

## 第九部 性病(花柳病)

姚際唐譯述 梁俊青校訂

### 目 錄

|                     |        |
|---------------------|--------|
| 梅毒·····             | 第 1 頁  |
| 血清反應陰性的初期梅毒·····    | 第 1 頁  |
| 血清反應陽性的初期梅毒·····    | 第 1 頁  |
| 第二期梅毒·····          | 第 1 頁  |
| 潛伏性梅毒及晚期梅毒·····     | 第 14 頁 |
| 妊娠期梅毒·····          | 第 32 頁 |
| 先天性梅毒·····          | 第 33 頁 |
| 神經系統梅毒·····         | 第 41 頁 |
| 軟性下疳·····           | 第 54 頁 |
| 淋病·····             | 第 55 頁 |
| 性病的(或花柳性)淋巴肉芽腫····· | 第 56 頁 |
| 鼠蹊部肉芽腫·····         | 第 57 頁 |

# 梅毒

## Syphilis

### 初期及第二期梅毒

Robert L. Barton 氏療法

### 住院療法

#### 血清反應陰性的初期梅毒

用 8 萬單位結晶青黴素作肌內注射，每三小時一次，連續注射七日半，總劑量為四百八十萬單位。

#### 血清反應陽性的初期梅毒

用 8 萬單位結晶青黴素作肌內注射，每三小時注射一次，連續注射七天半，總劑量為四百八十萬單位；接着肌內注射鉍劑（Bismuth subsalicylate in oil）100 毫，每星期一次，連續 12 星期。

### 第二期梅毒

用 8 萬單位結晶青黴素作肌內注射，每三小時注射一次，連續注射七日半，總劑量為四百八十萬單位。繼則靜脈注射馬法散（Mapharsen），每週注射兩次，連續注射 12 週，總劑量為 60 毫；同時注射鉍劑，每週注射一次，劑量為 100 毫。

#### 復發性第二期梅毒

用 8 萬單位結晶青黴素作肌內注射，每三小時注射一次，連續注射七日半，總劑量為四百八十萬單位。青黴素注射終了後注射馬法散 12 星期，每星期二次，總劑量為 60 毫；並注射鉍劑每星期一次，總劑量為 100 毫。

### 門診療法

對完全不能接受住院治療的病人，則上面所述的住院治療的程序不易施行，可代以油製劑青黴素 60 萬單位而每日注射一次，連續 8 日。其餘的治療程序則仍照前述方式行之。

## 血清試驗

對於梅毒應當施行定量血清試驗一年，每隔一月一次。定量試驗的濃度價應當是逐漸減退。如果血清試驗之濃度價突然上昇，則常是治療失敗的指示，因為血清濃度價的再行上昇幾乎恆在臨床病徵復發之前發生。

## 腰椎穿刺術

腰椎穿刺術應當在治療的第一星期末舉行，而且腦脊液檢查要注意對於細胞計數，蛋白質總量，梅毒血清試驗及膠狀金質的曲線表。在沒有任何臨床的或血清的復發性時，腰椎穿刺術每間一年應當再施一次，但是如有發生臨床上的或血清學上的復發情形時，則腰椎穿刺術應當即時再做一次。

## W. Leifer 氏治療法

對於血清陰性第一期梅毒的診斷，須於治療之前有一次以上的血清試驗為陰性，而在治療前則須有陽性之暗視野檢查。又在治療開始的第四或第五天，必須再作血清試驗並且必須仍是陰性方足以證實診斷為血清陰性的初期梅毒。

## 門診治療法

下面的治療方法可為一般普通開業醫師門診時的指針：

普魯卡因青黴素要注射入臀部的肌肉中間，（不是皮下或靜脈內），注射的部位不需按摩而且病人的日常生活也不必加以限制。單獨日用量為 2cc.（60 萬單位），其連續注射日數如下：

血清陰性第一期梅毒：連續注射 8 日，其總劑量為四百八十萬單位。

血清陽性第一期梅毒：連續注射 12 日，其總劑量為七百二十萬單位。

第二期梅毒：連續注射 16 天，總劑量為九百六十萬單位。

早期復發性梅毒（包括一切有臨床徵候以及血清方面有復發性的梅毒症例）須注射 20 天，其總量為一千二百萬單位。倘有風疹塊或血管神經性水腫發生，則給以抗組織胺素（Antihistamin），（Benadryl, Pyribenzamine 或其他）口服。其所用劑量須足夠控制症狀以便完成治療的過程；普通每次需要 50 毫

Benadryl 或 Pyribenzamine, 每隔4小時一次, 日服4次, 但必要時可用較大份量。

### 治療後的觀察

一切病例, 在治療完了之後的第一年內, 每月應該檢查身體及血清試驗(最妥是定量檢查)一次。第二年內, 每三個月檢查一次; 此後每年檢查一次。治療後6個月到一年內須檢查脊髓液。如欲早期檢查, 則除非有特殊原因, 譬如臨床上或血清方面有復發情形。

### 復發

臨床上之所謂復發可能表現於各種不同的方式, 如 1. 傳染性, 粘膜表皮的復發, 及皮膚或粘膜之病變, 其暗視野檢驗為陽性; 2. 神經方面的復發, 如急性梅毒腦膜炎, 視神經炎; 3. 眼部的復發虹膜睫狀體炎; 4. 骨的復發症如骨髓炎; 5. 肝的復發如肝炎及黃疸症。

至於無症狀的神經性梅毒則或為復發性的一種或為治療上的失敗。當然, 在檢查脊液時也會診斷出來的。

血清學上的復發很難下準確定義。總之, 若其定量血清試驗的濃度價在起初已表示出降落的趨勢, 其後忽又上昇, 或則反應已經成為陰性又復成為陽性; 這些都可以說是血清反應方面之復發症例。例如早期梅毒於青黴素治療之後的3到9個月內, 往往發生這種復發性。當然, 定量血清試驗的一次濃度價增高不足以構成理由診斷為血清學上的復發。因濃度價的輕微波動可以自然地發生, 又可能因為不同的試驗室的技術, 或則因為中間性的病症 (intercurrent disease) 而造成濃度價在生物學上的假性上昇。如為真正的血清學上的復發, 則濃度價試驗必定會顯示出有繼續上昇的濃度價而維持着數星期的期間, 並且很少或不再降為陰性的。

復發症的治療: 假使遇到臨床上的復發, 那末馬上就要對症下藥並且同時要顧及到無症狀的神經性梅毒。倘若遇到血清復發症, 則治療要延擱直至診斷決定後方可如前段最後所述者治之。血清復發症往往為臨床復發症的先鋒, 當血清復發症有可能性時, 其血清試驗應當每星期施行一次。至於臨床復發症的症象, 我人亦應每次加以很詳細的檢查。

### 砷(砒)和銻劑的治療

早期梅毒有幾種常見的情況。對於這些情況, 我們主張用氧化砷和銻劑治

療。茲分述如次：

1. 因為嚴重而不能控制的梅毒症例往往是不能用青黴素治療的。2. 那些個別的對於青黴素有抵抗力的人（我從來沒有見過這種實例，僅只聽到報告）。3. 施用過第二青黴素治療程以後而無效的個別患者。例如，血清診斷為陰性的初期梅毒患者在其用過四百八十萬單位治療程後如不見效，那末如果用了1200萬單位去治療其第一次的復發也會失效。所以在第二次復發時我們除了重複用1200萬單位青黴素外，跟着在26星期內也要施用氧化砷和鉍劑的療法。茲列表如下：

| 星 期   | 二氯化砷鹽酸製劑(馬法散)   | 次 柳 酸 鉍 劑      |
|-------|-----------------|----------------|
| 1—5   | 每次68毫作靜脈注射每星期二次 | 0.2 克肌內注射每星期一次 |
| 6—10  | 每次68毫作靜脈注射每星期二次 | 無              |
| 11—16 | 無               | 0.2 克肌內注射每星期一次 |
| 17—21 | 每次68毫作靜脈注射每星期二次 | 無              |
| 22—26 | 每次68毫作靜脈注射每星期二次 | 0.2 克肌內注射每星期一次 |
| 總 數   | 靜脈注射40次         | 肌內注射16次        |

## 嬰兒之後天性梅毒 (Infantile acquired Syphilis)

凡出生後染梅毒及證明有下疳和第二期梅毒症狀的嬰兒，都屬於此類嬰兒之後天性梅毒。

### Roger J. Burkhart 氏療法

據我所知，現代常規的治療梅毒（一切典型的療法）除了那些很少數的不能接受青黴素的患者以外，絕少有用任何一種砷劑的。

1. 體重在30磅以下的嬰兒。療法A.：含青黴素鈉二萬五千單位的1cc 當量鹽水，每3小時注射一次，共注射72次，總量為一百八十萬單位。療法B.：普魯卡因青黴素水劑，30 萬單位，每天注射一次，連續十天，總量為3 百萬單位。

2. 超過30 磅體重的小孩。用普魯卡因青黴素水劑，每次肌內注射60萬單位，連續10天，總量為6百萬單位。

3. 已有中樞神經系統之現象：凡4歲以下的兒童，不問是屬於何種梅毒，皆用普魯卡因青黴素水溶劑，每次肌內注射60萬單位，每日一次，連續30日，總量為一千八百萬單位。

## David B. Morgan 氏療法

第一期，第二期皮膚或粘膜症候，或屢次作定量血清試驗（柯梅氏及康氏試驗Kolmer and Kahn）皆為陽性反應之病者。

### 起初的治療

用溶化於生理食鹽水中的結晶青黴素。至其所用劑量則照劑量表格內所示（見本章第八頁），即年齡在兩歲以下所用者。

### 治療後的觀察療

（1）連續施行血清試驗（柯梅氏及康氏）每兩月一次，為期一年。以後每年檢驗血清反應一次，為期至少5年。

（2）倘康氏定量血清試驗量為20或較高單位，或柯梅氏為32或較高單位，則在完成治療以後的四閱月中（或稍遲）重複施用上述治療治程並且同樣繼續再作血清反應檢查。

（3）脊髓液試驗（包括各種試驗，如白血球數，蛋白質總量，瓦氏試驗及膠狀金質曲線表試驗）於開始治療治程之後的6個月中舉行。

倘若脊髓液顯示有脊髓癆症（*Tabes*）或脊髓癆性麻痺或不全性麻痺者，則採用下述療法：

起初的治療：採用結晶青黴素照上述的開始治療法去注射。

復驗脊髓液：（1）如果於第6個月的脊髓液試驗還是陽性，則給以（2）人工瘧疾療法；其發熱時間約為40小時，且肛門熱度應超過華氏（F） $101^{\circ}$ 以上，（參看本章第12頁所述的治療技術）（3）結晶青黴素須化於生理食鹽水中，伴隨第一次的人工瘧疾熱（參看本章第八頁嬰兒劑量表）注射。

重複檢查脊髓液。

（1）於6個月內復驗脊髓液。倘若為陽性，則給以（2）10次熱浴治程（參看11頁所述的熱度技術），（3）並以結晶青黴素溶於生理食鹽水為其注射。

於6個月內再度檢查脊髓液；(1)檢查結果倘若為陽性，則繼續用熱浴法並注射青黴素如上述，直至脊髓液變為陰性為止。(2)當於12個月內復驗脊髓液是否仍為陰性。若於12個月以後檢查仍為陰性則除非體格上和症狀上有象徵顯露，否則就不必要再驗了。

### 腦膜血管性神經梅毒（中區膠性金質曲線）

開始的治療：用溶於生理食鹽水的結晶青黴素依照劑量圖表注射。其開始劑量應如下表：

|       |         |       |          |
|-------|---------|-------|----------|
| 第一次劑量 | 500單位   | 第四次劑量 | 3,000單位  |
| 第二次劑量 | 1,000單位 | 第五次劑量 | 5,000單位  |
| 第三次劑量 | 2,000單位 | 第六次劑量 | 10,000單位 |

此後所有劑量每次皆為10,000單位，但其總量則依照體重而分配之。

#### 重行檢查脊髓液：

(1)6個月內重行檢查脊髓液。倘若仍為陽性，則給以第二個治療的結晶青黴素同上述一樣。(2)等到經過6個月後再檢查脊髓液。倘使仍為陽性，則(3)給以一個治療的十次熱浴（參看本章第11頁熱浴技術）並且(4)給以一個同樣的結晶青黴素治療與熱浴同時舉行。

#### 重行檢查脊髓液。

(1)於6個月內作脊髓液檢查。如仍是陽性，則(2)施行人工瘧疾，讓病人有40小時的高熱；在肛門測量時其體溫應超過華氏104度，(3)給以第四個治療的結晶青黴素，即配合着第一個瘧疾寒熱發生時開始注射。(4)至於更進一步的再行檢查脊髓液，則應當是一年一次，共需十年。倘使根據血清學上或體格上或中樞神經的症狀上的發現而認為有必要時，可再給與同樣的熱浴及青黴素治療。

### 視神經萎縮

此症絕少見於嬰兒的後天性梅毒。

### 內臟梅毒（肝、脾及腎）

(1)使用溶於生理食鹽水的結晶青黴素，依照劑量圖表注射。但開始時要用小的劑量，因為要在腦膜血管神經梅毒之下要避免雅利赫氏(Jarisch-Herxheimer)反應的發生。

(2) 於4個月內再作定量血清試驗(瓦氏和康氏)。倘若其濃度價(Titer)為康氏單位20以上或柯梅氏單位32以上,則給:

(3) 一個同樣的結晶青黴素治程,但其全部總量可分成為10000單位劑量,而每3小時肌內注射一次。

(4) 倘使在4個月以上仍無血清的或臨床的進步,則給以:

(5) 次柳酸鉍(Bismuth subsalicylate),作肌內注射,每星期一次,總共為20星期,並且要服:

(6) 碘化鉀,飯後口服,(請看劑量表)。

(7) 此後每間隔6個月檢查血清一次。至於任何進一步的青黴素,碘和鉍的治療程,則須取決於血清及體格的檢驗結果。

(8) 最後,若血清試驗已呈陰性,則每年僅須檢查血清及體格一次,但至少共須有5年之久。

### 胃腸消化器、肺、膀胱及內分泌器官的梅毒

(1) 宜採用溶於生理食鹽水的結晶青黴素(依照劑量表),每次劑量為1000單位而按照總劑量平均分配之。

(2) 於4個月內重行檢查定量血液(瓦氏和康氏)。倘其濃度價為20以上的康氏單位或32以上的柯梅氏單位,則給以:

(3) 第二個結晶青黴素的治程如上述。

(4) 於4個月內重行檢查血清。倘其濃度價仍是在以前的單位以上,則給以:

(5) 二氯化砷鹽酸製劑,靜脈注射,每星期一次,總共10星期。跟着就用:

(6) 次柳酸鉍劑,作肌內注射,亦為每星期一次,為期共10星期。

(7) 於3—6個月內進一步作血清試驗,體格檢查,X-光檢查。至於進一步的青黴素及二氯化砷鹽酸製劑以及鉍劑的治療,則在認為必要時,亦可給與,且須繼續施行直到一切現象正常時為止。

(8) 以後,每年舉行血清試驗,體格檢查及X-光攝影一次,且須最少施行五年,以便決定是否需要繼續治療。

### 骨和關節梅毒

(1) 按照劑量表給以溶於生理食鹽水的結晶青黴素而按照總劑量分成每

次10000單位的劑量注射之。

(2) 四個月後重行瓦氏和康氏定量血清試驗。倘若濃度量為20以上的康氏或32以上的柯梅氏單位或X-光照片上若有重要改變，則給以：

(3) 第二個溶於生理食鹽水的結晶青黴素療程。

(4) 若於4個月以上的期限內重行檢查而仍為陽性者（按第二項標準），則給以：

(5) 一個10次熱浴的療程（參看熱浴技術於後）並用

(6) 一個第三次的結晶青黴素療程。

(7) 於6個月後重行檢查血液。倘若濃度價仍如上述第二項所示的一樣或其X-光現象仍少進步，則須

(8) 山靜脈移植種人工蟻疾，使病人有40小時的而且超過104度華氏表的（在肛門內測量的）體溫。並且

(9) 當第一次蟻疾寒熱發生的時候，即開始用第4個結晶青黴素療程。

(10) 以後，應當每隔半年到一年作進一步的檢查X-光照片及血清。必要時，須再用青黴素療程或作10星期的馬法散（Mapharsen）及次柳酸鉍的輪流療程。

(11) 如果醫治至此時已發現病者的血清是陰性的，那末也應當在每年覆查一次，直到嬰兒年齡到達五歲為止。

### 心臟血管性梅毒

心臟血管性梅毒的治療將不在此處述敘，因為此症是很少遇見於嬰兒後天性梅毒症例中。

### 用於治療嬰兒梅毒的普通藥量表

青黴素，（肌肉注射）

(1) 用每10cc含10萬單位而溶化於生理鹽水的青黴素溶液：

a. 年齡在兩歲以下的小孩：按照每磅體重計算的總劑量為十萬單位。每次用一萬到一萬五千單位，每三小時一次，連續注射14日。

b. 年齡從2—7歲：按照每磅體重計算的總劑量為七萬單位；每次用二萬至四萬單位，每三小時一次，連續注射14日。

c. 年齡從7—16歲：給與每磅體重總劑量5萬單位。其每次劑量用五至十萬

單位，每三小時一次，連續注射14日。但總劑量不得超過六百萬單位。

(2) 普魯卡因青黴素 (每1cc 含三十萬單位)

a. 年齡在2歲以下者不可用。

b. 年齡從2—7歲：按每磅體重十萬單位計算，每次用10—30萬單位，每日一次，為期十四日。

c. 年齡從7—16歲，總量為每磅體重七萬單位，每次用20—60萬單位，每日一次，為期共十四日。

二氯化砷鹽酸製劑即馬法散 (須在30秒鐘內靜脈注射完畢)

| 年 齡    | 克     | cc.(蒸溜水) |
|--------|-------|----------|
| 1歲以下   | 0.005 | 1.00     |
| 1—2歲   | 0.01  | 2.25     |
| 2—6歲   | 0.020 | 4.50     |
| 6—12歲  | 0.030 | 6.75     |
| 12—16歲 | 0.045 | 10.00    |

(為了容易配合上述劑量起見，可將 0.045 的馬法散溶於 10 cc.的三度蒸溜水內配製使用)

屈利怕殺梅 (Tryparsamide) (在一至二分鐘內靜脈注射完畢)

| 年 齡    | 克         | cc 蒸溜水 |
|--------|-----------|--------|
| 2—6歲   | 0.25—0.50 | 5.00   |
| 6—12歲  | 0.75      | 7.50   |
| 12—16歲 | 1.00      | 10.00  |

(為了便於配合上述劑量起見，可將 1.00 克的安蘇內藥粉溶於 10 cc 的三度蒸溜水內)。

新酒爾佛散 (Necarsphenamine) (於1—2分鐘內在靜脈注射完畢)

| 年 齡   | 克     | cc. (蒸溜水) |
|-------|-------|-----------|
| 1歲以下  | 0.03  | 0.60      |
| 1—2歲  | 0.10  | 2.00      |
| 2—4歲  | 0.125 | 2.50      |
| 4—8歲  | 0.20  | 4.00      |
| 8—12歲 | 0.30  | 6.00      |

| 年齡     | 劑量 (克) | 劑量 (cc.) |
|--------|--------|----------|
| 12—16歲 | 0.40   | 8.00     |

(爲了便於配合上述劑量使用起見，可將0.90克的安甌藥粉溶於18cc.的三度蒸溜水內。)

碘化鈉 (1—2分鐘內靜脈注射完畢)

| 年齡     | 克    | cc. (蒸溜水) |
|--------|------|-----------|
| 2—4歲   | 0.30 | 3.00      |
| 4—6歲   | 0.40 | 4.00      |
| 6—10歲  | 0.60 | 6.00      |
| 10—12歲 | 0.80 | 8.00      |
| 12—16歲 | 1.00 | 10.00     |

(按照上述用量，每劑量1克藥粉應該直接溶於10 cc. 蒸溜水中)

碘化鉀 (飽和溶液，口服)

| 年齡     | 劑量            |
|--------|---------------|
| 2歲以上   | 每日三次，每次2滴     |
| 2—5歲   | 每日三次，每次3—5滴   |
| 5—10歲  | 每日三次，每次5—10滴  |
| 10—16歲 | 每日三次，每次10—20滴 |

(和在牛乳中，飯後服之)

鉍斯馬散 (Bismarsen) (肌肉注射)

| 年齡     | 克     | cc. 鉍斯馬散溶解液 |
|--------|-------|-------------|
| 4歲以下   | 0.028 | 0.25        |
| 4—8歲   | 0.056 | 0.50        |
| 8—12歲  | 0.114 | 1.00        |
| 12—14歲 | 0.168 | 1.50        |
| 14—16歲 | 0.200 | 1.75        |

(以0.2的上述藥溶解於1.75 cc.的安甌溶解劑內，照上述總量計算)

次柳銻鉍浮懸油劑 (Bismuth subsalicylate suspended in Oil) (肌肉注射)

| 年齡   | 克     | cc. 浮懸油 |
|------|-------|---------|
| 2歲以下 | 0.033 | 0.25    |

|        |            |           |
|--------|------------|-----------|
| 2—4歲   | 0.067      | 0.50      |
| 4—7歲   | 0.10       | 0.75      |
| 7—10歲  | 0.15       | 1.00      |
| 10—16歲 | 0.175—0.20 | 1.25—1.50 |

鉍鈉酒石酸鹽 Bismuth sodium tartrate (水溶液，肌內注射)

| 年 齡    | 克           | cc. 水溶液   |
|--------|-------------|-----------|
| 2歲以下   | 0.0027      | 0.25      |
| 2—4歲   | 0.0055      | 0.50      |
| 4—7歲   | 0.0082      | 0.75      |
| 7—10歲  | 0.011       | 1.00      |
| 10—16歲 | 0.014—0.017 | 1.25—1.50 |

### 熱浴療法之技術 (住院或在家中的療法)

浴室要相當的溫暖而不透風，最好在入浴前並計錄脈搏，呼吸及嬰兒的肛門體溫，然後置病人於浴盆中坐著，浸水至臍部為止。水的溫度應該是華氏95度，用有木套的洗浴溫度表測量之。當進行洗浴時，慢慢加水由臍部升至小孩的肩部，水的溫度也漸漸增加。至於脈搏，呼吸及肛門體溫的次數，亦須每隔5分鐘測驗一次，直到體溫已經升至華氏103度為止。此後，因為體溫的增高比較迅速，所以測量體溫應當每隔2分鐘一次。當把小孩抱出水面時乾毛巾應當蓋在小孩的肩上面；同時，即可測量肛門體溫。又在水量增加到小孩肩部而水的溫度尚須繼續加以升高時，則須從下水槽放出一部份浴水，以免溢滿浴缸。

當第一次洗浴時，其浴水溫度應當僅至華氏105度。雖然小孩停留在這個溫度的水裏面僅5—10分鐘，然已達到最高峯的體溫了。以後洗浴的溫度要依次加升到華氏107度，109度及110度。這最後的升高度應該算是對於7歲以下的小孩的最高溫度。至於歲齡大一點的小孩則常能抵抗華氏112度的最高溫度。

倘若嬰孩的肛門體溫達到華氏105度時，則宜立刻抱他離開浴盆，並趕快把他包裹在兩條棉毛巾裏，外面用兩條毛質氈蓋上並把他置放在他的床上。嬰孩的體溫，每五分鐘要量一次，直至其體溫已開始低降為止。如果高溫的開始低降證實了，則其體溫，脈搏及呼吸要在每半小時內測量一次，直至其體溫退低到華氏100度以下為止。等到患者停止出汗後，馬上把他好好拭乾，用酒精加以按摩並為其穿上乾的睡衣。

當他的體溫及脈搏增高的時候，應當不給他食物和水。只有在將洗浴的兩個鐘頭以前給予甜的茶及塗上奶油的麵包。其洗浴期內的養料要含蛋白質，碳水化合物及氯化鈉物；食鹽方面每日要給他含0.3克的鹽片1—3片，。至於口服的各種維他命補品，則不過是附加的補充營養。

在傍晚熱浴是有採用價值的，因在浴後的小孩可以一睡到天亮。當其在治療的時候，脈搏，呼吸率將會因溫度升高而增加。但祇要脈搏的性質是強的，節奏是持久的，則用不着恐慌。其每次的治療時間平均需時三小時。這個平均時間包括在浴盆，在床上一直到體溫降至正常的時間。熱浴每星期可行兩次到三次。舉行十次熱浴的療程也許是有效的。

### 熱浴療法的禁忌

(1) 腎臟病。(2) 結核病。(3) 心臟血管病。(4) 用因蘇林不易控制的糖尿病。(5) 腦膜血管梅毒(因可增加出血性狀態)。(6) 營養不良。(7) 貧血症，紅血球數在3,000,000以下，或血色素低於50%者。(8) 黃疸病。(9) 太熱的夏天。

### 須將熱浴療法停止使用的症例：

(1) 進行性的黃疸症。(2) 體重銳減或驟然衰弱。(3) 發生其他急性的病症。(4) 顯明的血壓下降(收縮的血壓降至100以下)。(5) 顯示中熱衰弱之血管虛脫症狀(包括了虛弱，眩暈，蒼白，昏迷及體溫很低或全不上昇)。

### 人工瘧疾療法的技術(限於在醫院內舉行)

從曾經接種過的而且證明了是可靠的良性間日瘧種的病人靜脈中抽出5cc的血(至於良性的隔兩日的瘧種則施用於黑人患者)移植至梅毒患者靜脈內，可以引起人工製造的瘧疾。至其抽血手術，則應當是在病人正常發作熱度或剛剛發了之後舉行。其抽出來的血應放在盛有2%的檸檬酸鈉水1cc的消毒瓶內。若替嬰孩做人工瘧疾，則祇可用1cc至2cc的檸檬酸血液作靜脈注射。不必注意到交叉配合血型方面。從頸靜脈注射是平常最易於達到為嬰兒及小孩接種的。倘若此種加有檸檬酸的血液不能馬上作為接種之用，則培養此瘧虫於一個消毒了的瓶內而保持在華氏60—93.6度的溫度中。此種培養方法可在24小時內保持瘧疾原蟲的生活力。

人工製造的瘧疾通常需要一個潛伏期1—3星期方能發生。在瘧疾開始時，

熱度無規則，且亦不高，最高不過華氏 101 度。隨後則常有劇烈的發冷而體溫則迅速升高至華氏 105 度以上。然後按照規律繼續發作下去。

如何終止瘧疾治療：通常於 10 或 12 次寒熱之後即行予以停止，或指定在到達華氏 104 度以上的肛門熱已經有 40 小時的熱度為原則。通常終止瘧疾每用硫酸奎寧 0.06—0.3 克，根據年齡及嬰孩大小而定；每日三次口服，7 天為期或多於 7 天，直至病人連續 5 日無熱度，而同時有 5 天血裏找不出蟲痕跡為止。一般人歡喜在病人未接種以前，服一天硫酸奎寧的試驗量，即與用來停止其瘧疾的日量相同。然後觀察 5 天，每天檢查其皮膚並判斷是否有因奎寧而引起的皮膚過敏性徵象發生。倘使有奎寧過敏性徵象，則應當用阿的平去停止瘧疾。其劑量為 16—100 毫(1—1½ 英厘)依據年齡及小孩大小而定，每日三次口服，為期 5 天。受接種瘧疾的病人宜隔離地區，直至確實證明瘧蟲被殺滅時為止。

治療時的注意：當熱度發作的時候，護士應當每二小時去測量脈搏，呼吸及肛門熱度一次。當熱度昇達華氏 104 度時，可給以冷海棉拭浴。倘熱度雖然有冷海棉浴仍昇至華氏 106 度時，則肌內注射巰鉍劑 (Thio-bismol) 0.25—1.50 cc. 依病人的年齡而定。這是有很大幫助，來阻止將來的熱度再昇的。溫和的鎮靜劑【苯乙基巴比士酸 (Phenobarbital)，16—100 毫即 1—1½ 英厘】對於不安靜的狀態是必要的。當寒抖時需要外加毛氈。在其發作終止及體溫降低以後，應當強迫其吃流質。如有必要，還得注射液體。

至於飲食和各種維他命以及氯化鈉的口服，則和在熱溶治療技術中所說的一樣。此外，又可服鐵質葡萄糖 (Ferrous Gluconate) 1—3 茶匙，每日飯後服之；這是很有補助的。再者，間日一次在肌內注射 2 單位的肝精劑也是應當的。

至於血球計數和血液的化學分析（硝酸尿素及黃疸指數）以及尿的化學分析（包括尿管元），則應當每星期在瘧疾治療時進行檢查二次。

最後，如果想要在瘧疾療法過程中獲得稀有的成功，那末總要試行這種療法至少在一次以上。

禁忌使用瘧疾的疾病：

1. 腎臟病
2. 結核病
3. 不容易用因蘇林控制的糖尿病。

4. 腦膜血管梅毒（因能增加出血狀態）
5. 營養不良
6. 貧血，紅血球少於3,000,000；血色素低於50%
7. 黃疸症
8. 刺激性皮膚炎，尤其是有脫皮性的。
9. 心臟血管病及血壓過高症（血壓超過140—90耗）
10. 因病人的梅毒而引起的全身虛弱。
11. 過熱的夏天。

須停止使用瘧疾療法的原因：

1. 進行性黃疸病。
2. 脾破裂或驟然擴大（必須每日按診腹部）。
3. 體重銳減或迅速開始虛弱。
4. 發生其他急性病症。
5. 血色素降至50%以下。
6. 血中的尿氮素超過正常限度。
7. 尿裏有紅血球或管型物。
8. 皮膚上有小出血的表現（每日檢查全身皮膚）

## 潛伏性及晚期梅毒

### Paul A. O'Leary 氏所下的定義

從臨床方面來說，潛伏性梅毒是本病的一種狀態（Phase）。它的特性是毫無任何臨床病象存在；其脊髓液檢查為陰性；心臟血管檢查為陰性；神經檢查亦為陰性；而梅毒血清試驗則為陽性。其潛伏的構成是在染有梅毒的第二年和第四年之間或在此時以後。為了便利研究起見，可分為早期潛伏性梅毒和晚期潛伏性梅毒。早期的發展是在第二年和第四年之間，但晚期的則發生於第四年之後。依此，臨床上的潛伏性梅毒亦即是臨床上不能認識的梅毒。但亦有晚期潛伏却在血清試驗上作陰性反應的；這是因為有很多患者，當其在急性狀態時曾經治療過，而後來隔了許多年後方才再發的；所以它又叫做血清性的潛伏梅毒症。這種潛伏的型態可以分為病理學的，生物學的，血清學的，和所謂臨床方面的四種。

所謂晚期梅毒，是適用於在梅毒急性現象消去以後的一切臨床梅毒症狀的名詞。如果把這個定義再勉強地加說一句，那末那些梅毒在第四年以後所表現的臨床症狀也屬於這個『晚期梅毒』。此外，這個名稱也包括着那些有時會發生的第二期梅毒復發症在內。在晚期梅毒的題目下，可包括着：梅毒的神經性症狀，皮膚的樹膠狀腫，大動脈梅毒，內臟病症如肝和胃的梅毒，以及眼和骨梅毒等等。

最後，晚期梅毒又可進一步再分為良性的和嚴重性的兩種。良性的包括皮膚和骨的晚期病症等等。至於嚴重性型態則為心臟血管性的梅毒，神經性的梅毒及其他一定型的內臟梅毒，例如肝臟的梅毒等。

## Herman Beerman 氏療法

### 早期潛伏性梅毒

所謂早期潛伏性梅毒是指經歷期少於四年的那些梅毒症例。它的療法同初期或第一期梅毒一樣。

### 晚期潛伏性梅毒

所謂晚期潛伏性梅毒是指那些經歷期超過四年以上的梅毒症例。關於它的治療原則是：

- (1) 因為潛伏期梅毒的診斷大部是依靠血清試驗的結果，所以對於錯誤的陽性反應的可能性，必須在其治療的開始之前，加以解決方可着手治療。
- (2) 要有適當的治療，方不致在免疫關係上發生障礙。
- (3) 須用重金屬藥品開始治療（參看附表）。
- (4) 並須用重金屬藥品完成治療。
- (5) 不管驗血的結果如何，必須在預定的療程完畢時暫時停止繼續治療。倘若病者的梅毒與內臟沒有關係而患者的血清却有抵抗性，那末在預定的療程完畢時不必再行治療。
- (6) 對於本症患者要加以長期觀察，主要的是在於防止併發症的發生。通常5—10年內如無併發症發生則可保險終生安全。
- (7) 青黴素治療潛伏性梅毒尚需要今後多年的估計。砷劑和重金屬劑（鉍劑）治療潛伏性梅毒患者，幾乎有100%的保險痊癒機會。青黴素的治療，最好用來作比較短期的現實治療，因為它的惟一好處是比較沒有反應的。因此

；現在把所建議的療法列表介紹在下面第二十一頁：

無論如何，倘若使用青黴素來治療潛伏性的梅毒，則我們願介紹使用一個青黴素的中等劑量，即三百六十萬單位到四百八十萬單位的青黴素鈉（水劑），作肌肉注射；這是和第一期梅毒所述的療法一樣。接着就在十至三十星期內使用鉍劑（次磷酸鉍，每次劑量 0.2 克是施用二或三個療程，每一個療程為注射十次）；這是住在醫院內的療法。至於門診的療法，則為六百萬單位的普魯卡因青黴素，可每次用六十萬單位作肌肉注射，每天一次，共注射十天。

## 晚期良性的皮膚梅毒及骨梅毒

可以在第一期梅毒發現時施以適當治療來預防它。

### 治療原則：

（1）對於這些梅毒的病態青黴素是最好的治療劑。因為它對於初期的梅毒傳染既很有效，同時對於續發性梅毒也有效用。

（2）血清有抵抗性，晚期的骨梅毒及皮膚梅毒是往往有血清抗抵抗性的。

（3）在第一療程以後的3到6個月舉行第二個醫療療程是很有效的。

（4）至於治療之後的檢查，則在第一年中每隔3個月要舉行一次；而第二年則每隔6個月舉行一次；，到第三年以後則為每年舉行檢查一次。

### 治療計劃：

以青黴素鈉水劑二百四十萬到三百六十萬單位，作肌肉注射，總劑量分成為8—10天內每3小時一次的分劑量（例如：四萬五千單位每3小時一次，每日注射八次，共注射十天，總劑量為三百六十萬單位）。這是住院的療法；門診的開業醫師也許亦可照辦。至於普魯卡因青黴素，它雖然對於潛伏性皮膚梅毒或骨的梅毒沒有估定價值，然而不妨安心使用，每日一次，每次劑量則為六十萬單位作肌肉注射；其總劑量為六百萬單位。這是門診的療法；門診開業醫師當可採用。

## 晚期肝梅毒及胃腸梅毒

### 治療的原則：

（1）治療時對於可能發生的休克及反常的特異狀態，應當避免，尤其對於肝梅毒患者為然。