1941年

第　卷

第 3 期

中華郵政特准掛號認爲第一類新聞紙類
本戰區圖書雜誌審委會登記雜字第七號

軍醫雜誌

楊濟民

第三期

中華民國三十年四月出版

目錄

從藥品材料之節約說到醫學技術……湯蠡舟(155)
災害創傷之處置……楊濟民(158)
現代傳染病病原總論之梗概……陳方之(166)
戰創的初步治療(軍陣外科特譯稿)……謝學洙・袁景舟(172)
淋菌性結膜炎(膿漏眼)……陳生白(184)
論强心劑……葉紹言(187)
Sulfanilamide 簡述……管棟材(190)
稀有之藥疹(臨症經驗)……葉潤石(193)
再談生理食鹽水之應用……趙建新(194)
關於鼠疫(學術演講) Jettmer 氏講……孫義周・戚明德記(198)
第三戰區特有的血蛭病……陳方之(204)
陳米新煮法……錢惠倫(206)
營養淺說(轉載)……(207)
蚓突炎之手術療法與保守療法之比較(補白)……(186)
維他命 E之治療效用(補白)……(203)
本期的內容……編者(210)
第三戰區軍醫學術研究會會員錄……(自1145—2082)

第三戰區軍醫學術研究會編印

民生藥廠股份有限公司

MING-SEN CHEMICAL WORKS, LTD.

特製良藥

"民生"
安嗽精
ANTIHUSTIN

本品用國產藥材川貝桔梗遠志等爲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喀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爲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爲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

從藥品材料之節約說到醫學的技術

湯蠡舟

藥品衛生材料爲衛生工作人員不可一日或缺之工具，如無藥品材料，則不能發揮我們之技術以救護抗戰將士，而增加抗戰力量。然在廿六年抗戰開始時，聞藥品材料之貯藏量，祇足半年之用，後向國內各藥房及國外各廠陸續採購，尤其是中國紅十字會，屢向國外僑胞與國際友人捐得鉅量藥材，始得敷用至今。惟自海口封鎖以來，頗感補給之不易，於是在積極方面，廣購藥廠，大量趕製，同時研究中藥，採用代用品，惟茲是百年大計，決非短時期所能發生速效，而能濟目前之急需，故在消極方面，祇有節約之一途。

惟藥材之節約，純爲技術問題，決非扣發與不發藥材所能達到目的，如果扣發與不發，勢必流爲藏匿與怠工，影響於傷病之醫療與抗戰之力量，實非淺鮮也。

應用而不用者謂之吝嗇，不應用而用者謂之浪費，浪費者直接消耗物力，而吝嗇者間接消耗人力（不能醫癒傷病減少人力），二者均不合乎經濟原則，而有害於抗戰。可以省用而不用者方得謂之節約。藥材之節約，應從醫學之技術上着想，方能合乎經濟原則，而仍能達到治療之目的。茲將淺見供獻於讀者，願與從事於衛生行政與醫療工作同仁商討而共勉之。

衛生材料之主要者，爲繃帶布、紗布、棉花、與橡皮膏。前三者均可用後清洗，洗後再用。不論有血有膿，先用冷水浸洗，如能加土碱或漂白粉浸洗則更佳，待洗淨後應在清水內冲洗，如能放在河流內則更爲便利；待晒乾後，繃帶布即可卷製應用，棉花須彈鬆後再用，紗布當然消毒後方能使用，惟洗滌時以較大者爲合式，放在裁剪時，應裁成適當大小，不能過小，否則易於舍去也。

交換繃帶時，應將消毒布四層至六層貼於創口，不必過多，然後用藥棉敷於其上。如用鬆繃帶時，應操其長短適度者，不可隨意剪斷，至使帶過短而不能再用。使用橡皮膏時，應考慮能否用繃帶代用，除用在藥布極易脫落之部位外，不得濫用，蓋用後無法再用也。

國產藥品，雖如鳳毛麟角，即有所謂國產者亦不過用外國原料，製成錠液而已，實不能稱爲純粹之國產品，故更有節約之必要。國人每重視藥物治療，而忽視其他條件，要知任何疾病，均有一定之經過，醫生不過應用現有之科學知識，縮短其經過，而促其痊癒，或挽其危機而已，藥物治療祇佔各種療法中之一小部份耳。其他治療條件中之最要者，當然有護理，飲食，與理學的處置等等，例如傷寒症之護理不周，而任其動作，則即用任何有效之藥品，必不旬日而死亡。例如病疾之飲

食不調，而任其亂食，則雖用任何有效之藥品，亦必不數日而死亡。又如結核症之理學的處置不行，而任其偃臥，則雖用任何有效之藥品，亦必不數月而死亡●至於創傷之治療與骨折之繃整等，無不如是。在此國難期間，欲在匆卒成立之醫院而得滿意之護理，當非易易，然苟能善爲運用現有設備，而盡力利用人力，以補物力之不足，未始絕無辦法改善護理之餘地，鑑於同一環境之醫院，有或善或否者，可以明矣。

當用藥時應考慮是否有用藥之必要，如在可以不用者，當然以節約不用爲宜；如在阿斯匹靈非常缺乏之現時，不能對於發熱者濫用阿斯匹靈，以備用於不能不用之病例。苟在不得不用之病例，則用全治療量，將該症完全治癒爲止，不應中途中止，至使該病時癒時發，消耗更大之藥量於同一病例。如治療癆疾時最易發生此種現象，給奎寧至退熱後即行停止，過二三星期後原病復發，於是停而復發，發而復停，永無完全治癒之期，而藥物之無謂消耗亦無完期。又發熱有一定之原因，如不除去原因而濫用退熱藥，非特無益，反而有害，在內科則亂其熱型而遲其診斷，遂不得正確治療而延長經過；在外科則更無意義，蓋由外科疾病而發熱者，絕非退熱藥所能奏效也●退熱劑如此，其他各劑亦大同小異，無不如此也●

創傷治療以無菌爲最現想之原則，而實亦最經濟而最有效之療法，故應以絕對無菌之方法，處置一切新鮮創、化膿創、肉芽創，及任何部分之創傷。或者說：各衛生單位，大多無高壓蒸汽消毒器，不能消毒，然消毒不限於高壓蒸汽，即在第一次歐戰時各軍所用之消毒器，亦非盡爲現時所用之高壓蒸汽消毒器，而仍得良效之結果。如能應用廚房所具之蒸籠，將紗布等裝在蒸籠內蒸煮，亦能達到消毒之目的，其缺點祇是漸進，不能乾蒸，故紗布等祇能隨蒸隨用，不能久貯。如開刀間所用之紗布及手術中等，則可用煮沸消毒，更爲確實而便利，且在二三十年前早經各專家應用，而認爲絕對可靠者也。

治療創傷之消毒劑極多，然確爲一日不可或缺者，並不多覯，並且大多有濫用之傾向。如碘酒之用於創口，既不能發生消毒作用，反使創液凝固，細菌得發育於深部，而爲害更大，故碘酒祇合於創口周圍皮膚消毒之用。若照以前之老法，則用百分之十或百分之五之濃度，現在中國紅十字會各醫療隊所用者，均爲百分之二點五者，亦得甚完善之結果，惟碘酒須待乾後，另用酒精洗去碘酒質，方能免去碘之刺戟，而消毒更爲完全●創傷治療現在通用狄根氏 Dakin 液或攸瑣 Eusel，奈任何創傷消毒劑，苟能殺死細菌，同時即能破壞細胞，而妨礙治癒過轉。狄根氏液與攸瑣均爲含氯液體，殺菌力較大，破壞細胞之力亦不小，用在化膿創當然有利，如用在新鮮創與肉芽創，不特無效，反而妨礙治癒過轉●大多醫用於化膿已停，肉芽新生之時，甚或肉芽已受該液之刺戟，由鮮紅色而變成黃白浮腫以至灰白時，尚誤爲化膿未止，繼續使用，以至創口永無治癒之機會●

又清拭創口，大多用浸有攸瑣之棉花，如在化膿創可無問題，然在肉芽創，應將該液絞乾，方可清拭，否則亦有刺戟。并且肉芽創雖應保持相當濕潤，然不宜太濕，有碍肉芽之新生。任何創口，一部化膿，一部新生。在清拭時，祇須將化膿部分拭去膿汁，不可用強力拭至出血，并且再三清拭，至使新生部分一併拭去。故凡在拭去膿汁時，祇須輕輕一拭，不可在同一部位，再三或反復揩拭，因再三揩拭，則有拭去新生細胞之可能，反復揩拭，則有將膿汁揩至他處，惹起傳染之蔓延等，而在藥材之節約，則更有重大之意義也。

其他若石炭酸祇通用於腐蝕，過錳化鉀用於除臭，昇汞用於洗手等，至紅汞除於粘膜及會陰部之消毒外，并非必不可少之藥品，黃色素等高貴藥品，更無應用之必要，蓋所謂深部消毒云云，尚未達到理想之效果也。

最後關於限制藥材之種數問題，似不屬於節約範圍之內，實亦節約之一途也。查我國爲次殖民地，任何國家均以我國爲傾銷市場，不論英、美、德、法、日、俄、瑞士、比利時、等國之藥品，幽充塞於市場，其種數之多，何止萬千。加之美國留學生喜用美國藥，德國留學生喜用德國藥，日本留學生喜用日本藥，各該國之留學生無形中成爲各該國藥品之好主顧。而各藥廠復利用人類愛好新奇之心理，故弄玄虛，略改藥品之構造式，即宣傳妙用，醫生則於無法治療之病例，即用新奇藥品，以慰病人，甚或有意謀取意外之利益。故我國所用藥品種類之多，爲全世界冠，在平時已覺不經濟與不合理，在戰時更無論矣。無論何種機關，不能撥巨量款項，購備數萬種藥品，以應治療之用。所以各國軍用藥品，均有嚴格規定，即在自設藥廠者國，亦限制極嚴也。

曾憶廿八年春，與軍委會軍醫顧問杜氏，討論中國紅十字會標準藥材時，渠謂當俄國革命時，所用藥品大半仰給於外國，故軍用藥品，規定二十七種，醫治內外各科一切傷病，嗣後廣設藥廠，趕製必要藥品，至今亦僅數十種而已。返觀我國軍醫署所規定者有百餘種，中國紅十字會一再裁減，現尚逾百。蓋我國醫務人員，早已養成習慣，一時不易改變向來之療法，而我國之傷病官兵，亦受以前重視藥物療法之影響，祇知要求服藥；甚或批評設備之完全與否，每以藥材之種數多少以爲標準。不知治療技術，較諸藥品之種數，更爲重要也。

我人如果極端言之，除各種血清，抗毒素等絕對有效者外，藥品中之確有實效者，祇奎寧之治療瘧疾，毛地黃之治療心臟病，嗎啡之止痛等，最多不過十餘種。其他種種，幽是可以用，可以不用之藥，非某症某病之特效藥，或備或缺，對於整個治療并無多大影響。不過我人須研究，以如許之藥品，如何治療內外各科一切傷病，則亦祇爲技術問題也。

總之，我人應從醫學之技術，達到節約藥材之目的，方能合乎經濟原則，而又不違乎治療之原則也。

編者按：　校稿至此，尚留餘白，請爲讀者再陳我個人感想數端，以補此節約之說。

第一：　藥物因技術之提高而得省用，亦即藥物之效用，得因技術而貶值。讀是文者，可知技術之講究，重於藥物之應用。如戰創之初步治療，既知 Friedrich 氏時限內，施行創部修整術，可以確實達不傳染治癒之目的(詳後)，則前綫軍醫，如能多行此手術操作者，無形中得以減少日後藥品材料之無謂消費，何可勝計？此亦技術重於藥物之一明證也，揭而出之，願我軍醫同仁之過信藥物療法者，三復斯言！

第二：　藥石亂投，以藥試病，不特貽誤生機，抑亦浪費之甚。讀是文者，亦可知診斷之重於治療；而診斷亦技術也，無論其爲標證法的思維，或爲理化學的檢查，皆係治療上切要之知識與技術嫻習既精，則診斷多確；診斷多確，則用藥自宜，奈今人不此之求，徒尚方藥，其能免誤用，濫用者幾希？然此節約之提倡，當先使 ''診斷重於治療'' 之意識，深入人心，而後能見功也。

——(以下接 171 頁)——

災害創傷之處置

楊濟民

創傷治愈現象，以組織學細菌學生物學等觀測，爲一極形複雜之過程，基於此種觀點，故諸家對創傷治療，咸各有學說，惟綜合而論，要亦不外爲創傷自然再生機能之保護與促進，與創傷細菌傳染之防止是也，創傷治療之實際與研究，本此原則，庶無過誤。

茲篇所述，係側重災害創傷之治療，至於創傷之治愈現象，容讓專論。

一、新鮮創之處置

所謂新鮮創者，即負傷後兩日以內，創傷肉芽，尚未完成時期，此時處置之適當與否，係把握創傷整個命運，故創傷之能否取良好經過，能否防止傳染，即於此時決定，故在雖無傳染之創傷，猶視作傳染創同樣處置。

(1)凡在毛髮部之創傷，爲防止附着細菌二次的侵入，及便於敷裹與觀察起見，應先行剃去毛髮，創緣周圍，塗布碘酒，或紅汞，使完全消毒，行無菌的操作。

(2)在前線戰傷患者，最宜注意者，爲創內污物異物之有無附着，如布片，泥土，鑛彈破片等，此時可用消毒鑷子或濕的紗布除去之，必要時用消毒食鹽水，硼酸水，雙蒼水等冲洗之。

(3)大出血時，行結紮止血法。但在戰綫服務護勤務時，適用橡皮止血帶緊縛法(Esmarch Binde)於手掌爲及前膊之出血，可緊縛上膊，因前膊之動脈，係存在於橈骨尺骨間，若僅緊縛前膊，甚難達到目的，上膊出血，以壓迫近腋窩部或腋窩動脈爲宜，足部及下腿出血，以緊縛大腿爲宜，骨盤內出血，用 Momburg 氏帶緊縛腰部及下腹部，壓迫下大動脈，此種戰傷，經此處置後，而後送野戰醫院，施行根本的結紮止血法，尚有非爲動靜脈之出血者，用壓迫繃帶，即可止血。

(4)單純縫合法：此在切創、裂創、創面清潔光滑，並無傳染模樣，於受傷後，所經時間甚短，所施行之縫合也，此時創內雖不免有少數細菌殘留，但因組

織之自然抵抗，而無形消滅，在縫合時，爲顧慮傳染計，可預於縫合之一角，插一紗布條，使創口不完全閉鎖。

(5)一次的縫合或早期手術法： 此係根據 Friedrich 氏之動物試驗，在六時間內切除創傷表層，得預防傳染之證明，此在歐洲大戰之後半期，爲 Garre 氏所倡用，據渠實施報告，認有卓越效果，並列爲創傷治療中，最合理想之一法，此在新鮮創面，經消毒藥塗布後，即將創面表層之污染部分挫滅組織，施行約 2 m.m. 之切除，而後縫合之，本法施行時間，以負傷後六時間內，成績最佳，惟據各方報告，有延長至十二時，甚至廿四時者亦有之，本法係營一次的治愈，故治療經過，較任何方法，爲短縮，但在神經血管之近傍，施行時，須加注意。

(6)藥物的消毒： 用藥物消毒新鮮創，藉一回使用，達成防止細菌傳染之努力，雖經多方試驗，猶未發見此種理想藥物，尤以强的消毒劑，因往往與組織蛋白質(血液，血漿，膿汁等)結合，不僅殺菌力減少，且使局所抵抗亦減弱，易於傳染，故於 1934 年西班牙政府軍與法朗哥軍作戰時，對新鮮創之處置，或不用任何消毒藥之塗布，而祇以食鹽水罨包者，其主要目的，要亦不外爲避去局所藥物之刺戟，及維護自然機能之抵抗也。

殺菌劑之最近理想，而爲近所一般賞用者，爲 Dakin 氏液， Eusol 液，濃厚食鹽水，及 Mercurochrome, Rivanol, yatren 等。

Dakin's Loesung.

無水炭酸曹達	140.0
如係結晶則爲	400.0
蒸溜水	10000.0
哂粉(漂白粉)	200.0

混和振盪，約三十分鐘後濾過，加硼酸 40.0 中和之。

本液殺菌作用著，侵害組織少。

Eusol 液

本液爲 Etinburg University (英愛丁堡大學) 所倡用。故名爲 Eusol.

處方如下：

10%	漂白粉	135.0
4%	硼酸水	250.0
	蒸溜水	615.0

又有濃厚食鹽水之應用，爲 Wright 氏所主張，(即以 5% 食鹽水加 0.3% 枸櫞酸曹達) 此爲利用鹽分之滲透壓作用，使體組織之淋巴液滲出，侵入之細菌，得於洗滌時，由組織內與淋巴液共行排出，同時局所引起白血球羣集，有促進生理機能之噬菌作用。

Mercuro-chrome 本劑爲色素與水銀之複合物，溶解於水，爲深紅色，在美國 1919 年，最早係應用於尿道疾患，以其無副作用之故，乃爲一般

所賞用。至近年已爲外科上所不可或缺之藥物，本劑消毒作用甚强，雖稀釋至二百倍，仍保持殺菌作用，故粘膜消毒，用本劑 1—5% 之溶液，已極充分，爲洗滌料，可用 0.2% 溶液使用之，爲濕性紗布插入創內者，可用 1% 溶液，有使壞死組織得以及早排出。

Rivanol 本劑爲 Morgenroth 氏創製，其有效成分爲 Chinin 之誘導體及 Acridin 結合而成，對於化膿菌之連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，殺菌力甚强，經試驗報告，在試驗管內，雖稀釋至十萬倍；猶能發生效力，本劑於新鮮創及化膿創之消毒，通常爲 0.1% 溶液，或作洗滌，或作濕性紗布插入創內應用。

Oxyfull (H_2O_2) 本劑接觸血液，膿汁細菌等，即發生酸素，因其酸化作用，有殺菌制臭之效，故在汚染之新鮮創，每藉本劑之酸化發泡，使汚物受器械的作用，得以排出，用作消毒劑，於嫌氣性細菌之傳染，甚爲適用，惜本劑作用暫，又限於創傷表面，不能深達，爲其缺點。

Tinctura Jod 本劑爲 5% 之溶液，爲外科上所必備藥品，平時爲鎮痛消炎時應用之，但在新鮮創之處置上，是否適用，據成書所載，尙存有絕對相反之理論，惟據多數主張，認在汚染之創傷，爲使防止破傷風菌（嫌氣性細菌等）之傳染，可用本劑塗布創面，其他似以用於創緣消毒較爲相宜。

殺菌劑中，尙有歐戰時所用之 Vucin 及其後之 Trypaflavin 等，以殺菌力雖大，而刺戰亦强，其他又有 Chloramin T. Methylviolett, Presojod 等，近今均未見應用也。

一般粉末劑軟膏劑等，於新鮮創，以不用爲宜。

（7）理學療法： 如日光療法溫浴療法等，均不適於新鮮創，通常須在三日後，肉芽完成時，始可應用。

（8）繃帶： 新鮮創經種種適當處置後，用繃帶敷裹，爲預防傳染時，可用濕性繃帶，但在出血時，則一日間使用乾性繃帶，翌日仍用濕性繃帶。

二、化膿創之處置

化膿創之處置，當以排膿消炎，使轉良好之肉芽創爲唯一前提，故外科上有 "Ubi pus, ibi evacua" (Wo Eiter, da entleere!) 一語蓋有膿卽放之意也。至殺菌一項，因此時細菌，不僅限於肉芽表面，已多介入組織，在表面之使用藥

劑，常難達成任務，故理論上多以促進生理的機能，期成間接的殺菌也。

(1)創傷雖有傳染，但創腔甚淺，且爲開放性者，多數能自然治愈，無何特殊處置。
(2)創腔甚深，或深部著明蓄膿時，則依當時情況，或將創口開大，或擇適當部位，作一對孔，使充分排膿。
(3)經已縫合之創傷，而起化膿者，則依化膿狀況，拔去縫線一部或全部，插入紗布條，使充分排膿，并用鬆包消炎。其他在化膿創傷，雖經過甚久，處置亦極合理，而化膿現象，未能逐漸減少者，此時須詳查異物之有否殘留。（戰傷尤注意破片）

(4)藥物療法：　在化膿創因肉芽組織完成，局所對藥物之抵抗，自無如新鮮創之纖弱，故化膿創之殺菌劑，除採用新鮮創一般藥物外，此時用稍强藥物，亦無新鮮創刺戟之甚。

化膿創於粉末劑軟膏劑，自無應用必要，在創腔深，蓄膿多，除用手術的處置外，賞用消毒藥液洗滌，其定型的爲 Carrel 氏法，插入創腔爲一種有多數側枝之玻璃管，可適合創腔之諸種形狀，上接橡皮管，並連 Irrigator，用作持續的或間歇的洗滌，其洗滌時間，有數小時乃至一日左右者，洗滌藥液，爲 Dakin, Eusol, Rivanol, Bor Wassr, Nacl Loesung 等。

在此洗滌期間，須每日採取創液，製爲塗抹標本，檢查細菌數量，待細菌消失，可行第二次的縫合。

日本茂木氏於化膿創，喜用下列溶液，茲錄其處方如下，惟本劑不能應用於新鮮創。

Dichloramin T.	10,0	Peru Balsam	10,0
Camphor	10,0	aether	100,0
Jodoform	10,0	chloroform	100,0

(5)插入排膿管及紗布之注意：　化膿創之須充分排膿，已如上述，在膿腔分泌甚多，有滯溜之虞時，以插入排膿管爲宜，排膿管管壁，可多剪小孔，使膿汁得入管腔，便於排出，排膿管之露出創面部分，須附安全針，以防埋沒創內，排膿管每因血液及膿之貯留，閉塞管腔，故依化膿狀況，須按時加以交換，在交換時，可將原用排膿管用昇汞水清拭及煮沸消毒後，得重行使用，或更換新的排膿管。

插入紗布條一項，應預製大小各種，以適應需要，否則用橡皮薄條，亦同樣可以引流，插入時，務必稍形寬鬆，不使過緊蓋爲創腔之血液、膿汁、得源源外

流也（28年皖南作戰，作者視察醫院，見有多數戰傷，因紗布過度緊塞，致妨礙排膿）在創腔之膿液分泌停止，創面甚潔淨者，自必中止插入紗布，以免形成瘻管。

插入紗布，有喜用附有各種藥物者，如 Jodoform, Vioform, Rivanol Yatren, Mercuro-chrome, 等，尚有主避免創口粘着，用凡士林紗布者，又有爲促進創面營養，用魚肝油紗布者，但近來亦有主張僅用殺菌紗布者。

（6）乾性繃帶與濕性繃帶： 以何者爲適用，爲古來所爭論，Lexer 氏主張用全乾性繃帶，雖在新鮮傳染創及急性化膿性炎症，亦用乾性繃帶及乾性栓塞，認乾性應用較濕性爲優，惟有結痂膿汁吸收困難或在大的壞疽，爲使排出與溶解，方用濕性，但吾人於化膿創之處置，多採用濕性，而尤以下列各期爲然。即

1．炎症症狀存在時。　2．有壞死組織時。
3．膿分泌多量時。　4．肉芽面有汚穢被膜時。

（7）濕布劑（罨包劑） 常爲使用者，爲1—2%醋酸鞣土水，0.5—1%鉛糖水，2%硼酸水，0.85—2%之食鹽水，20—50%硫酸鎂溶液等。

使用油紙：此在挫傷，關節捻轉及炎症（未經手術）等，爲鎮痛消炎目的之罨包，可使用之，但在化膿創與手術創，以油紙妨礙蒸發及分泌潴留，易使綠膿菌之發育，故以不用爲宜。

（8）日光療法與開放療法： 本法爲日光紫外線生物學的作用，故有促進創傷治愈之效，本法與完全開放療法，合併應用，效果較著，即創口完全開放，暴露空氣中不用任何敷裹，故材料極爲經濟，每日除按規定時間照射日光外，即退居病室，待創口乾燥清淨，施行縫合，在國外此種治療，頗有專門設備，防蠅防蚊，固無具論，即病室與日光照射室，亦均前後相連，故治療與休養，極得進退自如。

國內各級衛生機關，如應用完全開放療法，自屬困難，惟用日光療法，以作補助創傷治療，實屬可能，即化膿創經洗滌清拭後，於創面蓋紗布一枚，照射於日光中，約10—20分間，此在開始照射時，或分泌增加，或稍感疼痛，然數日間，分泌即自然減少，疼痛亦去，肉芽由腐敗轉變良好，在化膿創除用一般處置外，能加用日光療法，自可促進治愈機轉，得以縮短經過日期，惟在日光照射時須防蠅之附着。

（9）溫泉療法： 此係利用溫泉熱度及溫泉中含有鹽類及主要的 Radium Emanation 等之作用，故於創傷有促進治愈之效，此在日本，因遍處溫泉，可

得廣爲應用，而國內以溫泉甚少，尙難利用，日本茂木氏，則有人工溫泉素之創製，茲摘錄其處方如下。

【處　方】

食鹽	39.8	鹽化鈣	10.0
硫酸鎂	20.0	鹽化鎂	10.0
重曹	10.0	硫酸鉄	0.2

上爲 100.0 應用時爲 0.5%，水之溫度爲攝氏 38—40 度。

【使用法】　通常一人浴，約須水 200 Liter，則投爲溫泉素爲 100.0，如爲坐浴，約須水 20 Liter，則投入溫泉素，爲 10--20.0，餘以此類推計算之。

三、肉芽創之處置

在肉芽創之治療，當以上皮之迅速愈合，爲治療目的，然上皮愈合，必須經由創緣四圍上皮之 Marpigi 氏層細胞增殖，共向中心逐漸滋生，方可形成，而上皮生長，又因肉芽本身是否健全，及生長環境是否適合，有下列兩項必要條件。

1. 上皮新生，須有健全之肉芽創基底，而肉芽生長，須與創緣成一水平面，無過高過底之缺陷，是則創口，始能完全愈合。
2. 須有濕潤溫和，而無妨礙細胞增殖分裂之環境，（如藥物細菌等之危害）

要適應上項條件，故此時於創面處置，咸採用無損細胞活力之軟膏，但此種有利於新上皮之分裂增殖環境下，而他方於細菌之發育繁殖，亦爲有利條件，是以有時使用軟膏二三日，即見創面膿液驟增，肉芽腐去，上皮脫落等現象，此在治療肉芽創時，不可不知。

對於肉芽創之使用軟膏，較爲最合理想者，厥爲 Desitin Past（魚肝油與亞鉛華）及通常自行調製之魚肝油凡士林，以其含有 Vitamin A. 成分，可使局所營養佳良，故於肉芽與上皮之生長，均有良好影響，其他如 Scharlach rot, Pellidol 軟膏等，時有使肉芽增殖過甚之弊，但在戰區，尙得應用者，不外爲紅汞軟膏與硼酸軟膏而已。

茲將創傷肉芽，別爲健全肉芽（Gesund, Granulation）與病的肉芽（Krankhafte Granulation），分述如下：

(1) 健全肉芽： 創面分泌少，無破苔 (Belag)，表面成顆粒狀，現鮮紅色，有相當硬度，易見出血，此時如認細菌已消滅時，可用銳匙輕度搔爬，或用刀切除表層，造成新創面，施二次的縫合，或即貼用促進上皮新生之軟膏，此時創面消毒藥，例須停止，並避去一切器械的刺戟，如肉芽生長過剩時，即以硝酸銀棒腐蝕，使與創緣保持水平面，上皮易於愈合。

(2) 病的肉芽： 其主要原因，多爲局所細菌傳染所致，肉芽現弛緩狀態，顆粒不明，呈海綿樣浮腫性，此時可用硝酸銀棒腐蝕，（創緣之 1 m.m. 處，不可腐蝕）或 Peru Balsam 軟膏或 Granugenol 油 (Bayer) 均能促進肉芽組織之發育，如肉芽面分泌增加，有膿性纖維素發苔者，應採用消毒藥液冲洗，塡以乾燥消毒紗布或 Jodoform 紗布，約一二日，或熱罨包，亦有同效，但病的肉芽，有爲消毒藥液之持續刺戟所致者，自應停止應用。

此外在肉芽無異狀，創面亦佳良，而交換繃帶時，每有不明之膿液分泌者，則須檢查局所異物之有無殘留，（在戰傷尤注意破片，其他如結紮線等）即用消息子向肉芽羣顆粒間，細爲探索，往往於異物存在之處，可發見小孔或間隙。

病的肉芽，除局所的原因外，有從全身的原因，如貧血營養不良及衰弱等，此時當以改善全身狀況爲必要，其他如梅毒結核等之肉芽組織，所謂特異性潰瘍與創傷肉芽不同，自可區別。

手術療法： 病的肉芽，以由細菌侵入，爲主要原因，故主張用銳匙搔爬，認爲散布迅速，此時搔爬，其創緣有不健全者，亦同時除去之，搔爬後，用消毒劑如紅汞等塗布，並塡充乾燥消毒紗布，約一二日，則新肉芽重又新生，此時用無刺戟性軟膏貼布，促進上皮愈合。

尙有肉芽生長過剩，有非硝酸銀棒所能見效者，可直接以剪或鑷剪除之，此時肉芽，因無神經，故剪除時，並無疼痛，剪除後，塡充乾燥消毒紗布，約一二日，仍貼用軟膏。

在陳舊的肉芽創，因反復不治，局部結繭織，以一再刺戟，形成增殖過剩，隨之創緣成胼胝狀，皮膚與底部之筋膜，骨膜，形成癒着，不能移動，因之創緣之新生毛細血管，不易伸入，以致局所營養愈形惡劣，遷延不愈，此時可採用放線狀切開法，在創緣健康皮膚 1—2c.m. 起，向創之中央會合，切至筋膜爲止，使毛細血管得以伸入，局部血行轉佳，肉芽自然生長，切開時之出血，可用乾紗布塡充及壓迫繃帶，翌日再更換軟膏。

植皮術： 在大的肉芽創，全部上皮新生困難時，可及早施行植皮術，輓近一般所賞用者，爲 Thiersche 及 Krause 氏兩法。

Thiersche's Verfahren: 本法係採取表皮及乳嘴層之薄的上皮，作爲皮瓣，惟不施縫合，通常皮瓣，概由大腿上膊等處切取，創面於施術前一二日，應停止使用藥物，以食鹽水罨包，切取皮瓣部，用食鹽水洗滌（嚴禁消毒藥）切取時術者及助手，將局部皮膚，分向上下牽緊，然後用植皮刀或西洋剃刀，按缺損部所需之大小，務以薄而廣，稍帶透明狀度，切取一瓣或數瓣，是時宜避免切取後皮瓣之收縮起見，（可收縮三分之一）自以較缺損部稍大爲宜。

切取後之皮瓣，即以之移植於清淨之肉芽面，或無菌的肉芽面（通常在肉芽面，概用鋭匙，作輕度搔爬，或用刀切除其表面層，造成一新創面，局部施壓迫止血後）上覆有孔樣皮紙，或浸有 Paraffin 或 Vaselin 之稀薄紗布一層，藉此固定皮瓣，不使移動，並得透視植皮後局部之變化，其上再用食鹽水紗布罨包及繃帶敷裹，（此時注意攜傷）每 2—4 小時，加潑一次，勿使乾燥，貼用之 Paraffin 或 Vasehin 紗布，在皮瓣無壞死化膿現象，通常概在第五日後，始行更換，因是時皮瓣，業已愈合，不致脫落矣。

Krause's Verfahren: 本法採用皮膚全層，以作皮瓣，所切皮瓣，選腹部胸部，大腿，上膊等之易於移動部位爲宜，所切闊度，以不超過5—6 c.m. 爲限，皮瓣切取後，因收縮甚大，（可收縮三分之一）故在切取前，應按照缺損部之大小，預有精確估計，在肉芽創面，先行完全切除，創緣亦同時切除，使造成一新創面，此時止血，可用壓迫止血，或熱鹽水紗布之熱罨止血，或日光照射止血，俟完全止血後，乃以皮瓣敷覆創面，施固定縫合，約二三針，此種移植，所謂無莖皮瓣（Ungestielter Lappen）移植是也。

但輓近以此種無莖皮瓣之移植，往往有不易生成之缺憾，故一般已改用爲有莖皮瓣（Gestielter Lappen）移植也，即由創面側方之皮瓣，以捻轉或翻轉方法填補縫合之，又有採用遠隔部分之皮瓣，以之填補縫合者，即意大利法用前膊皮瓣，行造鼻或耳術，實爲遠隔有莖皮瓣之代表，是種皮瓣，經移植縫合於缺損部後，其莖仍連續原部，不加切斷，約十日以上，其經過中，用固定繃帶，其他尚有如手，腕，皮膚之缺損，採用胸部腹部之有莖皮瓣，足及下腿之缺損，採用他側下肢之有莖皮瓣移植是也。

（本篇承謝學洙兄加以校閱敬表謝意）

現代傳染病病原總論之梗概

·陳方之·

病原論有沉長的歷史，本篇均略而不談；茲姑從病原體的特異法則談起。凡某種傳染病，決定其以某種微生物爲病原體時，曾有決定的法則四條，名之曰特異法則，其法則如下：

（1）病原體，應於同病的病人，悉數存在。

（2）病原體，不得發見於異病的病人。

（3）病原體，應能純培養，以之行動物試驗時，可引起同一病變。

（4）病原體寄生後，個體上應生反應物質，而此物質對病原體，應呈特異作用。此種法則，雖或有例外，而稍稍帶活動性；然大體則不能更變；普通所知之微菌、原虫，固無論，卽吾人所未窮其奧的濾過性活毒，亦在其範圍之中。茲分病原體的性質、傳播、蔓延、分類、四項，逐段敍述如下：

第一段　病原體的性質

可大別爲特異與共統二大類：

（甲）【病原體的特異性】　凡病原體，均各有一定特性；其性的表現，以繁殖能力，產毒能力，二者爲主。因此其對人身的毒害作用，又可分析爲三：

（1）毒素作用：　毒素，隨各病原體的特性而異；就性質言，可分爲特發毒和感作毒（Primaere-und sensibisierende Gift）；就作用言，可分爲普徧毒和臟腑毒；就出處言，可分爲體外毒和體內毒。

（2）異物作用：　多量病原體，集合於毛細管，若以凝集血液力爲先鋒，則能起機械作用，使血管栓塞。

（3）發育障作用：　許多原虫能在人身內，造有性生殖起源之結合體；當其齊分裂生殖時，人身卽發生病象。

因病原體的作用，隨其種類而各有特異性，則其所造成的病象，亦各隨其種類而各有特徵，絕對不得混同。如傷寒、瘧疾、回歸熱之固有熱形，痲疹、猩紅熱、天痘

之特殊皮疹，爲其顯著的實例；而血內所生特殊反應物質：如凝集，沈降，溶菌，抗毒等素，莫不隨其種類而有特異作用，則更爲特異性的發揮，無待贅述；至若染色培養上形性的特異，猶屬於淺表者。

(乙)【病原體的共統性】　病原體有數種共統性，絕對與非生物性的病原不同。

(1)病原體能於侵入人身後增殖，故侵入之量雖微，仍能發病。

(2)病原體造成疾病，須有人身的反應，故傳染病必經潛伏期，絕無例外。例如將破傷風毒素，以微量注射於鼠時，須經五六日後始發病，但增量到數千倍時，最短亦必有二十四小時的潛伏期。

(3)病原體侵入於人身後，人身非盡發病，有時能以血及組織內之反應物質殺滅之，或使其無害化。

第二段　病原體的傳播

病原體的傳播，有接觸傳染，有空氣傳染，有點滴傳染，有飲水傳染，有食物傳染，有土壤傳染，有昆虫傳染，有胎盤傳染等。傳染時的侵入門戶，概括言之，爲表皮及粘膜；詳言之，卽與外部交通的部位；如全身的表皮，呼吸器的粘膜，消化器的粘膜，泌尿生殖器的表皮及粘膜，五官器的角膜及粘膜是。

通例，健康表皮及粘膜，爲嚴重關門，不許病原體侵入；故病原體須俟其損傷的機會，乘虛而入；損傷愈深愈大，內部組織疏鬆，血管開口亦多，則侵入愈易；甚至過三十分鐘後，已達內臟，而傷口陳舊時，則侵入較遲。然而病原體的侵入，也有不待表皮粘膜之損傷者，如淋菌之於尿道粘膜及眼結膜，肺炎菌之於口腔粘膜然；又如葡萄狀球菌之於表皮，稍稍摩擦，卽能侵入；胃酸被液體沖淡時，結核菌霍亂菌通過而入於腸，腸粘膜多皺襞，而內容鹼性，致易於侵入。

病原體往往各隨其種別而有一定傳入的門戶；例如白喉菌之多於咽喉，肺炎菌結核菌之多於肺，霍亂菌赤痢菌之於腸然；而破傷風菌，則不能由腸侵入，適得其反。

第三段　病原體的蔓延

有種種方式；其一爲轉移，卽從初發病灶，經淋巴道血行道，而達於遠隔部位，再事繁殖；如淋菌之由尿道發關節炎，結核菌之由肺部發腦膜炎然。其二爲敗血證，病原體侵入血行道，卽在血內增殖；如連珠菌鼠疫菌，常常見之；往往各處造成膿瘍

。但有侵入血中，不於血中增殖者，則只能算作菌血證，不得謂之敗血，不可不知。其三爲菌的本身，停留於侵入部不動，而僅分泌運輸其毒素於全身，因以發生病象者；如白喉菌破傷風菌是。

第四段　病原體的分類

就現代所已知者，可大別爲五種：

(a) 微菌類，(Bacterien)

(b) 螺旋虫類，(Spirochaeta)

(c) 原虫類，(Protozoen)

(d) Rickettsia 類，(此類乃以發見之人名命名，故難於强譯)。

(e) 活毒類，(Virus)

(一) 微菌類： 微菌，乃單細胞的植物，其形態不一，有細長如桿，有圓小如球，有彎曲如鈎；外包薄膜，內藏原形質；膜爲纖維質，不易染色，而原形質則易染；微菌中之能活潑運動者，膜外生有鞭毛；毛，或生於一端，或生於兩端，或生於周圍，種種不一；其中有圓長保種族者，能形成耐久體，卽所謂芽胞者，對外界刺激，有巨大能耐，不易殺滅。

微菌，若遇環境良好，繁殖力甚大，以單性分裂法，十五分鐘完成；一變二，二變四，倍數加增，二十四小時，能達億兆；在人工培養上，能有無數微菌，造成集落，集落的形態色澤臭氣，亦往往隨其種而有特異點；對於外界的刺激，如陽光，寒熱，化學藥品等，其抵抗力强弱，亦各有不同；大抵培養的溫度，以37°c. 爲最適，到了56°c. 以上，一小時都死滅；但其於生存環境不適時，能發育異常，分歧如枝；或能退化變形，膨大而不易染色。

微菌的排列，隨其種而各有定形；或雙雙如鴛鴦，或連鎖如練子，或個個分離，或不規則集合，不能概說。今將以微菌爲病原體的傳染病，列名如下：

(1)桿　菌　類：　傷寒，副傷寒，赤痢，鼠疫，白喉，破傷風，脾脫疽，馬鼻疽，百日咳，流感，癩，結核。

(2)螺旋菌類：　霍亂。

(3)球　菌　類：　地中海熱，流行性腦膜炎，眞性肺炎，化膿性病，(丹毒，敗血症，猩紅熱)，淋疾。

(4)放線狀菌病：　(分歧菌本不屬于微菌類，今爲便利計，附此。)

（二）螺旋虫類： 螺旋虫之在生物學上的系統位置，尚未能有定說動物學家認爲原虫，微菌學家認爲菌類，紛紜不一；而以傾向於原虫方面爲多，其理由如次：

（1）其體不如菌之有被膜，而能伸屈自如，有彈力性。

（2）其增殖時，無論縱裂橫裂，均有細絲連系；此種現象，爲微菌所絕無。

（3）對於化學物質的性狀；與原虫一致，而與菌大異，（例如對於石鹼素（Saponin），牛膽酸鈉（Taurocholsaeure Natruim）

（4）對於化學治療的因果，亦與原虫一致。

然而原虫均必有核，螺旋虫則否，則就構造而論，毋寧類乎螺旋菌；茲姑獨樹其一類，列病名如下：出血性黃疸，回歸熱，鼠咬症，梅毒。

（三）原虫類： 原虫，乃單細胞的動物，其種類繁多，形態性質，各不相同；有以僞足運動者，有以纖毛運動者，有以胞子分裂者，有營有性生殖者；但其體內均有核，則爲一致；以或種染色法，能將其核與原形質明白區分。 以原虫爲病原體的傳染病，雖只有數種；但其種屬各不相同，難於分門別類，總述其性狀；故僅列其病名如下：變形虫類（Amoeben）：赤痢，胞子虫類（Haemoridien）：瘧，鞭毛虫類（Flagellata）：黑熱病，睡眠病。

（四）Rickettsia 類： 1909 年，墨西哥醫師 Ricketts 氏，在地方性斑疹傷寒病人身上，發見一種特殊病原體，其後又經他人詳細研究，知屬于此類的疾病，不僅斑疹傷寒 種；今日則認 Richettsia 爲微生物的族名；而以 Richettsia 爲病原體的傳染病，呼作 Richettsiasis.

Richettsia 病的特徵有二： (1) 其病必由節足虫類吸血而起。 (2) 其病必發特異的皮膚斑疹。

Rickettsia 的形態，變化不一；或球形或雙球形，或蛋圓形，或啼鈴形，或桿菌形，或連鎖形，或長絲形；此所謂多形性（Pleomorphie）：其最小者，可到 0.3 mikron.

Rickettsia 的染色，稍有困難；將其塗抹標本，以木精固定後，用 Giemza 氏液，或用百分之三的 Victoriablau 4 R. 水溶液，能明染之；淡青色至紅紫色不等。

Rickettsis 的培養亦困難，迄今祇有非病原性而寄生於羊虱的，能用葡萄糖血液凍瓊脂（Agar-Agar）培養之，至於病原性 Rickettsia，只有用組織培養法；即將

動物之組織小片，移植於同種動物血漿或鷄胎兒浸出液中，若濃度適宜，其小片能發育滋長，而 Rickettsia 亦隨而增殖。

Rickettsia 的抵抗力，雖有種種報告，說其多不甚强；但均以其寄生之組織片試驗，非如微菌之純粹，故不得謂之充分確實，其濾過試驗亦同。世上均知 Rickettsia 爲非濾過性，但其試驗法均以含有病毒的組織小片乳劑或血液行之，則是 Rickettsia 在細胞內，並非純粹體；而純粹 Rickettsia 的濾過，誰也未能行之，故其濾過性，尙在不明。

Rickettsia 的本態問題，迄今議論紛紛，多數人已認定其爲特種微生物；而現今所見的細胞內種種形狀，是否窺得其全豹，尙有異說；或謂因固定法染色法不備，其形態之一部，尙在未知。

Rickettsia 及 Rickettsiasis 的種類，表列如下：

(1)斑疹傷寒， Rickettsia prowageki. 以虱爲媒介， 1916 年命名。
(2)沙虱病， Rickettsia orientalis. 以沙虱爲媒介， 1930 年命名。
(3)Rocky 山紅斑病 Rickettsia rickettsi. 以蟎爲媒介， 1919 年命名。
(4)塹壕熱， Rickettsia quintana. 以…爲媒介， 1917 年命名。

(五)活毒類(Virus)

活毒，有幾種特性，可以概說：

(1)凡微菌所不能通過的濾過器，牠能通過。
(2)以現代顯微鏡之力，多不能明察。
(3)若不依附生活細胞，多不能培養。
(4)有極强大的抵抗力，微菌原虫，均所不及；甚至在 —252°c 中，亦能生存；50% 甘油中，能長久不變。
(5)有强烈的感受性，以其極微 能引起疾病。
(6)有對於組織的選擇性，往往於或種組織，或種臟府，表示特別親和力。

活毒究竟屬於微菌，或屬於原虫；或爲特種生物，或尙可分爲數種生物；現今尙無定論，只能算作濾過性病原體的總稱；或又名曰不可視性生物，(Aphenozoen) 其有極端之論者，主張活毒乃非生物，與酵素同樣，則贊之者不多。

活毒之在顯微鏡下能見者，僅有牛肺疫等數種；亦用普通染色法，圓形或嚥鈴形，其大爲 1/4 Mikron; 據 Lipschuetz 氏所說，此爲微子狀況；(Elementarkoerperchen) 其培養，多用組織培養法；(見前)與酵母菌共生培養 (Hefe-Allobiophonie) 之報告，有價值與否，尙無定論。

活毒與微菌有相互作用；或互相協同，或互相拮抗；天疫活毒之於溶連菌，有互相協同作用，各自將其毒力增高；而鷄蛋亂之活毒，與腐敗菌，有互相拮抗作用，能互相破壞。

活毒與活毒之間，亦有相互作用，天痘與脊髓前角炎兩種活毒，混合接種於猿的皮膚，能發脊髓前角炎，否則不能。

各種活毒，多於細胞內，能形成封入體；（Zytorykt od. Zelleninschluesse）其體的本態，學者間尚多爭議；有謂爲活毒本身者，有謂係活毒作用於細胞所產生之反應物質者，尚無定論。

活毒的分類，及活毒病的病名，大概如下：

（1）皮膚親和性的活毒：　天痘；封入體稱曰 Zytonyktologie.（封入小體）
水痘；封入體稱曰 Nubrenkoerperchen.（核內小體）
痲疹；封入體稱曰 Zentoriolum.（中央小體）

（2）神經親和性的活毒：　流行性腦炎；封入體稱曰 Neurocorps.（神經小體）
脊髓前角炎；封入體（尚未證明）
瘋狗病：封入體稱曰 Neuroryctes 及 Lyssae.

（3）藏府親和性的活毒：　流行性耳下腺炎；封入體（尚未證明）

（4）敗 血 性 活 毒：　紅疹（Denguefieber）；封入體（尚未證明）
流行性感冒；封入體（尚未證明）
（按流行性感冒因 Pfeifer 氏菌尚未能確定爲本病病原，故亦有活毒說）

——————（以上接 157 頁）

第三：　現時我衛生機關所備之藥品材料，貪多用少，不切實際；自應裁減種類，藉省經費，湯先生言之詳矣；惟吾人聯想所及，覺尚有二事須提及者，其一爲器材裝具之講求，另一則爲器材保管之注意，雖似語涉題外，實亦節約必擇之要途也。

蓋如部隊衛生機關之隨軍動靜，行止驟定，所備材料　必須力求簡單，切忌累贅，（此爲裁減材料種類之另一意義）則其裝具如藥箱、担架等，亦當輕巧靈便，易於攜帶，又須堅固耐久，利於保藏，乃能於軍情瞬變時，或進或退，不致因匆遽中遺棄壓碎，得失不應有之損失，其有裨於節約之實效者，豈淺鮮哉！

其次言衛生器材之節約，必須注重保管，保管不周，耗損亦大。例如外科手術器械之疏任生銹，不知整理；敷裹繃帶材料之任意拋棄，或移別用，實爲暴殄天物，甚於浪費，即在平時亦所不許，戰時更無論矣；甚望我軍醫同仁，恒念物力維艱，使用時當知愛惜撙節，不用時尤應加意保管，此則節約之說，除醫學技術而外，尚有其道德上之義務存焉。　（舟）

戰創的初步治療

Erste Behandlung der Kriegswunden.

Alexander Stida, Halle a. S. 原著

裘景舟　謝學洙　合譯

一

經驗上，再也沒有別的新鮮創，比得彈創（Schussverletzung 普通譯鎗傷 註㊀）那樣的見解紛歧和治療不同了。

十六世紀的戰爭裏，對於每一個創傷，賞用烙鐵燒的或滾油灌注，以爲正當的治療；但是後來 Ambroise Pare 氏發現傷者受油毒影響，未能得上述的治療者，亦無死亡。（意卽觀感爲之一新）。

V. Langenbeck 與 V. Esmarch 兩氏主張彈創關節的切除；但是 V. Bergmann 氏却又建議絕對的保守療法（當俄土之戰）。

人們都恭順着"—新鮮的彈創，該是一種純潔的創傷，而傳染該是續發的—"這個基本觀念。當做結論似的信條，是「彈創不應有非必要的接觸」，所以最初應用的消毒繃帶（或稱無菌繃帶），就可以決定傷者的命運。

但是世界大戰，正如偉大的導師，迫使我們需要澈底的去從新學習了。

小口徑的被彈創（kleinkalbrige Mantelgeschoss），或由榴霰彈（Schrapnellkugeln）【註㊁】所成的創傷，卽使創口內證實有細菌的存在，但在實際的意義上，仍可視爲不傳染的。

細菌的傳播，由於士兵污穢的軍服和不潔的皮膚；但人體對於少量的傳染物（卽

細菌），祇要創傷的經過完善，，自可無形消滅。卽如以貫通的皮膚小創而言，就能在結痂的情形下，獲得治愈（意卽所謂痂皮下治癒 Heilung unter dem Scborfe 註㊂）

但在最惡劣的一面看來，就有極大多數的開放創，由現代這樣特別衆多的兵器所造成者，則在受傷之後，立刻會傳染得汚穢不堪。故一切大砲彈，地雷所致的創傷，和步槍創的--大部份，都應該看做自始就已經傳染的。

傳染控制着戰爭的場面，彈丸乃是搬演的主角。大砲彈的碎片，因爲它多數呈鋸齒形的緣故，極易將布片，皮革等撕裂而併入創內。假如碎片由一個爆裂彈的爆裂而來，那就更加有細菌的附着，因爲爆裂彈在地面爆發的時候，當然可以證明它必有嚴重的汚染。

隨着組織毀滅度的大小，傳染更增長它的危險，這時對傳染的爭鬥，我們不能再厚望於組織本身的抵抗力，爲着防護創傷方面，往後因傳染而起的種種危害，因此也不能僅限於消毒或無菌繃帶的施用；就算完事。

不過細菌的傳播，需要一定的時間。據 1898 年 Friedrich 氏理由充足得無可批駁的試驗：證明每一個創傷傳染，要經過一個潛伏期。Friedrich 氏在動物試驗上，觀察肌肉創傷受塵埃和園土的放入後，就會循序在一個意義重大的過程中演進，顯然地每次的動物試驗，可以提示受傷到傳染發生之間，必須經過 6—8 小時的潛段潛伏期。要是我們能夠趁這個時間內，割去那受染的創傷部份，確實可以避免那危殆的全身傳染。

Friedrich 氏又以其動物試驗的結果指示我們：施行於潛伏期中的種種治療方法，卽如特地在創區內，重新加以整割的所謂修整術（anfrischung）（註㊃）者，確實的最能達"不傳染治癒"的目的。

據我們在大戰時所得的經驗：上述這個短時間的潛伏期，也有增加到 12 小時，甚至 24 小時之久，不過像上述那樣確實可靠的效果，就難以預期了。

至於細菌開始繁殖的時間（Auskeimuungszeit）（傳染還祇限於創傷部的表面），除有關於細菌毒力的不同之外，又與人體不同的抵抗力有關。

譯者按：此段大意，先是說明彈創的見解紛歧，措施不同，因大戰經驗訓，更有新的啟示。繼卽說明此新的啟示，爲創傷多有傳染的可能，不能以僅施消毒繃帶爲已足；也就是否定了，"創傷不應有非必要的接觸"這句禁條。隨後就說明創傷雖多有傳染的可能，但傳染有一定的潛伏期，如能在此潛伏期內，加以妥當的處置，就可得不傳染治癒的良效，末外之言，就已指出戰創初步治療的重心所在，不容有忽視的意思。（舟）

二

現在我們就要講到"戰創的初步治療"，應該怎樣去做呢？

每一個傷者，必須儘可能的早期注射破傷風血清，且須在破碎片摘出術的施行以前，再予注射。

救急繃帶的處置，(按卽救傷包的使用)，當然是最要緊的事體。

每一個士兵的裝具裏，都有兩個救傷包，一小（7×4公分），一大（10×6公分），大的救傷包，是預備着砲彈傷時，小的不夠用時用的。

近時這種救傷包，用膠布包裹，浸有消毒藥如5%的 Chlor-jodochinolin 並已經過消毒。

又這種救傷包的使用，依現代戰爭的情況，往往要傷者自己動手，所以在平時就應該把使用的方法，教練士兵。好在那"不接觸到繃帶內藥布"的用法，也易於學習。（卽士兵未經消毒之手指，得以隨時應用。）

假使傷者在火線後面，施行第一次的包紮，他的傷在四肢(有時有骨折)或別的身體部份，不必將服裝的全部脫去，祇須將受傷部份的軍服剪去一塊，露出創口就好了。因受傷體部的完全露出，在脫下他汚穢的軍服或內衣的時候，正好給創口以很大的傳染，並易使折斷的骨頭，起不必要的移位。

現在這包紮好了的傷者，終於被輸送到繃帶所的一個軍醫手裏，得到眞正的治療了。那時軍醫可以把第一次包紮的繃帶解去，接着用 Aether Benzin 等清拭創傷的周圍。水和肥皂的應用，祇許在離開創傷部較遠的部位，創緣和他的附近，適宜用百分之五的碘酒塗布。作爲碘酒的代用品者，我們推薦 Dijozol 或 10% 的鞣酸酒精溶液 (Tannic Loesung)，因照細菌學的見解，彈創上常常見到的，多是鏈鎖球菌，上舉兩藥，對此有特殊的效力。

創傷附近部和擬做手術範圍內的皮膚，須乾燥的薙去它的毛髮(乾薙)。

如果是創緣平滑，出入口都小的步槍貫通創，以及其他創傷之較單純者，可用碘酒塗布。塗布時最好用一端捲棉花的消毒小棒(篦棒亦可)，用後隨手丟掉，或而將塗過的棉花脫去，重裝消毒，以爲二次的應用。但切忌一根棒上的棉花，塗用於幾個的創傷，因爲那是錯誤的。然後將創部用吸水的紗布(切勿用棉花直接的放在創口上)，行無菌的敷裹。若是小的繃紮，宜乎用膠布或 Mastisol (膠)，粘貼於皮膚。尤其是 Nastisol 的有助於繃帶布的節省和避免繃帶布的移動，最爲優良。但直接以 Mastisol 膠住創口，卽不用繃帶材料，却是絕對不可以的。

各種栓塞法，概不准用！管狀創的施用栓塞，實在是根本的錯誤（譯者按：國人多犯此病）。

創傷部的安靜不動，當然是非常要緊的，固定的夾板，即使在沒有骨折的情形，也是少不了的。我們可以用木板，紙板，鐵絲做的夾板，或其他可用的東西，固定到兩端接近的兩關節上，這樣纔能使一個肌肉創，得到確實的靜置。

當這些整潔的創口上，裝上無菌的敷裹，同時又是固定的繃帶後，已可滿足我們的需要了。縫合之說，在這裏是還談不到的。（譯者按：以上謂整潔創的初療）。

但在另一方面，由於砲彈或類似的爆炸彈所起的大多數創傷，它的措置就不同了。據我們四個戰爭年裏，服務於野戰醫院當外科軍醫，以及在軍部裏當外科醫事參議，和在兵站軍醫院所得的經驗來說：可以指出我們不能毫無顧慮地將所有受傷部份的已毀組織，一直割去到健全的組織部，（這是完全依照在澈底療法的基點上施行的），却是要依照傷患的情況如何，用一個介乎保守療法與澈底療法之間的折中辦法，另詳"創傷的手術措施"。

對於那多少總有些碎裂而底層有瀉血的創口，可用外科刀（勿用那常帶壓挫性的剪刀）在周圍健康部上，割去闊約一公分的一圈邊緣。創內可見的部份，也割去一層。假使這種情形，幸而充分地達到了，那就可以將創口行第一次縫合。

假使在擴大創口的時候，發現有深入底部的創腔，如係傷在四肢，就最好先用止血帶紮好後，用創鈎謹愼地拉開創緣，用帶手套的手指去探索深部。爲了看得更清楚一點，需要把創口再加以切開和擴大。這時我們探索創底，常常會碰巧的把一個潴血腔開放的機會，發現了帶入深部的碎骨片，有時可能的找到了彈片或別的異物。

但在初步的戰創治療時，如無X光照片的帮助，而欲在健康部添加較大的組織分離（Gewebetrenunng）以求留彈的尋得，那就不必！

倘使看情形有取出的可能，那末我們施行這種手術的時候，當然要依法交換潔淨的器械和手套，以免細菌的帶進到創口深處。

爲了在創腔的最低部，安插一個適當的排膿管，或設置對孔，以便排膿的緣故，常須將原有的創口，加以擴開得很大，但須注意不必要的過份擴大，因在初次的戰創治療時，這種創口的擴大，未必能保證它日後有良好的排泄分泌物的作用。

粗大的排膿管，安放在不可過小的切開口裏，（不要像鈕子和鈕孔那樣的開法 Keine Knopfloecher!）認爲最適合的，是再用紗布條兒塡在膿管的傍邊。我們不採用紗布做排膿管的辦法，也決不用長長的排膿管從這個創口穿過厚厚的軟部組織而到另一個創口，我們要用到兩條排膿管，一個創口一條。因爲這樣可以使分泌物的排洩

，格外容易得引導出來。

當然排膿管的安放，必須固定它，不使滑進到創腔裏。同時也不可壓迫到血管上面，因藉此有擦破血管的可能。

我們要特別注意到止血的精確。倘使我們對出血的制止，不能加以最大的努力與注意，血液正是細菌最好的培養基。不過我們要注意到的，祇須單獨的捉住那出血的血管，加以結紮。至於它周圍已傳染的組織，却不要一起紮進在內，（恐組織腐敗，易使結紮失效，而起後出血）。

創口經過上述的處置後，全部用碘酒塗布，假使排膿管的安放，也很妥當，就可用消毒紗布或碘紡紗布來施以寬鬆的栓塞。在那些大的創口，有時候需要用貓腸綫縫合其肌肉和腱膜，再用絲線縫合其皮膚。

新近有一種德國的製品，叫做 Carnofil-Bost 可爲貓腸線的代用品（應用時加用魚肝油）。這是由馬的肌纖維所製成的一種線。關乎它實驗的好報告，並非無反對者。Veterinaer 方面的醫生，就宣稱說這種馬肌纖維的製品，似乎不一定消毒的吧！同樣可以做貓腸綫代用品的，有從 Polyvinylalkohol 製成的一種縫合材料，叫做 Synthofil（明興城 Braun. 及 Melsungen 氏化學研究館製造）很能適應於外科醫生的要求。不過它製造的原料，有賴外國的輸入，所以它的應用，還要更進一步的研究。

三

上述創傷初步治療的情形，在原理上，既是理學的，又是化學的無菌處置。而化學的，乃是支持着理學的不足。

創底（Wundbett）全部的一次根本切除，正像將惡性腫瘍的從健康部上割除一樣，在深入的創傷是不可能的；因爲這種手術，自有它解剖學上的限度，遇有重要的東西，例如有大血管和神經的陷於被割之處，就難以施行。於是乎我們不能得一種無菌創的情勢，也就不能不轉念到"取化學的消毒"以爲助了。

但是化學的消毒劑，對於創傷有圓滿的治療結果，究竟我們能信賴它至於何種程度呢？

尤其是我們在第一次繃帶時，就要用到消毒劑嗎？

還有 Friedrich 氏的時限內，是否用不到這類藥物的問題，又是怎樣呢？

"在創傷的治療上，剔除一切消毒劑不用，即使是傳染創也這樣"我們根據 Schimmelbusch 氏極有見地的試驗，也曾經有這種傾向。Kocher 氏和它的學校裏證

明創口裏加入消毒劑所起的後果，剛巧是消毒劑的壞的方面。這是說：用於消毒的這種劇烈的濃度，會大大的妨礙組織的生活力，而使傳染反易提早發生。因此有人相信任何消毒藥都可不用。

Noetzel 氏說：「消毒藥是完全不需要的，創傷痊癒的功效，我們能夠在祇用理學的措施上獲得之」。各種口袋形或隔牆形創口的加以開放，利用毛細管現象似的排膿用紗布小條，管狀排膿管的排膿，減少緊張度的切開，對孔的設置，以及技術上的種種著名條理，（創傷開放療法的精義），這些都應該首先放進在我們的腦子裏，但事實上，我們認爲早就有傳染的一種彈創，想不用任何一種消毒的藥物，究竟還做不到的。

這樣，碘酒 Tinctura Jod 是第一個可以實用的，我們用上述的方法塗抹創傷全部，即使是較大的創輻，也是用 5% 的碘酒，因爲碘有着氧化劑的作用，所以在嫌氣菌方面，特別有它的價值，（又可造成自鬱的充血）例如對破傷風的傳染，現已證明它是特効的藥物，故可作爲破傷風的預防劑，且已被有効的應用着。當然破傷風抗毒素血清的注射，仍要儘可能的早期施行，決不可因此而廢止的。

其他被應用於創傷初步治療的消毒藥液，值得提出的，特別是 3% 的雙養水 Oxyfull. 它的應用，在乎它的發生泡沫時，可同時給創口以一種器械的清淨作用，即使僅僅乎用於創傷的洗滌，也已可接近它的良好効果。因洗滌時，可以使污物和細菌，從創口內游離而出，可惜它沒有深達的作用。

但如雙氧水和碘酒合併起來的作用，那就有更好的效力，Druener 氏在他的鑛工醫院（Knappschaftskrankenhaus）裏，幾乎所有的新鮮創，都用雙氧水與碘酒治療而獲痊癒；即創緣周圍，經過細心的切除，以除去所有破碎的和污染的組織後，用棉花球蘸 3% 的雙氧水浸入創傷的每一個角落，繼之以雙氧水的洗滌。這種洗滌的用意，仍不外乎進一步的器械性清潔作用。

於是接着用碘酒的化學作用，侵襲到創傷的全部角落，使碘酒能殺死破傷風菌和氣疽菌的芽胞。

以後就再用貓腸線行定位的縫合其深層和皮膚。

此外，還有一聯串的 粉 末 消 毒 劑，如碘仿（Jodoform）媒托仿（Ortoform）維媒仿（Vioform）伊沙仿（Isoform）次胆酸鉍（Dermatol）白糖（Zucker）及血炭末（Tierkohle）等，可以使用。

當創傷經洗滌乾燥後，即可用此等粉末撒布。但這些粉末，一總都有些或多或少

的吸收作用和乾燥作用，也就是主要在物理作用的一些藥物，並沒有什麼特別可記的功效。或許有幾種粉末，還能被吸收而引起中毒的現象(如碘仿)。

銀鹽製劑的 "Simanit" (銀與錳的化合物)，Schum 氏在他的"國防外科入門"(Einfuehrung in die Wehrchirurgie)一書裏，加以讚美，他居然在創傷治療上拋棄那平時常用的消毒藥，而用 Simanit 浸過的紗布，認定它有非常强烈的殺菌力，但組織的侵害，却並不十分厲害。

大戰時，一種防腐新法的崛起，竟使上面所說的消毒劑，都被排擠在一邊；尤其是法戰場方面絕多利用，而且說"非此不可"似的，那就是傳染創的處置，實用 Dakin. 氏和美國軍醫 Carrl 氏創製的 Natrium hypochlorit 溶液，即所謂 **Dakin 氏溶液** (Natrium hypochlorit 0.5—0.75 食鹽 0.4—0.5)

創傷儘可能的早期用此液塗抹後，再用浸過此溶液的溼紗布，滿佈創口，並須經常地滴用 Dakin 氏溶液，藉使創口持續的潮溼，(譯者按：Dakin氏液即 Eusol 液，但機氯"Cl"的發生較多，故作用也較强)

但這種治療方法，因爲溶液的必須隨時新製，不易保存，還有難忍的臭氣；即如上述的功效，也未必可靠，故未曾爲吾人採用。

同樣 Morgenroth 氏深達的防腐法，用規寧衍化物的所謂 **Vuzin** (Isoktylhydrokuprein) 者，對含有蛋白質的組織液，不起凝固的作用，故得侵入深層的組織內，但 Klappe 氏應用此 Vuzin 於戰創的治療後，對於它的應用性能，已有深確的判斷，而不再應用了。

最近 Klapp 氏依據 Hempel 氏 1935 年發表的論文在臨床上採取黃色素 (Akridin-Farbstoff) 的一種名叫 **Rivanol** 者，作爲深達作用的防腐劑使用。(參見 160 頁)

創口經儘量的施行先期整割後，用一千倍的 Rivanol 溶液，洗滌它深在的各個角落，和未能儘量整割的那些組織。創傷周圍，并可用濃度的浸潤注射；但 Rivanol 溶液較强度的浸潤注射，依原則上說，還是避免爲妥。關乎 Rivanol 的注射，因帶有疼痛的緣故，宜併用局部麻醉，纔可以完成無痛性的滲透防腐。

大概 Rivanol 千倍濃度的溶液，確實的不致破壞組織，可是它會引起輕微的無菌性炎症。

究竟 Rivanol 能夠達到它良好的療効，就是在這點局部非特殊性的化學性炎症呢？還是僅僅乎在於它直接的殺菌作用呢？這在我們解說 Rivanol 的効果時，不能

不顧慮到的。（Boeminghaus 曾經證明千倍的 Rivanol 溶液，能夠閃電似的，一下就殺死精虫，効力和千倍的硝酸銀溶液同强）。

最近的幾年間， Loehr 氏魚肝油療法所用的製劑 "Unguentolan" (Heyl & Cs. Berlin)，已被介紹到創傷治療上來了。這種療法的效驗，乃是根據 Vitamin（A與D）的注射作用而來的。（譯者按： Unguentolon 乃商品名詞，其詳細處方，因有專利權至今尚未宣布；但吾人曾以魚肝油與消毒凡士林（1：2）的配製爲軟膏使用，其效亦同）。

魚肝油和其他大多數的油類一樣，不消毒也無菌的。放入創傷內的魚肝油，經慢慢地溶化，而侵入到創傷內各個角落，同時將所有壞死的，或正在壞死的組織浸潤後，這些組織就會非常迅速的自身溶解而脫落了。於是創口就迅速的清淨起來，豐盈地形成肉芽，肉芽充滿了整個的創腔，長起了新的上皮。

凡使用魚肝油治療的創傷，並可置於無窗而封閉的石膏繃帶（Ungefensterten Okklusivgipsverband）之內。

Loehr 氏療法的應用意義，僅在組織的傳染已停止，而須激勵其極大的痊癒機轉時用的。 Loehr 氏明白的表示：不論魚肝油的應用方式如何，都可用於各種情形的創口上；但作爲消毒劑的使用，是不可以的。據他的經驗來說：自始就認爲傳染很嚴重的創傷，當然不能用魚肝油治療。

Loehr 氏對於那接觸過大塊污泥土的高度傳染創，並不立刻應用到魚肝油，而是預先行創口的修割和 Rivanol 罨包，以待傳染的抑止後，爲了得良好的再生力起見，纔開始用魚肝油治療。

於此吾人要明白的宣佈：魚肝油軟膏的主要功能，就在它有着絕大的再生作用；即使是很大的組織缺損，例如，因骨髓炎而損失的骨質，也能再生。平面的創傷，例如那縫合不可能的手部破裂創，（如行外科手術，反使損壞加深）在魚肝油的石膏繃帶之下，成績良好得使人吃驚。同樣對火傷的應用，也是很好的。

最近 Unguentolan 又被賞用到新鮮創上來了， Jencio 氏這樣勸告着說：

〔我們在部隊繃帶所的困難情況底下，對於那斷殘和組織缺損的創傷——這當然是沒有污土傳染過的——至少可以暫時用魚肝油的石膏繃帶治療，因此而創口的切除法，也就不一定需要了〕。

Bose 氏是一個特別對 Loehr. 氏魚肝油療法有熱心的維護論者。因爲他曾經在 Reinsdorfer 地方"炸藥爆發的不幸事件"裏，得到佳良的效果，所以在他的論文"

戰爭經驗用於平時"(Kriegserfarung im Frieden) 裏，熱誠地予以接受。

他將破碎而污染的創口各部，並不澈底的完全割淨，就用魚肝油軟膏來裝滿了這稍稍整潔的創口；隨後用 Carnofil 很長的縫了幾針，上面加固定的繃帶。

他甚至將絕端染污的關節，並不加以 Friedrich 氏的創口修整術，就採用 Ungueutolan 而得第一次癒合的效果。

Bose 氏認爲 Unguentolan 滿足了我們適應戰時的繃帶方面所希望的要求。

照他的意思：第一次繃帶時用的 Unguentolan，無論如何，可以維持到送往後方病院那樣的長久，對於病人並無弊害。

如果照他的經驗說來，他甚至於可以提出一個問題：即"或許連 Friedrich 氏的創口修整術 (Wundtoilette) 也可以摒棄不用了"。

但 Bose 氏的經驗，還不夠努力，必須鼓勵着繼續試驗，同理，魚肝油療法的應用於新鮮創，也還不能盡量地介紹。首次施用此魚肝油石膏繃帶的軍醫，要熱誠地實行觀察這封閉的創口，在戰時是常常不可能的。因爲負傷的官兵，有時候第二天就已在另一個軍醫的手裏，或許過一忽兒，又換過了。

要知道 Unguentolan 並不是神丹仙草，也不是毫無疑義的可以使用。祇是像上述那樣的創例，我們要迅速地達到它再生的功能，總算得天字第一號的良藥了。

四

譯者感言： 譯完本篇以後，需要寫一點個人的感想。本文原著者 Alexander Stieda 氏對"戰創的初步治療"寫出他們大戰時的經驗。從傷者的使用救傷包，說到軍醫在繃帶所裏，開始他初步的治療；從理學的處置方法，說到化學消毒劑的應用；洋洋數千言，可以說已經說得很詳細了。

現在我翻譯過來，獻給讀者，不知道它能够給讀者有多少的幫助？

我們讀 Alexander Stieda 氏的警句：

Der Weltkrieg als "grosser Lehrmeister" hat uns gezwungen, gruendlich um zu lernen 大戰正如偉大的導師，迫使我們需要澈底的從新去學習了。

現在戰爭正需要我們在野戰衛生機關和兵站衛生機關裏，履行一種神聖的義務。受傷的將士，從前綫一批又一批的送到我們的手裏來，這眞是千載一時，遭逢其會的一個絕好的學習機會，試問在四個抗戰年裏，我們的經驗，究竟有些什麼呢？

下列 Alexander Stieda 提出的三箇問題：

(1) Inwieweit koennen wir uns aber ueberhaupt auf eine erfolgreiche Behandlung der Wunden mit chemischen Antiseptizis verlassen?

(2) Insbesondere sollen wir schon beim ersten Verband Antiseptika anwenden?

(3) gilt nicht fuer den gebrauch solcher Mittel auch die Friedriche Forderung der Zeitgrenze?

(1)化學消毒劑，對創傷有圓滿的治療效果，究竟我們能信賴它至於何種程度？

(2)尤其是我們在第一次繃帶時，就要用到那消毒劑嗎？

(3)還有 Friedrich 氏時限內的是否用不到這類消毒劑的問題，又是怎樣呢？

現在憑我們的戰陣外科經驗，可以回給他怎樣的一箇答覆？

既然說創傷的治療意見，非常紛歧，那末抉擇之間，還要我們自己經驗的地方，一定很多。

我們最好不要先提起那什麼什麼代用品的問題，光是本文裏所提到過的這些消毒劑，如碘酒，雙氧水，雷佛奴兒，以及現在通用的紅汞，Eusol 等，即使在航運未通，來源不易的今日，也未見得完全斷絕，一件都沒得使用吧。我可以指出這類藥物的信用程度，是大有差異，甚至于各趨極端的。現在憑我們實地的服務經過，對這類藥物的價值，也能下一箇妥切的判斷嗎？如果我們眞的能夠這樣做的話，我想，那又是多麼有意義的一樁事證啊！

可是我立刻會聽到有力的回答說：「你提出的幾個問號(？)，我相信沒有人能夠答覆你，因爲我們的陣容裏，根本就沒有這研究的風氣」。

我不想多說那刺痛人心的話。我心警一片的企望着我們醫界同仁，能夠人人在工作中，不忘學術的研究。「戰時醫學界的服務於前方後方，除了盡忠職守，站住崗位以外，還有一個更大的「爲國出力」的義務，這義務成爲今日醫學界同志奮鬥邁進的唯一目標，就是我們還要替國家盡學術上的貢獻！」(註㊁)

不過我們研究學術的態度，也有提醒一下的必要。這裏讓我抄蘇聯科學院院長福夫洛夫氏的一段話說：

「你們從求學的最初開始起，對於增進智識，必須養成循序漸進，一貫到底的習慣。要要深入科學之宮，必先打穩科學根底。若沒有學會前一步的東西，決不要研究更進一步的東西。決不要用最勇敢的推測與假設，來掩蓋自己智識的不足。不管你如何吹出光彩奪目的肥皂泡：便看得高興；但是肥皂泡不免有破滅的時候，到那時，留給你的，除了一個空殼而外，一無所有。

養成你們堅忍不急躁的習慣，學會在科學裏下眞實的工夫。研究事實，對照事實，收集事實！

決不要以爲你一切都懂。不管別人估計你們是如何的高，但是你們常常要有勇氣說：我知道的還很少」

——見(蘇聯青年的奮鬥和生活：前進出版社)——

於此，我又要一筆勾轉，再提到本文上面，我們在這篇"戰創的初步治療"裏，看到他處處立論，都是以自己的思想系統爲依據，綴慢說明，自成其"一家之言"。譯者不敏，祇能盡介紹的責任，內容却不想增刪一詞。當然我也明白本文所說的種種治療方法，不免有偏頗之處，譬如 Loehr 氏魚肝油療法，本文稱讚它是迅速促進創傷再生機能的天字第一號良藥，但是我們在同一書裏，另一著者的意見却說：

"Ob der Lebertranzusatz gegenueber dem reinen Vaselin spezifische Vorteil besitzt, ist zweifelhaft. (Wartin Kirschner)"

"究竟魚肝油軟膏，能否比單純的凡士林有特殊的好處？還是疑問"。可見學術上各家所持的意見，是非常紛歧的，前面我不是說過"抉擇之間，需要我們自己的臨床經驗"嗎！

目前一般人的心理，巴不得今天有什麼新藥介紹，明天又有什麼驗方可用，但是我要正告讀者：當我們在報章雜誌上看到新鮮東西的時候，千萬不要太興奮了，不要太相信了，我們還應該取保留的態度，沉靜考量，因爲我們知道的，還是很少。

在我們的學識經驗，兩未富足以前，最好是虛懷若谷似的，公餘多用功讀書，籍以放大視野，擴展思想！

我們的學力，總是隨知識的增進而提高的。早年經驗少，祇覺得書裏說的道理都對，方法都好，絕對接受，從來沒有反抗；等到看書漸多，各書的詳略不同，方法有別，於是乎漸漸有了比較的觀念，偶然也發現書中說明得不滿意的地方，這時我們的學力，就已進步得多了。

戰爭祇是非常的變局，學術乃是建國的大寶，我們要工作中不忘學術的研究，我們應該拿平時已得的知識，用來在戰時修正；以後拿戰時的經驗，再用到平時去吧！（舟）40.4.30 於上饒

附註 ㊀ 按 Schussverletzung, Schusswund 通常譯"鎗創或鎗傷"但我以爲 Schuss 的意義，原有"射擊、發射、放鎗、放砲、子彈、彈丸……等解釋"。我們在 Schussver-letzung 的這個名詞底下，應該明白它造成創傷的因子，不一定是槍彈，也可以有大砲彈、榴霰彈、爆裂彈等，實在是廣義的，因此我認爲譯"彈創"較好。

㊁ 所謂被彈，就是彈頭的鉛丸外面，包以一層銅衣。有完全包裹的，謂之全被彈，就是普通常見的子彈；也有一部份不包的，謂之不全被彈；例如達姆彈。

所謂榴霰彈者，乃是依英將 Henly Schrapnell 氏命名的一種大砲彈，除一定的爆炸裝置外，尚含有數百顆小的硬鉛丸在內。故譯"榴霰彈"或"子母彈"，例如迫擊砲的砲彈。

㊂ 痂皮下治癒，爲皮膚創傷三種治癒機轉之一（臨床上，爲易明瞭皮膚創傷治癒的狀態起見，分一次的治癒、二次的治癒、痂皮下治癒三種）即皮膚表面上的表在性缺損，先是由血液、淋巴液、壞死組織等形成痂皮；繼而痂皮下的創面，新生上皮，於是痂皮脫落而告治癒。

㊃ Anfrischung 原義爲"新鮮"，但用在外科學上，就有了特殊的含義，即用外科刀或外科剪，將創口上不整齊的邊緣，切除少許，使成平直；同時將創口內污染、損壞、灼傷的組織，也割去一層，這樣就可以使創口組織的不良部份，連同細菌和污物等，一併除去創口，而使創傷轉變成一個手術的無菌新鮮創；所以我們譯"修整術"。

㊄ 西南醫學雜誌編者朱雲達，寫在創刊號的一篇小言論"戰時醫學界往何處去？"提

出我們應該努力邁進的一個目標，語重心長，值得大家一讀，特錄全文於此。

——戰時醫學界往何處去——

在抗戰建國的今日，一般人對醫學界的希望，無非是：在前方應努力於衛生勤務，在後方，不論從事於衛生行政，或致力於醫學教育，或服務於民衆醫療，都得要盡忠於職，努力不懈，就是報國。這話，大體上是不錯的。其實，盡忠職務，是每個國民應盡之責，不能算是我們對國家的「出力」。醫學界同志，除了要盡忠職務之外，還有一種更大的「爲國出力」的義務在，這義務，成爲今日醫界同志奮鬥邁進的唯一目標！這義務是什麼？目標又這樣？我們究竟應該向何處去？

大凡讀過西洋歷史的人，都會知道，普法之戰，法敗於普。後來，法國被割讓亞爾賽斯（Alsace），羅南（Loiraine），賠款五十萬萬法郎，這是一件很大的損失！這時法國有一位刻苦的科學家路易巴斯德（Louis Pasteur），認清自己對國家出力的義務，決心以一己能力，報効國家。經他埋頭研究，終於證明三個科學問題：

（1）每種發酵作用，都由微菌的發展。

（2）每種傳染病，都是微菌在生物體中的作用。

（3）傳染病的微菌，在特殊培養之下，可以減殺毒力，使他從病菌變爲防疫的疫苗。

巴氏這種研究，對救國大業，發揮了無限力量！即從第一個結論，他定出做醋釀酒的新法子，使法國的酒醋業，減少極大的損失。從第二個結論，巴氏教全國蠶絲業，怎樣選種防病；教全國農牧人家，怎樣防止牛羊瘟疫；又教全世界醫學界，怎樣注重消毒，減少外科手術的死亡率。

從第三個結論，巴氏發明了牲畜病的治療藥品，每年替法國農民減除了二千萬佛郎的大損失；他又因此發明了治狂犬病的法子，救濟了無數的生命。所以英嘯胥黎（Auxley）在皇家學會，這樣稱頌巴斯德：「法國須給德國五千萬萬佛郎的賠款，巴斯德先生一個人研究科學的成績，足够償清這筆賠款了」！

在他七十歲生日的那天，舉行了一個盛大的慶祝會，可算是他一生最光榮的一日。許多世界名人，都趕來參加。英國的名醫烈斯德（Lister），亦在其中。開會時，巴黎大學和專門學校的學生，都到場歡呼風采。正在熱鬧之際，只見法國大總統扶了巴斯德走進來，同時軍樂隊奏起凱旋進行曲。巴斯德見了烈斯德 和他行了一個相抱禮，全場歡聲雷動。

巴斯德的答辭，其中有一段講：

「千萬不要給誤事的遲疑心所害，不要因國家有時受到苦難而灰心，要在實驗室，圖書館的莊嚴肅穆的和平空氣中生活。先要問自己對於所受的教育，曾經報答了沒有？得到逐漸上進，就應該問自己對於國家盡力了什麼？照這樣的撫衷自問，到自以爲對於人類的進步和幸福有所貢獻爲止」。

我們對於巴斯德先生所說的：「要問自己，對於所受的教育，報答了什麼」？請全國醫界同志「撫衷自問」：我們應該怎樣才能「對人類的進步和幸福，有所貢獻」？

當今我們的國家，需要我們像巴斯德先生那樣「出力」的心，至殷且切！每年全國有六百萬人民，超格死亡，用何有效方法，可以免除這種損失？每年有無數量的藥品，仰給於他國，用何法可以自給？相信不久的將來，定有比巴斯德先生貢獻更多，福利人羣更偉大的成功者，在我國醫學界出現，只要大家願意去努力的苦幹。

淋菌性結膜炎(膿漏眼)

·陳生白·

讀本年二月十九日最高當局督促注意膿漏眼之電令，激起我寫本文之動機；此中雖僅撮採諸書，並無何種特殊貢獻，但以目前書荒嚴重，伸讀者對此能有綜賅之見解，要亦不無意義也。

淋菌性結膜炎之發生，一般以初生兒或小兒爲多，但在國內花柳病盛行之下，吾軍隊中之染有花柳病者，實甚普遍，故淋菌性結膜炎之發生於成人者，傳染之易，爲數之多，當亦可想而知●

根據××××××醫院報告，在某時期內收容六百九十個病人裏，患眼病者達二百三十餘人，（佔全醫院三分之一）而其中五十餘人已因淋菌性結膜炎與角膜潰瘍而致失明（佔全眼病人巧），實使吾人惋惜之餘，不能不喚醒我醫護人員共負此督導與防範之責任矣！

【症　候】

本病之發生於成人者，症候較發生於初生兒及小兒者，遙爲沉重。除經常的有眼瞼浮腫，結合膜呈鮮豔的紅色，乳頭腫眼，及自瞼裂不斷地流出膿汁外，更伴有難忍的疼痛；至於角膜合併症的發生：一則因爲在生理解剖上結合膜既與角膜表層有密切的關係；再則當眼球結膜腫脹之頃，每因角膜周緣部的特別隆起，並因膿汁的集注與壓迫，以致影響到角膜周緣部血管的循環，而導礙角膜之營養；三則，膿汁內之酵素，更爲侵蝕角膜的天子以致促成角膜之炎症與潰瘍，並急速地向四周與深部浸潤，此來毛樣體之疾病，（如虹彩毛樣體炎）；角膜之疾病，（如角膜潰瘍）；甚至角膜穿孔，虹彩脫出，或水晶體脫出，繼成角膜全白斑或角膜葡萄腫，終致失明●故如早期失治療機會，或治療不能中肯，其爲害之迅速，洵可驚人。

【診　斷】

至於本病的診斷，當以根據膿液塗片，檢出淋菌，爲最確鑿●但在現今一般的衛生隊、醫務所、野戰醫院或兵站醫院裏，多無實檢的設備，所以要早期的診斷和預防合併症之發生，應根據臨床症狀較爲得計。倘使他覺的見到。

（一）眼瞼浮腫，且有光澤，如鮮豔心葡萄色，（江浙俗稱葡萄赤眼）。

（二）眼瞼及眼球結膜肥厚及充血，（其結果在角膜部作堤狀隆起，在穹窿部成纖襞）。

（三）瞼裂內不斷流出膿汁，（此即膿漏眼命名之由來；膿汁有時一部份滯留於結膜表面，則或易於剝脫之假膜）。自覺的非異物感，羞明與難忍的疼痛時；與其認爲普通的急性結膜炎，毋寧視爲淋菌性結膜炎，較爲妥當。

當然，患者本身或其同伴之曾經有淋菌性尿道炎或類同的結膜炎症象與否，要亦爲診斷之一助。此外又有所謂轉移性膿漏眼者，乃於淋菌性尿道炎時之不經接觸傳染所起之淋菌性結膜炎，此外分泌物中，一般的並不能找到淋菌，其症狀亦略輕，不可不注意及之●

〔治　療〕 治療方面最重要之課題，即能愈早的防除或減退膿汁與炎症，愈可縮短本病之經過，與預防危險的合併症之發生，一般有行每一二小時間一萬倍過錳酸鉀，或五千倍青酸酸化汞溶液之結膜囊洗滌，或大量生理食鹽水之頻頻灌洗；並點 1－5% 硝酸銀、5－10% 紅汞、% 黃色素、10% 強蛋白銀、25% 弱蛋白銀等及施冷罨法者，在病勢方張之際，似亦難達預期之效果。

Hippel 氏嘗推賞蛋白體劑較療法，即行新鮮牛乳或 Aolan, Caseosan, Yatren-casein 等之肌肉內注射，使增高體溫，加強殺菌力，述者曾經多數例子的追試，確具卓效。

又自家血肌肉內注射，手續更簡，取効亦佳，在藥品購置既難且費的現況下，尤爲適宜。

又 Sulphonylamide,（英），Prontosil,（德），Dagenan（法），等之注射或內服，方盛爲吾人所廣用者，奏効甚著；惜來源不易，所費亦昂，不無遺憾。

至於結膜燒灼或冰罨法，則或貽不快之緣痕，而變不測之壞死，殊宜審愼。

總之，本病之進行既速，且其合併症之後患可虞，所有治療，應以愈早施行爲愈妥善，決不可因循疏忽，坐失時機，致人殘廢，此即幸而未被病家問罪，亦將受良心上之責備也。

〔預　防〕 復次談到預防：預防醫學，已成爲本世紀最及時而實際的學科。蓋如預防得法，不特可以減除患者之痛苦，抑且撙節物資，保養財力。按本病的原病灶，既大部由於淋菌性尿道炎，或眼與眼間之細菌傳染，故在預防上即須注意淋菌性尿道炎之發作，淋菌性尿道炎之治療，與需切注意已患淋菌性尿道炎者，用具及手指等之消毒；而爲避免人與人，眼與眼間的傳染，更應注意使已患淋菌性尿道炎或結膜炎者之實行隔離，此在軍隊之既爲集團生活，且其用具每多數人或數十人合用者尤屬緊要。故凡浴室，浴盆，面盆，手巾，用水等，更應嚴格管理，禁絕混用。如一眼尙未感染者，則應以鍊玻璃或綿帶密切封鎖，並使患者注意，於洗臉或臥床時，愼勿令膿汁流入健眼內。

至於積極的預防，我認爲不特是軍醫，就是各部隊官長，應負起預防本病的責任。譬如關於本病病源與毒害的講解，以及倫理的心理的調導等等，都應該是長官，政治指導員與軍醫的日常授教之一目。又爲「避免軍隊生活有時候的單調與鬱悶起見，應使多做正當的娛樂與運動，如演劇、歌唱、絲竹、下棋、賽球或遠足等等。同時部隊長官與軍醫，應適時實施檢驗體格，與調查駐在地之娼妓情形等等；作適當之管教，與周詳之防禦。倘能循此而行，其有補於預防之効者，當非淺鮮。至於部隊領導人員尤應以身作則，自不待言。

〔附　記〕 （一）本篇輯述既竟，適接閱第十九期軍醫通訊，載陳任君關於膿漏眼之論著，以與本篇有關，因特摘敷則如下：

（1）陳君以爲本症在部隊中眼與眼之傳染，實較尿道傳染更爲重要。

（2）陳君以爲部隊士兵集居一處，手巾臉水既爲眼與眼傳播之最好媒介，如醫官疏忽，即醫者之手指，亦可以傳染自己，更可以傳染其他士兵。

（3）本病之流行，尙與時季有關，陳君經驗，見兩次於五月間開始流行。

（4）預防之唯一辦法爲隔離，並須注意淋菌性尿道炎之檢查。至於眼部檢診，應分開無分泌與有

分泌者，先後或分組檢診，並注意雙指的消毒。

（5）軍事長官應對士兵負保健責任，如因病致盲，亦應厚待，以示憐恤。

（二）述者於最近曾診治新自江山×處×團補充來此之本病患者二例，據稱患者於一個月前已患本病，當時該團士兵幾有二百人以上患眼病，其中約有數症狀較重，且已有二十人以上因完全失明，而被該部隊遣散云云，至於該患者所稱二百人以上之眼病者，是否全爲淋菌性結膜炎；二十人以上之是否因患淋菌性結膜炎而致成殘廢，固以未經實地檢視，不能診斷，但就就診二例的塗片鏡檢所得，俱爲淋菌陽性；且其中一例，已因發生合併症致虹彩脫出。復據檢診結果，知該二患者亦無淋菌性尿道炎，是與陳任君所論甲項頗爲相符；惟在流行時季上，似較早兩月；述者以服務於普通醫院，與士兵之接觸較少，當不能作統計之資料，用誌於此，爲留心部隊衛生者之參考。

—— 完 ——

補　白：　蚓突炎之手術療法與保守療法之比較

最近在新奧爾蘭婁伊心安那仁慈醫院，有鑒於本病美滿療治研究之迫要，特積納 1093 人之急性蚓突炎患者，從事研究，責率努力，不辭艱苦，而爲本病作新進療法之貢獻。如斯鉅數之病例，多係直接來院求診，診療結果，於 1093 人中僅有 57 人未得幸運，終取死亡之轉歸，故死亡率爲 5.3%；此等數字之由來，乃由本院分發各自治區醫院記錄室之統計表格，所得之統計結果，或可稱詳盡矣，茲將治療統計，簡述如下：

（一）急性蚓突炎之 1093 例中，於入院診察時，尚未發生穿孔者，即病變限於蚓突部者，有 860 人立即施以蚓突炎手術，結果 7 人死亡，死亡率爲 0.8%，即等於 123 人中，約死亡一人，由此可知急性蚓突炎在未發穿孔時，對於手術療法，無迫加研究之必要。

（二）入院診治之其餘 179 人，業已發生蚓突性腹膜炎；就中 49 人因診療不適，終於死亡，死亡率爲 27.3%。

詳述之：入院後極短時間內（不及十二小時）即死亡者 10 人，因此吾人對該病患者，毫無研究其病症及決定治療方針之餘暇，皆係屍體解剖後始知本病。其他 169 人之蚓突腹膜炎患者，94人（5.59%）曾予以本病之初步處置與蚓突之摘出，結果 30 人死亡（32%），75 人取保守療法（不行蚓突摘出術或膿瘍切開，結果 9 人死亡（12.6%）

（三）再就蚓突摘出術之時效而言，有如下列之統計：

1. 本病症狀發生後 24 小時以內入院就診者 15 人，其中受蚓突摘出術者 12 人，結果死亡 2 人；另有之3人，用保守療法，結果死 2 人。

2. 病症發生後 24－72 小時以內入院就診者，92 人，其中受手術療法者 61 人，僅有 15 人死亡；20 人用保守療法，結果死亡5人。

3. 症狀發生後延擱至三日以上始來院者，61 人，其中受蚓突摘出術者 21 人 死亡 10 人；另有41人取保守療法，死亡 3 人。

（四）據作者經驗；予病人以實驗開腹，較之保守療法者爲優。如在病榻中，考察病者之症狀，而難確診時，或穿孔可疑時，可行實驗開腹，若病人之症狀發生在24小時以內者，實驗開腹，亦可施行。

（節錄福建省立醫學院出版之闌醫譯林第二期，吳開宇譯：蚓突性腹膜炎之治療）

家弓茂吉述

論强心劑

葉紹言譯

茲所言强心劑者，卽對心力不全所用之藥劑也。所謂心力不全，則由其原因及程度而有差異，且强心劑之中，其作用機轉，亦不一致，故心力不全之治療，應就其原因程度，以選用何種强心劑爲適當，乃爲先決問題。

例如今有人焉，迄無何等之循環障礙，因休克而突起心動停止，陷於危急狀態時，則使心動再起之藥劑，必選取作用速現者斯爲最適。如以副腎素注射於靜脈內或心內是也。

樟腦能發生心內刺戟，且有旺盛心動之作用，當然亦佳，通常溶於洋橄油內，供皮下注射，乃周知之事也。

其次，急性傳染病時之心力不全，一方因心臟自身之動作減弱，一方因血管之麻痺，致循環爲所障害。故對此除增强心動作之樟腦咖啡因等外，可用士的年副腎素等能收縮血管之藥劑，則循環狀態可變佳良。

然血管收縮劑，不僅常無著効，且因心動減弱之程度，甞可謂爲有害。卽心力著明減弱時，應用血管收縮劑，則血管內壓力急激增加，對於心臟之血液排出發生抵抗，若心力不能勝此抵抗打勝，則循環狀態反爲增惡矣。

反之若心力減弱，未迄强度，對於血管收縮後之壓力增加，猶能抵抗而得充分排出血液時，則循環尙無妨礙也。然其有害與有効之心力減弱程度，究竟根據何種標準，確定頗難。

何謂心力著明減弱，蓋指心收縮期之血壓下降，心擴張期之血壓不下降或反上昇而言，故此時用血管擴張劑可謂爲有害也。

今再就副腎素 (Adrenalin) 及士的年 Strychnin 之選擇何者爲宜一言之：副腎素之作用爲末梢性，其効果速現速失，其後反有擴張血管之傾向，士的年作用血管運動神經中樞，其効果不似副腎素之速卽消失，故用後者。初用 0.001 從其反應增量用之。

對於心力之減弱，可用前述之樟腦及咖啡因。樟腦之作用，對於前記休克場合，雖不及 Hexeton (樟腦水溶液) 樣之有强速作用，然普通需以溶於洋橄油內者爲適當。

咖啡因能增强心臟之收縮力，且亦 (輕度) 收縮血管，故最爲適當。

安息香酸納咖啡因 Caff. natr. benz. 0.2—0.4 作成 20% 溶液，注射皮下，經 10—20 分鐘奏効，其効果能持續 2—3 時間。

毛地黃 (Digitalis) 對於心臟之收縮及擴張二者均能增强之，尤以延長心擴張之時間，增加脈容量而減少心動數。故對於脈搏頻數，脈容量減少而最高血壓下降之場合，用之最爲適當。

唯用毛地黃迄其効果發現，須要相當期間，故不可不豫爲考慮以迄奏効之時間而使用之。其時間大抵一日量 0.2 則須二日乃至三日，一日量 0.1 則須四日乃五日。故毛地黃對於心力益形衰弱者，開始使用，在其作用尙未發現中，卽來死亡者有之。

昔謂毛地黃用於心力尙未著明衰弱者，徒令心臟於不要之時期使其勞作，故對急性傳染病之心力不全，早期應用，殊屬欠佳云。然如上述之心力益形衰弱，用之頗不及時，故使用上，務宜從早。蓋毛地黃減少心動數予心臟以休息，延長心擴張期，增加脈容量而增進心動之効率，故於脈搏頻數，緊張減退尙未著明中，豫先用之，反爲佳良。

實際上賜傷寒肺炎之際，從早使用，不認弊害。若欲其効果速現，一回量用 0.6，約六時間後尙未奏効，可予以 0.4，再經六時間猶未奏効，又可予以 0.2，更越六時間後，効果猶未顯著者，尙可予以 0.1。如斯行之，大抵 24 時間後，效果發現。若非如此急要，則以普通用量爲宜。待脈搏頻數已去，緊張良好，則一時休藥，在已休止而需再用時，則一日量用 0.1。

心臟自身有器質的障害時，初則藉心臟之肥大奏擴張而代償之，此代償作用之衰退，徐徐發生，故對於此際之心力不全，如毛地黃樣奏效頗遲之物，不僅能充分適合，且毛地黃對於血液排出不充分之部分，恰善作用之，故心臟某部分之排出不充分時又最適用毛地黃。

例如小循環系或大循環系鬱血，而有呼吸困難，肺部捻髮音，粘液性喀痰，或肝臟之腫大，足背下腿之浮腫，腹水等之心力不全，以應用毛地黃爲最適當是也。普通用量 0.2—0.3 爲一日量，俟前記之症狀消失，脈搏頻數緊張等，均復於正常，乃休止之。

究竟毛地黃達總量幾何而可停止抑或有一定之極量，均難確言，應依據循環狀態之良否而決定之。若休止毛地黃便直起代償障礙者，一日量 0.05 每日連用，雖亙長期，亦無何等危害。

從來以爲毛地黃有蓄積作用，因恐懼其中毒，在藥效猶未充分表現時，卽中止使用。然此種中毒作用，卽在效果發現時休止之，亦得避去也。故祇須注意患者之狀態而給予之，亦不見有何可懼。

又腦出血或血栓等之際，而有心力衰弱者，常人每意爲若投以毛地黃，則有血壓上昇之害，其實亦誤。蓋毛地黃雖能使沉降之血壓上昇，然決不致越出正常之範圍，故爲防心力之衰弱，宜以投予爲宜。

脈搏頻數超過正常以上，血壓則降於正常以下者，此時應用毛地黃能使其搏數及血壓，均復於正常，若搏數減至正常以下時，與其謂爲毛地黃效果，毋宜見做中毒症狀之出現。

如人周知，毛地黃對於心臟動作減弱者，其效果顯著，對於正常之心臟，其效不現，苟增其用量而行之，亦徒發生中毒症狀而已。如斯對正常狀態而用藥物及對病的狀態而用藥物，其相異處

，卽他之藥劑亦然也。

藥理學上，以藥劑之生理的作用爲主眼，然治療學上，則以藥劑之對病理狀態爲應用之目的，故取藥理學上所述之生理作用，直移於治療學上，而離述該藥劑之作用，則不免發生錯誤。然藥劑對於病理狀態之作用，或尙未詳細闡明，或尙乏確實論據。此等事實，按諸治療學均彰彰明甚。

又當毛地黃使用時，如何之藥形，如何之處所，方稱適用，則亦因情形而異。毛地黃葉，含有皂素 Saponin，能刺戟胃粘膜使起所謂 Digitalis-Dyspepsie 而引起强劇之嘔吐，致礙口的不能用者有之。此時得適用於直腸內或皮下。

丸劑使用時，胃障礙雖少，效力發現更遲。作成浸劑時，因酵素之故，配糖體 Glykosid 被分解，而有效力減少之缺點，但吸收則較他之藥形爲速。散劑包含毛地黃葉中所有一切成分，但對胃刺戟亦最强。

直腸內適用，不單因胃障害强時用之，肝腫大而門脈系有鬱血時，亦可應用。胃及腸有鬱血，則其吸收不能旺盛，藥效亦從而不能充分。然以之作爲直腸內坐藥，不經由門脈系，得達於心臟，故其吸收既速而藥效亦確實。

藥物一旦經由肝臟而達心臟者，因肝臟自身能抑留種種物質或使之變形，藥效亦因之減弱，若夫自直腸吸收者，中途不受肝臟之影響，直達於心臟，故根據此理，縱令無門脈鬱血，亦有應用於直腸內者。

皮下適用，則限於特別之製劑，對於製劑之選擇，宜擇其藥效範圍廣大者，蓋圖除去無效或分而有效成分亦以減少，致不能充分奏效者有之。務以有效全成分，適用於消化管內爲最良。

★ 康毗箭毒素 Strophanthin

與毛地黃有同樣之作用，急要時得注入靜脈內，一回量 0.1—0.2mg. 但前已使用過毛地黃劑，則靜脈內注射，突發中毒症狀者有之，故當靜脈內使用之前，大抵 24 時間內，須未曾用過毛地黃劑。若時間有餘裕，則毛地黃似較康毗箭毒素，奏效爲確實也。

編者按： 毛地黃治療劑量，茲舉 Romberg 氏之 Fol. Digitalis titrat 用量表爲例：

年齡	每次	每日
7歲以下	0·025	3—4次
7—10歲	0·05	3次
10—15歲	0·05	4—6次
15—50歲	0·1	3次
50歲以後	0·05	3—4次
70—80歲	0·05	1—2次

上表僅是標準，當然有增減餘地，醫師須斟酌而行之。

毛地黃製劑，近時有下列多種：
Verodigen, Digalen, Digotin, Liquitalis, Digipuratum, Digipan, Digitalysat, Gitapurin, Diginorm, Digifolin, Digilanid, Pandigal,

樟腦製劑有下列數種：
Camphorgelatinetten, Cadechol, Hexeton, Cardiazol, Coramin

（譯自Rudolf Franck 現代治療學）

"SULFANILAMIDE"

簡　述

•管 棟 材•

Ehrlich 氏之發明 Arsphenamine，爲化學療法之一大成功。近年來 Sulfa-nilamide 之繼續發明，且得應用於臨床者，實爲化學療法之又大成功。

Sulfonamide 化學，早爲有機化學家所習知；但其衍化物，（或稱誘導體）（Sulfanilamide）之應用於治療、則近年事也。

【性　狀】 此種衍化物，係一種白色晶狀粉末，無臭，味略苦帶甜，溶於熱水，熱醇，及冷酮；略溶於冷水及冷醇；不溶於醚，及氯仿。其融解點爲 165—166.5°c，在水中之溶解度爲 0.8%，化學式如下：SO_2NH_2 ⬡ NH_2，蓋由 Phenylamine, aniline 衍化而來。

此藥最初由 Gelmo (1908) 氏在含氮染料中發現，其間經不少專家之研究及試用，直至 1935 年 Domagk 氏報告用幼鼠作實驗之結果，證明對鏈球菌有效後，乃始引起醫藥界熱烈之注意。彼時所用者，爲 Prontosil. 迨近一二年來，各國藥廠，爭相研究，類似之製劑甚多，皆不外乎 Sulfanilamide 及其衍化物而已。

【製　劑】商業上名稱繁多，不勝枚舉，茲就所知者，列下：

(1) Sulfanilamide
(2) Prontosil album (德)
(3) Sulfonamide-p
(4) Streptocide (法)
(5) Prontylin
(6) Neo-Prontosil
(7) Prontosil (ruboum) soluble (德)
(8) Streptozon S
(9) Dimethylsulfonamide
(10) Uleron (Uliron)
(11) Diseptal
(12) D 373
(13) Septasine
(14) Soluseptasine (法)
(15) Proseptasine
(16) Sulfapyridine
(17) Dagenan (法)
(18) M & B. 693
(19) Rodilone
(20) Pronzin (百臘清) (新亞)
(21) Sulfolid (殺鏈敵) (五洲)
(22) Sulfomide (消發滅定) (信誼)

【療　效】 Sulfanilamide 及其衍化物，對細菌感染之藥理作用，諸說紛紜，研究尚未達一致之決定點。有謂本身之殺菌力微弱，其治療感染之作用，在於增强生體之抵抗，即抗菌作用。有謂作用在於阻抑微生物之毒素產生，有謂

其作用非由來於白血球之化學的趨向性，實因細胞膜受本族藥物之作用而變性，因此死滅。但其作用之方式，雖未澈底明瞭，然對於細菌感染之治療效果，已證明於多種疾病。大抵此類藥物之抗菌及殺菌能力，係隨細菌之種類而強弱不同，就現在臨床上之報告，本族藥物對下列諸菌之感染，最爲有效。

(1)溶血性連鎖狀球菌
(2)淋菌 Gonococcus
(3)腦膜炎球菌 Meningococcus
(4)葡萄狀球菌 Staphylococcus
(5)肺炎雙球菌
(6) Friedlaeuder 氏桿菌
(7) Welchi 氏菌 (Bacillus Welchii)

故本族藥物之臨床應用範圍頗廣，可用於下列各症：產褥熱、敗血症、丹毒、猩紅熱及其合併症，扁桃腺炎、風濕熱、腹膜炎、鏈球菌性腹膜炎、鍊球菌性中耳炎、乳房炎、流行性腦膜炎、葡萄狀球菌性敗血症、淋病、肺炎、砂眼等症。

【吸收與排泄】：

本族藥物容易由消化器吸收，故內服之效力迅速。普通內服後四小時已吸收完全，均等散佈於全身組織。血液內之濃度，在普通之劑量爲每一百公撮，含藥物 10mg，此濃度已充分有效於大多數之治療。但脂肪組織及骨內之分佈量較低，因其水份含量少，此類藥物不易透入，故對此等組織之感染，及囊包性膿瘍之治療效果亦較弱。

藥物在血液內一部份解毒而變爲結合型，一部份爲游離型，兩者之比例爲 7:1，此等漸漸由尿排泄於體外。

此類藥物之排泄，主要由尿（約 93%）故尿時呈赤色，投藥中止後二三日排泄完畢。此類藥物，不致積蓄於組織，但腎臟機能障害者，排泄緩慢，易於中毒。尿中藥物之濃度，十倍於血液，故應用於尿消毒之效果頗大。

投藥於授乳婦，其乳汁中亦排洩之（約 1.5%）。乳汁中每 100c.c. 含本藥 7mg 之濃度，對嬰孩不致中毒。

投藥於妊婦，由胎盆移行於胎兒，3—5小時後兩者血中濃度相等，在普通之劑量，尙未見胎兒之毒害，胎兒之羊水中亦能檢出，其濃度與產婦血液中相等。子宮頸管分泌物中，亦有微量存在。

腦脊髓液內之出現，幾與血中同時不論內服或注射，但濃度僅血液之 1/4 故腦膜炎時，行脊髓內注射。

【用　法】 Marshall 氏曾發現此類藥物，幾全由尿中結合成 P-Acetylaminobenzene-Sulfonamide 卽上述之結合型而排泄。尿中及血中此類藥物之濃度，均可以比色法定量。服藥後血中之藥物濃度，與排出體外之尿中藥物濃度，必有一平衡狀態。故籍尿中藥物之濃度，可推知血中是否已達吾人需要之濃度，過與不及，均須立卽調整其用量也。

如欲獲最大之治療功效，必須在血液內不斷維持該藥物之有效濃度，故可於每四小時或六小時投劑一次。如依此法分期投劑，約負二日後血液內之濃度

便可達最高點，中止投藥後，亦須二日始完全脫離血液。

對於較劇之傳染病，血中濃度，須維持每百公撮之血液，含藥 10--15mg. 如爲較輕之傳染，則約 4—8mg 即可。投劑時須注意下列各點：

(1)劑量依體重而定

(2)投劑方法，除經口的內服外，有可行皮下或肌肉注射者，或脊髓內注射者，皮下注射，可於十五分鐘內，即在尿中發現。吸收之速，故靜脈內注射，已非必要。

(3)骨組織之傳染，如骨髓炎、中耳炎，乳突炎等，或傳染之外傷而排膿不已者，則治療時於患者復原後一二星期內，仍須繼續投藥，方可避免復發。

(4)投劑時須注意副作用之發生。對於貧血症，肝臟病、腎病等雖非絕對的列爲禁忌，然於此情況之下，須加倍小心。

(5)爲欲維持血中藥物之有效濃度，故飲水不宜强制多飲，即體溫高之患者亦然。成年患者每日飲量不得超過三公升半。孩童及嬰兒患者，則按其體重而遞減。

(6)含硫黃之食品或藥品，如洋葱、卵類、硫酸鎂及其他下劑（但流動拍拉芬例外）同時內服須禁忌，恐行起嚴重之硫合血色素症。

【副作用】 此類藥物之副作用，由其性質及輕重可分爲下列數種：

(A)特異質性之中毒症狀：

少量投與，即發皮膚搔痒，尋蕁疹、眼瞼嘴唇、陰囊等浮腫，流涕流淚，呼吸短促，注射 Epinephrine，翌日症狀消退，再投藥則復發。

(B)輕度中毒症狀：

包括惡心嘔吐、食慾不振、倦怠、頭暈、心跳（多出現於投藥之初數日，）發熱、發疹、酸毒症、Cyanose（多出現於長期投藥後，由投藥中止而迅速消退。其中發疹、發熱、Cyanose 三者爲重症中毒之先兆，可謂警告症狀，但亦有謂 Cyanose 不屬於此者），以及腹痛、下痢、尿量增多，神經痛等。

酸毒症之防止方法，爲同時服 alka-li 劑，以重曹爲最普通。

(C)嚴重中毒症狀：

發生較少，包括硫合血色素症，變性血色素症，貧血、白血球缺少症、末梢神經炎、視神經炎，精神病等，以顆粒性白血球缺少症最爲危險。

貧血約 4％發生，各在投藥之第三天乃至第七天出現神經系障害，以神經痲痺爲最多，特別是手足。

顆粒性白血球缺少症，由於此類藥物之長期（15—30 天）或大量（50 瓦左右）投與，主要症狀爲白血球減少至 500—1500，其中多形核嗜中性白血球，減少最劇。如發現後，不及時治療，則多於四五日後死亡。

綜上所述，可知此類藥物之使用，須有醫師之監視，特別如慢性淋病之長期治療，否則危險；故將此類藥物之配製爲成藥，用廣告推銷於一般民衆者，實未可贊同也。

稀有之藥疹

• 葉潤石 •

藥疹者因某藥品之內服外用致發生各種皮疹之謂，蓋不外乎一種中毒疹，具有此種素因患者，謂之曰特異質，關于特異質之本體如何，迄無定說，其現象頗有興味，但亦爲臨床家所最苦之問題，蓋事出無心，每招意外損害，致令患者疑懼，喪失醫師信用者有之。

查文獻所載用量之多寡，與發疹之輕重無關，有僅着藥劑之痕跡，而發產大之症狀者，有大量持長，始來輕微之發疹者。尤有興味者，該藥疹每限局于同一部位，反復發生；此則恐係因該部最初之發疹，致抵抗力減低，所謂抵抗力最弱之部位，而生成局處性特異質之故，不僅此也，又對於某藥品有特異質者，即使對某誘導體（Derivate），亦有呈同樣之發疹者。臨床上碘素溴素汞水銀疹，乃常見者。至于貧若膏之發現紅熱樣紅斑，Veronal之發口唇疱疹，洵屬稀有；余曾各遇其例，爰錄之以供同仁參考。

數年前余姪保慶三，時方五歲，某日因患腹疾，余投以 Tannalbin, Biofermin, Ex. Scopolia, 各劑三包。猶憶貧若膏之含量，每包爲 0.01。詎料早晨第一包服下後，不及十分鐘，顏面忽呈紅色，旋即退去，故毫不介意。午後更服一包，又發如前之紅色，渠祖母始覺驚異，遣使走告亟往視之，不覺大駭，蓋此孩顏面全部呈瀰漫性鮮紅色，而鼻唇溝以下，延頸部一帶，仍顯通常膚色，境略劃然分明，一見恍若猩紅熱。但此孩嬉戲自如，撫之亦不發熱，細詢得實，——料爲貧若膏藥疹。約經一小時後，方全褪去，晚間余特將他藥除去，單授以貧若膏 0.01，和以少量乳糖，令其服下靜坐觀察果然不及十分鐘，顏面漸漸發赤，終呈極度，口唇周圍及頸部仍呈常色，一如日間所見，於是斷爲貧若膏藥疹無疑。

去年余因常患失眠症時服「凡羅那兒」，上唇右側發如行疹，樣水疱疹，屢發屢退，遂漸來色素沉着，呈暗褐色，初尚不知係「凡羅那兒」之故。某日腹痛，服凡痛錠一片，（Ver-todin 民生藥廠出品，蓋照凡拉蒙仿製，即 Pyramidon 與「凡羅那兒」之結合物也。該處又突發水疱，始稍稍注意。

其後於廣東關診得杜夫人因病後失眠，即晚余投以「凡羅那兒」 0.4 翌日往診，則見其上唇浮腫，小水疱囊生頰面詢之據云：渠常有頭痛病，發作時即吞服凡拉蒙一片，服後不及數分鐘，上唇立覺麻癢浮腫，繼發小水疱與今者同，昨投余安眠藥，得毋即係凡拉蒙乎，余始恍然知爲「凡羅那兒」藥疹，蓋凡痛錠，凡拉蒙均爲「凡羅那兒」之誘導體也。

渠與余所發藥疹，均爲上唇症狀相同，惟彼延及全部，余則僅限局于右側，從不延及左邊，其因該部抵抗力最弱而成所謂局處的特異質歟，是晚余因實驗起見，故意頓服「凡羅那兒」 0.3 果然十分鐘後，即上右唇側微微麻癢，繼覺腫脹，半小時後，形成粟粒大丘疹五六個，翌日疹變爲小水疱，數日後水疱乾燥，結痂治愈，余曾查驗書籍，未獲是項記載，徵諸同僚意論，亦未有此項證明。現時民間服用凡拉蒙一類之藥劑者頗多，有「凡羅那兒」特異質者，諒必不乏其人，爰誌之以作報告。

在輸血條件困難下

再談生理食鹽水之應用

·新·

歷次戰役間，因戰傷而大量出血，以致死亡者爲數甚多。急救原則，除局部處置外，最合理想者，當爲輸血法。但在吾國各種條件未具備之下，實行不免困難，則生理食鹽水之注射，實有廣汎代用之價值。蓋其設備單簡，操作便利，適合現狀之要求也。凡在前綫之師團衛生隊及後方之各級傷兵醫院，如能切實普遍應用，則裨益傷患，實非淺鮮。

往昔于血液之損失，主張直接由血液補償，以是輸血法之研究，盛極一時。惟其時因輸血原理，未見闡明，施行後有種種之障礙與危險，故又有趨於放棄之勢，而急謀有以代用。迨後失血死之眞因漸明，所謂"機械的失血死"者；卽由于血管內液體量喪失而起，Goltz 氏（1864 年）乃倡言食鹽水注射爲有效云。至 1879 年 Kronecker 及 Sander 兩氏進而主張用生理食鹽水，於是影響所及，爲醫家廣汎應用，以迄於今。

茲將其適應症，製法，注射法三項，分述於下：

一、適應症：

（1）【對出血之補充及强心作用】

食鹽水吸收于血管系中，血壓起一時性反射的上昇，注射于皮下或靜脈後，先機械的補充血液之損失，而達其救急作用。同時因血壓亢進，心搏增强，病人呈神經性興奮，故可于虛脫狀態及休克時廣用之。

（2）【補給水份及熱量】：

含鹽水又有營養作用，同時對於體液喪失之疾患，爲唯一之水份補充劑，故因劇烈嘔吐下痢而奪去血液及組織液之疾患如霍亂赤痢等應用之。又食鹽水之酸化作用頗高，注射時適度加溫，亦可理學的補給相當熱量。

（3）【解毒作用】：食鹽水吸收後，血液卽變爲稀薄，此時血液內如有毒素存在時，亦因之而稀薄。又因其有利尿作用；得使毒素排泄于體外，故于敗血症、廣汎之化膿、瓦斯中毒、抱水

格魯那兒嗎啡士的年哥羅仿等藥物中毒、尿毒症、姙娠、惡阻、胆血症、糖尿病、昏睡等，自家中毒、及蕁蔴疹搔痒症、濕疹等，腸管中毒時應用之。

二、製法：

（1）【濃度及處方】：食鹽水之濃度，學說份紜不一，日常應用者，則爲 0.6—0.85% 此種濃度，較之血清浸透壓爲稍低。實地上用于皮下注射，既易吸收，且無他害，靜脈內注射，用 0.6% 左右，亦爲多數學者所倡導。蓋用濃厚之食鹽水注射于靜脈內，常能起惡寒戰慄發熱等不快之現象也。

生理食鹽水之處方如下：

食鹽	8.0
炭酸鈉	0.15
蒸溜水	1000.0

上列處方，依諸學者意見，尙不能認爲滿足而趨于一致。

Thies 氏謂注射後，爲避免局部組織障礙，可加微量之鉀鹽及鈣鹽。

七井保一氏則唱導食鹽水加阿拉伯樹膠。氏謂生理食鹽水或林格兒氏液中加 0.6—0.7% 之阿剌伯樹膠，可使血液中之 Colloid 膨脹壓不減少，液體得長留於循環系中，在注射後四五時間，血壓雖一時下降，七時後復上昇，至十一時則全恢復正常血壓云。

Hoddik 及 Haidenbein 氏主張於生理食鹽水 800—1000c.c. 中，加千倍之腎上腺液 5—8 滴，注射於靜脈內，惟未見普遍應用。

Ringer 及 Lock 兩氏謂依據實驗，單純的食鹽水，有麻痺組織細胞，未能與組織液血液趨同一之性質。若於生理食鹽水中，加以適量之氯化鈣與氯化鉀，則與組織液極爲相近，卽所謂 Ringer 氏液及 Lock 氏液是也。其處方如下：

林格氏液

食鹽	6.0
重曹	0.1
氯化鈣	0.1
氯化鉀	0.075
水	1000.0

洛克氏液

食鹽	9.5
重曹	0.2
氯化鈣	0.22
氯化鉀	0.3
水	1000.0

林格氏洛克氏液

食鹽	7.0—9.0
重曹	0.1—0.3
氯化鈣	0.2
氯化鉀	0.2—0.4
水	1000.0

（2）【溫度】：通常食鹽水應用時，爲加溫至攝氏 38—40 度。過冷過熱，均非所宜。蓋過冷能奪取生體溫度，過熱則障礙局部組織，妨礙血液，能起血尿等副作用也。故應用常須保持一定之溫度。

（3）【殺菌】：市上所發售之食鹽水安瓿，在應用與攜帶方面固屬便利，而在醫院仍多自製。以經濟上言之，

不得不如是也。

其製法以 7.0—8.0 之化學的藥用食鹽，溶解於蒸溜水 1000c.c. 中，裝入燒瓶，綿栓密塞，置於蒸氣殺菌器，或 Schimmelbusch 氏煮沸殺菌器，加熱至攝氏 100 度，約卅分間至一時間，即達殺菌目的。如此可放置一二週，使用時再度加熱殺菌。

在急救場所，如一時無殺菌食鹽水設置，通常有以清水濾過，使之煮沸，如上述 1000.c.c 清水中，加純碎藥用食鹽 7.0—8.0，約煮沸十分間，即可應用。

三、注射法：

（1）【注射量】：規定食鹽水之注射量，殊屬困難。因患者之狀況、年齡、及各種疾病而不同。又一回之注射量，反復注射之次數，及前後注射中間之間隔，亦無一定。據一般臨床習慣，大體如下：

在成人因失血而起急性貧血時，則一回注射 500—800c.c. 於皮下或靜脈。視患者之狀況，有必要時，得再反復注射。在手術後或長時間痲醉後，起虛脫狀態時，一回注射 500—800,c.c. 俟吸收終了後，再反復注射。一般以不過少爲原則，但大量注射時，須注射水血狀態。在小兒以注射少量爲宜。如多量則心臟易起障礙，不可不避之。在未滿一歲者，一回以 100c.c. 左右爲度。若在必要，可反射注射之。

（2）【注射部位】：皮下注射部位，以皮下結締組織疏鬆之處爲宜。其較爲便利適當者，爲大腿內外側，上膊內外側，胸部腹部等。其次爲臀部、肩胛骨間、及肩胛下部。惟注射部位，須以不妨礙患者所取之臥位，如衰弱患者之臀部注射，須注意褥瘡。又關於注射部位之傳染，亦須注意。如在小兒於上腿部注射時，易染不潔等是也。

食鹽水注射，除選擇適宜部位外，注射速度，亦須注意。注射過速時，皮膚立起腫脹緊張，患者即感劇痛。如極度腫脹時，則注射部皮膚有陷於壞疽者，故注射量與注射速度，應依患者之意識狀態，及局部組織弛緩程度，而斟酌增損之。通常一個注射處，以 300c.c. 左右爲最爲適宜。

（3）【皮下注射法】：皮下注射，通常應用一定之注射器，利用相當壓力，使容器內鹽水徐徐注射於皮下組織。臨床家爲適應注射速度之合宜起見，有各種不同注射裝置之設計。如井上氏之改良鹽水注射器，可檢視容器之壓力，得以隨時增減。又長尾美知氏之裝置，其容器內有壓力調節機等。

皮下注射中，有所謂浸潤法者，爲容器內之鹽水，利用水壓作用，高舉容器，漸次浸潤於皮下組織。其壓力大小，得依高舉之程度加減之。此裝置可用通常之 Irrigatol 或玻璃製之靜脈注射裝置。

（4）【直腸注射法】：直腸注入法，爲患者經數度皮下注射，已痛苦不堪，或於小兒爲水份補給或急救時，悉

吸收緩慢等用，爲補助之食鹽水注入法也。其注入裝置爲一高壓灌腸器（Irri-gatol），下接橡皮管，用 Nelaton 氏橡皮管插入肛門。

橡皮管中間一段，接一玻璃嘴管，以計算滴下數量。注入時，容器懸掛稍高，徐徐滴入直腸，此際須注意者，爲注入之速度，平均以一分間不超過60—120 滴爲宜。若注入過速時，則不發生作用。因此時食鹽水雖達直腸，並不停留，而排出於體外也。

注入直腸鹽水之溫度，亦以攝氏38—40度爲宜。過冷時有惹起直腸加答兒者。在二十四小時注射 1000—2000c.c. 患者可絕無苦痛，正確吸收於體內。

補註：（製法項下）

（1）近時 Straub 氏製成之溶液，名曰 Normosal 者，不特所含成份及滲透壓等與血液相同，且其伊洪之組成，亦完全與血清一致，內含食鹽、加里、石灰、重炭酸鹽、燐酸鹽等，吸收極迅速，可不必行靜脈內注射。

（2）Ringer 氏液配合成份，各書所載處方，亦復不同。茲就編者平時閱讀筆記，列表如下，以供參攷，並請讀者補充！

		食鹽	重曹	氯化鈣	氯化鉀	炭酸鈉	水
Rudolf Franke:	現代治療	9.0	0.03	0.26	0.4		1000.0
Pollson:	藥理學	8.0	0.1	0.1	0.075		1000.0
Landoi-Rosemonn:	生理學	8.0	0.1	0.2	0.2		1000.0
Guttmann:	醫學辭源	6.0 8.0	0.1	0.4	0.1		1000.0
柳壯一	外科治療總論	6.0	0.1	0.1	0.075		1000.0
森島庫太	藥物學	8.5	0.1	0.1	0.075		1000.0
西川義方	內科診療の實察	7.5	0.1	0.2	0.3		1000.0
岩井勝之郎	新撰內科治療法集成	7.5	0.1	0.2	0.3		1000.0
原勇三	急救外科療法	7.0		0.2	0.3	0.1	1000.0
橋本節齋	醫學十五萬語辭典	7.5 9.0	0.125 0.3	0.125 0.24	0.075 0.42		1000.0 1000.0
上野--晴	生理學	7.5	0.1	0.1 0.2	0.075		1000.0
三輪德寬	外科手術學	9.0	0.2	0.2	0.2		1000.0

㊀ 食鹽 Natrium chlorat Nacl

㊁ 重炭酸鈉（重曹）Natrium bicarbonot（—bicarbonic）$NaHCO_3$

㊂ 氯化鈣（鹽化鈣）Calicium chlorat $Cacl_2$

㊃ 氯化鉀 Kali chlorot. chlorkalium Kcl

㊄ 炭酸鈉 Natrium carbonat. Natium Carboricum $Na_2CO_2+10H_2O$

（學術演講）

關於鼠疫

葉墨博士 Dr:Jettmar 演講
孫義倜・戚明德　筆記

細菌學專家奧人葉墨博士，早年追隨防疫專家伍連德博士，辦理鼠疫防疫工作，卓著成效。本年二月初旬，奉命來浙江一帶調查鼠疫流行情況，道經弋陽，劉主任經邦特請演講，關於鼠疫防治經驗，命明德等司筆記，加以校正，并由劉主任介紹鼠疫治療之新發現一則。爰成此篇。但文筆拙劣，辭不達意，幸海內同仁，加以指正幸甚！謹誌●

導　言：　伍連德博士所著鼠疫報告書中，一六一八年之後，中國浙江近海一帶，已有疫病發生之記錄，江西亦有發現但當時所記，總稱「疫病」，或稱霍亂，傷寒；痢疾等流行病，但或即鼠疫亦未可知！

根據調查；中國有若干區域，係有地方性鼠疫者，如東三省及西伯利亞之南部，蒙古之東部直達庫倫，因旱澇及家鼠之關係，均有鼠疫流行中心，陝西北部山西西部以及西安至蘭州一帶，因溝鼠之關係，人類亦有鼠疫流行，福建與廣東之鼠疫，係由家鼠等傳染媒介，其他雲南北部直達新疆一帶，亦爲一鼠疫流行之區域，因此吾人可知鼠疫于中國，實爲一極重大之問題●

一、鼠疫之流行病學

鼠疫傳染，由齧齒動物（鼠）→蚤→人，已成一種公式，一九〇七年時，俄人 Verbirsky 已發表此傳染相互之關係，但惜刊登於俄文雜誌，世人甚少注意此驚人之發現，繼於 1913 年英國鼠疫委員會始注意及此，並竭力宣傳之，現今我人得知此項關係，雖不可不歸功於 Verbirsky 氏之發現，但英國鼠疫委員會之宣傳，實大有力焉！

關於鼠疫傳染之途徑，在歐洲中古時代，以爲係蟲虫之作祟，或以爲空氣混濁之故，或謂因氣候變動所致，近代始知肺鼠疫係由呼吸傳染空氣中含有鼠疫病菌之病人

飛沫所致，故以口罩防備之，腺鼠疫則由蚤類媒介，此種病之所致，故可施以各種適當之預防法。

鼠疫傳染之媒介，雖大多爲鼠類，但在蒙古一帶，旱獺（Tarbargan）實爲重要之傳染媒介，其所以繼續傳染不輟之理，約有下列原因：

（1）吾人研究旱獺之生活狀況，知其每年有五月之冬眠，旱獺在冬眠前，成已感染鼠疫，但因冬眠時體溫降低之故，病菌亦停止繁殖，及至明春，旱獺體溫復原，細菌開始繁殖，因而發病，繼續傳某與其他旱獺。

（2）再作進一步之研究旱獺之位穴，知爲有深至二公尺之地道內，分闢若干洞穴，其居室咸用乾草鋪墊，排洩物則集中另一穴，頗稱清潔整齊，凡有死於穴中者，即由其同類代爲另置一室，以排洩物堵塞其穴口，但近穴口之處，或有吸血昆虫等潛伏其間，與旱獺之排洩物相接觸，其內或有鼠疫病菌，被吸入昆虫腸胃內，復傳染與人類或獸類。

（3）因鼠疫病致死之旱獺洞穴內，或有其他旱獺，用爲居室，而致傳染。

（4）跳蚤之生命，可達二年，即可傳染鼠疫至二年之久。此皆鼠疫傳染繼續不斷之故也。

茲再述鼠疫傳染媒介之鼠類，約分家鼠及溝鼠二種，其鑑別方法如下表：

名稱	身長	尾長	口狀	耳狀
家鼠（亦有譯屋頂鼠者）	18公分	19公分	尖形	薄而大反過可覆其眼
溝鼠（ ）	25公分	18公分	圓形	厚而短

溝鼠恆居於地下，家鼠則恆居於屋頂下或磚瓦之間，在爪哇南洋羣島之家鼠，常在屋頂之竹管中。

各地鼠疫之易否流行，亦可以鼠身捕得之跳蚤而知之。在鼠身可搜集極多種之跳蚤，其頸部有如梳狀者，於鼠疫傳染，不甚重要，在某一地區內，如有 90% 跳蚤屬於上類者，即可斷定，此處鼠疫不易流行，在歐洲調查，多爲此種。

另有一種與傳染鼠疫極有關係者，名曰人鼠共同蚤，較大，帶黃色，身略現透明，最顯著者，其眼前有如眼毛三根，若用火酒石炭酸將其身體透明之，可見如元寶形之子宮，此蚤可分爲帽體尾部，其三部之直徑相同，此爲其特點，傳染鼠疫者，即爲此種，其他跳蚤，均不相同，此種鑑別方法，極爲重要，如發現此類之跳蚤甚多，即可知鼠疫必易流行，無則否。

在中國雲南各處，人鼠共同蚤甚少發現，貴陽約佔 10%，東三省，河南約佔 70%，山西約 5%，遼河一帶則佔 100%，可知鼠疫在遼河一帶最易流行，反之在貴陽山西一帶，則不易發生矣。

人鼠共同蚤消化器官之組織可分爲：（1）口腔至喉道至球狀之胃前部，（1）極大之胃，（3）極短之腸至肛門三部。

人鼠共同蚤之胃前部，上下有刺形體七道，胃前部伸張時，上下刺相離，所吸之血即於隙縫間進入胃內，胃前部縮小時，上下刺相接，血即不能入胃。因其有此種特異之組織，故在吸血時血液流入胃中較緩，而細菌遂能於胃前部繁殖，聚積於上下刺之間，因而阻塞其入胃之道，甚或聚積至口腔，而跳蚤因胃內不能輸入血液，常有飢渴之感，以致不斷的咬人吸血，所吸之血又不易到胃，即發生反嘔，或由其口涎，將病菌傳染與鼠或人類，其他跳蚤則無此特異之組織，細菌不易在體內繁殖，故傳染之機會亦較少●

蚤類之排洩物內，亦有細菌存在，仍能傳染，但危險性較小耳。

臭蟲或染鼠疫八十三日之後，亦能傳染，但機會甚少。

至於人體之蚤則不傳染鼠疫，其體內極少，能覓得鼠疫桿菌，此爲極可詫異之一點，迄今尚未能完全併得其故。

關於人蚤不傳染鼠疫之故，約爲；(1)吸有菌之血機會較少，(2)吸血至胃內後如含細菌量不多，即被殺死。

以上所述，均係吸血昆虫，其他非吸血昆虫，則不能感染，試將鼠疫病菌注入蝗虫蒼蠅等腹內並無任何損害，餘如在東三省介紹旱獺細菌之甲虫，檢查其本身，亦無妨害，但其對鼠疫，係間接媒介者。

二、鼠疫病原菌之鑑定

鼠疫之病原，吾人已知爲鼠疫桿菌，但桿菌種類甚多，不能單依顯微鏡下觀察所得形態，或根據某一種檢驗，即確定某種桿菌爲鼠疫病菌，鑑定鼠疫桿菌，必須經過四種方法依照步驟，一一舉行，即形態檢定，培養檢定，動物檢驗，血清凝集驗是也

(一) 形態檢定：將常檢驗之標本，培養後所得之菌叢，製成塗片，染色後其桿菌體類似桶形，兩端染色較深，即爲鼠疫桿菌，但其他細菌，亦有此形態者，故不能即以此爲準。

(二) 培養檢驗：

(1)置所檢驗之標本於筋膠培養基上，用 22°c 之溫度培養之，經3至4日後，則發現有細菌集落，其邊沿透明，中間呈不透明，最外沿呈粗糙狀，。

(2)置標本於瓊脂培養基上，用 37°c 溫度培養之，經二十四小時後，其集落不甚顯明，經36至48小時後則發現●(1)項所述集落現狀●

(3)置標本於高鹽度之肉湯培養基(培養基內和入3%之氯化鈉)內培養之，經3至4日後所得之集落現像，最爲特異，即呈一種絲狀之集落若干，直垂於肉湯內，頗如女子髮髮之「劉海」。凡標本經上述三法之培養檢驗而發現其同樣情形者，可決定其爲鼠疫桿菌，但尚須經後述二種檢驗步驟。

(三) 動物檢驗：將需檢驗之標本，介紹至天竺鼠之身體，其介紹途徑如下：

(1)皮上，(將標本塗擦於動物之皮上，毛不必剃去，皮膚亦不必消毒)。

(2)皮肉，(將動物之毛剃去一部，然後塗擦標本於上)。(按此法最佳)。

(3)皮下(注射)。

(4)肌肉，(注射，以鼠之足肌處爲最佳)。

(5)腹腔或心臟，(祇限於純質之培養材料，否則該動物易因雜菌而死亡)。

若標本內有鼠疫桿菌，則天竺鼠4至5日後即可得病，6至7日時死亡，死亡率達100%，繼行屍體解剖後可發現。

(1)肝臟腫大，切開後內有白點粒，(局部組織壞死)及充血。

(2)淋巴腺腫大，尤以頸部淋巴腺爲最顯著。

(3)脾腫大(但因其他病症而腫大者甚多)。

(4)皮下充血。

(5)心臟有出血狀態。

(6)肺炎(并不一定)等症狀。

若將其脾，心臟剖開，或淋巴腺切斷，取其分泌物，以瓊脂培養基經32°c之溫度培培之，二天後製成塗片，(或不經培養，逕製塗片，但應以標本先做培養，再做塗片，以免玻片上之雜菌沾染，而致培養後雜菌過多也。)加以染色，用顯微鏡檢視之，即可見形態檢定所述之異狀桿菌。動物注射標本後五日，如無死亡，即可知其中決無鼠疫桿菌。

供檢驗用之動物，全以其對鼠疫之感染性而定，當以鼠類爲最佳，但實通家鼠，或在未經檢驗移殖前，已染有鼠疫，或染疫已愈，而尚有免疫力，足以影響檢驗之結果，故當以在檢驗室內培養生長之鼠類，而以天竺鼠爲最適宜，現在美國用之灰白鼠，亦爲適宜之動物。

動物對鼠疫之感染性，各有不同，茲略舉於後，以供參考(十號表示有感染性一號表示無感染性。)

齧齒動物　十十十(天竺鼠十十)

節足動物　甲、吸血者(如虱蚤十十十)　乙、不吸血者一

兩棲動物　(如蛙類)一

猴十十　猫十　猪±　馬牛，羊，獅，虎一　鴿±　鳥類一

駱駝　肺鼠疫十　腺鼠疫一

參看上表動物中以齧齒動物感染性最大，天竺鼠亦富有感染性，故在檢驗時常用之，但在缺乏此種動物之處，檢驗室亦可預先蓄養其他鼠類備用。

死亡已久之鼠類或屍體死體上，不易檢得鼠疫桿菌，然將其膀胱，子宮製成懸液，可作檢查資料，以該項懸液按前動物檢驗方法，介紹至天竺鼠身上，經若干日後，再檢查之，但切勿直接注射當內，因雜菌甚多，易致其他敗血症而死亡也。

(四) 血清凝集試驗：取瓊脂培養，其培養所得之細菌集落，1%以炭酸鈉溶液1%(以生理食鹽水製成之)洗下之，再加入各種會經冲淡不同稀釋度之鼠疫診斷血清內，(血

清冲淡稀釋度約爲 1/50 1/100 1/200 1/400 1/800 1/1600 1/3200 數種）將育二小時，如有凝集現象者，可證明其爲陽性。

三、鼠疫桿菌之生存力

鼠疫桿菌在體外常有能生存至數年之久，在虱蚤之排洩物內能生存甚久，在培養基內亦然，曾有發現生存至十一年之久者，雖過寒冷之環境內，亦能生存，濕熱亦不易使其死亡，（須用數次突寒突熱之消毒法方可使其死亡），乾熱則於百度表 80°c 65°c 55°c 二小時可將其殺死，因其無芽苞，故乾熱易消滅之。

四、鼠疫之預防

鼠疫之預防，肺鼠疫較易於腺鼠疫，其方法如次：

(一)特製之防蚤衣，須保護身體之全部，手足均須罩入，並須注意接縫處。

(二)特製元口罩，類用棉花緊塞其孔隙處，或用一種頭罩，在腺鼠疫以用頭罩爲佳。

(三)除虫菊粉或油膏(擦抹皮膚上)。

（註：除蟲菊油膏之成份：除蟲菊提揀(煤油一加侖除蟲菊一磅) 50.0 凡士林 50.0 石炭酸 0.5)。

我人研究人鼠共同蚤之習慣，知其爲鼠身之跳蚤，除非不得已時（如鼠類因病死亡之時）決不離棄而入身，故在房屋內如發現多量之人鼠共同蚤，即爲鼠類發生疾病之警告，應施以適當之預防。

又感染鼠疫後之鼠及旱獺，兩眼發紅，行走有如醉漢，毛粗糙而失潤，且甚短，易被捕，吾人如發現此類之鼠，更應如大禍之臨頭，厲聲疾呼而預防之。

五、鼠疫之管理要點

(一) 病人隔離：

(二) 留驗：所有接觸者，隔離留驗五至七日，其留驗期內，必需每日測量體溫，檢查是否發生病狀，如有，即送入另一傳染病院，但須注意切勿誤會，(如酒醉者等)以致誤送醫院與其他病人混雜，而反致傳染也。腺鼠疫之留驗，不如肺鼠疫之重要，因腺鼠疫之傳染，須賴吸血昆蟲(跳蚤)之媒介，但仍應施以留驗爲要。

(三) 疫區封鎖： 腺鼠疫發生時，疫區封鎖及留驗，當應舉行，但事實上難絕對嚴密。

六、鼠疫治療之新發現

關於鼠疫之化學治療，在晚近繼續研究之下略現端倪，尤其在色佛列邁 (Sulphanilamide) 一方面，在繼續研究分析之後，近得一種 Sulphathiazole 化學品，用以治療試驗室中人功移殖使感染鼠疫之鼠類，大見功效，在鼠類得病後敗血症尚未發生以前，試投該藥 10mg 每日二次，連續十日，可救治 80% 設倍其劑量，則更顯功效，在敗血症發生以後，該藥仍具特殊效力，鼠類得病 48 小時以後，試服該藥 20mg 每日二次，連續十日，仍可救治 80%，如投以 40mg 則可救治 90%，如在發病後 72 小時始以該藥 20mg 之劑量經每日二次連續 10 日之治療，亦可有 65% 之成績，倍其劑量則更佳，此項試驗結果，與使用鼠疫血清者，不相上下，經於腺鼠疫病人，以各種不同之藥物，分別予以治療，其比較結果如下表：

I. 未發生敗血症之腺鼠疫病例治療結果：

治療藥品	病例數	死亡數	死亡百分率
Antiplague Serum 血清	70	20	28.5
Sulphapyridine (M & B 693)	53	13	24.4
Sulphathiazole (用碘治療)	32	5	15.6
Controls-treated With iodine Solution intravenously	82	43	52.4
總數	237	81	

II. 已發生敗血症之腺鼠疫病例治療結果：

治療藥品	病例數	死亡數	死亡百分率
Antiplague Serun (血清)	33	20	60.6
Sulphapyridine (M & R 693)	30	13	43.3
Sulphathiazole	12	5	41.6
Controls-treated With (用碘治療) iodine Solution intravenously	40	38	95.0
總數	115	76	

綜觀上表，可見在鼠疫治療上之功效實較其他藥品爲佳，惜試驗病例尚少，尚不能據爲確切之證明，然已可見其價值之一般，能否供爲鼠疫之特效治療劑，實有賴於醫藥界同仁，加以賡續研究者也。

按本病由血蛭之寄生而起，血蛭之德文，爲 Schistosomum haemotobium 或 Bilharzia（依發見人 Theoder Bilharz 命名）曾通譯"住血吸蟲"初時見於埃及爲患，故可譯埃及住血吸蟲。後日本人發見廣島、山梨各縣，亦有此病，則特稱曰日本住血吸蟲（S. h. japonicum）現我國流行者與其同型，簡譯血蛭，蓋表贊同，蓋與 Filaria sanguinis s. Bancrofti 之譯"住血絲蟲"者（僅一字之差）不易混淆也●（編者）

第三戰區特有的血蛭病

●陳 方 之●

血蛭病，是別個戰區所沒有的；牠的分佈區域，在江浙皖贛四省，其中尤以浙省之杭嘉湖，江蘇之蘇松的舊府治範圍一帶，爲最濃厚；我在民國十八九年，親自調查，知之甚稔，所以我想在這個雜誌來談談。況且此病的傳染禍根，在于小河的水裏，當行軍之際，若手足或全身入水，很容易受其害，我想將其傳播的動機經過及病象防法等，爲第三戰區抗敵勤勞的戰士們，以及醫師們，詳盡的說述一下子，是不無裨益的。

這個病，雖是寄生虫病的一種，但其危險程度，比之蛔虫蟯虫囊片虫等，不可同日而語；就是比之鈎虫蟯虫，其實亦不止倍蓰。蛔蟯囊三種，在于成人，可稱毫無病害；蟯鈎二虫，雖往往亦能危及生命，但是牠們與蛔蟯囊同樣，寄生在人的腸子裏，尚有藥物可以驅出去，所以還不十分可怕，那個血蛭，若一到了人的身上去，就躲在肝藏附近的門脈系統血管裏，無法可以驅除，終且因此喪生，這不是了不得麼？

牠的中間宿主，是一種釘螺絲，（嘉興人的俗呼）只有像米粒大小；這種螺絲，專成長在小河的兩岸，過了冬蟄以後，春夏氣溫相宜，活潑潑地衝出殼，向河中吸水去；這時候，寄生在裏面的血蛭幼虫，就找到機會，遊入水中，這一個階段的幼蟲，嘴尖而有雙尾，一碰到人的皮膚，就能立刻攢進去；進去以後，從血行道到達于門脈系統，而安居長成，放出無數蟲卵以害人。

「有釘螺絲必有血蛭寄生」，這是不易之定理，從檢查統計而知道的。（寄生率大小各地不同）但是這種特殊的螺絲，不是逢水都有的；山溪急流的地方沒有，海水所通的地方沒有，近都市的穢水河道裏沒有，死水池塘裏也沒有；岸旁無水草的河甚少，河甃而多砂石的岸甚少。有綠水緩緩而流的小河，而兩岸有嫩綠可愛的水草叢生處，爲釘螺絲所生長的最適宜地點；換一句話說，就是灌溉稻田所最有用的小河裏，恰巧是傳播血蛭病的溫窟。

我在浙之嘉興臨，蘇之青浦常熟，曾驗得農民的寄生率，高至百分之七十以上；他們帶病耕種，面黃骨瘦，腹部膨大，淹淹一息，其慘狀不可以言語形容。

所以在第三戰區行軍的官兵們，凡遇到這種小河，不可以涉水，不可以洗身，不可以游泳。萬一不能不入水，應有緻密的布，包裹皮膚，方能保得安全。

以下將血蛭病的大概，略述一二，以供軍醫們的參考。

一、病名

血蛭病，德文叫作 Schistosomiasis; schistosom 爲分裂的蟲體之意， iasis 爲病，因血蛭有無性分裂的現象，故以是命名。然而血蛭在動物的系統，屬于吸蟲類，而吸蟲我國概稱爲蛭，水蛭肝蛭，是其先例，我所以稱之爲血蛭。

二、病原

血蛭的成蟲，只有像牙子大，雄者短而粗，雌者長而細，常常雌雄合抱而居，產卵每嘴有吸盤，體有消化管及生殖管，屬于吸蟲類。其生殖法，爲有性及無性世代交蕃；卵孵化爲第一級幼蟲，此幼蟲周圍有毛，我名之爲毛蚴；在糞水內出殼，向釘螺絲頭部攻入，變作分裂體，分裂七八個至十餘個，每個出螺絲之體，變作第二級幼蟲，此幼蟲有雙尾如剪，我名之爲尾蚴。尾蚴攢入人的皮膚，能迅速侵入血管，自循環血流，達于門脈系統而安居；這是其生活循環的大概情形。

三、病理

傳染徑路，在于有幼蟲的河水；侵入門戶，在于皮膚，毫無損傷處均能入；侵入以後，自循環血流入門脈系統，均已如上述。其使人受病的原理，在于成蟲的產卵，產卵的結果，初期時使腸管粘膜，發生病變，出血下痢；迨至後期，肝臟因卵的嵌入及其毒素的作用，能引起間質增生而硬變；脾臟因其毒素作用，及鬱血作用，亦間質增生而肥大。

四、病證

當感受時，即幼蟲進入于皮膚時，皮面往往起紅班，稍有瘙痒之感。迨至四五星期以後，成蟲在腸壁產卵，人體即突然發熱，裏急後重性下痢發作，極易與赤痢相誤；但檢其血便，則有蟲卵。爾時往往能證明輕度的肝脾腫脹。其熱型之弛張稽留，高低久暫，極不一定，久者能持續一二個月，但終必退帶，而下痢亦漸漸自愈，愈後約半年一年，急性證去而慢性證來。腹部膨滿，肝脾漸大，面色漸帶黃而綠，貧血漸漸著明，體質漸漸衰弱羸瘦，而輕度血便，亦必時時重發，更使病人苦惱，終必陷于惡液質而亡，其經過重者二三年，輕者七八年。

五、醫法

近時用吐酒名製劑，即 Neostibosan，其功用在殺滅蟲及蟲卵，用于初期，即在肝未起變化前，頗能見効；惟其効力不如用于黑熱病（Kala-azar）之大。

編者按： Neostibosan 爲五價銻化合物，照近來試驗：三價銻化合物如 Fuadin 之效力，實較前者爲優良。

Fuadin 係德國拜耳藥廠出品，命名來歷，據云 Fuad 爲埃及之國王，英明果敢，人民愛戴。而本病在埃及患者甚多，故德人利用其名，以資宣傳。有成人及兒童用二種，每劑一盒計十瓦，供肌肉或靜脈內注射，間日一次，通常注射六劑後，即見熱度驟降，但欲澈底治癒，須繼續注射二至三劑，每劑注射完畢後，應有二星期之休息。

如在慢性期間，病人已有脾臟大肝硬化及腹水等病象者，即雖用多劑 Fuadin 治療，亦僅減輕病象，難期全癒矣。

最近有用鐵與銻之併合化合物者，惟尚在試驗期中，功效未詳。

陳米新煮法

·錢惠倫·

現時軍米，每人每日規定二十市兩，常聽各方說不夠吃，事實上或許如此，但相差不多。一般人主張每人每日應發軍米二十二市兩，方可合於飽食乾飯兩餐之原則，這對習慣方面是必需的。但我們軍醫同人，當然會明瞭增加二兩米的加洛利與身體健康，并無多大意義。

不過傷病軍米，有時不免陳腐，如洗煮方法不加研究，不特發酸難吃，有時引發胃腸疾病，竊恐名衛生機關，對此并未深切注意；部隊方面，更多忽略，故將洗煮方法，縷述於下，聊供各方參考。

陳米程度	洗擦方法	煮沸方法	結果
六個月	約洗擦四次每次以不粘爲標準	第四次洗後立刻放入沸水中煮飯	飯熟味正常
七個月	同法洗五次	第五次洗後立刻放入沸水中煮飯	飯熟味正常
八個月	同法洗六次	第六次洗後立刻放入沸水中煮飯	飯熟味正常

【附記】（1）照法洗後如放置時間在二三小時雖仍以沸水煮飯則隔生。
（2）照法洗後以冷水煮飯味仍發酸。
（3）僅洗擦一次者味酸而有陳腐氣洗擦次數當愈多愈好。

上表所列洗煮方法，爲抗戰以後之新試驗，至如此操作之後何以不酸與酸？何以隔生與熟？茲憑個人推測申述理由如后：

（1）更翻洗擦可使米外層之陳腐質除去而內層之陳腐質因外層溶解而得向外滲出，故味正常。

（2）洗擦數次不足，米外層之陳腐質未盡除去，內層者亦不能向外滲透淨盡，故味仍酸。

（3）洗擦後放置相當時間，再用沸水煮飯者，因米中心遇濕，熱力不易蒸透，故飯隔生。

（4）洗擦後，即刻用沸水煮飯者，因米中心乾燥熱力易透，故飯易熟。

但是更翻洗擦後，以冷水煮成之飯，何以味仍發酸，則未能明瞭，幸讀者有以闡明之。

編者按：本篇所談，倒是營養上最現實的一個問題，因爲軍米的領運費時，陳腐發酸，幾乎是常有的事情，故樂爲披露，原題是"傷病營養與軍米陳腐"，但因它側重在洗煮方法，改如上題，還請作者原諒！

營養淺說

編者按：國人於食物問題，素乏研究，烹調之際，往往捨精華而留糟粕，重美味而忽營養，食量雖多，養生不足，自憲力矯積習。知所改進，亂時糧荒嚴重，供過於求，尤須講求：營養上價值甚大而所費最廉之食物，以維健康而利抗戰。且營養改進，必須人人有營養常識，經常勵行，實未可以糧食恐荒，視爲侈談也。茲節錄"全國食物營養問題第二次討論會"孔院長講詞，聊示提倡之意！

食物爲營養之本，人之營養，恆視其食物之量與質而定。吾人每日所用之食物，可分爲；炭水化合物（熱能）、脂肪、蛋白質、保護性食物四種，各種食物之需要，情形如下：

（一）熱　　能　　爲力之來源，如熱能供給不足，則吾人身體之一部份體質，將消失以維持其他較重要部份之工作。吾人每日所需熱量，約爲 2400 卡以上。然因各人工作之輕重不同，故所需熱量亦異。

（二）脂　　肪　　爲身體所必須者，但吾人體內，能自炭水化合物及蛋白質製造脂肪，以供己用，雖有一二種脂酸，必須取自食物中，但所需極微，無缺乏之虞。又脂肪對食慾之增進，亦有關係，如用之適當，則能增食物之滋味而助長食量；反之用油太少，則食慾減退，食量漸少矣。

（三）蛋　白　質　　爲建造吾人軀體之基，每一細胞各皆含有之，故其重要性可知。且細胞之新陳代謝作用，每日不息，必須有蛋白以補充此耗損失。故吾人之需量，恆隨體重爲轉移，每體重二公斤，需有一至一，五克蛋白質以供其消耗。且吾人已知蛋白質之營養價值，有優劣之分。優者，其所含鏈基酸之種類最爲完備，而其劣者，則相反，通常動物蛋白質以豆料蛋白質較完備。總之，蛋白質來源不同，所含鏈基酸成份亦異。苟吾人能于多種植物中提取蛋白質時，則其每一單位中所含之鏈基酸，雖未必完備，仍得由各個蛋白質之總和；必較每一單位爲優。故吾人所食各種蔬菜，以種類愈多愈妙。在膳食中缺少動物蛋白質時，尤應多採用豆類爲宜。

（四）保護性食物　　爲吾人維持各種生理現象所必需。雖食物中含量甚微，而其意義則甚大，如維生素之缺乏，足以引起特殊之病狀；礦物質之缺乏，恆能破壞生理之平衡。茲分述其梗略如下：

第一維生素之種類甚繁，但與人體營養有關者，莫如下舉數種：

（1）甲種維生素：　與視覺有關，缺乏時，初則夜盲，繼則角膜硬化而失明。且身體表皮變脆，極易破裂，傳染病侵入殊易，故所謂抗傳染病維生素者，即指此而

胃也。又此種維生素，亦與滋長有關，故缺乏者，如非成年，則發育不良。魚肝油，牛乳，蛋黃，青菜，豆類等。含此皆富。每人一日所需，約五千國際單位。多食可儲藏於體內，以作他日之用。

（2）乙種維生素：　與炭水化合物之新陳代謝，有密切關係。缺乏之人，常患脚氣病，及神精麻木(退化)飲食無味，消化不良等病症。每人日需二百至三百國際單位不等。隨所食之炭水化合物多寡爲轉移。惟此物與甲種維生素不同，多食時仍自尿中排泄，無補於事。且在烹調時，易爲高溫度所毀。五穀之中，含量最豐，提倡糙米之意義，亦即在此。

（3）丙種維生素：　缺乏之人，常患壞血病。此種病人之血管，極易破裂，故有牙床流血等現象。多食亦不能儲藏，且易爲高溫度所破壞。食物中柑油，蕃茄，菜中最最富。其他蔬菜中，皆含有之。需要量，每日約八百國際單位，相當於四十公厘。

（4）丁種維生素：　與鈣之代謝作用有密切關係。兒童之長成，姙婦及乳母的哺育嬰孩，以堅強骨骼者，需鈣甚多，故丁種維生素之需要量亦鉅。成人則骨骼已長，所需較少，大約孩童之每日需量約 1000 至 2000 國際單位。姙婦乳母尤多，約 2000 至 3000 國際單位。此物苟食之過多，反爲有害；幸一般食物中含量極少，（魚肝油內甚富）。又皮膚能藉日光自造丁種維生素以供營養，故日光宜多多利用。

（5）戊種維生素：　與生殖力有關，國人生育率，不在他國之下，且食物中如小麥蔬菜等，所含頗多而國人多食用之，當無匱乏之處。

第二：礦物質之種類雖繁，但或因來源豐富，或因其需量甚微，無須多述。其中惟鈣、鐵、碘三類，頗爲重要：

（1）鈣爲骨骼之主要成份，骨之長成及營養，皆與鈣燐及各種維生素有莫大之關係。三者缺一，則骨之生長不良，而成軟骨佝僂等症。其需量成人每日爲 0.68 克，童孩及姙婦乳母所需尤多，約爲1至2克；

鈣與燐之比例，亦有一定，通常爲 1：1.5 克。若食燐太多，則鈣之營養，雖其數量已足，仍非適宜，應注意之。牛乳豆類青菜等皆含鈣質。據美國營養專家雷門氏之意見，牛乳中之鈣，較蔬菜中者，易於吸收，此於嬰兒幼童尤然。

（2）鐵爲血色素主要成分之一，營養中缺乏鐵者，必患貧血症。其需量甚微，約每日 10 公厘即足。動物內藏及綠色蔬菜中，含鐵頗多，惟鐵與貧血症關係，必須銅之輔助，始克有効，此爲近年中所研知者，故食物中，應有極微量之銅。

（3）碘在體內之含量極微，且皆集中於甲狀腺一處。此腺常因碘之缺乏而脹大，即所謂甲狀腺腫，俗稱「鵝頸症」，尤以婦女爲多。碘之需要量，僅五十公厘已足。但我國西南各省，土壤中缺乏碘質，致食物及飲水中，無碘之存在，必須於食中加入之，以備萬一。東南各省，則以所產植物及水產物均含碘頗豐。（海菜內含量尤多），可保無虞。

據專家調查研究的結果，國人營養不足之情形，在「熱」的方面，國人日食之熱能約二千四百卡以上，依國人平均體重及日常勞作情形而言，所得熱量，似應無缺乏之虞。在脂肪方面，則其食量與食料之標準，遠較歐美人士爲低，且國人多食豬油及菜油，不若奶油魚肝油等之富有甲種及丁種維生素。至蛋白質一類，國人所食亦較歐美人士爲低。

然我國地大物博，物產豐富。就全國而論：國民營養上所需之食物，實未匱乏。然而各地出產不勻，調劑失宜，加以國民知識幼稚，不知選擇利用，乃致造成今日嚴重之國民營養問題。今後補救辦法，應從下列兩項着手：

（一）消極方面：　國人對食物既多浪費，今應倡食糙米，雜糧，改良烹調方法，革除傾棄米湯等不良習慣，並應將營養常識，加寫研究，俾知選擇利用，調理適宜，例如薯、芋、豆類、雜糧，青菜等，皆富有營養之食物，應知重視，切勿任意拋棄。至於飲食數量，亦應求其適可而止，不應貪食過飽，以免有害消化。

（二）積極方面：　鼓勵多種雜糧，尤以豆類爲最，以補米麥之不足；并提倡養雞養魚養牛羊，及多種水菓，使人人有享受此類食物之機會，而增加營養。省市政府方面，應設營養研究機關，調查該地食糧狀況，研究營養之成分及進行其宣傳管理調劑分配等工作，以便該處人民，對於營養有澈底之改進。再視該地之天然環境，及當地所能產生之食物，就其豐於營養者，分別擬訂食物配備法，以便當地人民，得所依據應用。

補白：維他命E的治療效用

在最近八年來，維他命 E（即戊種維生素），曾被認爲可治婦人病，如月經不調，陰道搔痒症等及乳汁分泌不良，尤以主治習慣性流產聞名。

但據各方實驗研究之報告，可得如下之結論：即關於月經不調，乳汁分泌不良，以及閉經期後的陰道搔痒症等種種治療之有效價值，因缺少臨床上的證據，現時尚未可予以承認。

主張用維他命 E，以阻止習慣性流產之價值，亦少使人信任之臨床證據。許多習慣性流產診斷之報告，仍大有討論之餘地。由於維他 E 命之用量差異極大，所得之療效不同，以及小麥種子油之應用時，是否失效，亦皆缺乏證明；故難歸功於維他命 E。此外所謂習慣性流產的自然治癒希望，亦並未正確建立。

摘自 The Treatment of habitual abortion with Vitamin E.
（A. M. A. vol: 114, No. 22）

本期的內容

·編　者·

開始編第三期稿件的時候，我已看過十多位讀者的意見表，我會明白我現在所做的工作，最難討人家的喜歡，因爲我的周圍，有着許多各式各樣，甚至於極端相反的需要，來逼迫我供應。譬如溫暖和寒冷是根本不能兼顧的兩種氣候，下雨和晴乾，也各自在不同的兩個情境，然而民間的歌謠說得好：「做天難做四月天，蠶要溫和麥要寒；賣菜哥哥要落雨，採桑姐姐要晴乾」你想！在同一個時間裏，却有各別的需要，誰得不到他的需要，誰就會抱怨而失望，所謂"做天難做四月天"就是難在應付這各別的需要上面，說到編輯的況味，正也和此相同。

現在終於又慢慢的把本期出版了，能否比上期更適應讀者的需要？不得而知，但我已竭盡我的努力，這個我又有一比，比如我是一條集納的河流，漲涸不定，全要看上面的泉源如何，儘管有兩旁遼闊的原野，等待它源源地灌溉，在它，總祇有盡它所得的水量。

關乎本期的內容，可以提出來說的：湯蠡舟先生的"從藥品材料之節約談到醫學技術"是一篇有力的言論。現在又承他寄來"軍陣外科中關於彈丸的基本知識"當可在下期披露。"災害創傷之處置"和"戰創的初步治療"兩篇，材料來源不同，可使讀者約略的明白普通外科學和軍陣外科學所說的，是很有差異的地方。"現代傳染病病原總論之梗概"可稱得雅俗共賞。"淋菌性結膜炎"的治療和預防，實在是現時部隊軍醫人員所不能忽視的問題。"稀有的藥疹"一文，雖然是臨床經驗上的小品，可是我們很歡迎。Sulfanilamide 的簡述，我們選稿的時候，正是看重它的簡而又明，至於它的詳細學理，近來各刊物上，時有登載，請讀者多多參考。"再談生理食鹽水的應用"可以說食鹽水方面的知識，經此補充，業已完備了，其餘多篇，這裏不多談了。

最後應讀者邀求，可自下期起增設"讀者信箱"一欄，以備讀者提出來的什麼醫藥問題，當盡我們所知的，公開在這裏解答。（舟）

第三戰區軍醫學術研究會會員錄

會員證號數	姓名	籍貫	服務機關
1145	劉應金		第148師
1146	張什倫		同上
1147	劉銘		同上
1148	張達棟		同上
1149	唐靜安		同上
1150	楊子蓁		同上
1151	唐世英		同上
1152	戴廷孝		同上
1153	李建鴻		同上
1154	黃士良		同上
1155	楊謀奎		同上
1156	曹澤濱		同上
1157	陳燮棟		同上
1158	賴勞		同上
1159	喻東林		同上
1160	蔣能忠		同上
1161	左昭澍	湖南	第162站院
1162	羅永霖	江蘇	同上
1163	李兆倫	湖北	同上
1164	彭祖勳	江西	同上
1165	董珫尙	山西	同上
1166	王純一	安徽	同上
1167	陳亦民	江西	同上
1168	何烈嶋	江西	同上
1169	張寰	浙江	同上
1170	趙輔賢	江西	同上
1171	傅嗣成	浙江	同上
1172	張學遠	江西	同上
1173	楊希芝	湖北	同上
1174	黃鳴玉	江蘇	同上
1175	戴光爾	江蘇	同上
1176	田揚鑑	益陽	陸軍第16師
1177	胡企光	鍾祥	同上
1178	劉馨	衡山	同上
1179	劉霖	湘鄉	同上
1180	周敬頤	長沙	同上
1181	周頌秋	益陽	同上
1182	楊鳳梧	仙居	同上
1183	王道	瑞安	同上
1184	羅幹	新化	同上
1185	李德增	祁陽	同上
1186	李茂松	仙居	同上
1187	章思惠	東陽	同上
1188	徐渭夫	餘姚	同上
1189	胡德羣	萍鄉	同上
1190	羅治能	溆浦	同上
1191	舒星燾	湘鄉	同上
1192	劉振湘	常寧	同上
1193	章一儀	金華	同上
1194	張漢雲	新化	同上
1195	李寓戎	益陽	同上
1196	周鍔	長沙	同上
1197	劉祖蔭	湘鄉	同上
1198	鮑秀峯	孝感	同上
1199	陳思忠	長興	同上
1200	謝建國	平江	同上
1201	鄒德浩	鍾祥	同上
1202	張海潮	仙居	同上
1203	柳紹良	鄂城	同上
1204	鍾淑光	金華	同上
1205	饒懋祖	杭州	同上
1206	劉振輝	長沙	同上
1207	毛樟通	蘭谿	同上
1208	劉李陶	衡陽	同上

1209	陸	儼	隆	岳陽	同上
1210	董	穎	臨	海	同上
1211	陳	濟	資	中	同上
1212	劉	志	清	常寧	同上
1213	李	敍	歧	新化	同上
1214	封	汝	賢	景縣	同上
1215	周	昌	達	新化	同上
1216	李	澤	沆	保靖	同上
1217	劉	勤	然	衡陽	同上
1218	程	慶	麟	萍鄉	同上
1219	朱	桂	槐	青田	同上
1220	姚	漢	英	長沙	同上
1221	尹	明	輝	湘潭	同上
1222	程	策	前	永嘉	同上
1223	呂		英	仙居	同上
1224	明	懷	質	安樂	第78收容所
1225	張	敬	之	黃陂	同上
1226	李	鳴	陽	湘鄉	同上
1227	余	錫	文	休寧	同上
1228	鄭	魁	元	黃陂	同上
1229	李	志	遠	金檀	同上
1230	段	雲	卿	常寧	同上
1231	陳	位	栻	贛縣	陸軍第88軍
1232	楊	樹	春	武進	同上
1233	彭	鑛	生	安義	同上
1234	劉	文	普	吉安	同上
1235	陳	仲	超	諸暨	同上
1236	陳	雨	文	鄞縣	同上
1237	王	俊	德	仁壽	同上
1238	王	子	淵	江津	同上
1239	劉	楷	洲	南充	同上
1240	錢	維	武		同上
1241	全	鼎	三	蓬溪	同上
1242	羅		斌	益陽	同上
1243	童	有	慶	淳安	同上
1244	陳		瑾	渠縣	同上
1245	曾	國	鵬	內江	同上
1246	楊	亞	民	清江	同上
1247	胡		傑	長沙	同上
1248	鄧	理	淵	忠縣	同上
1249	向	潮	海	達縣	同上
1250	雍	殿	甫	渠縣	同上
1251	蔣	輝	武	蓬溪	同上
1252	陳	文	霈	巴縣	同上
1253	李	運	盛	渠縣	同上
1254	全	理	涵	蓬溪	同上
1255	盛		虞	杭州	同上
1256	唐	俊	傑	漢陽	同上
1257	李	惠	齡	揵爲	同上
1258	劉	國	平	廣安	同上
1259	廖	振	桂	龍南	陸軍預備第五師
1260	敖	國	輝	高安	同上
1261	胡	志	雲	南昌	同上
1262	高	景	嶽	偃師	同上
1263	朱		鏗	長沙	同上
1264	何	星	燦	進賢	同上
1265	曾	鎮	邦	新喻	同上
1266	桂	春	韶	新喻	同上
1267	楊		崑	吳縣	同上
1268	吳		燮	都昌	同上
1269	劉	光	前	銅梁	同上
1270	鄒	惟	羣	新建	同上
1271	金	家	駒	蕭山	同上
1272	曾	廣	仁	餘干	同上
1273	胡	貴	文	臨川	同上
1274	胡	錦	熙	江山	同上
1275	鍾	馥	民	南昌	同上
1276	王	大	中	宜豐	同上
1277	楊	兆	明	豐城	同上
1278	吳	允	南	宜黃	同上
1279	王	世	貞	奉新	同上
1280	廖	蔚	卿	龍南	同上
1281	蔣	茂	濤	瀘縣	同上
1282	劉		曙	鉛山	同上

1283	李倘旭	南康	同		上
1284	黃大經	新喻	同		上
1285	馬　潤	南昌	同		上
1286	聶知遠	南昌	同		上
1287	韓振華	南昌	同		上
1288	鐘曙光	杭縣	同		上
1289	鍾采之	贛縣	同		上
1290	江競虎	潮安	同		上
1291	敖振瑛	新喻	同		上
1292	朱德良	鎮江	同		上
1293	王忠良	泰和	同		上
1294	張志生	重慶	同		上
1295	徐高際	杭州	同		上
1296	敖思義	新喻	同		上
1297	王以仁	餘江	同		上
1298	朱立祁	南康	同		上
1299	萬偉斌	進賢	同		上
1300	鄭　瑛	浮梁	同		上
1301	屠順慶	武進	同		上
1302	劉濟民	黃崗	同		上
1303	胡　鼎	天台	同		上
1304	盧秉權	蓬縣	同		上
1305	張發騰	長汀	同		上
1306	鄭　鈞	鎮海	同		上
1307	韓鴻豪	懷寧	同		上
1308	李慶彬	德縣	憲兵第 15 團		
1309	陳春普	衡州	陸軍第 33 旅		
1310	馬壽田	完縣	同		上
1311	趙海仙	宜興			上
1312	陳奇祿	興國	同		上
1313	黃振民	福建	浙省防空司令部		
1314	張志仁	臨川	南撫師管區		
1315	汪　超	永泰	陸軍第 194 師		
1316	陳國欽	閩候	同		上
1317	翁　剛	永泰	同		上
1318	劉永蒼	閩候	同		上
1319	傅劍鋒	乳源	同		上
1320	汪　萍	永泰	同		上
1321	呂知然	諸暨	同		上
1322	顧善慶	鎮海	同		上
1323	韓祖訓	蕭山	同		上
1324	吳培齡	閩候	同		上
1325	姚安甫	慈谿	同		上
1326	汪智英	南鄭	同		上
1327	陳繼陀	閩候	同		上
1328	王仁成	奉化	同		上
1329	章樹津	永嘉	同		上
1330	張仲素	鎮海	同		上
1331	陳志秀	霞浦	同		上
1332	周嗣康	鎮海	同		上
1333	謝尙緣	閩候	同		上
1334	林長傑	閩候	同		上
1335	趙開祥	淮陰	同		上
1336	田碩華	閩候	同		上
1337	王烈明	鄞縣	同		上
1338	杜世浩	慈谿	同		上
1339	陳介眉	莆田	同		上
1340	葉志勳	寧海	同		上
1341	蔡文增	莆田	同		上
1342	王秉忠	閩候	同		上
1343	余澤雨	古田	同		上
1344	俞凌雲	廣豐	第 79 站院		
1345	陳　競	諸暨	同		上
1346	蔡惟善	諸暨	同		上
1347	錢　瑜	橫峯	同		上
1348	樓佳棠	楓橋	同		上
1349	俞全榮	廣豐	同		上
1350	陳士愷	餘杭	同		上
1351	黎劍彬	古田	同		上
1352	簡玉庭	膠洲	同		上
1353	潘賢才	廣豐	同		上
1354	鄭震廷	分水	同		上
1355	沈曙輝	桐廬	同		上
1356	胡鑠源	杭縣	同		上

1357	鈕家騏	杭州	同	上	
1358	彭樹候	南昌	同	上	
1359	李　菲	建德	第6衛生列車		
1360	王雍斌	紹興	同	上	
1361	劉鴻濟	長安	同	上	
1362	胡一鳴	杭縣	同	上	
1363	方彥椿	常德	同	上	
1364	童信長	蘭谿	同	上	
1365	吳澤民	青田	陸軍第67師		
1366	張　欽	武進	同	上	
1367	邱次玉	卽墨	同	上	
1368	王廣翰	阜寧	同	上	
1369	陳伯味	青田	同	上	
1370	項兆民	臨海	同	上	
1371	張德銘	臨海	同	上	
1372	項墨君	歙縣	同	上	
1373	王孟生	漢口	同	上	
1374	陳煒斌	澧縣	同	上	
1375	金許珍	天台	同	上	
1376	俞　萍	杭州	同	上	
1377	范先敬	天台	同	上	
1378	金啓華	溫嶺	同	上	
1379	畢鳴岐	浠水	同	上	
1380	曾廣藩	合川	同	上	
1381	宋鴻鈞	銅山	同	上	
1382	樓美文	義烏	同	上	
1383	秦　斌	天門	同	上	
1384	龔麟懿	南匯	同	上	
1385	王安澤	黃岡	同	上	
1386	蕭　瀟	長沙	同	上	
1387	伍光華	臨川	同	上	
1388	張宗藩	懷寧	同	上	
1389	金鳴皋	鄂城	同	上	
1390	陳子雲	平潭	同	上	
1391	梁普春	濮陽	同	上	
1392	劉春喻	瀏湯	同	上	
1393	賈月桂	安仁	同	上	
1394	管　光	麗水	同	上	
1395	毛鑽瞻	江山	同	上	
1396	陳鑑南	平江	同	上	
1397	王福廷	黃岡	同	上	
1398	李彩羣	五華	同	上	
1399	謝邦英		同	上	
1400	鍾冠瑜	上海	同	上	
1401	程定安	無錫	同	上	
1402	王家坎	掖縣	同	上	
1403	李青雲	黃岡	同	上	
1404	陳志洪	武義	同	上	
1405	戴梁冕	溫州	同	上	
1406	許公楚	諸暨	同	上	
1407	錢甘泉	無錫	同	上	
1408	余國光	澧縣	同	上	
1409	江一廷	奉化	同	上	
1410	沈濮卿	紹興	同	上	
1411	高景新	寧河	本部特務營		
1412	高希孔		陸軍105師		
1413	陳志嶽	金華	第1收容所		
1414	胡賢浩	武昌	陸軍第63師		
1415	王泰華	醴陵	同	上	
1416	尹建周	饒湯	同	上	
1417	殷俊偉	長沙	同	上	
1418	謝希韞	如皋	同	上	
1419	倪伯儒	桃源	同	上	
1420	李景南	長山	同	上	
1421	孔祥禎	常德	同	上	
1422	游滌泉	醴陵	同	上	
1423	盧逸民	鄞縣	同	上	
1424	喬國楹	靖江	同	上	
1425	瞿學文	醴陵	同	上	
1426	周維鈞	安化	同	上	
1427	喻志仁	杭州	同	上	
1428	金德生	臨海	同	上	
1429	劉裕泓	醴陵	同	上	
1430	姚宏鐵	杭州	同	上	

1431	陳大魁	新化	同	上
1432	王易文	桐廬	同	上
1433	勞劍青		同	上
1434	蔡　鳴	鐘江	同	上
1435	張權勝	荆門	同	上
1436	蔣本炎	衡陽	同	上
1437	劉　生	衡陽	同	上
1438	葉致遠	平湖	同	上
1439	陳　通	杭縣	同	上
1440	周祥聲	杭縣	同	上
1441	劉少臾	湘鄉	同	上
1442	萬鈺峯	桃源	同	上
1443	盧澤庶	武岡	同	上
1444	嚴　俊	杭州	同	上
1445	歐陽瑞	醴陵	同	上
1446	秦　英	崇明	同	上
1447	金桃舫	常德	同	上
1448	湯紹霖	圻春	同	上
1449	金　聲	長沙	同	上
1450	陳鳳周	杭縣	同	上
1451	袁象龍	新化	同	上
1452	李坰炯	諸暨	同	上
1453	鄧　俊	衡陽	同	上
1454	孝喜卿	湘潭	同	上
1455	許應濤	富陽	同	上
1456	劉　亮	長沙	同	上
1457	李德馨	合肥	同	上
1458	俞繼濤	江寧	第32站院	
1459	陸馨予	泰縣	同	上
1460	鄭安民	南陽	同	上
1461	劉建德	臨清	同	上
1462	劉玉輝	餘江	同	上
1463	高錦藩	閩候	同	上
1464	高玉清	宿縣	同	上
1465	郭時雍	蘭谿	同	上
1466	趙　鐘	宿縣	同	上
1467	黃之江	亳縣	同	上
1468	朱灝如	江寧	同	上
1469	谷情田	清豐	同	上
1470	孫　斌	懷遠	同	上
1471	睦更新	巴縣	同	上
1472	謝　琨	廣安	陸軍第146師	
1473	孟　份	眉山	同	上
1474	鄒澤寰	富順	同	上
1475	鍾　明	江津	同	上
1476	戴仕仍	仁壽	同	上
1477	謝嘉維	南部	同	上
1478	王曉全	南部	同	上
1479	張國光	廣安	同	上
1480	韓果卿	成都	同	上
1481	楊朝珩	成都	同	上
1482	戴屏周	新繁	同	上
1483	巫麗生	蓬溪	同	上
1484	陶伯明	安岳	同	上
1485	徐才良	諸暨	同	上
1486	吳稚華	廣安	同	上
1487	韓榮樟	隆昌	同	上
1488	羅復恆	大竹	同	上
1489	黃崇道	渠縣	同	上
1490	劉英才	廣安	同	上
1491	官　戎	威遠	同	上
1492	廖肇枝	古宋	同	上
1493	蔣修竹	岳池	同	上
1494	郭俊臣	仁壽	同	上
1495	蕭志誠		同	上
1496	蕭金和	資中	同	上
1497	敖行康	榮昌	同	上
1498	宋志欽	南部	同	上
1499	陳仲機	興寧	同	上
1500	陳廷玉	營山	同	上
1501	祝健文	安岳	同	上
1502	郭化鵬	璧山	同	上
1503	鄭錫廷	渠縣	同	上
1504	伺子衡	合川	同	上

1505	楊福安	樂至	同		上
1506	趙文質	眉山	同		上
1507	孟君智	永川	同		上
1508	吉忠輝	西充	同		上
1509	梁陞榮	巴縣	同		上
1510	楊茂久	渠縣	同		上
1511	冉偉然	涪陵	同		上
1512	郭榮清	銅梁	同		上
1513	張先貫	西充	同		上
1514	侯啓明	眉山	同		上
1515	王汝泉	內江	同		上
1516	廖清源	中江	同		上
1517	李良璧	廣安	同		上
1518	郭海雲	忠縣	同		上
1519	胡鏡明	銅梁	同		上
1520	曾劍鋒	萬縣	同		上
1521	趙　鵬	眉山	同		上
1522	張福祥	巴縣	同		上
1523	楊濟民	嘉興	長官部衛生處		
1524	趙建新	寧海	同		上
1525	葉潤石	壽昌	同		上
1526	黃士楊	諸暨	同		上
1527	文　熾	順慶	同		上
1528	謝學洙	嘉興	同		上
1529	裘景舟	嵊縣	同		上
1530	方植民	溫嶺	同		上
1531	陳寶聰	新令	同		上
1532	趙新民		同		上
1533	蔣　政	東陽	同		上
1534	王　琴	鄞縣	同		上
1535	王卓然	鎮江	同		上
1536	吳嘉林	寧海	同		上
1537	王幼珊	咸寧	南撫師管區		
1538	牟仔勤	宜昌	同		上
1539	楊桂芬	臨川	同		上
1540	何文卿	臨川	同		上
1541	徐佐周	廣饒	第6重傷醫院		
1542	王詩菴	廣饒	同		上
1543	劉燕公	諸城	同		上
1544	蔣興周	廣饒	同		上
1545	王福生	冀縣	同		上
1546	張玉泉	高唐	同		上
1547	王允濤	膠縣	同		上
1548	王有清	上饒	同		上
1549	王洪敏	高唐	同		上
1550	呂鳳華	永康	同		上
1551	邱秉銓	興國	同		上
1552	祖蔭蓀	長沙	同		上
1553	成克魯	廣饒	同		上
1554	徐耀庭		陸軍獨工第9營		
1555	孫來歧		同		上
1556	陳文良		閩候團管區		
1557	張自牧	松江	25集團軍兵站部		
1558	王國楨	任邱	陸軍第75師		
1559	劉鎮東	蠡縣	同		上
1560	馮維祖	濟寧	同		上
1561	馮維修	濟甯	同		上
1562	張恩槐	定縣	同		上
1563	程象賢	嵩縣	同		上
1564	王仲煥	諸暨	同		上
1565	潘韜光	閩候	同		上
1566	崔懷璋	汝南	同		上
1567	武正士	邱縣	同		上
1568	鄭希聰	惠安	同		上
1569	郭世貴	汲縣	同		上
1570	智麟閣	元氏	同		上
1571	史文翰	清苑	同		上
1572	王受康	深縣	同		上
1573	李思孟	博愛	同		上
1574	段玉琴	偃師	同		上
1575	劉文興	孟縣	同		上
1576	張鴻興	孟縣	同		上
1577	崔廷選	安國	同		上
1578	路三俊	清苑	同		上

1579	姬書堂	伊川	同		上
1580	穆敏道	伊川	同		上
1581	盛茂林	許昌	同		上
1582	孔成備	宜陽	同		上
1583	林鳳翔	葉縣	同		上
1584	張希哲	沈邱	同		上
1585	張金堂	泌陽	同		上
1586	張度釗	阜平	同		上
1587	傅文全	惠民	同		上
1588	葛　昌	許昌	同		上
1589	邱惠甫	博愛	同		上
1590	杜振坫	孟縣	同		上
1591	王明志	內鄉	同		上
1592	孫澤普	博愛	同		上
1593	陳振亮	唐縣	同		上
1594	許玉璽	南陽	同		上
1595	張耀林	滿城	同		上
1596	丁維蕃	洛陽	同		上
1597	朱華亭	信陽	同		上
1598	朱佩元	南陽	同		上
1599	劉保仁	郟縣	同		上
1600	墨濂溪		同		上
1601	郜文科	澠池	同		上
1602	胡起雲	南陽	同		上
1603	方正甫	伊川	同		上
1604	傅榮法	鞏縣	同		上
1605	蔣正閣	安岳	陸軍第 26	師	
1606	高天錫	杭縣	同		上
1607	吳石確	榮縣	同		上
1608	翁醒民	定海	同		上
1609	陸之敏	華陽	同		上
1610	唐壽頤	安岳	同		上
1611	葉枝茂	太湖	同		上
1612	陳醒秋	上虞	同		上
1613	鄭康壽	興甯	同		上
1614	成吉安	忠縣	同		上
1615	王燮然	中江	同		上
1616	曾繼奎	資中	同		上
1617	姜紹金	天台	同		上
1618	劉肇生	江津	同		上
1619	李世德	安岳	同		上
1620	鄧濮光	興寧	同		上
1621	喻國臣	遂甯	同		上
1622	李文波	重慶	同		上
1623	劉淮清	涪陵	同		上
1624	謝鑑光	安岳	同		上
1625	周覺吾	榮縣	同		上
1626	沈明光	嘉興	同		上
1627	李樹青	成都	同		上
1628	文　奎	安岳	同		上
1629	曹　玄	榮縣	同		上
1630	朱冠英	太和	同		上
1631	萬鈺華	黃陂	同		上
1632	劉正初	巴縣	同		上
1633	魏建白	信陽	同		上
1634	張培德	嵊縣	同		上
1635	張子厚	嵊縣	同		上
1636	邱成如	甯化	同		上
1637	楊兆明	南鄭	同		上
1638	戴冠南	漢壽	同		上
1639	胡勝美	溧陽	同		上
1640	李亞伯	都昌	同		上
1641	那世貴	北平	同		上
1642	伍衡鑑	巴縣	同		上
1643	徐偉文	臨海	同		上
1644	曾　恕	成都	同		上
1645	程新銘	遠安	同		上
1646	董書杏	新鄉	同		上
1647	許淮南	天台	同		上
1648	馬烈光	忠縣	同		上
1649	張北辰	祁陽	同		上
1650	馮自新	常德	同		上
1651	廖良富	郴縣	同		上
1652	江爾鵬	長汀	第 39	後院	

1653	邱公人	懷寧	同	上
1654	方頌聲	桐城	同	上
1655	李冠華	立煜	同	上
1656	莫興政	合浦	同	上
1657	曾蔭民	六安	同	上
1658	傅偵傑	鳳台	同	上
1659	劉松淵	如皋	同	上
1660	劉邦傑	醴陵	同	上
1661	詹從濱	合肥	同	上
1662	潘光琦	婺源	同	上
1663	王鍾培	婺源	同	上
1664	馬　驥	六安	同	上
1665	劉榮生	江甯	同	上
1666	姜瑞麟	黃縣	同	上
1667	吳汝藩	涇縣	同	上
1668	余允明	懷甯	同	上
1669	左朝彥	京山	同	上
1670	尹幼卿	宿松	同	上
1671	高瞻謨	太和	同	上
1672	厲　志	鎮海	同	上
1673	吳健民	懷寧	同	上
1674	蔣浩如	奉化	第13陸軍醫院	
1675	郎　瀚	寧海	同	上
1676	史　珏	萬縣	同	上
1677	胡滌清	慈谿	同	上
1678	姜安定	江山	同	上
1679	陳鵬飛	閩候	同	上
1680	韓葆生	杭縣	同	上
1681	陳宗培	奉化	同	上
1682	黃祖榮	鄞縣	同	上
1683	笪紹楠	蕪湖	同	上
1684	賈遵維	浦江	同	上
1685	蔣禮鉅	奉化	同	上
1686	蔣鴻昌	奉化	同	上
1687	秦友耕	杭縣	同	上
1688	劉謙道	瀏陽	同	上
1689	費熊飛	江山	同	上
1690	楊建五	紹興	同	上
1691	郎一雲	甯海	同	上
1692	馬　惠	杭縣	同	上
1693	秦瑞芝	杭縣	同	上
1694	徐　鴻	奉化	同	上
1695	汪春瑞	江山	忠義救國軍	
1696	李碧聲	新會	同	上
1697	黃英恆	無錫	同	上
1698	姜祝三	江山	同	上
1699	羅拔羣	上高	同	上
1700	何學岐	宜興	同	上
1701	馮智傑	武進	同	上
1702	劉一沛	衢縣	同	上
1703	陳節元	杭縣	同	上
1704	王　彬	武進	同	上
1705	薄永年	吳縣	同	上
1706	宋煥清	武進	同	上
1707	向淑婉	江陰	同	上
1708	陳開夫	靖江	同	上
1709	楊耐貪	江陰	同	上
1710	朱國儒	江陰	同	上
1711	錢景初	常熟	同	上
1712	錢　灝	江陰	同	上
1713	鄭英偉	江山	同	上
1714	樓秉廉	金華	同	上
1715	錢　傑	桐城	同	上
1716	吳　慧	武進	同	上
1717	劉得生	岳陽	同	上
1718	鄭禮權	閩候	第13補訓處	
1719	王祖英	蕭山	長官部運輸隊	
1720	賈文全	武昌	同	上
1721	孫錦彪	諸暨	同	上
1722	周雪君	紹興	同	上
1723	蔣金聲	建德	12 患輸隊	
1724	袁仁勇	奉化	綏靖指揮部	
1725	黃友迪	文昌	福建保安處	
1726	朱子錦	文昌	同	上

1727	馬	添 喜	閩侯	同	上
1728	康	愉	長汀	同	上
1729	張	航 雲	浦江	同	上
1730	夏	立 廷	梅縣	同	上
1731	吳	希 成	涇縣	同	上
1732	鄭	亦 貞	長樂	同	上
1733	魏	濟 民	閩侯	同	上
1734	林	志 華	閩侯	同	上
1735	關	志 和	江陵	同	上
1736	陳	劍 梅	閩侯	同	上
1737	巴	延 緒	泰興	同	上
1738	陳	昭 榮	閩侯	同	上
1739	李	亞 峯	保定	同	上
1740	徐	天 來	莆田	同	上
1741	張	滄 海	晉江	同	上
1742	張	義 心	閩侯	同	上
1743	王	國 箴	閩侯	同	上
1744	許	建 平	莆田	同	上
1745	潘	光 楨	武昌	同	上
1746	陳	永 燊	閩侯	同	上
1747	王	玉 城	甯德	同	上
1748	謝	福 生	南昌	同	上
1749	張	維 良	永泰	同	上
1750	陳	兆 椿	閩侯	同	上
1751	陳	樹 仁	閩侯	同	上
1752	林	炳 輝	閩侯	同	上
1753	鄭	文 玻	長樂	同	上
1754	何	宗 祥	閩侯	同	上
1755	余	鈳	甯德	同	上
1756	林	雲 濤	莆田	同	上
1757	周	益 民	臨海	同	上
1758	王	瑛	永泰	同	上
1759	周	六 如	江蘇	同	上
1760	儘	振 民	壽縣	同	上
1761	董	紹 元	永嘉	同	上
1762	陳	諸 濤	長樂	同	上
1763	李	恆 德	閩侯	同	上
1764	方	仲 濟	南京	同	上
1765	周	世 昌	廣東	同	上
1766	符	儒 赴	文昌	同	上
1767	許	明 渠	閩侯	同	上
1768	鍾	裕 廷	五華	同	上
1769	鄭	文 瀾	長樂	同	上
1770	鍾	光	五華	同	上
1771	湯	于 光	浦城	同	上
1772	黃	秀 民	霞浦	同	上
1773	賴	竹 仙	上杭	同	上
1774	盧	振 龍	閩侯	同	上
1775	董	孔 賢	閩侯	同	上
1776	陳	秋 陽	長樂	同	上
1777	陳	本 輝	閩侯	同	上
1778	劉	惠 民	閩侯	同	上
1779	林	文 如	閩侯	同	上
1780	張	弓	建甌	同	上
1781	趙	子 恆	閩侯	同	上
1782	關	樹 藩	大興	同	上
1783	張	汲 蘭	漢口	同	上
1784	林	中 谷	龍巖	同	上
1785	林	雲 清		同	上
1786	郭	志 卿	合肥	同	上
1787	許	華 民	閩侯	同	上
1788	曾	一 飛	閩侯	同	上
1789	劉	玉 波	閩侯	同	上
1790	陳	國 鈞	閩侯	同	上
1791	劉	玉 林	豐城	同	上
1792	陳	維 傑	閩侯	同	上
1793	葉	元 璋	閩侯	同	上
1794	陳	廣	閩侯	同	上
1795	施	宜 火	永康	閩浙辦事處	
1796	裘	中 聲	嵊縣	同	上
1797	董	樞	平陽	同	上
1798	王	相 總	金華	同	上
1799	周	恢 伯	臨安	同	上
1800	張	遠	麗水	同	上

1801	錢雲蒸	嵊縣	同		上
1802	徐承偉	長興	同		上
1803	湯伯熊	諸暨	同		上
1804	陳楚萍	嵊縣	同		上
1805	李佳仁	上虞	同		上
1806	范鎮亞	安吉	同		上
1807	陳伯雄	諸暨	6	衛生供應社	
1808	陳普年	諸暨	同		上
1809	李春成	嵊縣	同		上
1810	李承德	瀏陽	陸軍獨立33旅		
1811	王志誠	鄞縣	同		上
1812	劉自强	興寧	同		上
1813	符　健	湘陰	同		上
1814	羅志誠	泰和	同		上
1815	李畦民	安岳	陸軍	147	師
1816	周源西	資陽	同		上
1817	黃尙仁	仁壽	同		上
1818	高執中	梁山	同		上
1819	王林波	樂波	同		上
1820	劉榮生	簡陽	同		上
1821	劉明學	中江	同		上
1822	李紹曾	安岳	同		上
1823	林　炯	威遠	同		上
1824	何崢嶸	眉山	同		上
1825	邱伯莊	仁壽	同		上
1826	魏嘉耕	威遠	同		上
1827	楊邑周	安岳	同		上
1828	蕭紹先	樂至	同		上
1829	陳雄成	潮陽	同		上
1830	樂世壽	仁壽	同		上
1831	韓全成	樂山	同		上
1832	伍明甯	仁壽	同		上
1833	范鶴齡	遂甯	同		上
1834	石安鈞	銅梁	同		上
1835	洪璧光	信陵	同		上
1836	楊雲彬	仁壽	同		上
1837	王茂林	崇甯	同		上
1838	劉昌言	秀山	同		上
1839	嚴其和	樂至	同		上
1840	藍吉武	蓬安	同		上
1841	陳友林	瀘縣	同		上
1842	周丕承	渠縣	同		上
1843	廖盈周	安岳	同		上
1844	曾思謀	資中	同		上
1845	周作霖	渠縣	同		上
1846	馮聲揚	長甯	同		上
1847	向繼周	仁壽	同		上
1848	劉燮良	仁壽	同		上
1849	羅明元	樂山	同		上
1850	金中鏗	杭縣	同		上
1851	陳席洲	仁壽	同		上
1852	李惠生	合江	同		上
1853	陳　翔		同		上
1854	胡樹柟	金華	同		上
1855	葛嘉韓	溧水	同		上
1856	胡化民	桐城	同		上
1857	趙鶴鳴	中江	同		上
1858	黃載錫	資陽	同		上
1859	宣鳳瑞	諸暨	陸軍第	79	師
1860	鄭　重	屏南	第	107	站院
1861	陳子雲	平潭	同		上
1862	范時謙	新建	同		上
1863	李　桴	濟甯	同		上
1864	吳本建	連江	同		上
1865	王安生	瑞安	同		上
1866	易伯唐	雩都	同		上
1867	黃燕慈	中壩	同		上
1868	蔡連生	杭縣	同		上
1869	傅仲達	諸暨	同		上
1870	陳淵泉	龍溪	同		上
1871	許懋德	無錫	常山衛生院		
1872	錢組彝	嵊縣	第14兵站醫院		
1873	汪四維	金華	同		上
1874	周培根	宵山	同		上

1875	林	覺	候	瑞安	同 上
1876	趙	湯	良	諸暨	同 上
1877	陳		葆	瑞安	同 上
1878	吳	鴻	高	紹興	同 上
1879	鮑	行	東	餘杭	同 上
1880	王	君	彥	杭州	同 上
1881	段	尙	志	保定	同 上
1882	呂	先	岳	嵊縣	同 上
1883	闕		勇	鳳陽	同 上
1884	馬	鶴	松	溧陽	同 上
1885	蔣	公	衡	諸暨	同 上
1886	程		憶	永康	同 上
1887	謝	養	民	閩清	同 上
1888	蔡	樂	天	無錫	同 上
1889	邱	玉	泉	清苑	第 163 站院
1890	楊	祖	炯	浦江	第 4 防疫分隊
1891	邵	式	南	懷甯	同 上
1892	馬	子	良	石家莊	同 上
1893	陳	少	鴻	天台	同 上
1894	牟	維	康	黃巖	同 上
1895	程	博	寰	大興	同 上
1896	楊	又	峯	浦江	同 上
1897	毛		琪	義烏	第 91 站院
1898	吳	雲	瞻	歙縣	同 上
1899	吳	維	良	紹興	同 上
1900	周	長	麐	銅山	同 上
1901	王	樟	茂		同 上
1902	郭	玉	純	蘭谿	陸軍新 20 師
1903	龔	國	楨	合肥	同 上
1904	江	宗	泰	莆田	同 上
1905	江	世	濤	義烏	同 上
1906	黃	美	法	黃巖	同 上
1907	凌		因	江山	同 上
1908	王	亞	治	龍游	同 上
1909	黃	華	森	黃巖	同 上
1910	劉	濬	源	永安	同 上
1911	黃	德	礎	古田	同 上
1912	葉	崇	琳	閩候	同 上
1913	蔡	奮	經	福清	同 上
1914	張	正	樂	諸暨	同 上
1915	王	平	中	南陽	同 上
1916	鄭		達	江山	同 上
1917	張	景	德	莆田	同 上
1918	吳	培	榮	開化	同 上
1919	詹	兆	鴻	莆田	同 上
1920	曹	銳	甫	鳳陽	同 上
1921	林	貞	文	龍溪	同 上
1922	柏	竹	賢	合肥	同 上
1923	楊	士	林	黃巖	同 上
1924	劉	德	根	麻城	同 上
1925	江	志	遠	義烏	同 上
1926	尤	徐	林	仙遊	同 上
1927	許	平	如	莆田	同 上
1928	蔡	金	喜	仙遊	同 上
1829	陳	蘇	邦	閩清	同 上
1930	周	冠	羣	阜陽	同 上
1931	陳	修	新	晉江	同 上
1932	洪	炳	文	黃梅	同 上
1933	靳	經	武	清苑	同 上
1934	朱	同	春	江甯	同 上
1935	張	松	齡	宿縣	同 上
1936	王	元	樹	霞浦	同 上
1937	劉	道	南	孝感	同 上
1938	張		霖	嘉興	同 上
1939	周	振	標		同 上
1940	馬	庚	照	諸暨	同 上
1941	郁	益	志	上海	同 上
1942	劉	文	坤	閩候	同 上
1943	傅	堯	俞	東陽	同 上
1944	林	鳴	鳳	莆田	同 上
1945	曹	征	平	永定	同 上
1946	游	永	俊	閩候	同 上
1947	楊	祥	藩	閩候	同 上
1948	徐	先	青	定海	第 10 站院

1949	張孫遠	孝威	同	上	
1950	陳正元		同	上	
1951	包	全	同	上	
1952	丁良任	雩都	同	上	
1953	唐慶同	蘭谿	同	上	
1954	屠人傑	吳興	同	上	
1955	盧	鈺	同	上	
1956	李俊齡	東明	同	上	
1957	王國安	紹興	同	上	
1958	徐國樑	衢縣	同	上	
1959	莊育成	海甯	同	上	
1960	蔣克承	金華	同	上	
1961	林更益	黃岡	陸軍第 62 師		
1962	張久成	諸暨	25集團軍總部		
1963	汪紹甯	甯波	同	上	
1964	吳冠南	天台	同	上	
1965	王希康	嘉興	第 43 收容所		
1966	林旭如	京山	同	上	
1967	何覺民	金壇	同	上	
1968	王資道		第 107 站院		
1969	黃知萍	龍川	第 200 後院		
1970	汪禹浪	貴溪	同	上	
1971	丁柏良	溧水	同	上	
1972	蔡志廉	南通	同	上	
1973	湯士舜	諸暨	同	上	
1974	陳慶麟	宿遷	同	上	
1975	張競誠	盧江	同	上	
1976	黃春麐	龍川	同	上	
1977	周和陽	臨川	同	上	
1978	戴友賢	莆田	同	上	
1979	林明照	江浦	同	上	
1981	葉榮迪	松陽	同	上	
1981	何聞晉	萍鄉	同	上	
1982	張炳熙	餘江	同	上	
1983	璩耀光	江山	同	上	
1984	王志廉	蕭縣	同	上	
1985	鄭復蘇	溫嶺	陸軍第 28 軍		
1986	胡湘榮	湘潭	同	上	
1987	劉雲鵬	茶陵	游擊總指揮部		
1988	楊伯揆	漢壽	同	上	
1989	曹雲滄	益陽	同	上	
1990	蔣光伯	南通	同	上	
1991	鍾鏡清	新化	同	上	
1992	張德仁	永州	同	上	
1993	王繼勳	萍鄉	同	上	
1994	吳新國	江山	同	上	
1995	俞志淵	黃巖	同	上	
1996	陳振德	溫嶺	陸軍第 28 軍		
1997	王孟義	醴陵	同	上	
1998	劉振湘	醴陵	同	上	
1999	張文象	長沙	同	上	
2000	劉	亮	長沙	同	上
2001	葛其亨	上杭	同	上	
2002	楊明山	會同	同	上	
2003	尹金山	湘鄉	同	上	
2004	劉	一	萍鄉	同	上
2005	顏守愚	湘陰	同	上	
2006	屈世興	湘鄉	同	上	
2007	李	杰	湘鄉	同	上
2008	黃明琪	湘潭	同	上	
2009	朱瑞慶	奉化	同	上	
2010	張濟黎	東阿	陸軍 25 軍		
2011	萬英譚	南昌	同	上	
2012	劉筱民	萍鄉	同	上	
2013	孫	斌	崇仁	同	上
2014	孫春蘭	奉化	同	上	
2015	吳思源	龍游	同	上	
2016	戚如鏡	餘姚	同	上	
2017	黃振武	平陽	同	上	
2018	陳桐潤	杭縣	同	上	
2019	徐梓楠	建德	兵站衛生處		
2020	江晦鳴	旌德	同	上	
2021	董志沂	義烏	同	上	
2022	宋思瑾	松陽	同	上	

2023	李季揚	天津	同	上
2024	劉士弘	渭南	同	上
2025	方懋	建德	同	上
2026	劉麗昌	靖江	同	上
2027	王迪	紹興	獨立工兵15營	
3028	邵啓昌	南海	第33收容所	
2029	李子修	開封	同	上
2030	張子偉	壽縣	同	上
2031	湯獲麟	宿縣	同	上
2032	黃雪航	南昌	同	上
2033	劉効仁	北平	同	上
2034	邵啓生	南海	同	上
2035	沈光	龍泉	龍泉縣國民兵團	
2036	沈鈞	常熟	第2站院	
2037	倪光遠		第1重傷醫院	
2038	何凱增	江陰	第2防疫大隊	
2039	應家驥	定海	同	上
2040	朱廣遠	滕縣	同	上
2041	陳德成	黃巖	第22後院	
2042	竺誠鈞	奉化	同	上
2043	黃昌宏	金華	同	上
2044	黃昌吉	金華	同	上
2045	葉鹿林	龍游	同	上
2046	黃昌遠	金華	同	上
2047	石純武	江都	同	上
2048	嚴人鑑	金華	同	上
2049	朱增美	金華	同	上
2050	王守詮	金華	同	上
2051	杜寶昌	衢縣	同	上
2052	沈英	湘鄉	同	上
2053	張雲斐	黃巖	同	上
2054	陳忠銀	義烏	同	上
2055	戴毓祥	德清	同	上
2056	吳綏機	金華	區	上
2057	丁蘭芸	義烏	同	上
2058	許清龍	泉州	獨立工兵第1團	
2059	陸海	江甯	同	上
2060	陳爲民	晉江	同	上
2061	張辰輝	永嘉	同	上
2062	陳耀光	江甯	同	上
2063	郭宗曜	麻城	區	上
2064	汪震	金華	同	上
2065	林哲生	寶山	同	上
2066	楊和忠	江甯	同	上
2067	郝恂如	淮安	同	上
2068	鄭震宇	閩清	同	上
2069	陳正恆	城固	25軍司令部	
2070	申紹卿	永年	同	上
2071	程志遠	新野	同	上
2072	王召棠	慶雲	同	上
2073	劉錫麟	嵊縣	同	上
2074	齊克賢	北平	同	上
2075	王兆斌	漢陽	同	上
2076	馮永建	中江	同	上
2077	周子華	銅梁	同	上
2078	楊天成	納溪	同	上
2079	楊沛霖	溫江	同	上
2080	賴榮昌	建德	同	上
2081	劉明義	萍鄉	同	上
2082	汪寶恩	常山	同	上

附啟：

(1)會員如有更動地址，務請分函通知本會及原服務機關，以便會員與本會間，保持聯絡！

(2)一部份會員籍貫，因登記表漏失，暫闕。

勘誤：

第12頁順數第20行第797號會員"袁組亞"，應改爲袁組亞。

民生藥廠出品

"民生"沸孛隆
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

本品爲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%樟腦食鹽水溶液强心功效極爲確實主治——虛脫暴死猝倒肺炎肺水腫及一切樟腦之適應症

"民生"奥克疔
OXYTIN

本品以最純粹之養化錫爲基體製成之灰色或藍灰色粉末經密檢查極無毒質爲避免外科開刀療法或開刀時之內服劑

"民生"癢可散
JUCKUSAN

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

"民生"脫離怕淋
TRYPALIN

本品係强力殺菌絕無副作用之黃色素注射液主治——急慢淋濁尿道炎膀胱炎睪丸炎及其化濃性疾患

上海發行所——上海九江路五四一號
總經理處——同春大藥房各分行

●甯波●金華●

四明大藥房

◉新藥血清◉化學用品

◉監製良藥◉醫科器械

◉工業原料◉專配處方

▲甯波中山東路

電話・一三二號・二一七五號・

電報掛號・零一三二・

▲金華四牌坊

軍醫雜誌徵稿簡約

(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，評論、譯著、與介紹
2. 軍醫問題之究討
3. 戰時各地衛生動態
4. 軍醫生活之實錄與素描
5. 醫學書報之批判與介紹。

(二)來稿內容及文筆，力求新穎切實。

(三)譯作請註明原文題目，著者姓名，出版日期，及出版處。

(四)來稿不拘文體，段落請加標點！

(五)來稿繕寫務請橫行清楚，尤以原文須特別注意，並希祇寫一面，以便排印；如糢糊不易辨明者，雖有佳作，祇得割愛。附有插圖，亦請明晰（勿用鉛筆）。

(六)一稿數投之作品，請勿惠賜。

(七)本刊對來稿有删改權；但如投稿人不願删改者，則須預先聲明。凡不登載稿件，概不發還，否則，須先聲明，并附足郵資。

(八)稿末請註明眞姓名地址，以便通信，揭載時筆名聽便。

(九)本刊爲歡迎非會員投稿起見，於來稿揭載後，酬贈本刊。

(十)來稿請寄上饒長官部衛生處收轉。

軍醫雜誌第三期：中華民國三十年四月出版

編輯兼出版者：第三戰區軍醫學術研究會

通訊處：第三戰區長官司令部衛生處

歡迎介紹！　歡迎批評！　歡迎投稿！

非會員概不訂購，　贊助者請先入會！