

軍醫月刊

第一卷



第八期

中華民國三十六年八月三十一日出版

要目

插圖：軍醫新聞集錦

最近軍醫署之業務概況	張殿邦(1)
軍醫戰術講授錄(演習篇)	徐步安(5)
野外衛生	王大明(13)
RH 因素	葉維法(17)
高血壓	艾文柏著·褚承猷譯(21)
胸部創傷及其治療措施	鍾志謙(26)
骨之異常及發育在X光上之所見	石順起(31)
花柳性淋巴肉芽腫檢驗診斷之今昔	史敬言(38)
醫學文摘	馮冠華(43)
交換綑帶	鍾志謙(45)
廣州總醫院的近貌	梁克(47)
美國陸軍部軍醫署之組織概況	徐希麟等(49)
腹部手術後留下的一個問題	梅漢(51)
編餘	江瑞鳴(53)
法規選輯	(54)
人事公告	(56)
一月大事	(64)

國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印

福康藥廠

股份有限公司

經驗藥師主持 精製藥劑
 臨床實驗 醫用良藥

總發行所

上海南京路三五三號
 四百念號室

總製造廠

蘇州蘇門威家帶
 第三拾號



立勃結髓
 強壯補血劑



利服爾
 貧血強壯劑



凡痛靈
 止痛良藥



澎可賓
 輔助消化止瀉劑



通乃分
 輕瀉劑

大批製造

適合中華藥典之原料藥品

無水酒精	亞硝酸乙醃酒精	純淨胰酵素	澱粉酶素	硫酸低鐵 結晶粉末 錠劑	硫酸鉀	炭酸鉀	癒木酚磺酸鉀	氣仿酸	柳酸
------	---------	-------	------	--------------------	-----	-----	--------	-----	----

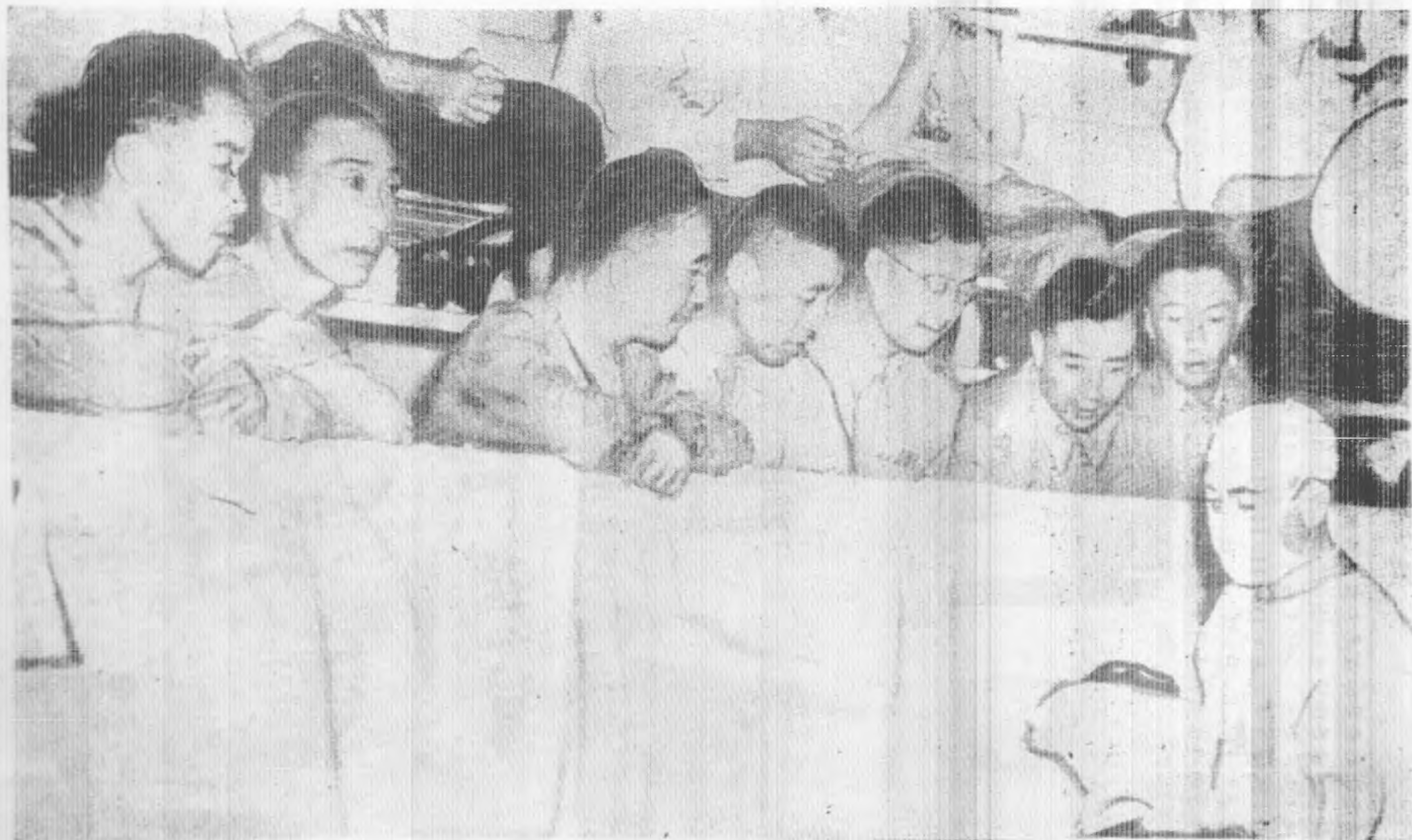
本刊特別啟事

一、茲以航空郵費一再漲價本刊特改訂航平每份（半年）一萬八千元航掛二萬二千元嗣後隨郵資漲落另行通告

二、下半年訂戶訂閱時已填明以航郵寄發者及各訂戶如遇該區郵路欠通時統希從速按照規定將航空郵資補寄本署資料組以憑起寄否則本社不負寄遞延誤之責

三、本刊第一卷一至六期（上半年）因訂戶踴躍已無存本不再補訂新近補訂者情願退款或改訂七至十二期統希從速函知本署資料組以便洽辦

軍醫新聞集錦



中國軍醫攷察團參觀美國芝加哥康地醫院 (County Hospital)。圖示該院外科醫師李澄斯坦博士 (Dr. M. E. Lichtenstein) 施行手術時情形。

自右起為軍醫署副署長陳立楷，組訓司司長蔣旭東，前辦公室主任錢繩武，衛勤司司長段之樸，總務處處長蔡善捷，總務處副處長張協時，榮譽司科長孫德亮。

軍醫署派遣赴美考察公共衛生業務

原載美國田納西州杜邦公司 Du Pont 月刊八月號

中國軍醫署派遣陳裕廉醫師在美考察公共衛生，於七月十一日於美田納西州 Tennessee 考察工廠之衛生設施。陳醫師曾在約翰布金斯大學 Johns Hopkins University 之公共衛生學系研讀九閱月後，由美衛生部介紹至杜邦公司，作四週之考察。

上圖自左至右：為赫德遜博士，Dr. H. H. Hudson，美田納西州工業衛生組組長。陳裕廉醫師。米勒博士，Dr. R. P. Miller 杜邦公司診療所所長。

下圖為陳裕廉醫師由米勒博士 Dr. R. P. Miller 陪同參觀診療所情形



最近軍醫署之業務概況

軍醫署組訓司
張殿邦

民國三十六年八月二十日在南京湯山聯合勤務學校教官訓練班講述

一 軍醫署的沿革

民國十四年七月，政府成立之初，原大本營軍醫監部，改隸於軍事委員會。十五年七月，出師北伐，國民革命軍總司令部設軍醫處，同時兵站總監部設衛生處，分掌前後方衛生業務，軍醫監部乃告結束。迨革命軍進展鄂籍，國民革命軍總司令行營進駐長沙，特設軍醫處，並將兵站衛生處結束，所有業務，即由軍醫處兼辦。十六年九月，總司令行營改組為軍事委員會，軍醫處亦同時改隸軍委會軍政廳。十月，國民革命軍總司令部復告成立，旋改稱陸海空軍總司令部，增設軍醫處。十一月，軍事委員會改組為軍政部，原軍醫處改稱軍醫司，隸屬軍政部陸軍署。十九年二月，總司令部縮編，所屬軍醫處歸併軍醫司。二十一年六月，軍事委員會特設軍醫設計監理委員會。二十四年八月，軍醫司與軍醫設計監理委員會合併成立軍醫署，直隸軍事委員會，二十六年七月，歸隸軍政部。三十三年十月，軍醫署撥歸後方勤務部指揮，三十四年一月，復歸軍政部建制。三十五年五月，中央軍事機構改組，軍醫署改組為國防部聯合勤務總司令部軍醫署，並從新編組。歸納說起來，本署在民國十六年以前，稱為軍醫處，同年十一月，改稱軍醫司，二十四年八月，改組成軍醫署，遞延迄今。

二 軍醫署的任務和組織

本署隸屬軍政部時，為軍醫行政機關，亦為部長幕僚之一部，去（三十五）年改隸國防部聯合勤務總司令部，掌理軍醫部門聯合勤務，並對參謀總長負技術參謀之責，任務較前繁重，因為本署以往專負責陸軍軍醫業務，此後須綜理全國陸海空軍軍醫業務及前後方衛生勤務的原故。但因人才、器材、設備、以及積習傳統等關係，本署目前的任務，除了軍醫人員的分發補充，上海國防醫學院的教育訓練，以及日內即可成立之首都陸海空軍總醫院的收療傷病，可以適應陸海空軍的需要之外，仍以負責陸軍軍醫業務及前後方衛生勤務為主。

本署的組織可分為三部份：第一部份，是署本部，在署長副署長之下，設有署辦公室及考績室，為署長直接幕僚。第二部份是一般行政部門，設有總務處、資料組、及財務科。第三部份是技術行政

部門，也可說是業務部門，設有組訓、衛生勤務、供應、技術、榮軍善後等五個司。

1 組訓司 改進軍醫教育，組織衛生單位，徵調衛生人員，以供應勤務及作戰部隊之需要。

2 衛生勤務司 擬訂衛生計劃，調配衛生單位，指揮傷運收容，考查傷病管訓福利，視導部隊衛生，以及聯繫卸兵團體。

3 供應司 適切供應軍醫業務所需之器材及裝備，配合軍事補給計劃，準備充足之數量，使無匱乏。

4 技術司 掌管保健、防疫、治療、復健諸技術，按健康觀點，研究軍人營養標準之改進，以保持軍隊之作戰力。

5 榮軍善後司 抗戰期間，凡負傷成殘之官兵，政府為表揚功績，稱為榮譽軍人，簡稱榮軍。榮善司掌管榮譽軍人之管教及善後，將來或許會劃歸社會部。

三 國防醫學院之編組成立

本署為適應建軍要求，採仿美國中心Medical Center制度，合併編組各軍醫教育機關，重新建立軍醫教育組織系統，遵照 總長陳指示，並與美顧問團一再商討，最後決定成立國防醫學院於上海，業於本年五月十六日，由陸軍軍醫學校衛生勤務訓練所合併編組，正式成立。其教育部門：有專科教育，內含醫科、牙科、護理科。有業務訓練，內含衛生勤務科、醫事技術科、基本衛生訓練科。並配賦衛生實驗院，衛生裝備試驗所、圖書館、博覽館等研究發展機構，及總醫院、衛生材料總庫、衛生營等業務示範單位。由國防醫學院綜合指揮，分負人才作育、學術研究、業務發展之責，而收教學用三者合一之效。

對於國防醫學院，特別值得提出的有幾點：

1「中心」Medical center 制度，創自美國，在美國凡稱為「中心」者，其組織內必包括「人員訓練」「工作示範」「業務練習」及「研究改進」等機構設備，相輔相成，而為建設或發展專業之策源地，如華盛頓的「海軍軍醫中心」(The Navy Medical Center)，得撒州珊瑚屯要塞(Et. Sam Houston, Texas)的「布魯克軍醫中心」(Brooke Army Medical Center)，及其他各州之「醫事中心」，均為彼邦人士所重視。現在國防醫學院仿美制成立，所以我們要重視，並且還要引起美國的重視，以便獲致人員與技術的交流，而收他山之助。

2 聯勤總部按照新制度，設十一個勤務學校，即工兵、通信、運輸、憲兵、尉官、財務、兵工、經理、獸醫、特勤等學校，及國防醫學院，除國防醫學院外，校舍均成困難，或尚在籌劃遷校。現在國防醫學院已在滬成立，其房屋面積約一萬八千平方丈，地皮面積約三百畝，規模宏大，得未曾有，真不能不說是本署當時決策的明快堅定，軍醫學校和衛生勤務訓練所由跨運滬之迅捷機動，相輔相成，始克收獲今日之良果。

3 本署為配合整個國防建設計劃起見，一俟上海國防醫學院辦有成效，將再與教育部及衛生部合作，將中心制度，逐漸推行於華北、華南、華西、東北等區域，以收就地取材之效。

四 衛生器材的供應

全國部隊及軍事機關學校所需衛生器材，向係撥發代金，由其自購，迨太平洋戰起，衛材來源斷絕，各部隊自購困難，本署遵令將全國部隊所用衛材一律補給實物，自三十三年七月份起逐步推行，先由我列部隊及交通樞紐地區實施，屢經奮鬥，不顧種種困難，終於三十五年七月完成全面衛材發

實。

對於衛材供應，特別值得提出的有幾點：

1 衛生器材的供應，在聯勤業務中為最重要的一部門，現代戰爭，後方補給比之前方作戰，更屬重要，作戰固屬難鉅，而支持作戰尤為不易，蓋後方的供應補給，即為支持前方作戰的力量，就衛生部門而論，傷病治療及防疫保健，全賴衛材之供應補給，所以本署處理此項業務，確係時時不斷的採用合理迅速有效的方法，以期善盡其職責。

2 本署供應衛生器材的品類，包括有藥品、醫用化學品、生物製品、外科器材、診斷用材料、試驗用材料、牙科材料、醫院用品、X光材料、及物理治療材料等，與美軍衛材供應的品類，是相同的。祇有獸醫材料，因屬經理署馬政司主管，所以本署不供應，這是與美軍衛材供應的制度稍為不同的地方。

3 現今科學進步，治療方法及藥物應用，均日有改進，故本署特聘許多醫藥專家，經長期間之研討，新訂整編師各級衛生器材品量標準表，奉准實施。此新標準表的特點，即網羅了青黴素鈉（Penicillin Sodium）、磺胺嘧啶（Sulfadiazine）、梅吩砷（Mapharsen）、奎寧（Quinine）（現用菸滌平Atabrine代替）、鹽酸吐根鹼（Emetine Hydrochloride）、及白喉抗毒素（Diphtheria Antitoxin）等特效藥在內，現在全世界醫學家公認的特效藥還不滿十種，而本署在國家財政困難，衛材經費不豐的時期，能夠將這樣多種的特效藥列入新標準表內，實施補給，確非易事。我們記得今年三月本署召開第一屆衛生器材補給會議時，黃副總司令維的訓示說：軍醫署有新藥品標準表之改訂，足徵軍醫業務確在進步之中，但此新標準必求各級單位先行明瞭，則推行實施始無困難，所以嚴邦今天趁此機會遵照 黃副總司令的指示，將我們新標準表的特點向各位報告一下。

五 選派軍醫人員赴美考察進修

本署為改進軍醫業務及培植軍醫師資起見，於三十五年七月在上海舉辦留美軍醫人員考試，共計錄取一百二十三人，去年出國一一五人，內考察人員五人，進修人員一百一十人，今年續派考察人員八人，去年的考察人員經已返國，進修人員大部份亦已返國，其餘亦在返國途中，以後將年年舉行考選派遣。

對於選派遣軍醫人員赴美考察進修，特別值得提出的有幾點：

1 三十四年九月十四日，本署奉到 總長陳的手諭開：「軍醫人員，選成績優良者二十至三十人，至美國考察及進修。」本署當即擬訂選派軍醫行政組、衛生營訓練組、醫院組、衛材供應組、及專門技術組的軍醫人員赴美考察進修的方案，呈請總長陳，並請求將選派名額增加至一百二十三人，這恐大規模的選派軍醫人員出國考察進修，真是空前的盛舉。

2 本署選派軍醫人員赴美考察進修，係在平等、平均、平衡的三平原則下辦理的。

何謂平等：請看與試資格的規定，凡屬國內外公私立醫藥牙護學校畢業，以及衛生工程師、X光管理員、環境衛生員、檢驗員等，連續充任軍醫職務二年以上，成績優良，擅長英文，思想純正，體格健康者，均得與試，舉此為例，就可以證明這是平等的，特別民主的。

何謂平均：請看三十五年錄取人員一百二十人的學校分類表，計軍醫學校畢業者二十七人，協和醫學院一十八人，湘雅醫學院七人，同濟大學醫學院四人，華西大學藥科、軍醫學校藥科、浙江醫專藥科各四人，上海醫學院、齊魯大學醫學院、浙江醫專醫科各三人，中央大學牙科三人，東南醫學院，中山大學醫學院各二人，北平大學醫學院、山東醫專、聖約翰大學醫學院、貴陽醫學院、同德醫學院、嶺南大學醫學院各一人，國外醫科七人，各護士學校十人，及其他十一人，可見這是平均的，不

患寡而患不均的現象，是沒有的。

何謂平衡：查三十五年選派軍醫行政組一組、衛生營訓練組一組、醫院組六組、衛材供應組一組、專門技術組一組、專門技術組一組、今年又選派軍醫行政組一組。再細細分析一下，請看三十五年組別錄取人數比較表，計軍醫行政組七人，基礎醫學組二十人，內科學組十四人，外科學組三十人，牙科學組七人，放射學組五人，護理學組九人，衛生工程學組一人，預防醫學組五人，衛生勤務組十人，醫院管理組六人，衛材供應組九人，這是以足數學成回國配合作業的標準而選派的，我們要能收配合作業之效，就得注意和重視這種選派的平衡。

以上列舉的三平原則，即平等、平均、及平衡，是本署辦理選派軍醫人員赴美考察進修的特點。

3 我們知道，一個卓越的球隊指導者，要訓練一個強勁的足球隊或籃球隊，除了要隊員具備堅強的體格、持久的體力、優越的球藝、不斷的練習、和比賽的經驗之外，還要具備一個最要緊的、克敵致勝不可缺少的因素，就是Team Work，（Team Work可譯作「隊員合作」。）假如兩個球隊比賽，勢均力敵的時候，那一隊有Better Team Work，有好的隊員合作，勝利一定是屬於他的。設邦以為本署選派軍醫人員赴美考察進修，分組的辦法，就是訓練球隊要注重Team Work（隊員合作）的辦法。所以我們赴美考察進修的人員，在美要實行Team Work，學成回國更要實行Team Work，不僅每組之內，各人要注重合作，並且組與組都務要注重合作。我國選派留學生已經有幾十年的歷史了，能夠像訓練球隊注重Team Work的辦法，來分組選派人員出國考察進修的，恐怕要算軍醫署是第一次吧。

4 從前秀才不出門，能知天下事，現在時移事易，行萬里路或許會勝讀萬卷書的，所以我們對於出國考察進修，總要得高山仰止，景行行止，雖不能至，心嚮往之。我們知道，戰前的德國，現在的美國，因為預防醫學的進步，傳染病管制的嚴厲，以及公共衛生的講求，傳染病少得絕無僅有。據說戰前德國某地如發現一個傳染病人，許多地方的醫師聞訊，都會趕着前去診視，不肯放過這難得的病例之研究機會。在美國，據說有一次發現一個傷寒病人，便有很多醫師不遠千里坐了飛機去看，視同奇蹟，由這件事上，可以感到美國的醫學和衛生方面是何等的進步。況且此次大戰初期，美國鑒於應戰之需要，有科學研究發展處之組設，歷年鑽究，收獲至鉅，就中屬於軍醫治療及藥品各項，亦多驚人之發明。迨正式參戰，衛生勤務之計劃設施，又視其他盟邦為詳備，所以選派軍醫人員赴美考察進修，更應與其他各部門一樣，加緊辦理。



軍醫戰術講授錄 演習編

國防醫學院
徐步安

野外演習前講話

9

下達法。

集合各營長，直屬連排長及衛生隊長，口述使之筆記。

第二次野外演習筆記

課目——步兵團衛生隊在防禦戰之軍醫作業。

戰況想定——如另紙作命第一號。

研究事項——1.團衛生隊組織之運用。2.地形偵察與位置選擇。3.傷運路線選擇與標示。4.輸力運用。5.各衛生單位間及與部隊間聯絡之保。持

着眼點——1.在現地實施偵察事項，位置與選擇條件所列舉之事項。2.各營急救站及團急救站之運用分佈。3.傷運路線勘定與標示方法及各級單位所應負勘定與標示之責任。4.輸力運用及分配法。5.軍醫各單位間及其與部隊間聯絡，及聯絡方法手段。6.軍醫對部隊長於命令未下達前，如何建議設站位置，及在選定後，如何使其證明之方法。

演習地區——團營附近之200 220諸高地及其附近一帶地區。

演習日期——卅四年六月三日午後二時半至六時半。

(包括教室開會及講評時間)

(一)實施前之準備

1.演習員之任命——先日發出任命表，人員分配如左(學員担任)

a.部隊長——步兵團長，第一營營長，第二營營長，各附傳令一名。

b.團衛生隊——①團急救站者——衛生隊長一，傳令一，軍醫二，看護士二，看護兵三；担架排長一，担架兵十四(担架七付)。②第一營軍醫所者——營軍醫一，看護士二，看護兵二，担架班長一，担架兵六，(担架三付)。③第二營軍醫所者：與第一營同。④連救護兵八，每營四人。⑤傷兵三十二(輕重各半)。

2.教官會議——於當日上午，有關各教官先行集會，商討演習時，各指導官，與補助官所担任之職務。傷兵如何安排分佈担送與步行傷者之分配，以及實施程序之預定與命令擬定等等。

3.器材準備

a.團急救站，各營急救站，及其人員需要携行携帶之衛生器材，照規定發給(暫照本所規定標準)。

b.担架十七付內包括開設担架，交換担架。

c.演習員等符號，照人數分發。



d. 傷單照規定人數分發。

4. 教室講解與閉會

a. 關於講述者——由指導官說明本日演習課目，並在圖上，依據命令，指示敵我情況，及作業一般情形。

b. 作戰會議——團長召集各營長衛生隊長開會，講述師命令有關各事項，及團長之決心應置，徵詢各營長意見，並在圖上決定各指揮所位置，及團急救站位置，於團命令內加以規定（在指導官指導下決定）。

c. 命令下達（假定教室為團部）——將預先擬定之命令，臨時再加入會議決定之各指揮所，及團急救站位置，（營急救站位置，由營軍醫依據營長指示在現地偵察選擇）當場下達。

d. 人員出發——依傷兵（此時為戰鬥兵），救護兵第一營急救站人員，團急救站人員之順序，在命令下達後——

(1) 各傷兵，救護兵，在教室外集合，並領取槍枝，携帶藥等，由兩補助官率領分赴220及200兩高地（我軍陣地），每陣地計傷兵十六人（輕重約各佔半數）。

(2) 第一營及第二營急救站人員，在教室外集合，並領取器材，各由一補助官率領出發，分赴命令內指定營指揮所附近。

(3) 團急救站人員領取器材，在教室外集合，由指導官率領至i點指定之設站位置附近。

(4) 各營長及團長，携帶傳令，與所屬營團衛生人員，同時出發至S點（第一營指揮所），E至T點間（第二營指揮所），G點（團指揮所）。

(二) 實施間

1. 作業預定時間紀錄如左。

a. 出發時間為午後三時卅分。

b. 團指揮所設立為三時四十五分，兩營指揮所，營長到達後即設立。

c. 各衛生單位設立，為四時十分，開始作業為四時廿分。

d. 傷兵開始復轉，（即第一傷兵復轉營急救站）為四時十五分，每隔二分鐘復送一人。

e. 各急救站閉鎖時間，預五時至五時廿分，依營團之次序先後撤收。

f. 由五時廿分至六時三十分，為在現地講評，及歸途時間。

2. 各部隊長，各軍醫單位主官，及傷兵，救護兵，到達指定地點後之動作——

a. 團長設立指揮所，並報告師長（假定）。



- b. 各營長到達後，即將到達指定E至T點間，及S點附近，偵察地形，並將設立指揮所時間，與各所屬部隊佔領陣地概況，報告團長。
- c. 團衛生隊長，到達i點附近後，即命所屬人員，就地掩蔽停止，並指定一資深軍醫，負責照料，其本人偕同担架排長及傳令，赴前線實施偵察作業，最要者為各營救急站位置，各部隊陣地，佔領編成及分佈狀況，前進沿途之景況及傷運路線等等，俟偵察畢，歸返原處，即決定救急站之確切位置，報請團長同意，所有有關偵察事項，及位置選定條件，悉照講述編內之所記載者施行之。在演習時，如為節省偵察時間，衛生隊長，可就指定設站之概略位置附近，選定位置，但須先派由担架排聯絡人員兩人，每營一人，探定救急站位置，作選定團救急站之依據，此點則不可忽略，至所派人員，並任傷運路線選擇之責，救急站位置確定後，隊長即命担架排長，每營先派担架兩付，任各營救急站至團救急站間，担運傷者之抬運，並標示傷運路線，同時並指定一資深軍醫負救急站開設及作業之責，隊長則担负隊部所應負之業務。
- d. 各營軍醫到達所隸營指揮所附近，即偵察地形(至第一線連)選擇設站位置，經營長同意後，即部署作業並先派担架，每營救急站二付，分赴所隸營前線，與救護兵密切聯絡，任前線傷兵搜索救護，及至裏傷所間，担送傷者之後運，又傷運路線，担架班長，則依照軍醫指示，負勘定及標示之責。
- e. 傷兵及救護兵，由兩補助官率領，進入指定陣地，其人數，及輕重傷之支配，見「演習員之任命」及「人員出發」各條項內，又救護兵應選定救護地。

3. 戰鬥間各衛生及指揮單位之作業與行動

a. 戰鬥開始或其直前——

- (1) 團衛生隊長，俟派往兩第一線營聯絡人員歸來後，即派遣担架，每營先派兩付，分赴各營救急站，任營至團救急站間之後送，並標示路線，此時救急站亦開設完畢。
- (2) 各營開設救急站。
- (3) 各部隊長，兼監督軍醫作業之實施。
- (4) 救護兵在補助官指導下，從事傷兵搜集，標記等工作，並與担架兵取聯絡。
- (5) 指導官補助官，(陣地補助官除外)分任救急站作業指導，及沿途巡察。

b. 戰鬥間——

- (1) 第一線救護之救護兵，從事搜集、綁紮、標記等工作，以傷兵完了為



- 止，担架兵與救護兵聯絡從事傷者搜集抬運，遇需要，為傷者急救。
- (2) 各營急救站：對傷兵檢查分類，及予以急救，並分別輕重傷，使步行或交由團派來之担架，後送至團急救站。
 - (3) 團急救站作業，約同營急救站，担運傷者，則交師裏傷所派來担架接運(假設)。
 - (4) 各醫務單位間聯絡此時可利用往返担架兵，或步行傷兵，傳達前方情況，如傷兵發生多寡，戰事情況，及彼此作業情況，隨時通知報告，視需要得派專人，傳達情報。
 - (5) 記錄，及武器之處理，規定由團急救站收繳武器，營急救站，填傷票，團急救站，填收容登記表。
 - (6) 器材補給及人員補充，由後一單位，補充至前一單位，至必要器材，則於作業間，隨時交換之。

(三) 戰鬥終止

1. 各營急救站，在最末一個傷兵收容後，由營長命令，將急救站閉鎖或由軍醫請示營長行之。
2. 團急救站，於兩營急救站撤回，及業務終了後，請示團長撤收急救站，或由團長命令之。
3. 各營團急救站於撤收後，須將收容情形，報告營團長，兩營軍醫，並須報告衛生隊長。
4. 各醫務部隊，在團急救站位置，由任團長之演習員，成一列或數列橫隊集合隊形，呼敬禮口令，聆聽指導官講評。
5. 指導官講評(另稿)
6. 整隊返所，並繳還器材。

第二次演習講評

時間卅四年六月三日午後五時卅分
於

諸同學本日作業一切動作，尚欠確實，以後要注意改正。此次演習雖注重與軍事配合，但於技術方面，亦不可忽略，最好要使技術與戰術，能兼顧并重，此點以後亦要注意，惟就一般而論，尚無大誤，茲將本日作業有關事項，再為若干說明，供諸位參考。

(一) 隊附衛生機構之運用——所謂隊附衛生機構，通常係指營團所屬衛生單位而言，此次作業，關於人員支配，係比例用最近所頒佈之攻擊軍編制，以



各營內，須有救護組織，因將團衛生隊原有人員，除團急救站需要人員外，劃分為三個營衛生隊，担架亦適宜劃分之（詳情見講述編組織運用表）如此劃分，即是一時的勤務編組，約與部隊之軍隊區分，同一意義。須知建制之組織（指團衛生隊），不加區分，則不便運用，即在駐軍間亦應如此。在師內衛生單位作業，以後一單位，支援前一單位為原則，如團衛生單位，應支援營衛生單位作業之類，由此原則，則區分團衛生隊時，應注意在劃分後，團衛生單位，仍有支援力量，即是人員器材體力工具，不能與營衛生單位，平均劃分，切要注意。團對兵力部署配備，通常係以兩營為第一線，一營作預備隊，於此對團衛生隊區分，似可將作預備隊營之衛生隊，暫可控制於團，不退預備隊，係為着戰鬥而預備，遲早必須參加作戰，故仍須分配衛生單位為宜。

（二）關於連救護兵者——向來編制，連內本有担架兵之設，惟因抽調至團，合併於担架排，致第一線救護，付諸闕如，卅一年編制，雖有團担架兵，救護至連之規定，惟究不若專任一種職務之易於達成任務，現在編制，既改為看護兵，亦不包括在團担架內，正好乘此機會，加緊訓練，以加強第一線救護之作業。

（三）偵察地形與選擇位置——急救站及裹傷所，或野戰醫院位置之適切與否，影響作業至鉅，故選擇位置，為作業時不可忽略事項，惟欲選擇位置，必須熟悉偵察地形，軍醫人員，均應致力於此，萬不可忽，如僅僅知道選擇位置條件，不明偵察地形方法，仍不能完成選擇位置之任務，亦須切記。此次演習每次要求諸君實施偵察作業者，意即在此，在攻防戰鬥，無論為陣地攻擊，抑係陣地防禦，僅有餘裕時間，實施偵察作業，演習時因限於時間地域（詳情見演習前講話），不能充分實施，實際作業，則不能如演習時之僅限於一地附近，更要推廣其範圍，更要本諸地形偵察方法，認真做到，至營團急救站位置，後一段地域之偵察，在前進時，即須注意及之。

（四）作業間之聯絡——聯絡之種類方法手段，已見於演習前講話及專題講述，懇能記憶，茲將本日演習有關連絡事項，分論之如左。

1. 確切設站位置選定，必須報告部隊長同意。
2. 關於營急救站位置，團衛生隊長，應派人聯絡。
3. 作業間，可由傷兵，担架兵，傳遞消息，遇有緊要，可派傳令。
4. 急救站閉鎖，應得部隊長同意。
5. 其他必要事項。

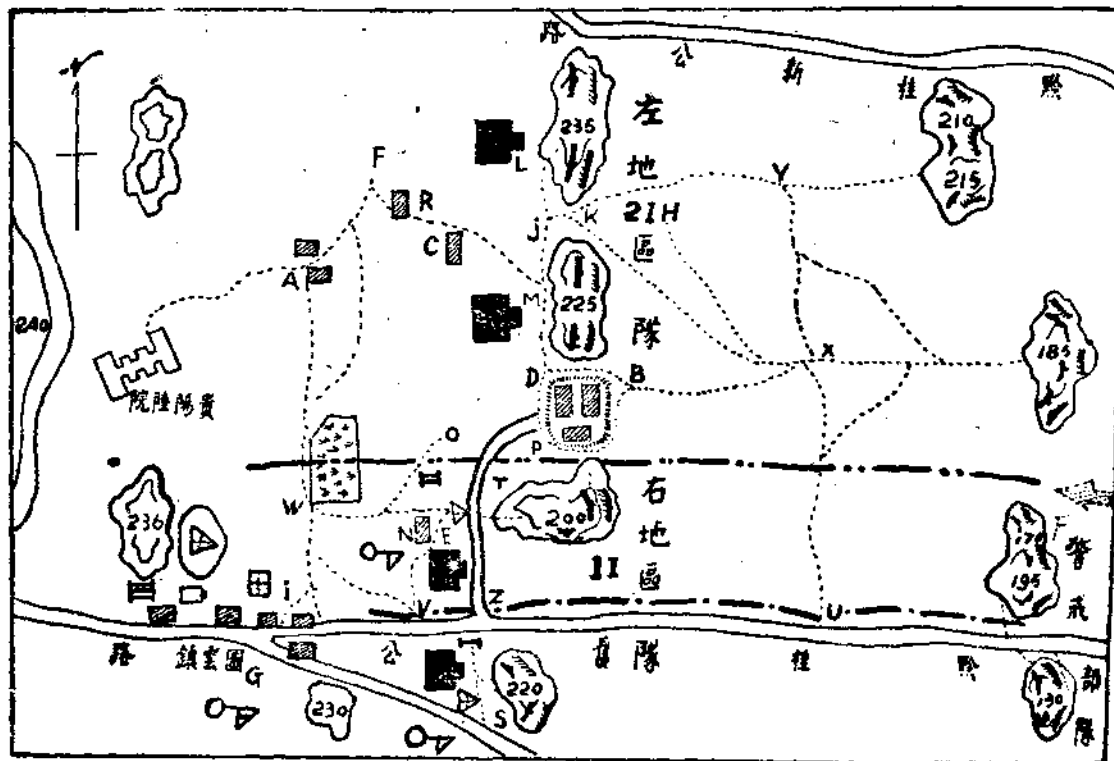
山地戰因地形關係，連絡較為困難，其詳情已於演習前講話內提示，故對於山



地戰部署作業，在某情況下，不得不使略富有獨立性，從事作業人員，亦要有此意志，吾人現所演習地區係山地，故略一提及，使諸君注意。

(五) 担架支配——關於輸力支配，最應注意者，在團衛生單位，要有控制輸力，成遇某方面營傷患較多時，便於應付，軍事情況之發展，往往不能盡如預期，倘無控制輸力，即不能應付臨時發生之需求，本日對於担架之支配，除各營配屬者外，團尚有七付，如各營急救站至團急救站間傷兵復運，每營先分配兩付共四付，尚餘三付，此三付即作為控制輸力，總之運用輸力，在最初除留出控制若干付外，通常每營，可平均分配，對於有特種任務之營，或因交通路關係，致輸力最初即不能平均分配者，又當別論，團急救站至營急救站距離，較之營急救站與第一線距離為長，每營派兩付担架，甚至三付，實不敷分配，為受編制之束縛，不得不爾，所以仍如此支配者，在使諸君，得知運用之方法耳。

步兵第一團衛生隊在防禦戰時期之配備要圖





步兵第一團作命第二號

三十四年六月三日午四時於關雲關團部

地圖：卅四年貴陽市及貴筑縣戰術用地圖。

- (一) 1. 龍里方面，約有步兵八、九、營，砲三、四、十門之敵，成兩縱隊前進，於本(三)日午後三時，其先頭，正由高塘寨向西前進中。
- 據報敵有佔據210 215 185 170 195 180 諸高地相連之綫，接近貴陽之企圖。
- 敵空軍為劣勢幾無活動。
2. 我先遣隊，於沙子崗附近，自午前十時以來，遭遇劣勢敵步騎攻擊，刻正對峙中。
3. 我師負有保衛貴陽之任務，決定在180 195 185 215及210諸高地之既設工事，佔領陣地。
4. 步兵第二團，為師之右地區隊，在180 195 170 諸高地，佔領陣地，特以一部火力，側防我地區隊，右第一縱營右翼之前地。
5. 第三團為師之預備隊，位置於貴陽陸院以東地區山谷內。
- (二) 本團為師之左地區隊，構成師防禦線之一部，在標高 185 215 210 佔領陣地。
- (三) 1. 步兵第一營，為團之右第一縱營，連繫右地區隊左翼，在185高地，佔領陣地，應以火力一部，側防右地區隊左翼，及左第一縱營右翼之前地。
2. 步兵第二營，為左第一縱營，連繫右第一縱營在 215 210 高地，佔領陣地，應以火力一部，側防右第一縱營左翼之前地。
- (四) 第一縱營之戰鬥地境如左：線上屬左方部隊。
- | | | | |
|-------|---|---------|----------------------------|
| 右地區隊 | \ | 185 195 | 兩高地山谷間，維甲地至乙地至見龍河左岸丙地相連之綫。 |
| 右第一縱營 | \ | 215 185 | 兩高地山谷間，維甲地至乙地至見龍河左岸丙地相連之綫。 |
| 左第一縱營 | / | | 連之綫。 |
- (五) 第一縱兩營，配置如左警戒兵。
- 第一營——步一排，機槍一挺，位置於見龍河左岸。
- 第二營——配置同上。
- (六) 第三營，為團預備隊，位置於235高地J點附近。
- (七) 各營連，應即築固已有工事，並隨時日，加強其度。
- (八) 迫砲連佔領陣地如左。



第一第二排在K至X點間，佔領陣地。

第三排在235高地北側前面，佔領陣地。

各以火力，射擊本陣地前方死角，及對主陣地前方谷地，準備所要之火力。

(九) 1. 團衛生隊在C點附近開設急救站，其作業細部事項參考特別命令(或軍務命令)。

2. 一切補給事項，照規定辦理(參考特別命令)。

(十) 通訊排擔任與第一縱營，預備隊，及警戒部隊間，架設電話。

(十一) 戰鬥間各指揮所位置如左：

團指揮所在C點。

第二營指揮所在H點附近。

第一營指揮所在X點附近。

第一步團上校團長×××

下達法。

集合各營長，直屬連排長，及衛生隊長，口述使之筆記。

第三次野外演習筆記

課目——步兵衛生隊在防禦戰之軍醫作業——增援時期作業。

戰況想定——如另紙作命第二號。

研究事項——

1. 增援方法，及所需增援之時機。

2. 增援單位之軍醫作業。

着眼點——

1. 部隊長如何調度增援。

2. 軍醫單位到達後，如何作業，及與原有部隊軍醫作業之關係。

3. 增援實施前後，各部隊長間，及增援單位與其所屬軍醫單位間，如何連繫與實施步驟。

演習地區——團營間附近225 235 215及185諸高地，及其附近一帶地區。

演習日期——卅四年六月四日午後二時半至六時半(包括教室開會及講評時間)

(一) 實施前準備

1. 演習員之任命——先日發出任命表，其人員分配如左(學員擔任)

a. 部隊長——步兵團長，第一第二第三營長，各附傳令一名。

b. 各軍醫部隊——(1)團急救站者——衛生隊長一，軍醫二，看護士二，看護兵三，傳令兵一，担架排長一，担架兵十四(担架七付)。

野外衛生 Field Sanitation

四

譯自美國 Military Medical Manual

軍醫署衛生勤務司

王大明

a. 行軍糞便之處理 Disposal of excreta on the march. 行軍中須要教導士兵，大解時自掘一坑，解後以土覆之。此不但有益於衛生，且免去糞便狼藉之不雅。

b. 在暫時宿營或一星期內之宿營之糞便處理 Disposal in bivouac and Camps of one Week. 暫時宿營，或午間中途休息時亦要掘鞍形溝以為糞便之處理。溝要一英尺寬，18—24 英寸深，其長度則須足 5%—10% 之人數當時之用。每人以 2 英尺為限。如掘短者其前後溝須為平行，周圍繞以帆布屏。派一守衛者管理清潔。每人大解後用一滿鎰之土覆之。每日用粗油 Crude Oil 噴撒之。溝內積滿至距地面一英尺為度。標以木牌，免得一年之內有軍隊宿營。(圖 4 鞍溝廁) 第 317 頁。

廁所建築之地點須在帳幕之下風。距帳幕約為 75 英尺。地點以高為良，免得雨水泛濫。

此種建築自易招引蠅類，如可能則改成坑式並帶防蠅裝置。夜間懸以燈光，以便易找。

c. 一週以上宿營之廁坑 The pit latrine of more than one week. 一週以上之宿營必須建築坑廁。其坑至少 2 英尺寬。4—10 英尺深。9 英尺長。深度依當時廁所應用時間之長短，地下水之深度，土壤之性質，以及岩石之存否等點為斷。地下水面高，如作深溝則水將浸入，於衛生諸多不便，如係不透孔之粘土層阻礙尿之吸潤亦非所宜，故粘土層愈高坑當愈淺。如係岩石層掘深當為不易，除非以藥轟炸，但殊不值。

各種土壤平均來說，深 4 英尺之坑足夠二週之用。如多住一週可加深一英尺。再多依此為例，故住留 4 週者 6 英尺深，6 週者 8 英尺深。如鞍形溝廁一樣，坑廁周圍作引流小溝免有存水，並用帆布作屏圍繞。見圖。

如係很鬆顯之砂則用砂袋以作堡壘。如可能更須作防蠅裝置。蠅類產卵於糞便之上，孵化而成蛆。蛆於準備成蛹之前，必遷移於乾燥地點。在鬆疏土地至少可移 4 英尺遠。蛻變成蛹之後，還能再向前鑽 1 英尺遠，故總和為 5 英尺遠。如防止此類成蛹出於地面則廁坑之周圍必須作成不透孔。法，圍繞坑面鑿 4 英尺寬 6 英寸深之平面，覆以麻布，浸以粗油 (Crude Oil)，再覆以砂土。此麻布圍繞坑沿必須扣入 18 英寸。如無麻布則用砂和油打成 3 英寸厚之硬土層，再覆以 3 英寸厚搗打緻密之油土層。

三、尿之處理 Disposal of urine 雖一夜之宿營，尿與糞便之處理俱用鞍溝。但如騎留相當期間則建築尿槽，引尿於吸滲坑。尿槽用木製或洋鐵製，如係木製則覆以焦油紙 (tar Paper)，防免尿質吸滲尿分。於對之板作成直角以便尿易流入於槽內之小桶內。此小桶內之尿引入於廁坑或引入於吸滲坑。吸滲坑須駐留一週以上之時日方建築。尿槽每日必須洗刷塗以粗油 Crude Oil，以防臭氣並防止尿酸鹽類之附着。而免更惡之臭。(圖6尿槽) 319頁

a. 吸滲坑 Snakagt Pit, 吸滲坑，每邊各 4 英尺深，4 英尺寬，填以碎石，或 1—4 英寸直徑之砂礫。如雜石或砂礫不易得。則用罐頭罐，或碎瓶，或土門汀碎塊。

吸滲坑必須流通空氣，防免臭氣之發生，故兩邊各立以方形木製之氣筒 (4 或六英寸寬之板作成方形)，深入地面六英寸許，高出坑面約 1 英尺許。筒頂覆以紗單免蠅類之飛入。此筒而坑之面鑽數孔，以便空氣之週流。木製以外亦可用瓦製，或烟筒製者。坑頂最好之通氣須由最細之碎石或砂礫，實較土之易於堆密為好也。(圖7尿滲坑) 320頁

坑之四角裝置四個尿筒。用鐵管即可，土端插以 2—3 英寸口之漏斗，深入管內 8 英寸。此管約為 30 度之傾斜。漏斗係由 Tar Paper 造成。每坑內尿筒至多不得過八個。

吸滲坑不僅促進尿之吸收，並能幫助有機質之養化。因為此等物質經過多面之礫石得與大氣多所接觸。吸滲坑之功效以土之性質與地下水之高度為準。易吸收之砂土，可使用無限日期，每坑可供 100 人之用。

吸滲坑可用帆布作圍屏一如廁所然。如係用尿槽則吸滲坑置於屏外，槽置於屏內。所有尿池須離帳幕較遠不得弄成外觀不雅並污及管內之水。

吸滲坑之應注意者，通氣筒須保持潔淨與功效，焦油紙漏斗須時常更換而焚燒之。Crude Oil 不用於吸滲坑。因其能凝結砂土有阻於尿之吸收。

吸滲坑棄而不用時，漏斗與鐵管拔出，坑面填以薄層砂土。見圖

b. 夜間尿桶 Night urinal Cans. 夜間尿桶置於各帳幕之通衢地點，翌晨傾於吸滲坑內，其桶加油或乾柴而焚燒之。地上小便屢為禁止。

四、馬糞之處理 Disposal of Manure 馬糞為蠅類滋生之地，為衛生上一問題。處理法有多種，如堆積 Composting, 乾燥 Drying, 燒焚 Incineratin, 或改造壓縮作為肥料。暫時宿營前二法常用。乾燥法殊為馬糞變成安全，常用之方。

a. 堆積處理法 Disposal by Compositiny 將馬糞堆積，捶打緻密，內中速即發熱，能發至 140—160 度，於 8 英寸深度下。蠅類幼虫於 115 度左右之熱，可殺滅甚快。馬糞堆集之地要堅硬，每日加以捶打。在頂層於蠅卵發育前，覆新馬糞埋之。內中發熱足以殺死幼虫。很少蠅類能在此等堆上滋生發育。熱之發生由於潮濕，故在乾燥天氣，堆上必須噴洒以水。新馬糞之量如一時不足蓋覆堆頂，以防表層蠅類之發育，則覆以薄層粘土，或土壤，甚至油麻布。或邊緣每三日割去一次以塞頂上。

蠅類為生存此類場所，必於周圍之乾土內成蛹。故於堆之周圍約 4 英尺寬，加油捶緊土地，每週一次。(如圖 8 堆積處理法) 322 頁

b. 乾燥處理法 Drying Manure 乾燥方法處理馬糞，係將馬糞鋪於地上約 1—2 英寸厚。每馬約需 4—12 平方尺之面積，以馬糞之乾草及糞便之總量而言。如乾燥之時日需 4—7 日則每馬之糞便亦擇 4—7 個地點。每地須足鋪晒一日所生之馬糞。所有糞堆必須破開，平坦鋪佈。蠅類不能生存於乾燥糞便，故平鋪之層須以陽光能晒透為準。乾燥後則堆積一旁，或燃燒，或作肥料。

c. 燃燒處理法 burning Manure. 馬糞可用燃燒處理之，作成長堆或圓堆燃之或在燃燒爐燃之。前者係馬糞上噴以 Crudeoil 而燃燒之。如在燃燒爐內燃燒則如燃廚內垃圾然。並可用開放燃燒，易做而有效之燃燒爐係用鐵道軌或其他鐵棒架於磚上作成格狀。馬糞燃燒較廚垃圾為易，加少許之柴即可。但燃爐之四圍須小心，勿踐踏馬糞於地內，免為蠅類之產生地。

五、廚房殘餘之處理 Disposal of Garbage 廚房殘餘係殘餘食物，食物梗莖，以及預備食物所抽出之廢料等之總和。但不包含，破瓶罐 Cans，碎屑 rubbish 及掃地之灰塵。此項殘餘量每人每日可有 20z.—1lb. 之產生。如在大宿營平均每人可有 0.8lb.，每一步兵師每日約為 8 噸。內中 65—80% 為水分，其餘為固體。85% 之固體為易燃性。

大宿營及長期之兵站，廚殘餘多與農人訂約，由農人處理。暫時宿營則多用連燃爐或圓燃爐燃燒之，或贈與居民。如在行軍則埋於坑內。

廢棄物分為灰 (ashes)，殘屑，與瓶罐 Rubbish and tin Cans，以及可食用之廚殘餘，此可收集於大洋鐵桶中。洋鐵桶置於木置台上，桶口置紗罩以防蠅類。

a. 廚殘餘之燃燒處理 Burning Garbage 用燃燒爐為最好之燃燒方法，開口式或閉口式皆可。開口式者建築最簡單，但燃燒緩慢，效力亦不足，須多加柴料。燃時並須防止惡臭，不能在大雨之下使用。如風天，爐內之物有吹入帳內之害，故多用於暫時之宿營。

b. 石坑燃燒爐 The Rock bit incinerator 石坑燃燒爐為最簡式之燃燒爐。係淺坑，內面砌以大石，其中三面再圍以矮石壁，其餘一面作為取出所燃燒之物者。連下所用者係 3 英尺寬 $1\frac{1}{2}$ 英尺長 1 英尺深。坑式並可作為圓形者，直徑約 5 英尺，中心建一石壘為廚殘餘堆積之處。坑內置柴料而燃之，乾柴靠近廚殘餘以便易燃。流動物注於熱石上蒸發之。(圖 9 石坑燃燒爐) 323 頁

c. 十字溝形燃燒爐 The Cross trench incinerator 此爐式係 1 英尺深之兩溝交叉而成，中間作十字形。交叉處置一洋鐵罐式桶覆以粘土。或用磚砌一桶為放廚殘之用。下燒以火，溝為取出灰類者。(圖 10 石坑燃燒爐) 324 頁

最佳者為架多數板之閉式燃爐。以磚或金屬板架疊多數之板。濕廚殘置於最高之頂上，漸漸乾燥後，則收集於其下之各架內，所有廚殘完全乾後，下置以柴而燃之。此為燃燒廚殘餘最有效之方法，而所需柴料最少。一月以上之宿營，此等燃爐最為合用。

六、其他廢物之處理 Disposal of other wastes

a. 罐頭盒 Tin Cans, 不能燃燒之廢物，須運至相當之地點以待處理，至少在帳幕下風 500 碼之處。第一步在燃燒爐內燃燒以毀其有機質，次則打毀之或穿破之，如此則不至存水為蚊類之孳生地。

b. 獸屍之處理 Disposal of Carcasses. 如可能則售處，否則將腸胃除掉，腸子刺破，內中之氣放出，埋葬之。體腔內充填易燃性物，滿浸以油燻成半燒狀態，不能吸引蠅類，埋葬之。

七、流動廢物之處理 Disposal of liquid wastes. 流動廢物以吸滲池或溝處理之，或以桶運走而傾於隔絕之地點。此類廢物之大部尤以由廚房或飯廳來者，因其含有油質能凝結砂土，阻礙吸收，集結穢塊於地面。欲免去此油質必須設置捕油機。

吸滲池為處理流動廢物最良之方法。此池一如尿吸滲池，安置流通氣漏斗。但如不透孔粘土或石之下層，或地下水線密接於池下面者，則不能作吸滲池，須做堅定之吸滲溝。

a. 吸滲溝 Soakage trench 吸滲溝之溝成條溝 1—2 英尺寬方 1 英尺深之坑，由每一隅角再掘

6 英尺長之溝。接連溝部份 1 英尺深，漸至外端再為 8 英寸，以備流動體由坑向外流。溝寬約 1 英尺深，溝溝填以碎石，碎磚，破瓶以及其他類似之物。撲油機置於坑之中心。溝坑如此之淺無須通風之設備。

池之操作原理同於下水道，以接觸床 Contactbeds 為其清潔作用。即是於接觸之物體上（如礫石）形成薄皮，內含多數之好氧性細菌。此細菌作用於流動物內之有機物而養化之。

四尺見方四尺深之吸滲池於普通土地上可容戰力充足之步兵連（200 人）之廚房與飯廳所生之流動廢物之用。吸滲溝之尺寸如上述則亦有相同之功效。如係透孔之土壤可做多數之池。此等之吸滲池或溝，通常在連飯廳之附近。

日久因油質與有機物之凝集，池之吸收作用不靈活。如此則令其休息數日以待其養化作用之再生，而用第二池。通常有機物之發生阻塞所接觸物塊彼此之間隙。此以 10% 苛性費達液，或 Calcium Hydrochlorite 取其 5 gallons，每日交換用之，直至有機物不發生為止。吸滲池而並須常為關閉，以保持其鬆疏。（圖 11 吸滲溝帶濾油器） 325 頁

b. 濾脂器 Filter Grease trap 撲油器有兩種，即濾脂與阻脂是。濾脂器可以洋鐵桶或大罐頭罐，底下穿多數之孔。無論採用罐，桶，半截木桶，或管等類都填以如下之物。底面鋪以薄層碎石，其上敷砂，再上為稻草，乾草，青草，或布，此可濾出粗架之物，如食物碎屑，植物碎塊以及肉類等是，並能阻止一部份之油脂。此濾脂器放於吸滲池之中心，底埋水面下約二寸深。所有之流動廢物全傾注經此。

c. 阻油器 Baffle Grease trap 阻油器係用一箱（半截木桶或木箱），內中做成二室，一為入水室，一為流出室。中間隔以阻油板。此阻油板之下緣距桶底約 1 英寸許。水由此緣過，再由一管由流出室導入於吸滲池。（圖 12 阻油器） 326 頁

阻油器任何時間須注滿冷水。溫熱之流動廢物，注入於入水室，油質昇於表面流入第二室時為阻油板所阻。入水室之口再置一粗濾之裝置以濾出較大之食物或殘屑，所阻留之油質不斷撤去之。

d. 一夜之宿營 In Overnight Camps 一夜宿營廢水可傾注於地面或淺溝內，覆以土壤。

（完）



RH 因素 (上)

國防醫學院大學部內科學系及上海總醫院內科

葉維法

一 緒論

Shattock 氏於一八九九年最先發現人類紅血球有被別人血清凝集的現象，翌年 Landsteiner 氏證明健康人血清含有對抗他人紅血球的正常同類凝集素 (Normal iso-agglutinin)，始呈同類血球凝集反應 (Iso-hemagglutination)。當初認定血清中的凝集素有 α 及 β 二種，紅血球中的凝集原 (agglutinogen) 分 A 及 B 兩類，AB 凝集原之於紅血球中及 $\alpha\beta$ 凝集素之於血清內，或各別單獨存在或二者併見，或全付缺如，因此組合不同乃有 O、A、B、AB 四種血型 (血族 Blood group) 的差異。(Landsteiner 1901, Sturli 及 Von Decastello 1902, Jansky 1907, Moss 1910, Von Dungern 及 Hirschteld 1910,) 一九一一年 Von Dungern 及 Hirschfeld 二氏應用吸收試驗分 A 型與 AB 型為二亞型 (Sub-group)。於是血型可分六種，即 O、A₁、A₂、B、A₁B、A₂B。除 O 以外諸型中有的能將體內的凝集原分泌到唾液，精液，小便，稱為分泌型，約佔 75—80% 人類，其餘 20—25% 為非分泌型。一九二八年 Landsteiner 及 Levine 二氏又分出 M、N、P 諸凝集原，由此推算人類就有六十四種血型了。

一九四〇年 Landsteiner 及 Wiener 二氏將學名 *Macacns rhesus* 猴子的血球懸液，多次注射於天竺鼠 (或叫荷蘭豬，海獺) 後則抽取鼠血清，與人血混和，能使紅血球迅速凝集，便發現了一種新的血液因素。因為這種鼠血清是由猴血引起的，所以拿猴名 Rhesus 前二字母來表示這種種人類血液中的凝集原，叫做「Rh 因素」(Factor) 或「Rh 凝集原」。

人紅血球含有 Rh 因素者，名為 Rh 陽性「Rh+」，無者曰 Rh 陰性「rh-」。Rh 陽性者按凝集力的差異，可分七亞型，即 Rh、Rh₁、Rh₂、Rh₁Rh₂、Rh'、Rh''、Rh'Rh''。(Wejnec、Sonn、Belkin 1944) 最近研究 Rh 陽性者分子十個亞型，再加 rh 陰性型，共有十一型。如以前述六十四型合併計算，人類血液當有七百九十二型，若說人類血液僅有 O、A、B、AB 四型，已是落伍之談了！

Landsteiner 及 Wiener 二氏 (1941) 檢查美國紐約白人 448 名的結果，Rh 陽性者佔 81.6%，rh 陰性者佔 15.4%。Levine 氏等報告 1035 名白人的血型，86% 為 Rh+，14% 為 rh-。Boorman

氏等測定英人 Rh 因素，陽性者佔 85%，陰性者佔 15%。一般說來，白種人中 Rh+ 的約佔 8%，黑種人約佔 92%，在中國人所作的極少鑑定中 Rh+ 約佔 99% 以上。Landsteiner、Wiener、Matson 諸氏 (1942) 檢驗美國純血種印地安人 120 名，Rh+ 佔 99.2%，非純血種印地安人的陽性率，介乎純血種印地安人與美國白人之間。

二 遺傳方式

Landsteiner 及 Wiener 二氏前後 (1941、1943) 研究 107 個家庭與 370 個子女的結果，證明 Rh 因素係按 Mendel 氏定律而遺傳，但與性別無關。茲根據孟氏遺傳方式，將各種婚配及其後裔列述如下。為便利計以 Rh 代表 Rh 陽性血型，rh 代表 rh 陰性血型。因 Rh 為顯性因基 (gene)，rh 為隱性因基，而 Rh 對 rh 為完全顯性，所以 Rh 陽性的人，有純性 (Homozygote) 與雜性 (Heterozygote)，即前者的因基型為 RhRh，後者為 Rhch。外表 (現象型) 雖然相同，而婚配結果各異，試看第 1, 2, 4 種婚配方式及後果，即可洞悉。

婚配	配	期待的子代
I,	RhRh (純性的 Rh 陽性) × RhRh (純性的 Rh 陽性)	= 1 (全為 Rh 陽性)
II,	RhRh (純性的 Rh 陽性) × Rhch (雜性的 Rh 陽性)	= 1 (全為 Rh 陽性)
III,	RhRh (純性的 Rh 陽性) × rhrh (純性的 rh 陰性)	= 1 (全為 Rh 陽性)
IV,	Rhrh (雜性的 Rh 陽性) × Rhch (雜性的 Rh 陽性)	= 3/4 Rh 陽性, 1/4 rh 陰性
V,	Rhrh (雜性的 Rh 陽性) × rhrh (純性的 rh 陰性)	= 1/2 Rh 陽性, 1/2 rh 陰性
VI,	rhrh (純性的 rh 陰性) × rhrh (純性的 rh 陰性)	= 1 (全為 rh 陰性)

上述每一種婚配的結果，可用下法演算，試以第 IV 種婚配為例：

婚配 = Rhrh (雜性的 Rh 陽性) × Rhch (雜性的 Rh 陽性)

期待的卵子 = 1/2 Rh, 1/2 rh

期待的精子 = 1/2 Rh, 1/2 rh

期待的後裔 = 1/4 RhRh, 2/4 Rhch, 1/4 rhrh

因為 Rh 因基對 rh 因基為完全顯性，所以此種婚配結果，子代的比例為：3/4 Rh 陽性，1/4 rh 陰性。

三 診斷血清的製備及檢驗步驟

Rh 因素診斷血清的製備，方法很多。Landsteiner 及 Wiener 二氏 (1941) 最初採取猴血，以生理鹽水將紅血球洗滌數次，注射已洗血球 1c.c. 於天竺鼠腹腔，五天後同法再注一次，經一二星期放血，取血清與已知 Rh+ 及 rh- 紅血球分別作凝集試驗，測定其作用及效價，並除去其中 M 凝集素，即可應用。所謂除去 M 凝集素，據 Gallagher 及 Jones 二氏 (1943) 報告，可用含有 M 凝集原的 rh- 紅血球吸收，再加溫破壞血清中的補體，經 Seitz 氏濾過器濾過，貯於冷暗處，可用數月。

Melvor 及 Lucia 二氏 (1943) 主張每隔 48 小時注射已洗猴子紅血球一次，共注五次，末次注後的翌日放血，採取診斷血清。此法時間較快，效率略高。

Davidsohn、Tokarsky、Fiak、Foord 諸氏認為猴紅血球中所含的 Rh 因素，與人類紅血球所含者並不完全相同，故 Gallagher 及 Jones 二氏 (1943) 倡用 Rh+ 的人類紅血球以免疫天竺鼠，採

取診斷血清。

Landsteiner 及 Wiener (1947)、Gallagher、Danis、Jones (1943) 諸氏主張採用 rh- 孕婦因懷 Rh+ 胎兒而致引起 Rh 凝集素的血清，用於診斷，惟須先將同類凝集素吸收。

檢驗 Rh 因素的手續，先取 Rh 診斷血清二滴於口徑 7mm. 的試管內，加入新鮮 2% 紅血球生理鹽水懸液一滴，混和搖勻，在室溫中靜置 1—2 小時後觀察結果，同時，宜用已知 Rh+ 及 rh- 的紅血球作對照，以肉眼或低倍擴大鏡觀看試管底部的紅血球凝集現象，若呈絨紋沉澱及鋸齒狀不整齊邊緣，便屬 Rh 陽性；如呈圓形沉澱及光滑邊緣，則為陰性。繼即輕搖試管，取懸液一二滴於玻片，用顯微鏡檢查有否凝集，而作決定。

四 初生兒溶血病

Levine、Katzin、Burnham、Vogel 諸氏 (1941) 首先假定 Rh+ 男人與 rh- 女人結婚，孕有 Rh+ 胎兒，因胎盤略有損傷或他種機會，使含有 Rh 因素的胎兒紅血球，侵入母體血循環。這 Rh 陽性的抗原 (Rh 因素或凝集原)，刺激母體，形成同類免疫現象 (Isoimmunization)，產生 Rh 抗體 (即抗 Rh 凝集素)。母體血流中的抗體經過胎盤，滲入 Rh+ 胎兒血流，Rh 凝集原與凝集素發生作用，大量破壞胎兒紅血球，分娩後初生兒有黃疸及溶血等病狀，即為初生兒溶血病 (Hemolytic Disease of the new-born)，或稱胎兒溶血病 (Hemolytic disease of the foetus)，本名胎兒有核紅血球增多症 (Erythroblastosis Foetalis)。R. R. Race (1946) 氏報告，凡 rh- 的血中可生抗 Rh 血清，在人類已有四種確實發現。因為 Rh+ 血型可分數亞型，母親與胎兒雖同為 Rh+ 血型，若亞型不同，母血仍可產生 Rh 抗體，破壞血球。

溶血病的發生率，理論推算與實地調查却不吻合，並非每一 Rh+ 男人與 rh- 女人結婚，都產此病兒。例如美國人血型 Rh+ 佔 86%，rh- 佔 14%，按理推算 Rh+ 男人與 rh- 女人結婚，有 14% 的嬰兒可能發生溶血病。但實際所見病例遠遜於此，Javer 氏估計約佔總生產數的 0.25%，Potter 氏等估計約為 0.1%，又如高加索種的 Rh+ 嬰孩中，9% 具有一個 rh- 的母親，即 9% 的嬰孩有患溶血病的可能。但據 Potter 氏等調查，每四十個可能患病的嬰孩中只有一個發生。所以實際發病率為 1/400。不過，夫婦結合後若生過一次病兒，以後數胎也要遭此厄運。若丈夫血型是純性的 Rh 陽性 (RhRh)，則將胎兒受累，無法逃此劫運，縱不流產，也於分娩後即夭折。如丈夫是雜性的 Rh 陽性 (Rhch)，嬰孩只有一半機會是 Rh 陽性，即有一半嬰孩要受溶血病的折磨，其餘一半為 rh 陰性不致患病。

為什麼可能患病的例子中有些發病而有些無恙呢？這要看胎兒的紅血球是否有機會侵入母血內，能否刺激母體產生抗體，以及抗體能否重新回入胎血內等條件而決定。這大概因胎盤發育不同，例如有些孕婦的胎盤常有某種缺陷，使胎兒的紅血球或其他細胞容易進入母血，母血所生抗體又不難滲回胎內，於是就發生溶血病的慘象。若患過一次，以後所懷 Rh 陽性胎兒都要遭此厄運了。有人解釋因為某些孕婦缺乏 gen K 遺傳因基，不能組成抗體。有謂血中 A 或 B 係強抗原，Rh 為較弱抗原，凡強抗原有抑制弱抗原的作用，所以母兒血液異型時，母血清中組成分子較大的 α 及 β 凝集素，不易通過胎盤，無何妨礙，然可抑制 Rh 抗體的組成。

Levine 氏等 (1944) 統計，初生兒溶血病有 92—94% 係因 Rh 因素所發生，並不能完全歸罪於 Rh 因素。他種凝集原亦可產生類似反應；如一胎兒含有 A 凝集原，而母體血球中缺如，若胎兒紅血球有線滲入母血，刺激母體，形成凝集素，回入胎體破壞紅血球。

Witebsky 及 Mohn 二氏 (1945) 報告，母血 Rh 抗體，不僅摧殘胎兒紅血球，並能損害腦肝腎等臟器，羊水及其他器官均有存在，因紅血球受損的初生兒貧血，可行輸血補救，若身體細胞因吸入

抗體而受害，必遭早產或惡性黃疸胎兒水腫等，不可救藥。

溶血病的症狀變態多端，概括起來可分三類：

I, 水腫胎兒 (Hydrops foetalis) ——身體組織充滿液體，胎兒腫大，產下即亡或已瀕死。

II, 初生兒重篤黃疸 (Icterus gravis neonatorum) ——因胆汁色素影響，產後即呈顯著溶血性黃疸症狀。若色素浸潤神經節細胞，黃疸雖微，但可見四肢搐搦或先天性白癡。

III, 初生兒先天貧血 (Congenital anemia of the new born) ——因身體循環系統中缺乏紅血球，而有核紅血球 (Erythroblast) 及巨核紅血球 (Megaloblast) 則顯著增加，分娩數日後呈溶血性貧血現象。

溶血病有的分娩後數日始現症狀，這是因為母血抗體在胎兒本屬靜止狀態，待出世後嬰兒體內有一種與日俱增的 X 蛋白 (X-Protein)，協助抗體轉變活動，始顯作用。

初生兒溶血病的唯一治療為輸血，選擇嬰兒同型或 O 型而 rh 陰性的血液，但忌用父母的血。若 rh 陰性血液不能找到，據 Potter 氏等意見，取給血者的血清、血球與此嬰兒的血球、血清，在試管作凝集試驗，經 37°C. 一小時，如無凝集，即可使用，無論為 Rh 陽性或陰性。母乳內可含 Rh 因素，故不宜生母親自哺乳。

Wiener 氏等因滅強抗原有抑制弱抗原的作用，故以復強抗原的傷寒百日咳等疫苗，注射孕婦，抑制 Rh 抗體，保護胎兒。即在妊娠初期，每週肌肉注射疫苗一次，劑量逐漸加多，並內服生肝每日 100—200 公分。第三四月後並可注射肝劑，直至臨產時，不斷檢驗母血 Rh 抗體。

五 重複輸血的溶血反應

Wiener、Peters、Vogel 諸氏 (1940, 1941) 最先報告重複輸受同型 (O, A, B, AB) 血液後的溶血現象 (hemolytic transfusion reaction)。Dacie 及 Mollison 二氏謂 rh- 者初次輸受 Rh+ 血液時，尚未產生 Rh 抗體 (抗 Rh 凝集素)，輸進的紅血球破壞程度較輕為時亦慢，約可存在六十天 (正常可存 100—120 天)，且引起 Rh 抗體的發生。第二次再輸 Rh+ 血液，因已生抗體與外來抗原作用形成溶血現象，僅可存留 5—7 天。此種輸血次數越多，發生溶血反應便越快，輸血後可即顯黃疸及血色素尿，重症者可致尿閉及尿毒症。一般反應當時感覺腰背疼痛，顏面灼熱，胸悶，寒戰等，半日後見黃疸及血色素尿等。

Boorman 氏等謂因懷孕或輸血所引起的 Rh 抗體，可存留五年以上。Mollison 氏報告一例可存十四年之久。

輸受不血型 (Incompatible) 血液，或已溶血液 (hemolysed blood)，或含同類凝集素過高的 O 型血液等情況，亦可發生類似的溶血現象，故應測定給血者及受血者的血型，Rh 凝集原及凝集素等，以資鑑別。

重複輸血時如遇不適，即應停止，若有重症溶血現象必須治療，唯一辦法仍為輸血，惟改用 rh- 同型血液。

(未完)



高 血 壓

二

艾文柏著 褚承猷譯

第二章 什麼是高血壓

7

第二章 什麼是高血壓

在未講述此病之前，有幾個名詞的意義必需瞭解，方能對本題的討論有很大的幫助。

1. 動脈管 (Artery) 動脈管是具有厚層血管壁的血管，它是用來由心臟輸出血液分佈到身體各部份去的。有跳動的血管，就是，動脈，易於鑑別。

2. 小動脈管 (Arterioles) 動脈管的分枝，叫做小動脈管，非常細小，僅僅能以肉眼窺見，但是雖屬細小，而其管壁是由肌層組成，與動脈管相同，有彈性，能收縮亦可放大，在高血壓時大多收縮。

3. 毛細血管 (Capillary) 由小動脈管再分散成許多最細小如毛管壁又極薄的小管，叫做毛細血管。人體上各部份的組織所需的養份，均由這極薄細小如膠狀透明的小管，輸送分佈含有養份的血液於各組織之間，同時由其各組織間所產生之廢棄物，再由其卸脫至血液中，經體內血液的循環，運轉於其他排洩器官，而達體外。分佈於各組織間的毛細管，無脈息之存在。

4. 靜脈管 Vein: 靜脈管是由毛細血管會合到小靜脈管 (此時動脈血至靜脈管變成靜脈血) 而至靜脈管，吾人手背上所暴露之血管，就是靜脈管。靜脈管的管壁很薄，且無脈息，它是將血液輸送歸返心臟的，壓力很低。

5. 血管硬化 (Sclerosis) 此字係適應於動脈管 (動脈管硬化) 或小動脈管 (小動脈管硬化) 發生硬化病變的。在以上兩者因生硬化而形成痕痕，以致增厚其管壁，甚至失去其原有彈性的收縮能力，故稱它為「硬化」。在小動脈管的管孔是極細小，若其管壁增厚，勢必將其閉塞，是故小動脈管硬化為造成高血壓之重要毒害。在治療和休養兩方面來說，對於高血壓症並不是專恃如何使血壓降低就可以預防其血管變硬，尤其是小動脈管硬化為甚。大的動脈管硬化，通常對於惠斯症者，是不十分嚴重的。

6. 脈管 (Vascular)，此字的意義就是血管；通常稱「血管疾病」和「血管遺傳」等名詞，均係廣義的解釋。

圖四、圖五、

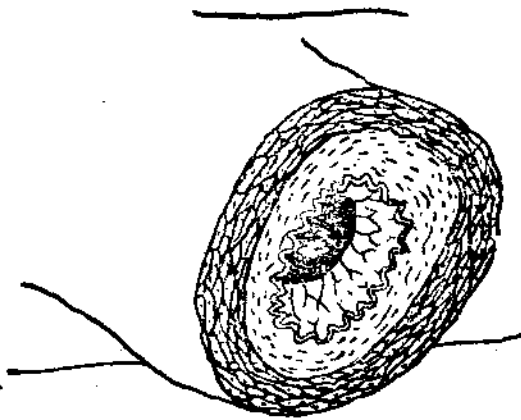
依據以上之說明，吾人可以推想心臟和血管之作用，就如唧筒相似，其間連接着許多參差的分枝，如救火水龍之皮管，(動脈管)在其分枝之末端，又連接着許多細小的管口，(如小動脈管)當其管內之液體(血液)由此類許多小管口送出時，如噴射狀(射至毛細血管)似的分散。現在假設將此細小的管口扭屈了，立即就會有：



8

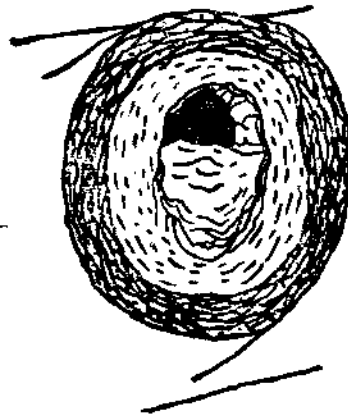
高 血 壓

圖 四



上圖說明：上圖係健康人動脈橫切面，其管壁之肌層完整，管腔並無阻塞現象，並可能有相當之彈性。

圖 五



上圖說明：此圖係動脈管硬化橫切面，血管壁之周圍增生組織過度，其管壁之肌層已不完整。

兩種情形發生：一是減少了管口噴射量，二是增此小管內之容量，使其膨脹，此種膨脹就是壓力的表現。假定現在唧筒的本身增加其力量，其所附着之皮管內的壓力當亦增加，同時其管內之液體亦增多，可是由此管口所噴射出之液體量則並不因此增多。

高血壓患者的動脈管。與上述情形相同，其血管亦因緊張過度以致彎屈，而患者的心臟因欲維持身體內各部組織間之正常血流起見，在這動脈管壓力增加下必須增加其工作能力。

心臟的工作在上述情形之下，必須增加其負擔，以供應體內所必需之養份，保持平衡狀態。血管內之壓力雖然增加，但在正常的血管不致破裂；換一句話說，就是只要血管本身健全，即使血壓增高，亦無妨害。

持久性的高血壓，確為致害的因素，患斯症者大多數致害的原因，就是「血管硬化」。動脈管及小動脈管的管壁，因其硬化而結成疤痕，以致管孔縮小，最後結果造成血管閉塞，於是體內各部血液營養發生阻礙。而形成組織上病理的變化，使身體上各部份受了輕重不同的損害。所以高血壓症蔓延的程度，主要的是根據其血管硬化的進展若何，而硬化的進展，須依據以下的因素：1. 血壓的高度。2. 其度數的升高是否與年月俱增。3. 最要者血管本身能力究能承受若干壓力。造成高血壓並不一定以過去血壓升高為先，有時在不久以前血壓近於正常而會突發的升高。此種突發的增加，就須視其血管本身抗力如何，而血管本身究竟如何堅實是不易



揣測的；或者在醫生方面，對於某患者經過長期間的考查，可能得到相當經驗。

有若干患血管硬化的病者經過了多年的時間，才能發現，其血壓是驟然間的升高，特殊的是在以下三個部份發生：就是心臟、腎臟、腦部。在腦部發生時，腦血管出血，或者出血後凝結成塊狀，結果均可造成『卒中』發生。（中風）。因突發性的卒中以致腦部本身組織受了損傷，此種情形有時會完全恢復正常，有時或僅局部的恢復。所幸此種『卒中』情形發生僅限於極少數患高血壓的病人，有些患者在短期間內，身體的某部發生麻痺，而并非『卒中』的情形，所以體內之任何部門的組織未受損害。照此等病例，當然是可以完全恢復健康。

在心臟方面，有兩種情形，可以隨時暴發：一是小動脈管硬化，自然趨向於血管閉塞。次為心臟負擔過度的工作，以致心肌肥大。同時在營養失調的狀態下，反而增加其工作效率，在這兩者不同的來供差別下勉力維持，結果心臟本身在失常的狀態下，呈現衰弱現象，此種心臟衰弱，必須要以代償性的機能以補其工作之不足。因此之故，有時心臟的血管會突然發生和腦部血管同樣的情形——『卒中』——大或小的血管閉塞起來或破裂。因此種閉塞或破裂，心臟的本身肌肉必須剝奪其血液以求營養，其結果變成暫時性的或永久性的心肌損害。這種進展叫做『心肌的梗塞形成』或『心臟動脈血塞』。

心臟動脈即是心臟的動脈之稱。梗塞形成的意義就是動脈血管被阻塞，以致其組織受損。血塞的意義就是血液結成血塊，將血管阻塞起來。心肌，是心臟的肌肉。

在同一患者體內，其小動脈管硬化在腎臟方面的發展速度，比較在其他身體上任何部份為大，造成腎臟功能消失的結果。腎臟的本身組織既已受損，其對於排除廢棄物的作用即不能達成其任務，同時血液的供應亦因血管本身硬化所構成之疤痕而被阻礙，於是腎臟本身受到極嚴重的損害，廢棄物積存於血液中，造成『尿毒症』（尿中毒）之結果。

關於眼底血管檢驗，在上篇經已敘述。現在吾人可以瞭解為何對於此種檢驗，作如此之重視。高血壓的患者，這些血管當然是收縮得很狹小，如以上所舉水龍皮管之一例者然，這就是血管硬化的象徵。在血管變化的現象，就是顯示着心臟和腎臟的功能已被限制，同時病況的轉移，因血管硬化而有增劇的傾向。眼底血管硬化，有時所被損害的結果亦如心、腎、腦三部同等的嚴重。而且更提示吾人對於此症有其他轉變的顧慮。

惡性的高血壓症：有兩種很明顯的特徵可由原發性的高血壓轉變成惡性的高



血壓。一是驟然的血管破裂，二是眼底的視神經首部顯示着出血及腫大，而其血壓的情形無明顯的變化。

高血壓轉變成惡性時，當然不能否認其嚴重性，通常趨向於惡性變化時其預兆在視覺方面為視力非常減低，感覺波動並有盲點 Blind spots 當患者自覺有如上述之惡性狀態時，應立即服以重劑，因此種警告是危急的表示，不容有片刻的猶豫（治療方面容待下章申述），惡性的高血壓症，當然是非常嚴重的情形，可是在治療方面，有時能得着很好的結果。而且此症并非完全屬於絕望，只要患者與醫生兩方面能互相信任和合作及以智慧來處理，往往有意外良好的結果。

高血壓的前期：在美國有數百萬的民衆，均有趨向於高血壓的可能，所以吾人稱此等情形叫做「高血壓的前期」（Prehypertension）。在此期間，并無高血壓的症候表現，可是可能趨向於高血壓的階段。例如某人血壓有時是逐漸的在升高，可是有時又恢復正常。如此種不定的，不正常的血壓，往往是因人們為着某件事情興奮過度或神經過敏所招致，只要在心理方面加以安慰，又可恢復常態。

有大多數人，其血壓是定時性的升高，但經過不久又可恢復正常；在其他一方面，有少數人的血壓是慢慢的升高，可是經過數年後，又再恢復正常，并且以後亦無顯著之變化，在許多年前有一商人的血壓是 160 公厘水銀柱的收縮壓 102 公厘水銀柱的舒張壓（以後簡寫如 160/102 公厘水銀柱）因此至人壽保險公司請求保壽險，結果該公司不願承受高額保險，因為此種情形趨向於高血壓的象徵。但經過了十一年後，該商人的血壓不僅未增，反而減低為 154/96 公厘水銀柱。因此根據各方面的經驗，估計約有 25% 的患高血壓者不致發生連續的升高現象。其他還有大多數患斯症者其難以避免的（75%），此種患者大約均患有心、腎、血管諸病的。

高血壓之原因：

在普通一般人的理論以為高血壓的原因是：吃肉食太多，吃鹽份太多，年齡關係（老年人）煙酒嗜好，及梅毒等，此種理論似不近事實，同時亦無法證明。

致高血壓的原因，百分之四十是遺傳性，例如患者之父母或祖父母有心臟腎臟諸病遺傳，年齡與血壓無關，往往二十歲的青年人患著高血壓，就是有時在很年幼的兒童，亦可發現同樣的情形。

其次的原因是血管或身體內部產生一種所謂「血管緊張素」（Angiotonin）在血液中，其作用可使血管收縮及心臟充進，而致血壓增高。假定吾人用很小的份量「血管緊張素」注射於正常血壓的人體內，即刻血壓增加，數分鐘之時間以後，便復降低而恢復正常。可是「血管緊張素」，對於腎臟的影響，尚未證明。

因外界的刺激而影響神經系統，亦可使血壓增高。例如醫生方面，有時試驗患



者，令其兩手浸入於冰水中，而量其血壓。因為疼痛及寒冷感覺之刺激，可使血壓增高，其理由是因為痛的感覺傳導至中樞神經所致。

通常吾人知道一般的經驗，是過度興奮及感覺過敏，往往使心臟跳動非常利害，甚至昏倒。這就是神經方面受刺激而亢進，以致血壓增高。高血壓的症狀。

高血壓的症狀，有時是顯明的，有時却毫無一點症狀。頭痛，當然是此症最普遍的症候，可以在每天任何時間發生，但並不是腦部出血的表現，亦不一定是血壓突然增加的情形。有時頭痛反而血壓例外的減低！所以頭痛問題大可不必多予顧慮，並且亦很易將其止痛。但如係連續性的頭痛，當然應加注意。

其次比較普遍的症狀，就是眩暈及神識不清，如有這種情形，就是嚴重的警告，有時因眩暈可致知覺頓失（Blackouts）昏沉（Vertigo），在量血壓症狀中，是很重要的。

患者在感覺頭部發脹及頭皮發緊時，亦應加以留意，此兩種症狀在高血壓患者是常有的。

手臂及手指發麻和有震動的症狀發生，服用大量的乙種複方維他命（Vitamin B Complex）即可將其消失。



胸部創傷

及其治療措施 (一)

鍾志謙

胸腔內藏有的心肺等是生命上最重要的器官，而胸部又是身體主幹最暴露的部份，受傷比較容易，可分非穿通傷和穿通傷兩大類。

在平時胸部創傷的造成，多半是刀、矛、劍、矢、手槍彈和車輛等的衝擊，損害輕，範圍小，傳染的危險也較少，但是戰時的創傷，由於一顆非爆炸的小小彈丸，以至於高度爆炸破壞力極強的巨型榴彈、榴霰彈、地雷、魚雷、飛機炸彈、火箭砲，飛彈等等五花八門的武器，因此它所造成的創傷，範圍廣泛，組織碎裂，官能減退，創口洞開異物存留，傳染的危機甚大，治療的措施困難，急救運輸的須要迅速，也統統異乎尋常了。

胸部的創傷和治療的措施，是要求本乎胸部的解剖，與心肺重要的生理作用兩方面來商榷的，茲簡括的分述於下：

一、休克 (Shock)——照理想說來，休克期中身體全部的生理官能，都是暫時減低的，所以正可以利用它來完成出血部份止血的作用，但是實際上，休克時間的延長，對病人是有害的體溫下降，精神不安，各部活力減退，呼吸困難，咳嗽疼痛，和發紺等，統統足以增強他的衰竭，所以治療休克，畢竟是第一步的重要工作。

二、設法恢復心肺的生理官能——嗎啡的投予，可以緩解疼痛和呼吸困難，氧氣的吸入，可以調節交換作用的不足，跟着的是發紺也消除了。

三、舒適的位置——垂頭仰臥式或稱 Trendelenburg's Position 是平常較為安適的臥姿，並且可使呼吸較為容易，偏於受傷一側的側臥位，則可避免健側的蒙害，其他如斜位或稱 Fowler's position，僵臥式 (Recumbent position) 等的是否須要變更，統統要合乎病情的要求纔對。

四、固定胸部限制其運動——設法固定胸部，以期減輕疼痛，多頭繃帶和絆創膏都是最簡單的方法。上部的肋骨，因為處在較有保護而安全的地位，下部的是比較浮動而具有彈力的抗衡，所以折損的肋骨，多半是第五到第九肋骨，絆創膏的固定法，是用寬五吋的青條五條，先令病人呼氣，由下而上，逐條貼上，每次於後貼上的一條，必須蓋覆前一條的三分之一，並且要圍貼胸圍的大半，前而越過胸骨，後面越過脊椎骨，也有人主張完全環圍胸腔，說是較能達成固定的目的。Teal氏推贊

用手法 (manipulation) 整復折肋的位置，但是很容易釀成莫須有的加雜症。Satteri氏於1923年建議用酒精麻醉肋間神經，來治療肋骨骨折，並謀肺臟的獲致休息，意大利外科醫師近年常用此法。有的時候一條肋骨前前後後折斷好幾處，支撐力完全消失，吸氣時陷凹，呼氣時外凸，呼吸運動似是而非的猶如患氣胸那個樣子，假設不是亟切的將胸部固定起來，便可因困累而致死，胸骨折斷到是很少使內臟蒙受損害的，不過折骨的遠端，每每錯覆於近端之上，而不易診斷出來，整復的法子，應令病人平臥，兩肩之下墊以沙袋，然後將頸胸部過分的牽伸；一經整復以後，折骨的遠端上面，更輕輕的加些壓迫，或者是用鑽鉤牽復法，不過有許多病案，是須要手術整復的。

五、氣胸 (Pneumothorax) —— 祇要肺臟或氣管有破裂，空氣就能夠從破裂的地方逸出來，積儲在胸腔裏，便造成氣胸，可使肺臟立刻受壓萎縮，而且不一定要有穿通的條件，猛力的衝擊，高度爆炸彈爆發的震撼，都是可以的，臨床上非穿通傷的氣胸，可以分為三類：

1. 祇限於肺泡小部份的破損，並無咯血或血胸發生。
2. 肺實質和胸膜俱有損傷，肺臟有出血性浸潤。
3. 兼有上述兩型的損害，而有血氣胸 (Hemopneumothorax) 的發生。由於穿通傷演成的氣胸，亦可分為

三類：

1. 閉鎖性氣胸：因為創口甚小，數分鐘後隨即閉鎖與外界空氣不相交通。
2. 敞開性氣胸：創口極大與外界之空氣交通，受壓之肺全部萎縮。
3. 活瓣性氣胸：由於創口的一部份軟組織，或者是與肺同時受傷的大氣管成了一個活瓣，可以啓閉，於是空氣能源源滲入胸腔，因為胸壁的創口，總是保持閉合的狀態，所以進入的空氣無法排出。

這些病人除了嚴重的休克外，且有咳嗽咯血，開始胸部劇痛、胸內壓增加，呼吸困難和發紺，叩診呈鼓音，聽診發出空聲呼吸音，X光檢照是看得清清楚楚的。

根據波來氏定律 (Boyles Saw)，說到體內空氣容量 (Volume) 的佔有地位，是完全由於壓力的作用，而起相反不同的比例。人在登高或昇空的時候，高空中空氣密度稀薄，壓力減小，所以體內空氣的容量增加，若外界空氣的壓力增加，則空氣中的密度便濃厚，而體內的空氣容量就減少。體腔內空氣，在平常外界空氣的壓力下，並且還被各該腔壁的彈力性和鄰近器官的壓迫而受些限制，好似副鼻竇 (Paranasal Sinus) 假設暢通，沒有阻塞的情形，那末它與外界空氣的交流，可能使壓力的變遷均等，但在閉合的氣胸時，要令此種壓力均等，是一件不可能的事，因為積留在胸腔內的空氣，既無出路，可以外洩，同時胸腔壁層的彈力和鄰近器官受了過分的壓力，本有的生理官能是統統減退了的。人工氣胸法，是肺癆科的專門醫師將空氣注入胸腔，來治療肺結核的一種法子俾有病的神部可因空氣的壓迫以獲得休息，使用的重要原則，和嚴守的禁條，在乎肺臟的擴張與壓迫，不得過分，超越放肆無的之範圍。因為過分的擴張，既不能使肺部的結核病灶，得到良好纖維變性 (Fibrosis) 的愈合進行，並且使病理愈着的部份容易遭受破裂，致胸膜招致炎症。至若過分的壓迫，則使肺臟的活力減退，縱隔障部的器官移位，發生嚴重的後果。現在再就外傷性的氣胸來講，空氣的進入胸腔，沒有限制，壓迫的增加，毫無止境，它的危險當然不用說了。所以非穿通傷氣胸的急切解救，當然在乎積氣的排除，使胸腔突增的內壓減低，用空針刺入胸腔，抽出若干空氣，或者插入橡皮管，另外用一接管，管尾浸沒在盛水的瓶內，以排除氣體，大致已足達成目的，須要手術來治療的，到是很少的例子。至於穿通傷的氣胸，那便須將創口立刻堵塞起來，不要使外界的空氣，不斷的進去，紗布的緊塞，不透水 (Water proof) 如凡士林 (Vaseline) 紗布的層層填封亞林式，橡皮袋 (Jumbell-Shaped rubber bag) 的堵充，創傷清理後的初期緊急縫合，肺臟與創緣縫定術 (Pneumopexy)，都是一些適應需要，可以酌情選擇的方法。

六、氣腫 (Emphysema) —— 祇要肋骨折斷，破入胸膜，刺損肺臟，肺泡內的氣體便會逸出

，積儲在縱隔障或皮下組織，而不一定要有穿通傷的條件下造成，並且氣胸常是兼而有之的。發生在縱隔障的氣腫，往往會嚴重的壓迫鄰近的器官，而起喉下困難，呼吸困難，胸頸部靜脈擴張，心包外氣性栓塞，循環不良和發紺而致命的。氣腫的開始，大多先在頸部和頸根部，迅速的展開到胸壁和上肢，積氣的組織，不但腫脹起來，用手觸摸它的時候，可以聞得清晰的擦音。對於治療則有很多紛歧的建議，較輕的病案，有僅僅以絆創膏緊貼法來制動受傷的一側。重症的患者，則可在頸部作數刀橫的切開，再用吮吸器吸出空氣，或稍加壓力擠出之。胸腔內的積氣，盡可按照氣胸的治療處理。氣管破裂的，當然要考慮到手術的需要。

七、血胸 (Hemothorax) ——胸部受傷血液積儲在胸腔裏，便是血胸，叩診呈濁音，觸覺性震顫和呼吸音都減弱。出血的多寡，關乎受傷的輕重，出血的來源，或不僅僅限於一處，而是廣泛的，肋間的乳內的各動脈都可單獨或同時受傷而出血，肺門 (hilus pulmonis) 部出血，則勢如潮湧，難以救治，不過平常總是肺組織損傷的出血來得多。

胸部出血可以產生兩種事實：第一是血管內血液的容量減少，血壓減低，周圍血運循環減弱，可因組織缺氧而死。第二是胸腔內壓增加，可能產生：

1. 肺臟受壓萎縮，活力減低。
2. 肺循環的抵抗力增加。
3. 使心臟及各大血管受壓。
4. 阻礙血流的迴返心臟。
5. 使靜脈的壓力增加。
6. 使心臟輸出的血量減少。
7. 在血液的壓迫內呼吸顯示過份的變異。
8. 使呼吸和循環一齊衰弱而死。

基於上述產生的事實，那末解救的抵抗方法，當然是一方面需要增加血液的容量，另一方面需要設法減低胸腔裏的內壓。

血胸可異而饒興味的，便是少量血液積儲在胸腔裏，不起凝結，有人解釋這種現象：是為了出血的量既少，而又緩慢，血液本身得有變易的餘閒功夫，使血液內的纖維沉澱在胸膜上面，或者是被呼吸的擺動，將血液裏的纖維提出了的缘故，換言之，假使出血很多而迅速，血液本身沒有變易的時間，纖維不能沉澱，於是凝結便出現了。

外傷性血胸是一種最急劇的病案，應當如何來處理，顯然是一個值得檢討的問題，僅憑一個簡單的治療規例，乃是不恰當的，Chandler氏將血胸分為三大類，同時也將它作為治療的依據：

1. 單純而無傳染的。
2. 已經傳染的。
3. 兼有其他合併症的。

單純限局的血胸，祇須一般的保守療法已足，止痛則是一件重要的事情，用穿刺法來抽出積血，只許在內壓太高時為之，因為這樣的血胸，出血的根源多半是在肺組織，藉着流出來積血的堵控，到是很可能的來遏止它。施以隔神經切斷術 (Phrenicectomy)，乃是使肺臟休息的一種止血方法。第一次世界大戰時Morelli氏曾將血液抽出，再注入空氣來代替血液的地位，氏申述的理由有四點：

1. 肺的損傷組織，可能迅速治癒。
2. 能使肺臟及早制動，出血也就提早停止。
3. 假設血胸依然建立，當然是有害的，空氣應當可能來代替血液的地位遏止它。
4. 用空氣來壓迫肺組織的暫時萎縮，是最合理的。

美國醫學會主持人Colonel Yates氏在第一次世界大戰時，對於胸部創傷的研究主張血胸的病人

，都應該施以開放手術，而反對 Morelli 氏的見解，他說：『空氣是最刺激粘膜的，而祛除刺激正是治療胸膜炎的原則，胸腔內的正壓本來已足壓迫肺臟而止血，再用空氣注入，壓迫一側的肺臟，則可使對側的肺臟發生氣腫，並且阻礙它的血運循環。還有被壓迫的肺臟，即等於一個萎縮的肺臟，舒展的功能消失，等到壓迫解除，早已留着普遍的炎性愈着是無疑的。』至於使隔神經的暫時麻痺，於是空氣的吸入量，和流注到肺內的血液量都減少了，這到使肺臟和胸膜的防禦修補都可能在良好的情形下進行，而百分之一的可卡因 (Cocaine) 溶液作隔神經幹的浸潤注射，便可持續四五日之久的麻痺。

Foster 氏實施 Morelli 氏的方法後，歸納四點報告：

1. 流出的血液要它過分的吸收回去，曠日太久。
2. 液體的單獨壓迫肺臟，是極不適合的，而且要利用它達成止血的目的，必須胸腔內積滿二公升 (liter) 以上的血液纔可。
3. 血液是細菌理想的培養基，積血的空角落裏，都是細菌滋長的美地。
4. 大量血液的吸收曠日費時，則可能使胸膜自然的修補機能毀滅，胸膜變成肥厚。

觀摩這四點的報告，還不能昭示出 Morelli 氏的方法，可以得到普遍的同情。

最近英國皇家醫學會 (Royal Society) 提出 Morelli 氏治療外傷性血胸的檢討 Edwards 氏是頗同情的，並且臚舉了四大優點：

1. 血液在未曾凝固前已經抽出了。
2. 細菌最好的培養基排除了。
3. 趁早抽出血液代以空氣，可減免胸壁血管的損害，肺臟不至於在液體浸潤下受壓萎縮，並且出血的情況，無端在 X 光或物理的診斷下，都比較容易，足以把握治療的機會。
4. 可以免除胸膜纖維性變，和胸腔窄縮的後果。

胸部創傷跟着發生的休克，和不斷出血的嚴重狀況，輸血當然是很好的處理方法，自血檢移法，就是將積儲在胸腔裏的血液取出來，再輸入到血管裏去，然而所起的全身反應很大，因而致死的不少，所以應用的適應條件是非常狹隘的。較近血漿的輸移，便利迅速而安全，效驗可待，最足推贊。

穿通性的胸部創傷，應當隨時注意到傳染的發生，從創口裏流出來的液體色澤，氣味，以及塗片和培養檢查都很重要，液體一經發生不快的臭味，塗片檢得細菌的存在，那末抗傳染的治療，就不許有片刻的遲延。局部創傷的修整改善，不但是治療上必須要做到的步驟，也是預防上必要的措施，吸引術的反復施行，或者閉合引流術的安置，都是同樣目的的治療方法，不過 Hoyle 氏認為傳染的炎區範圍尚未局限以前，安置引流管乃是莫大的錯誤。梭狀芽胞桿菌屬的傳染，用含氧藥劑 (Oxidizing agents) 的灌洗創腔，當然是合乎理解的。

近來許多人贊同限制非穿通傷的血胸施行開放手術，yates 氏於是提出這樣的指示：『如果血胸的範圍已相當限制，這個時候要約束血液的流動和凝結，一切的症狀都是無礙於開放手術的安全，那是可以施行的。』乳內和肋間血管破裂的大出血，當然不必躊躇須要立刻施行胸廓切開術來止血。至於其他病案的手術治療，總得等待休克期過去以後纔可以，這個時候即使一切必要的體格檢查，也應該受些掣肘，不可放肆無忌。胸腔內的積血，果真是大部份凝結了，乃是一個可以施行手術的適應徵，近今有人建議用窺胸器來排除胸腔裏的積血。

為的是要驅逐氣管內積血和粘膜，所以要勸導病人常常翻身轉側，勉勵咳嗽，但是胸部受傷的病人，因為強劇的疼痛和衰弱，要他自己這樣去做，是十分困難的一回事，於是在許多的立場中，須要施行氣管內吸引術，或支氣管鏡檢法。(intratracheal aspiration or bronchoscopy)

八、心臟損傷 (Heart injury) ——關於胸部非穿通傷的心臟損害，大概因為很多受傷者的驟然死去，所以記錄的病案不若想像那樣多，或許是其主要原因，Bright 和 Beck 兩氏將它分為五大類：

1. 由於衝擊，肋骨所斷，刺傷心臟。
2. 由於胸廓受壓。
3. 由於腹部突然受壓，下肢亦突然上提，壓胸腹，造成間接的暴力損傷心臟。
4. 由於高處墜下而裂傷。
5. 由於單純的震傷。

使心臟損傷的原因既不同，所以造成的病理改變也不同，茲分別概述於下：

(一) 心臟破裂 (Rupture of the heart) —— 在各種心臟損害的病案中，比較多見，無論是直接或間接暴力，祇要心內壓增加，便可以造成破裂的結果，有的是閃電式的破裂，有的經過數小時以至每個月之後才慢慢開始，許多病案由於心臟發生栓塞，驟然死去，或者因為心臟的機能不全，或發生動脈瘤而致命。凡是心內壓的增加，和循環的發生障礙，乃是心臟破裂的指示，便須要迫切的外科手術來拯救。

(二) 心臟瓣膜損傷 (Valvular lesions) —— 這類病案非常少，第一次世界大戰時有過一個心臟損傷的，經十五年之後，繼風濕症而起僧帽瓣狹窄症，但是否與受傷有關，殊屬疑問。

(三) 心臟周圍炎 (Pericarditis) —— 可由心臟周圍所發生的擦音，特殊的擊水音和心臟周圍吸引出來的漿液血性的液體，以佐診斷，好在為時甚暫，所以預後也多良好，偶然有傳染或收縮性愈着的合併發生時，則或許要有特殊的治療。

(四) 心臟節律混亂 (disorders of rhythm) —— 跟着外傷而起的心臟節律混亂，係包括心房纖維性顫動 (auricular fibrillation)，震顫心房 (auricular flutter)，期外收縮 (extrasystoles) 和各種輕重不等的心傳導阻滯 (heart block) 等，其中要以心房纖維性顫動為最奇，約佔各種心臟外傷節律混亂中的五分之一，至于心房震顫，期外收縮等的病人，往往發生的症狀為時甚暫，報告存記的病案，寥若晨星。

(五) 心絞痛 (angina) —— 外傷性心絞痛的發生，從心動電流描記器的摹表上，和藉着症狀的檢查兩方面，Schlomka 氏作這樣一個結論：『胸壁心前區受衝擊，使冠狀動脈開始發生痙攣，至于在心臟周圍的損傷而發生心絞痛者，也是在類同的方式下產生，因為冠狀動脈亦起部份的痙攣故也。』

(六) 心臟輕度挫傷 (minor cardiac contusions) —— 除心肌軟弱無力外，並無其他不正常的症狀發生，有的病人在心前區可以聞得擦音，猶如心臟周圍炎，但若有之，為時亦暫，所以確切的診斷，很不容易建立，總之心臟挫傷，它可能發生症狀綿延的程級，有如下說：

1. 從受傷後數小時，以至數日之內，一切症狀完全消失，而全治。
2. 症狀可以持續數年之久，每由勞動而增劇。
3. 受傷後數小時或數日之內，心臟呈衰弱現象。
4. 心臟可因柔軟 (Softening) 而破裂。

關於治療上，所以應當從支持心肌的力量和心臟可能的破裂兩方面來着手，病人須要完全的休息，避免一切的勞動，嗎啡和其他的安撫劑要充分的給予，為避免大便時的出勁，不妨投給緩瀉劑，心悸和心房纖維性顫動時，多給以毛地黃 (digitalis)，心臟周圍積水者，則施吸引術，心臟破裂者，端在急切的外科手術處理。

(七) 心臟栓塞 (Cardiac tamponade) —— 心臟被刺傷後，基于心肌的舒縮大受限制，和跟着產生心包內的壓力障礙，便是栓塞所以發生的作用，而使病人不致碎死的緣故，但心包腔一旦積滿血液時，心包內壓更增超過頂點時，則可使心臟內的血液，在倏忽之間，驅流盡淨，其時若不迅予設法，來解除這種狀態，心臟的官能即可立刻停止。

骨之異常及發育

在 X 光 上 之 所 見

上

青陽總醫院放射科

石 順 起

骨組織之解剖異常可發生於全身骨 (Skeleton) 之任何部份，除具珍奇之興趣外，尚有其他之重要性，因骨之異常普通為抵抗力較低之處，(Points of Lowered resistance) 一種外傷對於構造正常之人或無關係，但於構造異常者，則可發生嚴重及不易治療之症狀，此種現象，於脊椎骨異常者特然，詳待後述。

頭顱 (Skull)。——頭顱可有骨之部份缺如 (Partial absence of bones) 或縫合 (Sutures) 寬度之異常，最多之例為無腦怪胎 (Acephalic monsters)，額骨 (Frontal bones)，係由二中心 (Center) 而發育，其中間之中線上，可留有縫合線 (Suture Line)，枕部 (Occipital Region)，可有多數不正常之縫線貫穿之，前額及枕部或沿頭狀縫合 (Sagittal Suture)，偶可發現似空虛狀之薄弱部份 (Thin Areas)，竇及乳突 (Sinuses and Mastoids) 之異常範圍，甚為寬廣，或完全缺如，或甚為巨大，亦曾有乳突前面與蝶竇 (Sphenoid Sinus) 相通，後面則兩乳突互相連通者。

肋骨 (Ribs)。——額外之肋骨 (Extra Ribs) 可發現於下部頸椎或上部腰椎之部份，或可附屬於額外椎體 (Extra bodies)。頸肋 (Cervical Ribs) 可甚長，而與胸骨 (Sternum) 成功關節，或附屬於第一肋骨 (First Ribs)，頸肋之長度常較相片所現示者為長，此外一個或數個肋骨缺如，或部份缺如，或臨近之肋骨有聯合現象 (Fused)，後者之程度者，常見於接近胸骨端之部份，該處之肋骨於附屬於軟骨前，可伸出甚多 (Flare Considerably)，此種變大 (Enlargement) 可達可不達穿孔 (May or may not be perforated)。

肩胛骨 (Scapulae)。——肩胛骨之厚薄，差異甚大，其菲薄之部份，可有小空洞 (Holes)，顯著之骨溝 (Prominent Grooves) 常可與骨折 (Fractures) 誤診，有一種情形，稱之為先天性肩胛骨升高 (Congenital Elevation of the Scapulae)，其部份發育者，可高對顛部，於產科麻痺 (Obstetrical Paralysis) 患者，可有肩胛骨及肱骨頭發育不全現象。

腕骨之異常 (Variations of the Carpus)。——大約此部位之重要的異常，為舟骨之分裂 (Divided Scaphoid)，其兩半部份 (Halves) 之邊緣，比較圓滑，且其中間之間隙并不似骨折之甚黑，藉與舟骨骨折鑑別，月骨 (Semilunar bone) 及姆指之種子骨 (Sesamoid of Thumb) 亦可有同樣之分裂現象，此外尚有額外之小骨 (Small Extra Bones)，就中最常見者，為莖小骨 (Styloid)，此骨由於另外之骨化中心 (Separate Center of Ossification) 而發育，位於小多角骨 (Trapezoid) 及頭狀骨 (Magnum) 之間，與第三掌骨相對。

踝骨之異常 (Variations of the Tarsus) ·——距骨 (Astragalus) 之向後伸展長度不齊，常似另有一骨之存在，如該處有三角骨 (Trigonum)，此必須與距骨伸長部份骨折鑑別，依序次要者，為脛外之分離小骨 (Tibiale Externum)，有時此小骨可見於足內側舟骨之後端。

於第五跗骨後端外側之小型分離性骨化中心，可遺留至成年期，成一小骨曰種子骨 (Vesalianium)。

種子骨分裂，於第一掌骨頭下之屈姆短肌腱 (Tendons of the Flexor Brevis hallucis) 內，較常見之，與單個種子骨之骨折，必須留意鑑別，唯後者甚罕見。

此手部與足部異常之題目，已為 Dwight 陳述無遺。

其他骨之異常 (Other Bony Variations) ·——於通常X光照片中，可遇有長骨部份或全部缺如，特腓骨 (Fibula)，橈骨 (Radius) 及指 (趾) 骨 (Phalanges) 等。反言之多骨 (Supernumerary bones)，如多趾或多指 (Extra Fingers or toes) 亦常見之。骨之發育可由多數骨中心 (Centers) 進行，該骨中心等，可於日後不聯合 (Fail to Unite)，脛骨 (Patella) 即為一例，於其邊緣部份，可有一個或多個三角形或半月形的球塊 (Masses)，此等球塊，可由其光滑之邊緣，且常係兩側性 (Bilateral) 藉與骨折鑑別。骨聯合 (Fusion of Bones) 偶可見之，如隣近之腕骨及踝骨等，可有聯合性現象。又如一個或多個指 (趾) 節 (Digits) 之第一第二指 (趾) 骨先天聯合性異常，則其指 (趾) 間關節 (Interphalangeal joint) 消失。隔代遺傳性之異常 (Atavistic Variations) 亦可見之，如肘上之肱骨內側，偶可見鉤狀之課上突起 (Hooked Supracondylar Process)。

骨化 (Ossification) ·——骨化中心發現時期之變易性 (Variability)，亦甚明顯，下表為胎兒 (Fetus) 骨中心顯現之時間：

骨化中心顯現時間表
(Table of Appearance of Centers of Ossification.)

頭 (Head)

下頷骨 (Mandible)	第七星期
枕骨 (Occipital Bone)	第八星期
鱗樣部 (Squamous Portion)	第八星期
外側及顛底 (Lateral and Basilar)	第九至第十星期
上頷骨 (Superior Maxilla)	第八星期
顛骨 (Temporal Bone) 顛 (Petrous) 乳突 (Mastoid) 及顛部 (Zygoma)	第九星期
蝶骨 (Sphenoid) 翼狀突起內板 (Inner Lamella of Pterygoid Process)	第九星期
大翼 (Great Wings)	第十星期
小翼 (Lesser Wings)	第十三星期
前體 (Anterior Body)	第十三至第十四星期
鼻骨 (Nasal Bone)	第十星期
額骨 (Frontal Bone)	第九至第十星期
骨性迷路 (Bony Labyrinth)	第十七至二十星期
第一發齒——胚基 (First dentition——rudiments)	第十七至二十八星期
舌骨 (Hyoid Bone) ——大角 (Greater Cornua)	第二十九至三十二星期

肩胛帶 (Shoulder Girdle)

鎖骨 (Clavicle) ——骨幹 (Diaphysis)	第七星期
肩胛骨 (Scapula)	第八至第九星期

上肢 (Upper Extremity)

肱骨 (Humerus) —— 骨幹 (Diaphysis)	第八星期
橈骨 (Radius) —— 骨幹 (Diaphysis)	第八星期
尺骨 (Ulna) —— 骨幹 (Diaphysis)	第八星期
指骨 (Phalanges) —— 最小指骨 (末) (Terminal)	第九星期
第二及第三基底節 (Basal 2d and 3d)	第九星期
第一及第四基底節 (Basal 4th and 1st)	第十星期
第五基底節 (Basal 5th)	第十一至十二星期
• 第三第四第二中節 (Middle 3d, 4th, 2d)	第十二星期
第五中節 (Middle 5th)	第十三至十六星期
掌骨 (Metacarpals) —— 第一及第三 (2d and 3d)	第九星期
第四第五第一 (4th 5th 1st)	第十至第十二星期

椎 骨 (Vertebrae)

椎骨弓 (突起) (Arches) —— 所有頸椎與第一第二胸椎 (All cervical and upper 1st and 2d Dorsal)	第九星期
所有胸椎與第一第二腰椎 (All Dorsal and 1st or 2d Lumbar)	第十星期
下部腰椎 (Lower lumbar)	第十一星期
上部荐椎 (Upper Sacral)	第十二星期
第四荐椎 (4th Sacral)	第十九至二十五星期
椎體, 自第二胸椎至最後腰椎 (Bodies from 2d dorsal to last lumbar)	第十星期
自下頸椎至上荐椎 (from lower cervical to upper sacral)	第十一星期
自上頸椎至下荐椎 (from upper cervical to lower sacral)	第十二星期
第五荐椎 (5th sacral)	第十三至二十八星期
第一尾椎 (1st coccygeal)	第三十七至四十星期
結構排列 (structural arrangement)	第十三至十六星期
椎軸之齒狀突起 (odontoid process of axis)	第十七至二十星期
肋骨突起 (Costal processes) —— 第六至第七頸椎者 (6th and 7th cervical)	第二十一至三十三星期
第五頸椎者 (5th cervical)	第三十三至三十六星期
第四, 第三, 第二頸椎者 (4th, 3d, 2d cervical)	第三十七至四十星期
橫突 (Transverse processes) —— 頸椎及腰椎 (cervical and dorsal)	第二十一至二十四星期
腰椎 (lumbar)	第二十五至二十八星期

肋骨與胸骨 (Ribs and Sternum.)

肋骨 (Ribs) —— 第五, 第六, 第七 (5th, 6th, 7th)	第八至第九星期
第二, 第三, 第四, 第八, 第九, 第十, 第十一 (2d, 3d, 4th, 8th, 9th, 10th, 11th)	第九星期
第一 (1st)	第十星期
第十二 (甚不規則) (very irregular)	第十星期

胸 骨 (Sternum.)

胸骨 (Sternum)	第二十一至二十四星期
--------------------	------------

骨 盆 帶 (Pelvic Girdle.)

髌骨 (Ilium)	第九星期
坐骨 (Ischium) —— 下行枝 (descending ramus)	第十六至十七星期

恥骨 (Os pubis) —— 水平枝 (horizontal ramus) 第二十一至二十八星期

下 肢 (Lower Extremity)

- 股骨 (Femur) —— 骨幹 (diaphysis) 第八至第九星期
 遠側骨幹 (distal diaphysis) 第三十五至四十四星期
- 脛骨 (Tibia) —— 骨幹 (diaphysis) 第八至第九星期
 近側骨幹 (proximal epiphysis) 第四十星期
- 腓骨 (Fibula) 第九星期
- 跟骨 (Os calcis) 第二十一至二十九星期
- 距骨 (Astragalus) 第二十四至三十二星期
- 骰狀骨 (Cuboid) 第四十星期
- 趾骨 (Metatarsal) —— 第二, 第三 (2d and 3d) 第九星期
 第四, 第五, 第一 (4th, 5th and 1st) 第十至十二星期
- 趾骨 (phalanges) —— 第一末節 (terminal 1st) 第九星期
 第二, 第三, 第四末節 (terminal 2d, 3d, 4th) 第十至十二星期
 第五末節 (terminal 5th) 第十三至十四星期
 一, 二, 三, 四, 五, 基底節 (basal 1st, 2d, 3d, 4th, 5th) 第十三至十四星期
 第二中節 (middle 2d) 第二十至二十五星期
 第五中節 (middle 3d) 第二十一至二十六星期
 第四中節 (middle 4th) 第二十九至三十二星期
 第五中節 (middle 5th) 第三十三至三十六星期

生產後 (after birth) 骨化中心之均常 (working average) 顯現時期表

(time of appearance) (time of fusion)

	顯現時期 年	連接時期 年
肩骨 (Scapula) —— 喙突 (coracoid)	1	15
上肩窩及喙突底 (upper glenoid and base of coracoid)	10	15
肩峯 (acromion)	15	20
脊柱緣 (vertebral border)	20	25
肋骨 (Ribs) —— 頭及粗隆之骨 (Epiphyses for head and tubercle)	15	23
鎖骨 (Clavicle) —— 胸骨端小 (Sternal epiphysis of the sternal end)	18	25
肱骨 (Humerus) —— 頭 (Head)	1	18
大粗隆 (Greater tuberosity)	3	18
小粗隆 (Lesser tuberosity)	4	18
(皆係於六年連接, 十八年與骨幹聯合)		
小頭 (Capitulum)	1	17
內上髁 (Internal epicondyle)	5	18
滑車 (Trochlea)	10	17
外上髁 (External condyle)	12	17
(小頭, 滑車及外上髁於十七年內, 上髁於十八年聯合為一塊)		
橈骨 (Radius) —— 頭 (Head)	5	17

下脛 (Lower epiphysis)	2	20
尺骨 (Ulna) —— 鷹嘴 (Epicranon)	10	17
下脛 (Lower epiphysis)	6	18
腕骨 (Carpus) (依顯現程序排列) :		
—— 頭狀骨 (Magnum)	1	
鉤骨 (Unciform)	1 至 1½	
楔骨 (Cuneiform)	2 至 3	
月骨 (Semilunar)	4 至 5	
大多角骨 (Trapezium)	5	
舟骨 (Scaphoid)	5 至 6	
于多角骨 (Trapezoid)	6 至 8	
定骨 (Pisiform)	10	
掌骨 (Metacarpals) —— 脛 (Epiphyses)	3	18
指骨 (Phalanges) —— 脛 (Epiphyses)	3	18
骨盆 (Pelvis) —— (恥骨及坐骨於第八年聯合，髌臼第十六年合併)		
脛 (Epiphysis for)	}	15
膝骨脊 (Crest of ilium)		
坐骨粗隆 (Ischial tuberosity)		
前下髂脊 (Anterior inferior iliac spine)		
恥骨粗隆 (Tubercle of pubis)		
股骨 (Femur) —— 頭 (Head)	1	19
大轉子 (Greater trochanter)	4	18
小轉子 (Lesser trochanter)	13	17
下脛 (Lower epiphysis)	生 (birth)	20
膝骨 (Patella)	2 至 3	24
腓骨 (Fibula) —— 上脛 (Upper epiphysis)	4	24
下脛 (Lower epiphysis)	2	20
莖骨 (Tibia) —— 上脛 (Upper epiphysis)	生 (birth)	22
下脛 (Lower epiphysis)	2	18
跗骨 (Tarsus) —— (依顯現程序排列) :		
跟骨 (Calcis)	生 (birth)	
跟脛 (Epiphysis of calcis)	8	
距骨 (Astragalus)	生 (birth)	
骰骨 (Cuboid)	生 (birth)	
外楔骨 (External cuneiform)	1	
內楔骨 (Internal cuneiform)	3	
中楔骨 (Middle cuneiform)	3	
舟骨 (Scaphoid)	4	
趾骨 (Metatarsals) —— 脛 (Epiphysis)	3 至 8	18
趾骨 (Phalanges) —— 脛 (Epiphysis)	4 至 7	18
屈縮短肌種子骨 (Sesamoids of flexor brevis hallucis)	5	
脊椎骨 (Vertebrae) —— 骨化有三個原始中心，一為體，二各為側突 (Lateral mass)。體之核心 (Nucleus) 可分離。板 (Laminae) 於第一年内聯合。解剖學上通常有五個，發性骨中心——		

名，體上下兩面之薄板 (Thin plates)，乳狀粗隆尖頂 (Tips of the mammillary tubercle)，橫及後突起 (Transverse and spinous processes) —— 於十二至十五歲時顯現，二十五歲時聯合。第五腰椎係自五中心骨化而成，一為體，發生上關節突起 (Superior articular process)，頸 (Pedicle) 及橫突 (Transverse process) 每側各一，形成下關節突起，板及後突 (Inferior articular process, lamina & spinous process) 兩側各一。

骨中心之顯現及聯合 (Appearance and Union of Bone Centers,
Engelback and McMahon, 1924.)

年 (Years).

- 1 肩胛素突 (Coracoid process scapula)。
肱骨頭 (Head of humerus) (6至7月)。
小頭骨及鈎骨 (Capitate and hamate)。
股骨頭 (Head of femur)。
脛上端 (Upper epiphysis tibia) (生, birth)。
第三楔狀骨 (Third cuneiform)。
- 2 肱大粗隆 (Greater tubercle humerus)。
肱骨小頭 (Capitulum, humerus)。
腕下端 (Lower epiphysis radius)。
膑骨 (Patella) (2至3年)。
脛下端 (Lower epiphysis tibia)。
腓下端 (Lower epiphysis fibula)。
第一第二楔狀骨 (1st and 2nd cuneiforms) (2至4年)。
- 3 三角骨 (Os triangularis)。
掌骨頭 (Head of metacarpals)。
指骨頭 (Head of phalanges)。
跖骨頭 (Head of metatarsals) (3至7年)。
- 4 月骨 (Lunate)。
股大轉子 (Greater trochanter femur)。
腓上端 (Upper epiphysis fibula) (3至4年)。
舟骨 (Navicular) (踝, Tarsal)。
- 5至6 肱骨頭及粗隆聯合 (Union of head and tubercles of humerus)。
肱骨內上顆 (Medial epicondyle humerus)。
腕上端 (Upper epiphysis radius)。
大多角骨 (Greater multangular)。
小多角骨 (Less multangular) (6至8年)。
舟骨 (Navicular) (腕, carpal) (5至6年)。
- 7 尺下端 (Lower epiphysis ulna)。
坐骨骨聯合 (Union of ischium and pubis)。
跟骨 (Epiphysis os calcis) (7至9年)。
- 9 定骨 (Pisiform) (9至11年)。
- 10 尺骨鷹嘴 (Cleranion, ulna)。
肱骨滑車 (Trochlea, humerus)。

- 11 肱外上髁 (Lateral epicondyle humerus) (11 至 12 年)。
- 13 股骨小轉子 (Lesser trochanter femur)。
- 14 掌骨頭聯合 (Union of heads of metacarpals) (14 至 15 年)。
- 15 肩峯 (Acromion)。
- 肩胛骨下角 (Inferior angle scapula)。
- 肩骨中心相互聯合 (Union of centers of scapula) (15 至 18 年)。
- 鎖骨胸端 (Sternal end clavicle) (15 至 17 年)。
- 手，指骨頭聯合 (Union of heads of phalanges, hand)。
- 骶骨二期骨中心之顯現 (Appearance of secondary centers os coxae)
- (甲) 腸骨山脊 (Crest of ilium) (15 至 18 年)。
- (乙) 髖臼 (Acetabulum) 15 至 16 年)。
- 遺骨一期骨中心聯合 (Union of primary centers os coxae)。
- 16 聯合 (Union of) :
- 肱骨遠側端 (Distal extremity humerus)。
- 尺骨鷹嘴 (Olecranon, ulna)。
- 橈上髁 (Upper epiphysis radius)。
- 蹠骨頭 (Heads of metatarsals)。
- 足，趾骨頭 (Heads of phalanges, feet)。
- 17 聯合 (Union of) :
- 橈下髁 (Lower epiphysis radius)。
- 股骨小轉子 (Lesser trochanter femur)。
- 18 聯合 (Union of) :
- 肱骨頭 (Head of humerus)。
- 股骨頭 (Head of femur)。
- 股骨大轉子 (Greater trochanter femur)。
- 脛下髁 (Lower epiphysis tibia)。
- 18—20 聯合 (Union of) :
- 尺下髁 (Lower epiphysis ulna)。
- 骶骨二期中心 (Secondary centers os coxae) (20—25)。
- 股下髁 (Lower epiphysis femur)。
- 脛上髁 (Upper epiphysis tibia)。
- 腓下髁 (Lower epiphysis fibula)。
- 腓上髁 (Upper epiphysis fibula)。
- 22—25 鎖骨胸端聯合 (Union of sternal end clavicle)。



花柳性淋巴肉芽腫

檢驗診斷之今昔

四

史敏言

(四)各種抗原效價之比較

現在再就各學者所報導的，歷來試用各種抗原於實地診斷所得的結果，再作一次綜合性的比較，作為了解各種抗原實際效用的參考。

(一)關於皮內試驗的。

De Dolf與J. V. Van & Cleve (20)用十一種來源不同的膿製抗原，試用於一千零十個病情不同的病人，共行皮內試驗一千一百零三次。其中有五十八個病人有顯著的臨床症候，或慢性鼠蹊淋巴腺炎的過去病歷，此五十八人都現陽性反應。

據Binkley與Lave (14)試用病人膿製抗原的結果，認為此種抗原的應用價值，決非鼠腦抗原所可比。Flandin與Turief，也表示同樣意見。

Levaditi, Durel, Reinie, De Blasio以及其他很多歐洲學者，都認為鼠腦抗原的效價極不可靠。Edward與Sulkin (22)則持相反的意見。認為膿製抗原，並不適合實際應用。其理由有四：(1)患第四種性病而有化膿性鼠蹊淋巴腺炎的不多；(2)即使有化膿性淋巴腺炎存在，其中膿液不多；(3)膿液內抗原性物質的含有量，各患者都不相同；(4)膿液內可能有他種性病或其他疾病的病原存在。

鼠腦抗原應用於皮內試驗的效價，各學者實驗所得的結果也有出入。據Strauss與Haward (13)的實驗結果，認為無論用正常鼠腦或受感染後的鼠腦，製成乳樣液後，在數星期內應用於皮內試驗，無論在患者或非患者，常常出現與真性反應不可分別之陽性反應。其證據尚難判明。Mesobcann與Brueker也認為鼠腦抗原易起非特殊性反應。Suskind與Gace (4)用正常鼠腦，按照弗萊氏法注射在患者皮內，並不發現值得注意的反應。在二十二個病人用正常鼠腦乳樣液施行了一百四十三次試驗；同時在三十八個健康者作了一百四十五次試驗，都沒有發現不良的結果。氏等 (12)在紐約城，試用鼠腦抗原，經過一年多的實驗，曾試用了八十八種製造來源不同的抗原，應用於二十七個病人和三十八個非患者，根據結果得去了一個結論：(1)非患者中無一人因鼠腦抗原或正常鼠腦之故而呈陽性反應；(2)患者經過第一次試驗後，以後再次試驗時並無除過敏反應 (Desensitization) 現象

(即再次試驗時仍可反應發生)。其後氏等又作了一次比較更精確的試驗，將九十五種自製的鼠腦抗原和四十一種購自市場的鼠腦抗原，試用在一百五十個確知患者(共行試驗一百七十一)和一百二十八個健康人(共行試驗二百四十一)；同時用正常鼠腦乳樣液施行了一百八十三次試驗於患者和健康者，作為對照試驗，所有患者對於鼠腦抗原都現陽性反應，疹疹紅腫直徑在七公厘以上，(其中百分之七十五為七至十公厘)。對照試驗中無一例疹疹的直徑大於七公厘(其中百分之八十八為一至四公厘)。

Reider 與 Canizares (28) 曾在一百十六個病人和二百零四個病人身上，用鼠腦抗原施行了三百九十八次皮內試驗。同時用正常鼠腦作對照試驗計三百九十八次。試驗結果，鼠腦抗原對於確定患者有百分之九十為陽性，百分之九陰性，和百分之一為可疑。其中有幾個病人，是在後期才現陽性反應的。對照組中有百分之九十三是陰性，百分之五陽性和百分之二可疑。氏等由此一實驗得出結論，認為鼠腦抗原與患者膿製抗原並不失其作用的價值。

Grace, Rake 與 Shaffer (23) 將雞胎卵黃素抗原 (Lygranum) 與鼠腦抗原，在實際應用時作了一次精確的比較，認為卵黃素抗原對於第四種性病診斷的感應性及其特殊性 (Specificity) 都比鼠腦顯著。氏等用正常雞胎卵黃素乳樣液作對照時，所可能引起的非特殊性反應，三十二人中僅見二例。正常鼠腦對照組，則三十六例中竟有三十八例出現假陽性反應。兩者所發生的陽性率則近似。

Sulkin (22) 曾將雞胎卵黃素抗原，鼠腦抗原和患者膿製抗原同時應用於四十二個有臨床病象的，或曾有過去病史的患者。同時用正常鼠腦和正常雞胎卵黃素作對照，因前者發現假性反應(疹疹直徑平均 3.6 公厘)的有廿九人；後者為十六例(疹疹直徑平均 2.8 公厘)。氏等又將上述各種抗原應用於健康者二十人，任何抗原都不引起超過標準(疹疹直徑 6 公厘)的類似真性反應。氏等的結論，認為卵黃素抗原較鼠腦抗原為優，因正常卵黃素所發生的假反應也極少。

Shaffer 與 Rake (20) 後來又作一試驗，比較雞胎卵黃素抗原，鼠腦抗原與膿製抗原三者，在患者身上作皮膚試驗後所發生反應的診斷價值，及其對正常人所可能引起的假反應。證明了雞胎卵黃素所發生的假反應較少，更對於患者的診斷價值，也遠勝於鼠腦抗原。

(二) 關於補體結合試驗的。

在 1927 年至 1938 年間。Kitchatz, kitchevatz 與 Petrevitch, Schmidt La Baume, Loche 與 Bhunners Bancin, Prats, Melezer 與 Sipos 及 Midana 等曾先後用患者膿製抗原於補體結合試驗，其中大部份均告失敗。偶有成績的，結果也極不滿意。Grace 與 Rake (30) 也證明了同樣的結果，認為這是由於膿液內含有的抗原性物質過少的緣故。

從 Lygranum (M.L.) 與 Lygranum (Y.S.) 被採用於補體結合試驗以後，各學者都一致承認了它的使用價值。據 Mecke, Rake 與 Shaffer (19) 實驗所得的結果，認為 Lygranum (Y.S.) 的活動力較強，但效價並無顯著的區別。在另一方面，正常鼠腦組織，與正常雞胎卵黃素組織作對照試驗時，在低倍稀釋度的血清內，所發生的非特殊性反應，則以 Lygranum (M.L.) 較少。據 Grace 與 Rake (30) 實驗的結果，雞胎卵黃素在補體結合試驗時，比較在皮內反應時的作用更敏感。

(三) 關於發熱試驗的。

Grace 氏 (28) 曾試用鼠腦抗原於八十五個患者和一百七十個非患者同時應用正常鼠腦乳樣液作陰性對照，據實驗所得結果，由靜脈內注射 0.1 公撮抗原於患者體內後，確有顯著的發熱現象，足以給診斷上以極大的幫助。同量的正常鼠腦液則並無反應。其中有若干曾經皮內試驗的，並不影響此種發熱試驗的結果。如受試者同時感染其他花柳病的，對於發熱試驗的感應也不受影響。此種發熱試驗，對於生殖器肛門部 (Genito-rectal) 受傳染的第四種性病患者，比之鼠腦型的，它的陽性反應保持更久。

Moris 與 Canizares (24) 試用卵黃素抗原於二十四個患者和二十四個健康人作發熱試驗；同時用鼠腦抗原，正常鼠腦和正常卵黃素作比較。受試者可按一定時間的間隔，注射等量的上述各種不同的抗原和對照液於靜脈內。其中十六人又另行注射同量效價極高的患者抗原作比較，由實驗得出結論：氏等認為雞胎卵黃素抗原對於發熱試驗的感應性，不及鼠腦抗原，正常鼠腦可能引起類似的反應，故試驗時必須用正常鼠腦作對照。

(五)各種試驗的診斷價值的比較

上述三種試驗(皮內試驗，發熱試驗和補體結合試驗)對於第四種性病的補助診斷價值，究以何者最確實可靠，關於這一問題，文獻中尚乏明確的見解。

Mckee, Rake 與 Shaffev (6) 等曾選了二十個皮內試驗陽性的患者，再作補體結合試驗，其中有十九人的血清，在1:15到1:600的稀釋度，與Lygranum呈現特殊的結合作用。另一人的血清結合價則僅為1:6。

Shaffer 與 Rake (20) 曾應用卵黃素抗原與鼠腦抗原於可疑患者，其中皮膚反應為陽性的，結合反應也呈陽性。結合反應陽性的，則皮膚反應並不一定呈陽性。其中有五例臨床上有第四種性病的病象的患者，補體結合反應陽性，而皮內試驗呈陰性。

作者認為結合反應比皮內反應較早出現，而消失較緩。在多致雜亂性交的人，可能有潛在性第四種性病存在，並不足以引起皮內反應，而血清反應則已呈陽性。

看來血清反應的價值似乎優於皮內試驗，但也有它的很多缺點。第一，補體結合試驗在某種其他疾病同時發生狀況下，可能消失了它的特殊性。這種現象，在梅毒患者尤為常見。其他如淋病，類性下疳的患者，也可能現補體結合試驗的陽性反應。第二：有時候正常鼠腦或卵黃素液也可能與患者的血清發生陽性補體結合反應，其理由尚不致明。第三，第四種性病的病毒在形態上及其抗原性，與鸚鵡病(Psittacosis)及腦膜肺炎(Meningo-pneumonitis)等疾病的病毒相同。補體結合試驗時可能發生交叉陽性結果。

發熱試驗的補助診斷價值雖也為各學者所承認，但施行和觀察的方法比較困難，對於受試者又須遭受發熱的痛苦，到現在為止，似乎尚未廣被採用。

綜觀過去各學者實驗所得結果，皮內試驗，發熱試驗和補體結合試驗，似乎都有它的特殊應用價值，並無孰優孰劣的明確區別。在可能範圍內，三種試驗最好能同時施行。這樣，對於第四種性病的診斷，必然會給予最大的幫助。

(六)皮內試驗和補體結合試驗在第四種性病流行病學上的應用

Shaffer 與 Rake (20) 應用Lygranum "Y. S." 與Lygranum "M. L." 於曾經有不潔性交行為的患者，作補體結合試驗和皮內試驗以測定第四種性病在花柳病中的流行狀況及其關係。受檢驗的是五十三個從無既往第四種性病病史的患者，其中有二十九人檢出陽性反應。後來又仔細地檢查這二十九個反應陽性的病人，發現其中有十八個人有輕微的臨床病象。氏等起先懷疑補體結合試驗的陽性結果可能因梅毒所致，復又將兩個毫無第四種性病病象的梅毒患者的血清，先經梅毒抗原吸收後，再行第四種性病補體結合試驗，結果仍然陽性。氏等乃判定雖無臨床病象的患者，補體結合試驗陽性者，本質上仍可視為確患第四種性病。氏等由於這些結果得到了一個概念，第四種性病的補體結合試驗，不但可應用於診斷，且可應用於流行病調查之用。

Beeson 與 Miller 氏在1914年發表了一篇，有關第四種性病流行研究的詳盡報告(31)，氏等用補體結合試驗檢查了三百九十七個黑人和三百四十八個白人。在黑人成人中，其中39.7%的女性和

44.8%的男性檢得陽性結果。在一百十六個黑種小孩中（十四歲以下），僅六人為陽性。在白人中，有12.1%的女性和11.6%的男性為陽性。五十八個十四歲以下的小孩中，僅一人為陽性。

作者又另行檢查了三十七個黑人所生兒及其親生母親，母子所得結果完全相同。其中有九個嬰兒在出世後為陽性，生後二至四個月後再檢查時，又回復陰性。由此可知嬰兒的陽性反應，完全由於母體內抗體移入胎兒血內之故。

氏等又將同批試驗患者的血清再行康氏梅毒試驗（Kahn test），在成人黑人組中有33.0%的女性和32.1%的男性；白人中有6.9%的女性和14.7%的男性呈陽性反應。

氏等認為第四種性病補體結合試驗陽性結果與康氏試驗陽性結果同時出現，完全由於第四種性病與梅毒同時感染之故，此時第四種性病，可以毫無病象。

John E. Blair 也曾檢定了七百四十四個病人，其中有的是治療中的梅毒患者，有的是其他病人。在一百五十三個梅毒患者和四個淋病患者中，都現高度的第四種性病補體結合試驗陽性反應(32)。

Knott與Berustein氏應用第四種性病補體結合試驗，皮內試驗，梅毒血清反應和下疳皮內試驗於七十八個患早期梅毒的黑人，及二十個對照組白人。其所得結果，有軟性下疳的臨床症候者，可獲得梅毒血清試驗和第四種性病補體結合試驗的陽性反應。有梅毒的臨床病象的，可呈現下疳反應和第四種性病補體結合試驗的陽性結果。臨床上為第四種性病者，下疳反應和梅毒反應也可現陽性。

氏等又將梅毒試驗陽性的血清，經吸收試驗後再行第四種性病補體結合試驗，其中一部份不復再現陽性反應；一部分則僅現輕度的陽性反應；另一部份則完全不受吸收試驗的影響，因而氏等認為不論皮內試驗或血清反應，對於梅毒，下疳和第四種性病的鑑別，僅能作為參考，而不足以確定診斷。這種見解却又和前述各學者的見解又完全相反了。

(七) 總 結

綜觀上述各有關本題的文獻，關於弗萊氏抗原及其他各種類似的，由人工動物接種法或組織培養法製成的抗原，以及各種試驗方法，對於第四種性病實驗診斷上的應用，我們可獲得如下的要點：

(1) 第四種性病的病毒，可經動物通過或雞胎組織培養法保存之。它的毒性並可隨通過世代的增多而加強。

(2) 曾被採用於第四種性病診斷的抗原，計有患者膿液抗原（即原始的弗萊氏抗原）及其後逐漸發明的猴腦抗原，鼠腦抗原，鼠肺抗原和雞胎卵黃囊抗原等數種。

(3) 第四種性病的實驗診斷方法，計有弗萊氏創的皮內試驗，發熱試驗，和補體結合試驗等三種。

(4) 對於皮內試驗，似以雞胎卵黃囊抗原（即 Lygranum）最為適用。患者膿液抗原的效用雖也並不下於前者，但因取材的不易，標本的易染雜菌，以及可能發生的敏感性的不能一致等，似不很切合實際的要求。

(5) 鼠腦抗原對於皮內試驗的效用雖遠勝於猴腦抗原，但根據多數學者的經驗，以其易起假性反應，故並不最適用於皮內試驗。鼠腦抗原的實際價值如何，尚待更多的實驗始可作最後的判斷。

(6) 各學者曾試用各種抗原於發熱試驗，而獲得相當效果，其中似以鼠腦抗原的效用最顯著。

(7) 對於補體結合試驗，鼠肺抗原（Lygranum “M. L.”）和雞胎卵黃囊抗原（Lygranum “Y. S.”）的效價近似。

(8) 皮內試驗，發熱試驗和補體結合試驗，對於第四種性病的檢驗診斷，各有其特點，似不應重此輕彼。實驗者應仔細觀察病情，可視其適應情況而運用。

(9) 關於第四種性病的診斷，切不可太重視了實驗診斷的價值，同時還得參考臨床上的病變；始

可確定診斷。

(10)皮內試驗和補體結合試驗，不但被應用於以第四種性病的補助診斷，且可助本病的流行病學的調查和研究之用。

(完)

參 考 文 獻

1. Geoffrey Rake & Helen P. Jones: Jour. Exper. Med. 75:323, 1942
2. Tumura T. Y.: Lab. & Clin. Med. 20:293, 1935
3. E. Von Haam & L. Lichtenstein: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 32:949, 1935
4. Authur W. Grace & Florence H. Suskind: Arch. Derm. & Syph. 33:853, 1936
5. Miyagawa Y.; Mitamura T. S.; Yaoi H.: Jap. J. Exper. Med.; 13:733, 1935
6. Burnet F. M.: Special Report, 1936
7. D'Annoy & Von Haam: South Med. Jour., 29:911, 1936
8. Geoffrey Rake, Clara M. McKeel, & Morris F. Shaffer S: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 43:332, 1940
9. Morris E. Shaffer; Geoffrey Rake & Clara M. McKeel: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med.; 44:408, 1940
10. Frei W.: Klin. Wechsehr., 4:2148, 1925
11. Authur W. Grace & Florence H. Suskind: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 32:71, 1934
12. Authur W. Grace & Florence H. Suskind: Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. Vol. 34 No. 1, 1936
13. Maurice J. Strauss & Marion E. Howard: Jour. Amer. Med. Ass., 106:517, 1936
14. George W. Binkley & William R. Lave: Arch. Derm. Syph.; 38:383, 1938
15. E. Von Haam & R. Hartwell: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 36:269, 1937
16. Reuben Frank Reider & Orlando Canizares: Arch. Derm. Syph., Vol. 38, No. 6, 1938
17. Douglass A. Decker, O. Canizares & R. F. Reider: Arch. Derm. Syph., 40:397, 1939
18. George E. Morris & O. Canizares: Arch. Derm. Syph., 45:935, 1942
19. Clara M. McKeel, G. Rake & Morris F. Shaffer: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 44:410, 1940
20. M. F. Shaffer, & G. Rake: Amer. Jour. Syph. Gono & Ven. Diseases, 26:271, 1942
21. Grace, Geoffrey Rake & Morris F. Shaffer: 45:259, 1940
22. Edward Sulkin: J.A.M.A. 116:2663, 1941
23. M. F. Shaffer, Geoffrey Rake: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 44:408, 1940
24. G. E. Morris, & O. Canizares: Arch. Derm. Syph., 45:953, 1942
25. G. Rake, M. F. Shaffer, H. P. Jones & C. M. McKeel: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med.: 46:300, 1941
26. L. Lichtenstein & E. Von Haam: Proc. Soc. Exper. Biol. & Med., 32:952, 1935
27. A. W. Grace & F. H. Suskind: J.A.M.A., 107:1359, 1936
28. A.W. Grace: Arch. Derm. & Syph., 39:347, 1939 -
29. H.F. De Dolf & J.V. Van Cleve: J.A.M.A., 99:1065, 1932
30. W. Grace & G. Rake: Arch. Derm. Syph., 48:619 1943
31. P. B. Beeson, & E. S. Miller: Amer. J. Pub. Health, 34:1076, 1944
32. John E. Blair: Jour. Immunology., 49:63, 1944

醫學文摘

馮冠華摘譯

泌尿系傳染疾患現代療法之概述

Thomas L. Pool 及 Edward N. Cook 原著

原載 美國醫學雜誌 J. A. M. A. Vol. 133, 1947年3月份

十五年前對於泌尿系傳染疾患之治療，悉憑就診醫師之經驗而定；而醫師亦多數就病人主訴之症狀，據其臨床心得處方下藥，并不及於該傳染之類型及其程度，更不論及其病理情況也。所幸近十五年來，現代之治療法已日趨科學化而愈漸完善，故對於本病治療之效果亦益臻確實。

Scholl, Tanney, Clark, Helmholtz等之早期研究，確定尿細菌檢驗之重要，如因情況所限未能實施培養，則尿之格蘭氏染色頗具價值，應用顯微鏡檢查尿之沉渣，男性尿標本宜採澄清之第二杯尿，而女性則宜用導尿洩出之尿始易準確斷定疾病之病原。

早期治療中，尿之酸性大有關係，當其時，因為治療之良藥曰 methenamine，此藥須在酸性情況中，始釋放一炭醛 Formaldehyde 而有消毒之效，時至今日如仍能準確獲得尿之 PH，使與扁桃酸 mandelic Acid 合用或單獨使用仍有其絕大功效，如攝取之含氮食物足量時，則尿中亦可釋出有機酸，其 PH 降低，達一定濃度時，結果亦可抑制細菌之生長；唯給予氮性食物常遭遇許多困難，故必須利用扁桃酸以維持尿中之酸度，欲抑制尿中細菌之生長單取決於尿之酸度殆不可能，因身體之新陳代謝并不容許尿中發生此種酸度也。

此外，從事泌尿系傳染疾患治療時，其否能夠收效，尚決定於併發症之有無，不論早期之採用醃製食物治療或近期應用抗生物劑之治療，如無其他病變如慢性癰疽性炎症、癰腫、結石、阻塞、殘餘尿或異物等併發時，則單純之傳染較易滅絕，且亦便於下手；具有併發症之泌尿系傳染疾患治療法宜將此等併發症先行療治始有滅絕該傳染之可能。

扁桃酸之治療。

Rosenhein 發現扁桃酸，殆為泌尿系傳染疾患治療中第一特效治療化合物，雖然其後新消毒劑迭出，但此老藥仍未失時，如合於其適應症且謹記其絕少注意點則此藥之毒力極小，是為其優點。

商場上此類製劑之形式雖多，但其差異則少，根據早期梅頓診所 Mayo Clinic 之研討，欲使尿中細菌不能生長，則每日扁桃酸之量應達十二公分，唯就著者之經驗，如每飲水量能減低至 1500 公撮，使尿中藥物維持一定濃度則每日八公分即已足。

為使扁桃酸能成為有效之泌尿系消毒劑，不僅尿中之濃度必須維持 0.5% 而其 PH 亦必在 5.5 或更低，就著者之經驗，治療有效時通常予以六至八日即可收效，長期繼續給予并無幫助，尚不

如停于十至十四日後再開始第二程治療。

如病人之腎臟機能正常，此藥更無大害。少數病人於服用此藥後常引起惡心嘔吐，但當二十四小時內如將給予量減低，此種毒性即可減至無形。如病人之腎臟機能失常，此藥誠足刺激腎臟，引起血中尿毒濃度之病發性增加，據著者之意見如血中每百毫升尿毒之濃度達50耗時，此藥即應禁用，年老之患者較不易忍受如雷服用應加注意。

凡由格蘭氏陰性桿菌及糞鏈球菌 *Streptococcus faecalis* 傳染者，扁桃酸較有特效；而由其他鏈球菌或葡萄球菌所傳染者此藥則多無效。

磺胺類化合物之治療。

引用磺胺類化合物以為泌尿系傳染之治療，係近十年之事，此為另一進步，臨床上所應用之磺胺類藥物為數甚夥，雖然各類磺胺藥物俱有良好之療效但以 Sulfathiazole 及 Sulfacetimide 較適當，而且各病人對於各種磺胺藥物之反應亦異，宜分別測驗，每日磺胺類藥物之劑量如維持30至40厘(2—2.6公分)其飲水並井限制在2000—2500厘，並不致發生腎臟之併發症。

給予磺胺類藥物治療之病人，應密切注意之，最少在服藥二十四小時內應留心其中毒反應之任何症狀，病人如有發紫，惡心及嘔吐，發熱或皮膚出疹，則給予該藥更須慎重，尚有較不重要之症狀如頭痛、暈眩，全身不適及衰弱并不一定停于該藥，唯須繼續嚴密監視服藥之病人而已。

腎機能減退之患者并非磺胺類藥物禁忌者，治療時亦不必須減低其劑量，唯當進行治療時應加注意并經常行血液之檢查，極少數對於該藥發生過敏者，如能監視服藥後之首二十四小時，不難預為防制。

磺胺類化合物對於多數侵犯泌尿系之格蘭氏陰性微生物及除糞鏈球菌外多之多數格蘭氏陽性球菌俱皆有效。

砒化合物之治療。

靜脈注射砒化合物，很久以前即被採用以治療泌尿系球菌之傳染，而獲成效，所需之劑量較治療梅毒為少，過去數年常用新阿斯凡拉明以為治療，最近則發覺鹽酸阿克速凡阿斯 Oxophenarsine hydrochloride 之療效較佳且毒性亦小，鹽酸阿克速凡阿斯之劑量為0.03—0.04公分，每隔四或五日靜脈注射一次，連注三次，如發現任何腎機能障礙應即停于并改用其他療法。

青黴素之治療。

青黴素對於泌尿系通常非特原性細菌之傳染，其療效并不十分圓滿，其對淋球菌之傳染療效最著；對於葡萄球菌傳染及由糞鏈球菌之傳染，

亦獲佳效，尤以大量給予時為然；但對泌尿系之格蘭氏陰性桿菌之傳染，仍屬疑問，其療效視各格蘭氏陽性桿菌對於青黴素之敏感性而定。

著者曾採用間質性膀胱炎之患者，給予青黴素之整個治療，所有病例最初皆似有效，且其有效之時間甚暫；并無一例永無症狀者。

雖診斷泌尿系結石，碎石術或攝護腺切除術後較不常見併發之尿道周圍炎或其較嚴重之尿道周圍膿腫，經採用青黴素肌肉注射後，大見成效，可稱特效，因當病人接受第一劑治療後二十四小時內，尿道周圍炎即迅速減退也，如尚能兼採口服磺胺類藥物，其效尤佳。

鍊灰黴素之治療。

最近數年，對於有效殺菌劑之發現誠如兩儀泰菌，青黴素，Actinomycin 及 Gramicidin 對格蘭氏陽性微生物，頗著成效，但對格蘭氏陰性微生物，尚鮮功效。直至1944年 Schatz, Bugie, 及 Waksman 始自灰放線狀菌培養之濾過液中發現一新抗菌劑曰灰鍊黴素，此種抗生物劑之毒力較小且對格蘭氏陽性與陰性之微生物俱皆有效。

因灰鍊黴素未能為消化道所吸收，故以腸胃道外給予法予之，經注射後十二小時內，尿中排出之藥物達於高度，其毒力較少就著者現有之經驗，該藥不致引起腎臟機能不全，對造血系并無誤傷，無發熱反應亦無皮膚發疹，少數病人於注射後每感頭痛，口內特別味覺，面孔及惡心，但短時即逝，極少之病人發生耳鳴及暈眩，二例於長期注射後發生運動失調，間有亦現前庭障礙者，唯其例極少。

著者所見之數例，皆每隔三至四小時肌肉注射灰鍊黴素一次，每日全量為一公分，截至目前為止，據著者之意見首效日每日劑量應至少為三分公分，因大多數泌尿系微生物當其與灰鍊黴素相遇，常變其敏感性，故於治療之始即應給予大量，方能獲得預期效果。

關於各微生物對於此藥之作用約如下：產氣乳桿菌，變形桿菌之各例皆迅速有效，全黃葡萄球菌及結腸桿菌僅50%之病例有效，其由糞鏈球菌及綠膿桿菌所致之傳染，一般皆無效，著者所治療之多數傳染中一當停于灰鍊黴素後常即復發。

著者得 Hinshaw, Feldman 與 Pfeutze 及 Greene 之合作。

曾應用灰鍊黴素以治療十四例泌尿系結核患者，其中有八例症狀顯然變佳：膀胱方面症狀轉佳，尿量減少且尿沉渣抹片中間常有嗜酸性微生物發現，并有二例其疾病已顯然中止，因將其尿液種於荷蘭鱗體內，并無結核症發生也。

——完——

交換綳帶

八

鍾志謙

厭氣菌對於抵抗消毒藥劑的能力：

本乎試驗管內實驗所得，1/500的碘，1/50的氯亞明T (ChloranimeT) 1/200的石炭酸 1/2000的昇汞，與1/6,400的Crystal Violet等，都可以阻礙 (Inhibit) 產芽胞桿菌的生長，又上述各劑與1/200的孔雀綠 (Malachite Green)，1/16,000的弗拉芬 (Flavine)，1/4的依項 (Eusol) 1/1000的 (Crystal Violet) 以及各種染料劑等也都能阻礙魏氏桿菌的生長。然而將這種同樣濃度的消毒藥劑，用到創傷裏面去，那末殺菌力是要減弱的：

1. 從試管的檢驗所得，假使管中放入血清，則消毒劑殺菌的能力就減弱，這是已經查明的事實，而創傷之積有血清，當然是不免的。

2. 消毒藥劑多少能損毀白血球。

3. 消毒藥劑多少會跟着排洩液溢出到創口外面去。

4. 因紗布的吸收作用，尤其是染料劑的色素被吸收，而削弱了殺菌力。

除了上述之外，厭氣菌對於乾燥的抵抗甚弱，光與熱，亦能打擾它的生活環境，所以電流，X光，鐳以及其他一切的乾熱法，就足以遏制其生長。

含氧的藥劑，因為能放散氧氣，所以是殺滅厭氣菌最合理的藥劑。

高濃的鹽溶液，因為能夠將血管內的白血球吸出來，使它在創傷內森列羅佈，嚴陣以待，發生噬食作用的殲滅戰，可說是一種間接的殺菌劑。

Wenibegg 與 Seguin 二氏謂：戰創的傳染厭氣菌，其中魏氏桿菌佔 72-80%，腐敗弧菌 (Vibrionseptique) 佔 12%，惡性水腫桿菌 34%，產芽胞桿菌佔 27% 云。

說到交換綳帶 G.B. Reed 與 G.H. Orr 二氏謂：以魏氏桿菌腐敗梭狀芽胞桿菌，諾非氏梭狀芽胞桿菌，(Clostridium Novyi) 與 Clostridium Sordellii 接種於荷蘭豬或以產芽胞桿菌或溶組織梭狀芽胞桿菌單純的或混合的接種於荷蘭豬，獲則以氫苯磺酰胺或其同類的各種衍化物治療之，統統獲致相當成就的效果，其中以魏氏桿菌的傳染收效最大，腐敗梭狀芽胞桿菌傳染對之頗具抵抗，Clostridium Sordellii 傳染則對此種化學藥劑治療的抵抗更強。

氫苯磺酰胺與其同屬各衍化物，在厭氣菌傳染創的治療中，羅氏等之實驗，說是優劣之等差，可作如下之層次：Sulfanilamide, Sulfacetamide, Sulfanilylguanidine, Sulfapyridine,

Sulfamethylthiazole, Sulfadiazine, 與夫功效超羣的Sulfathiazole。氏等又謂局部治療勝於內服，因為用藥既省而收效甚大。

上面已經提起過，含氧的藥劑，用對厭氣菌傳染的創傷裏面去，使其放散氧氣來擾壞厭氣菌的生活環境，乃是最合理的，Meleny氏是利用過氧化錳的消毒劑，製成糊劑，灌充到創傷裏面去，然後用繃帶緊緊而很嚴密的包紮起來，（也有人於糊劑灌入後將肌肉與皮膚用連續縫合法密縫兩層）使得藥劑放散的氧氣，不會泄漏出來，據說及早使用，它的功效其僅次於Sulfathiazole的。當然囉！其它含氧的藥劑如過錳酸鉀，二氧化氯等都是可用的。

五二、丹毒的局部症狀，因為漿液和白血球的滲出，所以患部皮膚形成微凸的紅斑，界限十分明顯，疼痛而灼熱，不斷的向外擴展，炎症的部份，發生浮腫，水泡或壞死，也是常有的。熱敷法有害無益，各種消毒劑如純酒精鉛醋稀片溶液等的藥敷，功效究竟如何，都不很可靠，但多少能緩和緊張，抑制進行或者先以肥皂洗淨再用1:1000的昇汞溶液沖洗拭乾，然後以百分之五十的魚石脂塗布，乃是常用的法子。百分之五的硝酸銀塗狀在炎症部的邊緣阻制它的進行，有的時候也頗見效。除此以外本乎機械的作用來遮斷皮膚的淋巴道，好像用絆創膏，火棉等的加以緊縮，也是制止炎症進行的方法。

五三、脾脫疽是屬於牛羊等家畜病，但也可以傳染給人，凡其病獸死獸處置不當，脾脫疽桿菌散佈地面，便可以從一個極小的創口內接觸傳染，先起灼熱癢癢紅色的丘疹，中央部份呈現紅而帶青的水泡，稱做惡性膿泡，蔓延迅速，全身症狀甚重，能在數日之中虛脫而死，所以應該是要切除感染部的一切組織，用純石炭酸或灼紅的烙鐵來燒灼腐蝕它。但據Bellevue Hospital—Symmeps氏謂：脾脫疽的預後，如果照這樣去治療，是很容易釀成敗血症的Regan氏謂：祇有血清是理想而可能完成治療的結果，除作皮下肌肉，和靜脈注射外，還要在局部作淡潤的注射，一直做到症狀減輕為止。如果沒有血清的話，還是不要動他，而僅用消毒乾布包紮起來，卻被一般局部措施為愈也。

五四、馬鼻疽是馬騾患的病，但亦能傳染給人，皮膚沾染了馬鼻疽桿菌以後，便起豌豆大砂粒的淡潤，成灰色結節，後則變為蟹食性潰瘍，往往合併發生蔓延性的炎症，局部的治療與脾脫疽相同。

五五、放線狀菌病是牛騾和人都可以發生的一種慢性傳染病，因為這種細菌在鏡檢下集落的排列如同菊花狀，所以被這樣命名的，它開始形成特異的結節，硬固不痛，慢慢增大變軟，潰破而成多數瘻管，向鄰近組織蔓延，並且可以極深刻的侵襲深部器官，從創口裏面流出的濃液，或其他分泌液，常常含有特殊黃色的顆粒，附近的淋巴腺，卻是没有腫脹等的病變，經過很慢，治療不易，淺在的淡潤部，注射數滴百分之二至五的硝酸銀溶液，經過二三日軟化後，稍予切開拭刮，或者有效，碘劑亦可用。

五六、大麻瘋或癩癧病，在過去治療時期，所以有天刑病的稱號，它由於麻瘋桿菌的傳染，而是屬於特種慢性傳染病的。它可以分為兩大類，一類是在皮膚的上層，發生指頭大的褐色結節，叫做結節性麻瘋，破潰而成潰瘍的時候，深達肌肉骨質，另一類是叫做神經麻瘋，先在皮膚面發生有光澤的紅斑！初則知覺過敏，乃至完全消失而麻痺，患麻瘋的人，最初眉毛脫落，以後其他部份的毛髮繼之，掌骨間肌萎縮，面容奇特，稱做獅面。在治療方面全身重於局部，如果發現則應當送專設的麻瘋病院，將他們會集在一處，完全和身人隔離開來，不惟接觸。

(未完)

廣州總醫院的近貌

中正日報

(廣州)

·梁克·

捍衛國家是軍人天職，但從事戰鬥，傷亡在所難免，即使在平時，官兵裏也難免不會發生疾病，

國家為顧全各部隊傷病官兵的醫療與健康，所以便有總醫院，後方醫院，兵站醫院…等醫療機構的設立。總醫院的設立，比後方醫院和野戰醫院完善，在戰時祇在重慶，貴陽兩地設立，復員以後，在南京、上海、漢口、廣州、青島、瀋陽、北平、西安、台灣、徐州、天津等處增設十一所，它直隸聯合勤務總司令部軍醫署，為軍醫治療與軍醫學術研究的最高機關。

廣州總醫院，是聯勤總部所轄十三處總醫院之一，它的前身，是廣東陸軍總醫院，建立於民國二十三年，由於第一集團軍總司令陳伯南將軍所創設，當時該院的建築和醫藥器材，共費二億元，以當時的物價，可見它的宏大了！民二十五年，該院改隸第四路軍總司令部，迨民二十七年，廣州陷敵，這所醫院被任意盤踞了七年，在暗淡中，為倭軍佔作醫院，據說在這期間中，該院曾收容傷病倭兵一千多人，當歐跡跡踪跡這醫院時期，不特對這建築物沒有修理，而且還加以摧殘，所以在接收時，它已是支離破碎，面目全非了！

勝利以後，軍政部派于少卿成立廣州陸軍醫院，成立之初，因該院公物已蕩然無存，戶扉窗牖和水電設備破壞甚鉅，純修理費達一億元，至同年六月開始收容傷病，旋軍政部結束，奉令改聯勤總部，易稱廣州總醫院。

在三十五年六月，原位於廣東陸軍總醫院及廣東軍醫學校的軍事機關，全部遷出後，該院當時曾借用板床百餘副，開始收容傷病，經一年來的努力，現在廣州總醫院已全部器材和病室，都改為美因式的設備了，這不見它的業務是有相當進展的，至於這建築物和醫藥器材，仍待修繕與添置，那就有待該院

廣州總醫院的近貌
本報記者：梁克

廣州總醫院，是聯勤總部所轄十三處總醫院之一，它的前身，是廣東陸軍總醫院，建立於民國二十三年，由於第一集團軍總司令陳伯南將軍所創設，當時該院的建築和醫藥器材，共費二億元，以當時的物價，可見它的宏大了！民二十五年，該院改隸第四路軍總司令部，迨民二十七年，廣州陷敵，這所醫院被任意盤踞了七年，在暗淡中，為倭軍佔作醫院，據說在這期間中，該院曾收容傷病倭兵一千多人，當歐跡跡踪跡這醫院時期，不特對這建築物沒有修理，而且還加以摧殘，所以在接收時，它已是支離破碎，面目全非了！

勝利以後，軍政部派于少卿成立廣州陸軍醫院，成立之初，因該院公物已蕩然無存，戶扉窗牖和水電設備破壞甚鉅，純修理費達一億元，至同年六月開始收容傷病，旋軍政部結束，奉令改聯勤總部，易稱廣州總醫院。

在三十五年六月，原位於廣東陸軍總醫院及廣東軍醫學校的軍事機關，全部遷出後，該院當時曾借用板床百餘副，開始收容傷病，經一年來的努力，現在廣州總醫院已全部器材和病室，都改為美因式的設備了，這不見它的業務是有相當進展的，至於這建築物和醫藥器材，仍待修繕與添置，那就有待該院

負責人員的統籌和怎樣計劃。

該院的編制，是依照聯勤總部軍醫署規定，設內科，外科、護理、事務四部，現有員額官佐一一八員，各種士兵一一七名，聯護士包括在內，至收容總額是四百名，病室分為：官長，眷屬，士兵內科，士兵外科，傳染等五種，各種病室的收容額：官長病室八九人，眷屬病室三五人，士兵內科病室一一六人，士兵外科一一〇人，傳染病室五〇人。

器材方面：設有大小X光鏡，太陽燈，電療器，細菌血清化驗器材和實驗的免。

總醫院收容傷病的對象，為海陸空軍及保安部隊的官兵，凡重傷重病為後方醫院或兵站醫院所難於治療的，可送總醫院，其不需留醫者，由門診部治療。

廣州總醫院每月經費四千萬元，醫療器材的添置是專業請款，藥品方面也沒有限制，只是依照需要而運用，所以它並不受到經費或醫藥缺乏的威脅。

關於留院病人的給養，也有規定，每名每月食米四十八市斤，副食費一萬八千元，營養費一萬二千元，病室費用九千元，官長、眷屬、士兵一視同仁，沒有階級的分別，此外，還有「營養廚房」，病人需要私人增加營養品，那就給款交由這廚房購辦，但在月餉微薄的弟兄們，當然不會有這能力。

在院裏設有福利委員會，現已組織農場和畜牧園，據該院負責人說：「打算在畜牧園養些牛和雞，以期獲得牛乳，雞蛋、給病者享受，因為善教分署結束後，就沒有營養品發給哩！」

該院面積達九千餘畝，建築物凡十四幢，除有三幢借與第三十一後方醫院作為院址，其餘的分別劃作病室，職員宿舍。

正氣樓是已故殷商霍芝庭捐建的，現用作院本部，門診部和官長眷屬病室，這裏病房六十餘間，將官病室是單人房，校官尉官和眷屬病室，住一人至三人，士兵病室分內外科，是大房制的，每個病室住傷者六人至十人，室裏的病床，和官長病室沒有異樣，床裏的被舖，床布、蚊帳，一片潔白，室裏充滿了稀薄的藥水氣味，病者置身室中彷彿在貴族化醫院裏養病。

總醫院是按軍事管理，在士兵病室裏，除了担任看護的女護士，看護兵以外，還有「護理軍士」在其間服務，這便是總醫院的特色。

在外科的病室裏，傷病士兵比內科多，目前外科病室裏留醫者一百人，內科病室的留醫者祇有七十五人而已。

在外科病室裏，記者和好幾個留醫的弟兄們談話，他們對院裏的環境表示很滿意，但對管理方面，却感到有時會比部隊裏更嚴格，至於膳食方面，有些會感覺飯量不足，然而，或許他們的飯量較大，不過這點盼望院方能夠注意！

總醫院裏的儀器，在戰前，大部份是向德國訂購的，可是在日寇踞盤期間，不少已被拆去或毀壞，就院裏的大X光鏡，從前是德國製造的，但它已被日寇搬去了，現在所用的，僅為日製的X光鏡，當接收之初，該鏡已是破壞到不堪使用，後經數月修理，方始隱工，或者在不久，該鏡將可為病人服務了，至目前院裏所用的，仍是小型X光鏡。

割症的手術室，它可以同時為五個病人割症而割症床上所用的燈是特製的，醫師在施行手術時，這床上在燈光照耀下，完全沒有人身和手的影子，所以它的名稱也叫「無影燈」，這燈是本市其他醫院所無的。

廣州總醫院，是華南設備較完善的醫院，其間沒有需索病人的事，芸芸市民中，不少人盼望它能兼為民衆服務，至少希望辦理民衆門診哩！



美國陸軍部軍醫署

之組織概況(六)

(攷察報告)

徐希麟·吳麟孫·彭達謀·趙 蟾·蕭 冰 (集體作)

本文係諸先生旅美考察軍醫行政報告書中之一部，極為珍貴，承惠允於本刊發表，增光篇幅，謹申謝忱！並為讀者介紹。此為我國建設新軍醫前途，最有價值之參考資料。
編者。

二、作業概況：

該司主管業務為如何羅致醫務人員分派職務等事宜。人員之羅致在美國軍隊中亦感最大困難。平時尤甚。尤以醫師為最，獸醫牙科次之。護士人員亦不敷用。該署對於部隊人事之標準希望官兵每千人有醫務人員一二人。即醫務行政三人獸醫一人牙醫二人醫師六人。

醫務人員之來源為自動參加或徵調。士兵則由徵募而來。人事之管理最要任務，為人事紀錄之完整。凡各人出身經歷現在服務機關與地點等，均須詳細記載。俾人人可得適當之工作，與各機關部隊可得稱職人員。此種紀錄可隨時查考。並於一二分鐘內即能將某人查出，方合原則。

(1) 人員儲備股

凡醫務人員，進入正規軍充任軍醫者，必須經過考試委員會考試。國會核准全軍軍官五萬人。陸軍部核准醫務人員應占百分之一。關於人事之管理，用一種磨耗曲線 Attrition Curve 分配。使各階級人員，與年齡得有適當之比例。

為解決人員羅致之困難，該司擬建議兩種辦法：

(1) 加速升級：軍醫求學時間長，與普通軍官不同。故擬建議用加速升級辦法，縮短俸年期限，使醫藥人員能踴躍參加。其加速升級年限列表如下：

普通軍官升放年限： 少尉—(三年) 中尉—(七年) 上尉—(七年) 校—(六年) 中校—(六年) 上校—(六年)
現時醫務人員升放年限： 中尉—(九年) 上尉—(三年) 少校—(八年) 中校—(六年) 上校—(六年)
加速升放年限： 中尉—(八年) 上尉—(三年) 少校—(八年) 中校—(三年) 上校—(三年)

(2) 補償辦法：軍醫求學時間長。其損失亦大。擬建議凡補充軍醫者，每人給與三萬元，分三十

年發給。每年發一、〇〇〇元，藉以彌補其求學時代之損失。

美國部隊軍官佐，其上校級有一定數額，全體共為一、〇九四員，凡升級人員，必須有空缺，方可提升；軍醫人員，占全額百分之八、三。

軍醫團人員，官歷優良之人，不一定按照規定停年，限制升級。在戰時有特殊功勳者，亦得特別提升。

軍醫人員，現時最高階級為少將。擬請求提高至中將，在全體軍醫人員中，規定百分之、七，可晉升為少將級。

該署除正規軍醫人員外，尚有各醫院額外軍醫，係復員後而未離開軍醫人員。又有各醫學校新畢業生，自願投效軍醫，而尚在訓練中心受訓之人。此兩種人員謂之儲備軍醫。

除儲備軍醫人員外，尚有兩種預備軍醫。一為軍醫預備團。(Reserve Officer Corp) 此種人員，曾在部隊服務，而已離開部隊自行開業者。每星期必須抽出數小時，受軍事訓練。每年於夏季集中於其附近之訓練中心，集訓十五天。在集訓期中，照原有階級發給薪金。一為醫學校未畢業學生之預備軍醫訓練團。(Reserve Officer Training Corp) 係自動參加者。每星期有二小時之軍事訓練。每年夏季復有二—四星期之集中訓練。此等學生，每年可得三〇〇—四〇〇元之津貼。現在美國有二二個醫學校，有此等軍醫訓練團學生。每校約有一〇〇人。共有二、〇〇〇餘人。

(2) 人員任用股

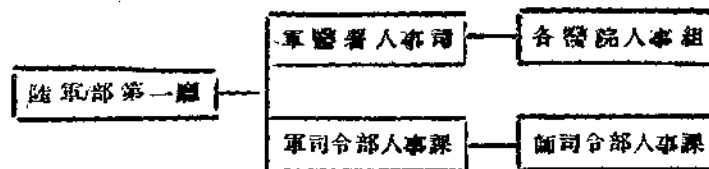
該股為辦理醫務人員與軍醫署間有關事項，而不屬於人員儲備股及分類股者。

各醫院額外人員及在訓練中心受訓之學生，視各方需要隨時予以派遣之。

羅致各大學教授或公共衛生界有名望之醫界人員，可依據其在美國醫學會之資格，即以上尉或少校級而為某部之主任。如此做等可得迅速提升。此等人員百分之九十在預備軍醫團有原缺。

聘任軍醫其待遇可依照國會通過給予標準發給之。

人事系統表列如下：



各部隊醫務人員之調動事前商得部隊長同意辦理之。

各醫院分醫務人員及事務人員兩部。醫務技術人員由軍醫署負責派遣。事務人員則由各軍區司令部負責派遣之。凡新組織之衛生單位由軍醫署委派。各級醫務技術人員主官亦得視情況請求增加或予以更調。

(3) 員分類及記針保管股

該股工作人員為人事司最多之一股。

所有醫務人員根據其填送之第一七八二號表格而分類之。每組均定有號碼，如三一〇〇為一般醫官，三〇〇〇為衛生行政人員，三五〇〇為主官人員，各官在軍服務一年後由各單位主官將其服務成績填送第一七八三號表格以資考績。

除上述分類外，各人又分為甲乙丙丁四種。甲種為專科人員，乙種為通過考試委員會審查，丙種為助理人員，丁種為病房工作人員。此項分類係根據各單位每月所送名單。

在醫務所工作之醫官服務六個月後應調至其他單位工作。美國陸軍現有醫官一五、〇〇〇人，但列名常備役者僅一、一八六人。

(未完)

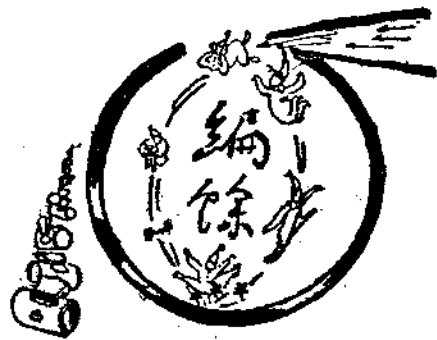


腹部手術後留下的一個問題

本文經請外科專家萬福恩博士審閱，認為可以發表。
編者附註

此病例係竇煥來松霞親身經歷口述者，經過異常有趣，特公諸同仁以為施行腹部手術時之注意。本病例經過之學理，尚祈請先進詳予解釋，俾因此多得一學術上之智識。惟此稿乃憑記憶敘述，其中難免有失詳盡之處。

朱松霞現年四十四歲，江蘇江都人，原住南京，廿六年淪陷時，避難於重慶，民卅一年常患腹痛病，且貧血，曾住重慶寬仁醫院治療未癒，出院後，貧血更劇，經內服鉄劑，并注射肝精無效，數月後覺下腹部有硬塊隆起，經某醫院診斷為子宮瘤，於三十四年二月間住重慶南岸苦竹壩救濟院割治，由×××主任施術，瘤重約二公斤，良性，剷除後一時輕快，營養日見佳良，貧血亦漸癒，然出院後下腹部仍時覺疼痛，以路遠赴院檢查不便。即亦置之，因之身體久未能復原，日寇投降後，乃作歸計，於三十五年二月間搭政府運都汽車經川湘公路返京，當抵貴陽時，腹痛增劇，胃部亦痛并嘔吐發熱，幸因天雨，車不能行，得以休息治療，經當地醫院施熱敷并注射嗎啡稍痊，然自此身體又陷於衰弱，十日復汽車繼續行駛，抵京收回原房產居住，此後因胃部疼痛，食慾不振，營養更見不良，四月間赴鎮江調養，維請江蘇省政府保安處×醫務主任檢查，云係卵巢荷爾蒙分泌停止之故乃注射日本出品之阿伐好萌（Ophahormon）加以飲食適宜，病勢略有起色，惟腹部仍時痛時癒，五月間復返京休養，同年六月間筆者因事赴京，曾檢查患者下腹部左側有硬塊，腹壁緊張，因疑有異物遺留腹內更或係腫痛復發，曾勸赴市民醫院行X光透視，翌日即行前往，適市民醫院X光損壞，正在修理中，當時因體力不支，即行回寓，以後亦未再赴醫院檢查，同年九月間病勢轉劇，身體益衰，乃住市民醫院診療，該院醫師亦未予詳細檢查，家嫂訴稱左下腹部有硬塊頗痛，請其注意，該院醫師謂：「此處既非關



江 晦 鳴

「采得好花釀好蜜」，采花是初一步的工作，釀蜜是第二步工作，所以，要釀成好蜜，必先采得好花，這是必然的。

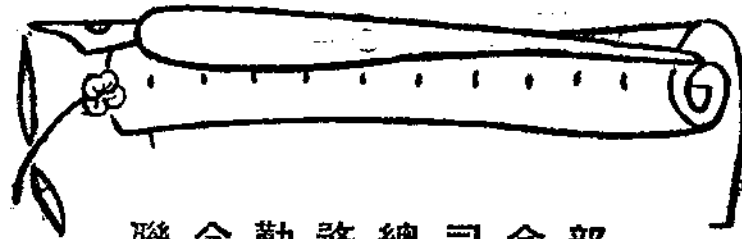
一本雜誌的編成，正似一吹釀蜜的工作完成。然而，釀成的蜜是不是好蜜？却要看采得的花是不是好花？百花開，百花采，於是我們感覺：采花的工作重於釀蜜，選稿的工作重於編排，也是必然的。

最近，我們接到一位讀者來書，認為我們在每一期「軍醫月刊」的後面，總要多排一篇「編餘」是多餘的。我們自己也承認這未免有點浪費筆墨和浪費篇幅；可是，我們卻有個打算，這打算是很必要，而且，是為讀者打算的。

上面，我們已經指出，一本雜誌的編成，是「選稿重於編排」，那末，選稿的「好」條件是怎樣呢？就要看是不是真正合乎讀者的需要？打第一期起到這一期止，我們曾經幾次坦白地道出選稿的苦衷，我們將從些什麼地方去迎合讀者的真正需要。假如，我們少去借着「編餘」的機會，說明我們現在所能做到的，和將來正在進行的，那末，讀者的失望終於無法填補。因為，我們目前也許會叫讀者失望的問題，由於「編餘」談助，就可以道出個癥結。譬如說，有一位讀者，他建議每一位讀者都能貢獻一二則平生工作的經驗或其研究醫藥的心得，由本刊開個專欄作片斷的介紹，我們至今還在考慮而沒有完全接受，為的是我們懷疑這種介紹方式，對於促進學術上究竟有多少影響？因為，我們認為真學問是要「知其然」還要「知其所以然」的。也許這樣考慮會使那一位讀者失望的，但，失望通過了這點考慮的理由，或者可以滿足了那一位讀者另外一些比較親切的原諒。

老實說，拿選稿比采花，多少還有點不同，蜜蜂采花是完全主動的，編者選稿却是不完全被動的。假使作者稿子不送上你的案前，你是如何能主動的去選呢？由此不同，所以，還要爭取作者一份樂意的心情，不吝珠玉，才多一份選稿的機會；同時，還要為着迎合讀者真正的需要，不圍私見，才是一份選中的理由。這些瑣碎的問題，不借「編餘」，如何能使大家了解呢？

這一期，我們特別介紹「RH因素」一文，是可以供人窺測，近世醫學一個研究的新動向。其中的理由，當然是為了讀者真正的需要。另外一篇「腹部手術後留下的一個問題」，雖然記載的方式，還待商量，然而，是個事實，也是經過專家審定可以發表的。



聯合勤務總司令部

傳染病預防規則

第一章 通則

第一條 軍事機關部隊學校工廠等傳染病之預防悉依本規則辦理之

第二條 本規則所稱傳染病如左

- 一、天花
- 二、猩紅熱
- 三、白喉
- 四、流行性腦脊髓膜炎
- 五、霍亂大桿菌痢疾
- 七、阿米巴痢疾
- 八、傷寒
- 九、副傷寒
- 十、斑疹傷寒
- 十一、回歸熱
- 十二、鼠疫

前項以外之傳染病有認為應依本規則實行預防方法之必要時得由國防部以命令指定之

第三條 本規則對於傳染病疑似患者帶菌者及鼠疫病獸均得通用之

第四條 部隊長官對於本規則之施行遇有與地方有關事項得參照 國民政府公佈之傳染病預防條例與地方行政機關協商辦理之

第二章 報告及通報

第五條 部隊內或其他地方發生傳染病時部隊軍醫應速將病名疫勢及所施預防處置等分報該管部隊長官及其軍醫主管

第六條 部隊長官接到前條報告後如認為疫勢猖獗有蔓延徵兆時應將其情況層報國防部並通報當地政府如係鼠疫或霍亂除呈報外應由發現部隊速電聯合勤務總司令部軍醫署

第七條 部隊或附近地方發現霍亂或鼠疫時部隊長官及地方政府應互相協助議訂預防辦法並各將收集所得關於疫病人數發病地點及時日等必要紀錄互相通報必要時應各報告主管長官並通報附近駐軍

第八條 部隊長官對官兵中之長期帶菌者經呈奉國防部核准除役後並將姓名時日住所等通報於其歸返地區之地方政府

第九條 傳染病流行終了後部隊長官應就傳染病來源及現行狀況與處理方法之全部經過情形編就統計報告層轉國防部

第三章 預防處理

第十條 部隊為預防傳染病蔓延應責成所屬軍醫切實施行左列各款事項之全部或一部

- 一、傳染病患者須及早診斷及報告
- 二、傳染病患者疑似患者及帶菌者全數予以分別隔離
- 三、預防上對於傳染病接觸者有必要時予以檢疫
- 四、實施消毒
- 五、依照各傳染病之傳染途徑予以適當之處理（如改善環境衛生厲行個人給水消毒及除滅媒介病蟲之昆蟲或獸類等）
- 六、實施預防接種
- 七、實行身體視查檢查及其他必要之檢查
- 八、預防上認為必要時禁止士兵外出或限制其外出區域或派領隊監督之同時並限制外人帶疑有傳播病毒物品之出入
- 九、調查及考察傳染來源
- 十、傳染病患者之屍體均須消毒鼠疫患者之屍體以火葬為最宜否則應深埋於指定墓地非經三年不得改葬
- 十一、預防上認為必要時應成立軍民聯合防疫委員會

第十一條 軍醫主官對於傳染病預防實施上認為必要時得召集其所屬衛生人員徵詢意見予以切實之指示但召集其他部隊或衛生機關之衛生人員須先經各該主管部隊長之認可

第十二條 部隊長官對疫勢猖獗認為必要時得呈國防部指派防疫專員担任指導協助辦理

第十三條 部隊長官當部隊發生霍亂鼠疫等傳染病認為疫勢嚴重時經呈准後遷移駐地

第十四條 部隊長官當部隊內傳染病流行時得隔離外來新兵於營外或變更其入隊期等之特別處置並層報國防部

第十五條 凡由他處開來合併之部隊官兵或徵撥之新兵均須先經新兵檢疫始准合編新兵檢疫至少須十四日如新兵中有傳染病發生則延長之直至傳染病完全消除時為止

第十六條 部隊長官當傳染病流行時對於休假派遣等歸隊者得令軍醫行必要之檢疫及處理

第十七條 對傳染病帶菌者及恢復期帶菌者均須經檢驗確無病菌時始准解除隔離

第十八條 居住營外之軍職人員或其同居者患傳染病時須參照第十條之辦法處理之

第十九條 軍醫主官認為有設置傳染病隔離室或醫院之必要時得報請部隊長抽調衛生人員組設之如疫勢蔓延不敷收容時得呈該管長官轉呈國防部核准後另行設置之

第二〇條 當地設有傳染病醫院時部隊長官得與該地方政府協議借用其一部份

第二一條 計劃野外演習時應先調查演習地區情形如有傳染病之流行須妥籌適宜預防方法必要時可變更地域

第四章 附則

第二二條 本規則自公布日施行



國防部三十五年度

姓名	別號	性別	年齡	籍貫	出身學校及年份
徐希麟	成葆	男	四八	福建建甌	山東公立醫專(民九年)日本慈惠醫大(民二十六年)
吳麟孫	繼高	男	四六	浙江嘉興	浙江醫專(民十一年)德國衛慈大學(民十五及二十四年)
彭達謀	蘇炳	男	四五	湖南沅陵	協和醫學院(民二十二年)美國耶魯大學(民二十七年)
趙維華	鏡輝	男	四六	浙江稽裘	浙江醫專(民十二年)
曹冰	朗齋	男	四七	江蘇宜興	軍醫學校(民十年)
榮獨山		男	四五	江蘇	協和醫學院(民十八年)
展開元		男	四三	浙江	德國柏林大學醫學院(民十九年)
郭秉寬		男	四四	福建	維也納大學醫學院(民二十一年)
孔錫銀		男	四二	廣東	同濟大學(民十七年)德國佛萊堡大學(民二十年)
張先林		男	四五	安徽	協和醫學院(民十八年)
周壽愷		男	四〇	福建	同上(民二十二年)
馮家驥		男	三九	江蘇	同上(民二十四年)
謝元甫		男	五七	廣東	美國哈佛大學醫學院
薛蔭奎	慶煜	男	三五	河北灤縣	燕京大學(民二十五年)協和醫學院(民二十九年)
林果華		男	四〇	廣東平遠	軍醫學校醫科(民十九年)
朱長民		男	三二	浙江海寧	上海醫學院(民三十年)
蔡安道		男	二九	浙江杭州	軍醫學校醫科(二十八年)
向近敏		男	三一	湖北漢川	軍醫學校醫科(民三十一年)
陳慶義		男	二八	浙江天台	軍醫學校醫科(民三十三年)
劉道祥		男	三二	廣東番禺	衛生勤務訓練所第一期(民二十七年)
廖建田		男	二八	湖南瀏陽	衛生勤務訓練所後期第三期(民三十年)
潘瑞璠		男	三一	河南洛陽	衛生署衛生人員訓練班(民二十七年)
傅冠瀛		男	三一	河南伊川	軍醫學校醫科(民三十一年)
馬安權		男	三八	廣東	上海聖約翰大學醫學院(民二十六年)
徐子平	定一	男	三九	浙江建德	浙江省立醫藥專科學校(民二十一年)
丁慶	屏秋	男	三五	浙江杭縣	湘雅醫學院(民二十七年)

留美軍醫團同學錄

服務機關及職務	原任階級	組別科別	國內通訊處
陸軍總司令部醫處處長	軍醫總監	行政組	南京寓海路二十二號
軍醫署副署長	軍醫監	行政組內科	南京英愁路黃勳巷四十三號
軍醫署技術司司長	軍醫監	行政組	南京軍醫署
軍醫署醫務辦公室主任	軍醫監	行政組內科	南京軍醫署
國防醫學院政務部課長	一等軍醫正	行政組內科	上海國防醫學院
軍醫署技術專員	軍醫監	專員組放射科	南京軍醫署
同 上	同 上	專員組骨科	同 上
同 上	同 上	專員組眼科	上海總醫院
國防醫學院醫科病理學組主任教官	一等軍醫正	專員組病理科	上海市中心區國防醫學院
軍醫署技術專員	軍醫監	專員組外科	南京軍醫署
同 上	同 上	專員組內科	廈門後路頭周室巷十四號
同 上	同 上	專員組預防醫學科	南京軍醫署
同 上	同 上	專員組泌尿科	北平中央醫院轉
國防醫學院基本衛生訓練科科長	一等軍醫正	衛生營	北平南沈簫子胡同二十號
	一等軍醫正	同 上	廣東平遠東石郵局交
國防醫學院基本衛生科訓練室主任	二等軍醫正	同 上	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院副教官	三等軍醫正	同 上	上海市中心區國防醫學院
同 上	一等軍醫佐	同 上	湖北漢川向民祠
南京總醫院住院醫師	一等軍醫佐	同 上	浙江天台麗澤鄉
國防醫學院副教官	軍委一階	同 上	上海市中心區國防醫學院
同 上	同 上	同 上	同 上
同 上	同 上	同 上	同 上
軍醫署	二等軍醫正	同 上	南京浦鎮左所街二一二號封文泰號
國防醫學院	一等軍醫正	外科	
徐州總醫院院長	軍醫監	醫院A組	杭州學士路思壽坊直街二號
上海總醫院主治醫師	一等軍醫正	醫院A組內科	上海市中心區上海總醫院

鄧南陽	懷亮	男	三一	湖北黃梅	漢口協和護士學校(民二十六年)
洪民	明如	男	三四	浙江甯波	中央大學醫學院(民三十年)
孫重恩		女	四〇	湖北漢口	北平協和醫學院(民二十五年)
孔慶德		男	三二	湖南華容	湘雅醫學院(民三十一年)
魏天星		男	三三	安徽合肥	東南醫學院(民二十六年)
劉英奇		男	三一	河北正定	軍醫學校(民三十一年)
田友道		男	三五	湖南長沙	燕京大學(民二十五年)協和醫學院(民二十九年)
徐湘蓮		女	三四	山東	同上(民二十六年)
林竟成	千葉	男	三九	福建閩侯	同濟大學醫學院(民二十二年)
王興國		男	四二	安徽懷遠	齊魯大學醫學院(民二十一年)
盧梅麟		女	三四	浙江慈谿	同德醫學院(民二十五年)
劉廷傑		男	三四	山東萊陽	貴陽醫學院(民二十九年)
王辨明		男	三二	浙江海寧	同濟大學醫學院(民二十九年)
戴佛香		男	二九	廣東興寧	軍醫學校醫科(民三十二年)
陳壽康		男	三一	廣東興寧	軍醫學校醫科(民二十九年)
龍名揚		男	三一	湖北漢陽	軍醫學校醫科(民三十一年)
袁盛瑞		男	二九	廣東曲江	湘雅醫學院(民三十三年)
陳約翰		男	三三	江西上饒	軍醫學校醫科(民三十年)
李文芳		男	三八	山東濟南	山東德縣博濟醫院護士學校(民二十一年)
楊文達		男	四二	江西南昌	金陵大學(民二十年)協和醫學院(民二十六年)
董民聲		男	三三	浙江鄞縣	軍醫學校醫科(民二十八年)
周金華		男	三七	湖北黃岡	燕京大學(民二十三年)協和醫學院(民二十七年)
熊榮心		男	三九	廣東梅縣	燕京大學(民二十二年)協和醫學院(民二十六年)
王秋儀		女	三三	湖南長沙	湘雅護士學校(民二十三年)
魏念慈		男	三三	江蘇崇明	上海醫學院(民三十年)
霍笑足		女	三〇	廣東順德	孫逸仙醫學院(民三十年)
吳燮燦		男	三〇	浙江桐廬	軍醫學校醫科(民三十二年)
史永龍		男	二九	江蘇溧陽	軍醫學校醫科(民三十一年)
沈天爵		男	三三	浙江杭縣	燕京大學(民二十五年)協和醫學院(民二十九年)
賈偉霖		男	二八	山東安邱	華西大學醫學院(民三十三年)
范樂成	釋如	男	三九	江西九江	北平協和醫學院(民二十五年)
顧德鴻		男	三二	浙江餘姚	軍醫學校醫科(民三十年)
葉興傑		男	三三	福建閩侯	國立上海醫學院(民二十八年)
曾享能		男	三五	廣東揭陽	湘雅醫學院(民二十六年)印度痲疾研究院(民三十一年)
顧越泉		男	三二	浙江上虞	湘雅醫學院(民三十年)
費尹知	承先	男	四一	四川雅安	華西大學牙科(民二十年)
朱文思		女	三七	湖北漢口	北平協和醫學院(民二十五年)
胡柔根		男	三二	廣東開平	軍醫學校醫科(民二十九年)
吳瓊芳		女	三九	江西玉山	嘉興福音醫院高級護士學校(民十八年)
李銘生	德欽	男	四三	江西高安	岳陽湖濱大學(民十五年)中央大學班(民二十三年)
侯道之	子由	男	四四	山東恩縣	齊魯大學醫學院(民二十二年)

國防醫學院護理科護理行政組教官	軍 荐 一 階	醫院A組護理科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院牙科副教官	二等軍醫正	醫院A組牙科	上海總醫院
上海總醫院	一等軍醫正	醫院A組小兒科	同 上
國防醫學院醫科放射學室副教官	三等軍醫正	醫院A組X光科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院醫科細菌學組教官	一等軍醫正	醫院A組檢驗科	同 上
武漢總醫院眼科醫師	一等軍醫佐	醫院A組眼科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院耳鼻喉科學組教官	一等軍醫正	醫院A組外科	漢口武漢總醫院
	一等軍醫正	醫院A組產婦科	上海外灘二四號中央銀行國庫局徐德光轉
上海總醫院副院長	軍 醫 監	醫院B組管理科	上海總醫院
北平總醫院副院長	軍 醫 監	醫院B組外科	上海復興中路五五九號
北平總醫院產科主治醫師	二等軍醫正	醫院B組產科	同 上
重慶總醫院醫師	二等軍醫正	醫院B組外科	上海北四川路永安里六二號黃清轉
國防醫學院內科學系副教官	二等軍醫正	醫院B組內科	上海國防醫學院
國防醫學院衛生實驗院助理研究員	三等軍醫正	醫院B組檢驗科	上海國防醫學院
廣州總醫院外科主治醫師	三等軍醫正	醫院B組外科	廣州總醫院
武漢總醫院	三等軍醫正	醫院B組X光科	上海國防醫學院
國防醫學院內科系助教	一等軍醫佐	醫院B組小兒科	上海國防醫學院
國防醫學院牙科助教	一等軍醫佐	醫院B組牙科	上海威海衛路永業里五號顧名汝轉
西安總醫院內科護理長	軍 荐 一 階	醫院B組護理科	西安總醫院馬志千醫師轉
南京總醫院副院長	軍 醫 監	醫院C組醫院管理科	南京總醫院
貴陽總醫院外科主治醫師	二等軍醫正	醫院C組耳鼻喉科	貴陽總醫院
貴陽總醫院外科主任	一等軍醫正	醫院C組外科	香港千德道四三A號伍基平轉
國防醫學院醫科婦產學科組主任教官	同 上	醫院C組產婦科	上海白利南路三七弄九八號
上海總醫院護理長	軍 荐 二 階	醫院C組護理科	同 上
貴陽總醫院內科醫師	二等軍醫正	醫院C組內科	上海海格路三五九弄三號羅松壽醫師轉
同 上	同 上	醫院C組檢驗科	同 上
貴陽總醫院眼科醫師	一等軍醫佐	醫院C組眼科	浙江桐廬吳宅
貴陽總醫院小兒科醫師	同 上	醫院C組小兒科	江蘇溧陽昌治坊
貴陽總醫院愛克司光醫師	三等軍醫正	醫院C組外科	北平東總布胡同六二號丙
國防醫學院牙科助教	一等軍醫佐	醫院C組牙科	南京鼓樓原巷巷五三號
武漢總醫院院長兼外科主任	軍 醫 監	醫院D組外科	漢口武漢總醫院
武漢總醫院檢驗室醫師	三等軍醫正	醫院D組檢驗科	上海國防醫學院
國防醫學院	一等軍醫正	醫院D組外科兼放射學科	上海國防醫學院
武漢總醫院內科主任	軍 醫 監	醫院D組內科	漢口總醫院
武漢總醫院產科主治醫師	二等軍醫正	醫院D組產科	上海國防醫學院
國防醫學院牙科教官	三等軍醫正	醫院D組牙科	上海川康平民銀行費宗之主任轉
武漢總醫院小兒科主任	一等軍醫正	醫院D組小兒科	漢口武漢總醫院
武漢總醫院耳鼻喉科醫師	三等軍醫正	醫院D組外科	漢口武漢總醫院
武漢總醫院護理部主任	軍 醫 三 階	醫院D組護理科	漢口武漢總醫院
武漢總醫院事務主任	軍 醫 三 階	醫院D組管理科	同 上
國防醫學院胸外科學組主任教官	軍 醫 監	醫院E組外科	鄭州綏濟公署

饒海賢	男	三〇	廣東梅縣	軍醫學校(民三十一年)
劉國相	男	二七	山東益都	齊魯大學醫學院(民三十四年)
鮑啓坤	男	三一	河北南宮	軍醫學校(民三十一年)
王寶翠	女	三三	湖北	湘雅醫學院(民三十年)
李麗卿	女	四一	湖南	北平護士學校
陶桓樂	男	三九	湖南	同濟大學醫學院(民二十三年)
陶漢	女	三六	河北	同濟大學醫學院(民二十三年)
林和明	男	三七	廣東揭陽	東南醫學院(民二十二年)
陸書同	男	四九	山東	軍醫學校(民十一年) 德國柏林大學醫科(民二十一年)
王立礎	男	三八	四川	華西協合大學(民二十六年)
聶同和	男	四五	山東	北平協和醫學院(民十七年)
許尙賢	男	三二	廣東	軍醫學校醫科(民二十八年)
張箬	男	三六	江西	中山大學醫學院(民二十八年)
張勇斌	男	三九	廣東	德國漢堡大學醫學院(民二十五年)
李生光	男	三三	河南	軍醫學校(民二十八年)
馬永江	男	三三	浙江	北平協和醫學院(民三十年)
周繼林	女	三〇	湖南長沙	中央大學醫學院牙科(民三十年)
段春和	男	二九	河北天津	軍醫學校(民三十一年)
李秉芳	女	三七	江蘇	江蘇江陰福音醫院護士學校(民十九年)
管祖桂	女	三六	江蘇	安徽蕪湖醫院高級護士學校(民二十二年)
羅瑩	男	三五	湖北陽新	軍醫學校藥科(民二十五年)
張紫洞	男	三一	山東蓬萊	軍醫學校藥科(民三十年)
孔傳忠	男	三三	浙江杭州	浙江醫藥專科學校藥科(民二十六年)
蘇中武	男	二九	浙江平陽	軍醫學校藥科(民三十二年)
汪猶春	男	三九	江蘇南匯	南開大學商科(民十五年)
張繼宗	男	二九	江蘇	軍醫學校藥科(民三十年)
張弈棟	男	三五	江蘇松江	軍醫學校藥科(民二十七年)
張海成	男	三三	山東	同濟大學工學院
李茂之	男	四三	河北	北平大學醫學院(民十八年)
邢文鏞	男	四三	江蘇	德國佛朗克福大學醫學院(民二十年)
陳尙球	男	三六	江蘇	東吳大學(民二十一年)
諸相堯	男	三六	貴州	軍醫學校藥科(民二十五年)
胡乃劍	男	三七	江蘇	軍醫學校藥科(民二十一年)
鄭寶琦	男	三五	河北	軍醫學校藥科(民二十五年)
謝錦光	男	二九	廣東	軍醫學校藥科(民三十二年)
李冠華	男	三五	南京	金陵大學(民二十四年)
梁序穆	男	三三	福建	山東大學(民二十六年)

國防醫學院耳鼻喉科學組助教	一等軍醫佐	醫院E組耳鼻喉科	貴州安順東大街九七號
南京總醫院愛克司光醫師	一等軍醫佐	醫院E組放射學科	濟南廣智院街五四號
國防醫學院醫科病理學組助教	一等軍醫佐	醫院E組檢驗科	濟南西關靜安巷吉太布莊
南京總醫院牙科醫師	二等軍醫正	醫院E組產婦科	筑省府西路四號
軍醫署技術司技正	軍 醫 一階	醫院E組護理科	南京總醫院
國防醫學院內科呼吸系傳染病學組主任教官	一等軍醫正	醫院E組內科	湖南岳陽竹蔭街十一號
國防醫學院小兒科學組副教官	一等軍醫正	醫院E組小兒科	同 上
南京總醫院眼科主任	一等軍醫正	醫院E組眼科	汕頭鎮邦街益壽西藥房
西安總醫院院長	軍 醫 監	醫院F組	上海市中心區國防醫學院
西安總醫院耳鼻喉科主治醫師	二等軍醫正	醫院F組耳鼻喉科	四川成都陝西街存仁醫院
西安總醫院外科主任	一等軍醫正	醫院F組外科	陝西西安大麥市街九一號
西安總醫院眼科醫師	三等軍醫正	醫院F組眼科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院衛生實驗院研究員	三等軍醫正	醫院F組細菌學科	上海市中心區國防醫學院
軍醫署預備員	軍 醫 監	醫院F組內科	廣州行轅
西安總醫院愛克司光醫師	三等軍醫正	醫院F組放射學科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院泌尿外科學組副教官	二等軍醫正	醫院F組外科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院牙科副教官	二等軍醫正	醫院F組牙科	上海市中心區國防醫學院
西安總醫院醫師	一等軍醫佐	醫院F組內科	上海市中心區國防醫學院
西安總醫院護理主任	軍 醫 一階	醫院F組護理科	西安總醫院
國防醫學院產科護理學組教官	軍 醫 一階	醫院F組護理科	上海信緒一八三四號
上海衛材總倉庫副庫長	一等司藥正	衛材供應	上海南市王家碼頭衛材總倉庫
國防醫學院醫事技術科補給學組副教官	二等司藥正	衛材供應	南京三牌樓第一衛生材料補給庫
上海衛材總庫	二等司藥正	衛材供應	南京四條巷軍醫署供應司
國防醫學院醫事技術科行政學組助教	一等司藥佐	衛材供應	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院教務部第四課課長	軍 簡 三階	衛材供應	南京軍醫署
國防醫學院醫事技術科行政學組副教官	三等司藥正	衛材供應	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院醫事技術科補給學組教官	二等司藥正	衛材供應	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院衛生裝備試驗所機械試驗室技正	軍 醫 一階	衛生供應	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院醫科生理學組主任教官	一等軍醫正	專科技術組生理科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院醫科藥理學組主任教官	一等軍醫正	專科技術組藥理科	上海市中心區國防醫學院
國防醫學院醫科生物化學組教官	軍 簡 三階	專科技術組生理化學	同 上
國防醫學院醫科生理學組教官	一等軍醫正	專科技術組生理學	同 上
國防醫學院醫事技術科檢驗學組教官	一等司藥正	專科技術組藥物化學	同 上
國防醫學院普通外科學組副教官	二等軍醫正	專科技術組外科	同 上
國防醫學院衛生實驗院醫學化學組助理研究員	一等軍醫佐	專科技術組生理化學	同 上
國防醫學院醫科有機化學組教官	軍 簡 三階	專科技術組生物化學	同 上
國防醫學院醫科生物形態系生物學組教官	軍 醫 一階	專科技術組解剖學	同 上

許	織	雲	女	三一	浙	江	燕京大學(民二十八年)	
張	世	明	男	三〇	湖	北	軍醫學校(民三十年)	
盧	振	東	男	三二	河	北	軍醫學校(民二十八年)	
曲	本	鈴	男	三一	山	東	山東省立醫藥專科學校(民三十年)	
張	壽	生	男	三一	江	蘇	中央大學醫學院(民三十年)	
林	飛	卿	女	四〇	浙	江	北平協和醫學院(民二十一年)	
余	道	真	女	三五	廣	東	北平協和醫院護士學校(民二十六年)	
曾	濟	仁	男	三九	福	建泉州	英國駐直佈羅陀海軍醫學院(民二十年)英國愛丁堡大學細菌科(民二十三)	
陳	裕	廉	男	三五	福	建同安	國立中山大學醫學院(民二十六年)	
張	求	精	男	三三	河	北藺龍	軍醫學校醫科(二十四年)	
林	壽	梧	男	二八	廣	東中山	國立中山大學工學院(民三十年)	
楊	本	昇	伯恒	男	三三	江	西瑞金	陸軍獸醫學校(民二十五年)
葉	重	華	謀良	男	三四	熱	河承德	陸軍獸醫學校(民二十六年)
鍾	蘭	宮	濂清	男	二八	河	南汝南	陸軍獸醫學校(民三十二年)
蔣	鴻	賓	履亨	男	二九	河	南沈邱	同 上

總

國防醫學院醫科發育形態學組副 教官	軍 荐 一 階	專 科 技 術 組 解 剖 學	上海國防醫學院
國防醫學院醫科發育生物學組助教	一 等 軍 醫 佐	專 科 技 術 組 解 剖 學	同 上
國防醫學院醫科生理學組副教官	二 等 軍 醫 正	專 科 技 術 組 生 理 學	同 上
國防醫學院醫藥學組助教	三 等 軍 醫 正	專 科 技 術 組 藥 理 科 學	同 上
國防醫學院牙科口蓋外科學組副 教官	二 等 軍 醫 正	專 科 技 術 組 面 部 外 科	南京軍醫署
國防醫學院衛生實驗院細菌及血 液學系主任	一 等 軍 醫 正	專 科 技 術 組 病 理 學	上海國防醫學院
國防醫學院護理科臨床護理系主任	軍 荐 一 階	專 科 技 術 組 護 理 學	同 上
軍醫署技術專員	軍 醫 監	專 科 技 術 組 預 防 醫 學	星州西仰光路聖喬治路二號
國防醫學院流行病學組主任教官	同 上	同 上	(1) 福建廈門開禾路六四號 (2) 南京軍醫署
國防醫學院衛生勤務科流行病學 組教官	二 等 軍 醫 正	同 上	(1) 南京水西門外新河北後街一九號 (2) 廣西梧州桂林下街東巷一四號
國防醫學院衛生工程學組副教官	軍 荐 一 階	專 科 技 術 組 衛 生 工 程 科	(1) 福建廈門開禾路六四號同美行 (2) 南京軍醫署
陸軍獸醫學校教官	三 等 獸 醫 正	獸 醫 組	陸軍獸醫學校
同 上	同 上	同 上	同 上
同 上	一 等 獸 醫 佐	同 上	同 上
同 上	同 上	同 上	同 上



1947 八月篇

三日

派往台灣瀋陽兩總醫院之國防醫學院實習學員生准照各該當地幣制由原校匯發薪餉

七日

部代電江南各師管區司令部關於治癒痢等藥品確有不敷時可向就近補給機關申請補給并轉飭各級軍醫人員切實注意部隊衛生勤務

八日

國防醫學院隸屬問題奉 總長陳三五戌有訓練所代電應隸屬聯勤總部已飭該院知照

十日

奉交軍事顧問團建議有關禁軍業務改隸新方案前經參照研究結果暨國防部會議決定用總長名義擬辦備忘錄先行答復該團并簽請國防部長轉呈行政院核議批示照辦

十一日

全國衛生人員 動員法大綱 擬定六條 奉准施行

十三日

部代電各補給區司令部兵站總監部供應局及上海港口司令部各總醫院規定各師團管區新兵在駐地或在轉送途中如有患病者可送至聯勤各級醫院收治并照二等兵待遇如有逃亡應列冊報部

十四日

三十五年度留美軍醫學員本年七月返國者七十九人在滬國防醫學院聽候總司令郭召集訓話

十五日

聯勤總部第八次教育會議本署派員出席對聯勤各校三十七年預算編造及教官訓練班分發服務等事項均有所討論

十六日

擬定三十七年度禁軍官佐一二一〇〇員除稅費概算七五、〇二〇、〇〇〇、〇〇〇圓電請第一廳列入明年度預算

十七日

准社會部公函為天津區禁軍就業事宜統由社會部天津職業介紹所負責兼辦并檢附禁軍就業輔導注意事項八條請加修改第六條外轉飭天津第

五臨教院遵照并復社會部查照

二十日

派軍醫監預備員呂學丞赴第一補給區及第一第四兵站總監部管區視導各級衛生單位授權解決困難以資改善

二十二日

擬定三十七年度禁軍士兵五二九〇〇名除稅概算五〇、二三四、三〇〇〇、〇〇〇圓電請兵役局列入明年度預算

部代電上海港口司令部第一兵站總監部及鄂湘粵浙川東各供應局該區各復院應按一、五〇〇人容量有預備組之復院按一、八〇〇人容量準備收容

二十三日

收復區流落殘廢官兵收容辦法已失時效呈請國防部核予廢止

二十五日

部代電第四兵站總監部該區所有各級醫院臨時預備組自未東起一律撤銷

二十七日

三十五年度赴美政察軍醫人員行政組撰就「政察美國軍醫業務報告書」一種印發各機關參攷

二十八日

復員軍醫人員分別政試編入職業部份各班受訓一案簽請 總司令郭核示

二十九日

根據三十六年度兵站衛生業務檢討會議議決案訂定「各後方及兵站醫院選派優秀軍醫人員赴總醫院進修辦法」一案簽請 總司令核示

三十日

國防醫學院副院長盧致佳奉派赴瑞士出席軍隊醫藥國際大會第十一屆會議事畢于八月二十日返國

三十一日

各教養院及臨時教養院一律遷移西南邊區各省設置一案呈請速困難暫緩施行

速而治

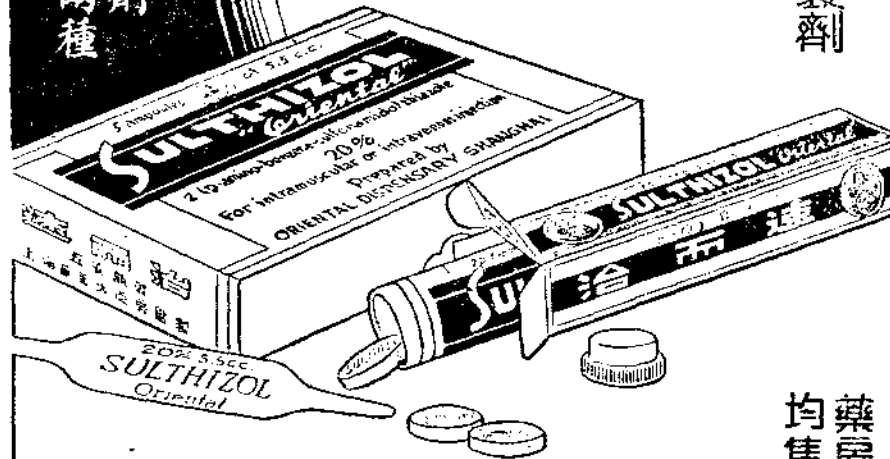
製化滅新東
劑學菌火

最精純之磺噻唑製劑

藥力迅速
霍然而治

主治：各型肺炎
 腦膜炎。急慢性
 淋病。淋疾性
 眼結膜炎。傷寒
 瘡癤。氣壞疽。
 暨由鍊球菌葡萄
 球菌所引起
 之諸病。

分片劑
針劑兩種



均藥房
售房

·製監房藥大美華海上·

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. 禁軍善後問題之研討
 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)譯作以對照排比為主，須附原文。如原著不便寄遞，務請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及發行處所。
- (四)來稿不拘文體，務請加註標點，篇末并請註明全文字數。
- (五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，并請橫寫，祇寫一面。附有插圖者，更須力求明晰。(須用墨色)
- (六)本刊對來稿有刪改權，如不願者，請預先聲明。不登稿件，概不發還，否則，請先附足郵票。
- (七)來稿一經掲載，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)來稿請寄南京西華門四條巷軍醫署資料組。

軍醫月刊



第一卷 · 第八期

中華民國三十六年八月三十一日出版

編輯兼發行 國防部聯合勤務總司令部軍醫署