酬謝其解決軍民細菌傳染疾病醫治問題的功勳。關於青黴菌素的性狀，藥理，適應症，治療方法及劑量，副作用及其處理等各端，請參閱拙編「青黴菌素概述」一書（貴陽文通書局第三版），茲不贅述。

繼青黴菌素所發現的抗生素，是一九三一年 Hetherington 氏，Raistrick 氏及其同事報告的 Citrinin，係由一種青黴菌屬 *Penicillium Citrinum* 所產生，係黃色結晶，溶於冷水，分子式為 $C_{13}H_{14}O_5$ ，有對抗葛氏陽性細菌之效，惟動物實驗時口服或腹腔下注射皆有毒性，例如一九四三年 Robinson 氏所謂共濟失調，呼吸不規則，抽搐，體溫下降等現象，所以不能用作化學治療劑。

一九三六年 Weindling 及 Emerson 二氏發現 Gliotoxin，來自 *Trichoderma lignorum* 及烟色麴菌（*Aspergillus Fumigatus*），為長板狀結晶，含硫及苯環，分子式為 $C_{13}H_{14}N_2O_4S_2$ ，可抗數種葛氏陽性及陰性細菌，毒產重篤，臨床不克應用。

一九三八年 Anslow 及 Raistrick 二氏由烟色麴菌（*Aspergillus Fumigatus*）提出 Fumigatin，為結晶體，分子式 $C_3H_8O_4$ ，可抑制數種葛氏陽性細菌，但毒性太大。

一九三九年 Dubos 氏及其同事從土壤裏的短小桿菌（*B. brevis*）分離出特種化學殺菌劑當時名為 Gramicidin，可抗葛氏陽性細菌，應得極大榮譽，後來改稱 Tyrothricin，因 Hotchkis 及 Dubos 二氏發覺此物混有現今所知的二種不同成分，即純粹 Gramicidin 及 Tyrocidine。純粹 Gramicidin 為無色片狀結晶，分子式約為 $C_{74}H_{103}N_{15}O_{13}$ ，分子量 1413，雖由氨基酸組成，但無游離炭氧或硫族。Tyrocidine 為鹼性多醣，分子式 $C_{126}H_{166}N_{26}O_{26} \cdot 2HCl$ ，分子量 2324。Tyrothricin 溶於酒精，不溶於水，氯仿、苯、甲苯、硫化氫。Gramicidin 及 Tyrocidine 在酒精中經加熱亦甚穩定，在水中溶解力極弱。三者均為有效殺菌劑，僅局部應用並無毒性，但不能靜脈肌肉或皮下注射，因其可引起溶血及白血球崩解，Tyrothricin 或 Gramicidin 則能摧毀精子或減弱動力。Tyrothricin 在三者之中最宜局部應

用，因：(1) 較易製造，較易到達。(2) 有選擇作用，蓋 Tyrocidine 對葛氏陰性細菌效用輕微，而本物則兼含其餘二者。(3) Tyrocidine 存在於含有 Tyrothricin 的混合物中，可增進 Gramicidin 乳狀液的穩定性。局部應用於治療傳染性潰瘍及創口，喉病、鼻病、膿胸、急性結膜炎、角膜結膜炎、皮膚炎、乳突炎、乳房炎等，患病部位表淺者的療效昭彰，較深者則略差。

一九四〇年 Waksman 及 Woodruff 二氏報告從放線菌 *Actinomyces antibioticus* 分離出 Actinomycin A 及 B，可抑制許多葛氏陽性細菌，而僅對抗葛氏陰性菌的作用則甚微弱。Actinomycin A 溶於醚及酒精，呈橘紅色，耐熱，含氮及羰基。Actinomycin B 溶於醚，比較不溶於酒精。AB 二者關係密切，在實驗動物有嚴重毒性，臨床治療不能應用。

一九四二年 Waksman 氏及其同事由放線菌屬土壤微生物 *Actinomyces lavendulae* 分離出 Streptothricin。此土壤微生物不生長於色氨酸、肉桂初油氨基酸，或數種單純無機氮鹽，可生長於色氨酸澱粉肉湯培養基。Streptothricin 為有機鹼，易溶於水及稀酸液，但可被濃酸所摧毀，不溶於醚及氯仿，性耐熱，在 100°C 可保留十五分鐘。能抑制數種葛氏陽性細菌、病原菌、及死物寄生菌，殺滅數種葛氏陰性細菌效力尤強，但對鏈狀桿菌及 *S. marcescens* 則比較無效。實驗動物靜脈注射或皮下注射，有時遲早致死，然對數種傳染的局部治療已獲成功。平常將其十萬單位乾粉裝於安瓶，用時極易溶於生理鹽水或蒸餾水。溶液配成每公撮 (C.C.) 500—100 單位，可在受染創口、潰瘍或燙傷局部應用，亦可注入體腔 (如肋膜腔等)。0.5—1% Streptothricin 於生理鹽水可沖洗結膜。

一九四二年 Chain, Florey 及 Jennings 諸氏由青黴菌屬 *Penicillium claviforme* 提出 Claviformin，與同年 Waksman 及其同事自 *Aspergillus clavatus* 分離而來的 Clavacin，以及次年 Raistrick 氏等從青黴菌屬 *Penicillium Patulum*，三者雖各研究家取材的來源不同，但是實際上為同一種抗生素，分子式 $C_7H_6O_4$ ，可以對抗葛氏陽性及陰性細菌。萬分之一 Patulin 溶液噴射於鼻腔，57% 傷風病人於 48 小時內全愈，但英國醫學研究會 Patulin 臨床試驗委員會 (1944)，及 Stansfeld 及 Francis 諸氏報告則療效不確。三者均可作皮下或靜脈注射，實驗動物於腹腔下注後短時即死。Robinson 氏謂 Clavacin 的產力僅次於 Actinomycin 及 gliotoxin。三者局部應用的價值尚待研究。

一九四二年 Waksman, Spencer 及 Horning 諸氏從烟色黴菌 (*Aspergillus fumigatus*) 提出 Fumigacin，純者為細小白針狀體。次年 Chain, Florey, Jennings 及 Williams 諸氏自同種黴菌分離出 Helvolic acid，可抗葛氏陽性細菌。如今已知二者為同一物，分子式 $C_{32}H_{44}O_8$ 。Chain 氏謂 helvolic acid 乃值得注意的化學治療劑，因其性質穩定，對組織培養的組織毒性低微，動物靜脈注射後的毒性亦較輕和，但長期應用則可嚴重損害肝臟。Robinson 氏報告 fumigacin 4—8 公絲腹膜下注入，乃有沮喪及共濟失調症狀，惟最後則動物復原；若注射 12 公絲則在 1—2 小時內死亡。因此二者用作化學治療劑，應予極大考慮。

一九四三年 White 及 Hill 二氏由黃黴菌 (*Aspergillus Flavus*) 提出黴菌酸 (Aspergillilic acid)，為結晶體，分子式 $C_{12}H_{20}N_2O_2$ ，能抵制葛氏陽性和陰性細菌，以及氣性壞疽細菌，可局部治療氣性壞疽，但全身應用則毒性太大。

一九四三年 Bush 及 Goth 二氏發現 Flavacin，係由黃黴菌 (*Aspergillus Flavus*) 提出，溶於水及醚，粗製者毒性大，精煉者較小，化學性質尚未大明，然似與青黴菌素密切相關。它亦如青黴菌素，對抗多數葛氏陽性細菌效力卓著，在酸性培養基及空氣中震盪則不穩定。它對某數種細菌的抑制力較青黴菌素略佳。若純品毒性減低，抗菌力高，則堪與青黴菌素相媲美了。

Philopot 氏於一九四三年從一種黴菌 (*Aspergillus giganteus*) 提出 gigantic acid，性質很

像青黴菌素，抗菌療效目前尚難陳述。

一九四四年 Mckee, Rake 及 Houck 諸氏發現 Flavacidin，來源亦為黃麴菌，化學性質雖未大明，然生物學上頗與青黴菌素相似，二者對葛氏陽性細菌均有大效，而對葛氏陰性細菌則作用很小，抑制小白鼠肺炎球菌傳染二者效力相等，Flavacidin 亦易溶解，迅速被身體組織吸收，很快由腎排出。對抗青黴菌素的酵素及細菌，亦對抗 Flavacidin。

Pratt 氏及其同事於一九四四年發現 Chlorellin，來自單細胞海藻、Chlorella vulgaris 及 Chlorella Pyrenoida，可抑制化膿性鏈球菌、葡萄狀球菌及葛氏陰性大腸桿菌的生長，其性質及臨床應用尚待研究。

Canavanin 係一九四四年 Farley 氏由豆粉所提出，最初研究對金黃色葡萄狀球菌有抑制之效，在試管可阻礙葛氏陽性及陰性細菌的生長，在人體及動物大量應用亦無毒性反應，曾治膿胸及菌血病合併症肺炎菌性肺炎，而獲佳效。

Cavallito, Bailey, Buck 及 Suter 諸氏於一九四四年自葫 (Allium Sativum) 提出 Allicin，分子式為 $C_6H_{10}OS_2$ ，分子量 162，可對抗葛氏陽性及陰性細菌包括金黃色葡萄菌、草綠色鏈球菌、枯草桿菌、傷寒桿菌、大腸傷寒痢疾菌。

由上可知自一八七七年最初開始研究抗生素以來，認識自然界有微生物互殺現象的發生，以及許多種抗生素的存在，預料將來發現數百種抗生素亦屬可能，目前最受重視的要算 Streptomycin。

Streptomycin 係一九四四年一月 Schatz, Bugie 及 Waksman 葛氏發現，來源為屬於 Streptomyces 的二種放線菌族 Actinomyces Griseus。二十七年以前 Waksman 氏曾已敘述這類放線菌的形態及培養特性。它有些方面很像 Streptothricin，所異者為其對葛氏陰性細菌有極大的抑制力，且數種對 Streptothricin 有抗力的數種細菌，用此則可抑制，而毒性亦小。它的母體放線菌在蛋白肉浸液培養五至十二天方能繁殖。Streptomycin 為有機鹼，溶於水及稀酸液，不溶於氯仿及醚，耐熱。一九四五年 Fried 及 Wintersteiner 二氏最先報告將其鹽類提成板形結晶，分子式為 $(C_{14}H_{26}O_7N_9S_4Cr)_n$ 或 $(C_{14}H_{26}O_8N_9S_4Cr)_n$ ，Streptomycin hydrochloride 的分子量約為 700，純品每公絲 (mg) 約含 800—900 單位，它可被胱氨酸及 Z-aminoethanethiol 所失效。對各種細菌包括蕈狀桿菌及 S. marcescens 都有作用。試管中本物對抗金黃色葡萄球菌及沙門氏 (Salmonella) 屬菌的效力，比 Streptothricin 較弱，而對他種細菌則較強。Waksman 氏及其同事於一九四五年指出同類細菌的不同種屬，對 Streptomycin 的感應亦有差異，例如大腸桿菌感應差異的比例有 100 至 10 單位，普通變形桿菌為 75 至 10 單位，金色葡萄球菌為 20 至 75 單位，枯草桿菌為 30 至 350 單位，所以事實上此較有效與否，非特視不同類細菌而定，即同類的各種屬亦有差異。一九四四年 Waksman, Bugie 及 Schatz 諸氏報告結核桿菌對 Streptomycin 敏感。同年 Feldman 及 Hinshaw 二氏最先報告活體研究其對實驗結核病的療效卓著。他們以人類結核桿菌的毒種，接種於荷蘭豬。治療組有 25 隻，每日每六小時各給 1500 單位 Streptomycin，共經 166 日。對照組有 24 隻，不加治療。當試驗結束時對照組死亡十七隻 (70%)，治療組僅死二隻 (8%)，組織檢查對照組每隻都有廣泛散佈結核病灶，而治療組則只些微結核證據。Streptomycin 長期應用並未發現毒性。他們報告有些治療成功例子，結核菌素試驗可由陽性變成陰性，它對動物實驗結核的效用既其昭彰，但人類應用則尚待研究，惟預料結核化學治療問題可能到達新的發軔點了。

一九四五年 Heilman 氏等在活體研究 Streptomycin 的結果，可抑制螺旋體，例如北美洲回歸熱螺旋體 (Borrelia novyi) 及黃疸螺旋體 (Leptospira icterohaemorrhagiae)，然效力比青黴菌素較

差。他與 O'leary 及 Herrell 諸氏會用以治療四個原發性梅毒病人，一個皮膚梅毒瘡病人，每天合給三十二萬至一百萬單位，共行十天。原發性者用後20—80小時，暗視野陽性病灶變為陰性。但病人在二三月後復發，而借助於其他方法治療。他們授意若再試驗，似可應用大量，每天二百萬至四百萬單位，共用三至四週。

普通化學治療包括青黴菌素及磺胺類藥物對土拉倫斯菌病 (Tularemia) 都屬無效，而一九四四年 Heilman 氏報告 Streptomycin 在試管及實驗性本病則可治療。他亦謂可對抗弗氏 (Friedländer) 屬菌。

一九四五年 Reiman, Elias 及 Price 諸氏最先報告臨床應用 Streptomycin 治療五個傷寒病人，每天各由靜脈及肌肉給予一百萬至四百萬單位，可清理血流及尿路，口服則可從糞中消除傷寒桿菌，五人中有三人當治療時即告恢復。

Streptomycin 肌肉注射後，迅速吸收到達全身循環。一九四五年 Elias 及 Durso 二氏報告肌肉或靜脈注射後，血中可達相當濃度。很快經腎排出，大約注入量的60—70%被排於尿中，而大便內則很少。口服便很少或沒有彌散到血流，尿中只見少量，而糞便中則濃度很高。它亦像青黴菌素一樣，雖血清中含有大量，並不迅速彌散到腦脊液。Reimann, Elias 及 Price 諸氏報告連續肌肉注射數日後，始有微量彌散到腦脊液。Heilman 及 Dorothy 二氏則謂肌肉注射二十萬單位後二至三小時，腦脊液中僅有微量或無之，後來在腦膜炎病人連用大量 Streptomycin，始在腦脊液中達抗菌濃度。孕婦用後很快經胎盤到胎兒循環內。

Streptomycin 的毒性很低，Robinson 氏等報告五千單位 Streptothricin 皮下注射於20公分 (gm) 體重的小鼠，死亡率 100%，而以一萬單位本品同法應用並無中毒徵候。有時注射之處可見局部反應，偶有寒戰及發熱，或因混含致熱物質 (Pyrogen) 所致。小部病人或有類似尋麻疹型的紅疹，肌肉痛、關節痛、頭痛、嘔吐、惡心等副作用。它對腎、肝及血液的功能都無影響。

臨床應用將 Streptomycin 粉末裝於安甌，每個內含一百萬單位，易溶於生理鹽水及蒸餾水。Herrell 氏每三小時肌肉注射十萬單位一日夜，並無副作用，單次肌肉注射二十五萬單位亦無局部及全身反應。無致熱物質 (Pyrogen-free) 的 Streptomycin，可以靜脈注射或滴進。靜脈滴入每天四十萬單位，有菌發生局部刺激，惟不嚴重。亦可用二十萬單位溶於十公撮生理鹽水，每隔三小時靜脈注射。間歇肌肉注射每次用十萬位 (溶於一公撮生理鹽水)。持續肌肉用法將全天之量，溶於一卅 (或少) 生理鹽水中，平均輸入。皮下注射每次十萬單位 (溶於一公撮鹽水)，每三小時一次椎內注射將十萬單位溶於五至十公撮生理鹽水，每12或48小時一次。口服很少或沒有到達全身循環，亦不被腸道所破壞，故對某類腸道傳染可以治療，每日五十萬至一百萬單位，分次給予。

Streptomycin 可以試治結核，土拉倫斯菌病、傷寒、副傷寒、痢疾、大腸桿菌傳染，由 Friedländer 族所致的布氏桿菌病 (Brucellosis) 由流行性感胃桿菌所致的腦膜炎、回歸熱、梅毒、螺旋體黃疸、安都拉熱 (Undulant Fever) 等各種疾病。因它摧殘尋常性變形菌及產氧桿菌等數種微生物，故應行試驗以判定數種葛氏陰性菌所致尿路傳染的療效。

綜上所述，可按不同來源，將抗生素分為四大類：第一類抗生素來自細菌 (有或無芽胞)，如第一表所列，其中 Tyrothricin 已可供臨床應用。第二類抗生素的來源為黴菌 (Molds 及 Fungi)，如第二表所列。此類主要來自青黴菌及麴菌屬，其中以青黴菌素為最著名，有些是類似或同一的，例如 Claviformin clavacin 及 Patulin 三者實係同一物質，由各處研究家作不同的分離及命名；又如 Fumigacin 及 helvetic acid 皆係來自烟色麴菌，若非同為一物即屬類似。第三類抗生素來自放線菌屬 (Actinomycetes)，其中以 Streptothricin 及 Streptomycin 比較重要。第四類來自動植物組織等處。

第一表 從細菌所獲得的抗生素

抗 生 素	由何種細菌 分離而來	研 究 發 現 者	報 告 年 份	對何種細菌有對抗作用
綠膿酵素 Pyocyanase	綠膿桿菌	Emmerich及Loew	1899	葛氏染色陽性及陰性細菌
膿綠素 Pyocyanine	綠膿桿菌	Wrede及Strack	1924	主要為葛氏陽性細菌
Tyrothricin	短小桿菌	Dubos	1939	葛氏陽性細菌
Gramicidin	短小桿菌	Hotch Kiss及Bubos	1940	全 上
Tyrocidine	短小桿菌	全 上	1940	葛氏陽性細菌及少數陰性細菌

第二表 從黴菌所獲得的抗生素

抗 生 素	來 源	研 究 發 現 者	報 告 年 份	對何種細菌有對抗作用
Penicillic acid	Penicillium pu- berulum	Alsberg及Black	1913	葛氏染色陽性及陰性細菌
Penicillin	Penicillium no- tatum	Fleming	1929	葛氏陽性菌及少數陰性菌
Citrinin	Penicillium cit- rinum	Hetherington, Raistrick等	1931	葛氏陽性細菌
Gliotoxin	Trichoderma li- gnorum	Weindling及Emersen	1936	葛氏陽性及陰性細菌
Fumigatin*	烟色麴菌	Anslow及Raistrick	1938	葛氏陽性細菌
Claviformin*	Penicillium cla- viforme	Chain, Florey及Jennings	1942	葛氏陽性及陰性細菌
Fumigacin*	烟色麴菌	Waksman, Horning及Sp- encer	1942	葛氏陽性細菌
Clavacin*	Aspergillus cla- vatus	全 上	1942	葛氏陽性及陰性菌
Aspergilliacid	黃 麴 菌	White及Hill	1943	全 上
Flavicin	黃 麴 菌	Bush及Goth	1943	葛氏陽性細菌
Helvalic acid†	烟色麴菌	Chain, Florey, Jennings 及Williams	1943	全 上
Patulin*	Penicillium pat- ulum	Raistrick等	1943	葛氏陽性及陰性菌
Gigantic acid	Aspergillus gig- anteus	Philpot	1943	葛氏陽性細菌
Flavacidin	黃 麴 菌	Mckee, Rakc及Houck	1944	全 上

第三表 從放線狀菌所獲得的抗生素

抗 生 素	來 源	研 究 發 現 者	報 告 年 份	對 何 種 細 菌 有 抑 制 作 用
Actinomycetin	Actinomyces	Gratia及Dath	1924	葛氏染色陽性及陰性細菌
Actinomycin A	Actinomyces antibioticus	Waksman及Woodruff	1940	葛氏陽性細菌
Actinomycin B	全 上	全 上	1940	全 上
Streptothricin	Actinomyces laven-dulae	全 上	1942	葛氏陰性及陽性細菌
Streptomycin	Actinomyces griseus	Schatz, Bugie及Waksman	1944	全 上

第四表 從其他來源所獲得的抗生素

抗 生 素	來 源	研 究 發 現 者	報 告 年 份	對 何 種 細 菌 有 抑 制 作 用
溶菌酵素 Lysozyme	淚、痰、鼻粘液、唾液、血清、血漿、蛋白尿、精液、膿液、肋膜液、腹膜液等人體組織及分泌物，動植物組織。	Fleming	1922	數種細菌
Chlorellin	單細胞海藻及 chlorella vulgaris chlorella pyrenoides	Pratt	1944	化膿性鏈鎖狀球菌，葡萄球菌，葛氏陰性伊希大腸菌等，
Canavalin	豆粉	Farley	1944	葛氏陰性及陽性細菌
Allicin	葫Allium sativum	Cavallito, Bailey, Buck, Sutor	1944	全 上

晚近研究抗生素的進展中，還值得提及的是青黴菌素口服問題。

一九四一年牛津研究家Abraham, Chain, Fletcher, Gardner, Florey, Heatley 及 Jennings諸氏認為青黴菌素有內服的需要，乃作研究，然因受胃酸作用而失效，若避免滯胃，用一管通至十二指腸，可被腸道吸收，在血中到達足以殺菌的濃度。一九四三年 Rammelkamp及Helm二氏研究一惡性貧血病人胃酸中游离鹽酸，口服青黴菌素後，在血清達有效濃度。任何原因所致缺乏鹽酸的病人，口服有效，但正常人胃酸則可使青黴菌素失效。口服之法因早期研究時供量極少，難於實行。一九四四年Free及Leonards諸氏報告大量青黴菌素（十萬牛津單位）內服後，全身循環中可有若干濃度。嗣後當青黴菌素供量增加，乃作進一步研究口服的效果，需有他法保護，在胃中避免胃酸破壞，方能增進吸收，重碳酸鈉便最先試用。Libby氏應用各種油類與青黴菌素混合內服，謂需較大劑量，始可圓滿獲得治療濃度，而食物時間對內服青黴菌素的吸收亦有影響。一九四五年 Little 及 Lumb二氏報告口服法，用4c.c.重碳酸鈉或三矽酸鹽與125c.c.牛乳同服十分鐘後，再將青黴菌素與生蛋并進，在血中有效濃度可保持數小時，比肌肉注射或腸胃外他法要長。但 Heatley 氏則並不承認此項結果，謂口服後每隔若干小時須行肌肉注射。Mc Dermott 氏及其同事於一九四五年報告青黴菌素口服後，與肌肉

注射比較血清中濃度的結果，認為可以達到相當標準，惟口服之量至少須為肌肉注射的五倍；他們係將青黴菌素混於和藥物質如花生油、蜜臘、玉蜀黍油、碳酸劑及水等，而行口服。同年，Perlstein氏等報告將青黴菌素，與等量玉蜀黍油及羊毛脂混合內服。Bernhart, Alburn及Charney氏報告解酸劑與青黴菌素混合口服，吸收結果明顯。口服青黴菌素的吸收程度因個體而有差異，此種差異完全在乎胃中酸度的不同。一九四五年Gyorgy氏及其同事報告青黴菌素與解酸劑混合內服，治療輕傳染如局部淋病等，可以見效。即用一公分檸檬酸三鈉與一萬牛津單位青黴菌素，每三至四小時給予一次，直至收效。同年，Strauses, Ross及Burke諸氏報告口服法，事先內服二片氫氧化鋁，三十分鐘後內服裝於膠囊的十萬牛津單位青黴菌素，治療濃度可維持三至四小時。換句話說，每三小時給十萬牛津單位，可以在血清保有治療濃度。通常用於全身治療的一日總量，至少須分四至八次給予。彼等亦證明服藥前胃臟空虛抑或飽滿，影響青黴菌素的吸收率。Chandler, Price及Weich氏等試用各種分量青黴菌素，混和氫氧化鋁或氫氧化鈣內服。先將十萬牛津單位青黴菌素溶於二十c.c.水與三十c.c.氫氧化鋁逐滴攪勻內服後第二小時終末時，每c.c.血中青黴菌素濃度達0.03—0.03單位。若將十萬牛津單位分四次內服，每次二萬五千單位，則有六小時可得奇特效果，意即血清中青黴菌素的濃度，有時在第一劑給予後二十四小時並不降到有效治療水準之下。有些病例，如此用法開始服後三十小時，亦會維持有效濃度。

口服青黴菌素的標準劑量及和藥物質——青黴菌素的鈉鹽或鈣鹽口服結果滿意。口服劑量小孩每次至少二萬五千牛津單位，成人十萬單位。通常溶於10—20c.c.冷生理鹽水并和各種解酸劑或油類。胃酸甚低者或饑餓者最易吸收。應每2—3小時給予一次，直至病狀進步為止。

適應症——口服僅適應於不危害生命的輕度傳染，如局部淋病、無菌血病的輕症肺炎、膿疱疹以許多輕度傳染。若中等度或嚴重傳染，如菌血症等，至少在發病初期不可口服，而用其他方法注射。

Mac Gregor及Long二氏報告應用含有五百單位的青黴菌素錠放於口內，不加咀嚼或吸吸，任其自溶，溶後繼續放第二錠，每錠溶化時間因個體而異，平均四十五分鐘。此法可治口腔傳染，如潰瘍性齒齦口腔炎（Vincent氏傳染），急性鏈球菌性扁桃之咽炎，慢性喉頭鏈菌攜帶者，口腔潰瘍、口部骨折，此外如口腔喉頭手術後治療（扁桃腺切除術等）。一九四五年Greay及Macdonald二氏亦曾報告臨床上類似用法，結果圓滿。但得注意，此種治療方式只能應用於口腔咽喉的數種輕症傳染，而嚴重病症如白喉若僅用此法處理，則頗危險。

(完)

一九四七年一月寫於上海

鷄瘧和抗瘧藥療效試驗

史 敏 言

瘧疾是熱帶和亞熱帶廣泛流行的傳染病，在防疫工作推行不力，環境衛生實施不週，和人民生活狀況低劣的區域裏，幾乎到處經常地被瘧疾所襲擊。人類因患瘧而死亡的時有所聞。瘧疾對人類健康的威脅實在太可怕了。

從規青 (Quinine) 撲瘧母星 (Plasmochine) 和阿滌平 (Atebrin) 相繼問世以後，對人類瘧患的治療，雖已產生了不可磨滅的功績。可是，直到現在為止，由於這些藥物還不足以治癒百分之百的瘧疾病例，或杜絕其復發，當科學醫學還在不斷地向前推進的現世代，一切從事於醫藥的工作者，自然決不滿意，讓抗瘧工作僅僅停留在規青撲瘧母星的階段。因而，更有效的新型抗瘧藥的有待發現，已成為全世界普遍地熱誠期待着一個問題。祇要我們仔細地去留意近代醫學文獻，近年來歐西各科學先進國家，對抗瘧藥的研究，並不因磺胺類和青黴素這一類對某些傳染病的特效藥的問世而遜色。同樣也在不斷努力發掘中。

由於各種抗瘧藥對於鳥類瘧疾 (Avian Malaria or Birds Malaria) 或猴瘧 (Monkey Malaria) 治療實驗的成功，近代一般從事於抗瘧藥研究的工作者，都在注視着這一問題的可能功績和發展。並集中力量將各種實驗中抗瘧藥作鳥瘧或猴瘧的療效試驗，以代替對人瘧患者的直接試用。規青、阿滌平和撲瘧母星這些已知的人瘧治療藥，對鳥瘧的治療價值，也早為 manwill (1), Swezey (2), S. Adler (3) L. Mudrow (4) Kikuth 與 Mudrow (5) 諸氏的詳盡實驗所證明了。鳥瘧本身在性能上雖和人瘧原蟲不同，對各種抗瘧藥的感應性及耐性也可能略有差別。但動物實驗比較把藥物直接試用於人瘧患者要簡便得多，且可作種種在人瘧所不可能辦到的詳細的研究和精確的觀察。由於這些事實上的優點，鳥瘧對於抗瘧藥療效觀察上的應用，幾乎已成為近代抗瘧藥研究過程中所不可或缺的課題了。

鳥類瘧疾原蟲，正和人瘧原蟲寄生在人類體內的情況一樣，廣泛地寄存在自然界各種鳥禽的血液或內臟中。已被發現而確定了的鳥類瘧疾原蟲已不下二十餘種，牠們分別寄存在，金絲雀，麻雀，鷄，鴨，百靈鳥，烏鴉——和很多稀見的不同的鳥禽中。同一種鳥類，可能感受兩種以上的不同瘧原蟲的傳染；也有僅感染某一種瘧原蟲而不為別的瘧原蟲所侵害的。曾廣被應用於治療實驗的，主為鷄，鴨，金絲雀和麻雀。為了使用和培植上的方便，其中要算到瘧最適於抗瘧藥療效實驗之用。現在單就鷄瘧和鷄瘧原蟲的性狀及其管理和治療實驗的一般方法，作一個簡明的介紹，以供有興趣從事抗瘧藥研究工作者的參考。

鷄瘧也是由蚊蟲媒介傳染得來的。但傳染鷄瘧的並非傳染人瘧的瘧蚊，而是一種名為 *Aedes Ae*

gypti 的蚊屬（和傳染人類黃熱病和登革熱的蚊蟲同類）。鵝瘧的天然傳染方法，瘧原蟲的生活史及其寄生部位等，和人瘧大致相同。不過據 Lilly Mudrow(6), Corrodetti(7), Porter(8), Guindy (9) S. Adler(3), Fain (10), Raffaele(11) 諸氏的研究所發現或證實，鳥類瘧疾原蟲，不特寄存在鳥類血液的紅血球內，並且有時可能在紅血球以外的組織，尤其是網狀內皮細胞系統（Reticulo - endothelial system）的組織細胞內寄生。或遊離存在，或寄生在組織細胞（Wystocytes）體內。這一事實同樣可見於鵝瘧。此種在紅血球外寄生的瘧原蟲，被稱為紅血球外型原蟲（Exo-erythrocytic Parasites）或內皮細胞型原蟲（Endothelial form, 簡稱 E - form）。此型原蟲，因不在紅血球內寄生，紅血球並不直接受到損害而破壞，因而在原蟲的原漿內也就沒有色素沉着（Pigmentatuion）的現象可見，故又被稱做為無色素沉着性原蟲（Non-Pigmented Parasites）。反之，平常所習見的在紅血球內寄生的瘧原蟲，則被稱做紅血球內型原蟲（Erythrocytic Parasites）或色素沉着性原蟲（Pigmented Parasites）。此種紅血球外型原蟲，大多寄生在宿主的肝臟、脾臟、骨髓或腦血管內，在週身血液（Feriphera Blood）內有時也可發見。如將已發現紅血球外型原蟲的病鳥的內臟組織磨成乳液，注射入其他健康鳥體內；或者把瘧原蟲的芽胞體（Sporozoites）使健康者感染（不論蚊咬或人工接種），容易使被傳染的健康者體內產生紅血球外型原蟲。即使未經上述方法傳染，鳥瘧在普通情況下感染（如人工接種病鳥血液），經過相當時日後，也可能發現紅血球外型原蟲的寄生。據 S. Adler(3) 氏的報告，在用鵝瘧原蟲（Plasmodium Gallinaceum）的芽胞體使感染的瘧鵝，如繼以大量規毒使紅血球內寄生的原蟲完全消滅，此時很容易檢出紅血球外型原蟲的存在。一旦停服規毒則有色素的紅血球內型原蟲，又復逐漸出現了。又據 Mudrow 氏經兩年多的實驗觀察(4) 所得的結果，認為無色素原蟲的出現，由瘧原蟲芽胞體感染的，較用血液感染的為多。感染後自行病死的又多於殺死的。尤其在用芽胞體傳染後初次急性發病時立即死亡的病鵝體內，最易檢得紅血球外型原蟲。如用血液感染的，則無色素原蟲的出現大多在病程的後期。氏更強調此種無色素紅血球外型原蟲的存在，實為鳥瘧的致死主因。

無色素紅血球外型原蟲對於抗瘧藥具有特殊的抗禦性，不易為通常一般抗瘧藥所撲滅。藥後瘧疾的復發，似也與此種紅血球外型原蟲的存在有關。這些現象也早為 mudrow(4), Kikath 和 Mudrow (5) 諸氏所說明了。Mudrow 氏(4) 曾試用各種抗瘧藥於含有紅血球外型原蟲的瘧鳥，證明除撲瘧母星外，其餘如阿滌平，規毒等都沒有撲滅紅血球外型原蟲的能力。這和人瘧用撲瘧母星治療可減少復發率這一點似相符合。但人瘧患者體內是否同樣也可能有紅血球外型原蟲寄存，關於這一問題，直到現在尚無明確的發現，據 Raffaele (11) 氏的報告說，人瘧患者的骨髓內也曾發現過類似的紅血球外型原蟲。其中發現於惡性瘧者一例，三日瘧者二例。但事實的可靠性如何，尚難為多數學者所深信。

到現在為止，鳥瘧原蟲的紅血球外型的存在問題已被確定無疑了。此類原蟲對一般抗瘧藥的特殊抗禦性也被證明了。人瘧似也可能有同樣的紅血球外型原蟲寄生在患者體組織內，因此，現代一般從事抗瘧藥研究的工作者，在試驗某種藥物的療效時，除了觀察所試藥物對殺害紅血球內原蟲的功効外，同時還得進而觀察此種藥物對紅血球外型瘧原蟲的治療價值，這樣才能確定藥物的實際效果。像這種對於紅血球外型瘧原蟲的療效試驗，在人瘧患者——至少在目前的情況下，是辦不到的。這也可說是鳥瘧被採用為抗瘧藥療效試驗的另一個特長。

鵝禽是鵝瘧原蟲（P. Gallinaceum）的天然感染者，不論公鵝母鵝或稚鵝，對鵝瘧都有強烈的感染性。在實驗室裏，鵝瘧原蟲被應用人工接種的方法，保存在病鵝體內。保存的方法很簡便，即當瘧鵝正在發病的時候，從體內取出含有瘧原蟲的血液（血液可由翅靜脈或頸靜脈或心臟採取。但因鵝體的

皮下組織極鬆，靜脈不易固定，採血比較困難。且因血管壁脆薄，稍有不慎，採血後極易引起嚴重的皮下流血。鷄心緊靠胸壁，只要手術熟練，採血極易，且無危險，加等量的2%檸檬酸鈉（Sodium Citrate）溶液混和之，以防血液凝固（鷄血極易凝固，採血時間不宜過久。血液採取後應立即與檸檬酸鈉溶液充分混和）。然後將此血液混合液由皮下，肌肉或靜脈注入健康鷄體內。注射量可自0.3至一公撮，須視接種方法和血內原蟲含量的多少，以及接種鷄的體重而定。一般的說，小鷄接種量宜少。血液內原蟲含量較多，或由靜脈內接種的，也不必用量過多。

人工接種的瘧疾，潛伏期的長短，由接種方法，和試鷄個體對瘧原蟲的天然防禦力和感染性的強弱等條件的不同而異。靜脈內接種的發病最快，平均約三到七天。肌肉內接種的平均五至十天。皮下接種的最慢，約七天到十三天。血內原蟲含有數的多寡，對潛伏期長短的影響較少。不論何種接種方法，和血內原蟲含有數量的多寡，瘧疾的潛伏期可能延長到數週或年餘。也有接種後始終不受感染的（後兩種情形在成長的大鷄比較多見）。這或許與試鷄個體的性性能有關(12)。過了一定的潛伏期後，即可在新受感染的瘧鷄的血液內檢出原蟲（瘧疾在發病初期毫無臨床病象，至後期始現鷄冠紫青色或蒼白，食慾減少，精神萎縮，體力衰弱和稀薄的綠色糞便等現象。所以在病初須以血內原蟲的檢出為標準）。此時可將新病瘧鷄的血液再接種於別的健康鷄，如此繼續不斷地施行人工接種，即可永久保持瘧原蟲的世代在瘧鷄體內。

瘧疾的病程自四天至十天不等。也有在發病初時即立死亡的（最多見於稚鷄）。平均大約七天，在發病初時，週身血液內原蟲含有數極少，通常平均每一千紅血球內，約可檢出原蟲一至三個。其後逐漸增加，到發病後第三天，原蟲數約增至千分之二十左右。從第四五天起血內原蟲數量劇增，最多的可達千分之七百左右。到了瘧鷄臨近死亡時，原蟲可能增加到千分之九百。作者曾發現一瘧鷄，原蟲數最高時竟達千分之九百六十（即一百個紅血球中有九十六個被瘧原蟲侵入了！）根據作者觀察三百頭瘧鷄所得的結果(12, 13) 試鷄在感染瘧疾後，大多經過迅速，在發病後第七八天死亡。也有在原蟲增殖到最高潮時，忽又逐漸減少，結而週身血液內原蟲完全消失；或者急性經過後原蟲漸漸減少，其後轉變為持續月餘的慢性瘧疾，血內原蟲時有時無，或增或減；或者在發病經過中，血內原蟲始終不很多，後即自然消失的。無論瘧疾在急性期過後自愈或始終慢性經過而自愈的，大多在三至四星期後復發。再發後則往往在兩三天內治療無效而即行死亡，臨近死亡時血內原蟲常不及千分之五十。瘧疾在初期自愈，或發作後自愈，或轉變為慢性病的，多見於成長的大鷄。稚鷄患瘧後自愈的比較少見。

上面已經說過，通常瘧疾的病程平均大約七天。在病後兩三天內，血內原蟲含有數約在千分之五至二十之間，此時最適宜於採血接種新鷄。因此連潛伏期計算在內，平均每十天即須接種一次，始可經久保留瘧種。如此反復接種，不但手續繁累，且動物消耗很大。為簡化手續起見，可在每次瘧鷄發病後，即投以適當量的規膏或其他抗瘧藥，直至週身血液內不復發現原蟲時即停止給藥。這時候血片內雖已不易檢得原蟲。而原蟲大多隱伏在體組織內，此種既經治療的瘧鷄的血液，可能保持它的傳染能力致數週乃至數月以後。此種業經治愈的瘧鷄，即可充瘧種之用。這樣的保存方法雖然很理想，但有一點必須指出的，即治愈後的瘧鷄，因為染瘧經過太久，體力大大衰減，已不再像健鷄那樣健壯了，其後必陷於慢性死亡，或因瘧疾再發而立即死亡。為避免意外起見，最好在治愈三星期以後另行接種新鷄。此外，用規膏或其他抗瘧藥處理過的瘧鷄作瘧種，還有一個可能的缺點，即瘧原蟲累經抗瘧藥處理後，是否將逐漸產生抗藥作用，而終至影響藥效試驗的觀察？關於這一點，尚難找到有關的資料可資參考。在還沒有明確實際情形以前，我們不得不從長考慮。

現在讓我們再來談談關於抗瘧藥療效實驗時所必須注意的幾個問題。

在實驗開始以前，我們首須注意到試雞的選擇問題。如能在嚴格在管制下讓母雞自行孵化或人工孵化雞雛，自然是最理想的。以其感染性較大，且可避免一切在市場上購買的雞羣中可能存在的，足以影響療效觀察的，對雞瘧的後天自然免疫性，以及雞瘧以外的一切其他傳染病。假定自孵雞雛的工作辦不到，那末只有向市場購買。最好選擇體重在二百至四百公分之間（即半斤左右）的小公雞作實驗觀察之用。由市場購得的雞羣，須先厲行隔離一星期，如無可疑的瘧疾或其他病象發現，即可用皮下，肌肉或靜脈內接種法使人工感染。在接種時最好用同一分量和同一方法同時接種大小近似的若干試雞，以便在日後發病時容易選出發病程度相等而生理情況近似的作藥效試驗之用。從人工感染後的第二天起，即須逐日注視試雞的生活現象，及有何可資參考的病象發現。第五天起即開始檢血，觀察瘧原蟲的出現與否及其增殖現象。檢血方法，即由雞冠或翅靜脈或小腿部靜脈用刺針取血，塗製血片，用瑞志氏或吉姆薩氏染色法（Wright's or Giemsa's Stain）染色，然後放置在油鏡下鏡檢。雞瘧原蟲的形態和人瘧原蟲相近似，一個稍有人瘧血片檢查經驗的檢驗技術員即可勝任此項工作。不過對於一些已經變形或被破壞了的瘧原蟲的檢定，比較不很容易。在血片初次檢出瘧原蟲以後，此後每日即須增加檢血次數。每日至少兩次，並詳盡記載原蟲的數量及觀察原蟲的增殖趨向。原蟲的增殖數量，可按每千個紅血球內所檢出的原蟲數作為計算標準。在初病時因血內原蟲極少，必須在檢視一萬個紅血球（相當五十個視野，須時約六分鐘），尚未檢得原蟲時，始可認為無原蟲存在（或陰性）。在投藥後原蟲逐漸消失的時候，也須依照這個標準作為判斷原蟲已否完全消失的標準。在原蟲數極少，不易為普通血片檢出時，必要時可用懸滴法（Hanging drop）檢查活動原蟲。因為雞的紅血球內有核體，不為蒸溜水所溶解，故厚血片不適於雞血片檢查之用。雞瘧原蟲的無性生殖環與人瘧原蟲完全一致，如有必要，可按所見原蟲的發育階段分類記載之。

●等到試雞發病，血內原蟲增殖至適當數量後，即可開始治療試驗。此時首先將發病日期及血內原蟲增殖情形相近的若干試雞，分配為若干試驗組，每組至少包含三至五隻試雞，以免因所用試雞數量太少所可能遭致的錯誤。試驗時須另備若干其他用已知抗瘧藥治療的及不加治療的對照組作比較，始可確定藥效的真實價值。

試藥投與的開始時期，在可能範圍內各組試雞最好完全一致。根據作者兩年來的經驗（13），認為在血內原蟲增殖至千分之五十到一百之間的時候，最適於作為投藥開始時期的標準。

試藥的用量，應按試雞的體重作標準。初時試雞體重每一百公分，每日藥用量可試用成人用全日內服量的百分之一至五十分之一。等到認為有效或效力可疑時，可再增減用量。投藥的方法，可視藥物的性狀及試驗情況而定。不論口服，皮下，肌肉或靜脈注射都可以。不過在同一時期的試驗，各試驗組的投藥方法也得完全一致。每天給藥一或二次，以給與一日的全量為度。

治療期的久暫，須視藥效如何而定。有效的藥劑在適當的用量下，大致在治療開始後兩三天內即可見效。凡繼續治療五至七天還不見任何療效的，即可認為無效。如遇療效可疑時，可增加用量後再重復試驗。有效藥劑的治療期最少應持續到血內原蟲完全消失後第三天為止。然後再繼續觀察有無瘧疾再發的現象。假定在血內瘧原蟲消失後第六週還不見復發，此時應將試雞殺斃，取出血液及內臟

(肝, 脾, 胸, 肺和骨髓), 製成塗片, 染色後檢視其有無潛在性瘧原蟲存在。並將肝脾磨成乳液 (Emulsion), 與心血或血液 (在殺死前預先抽取) 混和後分別注射入其他若干健雞體內, 以檢定其是否還有傳染的能力。用作檢定試驗 (Check test) 的試雞, 至少也須繼續觀察三星期。如三星期內不見發病, 即可認為檢定試驗陰性, 也就是證明該試雞體內已無原蟲存在, 已經完全治愈了。

在檢定觀察期內, 除了觀察血內原蟲數量的增減外, 還得切實注視瘧原蟲本身有無變形, 破壞等傾向, 據作者實驗所得的印象(13), 凡是有效的抗瘧藥, 多少使瘧原蟲發生形態上的定型變化。這些變化, 可見於規滑, 複應母星, 阿滌平和國藥常山製劑。效力顯著的可使原蟲全部破碎或溶解。原蟲的被損程度, 也是以表示藥物療效的顯速或遲鈍。此外, 在治療試驗經過中, 對於一些認為已經治愈的瘧雞, 最後應施行病理剖檢, 以檢察因瘧疾所致的瘧雞的各種內臟 (尤須注意肝, 脾, 胸, 肺和骨髓), 的病理變化的藥後轉變, 也可藉作評判療效的參考。由於雞瘧可能自愈這一個事實告訴我們, 如果僅僅依憑藥後原蟲的增減作為療效的評判標準, 這是絕對錯誤的。藥效的最後確定, 須視原蟲數量的增減, 原蟲的破壞程度, 有無復發, 內臟組織內有無原蟲存在, 以及再傳染檢定試驗結果如何等而定。

觀察某種藥物對雞瘧療效的研究範圍, 除了上述有關對瘧雞紅血球內原蟲的殺害能力的觀察外, 進一步還得觀察其對於紅血球外型原蟲的損害效果。要施行這一步驟, 首須培養若干備為紅血球外型原蟲傳染的瘧雞, 在嚴密謹慎的工作條件下, 始能獲得滿意的結果。在設備簡陋的實驗室裏, 這一工作是比較難於實施的。

作者兩年來在中國特效藥研究所微生物組從事常山對雞瘧療效的研究工作, 共計實驗雞羣三百餘頭, 應循上述方法作各種觀察和實驗, 所得結果尚稱滿意。敢將將雞瘧的一般性狀和抗瘧藥實驗步驟及應注意之點, 作一膚淺的介紹於熱心醫藥工作者之前, 或可聊供參考。當此規滑價格飛漲, 來源缺乏, 和瘧疾治療尚乏更滿意的藥劑的時候, 盼同人共起努力, 追索抗瘧新藥的發現。這對於中國醫藥前途乃至全世界都不無裨益吧! (完)

參 考 文 獻 三十六年一月二十三日於南京。

1. Manwall: Amer. Jour. Trop. Med. 12: 123, 1932
2. Swezey: Amer. Jour. Trop. Med. 15: 529
3. S. Adler: Annal of Trop. Med. & Parasitology 33: 148, 1943
4. L. Mudrow: Arch. Schiffs. u. Trop. Hyg. Vol. 44, No. 6 1940
5. Kikuth & Mudrow: Ztschr. f. Immunität sf. u. Experim. Therap. Vol. 95 No. 3/4, 1939
6. Lilly Mudrow: Arch. Schiffs. u. Trop. Hyg. Band. 44 Heft 6, 1940
7. Corrodetti: Deat. Trop. Ztschr. Vol. 40 No. 19, 1941
8. Porter: Jour. Inf. Dis. Vol. 71, No. 1, 1942
9. Gainty: Report of King. Institute for the Period from 1st. oct. 1940 to zrd. Sep. 1941
Pk. 29-34
10. Zain: Trop. Dis. Bul. Vol. 40 No. 4, 1943
11. Raffaele: Trop. Dis. Bul. Vol. 40, No. 3, 1943
12. 史敏言: 關於雞瘧和雞瘧原蟲 (尚待發表)
13. 史敏言: 常山對雞瘧療效的初步觀察 (尚待發表)

由於撲瘧母星中毒 而發生血色素尿之二例

廣州總醫院內科

朱師晦 王達洪

病 例

服撲瘧母星中毒之病例，文獻中常見之矣。據本院三十五年度六月至十二月期間，留醫病人中，有瘧疾八十五例，其中四十二例皆用阿的平及撲瘧母星作正規之治療。應用撲瘧母星之方法為每日二次，每次一片，每片為 0.02 gm.，連服三日為一完全之治療週。其中發現嚴重之撲瘧母星中毒而發生血色素尿者二例。茲將其臨床經過分述如下：

第一例；許某，男性，三十歲，廣東始興籍。因發病一星期，於民國三十五年八月四日住院。血片中檢得瘧疾原蟲之小戒指形及半月形甚多，診斷為惡性瘧疾。經先服阿的平，每日三次，每次一片，每片 0.1 gm.，連服五日，症狀全退，血片中只存半月型瘧疾原蟲。患者因急須工作自請出院，即給予撲瘧母星繼續治療，並囑於一星期後開始應用，每日三次，每次半片 0.01 gm.，飯後服之。據該患者云，服至第八次，總量 0.08 gm.，即發生惡寒戰慄，惡心嘔吐，腹部絞痛，小便頻數，向陰莖部放散之疼痛，尿呈黑色，皮膚漸黃，心驚氣喘，又被送至本院。此等患者表情非常驚慌，有不安狀態。自訴心悸腹痛，小便時更痛。檢查見全身皮膚發黃，乾燥脫水，口唇及指甲發紺，呼吸短促，腹壁緊張，肝臟腫大至右肋弓下一橫指，並有壓痛，脾臟不腫大，但在左肋弓下亦有壓痛，自臍下至膀胱部之腹壁非常過敏，並無硬塊。化學檢查：尿棕黑色，Benzidin 試驗及蛋白反應皆呈陽性，其他正常，血色素 32%，（第一次住院時 60%），紅血球每 cmm 180 萬。診斷為因撲瘧母星中毒所生之溶血性血色素尿。即時用大量水份輸入，第二日症狀減輕，尿顏色變淡，以後益見進步，九月一日完全恢復健康，出院時血色素恢復至 52%，紅血球每 cmm. 330 萬。

第二例；蕭某，男性，二十六歲，廣東梅縣籍。於民國三十五年十一日晚，被送至本院。患者已有十一小時之昏迷。據同來人稱，該患者自一星期以來，因每日發冷發熱，自服撲瘧母星以治療之，每日三次，每次二片，每片 0.02 gm.，總量達 0.12 gm.。第二日即覺疲乏，精神萎靡，下午見黑色小便。第三日頭暈不能起床，面色發黃，口唇發紺，喘氣，漸至不省人事。當入院時仍在深度之昏睡中，全身檢查：身體消瘦，皮膚乾燥，黃疸，胸部及額部有冷汗，皮下組織疏鬆，皮膚多皺紋，口唇及指甲發紺，呼吸急促而表淺，四肢冰冷，體溫 36.5°C，脈搏每分鐘 110 次，呼吸每分鐘 38 次，血壓 124/80 mmhg.，淋巴腺不腫大，眼臉張開，眼球固定，肝脾未能觸知，腹壁有輕度緊張，四肢亦輕度攣直，瞳孔反射尚存在，他如腱反射，感覺等均完全消失，心肝及其他無變化。化學檢查：尿呈紅黑色，比重 1016，蛋白，胆色美，Benzidin 試驗均呈陽性，其他正常，血色素 36

%，紅血球每 Cmm 140 萬，白紅球每 Cmm 8200，血像分類：中性多形核型 43.5%，酸性白血球 6%，鹼性白血球 0%，淋巴球 24.5%，大單核型 9.5%，桿狀核型 16.5%，血清呈棕黑色，Vandeupergh 直接反應陽性。當日晚間注射 5% 葡萄糖液及強心劑。第二日病情更為嚴重，神志不清，尿尚呈黑色，體溫 37.3°C，脈搏每分鐘 124 次，呼吸每分鐘 43 次，血壓 110/80 mmbg，導尿二次，尿量共計 800 ccm.，血色素降至 22%，紅血球每 cmm 123 萬，白血球每 cmm 12000。臨死之前二十分鐘，曾行小腦池穿刺，腦壓 100mm 水柱，有腦液清，Pandy 氏反應陰性，細胞未見增加。曾經用 5% 葡萄糖液及生理鹽水各 1000 c.c.m.，血漿 250gm，作靜脈注射，皆無轉機。終於入院十八小時後而死亡。

討 論

1926 年 Schulemann, Schonhofer. 及 Wiegler. 諸氏首先認撲瘧母星為治療瘧疾之良藥，以後學者爭相實驗，並應用之於臨床。Kohl. 氏曾實驗於鳥類瘧疾有效。後又經 Schiassi. 及 Messigli. (1) Mallow. (2) Juraskewsky. (3) Sinton. (4) 等證明治療瘧疾有效。再進者則有 Cherefeddi (5), Sliwonsky (6) Mammson - Bahr (7) Rohl. (8) Nocht. (10, 15) 諸氏確定撲瘧母星對於惡性瘧疾原蟲之有性生殖體（半月形）尤為有效，其對於無性生殖體（戒指形）功效甚微。故吾人對於每個惡性瘧疾病例或慢性瘧疾，在完成阿的平治療之後，必補服撲瘧母星三天至五天，使完全斷根，或不再傳染他人，並可減低其再發之百分率。惟撲瘧母星之毒性甚強，服後易發生臨床上輕重不等之中毒現象，普通極明顯而最多見者，則為粘膜炎，腹部絞痛，嘔吐，頭暈，全身不適等症狀（10, 11, 6, 12, 9, 15,）。Fischer 及 Weise (1927) Eiselsberg 謂有變質血色素 Methemoglobinemia 之形成（10, 12, 13）此種血液之變化與黑水病之 Oxyhemoglobinemia 不同。中毒更嚴重者，則發生惡寒戰慄（如第一例），黃疸，發熱，神志恍惚，心臟衰弱，腎臟炎等。（13, 16, 17）尚有最嚴重而危險者，除發生上列症狀外，而續發昏迷，血色素尿，即尿紅黑色或如葡萄酒色，其臨床症狀恰似一般黑水熱，（如余等之病例）。文獻報告中，由撲瘧母星中毒而發生血色素尿者，寥寥無幾，而在我國則見之（18），著者朱氏曾於民國二十七年於廣州報告黑水病六例中，有三例曾服撲瘧母星，並疑兩者或有關係焉。茲提出討論問題如下：

一，撲瘧母星中毒是否僅因過量而易發生者，但以過量方面論之，據 Rohl 氏 (8) 曾於每日給與總量 0.45 gm.，連服二三天，其發生之中毒現象，僅見發紺，腹部絞痛，血液黑色 Methemoglobinemia，亦未報告發生血色素尿之病例。在余等之第一例，服撲瘧母星 0.08 gm.，於三天內發病，第二例服 0.12 gm.，於一天內發病，均有嚴重之血色素尿，其量尚未及上者之半，不過在余等所見之第二例，體重頗輕，約在五十公斤以下，或與體重過輕亦有關係云。

二，撲瘧母星之中毒，是否與個人體質不同亦有關係，據 Fischer 及 Weise (19) 作動物實驗，Methemoglobinemia 之形成，此作用對貓為最易，對狗則不甚厲害，對兔及天竺鼠則完全不生作用，蓋此藥不能透過此類動物之紅血球之故也。對於人類不同之種族，是否亦有此懸殊現象，則未可知也。

三，在過去試驗動物或人類，因撲瘧母星中毒而致死者，其病理變化，只見心臟破裂，傳導神經系之損害，結果發生心房顫動。（Eich-Holtz 1927），(19) 在其最嚴重之中毒症狀，亦不過有心，肝，副腎等之損壞耳，未有報告發生血色素尿者。現在余等所見之兩病例，皆南方籍，又朱氏報告之三例，亦為南方籍者。其他如錢氏報告之中毒病例中，亦未發生血色素尿者。是否中國各地人民，對於撲瘧母星發生中毒，其症狀亦各有不同乎？望同仁注意之。

結 論

本院三十五年六月至十二月初止，於此六個月內，用撲瘧母星治療瘧疾之四十二例中，有廣東省籍二人，發生嚴重中毒，並見特有之血色素尿，一例服藥三天，總量 0.08gm.，得救痊癒，一例一天服 0.12gm.，結果無法救治而死。

參 考 資 料

1. Schiassi. F. u Gr. Messighi. " Das Plasmochin in der Behandlung der Kinder Malaria". Klin. Wocheschr. Tg. y. Nr. 14. S. 640-641, 1928.
2. Mallow. W. " Uber die Gametem Zerrtorung Wirkung des Plasmochin " Arch. F. Schiffs. u. Tropenhyg. Bd. 32, H. 3, S. 516-519, 1928
3. Juraskewsky. E. J. " Uergleicheinde Malaria Behandlung " Zeitsdhr. F. Artzl. Fortbild. Jg. 25, Nr.15, S. 516-519, 1928
4. Sinton. J A. d. W. Bird. " Studies malaria With Special reference to treatment, PL.IX Plamoquine is the treatment of malaria " Fnd. J. med. ses. 16 159-177 1938
5. Cherefeddi " Behandlung der Malaria mit Plasmochin " Arch. F. Schiffs - u. Tropenhyg. Bd. 3i, H. 8, S. 375, 1937
6. Sliwoneky. M " Plasmochin Behandlung des Malaria " Arch. F. Schiffs u. Tropenhyg. Bd. 3i, H. i, S. 123 - 145 1927
7. Mannson. - Bahr. Philip. " The therapeutie action of Plasmoquine & Plasmoquine oomp. in malaria " (Hoop. F. trop. dis. London) Laucet. 1938 II, 496 - 498
8. Rochl. W. " Malania Therapie mit Plasmochin in Spanien " Arch. F. Schiff - u - Tropenhyg. Bd. 3i, Beih. i. S. 48-58 1927
9. Memmi. Guglielmo. L. Wersser. Schullemonn " Sulla, Plasmochina, desivoto mitetico della chinolna Vimedio antimalaria. " Foliclinico, sez. Z. Frat. Jg 34, H. 25, S. 883-885. 1927
10. Nocht. Mayor. " Die Malaria " S. 49-50, 1938
11. Sioli. F. " Prufung der Plasmochin bei der Impf malaria der Paralytiker " Naturwissenschafter. " Jg. 14, H. 48-49, P. 1160-1162 1926
12. Schulemann. Weruen. u Guglidmo. Memmi. " Plasmochin ein Synthetisches gegen die Malaria Infektion als Wirksame Chinolin derivat " Klini. Wochenschr. Jg. 6, Nr. 23, S. 1093-1094 1927
13. Eiselsberg. Karl. P " Plasmochin Uergiftung " Wien. Klini. Wochenschr. Jg. 40, Nr. 16, S. 525, 1927
14. 錢惠 " 撲瘧母星及阿的平中毒三例 " 醫學文摘第一卷，第二期，P. 14-16 1941
15. Corman. F. A. (Keuya) " Atabrine Plasmognine & quinine is the treatment of malaria " Trans. Soy. Soc. Trop. med. London. 29, 191, 1935
16. Cordes. Wilhem. " Zwischenfalle bei der Plasmochin Behandlung " Arch. F. Schiffs.u. Tropenhyg. Bd. 32, H. 3, S. 143-148. 1928
17. Dalla. Palma. Moderto. " Considerazioni ulla Plasmachiro-theropia della Malaria " Ref. Med. Jg. 49, Nr. 25, S. 753-756. 1928
18. 朱師晦 " 對於黑熱病所得之經驗 " 廣東軍醫雜誌 第一卷 第九期 1-17頁 1938
19. " Die Systhetischen Malaria mittel " Bayer S. 29-31, 1937

肌肉移植法及關節固定術

對於治療四肢神經損傷之檢討

天津總醫院外科

王師揆 劉恩餘

(一) 緒 言

四肢受傷及四肢主骨骨折在部位受傷上佔一大部份。在吾國軍醫院中尤為常見。蓋在吾國軍隊中，重傷者每因前線醫護設備之不全，及傷患輸送之不便，大都不及醫治而死亡。故在後方基地醫院中，四肢受傷之傷患，常佔全數之大半。因四肢受傷而造成之種種問題，暫不詳論，茲僅論及因四肢主神經受傷而發生之肌肉麻痺及其畸形之處置方法。神經因受傷而喪失功用，則其所管轄之肌肉，即呈麻痺，久之乃有局部畸形之發生。一般公認之治療法，為神經縫合術。其要點如下：將受傷部份之神經完全切除，而後將兩切斷端縫合。若兩端間距離太大，則可利用於兩端之中間接一段從他處移植之神經。於縫合時應注意神經兩端有無旋轉情形，務使兩端在同一軸心上，俾可使神經易於復生。此種手術須極精細之技能，稍一疏忽，則徒勞無功。再於施行手術後，神經功用之恢復，須相當長久之時日，於此時期中，對於已麻痺之肌肉，應常施以電流之刺激以免萎縮，則於神經再生時，肌肉能有正常之反應。

以上所述乃神經受損傷後之通常治療法。在軍醫院中常感種種之困難：其一，使用神經縫合術，其結果則不易確定。若施行此種手術，於相當時期後，仍毫無結果，則不但心力枉費，消耗時日，其對於傷患之復元，兵力之損失，有極大之關係。其二，此種治療法即有較佳之成效時，亦須長久之恢復期。故若能有一較短恢復期之治療方法，則對於傷患之復元上，有極大之改進。其三，通常在軍醫院中所見之神經損傷，大都乃槍彈傷或爆炸傷所造成者；且時有穿破或粉碎骨折等情形存在。此種損傷，往往已有傳染，在治療上，祇能先施以傷口骨折及傳染之處置；而對於神經之損傷，不能立即顧及。神經切斷之縫合，在損傷後立即處置者，常較為簡易，且其結果亦較為良好。在軍醫院中所見之神經損傷，因種種併發症，不能立即施行縫合手術；因之其結果不佳，常在意中。當傷口癒愈，傳染被控制，骨折及慢性骨髓炎治愈，其患處常有極度之纖維性變，神經中斷處生長巨大之瘢痕。在施行縫合手術時，對於神經切斷兩端之活動，及抵制縫合處過度之張力，皆有相當問題。時有因經過長時期之發炎，過重之纖維性變，及神經切斷兩端之過度分離，縫合即不可能。即使用移植神經法以補其缺，其結果往往更難於確定。

因以上種種困難，在聯勤總部天津總醫院外科部中，對於處置神經損傷及因其損傷而造成之畸形，放棄直接在神經損傷處設法，而對於因神經損傷而造成之畸形，間接加以矯正。此即利用移植他處

機能正常之肌肉，使其担任因神經損傷後而造成肌肉麻痺後所喪失之機能。若無可移植之肌肉時，則利用關節固定，或阻止關節之活動範圍，使因肌肉麻痺後之畸形，能為改正，而對於麻痺部份，不影響日常之功用。此種治療法，其結果較神經縫合術，易於確定。且其所須之恢復期，較神經縫合術為短。有時即有粉碎骨折及慢性骨髓炎存在時，亦可於傷口尚未完全痊愈，施行此種治療法，則傷患住院日期，可大為減短。再者，此種肌肉移植法，及關節固定術，在技術上較為簡易，不似神經之縫合，或神經之移植，手術須相當精細，行手術者，須相當之經驗。在吾國軍醫落後之情況下，此法或易於被採用。

(二) 處置方法

四肢之各主神經，皆有受損傷之可能。尤其於受槍彈傷或炸傷時槍彈或碎彈片對於各主神經無所選擇。但通常所見者，在上肢中為橈神經。良以橈神經在上肢中為一大神經，易於受傷，且其在上肢中所在之位置及經程，為旋回肱骨，故肱骨受損傷或骨折時，此神經即被波及。坐骨神經在下肢中為最大之神經，故其受傷亦為常見。其次為腓總神經，因此神經位於腓骨之上端，及處於皮下淺處，故亦常受損傷。

橈神經所管轄之肌肉，乃關於腕關節及手指之上伸功用者。當橈神經受損傷後，此種肌肉，即呈麻痺現象，因之手腕下垂及手指不能完全上伸。因腕關節屈曲，手部握力即不能使用。故手部所擔任之種種工作，如握筆、取物、等等，皆不可能。如在軍人，若有橈神經損傷，則右手腕關節屈曲，而不能行正常之敬禮。坐骨神經乃管轄下肢及小腿部上伸及屈曲之肌肉，以及踝關節之活動，及足趾之伸屈。若此神經受損傷，則下肢自膝關節以下，成麻痺現象。因小腿後部屈曲肌易於收縮，故踝關節常呈下垂現象。當足部下垂，行動時即感不便，足尖常不能離開地面，乃於移步時受阻害。足部之各小關節，因失去肌肉之控制，又於行動時受力不均，常變成各種之畸形。腓總神經受損傷後，踝關節之上伸及外翻之肌肉，皆成麻痺，足部亦有下垂之畸形，故亦有若干坐骨神經受傷後同樣之不便。

對於處置以上所述各種神經損傷，吾人使用下述之各種方法。處置因橈神經損傷而造成之手腕下垂，吾人移植手腕部屈曲肌肉，使其擔任上伸工作。此即將橈側屈腕肌 (Flexor Carpi Radialis) 之肌腱，於腕橫韌帶處切斷，而以此切斷肌腱之上端，經過前臂邊部之皮下，以粗絲線縫合於橈側伸腕長短兩肌 (Extensor Carpi Radialis Longus and Brevis) 之肌腱上。再將尺側屈腕肌 (Flexor Carpi Ulnaris) 之肌腱切斷後，縫合於尺側伸腕肌 (Extensor Carpi Ulnaris) 之肌腱上。又將屈指淺肌 (Flexor Digitorum Sublimis) 之肌腱同樣切斷，以其分於各指之肌腱，同樣縫合於伸指總肌 (Extensor Digitorum Communis) 之各指肌腱上。又以掌長肌 (Palmaris Longus) 之肌腱切斷移植縫合於伸拇長短兩肌 (Extensor Pollicis Longus and Brevis) 之肌腱上。經過此種手術後，腕關節及手指之上伸作用，皆可由移植之肌肉擔任。至於腕關節及手指之屈曲作用，雖因被移去數肌肉而稍萎弱，但尚有屈指深肌 (Flexor Digitorum Profundus) 及屈拇長短兩肌 (Flexor Pollicis Longus and Brevis) 等應用。此等肌肉，因其他肌肉被移植他處而成補償性肥大，經過訓練後，亦能應付腕關節及其手指屈曲工作。

在坐骨神經受損傷後，下肢小腿及踝關節足趾等之伸屈二部肌肉，都成麻痺，在此種情形下，附近即無可被利用或移植之肌肉。吾人即可將踝關節及足部其他關節固定在有利位置後，而將各關節造死。此種方法，雖能預防足部之畸形，但對於足部在行動時之彈性作用，大為限制。故吾人對於處置此種情形之方針，一方面在預防足部之畸形，同時使踝關節仍保有相當限制之活動。其法即將足部之距骨與跟骨間之關節 (Subastragalar Joint)，距骨與舟狀骨間之關節 (Astragalo-Scapoid j o-

nt)，及跟骨與骰骨間之關節（Calcaneo - cuboid joint）造死，此即所謂足部三關節固定術。經此固定術後，足部之正常位置及形狀不能再因受外力而變形。同時再自跟骨在跟腱止端處取下一菱狀骨片，以此骨片插入距骨後部之上端，使踝關節於往下屈曲時，因後部有骨片阻止，而不能超過百度以上之位置。

腓總神經之損傷，使踝關節及足趾之上伸及足部之外翻能力消失。其對於足部於行動時有若坐骨神經損傷後同樣之不便。而對於足部之形狀上，亦可因肌肉能力之不平衡及受力不均而變為畸形。在處置此種情形時，吾人即利用足部之三關節固定術以固定足部之位置，使以後無畸形變化之可能。

（三）總醫院中之治療結果

聯勤總部天津總醫院自成立以來，一年之中，吾人以上述方法處置之四肢主神經損傷，共十五例。內有橈神經損傷者七例，坐骨神經損傷者五例，腓神經損傷者三例。治療之結果，大都良好，茲將其結果，分列如下。

表一 橈神經損傷

	姓名	受傷時有無骨折	受傷後入院日期	入院後傷口全愈日期	手術後機能恢復日期	住院總日期	結 果
1	陳某	無	35日	9日	142日	174日	百分之七十以上
2	黃某	肱骨骨折	28日	82日	43日	125日	百分之八十以上
3	楊某	肱骨骨折	4日	42日	53日	95日	百分之九十以上
4	尹某	無	199日	9日	139日	167日	百分之九十以上
5	朱某	無	33日	44日	122日	166日	百分之八十以上
6	劉某	肱骨骨折	82日	25日	117日	142日	百分之八十以上
7	朱某	肱骨骨折	17日	194日	46日	240日	百分之六十以上
平均			43.7日	52.4日	93.3日	158.5日	百分之八十以上

以上七例橈神經損傷，內中三例為槍彈直接傷及橈神經，其他四例則有肱骨骨折存在。除其中一例因系粉碎骨折及併發慢性骨髓炎須施行死骨截除術，其他經普通傷口治療及化學治療，傷口及骨折即全愈。此後即施行肌肉移植手術。此等手術，皆在臂叢神經麻醉下施行。於手術後，前臂及手部在夾板中作暫時之固定。約於二星期後即施以物理治療。先用內紅線放射、烘培、及按摩，使行手術處之組織消腫活血。再於二三星期後，施以肌肉活動之訓練。綜觀腕部及手部功用之恢復，除治療外，極有賴於患者自動之練習。若患者能忍受微痛而自行練習，其功用之恢復，遠超於物理治療技師所能造成者。吾人通常令患者於暇時，手中握兩核桃，來回撫弄，此種練習，於手部功用之恢復，大有成效。經吾人施行此種治法之七例，腕部及手部之功用，都有百分之七八十之恢復。患者皆能使用彼等之手腕，應付日常之工作。在觀察其結果，吾人感覺腕部之機能，經過此種手術後，都頗為完滿，唯手指之屈曲功用，尤以在指骨間，常有相當限制，良以因屈指淺肌被移植，而屈指深肌，不能應付手指屈曲功用之全部，吾人感覺此為此種治法之最大缺點。吾人以所得之經驗，感覺指骨間之屈曲功

用及手部之握力，因屈指淺肌被移植而大減，此缺點在以後施行此種治法時，務須改進。此即可不利用屈指淺肌以担任手指及指骨間之上伸作用，而移植其他肌肉。若橈側屈腕肌，尺側屈腕肌，或旋前圓肌 (Pronator Teres) 以担任此種工作。吾人提倡使用此種治法之主旨，乃在縮短患者之治療時間。在吾人施治之七例，機能之恢復，短者僅月餘，長者亦不及半年，較之神經縫合術，恐大為經濟時間也。

坐骨神經受損傷而施行足部三關節固定術及足跟骨小骨片移植法者共三例。坐骨神經受傷中之其他二例，乃系神經局部損傷，彼等祇有若腓總神經損傷之踝關節及足部之上伸肌肉麻痺，故其治法與腓總神經損傷者同，即施行足部三關節固定術。

表二 坐骨神經換傷

	姓名	受傷時有無骨折	受傷後入院日期	入院後傷口全愈日期	手術後機能恢復日期	住院總日期	結 果
1	余某	無	70日	58日	95日	153日	百分之六十以上
2	楊某	股骨骨折	85日	52日	142日	194日	百分之六十以上
3	劉某	無	18日	66日	122日	188日	百分之六十以上
平均			57.6日	55.3日	119.6日	178.3日	百分之六十以上

表三 坐骨神經局部損傷及腓總神經損傷

	姓名	受傷時有無骨折	受傷後入院日期	入院後傷口全愈日期	手術後機能恢復日期	住院總日期	結 果
1	龐某	股骨骨折	17日	86日	92日	178日	百分之七十以上
2	彭某	無	79日	65日	99日	244日	百分之六十以上
3	謝某	無	53日	61日	112日	173日	百分之八十以上
4	蒲某	無	60日	122日	119日	242日	百分之六十以上
5	楊某	無	37日	50日	90日	228日	百分之六十以上
平均			49.2日	76.8日	109.6日	212.8日	百分之六十以上

此患者曾於傷口全愈後施行神經縫合術，但於三月後，尙無神經恢復證象，其後即施行關節及肌肉手術。

以上坐骨神經及腓總神經損傷者共八例，其中二例有股骨骨折，經施鋼木固定，通常傷口治療及化學治療；傷口及骨折即全愈。以後即施行足部三關節固定術，及跟骨小骨片移植。此種手術，皆於脊髓神經麻醉法下施行。於手術後，足部及小腿之下半部固定於一石膏長靴中。其踝關節固定在九十度之中心位置。約於二三月後，乃將石膏長靴拆除。此後乃施以內紅線放射、烘培、及按摩等物理治療。約於二三星期後，行手術之踝關節及足部，乃允其活動，而後漸漸使其着力行動。吾人綜觀此種手術之結果，踝關節之活動範圍固大受限制，但因神經損傷而造成之足部下垂及行動不便，則大有改進。此種效果大都在行手術後之三月中，即能表現。

(四) 結 論

上述十五例之神經損傷，在聯勤總部天津總醫院外科部中，以肌肉移植法及關節固定術醫治。其所得之結果頗為滿意。吾人感覺使用此種治法，較神經縫合術或神經移植法為簡便；尤其在軍醫院中，更為合適。特此獻給諸同道，以資參考。

本文承天津天和醫院方先之大夫指正，特附誌謝。

心臟之X光研究

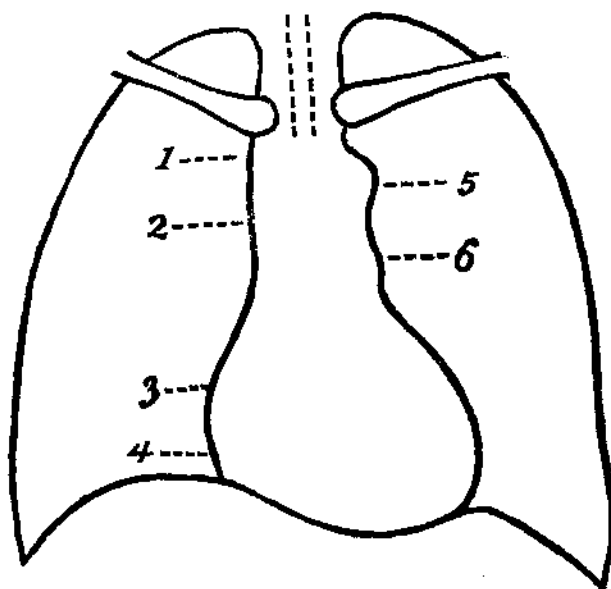
貴陽總醫院放射科

石 順 起

對於一般心臟系統檢查，心臟X光照像，為有價值之佐助。因借此心臟房室之增大至何程度，及心臟是否代償 (compensated)，可以查出。

心臟有疾患時，可環繞其縱軸轉動 (can revolve round its longitudinal axis)，故其正常房室位置上之關係，即可防害 (disturbed)。

心臟之正常境界 (Normal Heart Outline)：(圖一)

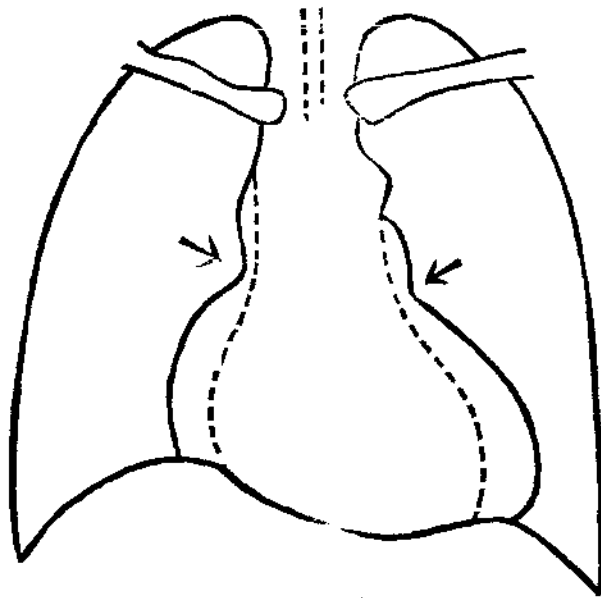


圖一 心臟之正常影像
(The Normal Heart Shadow)

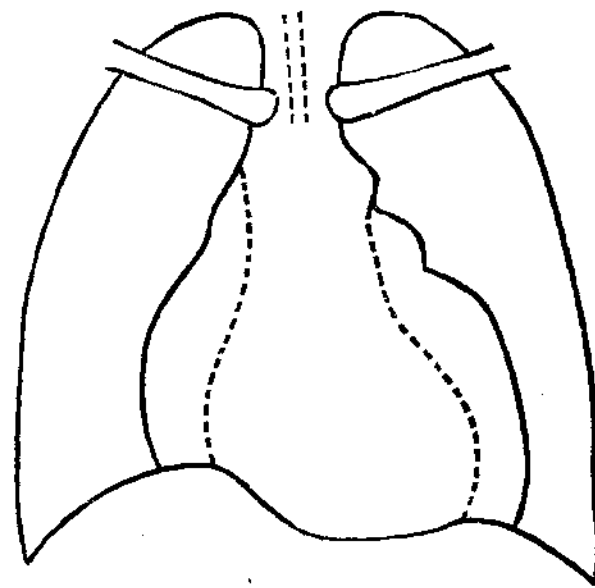
- (1) 上腔靜脈 (The superior vena cava)
- (2) 上腔靜脈及主動脈右側 (The superior vena cava & right side of aorta)
- (3) 右心房 (Right auricle)
- (4) 下腔靜脈 (The inferior vena cava)
- (5) 主動脈弧—主動脈結 (The aortic arch-aortic knuckle)
- (6) 肺動脈及左心房 (The Pulmonary artery and left auricle)
- (7) 左心室 (The left ventricle)

其右緣由上至下為：上腔靜脈 (The superior vena cava) 於上三分之一，上腔靜脈及主動脈 (o-aorta) 於中三分之一，右心房於下三分之一，右側之最下部，有時於右心房之下，可見下腔靜脈 (inferior-

vena cava) • 左緣 (left margin) 由上至下，有三凸出部：最高者為動脈弧——動脈結 (aortic - arch - aortic kneuckle (，次為肺動脈 (Pulmonary artery) 及左心房 (left auricle)，其最下且最大者，為左心室 (left ventricle) •



圖二 心臟一般肥大
General hypertrophy
of the heart.



圖三 心肌炎. 心房及心室之境界不能分辨
(Myocarditis. The outline of the auricle and ventricle can not be differentiated.)

心臟有疾患時，其最普通之X光影像變化，可見下述：

(A) 心臟一般肥大 (General heart hypertrophy) 圖二

於此，全部心臟影像增大，但其不同房室境界之關係，並未受擾。此種變化見於心慢疾患 (bradycardia) 之病者，亦見於所謂“奇心”(“Sport heart”) 及負重力者。此種情形，心肌為真正之肥大 (True hypertrophy of the heart muscle) •

輕度之一般擴大 (mild degree of generalized dilatation)，可予相似之情況；有時見於傳染疾患後之惡性貧血 (Pernicious anaemia)，及心臟脂肪性變 (Fatty degeneration) •

(B) 心肌炎 (myocarditis) 圖三

心肌炎至相當程度 (Fairly advanced degree) 時，全部心臟之境界，尤變肥胖 (Plump)，心房影像之右側緣增大，心臟之左側為一般之較大 (Large as a whole)，故其凸出部份 (Protuberances) 消失，而左側緣變為直線 (Becomes almost a straight line) •

(C) 牛心 (Cor bovinum) 圖四

是為一心臟擴大至極度之情形。為所見心臟影像之最大型者，且最普遍合併於重度動脈疾患 (Advanced aortic lesions)，心臟之兩側，呈廣度增大 (Gross enlargement)，其境界變為細頸瓶狀 (Flask shaped) • 於心包水 (Pericardial effusion) 時，心臟之右側，不呈如此之增大 •

(D) 左心室肥大 (Hypertrophy of the left ventricle) 圖五

左心室增大 (Enlargement) 予心臟以靴形 (Shape of a boot)，此種變化，同見於血壓過高 (Hypertension)，及輕度動脈狹窄或閉鎖不全 (Aortic stenosis or insufficiency) 時所致之左心室工作增加

之結果。

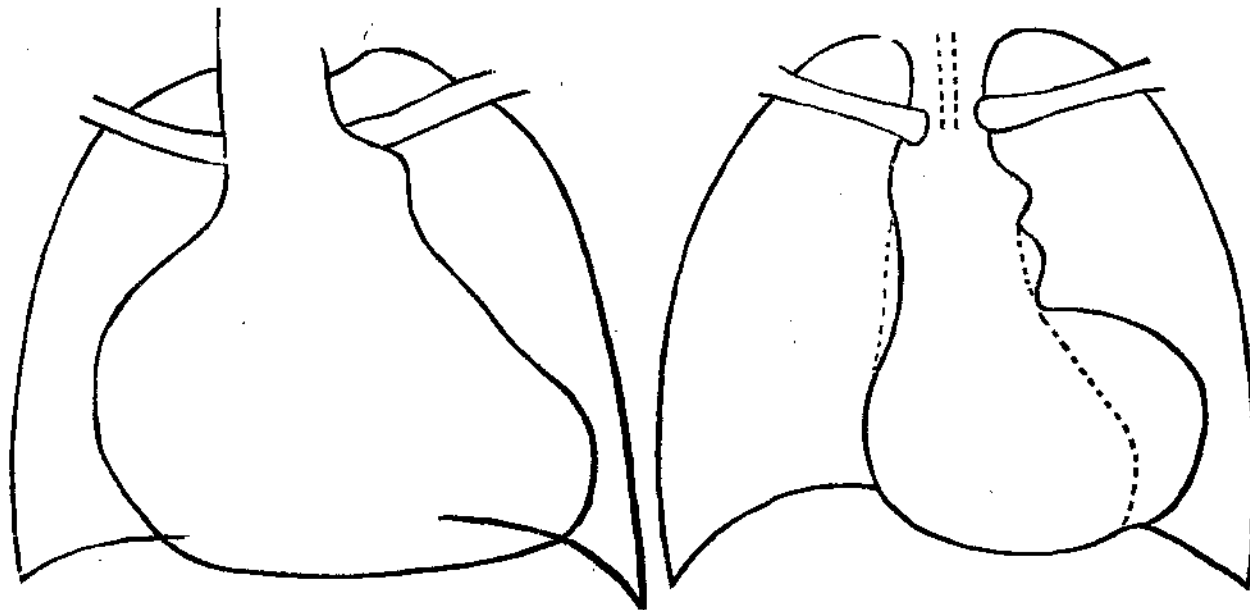


圖 四

牛心(Gor bovinum)

圖 五

左心室肥大(Hypertrophy of the left ventricle)

注意心影擴大之情形

(E) 二尖瓣功能不全，心代償者。(Mitral incompetence, heart compensated) ...

.....圖六

左心房及肺動脈增大，致上方將動脈結之下部及下方將左心室之小部份遮蓋 (obscure)，右心室亦增大(Enlarge)。

(F) 二尖瓣功能不全，不代償者(Mitral incompetence, uncompensated) ... 圖七是為進度期(Further stage)。左心房凸出部增大及左心室擴大。右心房由於右心室之擴大而增大，遂生三尖瓣功能不全(Tricuspid incompetence)。

(G) 主動脈瓣閉鎖不全，代償性者(Aortic insufficiency, compensated) ... 圖八心臟由左心室增大呈靴形(Boot-shaped)。代償肥大(Hypertrophy) 後續而擴大(Dilatation)，擴大之情形於代償其中較輕。左心房及肺動脈(Left auricle and pulmonary artery) 不增大。

主動脈瓣閉鎖不全最普通之原因，為動脈瓣先天性異常 (Congenital malformations)，主動脈瓣之心內膜炎 (Endocarditis of the aortic valve)，主動脈梅毒所致之瓣膜擴大及動脈瓣硬化 (dilatation of the valve and arteriosclerosis of the aortic valve) 等。有時主動脈瓣可於過度用力後破裂 (Rupture)。

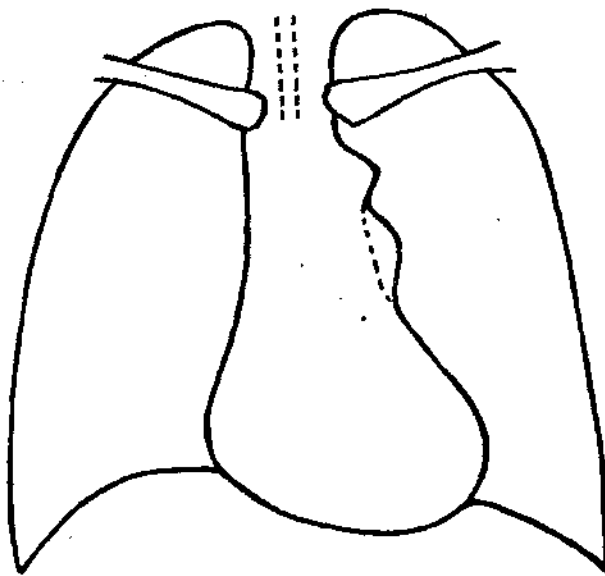


圖 六
二尖瓣功能不全，心代償者
(Mitral incompetence, heart compensated.)
左心房肥大
(Hypertrophy of left auricle)

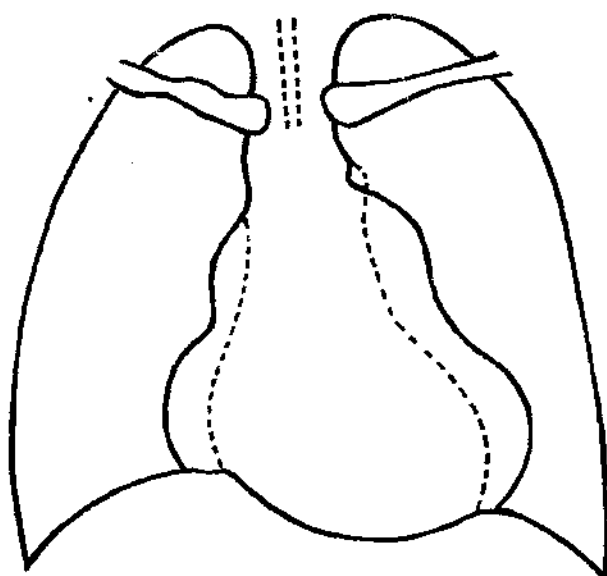


圖 七
二尖瓣功能不全 心不代償者
(Mitral incompetence, heart uncompensated.)
各房室均擴大
(Dilatation of all chambers)

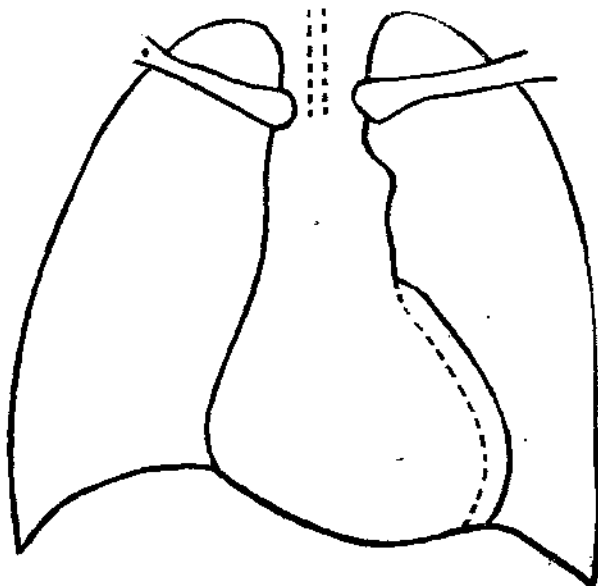


圖 八
主動脈瓣閉鎖不全，償性者
(Aortic insufficiency, compensated)

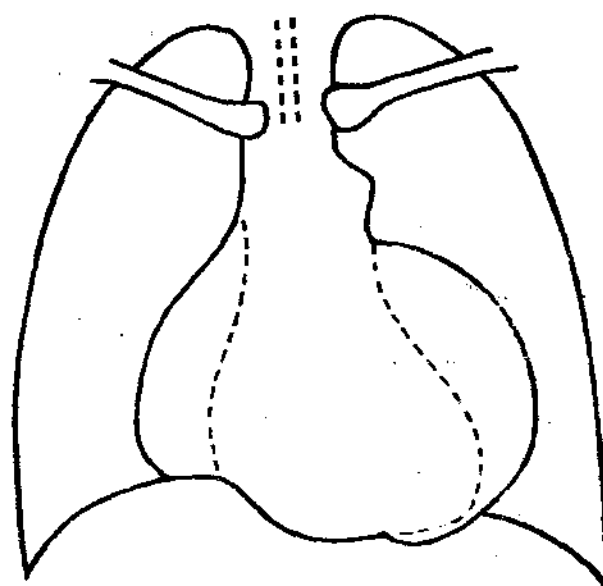


圖 九
主動脈瓣閉鎖不全：不能代償者
(Aortic insufficiency, uncompensated.)

(H)主動脈瓣閉鎖不全，不能代償者 (Aortic insufficiency, uncompensated.) 圖九
左心室較於代償性者較大，幾可達於腋緣 (Axillary border)。左心房之擴大，為心室增大所遮
蔽。心臟右側呈增大情形。牛心 (Cor bovinum) 為此種疾患之再進期。

(I)主動脈瓣狹窄 (Aortic stenosis)圖十
 心臟之左側緣傾於垂直 (Tends to be straight), 左心房及心室於此期皆增大。

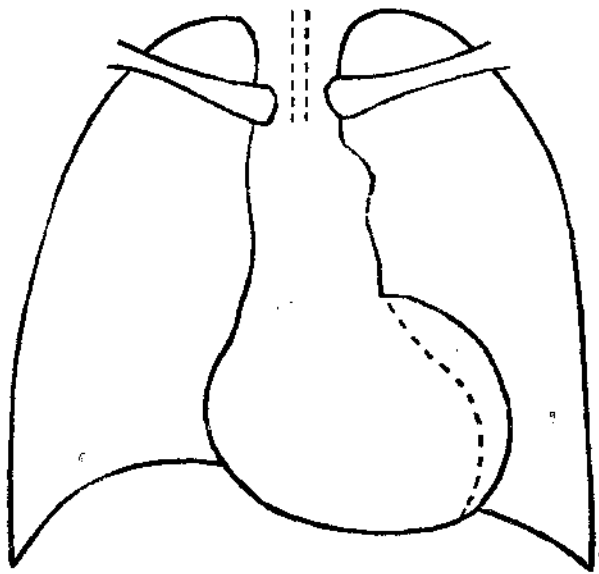


圖 十

主動脈瓣狹窄，合同左心室擴大
 (Aortic stenosis with dilatation of left ventricle.)

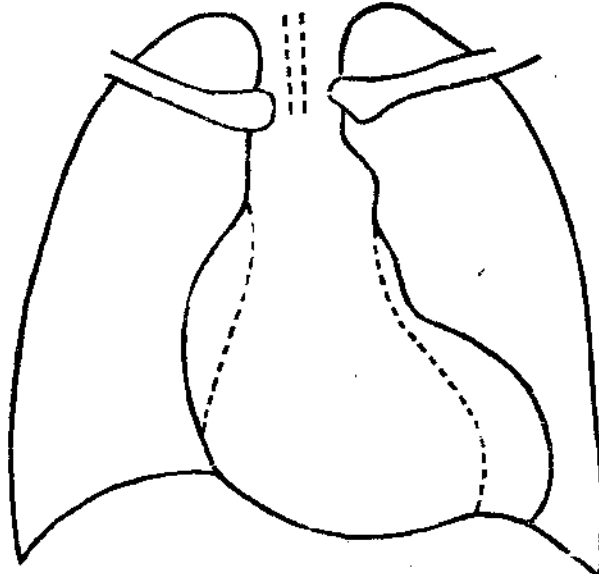


圖 十 一

主動脈瓣及二尖瓣疾患
 (Aortic and mitral Disease)

(J)主動脈瓣及二尖瓣疾患 (Aortic and mitral disease)圖十一

此可由於主動脈瓣及二尖瓣兩者之疾患，但亦可為主動脈瓣狹窄之晚期 (Later stage of aortic stenosis)，左心室擴大而致二尖瓣閉鎖不全 (Mitral insufficiency)。心臟之左側，於其中三分之一，有左心房及肺動脈增大現象，於下三分之一，有左心室增大現象。

(K)三尖瓣閉鎖不全 (Tricuspid insufficiency)圖十二

於此情形，右心房 (Right auricle) 首先增大，心臟之右側變寬 (Dilates)，上腔靜脈 (Superior vena cava) 見於右側變寬。靜脈循環之回壓 (Back pressure) 增加，使於心臟之左側，增加活力 (Increased strain)，此種先肥大而後擴大之情形，致使心臟左側之影像，於其心房及心室部份增大 (Enlarged)。

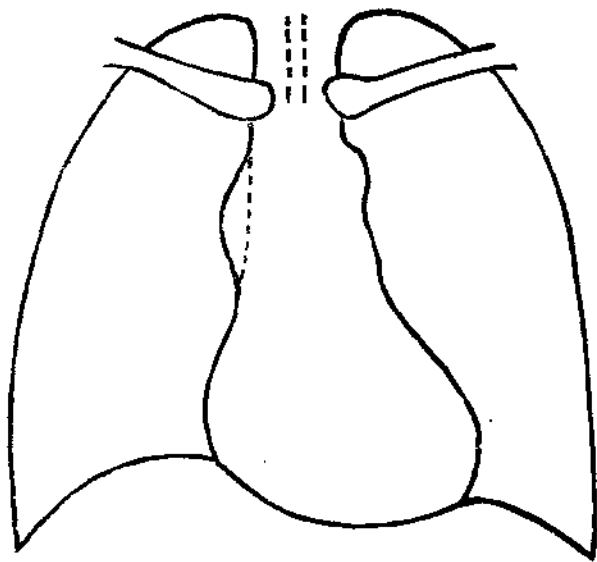


圖 十二

三尖瓣及二尖瓣閉鎖不全
(Tricuspid and mitral insufficiency).

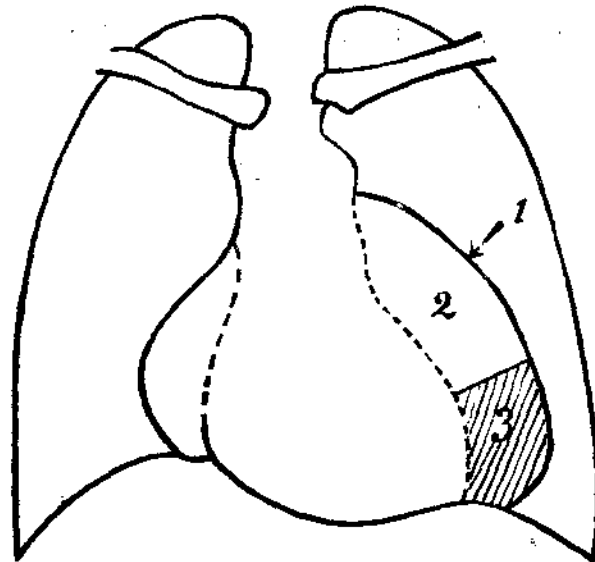


圖 十三

水氣心包束(Hydropneumopericardium
following infection of mediastinum by B
Welchii.)

- (1)心包束(Pericardial sac.)
- (2)束內之氣體(Air in sac.)
- (3)水(Fluid)

(L)心包水(Hydropericardium)。

於此情形，心包束(Pericardial sac)因水變漲，故其境界變為瓶狀(Flask-shaped)，左側遠較右側為大，此點可與牛心鑑到。圖13為心內有水氣情形，因心包束被 B. Welchii 傳染而生氣體。心包束之上部，因有氣體而與心臟影像分開，下部因水而分開。

心臟影像之測量(Measurements of the Heart Shadow)。

心臟影像之測量，對其真確之解析困難，且常不適合，因其正常差別(Normal variations)甚大。心臟測量，此文並未詳述，因其對X光照像幫助甚少，其價值僅為數學公式耳。無論由X光正體照像(Orthodiagram)或於六呎距離所得之照像，於心影像上取得確切之比較點，甚為困難，致多數X光學家棄而不用。

附註：此文承派來X光科實習之徐佑堂師醫迅速抄寫謹此致謝

【 完 】

交換綑帶

鍾志謙

一個大小創傷的構成，或者是身體任何一部份，由很淺的皮膚表面，以及深處的器官炎症，治療上第一件重要的事，就是「交換綑帶」，過去都叫做「換藥」，民間俗稱「上藥」或「敷藥」，現在前線作戰的衛生機構裏，則有營團綑帶所，顧名思義，它是外科全部作業中，不但是無法省略，而且是非常重要的部門，從頭到腳，一直要做到創傷或炎症最後痊癒為止。各級醫師誰都不能拚棄不管。

抗戰的過程中，我個人有過不少的觀察，全部傷患的創傷，未曾發炎而得到第一期愈合的，實在寥若晨星，雖然負傷將士自身隨帶的急救包，容有用非其法，輸送途中曠日費時，輾轉後移，舟車震撼，診療人員，非限於一人之手，一隅之地，前後難以呼應，方策難期一致，不無因果成分，但是歸根結底，日常對於交換綑帶的準備不完全，不能完成工作的最高準則，尤其是消毒一方面，設備固然比較簡陋，而沒有十足的精神去對付他，其中也許還有少數藐視它的重要，違背了外科的最高治療原則，以致創傷傳染難以消弭，並且不斷的釀成不堪收拾之禍害，其實癥結所在，不是困難，而是鬆懈，所以祇有提高警覺性，不時的注意，才是防免差誤唯一的方法。

從「交換」兩個的字義來講，移舊更新，是簡無再簡的，但是為求創口的順利愈合，以創口為工作中心著手，比如清除創口的污物，保護創口的接觸外物，遏止出血，暢通引流，擴大創腔，摘出異物，固定患部，矯整畸形，抑制炎症的進行，肉芽面的整飭，創緣的牽合，愈着的分解。以及與身體有關的各方面統統湊合攏來，確乎不是一件簡單的事體，而是千頭萬緒的，要不是能澈底領會，洽當的去實施，而仍因循如昔，那麼處理新創定係敷衍了事，對於舊創也當然延誤不治，機障殘廢跟着有加無已，綜其結果，則不獨攸關個人的幸福，並且足以削減抗戰建國的實力，影響整個民族的健康，那是無可諱言的。管見所及，難以緘默，爰將「交換綑帶」應行注意各點，蒐集成篇，雖然敘述殊欠條理，不是新穎的供獻，搗漏之處很多，惟作此本意是在喚醒各同仁的注意，希望能將所學的，實實在在去力行，悉心以赴，行其一兼顧其百，那末所得的結果我想決非偶然的，「種因食果，功宏利厚」收穫是全憑種子和灌溉，決不會逃脫這個原則以外的。

一般創傷的構成，總脫不了間接或直接暴力的傷害，化學藥劑的腐蝕，組織自身的發生炎症和潰爛，以及治療為主的手術切開創傷等等，不過戰時的創傷，因為各種武器的不同，造成的創傷，五花八門，異乎尋常，治療的見解，容或紛歧，但是「交換綑帶」的原則，都是大同而稍異，主要的目標，在乎防免細菌的傳染，已經傳染的，來設法阻止它的發育和繁殖，如作戰一樣，步步為營作殲滅的攻擊，來抑制炎性的進行，除此以外，患部的官能，也應當盡力設法來保持，要用「穩紮穩打」的方式，去求得最後愈合結果的美滿，職是之故，所以交換綑帶的時候，更有不少的事情，值得注意，一切的變化必須要加以觀察和切實的認清與考慮，猶如創口輪廓的大小

、色澤的變遷，捫壓而得的硬度，分泌物的多寡與特質，疼痛的增重和特性，合併症的有無，排膿狀況如何，閉塞或暢通，肉芽組織是否欠長過長或水腫，創口的邊緣內捲抑外翻，創腔滋潤或是乾涸，局部體溫的高低，以及組織水腫，淋巴腺腫大，神經受壓，出血不止，腐組織不脫，惡臭不除，蛆虫滋生，異物存留，錯縱愈合，癬痕收縮，炎症進行不止，旁枝側道形成，矯形欠佳，刷木安置不良，機障畸形，組織崩潰，轉趨惡性，縫合線崩裂，剪除過早或過遲，以至臥式按摩運動是否合理等等，都在「交換綳帶」注意的範圍裏面，要探求搜索，去做恰當的處理，庶幾可免貽誤，至於結果能否奏效，亦是繫乎此的。

晚近對於治療創傷的原則，乃是以無毒為主，抗毒為副，這是全體醫護人員，都應當牢記心頭，信守不渝的，因為運用上的一得一失，就會直接關係到醫療全部的命運，非成即敗的終局，是應當知道的，至於各種物理療法的合併施行，是因為它能促進官能的恢復，而輔佐治療的效果更能獲得美滿，而有一部份的確是併合在交換綳帶範圍內的。

說到無毒法乃是殺菌演進的方法，將器械和敷料等先靠着熱力殺滅細菌，然後始准應用到創口裏去，以免傳染的傳染，抗毒法則是憑藉各種化學藥劑，直接應用到傳染創傷裏去，來做殺菌的治療，物理療法乃是看創傷部需要的情形，用冷熱法，按摩法，自動性運動法，被動性運動法，操練法等，以之改進循環，促進吸收，鼓勵肌肉機能，防免萎縮，來達成官能的保存與恢復的。

現在就無毒與抗毒的兩方面，還要補充幾句話，我們知道化學藥劑是足以殺滅細菌的，不過它具有的刺激性，能道地的損害組織，減低它的活力，毀壞白血球，降低它天然的抵抗力，而使傳染提早發生，結果；使組織再生愈合的時間延緩，甚且招致不良的後果，所以很多人主張，各種新鮮清潔的創傷，推賞無毒法去處理，這在實際與理想上雖很合理，惜乎實施困難尚多，所以抗毒法是仍舊不能摒棄的，從幾方面看來，預防或抗傳染的方法，可以定下三個原則；

- 一、要保持身體自然生活的抵抗力。
- 二、要防免細菌（一切不潔物）接觸創傷。
- 三、要用各種化學藥劑來摧毀細菌。

但是必須要運用得法，其中時間性我認為是最要緊，因為適逢其會，當然效力最宏，茲假定三種時期來做我們運用無毒和抗毒適應的準繩。

1. 創傷部份的組織，如果還是健康，並且設備優良，則當竭力使用無毒法處理之，因為組織天然賦予生活的抵抗力，是足以預防傳染，達成不傳染愈合的目的，並不是一定要仰賴任何化學藥劑的。

2. 一個已經傳染的創傷，人力所能及到的，祇能防免續發傳染，若斤斤然要以化學藥劑，希望殺滅細菌，這便是過份的奢慾，要知道組織的生活力，它受藥劑的沖激與摧殘，正和細菌的毀損組織是一樣的。

3. 創傷傳染完全建立了的時候，那纔有仰藉化學藥劑洗滌電敷的時機，但是各種化學藥劑也統統有它一定應用的濃度，我們主張刺激性不要太強，因為目的是祇求遏止細菌的生長繁殖和活躍而已。

交換綳帶的實施：

「交換綳帶」本來是病人所最憎惡的事，總得以仁慈的態度，輕巧的手法去執行，能夠給病

人減少許些的痛苦，都是病人所熱烈歡迎的，同時輕巧的手法，的確可以避免許多錯誤和意外枝節事件的發生，此地還要特別再提出來說的，就是消毒一事，它是外科作業的基礎，所以一定要循消毒的規章，無論如何是要用認真的精神去澈底完成它，否則就會有不堪設想的後患發生。

開始一個「交換綁帶」的時候，總要認定它是複雜而不是簡單的慎重態度去力行，如舊敷料的移除，洗滌藥液的選擇，洗滌的輕重，灌洗的深淺，膿液的措拭，旁枝側道的暢開，引流的安置，紗布的填塞，出血的遏止，肉芽過長的腐蝕和剪除，肉芽面污濁不長的激發，乾包溼包以及敷用藥劑的更迭，合併症的預防和處理，已經清潔創口的牽合，決定手術的適應，異物的抽出，交換綁帶的時間和次數，創傷四周圍的皮膚保護，油糊劑敷貼之厚薄，冷熱電敷法的施用，臥式的應否轉換，患部應否墊高，局部血運循環的改進，久臥床第衰弱的病人，體部最易受壓部位皮膚的保護和處理，創傷內捲外翻和錯縱愈合的措置，縫合線的應否剪除，綁帶的鬆緊，夾板的合理與適度，石膏綁帶的開窗，固定夾板的撤除，自動術被動術和按摩術的可否施行，採取膿液的細菌檢查，特種傳染的識別，以及一切轉歸的趨勢狀況，必須一一認清，胸有成竹，謹慎從事，不可稍存疏忽，務必要從基礎的醫學知識，天天加上修養和研究的工夫腳踏實地，去操作這部門主要的業務，力就完善做為作業的唯一要求，否則定將功虧一簣，損人而不利己的。

修 補 (REPAIR):

我們知道每一個已經構成了的創傷，創腔和它四周圍未曾受傷組織的空間內，一定是有淤血和血清凝着，這種淤血內的細胞游走組織細胞和新生出來的毛細血管羈，能在創腔裏面互相吸引起來，形成肉芽組織，完成成纖維細胞，長起了新的上皮，而將創面愈合攏來，但是這種正常程序的進行，是須要依賴血液，組織的滲出液和其他的物質來刺激細胞，使它引起一種阿米巴樣運動，作為愈合程序進行的基礎，創傷假使缺血的話，那末組織裏面氣和其他的營養物質，就感欠缺，而使細胞的分裂，阿米巴樣的運動，以及內皮芽層的生發作用，統統蒙受不利。

組織在受傷以後，壞變的組織開始被貪食作用所除淨，這個時間稱謂分解期(Lytic Phase)，而真正修復程序的進行，是必須等分解期終止了以後纔開始，稱謂修復期(Lag Phase)，於是游走結締細胞和成纖維細胞跟着壞變組織的除淨，從創腔裏面開始增生，兩者緊相聯繫，不斷發展，最初是成纖維細胞散展開來，伸進到原纖維纖維素(Fibrin Fibrils)織成的網狀內凝定，構成支架，以後還是繼續增長，終於填滿了創腔的全部，一經够用，則便同性相拒，異性相吸，分別的終止展佈，而是伸入到創腔間隙的漿團(Plasmamass)裏面去，這個時候內皮的新芽蕾建立了，成熟的成纖維細胞緊縮而堅實了，所以創面便由上皮的生長，而完成愈合。如果反乎這種程序的進行，便是入於病理的狀態。就是下面許多治療方法不同產生的由來。

茲將有關交換綁帶範圍內應當注意的各點，分條臚舉於下：

(一)據 1898 年 Friedrich 氏從試驗中，所得的結果，充分證明每一個創傷的傳染，須要過通(6-8)小時的潛伏階段，所以全部的新創，它傳染的命運，實在是繫於這一個時期內交換綁帶的得失，是否做到十分精確的地步！

美國總醫院之一般管理

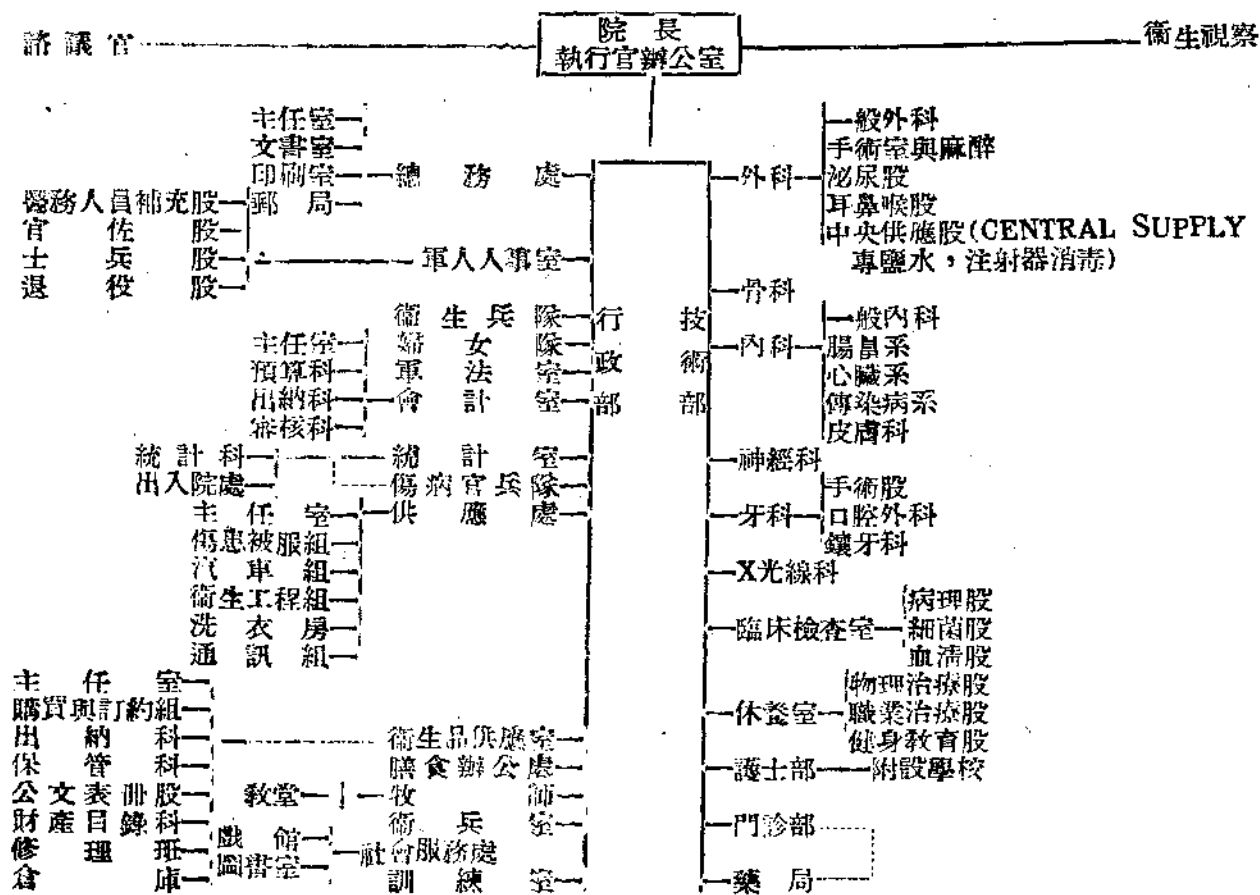
留美考察醫院第一組

徐子平

美國總醫院分固定與不固定二種，於國內每一軍區設置一所或二所，担任該軍區之醫療，以已故有功國家軍醫姓名冠之，可謂維氏總醫院 NAME GENERAL HOSPITAL。其設置在國外或戰區之醫院，為不固定之總醫院，以數目字冠之，如第一，第二……總醫院等，一一可謂數字總醫院 NUMBER ED GE NERAL HOSPITAL。其收容人數則一，僅設備稍有分別。凡收容一千人之編制，則有軍醫三十五人，女護士六十七人，事務人員五十八人，看護士兵五百五十人，官

兵合計七百一十八人，臨時急需，得擴大收容之。凡收容一百人，得增加軍醫二人，護士七人，事務人員二人，士兵五十六人。鐵爾頓總醫院收容四五〇〇人，現有軍醫一百三十九人，事務員二十二，普通平民事務員二百八十二人，（由軍醫署核定為雇員）女護士二百八十六人，士兵一千二百八十三人。官佐職級由院長照核定人員視業務需要呈請核委，並不固定分配。其組織系統，分「院本部」，「行政部」，及「技術部」三部，茲列表如下：

鐵爾頓總醫院組織系統表



行政部

1. 院長（准將或上校）
 - A. 負責管理醫院一切事宜，由其決定施行；
 - B. 擬定計劃命令監督各處工作進行；
 - C. 對外聯絡，如紅十字會，美國人民服務處，及社會服務處。
 2. 執行官（少校）
 - A. 協助院長執行其職務；
 - B. 奉院長之命執行一切任務。
 3. 衛生視察（少校）
 - A. 奉院長之命，管理醫院環境衛生，陰溝，及下水道之清潔，飲水廢物消毒處理，及院舍清潔；
 - B. 監督管理昆蟲傳染，及瘧疾預防；
 - C. 隨時報告衛生情形，及疾病發生統計；
 - D. 指導花柳病之管理；
 - E. 指導視察軍風紀及訓練，奉院長之命審查財產公物損失；
 - F. 定期檢查麻醉品；
 - G. 調查病人控告案。
 4. 諮議官（少校）
 - A. 收集研究命令執行之效果；
 - B. 院長計劃之推進程度及效果；
 - C. 建議院長改進其計劃組織，及推進方法；
 - D. 協商一切命令之執行；
 - E. 指導工作簡單化；
 - F. 審核各處工作報告內容及格式，而更換之；
 - G. 必要時督導或準備命令推進工作；
 - H. 指導奉行院長頒佈之命令。
 5. 總務處 ADJUTANT（少校）
 - A. 主任室
 - (1) 奉院長之命及執行官指示，執行其任務；
 - (2) 奉院長之命核派官佐；
 - (3) 以院長名義頒佈命令及報告；
 - B. 郵局
 - (1) 開設郵局，包括掛號、保險、收信、及送信，及代購郵票；
 - (2) 依照郵政規則與之訂約。
 - C. 文書室
 - (1) 醫院來往文件收發事宜；
 - (2) 設置醫院詢問處；
 - (3) 頒佈官佐士兵離職到差，以及輸送傷患核准車輛事宜；
 - (4) 各種法規及公文檔案保管。
 - D. 印刷室
 - (1) 核對一切印刷品；
 - (2) 發行公報及命令。
6. 軍法室
 - (1) 為院長法律顧問，其人員由軍部兼或派往；
 - (2) 審查一切報告及訴訟；
 - (3) 指定人員組織普通及特別法庭。
7. 會計室（分主任室、預計算科、出納科、儲蓄科、及審核科）
 - (1) 負責監督該室一切事宜；
 - (2) 有關會計事宜，為院長之顧問。
8. 衛生兵隊 Medical Detachment
 - (1) 設上尉隊長一人，中尉副隊長二人，管理全院士兵軍風紀，及升調補充；
 - (2) 奉院長及執行官之命，支配士兵至各部門工作；
 - (3) 訓練教育各士兵，若設有訓練室，由該室辦理之；
 - (4) 視察士兵宿舍清潔及飲食。
9. 軍人人事室（少校）Military Personnel Branch
 - A. 主任室
 - (1) 負責一切人事事宜建議院長；
 - (2) 監督指派各部人員工作；
 - (3) 奉院長之命呈報核委官佐。
 - B. 官佐組（傷患在內）
 - (1) 官佐履歷審查登記考核等事宜；
 - (2) 傷病官經歷紀錄保管升調等事宜；
 - (3) 官佐離職及到差之動態；
 - (4) 每日呈報軍醫署之官佐士兵實有人數，晨間報告。
 - C. 士兵組（傷患在內）

- (1) 保管士兵服務紀錄；
- (2) 升調及離職；
- (3) 餉項名單調查通知會計室發款。

D. 醫務人員補充登記組

E. 退伍軍人組

- (1) 審核退伍軍人請求是否合格事宜。

10. 牧師 (少校)

- (1) 提高宗教及士兵道德；
- (2) 佈道有關宗教之活動；
- (3) 訪問傷患。

11. 社會服務處 (上尉)

- (1) 計劃各種運動及娛樂；
 - (2) 設置圖書館戲園，及官兵俱樂部；
 - (3) 與復原處成休養室 Reconditioning Service 合作，指示各種娛樂活動。
- 又附設於圖書館內之醫學圖書室，由外科主任派人管理。

12. 供應處 Supply Division (中校)

該處主要工作，為請領，儲藏，供應軍服傷患衣服被單，辦公用具，工程器材，汽車修理，洗衣，及通訊材料，以及死亡棺殮等。分主任室，傷患被服組，汽車組，衛生工程，(必要時獨立設置)洗衣房，通訊組。

A. 主任室 設秘書，購置股，保管股及病人死亡棺殮股。其辦公用品，分消耗與非消耗二種，依照物品類別，號碼，及消耗情形發給現品。請領時則向軍部供應庫具領，按月報銷。其死亡棺殮，照四十五元規定，購買板木，並隨殮衣服國旗，將單據送會計室發款。

B. 傷患被服組 (上尉) 傷患衣服，由入院室，傷患物品保管室發給，此處專負責病室襯衫，睡衣，被單，枕頭等用品，每日派車至病室收集更換。由該組送洗衣房洗滌。對傳染被服，則由該組消毒滅菌，再送洗衣房。

C. 洗衣組 (少校) 有大小洗衣機十具，乾燥機五具，每日可洗二萬餘件，醫院病室洗滌約七千件。

D. 汽車組 (上尉) 負責交通運輸及傷患運送

，有大小汽車百餘輛，各處派車由總務處核對，附有小型修理室，負責第一線第二線修理。

E. 衛生工程 負責一切自來水電燈，及機房修理，救火機管理與修理，下水道冷熱水汀之管理。

F. 通訊組 醫院電話，廣播電台等管理，及補充器材請領儲藏，又愛克司光線片及手術室攝影片，由該組發給。

衛生品供應室 (少校) Medical Supply

13. 各種衛生材料，器械，病床病椅，床墊，炊具，病室用具，(指辦公桌)及醫務表冊，均由該室請領及供應。

A. 主任室 除少校主任負責外，另設上尉二人協助之。

B. 購買與訂約科 各病室軍醫認為急需之藥品，經該科主任及執行官核准，而庫無存品，得由該組電請軍醫署供應庫在該院核定款內購買，或逕向廠家購買，每季之款存供應庫。

C. 出納組 所有藥品器械發給請領及損耗，由該組負責病室軍醫為負責請領人，由院長指定負責一切保管責任，凡有損耗，因審核而原因不成立時得賠償之。請領時填請領單三份，經該組審核交庫房發給之。藥局向該組請領原磅藥品，照軍醫處方發給病室應用。敷料則發給中心供應組，該組憑請領單向倉庫報銷，每月一次。

D. 保管科 分消耗與非消耗二種，每一種藥品或機器填寫一單，消耗品用黃色，非消耗品用綠色，隨時登記庫存數，以儲頓一月為標準。

E. 公文表冊股 凡軍醫署規定之表格，由該股請領保管發給之。其中醫院規定單行表冊，由該股向供應處領白報紙印發給之，此項消耗無限制。

F. 財產目錄組 每半年編報一次，每月檢查倉庫，其廢品送軍部廢品處，其貴重器械送衛生庫修理之。

G.修理組 設有木工電機室，能修理輕便器械。

H.倉庫 共有四所，分別儲藏藥品，器械，辦公桌，及床舖，分消耗與非消耗保管之，憑請領單發給。

04.膳食辦公室(上尉) Mess Officer

- (1) 由上尉二人負責全院膳食，內一人為飲食學校畢業生，專負責病人膳食按日排定菜單公佈之，中尉十六人協助之。(二人管一膳廳)廚司一〇〇人(曾受六個月訓練)雜兵四〇〇人，分佈九處膳堂工作；
- (2) 負責向軍部倉庫具領食品，肉類，菜蔬，而貯藏發給各膳堂。
- (3) 收納官佐及傷病官佐膳費而保管之；
- (4) 開設膳堂，監督廚司及病房廚司；
- (5) 開設製麵包房及屠宰房。

15.衛兵室

- (1) 担任警衛及執行院長之命令；
- (2) 設置警衛室指派犯罪士兵工作；

06.統計室(上尉)

A.統計科

- (0) 負責各種醫務統計日報，每日電報實有人數，分轉院傷病統計股，及臨床病歷股。

B.出入院處 分入院出院二室，由上尉軍醫負責診斷，另由中尉事務員協助，兼任登記。該中尉為傷病士兵隊長，出入院處須二十四小時輪流不息工作。

C.傷病兵隊 設隊長一人，有時獨立設置，分請假登記股，軍法股，傷患貴重物品保管股，及病人行李保管室，該隊負責報告出入院單分送各處，並彙集各病室報告人數。

技術部

17.門診部

- (1) 由出入院處上尉軍醫兼負責門診治療急診，及體格檢查，其入院者由入院處辦理。
- (2) 藥局 配製處方有時獨立設置。

18.精神科 分神經系精神系及管理系。

19.休養科 分物理治療職業治療及教育系。

20.外科 分一般外科，手術與麻醉室，骨科，敷料準備室，耳鼻喉科。

21.內科(上校) 分一般內科，傳染病科，皮膚科，心臟系及腸胃系。

22.臨床檢查室(少校) 分病理科，細菌室，及血清室。

23.眼科(上校)

24.護士部(中校) 附設護士學校。

25.牙科(中校) 分手術系，口腔外科系，及鑲牙系。

26.愛克司光室(上校) 分診斷與治療。

結論

- 1.美國總醫院均撥給軍區指揮監督，其行政人員，如會計供應等，由軍區司令派來(名Army Service Unit)外，每月派員考查庫存現品，及汽車保管。
- 2.傷病士兵隊與吾國管理員室同，但業務大有區別，彼不僅管理傷患，並負責保管傷患物品，及出入院事宜。
- 3.每一病室軍醫，負責一病室之治療外，並負責病室公物保管，及傷患請假核准事宜，頗值吾等效法。
- 4.衛生兵隊同吾國看護士兵及雜兵，由副官管理，但美國總醫院設隊長管理，無副官組織。
- 5.吾國出入院處及膳食，應另設置，派專人負責，以視重要，不得附設於看護主任室及軍需室。
- 3.在休息期之傷患，由病室軍醫及護士指定病室清潔工作。
- 7.傷病兵及在院士兵之教育，由訓練室辦理，大半用電影教育，除設有打字班，英文班，及各種技術組，並請名人演講外，特介紹或呈請陸軍教育處，升入高中或大學。
- 8.普通女護士初入軍醫院，先授四星期之軍事及軍隊訓練，士兵分期分科(四星期或十二星期)訓練為技術兵，分配於醫院各科應用。

(三十六年一月五日報告)

鏈黴素戰蹟之檢討

· 喬樹民寄自紐約 ·

美國軍人，不打內戰，不佔民房或學校，不拉夫，不走私，不看白戲，所以很受人民的愛護和尊敬。在戰時和戰後物質條件艱難的時候，軍人的一般衣食住行，都享受着優先的權利，就連醫藥的供應，也以槍口向外的軍人為第一。

我們知道鏈黴素的出世，比她姊妹青黴素還要遲，這種稀世之珍，社會上至今尚不多見，偶有一鱗半爪的文獻報告，都嫌材料不足結果參差不齊，難有定論，依據一二例證以推斷其療效，或未免誇浮過甚，或視作神祕之謎。今欲檢討鏈黴素對於病菌的戰蹟，祇有向美國軍隊採取情報，因為他們用得最多，也有完整而有系統的紀錄可憑。

根據「駭軟入軍醫院」的臨床紀錄，和一九四六年十一月「軍醫月報」的報告，我們知道這位鏈黴素女將軍，可以戰勝半數以上的常見病菌，倘若放在試管裏比武，她的戰蹟尤其可觀！我們根據某種化學的反應不同，通常可以把一般病菌分為二類——革蘭姆氏染色陽性反應的病菌和革蘭姆氏染色陰性反應的病菌。這鏈黴素在試管裏（各種不同的濃度），可以打倒百分之六十的革蘭姆氏染色陽性反應病菌，打倒百分之八十的革蘭姆氏染色陰性反應病菌。

不過，「佳兵不祥」，打仗並不是好玩的事。拿這勁軍突起的鏈黴素來說，用之不常，不但沒有能把敵人（病菌）消滅，自家反要受到嚴重的磨擦。而且敵人不是全無抵抗力的，倘使病菌具備了抵抗力，你一輩子也奈何他不得。

據美國軍醫署的觀察，有些病菌對於鏈黴素所發出或造成的抵抗力，比對於青黴素或磺胺類者，為頑強。有些病例，經過十天左右的鏈黴素的「攻擊」或「掃蕩」，不但沒有能夠「戡亂」，病菌的抵抗力，反而增強了一百倍。所以胡亂用鏈黴素進攻，會使你一輩子免不了某種發生抵抗力的病菌之累。而胡亂進攻，又會使得病菌轉移陣地，滲入各層組織，甚至改頭換面，你將永遠對他毫無辦法。手持美國青黴素利器者，勿謂而今而後可以所向無敵也！

這上面是說，攻擊的力量不足，攻擊得不徹底，所產生的病菌抵抗而無可消滅的後果。那麼，大量徵兵全面出擊，怎樣呢？這樣來法，固然很好，可是你得當心自己的腦袋！因為鏈黴素的毒性很強，過量地用上十天以上，你頭顱中的第

八對腦神經(eighth cranial nerve)，會遭受不可償復的損害，你將失去了維持平衡的機能，乃至昏眩，惡心，耳聾，有時腎臟也要受傷。甚至丟了性命！所以祇有富有正式經驗受有專門訓練的醫生，才配用這新藥。

好好地使用，有什麼戰蹟呢？

據美國軍部的報告，鏈黴素對於尿道傳染病的治療，是有特殊功效的，但要病菌具有感受性(Susceptible)才行，並不是可以硬幹的。倘使用了三天，還沒有收效，那麼就趕快放手，假持下去，是不會有好結果的。對青黴素和對磺胺類具有抵抗力的淋球菌，曾經用鏈黴素克服了。

對於攝護腺的傳染病(Infections of prostate)呢，鏈黴素是無所施其技的，因為這個藥進不去攝護腺。

對於骨的傳染病，大體上是沒有什麼療效，除非局部地使用，附屬在外科手術治療裏。

治療腦膜炎的效力，也並不怎樣驚人，不過，把她作為輔佐的療法，也還是值得的。

在許多種桿菌痢疾的治療中，鏈黴素的成績，是令人非常滿意的，有時祇口服此藥，即可奏效。

鏈黴素對於菌血病(Septicemia)的療效——自然是指着對於鏈黴素具有感受性的病菌——很是可觀。但是菌灶的剷除，仍為治本之道。不治其本，徒謀其標，鮮克有濟也。

此藥對於傷寒的療效，甚為有限，用以控制傷寒帶菌者，似無大效。

對於馬爾代熱(Malaria)之治療，單獨使用鏈黴素或磺胺類，均無功效，但如將鏈黴素與磺胺噻嗪(Sulfadiazine)聯合陣線以攻擊病菌，則有制止病菌擴展之力量。然而實驗材料尚少，難予結論。

此藥對於土拉菌血病(Tularemia)甚效。

截至目前為止，此藥對於各種腦膜炎之治療，頗為令人滿意。但所當注意者，此藥必需注射入腦脊膜之內，方可奏效，以青黴素不能從血液滲，過此堅厚之腦脊膜，以攻擊病菌也。

局部使用此藥於外耳，胸腔及腦，效果均甚優異。

採用此藥以治療結核病，實為醫界所熱烈希望者。於此，軍醫界尚未能證實，但亦未於否認之。究竟如何，當有待能較長時期之觀察評判。

介紹上海軍醫中心

東南日報

·許瑾·

【本報特寫】「醫學的發達，可使國家健全。」這是誰也不能否認的吧，那麼醫學在一個國家所負的使命，當不是我們所能衡量的，尤其是在戰爭中，從事醫務工作人員的重要，是決不亞於任何一支精銳部隊的，爲了軍醫的缺乏，我國從抗戰期中就加緊地訓練了，然而直到今天仍感覺到人力、物力、財力的大量缺乏。

敵人佔領時所遺留
設備完善充稱全國冠
聯勤總部軍醫院

上海江灣區軍醫訓練處，是敵人在佔領上海時所遺留下來的一個龐大建築，其設備之完善，充稱全國冠。該處原爲日本人在上海時所建造的，房屋所佔的面積是非常地廣大，設備的完全，建築方式的合乎醫院條件，不但爲上海之冠，即使全國也難找到這樣一個完備的醫院，目前該處包括：軍醫院，軍醫學校，衛生實驗所，護理訓練所等等機構，醫院方面大約可容一千多個病人，因爲物質的缺乏，目前約可收容六百餘人。

爲了使民衆瞭解軍醫方面的一切進展過程，聯勤總部軍醫署林可勝署長，特地東邀了本市各報的記者，到江灣市中心區軍醫訓練處去參觀。

該處房屋原爲日本人佔領上海時所建造的，房屋所佔的面積是非常地廣大，設備的完全，建築方式的合乎醫院條件，不但爲上海之冠，即使全國也難找到這樣一個完備的醫院，目前該處包括：軍醫院，軍醫學校，衛生實驗所，護理訓練所等等機構，醫院方面大約可容一千多個病人，因爲物質的缺乏，目前約可收容六百餘人。

當記者們懷着一股新鮮的探索心情，趕到該地後，就由聯勤總部台灣總醫院院長吳國興的導引，到醫院的各部門去參觀了一番，因爲範圍太廣大了，不知如何介紹是好，現在就走馬看花的略寫一點吧：由門診部、士兵病房、官佐病房參觀完畢後，再參觀物理治療室，治療器有：紫外線，電器按摩，超短波，赤外線，等各種器具，都是滬市其他醫院所少有的，看過 X 光室，手術室，麻醉室，牙科室，上石膏室出來，忽然聽見有人說：「快準備開水，要動手術。」接着我們就聽到有人吶喊的聲音，有人正用担架抬着一個急症的人進來，記者們都狐疑了；「那裏在開火呢？有這樣一個鮮血直淋的傷兵，經過一番詳訊以後，才知重傷者却是一個小工，在江灣市府附近搬運日人遺留的炮彈時，因雷管爆炸而受傷的！同時還聽見一個抬担架的工人不負責任地告訴記者們：「台灣接收來了一批敵人遺下的軍火，在虬江碼頭上岸，我們搬了半個多月了，大概有六萬箱呢」。記者們正擬追問，吳國興院長慎重地說：「這是工人不負責任的話，你們是不能信以爲真的！」

然後吳院長就把我們引到廚房裏去觀看，這廚房的設備更是出乎人意思的完備，清潔，有九個巨大的蒸氣鍋，牆上還張貼着病患者每日配給每人的一張食物表，從這表上可以知道該院對病者給養的注意：

品名	份量	備考
軍米	二五兩	
黃豆	二兩	
花生米	一兩	
食鹽	五錢	

食油 九錢
猪肉一兩
蔬菜十兩 { 折合貨金二六五，六二

另一張表是病患者流質的飲食表。

該院現在官長有二二一人，士兵有三五二人，患病的有傷官十二人，傷兵三十八人，病官五十二人，病兵一七五人，眷屬十五人，共計有二九二人，每天門診約有二百人左右，離開廚房，我們走入洗衣房，有幾個兵士正在燙軍衣，洗衣的器具完全是機器製造的，那只洗衣器每小時可以洗七十件衣服，祇需要把肥皂粉和消毒粉製成約水兩桶，混入污水洗滌，平均一箱肥皂粉可以製成八十小桶肥皂水。烘衣間，每六小時可以烘乾所洗的衣服，總之這繁瑣的工作都利用了機器而減少了麻煩。

當我們移步到陸軍護理科去參觀時，護理科科长周美玉，是一位女中傑出的人材，她為記者說明了護理科的簡史以後，就帶我們去參觀男女護士的教室，臥室，她告訴我們培養護理人材的重要，並且告訴我們該院現有護士男女共六十人，因為隨軍中的護士與普通護士不同，她們是應該受過軍事入伍期訓練的。

別了周女士我們參觀了衛生實驗院的血液，血漿注液部，該部是由前昆明「中華血庫」與勝利後在滬新成立之「無熱素靜脈液實驗製造室」合併而成的，物質方面多半都是由美國醫藥援華會捐贈的。

關於「無熱素液」的製造，目前的新式機械，大規模的出產，可說是始創的，在他們工作人員努力改進推進之下，可以幫助一切靜脈治療法，它的功效是可觀的，他們服務的範圍本來是供給軍隊所需的，為了普及計，把多餘的力量又供給了滬市各平民醫院，每天製成的產量，最高達六百公斤，過去霍亂猖狂時曾與院委會等合作供給「無熱素液」計滬達三千餘公斤，救活的人當以千計。他們所供給的種類計分：(一)生理鹽水，(二)百分之五葡萄糖液，(三)第(一)(二)項之混合液，(四)百分之十葡萄糖液，(五)其他注射液體。

最後我們參觀軍醫車修製部門，該部負責人陳申武少將談話地向記者們說：「我這裏是後台，拉拉雜雜，沒有什麼值得一看！」說着他就走上一輛病車，告訴了我們美式病車，每輛可載病者四人，後經林可勝署長向美擬了一個圖樣，每車有床十四張，這是適合中國的一切經濟條件的。

這時天色已入昏黑，記者們都忙着欲歸去，但是經過吳院長的懇求，我們又回到了該院招待室，林署長因着要公不能親自同記者們談話，就由上海軍醫總院院長王士成，宣傳組長江晦鳴等熱烈地招待着，並且還分發了林署長的書面談話，這次軍醫署在上海召集各地總醫院院長舉行了業務會議，這會議的目的是希望改善戰後的軍醫業務，出席的有南京，重慶，貴陽，台灣，天津，北平，武漢，上海等各地院長，還有西安，廣州，瀋陽，青島等各院院長，因接收後的工作還沒有佈置就緒，因此不能來滬出席。

據他們所研討的結果，祇有人材的缺乏最為障礙軍醫的進步，從那兩張國防軍醫整理計劃表與軍醫署全國衛生人員統計表來對比，我們可以知道目前全國的醫師統計僅一萬二千多人，護士一萬五千多人，其中參加軍醫的醫師僅一千九百多人，護士僅三百多人，牙醫僅十八人，即以全國所有醫生人數去服務軍隊尚且不夠，何況這樣少數的軍醫應付目前國家的所有軍隊是不是太慘了嗎？因此該署現正在積極地招收軍醫加緊訓練，有志從事醫學的青年可別放過這良好的機會吧！

前綫日報

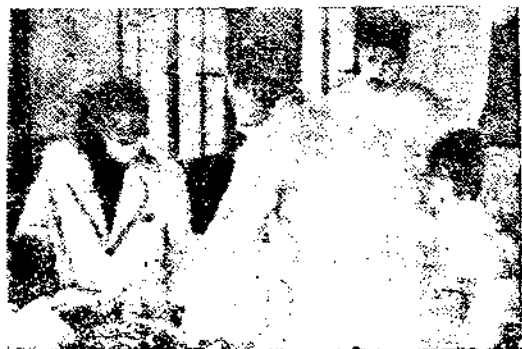
·沈家洵·

(本報訊)聯勤總部軍醫署為改進軍醫業務，於日前起，特在滬召集各地總醫院院長，舉行業務會議六天，昨為第二日，特於下午三時招待本市各報記者，至江灣市中心區上海總醫院參觀該院設備，該醫院原址為戰前之上海市醫院，戰時被敵軍所佔，改為敵陸軍醫院，添造房屋頗多，佔地達數十畝之廣。建有房屋百餘幢，自勝利後，始改為上海總醫院，於本年四月間開始收容傷患病兵，內中設備，皆為現代最新式者，近且添置大批由美國運到之各種新式醫療器材。軍醫署為配合建設國防新軍醫計劃，已建議利用該處之物質環境，樹立為國防醫學之搖籃地，努力迎頭趕上，解決軍醫人才缺乏之最基本問題。此一搖籃地所包括者，計有：軍醫學校、衛生實驗院、衛生裝備實驗所、軍醫圖書館、軍醫博物館、模範總醫院、模範衛生總倉庫、模範衛生營等，全部組織，管理一物一專之規劃，均用最新科學方法，以期達成「教」「學」「用」三者合一。此次各地總醫院業務會議，集會於此，中心乃為軍醫新的開始，將來此項國防醫學中心建設成功，將輪調各部隊機關軍醫人員來此受訓，一面并招考學生，分科專門學習，然此項計劃之實現，非三五年莫辦，必須排除萬難，逐步推行，其次選送成績優良之醫、牙、藥、護及其他各項衛生人員，分類分組赴美國軍醫中心實地研究學習，舉凡有關國防醫學各部門技術工作，及行政管理均派有專人學習，將來學成歸國，即負責主持國防醫學有關各重要部門工作，及担任師資。希望不僅對於國防醫學有所貢獻，且可致力於民族健康。此項各種專門人才，已考選一百二十一人，於本年八月間專輪赴美。

據該署負責人談：是次軍醫署在滬召集各地總醫院院長舉行業務會議其意義，已顯示戰後軍醫業務尚須盡最大之改善，其中有為國人所矚目之問題，即為目前傷患生活與榮軍安置，是否比較戰時已有改善或適當措施，其進行程度已達何種境界，確有公開報告之必要，吾人當毋庸諱言，際此建國開始，百端待舉，而人力財力物力之困難，視往昔為尤甚，軍醫當不能例外。以致軍醫院內所發生之問題，常有所聞，要亦值得注意，歸納言之，不外數端：(一)醫療護理之欠周密，(二)患者指定藥品之未能充份供應，(三)給養之辦理不善，(四)薄餉未能按時發放，(五)殮葬過於菲薄，(六)被服間多破舊或欠整潔。凡此種種，類多出於傷患或榮軍切身之呼籲，自應視力之所及，予以切實

之改善，唯細察原因，雖不乏人謀之不臧，綜其癥結仍不外整個國家人力財力物力之供應未能配合一般之需要。

人才缺乏，最足障礙軍醫之進步此本為我國各部門普遍之現象，而以醫學為甚，軍醫為尤甚，依照世界前進國家之標準。假定一百五十萬人之軍隊中，即應需醫師一萬另五百人，護士九千人，牙醫三千人，而目前我全國醫師之統計，僅一萬二千餘人，護士一萬五千餘人



，其中參加軍醫之醫師爲一千九百餘人，護士三百餘人，牙醫僅十八人，其餘編制上應需之人員，莫不由非正式學資者以補不足，故無論在醫療上或護理上實不易發揮最高之效能。

至於藥品不足，國家已盡最大之力量，而終因經費不敷，或不易充分補給，且以後運輸就軍醫本身而言，迄未能達運用靈活之境，補給容有遲滯。他如給養薪餉被服等無一非關傷患或榮軍日常生活，偶不如意，怨即隨之。然軍醫之所應努力者，不但於醫護之技術上須克服種種困難，蓋一切與傷患或榮軍生活息息相關之衣食住行，靡不有待於解決。而且傷殘病廢之人不但需要醫藥護理及營養，尤須精神慰藉，從而解放其身心之痛苦。此正爲軍醫放眼之點，下手之處以求逐步解決。

至於衛材之補給在戰時且借法案內所獲甚微，戰後亦早停止，致聯總物資全爲供給民衆之用，軍人一無所得，加以國內生產力不足，購買力亦弱，但處此困難情形下，其必需之特效藥品仍力求其不致匱乏，爲節省人力物力財力起見，故於適當地區設置總醫院，分配專科人才，及最新設備，俾鄰近其他各院重症傷患得隨時轉入集中治療，此所以解決一部份人才及衛材缺乏之困難。尚有榮軍安置問題，素爲社會人士所關切，抗戰期間，約有榮軍七萬人，軍醫署所訂榮軍安置計劃，除重殘無力營生者予以設院終身瞻養外，其餘均依各人旨趣及能力，分別予以就學就業遣送回籍，補助農工生產，惟以榮軍多集中內地，目前交通狀況，對此項計劃推行，不無阻礙，至覓取有關社會福利機關之合作，俾能順利早日完成，蓋榮軍離院後即須退役，實有賴於社會機關團體共同協助，始克有濟云云。

(圖爲上海總醫院醫師診治傷兵士和之情形——本報章器攝)

申 報

· 記 者 ·

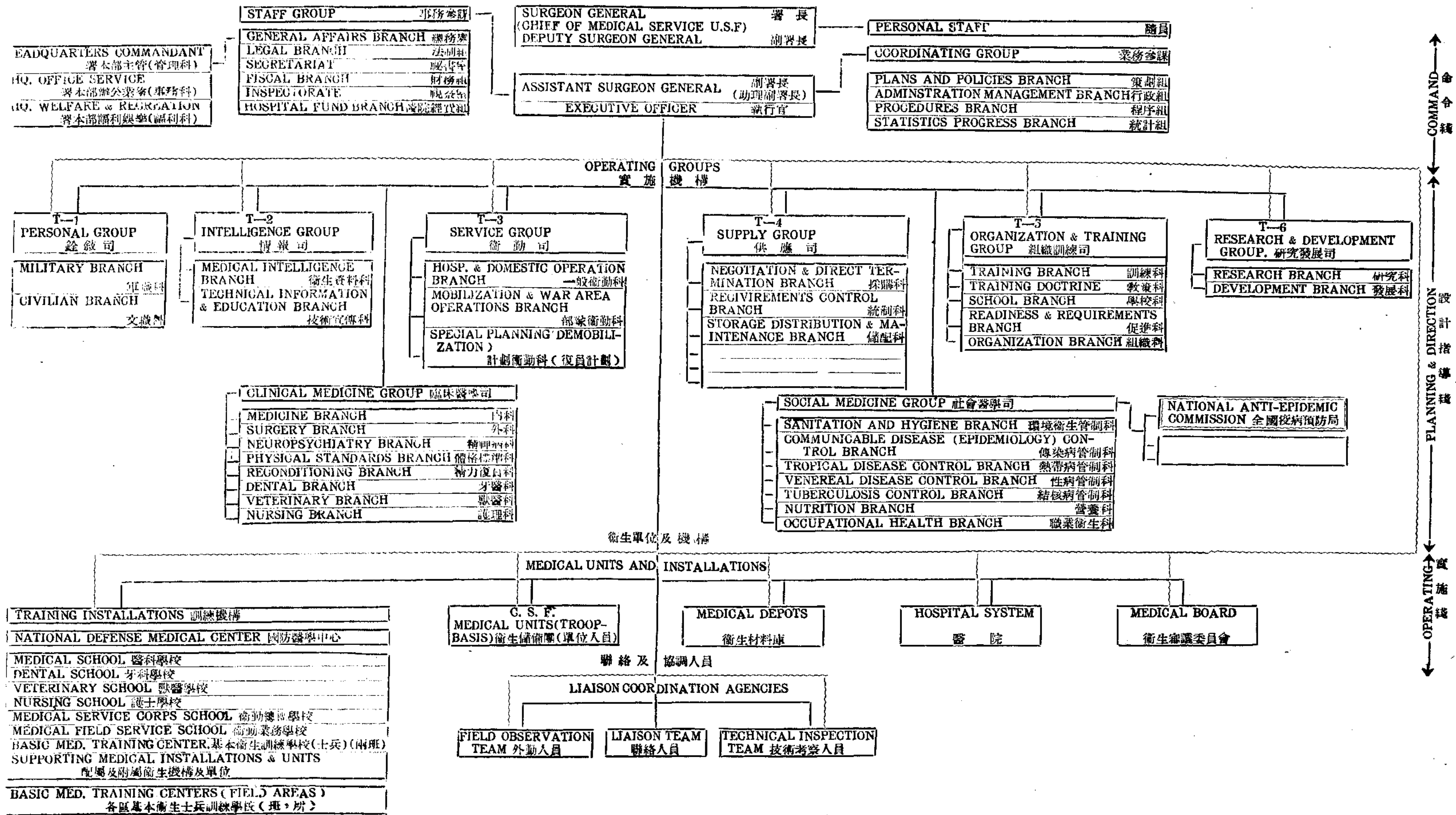
(本報訊)軍醫署爲改進軍醫業務，配合建設國防新軍，最近在滬召集全國各地聯合後勤總司令部總醫院院長舉行業務會議，計劃在本市市中心區利用前敵軍所建醫院及其他建築，組成國防醫藥中心，從事訓練新軍醫技術人員以應國防各種衛生單位之需要。昨日下午該署並招待本市新聞界前往參觀。

國防醫藥中心範圍廣達二百餘畝，包括軍醫學校，總醫院，衛生材料總庫，衛生營，衛生實驗所，圖書館，博覽館等單位。其中軍醫學校分設醫科，牙科，護理科，衛生勤務科，醫事技術科，基本衛生訓練科等，可收學員四千八百餘人。總醫院規模之大及設備之佳，冠於全國任何醫院。病牀總數九百餘張，各種器械設備均係自前日本陸軍醫院接收而來，如日光燈，赤外線，電氣按摩器，短波照視器，X光，特殊手術設備，牙科設備，莫不應有盡有，即煮飯洗衣亦有蒸氣煤氣設備，規模可見一般。院中現任傷病官兵二百餘人，其中以肺患者爲數最多。衛生實驗所中有鹽水注射液製造所，每日大量製造供應全營。所中並蓄白兔數十頭，供試驗製成鹽水有無反應之用。衛生材料總庫中現有美方所贈新式救護車數十輛，此項救護車每車有担架牀十四張，另有一種則有担架牀四張，另可坐輕傷者十六人。一輛可抵普通救護車數輛之多。

軍醫署以我國軍醫業務中最大缺點爲人才缺乏，故將積極推進此醫藥中心，抽調各部隊機關軍醫人員來此受訓，並招考學生分科專門學習。此外並選送成績優良之醫務人員分類分組赴美國軍醫中心實地研究，本年八月間已有一百二十一人專輪赴美。至於榮軍安置計劃，除嚴重殘廢無力營生者擬予設院終身瞻養外，其餘補助就學就業或遣送回籍，此等工作尚賴社會團體共同協助以謀解決。

國防醫藥中心
全國於甲備設
★備九床納有防野
★國代學收司院醫★

軍醫署組織系統表 (新建議案)



對於軍醫署組織 一個新建議

美軍醫署問題

韋格蘭上校

要 旨

軍醫署組織系統表(如圖)之唯一特點，即軍醫署長之地位，可直承於國防部(故表上 SURGEON GENERAL 列在 CHIEF OF MEDICAL SERVICE U.S. F 括弧之上)，表內各單位，須與陸海空軍及聯勤各部負責，非僅限於聯勤一個部門，在未作進一步討論之前，須先為說明者，此表乃美軍方面之新建議，以供國防部之參考，尙未成為定案，將來容有修改之處，但原則可望通過，表內各種單位之任務及運用，另有文字建議，並有詳明規定，惟各署之組織，大致相同，即如表上左方「事務參謀」(原譯參謀幕僚)之部，除醫院基金組而外，殆與兵工署財務署等均同。所不同者，軍醫署乃高度技術作業之部門，特見於表中「實施機構」之部，而有臨床醫學司及社會醫學司兩個單位，則有異於其他各署耳，因此，由於各署組織之功能及運用，多相類似，故國防部可能接受此項新建議也。

抑有言者，此種組織之可能性，將使軍醫署長之地位，可能提高至參謀總長境界，換言之，軍醫署長即為參謀總長之技術參謀，非僅為軍醫業務之最高主官而已，以表下新加「聯絡及協調人員」之部，所增出「外勤人員」，「聯絡人員」，及「技術考察人員」三項，其目的在於獲得除聯勤總部之外，其他各個總部衛生業務之狀況，以及裝備，成績等各種情報，俾可密臻協調與合作，求得步驟之一致。不過此新加之項目係屬於臨時性者，目前有此需要時則利用之，至情況消失時，則取銷之。例如某一地區或陸海空軍部分的發生衛生材料補給之困難，軍醫署長即可命令此種聯絡及協調人員，收取情報。倘於衛生作業上發生困難，即可指派技術考察人員收取情報。而均予以適當之補救，並指導加以改善。

第一段 即表上命令綫之段

軍醫署署長任務維何？主要者乃為運用組織之功能，而使軍醫、牙醫、獸醫所需之防疫、保健、治療、復健、以及以上所需之供應等各種措施，咸能達成完滿之作業，軍醫署之組織，自署長，幕僚，業務實施單位，附屬機構(國防醫學中心及其他訓練單位)供應單位，(材料庫)治療單位(醫院)

，預備性衛生單位（衛生儲備團）以至其他衛生處等，皆整個包含於體系之內。

首先，應說明者為軍醫署長及幕僚之部，署長左右有一般參謀人員，其下設八司（T-1至T-8）。亦各為署長之參謀人員，以之策劃陸海空軍及聯勤之一貫軍醫政策，並監督實施，蓋對於整個軍醫業務有指導監督之責任，但執行以上之任務時，可直接亦可間接通過其他機構行之。因之，軍醫署為創造整個軍醫政策——包括陸海空軍及聯勤——之最高決策機構，並執行一切軍醫作業之設施。故軍醫署長之任務應具有雙重性：其一、直接為參謀總長之技術參謀；其二、則為軍醫署執行勤務之最高指揮官。

軍醫署長有私人參謀及私人秘書各一人，（即表右上方之隨員）副署長名額有二，其中一人依慣例言，在署長公出時，代理署長，並處理所有署務，至能否完全代表處理？如明確言之，則副署長必須協導八個司工作，並以八個司之工作情況對署長報告之。另一人司助理署長之任，專對聯勤總部負責，事實上猶聯勤總部之衛生處長，與陸軍軍醫處長海空軍醫務處長地位相同，其職務協助署長。亦須協助前一副署長，但須署長授權並應以署長名義，執行其職務，於此情況下亦無異署長之參謀。

執行官之職務，負責軍醫署例行事務及技術作業方面公文之處理與推進，在第二次大戰時，以美國為例，執行官負責指揮九百餘人之工作，惟其職務繁重，故有如表左上方一部人員——即事務參謀人員，協助執行官工作，但軍醫署之執行官與其他各署之執行官不同之處，即多一醫院基金組之管理，因情況特殊也。

事務參謀之部（見表左上方原譯參謀幕僚）（一）總務處——司全署庶務雜役及員兵福利娛樂之管理，此次大戰，美國軍醫署之總務處，辦公地點佔十三層大廈，可見其事務繁瑣之一斑。（二）法制組——與兵役之徵召衛生人員等制定各種法令有關，在另一情況下，又為軍醫署之軍法機構。（三）秘書室——與一般秘書室之性能相同，但文書部份應設在秘書室。（四）財務組——司整個經費之出納及稽核，與現制同，但普通經費須以執行官為保管人。（五）觀察室——為軍醫署長之耳目，司例行觀察及陪同觀察之責，控告調查與舊制同，最後轉法制組辦理。（六）醫院基金組——為軍醫署獨有之特殊機構，司醫院節餘經費之管理，並作適當分配以為醫院之基金，以上事務參謀各單位之工作，於必要時，得請實施機構之單位，依其業務性質，分別予以協助處理之。

業務參謀之部（見表右上方原譯聯絡參謀），此一部份人員專為軍醫署長收集工作情報，其組織1.收集資料，2.研究，3.分析，4.建議，意為軍醫署長之智囊團。換言之，此一部份人員，應為足以評議業務效率之專家，須從所有收集之資料中研究，分晰而整理成為問題，並製成解決方案，建議軍醫署長採擇施行之，其地位即如我國行政三聯制中設計考核之地位。但執行之任務，仍須軍醫署長付之副署長（助理署長）及執行官辦理。（一）策劃組——收集資料研究行政新的設施。（二）行政組——分晰行政效率之得失，以謀行政效率之提高。（三）程序組——促進行政效率增加，如製訂報告體例，規劃表報格式，決定統一有效之行政步驟。（四）統計組——收集軍醫方面乃至全國性以及世界性之有關醫藥統計資料並製圖表公佈之。

關於軍醫史料部份，本表未列專管單位，在戰時可成立一個機構，以主其事，平時，由各單位自行收集，集中秘書室彙編。

第二段 即表中設計指導綫之段

(一) 銓敘司——下設兩科，一司軍職衛生人員之管理，一司民職衛生人員之管理，此種民職人員，類為規定之編制外軍用聘任人員，但此種軍用聘任人員，只限軍醫署有權辦理，其他陸海空軍之軍醫處及醫務處，均無權辦理。

(二) 情報司——下設兩科，一司有關醫務衛生資料之收集，如疫情，新藥發明，部隊衛生狀況，新衛生作業之方法等均屬之，一司技術報導，如宣傳，編輯，發行軍醫書刊等均屬之。

(三) 衛勤司——為軍醫署執行勤務之主幹，任務繁重，一部份為參謀業務，一部份為實際作業，下設三科，一司醫院管理及其他衛生單位之管理，至醫院之修繕工程亦屬之，一司動員及戰區作業，居軍醫署發號施令之地位，一切衛生單位之調度及配設均屬之，一司設計及其他特別作業，如研究配合部隊作戰之配備計劃，及紅十字會等僱兵團體之聯絡均屬之。

(四) 供應司——專司衛生材料之供應，其對象陸海空軍須視為一體，不可偏重，下設三科，一司材料之採集，一司材料之統制，一司材料之分配及保管，但其他有關軍醫用途之軍需品，概不屬供應司職掌之範圍。

(五) 組訓司——下設五科，凡編制之修訂研究，訓練方針，教材，進度之擬訂，以及徵召受訓人員之分配等，皆屬之，其中之促進科(第四科)，司人員之徵召與分配之一段全中之準備工作，例如某地野戰醫院須新開設，但無人員，由衛勤司通知，向人事司請徵人員，然後由組訓司之促進科分配訓練中心受訓，假定訓練三個月結業，仍由促進科考察受訓人員是否合格，如認為合於要求，即行通知衛勤司頒發出發令，向野戰醫院報到，畢其全程，皆由促進科居間聯絡各有關單位辦理。總之，由於促進科之作業，使整個軍醫之訓練進度，隨時皆可瞭然。

(六) 研究發展司——下設兩科，乃一綜合研究以謀發展作業之機構，其細處，即一人一事一物皆須研究是否適宜？例如裝備是否合式，須由此機構加以分析與研究，然後決定發展方案。換言之，其每一個人之研究工作詳細，綜合之則為整個有機體之工作，必須分工合作，始能完成任務。

至如臨床醫學司及社會醫學司下設各科，顧名思義，不待詳費，惟須部份解釋者，現制榮善司依美國情形，其業務屬臨床醫學司之復健科，因其大部份業務，屬社會救濟機關辦理，故本表未列榮善司機構。又如獸醫，僅屬防疫及治療屬軍醫署主管，其他獸牧而不屬醫藥範圍者，應屬馬政司主管，故祇於社會醫學司下設獸醫科辦理。就實際觀察，結核病及性病以及環境衛生，在中國頗成問題，須善與民政衛生機關，密取連繫，制定防疫之策，合力以求事功。

尾 語

總之，整個軍醫作業，(一)決定新兵體格標準，(二)保障軍中官兵健康，(三)給予傷病適當治療，(四)使傷殘病廢獲得復健。實際軍醫作業之實施機構，所謂人事、情報、衛勤、供應、組訓、研究發展等六司，要皆藉以運用而發揮臨床醫學司及社會醫學司兩部作業之效能。易言之，臨床醫學與社會醫學始為軍醫署之最基本作業，倘此新建議能獲實現，方能獲得第一等人才，及第一等器材，實現偉大之理想。中國目前交通情況尚處於海洋隔絕之地位，其優越點不似歐美國家，一國疾病流行，即可迅速影響鄰國，正可訂立一嶄新理想之方案，埋頭實驗，必易獲得成功。吾人希望中國當局之高級參謀人員，——即國防部各廳，愈能對此有更深之認識，使此新組織能更順利通過，此有待於善於運用宣傳，以達此崇高之目的。吾人希望此一新組織能獲實現，不但對軍隊作戰力直接增強，即全民健康亦可賴以進步，換言之，這需要不止於軍隊。因此，吾人須加緊宣傳，努力推動，認真確實予以推行，此非為某一入爭取榮譽，實可以提高中國軍醫之地位，吾人相信經共同努力必獲成功者也。



江 晦 鳴

一本有生命的刊物，就像一株成長緩慢的植物。「軍醫月刊」在今天發苗了，我們也是這樣地祝望它慢慢的成長。

勾起回憶：從前有過「軍醫公報」，也有過「軍醫季刊」，都有過欣欣向榮的美景；只可憐幾株剛成，枝頭青青，便經不起幾度花開和幾番花落而慢慢的凋殘了。因此我們對這本「軍醫月刊」格外地修葺，就需十分小心的加以培植。

我們憑藉什麼來培植這本刊物呢？那就是：「一種對自己忠實亦對人忠實的心情；一種生活與工作無所遺憾的感覺；一種愛別人亦為別人所愛的能力」。這不是我們的驕傲，我們是那樣戒慎恐懼的來培植這本刊物。

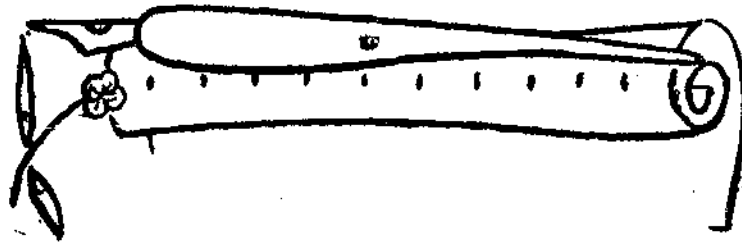
出版是人類傳播文化也是促進文化的手段。目前中國醫學界的出版物，是十分的寥落，醫學界，寥落的情況，自是不言而喻了。「軍醫月刊」此時間世，它所肩負的使命，是藉學術而促成軍醫學術進步的。方今世局多故，我們不能讓油鹽醬醋沖淡我們的理想，我們更不能讓污濁點染我們的園林。

什麼是「軍醫月刊」的園林呢？它的路徑：第一，是古典型，它要繼先進軍醫之遺志；第二，是橋樑型，它要溝通世界的軍醫學術和廣大的軍醫心聲；第三，是藝術型，它要追求美善美！

講到內容，大致是依以下的幾種佈置：（一）專題論綜——是發揚歷史的美，是理論的真，和發明方案的善，以建立中國衛生勤務的指路碑。（二）學術文叢——是譯述萃要之門著作，是臨床心得，是預防新知，是開軍醫學術研究的門徑。（三）工作通訊——是取事為實之橋流水。（四）參考資料——是取人為鑑的明湖翠池。他如公報，攝影，可以幫助了解軍醫動態的，不管是工作上，人事上，或是法規上，亦必盡力點染，引人入勝。這一般佈局都需要花費一番匠心的。

美麗的希望啊，不是靠我們樹榜來獲得讀者的垂顧，我們要貢獻我們熱情的愛，忠擊的心，學習怎樣努力工作，以求無所遺憾，來贏得讀者之心。雖然，這一期，是靠着熱愛軍醫的作者給以可貴的力的給予開闢了這一引草萊；可是，由于編者的匠心笨拙，手頭遲鈍，還不免使大家都在憧憬美麗之中。就以出版的慢，形式的陋，和譯文不能對照的排出來看，已經是不容寬恕編者的棉力有限了。

我們相信有一分努力，終有一分收穫，一本有生命的刊物，就像一株成長緩慢的植物，這長成多半是從作者和讀者的鼓勵而獲得的。「軍醫月刊」，我們熱望它慢慢的終於成長，我們尤其熱望作者和讀者愛護它不斷的予以鼓勵，我們熱望它，也愛護它，使它成為新軍醫的新園林！



聯合勤務總司令部軍醫署 法規審查委員會組織規程

- 第一條 聯合勤務總司令部軍醫署（以下簡稱本署）為審查修正各種軍醫法規起見特設法規審查委員會（以下簡稱本會）
- 第二條 本會應行審查之法規如左：
- （一）凡有關本署主管業務業經頒行之法規其中有須重加修正者由各主管司處室組附具修正案或意見書移送本會審查之
 - （二）本署各司處室組及附屬機關所訂法規草案擬請頒行者呈經署長核交本會審查之
 - （三）署長特交審查之法規
- 第三條 本會置主任委員一人由署辦公室主任兼任副主任委員一人由考核室主任兼任委員十三人由本署各司處室組主官（或副主官）及署辦公室專員一人兼任秘書一人由本會委員兼任書記一人由本署職員兼任
- 第四條 本會每月開常會一次必要時得由主任委員召集臨時會議
- 第五條 本會開會須有半數以上委員出席
- 第六條 本會審查法規於必要時得邀請本署有關人員列席會議
- 第七條 經本會審查修正之法規於呈奉署長核准後移送主管司處室組依照規定程序辦理
主管司處室組對於前項修正之法規如有異議得申敘理由呈由署長核定或發交本會覆審
- 第八條 本會日常事務由秘書室主任委員副主任委員之命督同書記處理之
- 第九條 本規程自公佈之日施行

本刊啓事

—
神聖沉戰，光榮結束，我軍醫史料倘能纂輯成篇，必多借鏡。惟是史料真義，重在紀實，非從事於實際工作者，莫能得其底蘊，非遠搜廣求，不足以策其完備，如承我軍醫先進，出其珍藏，惠賜本刊自當敬謹校印，以光史乘。雖吉光片羽，亦在所歡迎！謹啓。

—
本刊草創伊始，集稿費時，設計未周，又以倉卒付印，編排未能盡合理想，良深歉仄！幸承上海軍醫中心，各地總醫院之協助，以及徐步安，葉維法，史敏言，鍾志謙諸先生允予經常惠稿，至拜嘉賜，併此致謝！



聯合勤務總司令部軍醫署

各部門主管人員名錄

單位	區分	級職	姓名	別號	籍貫
軍署	本部	軍醫總監署長	林可勝		福建海澄
署	本部	軍醫監副署長	陳立楷		浙江天台
署	本部	醫軍監副署長	吳麟孫	繼高	浙江嘉興
署	辦公室	軍醫監主任	錢繩武	正甫	浙江建德
軍醫	技術宣傳組	一等軍醫正組長	江晦鳴	飲虹	安徽旌德
軍醫	史組	軍醫監組長	張振夏	故吾	浙江黃岩
考	核室	軍醫監主任	汪一	如是	安徽舒城
總	務處	軍醫監處長	蔡善德	克明	安徽合肥
總	務處	軍醫監副處長	蔡良佐		河南伊川
第	一(文書)科	軍簡三階科長	朱殿臣	典宸	山東安邱
第	二(管理)科	一等軍醫正科長	徐省三	蔚亭	湖北武昌
第	三(事務)科	軍簡三階科長	張伯齡		河北天津
第	四(福利)科	軍簡三階科長	沈匡興	念中	江蘇南匯
財	務組	軍需監組長	吳謙星		湖南長沙
醫	務統計組	軍荐一階組長	黃育個		福建閩清
衛	生勤務司	軍醫監司長	段之模	儒楷	河北威縣
衛	生勤務司	軍醫監副司長	李子琳	靜宇	河北蠡縣
衛	生勤務司	軍醫監副司長	朱季玉		浙江桐鄉
第	一科(勤務計劃)	代理一等軍醫正科長	張秋帆	聖慵	湖北武昌
第	二科(技術)	二等軍醫正科長	譚家周		江西永新
第	三科(醫院)	一等軍醫正科長	曾慶道		江西峽江
第	四科(兵站衛生勤務)	一等軍醫正科長	史寶炎	勁伯	安徽合肥
第	五科(業務效率推進)	一等軍醫正科長	謝文龍	志霄	浙江瑞安
第	六科(傷患)	一等軍醫正科長	張芳年	冠華	江西廣豐
第	七科(作戰衛生勤務)	一等軍醫正科長	左冠章	樹濤	江蘇鹽城
銓	調司	軍醫監司長	蔣旭東	謙伯	江蘇鎮江

銓 訓 司	軍醫監副司長	景凌瀾	子軍	河北易縣
銓 訓 司	軍醫監副司長	張協時	翔青	浙江嘉興
第一科(訓 練)	一等軍醫正科長	李義璋	瓊庭	河北易縣
第二科(人 事)	一等軍醫正科長	葛兆勳	篆青	浙江金華
第三科(動 員)	二等軍醫正科長	張瑞禾		上 海
供 應 司	軍簡三階司長	胡會林	誦初	浙江蕭山
供 應 司	司藥監副司長	錢雲蒸	伯霞	浙江嵊縣
供 應 司	軍醫監副司長	邵季昂		浙江紹興
第一科(存 量 統 制)	軍荐一階科長	汪猶春		江蘇南匯
第二科(購 置)	一等司藥正科長	管棟材		浙江衢縣
第三科(經 理)	軍需監科長	劉圃耘	藝賓	廣東興甯
第四科(目 錄)	科長			
第五科(庫 務)	一等司藥正科長	范鎮亞		浙江安吉
第六科(配 發)	一等司藥正科長	陳萃華	澤華	湖南茶陵
專 門 技 術 司	軍醫監司長	李穆生		湖南樞縣
專 門 技 術 司	一等軍藥正副司長	馬家驥		上 海
第一科(內 科)	一等軍醫正技術專員兼科長	周壽愷		福建思明
第二科(外 科)	軍醫監技術專員兼科長	張先林		安徽合肥
第三科(放 射 科)	一等軍醫正技術專員兼科長	榮獨山		江蘇無錫
第四科(神 經 精 神 病)	技術專員兼科長			
第五科(牙 科)	技術專員兼科長			
第六科(護 理)	一等軍醫正技術專員兼科長	周美玉		浙江慈谿
第七科(體 格 檢 查)	技術專員兼科長			
第八科(復 健)	技術專員兼科長			
預 防 藥 學 司	軍醫監司長	彭達謀	蘇病	湖南沅陵
預 防 醫 學 司	軍醫監副司長	李育仁	玉仁	山東泰安
第一科(衛 生)	技術專員兼科長			
第二科(流 行 病 管 制)	技術專員兼科長			
第三科(性 病 管 制)	技術專員兼科長			
第四科(檢 驗 學)	一等軍醫正技術專員兼科長	曾濟仁	育德	福建南安
第五科(營 養)	技術專員兼科長			
第六科(工 廠 衛 生)	技術專員兼科長			
第七科(醫 學 情 報)	技術專員兼科長			
第八科(軍 眷 衛 生)	技術專員兼科長			
榮 善 司	軍簡二階司長	王耀庭		河北昌黎
榮 善 司	軍簡三階副司長	郁瘦梅		江蘇海門
榮 善 司	軍簡三階副司長	毛懋猷		湖南平江
第一科(榮 軍)	軍簡三階科長	孫德亮		山東滕縣
第二科(編 訓)	軍荐一階科長	馬世駿		山東滋陽
第三科(善 後)	軍簡三階科長	劉延鴻		江蘇淮陰

1947 一月篇

二日

- 一、核復贛北師管區暫緩成立軍醫院。

三日

- 一、第二，第三，第四，第五，第七，休養院健愈官佐，業經中訓團分別指隊收訓。

六日

- 一、各休養院健愈士兵撥補困難，經呈奉國防部(36)成讓字第〇二九三號子符代電核示：各休養院所有健愈士兵，凡年齡在四十歲以內，身體健壯，堪服兵役者，應由各院逕行商同就近之師團管區，撥交部隊接收。至老弱不堪服役之士兵，仍由各該院依照向例規定，予以資遣。

七日

- 一、為明瞭靖縣湖南生產處榮軍生產狀況，派榮壽司第二科科長馬世駿前往視察。
- 二、轉報第十八臨教院等單位應退役之官佐李新亭等八員。

八日

- 一、擬定本署各衛生單位及榮管單位之修正編制，送請聯勤總隊聯勤處彙辦。

十日

- 一、奉聯合勤務總司令部訓校字第六〇六六九號子魚代電，轉奉總長陳(35)成感訓配漢字第四〇一四號代電，核准衛生勤務訓練所展期

至本年二月底編併入軍醫學校，經轉電軍醫訓練處籌備委員會及該所知照。

十一日

- 一、奉聯合勤務總司令部(35)爰勤代電為學兵總隊奉令裁撤，所有衛生人員儘先撥補理重迫擊砲第(13)(14)(15)團剩餘人員，負責安置，經電該總隊部將撥編剩餘人員，分級職，姓名，出身，經歷等項，造冊送署，以憑辦理。
- 二、核復魯東師管區暫緩成立軍醫院。

十三日

- 一、核復簡陽團管區暫緩成立軍醫院。

十四日

- 一、轉報第三臨時教養院應退役官佐胡震采等十六員。

十五日

- 一、代電(1)(2)(4)(5)(6)(7)各補給區司令部轉飭各醫院，將所有成立之預備組着自二月底一律裁撤。

十六日

- 一、第十六兵站醫院院長李永員呈以患胃腸病，擬請調職轉地療養，簽部調該員為本署原階預備員，遺缺以孫鳴高接充。
- 二、轉報衛生用具製造廠應退役官佐施有政一員。

十七日

- 一、擬訂臨時流動手術組織辦法，規定由總醫院或較優之後方醫院抽調專科軍醫組成，調赴戰地担任緊急救治工作，業經呈奉批准，正通令辦理中。
- 二、第十二臨時教養院院長李星樞已逾現役限齡，簽部擬送軍官總隊辦理退役，遺缺以南世謙接充。
- 三、第十八臨時教養院院長及紹嵐已逾現役限齡，簽部擬送軍官總隊辦理退役，遺缺以陳品鈔接充。

十八日

- 一、代電天津總醫院着派分院二個，開赴北戴河設置。
- 二、擬具衛生器材補給實施暫行辦法，簽請總司令核示。
- 三、奉聯合勤務總司令部訓校字第六一四三七號訓令，令知聯勤各學校暫行停止召訓，原在校學員生仍按照原教育計劃實施。
- 四、第四十一後方醫院奉令結束，該院所有衛生人員統分發第六補給區整編(64)(74)(76)等三師，及六三後方醫院服務者，共二十人。餘員均照復員辦法辦理。

十九日

- 一、第四十九後方醫院奉令結束，所有衛生人員統分發第一、第六、補給區，整編第(57)(62)兩師第(12)(19)(81)三後院，鄂西師管區，貴陽總醫院，服務者共三十六人。餘員均照復員辦法辦理。
- 二、第十五臨時教院已奉令於子東成立，其成立日期，並已轉報總長陳核備中。

二十日

- 一、榮軍生產陳列品電令各補給區各生產單位速彙集運京，刻已陸續運達。

二十一日

- 一、奉總長陳○○五二號子灰署代電，准第四七衛材供應庫展期至本年二月底結束。
- 二、軍醫學校冊報，大學部醫科三十八期，牙科二期，藥劑班一期畢業生，請分發服務，除牙科全部留校外；餘經分發整編第(5)(18)(74)等三師服務。

二十三日

- 一、第八教養院院長劉斐然能力薄弱，簽部擬送中訓團或軍官總隊受訓，遺缺以葉奎堯接充。
- 二、第十九臨時教養院院長劉作岷奉令退役，遺缺以第六教養院中校總務主任王馭寰升充，經簽部核示中。

二十五日

- 一、奉聯合勤務總司令部令擬具聯勤部隊衛生教育令草案，送請訓練處彙辦。
- 二、電復教育部補徵醫事畢業生報到限期，展延至本年三月底截止。

二十七日

- 一、擬定國防醫學中心各教育機關編制表，送請聯勤總部彙辦。
- 二、湖南榮軍生產事務處編制已奉令修正，並已輕防限於三月一日開編成立。

二十九日

- 一、核准皖北湘西黔西豫南等師管區成立軍醫院各一所。
- 二、核復第六補給區司令部，該部成立之休養大隊着即裁撤，第(32)衛生大隊暫緩組設。
- 三、代電第三、第四、補給區司令部，關於原限元月底裁撤之第(33)(41)(45)(49)(59)後方醫院及(20)兵站醫院等五個單位，准展延一個月，至二月底結束。

軍醫月刊稿約

- (一)本刊內容，分專題論綜，學術文叢，工作通訊，參攷資料，法規選輯，人事公告，一月大事等欄，歡迎下列稿件：
1. 衛生勤務之研討
 2. 醫學實際知識之研究評論譯著與介紹
 3. 軍醫工作動態與生活實錄
 4. 醫學書報之批判與介紹
 5. 軍醫史料與名人傳記
 6. 榮軍善後問題之研討
 7. 其他有關軍醫作業之文字劇本圖照木刻詩歌等作品。
- (二)來稿內容及文字，力求新穎切實。
- (三)譯作以對照排印為主，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)來稿一經掲載，酌致稿酬，除特殊著作外，概不附印單行本。
- (八)一稿數投之作品，請勿惠賜。
- (九)稿末請註明真實姓名及地址。
- (十)來稿請寄南京四條巷軍醫署軍醫技術宣傳組。

軍醫月刊



第一卷 · 第一期

中華民國三十六年一月三十一日出版

編輯兼發行者 國防部聯合勤務總司令部軍醫署