

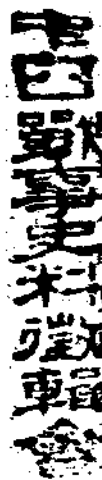
軍醫學校第一分校醫科第二期畢業紀念刊

軍醫通訊

本期要目

部長訓詞
 教育長訓詞
 大葉性肺炎之診斷.....林 浦
 治療濕疹應有之認識.....張振祥
 由藥理上論軍陣中施行麻醉適用之氣仿.....李兆文
 惡性瘧疾昏迷型臨床之一例.....王 煒 光
 鄒 其 壽
 漫談膿漏眼.....姚士湖
 軍隊健康與營養關係.....姚舉尹
 關於近視眼的幾個問題.....黃培齡
 牙科常識.....張尙林
 軍醫學校第一分校第二期畢業同學通訊錄
 動態告報
 捐款鳴謝

部 長 訓 詞



時至今日，吾國抗日戰爭，已屆第四年代；
 戰發生，亦既二年矣。吾人深知國被侵略，不
 抵抗者，固必受亡國之慘痛。奮起抗戰，而國力
 人力不濟者，其結果亦難免覆滅之虞。今吾國抗
 戰三年有餘，愈戰愈強。雖恃三軍之奮勇，亦足
 見吾國國力人力之偉大矣。惟所謂國力者，乃一
 國之人口，財富，物質，精神之綜合的力量，還
 固出於天賦，運用則有待於人謀；故現代戰爭
 不外智力之比賽與兵源之比較，智力高超，科學

發達者，則運用閃擊戰；人數衆多，兵源不絕者
 ，則運用消耗戰；吾國人民智力固不亞於其他民
 族，惟以科學落後，教育不昌，遂不能與列強爭
 衡；但我物質得天獨厚，民族優點殊多，乃我利
 用消耗戰，必能制勝之至寶，人力之重要，既如
 上述，其負保持人力之責者，應知有所警惕矣。
 保持一國人力之責者，固不祇軍醫人員，而軍醫
 人員平時保持軍人之健康，戰時減少傷病之損失
 ，乃無可旁貸之職責；果我全部軍醫，均能盡忠

社址：貴州安順陸軍軍醫學校內

嚴謹，使三軍之醫藥，日就優良，其裨益於軍事者實有淵深，凡我軍醫學生不可不首先澈底認識此義。此應向畢業諸生告者一也。

——抗戰愈久，困難愈多，早為意料中事，乃短視長難者，恆以此藉口，而忽視其責任，或怠慢其研究，此種現象，最堪痛心。委員長在本年國慶紀念日告軍民書內，曾有剴切之指示曰「要求全國軍民在敵線要努力殺敵，在淪陷區域要努力破壞敵人，牽制敵人，誓死不與敵人和漢奸兩立；在後方的同胞要特別刻苦，特別節約，特別堅定，而振奮一切；在敵的人員更應特別檢點自身，特別痛自鞭策。」又曰：「我們必須乘這個封鎖壓迫艱難缺乏的時機，盡率於開發產業，增加生產，努力於科學的研究發明和創造，奠立我們堅實而獨立的經濟基礎。」讀此吾人當已知努力之方矣，新畢業之軍醫學生，尤應特別記

取，努力於科學的研究，發明和創造，一點不可須臾或忘，此應向我畢業諸生告者二也。

此次抗戰，關係整個民族國家之運命，全民戰爭人民有貢獻能力與侮國存之天職，自不應有些許推諉猶豫之現象，尤以軍事學校學生，身為青年之前衛，復受國編之培養，更應服從命令，努力所事，乃過去常見少數學生，多方規避，不願赴部隊服務，或服務未久即見異思遷。此種現象，殊為軍人之恥辱，要知數年研讀，正好藉此實際機會一驗所學，何況藉隸軍醫，軍醫即為我終身事業，應如何獻身黨國，爭取榮譽，豈可違法干紀，以避重就輕乎，除另令主管機關嚴予考核外，此又應向我畢業諸生告者三也。

以上三點，有關於認識之重要者，有關於努力之方向者，有關於命令之服從者，幸各遵循，無忝所學，本部長有厚望焉！

教 育 長 訓 詞

國家造就人才，各有目的。政府設官分職，各有專司。世界上有組織有紀律的國家，對於人才的使用，既不許各人自由行動，亦不容隨便去使用人才。規定了用人行政的標準；畫分了各人的職務權限。在人的方面，既是各司所事，各逞所能，各展其才，各極其用。在事的方面，亦就鉅細靡遺，綱舉目張；隨時推進，政治修明。富國裕民，整軍經武，以濟于富強之域；根本都在用人行政任官惟才上着力。這是我們中國青年應行的認識。尤其是我們中國青年應該切實循從的途徑，時至今日，遭遇了曠古未有的欺凌；橫受了人間未有的屠殺。更加要知道受人欺凌和屠殺的原因在那裏。要知道國家所以衰弱不振的病根又在那裏。我們知道了原因與病根的所在，我們要在原因與病根上一齊努力。認清了我們的責任與環境，我們要站定崗位，在我們責任上一齊邁進。必定要大家一致，上下一心；才能够众志成城；才能够修齊平治呵。

人生學甚麼幹甚麼用甚麼？這是決不許移易的。學而能自用，用而能盡才，自然個人不至於白學，國家不致於白教；而且可以善始，尤可以克終。我們學軍醫幹軍醫，是國家賦予我們的責任。是國家派定我們的崗位。責無旁貸，義不容辭。要盡到我們的責任，要把守我們的崗位；尤

其是要在各人的責任與崗位上盡量的發揮各人的智識與技能，然後小而個人的前途；大而國家的事業；才可以蒸蒸日上；演進無窮。國家設置軍醫的崗位，大約有二三萬個，這許多的崗位，決不能和普通警察的崗位打比。只維持地方的治安為止；決不能與一般醫生的崗位打比；只拯救少數人民的疾病為度。這許多的崗位，是國防線上的崗位。是國防軍力的一種。不將這許多的崗位佈滿；不將這許多的崗位把住；不在各人的崗位上盡量的發揮智識與技能，這就是國防線上軍力的弱點，就會遭受到敵人的攻擊。亦必將個人前途進而至於國家事業斷送到一蹶不振的地步。現在統計我們軍醫的人數，佈不滿國家設置的崗位。同時這許多崗位；事實上不能空虛，所以就有許多不能稱職的人來替我們把守。這許多人既不知道這個崗位的重要關係，又不能在此崗位上發揮他的技能與力量；於是乎事實上遭受了嚴重的困難和打擊。輿論界備受了落伍與幼稚的責罵。國際的軍醫會議席上，又受够了敵人的污辱與蔑視。這是我們中國軍醫界的奇恥大辱。我們軍醫同學不去洗刷，不負責任去切實洗刷；是終久貽誤濟不濟而且決不足充實國防崗位表現國防軍力而終致於永遠失敗的。

我們認識了軍醫是國防線上的崗位，是國防

軍力的一種；同時認識了軍醫人數，還不足以佈滿國家規定的崗。所以我們在積極方面要設法培養大量的軍醫人才來充實國防軍力，準備國防線。在消極方面尤希望着凡是軍醫同學，大家認清責任，扼守據點，各在責任上努力，在據點上奮鬥，進以表現國防軍力，發揮國家威權，退以求我們上下左右縱橫進退的發展基礎。然從軍醫崗位才可逐步充實，軍醫事業才可漸趨改良。這是軍醫同學應該深刻認識切實履行決不容稍有賒欠，稍有寬假。為的是國家賦予的責任，國家派定的崗位，我們天經地義要把守，決不是黨同伐異，奪利爭權，各立門戶強自劫持的私人意見或行動；假設軍醫同學明知故犯，放棄我們的責任各自謀生，離開我們的崗位各找職業，試問我們求學，所學何用。國家設教；所為何來，我們既不為國家所用，自然就有人來越俎代庖；借客代籌，又何必要等人來排斥和指摘呢？

流水般的時光，一年一年的過去了，我們在這炮火連天烽煙匝地流離轉徙困苦艱難的世界大巨流當中，充實了我們抗戰建國的力量，支住了我們健軍強國的教育，堅定了世界戰雲的壁壘，打開了民主與獨裁的分野。我們分校第二期的同

學，亦適於此時畢其學業，而奉派去扼守國防線的崗位，進而做世界兩大賊蟲的基礎磚石了。鄙人認長本校的教育，忝居同輩的長官，當此分道揚鑣，各奔前程，驢曲戰道，陽關三疊的時候，我沒有高談偉論來貢獻給大家，只拿軍醫學生當軍醫的口號來做我們全體同學的信條，履行國家賦予我們的使命。諸位學已成；業已就，崗位派定了，責任分明了，我們要如何才可以站住崗位，要如何才能够發揮技能來完成我們的責任呢？諸位才出校門，初任仕版，或不免望洋興嘆，歧路興悲，所以又乘著老馬識途之義來作事實上的指示。站住崗位有形式與精神的兩種解釋，站住崗位而不能在崗位上發揮學術與技能來博得大家的信仰，圖謀事業的進展；或者是因循疏縱，同流合污，以致於腐化，那是形式上的站住崗位，就是所謂尸位素餐。時至今日，是不容許我們尸位素餐了。反過來假設我們在崗位上發揮很大的學術技能，博得大多數的信仰與讚美，在其位則言聽而計從，暢行而無阻，不在其位，仍然是要諫諍善道，察納雅言，那才是真正的站住崗位，精神上站住崗位了。各畢業同學其勉哉！

大葉性肺炎 (Croupose Pneumonia) 之診斷

徐敦官 編 泉譯
林 浦筆記

假如有一病人；忽然發熱；咳嗽；胸部刺痛 (Sitenstechen)；痛側不能臥床；脈搏很快；呼吸短促；打診聽診均無甚變化，或只可聽見一點摩擦音 (Reibegerausch) 此則係乾性肋膜炎 (Pleuritis sicca) 之症狀。可是乾性肋膜炎不是一個獨立的疾病，而永遠是其他疾病的症狀。同時它也是大葉性肺炎初期的症狀，故此時如無 X 光檢查，實難診斷其為肺炎。因此，在醫學史上，肋膜炎與肺炎並無分別。不過兩者以後之經過不同，可資鑑別。在乾性肋膜炎之熱型 (Eieber Kurve) 起病即可上升至 39°C 至 40°C，在大葉性肺炎亦然。但肺炎的熱型是稽留熱 (Febris Continua)，到第七至第十一天則突然下降至 37°C (Kritische Abfall) 或在第五天第六天時，熱型先行下降少許，然後再突然下降至 37°C 而且有 50% 的肺炎患者於起病之初有惡寒戰慄 (Schüttelfrost) 以後體溫很快的上升至 40°C，在乾性肋膜炎的熱型則多在第二天即下降而不形成稽留熱，此外，如大葉性肺炎

超過十二天仍未下降時，則多有合並症 (Komplikation) 存在，惟大葉性肺炎之退熱可分三種

第一種是真正的退熱，多見於病後之第七天至第十二天。

第二種退熱是虛脫性的退熱，可在發熱後之第二天。體溫突然下降到 36 度以下，此種退熱愈遲發生愈不好。假定病人在發生 Krise 而體溫忽然由 40 度 C 下降至 36 度 C 以下時，則係死亡之現象。雖經注射強心劑 (Herzmittel) 亦難挽救其生命矣。其與真正 Krise 之區別為脈搏忽然速小，Cyanose 或白色，呼吸短促。

第三種的退熱是假的退熱 Pseudokrise 即在退熱後幾小時，體溫又再上升，此則多發生於第五天至第八天。其與真正 Krise 的分別；在於其脈搏之數目不隨體溫之下降而減少，每分鐘脈數仍在 100 次至 120 次之間。在真正的 Krise 則脈搏可隨體溫之下降而降至 80 次至 90 次，肺炎初期之症狀已與乾性肋膜炎之症狀相同且初期之肺炎亦必

有乾性肋膜炎。但何以有許多肺炎之病人不發生摩擦音呢？此則或係因有病之胸，由于保護作用而不運動之故；或則因爲肺炎患者之肋膜很早就發生了粘連，故不發生摩擦音也。而且此摩擦音只發生於下葉性肺炎而上葉性肺炎則幾無之。是否上葉性肺炎之肋膜不被侵犯則尙爲一未解決之問題云。

關於大葉性肺炎之物理診斷。在視診方面起初如乾性肋膜炎之症狀；即呼吸短促，刺痛等等。聽診 (Auskultation) 只有摩擦音及呼吸音粗糙，即呼吸延長。打診 (Perkussion) 則無所得。惟在第一天只有一個症狀 *Signe Du Son* 即一個銅元。貼於患者之胸壁上，用另一銅元敲之，醫生用耳貼于患者對側之胸壁聽取。在肺炎時可聽見木音 (Da, Da, Da) (在滲出性肋膜炎 *Pleuritis exsudativa* 則成金屬音如 *Don, Don, Don*) 在肺下葉生肺炎時於第一天行 X 光檢查有很少數例子可以在肺門處發現灰色陰影，肺炎到第二天時，患者每吐銹色痰液，聽診可見少數之乾性水泡音，打診則見有病之處之聲音，稍爲短促。在 X 光檢查時，可見原來局限于肺門之陰影，向周圍擴大。其境界多半明顯。到第三天時，乾性水泡音變爲純粹之氣管枝音 (Bronchial Atmung) 而原來之水泡音及摩擦音則消失，打診時可發現濁音 (Dampfung) 有時在濁音中稍帶點鼓音 (Tympanie) 行觸診 (Palpation) 時則此處之聲音震盪 (Stimmremitt) 增強，(在滲出性肋膜炎則減弱) 但如有分泌物塞於大氣管枝時，則聲音震盪亦可漸時減弱。如患者在發生 *Krise* 時則聽診又恢復原來之水泡音，而氣管枝音則又漸次減少。到完全退熱時，則氣管枝音又漸消失。但已加強之聲音震盪，則每延長一、二天方才消退。此則因病灶之炎性浸潤 (Eutzündliche Infiltration) 尙未完全被吸收之故也。行 X 光檢查時，於原來大塊之陰影中發現多塊大理石樣花紋。即在大塊黑影中發現多塊之灰色影子。以後漸漸形成網狀條紋；最後則只剩幾條粗的血管影子。此時患者已無何症狀。但在經過中可發生危險之合併症。即多在第九第十天發生肺水腫 (Lungenödem) 此時患者之呼吸表淺口唇現青藍色 *Cyanose* 發冷脈搏超過 140 次。在呼氣及吸氣於各部之肺臟均可聽見濕性水泡音 (Feuchte Rassel Geräusch) 而在氣管枝炎時

之水泡音則只發現於吸氣之時也。

此外，大葉性肺炎須與葉間性肋膜炎 (Interlobane pleuritis) 鑒別。葉間性肋膜炎最多發生於右肺之上中兩葉間，始病亦有發熱，刺痛，咳嗽等等如肺炎初期之症狀。不過用輕的打診 (Leichte Perkussion) 時，則沿右側第四肋間處，可以打出一條濁音線來。因右肺之中上兩葉間適在該處經過之故也。而大葉性肺炎之濁音則未必形成線狀。次則在葉間性肋膜炎時亦可發生氣管枝音，乃因炎症壓迫肺泡，並將其中之空氣逐出而氣管枝呼吸音乃可以透出之故也。惟行 X 光檢查時，則在中上兩葉間發現一紡錘形之陰影，果比肺炎之陰影更爲明顯。如令病人轉身時則沿右側肋間處有一條黑影。在大葉性肺炎時則見陰影向四周擴大而不成條狀也。

在大葉性肺炎中，以上葉性肺炎之預後 (Prognose) 較爲不良。尤以右側者更壞而下葉性肺炎則比較良性。其原因尙不甚明瞭。其次大葉性肺炎以愈少合併症愈好。如在肺炎之經過中，發生鼓腸 (Meteorismus) 則患者多趨於死亡。因此種鼓腸係由於循環發生障礙亦即心臟能力不足之表示也。余曾見過一個肺炎患者發生痙攣 (Krampf) 然後有亂說話 (Delirium) 於次日雖見好轉，但結果亦已死亡。此外有許多大葉性肺炎患者，忽然在身上發生許多紫斑。此時，其預後亦不良。余亦曾看過一例，於發生紫斑後之次日即告死亡。在白血球方面如桿狀核白血球 (Stäbchenige Leukozyten) 增加，且其核變粗而鬆，原形質 (Protoplasma) 發生空泡 *Vakuole* 並有鹼性顆粒時，則亦變壞其預後。

致於肺炎球菌之定型方面；則可用以消毒生理食鹽水洗淨後之肺炎患者之痰液 1cc 注射於小白鼠之腹腔內。經過四至八小時後，抽出其腹腔滲出液作凝集反應。乃可決定其屬於某型。惟大葉性肺炎患者之痰中之細菌以肺炎球菌 (Pneumokokken) 爲最多。此外可有 Friedländer 氏肺炎桿菌 (Friedländer'sche Pneumobazillus)；葡萄狀球菌 (Staphylokokken) 及連鎖狀球菌 (Streptokokken) 云。

治療濕疹應有之認識

濕疹為表在性皮膚之炎症也；本症為皮花科常見之一種；據本校門診部二十八年六月至二十九年十月十六月間之統計病例4467間濕疹一門已有690例佔皮花病第二位罹病率為15.4%實屬驚人此常見之濕疹其治療極屬複雜我們要有深刻之認識細心處置才能使患者早復健康。在治療原則上第一步先須除去發病原因爰特先將本病之原因約略探出以便施治本病發生之素因可分內因外因前者原因至今不明與體質有關。常見於家庭中父母子女多半有患濕疹之傾向。就一種毒素對此人可以引起濕疹而對彼則毫無關係是即患者有內在性素因也。此外攝生上胃腸障礙，內分泌之情形，過敏性亦有密切之關係但如何可以引起濕疹，又使吾人不能解答也。後者又可分為四種說明之：

1. 機械性刺激，如衣服之壓迫。常見於頸部或兩皮膚面相接之磨擦如鼠蹊部及肛門溝或傷口之治療使用絆傷膏等均可引起濕疹。
2. 藥物及化學之刺激此則甚多，如外科家之常以昇汞水洗手各種重金屬及Teor製劑均可引起。就治療濕疹時如有大刺激亦可使病勢加重。
3. 外傷性之刺激，於傷口附近易發生濕疹，因血循環障礙也。
4. 其他皮膚有別種病患如疥瘡虱病黴菌等皮膚病因抓傷而引起發者。

濕疹大別為急性慢性兩種，因其症狀之複雜，炎症之有無，於治療上絕不能同時共語也，如有此類病人前來求醫；應首先問明病源，如何引起，而將原因除去，保護患部，給以適當之局部及全身治療，患者應與醫生合作，不怕麻煩，病未全愈，絕不停止治療，如是則全愈可指日以待。於治療當中我們應留意下列數點才不致有錯誤：

1. 有刺激性藥如柏油製劑應從小量用起如無刺激現象則可漸漸增加至用20-30%或竟純柏油亦可但在急性炎症時期絕對不能應用此類有刺激之藥品是為最要。
2. 對於一種脂肪有特異質者(過敏性反應)不能用此一種脂肪為藥膏基底，應改用他種脂肪，門診部嘗見有一鼻病之患者，因用鮮華軟膏Zink salbe(係用Vaseline所配)引起全面部嚴重之濕疹，後高主任認為此種軟膏不行乃改用橄欖油配

濕疹

製次日症狀大為輕快，此實為最明顯之例也。

3. 所有軟膏蓋藏過久，尤於熱帶地域，以豬油類物配製，最易發生腐敗，對於皮膚易發生刺激作用。
4. 於治療期間不得用水及肥皂洗滌之因於冷熱水中所含之有機物以及磨擦而起之機械損傷將刺激症狀加劇而延長治療經過也。
5. 患者須安靜必要時局部加以包裹。

依急性濕疹各期之不同而將局部療法分述於下：

紅斑性濕疹 Ekzema erythematosum 此為單純性充血，局部呈彌性潮紅或呈大小不等之紅斑，腫脹有燒灼感。此時可用0.25% Resorcinlösung或3% 硼酸水電包，三小時後交換一次，每日三四次，如此可以促進滲液之吸收。如果以火酒加上1-5%甘油及些少1:1000Suprarenin則作用更好，因可減少燒灼感及痒感惜目前價格較貴耳，其處方如下：

Rp Resorcin 0,25 Rp Acid boric 3,0
 Aq. dest. ad. 100,0 Aq. dest. ad. 100,0
 D.S. 外用 D.S. 外用
 Rp. Solutionis Suprarenin 1:100
 Glycerin aa 3,0
 Spir. vini diluti ad. 100,0
 D.S. 外用

此外可用撒佈劑鮮華油，及5-10%硼酸鮮華呢膏，此均無刺激常用之藥，其處方如下：

Rp Zinc oxydat
 ol. olivar aa 30,0 Rp amyli Tale.
 S. 外用 Zinc oxydat aa 30,0
 S. 外用撒佈粉

Rp Acid boric 1,0-2,0
 Zinc oxydat
 Amyl. tritici aa 4,0
 Vaseline flav. ad. 20,0
 S. 每日塗患部二三次

丘疹性濕疹 Ekzema Papulosum 若濕疹在紅斑期於組織內發生滲出物而成米粒大或小豆大之紅色丘疹，甚痒，炎症亦將消退此時可用 Zinkol, zink salbe, 石炭酸Zink Past (或以Menthol代之) 或貼上

Wilkinson氏藥膏。此有減少刺激及止痒作用，其處方為：

- RP Liquor carbonis detergens 2,5
- Aq. des 5,0
- Ung. mo 20,0
- D.S.
- RP Ol. Cadin 5,0
- Sulf. Prac 15,0
- SaPon. virid. 3,0
- Vasel. flav. 30,0
- M.D.S. Wilkinson氏軟膏

用銻華軟膏及銻華泥膏塗上應均勻且薄，塗過後以撒粉撒上，此對於衣服不易弄髒，下次用藥時，可不必將殘餘之泥膏除去。

小水症及膿疱性濕疹，此由於滲出液積聚而成小水疱，其內容澄清，後發生化膿性傳染，則成膿疱性濕疹，此用混入止痒劑之Wilkinson氏軟膏，或銻華油，如紅腫重者，則再施行電包。止痒可用1%Menthol酒精或1%Thymol酒精均可。

糜爛性及結痂性濕疹 Ekzema madidans et Crustosum 若水疱破後滲出液仍不停止，則生濕潤，患部潮紅，表皮剝離而呈糜爛狀，有黃白色漿液流出，如水疱或膿疱其內容乾燥，則成痂皮，於糜爛面若用撒布粉則可使膿漿與痂皮相混，吸收水份，後成痂皮，使滲出液無法排除，且為化膿菌之培養基，使病灶受更大之刺激，故撒布粉應絕對禁忌，而應用銻華硼酸軟膏厚塗於消毒紗布貼上，或用銻華油塗上，日二三次如有結痂，則宜用軟膏使之軟化除去。

慢性濕疹治療：慢性濕疹之皮膚乾燥，皮丘大而突起，皮膚則變深易生苔癬化Lichenifikation皮膚肥厚，若同時炎症現象存在，則先消滅炎症而後施行慢性濕疹治法。此最有效藥為土肥氏潤膏長期使用，多能治愈，若無效驗，則改用Wilkinson氏軟膏或3-5%焦性沒食子酸軟膏或5%Chrysarobin軟膏等均可，若角質增殖著明則混入5-10%柳酸軟膏使用之其處方為：

- RP Zinc. oxydat

- Sulf. sublimat
- Pic. Liquid aa 10,0
- AdePs snill 30,0
- S. 土肥氏軟膏
- RP Acid. Pyrogall 1-2,5
- Vasel. flav. ad 50,0
- D.S. 外用
- RP Acid. Pyrogalli
- Acid. salicylic aa 3,0
- Solve in
- Ol. Reeni 3,0
- Anthrosal 1,5
- Vasclin. flav. ad. 30,0
- S. 外用
- RP Chrysarobiu 2,5-5,0
- Traumatic ad 50,0
- S. 外用

如不願意用軟膏，則可以柏油酒精TeersPiritus代替之。如：

- RP Ciognolin 0,05-0,25
- Acid salicylic 2,0
- Liquor carbonis detergens 10,0
- Zinc. OxYat
- Talc.
- Glycerin aa 10,0-20,0
- SPirit. (70%) ad 100,0
- M.D.S. 外用
- RP Ol. fagi 5,0
- Acid boric 1,0-2,0
- SPur, Dilut ad 100,0
- S. 外用

藥物治療經久不愈，而改用紫外光線之照射，此有止痒作用。

對於頑固慢性濕疹，有顯之效果，照射時只將患部露出，周圍則以白布遮蓋之。每禮拜兩次，射次照射3-5分，照射距離50-70CM，照三五次後，距離減短，時間增長（如有濕潤時，絕對禁忌）余於廣州曾患慢性濕疹，經數月藥物治療均

不能全愈，後則改用太陽燈照射，兩禮拜後，果然全愈，只遺留有色素沉着，由此可知紫外光線對於頑固性濕疹，實有良好之效果也。

全身療法：

此法亦甚重要，尤於小孩濕疹，須禁吃蛋白質。肉類及有刺激性食品如酒類是，應多吃蔬菜水果，如是雖未用藥物治療病勢已可減輕，如有便秘則應時時注意時時通便或給以緩劑，若常有痒感，則內服或注射鈣製劑如：乳酸鈣 Calc. lact. 0.5-1.0每日三次每次一包或5-10%，氯化鈣 Calc Chlorat 溶液10c.c. 作靜脈注射，每日一次，常常復發之濕疹可以長期使用亞硫酸劑如亞細亞丸或Fowler氏滴內服，對於亞細亞丸服法患者多不明瞭，於治療效果不確，故有說明之必要，即自每日三次，每次一粒服起，漸增至每日三次，每日三粒止，然後減至日服三次，每次一粒止。此

時應注意患者之忍受量如何及有無中毒現象而給於休息期。

亞細亞丸服法表

日期	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
次數	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

共計粒數 3 4 5 6 7 8 9 8 7 6
總之濕疹之治療應根據臨床上之症狀而使用無刺激之藥物。至若使用桃油製劑，因各人之感受性不同，所用油之分量應由最少量用起至無刺激為止。此又須各人之經驗而應用之。(完)

參考書 高英符 皮膚花柳科

Zambusch: Die Haut u. Geschlechts-krankheiten

Riëcke : Lehrbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten

士肥章司：皮膚及性病學

由藥理學上論軍陣中施行麻醉適用之

氣仿 Chloroformium

李兆文

軍陣中行外科手術為不能免之工作，由是氣痛設備匪可忽略，否則不獨影響傷者之精神體力並可妨礙外科工作實施，乃當其時恆格於時間緊促與人員之缺乏，於是對麻醉法之選擇，誠不得不慎重考慮，麻醉法大體言之，分全身麻醉法與局部麻醉法局部麻醉法雖可減少軀體因麻醉而起的重要臟器之損害，然須熟諳人體構造之軍醫施行之，致耗人力一也，麻醉手續繁複，作用發生稍待致費時間二也，傷者有時須取一定的麻醉姿勢，若腰髓麻醉而增痛苦三也，故局部麻醉法大部於充裕時間，缺乏助手及適宜手術部位方始行之；全身麻醉法有直腸麻醉法與靜脈麻醉法，雖作用迅速，且無氣道刺激，但因麻醉之不能統製，易有中毒危險及麻醉後常見數小時之睡眠或興奮之故而僅用之與吸入麻醉法相配合作基礎麻醉，使病人不感受精神上任何痛苦，惟此類藥品價格昂貴，亦耗人員與時間，故不若率直施行吸入麻醉法為佳。吸入麻醉法採用之吸入麻醉藥，乃經過肺臟吸收再與中央神經系發生物理性結合，此所以調節既快且易，此亦所以在不損害性命之下，能發揮最深度之作用，並隨手術之需要，將此種麻醉深度保持至若干時間者也，吸入麻醉法既作用迅速，確實，尤以人員節省（不須醫官自行麻醉，可

擇慧敏看護兵加以訓練，普通在短時間內即可成材）在軍陣中實可謂捨此莫屬之麻醉法矣。

吸入麻醉藥乃性質溫和之氣體或蒸氣，僅引起極弱之刺激作用，在適當施用時，令知覺與所有之隨意性或反射性運動皆消失，此乃因大腦及脊髓神經所致，（大腦之知覺中樞麻痺則氣痛，脊髓運動中樞麻痺則肌肉張力解除，反射消失，而達麻醉目的，）但呼吸，循環，物質代謝等之機能則仍正常，如此阻止麻醉作用移行至呼吸或循環中樞，實為麻醉者最大之責任。

血中之吸入麻醉藥，乃取自肺泡混合氣體中者，故此中之吸入麻醉藥緊張度，方為決定血液及組織攝取麻醉藥多少之因素，視此種肺泡混合氣體中之吸入麻醉「蒸氣緊張度」與「血液」間交換均勢達到之快慢（此關係一物理原則一，Henry-Dalton氏原則一：混合氣體中各成分之攝取，依其等分壓Partialdruck之比例，分壓愈大則被吸收之百分量愈高。（實際上氯化氫 Aethe Chloratus 亞氧化氮 Nitro, Genium oxydulatum 及 Acetylen 者高，氣仿 Chloroform 及 醚 Aether 者低，）二，溶解係數 Loschlichkeitskoeffizient 一：溶解係數愈高則在血液中之數目愈多之飽和量達到愈慢（於39度 C時醚之溶解係數為15，氣仿者為10.3，氯化氫者為2.5，

其沸點者為0.73，而其蒸氣者為0.44，其麻醉作用出現之速度，氯化氫對該時點之達到極易，在時間內即誘發深度麻醉，惟其蒸氣異常迅速（沸點12+12.5度C），至麻醉之平均深度，匪易保持，遂不適於施行長久之麻醉，而只用於施行小手術之時（8. 醉時僅需十分鐘）以麻醉停止後病人於數分鐘內已完全清醒與乎無任何後作用之自由行動，而終於於後住者所採用之醚類Aetheranach矣。

亞氧化氮（笑氣）Acetylen, Aethylen 等雖皆為作用優異之氣體麻醉藥，惜由於施用困難（須特種之麻醉器械）與價格昂貴，故軍陣中難於普遍實施。

氯仿及氫對該均勢達到較慢，並由血液之脫失亦慢（氫仿之沸點 60-62度C 比 34.5度C 比所以遲遲的誘發深度麻醉而亦能長久維持此深度麻醉者也。

氯仿及氫均適用為持久而又深重之全身麻醉之藥品而尤以氯仿在軍陣中更為相宜，其優點所在，雖莫能及焉。1. 氯仿對中樞神經系之麻醉作用與醚極為相似（攻擊中樞神經系之程序的大腦，脊髓延髓 Medula oblongata，作用之始發生興奮，其後則發生麻痺）但麻醉過程中之興奮期 Exzitationsstadium（究竟起於真正之興奮或抑制之消失，尚不明瞭）比醚短促，此在有酒精 ALKOHOL 習慣之官兵極易使之進入深度麻醉而醒則在麻痺之始往往引起劇烈精神性與運動性興奮，即麻痺加深，有時亦難以排除，雖於麻痺前小時注射嗎啡 morPhinum hydrochloricum 及氫溴酸莖菪鹼 Scopolaminum hydrobromicum 或先以氯化氫誘發麻醉以避免之，究屬費時。費物費力者也。2. 氯仿之作用迅速而強烈，此因麻醉出現速度決定於氣體物理原則，而氯仿之溶解係數較小於醚，其次亦因氯仿之沸點比醚者為高致蒸發較慢而藥效脫失遲矣；故氯仿施行便利，時間節省，反之，醚作用稍慢，需量較大，3. 純粹麻醉用氯仿，並無氣道刺激；反之，在醚麻醉過程中必起促進分泌作用，致有強烈之流淚，流涎及枝氣管之分泌，此種枝氣管分泌之亢進，尤對於久處陣地生活遂易患呼吸器病之官兵特別劇烈，結果麻痺後大部隔二至三天續發肺臟合併症（枝氣管炎 Bronchitis 及枝氣管肺炎 BronchoPneumonie）之危險甚高，雖麻痺前注射硫酸阿托品

Atropinum sulfuricum 能減輕之，然仍不能完全解除其對麻痺者之刺激枝氣管粘膜之作用，而氯仿仿麻痺則可避免之。4. 氯仿蒸氣不燃燒不爆炸，適於缺乏水電設備之軍陣中，而不受光源之限制，隨時可行麻痺，反之醚遇火起燃燒與爆炸，致麻痺時器具 Maske 附近絕不能有燈火或燃燒金屬，遂影響外科工作而又不便於晚間施行手術。5. 氯仿仿麻痺引起之循環損害與物質代謝障礙比醚顯著雖為其弊，幸軍陣中官兵均身體強壯，其忍耐力較普通人者良好，且在精捷技術之下倘所用之分量並不太多，麻痺時間又不太長，亦未必一定有害，此證於第一次歐戰時用之既廣，效果亦佳，其引起之危險又不若一般人估計之大而可知之。

氯仿 Chloroformium (Trichlormethan CHCl3) 為甜味臭之揮發性液體，難溶於水中，在血清中稍佳，但極易溶於油及脂肪之中，沸點60-62度C比重1.5，遇氫分解成鹽酸 Salzsäure 與光氣 Phosgen (CoCl2 + Hcl ← Hcl13 + O) 致損害肺臟，故其純粹與否關係重大，此可以氯仿浸溼濾紙，待蒸發後嗅其氣味如何，苟其中含有少量光氣，則有刺鼻氣味不難知之，特別氯仿蒸氣當接觸火燄之時，分解格外迅速，於是極易惹起嚴重之光氣中毒 Phosgennergiftung。

氯仿麻痺經過現象：1. 興奮期 Exzitationstadium —— 直接刺激大腦及大腦開始麻痺 —— 多言與暴動，呼吸短促，脈搏加速，痛感消失，但知覺則未完全消除（醱酊醉 Rauchnarkose）此時肌肉仍有緊張，瞳孔反射增強，瞳孔擴大，有時因胃粘膜炎刺激發生嘔吐。2. 忍受期 Stadium der Toleranz —— 大腦完全麻痺 脊髓麻痺 —— 知覺完全脫失痛覺消除，肌肉弛緩，反射消失，瞳孔縮小與反應遲滯，角膜反射 Corneareflex 消失，口蓋帆麻痺，並因舌肌弛緩舌向後沉而加深，劇息 Schnappen，呼吸與脈搏均告有規則，此時即可施手術矣。深麻痺移行型：- A) 麻痺過淺（清醒）瞳孔擴大與復有反應，呈現角膜反射，脈搏及呼吸不規則而速，疼痛表現，肌肉緊張，反射，有時嘔吐或乾嘔。B) 麻痺過深（虛脫 Kollaps!）由於延髓麻痺，瞳孔格外散大與無反應，角膜反射消失，呼吸表淺不規，有時停頓，脈搏小弱，有時喘息，顏面紫藍或屍樣蒼白手術創口之血液變

燥。乾。2, 清醒期 Stadium des Erwachens: 一反射, 肌肉緊張, 感覺及知覺恢復, 頭痛及震盪, 欲睡, 噁心, 嘔吐。

氣仿麻 副作用 Nebenwirkung: 當最初吸入含氯仿之空氣, 常覺劇烈的呼吸過制反射, 乃因氣道粘膜感覺神經 (三叉神經 Ntrigemini) 受刺激所引起暫時性的呼吸停頓 (氣仿假死 Chloroformasphyxie), 但此種自動消失, 此亦可於麻醉開始時採用不過量氣仿蒸氣濃度以避免之。又仿於血液中比之麻醉較易達到麻醉呼吸中樞所需之濃度, 故對於呼吸狀態特別注意; 麻醉過程中亦能因舌部後沉使氣道阻塞而窒息必須以舌鉗子 Zungenzange 將舌拖出, 口腔關閉時則以牙關張口器張開, 氣仿主要的危險在循環方面初因經迷走神經之反射性心臟抑制, 繼因迷走中樞 Vaguszentrum 於不良換氣之際之興奮, 以及氣仿直接麻痺心臟肌與血管之收縮器等之作用, 致在麻醉初期已出現強度的脈搏遲慢並顯著之血壓下降 (臉色蒼白, 粘膜紫藍), 而於達到深度麻醉, 更因心力衰弱及動脈抵抗力減少, 使血壓降低益甚, 於是脈搏既小且速; 若是之血管虛脫與心臟麻痺之危險遠過於前, 此在粥樣化血管 Atheromatose Gefäßsystem 及心臟疾患特別為冠狀動脈硬化病人較易發生此等之循環損害, 尤於心力不健全而又興奮之病人, 當尚未達到麻醉深期, 已可使脈搏突然消失, 心臟衰竭, 終於休止, 此種麻醉深期之心臟虛脫或因心室浮動 Kammerflimmern 所致, 其危險令人可怕, 蓋多數症例雖採用回生之術 (人工呼吸, 心臟按摩, 循環藥 Kreislaufmittel) 仍不能援救病人故也, 物質代謝方面, 氣仿使酸之生成激增, 而惹起強烈酸中毒 Acidosis, 此於多數糖尿病人 Diabetikern 常招致致死性昏迷 Todliche Koma; 此外使實質性臟器 (腎, 肝, 心) 起脂肪變性 Fettige Degeneration, 損傷腎上皮乃有特異性蛋白尿 Albuminurie, 其枯汁細胞乃發生黃疸症 Ikterus, 特別損害心肌 Herzmuskeln, 遂致呈長久心臟機能不全 Herzinsuffizienz 之症候。

仿麻之施行採用開放性鐘狀小器具 Mas-

ke, 施行點滴法 Tropfmethode, 先加數滴于器具, 取近病人之鼻使其習慣, 方行蓋上, 滴時令病人計數, 先每秒鐘一滴, 其後每二至四秒鐘一滴以維持麻醉深度, 但滴數當依各個人當時之狀況確定之。

麻醉達到深度後所應不斷注意者為呼吸, 此須規則及有相當深度, 次為肌肉之張力於完全弛緩之後, 則常有靜息徵象, 此外亦可由胃部之波動性運動證知之, 齒反射現象——虹彩之光皮射 Lichtreflex 及以指尖接觸角膜起眼瞼閉鎖之眼瞼反射 Lidreflex——對於富有經驗施麻醉者反不及觀察呼吸與肌肉張力之重要, 但在初學之施麻醉者似宜持續考究反射狀態, 尤應注意其消失, 例如光反射之消失, 固只表示麻醉之某種深度, 尚不需時麻醉中止, 在深麻醉期間倘原來縮小之瞳孔驟然散大, 則為動眼神經中樞 Oculomotoriuszentrum 麻痺之表示, 而為即將發生危害性命之呼吸麻痺之徵兆, 必須立即減低麻醉深度, 此外心臟之能力與循環情形於麻醉過程中自亦須留意焉。

氣仿中毒經過, 正常多係先停止呼吸然後心臟繼之歇止, 因當漸漸吸收過量氣仿之際, 各器官均等的受影響, 惟因血管運動中樞 Vasomotoriumzentrum 之易於感受遂致一般的血管麻痺, 於血壓降低之下呼吸衰弱以至停頓而死亡, 然此時之心臟固尚運動有規則與有力量, 以後才行停止; 此外亦偶見心臟麻痺在先, 呼吸停頓在後者此可因突然的含有過量氣仿之血液由肺臟擁進心臟, 於是在未顯出一般麻醉之前, 以心臟嚴重之中毒, 致心臟麻痺而至死亡, 於此由於心臟之首當其衝也。

氣仿麻中毒解救: 輸入新鮮空氣 (立即除去器具及一切有壓迫氣道之可能物, (長久持續人工呼吸, 二氧化碳 CO2 吸入 (刺激呼吸中樞 Atemzentrum) 祛痰等, 輸注射, 心臟按摩 Herzmassage, 皮膚刺激, 番木鱈毒 Strychnin (0.05: 10 溶液) 注射, 氯化鈉溶液 NaCl-Lösung 添加副腎素 Adrenalin 輸注 insulin 副腎素溶液 (1% 0.1 2Cm) 心臟內注射。最後謹誌作者學識淺薄, 謬論當所不免希加指正。

惡性瘧疾昏迷型臨床之一例

王煒光
鄭其壽

緒言: 臨床上所見之惡性瘧疾, 成爲神經症

狀者, 名爲腦狀瘧疾 Gehirnmaalaria 其發生昏迷者

名爲昏迷瘧疾 Komatose Malaria。此病發生之原因，在病理上簡單言之，更可得其如下之變化

一、物理方面：惡性瘧疾原蟲之無性生殖，繁殖迅速，每在12-24小時內，即可分裂一次，每於發病一星期後，可見其滿佈全身血液，可在血片中檢得極多量之小戒子型，故其分裂子與色素粒及破爛之血球，堆積甚多，特別偏好在腦內之毛血管，而易發生腦血管之栓子，使成神經症狀，此爲機械所引起神經障礙也。

二、毒素方面：惡性瘧疾之毒素，較之其他瘧疾特別厲害，而易使病人成爲沉重之中毒，腦中神經纖維與腦質等，皆可隨之發生中毒現象，成爲出血小點，或腦膜水腫與腦脊液之發炎狀態，使腦壓增高，此爲由毒素關係所引起者。

如是惡性瘧疾在臨床上引起昏迷症狀像腦卒中 Apoplexie, 尿毒症 Uraemie, 或昏迷型糖尿病 Komatose Diabetes 與腦膜炎 Meningitis 等相似，故此病在臨床診斷上最易發生錯誤，而使治療發生失去時機及效力者，實爲不鮮。余等讀朱教官師晦所記載一文於1937年7月——1938年1月在廣州所發現腦狀瘧疾情形，其患者留醫院治療中，共有1311瘧疾病例，其中有17例是腦狀瘧疾，以後1938年4、5兩月，又發現6例可佔瘧例中之1.2%，其中特別以昏迷型爲最多，在23腦狀瘧疾症中，一是一型（小孩），一是精神病型，至昏迷型佔有21例，皆爲惡性瘧疾，至其死亡率方面，亦佔最高地位（52.8%），其他我們亦得着廣西、及滇黔等省邊界區域之報告，亦極多發現此症，其死亡當然也不知凡幾。安順地方本來對於惡性瘧疾，不會有什麼大流行，因天氣多雨易寒冷的關係。但自抗戰以來，全國軍隊及人民之移動，在瘧區來此的病症不少，特別每在部隊由廣東、廣西、湖南等省調經此地時，都有很多瘧疾發現於各部隊中，因此昏迷型瘧疾亦得見着。本校附屬醫院留醫及門診病人所發現瘧疾，亦漸不少，故於二十九年九月間在醫院發現昏迷型瘧疾一例，因此病之診斷及處理辦法，俱要迅速妥當，否則易趨死亡。至此病例，乃來自湖南，自入院調理後，我輩在朱教官指導之下，病者得於短期內健全出院，故特將其處治經過，寫出介紹給諸法各地之同道者，得有照法處理方便之必要。

病例

病者：唐昌松，男性，湖南寶慶人，現年二十五歲，未婚，民國廿九年十月二日進院。住院號數398。

主訴：頭痛，寒慄，發熱，腹部脹痛，四肢酸軟，胃口不良。

家族病史：母親早死，死因未明。父親在四年前與病者現在症狀相似而死亡，二兄均健在。

既往病史：病者既往健康，亦未患過瘧疾，咯血等症，不嗜酒，否認患過性病。

現在病情：八日前，行軍到貴陽，並未覺冷，忽然寒慄，繼則高熱，約達半小時久，隨而出汗，自覺頭痛劇厲和重感，如是每天皆有發熱，食慾不振，起病後大便不通已五天，小便分量少，經過中未服過何藥。

入院檢查：病者體格中等大，無畸形，皮下脂肪和肌肉平均適度發達，營養佳良，全身皮膚帶黃，兩頰部呈暗紅色，鞏膜微黃，角膜和瞳孔反應存在，口腔正常，但口唇乾燥，下唇有不少褐色痂皮附屬，舌亦乾燥，但無苔，中央部乳頭發黑，咽頭無紅腫現象。

物理檢查：患者精神萎靡，及極疲乏，不喜談話，不告訴有何痛苦，極無情，線重病情形。

腹部柔軟微凹陷，腹壁反射存在。肝脾不腫大。

生殖器與四肢均正常，鼠蹊淋巴腺也不腫大。

肺：上下界線均正常無濕音，呼吸音正常，震顫感動亦正常。

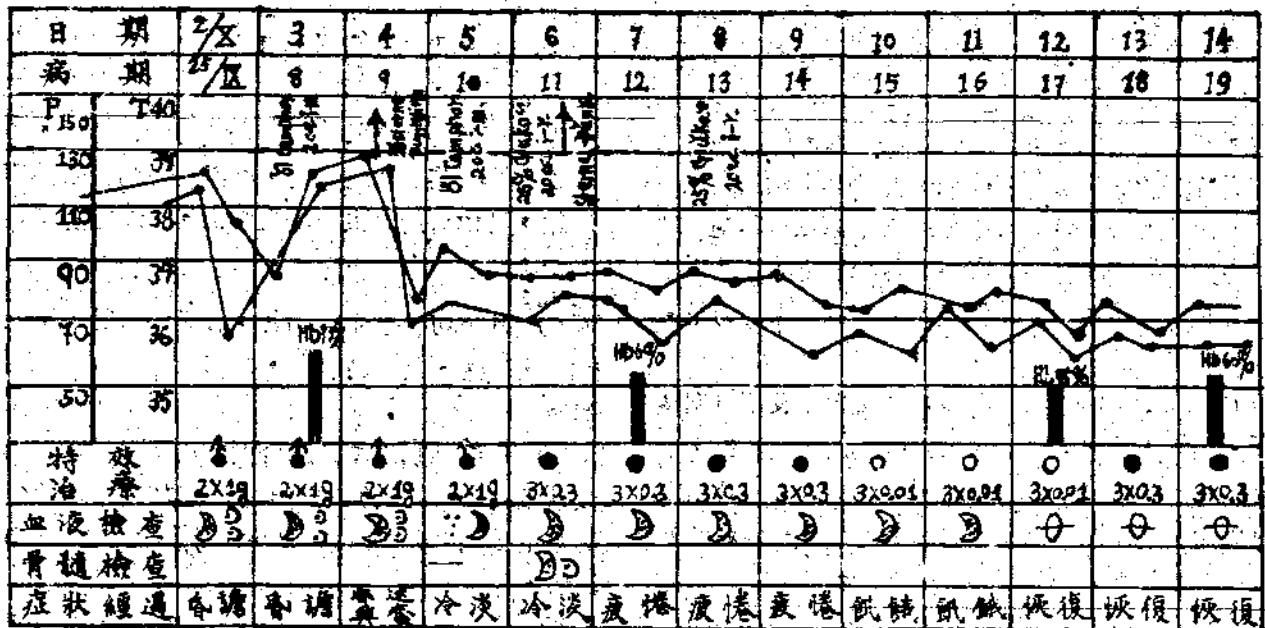
心：上左各界線正常，聽診無雜音

神經系統：膝蓋及Aohille氏反射存在， Babinski陰性，進院時溫度爲38.1°C，脈搏122次，呼吸22次

尿檢查：顏色淡黃，且透明，反應爲酸性，蛋白質，葡萄糖，Bilirubin, urobilinogen, H. Diazo 均陰性，在沈澱只有透明圓柱體少許耳。

血液檢查：厚滴片發現多數小戒子型及半月型。

- 赤血球 3,760,000
- 白血球 7,800
- 血色素 73%
- 血壓 85/55mmHG
- 血沉降 一小時爲5mm



- ▲ = Chinin 肌肉注射
- = Chinin 內服
- = Plasmechin 內服, 肌肉注射

白血球分類：略

診斷：惡性瘧疾 *Malaria tropica*

治療經過：當患者入院得確實診斷後，即用奎寧 *Chinin, hydrochloric* 0.5加蒸流水100.C.大劑肌肉注射，和內服兼用。體溫即行下降至36.7°C。

第三天熱度再升高至38.6°C。血片中的瘧原虫尚與第一天相同，再用 *Chini* 注射。

第二發現病者無情程度增加，約三小時後，漸成後頭強直，完全昏迷狀態，但體溫仍為38.6°C，脈搏118次，血片中有多數戒指型和半月型，確斷為昏迷型惡性瘧疾，故仍0.5鹽酸奎注射，並速施行後頭穿刺 (*Zitterpunktion*) 及強心劑樟腦油 *Camphoro*, 25%葡萄糖 *Glucose* 200.C. 等注射。

骨髓液檢查：分量80.C.，壓力加強，顏色澄清，Pandy氏反應陰性，*NonneAppelt* 陽性，細胞有200 (perimm) 手術後15分鐘，患者意識漸見清醒，亦能說話二句，惟神志尚不恢復正常，數小時後，復暴亂不安，由床上滾落地上者數次，須用繩帶加繩束縛，乃患者行解繩，並將繩束縛於頸上，如欲自縊之舉動。

第四日患者精神清醒，但甚冷淡，無情，安睡

，能飲水，食物說話，有大小便數次，是於於血片中只找見半月型，不復有戒指型原虫存在。故本日同樣以奎寧和葡萄糖液注射，其後數日之情形均如是。

第五天患者意識完全恢復正常，精神亦佳，已知各種人事，惟胃口不良，口乾，同日行胸骨穿刺術 (*Sternalpunktion*)。檢查骨髓結果；仍有少數小戒指型及半月型。

第九天乃改服 *Plasmechin*，每天三次，每次0.01，連服三天。

第十天血片中已無半月型之存在，至第十四天患者恢復健康，自請求出院，此為處理之經過也。

討論：

(1) 昏迷瘧疾大都由於惡性瘧疾之重症傳染而成，很多之病例乃在於未經治療以前發作者，但在我們之一病例中，在入院或第一二天尚未發作者，但經過治療二次，用過2.0g *Chinin* 後方才發作者，此種情形對於重症瘧疾，當常見。是不是對於用 *Chinin* 之錯誤引起之症狀，如是則 *Chinin* 不能用於重症瘧疾之治療乎？以我們之解釋，此種重症瘧疾如不用金雞納霜治療，不久亦必有發作昏迷症狀。因腦神經系統終必受瘧原虫及其毒

素之障礙而發作者，不過用金雞納霜時很明顯的在血管內將無數的原虫殺死後，必有多數之殘餘色素粒，破壞血球及成堆之原虫積於腦毛細管內，同時毒素增加所引起之腦症狀也。故我們對於此等變化，金雞納霜尚是不能放棄；應依法注射，以殺滅未死及正在生長繁殖中原虫。不過一時之腦中障礙，要即刻設法減腦內壓力，及其毒素。其辦法即刻放腦脊液，增加血循環之力量。此皆重要之工作也。

(2)：血液中檢得有多量之戒指型及半月型時，我們應先用金雞納霜以殺滅無性生殖原虫，不使其再有增加繁殖的機會，而使病人減輕其臨床病症，以後再用Plasmochin撲滅母原，不使其後復發及傳染。此乃為一合理之治療法。

(3)：在重症瘧疾有昏迷，昏迷，腦痺，高熱，頭痛等症狀時，金雞納霜應用腎肌注射法，金雞納霜注射應加蒸流水10c.c. 稀釋，切忌靜脈

注射。

(4)：在我們之病例，用於腦脊液後十五分鐘即能說話，此表示腦內壓力增加而引起之昏迷症狀，實為不錯。放脊液後壓力即行降低，中樞即行恢復其工作能力矣。至後尚有興奮精神病狀態，乃由於瘧原虫毒素之中毒，未能完全即刻退去之故也。

結論：

(1) 凡一切昏迷症狀病者，皆要注意是否惡性瘧疾之昏迷，其鑑別診斷，要即刻檢查血液及尿等。

(2) 昏迷型瘧疾；乃適合立刻用腦脊液穿刺治療及同時強心血循環劑，並不能放棄殺無性生殖原虫藥劑之金雞納霜及Atebion癩瘰平之用肌肉注射。

(3) 診斷與治療處置：皆應急切確切，不能延誤以失時機；否則患者易趨於死亡，無可挽救之情形。

漫談「膿漏眼」(Conjunctivitis blennorrhoeica) 姚士湖

「膿漏眼」一提到這個名詞，人們祇須稍加思索，顧名思義地便可以想到這是一天到晚都在流膿的眼睛的疾患。這猜想誠然不錯，這疾患正是結膜的急性化膿性的毛病。可是按原因之不同可分為：(一) 淋菌膿漏性結膜炎，和

(二) 包括體膿漏性結膜炎。

這裏所述的只限於淋菌膿漏性結膜炎，而且只流成人淋菌膿漏性結膜炎 (Blennorrhoea Acutiorum) (症小孩亦可患，因體質不同，症狀和預後亦因而各異，茲因限於篇幅，略而不論)。

這毛病在不大講究衛生之本國內，其流行時頗為廣泛的，猶其在部隊中因多人聚集一室，接觸已多，傳染之機會遂廣。因此病而失明的人，其數目是頗足驚人的。在去年由七月十三日起至八月二日止的廿多天中，我們在門診部就看見了四十八個病例。(而且多是同一營中的) 在這許多病例中，多半都是重症型的(有角膜病變的)，快要失明時才來就診。此外我想尚有輕症的病例(無角膜病變的)，而未來就診的，當不在少數。而且這部隊當這病流行未停止前就離開了這個地方，以後遭遇着同一命運的人，正不知有多少哩！本病的原因為淋球菌，本菌雖可由轉移而來，但究屬少數，主要還是由外界直接傳染至結

膜囊中的，這在一次的小流行中，從尿道分泌物中檢得有淋菌的只有一例，其餘的病例都是由眼眼傳染因為他們不僅是眠食與共'起居同之'而且洗臉時往往一排人甚或一連人都是共用一桶水洗臉的，這一來便形成了淋菌傳染的大好機會，其中只要有一個淋病眼便可由此而傳播開了。因為淋菌對外界的抵抗力雖小，但在微溫的洗臉水內短時間是死不掉的，何況淋菌的外面還裹球包着做他的保護者哩！淋球菌主要存於患眼分泌物的膿球內，和結膜的上皮細胞內，因此被分泌物所污染的手或物觸到眼內，或者小的膿點直接飛進健眼內時亦馬上可得本症。在48個病例中會施淋菌檢查者有十八例，就中在分泌物或結膜刮片標本內找到淋菌的有16例，未發現者只有兩例，可見這次的流行係由淋菌引起，是毫無疑義的。

本病之危險特與角膜病變之程度成正比例，如眼球結膜之腫脹愈烈則角膜被侵犯之危險性也愈大，而預後也愈不良。因充血腫脹而高起來的球結膜，在角膜周圍恰如築起一道牆，角膜反為滲下去了，因此膿汁和雨淋便積聚於該處，而猛烈攻擊角膜，而且當角膜周圍之球結膜充血腫脹很烈時，因生機械性的壓迫角膜周緣，而使角膜之營養輸入發生障礙，因而降低了角膜的抵抗力，

而促成角膜病變的進行，由角膜表面之輕度混濁而變成灰白色之浸潤終於溶成潰瘍，潰瘍邊緣仍有浸潤，病灶可繼續向四週及深部擴大，結果角膜局部或全部都被破壞穿孔，虹膜便由此脫出（局部或全部脫出），而生視力障礙，或完全失明。對球部之充血腫脹，角膜又呈凹陷，就中尤以近周緣部最甚，故該處膿液積聚也愈多，故角膜潰瘍以接近角膜緣部為最多見，在這一連串的小流行中便證實了這個理論，在四十八病例中有角膜病變的共有卅六個例，其病情如下表：

1. 角膜潰瘍（即尚未穿孔者）：	一側的
有九例	兩側的
2. 虹膜脫出	一側的有十三例
有七例	兩側的有七例

上述情形僅指初診時之記錄，因多是門診的，每天只來上一次藥，就診後有不少病例其病變仍在繼續中進行着，結果有半數以上都致一眼或雙目失明了，以後雖經光學的假瞳孔術（虹膜切除術），視力因之而改進的究屬有限，結果多成殘廢。流毒所至，不僅身受者抱恨終生，而國家之軍力亦因此而遭受到巨大的損失，其為禍慘烈已如其甚，治軍隊衛生者及部隊長官為堵漸防微計，實應密切注意之。預防：一有本病發生時迅速將患者隔離，患者用過之面巾臉盆等應嚴行消毒，旁人不得取用，此外凡被患者之分泌物所污染之棉花紗布等最好焚燬之。部隊中多人共用一臉盆水洗臉之惡習應即革除。如限於設備不能每人有一面盆時，亦可變通辦理（但無論如何每人應備一條面巾），即當洗臉時可由班長用一清潔水杓，每人派水一杓，注於弟兄各自之漱口盥內，以便各自洗臉；兄弟們之漱口盥或面巾千萬不宜放入公共水桶內以免傳染。如只有一眼

受染時，健眼之保護切為要圖，宜用保護帶，先使健眼之胞臉閉合，用橡皮膠粘起，再蓋以消毒紗布，四週用橡皮膠粘貼，以防膿汁之流入健眼，每天宜解開一次，以觀察其有無變化。如設備許可時最好用表蓋式之玻片膠帶，這一來已可隨時觀察其有無變化，且無須天天解開膠帶，而可省却許多麻煩了。

凡與患者接觸過之醫生護士等應即用熱水肥皂洗滌兩手，並用昇汞水及酒精等來消毒。若淋菌入目，應即清洗百分之二硝酸銀液一、二滴，並冷電包敷小時，這樣可防止其發病，最低限度亦減輕其症狀。

治療：用溫熱之過錳酸鉀液（1：5000）大量沖洗結膜囊，以洗去其中以分泌物，眼睫緣之分泌物可用棉花浸藥液拭淨之。以後用10%—20% protargol 液點滴眼，為防止分泌物鬱積於結膜囊中起見，可用硼酸膏塗結膜囊，胞臉不致粘連，分泌物遂得向外暢流了。

浸潤期可用冷電包以抗炎症，同時用全身發熱療法，可注射消毒牛乳（用量：—小孩 2cc 童年 5cc 成人 10cc），隔日注射一次二次之後眼臉腫脹即可消退，淋菌亦滅。若仍不愈，則於4—5日後再注射兩次，後期則無效。此外可自家血液注射，或用 Tetra Vaccin 等注射之，亦可內服 Vitron 等。胞臉之腫脹消退時，可用百分之二硝酸銀液，每日兩次滴眼，即角膜有潰瘍時仍可用之。待至炎症與分泌都已消退，僅存結膜之肥厚則可用硫酸銅桿按摩肥厚之結膜。並宜隨即用棉花球拭去淚水，而第溶於其中之濃厚硫酸銅液之刺激角膜，此外宜注意者即新鮮之角膜潰瘍忌用硫酸銅桿云。

軍隊健康與營養之關係

姚舉尹

軍隊素質之佳良與否，固然一方面賴於武器之精良與技術之熟練，但另一方面士兵必須有強健之體力，兩者同屬重要，欲達到後者之目的固與部隊之給養與種種待遇有關，但部隊軍醫人員對於保健工作上實負有一部份責任。當新兵入伍之際，必須經過體格檢查之階段，老弱殘廢以及身心缺憾者常在淘汰之列。待至入正規兵役後，則有種種保健工作之設，如對於疾病之預防

，治療等神聖工作，悉由軍醫人員負責推行；即預防疾病而言，果凡防疫工作之推行，衛生常識之灌輸，以及營養之改善，皆為增進軍隊健康增強士兵體力之主要中心工作。前兩者只要軍醫人員之克盡厥職，努力施行可無多大困難，然而關於部隊之營養問題，則關涉於士兵之待遇，情形較為複雜，不易推行，且極易為人所疏忽，但吾人欲改良軍隊之素質促進軍人之健康，對於營養

之問題更宜充分之注意與研究也。

營養於預防疾病中確具有偉大之潛在力量，因為士兵之營養佳良，則其身體之抵抗力增強，對於疾病之感染機會，自可因此而減少，倘士兵之營養不足，身體衰弱，偶得感得或遇傳染病之流行時，因自身抵抗力之薄弱，受疾病之侵襲機會自然較多。可見營養對於疾病之預防上為不可缺少之因素，吾人既明瞭營養與疾病之發生有密切之關係，則為士兵之健康及減少其疾病之發作計，對於營養之改良工作，實屬必要，似不宜漠視者也。

至於醫療方面之工作一部分亦與營養有關，因為有許多疾病尚無根本之治療法，而必須採取對症療法，軍醫人員盡可能減輕病人之痛苦及其他必要處置外，對於營養之輸入亦頗重要，但須視某種疾病而定，然後授以合宜之營養品，故營養物不僅平日健康時須視為保持軍力之源泉，抑為病人療養時所不可缺少者，否則恢復健康之期亦必大受影響矣；因有些患者根本須靠其本身之恢復能力，以為疾病之轉機，倘病人之克復能力強，即能戰勝病原，而把病勢壓服，則可恢復健康，此種耐勝力，固然與個人之素質強弱不同而有差異，然必須賴營養之供給以助長之，使病人之抵抗力增強，始可對抗疾病，甚至或可完全克復也。故在治療經過中對於適度營養之充分供給以冀撲滅病勢，殊佔重要位置；因此吾人利用充分之營養，適用於醫療某些疾病，其奏效亦不無可觀；良以士兵經患病後，其抵抗力勢必隨之降低，吾人欲增強患者之抵抗力，其原則不外有二，（一），患者必須安靜，可令病人絕對休息，保持最低限度之基礎代謝，以減少病人之消耗亦即增加患者之抵抗力，（二），合宜營養之充分供給，但須視何種疾患而定，因有些疾病，根本必須採取飢餓療法，當屬例外，營養之輸入，其目的在於補充病人已經消耗之物質，與及身體所需要之養料，以增高病人之抵抗力，始可繼續與疾病相周旋；如肺結核病者因身體消耗頗大，故必溢靠充分之營養輸入之，如肉類，蛋，雞，牛乳等營養價高之食品，不斷供給此等患者乃為最合營養原則之營養料，倘能不斷供給，則對於本病病勢因患者抵抗力之增高，自可有好轉之希望也。

軍隊日常生活中，士兵體力之增進與強健固與各人之體質有關，然而營養之供給，乃不可或缺，例如先天素質佳良者，平日對於體格之鍛鍊，營養之攝取固合乎衛生原則，則體力即可日臻強健；反之缺乏上述之原則，營養不良，而欲使士兵之健康，恐非易事，故吾人追究士兵體力不良之原因，固然或與先天體質有關，但部隊中營養不良實為其重大之原因。而士兵營養之所以不良者，乃由於各地生活程度日趨高漲，物價昂貴所致，致士兵每日所輸入之養料不能滿足身體內最低限度之需求，因此影響於士兵之健康，故今後部隊軍醫人員雖在抗戰愈形艱苦之情況下，生活日益困難，且亦限於經濟，但為增進與保持士兵之健康，對於士兵之營養雖不能達到最低限度之標準，總必須儘可能而予設法改善與增進也。

吾人所謂營養素者，依化學分析結果而言，包含有蛋白質，脂肪，碳水化合物，無機鹽及維生素是也，蛋白質乃供補充人體內之消耗，及組織細胞生長之用，歐美各國人民，每日氮質由尿中排泄約15.6克，而蛋白質中含有16%之氮，故每日約須100克之蛋白質始足彌補，但蛋白質之食入，未必能完全吸收而充分利用；故每日最低限度須在100克以上始足供體內之需求。碳水化合物及脂肪俱供產生熱力之用，每1克蛋白質或碳水化合物可產生4熱量單位，而脂肪則可產生9熱單位。無機鹽類之主要功用乃為調節生理，以構成骨骼，輔助造血之主要成分，而維生素之功用，乃在增進生長，保持健康及預防營養不良所引起之疾患，皆為日常生活中所不可缺少者，在部隊中每日士兵之營養最感缺乏者，厥為蛋白質，因各地物價飛漲，柴米油鹽及蔬菜之採購尚覺困難，而欲購買肉類則更成問題矣，因此士兵對於肉類蛋白之食入，早已不可能矣，但吾輩軍醫人員可因地制宜，駐紮或抵達某一防地後，盡可能提供意見於部隊長官飭令伙食採購人員酌量購買當地之植物蛋白之食料如豆類——豆芽，豆腐，豆角，紅豆等代替之，倘有雞蛋而價格又經濟，則購買更佳也。其次新鮮之蔬菜，亦不妨多購，因含有無機鹽及維生素，至於碳水化合物之食入，當然因地域不同而有差異，北方主要產麥，南方則產米，故部隊之食米抑或食麵則須

視所駐之防地而定，在此購買肉類困難情形下，為求多食入蛋白質且可防止因維生素乙之缺乏所引起之脚氣病起見，吾人實有提倡官兵食粗米或糙麵之必要，良因在米皮及麩皮上富有蛋白質及乙種維生素之故也。

士兵營養之標準因各國人種地域之不同而有差別，然而我國為我國之鄰邦，且屬同種大概相差無幾，茲列一表以供參考。

(一) 各國軍隊營養之比較		(二) 各國軍醫所提倡成人食物之標準		(三) 法特克工作之標準而提出之營養標準	
蛋白質(公分)	脂肪(公分)	碳水化合物(公分)	熱量(卡)	蛋白質(公分)	熱量(卡)
美國軍隊(操練)	127	121	496	3615	2445
病兵	114	124	436	3405	2868
新兵	118	109	436	3275	2868
英國陸軍(平時)	130(3)	131	500	3803	3362
日本陸軍(平時)	100	20	600	2980	2445
Voit	118	56	500	3055	2445
Rubner	127	52	505	3092	2868
Tyzska	80-100(2)	60-80	500	3000	2868
輕工作	123	46	377	2445	2445
較重工作	127	52	509	3092	2868
重工作	165	70	565	3362	3362

此外維生素在部隊亦不可缺少之物質，確實

健康之必要之發料，倘於日常食品中缺乏此物，則士兵之健康即受影響矣，此物並不單獨存在，而含於普通食料中，倘使採辦食料時稍加選擇與注意，即不致缺乏。在軍中甚重要。而士兵易因維生素缺乏而引起之腿脚腫痛者，厥為維生素A與維生素B兩種，前者乃存於鱈魚肝油，最多，其次蛋黃，牛油，羊脂及其他哺乳動物之內臟，此外植物油中亦含有之，倘士兵缺乏此物則引起夜盲症，眼結膜乾，症，甚者引起角膜軟化終而形成潰瘍者有之，故部隊軍醫對此症應早為預防也。其次維生素B1之缺乏致士兵引起多發性神經炎及脚氣(Beri Beri)，尤於濕熱地帶禁於南方之軍隊因食白米之故最易引起，重者士兵下腿部發生浮腫，且因神經之發生變質，而致不能走路，急注者可引起心臟性脚氣而於短期內可引起死亡，故吾人對於此病不能不在平日飲食上設法預防之，預防之法甚為簡便，即多提倡食粗米或糙麵，且常多食含有維生素B1之食物——如豆類——黃豆，赤豆，青菜，酵母亦含有，在穀類則於米皮中最豐富，故平日倘採食紅豆則決不致發生本症也。

吾人既知營養與士兵健康之關係，則對於平日飲食上應多注意，並宜更進一步改良部隊之營養，庶士兵之營養不致懸殊太遠，致因營養不足而引起之健康上之種種障礙，果部隊軍醫個人對於此問題而能引起密切之注意，則雖在經濟困難條件之下，對於部隊士兵之營養問題必有所改善，於是亦即藉此以增進士兵之健康，體力之日致強健，相信亦可減少一部分士兵因病而必須治療之麻煩也。

關於近視眼的幾點問題

黃培齡

(一) 近視眼是怎樣形成的

提起近視眼這個名詞來，我們便會聯想到患這種病的人看近處東西要比看遠物來得清晰，可是如進一步問為什麼這種人的眼睛看近處比遠物好，這便涉及了醫學上和光學上等複雜問題，非三言兩語所能解釋明白的，正常人們的眼睛，由無限大距離投射來之平行光線，在無調節狀態下，正好結像在視網膜上，這叫做平視眼，眼睛裏面有屈光體(角膜，前房，晶體，玻璃體)，平光眼的人其眼之折光體是復均正配備着為保持

，所以不會有視遠物模糊的缺點，倘折光體發生了變化，例如角膜彎曲度加深，水晶體屈折率增強(糖尿病，睫狀肌痙攣等均見)，則由遠處投射來之平行光線，因屈光體之屈折而至結像於網膜前面，結果便不能清楚地看遠物了。這種內屈光體障而起之近視眼叫：折光性近視(Brechungsmyopie)；在近視眼病例中，牠佔的百分率是百分之幾的，這裏恕不多說了。

其次就是軸性近視(Achsenmyopie)，一般近視眼多屬此類。正常人眼軸平均約為24mm，在

遠屈光體病變及調節休息狀態下，由遠處投入眼的平行光線是剛好現像於網膜的。假使眼軸要比上述數目來得大，則結像便令跑在網膜前面，而成爲視遠物不清了。眼軸何以會比常人來得長呢。這在眼科各種書籍上，我們可以找到各種不同的見解。而且也沒有逐一說明的必要。我時常聽見家長訓示他們的子女，說太細字跡的書本，和過近距離的眼作業會使人變成近視或加重近視的程度，他們每每看見自己的子女近視的程度隨求學階梯上昇而加深度數時，便會大聲疾呼說讀書是近視眼的成因。的確，事實往往是像上述家長們所見一樣進行着。在無醫學常識的人，真的會被這樣的事實欺騙了。同時他們得到在田間工作的人們從未戴上近視眼鏡的鐵證，更加深信近視眼作業會將好好的眼睛弄壞。還有在各中等學校裏，常常會遇到學子們因怕近視眼的度數加大而放棄自己所配好的眼鏡。這上述的一切似是而非的事實，只能將一般醫學知識淺薄的人瞞過，鄉村業農者之所以不配戴眼鏡，並不是說他們沒有近視眼，乃因第一他們工作不需要眼鏡，第二他們的知識不比城市人高，他們雖然會發現其目力不大好，可是想不到去配眼鏡，假若請一位比較高明的眼科醫生帶着檢光儀器到各鄉村去檢查一般農人們時我相信一定不少近視的例症。而這種以近業爲原因引起近視的相信就可自然揭破的。

眼軸構造每個人有他的長短度不同，這種差別是由祖先遺傳得來的。眼軸長和短的人結婚，所生的兒女，依遺傳定律適中者居多，而眼軸過長或過短的只佔了其中一小部份，由遺傳得來的眼軸過長的兒女們，當他們在兒童時代因發育關係眼軸仍保留其兒童時的弱度，而大多數屬近視；可是隨年齡的漸長，眼球的發育，眼軸也隨之加長，待達到某一定長度超過24mm，（平均長軸），則遠來的光線便不結像於網膜上，而是結像於網膜前面，有時便漸漸覺得視遠物模糊。有時人們也許正在中小學念書，因此這種由眼軸發育伸長遺傳得來的近視便被人們誤認與讀書有關，不管真理如何給他加上學校性近視眼 Schul-myopie 的名稱了。眼球發育達到相當年齡停止，眼軸也不會再度伸長這種隨求學年齡慢慢加深的近視度達到便了極度。人們也許這時既結束了

其求學生活而服務於社會上，這樣一來便更會令人相信求學的有碍眼睛了。

帶眼鏡促進近視深度的見解與下述以爲求學多近作業而引起近視眼同一錯誤，認爲帶眼鏡能加深近視的人，因他不明瞭先天遺傳得來的眼軸過長是隨眼球發育而漸漸明現的，縱使近視的人不帶眼鏡，可是眼軸的伸長總是隨發育而進展，無法將他阻止的。

明瞭了近視眼發生的原動力在於遺傳得來的眼軸長短問題，我們便不會去懷疑人們的近視是由求學過近作業而起，更不會勸阻近視眼人們的配戴眼鏡了。

(二) 怎樣去檢查一個近視的人

遇見戴着眼鏡的人跑來要你檢查其視力時，首先應該將他的眼鏡拿下放在自己眼前，如果發現他的眼鏡正好適合下述兩條件時則確爲凹鏡（近視眼鏡，無疑了）：

1. 視物比原來的物體小，鏡距離眼愈遠則物像愈小。

2. 將眼鏡向上下左右各方移動，則物像亦隨鏡運動方向移走。

有了第一步知道病人屬近視眼的基礎，益可以開始去檢查他近視眼的度數究竟有多大，如果我們有興趣欲知道病人現在所戴的眼鏡是幾個 Dioptrie（屈光度），就可用最簡單的對鏡法來確定，首先用度數既知道的凸鏡與病人所帶的凹鏡相重疊屈光力相等時，則凹凸相抵消而成平面鏡，無屈光作用；此時像與實物同大小，且不因移動而變更物像的位置，而所用凸鏡之度數即爲所求病人凹鏡之度數。

隨年齡漸長眼軸發育漸長，所以病人現在所戴的眼鏡不一定適於他的眼睛，因此須進一步作病人眼睛近視度的詳細檢查，最常用而最簡單者爲用視力表及驗光鏡片檢驗法，先懸視力表於距離6m處，用黑色鏡片遮蔽病人的左或右眼，然後將適宜凹鏡放於鏡架之空鏡上，在病人認爲最良視力之鏡片中選其度數最淺者即爲病人之近視度。例如戴上一5D，-6D，-7D。三種凹鏡均適合病人視物時，則應採取度數最淺之一5D者作病人之近視眼度數。這因爲病人有調節機能以加強屈光度（晶體爲具彈性物體，當睫狀肌收縮時，連繫於晶體之Donn氏帶弛緩，而晶體之彎曲

度因而加大，屈光力亦隨之加強），去將 $-6D$ 及 $-7D$ 所結成於網膜後的物像移於網膜上，所以 $-5D$ 近視的人戴了 $-7D$ 的眼鏡。雖然視遠一樣清晰，但因多用調節機能而時發生頭痛，視物易疲勞等症狀。

至於他覺屈折檢查法，用檢眼鏡Ophthalmoscop去測定病人是否近視眼，或近視眼之度數幾何，比較複雜而不常用，在此不多談了。

(三) 怎樣去改正近視眼人的視力；

近視的人因為眼軸過長或屈光體之病變而致視遠物不清楚，所以我們糾正的目標便有下列兩種：一、怎樣儘可能去調整屈光體使其成正常。二、怎樣去用眼鏡來補眼軸過長的缺點。先天性圓錐角膜及因晶體混濁而引起之折光障礙，用人工方法想去糾正他為不可能的。惟一辦法只有配鏡；至於因調節機能縮短而增加晶體厚彎度所成的晶體假性近視 *Lentigene Pseudomyopia*，吾人可找尋睫狀肌攣縮發生的原因而治療之。只作對症下藥用Atropin去麻痺眼調節機能攣縮是無人採用的。人們患了糖尿病，則晶體內物質之折光力也可增強而至發生近視眼，關於他的根治法，既詳於內科書上之糖尿病治療法，茲不多贅。

眼軸過長所引起的近視，想用人工能力去阻止自然的發育，目下尚未有良好辦法。只有配戴眼鏡來滿足病人視物的要求。按着上述原則，在一般最良視力之鏡片中，取其最淺度數者處方給病人自己配戴眼鏡。普通由遺傳得來的近視多屬良性，在發育成熟時期便停止他的進行，平均亦不過達到 $-6D$ 左右。不像其中小部惡性近視眼 *maligne myopia* 能够繼續進行可達 $-10D$ 以上，並且病人時常會發現網膜脫離，脈絡膜萎縮，玻璃體混濁等合併症，不是單獨簡單配鏡所能救效的。

覆生了病才去治療，不如預先防患的好；我們既經知道近視之發生與遺傳有着密切關係，那麼找對象的時候便要當心，因如與近視女子結婚後所生的兒女最少有四分之一是近視的。為着保

持你後裔眼睛的明朗純潔，為着免除你兒女們近視眼的痛苦，你便應該拒絕近視眼女子的求婚了。

(四) 近視眼也有他的好處嗎？

提起這個題目來，我相信連患近視眼的本人都會覺得奇怪，說還談得到近視給與我們利益嗎？不錯，近視眼的確給與患者很多苦惱；一、視遠物模糊二、因屈光力不齊份讀書時易於疲勞並屢發頭痛三、因發生玻璃體混濁，覺得眼前有小黑點隨眼浮動，甚不舒服。（即所謂飛蚊症 *myodesopsie*）。四、近視度甚時可加雜網膜脫離，外斜視，脈絡膜萎縮等合併症。

雖然如此，但我們不要只被近視的壞處所蒙蔽，如仔細去分析則近視未始沒有其長處；

1. 在本文第一節裏既提過近視的人看近距離物體很好，甚而平光鏡人須用放大鏡始能看見的物體，近視者亦能清楚看到。這因為近視的人，網膜前部比較的調節寬 *Relative Akkommodationsbreite* 較大，而他只用少許調節或不用調節便可以看明白了。所以近視者對於近作業不獨毫無辛苦，而且是很適合的。

2. 近視眼之另一優點為老視眼 *Presbyopia* 的發生較遲，甚而不致發生；平光眼當年歲漸長大時，因晶體的漸漸硬化而減低其調節力，到四十歲時晶體調節能力只有 $5DIOPTRE$ ，由 $D = \frac{1}{F}$ 公式計算則其近點適為 $20cm$ ，待至50歲時則調節能力只有 $2.5D$ ，此時近點又復遠移到 $40cm$ ，普通閱讀距離約為 $33cm$ ，所以人們達到四十五歲左右便開始覺得讀書有點障礙而形成老視眼了。近視的人不能例外，他的晶體硬化也與平光眼一樣隨年齡而進行，可是因為他的眼軸過長或屈光體屈光度太深，雖然達到五十多歲，調節機能只有 $2.5C$ ，但距眼前 $23m$ （閱讀距離）所發出來的光線仍能結像於網膜上，不須要配用凸鏡來幫助既視物很清楚了。

上述兩種好處，在這裏要作特聲明，只是中等近視以下的人能够得天獨厚，而非惡性近視者之所能享受的。

——完——

牙 科 常 識

張尙林

(一) 牙齒的作用及其重要性：牙齒健康的人或許他一點也不覺得自己是幸福的，但是若不幸牙齒掉落了或者是牙齒有了毛病，嘗過牙

痛的滋味和沒有牙齒咀嚼的痛苦時，便會知道有健康牙齒的好處。牙齒為最難忍受的痛苦，這是為患過牙病的人的經驗談。為免除牙病的痛苦和

為保持牙齒的健康起見，有病者應及時治療，健康者應預為防範。

人體內任何器官都有牠特殊的作用，牙齒當然也不能例外，雖然其數目不多，所佔地位也很小，但不論在生理上，病理上和語言上都佔有很重要之位置。在社交場中一個人尤其是妙齡的女郎，如果缺乏了上門牙或下門牙，或牙齒長得參差不齊，形狀奇特，或顏色異常，或言談間放出不快的氣息時，縱使臉孔多麼漂亮，也會引起人不高興的心理。甚至於減少了交談的機會。所以牙齒是社交上的重要條件之一（尤其是外交官）。美國牙醫的發達，無論軍陣牙醫或社會牙醫的進步一日千里；而本國牙科業務尚未發達，軍陣牙醫更屬泡槓，若不急起直追，多造牙科人才則不足以應時需。

牙齒在生理功能上意義更大，因食物必須經過良好的先期消化，牙齒就是先期消化的負擔者。食物經過咀嚼之後便和唾液相混合，咀嚼愈良，唾液分泌愈多，使吞嚥容易，消化亦因之而愈完善。如果缺乏了牙齒，便造成胃腸容礙，消化遲鈍，吸收不良，營養發生障礙，身體的健康也就受影響了。

牙齒在臨床上更屬重要，因食物必先經過口腔，而所食之物又非完全無菌，因此口腔內的細菌各種都有，如果牙齒發生了毛病如：一牙齦潰瘍，或齦腫等，當全身抵抗力減低時，細菌便可由此門戶生長繁殖以侵體內，輕則僅在局部發生炎症，膿瘍，重則可發生胃腸疾病，關節炎或其他器官的毛病。有些人不識其病源，只是治療其症狀，但如牙病不醫好則由牙病而引起之疾患也不能根治。近來有好些醫生對疾病之檢查必注意到其牙齒之健康與否，也就是這個道理。數年來有許多醫院要增設牙科部，各醫學院校也增加牙科課程，或正式設辦牙科，此乃表示醫學界已漸認識牙科之重要性了。

由上可知牙齒是不可缺乏的東西，我們不能隨便把牠拔去。牙病又是許多疾病的根源，影響人體的健康實深重大。國內人士大多數對牙科知識太少，平時對口腔衛生不注重，到了牙齒生病的時候又無選擇牙科醫師的知識，胡亂治療。結果因牙病而犧牲，或受種種痛苦者，不可勝數，實在可惜得很。有許多無常識的人隨便去找所謂

鑲牙生將牙齒弄壞了。或甚至於因此發生了生命的危險，更有好些牙科軍徒對於牙科組織學病理學細菌學診斷學治療學等一點常識都沒有，便掛牌行醫，結果將病人頂寶貴的牙齒作為找錢的好機會，即使他有醫德但因常識之無而行誤診，將不必拔之牙而誤行拔去，使患者受到重大之損失，誤已誤人莫此為甚。茲將拔牙之適應症述之於下，以供一般人之參考。

(二)拔牙的適應症：一 普通醫生往往也要施行拔牙的手術，雖然拔牙多屬輕易之事，但若偶一不慎，亦可發生絕大的困難與危險，因此拔牙的適應症的確非常重要。茲列述如後：一

(1.)因牙本身之疾患而拔牙：

- A. 牙齒有空洞其深度直至影響牙心而不能醫治者。
- B. 有齦齒雖牙心仍正常，但若牙心管為彎的，不易行牙心治療術者。
- C. 病人不能負擔醫治牙心之費用者（按醫治牙心至少須照X光兩次，第一次看牙根之情形，第二次俟補好後再行檢查）。
- D. 牙冠完全壞了的牙。
- E. 醫牙心失敗的牙。
- F. 乳齒的齦齒很兇，牙心受影響而同時牙根吸收很多者。
- G. 患者覺得該牙心很痛不很忍受者。
- H. 補有金屬或鑲有金屬而接近牙心致傳導冷熱之作用致生痛苦時者。
- I. 作Pulp Capping失敗者。
- J. 行牙外科手術時，誤穿牙心流血過多痛苦很烈，致牙根尖發生很兇的潰膿者。
- K. 牙心死了。

(2.)因美觀而拔牙：

- A. 牙齒生得不規則如：一向唇面或舌面或遠側斜側凸出或凹陷等等。
- B. 牙齒被鑲牙生或庸醫用一種酸洗牙，致顏色改變，非人工方法可潔白者。
- C. 牙齒數目過多或稱為刺齒牙齒或排列不整者。
- D. 一牙齒本身畸形難好的牙。

- E. 牙齒因咬物折斷不能修補者。
 F. 牙心已壞死而致顏色變成不悅目者
 (3.) 因行書服學手術為美觀或為恢復咀嚼工作而拔牙

- A. 牙齒位置不好及其本身有畸形的牙。
 B. 不能再補或再鑲的牙。
 C. 剷除牙齒不美觀或假牙之附着力者。
 D. 無牙心之牙。
 E. 牙冠完全壞了的牙。
 F. 很鬆的牙。
 G. 破壞得很兇而快要掉落的牙。
 H. 埋藏的或局部生出之牙且位置偏斜者(第三四齒最多見)
 I. 牙齒高低不齊關合面不良致咀嚼障礙，而傷牙周組織，不能行關合面糾正術的牙。
 J. 牙根膜發炎或流膿的牙。
 K. 口腔內只剩牙齒一個或兩個有礙行服學手術的牙。

(4.) 因牙周組織疾病而拔牙：—

- A. 牙根膜生膿瘍。
 B. 牙根膜周圍發炎化膿的牙。
 C. 齒齦與牙之間有空隙為細菌之培養基而致發生化膿等不能治療的牙。
 D. 滿口牙齒鬆了(按此病乃身體鈣或磷質之缺乏所引起)。
 E. 牙根周圍骨炎。
 F. 牙齦退縮到牙根分叉處可藏細菌而發炎的牙。
 G. 上下頷骨骨髓炎而致動搖的牙，牙齒因關合面不良而致牙周組織受傷不能行關合面糾正術的牙。

(5.) 因疼痛而拔牙：—

- A. 神經及射痛者。
 B. 因牙石之擠壓牙心而發疼痛的牙。
 C. 牙骨過度增長擠壓牙週組織之神經而疼痛的牙。
 D. 第三白齒生長困難，而致壓迫神經

起疼痛的牙。

- E. 牙齦膜發炎而起劇烈疼痛的牙。
 F. 牙齒之感覺過敏(按此病乃牙質壞了，Dentine 露出，易感受外來刺激，即易受甜，鹹，酸或冷熱食物之刺激。而發生牙痛，不能醫治的牙)。
 G. 牙心發炎病人不能忍其痛的牙。

(三) 拔牙之普通規則：—

- A. 拔牙時宜連根一齊拔出來。
 B. 不可用力過猛，用力之方向以抵抗力最弱處多用一點力。
 C. 拔牙時宜先破離牙根膜。
 D. 拔牙時須行手術前治療，即拔牙前數天須塗藥殺菌，注重口腔衛生，如牙結石等，須先行潔治術。
 E. 急性炎症期不可拔牙，女子月經期內亦不得拔牙，而免流血過多。
 F. 可能時須照X光，以明瞭牙根之情形。
 G. 佳良之麻醉劑及準確之注射。
 H. 如無病組織不可用括匙播牙。
 I. 牙齒拔取不易時，則須分開牙根，個別拔出。
 J. 如看不到牙根時不可妄施手術。
 K. 取牙須細心，用力宜輕，尤其拔老年人之牙齒，因鈣化太高，故很脆弱，拔時易拆斷。年幼患者亦不宜用力過猛，否則組織損傷很大。
 L. 拔時須順着牙根彎曲之方向用力提取之。不宜反其方向，否則牙根易斷。
 M. 牙根與齒槽突癒着了，不易取出，宜將牙床磨去一小部分，始能拔出。
 N. 器具及用力應由意志管理，不得讓傷其他組織。
 O. 拔牙之各種力量宜用之得當，學理與經驗愈多，手術愈有把握，若無學理之研究，臨症時輕率從事，則難保無意外之發生也。

陸軍軍醫學校第一分校醫科二期同學永久通訊錄

姓名 永久通訊處
 劉汝 廣東台山廣海光華印書局

姓名 永久通訊處
 龐文榮 廣東北海中山西麓美新

- 姓名 久 通 訊 處
- 張振祥 廣東長沙太平山榮芳樓
 - 林 浦 廣東海豐縣西洋白宮林裕和
 - 李兆文 廣東潮安縣永安里伍號
 - 袁偉華 廣東興寧羅崗新民學校
 - 吳沛文 廣東恩平沙湖塘下新村
 - 姚學尹 廣東平遠大柘糧昌旅店
 - 梁河元 廣東海豐縣大沙河口梁恆興號
 - 鄧棟材 廣東新會蓬江中路深衝巷三一號
 - 黃培齡 廣東惠州府城淘沙巷一號
 - 曾榮福 廣東五華河口太和隆
 - 莫與銘 廣西陽朔普益海
 - 詹欽元 Hotel Merdika, B.Oscop War no 9
BuitongOrg, Batavia, GOVA,
 - 黃惠民 廣東佛山新女正傳台坡號
 - 李春華 廣東龍川鶴市柴市保元堂
 - 羅樹權 廣東順德大良北門文華里羅宜昌堂
 - 司徒權 廣東開平赤坎東埠春和堂轉
 - 區品莊 廣東肇慶龍勝里一號
 - 婁卓明 廣西大安羅秀伍豐棧轉忠斷造祿村
 - 李 榮 廣東梅縣大康路古德記轉潮安公學
 - 梁 聲 廣東南海平洲衍秀中學
 - 張尚林 廣東興寧灌新學校
 - 黃鐘珏 廣東台山潮境惠愛藥房
 - 劉致忠 廣東江西悅城德豐號
 - 李在春 廣東五華水寨同泰號
 - 伍啓倫 廣東台山冲蓬瑞定林
 - 巫振歐 廣東梅縣梅崗啓嵩學校
 - 黃盛章 廣東羅定豬圩恆益當大寶號
 - 黃建東 廣東興寧城西五里亭宗文小學校轉
 - 劉五榮 廣東蕉嶺三圳圩尚平學校
 - 鄧其壽 廣東梅縣新鎮圩新 餘藥房
 - 姚士淵 廣東平遠超竹鄉啓宇學校
 - 李秉生 廣西柳州瀘江圩益生堂
 - 林學超 廣東陽江第二區雅韶圩佐壽堂
 - 蘇家謙 廣東豐順湯坑蘇尚賢公祠轉
 - 林育傑 廣東興寧西河背西海會館轉交
 - 陳學謙 廣東崖縣縣立中學校轉
 - 黃國英 廣東興寧龍田圩龍蟠中學校
 - 吳國芬 廣東興寧北街宗壽堂轉
 - 許益慶 廣東曲江昇平路十二號富國煤礦公司謝卓琛轉

校團簡訊與動態報告

1. 母校戰地考察團一行，已於二月五日返校，此行曾至湖北岳陽平江湘陰嶺西北之修水，鄂南麻城各前線及粵北各戰區考察，備受各地同學及各部隊之歡迎。對軍醫教育衛生勤務上收獲頗多，即將有改進軍醫業務之建議，詳情容在本刊陸續發表。
2. 母校第一分校主任滕書同氏已於一月三十一日由渝動身赴安西云。
3. 母校第二分校主任現聘前軍醫署長胡蘭生氏擔任整形外科義務講座云。
4. 母校新建血清疫苗研究所，業已落成，頗為壯觀，聞該所各項工作正在積極猛進中。
5. 母校新建藥品製造研究所即將落成，聞該所已有硝酸銀出品，其他亦在猛進中。
6. 母校生化系主任教官萬所誦師陳素非女士於二月五日赴渝出席行政院衛生署所召集之營養研究會。
7. 衛生署中華藥典第二版改纂委員會，聘教育長為藥典範圍專門委員，林主任教官公際為製劑專門委員。

捐款鳴謝

本社經費承下列各同學熱心捐助特此申謝
(自二十九年十二月二十四日至本年元月二十四日)

劉作毅 捐四十元
藍光標 盧之堪 胡賢時 隋英林 以上各捐二十元
鄧去非 捐十五元
孟昭禮 院步蟾 胡振屏 洪聲顯 褚碧峯 孫世榮 以上各捐十元
施本坪 鄧連型 以上各捐五元
覃鴻耀 李德華 楊洪清 侯金照 以上各捐二元

本社啓事

(1) 本通訊以工料高漲酌較前增收刊費以資彌補茲定為訂閱全年(12期)四元八角半年三元郵費在內(2) 本通訊以印局忙碌未能按月出版現正陸續趕印承各讀者函詢恕未一一裁答請希亮察