

第十一部重要增補

根據1952年原版

顧寅編譯

酒渣鼻

Maurice J. Costello 氏法

營養 每天只喝一盃咖啡；淡茶可喝二盃。巧克力、飲料、啤酒及酒精性飲料要受限制。菜湯勿太熱。勿吃香料重的和難消化的食品。含碘的鹽不可用。

運動 有助於改善全身循環的方法如輕度的運動以及熱的或冷的雨淋浴等等都很有價值。

內服藥 因有某些病人伴胃酸減少，故於食後每日給以稀鹽酸三次，每次十滴滴入一盃水中內服很有用處。便秘者用輕瀉劑及營養法來矯正。婦人之有性器官障礙者應加以矯正。

加服含核黃素之多種維生素劑很為重要。

外用藥 每日二次以無刺戟的肥皂洗面。頭皮上的脂漏性濕疹以硫磺霜劑治之。

據筆者經驗，Frank Lacksen 博士油膏治酒渣鼻最簡單有效，其方如下：

柳酸	1.0
沉降硫黃	1.0
複方 Quinolol 油膏 (Squibb)	1.5
Aquapher 加至	30.0 克或厘立

臨睡前搽塗臉上。

因為有些人對沉降硫黃或 Quinolol 油膏敏感，故在把此油膏用於顏面上之前應先作小部份試驗。應用油膏時先用石油練 (Petroleum jelly) 1:4 稀釋後，再酌量情形逐漸加濃。

鼻前庭的毛囊炎爲酒渣鼻要因之一。用如上所述的漸次加濃的 Quinolol 油膏就可以控制它。

除了大陸疹性囊狀型酒渣鼻之外，X 光的療效照例是價值很少的。

因酒渣之故鼻翼之小血管和擴張得較大的靜脈應將該其排毀，至其排毀方法，則此可以電氣灼烙或細針頭的短波高週波電流及電氣分解來完成它。

50%之氯磺酸液治鼻贅極有用。用棉花輕輕蘸上此劑後立即用浸水的棉花抵住。鼻贅用電乾燥法，電灼烙法等外科的透熱法及用特種小型刀來切除亦可。此外，用炭酸雪作用在患處約 5—10 秒鐘來凍結它，也有價值。

尋常性痤瘡

Edward A. Oliver 和 Richard M. Oliver 氏法

全身療法

調整膳食，避忌脂肪及油煎的食品。此外，亦忌食巧克力，乾果，冰磚，乳油等等。牛乳每餐只能飲一盃。如有便秘，則多吃水果及植物性的東西。輕瀉劑如礦油亦可用。倘體重減輕或貧血，宜服魚肝油，鐵質及維生素乙合劑。

若爲單純的普通病症，病灶不多，而且粉刺脂漏不顯著者，可口服二次每次五萬單位維生素甲。維生素甲油性製劑因其所得血液價高，故比水溶劑爲佳。

局部療法

擠出粉刺 用肥皂和水每日洗面二次。每星期至少要擠粉刺一次。通常總由醫生在診所裏擠，不過也可以由病人自己在家裏擠出。用熱毛巾按在額面 15—20 分鐘後大多都很容易擠出。擠粉刺要用擠粉刺器，不要用手指。

搽劑 比油膏好，筆者喜用白色搽劑，其成分如下：

硫酸鋅	4.0
硫酸鉀	4.0
甘油	6.0
蒸餾水加至	120.0

晚上以肥皂及水洗面後用棉花球蘸此藥膏塗搽。此外，含有硫黃及雷瑣辛之 Sulforein 搽劑亦甚有用。

但此等搽劑連續多用後要引起皮膚乾燥。若發覺乾燥時就應停止治療數天

，然後用不油膩的霜劑或止癢裂的搽劑，直至病者不覺乾燥時為止。不油膩的霜劑如 Sulforein 油膏基對於女孩子們在白天使用之甚佳。既可作為治療劑又可以遮沒斑點。所以銷路很暢。

X 光 17歲以上的男女青年中患此較重者，用X光療法比任何療法都好。15歲以下的病人，則除了極重症者之外，還是以不用為妙。不過此種療法一定要完全由X光療法熟練的皮膚病專家來執行。

通常每星期一次 75r 不加濾光板共照 8—12 次。大多數病人用X光療法效驗卓著甚至能得斷根。往往有人說X光要引起疤痕，這是不正確的。其實此症本身原來就會生出疤痕的，若早行X光療法得以制止新病灶的發生，那末反兩可以阻止疤痕的構成了。

紫外光燈療法 於輕症病人往往有效，可使用於X光療法的療程結束之後。此療法能引起紅斑，然後脫皮，有些病人且可縮小結疤的範圍。

傳染病灶 對於有膿疱，結節或囊的病人的各種療法——連X光療法也包括在內——都治不好的，最大原因往往就是葡萄狀球菌，所以要充分探索傳染病灶。好多病人患有牙齒膿瘍，白齒突出之繼發傳染，漏膿及感染性扁桃腺。此等潛伏病灶自然應當掃除，而掃除之後施以很小的局部療法就能見效。

濕包 用 Vlewincx 氏液濕包往往能加速治愈，其方如下：

檸檬	15.0
昇華硫黃	30.0
蒸餾水加至	300.0 厘立

把它煮沸，濃縮至 180 厘立，然後濾過。以一食匙藥水入一品脫熱水中，每晚濕包於罹病處 15—20 分鐘。此劑有難聞的臭氣為其惟一缺點，不過大多數病人見到了它的好處也就忍耐過去了。

碘氣經基季林使用於此等病人亦有效。

頭皮保護 因為患瘡瘡時往往伴有頭皮之油性的結疤的脂漏，故凡屬瘡瘡病人都得好好保護頭皮。於此情況之下我們覺得應用下述搽劑極為有效：

頭皮用單醋酸雷賓辛 (<u>Euresol</u>)	6.0
甘汞	0.18
蟻酸酒	80.0
香水	80.0

酒精	70.0
蒸餾水加至	240.0

每晚用棉花或指尖蘸該藥水擦頭皮上數星期，然後改爲每星期二三次。

激 動 素 療 法

近年來激動素療法已成爲處理痤瘡使人稱意的療法，不過那一種激動素較爲相宜，則觀點至今尚未一致，因爲在激動素的背景上，無論使用的方法或是適當的分量，全部文獻所述都不能使人滿意。雖有少數人主張用黃體激動素，但多數皮膚病專家則喜用求偶素製劑。通常以小量內服。治療婦女痤瘡，尤其是一定在經期前發得凶者，則限定在排卵期後用之。病人預計隔二個星期就要有月經，那末到下次月經期時開始服藥。有些病人看來是要全月都服小量，而於此二星期間增加藥量的。筆者看來 0.625—1.25 毫克 Premarin，或同量之 diethylstilbestrol 或別種求偶性激動素有相當效力。患慢性輕症痤瘡之卅歲以上的婦女往往能見顯著的痊好，不過對於年紀較輕的人也有反應良好的。可惜，另有好多人似乎無效，並有對此療法不能耐受的。

禿 髮 症

Henry A. Brunsting 氏法

斑 禿 症

局部療法用緩和的興奮劑和刺激劑如紅斑量的紫外光療法；用流質石炭酸數分鐘後以酒精中和之。該法每星期一二次由醫生施行。沉降硫黃及柳酸各 3—6%調於易洗掉的油膏基如 Aquaphor, Cetaphil 或 Hydrosorb 中之油膏，每日塗患處用力磨擦一次。興奮性頭皮搽劑亦有用，其方如下：

柳酸	2.0
焦煤油液	8.0
樟腦水	45.0
酒精 (95%) 加至	180.0

每夜用於局部頭皮，將其充分摩擦。

昇汞	0.2
辣椒酒	0.8

酒精和香水各等量	60.0
蒸餾水加至	180.0

每夜用於頭皮局部，而充分地加以摩擦。

若頭皮非常乾燥，則可用上述二劑，但其中均須加以0.5—1%蓖麻油。

且不管特殊的病原我人尚未明瞭，單純的斑禿症者大多結果良好。若為蔓延迅速而且爆發的病人並且全身斑禿者則結果大多不良。此種病人之治療有待於潛伏病灶的剷除，可用內分泌或大量多種維生素療法。但據筆者之經驗，很使人失望。

疤痕性禿髮

若見毛囊全部萎縮而且結疤者，則其頭髮無法再生長了。至於治療則不過是想直接控制病機使它不會擴大而已。

其有圓盤形紅斑性狼瘡，或帶狀疱疹，或皮膚硬化症及梅毒者則先要把這些病治好。

頭皮上有重症毛囊炎者須先作培養以測驗有無特殊的微生物。普通以各種葡萄狀球菌最多，不過臨診觀察上亦不能否認有為黴菌所感染者。

局部療法 5—20 %白降汞之調於脂肪少而易洗滌之油膏基中者，往往有效。複方 Quinolol 油膏，菌黴素，金黴素，青黴素或磺胺劑油膏均有用。每日用 Gr II Phisoderm 敷擦往往亦見效用。

別種療法 頑固難治者必須注射磺胺劑，青黴素，金黴素或氯黴素。葡萄狀球菌類毒素開始用 0.1 厘立，漸次增量作皮內注射很有用。傷寒菌苗或別種異性蛋白療法亦有價值。若病症綿亘長久，病人已經特別感覺失望，且對治療之反應又是相當徐緩，那末他的治療一定要費時很長久的。

離位性皮膚炎

Herman Beerman 氏法

我們與其把離位性皮膚炎解釋為一種病因背景複雜的病變，寧可當作是一種變態反應的酵素基質的表示。事實上以離位性皮膚炎作為一種不複雜的變態反應性病變顯然是簡化得不合理的。

治療方面是需要小兒科專家，變態反應專家，血液學專家，皮膚科專家及精神病專家的通力合作。縱使它的療法往往未能滿足我人之意，但疾病發作

可望自然減退。不管離位性皮膚炎有此自愈的傾向，但每一個病人都得加以治療。因為好許多病人是人工哺育者，以母乳哺育才是有價值的預防方法。

變態反應的環境 變態反應的環境之控制極為重要。有時住醫院之所以有利，就因為其得暫時離開環境的抗原（房屋塵埃等等）。普通的變態反應原如巧克力，羽毛，蛋，小麥，牛乳（羊乳是很好的代用品），羊毛及肥皂應避免。有時甚至很精密地作變態反應性的試驗，但病者對於此種試驗會不呈出真正的陽性反應來。因此，隔離環境是一個良好的試驗。

反應的性質和敏感性

雖則通常反應的性質是簡單的，而於所謂「變態反應基礎上放寬」時，因個人生長之年齡增加，就變得更複雜了。在病家較為複雜時，濕疹成分之處理的錯誤，是因為沒有注意到從二種主要原因出發的特殊的敏感性之要點：①變態反應研究之不完全；②這一種理論或另一種理論的試驗成績所見之本質的行為不就算是有效。通常是在後面的理論中：（a）進行的計劃太複雜或實施上太嚴格；（b）減低敏感的方法因有在此條件下之異常的變態反應性反應的原因而未能成功；及（c）其初期所得的療效在病人之反應的性質中經過變化就要喪失的。因此種種病人之敏感性時刻不同，幸而這一種的基本病變在理論上說來至少要有一二年，有時會更長久些，而且往往是固定的。

一般處理

如屬可能，病人要避免使用毛織品衣裳。航海旅行或旅居熱帶地方很為有利，因為安靜和日光對這些離位性皮膚炎病人往往很有益處。若無法得到天然的日光，則漸次增量的紫外光中照曬亦有用。市售的太陽燈（R. S 或 S. I）或醫生診所裏的紫外光燈大多為此目的之用。倘使行了焦煤油局所擬法，則用紫外光療法要引起敏感性的，故在此情況之下應減輕用量或不用光線療法。

局部療法

切忌治療得過分。這往往是因為一些製劑急於迅速完成它的試驗所致。故任何新藥在廣泛應用之前先要作12—24小時的局部試驗。

安撫：以冷水1：16或1：20稀釋之Burow氏液（亞醋酸鋁溶液）；1：8000或1：10000的過錳酸鉀水溶液；飽和硼酸水（有被吸收的危險）；熱的或冷的撒去乳皮的牛乳；煮過的薄澱粉液，每日三次，每次包敷10—20分鐘。倘波及的範圍廣大，則行澱粉（一桶水中加二盞）膠性浴，或行燕麥粉或“Aveeno”包

敷或洗澡。焦煤油浴如一桶水中加焦煤油液 90 cc 很有用。(市售之焦煤油溶液如 Setar 或 Almay 均可代用)浴後應立即塗以油劑(石臘,硼酸油膏等等)或特殊藥品(見下文)。

控制傳染:輕輕地把創口揭開,除去膿水(有些人注入青黴素最為安全而且施行迅速)。如有輕度的經久不愈的細菌傳染,則視微生物之克服與否及其對特殊藥品之敏感性如何而定是否要再加治療。

淨化:禁用肥皂, Lowila 片, Pisoderm, 或 Dermolate 等肥皂代用品,用之也要小心。膠性浴於洗淨時——尤其是發癢者——往往很有效。

止癢:雅病部之安靜和避免粗糙的衣裳極為需要。禁用石炭酸,但 0.5—1%薄荷或樟腦却是可以應用。鎮靜用抗組織胺酸,每日三次成人 50 毫克,兒童 10—25 毫克 Benadryl 或 Pyribenzamine 內服效驗甚佳。中等量的巴比士酸亦屬安全。再用一次 20 英厘水含三氯乙醛很有用。特別於小孩要用夾版,緊密包紮用綑帶來縛住以防搔爬。ACTH 及 Cortisone 無效。不宜行 X 光療法,特別是因為離位性皮膚炎乃慢性而易復發的病症,要引起 X 光療法後之突發白內障——此症乃常見的現象——的,對於醫生很為棘手。

精神療法:主要原則是病人肯完全合作。簡單的精神療法理論上醫生要操作老練,或需要由專家施行。掉換醫生也有一時精神治療之效。自身血液療法(病人自身的血液每日肌肉注射 10cc 者數次)有時亦見效。

局部處理的簡化方法

急性病人:安撫並行簡單的局部處置,如脂肪少的油膏基或:

Burow 氏液	10.0
羊毛脂	20.0
Lassar 氏泥膏	30.0
或	

3%魚石脂調入氧化鋅油膏中。

若病人對於羊毛敏感,則忌用羊毛脂或其衍化物調製局部所用的藥品,而改用上述規定的療法。急性期間勿行種痘或預防接種以及皮膚試驗。

亞急性或慢性病人:以焦煤油劑如以 2—6%焦煤油與 6%氧化鋅調於軟石臘中作局部治療。

濕 疹

Henry A. Brunsting 氏法

治療之要點爲幫助對症羣來確定其原因，即主要的是在許多可能變爲其原因的類型中例如接觸性濕疹（職業的，毒品的等等），離位性濕疹，神經性皮膚炎（全身的或局部的），脂漏性或傳染性濕疹皮膚炎中來區分出所患的是那一種。

急性濕疹

患急性濕疹時有小水泡及大水泡，且伴有結痂及滲漏者，則主要的是用濕包及緩和的洗滌。可用二吋厚的外科用紗布作開放的蒸汽電包45—60分鐘，一日數次。至於藥水則通常用醋酸鋁（1：20），硼酸（2%），硝酸銀（1：2000）及過錳酸鉀（1：8000）。其蔓延廣泛者宜用等量的小蘇打，玉米粉，煮沸的雀麥粉，或市售的成藥 Aveeno 行全身浴。若有繼發傳染，則每加侖水中加0.3克過錳酸鉀很有效。

亞急性濕疹

亞急性濕疹時起水泡，浮腫及滴水等症狀但並不顯著，宜少用乾燥藥而多用止癢劑。其中包括等量的橄欖油和石灰水加焦煤油溶液（2—10%）或碘氯氫嗪 iodochlorhydroxy quinoline（3%）而加入於 Aquaphor 或 Cetaphil 中。至於含磺胺劑的，含青黴素或別種抗生素的，或含抗組織酸胺的油膏，則因有引起敏感的危險，使用起來要小心。

慢性濕疹

慢性濕疹時呈乾燥脫皮及苔癬化，宜多用刺激藥如粗製焦煤油（2—5%）；焦石脂（3%）；柳酸（1—10%）；雷瑣辛（2—5%）或沉降硫黃（1—3%）。脂漏性濕疹時好多病人善於耐受40—50%的硫黃油膏。

皮膚發癢。普通止癢藥品有薄荷（0.12—0.25%），石炭酸（0.5—1%）及焦煤油溶液（5—10%）。但用局所麻醉劑的油膏往往要引起敏感。

全身療法 抗組織酸胺因其有鎮靜作用，故常用之。理學療法如紫外光治療對全身化的濕疹極有用。慢性苔癬化的病灶則用炭酸雪。X光療法雖有價值，但其病症爲復發者則用起來要小心。對於多年的慢性頑固難治之濕疹用變換環境方法往往很有益處。

慢性復發者。此際局部療法懂得暫時緩和。至於測定其原因究竟是精神性

的，還是營養性的還是接觸性的，則需要醫生的敏銳觀察來直接鑑定了。

紅 斑

A. Flecher Hall 氏法

於此標題之下有好多種互相有關的皮膚病，只是由於狀況很相似遂用『紅斑』一詞把它們包括起來。重要者有四種，其中三種互相有關，它們通常都是因藥品或傳染而發的變態反應，另一種日晒紅斑則與之無關。

日光紅斑 Erythema Solare

日光紅斑之原因極平常且很早就應診斷出來。多數無需請教醫生，感覺痛苦而要求教醫生者僅屬少數。當然首先是要不要再晒太陽。運用局部麻醉的油膏如 Nupercainal, Pantocaine 及許多含有 Benzocaine 的製劑對於病人大多極有幫助；不過對於這些東西有敏感的危險，而結果要加上接觸性皮膚炎則不可忽視。以硼酸飽和溶液或16或20份冷水稀釋的醋酸鉛溶液冷敷，繼之塗以阻固醇化的蘆甘石搽劑或霜劑，往往能減少因敏感而起皮膚炎的危險：

醋酸鉛溶液	10.0
Aquaphor	20.0
玫瑰水油膏	30.0

伴有泛發性水泡的程度較重的日光紅斑往往需要醫治之助，有時且須移往醫院。對於這種病人要像由別種原因而致之重症灼傷一樣來治療：即要用到攪創術，無菌法，抵壓綑帶，鎮靜劑，安眠劑，及抗休克法等等。

一再受日光曝曬灼傷而立刻把皮膚晒焦者，要警告他不要再曝曬，因為反復地被日光灼傷無疑地是有引起生癌的作用。愛爾蘭人，蘇格蘭人或英吉利人之藍眼睛白皮膚者尤其要當心。

多形性紅斑 Erythema Multiforme

病毒苗注射 有些多形性紅斑病人是發於單純性疱疹發作之前或與之相伴的。因此此等病人之有單純性疱疹病發作之可疑者，反復皮內注射病毒苗（像牛痘苗般的一支裏邊含 0.1 cc 生理食鹽水溶液，每日或隔日皮內注射一次，共五六次）得縮短經過，減少復發或防止發生。

藥物反應 多形性紅斑或藥疹在臨診上有難以區別者往往發於內服或注射某種藥品時，酚酞（實際上凡屬此類輕瀉劑均有此作用）及六〇六劑尤為顯著，別

種藥品偶亦有發此反應者。故凡對於病人之康健非屬必要即應避免此等藥品。

中毒的原因 餘者顯然大多是起因於中毒或對傳染病之變態反應的病人。有時得指出隱伏的原因或病灶（扁桃腺中之鏈狀球菌潛伏病灶，肺的傳染病，Hodgkin 氏病等等），此外往往還有不能測驗出一定的傳染性隱潛病灶或別種中毒之原因者；不過此等病人於突然發作時用磺胺劑或 B₁ 或抗生素劑往往立刻能見療效。

非特異性療法 非特異性療法包括各種抗組織胺酸藥，大量內服或注射，每日一二次徐徐在靜脈內作點滴注射 Procain 2 克之 500 毫升生理食鹽水溶液，每日肌肉內注射 10 cc 的 10 % 柳酸鈉溶液，葡萄糖酸鈣（或其類似物之一）在靜脈內注射而繼之以自身血液療法（每二三日注射一次 10 毫升病人的靜脈血）。理論上 ACTH 或 Cortisone 是有效的，且試之於 Stevens-Johnson 氏病或多孔性糜爛性外胚葉發育不全種種不同的病人知其有亦甚效病症，惟筆者對於這些病症却沒有得到什麼經驗。假使嘴裏被波及很重，（這是往往有的），則給以金徽素或青徽素藥片；不管原因何從，立刻就會覺輕鬆；不過由於抗生素殺滅了隱蔽口內細菌之繁殖以致口內起念珠狀黴菌傳染者，則以後抗生素用起來要留心。

局部療法 此法能緩解癢感和灼感，保護脫皮面及減少起水泡和腫脹。倘已起水泡或局部浮腫，蘆甘石搽劑加 0.5 % 石炭酸或下述之搽劑隨時都可以用：

石炭酸	0.6
膠黃耆樹膠粉 (Prayacanth)	0.6
焦煤油液	3.6
甘油	6.0
氟化鋁	9.0
蘆甘石	9.0
硼酸飽和溶液加至	120.0

充分振搖，每日搽三四次。

若係滲出甚多者，則在每次搽劑應用之前先行 15—20 分鐘的硼酸飽和溶液或 1:18 的醋酸鋁溶液作冷濕包（一滴一滴地滴濕之），這樣，可使病者很為舒適。起了水泡或滲漏之後則須使用硼酸油膏或 Borofax 來控制它。

結節性紅斑 Erythema Nodosum

一般處理 若此種疹子是因對藥品敏感而發生，自然首當停止用藥。假使

不能歸罪於藥品變態反應的原因，尤其是有全身症狀顯著的，那就應該調查有無肺的球虫病(Coccidioidomycosis)結核或鏈球菌隱潛病灶傳染。如其檢查出來了，就加以處置。至於非特異的療法，包括大量抗組織胺，它也像對於多形性紅斑時一樣有效；重症者則用 ACTH 或 Cortisone；此等治療品通常二種中任何一種藥品對於波及傳染病之病灶者均屬有效，而同樣程度的疾病通常限於自身者用之即可免除。

特殊的傳染 倘若認為相同於一種特殊的傳染病的，那末加以適當的療法對於皮膚症狀也很有效。倘係患結核則用二氫鏈黴素1—2克每星期肌肉內注射二三次；若有鏈狀菌隱潛病灶等時，安藏型者每星期肌肉內注射，六十萬單位的青黴素二三或每日四次每次服 250 毫克的金黴素，土黴素或氯黴素。

症狀的控制 控制症狀用分次的淺表的 X 光療法（每星期 75—100 r）及內服柳酸劑如柳酸鈉和醋柳酸 0.6 克，每日三四次很為適當。在發熱和劇痛之際令病者高舉小腿而安臥很為重要。

硬結性紅斑 Erythema induratum

特殊療法 此種結核疹的療法以次亞硫酸金製劑的應用非常廣泛，而且令人滿意。此劑每星期注射一次，初用10毫克，每次增量 5 或10毫克，達50毫克為止，少數達75或 100 毫克。最近肌肉內注射二氫鏈黴素兼服或不兼服對胺柳酸，有相當效力。前者用1—2克每星期注射二三或，後者每日口服三四次，每次 2 克；有些人對於後者難以耐受，有引起長久不停的噁心和腹瀉等現象。

局部療法 X 光療法（75—100r不加或僅加弱濾光板每星期一次，共10—12星期）加紫外光（熱石炭燈）是很有效的局部療法，無出其右者。除了有潰瘍的用抗生素油膏及繃包得以減少繼發傳染並使之速愈以及對於滲出多而結痂者以熱氫酸水濕包以外，局部療法並無多大價值。靜脈的給養，如用彈力性繃帶以支持之的方法，倘為門診診治的病人，往往極有價值，且往往會使病人很樂意，無需像結節性紅斑那樣要直接看護的。

黴菌病

Clarence S. Livingood氏法

皮膚黴菌病

（運動員腳，手癬，腳癬，表皮黴菌病，毛髮黴菌病）

急性小水泡型或大水泡型 浸患處於 1:12,000 過錳酸鉀液（新配製的）或 1:20 至 1:40 Burow 氏液中每日三次每次半小時。用彎頭手剪剪破大小水泡頂端，去使局部粘連分離很為重要。多數病人應安臥。

急性皮膚黴菌病之有細菌繼發傳染者比較普通。此際應施局部抗菌療法如新黴素（Neomycin）油膏（Myciquent, UPjohn）金黴素油膏（Lederle）及菌黴素油膏，貼於患處每日數次。有些繼發蜂窩織炎及淋巴管炎的病人要行全身的抗生素療法。

急性期減退了，間擦面中的皸裂及大小水泡的底面上要用半濃或全濃的 Castellani 氏搽劑。某些病人對油膏往往極易耐受而且很有效，如 Lassar 氏泥膏，硼酸油膏或脂肪酸較高的藥品（Desenex, Sopronol, Timofax 及 Naprylate）。

慢性型·足黴菌傳染病 症狀種種不一，有為趾間表面之濕潤及淺皸裂，有兼足趾之角質增生，或紅斑及脫皮，有時波及足之側邊及中心。尤其是侵襲趾間及足踵之較為淺表的脫皮病變，用 Castellani 氏搽劑，柳酸 3% 和安息香酸 6% 之溶於 70% 酒精中者；麝香腦 1% 及柳酸之溶於 70% 酒精中者這些水劑均有用。水劑補佐品有脂肪酸高的製劑（Desenex, Sopronol 及 Naprylate）及流動 Asterol 油膏用於波及趾間時，有一半濃度的 Whitfield 氏油膏，脂肪酸較高的油膏（Desenex, Sopronol 及 Naprylate），3% 硫黃和 3% 柳酸之調入油膏基中者，Pragmatar 油膏及 Asterol 油膏等。

同類的局部治療劑用之於足趾角質增生的慢性脫皮的病型者，除了 Whitfield 氏油膏外，硫黃要加足 10%。另一種治療足趾之角質增生的傳染病者，有 Anthralin 油膏（0.2—0.5%），惟此劑因其並不是任何病人都能耐受的，故用時要小心。殺黴菌的粉劑（Desenex, Sopronol, Naprylate 及 Asterol）對於出汗過多者最為相宜。

日間用水劑之一種或者兼用粉劑而睡時用油膏治療最為有效。倘有任何刺戟或敏感反應之徵兆應即停止用藥，此點甚為重要。

手上之黴菌傳染病 筆者之經驗，手上之慢性傳染病於日間用 3% 柳酸和 6% 安息香酸之溶於 70% 酒精中者而睡時則用 3% 柳酸，6% 安息香酸及 10% 硫黃之調於油膏基中者作充分摩擦，治療最為有效。0.25%—0.5% Anthralin 油膏要隔一夜用一次，以防其有蓄積作用。

皮膚黴菌癬疹疹子：此種併發症之治療，全在於對原發的黴菌傳染病有適

當的處理，因為若原發的傳染病除去，則病疹的疹子也就消退了。

預防法 有黴菌傳染病的人當然要有某些個人衛生的規則，但據筆者的意見此等預防法有些小題大做。浴室和臥室裏要通知傳染了的人穿上價廉的，合用的拖鞋，大約穿了一星期就把它丟掉。腳上的脫皮及別種碎屑應該用報紙包起來燒掉。此法對於腳上黴菌傳染容易復發之人很為可靠，病在趾間者尤為有用，不過，襪子自然也要勤於更換的。雖則有些人對腳上黴菌之傳染很重視，但事實上一家人都有腳上傳染者則並不常見。

指 甲 癬

趾甲之黴菌傳染極為尋常；但波及指甲者則不多。趾甲黴菌傳染病往往不能根治；除非把罹病的爪甲徹底破壞——此法並不相宜——否則此症顯然很為難治。除了患面積極波及得十分廣大以外，若指甲黴菌傳染病人和主治醫生都能堅持長久下去而運用適當的療法，那末大部分病者都可以治愈。

爪甲之黴菌傳染通常由石膏型白癬菌或紫色白癬菌所致；如屬後者則對於治療較為頑抗。任何病人於病症發作之後即須開始治療。假使罹病的爪甲已蔓延得廣大，那末不能治愈之百分比便高得多。

治療之原則 治療之基本原則須視運用齒輪推進發動機的鈍外科刀，金剛砂或玻璃滑台（病人在家中可用）能否把罹病的爪甲組織除去得充分而定。這是需要以強力的角質溶解藥來把爪甲軟化的；用40%柳酸粘貼膏（Duke 化驗所出品）小心照爪甲的大小貼上去，即為其法之一。局部治療所用藥品有加10%硫黃之全濃度的 Whitfield 氏油膏，1%驅虫豆素（Chrysarolin）之溶於氯仿中者，Castellani 氏染色劑，及 Anthralin 油膏（0.25—1.0%）等。用藥限於罹病爪甲，週圍組織要加以保護。除少數症例外，我並不主張拔去罹病爪甲。至於X光療法是否能影響疾病的過程，則亦殊屬可疑，並不推崇。

體 癬

急性型 無論有水泡的或無水泡的急性型者，初期須以1:12,000的過錳酸鉀或1:20 Burow 氏液濕包，不過多數症例 Castellani 氏染色液，脂肪酸高的油膏或水劑（Desenex, Sopronol, Naprylate），Asterol 油膏和水劑，Pragmatar 及白降汞油膏均易耐授。多數病人於此等治療劑中使用任何一種都能在短時期間即獲治愈之效。

細菌傳染 繼發的細菌傳染，特別見於急性期者，其病變類似膿痂瘡。此

外，對於以前所用藥品之反應，亦有見濕疹化之變化者。

慢性型 慢性的為比較頑固難治的傳染，我主張用下述藥品：全濃度的 Whitfield 氏油膏，加10%硫黃的半濃度的 Whitfield 氏油膏，0.25—0.5% Anthralin 油膏，3%柳酸，6%安息香酸之溶於70%酒精中者，1%驅虫豆素之溶於氯仿中者，流質的 Asterol 及 Asterol 油膏。白天最好用流質藥品而晚上則用油膏。面積廣大的1%驅虫豆素不可用之超過每星期一次。從經驗上說來，有些個別病例應用此劑頗為有效。

股 癬

急性型 避免治療過分，極為重要。若為水泡化的則須注意其滲出性病變。如果確有任何發炎反應的情形，則用 1:12,000 過錳酸鉀液，1:40 Burow 氏或 Domeloro 液，或5%硼酸水溶液於未睡前每小時噴少許。筆者見到後者於股部的各種滲出性的皮膚炎特別有效；待該部乾燥後即停止此種療法。假使炎症減退，則於臨睡時塗半濃度的 Castellani 氏染液，脂肪酸豐富的藥品 (Desenex, Sopronol, Naprylate) 之一，Asterol 油膏，或 Pragmatar 油膏，白天用殺菌菌粉 (Desenex, Sopronol, Asterol)。

慢性型 此處用起藥來也要比治療無毛的皮膚之傳染病時所用的緩和些。若為進行性的病人決不能用油膏。雖然無需濕包，不過他方面治療起來與消除急性型的股癬大旨相同。若要溶解角質，可用3%柳酸及6%安息香酸之溶於70%酒精中者以及半濃度的 Whitfield 氏油膏。倘有任何一種刺激現象，應即停止治療，改用濕包及 Lassar 氏泥膏等較為緩和的方法，此點必須注意。

蛀 髮 癬

一般原則 此症之後果及治療視所傳染的是那種微菌而定；因此主要的工作是進行培養來確定菌種。再則，不管他有沒有濾過的紫外光燈 (Wood 氏光)，事實上沒有一個醫生是對髮癬的傳染能夠處理得完備的。

各種微菌所引起的蛀髮癬都會發炎，不過動物型小芽胞菌更易引起炎症。頭皮若傳染微菌時，不管其傳染的是那一種微生物，如其炎症反應程度顯著者，則有傾向於自然痊癒的趨勢，且無論加否局部治療都會自然肅清，這是可靠的事實。但是如果施以相當的局部療法，那末即使在有炎症反應的時候或許也可以治癒得快些。

局部療法 動物型小芽胞菌，毛外癬菌 (少數) 所引起的蛀髮癬 (不論炎

症性的或非炎症性的)有傾向於自然痊愈的趨勢,非但無需行 X 光拔毛法,並且是必須禁忌的。有許多種種不同的局部療法均可推賞。筆者喜用 Schwartz 氏方 (Salindol) 或 Salicylanilide, Zinc undecylenate 及 undecylenic acid 之混合調於 Carbowax 油膏基中者 (Salundek)。倘有炎症反應發生,此等油膏即當停止,而改用 1:10,000 過錳酸鉀液濕包及 1 或 2% 白降汞油膏。假使廣大的繼發性細菌轉而伴有附近淋巴腺病者,則宜用全身的抗生體療法 (青黴素注射;或氯黴素,土黴素,金黴素的內服)。每星期洗擦頭皮二三次,再用手拔除。對於 Wood 氏燈光下呈棕爛的綠色螢光的傳染性的頭髮,治愈得很快。

多數非炎症性的人型小芽胞菌 (阿氏小芽胞菌) 可長期用 Salicylanilide 油膏或 Salicylanilide-Zinc, undecylenate 混合油膏由小孩的父母每星期為之擦藥二次,過了相當長的時期後它也會痊愈。在此情況之下,以及尤其是倘使能够每星期用手拔除一次頭髮的,那末在 4 至 6 個月之間大約有 75%—85% 可以治愈。如果治療得更長久些,則治愈者就有 90% 之多。值得注意的是此型蛀髮癬的小孩到了青春期中也會自行痊愈。

X 光拔毛法 好多皮膚病學家喜以 X 光拔毛法治療阿氏小芽胞菌癬,尤其是蔓延廣大而且試行局部療法二三月而不見痊可者。其實,頭皮之 X 光拔毛法是一種十分專門的方法,非有十分熟練的皮膚病專家或 X 光專家,普通醫生是做不來的。

若為非炎症性的頭皮毛外菌癬則其對於局所療法非常頑抗;此時,X 光拔毛法才是効力最可靠的方法。即使在此情況之下能用別種方法例如用藥來除去傳染了的頭髮並應用殺黴菌藥品,但是主要的還是要繼之以 X 光照射。這種蛀髮癬的治療只有請熟練的皮膚病學專家直接施行之。

預防蔓延的方法 下述一般方法是防止各種蛀髮癬所必需的方法:

1. 教育學校裏的護士,教師和父母關於疾病傳染的知識。
2. 校醫或學校裏的護士要用 Wood 氏濾光鏡每年二三次檢查全體兒童藉以找出病人。Wood 氏濾光鏡檢查不能發見毛內菌傳染時,則找尋由某一毛內菌所致之蛀髮癬病人應直接在毛髮和鱗屑上用苛性鉀培養之。
3. 學校中已傳染了的兒童不必各別隔離。倘每個傳染了的兒童於治療之下終日戴上一只緊貼的帽子,則疾病的轉輾相傳便會減至極少程度。
4. 在家裏和到學校裏去的時候,凡屬傳染了的兒童,一定要叫他用自己的

洗臉具，而和別的小孩同玩時，則須避免身體互相接觸。

5. 當地衛生當局，應命理髮店把各種理髮用具，浸在熱至 100°C 或 212°F 的礦油中消毒，每一個主顧用過的理髮用具在用過之後都要消毒，因為理髮店是傳播此症之極重要的一環節。

汗斑癬

有效的治療藥品如下：次亞硫酸鈉 10% 水溶液，柳酸 3%，安息香酸 6% 的 70% 酒精溶液及二氫氫 Asterol 酒。如其用了柳酸安息香酸合劑脫皮太甚，則停止數天再用，用起來不要次數太多。任何殺黴菌藥，包括治療體癬的脂肪酸高的製劑，當然也是有效驗的。據我們的經驗，以二氫氫 Asterol 酒特別靈效，在較短的時間內就會得到極滿意的結果。但罹病者在似乎痊愈後至少還要繼續治療一二星期，並且倘有極輕微的復發之兆時，應即重新醫治。

癬

以 1:10,000 過錳酸鉀液濕包，繼之以緩和的殺黴菌油膏 (Desenex, Sopronol, Naprylate, Asterol) 治療極為有效意。

非炎症性型者無需用濕包，而殺黴菌油膏可以加濃些，包括加 10% 硫黃的半濃至全濃的 Whitfield 氏油膏，Anthralin 油膏 (0.25%) 及 Saliylanilide 油膏製劑中之一種。於相當間隔期中以手拔除被傳染部的鬚髮。

紅癬

治療法與上述汗斑癬相同。

外耳道黴菌病

耳道之慢性復發的皮膚炎往往由化膿傳染所致。因之治療起來與其用殺黴菌劑，寧可用殺細菌劑。對此種病人用新黴素 (Neomycin) 油膏 (Myciquent, Upjohn) 效驗極佳。其他同樣的治療劑有金黴素油膏，菌黴素 (Bacitracin) 油膏及 Castellani 氏染料。有些外耳道皮膚炎的病人有一種脂漏素質，倘若果然如此則應施適當治療。

念珠狀菌病

間擦型 (股部，手，足之間擦部，乳房下，臀裂及腋窩) 罹病部常用 1:10,000 的過錳酸鉀水浸濕或濕包或噴霧，尤其是鼠蹊部，必須用 5% 鞣酸溶液，以棉花球塗 1:10,000 的龍胆紫溶液 (如 Conant 所推崇者)，濕包或用

噴霧器噴撒，半濃至全濃的 Castellani 氏染料，3% Vioform 之調於軟石蠟中，及脂肪酸高的製劑之油膏，溶液或粉劑，都是很好的治療藥。多數病型正是需要用濕包或浸漬及水劑，只有在病症變得乾燥時才用油膏。事實上我們所用的龍胆紫用得比 1:10,000 濃些（如 Seale 和 Richardson 氏所想像者），其實這當然會有刺激而違背了用藥之目的。

念珠菌陰道炎 以 1:16,000 過錳酸鉀液或 1:100,000 龍胆紫液沖洗，或用脂肪酸高的製劑之一的油膏或坐藥。

口腔病症 1:10,000 龍胆紫塗布或噴撒很有效而且通常能耐受的。營養者不良，維生素缺乏及齒列不整以及別種牙齒疾病均須加以糾正。成人之有此等情況往往見於體質衰弱時，尤其是那些有某種惡性病的人。

蔓延爪溝及爪甲 治療與間擦型者同。欲收根治之效，則廚司、酒保及其他那些常常要把手浸入肥皂水中的人都應該改換職業。戴橡皮手套可防止蔓延部擴大，但由於工作上時時要浸濕的關係，此法也不很令人滿意。此外，對於任何一種念珠菌病病人都要注意到糖尿病，不可忽略。

有治療成效的黴菌病處方

處方 1. 過錳酸鉀 30片

用法：1片溶於 $\frac{3}{4}$ 加侖水中作成 1:12,000 的溶液，每天將罹病部浸二三次，每次20—30分鐘。

處方 2. 醋酸鋁溶液（Burow 氏液） 180.0

用法：以20—40分水稀釋，每日用以浸或電包罹病部三次，每次30分鐘。

處方 2a. Domeboro 片或粉（Dome 化學公司）

用法：一片溶於1品脫或 $\frac{1}{4}$ 加侖水中，每日三次浸或電包罹病部，每次20—30分鐘。

處方 3. 新黴素油膏（Myciquent Unjohn 藥廠出品） 30.0

用法：每日敷用於罹病部四次。

處方 4. 金黴素油膏（Lederle 藥廠出品） 30.0

用法：罹病部每日用四次。

處方 5. 菌黴素油膏（Upjohn 藥廠出品或市售溶媒劑）

用法：罹病部每日用四次。

註：處方 3, 4, 5 僅用於淺表的黴菌病之繼發的傳染者。抗生素劑不能用於