

1941

年

第

卷

第

2

期

中華郵政特准掛號認爲第一類新聞紙類
本戰區圖書雜誌審查登記證字第三號

軍醫雜誌

楊濟民



第二期

中華民國三十年一月出版

要目

- | | |
|---|-----------|
| 各國傷患輸送概況..... | 楊濟民 |
| 第一次歐戰時德國西線之傷運..... | 趙建新 • 謝學沫 |
| 德國的野戰醫療措施..... | 袁景舟 |
| 抗毒藥品之研究方法檢討..... | 劉經邦 |
| 國軍營養改進之研究報告..... | 李廷安 |
| 流感略述..... | 陳方之 |
| 創傷之一般外科救急療法..... | 葉潤石 |
| 胃腸傳染病之管理法..... | 蔣樹功 |
| 從軍醫的資格說起(記本戰區部隊軍醫之資歷統計有感)審
行
龍疫史上的新事件 | |
| 敬致讀者與作者(編者的話)..... | 編者 |

第三戰區軍醫學術研究會編印

民生藥廠股份有限公司

MING-SEN CHEMICAL WORKS, LTD.

特製良藥

“民生”

安嗽精

ANTIHUSTIN

本品用國產藥材川
貝桔梗遠志等為原料用
科學方法製成深褐色濃
稠液體氣味頗佳便於服
用主治流行性感冒咳嗽
哮喘氣管枝炎及呼吸器
諸症之一切咳嗽有卓效

“民生”

矽炭銀

AGSICOL

本品由銀炭末一分
及氯化銀矽酸鹽四分混
合而成為灰黑色無臭無
味之細微粉末具有殺菌
能力之吸着劑主治泄瀉
痢疾胃疼腹痛及一切腸
胃疾患製劑有粉末藥片

“民生”

必治癒

PITYOL

本品自糠枇內提出
之黑色油狀物質油膏內
含有原液百分之十主治
各種皮膚病溼疹有收斂
殺菌止癢防腐等功效為
皮膚病不可缺少之特效
藥製劑有原液油膏兩種

總經理處

杭州同春大藥房

現 址 .. 金華分店 — 浙江金華法院街
蘭谿分店 — 浙江蘭谿西門街
屯溪分店 — 安徽屯溪中山街
上饒分店 — 江西上饒中山街
原 址 .. 杭州同春坊及官巷口兩處

軍醫雜誌第二期目錄

各國傷患輸送概況	楊濟民	(82)
第一次歐戰時德國西綫之傷運	趙建新 謝學洙	(90)
德國的野戰醫療措施	裘景舟	(105)
抗瘧藥品之研究方法檢討	劉經邦	(112)
國軍營養改進之研究報告	李廷安 鄭集 徐達道	(116)
流感略述	陳方之	(118)
創傷之一般外科救急療法	葉潤石	(122)
胃腸傳染病管理法	齊樹功	(136)
從軍醫的資格說起(記本戰區部隊軍醫之資歷統計有感)	審行	(144)
鼠疫史上的新事件		(147)
敬致讀者與作者	編者	(150)
補白：治疥小品	洙	(142)
代郵、會訊、稿約、啓事		(152--153)
第三戰區軍醫學術研究會會員錄		(自573--1144)

軍醫雜誌第二期：中華民國三十年一月出版

編輯兼出版者：第三戰區軍醫學術研究會

通訊處：第三戰區長官司令部衛生處

歡迎介紹！ 歡迎批評！ 歡迎投稿！

非會員概不訂購， 贊助者請先入會！

各國傷患輸送概況

楊濟民

戰場傷者，為傷者個人之便利計，自以不予移動，就地治療為得策；但戰事情況，瞬息萬變，前方既不能作無限制收容，一般醫務設施，又難周備，故欲求在戰地長期療養，澈底治療，殊不可能；此衛生勤務之關於傷患輸送問題，必須縝密研究，以期妥善也。至輸送上之着眼，因戰場地區狀況及交通情形之不同，各國規定，亦遂有異，茲分述如下：

第一節 一般原則

第一、患者之選擇：輸送之第一注意，為患者之能否輸送？此鑑別應由衛生機關決定之。輕傷之毋須後送者，應使之歸還原隊，以期減少部隊兵員之缺額。其他在後送前，對於後方各醫院之收容人數，輸送機關之能力，及輸送間之氣候等，亦均宜注意。

急性傳染病患者，在原則上不予輸送。但有必須輸送之情況時，應特別注意其防疫處置。精神病者之輸送，則臨時指定輸送方法。

以往各國在戰地傷者之後送標準如下：

- 中日戰役：日軍傷者輸送內地之規定如次：(1) 在一個月內無治愈恢復之希望者。(2) 偶遇襲擊難以單獨行動者。(3) 認為不易治愈及治愈後不能重上戰線者。
- 日俄戰役：俄軍傷者之後送規定如次：(1) 須長期住院治療者。(2) 健康恢復後尚須休養者。(3) 因傷成殘廢不堪再服兵役者。
- 歐洲大戰：法軍傷者之後送規定如次：(1) 凡輕傷在四—五週內能治愈歸隊者，則收容於戰地醫院。(2) 須有五週以上之治療者，則施行處置後，即送後方醫院。(3) 後送不能之重傷者，則收容於戰地醫院，待期後送。

第二、輸送之區分：有三：即陸路分為担送，車送，徒步。鐵道則別為橫臥，踞坐。在船舶則有輕症，重症之分是也。

第三、患者之發送：務以集團輸送，並配置護送人員為宜。對於收容醫院及所經各站，應預報發送人數及到達日期，以便早為預備。傷者上車上船之順序，通例重症為先，輕症為後；下車時輕症先於重症，登陸則仍重症先於輕症。海船傍岸時，徒步患者，由舢板（跳板）步行登陸。重傷則載於担架用起重機着陸（係指海船）。輸送間如患者病狀增惡，或突發急性傳染病時，應委託就近海陸軍醫院或地方醫院收容治療之。並將經過情形，通知發送機關及送達機關。如委託地方醫院，則應通知當地之兵站司令部。

第四、患者之給養：輸送中之患者食，其準備給與如下：

- (1) 醫院列車：重傷患者食，由列車自行準備之。普通患者食，指定由給養車站準備之。惟事先須報人數及食餌種類。
- (2) 患者列車：由鐵道綫區司令部指定之給養車站準備之，須預報人數。
- (3) 船舶輸送：由船舶自行準備之。

第五、患者之接收：由鐵道或船舶輸送之傷者，到達目的地後，交付當地醫院收容之，並由當地醫院檢點病床日記，兵器裝具，患者被服等項，出具點收證。

第二節 陸路輸送

患者之陸路輸送，概由患者輸送部擔任之。但在兵站綫延長，前方業務繁劇時，則後方輸送，由兵站司令部擔任，或臨時編成一患者輸送委員會。

搬運器材之支配，依患者病況，距離遠近，道路狀況，季節寒暖，而適合使用之。

一、担送

最遠距離以一日間能往返為度。指定輸送路線及宿站，卸接輸送之，護送人員，通常担伍五組，派護送一人。途中最宜注意者為保溫。

二、車送

分為患者車，患者用汽車、輻重車、貨物載重車、地方車等。除患者專用車外，其他係平時載貨運搬為目的，震動甚劇，故改用傷患輸送，須加適當設備。患者用汽車，專為患者運搬，故有特殊設備。其收容數量，依車身大小而異。在歐洲大戰所使用者，概為橫臥四至五人。其構造雖各國不同，惟於車中減少震動，載卸便利，適合保溫，則均於事先預慮設備。

車行速力，依汽車種類而異。輸送傷患時，除特殊情形外，以不過速開駛為原則。蓋速力大，則震動增加，患者不安，故通常每小時以十公里為適當。又在編隊行動時，則須配置醫護人員。同時為顧慮途中發生變故，各車間常保持相當距離，使易

於相互呼應。車行途中，應按時停車休息。通常車行兩小時，中間休息15分鐘。

三、徒步

以集團為適宜。與車送担送同時隨行後送之，但如不受搬運具之限制時，務使減少徒步。

各國陸路輸送情形，各因其環境而不同。茲將可供參考者，分別記錄如下：

- A. 日軍：在日俄戰役間日軍輸送力之支配，多利用地方之車輛，由兵站司令部徵集供給。但在車輛數量不足，或積積彈藥前送緊急時，往往不能供給自如。在此時際，則臨時配屬補助輸送兵隊及利用輜重之回程空車，藉以後送。
- 在德日戰役間，每一担送患者，配以伏役四人，以為替換；但長途輸送，担量過重，故伏役中途逃避者甚多，旋改用安南担架，則輸送甚得行動輕便，患者又安臥舒適。
- 其他又利用中國之北方大車，惟以震動甚烈，祇用於輕傷患者。車上敷以高梁桿、黍稷桿，一車平均可搭載四人。西伯利亞出兵時，利用騾以作運輸工具。有一頭挽兩頭挽之別；一頭挽可載着用防寒被服患者二人，兩頭挽者三人。其速度一頭挽者，一時間為5至8公里。兩頭挽者為10—12公里。運行時震動較少，惟天寒不能連續長時間之輸送耳。
- B. 法軍：在1916年之初，於泡休使用愛斯基摩(Eskimo)犬100—250頭，編成大擾中隊若干個，任患者輸送。
- C. 德軍：在1915年二月，於馬蘇廉湖 Masuren 附近，冬季作戰，準備數萬之擾，均經使用。
- D. 俄軍：日俄戰役間俄軍第三軍在東三省之患者輸送，有如下之規定：
- (1) 聯隊第二輜重(即聯隊大行李)補助衛生輸送隊，任纏帶所傷者之輸送於自己所在地(通常其附近開設野戰醫院)。
 - (2) 師輜重將傷者由聯隊第二輜重之位置，運搬至自己之位置。
 - (3) 軍輜重將傷者由師輜重運搬至軍倉庫之位置。
 - (4) 軍輸送隊，由軍倉庫運搬至鐵路車站或兵站地區。
- E. 英軍：歐洲大戰間，英國野戰教令中有如下之規定：
- (1) 師不問行李及輜重車，苟有後送傷者，必使運搬，嚴禁空程歸還後方。
 - (2) 利用俘虜，為担架人員，以補助輸送力之不足。惟集團俘虜任輸送時，須加派武裝兵彈壓之。

歐洲大戰間所使用之衛生汽車，一般情形如下：

- 一、法國患者用汽車：車體概為木製，裝置四氣缸發動機。担架為游動性吊式，可收容四人，並有暖房裝置。缺點為震動較強。法軍患者用汽車速度，在起伏地每小時為10公

里，在道路上為13公里。

- 二、意國患者用汽車：分大小兩型，其構造概與法軍所用者相同。担架分上中下三段，上中段為固定吊式，下段為軌道式，大型車收容六人，小型四人，亦有震動缺點。
- 三、英國患者用汽車：其車體為帆布製，有四氣缸，担架為軌道式，收容四人，震動較少，其速度平均一時間為8—10英里，重症患者車，如行駛於惡劣道路，則一時間僅2英里，輕症患者車，如行駛於良好道路，則一時間可加速至20英里，故輸送行程為20英里時，一日間可往返三回。在戰鬥激烈時，則晝夜連續行動，一日可達160英里。又據英國派遣至俄國戰場之紅十字會汽車班報告，用汽車輸送而得挽救生命者，達五成以上，如20英里用馬車行駛，則須六時間，因輸送遲緩及飢寒侵襲，故死亡率甚大。
- 近時英國仿法國硬框六輪汽車，其震動減少，載量增加，燃料消費，亦甚少，一介命可行駛15英里，於傷者輸送，最稱適宜。
- 四、美國患者用汽車：其構造大抵與英國相同，於行駛時，特注意各車間之距離，規定相隔須百米，蓋恐汽車如受砲擊，使其損失僅限一輛，不致前後均遭災害也。

第三節 鐵道輸送

鐵道輸送之輸量大，震動少，時間速，故於患者輸送，極為相宜。各國輸送列車，設備不同，有下列之數種：

一、病院列車 設備較全，以輸送重症為主，由管理車，庖廚車，治療車（手術室等），病室車，材料車等編成之。其運行通常為特別列車。有時以其一部聯結其他列車。列車衛生員，患者百名，配以軍醫一員，看護長一至二員，看護兵五名為標準，並附其他必要人員。

列車運行，由野戰衛生長官及運輸通信長官協同計劃之，通常運行至軍兵站管區之後方。

二、患者列車 以輸送之得乘坐者為主，同時并入橫臥患者，混合輸送之。由普通客車，有頂貨車編成之，其設備較病院列車為簡單，惟裝置上須使担架能確實固定，不稍震動。

三、軍用列車 輕傷患者有時得乘用軍用列車，或交通列車之一部，惟祇限於少數。

- (1) 日俄戰役間，日本尚無病院列車，患者輸送，初用有頂貨車及客車120輛。至奉天會戰，即增至300輛，各貨車之一隅，均安置被服囊具，每車平均為臥位10名，坐位20名，各車間裝置火爐，以資保溫。各貨車以無廁所設備，故規定重症六

至八名，發便器一個，輕症二十至三十名，發便器二個。患者列車所有使用之毛毯，請圍，便器等，到達大連後，交由患者護送班歸還。

- (2)俄軍：日俄戰役間，俄軍使用之患者列車數，計「柴拔依加羅」八列，「烏蘇里」二列。又補助患者列車於「依兒庫支庫」五列，「哇姆斯庫」二列，「基愛里亞品斯」三列。至一九〇五年，增設皇太子列車一列。
- (3)法軍：歐洲大戰間，法國臨時病院列車，以32輛貨車編成一列。通常可輸送担架患者數0名。如係徒步者，可增加至1200名。每輛收容30—40名。該列車除患者車外，附醫務車一輛，廚房車一輛，職員有軍醫二，看護長三，看護兵三十人。
- (4)德軍：德國開戰後，患者列車即以有頂貨車利用平時公園內之長椅裝入使用之，每輛規定踏坐二十四人橫臥八人其他尚有設備完善規模宏大之病院列車數列。惟當德軍急進至比利時及法國北部時，以衛生汽車供給不足，準備未充分，一時傷運極為混亂。

四、輕便鐵道：

(一)機關車式：普通一輛車積載量為五噸，車底面積為八平方米，每車可容踏坐十二人，橫臥四人，如改用臥鋪，亦可搭乘六人，通常8—9輛，編成一列車（積載重量為40—45噸）。每小時運行速度，為12—15公里。

1. 日俄戰役間，自草河口至鳳凰城，利用輕便鐵道輸送患者，每車縱徑為八、二尺，橫徑為五尺，收容踏坐六名，橫臥2—3名，車內分給毛毯火爐，藉以禦寒，當時運行一列車，約百名左右。
2. 高力屯至奉天間之輕便鐵道輸送，每車定臥位七名，坐位十五名，計四個月間，輸送凡千八百名。
3. 德國軍用輕便鐵道，每車分上下二層，上層定臥位八名，下層定坐位十二名。據大正二年日本鐵道聯隊之實驗，認為設備複雜，結合分解費時，上層患者，極受震動，且以車輛重心上移，列車容易出軌。

(二)手押車式：手押車積載量為半噸，長約二米，闊一、三六米，須配押手兩名，可載橫臥1—2名，踏坐2—3名，但兩個押車，設計為連接使用時，可輸送臥位担架者四名。

手押車二輛連接運行時，前後車相距，約十二米。普通以三百車編為一列車。其長徑為三、二公里，行進速度，晝間每小時約三公里，夜間則為晝間五分之三，一日間於十五公里之距離，可往返一次。

A. 日俄戰役，日軍在林家臺與鳳凰城間之輸送，相距約六十公里，利用手押車，上蓋幔布，下置坐墊，並配給毛毯火爐，每車定橫臥二名，踏坐四名，前後計輸送一萬人。

日德戰間，日軍於西哥莊野戰預備醫院至西哥莊海岸，相距為五、二公里。利用手押車輸送，其輸送情況如下：

1. 一車容橫臥一人，踞坐二人。橫臥睡於担架運行，踞坐則給坐墊。
2. 護送者每 4—5 車，配看護兵一人，各車配手押伏一人。
3. 行進順序，先橫臥，後踞坐，各車間相距為 10 米。
4. 於路線平坦無峻斜坡度上，行駛甚穩，震動亦少，對於患者影響，有時較車送担送為佳。

B. 歐洲大戰間英軍所使用之手押車，則設置遞送運搬哨。兩哨間距離，以 500—600 碼為適當，不可超過 1000 碼。運搬哨之配置，至手押軌道終點為止，並於沿途相當地點，設置患者集合所。

一九一六年索姆會戰間，英軍由阿休至塞拔英克兒間，利用輕便鐵道，後送多數傷者。

第四節 水路輸送

患者之水路輸送，以其運載量大，且於行駛中得以安靜平臥，最為優點，凡屬島國之海外作戰，尤適用之。

一、河道輸送

河道輸送時，應注意水量、風向、天氣、宿泊地點等，船內準備給養及防寒防暑等設備，並分別傷者輕重，指定船隻循環輸送。如大量輸送時，臨時編成護送班護送之。通常患者輸送船，受船隻運輸司令部之管制。

1. 日俄戰役間，日軍第三軍，進出於三眼井康平附近時，實施通江口至鐵嶺間之水路輸送，每船搭載四十人，每次以上隻以上編成船團，輸送之。自通江口起行先至馬蜂溝，約二十五里，船行費 11—22 小時；至馬蜂溝後，再用担架或車輛，運送至鐵嶺醫院。
2. 日俄戰役間之俄軍，組織病院艦隊，供患者輸送。由哈爾濱經松花江轉黑龍江抵海參崴，最後輸送至赤塔。此種艦隊為一種平底船，有二層甲板，每船設臥鋪 180 個，計十七船，編為一隊，每次約可載輸送二千人。惟松花江在夏季以水量激漲，多

季則凍結成冰，輸送上未能盡如人意。

3. 歐洲大戰間之法軍，於索姆 Somme 方面，極力利用水運，輸送患者甚多。

4. 英軍由美索不達美亞 Mesopotamia 戰場，至英軍根據地之巴勒斯坦 Palestine 由水路輸送，歷時十餘日，於輸送開始時，因給養防務，衛生材料等，一時未有充分之準備，致途中不能措置裕如，患者極感不滿云。

二、海道輸送

(1) 病院船

凡重症患者於輸送中施行手術治療及收容輸送等目的適用之。船之噸數愈大，則搖動愈少，通常概用二重底之客船，其內部分設手術室藥室消毒室等。

船體依海戰法規，如屬軍用則塗以白色，再繞以闊約一米半之綠色帶；如屬救護團體，則繞以紅色帶，同時懸國旗及紅十字旗。船之艙筒，亦標示紅十字章。衛生員之支配，以患者百人設軍醫一人，看護長二人，看護兵十三人以上，其他為固有之船員。

攜帶衛生材料為病院醫板，野戰滅菌器，手術燈、手術臺、顯微鏡箱等，其他為患者被服，毛毯每人約三條。

病院船之種類，按國際法規：有交戰國國有病院船，交戰國救護團體或個人有病院船，及中立國病院船之三種。其船名於戰爭時，按例應先行通知交戰國，則行駛途中，彼此不加檢查。然事實上往往不能遵守信義，每以病院船隻作為其他軍用，故歐洲大戰時，病院船隻，亦受潛艇之襲擊。

病院船隻，概以普通汽船改造。按需要分設病室治療手術管理諸室。病室應注意通氣採光。如增設送風管電風扇等項，其他準備救命用具。病室內患者一人之空氣容量，據德軍海軍衛生勤務所載，定為十五立方米。日軍在日俄戰間之病院船每船平均為 350 床位，每一千噸，約當 112 床。當時所使用病院船有十二隻，共輸送傷者達十六萬餘名。患者輸送船，有六隻，共輸送傷者四萬餘名。其他利用普通輪送船之回程，亦達十二萬餘名。

(2) 患者輸送船

於中等度傷者之輸送適用之。歐洲諸國，稱為補助病院船。日軍既往所使用患者輸送船之設施如下：

1. 手術室在六千噸以上之船舶，設於上甲板。
2. 分別設置事務室藥室看護室等，使用二等食堂之一部或頭二等艙之一部。
3. 廁所利用原有設備外，另設一所，專供重症使用。
4. 衛生材料庫設於中甲板或下甲板。
5. 船艙之一部如搭載比較的重症，則上下之階梯，須加闊至八尺，使担架可取橫位昇降。
6. 病床多利用原來設備，為兩級之客棚式，較重症指定臥下舖。
7. 衛生員之支配，以船之噸位大小，搭載患者之多少，隨時適應支配之。
8. 西伯利亞戰役間，有患者輸送船六隻，統計每一患者平均所佔噸數，為七噸至十噸云。

創刊號勘誤表

頁數	行數		誤	正
	順數	倒數		
2	19		漸繁	頻繁
6	4		鐮坐	踞坐
8	2		調遠	調配
39	5		而且	然而
41	2		症者狀	症狀
41	6		素素	毒素
43	1		牙關閉	牙關緊閉
''	2		意誠	意識
46	13		莖蒼素	莖蒼素
61	3		新肉芽	新肉芽
66	6		2.0	6.0
68			Px.	Rp.
''			Rudix	Radix
''			2000	200.0
''	10		下端包生狹長	上端包生狹
			長葉三四支上端	長葉三支
			葉生三支	
75	1		地方生衛	地方衛生
76	2		福照衛街	福照街
啓事二			Wissins-	Wissen-
			schaft	schaft
稿約	7		資。郵	郵資。
底封內面			上海九路	上海九江路

會員錄勘誤表

頁數	行數		誤	正
	順數	倒數		
1	15		黃經周	黃維周
''	''		第26軍	第20陸院
''	11		袁書禮	袁知禮
''	8		譚國棟	譚國棟
''	11			章 坤年齡47
''	14		楊澤紹	楊澤焄
''	15		劉秉勛	劉秉勛
2	13		27集團軍總部	28集團軍總部
3	6		吳 江	吳 縣
''	1		金啟鑫	白啟鑫
''	16		沈茗琴	沈茗瑟
''	16		海 鹽	海 寧
''	15		浦 江	浦 江
4	11		海 林	江 寧
''	13		蔣經屏	蔣維屏
''	5		謝開石	謝開運
	10		王秀嶺	王秀嶺
	16		大 鋪	大 埔
''	9		郭 鎮	郭 鎮
5	7		朱選洪	朱選洪
''	6		甘鴻奎	甘鴻奎
''	5		劉永生	劉永生
6	9		劉家瀛	劉家瀛
''	12		鄧 縣	嶺 縣
7	3		定 縣	完 縣
''	11		黃毓英	黃毓英
''	17		淮 縣	濰 縣
''	10		淮 縣	濰 縣
8	1		趙明信24遼陽	吳蘭韻32遼縣
''	12		藤 縣	滕 縣
''	1		吳蘭韻32遼縣	趙明信24遼陽
''	14		江以旺	江以旺
''	13		戴碗苓	戴碗芝

附注：(1) 此項勘誤表，不訂入冊，請讀者收到後照表改正，以免遺失。

(2) 校對事似簡言難，掛漏之處，在所不免，如非重要誤植，不再更正。

第五節 空中輸送

患者之空中輸送，由衛生飛機行之。以其飛行之速率，與途中時間之縮短，在輸送工具中，最為便捷。於不堪車行之道路，及交通不便之地點，而急於後送時，尤適用之。衛生飛機有各種型式，普通機體內，一側為患者臥室，分上下兩級，如為橫臥患者，可睡於担架直入。又一側為衛生員坐位，攜帶救急材料，隨機護送。搬入飛機用之担架構造，與普通之担架不同。

飛機之用作患者輸送，考查其創始設計，及實施應用，迄今不過五十年，茲將衛生飛機沿革摘錄如下：

最早創用飛機輸送傷者，為荷蘭軍醫寶馬氏 (De Mooy)，至一八九五年有法國科學家名 Charles Richt，者，創作衛生飛機模型，以供當局之採用。至一九〇一年，美軍醫上尉 George Gosmann 及砲兵中尉 Rhoads 建議美國陸軍部，應用衛生飛機，以作空中輸送，影響所及，各國爭相計劃，列為實施輸送工具。最早實施者為一九一四年塞而維亞 (Serbia) 軍退却之際，利用普通飛機後送重傷者十三人，實開空中輸送之嚆矢。

一九一七年法國醫師強生，計劃搭載橫臥患者兩名之衛生飛機告成後，於哀奴 Anne 戰場及摩洛哥前後應用。

一九二一年於摩洛哥 (Morocco) 之法國軍醫 Epaulard 氏及空軍少校 Penne 以六機編成一隊，輸送重傷者十八名，當地前後相距計 80 公里，飛機輸送時間約 20 分，如以普通方法輸送，則須三日以上。同年法軍沿布拉推斯進軍時，於蘭拔激戰中 150 名之重傷者，後送於阿薩池島之病院，相距 150 公里，用空中輸送，僅兩時間。

一九二三年法軍遠征間，以最新式衛生飛機二十隻編組輸送 (幅狹在不完全着陸場亦易着陸) 是年輸送者計 820 名，如此三年間，法軍以飛機輸送，前後凡二千三百餘名，其中重傷以空中輸送，得不失治療時間而獲救者，計有千餘名。

美國於一九一八年起，命令建造衛生飛機，使用於飛機遭難之際，以作救護，同時六月航空長官館指令所有飛行場，均須具備衛生飛機。

日本參謀部對於衛生飛機一項，早經列入為正規輸送機關，加入作戰命令矣。

我國抗戰以來，其空軍傷者，亦有用飛機輸送，惟以我國飛機數量甚少，僅限於空軍使用耳。

篇尾綴語：綜上所述，各國傷患輸送一項，雖以輸送情形，因地制宜，各有不同。然其重視輸送，則無二致。吾國戰時衛生勤務，猶在萌芽時期，未來設施之改進，有待研討者甚多。本篇之作，聊供參考！

—— 作者 ——

第一次歐戰時 德國西綫之傷運

Hermann Coenen 著
趙建新 謝學洙 譯

第一節 傷運之綱要

昔時軍陣外科學者規定：“重傷者不當後送，而應使就地臥倒，上蓋棚帳”此言在今日不能成立，即昔時亦殆已視為無稽之談矣。如吾人於此時，仍將重傷者，留置前綫，實使其憂苦莫甚。蓋其時彼唯一所思想者，即求能從速後送，愈速為妙。且以戰鬥部隊之立場而論，聚傷患於前綫附近，亦大非所宜，自應盡力避免之也。由是吾人乃提出一傷者救濟之第一個基本原則：即

“凡有輸送可能之傷者，於第一次急救綑帶之措置後；巨大軟部創傷，骨創傷之經以固定副木包紮者，應從速的輸出敵方砲程之外！”

於此吾人須注意下列各項：

- (1) 垂死者不必後送，自不待言。伙伴們可即在前綫上，為此罹難者，準備一可敬之軍墓。
- (2) 傷口有危及生命之出血者，必須於起運前，紮以彈性止血帶，或將受傷之血管，加以結紮。

彈性綑帶之使用，可歷數小時而無危險。因此第一程之輸送，毋須特別縮短，蓋以其無論如何，總可以安然達總綑帶所也。

惟傷票上必須註明用帶之時刻，以便計算。蓋結紮過六小時以上，結果能釀成肢體之壞疽，並加速氣疽之發生也。

編者按：上述彈性綑帶一節，不合我國國情，值此交通工具，異常缺乏；傷運組織，未能健全；如負責傷運者，再存此心理；則流弊所及，必使止血帶之應用，多成壞疽之結果矣。

按德國人所用之止血帶，係扁闊（約 3—5 吋）之橡皮綑帶，故可持續紮用至如此之久。若在我國目下所使用者，為橡皮管止血帶，則至多不得過二小時以上。

- (3) 頸項、咽喉、上下脛、及口腔底部等彈創，必須計及聲門水腫之危險。據凱利安 (Killian) 氏應用反光鏡檢查，可以證明頸項之軟部彈創，即使單純者，亦有見喉頭粘膜炎下溢血，及聲門之水腫。

聲門水腫之危險性，以見於頸部、下脛部之重症挫創或裂創者，更為重大。如已有窒息之危殆時，必須於起運前，施行氣管切開。

- (4) 吾人除上述情形以外，(即出血與呼吸困難之直接的危迫生命)尚有一種創傷併發症可慮，如已有相當程度者，亦須於輸送前，施以手術。此併發症維何？即會陰部彈創或骨盆下半部創傷所起之尿閉塞症或尿浸潤症是也。

但此種併發症之發展，較之出血與窒息之危險，遲緩多多，故對於六小時之短時輸程，猶能輸出，若在一日或一日以上之遠程輸送，則不可焉。

一般情形，大抵可以到達總綑帶所內，施行 Nelaton 導尿管，尿道切開或膀胱造瘻。

- (5) 另有一種創傷併發症，使任何輸送，均不可能，此則破傷風是也。吾人於實驗室之操作上，得知番木蠱中毒之青蛙，僅於檯面上輕輕一擊，或向其微微吹氣，即見其痙攣開展，並呈強直，然則破傷風患者之所以不能輸送者，亦正以運送時，每一極小之搖動，已可引起其痙攣發作故也。

好在此種創傷病，多於數日後，始見發作；迨其第一個症狀出現時，患者早已在謹慎看護之下，彼時惟有停留該處，靜候其命運之決定而已。

編者按：“患者早已在謹慎看護之下”一語，意即傷者此時當可早達總綑帶所，或甚至已在野戰醫院治療中之謂也。

- (6) 頸腦彈創，大抵容易運輸而無危險。運輸方面，殆無何種限制。但甚關重要者，即為此種傷者，必須毫不停滯的直送後方可以施術之處。而此項施術地點，依戰時衛生勤務順序，當為野戰醫院 (Das Feldlazarett: 參見本期另一譯文德國的野戰醫療措施)。

(7)腹部彈創之最緊要者，厥為迅速後送。每一腹部彈創，均有內出血與穿孔性腹膜炎之危險，故開腹手術，必須於受傷後六小時以內行之。逾此則死亡率急激上昇。

(按學洙本人服務經驗，在鎮江時所見東戰場送來之腹部彈創，幾全部犧牲於彌漫性腹膜炎，而一二八時，在上海寶隆醫院所見者，死亡率僅百分之二十三而已)。

故輸傷時，應注意腹部彈創之輸送，必先置於其他傷者之前。可能時特開救護汽車，以求迅速。蓋每過一小時之逗留，即可予致命之腹膜炎，多一分造成之機會也。

又遇有腹部彈創者，可先以電話向總綑帶所或野戰醫院報告，俾使在患者到達之前，有所準備，而一到即可施術。

凡此如戰爭取迅速的運動戰時，雖不無困難；但在陣地戰時，則頗為可能也。

(8)胸部彈創者，屢因肋膜反射(Pleurareflexes)肋膜腔大出血，氣胸等而起嚴重之虛脫現象。此種傷者，必須使其安靜，暫緩輸送，因起運時車身震盪所致之極小的肌肉勞動，均能增加其呼吸困難也。

但此亦應加區別：即胸創所起之單純性虛脫者，經安靜與興奮劑之給與後，漸見輕減，則傷者至遲不過一天，可以起運矣。

興奮劑用樟腦，咖啡因，洋地黃，Cardiazol。熱茶等，但切勿用生理食鹽水灌注，因大量輸入之液體，必有積滯於肺之毛細管內者，以致原來受彈創損害之肺部，因此而加重負擔，妨礙呼吸，終起發紺(Cyanose)與喘鳴也。

如給與興奮劑後，仍未恢復者，則為創口大出血之流入胸腔，或已發生氣胸之表示。多數兩者皆是。此時病人呈面色發紫，鼻尖蒼白，喜半身斜靠於一側而臥；呼吸費力，所有呼吸補助肌，皆參加作用；肩胛一起一落；向人答話，僅能竭力送出其一二字而已；腹部因努力而緊張，胸部打診呈鼓音及壓迫現象。脈搏細弱如絲；凡此皆為進行性胸膜內出血性氣胸之症狀。管理傷運之醫官，不可不知，蓋此為一急需手術之病人，並當不顧損害與困難之急送野戰醫院為要。

多數病例，得由胸部穿刺之放出胸腔內數立特之積血(在使肺臟能重新自由其呼吸運動)，而成輕快。但若肺葉受損傷或撕裂者，當於差壓裝置之下，施行開胸術與肺縫合，則唯在設備完善之野戰醫院，始有此可能耳。

胸部創傷之一部份胸膜裂去者，可成一較大之開放性氣胸，此則無論如何，不能將其停留於部隊綑帶所內，應即送往後方施術。

小型開放性氣胸所需之簡易縫合，可在總繃帶所內行之。大手術如肺縫合等，則讓野戰醫院負責可也。

- (9)關於心臟彈創，尙無普遍適合之規定。假使一個心肌穿通創，需要手術，自非立時送往野戰醫院不可。心臟擦過創及心臟包膜創，首宜安靜，暫不輸送。
- (10)四肢骨彈創及關節創，必須於起運前，置以固定之副木，固所當然，但其輸送，則毋須亟亟，因權衡緩急，當以腦、腹、胸等彈創傷者，儘先輸出後，始可顧及四肢彈創也。

照理骨創之上下兩關節，皆須固定。例如彈創在手指與手腕者，則副木自手指至肘關節。傷在前臂及肘關節者，則副木自腋窩至手掌，副木靠背背，掌心向上。若為上膊骨折斷者，則須採用通常應用最多之肩胛繃帶，固定於胸部。

對於足與下腿之彈創，用 Volkman 氏副木，最為適宜（大腿骨骨折不適用）。反之，Braun 氏副木，因係取半曲狀態，故於運輸上，殊為不便。

關乎大腿骨折之輸送，頗費周章。依照骨折措置之原理，須將股關節與膝關節固定後，猶嫌不足；即斷骨之下半節，亦須不使旋轉（依腿之垂直長軸旋轉）故足部亦包紮在內。換言之，大腿骨折之副木繃帶，須自跟骨一直至骨盆為止。於此有數種不同的現成副木可用：例如 Franz 氏大腿副木，紗包木板，簾製副木等等。

但此種適宜之裝置，往往不易多得，為求補救之計，最好用 Cramer 氏之鐵絲副木（屈曲與長短，可以從心所欲）。或用紙板副木（Pappschiene）（用時自腰部至足部為止，大腿骨全被包入），或用木板製副木等。

如卽此猶急不可得時，則小棒、薄板、捲起之大衣，步槍或佩劍等，均可從權代用也。

至石膏繃帶為最適用於四肢骨折者之運輸，亦為無可爭辯之事實；但由於實施上種種原因，其應用範圍，不免受相當限制。例如在接近火綫之不良情境之下，即不可能。又如在碎裂甚大之創傷，以及受創後，已有傳染病，氣疽潛伏者，亦復如此。且以任何創傷之總有染菌可能，甚至謂必發傳染病者，則彈創骨折之幾難施行第一式石膏繃帶於前綫機關，可以曉然矣。

然則石膏繃帶之使用，究應如何乎？答，惟有在野戰醫院或軍醫院內，創口屈肉芽發生期者，石膏繃帶，始得廣泛之應用範圍，而無須再論其方法也。

- (11) 在所有傷者中最感不幸者，厥為脊髓創傷；因有褥瘡、膀胱痲痺、腸痲痺等危險，故須謹慎看護；認為最適當之規定者，即脊髓創傷，應迅速後送，最低限度，必使達野戰醫院或軍醫院內，以該處始有行使手術之可能，並有多數熟練之女護士故也。

在平時認為輸送扛舉，對於脊柱骨折之影響，非常可懼，以為脊椎碎片得因此而移動損壞脊髓；但此在脊柱彈創者，實無甚意義，因此時脊柱之穩固性，例未受損，仍可扛舉輸送而少危險。病人在病車之中，總須完全平臥，頭枕放低。

- (12) 倘有一震盪症 (Schock) 須述者。傷者受外來之震盪作用太甚時，例如由附近開花彈爆炸所起之震動，亟亟輸送，並無裨益。此在寒冷之嚴冬時節，亦屬如此。蓋業已減低生活作用之傷者，再使在病車中受凍，每因此而誘發他病也。故吾人於開始遠送之前，應先予以興奮劑與熱飲料，以待震盪症之過去為妥。

- (13) 新受手術者，不能經輸送之苦。倘此時迫使乘坐車船，則不特傷者不安，抑亦太不人道。蓋輸送時不可避免之震動，將使傷者起後出血、化膿、丹毒之惡果。

準此而觀：則凡較大之一切手術，不當在前綫附近舉行，即如在部隊繃帶所，總繃帶所等處，亦應知所限制，審擇而行。總之，多數手術，應在野戰醫院與軍醫院內行之也。

土窟與地窖內之部隊繃帶所營舍，非施行穿顛剖腹等大手術之處，蓬帳木舍，亦無有此可行之事。此種地帶，惟有救命手術如結紮止血，氣管切開等，始可考慮行之。

其餘之一切割症手術，必須讓與其後方之治療機關行之。蓋割症一事，究屬一需要介助之工作，今乃出之於表面的消毒處置，與訓練不足之人員，有如在前綫附近者，實屬乏善足述。若勉強為之，反比長程輸送於後方者，有害更多也。

至於砲程內設立前綫醫院者 (Frontlazarett)，因為忠勇服務，未可厚非，但於傷者看護，總有不周之處，較之所有野戰醫院之整然有序，又有熟練之女護士服務其間者，實未可同日而語也。

孜孜研究之軍醫乎！請自加檢點！神聖之負傷將士，高於主觀的科學興趣，病人後送愈速，則愈能得更好之境遇也。譯者走筆至此，不覺深自愧頓。觀乎作者之大聲疾呼，警告前方軍醫，不得為研究學術而強行手術，吾人則甚至前方應施之救急手術，猶多付之後送；而後方軍醫院，則又限於人才設備等，而未能克盡厥職，為負傷將士，多多服務，今而後吾軍醫同仁，當有所奮勉矣！

第二節 傷運之實際

輕傷能行走者，如上肢、肩胛、頭部柔軟部、軀幹柔軟部等輕微單純之彈創，給予包紮與滋養飲食之後，至隊伍中設立之輕傷集合所步行可也。

此種輕傷集合所，係專為減輕繃帶所之負擔而設，受衛生中隊之管轄。

臂部、生殖器及下肢柔軟部等輕勢傷者，則輸送時，可取坐位；重傷者則非平臥不可。

運動戰時，部隊內担架兵及担架補助兵，用其担架，將重傷與毒氣中毒之病人，自戰場上受傷地點，運至部隊繃帶所，自此，再由衛生中隊之担架兵，運至停車站。

如戰事正急劇進行，則衛生中隊之担架兵，亦須在戰場上搜索傷兵，有時用救護犬輔助搜索。輸出地點，亦為衛生中隊之停車站。其由停車站繼續運送至總繃帶所者，則用衛生中隊之病車或動力病車；但自戰場至停車站之一段長程距離運輸，尤以在運動戰時，則有賴乎担架兵之肌力與忠毅。

陣地戰時，情形完全不同。戰鬥之激烈進行，敵人之銳敏觀察，伏射壕峽之狹隘，進襲道上之敵方射擊，以及自己部隊之禁止活動，（恐搬取傷者時，吸引敵人之注意與砲火）。凡此種種，顯然使傷運困難。

在戰壕中，以病車上之正常担架運傷，極不合用；因担架梗直之構造，不能適合於戰壕、肩牆之曲折狀態，故一種縮短簡單之担架；實感迫切之需要。基於此種需要，乃有其多服務於戰地之軍醫，運其匠心，造成靈便適用之担架多種，茲舉其精華大者於下：

(1) 執褲法 Der Hosengriff (見第一、第二、第三圖)

一人(担架兵)從後執傷者(上半身坐起)之褲帶，一人抱其兩膝。抱膝者，須倒退而行



(2) 幕帷掛褥式担架 Die Zeltbahnhaengemattentrage:

法將幕布雙層折疊，兩邊作結。穿以長棒兩支，即成担架。因其適應於戰壕之彎曲，故較之一般堅固硬直者為優。遇有特殊狹窄之處，可抽去槓木之一，而僅用其一。此時傷者在幕，如臥袋中；兩膝屈曲，束之高懸。如槓木用鐵環聯接，則猶可使其縮短也。
(見第四圖)



第三圖

- (3) 在索姆區內，有一種Vogel氏選定之麥奇路斯(Magirus製造)戰壕担架；其重僅4.2公斤，甚短，槓為棗木所製成，牢紮拾布；槓僅布長之三分之二，布之後端可以移動，且有吊帶兩條，由是主持之担架兵，得以負之肩上，傷者取半坐姿勢，兩腿伸直，或下垂。
(見第五圖)



第四圖

- (4) Dzialowski氏為使担架適合於戰壕之彎曲起見，利用鉸鏈裝置，使槓木有側彎之可能。架長2.20公尺，闊46公分，槓木之中間鋸斷，以鉸鏈合成關節，由此而槓木得適合於戰壕彎曲之一種側的扭轉性。又此種關節裝置上，如以鐵條固定之，則其使用，與其他之担架相同，惟此架能否牢固？實屬可疑。



第五圖

(5) 肩輿担架 Die Kraxentrage:

山地上負重之肩輿，亦正適用於戰壕之內。尤以存特殊之傾斜道上，更為適合，惟此項担架，須有一強有力之担架兵耳。(見第六圖)

(6) 椅式担架 Die Stuhltrage:

如第七圖所示，製造簡易。實為後述半坐式戰壕担架之雛形。

第六圖



第七圖

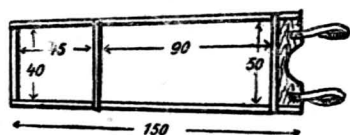


(7) 懸椅式担架 Die Haengestuhlgrabentrage:

依 Hannemann 氏設計之圖樣；取硬木二根，各長 150 公分。橫木三根，依第八圖所示之距離，牢固聯接。（接於上端者，橫長 50 公分；接於下端者，橫長 40 公分）。橫木上端，裝有下釘軟墊，中間半圓切除，恰合頸部之肩負板（担架兵放在肩上）一塊。板旁釘牢固之吊帶二條。橫木之下端，繞以鐵絲，釘堅鈎二個，亦備裝背帶之用。如是架子既成，乃以帆布張於其間，在患者放腿部份，須緊張較強；軀幹上肢部份，則便舒適的採取不甚屈曲之半坐狀態，負之前行。

（見第八與第九圖）

第八圖

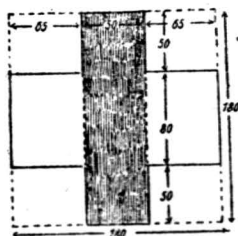


如吾人用幕布張架，（見第十圖 180 公分見方）。依圖將布之四角切除，上下留 50 公分見方之布瓣各一，上瓣放頭，下瓣放足。中間兩瓣，用以包身。枕頭用沙袋，膝窩下橫木（即前述三橫木之當中之一條）亦應加墊。

第九圖



第十圖



(8) 折合用背囊式戰壕担架 Die Zusammenklappbare Rucksackgrabenbrücke:

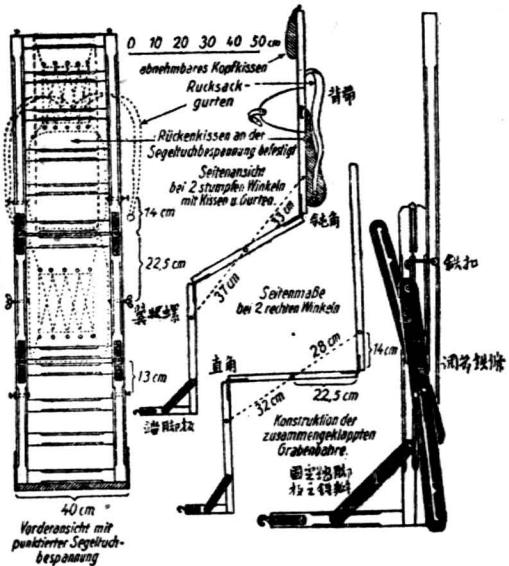
係 Hannemann. 氏實地設計製造，因其靈便輕巧，甚為世所賞用。

(見第十一至第十四圖)

木框用上等柵木製造，共分三節。又以鉸鏈四副，構成其關節。木桿邊緣，均經削平。用於背部者(40×80cm. 即圖中之第一節)及用於下腿者(40×50cm. 即圖中之第三節)，更有薄板數條，橫互其間。用於大腿及臀部者(40×50cm. 即圖中之第二節)張以堅韌之帆布。

另有一種踏脚板者(40×20cm. 見第 12, 13, 14. 各圖)。與第三節呈直角聯接，且以鐵鑄固定之。踏脚板之兩邊角上，更有鐵鉤兩個，用螺絲釘釘住，則以備後隨之担架兵，隨時裝背帶之用。

第十一圖 第十二圖 第十三圖 第十四圖



又此木框，尚有數種裝置；

第十
五圖



1. 軟墊：有二，一為楔形之背墊，為適合於前行担架兵之背部而設。(見第 11, 第 12. 圖)背墊釘於長 150 公分闊 25 公分之帆布條上，而此種布條，則又以網狀總紮法(皮鞋帶穿法)結紮於担架靠背部份(即第一節)之橫木條上者(見第 11. 圖)，正與第二節上所裝帆布坐墊之結構相同。另一則為較小之頭枕，為患者而設。(見第 12 圖)

2. 背囊式背帶：有二，闊而有力。帶之下端，可

以自由裝卸於特備之螺絲鉤上。(見第 12 圖)

3. 調節鐵條：左右各一，條心留狹長之罅縫，(見第 14 圖)吾人藉此罅縫，及附於第二節架上之翼狀螺絲，可以調節第一與第二節及第二節與第三節間所成之角度，或為直角(第 13 圖)或為鈍角(第 12 圖)。又在此罅縫之適當地點，每條開缺口二箇，以便角度之確定。(第 14 圖)

担架於不用時，可以全部折疊，並由其兩側之鐵鉤，加以扣緊(見第 14, 15 圖)負之前進，易如背囊。並可以用以附載食物用具，敷裹材料，直達部隊綽帶所及衛生中隊以下之部屬地帶。

運傷時，則將此担架立時裝成吾人所希望之位置。而旋緊其翼狀螺絲。前行之担架兵於病人裝上担架，並將担架旁附設之布瓣(在與患者肩胛同高之處)扣緊傷者以後，負之背上，後隨之担架兵，亦將其背帶裝上踏脚板之鐵鉤而同時扛舉之，(見第 16 圖)遇有短牆之特殊壕溝，則僅由足板部份之稍稍下垂，即可將担架之水平長度，更為縮短。

第十六圖



第十七圖



第十八圖



第十九圖



又對於各種傷患之受傷體部，為担架兵者，亦應使用小枕，予以適宜之撐助。

- (9) 另有一種拆卸用戰壕担架，係 Wick 氏所設計者，由五部而成。即兩條扛木，兩條橫木，及其抬布。橫木在扛木上，易於推動，抬布之裝上担架，亦能迅速簡易。担架外緣之幅，為 37 公分，扛木為扁平木條，(2.8:5.6cm) 兩個膝狀之彎曲，由鐵角加強，頭尾之弓形兩段，由扁鐵與圓鐵造成，兩個聯接之處，成於圓鐵。抬布則由幕布改良之乾草袋袋布製成。(見第 17, 18, 19. 各圖) 所有此項担架構成之部份，均能在戰地上裝裱之。
- (10) 最後關乎德國軍隊中，正式病車上所用之担架，一言以蔽之，亦為拆合便利，每人各帶一半者，茲不贅述。

原書至此，列舉參考書甚多，此處從略。如讀者對此，有所諮詢，當可另函抄復，或於下期補刊。——譯者註——

陣地戰時，受傷之官兵，由担架兵候兵應用上述種種補助之方法，自戰場上受傷地點，一一運到部隊總帶所，由此而達總帶所。總帶所之病車，復為之載往隱藏而無火力危險之停車站。斥候兵等待於此。

夜間則病車之活動，更能向前方推進，因此斥候兵之輸送路程，亦得縮短。故通例在陣地戰時，設有兩個停車站，一備白晝，一備夜間及陰天之用。當然夜間運傷較白晝為多。在白晝惟最危迫者，不能遷延至天暗時輸送而已。(意即非緊急者不送)。

自停車站以後之運輸，則有賴乎運輸工具。可用者：計有病車、救護汽車、野戰鐵路、貨船、鄉間車輛，及回程空車，有時用飛機。

(1) 病車：

Der Krankenwagen:

德國軍隊所用之病車，係用兩馬或四馬曳引，因可應用於甚多地帶，故其效用性頗大。即在不平山道，潮濕之地，均可滿意。冬時舖自織之長幅草褥，近時新式病車，且有暖氣爐以備傷者之禦寒。

(2) 動力病車:

Der Kranken-
kraftwagen:

(指汽車之類而言)。當然較病車迅速多多，但有賴乎良好之道路，以其輸力之大，莫與爭勝，故亦為吾人所特別想望者。傷者救護，由於此項運具之安排周全，在過去戰事期中，實獲厚賜也。

(3) 野戰鐵路:

Die Feldeisen-
bahnen:

在冬時潮濕季節，地面多汗水積滯之泥潭，及由每日砲彈炸裂之窟窿；加以不斷行車，更多破壞之處，遂使病車行動，遭遇嚴重之問題。蓋車馬從表面乾燥硬結之土層上踏過時，有如走在冰上，每即滑入泥濘地區，則車身傾倒，墜入窟窿，於是頓起搖動，甚或急劇翻倒於地矣。

所好在障地戰時，遇有此種地帶，早有輕便之野戰鐵道，專供彈藥糧秣等運輸之用。傷者運輸，亦甚易鋪設此種鐵軌，俾傷者在此種坎坷地帶，仍能得迅速安全，甚為可靠之一箇通行機會。

彼得(Peters)及霍夫納(Hoepfner)兩氏，製有野戰鐵路上應用之運輸工具兩種：(見第 20.21. 圖)一為單人用之雙輪病車，一為雙人用之四輪病車，均易製造。裝運時亦毋需大力，僅由二個担架兵之推動足矣。

病車上有良好之彈簧，四輪者，尚有制動機之裝置。

(4) 貨 船:

Lastkaehne:

在運河上不失為一種優越之運輸工具。惜以河道之經過，多有不合，能直達前綫者甚少，同時輸力太慢。

(5) 鄉間車輛:

Landeswagen:

傷運又有時感困難者，甚至一切運輸工具：如病車、汽車、野戰鐵路等均歸無用。例如浮沙陷車，深可沒軸之見於波蘭戰場；泥路難行。汎濫無際之見於塞爾維亞；以及高山峻嶺，致使所備車輛，無能為力。故其時軍中有一兵士之信條：“驅用本地之車輛及其牲畜而利用之”——蓋熟悉本土之當地鄉民，能知如何改良其車輛，以克服此道路之困難也。

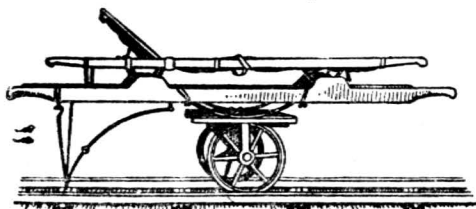
茲仍以波蘭之情形為例。該地車輛，兵士稱之為“幫閒車”(Panjewagen)，特別的輕靈小巧，而又極其穩定。車之前軸，裝四道聯合之拉架，即在最深之沙路上，亦

能通過。運傷時舖以乾草，即可裝載一二傷者，並按需要情形，徵用二十至三十輛，連同車主在內，一併留軍中衛生隊服務一二星期，迨傷運完了後，再行放還。

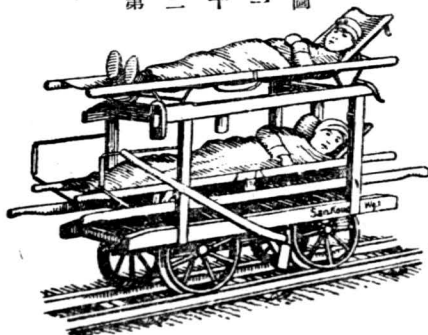
1915年秋季，Narew-Offensive 之役，吾人在俄國境內，曾以本地車輛，運輸大部份之傷病官兵，且幾無其他代替品可用，是以吾人在傷運不良之地帶，必須將本地已有之交通工具，予以注意，並設法利用。

有時在高山峻嶺，則空中電車 Drahtseilaufzuges，馱馬之類，均可為有利之使用也。

第二十圖



第二十一圖



(6) 回程空車縱隊：
Der zurueck-
fahrenden
Leerkolonnen:

此亦為吾人所特須想到者，在一個大規模之急速的運動戰時，輸送路程，有需一天之久者，往往開出之車輛，尙未回來時，又有新到之一批傷者待運。若衛生隊之車輛，祇有因道路不通之關係，而失回隊服務之地點者，或與迅速前進之隊伍，失去其聯絡者，此時回程空車，可於傷運大有幫助。

蓋以彼彈藥輸送縱隊，糧秣輸送縱隊，以及重砲運輸縱隊之車輛，絡繹行駛於戰區與吾人手術區之間，滿載而來，空身而去，在此情況之下，祇須師部一箇命令，准用“回程空車，如無特別繞道，必須載傷回去”則傷者輸送，得益不淺矣。

1915年吾人在尼門河(Njemen)俄境交界處，利用回程空車，將留養野戰醫院之傷者八百人，於四日內送往二十五公里之Grodno，輕傷坐大砲之砲車上，重傷者臥鋪有乾草之普勞恩車上(Plauenwagen 待查)。

在一次較大之激烈陣地戰間段中，曾有敵人佔領之地帶，例如被包圍進攻之要塞上，除担架斥候兵外，無運輸工具，可以適用。故於傷者之隱蔽，須特別注意。在都窩孟Douaumont地方，曾有担架兵昇傷者，經過如是困難之地帶七公里，而始達野戰醫院者。

- (7) 關乎病院車之用為傷運工具，在此一言提及，毋須詳述。大抵從野戰醫院運往家鄉，則在完整之鐵路綫上，例如香賓(Champagne)凡爾登(Verdun)諸處，尙有救護列車，可以供用。此種列車，乃將來自總綑帶所之傷者，分配到野戰醫院與軍醫院，在香賓地方，則於鐵路之外，尙有公路，以供傷者之急須輸送者(重傷)，加速運輸之需。

傷運上最為緊急之一段運輸路程，有時且能影響於傷者生命者，即自前綫部隊綑帶所起至可行初步外科技術之場所，即有優良手術之總綑帶所及其更後之野戰醫院。在此程內，傷者之運輸，必須力求迅速安全，實賴乎担架斥候兵之能以担架、病車、汽車等工具，並於總綑帶所之各個號令之下，有效的通體合作；而總綑帶所方面，則以電話向有關之隸屬機關，正確而詳明的，一一指示及規定其運輸路綫，藉以適應戰事之情況。

至於運動戰時，所需救護上種種程序之指示，有如上述者，則較之急烈進行之陣地戰時簡單多多，蓋此時戰地上四面八方潛伏敵人，惟有一定之路綫，一定之時間，始可通行故也。

茲將吾人在凡爾登西北部，304號高地之戰事中，觀察所得之實際情形，示作傷運之實例如下：

在凡爾登要塞之四週，有正在急烈進行陣地戰之一個戰區，戰綫在 Termiten 小山附近之304號高地。距此約十五公里之 Gutshof Madeleine-Ferme 地方，設總綫帶所。担架兵，自所設之三個部隊綫帶所（A、B、C.），時時出動至戰場上檢取傷者，並藏入其低地蔭蔽部。

其中一部隊綫帶所（C）之設於東面而藉高山掩護者，病車在白晝，亦可到達於此，並將傷者運至 Septsarges 地方，換乘該地事前已由電話召來之汽車。

但自南部之部隊綫帶所（A）而來者，須先將傷者向後抬二公里至 Brasserie Malancout 之避彈窖內。自此後送，則有目標顯著之公路，抵 Montfaucon 僅能於夜間行動，白晝惟危急者，用担架送往至路上之停車站，從停車站用病車，抵 Montfaucon 後，則用汽車（以上見第22圖）。

傷運中認為最精彩的一幕者，係在西戰場拉安（Laon）之前。

從前綫有一長數公里之水道，通至一村莊之附近，村上設野戰醫院一所，故載傷之病車，自前綫溜上聯船（Ponton）即可由汽船曳引而直達於村莊附近之野戰醫院。對於砲火與震動，亦經加以防護。

最後關乎用飛機或飛船運傷一說，則吾人尚無經驗，此處略而不提。

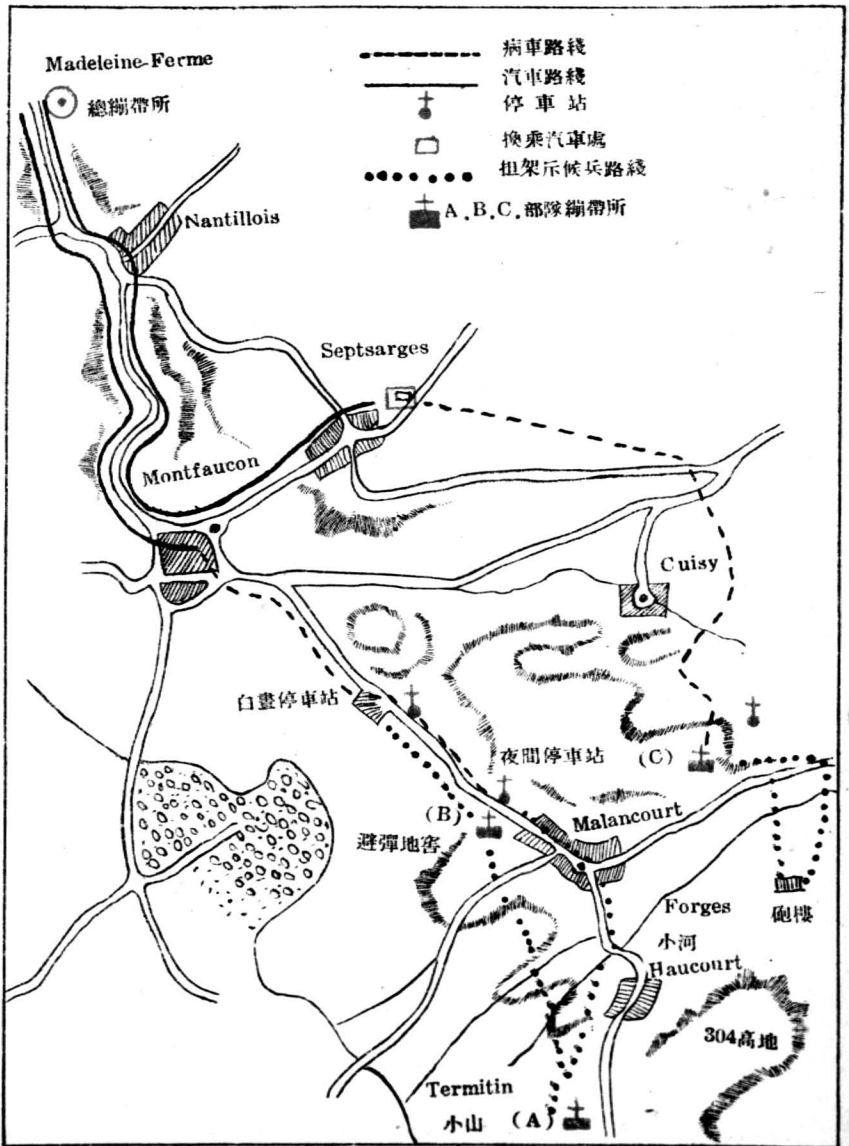
註

謹按：

（1）本文中屢見之陣地戰與運動戰兩者，請讀“歐戰時之德國”（魏以新譯，商務印書館出版），即可明白其戰情。當1914年八月，德國大軍西指，風馳電掣的擊破比利時，直達巴黎郊外，其後，在東戰場坦能堡，馬蘇爾湖等地，運用兩翼包抄的大殲滅戰，都是運動戰的性質，到了凡爾登、索姆、福郎登諸役，那麼成爲典型的陣地戰了。（舟）

（2）衛生勤務，爲軍醫人員必修的知識，所謂衛生勤務，就是平戰時軍醫之一切作業方法。英美各國，多稱之爲“軍醫戰術學”或稱“軍陣軍醫業務”，其中包括陸軍保健，防病、醫療、和戰時救護、醫治、後送等等法則，以及有關問題的研究。本刊爲軍醫讀物，關於國內外衛生勤務概況，甚盼惠賜稿件，以充篇幅。（舟）

第二十二圖 凡爾登西北部戰事之傷運圖



德國的野戰醫療措施

——部隊繃帶所，總繃帶所，野戰醫院——

Hermann Coenen 著

裴景舟 譯

譯者的話：

這一篇譯文，和前面“第一次歐戰時德國西綫之傷運”都是從 A. Borchard-V. Schmieden 氏軍陣外科學 (Kriegschirurgie 1937 年改正第 3 版) 的第十一章 (Grundsätze der Transportfähigkeit und Unterbringung.) 裏譯出來的。

當初我讀到原文的時候，就感覺到內容的新鮮，在我還未曾見於別的外科學書籍，實在是戰時很迫切需要的知識。雖然原文裏所說的種種，在熟悉目前我國衛生情形的讀者看來，似乎原著者 Hermann Coenen 氏是高高的站在雲端裏，對我們說風涼話。我的這句話的意思，就是說：德國人所盡忠努力於負傷將士的生命和健康，在我們目前的中國，真是談何容易。但是譯出來給我們軍醫同仁，先知道些人家的戰時傷運和野戰醫療處置的情形，比我們目前的部隊與兵站衛生業務，有着天高地遠的差別，倒也值得介紹的。

你看人家在大聲疾呼的警告前方軍醫，不得因研究學術的興趣，而搶做手術；我們却連得在後方的軍醫，也拱起手來，像煞無事可做的樣子。本文對於部隊繃帶所裏的外科割症問題，更一再叮囑那裏服務的軍醫，不要搶野戰醫院的生意。他們認為野戰醫院裏做些疝氣 (Hernia) 盲腸炎等手術，還是浪費精力，有違野戰醫院設立的初旨咧。

我們真應該慚愧之餘，能夠切實覺悟奮發起來！我覺得我們中國的情形，就是通才不少，專才欠多。一個學醫的知道統治各科疑難雜症，甚至於中西醫藥貫通似的，在抗戰中，真不怕少；可是專究一門而求獨到工夫的，比如學外科的；祇知道一心一意從事於外科技術和學理精深的人，却並不很多；因此我們的軍陣外科，也就有才難之嘆了。

上文“第一次歐戰時德國西綫之傷運”是介紹傷運的一些情形；這裏所介紹的，乃是德國部隊綑帶所、總綑帶所、野戰醫院的醫療措施(完全照譯)。我們要曉得這三個軍陣衛生機關，相當於我國的什麼什麼？譯者見識不廣，也不十分清楚，不過我參照最近軍事委員會皓令一利代電附頒的作戰中衛生勤務的核定辦法第二項所載：

爲使各戰區及兵站區之衛生勤務，能接近部隊，切實實施治療起見，茲規定前後方各種衛生機關與火線之距離如下：

- | | | | |
|-------------|-----------|------------|----------|
| (1)營綑帶所距離火線 | 1—1.5公里 | (5)軍野戰醫院距離 | 7.5—15公里 |
| (2)團綑帶所距離火線 | 1.5—3 公里 | (6)收容所距離火線 | 20—25公里 |
| (3)師衛生隊距離火線 | 3.5—4.5公里 | (7)第一綫兵站醫院 | 30—40公里 |
| (4)師野戰醫院距火線 | 5—7.5公里 | (8)第二綫兵站醫院 | 50—70公里 |

合以本文所說三個衛生機關的距離里數及其任務性質，大概可以說：部隊綑帶所 (Truppenverbandplatz) 相當於我們的營團綑帶所；總綑帶所 (Hauptverbandplatz) 相當於我們的師屬野戰醫院；而他們所說的野戰醫院 (Feldlazarett) 相當於我們的軍屬野戰醫院吧。

現在就提到他們的傷者處置 (Die Unterbringung der Verwundeten)，不再多嚼囉了。



說起傷者的醫療處置，假使在後方軍事區和家鄉地方 (Kriegsgebiet m. Heimatgebiet)，那是很容易解決的，除了原有的醫院，和臨時在學校、營房、博物院、工廠……等容易改做病舍的公共建築物裏，設立的戰時醫院，可以利用之外，真個要不得的時候 (in Notfaelle)，還可以在公共的廣場上 (如運動場……) 搭起幕棚來。

那些地方，還能感動了許多醫務人員的投効；和各種女性的護助。(譯者按原文爲 Weibliche Hilfskraefte aller Staende 所謂女性的助力，不僅是看護，尚有洗衣、縫補、慰問等均應包括在內)，爲我們的負傷將士而服務，所以任何困難，都能克服。但是在戰地裏，就沒有這樣容易了。因爲在那裏，這一切的援助，都比較得缺乏一點，而且傷者的處置，和軍事上的情勢，又是息息相關的。

這裏，我們對於軍事區和家鄉地方的接收傷者的情形，略過不提。現在就談到我們手衛範圍裏的部隊綑帶所、總綑帶所、和野戰醫院的措施吧！

(譯者按：家鄉兩字，很有意思。在上次大戰時，德國軍隊，始終在異國境內作戰，受傷下來，被運回國，真是回到他們的家鄉了)。

部隊繃帶所：

Der Truppen-
verbandplatz

部隊繃帶所，在理由校官級軍醫 Sanitaetsoffizieren (待查) 組織而成。設置地點：應該在離開火綫約一公里的地方。對於目標和砲火的掩避，都要做到；但又相距不遠，

可以很便利的到達前方。還有一點最迫切希望的，就是有好水源。

反過來，應該避免的，是教堂，大廈，以及地形上暴露的地點，須防射擊的危險；凹深盆地，須防毒氣沉積的危險。

在運動戰的時候，我們可以在屋宇裏，山谷裏，(有樹木的高嶺後面)，石罅裏，地窖裏，未擊破的倉庫裏，選擇部隊繃帶所的所址。

還有被捲進戰渦的那些村莊裏，我們可以在倒塌了的房屋底下，找到那穹窿形的地窖，大概還好好兒的，存在那裏，部隊醫官，正可以選做他繃帶所的地址。

假使牠必須設立在曠野裏的話，那就要從事於防備下雨刮風，嚴寒烈日等天時的侵害。我們可以用棚架搭起小小的橫篷帳起來，或用樹枝來構成一個樹葉的屋頂。

(譯者按：此有偽裝的意義)。

在陣地戰的時候，重砲彈、地雷、飛機下來的炸彈，不時在放肆牠的威力，所以祇好在地下室，掩蔽部，隧道裏；總之要上面有十公尺厚的地層或堆土，纔能安全。

在冬天的時候，當然祇有在可以取暖的幕棚裏，住屋的地窖或房間裏，或而是很快搭起來的活動木舍 (Baracke) 裏【註一】以及各種地下的建築物裏。這時我們要常常注意到的：就是真正的繃帶室，有時也用來做救命手術的場所，必須和傷者的休息所分開來。

負傷將士，從前綫下來，集合在部隊繃帶所，祇是暫時的處置，以待發送到後面去。所以照部隊繃帶所的設備性質上要做的事情，祇是對傷者的一種初步救助。即使要做些手術的工作，也祇是直接的救命手術，例如在上文傷運裏說到過的，應用彈性繃帶或用合法的縫線，結紮止血為主。偶而也可以做一做氣管切開，或將僅僅由皮肉帶牢的斷肢，加以切除。

部隊繃帶所裏醫官的注意要點：應該是救急繃帶的包裝，滋養飲食物的給與，以及虛脫震盪症的防治。

輕微的軟部彈創，雖已有部隊担架兵或同伴們用小小的救傷包，施以包裝；但即使是極輕微的軟部創傷，也往往在短時間內，完全被血液澆漬，一到部隊繃帶所裏，必須重新交換。對於裂開的砲彈創傷，每一調士兵，備有另外一個較大的救傷包來使用，但也祇能暫時的敷衍而已。因此救傷包在到達部隊繃帶所以後，可以說已經盡了它應負的義務。(極輕微的創傷，不在此例)這時部隊繃帶所方面，應該來把它解

下來，接着用紗布棉花等施行良好的繃帶術。至於四肢用副木，希望你不要吝惜！因即使在軟部彈創的人，也會感覺到副木的扶持，在運輸期中，是值得感謝的。

此外部隊醫官要做的事情，就是填寫傷票和預防那甚關重要的破傷風和氣疽。

每一個到達部隊繃帶所受傷官兵，必須立即用破傷風血清注射。每一個破碎甚重而又泥土污染的創傷，必須用氣疽 (Gasbrand) 的預防血清。

其他嗎啡的注射，可以使傷者在鬥爭的興奮後，得到甜適的睡眠。這樣再經過良好的繃帶包紮和攝取飲食(戰地廚房供給)，以壯其氣力之後(腹部彈創，不在此例)，就可以把他們輸送出去。

大概部隊繃帶所的任務，無論在陣地戰、運動戰、密集攻擊戰的時候，沒有什麼區別。總括說一句：他祇是服役於救急繃帶的包紮和完成一二生命上有關的手術適應症後，就應該將負傷官兵，迅速的從部隊繃帶所，向後輸送。惟有例外的情形，如在平靜的陣地戰時，纔能使傷者留部隊繃帶所裏，度過一天以上。

這種部隊繃帶所，大概每一個大隊裏，配設一個。

在陣地戰的一種大規模的密集攻擊，例如在西戰場的索姆 Somme, 福郎登 Flandern, 凡爾登 Verdun, 香賓 Champagne, 等地方，相持數月之久，那時因各師緊擠在狹隘的陣地上，縱深配備的關係，看似很需要改編的樣子，乃將很多部隊繃帶所，併合成聯隊繃帶所 (Regimentverbandplatz) 或旅部繃帶所 (Brigadeverbandplatz) 的性質。這倒也有一種好處：因為併合後，可以把各所工作人員，一批一批的分班配備，輪流作業，那就不時有新的力量，從後待命了。

(譯者按着末一句的意思就是說：各部隊繃帶所的工作人員，擠在一起，地狹人多，所以上文需要併合。併合後，就可以分班輪流，於是第一批工作過的人員下去，第二批新的接班上來，所以說：不時有新的力量待命，倒也很有好處)。

三

總繃帶所：

Der Hauptverbandplatz.

總繃帶所，受師長命令，師軍醫的諮詢，由衛生中隊組成，在作戰部隊的後面六至十公里。他是所有傷者的中央集合點，應該配設在那種便於通車進軍的地方。

假使因砲火的關係，不能得這種地點，那末設立在樹林裏，或小山後，搭用幕棚，也是好的。

衛生中隊的運輸工具——馬拉的病車，動力的病車，從停車站上，迎接傷者下來，運到總繃帶所。在運動戰或陣地戰的密集攻擊時，傷者潮湧似的聚集到總繃帶所

來，往往以數百計，所以總繃帶所裏，應該有看護傷者好幾天的人員和醫療處置的設備。

因此總繃帶所，也有他的雙重任務：即傷者的輸出；和外科醫的診治。

我們從總繃帶所勤務的全貌看來，應該比僅僅為傷者經過一下而設的部隊繃帶所，更加謹慎地去選擇他應用的地址。

倘使可能的話，我們第一要設在沒有被戰事波及的村莊裏，因即使在最小的村莊裏，總也有一個教堂（譯者按：我國有祠堂廟宇），我們可以立刻從倉庫裏，取出稻草來鋪設起來，收容一個相當數量的負傷官兵。

此外被考慮到的；如校舍、廳堂、會議廳的走廊和大廳、大倉庫、或而是自造的活動木舍。

如果稻草缺乏，就用木棉，木屑、紙屑、枯葉等以代床褥。

私人住宅的房間，比宏大的廳堂，當然能幽靜一點，可是進出的行道太狹，奔運傷者困難，所以這種房間，祇能用做少數傷官的臥室，或需要絕對安靜的破傷風，和需要隔離的傳染病病舍而已。

爲了處理傷者的大部份工作，必須在夜間施行，所以良好的燈光，就很需要。於此認爲適用的，是斥候兵的 Acetylen 額燈（Stirnlampen）。最好的是工兵用的反光燈（Pionierscheinwerfer）我們在都窩孟 Dauaumont，地方，【註二】甚爲採用。

（譯者按：以上是總繃帶所的一般設備，以下講醫療的處置）。

總繃帶所的值班醫官，對於每一個到所的傷者，應該在傷票的明白記載之下，檢定他是否先予以醫療的處置呢？還是立刻把他輸送過去？尤其要緊的，是所有用彈性繃帶的傷者，必須立刻加以醫療的處置。假使他已經發生了氣性壞疽或嚴重的毀壞，就應該在這裏施行斷肢手術。

此外在總繃帶所裏，准許實施的手術，就是我們常常提到過的：例如出血、窒息、尿澀調等危及生命的緊急處置和輸血。

但僅僅是這些工作，已可算是總繃帶所的全部外科工作了。假使總繃帶所的外科醫官，把傷者的大部份工作，替野戰醫院代做了過來，這似乎是一種錯誤。我們的意思，祇有那一經延誤，即起危險的傷者，如同我們在前面已經提示過的那些生命有關的適應症，纔可以在總繃帶所裏施行手術。

反過來，腹部彈創，頭顱彈創，關節彈創，四肢的嚴重挫創，下頷骨彈創，頸部彈創，脊髓彈創，以及其他創傷的並非生命決於俄頃者，照理都應該到野戰醫院去。

有時候或需再經過繃帶所的交流。有人喜歡在潰血透了的繃帶上續加繃帶，未敢贊同，因為它可以掩飾了創部變化的真相。（譯者按：例如重新出血、化膿、發炎等不易覺察是也）。

我們之所以主張總繃帶所裏的手術措施，不應該過份擴大，實在有兩個理由：

- 第一：野戰醫院的一切醫療設備，都比總繃帶所來得好，這在看護，清潔，消毒各方面，尤其如此。
- 第二：總繃帶所是配屬在作戰的部隊裏的，所以必須要避免傷者的累垂，而得經常保持他較大的活動性。

還有一層意思：如果總繃帶所裏將需要做手術的所有傷者，統統收下來，而且都處理過了，那末野戰醫院的力量，對傷者會變得英雄無用武之地，或而把精力，浪費在疝氣（Hernia）盲腸炎，痔核等手術上，這豈不是完全失掉了野戰醫院設立的初旨嗎？

但是上述情形，當然也有例外的；尤其是陣地戰時，部隊被陷落在一個小小的區域裏，那時總繃帶所，當然要兼做野戰醫院那樣的工作，擴展到任何較大的無菌手術，都在那裏實施。這種佈置，如果在道路和戰事情勢不良的關係，以致到野戰醫院困難，而總繃帶所却還可以繼續處置的時候，顯得格外可以稱道了。

但據我們自己的經驗，這樣純粹地能做手術的總繃帶所，雖然有時候，也可以做出好的工作，却不會維持得長久。所以我們還應該保留着“總繃帶所的法則：普通就祇是傷者運輸和完成救命手術的兩個任務”。

而且運動戰時，衛生中隊應該迅速的追隨作戰部隊，所以那時的總繃帶所，幾乎是祇有指導傷運的性質而已。同樣，在陣地戰的密集攻擊時，也應該竭力騰空那要做手術的傷者。因為這樣兩軍接近肉搏的戰事，祇要戰鬥的情勢，稍有變動，就能夠危害到總繃帶所的安全。那時我們要突然地送出所有傷者，就會遭遇到最危險的困難了。

四

野戰醫院：

Das Feldlazarett.

野戰醫院離前線十五至二十五公里，乃是傷者最重要的治療機關。他部署着一切設備，使它適當於一個好的地方醫院那樣的完善。

傷者在這裏，應當有好多天的耽擱，然後送軍醫院醫治（Kriegslazarett 以意度之，相當於我們的兵站衛生機關），使他入痊癒期中。或用病院列車送往家鄉。

一般野戰醫院，是設立在原有的地方醫院或大的建築物裏，他的經營完全和普通醫院一樣。

陣地戰的時候，由於衛生倉庫的能夠補給到任何方面，所以陣地戰的野戰醫院，簡直和當代的普通醫院相同。

在運動戰時，那末追隨在後面的野戰醫院，大多是推進到總綑帶所的原址裏，接受了那裏的傷者，並且把那個地方，改良得像野戰醫院一樣的情形。

例如海墊用草薦來替代散鋪的稻草。作蓋被用的棚帳布和大衣，改用了羊毛毯。初時背囊當枕頭的，現在也有了真正的枕頭可用了。還有很多的看護和服侍者，來造成它的秩序和清潔。

私人住宅的小房間，也可保留做單獨的院舍，普通總是較大的房子，比較得切合實際一點。

一九一五年，我們在波蘭戰場，利用那通氣的倉庫，確實勝過農家的小房子。因為它不必受蒸熱和悶氣的苦惱。同時蒼蠅的禍祟，也減少得多多。

還有畜舍也可做有利的應用，事實上證明他可以比農家小房子，少有毒蟲。（指臭蟲、蒼蠅等而言）的禍害。

為避免儲藏室內所預備的稻草亂散開來，可以做一根低的門檻，把它攔住好了。

我們要一個倉庫，或甚至於一個畜舍，能夠有整潔的外觀，且因此而獲得稱讚，可於附近的河道或沙丘裏，拿些細沙來，撒布在出入的行道裏。

床鋪的安排；或者向人家去求得，或者用木板來自己做；如果這樣也沒有的話，那末用桿棒互相釘起來好了。

X光線的裝置，也是一個設立時間較久的野戰醫院所需要的。大概是好幾個野戰醫院當中，必得要分配到這樣的一個（即有X光線的野戰醫院）。至於X光線的需要配帶發電機，當然用不着說的。

在陣地戰的時候，我們看到過建築得很漂亮的野戰醫院。它有適宜而美術化的外觀。同時內部有衛生設備很好的病房，有極端清潔得蒼蠅絕跡的手術間，有美術化的石砌洗浴場，以及很多冷巧簡便的整形外科器具；這些證明了他們是怎樣的在競爭着給傷者以最好的處置！

【註一】Baracke 是一種活用的木板房，可拆開來裝車移走，臨時時隨即裝成營舍，前中央醫院的護士宿舍，就是美國人捐贈的 Baracke。

【註二】都窩孟，在凡爾登市東北，有都窩孟砲台（Fort Douaumont）做過凡爾登惡戰中的重要角色。

抗瘧藥品研究方法之檢討

劉經邦

二十七年夏秋間，大江兩岸作戰部隊，患瘧者之多，幾佔所有人數三分之一以上。防治方面，需用奎甯數量之鉅，概可想見。然當時仍以奎甯未能充分供給，致使部隊患者，未能立時肅清，影響於作戰者實大。按奎甯價值昂貴，來源有限，平時着重於預防實施，（如蚊帳設備）且採購容易，尚可敷用；戰時因種種關係，每感缺乏，故醫藥界多從事於代替品之研究。

如金鈕草之試用，據軍政部第二十陸軍醫院，以金鈕草作治療試驗結果，五十餘病例中，痊愈三十餘例，（載俞昌時著關於瘧疾一書中）。但據第141後方醫院金鈕草治療實驗報告，（載軍醫通訊十三期）患者二十人，多數無效。症狀輕減者四人，獲全治者僅一人。

觀上述記載，效果不一，其價值尚難定估。此種研究實驗，用意固善，但於方法上尚須作進一步之探討，爰不揣冒昧，略質所見。

奎甯一藥，自十七世紀中葉以還，三百年來居惟一之抗瘧聖藥地位。在第一次歐戰時，因奎甯缺乏，醫藥界努力研究，發明化學品撲瘧母星（Plasmoquin）及瘧蘇平（Atebrin），以代替奎甯應用，雖曾風行一時，但臨床上及動物試驗仔細研究之下，不如奎甯之能普遍應用，蓋有其副作用也，且各有其利弊。

如瘧蘇平孕婦服之適宜，并有人謂服瘧蘇平較服奎甯不易復發，此點尚在研究中；據作者經驗，并不比奎甯為佳；某英國醫生著論，服瘧蘇平有致神經錯亂之可能，不可忽視；至服後，每使皮膚發黃，尤其餘事也。

撲瘧母星雖稱可以殺滅惡性瘧疾之有性原虫，（半月型原虫），但其變更血色素，致患者發紺色，且降低血壓，妨礙心之功能；若不謹慎從事，每易起不良之副作用；故服撲瘧母星時，需同時服用奎甯，藉此可以調和其毒性；至其理由，則現時醫藥界尚未能加以解說。如患者血壓降低，尤其靜脈注射撲瘧母星時，須同時注射麻黃素（Ephedrine）以免血壓太低，而致休克（Shock）之虞。

由上舉各點觀之：該兩藥之功能，尚難躋於奎寧之同等地位，而售價之昂，可為咋舌。其所以尚能風行一時者，亦不過人們心理之見異思遷耳。

憶在十五六年前，曾有人謂以 1% 紅汞溶液靜脈注射，可以治療瘧疾，作者時當實習期間，曾試驗病例三人，有兩人小便內發現紅血球，（腎炎），遂不敢續用。近時復有提出應用者，要皆感於奎寧之缺乏，思謀他種藥品以代之（本草或化學製品）之意也。

奎寧之為治瘧聖藥，已有其相當歷史；但應用上亦有缺點，如服後有時令人起不快之感，頭暈耳鳴，或胃不舒適，且不適宜孕婦，（服少量無害）。然有謂患者抵抗奎寧，服藥無效者，此種情形，則甚少見。塞西爾氏（Cecil）謂瘧疾患者，或有抵抗奎寧者，但醫鳳毛麟角。一九〇九年，Craig 氏謂奎寧之能治愈瘧疾與否，全視其是否服用得法，若能適時服用，未嘗見有一抵抗之例。

著名內科大家歐氏亦說：「若有醫生至今日尚不能以奎寧治愈瘧疾者，可以不必行醫矣」。

根據以上種種說明，奎寧仍為今日唯一聖藥，絕無疑問，筆者津津舉此為論者，意非保守，蓋知一種藥品之對於某病具特效者，當有其對該病病理及生理上絕對可靠之作用；故研究之道，亦須就各方面加以多次試驗（祇少須試驗二百人以上），始能確定其結果，實未可妄測臆斷，或僅就少數人之試驗，便據以為可治某病之證明也。

關於抗瘧藥品研究之方法，願抒所見：

（一）患者分類 患者性別、年齡、應加以分類。蓋與藥劑量及病程之經過有關故也。

（二）確定診斷 在蔓延地域，診斷急性瘧疾，似為易事；脾臟腫大，可以據為診斷特點。患者之病歷——現在及既往——亦可為診斷之一助。但有時其病狀，（尤其惡性瘧疾）變化萬千，不可捉摸。有似傷寒者，有似痢疾或霍亂者，有似急性中毒或中風者，（大腦型）種種不一，故欲確定診斷，則顯微鏡檢查，最為緊要。

感冒、傷寒初期，及其他熱病，均類似瘧疾。如無檢驗設備，每易被診斷為瘧疾。此等病症，祇須諳病得法，即不藥亦可計日而愈。若斷為瘧疾，而投以試驗藥品，得見痊可，遂誤以為該藥確有效驗者，實屬欠當。或有因從曾前患瘧疾，致現貧血、脾臟腫大等症狀，但其現在症確係另一種疾病而被誤診為瘧疾者，結果錯誤，影響亦大。

且單就一種瘧疾診斷，猶嫌未足。須按（1）間日瘧（2）三日瘧（3）惡性瘧分別診斷；蓋因此三種瘧疾，各有其原虫作祟，更須用顯微鏡檢查以確定之。此三種原虫，在人之血液內，長大繁殖，分爲有性與無性，有性原虫不致有害於人類。在瘧疾盛行區域，血液內常可找到有性原虫，但其人不顯病狀；若此有性原虫，經由蚊蟲體內，再傳入人身，即能傳播瘧疾；故瘧疾之流行，全係有性原虫爲之傳播也。故試驗一種藥品治療瘧疾，須察知其抗何種瘧疾原虫，更進一步研究其抗某種原虫之有性抑無性？

例如奎寧，據臨床上研究，對於間日瘧及三日瘧之有性及無性原虫，與惡性瘧之無性原虫，均有撲滅之效力；但其對於惡性瘧之有性原虫（半月型），無殺滅能力。撲滅姆星對於惡性瘧有性原虫，不特殊撲滅功能；但對於惡性瘧之無性原虫，則無甚效力，故治療惡性瘧疾，最好用撲滅姆星與奎寧合劑，有主張祇用奎寧已足。

如前所言，有性瘧原虫固不能致人于病，但其能傳播瘧疾，亦應加以撲滅，故對抗瘧治療之試驗，須求診斷確實，試用藥品之有效與否，庶不致毫釐之失，謬以千里。

（三）須與已知效力之藥品互相對照治療（與奎寧對照）：

患者診斷確定，按年齡與性別分類後，再分兩部份：一部份若干人，以試驗藥品治療之；另一部若干人，則仍以奎寧治療之。每日觀察其結果：如臨床上脈搏、溫度、呼吸、小便等檢查有無變態及有無耳鳴等副作用？檢驗下瘧原虫之增減情形如何？悉心與奎寧作比較觀察，以證試驗藥品之效力。

（四）行顯微鏡檢查，斷定其有無撲滅原虫能力：

欲試驗一種藥品之能否抗瘧？須先知其能否撲滅其原虫。抗瘧效率之大小，即視其撲滅原虫能力之大小遲速爲標準。若能以最短時間，在血液循環內，殺滅原虫而不妨礙人之健康，則爲最理想之藥品。欲知瘧原虫是否撲滅？則非就顯微鏡檢查不爲功。

其法經按日按時服用試驗藥品後，每日在一定時間，取病人血液，作玻片染色檢查。按白血球比例，計算瘧原虫之數目，是否減少，抑仍保持原數？例如服試驗藥品之第二日，患者每立方釐之血液內，假定有白血球八千個，而玻片視野內，平均看見白血球八個，瘧原虫兩個，按此比例，求得此患者每立方釐血液內，含有瘧原虫兩千個，（注意同時須觀察五十個以上視野，以求得白血球及瘧原虫之平均數）。

至第三日，患者每立方厘米血液內，白血球如仍為八千個；視野內白血球為八個，瘧原蟲為一個，則每立方厘米血液內，瘧原蟲已減為一千個。或作同樣檢查後，瘧原蟲并未減少，或竟增多，或與昨日相差無幾。觀此結果，可知試用藥品之效力如何。

此項檢查計算，可試行至血液內無原蟲或病人痊愈為止。如試用至第三日，仍無效驗，即應改服奎寧，免誤患者。（平常患者在發冷初起後六——八時間血液內，含有大量瘧原蟲，極易於顯微鏡下找到。有時血液內瘧原蟲為發作性的發現，時有時無，故須作數日之玻片檢驗，方能確定瘧原蟲之有無）。

在藥品試用期間，一方面檢驗計算瘧原蟲之減少，一方面尚須與臨床病狀相比較——脈搏、呼吸、體溫——并須注意有無副作用：如頭暈、耳鳴、反胃等現象，詳為記載，以便有變化時，立時停止服用，或減輕其劑量。

(五) 注意服用劑量：

藥品之用量與性別年齡關係極大，須特別注意。植物性藥（本草），因種植方法，地域，及年限之不同，效果極不一致。故用量亦漫無標準。須設法提出其有效成份，規定標準用量，如麻黃素（Ephedrin）之應用是也。

以上所舉各點，係作者就研究方法上，略資所見。掛一漏萬，在所不免。至若一種良好抗瘧藥品之發見，尚須醫藥界努力研究試驗。在未有新的特效抗瘧藥品發見之前，奎寧之需要，仍不可或缺。而奎寧之來源，仰給國外，漏卮之巨，固足驚人。挽回之法，惟有提倡奎寧母植物辛可那（Cinchona）樹之種植，及設廠自製；而另一方面，努力於他種代替品之研究，倘有發現，自為我國醫藥界之光也。

本刊啓事 [一]

此次神聖抗戰，為我歷史上最光榮最燦爛之一頁，凡所經歷，胥存史料，則其價值之宏，毋待贅言。即以我戰時衛生勤務而論：如能於七七事變迄今，纂輯成書，自必大有可觀。惟是史料真義，重在紀實，而記述之翔盡，概隨業務以作成，故非從事於實際工作者，莫能得其底蘊。同時史料之蒐羅，不能求之朝夕，限於一隅，非日積月累，不足以求其精采；非遠搜廣詔，不足以策其完備；此則全賴我各地軍醫同仁，就其平日實際工作經過，隨時隨地，盡心搜求，逐加記載，而後可以取精用宏，集思廣益也。本刊有鑒於斯，除另擬史料編纂綱領，容後揭載外，先布管見，敬求會員讀者，予以注意贊助！

國軍營養改進之研究報告

李廷安 · 鄭集 · 徐達道

——錄關於膳食方面——

邇來食米奇昂，菜價高漲，士兵給養，極感困難。影響所及，陷於營養不良者，比比皆是。本刊有見於斯，特徵稿於中央研究營養各專家。茲承衛生署公署長檢寄李廷安等國軍營養改進之研究報告一篇，爰為披載，以供讀者參考。——編者謹識——

(一) 營養素之最低需要！

根據本研究之結果，及參照國聯營養標準，作者建議我國士兵，每人每日所需之營養素，不能少於下列數量：

碳水化合物	660 公分
脂肪	30 公分
蛋白質	80 公分
磷	1.32 公分
鈣	0.64—0.68 公分
鐵	0.015 公分
總熱量	合計 3400 卡 (Cal)

上列營養素份量中，蛋白質之份量，係根據鄭氏之主張。磷鐵係據許氏第(5)標準。因本研究所得磷鐵之份量，均較許氏標準為高。按許氏標準，一般均甚適用，故仍以之為我國士兵膳食中磷鐵之標準。其餘數量，悉為此次研究所得之結果。脂肪 30 公分，雖較其他各國士兵膳食中之脂肪量為低。(第九表)，但因人體內可由碳水化合物自製脂肪，且為經濟起見，不能多用。

為欲得到上述之營養素份量，每兵每日，應食下列之各種食物：

糙米	822 公分
脂肪(炒菜用)	16 公分
肉類(包括血肝腸等)	30 公分
葉菜	80 公分
根莖瓜果類	70 公分
豆類(以大豆為主)	60 公分
食鹽	10 公分
其他調味品	5 公分
其他食物	20 公分

在實施時，可參考附錄二之食譜示範。但食譜中之各種菜類，可斟酌地域季候，以同類之食物代替之。

(二) 食物之配合與選擇

關於士兵食物之選擇與配合，應注意下列各項：

1. 應一律食用糙米粗麵，以增加膳食中乙種維生素及無機鹽之含量。

2. 多食用大豆及其製品。如豆腐、豆芽、豆豉、之類。至少每隔一日，應食大豆食物一種，以增加完全蛋白質之份量，而補穀類蛋白之缺點。
3. 每日至少有一餐，稍含動物性之食品，如肉蛋之類，亦可用豬血或牛血以代替一部份之肉蛋。間或可購豬骨打碎熬湯，加少量之醋，以增進骨內鈣之溶解。蓋如此則不僅增加膳食中之脂肪，且可增加鈣之攝取也。
4. 綠色蔬菜，為士兵膳食中之主要保護性食物，每日必不可少。其份量可比上表所述之數字多，而不能少。如遇蔬菜缺乏時，可將黃豆、綠豆、豌豆等發芽，以代替一部份之蔬菜。
5. 食用油（烹調用）不能少於作者所建議之數量。（即每人每日十六公分）。且應利用一部份植物油。因

植物油之亞麻油酸（linolic acid）及次亞麻油酸（linolinic acid）含量，較豬油豐富也。

6. 每餐每日食物之配合，可參考附錄二。（編者按：已請衛生署補寄）

（三）烹調上注意之事項：

1. 煮飯不可去米湯，宜用“悶鍋煮法”。因為米湯內含有豐富之營養素，如乙種維生素，及無機鹽等。
2. 炒煮葉菜時，火力宜大，時間宜短。通常5—8分鐘即足，以減少丙種維生素之損失。尤不可將炒菜或煮菜之汁水拋棄。
3. 加食半熟蔬菜：凡加鹽或不加鹽即可生食之蔬菜：如地瓜、黃瓜、紅薯、萹苳、西紅柿、蘿蔔之類，應多加利用，以補內種維生素之不足。惟必先用水洗潔，再放入沸水內煮二三分鐘後，方可截碎食用，以免有病菌及微生物之傳染。

徵求會員 歡迎參加

各戰區服務之軍醫人員（軍醫、司藥），如願參加本戰區軍醫學術研究會為會員者，均所歡迎！（本會簡章，請向上級長官部衛生處函索即寄）

流感略述

陳方之

一、病名病史論

當西歷 1889 年到 1893 年的五年間，本病自西班牙起，電掣風湧般似的，只化了兩三個月的時間，偏襲了全地球的人類；於是本病的西文名稱，始出現於世。西班牙鄰近於意大利，意人乃名之曰 Influenza，德人註其義為 Winderkrankheit，譯作中文，則為風行病之意；其後法人又呼作 Grippe，含義亦同；一部份學者，以其從西班牙始病，又往往呼作西班牙病 (Spanische Krankheit)。然而歐文的古代醫籍，雖有類似證狀的記載，而未曾說明其傳播有如斯迅速，故流感之在歐洲，古時究竟有無，只能說完全不明。

中文的流行性感胃五個字，是日人聯攏來的；但感冒二字，當然出於中國書。宋代楊仁齋直指 (卷三) 風條下，有「感冒風邪，發熱頭痛，咳嗽聲重，涕唾稠粘」，等語，是我感冒二字的出處，明明是描寫流感的證狀；感，是感應，冒，是冒風；感冒二字，已帶有傳染的意味，即素問傷寒中之所謂「無長幼，率相似之民病」云：謂其形容大流行，亦無不可。

至於我國古代，究竟有無流感？若從嚴格而言，亦只能說完全不明。近年張心鶴氏，以科學眼光，推搗張仲景傷寒論，謂為全篇指說流感；然余以為傷寒論之述候，下記二則，無論如何，不能作流感解：

(1) 「傷寒十三日不解，胸脅滿而嘔，日哺所發潮熱，已而微利；熱結膀胱，其人如狂，血自下；身體無汗枯燥，口乾咽爛，或不大便，久則譫語，甚者至噤，手足煩擾，捻衣摸床；結胸作痞，其脈浮大者，不可下，下之則死」。(卷三)，此則極近於 Typhus，而決非流感。

(2) 「鼻乾不得汗，嗜臥，一身及面目悉黃，小便難，有潮熱，時時噦，耳前後腫」。(卷四)。流感之胃腸型者，有時雖或有輕度黃疸，然此則之描寫，決不能算作此型；或指出血性黃疸而言。

余以為古人認病的界限不清，無特殊標誌之發熱病，均籠統含混，不足為奇；傷寒論一書，決非描寫一病；則亦不能算作古代已有流感的佐證。

現今流行性感胃病原體，尚在未明；故流行性感胃與普通感冒 (Erkältung) 之間，究有如何關係，亦所不知。普通感冒的病證，與流行性感胃的最多數型 (typisch katarrhalische Form) 的病證，完全相類；故普通感冒，或即為大流行後之散發性小流行，

也未可知；若果如此，則在理論上古時已有此病。

二、病原病理論

自從 Pfeifer 氏菌 (1891 年) 出現以後，世界學者，對於本病的病原問題，分作三派：

- (1) 承認本菌為唯一的流感菌。
 - (2) 以為本菌只有第二次的共棲作用，真病原體不明。
 - (3) 濾過性活毒 (Virus) 說。
- 余今分作五段，以討論三說之長短：

第一段：Pfeifer 氏菌的性狀。

無論如何，本菌是諸說的關鍵，故先述其性狀如后：其形態極小，為兩端鈍圓之桿菌，無鞭毛，無莢膜，無芽胞；其培養須加血液，集落小而透明，與白葡萄球菌共棲時，能增長其發育；其毒性較弱，但將其液體培養的濾過液，注射於兔，兔能發病而死；將菌接種於動物，動物均不感染，惟與肺炎球菌同時接種，則兩菌雖均用極微量，能致動物於死。

第二段：Pfeifer 氏菌的病原性。

有兩個相反的事實如下：

- (1) 小兒流感性腦膜炎時，其脊髓液中，往往見有本菌如純培養，(1905 年 Wollstein 氏報告) 中耳炎盲腸炎時，亦能證明本菌；而呼吸器疾病，尤以肺炎性病灶中，多能證明本菌之參與。

- (2) 一部分流感的初期病人，本菌不能檢出，而後期病人，則更多不存；用大量的純培養本菌，塗於常人的咽喉上，別無何種病象發生。

通常用人工培養之本菌，接種於動物，絕不能引起病象；但 Cacil 氏將本菌通過於白鼠十一代，又通過猿十三代，能增高其毒性，塗於猿的氣管粘膜上，能引起流感同樣疾病；惟追試者不多，尚不能確定。

第三段：病的傳播力與菌的傳染力的對比。

- 本病之襲人，其速度猶如旋風，一九一八年大流行時，竟以十餘日間，傳遍歐洲，性之猛速，無他病可與比倫，若執此情勢，以與 Pfeifer 氏菌相較量，實多不合；常見慢性氣管支炎病人，痰中排泄本菌，數年不絕，而其周圍的人們，絕不因其咳嗽所傳播，而患流感；此類現象，決非僅以免疫及保菌二條件，所能說明；吾人試將本病與本菌，對比之如下：

病……條而來，條而去；流行在於秋冬；迅速以人傳人。

菌……常年長存；病人口鼻內的出現率，與常人相等；上能以人工引起其感染。

第四段：共棲作用說的異同。

本菌的共棲作用，誠然有之；然其與何種微生物，發生共棲作用；又本菌之共棲地位，究屬第一次或第二次；均

尙無定說，茲錄其二說如下：

- (1) 認本菌爲第一次侵入，而肺炎菌或連球菌第二次感染時，始足以引起病象。
- (2) 認本菌爲第二次侵入共棲，而第一次真病原則不明，或爲未知之活毒。(Virus)

第五段：濾過性活毒說。

1921年，Olitzky氏用發病36小時後病人的鼻咽腔分泌物，過濾後注入於兔的氣管，兔能發熱及起結膜炎，并白血球減少；撲殺後且見其肺浮腫出血，第二代亦然。然而一方面用本菌的濾過液注入於兔，則發熱而白血球增加，解剖之，肺無變化；是活毒說亦稍有根據。

總之，流感的病原體，尙不能確切明瞭；因而其病機究竟如何形成，亦不能推測；吾人只能述其解剖上的各臟腑病變：

(甲)呼吸器的病變：

鼻腔咽喉頭部的變化，比較的輕，反以副鼻腔的病變爲重，往往多滲出性炎，或化膿出血性炎；氣管及氣管支亦然；若乃肺臟本組織的病變，肉眼視之，其割而呈雜色，如大理石之紋；其所以成爲雜色者，蓋因變化多端；出血性浸潤，造成暗紅色顆粒，膿瘍性氣管支肺炎，造成黃白色小灶，若鏡檢之，肺胞及氣管支壁的上皮細胞多增殖，肺胞浮腫，多出血性浸潤，氣管支充滿，多赤白血球的紅黃色栓塞；到處可證明多

量連球菌；若病灶大時，即成膿瘍，所以流感性肺炎後，往往有肺膿瘍的後貽症，且移行到於肋膜。

(乙)其他臟腑的病變。

前述炎性病變，往往自肋膜沿及心囊，成爲出血性化膿性心囊炎；脾臟腫大，組織柔軟，其病變爲自動性充血；肝亦腫大，且多脂肪變性，而腫脹潤濁；腎臟時或有變化，多爲廣泛性絲球體腎炎；腦及腦膜，多著明充血，其剖面有時見出血斑；肌肉往往見蠟樣變性。

三、病證病斷論

本病的證候，有千差萬別之觀；全身證既有輕重的區別，局所證更有部位的異同；加以二次性的感染，摻雜其間，起伏變化，猶如雲霧，定規敘述，極所煩難；茲就可以分類的範圍內，條述如左：

(1) 模範型 (typische Form)。

此型最普通最多；潛伏期不過二三日，發病急速，以惡寒或寒戰開始，熱度驟昇至 39°C 以上，全身疲倦，頭痛劇烈，有時且背痛胸骨痛；鼻腔咽喉頭，感覺灼熱，氣管喉頭，感覺癢痒；食思缺乏，胸悶作嘔；約經四日至七日後，其熱分利性(間或有渙散性)下降，而病漸愈。但其熱型，往往表現一種特點，即於二三日高熱後，忽而一二日無熱，其後再相當上昇，而諸證亦增進，此蓋表示本病多再發的性質。

(2) 葉液炎型 (katarrhalische Form)

本型除發熱頭痛等全身證候而外，呼吸器系統的局所證候著明，鼻腔咽喉扁桃腺，發赤腫脹，聲音嘶啞，氣管支炎著明，咳嗽繁劇，咯痰夥多，聽診上多乾濕性水泡音；有時且眼內結膜紅腫，流淚羞明，加以鼻涕滂沱，顏色頰紅，往往呈一種特殊容貌，可以一望而診斷之。

(3) 傷寒型 (typhöse Form).

本型以全身證候為主，別無任何著明之局所證候；高熱持續至二三星期，頭痛疲倦特甚，肌肉痛亦著明，往往陷於心麻痺而亡；或可稱作純中毒型。(rein toxische Form)

(4) 胃腸型 (gastro-intestinale Form).

本型比較的少見，除全身證候而外，以胃腸障礙為主；舌苔極厚，色帶灰白，惡心嘔吐，腹痛下痢，有時偶或發輕度黃疸。

(5) 神經型 (Nervöse Form).

以神經證候為主，頭痛背痛肌痛神經痛等均劇烈，不久昏睡譫語，有時且項部強直，Kernig 氏證候著明，呈腦膜炎狀態，故又呼作腦膜炎型 (meningeale Form)。

(6) 癱瘓質斯型 (Rheumatoide Form).

四肢痛肌肉痛關節痛特著，且持續甚久，故有此名。

然而上述分類，決非有明確界線，為之劃分，不過因便利計，聊為題名；而其間綜錯移行，輕重變化，各隨流行的年季，各不相同，現象多端，決不可拘泥於此，而作削足就履之舉，且其間尚有合併證後貽證，以混亂診察者之目，更不可不知。

合併證：

第一為肺炎，多因連鎖菌葡萄球菌肺炎等的

二次感染而起，為本病最可恐怖之變，本病之死亡率，有至百分之二十者，大半因此；起病時多發寒戰，脈搏細速，呼吸困難，咳嗽加劇，鬱血漸著，鼻翼躍動，其所咯痰，帶膿或血，多以心臟麻痺，或血管運動神經麻痺而亡。肺部打診：以散在性輕濁音為多，大葉性重濁音為少；肺部聽診：則以捻髮音，濕性水泡音，氣管支呼吸音為主。通常僅犯一側的下葉，偶或有二側性，經過約須二星期。肺炎之後，往往轉為肋膜炎，其滲出液，於漿液性以外，往往加以膿血。第二為化膿壞疽性氣管炎；此證於 1918 年流行時最多見，往往自出血性喉頭炎而起；胸內苦悶，胸骨疼痛，咳嗽烈，咯痰多，以致呼吸困難，達於極度；其炎證且多漸入氣管支，則乃呼吸促迫，心臟衰弱而亡。第三為急性腎炎，中耳炎，縱隔竇炎 (Mediastinitis) 等，則偶或見之。

後貽證：

第一為慢性氣管支炎；第二為肺結核；第

三為癬瘡證；(Furunkulose) 第四為出血性腦炎；第五為神經痛；均各宜專述，茲姑不贅。

鑑別診斷：多不甚困難，惟在流行初期，或散發性時，遇其證候之不規則者，則須檢查其血清反應，血液像，尿反應，以供參考：

- (1) 血清反應。Pfeife 氏菌的凝集價頗高，常能至千六百倍；但往往因菌種之異，而反應不明；且同一病人，能現兩種菌的反應，不可不注意；而對於本菌菌種的區分，尚待研究。
- (2) 血液像。本病白血球減少；但多核白血球的對數，比較的増加，故其減少在於淋巴球，此可與傷寒鑑別，極所重要。
- (3) 尿反應。Diazo 反應陰性，亦與傷寒有異。

四、醫法論

用 Pfeifer 氏菌作疫苗，以之治療流感，或預防流感，一概無效，故本病的特殊原因療法，完全不明；惟有對證療法而已。對證療法之中，以發汗療法為最；在適當病期，服用 Aspyrin 一類藥品，往往其效如神，舊醫籍中之桂枝湯等發汗，亦與之相同；又或飲以多量熱茶熱咖啡熱汁熱牛奶等，或胸腹部用蒸熱濕布裹之，或使其蒸汽浴，均為發汗之助。咳甚痰多時，則用鎮咳排痰劑；脈細血鬱時，則用強心劑；臨機立斷，不可貽誤；對證療法，若用得其當，甚可維持病人之生命，使渡過病菌的毒焰高張期，而漸趨恢復，莫忽視之。

創傷之一般救急外科療法

葉潤石譯

醫學博士 原勇三著

原勇三博士係譯者留東時之從業師，承以其所著『救急外科療法』見贈，共分七章，頗合實用。茲節譯其第四章『創傷之一般救急外科療法』以實本誌；因創傷為軍陣所常遇，而救急不容有須臾之延誤，尤以第二項『出血之救急療法』，論述頗詳，足供軍醫同仁參考。

— 譯者 —

對於創傷之救急，不可不考慮者，首須記取下列之原則：

- (1) 因創傷而起全身的影響（休克等）之危險，應講求對策。
- (2) 出血須講求停止之策，以防由失血而起危險。
- (3) 須防止創傷感染。
- (4) 須促進創傷之治癒。
- (5) 對於創傷疼痛，應有鎮靜之方法。

尤以全身的影響，出血等，能直接威脅患者之生命，故首須先行此等之救急處置，然後再向其他方面，講求萬全之策。

第一項：對於全身的影響 之救急療法：

- | | |
|--------|----------|
| (1) 虛脫 | (4) 酒客譫妄 |
| (2) 失神 | (5) 脂肪栓塞 |
| (3) 休克 | |

一、虛脫：

各種創傷之際，屢屢遭遇，蓋心力急激衰退及體力急激低下之謂也。

【原因】其原因為高度之失血，(大手術後，大創傷後)心臟自身之損傷，心臟之過度勞動(尤以瓣膜，心筋，血管等有疾患者)，肺血栓，急激之腦貧血(腦動脈之血栓，貧血患者或麻醉患者之早期起床)，中毒(蛇毒，長時間之麻醉，化學物質)，細菌中毒等。

【症狀】顏面呈蒼白乃至紫藍色，流冷汗，四肢厥冷而呈紫藍，瞳孔散大，脈搏細小頻數，無力不整乃至結滯。呼吸不整淺表(有時遲緩)，意識混濁乃至喪失，四肢弛緩，時時呈痙攣的運動。有時伴有嘔吐。體溫下降至35度乃至6度。心力不能恢復時，則短時期內，取死亡之轉歸。

【療法】如病因所示，強盛其心力，乃唯一之方法也。最有效者為Camphor, Strophanthus, Diuretin等之皮下注射。其他 Digalen 等之注射，亦可併用。尤以 Camphor 每隔半小

時，注射一二筒為佳。又失血後，中毒後，全身感染等之際，以生理食鹽水，Ringer 氏液等之靜脈內注射，最為有效。又以 Cognac, Rum, Brandy 等之濃厚酒，藉橡皮管送入胃內，或用溫葡萄酒注腸，亦有效果。此外以溫熱法蘭絨包裹身體，低其頭部，高其足部，床中置湯婆子數個，以防體溫之發散。又心臟按摩亦有效。

譯者按：Koernig 氏心臟按摩法，乃自胸廓上予心臟以衝動之法也；即以左手置於患者右側腋窩，以右手平貼患者心臟部，即指頭貼胸骨上，拇指小指球貼近乳邊，而行腕關節之上下運動，每分鐘約百回，以手掌之中心端，予心臟部以衝動，此時右手之指不動，唯貼置胸部而已。

二、失神：

此因創傷精神的影響，反射的起腦貧血，因而來一過性之意識混濁之謂也。

【原因】多起於神經質易於興奮之婦人或飲酒家之男子等。如憂慮恐怖等強度之情緒變動，尤以驟見出血，或閃亮發光之手術器具。其他在局部麻醉無痛性手術或帶交換之際，亦起失神，此因血管運動神經受刺激，發生腦貧血之故也。

【症狀】前驅症為顏面蒼白，嘔氣頻催，冷汗直流，發生眩暈。次乃瞳孔散大跌倒，意識全消，運動知覺亦共

消失。此際脈搏細小頻數，然仍規則正調，呼吸則淺表而緩慢。此症通常為一過性，取死亡之轉歸者極稀。

【療法】頭部及胸部使之低下，足部抬高，解開其衣服，不久即能意識恢復。其後暫時取水平臥位，令其休息，以赤酒，Cognac 等飲之為佳。若失神狀態不易恢復時，則行前記對於虛脫同樣之方法可也。

三、休 克：

【病理】Schock, Shok (震盪症)：休克者，各種創傷之際，起與虛脫同樣狀態，更反射的喚起種種症狀之總稱也。(休克—虛脫十反射症)。

據 Von Leifen 氏及 Groeningen 氏等諸家之說，末梢部位受強度之刺激，則於脊髓及延髓，惹起反射機能之疲勞，消耗乃至抑制，因而一切生活機能即心動、呼吸、血管神經、運動、知覺、反射等，失其主宰云。

薛佛氏(Schiefer)克洛伊氏等，動物試驗之結果，亦同意此消耗說。即使脊髓痲痺後，則休克發生非常遲延云。

又 Fischer 氏等唱反射的血管運動神經痲痺說，即起初靜脈(尤以門脈系統)充血，因而血壓低下，中樞神經系起貧血，遂影響於心動云。其他知覺神經，內臟神經，交感神經，迷走神經等，亦有關係，業已明白。

【原因】因重篤之創傷，知覺神經之廣泛部位，受高度震盪時，或特定之神經集團被侵犯時起之。故被機械撞入或因大砲破片等，而四肢軀幹受大損傷時，廣泛部之火傷或凍傷，胸部之震盪(因迷走神經刺激之故)，腹部鈍的損傷，胃腸之穿孔等，均能喚起休克也。一般衰弱而易興奮之人，失血及因疾病而貧血之人，均易起之。

【症狀】體力急激衰退，心力著明低下，從而血壓亦著明下降，體溫減低，呼吸不整，脊髓機能即運動，知覺，反射等雖衰退，然意識則不喪失也。

休克之輕度者，皮膚蒼白寒冷，精神鈍麻不安，運動反射遲鈍，脈搏細小緩慢，呼吸淺表。休克之重篤者，因皮膚蒼白冷却，致口唇頰，四肢等呈紫藍色，全身出冷汗，瞳孔散大，反應緩慢、惡心、嘔吐、吃逆、脈搏緩慢而弱，殆難觸知，有時不整。呼吸淺表，呈 Cheynestokes 氏呼吸現象，體溫下降、知覺、反射機能，高度減弱，甚至大小便失禁。至於意識，雖因腦貧血而遲鈍，然決不瀕瀕。

然如以上無力狀態之外，亦有非常興奮，四肢亂動，脈搏細小頻數，呼吸急速，顏面潮紅者，但多僅一過性。

【豫後】因休克症狀而急激取死之轉歸者不少。然仔細觀察之，僅由中樞神經系之障礙而死者少，其死多因出血之故也。若此等症狀消失時，則數時間以內，休克亦恢復。欲定休克之豫後

，有非常困難者，尤以有內出血時，有起虛脫之虞時，或炎衝正當開始之時，（腹膜炎）等等，則豫後之決定，殆不可能。唯有精細顯慮一般狀態，例如感染則體溫上昇；出血，炎衝，則脈搏變為急速，大概以此為準，而定其豫後。從大體論之，休克症狀，數小時內尚不消失時，則可知有內出血或炎衝正在開始進行矣。

高度之虛脫，與休克相似，殆難區別。尤以損傷直後，其區別更困難。僅肺血栓，熱性疾患等之原因明瞭者，比較尚易。若體溫低至三十五度，雖用種種方法而脈搏仍不轉良者，則豫後不良。

第一外來之刺戟，尤以疼痛須除去之。第二增強其心力。第三血行不可不改善。故有休克病狀之患者，當處置其創傷時，務使不起疼痛，不可不注意也。又外刺戟，如用毛刷摩擦皮膚，或用芥末貼布等，以不行為宜。

【療法】 療法一如虛脫患者，即高其足端，低其頭部。注射樟腦，以溫布包身，按摩心臟，俾增強其心力，同時行人工呼吸，使之呼吸容易。此外可飲以白蘭地等，或以溫赤酒注射。

為增強其反射機能，可用 Strychnin 0.006—0.008 皮下注射。不安頗甚者，使之吸入 Aether，直至脈搏增大為止而行之。因失血而血壓低下者，用生理食鹽水或林格爾氏液，行靜脈注射。（詳見第 133 頁）

麻醉須俟休克全恢復後行之，對於生命維持必要之手術，即出血動脈之結紮，開腹術，氣管切開術等，在休克未解除前，雖不得不施行，其他手術及處置，則俟休克經過後，行之為宜。

四、酒客譫妄：

本症多見於常習性飲酒家，手術後，外傷後尤以骨折後起之。男子飲酒家比女子為多，故本症亦以男子為多。年齡以四十歲左右為多。

【症狀】 前驅症，受傷後第一日即發現，不安，不眠，手指振顫，成為非常刺戟性。至其症狀，則患者呈非常興奮狀態，顛轉反側於病床之上，而將繃帶副木等拔除，次乃發現錯覺，幻覺等之妄想，對之發生恐怖苦惱，企圖遁走，此際因患者之疼痛感覺消失，故損傷之四肢或手術之處所，亦能與健康狀態時同樣使用之。斯時最為危險，心臟因異常之亢奮而過勞，有急激陷於虛脫狀態者。

輕症者，數日間之譫妄乃至熟睡之後，一覺醒來，完全恢復意識，而譫妄中所起之事，一切都已忘却。重症者，此譫妄之覺醒，須要長時日，且極徐徐。又其間急起虛脫而取死亡之轉歸者有之。尤以創傷感染或肺炎等併發之際，最為危險。良以此際必要之安靜不可能，而心力之衰退急激起來故也。

【豫防】 當酒客受有外傷之時，

酒類攝取，不可驟停，自始即宜予以平素飲用量或較少量之酒類。若已發生上述症狀，則藉酒類攝取，迄某程度止，亦得預防陷入危險狀態也。

【療法】若譫妄症狀已開始，則不可不投以鎮靜劑，如嗎啡，抱水格魯兒，斯可普拉民等，藉導患者於安靜。同時為助其心力，樟腦之注射並營養分之攝取，不可怠忽。又為防創傷部受害及傷口感染，施以石膏繃帶為良。

五、脂肪栓塞：

【原因】外傷尤以骨折之際，脂肪出現於尿中，同時又入於血行，而起脂肪栓塞。此際未必即起臨床症狀；其起症狀與否，則有關於血行中脂肪之分量；至損傷部之大小，全然無關。其他骨穿孔術，骨矯正術等之際，亦得起之；蓋由骨髓之脂肪，侵入淋巴道或靜脈內而起者也。

【症狀】大量脂肪球，經血行而至內臟，該處小動脈或毛細血管，廣泛起栓塞，自不待言。第一被犯者為肺臟，多於受傷之當日，既起呼吸困難，咯血，（出血性楔狀梗塞）。若此脂肪球

入於大血行內，則最被侵犯者為腦及心臟。其在大腦，則起大小之出血，因而發生嗜眠，譫妄，搖擗，嘔吐，麻痺，昏睡；其在心臟，則起心筋變質，因而來急性心力之衰退。有時伴有發熱，此因一方起肺炎，他方因體溫調節中樞之血行不全故也，故有時亦見體溫下降。

【豫後】重症者，二三日間取死亡之轉歸。輕症者，栓塞之脂肪被吸收，症狀徐徐緩解。

【診斷】骨損傷之直後，肺或腦之症狀急起時，可想及本症，尤以尿中有脂肪球時，診斷確實。

【療法】第一不可不計及心力之強盛，此際特以生理的食鹽水之注入為有效，此因一方強盛其心力，同時他方將栓塞之毛細血管擴張，而有洗滌之作用故也。

【豫防】無論何種骨處置施行之後，Esmarch氏緊縛帶除去之際，務勿急激，宜極徐徐行之。又拉伊納氏等，謂穿刺該部之大靜脈管，俾其內之脂肪流出為宜云。對於脂肪甚多之海綿質，不如用鋸代鑿，則起脂肪栓塞之危險較少。

第二項： 出血之各種 救急療法：

(一)出血之自然停止

(二)救急的止血法

甲、動脈出血之止血法

A. 一時的止血法

1. 緊縛的止血法
2. 緊縛之程度
3. 緊縛之部位
4. 緊縛之時間
5. 緊縛之方法
6. 指壓止血法
7. 小動脈出血之止血

B. 終局的止血法

1. 紗布壓低法
2. 血管結紮法
3. 捻挫法
4. 防腐的栓塞法

乙、靜脈出血之止血法

丙、毛細血管失血之止血法

(三)失血之危險

(四)失血之自然的補充

(五)失血之救急的療法

(附)食鹽水注入法

身體之創傷必伴有多少之出血。血液對於人體之重要，固不待言。多少之失血，於身體既有相當之損失，若有大出血者，則可直接的危及生命，故對出血之救急處置及大出血後之救急療法，乃救急外科中，最重要之事項也。

一、出血之自然停止

失血，如前所記甚為危險，故人體到某種程度為止，能起自然的止血。然此祇見於徐徐而起之特殊出血，若大血管損傷之出血，則不能也。

自然的止血之第一原因，由於血管構造之機械的作用，即小血管被切斷時，則其輪狀筋收縮；如為毛細血管，則由內皮細胞之膨隆，致其內腔狹窄；且因血管壁彈性之故，自傷而退縮；因此種種，血管之內腔，起機械的閉塞而止血。此際血管之斷端尚有多少之出血，但此血在該處之血管腔內或周圍之組織內，瞬息凝固，充填其血管腔，而完全止血。

大血管被切斷時，一時有多量的出血，因之起一過性血壓低下，心力亦一時衰退，故能與小血管同樣起血管腔充填而止血。

如上之機械的作用外，同時一方自破壞之組織細胞，析出凝集素，他方自凝固之血液，析出多量纖維素，相共助成血液之凝固焉。

二、救急的止血法

出血之中，以動脈出血，危險最大，靜脈出血次之，毛細管出血危險最少。動脈出血，鮮紅色之血液，搏動的射出。靜脈出血，暗赤色之血液，平等流出。毛細管出血，則頻頻滲出。

甲、動脈出血之止血法

其法有二種，一為救急的或一時的止血法，二為終極的止血法。

A. 一時的止血法

動脈出血時，因其部位，方法多少有異，然最重要者，為將出血部以上之中樞部之動脈管，加以壓迫，使其血流停止是也。為達此目的，有緊縛止血法及指壓止血法，此等方法，遇大出血之際，藉防大失血，以待醫師之來，或醫師自身以迄施行手術前之準備中，均為必不可少之法也。

1. 緊縛的止血法：此於四肢行之最為有效，即用橡皮管（聽診器橡皮管亦可）橡皮帶或寬緊帶（例如西裝背帶）等，將大腿或上膊緊縛之，若上述之物缺乏，則以巾，繩，手帕代用亦可，唯用缺乏彈力性之巾帕，僅施緊縛，猶不能充分達止血目的，此時可將布帕，纏繞患肢，布端打結，以木片插入其中，回轉捻揆，使布帕較緊，以迄止血為止。若為繃帶類，則可能地的數層堅固緊縛之後，以水注之，則繃帶受水之浸濕後，得增加其緊縛之度，而充分達止血之目的。

2. 緊縛之程度：緊縛之度過弱，則僅能壓迫血管壁菲薄之皮下靜脈；其於動脈，依然不能停止其血行，故出血益甚。反之緊縛過強，則末梢部位起腫脹，長時間行之，招致壞疽，故緊縛之度，不可不選兩者之中庸。

3. 緊縛之部位：欲藉緊縛達止血之目的，在軀幹四肢，宜選單骨之處；例如上肢則上膊部，下肢則大腿部，軀幹則腹部是也。若有兩骨以上者，血管行於二骨之間，不克充分壓迫，因而不能達止血之目的，故雖對於手足等之出血，亦非緊縛上膊大腿不可。

又四肢之神經幹，易被挫傷，致後來貽神經麻痺症，故對神經幹行走骨上之處，應力圖避免，以選取行走於厚肌肉層內之局所為宜。例如上膊之中三分之一與下三分之一之境界，乃橈骨神經直接行於上膊骨之處，此部位緊縛，務宜避忌。至於大腿，到處均有厚肌肉層，將神經幹圍繞，故無論如何緊縛，神經決不挫傷。上膊則不問何處，肌肉均少，容易起神經損傷。過強之橡皮管，不但無此必要，且反不利。

4. 緊縛之時間：緊縛止血法施行後，自該處以至末梢部位，營養受障礙。故長期間持續行之，則末梢部位有神經麻痺，無血性肌肉麻痺，皮膚壞死等可慮。又患者亦不堪忍耐疼痛，故必要時，仍可漸次除去之，通常二時間半乃至三時間上下，可無危險；然比此以上，雖達五——六時間仍無危險，亦有其例。

5. 緊縛之方法：上膊大腿甚為容易，即以橡皮管中央部當該肢之後方，用兩手握住，儘可能緊張之，繞越該肢之前面，以其右手者併握於左手保持之，藉防橡皮管之弛緩，更以右手自該肢後方，取過左手緊張之皮管而施圍

繞，如斯 2—3 回圍繞該肢後，乃固定之。肩胛關節及股關節部之附近，緊縛困難，又緊縛部附近施切斷時，則緊縛帶有自切斷端滑脫之危險，最好先用一二條繩索，通過緊縛帶，引向中心部，得以豫防之。

又 8 字狀緊縛法，可以採用，即肩胛部始於腋下，使其兩條在肩峯隆起之上交叉，經上胸部及上背部，而結於他側之腋下。又股關節部，則始於股之後方，使在前面股動脈之上交叉，次乃繞骨盤之前及後而結於他側之骨盤上。

Monburg 氏止血帶，用以止兩下肢及骨盤之出血，即在腸骨與肋弓之間，以粗橡皮管，圍繞腰部 2—4 圈，則腹部大動脈，被壓迫於脊柱之間，自此以下之血行消失，故能充分達止血之目的。

6. 指壓止血法：在不能施緊縛止血法之部位之動脈出血，可行指壓止血法。又雖可行緊縛之部位，欲止突然之大出血，或在施緊縛帶之前，欲防止其失血，則以本法為最有效。指壓止血法者，即以指端壓迫損傷脈之中心部某一點，以圖一時的出血停止之法也。故欲行本法，對於各主要動脈行走之解剖學的關係，不可不充分熟知之。即各主要動脈有所謂各個指壓點，此點最近皮膚，而其下方又須有骨盤等之抵抗部，故得充分施行指壓也。

● 總頸動脈：術者立於患者之後方，以手指貼喉頭之下部與胸

鎖乳突筋前緣之間，以之向頸椎橫突起，強力壓迫。

- ① 外頸動脈：於咬筋之前緣，自下方向頸骨緣壓迫。
- ② 鎖骨下動脈：於鎖骨上窩，以拇指貼胸鎖乳突筋之鎖骨附着部之側緣，將該筋與鎖骨之間，強力壓迫，同時可將鎖骨下動脈自前斜頭筋之後外出之部分，向第一肋骨壓迫。此時宜高舉患者之肩。又患側之上膊自由運動，則壓迫不能充分，故術者宜先握住患側之上膊，向脊柱方面，強向後下方牽引，若有長時間持續壓迫之必要時，可將健側之上膊亦向背部靠攏，而以布片將左右之肘關節緊縛，使貼於背部。
- ③ 腋窩動脈：將患側上膊，對胸廓直角離開，以手指貼腋窩發毛部之前緣，向上膊骨頭或上膊骨頭之內面而壓迫之。
- ④ 上膊動脈：於上膊之內側，二頭膊筋之內緣，向上膊骨壓迫之。
- ⑤ 股動脈：於坡帕爾腰帶之正中，向恥骨水平枝壓迫。
- ⑥ 腹前大動脈：於臍高正中線上，以全力向脊柱壓迫，羸瘦之患者，雖可達目的，肥滿之患者則甚困難，可取一木棒，以綿布捲於其中央部，作為壓子，以手握棒之兩端，擡腹壓壁可也。

7. 小動脈出血之止血法：對於小出血，不用以上之方法，祇須用消毒乾燥紗布，置於創口，其上施壓迫繃帶，便能充分達止血之目的，唯須注意者，不可使創傷感染，縱為一時的止血目的，亦不可用拭巾手帕等不潔物以作壓迫之工具也。又從前為止血之目的，有以冷水，冰水，醋酸，明礬，食鹽水，鞣酸等，洗滌傷面者，然此等方法，徒將周圍之細菌運搬於傷面，或將傷面之細菌送入於深部，反促使誘發感染乃至蔓延，皆屬不當，故貼覆創傷面之布片，無論如何必須限用消毒布片，此不可不牢記也。

B. 終局的止血法

如前所記諸方法，得施於突發的大出血，為一時性的防止，然後再依本法以圖恆久的止血。本法亦有種種，即 Tampon (栓塞) 插入法，壓迫繃帶法，結紮法，周圍纏絡法等。其他對特殊之場合，特殊之場所，亦有行燒灼法，止血劑塗布法，血管捻轉法等等者。

行此終局的止血法時，先將創面及其周圍，術者之手，手術用具，及手術材料等，一切均須嚴重消毒。次乃除去傷面之凝血，同時將眼得見之範圍內的一切異物，清除之後，以創鉤哆開創緣，探索斷裂之血管端，由出血之程度與血管之粗細如何等，然後施用適當方法以止血。

1. 紗布壓抵法：極輕度之出血，可用碘仿紗布或滅菌紗布壓抵，外施以壓迫繃帶而置之，即得充分止血。

2. 血管結紮法：相當粗之動脈管斷裂時，可用結紮止血法，動脈管由其固有之彈力性，斷裂時即向周圍之組織內退縮，故尋出困難者有之。又創口過小或太深時，則深部斷裂血管，尋出亦難，此際不得已將傷面開大，然後探索其中樞端及末梢端，兩者以 Koch-er 氏或 Pean 氏止血鉗子撮起，用絹絲或貓腸綫結紮之，此際務僅將血管撮夾，其周圍組織決不可連帶夾住。又鉗子不宜與傷面平行，應成直角方向夾住之。

3. 捻挫法：小動脈等可毋庸一一施以結紮，祇須用鉗子撮起捻挫之，則血管斷端因捻挫而起機械的閉塞，即能止血，又毛細管出血，祇須用乾燥紗布，暫施壓迫，亦能自然止血也。

4. 周圍纏絡法：血管斷端尋出困難，或脆弱之動脈，強使自周圍組織分離，則易於破裂，此時可用高度彎曲之小針，通以絹絲，將血管所在處周圍之組織，與血管共纏絡結紮之。

5. 防腐的栓塞法：亦有劇甚出血，用以上諸方法止血困難者，則用碘仿紗布強力栓塞傷部而置之，多能達止血之目的。此方法對於種種腔竇之出血，尤以鼻腔，脛，直腸等粘膜出血時，甚為適合，且得止血好成績也。

乙、靜脈出血之止血法

此則比動脈出血，極容易止血。四肢等僅由高舉，即能達止血之目的者有

之。普通用防腐的栓塞法及壓抵綳帶法，多能充分止血。

大靜脈斷裂時，施以結紮為宜。又粗大靜脈其裂口小者，行側壁結紮法亦佳，即用 Pean 氏止血鉗子或 Schieber（一種有閉鎖瓣之鑷子）撮舉其裂口，僅將該部自側方結紮之。此法雖不無使靜脈管腔狹縮，然不如結紮之全然阻止血行，故得預防由是而起壞疽等之弊。

防腐的栓塞法，乃對靜脈出血甚適應之法也，蓋因靜脈管菲薄，用此栓塞法，即可充分停止其血流故也。若無發熱，疼痛，腫脹等之症狀，可五乃至一週間放置之，其後交換紗布，漸次減除可也。

丙、毛細管出血之止血法

毛細管出血，其面積大時，亦得為大失血之原因，尤以肝，腎等實質性臟器之損傷，鼻腔，腔，直腸等粘膜腔之出血，每起大失血也。對於此種止血法，以防腐的栓塞法為最有效，亦有用 Paquelin 氏燒灼器燒灼，使之形成痂皮，藉以止血者。

骨面出血，止血困難，對此可用消毒之蠟，向骨面押入，最為簡單而且有效。又用消毒之小牙籤，向骨之 Haver 氏骨管腔內打入，亦一法也。

止血藥塗布法，昔日盛行，其後為他法壓倒，今日僅稀有用之者。其理蓋因此等多在傷面形成痂皮，因而易於誘

發炎衝，且痂皮早期剝脫，能起後出血故也。為止血而用之藥，有過鹽化鐵液，鹽化鋅，鞣酸，明礬，Kreosot（發阿蘇）溶液等，若僅為粘膜面之出血，Adrenalin 塗布有效。

三、失血之危險

大失血後之失血死，並非因殘存血液量減少，生理的機能（即組織呼吸）不充分之故，實因血量過少，不得完全遂行其血行之故，即機械的障礙是也。戈爾茲（Goltz）氏以唧筒作比：還流於心臟之血液過少，則心臟恰如空唧筒，致收縮之心臟不能再度擴張也。

失血之危險，小兒比大人遙大，初生兒數十公撮，一歲之小兒 250c.c. 之失血，已能立刻喚起大危險。大人則須失去全血之半，始瀕於危。女子則因生理的月經等，習慣失血，故比男子抵抗力稍大。

大人體重十三分之一以上之失血有危險。而失血之危險，不單為失血之多少所左右，其他更有種種之因子；第一與失血之速度平行，失血急激發起者，危險度大。第二心臟血管本有疾病者，例如動脈硬化等，則危險亦大，第三休克之際腦貧血，因各種疾病而來之貧血，互長時間之手術及麻醉等，均能招致大危險也。

四、失血之自然補充

如上之大失血，對於人體有大威脅，故人體對之有自然的救急法，即將副腎血內含有之 Adrenalin，立即送於血中，一方強盛其心力，他方收縮毛細血管以增高其血壓，且將血量與血管之總橫徑之比例異常調節之，更將組織液吸入血管內以增加其血量。（因此之故，失血後多訴口渴）。暫時之後，起白血球增加（是謂失血後之白血球增加）。赤血球之增加，則比之更後發現。至失血後，血液性質之完全恢復如常；則小失血須二三日後，大失血須二週間乃至一個月後；凡此，皆與患者之年齡，營養狀態，疾病之如何等有關，固不待言焉。

五、失血之救急療法

【失血之症狀】皮膚及粘膜蒼白冷卻，顏貌不安，眼花閃爍，耳鳴，倦怠，欠伸等，次乃嘔氣，嘔吐，訴非常口渴，精神恍惚而近於失神。此時脈搏細小頻數，同時起呼吸困難，瞳孔散大，感覺障礙乃至意識喪失，起吃逆，痙攣，腺分泌停止，若來脫糞脫尿，則頻於失血死矣。

【失血之療法】高度之急性失血時，首由前記之方法以行止血後，其基因於失血之生命危險，不可不救助之，第一強盛其心力，第二升高其血壓，第三增加其血量是也。

(1)使患者水平位安臥於溫暖之褥中，覆以輕暖之上被，被內放置湯婆子數個，以防體溫之發散，且講求溫熱輸入之法，以保全身之溫暖。

(2)自家輸血法者，低其頭部，高舉足端，四肢用彈力帶輕度纏絡，藉將四肢之血液集注於中樞部。

(3)葡萄酒，白蘭地，康提克酒 (Cognac)，賴姆酒 (Rum)，溫咖啡等之興奮劑，使患者內服，以強盛其心力。又對煩劇之口渴，可飲以溫湯，或以溫赤酒溫湯等注腸，藉補水分之缺乏。

(4)強心劑之應投與自毋待言，即以 Kampfer, Caffein, Adrenalin, Digalen, Strophanthin 等行皮下注射。以上之內，Adrenalin 增強心力之外，同時收縮細小血管升高血壓，故最有效；此物皮下注射佳，靜脈內注射，腹腔內注射，心筋內注射等更為有效。貧血之際，胃之吸收力非常低下，故 Digitalis 劑之內服，不其見效，毋寧以上記各藥，行反覆持續之皮下注射為佳。

(5)患者因高度貧血之故，而訴心身不安或訴呼吸困難時，得酌用 Pantonon, Morphin 少量注射以鎮靜之；然因正在心力降低之際，則可得避免者，以避免為妥，若非用不可時，當以阿片丁幾十滴內服為善。又強心劑之注射，必須同時施行

，不可遺忘。

(6) 雖行以上諸處置，尙不能除去危險時，則不可不用大量之液體，送入體內，以補血量之不足。即：

- ① 使飲多量之溫湯
- ② 利用直腸，一時的或持續的，以多量溫湯或溫生理食鹽水注腸。一日間用 1—3 立特，以滴狀注入法與之亦佳。
- ③ 用生理的食鹽水，或林格兒氏液等，作皮下注射或靜脈內注射。一日一回或數回，反覆行之。生理食鹽水(0.86%)28—39°C加溫，並須無菌，一回分量，靜脈內 800—1200c.c. 皮下更宜與以多量。遇緊急場合，靜脈注射比皮下注射，遙為有效。

又大量之生理的生鹽水，腹腔內注入亦佳。

此種生理的食鹽水注射，為使血量增加之目的，蓋失血時，殘存血液量急減少，因之不能十分循行，今由此注射，體內液量增加，殘存之血液遂得全部循行機能，又因血量與血管總橫徑之間的不均衡而起之機械的障礙，亦得藉以除去之。此生理食鹽水中，加以酸素或 A adrenalin. 10c.c. 則更為有效。

輸血法乃最合理的且最有效，然不能於任何時地行之，殊為遺憾。幸有供血者且血型適當，則行之最效。

食鹽水注入法

• 葉潤石 •

失血、貧血、衰弱、中毒等之際，輸血法乃最良之方法，唯該法頗麻煩，又不能任何場所都可施行，縱得適當之供血者，亦每為時間地方所限制，故有此食鹽水注入法之發明。

夫失血死之原因，與其謂因血液成分之減少而起機能障礙，毋寧謂因血量過少，血管不充脹致生機械的障礙為愈，此乃已知之事也。1879年克魯耐開爾氏等之提議，謂用生理食鹽水注入法，可謀此機械障礙之解除，以之試驗於動物，則動物血管系內之血液，殆可以食鹽水替代之，而動物尚能在一定時間中生存云。

況此方法有(一)處置簡單(二)效果立見(三)全無危險等之利點，誠足歡迎推賞也。

【生理食鹽水之製法】

蒸餾水中，投以 0.9% 比率之食鹽而溶解之，容於燒瓶中，置蒸氣消毒罐內，滅菌一小時，使用之先，宜加溫至攝氏 40 度。

【術式】 有皮下注入法，靜脈內注入法。

(一)皮下注入法：先將注入部位之皮膚，塗布碘酒消毒，將滅菌生理

的食鹽水，容於消毒 Irrigator (灌注器) 中，注射針接於橡皮管上，待管中空氣完全逐出後，將針刺入皮下，高舉灌注器，則藉液體壓力，食鹽水自能徐徐注入皮下疏松組織內也。注入部位，以皮下疏松組織多處為佳，即大腿之外側，前胸部，腋窩部等處是也。

注入量 1—2 公升左右，必要時，一日數回反覆行之。然一處過多注入，則皮膚緊張，疼痛頗甚，間有起皮膚之壞死者，故每處以 200—300c.c. 為度，分向各處注入之。又此際過於高壓注入，殊不相宜。

注入之終，拔去刺針，該處貼以絆創膏，或施滅菌綑帶。又吸收不良，疼痛甚劇時，貼以溫濕布可也。

(二) 靜脈內注入法：可注入之靜脈，為肘關節前面之貴要靜脈，正中靜脈等。先將此部位之皮膚消毒後，上膊以橡皮管輕輕壓迫，使靜脈怒張，以靜脈注射針，連接於灌注器，待皮管內空氣逐盡後，以右手持之，以左手指頭固定靜脈，以注射針向中樞刺入，斜貫皮膚，使達於靜脈內，除去壓迫之橡皮管，使食鹽水流入靜脈，此際注入不可急激。液量一回 800—1200c.c. 一日二三回，反覆注入之，注射畢，覆以滅菌紗布施以綑帶。此際應注意者，食鹽水須有攝氏 40 度溫度，皮膚之消毒應嚴重，及毋使發生空氣栓塞是也。

兩者之優劣：急要時，靜脈內注入法為佳，但此際不可不嚴重消毒滅菌，且操作亦頗麻煩。

皮下注入法，極為簡單，又無危險，若為急製之食鹽水，則以本法為妥。然效果較遲且有疼痛，是其缺點。

(三) 其他之注入法：生理的食鹽水，此外亦可注入於大腿肌肉內，腹腔內，直腸內，皆有效果，其適應視情況而定。

【效果】一經生理的食鹽水注入，血液循環立見佳良，從而心力強盛，血壓增高，遂得救患者於瀕死之境，血液之成分，有時亦共恢復於正常。

【應適】

(1) 高度之失血：此際注入多量食鹽水，殘存血液全部循環，皮膚之色佳良，心力恢復。唯血液之成分迄於恢復，需要相當時間，其間成為多量之尿而被排泄，數時間後，又復陷於急性貧血之舊態，故鹽水之注射，一日間須 2—3 回，反覆注入之。

(2) 休克：外科的大手術，外傷等之際，因神經刺激，反射的，內臟血管系呈現異常而起休克，此際心力衰退，亦得藉鹽水注入以豫防之。

(3) 虛脫：

(4) 全身之水分缺乏：因霍亂，疫痢，過劇之嘔吐等而起之水分缺乏，若以水分供給之，則忽告恢復，如由消化管供給為不可能，則可藉食鹽水反覆注入之。

(5) 毒素排泄：尿毒症，子痲等之自家中毒症；磷仿，酸化炭素等之中毒；火傷，凍傷等之際；行鹽水注入，則尿之分泌增加，毒素得與之共被排泄於體外。

(6) 營養不良：因癌腫，腹膜炎等，而營養攝取不良之際，行鹽水注入，則全身狀態良好。

(7) 麻醉之際：麻醉時之心臟麻痺、麻醉後之嘔吐，麻醉中之虛脫等，對之均有効。

(8) 其他：皮膚病如蕁麻疹 (Urticaria) 等亦可用食鹽水行所謂血液之洗滌。

【食鹽水注入法之効力增進法】

(一) 酸素添加法：失血後，血液之酸素保持量減少，尤以對酸素缺乏甚銳敏之心臟中樞，因之以起麻痺，此亦為失血死之一原因云，基於此說，寇脫耐爾氏等，主張於食鹽水注入，同時行酸素吸入法，謂有與輸血法同一之効果云。又食鹽水中，通以酸素時，則食鹽水一公升中，能吸收酸素 20c.c. 以之注入亦佳。

(二) Adrenalin 添加法：食鹽水中，注加千倍腎上腺液 7-8 滴而注入之，則能興奮血管運動神經中樞，且刺激血管收縮神經之末梢，而使血管收縮，又能直接強盛心臟。

(三) 葡萄糖添加法：食鹽水中，添加葡萄糖而注入之，一方增加液量，同時妨礙纖維素之凝固，得防血栓之形成云。

處方：

葡萄糖 4.0 食鹽 0.85
Saccharin 鈉 0.04 蒸溜水 100.0
Saccharin 鉀 0.04

(四) 林格爾氏液：食鹽水與體液之滲透壓係相等，唯其成分與體液相異猶甚，不免對體細胞有害，故將體液中含有之其他成分，添加入內，以圖改良，此即林格爾氏液是也。

處方：

食鹽 7.0 碳酸鈉 0.1
鹽化鉀 0.2 蒸溜水 1000
鹽化鈣 0.2

(五) 編者按：臨床上為使普通之食鹽水注入，獲得其持續的効力起見，尙有加阿拉伯樹膠 (Gummi arab.) 者，謂之 Kestner 氏液：食鹽 8.0 阿拉伯樹膠 30.0 蒸溜水 1000.0 能使血管保持其一定程度之適宜的充盈狀態。同時末梢循環內之阻力 (Widerstand) 亦因而騰高；此乃血管系內業已注入之鹽水，得藉 Gummi 之作用，不致彌散太速(即鹽水在血管內存留之時間較久)，因此血管不萎縮之故也。(舟)

胃腸傳染病管理法

齊樹功

(1) 概 述

胃腸傳染病之來源，概由於環境衛生之不良，但在我國環境衛生之提倡，為時尚短，而各種衛生工程之建築，除數大都市外，舉辦者尚無所聞，以致軍民日常生活，多處於惡劣環境中，此種惡劣環境，尤以戰區及災區為甚，是以一般軍民無時無刻不受胃腸傳染病之威脅。我國大都市如上海一地，歷為中外觀瞻所繫，一切衛生事業，不謂不精進圖治；惟不幸自八一三抗戰開始，至九月間而蘊藻浜陣地，即發現霍亂矣，賴當時交通便利，設備完全，撲滅得法，略奏膚功，但統計前後患者，尚不下八百餘例，數字之大，實足驚人。至十二月間湖南沅陵亦有霍亂發現，迨至二十七年湘贛浙閩皖諸省相繼發現，此後無年無之，次如傷寒雖未流行，觀各醫院病例之記錄，每年四季，亦常有之。再如痢疾，據中國紅十字會救護總隊之調查，自抗戰以來，在我國部隊中流行最廣，痢疾患者，佔病兵百分之三十，僅次於瘧疾而已。由是可知胃腸傳染病為患之廣，甚於洪水猛獸，吾人隨時隨地不可不注意及此，並加以嚴密管理，務使各個軍民日趨健康之途，而抗戰最後勝利，實利賴焉。

一、傷寒：

傷寒亦始腸熱病，由於傷寒菌侵入人體，發作於小腸淋巴腺間。此項細菌蕃殖極速，排洩於病人之糞溺中。若處理不慎，遂致染污地面水及井水。

細菌必經口腔傳入體內，概由手指、食物及蠅類之傳染。手指及蠅類皆為染污食物之媒介，食物包括水及各項飲料。溝渠中氣體與他種惡臭，均非為傷寒之致因。染污起源，與人體之間，必有連續之接觸線，始有傳染疾病之可能。染污之生水及曾為生水漬酒或洗滌之食物，最為危險。查傷寒每發生於深秋或冬季，由蠅類媒介傳染者，多發生於暑期或孟秋。

病菌於人體內之潛伏期，即疾病傳染至發現之時期，微有長短，約自九日至三星期。多數病例之症候在二星期左右顯露。故欲審察傳染之起源，當以潛伏期合併研究，蓋細菌侵入後必經相當時日，始正式發病也。

二、霍亂：

霍亂又名虎列拉，其病原為特種弧狀菌，亦由口腔侵入胃腸之傳染病也。其潛伏期為一至五日，普通為三日，往往因腸染污之生水而發病，或因河川上游發生此病，其病毒順流而下，以致蔓延各地。或因某井水被染污，汲飲者因而患病，以致流行。他若食物表面為蠅類所集，由其媒介而附着無數病菌，因而傳染者亦甚多。戰爭之時，飢荒之年，最易流行。我國發現霍亂之時，多在夏秋。故應特別注意飲食，例如生水，切開瓜果、生水澆洒之瓜果，生菜、生魚蝦，清涼飲料及其他不潔之食物，切勿食之。否則極易得病。

三、赤痢：

赤痢有桿菌及阿米巴之別，亦為胃腸傳染病之一，其傳染途徑與霍亂同。惟通常由蠅類染污食物，較飲生水而得病者為多。潛伏期為二日至七日。戰區災區最易流行，夏秋尤甚。故應注意飲食，勿使染污。

(2) 病菌之活力

胃腸傳染病為染污之水所傳播，故與水有極密切之關係。惟既被糞溺或其他有機物染污之水，至若干時日，仍為有害於人身之健康？則須解答下列二問題：(1) 病菌在水中是否蕃殖？(2) 如環境不適於病菌之生長，此類病原菌能保留其活力與毒性若干時日？以上二問題決定後，始可陳述細菌染污之水，危險時期至相當正確程度。對於此項問題之滿意答復，須考慮各種情形。關於細菌本身與環境勢力之足以影響其活力者。例如：細菌之自然變遷，即生存期，培養情形，及已往歷史，水中存在之病菌數目，水之成分，有機物之多寡與性質，水之化學反應，從前細菌蕃殖所遺之副產物，水之溫度，溶解氧之分量，日光之強弱，及水之流動狀態等……均對細菌之活力發生影響，尤以病原菌為甚。惟因各處水中之情形各異，任何特種細菌，在水中生存之時期，輒無定例。是則實驗結果之相差巨大，固意中事也。

一、傷寒菌之活力：

既知染污之生水與傷寒病之密切關係，則此項病菌活力之測定，應加重視。傷寒菌雖不形成芽胞，然能於飲水中保留其活力至極長時間。在普通情形下，證諸已往之實驗結果，傷寒菌在適用之清水中，無何發展。但 Flankland 氏曾證明此菌能在地面水中生長。污水及染污之水，含有機物：後者可充細菌之食料，故細菌增殖較易。惟有細菌副產物之影響，足以制止其生長。氏曾研究傷寒菌之壽命，在生水中為 9-33 日。更察及傷寒菌消滅於地面水中，較速於未染污之井水，故施行井水消毒時，氯素與水接觸之時間，應在二小時以上。剩餘氯素，應在百萬分之 0.15 以上，換言之：即井水中加消毒藥水後，經過二小時方可汲飲也。

傷寒菌之正常環境，於溫血動物之消化系統間，熱至攝氏六十度，經二十分鐘之久，或昇至一百度時，菌即死亡。但低溫度之效力較微，能忍耐數日之冰凍而不滅，數處傷寒之流行，乃為染污之冰所致。十二月間拋棄於流域面積內之糞便，經冬季冰凍，至明春三月融化而散播於水源中。當冰凍之際，水中浮游物恆被排擠於冰結晶之外。此雖增加天然冰之安全系數，若以之作飲料之用，則尚含有危險性也。

在高度染污之水中，細菌之仇敵最多，傷寒菌死亡甚速，以溫度言，此菌能生於冷水，較於夏季之溫水為久，經研究家一致證實。英國倫敦水務部化學師何斯登(Hovston)試驗泰晤士河傷寒菌，在冰點生活九週，華氏表41度七週，50度五週，64度四週，31度三週，98.6度不及二週。

二、霍亂菌之活力：

關於霍亂菌在天然水中之活力，試驗結果之記載，略有抵觸。包氏(Balton)測知水中需含百萬分之400有機物，其活力大見增長。此即解釋細菌所以能在染污水中生存較久之原因。屈氏(Trankmann)曾測知霍亂菌生存於含有氯化鈉之溶液中，其活力大見增長。民國廿九年夏，紹興天旱，運河開閘放水，河內水淺，海水倒灌，以致淡水變成鹹水。而紹興霍亂流行，此亦一因也。

一般實驗結果，指示霍亂菌不能若傷寒菌長久保持其活力於清水中。據多數報告，其活力之時間，僅及一至三日。在低溫度時，霍亂菌亦能保持其生長。霍亂之潛伏期較傷寒為短，故欲調查其發生之緣由，應特別注意水源。染污之可能性而設法剷除之。

(3) 管理之步驟與方法：

胃腸傳染病為害雖烈，如能管理得法，可以預防發生，或既發現之後，可以迅速撲滅，不致擴大。茲將管理之步驟與方法，分述於下：

一、報告：

防疫如防敵，疫情之報告，必須靈通迅速，否則涓涓之流，可以決川，星星之火，可以燎原，一人之患病可以蔓延於一方也。我國衛生防疫機關，率多編制甚小，數目又少，而所轄之面積遼闊，對象頗多；同時人力財力有限，不能普遍分配。關於疫情之收集，可採疫情報告網制。即在所轄之區域內，預製各項調查表，分發各單位，遇有胃腸傳染病發生時，即請就近之單位，詳細填寫，寄交主管機關。或由就近之機關，或民衆，書面的或口頭的通知，以便派員前往調查。同時地方衛生防疫機關，與部隊之衛生防疫機關，交換疫情報告。如是軍民防疫情報，打成一片，則對於胃腸傳染病之撲滅，收效甚宏。

二、調查：

接得疫情報告後，立即派員調查該病之傳染途徑，蔓延路線，各項可能之傳染機會並詳細研究發生之原因。其由給水而傳染者，每均勻分佈於給水區域，若為井水，塘水，河水所致者，常為汲飲該井水，該塘水及該河水之軍民，或常限於該井，該塘之附近及該河之兩岸。且其影響成人與兒童之人數並無區別，反之，由牛乳所起流行病之患者，多數飲牛乳之兒童與婦女。罐頭媒介所致之患者，多數為在外工作之勞苦工人，因彼等常購買街上不潔之食物而食之故也。

調查時，除詳填霍亂傷寒赤痢調查表外，應按下列步驟辦理：

1. 疫區內之水井或供飲用之水塘數目位置，及其四周環境。
2. 疫區內河水之汲水碼頭數目位置，及其四周環境。
3. 疫區內糞便傾倒處所及糞碼頭之數目及其位置。
4. 疫區內垃圾糞便收集及處置之情形。
5. 發現胃腸傳染病之詳細地址人數日期，及該患者等汲飲水之地點。
6. 該患病人之糞便及其嘔吐物，是否消毒及其傾倒之地點。
7. 調查病例之分佈情形，及疫勢蔓延之路綫。
8. 根據調查結果繪製病例發生地點之地圖。

設各病例得病之過程，有某種或某數種因素，為大部或全部所共有者，應視為可能之病菌來源，而設法消除之。又各項情形業已查明，非為共有之各項因素者，則置之不論。對於較為有可能性之各項，則提出詳細研究，以判定病菌之所在地及其傳染之媒介，而後着手剷除之。

三、警告：

在接到患者報告之後，當即按其嚴重之程度，決定施行警告與否，查警告計分「患者警告」，「疫區警告」二種。分述於後：

(1) 患者警告：在患者之門口，掛警告牌，禁止其他人員入內探望。直至患者病愈，遷移，或死亡，過該病潛伏期後，即將警告牌撤銷。例如某家內有一霍亂病人，於接到報告後，即在其門口懸警告牌一塊，上書「內有霍亂病人，危險！勿進去」等字樣。

(2) 疫區警告：某地或某城胃腸傳染病流行時，可在該地或該城四周之要道上，廣植警告牌，警告往來行人，如無緊要事務，可不必進入疫區；如不得已而往疫區，當小心飲食。例如吾人在紹興防治霍亂，即在城門上按置警告牌一塊，上書「城內有霍亂，危險！小心飲食！」

四、隔離：

將胃腸傳染病之患者，或其帶菌人，與常人分開，將其安置在某種情形之下，使其不能直接或間接將所染之病傳諸他人，謂之隔離。在某家庭或某團體或某機關中發現有疑似霍亂或傷寒或赤痢時，應立即將該患者送入就近之醫院，施行隔離，予以診治或檢查。如該患者附近無醫院，一面派人往主管衛生防疫之機關報告，一面就地施行隔離或將患者安置於較遠地點之室內，施行隔離。非必要人員一律禁止入室。

五、消毒：

發現疑似病人後，將一切曾為患者染污之物質或接觸之物件，及其排泄物，隨時施行消毒或焚燬。及至患者送入醫院或就地隔離後，應將患者之糞便，嘔吐物，衣服用具及其曾經為患者接觸之物件，必須消毒。即抬送患者及接觸患者人員之手部亦須消毒。其消毒之方法如左：

(1) 糞便及嘔吐物：對於患者之吐瀉物及其排泄物消毒時，可用生石灰，其用法即加少量之水，先使生石灰發熱崩裂成為粉末。取石灰粉末約為吐瀉物四分之一，傾入吐瀉物中，澈底攪拌數分鐘，過二小時後，掩埋於距離飲水井、或水塘、或河流200尺以外之處。

(2) 衣服用具消毒：衣服等消毒時可採用煮沸法，此法有效而易行，將其要消毒之衣服用具等全行浸入鍋內，繼續煮沸一小時，取出曬乾。

(3) 手部消毒：手部於接觸患者後，應用百分之二的「來蘇而」洗滌之。如無「來蘇而」可用火酒或火酒棉花擦洗之。如火酒亦無，可用熱水洗滌之。

六、檢疫：

在疫區之四周往來必經之處設檢疫站，隔離疫區，以免疾病之傳染，或於某城四週之要道上設檢疫站，檢查往來行人，防疫病之傳入。檢疫站之任務，為檢查往來行人，如發現疑似病人，立即設法隔離。同時舉辦預防接種。惟辦理檢疫時應請司令長官告示軍民遵守檢疫規則。並請憲兵及警察維持秩序。

七、預防接種：

疫區附近之軍民及往來疫區之軍民，凡未經預防接種者，一律強迫行之。其辦法對當地居民則挨戶注射，對於往來之軍民，凡未持預防注射證者，一律強迫注射否則禁止其通行。如在車站或輪船碼頭辦理預防接種時，可與路局或公司事先接洽，無注射者則拒絕其購票。

在部隊方面，每次補充新兵，應施行檢查。凡發現疑似病人或帶菌者，應立即隔離。其未經預防接種者，亦應立即注射。如部隊駐防疫區或疫區附近，應禁止士兵在

外購買零食，與士兵講述防疫知識，並派專人嚴格管理廚房。每日採買菜蔬之伙伕及其他常常出外之官兵，應加以訓練，並不時檢查。同時應舉行飲水消毒，防蠅滅蠅及糞便垃圾處置等工作。

八、宣傳：

宣傳之主要目的，是先使軍民知道胃腸傳染病之危險，病原及其傳染途徑，預防方法等，但僅使軍民明瞭，並非宣傳之最終目的，其最終目的，是使軍民由知而生信仰，由信仰，而生力量。換言之，宣傳之意義是建築在行動上，只有行動才是宣傳之最終目的，在疾病發生之後，防疫人員宣傳之方式，最有效而易行者，計有挨戶宣傳，街頭講演、漫畫、標語、壁報、遊行等六種。

(1) 挨戶宣傳：在某鄉某鎮之某保或城市之某街某巷發現疾病時，除應即施行警告外，即派員往該保或該街該巷挨戶宣傳。關於傳染之過程及預防法等，可詳為解釋，並可對各戶之環境衛生加以指導。亦可攜帶傳單分發各戶。

(2) 街頭講演：在發現疾病附近之街上，利用各種機會，對軍民講解該病之來源及預防法等。聲音要宏亮，言語要通俗，態度要和藹，最要緊者，即宣傳者本人要以身作則；因為宣傳者之言語，行動服裝等，都可給軍民以極深之印像，而使之模仿也。

(3) 漫畫：漫畫最易引人注意，亦能予人以深刻之印像。當傳染病流行時，在疫區附近之要道上，張貼漫畫，收效亦宏。惟漫畫內容力求簡明，新穎，美麗。

(4) 標語：使用標語時應注意者有二點，一則標語之文字應簡明，應通俗，應有吸引力；一則貼張之地點，應注意選擇：行人不注意之地點，不可張貼標語；行人最注意之地點，亦不可張貼標語，因貼標語者皆以為該處為張貼標語最適宜之地點，各種標語，紛紛而來，今日貼上，明日即被其他標語掩蓋也。故最佳之地點，乃為最易為人看見，而其他標語不來張貼之處，工作人員切宜注意。

(5) 壁報：在交通要道而行人最易停留之處，可設置壁報。壁報之命名亦應有吸引力。例如霍亂流行時壁報之命名，可名曰「打虎」，或曰「虎來拉」。壁報之內容，除宣防疫知識外，尤應注意實例。例如某街某巷門牌幾號張大嫂，某月某日在街上吃了蒼蠅叮過的西瓜，回到家裏上吐下瀉不知道請醫生，亦不知道送醫院……半天就死啦！又有某村李阿毛在外工作，口渴就喝了某塘（或某井或河）的生水，回家後吐瀉交作……不到一天就死啦！又有某巷馬阿二好吃零嘴不小心得了虎烈拉，他的女人非常聰明，立即將他送入醫院，不到幾天就好了！……如宣傳時能

指出實例，使看壁報之人印像尤深，且能使其明瞭如何可以得病？如何可以致死？如何可以不死？如能訓練甲長對一般勞苦大眾，念壁報，講壁報，則效力尤大。

(6) 遊行：遊行最能引人注意，在疫區中使軍民明瞭，而漸漸隨防疫人員行動起來，游行之力量甚大。可設法召集地方各機關團體學校等，舉行預防霍亂游行。遊行之時，可派人隨地講演，或遊行完畢之後，各單位參加之人員，分頭去講演。

九、飲水及食物之管理：

關於飲水管理，可分為檢查水源，保護水源及飲水消毒，三個步驟。詳細檢查水之來源，其含有病原者，應在汲水處設立警告牌，禁止軍民汲飲。對於飲水井，飲水塘或河泉等應盡力設法保護之，不使其被染污。汲飲之水，應先用漂白粉消毒，然後再煮沸而飲。

對於一切食品商店、飯館、菜蔬、肉類、魚介之屬，均須注意清潔，時常派員檢查，至於牛乳之消毒，以及清涼飲料之管理，更應嚴密。凡出售冷食，冷飲品，切開瓜果，及其他不合衛生之食物，為剷除軍民健康之威脅起見，應由當地行政機關嚴加取締。此外如添置防蠅設備，食具消毒等等均須勸導勵行。

十、穢物處置：

穢物為糞便、垃圾、污水等總稱。此類物質，皆為滋生蠅蛆，傳染細菌之起源，醞釀疫癘，莫此為甚。在平時預防之計，固須努力掃除，妥善處置；若在傳染病流行之際，則尤須致力於此，藉謀疫勢之根絕也。

合乎經濟速效之條件，可代硫磺軟膏之應用。

治疥小品 · 沫 ·

疥癬，在軍隊中傳染之廣，實視乎一切疾病之上。近以凡士林之採購不易，致硫磺軟膏之應用，亦感困難。雖據 Unna 氏法：用硫磺粉末乾擦（不須先洗澡），其效亦著。惟消費較大，不合經濟與速效之利。

茲介紹 Vlemingkx 氏液如下：

【處方】

生石灰 Calc. oxydat	30.0
昇華硫磺 Sulf. sublim.	60.0
蒸溜水 Aqua. dest.	360.0
糞渣為	360c.c.

Coque ad reman. colat 360.0

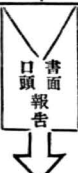
【用法】與硫磺膏同。

此外尚有稱經濟有效之治疥新法者，略述如次：

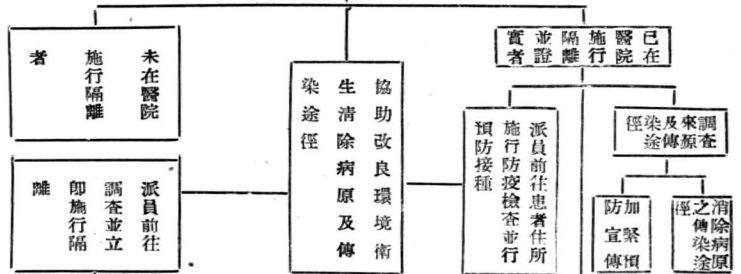
患者洗澡後擦乾，除頭部外，全身搽以百分之四十 Natrium Thiosulfat 水溶液，尤須注意於好發部（如指間及各關節面）約十五分鐘後，再加搽百分之四稀鹽酸液於全身。一小時後洗去，依前例重搽一次。

第二日依法如前搽藥二次。至第三日洗澡更衣，即已痊愈。惜兩者雖價廉，而苦不易得，姑誌之以供參考。

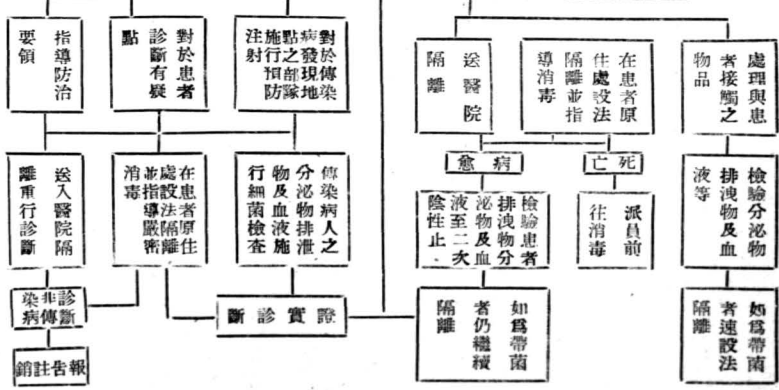
傳染病管理表解



衛生防疫機關



列入統計並呈報 證實傳染病



從軍醫的資格說起

• 審行 •

記本戰區部隊軍醫之資歷統計有感

我們在前年的夏天，奉命調查本戰區部隊軍醫人員的資歷，幾乎近一年的時間，經由各部隊陸續報齊，統計被調查的共有四十八個單位，一千四百九十五名的人數。

我們根據所報資歷表上的出身性質，來詳細地依下面“第三戰區直屬部隊軍醫資歷統計表”所列出身欄的十四項目，分別加以統計，結果如何，請參閱下表：

第三戰區直屬部隊軍醫資歷統計表

出 身	職 別				備 考
	醫正	醫佐	藥正	藥佐	
國 外 醫 學 校	2	2			4 (見附註一)
公 立 立 醫 藥 學 校	121	11	3		135
政府設立短期醫事教育機關	96	66	3	16	171
部隊自辦短期醫護訓練班所	77	220		43	340
醫院或藥房實習	102	407	3	117	629
助 產 士		3		4	7
女 護 士		5		2	7
行 伍		10		5	15
中 醫		7			7 如廣東國醫學院內科部
函 授 社		2			2 如上海東亞醫學研究社，浙匯堯夫西醫藥社
軍 官	2				2
牙 科		1			1 金陵醫院牙科專門科
看 護 士 兵	4	88		74	166 ××師看護訓練班××期或××陸軍醫院護士班××期
其 他	3	5		1	9 (見附註二)
合 計	407	817	9	262	1495

註一、資歷表上填明為(1)日本千葉醫科大學(2)日本東京電氣醫學專門學校(3)日本大阪帝國電氣醫學專門學院。其中(2)(3)兩員，均係醫佐職

註二、資歷表上填明安慶民衆學校醫科，江西省立第四中學高中醫科，中國精神治療院，得精神醫學士學位，及其他漏未註明者。

可是這張統計表的數字，祇能告訴我們本戰區部隊軍醫人員資歷的一個概況，並不是絕對的正確可靠；而且要做到絕對正確的地步，也是目前事實上所萬萬不可能的，還從我下面所舉的理由，就可以明白，例如：

(1) 公私立醫藥學校一項：所謂江蘇醫政學院行政科（現該院已改為國立江蘇醫學院），山西私立川至醫學校，四川陸軍軍醫學校等，我們還有些知道以外，尚有：

陸軍軍醫連成學校，
保定軍醫連成學校，
東北講武堂醫科
湖北軍醫學校，
青島市島醫學校，
天津北洋醫學院，
上海勞工醫學院，
上海中西醫學校，
中國紅十字會青波分會醫科，
中國民醫會醫藥技師專門學校，
南洋明京冷沙羅醫學校，
南洋柔佛波底和醫學專科學校，
浙江廣濟醫科大學醫科（或即杭州私立廣濟醫藥專門學校之訛），
廣東潮州公立醫院醫學系，
廣東調劑學校，
四川共合大學醫科，
四川夾江縣西醫連成學校，
四川成都蜀西醫學校，
四川醫學專門學校，
安徽省立醫專，
遼陽縣立醫科學校，
兩廣醫藥專科學院，

……等等，有的我

們明白他名義上是什麼醫學校，實際上就是什麼醫院（教會醫院，地方公私立醫院，私人診所），例如上海勞工醫學院的必是勞工醫院之類，我就大膽地列入“醫院或藥房實習”的這一欄內，想無問題

此外，所知不廣，仍一概列入公私立醫藥學校計算。

(2) 政府設立的短期醫事教育機關，除福建省政有衛生人員訓練班，浙江省民政廳主辦的醫師講習所等，我們有案可稽外，他如湖北軍醫講習所，河南省立軍醫教練所，河南南區軍醫教練所等，情形不明，未曾列入部隊自辦的短期醫護訓練內計算。

(3) 部隊自辦的短期醫護訓練班所，如浙江抗敵自衛團總司令部的軍醫人員訓練班，第二集團軍醫學校（即開封軍醫學校）等沒有問題，但如國民第三軍軍醫教練所，第十三路軍軍醫教練所，第1師軍醫教練所，直魯豫冀閩使署軍醫處軍醫教練所等，是否確乎會有此種訓練，程度如何？期間如何？也無從查考。

我對這一次統計的工作，乃是承辦人員之一，所以統計以後，不無幾點感想：

第一：我們軍醫人員的素質，單就一個戰區的部隊軍醫來看，已經如此龐雜，要是軍醫署統計全國軍醫資歷，定將使人越覺有五光十色之感。

人事制度問題，是推進任何事業的主要關鍵；而考試錄敘，又是改進人事制度的良好途徑。古訓「賢者在位，能者在職」，為我國古代政治修明的最高原則。因為人材是立國的要素，而用人乃行政的大端，如何訓練選拔？如何督率任使？以求人盡其才，才盡其用，關係政績的比率很大。我們要部隊衛生的勤務，能夠有改進發展，最主要的，也應該從軍醫人事制度的確立做起，於是部隊衛生組織的如何健全？軍醫人事管理（任免甄拔等）的如何確立？軍醫人員修養的如何提高？補救軍醫訓練的如何實施等問題，也就立刻浮上吾人腦際，百

廢待舉，希願我們的軍醫當局，予以最大的努力，不要再因循坐視了！

這次我們統計所得的實例，有出身是浙江省立醫藥專門學校畢業，而所任的職務，是一等佐獸醫；出身是江西南佛烈大學理科畢業，所任的職務，是上尉軍醫；以及助產士的被用為軍醫巨藥；學非所用，用非其人，都是軍醫人事制度的改進上，應該被考慮到的問題。

第二：資格二字，應該是品性學問與出身經歷的綜合。可是一般人心目之中，每以出身包括資格的全部。現代出身，以學校畢業為標準，因此學校的大小，一變而為資格的大小。留學歸國者最上，國內專科以上學校畢業者次之，中學畢業者等而下之，小學畢業者最不足道，此外，均為無資格之列。因為資格的標準如此，故芸芸衆生，汲汲焉唯資格是求，唯大小相爭，而資格欠缺者，也紛紛的捏造資格以應世；上述醫院的改稱為醫學校，都是資格二字，在他們的心理發生作用所致。

最近報載衛生署公共衛生人員訓練所招收學員資格，有規定醫師研習班一年，須國內外公立或已立案之私立醫學院畢業；醫師講習班六個月，須於國內外公立或已立案之私立醫學專科以上學校畢業；這種區別，真使人覺得蹊蹺，為什麼醫師研究班的學員，祇能限於醫學院畢業呢？難道專科的程度，就夠不上應考麼？爽利的說：這無異是加重資格大小的糾紛，也就是擴大捏造資格的心理。

我更可以舉出下列的實錄：

有一位現年三十歲的軍醫，實際上寫明上海同德醫學院畢業二年，福建省防軍幹部學校附設軍醫訓練班畢業，民國二十四年秋奉派赴日本進東京電氣醫學專門學校，再進東京帝國大學專攻科研究，至二十六年秋七七事變發生後返國，初任××部隊的中尉軍醫，現已升任上尉云云。

然而我要說：我們對所做工作的能否勝任愉快？不一定在乎資格的大小，而當視乎我們的有無真才實學？而才學的修得與進步，亦不僅限於學校，固於一隅。從學校出來的，固未可引為自滿，未進學校的也未始不可以努力自修。愛迪生科學上的成功，是大家熟知的故事。國人如商務印書館的王雲五，華生電扇廠的楊齊川，第一流小說家的沈從文，教育家俞子夷；都沒有什麼學校出身的資格，而他們的事業聲譽，總也算得起社會上知名之士了。

所以資格欠缺的，未必個個皆為質得材，不堪使用。資格，祇能做用人選擇的標準，却不能拿它來壓倒一切。資格欠缺的，正可不必自餒。我們祇要有真實的才學，雖無資格，也足為辱；唯是無資格而又學無術，不知努力的，毋纔可慮。吾人當汲汲焉以知識的日新月異是求，不必以資格的低末為念，這是筆者感想所及，願意向資格欠缺的軍醫同仁，進一句忠告。同時希望我們的軍醫當局，也有個切切實實的統籌補救辦法，給予那有志前進的這批青年們，一個造就的機會。

第三：部隊衛生的未能步入正軌，部隊長官，也應該負相當的責任。因為部隊衛生的業務，我們從工作上的職能來看，軍醫人員，固然是推行的主力；但是從行政上的權限來看，部隊長官，實在是實施的重心。如果部隊長官，對此未能有深刻的認識和推動的決心，自然會影響到軍醫工作的效能。

現時一般部隊長官對衛生的注意，似乎還着眼在醫療上面，因此在目前衛生材料的困難情形之下，就會鄙視軍醫的設置，形同虛設，這是他們不明瞭診療究竟是衛生勤務中的一小部份，從軍醫小部隊與軍醫的關係。

因此，我們要部隊衛生的前途，能有發展，除了「第一、軍醫當局的急起直追，第二、軍醫本身的痛切覺悟。……」以外，第三、就是要部隊長官方面，也能有新的理解了。



鄞 衢兩縣鼠疫發生的來源論 金華上空敵機播菌的真實性

鼠疫史上的 新事件

抱異議的，從疫症蔓延的地域和時日着想：
批評這“疫從天上来”的推斷，不合邏輯！

去年十一月至十二月間，浙東通商大埠的寧波和深處內地的衢縣，先後發生了歷史上第一次的鼠疫流行。又曾在金華上空，發現敵機空襲時，散佈鼠疫桿菌的可疑。

按鼠疫一症，非常罕見，流行起來，人類整千整萬的生命，可以被犧牲，史實昭示，足為殷鑒。此次寧波衢縣兩地，發生鼠疫的經過，和金華上空敵機播菌的情形，據各方報告的文件，撮要如下：

——鄞 衢兩縣鼠疫發生的來源論——

「鄞縣的鼠疫，是十月二十九日發現第一例的病人；衢縣的鼠疫是十一月十二日，發生第一例病人；都是突然發現，病型是腺鼠疫。經調查所得，知道發病之先，以及流行的時候，疫區裏並沒有死鼠疫鼠發現。（事實上疫鼠是容易發見，而且疫鼠的病態，也極容易判定），這和我們業經在各地所證實的鼠疫——先為鼠類的疫病流行，其次為人類發生鼠疫——的經驗；以及印度鼠疫委員會的調查報告——鼠疫流行前及流行時，必有多數死鼠——的經過，完全不同。

但有可注意者：鄞縣在疫區中心，即開明街東後街等處；於第一例病人發病前七天，曾有敵機散佈小麥甚多。衢縣也在疫區中心，於十月四日，敵機一架，在水亭門一帶上空，低飛經過，榮家巷王學林家內，羅漢井三號及五號院內，均發現敵機所擲下的小麥烏麥粟米等物品，並於榮家巷王學林家及羅漢井五號兩處金魚缸內，及三號水池內，發現跳蚤甚多。

當由縣防護團送省轉交衛生試驗所檢查，以輕轉投遞，為時過久，培養結果，僅有雜菌發育；但所送跳蚤，判定為印度蚤或稱人鼠共同蚤，乃最易傳染鼠疫病人之跳蚤；第一例鼠疫病人，即發生於該處。

事實如此，於是我們可以發生下面這一連串的問題：

- (1) 為什麼敵機要擲下這印度蚤來？（鄞縣雖說沒有發現跳蚤，可是跳蚤活的，拋下來以後，牠會跳走的，不能找到，在衢縣因為一部份跳蚤拋到金魚缸裏，淹死了，所以就為居民所發見）。
- (2) 為什麼發病的地點，恰巧與敵機墜下物的落地點相吻合？
- (3) 為什麼發病之前，沒有先發生死鼠？

- (4) 為什麼在本病流行的時候，都沒有死鼠找到？
- (5) 為什麼腺鼠疫在鄞衢兩縣發生，反在冬季的十一月裏？（腺鼠疫的流行季節，依照福建的經驗，四五月及七月至八九月為流行最烈期間）。

綜上幾點客觀的設想，加以研究連系起來，我們可以推定，敵人是先使老鼠人工的感染得病，然後搜集牠身上所預先配置好的跳蚤，和着五穀之類（作為烟幕，或吸引人們好奇與注意，使之接近此種物品，便利跳蚤找到宿主）一起擲下，跳蚤散開，找尋宿主，當然人就先被感染得病，因此沒有死鼠的發現。」

這樣說來，難道這次鄞衢兩縣突然發生鼠疫的事實裏面，包藏着敵人在軍事政治各方面侵略失敗以後，日暮途窮所施予我們最卑劣的一種陰謀和手段，也就是敵人妄想在我的頭上，嘗試那細菌戰的實驗麼？

——金華上空敵機播菌的真實性？

敵機在金華上空，散佈鼠疫桿菌的經過是去年十一月 27、28 兩日，敵機空襲金華，均有白色煙霧狀的東西，從敵機散佈出來，飄在空中。28 日那天，更在縣下街溪灘上空，白色的煙霧，經過三小時不散。

五里牌樓廣合順皮革廠某職員，於敵機飛去以後，見有淡黃色細小顆粒，落到水缸裏，遇水即溶，並在附近陳實慶的人力車蓬上，亦發見同樣顆粒，就採集了一部份送交金華民衆醫院檢驗，結果發現革蘭姆染色法陰性桿菌，當即電請省衛生處派員與以鑑定。其後即由浙江省衛生試驗所技正吳昌豐，以一部份材料，在試驗所依照細菌學診斷方法，逐一檢查，發表檢驗結果如下：

- (1) 檢驗來源：金華民衆醫院，交來小試管一支，管口係用軟木塞塞住，併用石蠟封固，內裝十一月二十八日敵機擲下物黃色顆粒二十二粒。
- (2) 肉眼檢查：擲下物為黃色圓形顆粒，如蠶子狀，徑約一公厘；投入生理食鹽水，即在水面展開，為膜片狀，色變淡黃，稍加振盪，膜片破碎，為大小不等之白色粉末狀，遊離水中。
- (3) 顯微鏡檢查：
1. 顆粒：（放大五十倍）呈黃色球形，表面凹凸不平。
 2. 鹽水浮遊液：取一小滴，在玻片上塗開，經過乾燥固定，用革蘭姆氏染色，鏡檢為陰性桿菌，內中有兩端，具濃染體，形態學上，確係鼠疫桿菌。
- (4) 培養檢查：除雜菌發育外，不能檢得鼠疫桿菌及其他病原菌。
- (5) 動物接種：以培養僅有雜菌發育，故未施行動物接種。

依照細菌學的診斷，當以鏡檢培養，動物接種及其他生物學試驗等同時並行，現在擲下物的檢查結果，僅能在形態上得到確定；（即玻片上檢查，是革蘭姆染色法陰性桿菌，兩端圓形，染色特深，成為清晰之極體。依照細菌學的觀點，凡革蘭姆氏陰性染色的短桿菌，兩端或極體染色，就可以確定它是鼠疫桿菌）但為什麼培養基上，又沒有鼠疫桿菌的培養成功呢？據檢查者的說明：

本來鼠疫桿菌的生物性狀上講，對於日光、乾燥、熱力等抵抗力是很小的，普通在膿液內的細菌，於日光下三至五小時即可死亡。如係純粹培養的細菌，約須四小時。至在極乾

之空氣內，約二三日而死，但以人工乾燥法使之乾燥，可在四五小時內死亡，而於攝氏百度乾熱，則僅一小時，流通蒸氣或沸水內數分鐘即死。

此次飛機在金華所灑下的顆粒，是上午十時左右，搜集送檢的時間，已越四小時，而民衆醫院收到是項檢體，又在下午三時以後。搜集方法，當然沒有經過消毒處理，而檢體來源是在人力車的車蓬上，僅是許多許多顆粒中的一部份。

由於以上種種的因素，依照理論上說，影響於細菌的生存很大，同時雜菌發育，也就很自然的，所以僅僅這小部份的檢體，也許恰巧受到了生存上的影響，以致培養不能成功！云云——。

究竟飛機在金華灑下的是否鼠疫桿菌？據國聯防疫專家，伯力士博士(Doctor Pollitzer,)的意見：認為它未經特種適當的培養及動物試驗成功，還應該取保留的態度而未便遽下斷語。

三

當鄞甬兩縣發生鼠疫的時候，各方對此，都非常注意，防治的工作，也進行得非常努力；因此，在短期內，就告撲滅，不致蔓延。

關於鼠疫的流行史、病原、病理、診斷、治療、預防……等知識。報章雜誌上發表的文字，和衛生機關印發的小冊子，已經很多，本刊不擬贅述。特別值得提出來的：這次鄞甬鼠疫的發生，據說和敵人的細菌戰有關(散布跳蚤和桿菌云云)，這點却是鼠疫史上前未曾有的新事件，如果事實確乎囑各方所推論的相去不遠，那末，今後對於鼠疫的流行，應該有新的注意了。

四

——“閩浙鼠疫的展望”——

本文清樣後，正擬付印，恰巧陳方之先生寄來“閩浙鼠疫的展望”對這次鼠疫史上新的事件，表示異議。他認為鄞甬兩縣的“疫

從天上飛來”如前面一二兩節所說的理由，實在是合邏輯的。

據他所展望這次“疫的來路”，究竟是空中擲下的呢？還是從異地輸入的呢？可以從“鼠疫的蔓延地域”和“鼠疫的發生時日”這兩個切實的問題上搜索出來。

第一從蔓延的地域上研究所持批評的要點：是鼠疫的爆發流行，和鼠類的關係，有兩點最密切：

(1) 恒在性病源地之鼠疫流行不絕，原因在鼠。蓋於大流行以後，一部份抵抗力強大的鼠種，能患慢性鼠疫，以持續其菌的保存。迨至抵抗力脆弱的鼠種化生，乃復發生急性疫，而傳播到人間，以此川流不息。

(2) 從甲地傳到極遠的乙地，往往原因在鼠。例如 1919 年美國加州所流行的鼠疫，來自印度。

至於人與人交通頻繁的內地，可以不必依鼠而傳染，人傳人也是可能的。據情報去年鼠疫發現的地點，在浙有慶元、龍泉、鄞縣、慈谿、衢縣、浦江、平陽、等七縣。在閩有南平、松溪、德化、安溪、建甌、仙遊、晉江、莆田、龍溪、將樂、福州、永春、平潭 等十三縣。地點既這樣衆多，其中必有甲地的輕症病人，直接傳染給乙地的人，不過社會上人事複雜，不易處處查明出“外來患者”罷了，所以疫鼠的不能發現，不得改其復即自空中投下。

第二從發生的時日上研究的要點：如果浙省境內，除鄞甬外，別無他處鼠疫。或如果鄞甬在先，慶龍在後，還可說浙江鼠疫的禍根，統統是敵機種下來的，但是慶龍的鼠疫，已經鬧得很久，已被認為防治困難，可見得慶龍的鼠疫有許多機會，可以散佈於四方。

以上僅舉其有關本文的意見，俾讀者對此事的正反兩面，都有一些參考！

(編者)。

“我們想辦好一種軍醫的讀物，並不是一樁容易的事情，現在我們是等於墾荒，在起始的時候，並不奢望它能夠有很大的成績表現，祇要它通得過會員們一般的需要就行了”



敬致讀者與作者

· 編者 ·

創刊號出版後，我們帶着憧憬的心情，期待着各方切實的批評！現在第二期，也和讀者見面了。因為創刊號的說期很久，我們很想將第二期的編印，提早就緒，以償讀者對上期的期望，所以那一類材料，應該增添？那一類材料，應該減少？那一類材料，不合讀者興趣？雖然我們在創刊號裏，已有讀者意見紙的製發，但因時間上，等不到讀者的寄還，須亟亟出版，因此本期的內容，也祇能憑我們主觀的檢討，來努力加以改進了。

關於本刊的選稿標準，現在我們有好幾方面的意見，歸納起來：

第一種意見，認為本刊是軍醫學術研究會的會刊，既然稱學術研究，就應該着重於學術的介紹，而所謂學術的內涵，以我們醫學來說，應該有很好的臨床實際做後盾。我們沒有設備優良的醫院，沒有什麼研究的心得，所以不能不在譯述方面，多做些工作，來充實本刊的內容。

第二種意見：表示本刊現已擁有近二千會員的讀者，為適合大多數會員的程度起見，所選的材料，不當過於專門，過於深奧。除灌輸應用的實際醫學知識之外，對於軍醫服務精神的激勵，平時修養的指導等等，都應該有所倡議，這樣纔能符合本會成立的宗旨。

第三種意見：希望本刊不要和普通醫藥雜誌的編輯方式雷同，必須要努力使它有一種特色的表現，因此認為適合的辦法，就是每期取專號的性質，譬如我們選用軍陣衛生勤務問題，現階段之我國軍醫問題等，論著譯述，稱為一期。另外又專選軍陣外科或軍陣內科方面最基本的知識，各輯一期。

又如我們可以徵求各部隊軍醫主官，對於每次戰役經過中，所有配備，救護，傷運等實際措施情形，能夠確實詳敘見告，我們就可以準備出這樣的一個特輯，也未始不可。

於是，各期有特定的內容，或許更引起讀者的注意。

在編者個人的意思，覺得雜誌的內容如何？問題都在來稿的能否暢通？如果不暢稿荒，由得你揀精選萃，那歡喜怎樣，便可以怎樣。否則，就都有些兒爲難。不過醫學的範圍很廣泛，本刊取材標準，不能不有一個主見：

第一要確定它是專對軍醫人員的，還是適用於全醫藥界的？

第二要確定它是研究的，還是應用的？

第三要確定它是各科的，還是專科的？

這樣寫稿的人，提起筆來，有了方針；閱讀的人，捧起雜誌，也就有了認識。

如果漫無標準的包羅萬象，無所不收，甚而近於濫調，結果使讀者祇能讀到極少量的稱心文字，也許一篇也沒有，那就不但是編者的徒勞無功，白費心血；而且辜負了作者讀者們寶貴的精神和時間。

那末我們的標準，又從何來確定呢？我說：取決於廣大的讀者！所以我們很虛心的徵求讀者批評，並不是筆頭上例有的客套，倒是完全完全替本刊的前途着想。希望讀到本刊的會員們，師友們，儘量提供你積極的批評和建議，千萬不要吝維！

我們想辦好一檔軍醫的刊物，並不是一樁容易的事情。現在我們是等於墾荒，在起始的時候，並不奢望它能夠有很大的成績表現，祇要它通得過會員們一般的需要就行了。

這裏我要請投稿諸君，注意下列的幾點！

(1) 請從軍醫的一般生活和實際工作當中，覓取切切實實的題材，來寫出你獨到的見解，不論是學術研究上的指導和商榷也好，或是業務改進上的批評和建議也好；總要言之有物，親切可感，相反的，我們要力避空洞陳腐，無病呻吟。

(2) 請抓緊本刊的對象，是現役的軍醫人員；現在的時代，是在戰時。什麼纔是軍醫人員戰時切要的應用知識？同時要顧慮到他們的接受能力，否則，內容雖好，效率減低了。

(3) 請想到本刊係季刊性質，不宜用分期登載的長篇稿件，如非特殊性質，萬勿過於冗長，最好勿超過五千字爲盼！

其次，關於本刊的編排印刷，我們也很注意的。雖然這是形式上的問題，其實頗爲重要；因使讀者在形式上，受了官能的刺激，而逗起閱讀的興趣，確實是一種必要的課題。如果編排拙劣，印刷模糊，就會使讀者一見生厭，大大的減低引起注意的效力，所以我的主張是形式應該和內容並重。

至於怎樣可以形成形式臻於美觀的地步？這就是所謂‘編輯技巧’亦即所謂‘紙面藝術’，在我，是祇有研究的興趣，尙無工作的經驗；惟可得而言之，它在版式上最應注意的要點：就是要爽朗朗豁，勻整清楚，纔能使讀者省力耐看，不易疲勞。

我平時讀德文書籍，總覺得一片緊張，使人有重壓之感，反之，日文書籍的綱舉目張，段落分明，不但閱讀時輕鬆愉快，翻檢便利，而且增進悟解，幫助記憶的效率也是很大，因此我在創刊就真就從事於這種‘紙面藝術’的嘗試。

事後我自己檢討，認爲版式還好的，就在本期裏，加以改進；不好的，我就不願意它再有出現。未知讀者高見；對此更能較上期爲滿意否？

本期選載的稿件，計有衛生勤務三篇，內外科各一篇，營養研究一篇，防疫一篇，評論二篇，超出預定頁數，已經很多因此有幾篇原來想掲載的稿子，臨時又抽掉了，還請作者原諒！（舟）

代 郵

會 訊

(一)許澗張廷棟君：

大作兩篇，均先後收到。關於國藥研究之方法與步驟，本刊已於創刊號轉載“注重中國藥學研究之芻議”堪稱詳盡，不贅。另有“國藥成份之概觀”載國醫醫院第二期(福建省立學院出版)頗有一讀之價值，特筆介紹。

(二)第二六師胡勝美君：

承填寄讀者意見紙並惠稿，甚感。綜觀各方來稿，對瘧疾治療，多欲於至善之外，另闢蹊徑，研究熱忱，至為欽佩。惟陳義雖高，成功尚微，欲求光大，自非循序漸進，繼續努力，更作系統之研究不為功也

至尊稿中提出之第二點希望：即“應用細菌學上免疫之原理，研究瘧原蟲之抗體，設法製成瘧疾預防液”一節，亦不無理趣。請參閱已卯通訊第二十二期醫藥月刊(瘧疾專號)所載“受染 Knowlesi 瘧原蟲之猴血清中可溶性瘧抗原體”一文，(徐芳津譯)即係研究瘧原蟲之免疫試驗，雖去事實尚遠，然由此可知研究者，正不乏其人矣。

(三)第八六軍吳澤民君：

讀“部隊軍醫業務之探討關鍵”痛陳時弊，切中肯綮，實佩高見。最近軍醫署為集思廣益，精密檢討起見，對於戰時各級衛生機關之實施作業情況：如何配置使用？如何保持聯絡？如何輸送傷兵？如何收容治療？並對於各級衛生機關之組織及數量，編制內官兵之人數，應如何計劃改進？以及衛生機關本身之行動，應如何力求敏捷？等問題，徵求各部隊軍醫主管，就實際作業經驗，詳陳意見，以備採擇。本刊亦擬俟各方意見，寄到稍多後，加以整理而有所掲載。(舟)

關於代辦書籍

(一)近時各地會員，來函託代辦醫學書籍者頗多，因航運未通，致難照辦。惟內地醫藥雜誌，已如雨後春筍，紛紛出版，本會感會員需要，擬先墊款向各地採辦數種來會供應，藉為會員服務。

茲有衛生報導月刊一種，內容豐富，係由陽紅十字會救護總隊部暨軍政部戰時衛訓所聯合編印，不日可到，盼會員多多購閱！

每本售價：創刊號八角，第二期一元二角。另加寄費平郵二分，掛號五角。

(二)軍醫必攜 現由軍醫署閩浙辦事處，重印中，約一個月後，可以出書。本會會電請軍醫署撥發一千份交會代售，每本售價，俟書到後，由會另函通告。

(三)已卯通訊社出版之醫藥月刊，為軍醫學校畢業同學所創辦，內容甚佳，本會正函洽代辦中。

(四)本會會員，現已近二千人之多，會務日繁。近自軍醫雜誌出版以來，辦理寄發手續，更見煩複。為求穩妥迅速，得免遺誤起見，每期由會備函寄各機關主管人員負責轉給，並於回單上加蓋每人印章，寄還本會以憑稽核。會員中如已離職者，亦由該機關負責轉遞，本會概不補發；惟會員更動地址，業經函告本會登記者，當可逕囑改寄，此點務請注意！

稿約

啓事

請投稿者注意

- (一)本刊供軍醫學術研究會會員閱讀進修之助，歡迎下列稿件：
1. 醫學實際知識之研究、評論、譯著、與介紹
 2. 軍醫問題之研討
 3. 戰時各地衛生動態
 4. 軍醫生活之實錄與素描
 5. 醫學書報之批判與介紹。
- (二)來稿內容及文筆，力求新穎切實。
- (三)譯作請註明原文題目、著者姓名、出版日期、及出版處。
- (四)來稿不拘文體，段落請加標點！
- (五)來稿繕寫，務請橫行清楚，尤以原文須特別注意，並希祇寫一面，以便排印；如模糊不易辨明者，雖有佳作，祇得割愛。附有插圖，亦請明晰（勿用鉛筆）。
- (六)一稿數投之作品，請勿惠賜。
- (七)本刊對來稿有刪改權；但如投稿人不願刪改者，則須預先聲明。凡不登載稿件，概不發還，否則，須先聲明，並附足郵資。
- (八)稿末請註明真姓名地址，以便通借，揭載時筆者聽便。
- (九)本刊為歡迎非會員投稿起見，於來稿揭載後，酬贈本刊。
- (十)來稿請寄上饒長官部衛生處收轉。

- (一)本刊徵求衛生史料。(見115頁)
- (二)本戰區成立軍醫學術研究會，專屬創舉。目的在增進軍醫學術研究，激勵服務精神，團結意志，共謀衛生業務之改進。本刊於努力宣達此會旨之外，擬更提出一簡明正確之信條，與吾軍醫同仁，共資寄循。偶讀德國軍醫團標語：

Der Kopf fuer die Wissenschaft!
Das Herz fuer die Heer!
Das Blut fuer Koenig und Vaterland!

航譯原義，當為：

置頭腦於科學！
寄同情於將士！
唯君王與祖國！
獻我血兮莫辭！

立意相同，堪為參考。惟同人學淺，苦乏佳什，用綴數語，特徵名作！

★按 Koenig (君王)一字，航以我國國情，可改用 Partei(黨)或 Praeses (領袖)等意義為妥。

- (三)會員如有更動地址，務請分函通知本會及原服務機關，以便軍醫雜誌之寄遞，不致延誤。
- (四)本刊為徵求讀者意見而謀定期改進，極盼愛讀諸君，能予切實批評，藉作南針，如蒙不棄，請一律用綠絨紙(毛邊紙)照讀者意見表格式(見創刊號)填寫，以便彙訂，而易鑄納。
- (五)創刊號匆促出版，誤植頗多，尤以會員錄為甚，良用歉仄。除另印“勘誤表”附發外，本期加意校對，如仍有訛字，請讀者作者隨時見告！



專售醫藥原料 醫療器械 工業藥品 發行
 民生藥廠特製良藥 聘請專門藥師 配合各國處
 方藥料精良 調劑慎密

同春大藥房

The Tung-chuen Dispensary

價目克己 備貨充足
 如蒙賜顧 竭誠歡迎

原址：
 現址：

蘭谿分店：浙江蘭谿西門街
 屯溪分店：安徽屯溪中山街
 上饒分店：江西上饒倉門街
 金華分店：浙江金華法院街
 杭州同春坊 官巷口

Antihustin, Agsicol, Pityol, Oxytin,
 Gimenor, Fiberung, Camphosin,
 Juckusan, Trypalin. etc.



第三戰區軍醫學術研究會會員錄

會員證號	姓名	籍貫	服務機關
573	金立俊	平陽	第三陸軍醫院
574	陳道根	惠安	同上
575	孫肇元	江甯	同上
576	黃金華	遂安	同上
577	李洪恩	永嘉	同上
578	王松	永嘉	同上
579	王仕強	平陽	同上
680	王烈	永嘉	同上
581	鄭約拿	永春	同上
582	朱連根(女)	杭縣	同上
583	張微	平陽	同上
584	洪語佳	建德	同上
585	徐福書	淳安	同上
586	詹汝霖	平陽	同上
587	許淑範(女)	建德	同上
588	林莖載	鄞縣	同上
589	汪定侃	歙縣	第七十七站院
590	葉經生	廈門	同上
591	葛世康	奉化	同上
592	黃申華	諸暨	同上
593	劉洞	閩侯	同上
594	林玉峯	泰順	同上
595	楊又震	江山	同上
596	高仲希	壽縣	同上
597	聞純孫	杭縣	同上
598	施志明	嶧縣	同上
599	林志青	閩侯	同上
600	周常持(女)	杭縣	同上
601	鮑傳經	和縣	同上
602	王燧	永	同上

會員證號	姓名	籍貫	服務機關
603	上官銳	福鼎	同上
604	蔡良	奉化	同上
605	胡建東	鳳陽	陸軍 107 師
606	夏霖	長沙	同上
607	張仁	長沙	同上
608	李鍾懋	雄縣	同上
609	曾昭載	邵陽	同上
610	胡樹旌	金華	同上
611	熊銘	衡山	同上
612	王志武	湘潭	同上
613	徐智助	杭州	同上
614	廖樹勳	湘鄉	同上
615	張毓鵬	長沙	同上
616	方益祥	平江	同上
617	沈守恆	長沙	同上
618	曾昭景	新化	同上
619	易任安	湘潭	同上
620	方俊明	平江	同上
621	周海祥	長沙	同上
622	鄒希孟	甯鄉	同上
623	張毓龍	長沙	同上
624	周楚柱	新化	同上
625	甘澤民	長沙	同上
626	劉復初	醴陵	同上
627	張其昌	醴陵	同上
628	袁懷慶	黃岡	同上
629	張俊賢	益陽	同上
630	黃季惠	湘鄉	同上
631	孫桂林	湘鄉	同上
632	袁廣文	浦圻	同上
633	張麗良	長沙	同上

634	韓玉昆	湘陰	同	上
635	湯翁儀	醴陵	同	上
636	龍永言	瀏陽	同	上
637	張銘動	長沙	同	上
638	王光前	零陵	同	上
639	黃祥	上猶	同	上
640	蕭玉衡	柳州	同	上
641	謝梅友	衡山	同	上
642	唐德標	湘潭	同	上
643	萬志華	景縣	同	上
644	尤啓疆	鳳城	陸軍第49軍	上
645	楊炎輝	永脩	同	上
646	孫文興	本溪	同	上
647	李振良	獻縣	同	上
648	譚國勳	新會	同	上
649	任樹傑	寶抵	同	上
650	黃成元	信陽	同	上
651	喻鴻鈞	遼陽	同	上
652	許國才	徐水	同	上
653	張文泉	密雲	同	上
654	李振卿	鹽山	同	上
655	于華庭	深縣	同	上
656	孫秉萬	莊河	同	上
657	崔振玉	南皮	同	上
658	郎秀峯	新民	同	上
659	王文志	滄縣	同	上
660	趙華厚	通縣	同	上
661	景文華	南陽	同	上
662	張殿樞	海城	同	上
663	李維越	營口	同	上
664	班鳳阿	鹽山	同	上
665	沈若青	紹興	同	上
666	王九齡	寶陽	同	上
667	陳慶泉	鎮江	同	上
668	馬金生	衡山	同	上
669	孫載清	紹興	同	上
670	張興泰	冀縣	同	上
671	石寶林	任邱	同	上
672	張盛格	芷江	獨立工兵九營	上
673	郭宗曜	麻城	同	上
674	王汝翊	盧龍	獨立第三三旅	上
675	劉作舟	興甯	同	上
676	舒騰輔	陽新	同	上
677	錢爾鑫	武進	同	上
678	王樹明	石城	同	上
679	張薇垣	縉雲	三七後方醫院	上
680	繆海鵬	杭縣	同	上
681	葛模	溫嶺	同	上
682	朱傳圻	鎮海	同	上
683	張薇樞	縉雲	同	上
684	俞國珍	廣豐	同	上
685	徐德慶	建德	同	上
686	程俊	金華	同	上
687	華碧霞(女)	寶山	同	上
688	王寶山	溆浦	同	上
689	余哲夫	昌化	同	上
690	王逸鳴(女)	建德	同	上
691	毛永甫	建德	同	上
692	吳秀華	建德	同	上
693	吳錫瑞	衢縣	同	上
694	許起祢	歙縣	同	上
695	陳均一	富陽	同	上
696	陸萬茂	紹興	同	上
697	葉振聲	休甯	同	上
698	潘鈞	淳安	同	上
699	程淦桐	建德	同	上
700	鄧保丞	鄞縣	同	上
701	何行	壽昌	同	上
702	汪佛航	黔縣	第一手術組	上
703	何雲光	淳安	同	上
704	胡維綱	蚌埠	同	上
705	鄭厚仁	長沙	同	上

706	李	警	錫	無	同	上
707	蘇	裕	龍	茶	同	上
708	彭	鳳	情	吉	101兵站醫院	
709	蘇	國	荃	崇	憲兵第四團	
710	馬	子	漢	黃	同	上
711	何		基	北	同	上
712	陳	紹	明	思	同	上
713	吳	友	松	東	同	上
714	楊	聖	惠	南	同	上
715	儲	蕤	秋	如	第一收容所	
716	王	維	康	杭	同	上
717	沈	樹	盛	上	同	上
718	徐	積	金	臨	同	上
719	儲	篤	卿	如	同	上
720	馬	耀	華	西	同	上
721	褚	蘭	箴(女)	上	同	上
722	范	廣	著	江	上饒迪康醫院	
723	薛	騰	蛟	番	第44兵站醫院	
724	劉	少	陪	黃	同	上
725	譚	海	秋	武	同	上
726	韓	智	顯	襄	同	上
727	丁	建	邦	豐	同	上
728	傅	祖	淵	諸	同	上
729	蔡	植	青	閩	同	上
730	王	作	盈	巴	同	上
731	鄭	穎	浩	閩	同	上
732	卞	恂	如	吳	同	上
733	張	奇	錦	宜	同	上
734	陳	文	林	宜	同	上
735	薛	家	驪	上	同	上
736	周	良	宏	華	同	上
736	夏	驚	鴻	鎮	同	上
738	何	金	池	息	九五兵站醫院	
739	張	紹	良	成	同	上
740	王		琪	濱	同	上
741	方		飛	都	同	上

742	田	澤	民	汜	同	上
743	黃	維	藩	崇	同	上
744	陳	文	修	黃	同	上
745	焦	連	珠	汜	同	上
746	劉	方	權	江	同	上
747	常	德	孚	博	同	上
748	宜	家	衡	懷	同	上
749	劉	懷	春	湯	同	上
750	夏	真	如	正	同	上
751	蔡	壽	慶	松	同	上
752	趙	煥	章	榮	同	上
753	沈	天	民	高	陸軍第一百軍	
754	劉	寶	羣	清	同	上
755	石		佑	諸	同	上
756	吳	偉	民	樂	同	上
757	楊	鶴	翔	閩	同	上
758	王	肇	麟	黃	同	上
759	蔡	孟	昌	餘	同	上
760	詹	開	珠	閩	同	上
761	許	一	光	樂	同	上
762	王	迺	松	平	同	上
763	葉	在	堅	閩	同	上
764	徐	朝	才	閩	同	上
765	陳	子	樊	閩	同	上
766	朱	宴	春	西	同	上
767	楊	振	源	常	同	上
768	沈	孝	仁	吳	同	上
769	魏	崇	信	南	同	上
770	丘	文	衡	崇	同	上
771	彭	榮	發	湘	同	上
772	朱	爾	徽	崇	同	上
773	楊	明	聲	晉	同	上
774	張	周	莫	長	同	上
775	周	堯	堯	瑞	同	上
776	鄒	六	世	甯	同	上
777	王	世	順	閩	同	上

778	周萬和許	昌陽	同	上
779	蘇訓之	阜陽	同	上
780	方春	莆田	同	上
781	王建	閩候	同	上
782	李欽銘	晉江	同	上
783	李志庚	鎮江	同	上
784	蔣琢如	臨海	甯波防守司令	上
785	翁後興	臨海	同	上
786	李承業	邵陽	同	上
787	錢希烈	嶧縣	同	上
788	王益廷	奉化	同	上
789	馬虎跑	奉化	同	上
790	王天宋	黃岩	同	上
791	謝壽民	餘姚	同	上
792	許康延	鎮海	同	上
793	李行	湯溪	同	上
794	盧亥生	黃岩	同	上
795	張瑞文	東陽	同	上
796	駱菊生	嶧縣	同	上
797	裘祖亞	嶧縣	同	上
798	陶開鈞	黃岩	同	上
799	袁希傑	溫嶺	同	上
800	杜子衡	新昌	同	上
801	吳枚	臨海	同	上
802	崔盛瑞	甯海	第七收容所	上
803	鄭鴻翔	閩候	同	上
804	陳聲濤	閩候	同	上
805	劉榮鈺	武平	同	上
806	曾沛霖	平湖	同	上
807	汪秉賢	桐廬	浙抗第一縱隊	上
808	李尙義	永嘉	同	上
809	董餘慶	淳安	同	上
810	壽文錫	杭縣	同	上
811	盧建平	樂清	同	上
812	趙祖藩	永嘉	同	上
813	陳琴達	瑞安	同	上

814	張光旭	天台	同	上
815	夏豪	永嘉	同	上
816	林尚清	常山	同	上
817	姜鴻富	桐廬	同	上
818	高鶴齡	杭縣	同	上
819	蔣飛恭	玉環	同	上
820	林組球	永嘉	同	上
821	蘇乘仁	遂昌	同	上
822	錢選	樂清	同	上
823	嚴尙義	杭縣	同	上
824	黃禮惠	台山	同	上
825	陳國賢	平陽	同	上
826	畢時鴻	建德	同	上
827	王夏笙	黃岩	同	上
828	王和甫	奉化	同	上
829	韓靜觀	歷城	同	上
830	黃金鑑	湘鄉	同	上
831	壽文權	紹興	同	上
832	俞松華	諸暨	同	上
833	史亮	嶧縣	同	上
834	鄒斌雲	諸暨	同	上
835	吳明達	臨海	同	上
836	李序祖	永嘉	同	上
837	顏君壽	連平	25兵站分監部	上
838	王仁汰	崇安	同	上
839	吳如明	桐廬	同	上
840	宋治臣	鎮江	暫編三三師	上
841	陳國熊	武康	同	上
842	應光福	仙居	同	上
843	龐全	滄縣	同	上
844	李致中	新蔡	同	上
845	蕭步煊	番禺	同	上
846	趙朱義	溫州	同	上
847	戴天民	甯海	同	上
848	杜錫海	東陽	同	上
849	黃子仲	松陽	同	上

850	柴正	炳甯	同	上
851	蕭忠	番禹	同	上
852	江天一	杭州	同	上
853	方致和	義烏	同	上
854	葉聲振	天台	同	上
855	徐昌平	蘭谿	同	上
856	金愷棠	金華	同	上
857	孔慶誠	新昌	同	上
858	奚作民	甯海	同	上
859	鄭泉	溫州	同	上
860	陳肖孟	遂安	同	上
861	杜中	介休	同	上
862	趙學曾	蘭谿	同	上
863	程雲生	杭州	同	上
864	駱裕成	義烏	同	上
865	沈崇潮	杭州	同	上
866	傅方範	鄞縣	同	上
867	高朗	吳興	同	上
868	應隆寅	甯海	同	上
869	毛子卿	蕭山	同	上
870	俞庚	興縣	同	上
871	金立	吳江	第十二	患輸隊
872	王仲文	東陽	同	上
873	樓良弘	義烏	同	上
874	張行	玉山	第163	站醫院
875	錢熊飛	淮陰	同	上
876	周景雲	臨川	同	上
877	楊惟	上虞	同	上
878	周明樹	仙遊	同	上
879	李日鉢	深縣	同	上
880	張國威	閩侯	同	上
881	詹華懿	玉山	同	上
882	李修	信	同	上
883	劉毅	宿縣	同	上
884	陳鎮	(女)崇	同	上
885	張租	祺淮	同	上
886	劉宜	草閩	同	上
887	張瑞	玉山	同	上
888	王少華	玉山	同	上
889	王洪清	丹陽	同	上
890	沈錫璠	九江	兵站直屬	一支部
891	曾德光	南海	同	上
892	程溢鈞	金華	第三九	收容所
893	文應世	安岳	同	上
894	徐放欽	崇慶	同	上
895	孫德祥	成都	同	上
896	王而珍	鄭縣	同	上
897	王乃義	(女)鄭	同	上
898	葉乃英	(女)成	同	上
899	蕭漢臣	華陽	第一四	四師
900	譚餘善	岳池	同	上
901	彭爾福	眉山	同	上
902	蕭叔俊	華陽	同	上
903	蔣智仁	永川	同	上
904	羅樹賢	射洪	同	上
905	鄧草康	綿陽	同	上
906	傅大棟	南昌	五三	兵站醫院
907	劉小白	合肥	陸軍七	九師
908	吳良琨	奉化	同	上
909	何國芳	淳安	同	上
910	丁春樵	嵎縣	同	上
911	潘士俊	湘鄉	同	上
912	李雲	(女)杭	同	上
913	朱洪疇	杭	同	上
914	周文達	藍山	同	上
915	林聲嘯	黃崗	同	上
916	方成季	桐城	同	上
917	梁啓洪	諸暨	同	上
918	李建文	銅山	同	上
919	張紹齡	緜雲	同	上
920	俞在田	富陽	同	上
921	胡中和	益陽	同	上

922	薛定華	永嘉	同	上
923	郭中行	諸暨	同	上
924	邱士甫	富陽	同	上
925	江舜忠	番禺	同	上
926	沈啓明	慈谿	同	上
927	黃福康	諸暨	同	上
928	羅三畏	平江	同	上
929	張新漢	縉雲	同	上
930	徐偉橫	峯都	同	上
931	包尙斌	零都	同	上
932	章永昇	杭州	同	上
933	陳純倉	餘姚	同	上
934	劉行德	漢陽	同	上
935	周傑新	新化	同	上
936	汪乃康	金華	同	上
937	樓寶興	平湖	同	上
938	陳金康	海富	同	上
939	王得標	富陽	同	上
940	劉雅言	湘鄉	同	上
941	王真道	金華	同	上
942	吳馥淳	安同	同	上
943	鄒佐邦	新化	同	上
944	曾滲華	新化	同	上
945	劉界明	合吧	同	上
946	陳人韶	嵯縣	同	上
947	陳英劍	建德	同	上
948	徐興堂	蘭谿	同	上
949	陸盛標	淳安	同	上
950	朱金佩	諸暨	同	上
951	郭顯煌	九江	同	上
952	程炳榮	平湖	同	上
953	袁國鈞	湖南	同	上
954	馬超凡	南昌	同	上
955	汪蘭香	永嘉	第四衛生船舶	上
956	王若儉	溧陽	第二兵站醫院	上
957	朱陶	益陽	同	上

958	談桐江	吳興	同	上
959	張廷棟	甯宜	同	上
960	黃明材	宜昌	同	上
961	歐陽真	吉安	同	上
962	曹立助	黃陂	同	上
963	胡潛卓	黃陂	同	上
964	劉明智	宿縣	同	上
965	周榮祥	奉化	同	上
966	王百鑫	邵陽	同	上
967	曹文應	黃陂	同	上
968	朱文淵	新建	同	上
969	張百度	杭縣	同	上
970	陸亞鏞	嘉興	同	上
971	黃人傑	邵陽	第六十三師	上
972	黃文質	邵陽	同	上
973	黃強	武昌	同	上
974	曹立三	長沙	同	上
975	饒長庚	長沙	同	上
976	蔣貽德	邵陽	同	上
977	安紹奎	武清	同	上
978	周玉林	來陽	同	上
979	傅成海	北平	同	上
980	曾葆吾	新化	同	上
981	朱良炎	溆浦	同	上
982	張文璞	天津	同	上
983	康德林	唐山	同	上
984	徐成雲	漢陽	同	上
985	劉建中	蓮花	同	上
986	趙慶霖	青島	同	上
987	李家聲	天津	同	上
988	吳適羣	長沙	同	上
989	劉潤珍	滋陽	同	上
990	劉甯生	湘鄉	同	上
991	萬甯松	通縣	同	上
992	黃英	五華	同	上
993	周急	攸縣	同	上

994	盧寶智	江都	同	上
995	李襄暉	長沙	同	上
996	夏延慶	濟南	同	上
997	胡宗杰	湘潭	同	上
998	劉成烈	河北	同	上
999	馬恕	宿縣	同	上
1000	顧諶	無錫	同	上
1001	朱曉明	衡陽	同	上
1002	劉純喜	長沙	同	上
1003	張德煊	長沙	同	上
1004	祝銘	湯溪	同	上
1005	張矢	醴陵	同	上
1006	陳忠相	鄆縣	同	上
1007	劉輔昌	醴陵	同	上
1008	王啓全	醴陵	同	上
1009	譚守道	臨武	同	上
1010	戴道森	岳陽	同	上
1011	彭尙文	長沙	同	上
1012	陳仲馥	長沙	同	上
1013	虞航生	慈谿	閩綏靖主任公署	上
1014	童選初	嵯縣	同	上
1015	莫文坤	紹興	同	上
1016	薛浩平	黃安	憲兵十五團	上
1017	俞國珍	廣豐	同	上
1018	楊文龍	黃安	同	上
1019	柳恆心	蘭谿	同	上
1020	夏道生	達縣	第一四四師	上
1021	楊英如	威遠	同	上
1022	魏賓席	簡陽	同	上
1023	郭席珍	銅山	同	上
1024	王仁普	營山	同	上
1025	楊文(女)	威遠	同	上
1026	陳海文	諸暨	同	上
1027	徐玉鑫	淳安	同	上
1028	夏宗本	達縣	同	上
1029	候寶森	青神	同	上

1030	張裕豐	永川	同	上
1031	董國光	榮縣	同	上
1032	唐仲烈	金堂	同	上
1033	楊洪清	龍川	同	上
1034	劉震華	資中	同	上
1042	彭卓助	安岳	同	上
1043	龔文武	眉山	同	上
1044	謝繼宗	成都	同	上
1045	楊甘霖	營山	同	上
1046	王志華	江北	同	上
1047	賴榮	羅江	同	上
1048	倪國良	威遠	同	上
1049	方繼儒	成都	同	上
1050	易衡	開縣	同	上
1051	張玉堂	成都	同	上
1052	余耀淵	鄰水	同	上
1053	張家銓	威遠	同	上
1054	曾伯輝	威遠	同	上
1055	劉用和	資中	同	上
1056	杜照普	仁壽	同	上
1057	楊純卿	安岳	同	上
1058	唐明輝	威遠	同	上
1059	鄧滲舟	南充	同	上
1060	李步白	丹徒	同	上
1061	邱雲章	華陽	同	上
1062	王永堯	巴中	同	上
1063	官庚堯	威遠	同	上
1064	劉漢臣	資中	同	上
1065	麥延輔	廣漢	第一四五師	上
1066	榮春鐸	宿縣	同	上
1067	全盈洲	蓬溪	同	上
1068	李德華	台山	同	上
1069	李吉康	樂山	同	上
1070	黃天鑑	廣漢	同	上
1071	楊以敏	仁壽	同	上
1072	雷昌元	新繁	同	上

1073	陳炳勳	中江	同	上
1074	劉治安	中江	同	上
1075	張廷華	陽順	同	上
1076	張有富	賢中	同	上
1077	溫志賢	華陽	同	上
1078	曾季渭	安岳	同	上
1079	蔣汝言	資中	同	上
1080	詹玉文	銅梁	同	上
1081	吳象震	盧縣	同	上
1082	楊允金	南充	同	上
1083	彭用之	資陽	同	上
1084	朱榮	巴縣	同	上
1085	李懷方	安岳	同	上
1086	鄧芳明	簡陽	同	上
1087	周德安	榮縣	同	上
1088	宋宗清	宜漢	同	上
1089	歐志立	資中	同	上
1090	曾自勉	眉山	同	上
1091	陽備明	德陽	同	上
1092	李華樓	資陽	同	上
1093	詹漢鈞	江北	同	上
1094	孫友竹	成都	同	上
1095	徐潛秋	榮縣	同	上
1096	宋宗榮	華陽	同	上
1097	張禾森	盧縣	同	上
1098	藍樹國	安岳	同	上
1099	蔣泗淵	廣漢	同	上
1100	麥裕民	樂至	同	上
1101	曾錫之	成都	同	上
1102	羅永善	成都	同	上
1103	徐培垣	彭縣	同	上
1104	李嘉培	中江	同	上
1105	陳紹宜	璧山	同	上
1106	彭興昌	新繁	同	上
1107	李嘉棟	樂至	同	上
1108	鍾世材			上
1109	劉德尊	樂山	同	上
1110	黎國彬	巴縣	同	上
1111	蔣天池	安岳	陸軍第148師	上
1112	羅天飛	江津	同	上
1113	趙友仁	永川	同	上
1114	陳先裕	永川	同	上
1115	胡綸	中江	同	上
1116	侯廣慶	仁壽	同	上
1117	王伯鏞	萬縣	同	上
1118	陳錫汝	內江	同	上
1119	劉西屏	銅梁	同	上
1120	李鈺隆	瀘縣	同	上
1121	張繼明	安岳	同	上
1122	鄧協邦	資中	同	上
1123	趙權	南川	同	上
1124	蕭明魁	眉山	同	上
1125	謝良臣	華陽	同	上
1126	譚超羣	中江	同	上
1127	黃白雲	富順	同	上
1128	胡燁輝		同	上
1129	傅茂成	鄰縣	同	上
1130	李大舟	三台	同	上
1131	周榮光	潼南	同	上
1132	黃謙知	陽縣	同	上
1133	吳子舟	樂至	同	上
1134	楊正芳	萬縣	同	上
1135	楊家富	瀘縣	同	上
1136	蒲光祿	瀘縣	同	上
1137	劉龍國	萬縣	同	上
1138	雷超	四川	同	上
1139	鄧泰祥	萬縣	同	上
1140	陳富培	資陽	同	上
1141	景大洲	三台	同	上
1142	劉軍	正縣	同	上
1143	唐作儒	梁山	同	上
1144	鄧席儒	中江	同	上

民生藥廠出品

“民生”沸字隆

FIBERUNG

本品係鹽酸奎寧咖啡因及尿素（烏來唐）合劑之注射液主治——瘧疾流行性感冒扁桃腺炎肺炎及其他一切熱性病退熱之效顯著

“民生”凡痛錠

VERTODIN

本品為不含麻醉品之止痛劑主治——頭痛牙痛月經痛神經痛及一切疼痛

“民生”康福星

CAMPHOSIN

含有0.5%樟腦食鹽水溶液強心功效極為確實主治——虛脫暴死猝倒肺炎肺水腫及一切樟腦之適應症

“民生”奧克疔

OXYTIN

本品以最純粹之養化錫為基體製成之灰色或藍灰色粉末嚴密檢查極無毒質為避免外科開刀療法或開刀時之內服劑

“民生”癢可散

JUCKUSAN

本品為氯化鈣溴化鈉合劑之注射液主治皮膚搔癢症濕疹其他伴有癢性之疾患及一般神經性疾患均有止癢治療之功其10%者可代濃厚食鹽水治各種內出血疾患

“民生”脫離怕淋

TRYPALIN

本品係強力殺菌絕無副作用之黃色素注射液主治——急慢性淋濁尿道炎膀胱炎睪丸炎及其化膿性疾患

上海發行所——上海九江路五四一號
總經理處——同春大藥房各分行

• 華 金 • 波 甯 •

四 明

大 藥

- ◎ 新藥血清
- ◎ 化學用品
- ◎ 監製良藥
- ◎ 醫科器械
- ◎ 工業原料
- ◎ 專配處方

房

▲ 甯波中山東路

▲ 金華四牌坊

電話：二二三二號、二二一七五號。
電報掛號：零二二三二。