

军医杂志 / [第八路总指挥部军医处] · — no. 1
[1930. 4] ~ [?] · — 广州: [编者], [1930] ~ [?]
; 22cm.

出版周期不详 · — 第6期起由第一集团军总司令部军医处主编.

* * * * *

本刊共摄制1卷, 16毫米, 缩率1:17. 原件藏北京图书馆, 北京图书馆摄制; 母片藏全国图书馆文献缩微复制中心(北京). 原件有污迹.

本刊片卷摄制目录:

no. 3 ~ no. 10 (1930. 10 ~ 1933. 10)

月刊

1930-1933

3-10

第10期

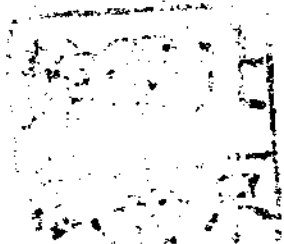


R
594,905
600,35

本期要目

封面畫	董道蘊
專 述	
輕熱疾病診斷之注意	溫泰華
水腫及其療法	何卓群
縮核菌的染色証明法	董道蘊
軍醫與衛生勤務(續)	唐子常
傳染病淺說	吳撫亭
行軍中判斷水質良否之標式植物	嶽 立
馬氏反應	彭玉書
講 演	
維他命和肺結核的關係	董道蘊
創傷療法	紫 東
臨床論叢	
扁平濕疣臨床例	鐘振明
肉沙眼之豫防	黎壯圖

雜 論



— 1 —

■ 631481

軍醫雜誌 第三期

創傷傳染病之預防及治療新法

黃桂文

化膿性肋膜炎之臨床例

文宗霖

寄生蟲病的研究

梁棟卿

抄 錄

火傷之銀箔療法

溫崑立

轉 載

處方學

專 述

輕熱疾病診斷之注意

溫 泰 華

吾人臨床家日常診病，遇有發輕熱患者，不知其原因，常感診斷困難。况當我國科學尙未發達，新舊醫相混為用，社會人士無所適從之秋，自稱為新醫界者，尤當格外特別注意于診斷。譬如，漫然斷定某發熱病者為腸熱症，即諭知病家曰：此症非全賴藥物，須遵守調養規則，始能自然治愈，則病者家人多數必改延舊醫，不料舊醫用藥二劑，熱即退去，其病者家人則必宣傳曰：新醫之不能治之腸熱症，今由舊醫僅給藥二劑，竟能于數日內愈之，豈非舊醫勝新醫之一籌乎云云，此一例也；或由新醫所經治之腸熱症病者，至第四星期屬恢復時期見新醫無法令其退熱，轉延舊醫，適于一禮拜後，熱自降退，而又揚言曰：熱症非舊醫治療不可，此又

一例也。此種主張論調，吾常聞見不少。故吾人當輕熱病者診斷之際，宜加意慎重，斷不可僅以頭腦判斷，省畧各種檢驗。須更進一步，施行諸種檢驗手續，庶免無識者之口實。茲將其應注意而不可忽畧之檢驗手續，畧舉如左：

一檢尿 無論何種疾病，均須檢尿，乃有意義之檢驗法也。此種手續，不必在有醫院設備者，乃能易行，尋常醫生亦能行之，不過多忽畧耳，尤其是往診時，多從省畧，此最令診斷失敗之處。市場上售有携帶用之檢尿器小箱，極便携帶，此為醫師者不可不常備之器具也。

二檢血 此種檢驗，在診斷發熱病者，亦極有意義，不過手續比檢尿繁難。然有醫院之設備者，行之固易，即往診時，亦非難行，不過在該醫師之責任心如何耳。

三檢便 對於輕熱症，雖無大意義，不過對於兒科病者，亦不能省畧。因間有蛔虫症而發輕熱者，亦為吾人臨床家所常見之症也。

四檢痰 手續不難，應實施之。

五X光檢查 亦屬重要，不過有設備之醫院，始能實施耳。假如現有病者，發熱至攝氏三十七度二、三、乃至三十八度，氣分多少違和，不數日間，而

遂全愈，此時或診斷爲感冒而已。但若發熱繼續至一星期以上時，有疑爲結核病而訪醫生者，當此之時，能查悉其發熱原因而治療之，其熱當可降下。然有時其原因不明者甚多，欲斷爲何病，非慎重考慮不可。茲將經驗所得數種之發熱疾患，應注意者分述如次：

- (一)初期肺結核 肺尖加苔兒，肺門淋巴腺腫脹爲最常見之症。故診察除敲診聽診外，X光線檢查照片等，又有實施考查之必要。但單在肺尖部位，僅聽其呼音多少延長，而即斷爲肺尖加苔兒，則不免輕率從事。故必須反復檢查，始得決定也。有時，肺呼吸音極微弱，疑爲結核，用X光線檢查，不見有何異狀者有之；有時，其呼吸音可以明顯聽取，覺無異常，但用X光線檢查，忽得意外之變化；或吐痰中發見結核菌者又有之；尤以女子雖行深呼吸，其呼吸音仍覺微弱，但若令其咳嗽一二回而聽之，其呼吸音多有可聽取者。故X光線檢查，在現在初期肺結核之診斷，實不可缺少。最低限度，其咳痰檢查，非實行不可。然X光線檢查之時，要觀察其照片所得之像，是否關於現在之病症，抑關於舊病之痕跡，宜分開研究。尤以肺門淋巴腺腫脹，宜慎重觀察爲妥。
- (二)結核性肋膜炎 此爲有時發輕熱之原因，倘患者所訴，

軍醫雜誌 第三期

無痰無肋痛時，極容易忽畧。若詳細檢查，必能發見其肋膜之變化也。

(三)結核性腹膜炎 發輕熱之原因，有時為結核性腹膜炎。腹膜之外膜，被侵犯時，其腹部有特別之緊張，可以用指摸知，易知其為腹膜炎。若內膜雖有變化，而外膜尚未達至何等異狀，與腹肌肉之緊張亦無異常，而患者又不訴及壓痛，則常忽畧看過。故遇原因不明之輕熱持久之患者，要注意診察其腹部，並將患者之自覺症狀，亦須詳細詢明為妥。

(四)脊椎骨瘍 數個月連發輕熱，被斷為肺尖加答兒者，有以後始知脊椎骨瘍為其發熱之原因。此病若在胸椎必有顯著之變化，並有相當自覺症狀之時，本不致忽畧看過；但其病若在腰部下方，且患者又未訴其疼痛，而為醫者又未詢明，則易忽畧。

(五)腸熱症(腸室扶斯) 輕症腸室扶斯有外來腸室扶斯之名，自始至終僅發輕熱者；又有頓挫型的腸室扶斯，最先如重症腸室扶斯，以後忽然退熱者。兒童的腸室扶斯，亦多輕症經過。我國衛生行政，尙未發達如今日，此種熱症之流行，最為多見，尤其是南部廣東。吾人亦知腸室扶斯在第一週間，八、九十%可以在病者血液中，証明腸室扶斯菌，但須培養的操作，斷非普通醫家之所能

。如果在第一星期內，症狀不甚明顯，實無把握確斷其為腸室扶斯。稍有經驗者亦不過以其舌苔厚否，精脈腫否，頭痛否，為依據，而推斷之，仍未敢下以確斷。若在流行時期，有家族傳染與否，均須詢明，亦可為診斷之一助。至經過一星期時，仍未退熱之患者，應注意檢查其小便，有無地阿坐反應。此種反應，在其他疾病，亦有卽陽性，雖不能作為腸熱症之特別症狀，若兼脾臟腫大，則可判斷為腸熱症。再過數日，進而檢查血液有無Widal氏反應，即診斷更確實矣。

(六)流行性感胃 此病若未發有加苔兒症狀，比較發熱久時，最易與腸熱症相混。在我國南方各地，最常見此症流行，一年中常有數次。醫者常為其所迷，不易辨別為何病，故宜注意。此病人概有加苔兒症狀發出，如鼻加苔兒或咽喉炎或腸加苔兒等，不一而足，易於辨別。但有時加苔兒症狀不顯，故宜注意流行之有無，及其他症狀。

(七)登革氏熱 此病為良性急性傳染病，發生於溫暖之地方。(熱帶亞熱帶地中海沿岸)我國南方亦屬亞熱地帶，故亦有此病發生。其病狀中最特別者，身體之大關節，特如膝股關節，有激烈之疼痛。有時被犯之關節腫脹，以至潮紅，往往其隣近部：如肌肉之附着於骨之部位及膜

，亦感疼痛。民國十五年廣州有一次流行；當時病者多數有單側肘腕關節之疼痛。余亦患過，以余當時之經驗，覺其痛以軟痛為多，痛時該手幾不能移動。發熱繼續二三日間後，遂分利狀退熱。同時第三或第五日之間，發出特有之疹，於顏面手及前膊各部。其疹多似麻疹，有時如 麻疹。有激烈之瘙癢刺戟之感。至發病第四或第六日之間，尚有一回短時持續之體溫上昇，是為此病特有之徵。此病初發熱時，確難診斷，若先注意有無關節及骨痛，是否流行地，及流行時期，則診斷亦非難事。

(八)胆道疾患及肝臟膿瘍 余有一親屬婦人，時患不明之輕熱，百五六年，民間藥及舊醫治療，均得一時之治癒。但仍未能斷根，大概一月中必發一回，甚至三四回。發作時必見寒慄，繼而發出三十八——三十九度之熱。約經五六小時後，汗出熱退，至次日回復如常人。初診時疑為馬拉利亞，檢血結果，無瘧疾原虫，X光鏡檢查所得，肺部肝臟部均無變化。因詢及以前發作時，有無胃痛腹痛等症狀，均有痛感，但數月來，此痛已消失。然按其腹部，雖無壓痛及其他硬結之處，但翌日再診時，觀其面色微現黃疸，疑為胆道疾患，（小便檢查，因病人不肯，故無可根據。）以是專用利胆劑治之，不一

月後，完全治癒，不見復發矣。

又有報告一例：某婦人發不明之輕熱，其主治醫生斷為肺疾，本患者曾患右側肋膜炎，據X光鏡所見，胸之右下部似有硬結處之陰影，但不能遽斷為熱之原因，其肝臟僅可按知，而無壓痛。及後數月，熱度暫次增高，弛張尤甚，肝臟亦隨腫脹，當即斷為肝臟膿瘍，而已距死期不遠矣。此例之患者，聞二年前患過蟲樣突起炎，經過相當時期之後，始見治癒。倘將此蟲樣突起炎症，早得探悉，或者可以注意及此，但最初因無他覺的症狀，故非易於診斷也。

(九) 馬拉利亞 在馬拉利亞流行的地方，患馬拉利亞，有持續發三十七度二、三分之輕熱者。若已知該患者係居于馬拉利亞流行地，且前有患馬拉利亞之經歷，脾臟亦可按知，即檢其血又得馬拉利亞原蟲。當此際給以規那劑，可使熱退。但有時病歷不明，或脾臟不能按知，則難斷為馬拉利亞原因之熱矣。故馬拉利亞流行地居住者，而其發熱原因不明時，縱使無脾臟腫大，亦要注意檢血。有時，果然發見血中有馬拉利亞原蟲，而得確定其原因矣。

(十) 肌肉炎深部膿瘍 有時輕熱之原因，無從查悉，經過數日，知為外科的疾患，經手術後，始退熱。此時如果病

者訴及疼痛，固可以想像其為何病。若無述及之時，則不易於了解矣。尤以不顯露出之隱處，有發熱原因時，更難診斷。故有可疑之時，須詢病人曾受注射過否？或注射後該處有疼痛否？均須注意也。

(十一)泌尿器疾患如膀胱炎 輕熱之原因，歸于膀胱加答兒者不少，尤以婦人小兒最多。當此之時，檢查小便，發見細菌尿，則可明確診斷。倘有時其尿無異常人，不過顯微鏡下，觀其沈澤，一視野內，僅得數個白血球，即時投以尿消毒劑之內服，或靜脈內注射亦可完全退熱。腸熱症患者，在恢復期中，輕熱不退之原因，常為膀胱加答兒者，亦非少見也。

此外發熱歸因于梅毒，用驅梅毒療法之結果，亦有完全退熱之例。又有一種神經性發熱，入院療養時，則熱退；歸家後又發熱。此乃關於精神上之影響而發作之熱，不可不注意也。

水腫及其療法

何 卓 羣

怎麼叫做水腫 Odem 呢。漿液一時的聚集于皮下或組織間呈浮腫狀。普通壓以手指毫無痛感。壓力去後仍遺留痕跡的。就叫做水腫。

Odem 是伴隨種種疾病的一症狀。水腫的內容及成因非常複雜非三兩句話所能道盡可是習慣上臨床上為便利記憶起見簡單的分為 Cardiale Odem, Nentraler Odem, Kuchetische Odem 及其他組織性水腫等等但是這種分類法究竟適合與否是又另一問題現在依着順序說一說吧。

1. Cardiale Odem 心臟性水腫。水腫以外 Zyanose 呼吸困難症，伴隨而來的心臟機能不全症（如 Herzinsufizienz, Herzfehler 等等）當兒的水腫，就叫做心臟性水腫。怎麼叫做 Zyanose 呢。靜脈鬱血。或血液缺乏酸化作用的時候。皮膚或組織呈紫藍色。這就叫做 Zyanose。其他心囊性或縱隔膜性水腫亦屬於此種心臟性水腫。他的成因呢，因為心

囊內分泌出的滲漏液。及由其他原因。右心房被壓迫。結果因為上大靜脈的鬱血。顏面呈水腫。因為肝臟鬱血。呈肝臟腫大。又因下大靜脈的鬱血。下肢呈水腫。

2. Nentraler Odem 腎臟性水腫。水腫中最普通而又臨床上占最重要位置的。當然水腫以外，含有蛋白尿症，纔可以決定他是否腎臟性水腫。但是臨床上，此際水腫是伴隨腎臟病的一種症候。並非由腎機能障礙產生出的意思。普通現在所稱真的腎炎，就是指 Glomerulonephritis 絲毳性腎炎與 Nephrose 細尿管性腎炎而言。但是普通絲毳性腎炎，水腫不甚著明。細尿管性腎炎往往呈高度水腫。尤其是 Nephrose Chronica 更為著明。然急性腎炎的時候，亦呈高度水腫，有時體腔水腫伴隨而來。
3. Kachetische Odem 惡液質性水腫。沒有 Zyanose, 呼吸困難。蛋白尿等症伴隨而來的水腫。如惡性貧血慢性結核座腫等消耗性病的時候。往往呈惡液性水腫。
4. myxodem 粘液水腫。這是內分泌障礙產生的水腫，即是甲狀腺機能減退，如 Basedow 患者多生此種粘液性水腫。給他甲狀腺劑。水腫馬上消失。動物實驗，已經將此關係說明過的。茲不再贅。
5. 組織性水腫 心臟或腎臟沒有著明的變化，組織本身有變化，那末此種水腫，便宜上就叫他是組織水腫。

A. 營養障礙產生出的水腫

營養障礙產生的水腫，最著明的就是戰爭水腫 *Kriegs Odem* 又名飢餓水腫 *Hunger Odem* 係蛋白質缺乏的結果，尤其是歐戰食糧缺乏的德國。非常之多。徐脈與多尿，是他的特色。

Scorbut 壞血症的時候，因為 *Avitaminose* 惹起水腫。又動物 *avitaminose* 惹起水腫，曾經多數學者實驗過的，那末脾氣的水腫是不是 *Bavitaminose* 嗎，現在還沒有解決的問題，

B. 糖尿病患者的水腫

糖尿病患者，嚴格限制含水炭素食物。一旦給與含水炭素較多的普通食物，極容易惹起浮腫。其他給與 *Natr. bicarb* 重曹亦容易惹起水腫，所謂曹達水腫，*Insulin* 水腫，即係由 *Insulin* 療法惹起的水腫。糖尿患者注射 *Insulin* 後，體重著明增加，結果惹起水腫。據 *Klein* 氏研究的結果，脾臟內分泌物的 *Pituitrin* 與 *Pituitrin* 同樣。有抑止水分排出作用。所以影響水分代謝的作用，亦與 *Pituitrin* 同樣。並不是在腎臟，是在體織組本身云。但是抑止水分排池作用，兩者雖同。*Pituitrin* 沒有促進水腫的作用。

C. 妊娠水腫

妊婦有發生水腫的傾向。所以下肢呈輕度的水腫，非常普通的。可是因為子宮壓迫，惹起下肢靜脈性鬱血，抑或有特別原因惹起水腫呢。有說的是與子癇症有關係。有說的是妊

娠中毒症狀，有說的是組織性水腫，諸如此類，都是臆說，總而言之妊婦水腫。還是沒有解決的問題。是又有有待于今後醫學家的努力。

以上所說的是從臨床上的見地，水腫不過一症狀而已。各種疾病經過中共通發現的。由伴隨水腫的主要疾病，分出種類例如心臟水腫，腎臟水腫等等是也，水腫或為潛在性，或為表在性，或單由腹水或由水血症表示水腫，由臨床上去觀察他好像有多少特徵的樣子，其實又有互相共通的地方。所以對於各種水腫成因，究竟是同一，抑或各異的，來解釋他呢現在已成學界議論的中心問題，而又極有趣味的研究問題。

水腫成因。

但是水腫成因說明以前，應該曉得的，是不是水分代謝的生理嗎。

生體無論那一個，都很努力保存蓄貯一定水分。因為這箇緣故，所以補充必要的水分的時候就是攝取水分。但是除極少量水分在體內由營養素燒燃發生酸化水外。過剩的水分，大部分排泄體外。水分的體外排泄。是靠住腎臟肺臟。皮膚腸等器官。安靜的時候尿，差不多占水分排出的全部至于運動，發汗，發熱，利尿，多飲等的時候。大係由皮膚及肺臟主持水分發散的工作。所謂不可視的水分發散，又稱為腎外排出。但是我們所飲的水分。並不是馬上。就由腎臟介紹排泄出去的。普通康

健的腎臟有稀釋尿量及濃縮尿量的作用。但是尿中水分排泄是絲綢的機能。尿的濃縮作用。是依靠細尿管的內皮細胞。可是經口的及非經口的水分。入體內後。究竟跑到什麼地方去呢。當然蓄貯在體組織即是肝肺，脾，腎，皮下組織等處。其次排出體外。他的排泄門戶，當然就是腎臟。不消說的。但是體內保有必要水分。那末水分收支，當然要調節的。保存必要水分及排泄過剩的水分的調劑作用，不是腎臟是誰呢。但是主持腎機能調節作用。究竟是腎臟本身，抑或係受別特命令呢。關於腎臟水分排出調節學說，正反對的水血症說，與非水血症說。

一、水血症說 以前以為腎水分排泄調節作用，是依靠血液組成。所以水血症，就想像他有利尿作用。乏水血症的時候就推想他水分蓄積。換句話說血液內水分增加。間接的就是證明腎排水作用旺盛。主張腎水分排出調節作用，依據血液組成的，就是這箇意思吧。但是反對者就是。

二、非水血症說 以為血液組成，沒有調節腎機能排水作用。為什麼呢。水分是由組織裏跑出來，經過血液，纔達到腎臟。所以血液中水分增減，不能就說他係調節腎水分排出機能。以前呈水血症就說他利尿。乏水血症就想像他水分蓄積，此種思想，過于簡單，當然不能說明此種複雜作用的。

從來想像的水血症，即係血液中水分過剩，直接使腎腎

加上分排出作用亢進。極容易想到的，且難否定的一件事。但是現在組織障礙說，漸次成爲有力的學說。腎機能如果健全，組織便能調節腎水分排出作用。所謂組織是甚麼呢。就是剛纔所說的肝，肺脾，皮下組織等等。此等組織不但水分，亦爲他物質的貯藏所，網狀組織內被細胞，與水分排泄作用，極有關係，Aschoff氏曾經說明，此固極有趣味，極有價值的學說，因時間關係，不能爲詳細的說明，俟有機會再行介紹，目下只得請愛讀諸君暫時忍耐。

組織障礙說。腎機能不全，不一定會惹起水腫，例如反射的無尿。或動物實驗除去兩側腎臟，亦不會惹起小腫。但是或者因爲時間太短，沒有惹起水腫的工夫，亦未可知。總而言之，與其說他，與腎機能障礙，倒不如說與他沒有關係，組織自身障礙容易惹起水腫。尤其是貯蓄組織卽是皮下組織。受了一種障礙。招致組織蓄積過剩水分，結果惹起水腫。這種着想，似乎較爲正確。但是水腫成因的組織障礙，究竟是什麼呢，惹起水腫的組織障礙，臨床上。實驗上。生理學上，各方面應該充分研究，纔可以說明，第一我們應該想像的水腫發生成因，是單一性的還是複雜的呢。有環循環障礙靜脈性鬱血，不一定會發生水腫的。Dietrich氏實驗的結果。家兔頸靜脈結紮後。靜脈怒張。水腫亦不會惹起。又心臟性水腫的時候。單純鬱血亦不會惹起水腫來。又組織中水

專 述

分貯蓄，並不是由于單純的機械作用。水腫的器械作用外，還有一個他的要素，非常緊要。那末不是組織障礙是誰呢。或者是血管傷損，或者組織的滲透壓乃至膨化壓的變化，亦未可知。或者是新陳代謝障礙。內分泌障礙等有關係亦未可知。總而言之。心性水腫基因的水腫與腎機能不全。全然沒有關係。所謂 *Staumgs Nieren* 亦並不是水腫的成因。心臟機能不全生出的靜脈水腫。並不是單純的環循障礙的機械作用。就會惹起水腫的。不過是水腫發生的動機。靜脈血流緩慢與腫水發生。沒有直接原因的關係。但是組織障礙後。再加血液循環障礙。容易促進水腫成立而已。

腎疾患的水腫說明，亦非常困難。爲什麼呢，動物實驗起結果。兩側腎臟剔出。機能完全失其作用。亦沒有惹的水腫。絲絨性或血管性 炎的時候，動脈性的血壓元進。此際組織的動脈痙攣性貧血爲水腫的成因。再由此惹起組織障礙。又細尿管疾患者，即 *Nephrose* 水腫高度，血壓低。由種種觀察，可以認出組織有高度障礙。無論腎炎或 *Nephrose*，此種組織障礙，即所謂前腎障礙的原因。與腎疾患有關係，非常確實。與腎機能全然沒有關係。

總而言之，水腫縱使心臟或腎臟沒有障礙。僅僅體組織障礙，就可以惹起。那末組織障礙的結果。吾人臨床上，容易發生水腫傾向。一點不容疑的。已有「水腫傾向。再事。

水腫的材料如水分或食鹽等等，表在性水腫，就可以成立。此際如果輕度的，那末僅發潛在性的水腫，不再進行。肉眼不能了解的水腫，體內可以貯蓄六千瓦水量。那末水腫非常輕度的時候。或全無水分蓄積。僅僅發現水腫傾向而已。所以水腫是一種現象，水腫傾向是他的本態。例如水腫傾向存在的時候。水腫雖愈，亦靠不住的。水腫傾向治愈後，纔可以預防水腫再發。循環障礙，容易惹起水腫傾向。一旦惹起的水腫傾向。極容易誘發表在性的水腫。組織障礙。再加上鬱血。亦容易促成水腫。腎機能障礙亦是一箇樣子。即腎機能障礙。或者容易惹起水腫傾向，亦未可知。所以水腫傾向存在的時候。腎機障礙。尤其是水腫材料如水分或食鹽排出障礙。再加上去。往往容易促進水腫成立。總而言之腎疾水腫因不能說他是腎外成因。但是水腫成因，亦不能全然歸咎于心臟或腎臟一定有障礙。這是現在一般的傾向其次則為

水腫診斷

水腫診斷係由量與質兩方面着手高度的水腫，診斷非常容易，輕度的，潛在性水腫，當然要注意的。但是臨床上要曉得水腫的消長，第一應該測定體重。普通用測定。Ki gran 的體重增加。一立水分蓄積的意思，如果輕度水腫，或僅僅水腫傾向存在的時候，不能不靠住 Volhard 氏水試愈，或 Shter h·rm 氏水食鹽試愈。與普通水試愈一箇樣子。

此際水 - 立再加食鹽拾瓦。那末惹起水腫的材料水及食鹽給與患者後。水腫沒有發現，或沒有發生潛存性水腫，及體重不見增加。我們就先斷定他沒有發生水腫的傾向。水腫從質方面觀察即是水腫屬於那一種病型，鑑別診斷，非常緊要。因為水腫不過一症狀，依據病型治療法亦異

鑑別診斷

A. Carehider Odem 水腫下肢先行發現。即係從靜水力學的法則。簡單的說一說。就是重力的關係。

B. Nenaler Odem 鬱血性水腫與重力沒有關係的部位如眼臉顏面部先行發現。

C. Kachetinke Odem 顏面下肢同時呈水腫，但是他沒有 Zzamsse 亦沒有呼吸困難及蛋白尿等等。此際應注意的，就是心臟性水腫與腎臟性水腫，往往合併而來。近來利用血液所見，診斷水腫，即是利用血液濃度問題。依據 Volhard 氏的報告。血液水量小。水腫傾向大。腎機能障礙少。血液水量大。水腫傾向小。腎機能障礙大。心臟性水腫，通常水血症並不是高度。急性絲絨性腎炎，常常高度水血症來襲。但是水血症是什麼意思呢。通常是表示血清蛋白濃度降下。

水腫液亦因水腫種類而異。茲將 Beckmann 氏研究的結果簡單的介紹于下。

水腫液蛋白量大

毛細管傷害高度

“ ” 小	組織傷害
絲絨性腎炎	水腫液蛋白濃度10%內外
心性水腫	水腫液蛋濃度0.4%
惡液質水腫	0.3%以上
Nephrose	0.1%內外

水腫的治療

(一)臥床安靜 能使血液循環佳良。減輕心臟負擔。心臟性水腫，尤其是下肢水腫。僅僅以身體安靜及利尿劑。水腫就可以消失的。正復不少。

(二)食餌療法 最著名的就是 Karellinze Diatherapia 即是食鹽及水分制限療法。實施方法呢。

。牛乳200瓦 八時，十時，二時，四時，六時，八時，十時，分服此外不再給他什麼東西。有時給他少許含鹽分極少的餅乾。嘉氏療法的原理不外限制食鹽及水分。換句話說。給與鹽分較少及水分較少的食物。我們中國對於牛乳一般仍未普及。所以一部或全部不能不代以米粥，但是食鹽分量較少的食物選擇非常困難。如果施行一週間後仍無效果，不能不暫的中止。嘉氏療法的適應症就是心臟性水腫及組織水腫而已。Nedhrose 的水腫。沒有什麼効力。

Volhard 氏水療法。尿量少的急性腎炎的時候。起初施行飢渴療法。給與麵包少許及制限食鹽及水分。其次突然

給與10000薄茶十 Theobromin Iqr. ○此種療法可以利尿清潔腎臟又可以除去腫水但是此際應注意就是

- N.B. 1. 尿量測定(每日)
2. 體重測定(每日)
3. 利尿劑Liq Kali acetiti, Diurctin. coff' N.L.

(三)藥物療法

(A)利尿劑Liq Kali acetiti.

Oincetin, Coff. n. l.

Theobronrin

Theoscin, Thesphzlin

(b)強心利尿劑Digitalis Praparste

其他葡萄糖注射水良利尿劑甲狀腺劑，各有特殊作用，非簡篇幅所能介紹。只得從畧最後則為

(四)Cuu schmauns che Tvoikart套管穿刺針，水腫高度的時候，利用枯氏套管針施行皮膚穿刺。或穿取胸液或腹水，此種器械療法。不但可以使水腫減退。且可以誘起利尿作用。但是此際應注意的，就是預防創口傳染。因為創口傳染，往往危及生命的，正復不少。穿刺部位呢，橫腹部，大腿的大轉子附近等等。

結核菌的染色証明法

董 道 蘊

第一篇 總論

第一章 緒言

自從西曆一千八百八十二年三月二十四日 Robert Koch 在柏林生理學會上，發表了劃時代的大講演“Ueber Aetiologie der Tuberkulose” 以來，結核菌的檢查，遂為臨床上不可缺少的操作，診斷上有極大的意味。

當我們從事肺結核早期診斷的時候，我們平常所用的各種理學的診斷方法，可惜都不能稱為完備的方法：無論打診聽診至於X線學的檢查，在肺結核的極初期，沒有特殊的變動，或者因變化輕微，我們不能發見，不能下確實的診斷；所以我們不能不想一種補助的方法，這個方法就是結核菌証明法。

據 Virchow, Hirschfeld 等的病理解剖的研究：結核最先發生的部位，是在毛細氣管枝粘膜；那末，這種結核病灶破壞崩潰之後，結核菌即能從氣管枝排泄而出。如果這個研究

成績，確實合於事實，那末，在理學的徵候未發生之前，我們檢查痰中結核菌的存在，已經能確實下肺結核的診斷；因為從這個研究的成績，在未發現理學的徵候之前，在其咯痰中已經百發百中有結核菌存在的緣故。但是他方面，我們即在理學的徵候很著明的肺結核病人，無論怎樣注意檢查他的咯痰，想證明結核菌、終於失敗的也時有遭遇，可是這種事情究屬稀有，普通如諳習檢查的技能和忍耐，終能在其咯痰中證明結核菌的。

所以診斷上痰中結核菌的證明，是極重要事項之一。有許多誤會痰中發現結核菌，以為僅限於重症肺結核，甚至於以為是肺結核的末期，這是大錯時錯的誤解。據Gottlieb說：在咯痰中能證明結核菌的，約占全肺結核病人四分之一；但是他方面有主張凡是肺結核，在其咯痰中必有結核菌存在的學者，無論孰是孰非，在咯痰中大多數是含有結核菌，已成為不可爭論的事實。當我們檢查咯痰的時候，每日無論那樣注意，繼續一二星期，不能發見一匹結核菌的，忽然發現多數的結核菌，使我們懷疑以前檢查的成績；這種事情，我想對於肺結核有趣味者，誰都經驗過的事情。還有外觀上健康的，理學的檢查上，都是陰性的人，在其咯痰中發見許多結核菌，也是屢見不稀的事情。從上述幾件事，我們就能達到下記的結論。

(一)結核菌證明是很有力的診斷補助方法，

(二)在多數肺結核病人的咯痰中，能發見結核菌，但與肺結核的輕重無關。

(三)在極初期或者外觀上健康者的咯痰中，能發見結核菌，就是痰中結核菌之發現，較理學的徵候為早。

(四)結核菌的檢查的成績，如果是陰性，應該在一定期間中，每日檢查，不可以一次的檢查成績，否定其為結核性，就是對於結核菌的檢查，須具有忍耐心。

(五)對於檢查的技術，也應具有注意和練熟，否則難達到目的。

結核菌的證明，不但對於臨床上很重要，對於肺結核預防上亦極有意義，所以對於結核菌的檢查，我們決不可以等閒視之。我現在想把結核菌的證明法的顯微鏡的證明法，來介紹一下，其餘如結核菌的培養和動物試驗，請俟之他日！

第二章 結核菌形態上的二三注意

a)結核菌的大小

結核菌在染色標本，是棒狀的，長可 $0.0015-0.0035\mu$ m，就是約等於赤血球直徑四分之一至二分之一，但結核菌的粗細，沒有像牠的長短相差之大，差不多是一定的；在組織片中長自 1.23 至 4.12μ ，最長者為 8μ ，最短者為 0.5μ ，在馬血清培養基中所培養者，自 0.63 至 1.3μ ，最長者為 4μ ，最短

者為 0.5u. 在生活的組織中的結核菌，較人工培養者為長。

b) 結核菌的形狀。

結核菌在染色標本，是一種桿菌，普通不是完全直線形，却稍呈彎曲，其長者更稍呈螺旋形；咯痰中的結核菌因其着色的狀況，可分為下列各型：

1. 均等福克新紅 (Fuchsinrot) 着色 (長型 3—4u 短型 5—8u)
2. 蠟膜已變性：膜的一部分，有彎曲或截痕。
3. 呈斷續狀棒狀的。
4. Pikrin-Jod.Osmium法着色後，呈念珠狀者。這種顆粒，即所謂 Spengles 氏的 Tuberkelbacillen splitter。這種現象，現在一般當它做毒力減少的証據，着色上結核菌的 Evolution，可分三種：

1. 典型的 Koch型 Ziehl-Neelsen 着色及 Gram 着色陽性；
2. Much 顆粒，Ziehl-Neelsen 陰性 Gram 陽性；
3. Ziehl-Neelsen 陰性 Gram 陰性

c) 核和被膜

結核菌有無核和被膜，實在是很難解決的問題。Feinberg 和中西兩氏是主張有核的；據中西氏的研究應用生體染色的方法，在結核菌體裡面，明白地發現沙鏢形的細菌核。

軍醫雜誌 第二期

結核菌體有被膜存在，早為 Ehrlich 氏所主張；他信相結核菌之所以能抵抗酸類，而不脫色，就是因為被膜是不許酸鹽容易通過的。後來 Ziehl 發見 Carbolfuchsin 着色的結核菌，遇着硝酸，就會變為黃褐色，這是因在菌體裡面，發生三酸性化合物而起的；如果用水洗滌，菌體復變為新紅色。

據 Ehrlich 的假說：因為三酸性化合物碰着水分，變為一酸性色素鹽，游離的酸，通過菌膜而擴散所致。

凡是老廢的結核菌，其染色是很不均等的，在生體能見光輝的小體，這種小體，Koch 最早發見，起先他以為是 sporen 相同的物體；後經 Malassez, Vignal, Ehrlich, Metschnikoff, Klein, Babes 等研究，其本體乃大明。

又有所謂 Much 氏顆體者，多數的學者也不當是一種發育型，是一種老廢的產物。

第三章 着色法，

a) R. Koch 氏原法，

- 1 浸於下記弱鹼性 Methylenblau 液中二十四小時；
Alkoholische Methylenblu-Losung (Konz) 1c.c.
Aq. dest. 20c.c.
10% KOH. 0.2c.c.
2. Vesuvin 濃厚水溶液複染數秒鐘；
3. 成績：結核菌紅色其他細菌及核褐色。

b) Ehrlich-Koch氏法

1. 浸於下記着色液中數小時；

Auilin wasser	100c.c.
Methylvioltt或Fuchsin酒精飽和溶液	11 c.c.
Alkohol	10 c.c.

2. 三分之一硝酸二三秒脫色；

3. 加60% Alkohol數秒脫色；

4. 稀薄Vesuvium溶液複染可三秒；

5. 水洗乾燥。

c) Ziehl-Neelsen氏法；

1. 濃厚Fuchsin溶液加溫至發生蒸氣爲度可二三分鐘；

Fuchsin溶液之處方如下：

一 ● Fuchsin (base) 1 g 加沸騰水 100c.c. 溶攪
過；

二 ● 濾過液 75 c.c. 加 33% Formalin 10 c.c. 飽
和石炭酸水 10 c.c. 甘油 5 c.c.；

三 ● 放置二星期。

2. 水洗後，加鹽酸酒精 (90% Alkohol 100 c.c. 十濃
鹽酸 20 滴) 脫色至極淡薔薇色爲度，可數秒鐘；

3. 純酒精 10—15 秒鐘；

4. 卽加 Methylenblau 水溶液複染 2—3 秒鐘；

軍醫雜誌 第二期

5. 水洗、乾燥，封入。

d) B. Frankel, 氏法。

1. Anilin wasserfuchsin 加溫着色 5—10 分鐘；

2. 加下記溶液脫及複染 1—2 分鐘；

Aq. dest. 50 c.c.

Alkohol 30 c.c.

Acid. nitric. 20 g

Methylenblau 至不能再溶為止，濾過；

3. 水洗；

4. 用水封入，檢查。

e) Gabbet 氏變法

1. 和 Ziehl-Neelsen 方法相同；

2. 加下記溶液脫色及複染 1—2 分鐘；

25% Acid. sulf. 100 c.c.

Methylenblau 1—2g

1. 水洗。

f) Pappenheim 氏法，

1. 以濃厚 Carbolfuchsin 着色，加溫至沸騰後，不水洗；

2. 即加下記色素液脫色及複染，可數秒鐘；

Alcohol 100分

Coralin 1分

Methylenblau 至飽和爲度(6—10g)

Glycerin 20分

3. 水洗數秒鐘，乾燥封入；
4. 結核菌紅色，垢脂菌青色。

g) Molowan氏法

1. 火焰或 Methylalkohol 固定；
2. 加下記色素混和液，加溫着色至沸騰爲止；

(一) Fuchsin 1g
 96% Alkohol 10c. c.
 Acid. carbol. 5c. c.
 Aa. dest 90c. c.

(二) Anilinschwarz 1g.
 Acid. carbol. 1 c.c.
 96% Alkohol 5 c.c.
 Aq. dest. 20 c.c.

使用時各色素液瀘過二次，然後(一)液三分和(二)液一分；

3. 乘去樣本上的殘留色素液；
4. 加下記脫色液二次每次可二三秒鐘；

Acid. hydrochlor. conc. 0.2
96% Alkohol 10 c.c.

軍醫雜誌 第二期

Aq. dest 20 c.c.

5. 加 96% Alcohol 洗淨至肉眼的完全無色；
6. 水洗，乾燥，封入；
7. 結核菌紅色，其餘球菌等黑色或青黑色。

h). 石原氏法

1. 加下配色素液加溫 2 分鐘；

取試驗管一支，注八石油依太約四 c.c.，加蒸溜水至試驗管容積之四分三，振盪後用濕濾過紙濾過，皆加試驗管容積四分之一的濃厚石灰酸福克新液，

2. 25% 硝酸脫色二秒鐘；
3. 以 70% 酒精洗淨至無色；
4. 水洗；
5. 飽和密幾爾青水溶液重染：水洗。

i) Much 氏法，

1. Methylvioltt 液加溫至蒸發二分鐘；

Methylviolett 酒精飽和溶液	10c.c.	} 濾過
2% 石灰酸水	200c.c.	

2. 加 Lugol 氏液 (I_2 1g, KI_2 g, H_2O 100c.c.)

五分鐘；

3. 水洗；
4. 5% 硝酸 1 分鐘；

5. 5%鹽酸10秒鐘；
6. Aceton-alkohol等分液中脫水水洗；
7. Much氏顆粒深紫色。

j) Fantes氏法

1. Carbofuchsin着色水洗；
2. Carbofuchsin着色二分鐘；
3. 加Lugol氏溶至金屬光消失止；
4. Aceton-alkohol等分液脫色水洗；
5. Methylenblau複染；
6. 結核菌體紅色顆粒深紫色 Pseudotuberkelbacillen 紫色，
其他細菌青。

k) Kronberger氏法

1. Carbofuchsin着色至發生蒸氣；
2. 15%硝酸脫色；
3. 60%酒精洗；
4. 加稀薄沃度丁巽(沃度丁巽一分加50%酒精四分)二三秒鐘；
5. 水洗，乾，結核菌淡紅色至紅色，有時無色顆粒暗赤色；其餘組織及細菌無色。

l) Herman氏法

軍醫雜誌 第二期

1. 加下記色素混和液，加溫至發生蒸氣一分鐘；

1% Ammerium carbonatum	3分	
Krystallviolett	3g	} 1分
95% alcohol	100c. c.	

2. 10% 硝酸脫色二三秒鐘；

3. 94% 酒精洗滌至標本變為淡青色；

4. 水洗 Bismarkbraun, 淡 Carbol fuchsin 複染。

m) Rondelli—Busealioni 氏法

1. Carbol fuchsin 加熱着色二三分鐘，水洗；

2. Eau de Javel 脫色至樣本變為褐黃色(可二三分鐘)；

3. 水洗 結核菌紅色，其餘組織黃色。

n) Spengler 氏法，

1. Carbol fuchsin 着色，

2. 15% 硝酸脫色 15 秒鐘，水洗，再脫色 10 秒鐘；

3. 水洗，

4. Pekrin saecure 飽和水溶液無水酒精等分液複染 30 秒鐘；

5. 洗乾，結核菌紅色，其餘組織黃色。

o) Gasis 氏法

1. 注加溫着色液於樣本之上，可 1—2 分鐘；

Eosin (結晶)	1 g
------------	-----

Alcohol absol. 95c.c.

Aq. dst.

Queck silber chlorid

黃豆粒大加溫至完全溶解。

2. 水洗後加下記脫色液，至紅色完全消失，變為淡綠色；

Natr Cawstic 0,5

Kal, jodat 1.0

50 % Alcohol 100.0

3. 以無水酒精洗滌後，再水洗；
4. Methylenblau 複染 2—3 秒鐘；
5. 水洗乾燥，結核菌鮮紅色，其餘青色。

以上所述各方種，不過是其中比較著名的幾種罷了，而且這裡所介紹的，也不過述其大概，各種注意事項，也一律從畧。

第四章 增菌法

如果材料中結核菌很少，單取其一小部分以供檢鏡之用，頗難檢出，所以不能不利用增菌的方法；現一般所用的方法，大致可分沈澱法，培養法和動物試驗法三種，後兩者的方法，比較複雜，不適於臨床家之用，所以本章祇述沈澱法的概要。

軍醫雜誌 第二期

沈澱法的原理，先使結核材料融化，使結核菌分離浮游，然後將之沈澱，採取沈澱物，以供檢鏡之用。

a) Biedert氏法

取咯痰約 20c.c.，加同量的蒸溜水，再加15%苛性曹達5) —6 滴盛於銅製小鍋中，放在熱水鍋上加溫，時時攪拌之，至咯痰完全溶解，變為透明的液體，然後將此透明液注於尖底玻管中，放置二十四小時，後用吸液管吸取管底的沈澱，製作塗擦標本。

b) Muehlhaeuer氏法

取咯痰等 1—3c.c.，加 6—8 倍的 0.2% 苛性曹達，振盪數分鐘後，加溫至材料完全溶解，然後依照上法採取沈澱，製作標本。

c) Ketel氏法

取材料 0—15，加蒸溜水¹⁰稀釋石炭酸⁶之混合液，振盪一分鐘後，放置¹²—24小時，待沈澱物集於器底製作標本檢查。此外溶解物質，有利用苛性曹達者(Zahn, Czablewski—Hansel)，用苛性加里者(Petersen)，用Natriumhydrochloric者(Lorentz)，用Natriumbenzoat者，(Karczag) 用石灰水者(Nebel, Spehl)，皆大同小異。

d) Spengler氏法，

先加少許曹達，使材料呈弱鹼性再加 Pancreatin少

許，放置於孵卵器中 12—24 小時，使材料被 Pancreatin 消化而溶解；然後使之沈澱即可。如果用 Pepsin 以代 Pancreatin，應該先加少許鹽酸，使呈酸性。此外利用消化作用的，有 Philipp 氏方法，是利用痰中酵素的；Grisez 和 Bernard 兩氏方法，Hirtzaraun 和 Vasaturo 兩氏方法，都是應用胆汁的

還有想核菌沈澱快速，應用各種沈降劑的，譬如：醋酸 (Berry,) 硫酸鎂 (Angerer)，醋酸鉛或鹽化鉛 (Fejer 和 Schulz)，鹽基性醋酸 (Pekanovitsch)，無水鹽化鈣 (Zahn) 硫酸銻 (Schunitz—Brauer) 鹽化鐵。

e) Sorgo, Sachs—Mueke 氏法

應用過氧化氫 (H_2O_2) 與某種有機物質相觸時，因觸媒作用，發生氧氣，呈器械的破壞作用；結核菌即在上部泡沫，及器底之沈澱物中，所以將此兩部分分離沈澱，即能採集結核菌。

f) Lange—Nitsche 氏法

- 1) 取咯痰 5c.c 加 50% 苛性加里數滴，振盪混和後，放置於孵卵器中小之時，至混合液完全融化變為同質；
- 2) 加蒸溜水 50c.c.；

軍醫雜誌 第二期

- 3) 加 Ligroin 2c. c 振盪之，至變為濃乳狀物；
- 4) 放置 60—65. C 溫水中，至 Ligroin 層完全析出；
- 5) 從兩液接觸面，用白金耳鈞取結核菌液，製成塗抹標本。

和本法相似者，尚有 Andrus, McMahon 及 Fourest 等方注。

- g) Uhlenhuth 氏法，

本法的變法極多，但皆大同小異。

- 1) 取咯痰 10c. c. 加 15% Antiformin 10c.c 振盪之，使完全融解，變為同質物質；
- 2) 遠心裝置沈澱分離；
- 3) 傾寫上澄液，加食鹽水，攪拌後，再行遠心分離，如此數食鹽水洗滌二次後；
- 4) 從沈澱物製作標本。 (待續)

軍醫與衛生勤務 (續)

唐 子 常

防疫關於軍隊防疫之諸法規，須加攻究，且研實其活用之方法，恰若兵家之研究戰術然，往時軍隊中傳染病流行之記錄調查，如病毒侵入之徑路，傳播之狀況及其原因，並防過之方法等，倘能廣行搜集而研究之，則防疫之際，極可資以參考。

隊勤務中萬不可見者其唯罹疫病者之早期發現，及輕症者之處置，且防疫實施一如動員，如籌備於平日，庶免臨時之倉皇無措，吾國軍隊不但平時毫無籌備，臨渴掘井之事實為多見。

衛生講話於衆人密居之軍隊，欲使個人衛生之發達，非先養成個人之公德心不可，故衛生講話之材料，務求實際，若漫然採取衛生學之一段以普通句調出之不致徒勞而無功也，應利用身體檢查之際，或學料時間之先，或操場休息之後，實事實地，以救急法及衛生法大意，軍隊內無出野外要務令等為資料，萬不可與此等規定有所矛盾，平易淺近，既便記

軍醫雜誌 第二期

憶又使理解，且伴以實行，前西北某軍隊上尉軍醫每星期有兩次衛生演說，少校軍醫每星期有一編衛生言論發表，登載登週刊，成績甚著，但衛生談話之際，務求將校參加所講，蓋講話實施上之監督，本為將校之任，而軍陣衛生準之實際，吾人衛生員之見地，庸亦有須與將校團互相考證者也。

野戰衛機關，各隊之衛生人員，為軍醫司藥看護士兵等，步兵連中且有已受教育之擔架員，至必需時由預備隊中選出，命為補助擔架員，目下各地軍隊正式作戰士兵，倘是有補充無訓練，所設補助擔架者，絕無僅有，號為擔架隊者，亦不外挑夫乞丐之變相而已。

出發前自官長以下，上衣左上側袋內，各納綁紮小包，（查現今軍隊多未有此，）軍醫則帶軍醫攜帶囊，外科囊看護士帶醫療囊看護員帶縮帶囊。

各隊附衛生材料即隊醫級，及擔架是也，運輸時步兵工兵則於小行李內，騎兵則在大行李內，炮兵則於段列中携行之。

師之野戰衛生部，即衛生隊與野戰病院，舍營若久與堂營無異，各隊設休養室，師司令部設舍營病院，均視所需之情況，假地方醫院，或相當之房產充之，於前進之際；將此閉鎖或交代於兵站部，若值退却衛生員及各士兵可按紅十字條約，留置其處。

行軍勤務，行軍途中輕症患者，務須相率以行，其罹重症不能隨隊前進者，則托最近之陸軍醫院，或委托地方官廳及普通醫院妥為照料，隨將此意旨通知兵站司令部，在大部隊可依當時情勢指定地點聚傷病者而道還後方，有時以衛生隊之車輛暫供行軍患者收容運送之用。

戰鬥間及戰後勤務，戰勢方盛衛生隊相隔尚遠，隊附衛生員可徑用醫拔，設立綁紮所，集合補助担架兵，却置槍與背囊，纏紅布於左上腕，携担架及繃帶衆前往戰線，補助傷者之搬運及救急等事。

綁紮所俟衛生隊到着開始治療後，始行撤去，所有人員速歸本隊，衛生材料返諸小行李之位置，

綁紮所之位置須設於接近戰線，可避敵火之處，並須交通利便，就近可以取水，且可徵集車輛馬匹稻草掩蔽物等一切補助材料，供後送傷者之用。

師長按當時情況，其所屬衛生隊全部悉行使用或先用其一部，均宜妥為規定。

衛生隊為最初完全治療起見，設繃帶所。其地點之選擇與綁紮所略同。

凡綁紮所及繃帶所應樹紅十字與國旗，夜間則揭紅燈。

繃帶所以受開設立命令，衛生隊長即與醫長協商選定位置。或由師軍醫處長指定之，分配担架員徵集需用品處置傷

軍醫雜誌 第二期

者分前後道，至於救急治療之施術，衛生人員之使用，乃醫者之專責也。

野戰病院者為收容繃帶所及戰線送來之傷者治療之所，宜設於戰鬥不受危險之村落，其樹旗等事概與繃帶所同，其關閉與運動由所屬師長以命令定之傷者在戰線經衛生員初療後，宜按序速道病院，故野戰病院既經成立之際務使傷者經由戰線直接送院。

衛生員缺乏，線戰線之初療無人執行時，戰友互相救治，亦人情之常，然戰鬥力之薄弱，即由此而生不可不慮故列戰士員，非有官長命令，不准連送傷者，受令運送者，亦須遂返戰線，稟復發令之上官，如遇輕傷則得指揮官之許可，即將所帶子彈交付附近戰員帶槍退求治療。

戰鬥之後將行休息，各隊雖未奉命令，亦應遣探戰線附近，搜查死傷者而後醫或處置之，以防匪徒之掠奪。

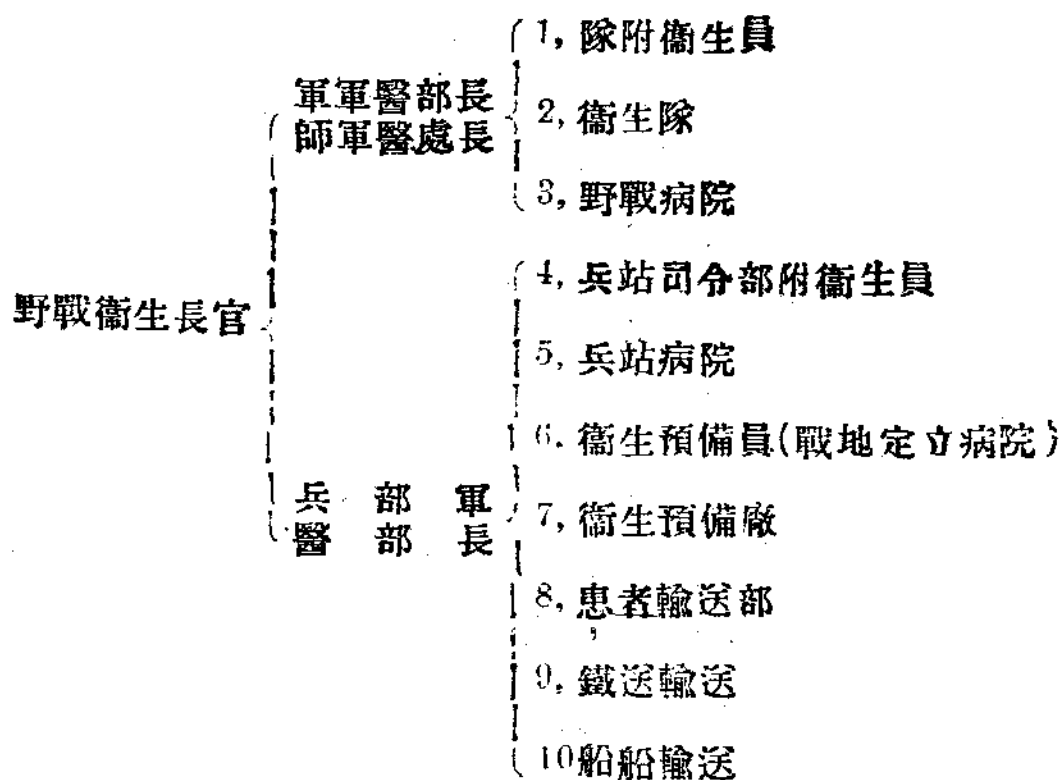
預備病院既已設立，則野戰病院即可換去，至於傷者之保護及送法等之規定，皆兵站部之責也。

在兵站區域內紅十字救護員，得由陸軍衛生員指揮之。

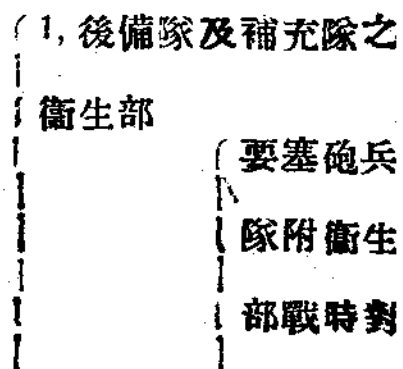
所有衛生部之人員材料，得附以白地紅十字之徽章，依紅十字條約保護之，惟該徽章須印有長官之關防，以杜假冒。

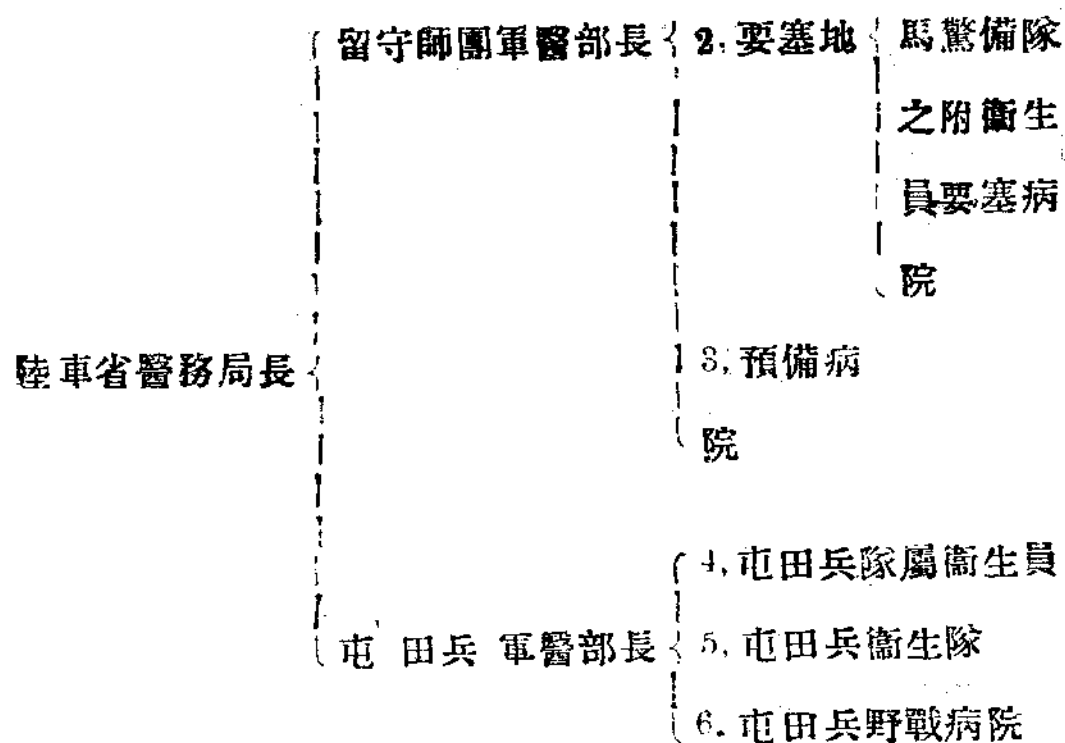
日本戰時衛生設施之系統。

軍醫行政及救護機關。



以上之戰時衛生機關，係依據戰時衛生勤務令而服務，此勤務令起草於中東戰後於大本營，設野戰衛生長官統轄衛生事務，又為後方守備各軍之衛生事務首尾相呼應，終始相連絡起見，常以陸軍省醫務局長兼任野戰衛生長官，中東戰役之後日俄戰役之森林太郎皆其例也。





衛生材料補充機關東京有衛生材料廠任衛生材料之製造，廠內製造不敷時，則取自民間，其平時及戰時材料均有一定之制式，戰時所用者多於平時準備之，分貯於各部隊，其餘均於材料廠貯存之，貯此藥品器械之箱，謂之醫扱，有下列各項之分，A. 隊醫扱四個一組，B. 衛生隊醫扱十八個為一組，C. 病院醫扱十八個為一組，D. 廠醫扱二十四個為一分組。

以上醫扱之內容依所配備機關之勤務而異，皆為治療器械調劑器械藥品消耗品等，(品目繁多詳後)其各種器械之修理等事各病院所配附之磨工類能為之。

軍醫司藥之補充，日本任用軍醫司藥之法，多於官立醫

科大學，及專門醫藥學校選優秀學生依托之，卒學之時，補充見習軍醫司藥，俟任官後，（大學畢業初任二等軍醫，專門醫學校畢業者初任三等軍醫）聽陸軍省醫務局長之命，再至陸軍之醫學校入學，先習普通，成績優者乃使專攻，歷年以來悉依此法任用，每歲所得之衛生防疫內外科等專門人材，每科各得有五人至十人，分配於各軍隊病院及軍事機關，使發揮其專門學術，其他若赤十字社等之活動，兵衣食負擔量等之研究，最近於其軍醫學校內且新設有毒瓦斯及其防具之實練，皆有如日方昇之勢，總之日本近來軍隊衛生方面之進步迥飛昔比，不問預防治療皆已養成特有人材，故得暢行其專學術，吾國應如何後起直追？（未完）

論 死 兆

唐 子 常

人生一世息如春夢一場，最終休怡總名之曰死，先哲有云人生一死耳，不過死或重如泰山，或輕若鴻毛，但生者有徑，而死者無徑；概難預料，雖醫士亦難定其不死也，試就吾人之智識而言，類能知鼠疫 (Pest) 恐水症 (hydro phobia)

上腺結核病 (melasma suprarenale) 癌腫 (Carcinoma) 等多為不治之症，然吾人歷見千萬數之平常病患者，究其何者可有全治之希望，何者可知其速死，何者可知其後若干年月日當死，綜今世界之醫生盤古今若干萬之醫生視察僅若干億萬兆之患者，乃於各病改死之期，並雖若何之著述，其為忌諱乎，抑知其難而不論乎，獨是年常之人，却有時而能視察病者之危急及險狀，似較醫生為聰敏者，在年常婦人之知覺，似尤為機警，雖吾人不常有時責病者之女眷，以其無故驚慌，而若輩中亦恆有年力高邁之女眷，往往有一種心神上之知覺，似類中竅，要不可以言喻者，即吾道對於瀕危之患

者，亦有時具此種心神上的知覺，殆不偶然，不能依爲鐵証，要當依據科學的知識而斷定之，然不已難矣，現姑就各病致死之朕兆，須將各病送一歷述，似兆一時可時盡叙，茲就各病其有的，或普通的，合併仍症狀而言之，嘗見醫生言某人病將速死，後反見痊癒，以是吾人不敢預定某病之不死，蓋病至垂危似已斷定其不可救藥，而反以痊癒者，雖非恆有之事，然不非罕觀者，至於腸熱症 (Typhus abdominalis) 霍亂 (Cholera) 肺癆 (Phthisis) 等，因爲特別之症，生死難定，因其致死出於猝然，此外如心肌疾 (myocarditis) 腦出血 (Cerebral Hemorrhage) 心痛症 (Angina pectoris) 腦炎 (Nephritis) 手術後之血塞 (Post operative Thrombosis) 等病各有各大醫院，亦間有此等患者似漸達到全治希望之際，遽爾反遭不測者雖僅有之事然亦不可不知也，吾人今并所欲研究則爲對於慢性次急性亞急性病症預定其在二十四小時或四十八小時內有無危險，是最爲緊要，美國醫院曾有一種規例，某患者若在四十八小時內有致死之危險者，不能被移動，如生誇醫生犯此條例，當受重罰，職是之故，每有多數患肺結核患者，住院許久，不得移出，蓋主任醫生恐觸于罰例耳，欲知病篤之朕兆，瓦先知人生致死之經過階級，此固不外乎心腦衰弱呼吸停止，迷走神經麻痺，腦被震激數種，總之胥由於延髓內之中樞失其作用內腦器當其衝，而全易猶未致死是

以由外方未稍而照，漸及於中樞故死之先驅必先見於未梢而內入於中央嗅覺先失次而味覺，再次而視覺，最終始至於聽覺，病之症狀各有不同之點約有數種，如一種發現則他種亦必相繼隨之，倘僅見一種仍不足為據，俟他種或同時或先後發現方可斷定其病期之遲速，但腸坦症與霍亂，果身體猶有生機存在，縱見危篤之徵，亦不可斷定其不死，昔東三省虎疫流行，竟有七死十二時而又追魂者，

脈搏(Puls)若預斷病者於一二日方死，是之謂將死其斷定之法在乎脈搏蓋除呼吸時心跳力減症或心不及時之收縮兩症外若病者之脈搏第一次忽現失序即可定其病之危急，如舉病者之腕而失其搏搏者，其病多致之治，於二十四小時內必瀕於危，第患心腦病及突然流血者不在此例，因上述二症常現此等危狀，而病反霍然，惟於流血患者若察其並無輾轉之狀態者，方可斷定其無危險，反是則亦為不死之兆也，

若現更換脈(Pulsalternans)有序而不均者，除心腎病外可斷其必死如係心腦病可測斷其在一個月以內為致死之期，倘更換脈只現於脈壓計者，可預測其仍有許久苟延殘喘之望，又嘗見垂危患者其脈搏發現四五次有序且有力乃忽力減者，此等狀態大抵以骨頭折重症恆見之，至脈數至八十以下除患心上下序縮張不聯關症，暨老年人外，當斷定其於十二小時內不致危篤惟老人於瀕死時之前，其脈數不但微小而且

亦減少若老人之脈數增至一百四十可測定其在八小時或十小時內當不致遽瀕於死，（所論在某時之內不改遽死者係於測定之時間內尙無危也之慮若逾此時外或可救治痊癒不屬意中之事）

若壯年之人其脈搏至百四十延續至一小時之久者可定斷其不死，惟患拔西病心疾動症心包炎肺結核等不能依此法預測之，又患心包炎外脈數如漸增至一百六十亦爲不死之朕兆。

無論老少患者及結核病者之脈雖屬危兆亦難測定其爲致死之徵，更常見老人之脈呈各種險狀，似有性命之憂，乃於數小時後反漸近痊可比及再見此等險狀方以爲仍如上言，不致危篤，而反速死者亦有之。但最易於濛混者則爲病者已面見病狀其脈息跳至一百五十且有力症說似已不久人世若已上法斷定卽爲大謬，蓋此種病者嘗有苟延多月或多年者，惟此等狀態尙不多見僅老年人間或有之。

弛脈 (puls Cursus) 除現於僕麻質私性之心腦實外，均爲危險之徵若久病之人其脈常速，乃忽落至五六十而其他病症不減，且兆心疾動症者可斷其速死，如脈速而久且有昏睡與偏癱症者，是亦險象也，

各種傳染熱病，如肺動脈之半月瓣發音尖大可預測於十二點鐘內尙非致死之期。

軍醫雜誌 第三期

血壓，如於二百之十度而忽落至一百度且無流血症狀者
是乃危篤。

年壯之人忽血壓低至四十度者可為致死之徵肺炎病其血
壓忽降至脈跳數下者亦屬險兆



傳染病預防淺說

吳 撫 亭

吾人設有不幸，身染疾病，即須求醫用藥，家族知交，更提心吊胆，終日慌忙，盡力調護，以求安全；即幸而治癒，病人總不免受多少痛苦，及經濟上受莫大之損失，故吾人爲身體安全計，須更進一步，謀一種完善之法，用以防患於未然。其法爲何？預防是也。蓋傳染病之原因，爲一種固有的病原菌；該菌必經一定的媒介物，或與病人接觸，方能傳染於健康身體。倘能遠離病人，並設法阻止媒介物之傳播，傳染病縱然不能完全消滅，無論如何，可以減少大半，故現在歐美各國，及日本政府，對於傳染病之預防，無不盡力設備，獎勵實行，即普通家庭，亦皆有簡單的衛生上之設備。至於軍隊中之衛生設備，尤臻完善，即有傳染病發生，亦不致蔓延。反觀我國，連年戰爭，政府對於衛生事業，無暇顧及，防疫一事；至今除大都會地方，設有一二傳染病院，或防疫機關外，其餘均未有設備。至於軍隊中之衛生機關，多屬因陋就簡，敷衍性質，更無防疫之可能，如遇急性熱性病

軍醫雜誌 第二期

發生，大家惟有束手待斃而已。其足慨歎！余於民國十五年七月間，從軍北伐時，時值虎列拉症盛行；而我武裝及非武裝同志，身染是疫而葬身五嶺者，有三千餘衆，其他恐不祇此數；此因平素無完善之防疫設備，不能預防傳染所致，殊可歎息！防疫亦如防敵，須先明瞭敵人來態的徑路，然後從而截擊之。各種傳染病的原菌，各自其傳染之徑路，如虎列拉菌，則由飲水而傳播，麻拉利亞原虫，則由瘧蚊而傳播，即其例也。故於該二病流行時，注意飲水驅除蚊類即可預防該病之感染，雖然傳染病之來，一日千里臨時有不及預防者。或病症尙未診斷確實，不能應用一史預防法者，故吾人平時，對於傳染病的一般預防常識，不可不明瞭。本篇先就傳染病的一般預防法述之，次再論各種傳染病的預防法。

第一 傳染病的一般預防法

(一) 隔離法

凡有患類似急性傳染病，或慢性傳染病(如肺結核)的時候，除指定一定的看護人外，其餘的人，切無與病人接近，就是病人所居的地方，亦不宜涉足。又親戚朋友有患傳染病者，亦以不往來爲佳。

(二) 消毒法

(甲) 消毒法的分類

(A) 理學的消毒法

(1) 燒燼法，即將布有病原菌的非重要物件，以火焚之之法也。適於燒燼法者如下：

- (a) 傳染病患者，或其屍體所接觸之寢具，衣服等。
- (b) 傳染病患者的排泄物，及其污穢物。
- (c) 病室所用的掃除器具，拭布等。
- (d) 廉價之物，不適於用他法消毒者。
- (e) 非燒燼不能達完全消毒目的之物。

(2) 煮沸法 消毒効力甚強，一般的細菌，少有能抵抗攝氏表百度的熱力，即耐熱最強的脾脫疽芽胞，煮沸二分鐘後，即可死滅。行煮沸消毒法時，須將被消毒的物件，全部浸於水中，俟沸騰後三十分鐘取出之，則所有細菌即完全殺死。適用本法消毒之物件為磁器，陶器，玻璃器，金屬製器，及一切適於煮沸消毒之物件。

(3) 蒸汽法 即利用流動蒸汽，以撲滅細菌之法，攝氏表百度的水蒸汽，其殺菌力比乾熱大數倍，能在二三十分鐘間殺滅細菌的芽胞。消毒効力，完全與煮沸法相同，且無燒焦濕濫之敝，凡衣物，書籍等，皆可用此法消毒。

(4) 曝曬法 日光之殺菌力甚強，在直射光線曝曬之下，結核菌二三分鐘，傷寒菌半點鐘，脾脫疽芽胞數分鐘，即可死滅。但其劣點，只能殺死物體表面的細菌，効力不能深達內部。適於用此法消毒者，為衣服，布帛，書籍，及其他

貴重物件。凡不適用他法消毒者，皆可用本法。

(B) 化學的消毒法。

本法即應用化學上的藥物，殺滅細菌之法。殺菌藥物之種類甚多，作用亦不相同，茲擇其殺菌力最強，最常用者，分述於下：

(1) 昇汞 *Solimat*. 殺菌力甚強，千倍的小溶液，細菌遇之頃刻即死。惟抵抗力強大的脾脫疽芽胞，須經過兩小時，方能捕滅。惟能腐蝕金屬，不適於金屬製器的消毒。須用着色玻璃瓶貯藏。器具及皮膚的消毒，平常用千倍溶液，加少許食鹽即可。

(2) 石炭酸 *Acidum carbolicum*, 三十倍的水溶液，殺菌力與千倍昇汞水相當，百倍之水溶液，結核菌二十四小時即死，傷寒菌只二三分間即死滅。本品不腐蝕金屬，平常以 5% 水溶液，用於器具，皮膚等之消毒。

(3) 利質耳 *Lysol*, 尋常作 1—2% 水溶液，用為防腐劑，並能溶化脂肪質，故常用為油膩物質的殺菌藥。

(4) 粗製克雷質耳 *Cresolum crudum*, 毒性少於石炭酸，而防腐力則較強。尋常用 2—5% 水溶液，可以完全達防腐之目的。因其毒性少，故適於家屋，廁所，器具等消毒。

(5) 石灰及石灰乳 *Calcaria a. Calcaramilch* 石灰的水溶液，強有殺菌力，千倍稀釋液，數時內即能捕滅傷寒，霍亂等

菌。故作石灰乳(4. 煨製石灰未一份加水四分)洒於污水，廁所等處，可以撲滅一切病原菌。但須臨用新製者為佳。

(6)鹽化石灰 Calcariaeh lorat. 殺菌力甚強，通常用二十倍的水溶液，用於污水及廁所等之消毒。病室之消毒，亦可用之，臨用新製。

(7)弗爾買林 Formalin. 尋常用為殺菌驅虫劑，病室中，常用其水溶液作噴霧消毒用。或將本品燃燒使發生氣體密閉房室中經十二小時後能全滅室中細菌。

(8)酒精 Alcohol. 70%的酒精殺菌力最強，皮膚及器械之消毒最適用。

(乙)消毒法的應用

各種消毒法已於前述。但何者消毒宜用何種方法，亦不可不知，茲分述於下：

(1)病人 傳染病患者治愈時，先剪除指甲，次以加溫的千倍昇汞水，或其他消毒藥液拭擦全身後，令入浴，用石鹼除去垢貳，浴畢更衣。

(2)看護人 看護傳染病人的人，最易受傳染，故對於消毒須格外注意。入病室時，口鼻須用消毒布被覆，每接觸病人後，即用消毒藥水洗手。出病室時，即將外衣及覆布脫去，行蒸汽法消毒。

(3)病人的排泄物， 傳染病患者的糞便，另以便桶盛

軍醫雜誌 第三期

之，投入鹽化石灰，石灰乳，石灰等，攪拌之，靜置數小時後，傾其內容於一定的地方患者的唾痰，須納入盛有消毒液之痰盂內，每日清除一次。

(4) 器具， 凡傳染病患者所使用之器具，每使用後，務須用消毒藥液消毒。飲食器具最好用煮沸法消毒。

(5) 病室 凡傳染病患者所住之病室，須用消毒藥液注洗，洗後開窗戶，以受直射日光之曝曬。患者住過之病室，須用弗而買林蒸氣完全消毒後，他患者方可居住。

(6) 屍體 傳染病患者死後入棺之前，先用昇汞棉花將口鼻肛門等嚴密填塞。次用昇汞濕布或石炭酸包裹屍體。棺內鋪墊多量石灰，勿使屍水洩漏於外。當急性傳染病盛行時，患者死後，宜立即將屍體火葬為佳。

(7) 廁所 凡廁所牆壁，地板，宜用粗製克雷瑣耳，石灰乳等注洗。糞便則用石灰撒布之。

(8) 溝渠 凡溝渠或污水，有病原菌混入之疑者，須投入石灰，或其他消毒藥，攪拌之。

(三)傳染徑路的杜絕法

病原菌由病體傳染於健體，除直接感染外，須經過媒介體，方能成功。故欲預防傳染，對於傳染之經過情形，不可不注意。茲將各種媒介體分述於下：

(1) 空氣 不潔之空氣中，常混有各種病原菌，故當瘟

疫盛行，外出時，須布製口罩，以防傳染。結核患者室內之空氣，常含有無數之結核菌，常人入其室，往往被其傳染。又結核患者咳嗽，或與人談話之際，結核菌多隨泡沫飛揚於空氣中。故於不得已，而與結核患者談話時，宜用手巾自掩其口。凡唾痰須納於盛有消毒藥液之痰盂內，切勿亂吐地上，以防其乾燥後，病原菌隨空氣飛揚。

(2) 水 水中往往含有多量之寄生蟲卵，傷寒菌，霍亂菌，赤痢菌等，而不潔之自來水，河水，井水等，混有傳染病患者的排泄物時，所含之病原菌尤多。若用作飲料，或食器洗滌時務須煮沸消毒，而後可用。

(3) 食物 各種傳染病，最易由食物媒介傳染。如獸肉內常有施毛蟲寄生，牛乳內常有細菌繁殖，菜蔬及各種食物上，常有多量病原菌附着，夏秋二季尤多。預防之法，必須十分煮熟消毒，而後可食。

(4) 昆蟲 昆蟲中，傳染疾病最利害的，首推蠅類。因蠅為逐臭尋香之物，凡人畜排泄物，及其他腐敗不潔之物，無不見其踪跡。如再飛集於人類食物上，必遺下多量病原菌。健康人食之，遂為其所害。其他蚊能傳播瘧疾，蚤能傳播鼠疫。故欲預防是種傳染病，須驅除有害的昆蟲。

第二 各種傳染病的預防法

(1) 霍亂(虎烈拉) Cholera之預防

軍醫雜誌 第二期

本病首重接種預防，當本病尙未發現之先，或正在流行之際，將 Cholera-vaccin 05-0 接種於健康免之字下，隔七日再行第二次接種，而倍其量。則健體卽生者存質，對於本病之傳染，有抵抗能力其效力可保續至半年期間。故每年接種二次，卽可無虞本病之傳染。本病傳染之經路，大半由於飲料，故於本病流行之際，必先將水煮沸消毒，方可飲用。而與水極有關係之牛奶，生魚，瓜菜等類，往往爲本病遞送之媒介，亦須消毒後方可食用。本病患者的吐瀉物，含有多量病原菌：宜用藥菌消毒後，運至遠處掩埋。患者衣服器具病室等，非經消毒不可復用。蠅類爲本病主要之媒介物，宜捕滅，或設有防蠅設備，以堵絕傳染徑路。個人更當保守消化器之健康，禁止暴飲，暴食。本病流行時，凡宴會，戲場，及其他各種聚會，均不可參加。

(2) 傷寒 (幾扶斯) Typhus abdominalis 之預防本病之接種預防與霍亂同。本病之傳染媒介物，大半亦由含有本病原菌之飲料食物。預防之法，如在水上流發現本病時，卽禁止飲用該河之水。在發病附近之井水，亦不可飲用。對於已罹病者，應行隔離。患者之排泄物，須消毒後掩埋深處。患者所用之便器，衣服，臥具等，須行器秘消毒。蠅類與本病傳染大有關係，宜捕滅之，驅除之，防齏之，勿使接近飲食物，及飲食器具。個人宜注意飲食。

(3) 赤痢 *Dysenterie* 之預

本病傳染之徑路，多由於飲料及食物，而蠅類實為主要之媒介。本病之流行期間多在夏秋。故在五月至九月之間，須注意飲食，驅除蠅類，以杜絕傳染之路。當發見本病時，須患者隔離，凡患者之排泄物，及與患者接近之一切物件，將嚴密消毒。個人在本病流行時，須注意飲食。

(4) 鼠疫 *Pestilentia, Pest* 之預防本病為傳染病中最猛烈者，其傳染徑路，為與本病患者接觸，或由患者排泄物，分泌物，衣服器具，及疫鼠等作媒介的傳染。預防之法，須將病人早期隔離，能送入傳染病院更佳。禁止親友來往，以防蔓延。病室以及患者之排泄物與分泌物，以及其所用之衣服，器具等，務須嚴密消毒。看護人須着消毒外衣，五官四肢宜盡被覆，應時常消毒更換。本病之根本預防法，在使鼠類減少如能捕滅之更佳。

(5) 白喉 *Diphtheria pharyngeus, Die Diphtherie* 之預防

本病傳染之徑路，多由於接觸，或以塵埃為媒介。故預防之法，須隔離病人，使其獨居一室。週歲至十三歲之小兒，特易感染，尤須注意遠離病人。患者之排泄物，唾痰等，須嚴密消毒後掩埋之。患者使用之衣服器具等，用煮沸法或藥液等消毒，因此種病原菌，對於乾熱頗有抵抗能力。本病原而傳播。故居室空氣，宜常使清潔。個人當本症流行時，

軍醫雜誌 第三期

對於鼻腔，眼結膜，口腔等，宜常用 3% 硼酸水洗滌，含嗽，本預防病原菌之侵入。

(6) 猩紅熱 *Scarlatina*, *Dcr scharlach* 之預防

本病之傳染力甚強，而病原不明。其傳染徑路，多由於接觸（直接或間接）及空氣塵埃等。傳染的門戶，多由呼吸器，其他消化器，及傷口亦可侵入。預防之法，應將患者嚴密隔離，禁止親友往來，患者的排泄物，須嚴密消毒；患者衣用之服器具病室等，非經完全消毒，不可復用。個人的預防，當本病傳染時，對於皮膚宜時常洗滌消毒。鼻腔口腔，宜時常用 3% 硼酸水洗滌，含嗽。居室中光線充足，空氣清潔，自可減少傳染之機會。幸本病有免疫作用，一經患本病者，可得終身免疫。

(7) 麻疹及瘋疹 *morbilli et Bubeala* 之預防

此兩種傳染病之病原，至今未明。本病多喜侵襲小兒，其傳染之徑路與猩紅熱畧同。其預防法，可參照猩紅熱預防法。

(8) 痘瘡（天花）*Variala*, *Die Pocken*, 之預防本病之病原菌，尚存於痘瘡內容物中，不獨在膿疱期及結痂期有傳染性，而在潛伏期，及初期亦能傳播。故本病傳染的徑路，為與患者直接接觸，或間接接觸，或由空氣傳播。本病對於未種痘之小兒，感染性最敏；已種痘者，因其

有疫性不易感染。預防法，嚴重隔離患者至四週以上。病室及患者所用之物件，均須依法嚴重消毒。落屑期傳染力最強，尤應特別注意。個人預防，最安全莫如種痘，惟種痘一次之免須期間，平均不過十年，故十年後須行第二期種痘。如遇痘症流行時，尤應隨時種痘。若全世界人類能依法行普遍的種痘，則痘症在世界上，或可絕迹，亦未可知？

(9) 麻拉利亞(瘧疾)(間歇熱) *malaria, Febris intermittens* 之預防

本病之傳染徑路為蚊 *Anopheles*，故預防法專以避免蚊之刺咬為目的。設陰溝，除污池，使土地乾燥。於積水處，灌以煤油，以防蚊類之發生。居室門窗，張以密銅絲網，或紗窗，寢處置備蚊帳，在必要時，用燻烟驅蚊法亦可。個人預服規寧 *Chinin* 可預防發生。每週軟服 *kinin, max 0.5* 即可。

(10) 顆粒性結膜炎(砂眼) *conjunctivitis granulosa, Trachoma* 之預防

本病為吾國最普遍之眼病，為害亦最烈。病原尙未明瞭，常存於患者的眼分泌物中。故不論直接間接，務須避免其分泌物，進入健康者眼內，是為至要。故面巾，臉盆，最好每人一份，不可混用。於特要時，應將本病患者隔離治療。凡日用面巾，臉盆，宜常用消毒藥消毒。至於戲園，茶酒館

，所用之手巾把，爲傳染本病之主要媒介，切不可使用。

(1) 肺結核 Lungentuberkulose 之預防

本病俗名肺癆，我國人以生活不瓦，及缺乏預防知識，故患本病者較世界各國爲多。故現在普及預防知識，爲刻不容緩之事。茲將預防上特應注意之點，述之於下：

(一) 本病病原菌多在患者之排瀉物，及分泌物中，當其咳嗽，噴嚏，談話之時，結核菌多隨泡沫飛散於空中，吸入之者多被傳染。故宜避免與患者接近談話爲要。飲食器具勿與同使用，嚴禁接吻，咯痰必唾入痰盂內，用藥液消毒。

(二) 凡患者所用過衣服，被褥，器具，書籍，居室等，非經過完全消毒，不可再用。(三) 結核獸類，其乳汁中亦含有結核菌。故飲用乳汁，須煮沸消毒。又結核婦人之乳，不可哺乳小兒。

(四) 感冒，體弱，房事過度，憂慮等，常爲本病發生之誘因。故個人預染，除嚴守上三則外，務須講求衛生，居室清潔，呼吸新鮮空氣，曝曬日光，運動身體，愉快精神防感冒，節色慾，則身體強健，縱有少數結核菌侵入體內，自能抑制其發育，不致成爲疾患。

(12) 癩瘋(癩病) Leprosy 之預防本病爲不治之傳染病，故對於預防上，極關重要。癩瘋桿菌常在於患者之分泌物中，其傳染之徑路，由於接觸傳染。故凡於患者性交，接吻，

同眠後，有被之憂傳染。其他如患者使用之衣服，被褥，器具等，亦俱有傳染能力。故對於預 上，宜特設癩瘋病院，將該患者匯集一處，不準外出，以染病毒蔓延。個人預防，以養性為主，萬不可與不熟識之異性發生肉體關係，或與本病患者，及本病之幸足似患者，相接近。

(13) 狂犬病 (恐水病) *Rage, Hydrophobie* 之預防。

人之狂犬病，多由狂犬咬傷傳染，其次為親狼，狐豚等咬傳染。其傳染徑路，為狂犬之有毒唾液，侵入傷部而傳染。預防之法，凡被可疑動物咬傷時，迅將創口開大，以五百倍昇汞水，或二十倍石炭酸水，嚴密消毒。次用烙鐵或烙白金燒灼創面；或用腐蝕藥腐蝕之；或在被咬傷後，隨即用口吸吮傷部亦可。最有效者為 Pasteur 氏預防法。接種其法即以漸次增強毒性之狂犬病毒，接種於被咬人體；使生免疫性，可防止發病。若能及早接種，嚴守衛生，則効力頗有把握。

(14) 破傷風 *Tetanus* 之預防

本病之病原菌，多存於土壤表層，污物，塵埃，本片，牛馬糞中。破傷風菌侵入傷口後，即繁殖而產生毒素，刺激延髓，而發生本病之固有症狀。故預防之法，凡遇不潔創傷，須嚴行消毒，將創傷部開大搔爬，使接觸空氣；並除去不潔物，用十倍 *Jalofornithin* 洗滌，再用 *Iodoform* 敷市。但

軍醫雜誌 第二期

病原菌侵入十五小時以後，即施制腐法亦歸無效；此時宜行破傷風血清預防注射，可防止其發病。

(15)梅毒 Syphilis, Lues 之預防

本病之來源，最初由西洋人輸入廣東，後漸蔓延各省；故中醫對於本病，有廣瘡之稱。本病之傳染徑路，多由於不潔之性交；間有由接吻感染者。且有遺傳性，故有先天梅毒之稱。本病之蔓延，與社會道德成反比例；故降至今日，凡富家公子，時髦女郎，多染此種惡疾，士兵工商更視為常疾。其為變之烈，可想而知。若不急速設法預防，恐數十年後，中國將患為梅毒之國矣，可不懼哉！其預防之法，首宜注重教育，使人人明瞭梅毒之可畏。改良社會風俗，使青年男女，以不正當之性交為可耻。禁絕娼妓，取締私娼，以蹙其源。對於患者須有法律之限制，凡患本病而未根治者，不得結婚。自知有本病而與人性交者，處以監禁。得病而不醫者，加以相當之處罰。是為根本剷除之法。至於個人之預防法：(一)性交前後，將生殖器之外部，用Metschnikoff氏藥膏塗擦(Ep kalb. me, Lanolin, vasselin aa 10.0)或用水銀灰膏亦可。(二)用消毒水洗，如0.1% Sublimatlesung, 0.1% kal. Permanganatlosung 或用 % Lysollösung 等均可。(三)凡婦女之生殖器，內部不易洗者，可用灌注法沖洗；上列之藥水均可用，惟分量須較前沖洗三倍方可。最好用雙養水(Solut. Hydrang. Pero-

xydot.) → 凡一立特水中加3%雙養水四湯匙用之適宜。既沖洗後，陰道中更宜投以含有弗而買林 (Formalin) 之棉花栓塞子。(四)用橡皮如意袋，此法最佳。須擇其物質堅固者，否則易破，危險仍不可免。(軟性下疳之預防法，與上同。)

(16) 淋病 (Gonorrhoe, Tripper) 之預防本病之傳染方法，與梅毒完全相同。故其一般之預方法，可參照梅毒預防法行之。個人之預防方法：(一)用橡皮如意袋，此法最佳(二)不論男女性交後，宜立刻小便，將尿道中之淋菌，全行沖出。然後用 5% Protargol Glycerinlösung, 或用其他銀化藥水注射尿道中。(三)用 choleval 小桿放入尿道內，男用與女用者皆有。凡婦女必須先將外陰部洗滌，再行陰道灌注法，與前述梅毒之預防法同。婦女之尿道，亦須安放 choleval 小桿。

(17) 淋病性結膜炎 (膿漏眼) Conjunctivitis blennorrhoeica 之預防。

本病為淋病球菌，侵入眼結膜所生之疾病；為眼科中最危險之疾患。其預防之法：(一)初生兒之預防，無論母體有無淋病，嬰兒產出後，須用 1—2% 硝酸銀液 (Silb s. nit. ritlösung)，或用 3—5% 白銀 (Protargallosug) 點眼。(二)小兒之預防，凡乳母或傭婦，須經生檢驗，確無淋病者，方可用以看乳小兒。又小兒之父母及其他，凡有患淋病未曾根治者，其手指非經消毒後，切不可接觸小兒之眼部。

軍醫雜誌 第二期

(三) 成年人預防法，凡一經感染淋病，宜急速治療，勿待其傳染眼內。手指及手帕等，宜時常消毒，使無傳染之機會。未患淋病者之洗面具，勿輕於借給他人使用，他人之洗面具，非經完全消毒後，不可使用。

(四) 健眼預防法，兩眼中有—眼感染淋病時，除將患眼時常用 3% 硼酸水，0.1% 昇汞水沖洗 5% 蛋白銀液點眼消毒外；健眼則用消毒棉花蓋覆。如仍慮有傳染之虞時，可用硼酸水洗後，再用 1—5% 蛋白銀液預防點眼，點後，仍須用消毒棉花被霧之。兩眼處置之次序須，以健眼為先。

結論

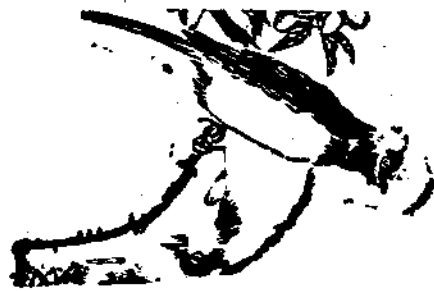
傳染病種類頗多本篇僅就傳染最利害，且為軍隊中，及其他團體內或個人，在相當範圍內，所能預防者述之。其中如霍亂，赤痢，傷寒等，在夏秋最易流行，故須留心依法預防。麻拉利亞，在北方較少，南方因水澤甚多蚊類繁殖甚易，因而患之者甚多。故當此戰事之方殷之際，軍隊中，應視蚊帳，規寧丸，與戰壕，子彈並重，方足以保存固有之戰鬥力。鼠疫，痘瘡，傳染力雖猛，一即不易發見，一則可種痘預防，故平時無須特別。其他各種傳染病，倘能依法預防，無不可以避免傳染。現在醫學日進步，血清菌苗之應用日廣，如傷寒，霍亂，白喉，赤痢，鼠疫，猩紅熱，破傷風，狂犬病等，或用以預防，或用以早期治療，皆可奏奇效。故傳

染病流行之際，對於預防恐有疏虞時，可施行預防接種，更爲安全。尤有進者，中國人素來缺乏公德心，對於公共衛生，不知維護。如傳染病死者之衣服，被褥等，明知有毒不可復用，故意賤價售於估衣店，或貧窮人，以致病毒傳染於他人。又傳染病患者之排泄物，本爲病菌之源泉，往往故意傾入河水中，或在河邊，井傍，洗濯病衣，以致汲飲其水者，遂蒙傳染。瘋癲本爲最危險之傳染病，患之者每思將病毒傳染與人，因是瘋人強姦，誘姦賣瘋等事，層出不窮。又娼寮，妓艇，本爲梅毒，淋病之策源地，政府不但不加禁止，反註冊爲公，從中取利，政治道德之缺乏莫此爲甚。此種惡習，若不切實改良，嚴加取締，社會及軍隊衛生，何能維持？！

餘談。這篇東西寫完後，自己從頭看了一遍，覺着有點後悔！在這文化(或是科學)發達的中國，像這樣最淺顯的衛生常識，讀過醫書的人自然不必說，就是一般的人，還有那個不曉得，何必要我再來多此一舉寫這一篇毫無價值的東西呢？不過我們的同胞，合我們同志的健忘症，很是利害，明知固犯的毛病更是利害，不要說別的事，就是自己的惟一生命，也要馬馬虎虎的一天一天的溷過。所以當這傳染病最盛行的夏季，將牠發表出來，好提醒大家，努力預防工作。如果因爲這篇文字的影響，使人；那麼這篇耗無價值的

軍醫雜誌 第三期

東西最低限度也要等於一個人的生命的價值了。話已說完請
閱者諸君留意預防！



行軍中判斷水質良否之 標式植物

疑

◀用肉眼可以判斷水之清潔與否▶

◀濠溝之水呈藍色之原因▶

◀腐水植物不生於清潔之水中▶

◀行軍時判斷水質良否之簡單法▶

水之關係於衛生者至大，湖沼池塘河溪以及濠溝等等的水，若供為飲料，在文明各處莫不依一定的法規，以厲行檢查，故水質之清潔與否，從嚴格言之，固非根據化學的分析不可；但有時亦可用簡易檢查法，以別其良否，即依其水面或水中所生之生物種類性質，以得其潔與不潔之斷判，在此所生之生物中，屬於植物一類者為最多，現稱此等植物，為標式植物。

標式植物，其性質各有不同，有生在清水者，亦有生在腐水者，此外依其水之種類，各生固有之植物，所謂清潔之水乃指不含有機物及礦物過量之成分，清澄無味，無臭之謂

也，腐水質，乃指含有有機物，猶以含有蛋白質性的物質如亞莫尼亞之類而言，腐敗之水。固不特不適為飲料，且有害於衛生，常於夜間放出一種不快之氣，如湖沼之臭氣，濠溝之穢氣，此其一例也。

清水中所生植物之最著名者，為清水藻，常生於日光滿照的池中，水極清澈之處。此種清水植物，種類甚多而腐於水中所生之腐水植物，亦有強性中性弱性之區別。強性者生於含有有機物多量之肥沃泥土，其中最著者，就是水綿水網之類。水綿附着於淺水底之木或土上。觀其如棉之纖維呈灰白色之房，順流搖擺的狀態莫不令人駭異。此種植物，由冬至春初，常見繁殖。至夏天溫度高的時候，被腐敗菌繁殖所壓倒，則歸於枯滅矣。

故生有水綿之水，足證明為極不潔之水。因為水若是清潔，本來則不能生此種水綿植物。此為都市公眾衛生上，亦屬最有碍的東西。水網不像水綿順流搖擺的，唯在水底如網一樣敷於泥土之上。水綿與水網可用肉眼認識出來，故為判斷水之不潔的標式植物最便利的東西。

此外，強性之腐水，藏有無數之腐敗菌。然在肉眼則不能見之。表示那一種水質，有多少不潔之標式植物，尚有光藻及與其類似之射光植物。有此種植物發生之水面，皆足以表示該水有腐敗之徵；尤以表示亞莫尼亞含有多量之徵也。

故此種植物，常生殖於山之附近，及含有其他有機物之水中。又凡水面轉變綠色赤色藍色之現象，殆皆由於腐性的標式植物發生之結果也。池水面作赤色者，乃由於屬滴虫類一種之赤虫發生之結果。又有池水作綠色者，尤以在梅雨期至初夏時，增加其水彩者，乃由於細微之藻，稱為水花者，發生之所致，此皆足以表示不潔之水者也。

在外國瑞士有一湖水，發生此種水花之實例者甚多。然同國之日內巴湖水之清澄者，則不發生此種水花。故單用肉眼之觀察，而可容易判斷水之潔不潔之簡單法亦可根據水面水中發生標式植物之種類而定之也。至行軍之用水，關係軍人健康甚大。其判斷水質之良否，斷難行精密之檢查，故宜用最簡便肉眼辨別法，而助其判斷。蓋軍隊所在地，當以郊野為多。所用之水亦以表在水（即池沼湖溪河川山澗亭之水）為多。除用上舉標式植物判別外，仍應當察視其位置及周圍之關係，與其浮游及附着物之情況如何而鑑定之。如逼近於廁圍溝渠庖廚肥料場化學工場流入之水，可斷其含有多量之鹽化物硝酸硫酸鹽類及有機物與亞母尼亞等物，又發現人類之污物與廢棄物，及糞便之殘餘，可斷其含有種種之絲狀菌滴虫及放線虫諸種之污徵。又外觀上不證明有異水味，靜置二十四時間之後，頓生著明之沈滓者，可斷其含有多數之細菌，及多量腐敗性有機質之徵。此皆可於肉眼上而斷定其水之不潔者也。

馬氏反應

彭玉書

1. 緒言
2. 馬氏反應之沿革
3. 馬氏反應之原理
4. 馬氏反應之檢查法
5. 馬氏反應在梅毒診斷上之價值
6. 馬氏反應在梅毒治療上之價值
7. 結論

1. 緒言

本篇所擬介紹的，是梅毒血清診斷上諸種反應中之馬尼客氏第三溷濁反應(Meinicke'sche dritte Trübungreaktion)。諸君曉得，馬氏(M. Meinicke)關於梅毒患者的血清反應，發表了幾個檢查方法。其中以這個第三溷濁反應。為最簡便，為最確實，所以亦為一般人所採用。本篇為便利起見，這個馬氏第三溷濁反應，也簡稱為馬氏反應。這一点請閱者諸君注意！

我們人體的一切疾患之中，最普遍的，而最重要的，無都公認為結核性疾患及梅毒性疾患。關於前項的結核性疾患，董君道蘊在本誌上每期均有詳細之著述，此地當無庸我畫蛇添足的多贅了。

梅毒性疾患！四大國民痼疾中之一的梅毒！被公認為與我們文化同步驟的逐漸普遍的梅毒性疾患！我們對付牠的唯一方法，當然是事前之預防及患後之治療。在日下我國之社會施設及衛生狀態，後項之治療，尤屬緊要，實際上是不可缺少的。

治療之先，須者診斷。這是我們醫界中誰都承認的金科玉律。梅毒診斷上最重要的方法，即為血清診斷。蓋顯著梅毒(*Syphilis manifesta*)，用一般臨床方法或可下以診斷。但潛伏梅毒(*Syphilis latens*)之診斷，非此血清診斷幾不可能也。

梅毒血清診斷法之重要，尙不止此。在梅毒治療方面，我們所期望的，當然是根本治療，非症候的治療。而梅毒既治與否之判斷，又非藉血清診斷之指示不可。所以血清診斷，在我們的梅毒學上，或屬診斷，或為治療，均不可少。梅毒治療上有今日之進步，雖賴艾利世(P. Ehrlich)氏之酒羅佛散(*Salvarsan*)劑之發明，梅毒血清反應之普遍化及簡單化，其功亦復不少，這是我們不可以看過的。

梅毒之血清診斷，在現今雖有多數的方法，無數的改良

軍醫雜誌 第二期

，其中當以華氏反應(Wassermannsche Reaktion)爲元始。然此法操作繁雜，設備多端。只能在規模宏大之研究室內施行，一般醫生之診療室內，鄉村偏僻之地，當莫可奈何也。故自華氏反應發見以後，經無數的學者之努力熱心，遂有諸新法逐漸發表。其中除多數之華氏反應改良法以外，尙有所謂沈澱反應法 (Ausflockungsreaktion) 多項。於是乎梅毒的血清診斷，遂有今日之種種簡便方法。本篇所介紹之馬氏反應，卽此種簡便諸法中之一種，而結果確實，爲一般人所樂于採用者也。

(二)馬氏反應之沿革

關於梅毒患者血清的沈澱反應，有多數的發表中，西歷一千九百一十八年前效馬氏發表了兩個沈澱反應方法。卽「水法」(Wassermethode) 及「食鹽水法」(Kochsalzmethode) 兩種。

後鑑于此兩法均不適用，伊又發表第三法 (Dritte modification der meinicke'schen Reaktion, 簡稱爲D. M.)。但此法，須經過二十四時左右之時間，始克判斷其結果，卽此一點，實際上已不能稱爲完美。於是乎不久遂有馬氏溷濁反應之發表。

由該溷濁反應檢查時所用之檢查液成分的差異，又有馬氏溷濁反應第一，第二及第三法之分別。本篇所擬敘述的，

迫就是這個馬氏第三溷濁反應法。

西歷一千九百二十三年在丹麥國首都所開之萬國血清研究會議中，這個馬氏反應被推為優秀簡單之梅毒血清診斷法。以後海經各國各處之採用，遂有今日之普遍。

關於本節上面所述之馬氏三法及馬氏溷濁反應法三種，因篇幅關係，當不能詳細敘述，故完全省略不提。所以本節內單就馬氏反應發表之經過，簡單的記載了一下。（未完）



維他命和結核的關係

董 道 蘊

今天兄弟想把維他命和肺結核之間的關係來介紹一下。各位都曉得不但對於肺結核這個疾病，就是對於我們日常生活上身體正常的機能作用上，營養這件事，是非常要緊的。關於營養問題，免不了是營養物質的種類問題，分量問題和營養方法問題等幾個。那末，營養物質的種類是什麼東西呢？我們向來講的是蛋白質，脂肪和炭水化物；而且一般人都以為蛋白質頂重要，脂肪次之，炭水化物又次之；可是丹麥有一位學者却顛倒轉來講。他說：第一要緊的東西是未知的物質和水分，第二是鹽類，第三是炭水化物，第四是脂肪；最後是蛋白質。那末，這個頂重要的未知的物質是什麼呢？他雖然未曾明言，推測他的意思，是指維他命類講的。究竟這個維他命，有像他講的那樣重要與否，或者還比蛋白質以主與否，我以為是沒有理會之要的；因為一件事情之重要與否，是因觀察點之不同而起；的如果我們站在生命維持上這個觀察點來講，這幾種東西，都是很重要的，不能夠分別彼此。

維他命對於我們健康生活維持上非常重要，諒各位都很明白的；營養問題和肺結核有密切的關係，也是很明瞭的事實。那末營養物質之一的維他命，和肺結核有一定的關係，是不難推知的。那末，那幾種維他命和肺結核最有密切的關係呢？第一成問題的是維他命種類的分類，可惜各人不同：有些說有 A, B, C, D, E 五種，有些主張 A, B, C 三種；不過至少有 A, B, C 三種，這是為一般所承認的。現在從生物學的作用的分類法和文字法來對照一下。

由生物學的作用分類者

文字分類法

I. 水溶性要素屬

1. 抗壞血病性要素..... } 維他命 C
 2. 其他水溶液要素屬..... }

A. 抗神經炎性要素..... 維他命 B

B. 沈着促進性要素..... } 維他命 D
 恐是同 (酵母發育促進性要素
 一物質 { 微菌發育促進性要素
 (細胞呼吸促進性要素.....)

II 脂溶性要素屬

A 脂溶性主要素..... } 維他命 A.
 (恐是同一物質) 抗眼球乾燥症性要素
 B 石灰沈着促進性要素..... }

軍醫雜誌 第二期

在這個分類法中，尚有許多議論的餘地；實際上維他命D多和維他命A一處存在，為便利想見，把他括在一起。

維他命A不足，容易罹患結核，從動物實驗，也可以證明的；譬如：在白鼠用維他命A缺乏食養的，比較正常五分之一的量，已經能使之發生結核症。高山療法對於結核很有效驗，這是一般所承認的，但是他的奏效的原因在什麼地方？沒有明瞭的說明。漠然說一聲有昂進細胞新陳代謝之功，使生活力旺盛。後來才曉得紫外線有製造維他命A之力。對於高山療法奏效的原因，與以一種說明。各位都知道維他命A有抗佝僂病性的作用，在他的骨質裡面，促進石灰的沈着；他方面一時的有整理體內的石灰和磷的新陳代謝的作用。所以維他命A缺乏食，漸次使身體裡面的石灰消失，引惹佝僂病，即使不到這種程度，也能使身體的抵抗力減少，容易發生結核病的。

石灰對於肺結核有無特效，是向來的議論；結核病人的血液少石灰的含有量，據健康者血 100.0 c.c. 中大約有石灰 10.0 毫，結核第一期沒有變化，第二期平均九，七，第三期九，一，漸次減少。可是我們即供給大量的石灰質，也不能收期待的効力的，我以為這完全是結核病灶組織的關係，外面的石灰質，很難輸入到結核病灶裡面去，關於結核病灶的循環，人力是沒有改良的方法的；我們唯一的方法，是使

石灰容易沈着。所以我們供給石灰質，同時要供給維他命 A。不過這個維他命 A，不必用純粹的維他命 A，用不純粹的，就是用魚肝油就可以了！因為魚肝油除了維他命 A 之外，恐怕尚有我們不明白的物質存在；他方面油質本身，又是重要的營養品。

維他命 C 也是這樣子，天竺鼠的實驗，供給維他命 C 缺乏食，百發百中能使天竺鼠發生結核病；準壞血病狀態的小兒，容易生結核，也是一般所週知的事實。

唯有對於維他命 B 缺乏和結核的關係，似尚未十分明瞭。兄弟初到廣州，就覺得廣州的腳氣症，有些特別之處：就是廣州腳氣病人，多發聲嘎嘶。這個發聲嘎嘶，是乳兒腳氣的特徵，先初腦裡不過描寫了許多的理想，也沒有追求其原因。後來發覺這些腳氣病人的體溫，時常在三十七度以上，就注意他是否肺結核病了。現在得到了一種確信：就是凡事發聲嘎嘶的，多是兼發肺結核症的，或者不久就會發生肺結核的。本來發聲嘎嘶，是肺結核不確寔症狀之一。現在在腳氣病人，發見這個發聲嘎嘶，同時又發見肺結核病，確實是值得我們研究的。兄弟現在所想像的：腳氣的症狀，一言以遍之，是一種全身緊張力的減少；因此聲帶的緊張力也許會減少，而發生嘎嘶。他方面緊張力的減少，猶証明抵抗力的減少，因此容易發生肺結核。所以從來說發聲有點嘎嘶的人，容易

軍醫雜誌 第三期

肺結核，就是因為他缺少緊張力和抵抗力的緣故。更進一步來講，維他命B₂對於我們身體的緊張力維持上，抵抗力維持上是不可缺少的。以上不過是兄弟的想像，我們的想像對不對，將來當然要實驗的來證明的。完了。



創 傷 療 法

紫 東

創傷療發，依照其原因：部位，大小，新舊，傳染，合併症等之不同而各異。如欲一一詳述之，則勢有所不能，茲惟述其大概。

(甲)手術創傷之處置

近來因消毒法之進步，大多數手術，能以無菌的行之。故手術後，即刻施以完全縫合以閉鎖之，通常無須施以排膿法。

但若手術不能以完全無菌的施行之時，或傷口分泌液過多時，則應該行排膿法。

排膿法通常所用者，為樹膠管，或紗布。

手術創傷之繃帶交換法，如未淨有樹膠管或紗布時，通常俟一箇禮拜後，始行繃帶交換，同時可拔去其縱合線，但若患者手術後，覺患部痛苦，漸漸增加，（通常手術後，患部應該有微些的痛苦，然此痛苦隨日漸減。）兼之體溫上昇，則是表示手術部有化膿之象。當然不俟一箇禮拜，便立刻

行繃帶交換，同時可將縫合線剪去，使傷口開放，以便膿汁排去。

(乙)災害創傷之處置

(A)較小的創傷之處置 較小的創傷，雖不加以特別的處置，多能自然治愈，然為慎重起見，可用酒或酒精塗敷傷口之周圍，再覆以紗布，裏之繃布可也。

(B)較大的創傷之處置 依傷口之狀態，可分為下之三種。

(I)新鮮創傷之處置 新鮮傷口，雖有細菌附着，然依適當之處置，可以防細菌之傳染，但是新鮮傷口之組織的抵抗力，很是弱小。若用強烈的消毒藥水，反於傷口有害。

(a)若傷口存在於有毛的部位時，醫生應該先剃去其毛，以防受二次的傳染。

(b)傷口周圍之皮膚，若是很不清潔時，可用火酒，星汞水，揮發油 (Benzin) 硼酸水，拉蘇水等擦洗之。然後再塗以碘酒。但是傷口之內部，決不可塗以碘酒，以免減少傷口之抵抗力也。

(c)若傷口內有不潔物存在時，可用攝子或紗布以除去之，或以雙養水，硼酸水，Rivanol 等洗滌之亦可

。古來對於傷口內之消毒，曾試用種種藥水。但無論用何種藥水，決不能與一次便能殺盡傷口內之細菌，故現今對於傷口內，無強行消毒之必要。

- (d) 止血法 如大的動靜脈管出血時，可以絲線或腸線結紮之。但小的出血，大抵用壓迫繃帶，便可達到目的。
- (e) 手術的療法 用縫合法，傷口很清潔，預料無傳染之危險時，可即刻縫合其傷口。但縫合後，須不斷的注意其體溫與傷口之狀態。若有化膿之傾向時，可即刻再解其縫合線。(2) 早期手術 此為歐戰以來有名之手術，即滿塗碘酒於傷口內，然後切除其創面，加以縫合，自可得一次的治愈。
- (f) 對於新鮮傷口，通常用乾燥繃布，但有人主張如有傳染可疑時，須用濕性繃布。

(II) 化膿創傷之處置

- (a) 傷口若是開放而且不深時，可無庸特別之處置，惟每日交換繃帶，則立然可以治愈。
- (b) 傷口若較深時，可切開其傷口或於下部作一對孔，然後插以樹膠管或紗布，如膿過多時，可行持續的或間歇的滴下法，其所滴下之藥液，多用 Dakinsche Losung, Euzol 等，然近時又有人每日用熱水沖洗傷

口半點鐘左右，以代替滴下法。

(C) 對於化膿創傷之繃帶，如傷口內之組織存有不免壞死時，則宜用濕性繃帶以促其早日化膿，反之則宜用乾性繃帶。

(III) 肉芽創傷之處置通常用硼酸軟膏硝酸銀軟膏或腥紅膏(Scharlachrotsalbe) 等，然肉芽組織不善其時，則可用硝酸銀棒以腐蝕之。或肉芽生長過多時，可用銳匙以刮除之，或用剪刀以剪除之。又若肉芽面過大不易埋口時，可行植皮術。

以上所述創傷療法不過舉其一般通則。至於臨機應變，當然賴醫生之運用而已。



扁平濕 (Candyloma Lata) 臨床例

鍾 振 明

扁平濕疣 *Candyloma lata* 是梅毒第二期發生一種之症狀，此等症之成立原因，皆由於早期梅毒，未曾根本治療，將梅毒螺旋病原菌撲滅，則留存於人身，體血液組織中，擇其適合地位，一俟機會到達，遂生出種種症狀，以障礙身體健康，並破壞天然美麗，此乃無論何人所不能免也，吾觀我國社會民衆方面之情形，患此症狀者，較諸泰西各國有幾倍之多，蓋因我國社會科學落後，民衆衛生常識淺薄，雖知梅毒病之劇烈，能戕害身體，並貽害子孫，爲戒俱，然梅毒病症之治療原則，大抵不明，當早期症狀發現，如硬疳，疹橫（芒菓），便問醫求治，注射一二支九一四 *Neosalvarsan*，或服幾服草頭藥，表面現象消去，遂以爲病症全愈，不再繼續療治者，實不可以數計也，又兼許多，惟利是圖之醫生，迎合衛生常識淺薄民衆之心理，大吹特吹，梅毒注射一針，保可斷根，服幾服草頭藥，保能全愈之謬言，印入民衆腦海，所以我國患梅毒二期病症，多於泰西各國者，實基於此也，

軍醫雜誌 第三期

今欲減少二期梅毒之疾病，勢必先求民衆衛生常識普及，明瞭梅毒病治療之原則，勿信謬妄之說，庶幾可乎，現余在本院得斯症一二，將其症狀及治療經過，大概情形報告，以供各同志研究。

部位。 腋窩，陰部，肛圍，鼠蹊部，乳房下部等。

潛伏期。 在早期後二年，感染力甚強。

種類及鑑別。 本爲丘疹之一種，因部位之關係，受熱度潮濕壓力，及其他化學物，分泌物等之激刺，而變遷，其種類在臨牀上分爲三種。(一)單純性扁平濕疣。(二)增殖性或乳嘴狀濕疣。(三)潰瘍濕疣。

單純性扁平濕疣。 其特徵，表皮增殖硬結濕潤，邊緣狹窄，形如菌傘，中央畧陷沒，及乾燥紅赤肉芽，容易出血，表面被蓋一種灰白色，似豬脂樣的積塵。

增殖性，或乳嘴狀濕疣，症狀如乳頭，長大極速，而且明顯。

潰瘍性濕疣，表面附着的濕潤粘膜層，營養欠缺，則陷入潰爛，而成潰瘍，瘻勢劇烈，達於深層，愈後瘢痕，必有色素沉着，或白斑。

病例一

潘振雄三十二歲廣西人第二獨立旅第一團士兵

已往病歷，數年前，陰部生硬疔，去歲十月間，左鼠蹊部

臨 床 論 叢

發生橫(芒菓)，後用手術割除全愈，今年四月，肛門左側突腫，右側肛亦繼之腫脹，當初不過如指頭大而已，後因出發，步行過多，日見長大，辛苦異常，遂請假到梧州醫院治療約半月，絕無見效，至八月二十日，來院留醫

現在病歷，肛門週圍腫大，扁平硬實，狀似椰菜花樣，直徑約三呎，橫徑約二呎，表面凹凸，被蓋一層波灰色壞死膜，分泌液多，味甚惡臭，肛門狹窄大便疼痛行動困苦，腰部時作痠痛，夜間尤甚，又陰部龜頭下，亦生一粒，有二月久，大若扁豆，無痛癢及無分泌液，治療過，由八月二十至二十七日。

肛門患部劇烈刺痛，腰部及下肢關節疼痛，內服用灰磷 (pot I did) 鈉柳凡 (Sol, Salicyl.)，及加當 (gardon) 凡拉蒙等，局部處置，用二千份一之汞綠毒水 (2%0 Hydrargy chlorat. aring)，洗滌，塗布銀水膏，注射九一四 (neosalvorsan 0.3) 一支，痛狀稍輕。

二十八日至九月四日，

內服 碘水綠強鹽 (Hydrargy chlorat) ，局部處置，同上，注射九一四 (0.45) 一支，痛狀全無，臭惡分泌液銳減，

五日至十二日，

內服劑同上，局部處置，用千份一汞綠水，及加路米粉，注射九一四 (0.6) 一支，肛門濕疣範圍稍小，陰部濕疣稍縮

軍醫雜誌 第三期

猛速，病者自覺輕快。

十三日至二十日，

內服劑及局部處置同上，注射藥換用雙汞碘 *mercure Biiodid*，誠恐注射砒質過量中毒，故換用之，是期各狀頗有見效。

二十日至二十八日

患部及腰部，復起刺痛，夜間尤甚，大便秘結，用下瀉劑加路未，及服鈉柳凡拔拉米東 *Pyramidon* 芬那錫吞 *Phenacetin* 等，局部處置如前，注射九一四 (075) 一支，痛狀除去，患部大有進展，肛門濕疣縮細許多，陰部濕疣萎縮極銳，紅赤色表面，變為紫黑色，將近全部脫落也，現仍相機繼用砒汞等劑諒將來可以完全痊癒矣 症例二

劉子華二十二歲北海人五十九師二百三十五團士兵

已往病歷 二年前生過硬疳，今年正月，肛門腫起，漸漸長大糜爛，生惡臭液，備嘗困苦八月二十日來院醫治。

現在病歷，肛門腫大，所呈各狀，與前例大部相同，惟範圍稍小，痛狀較輕，陰部無濕疣耳。

治療經過，亦與前例相同，但未全愈，自行離院，不能觀其究竟，殊為可惜也。

肉沙眼 Trachom 之豫防

黎 壯 圖

肉沙眼中之最占多數者，屬於一種之傳染病，可由一人而一家為眼病，一區段而一地方，蔓延及於全國，患者有毫無自覺症候，偶然診斷他之疾患時，或學校兵營體格檢驗時而被發見者不少，倘及患者自覺症候之發生，亦祇覺羞明，流淚，灼熱，分泌，眼內有異物感，眼臉緣粘着，結膜發赤，視力障礙，眼疲勞，或單臉裂狹小，或臉裂左右不同，上眼臉下垂等，多不大惹起注意，遷延日久，遂發生可畏可怕的症候，如睫毛亂生，眼臉內翻，眼臉外翻，上臉眼臉下垂，臉裂縮小，結膜乾燥，臉球癒着，角膜Pannus，角膜潰瘍，角膜膨脹，角膜翳等，因此輕則失其視力，重則因以失明，每令大好青年，終成殘廢，且本病尤以侵襲下層社會者居其多數，手食之徒至失其活路，其殘害更甚矣余於陸軍總醫院，主理眼科，依據四年統計的結果，士兵患眼疾就診者以肉沙眼占60%，其餘既未以病發就治，年來軍事倥傯，亦未為總檢驗。莫由統計，但以此例彼，當亦在50%以上，故

肉沙眼之豫防，尤爲軍隊不可稍忽者。

歐美諸國，以肉沙眼有抑制學校生徒身心上之發達，更有減少兵力與生產之恐怖，對於此症，認爲危害國民的病症之一種，厲行檢驗，注意豫防，力謀患者的減少，與病勢的消滅，盡力各種衛生之設施，原發對於肉沙眼引起注意之書籍，印刷品物，與通俗演講，視爲國家最重要衛生事業之一種，務期迅速撲滅，故肉沙眼日見減少，以視我國蚩蚩者氓，對於肉沙眼之常識，固在五里霧中，而衛生當道亦視若無覩，舉恬然相安於輕玩之中者，其相去爲何如哉。

肉沙眼之病原體，雖屢經研究，尙屬莫衷一是，而其分泌物，則經證明而確認其有傳染性，直接由患之肉沙眼而感染，間接藉各種之媒介物，如手指手巾布帛面盆等而傳播，舉凡人羣居之地，如宿舍，旅店，學校，兵營，監獄，工場，孤兒院，以至毫無衛生設備之貧窟等處，皆爲肉沙眼最易傳染之所，固應格外注意衛生之措施，以事豫防，卽人民亦應具有肉沙眼之常識，凡面盆手巾之屬，避免共同使用，以免傳染，患者亦當懷公德之心，一方須自己注意，勿使傳染他人，一方則及早治療，以圖治愈，則此可畏之傳染病，或可消滅於無形，國健康前途，其有豈乎，謹就管見所及，臚舉數則如下，以爲豫防之一助。

1. 肉沙眼病人的淚液及分泌物，甚易傳染，故患者之手

臨 床 論 叢

巾面盆枕頭被具等物，凡可為傳播病毒之媒介者，固不可共同使用，雖家人婦孺，亦勿以為無關要害而疏忽之。

2. 患者用以拂拭分泌物或眼淚之手巾布帛等，宜常常清潔既污者切勿再用。
3. 手為眼脂淚液所污染，應即用清水洗與消毒，指甲切勿過長，宜時時修短，俾不至藏留垢污，否則每於不知不覺之間，傳染於所消親最愛之人，危險實甚。
4. 旅店，酒樓茶室，理髮店，及浴室等處，必須自攜帶手巾，以杜傳染。
5. 既患肉沙眼者，宜即受適當之治療，及實行隔絕。
6. 凡肉沙眼，非可於最短期間痊癒，宜安心治療，切勿厭惡時間之過長，而怠於診治。
7. 上列各條，無論家居，出外，旅行中，均宜嚴守，不可忽畧。

創傷傳染病之預防及治療新法

黃 桂 元

該法乃英醫萊脫氏 (Wright) 於歐戰大戰時。為傷兵而創作。其說係依據其調理素論。Opsonintheorie 為立論之主旨。即對於創傷傳染病之預防與治療。不專賴消毒藥之效力。由謀生理機能之增進。與哇枯新 Vaccin 之注射。可得而預防之或治療之也。其效之卓絕。果能如論者之言否。雖難遽定。但其理論新穎殆有討論之價值焉。爰述其大要如左。

(一)消毒。戰場之創傷。常不潔淨。消毒後即縫合之雖屬從來之通例。但今日所用之消毒藥。欲期其絕對的效價。不惟不可能。且今回戰爭。英軍斃於創傷傳染病實多。特於深部創。及不潔衣服斷片等物傳染者為然。而頓期其效果之大。自必須濃厚之消毒藥。然如斯之消毒藥。對於傷部組織。實不能謂為無害然則頓補此缺。於消毒後。宜再謀增進之生理機能。即利用健康血清及淋巴液之殺菌作用。與白血球生食菌作用。

(二)生理療法。健康血清及淋巴液。具有殺菌作用。已為學

者所公認。但一旦凝固分解。反爲細菌之好培養地。故創傷部淋巴液。如遇障礙。不能如常不斷滲出。則未蒙消毒藥之細菌。反來繁殖。如此獨治愈遷延。且至因此而併發創傷傳染病焉。是故戰場士兵受傷之時。對於患部。以消毒藥液洗滌後。宜再以五%菌食鹽水洗之。洗畢。以綿紗浸林檎酸銨食鹽水(林檎酸鈉○，五食鹽五，○滅菌鑑水—○○，○)送入。引導淋巴液滲出於創面。并防其凝固。白血球由之亦移增群集於。營食菌作用。由是傷部細菌。可以全滅。蓋部表面呈灰白色者即 菌細胞蝟集之表見也。此時縫合之。則可治。而無創傷傳染病之虞矣。

(三)傷枯新療法。但作菌但用。於生理作態。原有限度者。欲期傷部細菌之全然滅亡。更宜有以促進之。促進之法何爲。即哇枯新注射是也。該哇枯新。即以普通創傷傳染病之病原菌製之。由此注射。可增高傷者之抵抗力。而防創傷傳染於未發或治療之。而時期愈早愈妙。固不待言。及體重均增加。



化膿性肋膜炎(膿胸)之臨床例

(續) 文 宗 霖

第一例

病者 楊桂標 高州人 二十三歲 隸屬六十二師

十九年十二月廿四日入院

病名 流行性感冒，及化膿性肋膜炎，

症候經過及診斷患者訴入院時，已患病十天，初起時，惡寒戰慄，咳嗽，頭痛，胃痛，手足麻痺感，及大便秘結，腹部膨脹，當時行對症療法無效，呈高度貧血，衰弱日甚，苦悶不安，不能臥床，食慾不振，體溫昇騰，打診心臟濁音部偏于右方，心尖搏動在右側，患側胸部打診，全濁音，聲音震動微弱，聽診則呼吸音極幽微，惟患側可聽，但覺氣促，常為坐位，一月八日，左肩胛線第八肋間，穿刺有膿，遂即插入排膿管，量甚多，約 2000. c. c.，為黃綠色，排膿時，患者來心力衰弱即注注樟腦食鹽水 Calomel 4 c. c.，始獲無恙，九日早，即大為輕快，靜脈注射 Ligu. trypaflavin 5 c. c.，及內服 Etainoxyl，不見大效，鏡檢膿汁為化哩

球菌，排膿後，體溫下，膿汁稀薄，注射596nat. Cacodyl, strychn Sulph. glycern. Phosph, 則食慾及體重均增加

治療的經過 一月八日，在左胸側第八肋間，穿刺排膿後，插入排膿管，任其自然排膿。從前之弛張熱，（早晨三十六度五分，下午三十八度以上）而回復常溫，隔日以 0.1%雷佛奴耳水 Sal. Rivanol 洗入胸腔，皮下注射 50%，每日一支，身體漸次恢復，腹脹亦消退，食慾大增，每日有血水及膿汁，少量排出，大約 100c.c. 二月十一日，除去排膿管，體溫又昇騰，一般症狀如前增惡，注射沃度鈣 Calcium Jod. 等均屬無效，從前穿刺的部位脹，而自然穿破於體外，膿量甚多，當時放任之，欲使達到理想的而使其吸收之治療目的，但膿汁多量存在，則各種症自然增惡，其後再用前法，插入排膿管，洗以雷佛奴耳水 1% Rivanol 一般症狀從而減退，體溫脈搏亦復佳良，更塞雷佛奴耳水，改用膠樣銀 Electrolyd-Silver 二筒，終 10c.c. 由排 注入，由二月二十七日起，至三月二十日止，共二十天，注入凡十二次或放其排出或不放其排出內服沃度鐵舍利別 Syr. Ferri Jod，但排出液體，為黑褐色，一部分澄明，一部分溷濁而沉降，同時患側打診，亦復鼓清音，身體漸次恢復，三月廿八日，及將排膿管拔出，該小創口，用防腐繃帶而癒合，但面角仍呈惡液質樣，而膿汁不見增加，身體漸次恢復，消號出院。

軍醫雜誌 第三期

結論，由上述二例觀察，須擇膿汁消流最低下的部位，行穿刺排液，一般症狀自然良好，再用 0% 雷佛奴耳水 *Sol. Rivernal* 洗入胸腔，將膿汁洗出每日一次，每次約 200 c.c. 至 400 c.c 不等，經一二星期後，改用膠樣銀注入，隔日一次，每次約 10.c.c. 着其膿汁不增加時，可拔出排膿管，亦可達治癒目的，但要內服沃度鐵舍利別 *Sy. Ferri. god.* 等，使其身體早日恢復為宜。



寄生虫病的研究

梁 棟 卿

寄生虫 Parasit 是一種甚麼東西呢？是寄生人身內一種虫類，能生蛋成虫，吸取人體內的營養料為食品，人們若被他寄生了，必萎黃消瘦，頻至于死。故這個寄生虫，對於人類的侵害、實佔病症上的重要部份，尤以廣東和廣西兩省的民衆們，得此種寄生虫病較多，因他們好食不熟的東西，和赤足躡體的關係。所以常罹這個病。但這個病的感染，其症狀是慢性不大顯著的，初得了這個病，往往為一般醫家所忽畧，故必借助顯微鏡的診斷，始能辨別。現將他的種類症狀和治療伸說于下。

寄生虫的種類可分四大類 (A) 原生動物 Protozoa (B) 扁虫類 Plathelminthes (C) 圓虫類 Nematoda (D) 滴虫類 Infusoria

(A) 原生動物又分四類 (1) 根足虫 Rhizopoda (2) 鞭毛虫 Flagellata (3) 包虫屬之一 Nessporidia (4) 包虫 Telosporidia (Sporogoa)

軍醫雜誌 第三期

(B) 扁虫類又分三類 () 虫交名漿虫 Turbellaria(2)
吸虫 Trematodes (3) 滌虫 Cestodes

(C) 圓虫類種類極多對於人類有重要的意義的其顯著的
爲下已九種 (1) Angiostemidae (2) gnathostomidae (3)
Filariidae (4) Enstrongylidae (5) Trichostrongylidae 鞭虫類
(6) Strongylidae (7) 十二指腸鈎虫類 ankylostoma (8) 蛔虫類
ascariidae (9) 虫類 oxyures •

(D) 滴虫類對於人類的疾病不大重要，故不分類而缺之

以上是簡單的分類，在各的當中，另有許多種，因篇幅
的關係現畧之。茲將四大類中，其最重要的，對於人類生命
有關係和顯著的，簡單論之。

根足虫類中的 ameba 內又分五類 (1) Eutimaena (2)
Dietamaeba (3) Jodamaeba Butschli (4) Candamaba sinensis
(5) Endolimaxnana 五類中又又以 amebina 中之 Eutamaeba
histolytica 痢疾西米巴虫對於病 上爲重要，人們被他寄生
了 卽得有痢疾，其症狀腹痛，裏急後重，每天大便十餘次
至數十次，內含膠質，其中間轉移爲肝臟膿瘍，這個 ameba
虫多寄生于直腸處，使直腸成 瘍，卽愈後亦成癍痕，致腸
狹窄治 理在多用 yatren 和 Emetim。其中的大腸亞米巴 Eut
maeba Coli 亦稍爲重要，其症狀治療，一如痢亞米巴。


鞭毛虫類中的 Leishmania tropica 東方癩腫和 Leishmania

Duovani 須重要，我們中國人甚少被他原虫寄生，現缺之

包虫類中的 *Plasmodium* 為發生 *malaria* 的原虫。關於人類甚重要，他的原虫，是寄生于人們的血液中，由 *Anopheles* 蚊蟲傳染的，其循環生殖方法，一般醫家。皆已明瞭，現缺之。其症狀，有三日熱，四日熱，和熱帶性熱等。治療，根本為撲滅虫，內服 *Chinine*，*Plasmo-quinine*，和 *Nati arsenic* 等劑。

扁虫類中之肝二口虫 *Fasciolopsis sinensis* 寄生人的肝臟內，使肝臟發大，見肝一條條的黃色，是一種結締組織增生，胆汁增加，成一種黃疸症，其症狀為心跳，發熱，黃疸。治療用 *Eat*，*Felius* 或 *Tartarus stibiotus*

虫類的寄生虫，為人們感染的多最，現將最顯著的論之。
。 *biliaria* 線狀虫，寄生于人們的淋巴管，心臟，漿液腔，和結締組織內。由一 花色蚊蟲，傳染的，他的原虫，能將淋巴管塞住，致淋巴液鬱積，則連鎖狀球菌易與他混合滋生，見這個部份起來，類似丹毒狀，又似大象的皮，故名為象皮症。多在男子的腿部和睪丸，女人的陰唇處。症狀有就尿，欲檢得這個原虫，須在夜間取血。治療，多用手術割除。藥物如新 606 頗有效，但不的確。

Ankylostoma 十二指腸鈎虫，其傳染路徑，由皮膚—皮下——肺臟—氣管—喉頭—咽頭—食管—胃—空

軍醫雜誌 第三期

腸。他的原虫可能生活于土內數個月，他能寄生，多由蹠足的關係；症狀善餓嗜食泥土，腸出血，使感染的人貧血，消瘦。治療用 Thymol, B-Naphthol, Extracetum, jalicis, Oleum Corbo tetrochloride Ascaris 蛔虫，如蚯蚓狀，其傳染由人們吞入含他卵子的物食，在人體內，可遊走至門靜脈—肝臟血液—全身血液—肺—氣管—喉頭—咽喉—食管—胃—終腸至能閉塞腸管，被他寄生的人，消瘦，面黃，成貧血狀，治療用 Satonin，或 Thymol • chenopodii 等

Oxyuris vermicularis 虫，寄生于人的腸內，常出肛門處產卵，被他寄生的人，覺肛門寄癢尤夜間為甚，有下痢，的症；治療，口服的藥，無多大效，洗腸效為好的。

以上是單簡的舉幾自例子，其他如旋毛虫，有鈎條虫無鈎條虫，廣節裂頭條虫，很多未盡舉的，因篇幅的關係呵！

我們知到寄生虫是對於人類有大害的，我們必要設法撲滅他，在預防上的注意，勝過在感染了之後來療治，但我們中國人，平素不講求衛，且性情多近於放任和懶怠，若要他個人的自行防備，他寧願犧牲自己的生命，終無法辦到若處由政監督他，這又未免屬于談諧了。還是最好有醫學智識的人們，日日由口頭和文字的宣傳，使一般民衆，明瞭他的害處，腦子上有醫學的常識，那麼，自然觸目警心，徊容的門得到防備的工作了。

火傷之銀箔療法

溫 嶷 立

Munch. m-ed, wochensch. Nr. 20. 1930. Pfab 金屬之中，殺菌作用最良好者爲銀。銀鹽應用於創傷療法，由來已久；但用銀箔敷於創傷面上，列撒氏 Lexer 實爲嚆矢。迨至近年，毛利池氏 Moritsch 更將其良好之效果，有後報告。本書著者亦多年用銀箔治第一度乃至第四度之火傷得有極良好之治療成績，至其治療法，先將火傷性水疱用便用鉗破開，次將銀箔直接貼置於火傷面上，如此不特可使銀箔與創面之間所密接之處陷於坏死之組織，促其迅速剝脫，更可使肉芽組織早速新生，且有銀箔殺菌作用，得以豫防其傳染，而又有迅速止痛之力也，兼且因創傷面上貼置銀箔，則肉芽新生創面與紗布不致接觸，既兩者不致互相粘着，則無時常交換繃帶之必要，亦不致生痛而得交換繃帶矣。既無用雙養水洗滌創面之必要，亦無繃帶浸軟之必要。據著者之說二百二十名火者中八十八人一週間內，五十五人二週間內，二十九人三週間內，三人十六週間內，一人二十四週內全治，僅三人死亡而

已，由此視之銀箔實具有殺菌力，故能防傳染有緩和疼痛作用及促進肉芽新生作用之外，可使陷于坏死部分早速剝離，又可以無痛得以交換繃帶等優點，故主張火傷療法須應用銀箔為佳云。

巴世島氏病療法 Hedry Arch. f. Clinic. Chir. 156, H. 3. 1930 施行甲狀腺腫手術之前，須行如次之療法，即每日投以三回〇，二之規尼涅之內服，又加Atoxyl 亞托西爾及沃度溶液(亞托西爾一，〇鈉碘四，〇水四〇，〇)靜脈內注射，其法最初三日間各注射〇，五c.c.其次三日間各〇6. 注射一c.c.以後每二日注射二c.c. 全注射回數達至十二回，觀其基礎新陳代謝減退，心動之疾速亦減少之時機一至，始可施行甲狀腺狀之手術，其成績甚佳，被施術者十八人中無一死亡之例云。



處方學 (轉錄同仁醫學)

對症論藥，古今國手之所以成其名，然雖診斷確實，性命猶關乎刀圭之一抹，此「處方學」之所以不可不究也，本誌有鑑于此，自今特新闢「處方學」一門，以嚮讀者，雖斷簡零篇，或可參考也。

解熱劑 Antipyretica

解熱藥之濫用，大宜謹慎，例如初期之急性傳染病，因用解熱藥，輒使熱型不正，往往迷于診斷，故宜注意。

解熱藥之適應症

(1) 有四十度以上之高熱而病勢將危者。

(2) 雖無四十度以上之高熱，因高熱長時特續，致食慾不振，體力消耗，精神過敏，不眠等之種種障礙時，若得數時間之解熱可以恢復氣力，增進食慾，催眠可得好影響於疾病之經過也。

(3) 因發熱而見皮膚灼熱呼吸淺表，心悸亢進，頭痛，眩暈，精神朦朧等之種種苦惱之際，因用少量之解熱劑，患者頓覺爽快，意識明瞭，他覺的狀態亦見輕快者有之，

副作用及注意

軍醫雜誌 第三期

(1) 因為解熱劑而體溫下降，神經中樞及心臟起麻痺，致成虛脫者有之。

(2) 因為解熱劑而反惡寒，戰慄，發熱，現出所謂逆作用者有之。

(3) 致成皮膚發疹痒感，口腔咽頭之灼熱及腫脹，眼臉水腫，唾液分泌過多，乳房腫脹，口唇發赤腫脹，及面色青紫，陰囊或陰門浮腫，皮膚形成暗黑色之斑紋，及疼痛性水疱，惡心，嘔吐，流汗，速脈，頭痛，眩暈等者有之，然此皆獨發于特異質之患者，故平常先以少量試之，或問其既往之經驗而後用之可也。

(4) 對安知必林Pyramidan, migraenin, Acetanilid, Phenacetin等之解熱藥，往往有特異質者，宜注意也。

(5) 尤以安知必林疹，常發于特異質之人者多，對熱性病往往誤診為特異性發疹，即見皮膚有麻疹樣，猩紅熱樣，紫斑病樣等之劇烈之發發疹，或見劇痛之水疱疹，且顏面陰部口唇等處，起浮腫及面色青紫，結膜，鼻咽喉粘膜等發赤腫脹灼熱者有之。

(6) 對Antipyrin, Pyramidon, migr aenia等之有特異質者，雖概為潛性結核者，然此等解熱藥對結核性之熱，實為良好之解熱劑也。

(7) Acetanilid 如用大量，(一日十瓦以上)便起中毒症狀

者有之，即見口唇變紫，嗜眠，昏睡，速脈，其甚者遂陷于虛脫，連用之則見赤血球崩解，貧血，瘦削，故宜慎于連用，對貧血患者或衰弱患者決不可用，對小兒尤須注意也。

(8) Chinin 劑者乃屬原形質毒物，故對原因于某種微生物之疾病，為滅其病原而見用，尤以對 malariae (瘧疾) 為特效藥，于發熱五至八時間前服之最有效，若分服少量則有豫防之效，此藥一般有解熱，鎮痛之效，又為強壯藥而見用于病後之萎弱貧血，食慾缺損之際，又見用于百日咳，亞米巴赤痢，化膿性氣管枝炎，陣痛微弱等，(應用于陣痛弱之際，尤以胎兒生死不明時，視其反應如何，卜胎完之生死，即胎兒已死者，則概不起陣痛云)是以規尼 Chinine 劑對，妊婦須禁忘而不可濫用也。

(9) Acidum Salicylicum (撒里知爾酸) 乃屬劇烈之解熱劑，故不適于用凡解熱劑，須以作用緩和為第一，其作用急劇者，為高溫而呼吸過勞，心動及全身之機能急速減少，處發多汗，甚至陷于虛脫狀態，遂見體溫急劇下降，俄而再發惡寒戰慄，體溫急再上昇，于是患者頓覺體力消耗，全身衰弱，往往症狀陷于危險故也。

(10) 撒里知爾酸劑用于癩麻質斯疾患之外，又見用于皮膚疾患，入有解熱鎮痛之作用，對結核性疾患，尤以肋膜炎，腹膜炎等，能奏卓效。

軍醫雜誌 第三期

(11) 凡規尼涅劑或撒里知爾酸劑，有時或能致發生嘔氣，重聽，耳鳴，弱視等之弊。

(12) 爲併用全然不同之二種以上之解熱藥，則大抵其作用強，而副作用反少，例如 Antipyrin (安知必林) 0.26 Aspirin (亞斯必林) 0.26 乳糖 (白糖) 0.5 如一包頓服用，此一包之作用，比單味之安知必林，0.5 或亞斯必林 0.5 尤強，而副作用反弱，比 Salipyrin 尤有效(但此處方有潮解性，故須包以蠟紙而與之。)

(13) 對心臟衰弱之患者，既投與強心劑，若同時投與解熱劑，當能促進利尿作用以避虛脫。

(14) 規尼涅劑又撒里知爾酸劑，在藥物學上，屬於特殊消毒藥之部，此外水銀劑砒素劑、Kreosot 劑大楓子油，釀母等，亦屬特殊消毒藥也。

(15) 普通所常用之解熱藥如下。

●安知必林 Antipyrinum (極量一回 1.0. 一日 3.0.)

●比拉米東 Pyranidonum (極量一回 0.3. 一日 1.0.)

小兒須注意

●亞西炭尼利 Acetanilidum (極量一日 0.3 一日 1.0.)

小兒須注意

●芬那士典 Phenacetinum (極量一回 1.0 一日 3.0.)

●鹽酸規尼涅 Chininum hydrochloricum

- 硫酸規尼涅
- 阿伊規尼 (Euchininum)
- 亞斯必林 (Aspirin)
- 阿普必林 (Opopirin)
- 鱗片亞斯必林 (Acidum acetylsalicylicum)
- 撒里必林 (Salipyrin)
- 馬忒精 (Maretin)
- 依爾芒 (Elbon)
- 黎密仁 (Remijin)

處 方 學

解 熱 劑 (2)

第一方

安知必林	(Antipyrin)	0.5
乳糖	(Sacchari lactis)	0.5

爲一包頓服用

有加入咖啡(Caffein極量一回 0.5—日 1.5)者

第二方

安知必林	3.0
亞拉比亞橡皮末(Gummi arabici pulv)	適宜
龍胆越幾斯(Extract. Gentianae)	適宜

爲30丸一日三回3—5丸(一丸中含量0.1)

軍醫雜誌 第三期

第三方 (50%安知必林水)

安知必林	0.5
蒸餾水(Aq. destillat)	10.0

爲注射料， 每回一筒注射于肌肉內 (然通常能發
疼痛，故加入鹽酸Cocain亦可)

第四方

安知必林	1.0
乳 糖	1.0

分三包 一日量

◁安知必林散劑之應用配合藥品

◁莨菪越幾期 (Extratium Scopoliae) 極量一回
0.05—日 0.15

◁鹽酸美魯因 (Heroin極量一回 0.005—日 0.015)

◁鹽酸嗎啡 (morphin極量一回 0.03—日 0.1)

◁磷酸古堉因 (Codein 極量一回 0.1—日 0.3)

◁炭酸Guajacol(又名Duotal)

◁華吳兒(Fagol)

◁咖啡因(Caffein極量一回 0.5—日 1.5)

◁精製樟腦(Camphora)

◁沙羅(Salolum又名Phenylum Salicylum)

◁Antifebrinum(亞西炭尼利)Acetaminilum)

△安知必林配合禁忌

△甘汞(Hydrargyrum Chloratum=Calomel, Calomelas)

△抱水克魯拉兒 (綠養水) (Chloralium-hydratum)

△撒耳知爾酸那篤留謨二撒曹(Natrium Salicylicum)

為水劑，雖則無妨，為散劑則生塊)

△烏基烏魯葉浸(Infus. Fol. Uvae Ursi)

▲安知必林若與亞期必林(Aspirin)安息香酸那篤

留謨咖啡因，為散劑時，則潮解，

▲安知必林之副作用(Pyramidon亦然

1. 內服後惡心，嘔吐，
2. 藥疹水疱疹， (有劇痛)
3. 口腔粘膜之炎症，
4. 往往誤為麻疹或猩紅熱口內炎
5. 尿有時呈暗紅色

第五方

安知必林	1.0
單舍利別	15.0
溜 水	100.0

為一日量 三回分服

▲安知必林水劑之應用配合藥品

△臭索加里(Kalium bromatum)

軍醫雜誌 第三期

- ▲臭素曹達 (Natrium bromatum)
- ▲苦味丁幾 (Tinctura amara)
- ▲杏仁水 = Aqua Lanco-Ceasi 極量一回20一日6.0)
- ▲安息香酸那篤留謨叻咖啡因二又稱為「安那加」
(Caffeino-Natriumbenzoicum) 極重一回 1.0—日 3.0)
- ▲莨菪越幾期
- ▲莨菪丁幾 (Tinctura Scopolie 極量一回10,
一日 3.0)
- ▲沃度加重 (Kalim jodatum)
- ▲瀉鹽
- ▲撒里知爾酸那篤留謨 = 摸曹
- ▲續草丁幾 (Tinctura Valerianae)
- ▲重碳酸那篤留篤二重曹 (Natrium bicarbonicum)
- ▲咖啡 (Cafein 極量一回 0.5—日 1.5) (於水為難溶性
，故臨時宜振盪之)

第六方

比拉密東 (Pyramidon)	0.2—0.3
乳糖 (白糖)	0.5

為一包頓

第七方

比拉密東	0.3—0.5
------	---------

乳 (糖白糖)

1.5

極量一回0.3—日1.0)

▲非那西精 (Phenacetinum 極量一回1.0—日3.0)

▲比拉密東 (Pyramidon 極量一回0.3—日1.0)

▲有以白糊或 Amylin 代乳糖者

▲安知必林之小兒極量(一回極量)

半年—一年=0.05—0.1

一年—三年=0.1—0.15

四年—五年=0.15—0.2

六年—八年=0.2—0.25

十年—十二年=0.3—0.4