

1940

年

卷

第

1

期

第

R
594.905
600.36

贈
閱

軍醫雜誌

第一年合訂本

季刊

1940-1943年

1-6

共24



中日戰事史料徵輯

中日戰事史料徵輯

編

第三戰區軍醫學術研究會編印

1-6

軍醫雜誌

楊濟民



創刊號

中華民國二十九年十月出版

要目

- 第三戰區軍醫學術研究會簡章
紹興金華兩地霍亂疫情簡報
劉寶善：注重中國藥學研究之芻議（轉載）
審行：論所謂西藥代用品問題
俞昌時：瘡疾刺激療法之創議
楊守惟：阿斯匹靈與重曹之配合
朱傳圻：化膿性骨戰創之局部免疫療法
徐子平：硫酸銻集和糞便檢查法
葉潤石：血像檢查法及其理論
葉經生：破傷風（軍陣外科：譯稿）
袁景舟：診斷與治療
陳生白：現階段之砂眼療法
劉經邦：霍亂弧菌培養新法
方植民：現代診斷技術上的進步
謝學洙：下腿潰瘍
陳方之：赤痢診斷及其療法之商榷
楊濟民：日本衛生隊之一般設施
頌祝詞：發刊詞

第三戰區軍醫學術研究會出版

民生藥廠股份有限公司

MING-SEN CHEMICAL WORKS, LTD.

特製良藥

“民生”

安嗽精

ANTIHUSTIN

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

“民生”

矽炭銀

AGSICOL

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

“民生”

必治癒

PITYOL

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

——總經理處——

杭州同春大藥房

現 址 ··· 金華分店 — 浙江金華法院街
蘭谿分店 — 浙江蘭谿西門街
屯溪分店 — 安徽屯溪中山街
上饒分店 — 江西上饒中山街

原 址 ··· 杭州同春坊及官巷口兩處

D
594.905
600.3b

軍醫雜誌創刊號目錄

發刊詞

日本衛生隊之一般設施
 赤痢診斷及其療法之商榷
 下腿潰瘍
 現代診斷技術上的進步
 霍亂治法之意義及其在我國之歷史
 介紹一個軍用的霍亂弧菌培養新法
 現階段之砂眼療法
 診斷與治療

破傷風 (軍陣外科學: 譯稿)

血像檢查法及其理論
 硫酸鉍集和糞便檢查法
 化膿性骨戰創之局部免疫治療
 阿斯匹靈與重曹之配合
 對於瘧疾刺激療法之創議及金銀草治療之實驗報告
 論所謂西藥代用品問題 (隨感)

轉載 注重中國藥學研究之芻議
 三年來國外醫學的進展
 創傷及其併發症之治療

調查本年度紹興金華兩地霍亂疫情簡報

補白: 內地醫藥雜誌新刊介紹
 徵稿簡約

附錄: 第三戰區軍醫學術研究會簡章

代郵: 會務報道

編者後記

本刊啓事三則 讀者意見紙 會員啓事通函紙
 第三戰區軍醫學術研究會會員錄

顧祝同(首頁)
 楊濟民(1)
 陳方之(9)
 謝學洙(13)
 方植民(18)
 陳方之(24)
 劉經邦(29)
 陳生白(33)
 裘景舟(38)
 葉經生合譯(40)
 裘潤石(49)
 徐子平(58)
 朱傳圻(60)
 楊守惟(61)
 俞昌時(63)
 審行(70)
 劉寶善(72)
 趙曾珪(73)
 (74)
 本會調查組(75)
 (76)
 (79)
 (77)
 本會總務組(79)
 編者(80)

(自1—572號)



京書藏

發刊詞

願祝同

今夏本戰區舉行衛生業務會議，同時成立軍醫學術研究會，祝同曾詳述召開會議目的，與成立研究會宗旨，并屆到會各會員，檢討過去工作得失，釐定今後改進方針，觀摩切磋，求學驗之增進，淬勵奮發，謀業務之開展。數閱月來，本會徵集會員達千三百餘人，乃復創刊軍醫雜誌，以資研摩而策改進，良符初旨。茲值創刊伊始，願進一言，以申其義。

抗戰以還，由敵人攻勢促使吾人在軍事、政治、經濟、建設各方面之改進者，不一而足。而於文化學術、技藝、以及出版事業，策進亦多。此實吾人憤慨之餘，應加淬勵與奮發者也。惟是醫學湛深，非淺嘗可究其理。醫術工巧，即窮年亦難盡其技。况戰時醫籍器械，兩感缺乏，欲以窮理盡技而達乎用，其所致力，當更倍於往昔。然則茲刊之出，非所以立言問世，而在檢證學驗，互相磋商，供進修一得之助也。

軍醫之任務，直接在維護戰鬥員兵之健康，間接在增強疆場戰鬥之實力，舉凡救護、收容、治療等業務之執行，較之平時，殆將困難十倍。故任斯職者，不但於軍陣醫學須有充分學識與經驗，而平戰時之衛生勤務，尤須有深切與認識，始足以勝任而愉快。今者，寇氛未熄，戰事方張，我軍醫人員應如何淬勵奮發，於艱難困苦中，負起責任，使我戰鬥員兵傷者愈，病者起，羸弱者健強，長期維持戰鬥力量，以爭取最後勝利，此尤茲刊所宜力為倡導者也。

是刊編者讀者，均為我軍醫學術研究會會員，亦類皆為本戰區現役之軍醫，如何著論選稿，以鑒讀者之望，如何精勤研究，以答編者之意，度必能本友助精神，相磋商，精益求精，為我軍醫界放一異彩，此無俟煩言者也。

日本衛生隊之一般設施

楊濟民

本篇所記，係憑往昔留東時調查所見，暨參考昭和五年之戰時衛生勤務而作。敏捷華三載，其衛生勤務之設施，容或因戰術之演進而有所變更；然原則上當無甚動輒，爰爲蒐集翻譯，以供吾軍醫同仁之研討。

作者附識

在日本部隊中，以衛生隊爲戰鬥間之重要衛生機關，其人員及材料，則依師戰傷約 20%（死 1：傷 3，5）之統計，爲配備補給之基準，以達成收容後送之任務。

衛生隊之組織：隊本部之外，直轄担架中隊及車輛中隊，均爲三分制，得分別獨立作業。

担架中隊，負收容任務，收集前綫傷者送達於距前綫約二公里之綑帶所，一日間往返約五回，輸送工具適用担架。

車輛中隊負後送任務，將綑帶所內所收容之傷者後送於距離綑帶所約四公里之野戰醫院，一日間往返約五回，輸送工具，適用車輛。

人員之配備，與傷者人數之比例，傷者 100 人，配以軍醫一，看護長二，看護兵 10，其他尚有司藥及磨工卒等。

綑帶所開設所需之衛生材料及天幕等，於小行李攜帶之（即攜帶行李）。

患者用之帆布被單及炊具等，於大行李攜帶之（即輻重行李）。

衛生隊之三分制，以適應部隊區分上配屬之便利，及傷者收集迅速而定，綑帶所依原則爲設立三個，但亦得依情況而變更之，因衛生機關之分割使用，往往能減少工作效能故也。

第一節：行軍間之位置

衛生隊在旅次行軍時，（無戰鬥準備之行軍）則在師輜重之先頭，此舉得依情況，將患者車分配各隊，在戰備行軍時，（準備戰鬥之行軍）則在戰鬥部隊之後尾，但大行李如患者用糧食及服，綑帶所開設所要物件之車輛，以併於小行李爲便。

第二節： 戰鬥間之勤務

衛生隊作業之中心，在綑帶所，若綑帶所位置一經決定，則担架中隊即眼前方勤務，車輛中隊服後方勤務，担架中隊依配備地形，分頭前進，編成搜索網，施行傷者收集，車輛中隊依據野戰醫院開設通報，及綑帶所業務進行時，開始後送，但戰綫與綑帶所間，距離遠隔時，則後送轉緩，而改服前方勤務。

- 一、 任 務： 傷者之迅速收集，普及初步治療，而後送之。野戰之治療中心，為野戰醫院，故傷者送達，務求迅速，期以早日完成初療，此即衛生隊之任務也。完成初療之時期，在第一次世界大戰，軍陣外科學研究之結果，細菌在創口內繁殖之時間，為六——八小時，故野戰中治療務求在此時間，迅速完成之。
- 二、 配 備： 在戰鬥正面，當攻擊時，以注意本攻方面，防禦時以注意攻勢轉移方面，而決定主力之配置，開設全部或一部。
- 三、 位 置： 以傷者易於到達之處為宜，若地形有利，無礙安全，如有遮蔽或地窖之房屋等，則靠近戰綫，亦可應用，砲兵陣地須遠離。
- 四、 交通路： 為便於收容後送，可選擇交通路，若車馬頻繁之主要道路，則非所宜。
- 五、 水 源： 為飲料及給養所必要，務求近便。

A. 綑帶所之設備

綑帶所應具備收容治療後送之三要素，故須有適切之支配，即注意其勤務力之多寡，地形地物之狀況，預定傷者數量，收容後送之難易，及季節氣候等，至設備上之需要，則依狀況而次第準備之，各部設施上之著重點如下：

一、 收 容 部

1. 地 點： 擇廣闊之村落，或森林等處所，使傷者易於發見，易於集合。
2. 飲食品之準備： 考查戰史傷者求食，往往較求治為急，故飲食品之準備，殊為必要。
3. 救急材料之準備： 強心劑為必要，適時應

用常能挽救死亡，餘如鎮痛劑鐵靜劑等，亦屬不可或缺。

4. 兵器裝具之置場：以備傷者攜帶彈藥武器等之貯藏。
5. 金錢貴重品之處理：重症傷者，意識不明，或在輸送途中，及收容中死亡，如還有金錢貴重品，應依法予以處理。

二、治療部

為繃帶所之重心，宜於繃帶所所佔地區中，選擇最為清潔之處所設置之。

1. 手術室：注意清潔，並須適於保溫設備，手術室以使用天幕為主，手術台為攜帶便利，常用木製。
2. 病室：收容不利於輸送之傷者，如震盪症頭部腹部之重傷，已施行手術後之須休養者，及心臟衰弱者，為顧慮其輸送途中之陷於死亡，暫時留置病室，據日俄戰役史所記載，此種頭部腹部之傷者為數不過二、五%故概以1—4%（對收容傷者）之人數作為設備之基準，但如轉移為陣地戰，或繃帶所位置固定，須長時間開設，及後送而病室有敵人威脅時，須計劃擴張病室。

三、藥劑部

1. 設置於手術室與繃帶交換所附近，以便利材料之補給。
2. 需要急造副木急造担架之製作地點。
3. 夜間照明須預為準備，如手術室之手術燈及前方夜間作業之搜索燈。

四、發送部

1. 傷者集合場按輸送方法不同，區分為担送，車送，徒步，三處，就中徒步集合場以輕傷多，易於喧鬧，使隔離稍遠為宜。

關於各國戰役傷運統計如下：

戰	別	担 送	車 送	徒 步	歸 還 原 隊
日 俄 戰	日 軍	12%	48%	40%	1.71%
日 德 戰	日 軍	31.93%	37.03%	31.04%	4.60%

戰	別	不堪步行者	坐 位	臥 位	不 適 輸 送
歐 洲 大 戰	英 軍	16%	48%	12%	40% 計1.
	“ ”	20%	60%	15%	5% 計2.
歐 洲 大 戰	德 軍	35-40%	10%	10%	
	美 軍	40%	20%	12%	8%(20%)計3.

註：(1) Simpson (2) Goodwin (3) 20% 為死亡

- 傷者集合場：在野戰醫院開設遲延，或因其他原因，不能後送時，為免傷者之擁擠，須有擴張之計劃。
- 救急材料及飲料食餌之準備：當後送出發時，或與強心劑，或與鎮靜劑，又為免輸送途中之飢餓，須預給以飲料食料，天寒尤為必要。
- 屍 室：務必設置稍為僻遠之處，以免傷者目擊，致惹起不安之心理，室內尤須注意肅穆禮節。

關於綑帶所死亡人數統計如下：

日 俄 戰 日軍死亡 為 2% 原因為流血過多

日 德 戰 日軍死亡 為 5%

歐洲大戰 法軍死亡 為 10% 原因為震盪症及失血

- 炊事場：炊烟上騰，有引敵目標之虞，除注意掩蔽地點外，應改為無烟之炊事設備，如使用固形酒精，及木炭等，為野戰燃料。
- 馬 場：與綑帶交換所，務使隔離，夏季注意防蠅。

B. 綑帶所之業務

綑帶所各部業務劃分，按勤務令原則，以器材適所充當之，此時取分割作業，自官佐以至士兵，均須盡此任務，在開設或閉鎖時，一令之下，務必迅速完成集散諸準備，惟開設閉鎖時，各部業務上之繁簡不同，依情況得由主任軍醫指示調節之。

一、收容部之業務

1. 依受傷狀況之不同，分別輕重送達各部。
 - 甲、送手術室：如血管結紮，氣管切開，胸腹部穿通創，其他重要部之損傷，及流血過多之須鹽水注射等。
 - 乙、送綑帶交換所：如未蓋第一綑帶，或綑帶不完全，或綑帶污染，或骨折尚無固定等。
 - 丙、送發送部：如輕傷而綑帶完全，短時期可痊愈，得歸還原隊者，其他為收容途中之死亡者。
2. 飲食料之給與：傷者在戰鬥間，長時間缺乏飲食，到達時能給與飲食料，可資恢復元氣，但如腹部內臟有損傷者，須注意。
3. 收容者姓名簿之填記：填明番號姓名，及傷者輸送區分等。
4. 兵器裝具之處理：除輕傷者歸原隊外，凡傷重者所卸除之兵器裝具，須有預定場所收集之，但雜囊飯盒水壺等不在此例。
5. 貴重品之處理：重傷意識不明，及死亡者之金錢貴重品，收集交付軍需。

二、治療部之業務

1. 迅速普及初療
2. 救急手術
3. 重傷及不能行動者之看護。

其治療順序如下：

一、症狀重篤者。 二、未施綑帶者。

三、綑帶不完全創面曝露或污染者。

治療部為適應情況，得省略綑帶交換，其時間規定如下：

	戰綫綑帶	除綑帶所綑帶	未綑帶	有骨折無副木	有副木而不適當
第一期 (業務繁劇)	務必交換	不交換	施行	貼用	修正
第二期 (業務繁劇前進)	污染出血脫落等必要 交換之其他不交換	不交換	施行	貼用	修正
第三期 (退却)	不交換	不交換	施行	貼用	修正

輸送區分之決定，為治療部業務之一部，輸送之是否適當，關於傷者之生命甚大，故輸送區分適應症之判斷，為軍陣外科學上之重要事項，此際宜注意：

- (1) 填記於傷票之輸送區分，須避免傷者塗改。
- (2) 於傷票上之輸送區分，輸送注意，及對野戰醫院之要求事項，須填明記載。
- (3) 病室以重傷之不堪輸送者收容之，注意保溫及看護事項。

三、發送部之業務

1. 患者發送方法。
 - A. 微傷歸隊者，使集合後，由上級者率領，迅速歸還原隊。
 - B. 輕傷能步行者，使與後方作業之車輛中隊同行。
 - C. 其他區分為担送與車送，(橫臥露坐)交付後方作業之中隊護送，必要時加派軍醫，由發送部至野戰醫院之道路，通過村落，須預給圖示。
2. 輸送區分指定後，於出發時，尚須檢查，有無臨時病況變化，此與治療部連繫，必要時得修正之。
3. 注意季節天候晝夜道路距離等之關係，在途中顧慮保溫，如防暑之樹枝高粱布幔等，防寒如毛毯毛皮攜帶天幕大衣及手足保護等。
4. 後送患者人數增加，輸送工具不敷時，得臨時徵集調遣之。
5. 輸送前先予適當給養，及治療事項。

四、藥劑部之業務

1. 先預定衛生材料交付區分表，與各部連繫，分別緩急，次第交付。
2. 為材料補給修理調劑等敏活計，司藥須時巡視各處，不待請求，有自動作業之必要。
3. 注意治療部水之供給，及急造副木担架等之製作。

C. 担架中隊之業務

一、担架中隊長，受衛生隊長之指示，確定收容地區內之小隊作業區域，及輸送路線，使分頭前進，小隊長再指示分隊之作業區域及輸送路線，分隊長率領分隊，進出戰綫，由各担伍派搜索兵，搜索傷者收集之。

二、對傷者務必迅速輸送綑帶所，担架兵所行救急處置，以止血及人工呼吸為限。

三、傷者輸送次序，以戰綫傷者為最先，其次為隊綑帶所之傷者，（因隊綑帶所傷者已有初療）。

四、於夜間傷者搜索之搜索網編成，注意各担伍與搜索兵間之連絡，及輸送路線之標示，其他注意燈火使用，及行動時裝具担架等之音響。

五、當担架中隊作業開始，其背囊脫置綑帶所附近，同時由車輛中隊受領担架，由司藥受領綑帶囊（各担伍一個）及道標，於進出必要地點標示之。

D. 車輛中隊之業務

一、車輛中隊長當衛生隊作業開始，交付担架中隊及綑帶所所需之担架，中隊集給於綑帶所附近，有遮蔽之位置，偵察野戰醫院之輸送路線。

二、患者開始發送，通常分隊或小隊集團輸送之，途中注意車行速度，使傷者無惡劣影響。

三、依情狀得眼前方勤務，此時與担架中隊連絡，通常任中繼所（綑帶所與前綫之間）至綑帶所之輸送。

E. 前進及退却時之處置

衛生隊前進時之處置依下列各項為適當：

一、衛生隊全部開設時，可先以一部（三分之一）推進，或留置一部，（三分之一）。而主力前進，則依情況而定。

二、如以一部（如三分之一）開設時，應留置必要最小限度之人員材料，除或附担架中隊，依情況前進。

一般通則如左：

- 一、繃帶所內治療停止，（於治療部業務所謂第二期）。
- 二、竭力於戰場傷者之收容，即一時後方勤務中止，舉全力為傷者收集。
- 三、為患者之收容處置，除必要最小限度之人員材料外，餘準備新行動。
- 四、與野戰醫院之交代，依其時機（傷者處置終了否）作業力，（全部或三分之一）其要領不同，當前後交接時，治療上之要件，代品之受領，材料之補充，屍體遺留品等移交之。

衛生隊退却時之處置依左列各項為適當：

- 一、戰場傷者，務必迅速收集於繃帶所，達此任務，可請求附近部隊之援助。
- 二、繃帶所停止業務（於治療部業務所謂第三期）但必要時，當留置一部分人員。
- 三、舉輸送力之全部，努力後送，即繃帶所業務重點於發送部，此時業務支配，臨時變更，由主任軍醫適切處置之。
- 四、退却之順序（1）傷者（2）衛生材料，而担架中隊及衛生人員之裝具，得同時運搬之。
- 五、依據紅十字條約，傷者必使集合一所，附以衛生人員。

預期退却時繃帶所內業務如下：

- 一、節約繃帶交換。
- 二、停止手術。
- 三、限制衛生材料之展開。
- 四、急造運搬具之製作。

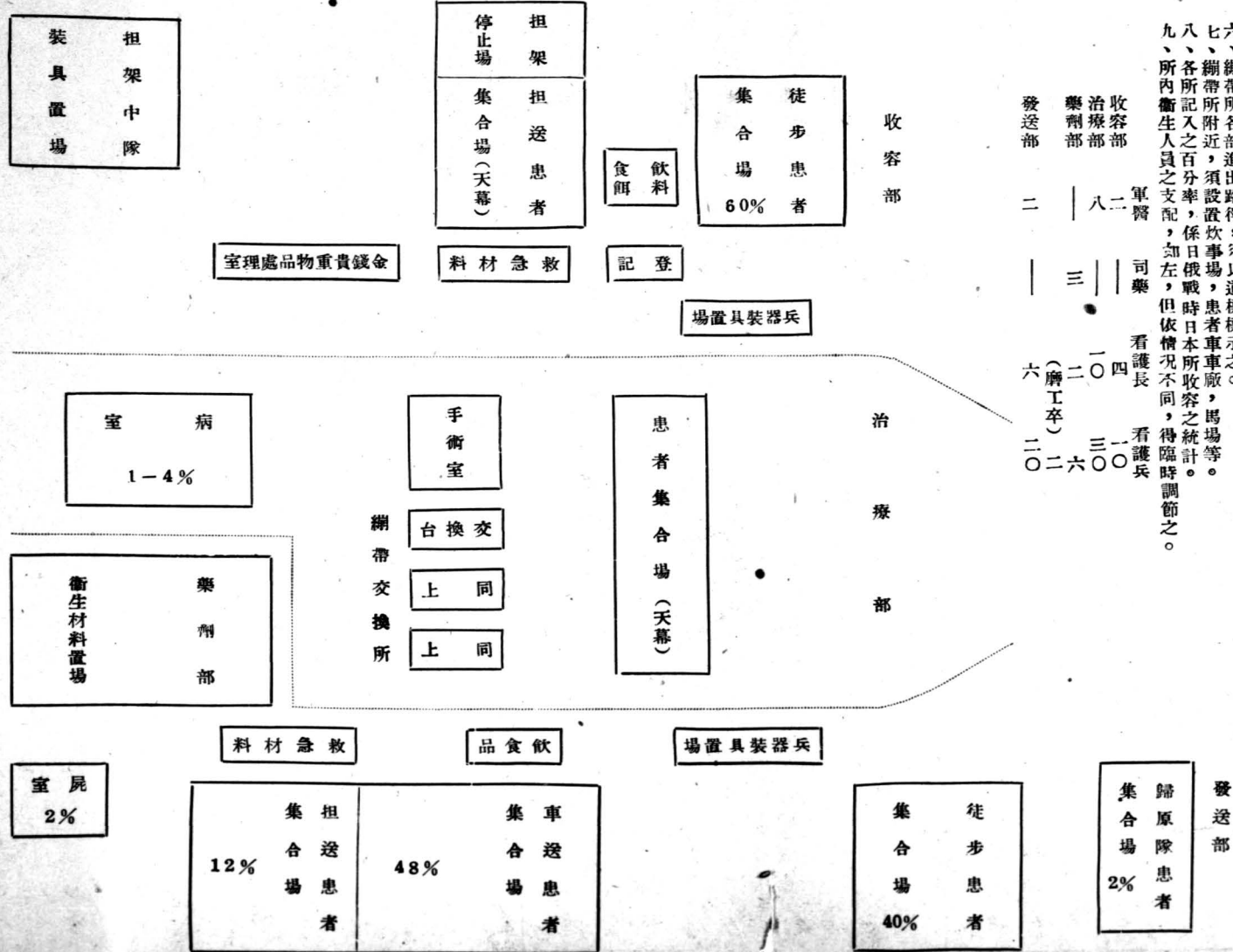
退却準備之處置如下：

- 一、收容部徒步患者，使速至野戰醫院，其他集結發送部。
- 二、治療部除須行救急手術者外，簡便集結發送部。
- 三、發送部使徒步患者起程，迅速施行堪以後送者之救急處置。
- 四、藥劑部收拾材料，整備運搬。

傷者之運搬方法如下：

- 一、用衛生隊固有運輸工具，同時減少担伍人員，使增加人數，車輛中多使鋸坐，增加坐位。
- 二、徵用地方運輸工具。
- 三、利用輜重隊之回程空車。

衛生隊綑帶所開設要圖



- 一、假定以綑帶所全部開設於某村落。
- 二、收容部擇廣闊地域接近道路。
- 三、患者集合場，除有適用家屋可資利用外，應用擔帶天幕及應用材料，藉資保溫。
- 四、手術室須清潔而適於保溫，有時使用天幕。
- 五、發送部，各患者集合場，如遇後送困難，患者擁擠時，須有擴張計劃，歸原隊患者集合場，可使隔離稍遠。
- 六、綑帶所各部進出路徑，須以道標標示之。
- 七、綑帶所附近，須設置炊事場，患者車庫，馬場等。
- 八、各所記入之百分率，係日俄戰時日本所收容之統計。
- 九、所內衛生人員之支配，如左，但依情況不同，得臨時調節之。

收容部	軍醫	司藥	看護長	看護兵
治療部	二	一	四	一〇
藥劑部	三	二	〇	三〇
發送部	二	六	二〇	二〇
		(磨工卒)		

赤痢診斷 及其療法之商榷

— 陳 方 之 —

去年夏，余曾往浙贛湘桂等地，視察衛生業務，所到之處，莫不曰，「赤痢流行，醫治無藥；」今年秋，余又奉命視察川東各醫院，耳食人言，亦與去年相同；然此所謂赤痢者，不過臨證上之診斷而已；質其菌型何若，虫性與菌性之比率何若，所希望之藥品何若，則各地臨證軍醫，既不能明確致答，而軍醫最高當局，不求其解，更不能示我以切確之統計，又不曾示人以防治之規範；爰就目光所及，記憶所至，作此商榷，然而商榷云者，非報告之謂，臆測而已，空談而已，諸同人若有笑我罪我者，我其受之聽之。就余所見到之所謂赤痢者，應隨其地點之異，而大別為二：

(甲) 在後方醫院中之所謂赤痢。(乙) 在各地隊伍中之所謂赤痢。

(甲) 余在後方醫院中所見到者，大概可分為兩型：其一，證候較輕，病人能起居行動；面帶穢黃白色，(稍稍貧血，)而見輕度浮腫，尤以上眼瞼為著；食慾較常人稍減，便數日夜六七次，便色以黃白為多，帶紅為少；身雖疲弱而不發熱，下痢時作時止，以余觀之，此一型，乃營養不足性下痢為多數，或有極少數之虫性赤痢，廁迹其間，亦未可知。至其第二型，則證候極重，病人均臥床不起，形體骨立，淹淹待斃；白色粘液便，或如水下痢便，瀉泄於床褥，極似重證菌性赤痢之末期；然而細詢其病歷，乃多經過慢性，痢型不一，熱型不明；或在隊伍中已時痢時休，或訴其在隊伍時，已早有他證，如咳嗽發熱疲勞等等；但於最近之病歷，別無急性發熱劇痢以至裏急後重，則均屬一致；故余以為此一型病人，包含數種重病，如腸結核，虫性赤痢，重症之慢性腸炎(因營養不良而起者，亦在其中，)等；或竟有其他疾病之末期現象，混入其中；然而決非菌性赤痢之流行，則可斷言。

(乙) 余在各地隊伍中所聞到者，大抵為一日五六次乃至一二十

次之下痢，然皆並非數百人數千人同時出現之大流行現象；則非檢出其赤痢菌，亦難遽斷為赤痢；蓋赤痢與普通腸炎，往往極難鑑別，尤以行軍之際，環境不良，飲水不潔，能引起腸炎之微生物頗多；即單就微菌而言，如副傷寒菌，(Paratyphus-B.) 大腸菌，(Coli-B.) 腐敗菌，(Proteus-B.) Gärtner's-B. Botulinus-B. 等所引起之食物性中毒，(Nahrungsmittelvergiftung) 為夏秋所常見不鮮；如果腸炎不重，便色不變，而止於水瀉者，則腸炎與赤痢，不致相混；又如果赤痢劇烈，便色鮮紅，膿血相雜，狀如魚腦，而便數且繁多者，則腸炎與赤痢，亦不致相誤；然而赤痢之輕者，與腸炎之重者，本來絕無鑑別可能，非用微菌學原蟲學上方法不可；輕率武斷，必陷于差誤，不可不知。

况夫菌性赤痢，為法定傳染病之一；故下其診斷，不可不愼；因而赤痢之菌性虫性，不可不辨；

凡赤痢之流行多與飲水傳染有關，此種報告，屢見不鮮；一八七〇年德國 Matz 地方住軍的菌性赤痢大爆發，究其原因，在於井水不良，後乃禁閉其井，菌性赤痢之流行遂熄；又據爪哇及菲列濱的統計報告，自自來水廠設立以後，虫性赤痢病人之數字，驟然大減。惟菌性赤痢與虫性赤痢之區別，有四大異點：

- (1) 虫性赤痢，多易轉為慢性，證狀較緩；而菌性赤痢，則均急性，證狀較烈。
- (2) 菌性赤痢，重者死，輕者愈；而虫性赤痢，重者極少，每多再發；我國舊醫籍之所謂休息痢者，大抵指此。
- (3) 菌性赤痢，多大爆發大流行，一時一地，病人齊出；而虫性赤痢，則以散在性小流行為多；更易與他種下痢相誤診。
- (4) 菌性赤痢之死亡率較大，為百分之十六至二十，虫性極良，在急性期，均能治愈，偶或有化慢性而傷生。

故菌性赤痢之發現，非僅為治療上之瑣事，而成為防疫上之大問題，其治療上之問題小，而防疫上之問題大；是赤痢之診斷，不獨赤痢與非赤痢之辨，不可不愼；而虫性與菌性之別，亦不可不明；苟真有菌性赤痢之疑似症出現者，在診斷上應將病人之糞便，設法送往微菌學方法檢定之；在治療上應預備相當收容量之病床；而在防疫上，則更須精細周詳，尋根究底，以推敲其菌之來源；舉凡有關之食物，附近之飲水，悉數付諸檢查，夫然後乃可稱為盡其醫師之天職。

至若兩種赤痢之療法，醫書均載有成規；即在適當病期，服用緩下劑及收斂劑以

外；菌性赤痢用血清或法奇 (Phage)，虫性赤痢用叶根精 (Emetin)，及藥特靈 (Yatren)，較有特效，而近乎原因療法；此世界學者，已有定評。惟是我國之軍醫界，對此四種良藥，平時且難於暢用，遑論在此戰時，則別開生面尚焉。中藥馬齒莧 (Portulaca) 之能治菌性赤痢，苦參子之能治虫性赤痢 (休息痢)，外臺祕要及證類本草中均載之，大抵可無疑義；苦參子之治痢，新醫學者雖乏人報告，然其有殺虫效力甚強，則上海自然科學研究所，已曾研究及之；馬齒莧之能治菌性赤痢，近數月前，余雲岫氏，曾報告於現代醫學，試用七十餘例之中等症，悉數認為有效；余以為在此藥品輸入，絕端困難時期，特向同人呼籲，不妨留心試用，為國家，為學術，兩利之業也。

●● 附述赤痢之病理 ●●

(一) 菌性赤痢

赤痢菌，專犯腸粘膜，先成偽膜性炎，或出血性炎，後成為潰瘍，故可分作三期：(1) 充血糜液期；(katarrhalisches Stadium) 腸粘膜浮腫，充血浸潤，呈暗紅色，而其皺襞之頂點特強，赤條突起，如大理石之紋；鏡檢之，粘膜組織中，血管擴張，赤血球淋巴球充滿；粘膜下組織，則多圓形細胞之浸潤。(2) 偽膜炎性期；(diphtheritisches Stadium) 到了此期，病機已深，粘膜細胞，多膨大壞死，核已失染色力；從此種壞死上皮細胞，混以粘液膿球血漿，而成偽膜。(3) 潰瘍期；(geschwür's-Stadium) 因粘膜下組織，充滿凝固的滲出物，引起血行的障礙，失却營養，陷於壞疽，而痂皮遂脫落，此乃形成潰瘍的順序；所以菌性赤痢之潰瘍，自粘膜表皮，由淺入深，潰瘍之底，止於粘膜下組織，而未達筋層，不如虫性潰瘍之深，則二者之潰瘍形態，亦於焉不同。

赤痢菌雖以犯大腸為主，然間或有犯小腸者；小腸赤痢，為證之最重者；大腸赤痢，亦愈犯上段愈重，漸下漸輕；病灶若在直腸或 S 字腸，因其職司排便，淋巴組織缺乏，吸收機能極微，故赤痢的溶解毒素，吸入血內不多，而證候於焉輕鬆；病灶若在大腸上部，濾胞及腺組織漸多，吸收力漸大，中毒證候乃漸著；又若再進而至盲迴腸部，則發熱必高，頭痛煩渴，心窩苦悶，精神朦朧，皮下溢血等證始現，所謂傷寒樣赤痢是；小腸赤痢亦類此；但以其菌不入血內，不到肝脾，所以決不發現薈薇疹，決不引起肺炎腦膜炎。

赤痢菌毒分兩種，即腸毒 (Darmgift) 神經毒 (Nervengift) 是；若將腸毒注射於兔，能使其盲腸浮腫浸潤而卒成潰瘍；若將神經毒注射之，能起痙攣及麻痺；所以赤痢菌既使腸粘膜發生炎性浸潤後，又使腸蠕動遲緩，而至內容物停滯，以助菌之增殖。

菌性赤痢的免疫關係，通常至第二星期發現凝集反應，到恢復期，達于極度；以後逐漸減少；所以赤痢病人愈後二年內再感染者不多，據德國漢堡市調查統計，於二五二七九人中，不過七十六人 (0.3%)。

(二) 蟲性赤痢

變形虫之孢子，入胃中以後，被胃酸溶解破膜，到腸內發育增殖，發揮其無微不至的假足能力，通過上皮細胞，侵入粘膜下層，以造成化膿灶，再使上皮細胞，陷於壞疽，而成為潰瘍。其潰瘍形態種種，大別可分為五：(據 Kartulis 氏)

- (1) 最小潰瘍，狀如圓錐倒插，尖端在粘膜間，錐底在粘膜下。
- (2) 多數圓形潰瘍，如碗豆蠶豆大小，邊緣游離，其下壞疽較大，向周圍深蝕。
- (3) 大潰瘍乃因各處菌痂剝落，幾個合併而成。
- (4) 匍行性潰瘍，乃多處不規則融合，其間粘膜，反而成為孤嶼。
- (5) 濾胞性潰瘍，乃粘膜面之形極小，粘膜下組織腐蝕成爲囊狀。

此種特異潰瘍形成後，痢疾即取慢性經過，往往數年數月不愈；時而證候輕減，排泄物成便，時而證候轉劇，排泄膿血便；其習常寄生之藪，在於盲腸，(據 Happe-Seyler, Kartulis 氏等) 有時且毫無臨診上證候，而一如平人；但糞中時有變形虫之孢子，及其少數營養型排泄，如傷寒霍亂之保菌者然；其保有孢子者之數，約占病人數三分之一；故醫者對急性期虫性赤痢之治療，不可不謹慎將事，澈底驅除。

下腿潰瘍

·謝學洙·

下腿潰瘍一症，在外科門診記錄中常居首位，其頑固難愈，稍有經歷者頗能道之。然翻檢課本恆寥寥一二張，翻檢專集又多至百頁以上，若查集雜誌，又年有新療法發表，迄今醫者對此症依然棘手，蓋原因不能盡除，醫治不能澈底之故也。余學陋識淺，未能供給絕對可靠之良法，謹憑記憶，集諸賢學者之言而述之，如蒙指正，尤所歡迎！

下腿潰瘍，以其發生原因之不同，別為下列數種：

(一)單純性(包括濕疹性) (二)靜脈瘤性 (三)梅毒性 (四)結核性 (五)其他有由於腓骨或脛骨之骨髓炎瘻管，下腿皮膚癌腫等，而起潰瘍者。通常所見，概屬前三種。

原因： 下腿有生理上構造之弱點，故有助長病理變化之進展，蓋下腿脛骨面直接處於皮下，皮下脂肪層甚薄，極易外傷，其血管營養網分佈，亦因缺少皮下，脂肪而單弱，且下腿離心臟遠，人體直立行動，血液回心不易，依解剖構造我人知腿部原有兩靜脈系：一、隨動脈平行分佈於腿部之股靜脈，脛靜脈，腓靜脈等之深靜脈系，二、處於皮下，不與動脈平行之蓋微靜脈系，二者在股三角併合，經股道進入骨盆而成腸骨靜脈，此等靜脈管內之血壓本不高，其向心回流力，須賴動作時體肌收縮擠壓以助之，復賴半月狀靜脈瓣以阻其逆流，然皮下靜脈系則缺體肌擠壓，其流本已緩慢，再加長期站立，血液停滯更甚，致造成靜脈擴張，靜脈彎曲，靜脈瘤等症，靜脈血因此久滯皮下，營養因以惡劣，特別於站立職業者：如農夫車夫挑夫等，既須久立，又易腿部受創傷及汚損，故下腿潰瘍在此等社會中特多，且此級社會中人，多半貧苦，工作為衣食之母，長期休息，澈底治療，環境經濟俱不許可，(故祇於門診時見之，而不在病房)遂致在莠不治，遷延甚久，良有以也！發病原因單純性者不外外傷，燙傷及因癰腫蜂窩織炎後形成之潰瘍，他如濕疹，搔創，經病菌侵入亦能形成潰瘍，梅毒性者則有由二期之脛骨骨膜炎及三期之護膜腫而形成潰瘍者，或本為單純性後受全身梅毒之侵染，而變為梅毒性潰瘍者，結核性者甚少見，由皮膚結核，或先為單純性潰瘍，後染結核菌者，其他有由癌腫或骨髓炎之腐骨瘻管，而成下腿潰瘍者。

經過：多數在下腿前面下三分之一處，由外傷或濕疹受化膿菌感染，逐漸潰爛形成急性潰瘍，有潮紅腫脹疼痛，灼熱，機能障礙之炎症現象，經此時期以後，多數收口痊癒，但有一部分患者，在急性現象減退之後，因行動漸便，遂因循苟安，治不徹底，或用土法苟延，致潰瘍或為慢性，其時化膿減少，痛消腫退，原可期生長新皮以收口，第因該處生活力欠佳，肉芽弛緩無力，紫黑滯血，染菌腐爛，遂致一方新生，一方壞死，經過中每再成急性，反復不治。且每次擴大其面積，結締組織部分，則受慢性刺激而增殖，潰瘍底及邊緣成胾狀而加厚，皮膚與底部之骨膜及筋膜而固結，潰瘍底及緣遂不能移動，失却彈性，至是新生微血管更不易伸入，皮膚神經因營養不良而疼痛麻木，皮下淋巴管受擠閉塞，潰瘍以下，日久成足部橡皮腫，潰瘍之邊緣既成胾狀肥厚而愈着，新上皮已不復能向內伸展，或一部生出，而其他部分因血栓又腐，潰瘍於是不規則，至此時期，化膿現象不復如前，僅流多量黃水，稀膿，惡臭難近，患者轉輾於各醫院，亦不復企望痊癒，但求免痛無臭，於願已足，故惡臭常為促使就醫之原因也。

診斷：診斷不難，但須分別種類以為施治之方針，注意靜脈擴張，靜脈瘤，濕症之有無，梅毒性者潰瘍如腎形，邊緣如刀切深而陡，潰瘍底作火腿色有油光，及其他梅毒症狀以助決定，結核性者瘡口常不止一二枚，大小各異，邊緣下空，可以探針探入，其他病種可藉病史及潰瘍性狀，分別診斷之。

預後：本病日久失治，醫癒甚覺費力，但能借以三四月休息，殆無有不痊癒者，惟癒合後若不能改變其職業，隨即再起，是亦社會經濟問題之一也。

療法：普通基本療法：(一)禁忌站立及行動，局部高置，最為重要，如能做到此層，其他均屬次要(二)清潔瘡面排除細菌(在施行各治療法之前，均應先事此項工作) a. 大量消毒液沖洗：如千分之一過錳鉀液，百分之三硼酸液漂白粉液，百分之一雙氧水液，生理食鹽水等，每天二次，或竟整日沖洗，洗後用膠包(不甲油紙)被覆使之蒸發如硼酸水，漂粉液，利佛拿液(1/1000)，依克度水(10%)每兩三小時加藥液一次，以求壞死組織脫落，減少分泌，排除惡臭，數日後改用藥布填塞：如碘仿布，以刺激肉芽。俟肉芽健全，然後改用油膏收口如硼酸膏，銻膏，末食子膏等。

● ● ●
後列各法均有特效，擇其適宜者行之，惟第一步須先清除瘡面：

(一)電療法：lontophoresis (L. Saylor, T. Koracs, Aw. Dwryel & T. wright) 用 0.5% Azetyl-Beta-methyl-

cholinchlorid 液浸於石棉紙內，將下腿及足包裹，潰瘍面露出，以作正極，通以直流電流 (galvan) 二十至三十分鐘，每星期二至三次，其餘時間用麪包或油膏，收口甚速。

(二) 因素林 (胰島素) 油膏法 (K Hedin) 此法適於老年患者，尤以老婦之下腿潰瘍為宜。蓋此等患者多數驗得有糖新陳代謝障礙，今於油膏內加以胰島素結果甚佳，如係真正糖尿病患於老年者，當然更為適用。

(三) 龍膽紫結痂法 (F. M. Thurmon D H. chaimson) 龍膽紫 (gentiana-violett) 殺菌力強，無害組織，併能阻止肉芽之過度增殖，法以百分之二龍膽紫水溶液，用毛筆塗抹潰瘍面，空氣中乾燥，每日三至五次，塗三四天，至龍膽紫乾結成痂為止，其上並不再須綑紮，可以行動，極省材料。結痂後每天觀察痂皮下有無空隙，或囊形積水，有者即將該處龍膽紫痂，以消毒鉗剪除，並將該部清潔後，再塗龍膽紫液，此種痂皮結成二三月後，潰瘍面已愈合而癢痕幾與好皮無異，此法開始後二三日，即已痛癢盡除，但潰瘍處如有水腫時，須先將水腫治癒而後行之。

(四) 副甲狀腺液及鈣療法 (Tulius Sternberg): 每日一公撮副甲狀腺抽出液，滴於潰瘍面上加消毒紗布包紮，每日再內服三公分乳酸鈣，肉芽強健後，可以隔幾天換一次，以待合口。其痛苦則減除甚速，全部工作需約二十七次至五十次繃帶。

(五) 鉍養粉膠綑帶 (Unna): 鉍養粉，白阿膠，甘油，水四者加溫化開混和成膠，其處方如下：gelatin alb. 30,0 Zinc. oxyd. 50,0 glycerin 20,0 aqua comm. 100,0 此膠須先小量試製，總以在體溫及室溫，室內濕度下，能乾燥而又不過硬為佳。不乾則減少水及甘油，潰瘍面加以清潔癒治後，自足 (露趾以便觀察) 至膝下，將製成之膠加熱化開 (注意勿燙傷) 如白漆狀，用漆帶刷皮上，以三吋闊之紗布綑帶繞貼如全腿繃帶法，圈圍向上，覆包隨刷以膠，勿漏空，務平貼，寬窄適度，稍覺緊壓，但勿礙血行，綑帶勿過長，兩三圈後剪斷，如此包漆兩層，等乾透，同時觀察血液循環，乾時稍收縮 (應注意露趾部是否有蒼白，青紫，冷，痛等) 乾透即可行動。繃帶一星期後至十

天後更換，如乾燥綑帶無損壞，可不必更換，更換時以熱水洗即脫，本法尤適宜於溼疹性。

(六) 橡皮膏緊貼法 (黃榕增博士修改)：潰瘍面清

潔療治後，下腿部毫毛薙淨，以汽油刷皮膚脫脂，然後用酒精全部消毒，然後將橡皮膠布撕成兩三公分闊長條，圍繞緊貼，自足掌以至於膝下，全部貼滿，每圈剪斷，第二圈須重疊一部於第一圈上，作蓋瓦狀，向心貼去，兩圈間切勿漏空，空者該處起泡，貼時宜稍加壓力，令皮下窩靜脈系脈管內滯血壓出，且令淺表靜脈壓扁不通，使皮膚靜脈血改道，入於深部靜脈，血液循環不但不致停滯，且因是反為佳良。本療法之目的在此。至於壓靜迫皮下脈並不需多大壓力，故壓貼不可過緊，過緊反障礙全部血液循環，能發生全足壞疽！露足趾即所以觀察血行也，其餘如兩足踝及跟部，腓骨頭等處略填棉花以護壓傷，包完後觀察一二小時血循環後，即令歸去，初次包後，稍有漲痛，但兩三日後即成習慣，流膿水惡臭液必多，可不必顧慮，至兩三星期更換一次，若覺有局部鬆脫，即須全部交換，第二次以同法換新，瘡面已大為改觀，故第二次可以再延長更換期，蓋已取得患者信心，不必急急。待流水減少，痛苦全消，肉芽叢生，新皮四出，大約經三五次綑帶後即告痊癒，交換三次後，荷膠布無特殊破損，竟可留待收口，以省材料。以上所述指潰瘍面巨大者而言，若小於手掌者，無需全下腿包紮，僅須緊貼自瘡面下二三公分起至瘡面上兩三公分止即可，並不須周繞一圈，三面已足，留出瘡面之反背面四分之一，如此可以盡量拉緊而阻礙血行較少，本法有特殊便利與經濟，惜發明已久，而用者尚鮮。

(七) 手術療法 (靜脈瘤性潰瘍)：

- (a) 放射狀切開法 (W. Teuseu) 共切六至八刀，自邊緣外一至二公分好皮膚內起，向潰瘍中央會合 (用電刀更佳)，每刀須深入皮下組織，直達筋膜上劃開，手術時用短期全身麻醉，(勿用局部) 切開後須有大出血，始有功效，當然不能使流血太多，即時以消毒紗布壓迫停止，再加壓迫綑帶，第二日血止後，改用魚肝油軟膏，滿塗潰瘍面，外包以全下腿石膏綑帶，每兩星期交換綑帶一次，至愈為止。(單純性亦有效)
- (b) 週圍切開法：如前法，惟在潰瘍邊緣外 至二公分好皮膚

內平行邊緣，深達筋膜上，週切一圈，亦如前包紮，（單純性亦有效）。

- (c) 螺旋形切開法 此法乃專對靜脈擴張及靜脈瘤本身，行多處割斷，以去除下腿部滯血，使血行暢通，潰瘍自癒，手術時用全身麻醉，腿部高舉，減少腿內血液，在大腿部紮以止血帶，然後下腿消毒，在潰瘍以上之下腿部作螺旋形反切開，自膝下旋向潰瘍，（不可連接潰瘍，因有細菌傳染之危險！）但螺旋刀口之上下兩層間至少需有十公分以上之距離，過近則中間皮膚壞死（注意！）於皮膚切開時將皮下所遇見之所有大小靜脈，盡行兩端結紮，中間剪斷，然後將皮膚重行縫合，消毒包紮，本法先決條件，必須絕對消毒，刀口須有一次癒合之把握，否則危險甚大，因螺旋形之切口甚長，并有多數靜脈已被切斷而開口，又潰瘍面細菌甚多，即在近處，且患潰瘍者，常有下腿慢性溼疹亦含病菌，以是必須先治溼疹，使皮膚康健，然後罨敷以消毒液如昇汞水，酒精，漂白粉液等數次，而後始可施手術。手術完後，切口與潰瘍須分別包紮，以膠布隔絕，局部高調，靜臥十天左右，潰瘍面以普通軟膏貼之，日見其乾燥，收口，其效力幾不能令人相信，迨切口拆綫時，則潰瘍亦愈合矣。

其他對於靜脈怒張與靜脈瘤療法尚多，凡下腿潰瘍與靜脈擴張症併見，則治癒靜脈擴張，潰瘍亦癒，但離本題太遠，不再多述。

(八) 其他特種原因之下腿潰瘍，當與原因療法並行，如梅毒性者須用抗梅毒劑，結核者須先搔爬，太陽燈，魚肝油及滋補品，骨髓炎者去腐骨，癌腫者行斷肢術並摘出淋巴腺，鐳錠，愛克斯光綫等。

以上各種療法，有者係本人臨床實驗有效，有者係昔時同事諸公用過，是否適合於現時軍用，未敢武斷，唯以個人經驗，橡皮膏貼布法及三種手術法均有良好成績也。

現代診斷技術上的進步

方 植 民

一、引言

「有豐富技術的經驗，才能夠對於疾病的認識；但同時由技術的進步而得來的新底認識，亦能成爲綫索更進步的技術的產生。」這是唯物辨證法所告訴我們的知識。無疑的，現在世界那一樣不是賴乎科學的協助來認識事物的存在？其對於自然界爭取有利生命保障的奮鬥，要算是醫學家和其他科學家們不斷地努力研究，產生了許多靈敏的科學方法與精確的檢驗儀器，乃爲現代診斷學上的長足進步，獲得大大的增加了病症診斷的確實程度，而且還以此作爲治療的依據，使患者的恢復康健得到更可靠的保證。

這些嶄新的檢驗方法提高了診斷技術的水準，使吾們能夠深刻的認識了病症的本質，而且因爲檢驗技術的提高，在富有經驗者，並得發揮其才能，成爲綫索，更進一步的爭取有利生命保障的業績，譬如將臨診上應用關於視覺方面的工具來說：現代診斷上用途的各種「檢鏡」“scopes, 係就電學，顯微透鏡，及反光鏡等原理製成，用以檢查深處人體的各種組織或器官。「檢耳鏡」的

發明，曝露了耳膜的穩藏；而「檢膀胱鏡」更能使吾們直接看到膀胱內的一切。「檢胃鏡」“gastroscope, 與精緻的照相機，如果用一種巧妙的方法把它們結合起來，那末還能夠對其胃壁照相，很明顯地檢驗其胃壁上所發生的各種情形，如潰瘍，贅瘤等等，這都是就視覺上利用科學的儀器去檢驗在那裏發生的「確實情形」，由是可知診斷技術上的進步之一斑了。

二、生體檢查

生體檢查 (Biopsy) 是現代醫家常用作決定診斷的諸試驗之一。吾們可以從「活組織」的身體來考察它是不是在正當的生活着或有生癌 (caucer) 的嫌疑？這試驗是從生體內移下組織的試驗，在不久以前還是一向被人視爲極可怖的嘗試；但現在，一種新穎技巧的發明，已經使它變成尋常的一會事了，就是和普通的「注射」差不多。先要預備一支中空的針，也和普通注射器上的針相似，然後經過消毒，刺進所需要檢查的組織裏去，把那地方的組織裝滿一針；抽出來的時候，組織也就跟着抽了出來。用這方法取出組織，非僅患者的精神

不致感到不好過，而且還不致刺激那地方的癌（假定不幸而真的有癌生長）而加速它的生長率。移下組織之後，到實驗室裏去把它『冰凍』起來，再在切片機上利用銳利的刀片，切成像蜜蜂翅膀那樣纖薄的透明的切片，精細地加以染色之後，就可放在顯微鏡下觀察，能夠探得癌生長的消息。

三、應用營養化學的原理

要檢查一個人的舉止遲緩或行動敏捷，好像有用不完的氣力似的；或者覺得體重有顯著的減少或增高的時候，就應顧慮到他的甲狀腺是否失常？現在有所謂『基礎代謝率』（basal metabolic rate）可以測驗，換句話說，就是要知道在完全靜止時，一定的時間內需要多少氧氣來供給體內的燃燒。其法係用一個夾子閉住鼻孔，另用一根管子插入口內，管子的一端供給呼吸用的氧氣；呼出來的氣體則經過另一根管子，通入另一種儀器去測定二氧化碳的量。幾分鐘後，試驗停止，另外再去做一『空白試驗』來矯正『實試驗』所得的紀錄；隨後，更考慮被檢者的年齡，性別，體重以及其他因素等等，基礎代謝率就被測驗出來了。吾們才得依據了這所得的結果去決定正確的治療方針。

四、紀錄心臟行動的儀器

在檢驗心臟疾病的時候，任憑有怎樣了不起的專家，也完全需要『心動電流圖』（electrocardiogram）來幫助他，作為診斷時的參考——表現心臟裏面電流變化的紀錄圖。當心臟進行收縮或擴張的時候，可以產生五種不同形式的

電流波（Waves of electrical energy），每一種代表每一種不同的情形發生在心臟裏面。這些電流波的變更，可以通過這一組精密設計的電磁化的複雜裝置，而紀錄在紙片上。由於紀錄下來波的排列情形，就能夠知道心臟現在正在發生着什麼病症，或將要發生什麼病症，好像親眼看見過似的。它能夠檢出正在蘊釀着的病症，雖然這病還沒有發作而影響到其他部分呈顯病象；但具有高度靈敏性的紀錄却已經把這消息洩漏出來了。吾們能夠從紀錄圖上看出『心傳導阻滯』（heartblock），『心房搏動』（fluttering of The auricles）或一部分心肌等亂動等等。應用另一種儀器——『脈波描畫器』（Sphygmograph）；可以自動地把脈搏跳動的情形，絲毫不亂的描記在一張活動紙片上，其正確性不知比手指按捺的要高得多少倍。

五、X光攝影

自 Roentgen 氏發現 X 光以來，醫學界受它的恩惠很深；不過當初應用的時候，還只能借此呈現出人體骨骼的『剪影』式圖樣而已。迨後經過了使用技術的不斷進展，就得知怎樣去用它來檢查肺、心、腎、胃、及腸子的形態了。現代醫家都會很熟練的運用它來診斷病症——可以通過最新式的『螢光影屏』（Fluoroscope）在一塊白幕（white screen）上面去檢視體內患病之所在，好象看到了人體生活進程的活動電影。在 X 光的巡禮之下，人體任何部分都能夠透視；如要檢查消化管的時候，先給被檢者吃了一些能使 X 光不能透過一種造影食（Contrastspeise），如硫酸之類

是，就可立於X光放射器(X-ray machine)與一塊白幕之間，開動電流，透視這些造影食在其腸內的進程情形；從胃的飽滿時及空虛時所發生的情形，及大小的變動之間，吾們可能把潰瘍，癌瘤或腸子中障礙物生成的大小及地位等等，一一確定出來。

關於X光檢查腎臟，現在已有了精確而又詳盡的方法，就應用了『斯威克試驗』(Swick test)——簡單而有連環圖畫的作風；第一把某種含碘的染料例如 Jodtetragnost 之類施行靜脈注射，於是這染料就經過血液循環而集中於腎臟預備排泄。選擇一個適當的時候——就是當所有的腎臟部分全被裝滿這染料的時候，用X光照相，得到極清晰的腎臟的寫真。過幾分鐘，等到染料從腎臟下來，經過輸尿管而入膀胱時，又用X光照相，得到極清晰的輸尿管的寫真。五分鐘後，等到染料下來充滿了膀胱各部的時候，再用X光照相，得到第三張膀胱的寫真。吾們可從這三幅清晰的寫真照片裏面，能夠獲得整個腎臟的生理及病理的歷史進程。

差不多有 40% 普通所謂消化不良(indigestion)是起於胆囊與肝壁接觸的一個小囊的工作失常。診斷胆囊有無起了病變？僅由外面的病象作依據，則極感困難，有時就連極有經驗的專家都無法利用這些來決定病人是否患胆石(gallstone)或是否胆管發炎等等。最好診斷胆石的方法是用放射綫照相(radiographs)。假使在照相之後，找不到有胆石的話，這只能表示沒有胆石的存在，但並不能就表示胆囊的完全健康。『格拉哈試驗』(Graham test)是

檢查整個胆囊情形的最佳方法，試驗的原理和上面所述的斯氏試驗差不多，都是在想一種方法使放射綫在透過所欲檢驗的器官的時候，能夠把當時的情形很明晰地呈顯出來。在斯氏試驗裏是採用一種能阻止放射綫透過而又能經過腎臟排泄的某種染料；在格氏試驗裏也是採用一種能阻止放射綫透過的特殊染料，但它注入人體後，能經過胆囊排泄而出，這種特殊染料，叫『四碘酞酞鈉』(tetraiodophthalein sodtium)。(注意：查此項胆囊造影劑經靜脈注射後，常致惹起在注射部發生血栓或壞疽，甚有變成潰瘍的病例；mettler氏應用生理食鹽水 20 c.c. 於其注射後注入之，以為中和該方面的障礙，而收洗滌之效。)但當試驗的時候，先要等這染料達到而且充滿整個胆囊的當兒，就可照一張放射綫的照相，來表示胆囊正常的形態。以後，再吃一頓脂肪含量極高的肉飯，再照一張放射綫的照相，看看在消化脂肪時，它是不是和健康時的一樣能傾出胆汁，而致自己空虛？由此試驗結果的歸納，就得知患者為什麼在右腹上方部分時覺割痛的原因。

吾們檢得一個腎臟病的患者而必需割除的時候，在動手術之前，一定要考慮這另外的一個腎臟是否可能負起全部的責任來排除體內的廢物？假定不然的話；那末，這許多有毒的廢物就堆積在體內，達到相當程度，有威脅生命的危險。測驗腎機能的方法有許多。譬如說選用一種染料注入人體，而去測量它被腎臟排泄入尿液中的速度等等。或者利用血液化學的豐富知識，去測驗以尿素姿態存在血液中的氮量是否正常或過多

？假使測驗結果是氣量過多的，那就證明腎臟沒有充分能力去職司排泄的工作。這樣，雖然腎臟有割除的必要，也絕對不准割除了，倘不管一切而草率從事的話，常易誤人死命。

六、腦脊髓液的檢查

關於大腦或腦脊髓裏的嚴重病態，在以前的確是一件不可勝任的診斷問題；大腦外面緊裹着一層堅固的頭蓋骨，簡直使吾們無法摸索它的裏面所進行的秘密。但現在，這許多問題，却已可藉着髓液的許多試驗而得到解答。譬如試驗脊髓液的壓力是否正常？（健康成人的壓力，在橫臥位為 60—120mm 水柱，坐位較橫臥位約高二倍）能夠知道大腦或脊髓有無病變？先係採用腰椎穿刺（Lumbar puncture）的方法，即以穿刺針（通常用 crenig 氏穿刺針）向兩個脊椎骨（與兩側腸骨櫛的 Jakob-y's Linie 一致）的中間空隙處插入，碰到裏面的髓液。在針的外端與一氣壓表相連，藉以察看存在脊椎裏的髓液壓力的高低。更進一步，由於『奎根司丹試驗』（Queckenstedt test）的結果，吾們並得判定患病的大腦組織是在整個大腦的那一邊：就是在檢驗患者的時候，先用大母指緊壓他的左頸，試出髓液的壓力正常，隨後再換一面，緊壓右頸，照樣試出一番；假使這時發見在氣壓表上呈顯高壓表示的話，那末就可決斷出患病的腦組織是在右邊的一半。

把髓液抽出一部分，塗在玻片上，放顯微鏡下做檢查細菌的試驗；又可使這試驗裏，決定幾種病症如腦脊髓性瘧疾（Cerebro-spinal malaria）、流行性

腦脊髓膜炎（epidemic cerebro-spinal meningitis）斑疹熱（spotted fever）及睡眠病（sleeping sickness）等，藉以及早採取正確的治療方針。在另一部分抽出的髓液裏，吾們還可以檢查它所含白血球的數量；因為在嬰兒癱瘓（infantile paralysis）或流行性腦膜炎（epidemic meningitis）患者的髓液裏面，白血球含量常是極高的。髓液的顏色也值得吾們注意；康健者的髓液如蒸溜水一樣的透明，要是帶着像『金銀花』樣的黃色，那就是表示着大腦出血（cerebral hemorrhage），顏色渾濁的，是患梅毒很深，已經進入神經組織的表示。如要進一步的去證實為梅毒症，還可用髓液為材料做『瓦賽曼試驗』或『康恩試驗』（Wassermann test or Kahn test）。還有應用『膠質金試驗』（Colloidal gold test），除診斷梅毒外，其他如腦膜炎，腦腫瘍，腦出血等病都可以由此獲得證明的。

七、為保健而設計的幾種特別試驗

喘息症（asthma）和花粉熱（hay fever）都是一種『過敏性』（allergie）的病症，就是說因為病人對於存在食物裏和四週的空氣裏幾種特殊蛋白質有敏感性而引起了生理上的不快。據現代所發表的報告：足以引起一部人發生過敏性的蛋白質的種類，真是多得無計數。——從草類的花粉起一直到魚腥臭，甚至到化裝用的香粉止，幾乎無所不包。『過敏試驗』（sensitization test）的任務就是要想發見出能夠引起病人發生過敏性的那幾種蛋白質。就是採用這些

物質製成的浸劑，把它少許如種痘似的種在臂膀上，或者用注射器注入極微量於皮膚之間；要是在這處理的地方有紅腫或發炎的現象，那就是表示對於這特殊的蛋白質有過敏作用，吾們就可以想法用免疫的方法來叫他脫離這蛋白質的束縛了。

還有許多有趣的試驗，大都應用於測定傳染病的預防；換句話說，就是試驗個人對於某一種病菌有多大抵抗力來表示有否得病的可能性？譬如說『錫克試驗』(Schick's test) 係用以判定個人對於白喉 (Diphtheria) 的感受性之有無？『結核菌苗試驗』(tuberculin test) 用來診斷結核病之有無，『狄克試驗』(Dick test) 用來測定個人有否罹患猩紅熱 (scaratina) 的可能性等等；假使從這許多試驗，知道他沒有抵抗疾病的能力 (在注射的部分呈顯紅腫，就是陽性反應)，那末就應該設法增加對於該疾病的抵抗力，或者採用自發式的去注射該種『菌苗』(Vaccin)，或從其他免疫動物的『血清』(serum) 裏把抵抗力借過來。

八、驗血與檢菌

血液試驗，也是現代診斷科學中的傑作；因為關於各種傳染病的診斷上有了很大的貢獻。能夠在血液裏找得出的病菌如傷寒菌，副傷寒菌，鼠疫菌，結核菌，脾脫疽菌，梅毒螺旋體，回歸熱螺旋體，出血性黃疸螺旋體等，此外還有葡萄狀球菌，鏈球菌，肺炎雙球菌，癩菌等都可在血液裏檢出來的。更以血球計數的方法，擴大診斷疾病的範圍到最可驚奇的程度；不僅是傳染病的診斷

所必需應用的，其他各病症的診斷也都脫不了關係，譬如檢驗貧血症時，可以在顯微鏡下用了『血球計』(hemocytometer) 對血液中的赤血球計數。判定盲腸炎 (appendicitis) 患者的預後，先要計算這病人的血中每立方毫米 (cmm) 所含白血球數量的多寡，為什麼他必須這樣做呢？吾們知道白血球是血液的巡邏隊，當某一個地方的組織受到細菌們襲擊的時候，白血球的數量就會驟然增加了許多。反過來說，假使我們從其他地方已經獲得許多關於患盲腸炎的證據，而再在這裏數到有超過常數的白血球存在的話，就可論斷他的病勢大致可靠。(單純性白血球在血液每立方毫米約 10000 個，但超過 15000 個時，即為化膿之證)。血液中還有一種灰色小餅似的東西，叫『血小板』(blood platelet)，對於血液的凝固有莫大的關係，康健者的血液中，每立方毫米應含有 120,000 至 300,000 個血小板；要是小於此數，就容易流血，而且不易止住它出血。血液化學的發達，又得應用『血糖容忍度試驗』(sugar tolerance test) 來診斷糖尿病者，再用了『氫離子濃度』(hydrogen ion concentration test) 來測驗血液的鹼度或酸度。又關於黃疸病 (Ikterus) 的早期診斷，現在有了『比色儀器』(colorimeter) 可以勝任，就是利用患者的色澤比較為依據；通常康健者的血清是帶黃色的，而患黃疸病者的血清因為含有胆汁的緣故，却現帶有橙黃的色彩，假使這橙黃的色彩漸漸加深到一程度，超過比色器上所表現的某一極限叫『黃疸指數』(Ikterus index) 的話，那末就可無疑的判定為

黃疸病了。

有幾種病症，尤其是肺炎及白喉兩種，治療時間的遲早，差不多決定可能治療與否的重要因素。爭取時間在他們就是爭取生命，早期診斷有辦法，簡直救治了病人的生命；治療大葉性肺炎 (lober pneumonia) 普通是注射血清，但在預備血清之前，首先要決定它究竟是屬於什麼型，『紐飛特試驗』(Neufeld test) 就常被應用來分別這些肺炎型性，至於白喉，可以費四小時的工夫來做勃拉特氏的『急速培養』(Brahdy "rapid culture test")。先須預備一根塗擦器 (applicator)，一端裝一小塊凝固的馬血清作為培養基，即以此向病人的喉頭患部括擦一下，拭取了偽膜粘液，裝於已經消毒過的玻璃管內，藏入衣服中，經過四小時取出來，假使病人是患白喉的話，那末經過了這一括擦的塗擦器一端定有附着少數的白喉菌，以馬血清為營養料，在適宜於細菌繁殖的體溫之下，也會很快的培養出許多的白喉桿菌，就把它原來括擦過喉頭的一端，塗布於玻片上，行染色檢查，如果在顯微鏡下看到有白喉桿菌，可以不必躊躇的，立刻注射血清為是。

九、結 論

綜上各節所述的診斷技術，係就大體的申說其輪廓，掛一漏萬，知所不免；譬如血壓診斷的方法，檢查受孕的阿奢姆查狄克反應 (Asheim-Zondek Reaction) 等等，都不曾一一道及。要而言之，無論那一種技術，各有各的相當價值；但要是脫離了與其他病象的聯繫而單獨『依樣畫葫蘆』的行動起來，那就毫無用處。因為這些試驗只是技術，只能使吾們感覺更加深刻，思維更加正確的技術而已。技術能夠增加我們對於疾病的認識，但同時由技術的進步而得來的新的認識，亦能成為線索，引導更進一步的技術的產生。

無疑的，以後用在診斷方面的技術無論在質在量，都收得到未可限量的收穫，但決不會因此而使醫學思維的任務淪為附庸。因為只有通過技術與思維，實驗與認識的互相關係，才能使世界上的一切物質，由不知進到知，由不完全的片面的膚淺知識，進到更深刻的多面的澈底知識。由此看來，那末這些科學技術的產生，豈只僅僅是充實我們對於病症的認識嗎？其實要以『唯物辯證法』的目光來考察，還算得是樹立我們科學醫的柱石呵！

霍亂治法之意義 及其在我國之病史

陳方之

現行之霍亂治法，曾經多數學者研究，根據其病的學理，人的經驗，始逐漸定其醫的規範；茲特分期述說如下：

一、前兆性下痢期的治法。

此期的措置，往往被人忽視，實乃大謬不然；若此期措處得當，不獨於個人生命有大關係，即對於豫防流行，亦頗便宜；據美醫 Scobuwn 氏在斐列濱馬尼拉市的調查：

「大流行的爆發，多從輕證保菌者，亂撒其糞而起；此等苦力，以業務疲勞，而暴飲暴食的結果，因下痢而引起真正霍亂；其吐瀉物，再傳他人，而為大爆發之源。同氏又用保菌者，飲以峻瀉藥，果能引起其霍亂」。（馬尼拉市民，有保菌者 6%）。

所以抑置前兆期下痢，問題甚大；世上有主張在本期用瀉藥，謂使其腸的內容物，早泄於外，如赤痢傷寒然；其實瀉劑足以使腸之蠕動增進，反而促進其吐瀉；而本期之治法，應以鎮靜其心身，為大目標，故首宜命其絕對安靜，次用溫溼布包其腹部，內服用鴉片酒，（丁幾）鎮靜其腸，每次五滴，為最適當。

二、吐瀉期的治法。

此期病菌在腸粘膜上，繁殖達於頂點，表皮細胞，已消失其吸收之本能；故治法以解毒劑為主，而以鎮靜劑收斂劑輔之。

甲 解毒劑：以 Rogers 氏報告：用過錳酸鉀，為最有名，人多效之；其法，以 Kameleon Vaserin 作包衣，內含過錳酸鉀 0.05 公

分，加 Salol 一公分，杜松末 0.5 公分，最初二小時內，十五分鐘服一丸，其後每三十分鐘服一丸，約服十二小時，若便數減少，便性變更，便色變綠，則次日減服八丸，此法之外，又有用乳酸（一日量十公分）或 Kreosot 者。

乙 鎮靜劑：英國學者多人，如 A. T. Woll 及 J. Walker 氏等，根據在印度醫治之經驗，主張鴉片為最良；其言有曰：「若疾病初期，即鎮其吐瀉，能停止其病的進行；故於未入虛脫期之前，用鴉片劑，（注射亦可）或可不陷於虛脫；」反對論者，以為鴉片能滯蠕動，致引走鼓脹，使菌易於繁殖，加重其中毒云云，實與事實相反。且英國學者，更有統計數字為證；彼等在 Aranzol 鎮山醫治，用鴉片後，死亡率減至百分之五十，其先為百分之九十云。

丙 收斂劑：用單甯酸百分之一水溶液灌腸；（Cantani 氏）用骨炭末白陶土內服。

三、虛脫期的治法。

菌毒自血行周轉於全身，使胃腸粘膜起變化，而起吐瀉；吐瀉持續不已，致血液濃縮，體內水分缺乏，毒質更得逞其凶焰，遂成虛脫。故治療的大方針，以補給水分，強壯心臟為主；現今所認為確効者，厥惟鹽水注射，而亦有主張用葡萄糖液者，茲述其方法與其歷史的變遷如下：

甲、等張鹽水。（Isotonische Kochsalzlösung）等張者，與人體內血液之張力相等的意義，蓋恐張力過大過小之液，一時注入多量於血內，反而有害之故；普通用 0.85%，名曰生理鹽水。此法乃於一八三一年英醫 Thomas 氏所首倡；確能使病人恢復意識，停止痙攣，全身狀態良好，誠為救死之唯一良法；但其効力之持續，往往時間不長，或竟於數小時後，再陷虛脫。通常之注射量，每次靜脈內不過一千五百公撮（c.c.），若過其量，能礙及心臟；據 Lang 氏主張，注射到二千公撮時，已現最小血壓低下，而最大血壓高上；若再過之，則於血之循環條件，起惡影響；然而皮下注射則無妨。世有用 Ringer 氏液者，其効力不過相同。

乙、高張鹽水。（hypertonische Kochsalzlösung）此法為一九〇八年英醫 Rogers 氏所極力主張；謂張力雖高無妨。其法，先使病人絕食，飲以過猛酸鉀液，（0.035 溶於 500 c.c. 水）及強心劑，然後注射。其處方：純鹽 13.5 公分，鹽化鉀 0.7 公分，鹽化鈣 0.45 公分溶於汽水 1000 公撮內，精細滅菌以後，保持 37°C. 溫度注射於靜脈內，速度約十分鐘；或再於注射後，每日皮下注射 Atropin 三次更佳云。

據其宣佈之統計成績如左：

試用年次	試用方法	試用病人數	死亡率
1895—1905年	等張皮下	1 2 4 3 人	5 9 . 0 %
1906—1907年	等張靜脈	1 1 2 人	5 1 . 9 %
	等張皮下	1 5 8 人	5 9 . 5 %
1908—1909年	高張靜脈	2 9 4 人	3 2 . 6 %
1 9 1 0 年	高張靜脈并 過錳酸鉀服	1 0 3 人	2 3 . 3 %
1 9 1 1 年後	同上法再加以 Atropin	1 5 6 人	1 1 . 0 %

其後追試者的報告，紛紛不能一致；有是認者，有反對者；但高張較勝於等張，則為事實。

丙、鹼性等張鹽水。為 Sellards 氏所首倡，謂能防止虛脫期的尿毒症；然而效之者不多，其液於鹽以外，加以重曹，處方如左：

純鹽 四·〇公分 重曹 三·〇公分 溶於一千公撮的汽水中。

丁、葡萄糖溶液。(Traubenzuckerwasserlösung) 此為 Stranss 氏所主張，其說以為本病既作，腎的機能，正在不健全時，若輸入多量鹽分，恐排泄為難；是以主張用百分之四的葡萄糖液，注射於皮下，或用百分之十液，注射於靜脈，則水分既能供給，營養又能維持，較之鹽水為勝云。又 Quincke 氏曾證明本病的 Aceton 體產量加增，其所以陷於昏睡狀態，與酸過剩症 (Acidosis) 有關，故主張於葡萄糖液中，加以重曹云。

四、血清免疫療法 (Serumtherapie)

本病的免疫療法，雖尚無定評，但研究其抗毒性血清者極多，頗有希望；茲列其名如左：

- (1) Salimberri 氏血清，用 Coldium 囊貯菌培養，以滲出其溶解性體外毒。
- (2) Schurupoff 氏血清，將菌用苛性鈉處理後，注射於荷蘭豬 (Meerschweinchen) 的腹腔，獲得強有力的體內毒，以為抗原。
- (3) Kraus 氏血清，用霍亂菌之肉羹汁 (Bouillon) 培養濾過液作抗原。
- (4) Carrier 氏血清，將培養菌及其誘導體，以種種期間，注射於種種動物，以所得血清混合之。

又將其一二統計列后：

Salimberri 氏血清的効力統計。

證別	病人數	死者數	死亡率
輕證	6	0	0
中等證	7	0	0
重證	10	1	10%

最重證	19	9	47%
合計	42	10	23.8%
不用血清病人	200	150	75%

Schurupoff 氏血清的效力統計。

輕證	18	0	0
中等證	20	0	0
重證	149	56	37.5%
合計	187	56	29.3%

要之，本病的抗毒血清，其製造雖尚未有唯一完美的方法，其成效雖尚未得一致贊同的批評，而不可以一概輕視之，恐其達於完成之域，已不遠了。

至於我國的霍亂史，究竟始於何時？竊恐知之者鮮，余故在此附帶一談。

霍亂二字，出於素問；其文曰：「太陰所至，爲中滿，霍亂吐下」。故一般賸賸之舊醫學者，以爲黃帝時代，已有霍亂病，殊不知那霍亂非此霍亂，現今所用的霍亂，不過將西文 cholera asiatica，用中國舊名詞，去張冠李帶罷了。

但是此種真偽異同，究竟因何緣由而來呢？則自亦有故，本來西文的 cholera 一字，出於希臘，原意爲德文之 Dachrinne，即暗溝之義，用作病名，不過形容其腹瀉的峻烈，大概是急性胃腸炎；到了十九世紀，即西歷一八一七年，因交通發達，曩之限地域而流行於印度一帶的霍亂菌，乃侵襲全地球人類；於是歐洲學者，在 cholera 下，加以 asiatica 字，始成爲因霍亂菌而起的真正霍亂之專名。

我國之霍亂史，亦與上述歐洲的霍亂史相類；在道光元年以前，所謂霍亂，乃與歐文之 cholera 相同，指夏秋二季的急性胃腸炎，或食物性中毒之吐瀉而言，即所謂假霍亂是已；迨至道光元年以後，始有真霍亂發現；文獻昭彰，歷歷可考。

余考查文獻方法，對於真霍亂與假霍亂之辨別，乃利用其症候中有無腹痛一點，以作根據；蓋真假之辨，若用科學方法鑑別之，當然有許多異點，糞便中霍亂菌之有無，爲其最確最著，然而此固無望於舊醫籍；故以其敘述證候之有無腹痛一點，作辨別之根據，爲最確切而最明顯；查霍亂菌毒，有麻痺腹部神經的能力，故真正霍亂，雖劇瀉而決不腹痛；以此辨之，實乃最當，吾人乃以此法詳查歷代之文獻。

內經爲不規則之醫書，其說霍亂條下，並不詳述其證候；隋代巢太醫諸病源候總論中霍亂諸候，凡二十四論，首述霍亂心腹痛候，云：「霍亂而心腹痛者，心痛（或指胃部）先吐，腹痛先利，上攻於心則心痛，下攻於腹則腹痛」，這說得很明白；自此以後，千金外台，聖濟聖惠，以迄明醫清醫，凡說到霍亂，必述腹痛之候，王念西準繩，叙之尤詳，吾人亦不必盡述，使閱者冗長生厭。

直到清代道光年間，浙醫王夢隱，著霍亂論，其第三卷醫案篇，載王氏自己經驗的醫例四十八案，有三十八案，始只見吐瀉，不見腹痛，而其他十例之見腹痛者，則夢隱自斷為非霍亂證；此蓋我國記載真霍亂之第一聲，此四十八案，一方面可知王氏的醫術練達，認證清楚，非類於庸庸俗子；而他方面亦足以證明王氏所遇的霍亂，確為古來所未有的新病，與古醫籍中所載的假霍亂有異；且為真正霍亂無疑。

余今錄其一二案，以供參考：

1. 「丁酉八九月間，杭州盛行霍亂轉筋之證，有沈氏婦者，夜深患此，繼即音啞厥逆，口極渴而沾飲即吐不已，足腓堅硬如石，轉時痛楚欲絕」。
2. 「五月初三日，余抵上洋，霍亂轉筋，已流行成疫；有南潯二客，同患此證，一韓姓，須臾而死，一紀姓，年十七，勢亦垂危，手面皆黑，目陷睛竄，厥逆音嘶，脈伏無溺，舌紫苔膩，大渴汗淋，神情昏亂，危象畢呈；時交芒種，暑濕之令未行，仍是冬寒內伏，春令過冷，入夏猶涼，氣機鬱遏不宜，故欲變溫病者，皆轉為此證，與伏暑為患者，殊途同歸；但不腹痛耳」。

考夢隱氏初抄霍亂論，在道光年間，其重訂霍亂論，於同治元年自序有云：「道光間嘗草霍亂論，王君仲安，梓以行世，蓋二十餘年矣」。按道光末年為西歷一八五〇年，則王夢隱初見霍亂流行，蓋在一八三〇年左右，適當世界第二次大流行。又病情篇註楊素園之言曰：「道光元年，直省此證大作，一轉筋即死，京師至棺木盡，以席裹身而葬，卒未有識為何病」。案道光元年，為西歷一八二〇年，適當世界第一次大流行。

據上所述，我國的霍亂也，不同於印度，而同於歐洲；其侵入在於十九世紀初，乃受全球大流行的影響，實乃信而有徵。

〔附〕據德國醫史學家 Hirsch 氏所記，「印度之霍亂流行，第六世紀已有信史，到了十九世紀初，世界交通漸繁，於是昔之限地域流行的霍亂菌，化作腥風，散佈於四方；第一回大流行，在一八一七年，蔓延于五大洲，殺人之數，不可勝紀；第二回大流行，在一八二六年，發於印度，終於澳洲，殺人之數亦甚多；第三回在一八四六年，以我國蒙害為最慘，流行亦遍於世界；第四回在一八六四年，始於亞洲，經西伯利亞入俄國，由俄經德而流播於全歐；第五回在一八八三年，從波斯起，經小亞細亞俄國而襲德，漢倭三月，死人近萬，因此促成德國學者之研究心，以發明霍亂菌，造成醫史上之有名紀念；此之謂十九世紀之五大流行」。

介紹一個軍用的霍亂弧菌培養新法

——熱水瓶可以代替孵卵器——

劉經邦

姜穆清

自從抗戰開始以來，每屆夏秋，國內各地，多有霍亂發現，去年湘贛境內，流行甚為劇烈，根據報告，統計達二千二百餘人，死亡達百分之三十，其他未據報告之患者，更不在少數，似此情形，直接間接影響於抗戰前途者至大，雖經各方防疫機關及衛生人員，努力防治，得以迅速撲滅，未釀大變，要亦不無談虎色變之感。

本年夏秋已屆，各地雖迭有霍亂病例發現之報告，所幸均未流行，我輩衛生人員，責任攸關，固應加緊防治，惟以各方檢驗，防治器材，因應用消耗，已不充實，目前來源斷絕，購買為難，致令預防治療工作，不無困難。

茲以霍亂菌之細菌培養及檢驗，關係霍亂病例之確定診斷，至為重要，但以孵卵器無從購買，且不便軍用，因是檢驗設備未能完備，每有霍亂病例發生，確定診斷，極感困難。各方乃從事於孵卵器代替品之研究，近有以溫水瓶代孵卵器，頗切實用，經本隊試驗亦獲良效，不敢自私，特為介紹各同志，並附霍亂診斷疑集反應試驗法，以供參考。

甲、略論霍亂弧菌之形態及染色

霍亂菌形如，形或S形，故有弧菌之名，長約1.5至2.0 μ ，寬約0.3至0.4 μ ，無芽胞，尾端有鞭毛，行動活潑，在顯微鏡下排列如羣魚，往來如流星，極易辨認，其塗片以革蘭姆氏法染色，呈陰性，普通以百分之十石炭酸稀釋復紅液染之，亦極清晰。

乙、溫水瓶代孵卵箱培養法

一、應用之器械及其設備

- | | |
|--|-----|
| (1) 孵卵器一個(可用二磅或五磅之大口熱水瓶作成)內裝有孔白鐵提一個,備盛培養液管之用 | |
| (2) 攝氏百度表 | 一支 |
| (3) 溫水瓶(可用而盆代替) | 一只 |
| (4) 酒精燈 | 一只 |
| (5) 試管架 | 一只 |
| (6) 中號試管 12×125m.m. | 二十支 |
| (7) 濃布布吞培養基 | 一瓶 |
| (8) 白金耳(用鐵絲代) | 一支 |
| (9) 霍亂診斷血清 | 二公撮 |
| (10) 十公撮吸液管(刻度) | 五枝 |
| (11) 一公撮吸液管(刻度) | 五枝 |
| (12) 凝集反應試管 | 三十個 |
| (13) 玻璃片 | 十張 |
| (14) 二百五十公撮度量瓶(盛生理鹽水用) | 二只 |
| (15) 空針 | 一個 |

二、培養方法

- (1) 培養基之預備,用消毒空針吸取濃縮布布通水一份,加沸水九份,裝入已消毒之中號試管內,(每一管約 10c.c.)再煮沸之。
- (2) 溫水瓶代孵卵器之裝置——用白鐵做或小提一個,作盛試管之用,提之大小,與溫水瓶內圈等大,提壁鑽成眼孔若干,使瓶水流入。
- (3) 接種方法——用上流盛入試管內之淡培養液,仔細接種大便約半公撮,勿雜入其他污物,放入攝氏三十九度之溫水瓶水內(管置白鐵提內,溫度用溫水調節,水量約 400c.c.)六小時後,取出之,先再接種該管之培養物半公撮,於第二管淡布布通培養液內,將溫水瓶換水至攝氏三十九度,方研究第一管,經六小時後之

培養液，再研究第二管。

三、培養基之製備

濃縮百布通培養基：取百布通十公分，純潔氫化鈉十公分，碳酸鈉二公分，溶解於一百公撮蒸溜水內，煮沸一刻鐘，用濾紙濾過，將氫游子濃度測定其為P.H 8.2 至 8.4 裝入瓶內，嚴密封固，用蒸氣或間歇消毒法消毒，可保存數月，臨用時再行稀釋之。

四、氫游子濃度之測定

各種細菌對於培養基內之酸鹼忍受性各有不同，培養基內加入百分之一非諾而夫他林酒精溶液一二滴，如無色或淡黃色，則為酸性，如顯紅色或深紅色，則為鹼性，過酸或過鹼可用 N/10 鹽酸及 N/10 氫氧化鈉矯正之，霍亂弧菌之適宜酸鹼度為 P.H 8.2 至 9.0

丙、細菌學檢驗法

一、顯微鏡之檢驗

- A. 塗片檢查：取培養液少許，塗抹於潔淨玻片上，固定後，以石炭酸稀釋復紅液染之，在顯微鏡下檢查霍亂弧菌彎曲如，或S形。
- B. 懸滴檢查：取培養液一滴，置於潔淨玻片上，上覆蓋片，霍亂弧菌在高倍顯微鏡下，排列如羣魚往來如流星，行動極活潑。

二、凝集反應之檢查：

如無顯微鏡，則上法可略去，直接作凝結反應，凝結反應可分為初步的玻片凝結法，再用小試管凝結法證明之。

- A. 玻片凝集試驗：若塗抹標本及懸滴檢查，均為陽性時，可直接用培養液作玻片凝集試驗法，取生理食鹽水，及百分之

一霍亂血清，（濃縮霍亂免疫血清 0.1 公撮，加生理食鹽水 9.9 公撮）各一滴，置於玻片二端，並記明之，用消毒白金耳取培養六小時後之培養液一滴，各混和之，數分鐘後，用肉眼或置低度顯微鏡下，血清如有凝集成塊者，是為陽性反應，鹽水與糞汁混和者，則無上項現象，是為試驗之對照，在得此試驗結果後，欲作最後之決定診斷，必須施行培養液之試管凝集反應，並究其凝集價之高低。

- B. 試管凝集反應：此項試驗為檢查霍亂弧菌之最確實者，凝集反應在免疫學上極有價值，以某種免疫血清對其本菌必具凝集反應也。法取凝集試驗玻管六枝，以蠟筆分別記明 1/200, 1/400, 1/800, 1/1600, 1/3200, 及對照管一，於第一管至第六管各加生理食鹽水 0.5 公撮。將霍亂診斷血清稀釋成百分之一，於第一管加稀釋血清 0.5 公撮，混合後，吸出 0.5 公撮加入第二管。以次類推至第五管，吸出 0.5 公撮棄去之。（對管內即第六管僅有鹽水 0.5 公撮）稀釋後之六管，均用十公撮吸管加入六小時百布吞培養菌液各 0.5 公撮震盪之，待充分混合後，置於攝氏五六度溫水箱內，四小時後，即可檢視其凝集反應，對照管內，因未加培養菌液，必須無凝集現象。

丁、結 論

- 一、溫水瓶代孵卵器設備簡單，易於裝置，便於攜帶，瓶內水溫初為三十九度，經歷次試驗，六小時後始降至三十五度，仍適合於弧菌之生長。
- 二、培養時間較常法減短，亦極可靠，能應急用。
- 三、所備之濃培養基可歷久不壞，易於攜帶保存。
- 四、製備淡百布通液時，如不能滴定其酸鹼度，可用普通開水配製，其鹼性大概適合需要。
- 五、無顯微鏡設備之處所，可單作試管凝集反應。如結果有陽性，診斷可據此確定。
- 六、普通在第二三管內可見明晰之凝塊。
- 七、本文所記之一切裝置，極為簡單，便於軍旅。

現階段之砂眼療法

· 陳 生 白 ·

關於各型砂眼的療法，雖根據過去中外專家的研究報告，或以藥物，或以手術，或以電氣，或稱特效，或稱優良，各有主張，各是其是；但是經過了作者與師友間臨床上一再追究的施治，仍不外乎幾種定型的方針，同時自全面抗戰以來，作者因為感覺到後方藥品器械之羅致為難，更感覺到治療砂眼之不可稍存鬆懈；曾就現狀態下，對砂眼療治略有變法；這樣的變法，固至少限度當求合理；但另一方面，也不能不歎國內醫藥之窮，誠有如古語所云「窮則變」之感。以下即就臨床所見的分類法，逐述其治療。

一、急性砂眼 *Trachoma acuta*

事實上砂眼之以急性始者甚少，故對於一個分泌旺盛，穹窿部充血腫脹，而上下眼瞼結膜有顯著的乳嚙增殖的初診患者，在無法真確地明瞭其過去之他覺症狀，與無法應用細菌學之診斷的時候，與其稱它為急性砂眼，毋寧當它是砂眼合併急性加答兒性結膜炎 *akute katarrhalische Konjunktivitis*，而治療之方針，即第一治療其強度分泌，其次治療其固有之顆粒。通常對於強度之分泌實用硝酸銀 *Argentum nitricum*, *Lapis*, *siver nitrat*，其用法有二：
 (1) 將上下眼瞼充分翻轉後用0.2—1.0%硝酸銀溶液點眼，每一日一或二次。
 (2) 用0.5—1.0%硝酸銀溶液塗布結膜面，每日一次。須注意者：

- (1) 成份較多之硝酸銀溶液，略有侵蝕作用，故對於一個初診患者，尤其是神經過敏者，往往會引起難忍的刺痛，應先一日用0.5—1.0%硫酸鋅 *Zinc Sulfuricum* 1.0—5.0% 蛋白銀 *Argentum proteinum*, *Protargol*

等點眼，再於第二日用硝酸銀，這一方面使病人對藥物稍有習慣，一方面使病人減少恐怖心理，如不得已時，應先告知。

- (2) 結膜翻轉後，應使其上下密接，以保護角膜。
- (3) 使用硝酸銀前，應先用 2% 硼酸水沖洗結膜囊，去其分泌物，使藥力直達結膜面。
- (4) 使用硝酸銀後，應行 1% 食鹽水洗滌，使中和過剩的硝酸銀，這一方面緩和炎症，一方面預防發生銀沉着症 Argyrosis。
- (5) 在高度分泌結膜紅腫之患者，於使用硝酸銀後，應施以 2% 硼酸水之冷罨包法，這一方面減少充血消退炎症，一方面使患者得快感。
- (6) 強度分泌之原因，往往以合併淚道疾患或異物之竄入者，不可不考慮及之。至於顆粒的治療，以下當有詳細之記載。

二、乳嘴型砂眼 Papillares Trachom

所謂「乳嘴」，乃發生於結膜面上的局限的極細微的赤色小隆起，如用略濕之棉花揩拭時，更可明顯地出現，而已發生病變的結膜的該局部，在外觀上更呈充血，失光澤，與血管行走不明。治療方針：在有分泌物者，應先用 0.3—0.5% 硫酸鋅點眼，待分泌減少，可用 0.3—0.5% 硫酸銅 Kuprum sulfuricum，點眼並令患者自用 2.0% 枸橼酸銅 Kuprum citricum 軟膏塗入結膜囊內。至於分泌已減少，充血已消退，而乳嘴增殖尚未減輕者，則其處置之法有二：

(I) 用硫酸銅結晶或硫酸銅棒磨擦

硫酸銅棒為由硫酸銅加硝酸鉀加阿刺伯樹膠所煉成，市售者俱裝入木製之套管內，攜帶使用，兩俱稱便。其用法先將結膜囊洗滌，次 Cocain 點眼，次以硫酸銅摩擦結膜面，再用食鹽水，硼酸水或蒸餾水洗滌，一日一回。作者按：

- (1) 硫酸銅棒自抗戰以來已難購置，故除用硫酸銅結晶磨擦外，可改用市售用以澄清飲料水之明礬 Alumen，同樣生效。
- (2) 門診患者可施以輕度磨擦，不必先點 Cocain 等麻醉

劑，而患者亦僅於施術後略有異物感耳。如施術後令患者閉眼五分鐘，再步出診察室，當無何等痛苦。如此既省時間，又節材料。

- (3) 施術後如用食鹽水洗滌，更可減少痛楚。
- (4) 硫酸銅禁用於角膜潰瘍及角膜已呈炎症狀態之患者。
- (5) 硫酸銅棒之療法，雖稱便利，惜其治癒之經過較長，故對於輕度的或僅限局於背部之砂眼，固可試用，但在病變已瀰漫於上下穹窿部暨眼瞼結膜者，為縮短經過計，賞用摩擦法。

(II) 摩擦法 Keiningsche massage

按 Keining 氏原法，手續如下：(1) 洗滌。(2) Cocain 點眼或 Novocain 注射。(3) 實施局部麻醉後翻轉眼瞼。(4) 用角板保護角膜。(5) 於玻璃棒之一端裹二千倍之昇汞棉花。(6) 摩擦穹窿部與眼瞼結膜，使呈鬱血狀態，如此則表在之病變既經壓出，其較深部之病變亦可藉以促進其吸收。關於本法：

- (1) 經行穹窿部注射麻醉後，眼瞼浮腫，消退費時，故穹窿病變較甚者，固可一方面使達麻醉之目的，另一方面因注射而局部腫脹，使病變更能明顯地呈現於醫師之前。但穹窿部病變較輕，眼瞼結膜病變較甚者，可無須注射。作者將玻璃棒之一端，依原法裹以二千倍昇汞棉花，其另端則裹以 2—4% Novocain 棉花，於局部點眼麻醉後，即先以昇汞棉花摩擦之，如患者訴有疼痛時，可用玻璃棒之另一端，即裹 novocain 棉花者，摩擦數次，再用昇汞棉花繼續摩擦。如此使用既便，又不費時，而奏效則同。
- (2) 用昇汞棉花摩擦，其病變猶不能除去者，作者曾屢用 2% 硫酸銅溶液或硼酸粉添加於昇汞棉花上，即時繼續摩擦，頗奏膚功。
- (3) 小兒或神經過敏者，余曾用 2% 硼酸水棉花摩擦，亦收效果。
- (4) 施行本術，如於翻轉眼瞼後使眼瞼上下密接，亦可不必用角板，如不得不預防，恐後貽角膜之病變，而無角板時，作者曾將普通藥匙切斷其 1/3，加以修改，頗能得心應手。

- (5) 依原法，施術完了，於洗眼後點硝酸銀，用假綑帶。作者對神經過敏患者，為減少痛苦計，第一日僅點 Rivanol sol. 防意外之傳染，並塗入硼酸軟膏，用硼酸水冷罨包，使減輕反應。第二三日用 0.3—0.5% 硫酸鋅點眼，仍行冷罨法，第四日後如分泌減少，充血已退，可改用溫罨包法，使促進吸收，俾組織復於常態。
- (6) 本法對於病變較甚者，原可一週一回或數回反覆使用。作者為便利起見，於一次充分的摩擦後，待其充血減退，尚發現有剩餘之病狀者，曾追加硫酸銅棒摩擦法，確能事半功倍。

三、顆粒型砂眼 Koerniges Trachom

砂眼的顆粒是一種帶黃或帶淡紅色的潤濁的比較深在性而境界不明的較大之隆起，此如以藥用食鹽末塗抹，用水沖洗後，其顆粒當更為明顯。其有數個顆粒軟化融合者，稱膠樣砂眼 Sulzigen. Trachom. 至於治療方針，當在祛除固有之顆粒。顆粒型砂眼之浸潤既較深，顆粒既較大，所以光靠藥物，在短時期內，幾乎難以奏效；故賞用手術療法。手術之目的，在用壓力挫碎顆粒，祛除顆粒；其用具如 Knapp 氏輪狀鉗，Kuhnt 氏壓出器，俱為吾人所常用者。戰時購辦較難，可就銅匠鋪特製較普通直頭換藥鑷子較短小而薄的薄頭砂眼鑷子，雖外形較差，但應用上功效上既無二致，價亦不昂。其術式：經洗滌，麻醉翻轉眼瞼後，以角板保護角膜，將鑷子夾在穹窿部與眼瞼結膜之間，適宜地用力引向下(上眼瞼)或上方(下眼瞼)，使破壞顆粒，手術終了，用硼酸軟膏塗入結膜囊，行冷罨包法。須注意者：

- (1) 本手術之施行既以壓出顆粒為原則，故施術時用力不可太過，恐損結膜固有之組織，致經過稽遲，遺留瘢痕。
- (2) 本術施行後，如結膜面尚高低不平，當併用 Paquelin 燒灼法，更能奏效，戰時既器械缺乏，設備難週，作者依同樣原理，曾改用硝酸銀塗佈或硫酸銅棒摩擦法，亦頗見效。

四、對於砂眼之浸潤較深者，頑固者，及其合併血管翳者之療法

- 對於浸潤較深之砂眼，近有用重硫酸奎寧溶液或輕膏施治者，頗多好評。
- 對於頑固之砂眼，有用刷子法者，即於注射麻醉後，用小刷子以刷去其突出

之顆粒也。此尤在軟骨已呈肥厚狀態者，較為適宜。惟本法出血稍多，且有不快感，為遺憾耳。作者曾用國藥木賊草磨擦以代替刷子法，茲並紹介如次：法先將木賊草剪成每長約二英寸之片段，經昇汞水浸透消毒，次以玻璃棒通去其內垢，再浸於昇汞水內，復次以木賊草之一部份套上玻璃棒，一部份折轉之，終對病變處施行摩擦。患者既少痛苦，奏效亦宏，而取價低賤，尤其餘事。至於摩擦時須採取縱的往返，以免形成癍痕，正與刷子法之注意點同。

- 對於砂眼之合併血管翳者 (Pannus)，於處置其顆粒後；如血管少僅胎濁者，可用 1.0—2.0% 黃降汞軟膏塗入結膜囊內，輕摩眼瞼，以促進其吸收。如血管翳仍為進行性，即其血管行走之現狀頗為著明者，不得不施用手術，使作為營養血管翳之血管或萎縮或中斷。手術方面有用硝酸銀角膜周圍塗布術，角膜周圍切斷術，有用自家血清，青酸酸化汞或硫酸銅等眼球結膜下注射法者，要以一二兩法較為適用，四、五兩法反應頗甚。

- (1) 硝酸銀角膜周圍塗布術，其術式為先洗滌結膜囊，局部點眼麻醉，次用開瞼器充分開瞼，以固定鑷子固定眼球，(如無固定鑷子，可令患者注視固定之一物)，終以浸潤 2% 硝酸銀之小毛筆，塗布於血管翳上方之球結膜部，並即用食鹽水洗滌。
- (2) 角膜周圍切斷術，本法之要旨，在將沿有血管翳之角膜緣的眼球結膜切斷之，使局部形成癍痕，而中斷血管翳上血液之流通。至於血管翳之經過中，往往於血管翳之終緣部來潰瘍者有之，此時除對症的用 Dionin, Atropin 點眼，行溫罨包法外，余頗推獎自家血清眼球結膜下注射法，尤以戰時藥材較缺，有值得介紹之必要。其法先採血 5 c.c. 注入試驗管內，行遠心沉澱取得其血清，(如無遠心沉澱器時，可靜置冷藏 12—24 小時)，次行點眼麻醉，終用 1% novocain 0.2 c.c. + 血清 0.3 或 0.5 c.c. 注射於血管翳上方之球結膜下，並行溫罨包法。本法刺戟較少，收效甚速；可一週一回至二回施行之。

其他尚有因砂眼而起之眼瞼內翻，睫毛亂生，及眼瞼下垂等症，現以限於篇幅，不及備述。容有機會時，另文再談吧！

★★

診斷與治療

★★

拜格里維氏 (Baglivi: 1668—1707) 有一句格言: "Qui bene diagnoscit-bene curat". 意思就是說:「誰能診斷得高明, 誰就能做到良好的治療」(註一)。現代科學醫的所以有優越的治療業績, 不能不歸功於現代診斷技術的不斷進步, 與時俱進。所以我們

在原則上, 應該是先求證據確實的診斷, 然後繼之以合理的治療, 這是不會錯的。最近我讀到王景揚先生在民生醫藥月刊(第47期)發表的一篇文章, 以「重提「醫, 學」」, 命題, 認為這是正宗醫師的成見。並且舉例說:

「——某甲喉痛發熱, 體溫 39.5°C ; 喉際有白膜一片, 根據正宗醫師的成見, 先診斷而後治療, 就是「學而醫」的辦法: 從喉際刮下一點東西, 作細菌檢查, 確實證明了某種細菌作祟, 然後施行合乎理想的治療。可是諸位留心看一看, 竟會發見正宗醫師不待細菌檢查的報告, 當場給某甲打上一針白喉血清。他還向諸位解釋: 照得症象所示, 總該斷為白喉, 不過為證據確實起見, 非加以細菌檢查不可, 然而確實的報告, 非當天可得, 血清的治效, 越早用越佳, 所以先打一針, 即使不是白喉, 也有益無損; 延誤了打針的最好時機, 才不合算哩。——不管他說些什麼, 他總已打了針, 沒有得到證據確實的診斷以前, 他已開始治療了, 這是先治療而後研究, 還是「醫而學」。——」他下面接着又說:

「——我們不能跟學者跑: 一會兒主張吃鹹, 一會兒主張吃淡; 我們也不能等候學者的研究, 我們得自求多福, 半隻馬勃一齊來, 醫而不學, 不足為內; 整天東跑西跑, 想到用這樣, 用那樣, 除非精力超人, 誰還能研究些什麼?

成見難除乃朋友會說, 診斷到底是重要的, 不能抹殺不談, 是, 我沒有主張廢棄診斷, 我不過說, 必須先診斷而後治療, 在開業醫方面, 往往是難能的。正宗的冒徒, 把診斷看得太高。我不過表明治療與診斷起碼是並肩的, 在開業醫方面, 治療佔先一著, 我們得明白生理, 解剖, 病理, 細菌, 診斷, 藥理……一切研究的最後目的是治療, 不是僅僅發表幾篇科學八股, 造就幾個科學名人, 診斷不過治療工具之一。對於有診斷而無治法的病, 我們得了診斷就怎樣呢? 對於有治法而無診斷的病, 我們不會因? 放棄治法吧。診斷, 乃是為治療而診斷, 不是為診斷而診斷, 假使我們竟有一種能治萬病的藥, 我們就可以放棄診斷, 也許治療家從此功成名退。——」

照重業的說法, 那裏早我也可以舉一列: 即沙眼的治疗方法, 我們讀陳生白君的「現階段砂眼之療法」一文, 不是已頂頂有道嗎。可是砂眼的病原菌, 究竟是什麼, 我們還不知道, 這當然也可以說是有得到證據確實的診斷以前, 就已開始治療了, 但如果尋學界裏的真情, 真的這樣單純, 那麼方植民君的那篇「現代診斷技術上的進步」不是也寫得多餘了嗎? 其實王先生把診斷二字, 看得太嚴格了, 太狹義了。治療家對於任何一個病人, 雖然不能像研究家那樣機謙斯文, 先求確實的證據, 一一列如白喉內細菌檢查報告, 然後用藥, 以致還求救不得近火。但他之所以用白喉血清, 總是因喉痛發熱, 體溫 31.5°C ; 喉際有白膜一片……等定候, 有白喉可虞, 纔想到用白喉血清, 這就是他心裏已有一個見解, 一種推測, 這見解, 這推測, 就是他的診斷, 如果他沒有這個懷疑的診斷, 那末, 他為什麼不用破傷風血清, 而用白喉血清呢? 可知他的應用白喉血清, 總是心裏先有個分寸呀! 難道這不是先診斷而後治療嗎? 既然用藥要有個分寸, 試問拿破傷風來用於白喉的牛頭馬面, 是否要極力減免, 而診斷的確包, 是否愈確愈妙呢?

我並不反對一個有梅毒可厭的病人，在沒有行 Wassermann 氏或 Kahn 氏試驗之前，先予以 606 的注射，但試問你臨症上，有沒有遇到梅毒診斷困難的時候呢？我總覺得：與共用 606 無效而用 Trypaflavin，再無效而用 Dmelcos 那樣以藥試藥，以命試藥，何如先明白了他患的是梅毒或淋病或敗血症的真相後，纔對症下藥呢！同理，我們對於一個癩癩病人的治療，如能先行血液的顯微鏡檢查，斷定他不是瘰癧而是回歸熱後，開始就予以回歸熱的治法，總比先試用 Chinin, Atebrin, Plasmochinin 等無效，而用 606 的那樣藥石亂投，來得高明些吧！

我有一個同鄉畢業的牙科同學張君，服務於民生藥廠的研究部，去年他患了病：盜汗，失眠，微熱，胃口不佳……等等，加上他的體格，本來就很瘦削，因此請教了好多位傑出的正宗醫師，都推測他什九是肺結核，於是打針吃藥的鬧了一天星，化了不少的新金錢，驟然有一位醫師，疑心他是神經衰弱；同時也經過上海的一位 X 光線專家，並過照相，診斷他患有肺結核，可是他還是照肺結核的醫法，愈醫愈利害，他自己也以為肺結核的程度，進行得非常利害了，就決意回家，從書櫃裏拿出三年前在東京拍的 X 光線照相，和上海拍的那張，兩相比較之下，却是一模一樣，沒有什麼區別，這時他纔恍然憬悟，相信他不是肺結核而是神經衰弱，在家靜養了三個多月，病就好了。現在他早已活龍活虎的照常做他的事情了，這事實所告訴我們的是什麼？豈不是開業醫師的以為先診斷而後治療，往往難能，於是先來一個治療的辦法：結果是空損憂慮，枉費多金麼？

即使再講到題目外面，例如診斷對傳染病的預防，治療家於診斷傳染病的時候，在理有報告政府的義務，以便迅速防治，為民消災，尤其是鼠疫、霍亂等疫勢猖獗，蔓延甚速的大疫，如果你能夠早一日用細孔檢查，動物試驗等方法，來確實斷定他是某某疫病，並且立刻報告政府來加緊防治，那人民的生命；也就早能得多一層的保障，而你這位治療家的功德，豈不成了萬家之佛麼？

總括說一句：無論那一種疾病，我們總要在治療之前，先有診斷，而診斷的對與不對，確與不確，那是另一個問題。不過診斷正確的，當然比診斷不正確的，要良好一些，所以我們不能不努力於診斷技術的研究，藉使我們的診斷，能夠盡善盡美，正因為診斷乃是為治療而診斷，所以我可以說：我們愈想做一個成名的治療家，愈應該研求診斷技術的進步。那篇「重提「醫，學」裏所說的，雖然有他獨到的見解，值得我們一讀，但似乎是野馬溜蹄的嚼鑿。雖然「有診斷而無法治的病」，或「無診斷而有治法的病」，現在還是很多；但既有診斷又有治法的病，亦屬不少，難道也不肯多盡些診查的責任麼？試問你整天東跑西跑的忙些什麼呢？為着替病人祛疾解苦嗎？還是替自己多一點收入呢？我覺得先治療而後追求診斷，究屬情有可原；最怕是一味的祇知治療而放棄診斷，祇解奇象而不問病苗，那就實在難恕了。然而我們可以在醫院裏，部隊裏，以及衛隊裏，見到不少以治療家自限的人，正多沾沾自喜的，不管他到底是什麼病症，先來一套治療的手法再說，却是非常可慮。我很希望那篇文章，不要成了這般治療家的護身咒或擋箭牌纔好！

本來「先診斷而後治療」，乃是醫家看病的常例，但無例無例外，(ohne Regel keine ausnahmsweise)，既然有人提出了異議，那末我們對於這異議的意見，也應該加以一番思考吧！而且我的結論是：我們應該多多鼓勵治療家能够取「先診斷而後治療」的慎重態度，藉以提高科學醫的品格；却萬萬不可存「先治療而後診斷」的心理，因為這個心思的擴大，可以養成「只顧治療，而不顧尋求確實診斷」的馬虎治療家的。

——景舟謹識——

(註一)見 Kapzan: Symptomenkomplex der inneren Krankheiten.—Wer gut diagnostiziert,—heilt gut.

破 傷 風

原書：A. BORCHARD und V. SCHMIEDEN 軍陣外科學
Lehrbuch der Kriegschirurgie.

(1937年改訂第3版)

原著：MARTIN KIRSCHNER "Heidelberg,,

葉經生 裘景舟 合譯

● 病 因

破傷風 Der Wundstarrkrampf (Tetanus) 係破傷風桿菌 ●，繁殖於創傷內而發。

厭氣性產芽胞之破傷風桿菌，體細長而帶鞭毛，gram 氏染色陽性。其芽胞能多年生存，對於一般物理的與化學的消毒劑，可掙扎至數小時之久；惟對流動性蒸氣，百度時，則五分鐘內，即已死滅。彼大抵生存於人畜（馬）糞便之內。田園泥土，由於此等糞便之施肥，或偶然的機會，而被污染，乃更由此而得達創傷之內。

破傷風在若干地域，如法國之園圃耕種地帶，見地方性流行。在平時亦常與溫熱之季節，同時屢屢出現。世界大戰時，患病數字上，曾大見變動，約占戰傷全數 0.2—3.0% 之間。開戰後不久，西戰場暴發『破傷風流行』，但數星期後，罹病率又突然降低。主要原因，由於有組織的採用醫療措施；其他因寒冷乾燥氣候之影響，亦有與焉。

吾人將含有破傷風桿菌之材料，擦入鼠尾之皮下組織，即見該鼠於二至三日後發病。此種試驗，可作為戰傷者，有破傷風可疑時診斷之用。

通常小而平緣之戰傷，無破傷風患者。反之，創傷大而染泥甚污者（砲彈傷），則患之特易。但戰時亦有因偶然之小創傷而引起者，（例如小木片之侵入），一如平日所見。四肢創傷，較軀幹創傷，易於引發，尤以下肢為最。

破傷風桿菌之局部的存在，並非與臨床症狀之出現，同一意義。因創傷內常可檢得破傷風菌，而未見破傷風症者狀者有之。關於病原菌毒素之產生，仍由破傷風菌與其他細菌之共生作用 (Symbiose)，及與異物存在所促起之白血球誘致 (Leukocytenanlockung) 有關。

破傷風菌之存在部位，常限於創傷內。僅有小數病例，得侵入直屬之淋巴腺或血液。發病之作用，由於創傷內之生菌，分泌一種毒素 ① 所致。該毒素之吸收於體內，顯然有末梢神經之淋巴管 (Lymphscheide der peripheren Nerven)。參與其事，而淋巴管與血管兩項，亦為毒素遠播之媒。毒素侵結於脊髓及延髓之運動性神經中樞，由是使橫紋肌之強興奮性，對於任何刺激，報以強烈之反應。其興奮性之強，即以極小或甚至不能證明之刺激，亦能引起肌肉之持續的強直性痙攣。

又創傷部雖有破傷風菌之傳染，但不發生創部變化，且照理應無體溫之升騰。其所以屢見發熱者，實由於 (1) 創口混合傳染，(2) 呼吸器因痙攣而發炎症，(3) 其他偶然之傳染故也。

② 臨床經過

通例在未見本病特徵之前，先有前驅症狀，每易輕忽看過；然因此種朕兆，据有早期治療之價值，故於可疑之病例，即宜注意及之。

此時，病人本來清朗之性情，起變化，易受刺激，食慾缺乏，失眠，多日來毫無感覺之創部，漸起疼痛。坐床與張口等動作，開始困難。四肢現強直性感覺。背肌，膈肌，四肢肌等自覺牽引痛，輒易誤為倦麻質斯，但此實不外乎該部肌肉之緊張度，有所增高之表示耳。創傷部附近之肌羣，反射性亢進，陷於震顫，有時交換綳帶，亦可起痙攣與收縮。一切反射機均亢進，於是定型之痙攣發作，總有來臨之一日：屆時身體上某一部份之肌羣，起一種最大興奮而使病人劇痛之強直性緊張，且因每一肌簇之同時緊張（即拮抗肌亦在所不免）於是該部呈強直硬固，全失意志統御之狀態；但因各肌之不同調的興奮機，(Erregungsimpulse) 屢多存在，故有見間代性痙攣者；如是經數十秒鐘或數分鐘後，痙攣漸減，肌肉弛緩，則復運動如意矣。

多數病例之痙攣發作，常於短時間內，擴大範圍。如四肢受侵，則發作時，因全部強直而失其運動。如頸、背部之長肌受侵時，則脊背離床，頭部向項後彎曲（角弓反射 Opisthotonus）。面肌之緊張，使面部呈苦笑之怪相 (Risus sardonius)。咽喉肌之痙攣，與咀嚼肌之強直性緊張（牙關緊閉 Trismus）。使意識完整之病人，不能大聲號叫，以訴其無窮之痛苦。吾人僅由其乞助之眼光，想見其痛苦恐怖之深而已。若腹肌，軀幹肌，橫膈膜等同時受侵，或聲門肌亦起痙攣，則立刻有窒息之危

險。此時病人顯高度紫藍色，口吐泡沫，眼珠上翻，終由血中碳酸之蓄積過多，進入自家麻醉 (selbstnarkose) 之狀態，而痛苦消失。且在此朦朧時期，肌肉之痙攣狀態，得以重新弛緩，而重新恢復之呼吸，可使半死之病人，得慶更生。(亦有在此發作中致死者)。

大抵病人經如此嚴重之發作後，多陷於喝睡的衰憊狀態。又屢有某種一定之肌羣，於各項重要發作之間，迄未消失其緊張性狀態。故有種病人，得見全部腹肌之持續的劇痛性緊張或顯著的面肌收縮。

重症病人之痛苦，由於下述之情形，而更增其程度：即病人屢試飲水，惟一見液體，則立起痙攣，以致飲食俱廢。且肌肉工作過多，水份之損失殊巨，於是病人之煩渴，乃愈覺其難堪矣。

小數病例，其痙攣有限局於創傷部附近之肌羣者，吾人稱之曰局部破傷風，例如頭部破傷風是也。亦有小數破傷風，僅而神經之麻痺而已。然就一般言之，類多逐漸的或立刻的侵犯於身體各部而起廣大之痙攣，已如上述。

臨床上由於本病之發展有異，罹病肌肉之意義不同，故各種症像之間，已有其顯著的區別。此外發作之頻度，與持續之時間，(通例於第一次發作時，即昇達至一定之境界)，亦可見其形形色色：例如：有在此病例，為一次聯一次的發作，而在另一病例，則有數日之間歇。有在此病例之發作持續，為數分鐘或一直痙攣不止，而在另一病例，則僅係數秒鐘之緊張而已。亦有在此一例之肌肉，取最大之緊張，而在另一病例，則僅有其硬度而已。

由於上述種種之差異，故破傷風之臨床症狀及其預後，亦有顯著的變動：即其病狀有輕微至幾難診斷者，亦有沉重至一天內即已死亡者。兩者之間，當然還有各種程度的病型；尤異者，一種慢性破傷風之進行，可於特徵現象甚少之狀態下，經年累月，僅賴特殊性破傷風凝集素之形成，始能斷為本病。(Kuesler 及 Martin 氏)。

通常本病係附於異物傷之破傷風菌所引起，若開刀取出異物，症狀亦即消失。

破傷風之死亡；或因發作時所起之窒息，或因肌肉之極度工作，而使心臟過勞。亦有因嚥下性或吸入性肺炎而死者。

幸得不死，則其發作之強度，逐漸減退，持續時間縮短，而間歇延長，於四至六星期之經過中，漸復正常狀態。小數病例，則有若干肌羣之遺留木板樣硬度，並縮短而成著明機能障礙之原因，每誤認為歇斯說里性 hysterische 收縮，惟予以大量之

破傷風抗毒素，即有良好影響。

有時於重症破傷風患者，得見受累甚重之骨骼，發生“自發性骨折”，如脊椎壓迫性骨折(Wirbelkompressionsbruch)。

目 預 後

任何破傷風之病變，總係一非常嚴重之損害，故於生命之預後(Quoad vitam)自應作謹慎之判斷！有許多病例，僅由於肌肉痙攣所起之強烈運動，已足以影響創傷之經過，而大受妨礙。例如在骨折患者，將因此而使患肢不得安靜，妨礙癒合是也。

經驗上，自受傷至第一個病象發現時，所存潛伏期之長短，對於破傷風之轉歸及輕重，極有關係。凡潛伏期之愈長者，其預後愈佳。破傷風之潛伏期，大約在一至六十日之間，平常為 8—14 日。吾人曾依據潛伏期之長短，而計算其死亡率如下：

潛伏期 1—7 日，死亡率 90%；潛伏期 8—14 日，死亡率 50%；潛伏期 15—60 日，死亡率 32%。然據另一統計，則在十日前發作者，死亡數為 73%，十日後為 40%。全死亡率在世界大戰時，德國由 75% 減至 51%，英國由 75%，減至 24%。

按破傷風毒素，自創口游離而出至中樞神經系統，實可以耗去上述潛伏期之一部份時間。又吾人尚須顧及者，自創口染菌，至痙攣發作之間，等於潛伏期加隱匿期，(Inkubationszeit und Latenzstadinm) 之和，在此隱匿時期，彼初無活力而被包藏之病菌，漸見活躍，並由偶然的機緣(外傷，動作嘗試，開刀等)破裂包囊而始傳毒於體內。

(譯者按：潛伏期與隱匿期，意義似有所不同，見後附註第三條)。

破傷風之再發，得解釋為下述之一種事變；即瘻痕組織內，尚有彼禁閉而猶生存之病菌，雖經第一次傳染後，已見衰頹，然於數年後，偶因創傷(例如後手術 Nachoperation)而得恢復自由時，仍有偶然發病之可能也。

預後不良之病例，其痙攣自始即見於生命上重要之肌羣，如呼吸肌，喉頭肌是也。又歷時數星期之慢性破傷風病例，顯係病菌之生存，亦在其保護囊內，僅使其毒素，緩緩入體而已。

譯者按：★★ 本病之診斷 ★★ 大抵容易。牙關緊閉及引起弓反張之背肌強直，為本病之特徵。腦膜炎亦有見項背之強直，但同有頭痛，意識障害等症狀。且照例無牙關緊閉。土納年中毒之痙攣發作，多以四肢特強。狂犬病除原因不同外，無牙關閉而有特強之嚙下痙攣，可資識別。

四 治 療

破傷風之抗禦，可分為預防的措施與發作後之處置。

【甲】預防措施：

收效甚宏，實行時一部份為創傷之維護，一部份為特殊之療法。初次創傷之處置，已詳他篇，此處所述，僅重新提出其破傷風治療上有關諸要點而已。一切囊狀多角，早已污染頗甚之創傷（榴彈傷），務使潔淨而多予開放，盡可能的以利養氣之透入創內，妨礙厭氧性破傷風桿菌之生存，並宜設法使其他好氧性細菌，亦難發育。

創傷部碘酊之使用，幾可視為本病之一種特效藥。後療法以養氣發生劑（雙氧水）為最適宜。如破傷風流行時，四肢重傷者，較之平日情形，宜斷然的採行斷肢術，而毋需多事顧慮。

●

預防破傷風發作之良藥，厥為破傷風抗毒素血清，是故每一創傷，均應盡可能的，早期行徹底的處理。惟血清缺乏時，自應撙節，以備創傷之破碎創而污染甚者之需。

預防接種，用貝靈（Behring）製血清 2500 抗毒素單位 IU ，注射皮下，並宜於受傷後立即施行。甚至在數星期後之潛伏期內，重覆一次，可疑之病例，最好於八日後，再注射一次，或多次續施，約共可注射五次。

預防接種，不能絕對的保證其不再發病，蓋接種後仍有發病而死者，但經過此有系統之實施，數量上影響殊佳；其疾病率與死亡率，大為改觀，千萬人戰傷之生命，實皆受其賜也。

又破傷風潛在性傳染之可懼，對於戰傷者之晚期手術（Spaetoperation），亦以重新行預防接種為要。

血清注射後，所能引起之過敏性震盪現象，如發癢的疹子，淋巴腺腫，發熱，嘔吐，下痢，不安，昏迷，虛脫等，在血清重復應用時，危險尤大。——傷寒，斑疹傷寒，霍亂等血清注射，亦須注意及此。

為過敏症之危險起見，應避免靜脈注射，並以馬、牛、羊、之血清，交替使用。其已起過敏症現象者，血清療法，必須即刻停止。

恐有危險之病人，有一「免敏感 Desensibilisierung」之方法：即將血清分二期注射，先為一公撮，隔約四小時後，始以全預防量注入之。

注射後，立刻發生特別危險之震盪現象者，大約五萬次注射中，有一死例。

過敏症之發生，於注射後六至十日內者，危險較小。為預防計，可於第五日後，給以鹽化鈣。

已發過敏症者，可以 10% 鹽化鈣溶液 20 公撮，注入靜脈。如用自家血液療法，可自病人臂靜脈中，取血 50 公撮，注入臀部肌肉。血液循環劑之併用，以麻黃精，可拉明 (coramin) 為要。

法國曾試用“全毒素，anatoxin oder Anaphylaktogen 之接種，以引起自動的持續性免疫。此種“全毒素，為已經 Formol 及溫熱作用後失其毒性之毒素，據稱反覆注射，得有一年以上之持續的預防破傷風免疫力云云。

【乙】發作後之處置：

基於三種不同之方針：即創傷之局部處置，特殊血清療法，及一般的對症治療是也。茲分述於下：

(1) 局部處置： 瘰癧既發作，破傷毒素，已固結於腦與脊髓，此已結合之毒素，雖不能再受創傷部處置之影響。但不論如何，細菌產出之創傷部，應加修繕，因留存之破傷菌，仍有續產毒素之故也。小創面可全部切除之，大創面之未能全部直截了當的處置時，仍須補行修割，以求整齊。其後處置，多選用氧氣發生劑（雙氧水）。

屢有專家報告，使用碘酊治療，對於破傷風有特殊之療效。局部行徹底的創傷修割 Wundrevision，屢有良好之作用，尤於慢性破傷風時，每因或種異物之同時排除，而就痊癒。

凡創傷為囊狀，多角，且有劇烈之混合傳染者；大骨骨折或大關節之開放者；創傷之易受壓影響而起不良性狀者；以及受傷後早期出現破傷風者；均宜及早行斷肢術，而不當坐待至破傷風進展中，存有所挽救之奢望；且此時病體頗生死關頭，對於大化膿創存在之加害，亦宜設法防止也。

(2) 血清療法： 破傷風發作後，血清療法之效果，甚為可疑。重症者無效，中等度及輕症者，或可得良好之成果。但欲達目的，須用大量。法以每日注射五萬個抗毒素單位，必要時連續施行數星期，其總量為六十萬至一百萬單位。

讀者試想！血清治療之與血清預防，一則使用大量而療效不確，一則使用小量而預防之效甚顯；故無論如何，總以確實的施行預防注射，為其第一要義，亦唯待預防注射之實施，毫無遺漏的滿足需要以後，然後已發病人之予以此項寶貴之特效藥，始能考慮及之也。

於此認為最好之治療方法，係病變開始時期，即將血清注射於中樞神經系統之腦脊髓液內，最簡易者，厥為脊椎穿刺。其次為局部麻醉之下，用圓鑿在兩顳頂骨上，

剖露硬腦膜，由此注入血清於腦液內。其他實用者，為後頭骨穿刺。又有求作用迅速起見，常顛行靜脈，皮下，肌肉注射；其直接輸血清於血管內者，當可於短時間內，對細菌有卓越之攻擊性。惟此種以 Blut-Hirnschranke (待查) 為血清注射之唯一速效途徑，尚無定論。他如直接的注射於所屬神經 (神經作用阻斷法) 及四肢橫斷面之浸潤阻塞法，皆無甚意義。另有謂『六〇六』有效者，亦不確實。

(3) 對症療法： 依吾人向來之經驗，在已發病之破傷風，對症療法，乃治療中最重要之部份，如能適當的，謹慎的，施以系統的處置，對於疾病之轉歸上，意義至大。

首宜明瞭者，破傷風發作，乃一種反射性痙攣，故須防止一切外來之刺激。病人須極力隔離，安頓於半暗靜之病室。切勿多事驚動 (vor Polypragmasie ist zu warnen) 持續的溫水浴，有良效。盡可能的給與濃縮之飲食。如嚥下困難，或因牙關緊閉，而不能經口的輸入食物時，可先用甦靜藥 (如 Avertin) 鎮靜後，利用細小的鼻消息子灌入液體與養份。但大部份之水份，如生理食鹽水，或同時加養份之液體 (如 5% 葡萄糖液) 多由直腸或靜脈內持續注入之。病人之大小便，須隨時監視。必要時，用人工導便。

對症療法之主要工作，乃以麻痺品緩和神經系病態的亢進之興奮性。且此等藥物之應用，可毋須吝嗇，因病人能稍得自覺的輕快，如痙攣之緩和或制止後，可使節省體力而告沈痾，故麻痺品之給與，即夜間亦需要也。

嗎啡及其誘導體之單獨使用，甚少；通常與 scopolamin 併用。尤以 Scopolaminampullen (莖菪素針藥) 之爭脈注射為妥。(Scopolamin 0.0005, Eukodal 0.01, Ephetonin 0.025).

抱水克羅羅耳 (chloral hydrat) 亦佳，每日 6.0—12.0，必要時，行直腸注入。

他如 Veronal (每日多至 2.0) Paraldehyd (每日四次 3.0—5.0) 亦可稱道。又與具有同等效力者，為 Luminal Natrium 之應用，每日五次，0.2—0.4。凡此均以合併的與交互的，應用為利。

硫酸鎂之應用，甚有意義。此亦可視為一種麻痺劑，其藥理作用，乃在肌正常興奮尚未麻痺之前，已將病態的亢進之興奮，先予解除；此因病肌之接受藥力，較正常者為易故也。

應用時最好用 30% 硫酸鎂溶液，行肌肉注射。其一日極量，為體重一公斤一瓦，則 30% 硫酸鎂溶液之肌肉注射一晝夜極量，可用體重 (公斤數) 乘 $10/3$ 而得其公撮數字。例如病人體重 70 公斤，則一日極量為 $700/3=233$ 公撮。惟開始先給

與一日極量之 $1/4$ ，再於其 24 小時內，繼續給以全日極量。

硫酸鎂行皮下注射時，效用較弱。直腸內使用，更不確實。皮下注射之一日量，為體重一公斤 1.5 瓦，亦可以體重乘五而計算之，照上例推算，為 350 公撮。

再使用本劑時，須注意其超過用量。如已見昏迷，呼吸及心臟障礙者，應即停用一時間。對於危險之中毒現象，得以 2% 鹽化鈣溶液制止其發生，（靜脈注射者，可用至 600 公撮，肌肉注射者，可用至 60 公撮）。

行數小時之全身麻醉，以解除病人之自覺的痛苦，雖於其麻醉持續中，得達解除之效果，無奈虧損太甚，良非所宜。反之，Avertin 之直腸內注入麻醉，（Loewen 氏）則於破傷風之治療上，實為可取。余甚贊許此為良好之治療方法，諸君可持續的施用數日至一星期之久。實際上，為求痙攣發作與肌肉強直之制止，而須反覆應用如是多次之麻醉劑，毋用恐懼。余可保證多數病人，僅由此無所顧慮的給與，當可使其得救也。

開始時體重一公斤，用 Avertin 0.08。以後依作用而定用量。藥力一失，即宜再用。曾有一 38 歲之病人，在十九日內，應用三十一次之 Avertin，其總量達 230 瓦，幾乎持續的保持其麻醉狀態。又有一 9 歲之小孩，用 Avertin 至 280 瓦者。兩人均得救云。

至於 Evipan 之靜脈注射麻醉，能否得同樣之效果，尙未確定。但可以之作短期的抑制痙攣發作，而不能使病人存麻醉狀態於數星期之久也。

為減低腦壓起見，可試行腰椎穿刺，或後頭骨穿刺。如腦壓異常增高，及施行穿刺時，不起強度痙攣者，得反覆行之。穿刺時，可在腰椎內，乘機輸入治療血清。

窒息發作者，應用養氣吸入。聲門痙攣者，如非無望，可行氣管切開術。呼吸停止者，行人工呼吸，最好用呼吸裝置，或助以 Melzer 氏通氣法。橫膈膜之持續性痙攣者，於局部麻醉之下，施行兩側橫膈膜神經切斷術。心力減退者，僅於希望未絕時，給以強心劑。

— 完 —

附註 ●破傷風桿菌，係 1885 年 Nicolaier 氏最先發見於園土內，更由

Kitasato 氏（1896 年）之純粹培養成功，乃得正確之鑑定。

①自 Brieger 氏最先在破傷風培養基內，析得甚多之毒素成功後，吾人知培養基過濾後，濾液內雖無桿菌存在，但有其分泌之水性毒素，Ehrlich 稱此種病作用之毒素曰 Tetanospamin。另有產生一種毒素名 Tetanolysin 者，能溶解血球，但無臨床之意義。

②按 Incubationszeit 與 Latenzstadium 兩字，有辭源註解，雖均為“潛伏”之意，但細味全文，似稍有不同，乃將 Latenzstadium 譯為隱匿期，以示區別。蓋所謂潛伏期者，當為「病原體開始在體內進行其病理的作用，起至症象（例如本病之痙攣發作）出現」間所存之一段時間，意即病之發育時期（Entwicklungszeit）。所謂隱匿期者，則雖有病原之潛居體內，而並不發病，且有發病後，重入隱匿期者，試再以瘧疾為例：

(1)三日瘧之潛伏期 (Inkubationszeit) 為瘧蚊送孢子 (Sporozoit) 入體，至瘧病初發間所存之時期，約 9—12 日。

(2)瘧疾經多次發作後，因規常治療或自然而漸成—隱匿之瘧疾 (eine Latenz der Malariainfektion)。此時病人之一般狀況，除貧血外，均見健復；但檢其血液，則仍有其多之生殖體 (Gameten) 存在是也。

(以上見 Strumpell-Seyfarth 內科學，卷一，第 142、147 頁)。又據另一雜誌所載 (診斷與治療第 183 冊)：

破傷風之潛伏期，因其感染有或與受傷同時，或由二次傳染之關係故易於誤算。且由細菌之毒力，菌數及其發育條件等種種影響，而有縮短至四五日或一二日者。亦有延長至三四週或經年餘而始發病者，(即所謂晚期破傷風 Spaettetanus 者)，譯者按：此其間有隱匿期存在之可能，故真正之潛伏期，遂不易確定而易誤算矣。管見所及，尚祈高明有以指正！

③抗毒素單位 (Antitoxineinheit = A. E.) = 萬國標準單位 Die neue internationale Einheit.

血像檢查法及其理論

葉潤石輯

凡細菌性疾病，炎症性疾病，中毒性疾病之經過中，血像 Blutbild 常起種種之變化，故欲得明確之診斷，決定治療方針，宣告豫後，非觀察血像不可，而此血像變化之學理，與其檢查之技術，實為現代醫師，所不可不知。

血片標本製作

載物玻璃與覆蓋玻璃，均須先用肥皂洗滌清潔，浸於醇與醚 Alkobil, Aether 之等分液中，臨用時取出，以布拭乾之。

取血宜自病人耳垂，先以醇拭潔之，次將左手大指與示指執耳垂，用柳葉針（即普通粗注射針頭亦可）刺其表皮，則血液湧出，先以棉花搽去之，俟再湧出血液一小滴，以右手大指及中指挾執清潔載物玻璃，粘附血液於玻璃之一端。

次將玻片移於左手，以右手取清潔覆蓋玻璃，以其邊緣接於載物玻璃面，與血滴接觸成 45 度角，向前推移，則血液自沿覆蓋玻璃邊緣流展而鋪展成薄層之標本矣。

血滴不可過大，亦不可過小，大則使標本血層厚而不均，小則使血層薄而不長，二者均不適用，此外血層邊緣，不可外及載物玻璃邊緣。

取血時間以早晨空腹時為宜，蓋白血球常能於數分鐘內，起著明增減之變化，飢，飽，坐，臥，起立，皆有相當關係，故欲應用計數，應在一定時間行之，而以早晨空腹時，取血檢查最為適宜也。

如斯製成之標本，即放於日光下，或火爐旁或孵卵器中，或以手執在酒精燈焰邊

處乾燥之，乾燥後浸入甲基醇 Methylalkohol 中，經過 3—5 分時固定之，後取出靜置，候甲基醇蒸發淨盡，施行染色。

厚滴標本 Dicke Tropfen 製法：取血手續與前者同，使湧出血滴，置於載物玻璃，以柳葉針將其略為捺開，仍為不能透視之血厚層，約費半時間，依上述血片標本乾燥法乾燥之，無須固定即施染色。

染色法即以後述新鮮稀釋之淡 Giemsa 色液 5 c.c. 注加於此標本上，經數分鐘，則色液現紅暈，是因赤血球破壞，血色素脫出之故，此時載物玻璃稍傾斜，自其高端注加新鮮淡 Giemsa 色液，使舊色液與脫出之血色素流去，易以新鮮者，此時厚滴標本呈藍色而透明，乃再染 20—30 分鐘，用儲水沖洗，乾燥之後，即可檢查。

血片標本染色

血液染色，其法頗多，日常所用計有三種：

1. 忌姆沙氏染色法 Giemsa'sche Faerbung: 為血球各種染色法中之最有價值者，即將前述如法製作之固定標本，候甲基醇蒸發淨盡，以 Giemsa 氏原液一滴乃至一滴半與儲水 1c.c. 之比例之稀釋液，染色 10—30 分鐘，取出水洗，乾燥，鏡檢。

結果：核濃紫色，Azur 顆粒赤色乃至紫色，鹽基性嗜好顆粒青色乃至紫黑色，Eosin 嗜好細胞赤色，淋巴球與單球之原形質為青色，乃至紫青色，赤血球為帶青色。

如染 Malaria 原虫，Spirochaete pallida 則於前記之稀釋 Giemsa 液 10c.c. 中加 1% 碳酸鉀 1—2 滴則著明良染。

Giemsa 染色配製所用之儲水，須呈中性反應，始可得優良之染色標本，此為最宜注意之點，因鹼性則 Eosin 色素受損，酸性則 Eosinophile 與赤血球等之染色雖顯明，而中性白血球核着色，僅呈淡藍，與本章所述目的均不符合也。

Giemsa 氏液 (Azur-Eosin-Methylenblau) 各國都有製品出售，最好用德國 Gruber 公司或怡默克 E. Merck 出品，每張標本用 5c.c. 蒸儲水，滴加 Giemsa 原液 5—7

滴振盪混和，注於標本上染之，為減少色素液中沉渣之附著，可將稀釋之染色液，盛於小玻璃皿中，將標本塗抹面向下，浮於液中而染之，如無玻璃皿可取玻璃一方，以火柴棒二枚，折去尖端，以相當距離，平放於玻璃上，乃將標本面向下，置於火柴棒上，而於兩玻璃片間注入染色液即可，此法既簡省，且可同時染數片，（此法係高品璋君發明）。

2. 梅格林伐爾氏染色法 May-Gruenwald'sche Faerbung: 本色素液為 Methylalkohol 飽和液，固定染色兼而有之，故可省去用 Methylalkohol 固定之一番手續，市有製成原液出售。

取乾燥未固定之標本，加 5--10 滴之 May-Gruenwald 氏色素原液，染色二分間（此時為防 Methylalkohol 之揮發，放入小玻璃皿內），更加同滴數之鹽水，將標本稍動搖，使色素與水混和，染色 5—15 分間，水洗乾燥，鏡檢。

結果：赤血球淡紅色，白血球之核赤色，中性嗜好顆粒紫赤色，Eosin 嗜好顆粒鮮紅色，鹽基性嗜好顆粒紫青色。

3. 帕本哈姆氏複染色法 May-Giemsa-Faerbung nach Pappenheim: 本法即將上述 1. 2. 兩法舉行複染，此二重染色法之優點，即無論顆粒及核均鮮明染色，即赤血球淡紅色，核紫青色，原形質之鹽基性者青色，中性嗜好顆粒褐色，Eosin 嗜好顆粒赤褐色，鹽基性嗜好顆粒紫青色，無不一一鮮明呈現於眼前，識別甚易，初習者便之。

法取乾燥未固定之血片標本，先滴加 May-Gruenwald 氏色素原液 10 滴，放入小玻璃皿內，被蓋染色三分鐘，於是啓蓋加同量鹽水 10 滴，稍稍振動標本，使色素與水混和，如是者一分鐘，傾棄此液，立加與前同樣之稀釋 Giemsa 液（即原液 1—1 毫滴與鹽水 1c.c. 之比），靜置染色十五分鐘，傾去此液，水洗，以吸紙吸取水分，空氣中乾燥，然後鏡檢之。

血球之分類及變化

血球分白血球，赤血球二種，前者更分輪球，酸球，中球，淋球，單球五種，就中中球復以成熟與否而有髓球，幼球，桿球，節球之分，赤血球亦因成熟與否，而有形態種種之變化，茲述其分類，形態與理論如下。

第一章 白血球 Leucocyten

白血球數在健康人，平均每一立方耗（即 1 c. mm.）血液中，為六千至八千個，一萬以上為增多，五千以下為減少。

吾人得以下列二基礎定律，說明白血球紛繁之變化。

1. 毒素之輕微刺戟，影響於白血球機能，中度刺戟，作用於製血臟器，強度刺戟，使白血球起變化，最強度刺戟，使造血中樞麻痺及血液細胞之破壞。
2. 大多數傳染病，其刺戟作用，先及於中性白血球（中球 Neutrophilen），次及單細胞（單球 Monocyten），最後及於淋巴（細胞）球（淋球 Lymphocyten），其血像狀況，因時間之關係，各呈其強弱不同之刺戟反應，及發現少見之白血球。

中性白血球 Neutrophilen 受調味素 Opsonine 之作用，使其直接撲噬細菌而消化之，尤以含顆粒（Granula）者，撲噬細菌之力最強。白血球之產生地如下：

由骨髓產生者——Granulocyten $\left\{ \begin{array}{l} \text{Basophile} \\ \text{Neutrophile} \\ \text{Eosinophile} \end{array} \right.$
 （顆粒性白血球）

由淋巴腺（脾腺，淋巴組織）產生者——Lymphocyten

產生處不明者——Monocyten (Gross-mononuklaere +
 (大單核)
 Uebergangsform)
 (移行型)

(1) 輪球 Basophile

即肥鏡細胞 Mastzelle，其大 10 μ （直徑），顆粒粗大黑紫色 schwartzviolett，核呈深紫紅 intensiv violettrot，在骨髓僅含 0.5%，即臨症上亦無價值，惟須知之，以免與他種白血球誤會，（又來於慢性炎症）

(2) 酸球 Eosinophile

其大 9—12 μ 爲赤血球之二倍；顆粒粗大，愛紅色 eosinrot，核紫紅色，分裂不出二個以上，又喜存於細胞之周邊，在健體含 3% (2—4%)，若 6% 以上則爲 Eosinophilie (酸球過多症) 見於喘息，腸寄生蟲，皮膚疾患，猩紅熱等。

凡子植物性神經以刺戟之各種原因，如 Pilocarpin 之應用，胃腸氣管及皮膚等疾病，Anaphylaxie，皆可使之增多，在重症急性傳染病則減少或消失，據 Staubli 氏說：此爲細菌毒素，過度刺戟製血臟器，致起製產障礙之結果云。

Eosinophile % 數之增減，於鑑別診斷及豫後決定，價值甚大，如急性傳染病經過中，檢其減少消失之程度，得以決定豫後之良否也。

(3) 中球 Neutrophile

其大 9—10 μ 與 Eosinophile 同，顆粒微小，紅色乃至紅紫色 rosa bis rotviolett，核多形呈深紫紅 dunkel purpurrot，在健體有分葉核及桿狀核二種：

有分葉核者即多核性白血球 Polynukleare Leucocyten；(即 Schilling 氏謂之節片核白血球 (節球) Segmentkernige L.) 乃最成熟之中性白血球也，在健體含 63% (58—65%)

桿狀核者即桿狀核白血球 Stabkernige L. (桿球)，核之陷凹尚淺，而表桿狀故有是名，在健體含 4% (3—5%)

此外未成熟之中性白血球，曰幼稚中性白血球 Jugendliche，曰骨髓白血球 Myelocyten，生理上僅見於骨髓，其性態如下。

Jugendliche (幼球) 在健康入血中，偶或見之，其數必在 1% 以內，較成熟中性白血球大，原形質與其中顆粒之着色，則與之略同，惟核着色較成熟者爲淡，核之陷凹，比桿狀核尤淺，狀似香腸，又似馬蹄形。

Myelocyten (髓球) 在健康人血中，決不可見，其核圓形或腎狀，着色亦較成熟者淡，原形質顆粒着色亦較淡，其數稀少，而代以淡紅色阿咀耳青染性顆粒質 Azurophile Kornung，此蓋顆粒之前著級 Vorstufe 物也，此種白血球除見於白血病外，亦見於重症傳染病，但爲數不多耳。

有核形似 Myelocyten 之白血球，其原形質經 Giemsa 染色，呈極淡藍色，不含顆粒，而祇含阿咀耳青色前顆粒 Azurophile Progranulation 者，此可知其較 Myelocyten 尤幼稚，所謂前骨髓白血球 Promyelocyten 是也，有較此更幼稚者，曰或骨髓細胞白血球 (又名骨髓母細胞) Myeloblasten 其核極大，原形質量極少，Giemsa 染色，呈淡藍色，祇

見於骨髓性白血病患者。

(4) 淋球 Lymphocyten

通常比赤血球稍大，6.5—9.4 μ ，弱鹽基性，原形質呈天藍色 himmelblau，不含顆粒，但間有見紫色 violett 小點，是為 Plasmosomen 在標本中心部，即血層薄處所見原形質部位，較周邊部即血層厚處所見為闊，核鹽基性，圓形或豆狀，Giemsa 染色呈紫紅 purpurrot，邊緣平滑，間有二個或數個核小體，在健康人血中，淋巴球為 21—25%，淋巴球之增減，於傳染病及炎症性疾病之預後，極有關係，而其增減，常與 Monocyten 並行，倘對於一病人，白血球計數，前後相等，而淋巴球百分率增多，是為疾病將愈之徵，反之則為病勢凶險，不待言矣。

有二種白血球，與淋巴球極相類似，一曰刺激體 Reizform (或 Turk'sche Reizungsform)，一曰漿液性細胞 Plasmazellen，行 Giemsa 染色，原形質高度鹽基性，呈深藍色 dunkelblau，惟後者之核不在中心，而在近緣處，中含光亮空泡，足為兩者之區別，此二種白血球，雖亦見於健康血中，然在病體較多，(重症貧血，白血球增多症)，至於臨床上之應用，均無甚價值。

(5) 單球 Monocyten

其產生處爭執尚烈，未能斷定，單核白血球又名無顆粒白血球 Agranulocyten，其大較 Neutrophile 約一倍 15—20 μ ，形圓或有細彎曲，用 Giemsa 染色(用中性鹽水)，則原形質呈淡藍灰色 blasblaugrau，非如淋巴球原形質之呈天藍 himmelblau，又其中含有紅色(顆粒狀)塵埃狀不潔物 staubfoermige Unreinigkeit，極易誤認為小顆粒，當注意也，倘染色稍弱，此塵埃狀不潔物即消失，是稱之曰嗜阿咀耳青性塵埃 a-zurophile Bestaubung。

核之形狀不正，比淋巴球核淡染，圓形或腎形者，謂之大單核白血球 grosser mononuklearer Leukozyt，有時陷凹深入以縫，甚至呈馬蹄形者，曰移行型 Uebergangsform (Ehrlich)。

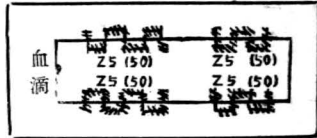
單核白血球在健康者血中，為 4—8%，在慢性傳染病，如肺結核，慢性敗血症等，或急性傳染病將癒時，常見其增多，似與體內之免疫性並行也。

白血球依上述有五即 Basophile (鹼球)，Eosinophile (酸球)，Neutrophile (中球)，Lymphocyten (淋球)，Monocyten (單球)，其百分率如下：

%數	正常平均 正常 界數	Basophil	Eosinophil	67 (正常平均) Neutrophile (正常界數)		54-72 (正常界數)	Lymphocyt.	Monocytes	
				Myelocyt	Jugendl.	Stabker-nig.	Segment.		
		1	3	0	0	4	63	23	6
		0-2	2-4	0	0-1	3-5	51-67	21-35	4-8

被檢標本，以其上下左右四處邊緣部為最妥，蓋其近血滴處，血層過厚，中央部淋球較多集合，邊緣部，單球及 Granulocytan (顆粒細胞) 等大細胞，較多集合故也。

在上下左右四處，每處數至25，如欲慎重，則各數量 50，四處 25 合為一個百分率，四處 50，合為二個百分率，與 25 二次檢查同，又檢查時，標本須依圖中點綫方向移動。



Neutrophile 之核形移動，即所謂核移動 Kernschiebung 為 Arneht 氏發見之事實，在細菌性或中毒性疾病，因消費之增加，造血器官不得不大量產生，致未成熟者亦發現於血中矣，如此則檢查所得，就上表言之，將發見幼球，甚至發見髓球，即表內之中球向左移動，通稱左移。

凡幼球之發現，必先見桿球 % 之增多，髓球之發現，必先見幼球 % 之增多，所謂中球核向左移動者，即未成熟中球 (前階級物) 之出現也，由左移度而觀察身體與病毒戰鬥之形勢，雖無甚益於診斷，而症狀之重輕，豫後之良否，可瞭然矣。

桿球 % 之減少，幾皆為最熟之節球，則通稱曰右移，為極少見之血像，惟惡性貧血，壞血病，脚氣時見之，於症狀豫後等觀察無甚價值。

Schilling 氏之白血球 % 計數時，所用表格，於計數甚為便利，其格如下：

	10 20 30 40 50 60 70 80 90 100										10 20 30 40 50 60 70 80 90 200										%	正 常 %	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
總球數																					1	0.5	0.5 (0-1)
髓球																					3	1.5	3 (2-4)
中球																					0	0	0
幼球																					8	4	0 (1)
																					52	26	4 (3-4)
桿球																					104	52	63 (58-66)
節球																					18	9	23 (21-25)
淋球																					14	7	6 (4-8)
單球																							

有核赤血球：1
白血球總數：14.000

骨髓母細胞：0

刺戟型：11

八種白血球表內分為八橫格，再分二十直格，每一直格，祇可記載拾個白血球，每見一白血球，於其所屬之橫格與直格內，書1直為符記，自1—4，為卅，5為卅，俟一直格已有十個符記（即十個白血球），則第十一符記，載在第二直格，滿十後，則第二十一符記，載在第三直格，以此類推，俟第二十直格載滿十個符記，即 $20 \times 10 = 200$ 個白血球，每橫格內符記總數，以二分之，即該種白血球之%（百分數）也。

Eosinophile（酸球）正常%為3%，細菌性疾病時，常減少，因其正常%已小，至再減少，則尋覓自是不易，但此酸球之減少或消失，與豫後關係極大，故若不能見於血片標本時，須繼續行厚滴標本檢查，完全消失，乃重篤之症也。

其餘各種白血球，無須細為區分，何則，一因其在厚滴標本中，區別不易，非如酸球之有粗大愛紅顆粒，易於識別，一因其目的重在酸球與網狀藍體及有點藍體（見下赤血球）三者故也，倘厚滴標本中，有酸球存在，此時表格記載為(十)符記，否則以(一)符表之。

第二章 赤血球 Erythrocyten

赤血球在血像中之變化，臨症上祇對於貧血病之診斷及豫後有參考之價值，然有時鑑別診斷上，亦多應用之。

健康人血像所見赤血球，幾為近圓形，同樣大小同樣着色，至在貧血病人血像，其大小常不同，所謂異大赤血球 Anisozytose 是也，豫後良好之貧血症血像，則赤血球間有呈均勻淡藍色 Zarte blaulich 着色者，所謂藍色多染性赤血球 (blaue Erythrocyten) Polychrome (polychromatophiler Erythrozyt) 是也，此種赤血球與普通者異，酸性色素之外，與鹽基性色素之色共染者也，此為赤血球之幼稚階級，乃為補充貧血之需，在重症貧血，於此外尚可見更為幼稚之含核赤血球 Normoblasten（譯名正常有核赤血球，其大小及原形質性狀與正常赤血球相等，惟多一核而已，其核富核質而濃染為藍色，定型者呈車軸狀，發育進步，則萎縮構造不明或分裂破壞），凡此均為貧血再生現象 Regenerationszeichen 之表示，可知其豫後為佳良也。

豫後不良之貧血症狀，赤血球大小不同，甚為顯著，且有多數小赤血球 Mikrocysten，形狀不圓呈不正形，故稱之曰多形赤血球 Poikilocyten（即畸形赤血球），普通藍球（即 Polychrome）消失，或發見受損害之藍球，不呈均勻之淡藍色，而呈點狀淡藍色，故稱之曰嗜性染色性有點藍球 basophile Punktierung（簡稱有點藍球或鹽基性斑點 Basophil getuepfeiter Erythrozyt），赤血球血色素減少 Hypochromie，甚者至赤血球僅呈環狀，是類血像為赤血球變性現象 Degenerationszeichen 之表示，可知其預後為不良也。

預後險惡之貧血症血像，赤血球形狀異常不正，異常紅色着色，數亦減少，惟其體反較健康赤血球大一倍，所謂巨赤血球 megalocyten 是也，若益以含核，則名含核巨赤血球 Megaloblasten，彼惡性貧血 Pernicioese Anaemie 於此等現象外，更見白血球減少淋巴球增多。

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 貧血症 | 豫後佳良者 | 1. Polychrome (幼) (藍球) |
| | | 2. Normoblasten (更幼) (有核) |
| | 豫後不良者 | 1. Mikrocyten (小) |
| 2. Poikilocyten (畸形) | | |
| 3. Basophile Punktierung (有點藍球) | | |
| 4. 血色素減少或消失僅呈環狀 | | |
| 豫後險惡者 | 1. Megalocyten (巨) | |
| | 2. Megaloblasten (巨而含核) | |

藍球 Polychrome 與有點藍球 Basophile Punktierung 在診斷各症時，極有價值，惟因其為數不多，在普通血片標本上，頗難檢得，若在厚滴標本上，有如此二者，則不難檢得也，所宜留意者，厚滴本於染色時，赤血球溶解，結果藍球成為網狀藍體 Netzen 矣，記載之法，如於一厚滴標本中，不能檢得一個，則於檢查表上記入(一)符，檢得一個，記入(十)符，是為健康者血液，如平均每一視野有二個，記入(十)符有5-10個記入(廿)符，有十個以上記入(卅)符以表之，十廿卅均屬增多，為造血器官機能旺盛之徵，症候佳良之像也。

有點藍球 Basophile Punktierung 在厚滴標本中，亦因血球溶解之結果，成為有點藍體，是又不待言矣。

網狀藍體 Netzen 有時呈殘缺不全者，其原因為藍球 Polychrome 被毒素破壞，與有點藍體之發生同。

如病人之血厚滴中，僅有一二網狀體，而無殘缺網狀體，與有點藍球者，是為病變尚未及於赤血球之證。

— 完 —

1939年寄生蟲專家 Faust 發明硫酸鋅集和法，
可適用於人體各種寄生蟲卵之糞便檢查。

硫酸鋅集和糞便檢查法

徐子平

吾人平時檢驗大便，多採用塗片沉澱法，離心法及浮漂法等，每覺其各有長短。有用於寄生蟲卵者，未必可用於原生蟲胞囊，或圓蟲吸蟲卵，因此檢查結果，每隨個人之技術，或專家之推薦及個人之經驗而不同。一九三九年寄生蟲專家富氏等 (Faust, et al, 1939) 發明此硫酸鋅集和法 Zinc Sulphate concentration technique. 可適用於人體各種寄生蟲糞便檢查，且較常用塗片沉澱等法為優，凡普通檢查陰性者用硫酸鋅集和法均可得陽性；但有時本法對吸蟲及條蟲卵因沖洗過度，有破壞其組織之可能，不可不注意，茲介紹如下：

檢查法

(一) 一份糞便與五份基本鹽水混懸液之調製如下：

1. 以五克重之糞便與 10c.c. 之生理鹽水混和。
2. 用一每吋四十格網眼之銅篩，將混懸液濾入一量杯或玻璃管內。
3. 用 10c.c. 生理鹽水沖洗留在篩子上之雜質。
4. 則 2 與 3 合成的濾過液，即為一份大便與五份鹽水之混懸液。

(二) 以硫酸鋅作離心性漂浮而集和之。

1. 將 2c.c. 上述之鹽基性糞便混懸

液吸入一華色曼氏 (Wassermann's Tube) 玻管內。

2. 加水至離開管頂約一 cm. 處，然後把管內液搖勻。
3. 在每分鐘 2640 轉之速度下，離心旋轉該玻管，約四十五秒鐘。
4. 傾去上層之液體再加水沖洗管內沉澱物一如上述，並震搖之以得一勻和之混合液，重行離心旋轉，如上層液仍是不清，則須作第三次之沖洗。
5. 在最後一次沖洗傾去上層液，即可加入 1c.c 比重 1:180 之硫酸鋅溶液 (此硫酸鋅溶液係以 331 克重之 $ZnSO_4 + 7H_2O$ (粒狀，美國藥局方) 放在刻度量杯內，加蒸溜水至 1000c.c. 刻度)，以手指輕擊玻管之底端，俾使沉澱質與硫酸鋅溶液澈底混和，再加硫酸鋅溶液至離開管頂約半 cm. 處，然後離心旋轉此混和液，用一醫用滴管，把硫酸鋅溶液沿玻管之內緣一滴滴點入管內，直至液體之表面全部凸出管外，此凸出之半月狀液即可用特製之圈提出及檢驗之。

(三) 以圈移動法檢驗寄生蟲卵及囊。

1. 用一枝五耗直徑之細菌學上用之白金圈，

2. 將此圈垂直插入管之一邊，適處於半月狀液之下面，以水平方向轉移之，然後漸移動至液而中心，一圓滴之漂浮物，即可由未被攪亂之一部分液而上取得。
3. 把圓滴放在一張染淨之玻片上，再以同樣之方法重作二次，直至已有三圓滴為止。
4. 加一滴大湯尼氏 (D'Antoni's) 標準碘染劑於一已預備好之玻片上，緩緩轉動玻管使物質集於中心，并使染劑與糞便質和勻。
5. 覆以一 2 2 耗之方玻蓋片，以低力鏡及高力鏡檢驗。

(附) 大湯尼氏標準碘染劑配法

此碘染劑係由一以比重總配就之標準百分之十碘化鉀溶液，沖淡後，加碘而成，其配製法如下：

(一) 百分之一碘化鉀溶液配製法

1. 先秤碘化鉀一百克放入一清淨之 1000c.c. 化學用容量燒瓶內，加蒸溜水至 100°C. 刻度處，把一清淨且十分乾燥之 25c.c. 容量燒瓶秤至第四位小數，記下重量，把上述碘化鉀溶液注滿瓶內刻度，再秤至第四位小數處，從瓶及溶液之總量上減去空瓶之重量則上述 25c.c. 百分之十碘化鉀溶液之重量即可決定，照理論上講此液之重量應為 26.925 克，但由於碘化鉀之潮解，故實際上溶液之重量比理論上者為輕，以

理論上之重量分除差異之重量 (即理論上之重量減去實際重量所得之差) 再以十 (所需之百分率) 減去其商，即為上述溶液之實際百分率： $100: \text{試驗後溶液之實際百分率} = X: \text{百分之十}$ ， $X = \text{碘化鉀之克數}$ ，從 X 所得之克數減去一百，即為碘化鉀，再須加入上述溶液內之克數，使成一標準化之百分之十碘化鉀溶液。

2. 以蒸溜水將上述百分之十碘化鉀溶液沖淡至百分之一。

(二) 標準碘化鉀染劑之配製

在 100c.c. 百分之一碘化鉀溶液內加 1.5 克已磨成粉末之碘結晶，此染劑須靜待四天後才可使用，在使用之前，須先濾過，並不可沒有塞子，因防碘之揮發，如塞子緊貼，則此貯藏液可歷久不變，按此標準劑，比普通用之碘液，較為可靠云。

參攷文獻

1. Faust, etal: Comparative efficiency of various technics for the diagnosis of protozoa and helminths in feces. Jour. parasit. 25:241-262. 1939.
2. Hall, M. C: Studies on Oxyuriasis I Types of anal swabs and Scrapers with a description. of an improved type of Swab. Amer. Jour. Trop. Med. 17:4445, 1937

自抗毒血清應用於急性傳染病之治療，收效良好後，外科學上亦開始作被動免疫之探究，以期縮短治療日期，骨戰創尤為研究之目的，值得注意！

化膿性骨戰創之局部免疫治療

朱傳圻

身體組織感受傳染後，生一種抗體，抵禦傳染之病原細菌，抗體能力超越病菌毒力，則病菌對於組織不起作用，組織完成免疫。如患白喉或傷寒新愈者，此種病菌仍寄生於原來發炎之組織，而不為害，——吾人稱為病菌攜帶者——但其毒力並未減弱，若未患此病者，受其傳染，則發生嚴重症狀；在前者組織已完全免疫，雖有病菌存在，能抵禦之；後者尚未產生，一經傳染，組織即起反應。此種免疫完成於病後。但亦有組織雖未經感受傳染，因受病菌不斷之刺激，為適應其生存，生理上激發防護自衛機能，以資抵抗。皮膚最具有此特殊作用；一經感受傳染，即以此高度抗力，而完成免疫；口腔黏膜雖受創傷，亦因具有高度抗力，迅速癒合，甚或較皮膚為良好，蓋口腔內常潛伏多種病菌，故更具有強大防禦機能。

組織完成免疫，須經相當之時間，與該部組織之絕對休息；在外科上治療創傷與骨折，亦以此為原則。自抗毒血清應用於急性傳染病之治療，收良好與迅速之效果，外科上亦開始作被動免疫之探究，以期縮短治療日期。骨戰創尤為研究之目的。

骨戰創在軍陣外科佔重要地位，骨髓感受傳染極易，而抗力則極弱，發炎化膿致瘻孔形成，不斷分泌膿汁，遷延時日而不癒合，預後又不良。奧耳氏對於哆開骨折，施行擴創，將傷骨形成淺盂狀，除去異物及不聯骨膜之骨片，並以石膏綑帶固定，其目的使通暢排液，不致因滯留而擴大病灶，用石膏綑帶將傷部絕對休息，俾使病灶組織恢復機能，而生抗力，殊收良好效果，治療日期亦得縮短。然必待病灶組織自動完成免疫，仍須要相當日期。再則創口癒合後，貽留不良無彈性癢痕，易致重發或發生機能障礙。瑞倍而氏於施行擴創後，將創緣外皮充塞骨髓腔內，外以綑創骨條固定結紮，使創口癒合；而形成直線狀之癢痕，但仍不能免除機障之發生，且須相當日期，其過程中尚有復發之危險。以植皮術填補皮膚損缺，必俟新肉芽生長，傳染消滅，亦待相當時間。

骨髓炎之不易痊愈，雖由於傳染之經久存在，亦由於新生骨膜向骨髓空腔捲入，致骨髓之作用受障礙；骨髓與骨膜處於絕對相反之作用，而非互相合作增進能力。骨髓具有再生作用，骨膜為障礙者。此治療過程中，務須阻止之。

基於上述各點，激發病灶組織免疫功能，縮短治療日期，阻止新生骨膜捲入骨髓腔內，以及求癒合後之滿意，乃應用被動免疫療法，而以皮膚切成皮瓣，使之感受傳染，使皮膚細胞與液融合有充分免疫體，藉此假子病灶組織以免疫，但傳染之病菌則為病灶內之存在者。

皮瓣不拘為單蒂或雙蒂，務求營養充足，不致因營養受限制，而致壞死，取之於創面附近，大小與創面相等，以此皮瓣感受病灶內病菌之傳染，再固定於原來之地位，患者即感體溫上昇，與一般傳染病之熱型相同，至第五——七——九日，體溫復趨正常。在發熱期間，皮瓣起反應——紅腫或化膿——，隨體溫下降而消失，皮瓣經此反應，完成免疫，移植於病灶內，與創底相接連，

上面以紗條輕輕栓塞，皮瓣續漸生新肉芽，與創底連繫，膿液分泌停止，免疫作用展開，新肉芽充實骨損缺，起骨化，創口癒合。此免疫皮瓣之移植，實為皮瓣含有免疫體所得效果，試以未曾免疫皮瓣，作同樣之移植，其經過極不相同，雖皮瓣已在生新肉芽期內，仍不能使膿液分泌停止；此外身體衰弱之患者，反應期延長，甚有纏綿達四星期者，但其效果仍屬良好，在骨戰創之治療，殊有特殊之收穫，值得注意者。

本篇參考：

A. Wolff-Eisner: Handbuch der experimentellen Therapie, Serum- und Chemotherapie, Ergänzungsbad. Katzenstein: Die Verwertung der lokalen Immunität in der Chirurgie.

“Sodii Aspirin” 簡直完全沒有副作用，而且他的解熱之功效，也斷非水楊酸所可比擬。

阿斯匹靈與重曹之配合 楊守惟

避忌阿斯匹靈與重曹之配合，幾成醫院常見之禁忌，但是 Franz Mueller 所著的 Theoretische und Klinische Pharmacologie 的書中，對於『阿斯匹靈』的投與，却有記載說：『對於胃粘膜炎過敏的患者，可投與『阿斯匹靈』時，可配以重曹水劑，在食後投與之』，我們讀到這裏，已得兩者可以『配合』並『給與』的曙光。

現今各院所用之『阿斯匹靈』，

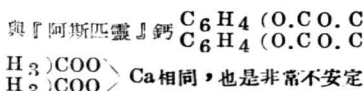
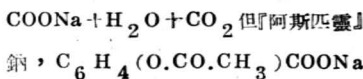
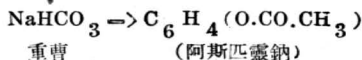
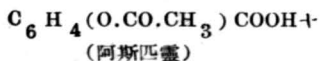
Aspirin. (The acetic ester of salicylic acid) 係為白色結晶粉末，味微酸，在冷水中全不溶解，惟在鹼性液中分解極易，故往往使用者，皆以粉劑為多。德國拜耳藥廠 (Bayer) 曾有可溶性『阿斯匹靈』發售，其成份為『阿斯匹靈』的鈣鹽，能溶解於四分之水中，乃為白色粉末，此藥比不溶性『阿斯匹靈』少有刺激性，用於胃過敏及小兒的時候，較為適宜。該藥頗得醫界之讚許，可

情該藥極易溶解，發行將近十餘年，市面上即未見此藥發售，然對於『阿斯匹靈』的結論，如下有三種：

1. 『阿斯匹靈』有刺激胃粘膜的作
用。
2. 『阿斯匹靈』的作用，是特異的。
至於駁 形成水楊酸的學說，難以認定。
3. 可溶性『阿斯匹靈』，即『阿斯
匹靈鈣』對胃粘膜無刺激作用。

所謂『阿斯匹靈』重曹水劑，就是根據前述三點而來，即『阿斯匹靈』既有鈣的製劑，那末『阿斯匹靈』與重曹之配合以後，也許有『阿斯匹靈』鈉的存在，而且實地上的成績，也與『阿斯匹靈』鈣相像，而對於治療上亦可以 Sodii Aspirin 代 Calcii Aspirin 之應用，即服『阿斯匹靈』以後，患者或有嘔吐之副作用，若服『阿斯匹靈』重曹水劑，簡直完全沒有副作用，而且他的解熱之功效，也斷斷非水楊酸鈉所可比擬。

從上面的情形說來與臨床上看來，『阿斯匹靈』與重曹配合水的水劑中，依照下記化學方程式，就可認定有一種『阿斯匹靈』鈉的存在，並且依照這個理想，已經得到化學的實驗證明，即將水楊酸鈉的溶液，經酸的作用，則有水楊酸的析出，所以用過礬化鐵液 $FeCl_3$ 試驗之，能呈紫紅色，但在『阿斯匹靈』鈉溶液中，若以酸作用之，則所析出的並非水楊酸，而是『阿斯匹靈』，所以雖滴入過礬化鐵液，也沒有色彩反應。



，且漸次加水以後則成水楊酸鈉與醋酸鈉 $C_6H_4(O.CO.CH_3)COONa + H_2O \rightarrow C_6H_4(OH)COONa + CH_3COONa + CO_2$ 上列化學變化，溫度愈高則愈速，所以投與阿斯匹靈加重曹的水劑時，夏季配以百分量為限度，冬季也不得超過四日之份量，如此短期間內，『阿斯匹靈』若干分解變化，雖然也所難免，但於臨床應用之，並無所礙也。

關於『阿斯匹靈』與重曹水劑之理論略述大抵如上所述，茲記其處方如下：

Rp.

Aspirin	1.5
Sodii. Bicarb.	2.0
S. S.	6.0
Aq Dest. Ad	100.0

混合作一日量，一日三次，飯前飯後分服

是項 Sodii Aspirin，經本院軍醫同人，曾試用多次，確有相當効力，尙希我醫藥同人，採用是方，代以治療藥品之不敷。本編之成，皆集多種醫藥雜誌書籍作資料，及就地之實驗，餘具有限，錯誤之處，自知不免，尙祈不吝教誨，則殊深感激也。

對於瘧疾刺激療法之創議 及金紐草治瘧之實驗報告

俞昌時

(甲) 對於瘧疾刺激療法之創議

結論： 關於瘧之治療理論，似乎仍留在神秘境域裏。鄉下人說：有擺子鬼到來的時候，可以躲得掉的。有一個公役的女兒(13歲)患瘧二十餘次，規甯丸服過多回，始終是每日一來，他們兩夫婦索性不去管他，一天當來的時候，哭惱得她母親將她痛打了一頓，誰知一打而愈，至今不發，豈不去得奇怪。我們的院長說他自己在中學讀書的時候，曾患瘧已愈數月，一天在上課中，看見一位同學擺子發了，在發抖，他竟不覺地也就跟着抖起來了，就此請假回家，又打了好久的擺子，這又是來的突兀。至於服規甯的作用，據說也只能教瘧疾原虫刺戟的暫時麻醉一下，仍是由身體內的抵抗力慢慢地(往往需要很長的時間)將它制服排除，因此我想瘧疾的治療理論，似乎可以歸為二種：一為精神的療法；一為刺戟的療法，(嚴格的說起來又可歸為一種，即抵抗的療法)，關於前者是利用心理作用，強烈的觀念療法，或暗示療法，如「躲擺子」迷信的驅除，以及醫生的暗示，或是精神上有什麼強烈的感動或轉移，如快樂，悲哀，勞働，跑路，爬山等等俱可以收到「截瘧」——中醫名詞我覺得頗適當——的實効。關於後者，我想一切的藥物療法，大都可以歸之為刺戟的療法，——當然不能抹殺藥物的作用，但我想刺戟作用對於治療，一定有極大的影響，因為它們只可以間接地預先刺戟人體，使發生本能的抵抗力，以制服或排除瘧原虫，我們看瘧疾的發作現象裏，當瘧原虫在赤血球中發育完成的時候，即攻破赤血球，放入血流，而闖入他血球，這時是瘧原虫戰勝了人體抵抗力，同時因為赤血球攻破甚多，所以全身發冷異常，這時人體抵抗力因受刺戟，立刻來一個反攻，拚命戰鬥，於是全身發熱，終於戰勝了敵人，瘧原虫又潛伏了起來，所以這樣的刺戟，刺戟次數多了，也可以增加人體的抵抗力——免疫性，即使完全不加治療，也可以自然的痊愈了。鄉下人生瘧疾，就不主張加以治療，因此真有打到「三年〇六個月」的，所以我想如果有適

當的刺戟療法，在瘧原虫發育未完全的時候，即喚起身體上抵抗力，加以制服排除再，加以精神上的暗示，那一定很有效的，這樣的刺戟療法，除了規雷的服用外，在這抗戰期間，我們應該充分的尋求一些方法或中藥代用品，來加以試用，這裏我提供數種於後，希望吾界同仁，加以研究和指教，當然實施刺戟的療法時，應同時注意施行精神的療法是必要的。又同時以數種療法混合應用則其效更確而不相害，又如患者身體衰弱，同時施以營養療法，亦屬必要。

一、瘧疾自血注射療法之創舉

自家血液注射療法，原係含有刺戟療法與血清療法之作用，促使體內白血球增加產生噬菌球作用，以抵抗病毒，筆者前曾作「自家血液注射療法之研究」一文，發表於本院出版之「業務月刊」，倡導用自家血液注射，以治療疥瘡及其他數種用途，頗收卓效。現在又聯想到瘧疾的治療，既然可以應用精神療法及刺戟療法，我想如果用自家血液注射來治療它，也許能收到相當效果。適當瘧疾發作繁多之際，於是我就大膽地來試驗一下。第一次擇定五位患純粹瘧疾的患者，俱係發過三四次以上之閒日瘧，或每日瘧的，完全未用過藥物及其他療法，由我親自爲之在發作二小時以前，抽取其靜脈血 5cc，隨即向臀肌注射，注射後即囑其充分活動，以收精神上抵抗作用，當日我以極緊張的心情，注意觀察其效果，結果都很自然的經過，毫無副作用，有兩位炊事兵仍照常工作，在治効方面：則是一位完全截止了，毫未發作，有三位仍舊發作了，但都祇是一過性的減輕多了；其餘一位發作的，比較的利害，却是因爲注射遲了的緣故，在注射的時候，他已經發作了，稍有畏寒，皮膚蒼白，爲試驗起見，我仍舊給注射了，雖仍舊發作的較重，但並無副作用，和上一次同樣現象。第一次試驗即得到如此的良好治効，我的理想居然成功了事實，我的喜悅真是不可名狀，於是我即宣佈囑各位主治軍醫，凡遇患瘧者亦如此試用，同時並觀察成績，向我報告，以便彙集總報告，同時凡一次注射未愈之患者，次日仍繼續注射，以至每日注射一次，每次取血量增加 2c.c. 可增至 10c.c. 直至全愈爲止。這樣的試驗：經過一個月，患者五十餘，大抵治効在注射後第一日即奏效，至少減輕；第二日第三日全愈者最多，至多至第五次，莫不全愈者，而且毫無副作用，操作便利，一般診者被診者皆大歡喜。惟有些神經質之患者，畏懼抽血，必須先行大加宣傳，充分說明本療法之優良，特效，無害，以振作其精神，一方面，我又用顯微鏡檢查患者白血球數量，在注射前後各檢查一次，大抵注射後之白血球，平均約增加二千以上，此亦足證明本療法頗有客觀之價值了。

至關於自血注射療法之學理及其他說明，現在我抄錄拙作自家血清注射療

法之研究一文中一段於後：

一、適應症——自血注射療法，臨床上多用為血清療法，如傳染性疾患，或血液中毒等疾患，如丹毒，敗血症，膿毒症，肺炎，手術後枝氣管炎，淋疾及皮膚病等症。又用為刺戟療法，以其刺戟作用，可以止血，如各種出血及手術後出血等。普通用為戒煙亦頗有效。又注射六〇六，漏出血管發生腫痛時，即刻另用注射器在其另肘靜脈內抽取血液2c.c. 注射在漏出部，則其痛立止，並不腫潰，這些都是我所經驗過的。

二、原理——關於本療法的學理研究，可說現在學術界上尙欠明瞭的說明，尤其我是很慚愧，既沒有相當研究，當然說不出什麼所以然來，不過依我的常識推論，我想當然是不外乎血清療法和刺戟療法兩種意義，如係血清療法，則平常係由於他動的免疫法所得的血清，以至注射於病人而增加其免疫性，現在則即以自家之血清注射於本體內，由於本體血液內既生之對某種病菌之抗體，與血清之蛋白質，以刺戟作用而大量增加，故得更增加其免疫性也，如係刺戟療法，則等於非特异性蛋白質注射療法，由於刺戟鼓舞罹患發炎局部之細胞活力，使之生強反應，以增加其充血及浸潤，而促進其抗體產出，可使白血球及血小板增加，俾血液之凝固性加高可以止血，又促進血球沉降速度為凝集反應，使腺分泌亢進，且有減少血管透過性之作用等等，此等原理的推論，其確實程度如何，我極希望胞學的先生們，賜給我指教。

三、注射注意點——

1. 部位——注射部位，皮下肌肉都可，惟以注射臀部肌肉內為最普通。
2. 材料——所抽自家血液有加以操作者，為脫纖維素血液，陳舊脫纖維素血液，及自家血清等，但普通應用無操作的血液為便，即抽出之血，隨即注入可矣。
3. 反應——注射後一般全無反應，不若普通血清療法，注射後有血疹及血清過敏症等之反應。
4. 實施注意——除一般嚴密消毒外，必須迅速，遲則血液凝固，不能注入，最好乘注射器從煮沸水中取出尙熱時，迅速排去水分，即行抽血，即行注射，注射後即行洗滌注射器，遲則針筒不易拔出，尤于冷天，須注意迅速。

二、瘡疾發泡療法之闡發

發泡療法，原亦含有戟刺療法與血清療法之作用，臨床上之引赤療法，亦屬此種。此外用於戒烟，亦同此作用。民間土法：用一種草，俗稱「鵝腳板草」，於瘡前一小時，以其葉切碎，約三五瓦許，放一大銅錢上，男左女右，貼於腕脈上，（錢近肉，藥在錢上）外再以繃帶包紮，貼不多時，即有輕微燒灼感，嗣即於錢孔處發一小水泡，約俟瘡過後除去，（約三四小時），此法效力異常確實，筆者屢經應用，莫不應手而愈，且不復發，少有例外者，較之前述之自血注射療法，實有過之。惟此項草藥不易尋覓，祇於夏秋之際始有，且須用新鮮者，乃係一大障礙耳。嗣筆者於中國醫學大辭典中，查得此草學名毛茛，別名毛茛草「性質」係毒草類，辛溫有毒，「形態」多生於低平濕地，莖葉皆有細毛，莖高可至二三尺，葉為單葉，掌狀分裂，春暮開花，黃色，五瓣，甚光艷，實為多數小乾果，與「葉」皆可療疾，「功用及用法」（一）除冷氣——和鹿搗數箇上（二）截瘡——揉碎縛臂上，男左女右，勿令近肉，（三）療癰腫惡瘡——搗敷勿入瘡，

筆者依據科學的見地，來考察上面所述之這種土法，覺得所以發生效力的原故，決不是因為對瘡疾的藥理作用，而一定就是一種對人體的發泡療法的刺激作用，所謂男左女右的話不過是精神方面的習俗語罷了，因此我想如果不用毛茛草，而用任何一種可以發泡的藥品來代替，一定可以取得同樣的功效，所以我就試用了下面兩種藥品，果然我的理想又成功了，居然數試數驗，爰將兩種藥品及用法分述於下：

1. 斑蝥（一名元菁，即西藥中之 Cantharids）在中藥舖購斑蝥蟲數隻，小膏藥數張，將斑蝥一只研碎，放置膏藥中心，貼於脊背上，或同時貼於腕脈上，在瘡前二小時許，貼不多時，即可發泡，俟瘡過除去。
2. 發泡膏 即用成煙土之發泡膏，普通一種係芥子泥，現在醫療上少用，此藥不易取得，故未試過。另一種係筆者改良常用之品，處方如下：

Px

Camphor dep. 2.0
oel. oliva. 10.0

上二藥充分研和，入瓶，再迅速加

Liq amm. fort. 10.0

隨即密閉瓶口，振盪待用，用時振盪。

用法：用紗布疊成五六層，約一英寸見方，浸透上藥液中，取出絞半乾，貼

於左前膊中上側，或胸部左乳上方處，外覆油紙，再以膠帶或膠布輕綑固定之，不可加壓，於痛前二小時貼之，少頃可發泡，俟痛過除去之，貼後約十分鐘可揭開觀察，如已發泡，即可除去藥布，換清紗布包扎之，其泡不可去皮，用代馬妥兒撒布包扎，或鋒養膏貼布，不久自愈，須注意不可化膿。此種發泡療法，筆者平常祇取發泡時之刺激作用，若將其所發泡內之液體，用注射器抽出，立即注射於本患者皮下，則兼收自家血清療法之作用，其效更人，筆者曾試用多次，效頗確實，惟如此，則須發泡較大，如能抽得 0.5c.c. 以上之泡液，始可注射耳。

又經驗上往往發泡包扎後，或抽液注射後，次日水泡復發，可再抽液注射一次，則未愈者，定可全愈，已愈者可預防再發。

又經驗上一面發泡，一面給以金紐草，煎液百瓦頓量，（俱在發作前二小時）取汗，大抵即日告愈。

三、刺激療法之又一種

民間土法之一種，用「馬鞭草」新蘇嫩頭葉，揉輾出汁，塞鼻孔及耳中。俗傳採摘時必須清晨無人見，不可言語，須採七枝嫩頭，塞耳鼻，須男左女右等語，但可不必拘此，此法亦有奇效，惟須痛前五小時塞耳鼻，至過時除去。如早晨發痛時，則須前夜塞耳鼻睡，不可除去，大抵一塞而愈者居多，即使不愈則繼續再塞，亦必二三次而愈，塞時稍覺鼻中難過，可以忍耐，本法甚便，且馬鞭草隨處都有，極易尋覓，據中國醫事大辭典載：馬鞭草之用處及用法甚多，對痛尚可搗汁內服，又其根煎汁內服可治痢疾云。又四川傷兵云，麥頭草塞耳亦極效，筆者未試，未敢介紹。

上述三種療法，以患者各人體質不同之關係，也許有未盡效者，但各法交換應用，或同時應用二種以上療法，耐心施用，當無不效，對於惡性痛疾，似亦無例外。

上述三種療法，除自血注射療法為筆者所創外，後二者確係民間流傳已久，而俱經筆者親加一再試驗，（試驗時，關於痛疾患者之診斷，並頗注意，除一般診斷足以確診為痛外，並常用鏡檢病原），認為確有治療之特別效能者，故敢發表於此；惟筆者學識庸陋，愧不能作學理上之高深解釋與闡發，上所云云，尤恐有背於學理之處而不自知，僅憑一得之愚，遽爾發表，非敢冒昧，實以痛疾患者之繁多，與夫其特效藥現罕之來源困難，為應實際之需要，特研求此惠而不費之醫療方法，果能實驗有效，則有利於抗痛前途，豈不綽綽有餘，特表而出之，以要求吾界同仁，廣作深刻研究，以期實驗成功，並時賜指教，則豈惟筆者幸甚。

補：

又經驗上，發泡之泡液，留待次日瘧前一時始抽出注射，似較當日抽出注射者其效確實，故如間日瘧，最好在間日內發泡，在發作日內一時前抽液注射較好。

(乙)金鈕草治瘧之實驗報告

第×戰區兵站總監部，頒發金鈕草說明書一紙，謂係治療瘧疾之用，囑為試用，本院如法用之數十例，頗得卓效，值此瘧疾繁多，規林缺少之際，尤為長期抗戰起見，實有廣事宣傳，普遍採用之必要，爰將本院試用之經過，略述於後，以供參考。

一、定名： 奉到命令時，正好第二日禮拜一下午一時，係本院醫藥研究會例期，我即提出供同仁討論，首先正名，以便於處方，經決定定名 chinio。(金鈕)並處方式如下：

Px.

10% Decokt. Rudix, chinio

(金鈕根煎) 2000.

S. 3 × 1 Dr. 俞。

[Chinio] 正好可作「金鈕」之譯音，實是巧合。

二、性狀： 金鈕草中國醫學大辭典未載，原發說明書未繪圖樣，且說明亦似欠明瞭，故復加申述。

金鈕草一名水蜈蚣類花類之沙草，中國中部植物，生於原野濕地，隨處皆有，易於採取，多年生草本，(形狀)地下莖，蔓延繁殖，節節生鬚狀細根，地上莖，亦節節生長，直立成綫狀，略帶三角形，其下端包生狹長葉三四支，上端生短葉三支，與莖成十字形，自夏至秋，此十字形，交叉之中點，生球形花穗，呈淺綠色，全體有芳香氣，揉碎尤甚。

三、採集： 利用本院勞働服務隊組織及時間，每日下午四時後，我自己率領上山坡，水邊尋覓挖掘，各人持削成刺刀形的竹片作工具，開始頗覺難找，嗣後愈掘愈多，原來任何短草中都有，上面莖葉球，雖小不易見，但循着莖，探求其根，却可得一甚長大之根，因此又可連到別棵，所以常常在一塊地方挖得許多，間直挖掘不盡，挖熟了即便沒有球莖葉，亦可挖到許多根，每天要挖到一大筐，每棵由地上莖之二英寸許處截去，取下端連地下莖根全部，洗淨曬乾備用，多餘的貯藏了

留待秋深後地面上的莖葉枯萎後雜草時再用。

四、製劑： 零用時，成人每日用乾根（鮮根用乾根之四倍量）10至20公分，（無副作用，體強及胃弱者，可製重量），浸入溫水一小時，再用文火煮沸過濾，一日三次分服，團體用時，每日上午將此項處方集齊，視其需若干，（多秤數人之量，以備下午處方之用），秤取後浸入瓦罐溫水中一小時，（10%之比）再用小炭火煎滾數次，取下待稍冷，濾入小口磅瓶中待用。

同時我們想用稀酒精浸成丁幾，當可得同樣或更佳效力，所以又浸了一些，刻尚未成，未識效果如何。

五、用法： 開始試用時，我即宣佈完全停止開發規察，無論何人患瘧者一律發給本劑，並囑所有瘧患統交我一入獨診，以便統計治效，每次發給10%煎液二百瓦，一日三次飯後服，依領發規定，成人每日乾根10公分煎水一日三次，連服六日，休息二日，連服二日，休息三日，再服，但本院依此試用，不效者甚多，患者多不願再服，漸至公認無效，嗣我想或係成份太輕之故，於是囑加倍試服，前之10%煎液百瓦一日三次分服者，改發二百瓦，或以百瓦合於發作前二小時頓服，果然因此因而治效大著，尤以頓服後，略睡取汗，而愈者甚多。

又為增加藥效或矯味，及對症處置起見，於本劑中可伍用毛地黃丁，複方樟腦丁，苦味丁，橙皮丁，以及安替波林，重曹，烏羅脫羅品等劑，頗覺有效。

六、功效： 本劑對於瘧疾，可說功效頗佳，以我的實驗五十餘例中，服本劑後當日即愈者得十餘例，服之二三日愈者，得二十餘人，服之五六日始愈，或僅見較輕，或混以他法而愈者亦不少。

依經驗，本法與發泡療法，或自血注射療法同時應用，則效極佳，大抵一次而愈。

本劑據說在四川民間頗流行，以之作去寒發汗之用，故輕度感冒者服之發汗可愈，似尚不知應用於治療瘧疾也。

七、副作用： 一般可說無副作用，惟胃弱者服之，覺嘈雜，無食慾，甚至有嘔吐者。

八、優點： 金鈕草煎劑治療瘧疾，依余之觀察，有如下之優點。

(1)遍地有——凡荒場短草中，無處不有，仔細挖掘，愈挖愈多。

- (2)隨時有——因取其地下莖應用，故雖在冬天，熟手者亦可依根形及香味而掘得之。
- (3)服法易——掘根煎服，無論何人都可做到，故最適前線部隊中，及一般民間普遍應用。
- (4)無惡味——味如茶而有芳香，故神經質者及婦孩，亦易服。
- (5)不化錢。
- (6)用不竭。

綜上優點，我覺得在現在長期抗戰的階段裏，實在應該普遍地宣傳提倡，要使每一個士兵，每一個民衆，都知道這種草的性狀和用法，俾使隨時隨地都能自動的治療瘧疾，或感冒，那就直接間接的對於抗戰力量，和國民經濟上增加不少的幫助了，我覺得這是一方面有賴於政府的命令提倡，一方面要我們醫界同仁，充分的應用宣傳。

論所謂西藥代用品問題

隨感 · · · 審行

在我們抗戰三年多的歲月當中，國外進步的醫學，又有很多新的發展，而我們的醫學界裏，似乎是有研究中藥以爲西藥代用品的這一個問題，最爲靈敏了。

我已看到過許多優秀的治療家，不斷地在介紹中國本草裏的中藥和他們的實驗成績，現在海口封鎖，外國貨的藥品（不能偏說是西藥，因爲中藥裏面，如西洋參、冰片、丁香、西黃一類，也多舶來品，有向海關調在身邊藥在差）無從進來，我們要研究國產的代用品，誰也不能加以反對，而從事於這項工作的熱心人們，也是最值得我們欽佩的。

不過我欽佩之餘，常常會感到這些提出中藥來做代用品，而且連下人已有成績的熱心人們，多是廣醫科的治疗家，而絕少是實藥學的專造家，這簡直已成爲一種新的風氣，正因如此，我所以像魚骨頭擱在快籠裏一樣，有幾句不吐不快的話。

研究代用品，是一個重大的問題。這問題在抗戰前，已極重要；抗戰中更見迫切；即使是抗戰勝利以後，也還是同業內應該認爲建國要項之一。我們國內的切實研究中藥的話，真的思澈底解決代用品的問題，首先就應該從基礎學的研究着手，而最重要的，在乎牠所含成份的分析。無論那一種本草，我們最低限度要能說明牠所含的成份是什麼？這個成份對我們人體的生理作用、藥理作用，又是怎樣？纔能對該藥的研究，有一種認識，有一些成績。

中央藥物研究所，於去年四月二十九日公開報告了麻藥藥才的果實子，爲麻痺劑及感神經之要藥，價直在鴉片菸貝母之上，可替代舶來品 Atropin 與 Scopolamin 之用——

這是研究代用品的正規途徑，祇要能夠這樣的研究下去，那不但外國藥裏的成份，我們可以在國產的藥才上求得；而且從我們國產的藥才上，發見外國藥裏所沒有有的，因此而製成優異的藥品，也並非不可能。

然而生藥的成份，雖然有了眉目，還祇能抓住代用品問題的一方面，比後緊接而來的，就是如何實用的問題。例如中央藥物研究所研究果實子，有了結果，但是我們又怎樣來應用這保險子到實

- (2)隨時有——因取其地下莖應用，故雖在冬天，熟手者亦可依根形及香味而掘得之。
- (3)服法易——掘根煎服，無論何人都可做到，故最適前綫部隊中，及一般民間普遍施用。
- (4)無惡味——味如茶而有芳香，故神經質者及婦孩，亦易服。
- (5)不化錢。
- (6)用不竭。

綜上優點，我覺得在現在長期抗戰的階段裏，實在應該普遍地宣傳提倡，要使每一個士兵，每一個民衆，都知道這種草的性狀和用法，俾使隨時隨地都能自動的治療痼疾，或感冒，那就直接間接的對於抗戰力量，和國民經濟上增加不少的幫助了，我覺得這是一方面有賴於政府的命令提倡，一方面要我們醫界同仁，充分的應用宣傳。

論所謂西藥代用品問題

隨感 · · · 審行

在我們抗戰三年多的歲月當中，國外進步的醫學，又有很多新的發展，而我們的醫學界裏，似乎是祇有研究中藥以爲西藥代用品的這一個問題，最爲感上了。

我已看到過許多優秀的治療家，不斷地在介紹中國本草裏的中藥和他們的實驗成績，現在海口封鎖，外國貨的藥品（不能漏說是西藥，因爲中藥裏面，如西洋參、冰片、丁香、西黃一類，也多舶來品，有向海邊調查尋獲者在內）無從進來，我們要研究國產的代用品，誰也不能加以反對，而從事於這項工作的熱心人們，也是最值得我們欽佩的。

不過我欽佩之餘，常常會感到這些提倡中藥來做代用品，而且也有人已有成績的熱心人們，多是懷醫科的治療家，而絕不是賣藥科的製造家，這簡直已成爲一種新的風氣，正因如此，我所以像魚骨頭擱在喉嚨裏一樣，有幾句不吐不快的話。

研究代用品，是一個重大的問題。這問題在抗戰前，已很重要；抗戰中更見迫切；即使是抗戰勝利以後，也還是同業內應該認爲建國要項之一。我們武的愚刀刀底實研究中藥的話，真的想徹底解決代用品的問題，首先就應該從主藥學的研究着手，而最重要的，在乎牠所含成份的分析。無論那一種本草，我們最低限度要能夠明白牠所含的成份是什麼？這個成份對我們人體的生理作用、藥理作用，又是怎樣？纔能對該藥的研究，有一種認識，有一些成績。

中央藥物研究所，於去年四月二十九日公開報告了瀉藥藥材的某驗子，爲麻痺劑交感神經之要藥，價直在頂結素貝母之上，可替代舶來品 Atropin 與 Scopolamin 之用——」

這是研究代用品的正規途徑，祇要能夠這樣的研究下去，那不但外國藥裏的成份，我們可以在國產的藥材上求尋；而且從我們國產的藥材上，發見外國藥裏所沒有有的，因此而製出優異的藥品，也並非不可能。

然而生藥的成份，雖然有了眉目，還祇能抓住代用品問題的一片面，此後緊接而來的，就是如何實用的問題。例如中央藥物研究所研究某驗子，有了結果，但是我們又怎樣來應用這保險子到實

際上去呢？照本草所載的方法嗎？照民間的土法嗎？還是取精拔萃，加一番提煉的工夫，來做成什麼製劑呢？這是一點。其次是這種代用品，不是一二個人所需要代用品，而是全中國甚至可以傾銷到全世界的代用品，我們要怎樣去設法大量的供應，纔能達到代用品真正的解決，這又決不是我們零零星星的研究，所能解決得了的。

我常常感覺到一般人用「國藥」二字，代表「中藥」而和「西藥」二字對立起來，這實在是很大的差誤，我們對「國藥」二字的詮釋，至少應該有下述兩點：（1）完完全全是國人自己的資力人力所做成的。（2）的確確是國產藥材所製成的。（另詳我「爲國藥進一解」一文），一般人所謂西藥（帶有外國貨的意味）其富有的原料，很多有我們國產的藥材，如大黃、樟腦、薄荷、豆蔻等，都是大家很熟悉的，祇要我們能就地取材，設廠製造，就不單說是西藥，而應該說是國藥，却又不是一般人所謂的國藥。又如西洋貨有賀爾斯保命，我們就夠有維他賜保命來替代它；日本人有阿尼細林（anisilin，吸着劑用於止痛），我們就夠有「砒炭銀」（agsicol）來替代牠，那末這種國人自製的藥品，你能說牠是西藥而不是國藥麼？

明乎上述，則現在一般人所喊的西藥缺乏問題，其焦點並不在乎海口封鎖，來源斷絕，而在乎我們沒有人起來設廠製造，力謀自給。

如果在抗戰時，就能在內地發展製藥業的話，又何至於到戰時會發生代用品的問題呢！我想偌大一個東南戰區裏面，真希望趕快起來籌設一個政府設立的，或是私家經營的大規模藥廠，廣羅人材，集中研究，先是供應那容易製造的，漸漸發展到那些繁重的機製。再舉一個例，我們只要有「信誼」或「新亞」的膠布可用，何必一定要用莊生（Johnsan）氏的膠布呢？又何必要求採用中醫的青藥呢？問題就是可惜他們現在孤島上，因為海口封鎖，沒得進來。

德國人在第一次歐戰時，鑒於金雞納樹的來源，發生問題，乃從事於代用品的研究，製成了「瘧疾平（Atebrin）」和「撲瘧母星（Plasmochinin）」獲得我們中國人廣大的賞用。日本人在瓜哇經營金雞納樹的藥園，拿自己種植出來的原料，運到本國去製造，據說自給之外，還有餘存又怕太平洋上一旦戰事發生，取給爲難，就在台灣試行金雞納樹的栽培成功，那都是切切實實研究代用品的辦法。我們不能從讓方面去督促，去努力，却老是淪命的叫海口封鎖了，西藥斷絕了，趕快研究中藥做代用品呀！然而所謂西藥缺乏，究竟原因何在？代用品的研究，畢竟其道如何？還是不澈底的分一個皂白，說起來真使人替我們的醫藥前途嘆氣的。

醫藥代用品的問題，確乎是一個重大的問題，注意研究，是必要的。但我們應該認清自己學術的立場，那另一種改旗換面，美其名爲科學化而藉藉此發一發國藥財的，自當別論。即如我們祖國有心，兼養在抱，惟恐因西藥來源斷絕，傷病可憂，因此而採用什麼中藥做代用品，我也認爲情理上是無可疵議，步驟上却是大須商榷。因爲我們現在這樣辛辛苦苦研究的代用品，却正是人家日常習用的正貨品；而且真的到了所謂西藥完全斷絕時候，單靠我再這樣研究一種產種，也是濟不得甚事了，我們暫改行做別於抗建工作去好了。

然而話說回來，我們究竟需要我們真真的代用品，這在我是很希望國人能大量投資到這種企業上面，同時藥科的同仁們，應該急起直追，多負點責任起來！我們讀醫科的人，無論是學術上，事業上，都有着我們本行範圍內迫切需要研究的問題，正是多得很咧！要不然的話，那末，我所謂多得很的問題當中，難道在你就祇有這中藥研究的一點事情嗎？沒有比此更重要，更有價值的問題嗎？我想不會的吧！

本文完全對事而論。雖與現時一般趣尚有異，但自信也可以代表一部份的意見，如能收意外的影響，促使內地有一萬分之一的德國拜耳藥廠，千分之一的瑞士汽巴藥廠，百分之一的日本武田藥廠，因此而建立起來，那真是本文最大的企禱！

轉載：

注重中國藥學研究之芻議

科學世界：第九卷：第三期

劉寶善

己卯春，教育部令國立藥學專科學校注重中國藥學之研究，爰草此議。

時代遞演，人智日新，中國藥學，陳腐虛玄，急宜整理改良，以成完善之應用科學。惟茲事體大，非一蹴可成；必也彙集若干萬之鉅金，窮數十易之寒暑，廣羅人才，分工合作，始克有濟。茲將研究中國藥學之重要途之如次：

- ★ ★ 中國本草，汗牛充棟；但均陳腐，不堪卒讀。同名異物，真偽莫辨。泥於五行，功用廣泛。拘於陰陽，較入玄虛。形態之描寫不科學，圖譜之繪畫失其真。凡此皆當糾改訂正之，用成完善之典籍。
- (一)訂正本草：
- 甲、採集：根據本草綱目之藥用植物動物礦物等，按其產地與生態而採集之，製為標本，以供研究分類與形態之用。
- 乙、更查：藥物之生於窮谷蠻荒之區，非土著不易採集者；藥物之栽培屬於地方性者。各地特產藥物之種類產量與製法等，均可由調查以得之。
- 丙、形態之研究：先將標本請專家定名後，用科學方法記繪其外態；復以組織學之研究，誌畫其內部之結構，尤須注重其有效部分之組織。
- 丁、科學方法之註解：將每種藥物，根據歷史與藥物科學之事實，分為(A)產地(B)來源(C)生態(D)性狀(E)組織(F)成分(G)效用等而註解之。
- 戊、改正圖形：用科學圖畫方法以繪示每種藥物之(A)生態(B)性狀(C)內外肉眼觀察之結構(D)顯微鏡觀察之組織等。並用比例尺寸，以誌真物與圖示之大小；用彩色印刷，以示藥物之真相。俾閱者便於識別。

- ★ ★ 藥用植物之生態，有限於地域而不能易地栽培者。有不限於地域而可易地栽培者，前者如中國之麻黃(Ephedra sinice)移至日本而失去其有效成分(Active Principle)；後者如浙江之麥冬(Liriope Graminifolia)移至四川綿陽而品質如故。藥物栽培試驗，自應根據自然地理與植物生態(Ecology)之關係。各按地方之自然環境，選取適宜之藥物而栽培之，用以增加藥物之產量，亦可增多農民之生產。

甲、種子苗木與繁殖器官之購置：藥用植物之繁殖，有用種子者，有用苗木者，有用根莖者。皆應妥為購置，以供繁殖栽種之用。

乙、栽培場地之分別勘定：藥用植物之栽培，對於土壤水分陽光等，大有出入；故須分析栽培場地之土壤，觀察排水與灌溉之情形，相度背陰與向陽之位置，各按所栽之藥物而分別勘定之。

丙、栽培與管理之設備：栽培方面所用之農具堆肥等，概須充分籌備；至於收穫及整理之場所，工人之住宅，管理員之辦公室等，尤宜善為規劃。

* *

(三)分析提取：

中藥之不必修製而
即可入藥者，其中

* * 所含之有效成分，

較為單純，可以用化學分析方法提取之。

甲、取材：宜取原產地之真正藥材，提取其有效成分，如以胃鼎分析，則必徒勞無功

乙、有效部分之提取：同一藥物，無論植物或動物，每以部分之不同，功用亦各異。自宜分別分析而提取之。

丙、提取有效部分之設備：試驗時之提取，規模雖小，但設備必須完善；協和醫院藥物部之分析設備，庶幾可以行之。至於大規模，提取，乃化學工業之事，亦即為藥廠之建立。

* *

(四)修製藥物：

中藥有非經修製，
不可入藥者；或須

* * 經修製，而功效始

宏者。藥物修製之後，其有效成分或有變，故宜重新分析其複雜之有效成分，以知其究竟。

* *

(五)試驗效用：

中藥之效用，不經
藥理學與臨床之試

* * 驗，則無科學之根

據。雖中藥之效用顯著，但非謬之處，百喙莫辯。苟能將提中之有效成分，行藥理學與臨床之試驗，則中藥之效用，必為醫藥界所公認。如是則西醫不致輕視中藥，而中藥之價值益顯矣！臨床試驗可借助於醫院，藥理學之試驗則非有大規模與完善之設備不為功。

* *

(六)中藥西製：

中藥之有效成分，
既經分析提取與藥

* * 理學試驗及臨床試

驗後，即可按照西藥之製法而製造之，用以廣其銷路而利其應用，舉凡藥劑學上各種藥劑之配製，悉可如法製造。如外人製藥，有取材於中藥者；吾人自當儘量利用本國生藥，及與歐美生藥相同之本國生藥以代歐美生藥，提其有效成分，製為成藥，既可挽回漏卮，又可振興藥業。

* *

(七)製焙方法：

中藥不製焙，不能
保存。製焙之道宜

* * 合度，索達由此即

可保存之目的。故須講究其方法，以便保存而備隨時製藥之用。

三年來國外醫學的進展

(一)防瘋毒疫苗：美國斯奎勒研究所研究以瘋疹毒質，培養於鷄卵中，製成防瘋疹疫苗，已告成功。

(二)石灰廠中肺疾之預防：凡製造石粉或利用石粉之工廠，空氣中之石粉層，每使工作者，易罹肺疾，現試驗於含石粉之空氣，僅加微量之鋁粉，即可完全防止肺疾之發生。

(三)呼吸刺激素：最近美國發明一種呼吸刺激素，凡氣體中毒及溺水患者於施用此刺激素後，可使呼吸加速，易於恢復健康。

(四)凍瘡法施行外科手術：據美國派克博士發表對人類及兩棲動物等施行手術時之凍瘡法，可以應用於外科手術，以代現在所用藥劑。如此則病人於手術完畢恢復知覺後，並無任何麻醉藥之副作用。

(五)偏頭痛之治療：據美國亞爾佛列博士報告：以吸入氧氣法治療偏頭痛患者，奏效極速，竟有一小時即告治癒者，惟多年患者其效較遲。

(六)流行性感冒血清：莫斯科近發明一種流行性感冒之血清，可以預防傳染。

(七)手足菌狀體之新療法：現知藉電流將銅通過皮膚之治療，頗見神效。據美國那魯大學醫科實驗，大多數患者，可以治癒云。

(八)沙眼之新藥：據實驗 Sulfanilamide 對於治療沙眼有特殊功效。

(節錄：趙會旺：抗戰三年來之世界科學) ●

創傷及其併發症之治療

近數年來，關於創傷及其併發症之治療問題，文獻頗為豐富；作者瀏覽所及，覺有價值者，殊屬不少，因擇拾成篇，貢之同好！

1. 創傷之治療：

關於軟部創傷之治療，近年文獻尤多，大多數係討論各種創傷消毒劑之效力，作者各提出其個人所喜用者而加以稱賞。如 Kretzschmar 提倡 Lakteol (係一種滅菌之乳酸桿菌)。Hilzauer 則稱賞氯酸鉀與氯酸鈉溶液之功效。Pollaczek 則主張用連續光系之人工光綫。Barda 宣稱 1—2% 之汞紅素 (Mercurochrome) 水溶液較 Dakin 氏溶液為佳。Scidel 則提倡滋養肉湯；因網狀內皮系對於創傷之痊愈，有重大之作用。肉湯內之蛋白質，既有抗原性，則其應用，自能刺激此系統，而促進創傷之治愈機構。讀者應注意凡此種種之藥品，大多數係德國出品。

雖然絕大多數之作家，對於軟部創傷，則均主張先用機械的清潔法，而後施行早期縫合，或略遲之早期縫合 (如 Floreuski, Boehler, Dujardiu, Veraart, Newell 及 Jett 等)。彼等概反對化學消毒劑之應用。認為此種藥劑，實阻礙正常之創傷痊愈機能。作者認此為目前最正確之外科意見。任何大小之創傷，首應用機械的方法清潔之，應除去其損傷之組織，最後，乃縫合之。小創傷則常毋須縫合。於手部之破裂性創傷，尤不宜縫合。

魚肝油之用於化膿性創傷及火傷，最近獲得一般醫界之注意。德國之 Loehr 乃此法之主要提倡人。渠認為魚肝油本身並不含有細菌，且能抑制細菌之繁育，用諸創傷，能促進健康肉芽組織之產生。並刺激上皮細胞之生長。此種作用，Loehr 氏謂由魚肝油中所含之甲種及丁種維生素而來。對於火傷之治療，其效尤著。Dziembowzk 詳述其用法如 F：先用機械法除去創內壞死組織而清潔之，然後敷以 40% 之魚肝油軟膏，(用滅菌之凡士林油膏基)，乃用伴創膏固定之，創內禁用排液物或紗布，如此敷包一二星期。Zuelzer 謂用此法治療，局部有一種不快之臭氣。Loehr 謂採用此法後，植皮術已成不必要矣。(景舟按：A. Borchard 軍神外科學 75 頁，對此亦有詳細之敘述。暇當譯載本刊)。

2. 鎗彈傷：

雖然鎗彈傷常易引起外科家之好奇心，但最近關於此種文獻，却不多見。Troutt 曾報告重症鎗彈創多例，均由玩弄未炸之砲彈所致。Achtin 報告一〇八例胸部鎗彈創時，曾主張積極之外科療法，渠謂過去之保守療法，實難令人滿意。探索性開胸術，適應於 (1) 開放性氣胸，(2) 增加性血胸，及 (3) 有心臟或腹內臟器受傷之可疑者。

關於頭部之鎗彈創，Gurdjian 及 Buchstein 二氏主張使用擴創術 (debridement)，儘量清除壞死之腦組織，骨碎片。可能時並除去子彈，以預防傳染。彼等謂入院時清醒之病人中，百分之八十，可以痊愈。Hanson 曾為文討論肋軟骨移植片，墊補顱創術之早期應用問題。

(節錄：中華醫學雜誌：第二十二卷第 127 期)

“地方衛生狀況”

調查本年度紹興金華兩地霍亂 疫情簡報

 ☆
 ☆
 本會調查組

本年度浙省霍亂發生地點，據『浙江衛生處調查各縣霍亂疫情旬報』(自六月下旬至九月上旬)所載，計有紹興餘姚諸暨鄞縣上虞奉化金華蘭谿永康縉雲等縣，其中以甬紹兩地流行最劇，金華次之。九月間本會以紹興霍亂流行不止，曾派員前往視察，順道調查金華霍亂情形，茲據搜得材料，略述梗概如下：

紹興

流行狀況：據該縣臨時時疫醫院報告：既往十年來紹地並未發現霍亂；惟自民二十七年滬杭淪陷以後，一度大流行於浙西，當地民衆流離顛沛，遷避到紹者，為數頗衆，於是同年八月間，該縣昌安附近，遂發生霍亂，當時曾蔓延於城區及四鄉，傳染極速，迨至二十八年夏秋之間，亦經一度流行，但歷時頗短，疫勢並不嚴重。迄本年三月十九日，有來自該縣偏門外湖桑地方，患類似霍亂病人張王氏一名，經福康醫院診治，病愈出院，此或可為本年紹興第一例霍亂病人，旋

於六月中旬，城區昌安門內，又發現數人，遂致疫勢漸漸擴大；七月初，波及於東關一帶，(係該縣東鄉之重鎮，人烟稠密，市面繁盛)該處死亡最多。截至九月中旬止，共有一四二五人，(內一二〇〇人為東關區署報告，二二五人係東關區衛生所紀錄)，形成紹興極嚴重之疫勢。

防治經過：據查在本年七月間，已由當地士紳發起籌辦臨時時疫醫院一所，八月一日開診。規模尙大，有可容一百人之病床。迄九月十六日止，計住院病人一八九六人，治愈者一七三一人，死亡一六五人。醫務係由各開業醫院中抽調兼任，並責成縣衛生院主持。事務部份，除酌僱人員担任外，並由當地士紳義務經理，每日因有患者數十人進院，工作頗見緊張。旋復由長官部電飭軍政部第四防疫分隊，開駐該縣後，即與當地衛生機關合作，訂定紹興撲滅霍亂實施辦法，已在進行工作，直至本會所派之視察人員離紹時，城區方面，疫勢已見頓挫，預料氣候轉冷，更易消滅，但欲求此後霍亂絕

跡，則須根本的改善紹興之環境衛生，事涉地方衛生行政範圍，茲姑從略。

金華

流行狀況： 霍亂流行史，不見見得，僅聞往年間有極

少數之類似霍亂病人發見，而皆無病歷記載可考。惟因抗戰以來，該縣成爲浙東中心市場，人口激增，大多來自浙西及蕭紹各地，則帶菌者混入雜居，事屬可能，據查本年該縣流行霍亂，首次發現於城區酒坊巷一帶，有二十一號居民許金榮男性年五歲，及二十三號居民胡森林男性，年八歲；又胡氏女性，年四十八歲，計三人同於八月三日先後發病，經福音醫院檢查結果，證明確係霍亂。嗣後遂繼續蔓延於城廂各區。但疫勢不若紹興之嚴重，至九月初漸見減輕，此次死亡數有紀錄可查者，計二十八人。

防治經過： 軍政部第四防疫分隊，原駐有一部份工作

人員，早在實施預防注射（包括軍民）工作，迨發現霍亂病人後，即由當地縣政府籌設時疫醫院一所，備病床三十張，於八月二十日開診，迄九月十四日止

，計共收容三四五人，同時由當地各醫院如福音醫院傷民醫院等之協助防治工作，並經軍政部第四防疫分隊擔任全城的飲水糞便消毒以及飲食管理等項工作，迨至九月中旬，疫勢消滅，據查各醫院已無續見霍亂病人矣。

結 論

綜上所述，歸納有下列數點：（一）紹興霍亂流行有史可稽。（二）本年浙東各縣發現霍亂，查以紹興爲最早。（三）歷年紹興流行霍亂，當係帶菌者之排泄物所傳染，基因於當地環境衛生的特殊不良；據查該縣河流綜錯，航運頻繁，加之廁所林立，隨處皆是，民衆飲水洗物，皆以汲取河水爲便，而採用井水者殊少。（四）紹興縣政府對於公共衛生事業，尙欠重視，以致衛生機關組織不健全，未能切實做到迅速之防治工作。（五）金華霍亂流行史不明。（六）首次發現，霍亂日期，計在紹興後約二個月，以意推測，或由紹興傳染而來。（七）金華霍亂發現後，即由當地縣政府注意防治，並駐有軍政部第四防疫分隊之一部分人員擔任消極的環境衛生工作，同時由傷民醫院福音醫院等協助，故疫勢未曾嚴重狀態，得以迅速撲滅。

內地出版 醫藥雜誌 舉要：

1. 衛生報導：貴陽圖雲關信箱一號
2. 衛 育：貴陽衛生署公衛人員訓練所
3. 戰時衛生：貴陽中國戰時環境衛生學會
4. 戰時醫政：重慶北培該社
5. 衛生周刊：成都慎字宮南街
6. 公衛會報：西安公衛人員訓練所西北同學會
7. 已卯通訊：江西大庾第5號信箱
8. 衛生通訊：吉安江西省衛生處
9. 浙江衛生：永康浙江省衛生處
10. 福建省會衛生：永安福建省會衛生所
11. 雲南醫刊：昆明福照南街該社
12. 醫訪通訊：重慶新橋醫療防疫總隊部



第三戰區軍醫學術研究會簡章

第一條 本戰區為謀軍醫人員之研討學術，團結精神，共圖衛生業務之改進，特創設本戰區軍醫學術研究會(以下簡稱本會)。

第二條 本會舉辦事項如左：

1. 出版軍醫雜誌及其他應用書物。
2. 調查本戰區各地醫藥衛生狀況。
3. 介紹各機關需用之衛生人員。
4. 代辦會員需用之醫學書籍。
5. 其他有關軍醫學術研究事項。

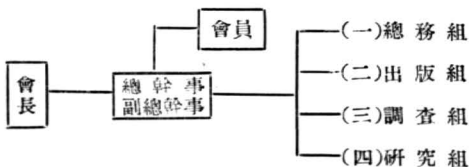
第三條 本會暫設於長官部衛生處。

第四條 凡現役軍醫人員為當然會員，其他贊助戰區衛生業務之人員，經幹事二人以上之介紹，得為本會贊助會員。

第五條 本會設會長一人，由司令長官兼，總幹事一人，本部衛生處長兼，副總幹事二人，兵站衛生處長，軍醫署駐閩浙辦事處長兼，各組設幹事若干人。

第六條 本會先設總務，出版，調查，研究四組，處理本會業務。

第七條 本會之組織系統如次：



第八條 凡本會會員得享下列之權利：

1. 建議改進本會事業
2. 免費閱讀本會編印之軍醫雜誌

3. 委託本會代辦醫藥書籍
4. 得請求本會代為介紹工作
5. 如有發明及著作者得請求本會協助之
6. 得出席本會學術演講

第九條 凡本會會員應盡下列之義務：

1. 遵守本會會章
2. 繳納常年會費
3. 答復本會諮詢及接受本會委託

第十條 會員大會以會員散處各方，召集困難，故不定期舉行。遇必要時，得由各單位（如後院站院，軍及師軍醫處等）推派代表一人召開代表大會，其權力與會員大會同

第十一條 本會經費，按照下列各項徵收之：

(1) 會員，贊助會員，常年會費，每年一次繳足，由各單位主管人員負責徵收彙繳，納費等級，分訂如左：

1. 將官級年納二十元
2. 上校級年納十元
3. 中少校年納五元
4. 上尉級年納三元
5. 中少尉級年納二元
6. 贊助會員年納五元以上

(2) 必要時得向有關團體徵募特別捐款

第十二條 本章則經奉 司令長官核准後施行，如有未盡事宜，得隨時呈准修正

第三戰區軍醫學術研究會幹事

會長 顧 祝 同

總幹事： 楊 濟 民

副總幹事： 錢 雲 蒸

副總幹事： 陶 鈺

總務組： 張 雄 吳 無 庸

出版組： 趙 建 新 裘 景 舟 葉 潤 石 方 植 民

調查組： 黃 士 揚 俞 昌 時 齊 樹 功

研究組： 文 熾 謝 學 洙 劉 經 邦 徐 子 平

阮 步 蟾 尤 濟 華



各會員公鑒：

本會誕生後
四個多月的會務
，正在慢慢茁苗

壯滋長，這裏，我們先來一個簡單的：
報道想為會員所樂聞！

一、入會的會員：很踴躍，截至現在止，已有一千三百五十八人，尚有因路途遙遠，寄件費時的關係，在後絡繹而來的，想也不在少數。

二、會員證的發給：以相片寄的先後為序，查現已付郵的，計有 20 陸院，159 後院，78 站院，15 站院，44 後院，37 收容所，獨立工兵二十營，兵站第二支部，81 收容所，第 10 兵站分監，第 9 分庫，170 收容所，第 6 衛生船舶，第 10 衛生汽車組，92 站院，40 站院，169 收容所，32 集團軍醫務所，32 兵站分監，13 輸送隊，47 收容所，18 收容所等單位，其餘各單位，也在陸續理辦中，會員裏尚未寄相片的，希望早日寄來。

三、軍醫雜誌的出版：現在，創刊號業已和會員們相見了。第二期在籌備中。

四、本會為會員們介紹工作的，已有丁建邦，邢之江等會員。

五、軍醫必攜的翻印，會員中頗多請求，本會亦經向印刷所切實估價，每本須二十二元，故未照辦。還有會員裏請求代辦醫學書籍的，我們還不能做到，覺得很不過意，但這是因海口封鎖的緣故，想來會員們一定能原諒的。

六、各會員服務地址，如有更動，務請填用通函紙(附後)函告本會，以憑登記。謹祝健康！

——總務組——

本刊稿約

(一)本刊供軍醫學術研究會會員閱讀進修之助，歡迎下列稿件：

1. 醫學實際知識之研究詳論譯著與介紹
2. 軍醫問題之研討
3. 戰時各地之衛生動態
4. 軍醫生活之實錄與素描
5. 醫學書報之批判與介紹。
6. 有關醫學衛生之小品文字，其他如製本木刻照片等作品

(二)來稿內容及文筆，力求新穎切實。

(三)譯作請註明原文題目著者姓名出版日期及出版處。

(四)來稿不拘文體，段落請加標點！

(五)來稿字跡，務請繕寫清楚，尤以原文須特別注意，並希祇寫一面，以便排印，如模糊不易辨明者，雖有佳作，祇得割愛。附有插圖，亦請明晰(勿用鉛筆)。

(六)一稿數投之作品，請勿吝賜。

(七)本刊對來稿有刪改權；但如投稿人不願刪改者，則須預先聲明，凡不登載稿件，概不發還，否則，須先聲明，並附足資。郵

(八)稿末請註明真姓名地址，以便通信，揭載時筆名聽便。

(九)本刊為歡迎非會員投稿起見，於來稿揭載後，贈贈本刊。

(十)來稿請寄上饒盈字第八十號信箱附六號收轉。





編輯後記

· 編者 ·

這本創刊號，從開始籌備以來，因為集稿費時，印刷困難的關係，遲至今日，纔能出版。有勞各方垂詢，實在抱歉！

關乎本期內容如何？用不着我們自己說話，祇要會員們讀了以後，一定會比我們自己看得更深刻，更明白。可是我們確實的，想提起精神來加以充實健全，使它更適合的成為大多數會員愛好的讀物，所以我們竭誠地希望每一個會員，都能寫信來說出你的意見：那一點應該改革？那一點覺得贊同？這樣可以使我們依客觀的需要，而謀下期刊的改進。我們可以說：每一個會員，如果要表示你愛護本刊的熱忱，就最好先養成你這種批評的態度！無論什麼意見，我們總盡量地加以考慮和接受的。

本期創刊特大號，篇幅照預定的超出一倍。下期的出版，如無特殊緣故，我們預定在十二月裏，能和會員們相見！要目有各國患者輸送概況，第一次歐戰時德國西綫之傷運，德國部隊帶所和野戰醫院的措施，流感略述，現代傳染病病原綜說，胃腸傳染病管理法，創傷之救急外科一診療法，Sulfanilamid 簡述等，及其他言論，消息，特此預告。

軍醫雜誌 (創刊號)

中華民國二十九年十月出版

編輯兼
出版者 第三戰區軍醫學術研究會

通訊處 第三戰區長官部衛生處

◀ 非會員概不定購 ▶

歡迎介紹！

歡迎批評！

歡迎投稿！

本刊啓事 (一)

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

本刊啓事 (二)

本戰區成立軍醫學術研究會，事屬創舉。目的在增進軍醫學術研究，激勵服務精神，團結意志，共謀衛生業務之改進。本刊於努力宣達此會旨之外，擬更提出一簡明正確之信條，與吾軍醫同仁，共資遵循。偶讀德國軍醫團標語：

Der Kopf fuer die Wissenschaft!

Das Herz fuer die Heer!

Das Blut fuer Koenig u. Vaterland!

勉譯原義，當爲：

置頭腦於科學！

寄同情於將士！

唯君王與祖國，

獻我血兮莫辭！

用意相同，堪爲參考。惟同人學淺，苦乏佳什，用綴數語，特徵名作！

★ 按 Koenig (君王)一字，衡以我國國情，可改用 Partei (黨)或 Praeses (領袖)等意義爲妥。

本刊啓事 (三)

平戰時軍醫衛生勤務，爲軍醫必修之知識。關於國內外衛生勤務概況，甚盼惠賜稿件，以光篇幅！

軍醫雜誌製發

徵求客觀的
忠實批評！

讀者意見紙

請按期填寄本會！

本刊為徵求讀者意見而謀逐期改進，極盼愛讀諸君，能予切實批評，藉作南針。

讀軍醫雜誌創刊號後批評及改進之意見：

(一) 內 容	(1) 本期各稿：何者最滿意？ 何者最不满意？何故？ (2) 各稿性質是否過於硬性？ 程度是否過於深奧？文字 是否冗長？ (3) 本期一般內容看來，有無 鬆弛、偏重、單調等缺點 ？請舉實例！ (4) 本人現時需讀何種性質之 作品？ (5) 本刊應設何欄文字，得切 讀者需要？	
	(二) 外 觀	本期編排，尙覺明朗醒目否？ 何種式樣，最感滿意？
讀者： _____ 通訊處： _____		(如係會員請填會員證 號數： _____)

會員啟事通函紙

姓名： _____ 會員證號數： _____ 事由
摘要： _____

事由：

通訊處：

(會員如有更動地址或詢問事項請填用此紙寄會)

年 月 日填寄

第三戰區軍醫學術研究會會員錄

會員證號數	姓名	年 齡	籍 貫	服 務	機 關
1	譚其翔	36	嘉興	27	收容所
2	倪烈	37	武義	抗衛團	8營
3	陳正元	29	新淦	27	收容所
4	包全	36	甯海	同	上
5	厲少亭	36	儀徵	同	上
6	忻昕	24	上海	同	上
7	張季叔	34	中山	同	上
8	楊本	45	江都	37	收容所
9	杜勤咏	32	河北	同	上
10	陳崇明	27	閩中	同	上
11	陳仲章	29	南昌	同	上
12	張敬安	29	鎮江	同	上
13	帥鎮華	26	樂山	同	上
14	周亞強	30	南京	同	上
15	邵家樸	33	萍鄉	獨工	20營
16	楊玉書	26	閩侯	同	上
17	陳翰平	33	紹興	兵站	2支部
18	褚玉麒	33	攸縣	同	上
19	林生英	36	鄞縣	81	收容所
20	劉炳麟	32	祁陽	同	上
21	袁書禮	32	沅陵	同	上
22	胡祖富	30	建德	同	上
23	曹子康	27	永康	同	上
24	林啓藩	28	平陽	同	上
25	吳成達	27	平陽	同	上
26	謝改環	33	湘都	10兵站	分監部
27	張錦輝	27	湘潭	同	上
28	劉雲卿	33	鍾祥	同	上
29	羅德寅	42	益陽	70軍部	醫務處
30	朱廷玉	34	平陽	同	上
31	戴孟萍	47	沙市	同	上
32	李秉彝	36	餘杭	同	上

會員證號數	姓名	年 齡	籍 貫	服 務	機 關
33	梁文	32	邵陽	同	上
34	王慧	27	宜昌	同	上
35	王泰慶	22	長沙	同	上
36	方華者	30	湘潭	同	上
37	許德鸞	28	醴陵	同	上
38	陳炳穆	26	同	同	上
39	張資	30	瀏陽	同	上
40	譚國棟	26	醴陵	同	上
41	陳望霖	31	平江	同	上
42	劉惠祥	27	泰安	同	上
43	章坤	黃岡	同	上	
44	鄭駿	24	溫嶺	同	上
45	王文清	27	湘鄉	同	上
46	楊澤紹	22	黃陂	同	上
47	劉秉勳	23	長沙	同	上
48	陶錦葵	22	義烏	同	上
49	彭仁孝	22	安義	陸軍	70軍
50	黃經周	36	崇明	第	26軍
51	俞昌時	38	南陵	同	上
52	李邦達	32	金壇	同	上
53	穆靜波	40	舒城	同	上
54	褚潤民	37	合肥	同	上
55	金文鑫	38	紹興	同	上
56	鄧炳文	31	阜陽	同	上
57	王日痕	26	永康	同	上
58	鄭可機	33	閩侯	同	上
59	滕漢舉	39	舒城	同	上
60	金霖生	42	江甯	同	上
61	方震武	30	桐城	同	上
62	易漸于	30	鹽城	同	上
63	史濟民	41	餘杭	同	上
64	顧顯萍	27	江陰	同	上

65	汪 度	35	桐城	同	上
66	金明升	26	武進	同	上
67	李肖生	29	懷寧	同	上
68	魯斯蔭	25	懷甯	同	上
69	王約瑟	26	閩清	同	上
70	王文虎	30	泰縣	同	上
71	施鼎珊	35	崇明	同	上
72	劉壽河	43	南容	159 後院	上
73	張新民	35	上饒	同	上
74	王樹林	35	甯河	同	上
75	李雨晉	42	漢川	同	上
76	徐 曼	32	廣濟	同	上
77	張攸俊	33	新化	同	上
78	張榮彬	33	江寧	同	上
79	鍾竹初	33	新化	同	上
80	貝遠程	34	瀏陽	同	上
81	喬 勳	34	淮陰	同	上
82	徐源璞	36	廣濟	同	上
83	凌進忱	26	鎮江	同	上
84	徐冠英	33	南宮	同	上
85	劉立敏	25	上饒	同	上
86	李文藻	31	廬江	同	上
87	於濟光	31	合肥	同	上
88	趙遠馨	38	東海	同	上
89	顧俊儀	28	商水	同	上
90	俞伯平	27	長沙	同	上
91	趙洪恩	34	清苑	同	上
92	甯 霖	31	餘江	同	上
93	王定世	25	江寧	同	上
94	何祖媛	23	貴陽	同	上
95	劉經邦	41	南京	第二防疫大隊	
96	齊樹功	34	定縣	第四防疫分隊	
97	尤濟華	46	無錫	同	上
98	呂鐘靈	33	江陰	同	上
99	陸建華	32	無錫	同	上
100	姜穆清	35	昭遠	第二防疫大隊	
101	張頌卿	40	餘姚	第二防疫支隊	

102	石 擊	31	邵陽	同	上
103	魏泰順	30	同安	軍醫署 9 分庫	
104	周南坡	43	臨安	第 78 站院	
105	徐樹明	40	杭縣	同	上
106	周開先	29	臨安	同	上
107	戴 澧	29	瑞安	同	上
108	戴 辰	35	同	同	上
109	吳嘉瑞	30	衢縣	同	上
110	吳麟書	30	同	同	上
111	何志發	31	諸暨	同	上
112	陸汝雄	34	太倉	同	上
113	趙天贛	28	蘭溪	同	上
114	戴樹強	28	瑞安	同	上
115	趙選民	27	濟南	同	上
116	姚 鏞	39	杭縣	同	上
117	陳 忠	28	醴陵	同	上
118	陶錫榮	30	紹興	同	上
119	錢耀堂	36	嵎縣	47 收容所	
120	陳 耀	33	鎮海	同	上
121	王森林	35	杭縣	同	上
122	蔣 驥	36	武進	同	上
123	朱益民	27	吉安	同	上
124	朱洪生	31	涇縣	同	上
125	邢志新	34	嵎縣	同	上
126	曹國賓	48	高縣	27 集團軍總部	
127	蔡上林	29	邑縣	同	上
128	馮 源	26	充縣	同	上
129	王明哲	33	江縣	同	上
130	張旭初	39	江津	同	上
131	魏天德	47	綿竹	同	上
132	李厚之	49	江寧	同	上
133	鍾 敏	29	高縣	同	上
134	孔一痕	28	涪陵	同	上
135	王稼興	37	江西	170 收容所	
136	齊 雲	37	貴縣	同	上
137	畢惠民	38	鄞縣	同	上
138	蔣友斌	23	奉化	同	上

139	許	驊	25	江都	同	上
140	傅	仲民	29	長沙	同	上
141	趙	堃	23	鹽亭	同	上
142	陳	亦民	38	昆山	6衛生船舶	
143	林	希文	41	吳江	同	上
144	姚	士廉	28	同	同	上
145	程	家驥	29	杭州	同	上
146	孫	士祿	36	建德	同	上
147	何	紹棠	30	紹興	同	上
148	葉	光遠	29	建德	同	上
149	金	石生	28	南昌	同	上
150	樊	景文	33	紹興	同	上
151	袁	履謙	32	新化	10衛生汽車組	
152	劉	齊生	31	東陽	同	上
153	李	競叔	20	湘鄉	同	上
154	曹	趾岐	39	新賓	第15站院	
155	黃	承泉	31	九江	同	上
156	丁	玉洲	32	崇明	同	上
157	吳	世棧	32	浦江	同	上
158	唐	述典	29	廬江	同	上
159	李	福蔭	39	安次	同	上
160	林	瓊芝	40	江甯	同	上
161	張	駿聲	41	蒲江	同	上
162	丁	煥章	28	廣水	同	上
163	韓	水英	32	上海	同	上
164	邢	之江	24	吳興	同	上
165	劉	桂遠	33	奉新	同	上
166	陳	震	31	淮陰	同	上
167	魯	斌桂	20	杭州	同	上
168	項	雲山	27	遂川	同	上
169	趙	哲	38	江甯	第44後院	
170	張	景伯	44	臨沂	同	上
171	張	獻壽	37	壽縣	同	上
172	李	冰清	39	合肥	同	上
173	洪	積蓮	31	定海	同	上
174	趙	文鈞	31	南昌	同	上
175	金	啓鑫	30	桐城	同	上
176	劉	忠光	32	閩清	同	上
177	許	正之	34	常熟	同	上
178	張	聖愛	25	武進	同	上
179	宋	朝棟	26	穎上	同	上
180	董	澤生	41	懷甯	同	上
181	高	重	28	閩侯	同	上
182	徐	聲之	36	懷甯	同	上
183	楊	駿	25	同	同	上
184	王	疇	33	同	同	上
185	林	景凡	38	福建	同	上
186	嚴	毅芝	24	合肥	同	上
187	章	鴻賓	28	南京	同	上
188	劉	慈韓	26	莆田	同	上
189	閻	蘊文	26	廣饒	同	上
190	王	蕙九	31	廣饒	13患者輸送隊	
191	沈	若琴	35	海鹽	同	上
192	余	順清	30	南昌	同	上
193	任	炳權	42	杭縣	同	上
194	金	守熊	35	湯溪	同	上
195	陸	瑞言	29	上海	同	上
196	徐	家珍	31	海門	32兵站分監部	
197	焦	子溪	26	江甯	同	上
198	景	杏村	46	開封	169收容所	
199	呂	嘯川	31	興國	同	上
200	劉	化平	34	歷城	同	上
201	黃	松臣	36	新建	同	上
202	高	雄	28	商邱	同	上
203	馬	鳳棲	24	南宮	同	上
204	朱	節華	41	嘉興	第40站院	
205	張	國基	31	南陵	同	上
206	劉	世祥	37	合肥	同	上
207	斯	質卿	33	湯溪	同	上
208	戚	光輝	34	嘉興	同	上
209	張	俊卿	35	南昌	同	上
210	任	東昇	37	鎮江	同	上
211	徐	世榮	26	宜興	同	上
212	何	步榮	30	紹興	同	上

213	徐安禮	27	青浦	同	上
214	姜毓錕	25	江陰	同	上
215	陳博元	25	武進	同	上
216	宋賜民	25	崑山	同	上
217	葉揆生	21	南陵	第40站院	上
218	張圻	32	青浦	同	上
219	邵致祥	36	臨海	18收容所	上
220	包濟華	35	溫嶺	同	上
221	余國衡	35	懷甯	同	上
222	蔣庭芳	32	桐城	同	上
223	王谷森	31	海林	同	上
224	段德明	41	黃州	同	上
225	蔣經屏	23	武進	同	上
226	王銘閣	41	定縣	32集團軍部	上
227	崔發祥	41	同	同	上
228	王光烈	32	任邱	同	上
229	白雲山	29	保定	同	上
230	張崑	40	深澤	同	上
231	繆英	29	南陵	同	上
232	常耀宗	25	漢口	同	上
233	徐連舫	26	鄞縣	同	上
234	孫紀文	26	江陰	同	上
235	劉鈺	35	歷城	同	上
236	李瑞華	33	固侯	第92站院	上
237	梅光達	33	宣城	同	上
238	吳世榮	27	義烏	同	上
239	林碧湖	33	霞浦	同	上
240	吳履生	32	宜黃	同	上
241	江兆城	32	旌德	同	上
242	柯莘麓	35	績溪	同	上
243	陳秀章(女)	24	杭縣	同	上
244	謝開石	27	南陵	同	上
245	周日新	23	湘陰	同	上
246	王心得	28	金華	同	上
247	孫斌厚	28	高淳	同	上
248	葉國珍	26	淮安	同	上

249	程芸貞(女)	23	江寧	同	上
250	劉斌	35	於潛	抗衛團獨一營	上
251	竇光齡	29	唐縣	第九預備師	上
252	劉鍾英	32	清苑	同	上
253	劉秀明	28	濮縣	同	上
254	張郁文	31	濟南	同	上
255	周雲鵬	22	思明	同	上
256	葛佐雲	25	鄆城	同	上
257	梁冠羣	25	濮陽	同	上
258	王秀領	27	南樂	同	上
259	鄭秉純	21	建德	同	上
260	荆焜煒	29	開封	同	上
261	金環存	23	天門	同	上
262	李和卿	28	濮陽	同	上
263	盧子青	23	河間	同	上
264	黃玉成	20	大鋪	同	上
265	何明奎	35	武昌	第九預備師	上
266	黃滌凡	39	松江	同	上
267	潘德孚	30	上海	同	上
268	丁林松	26	鎮江	同	上
269	陳錫康	37	龍溪	同	上
270	王鵬萬	34	清苑	同	上
271	杜柏洲	25	武昌	同	上
272	楊舜卿	32	沔陽	同	上
273	李培基	28	臨沂	同	上
274	何其傑	30	中山	同	上
275	胡道增	28	江陵	同	上
276	郭鎮	20	大名	同	上
277	歐陽鳳翔	40	黃岡	同	上
278	李煥瀛	30	長沙	同	上
279	劉煥雨	32	鎮江	同	上
280	馮宗歧	29	諸澗	同	上
281	張鴻恩	38	開封	同	上
282	黃華生	34	南安	同	上
283	羅廣燾	26	江都	同	上
284	沙靜清	26	朝陽	同	上

285	袁鶴齡	34	鎮平	同	上
286	辜懷凌	25	南昌	同	上
287	姜維山	36	同	同	上
288	鄧春霖	32	滄縣	同	上
289	楊禮海	29	瓊江	同	上
290	張本培	29	泉州	同	上
291	朱選淇	28	平湖	同	上
292	周求蓮	21	奉新	同	上
293	何沛霖	30	漢口	同	上
294	鄒志超	23	南海	同	上
295	潘 伶	37	嶧縣	同	上
296	黃道明	33	南海	同	上
297	陳敦元	24	諸暨	同	上
298	王應武	30	江陵	同	上
299	劉 迪	35	長沙	同	上
300	周學良	29	應城	同	上
301	高雲龍	26	臨海	同	上
302	王子豪	29	涇縣	同	上
303	王杼青	32	溧陽	第53站院	上
304	黃開基	37	贛縣	同	上
305	陳世楨	29	武昌	同	上
306	鄧耀漢	29	豐城	同	上
307	黃道銘	34	贛縣	同	上
308	張稚秋	31	宜昌	同	上
309	邢乘鈞	34	樂陵	同	上
310	張少南	31	武昌	同	上
311	劉存位	31	同	同	上
312	狄震亞	21	溧陽	同	上
313	黃偉遠	33	崇明	第53站院	上
314	劉大鈞	36	江寧	同	上
315	余景新	22	奉新	同	上
316	甘鴻奎	27	蕪湖	同	上
317	李尹希	44	黃巖	第66後院	上
318	喻舜允	38	同	同	上
319	許 錦	43	淳安	同	上
320	陶開禧	32	黃巖	同	上
321	王振南	40	同	同	上

322	應定瀛	31	同	同	上
323	胡承麟	31	臨海	同	上
324	王克純	32	黃巖	同	上
325	王天恆	39	杭縣	同	上
326	劉永新	30	同	同	上
327	喻克日	24	黃巖	同	上
328	葉由義	27	同	同	上
329	聞人貞	28	金華	同	上
330	沈再生	29	杭縣	同	上
331	姜楚卿	25	建德	同	上
332	許 直	22	黃巖	同	上
333	盧文震	25	同	同	上
334	袁瑞鑑	29	同	同	上
335	王鏡澄	39	同	同	上
336	杜雪貞	29	同	同	上
337	盧桂鑫	27	黃岩	同	上
338	陳廣武	28	同	同	上
339	黃永裕	36	仙遊	12衛生汽車組	上
340	潘立尺	28	東陽	同	上
341	汪紹煊	40	巴縣	36收容所	上
342	王震亞	32	盱眙	同	上
343	汪一民	39	杭縣	同	上
344	邵省三	49	南京	同	上
345	鍾 坤	36	杭縣	同	上
346	嚴志雲	50	無錫	30衛生船舶	上
347	岑崇岳	32	瑞安	同	上
348	蔡 健	28	無錫	同	上
349	夏時青	28	南昌	同	上
350	余楚屏	26	孝感	同	上
351	張伯賢	25	無錫	同	上
352	李瑞青	26	臨川	同	上
353	周 鼎	東陽	同	上	上
354	何甫舜	25	紹興	同	上
355	茅 璜	42	醴陵	同	上
356	劉天成	30	宜春	23兵站分監部	上
357	陳道明	32	石埭	同	上
358	羅還華	25	南昌	同	上

359	丁景孚	45	永嘉	4	衛生船舶		
360	秦震	26	瑞安	同	上		
361	裘元亮	30	杭縣	同	上		
362	陳聯晉	30	永嘉	同	上		
363	張濤	24	同	同	上		
364	楊福康	25	南京	同	上		
365	王健一	29	永嘉	同	上		
366	程愨信	34	閩侯	第21	衛生船舶		
367	翁能興	29	同	同	上		
368	邢友蘭	30	鄞縣	同	上		
369	吳起潮	25	江山	同	上		
370	樓良弘	32	義烏	同	上		
371	吳迪人	29	崇安	同	上		
372	林鍾舉	27	長樂	同	上		
373	石磊	39	杭縣	同	上		
374	楊涵之	24	江山	同	上		
375	江海洲	42	簡陽	第23	集團野戰團		
376	錢祖武	23	建德	3	站院		
377	陳朱綸	32	樂清	同	上		
378	鍾興寬	36	南京	同	上		
379	孫治民	33	紹興	同	上		
380	謝寶森	36	杭縣	同	上		
381	朱益民	32	諸暨	同	上		
382	徐文政	35	桐廬	同	上		
383	王希鑑	29	任邱	同	上		
384	陳佩英(女)	33	臨海	同	上		
385	鄭珩白(女)	32	寶安	同	上		
386	董有慶	24	淳安	同	上		
387	胡潤榆	21	歙縣	同	上		
388	傅士斌	22	建德	同	上		
389	樓煥高	27	諸暨	同	上		
390	丁伯倫	26	建寧	同	上		
391	李之遠	33	鄞縣	50	收容所		
392	徐煥章	37	大名	同	上		
393	夏昌麟	41	嘉興	同	上		
394	周有能	31	武昌	同	上		

395	張滌塵	30	清苑	同	上		
396	楊志雄	23	黃岡	同	上		
397	陶琇良	27	蕭山	同	上		
398	劉顯鈞	38	南陵	101	站院		
399	彭祖培	40	吉安	同	上		
400	李雲峯	29	甯晉	同	上		
401	何璞	35	南縣	同	上		
402	楊文龍	25	宜春	同	上		
403	劉客瀛	33	江甯	同	上		
404	胡永年	33	杭縣	同	上		
405	索鵬	40	滌縣	同	上		
406	陳師宜	31	首都	同	上		
407	黃篤材	41	歷城	同	上		
408	黃寶善	29	貴溪	同	上		
409	張子義	33	南陵	同	上		
410	高柏壽	29	餘姚	32	集團軍總部		
411	丁禮臻	28	鄞縣	同	上		
412	徐惠芳(女)	24	金華	同	上		
413	董今猷(女)	22	奉化	同	上		
414	裘夢元	36	嵊縣	抗衛團3	縱隊		
415	王作新	27	武義	同	上		
416	殷達夫	28	吳江	同	上		
417	秦永春	23	紹興	同	上		
418	王源和	22	寧海	同	上		
419	袁昂	21	鄞縣	同	上		
420	周選	25	同	同	上		
421	高希孔	33	陳留	暫編第13	師		
422	謝開達	33	松江	同	上		
423	王新民	25	清苑	同	上		
424	張蔭海	23	邱縣	同	上		
425	阮宜通	31	開封	同	上		
426	趙鑑之	29	蘭谿	同	上		
427	王樹均	28	南陽	同	上		
428	李士珍	25	深縣	同	上		
429	潘書琴	31	大名	同	上		
430	梁志修	27	孟縣	同	上		

431	張廷祿	26	南陽	同	上
432	胡濟民	28	江陵	同	上
433	劉鑑堂	31	定縣	同	上
434	金宗澤	20	黃陂	同	上
435	胡乃斌	25	江陵	同	上
436	周鵬	27	商城	同	上
437	傅容海	32	大名	同	上
438	劉多善	46	重慶	同	上
439	郭景棠	24	金華	同	上
440	高志清	24	閩侯	同	上
441	陳基沔	24	孟縣	同	上
442	聞彬	36	杭縣	抗衛團獨7營	
443	俞紀甫	44	同	35 收容所	
444	翁錫齡	36	諸暨	同	上
445	陶柏容	27	新昌	同	上
446	黃敬如	28	合肥	同	上
447	錢煜林	23	江寧	同	上
448	譚惠中	27	黃巖	同	上
449	王泰清	37	磁縣	新編第30師	
450	胡福奎	30	定縣	同	上
451	陳岱	30	紹興	同	上
452	曲恆明	24	威縣	同	上
453	郭立昌	28	清苑	同	上
454	韓世琦	29	冀縣	同	上
455	張孝銘	51	松江	同	上
456	張玉崗	38	棗強	同	上
457	楊斌	24	海鹽	新編第30師	
458	胡德湘	51	南宮	同	上
459	李鴻起	29	銅山	同	上
460	胡振泉	30	定縣	同	上
461	虞辛潛	24	杭縣	同	上
462	俞體泉	22	杭縣	同	上
463	楊榮耀	25	無極	同	上
464	徐蘭昌	29	高陽	同	上
465	張俊傑	26	威縣	同	上
466	阮來祥	31	肥城	同	上
467	譚惠民	26	青浦	同	上

468	李正甫	24	鎮平	同	上
469	劉振亞	30	北平	同	上
470	楊冬雪	30	無極	同	上
471	李中瀛	31	南宮	同	上
472	趙靜波	28	涿縣	同	上
473	劉耀文	35	南宮	同	上
474	董金韶	24	威縣	同	上
475	齊光斗	34	大名	同	上
476	張振元	36	新樂	同	上
477	張逢吉	35	威縣	同	上
478	黃毓美	30	濟寧	同	上
479	李萬章	25	磁縣	同	上
480	王樹朋	28	滄縣	同	上
481	倪志淦	35	蕭山	126 站院	
482	郭雪吟	36	金華	同	上
483	金壽昌	32	淮縣	同	上
484	潘以理	32	紹興	同	上
485	張懷志	28	濟源	同	上
486	袁紹榮	30	鎮江	同	上
487	徐儒海	33	江甯	同	上
488	胡濟安(女)	24	婺源	同	上
489	劉維良	27	昌黎	同	上
490	謝公像	39	瑞安	同	上
491	章熙雲	25	寧波	同	上
492	姜烈仙	32	安吉	同	上
493	齊毓賢	25	寧波	同	上
494	項谷儒	27	蘭谿	同	上
495	張興盛	42	淮縣	51 收容所	
496	蕭聰慧	28	連江	同	上
497	方學敏	34	金華	同	上
498	陳慶善	39	嘉定	同	上
499	陳鈺	48	諸暨	同	上
500	蔡鶴年	26	紹興	同	上
501	張榮光	30	唐縣	105 師	
502	劉文魁	36	濟陽	同	上
503	郭書春	27	寶坻	同	上
504	龐國英	22	滄縣	同	上

505	蔡典傳	20	鎮江	同	上
506	李魁斌	27	溧縣	同	上
507	劉永富	20	開封	同	上
508	彭慶庚	23	定縣	同	上
509	路錫華	22	大城	同	上
510	張應欽	20	鎮江	同	上
511	韓朝卿	27	滄縣	同	上
512	閻桂亭	33	撫順	同	上
513	陳方樑	22	江都	同	上
514	劉亞東	33	撫順	同	上
515	王清玉	25	萊陽	同	上
516	薛義書	30	饒陽	同	上
517	楊得祿	21	定縣	同	上
518	劉寶山	25	南皮	同	上
519	陸正龍	21	鎮江	同	上
520	王承業	26	德縣	同	上
521	楊潤華	24	任邱	同	上
522	王樹椿	23	蠡縣	同	上
523	張士傑	23	鹽城	同	上
524	趙荃麟	27	密雲	同	上
525	彭希堃	27	蠡縣	同	上
526	梁桂麓	25	清苑	同	上
527	陳樂林	25	開喜	同	上
528	王樂村	20	藤縣	同	上
529	張玉璞	27	撫甯	同	上
530	胡 峴	21	桂林	同	上
531	明紹霖	23	綏中	同	上
532	蕭禎祥	25	博野	同	上
533	李德元	33	涿縣	同	上
534	張應佩	20	鎮江	同	上
535	王懷康	33	遼陽	同	上
536	張春霖	32	宛平	同	上
537	莫錦葆	27	紹興	同	上
538	陳樹貴	26	福清	同	上
539	趙明信	24	遼陽	同	上

540	吳蘭積	32	蠡縣	同	上
541	彭振華	27	同	同	上
542	彭 諭	34	定縣	同	上
543	裘 勳	25	光澤	同	上
544	尹伯章	29	甯河	同	上
545	李寶鍾	29	五華	同	上
546	程萬里	29	昌圖	同	上
547	辛正軒	24	牟平	同	上
548	趙靜海	29	濰縣	同	上
549	周健民	39	南京	40 後院	上
550	周 濟	40	諸暨	同	上
551	洪佛香	38	涇縣	同	上
552	嵇書麟	31	懷甯	同	上
553	江以珏	29	潛山	同	上
554	谷祖輝	35	崇明	同	上
555	趙肅清	29	武昌	同	上
556	謝寶仁	33	東流	同	上
557	朱 錫	28	江甯	同	上
558	華從崐	28	潛山	同	上
559	袁恩兆	28	長山	同	上
560	安一凡	27	新安	同	上
561	戴晚蒼(女)	22	吳興	同	上
562	許 俊	25	桐鄉	同	上
563	江靜波	25	潛山	同	上
564	戴靖(女)	37	金華	同	上
565	丁增明	30	吳興	同	上
566	葛尙材	21	上海	同	上
567	單紹馨	25	江甯	同	上
568	徐子平	32	杭縣	同 第3陸軍醫院	上
569	陸仲一	35	吳縣	同	上
570	管棟材	28	衢縣	同	上
571	蘇仲濂	33	杭縣	同	上
572	郭宗儀	30	龍游	同	上

(待續)

民生藥廠出品

“民生”沸亭隆

FIBERUNG

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

“民生”凡痛錠

VERTODIN

本品為不含麻醉品之止痛劑
主治——頭痛牙痛月經痛神經痛及一切疼痛

“民生”康福星

CAMPHOSIN

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

“民生”奧克疔

OXYTIN

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

“民生”癢可散

JUCKUSAN

本品為氯化鈣溴化鈉合劑之注射液主治皮膚搔癢症溼疹其他伴有癢性之疾患及一般神經性疾患均有止癢治療之功其十%者可代濃厚食鹽水治各種內出血疾患

“民生”脫離怕淋

TRYPALIN

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

上海發行所——上海九路五四一號
總經理處——同春藥房各分行

• 華 金 • 波 甯 •

四 明 大 藥 房

▲ 甯波中山東路

電話：二二三二號、二一七五號。

電報掛號：字二二三二。

▲ 金 華 四 牌 坊

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