

教育部醫學教育委員會審定

急慢性傳染病學

中 冊

陳 方 之 著

商務印書館印行

中国书画函授大学肇庆分校

素描静物范画

十 册

肇庆分校

中国书画函授大学肇庆分校

教育部醫學教育委員會審定

急慢性傳染病學

中 冊

陳 方 之 著

商務印書館印行

中華民國三十二年六月初版

急性傳染病學 中冊

(96036中渝粉)

渝版粉報紙

定價國幣貳元貳角

印刷地點外另加運費

著 者

陳 方 之

發 行 人

王 雲 五

印 刷 所

商務印書館

發 行 所

商務印書館

目 錄

第十一篇 癩	129
(一)病名	129
(二)病史	129
(三)病原	130
(四)病理	131
(五)病證	133
(六)診斷及預防	135
(七)醫法	135
(八)豫防法	136
[附]舊醫學之回顧	137
第十二篇 結核	140
(一)病名	140
(二)病史	140
(三)病原	141
(四)病理	145
(五)病證	151
(六)診斷	169
(七)豫後	171
(八)醫法	172
(九)豫防法	177
[附]舊醫學之回顧	178
第十三篇 霍亂	182
(一)病名	182
(二)病史	182
(三)病原	183
(四)病理	184
(五)病證	186
(六)診斷	187
(七)豫後	188

急慢性傳染病學

(八)醫法	188
(九)豫防法	192
[附]舊醫學之回顧	193
第十四篇 地中海熱	196
(一)病名	196
(二)病史	196
(三)病原	196
(四)病理	196
(五)病證	197
(六)診斷及豫後	197
第十五篇 流行性腦脊髓膜炎	198
(一)病名	198
(二)病史	198
(三)病原	199
(四)病理	200
(五)病證	201
(六)診斷	203
(七)豫後	204
(八)醫法	204
[附]舊醫學之回顧	206
第十六篇 真性肺炎	207
(一)病名	207
(二)病原	208
(三)病理	209
(四)病證	211
(A)證候經過總述	211
(B)各種證候分述	211
(C)經過異常別述	214
(五)診斷	215
(六)豫後	216
(七)醫法	216

172	[附]舊醫學之回顧	217
173	第十七篇 丹毒	217
174	(一)病名	217
175	(二)病史	218
176	(三)病原	218
177	(四)病理	219
178	(五)病證	220
179	(六)診斷及豫後	222
180	(七)醫法	222
181	[附]舊醫學之回顧	223
182	第十八篇 敗血病	223
183	(一)病名	223
184	(二)病原	224
185	(三)病理	224
186	(四)病證	225
187	(五)診斷	227
188	(六)豫後	227
189	(七)醫法	227
190	第十九篇 猩紅熱	230
191	(一)病名	230
192	(二)病史	230
193	(三)病原	230
194	(四)病理	231
195	(五)病證	232
196	(A)證候經過總述	232
197	(B)各種證候詳述	233
198	(C)異常經過	236
199	(D)證候統計	237
200	(六)診斷	239
201	(七)豫後	241
202	(八)醫法	242

[附]舊醫學之回顧	243
第二十篇 淋病	247
(一)病名	247
(二)病史	247
(三)病原	248
(四)病理	248
(五)病證	249
(六)診斷	251
(七)豫後	251
(八)醫法	251
(九)豫防法	251
[附]舊醫學之回顧	252
第二十一篇 放射線狀菌病	253
(一)病名	253
(二)病史	253
(三)病原	254
(四)病理	254
(五)病證	255
(六)診斷	255
(七)豫後	255
(八)醫法	255
[附]舊醫無可考證	255
第二十二篇 黃疸出血性螺旋蟲病	253
(一)病名	253
(二)病原	256
(三)病理	257
(四)病證	258
(五)診斷	259
(六)豫後	260
(七)醫法	260
(八)豫防法	261

【附】舊醫學之回顧.....	261
第二十三篇 回歸熱.....	262
(一)病名.....	262
(二)病史.....	263
(三)病原.....	263
(四)病理.....	263
(五)病證.....	264
(六)診斷.....	265
(七)豫後.....	265
(八)醫法.....	266
(九)豫防法.....	266
第二十四篇 鼠咬病.....	266
(一)病名.....	266
(二)病原.....	266
(三)病理.....	267
(四)病證.....	267
(五)診斷.....	267
(六)醫法.....	267

急慢性傳染病學

中 冊

第十一篇 癩 (Lepra)

(一) 病名

歐文的 Lepra, 乃自阿拉伯傳來的希臘字; 德文譯作 Aussetz, 爲造成皮膚粗糙之意。現今英美德法均用原文 Lepra, 已成為世界通用的病名了。其別名有呼作 Elephantiasis Graecorum 者, 卽希臘象皮病之意。

中文的癩字, 出於東晉葛稚川肘後方; 晉以前稱作瘡, 或作癩風; 素問靈樞, 均載癩風之名。史記豫讓漆身爲癩, 唐司馬氏索隱云: 「癩卽癩, 厲賴同音。」可知癩字爲古代瘡字的變音。唐初千金方, 又稱作惡疾大風; 至南宋朱丹溪心法中, 始見大麻風之名; 現今閩廣一帶, 多以麻風呼之。

(二) 病史

癩病起於何時, 各國的歷史, 均不甚明瞭; 惟均爲古代典籍所已記載, 則大體相同。

歐洲的學者, 主張本病起源於印度埃及, 故佛書道行般若經, 有瘡癩明文; 據 Manro 氏之說, 癩病從 Hebrar 人傳到埃及, 於紀元百年前, 由 Bomber 軍隊的媒介, 傳到意大利, 再自意傳播及於全歐洲。耶穌聖經中, 早提及癩病的苦惱; 紀元 636 年, 意大利已有癩病院的設立, 789 年卡兒大帝制定法律, 禁止癩病人結婚, 蓋早已重視癩病的禍害, 而講究豫防方法了。

自 1830 年設立癩部落 (Leproserie) 以後, 癩病人已逐漸減少, 至 1904 年, 總病人數, 已病 2833 人減至 954 人; 豫計到西歷 1925 年, 癩病今已絕迹於拿威; 這是豫防政績最上等的。

癩菌於 1872 年爲拿威人 Hansen 氏所發明；於 1879 年爲微菌大家 Neisser 氏所追證。

大楓子油的誘導體 Ethylester, 爲比較的有效良藥, 且其副作用較少, 乃美醫 Dean 氏於 1920 年所發明。1932 年 Deyche 氏從癩結節培養分岐菌, 作成中性脂肪, 叫作 Nastin, 亦頗有效。

(三)病原

癩菌, 自 Neisser 氏追證以後, 尙無一人能成功其純培養; 故其免疫及動物試驗, 均未曾闡明; 嚴格言之, 尙不能完全確定。惟於癩結節的組織中, 得以窺知其狀態; 其菌細長如桿, 闊 0.3 E, 長 5 E; 無運動性, 不形成芽胞, 處處聚集, 狀如木排 (如圖一)。其染色爲抗酸性 (如圖一), Ziehl 氏液最能明染, Gram 液呈暗青色, 故其性可稱爲極似結核菌。純培養及動物試驗的報告雖多, 究其實際, 尙無一次成功; 而現今全世界學者均能承認 Hansen 氏菌者, 根據下列病理解剖學上見地罷了:

(1) 凡皮膚斑紋癩之新者, 均有本菌。

(2) 皮膚粘膜的結節, 無論其爲已成或未成潰瘍者, 均見本菌極多 (如圖三舌粘膜)。

(3) 神經癩時, 其中樞細胞中, 常見有本菌充滿 (如圖四); 而未稍神經亦同。

(4) 病的後期, 除肝脾睪丸必能證明多數本菌外, 各臟腑亦能見有本菌散在 (如圖一脾組織內)。

此種解剖所見, 其明示原因的關係顯而易見; 是以無待其純培養之成, 免疫之明, 動物之人工致病, 已衆口一辭, 承認其爲唯一的病原體了。

以下將各學者報告, 簡錄以示大概, 雖研究尙未能成功, 聊足以窺見其傾向。

(甲) 培養試驗諸報告, 有 Wollbach 氏的總評如下 (見 Jour. Med. Res, 1914):

(1) 抗酸性色素形成菌 (Acid-fast Chromogenic Bacilli.)

此類分離最困難, 然於分離之後, 發育頗良, 37°C 培養最宜, 發育面帶濕性, 黃色乃至黃褐色。單個菌體, 含有異染色質粒, 抗酸程度比結核菌弱; 接種於白鼠及猿, 能引起癩結節同樣的菌變, 故這一類爲最有望。

原书缺页

原书缺页

之，因間質結締質增殖，而細精管不明，常見無數癩菌。

(7) 淋巴腺 其形狀大小硬度，並不著變，然在顯微鏡下所見，其組織多細胞浸潤及癩小結節，並見很多癩菌。菌的出現率，各處淋巴腺不同，據 Kobagash 氏報告：檢查例 65；肘腋腋下腺 75%，股腺 72%，頸腺鼠蹊腺 70%，而後腹壁腺只 24%，腸間膜氣管腺只 15%。

(五) 病證

本病的潛伏期，或說三五年，或說十餘年，尙難於確定，大概在三年到十年之間。十歲以內的小兒，發病例極鮮，青春期最多，壯年以後，則亦漸少，其理由亦未明。男女之別，男為 75%，女為 25%，有顯著差異，其理由更未明。（其他慢性病如結核梅毒等，均男女大體相等。）

本病的分類法，各家意見不同；Hansen 氏只分作結節癩麻痺癩兩種，而將斑紋癩算入於神經癩之中，土肥氏亦同；Danielssen 氏分作三種，那兩種以外，加入混合型，然而為臨證之便利起見，則不如就其證候的表現，而分作結節癩，斑紋癩，神經癩三種之為易於敘述，下照這法分述之。

(1) 結節癩 (*Lepa tuberosa* od. *Kuo enlepa*.)

先從身體諸處的皮膚發疹起；疹，初時紅色，後漸變紅褐色，境界分明，圓潤如繪；其好發部位，在顏面及四肢的伸側，往往左右相稱，叫作斑疹 (*Maculose Exanthem*)。這個斑疹，到了病勢進行時，浸潤增加，化作結節 (*Leprom* od. *Lepraknoten*)。同時附近的所屬淋巴腺，漸漸腫大，間或發丹毒同樣潮紅，而全身發熱；迨至潮熱消退後，附近又添新鮮的斑疹，而舊疹部位，早已失却知覺，痛感溫感均失，竟至完全麻痺。

面部的眉睫髭髻盡落，鼻梁扁平肥厚，口唇耳壳腫脹，而點點結節，突隆似釘，貌之奇醜，難以言語形容，特稱作獅子臉 (*Facies leontina* od. *Leontiasis* 如圖五)，兩時檢其鼻腔，往往已有潰瘍，而能發見癩菌；後且鼻骨穿孔，鼻梁陷落。其他結節，亦有化作潰瘍者，亦有潰瘍漸愈，而結締組織增殖者；結節所至，體無完膚；浸假而咽喉氣道，結節充盈，聲音嘶啞，呼吸迫促；浸假而膠脂組織，浸潤瀰漫，貧血瘦削，黯然而斃。

(2) 斑紋癩 (*Lepa maculosa*)

斑紋與斑疹不同，其形不正，或如地圖，或如匍行疹，中央萎縮，邊緣隆起 (如圖六)；漸次向周圍蔓延，部位不定，顏面四肢軀幹，周身皮膚，無所不至。其色暗褐者，叫作黑癩 (*Lepa nigra*)。間或失去色素，變成白色者，叫

作白癩 (Lepra alba)。斑紋的初期，往往疼痛瘙癢，知覺過敏，後始變為麻痺。

(3) 神經癩 (Lepra nervorum) 或曰麻痺癩 (Lepra anästhetica)

多從發熱神經痛起，這可叫作前驅證。其本證則如多發性神經炎，即頭痛，三叉神經痛，尺骨神經痛，腓骨神經痛等。繼且手指足趾，感覺漸失，營養障礙，肌肉萎縮，潰瘍壞疽外傷等，相繼而來，往往致指趾脫落，特叫作截斷癩 (Lepra mutilans)。手腕及第一指節，過度伸展，第二三指節，因而過度彎曲，呈一種畸形，叫作錨爪手 (Mainen griffe od. Klauenhand 如圖七)。其足則常生穿孔 (Malum perforans)，皮膚乾萎，失却發汗作用，形成水泡，或假性天泡瘡 (Penphigus leprosus)，毛髮脫落，爪甲變色。顏面肌若麻痺時，眼瞼下垂，淚管淌淚，成為麻痺性兔眼。

本病的經過甚長，十年二十年為常；病勢消長不一，有時停止，有時進行，有時突然發熱，新生斑紋硬結，浸潤水泡；蓋因癩菌侵入血行道之故，於此時檢血，往往能從血中證明癩菌，所以 Unna 氏以為癩結節之形成，乃癩菌充塞小血管，而小血管成為栓塞 (Embolie) 之故，是或一說。

初發證候及初發部位，臨證上甚關重要，茲就一千二百八十四例的統計 (Hayashi 氏)，譯錄於后，以供參考：

(1) 以斑紋發病者，計 493 例，為 38.4%，其部位如下。

(a) 下肢最多，計 47.5%，以大腿臀部足部為序。

(b) 上肢次之，計 30.9%，以前膊上膊肩胛手部為序。

(c) 顏面又次之，計 20.5%。

左右無大差異；其斑紋之色，紅 58.8% 白 28.8% 其他為灰褐色。

(2) 以知覺消失發病者，計 154 例，為 50.9%，其部位如下。

(a) 下肢最多，計 58.9%，以足部下腿膝部大腿臀部為序。

(b) 上肢次之，計 37.2%，以手指前膊肘部上膊肩胛部為序。

(c) 顏面最少，計 2.7%。

內生水泡者，計有 73 例，為 7.1%，下肢最多。

(3) 以其他知覺異常發病者，計 31 例，為 2.4%。

(4) 以運動神經障礙發病者，計 26 例，為 2.0%。

(5) 發病即有結節浸潤，而眉睫脫落者，計有 73 例，為 5.7%；以顏面

爲多。

(6) 以顏面的——過性腫脹發病者，計 7 例，爲 0.5%。

總計其初發部位的比例：下肢：上肢：顏面 = 3 : 2 : 1 從初發證候之斑紋或知覺消失出現時起算，到生結節浸潤，以至眉睫脫落爲止，其年數，以五年內爲最多，計 62.4%；五年以上的漸少，然亦有偶然到二十年以上的。

從結節浸潤的初發，到眉睫脫落的年數，以一二年爲多，無過四五年以上者。

發病年齡統計：

(a) 以斑紋及知覺異常發病者，十六歲至二十歲爲多。

(b) 以結節浸潤發病者，二十一歲至二十五歲爲多。

其他年齡發病者，不過極少數，可視爲例外。

(六) 診斷及豫後

諸證完備時，一見可知。初期時，若遇可疑的皮膚變化，應檢查該部位是否知覺消失；若遇可疑的知覺麻痺時，應檢查其末梢神經，是否肥厚，而皮膚是否有異狀。鼻鏡檢查，決不可少，若稍有可疑，應將鼻粘液及唾液檢查癩菌。其於梅毒性變化，往往難辨，不可不注意；而本病亦往往瓦氏反應陽性，更不可不注意。至於檢癩菌方法，因純培養未成，只能鑑別其形態，已如病原下述及。

用灰碘 (Kali jodati) 內服，往往癩病灶能起反應，有潮紅及灼熱之感，故可應用於早期診斷。有時或能用碘化鈉 (Natri jodati) 溶液注射於靜脈內，則其反應之出現更速。

至於豫後，可一言以蔽之曰，雖不急性喪命，絕對不良而已。

(七) 醫法

確實能根治有效的方法或藥品，尙無所聞。皮膚起變化時，可貼用軟膏，如 Resorcin, Ischythiol, Pyrogallussaure 等軟膏均常用。小結節有剔除 (Exkochleation) 腐蝕 (Kauterisation) 等法。又有理學治療法，如 X 光線太陽燈水銀石英燈等，均可一試。但上述之法，均爲一時性，根本上無效。

內服用大楓子油，(öl gynocardium od. chaulmoograöl) 及其誘導體，癩結節往往能吸收治愈，頗似特效；但須連用數年，醫師及病人，均須有耐心；肌肉內注射，效力較速，近且有靜脈注射劑，希其效力更著。於 1920 年，舊金山大學教授 Dean 氏曾分析大楓子油，製出大楓子油的 Ethylester，謂其

副作用少而效力大；且其所分析成分，融溶點各異，而融溶點低者尤良云。

近時 Deycke 氏從癩結節培養分枝菌 (*Streptotrix leproides*)，分離出中性脂肪，用以注射於病人，謂頗有效，其藥品叫作 Nastin；然尚未得世界學者的批評及贊同，故究其成績如何，尚未確定。

(八)預防法

要預防本病，除將病人隔絕於社會以外，別無再好的方法。從發見癩菌以後，知道本病能慢性的以人傳人，若將病人放任在社會裏，其身上的癩菌，何時傳搬到他人的身上去，難以捉摸，只有將所發現的病人，全數隔絕，方保得住安全了。西歷 1897 年第一次萬國防癩會議，會議決三項如下：

- (1) 凡有癩病的國家，為防遏其蔓延起見，應實施最良最嚴的隔離法。
- (2) 預防癩病的方法，依審查結果，以拿威制度為最良，其制度以發見、報告、監督、隔離為序；凡有自治能力的國民，應立即推行其制度。
- (3) 實行隔離病人的程序，應先諮詢醫學家，以議定適合於當地情形的法律，然後使行政長官執行之。

西歷 1909 年開第二次萬國防癩會議，又議決五項：

- (1) 癩，是人傳人的慢性傳染病，雖有寒帶不傳播之說，但不甚確，故無論何國，均須實行預防方法。
- (2) 隔離法已行於拿威德國瑞典等國，成績甚好，各國應立即仿行。
- (3) 癩病人所生的小孩，應生後急速分離，於醫師監督之下，撫養成人。
- (4) 癩病人的職業選擇，不得自由，更不得放任其自由乞食。
- (5) 癩病尚未發見特效藥，無論何國，應極獎勵其研究。

隔離法的效力，已可從統計上證明之。拿威於西歷 1877 年設立癩部落 (Leprosorie)，以實行隔離法以後，病人漸漸減少；照 Hansen 氏的統計，五十年以後，可以絕迹，是現在已經迹了。茲據 Kalle 氏微菌學書上所載之表，抄示於後。

年次	部落內	部落外	總數	新病數
1856年	235人	2598人	2833人	238人
1865年	772人	1910人	2382人	201人
1875年	623人	1499人	2122人	134人
1885年	522人	855人	1377人	71人
1890年	507人	447人	954人	10人