

# 軍醫雜誌

## 陳濟棠題

國立北平圖書館藏  
第四期

中華民國二十一年七月十五日出版

國民革命軍第一集團軍總司令部軍醫處及總醫院編

## 軍醫雜誌第八期要目

### 專 述

- |                   |     |
|-------------------|-----|
| 陣中要務令關於衛生一章詳解(一續) | 溫泰華 |
| 毒瓦斯(毒氣)之種類及其防禦    | 朱宗顯 |
| 父子間之鑑定法           | 蘇森榆 |
| 最近之咳嗽學說及其治療指針(二續) |     |

### 講 演

- |           |     |
|-----------|-----|
| 脚氣與肺結核的關係 | 董道蘊 |
|-----------|-----|

### 臨床論叢

- |            |     |
|------------|-----|
| 近代兵器與槍傷的關係 | 李兆時 |
|------------|-----|

### 雜 抄

- |                   |     |
|-------------------|-----|
| 丹毒治療之進步           | 溫崑立 |
| 創傷療法上之黃色水銀軟膏      | 溫崑立 |
| 黃色水銀軟膏            | 溫崑立 |
| 外傷與闌尾炎            | 溫崑立 |
| 腎臟損傷後之腎臟機能        | 溫崑立 |
| 關於臨床的症狀(青紫)之意義的檢查 | 溫崑立 |
| 鼠疫之流行的觀察          | 溫崑立 |

### 轉 載

處方學

軍醫雜誌 第八期

## 專 述

# 陣中要務令關於衛生一章詳解

(一續)

(民國十九年十二月三十一日公布之陣中要務令)

溫泰華編述

### 四 戰鬪間及戰後之勤務

第四百六十七 戰鬪間已發生多數之傷病者，而衛生隊尚未到着或遠隔之時，步兵隊應即以隊內衛生員及衛生材料設立隊裏傷所。此時該隊衛生員之一部應位置於隊裏傷所，他一部則至戰線從事傷病者之收容及救護。隊裏傷所有時以與附近他隊之衛生員連合作業爲宜。

在豫期開設隊裏傷所時，可將補助担架兵豫行集合之。

補助担架兵須將其鎗與背包留置於隊裏傷所，以白布纏於右上膊，携担架及繃帶囊前赴戰線，從事傷病者之搬運及救護。

隊裏傷所俟衛生隊開始作業，即撤收之。其衛生員及補

## 軍醫雜誌 第八期

助担架兵速歸原隊，衛生材料馱馬復回戰鬥行李之位置。但依情況隊裏傷所或仍續作業，或變更其位置，從事傷病者之收容。

隊裏傷所之位置，務須接近戰線，交通便利，能避敵火與敵人上空之偵察，尤須便於防風雨寒暑與得稻草及用水等。

隊裏傷所未開設之時，隊內衛生員位置於後方適宜之地點，從事傷病者之收集及救護。

第四百六十八 隊裏傷所等須急設收容傷病者之掩蔽物時，可利用傷病者及戰死者之携帶帳幕。

第四百六十九 高級指揮官隨戰鬪之發展，豫察患者生發之態况，可用其所屬衛生隊之全部或一部。

衛生隊在戰鬪間為使普及初療起見，須設裏傷所，其選定位置之要領，大致與隊裏傷所同，惟須顧慮我軍之配備及交通路與地形等關係，便於傷病者之收容及送。

担架連以服裏傷所前方之勤務為本則，其責任在收容戰線之傷病者搬運之於裏傷所，車輛連以服裏傷所後方之勤務為本則，其責任在將初療已終之傷病者送至野戰醫院等處。

衛生隊長已受開設裏傷所之命令，應即諮詢醫長選定其位置，基於高級指揮官之指示及第一線部隊患者發生之情況，決定各連之運用，實行需要品之徵集與傷病者後送之處置

○然關於裹傷所內之衛生勤務，則專由醫長（衛生隊分割時則為其所屬上級資深之軍醫）担任之。

凡衛生隊之衛生勤務，由師部軍醫處長統轄之。

裹傷所若能與隊裹傷所交代，則甚有利。蓋如此可使隊裹傷所之人員迅速復歸其所屬部隊也。

第四百七十 高級指揮官當戰鬪將開始時，通常於所要之位置開設野戰醫院。此醫院係收療裹傷所隊裹傷所及直接由戰線送來之傷病者。其位置選定之要領，概與裹傷所異，惟須利用適當之房屋。又若須長久設置此醫院時，則以不直接蒙戰鬪危害之村落內為宜。缺乏房屋時應以帳幕廠舍等補足之。

野戰醫院因開設而由輜重分進時，即脫離輜重隊長之指揮，直屬於高級指揮官。

第四百七十一 隊裹傷所裹傷所及野戰醫院，須植立紅十字旗與國旗，夜間須以紅十字燈標示之。

第四百七十二 凡傷病者在戰線經衛生員（施行初療、綁帶等）之後，應速送野戰醫院。

故野戰醫院已經開設，應努力將傷病者直接由戰線轉送於該院。

第四百七十三 軍隊已移於追擊，衛生隊務速將傷病者送至野戰醫院，而為出發之準備，速行追及軍隊。其尚未

## 軍醫雜誌 第八期

使用之衛生隊及野戰醫院，則依高級指揮官之命令，越戰場而前進，俾於爾後戰鬥所發生傷病者之收容，得無遺憾爲要。

餘留之野戰醫院，俟野戰豫備醫院前進與之交代，即追及其師部。

軍隊在不得不退却之情況時，高級指揮官務速將其意圖示諸衛生隊及野戰醫院。必要時特別配屬輸送機關，俟其出發準備一經完成，即先使遠向後方退却。縱在情況急迫無暇區處時，各衛生機關亦應極力從事傷病者之收容及後送。如不得已必須留置時，則以最少數之衛生員及衛生材料爲限。

第四百七十四 設立野戰豫備醫院，使與野戰醫院交代而推進之，則爲兵站之業務。

### (詳解) 1. 隊裏傷所之設置

戰鬥暫烈傷者漸多，而衛生隊尙未到着或遠隔之時，步兵隊以應急之處置，即將隊內衛生員兵與戰鬥行李內之衛生材料，設立隊裏傷所。此時欲使其勤務活潑之故，分衛生員爲二班，其一班至以甲軍醫指揮之由戰鬥行李取出材料，服隊裏傷所之業務。其他一班以乙軍醫指揮之，馳驅戰線上，使用補助担架兵，從事傷者之收容及救護，且授以任務與看護長及上等看護兵，使搜索傷者。

隊裏傷所連合設立時，一面雖便于業務施行，然他方反

有惹起混雜，且須由廣正面收容之故，自然與戰線之距離增大，以致收容傷者感覺困難，故各隊設立各個裏傷所為本則。但衛生人員少數不能分為兩部之部隊，可與他隊之衛生員連合作業為便。

騎兵隊之衛生員，由日用行李取出衛生材料，准照步兵設立隊裏傷所。然本隊進擊時，基于隊長之訓示，或以自己之獨斷，選定隊裏傷所位置而報告之。隊內衛生員停止於是處，不追隨部隊為原則。

炮兵隊之衛生員由彈藥隊(段列)取出衛生材料，准照步兵隊設立隊裏傷所，然收容傷者通常不用補助担架兵，即於放列附近直接處置傷者可也。

其他兵種不能設立隊裏傷所之部隊，則將傷者送于最近隊裏傷所或即送于裏傷所。

## 2. 補助担架兵

豫期設立隊裏傷所時，豫先集合各連之補助担架兵為宜，蓋由進出戰線 次之部隊，抽出補助担架兵，不特不利于精神上及敵情上，且由豫備隊雖可抽出使用，仍不得充足之担架兵故也。補助担架兵將其槍與背包留置于隊裏傷所，以白布纏于右上臂，携担架及繃帶囊前赴戰線，見未施繃帶者裹以繃帶，見輕傷者依其種類使步行至隊裏傷所或裏傷所或野戰醫院。其重傷者即用担架及從事救護。



間有部隊不用補助担架兵，即每團平時編制附有担架兵一排。其担架兵則不持槍其任務亦照上行之。

### 3. 隊裏傷所之撤收

隊裏傷所自衛生隊到着開始作業時，即撤收之。其衛生員及補助担架兵，即復歸原隊，其衛生材料用蹄馬積載，衛生材料蹄馬復歸日用行李之位置，但情況有不許隊裏傷所撤收時，任其繼續作業或變更位置，當收容患者之任亦可。

### 4. 隊裏傷所位置選定之要旨

選定隊裏傷所之位置應考慮，下列各點

- 甲. 務接近戰線
- 乙. 交通便利
- 丙. 務避敵火
- 丁. 務避敵由上空之搜索
- 戊. 便於防風雨寒暑
- 己. 便於得稻草及用水等

其中最要者為接近戰線及避敵火，故此與戰線之距離，依其地形戰線之廣狹雖有差異，然在平坦之地最多，以千密達(公尺)為限，仍須選定千密達以內為要。至於交通之便否及避上空敵之搜索，亦不可不留意。其他使傷者得于安臥之稻草，傷者最渴望之飲料水，及治療上必要之用水，防風雨寒暑之遮蔽物，亦屬必要。若近傍無掩蔽患者之物時，

須利用死傷者之攜帶天幕迅速設置爲要。

### 5. 關於隊裏傷所之注意

隊裏傷所不設立時，隊內衛生員則位置於戰線後方適宜之地點，從事患者之收集及救護。所謂隊裏傷所，不設立之時，即衛生隊已進出設立裏傷所之時或無設立隊裏傷所之必要時，即因裏傷所之設立，不設隊裏傷所，與無裏傷所亦不設隊裏傷所兩種不同之時也。雖然有此兩種不同之時，但須在戰線後方從事患者之收集及救護，使各部隊之傷者不致覺痛苦爲要。隊裏傷所之職員及傷者必要之糧食，由所屬隊或附近軍隊領飲之。傷者要毛毯時，須報告于隊長，受其指示辦理之。

### 6. 衛生隊之使用及裏傷所之設立

高級指揮官須豫先研究戰鬥發展時，患者發生之情況如何，判斷傷者發生有幾多，而使用指揮下之衛生隊全部或一部。至關於衛生隊應否分爲二處或集合爲一處，地點以何處爲當，通常依據師部軍醫處長之意見及判斷戰況之推移而決定之。關於此須下命令行之。

茲舉一例以明之。如當攻擊敵之陣地，欲以一部由其正面，以主力由其一翼側施攻擊時，倘此兩方向之距離相隔遠，則須設立各一個之裏傷所；或當占領陣地于一地時，地形上敵之主攻擊地區爲自然狹小之地區所制限，則單設一個裏

傷所是也。

裏傷所已設立後，担架連出而任傷者之搬運，車輛連則任後送初療已畢之傷者。然戰鬥激烈時不無使用全部於前方。至其他衛生人員則在裏傷所專任傷者之治療。

### 7 裏傷所位置之選定

當裏傷所位置選定時，有兩個相反之要求，即一面使用臂力運搬傷者便利起見，務宜接近戰線；其他一面如避敵火，使完全普及初療起見，務宜遠隔戰線。故其位置須斟酌此兩種要求，在師部而言，離敵線大約二千密達內到之間為適當。兵團之愈小者，則其距離愈短縮為妥。然在地形上可許時，更使其前遠亦不可躊躇。論者有謂照最近戰役砲兵之射程增大，且敵砲兵有時深射第一線之後方觀之，裏傷所務宜設置於遠方為當。然此見解實難同意，蓋因裏傷所設在遠距離時，用担架臂力運搬第一線之傷者，必難堪其困苦也。

裏傷所之位置選定上局地上之要件如下：

- 甲。須備隊裏傷所之條件。
- 乙。特須顧慮我軍之配備，又不偏于戰線之一翼可由全戰線運搬傷者之地點。
- 丙。地形尤以交通路之關係上，便于收容及後送傷者之地。

故此在戰線之中央後，務宜選定道路之集合點；又在攻

擊時，戰鬥暫趨進展，宜選定收容多數患者及適於後送之地點；在防禦時宜選定攻勢移轉時其關係位置之良好者；又宜避明瞭目標附近之地。

### 8 搬送機關

担架連其責任在內裏傷室與前方第一線間之運搬場務爲本則，及赴戰線收容傷者運搬至裏傷所。

車輛連其責任在由裏傷所與後方野戰醫院間之運輸勤務爲本則，將初療已畢之傷者後送於野戰醫院。

其任務雖如上之區分，然依地形及戰況如何，或將担架連由裏傷所併用於後方，或將車輛連由裏傷所併用於前方亦可，則不待言。

### 9 關於設立裏傷所各官之施置

師長（或高級指揮官）觀察戰鬥一至，即率所要指揮官或命令受領者位置於前衛本隊之先頭附近。此時衛生隊長或衛生隊之命令受領者隨從師長之後，而師長已決心戰鬥開始令軍醫處長申告關於衛生隊應開設裏傷所之位置，又加以作戰上參酌考慮後，即下設立裏傷所之命令。

（衛生隊長偕醫長赴師司令部領悉全般之情況後，戰鬥將開始時）須迅速偵察地形使衛生隊，之業務靈活適切行之爲要。若自己不能到師司令部，則派遣命令受領者赴領任務。一至接受開設裏傷所時即將戰況我軍之配備，尤以砲兵陣

## 軍醫雜誌 第八期

地，戰線與本所之距離，地形及交通網之關係加以顧慮，規定作業之計劃決定裹傷所之位置。然後將連之運用，需要品之徵集，傷者後送之處置等必要事項命令於醫長及通知各連長(担架連長)但關於裹傷所內之救急治療施術等及衛生員之使用，醫長專任之。(衛生隊分爲兩隊時則由高級資深之軍醫担任之)若用軍官出身者任之則凡衛生隊之衛生勤務由師部軍醫處長統轄之。

戰鬥將開始時，衛生隊長偕醫長(團衛生隊無醫長者則單衛生隊長親赴團部)赴師司令部領悉全般之情況後，須從速偵察地形，使衛生隊之業務得靈活適細行之爲要。若自己不能親到師司令部，則派命令受領者赴領任務。至接受開設裹傷所時，即將戰況，我軍之配備，尤以砲兵陣地，戰線與本所之距離，地形及交通網之關係加以顧慮，規定作業之計劃，並與醫長協謀決定裹傷所之位置。然後將担架連之運用，需要品之徵集，傷者後送之處置等必要事項命令醫長及通知各連長。但關於裹傷所內之救急治療施行手術等及衛生員兵之使用則由醫長專任之(衛生隊分爲兩隊時則由高級資深之軍醫担任之)蓋因衛生隊長若由軍官出身者任之則關於衛生勤務上之專門智識必缺乏，須用醫長輔助爲宜。

凡衛生隊之衛生勤務由師部軍醫處長統轄之，間有部隊其衛生隊之編制，概由團軍醫人員臨時集合組設之，並附有

担架兵一排，由團長直接指揮之，已如前述。但本要務令所規定之衛生隊，係屬於師部，由師軍醫處長統轄之，衛生隊長是由軍官出身。其下設軍醫出身之醫長一員，軍醫若干員，担架若干連，規模宏大，此種編制是適於平原之地以師為戰畧單位之部隊為宜。然南方軍隊因限于山地，不能運用大部隊聚戰一處，故對此編製，稍有變更。即於每團戰時集合團軍醫人員臨時組設衛生隊，並平時附担架排一排。故關於團之衛生勤務詳解，雖不能概照上述，但原則上根本相同，不過無醫長者，則由團衛生隊長受團長之命令，負責指揮所屬衛生員兵服收療運搬之業務。又因各團皆同此編制，則無須分割團衛生之必要。隊裏傷所（即暫設裏傷所 即裏傷所也）。觀本要務令所規定，衛生隊長須具有軍事學識，方稱厥職。故團衛生隊長由醫界出身者，應於平時涵養軍事學識，並須受軍事訓練為當。現時軍火日益發達火力猛烈死傷衆多非集大兵團作戰不可，且師為戰畧單位，具有統御經理衛生之機關。故衛生隊應附設于師部，理至明顯也。

## 10 裏傷所之區分

裏傷所通常設置如下之區分。

### (甲)收容部

收容患者速送至治療部，輕傷不妨戰鬥動作者直送至發送部。

(乙)治療部

由收容部送來之患者，施以治療後，規定輸送區分，將所要事項記入傷票，送至發送部。

治療部內設手術室及病室，必要時設患者停留處。患者中有不堪輸送者收容于病室，繼續治療至最後之輸送或送至野戰醫院之日止。

(丙)調劑部

掌衛生材料之保管，修理，分配，補充及調劑等，並從事供給治療部所要之暖水，整備急造副木及担架類檢查水質等。

(丁)發送部

將治療部或收容部送來之患者發送之處也。

發送部有徒步患者集合所車送患者集合所及担架患者集合所之區分，並附有屍室及武器裝具置放處。

又發送部準備有救急材料飲料及食物。

因有如上之四部區分雖可將衛生隊分為三部編成之，然自行分開設置則有減少裹傷所能力之弊。蓋因獨立之一部，不照上述分開四部，則業務不能進展，若不得已而分開之則治療必要之軍醫人數又減少矣。

## 11 其他關於裹傷所注意事件

如可能時裹傷所與隊裹傷所交代為有利，蓋因隊裹傷所

之人員可使速歸原隊之故也。

又衛生隊作業中奉命前進時，須留下必要之最少人員，其餘即跟隨戰列部隊。與野戰醫院交代之時，須留所要最少人員及材料，從事繼續工作。

## 12 野戰醫院之使用及其開設

高級指揮官際戰鬥將開始時，通常開設野戰醫院於適當地點，或在豫期戰鬥時，亦開設之，或使其准備。此時之高級指揮官應設幾間醫院，應在如何地點開設，徵求軍醫處長之意見，顧慮適合本兵團之作戰而決定之，即下所要之命令。

基此命令，醫院長即開設醫院，收容戰線及裏傷所之傷者，施以完稍善台之治療。一方即徵發患者運搬必要之人馬材料于附近之民居。若不能如意徵發時，向師部經理處長請求供給。將已治療完畢之患者後送至傷病者輸送部或野戰豫備醫院或兵站醫院。但此等之所在地，須受師部軍醫處長之指示。此時附近缺乏運搬材料時，高級指揮官依軍醫處長之意見，以時應急之手段，可特以彈藥輜重連之空連補足之。

野戰醫院之閉鎖，由高級指揮官之命令行之。

野戰醫院，冠以所屬師部之稱號，更附以固有之番號。野戰醫院長隸屬於師長，關於衛生勤務則受師部軍醫處長之指示。醫院長于其業務之關係上，應與傷病者輸送部及最近



之兵站司令部保持連絡爲要。

### 13 野戰醫院位置之選定及內部區分

野戰醫院收容各裏傷所及由戰線直送之傷病者，故其位置須便于此等傷病者之收容及後送，同時其位置宜適於醫院之衛生勤務之地點爲要。至其位置選定之要領，雖與裏傷所無大差異，特須留意下列諸件爲要。

(甲)須近裏傷所，且須不蒙敵火危害，務宜接近戰線。

此距離雖無一定之標準，通常位置于衛生隊之後方若干距離，大約離戰線二千密達附近爲當。

(乙)對於前方後方須有交通網。

因容易收容及發送患者之故。

(丙)須有適當之家屋及多量之良水。

天幕等之準備，耗費勞力過大，且失機動性之故。

(丁)長久設置醫院時，須設在不蒙直接戰鬥危害之村莊內。

(戊)家屋少時，須用天幕及廠舍等補足之。

(己)醫院之位置須易于辨識。

若野戰醫院之位置不得已被蘆葦時，或道路錯綜易于迷失時，須設道標以供辨識。

而在攻擊時須顧慮主攻擊方面，在防禦時，須顧慮我軍我軍攻勢移轉之地區或顧慮豫想敵之主攻擊方面，並須適合

戰畧戰術上之要旨及指揮官之意圖。

各野戰醫院之內部，概如下列之區分從事于勤務。

- (甲) 本部
- (乙) 發着部
- (丙) 病室
- (丁) 治療部
- (戊) 藥室
- (己) 炊爨部
- (庚) 屍室
- (辛) 繫馬場
- (壬) 車廠

#### 14 隊裏傷所裏傷所野戰醫院標示

隊裏傷所裏傷所及野戰醫院均須植立紅十字旗與國旗，夜間加掛紅十字燈，以便認識。治那伯條約第七條有曰…

陸軍醫院戰地醫院及患者負傷退去之標章，須用特定一樣之旗章，且其近傍須掛國旗。

局外中立人員准許纏附臂章，但其交付方法，宜由陸軍官署司之。

旗及臂章須用白地寫紅十字。

觀此可知標示之必要矣。

#### 15 戰地傷者之處置

## 軍醫雜誌 第八期

凡傷者在戰線，經衛生人員施以初療(繃帶等)之後，速送至野戰醫院，最為緊要。故野戰醫院之設備已畢時，傷者無須久留裏傷所，務即直接轉送醫院。蓋因在醫院，一則可施完全之治療，二則可減輕自己之負擔，隨從軍隊往後之運動故也。

雖在野戰醫院，僅可收留有容易恢復希望之輕症者，若稍為重症，切勿躊躇即陸續送至後方之豫備醫院。而負傷者在野戰醫院或在兵站醫院之間，有健康已經恢復者，即使歸所屬部隊。對於一般之患者，亦同此處置。或者有作不平之批評曰：醫院全不忖度軍人快到戰場之熱烈心情，且缺乏速圖恢復傷者以免減少我軍戰鬥力之觀念；單為避免自己之繁累，任意將傷者速送至後方而已。

此或多數醫院中在長時日期間，顧慮傷之輕重如何，僅保無過度後送之弊，但將多少重傷之患者，陸續送至終方，乃係于作戰上之顧慮，固不能顧慮負傷者對於參加戰鬥之心情如何也。即與其留置若干重傷者待其恢復輕則不如除却醫院自身之羈累反有利作戰者，蓋以醫院若能輕捷靈活，則不至釀成阻碍軍隊行動之弊害故也。然而在戰後野戰軍對於隊員補充，須仰給於後方師部之追送，故送回若干重傷者至內地後方，不特不以為可惜，而由補充隊方面觀察之，補充人員已追送，負傷者則不後送，則補充隊必暫成少人員矣。故對於

傷者如此之處置。縱有不滿之念於存于其間毫無由理存在故，不可不深思之。

### 16 適應戰況推移之衛生勤務

豫期戰鬥將開始時，高級指揮官由輜重調出野戰醫院及步砲彈藥連爲先進輜重。

先進輜重隊到着戰場後，爲傷者之收容治療及彈藥之分配各任務起見，由輜重隊分開行進，野戰醫院則脫離輜重隊長之指揮，直屬於高級指揮官(第四百七十第二項)，僅彈藥連依然在先進輜重隊長之屬下行動。(第四百五十及第四百五十一)當野戰醫院開設時，各級指揮官師部軍醫處長及野戰醫長之行動，則如上述。

攻擊奏效，軍隊移於追擊時，衛生隊速將患者送至野戰醫院，準備出發，追隨軍隊，如未使用之衛生隊及野戰醫院須依高級指揮官之命令，越戰場而前進，收容往後戰鬥所生之傷者，使無遺憾爲要。蓋因追擊戰鬥間，不止遭遇敵之收容部隊，而敵往往行窮鼠咬貓式之反攻，且追擊亦有多數患者之發生，及現時兵器非常進步，其威力故也。殘留之野戰醫院須待野戰豫備醫院之前進，與之交代，追及師部。此交代所要之時間，雖依患者之數，地形，天候等而有差異，然開設所要之時間，大約二時間內外可矣。

軍隊有不得已退却情況時，高級指揮官務宜速將意圖指

## 軍醫雜誌 第八期

示衛生隊及野戰醫院，如必要時，特別配屬輸送機關，（衛生隊自己有輸送機關，故必要時，始可配屬。但野戰醫院無此輸送機關，則常須配屬。倘無患者則不必配屬）其出發準備已畢，則先使退却至遠後方。

雖情況緊急無遑暇時，各衛生機關須努力將患者收容及後送。不得已而須遺留時，則留最少之衛生人員及材料為限。

治那伯條約第一條有曰：

戰地暫設醫院及陸軍醫院均以局外中立看待。其患者或負傷者在院之間，交戰者須保護之不得有所侵犯。但戰暫設醫院及陸軍醫院以兵力守之時，則失其局外中立之資格。

又同第二條有曰：

在戰地暫設醫院及陸軍醫院之任用人員，如監督員醫員，事務員，負傷者之運搬員及隨軍教士各從事其本務時及在負傷者應入院或有應救護者之間，均享有局外中立之利益。

即依該條約，凡衛生人員及負傷者或患者等如不以兵力守衛醫院為限，均得享有局外中立之利益。然依最近戰役之經驗，凡交戰者有時蔑視該條約，難保不加以蹂躪，故此人員不宜遺留於後方蓋因本令已有明示務宜用盡手段，努力收送患者使患者可保安全，乃高級指揮官之義務也。然而徒以婦人之仁反有碍全般之作戰目的，為敵所捕虜而被殲滅，則

須嚴戒此乃高級指揮官最苦心者，而非鑒實戰不能嘗其滋味也。

### 17 應與野戰醫院交代之兵站衛生機關

野戰醫院將前進時，野戰豫備醫院與之交代，或特在一地設立之野戰預備醫院，保護患者送至後方。其治愈者送返前方，是為兵站部之業務。此醫院與野戰醫院不同，與野戰軍人，無共同前進之必要，故其患者至輸送後方之日止，依然繼續其業務。

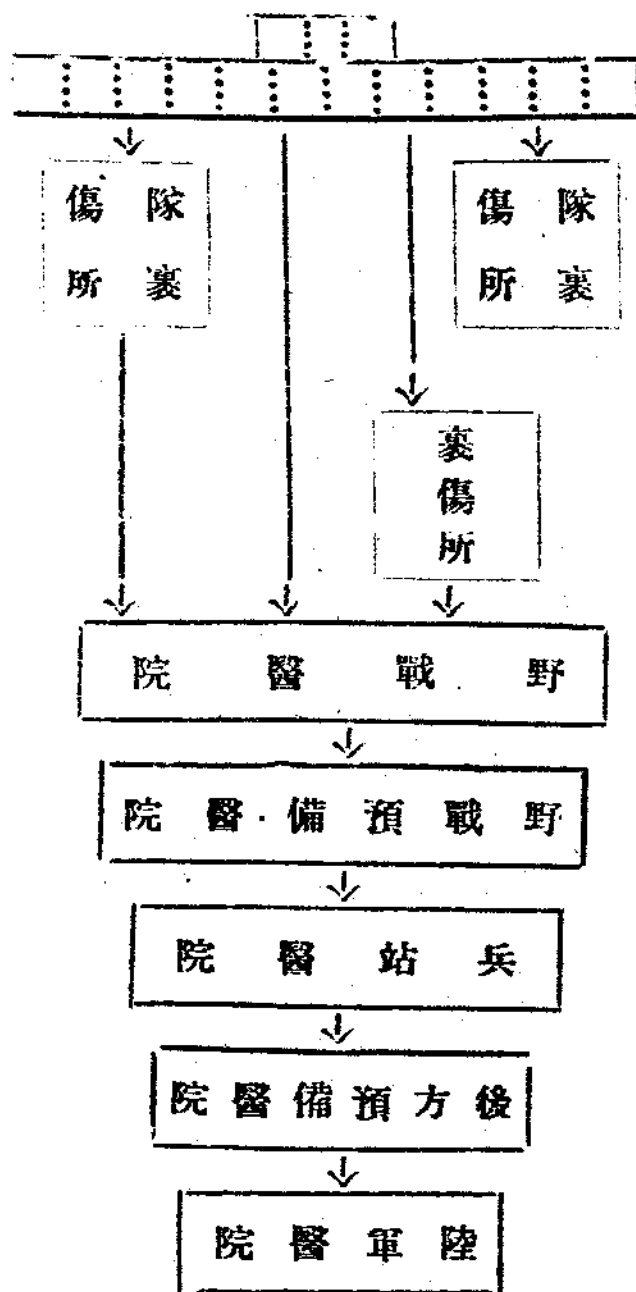
野戰豫備醫院之衛生人員，得用紅十字救護員及地方醫師。野戰豫備醫院隸屬於兵站監，受兵站軍醫處長之指揮。

野戰軍之作戰進展師屬衛生機關須推進時，兵站之各機關亦宜推進，保持連絡。

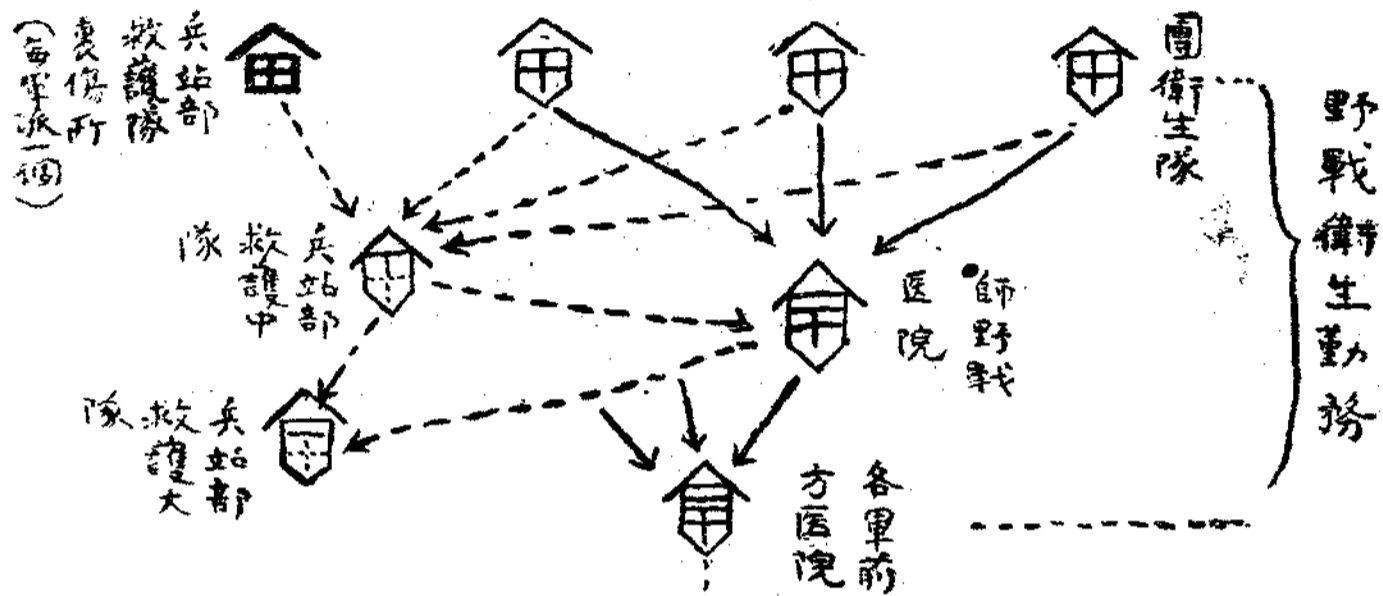
兵站醫院收療戰場送來之患者及兵站地通過之軍隊並兵站地守備隊等之患者，其輕症者治愈後。再送至前線，其重患者則送回後方。此醫院是應乎必要而始設立。故此兵站軍醫處長須顧慮兵站地或患者之輸送及集合等之情況應將設立之意見報告于兵站監。又本醫院設立之位置，與其根據戰畧戰術上之要旨，不如依兵站機關運用上之原則而決定為妥，外不詳述之。

### 18 野戰衛生機關之系統

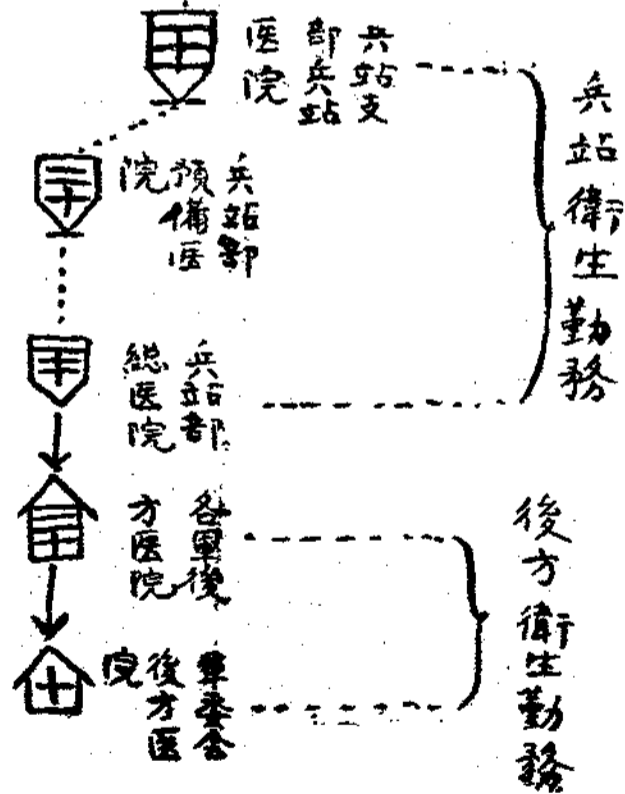
野戰衛生機關係緣 圖示如下二



又 圖 (前國民革命軍總司令部編)



(前國民革命軍總司令部編)





## 毒瓦斯(毒氣)之種類及其防禦

朱宗顯編譯

現今世界各國之戰爭。攻守雖用同一武器相對抗。攻者用槍炮。守者亦用銃炮。故戰鬥人員。常週旋於銃林彈雨之中。然毒瓦斯戰。則全變其模樣。攻者以瓦斯。而對此之武器則爲面罩 (Mask) 與呼吸器。且非戰鬥員。亦往往受害者不少。故其防禦方法。尤爲重要。茲將瓦毒斯之種類及其防禦。畧述於左。

### (甲)毒瓦斯之分類

毒瓦斯之種類甚多。性質各異。而依其對於生理上作用。可分爲五種。

(一)窒息性毒瓦斯 (二)催淚性毒瓦斯 (三)噴嚏性毒瓦斯  
(四)中毒性毒瓦斯 (五)糜爛性毒瓦斯

窒息性毒瓦斯。刺激呼吸器官。侵入肺臟。使肺中血液凝結。血壓漸高。至於窒息。

催淚性毒瓦斯。侵犯眼中結膜。瞬時流淚。或嘔吐頭痛併發。甚者至盲目。或至於死亡。

噴嚏性毒瓦斯。侵入鼻、喉、肺等各器官中。呈燒灼性刺戟。而發噴嚏。或嘔吐併發。其濃度大者。亦能致死。

中毒性毒瓦斯。侵犯中樞神經。破壞血液。其毒性甚大。中此毒者易於死亡。

糜爛性毒瓦斯。侵入皮膚。而起糜爛。有化膿之特性。并能侵犯呼吸器。使肺部起浮腫。毒性甚為猛烈。使人身糜爛。甚者即至於死亡。就其中Mustard gas 液。若附着於皮膚時。能於一分鐘以內。即用漂白粉洗淨。不至於害。一九一五年歐戰。德國軍在Iperes 戰場中最初使用糜爛性瓦斯。故又名Iperite gas。

吾人又依各種毒瓦斯之持續性而言。可分為兩種。

#### (一) 持久性毒瓦斯

毒瓦斯之具有持久性者。其比重大。擴充力小。耐水性大。沸點高。分解緩慢。常聚集於一處。不易揮發。催淚性及糜爛性毒氣屬之。

#### (三) 時性毒瓦斯

此種毒瓦斯之性質。恰與上述持久性毒瓦斯相反。消散甚易。其餘之毒瓦斯之。

(附) 戰地空氣中含有毒瓦斯量。以一立方米突中所含有毒瓦斯之瓦 (Gram) 數為單位。其耐久時間。以分數為單位。

#### 乙) 毒瓦斯之防禦方法

毒瓦斯之防禦方法。可分爲個人防禦與集團防禦兩種。

(一)個人防禦法 個人防禦。乃各自單獨避免瓦斯之中毒方法。即使用面罩(假面具)。其毒氣爲炭素粒及着脫離。而清淨空氣。雖呼吸之亦無害之方法也。此法呼吸。不用外氣。着用完全與外氣隔離之裝身具。呼吸上必要之酸素。貯之器中。而帶於身上。由是陸續少少供給。此時因純粹之酸素過濃。有害於呼吸。而以自己呼出之炭酸瓦斯稀薄之。調節其濃度。使之適當。至於皮膚糜爛瓦斯。如手與頸等。則着油衣膠衣(橡皮衣)。大抵普通可以防禦。但膠衣因防害發汗。不能長時間着用。近來美國發明一種塗布劑。能防禦毒氣。而對於氣流發汗無障礙云。

(二)集團的防禦法 此爲一部隊對於毒瓦斯攻擊而防禦之方法。較諸個人防禦。尙未立有名案。以面罩爲防禦具。雖近於完全。而不能完全防今日之毒瓦斯。故集團防禦法。實極微力之方法。此法以遮斷毒瓦斯爲目的。而造作遮蔽物。或對於毒瓦斯之襲來。以強力換氣法。使毒瓦斯飛散。或散布化學的藥液。或噴霧化學的藥液。而中和毒瓦斯。至於戰壕與軍艦之通氣。則用空氣濾過裝置。而清淨其瓦斯。又對於持久性毒瓦斯所散布之地。其污染地之消毒法。或以火焚。或利用風吹。使毒瓦斯飛散。

毒瓦斯防禦之第一點。以檢知毒瓦斯。最爲重要。毒瓦

斯檢知法。往時以試藥混白漆油。觀其變色。檢知毒瓦斯之來。而由於人類之嗅覺感覺。最為銳敏之方法。然此法不免有多少犧牲者。故難用為實行方法。軍隊之中。若遇毒瓦斯之襲來。必要警報全軍。或擊鐘。或鳴鑼。或吹警笛。夜間以花火為號。務使全軍週知。

#### 面罩(假面具)Mask

毒瓦斯當最初戰爭使用時。聯合軍之被害者甚多。然以濕手巾掩口鼻。幸能保全生命之士兵亦不少。面罩最先準備者。厥為英國軍隊。當初以炭酸曹達溶液染棉布為面被布者。是由 婦人獻策於K元帥云。所謂黑色被布面罩者。以次亞硫酸納一〇磅、洗濯曹達二五磅、甘油二磅、水四磅之溶液而染棉。包以黑布。其使用始於一九一五年五月十日十二日之戰役。P型 PH型面罩。防禦忽死症(Phosgen)之力雖強。而夏天用之。蒸暑難堪。且缺乏防禦催淚性毒瓦斯之力。P型以甘油石炭酸鈉為吸收劑而製造者。PH型以上記之藥品外。加以烏魯透品而製造。此較於前者。對於忽死症防禦力三倍大云)至一九一六。瓦斯戰進步。而防禦亦隨之進步。於是研究出箱型呼吸器。畧稱之為SBR。此式係參考向來礦山使用者而製造之。具有呼吸用之酸素容器。此非獨為呼吸器具。而用瓦斯吸着力強之炭末。與鉄銻養特製之酸化劑層。交互重疊。而清淨外氣。使無碍於呼吸。即呼吸用酸

素容器與空氣清淨面罩合併之器具。

凡防禦面罩。因停止鼻呼吸。而付以塞鼻之器具。使用者甚感不便。且因體溫關係。內面溫而成水蒸氣。眼鏡生曇。妨碍視力。是其缺點。法國軍最初之面罩。以吸收劑染棉布。約用二十枚重疊而製造。使用時密着顏面。其呼吸則經由布眼行之。眼鏡用雲母。布之外面。更塗防水劑。以防水與瓦斯吸收劑之發散。其吸收劑如左。

(一)烏魯透品 Uit. opin	三九磅
甘油	三七、五磅
硫酸鎳(七分子結晶水)	二七、五磅
炭酸曹達	一一、八磅
水	適量
(二) 麻子油	一〇七、〇磅
酒精(九五%)	八一、〇磅
甘油(九〇%)	一〇、七磅
苛性曹達	三、一磅

所謂 A R S 面罩者。法國軍使用面罩最終品。用樹膠布裏面塗以油脂。面罩之內容填充物。乃用浸劑綿活性炭末酸化亞鉛甘油曹達石灰等。填充三層。美國之面罩。主都用樹膠布。眼鏡用安全玻璃。防禦劑置於箱內。

瓦斯吸收劑

面罩之瓦斯吸收劑。以炭素粒末及石灰曹達爲主。而供吸收劑使用之物品須有左列條件。

(一)瓦斯之吸着力速(二)能吸取多量(三)不變質(四)吸收力持續的(五)製造法簡單(六)原料容易採集

吾人急激呼吸。每一分時吸入五六十「立特」liter 之空氣。計測普通面罩對於吸入此大量之空氣。其通過面罩之速度。一秒間八十仙米。而炭素末接觸於空氣之時間。約一秒之十分一時間。在此短時間。炭素末必要吸盡瓦斯。現用之炭素末。約千分七濃度之 Chlor picrin。上記之速度通過 Chlor picrin 之含量。可稀薄爲一萬四千分一云。炭素粒末有此偉大力。若無面 而向戰場從事者。可謂無謀之極也。

吸收容量。亦屬貴重條件之一。即一定量之吸收劑。能吸收若干量之瓦斯是也。若吸收雖速。而直失吸收力者。則不適用。其吸收容量相當。而所吸收之瓦斯。不容易再離者。最爲合格。其次吸收劑不問何種毒瓦斯。以能吸收各種者。方爲滿意。茲將吸收劑能適合諸要件者。列舉於左。

#### 炭素末

吾人所知者。脫色用骨炭獸炭。等動物質之炭。拔除安母尼亞之臭氣。實用木炭。及至毒瓦斯戰起。毒瓦斯之吸收劑。則爲炭素末。而以植物質炭素末爲主。但同是炭素末。不獨因原料之種類。其成品之物理的性狀與缺雜物。有多少差

異。即如製造方法不同。製造溫度有差。而有附加混合物者。決不能說同一樣。從原料方面說。以 Cocoa 實之殼、椰子等製造者。成績最良。其次堅牢物質之種子與菓實殼（例如胡桃梅核）等。皆有相當之成績。即落花生殼、椰子外皮、木炭等。亦堪使用云。

吸收劑之能力。有數時間使用直消失者。必須準備多數人用之分量。將來市民全體須準備未可知。因戰爭非獨門員之戰。實國全員全能力之戰爭。觀於歐洲大戰。可以明証。美國當歐戰之末。每日所製之炭素末（Cocoa 實製）達四百噸。供給於戰地之用。炭素末吸收瓦斯之強弱。關係於接觸之面積。毒瓦斯與炭素末接觸之面積愈廣。其吸收愈強。若過於粉細者。勢必至比於大塊者。接觸面減少。故其效果亦少。炭素末之面。以無掩蔽物者為佳。當製造之際。發生炭化水素與爹兒樣物者。往往有妨碍其權能之弊。故當製造炭素末時。須綿密注意。燒原料時炭化之溫度。以五六百度為適當。過此以上之溫度。所謂不活性炭素。即失却吸收毒瓦斯之能力。欲避爹兒類之掩蔽。則於炭化之後。送入適宜之空氣、或水蒸氣。使爹兒酸化。變為揮發性物。或將炭素末熱之。使爹兒熱分解。成為揮發性化合物。或如德國製法。當炭化時。原料中混鹽化亞鉛而焦之。作成炭末。如此製法而製造之瓦斯吸收力強的炭素末。稱之為活性炭素。此活性之意味。多關係

於吸着速度之遲速。而吸着分量之多少。比較的關係淺云。

植物性原料以外。無烟炭之上等品。亦可製活性炭素。吸收力持續時間。約五六〇分時。Coca實為原料。空氣附活性者。三六〇分。水蒸氣附活性者。有八九百分時之成績。無烟炭為原料者。製出此中間位之物品。德國以松柏科之材。混以鹽化亞鉛而赤熱之。製出之炭。更以水洗。而洗去鹽化亞鉛之大部分。製造活性炭素。使用之有效時限。因瓦斯之種類而異。據實驗室之報告。自十分至一時間。實際戰上能超過三十分者極少。吸收劑之能力持續時間。雖同一種之炭素末。由於毒瓦斯之種類而不同。蓋吸收作用。不獨單物理的作用。毒瓦斯與炭素之間。有起化學的反應。由於有化學的反應。至有大差。固不待言也。炭素末大概能吸收各種毒瓦斯。若忽死症、青酸瓦斯。只用炭素末防禦。不得謂為十分有效之防禦。故對於此等瓦斯。須併用曹達石灰。因此等亞爾加里性。能中和青酸瓦斯等酸性物。又如以鈦錳養等酸化劑。由於酸化作用。使毒瓦斯變質無害。凡此等劑與炭素末混用。可為輔助作用之目的而使用者也。

至於海戰。軍艦之操舵室、發射管室、司令塔、發令所、砲塔、彈火藥庫、戰時治療室、無線電信室等。可以完全密閉之局所。則設置空氣清淨裝置。以除毒瓦斯。通常以安母尼亞石灰等適應瓦斯。使之化為無毒。約以四〇磅曹達石灰



## 軍醫雜誌 第八期

○能堪清淨器十六時間之使用云○各室之密閉被攻破○防備失其功效時○要通以大風○在廣大海面上○遇毒瓦斯攻擊○則迅速快航○逃出危險界○以清風洗盡毒瓦斯○此亦是防禦上之一良法也○

### (丙)毒瓦斯中毒之應急治療

毒瓦斯中毒之治療○以速由瓦斯地逃出為第一要件○而污染之衣服○亦須速脫去○若遇糜爛性瓦斯○以鋸屑、(俗稱木糠)亞鉛華等微布拭取之○或以亞爾加里性酸化劑○而分解其毒劑○傷害之局部○塗敷軟膏○遇窒息性毒瓦斯○須絕對的安靜○酸素之需用十分減少○然後徐徐供給酸素○對於心悸與鬱血○則施行瀉血及注射等之處置○

### (丁)毒瓦斯之生理作用及其致死量與防禦劑

#### (一)鹽素(綠氣)Chlorine

此瓦斯侵犯呼吸器○而損害諸器官○其濃度一立方米中有一〇〇密瓦○人居其中○約一時間致於死亡○就犬之試驗○一立方米空氣中含有二、五密瓦○三十分間○犬已斃命○

防禦劑(中和劑)(1)次亞硫酸曹達(2)乾性油

#### (二)溴素Brom

本品之生理作用○概同綠業○其致死量○較之綠氣稍小○

中和劑概同前者○

(三) 忽死症 Phosgen (碳酸化綠鹽一名雙綠炭化養)

忽死症者。諧音譯名。本品急激刺戟呼吸器。侵犯肺部。使血液凝結。血壓高昇。至於窒息而死。對於人類。一立方米空氣中含有二〇密瓦。爲其致死量。其濃度五乃至二〇密瓦時。若長時間曝露於其中。亦可致死云。

中毒症狀。因本品強烈的刺激肺部。人及動物吸入之。肺部急起痙攣。充滿液體。進而侵犯心臟。即速死亡。所以死者之大部分。因爲肺部充滿液體。致空氣之供給缺乏。窒息而死。中等度中毒者。受毒後約二三日死亡。幸而治愈者亦有之。其濃度稀薄之瓦斯。無刺戟性。故雖中毒。無毫自覺。因之危險性愈增。中毒症狀發現。較之綠氣非常緩慢。濃度少時。往往經十二三日時間後。始能發現。此爲其重要性質之一。所以用爲瓦斯攻擊時。非常有利。敵人雖在此毒氣中。不能即時知覺也。中毒者若運動愈烈。肺內之液體愈增。以致促其死亡。故患者必須靜臥於中毒地點。候醫師之治療。并絕對的安靜。否則惟有自促其死。然 Phosgene 有爆發性。故戰場上被其襲擊時。發生爆音。愈令人心混亂搖動。中毒之結果亦大。不可不注意也。

(四) Diphosgenisc.

大概與忽死症同。中和劑用木炭末。

(五) 綠化亞硫酸 Sulfuryl Chloride

窒息性之外。多少有起火傷之效力。

(六) Benzyl Bromide

本品屬於催淚性毒瓦斯。侵犯眼之粘膜(結膜)。轉瞬即流淚。一立方米空氣中含有四密瓦。即能催淚。試驗上一立方米空氣中。含此瓦斯二瓦。約三十分時間。可致免於死亡。中和劑(1)木炭末(2)次亞硫酸曹達。

(七) Chlorokierin (Nitrochloroform)

本品之生理作用。催淚性之外。同時催嘔吐。其濃度空氣中約含有百萬分之二時。已不能開眼。

中和劑(1)木炭末(2)安母尼亞之酒精及甘油溶液(3)亞硫酸鈉葡萄糖甘油水及輕石末之混合物。

(八) Diphenyl Chlorodisjane

濃度千分之一時。刺激鼻喉頭及肺。至起嘔吐。若濃度再大時。能使中毒嘔吐。其毒性較諸同一濃度之Phosgen尤大。

防禦劑。因其係固體微細粉狀。故以厚濾紙一枚。即不能通過。

(九) Methyl dichloroarsin

毒性較諸前者為強。嘔吐性之外。同時有激烈之糜爛性質。對於此點與糜性瓦斯相等。

(十) 青酸 Hydrocyanic acid

青酸侵犯神經中樞。雖為猛毒之一。至其毒性。視乎濃

氣中青酸之濃度而定。在一定度以下之青酸。雖長時吸入亦無害。其濃度一立方米突中。含有一〇〇密瓦時。始發生效力。一立方米突中含有五〇〇密瓦時。中毒者即時死亡。青酸之中毒症狀發生極速。數秒時間即能致死。

中和劑(1)苛性鉀水及甘油溶液。(2)醋酸水及甘油溶液。(3) 錳養水及甘油溶液。經驗上因青酸之毒作用發生甚速。防禦劑之作用較遲。故防禦時常無劑於事。中毒者之治療方法。用新鮮空氣與人工呼吸。冷水摩擦頂部。及注射興奮劑。

#### (十一) Carbon Monoxide—酸化炭素

本品濃度一萬分之三時。始起中毒症狀。千分之二時。中毒症狀頗著。百分之三時。中毒者即時死亡。中和劑使用Hokcalite以吸收之。其配合如左。

二酸化Mangan五〇%、酸化銅三〇%、酸化Cobalte 一五%、酸化鋁五%。以此劑填充於面罩。更以鹽化石灰除去濕氣。則此防禦劑不容易變質。故於高溫地方使用更妙。

#### (十二) Dichor ethyl Sulfide (Mustad gas)

此種毒瓦斯。糜爛性之外。同時侵犯呼吸器。使肺部起浮腫。又因其附着皮膚後。能起火傷結果。故有火傷瓦斯之名。其中毒病狀。侵犯眼目、皮膚、與呼吸器。發生結膜炎、紅疹通、水泡帶、及喉頭、氣管等之炎症。有時成爲慢性皮

### 軍醫雜誌 第八期

膚病者有之。中毒劇烈時。往往致死。此瓦斯之蒸發率頗低。過常野外所遇者。濃度稀少。故死亡率非常少數。歐洲大戰時。美國軍中毒者之中。死亡不過一%以下。若裝此瓦斯於彈丸之中。重裝炸藥放射時。使其成小粒分散。而散布於廣大區域。則非常危險。一旦中毒。幸免死亡者少。所謂高級炸藥是也。

中和劑(1)以漂白粉洗之。若於一分時以內洗之。可以無害(2)用木炭末以吸收之。

糜爛瓦斯中有名爲Lewisite者。糜爛性之外。兼有催淚性及噴嚏性。其毒性甚烈。以其三滴可斃天竺鼠云。

## 父子間之鑑定法

蘇 森 榆

遺產制度一日未經推翻，血統之爭，便隨時都有發生，古今中外歷史上所載的什麼偷龍轉鳳一類把戲，所爭的實在不是什麼血統不血統，而是遺產的繼承。

人類爲了傳種便要組織家庭，爲了組織家庭便要結婚，在正式夫婦所產生的孩子，才受法律和社會承認他是親子，若果沒有經過結婚儀式的男女，一旦生了兒子，那便要受世人稱爲私生子了。

自從自由結婚之說一倡，男女兩性間的糾紛，便日益加多，因爲在自由結婚的過程中，一定要經過戀愛的階段，在戀愛的當中，很難免性慾的衝動，男女間經發生肉體關係，幸而能夠成婚，自然沒事，不幸中道仳離，在女子方面，必將陷於墮落，其結果不外兩途。

- 一、由墮落而濫交，由濫交而變爲私娼式的秘密戀愛，  
(?) 受男子沒有名義的豢養，或竟流爲私娼或爲娼。

二、因秘密的，沒有經過結婚儀式的，性慾關係。或賣淫的結果。便發生了所謂私生子一個問題。

私生子產出之後，男的和女的能夠終於結了婚，或是能夠負責養育，而且沒有遺產的爭執，那便沒有問題，一不然那就要麻煩到法官去裁判了，但是遇着這樣案件，法律上要靠什麼方法去解決呢。那就是本文所要談，的一個問題。

在法律上的解決方法，當然只有待於法醫學上之鑑定，可是關於父子間之鑑定法，我們搜檢古今中外一切說籍，固然未有一個定律，就是現在世界學者對於此事，雖然正在殫精竭慮，積極研究，并且發表不少意見，可是在科學方面上說，實際還是極其幼稚，現在各國所採用的鑑定方法，不外還是血液和顏貌兩種：

### 血 液

西洋醫術，近二十年來，對於血液型一科，日漸昌明，關於血液之分類及遺傳之關係，因努力研究底結果，亦已漸次擴大明瞭。

然驗血之萌芽，實始自我國，宋高祐年間，慈惠父所著之洗冤錄中，所載親子之差別，有滴骨法與合血法，此二法在科學上的立場看來，雖然沒有根據，不足憑信，但拿來和現代之血型學比較研究，也頗有不少興味，現在我且把他所載的二法鈔在下面。

滴骨法(洗冤錄原文)父母骸骨在他所，子女欲相認識，令以身上刺出血滴骨上，親生者則血入骨，非則否。

合血法(洗冤錄原文)親子兄弟，或自幼分離，欲相認識，難辨真偽，令各出血，滴一器之內，真則共凝爲一，否則不凝也，但生血見鹽醋，則無不凝者，故有以鹽醋先擦器皿，作奸臆混，凡驗滴血時，先將所用之器，當面洗淨，或於店舖，特取新器，則其奸自破矣。

滴骨一法，因爲沒有科學的根據，實無價值可言，至合血法，雖証諸科學上無充分之價值，但爲近代血型凝集法底濫觴，那還比較有點研究的價值。

可是從近代底血液型研究所得的異同，斷定父子之關係，實際上還未有確實的可能，現在世界學者，對於此事很多還在努力研究，將來或許有發明的一日。

### 顏 貌

憑藉血液型，來去鑑定父子間之關係，在現代既然還是未能得到確實的可能，比較可靠的方法，便只有在顏貌上來去別。

可是顏貌鑑定法，只是對於有了十歲或十歲以上的成年人。比較容易鑑定而有把握，若果施行於生後一年之乳兒，其父子間之關係鑑定，仍很困難。

#### 顏貌鑑定方法之種種



屬於眉毛之鑑別，則有白林孫和尼士氏之比較記載，例如眉之方向及外端，有鈎入否，眉毛下，眉毛之水平，眉之長與厚，毛之方向濃疎，兩眉毛間之距離大小，眼裂與眉毛高低等比較

關於父子間和母子之關係比較俄國學者，從婚兒至成人各種比較特徵，詳細項目，共分一百三十餘點就類似項目比較，若果沒有關係的人，則在於百分之六十以下，若在父子關係，則有百分之六十以上云，至子女與生母之類似率女兒則有百分之六十相似，男兒則有百分之六十五分以上，父親方面對於女兒相類者高，但男兒相似較少，徵諸日俄俗論，及在學術上方面亦適合。

又俄國學者所報告，指紋之鑑定，無甚關係，但父子關係之鑑定，於實驗上之基礎，亦以額貌類似率而定之，他根據白林孫氏之標準型列五類，如甚大、大、中、小、甚少，依人體中之各項而判定之，以小兒之父大作一點，甚大作二點，與父親相差小則負一點，甚小則負二點，在於各項相差類似率，若在零時，則為百分定率檢查項目，假如五十項，其父子差數最大則有三點，各項就為三點，以一百五十點為滿點，以各項所差數合計而減去，則所餘之一百五十分之，則為百倍，此為類似率，以母與子之類似率為標準，父與子之類似率，比較母之類似率若不少，則不認有父子之關係。

德國法醫學雜誌有如下所述的一段，俄國學者之報告：  
類似率之決定，以父子間類似一點而論，全項一百三十餘點之  
類似率，而對於八千數百人之經驗，平均有百分之六十以上之  
高率，則肯定有父子之關係，但其姦夫者屬於丈夫之同胞兄  
弟，或姦婦而屬於妻之姊妹之類，有此狀況，依理想上，則  
決定甚為困難，對於四肢，亦有不變化之特徵，故合計有百  
七十五點，經數月來之比較鑑定，已有不少進步，現時仍在  
從事研究，希望再有新的發明。

惟耳之形，眉之形，乳兒時代與成人亦無多大變化，故該  
著者：就耳中有四十五點，眉眼各有十五點，指紋掌紋三十  
點云，至比較類似點數，百分率計項目，即左之百七十五項

頭顱、一五 眉毛一五 鼻口一五 耳四五

手三〇 足三〇 全身的六 血液四 合計一七五

親子類似率

頭顱 1 頭正面輪廓 2 頭側面輪廓 3 鼻根後頭圍耳顱頂  
圍何大，4 耳前頭圍，耳後頭圍，耳下頭圍之大小，5 縱徑  
橫徑之大小比較 6 耳孔徑額顱徑之大小 7 額骨徑下顱徑之大小  
8 顱正面輪廓，9 顱側面輪廓，10 頭髮直縮，粗，密 11 頭  
髮質硬軟，12 頭項旋毛之位置，13 前額髮際之形 14 頂部髮際  
之形，15 髮際之旋毛位置

眉毛 1 眉毛之形 2 眉毛之長 3 眉毛之密度 4 眉毛間之距

軍醫雜誌 第八期

離(眉毛長之標準)5 眉毛與眼裂之距離(眼裂度之標準)6 眉中心線之方向7 眉之起始部之毛方向8 眉之中程，毛之方向，9 眉尻之毛方向10 眉之內端之厚，(小指厚之比較)11 眉中央之厚12 外端之厚，13 眉之形左右不同，14 眉之位置左右不同，眉之毛色。

眼 1 眼裂之長2 眼裂，之方向，3 眼裂之開，4 眼瞼二重或一重，5 上眼瞼緣曲率6 兩眼內眥間距離7 眼球突出度8 瞳孔左右不同9 虹彩之色10 角膜週邊之惟狀，11 眼球運動(平衡)12 閉目時目尻之方向13 睫毛之長14 睫毛之密度15 睫毛之方向○

鼻 1 鼻背側面輪廓曲率2 鼻翼左右不同3 鼻翼之運動4 鼻孔之大左右不同5 鼻中隔突出度6 鼻尖之形7 鼻根之形8 口裂之大9 口裂之方向10 口角上下11 上口唇之形12 上口唇之厚(小指厚)13 下口唇之形14 下口唇之厚15 面渦(即我國所稱梨渦○俗稱酒凹○)

耳 1 耳之大2 耳之形3 耳之方向4 耳輪之大5 上部耳輪卷入度6 起始部耳輪卷入度7 起始部耳輪之起點位置8 起始部耳輪之起點突出度9 起始部上部外緣之方向10 外緣部耳輪卷入度11 中央窩之深12 中央部對耳輪隆起之形與方向下部突出度，14 上部對耳之形15 上部對耳輪突出度16 上部對耳輪分歧狀態17 舟狀窩之大18 外緣部耳輪對耳輪間深之混19 耳珠之

形(耳輪面直角見)20顏之正面見耳之形21顏之側面見耳之形  
22耳珠之大23耳珠之突出度，24耳珠之方向25耳珠耳輪起始  
部之間灣入26對耳珠之大27對耳珠之形28對耳珠之方向29對  
耳珠突出度30耳珠對耳珠間之灣入線之大小31灣入線之大小  
32灣入線之方面33耳朶之形14耳朶之面平凹凸35耳朶之大36  
耳朶之出方(面之位置)37耳朶之附根灣入38耳殼之厚39耳殼  
於異常40耳之左右不同41耳之上界，(顏白之高)42耳之下界  
(同上)耳孔之高(顏及鼻之高等)44耳孔易見否45耳殼之深

手 1 手右掌之長與中指長之比 2 左手掌之長與中指長之  
比 3 右爪之形 4 左爪之形 5 爪之面 6 爪之色 7 右二三四之長  
8 左二三四指之長 9 右小指與第四指末節關節線達至否 10 左  
同，11 右手掌上線之大及方向，12 右手掌中線之大及方向，  
13 右手掌下線之大及方向，14 左同，(11)15 左同，(12)16 左  
同，(13)17 右中指長與掌幅之比較，18 左同，(17)19 右拇指  
指紋，20 右示指指紋，21 右中指指紋，22 右環指指紋，23 右  
小指指紋，24 25 26 27 28 左同，29 渦狀蹄狀紋之比(兩親  
之一方或兩者之平均類)，30 掌紋特異點

足 1 足履地之度 2 足背之高 3 足踝狀態 4 右足蹠上線之  
性狀 5 右足蹠下線之性狀 6 左足蹠上線之性狀 7 左足蹠下線  
之性狀 8 右一趾紋 9 二趾舉 10 三趾紋 11 四趾紋 12 五趾紋 13 左  
一趾紋 14 左二 15 左三 16 左四 17 左五 18 右蹠紋一至二趾間 19 三

## 軍醫雜誌 第八期

一四趾間20四一五趾間21左蹠趾壹一二趾間22三一四趾間32  
四一五趾間24右第二間與第一趾比較大25右二、三、四、五  
、趾之比較26左第二趾與第一趾比較大27左二三四五趾之比  
較28右第一第五蹠趾骨關節間距二倍，第一趾根部與踵中央  
之距離比29左與右同30步行角度

全身的 1 左右指極身長何大 2 座高之身長座高着何大  
3 胸部骨骼 4 背部骨骼 5 有痣否 6 畸形，異常

血液型 1 型的抗體 2 型的抗體價 3 型的抗原 4 型抗原 4  
型的抗原價

關方鑑定法，他還舉有三例來供我們參考

第一例 男二人血液型合理，但類似率不充分

第二例 男二人(甲)類似率頗相當，但指紋而論，甲  
渦狀指紋六箇，而女四箇，子則八箇，至血液型 A B 起  
，生出 O，若照古畑氏，之學說則不合，因此疑問點甚  
多，(乙)血液則合理，顏貌類似率非常少，結果甲乙二  
男，均不能斷定其為親子。

第三例 妻歸寧二箇月，返夫家後二百六十五日，產  
生一女，因此懷疑涉訟，但類似率母佔百分之六十，男  
佔百分之七十五分以上，在血液，指紋，掌紋方面，與  
耳形的方面檢查則相似，由此肯定其確屬親子。

至指紋之比較，則雙胎之子，未必一致相同，雖大致相

同，但細紋處仍有分別

父子間之鑑定法，在科學上研究所得，既然還是那樣幼稚，而在現代社會組織之下，關於此種糾紛，又隨時都會鬧到一般法律家頭暈目眩，即如本市最近轟動一時的換嬰疑案，（此案誰是誰非不是本文要談的事）雙方涉訟至今，還未解決，假使對於法醫學早有相當的基礎，便不至鬧到這樣田地了，可見在現代社會制度和經濟組織，一日未經改換以前，父子間之鑑定法，實在還有積極研究的必要，作者謹希望以此一篇簡陋的發引，促起同業和國人的相當注意。

# 最近之咳嗽學說及其治療指針

(二續)

## 第五章 症候之咳嗽

### 一、注意由呼吸器以外而起之咳嗽

所謂症候之咳嗽者。即自咳嗽刺激發生之局所之各種疾患。分類論述者也。咳嗽非必發生於呼吸器疾患。他種疾患。亦合並發生。刺激機發生之場所為喉頭。尤以真聲帶披裂軟骨間窩氣管分支部之粘膜。其刺激更高者。尚有氣管粘膜。尤以其後壁為甚。此外大小氣管支粘膜肋膜。舌基底部咽頭後壁。及自側索而來之刺激亦誘發咳嗽。然以此等為身體中唯一發生刺激之場所。殊屬大謬。外皮亦有參預之者。例如足部受寒。亦起咳嗽。此普通所知也。咳嗽發生。應身體之局所而區分之。如次。

- 一、由耳而起之咳嗽。
- 二、由鼻而起之咳嗽。
- 三、由胃而起之咳嗽。
- 四、由肝而起之咳嗽。

- 五、由脾而起之咳嗽。
- 六、由生殖器而起之咳嗽。
- 其由呼吸器而起之時。
- 七、由喉頭面起之咳嗽。
- 八、由氣管分支部而起之咳嗽。
- 九、由氣管而起之咳嗽。
- 十、由食道間接而起之咳嗽。
- 一壹、令發氣管支加答兒之咳嗽。
- 一二、由肺疾患而起之咳嗽。
- 一三、由肺門淋巴腺而起之咳嗽。
- 一四、由胸中隔疾患而起之咳嗽。
- 一五、由肋膜橫隔膜及肋膜而起之咳嗽。
- 其由他種疾患而來者。
- 一七、由傳染病而來之咳嗽。
- 一八、由腎疾患而來之咳嗽。
- 其他尙有神經性者如。
- 一九、神經性咳嗽。
- 二〇、歇斯帝里性咳嗽。
- 二一、脊髓癆所見之咳嗽。
- 二二、由神經系統之傳染性疾患而來者。
- 等等。其發生之範圍頗屬廣汎。凡關於此等全部之知識



## 軍醫雜誌 第八期

明瞭以後。對於咳嗽症狀。始得迅快判決。嘗有一患者。因海馬兒氏竇發生腫瘍。持續發生吃逆。以爲由他種原因而起。空費數週之治療。其後將該腫瘍切除。治癒。吃逆始爽然若失。咳嗽亦同此理。若其初僅以爲由呼吸器而起之疾患。處置患者。吾人屢大失敗。此不可不銘諸心中者也。以下就臨床上緊要之點探討之。

### 二、注意呼吸器以外之疾患

呼吸以外疾患所起之咳嗽。逐次說明之如下。第一爲耳聲咳嗽。卽刺戟外聽道之一定地方。或洗滌時。有誘起咳嗽者。此爲多數隔床家所知。常因個人之性質而徧於右側。大約其局部對於刺戟之反應性。有淺深之不同。據俄多納兒之說。嘗有一三十歲之婦人。其百日咳爲其子所傳染。治愈後。爬除外聽道之耳垢。必起咳嗽發作。而接觸左側外聽道。決不發起云云。其原理尙未明也。

鼻之情形。亦與此同理。嘗以消息子捲棉。而刺戟鼻粘膜時。因其接觸。三叉神經反射的發生咳嗽。且在實際。由疾患存在於鼻腔之故而起鼻呼吸困難。凡有開口呼吸之習慣者。冷氣侵入喉頭。刺戟之而起加答兒。有發咳嗽者。時或釀成肥厚性鼻炎或鼻茸。其結果仰臥之際。分泌物逆流於喉頭後壁。每朝發生咳嗽。此咳嗽在神經質之患者。往往帶痙攣性。同其伴發呼吸困難。當注意其病機所伏之處。故凡有

咳嗽之患者。鼻腔之檢查。決不可怠。至於在舌基部咽下壁及至食道上口。因異物嵌入而起之咳嗽。更無論矣。

尙有所謂胃性咳嗽者常見於結核患者。結核患者攝取大量食事之結果。而發作激烈之咳嗽。伴發嘔吐。普通多謂其由肺門腺腫脹。介在於迷走神經中之結果。然當此時。喉頭粘膜既已糜爛。非復如平常之狀。蓋其胃內容。發出揮發性脂肪酸。爲一種刺激性瓦斯。刺激喉頭粘膜而起者也。故寧可謂之喉胃性咳嗽。對於結核患者問診咳嗽之時。須格外加以注意。此外尙有問題者爲肝性咳嗽脾性咳嗽。肝性咳嗽者。肝臟腫瘍之際。因其刺激格利松氏囊之知覺神經之結果。通過橫隔膜神經。反射的惹起咳嗽。時或激烈。帶痙攣性者有之。同樣脾臟疾患之際。刺激被膜神經。同樣反射的誘發咳嗽。決非異事。

此外在心囊疾患時。刺激迷走神經纖維。或胸中隔內迷走神經幹而發咳嗽者。然其學說尙未成立。至於由子宮或其附屬器炎症而起之刺激以喚起所謂婦人生殖器性咳嗽者。在內科婦人科方面均能證明之。此等患者大多數爲神經質。而多患呼吸器性咳嗽。亦不可忘。

此外出人意料者。爲脊髓癆所發起之咳嗽。即所謂氣管發症之神經性咳嗽。是也。其可異者。由其胃發症發生突然停止以後。而此種咳嗽發起。因此以爲氣管支系統被蠱毒變

襲之結果。然而非也。此蓋神經性咳嗽。參預其中之故。尙有研究之餘地。反之彼所謂歇斯的里性咳嗽者。可純認爲神經性而爲痙攣性。時或類於百日咳之性質。如犬吠聲之可畏。○日夜無別。繼續不止。與他歇斯的里症狀連貫而起。與患者之精神狀態。亦有關係。施行精神療法。或暗示療法。能獲效驗。如實爲歇斯的里性咳嗽。其上氣道過去之加答兒。亦必有幾分殘留。是非綜合診察不可也。

大多數自傳染性疾患而起之咳嗽半數之病毒。侵犯呼吸器系統。或起循環器障礙之結果。例如麻疹。室扶斯。發疹室扶斯。流行性感冒時所見之呼吸器性咳嗽。是也。然以其他傳染性之咳嗽。均由於呼吸器而來者。此實大謬。傳染性毒毒素侵襲神經系統。亦得誘起咳嗽。不可忘。尤以腦炎流行性腦脊髓膜炎時。觀其痙攣之性質。搐搦性之狀態。可思其原因於腦障礙之故。（百日咳多因咳嗽中樞之興奮可知）因而吾診察咳嗽之際。不可拘泥關於呼吸器方面。必須動中肯綮。是爲至要。

### 三、呼吸器疾患與咳嗽之特徵

今考察喉頭所發之咳嗽。咽喉有加答兒。則咳嗽伴之而起。其動機有種種。深呼吸時，笑及欠伸時、均起咳嗽。談話、俯首、或稍變位置、或行入急登階級，亦爲發咳之動機。○尙有氣道喉頭之血行。因其顯著加答兒發局所充血而起亢

進者。刺戟其局部。傳於反射弓。亦誘發咳嗽。此外尚有喉頭貧血時。其對外界之刺戟。因其抵抗力著明薄弱。（大抵貧之部）每常傾向之咳嗽。此周知之事也。

次於喉頭為氣管分歧部。乃對於咳嗽刺戟。最為銳敏之處。該分歧部粘膜對於咳嗽刺戟。何以如斯敏銳乎。就想像言之有二說。其一、原因在局所之內方。歸因於局所粘膜之性質。（參考上篇神經末器）其他在局所之外方。即局所為胸中隔內臟所壓迫壓縮之故。容易充血。從而分泌亢進而起鬱滯之結果。刺戟粘膜。反射性而誘起咳嗽。由此所發之咳嗽。非常頑固苦惱。且為痙攣性。若大人訴此種咳嗽者。即可想像為分歧部之病變。例如流行性感冒。上氣道粘膜有腫脹發赤出血。尤以分歧部為顯著。咳嗽亦困苦頑固為痙攣性。此外第三期梅毒。亦好侵分歧部。由此逐漸沿氣管支侵入肺實質。其侵分歧部時。亦可認其有同樣之咳嗽。其次不常見者。異物咽下。嵌入於此部。亦發起同樣猛烈之咳嗽。反之。肺臟所起之結石者。所謂氣管之結石者。嵌入於此。亦有同樣之情狀。尤宜注意。其由實扶的里其他之原因。發作義膜性氣管之炎之結果。義膜剝離而介在於分歧部時。亦同樣之情形。由以外之原因。胸中隔有病變。抱擁迷走神經之局所。若有壓迫症狀時。亦發作同樣激烈之咳嗽。不可不知。

喉頭與分歧部間。即所謂氣管自身之病變。其誘發咳嗽

較稀。氣管內異物腫瘍。此外食道病變。亦波之而起穿孔。或係氣管支腺肺門腺腫脹之結果。誘發咳嗽者為多。有時伴發突然激烈之窒息狀。高度呼吸困難。而瀕成於危險。須加注意。然胸中膈腺破壞。不僅在氣管。亦來於大氣管支而誘致頑固之咳嗽者有之。結核患者發起頑固咳嗽之際。雖歸原於其空洞內分泌物之貯積。然氣管支腺。肺門腺之融解破壞。亦稍異焉。其外尚須意者。食道憩室。不但將來有同樣之症狀。而食道自身擴張。亦間有發現同樣之從迫症狀者。其內容與上行而入氣道之多量粘液性咯痰。共同咯出。或由嘔吐物而吐出之亦須記憶也。

其次觀察氣管支之咳嗽。氣管支加答兒。多起咳嗽。其咳乾性或濕性。咳嗽或為肺氣腫喘息之主症狀。此時之咳嗽如以為僅由於氣管支而起。實為大謬。氣管喉頭之粘膜。須不同時被分泌物所侵犯。然空氣流通氣道。上下來往之結果。誘發咳嗽者。不可忘。膽囊炎盲腸炎之橫隔膜下內臟疾患之際。肺臟下部因肺充血而起氣管支加答兒亦起咳嗽。且氣管支氣管小支。亦為咳嗽發生之場所。故分泌物滯留於氣道肺胞而發生咳嗽。此對於咳嗽患者所以必須精查氣管支之性質。其他局所之原發灶。尚未發現何等臨床症狀管支與肺胞而發生之理由也。凡患者臥於一定位置時。必起咳嗽。且多咯出滿口性咯痰。所謂位置咳嗽者。必係氣管支擴張。或為結核

性空洞。此外亦可推知空洞之存在。或為膿胸之穿孔於肺臟氣管支。或係橫膈膜下膿瘍。肝臟膿瘍。有時膽道肝囊腫化膿。此外為脾臟膿瘍。有時或為胃潰瘍胃癌第灶亢進。而穿孔於氣管支。以致起滿口性咯出者。不可不精細檢查者也。其他肺臟惡性腫瘍。即胞虫腫發生。亦是激烈之咳嗽。不可忘其咳嗽欲止不能。且有痙攣性之性質。其他局所之原發灶。尙未發現何等臨床症狀。而起咳嗽症狀者。診斷上可得資以參考也。俄多納兒氏報告副腎腫之一例。其兩肺發現小豆一大之多發性轉移。尙有當腹膜後腸間膜脈周圍腺原發性肉腫之際。發現胸中隔及頸部之轉移。及兩肺小至大多發性轉移。臨床上均發生著明呼吸困難。皮膚青紫色。及頑固咳嗽而誤以為粟粒結核者也。肺之粟粒結核症。其初亦往往伴發激烈之咳嗽。然多發性膿瘍。與粟粒結核同樣。因其刺戟肺臟內迷走神經分枝之結果。而招來頑固之咳嗽者也。

肺臟發起鬱血充之疾患心機能不全時。亦惹起咳嗽。此時多限於晝夜。或發生於身體勞動時以為常。同時呼吸道傾向於加窄。而尤以小氣管支肺泡之充血時為甚。晝間無所表現。他覺的亦無何等症狀。至夜就寢。則起咳嗽。吾人所稱為心臟性咳嗽者。晝間由佇立之執業、運動、及其他而肺臟內靜脈性鬱血者。至夜間因此種之動機消失。而發作。此處循環器疾患之際。亦因心筋衰弱之結果而起肺臟鬱血。

以致發生咳嗽。其他胸部大動脈擴張。而呈所謂動脈瘤症狀者。亦有咳嗽。以爲臨床家所不甚注意者。然實非常重要。曾由柏林大學高德師特氏及其門下之調查。而知胸部大動脈之疾患。尤以徽毒性疾患。其數殆與肺結核患者相頡頏。此因其擴張之大。壓迫反迴神經迷走神經乃至直接氣管之結果。而惹起咳嗽者。其胸部尚有異物感。此外有毛髮乾燥感。往往現肩凝症。間有伴發疼痛者。若在肩胛間部。沿脊柱。輕行打診而得證明濁音部者。可感知爲大動脈腫。打診法對於檢查胸部大動脈之輕度腫。實爲良法。容易檢出。是等症狀雖由直接刺戟反迴神經。然亦有由反射的通過咽頭神經之交通而起者也。據俄多納兒氏之主張。僧帽瓣狹窄症。亦惹起同樣之症狀者也。

咳嗽在心臟疾患時。不但由於氣管支粘膜之受働的充血。即所謂鬱血性氣管支炎。而亦爲突然發生心臟衰之初徵。例如心臟期外收縮之隨伴症狀。蓋當其期外收縮時每次誘發咳嗽。不可不注意也。

#### 四、咳嗽之特徵與爲其原因之疾患

咳嗽當急性肺水腫發生之時。嘗發起屢止不能之咳嗽刺戟。因其爲原因疾患存在之故。而頻發咳嗽。咯出多量漿液性類似滑汁沫性之咯痰。咳嗽甚時。患者殆有因此傾其全力消耗之勢。急性肺水腫雖不爲特發性心臟衰弱之初徵。而突然發生

○然若長久持續○亦必有爲萎縮腎之結果者○然施行肋膜腔穿刺突然發激烈咳嗽之時○亦有發起如斯肺水腫樣症狀○而咯出如蛋白樣泡沫性咯痰者○如此情狀之下○無論如何○即行停止穿刺○倘有在格魯肺炎經過中穿起激烈之咳嗽者有之○乃爲新在他局部發生浸潤之證據○即爲急性炎症性限局性水腫之表示○不可不警戒也○

胸中隔疾患○往往誘致痙攣性咳嗽而令患者困苦不堪者○此爲刺戟迷走神經幹之故○疾病當自氣管枝腺發生○或因胸中隔肋膜炎之亢進○或由徽毒性胸中隔膜炎之蔓延○時或由於胸中隔內之良性腫瘍○或惡性腫瘍○此種浸潤腫脹○壓迫迷走神經而刺戟之之故○其激烈之時○呈發作的症狀○血液鬱滯於頸部○故顏面紫色○患者感眩暈爲昏暈狀○爲忽失神轉倒○勢必自結膜鼻腔出血○如此激烈之咳嗽發作○亦來於大人之氣管分歧部性咳嗽○既如上章所述○如斯之胸中隔性咳嗽○又爲食道過腫發生之初徵○(局部在分歧部近旁○或實際蔓延於分歧部而直接刺戟迷走神經○或係由腺轉移而侵襲之結果○)亦有一見恰如感受百日咳樣者○不可不注意也○

其次尚須注意者○爲大人之百日咳○大人之百日咳○與小兒之百日咳有異○蓋不起劇烈之咳嗽○因而診斷爲困難○其家族倘無百日咳○既往症傳染之機會復不明○亦不能證明



小兒樣固有之吸氣喘音及舌下潰瘍。壓舌基底鬆。亦不起固有之發作。此爲稍難診察之疾病。然通常患者顏面浮腫。呈青紫色。尤以夜間爲甚。特續數週發作。至於極度。有起嘔吐者。勢須疑及百日咳。此時更精細檢查之。夜發作時。伴發稍少之吸氣喘音。而有輕度之喘鳴存在。始可推知。且咳嗽發作後。其體力因而著明疲勞。患者之發於夜咳。尤較晝咳可怖之結果。致厭催眠。倘有日間身體勞動。則誘致咳嗽。遂有畏避勞動之意味。須有百日咳存在之疑。然因心臟障礙而起之咳嗽。其症候亦相類似。須加注意。俄多納兒氏曾報告經此失敗之一例。該患者爲一肥胖之醫師。兩肺有氣管支加答兒。兩足踝可認知浮腫。此外有數週持續之夜間咳嗽。其心音亦不低。自此種之自覺的及他覺的症觀察而下一由脂肪心而起心機不全之診斷。與以心臟療法。然觀察其爾後之經過。始判明其爲隨伴輕度心臟疲勞之百日咳。而非原因於心臟障礙之咳嗽也。

以上對夜間襲乘之百日咳。心臟性咳嗽。而有神經性咳嗽。夜間患者就眠中。不認咳嗽。晝間尤以在精神興奮時。而起咳嗽發作。爲其特徵。並非爲神經性咳嗽所特有者。有一三十歲婦人。夜間雖無咳嗽。晝間現著明咳嗽。而施行愛克斯光綫檢查而知爲胸中隔前部之淋巴肉芽腫。此腫因身體搖動。壓迫氣管而誘起晝間咳嗽。甚爲明瞭。俄多納兒既有

其例。小兒氣管支腺腫脹時。亦屢呈同樣之事實也。

由上所述。吾人咳嗽亦有由肺臟(迷走神經支)而起或由氣管支而來。或原因於肋膜。及至胸中隔之侵襲制載。種種情形。亦既明瞭。從而肺臟內。腫瘍之包虫腫。其誘致咳嗽之原因。必為肺臟內迷走神經分支之刺戟。不待言。其原因與肋膜之咳嗽。吾人所知乃為一種稍短斷裂性且乾性不伴何等分泌物。若為強度。必發疼痛。此種咳嗽。若以為止限於肋膜腔而來。實為大謬。蓋包囊性肋膜炎。亦得發起之。又肋膜有病變。以指尖壓肋間腔。亦可見其發起。凡原因於肋膜之咳嗽。患者往往固定病側脇部。而得緩和其咳嗽及疼痛。亦為其特徵之一。胸部咳嗽中尙有一可記者。為肺臟旋毛虫之際。其所發之咳嗽。凡因旋毛虫侵入於喉頭肌肉中而起。合發無聲症。氣管支肺臟不認有何等他覺的變化。倘有如此症候且備時。必可知為旋毛虫症之所致也。最後可記述者。在急性絲絨性腎炎之際。患者頗發咳嗽。尤以朝間為甚。此時全身發生一般浮腫。亦起原於上氣道粘膜之腫張。此外原因於尿毒性之肺水腫。亦有招來咳嗽者。故當咳嗽發作之際。而研究患者種種之症狀。考察上篇所之理論以明其本態。然後着手治之。始能悟入妙譚歟。

## 第六章 咳嗽治療

咳嗽因各種原因疾患而起種種之症狀。故其治療。決非

單簡可濟。是以欲爲善治咳嗽之人。宜平時練習純熟。反之。若輕視之。簡單處置。未有遭大失敗者也。例如治肺壞疽者。亦宜如外科醫生之處置化膿灶。令其自瘻管排膿。務以排泄其分泌物爲目的。爲治療咳嗽之本旨。若在小循環鬱滯。所致之刺快性咳嗽。與其鎮靜咳嗽。毋甯設法。亢進心臟機能。恢復其失調之代償機能爲止嗽之上策。有時咳嗽刺戟存在。宜與以催眠劑。令患者得充分之安眠。俾其心身恢復。實爲咳嗽輕快之動機。故其所謂咳嗽治療者。決非劃一。若其目的以咳嗽之發生爲不必要者。則鎮靜之。若認有咳嗽之必要者。則催進之。咳出困難之時。必須使之容易。是以着手加減氣道之分泌機能爲其治療之核心。然欲左右分泌機。亦有種種之程度。因個人體質疾病種類而有差別。要之。依上篇咳嘔劃生理的及病理論述之點。而如及射弓與奮及鈍麻之處置。對於刺戟點異常之方法。對於咳嗽機能異常之處置。及注意加減祛痰作用而考察之可也。

#### 一、對於咳嗽反射弓機轉異常之處置

上編所述。所謂咳嗽反射弓興奮者。該中樞障礙已甚者。雖容易判明。亦因個人之質而異。與臆反射相類。不能加以測度。例如過敏神經質之人或神經衰弱者。及至甲狀腺中毒症患者。雖加以極微之刺戟。亦起咳嗽。反之精神遲鈍者。如脊髓勞患者。雖受十分大刺戟。亦有不起咳嗽者。然大

抵有分泌物者。其咳嗽之輕重與其排泄咯痰之量爲正比。無分泌物者。其咳嗽皆同等。前例如氣管支加管兒。後例如肋膜炎是。可作爲一種概論。若全中樞麻痺。患者陷於失神時。全然不與傳達咳嗽刺戟。乃由咳嗽反射弓受最高度障礙之故。依是等之事實。處置反射弓機轉異常。可別爲咳嗽刺戟之鎮靜法。與催進二種。鎮靜咳嗽刺戟。大多數情形。使用麻醉劑。然由前述無鎮壓之必要者。與以鎮靜劑之時。須大加考慮。咳嗽與祛痰之間。有相當之關係。故須考查病症之本態與咳嗽之程度而施行麻醉劑之給與爲必要。例如肺炎氣管支加管兒。其咳過多者。必良。完全不現者。亦不良。欲令咳嗽中樞之興奮緩和。宜將少量麻醉劑加於生藥中。以爲處置。最爲妙法。此外對於帥脫氏所唱道之咳嗽神經症理論上亦有投與麻醉劑之必要。所謂咳嗽神經症者。他覺的並無何等顯著之症狀。而在咳嗽頻發之患者。嘗誤診爲肺門淋巴腺腫脹。時或於小兒。尤以神經質者亦嘗雜入咳嗽神經症中須注意之。此外彼他覺的胸部症狀鮮少之百日咳。其咳嗽由百日咳菌毒素興奮咳嗽中樞之故。亦有使用麻醉劑之必要。其他一切之鎮靜劑。亦可依此意而使用之。臭素加里今日依然保持其聲價。最近維登末而登氏頗爲推獎之。(一次一瓦。食前後與之。一日三次。)其他三道沸騰臭素鹽。Bromgl die Sredohrol爲西洋人所賞用。至於百人。則用Vren qron!

## 軍醫雜誌 第八期

nBriomural 若無結核合併症。則用 Bromocoe 以其不害胃腸。對於胃腸粘膜。有好影響之臭素粉末劑也。

雖然。治療法之真諦。並不過恃夫藥劑。是以胸部濕布。亦為鎮靜咳嗽反射中樞之故而採用之。凡咳嗽之水治法。胸部濕布之外。亦有用全身溫冷纏絡者。此為日本一部分之醫師應用之耳。尚有所謂吸入法者。即上氣道部分之局所的療法。吸入時。雖使用生理食鹽水等種種之藥液。然不加藥而吸入水時。凡局所之分泌纖毛上皮機能障礙。此種吸入水分。能緩和之。使患者覺快感。融解其乾燥粘稠之粘液。並溶解結痂。是以咳嗽刺激得以緩解。倘有將收斂劑麻醉劑加入其中者。則其作用於局所之效果。更加倍焉。故吸入實不可輕視之也。吸入之際。須注意者。因其水霧善於侵入氣管枝之深部。於是藥液之大部分被其吸收。然視藥品之性質而有誘起全身作用與否。須注意之。且一回吸入量。其六部分有無入於口腔。則其效力亦有增減。不可不知。

在症候之咳嗽條下所說。由循環障礙而起之鬱滯。時或為頑固咳嗽之原因者。此時咳嗽因小循環鬱滯。而滲出液充滿於肺胞。此液上升。刺激感受部。因而發生。或因大循環鬱。則左室所支配之動脈血鬱滯以致氣管支感受部。發起浮腫之結果而起咳嗽刺激。時或患者有呼吸困難。呼氣及吸氣之交代期間。著明短縮。吸氣在上氣道中途。不遑溫暖。因此冷

氣侵入氣管支。而有惹起咳嗽刺戟者。此時先行排除鬱滯最為緊要。故宜投與鎮咳劑併用強心劑。而此時患者既起心機不全。患者雖尚未發起。而咳嗽過勤。身體有障礙時。則投與麻醉劑務須及早為要。

自普通言之。麻醉劑須在他方法使用無效之時。投與之為正當。然亦有自始不能不使用不少。例如肋膜穿刺之際。在完畢時間。或突然發起激烈咳嗽刺戟。若放置之。則有影響於原疾患。而得不良之結果。宜用百份之一的莫比水一埃乃至半 注射之。易達目的。如欲久用麻醉劑時。須禁用莫比。蓋不但誘發莫比中毒。並減弱腸蠕動而現嘔吐興奮狀態者有之。吾人因欲免除此種副作用之故。多常用磷酸可代因也。磷酸可代因者即磷酸 Methyl morphin 用其 0.1 分三包。食前與他主藥為伍而與之。能奏鎮咳之效。若為滴劑。與患者時。用其百分之二〇五溶液。每次十乃至二十滴。一日數次內服 Paracodem 為 Dihydro Coden 為含有 0.1 之劑。一次與二乃至五錠。又有 Enkodae 者為 Dihydro oxycodeinonchlorhydrat 用量為 0.05 乃至 0.1 其作用佳良。若煮沸滅菌可用其 0.2。注入皮下。又有 Sicoddi 者為 Dihydroacodeinon 一次 0.1。注射時用其 0.15 云 Amhou 若可代因無效。則用鹽酸海羅英。有奏效者 rhkin 者為 Dihydro Codein 其鹽酸鹽用其少量 0.03 乃至 0.05。有

良效。爲周知之事實。若可代因成爲習慣而不奏效時。宜暫時使用的阿甯Sonin(爲鹽酸Athylnork)再用可代因有效。亦有趣味之事也。要之可代因爲至廉之藥品。無論鎮痛鎮咳均可用之。而與莫比異趣。若不用非常大量。不侵呼吸中樞。故可安心使用。肺結核患者合發腸結核之疼痛。須鎮痛而兼鎮咳。是尤易達所期之目的。惟使用上。存空腹時。多奏鎮咳之效。食後使用時。則兼有鎮靜腹痛之作用。不可不注意也。

一、對於咳嗽反射弓機轉異常之處置(續)

反乎前者。刺戟咳嗽反射弓而必催進其咳嗽之時。亦屬常事。例如全身症狀重篤意識著明高度混濁之時。是也。此係傳染性疾患或其他昏睡時。外因乃至內因的中毒以外。腦疾患中之動機擴張於咳嗽中樞近旁。因此而機能低下。或起麻痺。是故全身麻醉之際。若其麻醉程度過深。咳嗽中樞失其機能。遂致分泌物被吸引於氣道內而發咽下吐物於氣管支之危險。此外非因於此種中毒而起之疾患。而因在塵埃過多或炭末礦物碎片夥多之工場工作者。此種工人其吸入刺戟已成習慣。而不惹起咳嗽。例如發掘炭坑之工人。其肺臟雖充填炭末而尚平安工作。又如紡績工人。因其吸入棉花微細纖維之結果。容易獲得結核素質。惜乎雖在今日。尙未發見一種藥品。藉以豫防對於咳嗽刺戟之習慣性。以施用於紡織工場也。

自一般言之。凡催進及興奮呼吸者。同時有催進咳嗽之功效。一方因呼吸中樞之興奮易使其近旁之咳嗽中樞興奮。一方因深呼吸。尤以其深吸氣之際。易使其分泌物飛揚於氣管支內。而招致咳嗽刺激。以誘致咳嗽之機緣者有之。後者乃肺炎患者融解期常見之現象。雖施行疼痛性皮膚刺激。例如檢其乳頭。亦得同樣之結果。或每半時於胸部施以冷濕布。或貼冰囊於項部。亦得同樣之效果也。

今就興奮咳嗽中樞而亢進咳嗽反射機之藥品言之。同時有元進呼吸中樞及其他中樞機能之作用。例如斯篤利幾涅(Strychin)亞保嗎啡(Ahomorhin)樂百齡(Lodelin)亞篤羅賓(Atrohein)等。普通欲使分泌元進時。多使用咖啡涅。而以水楊酸鈉咖啡涅(Coij. pot. saliye.) 一次〇・二。一日三乃至五次。與以散劑或水劑。或用安息香酸鈉咖啡涅之二〇少滅菌溶液。注射於皮下或靜脈內。當腦溢血或由其他原因。陷於人事不省。咳嗽反射弓之機能低下。而有惹起咽下性肺炎之虞者。注射斯篤利幾涅及樟腦為一種之方法。發起口內乾燥時。逐漸注入安息香酸鈉咖啡涅。有催進氣管支口腔分泌等之意味。又有奮與咳嗽呼吸及其他重要中樞而亢進咳嗽反射機之順利。要之。斯篤利幾涅與樟腦併用。為最優良之處置也。

## 二、注意刺激之要點及其藥理



今考查亢進咳嗽反射機之刺戟點。先察其因咳嗽而使局所的刺戟機緩和者。或反之。由機械的吸入而惹起吸入者。例如刺戟咽喉而使惹起嘔吐。同時亦起咳嗽。或令吸入特殊瓦斯。務令誘致咳嗽之方法。但目下此法已不應用於治療。而使用祛痰劑。亦得期待同樣之效果也。

祛痰劑之一屬。能刺戟喉頭。而起吸痒感。由此發起之出。乃因新吸氣有誘致咳嗽之特性。隸此屬者遠志根。安息香酸。安母尼亞茴香精等。遠志根用其五乃二。瓦為煎劑。加以糖漿。為一日量與之。或用安息香酸。壹——〇三。一日三次。包於粉紙而內服之。安母尼亞茴香精。一日量壹——二——三瓦為水劑。一日數次。內服為常例。安息香酸服後。喉頭惹起前項異常之之感覺。而發生咳嗽。其他二種內服後。其成分分泌於喉頭氣管支之結果。誘發咳嗽刺戟。此人所同知也。

凡用遠志根當在呼吸器系之分泌物鬱滯。而祛出困難之時。例老人之慢性氣支加答兒而不起咳刺戟者使用之。乃為適當之藥之品。然決不可用於肺結核。蓋治療肺結核先謀鎮靜。或使消失為首務。在其初期肺炎加答兒固不可用。即彼已起空洞而有多量分泌物鬱積者亦決不可用之。是由遠之刺戟。能起不可預期之咳嗽。因其激烈咳嗽運動之結果。而誘發氣胸。血等不慮之障礙者有之。曾有一處因其醫師好用遠

志根。有不患慢性肋膜癒着性肺癆者。與以遠志根之結果。患者發作激烈之咳嗽。因而發起肋膜癒着剝離。致起兩側高度氣胸。遂登鬼籍。是蓋忘該藥之藥理。濫行應用之結果。遠志根萬不可應用於結核患者。尙祈三致意焉。其與遠志根有相似之作用者。爲安母尼亞茴香精此亦無可使用於結核之機會。而在流感流行時。可使用之。凡高熱有窒息感者。兩肺全部可聞氣管支呼吸音。局所不能證明濁音。爲流感性肺炎之徵。其粘 之分泌物掩覆於肺胞入口。此重要呼吸領域被其遮斷之結果。窒息狀態形於顏面。當此時也。決令入院。此外令其身體決不可動搖絕對安靜。與以強心劑。或注射或內服。內服藥中加以安母尼亞茴香精。以圖融解分泌物而祛出之。如此能停止其病機之進行。而獲患者之生命。濁音部發生之肺炎既遲。（濁音部發生既久而經治癒者亦有之。）務須在時。治之尙須注意者。此種加答兒性肺炎爲散發性。往往不知爲流感性而失敗者屢屢也。

講 演

腳氣與肺結核的關係

董道蘊

七月三日在光華醫學院講演

此次 貴院舉行畢業典禮同時開醫師大會，兄弟得躬逢盛會，甚為光榮。事前承麥主席不棄，囑兄弟到本會講演，自思學淺菲才，對於醫學上既無供獻，又無特別研究，可以報告，因此本擬辭退，但是靜思，在科學上所謂發見發明，本無大小，也不能以其對於人類幸福供獻之如何，而定其絕對的價值；研究的價值，是在研究的本身，吾輩科學的學徒，以窺視自然的秘密，增加所見為唯一的目的，如是則雖一絲一毫的業績，亦應發表。有這一層意思，所以再不顧慮自身之無學，所報告事情之細小，來本會報告一下。並且在這個盛大的醫師會，乘此來求各人的批論，尤為不可多得的

不過在這裡須聲明者：關於本題，尙在研究中，今天想講的，不過是成績的一部份，和兄弟個人的想像而已。

兄弟至廣州之後，覺得廣州的脚氣病人，有許多特殊之處，其中一二，尤爲先人所未說及，便惹起兄弟多少趣味。現在不妨把特殊或者和別處脚氣不同之處摘出來：

- (一)多發聲嘎嘶
- (二)多橫隔運動異常
- (三)多上肢麻痺
- (四)多肌肉萎縮型

本來這個自發聲嘎嘶，是乳兒脚氣的特徵，而今竟見之于成人的脚氣，在成書中，如無此種記載；他方面發聲嘎嘶，是肺結核不確定症狀，或肺結核體質之一，此乃人所共知的事實。因此便發生一種疑問：這種發生嘎嘶的脚氣病人，是否兼患肺結核？患肺結核者，即在肺結核診斷之下，在敝院收容醫治的病人中，有無繼發脚氣症者？解決這兩個問題，在解決脚氣和肺結核之發生上，頗爲重要。

曾在敝院留醫，和現在收容的肺結核病人，這兩年之間，其數至少在二百名以上，亦不能謂之少。但是在這二百名以上的肺結核病人中，未見一人續發脚氣症。當然入院之時，已斷定患脚氣及肺結核，或入院時祇書肺結核，經詳細檢查，始發見其兼患脚氣症者，爲數亦不少。這種時候，欲斷定

究竟何者爲先發病，何者爲合併症，非常困難，寧屬不可能。

○(一)因爲主觀的，病人的自訴，殆不可靠，尤其是無知識感覺不靈敏的病人，不能正確的供述病，歷不，卽有知識而感覺十分靈敏者，對於輕微的疾病症狀，亦難自覺；他方或面這些病人，富于被暗示性，視醫生所問的句法之如何，而且定其肯定或否定的答覆，使問者更陷于困難。

○(二)客觀的，爲病勢之輕重，未必與時間的經過成正比例。譬如，就肺結核而言：有歷數十年，而病勢無大進行者。有三四月而病因勢沉重而卒死亡者。尤其是決定兩種疾病何者先發，頗不容易。這兩種疾病，如有連鎖關係的，譬如：肺炎與膿胸，我們可以推定先有肺炎而後續發膿胸；倘若這種疾病之間，無因果關係可求，例如肺結核與胃癌，則欲決定其先後，時覺困難。有此兩種關係，我們以爲肺結核而兼患腳氣症的病人之中，也許不免有先患肺結核而後續發腳氣症的，不過在留醫肺結核病人之中，雖歷數月至一年以上，猶不發生腳氣症，這一點來推測，則至少程度，由肺結核而續發腳氣者頗少，是一種偶然的併合症，其間無聯帶關係。反之，患腳氣之後，續發肺結核者則甚多，這個事實，是值得我們研究的。

那末，爲何腳氣病人容易發生肺結核，而肺結病人不這樣容易生腳氣呢？這個當然發生的問題的解決，是很不容易的。以普通的眼光來看！腳氣病人缺乏維他命皮，做肺結核

發生的誘因，是最容易想像的；但是在鄙院留醫的腳氣病人，除了發生腳氣症之後，經過相當長時期，才送來醫治者外，至發生肺結核，都須經過相當時期，在這個時間之中，在飲食方面，當然給與富於維他命皮者，他方面又注射或者投與維他命皮製劑，所以這些腳氣病人的每日攝取的維他命皮總量，自較一般人為多，縱以前缺乏維他命皮，乘此機會，諒也大可補足。所以除非假定腳氣病人，雖攝食大量維他命皮，但不吸收，或者雖吸收而不能利用，即假定所謂固定維他命和遊離維他命，不能說明這箇事實了。可是我們現在尚不能証實這種學說是否合理。

至此，這個聲音嘎嘶，究竟是腳氣的症候呢？還是肺結核的症狀？又成爲一個疑問。從我們的經驗：(一)肺結核的發聲雖稍帶嘎嘶，其程度不及腳氣病人，(二)發生次數亦無腳氣病者多。(三)雖肺結核治愈之後，而發聲不然即恢復原狀。以上三點完全和腳氣病人相反，所以認定聲音嘎嘶，是腳氣症狀之一，較爲合理。

然則這個發聲嘎嘶的原因在什麼地方？，這個問題，不但在追求腳氣病人所以多肺結核的原因上，即對於腳氣病發生原因上，甚爲重要。其原因既不在聲帶腫脹，我們便不能認定聲帶緊張者減少。那末，更進一步，這個緊張減少者，因何而起？對於這個疑問，因爲尚缺少實驗的研究，雖不敢

斷定，從各方面來推測，不外乎原發性的肌肉緊張力減少，或因植物神經系的障阻而起。

那末，這些脚氣病人之中，患肺結核和潛伏性結核的有幾多呢？這時候當然須依照一般肺結核檢查方法的。但是現在祇就匹爾奎氏反應和發熱兩項來講。

匹爾奎氏反應是肺結核特殊檢查法之一，其法很簡便，一般臨床家多採用之，現在把各種特殊檢查方法簡單來介紹一下。

一、皮膚塗布反應 起先 K. Spengler 爲肺結核治療目的使用 Tuberculin 皮膚塗布法後，經 Moro 和 Fogonoff 的研究，謂在肺結核診斷上大有價值。其法取下記鐵拔克林藥膏約黃豆大，用手指塗布麻手擦於胸部或腹部的皮膚一分鐘，塗布之面積可五平方糎，則於二十至三十小時之間，起一種反應。其反應程度之記載法如次：

- (1) 弱反應 起蒼白色顆粒，但不痕痒。
- (2) 中等度反應 起多數紅色顆粒，其周圍的皮膚亦發赤並稍覺痕痒。
- (8) 強反應 起無數顆粒，直徑有達八密密達者，有時並變爲水疱。塗布之處甚紅，同時覺甚痒。這個反應當至四乃至六天後才消失。

鐵拔克林處方如下：

Tuberculin. Kochi

Lanolin. anhydric. aa

本藥膏貯藏於冰箱中，歷久効力不變。

### 二•皮內注射(Mantoux氏方法)

A.濃度及分量 鐵拔克林的濃度爲五千倍，不可過濃，濃則注射之處，易起壞死。注射分量可0.05C.C，至多不可過0.1C.C

B.注射方法 持極細的鐵拔克林注射器，吸入藥液後，最好在前臂的伸側，與皮膚平行，漸漸刺入皮內，即表皮之下，注射所要的藥量，即見在注射處生一白色小丘。

C.成績 在性者，注射後八小時，注射處已現發赤及腫脹，至三十小時陽，紅腫的程度最大，四十八小時後漸漸復原狀。

### 三•穿刺反應(Ham burgu氏方法)

A.注射方法 穿刺後注射一千倍鐵拔克林0.1C.C，如四十八小時後無顯明反應，再注射百分之一鐵拔克林0.1C.C一次。

B.成績 陽性者穿刺處紅腫，但大小不一定，大者竟達手掌大。

### 四•皮下注射

A.分量 初次注射0.1密理格蘭姆於胸部皮下，如反



## 軍醫雜誌 第八期

應陰性，則漸漸增加鐵拔克林分量，即〇・一，〇・五，一・〇，二五・五〇Mg 注射時間以早晨為宜。

B.成績 陽性反應分熱反應，全身反應，穿刺反應，病灶反應四種。

1.熱反應 以超過攝氏〇・五度者為陽性，至三十八度者弱反應，三十九度者為中等度反應，三十九度以上者為強反應。

2.全身反應 個人的差別很多，一般感覺不快，倦怠，違和，頭痛，四肢痛，腰痛，心悸，食慾不振，惡心，嘔吐等。

3.穿刺反應 穿刺局部的發熱，發紅，腫脹。

4.病灶反應 即注射後病灶症狀的增惡，例如增加咳嗽，咯痰，發現水泡音或呼吸音變化，胸痛，胸背部筋肉的緊張，壓痛等如有病灶反應，可以確定其為肺結核了。

五・皮膚接種(Piquet 十氏方法)

本法甚為簡便，余在本研究，即採用此法，但實施上稍有不同之處，茲就余所實施之方法而言：

A.方法

1.試藥

一・對照液 加百分之二甘油的肉汁，濃縮至十分之一者。

二•二十五倍鐵拔克林取謙信製郭霍氏舊鐵拔林克  
一份加上述對照液二十四份。

三•原液 謙信製郭霍氏舊鐵拔林克。

2. 接種部位 在前胸部中央，先以酒精消毒抹乾後，用種痘刀加一極淺的十字切，以不流血滴為度，每切開長約五密理密達，距此切開約十生的密達，左右各再施一十字切。在左側十字切開上加原液一小滴，中央加二十五倍液一小滴，右側則加對照液，乾燥後始令穿着衣服。以上接種再於下午三時至五時間行之。

#### B. 成績

1. 檢查時間 為避免機械的反應起見，在四十八小時後，方檢查其結果而紀錄之。
2. 記錄法 凡原液接種處紅腫之直徑越過十字切開二密理者為十。  
凡原液及二十五倍液種處紅腫，上有述程度者為十。  
凡以上兩處之紅腫直徑達二生的密達或其以上者，或原液接種處以陷壞死者為十十。  
如原液接種處之紅腫直徑未越過切開線者為十一。  
完全無紅腫者為一。

軍醫雜誌 第八期

六•其他各方法如 Calmette 氏的眼結膜接種，Lafitte，Dupont，Molinie 諸氏的鼻腔接種 Oppenheim 氏尿道接種，Rutemann Lissauer 氏的肛門接種 Schnuerer 氏腔內接種，Kpalalie Schr"otter 諸氏的吸入接種等法，但實地上應用者極少，故不贅述。

依照前述的匹爾氏反應獸查方法，檢查脚氣病人百二十四名的成績如左。

并	三	名	四•〇三%	}	八四•六八%
廿	三十五	名	二八•二三%		
十	六十五	名	五二•四二%		
七	七	名	三•六四%		
一	十二	名	九•六八%		

年齡自十六歲至二十五歲者共七十九名

并	二	名	二•五三%	}	八三•五四%
廿	二十四	名	三〇•三八%		
十	四十	名	三〇•六三%		
七	四	名	五•〇六%		
一	九	名	一一•三九%		

年齡自二十六歲至三十五歲者四十五名

并	三	名	六•六七%	}	八六•六六%
廿	十一	名	二四•四四%		
十	二十三	名	五五•五五%		

講 演

士 三 名	六·六七%
一 三 名	六·六七%

年齡在二六至三五歲之間者，陽性率較在一六至二五歲者為大，差三·一二%。與對照本院留醫傷兵統計三六·五二%比較，相差甚遠；百二十四名中，匹爾奎反應陽性者為八四·六八%。這種陽率的增加，和脚氣極有關係，不待言而後可知，然則這種增加，是否脚氣症而使匹爾奎反應出現，或患于脚氣之後，使肺結核感染復燃或重受外界的感染，頗足研究，不過查脚氣病人中完全無異常體溫者，百十八中，祇有四十八人，即四〇·〇七%其餘約百分之八十，在一星期之間至少發三十七度二分以上體溫二次以上者，體溫在三十八度以上者十一人，占約十八分之一，且這些發熱，非因別種疾病而起，經檢查的結果，亦已証實，則這種異常體溫，是因肺結核而起的，至於這個肺結核傳染，是否體內再傳染，或重傳染，尙不能証明。

要而言之從上面所講，方以明瞭患脚氣者多患肺結核，為不可否定之事實，但是否因維他命缺乏所致，或因植物神經系障礙而起，或另有原因，尙須繼續研究。

軍醫雜誌 第八期

## 臨 床 論 叢

# 近代兵器與槍傷的關係

李 兆 時

說到殺人如斬草般的近代兵器，我們做軍醫的人們就會頭痛。一粒子彈打中了身體，雖不一定至立死沙場，灑血草野，能由担架兵抬回後方療治；然亦須勞了我們不少的力量，廢了我們不少的時間；結果：或於數天內把傷口治療得天衣無縫，創痕全愈；或須施行斷肢折腿，遺留慘痛的畸形；最可哀的是輾轉床第，藥石無靈，浩天不弔，令我們勇敢的戰士，在數天內壽終院寢。

說到槍傷，自然是說身體部分受大炮彈或小槍彈所射擊的外傷。牠的情況，是要看槍炮的種類，射擊的距離，和所受射擊的身體部位而不同的。

一般對於身體部分受槍射擊的槍傷，是分做貫穿槍傷，潛伏槍傷，掠擦槍傷，和切斷槍傷四種的。

貫穿槍傷，是有射入口和射出口的。如果單獨貫穿身體

## 軍醫雜誌 第八期

軟部，那麼，射入口通常是圓形，比較彈丸的直徑小些，而且好像切傷，牠的邊緣，經過射入的彈丸挫傷的結果而稍壓入；牠的射出口呈圓形或橢圓形，是比較射入口稍大的裂傷。同時如果槍彈亦貫穿骨部，那麼，除身體軟部受傷之外，兼有骨折，射出口就非常之大，現出不正形的裂傷；因此，有時受槍彈暴力破裂的骨片筋腱的一部，翻出創多，尤其是頭部或四肢骨幹部受近距離射擊命中時是這樣。並且有時破碎的骨片或彈丸的碎片，會使射出口形成數個不正形的槍傷。

潛藏槍傷，是因為彈丸的射擊力薄弱的緣故，不能貫穿體部，僅留在身體的某處，或為留彈；所以，牠只有射入口。沒有射出口；體部受遠距離射擊命中的槍傷多是這樣；因為彈丸衝擊在硬固堅韌的體部時，勢薄力弱，不能衝出。

掠擦槍傷，是彈丸射擊命中時，擦過身體的一部，形成半管狀的創傷，算是槍傷中最輕的。

切斷槍傷，是彈丸命中身體的某一部，切斷該部，使與身體離開，好像如頭部及四肢等的離斷。

彈丸射落地上後，又復反跳衝入人體，這樣，我們叫做跳彈。跳彈，是會帶同地上的污物和細菌，潛匿體中，發生創傷傳染。

彈丸擊中石片，石片衝入體中，或為第二的彈丸，這樣，我們叫做介彈，彈丸擊中衣服的鈕扣，或衣袋內的貨幣，鈕

## 臨 床 論 叢

扣或貨幣衝入體中，這樣，我們也叫做介彈。介彈也同跳彈一樣的情況，會發生創傷傳染的。

彈丸穿破衣服，射入體內，同時，被射破的衣服碎片，會隨同彈丸飛匿體中，因為衣服碎片有化膿菌存在的緣故，受傷的體部因之時生劇烈的炎症，這種事例，為數頗多，值得我們注意的。

受近距射擊命中的槍傷，皮膚能因為火藥的爆燃力而燒毀，有時血管被燒焦的緣故，傷處因之沒有流血。

倘有，彈丸射入體部，經過某種阻力的障礙，會變成橫置，這樣，我們叫做橫彈。橫彈，牠會使軟部或骨部形或擴大性破壞。

我們在未說及近代兵器與槍傷的關係之先，我們先說說往昔的兵器與槍傷的關係怎樣。往昔，如毛瑟鎗之類的兵器，它所用的彈丸是鉛彈，並且彈丸的口徑大，衝擊身體，尤其是稍為硬固的物質時，會改變形態，做成廣大的創傷。

現代各國改良的兵器，彈丸的口徑小，同時，使用該彈防止其變形，因之所形成的創傷沒有那樣廢爛。現在我們為明瞭各種槍傷的情況起見，把近代所用的兵器：如步槍彈，手槍彈，達姆彈，迫擊彈，手榴彈等的功用和構造連帶單簡地說一說。



軍醫雜誌 第八期

雜 抄

丹毒治療之進步

溫 疑 立

(Fortschr. a. Therar. Heft. 21. 1931) Frieboes

著者列舉種種對於丹毒之治療法，並加以批判。茲將其大要畧記如下：

即由丹毒病原體所得之 Vaccine 雖認為最合理的治療，但尙未臻完善。將恢復期患者血清 Rekonvalesszenteserum (經過單純性之人血清) 數日間連續注射各 5-10.0CC. 之法，可使本病輕快。又以自家血液或自家血清之注射法，亦可使本病輕快之可能。此外用丹毒連鎖球菌之培養濾過液，利用種種方法，(如外用，軟膏型之塗擦，罹患部之注射等) 亦有可得效果者。

至於非特種性刺戟療法，例如 Aolan. Caseozan. Yat:encasein. 馬血清，白喉血清，Omnadin 等之適用，所得之效果，則諸家所說尙未趨一致。

## 軍醫雜誌 第八期

丹毒之外用療法適用之種類甚多，例如酒精蒸散綑帶，卑奧苦他人液(5—10%) Ichthyol 酒精(5—10%) Thihasol. Ichthoxol. Tincj Odeu Erybiktin (Jod Ichthyol Terpentin) 等之塗布。

此外硝酸銀液(10—20%之水溶液或10%之酒精溶液)之塗擦併用，Chinosol (以軟膏或丁幾)之外用，Jantophorese 等類是也。此外防止丹毒擴大，亦有種種方法之考案。例如丹毒病灶之周圍，用硝酸銀之塗蝕；絆創膏細片之貼附，彈力性 Colledium之貼附等，稱為有停止丹毒向外抗大之作用。至於局部用熱氣，鬱血療法，太陽燈照射，(尤以乳幼兒頭部顏面部之丹毒最適用) X光照射療法(以三分之一乃至二分之一紅斑量適度瀰過用之)等，亦有相當之效果。

丹毒之一般療法 Allgemein beuhandlung 準據其他之急慢性傳染病，不可不施以適當之處置。尤宜注意心臟機能保持心力為要，故古來適用之酒精類，給以適量，亦有相當之效果。此外依其時宜，給以解熱劑之適量，亦屬必要。

丹毒之內用療法據文那氏之說，用碳酸亞莫尼亞治療(處方，碳酸亞莫尼亞，Ammonia anist液各五。○ 單糖漿二○。○ 餾水一八○。○混和，每一，二時間服一食匙) 然其效果不確。

## 創傷療法上之黃色水銀軟膏

(Muench. med. Wochenschr. Nr. 47. Nr. 31) Krecke.

Manninger 氏距今二十五年前，在卑斯特市對於各國之創傷，無何等之準備，並不施消毒，僅以5%之黃色酸化水銀軟膏(即黃色水銀軟膏)塗布創面，見有奏效，當時視為奇蹟，然至今二十五年後，此種創傷療法之成績，仍認為優良於他種療法，故創傷之故處置，除 Jodoform. 硼酸，Phenol camphor 之外，特別推獎應用黃色水銀軟膏矣。著者當治療小創時，毫不用洗滌，僅以殺菌 Spatel，塗以黃色水銀軟膏，不特可得良好之治療成績，即如深部之外傷，例如骨及髓之外傷，亦認為有卓效。又如淋巴腺炎，汗腺膿瘍，癰瘡，皮下蜂窩織炎之炎症疾患，用本劑治之，雖不施外科的手術，亦可全愈。

本劑之處方如下：

黃色酸化水銀	2.0
Vaseline	40.0

## 黃色水銀軟膏

(Muench. Med. Wochenschr. Nr. 53. 1931) Korbach

黃色酸化水銀軟膏，對於皮膚與粘膜之移行部之炎症疾患，有顯著效力，乃遍知之事實。(但除睫毛眼緣炎)然以

本劑之治療，比此更奏效之疾患，爲慢性鼻加答兒。其中用鼻口部之頑固炎症，用5%之黃色綠軟膏治之其全愈最易而且速。此外，用於外聽道之一切炎症及鼻咽喉腔之慢性加答兒，亦有卓效。但此時所用本劑，不用軟膏，須浮游於液狀拍拉芬，再加薄荷，及樟腦，其處方如下：

黃色酸化水銀	0.1—0.2
薄荷	0.1
樟腦	0.05
液狀拍拉芬	2.00

(使用前振盪須用 Pantocain 滴入鼻腔內)又肛門之一切炎症，其中以痔核及肛門裂瘡，用本劑治之亦有效。此時用三乃至五%之軟膏，加薄荷及高加因或 Pantocain 或 Pusicain 其處方如下：

黃色酸化銀	1.5—2.5
Menthol	0.25
Pantocain	0.25
柔軟軟膏(花士芬，羊毛脂等分)	40.0

## 外傷與闌尾炎

Dr. F. Eicken. (Zentralb. f. Chirurgie. 1930. Nr. 50 S. 3095.)

著者將古來學者關於外傷與闌尾炎之成因之報告例及其學說概述後，追加以自己之經驗一例。據著者之見解，對於闌尾炎之外傷成因的關係，即外傷性尾炎之存在，雖難以否定，若以暴力加于右下腹部發生闌尾炎之前，若慢性闌尾炎已先存在，其闌尾之先端被固定於腹壁之一部，實為助長外傷闌尾炎之發生，此為著者之結論。

## 腎臟損傷後之腎臟機能

S. R. Moodruff (The Amer. Journ. of Surg. 1930. New York. Vol. IX. No. 3. P. 499.)

著者檢查過去十年間之文獻，關於腎臟損傷治愈後腎臟機能之消長所記載之實驗報告僅有四例，而最近因工場法，災害保險，或自動車交通數量增加，故腎臟受傷之禍害，受傷後其機能之消長，主張須有明白確定之必要。並報告自己之經驗十二例，以此為基礎而推論之，腎臟損傷後，該腎臟機能之減弱程度，視其損傷之程度，形態，及受傷後細菌感染之有無，而有差異，且腎臟機能之檢查可以膀胱鏡及X光線容易得窺其全豹云。

## 關於臨床的症狀 Cyanose (青紫) 之意義的檢查

(Rudolf u. Ernst Dtsch Arch. Klin. Med. 1930. S. 16)

8. Bd. 52.)

Slyke u. Lundsgaard 最近依瓦斯分析裝置，以多數臨床的材料為基礎，研究 Cyanose 的成因。

Cyanose 有原因的病理的二型，其一由動脈血之養氣飽和障礙而發之動脈性 Cyanose 其二動脈血之養氣含量雖屬尋常，而由毛細管發之養氣高度減少，可發毛細血管性 Cyanose 前者多因肺部疾患而發，由呼吸障礙，使肺泡之彌散惡化，或因不通性，無氣之肺部(浸潤無氣)之存在，致血液流通障礙而發動脈血之養氣飽和不足之狀態。

然毛細管發性 Cyanose 則發於傳染性中毒性之血發虛之及發於無肺鬱血之心臟機能不全等症。

多數由心臟疾患而發之 Cyanose 屬混合型，皆由養氣含量減少並強度之養氣需要而成立者。而在先天性萎黃病之 Cyanose 常可推度有多種原因，且赤血球增多症，亦與 Cyanose 有原因的關係。故據 Slyke 謂 Cyanose 之成因，與毛細血管內血液之還元 Haemoglobin 之絕對含有量有關係云。

## 鼠疫之流行的觀察

A.A. Tschurilina

(Zeitschr f Hygien. u Infectkrankh. III Band, 2 Heft 1930.)

由千九百十三年至千九百十八年奧國沙拉桃地方局之綱

菌研究所研究之成績中，對於鼠類之實驗，有詳細之記述。其實驗的研究得有極興趣之成績如下：

1. 由栗鼠可否傳染於其他動物？

將死於鼠疫之栗鼠臟腑，使他動物食之。或將鼠疫菌之培養液，粘附于麵包上，使他動物食之，皆可傳染。塗擦鼠疫菌於皮膚剝脫部或注射於皮下，均可同樣傳染。

2. 由栗鼠以蚤鼠為介，可否傳染於野鼠，其實驗所得之成績，有十九匹之野鼠中，只得一匹之傳染，故知蚤鼠可為傳染之媒介。

3. 冬眠期之栗鼠之鼠疫病狀，用針刺法，注射法，塗擦法，鼻腔充填法而試驗之，在冬眠期中均取慢性之經過，四個月五個月後而死者亦有。胸腔內及腹腔內注射時與不眠者雖無大差異，其死期亦畧遲延云。



軍醫雜誌 第八期

# 轉 載

## 處方學 (轉錄同仁醫學)續

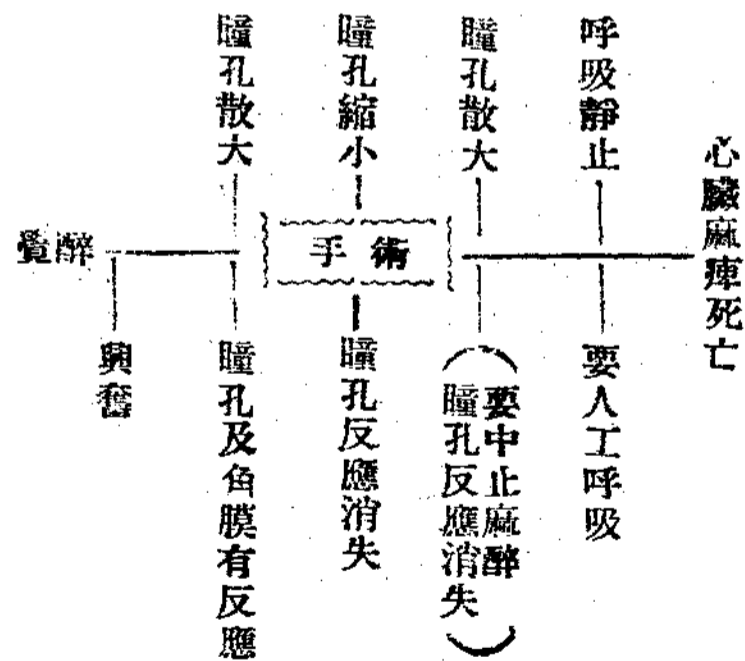
### 8 鎮痛劑

#### 12、 吸入麻醉劑

{ Inhalation: anaesthica, Marcotica }

▷ 吸入麻醉藥為揮發性之藥品。作用於中樞神經系，使其麻醉者也。其麻醉最初作用於大腦。次及脊髓。又次及延髓。遂至制止呼吸運動。

▷ 膽必氏麻醉表



## 軍醫雜誌 第八期

### 第一方

Chloroform(噶囉仿謨)

▷因吸入噶囉仿謨(Chloroform)所起之現象。大別之爲發揚期(或稱興奮期)與麻醉期及假死期。

▷在麻醉期中中止吸入。當漸次覺醒。雖大抵訴多小頭痛，眩暈，嘔氣，嘔吐等。不久即恢復。

▷使用注意—當噶囉仿謨麻醉之際。罕有致麻醉死者。爲豫防及救濟故。宜注意品質之純否，心臟患病之有無，麻醉之方法等(對心臟病，動脈瘤，肺患者，嬰兒，老人，肥胖病者，虛弱者等，尤須注意)

▷噶囉仿謨吸入麻醉之前。如皮下豫先注射Scopolamin—Morphin(斯所帕命—嗎啡)Marcop.Scopolamin(那可邦斯可帕命)或 Pantopon.Scopolamin(盼得本斯可帕命)等。則能節藥噶囉仿謨之用量。故用噶囉仿謨所致之惡影響。故可以輕減之。

▷噶囉仿謨爲吸入麻醉劑之外。見用於條蟲驅除，嘔吐，胃痛等而內服。又本劑之油劑則外用於神經痛，癱瘓質斯等。

### 第二方

麻醉用依打(Aether)

▷依打(Aether)之作用酷似噶囉仿謨。其害心臟，血管

，呼吸中樞也。亦甚微弱。然若單用依打時。則發揚期劇烈。難達深度麻醉。故或行混合麻醉，或併用催眠劑為常。又依打有刺戟氣管粘膜之缺點。為除此缺點。有改用混合麻醉劑，其主要方如次：

(A) 比爾魯篤氏合劑

噶囉仿謨(Chlorofonm) 3分

麻醉用依打 1分

無水酒精 1分

為麻醉用

(B) 英法合劑

無水酒精 1分

噶囉仿謨 1分

麻醉用依打 3分

為麻醉用

▷若豫服抱水兒魯拉兒或 Mercnal 韋羅拿耳 或皮下注射 Pantopon Scopolamin, 而後施行混合麻醉。則成績尤佳。

▷依打用為麻醉劑之外。又可為興奮劑而內服或皮下注射。又對胃痙攣，惡心，嘔吐則內服之。

▷虛脫之際則而於皮下注射。但依打不可注射於前膊。蓋能惹起依打麻醉故也。

備考＝凡解熱劑，催眠劑，麻醉劑。若混用二種以上。

則主作用愈強。而副作用則反減弱。故常以混用爲便。

13 局所麻醉劑

(Lokalanaesthetica)

▷ 局所麻醉劑乃應用於外科的手術之際。

▷ 應用之種類

1. 寒冷麻醉

2. 表面麻醉

3. 浸潤麻醉

4. 傳達麻醉

5. 腰髓麻醉

鹽酸古加因 (Cocainum hydrochloricum = 極量 - 回 0)

50 - 日 0.15)

▷ 若塗布鹽酸古加因水溶液於粘膜面或創面。則作用於知覺神經末端麻痺其痛覺及觸覺。

▷ 欲作用於皮膚之一部位。則不用皮下注射。宜注射於皮質內。

▷ 鹽酸古加因雖用少量而起中毒症狀者較多。即注射 0.01 瓦便起中毒者有之。又有特異質故。宜注意焉。一般之古加因中毒特頻發於用濃厚液之際。若稀薄液則較能堪大量。對粘膜則大抵用濃厚液。當鼻腔手術之際用 5 — 20 % 溶液。爲此屢見中毒症狀(男子比女子尤多)。又在齒科 (齒

齒或拔齒之際)亦往往見中毒症狀。

▷古加因急性中毒之療法=先使患者仰臥。投與甘硝石精。酸Amyl(Amyl nitrosi) 2—5 滴於布片或濾紙。使嗅入之。內服則以 1—3 滴和糖水飲之(此際要強心劑)

處方例

1. 甘硝石精(Spiri Aetheris nitrosi)甜硝伊打酒 0.5—1

0

水(糖水) 20.0

頓服用

2. 亞硝酸亞密兒 (Amyliinitosi) 3.0

甘硝石精 3.0

混和之，滴其 3—5 滴於布片而嗅入之。

3. 亞硝酸亞密兒 2.0

酒精 8.0

混和之，滴其 3—5 滴於白糖服之。

▷古改因中毒之豫防

1. 務宜用稀薄溶液

2. 務宜不用多量

3. 務不用於廣汎部位

4. 伍用鹽化Adrenaline使古改因之吸收緩徐(鹽化古改因液 10.0 加鹽化Adrenalin—滴之率)。

軍醫雜誌 第八期

▷鹽酸古改因之粘膜塗布○效績顯著○雖Novocain濃厚之液猶不及之○

▷古改因過熱則分解故○煮沸消毒宜注射行之○以時短間(5分鐘)一回可矣○

▷古改因之應用

1.有疼痛，刺戟知覺之際○爲粘膜塗布液(0.1—3.0%)

鼻腔手術用(5—10—20%)

2.肛門裂傷，裏急後重之際○(以0.02——05爲坐藥)

3.鼻加答兒(0.1%液撒霧)

3.爲點眼藥(0.5——1.0%)

5.嘔吐，胃潰瘍，胃痛等之疼痛時則內服○

6.齦齒，拔牙之際(以2.0%液注射於齒齦)(多起中毒

，故宜注意)(大抵用 $\frac{1}{3}$  m, m, 口徑之注射針注射

$\frac{1}{4}$ —— $\frac{1}{4}$  筒足矣)

▷修萊氏浸潤麻醉液

雖有三種○吾人普通所常用者爲第二液○其處方如次

修萊(Schleich)氏浸潤麻醉液第二液

鹽酸古改因 0.1

鹽酸嗎啡 0.02

食 鹽 0.2

轉 載

蒸餾水	100.0
近時改良之而爲	
鹽酸古改因	0.05
Alypin(亞里必)	0.05
食 鹽	0.2
蒸餾水	100.0

此液之一回用量爲50.0以內 (此浸潤麻醉領域狹少  
○不及於藥液浸潤部位以外也)

▶ 奴真改因(Novocain=一回極量)0.6

▷ Novocain爲白色光澤之微細結晶○易溶於水○堪於煮沸消毒○且如密閉容器○則可以久藏者有之○

據Braun氏謂Novocain比Cocain,其毒力不過六分之一云○

▷ Cocain雖用極量以內(0.01——0.005)已有起中毒作用者○若Novocain則反是○雖用大量(1.0)猶有不見何等副作用者○

▷ Novocain加Adrenalin時亦有持續效力之利 (Novocain溶液10.0力鹽化Adrenalin(腎上腺)一滴之率)

▷ 粘膜塗布雖用Novocain 10—20%溶液○然其效力到底不及Cocain也○

▶ 以上二種之外之局所麻醉藥



軍醫雜誌 第八期

1. 鹽酸Tropacocain(極量一回0.1—日0.3)
2. Alypin(亞里必)又作(可立品)
3. 鹽酸3'aUin
4. Beta.Eucain
5. Allocain S.
6. Bancain

▶常用之局所麻醉藥

(1) 0.5鹽酸Cocain液

一回用量10 C,C,以內(以生理的食鹽水調製之)

(2) 修萊(Schleich)氏浸潤麻醉液，第二液

一回用量50 C,C,以內

(3) 0.5% Novocain液

一回用量12 C,C,以內(以生理的食鹽水調製之)

(4) 1.0% Novocain液

一回用量60 C,C,以內(以生理的食鹽水調製之)

(5) 2.0% 鹽酸高加因液

一回用量半筒以內(齒科內注射液)(參照前項應用欄)(以生理的食鹽水調製之。此液每5.0——10.0加鹽化Adre' aiin液一滴)

(6) 齒痛液

鹽酸高加因

1.0

鹽酸嗎啡 1.0

Kreosot(克列阿曹篤)又作(幾阿蘇)10.0

為溶液浸於小綿球以塞齦齒窩

▶附記—其他齒痛藥

▷純石炭酸(浸小綿球塞入齦齒窩內)

▷克列阿曹篤(同上)

▷克列阿曹篤(Kreosot) 1.0

石炭酸(Acidi Carbolici) 1.0

甘油(Glycerin) 1.0

浸小綿珠塞於齦齒內

▷沃度丁幾(Tinc. joodi) 1分

精製樟腦(Camphor) 適宜

酒精(A'kohol) 5分

浸小綿珠塞於 齒內或塗布齒齦而後含漱之

▷噶囉仿謨(Chloroform) 1分

依打(Aether) 1分

塗布一滴於鼻孔內而嗅入之

以上之藥液○若單浸小綿球塞於齦齒窩內○則效果少

○故宜曰塞乾綿球以被其上○若浸藥液之小綿珠塞敷

鹽酸古改因末○則奏效尤確實○

▷亞砒酸 0.6 2.0 0.5

軍醫雜誌 第八期

鹽酸嗎啡	2.0	1.0	0.5
石炭酸	1.0		
Kreosot	5.0	適宜	適宜

浸於綿球而用之(齒髓腐蝕藥)(又以鹽酸古改因代  
鹽酸嗎啡亦可)

▷塞重曹於齦齒窩內○亦有效果○

▷1.0%Bancaïn亦可以代Novocain

14. 興奮劑

(Araleptica, Excitantia,)

▷興奮劑仍作用於中樞神經系以亢進其機能者○用於

1.虛脫, 2.失神, 3.全身衰弱,

第一方

酒精	20.0
單舍利別	14.0
錫水	100.0

▶應用配合藥品(第一方)

▷規那丁幾(Tinc, Chinae)

▷芳香丁幾(Tinc, aromatica)

▷甘硝石精(Spiritus Aethenis nitosi)

▷苦味丁幾(Tinc, amara)

▷赤蛋(Vinum rubrum)

▷ 橙皮丁幾 (Tinc, Aurantii Corticis)

▷ 卵黃 (Eidotter)

▶ Alkohol對熱性病有興奮作用。多少能補助營養。用於急性心臟衰弱，腦貧血，慢性疾患及恢復期等。

▶ 禁忌—血管硬化症，腎臟病，中樞神經系疾患。

#### 第二方

葡萄酒 (Vini rubri)

適宜

單味或稀釋之。內服適量。普通加鹽酸 Limonade 而用之。

#### 第三方

精製樟腦 (Camphor) 0.3

乳糖 2.0

分三包、一日三回分服

▶ 應用配合藥品 (第三方)

▷ 精製樟腦在各處方概可配合

▷ 安息香酸 (Acidum benzoicum)

#### 第四方

10.0% 樟腦橄欖油

為注射料，一回1—2筒

#### 第五方

10.0% 樟腦依打

爲注射料，一四半箇乃至一箇

第六方

卵黃	2 個
勿蘭地酒(Branntwein)	20.0
單舍利別	10.0
錫水	100.0

爲一日量數回分服

以葡萄酒，Cognac 或老酒代勿蘭地酒亦可

▶其他之興奮劑

▷Cognac = 乃由葡萄酒所製之燒酒。約含4.0%之純酒

精當虛脫時混糖水內服之。

Cognac小兒用量	一日量
一箇月以內	0.2——1.5
二個月	1.5——2.5
一年以內	3.0
二年以內	4.0

▷葡萄酒 (Wein) = 普通之赤葡萄酒約含1.0%之酒精。和糖水服之。其量約Cognac 之2——3倍。

▷依的兒精 (又名Hoffman氏液) = 乃依的兒一分，酒精三分混成者。用於小兒。嗅入，內服，灌腸，皆可。內服一回10——10滴和糖水時時服之。然有難飲者。

處方例

保夫曼氏液(Liquor, Hoffmanni) 1.0—15.

單舍利別 5.0

錫水 30.0

爲一日量三四回分兩(1—3歲)灌腸時混於灌腸液  
○或單和水注腸之○或皮下注入食鹽時○亦可適宜  
內服○

▷ Tinc. Vomicae (極量一回1.0—日2.0)

▷ 甘硝石精(Spiritus Artheui nitrosi)

▷ 老酒，燒酒，糯米酒 (未完)

