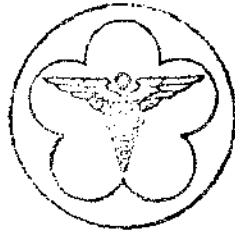


# 軍醫月刊

第一卷



第九期

中華民國三十六年九月三十一日出版

## 要目

插圖：青島總醫院之近態

軍醫戰術講授錄(演習篇)	徐步安(1)
RH因素	葉維法(9)
貧血的因素與檢驗診斷	史敏言(11)
檢查健康青年男子內耳前庭的機能之報告	王老得(17)
高血壓	艾文柏·褚承猷譯(24)
胸部創傷及其治療措施	鍾志謙(33)
結核病與雅司病之專題討論摘要	黃家如·石美鑫等(39)
骨之異常及發育在X光上之所見	石順起(45)
醫藥文摘	馮冠華(48)
交換細帶	鍾志謙(50)
國防醫學院與中央研究院之合作研究	唐振常(52)
攝微素的性能	袁承靈(54)
美國陸軍部軍醫署之組織概況	徐若麟等(56)
在前方治療混合骨折之困難	曹鋒(58)
編餘	江晦鳴(59)
法規選輯	(60)
人事公告	(63)
一月大事	(65)

國防部聯合勤務總司令部軍醫署編印

藥德至上  
標準第一



消毒周密  
檢定嚴格

# 中法血清菌苗廠

## —血清及抗毒素類—SERA AND ANTITOXINS—

白喉抗毒素 (濃縮並精製)	Diphtheria Antitoxin (Concentrated and Refined)
白喉抗毒素 (普通)	Diphtheria Antitoxin (Original)
破傷風抗毒素 (濃縮並精製)	Tetanus Antitoxin (Concentrated and Refined)
破傷風抗毒素 (普通)	Tetanus Antitoxin (Original)
抗腦膜炎球菌血清	Anti-Meningococcus-Serum
抗鼠疫血清	Anti-Plague Serum

## —毒素及類毒素—TOXIN AND TOXOID—

錫克氏反應用白喉毒素	Diphtheria Toxin for Schick Test
精製白喉沉澱類毒素	Refined Diphtheria Toxoid (Alum Precipitated)

## —菌苗類—VACCINES—

抗霍亂菌苗	Anti-Cholera Vaccine
抗傷寒霍亂混合菌苗	Anti-Typhoid-Cholera Vaccine
抗傷寒副傷寒混合菌苗	Anti-Typhoid-Paratyphoid Vaccine
抗腦膜炎球菌菌苗	Anti-Meningococcus Vaccine
抗鼠疫菌苗	Anti-Plague Vaccine
百日咳混合菌苗	Anti-Pertussis Combined Vaccine
抗流行性感冒混合菌苗	Influenza (Common Cold) Combined Vaccine

製造廠：

上海 中正西路

一六五號

電話二一九一〇

事務所：

上海 北京東路

八五一號

電話九二二三三

董事長

胡定安

常務董事兼監理

許曉初

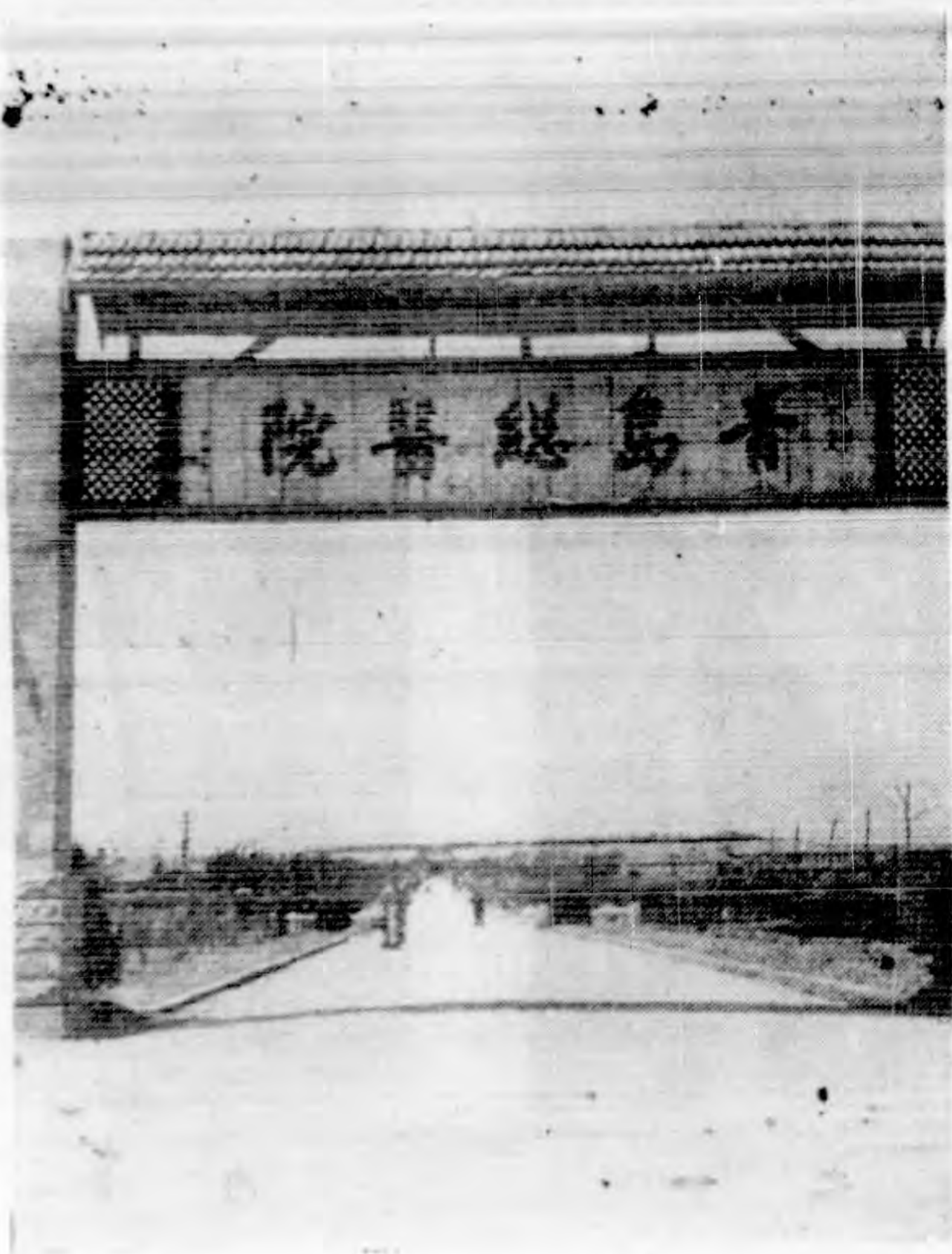
總理

胡家玉

主任技師

丁錫康

# 青島總醫院之近態



遠景

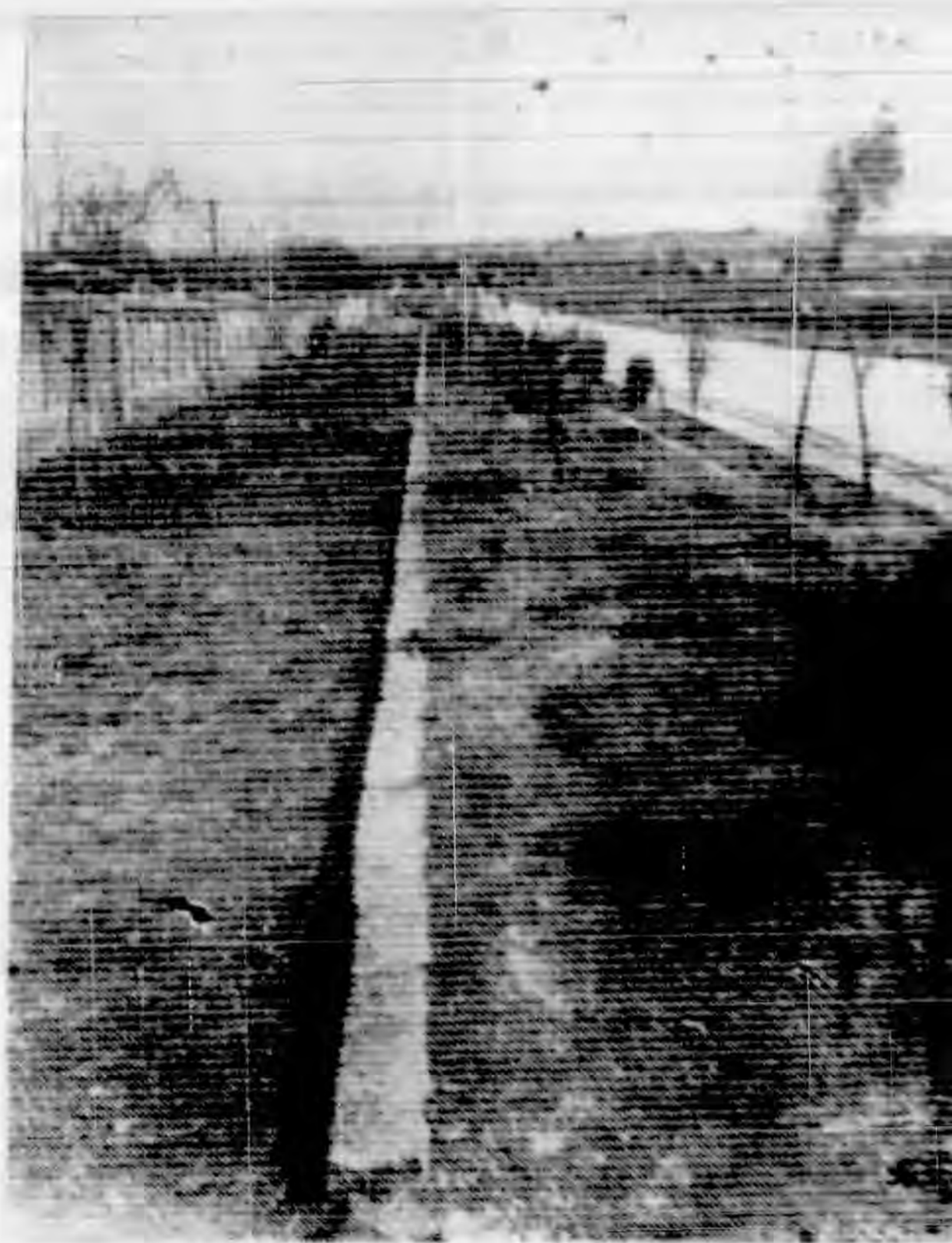


院門

內 景 一 角



內 景 之 一



內 景 之 二



內 景 之 三



內 景 之 四

丁治磐將軍蒞院慰問傷患



步入院門



慰問傷患



集合訓話



全體歡送

活動餘業生官院全



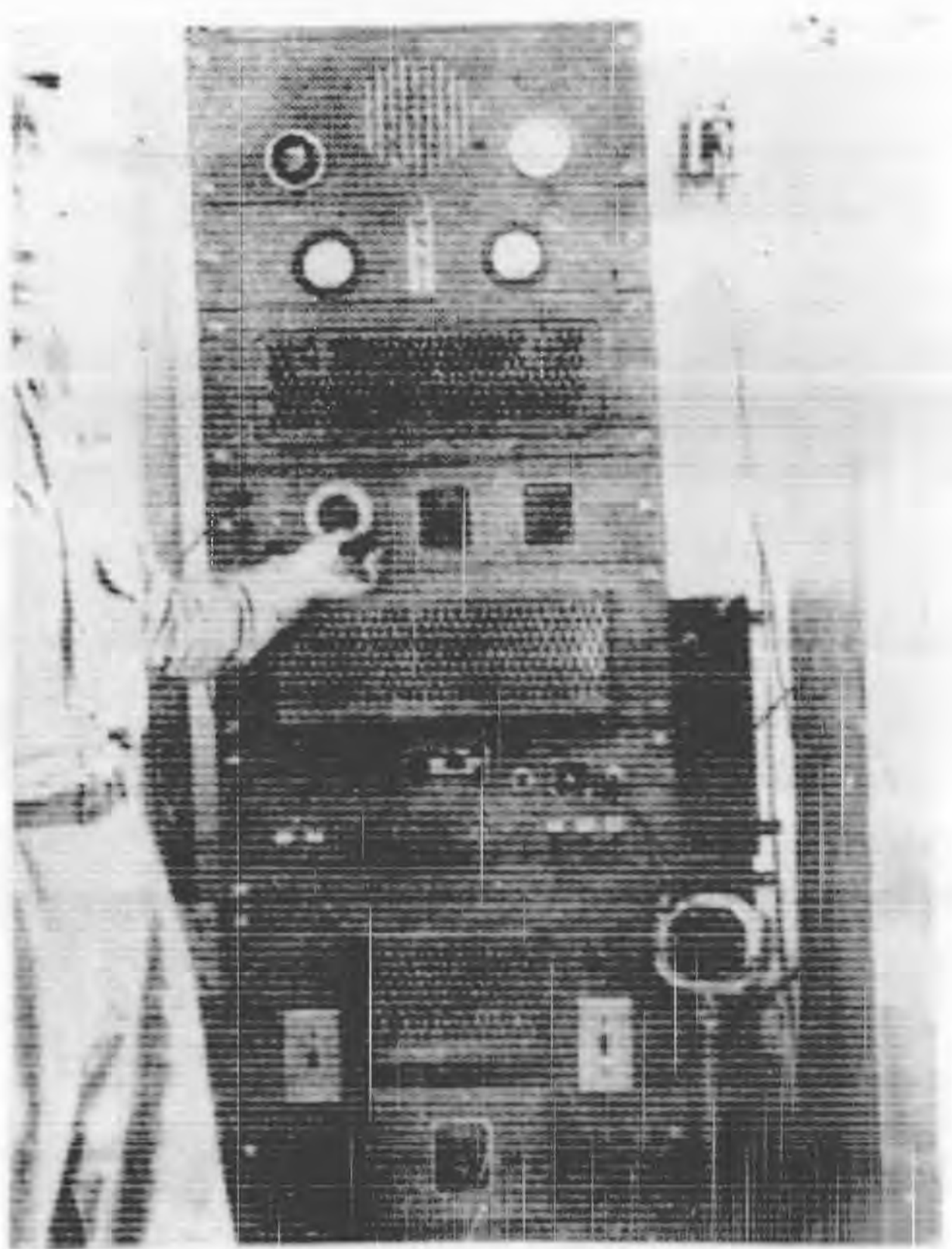
木樹植種



上課校護



報書讀閱



音播放開

# 軍醫戰術講授錄 演習編

## 三

國防醫學院  
徐步安

野外演習前講話

17

- (2) 第一營急救站者——營軍醫一，看護士二，看護兵二，担架班長一，担架兵六（担架三付）。
  - (3) 第二第三營急救站人員，與第一營急救站人員同。
  - (4) 連救護兵十一人，計一營、四人，二營、三人，三營、二人，迫砲連二人。
  - (5) 傷兵三十二（輕重約各佔半數）第一營，傷兵十四人，第二營十人，砲兵連每排二人第三營二人。
  - (6) 準備師衛生排派團急救站接運傷患担架二付，担架兵四人。
2. 教官開會——於當日上午，有開各教官先行集會，商討事項如下——
- a. 演習實施時，指導官與各補助官，所擔任之職務。
  - b. 傷兵安排，一營方面，在185高地十四人，二營方面，在215高地十人。三營方面，在j點附近二人（此時為戰鬥兵）迫砲一二兩排K至X點間四人。第三排二人。
  - c. 營團指揮所，及團急救站，設立位置之討論。
  - d. 輕重傷人數分佈及發生狀況與時間。
  - e. 實施時程序之預定，與命令擬定等等。
3. 器材準備——
- a. 團營急救站人員，需要攜帶携行十字架、醫笈、及敷裹料等，照規定發給。
  - b. 担架二十三付，包括衛生排接運担架，及團與第一二兩營急救站交換担架各一付，辱開殼担架等。
  - c. 演習員符號，照人數及其所任職務配發。
  - d. 傷單照規定人數及傷狀分發。
4. 教室講解與開會——
- a. 關於講述者——指導官在圖上指示情況，及本日課目一般作業情形。
  - b. 作戰會議——團長召集各營長，迫砲連連長，及團衛生隊長開會，講述師命令指示各事項，團長決心企圖處置，徵詢各營長等意見，並在圖上決定各指揮所位置，及團急救站位置於團命令內加以規定（在指導官指示下決定）。
  - c. 命令下達——（假定教室為團部）將預先擬定之命令，加入會議決定各指揮所，及團急救站位置，當場下達（營急救站位置由各營軍醫，在現地偵察選擇）。
  - d. 人員出發——(1) 依傷兵（此時為戰鬥兵），連救護兵，第一二三各營急



- 救站，團急救站，人員之順序，在命令下達後，各傷兵及救護兵，在教室外集合，並領取器材，由各補助官率領，分赴 85 215 諸高地之我軍一二各營陣地，及 J 點預備隊位置，迫砲連傷兵，不派人率領。
- (2) 各營急救站人員，按番號順序，分別在教室外集合，並領取器材，各由補助官，率領出發，分赴命令內指定之營指揮所附近，各營長隨同出發。
- (3) 團急救站人員，在教室外集合，並領取器材，由指導官率領出發至 C 點附近之指定位置，團長隨同出發。
- (4) 營團長至各指揮所地點，設立指揮所。

### (二) 實施間

#### 1. 預定實施作業等時間記錄如左。

- a. 出發時間為午後三時卅分。
- b. 團指揮所設立為三時四十五分，各營指揮所，營長到達時即設立。
- c. 第一二兩營衛生單位，午後四時十分就位，開始作業為四時廿分。
- d. 防禦戰鬥開始，為四時十分。
- e. 傷兵開始後送，約四時十五分(每隔四分鐘下傷兵一人)。
- f. 第一營方面，請求增援，預定為四時廿分，團長指派預備隊增援，為四時四十分，增援部隊到達為四時五十分。
- g. 各營急救站閉鎖，為五時廿分，團急救站為五時四十分，各營團指揮所閉鎖，約同營團急救站。
- h. 由五時四十分，至六時卅分，為歸途及在現地講評時間。

2. 各部隊長，各衛生單位主官，傷兵，救護兵等到達指定地點後之動作——分別參照第二次演習課目各有關項下實施之，但第三營衛生隊在未增援前，係隨同部隊作預備，並無動作。

#### 3. 戰鬥間各衛生及指揮單位之作業行動——

##### a. 戰鬥開始或其直前——

- (1) 團急救站已開設完畢。
- (2) 各營急救站亦開設竣事。
- (3) 各部隊長兼監督軍醫作業之實施。
- (4) 救護兵在補助官指導下，從事傷兵搜集、綁紮、標記等工作，並與担架兵取聯絡。
- (5) 指導官及補助官，(陣地補助官除外)，分任各級急救站作業指導，





及沿途巡察。

b. 戰鬥間——

- (1) 各級急救站，對傷患區處、急救、運輸、記錄、及各衛生單位間之聯絡諸事項，約同第二次演習課目內之所記載。
- (2) 第一營營長，以其所担任防禦陣地，迭被敵軍猛襲，前仆後繼，不顧犧牲，敵之兵力火力，似亦佔優勢，我軍因此傷亡甚多，將有難以繼續確保陣地之勢，決定將情況報告團長，請求增援，其時約為四時十分，在增援中各部隊長，及軍醫單位之行動如左——
  - (a) 第一營長，將情況報告團長，請派部隊增援，派傳令送達。
  - (b) 團長在接到該營長報告後，以本團有確保現在陣地，拒止敵人之任務，設該營陣地，一有破綻，影響所及，不堪設想，且敵兵力、火力、較佔優勢，及敵主力之所指向（即攻擊重點）於命令下達時，即經考慮及之，團預備隊，及迫砲連二排之所以位置於J點附近及K至X點間者，即為便利轉移及支援該營作戰而設想，經即命令預備隊長，派步兵一連，機槍二排，及急救站人員全部，向一營方面增援，其增援連，及急救站，即歸第一營長指揮調度，預備隊其餘人員，着仍在原位置待命。
  - (c) 預備隊，接到團命令後，即派第一連連長，兩機槍排排長及營軍醫，率領所部，向第一營方面急進，限四時五十分左右到達，並聽候指揮。
  - (d) 第一連長，機槍排長，及營軍醫，接受營長命令後，各率所部，赴指定方面增援，途中因能利用地形，巧為接近，故無傷亡，並能按時到達，即向第一營長報告，該營長以敵攻勢已被頓挫，戰況漸趨穩定，惟營預備隊，已加入左第一線連作戰，經令增援連，及機槍一排，就原預備隊陣地，控置為預備隊，另機槍一排，加入左第一線連作戰，增援之營急救站，即就該原急救站附近開設，幫助處置傷患。

(三) 戰鬥終止——

1. 左營方面敵，似係一種牽制動作，故始終無激烈戰事，右營方面，自預備隊加入以後，戰況亦漸趨沉寂，此時兩方部隊，以激戰甚久，傷亡均重，非待部隊整頓，或後續部隊到達後，似難恢復攻勢，或移轉攻勢，以致形成戰鬥終止之狀態。各級部隊指揮所撤收，及各急救站閉鎖，照規定時刻，其步驟見第二課目戰鬥終止項下。



## 2. 演習畢在現地講評(另稿)。

第三次野外演習講評<sup>卅四年六月四日下午五時五十分於</sup><sub>點附近</sub>

本日課目，為研究步兵團，在防禦戰中，增援時之軍醫作業。諸君本日作業，增援部隊，對被支援之聯絡，殊覺缺欠。命令內(團長對預備營發出之命令)，規定增援連，及增援營衛生單位，撥歸第一營營長指揮，理應於到達第一營指揮所時，向以報告，聽候命令，而竟忽略於此，實屬遺憾，須知此次戰術實施，係注重衛生單位之運用，尤其是在某種軍事情況下之能運用，亦此次訓練精神之所寄託，不可忽也。茲更將有關事項，作若干之說明。

(一) 增援意義、方法、與時機——所謂增援者，適一部隊對其他部隊，參加作戰之謂。增援部隊之派遣，不外使用所屬預備隊，或由另一部隊參加。惟就廣義言，預備隊，無論用於逆襲，或擴張戰果，或增加第一線，及援應鄰接部隊於戰況不利之時，或竟用於側面攻擊等等，均含有增援的意義。不過營及團預備隊使用目的及範圍，依其部隊大小，略有不同，惟其要旨，尚無大差。本日戰術實施，係用預備隊，作增援部隊，照上面所述，即是作增加第一線的用法，但是預備隊之使用，主為作擴張戰果，及逆襲之用，不可不知。增援時機，照本日實施課目，即第一線部隊，蒙受損害，為保持陣地而請求增援。

(二) 增援部隊單位，對被增援部隊之聯絡——本日演習時所派增援部隊，為預備隊一連，機槍兩排，及營衛生隊。團長命令：並着歸第一營營長指揮，(被增援部隊)，即應聽候調度，如何增加於第一線，及應如何作業？悉應聽其處理，故於到達時，即應向之報到。

(三) 增援之步驟——照本日演習經過，第一營營長，以陣地迭被敵猛襲，傷亡亦重，請求團長派兵增援。團長則基於任務關係，不得不確保陣地，團派預備隊步兵一連，機槍兩排，及營衛生分隊向第一營方面增援，並令其歸第一營營長指揮，此為經過之概略步驟。惟所應注意者：

1. 預備隊不可全數使用，上次二星期班，即犯此過失：如有必要，團長應另行控置預備隊。

2. 本日可派之部隊增援單位，較營長階級為低，當然歸第一營營長指揮，如所派者為預備隊隊長(即第三營營長)，且為一營人級，則團長對兩營指揮問題，又當別論。

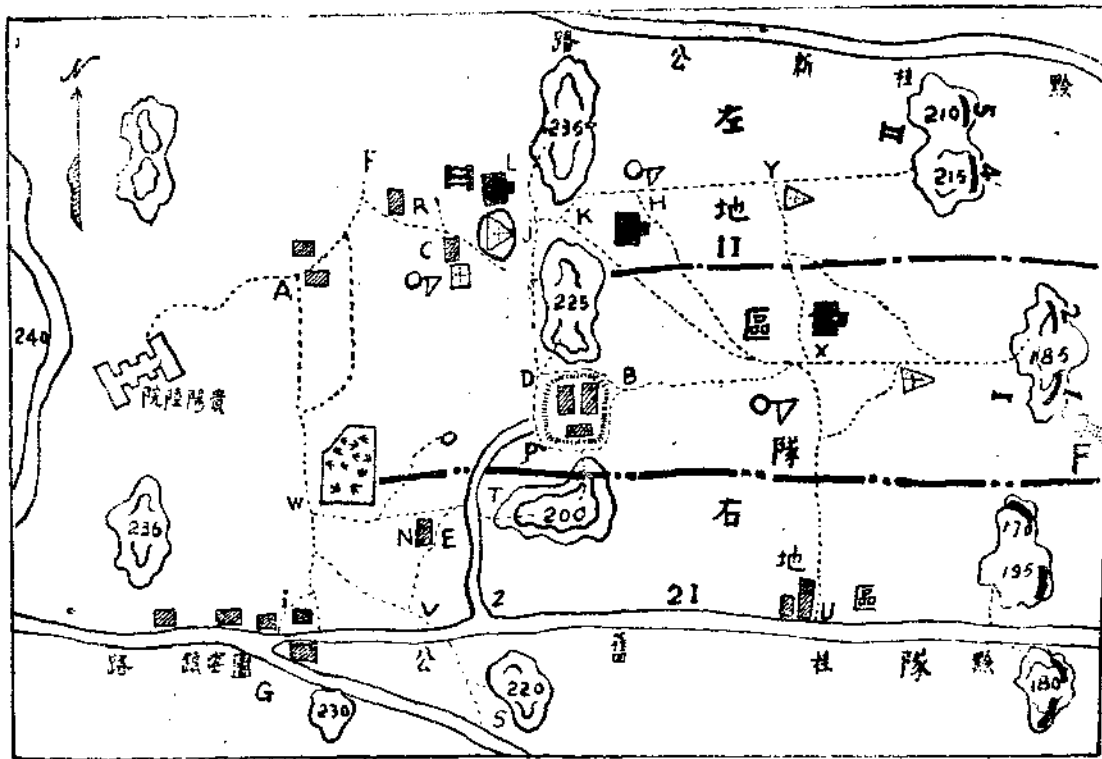
3. 增援部隊單位之前進，應極力隱蔽，並巧為利用地形，以圖接近。以前各次演習，對於此點，未免忽略。諸君如能恍然於敵炮兵火力之運用(步兵火力亦要顯



慮)此時增援單位，正為其射擊目標，果竟忽略於此，是未加入戰線之前，已蒙受重大之損害矣，不可不知。

(四)增援軍醫單位之作業——作業位置，當然聽第一營長指揮，至應否另設急救站，或協同第一營急救站作業，營長當視傷兵多寡，及作業便利與否，以決定之。本日之增援單位，為營衛生隊全部，以就第一營設站地點附近，另行開設為宜，一則因其本身有獨立作業之能力，二則兩者無發生混淆雜亂，及過於集中之弊，惟對傷兵處置，則不必以營為限，從前演習，曾因此而發生爭執務宜切戒。

步兵第一團衛生隊在防禦戰時期之配備要圖



步兵第一團作戰命令第三號 卅四年六月六日午後二時於三橋西甲討  
剛

地圖：卅四年貴陽市及貴筑縣戰術用地圖。

- (一) 1. 兵力較我劣勢之敵，於本(六)月五日正午，在215 185 195及180諸高地，佔領陣地，構築工事，在235 225及200諸高地，有敵少數警戒部隊。



2. 師以前衛，驅逐敵之警戒部隊後，將師展開於 200 220 225 及 235 諸高地，作必要之準備，攻擊敵之本陣地。攻擊重點保持於左翼。
  3. 師砲兵隊，以山砲兵兩連，自攻擊前進開始後，以山砲一連，及重砲兵兩連，自突擊準備時期，協助本團之戰鬥。
  4. 第二團為師右翼隊，展開於 220 260 兩高地，作必要準備後，攻擊當面之敵。
  5. 第三團為師預備隊，位置於貴陽陸軍醫院附近一帶地區。
- (二) 本團為師之左翼隊，展開於 225 235 兩高地，作必要準備後，攻擊當面之敵。
- (三) 1. 步兵第一營，為團右第一線營，聯繫右翼團，展開於 225 高地，攻擊當面之敵。
2. 步兵第二營，為團左第一線營，聯繫第一營，展開於 235 高地，攻擊當面之敵。
- (四) 第一線攻擊時機，另有命令。
- (五) 戰鬥地境規定如左：線上層右方部隊。
- 右翼隊 為由 P 點往東經 195 185 兩高地間谷地，迄兩高地東側谷地相連之線。
- 右第一線營 為由 j 至 k 點往東經 185 215 兩高地間谷地，迄兩高地東側谷地相連之線。
- 左第一線營 為由 j 至 k 點往東經 185 215 兩高地間谷地，迄兩高地東側谷地相連之線。
- (六) 第三營為團預備隊，位置於 L M 之西側地區。
- (七) 迫砲連佔領陣地如左：
- 第一排在  $\triangle 225$  佔領陣地，支援步兵攻擊。
- 第二三兩排在  $\triangle 235$  佔領陣地，支援步兵攻擊。
- (八) 1. 團衛生隊急救站位置，初設地點為 R 點附近，其作業詳細事項，參考特別命令(或軍務命令)。
2. 一切補給照規定辦理(參考特別命令或軍務命令)。
- (九) 通訊排擔任，與第一線營預備隊間，架設電話，爾後隨戰況進展，並適時伸延之。
- (十) 戰鬥間各指揮所地點如左：
- 團指揮所設 F 點，攻擊前進後，移設 C 點。
- 第一營指揮所，初設 D 點附近。
- 第二營指揮所，初設 L 點附近。
- 步兵第一團上校團長  $\triangle\triangle\triangle$



下達法。

集合各營營長，直屬連連長排長，及衛生隊隊長，口述而使之筆記。

附註——本命令內，師即在敵警戒位置而展開，及團營均在同一位置而展開，與戰鬥原則，均有抵觸，惟限於地形範圍之關係，不得不爾，特附註如上。

### 第四次野外演習筆記

課目——步兵團衛生隊在陣地攻擊戰之軍醫作業。

戰況假定——如前附作戰命令第三號。

研究事項——

1. 在攻擊進展中，軍醫如何作業。
2. 在攻擊進展中，部隊長及軍醫主官之處置與行動。

着眼點——

1. 各級急救站之前進，及前進時機。
2. 各級軍醫單位之前進部署。
3. 如何偵察地形，及選擇新設站位置。
4. 檢力如何運用。
5. 各級軍醫單位間，及其與部隊長之連絡。
6. 各部隊長，在攻擊進展中，對所屬單位之處置，尤其對於軍醫單位。
7. 各部隊長之行動，與軍醫作業之關係。

演習地區——國壘關附近 210 215 185 235 225 諸高地，及其附近一帶地區。

演習日期——卅四年六月七日午後二時半至六時半。

(包括教室開會及講評時間)

(一) 實施前之準備

1. 演習員之任命——先日發出任命表，其人員分配如下。(學員担任)。

a. 部隊長——團長，第一第二營長，各附傳令兵一名。

b. 各軍醫單位——

- (1) 屬於團急救站者——衛生隊長一、軍醫二、看護士二、看護兵三、傳令一、担架排長一、担架兵十四、(担架七付)，另担架一付、担架兵二名、假定由師衛生排、派至團急救站，為接運傷兵之用。
- (2) 第一營急救站——軍醫一、看護士二、看護兵二、担架班長一、担架兵六名(担架三付)。
- (3) 第二營急救站人員，與第一營同。



(4)連救護兵八，傷兵三十四(輕重約各佔半數)。

2.教官開會——於當日上午有各教官，先行集會，商討事項如下：

- a.實施時，各指導官，補助官責任之分配。
- b.傷兵分佈：第一營方面在225高地三人，K至X點至185高地間四人。第二營方面：在235高地三人，235高地至Y點間四人，Y點至215高地間五人，惟在235 225兩高地，為攻擊前進尚未開始前之傷兵。
- c.營團指揮所及團急救站設立位置。
- d.輕重傷人數分佈，及發生狀況與時間。
- e.實施時程序之預定，與命令擬定等等。

3.器材準備——

- a.團及各營急救站，及其人員，需要攜帶隨行十字章、醫葯、及敷裹料等，照規定發給。
- b.担架十九付，內兩付為團設担架，七付為團担架，六付為兩營担架，一付為衛生排担架，三付為團及兩營交換用之担架。
- c.演習員符號，照所任職務及人數配發。
- d.傷單照人數及假定輕重傷分發。

4.教室講解與開會——

- a.關於講述者——指導官講述本日實施課目，並在圖上指示情況。
- b.作戰會議——團長召集各營長，衛生隊長，及迫砲連長開會，講述師命令有關作戰各項，團長決心企圖處置，徵詢各營長之意見，並在圖上決定各指揮所，及團急救站位置，於團命令內加以規定(在指導官指導下決定之)。
- c.命令下達——(假定教室作團部)將預先擬定之命令，再加入開會時部隊長等所決定之指揮所，及團急救站位置，加入命令內，當場下達，各營急救站位置，則由營軍醫在現地偵察選擇之。
- d.人員出發——依傷兵(此時為戰鬥兵)，救護兵第一營急救站，團急救站，團急救站人員之順序，在命令下達後——

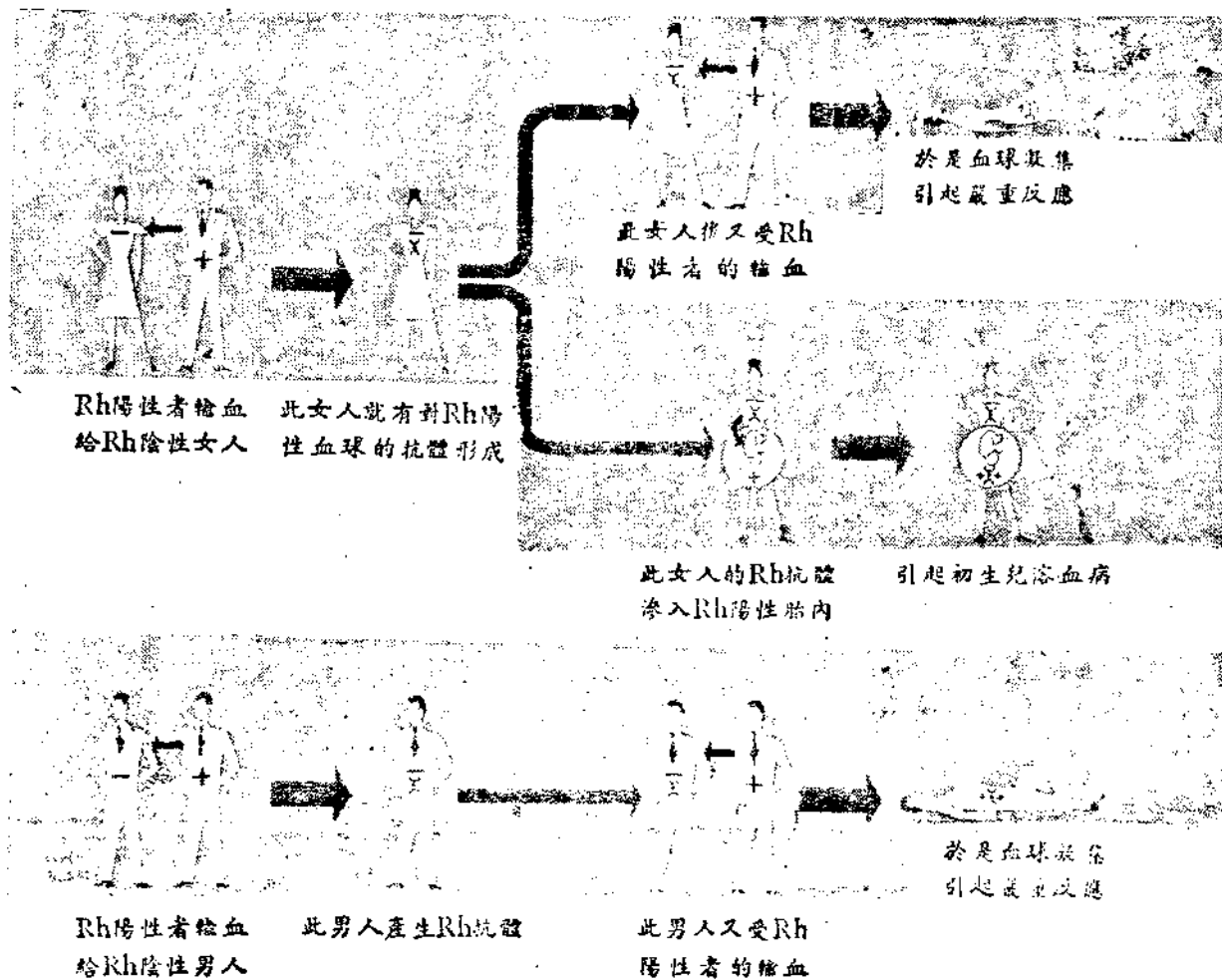
(1)各傷兵及救護兵(傷兵照教官開會之決定而分配，救護兵則按照每營四人，並假定分置於235 225兩高地各一人，以待傷兵處置畢，再歸返所屬營連)。在教室集合，並領取器材，由各補助官率領先至225 235各高地，俟攻擊進展時，再率領至210 215及185諸高地，並任攻擊前進時，沿途傷兵之搜集。

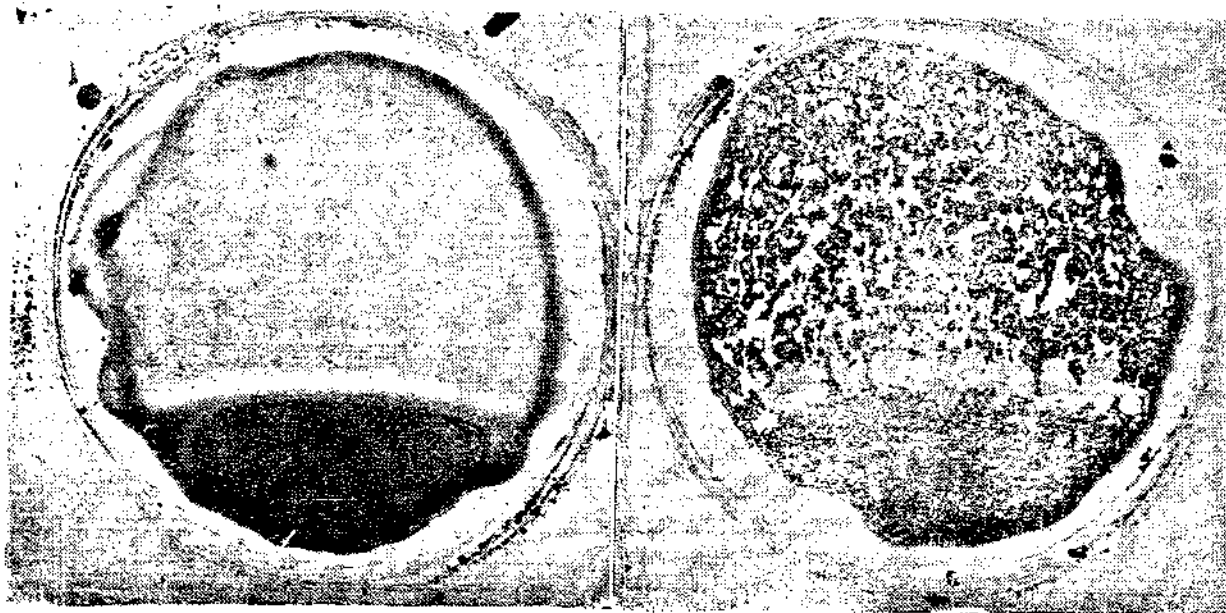
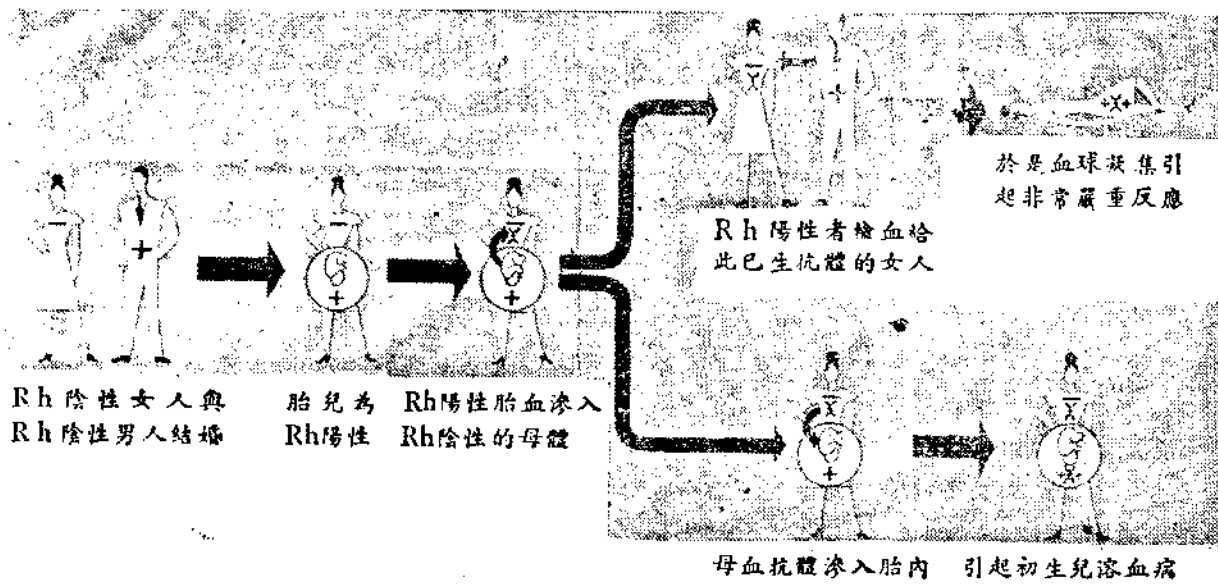
# RH 因素 (下)

國防醫學院大學部內科學系及上海總醫院內科

葉維法

RH 因素關聯模型圖





球置紅血一滿於玻片上，加入含有抗Rh凝集素的rh陰性者的血清，混和觀察，不顯凝集現象，表示其亦為rh陰性血型。  
(巴士敦血型實驗所 L. K. Diamond 氏攝)

此圖表示含有抗Rh凝集素的rh陰性者的血清，與男性者的血球凝集。

## 六 Rh 因素與他種病變及其與學術的關係

孕婦妊娠期嘔吐不適等強烈反應，原因雖多，而胎兒 Rh 因素刺激 rh—母體也可能是主要原因之一。嬰兒智力缺乏，未始不可因為 Rh 因素的關係，或因母血 Rh 抗體進入胎內，破壞一部分紅血球，使胎兒發育受礙所致。Kariher 及 Spindler 二氏 (1943) 認為慣性流產 (Habitual abortion)、死產 (Still birth)、不孕症等，亦與 Rh 因素略有關係。

法醫學上因 Rh 因素的發現，充實了血型學的知識，來裁判父母子女的真偽更覺正確。人種學上利用遺傳及血型的分類，研究種族來源及分佈，當有效果。



## 七 提要

1. Rh 因子或名 Rh 凝集原，係一九四〇年 Landsteiner 及 Wiener 二氏，最先從猴血球中所發現。現時計算人類血液共有七百九十二型。白種人中 Rh 陽性者約佔 85%，黑種人 Rh 陽性者約為 92%，中國人陽性率或更高。

2. Rh 因素，係按 Mendel 氏定律遺傳。

3. Rh 診斷血清，係用猴或人紅血球洗後多次注於天然鼠免疫而成。檢定時乃取血清與血球懸液於小試管中混和觀察，并作鏡檢。

4. 初生兒溶血病乃因 rh 陰性母血抗體滲入 Rh 陽性胎內所產生的病變。實地調查的發病率遠過於理論推算者。如有水腫、黃疸、貧血等症狀，可輸入同型或 O 型而 rh 陰性血液，以作治療。

5. 多次重複接受同型血液因 Rh 不同，rh 陰性受血者已生 Rh 抗體，能摧殘再度輸入 Rh 陽性的紅血球，引起溶血反應，故仍以改輸他血治療為宜。

6. 以簡圖說明 Rh 因素的遺傳及其與初生兒溶血病，溶血反應的關係。

7. Rh 因素與孕婦嘔吐、慣性流產、死產、不孕症、嬰兒智力缺乏等，都有關係。Rh 因素對法醫學及人種學，亦有貢獻。

### 參 考 資 料

- (1) Shattock, S. G. : J. Path. and Bact. 6 : 303, 1900.
- (2) Von Dungern, E., und Hirschfeld, L. Z. : Immunitaetef, 13 : 527, 1911.
- (3) Hookes, S. B., and Anderson, L. M. : J. Immunol. 6 : 419, 1921.
- (4) Diamond, Blackfan and Baty: J. Ped., 1 : 269, 1932.
- (5) B. A. Thomas and R. H. Ivy: Applied Immunology. 1916.
- (6) Hawksley and Lichtwood: Quart, J. Med., (N. S.) 3 : 155, 1934.
- (7) Baar und Stransk>: Klinische Haematologie des Kindesalters. Deutsche, Leipsig und Vienna, 1928
- (8) Zinsser, H. : Immunity. 5<sup>th</sup> Ed. 262, 1939.
- (9) Van Creveld and Heybrock: Rev. franc. de Pe'd., 11 : 365, 1935.
- (10) Magnuson: Acta Paed, 18 : 1, 1935.
- (11) Lehndorff: Anaemia Neonatorum, Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderh., 52 : 611, 1937.
- (12) Am. Acad. of Pediatrics, Round Table Discussion. J. Ped. 13 : 143, 1938.
- (13) Landsteiner, K. and Wiener, A. S. : Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 43 : 223, 1940.
- (14) Kreinin, S., Hamblen, F. A., and Porcelli, L. : Jour. Lab. and Clin. Med., 25 : 690, 1940.
- (15) Landsteiner, K. : Jour. Exper. Med., 71 : 551, 1940.
- (16) Wiener, A. S. and Peters, H. R. : Ann. Int. Med., 13 : 2306, 1940.
- (17) Wiener, A. S., Oremland B. H., H'man, M. A., and Samwick, A. A., : Amer. Jour. clin. Path., 11 : 102, 1941.
- (18) Landsteiner, K. and Wiener, A. S. : J. Exp. Med., 74 : 309, 1941.
- (19) Levine, P., Katzin, E. M. and Eurnham, L. : J. Am. Med. Ass., 116 : 825, 1941.
- (20) Wiener: Arch. Path., 32 : 227, 1941.
- (21) Wiener: Am. Jour. Clin. Path., 12 : 189, 1942.

- (22) Landsteiner, K., Wiener, A. S. and Matson, G. A. : J. Exp. Med, 76 : 73, 1942.
- (23) Wiener, A. S. and Landsteiner, K. : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 53 : 167, 1943.
- (24) Gallagher, F. W., and Jones, L. R. : J. Immunol. 46 : 9, 1943.
- (25) McIvor, B. C. and Lucia, S. P. : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 52 : 293, 1943.
- (26) Gallagher, F. W., and Jones, L. R. : Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 53 : 119, 1943.
- (27) Gallagher, F. W., Danis, P. G. and Jones, L. R. : J. Pediatrics, 22 : 119, 1943.
- (28) Kariher, D. H. : J. A. M. A., 122 : 943, 1943.
- (29) Kariher, D. H. and Spindler, H. A. : J. A. M. A. 205 : 369, 1943.
- (30) Reiser, E. H. : Arch Int. Med. 71 : 230, 1943.
- (31) Vogel, P., Rosenthal, N. and Levine, P. : Am. J. Clin. Path., 13 : 1, 1943.
- (32) Mollison, M. B. : Brit. Med. J., No. 4295, P. 529. No. 4296, P. 559, 1943.
- (33) Weintraub, S. : Am. J. Clin. Med., 13 : 315, 1943.
- (34) Wiener, A. S., Sonn, E. B. and Belkin, R. B. : J. Exp. Med. 79 : 235, 1944.
- (35) John A. Kolmer: Clinical diagnosis by Laboratory Examinations 483—488.  
Appleton-Century Co. 1947.
- (36) Emmett Holt and Rostin McIntosh: Diseases of Infancy and Childhood. 11<sup>th</sup> Ed.  
101, 641, 1947.
- (37) W. W. C. Topley and G. S. Wilson: The Principles of Bacteriology and  
Immunity. Edward Arnold Co. 813, 863, 1947.
- (38) R. L. Cecil. : A Textbook of Medicine, 961, 963, 1947.
- (39) H. Beckmann : Treatment in General Practice, 653, 1947.
- (40) 葉維法 : 細菌免疫學講義。
- (41) 葉維法 : 血型新論

— 完 —

新書  
介紹

## 法定傳染病學 (第三版)

R. L. Cecil 著

葉維法主譯

文通書局印行

材料新穎 是部隊軍醫必需之進修用書!!  
內容豐富 是衛生人員應備之參考讀物!!

本書共計十三章，分別闡述傷寒、副傷寒、霍亂、細菌性痢疾、原蟲性痢疾、斑疹傷寒、回歸熱、瘧疾、天花、流行性腦脊髓膜炎、猩紅熱、白喉、流產等病之定義、歷史、地理分佈、發病率、病因學、細菌學、流行病學、病理解剖、症狀、徵候、臨床經過、合併症、後發病、診斷、免疫學、預後、預防、治療等項。原作者為美國內科學權威 R. L. Cecil 博士等人，其書深得英美醫界之推崇，中國大學醫學院亦多採用此譯本作為必要參考書。

書後附有葉氏編著「磺胺類藥物要論」及「青黴菌素概述」(即盤尼西林)二大篇，對此二時代新藥作扼要精確之介紹。

(定價國幣拾元。)

---

---

# 貧血的因素

## 與檢驗診斷

史敏言

### (一) 血液是怎樣組成的

血液由無形成份血漿 (Blood plasma)，有形成份紅血球 (Red blood cells, Erythrocytes)，白血球 (White blood cells, Leukocytes)，和血小板 (Blood Platelets, Thrombocytes) 所組成。血漿內含有血清 (Serum)，纖維素原 (Fibrinogen)，和各種化學物質以及酵素等等。除去了纖維素原的血漿，就是血清。這些成份各有各的性能和功用。本題因專談貧血，除與貧血相關的血球外，別的姑捨之不論。

### (二) 組織呼吸的運輸機——紅血球

紅血球內含有血色素 (Hemoglobin)，血色素的主要化學組成是鐵質與蛋白素。這些化學成份直接取自身體的其他部份，間接來自食物營養。血液充滿着人體組織的每一部份。由心臟的主宰和全身血管的連繫，血液毫不停頓地有規律地流動着循環着身體的每一個組成部份。紅血球的主要功能，由於血色素的活動，從肺泡內把由呼吸道吸入的氧氣奪過來和血色素結合，把它帶到每一個組織細胞，使組織細胞得為維持生命所必需的氧氣。然後再帶走了組織細胞所不要的，物質代謝所形成的廢料即二氧化碳，回到肺臟，又送進肺泡，讓它從呼吸道排出體外。血色素能夠經常不斷地完成這一使命的緣故，主要還是仰仗於鐵質與氧或二氧化碳之間的化學活動。

紅血球佔有着血液全部有形成份中的大多數。一公撮血液內含有的紅血球，要比全世界的人口還要多！在健康的正常人，每一立方公厘 (Cmm. = 1/1000 c.c.) 內平均含有 5,000,000 個紅血球，初生兒由於生理上的需要，紅血球含量更多，通常每一立方公厘約七百萬左右；此後逐漸減少，直到十五歲，才和成人含量接近了。正常人每公撮血液內血色素的平均含量大約是十五公分 (gm.) 每一個紅血球內的血色素平均含量約為 30  $\mu$  (Micromicrogram, 1  $\mu$  = 1/1,000,000,000 mgm.)

正常人的紅血球是一個兩面微凹，無核，無顆粒的球形細胞。平均直徑約 7.5 微米 (Micron, 簡寫  $\mu$ , 1  $\mu$  = 1/100mm.)，平均容積約為 85 立方微米 (Cu.  $\mu$ )。在一張用瑞忒氏染液 (Wright's Stain) 染色的血片上，紅血球染紅或紫紅色，中心菲薄色淡，邊緣星形隆起。

紅血球在骨髓內生長，從初生到成熟，是必須經過一定的發育階段的。初生的紅血球叫做巨大母

紅血球 (Megaloblast)；逐漸發育成長，形成正常母紅血球 (Normoblast)；再次是網狀紅血球 (Reticulocyte)，最後才變為正常紅血球 (Normocyte or Erythrocyte)。從週身血液內所可能看到的紅血球，在健康狀態下只能看到正常紅血球和極少量的網狀紅血球 (約佔全紅血球的 0.5—1%)。當血液發生病變或因受其他疾病的影響，血球的再生與破壞發生變化的時候，才能從週身血液內找到發育前階段各種未成熟的紅血球。

在一張瑞忒氏染色的血片上，各種幼稚紅血球的形態和構造是這樣的：

1. 巨大母紅血球——圓形，或略呈卵圓形，平均直徑為  $12\mu$  ( $10-20\mu$ )。原漿染青紫色。有核，呈圓形，核染紫色，核內構造如網眼狀。
2. 正常母紅血球——較前者略小，平均直徑約  $9\mu$ ，圓形。原漿染紫紅色。有核，核體大多呈圓形，有時形態不規則，分裂呈節片狀。核內構造結實，或略呈網狀，染深紫色。
3. 網狀紅血球——核體消失，僅在紅血球的中心，現細絲狀痕跡 (須先經特種染色法處理後，始可顯現)。大小及形態與正常紅血球同，着色也沒有差別。

### (三)發生貧血的幾種基本因素

紅血球在造血臟器和血液裏不斷地新生和滅亡。在常人的健康狀況下，紅血球和血色素的含量，永遠保持着不變的平衡。當疾病影響到這一紅血球新生與滅亡之間的平衡的時候，必然引起了紅血球與血色素含量的變化。突破這一平衡的因素，不是由於造血機能的減退，就是因為血球的過度破壞所致，其後果即引起了貧血。

如果把引起貧血的基本因素，仔細分析起來，不外：

1. 缺乏造血的原料——鐵質；
2. 體內抗貧血性物質的缺損；
3. 營養障礙 (包括營養不良，和腸道吸收力不全)；
4. 造血臟器的被損害而引起的造血機能的障礙；
5. 血球破損過甚；
6. 與造血機能及血質來源，間接相關的，其他臟器的疾病 (如肝、脾的疾病等)。

### (四)不同的原因引起了不同的疾病，不同的疾病也就是產生不同屬性的貧血的原因

由於上述這幾種引起貧血的基本因素，可能形成各種不同的貧血性疾病；這些疾病的本身，也可能就是發生貧血的原因。根據 Ottenberg 氏的分類法，他把有血徵象的疾病分類如下，反過來看，這些疾病，實質上也可能就是引起貧血的因素。

#### 1. 缺損性貧血 (Deficiencies)：——

##### A. 鐵質缺損

##### (1). 失血

- a. 急性失血
- b. 慢性失血
- c. 鉤蟲病貧血

##### (2). 染色過淺性貧血 (Hypochromic Anemia)

- a. 萎黃病 (Chlorosis)
- b. 單純性染色過淺性貧血 (Simple Hypochromic Anemia)

- c. 胃酸缺乏性贫血 (Achlorhydric Anemia)
- (3). 嬰兒單純性營養性贫血——早熟兒贫血
- B. 抗贫血性物質的缺陷 (Deficiency of Antianemic Principle)
- (1). 惡性贫血
- (2). 斯泰盧 (Sprue)
- (3). 孕娠期惡性贫血
- (4). 裂頭條蟲病贫血 (Diphyllobothrium Anemia)
- C. 营养障碍
- (1). 維生素缺陷症：脚氣，陪拉格 (Pellagra)，壞血病，軟骨病
- (2). 胆汁或胰液損失
- a. 胆囊漏管
- b. 胰或十二指腸漏管
- (3). 腸管吸收障碍
- a. 慢性下痢，腹腔內疾患
- b. 小腸狹窄
- (4). 成人營養性贫血
- (5). 幾種嬰兒贫血症
2. 造血臟器的損傷 (血液再生機能的障碍)：——
- A. 骨髓的中毒性破壞
- (1). 不能再生性贫血 (Aplastic Anemia) ——由於：
- a. X光線，鐳，鈾 (Thorium)；
- b. 石油精 (Benzene)，六〇六，硝基苯 (Nitrobenzene)，三硝基甲苯 (Trinitrotoluene)
- c. 鉛，汞及其他
- (2). 原發性不能再生性贫血 (原因不明)。
- B. 骨髓的被置換 (Mechanical replacement of bone-marrow)
- (1). 骨質硬化 (Osteosclerosis)
- (2). Gaucher 氏病，及其他骨髓內類脂沉着 (Lipoid deposits in bone-marrow)
- (3). 白血病及 Hodgkin 氏病。
- (4). 骨髓內轉移性腫瘤
- C. 造血中間期 (Intermediate Stage) 的血液再生障碍
- (1). 脾臟病害
- a. Banti 氏病
- b. 脾靜脈硬化及栓塞
- (2). 肝臟病害
- a. 肝硬化症
- b. 持久的阻塞性黃疸
3. 血液破壞 (溶血)：——
- A. 紅血球的先天不足
- (1). 溶血性黃疸

(2). 半月狀血球貧血症 (Sickle cell Anemia)

B. 血液的中毒性破壞:

(1). 傳染病:

- a. 任何細菌, 特別是侵襲血液的細菌, 各溶血性鏈球菌, 葡萄球菌, 及綠色鏈球菌等;
- b. 原蟲: 瘧疾, 黑熱病, 梅毒;
- c. 急性發熱性溶血性貧血 (原因不明)。

(2). 腸內寄生蟲

(3). 癌腫, 白血病及其他類似的破壞性病患。

(4). 腎臟炎

(5). 劇烈的火傷

(6). 溶血性中毒症

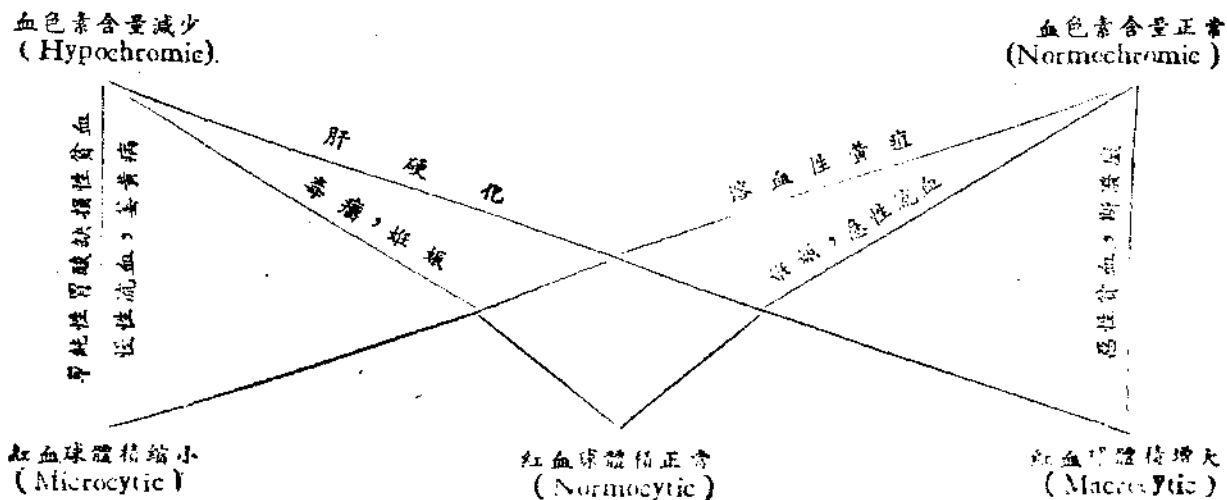
a. 血清內溶血素 (例如, 不適當的輸血時所見的突發性尿血色素症)

b. 化學品: 蛇毒素, 氰酸鉀, Pyridine, tolylen diamine, Fyrogallol, phenylhydrazine 等

看過了上列的分類表, 我們不難了解各種不同的貧血病態是怎樣發生的。貧血的主要徵象, 是血色素含量和紅血球形態大小的變化; 紅血球數量的或增或減, 對於貧血的原因和檢定的關係較少。有的每一紅血球的血色素的含量減少 (所謂染色過淺性 Hypochromic), 而紅血球的大小正常 (Normocytic) 或減小 (Microcytic) 或增大 (Macrocytic); 也有紅血球內的血色素含量正常 (所謂染色正常性 Normochromic)。也有以其此時血色素含量與按紅血球的比較說可能較正常者反多, 而把它稱為染色過深性 'Hyperchromic' 的, 但這種稱呼極易引起誤解, 似不甚妥善), 而紅血球的大小則減小、增大或正常。因此由於每一紅血球內血色素含量的不同, 及血球大小的各別, 又可把它歸納起來, 分為六種不同的貧血形態:

1. 每一紅血球內的血色素正常, 紅血球體積增大 (Normochromic-macrocytic)
2. 每一紅血球內的血色素正常, 紅血球體積正常 (Normochromic-Normocytic)
3. 每一紅血球內的血色素正常, 紅血球體積縮小 (Normochromic-Microcytic)
4. 每一紅血球內的血色素減少, 紅血球體積增大 (Hypochromic-Macrocytic)
5. 每一紅血球內的血色素減少, 紅血球體積正常 (Hypochromic-Normocytic)
6. 每一紅血球內的血色素減少, 紅血球體積縮小 (Hypochromic-Microcytic)

各種貧血疾病, 幾乎多有一定不變的特徵。僅按上列六種不同的貧血形態的關係說起來, 略可表示如下圖:



# 檢查健康青年男子內耳前庭 之機能報告

## (第二篇)

台灣總醫院耳鼻喉科

王老得

### 第二章 關於身體平衡障礙檢查

對於內耳前庭機能是還未完全研究明白的問題，如今可靠的學說是由其感覺機能及反射機能，和視器並表在深部感覺 (tiefe Sensibilitat) 協力維持身體的平衡。就是第一，由感覺機能覺得身體的運動及體位的變化。第二，由反射機能隨着身體的運動調節肌肉的緊張，而在不安定的體位還能維持身體的平衡，其他對於自律神經 (交感，副交感神經) 也有反射作用。動物界的生活上這種反射的行動最安全而最適合它的生活目的，可是人類的行動是自動的而意識的，反射機能是算做第二次的地步，換句話說，人類身體的平衡維持是多靠視器官的助力，和身體各部位肌膚的深部感覺互相的作用。這個事實是早已由 Magnus, James, Beck, Fischer 及 Gartner 諸氏對於迷路機能喪失者 (或聾啞) 實驗而闡明了且為舉世周知的結果。所以近來關於航空機搭乘者適性檢查，依少數學者的意見，認為可以簡單化，尚且器械科學急速發達的今日，本來的檢查法，似不太需要的。對於航空醫學的諸問題，容後再述，以下來檢討本來所有的平衡障礙檢查法。

人類的平衡維持機能，可以分為二個作用；

第一：靜的平衡作用 (Statik) —— 由此機能閉着眼還能覺到自己的位置。其檢查法，(1) 直立檢查法 (Stehen)，(2) 平衡障礙角度計 (Goniometer) 檢查法。

第二：動的平衡作用 (Dynamik) —— 由此機能閉着眼還可以把身體的一部分隨意運動而正確覺到自己的位置。

其檢查法，(1) 下肢的檢查法——步行 (Gehen) 及跳躍 (Hupfen) 檢查。(2) 上肢的檢查法——書字及指示檢查。(3) 頭部頸部肌肉的檢查法。(4) 眼肌肉的檢查法——突發性眼振 (Spontaner Nystagmus) 檢查。(5) 舌肌肉的檢查法——講話檢查。(6) 口蓋，咽喉及食道肌肉的檢查法。

關於這種檢查的研究，已早自十九世紀初由 Romberg 氏發表以後，Boethcher (1872)，A. Guye (1873)，Gilles de la Tourette (1886)，R. Ewald (1888)，V. Stein (1892)，Bruck [1894]，Ader (1896)，Frohlich (1904)，Passow (1905) 諸氏繼續研討發表了。近來對於健康者的檢查成績的統計，或實驗不多，即使有再穿鑿的餘地，還是須要統計健康者的平均值，作為

臨床的標準。據此理由，筆者想要從健康青年學生（二十歲內外）的體格檢查中，抽出四種檢查結果來討論。其材料採自民國三十三年春季在臺灣大學醫學院耳鼻喉科。

## 第一節 關於直立檢查

十九世紀初由 Romberg 氏發表以後，V. Stein 氏對於耳疾患者檢查報告，再加增兩種分法。其檢查法就是：（1）兩足直立（Romberg 氏法）——兩足趾合齊而接着立正；（2）足尖直立（Zehenstellung）——兩足趾合齊而兩踵提高立正；（3）單足直立（Einbeinstellung）——自左而右單足立正。每種都閉眼及開眼各查一次。其中閉着眼而固定各關節的足尖直立法，比較的能查出純迷路性障礙程度。如果有前庭迷路機能的障礙，其顛倒方向是和慢性眼振相同的。健康者能站着一分鐘不動，或是發現些動搖而已。可是決定障礙程度的境界是不容易，筆者以 30 秒為障礙有無的境界。對於健康青年 154 名，查得兩足直立和單足直立法（開眼及閉眼各一次）的成績如下。

（1）兩足直立；開眼至閉眼全部都能站着 30 秒以上不動搖，也沒有顛倒的。

（2）單足直立；閉眼時都能站着不動搖而不顛倒。閉眼時有些動搖的，可是全部能堪站着 30 秒以上而不顛倒。

被檢查當中，8 名無耳疾而發現突發性眼振者，也和其他者一樣的能站着 30 秒以上，而且不顛倒。所以此羣的人雖屬於特異體質，但可以說沒有平衡機能障礙。

## 第二節 關於平衡障礙角度計檢查

為測量平衡障礙程度起見 V. Stein 氏於 1892 年發明計測器名為“Goniometer”，據他說可以檢出很微少的身體平衡障礙，而現在內耳前庭機能檢查上，還不可缺。其後經多數學者試驗而改良，如 Alexander, Luzzati, F. Sasdateleff, Kummel, Mackenzie, 久保(豬)，加納，和辻及吉井諸氏等等。這種計測器有 Stein 型，Alexander 型，和辻型，吉井型，及久保型。其檢查法是使被檢者兩足平行站着平板上，固定膝關節及手臂垂在腿傍而命他閉着眼或閉着眼，然後把此平板慢慢傾斜。當時被檢者不許彎曲體軸或拿手離開腿邊。平板愈傾斜被檢者愈不安定起來，遂及站不着，顛下，而後計測其傾斜角度。平板的傾斜方向（或傾斜的方向）分為：

（1）前傾斜（Inclinatio anterior）——踵部提高時。

（2）後傾斜（Inclinatio posterior）——足尖提高時。

（3）側傾斜（Inclinatio lateralis）——

（a）右傾斜（Incl. dexter）——左側提高時。

（b）左傾斜（Incl. sinister）——右側提高時。

V. Stein 氏查健康人的平均值是如（表一）。他說成人（這 50 歲）的閉眼時及閉眼時傾斜角度平均值是同樣，而踏舞家男女比平常人較大。

Luzzati 氏在 Gradenigo 教室查的平均值如（表一），比 V. Stein 氏的可移值較小些。F. Sasdateleff 氏查男兒 200 名，女兒 100 名平均值如（表二），即男兒比女兒的角度較大。V. Stein 氏

（表一）

	V. Stein	Luzzati
Incl. ant.	35°—40°	36°—39°
Incl. post.	26°—30°	26°—30°
Incl. lat.	35°—40°	33°—38°

F. Sasdateleff 氏表（表二）

		Incl. ant.	Incl. post.	Incl. lat.
男兒 (200)	開眼	38°	33°	39°
	閉眼	35°	31°	36°
女兒 (100)	開眼	32°	27°	34°
	閉眼	28°	23°	28°



男子 (久保-高崎表) (表三)

	平均值		最大值		最小值	
	開眼	閉眼	開眼	閉眼	開眼	閉眼
前傾	40°	37°	49°	47°	26°	22°
後傾	29°	28°	38°	37°	15°	15°
右傾	31°	34°	44°	47°	17°	14°
左傾	34°	34°	43°	43°	16°	17°

女子 (久保-高崎表) (表四)

	平均值		最大值		最小值	
	開眼	閉眼	開眼	閉眼	開眼	閉眼
前傾	41°	39°	45°	46°	36°	33°
後傾	29°	29°	36°	35°	24°	24°
右傾	36°	36°	41°	39°	32°	31°
左傾	35°	35°	40°	43°	30°	26°

總數 (久保-高崎表) (表五)

	平均值		最大值		最小值	
	開眼	閉眼	開眼	閉眼	開眼	閉眼
前傾	40°	38°	49°	47°	26°	22°
後傾	29°	29°	38°	37°	15°	15°
右傾	35°	35°	44°	47°	17°	14°
左傾	35°	34°	43°	43°	16°	17°

評此檢查不正確，再看久保-高崎氏的成績，我們能覺到女人和男人不應該差這樣多。久保-高崎氏對於 70 名男女檢查的成績如 (表三、四、五)。

其他池田及香宗我部氏等報告，關於健康人的開眼時成績。又熊谷氏對於 130 名勞動者 (男子)，檢查閉眼時成績，如 (表六)。池田氏及熊谷氏的成績較小，對這點熊谷氏註明，「勞動者一般較低值」。

筆者用久保型 Goniometer 查健康青年，18 歲至 20 歲男子 138 名的結果列如下 (表七)。

(表六)

	池田 (開眼)	香宗我部 (開眼)	熊谷 (閉眼)
前傾	26°-30°	35°-40°	26°-29°
後傾	25°-30°	25°-30°	25°-27°
右傾	26°-34°	35°-39°	26°-27°
左傾	26°-34°	35°-39°	26°-27°

(表七)

	平均值		最大值		最小值		
	開眼	閉眼	開眼	閉眼	開眼	閉眼	
前傾	33°	32°	40°	40°	22°	16°	
後傾	29°	28°	37°	35°	18°	16°	
側傾	右傾	30°	30°	38°	40°	18°	15°
	左傾	31°	30°	40°	40°	18°	16°

定的問題。總之在台灣似乎只得把筆者所計的平均值來做標準。

- (a) 全平均值除於後傾斜時，都比 V. Stein 氏及久保氏等的較小，而比熊谷氏的大些，可是側傾值也佔着前傾和後傾的中間。
- (b) V. Stein 氏說開眼時和閉眼時成績一樣，久保氏發表閉着眼比閉着眼較大一點，而星野氏報告有差 3°-5° 筆者檢查的結果是除了右傾以外都差 1°，和諸家的成績不大一致。
- (c) 最大值比久保-高崎氏表更小而最小值差不多。
- (d) 總之各人有各樣檢查的結果。這樣差異的原因在那裏——技術的相異？人體，年齡的差異？或是氣候，地域的影響？到底怎樣定義呢。應有待將來的覆試方可以決

### 第三節 關於步行檢查

於 1680 年 Borelli 就說過『沒有絕對適合於數學級數計算的步行』，而十九世紀初期才由 Barthes, Gardy, Maissart, Gebruder, Weber, Bell, Harbert, Muybridge, Marey, Fick, Bondet, Vierordt, Londe, Ricker, Queny et Demeny, Fischer 及 V. Stein 諸氏研究而檢計步行及跳躍運動的原理及其病理。Onimus (1876) 及 Neugebauer (1880) 把閉眼前進的步行足跡印在紙上，檢計其方向軸 (Gangspurachse) 及傾斜角度 (Divergenzwinkel)。Gilles de la Tourette (1886) 對於正常人和神經症患者的足跡測量其傾斜角度及足跡的寸尺平均值。以後 V. Stein (1904) 報告更詳細的觀察結果，就是正常人及病人的步行，跳躍，旋轉，閉着眼及閉着眼一共 58 種的樣式而主張正常人不能直走的只有橫走，其餘都能夠直走。尚且他提出平衡障礙程度的量的分類法；

- 第一度：閉着眼都正常而閉着眼兩三種不正常。
- 第二度：閉着眼都正常而閉着眼都不正常。
- 第三度：閉着眼一部分正常其餘不正常，而閉着眼都不正常。
- 第四度：閉及閉着眼都有些不正常。
- 第五度：閉及閉着眼兩三種不正常，其他都不能夠。
- 第六度：閉着眼都不正常而閉着眼完全不能夠。
- 第七度：閉着眼只能夠兩三種不正常的運動而已。
- 第八度：全然不能夠。

又檢查時須要注意，(1) 走多少距離。(2) 步行或跳躍多少距離才失了平衡。(3) 有沒有用手臂取平衡。(4) 運動後有沒有眩暈 (Schwindel)，惡心，嘔吐及大喘息，或是其程度有增加還是有減弱。(5) 是不是很快發現疲勞。(6) 向那邊顛倒。

(表八)

(閉眼步行)		總人數 152 名	
		人數	%
無 偏 倚		35	23.1
偏 倚	前 進	16	10.4
	後 退	51	33.6
	前後進	50	32.9

上述是測量障礙程度及診斷病例上重要的目標。閉着眼比閉着眼步行障礙較顯著，是因為缺乏視器的調節。用足尖比用全足趾更困難站着是為缺乏足肌肉的調節，而偏倚或顛倒方向是和緩慢眼振相一致的，就是為了迷路性肌肉緊張的減弱。

筆者對於無耳疾的青年男子 152 名，於 6m. 間的距離，檢查其閉着眼及閉着眼各一次的前進並後退的成績如下。

- (a) 閉眼時前進及後退，都能直走。
- (b) 閉眼時前進及後退偏倚者，一共有 117 名 (77%)

(表九)

		偏 倚 度 (c. m.)						(計)
		1-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-65	
閉 眼	前 進	57	30	1				68
	後 退	35	28	21	9	3	3	99
(計)		72	58	22	9	3	3	167

其餘 35 名能直走 (表八)。V. Stein 氏報告，正常人除非橫走都能直走，可是筆者查出這麼多的偏倚者。V. Stein 氏以其程度為正常值的境界也沒有說明。據日本空軍的標準是

走 6m. 偏倚 1m. 以上算做不合格。

(c) 這羣偏倚者的偏走程度是 0.5m. 以上只有 3 名，其餘都是 0.4m. 以內，而大部分 0.3m. 以內（表九）。

(d) 0.5m. 以上偏倚者的 Goniometer 成績及迴轉性眼振值左右不同，而遮眼書字（參考第四節遮眼書字法的檢查）也有偏倚的。可是 0.5m. 以下偏倚者的 Goniometer 成績也有反側性減弱，而遮眼書字也大部分有偏倚的。反之 Goniometer 成績不正常者或偏倚者的步行運動則不一定，假使 0.5 m. 以上偏走，反 Goniometer 並迴轉性眼振值左右不同者可以說迷路性平衡機能不全的，可是各種檢查的障礙則沒有一律性，好像互相不大有關係。所以照這樣想起來，還是 1m. 以上偏走，才可以說平衡機能障礙的。

總之，查 152 名健康青年的步行運動檢查的結果，1m. 以內偏走者，可以算做沒有平衡機能障礙的，但是在 0.5m. 以上至 1m. 的偏走者，好像有些機能不全的。

#### 第四節 關於星野福田氏遮眼書字法檢查

以 A. Guye (1879) 發表 Meniere 氏病患者的書字有變化為此法之嚆矢，後來好久期間沒有人對這種上肢的平衡機能研討了。最近 (1943) 日本京都帝國大學醫學部星野教授福田氏報告一種檢查法，名為「星野福田氏遮眼書字法」，就是叫被檢者正直坐着而臂膊離開軀幹和桌上，先閉着眼拿鉛筆寫自己姓名或寫一列文字（假寫），而後閉眼再寫一遍。這兩列文字比較起來，查文字的方向及字型而診斷障礙的程度。(A) 福田氏分障礙性文字為「迷路性文字」和「小腦性文字」。就是 (1) 一字一字比較整齊，然而各字的方向或總字的中心結合線（軸線）有傾斜的叫做「迷路性偏書文字」。(2) 軸線不偏歪，或有輕度偏倚，可是一字一字不整齊＝字刻的重複或亂排＝而其間隔不均等很難看的，叫做「小腦失調性文字」。(B) 總字的中心結合線和基線（＝閉眼時寫下的軸線）離開的傾斜角度  $10^\circ$  以上，則診斷為迷路性平衡機能不全者。(C) 歐氏管狹窄者的偏書向強度狹窄側。(D) 實驗的迷路刺激性偏書和緩慢性眼振相同的方向。(E) 遠極輕微的平衡機能障礙也查得出，尚且純客觀的能確定其質的及量的障礙程度。後來星野氏再試過批評此法極適當，而推薦在航空機駕駛士的檢查，和『自動迴轉法』併用很簡便又可靠的。可是其後森本，杉本，與川並諸氏再檢討此方法，反論說，對於書字運動有關係的因子中前庭迷路性影響不太大的，所以依此法就要決定平衡障礙的程度是不適當，尚得要慎重研究開明的。

筆者對於此法創論者的意見不能十分同意，所以照他的方法檢查 154 名，二十歲內外的青年學生的結果如下。事實上直線的偏歪以外有些變型，如先向左（右）邊偏倚而後向右（左）偏倚的，為便利計叫做「<型」及「>型」並就輕度偏書羣來分述。

(一) 偏書數（表十）

直行的只有 26 名 (16%)，輕度偏書 ( $10^\circ$  以下) 有 59%，其餘 25% 就是屬於強度偏書羣，福田氏所稱的迷路性平衡機能不全者。這羣強度偏書者到底是否迷路性平衡機能不全者呢。以下次序來考論。

(二) 偏書的性質

(a) 除非「<型」及「>型」偏書以外大部分是直線的一側性偏書。

(表十)

		人 數	%
無偏倚 (直寫)		26	16
輕度偏書 ( $10^\circ$ 以下)	右 偏	36	89
	左 偏	17	
	< 型	18	
	> 型	18	
強度偏書 ( $10^\circ$ 以上)	右 偏	32	39
	左 偏	7	
			25

(b) 福田氏所稱的小腦性文字有 17 例 (11%)。此羣當中沒有耳疾者，也沒有耳疾既往的病症的，而且其他的檢查成績也沒有特別的變化。歐氏管狹窄者完全沒有，而鼻咽的合併症所見是鼻中隔彎曲者 4 例，肥厚性鼻炎 2 例，及慢性扁桃腺炎 2 例而已。就是可以說健康青年男子中有這麼多 (11%) 的小腦性失調症。其原因及其定義總得要再研究闡明的。

(c) 大部分向右偏書 (表十)，這點決不是純然的迷路性障礙，好像和手習的習慣 (書癖)，及力量有關係。比方現代青年大部分有橫寫的習慣 (自左側向右側寫下的)，尚且右手比左手有力量的。對於這問題還要待將來的研究才能決定。

(三) 耳鼻喉科的合併症，所見有如下表。

(表十一)

	無 偏	右輕偏	左輕偏	< 型	> 型	右強偏	左強偏	計
鼻中隔彎曲症及棉	6	7	4	4	8	10		39
鼻 炎	2	4	4	5		1	3	19
扁 桃 腺 炎	1	2		1	2	3	1	10
中 耳 炎		1	1					2
歐氏管狹窄症		2	1	1	1	2	1	8
正 常	17	20	7	7	7	16	2	76

(a) 有合併症所見者大約 51%，其中鼻中隔彎曲症及鼻中隔棉症佔半數。

(b) 沒有合併症者 76 名中 18 名 (24%) 屬於強度偏書羣，換句話說強度偏書者其中 46% 是耳鼻喉科的正常者，而且 18 名中 16 名為右側偏書者。其餘的強度偏書者是鼻中隔彎曲症佔三分之二，鼻中隔彎曲並棉症合併的分佈狀況看起來，強度偏書也並不是它的影響。

(c) 正常羣之中，無論說多屬於右強偏，屬於右側輕度偏書的也是佔多數。由此想起來，偏書與手癖的關係，更加增其可能性。

(d) 中耳炎，歐氏管狹窄症及鼻中隔彎曲症，與偏書方向不一致，對於這點森本氏等，也已反論了。

總之，福田氏的報告，好像過於定型的而斷定的，筆者併用其他的平衡障礙檢查及迴轉性眼振檢查，綜合檢討的結果，這種問題決不是簡單的。就是書字運動，不只前庭脊髓反應 (= 靠 Tractus vestibulospinalis) 的作用，其他反射的不隨意的因子 (例如，上肢肌肉的習慣性作用) 也影響很大。但是此法對於強度迷路性平衡障礙症，還是一種有效的補助檢查法。將來應要再分析書字運動的各因子而要闡明迷路性機能的作用程度。

### 第三章 結論

本報告於民國三十三年春季，筆者在台灣大學醫學院耳鼻喉科教室施行健康青年學生，十五，六歲至二十二，三歲，的航空機駕駛適性檢查成績取材的。因為文獻極少，不能得到英美雜誌，所以大部分都是靠德國和日本的文獻，這點煩請醫界賢達的指正。關於內耳前庭機能檢查法，雖老早就發現而其病理的檢查報告不少，可是健康者的檢查成績還不多。現在臨牀方面依然施行舊有的各種檢查法以資補助診斷。然而這次大戰中，隨着種種科學兵器的高度發達，並航空醫學研究的進步，關於航

空駕駛士採用檢查，由多數學者，如 H. Frenzel, Schubert, 吉田，笹木及星野諸氏均主張簡單化。

照筆者的檢查經驗，也可以說不須要這麼多種檢查，而不要過於嚴格限制，使不是機能不全者，也適合的意思，就是耳鼻喉科檢查上正常者，除非各種檢查值左右差太多的，或諸反射機能強度障礙的，以外有些所謂不全（等於有些反應過敏或有些偏倚）的也能幹航空勤務。所以對於檢查法的數目，可以簡便化，即（1）閉眼直立，（2）閉眼步行（前進及後退），（3）迴轉性眼振檢查，或自動迴轉（＝旋轉）法就夠了。而其判決標準是：

- (1) 閉着眼查足尖直立，或單足直立，能站 30 秒以上。
- (2) 閉着眼前進及後退走 6m. 而不偏倚 1m. 以上。
- (3) 迴轉性眼振持續時間 15—45 秒，而左右差不太多。
- (4) 自動迴轉法是把頭部 120° 前屈，10 秒間 5 回，自己旋轉後到能站着不動，須要時間 15 秒以內，或除非發現強度的前庭自律性神經反射症狀。

如在上述範圍內，便可以算做合格的。

總之，要養成大量優秀的航空人材，與其施行嚴格的考取，倒不如在初級學校裏施行日常的訓練，就是普及鍛鍊身體均衡的遊戲或體操。

筆者才疎學淺，其能完成此篇，皆蒙吳院長國興大夫的鼓勵，及鄭副院長國瑞大夫，並唐秘書傳基先生的修詞。謹致謝意。

#### 主要參考文獻

- (1) Barany; Monatschrift fur Ohrenheilkunde, Jg. 40, 41.
- (2) Boeters; Zeitschrift fur Ohrenheilkunde, Jg. 71.
- (3) Denker-Kahler; Lehrbuch d. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Bd. 6.
- (4) Jackson, Coates; The Nose Throat and Ear, and Their Disease.
- (5) Morrison; Diseases of the Nose, Throat and Ear.
- (6) H. Marx; Lehrbuch d. Ohrenheilkunde.
- (7) Mackenzie; Archiv fur O. N. u. Kehlkopfkrankheiten Bd. 78.
- (8) V. Stein; Internationales Zentralblatt fur Ohrenheilk. Bd. 3.
- (9) 岡野; 大日本耳鼻喉科會報。44 卷 1 號, 2 號。
- (10) 今野; 千葉醫學會雜誌 19 號。
- (11) 吉田; 北越醫學會雜誌 242—253 號。
- (12) 久保(猪); 臨牀耳鼻喉科學。
- (13) 星野; 耳鼻喉科學, 前篇。
- (14) 笹木; 大日本耳鼻喉科會報。49 卷, 12 號。
- (15) 吉田(太助); 同上 48 卷, 12 號。
- (16) 森本, 杉本, 川並; 同上 49 卷, 12 號。
- (17) 福田, 本蒸, 菅谷; 同上 49 卷, 12 號。
- (18) 熊谷; 耳鼻喉科臨牀, 38 卷 10 號。
- (19) 福田; 同上 38 卷 2 號。
- (20) 笹木; 同上 36 卷 12 號。

---

---

# 高 血 壓

Irvine H. Page, A. B., M. D.

艾文柏著 褚承猷譯

## 三

12

高 血 壓

---

### 第三章 高血壓之處理

高血壓是慢性長期的病症，除有例外的患者完全治癒外，在患者自覺症狀未完全治癒時，應研究如何處理，吾人務須澈底瞭解此症，並祛除不必要的恐懼心理，最大的錯誤觀念，就是患者自信此症是束手無策而聽其自然的悲觀的病態心理。

假若患者能夠明瞭自身的缺點，只要不做違背此症的工作，均可如常人一樣去為大眾而服務，更不必放棄這樣，停止那樣，最後任何一切都不能做，變成一個等於殘廢的人，失去了人生的樂趣。

余自信下列各種戒條，對此症患者，頗為適用，且都易於實行。

步登樓梯和過度疲勞，對此症患者頗不適宜，應極力避免。凡關於各種有競爭性的運動，均應免除。在日常生活過程中，應避免與他人發生辯論及沉思，工作不可過度，採取少食多餐的辦法，維持平常的體重，每天應當休息兩次，作事時不應操之過激，避免一切的憂慮，極力保持心平氣和的態度。虛弱情形，有時是心理上作用。上列戒條，應多多訓練，增加修養的功夫。

上列的戒條，並不是對患此症者，作種種過度的限制，最不幸的，有些患者個性非常強硬，甚至不願接受他人的意見和忠告，日常生活仍和常人一樣，待到最後種種危機盡現的時候，才開始覺悟，可是已經挽救無術。以上禁例，要患者去遵守，或者難免有不自然的感覺，因為要治癒此症，必須經過很久的時間；最好立即下個決心來實行，對於生活方式加以嚴格的約束。若是不加注意，而任此症的蔓延，結果勢必變成一個廢人，而趨於絕望之一途。

社會上有許多患者是很有能力的人，他們在工作上盡力服務而有作為的，同時對於別人的要求亦是很大的，此種患者之進取力或者對於其自身的血液循環器官損害是很大的。

進取就是一種或多種的希望，往往因此可以免除恐懼的心理。患高血壓的人們，大多數是感覺過敏的，所以恐懼的心理，是患斯症者的特性。再者情感極易衝動的人們，是常常感覺到過度的疲倦，在早期的患者有一很普通的症象，就是疲倦，雖然真正患斯症者與疲倦情形無直接的關係。

患者若能對於此症有相當的認識和理解，一定會減去了許多無謂的恐懼。就是應極力避免一切的恐懼病態的心理，假使是無法完全避免時，應知道世界上無人能夠或應該保險任何人生命之重責。

許多患者常時因完全與己無關的事而發怒，多半是易於衝動，自己無法抑止。熱情的人生觀是人們自然的本性，可是多半患斯症者的熱情，是半意識似的發作。



所以對於患者應極力避免各種不必要和一時情感的煩惱。

**運動：** 柔軟體操對於高血壓的人可以每日舉行，激烈運動或運動過度當然使血壓增高，普通和緩運動不致增高血壓，反之當運動完了以後，有時血壓反會降低。運動的選擇當以個人的興趣，尤其應取簡單的方法，同時更應適可而止。總之柔軟體操大多是有利的，尤其腹部運動的一段，可以使腹部肌肉增強。堅強的腹部肌肉，可以預防便秘。有些醫生相信弛鬆的腹部肌肉，易於淤積血液停留在靜脈內，而無力逆運轉回到心臟去，對於此種弛鬆無力的腹部肌肉，可以試用富有彈性的橡皮褲帶，或可稍能補助。再者患者不宜站立過久，因血液易於積聚腹部，而感疲倦。運動是各人所喜和習慣上各不相同，假定是根本不慣運動，最要緊的不必馬上開始，因為勉強實行，不但對於身體無益，或反有損害。如果以為運動在自覺上是愉快的，同時在未感覺疲倦以前而停止，當然對於此症是有利的。

除以上所述關於運動一層外，尚有其他物理的療法，亦頗利於斯症患者。如按摩術是相當有益的，但切不可如運動員之粗力按摩，此種按摩必須患者很舒適的靜臥在床上，始可施行。其作用可使疲倦恢復，肌肉舒暢，精神愉快，并同時亦可強健皮膚。

透射紫外光燈似乎可使患者感覺舒適和皮膚方面氣色較佳，但實際似無多大作用。同時用此光照射時往往能使皮膚灼傷，尤其是對於日光感覺過敏的人，應加注意。

土耳其浴和其他蒸氣療法，應絕對的避免！有許多患高血壓病者甚喜溫泉浴的療法“Spa”，可是礦質的水對於血壓簡直是絲毫無效果的，應慎重施行，含有鹽份的水應絕對避免；因鹽質可使發生浮腫，二氧化碳（CO<sub>2</sub>）氣水浴僅能使皮膚表面感覺愉快，但是對於血壓尚不能證明其有何影響。

**睡眠：** 患此症者，應盡量設法使其充份的睡眠或假寐，因為能以養成多睡的习惯，幾乎是保全生命的要素。

血壓在起床時較低，後來漸漸的升高，因此最好的辦法，是每間隔四五小時，短睡一次，但減低血壓并不需要終日躺在床上，就是通常打盹睡多至十分鐘即已足夠。如係完全睡眠，即或就是十分鐘，亦足可恢復精神。

下列之高血壓患者，每日作息時間表，如能真正實行，當然頗有裨益。

每日晨八時或八時許起床；九時半開始工作，至十一時三十分停止，在午膳前小睡或作二十五分鐘的休息，午后三時半至四點停止工作，作室外散步或柔軟運動約半小時，由五時至六時半沐浴及小睡，晚間九時就寢。

休息對於患此症者所收之效果非常之大，但仍應遵守一定的規定時間，否則變



成一個無用而殘廢的人。可是在事實上，有多數人認為以上之規定時間作息，不能持久的去實行，同時不勝其煩，其結果不能證明此法是否有效。整天坐在辦公室固然是作為他人的好模範，但對於此症患者非常不相宜，因為這是對於身心兩方面均大有妨害的。所以應該養成一種作息的習慣，使對事業和健康兩有裨益。

疲倦確是患此症者之最好的示意，即是表示立刻需要休息。如果實在不願小睡，亦應躺下或坐在床上、沙發上去，閱讀其他書籍。（但是切不可閱讀含有衝動刺激性的書）例如僅能閱讀關於某人自傳或散文之類，以待入睡為止。通常伸展手脚亦可恢復疲勞，對於此症亦屬有利。

夏可森醫生（DR. Edmund Jacobson）曾提倡一種方法，叫做『進展的舒息法』，其法的要點，即是使人體上的肌肉作部份的休息，至其完全失去緊張性為止。可是此法不易實行。

有些人在睡覺以前實行熱水浴和進一杯熱奶，可以幫助睡眠，但是在其他的人覺着實得其反。煙酒應在臨睡半小時以前停止。

蓋被和睡衣應較暖，枕頭不宜太低，臥室溫度以清涼為佳，但不宜太冷，在冬季臨睡前應將室內暖氣關閉，但亦不必開窗戶。

安眠藥可以服用，但必須經醫生處方，同時應報告醫生每次所服份量及是否常服。

**飲食：**常常有人說患高血壓的人，是因為吃了過多肉食的關係，可是我們知道愛斯基摩人 Eskimos 和北極探險家專吃大量的肉食，血壓并不增高。因之，我們不能證明因吃多肉食而發生高血壓病。肉食對於人體的營養是非常重要的，放棄肉食，身體也許會感覺營養不足。所以關於患此症者日常所需之肉量，應如常人一樣。

鹽份是致此症之原因一說，仍不能以事實來證明。惟發現患者有水腫情形，應立即忌服食鹽，如足踝或其他部份浮腫或有呼吸急促現象，就是沒有浮腫，亦應立即忌服食鹽。

碳水化合物（澱粉）和油類可如常人一樣食用，水份亦相同。

關於飲食方面最重要的，就是富於營養的食品，但切不可食之過量。假若吃的太多，體重增加，則凡富於脂肪的食品，應絕對的避免。因為每增加一磅體重，就需要增生許多血管和血液去營養它，因此心臟的工作亦須增加。再者飲食方面，應採取少食多餐的辦法，每日五次或六次均可，切不可一次大食而過量。很多患者在飯後數小時感覺疲倦和頭昏目眩，通常是在上午十一時及下午四時左右，如能在此時間進一杯牛奶，三明治（Sandwich）或一杯茶，往往可使這種情形恢復。

用維他命（Vitamins）來治療高血壓，在現時很為普遍，也許對於此症有相





當功效，可是現在仍然沒有一個人能證明此藥可能治癒此症。患者以維他命當作補品服用，當屬更佳。通常應服甲種，乙種複方劑，丙種及丁種維他命（A, B-Complex, C. and D. Vitamins.）

服用大量的甲種維他命，對於治療此症，有相當的效果。但是以余個人之經驗，Vitamins A. 對於血壓，并不能使之降低。在現代科學方面關於甲種維他命對於血壓之關係，尚未研究徹底，不能證實。依據多方面的觀察，大量的甲種維他命，對於腎臟有相當有利的作用，但是關於此點，吾人僅能知其有益於腎臟，究竟如何利於腎臟，仍不能得着充份的證明。有些患者自覺甲種維他命可以減少頭痛，此種理由迄今尚未瞭解。

**通便：** 在不久以前，大多數高血壓患者應在每星期施行重瀉一次，如此或者在少數患者可能將其血壓減低，但須知施行重瀉，體內損失大量水份，對於患者之體力影響甚大。施用此法，是因有少數醫生以為大便停留在腸管內，引起自身中毒，為升高血壓之原因。但是關於此點，迄現在止仍不能解釋其理由，究竟是否大便中所產生之物質能直接影響高血壓之關係，同時亦無法證明大便是促成高血壓的原因。

患此症者當然應該每日保持大便通暢，更應遵照醫囑的辦法而行，如每日多飲開水，多吃水果（如無花果，杏，柑，梅子等）及果汁，同時實行腹部運動，和以上所述之戒條，均於斯症非常有益。

**咖啡，煙和酒：** 咖啡，煙，酒，並不是致高血壓的原因，如有相當節制，決無妨害。但例外的情形，當應禁忌。通常患者飲用咖啡時，最好是早晨一杯，午睡後半杯，晚睡後一杯，如此每日服兩杯半是最大限度。尤其在晚睡後，如可不飲，最好免去，因為咖啡中含有咖啡素 Caffeine，可以興奮神經，往往對於睡眠有很大影響。茶與咖啡相差不遠，亦可使神經興奮，大約茶的興奮效力，等於咖啡之一半。

患者如果是喜杯中物，當可繼續飲用，但切不可過量，通常在夕陽西下及夜晚十時後是不宜的。如過去本不喜飲酒，患此症後不應去學習飲酒，同時也切不可去嘗試。

以酒解愁，對於患此症者必須絕對禁止。當你感覺疲倦時，應當立即停止一切，實行休息，或行暖水浴及小睡。心緒煩燥時去飲酒吸煙，深夜不睡等，是非常有害的。

**煙草：** 有若干科學家認為吸煙可以減短壽命，但亦有說吸煙是無害的。經驗方面證明吸煙並無大害，但患此症者吸煙應當有些節制，每天十枝紙煙或兩枝雪茄煙。



，最多不應超過每天十五枝紙煙或三枝雪茄煙。

吸煙太多使人感覺疲倦，心跳，頭痛，甚致大便秘結，當然其他病症亦可使人感覺疲倦，心跳，頭痛等等。但如患者因為吸煙而有以上之症狀，應特別留意，在吸煙飲酒等後所感覺之輕重，最好留一記錄。例如先以十天為試驗期間，在此十天內停止飲酒，吸煙和咖啡或茶，在另外十天內煙，酒，咖啡或茶俱用，觀其有無如前述之症狀而記錄下來，以備參考。記錄方法以『十』字符號代表，如十，十十，十十十，十十十十，係表示輕重之分，輕度感覺到一『十』字，較重寫『十十』兩個，餘類推。

當患者感覺他的心臟部份有陣發的疼痛——心絞痛時，應立即完全停止吸煙，但酒不在禁止之列。因此患此症者，除必須遵守數種禁例外，其他可如常人一樣，不必放棄生活上最低限度之快慰。

性生活：性交對於高血壓是否有害，此問題因各人對於性的要求及所感的程度不同，假使患者因為性交在身心兩方面均感快慰，那末是有益的，但是激烈的緊張的衝突，仍屬有害。

傳染病：傷風是很普遍的傳染病，對於高血壓的人是無害的，但是假定已經患了傷風，最好停止工作，休息數天，如比對於傷風及高血壓，是兩有裨益的。

肺炎，腸熱症，瘧疾等嚴重的傳染病，可使血壓降低。但是患者如不幸的被傳染上列各症時，應保持鎮靜，千萬不可存有恐懼心理，否則能因此使病情複雜，而血壓突然增高，結果發生意外的變故。所以患高血壓，對於傳染病是非常不利。再者患者因患傳染病的關係，使其心臟衰弱，所以應絕對的安心靜養。

梅毒：梅毒對於患者與其他平常人相同，與血壓無大影響。如患者同時傳染梅毒，只要心臟，腎臟無病，其治療方法與平常人相同。假定患者腎臟已經因病而受損傷，其治療方法應絕對避免水銀或鈹的製劑。

外科手術：外科手術施之於患高血壓的人，與施之其他平常患者，其支持力是相同的。在施行手術時，患者無論如何力持鎮靜，切不可恐懼，否則生命堪慮。同時在醫生方面，對此症的患者施行手術時，切忌用脊髓注射麻醉和背部下頭部等廣泛的局部麻醉，因為對於高血壓的患者是相當的危險。

休假：休養對於患此症者十分需要，變換環境，往往能收得相當的效果。人們絕對應該有相當休假期間，整年到板式的工作，不僅對於精神方面感覺痛苦，而且於健康亦有妨礙，同時對於工作效能，亦難有如意的進展。尤其是患斯症者能常將生活環境變換，在身心兩方面均感新鮮而有生氣，不啻是延年益壽的妙法。

在休假期間所應到的地方，並無一定，（即是對於此症應取易地療養的方法）



惟所選擇地點，不應在拔海水平線超過太高的高地，霧氣太重和氣候炎熱的地方。除此之外，以各人興趣所喜，毫無限制。

**心理分析治療：**有些患高血壓的型態，係因心理上（即精神上）過度緊張的衝突而成；患此症者大多是神經過敏，易受外界的影響，動輒發怒，幻想沉思，及容易興奮和不必要的種種焦慮，而時時在緊張的空氣中生活着。所以患此症者，應該怎樣對個人的生活環境加以適當的改善，遇事應取泰然的態度，對自己的心理方面加以分析。長期的情感衝動是對於輸血器官，尤其是血管系統，有莫大的害處。因此精神治療，有時可以收獲很大的效果。

**藥物療法：**在此節中專討論『硫氰酸鉀』（Potassium Thiocyanate）一藥對於治療高血壓之效用。

在過去十四年前，對於此症的治療，因尚未發現其他比較更有效的藥品和療法，『硫氰酸鉀』認為是治療此症較為有效的藥品，就是相沿至今，有時仍採用此藥。

有些醫生深恐此藥的毒性危險，不敢使用，因為在數年前對於此藥使用大量後，常使患者發生極嚴重險惡的結果，以後使用小量份劑，同時應知道此藥在血液中有蓄積作用，所以連續用量須加謹慎。

現在對於『硫氰酸鉀』一藥的治療法，已進步而有標準化了，對於應用此藥，亦已有豐富的經驗了。但患者切不可自行服用，必須遵醫生指示始可。現在假定某醫生開一『硫氰酸鉀』的處方給患者服用，而並不告訴患者在服此藥後，必須再來訪問，那末血液中積存此藥之量即無從明白，第二次連續服用是非常危險的。同時此藥對於各人的身體所能承受及血中積存限度，各有不同的，所以使用此藥，最重要的是各人份劑的適合量，必須要準確，而確定此藥的用量，對於患者是需要經過一定的短時期，始可規定，是以用此藥時，有兩個相反的方面，一是服用後發生危險，一是用之適當，發生之效果極佳。

硫氰酸鉀在治療上兩種主要的作用：第一，多數患者服此藥後，能逐漸的使血壓減低，同時能避免因為血壓所致之心臟衰弱。第二，可使患者頭痛減輕或消失，（此種頭痛是因血壓高而頭痛）。

此藥對於患者之接受性，各人均不相同，有的是毫無反應，有的是似乎不適合而起反應。其主要的反應，是感覺疲倦及四肢沉重。這種反應的症狀，往往有益，因為可使患者精神方面過敏的衝動為之減低。可是有些患者以為此藥可使智力遲笨，但是此種情形並不常見，決非事實。可是有時服此藥後，可使皮膚發疹及粘液腺發炎，若減少份劑，或停止後，即可恢復，同時惡心，嘔吐亦係此藥副作用之一，如將此藥裝入膠囊，在飯前及就寢前服下，則無此現象。在高年的人服用此藥時，



應特別謹慎，因有使神智不清之危險，如有此種副作用之現象發生時，應立即停止服藥，同時予以大量水份飲用。

硫氰酸鉀是不容易用的藥品，如用得其當，對於此症相當有效，但是有時雖經小心應用，可是對於有些患者，並無顯著之功效。

外科手術療法：關於治療此症，在外科手術方面有兩種方法：一是剷除為患的一邊腎臟（Nephrectomy），二是「交感神經剷除術」（Sympathectomy），此種神經的部位是在背部中間，下方沿着脊柱之兩側神經，連結血管及神經系，施行手術時，將此神經分離或切斷。以上兩種外科手術，均可使患者血壓恢復正常，或相近正常。

腎臟剷除術（Nephrectomy），在未施行剷除腎臟之手術前，吾人必須考慮是不是僅有一邊腎臟患者腎盂腎炎（Pyelohephritis），同時致成高血壓的原因亦不一定就是一邊腎臟所致，更不是一切的腎病均可使血壓升高。所以應該在施行手術前，加意考慮和研究。

以下關於患者在某種狀況時，應決心採取剷除腎臟手術。先決的條件，必須證明某一邊腎臟是確實有病，剷除的是有病為患的一邊，而非無病的一邊。如有患者在十年前已患腎臟結石病，高血壓症狀在九年前已經發現，在這種情形之下是不需要動手術將腎臟剷除，而且與病無補的。有些醫生以為施行此種手術，對於患者年齡應加考慮，年齡太大固然不宜，但余以為只要患者體格一般狀況良好，同時認為此種手術實屬必需的，就應實行。

施行此種手術，並不是特殊的危險，或不能忍受。如施行手術時，各方面的條件均完善，及施行時一切順利進展而成功，那末血壓會降至相近正常，且可保持永久，或經數月或數年後，再開始慢慢上升，但不致昇至如在未施手術前之情形。無論在手術後，其血壓長期的或較短期的恢復正常，總之對於患者是有利的。但有時在少數患者手術後，其血壓並不降低，可是決不致因手術而有莫大的害處。

交感神經剷除術：此種手術又稱「神經切斷術」（Nerve cutting operation），其目的在切斷供應腹腔部血管之神經，使之減低血壓。

此種手術分為兩個階段：第一階段是先切斷一邊，過兩星期後施行第二個階段，再切斷其他一邊。此種大手術，相當不易施行，非有經驗及技術高明的外科專家，不能舉行。但無論如何，施行此種手術並無十分危險，可是患者必須比較長期間住院調養。

手術後大多數患者必須有一時期平臥床上，否則當站立時血壓會突然的降低而昏倒。大多數患高血壓的人，在站立時的血壓是高於臥下的。而患者經過此種手術

復的血壓情形，簡直與手術前是相反的，就是血壓大大的降低（尤其是當手術後更明顯），同時可能保持數年之久而不上昇。有些患者在手術後，其血壓最少可堅持八年之久。但又有些患者在手術後一年至三年後，其血壓逐漸的開始上昇，或者過五六年後，其血壓又再恢復到手術前的高度。總之無論短期或長期的血壓降低，均是大有裨益的，或就是短期的，亦可減少心臟及血管的破壞力，而延長壽命。

其次因施手術後可減少高血壓患者許多痛苦，如頭痛，失眠，心痛，及各種精神緊張，心緒不安等等。而此種種症象，唯一須經手術後始可免除。有些醫生認為任何的手術，均是對於患者有利，和其他特為高血壓而施行的手術相似。

醫生與患者必須共同商討，來決定此種手術施行與否，以下本人特提供意見五點，俾資參考：

1. 應將其他各種治療方法參與比較，以何種對於此症為最有利益，即是在手術後可望得到的利益，仍應與其他各種治療法加以比較。
2. 患者的體力，是否能承受此種手術。
3. 在手術後患者的汗腺排泄能力失去，（特別是在切除神經區域部份，更為顯著），減低性慾的能力（暫時性的或永久的），又在手術後血壓降低，以致發生昏暈，無力等嚴重障礙情形。
4. 患者是否願意犧牲，假定手術後無顯著之效果，或願意接受此種失意。
5. 比較長期的住院療養，是否可能。

雖然交感神經的切除術，並不是對於患此症者的理想治療，可是確實證明此法是有相當的效果。在現代醫學界中雖有人反對此種手術治療，而另一方面則主張施用此法，曾引起激烈的辯論。

腎臟浸膏治療法（Kidney Extract）：經科學家之實驗，用腎臟浸膏可能治療高血壓，使其減低，現在仍在繼續研究中。找尋一種尚未明瞭其化學構造式的物質，是非常不易而艱難的工作，在製造成功千百種的腎抽出液中，其每種所取的方法均不相同，且製造時某項步驟稍有變更，即能使最後之抽出液的效用完全變化。再者當吾人實驗時，必須經過數星期或數月的時間，方能明瞭某一種的腎抽出液的效用與否。是故關於是項研究，非常煩複，有時在研究終了之後，獲得結果是失望而無效，但是雖然此項工作煩複，可是一旦發現到一種腎抽質是對於患斯症者有特殊的效用時，其價值是無限的。所以吾人無論如何要努力研究此項工作，必求其最後之寶貴發現。

在現在所製成之腎臟浸膏，均不合標準，即是不能實用於所有患者。同時製造的方法是日新月異，有些製造出之浸膏的功效甚大，有些是完全無效。假定患者願

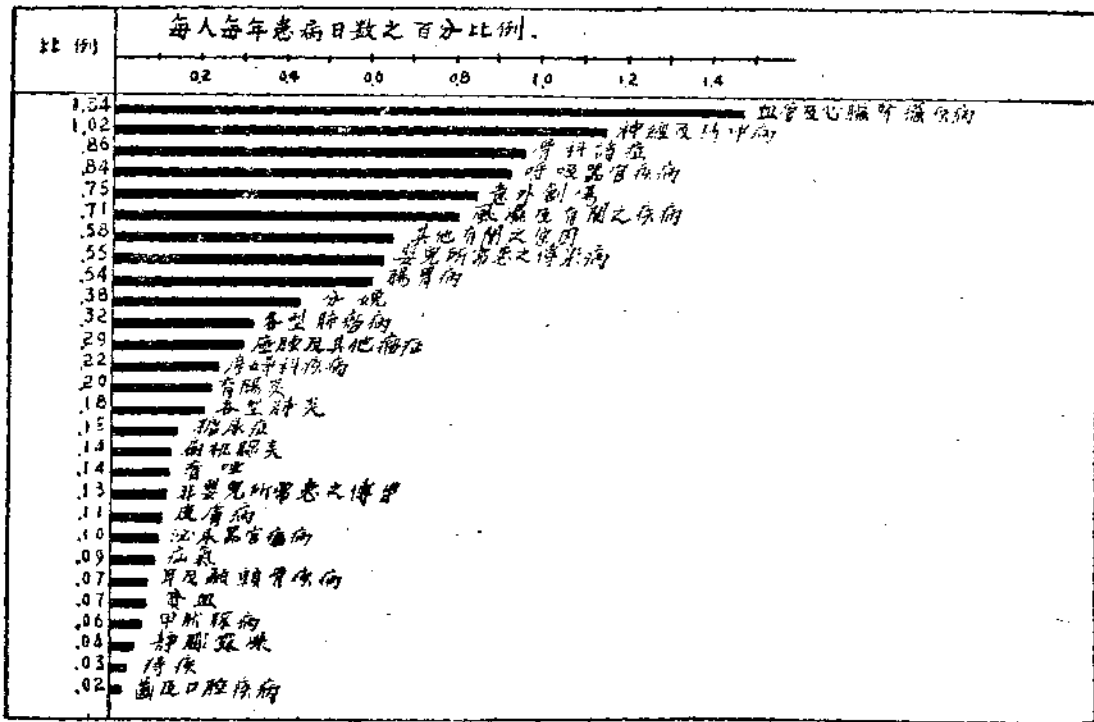
意接受此藥的試驗治療，當然對於健康是無若何影響的，同時亦可有相當貢獻，為研究工作進步之助。

最後關於高血壓的研討：

在美國最近數年間，關於海陸軍檢驗體格時，發現許多人患着高血壓症。同時人壽保險公司檢驗體格的報告，除此種高血壓症象外，尚發現其他有關病症的疾病很多。下表是美國衛生部所製，以供讀者諸君參考。

高血壓一症影響社會經濟，是極其重要的。當發現高血壓患者時；大多數是不許可繼續工作，而且保險公司幾乎完全不願担保。但是患高壓的人并不被衛生機關或保險公司認為是一種疾病，其理由是因為有各種症候可使致成高血壓如『猝中』『心臟機能衰竭』『尿毒症』『心腎血管疾病』『中風』『腎臟炎』等等。如讀者對於此症有繼續研究之興趣，請閱讀 Alan Gregg's Book on the Furtherance of Medical Research. 一書。

完



上表所列諸症為患高血壓之重要原因，又此表之抄錄係經美國衛生部之認可。

## 胸部創傷

### 及其治療措施 (二)

鍾志謙

心臟發生堵塞的特徵，是心音微弱，心臟周圍起搏動，動脈壓力減低，靜脈壓力增加，由于腦貧血而不省人事，靜脈多凸露，尤以頸靜脈為最顯著，顏面唇舌呈現青紫，X光檢查，心搏動也是顯明減弱的。為便利治療措施起見，將它分為四類：

1. 心壁受微傷，心肌無損，心包或胸腔內出血輕微，亦無急性堵塞發生，姑息治療已足。
2. 姑息療法用在堵塞中，雖甚滿意，但是抽出心臟周圍的血液，而出血仍然不止的，那便須要手術治療。
3. 堵塞發生急劇，姑息療法無效，則應速施手術。
4. 心包和胸膜內大出血，手術是任然的。

心臟受傷發生堵塞的病案中，大約有五分之一適合姑息療法，心臟破裂者，則施心縫合術 (Cardiorrhaphy)，愈速愈佳。有人主張同時結紮冠狀動脈支，謂有較佳的效果。心肌破裂，而小包膈動脈 (A. Pericardiophrenic) 偶或同時受傷者，手術乃是最後一關的營救。

(八) 心臟震盪 (Commotio of heart) ——除了直接衝擊胸壁的原因以外，處身在巨彈爆炸的附近，也是可以的，臨床的現象：是不省人事，皮膚面粘泥冷厥，脈搏細弱緩慢，跳動節律不齊，和呼吸淺表等，完全治療的很多，但是施行各種療法無效的也不少。在第一次世界大戰中，這一類死去的病人，行屍體解剖時，心臟裏却找不到可以致死的損害原因。治療的原則，主在維持心功的作用，和一般與休克時的同樣處理。

九、外傷性窒息 (Traumatic asphyxia) ——可因胸腹部受猛力的衝擊而發生，它特殊的徵候：是顏面、口唇、胸肩、上肢和眼臉等部現出浮腫和青紫，仔細的加以觀察，並且有出血性的瘀斑流露，甚至於在頰、喉、和耳粘膜上都有。從受傷後的第二日至第四日便漸漸的開始消褪，大概兩星期左右，便可完全消失，這種皮膚和粘膜的着色，乃是由於靜脈的壅滯所引起，並不是由於血管內血液的滲漏所造成，這是病理組織片的檢驗，證明它是如此的。

暫時的人事不省，大約佔有百分之三，結合眼球下或眼球後出血，致使眼球突出，乃是常有的事，或者為時很暫，有的或竟永遠胎留而失明，不過像這樣的病人，往往不單純是視網膜的出血，而且視網膜畢竟還有增殖的變性，和血管的壅滯而浮腫。其他的理論還很多，Heuer氏謂：『這是因了血管運動神經的麻痺，和已擴張的血管更被壓迫的緣故。』但總不是一個可以滿意的解答。據着 Perthes

氏認為是：『靜脈毛細管破損，血壓突增，血運逆流，和血液滲流所致。』但是綜被病理組織學的研究事實推翻了。Bonnin氏謂：『這是因為胸部長時期的受壓迫，靜脈受背面的壓力而擴張，並且失其緊張力使然。』綜合起來，可說血液慢慢的滲出，便為發生青紫，很快的滲出，則便起瘀斑，兩者兼而有之，則青紫與瘀斑也就共同的發生。

連帶的肋骨等折斷，和偶然的腹部也受傷，根據Heuer氏綜結屍體剖驗的所見，腦充血非常顯著，表皮和皮下組織內的毛細血管過分擴張，但是血液滲漏到組織裏是很少見的。他見到的胸腔損傷，是包括血胸，胸膜下與心臟周圍出血，肺臟撕裂，肺充血，出血性實變(Hemorrhagic consolidation)和支氣管肺炎等。腹部的損傷是包括腹膜出血、肝、脾、腎與膈肌裂傷，十二指腸與膀胱穿破，各內臟的充血和出血性浸潤等。假設沒有上述各種嚴重性的損傷造成，那末外傷性窒息，可以不需要特殊的治療，往往可能得到完全的恢復。

十、肺爆炸傷(Blast injury of lungs)——在胸部的非穿通傷中，近來很多人檢討處身在巨彈爆炸附近的人，何以有血液從口鼻流出來的事實，而大家認為是肺部出血的緣故。

關於它的治療問題 Sutherland 和 Zuckerman 兩氏都同樣注意到炸波(blast wave)和音波(sound wave)兩方面所產生的效能，因此在這裏：對炸彈的爆炸，首先提出來研究討論：一個炸彈爆炸的時候，被禁錮在彈殼裏的固體炸藥，變成氣體，殼首先膨脹，它裏面壓力的估計，可能有100—650噸，由於這種龐大壓力產生的結果，彈殼由於膨脹而被氣體向外推出，炸成無數有角的碎片，射出的速度每秒約可4000呎，所以對各種物體具有極相當的侵入力，而氣體亦便外洩，這個時候則每每產生一種高強的炸波，展開在它四周圍的空氣裏，這種炸波常以最高強的速度通過物體，而引起強烈的反應，通常的機械騷擾作用，是以音速通過物質的，所謂音速者，乃是一種物體的密度與其彈性比例的平方根來測定的速度，假使物體密度大，彈性小，則波的進行就慢，反過來說，也是一樣，或者是這樣，音速與彈性平方根成成正比，而與密度平方根則成反比，它的限度最慢每秒500呎，最快每秒17000呎，愈近爆炸物，則受爆炸高壓，使炸波速度加大，這是因為物體的彈性，是受壓力改變的，還有緊縮極強的物體，因為彈性高，所以產生的波速也快。

炸波發生後，波性也是有改變的，它與普通的波一樣，都是不平整形的，它的前部壓力驟然上升到極頂，隨即漸漸降落，到達某一點時，使較大氣壓力還低，而進入吸力的階段(Phase of Suction)，使炸圈內的空氣真空，炸波不平整形的簡單擺動(Single pulse)，前部突起的震擊波，好似海灘的浪波一樣，直往前進，結果波浪分裂，容易失去力量，不若尾波因波脚易受沙石摩擦的影響，前進阻滯。所以最近爆炸物的震擊波消沉得也最快，終於退化而造成廣大的音波。

這樣說來，炸波是具壓力和吸力的兩種組合，而吸力是遠不如壓力那樣大，它在每一平方面積內，祇為了要造成真空的需要就夠，是不會超出15磅的。炸波所起的反應或作用，乃是距離愈近，壓力愈大，而迅速向遠處彌散而消逝，至於許多炸彈的同時爆炸，則所起的反應，事實上必更大而較複雜，從流體靜壓力來推論：七十磅炸彈的爆炸，在十四步以內的壓力是110磅，十八步以內是80磅，三十步以內是15磅，五十步以內是6磅。

空中震擊波的反應，每平方呎1—10磅，或近一個氣壓，足夠震壞各式各樣的窗子，但是要傷害人體，頂點壓力，就得增高到每平方呎100磅，或六個氣壓，這樣說來，那末受傷的事實，是非近爆炸物不可，這便是很少有人為被震擊波致傷的原因。

緊接前部震擊波的前撞力之後，跟着的是一種復拽力，所以能夠捲移輕鬆的物件，或將人推倒。震擊波同時也帶點吸力作用，由被撞擊的物體反射出來，同時各震動週率的騷擾便會藉着共鳴作用，雖然離開爆炸很遠的地方，也會關聯的震破窗子。除此以外，好似在一狹隘的街道中，震擊波可由各種不同的方式，從街頭開口處反射出吸力來，而且會比炸彈原有炸波的組合部份來得大，因此它所起



的劇烈畸形反應，能將門窗向街心拽引。

震擊波是一串不同的波長，不是統一的，它的尖峯高壓部份，波長極短，尾段吸力部份，波長特長，當它穿過洞孔或繞過障礙，則壓力部份直往前進，人體大多生理方面的損害，多由此壓力部份造成，胸腔內兩肺空空，不若身體其他部份來得充實，所以最容易被擊傷；至於後段吸力部份，它是可以毫無困難的繞彎抹角的走，力量便可削減以至十分之一，其與損害的成因，已屬無甚關係，因此可以明白，一段小小的牆垣，隔在人與爆炸之間，很可以避免震擊波壓力部份突擊的直接反應。

現在的炸彈，實際上，大多數不是穿進屋宇，就是陷入地下以後才爆發，所以有坑的形成，在這種情形之下，它所造成的損害，卻是由於土壤因爆炸崩裂而引起的反應，並不是由於突擊和彈片的作用，它產生的震擊波，則因土性的不同而有異，愈深入土壤，彈性愈大，震擊波進行的方式，也愈複雜，它常被下面地層反射出來，又往往在 100 呎之外，就已經變成一系列複雜的波羣，與地震所產生的波極相類似，屋宇等在爆炸相近的震動週率中，都能夠任意震倒。炸彈如命中屋宇，它最初的反應是產生一種突擊波，因為波與波由各牆壁互相反射，再加上最初的突擊反應，於是變成一種更加延長的綜合壓力，向外的動力大增，終至能夠造成推倒牆壁等的強力破壞。還有炸彈在入地爆炸時，它產生的氣體推開泥土，便起土地震動的反應，但與震擊波無甚關係，在推開泥土膨脹的初期範圍，泥土向外移動，移置的地位相當廣大，擠出的空間既有彈性又柔軟，因而泥土可以移動數寸，復又退回半寸，這一反應是當然威脅地下建築物的。

爆炸傷在臨床的經驗中，以肺出血為最多，腦部次之，腹內臟更次之，Zuckerman 氏有以老鼠，荷蘭豬，家兔和猴子等，在遠近不等的爆炸距離內作試驗，結果：在爆炸最近有效的距離內，便立刻死亡。較遠的爆炸壓力帶內，則有帶血的涎沫從上呼吸道流出，此外尚有呼吸困難，心悸和缺氧的現象發生，活者片刻而死。若是能夠活上二十四小時以上，便有很多治癒的。全部試驗的例子中，沒有一個有創口的造成，死後的剖驗，兩側的肺部都有針頭大的出血點，以至全肺面的出血現象發生，而與爆炸距離的遠近，是完全相符合的，最特殊的現象，出血乃是沿着肋骨邊緣，切開肺組織來觀察，較輕的出血是呈散在狀態重症的出血乃是呈匯流的帶狀，肺臟甚且呈肝樣的實變，除此以外，肺的前下兩緣，胸壁和胸骨間的肺面，却是最容易被壓傷的部位，縱膈障部則次之。顯微鏡的檢查，肺泡和細支氣管內充以血液，肺泡壁和毛細血管破裂，一如組織的實質出血一樣。在這類的屍體剖驗中，有人認為肺毛細血管出血，係其血球的滲出。Zuckerman 氏於是提出三個假說：

1. 由於呼吸道受吸力的作用，使肺泡內的空氣吸出壓力減低，肺泡突然塌陷致毛細血管發生破裂而出血。
2. 肺臟因被空氣的過量突進，使胸腔裏的內壓反較胸壁的外壓為大，招致肺臟突然擴張出血。
3. 由於胸壁受全面衝擊的壓力而出血。

氏認為第三說較為正確，他揭露裝載氧氫氣的氣球爆炸，再拿動物作試驗，結果：置動物於爆炸近處的正面，則肺臟兩側均受損傷，一側面向爆炸處，則僅限於該側面受傷，而另一側面或因受身體對側面的庇護，却不受絲毫的損傷，基於這個試驗，那末出血或許是由於各波衝擊全身體壁的缘故，否則便無法作另外的解釋，而第一第二假說是被推翻了。而與上述所說人體生理方面的損害，是由震擊波的前部壓力部份所造成也是符合的。但終究不能加以說明的，為何損傷祇限於肺臟，而且是限定在爆炸的一面。另外一個試驗，乃是將家兔穿上襯以海棉的橡皮背心，置在爆炸的附近，肺臟使無所損傷，以背心穿着在身體的一側向着爆炸面，而該側也並不受傷，再以一側穿着背心，而裸露的一側向着爆炸面，那就是嚴重的損傷發生在裸露的一側。爆炸的損傷肺臟，是由於空氣的突擊，或者是由於各浪波的衝擊體壁，觀乎這種實驗，損傷造成的結果，與這兩種解釋，並不符合，所以有人另作精細的查察，將肺損傷造成的原因，又分為四大類：

- (一) 1. 由於碎片的撞擊。
2. 由於炸浪展撞的應效。

3. 由於炸彈烈燄的潰裂。
  4. 由於爆炸圈內受一氧化炭遊離的毒效。
- (二) 1. 由於炸浪的抗拒於固體面。
2. 由於急動着的彈片擊傷。
- (三) 1. 由於石木和其他硬固體等被炸，變成間接拋射物的撞擊。
2. 由於被炸物崩陷而起之震波。
  3. 由於高處的墜下。
  4. 由於處身在地平線下，受過分加速的緊壓力所致。
- (四) 1. 由於壓迫性的窒息。
2. 由於一氧化炭中毒。
  3. 由於烈燄炙傷。
  4. 由於掩蔽。

按照這四類的原因看來，以及前述由於土壤因爆炸崩裂而引起的反應；突擊各波互相反射，圍上最初突擊波所產生一種更加延長的綜合壓力的反應；以及炸彈爆炸洩出氣體推開泥土及泥土向外移置等，當然對損害的造成，都是頗有理由，但祇能假定它是爆炸中肺臟遭遇損傷時的各種可能環境，根據動物的試驗，却仍就不足以說明肺爆炸傷造成的真真正因。

受高度爆炸力致死的原因，Zuckerman 氏說：

1. 身體雖無創傷的造成，而是單純直接受爆炸力的因果。
2. 身體湮沒在崩陷物內而窒息。
3. 二氧化碳中毒，繼發慢性合併症，而突然休克。
4. 神經系統受刺激不能支持，結果 (nervous crisis)，不過這是一個正在開始討論的問題。
5. 肺臟的破裂和移位。

關於因爆炸而起肺臟損傷的處理問題，休克者當其衝，同時或並有火傷、骨折、腹內臟或神經損傷等的合併兼有，那末困難便太多了。例如在這樣的病案中肺臟的出血，甚而有在前日後纔開始發生的，所以治療的措施，切不可茫然，必須要有依據，執此之故：

1. 人工呼吸法是不合適的。
2. 嗎啡的投予，必須小量而謹慎，來用以節約其體力，如果能夠有氧氣，二氧化碳或其他呼吸液與腦髓的給予，那末用足分劑的嗎啡，也有人認為是合理而無礙的。
3. 須要絕對的安靜，尤其是在咯血的時候，嗎啡在這個時候效能的偉大，是當今醫界普遍贊賞的。
4. 緩轉的輸送，確使症狀不斷的加重。
5. 受傷的早期，血液或血漿的靜脈輸入，可使肺臟發生水腫的危險減少。
6. 為要抗拒休克，所以必須設法維持毛細血管的循環。
7. 肺臟急性充血時，有人考慮到放血術，和濃縮的血清注射。
8. 臥式也是很重要的，肩部最好提高，單側的損傷，應當臥在損傷的一側，免得健側受累。
9. 各種加雜的損傷，如骨折，烈燄炙傷等的處理，不要疏忽，不可使肺臟的損傷症狀加重。
10. 處理肺臟損傷，大半是關於姑息療法，實在與肺炎的治療無甚區別。

**十一、胸導管損傷 (Injuries of thoracic duct)**——平常繼胸部壓傷 (Crushing injury) 而起的病案較多，並不須要穿通傷的條件，右側多於左側，破裂以後大多經過四天的隱期，乳糜 (chyle) 開始由管中滲漏而出，致成乳糜性水腫 (Chylo-thorax)。臨床上休克很嚴重，胸腔呈現一切積液的物理症狀，抽出以後，匯積很快，據某一病案的報告，十天以內，竟抽出二十公升 (Liter)，三十四天之內，抽出五十二公升。乳糜抽出以後，休克常跟着減輕，化學的檢驗，足以證明是否是乳糜，可為診斷之助。死亡率約佔百分之五十，有的因心臟衰弱或窒息而驟然死去，有的因營養不足，衰弱無力；經過數星期而仍難免一死。

各種的手術治療，除非是頸部的導管破裂，施行結紮，不謂無益外，其他都是無補於事。治療的建議中，有主張不必限制食物，且須富於脂肪，液體飲量宜大，有的主張液體必須限制；而且改由肛門或肛門注射的兩種相反意見。生理食鹽水與葡萄糖的混合液和血液血漿等的靜脈輸入都可以施行，惟單純的葡萄糖輸入法應當避免。公開胸腔內正壓的產生，使導管的破裂處得到較好的壓迫作用；

或者施行胸廓切開術，胸廓成形術，和人工氣胸術，來謀破裂處的閉合，都是不合理的。其他尚有 gomenol 和油類的注入法，膈神經切斷術等治療法。至於較好的治療方法，乃是用吸引術抽出乳糜來緩解心肺的因累。若是抽出的乳糜並不傳染而是無毒的，再由靜脈注入回去，到是非常合理的。

**十二、縱隔障部損傷 (mediastinal injuries)** ——常致大血管、氣管、支氣管、食管和胸導管損傷，而發生血胸、血氣胸、氣腫、乳糜水胸，並且迅速繼發縱隔障炎而致命，手術治療是唯一的步驟。

**十三、膈肌損傷 (injuries of the diaphragm)** ——不論是穿通性或非穿通性，全部的胸部損傷中，造成膈肌裂傷的病案數目是相等的，基於解剖的位置，右側多於左側，但決不是盡然如此，而膈疝的發生便是它受傷的結果。

臨床的症狀有呼吸困難，心悸，上腹部疼痛壓痛和強直，並且反射到頸部和背部，心肺和胃腸官能所受的影響，則在乎各該臟器是否變成疝內容物，與夫部位大小而有異。物理檢查中胸下部的叩音因體位轉變而不同，X光檢診最有價值，正確的臨床診斷殊為不易，至於膈肌受傷後的發生膈疝，亦有遠在前年復纜開始的。受傷在胸部的則膈疝多發生在胸部，其在腹部的則膈疝當然多發生在腹部。

關於治療方面，須要手術來修補膈肌損傷的裂隙，當然無容置疑，手術的方式，不論是胸廓的切開，腹部的切開，或兩者合併施行，總要合乎事實的需要，還有胸腹兩部同時受傷，常常不會這樣簡單，就可下手，按照部位輕重，可分六型來講：

1. 膈肋竇部的穿通傷，膈肌輕度受傷。
2. 心臟和膈肌的穿通傷以外，並且兼有其他內臟的損傷。
3. 第七至第九肋骨腋下線部的肋間隙穿通傷，肝脾和胃臟等受傷，但膈的同時受傷是很少的，它所發生的症狀，多半是腹部的。
4. 肋間隙下部的胸壁側面受傷，則多致膈肌裂傷，使膈膜，或其他腹內臟突入膈肌裂隙而成膈疝。
5. 腹部受傷，腎臟受損，而同時膈肌和腹內臟亦受傷。
6. 胸腹部正切線的創傷，認為內臟受傷無疑，但許多經手術證明後的報告，內臟卻是康壯無恙。

上述的損傷除了休克以外，其他臨床的現象，則可能有血胸、氣胸、氣腫、膽汁胸 (Bilithorax) 膽素胸 (cholothorax) 的發生。疼痛壓痛和強直則多在上腹部，而且有嘔吐和腹腔的內出血現象。還有胸下部的受傷，膈膜往往可起假性的刺激反應，而混淆診斷，Maillet 氏認它是膈神經和膈肌所發生的綜合症狀 (Syndrome Phreno-diaphragma tique)。腸塞性絞痛 (ileus) 也是可能發生的，有的時候乃是肋間神經和膈肌受刺激的表徵。至於強直的發生 Gardon-Laylor 氏則補充了些意見：「因腹部受傷而發生的腹型強直是兩側面的，至於胸部受傷而發生的強直却是限於一側的。此外由於胸部受傷而起的腹部強直，多是暫時性的，而且在吸氣的時候，腹直肌綜合會多少不等的呈現鬆弛。」

胸腹部的創傷，在未施各種措施以前，除非活潑性氣胸等須要緊急加以處理外，第一件重要的事，端在治療休克。幾種開放性氣胸的早期，有人主張立刻施行手術，擴大胸壁，充分顯露膈肌的受傷部份，以便手術探察的進行。肝臟的刺傷，如果：

1. 大出血。
2. 因其他內臟的合併受傷。
3. 異物存留。

適應手術治療條件外，大概祇須姑息療法已足。膈肌與腎臟同時受傷者。那末手術應當在背腰區着手。脾臟的破裂，在腹部施行截除術，似較為易，Gardon-Laylor 氏謂：「脾臟逼近膈肌，則經由胸部膈肌處縫合破裂，並不為難，但有其他臟器擋住的時候，那就更費時而危險」。這一類受傷的病案，有時還須同時修補胃腸等空臟器的破損，所以胸腹部同時受傷的時候，便可在胸部肋軟骨處作垂直線的切開，延長切口到腹部，來兼顧胸腹兩部手術的需要。

除了上述的一切以外，手術時的麻醉選擇，是一個最重要而必須考慮的問題。Halton 氏研究外傷

性休克 (Wound shock) 發生的事實，是由於神經直接受衝動的作用，和組織代謝產物中呼吸酵素與細胞色素 (cytochrome) 的減低，與細胞呼吸和氧化作用的阻斷，按照這樣說來，嗎啡和一切其他麻醉輔助劑，確乎能意外的增加一重作用到呼吸的酵素和去氫酵素去，而更加使有活力的呼吸循環受阻礙，而使組織缺氧。

各種麻醉法的選用，有很多不同的意見，Halton氏反對閉合吸入法，因為無論在機械和生理兩方面，都是不適合的。氏謂：藉着壓力的方法吸入麻醉劑，那末病人的呼氣力定必奮起，來抗拒這種壓力，正和胸壁一個開放時的呼吸作用相同，則將如何使肺與膈肌得到穩定，又況在手術的進程中，胸腔或許要有目的加以開放呢，再則這個時候，病人的應感滯鈍，呼吸迫促，呼出的二氧化碳氣排盡，吸入的空氣經過肺臟，又不能達到真真能夠受氧的中心區，所以惡勢循環 (Vicious circle) 的呼吸狀態，在這種麻醉吸入法中，不僅絲毫不能改進，並且使病人生存片刻，也是不可能的。一氧化氮 (笑氣) nitrous oxide or cyclopropane 是最理想的吸入麻醉劑，但全部使用起來，消耗太大，所以氏在實施哥羅芳 (chloroform) 或伊打 (ether) 作氣管內吸入麻醉法以前，主張不用嗎啡 (morphine) 和巴比土鹽 (barbiturates) 一類的麻醉輔助劑，使得呼吸中樞的功能減退，負荷增加，來減少這種吸入法的危險。Nosworthy 氏在戰傷手術的麻醉中，乃是用技術的方法，利用二氧化碳的攝取 (using the carbon dioxide absorption) 來管制呼吸，氏謂：這是胸壁廣大敞開時，能夠使呼吸納入正常生理狀態的唯一方法，氏憑藉經驗更在檢討中提出些理由：

1. 能夠完全阻止副胸式呼吸，縱膈瓣狀作用 (mediastinal flap) 和一切因吮吸傷 (Sucking wound) 而起困擾的產生。
2. 同時切開兩側胸腔也是無害。
3. 使病人生命能力 (vital capacity) 的建立，非常充實。
4. 因為和氧作用 (oxygenation) 可以繼承不絕，二氧化碳得以十足排除，即使是重病的人，也可以維持長時間的手術。
5. 使手術的進行中，減少許多的困難。
6. 使病側的肺臟仍然可以保留着充分的擴張。
7. 選用的麻醉劑一氧化氮是毫無毒性的。
8. 一氧化氮作用快，並且使用較濃縮的氧氣，也是許可的。
9. 手術前一浪的仍舊加用麻醉輔助劑。

美國軍醫界認為胸廓切開術，用正壓麻醉法 (positive pressure anesthesia) 是一件最重要而簡單的事，除以嗎啡作麻醉輔助劑之外，乃是用 guthmey apparatus 來供一氧化氮和氧氣 (nitrous-oxide-oxygen) 的麻醉吸入法。英法兩國的外科醫師則提議使用開放麻醉吸入法和局部麻醉法。

按照上述胸腔外科手術的麻醉法綜括起來：

1. 要完全管制肺臟的內壓。
2. 在手術過程中，要充分排除呼吸道的分泌物。
3. 要支持呼吸的始終安靜和充分的氧化作用。
4. 要避免咳嗽反射的困擾。
5. 要盡量做到手術完結的時候，便是病人麻醉意識恢復的時候。

關於胸腔手術麻醉的問題，雖然見解還很多，但是普遍無疑的，乃是訓練有素的麻醉技能，來應付這種手術的施行，的確首當其衝，關鍵所繫。

戰時的環境中，難得請到新穎的海外刊物，偶然寓目一篇，總為想起『三年連閏月』的一句俗話，真是太難得了。本篇是 Micheal De Bakey M. D., F. A. C. S., 氏收集各方面研究的記載彙集起來的原著，刊登在美國 Surgery Gynecology and Obstetrics 第七十四卷一九四二年三月版內，其中肺爆炸傷的一段，是大戰結束前夕尚未正確明白的問題，單純的受爆炸，沒有胸部的創傷，何以為造成肺臟的損害，十分值得研究，而最引人入勝，也是我們共同迫切希望富有的知識，茲將全篇統統翻譯出來，不過體裁是有些增刪更改了的。

# 結核病與雅司病之專題討論摘要

—本文節載中華醫學會第七屆年會論文—

## 專題討論一 結核病

主席 吳紹青 秘書 劉永純

### 肺結核外科治療之經驗—初步報告

國立上海醫學院外科 黃家驊 石美鑫

本篇乃報告上海中山醫院一九四六年十月至十二月，上海中國紅十字第一醫院一九四五年十一月至一九四六年十二月之各種肺結核外科治療病例。在此期間，有枝氣管檢法十七例，腦神經壓斷術三十二例，胸腔鏡檢法及胸膜內肺鬆解術十二例，胸廓改形術二十六例，胸膜外氣胸術二例，肺窩引流術及肺葉切除術各一例。

各項手術之適應症及其早期效果，均曾述及，至於最後結果，則有待於以後之各同病人繼續查詢，不在本文範圍之內。

手術發生併發症者有四病案。一為第二期胸廓改形術後發生胸膜滲液。一為第一期胸廓改形術後原有人工氣胸之對側胸腔發生胸膜滲液，並創口受染。一為胸膜外氣胸術後發生粘連，復改行胸廓改形術。一為肺葉切除術後發生枝氣管胸膜瘻管與膿胸。

手術後死亡者有三病案。第一病案為腦神經壓斷術後十小時咯血仍不停止而亡。第二病案為胸膜內肺鬆解術後發生高張力氣胸，結核痰散播兩肺，終因結核性腦膜炎而亡。第三病案為一期胸廓改形術後不滿四十八小時而亡，其原因大約為休克。

其他病案之早期結果，皆甚良好。

### 人工氣胸治療肺結核病之結果

唐希堯

1. 自一九三〇年至一九四〇年在北平協和醫院門診部用人工氣胸法治療二百結核患者，所有病人注射空氣後，均自回家，即第一次亦不住院，此二百病人，均繼續氣胸至應停止時為止，其受治療只數月者或中途自行停止者均不列內。
2. 患者年歲由十五至五十五，男一百四十人，女六十人，左側八十人，右側一百十三人，兩側七人。

3. 按 X 光分期，五十五人為初期，一百十三人為第二期，三十二人為第三期。
4. 併發病，生胸水者一百〇四人其中膈肌角有少許水者五十五人，高至膈肌頂平面者二十五人，再多者二十四人，由始至終無水者九十六人，膿胸人數極少；氣胸三人，一人死亡。
5. 約百分之六十病人在氣胸後，三個月可做半日工作，六個月後，均能照常工作。
6. 停止氣胸後繼續考查病人最短為六個月最長為十餘年，按現在所知復發之百分數甚低，尚健在者約計百分之九十以上。

### 結核性膿胸用大金氏液沖洗治療法並報告懸臥式完全吸出胸液

唐希堯

以往無論用內科或外科連合內外科方法，治療結核性膿胸，其死亡率仍不低於 30%。主要原因為 (1) 不能將胸腔之膿完全吸出 (2) 無可靠之沖洗液能殺死結核菌 (3) 外科剷除後每不易收口。若者用懸臥式吸膿胸法，即令患者平臥於二桌中間針由下面刺入，胸腔之膿完全吸出，然後再用大金氏液 (Dakin's Solution) 沖洗，該液可於一分鐘內殺死結核菌。如此治療者在過去十年中共二十三人。十七人在北平協和醫院門診部，六人在青島，二十三人中六人兼為其他細菌傳染。治療之結果：十二人於數月中膿胸治療肺膿將胸腔塞閉，二人於膿胸治愈後，施胸廓形成術，六人於膿胸治愈後繼續積氣胸至停止時，一人用油胸，二人在治療期中死亡，此二人若能住院治療，相信亦可痊愈。

### 人工氣腹治療法

錢基偉 孫桐年

本文對於肺結核病及腸結核病之人工氣腹治療法及其良好結果作詳細之檢討，并以病例證明之。人工氣腹術之技術，本文曾詳為敘述，并用圖表解釋之。

本文之結論如下：

- (1) 人工氣腹治療法，對於某種肺結核病有相當價值。
- (2) 肺結核病施行人工氣腹術後，其橫膈膜升高，使肺得以鬆弛而發生機構性及血循環之上改變，對肺損傷之愈合，有良好的影響。
- (3) 腸結核病施行人工氣腹術後，可制止神經興奮，因之減少腸壁痙攣與過速蠕動，且因腹腔壓力增加，腹膜與腸漿膜受刺激之結果，而發生局部充血，使白血球增多，得以加強吞噬作用，毀滅病菌減輕毒素。
- (4) 人工氣腹術，在技術上為一簡易而安全之手術。
- (5) 人工氣腹之併發症，如氣栓塞流血腹膜炎及腹膜炎，均極稀少，穿刺腸壁之危險，亦甚稀見，除非腸在刺針處粘連於腹前壁，發生腹水，僅見於少數病例，有時可使腹膜粘連，腹腔之遊離空隙消滅，而不能施行人工氣腹手術。

### 結核病化學治療之進展

特別提出鏈黴素與「使他肺安定」加以檢討

國立上海醫學院 張昌紹

作者將曾經科學方法研究之結核病化學治療藥物，分成九大類，加以檢討。藥物之在試管內能抑制結核桿菌者為數甚多，但對動物之實驗性結核病奏效者寥寥無幾，至於在臨床上應用確有相當療效者，則更若鳳毛麟角。據最近報告，大劑量之丁種維生素對於皮膚結核——狼瘡，似有特效。Promin 類對於動物結核病確有療效，但對人類結核病，因其毒性太高，無法用其有效劑量，故在結核治療上並無實際價值。鏈黴素之結核桿菌抑制作用較強而毒性較低，其臨床應用現已充分證明，對於某數種急

性結核病如粟粒結核病與結核性腦膜炎，確有相當療效，但其實際困難甚多，結果亦多惡劣者，故其應用往往得不償失。且此藥對於最普通之結核病——即肺結核病，其價值甚為有限，絕非一般人意料中之有用。使他肺安定，即日人研究之一種台產防己鹼類 Cepharanthine，接收台灣後始改今名。據日人報告，此藥對於動物之實驗性結核病雖亦有效；但其臨床實驗缺乏合理對照，故其樂觀之結論或不盡可靠。且下列二點，更令人懷疑其療效：(1)對於急性結核如粟粒結核及結核性腦膜炎無效；(2)臨床所用劑量，較動物所用者低至五千倍左右。總之，使他肺安定，對於豚鼠之實驗結核，雖屬有效，但對人類之結核病，因其毒性較著，難用充足劑量，故其成績，殊難令人下確實結論。然此藥仍不失為有興趣之結核化療藥物，值得吾人之繼續研究，如能加以改良，前途或屬有望。

### 廣設肺癆村之建議

上海工廠聯合醫務處 余新恩

我國癆病率佔世界首位，從業之醫師往往赴其全力於臨床治療，而對病者之起因由於惡劣之環境，則限於勸告而無實際之方案以謀改善。

廣設肺癆村之意義，在使患者能在良好環境中治療，而在治療程序中，依其情況給予適宜及逐漸增加之工作，給薪俸用，俾有進益，而免因畏懼失業產生焦慮性神經病，同時在治療程序中，無心理上之窘迫，阻礙其進步。

肺癆村之設施，因有廣大之農林與工業，故能自給自足，患者不再依賴公衆之捐款，或私人之樂助，而能工作，自食其力。對其家屬亦得免有衣食之慮，致易遭疾病。在醫師督察下，逐漸增加工作，亦可免病之復發。

因肺癆村設施有種種利益，而又能補救患者之經濟，故皆樂於集中村內治療，此亦為促成自然隔離之方案也。

### 我國防癆設計之檢討

中央衛生實驗院 袁貽瑾

- 一、我國結核病之嚴重性——最低死亡率之估計為十萬人每年死二百人，患病率為百分之二。
- 二、我國以往對於結核病防治情形——入費設備經費，均甚缺乏，幾全部用於治療。
- 三、歐美各國近年結核病防治進展——普遍檢查，早期診斷與治療，病人嚴格隔離，檢查方法進步，治療方法進步，注重預防 BCG 效用，政府與社會之努力及合作。
- 四、我國結核病防治應有之初步設施。

(甲) 主要城市設立防治院，注重實驗訓練研究，防治院分門診中心，與醫院舉辦學生青年肺部 X 光檢查，接觸者檢查，早期診斷與治療，普及防癆宣傳，尤應禁止隨地吐痰惡習，開放性病人之隔離等，BCG 普遍試用。

(乙) 政府與社會設立防癆與推進之機構，充實衛生部防癆設計機構，地方設立防癆協會，全國防癆協會。

- 五、現在政府及地方防癆工作推進情形。

### 卡介苗 (B.C.G. Bacillus Calmette & Guerin) 無害論

吳紹齊 劉永綽

(一) 卡介苗為厭性「牛類型」結核菌，在牛胆汁培养基上，連續移種十五年而變質之菌，雖具產生結核素或病灶之能力，但其烈性，實已低減，因其不能致「潰進性」及「傳染性」之結核，檢之

以往事實，此項低減，實已固定。

(二) 製造或應用卡介苗，須依照卡氏所訂規律，根據卡氏所釐定之眾說及規律，反對者之言論，可以不攻自破。

(三) 世界近來對於卡介苗有利之趨勢，及吾人關於此苗之經驗，亦可證明卡介苗之「無害」。

(四) 此苗既屬「無害」，而世界學者對其「有用」，亦有充分證明，接種此苗，以防癆病，較其他防癆方法，輕而易舉，吾國亟宜採用之，而作大規模之接種。

## 十年來卡介苗 (B.C.G.) 在滬製造及應用之概況

上海巴斯德研究院 劉永綽 郭成明

(一) 吾人從民國二十六年三月起，每星期製造卡介苗一次，完全依照卡氏所訂規則，用以製苗之菌，在培养基上生活狀況，十年如一日。

(二) 蘇董氏 Sauton 液體培养基內之天冬素，可用扶胺納 (味精) 代替，卡介苗在此含扶胺納之培养基中，發育情形，并不變更，而烈性亦保持低減程度。

(三) 吾人曾以卡介苗試製結核素，用於動物 (豚鼠，牛) 效果似尚滿意；惟用作人類皮膚反應，較之標準結核素則不如也。

(四) 所製菌苗，均按期用兔及豚鼠，以作檢定，如注射分量太多，除皮下與腹腔有時化膿而自行痊可外，全體健康毫無影響；以卡介苗釀成之膿，注射於另一動物，從無疾患發生。

(五) 十年中共接種五六六一人 (口腔五四一九人，破膚二〇一人，皮內三六人，皮下五人)，接種後之受健康檢查者，皆身體無恙，受破膚接種者，結核素反應之陽性百分率，可達 83.33%，由此似可推想卡介苗「先備」價值。

(六) 綜觀上述結果，卡介苗在滬烈性之低減，始終如一，故其低減之性，誠已固定至「恰好」程度，吾人據此經驗，甚望此苗接種實施範圍，日益增廣；對於防癆前途，定有裨益。

## 專題討論二 雅司 (Yaws)

主席 胡定安 秘書 李克鴻

### 淮陰區雅司病流行之研究

#### 1. 雅司病之歷史及其流行病學

南京中央醫院內科 陳子達 鄧學俊 樂新銘

(1) 雅司病之歷史很久，在摩西時代 (1800 B.C.) 恐即存在，史家所確認雅司病之記載，則始在十六世紀。

(2) 在中國流行之歷史不詳，唯 1906 年在福建廈門，已有一病例之發現，1911 年停泊汕門之輪船上工人，亦有數例患雅司病者，此二報告之病例，其傳染來源，均是外來者，且似未於本地引起流行。

(3) 雅司病在蘇北流行之歷史，根據調查證據，當在卅年以前，惟其普遍流行，則始自抗戰以後，其傳播之來源，與日軍無關。

(4) 淮陰區之現有雅司病患者，約為居民之 6—8%。

(5) 城外患者，較城內患者為多。

(6) 十五歲以下患者，較成年及老年為多，病發例最多之年齡，為 10—12 歲，最幼者為六個月，最老者為 69 歲。

(7) 男性病發例，較女性為略高。



(8) 雅司病常年均有發現，惟 7,8,9,10 四個月之病例較高。

(9) 窮苦階級之病發例，佔絕大多數，每一家庭平均有 30—50% 之同患者。

(10) 雅司病為接觸傳染病，蠅類可為接觸之媒介，蠅類 (Stomoxys) 對於淮陰區雅司病之傳播，或甚重要。疥瘡，蟲子及凍瘡等，所引起之皮膚損害，為發生雅司病之重要前因 (Antecedent Causes)，雅司病螺旋體，未能穿過健康皮膚，而發生雅司病，吾人有實驗之證明。

## 2. 雅司病之病源

(1) 雅司病螺旋體，可於皮膚滲出之血清內找到。

(2) 此類螺旋體之外形，與梅毒螺旋體，不能區別。

(3) 在黑地映光視野下，此類螺旋體，頗為活動，惟其活動，係繞其長軸急轉，向前推進之速度則甚緩。

(4) 此類螺旋體，頗能耐寒，於零度下之室溫，留置八小時，仍見其異常活動。

(5) 用 Tribondeau 氏所改進之 Fontana 氏染色法，可將此類螺旋體，清晰染色。

(6) 血塗片上，未能找到此類螺旋體。

(7) 短期之雅司病病程，未能於患者體內，產生免疫體。

(8) 雅司病與梅毒間，無交互之抵抗力 (Cross Immunity)。

## 3. 雅司病之症狀及體徵

(1) 雅司病之潛伏期，根據書上記載，約為三四星期以上，根據吾人實驗接種結果，在淮陰區流行之雅司病：其潛伏期可短至 5—12 天。

(2) 潛伏期內，有週身不適，及骨節酸痛症狀。

(3) 初期皮疹之分佈，多在四肢，其在外生殖器上者，吾人 221 病例中，亦有八例，初期皮疹，可僅有一個或數個以上，多數均發生於疥瘡或其他瘡口之部份，患處有癢感，且多數均有週身症狀，於兒童患者中較少。

(4) 二期：

初期與二期皮疹出現之時間，多數為一個月左右，惟亦有短至數天或長至數月者，前者恐係多數之初期皮疹，而不是二期皮疹，時間時間內之絨毛狀脫皮，於吾人病例中，僅有一類似者。

二期皮疹與初期皮疹之形態，以結痂及類似花甘藍者最多，大部均分佈於四肢，尤其是近肘及膝關節。

(5) 三期：

221 病例中，骨膜炎及骨質增厚者有十例，其中八例，均伴有二期皮疹，且病史甚短，故此類症狀，究為二期症狀，抑為三期症狀，未敢確定。

其他三期症狀如毀形性鼻咽炎，近關節小結及根度病未有發現。

(6) 多數患者之雅司皮膚瘡，均有輕度繼發性之細菌傳染，其白血球略為增高，多核性白血球較多，嗜紅性白血球之增高，則至為明顯。

## 4. 雅司病之診斷及鑑別診斷

(1) 雅司病之臨床診斷，在淮陰流行區域，甚為容易，蓋多數之皮膚瘡，均為典型者。

(2) 本文 221 例，均為臨床上診斷確定之雅司病。

(3) 221 病例中之 92% (一)，有實驗室之診斷，證明其為雅司病。

(4) 病原體之尋找，以黑地映光檢驗法為最好，染色法則用 Tribondeau 氏所改進之 Fontana

氏硝酸銀染色法為佳。

(5) 96% (+) 之雅司病患者，其血康氏反應，均呈陽性，且多為強陽性。

(6) 雅司病與梅毒，淋病，牛皮癬，及其他疾病之鑑別診斷，本章均有論列。

## 5. 雅司病之治療

(1) 雅司病可用紅汞治療，效用迅速，而無不良後果。此藥除靜脈注射外，尚可用肌肉注射，及口服方法，用於此病之治療。口服方法較緩，唯其引用，對於普遍治療雅司病，至為重要。

(2) 砒劑中之「914」及馬發生 Marphasen，對於此病之治療，均具特効，唯多數患者，均尚三次或三次以上之注射治療。吾人病例中尚無注射一針，即行痊癒者，有數例雖注射三針以上而仍未癒。應用此種藥品作此病之普遍治療，於目前中國之情形下，絕不可能。

砒腫酸腺於吾人所治之病例中，功效不甚顯著，口服三氧化二砷，對於雅司病之治療，具確定之功效，其經濟及便利，使吾人於目前中國情形下，對於普遍治療雅司病之可能性，寄予極大之希望。

(3) 次水楊酸鈹 Bismuth Subsalicylate 於吾人所治之病例中，功效極緩。

(4) 般尼西林 (Penicillin) 對於雅司病之治療，極有功效，吾人且發現用每日一次大劑量之般尼西林注射，連續 3—5 日，可使多數雅司病患者，於一星期內，獲得臨床上之痊癒。此種發現對於雅司病之治療及普遍治療，亦甚重要。

(5) 所用各組治療藥品，均無嚴重之不良反應。

(5) 復發與再傳染問題，本文亦曾討論。

## 6. 雅司病之預防

(1) 患者之隔離，治療及污染物之消毒，均為預防雅司病所應採取之步驟。

(2) 媒介物如蠅類等之撲滅，至為重要。

(3) 便利雅司病螺旋體侵入皮內之皮膚疾病，如疥瘡，蟲子及凍瘡等之治療，及其他傷口之保護，對於預防此病之流行，乃屬急不容緩之舉。

(4) 普遍治療：引用作者所創用之口服紅汞及三氧化二砷，於目前中國之情形下，為採用普遍治療方法，以預防此病流行之唯一可能希望。

## 青黴菌素對雅司的實驗治療初步報告

台灣省衛生局 陸光庭

(1) 用青黴菌素 (Penicillin) 治療雅司，首先可見因雅司而引起的繼發傳染，在 10 小時以內消失。

(2) 雅司的皮膚症狀，在治療開始 24 小時後，即趨向痊癒。

(3) 在 12 個病例中，有八個由黑地映光法，直接看到活潑的螺旋菌；但在培養時，僅一例獲得成功。

(4) 患者均貧血，白血球數目不規則，紅血球沉降速增加，在注射青黴菌素後趨向正常。



---

---

# 骨之異常及發育

## 在 X 光 上 之 所 見

下

貴陽總醫院放射科  
石順起

### 骨年判定 (Bone-Age Determinations) 所取之部位表

- 年 (Years)
- 1—5 (1) 全身像 (Full figure) , 分攝於兩片。  
(2) 兩手及兩足 (Hands and feet) , 分別拍照。  
(3) 腋骨膝部側面檢查 (Lateral knee for patella) 。
  - 6 (1) 腕骨及蹠骨 (Carpals and tarsals) 。
  - (2) 肩部 (Shoulder) 。
  - (3) 骨盆 (Pelvis) 。
  - 7 (1) 骨盆 (Pelvis) 。
  - (2) 腕 (Carpals) 。
  - 8 (1) 腕 (Carpals) 。
  - (2) 足外側面 (Lateral foot) 。
  - 9 (1) 腕 (Carpals) 。
  - (2) 足外側面 (Lateral foot) 。
  - 10 (1) 肘 (Elbow) , (外側面及前後面) 。
  - (2) 足外側面 (Lateral foot) 。
  - 11 (1) 十歲及十二歲項下所列之照片。
  - 12 (1) 肘 (Elbow) , (外側面 ; 前後面) 。
  - (2) 腕 (Carpals) 。
  - 13 (1) 髋部 , 包括半個骨盆 (Hip, with half pelvis) 。
  - (2) 肘部前後面 (Antero-posterior elbow)
  - 14 (1) 十三歲及十四歲項下所列之照片。
  - 15 (1) 鎖骨 (Clavicle) 。
  - (2) 肩骨 (Scapula) 。
  - (3) 骨盆 (半) (Pelvis, half) 。
  - (4) 足外側面 (Lateral foot) 。
  - (5) 手 (Hand) 。
  - (6) 肘外側面 (Lateral elbow) 。
  - 16 肘 (Elbow) (外側及前後面) 。

- 17 骨盆 (Pelvis)。
- 18 (1) 腕 (Carpals)。
- (2) 踝 (Tarsals)。
- (3) 肩 (Shoulder)。
- (4) 骨盆及股關節 (Pelvis, with hip-joint)。
- (5) 踝 (Ankle) (前後面)。
- 19 (1) 十八歲及二十歲項下所列之照片。
- 20 (1) 腕骨及腕 (Carpals, with wrist)。
- (2) 兩膝 (Knees) (前後面)。
- (3) 踝 (Ankle) (前後面)。
- 25 (1) 鎖骨 (Clavicle)。
- (2) 肩骨 (Scapula)。
- (3) 盆骨 (Pelvis)。
- (4) 膝 (Knee)。

吾人最好記憶：(1) 骺 (epiphyses) 之顯現最晚 (last appear) 者，却最早聯合 (1st to unite)，耳營養孔 (nutrient foramen) 即跟踵而至；(2) 骺與骨幹有關面積 (relative proportion to the shaft) 之最大者 (腓骨例外)，骨化 (ossification) 開始最早；(3) 及當一骨骺由多數中心 (several centers) 骨化時，該中心等在未與骨幹聯合前，本身先行相互連接 (fuse together before uniting with the shaft)。

正常骨骺聯合程序之異常 (variations)，與發生畸形，至關重要，例如第五腰椎側突 (lateral mass) 之一中心未曾發育 (failure of development)，可致脊椎側突 (scoliosis)，腕下骺接連異常所致之畸形，稱為 Madelung 氏畸形 (Madelung's deformity)，其腕關節面 (plane of radiocarpal articulation) 係向內向後旋轉。因發育不規則所致之畸形 (deformities due to irregularities in development)，曾於小兒感患天花 (smallpox) 後見之。

遲聯合 (Delayed union)，可合併於精神或身體之遲行性發育 (retarded mental and physical development)，於普通一例克汀病 (cretinism) 時見之。又傳染或外傷 (infection or injury) 之結果，亦可發生。

其影響於中心 (epiphyseal centers) 諸種內分泌失常 (endocrine disorders) 之確實準則 (role)，尚待工作報告，但有興趣者，係於注意甲狀腺機能遲鈍 (hypothyroidism) 時，及於生殖腺及其他垂體素缺乏 (gonad and another pituitary deficiency) 病例時，諸多中心顯現及骺線癒合 (closure of epiphyseal line) 之時間，有顯著之遲滯 (marked delay)。相反情形之過速發育 (advanced development) 及骺之早期聯合 (early union of epiphyses)，曾見於一可疑松果腺機能亢進 (hyperpinealism) 病者。自理論立場言之，甲狀腺機能亢進 (hyperthyroidism) 亦可呈過速發育之現象。

骺之正常鈣化 (Normal calcification of epiphyses)，可發生異常 (variations)，骺等可自多核 (several nuclei) 骨化，或自一中心核及一邊殼 (a central nucleus and a peripheral shell) 骨化，二者間留有一清晰帶 (clear zone)。

#### 參考文獻

- Albers-Schonberg: A Skeletal Anomaly, the Supracondylar Process, Am. Jour. Roentgenol., 1916, 3 182.
- Ashhurst, A.P.C.: Congenital Absence of the Fibula, Ann. Surg., 1916.

---

Barnes, N.P.: The Sesamoids of the Flexor Brevis Hallucis, New York Med. Jour., 1915, 102, 940; Trans. Am. Therap. Soc., 1915, p. 59.

Bierman, Morris I.: Supernumerary Pedal Bones, Am. Jour. Roentgenol., July, 1922, 2, 404.

Boorstein, S. W.: Symmetrical Congenital Malformation of Extremities, Ann. Surg., 1916, 63, 192.

Case, J. T.: Anacephaly Successfully Diagnosed before Birth, Surg., Gynec. and Obst., 1917, 24, 312.

Cushing, H.: Hereditary Ankylosis of the Proximal Phalangeal Joints, Jour. Ment. and Nerv. Dis., 1916, 43, 445.

Dunlop: Adolescent Tibial Tubercle, Am. Jour. Orthop. Surg., 1912-1913, 9, 313.

Dwight, T.: Closure of Cranial Sutures as a Sign of Age, Bost. Med. and Surg. Jour., 1890, 122, 389.

Dwight, T.: Variations of the Bones of the Hand and Foot, 1907, Lippincott.

Engelbach and McMahon: Osseous Development in Endocrine Disorders, Jour. Radiol., June, 1924, p. 378.

Geist, E. S.: Supernumerary Bones of the Foot, Am. Jour. Orthop. Surg., 1914-1915, 12, 403.

Hartung, A.: Congenital Anomalies and Variations of the Bony Skeleton, Am. Jour. Roentgenol., 1916, 3, 430.

Hess, Julius H.: Diagnosis of the Age of the Fetus by the Use of Roentgenographs, Am. Jour. Dis. Child., 1917, 14, 307; abstracted with table in Am. Jour. Orthop. Surg., 1916, 14, 34.

Milne, James A.: Congenital Absence of the Radii, Brit. Med. Jour., 1915, ii, 821.

Peckham, F.E.: Congenital Elevation of the Scapula, Bost. Med. and Surg. Jour., 1916, 174, 315.

Piersol, George A.: Congenital Perforations of the Parietal Bones, Univ. Penna. Med. Bull., 1902, 15, 203.

Pryor, J.W.: Ossifications of the Bones of the Hand, Bull. Univ. Kentucky, 1916, vol. 7; reviewed in Am. Jour. Roentgenol., 1916, 3, 416.

Rugh: Sprengel's Deformity, Tr. Philadelphia Acad. Surg., 1915, 27, 62.

Ruh, H. O.: Acrocephalosyndactylism, Am. Jour. Dis. Child., 1916, 11, 281.

Schueller, A.: Peculiar Cranial Defects in Young Individuals, Am. Jour. Roentgenol., 1916, 3, 497.

Schueller and Stocking: Roentgen-ray Diagnosis of Diseases of the Head, Mosby, 1918.

Sever, J. W.: Obstetrical Paralysis, Am. Jour. Orthop. Surg., 1916, 16, 456.

Sheldon, F. B.: Bone Lesions of Smallpox, Am. Jour. Roentgenol., 1923, 10, 35.

Skillern, P. G.: Congenital Perforations of the Parietal Bones, Ann. Surg., 1914, 9, 807.

(完)

附註： 1. 此文摘譯自 Roentgen Interpretation, Holms and Ruggles.

2. 此文承本院放射科盧少穆先生熱心抄寫，謹致謝意。

## 醫藥文摘

馮冠華摘譯

### 年齡與血壓之關係 (一九四六年十月份美國心臟雜誌)

H. I. Russek, M. M. Rath, B. L. Zohman 及 I. Miller.

Russek 及其同事就其四十歲至九十五歲間 5,331 例之血壓，加以分析，發現正常之收縮壓乃隨年齡而增加，正常之最高度亦隨年齡而進；但弛放壓則反隨年齡而減，此種影響係由於主動脈及其大分枝，彈性逐漸隨年齡而低減之結果，而中樞神經系之生理變異，因年齡而起之血管過度反應力亦為最重要之因素，血管性與神經性之二重機能，皆足以使收縮壓隨年齡而增，而弛放壓則因年齡而減。

### 葉酸 (綜合牛乳桿菌乾酪質因素 Synthetic L. Casei Factor)

Folic Acid 為全血球生成刺激劑 (一九四六年九月份美國醫藥科學雜誌)

C. A. Doan.

Doan 將由菠菜、肝、酵母及其他天然來源獲得之葉酸及新綜合之牛乳桿菌乾酪質因素，加以臨床及實驗室之研究分析，發覺其中有一基本分子，對於骨髓內尚未成長及組織內已成長之各類細胞之新陳代謝，極為重要，如由於外在關係，食物中之缺乏，及內在關係，其吸收發生障礙，以致此種牛乳桿菌乾酪質因素，相當缺乏時，則哺乳類骨髓內細胞之發育，即行不正常；此外尚有許多其他原因，包括傳染等，俱可相對限制人類組織器官之臨床穩定與否。

### 慢性竇炎之現時療法 (一九四七年一月份美國醫藥雜誌)

Leland G. Hunnicutt.

欲謀慢性竇炎之能獲得確切診斷與適當及完善之治療，首必了解鼻與諸竇之生理狀況，其次則內科專家與小兒科專家之協助，亦使耳鼻喉專家對於慢性竇炎之治療，更有把握；前者常供有關於患者全身其他病理情況，是否屬腺惡液性體質，是否為營養缺乏，是否有遲睡、吸煙、飲酒、飽食及過虛等不良習慣，是否塗過或服過易使鼻充血或引起其他發障之藥物；後者則貢獻

患者有關於過敏性及鼻內過度用藥等資料。

適當而完善之治療，必須準確之診斷，此則有賴於 (一) 鼻及附屬部份之通盤詳確檢查。(二) X 光照片檢查。(三) 細菌與細胞學之檢查。(四) 診斷性灌洗。

Hunnicutt 推薦未從事治療之先，應先擬一治療計劃：1. 非外科法：此法多限於童年患者行之。(一) 裁除扁桃腺，腺樣增殖體，并吸出足

以妨礙正常引流之膿性阻塞物。(二)鹽水及重碳酸鈉液之溫液灌洗鼻腔。(三)磺胺類藥物與青黴菌素之應用，對於急性癰疽甚有效；尤其伴於手術前後使用為然。(四)疫苗及X光治療已無功效。

2. 外科法：其目的在改善通氣，鼻竇之引流并移除患病組織，(一)鼻腔，有鼻中隔之粘膜炎之切除，鼻息肉之移除，中鼻介骨之反折法 Refraction of the middle Turbinate 及中鼻介骨之壓碎法，視情況如何隨機應用。(二)上額竇，如通於下鼻道內之正常通路過窄，不易灌洗

，可擊大之，如其粘膜炎腫，或有瘻肉，可截除之；如係因齒槽化膿關係，可將患齒拔除并接括傳染之骨及其附近竇內膜。(三)篩竇，將上額竇與額竇之傳染退阻後，如篩竇仍有傳染，可續行篩竇截除術。(四)蝶竇，通常此竇之傳染，多採保守療法，一再無效，可將其前壁及底截除，但剝脫其附屬之內膜者，極為罕見。(五)額竇，反復灌洗，常即收效，如其通路被塞，可將篩竇之一二前峰窩擊除，移除瘻肉樣之粘膜炎，使其暢通入鼻中道，如仍無效，則可行 Lynch 氏截除術，或其他根治手術。

### 鍊黴菌素治療之耳部併發症 (一九四七年一月份美國醫藥雜誌)

Edmund P. Fowler Jr. 及 Ewing Seligman.

鍊黴素 Streptomycin 治療後，將繼發前庭與聽覺系之神經中毒症狀，Fowler 及 Seligman 就其八十一例受鍊黴菌素治療之患者觀察其耳部中毒併發症，結果發現經停止治療後二月，此等病人中，僅有三例發生前庭作用消失，十三例延遲，六十五例正常，消失之三中，有一例於第三月後亦漸增其反應，此三例於治療時皆起暈眩，且逐漸減低以至於無；其中除僅一例伴以無關之高調喪失外，餘於聽覺紀錄器上皆正常，八十

一例中聽覺障礙者如下：完全失去聽覺者一例，但并無前庭機能之障礙，高低調俱失者十一例，(除二例外餘或係其他原因所致)，高調喪失者(2896, 4096 及 8192) 四十二例(較不重要，且戰地士兵多患之)，低調喪失者(256及512) 一例，餘皆正常，因有此种併發症之可能，故鍊黴素之應用，宜加慎重，但不能因噎廢食，故著者主張，如確認係此適應症，不能因此危險而禁用！

### 鍊黴素之治療亞細亞霍亂 (一九四六年九月份美國熱帶病醫藥雜誌)

H. A. Reimann, G. C. T. Chang, Liang-Wei Chu, P. Y. Liu 及 Ying Ou.

據 Reimann 及其同事等之研究，霍亂病例如加適當治療，則其病程即行縮短，且死亡率減低，鹽及水分之補充與妥當之護理，殆為治療過程中最重要之步驟，脫水及鹽類之喪失，乃為霍亂

致死之主因，較血中毒尤為重要，不論鍊黴素之口服或注射，其結果除使糞便內之霍亂弧菌，迅為減少而縮短病程外，別無其他作用，在試管中霍亂弧菌對於鍊黴素之抵抗極強。

### 尿普羅提俄斯 Urinary Protease 之治療過敏性病 Allergy.

(一九四六年十月份新新拉他醫藥雜誌) E. E. Rhoads.

Rhoads 獲習一二十四歲婦人，具有氣喘，及嚴重皮膚病，并伴有白內障及視神經萎縮之病歷，

該例經給予自家尿普羅提俄斯，治療其皮膚，竟獲得痊癒，而視覺之另外病變，亦得藉此預防。

### BAL 以治療急性汞中毒 (一九四六年波斯頓臨床研究雜誌)

W. T. Longcope 及 J. A. Leutscher E. Calkins 及其同事

Longcope 及其同事，將住入聖哈普金斯醫院，吞食 0.5 至 20 公分氯化高汞之二十三例，加以觀察及研究，發覺全例中，除一例外，皆用

BAL (2-3-dimercaptopropanol. British antilewisite) 治療，其起首之量甚小，俱皆獲痊癒。

## 交換綑帶

### 九

#### 鍾志謙

五七、急性淋病性尿道炎，大多是由宿娼傳染淋病雙球菌而起，尿道外口灼熱癢癢而疼痛，分泌膿性粘液，如果施行尿道灌洗術，應當限制在前尿道的一部份，切忌用力太重，將病菌沖擠到膜部和前列腺部，成為後尿道炎，那末不但根治困難，而且尿道周圍腫脹，前列腺炎，和副睪丸炎等合併症，就很容易發生，尿道的發生狹窄，則又能痛苦一生。

五八、軟性下疳，大多也是從宿娼傳染杜克雷氏桿菌（bacillus Ducey）而來，包皮龜頭和冠狀溝是發生最多的部位，創口成潰瘍形，邊緣很不整齊，底面亦不平滑，極其疼痛，分泌甚多，腹股溝淋巴腺常腫大，因為不起硬化，所以稱謂『軟性下疳』，有的時候會跑馬式的擴展開來，局部的措施除了清潔以外，最忌潮濕，我們常用的方法，是將潰瘍洗淨以後，用純石炭酸腐蝕底面及邊緣，再用酒精拭去，然後用鈹碘糊劑，（B.I.P.P.）就是用次硝酸鈹，或次碳酸鈹一份，碘仿二份，液體石臘三份的合劑包裹之。

五九、梅毒是一種接觸傳染的慢性病，也可以由母體遺傳給嬰兒，俗稱『楊梅瘡』，為了宿娼不知預防的病案，為數特多。發病的原因，是為了梅毒螺旋菌的感染，先發的部位，便是有些微破損而接觸的地方，開始發生丘疹，不痛不癢，底部變厚，成為硬結，稱謂『硬性下疳』，附近的淋巴，亦呈頑固性的腫大，但是沒有急性炎症的進行。繼續下疳而起的，就是早期皮膚損害，發生密集沒有痒感褐色的紅斑、丘疹、水皰、膿胞和扁平濕疣等；等到晚期，就是發生結節狀的腫瘍，我們稱它謂『樹膠樣腫』，很容易軟化崩潰，成為潰瘍，骨髓與骨，統統可以發生，終致患部缺損。關於全身驅梅毒療法，實在比局部來得重要，乾燥的皮疹，可以不必用藥，濕性的如扁平濕疣等，則應當洗淨，撒上甘汞，或者用水銀與白降汞等軟膏塗布，已經成為潰瘍的，在局部的措施上，亦祇有用抗毒藥液等，予以洗滌敷，保持創口的清潔，防阻病區的擴大罷了。

六〇、結核不是單單患在肺部的獨有病症，它在身體的任何一部份，都可以發生，外科上的結核症，乃是由於結核桿菌，先沈着在組織裏面，開始炎性病機，因為組織的基質和細胞發生變性，其他健全的組織細胞增殖，所以成為灰白色的細胞性小結節，這就叫做『結核結節』，它沒有血管，常常由於新生細胞的崩潰，而起乾酪樣變性，如果液化，那末乾酪樣的物質，便和漿液性與漿液纖維素性的滲出物，成為混合的膿液，稀薄如水，混以乾酪碎片和纖維素絮片的特徵，白色或稍帶綠色，表面不起急性的炎症，經過亦很緩慢，這就叫做『寒性膿腫』，破潰了之後，呈海綿樣肉芽面而改稱結核性潰瘍，這種結核結節在未破潰之先，向來是將膿液抽出之後，而注



入百分之十的碘仿甘油，因為切開，是很難愈合的，一經潰破，則一般的抗毒藥劑外，魚肝油却是很理想的敷劑，結核性關節炎，在未破潰以前，安置石膏繃帶，絕對的制止動作，充分的休息，乃是非常重要的。

六一、狂犬症是犬類動物所患的疾病，因為狂犬的咬人，而傳染給人，毒素經由末梢神經而傳至中樞神經，它的毒素很像破傷風，使肌肉發生痙攣，尤其是咽喉部的肌肉，祇要口渴思飲，便立即發生痙攣，涓滴不能下嚥，所以又有恐水病之稱。人體被狂犬咬傷，不論輕重，祇要皮膚破損，便可傳染，因此凡是被可疑之犬類咬傷者，應即擴大創口，用純石炭酸，發煙硝酸，硫酸或烙鐵等來腐蝕，或者可以幸免傳染於萬一，但是可靠的療法，不要斤斤於作局部的計較，Pasteur 氏的狂犬疫苗注射，乃是比較有保障的。

六二、蛇咬症在溫熱帶是很多的，乃是被毒蛇所咬的，多有生命之憂，毒蛇的種類很多，大致頭形三角，尾巴鈍圓，皮包純一或青或灰，都是毒蛇之列，大小却還在其次。它有毒齒，藏於上顎部，有排泄管通到毒齒，人被咬的時候，便即注入創傷內，稱謂尖齒創 (Fang wound)。據 Roger 氏的研究，有種蛇毒素能使呼吸中樞和腦神經麻痺，另一種則可使血管運動神經麻痺，也有一種毒蛇則兩者兼而有之，當被咬之後，就可迅速呈現發赤，浮腫與劇痛，淋巴腫脹，血液凝固而起血栓形成，致令創口腐敗而壞死。如果是斷創，就應當迅速在創口的上部緊縛，用過錳酸鉀結晶揉擦，或擴大傷口，切除一部份組織，用石炭酸或烙鐵燒灼之，或者在咬傷的部位，作 (H) 形的切開，讓血液流出來，如果有吸鐘的話，最好用它吸出血液和毒素，口腔沒有破損的人，以之代替吸鐘，連吮連吐，乃是無危險的。(附圖一)。咬傷後經過緩慢者，則與一般的創傷治療無異。至於血清療法，畢竟是較為可靠的，有人說蛇毒素從創口入血，首先入胃，再從胃中慢慢吸收，所以洗胃，來不斷的排除體內毒素，與局部創傷的處理，有一樣的重要。

六三、昆蟲刺螫傷，最普通的是蠍子、蜈蚣、和蜂蟲等，被咬以後，輕重各異，螫傷的部份，迅速發紅、浮腫、灼熱劇痛，我們知道這類昆蟲的毒素，多半是屬酸性的，所以要用稀釋鹼性的溶液去中和它，而用阿母尼亞、鉛糖水，碳酸鈉和過錳酸鉀等溶液去覆包。

六四、壞疽的病案，過去現在都是相當多的，在作戰的傷患中，我們見得到的壞疽，有的是為了大血管主幹的損傷，人工的長期緊縛止血，使血液的流通起了機械性的斷絕，有的是局部挫傷過甚，有的是暴寒太久，血運滯滯，也有的是受化學的強度腐蝕作用而起。壞疽有乾性和濕性兩種，乾性壞疽，常常是屬於動脈主幹閉塞，由於循環供給而來的水份斷絕，原有的水份蒸發，組織不能生活，變成灰暗乃至發黑，終至與健康部分界脫離，濕性壞疽常常是屬於靜脈性的，但不論是屬於動脈和靜脈，祇要傳染的發生，便都成濕性的現象，細菌能使死滅的組織，開始腐敗性的分解，發生有毒的代謝產物，並且惡臭異常。我們在交換繃帶的目的中，總要設法阻止傳染，充分導流分解產物，改善血運循環，使得尚未完全壞死的組織，步入較為有利的環境。



# 國防醫學院 與中央研究院之合作研究

## 汪猷發明橘黴素功同青黴素

大公報 (上海) · 唐振常 ·

【本報特寫】合衆社的記者從舊金山打出電報，說中國的四位化學家製成了一種叫 Citrinum 的藥，功用和般尼西林一樣，可以殺滅細菌。

這是一件大事，然而却要美國人來介紹，令人覺得不免遺憾。中國對科學少有大貢獻，有了成就，大家也很漠視，政府不培植，輿論不重視，這也是科學老無大進步的原因之一。

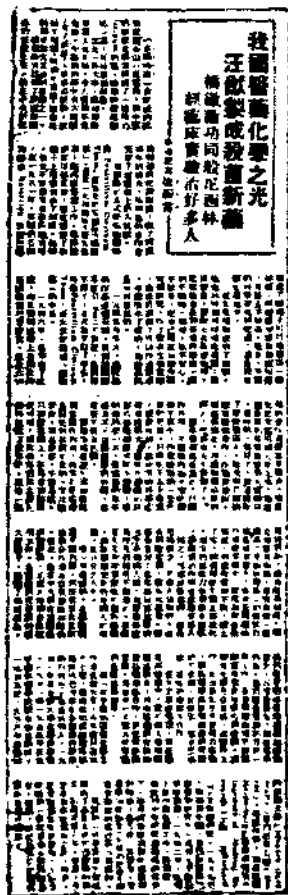
記者昨天找到了製成這藥品的汪猷先生，他在中央研究院醫藥研究所服務，費了將近兩年的功夫，他和他的合作者完成了這醫藥上的大貢獻。

這個藥的正式學名應該叫做 *Penicillium Citrinum Thom*，汪先生把它翻作「橘黴菌」。這在一九四四年，汪先生在上海丙廉藥廠工作，他開始研究這個東西，他從霉爛了的橘子上培養成功了細菌。起初，他並不知道它有治病的功用，在一九三一年，英國的名細菌學家 Raistrick 教授已經知道了爛橘子可以培養出一種細菌，但這種細菌有甚麼用處，英國人不知道。後來，美國的科學家也研究過，還是沒有搞出道理來。

汪先生培養成功了細菌，他也只知道可以用來殺菌；殺甚麼菌，醫療上有甚麼功用，起初他也是和英美科學家一樣的不曉得。然而，他不甘心，不歇手，把自己關在實驗室裏埋頭研究，作了幾次生物實驗，他終於發現了可以作治療用。辛勤換來了成功，他的高興是可以想見的。

一九四五年冬天，他把他的作品送到英國，英國的細菌專家 G. Smith 教授，高興得不得了，正式給它打了學名，叫做 *Penicillium Citrinum Thom* 汪先生便翻成「橘黴菌」的中名。

一九四六年，名字有了之後，而且得到國際上有地位的英國細菌學者證實，汪先生和他的合作者便放手做去，他首先把它應用到人身上來，他



用橘微菌的培养液敷到人體傷口，很快的，傷好了，接連醫好了好幾個病人，他更和江灣的陸軍醫院合作，作臨床治療，到現在為止，用橘微菌治好的病人，已經有三十幾個了。

橘微菌到現在為止，只能作外用，不能夠內服。它的毒性不算小，作實驗用的一公斤重的老鼠，只消吃下五十毫克，便會死掉。然而它的外用功效却特別大，傷口化膿輕的只要六個鐘頭就可以不潰爛，重的也只要一天，最厲害的也不過三天。這裏所謂的外傷，當然要不傷及內臟。

雖然它現在還不能如般尼西林樣作內用，但它的好處却是般尼西林所不及的。它比較安全，容易保存，不輕易壞，只要敷在傷上，不用看護照料就可以，這比般尼西林之要人隨時照顧方便得多。還有一點最特別的，就是藥品如果不能立刻殺死病菌，則病菌對一般藥品（生物抗毒素）的抵抗力都是愈來愈大，也就是說藥品的作用愈來愈小，般尼西林也是這樣，但橘微菌却不同，碰上了它，病菌即使不能立刻殺死，而它的抵抗力也會愈來愈低，橘微菌的作用也就愈來愈大。因之，用橘微菌治病，總是用得很少，不會大量用的。這在試驗管裏，屢有此現象。據汪先生說：在用橘微菌治好的三十多個病人裏，有好幾個就是般尼西林所不能治的。根據汪先生和陸軍醫院的治病經驗，橘微菌能完全治好病人的可能，是百分之八十。

唯一可遺憾的，是橘微菌還不能內服，但相信汪先生和他的合作者是會克服這困難的。現在，他在中央研究院醫藥研究所裏，正成天埋頭在做這項工作。在醫藥研究所裏的兩大間房子，擺滿了器材藥品，他們希望能夠使橘微菌的毒性減少，以至於沒有，能夠用來內服。他們還在實驗的另外一件工作，是希望能做到不要用細菌培養法培養出橘微菌，而能用化學方法合成。這兩件工作，正由汪先生日夜努力在做，國防醫學院派到醫藥研究所的丁宏助，杜傳忠，賈承武三位，在他的指導下合作。

汪先生謙虛地說，現在還在試驗期中，說不到大量用到醫院裏去，只由醫藥研究所和國防醫學院合作，研究和臨床實驗。希望有一天能大量普遍的在醫院裏應用。

這一位辛勤的醫藥化學工作者汪猷先生，今年還只有卅七歲，然而他的成就卻可以毫無愧色地站立在國際科學家的行列中，他是杭州人，一九三一年在金陵大學化學系畢業，一九三一到一九三五年在北平協和醫學院讀生物化學科，一九三五年到一九三八年在德國的明興大學(Munich University)專門研究固醇(Sterol)。畢業以後，留在德國Heidelberg的醫藥研究所(Institute of Medical Research)工作。從 Richard Kulu 教授研究。一九三九年，他回到中國，在協和醫學院教書和研究，一直到大太平洋戰爭爆發後，一九四二年，他到上海丙康藥廠工作。勝利後，他就到中央研究院醫藥研究所了。他在丙康藥廠研究橘微菌的時候，洪芳貴，范慶生，黃鳳翠三位先生，是他的助手，這在合衆社的電報裏也提到的。

美國的「科學雜誌」最近發表了汪先生研究橘微菌的論文，引起美國人極大注意，也才有合衆社電報之來。昨天，記者和汪先生談話時，上海合衆社的一位記者也去訪問汪先生，他說，要把汪先生的研究讓全世界都知道。



橘黴素的性能

本月份的美國科學雜誌上發表了一篇轟動美國醫藥界的研究論文，那就是我國汪猷先生對足能與青黴素 (Penicillin) 媲美的一種新藥——橘黴素 (Citrinin) 的發現報告。上海大公報接到美國合衆社本月三日自舊金山來的電報才曉得這個消息，次日該報曾有一段專訪與介紹。六日上海大陸報對這件新聞，就有一個較詳的報導。我們自己發現的東西還要美國人來介紹，的確是件使人啼笑皆非的事。

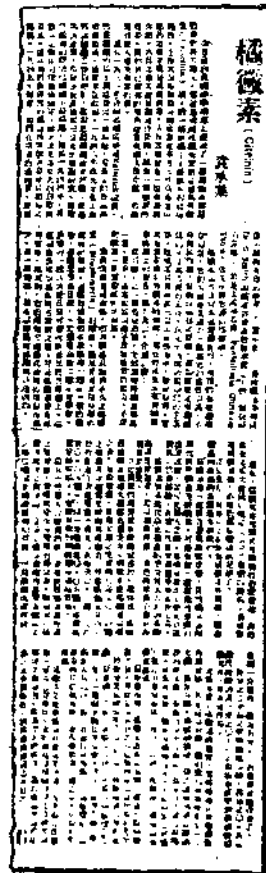
遠在一九三一年英國名細菌學家 Raistrick 教授，已從霉爛的橘子裏培養出一種細菌，可是它的性能與治療價值，始終未被發現。一九四二年汪先生在上海丙廉藥廠工作的時候，就對這種細菌發生興趣，於是與洪芳貴、范慶生及黃鳳翠三位先生理頭研究。當時青黴素的研究已醞釀至最高潮，迨至一九四四年，青黴素之臨床治療價值確定，給予汪先生莫大的慰勵與希望。因為他們所研究的細菌與青黴素都源自相似之霉菌。一九四五年初春，他們在培養的過程裏，提煉得一種純黃色的粉末。當年冬，英國微菌學權威 Dr. G. Smith 即確定這些黃色粉末就是十四年前疑竇的答案，於是正式命名為 *Penicillium Citrinum Thom*，汪先生將它譯成橘黴素。

橘黴素迄今雖尚未被醫師採用，但我們有理由可以相信，它的前途是光輝的。雖然它的毒性很高，不能輕易內服，惟根據以往之經驗，這類毒性是可能減低的。在這方面的工作，汪先生與國防醫學院的丁震勛，杜傳忠與賈承武三位正在努力中。除此以外，它具有許多勝於青黴素的優點，現在將汪先生在美國科學雜誌上的報告，摘其扼要，介紹於後：

就橘黴素之一般性能而言，它確要較青黴素略高一籌，至少，通常的室溫還不致影響它的效力，不像青黴素一定要貯藏在冰箱裏。

我們曉得普通藥物，如青黴素及勃興不久之鏈黴素 (Streptomycin) 的劑量，通常要隨服用時期的延長而增加。這就是說假如本來服用一匙就有效的藥物，連續服用數日後，一定要增加到二匙才會顯效。所增的一匙就消耗在對付體內所產生的抗毒體上。這種現象藥理學裏就叫它做耐受量。可是橘黴素沒有這些情形，相反的，它的劑量可隨服用時期的增長而減少。這一點特點，筆者認為是值得推薦及注意的。

還有，橘黴素能增進某些藥物的治療效能，例如本來需用大量磺胺嘧啶 (SD) 治療的疾病，患者服用橘黴素後，小量的磺胺嘧啶就足夠了！



汪先生在「科學」上還提到橘微素外用時，對治療肌肉組織的潰爛是奏神效的。

橘微素是一種新近發現的抗生體，目前雖未用來代替青黴素及鏈微素，可是它對一般細菌性患疾的治療成績，足可使吾人樂觀。是項實驗汪先生在日本投降前已獲結論，並為當代英美細菌學專家所公認。

橘微素對革蘭氏陽性細菌的感受性要大於對革蘭氏陰性細菌者，尤以劇臭桿菌，黃色鏈球菌及草狀桿菌最易感受。

在這裏我們還要重新提到前述的一種特性，那就是橘微素能增大細菌的感受力。例如未經橘微素處理之黃色葡萄球菌，在每公撮之培養劑內需要0.4 毫之橘微素才能完全抑制其活動力，可是該菌在廿四小時內經過十次處理後（首先二次每次0.1 毫，後八次0.05 五毫），同一分量祇需0.05 毫的橘微素就足夠抑制了。它對其他的細菌都有這種性能。

還有一件吾人曾提到的事，就是經橘微素處理後之鏈球菌，對磺胺嘧啶有特殊的感受力。例如未經橘微素處理之鏈球菌，在每公撮培養劑內需要五毫以上之磺胺嘧啶才能達到抑制狀態，可是如前法處理後，在同一分量內，祇需五分之一的藥量就能生效了。

百分之二十五之半磅氨基酸，百分之〇·五之硫代硫酸鈉或百分之〇·一之對胺基苯甲酸溶液對橘微素皆不顯顯作用。

因為考慮到橘微素的毒性，目前祇能在動物裏做內服實驗，若按體重計算，鼠的致死量每百克是一·七毫，兔是五毫。屍體解剖時，我們發現死者之肺與肝內皆出血，藥物仍集中在胸部的血管內。當注射劑量不及致死量時，動物尚能保持正常。經靜脈注射後，兔之中毒現象為：流淚，流涎，流鼻涕，易倦及體溫減低。

局部敷用時，橘微素所收之宏效，實為一般藥物所不及。用做是項實驗之動物是四隻二公斤重的兔子，將彼等之皮膚切開1×3cm 後，再接種黃色葡萄球菌，待潰爛，二隻用橘微素治療，一隻用磺胺嘧啶治療，另外一隻則不施任何藥物。次日，敷用橘微素之兩隻大有起色，第三日即封口結痂。用磺胺嘧啶治療者第四日始見進步，未用藥物者，迄至第七日尚未見痊癒。

橘微素之化學結構，目前並不清楚，故從綜合法製取一層，尚需待時日。它的臨牀應用，還得要努力研究改進後，才能談到。希望不久的將來，關於橘微素還有更多之進步與報告，願與醫藥界同志共勉之！

E N D O

ENDO PRODUCTS INC  
RICHMOND HILL NEW YORK

## 美國安達藥廠馳名良藥

Heptobee 海潑吐俾（肝精與維他命B注射劑）

主治：食慾不振，妊娠及哺乳期間輔助維生素B不足，  
多種神經炎，貧血等症

Vifort 維福達（維生素A B C D注射劑）

主治：全身衰弱，營養不良等症

中國總經理

德基藥品公司

上海四川路三三號

電話一二七三九號



## 美國陸軍部軍醫署

### 之組織概況(七)

(考察報告)

徐希麟·吳麟孫·彭達謀·趙 蟾·蕭 冰 (集體作)

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

#### (4) 文官雇員科

一、組織及人事：該科分五股如下：

- (1) 僱用安插股
- (2) 分類及薪給股
- (3) 人事狀況給與·錄股
- (4) 聘雇關係股
- (5) 雇員訓練股

以上各股工作人員無軍官全爲文官雇員。

二、作業概況：

在戰時工作繁忙，衛生單位多，全署及所屬單位共有文官雇員約四七、〇〇〇人。去年六月底減爲二七、〇〇〇人。本年六月減爲一六、〇〇〇人。迄十一月僅有一一、〇〇〇人，現在署服務者七七九人。其餘均在所屬各衛生單位工作。將來仍有續減可能。茲將署內現有軍官及文官雇員人數列表比較如下：

	現有人數	將來人數(約在今年十二月)
文官雇員	七九二	五〇〇—一六〇〇
軍官	一三八	七五

軍醫署所屬各衛生單位多由主官就地聘僱當地文官雇員，直接審查其經歷紀錄，核定其等級。雇員訓練，其科目與時間不定。如膳食及病房管理訓練一至三星期。每星期二至四小時。訓練之

目的，使雇員對於學術，可以增進。俾工作效能，得以增加。

文官雇員之福利事宜，陸軍部有一公共福利辦公室，專司其事，個人如有何種困難，亦可代為幫助解決。至文官雇員退職待遇，如服務至規定年齡並滿一定年限後，可得到一定之年金。其辦法參閱財務組所記者。

文官雇員，多為各當地所僱用。故其食宿當不成問題。因此不得享受合作社權利。但未做得同意前，不能隨便將其調往其他地方服務。更不隨機關而移動。至正式軍官則不同。其工作機關及行動，完全遵照命令。故有享受合作社一切權利。有房租津貼，並得在食物供應站，購取廉價食物。

自復員後，許多戰時機關，多已結束。平時機關，亦大裁員。

工作人員，有過剩現象。此後各機關雇員，將多僱用男性。如此可安插一部退役軍人。

## 供應司

一、組織與人事：供應司分四科如下：

- (1) 衛材需要與賬目管理科 (Requirements and Stock Control Division)
- (2) 合同商訂與廢止科 (Renegotiation and Contract Termination Division)
- (3) 庫藏與保養科 (Storage and Maintenance Division)
- (4) 衛材分配科 (Distribution Division)

以上各科衛材需要與賬目管理科，合同商訂與廢止科，兩科在紐約。庫藏與修理科，及衛材分配科兩科，在華盛頓本署。此外在紐約尚有一購料委員會，係與海軍部合組，專負責辦理採購衛生器材事宜。

該司及購料委員會，現有工作人員如下：

- 華盛頓 六九員 (內軍醫二員，衛生行政人員一一員，文官雇員五六員，無藥師及化學師等。)
- 紐約 八四員 (內軍醫二員，衛生行政人員五員，文官雇員七六員，無藥師及化學師等。)
- 紐約購料委員會 二九八員 (內陸軍部與海軍部官長各一九員，文官雇員二六〇員。)

二、作業概況：

(甲) 衛材需要與賬目管理科科長為一少校。主管衛材需要量之計算與賬目之登記。凡每一種衛生器材均用一張卡片登記，詳細記載其每年消耗量。如此根據歷年記載，可以計算未來之需要數量。普通以預算三年需要量為標準。此項登記卡片有一七、〇〇〇種之多。各種材料之消耗統計，係根據各衛生材料庫月報。各庫於每月二十日止，將當月各種材料收發數量造表。亦以每種材料填造一張，於次月一日送達紐約購料委員會。該會又將各庫所送彙造一種總冊。於是計算某種材料需要補充數量，通知廠商訂購。並視各庫所需某種材料數量，指定廠商分別運送各庫點收。

材料之計算，雖以三年為標準。但採購時則以十三個月之需要量為標準。其計算原則如下：

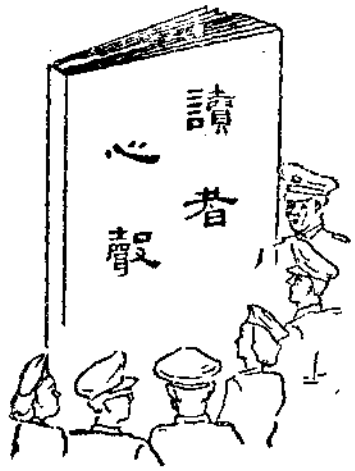
- (1) 各庫存量須能繼續維持三個月。
- (2) 廠商自接受訂購合同起，經製造並運送，須四個月時間。
- (3) 根據庫存數量並考慮訂購數量，須六個月時間。

以上計算，可以保證各庫有三個月存量，不致有缺乏之慮。

材料種類，多至一七、〇〇〇種，但其標準表種類約有五〇〇〇種。此種標準表，係根據陸海軍常用材料，及普通醫院通用材料而訂製之。關於普通醫院通用之材料，會同衛生署研討之。

野戰用材料，即照此項標準，與所規定之各種裝備表，裝成各種醫葯。此種醫葯計有二〇至二五種，其裝置均有一定，以易於搬運且可防水及震碎為原則。

★ ★ ★



## 在前方治療混合骨折之困難

通常治療混合骨折，不外採用伸引，石膏繃帶固定，及切開接合三種方法，又受傷時「休克」之影響，出血之損失，及傳染之危害，皆須迅速顧慮預防及治療，否則，必將減低傷者之抵抗力，而阻礙其治愈，傷口生肌力量，因以遲延，或引起他種變化。

混合骨折在一般設備完全之醫院，治療當然絕無困難，但在前方，則必發生無數困難，因前方各衛生單位，均屬移動性質，而技術設備，又多不甚完美，故對於治療此等混合骨折患者，遂致極感困難。常在各兵站醫院見到由前方送來之混合骨折患者，有用木板或竹片包裝，有用蘆葦包裝，亦有祇用繃帶包裝傷口之事，其困難情形，可想而知，此等傷者之痛苦，更可由此想像。

前方交通，有時因故阻礙，致轉運呆滯，送到兵站醫院之傷者，亦甚遲緩，不但治療時間失去過遠，且迭見傷口已發生傳染之變化，此等傷者抵兵站醫院後，如不能治療，應從速設法轉往後方，以利治療，但在由兵站醫院至後方之一段路程中，往往或因交通工具缺乏，或因他種阻礙，且尚須得到上級機關許可，方能轉出，故每因公文來往及交涉手續複雜，頗費時日，雖欲迅速，亦不可能，此等混合骨折傷者，既不能再耽擱治療時間，又未能隨即轉到後方去，故應迅速治療，然後設法從速轉到後方調養，惟吾人應知兵站醫院乃轉運機關，又屬常時移動，且技術設備，都不十分健全，故每當收到混合骨折傷者，至感棘手，其困難情形，已如上述。

吾國目前憂煩仍，外患雖接，一般人深信三次世界大戰，未必立即降臨，可以不必徒勞杞憂，惟強隣不守信義，已造出許多不友誼之舉動，吾人亦應特別警惕，況國內此番戰禍，尚不知何時方能結束，戰爭一日存在，前方傷患，即與日俱增，故對有礙傷患者之困難，當設法消滅之，或另圖補救。茲有兩法，述之如下：（一）對於傷患者，應用最大速度輸送到後方，以利治療。（二）治療混合骨折，需相當時期，非短期內，可以痊癒，應指定各區接近前線比較安全而不常移動之兵站醫院，專任治療此等傷者事宜；對該院技術人員應充分羅致，治療混合骨折用之各項器械，以及鐵床，小型X光機，大量良質石膏等，均應充分供應，方克有濟。

以上兩項方法，如能做到，不但可解除在前方治療混合骨折之困難，且對受傷者之康復，大有裨益。凡我同道，倘有較善辦法，而有利於傷患者，深望一一提出，以供當局之採納焉。

善餘 寫於南京總醫院





江 晦 鳴

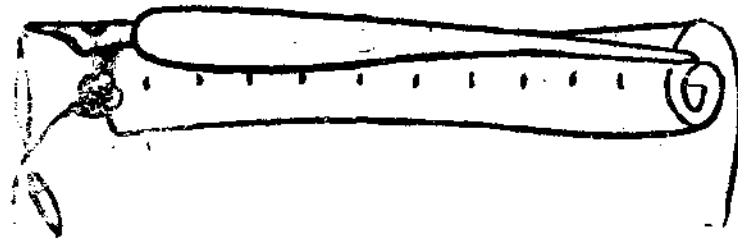
「談義理而失於空疏，如玉卮的無當；談實學而失於瑣碎，如散珠的不貫」；都是治學之病。若是編刊物，不成條貫，自然也居大病。因此，編刊物要能夠割割大理，不外二塗：一曰求是，再曰致用，我們願意以此為歸趣的。

從前梁任公先生曾說過，「人須具備三種智識，先之以普通的，專門的，而殿以總體的智識」。一本刊物帶給人們的智識，應該是綜合的全體的智識，用經濟的扼要的方法，傳之於人的。在科學分類日精的今日，少數人精力有限，當然辦不到，可是要求它的表現方式，克以臻此，這一工作是刻不容緩的了；然而，所希企的多數人的支持，自然是日深一日。

留美軍醫團的同仁，都回國了。上一期，我們曾介紹一篇同學錄，這浩大的陣容，在軍醫留學史上自然是留着輝煌的一頁；這本「軍醫月刊」，大家都期望它成為「軍醫智識」的泉源，所以，我們正期望他們來充實這本「軍醫月刊」的內容，特地裏略綴數語，以表歡迎，盼他們來寫軍醫學術史上的輝煌的一頁。我想，這期望大家當有同感。

留美軍醫團的同仁，願意寫稿子給我們的，已經徵得林克成，曾享能，屠開元，葉天星，林和鳴……諸先生的同意，其他不曾晤面的朋友們，我們正在爭取他們的幫助。這不是為什麼？而是為了用經濟的扼要的方法，來吸收各種各樣的專門的智識，使通過這本「軍醫月刊」，並使它成為綜合的全體的智識。這理想，也許遠非我們之力所能辦到；然而，我們必須要這樣地做！因為，唯有這樣地做，可以開「求是」之門，廣「致用」之路。

這一期，我們節載了中華醫學會第七屆年會中兩個專題討論的論文，一個是結核病，一個是雅司病。這兩種病，一個是多災多難的中國，不容易解決的結核病；另一個是在中國流行之歷史不詳，而其普遍流行則始自抗戰以後，尤其是在蘇北流行的雅司病。這兩種病，一個是在結核病預防上有「有用無害的預防法」——卡介苗(B.C.G.)之普遍的試用；另一個是在雅司病治療上有「經濟有效的治療法」——紅汞之普遍的應用，兩者，都是值得我們的研究，因之，我們摘要的轉載了。但，我們軍醫界也在開始作新的貢獻，本期介紹汪獸先生發明「橋微素」的經過，都是值得我們可喜的。



## 軍事衛生機關視察實施辦法

- 第一條 軍事衛生機關之視察除法令另有規定外依本辦法之規定
- 第二條 本辦法所稱衛生機關暫以醫療傷運救護防疫衛生器材庫營藥軍善後等單位為限（以下簡稱衛生機關）
- 第三條 衛生機關之視察由直屬上級機關辦理必要時得由其指揮機關或聯合勤務總司令部派員抽查之
- 第四條 衛生機關之視察每年至少一次其應注意事項如附表之規定
- 第五條 每次視察完畢視察人員應將視察成績連同建議繕具詳細報告書呈由主管長官考核獎懲並督飭改進
- 第六條 本辦法自公佈日起施行

軍事衛生機關視察注意事項表

視 察 法 意 事 項	適用機關
1. 官兵服務精神及紀律	各機關共同 適用
2. 官兵人數之核實（依據點驗）	
3. 人員任免開補給假獎懲是否悉依法令辦理	
4. 未經請委官位之人數出身經歷及未請委原因	
5. 官佐進修及士兵訓練設施情形	
6. 醫療設備概況	
7. 環境衛生概況	
8. 種痘及傳染病預防注射實施情形及紀錄	
9. 經費收支存欠情形	
10. 賬務及預計算辦理情形	
11. 現金與賬面是否相符及存款處所提款手續是否悉依規定	
12. 薪餉主副食品眷糧及代金之領發保管報銷及剩餘實物之處理	
13. 被服裝具之領發保管報銷及其廢品之處理	
14. 重要法令奉行情形及文書處理概況	
15. 官兵福利事項	

<p>16. 警衛消防及防空設備  17. 房舍構造及容量  18. 機關環境及交通狀況  19. 辦事有無特殊困難</p>	
<p>20. 醫藥護理人員日夜輪值情形  21. 診療護理實施概況  22. 診療器械之使用及保管  23. 檢驗設備概況及檢驗情形  24. 病床數目及設備概況  25. 醫藥護理人員之素質及其服務精神  26. 手術成績及紀錄  27. 病床日誌之記載及醫務表冊之設備  28. 有無隔離病室及重病室之設備  29. 收容患者人數之核實(依據點驗)  30. 患者給養辦理情形有無給養委員會  31. 醫院用品費特別營養費之購用管制公佈情形  32. 患者被服是否整潔有無以廢品抵充新品情形  33. 死亡患者換卸埋葬情形及金錢遺物之處理有無埋葬委員會  34. 患者管理概況其外出是否經過給假手續  35. 患者治愈死亡轉院歸編之百分率  36. 住院一年以上患者人數傷病名稱及症狀之查驗  37. 已愈患者未能出院之人數及原因  38. 患者對於本機關之感想</p>	<p>醫院通用傷 運機關參照 適用</p>
<p>39. 運輸工具之種類數目及保管損壞情形  40. 現有一次輸力若干一月內往返里程速度若干  41. 患者收轉人數及死亡百分率  42. 業務上與其他機關縱橫聯絡情形  43. 運輸中傷患被服給養醫護及死亡患者埋葬辦理情形</p>	<p>傷運機關通 用</p>
<p>44. 檢驗設備概況  45. 傳染病調查防制及防疫宣傳實施概況  46. 各中隊運用概況及指導配屬部隊工作情形</p>	<p>醫防大隊通 用</p>
<p>47. 部隊醫療衛生防疫工作實施概況  48. 部隊衛生教育實施情形及其成績  49. 醫藥官佐程度考核情形  50. 戰地救護工作之準備  51. 士兵担架術看護學及急救術之訓練程度  52. 衛生器材之準備與補充</p>	<p>師團衛生隊 通用</p>

<p>53. 藥局調劑室之佈置設備及所裝表簿之種類</p> <p>54. 調劑實施概況</p> <p>55. 材料之出納登記保管報銷情形</p> <p>56. 現存材料數量與帳面是否相符(抽查)</p> <p>57. 材料配發手續是否悉合規定醫貴重藥品處方之抽查及核實(處方核實應查對病歷並查詢患者及主治醫師)</p> <p>58. 日積月報表之填造及核實</p> <p>59. 殘廢器械之處理</p> <p>60. 敷裹料之節約與浪費</p>	<p>設有藥局或調劑室之機關適用</p>
<p>61. 庫品收發登記是否悉依規定手續辦理</p> <p>62. 庫品保管概況(包括庫房設備分類貯藏及盤查檢驗等)及有無失效變質損毀腐蝕情形</p> <p>63. 現存庫品與帳面是否相符(抽查)</p> <p>64. 分裝庫品份量之核實(抽查)</p> <p>65. 器材撥發有無留難情形</p> <p>66. 剩餘包裝用品之處理</p> <p>67. 殘廢庫品之處理</p> <p>68. 收繳各單位廢械之登記處理及有無用以抵充新品之情形</p>	<p>衛生器材庫適用</p>
<p>69. 各級主官有無領導管理禁軍之能力與經驗</p> <p>70. 禁軍管訓概況其外出是否經過給假手續</p> <p>71. 禁軍雜商情形如何有無販賣違禁品情形</p> <p>72. 傷廢等級是否與冊列相符(抽查)</p> <p>73. 殘障人數之核實(依據點驗)</p> <p>74. 有無私藏武器彈藥或其他違禁品</p> <p>75. 各單位禁軍參加生產工作農工商所佔百分數</p> <p>76. 各單位生產部門之種類及其經營狀況</p> <p>77. 各單位之生產計劃及其困難情形</p> <p>78. 各單位所在地之附近有無適於墾殖之荒地</p> <p>79. 一年來歸隊編隊回籍及播編屯墾隊人數</p> <p>80. 地方政府及民衆對於禁軍之輿論如何</p> <p>81. 禁軍寄醫及出院服務之情形</p> <p>82. 義肢裝配之情形</p>	<p>禁軍機關適用</p>





# 陸軍軍用技術人員調查表

## (軍醫部份)

### 六

本表根據三十六年一月份之調查，旨在介紹現有軍醫人員之一般狀況。如有現任職務已有更動或與表列有出入者，另依正式命令為準。

#### 武漢總醫院

級	職	姓名	年齡	籍貫	出
二	護理員	曾憲文	三八	湖北荊門	漢口協和護士學校
二	護理員	許慈璿	三三	浙江鎮海	漢口普仁護士學校
二	護理員	鄭素旌	二三	湖南乾城	湘雅醫學院護士學校
二	護理員	文廣璦	二三	湖南醴陵	湖南省立高級護士學校
一	護理員	吳傳儀	二六	湖北黃陂	湘雅醫學院附設護士學校
二	護理員	黎兆珍	二三	湖南常德	湖南省立高級助產學校
二	護理員	黃友致	三〇	湖南湘潭	湘雅醫學院附設護士學校
二	護理員	潘若玉	二五	湖南湘鄉	中央高級護士學校
二	護理員	李登清	二〇	湖南慈利	湖南仁術高級護士學校
二	護理員	湯淑蘭	二二	湖南益陽	湖南仁術高級護士學校
一	正外科主治醫師	汪凌霞	二二	湖北漢口	邵陽普愛高級護士學校
一	正外科主治醫師	高景星	三三	河北灤縣	燕京大學理學士協和醫學院醫學博士
一	正外科主治醫師	田友道	三五	湖南長沙	燕京大學理學士協和醫學院醫學博士
一	正外科主治醫師	王祥麟	三二	湖南岳陽	湘雅醫學院
一	醫佐	王佐治	二七	福建閩侯	同濟大學醫學院
一	醫佐	王聞人	二七	浙江全華	軍醫學校醫科
一	醫佐	徐世林	二三	浙江天台	軍醫學校醫科
一	醫佐	范紹玉	三〇	湖北武昌	華西協合大學醫學院
一	醫佐	李志綏	二七	湖北平	華西協合大學醫學院
一	醫佐	楊繼琴	二七	湖南新化	湘雅醫學院
二	護理員	吳家瑜	三〇	湖南長沙	中央高級護士學校
二	護理員	董過慈	二八	浙江奉化	嘉興福音醫院高級護士學校
二	護理員	何德秀	二三	湖南常德	湖南仁術高級護士學校
二	護理員	劉錦雲	二〇	湖南瀏陽	湖南省立高級助產學校
一	護理員	徐永祥	三三	湖北天門	漢口同濟醫院護士學校
二	護理員	蔡長杰	二六	湖北孝感	重慶仁濟高級護士學校
二	護理員	姜亞屏	二四	湖北鄂城	湖北省立高級護士學校
二	護理員	張玉安	二三	湖北孝感	湖北省立高級護士學校
三	助理護理員	姚敦敏	二〇	湖南常德	資陽高級護士學校
一	護理員	吳璵芳	三九	江西玉山	嘉興福音醫院高級護士學校
二	護理員	錢行	三三	江西南昌	金陵大學醫學院護士學校

委員	一	護	理	員	李如珍	三三	江西永新	江西省立南昌高級護士學校
委員	二	護	理	員	吳瓊英	三〇	江西玉山	嘉興福音醫院高級護士學校
委員	三	藥	正	司	彭翠芳	三二	湖北武昌	同仁醫院高級護士學校
委員	三	藥	二	護	黃俊元	二六	湖南長沙	湘雅醫學院高級護士學校
委員	三	藥	二	股	龐鴻深	三七	河北宛平	北平衛戍司令部附屬醫院及衛生勤務訓練所結業軍醫甄別考試及格
委員	三	藥	二	股	龐鴻深	三七	河北宛平	北平協和醫學院醫學博士
一醫正	小兒科	主任	朱文思	三六	漢口			

### 廣州總醫院

級	職	姓名	年齡	籍貫	出身
軍醫監院	院長	于少卿	四八	山東濰縣	同濟大學醫學院德國國立提根大學醫學院
軍醫監院	長	高傑英	四八	山東膠縣	同濟大學醫學院德國柏林大學醫科
三等正	內科主治醫師	陳雄威	三二	廣東潮陽	軍醫學校第一分校醫科
一等正	內科主治醫師	朱師晦	三一	廣東豐順	中山大學醫學院德國科倫大學醫學博士
三等正	助理院總醫師	張孝友	三六	廣東中山	中山大學醫學院
一等	正	張澤友	二八	江蘇青浦	軍醫學校第一分校醫科
一等	正	吳嘉祥	二六	廣東新會	中山大學醫學院
一等	正	梁河元	三二	廣東梅縣	軍醫學校第一分校醫科
一等	正	黃鏡尚	二八	廣東梅縣	中山大學醫學院
一等	正	陳愛仁	二八	廣東紫金	軍醫學校醫科
一等	正	周所道	二八	廣東梅縣	軍醫學校醫科
一等	正	王達洪	二七	江蘇金壇	軍醫學校醫科
一等	正	馮少冷	三一	廣東高要	中央高級護士學校
一等	正	馮馬利	三五	廣東鶴山	光華醫院護士學校
一等	正	朱倚卿	三一	廣東南海	香港東華醫院護士學校
一等	正	朱志精	二六	廣東番禺	中央醫院護士學校
一等	正	譚文游	二六	廣東番禺	柔濟醫院護士學校
一等	正	彭風仁	二二	廣東陽江	柔濟醫院護士學校
一等	正	吳志康	二一	廣西梧州	廣西省立醫學院護士學校
一等	正	陳壽康	三一	廣西桂林	桂林高級護士學校
一等	正	黃培齡	二七	廣東興甯	軍醫學校第一分校醫科
一等	正	區惟杰	二七	廣東惠陽	軍醫學校醫科
一等	正	劉君謙	三三	廣東新會	軍醫學校醫科
一等	正	葉安武	三四	廣西岑溪	中山大學醫學院
一等	正	陳冠雄	二八	四川雲陽	華西協合大學牙科學院
一等	正	徐冠芳	二六	廣東惠陽	軍醫學校醫科
一等	正	陳雙仲	二九	廣東潮安	軍醫學校醫科
一等	正	黎念德	二五	廣東五華	軍醫學校醫科
一等	正	李德馨	三五	廣東南海	華西協合大學牙科學院
一等	正	劉維靜	三四	廣東新會	軍醫學校醫科
一等	正	陳蘭馨	一九	廣東新會	中山大學醫學院護士學校
一等	正	黃玉如	一九	漢口	中山大學醫學院護士學校
一等	正	陳忠德	一九	廣東高要	軍醫學校高級護士訓練班
一等	正	林東	二七	湖南長沙	梧州思遠醫院護士學校
一等	正	朱學	三四	廣東瓊山	中山大學醫學院護士學校
一等	正			廣東南海	廣州福音醫院護士學校
一等	正			廣東蕉嶺	軍醫學校藥科
一等	正			浙江臨海	軍醫學校藥科



## 林署長殊榮

(中央社紐約十二日專電)：我國軍醫署署長林可勝博士，今晚經美國軍醫學會第三十三屆會議聘為該會名譽會員。林氏為我國獲得該會此項榮譽之第一人，該會本年僅以此項榮譽贈予林氏及另一人。按林氏此項係出席倫敦國際生理學會年會，順道訪美。於九月十四日離紐約返國，處理署務，并出席下月中央研究院評議會。

一日

以第5第10兩兵站醫院擴編為第107第108兩後方醫院，并派黃維周代理107後方醫院院長；趙漢東代理第108後方醫院院長。

三日

本署與陸軍總部軍醫處主管之衛生業務，未能明確劃分，經洽定嗣後雙方每週舉行聯席會議一次，俾業務有所聯絡，而權責有所劃分。

四日

部代電廣州、重慶、武漢等總醫院，將已愈傷患，辦理出院，並準備收容粵川鄂等處重傷患。

九日

奉部令指定本署醫務司長王耀庭，列席四中全會。

國防醫學院與上海市衛生局合辦衛生事務所，奉准辦理，并飭將簽訂合約生效日期具報。

十一日

第二十二臨時教養院愈兵166名，撥廈門要塞司令部接編。

十四日

國防醫學院擬具醫學專科，及職業教育各班學員訓練規則，及選考辦法等草案，呈請核示一

案，已發呈總司令轉請總長核頒施行。

十七日

部電第一補給區司令部，飭連組第62兵站醫院，於中階以前組成具報。

二十日

根據三十六年度兵站衛生業務檢討會議決議案擬訂之「各後院站院選派優秀軍醫人員赴各總醫院進修辦法」，呈准備案，并分行知照。

二十一日

國防醫學院副院長張建等六員，奉准赴美考察進修，并總候召見。

二十三日

美國軍醫署署長柏禮士少將(Raymond W. Bliss)來華考察，准美軍顧問團聯勤組通知，將於十月上旬啟程。

二十四日

派組訓司副司長張殿邦，衛生勤務司副司長江時鳴，出席外交部召開關於明年八月舉行之國際紅十字會十七次大會預行準備事項會議。

林署長出席倫敦國際生理學會，并順道訪美，事畢於本月返滬。

# 軍醫月刊稿約

- (一)本刊內容，分專題論綜，學術文叢，工作通訊，參攷資料，法規選輯，人事公告，一月大事等欄，歡迎下列稿件：
1. 衛生勤務之研討
  2. 醫學實際知識之研究評論譯著與介紹
  3. 軍醫工作動態與生活實錄
  4. 醫學書報之批判與介紹
  5. 軍醫史料與名人傳記
  6. 榮軍善後問題之研討
  7. 其他有關軍醫作業之文字劇本圖照木刻詩歌等作品。
- (二)來稿內容及文字，力求新穎切實。
- (三)譯作以對照排比為主，須附原文。如原著不便寄遞，務請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及發行處所。
- (四)來稿不拘文體，務請加註標點，篇末并請註明全文字數。
- (五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，并請橫寫，祇寫一面。附有插圖者，更須力求明晰。(須用墨色)。
- (六)本刊對來稿有刪改權，如不願者，請預先聲明。不登稿件，概不發還，否則，請先附足郵票。
- (七)來稿一經揭載，酌致稿酬，除特殊著作外，概不附印單行本。
- (八)一稿數投之作品，請勿惠賜。
- (九)稿末請註明真實姓名及地址。
- (十)來稿請寄南京中山東路四條巷軍醫署資料組。

## 軍醫月刊



第一卷 · 第九期

中華民國三十六年九月三十一日出版

編輯兼發行 國防部聯合勤務總司令部軍醫署