

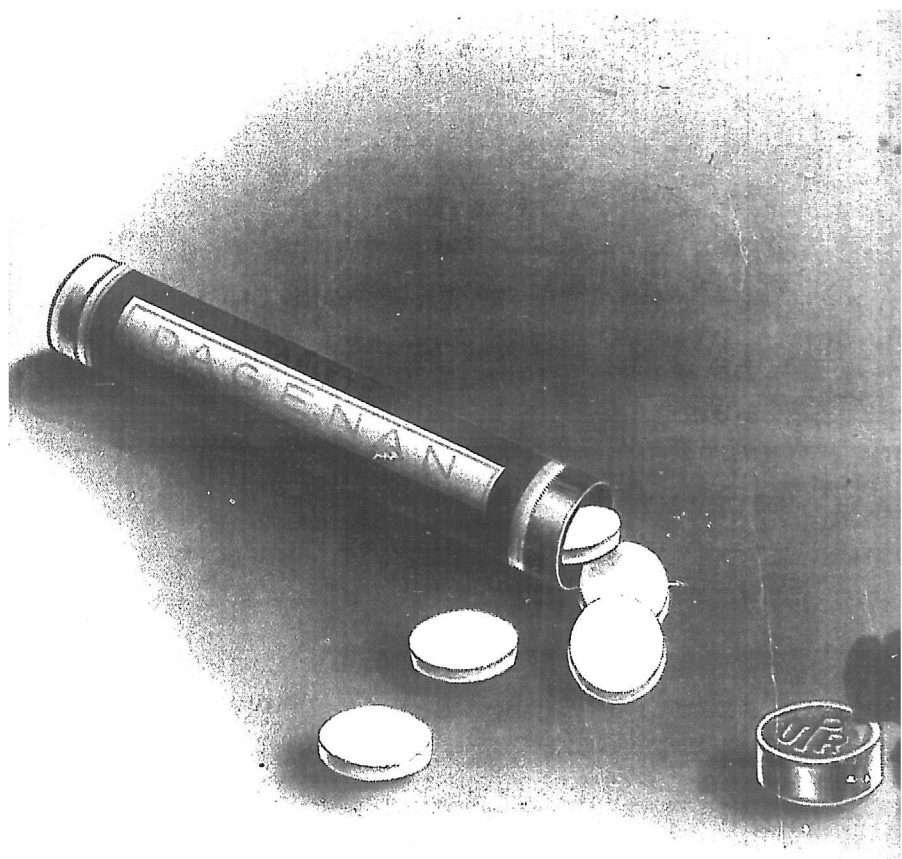
441

4472-1

淋病學概論



# 大健鳳



# 淋病學概論

醫學博士

葛經醫師編著

# 目 錄

定義	1
略歷	1
對於社會之重要性	2
生理解剖圖解	3
淋菌	9
傳染	10
潛伏期	11
症候	11
鑑別診斷	12
詢診	12
分泌物之鏡檢	13
尿液之檢驗	14
臨床鑑別診斷	14
顯微鏡檢驗	15
淋病血清反應	17
尿道膀胱鏡檢法	17
治療學	19
化學滅菌劑之歷史	21
男女兩性共有之併發症	33
淋菌性敗血症	33
心內膜炎	34
關節炎	34
眼結膜炎—虹膜炎	37
肛門炎直腸炎	38
眼炎	38
嬰兒化膿性眼球炎	38
成人之化膿性眼結膜炎	39
鼻炎	40
先天性畸型	40
炎性畸型	45
男性之併發症	46

368086

包皮腫脹	45
包莖	46
嵌頓包莖	46
陰莖淋巴管炎	47
龜頭炎—龜頭包皮炎	47
尿道腺炎	47
尿道側部膿瘻	48
Cowper頭勃氏腺炎	48
Cowper氏腺膿腫	49
攝護腺炎	49
慢性攝護腺炎	50
攝護腺膿腫及週圍膿性蜂窩織炎	51
精囊炎	52
急性精囊炎	52
慢性精囊炎	52
睾丸炎及副睪丸炎	53
<b>婦女之淋病</b>	53
急性淋病	55
孕婦淋病	56
慢性淋病	56
陰唇淋巴系炎	57
前庭大腺炎	57
尿道腺炎	58
尿道側腺膿腫及蜂窩織炎	58
膿腔炎	59
子宮炎	59
輸卵管炎與卵巢炎	61
骨盆腹膜炎	62
膀胱炎及腎盂炎	63
<b>兒童淋病</b>	63
男童淋病	63
童女淋病	64
<b>結論</b>	64

# 引 言

## 定 義

淋病係四種花柳病之一，而總括淋菌所發生之一切病症，範圍甚廣，並非單指尿道炎(俗稱白濁)而言也，他如淋菌性關節炎，敗血症，腦膜炎等症，悉應以淋症視之。

曩昔學者大抵皆認淋症為局部病症，然近來醫界已推翻前論，申言尿道炎僅為淋病之局部顯露症候，並非僅此而已也，宛如梅毒之下疳然，要知 Gonoreaction 淋病血清反應即為淋病「全身性病」論之最明顯憑證。

## 略 歷

淋病之由來已久，於紀元前十五世紀時即已有關於此症之記載，醫宗 Hippocrate 氏於紀元三百年前亦曾詳述此症之症狀，按 Gonorrhoea 之名稱係 Galim 氏於第二世紀時根據  $\rho'3\upsilon$  (即散布物或種子之謂也)  $\rho'3\upsilon$  (流出之液) 二希臘字編成者。

其後淋症屬於梅毒之說，首創於一五五一年，隨後至一八三一年，始由法國學者 Ricord 氏闡明分開，至尿道擴張術，則早於一五六四年即已採用。

Blennorrhagie 名稱係於十八世紀時 Swediaur 氏由一希臘字內 (流出液) 而改造者。

發明淋菌者為 Neisser 氏(一八七九年)，首次培養淋菌成

功者為Bumm氏(一八八四年)。

## 對於社會之重要性

迄今世人咸以花柳病為羞恥病，人皆惡之，故患淋病者大抵因顧全顏面，皆固避免視聽，不使人知，而暗自購服市藥，以期不求醫師而自獲痊癒者比比皆然，一般惟利是圖之藥商，即利用此種心理為牟利之良機，毫不以病人之福利為前提，粗製濫造，妄作宣傳，極盡鼓吹之能事，不惜千金於報章上作全幅之廣告，街頭巷尾滿貼五彩標語，不云一盒斷根，即云數日痊癒，因之墮其術中者不知凡幾。彼等既不能俛俾痊癒，且積日既久病菌勢必深入，轉為慢性。初患者因信仰錯誤，希望過奢，致於失望之餘罹神經衰弱，影響事業，大者能危及個人之生命，輕者亦必釀成痼疾，體力疲憊，辦事無能，而病人家屬因常接觸，亦不幸被傳染，妻室受傳染者尤為普通，一般家長因缺乏醫藥常識，致親生子女染罹淋菌性目炎而瞽者亦時有所聞，試思個人為社會之原子，家庭為社會之棟樑，無健全之體格者，焉有健全事業，一人如此，一家何獨不然，以此不健全之份子而處於社會之中互相傳遞，其影響於社會也當至深且巨。且也，今之市廛日繁，娛樂場所之設立，猶如風起雲湧而舞風之熾允稱感極一時，青年因聲色之引誘，而作性之追求，致罹淋症者日復衆多，是足徵社會不健全份子日益增加，以是而言改進社會，改進何從哉。迥視泰西各國，對於淋症病者管理甚嚴，並設有大規模平民化之診療所以醫治之，致淋症得稍斂迹，顧我國以環境關係，未能有國立大規模平民化之診療所，與夫患者之缺乏醫學常識，轉使此症愈行猖獗，是誠社會之隱憂也。

## 生理解剖圖解

為求簡明起見特將男女兩性之生殖系及泌尿系兩部器官製圖於後，俾讀者可以明瞭淋菌侵入器官後將來進展之途徑，與發生併發症之原因。

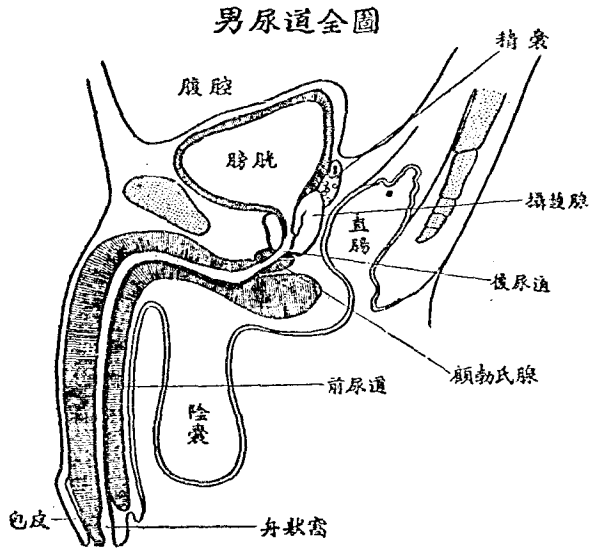


圖 一

男性尿道計分前尿道與後尿道二部，前尿道於端部較為寬闊，醫學上稱之為舟狀窩，此外在尿道之壁層內有若干細小之腺體與尿道相通，後尿道則與顛勃氏腺攝護腺精囊相通，故淋菌侵入前尿道後若不從速求醫，則將有蔓延之勢。



## 男尿道與腺體貫通之剖視

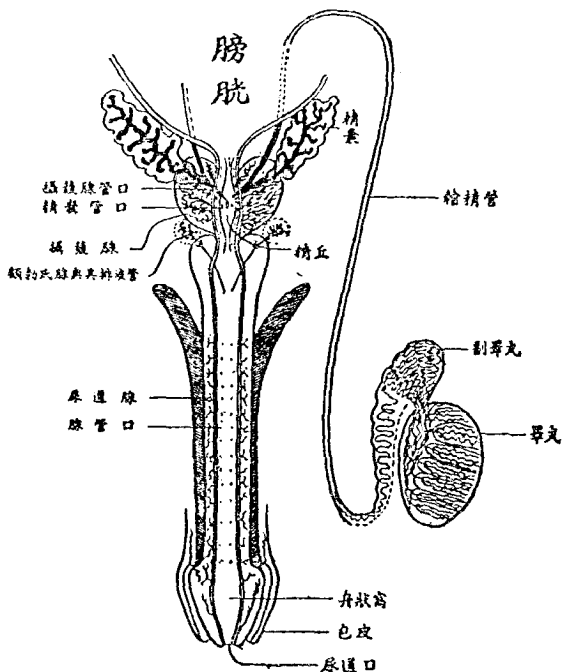


圖 二

淋菌侵入男性尿道後恆先於舟狀窩部發生創傷，然後深入前尿道或竟達尿道旁之尿道腺，此時設醫治不良淋菌將緣尿道而上，達後尿道，膀胱，由後尿道可侵入精囊，攝護腺，顛勃氏腺輸精管而達副睪丸及睪丸而釀成種種炎症。

膀胱後面與其他器臟之聯繫圖

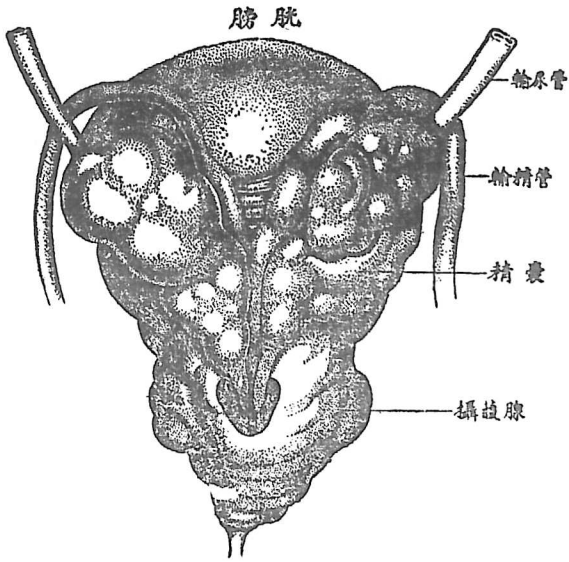


圖 三

此為膀胱後面與其他器臟之聯繫圖，於此圖上可知此部組織上複雜之概況。

婦女之尿道膀胱子宮腔之剖視

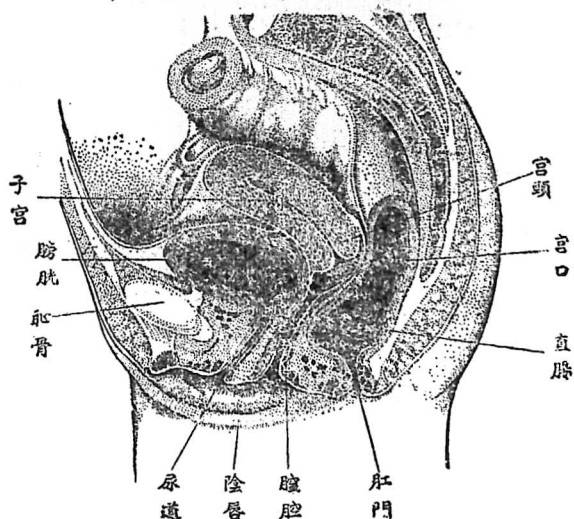


圖 四

婦女之罹淋病者其發炎最初部位大抵皆為陰腔，繼則蔓延至宮頸而侵入子宮內部然後再由輸卵管而傳入卵巢，其嚴重者每能影響腹膜而釀成腹膜炎，婦女之尿道位於陰戶之上部，大抵由陰腔內流出之膿液而被傳染，致釀成尿道膀胱炎。肛門直腸每每亦能受白帶之浸潤而發炎。

# 婦女生殖器全圖

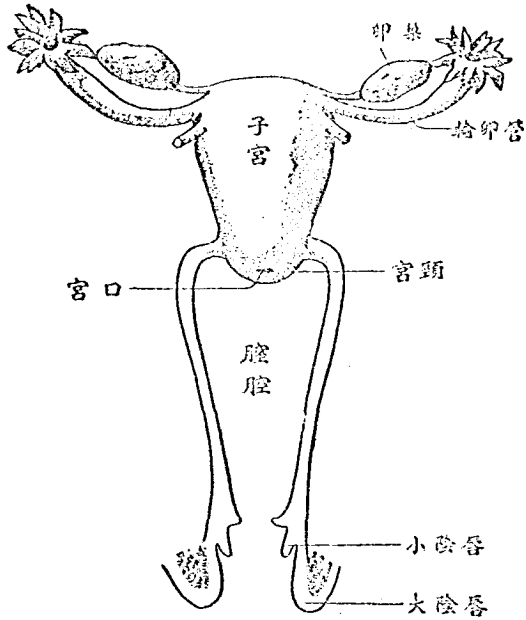


圖 五

此為婦女生殖器之全圖，讀者於此可知淋菌侵入生殖器之途徑。

婦女之尿道與膀胱剖視圖

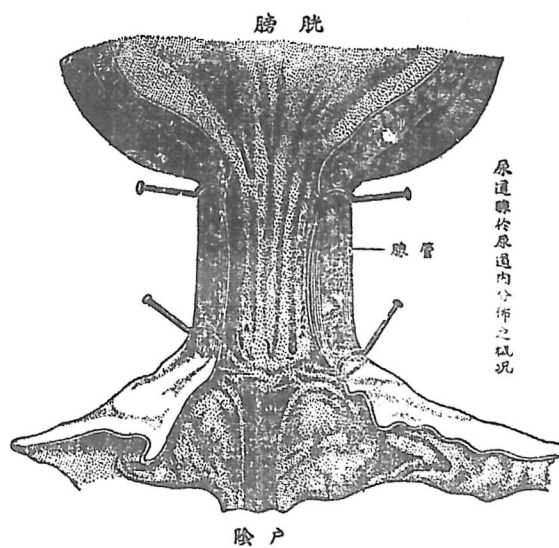


圖 六

於婦女尿道管內亦附有若干腺管，於此圖上可見尿道腺分佈之概況。

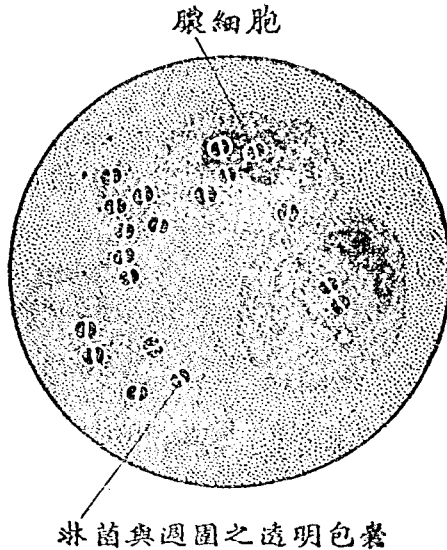
## 淋 菌

一八七九年Neisser氏首先發現淋病之病原菌，故淋菌迄今亦稱謂Neisser氏菌，為雙球菌，腰圓形若咖啡豆，內側邊緣凹陷，醫學上稱之謂 Eschbaum氏凹，兩者之凹面與凹面相對，成平行對列，其間空有微隙，四週覆有囊膜透明不能着色，為淋菌之唯一屏障，菌長約  $1\mu 2$ ，闊約  $0\mu 8$ ，空隙佔全長之五分之一。雙球體各佔五分之二，淋菌無雌雄性別之分，藉分裂法以繁殖，每隻自 Eschbaum 氏凹處，垂直狀分裂為二，故每每於塗片上有四隻相對者。

## 淋 菌

圖

七



淋菌對有細胞有特殊之親和力，善侵入細胞而居於其間，故每每因竄入之細菌過多而破裂，其處於細胞外者亦頗多，總之，無論內外皆相聚成簇。

着色：淋菌為 Gram 陰性球菌嗜美藍與伊紅。

培養：凡於臨床上發生隱型性淋病之疑問時，或於化驗上為闡明淋菌之真偽計，可取病人之尿液，膿質，或精液選用腹水瓊脂基與血瓊脂基以作培養。

腹水瓊脂基之配製法：以四十五度之溫度溶解無菌瓊脂於玻管內，然後和以1/3至1/10之腹水即成。

血瓊脂基：用滅菌法吸取人血，狗血或兔血以1/3之血液和入四十度之2/3瓊脂內即成。

## 傳 染

淋菌對外界之抵抗力甚為薄弱，脫離病灶後不久即自然消滅，故淋病幾乎完全是由不潔之性交而得來，其間接由衣衫或用具而傳染者則頗寥寥，但為健全之蓄菌人而傳染者，亦頗為可能，例如某婦女與一患淋病者同房後，自己本身能不染淋病，但能使後來與交者發生淋病，此種情形於臨床上時常發現，並不如吾人理想上之希罕。

男性因生理之關係，病菌祇能由唯一之尿道口侵入而釀成淋病故男性受病較難於女性。

## 潛 伏 期

淋病之潛伏期甚短，於二十四小時以內病發者比比皆是，

普通約為三十六小時至五日，而以二三日為最普及。

患者於潛伏期內，因無任何病態，非但不知己身之已病，既婚者每每且將遺害與妻室，未婚者轉害其他婦女，廣播孽種，禍及無窮。

潛伏期之久暫與病勢之輕重似甚有關係，其發之急者，病勢必兇，發之緩者，勢則較輕。

### 症 候

初病人先覺尿道微癢，稍有粘液，繼之即覺灼痛，便尿時尤劇，尿液涸濁，泄洩膿液，尿意頻繁諸徵，病人大抵皆於此時延醫就診，然往往有一種輕微症候，既無痛癢亦無膿液，僅略有粘液耳，故多為病人所疏忽，俟隨後現併發症時方始就診，猶不知自身已罹淋病也。





## 鑑別診斷

尿道灼痛與排除膿液，並非淋病之特殊病徵，要知其他一切細菌性之尿道炎皆能發生同樣之症候，故吾人於臨床上絕對不能因病人尿道流膿即不加思索，驟然斷為淋病，而必須詳加檢驗，否則偶一不慎必釀成錯誤，直接危害病家，間接且影響社會，遺禍良非淺鮮，為人醫者不可不慎也。結核性尿道炎誤作淋病醫治致數逾月而不愈者，此種病例筆者曾數見之，今特將鑑別診斷贅述如次。

患者大抵皆因尿道流膿而求醫就診，至斯應注意以下數點循序診察：

- 一、詢診。
- 二、分泌物之鏡檢。
- 三、尿液之檢驗。
- 四、尿道及尿道腺之診察。
- 五、臨床鑑別診斷。

### 詢 診

年齡：年齡與病勢似頗有聯繫，年老病人之淋病病勢大都皆屬平凡易於醫治，反之年幼患者則較嚴重。

健康狀態：疲憊與衰弱者之淋病病勢較健壯者為兇，蓋彼輩之抵抗力較弱，致細菌之致病力成反比例增劇。

地方與氣候：作客異鄉者之病勢往往較本地居民為重，設一人居於寒帶者，一旦遷至熱帶而染淋病，其症候亦將較為兇險。

尿道歷：其往日曾患淋病，業已痊愈而再發或未痊愈而復發者，則新近之症候大抵皆較輕於前次，探詢病人房事及起病之日期，病人已婚與否，亦應注意，其已婚者在未明時與交之婦女以前，宜勿葛然向病人道及淋病，設患者本人品素誠篤端正不苟，而其妻室有外遇致移禍與夫，事實上誠屬可能，倘一旦夫知妻有外遇且染淋病，家庭間將發生慘劇，醫者不可不慎也。對於病人之心理亦應加以注意，要知凡此類患者，大抵皆企望速愈，迫不可待，倘五六日不愈，病人勢將易醫求治，如此，後者醫師不知前醫所用之療法；相互間不能銜接，影響病勢至巨，故醫者應預先向病人解釋以安定之，此外關於病人之起居及飲食嗜好亦宜詳細垂詢，諄諄善誘，務使導入正軌。

### 分泌物之鏡檢

採取淋病粘液以求鏡檢，須於患者排尿三四小時後行之，方能獲得較正確之結果，蓋若於排尿後即行採取，則尿道中膿液因已被尿液沖滌淨盡。所檢獲之物皆當不能有明確之結果，另有須注意者即於採取粘液時須審慎從事，決不可用力壓擠龜頭以傷粘膜而使病菌深入，故應從龜頭下輕輕推擠，然後用滅菌金屬細絲採取之，此外於取菌前將龜頭洗滌清潔尤為先決條件，設不如此，恐將有其他細菌混入而淆亂檢定也。繼之有菌之粘液既從尿道口採取以後，乃塗佈於一小玻璃片上，以火薰之或使之陰乾再從事着色檢驗（詳情見後），已往世人誠有一種錯誤觀念擬概以為排出之膿液如濃厚者含淋菌必多，稀薄者則

較少，究之事實往往相反，因稀薄粘液恆能發現大量淋菌而於濃厚之膿液中反無所獲也，此尤不可不慎。

## 尿液之檢驗

病人宜於排尿前就診，以便檢驗，囑病人將尿液分別排入兩隻玻璃杯內，以各半為最宜，前一半排入第一隻杯內，後一半排入第二杯內，視兩杯尿液之清濁以鑑定尿道損傷之部位。第一杯濁濁而第二杯清澄為前尿道炎之徵，兩杯皆濁濁為全尿道炎之徵，此點非但在診斷方面頗有關係，且治療方面亦極端重要，前尿道炎易治，全尿道炎既難治而多枝節，蓋攝護腺及精囊皆與後尿道相通而有直接聯繫也。

濁濁尿液並非淋病所專有之現象，如尿液中鈣質與磷質沉澱時亦有類似之現象，惟此種現象如加醋酸少許，再以火燃熱之即溶解變為清澄，含有精液及膿質之尿液亦能現濁濁，此種濁濁雖加醋酸亦不能使之澄清，但顯微鏡頗能鑑定之，膿尿含有大量膿細胞與菌體，精尿含有精子，故不易與淋病之濁濁尿相混淆。

## 臨床鑑別診斷

尿道炎之種類甚多，原因複雜，淋菌性尿道炎僅其中之一耳，其他細菌亦能釀成同樣之症候，故吾人不能認為患尿道炎者皆為淋病，茲特將非淋菌性之尿道炎分別誌之如下：

1. 梅毒：梅毒菌每每能在尿道內釀成梅毒性損傷而外表症候則頗似淋病，若以淋病醫治之，則將永無治愈之希望轉而遺害病人，此種梅毒性之尿道炎大抵於舟狀窩部現潰瘍，可於此

處取膿液少許以求鏡檢即可斷定。

2. 軟性下疳：軟性下疳之狄克來桿菌亦能於尿道內發生類似淋病之尿道炎，惟患者感覺疼痛甚劇且於舟狀窩部現碩大之潰竅，故易於診斷。

3. 混合型下疳：因梅毒螺旋菌與狄克來桿菌同時竄入尿道而釀成，情形與上相仿，易於斷定。

4. 結核性尿道炎：此項病例雖較稀少，但並非絕無發生之可能，此項病者設以淋病治之，則永久不能奏效。患者大抵體格孱弱，同時在其他部份必有結核性損傷，設不謹慎診察，則易被疎忽，認為淋病。

## 顯微鏡檢驗

將檢驗物均勻塗佈於玻璃片上，薰乾以固著之然後行染色手續。

### 1 美藍染色法：

#### (一)美藍處方

美藍	一公分
石炭酸	一公分
純酒精	十公撮

使之溶解然後漸漸加

蒸溜水九十公撮

濾滌後貯藏於嚴封之玻璃瓶內

#### (二)染色手續

以上溶液於臨用前最好再濾過一次，或用濾紙一小塊覆於塗片上然後將顏色注滴其上約二分鐘後以清水沖洗之，俟乾後鏡檢之，所有細胞及細菌皆呈藍色。

## II 克爾氏染色法：

### 甲、所須要之顏料：

#### (一) 龍膽紫色方

{ 龍膽紫飽和酒精液	十公撮
{ 百分之一石炭酸水	九十公撮

#### (二) 碘液處方

{ 碘化鉀	二公分
{ 碘	一公分
{ 蒸溜水	一百公撮

#### (三) 純酒精或酮酒精

{ 純酒精	九十公撮
{ 酮	三十公撮

#### (四) 復紅(弗辛)液方

{ 復紅飽和酒精液	五公撮
{ 蒸溜水	一百公撮

### 乙、手術

注滴龍膽紫數滴於塗片上一二分鐘後瀝乾但勿沖洗，旋即加碘液數滴，再一二分鐘後瀝乾，以酒精沖洗之，直至片上流

下之酒精為白色時始止，然後用清水沖洗一次，繼以復紅液數滴作最後着色，約一分鐘後再以清水沖洗之，俟乾後作鏡檢，淋菌即呈紅色。

### 淋病血清反應

人體或其他動物體內經異性之蛋白質毒素或細胞(紅血球)侵入後，經過相當時間，其血液內即將產生有特殊之質素，能使蛋白質發生沉澱，使細胞溶解，使細菌凝集。此種質素在醫學上稱為抗體，使之發生之物質稱為抗原，患淋病者體內亦含有此種抗體，淋病血清反應即利用病人抗體凝集作用，以作診斷，呈沉澱現象者為陽性，反之則為陰性，其詳情恕不贅述。

### 尿道膀胱鏡檢法

急性淋病如醫藥失當或因病人不遵守醫師之規勸則將釀成慢性淋菌，因尿道呈畸形而釀成者亦有之，故凡遇慢性病例吾人必須詳細考查其原因，其中尤以檢驗尿道最為首要，是故於檢驗前尿道尤應審慎，對於尿道口及舟狀窩二部，應視察有無皺摺組織或盲管畸形形成，同時對於顛勃氏腺亦應加以注意，在慢性病例內後尿道之檢驗應特別慎重，顛診攝護腺固屬重要而尿道膀胱尤不應忽略。茲將尿道膀胱鏡機構縷陳於后：

(一)金屬管「見圖八」直徑與十五號之導尿道相等，前端有一空隙其中設有小電燈一具，上有長圓形窗隙，以供診視之用。

(二)軸：為一金屬桿，前端附有與管端之窗隙相符之金屬片一塊，其功用專為填平窗隙，以免插尿道鏡時釀成損害。

(三)鏡管：為一細管，前端為接物鏡，後端為目鏡，鏡管側尚附有灼刮器具以供治療用。

附註：

(一)尿道鏡於每次應用前皆應行滅菌術，事前對於病人之尿道，亦應加以視察，如尿道有狹窄處，則預先應擴張之或竟行切開術，並宜於鏡檢之數日前逐日灌注尿道以防鏡檢後，發生繼發型炎症。

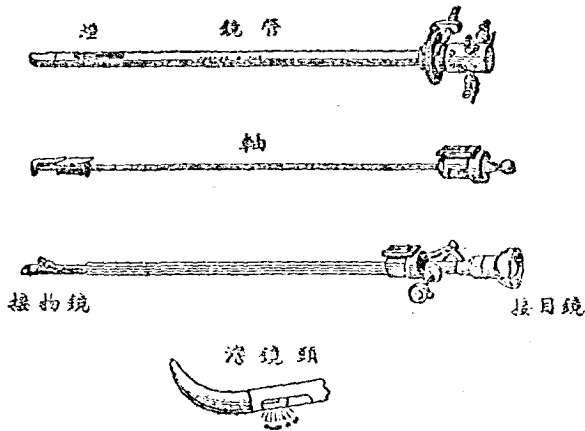
(二)在尿道炎急性期內，絕對不能行鏡檢術。

(三)對於一般慢性尿道炎「見圖九」之病例內，皆宜作鏡檢以闡明不能痊愈之原因，並診視後尿道精阜「見圖十」及膀胱頸之狀態，如局部有潰瘍或贅肉「見圖十一，十二」形成等症，則應灼療或切刮之。

(四)行鏡檢前宜灌注百分之二之 Novacaine 五至六西西，注射後即囑病人鉗緊尿道口四五分鐘，俟藥液發生作用後實行鏡檢。

### 尿道鏡

圖



## 治 療 學

為簡明起見茲特將治療學分四部序述於后：

(一)優生：凡患有淋病者應禁止飲酒，含酒精及其他刺激性之食品亦在禁止之列，宜食富於滋養之資料藉以增強自身之抵抗力，多食利尿食品以促病症之速愈，至對於自身之體力尤應從事修養禁絕勞動，起居務求安適，嚴禁房事，蓋房事一則能直接影響自身病症使之惡化再則可以傳染對方殊非得計，此外再用布袋兜起陰囊，以期防止發生睪丸炎。運動如騎馬踏自由車等皆應暫停，以防發生併發症。

(二)局部療法：每日應以過錳化鉀八千分之一或果乃克淋四千分之一之溶液灌洗尿道一二次，或竟至三次，於灌洗之前，應先使病人排尿，然後再灌洗龜頭及尿道口，以免外界之雜菌侵入，對於急性尿道炎灌洗時壓力宜於和緩，不可過高以免損傷尿道，設遇尿道口有畸形灌洗發生障礙時，可行手術切除之。

(三)疫苗療法：凡淋菌侵入人體血液後，生理上對於此種淋菌即將發生一種抵抗作用結果產生一種抗體以滅淋菌，疫苗療法即按此種原理而將淋菌致死，去其毒性以之注入人體，促成身體之抗毒作用，故優良之疫苗，應具有下列各項條件：

(一)性質固定，不因氣候時間環境之轉移而失去其作用。

(二)應無毒性：無任何致病力及其他一切不良作用之毒性。

(三)因患淋病者含多種菌族：淋菌隨其形態及其性質



略可分為十數種故疫苗應含有各種淋菌體。

(四)患淋病者恆雜有類似淋菌之雙球菌，醫學上稱之為Synocoques能使淋菌轉成慢性故在疫內應亦含有此菌。

(五)反應宜少。

新製德美貢 Neo-Dmegon 疫苗確備具以上各點，無任何不良作用，共分兩種安甌各含有不同之淋菌數種，每公撮含淋菌一萬萬五千萬，雙球菌二萬萬二千五百萬，故於使用時宜遞換使用兩種安甌。

臨床上應先用化學滅菌劑如大健風及尿道灌洗術，治療法待患者略具功效後再行注射新製德美貢疫苗，惟以往一般醫家慣皆先用疫苗療法，後用化學療法，此則余頗不以為然，蓋疫苗注入人體須經過相當時間後，數日或竟至二三星期後，方能發生作用，因此反而利於淋菌之滋生不若化學滅菌劑直接殺菌之簡捷。

新製德美貢疫苗注射十至十二次為一組，皮下或肌肉注射可皆行之，如遇有必要時亦可行靜脈注射，惟略有寒熱戰慄反應耳。

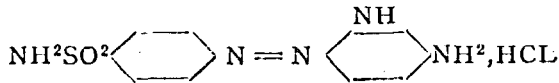
(四)化學療法：自發現化學藥劑有滅菌效用後，一時化學製劑風起雲湧頗極一時之盛，就其效力言，其中以黃色素奏效最大今人仍多用之。黃色素中以果乃克淋 Gonacrine 歷史最久，極為醫界所推崇，彌來化學滅菌療法又有新進步，進而發明二(對氯苯磺醯胺)吡啶製劑，名大健風，為含有吡啶成份之藥品，在化學方面與對氯苯磺醯胺殊為迥異，臨床上對於淋病具有特殊獨到之功用。

# 化學滅菌劑之歷史

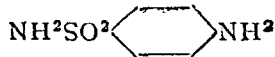
## 引 言

化學滅菌療法自Domagk氏研究Sulphonamido-Chrysoidin以後，尤要者於Fourneau氏，及其同人闡明對氨基磺醯胺以後，自斯化學滅菌劑種類即漸增加，先後皆應用於臨床上，當日頗形龐雜綜錯，茲特將歷來試用製劑之主要者，簡略加以追述。

於一九三五年首先出現者為氮化色素，為專治鍊菌症之藥品，成份內含有一N=N—如 Domagk 之 Sulphonamido-Chrysoidin Hydrochloride，其化學公式為：

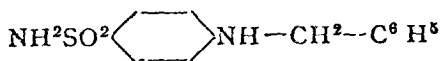


未幾Fourneau氏及其同人即闡明化學製劑之滅菌作用與色素並無聯繫，而係屬於藥品中之對氨基磺醯胺(1162F.)成份，即：



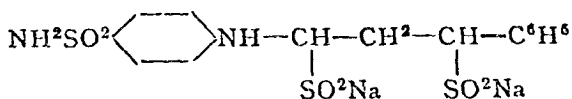
此為白色粉末，於普通之氣溫內，溶解率為百分之〇·八，以後即利用此成份配成若干製劑，繼則又發現 1162F，非但能滅除鍊菌，對於腦膜炎菌（根據Buttle, Proom, Schwenkter, Celmann, Long諸氏之試驗）淋菌(Reuter, Dees, Colston, Durel' Levaditi 諸氏報告)及傷寒菌 (Buttle及其同人) 亦有相同之作

用，既而Gofssedet, Despois, Gailliot, Mayer Hapern 諸氏復發覺1162F.之毒性，能用各種烴代替働氨以減低之，賽勃他星即以此法製成，其公式如下：



賽勃他星在大多數之液體中皆不能溶解，其作用專治錄菌及腸桿菌症而毒性異常輕微。

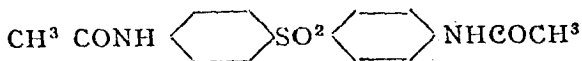
旋即設法增加1162F.之溶解性，以期作注射用，因之而得發明沙呂賽勃他星，其公式為：



沙呂賽勃他星於普通溫度內，能溶解於水內，溶解率能達百分之二十，安瓶內所含溶液為百分之六，約等1162F.百分之二，其毒性極端輕微，與賽勃他星相似，滅除錄菌淋菌腸桿菌之功效甚為顯著。

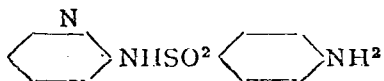
Buttle氏及Fourneau氏與渠輩之同人，同時闡明若干無 $\text{SO}^2$   $\text{NH}^2$ 成份之製劑亦有滅菌作用，其中以磺製劑為最佳。

洛太龍即以此劑配成者，公式為。



該品為白色藥片，不易溶解，滅除錄菌，肺炎菌淋菌之作用頗為強盛，然磺醯胺之研究工作並不因此發明而中輟，最近Ewins及Phillips二氏於研究以對氯苯磺醯氨基醯製醯胺時，

又發明新製劑，同時並闡明此酸由有機胺內提出者，較由氫內提出者為佳，而以由胺吡啶內提出者為尤佳。大健風 693 藥品，即以此法製成，其公式為：



為白色藥粉，溶化於一百九十二度，但於普通溫度內，溶解率祇有十分之一，大健風之傷膿作用能以重氮反應確證之，藉此法可在尿，血或腦脊髓液內鑑定大健風之踪跡。

大健風為多價滅菌劑，而以滅除鍊菌淋菌及肺炎菌之作用尤為卓著，英國諸專家如L.E.H. Whitby及S.B. Dimson 二氏近來闡明大健風對腦膜炎菌性之各種病症頗有良好之功效。

大健風之滅菌作用既多故應用範圍至廣。其對於葡萄球菌及大腸桿菌亦有顯著之功效，關於此點將來於臨床上必多發現

### 藥學性質

大健風對於若干細菌，有專門破壞或推毀菌囊之作用，此點已由Whitby Fleming, Telling與Oliver證實之，又有Fleming氏者證明 693 於體外在濃度不同之血液內能阻止肺炎菌與溶血型鍊菌之生殖。於含有血質而無白血球或含有全部血質之培養基內研究此作用時，闡明滅菌作用遇有白血球時即行發生，同時並發現若於血液內和入具有特效之血清少許則效力尤巨。

毒性：按化驗之結果，大健風之毒性極端微末。R. Mayer氏給200 Mg.以上之劑量與重20gm.之小鼠，同時按每尪體重三公分之劑量與兔類，結果鼠兔皆良能忍受之，L.E.H. Whit-

by氏以一公分以上之藥量與貓犬，經一星期之久亦未發生任何不良作用。R. Wien氏詳列 1162F 與 693 毒性之實驗結果於以下表格內，俾便比較，並作下述結論。

### 對氨基磺醯胺對小鼠之毒性

劑量以克作單位 體重以公分作標準	鼠 數	死 亡 數	死 亡 率
3.5	8	2	25
4.0	9	5	55
4.5	6	5	83
5.0	6	6	100

### 對氨基磺醯胺吡啶 693 對小鼠之毒性

劑量以克作單位 體重以公分作標準	鼠 數	死 亡 數	死 亡 率
8	4	0	0
10	4	0	0
12	12	3	25
15	12	6	50
20	12	9	75

“二 (對氨基磺醯胺) 吡啶對於鼠類之毒性較磺醯胺低四分之一。”

“小鼠每體重一公分服藥 $\text{O} \cdot \text{五}$ 起，連服二星期，結果尿液與血液皆毫無變化，即雖每日以一公分之藥量與貓犬，連續一星期似亦不能使其尿血及健康失常。”

“小鼠每體重一公分服以四起(即量依有效劑量之十六倍)繼續二星期，此劑量對於幼鼠之發育所發生之作用確與一起磺醯胺所發生之作用相等。而大健鼠一起對於發育則絕無任何影響。”

“每日按體重每一公分服磺醯胺一起半，持續二星期之久結果將釀成紫質色尿，紅血球減少，鐵血黃素沉積於脾內，而五(對氯苯磺醯胺)吡啶雖用至二倍以上之劑量，對於生血機能及色素代謝均不發生如上述之不良作用。

### 分佈於體內之概況

大健鼠幾於服用後即可在血液及腦脊髓液內尋獲之，主要部份係由泌尿系排洩，因其排洩甚為迅速，故大健鼠應於日間分數次服用(每三四小時服一次)。

693重氮化後再和以二甲 $\alpha$ 萘或 $\beta$ 萘酚即呈紅色氮化色素反應，故於尿液內可利用此法以驗大健鼠。

### 二甲對萘胺反應 Dimethyl- $\alpha$ -Naphthylamine

以九十五度之酒精及二甲對萘胺配成二百五十分之一之二甲對萘胺溶液，貯於黃色瓶內可經三星期不變。

取尿液 $0\text{cc}$  至 $2$ 公撮，加 $\text{HCl}$   $\text{N}/10$  二公撮再以蒸溜水加至十二公撮，振盪以調和之，然後再加亞硝酸鉍 $0\text{gm}$ .  $10/100$  溶液一公撮，再搖動以調和之，三分鐘後加試液五公撮，同時

微微搖動之，即立現桃紅或鮮紅色反應。

### 乙脞因碑反應

乙脞因碑	公五分
33%之純鈉	五十公撮
蒸溜水加至	二百公撮

此試液可貯藏八日。

取尿液0cc1至2公撮加 HCl N 一公撮，以蒸溜水補足三公撮，振盪後加亞硝酸鈉 10% 溶液五滴，振盪後再加試液五公撮。

反應現黃色或橘紅色，此反應之敏感性較上者為遲鈍，不如上者銳敏。

### 尿液中之化合物

倘以鹽酸水解(Hydrolyse)尿液(以鹽酸HCl N五公撮和水五公撮尿液內然後用蒸沸器蒸半小時，俟冷後濾溼之，再加水五十公撮以資稀釋，然後吸取二公撮以作試驗之資料)，則將發生變色反應，蓋化合物經水解後即被解離，血液之腦髓液中之大健風亦可用此法檢驗之，但預先務將濾液內所含之三氫醋酸濾清(一分血和二分水再加一分20%三氫醋酸，濾溼，吸取濾液一公撮作化驗用)。

### 臨床性質

## 忍受性：

化學滅菌劑晚近於治療學上已頗佔地位，應用範圍頗廣。根據一般經驗，證明此類藥品宛如其他一切功效強大之各種藥品，每每對於身體能發生副作用，故舉凡大健風所能發生之各反應咸宜知之。

大健風之反應即對氨苯磺醯胺及類似之藥品所致之反應有皮疹，頭痛，疲憊，消化不良，青紫等徵，但為性至為輕微。上項諸反應於用大健風時頗為稀少，其他較嚴重反應亦從未發現。頭痛、暈眩及疲憊有發生之可能但頗不常見，青紫更為希罕。較常見者為消化不良，然絕無任何危險性，若遇嘔吐則可減低劑量或行停止服用，如以 Sodium Bicarbonate 或 Citrate 醫治之即可恢復常態而再按規繼續醫藥，本品用普通劑量對於肝腎均無毒性，血液檢驗亦無異徵。

## 臨床應用法及劑量

滅菌劑應用之範圍頗難臆斷，蓋本品對於多種不同之細菌皆有良效也。

## 淋菌性病

綜淋菌性病化學療法之諸學理可得一結論：即為化學療法應與局部療法同時併用，其理由並非單用化學劑不能治愈淋病，其實係為避免用過份之劑量耳。關於此點 Benda 及 Palazoli 諸氏已有所申論。大健風與洗滌術併用固然能促病症速愈，但或因環境所限不能同時行洗滌術而單用大健風或與其他注射劑同用時亦均可奏同樣之功效，故實則大健風有四種應用



法。

### 甲、大健風與局部療法併用法

對於婦女及化膿型眼炎皆應採用此法，至於男性凡事實可能時亦應行之。英國專家如Lloyd, Erskine及Johnson諸氏用大健風時即應用此法。每日劑量平均約為三公分，兒童0.75至一公分所得成績如后：

急性淋病十六例，於兩日即愈者佔十一例。

以對氨苯磺醯胺未奏效之十例改服大健風後，於七日間痊愈者有八例。

幼女膿腔炎七例：經三日皆痊愈。

F. J. T. Bowie 氏最近以大健風醫治男性急性淋病尿道炎三十例。第一日服四公分，後二日三公分，隨後四日服一公分半(同時用1/8000過錳化鈣灌洗尿道)至第三日淋菌即絕跡者佔二十八例。

其他於婦科如宮頸炎，淋菌每每與其他細菌混合致釀成較深之損害而使淋菌蘊藏其間，滋生不已，故於化學療法外，應佐以局部治療。視宮頸炎勢之需要，或用藥卵或用電療以去局部病灶，服大健風以伐其根。

A. M. Michie 與 Maurice H. Webster 二氏以大健風醫治嬰兒化膿型眼炎而奏速效。有二嬰兒，其一僅六日，另一十二日，服藥〇·五〇數小時後病勢即轉佳。

### 乙、大健風單獨療法

大健風之藥力極強，對於男性病人每因環境之不許可，致不能用局部療法時，單用大健風亦足奏良效。P. Durel 氏關於此法曾於一九三八年六月份之法國皮膚學專刊發表重要著述，

該氏曾用三種劑量茲撮錄如后：

### 第一種劑量

每日三公分(六片)<sup>3</sup>連服二日  
每日二公分(四片)連服二日  
每日一公分(二片)連服二日  
每日〇五・〇公分(一片)連服二日  
八日間服十三公分。

### 第二種劑量

每日三公分(六片)連服三日  
每日二公分(四片)連服三日  
每日一公分(二片)連服三日  
九日間連服十八公分

### 第三種劑量

每日四公分(八片)連服二日  
每日三公分(六片)連服二日  
每日二公分(四片)連服二日  
每日一公分(二片)連服二日  
八日間服二十公分

第一種劑量忍受性為最佳，第三種功效最速，第二種劑量對於大多數病例咸皆適宜。

初次試用成績如次：

急性尿道炎十八例，用細菌檢驗證實痊愈者：

二日至四日痊癒者佔十二例

五日至七日痊癒者佔四例

十日痊癒者佔一例

未奏效者一例

#### 尿道恢復正常：

二日至四日恢復者佔十一例

五日至八日恢復者佔五例

頑固病例二例：十六日至二十三日痊癒。

大健風治慢性淋病亦有顯著功效，其曾用對氮苯磺醯胺未能獲效之病例，易以大健風亦速奏速效，有一淋病患者之尿道呈支管畸型亦獲痊癒。

#### 丙·大健風與注射用磺醯胺化學製劑併用療法。

化學療法與病人個別之體質頗有關係，故應時常診視之。

大健風除上項應用法，亦可按以下方法變更之，即內服中等劑量之大健風，再佐以沙呂賽勃他星靜脈或肌肉注射。用法如后：

第一日大健風三公分 + 注射沙呂賽勃他星十西西。

第二日大健風三公分。

第三日大健風二公分 + 注射沙呂賽勃他星十西西。

第四日大健風二公分。

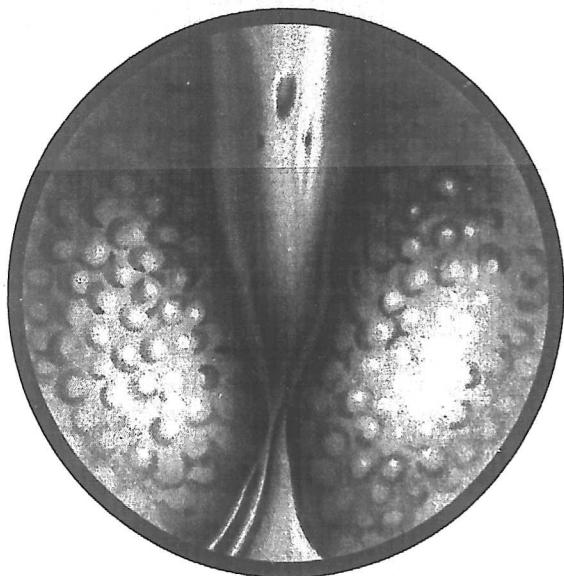
第五日大健風一公分 + 注射沙呂賽勃他星十西西。

第六日大健風一公分。

第七日大健風〇·五〇公分 + 注射沙呂賽勃他星十西西。

第八日大健風〇·五〇公分。

用尿道鏡所見之慢性淋病之四種病徵

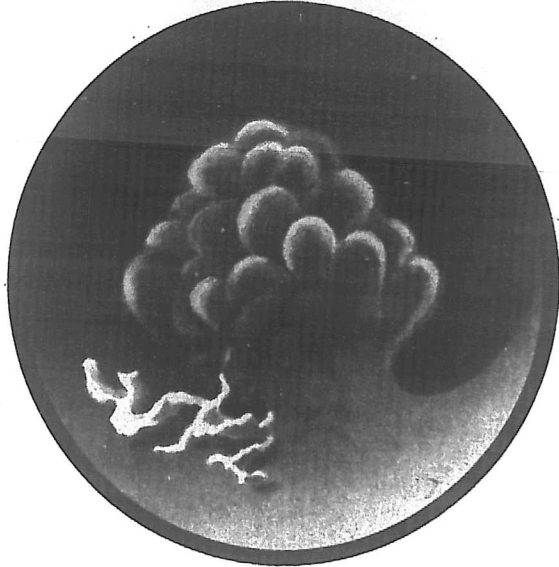


粒狀後尿道炎 (圖九)

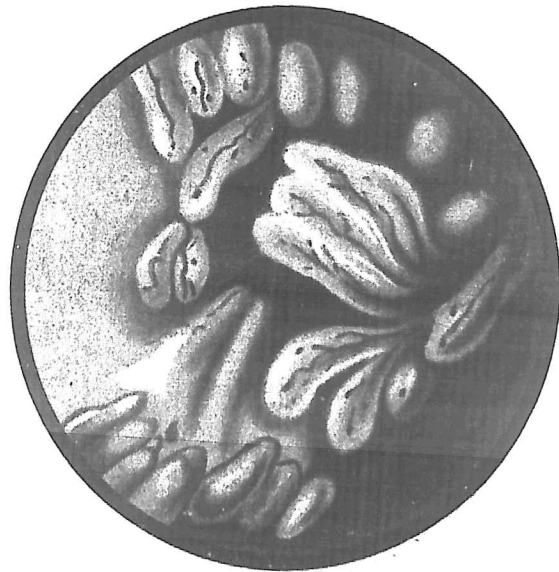


慢性精丘炎 (圖十)

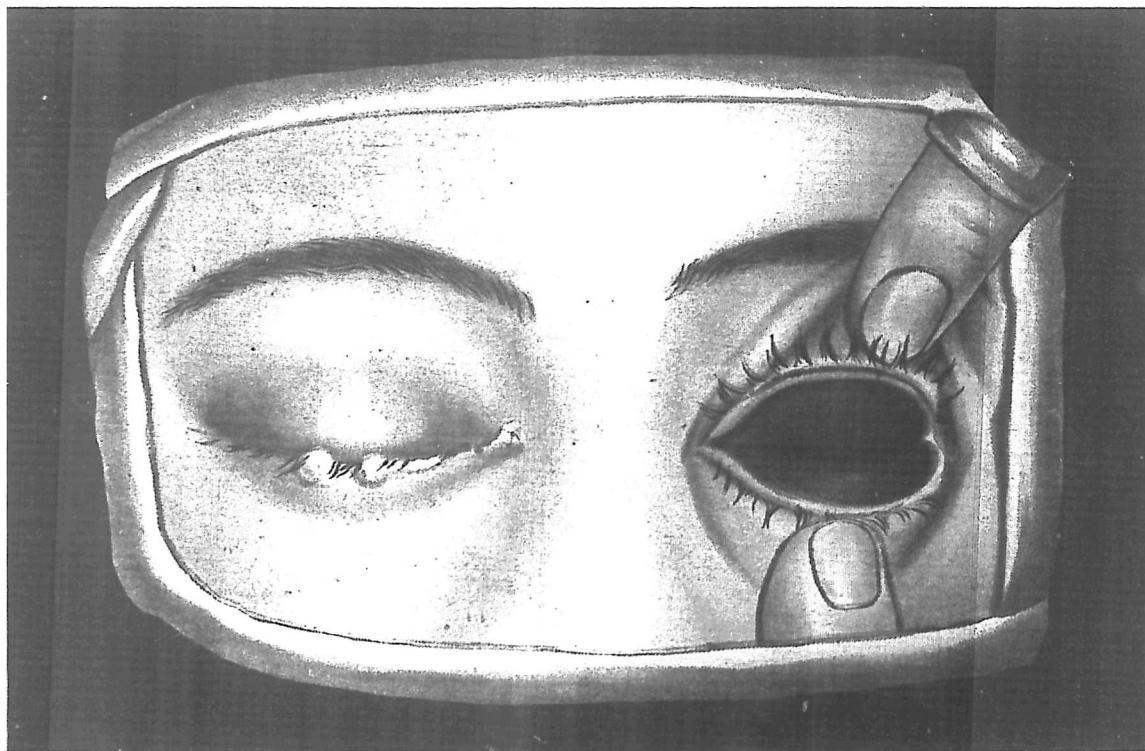
用尿道鏡所見之慢性淋病之四種病徵



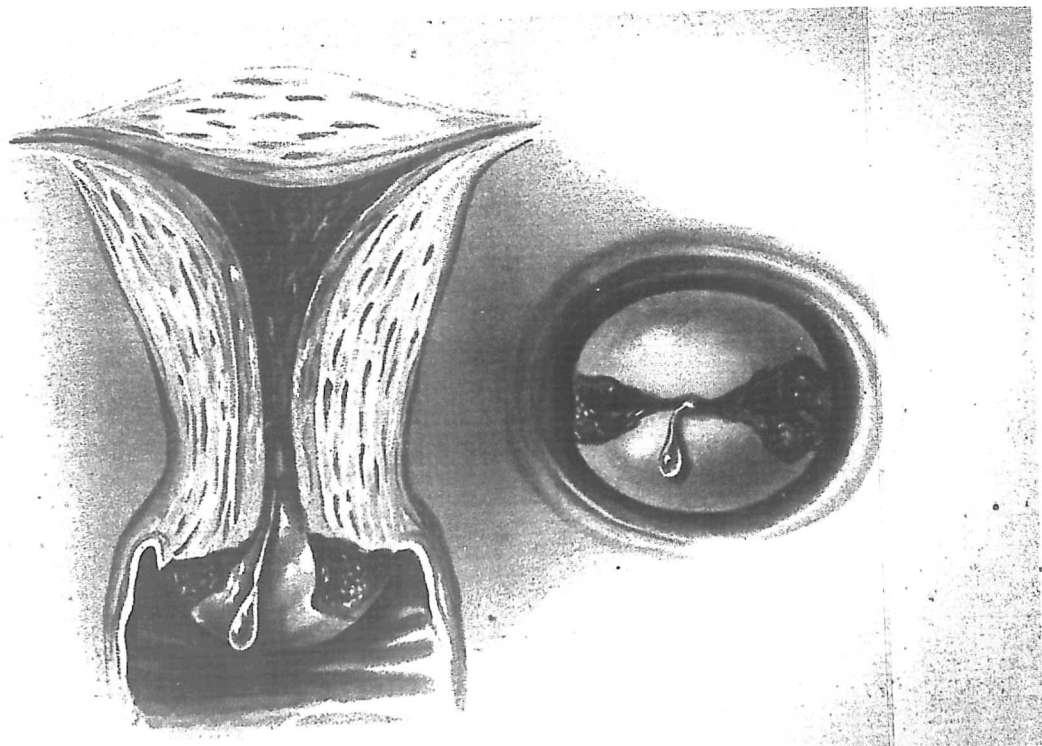
後尿道之贅肉 (圖十一)



後尿道多發性肉芽 (圖十二)



淋菌性化膿結膜炎 (圖十三)



淋菌性子宮炎及宮頸潰瘍與流膿之症狀（圖十四）

第九日至第十四日：暫停醫藥，視察病情。

第十四日：開始試行啤酒鑑別反應，以辨痊癒之真偽。

第二十一日：以1/200之硝酸銀行試驗。

第二十八日：培養精液。

#### 丁·化學療法與疫苗相繼應用法：

先用大健風作直接滅菌療法，繼之俟停服大健風後再開始注射新製德美貢以堅定大健風所奏之功效。

### 劑量撮要

大健風滅菌作用之廣已如上述因之倘欲使其劑量適合於各種病症，實際上頗為困難。例如丹毒與肺炎二症之適當劑量不相同也。按通常起首之數日劑量大概如后：

成人：

危篤症候：在臨床及血液檢驗下可用五公分。

普通症候：三公分。

兒童及嬰兒：以體重作標準，用遞減法即起首數日用重劑量以後漸漸減低之，為最宜

### 禁忌及監督

凡遇惡性貧血，血友症，惡性內臟症皆忌用大健風。於醫藥需延至十日以上者，應行血液檢驗一次，（血球計數及百分比率）

遇頭痛可用醋柳酸鎮定之，胃痛可應用重炭化鈉或枸橼酸鈉，即可減退。



便秘忌服瀉鹽，而宜用蠟油滋潤清導，其他化學製劑於服大健風期內皆忌服用，金屬及砒類尤為禁忌。

## 用 法

大健風應於日間分數次服完，每次一片，服藥時與餐時並無關係，藥片可置入杯內加水少許，俟其體解後用力振盪之服下，或置入口中咬碎用水送下均可。

凡過兒童可先將藥片壓碎於湯匙內，然後和入牛乳糖水或蜜餞內使服之。



## 男女兩性共有之併發症

併發症可分為局限性及全身性兩種，全身性併發症亦分為菌血症與毒血症二種，其菌體脫離病灶而潛入血循環內者謂之菌血症，至於菌體不離病灶而分泌毒素入血者謂之毒血症。

淋病症候如吾人所稔知者，大都為局限性，成全身性者佔數極少，其蔓延之理由大抵因細菌致病力過於強烈，與醫治失當，缺乏衛生，或病人抵抗力薄弱所致。

### 淋菌性敗血症

淋菌能自病灶處循淋巴管或靜脈侵入血液內而釀成敗血症，故患者於本有之症候外，復雜入全身疾病症候如戰慄，寒熱，頭痛等。

### 症 候

寒熱大抵呈瘧疾型，驟增驟減，是故患者一日間往往能發生數次潮熱，其發熱之前必先戰慄，繼之體溫高起，輒能超過四十度以上，如斯輕者約數小時，重者約十數小時後，繼則出巨汗而退，間或呈稽留型如傷寒症狀態，皮膚上往往現疹子，紅斑或紫癍，脈搏細微急迫，呼吸短促，消化不良，脾腫脹等。

### 豫 后

死亡者佔百分之五十，餘者大抵轉為局限性病（心膜炎，

腦膜炎，關節炎等)

## 診 斷

診斷於臨床上並不困難，每遇疑慮時可用血液培養法及血清反應諸法以闡明之。

## 療 療

此症本極端危為，迄今尚無絕對有效療法。血清與疫苗療法均無任可顯著作用。勒俄氏所提倡之血清靜脈注射療法，既無可靠之功效且反應過烈頗有得不償失之概。故吾人似宜勿輕於嘗試，化學療法於此病例內仍最為妥善。如起始即用大健風，成人每日服三至五公分或竟至九公分。同時注射沙呂賽勃他星每每能奏良效。

## 心內膜炎

於淋菌性敗血症發期內，心內膜往往亦隨之發炎，按之臨床上可分為急性無傳染型與亞急性傳染型兩種症狀。急性無傳染型心內膜炎，病勢雖危，現『高熱，呼吸短促，心悸，脈搏急迫無力，節律失常，左心孔呈雜音等』但尚有痊癒之可能，至亞急性傳染型心膜炎之豫后，則較惡劣，患者咸皆死亡，其心臟內部大抵現潰瘍生芽型損害。且每每能發生梗塞症候如腎梗塞現蛋白尿，血尿等，腦梗塞現癱瘓症等，治療與上相似以大健風作滅菌療法，惟對於心臟應加注意，最佳宜採用強心劑以保持其機能。

## 關 節 炎

關節炎為淋病併發症中之最常見者。曩昔學者曾云淋菌對

於一般粘膜如腦膜，肋膜，心內膜等有特殊之親和力，其中尤以關節粘膜為最甚，考淋菌於關節內能釀成損害甚多，重者能使患者獲終身不治之殘疾，故吾人應密切注意此症而防之於先，其已發者應從速作正確之診斷與醫治。

視該症病勢之輕重與為之期久暫，關節或呈脫質，癆疽，輕度脫白。僵硬等症，有人曾認為單單淋菌在關節內所發生之破壞程度，較之其他一切全部化膿菌共同所發生之損害為尤巨，由此可見淋菌毒性之概，茲將各種關節炎縷述如后。

(一)關節痛：此症為淋菌性關節症中之最輕者，其中以手部關節痛為最常見，疼痛恆以早起時為尤劇，一切鎮痛劑皆不能稍減其程度，按之實際，其疼痛之主要部位並不在關節之本部而在關節四週之筋絡內，自動性疼痛輕微，但壓痛甚劇，因之動作困難並每每關節紅腫，局部熱度增強，此症於痊愈後大抵時常復發。

(二)關節積水症：此症形成素迂緩，初無任何痛感故大抵於不知不覺中關節漸漸腫脹，臨床上以膝關節積水症為最常見，此症形成後病人即覺有脹痛及行動障礙，既而水量增加，膝部失其本態並腫脹異常成橢圓形。若用兩手擠壓法，可發現膝蓋骨之波動。至斯病人即不能再繼續行走，甚或終日不離床褥，惟以積水吸收極端迂緩，每每因病人將腿部長期放置於惡劣姿勢下致該肢變形。其積水色黃，潤濁。濃厚，膠粘但無淋菌。全身狀態，概無甚變態，有時或有微熱至三十八度及消化不良等徵。

(三)急性單發型關節炎：病勢極為猛烈並大都驟然發生！

病發之初先現稽留性劇痛，入晚尤劇，關節四週皆紅腫發熱，有時兼有淋巴管炎，同時有高热，出汗，失眠，消化呆滯，該肢肌肉亦漸漸萎縮。斯症痊愈甚緩，每每且常復發，變為化膿性關節炎者時有所聞，但以轉成慢性者佔大多數。

(四)慢性關節炎：疼痛症狀大抵時愈時發，肌肉萎縮，關節變態，其甚者能成僵硬狀態。

(五)化膿性關節炎：症後與急性關節炎相似，現寒熱，疼痛，紅腫等徵，穿刺能排出膿液，作鏡檢時能檢獲淋菌或兼有其他化膿菌。

(六)急性多發型關節炎：其症候因與癩麻質斯相似故亦名淋菌性癩麻質斯，其實發炎之關節並不如真性癩麻質斯之衆多，其炎勢之移動較為遲鈍。疼痛與寒熱程度亦較差，無心炎症候，若以柳酸鈉治之則絕對無效。

(七)滑膜炎：腱鞘(滑膜)往往亦能發炎，延腱端部，現紅腫，疼痛，繼之腱伸縮發生障礙，此症無任何危險性，豫后良善。

(八)液囊炎：此症頗不常見，其較常見者為跟骨下之液囊炎跟痛症。此或許即為淋病遺患之一。

(九)其他併發症如淋菌性脊椎炎，多發性畸形關節炎，骨膜炎於醫學刊物內時有報告，故吾人似不應因罕見而疏忽之也。

## 診 斷

欲鑑別上述諸症之病原，於臨床上並不如何繁難，倘詳細

追詢病人之既往症狀，則不難揭曉其以往是否已患尿道炎症，如病人否認之或有疑問時吾人可藉化驗以檢驗尿液，尿道分泌，精液培養或淋病血清反應等以證實之。因之其真正之病原並不難闡明也。

如病人尿道已無分泌，於實行手續較繁之化驗法時，可先囑病人作過度之工作運動，或使之飲酒，翌日再檢其尿道，如未痊愈者，經此種試驗後，尿道必重現涸涸之分泌物。

## 治 療

治療應兼顧全身與局部病狀，休克療法（以牛乳作肌肉注射或以疫苗作靜脈注射）每每能奏相當功效，法國泌尿系專家 Heitz-Boyer 諸氏曾提倡用透射體療法以 Thoriumx 每星期注射一次，但此療法並無絕對之功效，且禁忌症繁多，凡有寒熱或貧血之患者皆忌用之。大健凰對於此症功效異常迅速，於一星期內即痊愈者比比皆是。

對於發炎之關節炎可用熱罨法或電療以退其炎勢，並減低其疼痛，病肢之姿勢應矯正之，務求勿發生畸形。必要時宜用石膏形成術以穩定肢態，稍愈後即使病人自動用其關節以防僵硬。此外吾人尚應嚴格注意尿道之狀態，並應每日灌洗一次或兩次以期清除病菌之根據地。

## 眼結膜炎——虹膜炎

此類併發症係淋菌毒素所致與淋菌性化膿型結膜炎迥不相同，僅現紅痛流淚等徵，但無化膿腫脹現象，虹膜炎之症候尤甚異殊。應與眼科專家會合診治，以免粘着等併發症。

## 肛門炎直腸炎

此症大抵由不規則之性交而傳染，或當患膿腫炎時，膿液由陰道流入肛門致發生肛門直腸炎，患此症者多屬婦女及幼女。

症候：瘙癢，裏急後重，肛門常為粘液或膿液所污，此症與痢疾略為相似。

診斷：並無困難處，但臨床上易於疏忽，詳細之詢診，每每能發現重要之因素，肛門口之膿液及糞便內之粘凍或有淋菌之踪跡，必要時可佐以淋病血清反應以闡明其究竟。

治療：局部用八千至五千分之一之過錳化鉀作灌注，以百分之二至百分之五之蛋白銀作坐藥，早晚各塞一枚，服大健凰以滅菌，豫後無惡劣性，然設治療失當則能成直腸狹窄症，如是則不易醫治，並頗難復痊，或云電療能奏速效，但並不絕對可靠。

## 眼 炎

嬰兒之眼結膜於生產時，每每能在腔內為淋菌侵染而產後即患化膿性眼炎，無知之家長多認為胎熱所致而投以清熱之單方，其愚蠢者，甚或以舌舐之，因循不治，終眼球全部化膿角膜穿孔，因之而成盲瞽者，不知凡幾，且患淋病者於小便前後，偶一不慎，淋菌能直接由手指帶入眼內而釀成急性化膿眼結膜炎，此症倘不從速接理醫治，亦將影響眼球之完整，凡此二症於臨床上頗佔重要。茲特將二症之症候，診斷於治療法縷述如后：

### 嬰兒化膿性眼球炎

症候：嬰兒自產後之第三四日，初眼臉微腫，結膜充血紅腫，分泌黃色粘液，繼之一二日後，眼臉則腫脹異常，嚴密閉合，不能啟視，呈軟骨樣硬度，結膜紅腫隆起，分泌巨量膿液，斯時角膜及眼球他部均有波及之慮。此種情形設或醫治有方，雖病勢險惡，約二星期即可痊癒，且並不留任何傷痕，惟每每於痊癒後，晨間尚稍有膿型分泌，結膜微紅，醒時兩眼粘緊而已；如是約數日至十數日症候即可完全退消。

診斷：大抵並無困難，必要時可作細菌檢驗以決定之。

治療：『治之不如防之』誠為千古不朽之名言，對於斯症亦不能例外，故產前預先沖洗腫腔，產後應即用百分之二硝酸銀滴入嬰孩眼內以資預防，惟須注意者眼球經刺激後，次日往往能紅腫現粘液分泌，吾人慎勿誤認此徵為淋菌性化膿眼炎也。

治療法：局部用溫熱消炎劑如五十分之一過錳化鉀作大量之沖洗，惟同時務必慎防藥液流入鼻腔或耳道內，隨後用沙呂賽或他星作局部包裹，內服大健風，必要時可佐以注射療法，如此醫治四五日即可復痊癒。

### 成人之化膿型眼結膜炎(見圖十三)

症候：初現瘙癢繼之轉劇，流淚，結膜紅腫，極易出血，旋上眼亦腫脹蓋沒下眼一部，張眼不能，蘊藏大量膿液，有時能凝集成塊宛如偽膜。耳前及頰下淋巴腺均腫脹，其外並無全身現象，診斷亦甚為簡易無庸贅述。

治療：用溫熱之過錳化鉀一萬分之一至五十分之一作大量之灌洗，繼之滴注百分之一之硝酸銀，或百分之五至百分之十之Argyrol，內服大健風三四公分約一星期即可痊癒。



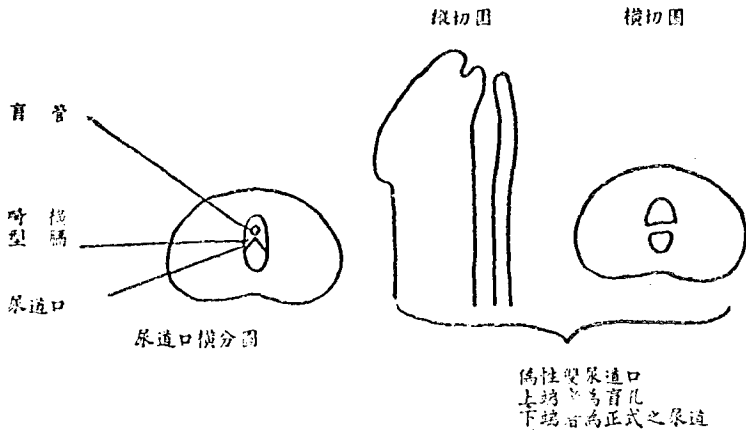
## 鼻 炎

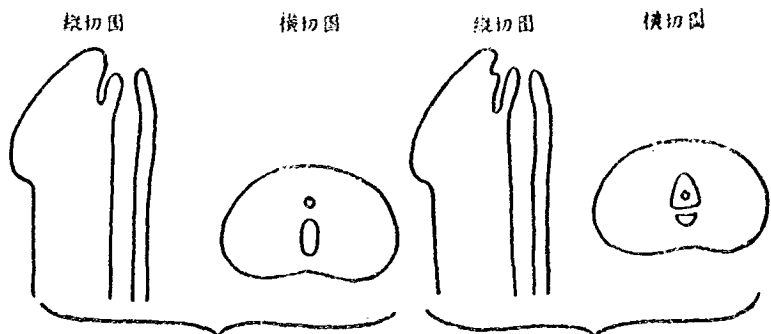
嬰兒多患此症大抵於生產時在腔內，鼻粘膜為含淋菌之腺液所侵潤致產後頓成鼻炎，流大量膿樣分泌，斯症經數日之灌洗及滴注後即可痊愈。

他如淋菌性口腔炎耳炎等症於臨床上極其希罕故不贅述。

淋病每每能因病人尿道呈先天性畸形，或因尿道腺同時發炎，致淋菌蘊藏於深處，營成隱避之病灶而盤踞焉，因之病症時發時愈，關於此點Janet氏已有極詳細之著述，並云前者尚可根治，後者痊愈希望則頗渺少，先天性畸形之種類繁多，非筆墨所能盡述，余僅將其重要者，圖解如下：

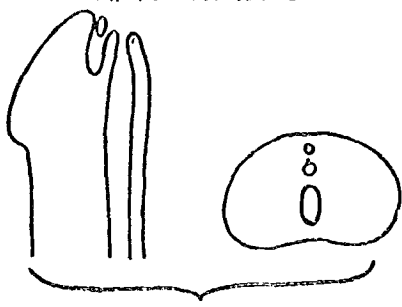
### 先天性畸形



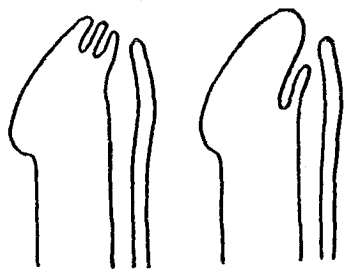


具有盲管之偽性嬰尿道口

尿道口盲管

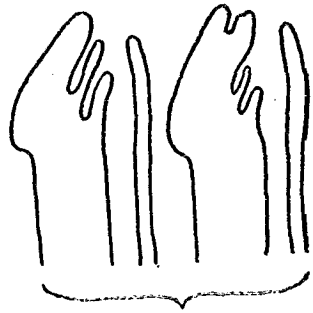


尿道口雙孔之盲管

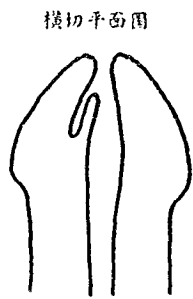


平行嬰盲管

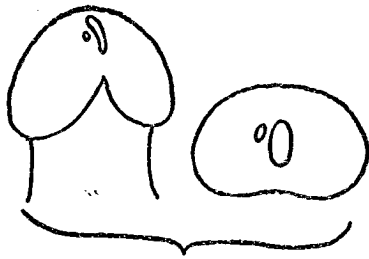
透舟狀窩之盲管



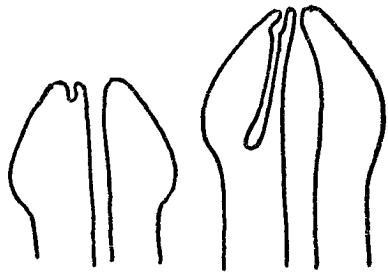
尿道口上窩與舟狀窩之嬰盲管



舟狀窩剖面盲管



尿道口捷型與橢圓型育囊



尿道口側之育管



與尿道平行之育管



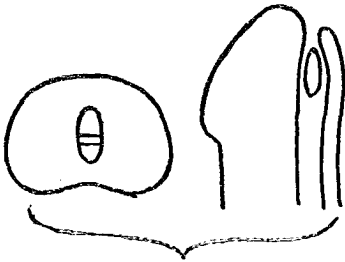
獨孔育管



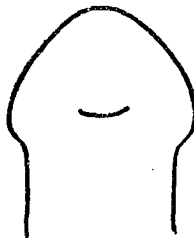
雙孔育管



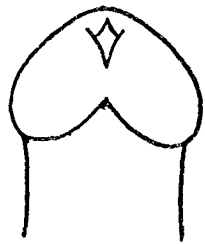
透舟狀窩之育管



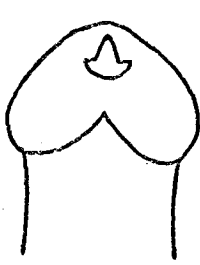
舟狀窩橫管



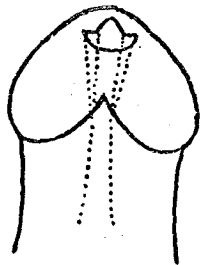
尿道下裂者之橫型尿道口



錐型尿道口



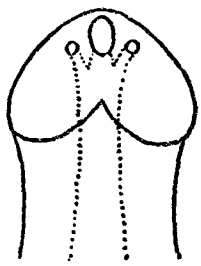
錨型尿道口張開之形態



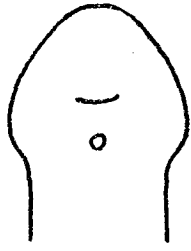
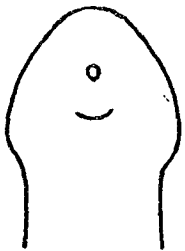
錨型尿道口舟狀  
指疊窩之狀態



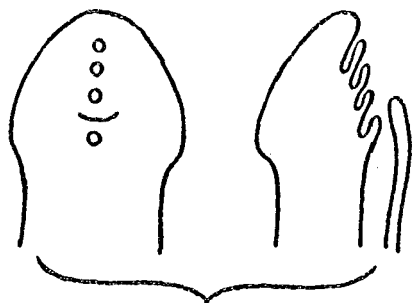
錨型尿道口之側面狀態



透舟狀窩之分支管與尿道口正面及縱面圖



尿道口上生與下生支管

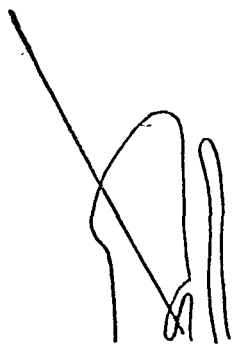


正中支管

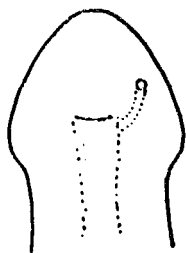


側支管

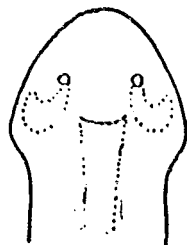
尿道於距尿道口約十至十二枚處往往  
生有凸樹醫學上素稱謂Guerin泉辦



兩側雙生支管



透尿道之側支管

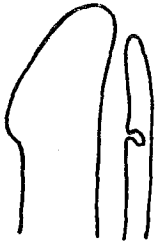


透冠溝之側支管(並不與尿道相通)

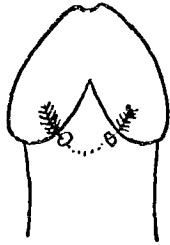


檢查Guerin氏  
辦之方法

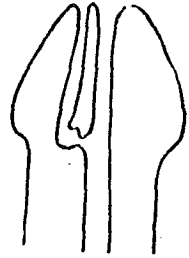
炎性畸型



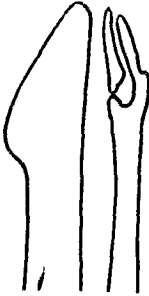
透尿道之膀胱瘻瘍



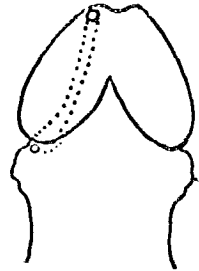
兩側互通之膀胱瘻穿孔



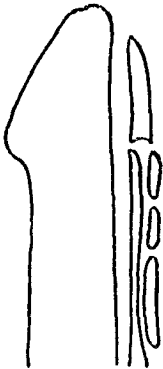
透尿道與尿道口間之尿管



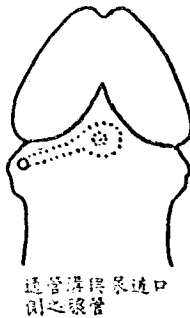
透尿道與尿道口下段之尿管



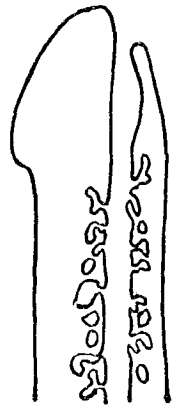
透冠溝與尿道之尿管



透皮外與尿道之尿管



尿管溝與尿道口  
間之尿管



已透尿道與未透尿道之孛孛物腺瘻瘍

## 男性之併發症

淋菌既釀成尿道炎症候後往往侵入他部另生支節，此種情形於臨床實驗上時常見之，有循血道而釀成敗血症心膜炎者，亦有循淋巴管，尿道，或藉生理構造相互之關係而釀成攝護腺炎，膀胱炎，睪丸炎者，茲按生理構造之程序，將各種併發症按次述之於后，

### 包皮腫脹

當淋病初起尿道排膿量劇增時，包皮因恆受膿液之刺激而發生腫脹，形如鼓捶，貌雖巨大。但純為水腫性質無疼痛發炎之徵象，豫後良善，治療亦屬簡易。用上述治療法（見P. 19—32）日間可用過錫化鉀萬分之一或五千分之一之溫熱溶液浸洗數次，尿道口忌用紗布封閉以免反使膿液淤積於紗布內而發揮刺激作用。行動時宜用軟帶將陰莖向上倒置以利其血液之循環，包皮未腫脹者，應用此法，可免其發生，其已發者可促其速愈。

### 包 莖

包皮過於狹窄致不能翻起，以致藏垢納污，而使淋菌繁殖其間，且亦可刺激龜頭，釀成龜頭炎。故事先應用清炎劑作大量灌注，以期盡去包皮下之膿液。

### 嵌頓包莖

於灌注後應即將包皮歸還原處，否則將腫脹嵌緊龜頭，致血循環發生重大障礙或腫脹更加嚴重，形成惡性循環，此症之唯一醫治方法，應去除障礙設法捲起包皮以便龜頭舒適，設仍

式不能，應從速施用手術切開包皮，否則龜頭與包皮將有破爛之虞。

## 陰莖淋巴管炎

此症不常發生，其發生者亦多局限於包皮及陰莖背面。現紅腫，無疼痛感覺，淋巴管隱約可見，其面積寬闊而緊密者能與升毒相混淆。

淋菌每能循淋巴管而潛入鼠蹊部淋巴腺，釀成化膿型膜炎，即俗稱謂魚口橫痃者，其臨床上現紅腫疼痛，行動困難，與化膿現象症候。

醫治法：用消炎劑熱浸法同時嚴守尿道口之清潔，未化膿之鼠蹊淋巴腺炎，用熱卷退炎法。已化膿者運可切開排除膿液。

## 龜頭炎—龜頭包皮炎

有包莖者，大抵多有此種現象。如現充血，癢癢，潰瘍，分泌少量膿液等。

醫治法：以沖淡雙氧水或硝酸銀五百分之一至五十分之一灌注包皮至流出之藥液仍屬清澈時始止，同時每日洗二次以保持清潔。此外內服大健風以作滅菌療法。

## 尿道腺炎

沿尿道有無數之微細腺體於上皮外者稱謂 Lillie 李特勒腺，於上皮內者稱為 Morgani 莫爾加尾腺，於尿道之後端有兩枚較巨，大如豌豆分列左右兩側者，因形似小球故稱為尿道球腺亦稱為 Cowper 氏腺，以上腺體，當尿道發炎時鮮有能幸免



者，其膿瘍之腺體有與尿道相通，將膿液泄入尿道者，亦有因排泄管梗塞而膿液淤積於內部，釀成尿道側部膿瘍者，凡此種種皆足使尿道炎變為慢性，致使一般醫藥失效。醫治之法必須用尿道鏡行切刮電烙切除腺術，以期盡除局部病灶，按摩法於急性期內絕對忌用，須俟炎勢減退後方可實行。

## 尿道側部膿瘍

此症多生於舟狀窩及尿道後端為陰部，現紅腫疼痛，使尿障礙化膿等徵，診斷簡易，於形成期內宜用熱濕消炎法，既形成後則必須切開以排除膿液，設若因循不治，則膿瘍勢必向皮下或尿道移行，終自動穿破而成瘻管。

## Cowper 顛勃氏腺炎

此症大抵成為手術施行失當所致，臨床上甚為罕見，多發生於急性淋病之第二及第四星期。大抵於沖洗尿道時，所用之壓力過於高強，或於置導管時用力過猛，中途觸傷粘膜，以致淋菌循傷口而潛入顛勃氏腺。此症之發也，患者初覺會陰部漲痛，既則轉劇，行走疼痛，站立不能，坐則尤甚，咳嗽與便尿皆為病人所恐懼，蓋能增加其疼痛也。

炎勢向化膿演進者頗罕，腺體腫脹而隆起會陰部者，亦頗不多見。故必須用兩指合按法方可尋復腺體，此法何以食指伸入肛門內，姆指在外平放於會陰部，二指如此同時按索於左右兩側，可觸得腺體大如胡桃，呈壓痛，炎勢稽留約五日之久，然後即愈，但留有硬核，且不時尚可復發。

診斷：無甚困難，根據按診結果可做間攝護腺炎，按皮膚正常現象，亦即可解去會陰疔瘡之疑竇。至於顛勃氏腺結核症

並不如此疼痛，且大抵同時皆另有結核損傷如睪丸，精囊，攝護腺結核，故不難診斷。

醫治法：宜平卧，忌行動，用熱罨消炎法，同時服大健風以滅除淋菌。(詳情見21—32頁)

## Cowper 氏腺膿腫

顛勃氏腺炎有時亦能膿腫同時並影響週圍之組織，呈急性化膿症候：皮膚紅腫異常，疼痛甚劇。惡寒發熱，便尿困難。大解亦受影響，全身狀況惡劣。繼之數日後即現波動徵。

顛勃氏腺膿腫久之能穿入尿道或穿破皮層而成漏膿症。

醫治法：初起時應積極設法頓挫之，同時並用全身與局部療法以圖消退炎勢之演進，惟既化膿後則宜從速切開清除。

## 攝護腺炎

攝護腺因直接與尿道相通故易受傳染，其輕者僅現淤血症候，重者成攝護腺炎或膿腫蜂窩織炎。

攝護腺淤血症候：便尿微有障礙，會陰發漲以直立時為甚，便糞鮮有感受影響者，直腸觸診亦無異徵，無壓痛。

Extrait de Belladone	a 0.01 Cgm.
Extrait de Jusquiame	
Ichtyol	0.10 Cgm.
Beurre de Cacao	Q.S.

急性攝護腺炎症候：會陰漲痛，行走困難，不能正坐，尿

意頻繁，大小便泄洩不易，裏急後重，時或有寒熱。直腸鏡診結果：攝護腺體積較增，但平整如恆，壓痛甚劇。並可引出膜型分泌液，含淋菌良多，此症為慢性淋病之主要因素。

診斷：此症能與尿道球腺相混淆，然直腸鏡診現象則迥不相似，攝護腺深處於直腸壁內而球腺則潛伏於會陰兩側，故根據解剖部位之區別即可頓釋診斷之疑慮。

醫治法：與上者無異，每遇有尿液滯積時即可應用細尿管行導尿管，繼之以過錳化鉀五千分之一行灌注術，最後灌注蛋白銀二西西於尿道內。

## 慢性攝護腺炎

此症素與攝護腺腫脹相混淆，大抵於無形之間，漸漸形成。其由急性攝護腺炎轉為慢性者寥寥無幾。

症候：會陰墜重，尿時有灼痛瘙癢等徵，行走及久坐後墜重尤甚，排尿時覺裏急後重，尿少而頻繁，但無疼痛，勃起不堅，早泄，遺精，往往泄精作痛，精液能夾有血液（病人對此徵多驚駭異常，其實並無嚴重性），時有間歇性勃起不能，或日夜常勃起作痛，陰莖會陰，肛門腰部時作沒痛，病人輒自苦之。悵悵自抑既久，故病人多罹神經衰弱病症，以是終日悶悶不樂，精神頹廢，自甘墮落，置事業於不顧者比比皆是。

分泌液或多或少，呈乳色，鹼性，顯微鏡檢驗能發現上皮細胞，多核白血球大抵無細菌踪跡。平時分泌液良少，於便糞泄精按摩後略有粘液。

鏡診徵有疼痛兼稍腫脹，尿道鏡檢見精阜略呈紅腫，其攝護腺口紅腫尤甚。醫治法：宜靜養，忌勞動，房事尤所禁忌，

行後尿道及膀胱灌注術，以 Argyrol 或 Protargol 滴注入後尿道，並用硝酸銀塗精阜及攝護腺口，置一電極於直腸內，行短波透熱術，此外再佐以化學療法，久之當可奏效。

## 攝護腺膿腫及週圍膿性蜂窩織炎

身體素來孱弱抵抗力不強之病人多患此症，攝護腺間質感皆化膿潰爛，形成多數膿包呈急性或亞急性症候，亦有突破膿囊而穿入四週組織內釀成膿性蜂窩織炎者。

症候：體溫增高，小便疼痛而迂緩困難，不能盡量泄清，會陰發生劇痛，坐臥不寧，並於直腸內覺有異物作梗，便糞亦疼痛不堪，裏急外重，陰莖陰囊及腰椎皆隨之作痛，觸診發生壓痛，體積腫脹堅硬平整如恆，或凹凸不齊。如此約五六日後，一般症候完全加劇，病勢趨入嚴厲階段，惡寒發熱，腺體膿腫尤甚，每能於咳嗽便糞用力之際，膿瘍忽然破裂穿入尿道向外流出，或穿入四週而潴積於肌肉內，後者當以前者為最佳，後者惡劣，理至顯然，不言而喻。

## 診 斷

診斷並不如何困難，當必要時佐以直腸觸診當可解脫疑慮，然攝護腺膿腫及週圍膿性蜂窩織炎此二症之辨別似較困難，惟直腸觸診徵象略有區別，大都攝護腺膿腫頗劇，限於一部，疼痛甚劇，其現散漫性疼痛而無上述徵候者，當為週圍化膿蜂窩織炎。

醫治法：治之不如防之是為良論，故凡遇急性尿道炎皆宜謹慎處理之忌通尿道，灌注宜和緩以免誤傷粘膜，當膿腫有將行成之可能時即囑病人靜臥，節食，多飲水，清腸利便，浸浴

愈熱愈好，會陰常用熱罨法，設發生尿管滯留時宜選用中等柔軟導尿管（十六號至十七號）而以端部微昂者為妙，硬導管及梢端成橄欖型者則絕對忌用。

其已形成者時常能自動破裂穿入尿道，其未破裂者應從速用手術切開之，理想之切開法，當為會陰切開法，但以此部之器藏過多，如精液放射管尿道直腸皆擠於一處，而膿腫又深藏不露，手術上障礙繁多，且愈合迂緩，故仍宜從直腸切開之，其法為先行洗腸繼麻醉，然後盡力擴張直腸，認定部位，選膿腫波動最甚之處切開約二三生的，排盡膿液而並無須用紗布及象皮管貫通法，亦無庸灌注，惟須使病人便秘三四日，如斯約十日即可痊愈。

對於病人之全身狀態亦應作對症療法如強心利尿營養等，此外再佐以健胃醫治法以求滅菌，內服外用兼行醫治當不難奏效。

## 精囊炎

精囊炎症候慣皆與攝護腺炎症候相混淆，臨床上易於疎忽此兩病之病原亦極其相似，蓋二腺皆與後尿道相通也。

### 急性精囊炎

臨床現象與攝護炎相同，有寒熱疼痛，便尿障礙等徵，惟直腸觸診較為異殊。當膀胱滿儲尿液或消炎劑時，若觸診於攝護腺上緣左右兩側可尋獲之，現腫脹疼痛，壓之可排出大量膿液，至於醫治法則完全與攝護腺毫無區別。

### 慢性精囊炎

此症大抵與慢性攝護腺同時併發，使尿道炎久久不愈，故凡遇病人尿液內呈疣莖型淋絲時，即當思及此症。患者精液含膿質及淋菌頗多但精蟲反而時常缺如。凡此數徵用顯微鏡檢查即能證實之。此誠極有診斷價值。

此症頗難根治，按摩法電療法與化學及疫苗療法同時併用或能奏效，執近切除術已較前揚行如切除攝護腺然。

## 睪丸炎及副睪丸炎

淋菌侵入尿道而達精囊、其行遲仍未終止。能再侵至精索而副睪丸，睪丸，終致釀成副睪丸炎睪丸炎，因之而絕嗣者不知凡幾矣。其病發之初大慨發於一面者居多，兩面同時病發者則甚罕。其時睪丸略現腫痛，既而腫痛加劇並兼有寒熱，按之疼痛尤劇，步履維艱而腰部及腿部亦覺酸痛，同時睪丸必現腫大，現偏墜狀，精索腫大尤甚，若以手探索陰囊大抵不能覓得睪丸，蓋斯時副睪丸已腫脹異常遮沒睪丸後部如覆帽然，前部則為睪丸鞘內之滲透液所蓋沒，治療之法首先除應以熱罩法並以紗布兜置陰囊外，並應從事休養體力，禁止勞動，摒絕房事及禁止飲食刺激食物，同時再應以疫苗注射及服用大健風以從事治療。若遇睪丸或副睪丸已呈化膿現象時，則不得不出諸開刀一途矣。

## 婦女之淋病

婦女之生殖器與泌尿系相處甚近，尿道口即在陰腔口之上方，且婦女之生殖器極其複雜，多穹窿相錯，細菌即隱伏其間

而繁殖焉。

根據淋菌所分佈之範圍，婦女之淋病可分為二種：下部淋病亦可謂生殖器淋病，被侵害之器官能包括子宮，輸卵管卵巢諸部。上部淋病被侵害者為泌尿系與宮頸及前庭大腺。前者因係內部損傷除行刮切等術外，往往非藥石所能奏效，後者係屬於外部損害，醫治方面並無甚困難。

婦女之生殖器因與男性異殊，故淋菌之於男性祇能循唯一之途徑由尿道口侵入而女性得病則尤較易，因淋菌能循腹腔宮頸各部粘膜炎入，故於臨床上，每每有膾膾炎，宮頸炎，前庭大腺炎，尿道炎同發之病例，以婦女淋病病情來勢之緩急，亦分為急性與慢性二種症候。

婦女淋病之症候本不顯露，大都皆為患者所疏忽，不求醫治，故表面上婦女患淋病者似頗寥寥，遠不如男子之衆多，實則並不如此簡單，倘詳細檢驗一般婦女，其患淋病之總數恐將超過吾人病想上之數字，或竟然能駕於男子之上，亦未可知。

臨床檢驗時，應特別注意宮頸前庭大腺排液管，尿道及 Skene 腺諸部之分泌物以作檢驗之資料，以經期後為最適當之檢驗時期，陰性報告於臨床上並無價值，蓋淋菌於腔內誠如滄海一粟，尋之實非易易，且宮頸炎並無顯露症候，病人亦無任何苦痛也。有白帶病者，有時排液或較淋病患者為多而膿厚，顏色亦較黃，但吾人斷不能根據此點即診斷病人患有淋病，按黃厚白帶決非淋病之特徵，其他生殖器病亦能發生白帶，正如寒熱並非傷寒之專有徵象。瘧疾感冒等皆能發生寒熱也。

患淋病之婦女並非一定皆有黃厚白帶，亦有無白帶或僅有清淡白帶而含有大量淋菌者，故吾人不應祇注意黃厚白帶而疏

忽清淡白帶致貽誤病人。

## 急性淋病

脛腔有時能發生瘙癢，房事刺痛，尿意頻繁灼痛，尿色濁濁，脛腔粘膜稍微紅腫，尿道口紅腫尤甚，前庭大腺能腫脹作痛，淋病病勢較重者，脛腔內能現潰瘍，宮頸浮腫充血，宮口初流稀薄粘液繼流膿質，小腹及腰部酸痛，下部作墜時有輕熱，便糞障礙，如擠尿道時能引出膿液，因此生殖系器官往往於淋病初起時即受侵染。病人除有上述症候外，同時亦現子宮輸卵管炎症候：寒熱驟增，小腹陣痛，下巨量白帶，氣味腥臭，全身狀態惡劣，不思飲食，週身酸痛等，腹部卵巢部呈強烈壓痛，脛腔觸診發生刺痛。

診斷：當淋菌檢驗屬陰性時，診斷或能發生疑難，但倘仔細加以考證，根據尿道流膿，脛腔炎；頻尿，疼痛等徵，即可闡明病原，前庭大腺炎，陰性白帶（正常白帶咸為酸性）皆為診斷極有價值之因素。

豫后：斯症非但對於婦女本身有不良之影響與後果，對於同居之男性及同室之親朋皆帶有危險性，因吾國中下等家庭之婦女大抵皆不分清潔器具，先後輪流共用一盆一巾以溫水洗滌陰部，往往溫水亦竟不更換。設家庭中有一患淋者，則其傳染之程度，當可不言而喻，幼稚少女，如斯而罹淋菌性脛腔炎者亦正不知凡幾。

醫治法：於初起時，吾人應儘量制止炎勢，使病症成為局部化而不再蔓延，醫治宜盡積極至妥切之能事，應兼顧局部與全身，以期速效。頓挫療法：先使病人便尿，繼以棉花浸過錳化鉀，洗滌脛腔宮頸，按摩前庭大腺及 Skene 腺以圖排出分泌



物，旋即用細軟針管吸百分之二十之蛋白銀 Argylol 灌注上述二腺，手術宜輕巧，忌用過重壓力以免損傷腺質，反而釀成意外膿瘡。時常用萬分之一至八千分之一之大量過錳化鉀液沖洗膿腔。

## 孕婦淋病

此症豫后及醫治方法皆與普通淋病無異，但對於宮頸部之損害則忌用手術，最高限度祇能用消炎劑輕輕塗之。當分娩時並無甚危險，但對於嬰兒則有大威脅且產後婦女罹子宮炎，腹膜炎諸險症，故醫治應求速愈。

## 慢病淋病

此症於表面上極為罕見，然按之實際則頗相反，吾人若藉細菌檢驗及仔細之臨床診察。當即可證明比說無訛，而同時亦可發現整個膿腔，尿道腺以及子宮頸皆能有損害。

病原：為急性淋病之繼發症，大抵俟急性症退後而繼起，病人於表面上似已失去苦痛，因而聽測為痊愈徵象，實則病症已轉為慢性矣。間或亦有起始即為慢性而為病人所疏忽者。

症候：時發時愈，或現腺炎，或現生殖系症候或其他併發症，於病發期內病人常覺陰部瘙癢作墜，小腹酸痛，於勞動行走房事後酸痛尤甚，白帶或多或少，局部方面尿道易受刺激，便時微痛按之能引出膿液，兩側前庭大腺腫脹或膿腫，膿腔粘膜潰瘍，宮頸充血浮腫。

豫后：異常悲觀，此症鮮有能痊愈者，且易生枝節發生子宮炎，卵巢炎等症，詳情見併發症篇。

診斷：詢診良能供給重要之發現，對於已婚之婦女應設法探詢其夫之健康，有無淋病病歷，對未婚之婦女詢診則頗覺困難，大抵皆不得要領，然遇各種連發症候，則不難明瞭其真象。負性化驗報告在診斷學上並無價值。不能作為撇開淋病之根據。

醫治法：醫治此症殊非易易，首要者必須使病人了解難治之原因，並預先告知此症決非短期醫藥所能奏效。局部醫治法：(一)尿道：用萬分之一至五十分之一之過錳化鉀灌注，並以軟導管溝通之，同時並輕輕按摩之。每次灌注後注 Argyrol 二三西西，必要時藉尿道鏡作切括術。(二)膿腔：如有潰瘍於灌注後再以硝酸銀桿塗擦之。此外每星期塞消炎藥卵二次。(三)宮頸：用消炎防腐劑塗佈瘡口，如有潰瘍，則用硝酸銀桿灼療法，如有贅瘤或肉芽可用手術切除之。(子宮炎之療法見后)(四)腺體：最後對於前庭大腺應特別注意。每日用百分之五至百分之十之 Argyrol 灌注一次。

全身療法：多靜養忌勞動，飲食忌用刺激性食品。醫藥療法見P.21—32化學療法。

## 陰唇淋巴系炎

此症多屬體弱及不究衛生之婦女，其陰唇患部呈腫脹狀態，局部淋巴管發炎呈紅色，於皮膚下隱約可見，病人自覺疼痛，下墜，尤於大小便時感覺更甚，醫治之法首應洗滌局部務使清潔，並常用熱水浸沒下部，同時應絕對休養，摒絕房事，此症因生理之故，恆能引起鼠蹊淋巴炎及前庭大腺炎等症。

## 前庭大腺炎

前庭大腺炎可分為急性與慢性二種，急性症狀與膿瘍症相似，大陰脣後半部發生紅腫疼痛，自覺下墜，坐臥行走頗覺不便，以上諸徵於二三日內漸漸加劇，按之呈波動徵局部業已化膿，斯時即應以Kéline作局部麻醉，行直切術以資排除膿液，刀口宜廣闊，藉以免生瘻管。慢性前庭大腺炎或由急性轉成，或生而即為慢性，其排液管已被堵塞者，則呈囊腫症候，設吾人以手指在大陰脣後部按索之，則可覓得鵝卵大小之瘤腫，有彈性，壓之微痛，此症於平時並無異徵，然經期內及經期前後，排液管口紅腫略為隆起，分泌粘液內含有淋菌，為婦女慢性淋病諸隱因之一，其排液管未被堵塞者壓之可排出若干膿液，內含淋菌良多。

治療法：未化膿者用熱罩等法設法不使化膿，已化膿者應行切開術以清除之。於慢性病症內最佳用切除法，若刀口廣闊功效似較佳耳。

## 尿道隙腔炎

婦女之尿道較男者為短，舟狀窩又付諸缺如，此二點為男女尿道生理上異殊之處，在女性尿道內隙腔則良多，故當尿道發炎時，細微之隙腔鮮有能不隨之發炎而倖免者。其症候並不明顯，類皆為尿道炎所遮避，醫治之法應於灌洗後，安置硬導尿管一支入尿道內然後行按摩術，以後再注入 10%—20% 之 Argylol 三四西西，必要時可用刮術以毀除隙腔。

## 尿道側膿腫及蜂窩織炎

此症大抵皆繼隙腔炎而續發者，多生於尿道之前端下部，症候與普通膿腫相似，現腫痛，便尿困難，繼之不數日即化

膿現波動微，若不及時切開之，膿腫能自動穿破。診斷簡易，醫治亦無甚特殊，初起時用熱罨消炎等法，既化膿者宜即切開之。

## 膿 腔 炎

膿腔炎概為子宮炎或宮頸炎之續發症，原發性膿腔炎，竇際上並不常見，蓋膿腔之分泌液為酸性，淋菌難以滋生其間，宮頸部為鹼性頗合淋菌繁殖之條件，故淋菌多先入宮頸部而釀成宮頸炎，繼之膿腔因時為膿液之刺激遂亦隨之發炎。

症候：陰部重墜，內部瘙癢，流巨量白帶，色黃膿厚，常染污內褲大腿內側。會陰時受白帶之刺激，每每能發紅微癢，膿腔紅腫，粘膜潰瘍。用力壓會陰部能排出大量膿液，觸診發生劇痛，局部熱度增加。

醫治法：內服大健風，同時在局部使用短波電療及洗滌術，每能使症候速愈。

## 子 宮 炎(見圖十四)

此症為婦女所常有之病症，視發炎所佔之部位而分為宮頸炎及子宮內膜炎二種症候，宮頸炎多現於急性淋病內而子宮內膜炎則成為宮頸炎之續發病症。

症候：初起時病人覺小腹微痛，月經來潮期內疼痛尤劇，同時尾骨部，腰椎及龍蹊部亦作痠痛，膀胱部膨脹，尿意頻繁，並往往能尿後發生痛楚，不久即現白帶，其來自子宮內部者為稀薄淡黃色，來自子宮頸者為粘厚白濁色，互相混合以後則成黃綠色粘厚白帶，於經期來潮時及前後數日內其量尤巨。

經期大抵皆失調，經血過多，同時腸胃失常，現消化不良，便秘，腹部膨脹，腸胃不和，精力疲乏，每次勞動後上述諸徵候特惡化，腰酸背痛，腹痛尤劇，體溫加增，簡之一切病狀復入急性狀態。

腹部按診概無重要發現，腔腔觸診發現宮頸腫脹，但柔軟如常，子宮體積亦增大，感覺過敏，壓痛頗劇，藉張開器視診，腔腔充滿膿液，妨礙視診，去清膿液後，始可見各部宮頸充血，粘膜紅腫，有多處潰瘍，往往能見白帶自宮腔內流出。

臨床症候：急症。痛楚強烈，小腹滿腹作痛，按之尤劇，病人時覺寒戰，體溫微高，宮頸紅腫肥大。

慢症：有初起而即為慢症者，然以繼急性續發者佔多數。臨床症候隨炎勢所佔之部份略有異殊，例如血管創勢較重則多出血，腺體重傷者，多生贅肉，實質創重者，則呈硬化症。

診斷：觸診與雙手合按診於鑑別診斷上最為重要，用張開器視診所發現之徵候僅佔次要地位，膿液分泌並不能作為診斷淋菌性子宮炎之根據，按化驗之統計，無淋菌淋膿液約佔百分之四十以上，反之表面似正常之白帶，往往能含巨量之淋菌，故於臨床上，吾人似不應祇憑膿型白帶即武斷病情，亦不應以化驗能陰性報告即為其盡意，貌似正常之白帶，尤其不可疏忽

出血型子宮炎能與贅癩及瘰癧相混淆，其難以診斷者可用病理解剖化驗以作鑑別。

潰膿型宮頸炎或能同梅毒下疳及軟性下疳相混亂，凡此諸症，每遇疑難時，用化驗法即可知其底蘊。

併發症：首受影響者為月經，硬化型子宮炎，每每能發生閉經症。最普通者為經血過多。

宮頸發炎期內，淋菌能潛入輸卵管，卵巢而釀成輸卵管卵巢炎，其週圍之腹膜亦可發炎，而位於前部之膀胱及四週之大小腸皆能蒙極大之影響。

醫治法：急性子宮炎：局部診察宜愈少愈妙，宜靜臥，清腸胃，避免便秘，小腹用熱卷消炎法，若以短波電透熱法，成績尤佳，同時用大健凰以作滅菌根治法，日間分服二三公分（即四至六片）每次服一片，同時飲以大量（五六公分）蘇打水。

慢性宮頸炎：宜休養，忌勞動，房事不能過度，每日用過錳化氧二十分之一或四十分之一硝酸銀溶液灌洗一次，每次灌洗後即用純清甘油或用含有碘磅之甘油塗布於紗布上裹沒宮頸，設遇痛楚劇烈之病例可用 Laudanum 阿片酊少許和入甘油藉以鎮療，待用至十數小時後去除之。於紗布套上妥製堅韌繩索一根以便抽取，凡宮頸生贅瘤者應行去除術，其有潰瘍者可用碘酊或硝酸銀桿塗擦之。

宮頸炎之頑固者，必要時應行刮切術，或竟然行截除術。

慢性宮腔炎：出血型者用刮療術最為有效，對於其他症候可試用貫通排液法，先擴大宮頸，然後以消炎劑如百分之五至百之二十之氯化鋅或百分之一之硝酸銀塗布宮腔最後用紗布浸 Argyrol 或 Protargol 塞入腔內，此外再佐以電療法化學滅菌療法（見21—32頁）同時使病人靜養，忌房事，注重衛生即可痊愈。

## 輸卵管炎與卵巢炎

此為婦女所常患之病症，在醫治失當之病例內，患者尤眾，症候大抵皆於經期前後或勞動後驟然發現。最顯著者為小

腹疼痛與寒熱，概皆小腹忽然發生劇痛以左右兩側為最烈，按之尤甚，腰部腿部會陰部亦同時聯帶作痛。每次疼痛後往往流出粘厚白帶，同時病人惡寒發熱，體溫增至四十度上下，食慾缺乏，嘔吐，惡心，頭痛，疲憊，卵巢腫脹異常輸卵管亦然，陰部觸診與腹部按診共同併用，能觸得腹腔內腫大之卵巢。用力壓之，發生劇痛，遇肥胖之婦女，直腸觸診似較優於陰部觸診。

單發型右側卵巢炎，能與闌尾炎混淆，故於臨床上鑑別頗為不易，卵巢囊腫無疼痛性故易於鑑別，卵巢及輸卵管膿腫多生於產後。

此症每能轉成化膿型或引起腹膜炎，即倖能痊愈而終生不發者誠頗寥寥。急性期後多變為慢性，且常釀成不孕，經期失常或經血過多等症。

醫治法：禁止服用刺激食物，忌勞動，禁房事。體弱者應注射強心劑以資補助。局部宜常用五千分之一鈹錳養洗滌，並以冰袋置腹部以阻其化膿，同時全身療法應服用大健風每日二三公分，再佐以小蘇打水，以免腸胃不和。

## 骨盆腹膜炎

此症類皆為輸卵管炎與卵巢炎之續發症，突發者亦有之，但佔數極少耳。症狀大抵有惡寒發熱，腹部疼痛而尤以小腹部疼痛最烈，致兩腿不能伸直。面容憔悴，呼吸短促，深呼吸及咳嗽皆能增加腹痛，醫治法：未化膿者應設法退之，腹部置冰袋，用化學滅菌劑作頓挫療法。已化膿者。於宮頸後觸診覺有波動膿腫。至斯乃應於此處行切開術以排除膿液，同時應服大健風以作根本治療。

## 膀胱炎及腎盂炎

淋菌性之膀胱炎大抵係因手術不慎而使淋菌侵入後尿道轉達膀胱所致，與一般膀胱炎徵狀無甚異殊，有尿道疼痛，膿血尿等徵，設用杯三隻以盛患者所排出之尿液。則可發現第一杯為膿，第二杯尿液混濁，第三杯則為血液，此症惡化時能使膀胱化膿，而轉釀成腹膜炎每每致命。醫治之法：以五十分之一之鉍錳養潔洗尿道膀胱，並應佐以服用化學製劑之大健風以作根治。

腎盂炎大都為膀胱炎之續發症候，每因淋菌自膀胱由輸尿管侵入腎臟而形成，症狀大概有惡寒發熱，腰酸腹痛，尿意頻繁，膿血尿，溽呼吸及咳嗽皆能增加腹痛。醫治之法，首應設法消炎阻止化膿，如已化膿，只得開刀割除，同時並應服化學製劑之大健風以求根治。

## 兒童淋病

兒兒淋病於臨床上頗不常見，其症候與成人略為異殊，故特別提出之。

## 男童淋病

尿道炎於兒童時代並不希罕，舉凡身體孱弱貧血，包皮，腸蟲異物等或能釀成尿道炎，但淋菌性尿道炎則不甚常見，然兒童為患淋病之乳娘或親屬於無意間傳染者亦不時見之，並非為絕對缺如之病症。

症候：潛伏期較成人為長，包皮腫脹異常，尿道流巨量膿液，鼠蹊腺腫大，解尿疼痛，致兒童發生懼尿狂。全部病程約



為六星期，然後大抵皆痊癒，至變成慢性者則頗夥，蓋期時兒童尿道內之腺體尚未形成也。

診斷：若無細菌檢驗則十分困難，醫治法與成人相同，局部用 1/15000 之過錳化鈣灌洗尿道，其對包皮尤須注意，否則難免龜頭包皮繼續發炎，此外再應服以兒童劑量作標準之大健風一至三片。

## 童女淋病

此症因與兒童身體孱弱性，貧血性及腸炎性尿道炎相類似，且極易混淆，故恆不為人所注意，實則因中下之家大都用同一洗滌器具，設家人中有一患淋病者，則其他均有感受傳染之可能，其症狀與成人並無二致，有陰脣發炎，疼痛，排出粘液等象徵，醫治之法亦與成人相同。大抵以萬分之一之鉍錳養洗滌膿腔，並以百分之一之硝酸銀作局部塗佈，同時更應以兒童劑量服用大健風以從事根治。

## 結 論

綜合以上所述可作如下之結論：

(一) 苟吾人對現今之男女，作詳細檢查，則淋病患者之夥當非吾人所逆料。

(二) 淋病一症，一般人皆目為輕症，實則極難醫治。

(三) 自化學滅菌療法發明後，此症之治療方面日臻進步。

(四) 化學製劑中以大健風 Dagenan 一藥醫治淋病功效最偉，為期速者僅需三五日即可治痊。

(五) 大健風治淋菌性眼炎之功效異常迅速，能於五日內復痊癒。

# 沙呂賽勃他星

