



梅毒詳論

SYPHILIS

WEIMBURGER

中華

1166  
885



第三版

梅毒詳論

中華醫學會發行

中 華 民 國 十 三 年 二 月	初 版
中 華 民 國 十 五 年 六 月	再 版
中 華 民 國 二 十 二 年 一 月	三 版



# 翻 印 必 究

(梅 毒 詳 論)

編 著 者	美 國	海 貝 殖
校 訂 者	浙 江 湖 北	楊 傳 炳 魯 德 馨
校 對 者	浙 江	馬 爭 存
發 行 者		中 華 醫 學 會
總 發 售 所	上 海	廣 學 書 局 <small>北 京 路 四 四 號</small>
分 售 處	南 京	教 育 圖 書 館 <small>城 內 北 門 橋</small>
	杭 州	協 和 書 局 <small>新 民 路</small>
	濟 南	共 合 藥 房 <small>西 門 大 街</small>
	廣 州	光 東 書 局 <small>永 漢 北 路</small>
	北 平	郭 紀 雲 圖 書 館 <small>燈 市 口</small>
印 刷 所	上 海	中 華 書 局

# SYPHILIS

A Study of the Etiology, Pathology, Diagnosis, Prognosis,  
Prophylaxis and Treatment of Acquired and  
Congenital Syphilis

---

By

LeRoy F. Heimburger, M.D

Associate Professor of Dermatology and Syphilology,  
Head of the Department of Dermatology and Syphilology,  
Shantung Christian University  
School of Medicine  
Tsinan

---

Third Edition

Revised and Enlarged

---

COUNCIL ON PUBLICATION  
CHINESE MEDICAL ASSOCIATION  
SHANGHAI

1933

## PREFACE TO FIRST EDITION

---

This book is a reproduction of lectures delivered to my students and is written with the hope that it will be useful to students and practitioners of medicine in the study of this important disease. At the present time there is no book in Chinese that covers the whole subject of Syphilis as it should be studied.

It is impossible for one man to know the whole subject of syphilis in detail, so in the preparation of this book I am indebted to the published works of various American and English authors. Among these are Hazen's "Syphilis" 1919; Thompson's "Syphilis, Diagnosis and Treatment", 1920; and Power and Murphy, "System of Syphilis", 1st edition.

Also the American Journal of Syphilis has been freely consulted.

The classification of the cutaneous lesions is the one adopted by the American Dermatological Association.

The pages on the Wassermann reaction have been prepared with the kind permission of Dr. Samuel Cochran from his articles which appeared in the *Tsinan Medical Review* recently.

In preparing the part on Congenital Syphilis much help has been received from the book entitled "Syphilis of the Innocent", by H. C. and M. H. Solomon.

An attempt has been made to bring all laboratory procedure and methods of treatment up to date, but detailed descriptions of all procedures have not been included, and only those methods successfully used by authoritative syphilologists are mentioned.

I am indebted to Mr. Bao-Hsing Hou for his work on the first translation, and to Mr. T. C. Leo and Mr. I-Tsing Huang for their untiring work on the Chinese style and proof reading, and to the publishers for the speed with which the work has been printed.

It is my hope that inasmuch as the lectures have been of some assistance in bringing the subject of syphilis before my students that it will also be found useful by a larger audience.

L. F. HEIMBURGER.

January, 1924.

## PREFACE TO SECOND EDITION

---

In preparing this second edition the original plan of this book on syphilis has been adhered to so as to present the subject in a concise form.

Two new chapters have been added, one on the history of syphilis, the other on the prophylaxis.

The whole book has been revised and enlarged, especially in the parts on laboratory procedures, general treatment, and the special treatment of syphilis of the central nervous system.

I am greatly indebted to Dr. Luke Young for his assistance in re-reading and revising the work, to Mr. T. C. Leo for seeing it through the press, and Mr. C. C. Ma for reading the proof.

L. F. HEIMBURGER.

Tsinan, Shantung, June, 1926.

## PREFACE TO THIRD EDITION

---

This third edition shows a few changes of value in the addition of new treatment methods in syphilis which have appeared since the preparation of the second edition.

Several places in which the text of second edition was ambiguous or not clear have been restated or remodeled with the hope that these revisions will clarify these passages for the student.

One of the greatest criticisms of the past two editions has been the lack of pictures to help in the explanation of the text. With the addition of a few pictures we hope that the value of the book will be enhanced.

I am greatly indebted to Dr. C. C. Yew for his assistance in the work of reading, advice and re-writing many parts of this edition and to the students and others who have offered such constructive criticism of past editions making possible a more useful book than has appeared in the past.

L. F. HEIMBURGER, M. D.

Tsinan, November 1932.

## 弁 言

一 本書內容括後天梅毒及先天梅毒之歷史概說，原因，病理，診斷，豫後，預防及療法種種簡要的研究。編纂要旨在博采衆說之菁華以條貫學理，並力求適於實用。

一 本書大部分取材於 Hazen's "Syphilis"; Thompson's "Syphilis, Diagnosis and Treatment"; Power and Murphy, "System of Syphilis"; H.C. and M.H. Solomon, "Syphilis of the Innocent" 諸書及美國梅毒雜誌。特如皮膚損害之分類，以美國皮膚病學會所定爲據；乏色曼氏試驗法及沉澱試驗法二節就齊魯醫刊柯德仁氏關於此項著述之譯稿略加勘訂納入。

一 本書初版銷售已罄，茲特加以增訂以補前版之未逮，並新加入梅毒之歷史及預防二篇用餉閱者。

一 本書所有名詞，凡爲中國科學名詞審查會所已審定者悉經採用；其尙待審查之新名詞則暫引用本會所刊醫學辭彙之習用名詞。

一 本書之篇章，係就原有段落編次類別，於目錄中載明之。

一 本書譯校定多疏漏；閱者隨時指正至以爲幸！

# 目 錄

## CONTENTS

	頁數
梅毒之歷史	1
概說	5
原因	7
螺旋體之鑑別診斷	7
梅毒螺旋體之生活力	8
螺旋體之特類	8
傳染狀況	9
病理概論	10
下疳	11
玫瑰疹	12
丘疹	13
樹膠樣腫	14
外傷與螺旋體棲息處之關係	15
分期	15
臨診狀況	16
下疳	16
崩蝕性潰瘍	18
非生殖器初瘡 (下疳)	18
早期皮膚損害	19
斑狀梅毒疹	21
斑丘疹狀梅毒疹	23
丘疹狀梅毒疹	23
丘疹膿胞狀梅毒疹	27
膿胞狀梅毒疹	27
胞狀梅毒疹	28
晚期皮膚損害	29
結狀損害	30
晚期鱗屑性梅毒疹	31
樹膠樣腫損害	31
毛髮及指甲之梅毒	32
毛髮	32



指甲	Nails .. .. .	33
粘膜之梅毒	Syphilis of the Mucous Membranes .. .. .	34
全身症狀	General Symptoms .. .. .	35
臨症診斷	CLINICAL DIAGNOSIS .. .. .	36
鑑別診斷	Differential Diagnosis .. .. .	37
實驗室診斷	LABORATORY DIAGNOSIS .. .. .	39
梅毒螺旋體之證驗	Demonstration of Spirocheta Pallida .. .. .	39
檢驗材料之採集	Collection of Material .. .. .	40
黑地映光法	Dark Field Illumination .. .. .	41
中國墨汁法	India-ink Method .. .. .	41
染色塗抹標本	Staining Smears .. .. .	42
組織內梅毒螺旋體之染色法	Staining for Spirocheta Pallida in Tissue .. .. .	43
補體結合試驗	Complement Fixation Test .. .. .	44
乏色曼試驗法	Wassermann Test .. .. .	44
材料及其預備法	Materials and Their Preparation .. .. .	45
試驗細則	Details of the Test .. .. .	47
沉澱試驗法	Precipitation Tests .. .. .	56
康氏沉澱試驗法	The Kahn's Precipitation Test .. .. .	56
柯德仁于復新之沉澱試驗法	Cochran-Yu Precipitation Test .. .. .	58
魯厄汀反應(梅毒螺旋體素反應)	Luetin Reaction .. .. .	61
腦脊髓液	Cerebrospinal Fluid .. .. .	63
細胞之計算	Cell Count .. .. .	64
脊髓液之乏色曼反應	Wassermann Reaction in the Spinal Fluid .. .. .	65
膠體金試法	Colloidal Gold Test .. .. .	66
豫後	PROGNOSIS .. .. .	67
預防	PROPHYLAXIS .. .. .	69
個人之預防	Personal Prophylaxis .. .. .	69
防免生殖器受染之個人預防法	Personal Prophylaxis to Prevent Genital Infection .. .. .	69
防免生殖器以外受傳染之個人預防法	Personal Prophylaxis to Prevent Extragenital Infection .. .. .	71
公共預防法	Public Prophylaxis .. .. .	72
療法	TREATMENT .. .. .	73
特效藥	Specific Remedies .. .. .	74

砒	Arsenic .. .. .	74
阿西非那民	Arsphenamine .. .. .	75
新阿西非那民	Neo-arsphenamine .. .. .	77
銀阿西非那民	Silver-arsphenamine .. .. .	77
硫阿西非那民	Sulpharsphenamine .. .. .	78
隨阿西非那民及其衍化物所 起之反應	Reactions following Asphena- mine and Its Derivatives ..	79
死率	Mortality .. .. .	81
鉍	Bismuthum .. .. .	83
汞	Mercury .. .. .	86
注射法	Injection .. .. .	86
軟膏抹擦法	Inunction .. .. .	89
食入法	Ingestion .. .. .	90
吸入法	Inhalations .. .. .	90
靜脈內注射	Intravenous Injection.. ..	91
碘	The Iodides .. .. .	91
器官之梅毒	YPHILIS OF ORGANS .. .. .	93
呼吸系統之梅毒	SYPHILIS OF THE RESPIRATORY SYSTEM.. .. .	93
鼻	Nose .. .. .	93
咽	Pharynx .. .. .	94
喉	Larynx .. .. .	95
氣管	Trachea .. .. .	96
枝氣管	Bronchus .. .. .	96
肺	Lungs .. .. .	97
胸膜	Pleura .. .. .	97
縱隔障	Mediastinum .. .. .	97
消化系統之梅毒	SYPHILIS OF THE DIGESTIVE SYSTEM	98
涎腺	Salivary Glands .. .. .	98
食管	Oesophagus .. .. .	98
胃	Stomach .. .. .	98
腸	Intestines .. .. .	99
直腸	Rectum .. .. .	99
肝	Liver (Hepar) .. .. .	100
胰腺	Pancreas .. .. .	100

脾	Spleen .. .. .	100
循環系統之梅毒	SYPHILIS OF THE CIRCULATORY OR VASCULAR SYSTEM .. .. .	101
心	Heart .. .. .	101
動脈	Arteries .. .. .	102
靜脈	Veins .. .. .	102
淋巴系	Lymphatic System .. .. .	102
泌尿器之梅毒	SYPHILIS OF THE UROPOETIC ORGANS .. .. .	103
腎	The Kidney .. .. .	103
輸尿管	The Ureter .. .. .	103
尿道	The Urethra .. .. .	104
膀胱	The Bladder .. .. .	104
運動系統之梅毒	SYPHILIS OF THE LOCOMOTORY SYSTEM .. .. .	104
骨之梅毒	Syphilis of the Bones .. .. .	104
關節梅毒	Syphilis of the Joints .. .. .	107
肌之梅毒	Syphilis of the Muscles .. .. .	110
腱及腱鞘之梅毒	Syphilis of the Tendons and Tendon Sheaths .. .. .	110
滑囊之梅毒	Syphilis of the Bursæ .. .. .	111
生殖器之梅毒	SYPHILIS OF THE GENITAL ORGANS	111
男生殖器之梅毒	Syphilis of the Male Genital Organs .. .. .	111
女生殖器之梅毒	Syphilis of the Female Genital Organs .. .. .	113
內分泌腺之梅毒	SYPHILIS OF THE ENDOCRINE GLANDS	114
中樞神經系統之梅毒	SYPHILIS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM .. .. .	115
顱骨及椎骨	Cranial Bones and Vertebrae .. .. .	117
腦底膜炎	Basilar Meningitis .. .. .	118
腦凸面之梅毒性腦膜炎	Syphilitic Meningitis of the Convexity .. .. .	118
腦脊髓梅毒	Cerebrospinal Syphilis .. .. .	118
全身性不全麻痺	General Paresis .. .. .	120
脊髓癆	Tabes Dorsalis (Locomotor Ataxia) .. .. .	123
脊髓之梅毒	Syphilis of the Spinal Cord .. .. .	126
周圍神經系之梅毒	Syphilis of the Peripheral Nervss .. .. .	126

腦神經之梅毒	Syphilis of the Cranial Nerves .. 127
梅毒性神經系官能病及精神病	Syphilitic Neuroses and Psychoses .. .. . 127
硬脊膜內注射法	Intrathecal Injection .. .. 130
特覺器之梅毒	SYPHILIS OF THE SPECIAL SENSE
眼之梅毒	ORGANS .. .. . 132
耳之梅毒	Syphilis of the Eye .. .. 132
先天梅毒	Syphilis of the Ear .. .. 137
臨診的症狀	CONGENITAL SYPHILIS .. .. 139
早期皮膚損害	CLINICAL FEATURES .. .. 141
晚期皮膚損害	Early Skin Lesions .. .. 142
口及咽之病患	Late Skin Lesions .. .. 143
毛髮及指甲之病患	Affections of the Mouth and Throat .. .. . 143
呼吸系之病患	Affections of the Hair and Nails 144
消化系之病患	Affections of the Respiratory System .. .. . 144
循環系之病患	Affections of the Digestive System .. .. . 144
骨關節肌腱及滑囊等之病患	Affections of the Circulatory System .. .. . 145
腎之先天梅毒	Affections of the Locomotory System .. .. . 146
男生殖器之先天梅毒	Congenital Syphilis of Kidney 146
女生殖器之先天梅毒	Congenital Syphilis of the Male Organs .. .. . 147
無管腺之先天梅毒	Congenital Syphilis of the Female Organs .. .. 147
中樞神經系之先天梅毒	Congenital Syphilis of the Ductless Glands .. .. 147
眼之先天梅毒	Congenital Syphilis of the Central Nervous System .. .. 148
耳之先天梅毒	Congenital Syphilis of the Eye 149
診斷	Congenital Syphilis of the Ear 150
豫後	DIAGNOSIS .. .. . 151
預防	PROGNOSIS .. .. . 152
療法	PROPHYLAXIS .. .. . 152
索引	TREATMENT .. .. . 153
	INDEX .. .. . 155-162

# 梅毒詳論

## 梅毒之歷史

THE HISTORY OF SYPHILIS

自歐西醫學輸入中國以來，一般學者莫不趨之若鶩，而對於病之原始及其沿革更應三注意焉。至於梅毒之關係則較其他各病更爲重大，無論內外各科皆能屢入此病。近今對於此病之療法及查驗，經許多醫家之研究，已得有良好之方法，然對於其歷史，亦不能漠然置之。著者調查中國關於此病之歷史，曾檢閱種種之醫書及與醫學有關之其他各書，皆不能得其確實之來原，反觀歐洲，則陳籍所載，瞭如指掌，於是不能不嘆中國典籍之簡缺焉。今將諸著作家關於此病之論述，撮其要者，列述於下。

有謂此病在古時卽有，惟每誤視爲麻風，試讀聖經，中國古代醫經，埃及紙草本及古代希臘羅馬史記，皆有詳細之記載。至從何處傳入，則皆謂先由阿非利加至西班牙而入北美洲，然後發顯而蔓延於各地。

近今中國之醫學雖有一日千里之勢，而劇惡之梅毒亦日增而月盛，是以東西醫界對於東方梅毒之歷史，莫不有切實之研究，今舉其論述如下：

(1) 有謂中國梅毒最初發現之期，大約在耶穌降生後一千五百零五年時，其傳入之原因，據日本著作家 Okamura

and Dohi 二氏所言，謂由葡萄牙商人至中國行商，途經印度受染而致。據 Dohi 氏謂在十六世紀以前之中國文學史上，曾無隻字提及梅毒者，此說信而有徵，蓋葡萄牙人由歐洲經廣東循黃海神戶至日本各區時，在一千五百十二年時也。又有最確實之證據，在耶穌降生後一千五百零六年至十二年之間，在廣東省曾有梅毒病之流行，此時各醫家曾詳細診察療治之，始能確定其為梅毒病。至其所定之名稱，則依其地方定之，故名曰廣東瘡，或視其損害之形狀定之，名曰楊梅瘡。據近今王吉民醫士在中華醫學雜誌上所報告，謂在明清以前，中國無梅毒之病症。

(2) 有謂中國古代史上已載有梅毒之病症，在西洋史上首先發表者為香港法國領事 Dabry 氏，時在一千八百六十三年。氏又謂在耶穌降生前二千七百三十六年之黃帝所著內經內曾引述之，但王吉民醫士則謂其無據，且謂中國古代之醫學書上從無論及梅毒病之隻字者。

當時各醫家所認定為梅毒者，僅據其所顯之形式而定，且亦不知下疳與梅毒有何關係，其最早之名稱在七世紀時為妬精瘡，陰蝕瘡，而不明瞭其為下疳也。在中醫及中國之外科書中謂梅毒之名稱，共有七十二種，其所稱之名辭皆視其所患之地位而定，甚至將疥瘡亦列入其中，此理亦未始不然，因害梅毒者最易患疥瘡，且其形式亦相類似也。

總之，觀以上各家所論中國梅毒病之歷史，如在五里霧中，無由適從，深盼世之研究者，悉心考據之，裨得確實明瞭其源流焉。

在中國發生梅毒之歷史既未能詳悉，然在歐洲則其發

生於耶穌降生後一千四百九十三年，決無疑義。其首先得之者為阿非利加兵士在海蒂時受染，移駐西班牙後即傳染於該處，不久蔓延於法國。在一千四百九十四至九十五年時法王八世 Charles VIII 氏與意大利開釁，即將此病傳染於意人而成一種流行病。迨戰畢後，法兵放歸各鄉，輾轉被其傳染，幾徧全歐，因此意大利，西班牙，法，德，英，蘇格蘭，俄羅斯以及北歐洲各區皆受極劇之傳染，以是可知其能傳染於中國及日本者，多由於行旅往來之故。

當時此病為新產生病，社會上之一般人民無抵抗此病之能力，且以戰後經濟飲食等之困難，以致易成流行病，加以毒力甚劇，故無論何人均能患之，且無處不有，而各人所患之形狀及輕重均為一致。在中古時代，歐洲人士對於梅毒之恐慌情狀不下於今日之中國人士對於肺陪斯忒也。其當日所患之症狀及損害之情形，亦較今日為劇，死亡率亦多，此後人民之抵抗力漸增，道德亦漸高，并有汞為之療藥，是以毒力亦漸減。

此時除梅毒之外，并有淋病(白濁病)與之混淆，是以有時二病同發，成一種之病狀。其時間最早在一百五十年之前，在一千七百七十三年時，始略能將二病區別。至一千八百六十年始能完全區別之，此時無論書籍報紙各種著作上皆有紀載此病之種類，傳染之方法及其療法等等，至今仍奉為圭臬焉。

至於美國患梅毒之來源至今尚未明悉，但當時經諸著作家查驗上古男女之骨已有梅毒之情形，由此可知美國之有梅毒係在歐人尚未移美以前，可無疑義。然美洲之印地

安人究由何處遷來既不甚明瞭，故對於梅毒之來源亦難詳悉也。

有多數有名之醫家，因此病之關係重要，故不惜犧牲其精神，悉心考察及實驗，始得有良好之診斷及療法，而今日之人士皆拜其賜焉。

在一千八百七十九年 Neisser 細菌學家證明淋雙球菌為淋病之原因，在一千九百零五年 邵丁氏 (Schaudinn) 發明梅毒螺旋體為梅毒之病原。次年有 乏色曼氏 (Wassermann) 發明梅毒補體結合試驗以貢獻於世界各國為試驗梅毒之用，極有價值。在一千九百十三年 野口 (Noguchi) 氏由腦麻痺症內查得梅毒螺旋體，并純粹培養接種於動物體內，有復發之證據。

當 歐立區 (Ehrlich) 氏發明 薩乏散 (即六零六) 後，對於療病方面，則有完全消滅之希望。但此外有數事所當注意而在中國為尤甚者，即當使人民有高尙之道德以預防梅毒之傳染，并須有長期規定之療法，直至此病全癒為止。



## 概 說

### GENERAL CONSIDERATION

疾病之關係個人及人羣之危害，在今日相較，實無有更  
要於梅毒者。故醫者尤當洞悉此病之種種臨牀的現象，因  
患梅毒就診者其式殆極不一致也。歐司勒氏 (Osler) 數年  
前嘗有言云，精通梅毒之一切現狀及其關係者，則其他一切  
臨症之知識亦將加給於此人，洵不誣也。醫家對於梅毒之  
知識自邵丁氏 (Schaudin) 新近發見梅毒螺旋體，又有乏色曼  
氏反應以助診斷，六零六之引用以資治療，實較往昔已多進  
步，則亦吾人之幸也。

吾人研究梅毒，須先知下列諸項。

1. 梅毒為慢性傳染病。
2. 人類對於梅毒無免疫力。
3. 凡患之者自幼至老，無論何時，皆可復發。
4. 人體無論何部何器官皆不能免其害。
5. 無論何病，梅毒皆能假充而相似之，且能改變與其同  
發之病之症狀。
6. 患此病致命者雖罕，但能減低全身之抵抗力而為他  
病之素因。
7. 本病有後發病的耳聾，盲目，脊髓癆及不全麻痺等為  
他種傳染病所無者。

8. 此病常從夫傳給其妻,雖有時吾人信其病已治愈而猶能如是傳染。

9. 與他病特異之點,即損害遺累其後裔,致胎兒死率為可駭之增加。並剝奪嬰兒之健康及生產之權利者至為重大。

此病因有上述諸弊害,故不但常令醫士於療治上發生關係及使被染者自受其害,亦且累及病人後裔及社會全體。

今實驗室內對於梅毒之實驗,已有進步。醫士每不用臨症診查,只用實驗以診斷患者,此舉實有甚大之危險。但著者非欲輕視實驗之查考而縮小其用途,乃謂吾人當藉實驗室之報告以助診斷,切不可單據實驗室之報告以為最後之證據也。

若臨症診查無梅毒之確據,而據合宜之實驗室查考有乏色曼陽性反應者,可診斷此人確患梅毒。但若實驗室之報告為乏色曼陰性反應,則不可遽藉以診斷此人為無梅毒,又若某人確有梅毒沾染之歷史,或確具梅毒之損害,而又未經療治,則無論乏色曼反應之有無,可診斷此人必患梅毒。換言之,吾人從事診斷,必詳察個體之種種情形,不可僅僅注意於其一部份之事項,以免顧此失彼也。

醫士臨症時當常自問。 1. 此病人有梅毒否。 2. 此病人所顯出之症狀是否屬於梅毒者。 3. 此病人所顯出之症狀是否係從梅毒併發者。用乏色曼反應,僅可答第一問題,後二問題,誠須先經細究病人之種種情形,方可作答。徒藉乏色曼反應,猶有所不能也。

## 原因

## ETIOLOGY

梅毒係螺旋體侵入人體之皮膚或粘液膜所致。此微生物乃一千九百零五年爲邵丁及何弗滿 (Hoffman) 二氏所發見，在顯微鏡下極難窺見，更難於染色。檢查方法最好即由病人之初瘡取漿液少許，立刻用特別顯微鏡之黑地映光法窺之。螺旋體爲形極細而似線之微生物。全體共有螺旋三至二十個，長短不一，比赤血球之徑長一倍半至二倍。諸螺旋排列齊密而深陷，並彼此相距等遠。有似起瓶塞之螺旋鑽，漸趨兩端漸尖而成半螺旋形。於顯微鏡內，可見此螺旋體游行慢而呈蛇行之波動狀。其運動共有三樣。1. 順其自身之軸縱游。2. 前進及退後。3. 有蛇行之運動。

螺旋體之鑑別診斷 Differential Diagnosis of the Spirochete 軟螺旋體 (*Spirochete refingens*) 常於污穢之初瘡內與梅毒螺旋體同時尋見。其體較粗，其螺旋大小不一。相距較遠。不動時，常失其螺旋形。其游行亦較速於梅毒螺旋體。

齒螺旋體 (*Spirochete dentium*) 形狀與梅毒螺旋體相似。多在口內尋得。故用黑地映光法檢查此等部份，必須細心詳察。

若用黑地映光而尋得螺旋體，謂之黑地映光檢查法正 (positive dark field examination)。反之謂黑地映光檢查法負 (negative dark field examination)。凡病人之得黑地映光檢查法正者，其人必患梅毒，無可疑慮。但負者不可斷定爲無梅毒。是因雖在最有經驗者，所能由初瘡尋出之梅毒螺旋體亦不過佔百分之五十也。

梅毒螺旋體之生活力 Viability of the Organism 此螺旋體於尋常室內溫度二十四小時內可死。從人體移種於兔之辜丸內，能生存四十八至七十二小時。患梅毒者死後，剖屍檢查之，可見螺旋體能於屍體內生存二十四小時。在濕毛巾上常能生存十二小時半。乾燥能殺此微生物。濃肥皂水亦能迅速毀滅之。諸抗菌藥 (antiseptics) 殺螺旋體之稀釋度及時間如左。

	立刻即死者	殺之較緩者
氫化高汞 $HgCl_2$	1:5000	1:10000 在15分鐘內
純石炭酸 Phenol	1:200	1:1000 在30分鐘內
來蘇 Lysol	1:1000	.....
過錳酸鉀 Pot. permang.	1:1000	1:5000 在15分鐘內
佛馬林 Formalin	1:200	.....

螺旋體之特類 Strains 按臨症經驗，知梅毒螺旋體有數特類，各類於人體之某組織有特別之吸引力。例如若干人患梅毒有累其皮膚甚重者。有累其神(腦)經系統而皮膚反應甚輕或竟絕不受累者。更有累其骨骼而其神經中樞及皮膚絕不受累者。

梅毒螺旋體又有一種特性，即對於治病諸藥，每能發生一種抵抗力是。例如患梅毒者對於初用汞藥，殊形有效，乃不久雖服大劑量之汞藥，亦不能阻此病之進行。是即此微生物已能對於汞藥發生抵抗力而不受其害，特稱之為抗汞性 (mercury fast)。對於砒藥如六零六，或九一四亦可發生同樣之抵抗力。

## 傳染狀況

## MODES OF TRANSMISSION

梅毒有爲先天者(congenital),有爲後天者(acquired)。文明諸邦之人民患此者佔百分之十至百分之十五,多半屬後天者。後天性梅毒中有百分之九十四於生殖器上發現下疳(初瘡chancre),皆因交媾傳染。其餘百分之六於人體之他部如皮膚或粘膜發生初瘡,名爲非生殖器初瘡(下疳)(extragenital chancre)。非生殖器初瘡有百分之八十五現於頭部,而唇上尤多。乳房,鼻孔,肛門,腹部等處次之。

梅毒之接觸方式(forms of contact)有二,一係直接的,一係間接的。梅毒藉此可由一人傳染及於他人。下列諸接觸方法,當記憶之。

## (I.) 直接 Direct

1. 交媾。
2. 慾性倒亂之習慣(如雞姦等)。
3. 接吻。
4. 咬。
5. 哺乳於具先天性梅毒之嬰兒。
6. 醫士,看護及學生之查驗梅毒病人等。
7. 乳媪保育梅毒之兒童。

## (II) 間接 Indirect

1. 外科及牙科使用染梅毒之器械。
2. 梅毒病兒給鉛筆於健康兒童。
3. 食器及飲器。
4. 毛巾,手帕,繃帶等等。

5. 患梅毒者所用之煙袋,煙捲,雪茄煙.
6. 受染之剃刀(可致人之面或頭患初瘡).
7. 按舊法用人體血清種牛痘.

後天梅毒有百分之八十係娼妓傳染。女子爲娼數月,難免梅毒之傳染。男子患梅毒,十分之八以上由嫖妓所得。患梅毒者有百分之二十非屬先天性而爲無辜之後天性,例如妻受其夫之傳染,醫士及看護因盡其事業之本務而受染,乳母每被染於所哺梅毒病兒等是。患梅毒者有若干時期最易傳染他人,今尙未能決定。吾人已知當梅毒之初起及早期,其下疳,粘膜斑及濕疣最易傳染他人。至於晚期之有傳染力與否,仍屬疑問。然晚期所患梅毒潰瘍確能染人,但傳染性無初期之烈,則可斷言。胎兒於子宮內,可由其母血而受染。若男人有梅毒性,雖日久不見發生損害,但終能使女人受其傳染。如皮膚或粘液膜先有裂口之損傷,則極易受染。但此損傷,常發現於口內及身體之暴露部份。

## 病理概論

### GENERAL PATHOLOGY

醫者宜先考究此微生物侵入人體之病理反應,方可明白梅毒一切臨症之現狀。無論人之種類,事業及境遇如何,所顯反應皆同。其所顯之反應如何,關乎三項: (1), 微生物之生殖力 (virility). (2), 侵襲力 (invasiveness). (3), 化學的親和力 (chemical affinities). 賴此微生物之種類或其化學的親和力以規定梅毒所有臨症之現狀者,較賴個人之天然抵抗力更爲重要。個人之天然抵抗力對於驅滅此微生物及其症狀之自癒,必有其一部份之效力。但其所致影響與此

微生物之種類及毒力比較，則相形見遜。是故多數梅毒專家承認梅毒螺旋體至少有二亞類。(1)，強毒性或強暴類 (virulent or strong type)。(2)，弱毒性或軟弱類 (non-virulent or weak type)。患惡性梅毒 (malignant syphilis) 所染係毒性螺旋體。患輕類梅毒 (milk syphilis) 所染係弱毒性螺旋體。又梅毒螺旋體與各人體之組織有一定之特殊親和力，以致所發現之症狀亦各不同。其喜居於神經系，以致病人早顯神經系被累之症狀者為神經類 (neurotropic)。喜居於病人之皮膚，以致病人早顯皮膚受累之症狀者為皮膚類 (dermotropic)。若皮膚受累較重，則其神經系罕有被累者。如此分類之理論，可以事實證明之。曾有梅毒專家數人按臨症方法研究數病人患同樣之梅毒，細查其受染之來源皆同。

梅毒螺旋體侵入人體後即增生。待數日之靜息期已過，遂居於其所新寓之處。迨人體某部之組織合於其生長，則立即遷移至該處。若種梅毒螺旋體於猴體內，則十日後，當其局部損害或全身症狀未發現前，即能於其各組織內尋出此微生物。此試驗乃表明此微生物侵入受染者之組織及其血流如是迅速。梅毒螺旋體於人體內孳生後，即被淋巴運至皮膚。皮膚為其最好之培養基，故又在此處增生。又有一部份梅毒螺旋體於他覺的臨牀病徵發現前數日，即被淋巴運至血流。

凡梅毒螺旋體種入處初次臨症發現之損害，名曰初瘡 (initial lesion) 或下疳 (chancre)。

下疳 Chancre。梅毒螺旋體在種入處激成下疳之反應為(1)，異物反應 (foreign body reaction)，即所受梅毒螺旋體及

所致傳染的肉芽腫 (infective granuloma)。 (2), 毒素反應 (toxin reaction)。 卽染梅毒螺旋體所發之毒素。 此毒素或出自死梅毒螺旋體。 反應之特性, (1), 結締組織增多, 令患處變硬。 (2), 發生漿細胞 (plasma cell)。 (3), 有淋巴細胞圍繞之。 (4), 患處諸血管之內皮細胞亦增多, 以致血管腔或一部份完全被塞, 諸小靜脈受害尤甚。 梅毒螺旋體羣居於血管四圍之淋巴間隙。

梅毒螺旋體種入後十天至六十天, 方發現下疳。 此時不僅患處可察見, 且藉淋巴流及血液而帶入於身體之其他組織。 當此微生物順淋巴管及血管進行時, 則有圓形細胞形成於諸小血管之周圍, 致成所謂衣袖形之浸潤 (coat sleeve infiltration)。 梅毒螺旋體順淋巴管運入淋巴腺, 則發生梅毒性橫痃 (syphilitic bubo)。 迨經過該淋巴腺後, 復順淋巴管入週身血循環, 經過腔靜脈 (vena cava) 卽散佈於週身之組織內。 此微生物於各組織又繁殖增多, 復被淋巴帶入鄰近淋巴腺。 是故經數星期後, 便致全身性腺病 (general adenopathy), 不僅在皮膚下可覺察, 全身之淋巴腺亦能捫得。

玫瑰疹 Roseola 梅毒螺旋體侵入週身後, 被運至皮膚, 而以皮膚爲其繁殖地, 致皮膚發生梅毒性玫瑰疹或斑狀疹 (syphilitic roseola or macular eruption), 此乃皮膚最早之客觀臨症反應。 疹形圓而色紅, 每相聚成羣。 此因皮膚散佈之動脈被梅毒螺旋體栓塞所致。 與此反應伴發之主觀症狀爲關節痛, 頭痛, 發熱及貧血。 若所染之梅毒螺旋體屬神經類, 則發現神經系症狀如梅毒性腦膜炎 (syphilitic meningitis) 或視神經受累。 若此微生物非屬活動神經類者, 可蟄伏於體內



多年,不現症狀,其後終致發現脊髓癆或不全麻痺。若所染確屬皮膚類,則令皮膚發現甚多之疹,並時癢時發。

細究以上所述,即知凡梅毒螺旋體所在之組織皆能致此處淋巴細胞,漿細胞及新結締組織細胞之形成。此等細胞無改造能力而有分解及被吸收之趨勢,但於其形成時總有幾許功用,如殺死該處多半之梅毒螺旋體,或發生一種抑制之效力。蓋疹發後經一定時間即消沒,而於原處遺留一色斑,同時又於他處發現新疹,是以上諸細胞形成於早期損害處,必能使梅毒螺旋體漸被驅滅而排出,或於初次棲止處克服之也。

丘疹 Papule 梅毒螺旋體若在斑內未悉數被殺,則上述之斑變成丘疹。此非指一切患梅毒之斑皆能變成丘疹,乃僅指某病人所染之梅毒螺旋體屬極有毒性或多屬皮膚類者而言。此丘疹亦係如上所云種種細胞逐漸增多所成。此等細胞形成甚速,於數日或數星期內即能令斑高出皮上而變成丘疹。丘疹亦相聚成羣,其原因與斑同。此丘疹密實而現凸狀或圓錐狀。其特性及臨症分類,皆按此微生物之聚落限於何處以辨別之。經一定時間,諸丘疹雖不療治,亦可漸歸於自行消散。有時亦遺留色斑。在毒性更重之病人,此丘疹或可延長數月,或時癢時發,纏綿多年。

按定例,梅毒早期所致之諸損害必漸就消散復原。此種理論,蓋因損害處能漸將梅毒螺旋體驅滅或制止之,所以多數患者之主觀或客觀的症狀皆歸於消散,不過於後期或復現他狀耳。如此種主觀或客觀的症狀皆無,而病人仍具梅毒於體內,此時期謂之潛伏梅毒 (latent syphilis)。在此期內,

惟藉乏色曼反應可診斷之。吾人確能於似為健康人之體中查出梅毒螺旋體。人體內能藏活動之梅毒螺旋體而不發現症狀，故知梅毒有潛伏的事實也。此潛伏的梅毒螺旋體之毒性，不及在侵襲期者之強。

由是觀之，可知梅毒螺旋體之起反應於人體有二途。

(1)，在侵襲期(invasive stage)中，此時梅毒螺旋體之毒力(virulence)最大，故病人發現症狀。(2)，在潛伏式(latent form)中，此時梅毒螺旋體被遏制，故病人能多年不現症狀，但遲早必發現之。

樹膠樣腫 Gumma 梅毒螺旋體在人身內數處發生甚易，在皮膚內發生尤特易。組織被梅毒螺旋體刺激致鄰近之細胞更顯增生之式，此表明被累之組織受梅毒螺旋體之刺激，而令該處組織發現感受梅毒螺旋體之情形，故稱為梅毒第三期之損害。此反應即名為樹膠樣腫反應(gummatous reaction)。此亦為多種細胞（如淋巴細胞，漿細胞及結締組織細胞）所形成。其特性與丘疹相同，但諸種細胞較在丘疹內者增加更多。此項病演可接續進行，樹膠樣腫之邊緣逐層增多細胞，而其中央則變壞甚廣，以後潰爛成瘍，或再被吸收，歸於消失而遺留一種纖維性或乾酪樣之區。梅毒螺旋體之能於樹膠樣腫四圍尋出，正與在早期損害內尋出同。而此時用以注射入猴體或兔體內所發生之反應，亦正與注射早期之梅毒螺旋體所發生者相同。按最近所知，此樹膠腫樣之反應似可謂為係梅毒螺旋體往日接種於被累之區後逐漸增生所致，並非新近藉血流復種入於組織內所致者。

## 外傷與螺旋體棲息處之關係 Localization and Trauma

今已知梅毒損害之發現，常在有外傷之點。此即指血管壁及圍繞之組織受種種傷害例如打傷，搔傷，割傷，機械傷，日晒之光線傷，燒灼，凍瘡，化學品之刺激及因病理的損害等。其致棲息處之原因，大概係由血管壁受任何創傷，因之變粗糙而擴張，以致血流阻滯，螺旋體乘機侵入。又受傷的血管壁之抵抗力亦減少，故梅毒螺旋體能增生於血管壁內及其周圍之組織。

## 分 期

## CLASSIFICATIONS

梅毒分期之法，古今不一，每因病理臨診，及察驗之進化而區別之，昔日分爲三期，近則分爲四期。其分法如下：(1)，初期，或下疳期 (primary or chancre stage) (2)，二期，或早現疹(如斑，丘疹等)期 (secondary stage, or stage with early eruptions)。 (3)，三期，或晚現限界樹膠樣損害期 (tertiary stage or stage with late, localized, gummatous lesions)。 (4)，四期，或梅毒致神經系病之期 (quarternary, or stage of diseases of the nervous system due to syphilis)。按如是分期，於臨症殊有裨益。但據最近之經驗，如是分期，易引人誤會(因有謂梅毒之進行係按一定之病期，發生一定之症狀，其實不然，蓋第一期未完，而第二期之皮疹已發現者往往有之)。故必另選一種分期法，須根據病理的結果，即人體各種組織對於梅毒螺旋體所發生之反應分之，庶幾較爲真確，現分梅毒之病期爲二：(1)，早期，或侵襲期 (the early or stage of invasion) (2)，晚期，或棲息期 (the late or stage of localiza-

tion)。此二期不能按時間分之，因不知晚期損害何時發現也。病人可各按其所起反應之時間區別之，有早期進行緩慢並延時甚久者，亦有晚期之損害發現甚早者。

吾人今按試驗及臨診進化表式分爲五期如下：

1. 初期 Primary stage 自初次發生下疳，至血內發現陽性乏色曼氏反應爲止。

2. 早期 Early 自血內發現陽性乏色曼氏反應或全身發生皮疹，至全身損害或傳染性極重之損害消沒爲止。

3. 晚期 Late 是乃局部梅毒，係人身局部發生之樹膠樣腫損害。

4. 潛伏期 Latent 有陽性乏色曼氏反應而無臨診之症狀。

5. 神經性梅毒期 Neurosyphilis 包括發現脊髓癆，不全麻痺及其他一切因梅毒螺旋體所致之神經中樞系之病象。

## 臨診狀況

### CLINICAL FEATURES

**下疳** The Chancre 梅毒螺旋體必身體表皮或粘膜之一處先受損傷，方能由此侵入。大多數發生於生殖器。在男子，多發生於包皮或陰莖頭後之溝內。在女子，多發生於陰道，陰門或子宮頸。數處同受染者亦或見之。梅毒螺旋體種入後早者經十日，遲者經六十日，平均二十五日，即於種入之處發生一丘疹。發生丘疹之原因，係梅毒螺旋體增生繁茂，放出毒素，刺激此處，令數種細胞增多，以致此處漸漸加大也。就醫時，其大小約有四分之一吋至二吋之直徑。因

外傷,其中央隨即潰爛而成正型的下疳。診斷下疳之諸要點。 1. 此損害於受染後十日或十日後始發現。 2. 不痛。 3. 頑性,無發炎之性。 4. 丘疹之底或瘡之邊緣變厚或硬結。 5. 有梅毒螺旋體。 6. 起頑性淋巴管炎及鄰近之淋巴腺腫大。 7. 係一單獨損害。

梅毒螺旋體常與軟下疳(chancroid),或名軟瘡(ulcus molle)之鏈桿菌(strepto-bacillus)同時種入人體,以致臨症狀況改變。軟下疳之鏈桿菌能吸引多核白血球。此種白血球與具有破壞性之鏈桿菌能致種入處之組織於數日內壞死,成一淺潰瘍。若上述二種微生物同時種入,雖梅毒螺旋體已侵入淋巴管,淋巴腺及血流,而所發之潰瘍多半與軟下疳相似。至不同之點,因軟下疳向四圍蔓延甚速,而下疳不然,因螺旋體無暇令局部發生硬結之反應也。是以軟下疳之危險易於察見,而梅毒之害不易察出。故凡陰莖患瘡具可疑之式者,宜須細心尋覓有否梅毒螺旋體。迨軟下疳之病變已過,其勢較輕時,而標準的梅毒螺旋體之反應或可發現。但多半染軟下疳兼染梅毒者不發現局部之積極的梅毒性損害。染梅毒而兼染淋病者亦然。梅毒螺旋體能偕淋病球菌同入人體,成尿道內之下疳而易被淋病症狀所蒙蔽。故凡患淋病者對淋病之治法無效,則宜考慮此人或係兼染梅毒。

過若干時後,下疳雖不施療治,亦能收口。倘下疳兼受他種傳染,則癒後不免遺留色斑或小癍痕。

下疳可發現於皮膚或粘膜之任何部份。或發出甚小,易於失察。又可發生於尿道內,子宮頸,直腸或鼻腔等隱藏之處。間有染梅毒而不發生下疳者,但罕見。

當梅毒之潛伏期或初期，大抵不發現主觀的症狀。但有少數染梅毒者，於下疳未發現之前即覺全身不舒，並呈消瘦，軟弱及疲倦諸狀。

下疳癒後，或遺有少數梅毒螺旋體蟄伏於其內，入後復崛起活動，發生或繼以復發性斑狀或丘疹狀皮疹（relapsing macular or papular eruptions）之復發性下疳（relapsing chancre）。但此種復發狀況雖有時有之，究屬罕見。

崩蝕性潰瘍 Phagedena 下疳之速於散佈，速於增大，能毀壞組織甚廣而伴發體質衰竭（constitutional exhaustion）及惡病質（cachexia）者謂之崩蝕性潰瘍。此種狀況乃因用刺激品及潰藥等所致。蓋諸藥能招致已死之白血球及穢屑入患處，而更利膿菌之增生繁茂也。污物及不潔亦可發生同樣之效果。崩蝕性潰瘍多見於年老者，患糖尿病者，嗜酒者，或其人之抵抗力因曾患他病而致薄弱者。其病變之顯狀，即該潰瘍之邊向外擴展甚速。

非生殖器初瘡（下疳） Extragenital chancre 人體無論何處之皮膚或粘膜皆可發生初瘡（下疳）。其發生處常不覺痛，故患者每不注意，已如上述。

唇之初瘡 為非生殖器初瘡中之最常見者（第一及第二圖）。尋常係因與患梅毒者接吻，或用受染者之食器，飲器，或其他什物如烟嘴，紙烟等而受染。有時發現於唇，不過為一裂口。但尋常則為突出之塊，直徑約半吋至一吋，蓋以黑棕色之痂，揭去其痂，則現一塊深紅肉芽組織。頰下及頷下淋巴腺腫大甚速，且腫至極大。患處可尋得無數梅毒螺旋體。

唇上患癌 Cancer 唇患上皮癌 (epithelioma of lip) 亦為常見,易與此梅毒初瘡相混,但癌(1)罕累少年及婦女,(2)鮮發生於上唇,(3)生長緩,(4)淋巴腺腫大亦無如此之速,(5)無梅毒螺旋體,(6)其邊常呈珍珠形,(7)疼痛,易流血質,足資鑑別。

扁桃體之初瘡 亦常見。每可誤認為白喉(Diphtheria),因患之者亦有灰白色之膜掩蓋扁桃體也。此初瘡之發生,常限於一側。瘡面可潰爛,淋巴腺亦腫至甚大。無全身症狀及白喉桿菌之情形。

手指之初瘡 為醫士及看護所易患,但每不以為初瘡。手指上任何處皆可發生,但尋常多圍繞指甲根之逆剝處而發。常極痛,與發於他處者有別,而其尤顯著之特性為不硬結。若用黑地映光法檢查梅毒螺旋體,於此種醫案之診斷甚有裨益。

舌,乳房,臉及鼻等處之初瘡亦常發現。與癌或他病之區別,可以梅毒螺旋體,常患於青年,及易發生於已裂口之處等而判別之。

## 早期皮膚損害

### EARLY CUTANEOUS LESIONS

梅毒螺旋體種入人體六十至一百日後,皮膚及粘膜雖滿佈梅毒之毒素而常不經覺察。迨梅毒螺旋體藉血流輸入皮膚而於該處成栓塞性病竈(embolic foci),始發生一定的特性皮膚疹,據此等最普通梅毒早期的皮膚疹之表現,即可診斷梅毒病。

疹之顏色 Color 疹常呈淡棕紅色,有時為紅銅色或生

火腿色。疹將消退之際，則變為淺白色。此由於極細微之鱗片使然。

疹之形狀 Configuration 諸損害相聚成環形或弧形。是乃皮膚之血流供給所致。換言之，即因皮膚血管之解剖學的排列之故。

疹之發生 Development 早期之損害發生甚速，常於二三日即發出。後漸擴大，融合成團。晚期之損害或擴大呈匍行狀，其中央常有痂，並結癬。若早期損害不施治療，經數月後常可自癒。至消失後或留色斑，或結癬痕，則無定。

同質多形 Polymorphism 疹之發生，多係分批現謝。並或同時發生數種形式之疹，但常只一種最顯著。

硬結 Induration 凡梅毒皮膚損害，除斑外，皆係硬結者。

對稱 Symmetry 梅毒之早期損害常對稱發出（如左臂有，右臂亦有）。此係病毒分佈周身所致。其晚期之諸損害則不對稱發出。此因病毒着入處（localization of virus）常受外傷，且或因血管中有他種無定改變在該處發生損害之故。

主觀的症狀 Subjective symptoms 早期之損害罕覺痛癢。惟皰狀梅毒疹覺癢。樹膠樣腫受壓時或覺痛，而在鄰近組織受累者尤甚。

位置 Location 早期之疹大都發生於面，而尤以額，口，鼻孔，軀幹前面，四肢屈面，手掌，足底諸處為盛。此等處尋常為疹發現之所，但有時疹亦散佈於全身。晚期之鱗屑性及樹膠樣腫性諸損害，則最常於受傷之點如膝肘，小腿，肩及鼻諸處發生之。

梅毒之皮膚損害分類方法不一，或按其病期以分之，或



按其損害之毀壞性以分之。最好之分類法當按解剖學的方式，就其所致損害用早期及晚期諸名詞而分之。下列分類法，根據於此。

早期梅毒疹 Early Syphilide

- 1. Macular, 斑狀
  - { Roseolar 玫瑰形
  - { Annular 環形
  - { Vitiligoid 白斑病式
- 2. Maculopapular 斑丘疹狀
- 3. Papular, 丘疹狀
  - { Miliary, 粟粒形
    - { Disseminate 播散性
    - { Corymbose 花朶形
    - { Annular 環形
  - { Lenticular, 凸圓
    - { Disseminate 播散性
    - { Corymbose 花朶形
    - { Hypertrophic 肥厚性
    - { Confluent 融合性
    - { Squamous 鱗屑性
  - { Discoid, 平圓
    - { Disseminate 播散性
    - { Annular 環形
    - { Confluent 融合性
    - { Squamous 鱗屑性
    - { Moist 濕性
- 4. Papulopustular 丘疹膿疱狀
- 5. Pustular, 膿疱狀
  - { Acuminate, 尖頭
    - { Varicella-form 水痘式
    - { Variola-form 痘症式
  - { Obtuse 鈍頭
    - { Crustaceous 結痂性
    - { Rupial 鯛殼形
    - { Ulcerative 潰爛性
  - { Ecthyroid, 深膿疱式
- 6. Vesicular 皰狀
  - 斑狀梅毒疹 Macular syphilide

此為早期皮膚損害之發生最早並最常見者。白人之

患梅毒而發斑者約佔百分之五十。平均於下疳發生後四十五日發生此疹。但有時緊隨下疳發生，又或自始至終絕無之。尋常起於腹壁之上部，蔓延至胸。後則除手及足之背面外，累及全身。斑點之大小不一，界限亦不甚清。尋常所發為玫瑰形斑狀梅毒疹 (roseolar macular syphilide)。為圓形或橢圓形，充血，並與四圍之皮相平。其色初為淡玫瑰色，壓之即退，後變為暗紅之紫銅色。疹消沒後，有時遺留色斑許久不退。疹於行劇烈運動或熱水浴後能驟然發出。其消沒或遲緩，或甚速，尋常則能存在數星期。

鑑別 麻疹 Measles 與斑梅毒疹不同處，在麻疹最初發現於面部，有高熱，口內有科潑力克氏斑點 (Koplik's spots)。並顯急性鼻粘膜炎之症狀，且兒童患之，較多於成人。猩紅熱 Scarlet fever 與此斑之不同處，(1) 猩紅熱有楊梅式舌，(2) 發高熱 (詳見內科)。藥物疹 Drug eruptions. 病人之服科派巴 (Copaiba) 者尤易發之，(1) 其人必有服此藥之來歷。(2) 若令停服，則此疹消沒甚速。玫瑰色糠疹 Pityria is rosea 常誤認為梅毒，其區別此疹 (1) 不變硬而起鱗，(2) 其紅色較深，(3) 循損害處之皮紋發現皺紋，就此諸端而察之，亦易於分別。總之以上諸病其準確之診斷莫外乏色曼氏反應一法。

環形斑狀疹 Annular macular eruption 不常見。常於現下疳後數月內即發生之，亦有於現下疳後四五年而發生者。此疹為環形，其梅毒發現區及環形之數皆有限。於頸、肩、前臂諸處最多見之。

白斑病式斑狀梅毒疹 Vitiligoid macular syphilide 又名着色性梅毒斑 (pigmentary syphilide)。計共有三類。

1. 斑點形圓或橢圓，邊緣不齊，色棕，邊緣之色更深。斑點與斑點間之皮正常，但於諸棕色斑間觀之，似較他處之皮為白。此種色素或沉積至數月後，則漸漸消沒而此處之皮回復正常。

2. 呈花邊形或網狀 (lace or retiform)，為最常見之一種。發於頸之側面或後面。發斑處之皮色變為淡黃棕色。後於色斑之中漸起白點。白點漸擴大，以至色斑減小而成狹帶。故觀之有似花邊形，其中所有白點可擬作花邊中之諸孔。

3. 斑點只見於頸之側面。發點之皮呈白色，而諸白斑間之皮呈棕色。延時不久即消失，該處之皮亦復原如常。

白斑病式梅毒疹或為患梅毒者唯一之病徵，多見於女子而現於其頸之側面及後面。

#### 斑丘疹狀梅毒疹 Maculopapular syphilide

此係由斑變成丘疹之過渡式 (transitional form)。其損害甚似風疹塊 (urticaria)，但延時久，多半發現於軀幹及四肢，而有成環形或弧形之傾向。

其與風疹塊不同之處在發疹較多，且不發癢，並延時較久。其與藥物疹不同處即延時較久，無服藥之來歷，色較暗，且不作癢。

#### 丘疹狀梅毒疹 Papular syphilide

此或為梅毒最先發出之疹，於下疳發現後第二或第三月即發出，亦或遲至數年後方發現。疹有癒後多年而復發之傾向。

粟粒形丘疹 Miliary papule 小如定針頭，大如豌豆，不等。

常由毛囊發出。疹形圓，並堅硬而突出。捫之，覺粗糙。當初發生之際，其頂有起水胞之趨勢。數日後，則變乾而結一薄鱗。尋常多見於病人之面，頸，肩及胸骨附近。諸疹相聚成羣，作環或半環形，每羣有十至四十之丘疹。其色初為鮮紅，後變為暗棕或紫紅色。疹常成羣，而此羣體散見於被累之全區域。此羣體漸合成花朵形 (corymbose)，是即諸小丘疹圍繞一位於中央之大丘疹之羣體。此類（即花朵形類 corymbose type）之粟粒形丘疹或可與點狀牛皮癬 (punctate psoriasis) 混淆。但牛皮癬之鱗痂較大而成片，且揭去之，現多數出血性小點。

環形丘疹狀損害 Annular papular lesions 有二類。1. 一單獨丘疹，中央消散而向其四圍散佈成環形。2. 有甚多之丘疹連合成環。此類丘疹最常發現於面，有時亦可發現於肩，頸，四肢諸處。

凸圓丘疹 Lenticular papule 為次於斑點之最常見的梅毒皮膚損害。疹之邊界甚清楚，高出皮面，頂平而周圍圓。其大小不一，或如豌豆，或如蠶豆，或更大。其色暗而棕紅。常發現於額部，項後，肩，頸頂蓋，臂，掌，腿及骯部諸處。有時可累及全身之皮膚。亦似其他一切梅毒皮膚損害，自相羣聚成環狀或弧狀。此類凸圓疹亦或如粟粒狀丘疹之變為花朵形。

肥厚類 Hypertrophic type 似傘菌狀。圍繞口或鼻孔發生，亦或發於腋窩，肛門，生殖器諸處。直徑約一吋或吋餘。有極惡之臭。

身體他部所發融合性損害 (Confluent lesions)，係數丘疹

連合而成。並可蔓延甚大，有時有一吋之直徑。

上文所述諸凸圓丘疹式，皆無鱗片。另有一種常見之凸圓疹係被有鱗片者。多見於顏面，手掌，足底等處。若起於掌及足底，初為暗紅斑點，大如豌豆，位於手掌及足底之中央。此損害漸向四圍現匍行性之蔓延 (serpiginous extension)。蓋其中心漸癒而邊向外延蔓，直至全掌被累。故此全掌或足底終致成一單獨之大損害。此損害只限於掌或足底而不擴及於手指或足趾。其中央已癒而遺一有鱗之丘疹邊緣。足底，手掌之天然皺襞至是皆成深裂而極痛。此際易與手掌濕疹 (palmar eczema) 及表皮黴菌病相混，當明辨之。凡患手掌梅毒 (palmar syphilis) 者 (1) 不覺癢，(2) 其浸潤之處及其邊界皆清晰可辨，(3) 無發濕及流液之情形，(4) 梅毒之早期，兩手掌或兩足底每對稱被累，而濕疹則常只單獨一側受累，(5) 無表皮黴菌病之菌。

平圓丘疹 Discoid papule 此疹平扁而不顯然突出於皮面。其播散性類 (Disseminate type) 散佈於全身之皮膚，尤以四肢之屈面為盛，尋常背部較胸，腹為多。形圓或橢圓，界限清晰，直徑自四分之一吋至二吋不等，中央略凹，其色不一，蓋有多少不一之鱗。

其環形類 (Annular type) 最多見於附近口角，眼角及頰諸處，但全身除手掌及足底外皆可發生之。此環形損害乃由一丘疹向四圍擴展所成。有時其中央顯然有鱗，但亦有中央為正常之皮膚者。又有環內套環，各環融合成盤旋類 (gyrate type) 者。此種環形損害與錢癬 (ringworm) 之區別，則因錢癬 (1) 炎狀較顯，(2) 常於其四圍起皴，(3) 浸潤不甚，

亦不對稱發生，(4)用顯微鏡，可查出此癬之微菌。與玫瑰色糠疹之區別，則因糠疹(1)罕見於面，(2)發炎較重，(3)爲橢圓形，(4)其損害之長軸與肋骨平行，並現皺紋狀。與牛皮癬(psoriasis)之區別，則因牛皮癬(1)不發生於面而多見於四肢之伸面及顛皮，(2)其鱗多色白而厚，揭去之則現點狀之出血，(3)常屬慢性而有屢次癒後復發之經過。與皮脂溢出性皮炎(seborrhoeic dermatitis)之區別，則因該項皮炎(1)常見於背或胸之中線，腋窩，腹股溝，顛皮及頭髮之邊際，(2)其鱗滑膩，色黃，(3)植根淺而不黏連。至與多形性紅斑(erythema multiformi)之區別，則因紅斑(1)最多見於手及前臂，(2)決不起鱗，(3)亦常有屢犯之歷史。

其鱗屑類(Squamous type)人身各處之皮皆可被累(第三圖)。當與牛皮癬嚴別之。屬梅毒性之鱗屑，(1)粘性較強，(2)浸潤亦較廣，(3)損害多見於四肢之屈面，而牛皮癬則多見於四肢之伸面，(4)乏色曼反應陽性，(5)病人有下疳之病歷，此皆於診斷極有補助。

其濕性類(Moist type)之損害或名濕疣(condylomata)。發現較晚於他類早期皮膚損害，常在患下疳後多年方始發現。女比男，患之較多。損害內梅毒螺旋體甚多，故所具傳染性極大。此種損害常發生於人體皮膚摺處，最常見於肛門之四圍，生殖器，婦人之乳下，腋窩，指間及鼻唇摺。本爲丘疹，因受熱度，潮濕及壓力等之變遷，致變爲濕疣。其徑自半吋至四分之三吋不等。數疣可融合成一大腫疣，其邊突出於皮膚，其頂平，而蓋以淺灰色發亮之壞死膜。此種濕疣有極大惡臭，因此等損害內有粘膜所滲出之分泌物具有惡臭也。

丘疹膿胞狀梅毒疹 Papulo-pustular Syphilide

此類損害多患於皮色深之病人。丘疹之頂釀膿，常見於面部及四肢之伸面，而特於小腿見之最多。其膿稠厚而含葡萄球菌。

膿胞狀梅毒疹 Pustular Syphilide

患梅毒者全體不健壯，則易患膿胞狀梅毒疹。其損害內之膿非因梅毒螺旋體所致，乃因繼染膿菌所致。約於初瘡後六或八個月內發現之。有時或發現甚晚。

尖頭式 Acuminate form 分二種。1. 極淺者，或名為水痘式 (varicella form)。2. 較深者，又名為痘瘡式 (variola form)。前者之生於皮膚稀疏而淺，常多見於臀或股。其直徑不過三分之一吋，頂薄，所含之膿似乳酪。其與水痘 (varicella) 之區別，則以水痘之損害更近胞形，且破裂早，易成痂，同時並發之疹其式不一，在早期於四圍現一炎狀區，此宜特加注意。與毒性皮炎 (dermatitis venenata) 之區別，在毒性皮炎散佈非對稱性，且騷癢並燒痛甚劇，並有滲液。其較深類播散較甚。常發於面部，然臀及股亦或發生之。常為丘疹及膿胞之混合體。退化慢。癒後留暗色斑，有時遺留癍痕。當與痘症 (天花 smallpox) 區別之。當痘症之初起，病人發熱甚高，頭痛，背痛並嘔吐，發生於面部者甚多，且恆有幾許損害發生於手掌。又痘症常按批發生丘疹，胞及臍形膿胞，並不同時混雜發生。此類梅毒疹易與痘症混淆，但用乏色曼氏反應足以區別之。然痘症與梅毒或同見於一個體，須注意。

小扁膿胞或鈍頭膿胞狀梅毒疹 (第四及第五圖)

Obtuse pustular syphilide 亦稱膿胞病式梅毒疹 (impetigo form)。形

圓或長方，植根淺，直徑在八分之一吋至一吋間。多見於多毛之處。錯落成羣，但於顛頂蓋，則具融合之特狀。初發之際，其頂軟而略高出於皮面。易於破裂。乾後成黃棕色或棕色之痂。痂下有輕微潰爛區。癒合後，不留癍，但遺色斑。

大扁膿胞或深膿胞病式梅毒疹 Ecthymoid pustular syphilide 其與上述小膿胞不同之處，在面積較大而常發生於下肢，頸，腹股溝及臀部。此種損害破裂後即乾，而結黃棕色或棕色之痂。揭去其痂，則見其底潰爛較深，呈深紅色而浸潤。有時須結痂數次，方可全癒。在結痂甚速者，名曰結痂類。

此膿胞在病人榮養不良或患他種全身病症者，則破裂作蠣殼形痂 (rupial or oyster-shell crust)，是為蠣殼形類 (rupial type)。其痂所以成蠣殼形者，乃因此膿胞釀膿甚速，且隨即破裂，乾後則堆積成痂，而新痂又結於其下，面積較前痂更大，如是新舊層疊，以致成一圓錐形綠黑色之厚殼。其痂下必仍潰爛，惟罕有潰爛極深者。癒合後，常成癍。

常見之無痂式(膿胞裂後不結痂者)只成峻陷之潰瘍，是為潰爛性類 (ulcerative type)。此潰瘍大抵極頑固，不易治療。

鑑別 鈍頭膿胞狀梅毒疹當與膿胞病 (impetigo) 嚴別之。膿胞病例多發生於手，面等處，為害亦輕，經過期短，並不潰爛。深膿胞式梅毒疹亦當與深膿胞 (ecthyma) 區別之。其區別在深膿胞病之疼痛較重，其邊圍無紅銅色之暈，且結痂不厚。蠣殼形類最易辨別，蓋他種皮膚病無如是之痂也。潰爛性梅毒皮膚病當與癤 (furunculosis) 區別之。但根據梅毒之為慢性，並細察其峻陷之損害，亦不難診斷。



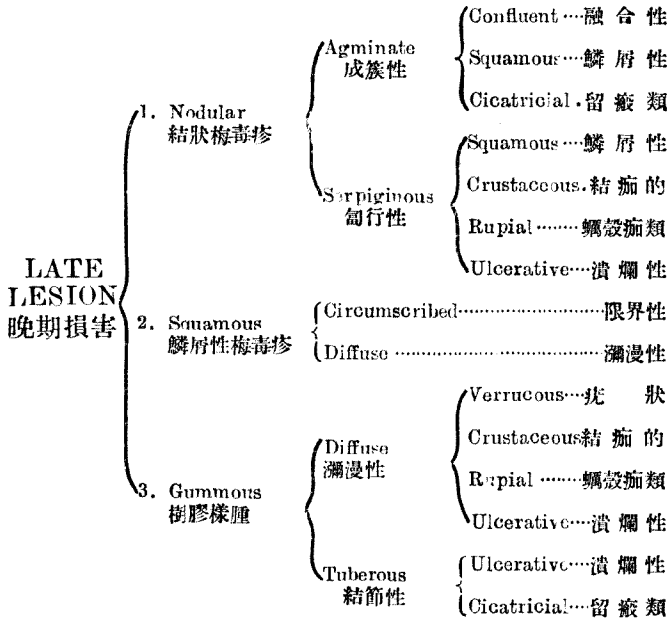
胞狀梅毒疹 Vesicular syphilide

此類梅毒疹甚罕見。梅毒專家或謂患後天梅毒者斷不發生之（著者歷年表冊所得者僅居千分之一），而最常見於患先天梅毒之病人。有時發生為大胞類 (bullous type) 但亦罕見於後天梅毒。尋常發生於晚期而多見於生活機能極薄弱之病人。胞各個分離而播散，形圓或橢圓。小者如豌豆，大者如核桃不等。周圍現深紅暈。破裂或乾燥後，成棕色或綠色之痂。痂下之組織稍潰爛。癒後遺留色癍。此類疹極易治療。

晚期皮膚損害

THE LATE CUTANEOUS LESIONS

皮膚梅毒 Cutaneous syphilis 之晚期中亦或可見標準的早期諸損害，但晚期損害通常可分類如下。



### 結狀損害 Nodular Lesion

成簇性或叢生結狀梅毒疹 Agminate or clustered nodular syphilide 爲晚期常見之皮膚梅毒，可於受染後一年內發生之，或經多年不發生。諸損害常限於皮膚之諸小區，但可現之於多處。其結堅實而有界限，且高出皮面，被累之皮膚全層皆受害變厚，呈紅棕或紫銅色，其大小如豌豆至小栗子不等，其表面或光滑，或蓋以薄痂。可發現於全身之皮膚，但最常見者乃在頭及面部，亦見於頸後，肩部，關節之伸面及臀部。其損害多相聚成環形或弧形。

鱗屑性結狀梅毒疹 Squamous Nodular Syphilide 本疹與上述損害之表面發生鱗屑甚多時，稱鱗屑性結狀梅毒疹。

此等結狀損害消散常緩，癒後留極小之癍痕或絕無。其潰瘍而深陷而邊峻刻，如鑿孔，形圓或橢圓，或爲半月形。其單獨潰瘍有擴大之可能，或數潰瘍融合，致大塊皮膚被累。漸癒時，則結成不齊之紅色癍痕，癍終致變爲白色而深陷，或留癍類 (cicatricial type)。

數結融合，則成環形或匍形性損害 (serpiginous lesion) (第六圖)。此損害常甚大，並有毀壞性，其現於下肢及臀部者尤甚。軀幹患之，亦有此形狀，惟罕見。

鑑別 結狀損害常與真狼瘡 (lupus vulgaris) 區別之。真狼瘡，(1)多發生於面部，(2)延蔓極慢，(3)僅現一兩個之損害，(4)其溢液無臭，(5)損害處呈山柱糕之狀況，(6)常覺疼痛，(7)用抗梅毒藥治之無效。與紅斑性狼瘡 (lupus erythematosus) 之區別，即該狼瘡，(1)不潰爛，(2)無明顯之結，(3)其損害蓋以甚小而薄之鱗。與結狀麻風 (nodular leprosy)

之區別，因麻風(1)發生較慢，(2)具油滑狀，並無梅毒之暗紅色，(3)其損害中且可尋出甚多之麻風桿菌。與蕈狀肉芽瘤(*granuloma fungoides*) (蕈狀黴菌病 *mycosis fungoides*) 之區別(1)甚癢，(2)於晚期發生諸腫瘤。與疣狀潰瘍(上皮癌)(*epithelioma*)之區別，(1)生長極慢，(2)有珠形邊緣，(3)能致疼痛。(4)易出血。與牛皮癬之區別，在該癬(1)不成癬組織，且不變硬，(2)其損害多發生於四肢之伸面及顛頂蓋。(3)搨去其小鱗，則見其下現諸出血點。

#### 晚期鱗屑性梅毒疹 Late Squamous Syphilide

最多見於手掌及足底。最早可於下疳後六月發現之，但尋常歷多年後方發現。倘發現早，則常見於兩手掌或兩足底。但在晚期者，則發現於一側或兩側不定。初起或為暗紅色丘疹，或如裂隙。後漸向四周蔓延，至成標準的損害。其邊高出，界限甚清，色暗紅，蓋有白鱗，其中央可復原如初，只留四圍之損害。手掌及足底之各部份皆可發生之，但不蔓延於手背或足背。此種損害極難治，但用合式之療法亦可治癒之。

**鑑別** 此類手掌及足底梅毒疹當與牛皮癬明辨之。其區別，在牛皮癬常累及人體他處(詳上)。與濕疹性錢癬(*eczematous ringworm*) (表皮黴菌癬病 *epidermophytosis*) 之區別，在因該癬(1)甚癢，(2)初為小胞，(3)極難治療，(4)能查得寄生物(黴菌)。總之凡診斷此病必須依據乏色曼氏反應陽性及其確患梅毒之事實方可認定。

#### 樹膠樣腫損害 Gummous Lesion

乃各種梅毒皮膚病徵之最晚發者，通常於受染後越三

或四年始發現，亦可遲至二十或三十年，甚至四十年後者。樹膠樣腫初起於皮下，如一小結，後漸次增大，支高該處之皮而改其色爲暗紅色。損害初起質硬，後其中央因缺血管而速壞死，遂變軟而潰爛，成深陷之潰瘍，潰瘍之邊直陷如刀割之口。人體皮面易受外傷處皆可發生之，故下肢患之最多。倘不療治，不易癒合。但施用適當療法，則癒合亦迅速。癒後留暗紅癍痕，終致中央變白而具有色之邊。樹膠樣腫發於皮下。結狀損害則發於皮內（結節性樹膠樣腫與結狀損害之區別亦即在是，須注意）。

鑑別 此等潰瘍若見於下肢，當與靜脈曲張性潰瘍（varicose ulcers）區別之。（1）靜脈曲張性潰瘍常發現於小腿三分之下一，近髁關節，（2）有曲張之靜脈可見，（3）其潰瘍不及梅毒潰瘍之深，（4）邊不齊正，瘍而淺，（5）疼痛出血。又樹膠樣腫與深膿皰病之區別，（1）膿皰經歷之時限較短，（2）疼痛，（3）瘍淺而有炎性環。若在身體之他部，患樹膠樣腫損害當與皮膚結核病（tuberculosis of the skin）區別之。皮膚結核病（1）多半爲二十歲以下之人所患，（2）多現於面部，（3）發生及癒合之經過狀況不似梅毒損害，（4）散佈亦緩慢，（5）疼痛，（6）呈山楂糕之狀。與上皮癌之區別，已於結狀晚期類損害詳之。

## 毛髮及指甲之梅毒

SYPHILIS OF THE HAIR AND NAILS

### 毛髮 Hair

其所常見者爲禿斑，凡梅毒病之累及毛髮，多於受染第

一年內當最初之皮膚損害發現後隨即發現之。人體任何之多毛部份皆可被累。或成禿斑，或全部變稀疏。在婦女，可見其眉毛脫去，此殆為梅毒之確實病徵。

局部禿髮 Localized alopecia 患梅毒者顱皮最常被累，往往令髮有散見的稀疏之處。此稀疏處最妙稱之為蠹蝕或蛀狀（“moth eaten” appearance）。斑內之毛因該處滋養紊亂，致失其光澤而變脆，故易折斷或脫落。此種禿髮係暫時之情形。

全身脫毛 General alopecia 因梅毒所致者有時發現，但不常見。

鑑別 (A) 斑禿 (alopecia areata). (1) 病程較速，(2) 斑處無髮毛發生，(3) 呈軟薄白色斑，(4) 毛囊變枯，(5) 無黴菌，(6) 無梅毒之病徵。(B) 黃癬 (tinea favosa). 黃癬癒後常遺留錯落之禿斑，但其區別(1) 癬痕深陷，(2) 髮落後永不復生，(3) 用顯微鏡檢查其癬片，有黃癬黴菌，(4) 察其癬面深陷如火山口，(5) 其痂甚厚，(6) 顱皮他處或有鼠臭 (mousy odor). 診斷梅毒禿髮之要點則在其損害具蠹蝕狀，為時不久，且毛囊亦不毀壞或變枯，並無黴菌。(C) 髮癬之區別，(1) 發生較慢，(2) 斑處髮毛未全脫落，(3) 為粗形紅色之斑，(4) 查之有黴菌，(5) 無梅毒之症狀，(6) 常見於小兒。

#### 指甲 Nails

指甲部亦可患初瘡，詳述於前。此亦似毛髮之滋養被擾而脫落之情形。未脫落之前，其邊開裂，其面失去光澤，改變顏色，其根有一部份或全體由指甲牀脫離。又或指甲肥厚。以上所云諸病變皆緩慢而頑固，且大抵不痛。

甲溝炎 Paronychia 有時見之，常覺痛。圍繞指甲之上皮每肥厚而脫屑，以致此處之皮膚現多鱗狀。拇指及大趾特易因受外傷而致此病之繼發性潰瘍。指甲梅毒損害顯為梅毒之單獨病徵者殊罕見。

## 粘膜之梅毒

### SYPHILIS OF THE MUCOUS MEMBRANES

梅毒早期中在咽門，鼻粘膜及生殖器等發斑為最常見之事。其斑相聚成塊，邊界清楚，色暗紅，經短時期後，則變白而糜爛。此種糜爛 (erosion) 最多見於口，唇，舌，腭，扁桃體，頰及陰門，陰莖頭，包皮諸處。為圓形或橢圓形之淺紅小點，每脫皮而滲出稀液。液內含梅毒螺旋體甚多。

至丘疹狀亦可見之於粘膜，最普通者為粘膜斑 (mucous patch)。其初為凸圓之紅點，表面之上皮脫落，覆被一層含梅毒螺旋體之滲液。如受吸烟，齶齒或裂牙等之刺激者，即成潰瘍。深潰瘍具蠹出皮面形如刀切之邊，並硬結呈暗紅色或黃色之底。有時斑面掩蓋一層滲出物，此滲出物甚似白喉之假膜，故稱為類白喉 (diphtheroid) 梅毒。舌及唇上可發生潰爛之深裂口，癒後成恆久之瘢痕而致畸形。

粘膜之繁殖性或肥厚性丘疹狀損害 Vegetative or hypertrophic papular lesion 為晚期之糜爛或損害，僅見於不潔之梅毒病人。其環繞肛門及陰門而發者較常見，但亦或見於嘴。形如一粗糙之疣狀塊 (wart-like mass)，其直徑自十分之一吋至一吋或二吋不等，高出於周圍之皮面約四分之一吋或過之，其面乾或潰爛不定。倘為潰爛者，則常有滲液而含甚多之

梅毒螺旋體，且有極惡之臭。

粘膜白斑病 Leukoplakia 乃粘膜變色至現灰白色或白色之狀況，常見於口內舌邊，或亦見於陰門或陰莖。其後繼發上皮癌者甚多。

樹膠樣腫 Gummata 亦極常見於粘膜，可發生於舌，唇，頰，扁桃體，腭及喉諸處。其生於腭也，在軟腭尤多。潰爛尋常發現甚遲，但一經發潰，則潰爛之進行甚速。在數星期內可將軟腭爛去，硬腭亦或被爛穿。醫界常藉硬腭或軟腭之爛穿或爛去以定之為梅毒病徵。

## 全身症狀

### GENERAL SYMPTOMS

欠爽 Malaise 當下疳發現而尚無他種梅毒症狀之時，病者即有全身欠爽之苦，自覺軟弱而疲倦。此症狀於受染後任何期間皆可發現。

厭食 Anorexia 患梅毒常有輕重不等之食慾缺乏，但有時則否，反之即善飢 (bulimia) 者亦有之，早期尤甚，且頗足提醒梅毒之診斷。

體溫 Temperature 當下疳期及早期淋巴腺炎之際，病者多不發熱，惟下疳為崩蝕性類及受混合傳染(雜染他菌)者則顯週身發熱之狀。梅毒性熱大抵於早期之晚程發現之。此症狀不常有，但於體弱及營養不良之病人往往見之。其熱有二類。1. 稽留熱 (continuous fever)，常於皮膚發生病象之前發現之，罕有高至華氏表一百零一度者。2. 弛張熱 (remittent fever)，常於梅毒之晚期發現之。後者乃每日發的，每起

於薄暮時，先覺惡寒，但爲非標準的寒戰，隨即升高體溫至華氏表一百零二至一百零五度。

脈搏 Pulse 除發熱時外，脈搏率無改變。

呼吸 Respiration 呼吸僅於脈搏率增加時隨之增速。

煩渴 Polydipsia 僅於有梅毒性熱 syphilitic fever 時見之。

血壓 Blood pressure 患梅毒者之血壓例較低於尋常人。倘血管有病理的改變或患梅毒性腎炎 (syphilitic nephritis)，則血壓增高。因梅毒而起之心肌炎亦所常見，能致低血壓。

血 Blood 血中可謂無梅毒之特殊症狀。當發諸疹之際常現繼發性貧血，但罕劇烈者。其血紅素罕減至百分六十之下，赤血球亦鮮有減至三百五十萬之下者。未曾療治之早期病人，其血內見輕微之白血球增多。在治療中之早期，病人則顯白血球數減少，而淋巴球或竟增多至百分之六十五。晚期梅毒罕見白血球之增多。患梅毒者凡初起時有中性白血球數增多而淋巴球數減少之狀況，表示不易治療。反之，凡中性白血球數減少而淋巴球數增多，則易治療。發皮疹之病人見嗜伊紅性白血球增多之症狀者大半非梅毒。

## 臨症診斷

### CLINICAL DIAGNOSIS

自乏色曼氏反應發明後，一部份醫士有專賴之以診斷梅毒者，對於梅毒臨症方面特性病徵有疏忽之趨向，前已言及。乏色曼氏反應用以診斷不明瞭之梅毒固大有補助作爲是否應用梅毒療法之指導亦所必需(詳療法節)。但若全



賴乏色曼氏反應而不細察並精研梅毒之臨症病徵，則診斷中將有許多錯誤發生也。

梅毒病人之就診者大抵不外下列三類。

1. 病人自覺所發現之症狀或損害屬梅毒性者。
2. 病人自疑其所發現之症狀或損害屬梅毒性者。
3. 病人不自知其有梅毒。此類實最爲重要，亦爲醫士所最難處理者。

尋常診斷梅毒第一要點爲病歷。蓋不僅當問現有病症，更須注重其人之家庭及已往之病歷。惟多半病人對答經過情形每不願盡吐其實況，故不宜單獨依賴病歷以診斷之。第二要件爲體格檢查。凡察病人全體應兼括神經之檢查，並用血壓器，聽診筒及檢眼鏡以助診斷。又愛克司光線有時極宜用於某種梅毒，一如藉病歷及體格檢查之所指示者。第三步大多數可更藉病歷及體格檢查以及各項實驗室檢查法等如尿分析法 (urinalysis) 及乏色曼氏試驗法等。凡確患梅毒者皆當施用乏色曼氏試驗法以助療法之指導。凡被證實之梅毒病人有神經異常之跡象，當用脊柱刺術查其脊髓液，以決定中樞神經系是否受損，及所受損害範圍如何。故脊髓液中細胞之計算，血球素之試驗及乏色曼氏反應試驗法均須施行。最後可用療治試驗 (therapeutic test) 以診斷之。凡用各種檢驗法後皆證明爲陰性，並用其他一切治法後皆無效，而用抗梅毒療法 (antisyphilitic treatment) 能減輕其症狀及損害者，可確定其症狀及損害乃因梅毒所致。

#### 鑑別診斷 Differential diagnosis

下疳 (生殖器初瘡) Genital chancre 初瘡之現於生殖器

者（此恰相當於中醫所稱之下疳）易與軟下疳、陰莖頭疱疹、疥瘡、陰莖頭炎、單純潰瘍及上皮癌相混雜，宜明辨之。其區別如左。

1. 軟下疳 Chaneroid （1）常為多數的，（2）潛伏期短，（3）疼痛，（4）其邊軟而峻陷，形如刀割者，（5）富於膿性溢液，（6）潰瘍內能尋出軟下疳桿菌（bacillus of Ducrey），但梅毒螺旋體則不能尋見。

2. 陰莖頭疱疹 Herpes proenitalis （1）有成羣之胞伴發，（2）進行時作癢甚烈，（3）無硬結及淋巴腺炎之病徵，（4）無梅毒螺旋體可尋見。

3. 疥瘡 Scabies （1）常發多數損害，（2）亦可見於陰囊及身體之他處，（3）並常覺癢，夜間尤劇。

4. 陰莖頭炎 Balanitis 若與梅毒同發，常於包皮現浸潤之斑。若不現浸潤，即非因梅毒所致。

5. 單純潰瘍 Simple ulcers （1）常較深而軟，（2）覺疼痛，（3）先有受傷之經過。

6. 上皮癌 Epithelioma （1）常見於年老之人，（2）有珍珠形之邊緣，（3）覺有疼痛，（4）出血，（5）為時較長，（6）被累腫大之淋巴腺較小而硬，（7）生長較慢。

非生殖器初瘡 其見於脣、舌、鼻孔、扁桃體或手指者易於誤斷為上皮癌。但上皮癌（1）經過及其生長緩慢，（2）無過度腫大之淋巴腺，（3）界限清楚，（4）邊緣作珍珠形，（5）植根淺及呈卡片（紙牌）式之浸潤等為其特性。手指之初瘡常可誤視為膿性指頭炎。有時非用黑地映光法檢查梅毒螺旋體，不易診斷之。

斑狀疹 可誤認爲麻疹,傷寒病,藥物疹及玫瑰色糠疹。可藉其伴發之症狀及疹之位置以及消退之緩慢區別之。

丘疹狀梅毒疹 可誤認爲天花,水痘,瘰癧性苔蘚(lichen scrofulosus)及扁平苔蘚(lichen planus),牛皮癬,結核疹(tuberculides),疥瘡,瘰癧(粉刺 acne)等。但察梅毒疹之爲多形性,且相聚成羣,存在甚久,而有一定之位置,及無主觀的症狀等可區別之。手掌類丘疹狀梅毒或誤認爲濕疹。但梅毒疹常有硬結之粒形邊,並常發於一側。鱗屑性梅毒疹與牛皮癬之區別乃在此類梅毒損害相聚成羣,其鱗較薄,且有丘疹現於硬邊中。又上文謂膿胞狀梅毒疹與天花有別,其不同之要點即梅毒之損害在同一患處可見諸多形性之損害。

梅毒晚期損害之鑑別診斷已詳述,不贅。

## 實驗室診斷

### LABORATORY DIAGNOSIS

#### 梅毒螺旋體之證驗 Demonstration of the Spirocheta Pallida

自邵丁氏發現梅毒螺旋體爲梅毒之病原後,藉梅毒螺旋體之證明診斷此病極稱簡易。梅毒螺旋體雖曾於各類梅毒損害與患者之各器官及各組織內尋出,但爲診斷計,仍多於下疳中探尋之。蓋此時病人只患下疳,其他一切症狀尙未發現,非實行尋得梅毒螺旋體,不能確切診斷之。故對於可疑之瘡搜查梅毒螺旋體,極爲重要。倘能尋得,可立刻施以梅毒之療法,並可於短期間治療之。

證驗梅毒螺旋體最常用最優良之方法爲黑地映光法(dark field method),染色塗抹標本(staining smears),或中國墨汁法

(India-ink method),或切片染色法 (staining of sections) 皆可,但皆不如用黑地映光法之優。

檢驗材料之採集 Collection of material 用黑地映光法或中國墨汁或染色法由下疳尋覓梅毒螺旋體,至少在採集材料前二十四小時內勿塗苛性藥或滅菌藥於下疳之上而。否則梅毒螺旋體不能尋得。臨查時,須先用肥皂及水將下疳輕輕洗潔,待乾。或塗酒精少許,可令於採集檢驗材料之前變乾。如下疳業已潰爛者,則當擠出少許血清。若無血清可以擠出,則當就瘡之邊刺之以針或小尖刀,或括之以小括匙。蓋梅毒螺旋體居於瘡邊之深面者較表面為多也。有時用一塊乾紗布摩擦下疳,令滲出少許血清亦可。用針刺後,即流血數滴。宜用無菌之紗布或棉花拭乾,復用手指擠出一滴清澈或淺紅色之血清,乃用鉑絲圈或毛細吸管收集之。或直接置於玻片或覆蓋玻片上以承接之,亦可。又可用同樣方法由丘疹,濕疣及粘膜斑取血清。至於由腫大之淋巴腺內取血清,則腺上之皮須先用酒精或碘酒消毒,次用小玻璃水節附帶小針頭刺入此淋巴腺。此時用手指持住此腺而四向移動其針尖,隨即於此淋巴腺內吸出腺液少許,然後撤去針頭,置此腺液於玻片上。即此針頭內所含血清之分量,已足供一次檢查之用,故無須多取。檢查者當取此血清時,必須格外留意,以免傳染。凡手指患初瘡者多係因採集檢驗材料不慎所致,未可忽也。有時下疳不十分潔淨,或已用他種藥粉如甘汞(青粉),而欲查得梅毒螺旋體,則可先用高滲鹽溶液(hypertonic saline solution)擦洗一二日後始行查驗之方法,如此大都能查得梅毒螺旋體也。

黑地映光法 Dark field illumination 行黑地映光法須預備之器械(1)置換顯微鏡尋常次台之特殊集光器(special condenser), (2)配置於浸油物鏡內之小橡皮管狀栓(rubber funnel stop)或染黑之銅製管狀栓, (3)強烈之光, (4)厚約一耗之玻片, (5)厚不過百分之十七耗(0.17 mm)之薄覆蓋玻片。

用黑地集光器置換尋常次台集光器後,置燈(常用小弧光燈)於距離三十至五十厘米處令其光線射於此顯微鏡下之平面及光鏡之全面。若當時日之晝間在診病室內作此試驗,用日光亦殊愜意。法用裏面塗黑,見方二呎之木板。近底處穿一寬廣各三吋,上作穹隆形之小窗,使強烈之日光可由此射於顯微鏡下之反光鏡上。光線既對準,宜置一滴柏油於集光器之上面,並令集光器減低數耗。有時以蒸溜水代柏油更佳。後用中立性(或尋常玻片)玻片置一滴漿液於其上,並蓋以覆蓋玻片(當置覆蓋玻片時,須注意勿令有氣泡成於漿液內)。置此玻片於顯微鏡之鏡台上,扭動集光器使至正位,不可使集光器與玻片間之柏油或蒸溜水內發生氣泡。因氣泡能阻礙光之透入也。若光線裝置合度,並無氣泡,則於覆蓋玻片之中央見一光明之區域。若無此光明區域,祇須移動反光鏡,即易於現出。為診斷計,用高度乾鏡較宜。但研究該微生物之構造,常用浸油鏡。

用上法,可於黑暗之鏡地內見此梅毒螺旋體為明亮發光並活動之諸旋螺形物。並可研究其纖細,特殊運動,諸螺旋之深淺,排列及其與他種螺旋體之區別(見第七面)。

中國墨汁法 India-ink method。用此法,除梅毒螺旋體失去運動之特殊性質外,可得黑地法之相似效果。墨汁用以

與梅毒螺旋體或細菌所寓之材料混合。因墨汁不能透入梅毒螺旋體或細菌等之體內，故於黑暗之鏡地內現白色。按上法，由下疳取一滴漿液，再用蒸溜水製就墨汁（須用上等中國墨）溶液，加一滴於其上，乃按普通塗抹血片之法為之。醫士所以不樂用墨汁法之重要理由，在此法能使梅毒螺旋體失其可與他種區別的運動之最特殊的性質。然此法仍能保存其標準的螺旋狀，故於不能施用上法時亦或用之。

#### 染色塗抹標本 Staining smears.

(1) 方坦那氏法 Fontana's method 此為最近梅毒螺旋體染色之唯一妙法。其法詳下：

(1) 玻片及玻蓋須選中性，且完全潔淨無油膩者。

(2) 玻片上塗一層極薄無血球之漿液，於空氣中晾乾。

(3) 用 A 染色（其方見下）約染一分鐘之久。

(4) 將受染之片用 95% 酒精滴其上，置燈焰上固定之。

(5) 次將染片用 B 染色染之，於燈焰上緩緩加熱至微發熱氣後，使行作用至三十秒鐘之久。

(6) 以流水洗數秒鐘之久。

(7) 又以 C 染色或石炭酸赤液染色染之。緩緩加熱，待發熱氣後，使行作用至三十秒鐘之久。

(8) 再以流水洗之，後用濾紙吸乾，或晾空氣中使乾。以柏油或坎拿大樹香滴之。用油鏡檢察，當時若見有深棕色或黑色之螺旋狀物者，則確證為梅毒螺旋體，否則非也。

(9) 注意，坎拿大樹香若靜置數日，則能退染片之色，因此香為酸性，易致退色。若用柏油，雖日久尚不變色，因此油屬中性。故欲保存染色，可先用賽羅 (xylol) 洗之，待乾燥後

查之可也。

方式

A 染色

濃醋酸 Pure acetic acid	1.
佛馬林(百分之四十) Formalin 40%	2.
蒸溜水 Dist. water	100.

B 染色

鞣酸 Tannic acid	5.
蒸溜水 Dist. water	100.

C 染色

硝酸銀溶液 Silver nitrate solution	5%
銼水 Ammonia, q.s.	

配法 將銼水用毛細吸管滴滴加入硝酸銀溶液內,至現深褐色澱,再加至此澱溶解爲止(於此溶液內復多加硝酸銀溶液,至振盪時呈混濁狀爲止)。

(2) 基姆薩氏法 Giemsa's method 亦甚佳。所用玻片及覆蓋玻片當完全洗潔,務使絕無脂油。玻片所塗之一層薄膜(film)當極薄。待乾燥於空氣後,置入純醇內十五或二十分鐘以固定之。取出後用稀基姆薩氏染色液染四十五至六十分鐘,復洗之以蒸溜水。後用濾紙吸乾而置於顯微鏡,可見此梅毒螺旋體現纖細並作玫瑰色之螺旋狀,而他種細菌及軟螺旋體則顯紫色。然用此法鑑別,究不能時時確定。

組織內梅毒螺旋體之染色法 Staining spirocheta pallida in tissue 此法之最良方法發明於賴發迪氏(Levaditi)。其法詳載於各種細菌學教科書內,手續繁雜,需時甚久。但用以證

明組織內之梅毒螺旋體，甚為有用。其梅毒螺旋體被染極黑，蓋所染係硝酸銀也。

## 補體結合試驗

### COMPLEMENT FIXATION TEST

#### 乏色曼試驗法 WASSERMANN TEST

梅毒病原之補體結合試驗首倡於德醫乏色曼氏，故特稱乏色曼試驗法。乏色曼氏試驗之理，淵源於波根二氏現象 (Bordet-Gengou phenomenon 亦稱補體結合現象)。凡取細胞（如赤血球或細菌）注射於生活動物（如兔），則該動物體內有特別改變（反應），致其組織之汁（如血清）得溶解同種動物細胞（或細菌）之力。此等細胞注射於生活動物，能使發生有免疫性之抗體 (antibody)，故名抗體原 (antigen)。各抗體對於本抗體原有特別之抵抗力，而對於他抗體原則否。細究血清之此等溶解細胞作用，知係恃乎兔血內有兩種物質。其一有一種特性，惟對於所注射之細胞有溶解之能。且有耐溫性 (thermostable)，即熱至百度表五十七度亦無恙。此質名介體 (amboceptor) (亦名免疫體 immune body，又名使感應體 sensitizer)。其他一無何等特性。縱其所由來之動物已受免疫法者，仍能溶解多種細胞。且無耐溫性。倘用試驗法，則在尋常溫度如百度表五十度，經數點鐘即消沒。此質名補體 (complement)。介體與補體對於溶解之作用，和衷共濟以行其功，惟補體為主而介體輔之。或云，介體係將補體與細胞聯絡，苟無介體，則補體不能切近細胞而溶解之。既由介體聯絡細胞，且更加補體，則易溶解。波根二氏屢經



試驗，另發明一理，即將新鮮血清之補體加於已被介體聯絡之細胞，則與之混和結合，故不能再溶解他種細胞。是名補體結合之現象 (complement-fixation phenomenon)。

此試驗法之大旨，不外藉補體結合 (fixation of complement) 之理作斷定梅毒之用。法用任何動物體器官作梅毒之抗體原，以斷定病者之血清含能與補體聯絡之抗體與否。換言之，吾人經此試驗，既確知患病者之血清含此抗體，即可確定此病人為染有梅毒者。故此法為最確實且最有價值之梅毒診斷法。抑此反應之所以然，尚難徹底明瞭。惟將患梅毒者之血清與所用抗體原調和，常顯此現象，而非梅毒病人之血清對於此抗體原，則除有特殊情形時外皆不然，此為確鑿不變之證，是以各國醫界常得引用之為斷定梅毒最可恃之方法也。

#### 材料及其預備法 Materials and their preparation.

此試驗法之特別試驗品，最要者為預備溶解血球之全副材料，即赤血球與溶解血球之介體及補體。

赤血球 Red blood cells 以綿羊之赤血球為最便於用，其優點在血球易於取出，且射入兔體，易得一有用並有力之介體。

介體 Amboceptor 預備此物，強半用綿羊之血細胞注射於兔體，使兔對此細胞激發一種免疫性。次取兔之血以分出血清，作此試驗法試驗品中所必需之介體。介體之用途在溶解羊赤血球。

使用介體於此試驗法前，必用滴定法 (titration) 滴定介體之單位。凡介體最少量之能力與多量補體調和，在水蒸

器 (water-bath) 中保持百度表三十七度之溫度解半小時,可完全溶解血球者為介體之一單位。

補體 Complement 任何動物之血皆含幾許補體。自動物血中取補體以作乏色曼試法,惟用豚鼠為最方便,亦最足恃。每次預備時最少須調豚鼠三頭之血清,方能確得一折中之試驗品。其血當刺入豚鼠之心臟以取之,並施外科免菌術。待靜置試管半小時,俟血結成斜面血塊,置冰箱內,第二日早用吸管吸出其血清,以作補體。

用補體前,亦須用滴定法斷定其單位。凡補體之某最小容積與介體二單位調和,在水蒸器百度表三十七度解半小時,可完全溶解赤血球者即為補體之一單位。

抗體原 Antigen 乏色曼氏試驗,昔用一種先天性梅毒病人之肝之水漬膏汁 (aqueous extract) 為抗體原。今所通用者為尋常生理組織之醇漬品 (alcoholic extract),其原料出自牛心。計有三種。(A) 牛心膏汁 (beef heart extract), (B) 膽脂素製牛心膏汁 (cholesterinated beef heart extract), (C) 醋酮不能溶解之脂肪膏汁 (acetone insoluble lipoids extract)。

其預備法如下。(A) 牛心膏汁。取牛心肌組織,去淨其腱與脂肪組織,和十倍百分九十五之醇而置之解箱 (incubator) 中,歷七日,用濾紙濾過,求得其單位,即得所欲備之抗體原。(B) 膽脂素製抗體原,預備法與上同,但當另加膽脂素,使成為千分二 (0.2%) 之溶液。(C) 醋酮不能溶解之脂肪抗體原,製法與 A 同,但牛心肌與醇之劑量,宜加倍用之。由解箱中取出後,即注於蒸發瓷盤內。復用電扇煽之或置於熱水蒸上,俾醇蒸發。次加醚 (ether) 於其內,並傾入遠心器

(centrifuge) 中令之旋轉。又次將浮面之醪傾入十倍之純醋酸內。傾入後，即見有沉澱呈現。俟其澱下沉後，傾出醋酸，再加以一烷醇 (methyl alcohol) 於沉澱內，即得。

無論何種抗體原皆須於用時查定其下列三種能力。

(1) 特殊結合力 (specific binding power), (2) 抗補體力 (anticomplementary power), (3) 溶解赤血球力 (hemolytic power)。

病人血清 Serum 取血清最妙之法為用空針刺靜脈，直接引血入無菌試管。所取之血至少五坵。取後任血凝結斜而於試管內。歷數小時至一夜，血清即分離而可傾出。作試驗用之血清須加熱至百度表五十七度經半小時，以滅其活動力 (inactivated)。此其目的有二，(1) 除去新鮮血清內所含之補體，(2) 消滅其所含抗補體力。須知有數類血清當其無抗體原時每自有阻止補體作用之能，若血清內抗補體之力未除，則試驗難得奏效也。惟加熱至五十七度，則必除滅若干免疫體(該體與抗體原結合，則能固定補體)。故滅活動力時，勢將略減血清之反應能力，其溫度及時間切不可超過此限，以免血清之結合力減弱。

#### 試驗細則 Details of the test

乏色曼發明此法後，已經各國醫家幾多之修改。學者欲知其原法及種種技術上之變化，務須參考英美，或其他各國諸實驗技術及梅毒專書。茲摘錄美國醫學博士柯德仁 (Dr. S. Cochran) 所著本試驗法試驗細則段(見齊魯醫刊第三卷第三期)如次。

『各處試驗室所行乏色曼試驗法之細則大異，要皆自許其所用為最善之法。今茲所述，係齊魯大學醫學院實驗

室所行之法之簡單的解釋。凡欲得準確之試驗者每日作試驗時所用抗體原不當限於一種。是因所備某抗體原之力及其敏感性 (sensitiveness) 或有所改變,或竟毀壞,倘非與他抗體原同用而比較之,則不能知曉。甚至歷屆之試驗因一抗體原之改變,均歸於無效也。今各試驗室皆常兼用膽脂素製的及尋常牛心製的二種抗體原,或膽脂素製及醋酐不能溶解的脂肪抗體原。吾人所用者僅為膽脂素製的及牛心製的二種抗體原。所用抗體原中,備一較易受感者如膽脂素製抗體原,為一便利之事。蓋此抗體原於受治療而尚未全癒之病人體中可使顯復發反應 (returning reaction) 最初發現的指徵。反之,此抗體原受感如是之易,當病人第一次受試驗時所得之效果,實於診斷上不甚足憑,故須兼用敏感性較鈍之抗體原如牛心膏汁以資比較。吾校每個試驗常用三抗體原,計膽脂素製一,牛心製二(此係從二牛所得,即所以防其一有意外之改變),以免錯誤,而謀精確之保證,似殊得計。各病人之血清至少須每抗體原備二管。備二管者,一管裝血清,補體,介體及赤血球等。他管則獨缺抗體原,特名對較試管 (control tube)。備第二管之目的,係因某種有抗補體性之血清 (anticomplementary serum), 雖無抗體原之存在,亦有阻遏補體之作用之力,是以每個試驗必須用此血清之對較試驗法。至抗補體性之理,則尚未明悉。此等血清有取自梅毒病人者,有取自不患梅毒之人者。吾儕每個試驗除備 a 對較試管外,每抗體原各備二試管 b, c 為正式試管。b 管裝抗體原及血清之全劑量,是以試品液體濃厚,現出梅毒之最大反應,即在微受傳染者亦能查出。c 管裝最大抗

體原量及標準血清量之半劑量,是以試品液體較稀薄,倘病者之血清受梅毒之染不甚,則該管不能呈現完全陽性反應。若果呈現,則知該血清的確受梅毒之染,毫無疑義。由此觀之,用 b, c 二管非但能定性,且略有定量之反應。蓋血清若略受梅毒抗體之原,則 b 管之濃厚液體能顯示之。但血清所含梅毒抗體若更多,則於 c 管之稀釋液體亦能顯明也。

血清中之乏色曼試驗表

抗體原	試管之標號	病人之血清	五至十個單位抗體	原10%混懸液	補體二單位係豚鼠血清稀釋(0.1%)溶液	鹽液	手續	1-500溶液(0.6 耗)及介體二單位(如赤血球5%混懸液1	效果
膽脂素製抗體原	1	.02 c.c.	0	.08 c.c.	.25 c.c.	解於37°之熱	加右列之試品水蒸一小時後	.16 c.c.	見有一定之反應(但勿過半小時)即血球溶解(但勿過半小時)即解於37°之熱水蒸俟第1筒內之
	2	.02 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.2 c.c.	解於37°之熱	加右列之試品水蒸一小時後	.16 c.c.	
	3	.01 c.c.	.02 c.c.	.08 c.c.	.25 c.c.	解於37°之熱	加右列之試品水蒸一小時後	.16 c.c.	
牛心抗體原	4	.02 c.c.	0	.08 c.c.	.25 c.c.	解於冰箱內	四小時後加右列之試品	.16 c.c.	
	5	.02 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.2 c.c.			.16 c.c.	
	6	.01 c.c.	.02 c.c.	.08 c.c.	.25 c.c.			.16 c.c.	
	7	.02 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.2 c.c.			.16 c.c.	
	8	.01 c.c.	.02 c.c.	.08 c.c.	.25 c.c.			.16 c.c.	

- 1 解於熱水蒸血清之對較管
- 2 含膽脂素製抗體原濃厚試品管
- 3 含稀薄之2項同樣試品管
- 4 解於冰箱之血清對較管
- 5 含第一牛心抗體原濃厚試品管

- 6 含稀薄之第 5 項同樣試品管
- 7 含第二牛心抗體原濃厚試品管
- 8 含稀薄之第 7 項同樣試品管

1 及 4 兩對較管定為 a 管。 2, 5, 7, 三含濃厚試品之管定為 b 管。  
3, 6, 8, 三含稀薄試品之管定為 c 管。 補體與介體之劑量隨各次  
試驗時試品之力之不同而異。 表內所列係某試驗日之劑量。鹽液  
之劑量,為適足致各試管內液體之總量約有半耗之容量。

血清之解法 Incubation 各管須解二次。 各管所欲裝  
入之物品須按序用吸管遞次傾入 (1) 血清, (2) 抗體原, (3)  
補體, (4) 鹽液。 傾入後須靜置片刻,使能結合甚固,以證明  
其內有梅毒抗體之存在。 其適當之溫度與時間,曾有人試  
驗,知大概最妙為冰箱之冷度在百度表四至八度,經四小時  
之時間,可使結合甚固。 亦有人用百度表 37 度之熱水蒸經  
一小時者。 但用上二法中之第一法,所呈之陽性反應較多。  
用膽脂素製抗體原所呈之陽性反應甚或過多,致其中有名  
假陽性反應 (false positives) 者。 故吾儕所用之法,係將牛心抗  
體原置於冰箱解四小時,並將膽脂素製抗體原解於熱水蒸  
四十分鐘。 第一次解就後,須以被感受的赤血球 (sensitised  
red cells 一單位,介體二單位,混合後)加入各試管,乃解第二次。  
解法即置於 37 度之熱水蒸內,經五至三十分鐘(見下文)。

試品之劑量 Quantities of reagents used 最初之乏色曼試  
驗,各試管所含總量為五耗。 但只用一或半耗,即乏色曼原  
劑五分之一或十分之一,其反應仍易察知。 故各處試驗室  
均用小劑量以節經費。 吾人所用者等於其十分之一,即總  
量為半耗。 凡未稀釋且無活動力的 (undiluted and inactivated)  
血清,用百分之二耗 (.02 c.c.)。 此係最通用之便宜劑量。

抗體原之劑量，吾人用「當無血清之存在而試以與補體混合時適足以阻止其自體抗補體力之抗體原之量之三分之一」為單位。最近吾人所用各抗體原，有時為膏汁百分十之稀釋溶液百分之四。此抗體原之劑量於梅毒血清存在之際當多於「將與補體二單位混合之最小劑量」數倍。至於 c 管所含，則為 b 管之半量，即血清百分一，抗體原百分二。b, c 二管各有補體二單位，介體二單位，及洗潔之羊赤血球百分五之溶液十分之一，並各加相當之鹽液量百分二十或百分二十五，合足半管（見表）。

各日試驗之手續 Order of procedure in the day's tests. 少數大醫院逐日作此試驗。尋常最好於一星期中擇定一日或二日試驗之，以便隨時採集諸病人之血清並立予試驗。每次試驗，須用許多人之血清一併試之（精勤的試驗家一日或試驗一百五十至二百人之血清）。蓋一日中僅試驗一二人之血清，恐其反應無足為據，必同時試驗多數人之血清，始可相互確實證明也。又試驗時須備從前已經試過之陽性反應，陰性反應二種血清以作對較之試驗。若二者當日所現之反應與從前無異，且當日新得之反應兼有屬陽性及陰性者，則可知當日新得之反應亦屬的確。至所得血標本，常須先置於室內溫度約一小時。迨凝結後，用無菌玻璃箸（或鉛絲）將凝結塊由試管分開，乃置試管於冰箱內。

試驗前一日應行之事約有下列之三項：

（一）各試管內已經分離之血清，須傾於另一無菌試管內，以備翌日取用，但凝結塊仍不傾出。

（二）用空針抽取三頭豚鼠之心血，擠入試管內。迨凝

結血塊，與血清分離後，即放入冰箱，備次晨取用。

(三) 須取羊之赤血球。從羊血除去其纖維素，並洗潔赤血球。寒日每星期可取一次。暑中須二次，因暑中血球未至一星期即易於毀壞也。

試驗日應行之事有下列之數項：

(一) 羊之赤血球須先用鹽液稀釋，至成百分五之混懸液。每混懸液十分之一耗，並加介體二單位。介體加入宜漸，隨加隨震盪之。否則其血球或有未被感受者，甚或呈一假陽性反應。

(二) 血清標本試管須放入五十七度之熱水釜內經二十至三十分鐘，以滅其活動力。但慎勿過五十七度，以免滅其抗體，或致血清凝結。

(三) 當滅血清活動力時，須將裝三豚鼠血之試管置於遠心器旋轉之，次將血清吸出而調和之。

(四) 調和後須取出少許，用鹽液稀釋成百分之十溶液，並就赤血球及介體用滴定法以斷定幾何溶液含補體一單位(見上文)。

(五) 既斷定補體之單位，須按序排列空試管於架上，以備接收各病者之血清，標以記號。(此事前一日備妥亦可)。並放置裝膽脂素製抗體原之試管於同一架上，裝牛心抗體原者於另一架上。

(六) 各試管須按下列之規定將試品裝入。(1) 各試管先分別滴入病者未稀釋之血清百分之二或百分之一耗(見表)。(2) 除對較試管外，他試管各加一抗體原證實之劑量(見表)。(3) 各試管加補體二單位。(4) 將鹽液百分



之二十，或百分之二十五耗(見表)分別加入各試管，使每試管加入赤血球後之總量各為半耗。

(七)各試管裝妥後，分別將裝膽脂素製膏汁者放入三十七度之熱水釜內一小時，裝牛心者放入冰箱內四小時解之。

(八)解妥後就各管加被感受的赤血球一單位(係赤血球和二單位介體)，隨加隨震盪之。加畢，則放入三十七度之熱水蒸內。

(九)各對較試管須每分鐘檢查，若見某病人血清之對較試管已顯溶解，則其他試管之反應均可檢查而記錄之。

(十)最後可悉數取出在熱水釜半小時之各試管而查其反應，並作詳密之鑑別。

無效試驗之處理及其防免法 若在半小時之末，對較試管(即無抗體原者)所含赤血球尚不溶解，便知該血清有抗補體性(anticomplementary)，當報告之為「抗補體」。如是則所行試驗無效，須於他時再取該病人之血重行試驗。

此抗補體狀況，常因該血清受細菌之傳染或時間過久所致。是以若欲存留新鮮血而無與冰箱相等之溫度，最要者可用完全無菌之處理法，其由郵局所寄者尤須如此。果能如是處理，則雖經較久時期，該血清仍能呈可恃之反應。

非特性反應及其防免法 病人在被試驗前數日內飲酒過度或曾吸麻醉藥(general anesthetic)者，雖未染梅毒，有時亦能呈弱陽性反應。故此二等人不可立時取其血清，須俟二三日後方可施行。患任何急性傳染病或體溫升高者之血清，亦恐其反應無足恃，並宜勿取。患麻風(leprosy)或雅司(熱

帶類梅毒病(yaws),瘡,結核病者有時呈弱陽性反應,亦當預爲注意。

反應之鑑別 Reading the test 若正式試管之赤血球完全溶解,則該管之含有物透明而有紅色。此表明該血清未受梅毒之染,名陰性反應。若赤血球絕不溶解,則該管之含有物先渾濁,如故,未幾即見其血球下沉似澱,上面之液極清,透明無色。此即表明該血清已受梅毒之染,名陽性反應。陽性反應除在上述非特性狀況時能顯其莫須有之反應以顛倒之,又或因他故延緩外,更有強弱(strong, weak)之別,蓋所染梅毒之輕重不同也。

試驗結果之讀法如下:

若 b, c 二管內之赤血球皆未溶解,則所顯係最強之陽性反應,其記號爲++++“four plus”。

若 b 管內之赤血球未溶解,而在 c 管內者略溶解,則爲+++“three plus”號之陽性反應。

若在 b 管者未溶解或微溶解,而在 c 管者溶解頗顯,則爲++“two plus”號之陽性反應。

若在 b 管者略顯溶解,而在 c 管者完全溶解,則爲+“one plus”號之陽性反應。

若 b 管者頗顯溶解,而在 c 管者完全溶解,則爲±“plus minus”號之無定反應。

若 b, c 二管均顯完全溶解,則爲-“negative”號之陰性反應。

經驗 有時含同樣血清諸試管顯相反之效果(inconsistent result)。如在 c 管者毫無溶解,而在 b 管者完全溶解。

大概因預備時。管內忘加補體，或因該管之試品未全調和，或因赤血球與介體未調和得法所致。試驗者愈有經驗，則此等相反之效果愈少。倘有此相反或可疑之反應，須再行試驗。若須再予試驗者祇有二三管，可於本日或翌日行之，或俟下次試驗時一併行之。倘仍有疑者，須報告該醫士，請再備其人之血清送驗。總之，對於疑似者必須報告，遇困難者必須考究明悉。

試驗之記錄 Record 試驗所有之經過及所得反應，須細心記錄之。（一）記錄試品。記錄各介體初試驗時及以後各次試驗時所滴定之單位（A）。記錄各抗體原初備時及其後各次所滴定之結合力（B），抗補體力（C）以及溶血球力（D）。（二）記錄各試驗日所用為何抗體原（E），何介體（F），介體之劑量（G），及補體之劑量（H）。（三）記錄病者之歷史，臨症的狀況及是否為梅毒之診斷以及試得之反應。反之，倘將病之歷史，症狀等與試驗之反應詳細比較，則可決定試驗之的確及其價值。

試驗之效果 Results of the test 試驗室內任何試驗皆難免有不準確之處。乏色曼試驗亦未嘗不然。染梅毒者或顯陰性反應。無病者或呈陽性反應。究其所以錯誤，或因誤寫標本之記號，或將此人之標本與彼人互易，原由不一。然所得之反應有時雖出人意外，但仍屬的確，此乃乏色曼試驗法斷定疑似狀態實有之極大價值也。若有人未疑其患梅毒而所呈者為陽性反應，最妙重行試驗，然後報告之。試驗室之主任總以反復考查，冀得確實病情為主義。須知人有患梅毒而不自知如先天性者，有非由直接傳染如偶由器

具(如盃箸手巾等)受染者,病歷既不盡足恃,則莫如用此法試驗之也。病之初期中,在第一星期末呈乏色曼反應者大抵佔百分之三十三,此後反應必逐星期加多。第二期(早期)中試驗法妥當,則呈陽性反應者居百分之九十五。倘不達此數,諒係抗體原之被感受性過鈍,或試法有何錯誤。至於第三期(晚期),若有顯然之症狀,則呈陽性反應者在百分之八十五至九十以上。若無顯然之症狀,則呈陽性反應者較少,或僅有百分之七十五。受適當之治療,則其陽性反應漸歸無有。但若未完全痊癒而停止治療,則該反應必復現。由此觀之,此試驗法可用以斷定治療有無效果。此乃乏色曼試驗法之又一最大價值也。總之,此試驗法為最有價值之法,自此法引用後,吾人對於此病與脊髓及腦之關係即普通所稱副梅毒(parasyphilitic)如運動性共濟失調(即脊髓癱 locomotor ataxia)及不全麻痺(general paresis)者之知識增進不少。此試法未發明前,此等病症常見於已患梅毒者之身體,而其病大概恆由梅毒螺旋體染及所致則不之知也』。

## 沉澱試驗法

### PRECIPITATION TESTS

**康氏沉澱試驗法** The Kahn's Precipitation Test 近有美國生物化學家康氏(R. L. Kahn)施用一種簡單沉澱試驗法,以檢查血清之有無梅毒反應,頗為美國各大實驗室所採用。蓋其所用之法簡而易行,且於隱性梅毒及患梅毒之已受療治者尤為有用。故於已受療治者試之,較乏色曼氏試驗法尤佳。

此沉澱法所用之抗體原，係將牛心乾粉，用醚及醇浸出之，並加膽脂素(cholesterin)及用當量溶液依特別之滴定法稀釋製成者。

行此試驗法，當先預備長7.5 吋，徑 1 吋之試驗管三支。用容0.2 毫有 0.001 毫之劃度之吸管一支，吸取抗體原 0.05 毫加於第一試管內，吸取 0.025 毫加於第二試管內，吸取 0.0125 毫加於第三試管內。後再用容 1 毫有 0.01 毫之劃度之吸管，於各試管內各加入已滅活力之病人血清(inactivated serum) 0.15 毫。然後將抗體原與血清竭力搖盪至二分之久。後於各試管內加當量鹽液0.5 毫，再用力搖盪數秒鐘以使其混合。於室內溫度靜置五分鐘，而後察試驗之結果。

察試驗結果之法，可持試管於窗前光亮處，以黑物障管背後，側斜試管觀之。若試管內呈乳白光而無沉澱，則屬陰性反應。如現濃厚之白色沉澱，則屬陽性反應。

試驗之記錄如下：(1) 完全沉澱者其記號為++++ (2) 沉澱顯著但不及上者之多者可記以+++ (3) 沉澱較上為少者，可記以++ (4) 微有沉澱者可記以+ (5) 有疑義者可記以± (6) 毫無沉澱者可記以一。

宜注意者，每次試驗時須用抗體原及血清之陽性陰性對較管。此沉澱試驗法亦可用以試驗脊髓液，惟所加抗體原須較少耳。曾用此試驗於十萬病人中，則見所顯反應與乏色曼氏反應完全符合者佔百分之九十五另九(95.9%)，實際上相符者佔百分之三另六(3.6%)，其不相符者只有百分之零四七(0.47%)。

康氏發明此法之原意，並非替代乏色曼氏反應，乃為佐

證之用，直至今日有許多大實驗室用此法以代替乏色曼反應，所得效果皆甚可靠。其所用器械材料皆簡單，較他種沉澱法均妥，且於不便行使乏色曼氏反應之處便於行之，故推行甚廣也。

柯德仁于復新之簡單沉澱試驗法 Cochran-Yu Precipitation Test. (詳見齊魯醫刊第三卷第四期)。

『薩基 Sachs, Georgi 二氏所發明之試驗梅毒血清的絮狀沉澱法 (flocculation-test) 雖其後數經改良，但所改良者非完全可恃。故凡能用乏色曼法之試驗室仍不以二氏之法代替之。但有時不使用乏色曼試法者，如因羊赤血球及豚鼠血或冰箱所需之冰塊難得，或因試驗時無一極有經驗之熟手爲之處理，又或因所用豚鼠等所費不資，故乏色曼法每不易通行。是以醫界恆思勉力尋一簡單省費而與乏色曼同樣可恃之法以代之。至一九二一年，醫報內遂有日醫士 Kodama 所發明診斷梅毒血清之簡單的新沉澱試驗法，以應世用。吾儕因亦實行試驗於吾校之試驗室。行之不久，且改良爲尤簡單之方法如下：

材料及其預備法 Materials and their preparation 吾人所謂改良沉澱法中所用之試品有二，(一)抗體原，(二)鹽液。抗體原係用醇漬牛心肌，與乏色曼試驗所用者同。製就後宜裝入黃色瓶內，妥塞之而保存於室內溫度之暗處。鹽液之密度以千分之八十五爲宜。其預備法如下：

(a) 抗體原混懸液 用容一耗之滴量管吸取牛心抗體原液半耗，就一已含四耗半鹽液之大試管，將滴量管之尖探至管底而速將抗體原液擠入。其目的在令抗體原與鹽

液急速混合(此與乏色曼法之緩合混合不同)。所得之混懸液當略有白色,並為半透明之狀。

(b) 血清 預備法與施用於乏色曼法者同。凡作試驗用之血清,要使血清澄澈,去淨赤血球及血紅素等。並須置於五十七度之熱水內蒸二十分至半小時,以滅其活動力。但加熱不可過五十七度,時間亦不得過半小時。

試驗法 Method of the test 用一毛細滴量管,將已滅活動力之血清十分之二耗射入一長七又十分之五吋,粗十分之六吋之試管底。後將抗體原混懸液之同等劑量漸漸由該試管壁之內面流下,使與血清呈界限極清而無混合形跡之象,置於靜處十分鐘而後檢查之。若於界限上有一白環呈現,則知為陽性反應。其白環與用硝酸試驗尿內蛋白質所現者略似。若初查時無此白環,仍須存置靜處三小時之久。若仍無之,則知為陰性反應。若將管置於黑物前面而藉旁側之光照之,則其白環尤為易見(與用試管檢查細菌凝集現象同)。若白環甚清晰,則謂之加號 + “plus”。若甚微細,則謂之加減號 ± “plus-minus”。若不見何環則謂之減號 - “minus”。

此法須特別注重者有四項。(一)血清須澄澈而無他物混雜。(二)兩液體之界限須甚清。(三)須用適當之光。(四)器具須極清潔。對較試管祇須取上次所用之陰陽二性血清與現在所用者比較之。

吾校試驗室對於一人之血清,恆用二抗體原。此與乏色曼法用二三抗體原之理同,即便於比較也。尋常二抗體原之反應歸於一致。然有時二者反應之強弱不同,或一顯陽性反應,一顯陰性反應。此在乏色曼試法亦有之。如此

非一致者，則應第二次試驗以免有是否梅毒之疑。

試驗之效果 Results of the test 吾儕近於一年半中用此法試驗二千餘人之血清，且有一〇八二人與乏色曼法(法係美國西吞氏 Citron 之改良法，按與前述乏色曼法同)之反應比較之，凡血清不清或帶血紅素者均不計。用此沉澱法與乏色曼法所比較之一千零八十二人中，二反應相同者有九百二十九人，即百分之八十五·四。大同小異者有七十四人，即百分之六·八。共為百分之九十二·七(此為指示有無梅毒之可靠的百分數)。其餘七十九人，即百分之七·三，有重要之異點。是以吾儕對於此七十九人細心檢查其病之歷史，臨診症狀及其有無梅毒之據，以比較二法之反應如何不同，且何法之反應與臨診狀況適符。結果，此七十九人者計三十四人有梅毒之歷史或其症狀。此三十四人中顯出乏色曼法之強陽性反應者二十七人，顯出沉澱法之強陽性反應者七人，另有沉澱法顯較弱之陽性反應者十七人。若祇將明顯者列入一〇八二之總數內，則乏色曼法所顯明者計增百分之二·五，而沉澱法所顯明者計增百分之·六。故將以前之百分之九二·七加以百分之二·五，則成百分之九五·二，此為乏色曼法反應可恃之數。將前之百分之九二·七加以百分之·六，則成百分之九三·三，此為沉澱法反應可恃之數。將此兩總數比較之，則沉澱法遜於乏色曼法者之數不足百分之二。換言之，在五十病人中，沉澱法遜於乏色曼法者祇有一人耳。如此對較，可謂二法之效果幾無甚等差。又查此中曾有注射阿西非那民(arsphenamine)者十一人，計其顯沉澱法之陽性反應而無乏色曼



法之反應者有一人，顯乏色曼法之強陽性反應而幾無沉澱法反應者十人。準此，則知沉澱法可爲乏色曼法之補助法。醫士對於此等用乏色曼法未顯出而沉澱仍能顯出之梅毒血清，越數日後當然再取其血清標本從新用此二法試驗之。幸將此二法同時並施，亦不致多費時間也。

結論 醫界對於沉澱法所須注意之事項有以下數則。  
(一) 此法極簡單，所需器具及試品，任何醫院均易預備，且耗費非鉅。  
(二) 尋常此法施行之時間甚短，可省醫士之日力。  
(三) 任何寒暑之時令，任何冷熱之地方，概無須用冰箱，(即孵箱亦無須用，因備牛心醇膏汁之時間可延長，以代其孵)。  
(四) 技術簡易，略有經驗者並可得良好之結局。  
(五) 與乏色曼法同樣之反應約佔百分之九十三。

吾儕甚望他醫院之試驗室協同試行此法，並甚願將吾儕所經試之抗體原供給他人。按劑量計算，每二十五毫抗體原約足敷試驗一千餘人血清之用。若裝入黑色瓶內，至少可存留一二年之久，且無須用冰箱也。』

## 魯厄汀反應(梅毒螺旋體素反應)

### LUETIN REACTION

日醫士野口氏(Noguchi)首先發明梅毒之過敏反應(allergic reaction)，與患結核病者發現結核菌素皮膚反應相似。其所用材料名魯厄汀(梅毒螺旋體素)，由生長於特殊培養基內之純梅毒螺旋體而得。法將此種梅毒螺旋體培養物作成稠糊，加以梅毒螺旋體之液體培養物。置於水蒸器內，加熱至百度表六十度。再加千分之五之石炭酸以保存之。

復用合宜之培養基培養之，並用以注入兔之睪丸內，以試驗其有無存活之梅毒螺旋體。如無，則可用，否則不能。用魯厄汀以試人體有無梅毒，係用無菌細針及注射結核菌素用水節注射於皮內，一如注射結核菌素。所備之魯厄汀用等量之無菌當量鹽液稀釋之。成年注射〇・〇七虬。小兒注射〇・〇五虬。

**反應** Reaction **陰性** Negative 注射魯厄汀於無梅毒者之皮內，則注射處及周圍發現微小之發炎區。此乃因針傷所致，不痛，不癢，在二十四至二十八小時間即漸消失。此種陰性反應後，並不留硬結之現象。

**陽性** Positive **丘疹類** Papular form 注射處於二十四至二十八小時之間發一高起之大丘疹，直徑常約七至十耗，呈淺紅色。其邊繞以發炎之紅暈及水腫，並見毛細管擴張。再後四五日，此丘疹之體積及硬度或漸增加，後乃開始減退，而其色亦變為暗棕紅色。不出二星期，此色可漸退去。

**膿胞類** Pusular type 注射處先發一丘疹（與上述丘疹類相似），但至第四或第五日，炎勢增進。丘疹之面水腫而成甚多之小胞，並致中央變軟。其次之二十四小時內，丘疹即成一大胞，充滿血清。後則成膿性胞，不久破裂而結痂。痂於數日內即脫落，而遺留一小硬結塊。癒後成癍。

**蟄伏類** Torpid type 注射處之炎狀於三四日內即退為極小之點，每致誤認為陰性反應。但十日或十數日後，此點忽然腫大，而現上節所云膿胞類之病程。

**試驗效果之說明** Interpretation of Results 關於魯厄汀反應之效果，綜核野口氏及其他醫家之斷語可大約言之如

下。

(1) 魯厄汀反應只施於梅毒，殊有特效。

(2) 此反應當梅毒之晚期(第三期)及潛性期(第四期)最常見，且最顯著。

(3) 在初期(第一期)或早期(第二期)內，反應往往不顯或極輕。然亦有於此二期雖受梅毒治療而仍現陽性反應者。

(4) 患先天梅毒之嬰孩所顯魯厄汀反應不及成人患先天梅毒者所顯之顯著。

魯厄汀終不能代替乏色曼氏反應，但可用作補助，以求診斷真確。乏色曼反應對於梅毒早期診斷，最有價值，而魯厄汀之有價值則在缺少臨診證據之晚期也。

## 腦脊髓液之檢查

### CEREBROSPINAL FLUID

腦脊髓液之解剖學，生理學，物理學及化學的各性質，皆已詳論於各該科早經譯出之教科書，學者可參考之，本書茲不贅述。至於取脊髓液以資檢查之技術，亦已詳述於相當之課本，習醫者並可溫習之。茲所論列者，乃僅脊髓液之檢查法，及其與中樞神經系梅毒之關係也。

查驗法 Methods of examination 脊髓液最重要檢查之點有四如下：(一)血球蛋白試驗 Globulin tests 此法有三：

(甲)酪酸試驗 Butyric acid test 此試驗能表明脊髓液中血球素之增加。法取一無菌試管，傾入已用當量鹽液稀釋百分之十之酪酸溶液半耗，加脊髓液十分一耗，就酒精燈上煮沸一次。復加十分一之當量氫氟化鈉溶液一耗。若脊

髓液內之血球蛋白增多，則於數分鐘內或不一二小時，即發現柔毛樣沉澱 (flocculent precipitate)。正常脊髓液或血球蛋白略增之脊髓液只微現濁。

(乙) 羅鞠二氏法 Ross-Jones' method 取試管傾入硫酸銨之飽和溶液一耗，緩緩加脊髓液一耗於其上，若此脊髓液之血球蛋白增多，則此二液連接處於數秒鐘內發現一濁濁之環。正常脊髓液則不現環形也。

(丙) 潘德氏試驗 Pandy's test 取一小試管，內置石炭酸晶與蒸餾水之飽和溶液一耗，加入脊髓液一滴。若其血球蛋白增多，則立刻有白色雲霧狀之表現。若為正常脊髓液，只微微發混。

細胞之計算 Cell count 在脊髓液中數白血球最簡單之法，即置新鮮脊髓液一滴於尋常血球計 (hemocytometer) 之板上，用顯微鏡計算其白血球數。通常每立方糵只有一個或兩個，而在患脊髓癆及不全麻痺者，則每立方糵增至五十或一百個。當此二病之初起，白血球為數最多。任何脊髓液內若白血細胞增多，皆足以表明軟腦膜受刺激，但非盡因梅毒所致。

脊髓液之乏色曼反應 Wassermann reaction in the spinal fluid 實施本試驗於腦脊髓液之技術，與試驗血清者相同。惟因腦脊髓液大概無抗補體能，毋須滅其活動力，但標本已歷一日餘者，若按法加熱十五分鐘以滅其活動力，愈為可恃。且所用之液量可較血清超過甚多。以是，染梅毒較輕者亦可試出。乏色曼反應之於脊髓液殊屬重要。蓋其反應在神經系統，患梅毒者大抵為陽性，在神經系統未被累者大抵為陰

性。尋常用腦脊髓液二耗以供試驗，患不全麻痺之病人其乏色曼反應為陽性者，佔百分之九十，患脊髓癆及腦脊髓梅毒 (cerebrospinal syphilis) 之病人，佔百分之二十。

柯德仁博士亦云，「乏色曼法用於神經中樞染梅毒者，較普通試驗血清尤佳。」或謂患梅毒至第二期(按即早期)，其神經系統已受累。蓋因其血清雖未顯出陽性反應，然其脊髓液或能顯出之也。是以對於血清顯出陰性反應而仍疑其是否染梅毒者，須取其脊髓液以試驗之。抑藉此法在脊髓液中之陽性反應可斷定所患為神經系統之何種梅毒。] 下表即吾校實地試驗之方案及經驗，柯博士所發表也。

脊髓液中之乏色曼試驗表

試管之標號	病者之脊髓液	牛心抗體原	10% 混懸液	鼠血清稀釋10% 補體二單位係豚	之溶液	鹽液	手續	液1耗及介體懸 赤血球%混懸	單位(1%溶液) 液1耗及介體懸	效果
1	.02 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.08 c.c.	.2 c.c.	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	後，加右列之試品。 解於冰箱內四小時	.16 c.c.	.16 c.c.	時)即見有一定之反應 內之血球溶解(但勿過半小 管 解於37°之熱水蒸內俟第3管
2	.04 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.08 c.c.	.2 c.c.			.16 c.c.		
3	.1 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.08 c.c.	.1 c.c.			.16 c.c.		
4	.2 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.08 c.c.	.1 c.c.			.16 c.c.		
5	.4 c.c.	.04 c.c.	.08 c.c.	.08 c.c.	.1 c.c.			.16 c.c.		
6	.2 c.c.	○	.08 c.c.	.08 c.c.	0.5 c.c.			.16 c.c.		
7	.4 c.c.	○	.08 c.c.	.08 c.c.	0.5 c.c.			.16 c.c.		

註一 6及7為對較管。

補體及介體溶液之多少按試品之濃淡而定。表內所錄係吾校某日所用者。

鹽液之劑量，加至足以致試品之總量成爲半耗（即乏色及原用之十分之一）。

註二 若第 1 管含脊髓液 0.02 耗顯陽性反應則其人大概有不全麻痺。患運動性共濟失調或腦脊髓梅毒者，大概必用較多之脊髓液，始能顯出陽性反應。若試驗脊髓液而得陰性反應，則其人大概無不全麻痺病。

**膠體金試法 Colloidal gold test** 此試法在不全麻痺之診斷上極有價值。所用試藥爲特別製備之膠體金溶液（solution of colloidal gold）。按此藥係氯化金（gold chloride），碳酸鉀，佛馬林及草酸同溶於三蒸汽水（triply distilled water）而成。備妥後待涼，則爲完全透明之溶液。呈老玫瑰色或橘紅色。技術上最重要之點，即所用諸化學品務求絕對的純淨，脊髓液亦務求純粹無血且新鮮者。取十一個潔淨乾試管置於試管架上，並於第一管內注千分之四的無菌當量鹽溶液一·八耗。其餘十管內各注同樣溶液一耗。復於第一管加脊髓液十分之二耗，湊成稀釋度爲一比十（1:10 dilution）之混合物二耗（即脊髓液被攪淡爲十分之一）。由第一管取出混合物一耗，加入第二試管，湊成稀釋度爲一比二十之混合物二耗。照此接續施行，至第十管爲止，可使各成種種不同之稀釋溶液，即自一比十至一比五千一百二十之稀釋度之容量一耗（即將脊髓液攪淡，由十分之一至五千一百二十分之一）第十一試管不含脊髓液，只有一耗之當量鹽溶液，用之爲校對試管。後於各管內加入膠體金試藥五耗，插於架上，在室內溫度中過一夜。次早細察之，第十一管（即校對試管）之色當現橘紅或老玫瑰色而透明。其他含脊髓液管之色則皆改變。其現藍色之一管標之爲 1，淡紫色爲 2，鮮藍色爲 3，淡藍色爲 4，無色者爲 5，凡標準的不全麻痺之試驗結果當爲 5555443000。是名不全麻痺曲線（paretic curve）。脊髓癆性

不全麻痺 (taboparesis) 之曲線當與曾經報告之 5544300000 相似。脊髓癆無標準的或不變易的常度，但於未曾施治之病人常為陽性。

凡神經中樞系患梅毒者，試以各種反應所得平均之百分數，可表列如下：

	不全麻痺	脊髓癆	腦脊髓梅毒	
乏色曼 {	血	98-100%	70%	70-80%
	脊髓液	97%	60-80%	85-90%
白血球增多	98%	85-90%	85-90%	
血球蛋白試驗陽性	100%	85-90%	75-80%	
膠體金試驗	98-100%	85-90%	75-80%	

### 梅毒之豫後

#### PROGNOSIS

梅毒之豫後視乎下列諸事而定：(1) 受染後迄就治之時間及療治之期限與能率，(2) 微生物之亞種為何屬，(3) 病人之抵抗力及習慣如何。

用特效的療法，及早施行，並延展其時限，是為必要。蓋療治可預防將來致病人喪失其康健，及晚期內臟損害之發生，而甚者至危及其生命也。多半病人對於療治殊形疏忽，特於受染後數月，諸損害退去及所經覺察之諸症狀暫不滋擾時尤然。蓋彼亦以為其病已痊可也。此等不經意之病人，難免不發生晚期症狀。至療法之價值如何，則自當憑醫士所用何藥及何法而定也。

某亞種梅毒螺旋體對於療治具有抵抗之能力，而致預後甚悲觀，特能早令神經系統受害。他種梅毒螺旋體則無抵抗之力，施以合宜之療法，可即被殺於體內。故梅毒之預後，關乎此病人所染梅毒螺旋體之屬何亞種，及其化學親和力之大小，前此已詳述，殆無可疑。

個人由遺傳或其他原因所得之天然抵抗力，今吾等雖不能十分明瞭其特別作用，然諒必有影響於預後。例如極強壯之病人，或可因梅毒螺旋體所發症狀而致死，而極軟弱之病人染之反可生存。其理蓋因其體雖軟弱而抵抗力尚強也。嗜酒者不能抵抗此病，且多發生惡性膿胞類之損害。

預後佳良之要點，在極早施用特效並延長時限之療法。吾人常無一定之症狀或預兆，藉作預後之指針，但可用乏色曼氏反應作為嚮導。雖其信任不能如吾人之所期望，非所計焉。尋常梅毒病人用適當療法，其乏色曼氏反應漸變為陰性。但有患梅毒病人，其反應不變，則預後常屬悲觀。

梅毒之治療與否，須根據其臨診症狀及血清學 (serological) 之憑證而觀察之。如前文所云，病人無梅毒之臨診症狀，而仍有乏色曼氏反應者，表示有梅毒螺旋體隱伏於其身。病人於晚期，確發現晚期損害，然其乏色曼氏反應則為陰性者時亦有之。由此觀之，診斷患梅毒者是否業已治療，決為不易。或在臨診方面為無病，而在血清學脊髓學上則證實其病未除。或在血清學脊髓學上為無病而在臨診方面則證實有病。或在血清學脊髓學上及臨診方面皆為無病，而其身體內仍有梅毒螺旋體。或在血清學，脊髓學上及臨診方面均為無病，並無梅毒螺旋體，而在數年後仍發生梅毒之



損害者亦或有之。因此可謂現今診斷方法尙欠完備，只能加以猜度耳。

醫士每受患梅毒者問以彼已否治療，及彼是否仍能有遺傳之情形。在昔乏色曼氏反應未發明時，多答以「患下疳後須留意施行梅毒之合宜治法，經三四年之久，方可結婚」。但自乏色曼氏反應發明後，則知梅毒病人雖無症狀或損害而乏色曼氏反應仍爲陽性者，不當結婚。病人於末次治療後，二年內屢用乏色曼氏試驗，皆得陰性反應，又無明顯之損害者，則證爲已癒。此爲大多數專家所承認者，其他關於此點之解釋，容於療法內詳之。

## 預防

### PROPHYLAXIS

梅毒之原因，傳染法及其重大之後患等，既經詳述，茲應研究如何可使此病減少之方法。其方法有二：即個人之預防，及公共之預防是也。

#### 個人之預防

(甲) 防免生殖器受染之個人預防法 Personal Prophylaxis to Prevent Genital Infection 男女若明瞭在未結婚以前，所有不正當之交合，皆於身體之健康爲無益，而奉行無替，則花柳病必大減少。雖花柳病由於傳染所致，預防似尙甚易，但倘男女在未婚前不能遏止其性慾，則欲克制其交合，殊非易事。全世界上無處不患毒梅毒者，職是之故也。

在醫士之天職，凡對於未結婚之男女如能勸其節慾，是爲預防花柳病之首要。萬一勢所難能，須教以個人預防之

方法,以免受毒。其傳染之危險,在個人固孽由自作,但累及他人則實屬無妄之災,故爲醫士者當具完全撲滅此毒之宗旨,不惜苦口勸導一般民衆毋得輕染此毒。

道德與不道德之關係非本問題所應研究,茲只述花柳病之受染係由於接觸傳染質所致,示以如何可以防止之道。

個人之預防梅毒傳染法有三種,然非絕對可恃,且尙有淋病傳染亦大堪注意。

(1) 外科的預防法 凡未成丁前之小兒當勸施包皮環截術 (circumcision),蓋因男子生殖器患下疳者百分中之七十至八十多在包皮處也。且據統計凡在小兒時行包皮環截術者患梅毒之數較少。

(2) 機械的預防法 卽用一種橡皮套套於陰莖上以防交合時受染,是曰陰莖套 (condom) (俗名如意袋),但價頗昂貴,且不易購置。

(3) 化學的預防法 歷年試驗抗花柳病之藥品種類甚多。依普通意見,無論用何種藥品總在行房後十二小時以內用之方可有效,且最佳在一或二小時內用之,然亦猶有不驗者。若過十二小時以後則往往不生功效。

其最常用而穩妥之藥爲百分三十三之甘汞羊毛脂軟膏 (ointment of calomel in lanolin 33%)。在房事後,將生殖器用肥皂熱水妥爲洗潔,後塗以此藥任其在上歷十二小時。此法如在房事後數小時內用之,大多數可防止其受毒。

又有用千分之一氯化高汞溶液 (solution of mercury bichloride 1:1,000) 亦有功效。但其人愚魯或不經心者不可開以此藥,因藥性甚毒也。

自薩乏散(六〇六)發明以來,一般醫士曾試驗之作爲預防之藥品亦有功效。須注射 0.3, 0.5, 0.5 克之三劑。凡顯有受染之情形卽在下疳尙未發現之前亦可用之(配法詳見療法篇內)。

近今法國花柳病專家薦用一種藥品名斯妥乏瑣耳 (stovarsol, 190) (acetyl-oxyamino-phenylarsenic acid) 作內服預防梅毒之用,其服法爲每日早餐以前服一次,每次一克,共服五至七日。其功效是否如該醫所許,尙待實驗方有把握。著者不過將此藥名提出,迄無確定之意見發表。

總之,各種預防藥品用之有效與否殊不敢必,故對於既經接觸者,當注意察其有無梅毒情狀發生。

(乙) 防免生殖器以外受傳染之個人預防法 Personal Prophylaxis to Prevent Extragenital Infection 前曾論述生殖器以外傳染之原因甚夥,大多數因不注意衛生之故,是以對於此種之預防法,亦僅屬個人之問題。多數之受染者由於所用之器具所致,例如玻璃工之吹器及簫笛等皆能傳染,故宜禁止公用。此外煙具,飲食具,及公用手巾等皆應慎防之。

又使用未滅菌之器械亦能傳染生殖器外之梅毒,故外科,牙科,看護及醫士所用之各種器械等,於使用之前後皆應厲行消毒法,庶可免此患。

又文身法(墨鍼)亦能致此,因可將此人之毒轉種彼人之身,故凡業文身者必經許可,且有衛生之知識者,方可爲之。

凡醫士及看護由陰道及肛門檢查時必先着橡皮手套,檢畢立用肥皂及熱水擦洗,以預防傳染,如手上有損傷或裂口處則尤宜審慎。

爲乳母者亦易傳毒於所哺之小兒。如欲免此危險應於初來時仔細查驗，並行乏色曼氏試驗，如不呈陽性反應方可僱用。

### 公共預防法

梅毒既爲一重要且普遍之病，故醫學書籍中類多詳論之。茲只將社會上關於此病之預防法簡述於下：就普通言之，凡一切花柳病皆由娼妓所傳染，是以娼寮實爲梅毒之交易所。禁絕娼寮屬社會問題，本書只言如何可使社會人士不受梅毒之傳染，及限制花柳病蔓延之方法。

查娼妓在西洋各國幾無處不有，而中國亦然，其所以操此賤業者，不必由於經濟之窘迫，及思想與道德之不良所致，而實因應社會男子方面之需求。男子狎妓多因無力養家結婚或遠離妻室之故。大多數傳染梅毒者皆在未婚以前，故凡未婚之青年，當訓育之，使知節慾爲要，則娼妓自必減少。

至於示以花柳病傳染之危險，而使青年腦中生恐懼之訓育法殊不可恃，唯一之訓育法在養成其高尚之品格，而痛絕不道德不正當之行爲，並使其生活合乎自然之軌範。

除社會改良之諸法外，處理花柳病之法有四：

(1) 任其自然，(2) 禁止娼妓營業，(3) 整頓妓寮，凡染病者使之隔離，(4) 強迫患梅毒者使之合法就治。

第一法曾在美國施行，直至花柳病蔓延頗甚，而始厲行強烈之法，在中國亦任其自然，以致此病無地不盛行。

第二法在美國亦曾施行，但毫無成效，蓋公娼雖減而暗娼則日增，是不啻受害反甚也。

第三法在德法二國行之有年，所得成效迄難良好。總

之欲得良好之效果，非由政府設立機關，特派醫士看護及專家等司其事，並有警察之合作及社會之同情，強迫其遵守法律不可。在德國其整頓之方法雖甚嚴厲，但花柳病之盛行似不稍減於西方其他諸國。

如以上三法一無成效，則只有用強迫之法使其就醫療治，方能減少其傳染。若求此法行之有效，必須有相當之籌備，使凡患梅毒者皆前來就診，及受有規則之治法。此外并須將患梅毒之各案，特於其傳染期之情形，報告當局，俾能收指臂之助焉。娼妓患梅毒之在傳染期內者，應將其隔離，直至完全無傳染性方能讓其營業。此種隔離醫院，須由政府提倡建設，貧病免費，治療須至完全痊愈。因凡患梅毒者其自身不甚注意，且亦不願按規則療治，故須有警察權力之輔佐，使其非得醫士無傳染性之證書不能出院。如依此法行之，所費雖甚鉅，但梅毒傳染必日少一日矣。

總之，如能公衆及政府與醫界合作辦理，對於梅毒之預防及其除根初非難事。

## 療 法

### TREATMENT

梅毒爲慢性體質病，故當乘早療治。診斷既確定，當立刻施以治療，蓋在初期時，體內所含梅毒螺旋體甚少，故療治較易見效。在晚期，雖立刻療治亦嫌遲緩矣。梅毒損害常易於癒合，但梅毒螺旋體仍可現於體之他部，切不可誤認爲業已治癒(斷根)。故欲使梅毒斷根，務須滅盡體內之梅毒螺旋體。於此，卽有賴乎乏色曼氏反應。必此反應經屢次試

驗後皆爲陰性，其人始可謂爲業已治癒。

各病人所患梅毒無恰當相似者，故當按各個人之情形施以治療。惟現今對於各種梅毒病人之普通處理法，却已附加一定的要件數則。凡關於梅毒治療之他種要件，預先無正當之考究，貿然引用特殊金屬藥者，當視爲不合，此其一。醫士通常爲患結核病者計劃保衛其生活方法惟恐不周，而於梅毒則常疏忽之。今深知患梅毒者須注意指導其衛生，亦正如患結核病者之必要。患梅毒者當有充分之新鮮空氣，滋補食物及休養。勞心，力役皆不可過度，此其二。嗜酒者患梅毒，必較重而難治。飲酒過度者收效極慢。故受累於梅毒者當戒酒，此其三。吸烟能刺激口及咽喉而致梅毒螺旋體羣集該處，發生潰瘍。潰瘍之排泄物具傳染性極大。此等病人常爲傳染他人之源。故患梅毒者當勿放肆吸烟，此其四。人之患梅毒者易由男子染及其妻，並遺傳於其子女。因是患梅毒者非至一切傳染性損害痊癒後，當戒絕房事，此其五。在具傳染性之早期，防免傳染及散佈之最良方法爲施行極有效的療法，此其六。

## 特效藥

### SPECIFIC REMEDIES

現今有四種常用以抵制並治療梅毒之藥，如砒及其衍化物，銻，汞及碘化物等是也。砒之衍化物，銻及汞爲治梅毒之主要金屬藥，久經按法試驗，奏效之佳爲他種治法所不及。

#### 砒 Arsenic

用砒治梅毒，已有多年，並已製成多種製劑，如阿托益

(atoxyl), 阿撒司汀(arsacetin), 蘇亞明(soamin), 臭砒基酸鈉(sodium cacodylate) 等皆是。但今全用阿西非那民(arsphenamine)及其衍化物(derivative)代替之。

阿西非那民 Arsphenamine 乃歐立區(Ehrlich)及 Hata (日醫)二氏苦心孤詣, 殫精竭慮, 以試驗探索而發明之者。彼等初抱天地間定有某藥可以殺梅毒螺旋體而不害病人之主旨, 卒以六百零六次之藥物試驗, 發明此極滿意之藥, 故著稱六零六。是劑為砒之製劑, 其化學名稱為二氫氫化二氮二銻基砒木炭困(dioxydiamidoarsenobenzol dihydrochloride)。其初行出售時之商品名稱為薩乏散(salvarsan)。製造此藥之專利權獨操於德人之手。迨歐洲大戰時, 該專利權已被廢除。故今英、美、法、日、德諸國皆製造之, 且各國皆有其專名, 如美稱為arsphenamine, 法與英稱為阿森挪比倫(arsenobillon), 日稱為阿森羅耳(arsenol), 德稱為salvarsan 是。

阿西非那民乃直接施其作用於梅毒螺旋體, 藉氫化及還元(reduction)之作用, 益以所含酸素及鹽基素對於梅毒螺旋體之原漿之化學作用而殄滅之。

當初曾注射砒於肌內及皮下, 嗣因此法難免不發生重大之潰瘍及痛苦, 故廢棄不用。今惟注射阿西非那民於靜脈內之一法, 為衆家所贊許。

阿西非那民為黃色粉末, 易溶於水, 但有甚強之酸性及毒性, 故於配製時每加氫氫化鈉, 使變為中性或微鹼性。又此藥與空氣接觸, 極易變性, 故密封於壺腹玻管內以待售。

貯藥之壺腹玻管未開前, 當浸於百分九十五之醇內十五分鐘, 以滅管外之細菌。又須察看有無破裂之處。若見

有裂紋，即當棄之不用。

玻管鋸開後，宜傾其藥於冷卻之蒸餾水上而溶解之。惟用阿森努本鎖 (arsenobenzol 法國六零六) 者，則當溶之以熱水。水十耗 (c.c.) 能溶解阿西非那民 0.5 克。復用吸管或滴藥管滴滴加入百分十五之氫氟化鈉溶液，以使阿西非那民之溶液變成鹼性。初加氫氟化鈉時，現沉澱。多加之，則復溶解。待溶液澄清時，則化成阿西非那民之單鈉鹽 (mono-sodium salt)。但此或有毒性，故再多加氫氟化鈉，使成無毒之氫化雙鈉鹽 (disodium salt)。此際所多加氫氟化鈉溶液之滴數為澄清此溶液所必需之數之五分之一。例如加氫氟化鈉溶液二十滴以使阿西非那民溶液澄清則成單鈉鹽，後再多加四滴，即成雙鈉鹽也。但此溶液，必須復濾過於無菌紗布。濾畢，則準「每阿西非那民 0.5 克至少加水至五十耗之比例」，加蒸餾水至足用之容量方可。梅毒專家或云此未免太濃，但據經驗所知，若所用為新鮮蒸餾水，無菌玻璃器具及曾經煮過數次之橡皮管，則其所致之反應並不多於用較淡之溶液者。注射上述之溶液，每次至少須用五分鐘為之。

阿西非那民之靜脈內注射法最好莫如利用地心吸力法 (gravity method)。法備容二百五十至三百耗之劃度玻管數個，各配長短合宜之橡皮管，又於橡皮管之近針處鑲短玻管以作明管 (glass window)，並需活栓，針頭對射管 (needle adapter) 及極合適的二十號長二吋之針頭各一。

配製溶液及注射用之器具均當絕對無菌。其免菌之技術宜始終不易。最好用蒸餾水煮一切器械及玻璃用具。



阿西非那民之初次注射,其劑量不可超過〇・三克,因病人或具不能受砒之特性 (idiosyncrasy to arsenic) 也。其最大劑量爲〇・六克,但按所得之良好效果以用・五克者爲適當。

新阿西非那民 Neo-arsphenamine 因配製阿西非那民之繁難及其應用器械之複雜,於是有配製更易之製劑之研究,直試驗至九百十四次,卒獲發明新阿西非那民。因是其普通名稱卽爲九一四。其化學名詞爲二氮二銜基砒木炭困一炭烷硫酸鈉 (dioxydiamidoarsenobenzine-monomethane sulphinate of sodium)。所含之砒僅等於阿西非那民中所含三分之二,故新阿西非那民十五劑等於阿西非那民十劑。

新阿西非那民之優點爲: (1) 配製簡單,蓋毋須加氫氮化鈉使成中性。(2) 可用容十呎的皮下注射器注射之。(3) 毒性無阿西非那民之大,故多數病人較易於忍受。其劣點爲: (1) 須注射大劑量並較多之次數,方可致乏色曼氏反應爲陰性。(2) 安定性較弱,故變壞亦較易而速。

新阿西非那民亦封閉於壺腹玻管內以防變壞。臨用時鋸破玻管,隨卽用無菌新鮮蒸餾水溶解之。其最大劑量爲〇・九克,可用水十呎溶解之。

第一劑不可過〇・三克,而所謂〇・九克之最大劑量只可注射於身體魁碩之強壯病人。

在無醫院之鄉村,可信任此藥爲治療梅毒砒劑注射中之最佳方法。

銀阿西非那民 Silver-arsphenamine 德國特多用之以治梅毒。據製藥廠記載,是藥含砒百分之二二・五,銀百分之一

四. 爲棕黑色粉末,貯於封閉之玻管內. 易溶解於水. 注射於靜脈內之劑量爲○•一克至○•二五克. 但曾經多次之臨症注射,知所現效果實無優越於阿西非那民之處.

硫阿西非那民 Sulpharsphenamine 最近美國衛生司就數種動物,及少數梅毒病人用實驗室試驗法,試驗一種阿西非那民衍化物,名硫阿西非那民者,知其爲效極佳. 藥係阿西非那民及蟻醛(formaldehyde)與硫酸氫鈉(sodium bisulphate)起相互作用所成之化合物,爲黃色粉末. 其化學上之構造與新阿西非那民極相近似,但效力較新阿西非那民更優,易於配製,安定性較大,毒性及滅寄生物作用皆恆久不變,且可用以行皮下或肌內注射.

此藥用於各種染梅毒或其他螺旋體病(spirochetal diseases)之被試驗動物,曾經查得較優於新阿西非那民,且與阿西非那民相埒,然其所含砒質實較阿西非那民爲少也.

此藥最大之優點在可注射之於皮下或肌內,其功效一如靜脈注射,而無阿西非那民或新阿西非那民注射於組織中時所致傷害之影響.

在肥碩者或嬰兒,不能行靜脈注射,以此藥代之尤良.

中年者之劑量,自0.2至0.6,與阿西非那民同. 用此藥之缺點,即用藥後患者之身上顯有毒性皮炎之情形.

將來此藥之完全的試驗,必在考知其對於人體梅毒之治療能力上,博得臨症的結果如何而定.

#### 斯妥乏瑣耳 Stovarsol

此藥爲德國化學專家所發明,其化學名稱爲二烷酸基氫銻基因基砷酸(acetyl-oxyaminophenylarsenic acid). 常作成丸

用之。每丸之劑量爲 0.25 克，每四丸一次，其劑量共爲一克。每晨空腹時用清水服之，直至五日或七日，然後停止一禮拜再服之，直服至十二或十六克爲一療期。每服一療期則停止一個月後再服，直服至六至八療期爲一週。此藥自薦用後，在臨診實驗及血清學上皆謂其有效。然其確實之功效至今仍未明瞭。

隨阿西非那民及其衍化物所起之反應

Reactions following arsphenamine and its derivatives

阿西非那民如配製合宜而按正當手續施用，則不常發現何種之反應，然發現者亦有之，例如：

局部反應 Local reaction 阿西非那民注射於皮下或肌內時，因藥之於組織有刺激作用，常於注射處發現甚重之炎性反應。當施行靜脈注射之際偶爾注入數滴於皮下，只使該處腫痛並水腫。若注射甚多之分量，則能令該處壞死，且所成潰瘍須歷三星期或一月始癒合，然無其他之妨害。

發熱 Febrile 初行注射時，病人每於注射後繼之以發熱。但今用改良之技術，此種反應即不多見。若所用爲新鮮蒸餾水，合宜之中性藥，舊橡皮管，及無菌之技術而仍有發熱反應者，乃表明此病人對於該藥具有一種特性（癩忌）也。

即現反應 Immediate reaction 當此反應發現時，病人於射藥後即覺口中有一種不適之味，聲音不清，指趾麻刺，脈速而弱，顏面潮紅，心前區或作疼痛。以上諸症狀皆因血管擴張或血管麻痺（vasoparesis）所致。於皮下或肌內注射千分之一之腎上腺素溶液（adrenalin solution）一鈣，可立刻減輕之。

繼現反應 Intermediate reaction 注射阿西非那民後二至

二十四小時間，或發現頭痛，全身不舒，惡心，嘔吐及腹瀉諸症狀。亦或體溫升高並寒戰。間有發現中毒性紅斑者。若病人大便通暢，並進食甚少，且於施治後安息二十四小時，則所現反應必不致劇烈。

遲現反應 Delayed reaction 此反應發現於注射後數日，常甚重，當停止注射六閱月。遲現之症狀即全身皮炎或紫癍。有時發現腸胃病或黃疸。間有患腦炎者。

赫氏反應 Herxheimer reaction 此反應係注射抗梅毒藥後，反令其病理及臨診之情形加重，原損害處之色更變鮮亮而腫。若發現於腦內，則或致劇烈之結局如腦炎，樹膠樣腫破裂或血管破裂。此種反應約因被殺之梅毒螺旋體釋放體內毒素（endotoxins）所致。此反應可於注射阿西非那民前數星期施以銻汞或碘化鉀或先用阿西非那民之小劑量以預試而防免之。治晚期潛伏期及中樞神經系之梅毒，尤當如此。

反應之療法 Treatment of Reactions 近今新用硫磺酸鈉（sodii thiosulphas）以解中砒銻汞之毒，無論口服及注射均可，如為急性中毒類，則常用一克溶解於蒸餾水10至20錢內，而注射於靜脈內（亦曾有用二克而無危險者），每日一次，至三四日為度。如急性症狀不退者可繼續用之，直至退去為止。其劑量可視其病之情形而增減之。至慢性類者，則不宜以治急性類之法治之，在開始時可自0.4克起逐漸遞增至一克止（分四次增加，每次增0.2克），間日一次。如用至一克時而病不少減者，可仍用此劑量直至病退為止。同時內服0.6克，日服三次，飯後服之，至一星期或十日後病勢已退，即可停服。

此藥所以能解毒者，蓋能使其排出迅速之故。是以用此藥後每在汗尿及糞等處皆能見有中毒之藥排出。

又有用局部解毒法，如爲薩乏散及阿西非那民行靜脈注射時，偶有藥誤入於皮膚內，則可將水節移去而存留其針，另取一水節吸此藥百分之十之一毫，即於原針原處注射之。此法不僅能止其病，且亦不致遺留疤痕。

死亡率 Mortality 注射阿西非那民所致之死亡率可謂年少一年，因注射而死者二百萬人中僅三十人。是乃改良梅毒療法之技術之功效也。在中國之死亡率尙無統計，苟施術極細心，亦必能得良好結果。

療法之實施 吾人常用阿西非那民及其衍化物並銻汞之療期於梅毒之規定療法。曾經注射數千次，知單用阿西非那民，不足令乏色曼氏反應恆久爲陰性。是則吾人苟欲希望得永久之痊癒，必須兼用銻汞也。吾校診病所，受注射之病人，每一療期共注射阿西非那民六劑，分六星期以每星期一次，共計用阿西非那民三克。若用新阿西非那民則須共注射四克爲一期。同時用銻劑(10% 溶解於橄欖油內)一或二毫一次，注射於肌內十五次，計銻三克爲一療期。或注射百分之一稀釋當量鹽液內之氫化高汞溶液二十次，亦可補充之。此則間一日注射一次，初次注五毫，逐次增加至一·五毫，至二十次注射終了而止。嗣是休養一月，停止各種醫藥。過是，復取血以查有無乏色曼氏反應，若乏色曼氏反應仍屬陽性，再如上法施以一療期之療治，並連續施此療法至乏色曼氏反應恆久變爲陰性而止。患梅毒者經一療期之治療後，可使其傳染性損害變爲無傳染性，且病人雖有

不繼續治療，使其乏色曼氏反應變為恆久陰性，即不復就治者對於相與接觸之他人，亦無傳染之虞。

無論在病之何期，凡得梅毒之肯定診斷者，當立刻施以梅毒之療法。蓋療治愈早，愈得永久之痊愈也。

在施任何療法之前，皆當檢查病人之心，肺，及實行患者之尿分析法，並驗其血壓。此大可預防規定療法後不良反應之發現。

歐立區氏初行注射阿西非那民時，凡對於懷孕，具高血壓，患腎炎，或結核病，及某種神經系統病，如視神經病者，皆禁忌之。但現今不拘兼具血循環系之病症，或中樞神經系患梅毒，皆立予注射此藥，無復猶豫，且孕婦具梅毒而希望產出無梅毒之小兒，當於懷孕期注射阿西非那民。用規定療法療治其母，此為吾人所能除去嬰兒先天梅毒之唯一機會。又兼患急性腎炎之病人，當施以鉍汞及碘化鉀之預試療法一期後，方可注射阿西非那民，以免刺激其腎組織，故有時患急性腎炎者只可以鉍汞及碘化鉀治之。患慢性腎炎者，當細心注射阿西非那民之小劑量。

在種種晚期或潛伏期之梅毒病，當先施以鉍汞及碘化鉀之預試療法一期，然後注射阿西非那民，或能預防有赫氏反應（Herxheimer reaction）之發現。凡施行注射阿西非那民之前，當遵照下列定則：

(1) 注射前一夜，當給以瀉鹽，或他種瀉藥一劑使服之。

(2) 注射前三小時或後三小時勿進飲食。

(3) 注射後當靜臥二十四小時。若病人來診病所就治，則注射後當立令回家靜臥。

當注射阿西非那民及鉍汞藥期內，必令病人每日刷牙三次，並禁食酸物(如蘋果橘及山楂等)，因致流涎也。

## 鉍

### BISMUTHUM

一九二二年一月，法國醫士賴發迪 (Levaditi) 及薩士拉 (Sazerac) 二君報告用種種鉍之鹽類 (bismuth salts) 治療梅毒，得甚佳之效果。此後又有梅毒專家數人亦用此類鹽而奏效極佳。

所用之鉍類製劑為枸橼酸鉍銻 (bismuth ammonium citrate)，乳酸鉍 (bismuth lactate)，沒食子酸鉍 (bismuth subgallate)，酒石鉍酸鉀鈉 (sodium and potassium tartrobismuthate)，柳酸鉍 (bismuth salicylate) 及金屬鉍 (metallic bismuth)。今所廣用者為後二種製劑。第一種為水溶液或混懸於油內。第二種為混懸於橄欖油內。第三種為沉澱鉍 (precipitated bismuth) 之置於等滲鹽溶液內者。

鉍劑只可注射於肌內而不可注射於靜脈，因其毒力甚大也。溶解於水內之酒石鉍酸鉀鈉每次可注射一呿，內含藥十分之一克，間一日注射一次。或間四日注射一次，每次二呿，內含藥十分之二克亦可(此藥雖好，但疼痛非常，故今罕用)。其混懸於油內者尋常每次注射二呿，內含藥十分之二克，間三日一次。注射沉澱鉍者乃間一日注射一次，每次二呿，內含金屬鉍十分之二克。每一治療期須共注射鉍三克，但亦有於一個月內只能容受二克者。最近注射鉍劑法係共注射至二·八克乃至三克，然後停止一月而試以乏色曼

氏反應。若仍呈陽性反應，可再注射一期而後再試之，直至反應常呈陰性爲止。

凡注射銻劑已滿病人耐量 (tolerance) 時，則顯呼氣臭惡及齒齦邊發現藍線之初現症狀，與鉛中毒所現者相似。此狀或於注射數次後即顯，或遲至注射已達二克或尤多時方顯。如有此症狀發現則宜暫時停止之。否則有口炎 (stomatitis) 發現，但此炎與汞中毒之口炎稍異，即流涎較少或絕無，而於咽壁發生類白喉病之膜 (diphtheroid membrane)，且口之粘膜而發現藍點所成之藍線。若於發現藍線之際立即停止注射，則不至發生口炎，而藍線亦可於數星期內消沒。若欲使注射處之疼痛不劇，則用柳酸銻或沉澱銻皆可。然注射必須用無菌手續，醫者慎毋忽諸。

用銻劑療治，所得臨診上的效果，可摘要如下：皮及粘膜之初期，早期及晚期之梅毒損害，於注射十分之三克至一克半之後即可見輕。對於治中樞神經系之梅毒，及先天梅毒，亦曾奏佳效，雖其最後之效果，尙未敢確定，然不亞於汞也。至對於潛伏性梅毒及病人特有抗汞及砒之力者，(猶言以汞砒治之而不效者)，用之尤嘗收極佳之效果。

許多病人乏色曼氏試驗之初呈強陽性反應者，於注射銻劑二克後即變爲陰性，然亦有須用至三克或尤多者。至此法之效果之影響於乏色曼氏反應如何恆久，現時尙未確定也。

試將用銻劑所得之功效與用砒及汞相比較，可謂銻之功效遜於六零六而勝於汞，其比例當爲砒十銻七汞四。

砒、銻及汞可同用，亦可分用。



按之理論，如能將砒鉍二藥同時并用，實可謂梅毒除根之良法，蓋砒鉍二藥對於梅毒螺旋體所顯之作用各有不同，如砒能直接殺滅螺旋體，而鉍則能致組織發生抗體而滅螺旋體。由此觀之，砒之功效尤較勝於鉍汞也。

## 鉍司馬辛

BISMARSEN

治療梅毒病，砒劑為第一，鉍劑當為第二，本書已詳述於前，若能將此二藥化合成為一劑，用以治療梅毒病，其效用當更敏捷而偉大，具此理想者甚多，惜無人能早發明之，直至一九二五年有美醫士雷濟司 Raiziss 始發明將砒鉍二藥藉化學方法化合成為一劑，特名曰鉍司馬辛。自一九二五至一九三一，經此六年之間，用此藥治療梅毒病者甚多，所得效果亦皆有相當治療上的價值，所以著者特將此藥介紹之。

鉍司馬辛為棕黃色粉，內含砒百分之十二至百分之十五（12—15 per cent），含鉍百分之二十三至百分之二十五（23—25 per cent）。劑量有二種，若治療早期梅毒，每一劑可用十分之二克（•2 gram），若治療晚期梅毒病，每一劑可用十分之一克（•1 gram）。此藥只可用肌內注射，不能用靜脈注射，注射時，可將此藥溶化在二錢無菌汽水內，同時亦加入二滴百分之二十五的布吞（butyn）以作局部麻藥，每星期注射一次，每二十劑為一療期。按美國各處報告，注射鉍司馬辛後，無任何反應，與周身病狀，間或有因在皮膚上消毒不完全者，在注射處發生膿，但不過占萬分之一耳。此藥單用在早期梅毒，其效力不如用新阿西非那民（neoarsphenamine）及

酒石酸鉍銻 (bismuth tartrate), 但在晚期或神經性期梅毒, 注射鉍司馬辛則效果甚為美滿, 此藥用以治療患先天梅毒之嬰兒更為方便, 效果亦甚完善。此藥毒力甚小, 若在五歲以上之幼童即可用成人劑量, 五歲以下者可以酌量減之。

## 汞

### MERCURY (HYDRARGYRUM)

汞之用於治療梅毒已有數百年, 今仍沿用之。即將來亦恐不能廢棄。至今之鉍藥新療法經多年試用證明其效果確僅亞於六零六後, 汞鉍砒三種藥比較則汞可佔第三位置也。

當梅毒之初起及早期, 宜用上述藥之耐量及無妨於其全身健康之大劑量, 則可得殺斃梅毒螺旋體活動勢力之美滿效果, 而免除梅毒螺旋體發生抗汞及抗六零六性 (mercury or arsphenamine fast) 之危險。

至汞用於治療梅毒, 其法不一, 如注射, 抹擦, 食入及吸入諸法是也。今所常用者為一, 二兩法。其原由詳述如下:

注射法 Injection 現今只用肌內注射。所用之藥有 (1) 可溶解的及 (2) 不溶解的二種。著者喜用可溶解的化合物, 蓋有鑒於其作用較易管理, 少有危險, 不發生膿腫, 且若發現汞中毒亦不甚重。又其鹽類吸收速而排泄亦速, 故每停止注射數日, 其中毒之狀即可退却。又注射後不致有如不溶解的鹽類所致之痛楚。若注射不溶解的鹽類, 其唯一優點, 在可隔較久之時間, 因此可免病人常來就醫而耗費

其工作之光陰。其缺點即吸收慢，致疼痛，易發膿腫。若偶然刺入靜脈內，且有油栓塞 (oil embolism) 之危險。又若起汞中毒，則惟有自注射處割開油瘤，放出油劑，始可祛除中毒之源。

吾人在診病所中，恆用氫化高汞 (昇汞 mercury bichloride) 溶解於當量鹽液內，作為百分之一溶液每隔一日注射 〇・五 毫至 一・五 毫，至二十次為一療期，共計 〇・三 克。依此法注射病人無不奏效，且注入充分之汞藥，常獲效甚佳。梅毒專家亦有用腈化汞 (mercury cyanide)，琥珀酸汞 (mercury succinimid) 及安息香酸汞 (benzoate of mercury) 者，但其優點未能高出於氫化高汞之上。蓋氫化高汞為安定 (stable)，易於預備，且致痛較輕之注射劑。

不溶解的製劑亦為許多專家所喜用。在歐美，用之者甚多。

英國有一種製劑，名金屬汞軟脂 (乳狀金屬汞 metallic mercury cream)。其方如下：

處方	昇汞	Hydrarg. pur.	
	乖阿科	Guaiacol	
	樟腦酸 各〇・六五份	Camphoric acid	āā. 0.65
	軟脂基適量合足一〇〇・〇〇份		
		Palmitin bases	q.s. ad 100.0

調和之。每十滴含金屬汞一 喱 (一 毫含 〇・〇〇六五 克)。以半至一 喱為一劑，一星期注射一次或兩次，務令每星期共注射一 喱半為合度。

用不溶解的製劑者或喜用甘汞。在英國所用其方如下：

處方	甘汞	○•三二份	Calomel	0.32
	乖阿科		Guaiacol	
	樟腦酸	各一○•○○份	Camphoric acid āā.	10.0
	軟脂基適量合足	○○•○○份		
			Palmitin bases q. s. ad	100.0

調和之。 用量,每星期十至十五滴。

蘭金氏 (Lambkin) 在英國施用此劑,積多年之經驗,倡議於梅毒治療開始六星期內宜給以甘汞製劑,後此則給以金屬汞製劑。

英國許多梅毒專家採用柳酸汞 (mercury salicylate) 常用以與液體石蠟 (liquid petrolatum) 作成百分十之柳酸汞混懸液。其底料用液體石蠟,若以俄利伐油(橄欖油 olive oil)代之則更佳。十滴內含汞一喱,每星期注射一次或兩次。其汞每星期注射之總量不過一喱半。

以上所云諸不溶解製劑臨用前,當多加搖撼,或用無菌玻桿拌攪。如此,方可使成純粹混懸液。天氣冷時,此液易成半固體。故臨用前,當先將其盛器置於溫水內以待用。天氣熱時,常置之於冰箱內,非臨用時不可取出。此等製劑並須於熱水蒸內煮沸之,以滅菌。凡用不溶解製劑者,注射之際常見病人口內流涎。此殆為普通經驗。如遇此狀,非待用手術除去其汞而欲防免中毒之加劇,蓋甚難也。

注射可溶解劑或不溶解劑,技術無異。係令病人站立或俯臥而露出臀部,並放鬆其臀肌。臀之任何部分除大血管及坐骨神經 (sciatic nerve) 所經過之處外,皆可注射。左右兩側之臀部當輪流注射。凡前次注射所起小結節尚未消散之區,不可復施注射。將施注射之區,當用百分之七十醇,

或百分之五至七之碘酒擦之。針之長當用一又四分之一吋至一吋半者，其號碼約爲二十號 (gauge 20)。注射不溶解劑，當用號較大之針。所備之玻璃水節及他器械，均須先予滅菌。不溶解劑之注射宜先將空針刺入，至少待一分鐘後，乃套上水節而注射之。此法可作針尖不在血管內之保證，免致注射後發生大腦或肺之栓塞。若注射可溶解劑，則雖注入血管亦無所損傷，可不必過於介意，但須留神切不可注入坐骨神經。否則全腿神經經過部分必發劇痛，並致該腿現暫時癱瘓 (paralysis)。萬一不慎，遇此偶發的不幸之事，當安置病人於牀上而以熱濕布敷病腿至痛苦解除爲止。

軟膏抹擦法 Inunction 此爲各種投汞藥法中最舊之法。所用之膏多爲等量之金屬汞與豬脂製成之汞軟膏 (unguentum hydrargyri) 平均用量爲四克。用法每日抹擦一次。先用肥皂及熱水洗潔應擦之處，次將此膏以二十至三十分鐘慢慢揉入該處。每日當選無毛之新區擦之。因汞膏易致毛囊周圍發生膿皰性皮炎 (pustular dermatitis) 也。最適於抹擦之區爲肘前面，背部，胸腹之側面及臍窩與股之內面。病人於治療期，不必換裏衣。每日擦一次，連擦六日，至第七日停止，行一熱水浴，浴後並撒滑石粉於皮面。用此法後，或致發現流涎。故病人當每日漱口刷牙三次以預防之，與用他汞劑之預防法相似。用軟膏法後，病人消化管常被擾亂，並致腹瀉。故病人飲食之調理，當妥爲注意。汞軟膏之抹擦實極污穢，故病人多不願用之而寧稍受注射法之痛苦。欲減少其不潔情形，則可遵用下方所製之甘汞軟膏。

處方	甘汞	Calomel	3.0
	羊毛脂	Lanolin	1.0
	安息香酸豬脂	Benzoinated lard	2.0

食入法 Ingestion 此種用汞藥之法現將廢棄不用,因汞能致消化管粘膜炎之紊亂,因此病人不能服汞之充分劑量也。廣用的口服之汞劑現有二樣。(1) 汞和白堊 (mercury with chalk), 以百分之三至千分之六十五克(半至一喱)為一劑,每日服三次,飯後服之。(2) 碘化低汞 (protiodide of mercury), 作丸藥,以千分之八至千分之四十九克(八分之一至四分之三喱)為一劑,亦每日服三次,於飯後服之。用此法服汞,宜間歇服之,歷二三年之久。在此種給以小劑量之療法,雖似能得臨症上治療之結果,而其致微生物發抗汞性之害則極大。由梅毒之特效療法觀之,汞之食入法固不能與最近注射之法同日而語也。

舊混合劑療法 Mixed treatment 今仍用之於晚期梅毒,頗為有益,而特於有抗乏色曼氏反應性之梅毒病(即少數病人雖已受合宜之梅毒療法而仍常得乏色曼陽性反應之狀況)者尤佳。齊魯大學醫院診病所中所用者為下列二方:

處方一	昇汞	Mercury bichloride	0.1
	碘化鉀	Potass. iodide	10.0
	水加至	Water q. s. ad.	120.0
處方二	昇汞	Mercury bichloride	0.2
	碘化鉀	Potass. iodide	20.0
	水加至	Water q. s. ad.	120.0

二方均作成溶液,每日三次,每次四匙,於飯後服之。

吸入法 Inhalations 此法現已廢棄不用,因已有較佳之

注射及抹擦法代之也。

靜脈內注射 Intravenous injection 此法已引用多年。近美國用之，且得一種視為極有用之新技術。至此法之向為人所反對，則因注射後易致該靜脈閉塞，而不能復行注射之也。新技術係用氫化高汞溶解於蒸餾水，成百分一之溶液。初次注射一耗，嗣後每次增加十分之一耗（即二量滴），漸增至注射二耗為止。自是每次注射二耗，直至一期之治療完畢而止。臨注射時，當備容十耗之玻璃水節及長吋半之二十一或二十二號鉑製針頭各一應用。次用止血帶縛一臂，使其靜脈漲大。吸汞溶液於水節內，並將針頭刺入該臂之一靜脈中。於是吸血八至十耗於該水節內，待放鬆止血帶後，緩緩注射此血與汞之混合劑之半。後又吸出血八耗於該水節內，而緩緩將此血與汞溶液之全量注入靜脈。每療期共計注射二十次，間一日注射一次。按此法注射，血管可不被塞。因汞與血中蛋白質所成之蛋白化汞（mercury albuminate）已於水節內化合而不至在靜脈內化合也。

此法施治對於有抗乏色曼氏反應性之梅毒病人極有價值，並可用為梅毒之規定療法而得優越之效果。

## 碘

### THE IODIDES

碘之用於療治梅毒，歷有年矣。其作用非為殺滅梅毒螺旋體，乃溶化梅毒之損害纖維組織而使放棄所含之螺旋體，俾砒、汞或鉍等乘機而滅之也。故碘用於晚期潛伏期及中樞神經系之梅毒為最善。除於數種硬性大下疳及用阿

西非那民不見功效之濕疣以收其溶化纖維成分之作用外，凡早期梅毒用之毫無功效。所用之種類不一，如鉀、鈉及銨等之碘化物，實際上無所區別，惟碘化鉀則最常用之。用法尋常分內服及靜脈注射二種。

內服 初服 〇・三克，每日三次，飯後服之，每次至少以十五毫水調和服下。繼則漸增至二・〇克為止，服法如前。有最便利之用法，即將碘化鉀製為飽和溶液，其方為：碘化鉀 32 grams；水 30 c.c. 此溶液每一量滴含有 〇・〇五六克（一厘）之碘化鉀，服時可以滴管滴當需之劑量於半茶杯水內服之，此法對於劑量之增減極為便利。其開始之劑量每次五滴，日服三次，飯後服之。次逐漸增加三至六滴，至三十滴為止。如欲再增則據吾人之意見以為毫無意義。因每劑量用足後須有定時間歇，否則能發生種種藥物之症狀如鼻卡他，髖處疼痛，眼臉發紅，口內覺有金屬之異味，涎泌增生及胃部障礙等狀，如迅速停止，則諸狀亦漸退。

注射 碘藥之注射分肌內及靜脈注射二種。肌內注射即用膠體碘一或二毫注射於臀部，每星期二次。靜脈注射則用五至十毫，間日一次。或用百分之 〇・三至 〇・六克碘化鈉（用無菌蒸餾水配製）每星期一次或二次，依此法用於消化障礙之病者極為合宜。

#### 他種療治物類

新近雖有數種金屬及植物藥品常引為療治梅毒病之用，但終有棄去之日。據以上所述諸藥物如砒、汞、銻及碘等為最近療治梅毒斷根之品。雖另有他新藥，但關於療治上能否確實斷根，則為吾人今日所尚未明瞭也。



## 器官之梅毒

## SYPHILIS OF ORGANS

現代學者知梅毒不僅爲泌尿生殖器或皮膚之病，亦且涉及醫學各科。以下所論，係研究梅毒病，於皮膚以外，見於身體他部者。

## 呼吸系統之梅毒

## SYPHILIS OF THE RESPIRATORY SYSTEM

鼻 鼻部患初瘡不多見，若有之則大抵在鼻粘膜，因指搔鼻孔或醫者用消毒不全之器械傳染所致。該初瘡之形扁平，形體大小適中，色淺紅或淡綠，體硬，其面蓋以膿痂，易於出血。鼻腔因此被阻塞，且有含血色穢臭之液排洩。若此初瘡發生在鼻前庭之皮膚，則於眶下部微覺痛，並或有劇烈之頭痛。此初瘡除黑地映光法查驗螺旋體外不易診斷，直待繼發諸症狀發現始知之。

鼻部之早期梅毒損害，與身體他部粘膜之早期損害可同時發現，但往往爲醫士所忽略。梅毒所致之鼻炎與尋常鼻炎區別甚微，其緊要之異點在時限較久，蓋梅毒性鼻炎纏綿甚久也。若急性鼻炎用尋常療法而無效，亦當疑爲梅毒。

鼻部發生晚期損害頗爲常見，如樹膠樣腫發現於鼻中隔及鼻甲而累及粘膜，軟骨及骨。樹膠樣腫之大小自豌豆至小栗不一，界限甚清，歷時久則潰爛成深潰瘍。若潰爛之樹膠樣腫生於鼻中隔，勢必致中隔穿孔而殘毀鼻之骨性支架，卒至鼻梁塌陷而成所謂鞍形鼻 (saddle-nose)。鼻部晚期梅毒之自覺症狀，常誤認爲慢性鼻炎或枯草熱 (hay fever)。

待經若干時期，其溢液變成膿性，具穢臭，且帶血色，嗅覺亦喪失。後於鼻內結痂，不易除去。此種病況繼續不已，其穢臭之特狀更著，藉此嗅味可知鼻內患梅毒，且往往有死骨片自鼻洩出，或經咽之鼻部脫出。在不加治療者，其殘毀殊甚，鼻中隔全部，鼻甲及硬腭或皆受累。

鼻部梅毒之診斷平常甚易，蓋結核病斷不累鼻骨，即麻風亦不致骨之損害也。惟有一病見於熱帶名干戈薩(gangosa)者能致鼻骨如此毀壞甚廣。該病之原因尚未查明，有時疑為晚期雅司病，施以抗梅毒之療法見效甚速。

咽 咽及扁桃體患初瘡者見之不少，傳染多因接吻或飲食器具，煙袋，牙刷，樂器及消毒未妥之牙科或外科器械所致。所現之症狀或甚輕，以致病人不求醫治，但平常多訴吞嚥困難或咽喉疼痛。檢查咽部，則見全部發炎，該初瘡易被粘液掩藏。初瘡之形狀及瘡周圍之硬結度皆不及患於生殖器者之特著。倘發現於扁桃體，則全扁桃腫大而硬厚。下頷角之諸淋巴腺亦隨之腫大而硬，且覺痛，但仍可移動，並無化膿作用，其面之皮亦不發炎。

有下述之狀況者可擬為扁桃體患初瘡。(a) 一側之扁桃體受累，(b) 全扁桃體腫大變硬，(c) 下頷淋巴腺早顯腫大，(d) 患者為青年。

早期梅毒損害之發現於咽者有二種，(1) 梅毒性紅斑(syphilitic erythema)，(2) 粘膜斑(mucous patch)。前者與皮疹同發，咽之各處扁桃體或軟腭皆可發現之。後者大概在皮疹後發現。病人覺咽喉發乾不舒，但多數症狀甚輕，致病人不訴何苦。

咽之晚期梅毒性損害爲樹膠樣腫，可發生於硬腭或軟腭，咽壁，舌根，咽穹窿，扁桃體。尋常經過之程序爲，(1)樹膠樣腫形成，(2)軟化，(3)潰爛，(4)結癥。此種病演平常進行甚慢，但一經潰爛則延蔓甚速而殘毀甚廣。因樹膠樣腫發生之際不致病人覺痛苦，往往不被察出，待見潰爛方知之。診斷尋常尙易。病人對於抗梅毒療法之應驗亦甚佳。

喉 喉部患初瘡者極罕。早期損害間或見之於此，晚期損害則殊常見。

喉部早期梅毒之症狀爲難癒之聲啞，但不覺痛。檢查之，則見喉之粘膜爲瀰漫性之紫色充血，或見聲帶面或會厭之喉面有粘膜疹。又或於會厭，聲帶或喉後壁發現小濕疣，診斷須憑梅毒之他種病徵及乏色曼反應定之。

喉部所發晚期梅毒之損害如下。(1)樹膠樣腫，(2)潰爛，(3)軟骨膜炎及其壞死，(4)喉粘膜肥厚，(5)結癥及黏連。此等損害或於受傳染後第二年即發現，亦或遲至五、六十年後始顯。所致症狀視被累之範圍，位置及毒性之輕重而異。病人之聲音必啞，但倘非有軟骨膜炎，則談話時不痛。所致咳嗽並不苦惱。咳嗽時不甚痛，惟在潰爛期內乃覺甚痛。吞嚥時痛不重。呼吸困難狀漸次發現，由於肥厚性浸潤或聲帶固定所致。如是則呼吸必有響聲。

喉梅毒當與喉結核嚴行鑑別之。喉結核發聲時覺痛，音重濁而爲低耳語式，且多見於小兒及青年。又其病之歷史，乏色曼反應及療治試驗，皆可資診斷之助。碘化鉀往往致喉結核加劇而於梅毒則奏效也。普通抗梅毒療法能減輕喉部症狀，惟結癥過多者則不易轉移。有時須行氣管切

開術 (tracheotomy) 而插氣管筒甚久。

氣管 氣管可發現梅毒性紅斑，粘膜疹，樹膠樣腫，軟骨膜炎及其最後之結癥性狹窄等患。瀰散的樹膠樣腫性浸潤較限於局部之樹膠樣腫更常見。此類樹膠樣腫發生於氣管之下端及聲門下之部位，並發生於介此二者間之中點。此種病人不多見。因氣管梅毒在早期不致甚重之症狀，故病人多待氣管潰瘍癒合時，結癥痕變狹窄而始就診。至於其所發現之症狀如何，則視乎窄狹之程度而異，可分三期列舉如下：

- (1) 平常呼吸自如，但於出大力時微現呼吸困難。
- (2) 呼吸時顯然有不斷之響聲，其語音稍變弱。
- (3) 上述症狀外，另有窒息之患。欲吸氣滿肺，必須用力。病者喜坐起呼吸。

多數氣管狹窄皆因梅毒所致。用喉鏡 (laryngoscope) 可查出喉之狹窄。氣管鏡檢查法 (tracheoscopy) 亦可顯明該處狹窄之情形。在潰爛之際，則見潰瘍具特殊之鑿孔狀，其周圍稍現水腫，粘膜亦充血發紅。與結核性潰瘍之異點即梅毒潰瘍較深，邊緣清晰，且少痛苦。亦可據其經過及梅毒之他種病徵，乏色曼反應並施療治試驗以精確診斷之。豫後良否，視乎潰爛及結癥之廣狹而異。用抗梅毒療法可減輕其症狀，但若狹窄處過廣，則勢非行持久之氣管切開術不可。

枝氣管 枝氣管梅毒只見其為狹窄之式，平常與氣管狹窄伴發，且大概為氣管狹窄之延長的部分。枝氣管潰瘍可爛破血管而致咯血，與肺結核相似。所致症狀與氣管狹窄同。其診斷只能用枝氣管鏡檢查法 (bronchoscopy) 決定之。

有結癥之趨向，雖經療治亦然，致其豫後殊不良。因窒息或肺併發病而死。但仍可施以普通抗梅毒療法。

肺 肺梅毒不多見，但患之者却多於醫家之臆斷。尋常見於晚期，發生樹膠樣腫性浸潤，及樹膠樣腫於肺泡組織內，而在圍繞血管之處為特多。因臨診的狀況頗有似於肺結核，故往往誤斷為肺結核病而施以該病之治法。患肺梅毒者亦現咳嗽，體重減輕及盜汗。且有時發熱，惟不常見。物理徵與肺結核無異。惟再三查驗其痰，不見結核桿菌。用愛克司光線檢查肺部，無助於診斷。然少數醫家，或謂左右肺門處現出暗影者，為肺梅毒之指徵也。病人常咯血，乃因樹膠樣腫潰爛而穿破血管所致。

倘遇患慢性肺病而屢次查痰不見結核桿菌者，當試以乏色曼反應。其反應雖屬陰性，然確有梅毒之他種病徵或歷史者，亦當施以抗梅毒療法。肺結核極難治療，而肺梅毒則施以合宜之治法甚有效驗也。

胸膜 梅毒性胸膜炎亦屬罕見，其症狀與胸膜他種病所致者相同。平常與肺梅毒伴發。若病人有梅毒感染之經過，兼他部亦發現梅毒之病徵，當疑之為胸膜梅毒。梅毒性胸膜炎之積滲液者，其血之乏色曼反應或為陰性，但吸出胸膜液試之則顯陽性反應。此殆為梅毒之特殊症狀。用抗梅毒療法，可減少胸膜滲液。

縱隔障 Mediastinum 縱隔障及氣管枝氣管淋巴腺之梅毒常與氣管枝氣管梅毒或肺梅毒伴發。其症狀與縱隔障受壓迫所現者同。仰臥時面色發青紫，為極顯著之症狀。

## 消化系統之梅毒

## SYPHILIS OF THE DIGESTIVE SYSTEM

涎腺 當早期梅毒進行之際，腮腺或腫大，有似流行性腮腺炎。間或頷下腺及舌下腺亦然。患時每係兩側被累，然患者極罕見。晚期梅毒只一側腮腺腫大而黏連於周圍之組織，故往往誤認為惡性腫瘤。然大抵有梅毒傳染之經過及他種梅毒之病徵，更或顯陽性乏色曼反應。但若無以上諸徵可考者，當用療治試驗法。

食管 食管發生梅毒性損害殊罕見。雖梅毒之早期中病人或有感吞嚥疼痛之事，然大抵由於淺而糜爛所致。大多數食管之梅毒乃發現於晚期，所發生者為樹膠樣腫性，其經過之情形有下述二種之病變，(一)脂肪性變(fatty degeneration)，(二)潰爛。若為第二種之變，則難免不爛穿食管，致成氣管食管瘻(tracheo-oesophageal fistula)，繼之以膿腫性枝氣管炎。或癒合結癥，兼食管收縮而狹窄。

食管狹窄之重要症狀為吞嚥困難，初起尚輕，後則漸難，以至液體食物亦不能下嚥。除潰爛進行時外，平常不覺痛。繼發性症狀有貧血，惡病質(cachexia)或其他由於不能進食所致之症狀。

鑑別診斷或不易，但可藉梅毒之他種病徵及陽性乏色曼反應佐證之。

治法 若僅為狹窄無其他症狀，可用合式探子以擴張食管，並施抗梅毒之療法。

胃 梅毒之早期或發現胃之症狀。有曾報告頑固之

嘔吐，與早期梅毒之皮膚損害伴發者。此大抵由於胃粘膜發一種疹所致，若用合宜治法，則疹消去，嘔吐即止。

晚期梅毒亦可患於胃部，但不常見耳。晚期梅毒之胃部受害不外下述四種。(一)梅毒性潰瘍，或為多數，或為孤立，發生於賁門或幽門之後壁而顯普通胃潰瘍之症狀。(二)發生似瘤塊之樹膠樣腫，最常見於近幽門處或賁門之後壁，有時在未潰爛前長至甚大。(三)幽門狹窄，由於樹膠樣腫潰爛後，癒合時之結痂收縮，或纖維性變(fibrosis)所致。此類病況倘未能及早診斷，則難免須用外科手術。(四)胃壁發現瀰散的樹膠樣腫性浸潤，其結果往往成瀰散性硬化(diffuse sclerosis)。胃梅毒常在三十至六十歲之間發現而為晚期之顯狀，且大抵忽然發現而無前驅的胃症狀。乏色曼反應極有助於診斷。

至若胃癌，固當以早治為妙，惟醫者須知梅毒亦可發現胃癌之諸症狀，故於診斷胃癌之際當求確定其決非胃梅毒是要。

胃梅毒受治於抗梅毒之療法甚見效，惟幽門已狹窄者則須行外科手術。

腸 腸之發現梅毒損害較胃為常見。晚期梅毒能致腸潰爛及發生樹膠樣腫，而誘起出血及梗阻之症狀。其慢性腹瀉一狀或纏綿甚久，且施以抗梅毒療法不甚見效。屢次出血則能致與腸癌所致相似之惡病質。有劇烈之潰爛者，可致腸狹窄或擴大或穿孔。乏色曼反應極有助於診斷。

直腸 直腸梅毒較消化管他部之梅毒損害更多見。可發生樹膠樣腫及潰瘍，卒令直腸狹窄。狹窄處在肛門上

三至五糞，易於捫悉。又可發現肛門瘻管。局部治療如爲漸次增大的擴張法須與抗梅毒療法同施。倘收縮既已完成，當施結腸造瘻術 (colostomy)。有直腸梅毒性潰瘍之病人往往顯乏色曼陽性反應。

肝 早期梅毒或可單獨發現肝之損害，如間質性肝炎兼顯黃疸，發熱及微覺不舒，肝微腫大而觸之覺痛。迨施以抗梅毒療法，則諸狀即全消失。

晚期梅毒或發現急性黃色肝萎縮，而兼嘔吐，黃疸，譫妄及大腦的症狀，其結果往往致命。治法無效。肝發生樹膠樣腫乃常見者，或致發現肝腫瘤之一切症狀。肝部可聽出摩擦音，由於肝周圍炎所致，係一重要之病徵。乏色曼反應亦屬一種要據。療治試驗殊爲有用，蓋服碘化鉀後能令症狀迅速減輕也。惟在已發現梅毒性硬化者則否。若用阿西非那民則宜特加審慎，開始時投以極小之劑量，否則有脂肪性變之虞。

胰腺 被累者罕。後天梅毒之爲胰腺炎較爲樹膠樣腫者多。其常見之症狀爲消化不良，消瘦及糞含脂質，並有他器官之梅毒病徵。胰腺部經細心捫診腹上部，或可查得一腫瘤，或顯觸痛。慢性胰腺硬化或可因梅毒而成，致發現糖尿病。

脾 早期梅毒之發現急性脾腫大者不少，並可在皮疹未發現前即腫大。迨治以抗梅毒療法，即行復原。但脾性腫瘤或可存留甚久。晚期梅毒之在脾發生樹膠樣腫者殊爲常見，或單一或多數。脾周圍炎可與輕性脾炎伴發。脾內結癥或致全脾被分爲數隔，終致起澱粉樣變性或成所謂



西米脾(sago spleen)。脾樹膠樣腫及脾炎大抵可治療,但癥痕則屬永久之患害。

## 血循環系統之梅毒

### SYPHILIS OF THE CIRCULATORY(OR VASCULAR)SYSTEM

梅毒原爲血管及其周圍淋巴間隙之病,如下疳之初起即係小動脈內膜炎,及一般小動脈炎症,故他期中之損害皆起始於血管周圍之淋巴間隙。因此,梅毒在血循環系諸病中爲一甚要之病因。

心 此器官受梅毒之累者極常見。主動脈閉鎖不全因梅毒而致者,佔三分之二,心肌炎病梅毒常爲一普通病原。

梅毒可累心患以下諸病。(1)心包炎(pericarditis), (2)心肌炎(myocarditis), (3)心內膜炎(endocarditis), (4)心瓣病(valvular disease), (5)冠狀動脈病(disease of coronary arteries), (6)心絞痛(angina pectoris), (7)心臟瘤(cardiac aneurysm), (8)心傳導阻滯(heart block)。

心包炎兼心肌炎者,幾皆見之於梅毒。梅毒性心內膜炎結果可致心瓣病,因梅毒特擇心瓣而累及之也。青年之患主動脈閉鎖不全,幾盡係梅毒所致。

梅毒性心臟病所顯之狀如下。(1)右心力衰竭, (2)左心力衰竭, (3)心絞痛, (4)斯妥克阿但氏病(Stokes-Adam's disease), (5)發現腎病性症狀,初起兼踝部水腫,血壓高,心動過速及尿含蛋白質。

青年或中年人之發現心力衰竭而無風濕病(rheumatism)之歷史者當疑其爲梅毒。青年之患心絞痛者亦然。心臟

梅毒務宜從早診斷，因此種心病對於抗梅毒療法較他種心病易於見效也。

動脈 主動脈梅毒甚為常見，且大多數之主動脈閉鎖不全，主動脈擴張及主動脈瘤皆起源於梅毒。最易受侵之部分為主動脈弓，並由此蔓延至鄰近諸部。梅毒螺旋體損害血管壁，以致血管發生硬化或彈力性組織殘毀。因管壁既壞，故當心或動脈忽然努力時，則壞部之壁遂不堪受壓而致鬆懈。

梅毒螺旋體亦可侵襲較小之動脈，致動脈壁諸層變厚，尤以腦及四肢等之動脈為然。小動脈且不免因此閉塞而發現種種症狀。若大腦動脈被累，則結果將為麻痺，偏癱 (hemiplegia) 或單癱 (monoplegia)。累手或足者則將致閉塞性動脈炎 (obliterative endarteritis) 或壞疽 (gangrene)，累冠狀動脈者則致心絞痛。

治療血循環系梅毒當格外審慎。宜先用銻汞及碘化鉀治療若干日後，始可妥為施用六零六，因任何血壓之增加或反應皆可致血管穿破，或令血管內之小贅生物脫離而致栓塞也。

靜脈 梅毒性靜脈患者不少，共分三種。其一，係靜脈壁發現瀰漫性增厚而有炎症之特殊情狀，如腫、熱、痛等。其二，係靜脈壁不同之部分，發現結節性增厚。其三，有似結節性紅斑 (erythema nodosum) 之情狀。上述三者對於抗梅毒之治法皆見效甚速。

淋巴系 全身淋巴腺病發現甚早，且為梅毒諸損害中消沒最遲者之一。初受傳染處之淋巴腺首先腫大。肱骨

內上髁車淋巴腺之腫大在診斷梅毒上極爲重要,因其爲深淋巴腺,易於捫悉,且僅腫大於全身性感染之際,並非由淺面感染所致也。

## 泌尿器之梅毒

### SYPHILIS OF THE URINARY TRACT

腎 腎梅毒少見,但梅毒病人之兼患腎病者極常見,因梅毒病人往往有酗酒之嗜好也。

腎之真正梅毒有二種。其一,爲瀰散性梅毒性腎炎 (diffuse syphilitic nephritis)。多見於晚期及潛伏期,但時或見於早期。最常見者爲間質性腎炎,而實質性類亦或有之。所顯全身性症狀,與任何原因所致之急性或慢性腎炎所現者相似。其鑑別之要點如下: (1) 每二十四小時所出之尿量並不減少,尿所含蛋白素分量則與他種患腎病者相同。(2) 尿含管型之數準其所含蛋白素之分量計算每甚少。(3) 病人之一般的狀況較他因所致之腎炎爲佳。又乏色曼反應及梅毒療治試驗,亦可爲診斷之助。用汞劑治腎梅毒當加意謹慎,因汞有激刺腎臟之性也。注射六零六亦須小心,務宜留意其血壓。至用鉍之原由,則因其無刺激性之故。

其二,爲樹膠樣腫。樹膠樣腫之發於腎者不多見。倘有之,可長至極大,以致或誤診爲腎腫瘤。用碘化鉀治之,則消沒甚速。

腎之澱粉樣變性(amyloid degeneration)爲極常見之梅毒後發病。

輸尿管 輸尿管梅毒極罕見,從未有能在病人生前診

斷之者。

尿道 尿道梅毒，無論何期皆可發生之。尿道下疳前已述及。在早期，可發現粘膜疹。或由其溢液致誤診之為淋病，但不能發見淋雙球菌。至晚期，可在尿道發生瀰散性樹膠樣腫之浸潤，潰爛後結癥，以致尿道狹窄。亦有在尿道內發生一孤立樹膠樣腫，致顯尿道梗塞之病狀者，然罕見。

膀胱 梅毒早期有膀胱粘膜炎，又可發生粘膜斑，但不致何種不舒適之狀，故此類早期之膀胱損害往往不及覺察。晚期在膀胱可發生樹膠樣腫。若早見之，或至誤診為癌。平常歷若干時即潰爛。此際如以膀胱鏡窺之，則見其具特殊之梅毒形狀，且大抵蓋以痂。血尿(hematuria)為膀胱晚期梅毒最常見且恆顯之症狀。其出血係忽然而起，毫無痛苦。且與姿勢無關，無論病人躺臥或站立皆然。可繼續出血至數日或數星期始停止，入後復患。疼痛及小便頻數二症狀無定，且有時並不現之。就臨診上觀察，知膀胱損害有時為梅毒之唯一證據，然乏色曼反應亦大抵為陽性也。

膀胱梅毒不必施特殊療法，用普通抗梅毒劑即見效甚速。

## 運動系統之梅毒

### SYPHILIS OF THE LOCOMOTORY SYSTEM

骨之梅毒 Syphilis of Bones 自梅毒螺旋體及乏色曼反應發明後，方知骨梅毒之重要，蓋前此諸多不能診斷之骨病今乃確知其為梅毒也。

骨之受累於梅毒極為常見。蓋梅毒係一種血病，而骨

又爲血之形成上最要之器官，且骨組織之血管，及淋巴管之豐富，在人身諸組織中首屈一指，無怪其受累之易也。

當感染期內，骨之損害發現甚早。其風濕性痛(rheumatic pains)發現於早期梅毒，或極似係因中央骨髓或骨膜下骨髓被累所致。

脛骨受累大抵係最常見者。鼻骨及頭骨亦多受累。但人體中無論何骨皆可波及之。按最近之統計，知脊柱之被累實較向之所假定者爲多。骨之外傷與梅毒損害之發生甚有關係，骨之多受外傷者受累亦最多。

骨梅毒之病理與他部梅毒之病理同，惟因其構造有異，故不無特點。骨之病變爲動脈炎兼特殊之炎性浸潤。若累及中央骨髓，則致骨髓炎。倘侵襲骨膜下骨髓，則致骨膜炎。若不施療治而任此刺激進行，遂致骨贅(osteophyte)增生而難免不發生下述二種病變之一。(一)疏鬆性骨炎(rarefying osteitis)。倘不乘其發生時療治，則將殘毀哈弗氏管(即骨管)壁而致骨變鬆如海綿。此海綿質或充滿骨管。倘不充滿，則必致骨壞死，且可因繼發性傳染而致膿性骨膜炎。(二)增生性骨炎(proliferative osteitis)。此可致外生骨疣(exostoses)之結局。

骨組織一如他組織之可發生樹膠樣腫，其病變之經過亦同。樹膠樣腫可成爲骨膜的，骨膜下的，骨質的，或骨質骨髓的(osteomyelitic)數種。其毀壞之程度較炎性損害更劇烈。其發生時之爲限界性，或瀰散性，無定。骨端因血液供給較佳及構造較鬆，故其受害較骨之他部分尤爲常見。長骨則致骨幹增大，骨膜變厚而粘連，遂令該骨作球形或梭形之腫

大,且有時骨之原來形狀完全改變。此狀特多見於脛骨,致脛骨變爲指揮刀形(sabre shaped)。短骨如指趾骨,可見穿通及毀壞之損害,或發現標準的骨膜炎而致骨面粗糙。扁平骨多見毀壞之損害,而顱骨或有一大區被侵蝕或完全穿通(第七圖)。至若鼻骨之梅毒性毀壞,致成所謂鞍狀鼻,則已如前述。脊椎或發生單純性骨膜炎,或成樹膠樣腫。前者與因他種傳染所致之骨膜炎相似。後者尋常祇發生於椎體,但椎骨之任何部份亦可累及之。當其發生之早期,甚有似於椎骨結核病。

骨梅毒之臨診上的特殊徵狀如下:(1)疼痛,(2)腫瘤形成,(3)無化膿作用,(4)損害部之淋巴腺不腫大。

在下疳尙未發現之前有時即覺骨痛,但無明顯之損害。痛至夜間加重,並由身體之一部遷移至他部。因痛甚劇烈,致患者不能安眠,並影響於其全身之健康。除用抗梅毒療法外,無法能止其痛。早期梅毒之骨痛大抵如是。至於晚期梅毒之骨痛則不由身體之此部遷移至彼部,乃或淺或深視損害之所在而有定處之痛也。

梅毒腫瘤,大抵發生於較淺露之骨,因受外傷較易之故。梅毒性骨膜炎可令骨之一部分或其全部受累而腫大成梭形。倘遷延日久,可致全骨粗厚,且往往令骨面變粗糙,並發生明顯之骨贅。若覆蓋其上之他組織尙未被累,則顏色堅度及溫度皆如正常。若已被累,則諸軟組織變紅或帶淺藍色而現炎狀。潰爛亦可因此發現。面部諸骨當潰爛發生時則全骨毀壞,而覆蓋之之組織亦必糜爛,以至如鼻,眶等部可由一窩而漸爛成數窩。

當樹膠樣腫長成之際，捫之往往覺軟，而其四圍之邊則爲硬骨。倘損害繼續進行，則軟化而潰爛，繼之以死骨片形成，非至該死骨片除去，損害處不能癒合。細查其鄰近淋巴腺，却不腫大。縱化膿時，淋巴腺亦大抵不受累。倘或腫大，則屬全身性而由全身性梅毒傳染所致。

鎖骨亦爲常見之梅毒損害處，每致腫大，以至肩部發痛。胸鎖關節及胸骨亦常遭梅毒之害。倘損害在胸骨之後方，則發現心周圍急性疼痛，血循環紊亂，呼吸困難及類似心絞痛之疼痛諸症狀。迨經施以合宜之抗梅毒療法，則諸狀皆消。

梅毒性指趾炎 (syphilitic dactylitis) 亦屬骨梅毒之一種重要損害。骨膜炎常見之。倘發生樹膠樣腫，其骨罕壞死者。

骨梅毒併發病之最多見者爲周圍組織之被累。患椎骨梅毒者則顯脊髓被壓之症狀。他骨患梅毒，則因該骨受梅毒之摧殘而易自折。鑑別診斷有時不易爲之。但見夜間猝然疼痛，時常復發，無膿，附近之淋巴不腫大，患處之皮色及溫度皆如常，而全身狀況佳良者，即可疑爲梅毒。倘益以有梅毒之病史，及陽性乏色曼反應，則可決定無疑。縱無以上二證，亦不妨用療治試驗。若爲梅毒，用抗梅毒療法可立刻減輕疼痛，而於非梅毒性骨病則無效。

關節梅毒 Syphilis of the Joints 自診斷梅毒之較善方法發明後，知關節受梅毒之患者實較昔所臆斷者爲多，且在縱無臨診的症狀者亦多發現之。總計初期或早期梅毒之顯關節症狀者約佔百分之二十。但晚期之有關節痛或他種嚴重之關節損害者不過百分之五。

觀於全身受梅毒之傳染，故關節病大抵可謂直接由於梅毒螺旋體之棲止於關節使然。至於晚期，則外傷亦屬一種要因。

後天梅毒可發見以下數種臨診的狀況。見於早期者為（一）關節痛（arthralgia），（二）滑膜炎（synovitis），（三）關節水腫（hydrarthrosis）（第八圖）。見於晚期者為（1）關節痛，（2）滑膜炎，（3）關節水腫，（4）關節骨及軟骨病，（5）樹膠樣腫性滑膜周圍炎（gummosus perisynovitis），（6）脊髓癆之夏科氏關節（Charcot's joint of tabes dorsalis）。

關節痛在病之早期發現，平常與皮疹伴發，有時或與下疳伴發。各關節皆可被累，然大抵以大關節為甚，如膝，肩，肘，橈腕，及踝，諸關節為多見。痛限於關節之一處或數處，至夜間更劇。無客觀的病徵。若不療治，則變為慢性。診斷不可僅據關節之檢查，亦須藉梅毒之他種臨診症狀及實驗室之試驗決定之。用抗梅毒療法，見效甚速。

滑膜炎或為急性類，或為亞急性類，或為慢性類。呈急性者則有痛，腫，炎，熱等症狀，與急性關節風濕病類似。施抗梅毒療法，能使上述諸狀速退。呈亞急性者不似急性者之劇烈，或係由急性類所致。呈慢性者常稱為乾性滑膜炎。診斷必憑他種梅毒臨診的病徵及乏色曼反應為之。凡關節病無論為急性或慢性，皆當檢查乏色曼反應如何為要。

梅毒所致之滲液性關節炎，平常於受染後第三年以前發現之。此種關節炎多係對稱發生，多數關節皆可受累，但亦有單累一側之關節者。最普通之被累關節，為膝關節，肘關節，橈腕關節，踝關節等。病之發生以漸。初微覺該關節



不舒適，後則腫大。關節之皮色如常，往往不覺痛，運動之受限制亦甚輕，肌肉不見萎縮。乏色曼反應爲陽性。復發者常見。鑑別診斷全仗乏色曼試驗。療法當臥牀調養，並用抗梅毒劑。

關節之骨及軟骨病只在梅毒之晚期見之。最常受累者爲膝關節，其次爲肩，肘，橈腕諸關節。病之早期經過爲夜間覺痛，壓之顯觸痛，但不發熱。繼之以腫大，然運動之受限制不重，關節之皮亦不改變。但病進行時則能致畸形而有礙關節之運動，關節內並或積滲液。至此期，則關節腫大爲球形，皮亦緊張而變薄，附着之肌似瘦小，肢之位置異常。但無關節強直(ankylosis)及局部淋巴腺病。若病自癒，則所成之癥痕能致關節強直而顯畸形。若病久進行，則成癥管而有死骨片阻礙其癒合，否則該關節或染他種醱膿細菌。

此種狀況有時極難與關節結核病鑑別。但若細查其歷史及他種梅毒之病徵並試以乏色曼反應，即不難診斷之。

樹膠樣腫性滑膜周圍炎罕見，且僅發現於梅毒之晚期。其病理與顯於他種組織內者相同。此病往往限於一個關節，起時甚漸，微腫大而不痛。後則滲液，致該關節發生一球形之瘤。蓋關節之皮變白，以其靜脈膨脹也。用愛克司光線檢查，其骨無改變。若不療治，則該關節之軟骨毀壞，致有軟骨碎塊鬆脫於關節內，或致他種感染及關節強直。

脊髓癆之夏科氏關節病(Charcot's disease)非由於梅毒螺旋體之直接作用所致，乃因該關節之神經喪失而致毀壞也。平常只累一個關節，然對稱關節受累者亦有之。下肢之關節較上肢受累者尤多見。其發現或在脊髓癆之顯狀未發

以前，或在脊髓癆之晚期。診斷之要點在該關節雖病壞不堪，腫脹甚大，但不覺痛苦。又腫消後，該關節顯異常之運動，亦不覺痛。其他要據為不見肌肉萎縮，見之亦極輕微。愛克司光線之攝影甚特殊，該關節之一切組織如關節囊，韌帶，軟骨及骨皆分解。是則除初發脊髓癆之徵外，尚有愛克司光線之攝影，及無疼痛等狀可資診斷之助也。

上述諸關節病外，尚有因梅毒所致之畸形性關節炎，此謂之為假畸形性關節炎 (pseudarthriti deformans)。可藉陽性乏色曼反應及其畸形性關節炎之特徵診斷之。抗梅毒之治法無大效。

**肌之梅毒** Syphilis of the Muscles 肌組織所受梅毒螺旋體之損害與在關節者相似。夜間疼痛較重，行動時亦然，肌內有觸痛之處。無論何肌皆可發現樹膠樣腫，但舌肌特多見之。症狀與他處樹膠樣腫之症狀相同。

梅毒之瀰散性肌炎 (diffuse myositis) 由於肌體內發生許多粟粒形之樹膠樣腫所致。無發炎之徵，平常亦無觸痛，惟該肌變硬而收縮耳。療治此病，其收效不如施於他種梅毒病況者之佳。

早期梅毒有時見肌肉乏力。

**腱及腱鞘之梅毒** Syphilis of the Tendons and Tendon Sheaths 腱及腱鞘受梅毒之損害者甚罕。倘有之，則為

(1) 漿液性，(2) 樹膠樣腫性。前者大抵見於早期，且為單純性之漿液性炎，可致滲液於腱鞘內。其診斷可根據腫大而不痛，不窒礙其運動，並顯陽性乏色曼反應等而定之。第二種之損害發於晚期，為瀰散性或限局性之樹膠樣腫，可潰

爛並穿通皮層。腱之單純樹膠樣腫或起石灰性變，致令該腱變厚或顯結節。

**滑囊之梅毒** Syphilis of the Bursae 滑囊受梅毒之累者惟在受外傷最重大之處者為然，如膝及肘等處是也。在早期中，多見為單純性液囊瘤 (simple hygroma)。晚期則可顯樹膠樣腫、潰爛及傘菌樣之損害。病之經過屬頑性不痛，且無關節炎伴發。可藉有梅毒之歷史及陽性乏色曼反應以診斷之。用抗梅毒療法，可令諸症狀速退。

## 生殖器梅毒

### SYPHILIS OF THE GENITAL ORGANS

#### 男生殖器之梅毒 Syphilis of the Male Genital Organs

**陰莖** 陰莖之任何部分不拘皮或粘膜皆可發生下疳，而尤以在包皮底近龜頭冠之處為常見。其特性前已詳述，茲不贅。在早期中，陰莖粘膜多見有發生粘膜斑及濕疣者。陰莖頭或幹發現樹膠樣腫亦有之，並或不易與上皮癌區別。病人之年齡、腫瘤之狀況及其硬度等皆當詳加考慮，始可確定診斷。不可僅憑陰性乏色曼反應，遽定腫瘤為決非梅毒性。凡遇懷疑之病案，當用抗梅毒療治試驗以診斷之。

**前列腺** 梅毒罕累此器官。在晚期受傳染多年後或有於此發現損害者。最多見於三十至五十歲之病人。梅毒性前列腺炎 (syphilitic prostatitis) 無特殊之病徵，故臨診上不能與尋常慢性前列腺炎區別之。腺腫大，變硬，然非一致，故顯不齊之結節面。若乏色曼反應為陽性，可據以診斷其前列腺炎為梅毒性。但病人凡年在三十至五十歲之間而有

梅毒之病史者亦當疑及之。有時只有用抗梅毒療治試驗爲唯一之確實診斷。

精索 精索梅毒罕見。大抵隨梅毒性辜丸炎及副辜炎發生，單獨發生梅毒者殊罕。所發病害約有二種。(1) 瀰散性炎致精索粗厚，變硬而與周圍組織粘連。(2) 一側精索發生單獨腫瘤，界限甚清，爲圓形，稍有痛苦，並觸痛。第二種較第一種爲常見。診斷可據其有辜丸或副辜之損害爲衡。在無此類損害者，則據其有受染之經過及陽性乏色曼反應，或抗梅毒療治試驗斷定之。用抗梅毒療法不難治癒。

辜丸及副辜 辜丸梅毒殊爲常見，梅毒晚期之發現此患者甚多。副辜之受累爲繼發者。此與結核病之先累副辜而後及辜丸者相反。辜丸梅毒有二種。一爲瀰散性間質性變化。二爲樹膠樣腫。第一種更爲常見。若能查出其梅毒之病史，卽不難診斷。辜丸全體腫脹，其外形不變，但光滑，極堅硬而沉重。觸之不痛。後者爲單獨或數顆之小結節，捫之覺硬，或有彈力性，長大頗慢。大樹膠樣腫可潰爛而與皮黏連，後穿破排洩壞死之組織，結果則成一腐崩之深潰瘍。若早施抗梅毒之療治，其豫後甚佳。倘遷延日久，則辜丸必致萎縮。入後每現辜丸膜水腫(hydrocele)之併發病。

副辜之受累，平常在染初瘡後一年至五年之間表現，然亦有較早者。損害有二種：(1) 慢性副辜炎(chronic epididymitis)，在早期或晚期發現不定，兩側或皆患之。所致症狀甚輕或毫無，以致病者不加注意，直至辜丸膜水腫發現方知之。(2) 發生小樹膠樣腫，不腐崩，仍爲小結節，存於副辜內。

此種狀況酷似結核病，非藉有確實之梅毒病史及陽性乏色曼反應或陽性療治試驗，不易鑑別。

### 女生殖器之梅毒 Syphilis of the Female Genital Organs

女子生殖器梅毒之未經診斷者非常衆多。一部份因其主觀症狀比較的略少，一部份則因婦女羞於訴其症狀之故。學者須知梅毒之各期皆可致女子生殖道發生損害也。

女陰(陰戶) 發現下疳時常有極重之水腫。女子生殖器之下疳，惟發生於皮面者，爲定型的。早期中在女陰發生濕疣者常見。晚期亦可發生樹膠樣腫，但不多見，且有時或致誤診爲癌。

陰道 因陰道粘膜有正常之分泌物及組織之強健對於損害具有抵抗力，故陰道之發現梅毒實較意料者爲少。如果發生下疳，必甚小，病人多不注意。醫士苟不細心檢查，亦難發見之。若下疳發生於陰道之極下部分，則僅腹股溝之淋巴腺腫大。早期損害如粘膜斑，濕疣等皆甚罕見，而晚期損害較早期損害更罕。

子宮 子宮頸最常受累。子宮頸之下疳極常見，其特性與他處之下疳相同。子宮頸之早期損害亦不少，最常見者爲濕丘疹。子宮體之梅毒不多見，但曾有於死後剖驗報告發見下疳者。晚期可發生樹膠樣腫性損害，如樹膠樣腫性浸潤，或一單獨樹膠樣腫，但後者甚罕見。

學者當牢記子宮之梅毒可假充子宮癌，且子宮梅毒性損害處並可有癌發生。子宮之梅毒無特殊狀況，惟有藉乏色曼反應或抗梅毒療治試驗以診斷之。

卵巢及輸卵管 早期損害可發生於卵巢及輸卵管無疑。晚期損害平常為樹膠樣腫。但非於施行手術或死後剖檢時罕能診斷之。

乳房 乳頭發生初瘡及粘膜斑者頗為常見，前已言之。又早期梅毒可致急性乳房炎 (acute mastitis) 而令全乳房腫脹疼痛。在晚期發生限局的樹膠樣腫者最為常見。此種狀況當藉實驗室檢查，或梅毒之他種病徵以與慢性乳房炎及結核病鑑別之。有時或誤認為癌。但據其潰爛之早而速，病者為青年及腋淋巴腺之輕度腫大等事項，可與癌分別之。

## 內分泌腺之梅毒

### SYPHILIS OF THE ENDOCRINE GLANDS

今吾人所知種種內分泌腺之一定的官能，及作用，甚屬有限，故茲僅就梅毒之可發生於此類腺及其為梅毒之關係略言之。

甲狀腺 甲狀腺之梅毒損害經記載者有三種。(1) 瀰散性腫脹，見於早期梅毒。(2) 樹膠樣腫。(3) 因用碘劑而致之甲狀腺功用紊亂。第一種，其腫大往往限於外側葉，且軟而不痛。等二種，腫瘤平常亦不痛，大小無定式，潰爛與否不定，可致尋常受壓之症狀。用抗梅毒療法，可令腫瘤消除。第三種因繼續用碘化物所致者，可發現平常甲腺機能過敏 (hyperthyroidism) 之症狀。

甲狀旁腺 此腺有數病可因梅毒而致，現手足搐搦 (tetany)，感覺異常 (paresthesias) 及營養障礙 (trophic disturbances) 諸症狀。

胸腺 胸腺梅毒在先天梅毒中甚為常見，但後天梅毒中似未見有胸腺受累者。

松果體 此器官對於梅毒有何關係，迄未明瞭。

腎上腺 阿狄森氏病(Addison's disease)之起因於梅毒，實較諸醫家所意料者多，蓋藉死後剖驗可證明之。

大腦垂體 垂體發生樹膠樣腫之經報告者殊不少，且有許多並無梅毒之病史。垂體受累，則顯頭顱內壓力增加之症狀，或發現因局部受壓或垂體官能缺乏所致之病竈性病徵。

## 中樞神經系統之梅毒

### SYPHILIS OF THE CENTRAL NERVOUS SYSTEM

近十年來對於神經梅毒之研究極有進步，且極有趣味。自一九一三年野口氏及慕耳氏(Moore)於患不全麻痺者之腦內發見梅毒螺旋體，繼起諸名家復確立神經系統梅毒之診斷基礎後，許多從前所視為不能療治之精神的，及身體的苦痛，今乃儘有治癒之可能矣。

一切內科病案中，顯神經系梅毒之病象者，約有千分之四，一切神經系病中之有梅毒者約佔千分之十五，一切梅毒病人中之有中樞神經系損害者約佔百分之八，由此可知梅毒與神經系之關係也。

梅毒之所以致神經系症狀，迄無定論。許多梅毒著作家皆以為係因一種親和神經組織之梅毒螺旋體所致。亦有謂係因梅毒螺旋體產出之一種毒素，一如醇，鉛等毒素之擇神經系統而施其作用。又有人謂梅毒早期所用不充分

或不合宜之治法有以引起之。更有謂係神經系統對於梅毒之毒力具先天素因使然者。以上諸理論中以第一說為最可採納。

因中樞神經系性質之複雜，及梅毒能假充各種神經病，且多半神經病可以梅毒為病因，故甚難將神經系梅毒作確切之分類。欲知之較詳，最妙勿就分類上着想，第就攻擊神經系之病或梅毒着想。視毒素之性質或中樞神經系之何部軟弱，則受害之部所顯出之一定症狀固大有分別也。

總言之，梅毒可害及腦膜，動脈，腦質，脊髓質及神經也。

中樞神經系梅毒一般病理可分為三種顯狀。(1) 梅毒性贅生物，(2) 血管之慢性增生性炎，(3) 實質性壞變。

自完善之實驗診斷法發明後，神經系梅毒之診斷進步甚速。醫士倘能記憶：(1) 凡患梅毒者皆可發生中樞神經系梅毒，當注意其表示神經系被累之症狀，(2) 梅毒為許多神經病症狀之常見原因，故當首先思及之，以確定其是否因此，如是則許多早期之中樞神經系梅毒庶不至掛一漏萬也。是以凡醫者治療梅毒，當諄諄勸告其病人按一定期間，常來檢查。其檢查手續之要項為：(1) 諸反射作用(reflexes)，特別注意於眼，(2) 血清之乏色曼氏反應，(3) 腦脊髓液之完密的檢查。

患中樞神經系梅毒者在臨診上可發見下述數事：(1) 諸反射障礙，(2) 震顫，(3) 共濟運動障礙。檢查深反射之際，當特別注意以下之反射。(a) 髓處，(b) 跟腱，肱三頭肌腱，肱二頭肌腱及下頷。檢查淺反射當特別注意者為(a) 足底，(b) 角膜，(c) 咽。試驗足底反射，當試其有無巴彬斯奇



氏反射現象(Babinski's reflex)。若有之，則表示大腦皮質脊髓運動徑(cortico-spiral motor pathways)有病也。至於檢查角膜或瞳孔之反射，特宜注意是否顯阿該氏瞳孔(Argyll-Robertson pupil)爲要。

不但上述諸事爲不可少，即病人已往一年或六個月內之工作詳細狀況亦當根究。蓋由此或可顯示腦官能有何改變。至若檢查腦脊髓液一節，亦極關重要，前已證明，凡患神經病者皆當爲之施行。其檢查法並已說明如前，可覆按之。

中樞神經系梅毒之豫後最難概定，蓋與療治之遲早，中樞神經系受累之部分何在，及療治之方法與是否循規就治等皆有關係也。就一般言之，豫後往往不佳，已受毀壞者無法能使復原。但許多病案施治後可制止病勢之進行，且有施治早而竟獲全癒者。

凡神經系中血液供給充足，側枝循環(collateral circulation)易於成立及血管自身較大之部分，所發症狀甚輕，該部之病況甚少，其豫後亦甚佳。而在腦神經系中血液供給不足，動脈小，及側枝循環不能成立之部分，則所發症狀必重，組織之變性速，豫後亦極不佳。

在考慮中樞神經系梅毒治法之前，當就該系一定部分受累所發生之症狀留意研究。然以本題範圍過廣，故只能就其顯著之症狀爲憑。醫者應記憶此諸症狀或全顯出，或一部分顯出，或只單獨顯出其一種。又在患同一中樞神經系病者所顯之症狀亦不能盡同，此亦應記取之。

顱骨及椎骨 顱骨梅毒之顯著的症狀爲頸痛，及腦腫

瘤，尋常所有之狀如眩暈，射出狀嘔吐，以及不寐 (insomnia)。然亦有顱骨受累甚廣而不顯此種症狀者，因腦之官能尙未受害也。顱骨亦可發生樹膠樣腫，除間發癲癇狀驚厥 (epileptiform convulsions) 外，或多年不現他狀。受累最常者爲額骨，其次爲頂骨。

椎骨受累者則受累部分之脊髓發現受壓之症狀。

腦底膜炎 Basilar meningitis 當研究中樞神經系梅毒症狀時，若認定諸狀爲幾盡因血管之受累及改變所致，則甚易了解之。腦底部因血液供給豐富，故患梅毒爲常見。此種病者之乏色曼反應爲陽性者不少，但平常於○•二鈣脊髓液內爲陰性。球蛋白素(血球素)試驗往往爲陽性，且脊髓液內之淋巴細胞亦增多。病人多發現眩暈及夜間頭痛，其痛深入眼內。病人可因此種痛狀而致昏迷，然於數小時內或即復原，精神亦清爽如常。此係該病之特殊狀況。憂鬱，躁狂，及癡呆，亦可發現。此病若診斷早，單用汞劑治之即甚效。

腦凸面之梅毒性腦膜炎 Syphilitic meningitis of the convexity of brain. 此患最常見之症狀亦爲頭痛，但痛往往限於一定之處。壓之或叩之亦常顯限局之觸痛，該部之叩診音亦有異。發生進行性癡呆 (progressive dementia)。記憶力喪失兼神氣呆滯。不時發現大腦皮質性驚厥 (cortical convulsions) 而類似癲癇。雖病之症狀甚重，若早施相當治法，其豫後尙佳。

腦脊髓梅毒 Cerebrospinal syphilis. 中樞神經系梅毒另有一類或稱之爲腦脊髓梅毒，或稱之爲大腦之血管類梅毒 (the vascular type of cerebral lues)，亦有稱之爲大腦梅毒 (cerebral syphilis) 及全身性不全麻痺 (general paresis) 者。又有以大腦梅

毒，列入真梅毒病，而謂全身性不全麻痺爲副梅毒病 (parasyphilitic disease) 者。但在臨診時不能確實分析，蓋此類有兩種之情形，皆由腦脊髓中樞神經發生即腦脊髓梅毒及全身性不全麻痺是也。

所謂腦脊髓梅毒者，係指腦及脊髓於受初期傳染不久後，即被梅毒螺旋體之襲擊也，且多半發現大腦動脈內膜炎，及脊髓脊髓膜炎 (meningomyelitis) 並伴以許多精神病的症狀，若不治療結局必死。

此種狀況約於受傳染二三年後發現，但亦可遷延甚久，曾有報告經四十年始發現者。

初起之症狀爲頭痛，眩暈，不寐，易怒，不願工作。此種精神上的異態逐漸加重，直至病者顯示全身不全麻痺之狀況，後此所現則難於與上述種種區別。但約言之，腦脊髓梅毒所致之症狀屬神經學上的，而不全麻痺所致之症狀則多屬精神上的。患腦脊髓梅毒者若大腦之受累較重，則有頭痛，眩暈，癲癇，單癱或偏癱，及大腦神經受累等症狀。若脊髓受累較重，則其症狀與脊髓炎所現者相同。若大腦與脊髓受害之輕重等，則上述二類之症狀併顯。

腦脊髓梅毒，不全麻痺，多數性腦脊髓硬化，神經系結核病，及軟腦膜之多數性瘤或肉瘤等病之鑑別診斷，務須明察之。

腦脊髓梅毒與不全麻痺臨診上之區別，約言之：(1) 腦脊髓梅毒之症狀多屬神經系的，而不全麻痺所現多屬精神的。(2) 腦脊髓梅毒之發生較早於不全麻痺，即在受染後五年內發現。(3) 腦脊髓梅毒之經過甚長，可受合宜治法

而得治療或阻止其進行。不全麻痺則不然，大多數進行甚速，雖療治亦難免致命。

多數性腦脊髓硬化(multiple sclerosis)有許多症狀如偏癱，眼外部肌麻痺，及痙攣性背部脊髓炎等可類似腦脊髓梅毒，但其經過為時長而不變，雖用抗梅毒治法亦不受影響。且多數性腦脊髓硬化，每發現三種症狀，為腦脊髓梅毒所罕見者，即(1)間斷的言語(scanning speech)，(2)動作顫(intension tremor)，(3)眼球震顫(nystagmus)。

神經系結核病或與梅毒酷似，以致在臨症上末由辨別，診斷必有藉乎實驗室方法。

軟腦膜肉瘤，或癌與此病之鑑別，亦必賴實驗室診斷，因臨診之狀況相同也。若施下列四種實驗室診斷即血之乏色曼反應，脊髓液之乏色曼反應，脊髓液之白血球數及蛋白質試驗，則可報告極可靠之病源。故單藉此等證據，即可資鑑別之助。倘更證以膠體金試驗，診斷當益確。

全身性不全麻痺 General paresis 亦稱為精神錯亂之癱瘓(general paralysis of the insane)，但不恰當，因有許多病人永不發現癱瘓，且凡患該病者非至病之晚期不發現也。此為大腦病，其先必患過梅毒，每於受梅毒之傳染後五至十五年發現之。其特性為腦組織顯劇烈之病理的改變，伴發多種精神症狀及極重之癡呆，於病發後一至五年內即死。

不全麻痺之病演大抵不僅限於腦之一部分或單在神經系統，身體之他部分亦有病理的改變狀況，特如腺織器官如腎，肝，脾等尤甚。神經系之受累，乃屬全部的。雖梅毒螺旋體曾經在腦組織內證明，而神經系之病理的改變究因梅

毒螺旋體自身抑因其所產生之毒素而致，迄未確定。欲研究不全麻痺之病理，可參考神經系之病理學諸書。

尋常一般行醫者討論不全麻痺之症狀，僅謂係虛浮或稱誇大('grandiose')之症狀。但事實上發現此症狀者僅約佔不全麻痺病四分之一或五分之一，其餘則顯示多種各異之精神症狀。故為便於記載計，分該病為三部分而說明之。第一部分即早期，精神症狀初現而且緩緩進行。病者或初覺易倦，百事失察，怠於工作，有隱忽之疼痛及頭痛並不寐。患者不克奉要職，服務疏懈，且不能如往日了解其業務之詳細。或有似精力虛脫之情形，竟在操業時鼾睡，宛如醉酒者。亦有興高采烈計畫新穎，冒險進取，不遵成例，並有揮霍無度者。更有衣衫襤褸，不修邊幅，足徵其行為改變者。昔者冠裳楚楚，至是竟污濁懶廢。昔者儉約端品至是竟宿娼嗜酒無所顧忌。在常人不知患者以往之事略者每以為其心才尚好，與之同伴遊行時亦絕不覺其有何病象。但當其病之進行也，則記憶力漸失(如忘其有子女幾人及子女年齡之長幼等等)。且覺愉快異常，易喜笑，將來計畫偉大，並不自覺其病況之嚴重。雖醫士預告其不能久於人世，彼仍談笑自若，且深致謝意。患者受人指使，不分善惡，因此易墮入狡兒之彀中。從此其病進行驟速，幻想亦達極點。自以為富有鉅萬，妻妾盈庭，力能舉千鈞，或自視為元帥或偉人。與之接談，則知其改變方針甚速，易於變志，而由此一種虛浮思想倏忽之間易而為他。此類狀況，在實驗室診斷未發達前，謂為標準的不全麻痺。

醫士所當記憶者，不全麻痺之虛浮類易於診斷，惟許多

患此者只微現癡呆或憂鬱狀，斯難診斷耳。

繼第一期發現者為驚厥期(搐搦期 stage of convulsions)，或稱第二期。此期內發生癲癇狀或中風狀之驚厥(epileptiform or apoplectiform convulsions)，往往有顛搐、夢幻、言語遲鈍等狀為之前驅。病在此期內進行甚速，症狀明顯，雖非醫者亦能看出。如言語遲鈍，思想糊塗，驕矜而猥褻，服裝穢污，忽於盥洗，公然偷竊，不能明辨是非等狀。

由此期入第三期，甚速。至此，患者常自暴不堪，甚至不襯裳而行大小便，了不措意。從此括約肌失制，病勢每況愈下，精神減少，卒致人而似獸，終日只知飲食與排洩。此時病人似毫無痛苦，最妙置之於牀，但宜常留心看護，以預防臥瘡。給以充分優美而易消化之食品及常令其身體潔淨，亦屬料理法上之所必要。

全身性不全麻痺之實驗室診斷法前已論及。

至於物理的徵狀則有多種，但倘能記憶下列四種，即極可作診斷之助。

- (1) 言語缺點 所說簡單語言亦含糊不清。
- (2) 阿該氏瞳孔 即瞳對於調視機有反應而無光反應。
- (3) 膝反射異常 即膝反射增大或無。
- (4) 冷李格氏徵(Romberg's sign) 病人於併足閉目直立時身體搖動，甚或傾跌。

上述檢查方法易於應用，此外或尚有他種病徵如麻木，感覺異常及陽性巴彬斯奇氏徵或卡德克氏徵(Chaddock's sign) (即抓外踝部時其趾仰伸)。

有上舉症狀而益以脊髓液四種實驗之陽性反應者可定爲全身性不全麻痺無疑。

豫後就事實言，殊爲危篤。

治法可按一般抗梅毒法並用愛理氏硬脊膜內療法 (Swift-Ellis intraspinal treatment) 治之。愛理氏療法容後詳述。

不全麻痺有三種變態。(一)李騷耳氏式(Lissauer's type)，顯示偏癱，痙攣性癱瘓及梅毒性假癱。(二)脊髓癆性不全麻痺(taboparesis)，其病理的情況殊較不全麻痺爲重，病變多在脊髓。其症狀初起不甚顯著，病期則較長。其最要症狀爲兩腿軟弱，閃痛，內臟危象(visceral crisis)，關節病，共濟失調(ataxia)及髓反射喪失。(三)幼年不全麻痺(juvenile paresis)，爲小兒所患之全身性不全麻痺，因在出生時或近生產之際受梅毒傳染所致。平常見之於七歲與十二歲之間，現癡呆狀況，逐漸加重，但不發虛浮症狀，因小兒尙無此種經驗或觀念也。病至三四年後必死。

脊髓癆又名運動性共濟失調(Tabes dorsalis (locomotor ataxia)) 脊髓癆較之不全麻痺，患者約少一半，男多於女。梅毒爲此病唯一之原因，但他種事項如濕，冷，外傷及房事過度等皆爲使病毒侵襲脊髓之助。

脊髓癆之病理爲脊髓後索硬化。此種改變在後灰白索更顯。又硬化與所致之萎縮在脊髓之胸部及腰骶部更著。斯春伯氏(Strümpells)云，此病特擇脊髓而施其作用，此說似最可信。彼又謂梅毒有機物必產出一種毒素而擇脊髓之感覺部分以施其作用，一如麥角或鉛之擇運動系而施其作用者然。尙有其他理論多種，未經公認，故不錄。患脊髓

癆者之脊髓內，從未發見梅毒螺旋體。

脊髓癆之症狀一如中樞神經系之他種梅毒之多而混。然有八種要狀可使醫者擬定其為脊髓癆：（一）閃痛(lightning pain)。每為此病之起始症狀，為劇烈而迅移之疼痛，特多見於坐骨神經部。其痛忽然而起，可歷數分鐘或數小時或數日。時或纏綿數月或數年，以至易誤認為神經痛或坐骨神經痛或風濕病。（二）肌腱之反射喪失。特多見於膝及跟腱，往往一側被累許久後他側始被累。（三）束帶之感覺(girdle sensation)。此則病人覺似有一寬帶纏束於肋下之腹部。此因感覺紊亂所致。在此症狀發現之前，病人往往訴其足底或手掌麻刺或有物爬行。走路時覺其足如踐棉花之上，或覺有物在足下。或覺有閃冷閃熱之狀。（四）內臟危象。與閃痛相似，但限於腹，而特多見於胃部。標準的胃危象忽然而發，在腹上部顯劇烈之痙攣(cramp)。有時兼有惡心嘔吐及虛脫。此等狀忽發忽隱，往往誤診為胃痛或急性消化不良。又或有類此之危象起於腎臟，致誤認為腎絞痛(renal colic)。或發於腸，致誤診為闌尾炎(appendicitis)。（五）阿該氏瞳孔，已述於前。此狀或發現數年而無脊髓癆之他種症狀。（六）冷字格氏徵。其發現較阿該氏瞳孔為遲。究詢病人已往之經歷狀況即可知之，如洗面時覺目眩神昏是。（七）共濟失調。此狀極特殊，起初病人行走於不平地面或上樓下樓皆覺困難，在黑夜更甚。後則發現標準的共濟失調之步態。此種步態當觀察明悉。病者行走時兩腿分開，膝關節過伸，足跟先落地而覺困難，甚似中國兵士之步法操練。上肢亦可發現共濟失調。如寫字，扣鈕等皆覺困



難是。(八)膀胱障礙。甚常見。膀胱軟弱，致小便失禁，尤為普通。或可發生膀胱炎。又性欲往往喪失，但起初或增加。據以上諸症狀，即足以從早診斷之。他種病徵或亦發現，但仍以此等狀為要據。其發生夏科氏關節病者佔百分之九，發生足穿通性潰瘍者佔百分之三。此外猶有實驗室方法可用以查驗病人之血及腦脊髓液，亦殊重要，故診斷當不致困難。但須謹慎，不可為症狀所惑，例如許多病者患胃危象，因醫者誤認為胃潰瘍或膽囊病或闌尾炎而為之施行剖腹術，此大誤也。總之，務須細問其病史，並以實驗室之檢查為根據，庶可免此錯誤。

脊髓癆之豫後極不佳。但用最新之療法能阻止其進行，且有報告曾經治療者。然醫界之得此經驗，為日尚淺，未足證實之也。病之經過較不全麻痺為時久甚，平均為十至十五年。

治法包括四部分：(一)一般的抗梅毒療法，其效果較他法速而可靠。(二)看護法，當盡善盡力以為之。(三)訓練其共濟失調之腿及臂，使動作復常，法在往復操練其四肢如位置，動作等等，以便令中樞神經系行其充分的距離上之興奮而漸習熟之。雖該肢之受感覺甚小，用此法要亦有益。是名脊髓癆性共濟失調之傅蘭克耳氏療法(Frenkel's treatment of tabetic ataxia)。(四)特別治法即用愛理氏法注射六零六於硬脊膜內是也(用法詳後)。

以上諸治法外，更可兼用水療法，按摩法(揉捏法)，及機械療法。

### 脊髓之梅毒 Syphilis of the Spinal Cord

此病爲急性或慢性，慢性者無論何時可轉爲急性。梅毒所致之急性橫截性脊髓炎 (acute transverse myelitis) 係常見者。有時此種脊髓梅毒與腦脊髓梅毒無大分別，惟所現之症狀多屬脊髓受累。其病理的改變爲有明著之脊膜炎，該膜之諸血管皆受梅毒之傷害，致管之周圍發生特殊之浸潤。有時發生樹膠樣腫。

其特殊之症狀爲 (一) 劇烈射痛。發於肩胛部，頸部及臀部，牽涉至臂及腿。此症狀發現之前或有感覺異常之狀。(二) 膝反應增大。若發生樹膠樣腫，則致被壓迫之症狀。

在患橫截性脊髓炎者則現弛緩性截癱 (flaccid paraplegia)，而有大小便失禁之症狀。

是病或有多種合併症發現，致有類似脊髓灰白質炎 (poliomyelitis) 及原發性偏側硬化 (primary lateral sclerosis) 等之症狀。此因脊髓之某束被累而其餘尙未被累故也。

診斷或甚難。當究詢其完全病史，詳細檢查其神經系統，並用實驗室法試驗其血清及脊髓液。

豫後，在病發甚久者不佳。但在診斷早，且受長期之治療者，則可減輕病況而延長其生命。能獲全癒者間有之，但尋常則有幾許之腿癱瘓，及神經系的病徵，如膝反動喪失等留遺於病後。

治法與腦脊髓梅毒之治法同。

### 周圍神經系之梅毒 Syphilis of the Peripheral Nerves

周圍神經系梅毒有四類：(一) 神經痛 (neuralgia)，不論

身體何部皆可發現之，但最常見者爲面神經，次爲腰叢及骶叢。坐骨神經痛(sciatica)之因梅毒而致者亦甚多，症狀爲忽發劇痛，沿神經按之有觸痛。(二)神經炎(neuritis)，症狀與他種神經炎相似，惟一神經單獨被累者罕見。(三)多發性神經炎(polyneuritis)，更爲多見。其感覺異常，運動緩弱及萎縮等之區域，較因他種多發性神經炎所致者廣闊。(四)梅毒神經根炎，此病進行慢，能令周圍神經麻痺。依次累及神經之根，先由腦神經起，漸延至脊神經。發現感覺過敏(hyperesthesia)或束帶痛，則表示脊神經後根有進行性病也。辨別神經根炎與椎骨或脊髓膜之惡瘤不易。患梅毒者之發現神經痛，神經炎或多發性神經炎，大抵皆因受其自身之傳染所致。用一般抗梅毒之治法甚效。

#### 腦神經之梅毒 Syphilis of the Cranial Nerves

中樞神經系患梅毒，常見有一或數腦神經被累。若數腦神經有病，則當疑之爲梅毒。視神經每可被樹膠樣腫，或繼他處而發之樹膠樣腫，或梅毒腦膜炎所累。若顱內壓力增大，則見視神經乳頭腫(choked disc)。眼肌麻痺亦常因梅毒所致，梅毒性損害可累及任何腦神經。

梅毒性神經系官能病及精神病 Syphilitic Neuroses and Psychoses。梅毒可致數種精神病。對於此病之畏懼心，可致患輕性畏梅毒病(mild syphilophobia)，或因憂慮而致沉重之抑鬱(depression)。腦組織或可被殘害。腦之滋養障礙，因其血管或血有病，或因受治療過久而起。

症狀與非梅毒所致者相似。因腦之組織柔軟，故易受

梅毒性毒之傷害。但腦所起之反應，人各有其特性。或發現精神症狀，或發現神經系官能病的症狀。其所現諸症狀與因他種損傷或壓力所致者相同。所有不同之諸顯狀，可分類如下：（一）梅毒性神經衰弱（*syphilitic neurasthenia*）。每先中樞神經系梅毒發現之。其平常症狀為抑鬱，不寐，覺頭之周圍被壓及易倦等等。此並可發現於梅毒之早期。（二）希司忒利阿（*hysteria*）。現希司忒利阿性諸症狀類似中鉛，砒，醇等毒所致者。如果因梅毒螺旋體所致，則用抗梅毒療法可治療或減輕之。（三）梅毒性意志軟弱（*syphilitic weakness of the mind*）。平常與偏癱或單癱伴發，係因腦之損害所致。

梅毒性假不全麻痺 *Syphilitic pseudoparesis* 此病之臨診的症狀，與不全麻痺相似，而有更顯著及恆久的聽官幻覺（*auditory hallucinations*）。乏色曼反應於少許脊髓液內呈陰性。施抗梅毒療法，有極佳之應效。

偏執狂兼脊髓癆 *Paranoia with tabes* 病人顯運動的共濟失調之症狀，歷多年不變，兼窘迫幻想（*delusion of persecution*）及聽官幻覺。

偏執狂不兼脊髓癆 *Paranoia without tabes* 甚似中醇毒偏執狂。

癲癇狀 *Epileptiform* 所發精神的症狀，與尋常之發於癲癇者無異，非藉實驗室診斷法難於鑑別之。

短期之幻覺 *Short periods of hallucinations* 此症狀時發時止而不持久。

兼梅毒性心臟病之精神病 *Psychosis with syphilitic heart*

disease 病人具易受刺激,畏懼,焦慮,抑鬱,記憶力喪失等症狀。主動脈梅毒亦常見之。

似躁狂抑鬱之精神病 Psychosis resembling maniac depressive insanity 病人所有之幻想更可笑,且與其平常之思想毫無關係。藉神經學之病徵及實驗室方法,可得確實之診斷。

畏梅毒病 Syphilophobia 此為對梅毒及其結局發生恐懼心而致之精神病,故名。

輕重不等之意志軟弱 Various degrees of weak-mindedness 病人意志紊亂,因先天不足兼感梅毒所致。凡腦力遲鈍者 (imbecile) 沾染梅毒,則其腦力之遲鈍必因之加劇,意志軟弱者沾染梅毒,則其意志軟弱之程度亦必因之加劇。

梅毒性精神病及神經病之豫後甚佳。但病人在沾染梅毒前之腦力素鈍者,則雖用合宜之抗梅毒療法亦不能改造之,使呈正常狀況。僅可除其意志之加劇症狀耳。

現今所得諸統計,尚不足以確實證明因梅毒而致之精神病佔精神病百分數中之幾分,但就已知者,可謂一切精神病中之直接起因於梅毒者,佔百分之二十至二十五,間接起因於梅毒者如腦力遲鈍或癡愚 (idiots) 之病人亦佔百分之二十至二十五。

據以上所述,可知梅毒對於精神病何等緊要,蓋梅毒確為諸多精神病之原也。故吾等診視精神病病人時,當細查其有無梅毒。

凡精神病之大概能診斷為梅毒所致者,當用普通抗梅毒療法。

## 特別療法

## SPECIAL TREATMENT

近今對於神經系梅毒之療法，除用阿西非那民及鉍等之外，猶有其他藥物及方法試詳於下。

## (1) 硬脊膜內注射法 Intrathecal Injection

此為施於神經系梅毒之特殊療法，亦稱椎管內注射法 (intraspinal method)。

(a) 愛理氏法 Swift-Ellis method 愛理氏法在前述諸神經系梅毒療法中數經言及。吾人雖尚有他種方法可以注射多種之藥於椎管內，但愛理氏療法之手術及效果尤足令人滿意。愛理氏療法之手術如下：注射 0.3 至 0.5 克之阿西非那民於病人之靜脈內，經一小時後由靜脈內取出血四十毫，貯於無菌之遠心器管內，待血塊結成，則將遠心器旋轉之。後以無菌吸管將血清吸入無菌之歐蘭麥氏玻瓶 (又名錐形瓶 Ehrlemeyer's flask)，塞以無菌棉花，置冰箱內。待至次日，取出置於水蒸內加熱至百度表五十六度歷半句鐘。次取血清十二毫，加無菌當量鹽溶液十八毫稀釋之，後用腰刺術注射該溶液於椎管內。下次注射，則增加血清之分量而減少當量鹽液之量，例如血清十五毫稀釋以當量鹽液十五毫，血清十八毫稀釋以當量鹽液十二毫是也。入後並可注射純血清而亦不致發現刺激的症狀。在注射血清之前，務吸出三十毫或更多之脊髓液，以免血清注入後增加顱內之壓力而致發生損害。此治法之所以有益，在注射六零六於靜脈內數小時後，血清內即成一種物質，具強有力之

殺梅毒螺旋體作用。但此質爲何物，迄今尚未發明。每一二星期可注射一次。

(1) 汞療法 Mercury method 法將氫化高汞  $\text{O} \cdot \text{O} \cdot \text{O}$  一三至  $\text{O} \cdot \text{O} \cdot \text{O}$  二克(五十分之一至三十分之一哩)溶解於新製無菌之當量鹽液內，後加經過遠心器旋轉之血清至二十鈺(此血清之備製法與愛理氏者同)置於水蒸內加熱至百度表五十六度歷半句鐘之久，以滅所含之細菌。待該液之溫度與人身之溫度相等時，注射之於椎管內。每二三星期注射一次。

### (2) 殺台盼原蟲劑療法 Tryparsamide Treatment

近用此藥療治神經系梅毒病極有效驗，因其含砒較多之故。其劑量開始爲 1 克，後加至 3 克止。用時將其溶解於蒸溜水十鈺內。行靜脈注射，一星期一次，八次爲一療期，計第一次 1 克，第二次 2 克，此後均 3 克，共注射 21 克。一療期滿後，停止四星期再診斷之，如病未全癒，可覆射。如同時兼用鉍汞則功效更佳。此藥對於凡梅毒所致之神經系病均有功效，而以脊髓脊髓膜炎及脊髓癆尤著。但用此藥之先，須查驗視神經有無損害，而在療治期內更須詰問病者之視力如何，而時時調驗之，因此藥易於使視神經發炎及枯乾也。此種情況有時在注射二或三次後發生者有之，而在二三療期後發生者亦有之。

### (3) 瘧原蟲療法 Malaria Parasites Method

此療法對於全身性不全麻痺甚有功效，近日在歐美諸國採用甚廣。其法即取患間日瘧者之血 2 鈺行靜脈或皮下注射法注射於患麻痺者之體內，注射後即發間日瘧，至八

或十二次後，然後令其服雞納(quinina)以制止之。凡用此種療法，大都能一次即行痊癒，癒後亦不致發生其他之不良症狀。

## 特種覺器之梅毒

### SYPHILIS OF THE SPECIAL SENSE ORGANS

茲特提供眼，耳二項討論之。

#### 眼之梅毒 Syphilis of the Eye

險 梅毒無論在何期，自初瘡至晚期之樹膠樣腫皆可發生於險部。

險板 險板之梅毒特多見於晚期，或為限界性結節，或為瀰散性之樹膠樣腫性浸潤。後者致險變為甚厚，檢查時每無法翻轉之。二種病況皆無潰爛之趨勢。

結合膜 結合膜發生初瘡者甚少，有之，則在下險之結合膜及下穹窿之皺襞處最多。患處微現發炎及水腫而滲出粘液性膿甚多。腫部之外觀頗有似豚脂。球結合膜之初瘡亦曾有報告者，謂與眼之小泡(phlyctenule)相似。在晚期中，可發生單獨或多數丘疹。又可發生樹膠樣腫，而令患處發輕重不定之炎，因深層組織亦被累也。有一種病況稱為梅毒性結合膜炎(conjunctivitis syphilitica)，結合膜發生許多小粒，與沙眼(trachoma)類似。病人有此種結合膜炎者，大抵並現梅毒之他種損害，其乏色曼反應亦為陽性。局部療法無益於此病況，惟抗梅毒療法有效。

鞏膜 樹膠樣腫為鞏膜唯一之梅毒性損害，見之殊罕。



但若有之，則能蔓延至睫狀體而致睫狀體炎(cyclitis)，或並累及角膜。若不療治，則潰爛，以致眼球穿孔而失明。

鼻淚管 淚管之梅毒性骨膜炎或鼻腔梅毒損害之蔓延皆可致鼻淚管狹窄。

角膜 後天梅毒累角膜者不甚多。惟在梅毒之晚期有時於角膜之中央發現甚小之限界性淡灰白色斑點。此謂之爲梅毒性點狀角膜炎(keratitis punctata syphilitica)。不現虹膜炎及角膜邊周圍充血之狀。用合宜療法，斑點即消沒，毫不遺留癍痕或他種損害。

深血管性角膜炎 Deep vascular keratitis 此患在先天及後天梅毒皆見之，而在後天梅毒尤爲多見。即角膜邊之一小部分發生一小紅斑，徑四分之一吋(6.35 mm)或尤小。用凸面鏡照之，可見極小之血管自角膜邊放射至其本質之深層。圍繞該血管處之本質變濁。病者自覺眼受刺激，畏光及視物不清。此病屬慢性，但治療後角膜仍透明。

神經麻痺性角膜炎 Neuroparalytic keratitis 係因三叉神經萎縮所致，有時由於梅毒傷害該神經路使然。此種角膜炎初起係在角膜之中央發生灰白色之浸潤，漸漸延蔓，直至除近角膜緣之一狹窄部分外，全角膜皆被累及。其後致角膜腐崩而脫離。無刺激，疼痛或流淚等狀，但有環狀充血。角膜知覺喪失，故無角膜反應。

角膜亦可發生樹膠樣腫，但極罕見。

晶狀體 睫狀體炎後，晶狀體易變爲不透明，蓋晶狀體之營養因之阻害也。以是患梅毒者之發現內障(cataract)較無梅毒者更多。

眼色素層 眼色素層之任何炎症皆可蔓延於該層之全體，因其解剖學、生理學及病理學上之關係密切也。梅毒或累及此層，因一切梅毒性炎患特擇結締組織而損害之也。

虹膜 總核虹膜炎之以梅毒為病原者，佔百分之四十至七十。下疳發現後五六星期，甚或在皮疹未現之前，或即見虹膜發玫瑰疹。許多梅毒性虹膜炎只顯他種虹膜炎之通有症狀，即角膜周圍充血，虹膜污濁，瞳孔縮小，虹膜後粘，伴發以眼內劇痛，且映射至顛顛及鼻側。其視力亦被阻礙。迨一經檢查其體並用實驗室之試驗便知其虹膜炎乃因梅毒所致。但在所謂丘疹狀虹膜炎(iritis papulosa)或真梅毒性虹膜炎者則有一定之特徵可據，單檢其眼即可診斷之。如睫狀體及結合膜之血管皆充血甚重，虹膜變色而其紋形極模糊不清等是。用斜照法(oblique illumination)檢查，可見虹膜之瞳孔緣有小結節。該小結節亦可發生於虹膜之各部，其大小如定針頭，色黃紅或棕，伸入眼前房或瞳孔處。虹膜後粘連亦有之。

晚期可在虹膜發生樹膠樣腫，為一單獨之瘤，平常只一側有之。可長至甚大而起變性作用，或長大充滿前房，甚或長過睫狀體而穿破鞏膜。角膜發霧不明，因後彈力層發生沉着物所致。治療後，則虹膜發生樹膠樣腫之部分萎縮，是乃癢痕收縮使然。

睫狀體 因睫狀體與眼色素層之他部分關係密切，故病之單獨累睫狀體者殊罕見。梅毒所致之睫狀體炎係一種成形性虹膜睫狀體炎(plastic iridocyclitis)，為急性。平常雙眼患之，但非必同時耳。症狀為角膜周圍充血，眼痛射偏頭

部，睫狀體部按之則痛，眼水濁濁，虹膜後粘連，眼前房變深，前房內有滲物或血，玻璃狀體之前部有不透明點及角膜後有沉着物。

眼脈絡膜 脈絡膜炎 (choroiditis) 爲次於虹膜炎之最常見之梅毒性眼病。滲液性脈絡膜炎爲常見者，大抵屬播散性，但間亦有屬瀰散性，限界性或位於中央者。發於梅毒之早期，在受染後之第四月至第二年間見之，然亦有較遲者。病之進行慢，歷期自六星期至三閱月。在早期用檢眼鏡檢查，則見有黃色或灰白色之點散佈於眼底，此由炎性浸潤所致。所有覆被色點處之視網膜亦水腫而濁濁。在玻璃狀體之後部亦見有不透明之點，此因滲出物穿過視網膜故也。遲之多月，則滲出物呈機質化而有纖維組織形成，以致被累之脈絡膜及視網膜不無毀損。後則色點轉白，蓋脈絡膜及視網膜被累之部分萎縮，而透見其後鞏膜的白色也。終則有色素塊集於萎縮區之邊緣。病者最要之主觀症狀爲視力減弱。病之豫後就視力言之，殊爲不佳。因有蔓延至視網膜，視神經或睫狀體之可能性也。

視網膜 梅毒可致種種視網膜炎，但平常所見者爲限界性及瀰散性二種。總計患梅毒之發生視網膜炎者約佔百分之八。主觀的症狀爲視力減弱，閃光幻覺 (photopsia)，夜盲，視物變形，暗點 (scotoma) 及視野收窄 (narrowing of the field of vision)。檢以檢眼鏡，則見玻璃狀體之後部有不透明體，視神經盤周圍之視網膜變濁濁，充血，視網膜及脈絡膜之血管附近有滲出物，視網膜之血管下有黃色或白色點。

豫後之良否關乎用抗梅毒治法之早遲。倘忽焉不治，

或治之不充分，則有視神經萎縮之結果。色素性視網膜炎及增生性視網膜炎有時亦因梅毒而致。

視神經 視神經之任何部分皆可受梅毒之累，亦有致其全體受病者。但其顱內部之被累為最常見，因此部易發生樹膠樣腫，或腦膜之樹膠樣腫性浸潤蔓延至此部也。樹膠樣腫性腦膜炎最易起於視束交叉(chiasm)處。徒用檢眼鏡檢查，不能確實診斷，必須兼藉他種病徵及實驗室之試驗方可確定之。

視神經乳頭炎 Papillitis 即視神經之眼內部炎。其為梅毒所致者視網膜之血管壁特別變厚，可藉此以與他種原因所致之乳頭炎區別。平常無外表病徵，僅因視力減弱或喪失而瞳孔開大。其餘客觀的症狀則與他種原因所致之乳頭炎無異。

視神經乳頭腫 Choked disc 亦可因梅毒而致，或亦見之於腦之腫瘤。此狀況表示顱內壓力之加增。梅毒性視神經乳頭腫狀況與因他病所致者相同。

眶後視神經炎 Retro-orbital neuritis 亦可因梅毒而致。

視神經萎縮 Atrophy of optic nerve 患此者極可疑其屬梅毒性，因凡患脊髓癆之顯此狀況者佔百分之四十至五十，且為中樞神經系統梅毒一種常見之後發病也。其症狀及病徵與因他病所致者相同。

眼肌 兩側眼外部肌麻痺之因梅毒而致者至少佔百分之七十五。令眼肌麻痺之損害係屬於(1)腦皮質的，(2)腦核的，(3)腦束的，(4)腦底的，(5)眼眶的。損害之在腦皮質者為同偏向麻痺(conjugate paralysis)，斷不單獨致一肌麻痺，惟一側

之上瞼下垂者容或有之。損害在腦核者，致數條眼肌麻痺，大抵兩眼相同。腦束之損害則致兩眼同側之肌麻痺，兼顯對側之上下肢癱瘓。腦底損害可依次累種種分布於眼肌之神經例如面神經，嗅神經，三叉神經等。眶之損害常兼累眼肌及眼之神經，且致眼有觸痛，眼球突出，單側視神經炎等之症狀。

阿該氏瞳孔亦屬眼狀之一，前已論及，多見於患脊髓癆者。有時只一側之瞳孔如是，但平常兼累兩側。

治法 各種眼梅毒病皆當用最有效力之全身抗梅毒治法。又須用局部療法以治其特別炎症。凡患角膜炎者須常用阿刀平(atropine)開大瞳孔，預防虹膜粘連。法用百分一之阿刀平溶液，每二小時滴一滴於眼內，兼敷熱濕布，並帶黑眼鏡以避烈光。在晚期，可用待俄紐(dionin)以助消除不透明體。患虹膜炎者每二小時滴入百分一之阿刀平及百分一之科卡印(cocain)溶液於眼一次，連續用之，至睫狀體之充血消退為止。患視網膜炎及視神經炎者當保護其目勿使見光，並須完全休息。

### 耳之梅毒 Syphilis of the Ear

耳咽管及中耳 中耳之梅毒性損害可發現於梅毒之各期，由於病循耳咽管蔓延所致。在只發卡他性腫大，及耳咽管閉塞者，則致耳鼓內陷而充血，聽覺減弱，且仁內氏試驗(音叉試驗 Rinne test)時或屬正常。所有症狀與任何單純性中耳炎所發現者相同。早期梅毒中有一常見之耳症狀，即骨之聲音傳導力減小而鼓膜則無他異點是也。若用吹張

法(inflation)後而聽覺不立見佳者,則知病不在中耳,或係因迷路(labyrinth)受染或兼中樞神經系梅毒與否不定也。就理論言之,梅毒早期之全身皮疹亦可見於鼓室之粘膜,但檢查時無特殊之現狀可見。然早期雖不現特殊症狀,究可有卡他性炎或粘連性卡他性炎及膿性炎之狀發現,而並非由何種單純性染毒所致。若鼓膜毀壞甚速而骨之聲音傳導力確減,則立宜疑之為梅毒。膿性中耳炎不多見於梅毒,但間亦有之。上述諸病苟早用抗梅毒療法,皆見效甚速。但在施治甚遲而鼓膜、聽骨或鼓室壁之某部業已被毀者,則雖用抗梅毒療法亦屬無益,其結局大抵成貝耳氏癱瘓(Bell's palsy 卽面神經麻痺)。

梅毒之晚期亦可患膿性中耳炎,但與他種染毒所致者難於辨別。如果患此,則毀壞甚速而蔓延亦廣。

內耳 現因對於患全身性梅毒者罕用耳之檢查法,故梅毒性耳病不能確實計算。按統計表所載,中耳病之因梅毒而致者約佔百分之五。多半發現於梅毒早期之晚程,或其晚期之早程。梅毒病人之驟發耳聾者,罕由於第八腦神經或迷路神經之單獨被累,而大抵為中樞神經系梅毒之徵。然早期梅毒中第八神經之受害殊較其他腦神經為尤常見,凡聽覺驟失,兼有耳鳴,但無疼痛及中耳病之徵,且患者為健康之年輕成人,則可疑為第八腦神經或迷路神經之梅毒。

病者在受高調之音叉或計時錶等試驗時,所能聽得之音甚微,而會話時之語聲則或能聽出。要之,骨傳導力之顯然減小確為內耳梅毒性損害最可靠之一據。

早用抗梅毒療法可救治之,但在病已進行甚久者則雖

治亦不能恢復其聽覺也。

## 先天梅毒

### CONGENITAL SYPHILIS

本書前此所述，皆關於後天梅毒之研究。茲所論者為遺傳至第二代之梅毒。此項梅毒之遺害，誠足令人悲傷。平常稱為無辜梅毒(syphilis of the innocent)。因此，吾等必須奮力盡醫士之天職，以教導一般人民使明瞭梅毒之危害大有影響於社會及國家之幸福，不得不實行防止梅毒之傳染，並使所有梅毒病人了解其病有絕對的完全治療之必要。

梅毒病人所生具梅毒性之小兒，其體內之梅毒螺旋體與有生俱來，以至終身處劣敗之地位，不能與常人競存。其受染之結果一如後天梅毒，可發各種後天梅毒所現之損害。無辜受累，是誠吾人類至不幸之事也。

先天性梅毒者，受梅毒傳染於出世之前之謂。即兒體在子宮內或當生產時由生產道之梅毒性損害而受染。換言之，即梅毒螺旋體於受孕與生產間之時期內由母體直接移轉於嬰兒之謂。至所謂遺傳梅毒(hereditary syphilis)，則非因活動的及直接的傳染而致，乃由其上代梅毒所致之不健全生發細胞(卵或精子)而得。由此言之，梅毒傳染之移轉法有二。其一屬胎盤的，即由胎盤傳染。其二屬生發細胞的，即梅毒螺旋體或先已沾染生發細胞。

胎兒之如何受梅毒傳染一問題，今尚意見紛紜，迄無定論。或以為胎盤不啻一種極好之濾器，可藉以隔離母與胎之血，因此梅毒螺旋體只能限於母血或胎中之血而不能交

相傳染。又或深信梅毒之生發細胞傳染，以爲定係精子攜帶梅毒螺旋體入卵內而受卵膜之包繞。果如是則梅毒螺旋體將僅繁殖於胎體而不染及其母。此則胎兒之受染，乃父實獨尸其咎。顧雖在精液內曾經發見梅毒螺旋體，究之精子之體積甚小，似未能攜帶該梅毒螺旋體入卵內，且其自身猶能健存而足使該卵受孕。而據某種臨診的研究，却似表示先天性梅毒間有由父傳染者。惟是今藉乏色曼試驗之助力，確已證明先天性梅毒小兒之母，雖多半無臨診的症狀，但用乏色曼查之實已具梅毒。是故就事實而論，必須抽想兒之父及母皆有梅毒也。

抑吾人之研究此項移轉問題也，要可就曾經公認之二公例略言之。(1)可雷司氏之公例(Colles' law)。謂無梅毒之婦人產生具梅毒之小兒，雖兒能傳染他人，而此婦則能對兒之傳染免疫。迨乏色曼試驗法發明後，乃知母之不受梅毒兒之傳染者，緣其早已具梅毒性也。(2)潑費塔氏之公例(Profeta's law)。謂具梅毒性之母產生顯然強健之小兒，兒能不受梅毒之傳染，因其對梅毒能免疫也。此其解說有二：(a)小兒或本具梅毒性而不發現症狀。此爲極常見之事，非藉乏色曼氏反應或晚發損害不克診斷爲有梅毒。(b)母之梅毒不在接觸傳染時期內，故常有具梅毒性之母產生無梅毒之小兒，而兒於出生後苟不與梅毒病害接觸可永不發梅毒，但其免疫性非能優勝於無梅毒性父母所生之小兒。

父母梅毒之輕重與其小兒梅毒之輕重無關，是故父母患劇烈梅毒者，其小兒未必將受同樣烈度之病苦。但父母



受染之時間，及小兒出生之日期，則於小兒受染之效果上不無關係。父母受染之期相距愈遠，則病毒(virus)愈弱，而小兒不良之效果愈少。此係該蘇維氏之公例(Kassowitz's law)。母體受染後所孕第一胎先天梅毒往往較次胎爲重，妊娠愈後者其所現不良效果愈少。

梅毒抑又能使第二代多半無生殖能(sterility)，非必流毒無底。且梅毒致胎小產或死產(死胎)者，竟超過百分之五十，是以能殺許多小兒於出生之前。又其小兒縱能出生存活，而早年夭殤之死亡率殊較正常小兒之夭亡率爲大。常見繼梅毒傳染後所孕之第一胎往往致小產，次胎產出時已死，第三胎產出後不久即死，倘再有第四胎亦往往於生產後不久即發現梅毒，再有第五胎則或可爲健全之小兒。此殆因歷次產出多胎致梅毒之病毒失去其毒力無疑。凡此種種，皆不幸中之幸事也。

凡梅毒病人之具先天梅毒者，佔百分之三至百分之十。患梅毒者倘不因缺少生殖能及胎之死亡，則先天梅毒必增多若干倍也。

#### 臨診的症狀

先天梅毒除無初瘡外，其餘臨診方面所現之多種病徵，皆與後天梅毒所現者相同。多種畸形如平蹠足(flat foot)，赫尼亞(hernia)，脊柱側凸(scoliosis)等曾有以梅毒爲其原因者。但此類畸形見於具梅毒性父母所生之小兒者，並不多於其他小兒，可謂此類畸形諒非由於梅毒所致。又具此類畸形之小兒有無梅毒不定，故此類畸形之發現殊不似屬梅毒性。凡患先天梅毒，有畢生發現症狀極微極少者，亦有早

亡者，更有存活而發現各種劇烈症狀者。

梅毒性現象大抵於病兒生產後不久即發現。小兒平常於出生時尙甚強健。損害發現之時期計第一星期發現者佔百之八，第二星期發現者佔百之十三，第三星期發現者佔百之二十四，第四星期發現者佔百之十七，第二個月發現者佔百之二十二。

早期損害與後天梅毒之早期損害同。平常所現即皮疹，粘膜疹，淋巴腺腫大，濕疣及禿髮諸狀。先天梅毒之症狀較後天梅毒所發者尤屬全身性的。兒體營養不良，性暴躁。鼻炎顯著，謂之嬰兒涕溢(snuffles)。其顏面類似老人，並有皸裂(rhagades)由口角向外放射。且發皮疹及異常之指甲毛髮，牙齒。後則任何器官皆可發生樹膠樣腫，骨部改變，尤多指趾炎(dactylitis)。有時不現早期損害而初起即發生樹膠樣腫，此大抵於兒滿二歲後見之。大多數患先天梅毒者在襁褓時無顯著或易辨識之症狀，而此等病兒入後每多發現劇烈之損害。

先天梅毒之症狀在任何年齡如嬰兒期，兒童期，弱冠期，甚或成人期，皆可發現之。

早期皮膚損害雖或可發現斑狀疹，但究不及斑狀丘疹或丘疹之多見，而尤以平圓類丘疹爲最著。疹或爲瀰散性，與後天梅毒所發者同，但常見者爲限界性，而於臀部及生殖股部(genito-crural region)尤然。又掌蹠每發現紅斑，此殊足爲梅毒之指徵。凸圓類之丘疹亦可發生，其特性大抵與在後天梅毒者相同。淺膿胞罕見，但深膿胞病式膿胞則常見之。又或有水胞狀損害伴大胞性損害(bullous lesion)發現。

此則或爲播散性，或爲限界性，但不似在濕疹者之融合。此大胞性損害見於先天梅毒者較後天梅毒者爲多。最多處係在手足及臂腿，但身體之各部皆可發生之。其直徑在一吋以上，或膨漲，或皺縮，內含或清或濁之液。其底大抵常爲肉面而繞以一發炎之暈。其形狀甚似天胞瘡 (pemphigus)，而有時特稱之爲梅毒性天胞瘡，又或類似大胞性膿胞病 (bullous impetigo)，以至有時非發見先天梅毒之他種病徵，無從鑑別之。

濕疣常見，且可長至甚大，特多見於肛門及會陰。

晚期皮膚損害 先天梅毒之晚期損害與後天梅毒所發者相同，以樹膠樣腫之損害爲最著。蔓延性結狀損害不多見。潰爛之樹膠樣腫具極大之毀壞力，且多半難於收口治癒。鱗屑性手掌梅毒在先天梅毒，極爲罕見。

口及咽之病患 口及咽發現粘膜炎者極爲常見，且與後天梅毒所現者無別。其他損害之發生在口及咽者亦與後天梅毒無異。齒爲檢查患先天梅毒者首當研究之器官，因大可資診斷之助也。齒之發出大抵較晚，且多畸形。有所謂胡頓森氏齒(鋸齒形齒 Hutchinson teeth)者，其定型齒爲恆齒之上中門齒。此類之齒長闊皆小於常齒，且其形非平扁，乃爲圓形或木槓形，其切面有一中央切迹(凹口)。在六歲時之臼齒亦有重要改變。其磨面(接觸面)現不齊之腐蝕，以致發生諸小陷窩並變色而令齒冠之大部分被以污黃色之海綿狀質。但其邊緣仍爲健好之齒質。是名蜂房形臼齒 (honey comb)，或稱桑椹形齒 (mulberry tooth)。此狀在患先天梅毒者極爲特殊。

毛髮及指甲之病患 患先天梅毒者之髮雖間有生長速而色極黑者，但大多數之患者究不免有顯著之禿髮，特於頭頂爲甚。顱皮全部完全禿髮者亦有之。眉毛亦或脫去。

指甲之改變與後天梅毒同。

呼吸系之病患 鼻 具先天梅毒之小兒於出生後不久即發現鼻炎者約居百分之七十，平常稱爲嬰兒涕溢。此爲膿性鼻炎，入後往往極臭惡。兒之呼吸窒礙，幾致不克吮乳，因吮乳時有礙口之呼吸也。但鼻部雖發此炎，尙不至成鞍形鼻。鞍形鼻則在發生與後天梅毒無異之樹膠樣腫者可致之。

喉 先天梅毒病人之發現嘶嘶聲 (hoarseness) 者約居百分之十四，由於單純梅毒性炎或潰瘍所致。梅毒病兒現喉癢擊者不少，發作時發雞鳴之聲 (crowing sound)。

氣管及枝氣管 此二器之發生損害不及在後天梅毒者之常見，其所致症狀則與後天梅毒無異。

肺 白色肺炎 (pneumonia alba) 係一種在死胎之肺所查見之狀況，由於梅毒所致。其他現於後天梅毒之肺患及症狀亦可於先天梅毒見之。

消化系之病患 食管及胃 罕見發生梅毒性損害，只在剖檢時嘗一見之。腸 之損害較爲常見，但非剖檢難於先事診斷。

肝臟 則爲先天梅毒所最常累及之器官。其損害有三種。(1) 與皮膚損害伴發者，此則胎兒或爲死胎，或出生時猶健好而損害隨即發生。(2) 損害之遲發者。(3) 多葉性硬化 (multilobular cirrhosis)，於病人之晚年發現之。第一

種損害致肝腫大，堅硬而有觸痛，但或無黃疸及水腹(ascites)。脾亦常隨之腫大。依病理檢查法切開之，則見肝較正常者堅硬，切面雜呈斑點，蓋損害分配於肝內不均所致也。倘有灰白色小點，則係小體積之樹膠樣腫。檢以顯微鏡，則見結締組織增生，血管周圍有特殊的梅毒性之改變。肝小葉內之毛細管及淋巴管之內皮細胞亦見增生。倘在晚期檢查之，則見結締組織增生愈多，而有明著之纖維組織帶橫亘肝體內。第二種之損害就病之徵象及病理言，皆與晚期後天梅毒相似。第三種即多葉性硬化，平常於出生後多年方現之，伴發以水腹及消瘦等，並有門靜脈梗塞之臨診的症狀。

先天梅毒未見有膽囊膽管被累之報告，但膽管先天狹窄之因梅毒沉著物而致者則嘗有之。

胰腺患先天梅毒之曾經記載者不少。此大抵為慢性硬化性胰腺炎(chronic indurative pancreatitis)，但小樹膠樣腫亦嘗見之。嬰兒患糖尿病(diabetes mellitus)之病原或為先天梅毒性胰腺炎。

血循環系統之病患 循環系先天梅毒之損害與後天梅毒所現者無異。患先天梅毒之小兒體內既有甚多之梅毒螺旋體，循環系亦自不能避免其害。

脾之被累者約佔病案總數百分之五十以上。其主要症狀為脾腫大。其損害有三類，(1)單純的增生性過長(hyperplasia)，(2)粟粒形樹膠樣腫所致之瀰散性纖維織改變，(3)真樹膠樣腫。

淺淋巴腺之腫大不如見於後天梅毒之多，但肱骨內上髁部之淋巴腺，則往往在早期即腫大可藉為診斷之要狀。

骨關節肌腱及滑囊等之病患 先天梅毒之擾害運動系，大概與後天梅毒所現者相似，惟患骨軟骨炎 (osteochondritis) 尤為先天梅毒之特殊狀。用愛克司光線檢查髓與骨幹 聯接處，則見其界線較正常者為寬，此為本病最特殊之狀況。在病此已久者，或致骨髓半脫位 (subluxation)。與骨軟骨炎伴發者往往為骨膜炎，及骨髓之改變。若骨髓改變大抵為先天梅毒中貧血之原因。又骨軟骨炎可致長骨發育不全。假性癱瘓 (pseudoparalysis) 亦可與此病伴發。有時小兒一經提抱即哭，乃因壓其被累之處而覺觸痛也。

骨膜炎 無論何期皆可患之，且極與後天梅毒所發者相似。脛骨較他骨被累尤多，致成腰刀形脛骨 ('saber tibia')，此則骨之前緣顯然凸出。

骨炎及骨髓炎 與後天梅毒相似，但顱骨 被累者較少，而鼻骨 則被累者較多 (第九圖)。

指趾炎 亦常見，大抵現於二歲以前。平常受累者為手指，足趾亦或患之。受累之指常在一個以上。指每漸漸腫大成梭形，後則變軟而穿破。其狀況或有似乎結核，但可據病人之年齡，梅毒之他種病徵及乏色曼反應以鑑別之。

骨關節炎 (osteoarthritis) 見於先天梅毒之後期。為多數性進行性軟骨炎或軟骨關節炎。就病理言之，其關節軟骨變薄而潰爛。該關節之髓變軟，未潰爛之軟骨亦變軟而脆。關節之膜蔽以絨毛。在臨診上不易與單純性關節炎辨別。

滑囊 之先天梅毒與其後天梅毒無異。

腎之先天梅毒 腎之特殊損害，在梅毒之早期及晚期均可與他器官或身體他部分之損害同時發生。各類腎炎

皆可見之，但腎之損害往往因他種先天梅毒之狀甚著而不經注意。

腎之早期先天梅毒殊非罕見，但其臨診的症狀甚少，甚或無之。其病理之改變為主質性腎炎（parenchymatous nephritis），腎充血間質性腎炎（interstitial nephritis）及樹膠樣腫。

腎之晚期先天梅毒性損害可分為二類：（1）症狀在腎有病後數年方發現者。（2）症狀於病過早期後復經一潛伏期而新發者。晚期先天性腎梅毒之曾經報告者雖不少，而吾人對於此問題之知識却仍有限。

男生殖器之先天梅毒 梅毒性辜丸炎為先天梅毒常見之症，最常見之於嬰兒，但稍長之兒童亦或見之，甚或遲至成丁時始發現之。平常兩側同患，但亦有僅累一側者。辜丸腫大，變硬，時或有觸痛。辜丸又可發生樹膠樣腫，但罕見壞變及潰爛。副辜被累不多見。辜丸膜水腫亦少。

女生殖器之先天梅毒 先天梅毒之發疹期內常見有女陰濕疣與會陰濕疣伴發。

陰道，子宮頸及子宮體據諸多梅毒專家之研究，謂皆不被累。

患先天梅毒而死之女孩體中曾經考知有輸卵管梅毒者數見不鮮，同樣病案在卵巢內發見梅毒螺旋體者亦有之。

無管腺之先天梅毒 當剖檢時查出內分泌腺之受累於先天梅毒者殊不少，惜其臨診上的症狀及病史所知皆甚微。甲狀腺，腎上腺，胸腺及大腦垂體皆嘗有發見損害者。甲狀腺受損害者則現甲腺機能過敏（hyperthyroidism）之顯著症狀。胸腺可發生樹膠樣腫及瀰散性纖維樣之改變。至

於大腦垂體之梅毒,或以爲係肥胖性生殖無能榮養不良(dystrophia adiposogenitalis)之病原。

中樞神經系之先天梅毒 先天梅毒病人之現中樞神經系被累狀者佔百分之十三,或謂不止此數。症狀之發現,最通常者係在發身時期。各式中樞神經系梅毒皆可見之於嬰兒,所現症狀實與後天梅毒同,故無庸贅述。最常見者爲幼年不全麻痺,幼年脊髓癆(juvenile tabes),腦脊髓梅毒及癲癇病(epilepsy)。

幼年不全麻痺平常約在十四歲發現,但早在八歲遲至二十三歲發現者亦有之。症狀與發現於後天梅毒者相同。豫後絕無望,每致命。又此病往往非遲至晚期不能辨識之。

癲癇之發現於先天梅毒病人者,當與非梅毒所致之癲癇區別之。鑑別常甚難,因此類病人之乏色曼反應有變異也。此其變異之解說有二。(1)先天梅毒所致之癲癇之症狀應在幼年發現,而其發現較晚者則多非由梅毒所致。(2)許多呈陰性乏色曼反應之成年癲癇病人屬先天梅毒性,蓋當其幼年嘗呈陽性乏色曼反應,而於成人後變爲陰性也。雖然,少年癲癇之呈陽性乏色曼反應者,其百分數則高至百分之二十至二十一,故大抵可謂癲癇與先天梅毒不無關係,惜現時尚不能作任何一定之結論,所望吾人努力研究,以期對此重要問題所知更能透徹耳。

先天梅毒尚有他種中樞神經系病爲後天梅毒所無者如腦積水(水腦 hydrocephalus),腦室管膜炎(ependymitis),原發性視神經萎縮及癡愚(idiocy)等是。

腦積水在先天梅毒中較爲多見,由於梅毒性動脈炎所



致。係胎在子宮內離產期尚遠之際有淋巴性液滲積於腦室內使然。多數症狀皆係於出生後第三與第十一月之間始發現。除頭之體積增大外，尚有意識紊亂，瞳孔開大或瞳孔縮小，嘔吐，心動徐緩，驚厥，麻痺及肌強硬等狀。此等病人有經用抗梅毒療法而治療者。

梅毒之毒素由父母傳及胎兒，與正在發育之神經系統接觸，故難免不令兒體成先天後天種種畸形。

腦室管膜炎，腦卒中 (apoplexies) 腦動脈炎或腦膜之病皆可發現。視神經常被累及，患腦底梅毒性腦膜炎者尤然。

中樞神經系先天梅毒之豫後往往不佳。其治法與後天梅毒同。

小兒之種種精神病均可因先天梅毒而致。嘗見許多早老性癡呆 (dementia praecox) 皆有梅毒之跡象。近今對於研究年少之不健全者及犯罪惡者極有進步，因此而知此等少年品行皆極卑污下賤。曾經查出大多數少年犯人具先天梅毒。故今外國對於年少犯人，必須詳細檢查，其具先天梅毒者必妥為療治。曾經報告病人之品行有於受抗梅毒治法後顯然改變者。

眼之先天梅毒 眼病之因先天梅毒而致者每二百案其一。嬰兒及孩童之患眼色素層病者殊不少。組織形成性虹膜炎 (plastic iritis) 亦常見之，平常兩眼皆患，且與睫狀體炎及脈絡膜炎伴發。症狀與後天梅毒所發者相同，惟大抵較重。病之發現約在出生後之第五月或較早。樹膠樣腫性虹膜炎可於出生六星期後任何時期發現之。

脈絡膜炎亦常見。但因無外徵，往往不易查出，須待病

兒長大至能檢查其視力方知之。檢以檢眼鏡，所見之狀況與在後天梅毒者相同。平常多有視神經炎與之伴發。

視神經及視網膜之損害無明顯之外表症狀，非用檢眼鏡不能查出。是故凡患先天梅毒之小兒當常受檢眼鏡之檢查，直至長大為止。

小兒眼外部諸肌麻痺之特多見者為眼內直肌麻痺，平常係因梅毒所致。

先天內障 (congenital cataract) 之屬梅毒性者頗多。凡玻璃狀體內見有細而如塵之不透明體，特在玻璃狀體之前部尤顯，而又為嬰孩所患者，極足以表明為梅毒而須搜查先天梅毒之他種病徵。

五至十五歲間之小兒患先天梅毒最常見之症狀為間質性角膜炎 (interstitial keratitis)。此病初起微現睫狀體充血，繼現模糊之雲霧狀斑於近角膜中央處。諸斑漸擴大而連合，致全角膜漸變為無光澤而晦暗之質。後則發生小血管入斑內，致現暗黃色而呈梅毒之特殊狀況。迨病達極劇點後始漸消散，角膜亦漸由邊緣向中央復變透明，終則全角膜皆變透明。惟重病不在此例。用充分的抗梅毒療法可治癒之。

虹膜炎，間或脈絡膜炎及視網膜炎皆常與間質性角膜炎伴發。間質性角膜炎大抵累兩眼，惟第二眼得病或稍後於第一眼。其主觀症狀為視力減弱，疼痛，流淚及畏光。角膜亦可患潰瘍，癒後留瘢痕於角膜上。

視神經萎縮亦或見於先天梅毒，其結局幾必至盲目。

耳之先天梅毒 耳聾為晚期先天梅毒之常見症狀。

其聾屬進行性，且頑固難治。耳之先天梅毒最妙分爲三類，(1) 出生時即顯有耳病之病案。(2) 病於出生後不久即現者。(3) 病遲至發身期或發身期後或更遲方現者。第一類小兒因受梅毒傳染之毒力過甚，往往於出生後不久即死，即其苟延殘喘者亦不僅患耳聾，往往兼有精神的發育不健全狀。第二類平常係耳之迷路病，該病又分 (a) 化膿的，(b) 出血並毀壞耳螺旋器的二類。化膿者有時不盡直接因梅毒而致，實因病兒之抵抗力低弱而由繼發性膿毒傳染有以致之。鼓膜及鼓室之含有物皆被毀壞，內耳亦或被穿通。第三類爲最常見者，其耳病在八歲與十八歲之間發現。症狀與迷路之後天梅毒同。

## 診 斷

先天梅毒臨診時之診斷大抵不難。對於嬰孩所當注意之諸狀爲全身狀況不良，體瘦，貧血，而若老人，口或肛門有裂紋向外四射，發現皮疹，涕溢，關節疼痛，肱骨內上髁之淋巴腺或他部淋巴腺腫大，肝或脾腫大或肝脾皆腫大等象。

稍長之病兒或發現樹膠樣腫。又有胡頰森氏三聯病徵(Hutchinson's triad)即耳聾，間質性角膜炎及胡頰森氏齒足資注意。

乏色曼反應在診斷上頗有價值，雖晚期未必呈陽性反應，然發疹期則多現陽性。若小兒之血不能用平常方法攝取，可試由其頸外靜脈或顳皮靜脈攝取之。若猶不能攝取，可將皮膚割一小口，令血流出而採集之。初生之嬰兒可即用其臍帶之血。

## 豫後

梅毒爲死胎之通常原因，久爲人所共知。據最近統計表之記載，凡死胎醫案之爲梅毒所致者佔三分之一以上。由此益可證實梅毒爲死胎最普通之原因。

小兒之具先天梅毒而出生者，大多數於出生後二年內即喪命。梅毒兒較非梅毒兒尤易死於傳染病。病者之結局雖受合宜治法，仍多不良，蓋可治癒者約僅佔百之二十二，見效者約僅佔百之三十五也。

凡皮疹現於出生時，或有甚重之天皰瘡，黃疸，早顯之神經系損害及消化無能等症狀，皆爲不良之朕兆。

## 預防

預防先天梅毒之道有三：（1）禁止患梅毒者之結婚。（2）夫婦間有一人或二人患梅毒，當防免受孕。（3）施最有效力之治法療治具梅毒性之孕婦。一二兩項涉及防病醫學及法律範圍，本書無庸詳述，惟對孕婦施最有效力之治法一節爲應行討論之一重要問題，茲特略言之。

梅毒專家或云，治先天梅毒之唯一方法在治療胎兒於子宮內。蓋按合宜方法施用汞鉍及砒劑於孕婦之體不致有何妨害。又孕婦苟按定則受梅毒之治療，其胎兒極有足月之機會，且生出可不帶梅毒，業經醫界證明。許多此類小兒當在子宮內時，凡其母曾受合宜之治療者，出生後經多年而不現梅毒症狀。至治療孕婦梅毒所用藥品，則因九一四（新六零六）之毒力較小，常列首選，然倘非有他種禁忌，即六

零六亦未始不可安然施用。是則對於孕婦梅毒之治法要亦未可小心過度也。

## 療 法

考慮先天梅毒之療法時，須知小兒出生後不久即現梅毒病徵，此乃表示許多梅毒螺旋體已散布於其體內所有器官，故所現之情形與後天梅毒早期之顯著狀況類似，而梅毒螺旋體之多或尤過之。因此欲得如後天梅毒之除根治癒，多半不能。

小兒之全身情形亦須注意。母乳哺育之嬰兒營養較人工哺育者為佳。患先天梅毒者當預防沾染急性傳染病，並須要充分新鮮空氣及日光。

欲求嬰兒梅毒之治癒，不能借其母之受療治，以冀小兒可由母乳內，得充分之砒銻及汞，而間接受其治癒之功。直接用六零六或銻汞治之，實屬必要。用碘化物施於先天梅毒無益，並有礙小兒之消化。

用汞劑治小兒先天梅毒，可由口服之。或服汞白聖粉 0.03 至 0.06 克，每日三次。或服碘化低汞 (protiodide) 0.003 克，每日三次。用軟膏抹擦法則尤妙。法於每晚以法蘭絨布一塊抹汞軟膏 (ung. hydrarg.) 四克，敷裹於兒之腹部，至次晚易之。每晚更換膏布之前，須為小兒洗浴一次。又軟膏亦可用以抹擦兒體之他部分，一如後天梅毒之抹擦療法。肌內注射亦可用，但施於嬰兒未免刺激太重。

六零六及九一四皆得用於先天梅毒。稍長之兒可用靜脈內注射法。嬰兒則有三法可用。(1) 肌內注射。(2)

靜脈內注射。(3)注射於矢狀竇內(sagittal sinus)。

肌內注射當間十日或二星期一次,且須注意確係注射於肌內而非在皮下。用藥無論中和之六零六或九一四皆可。

此外新出一種製劑名硫阿西非那民(sulpharsphenamine)亦曾薦用於先天性梅毒,極有功效。其注射法由靜脈或肌內皆可。其劑量凡體重1 尅者每次用0.02 克至0.6 克止,越八日或十日注射一次。又鉍亦極有效驗,因其在體內被吸收甚緩故也。其注射法與成人相同,惟劑量略異耳。在十至十二歲之小兒,可用鉍混懸劑1 呿內含鉍0.1 克,一星期注射一次,每十次爲一療期,計共注鉍1 克。

六零六之劑量按嬰兒之體重而有等差。凡嬰兒重一尅者用0.006 克即成人劑量十分之一。若注射九一四則體重每尅用0.015 之劑量而以蒸餾水一呿或二呿溶解之。

若用靜脈內注射法,可施於肘靜脈,或一額前靜脈,或頸靜脈。其用量與注射肌內者同,約間一星期注射一次。

有醫士用矢狀竇內注射法,但極危險,蓋易損傷腦部也。其他較佳之方法儘可採用,此法自以不用爲妙。

凡患先天梅毒者當受長期之治療,至少須繼續至二年。六零六及鉍汞等劑須更替施用。遇有乏色曼反應不迅速變爲陰性者,醫士萬萬不當灰心,仍應盡力爲之,務期達到治癒之目的而後已。至其療期之長短,劑量之多寡,殊難確定,總以乏色曼反應呈陰性至二年之久者,方稱全癒。

梅毒詳論終

# INDEX

## 索引

	PAGE		PAGE
<b>A</b>			
acquired syphilis	5	後天梅毒	
acuminate syphilide	27	尖銳梅毒疹	
adenitis	12	腺炎	
alcohol and syphilis	74	飲酒與梅毒之關係	
alcohol, effect on Wassermann	53	飲酒之影響於乏色曼反應	
allergic reaction	61	過敏反應	
alopecia	33	脫毛	
— areata, differential diagnosis	33	斑禿之鑑別診斷	
amboceptor	45	介體	
amyloid degeneration of kidney	103	腎之澱粉樣變性	
anemia	36	貧血	
anesthetic and Wassermann	53	麻醉藥與乏色曼反應	
aneurysm	102	動脈瘤	
angina pectoris	101	心絞痛	
annular macular syphilide	22	環形斑狀疹	
— papular syphilide	24	環形丘疹狀疹	
antigen	46	抗體原	
Argyll-Robertson pupil	117	阿該氏瞳孔	
arsacetin	75	阿撒司汀	
arsenic	74	砒	
— fast	8	耐砒或抗砒性	
arsenobenzol	76	砒木炭困	
arsphenamine	75	阿西非那民	
action of	76	阿西非那民之作用	
administration, adults	77	阿西非那民於成人之用法	
children	153	阿西非那民於小兒之用法	
composition of	75	阿西非那民之組合質	
deaths from	81	注射後之致死者	
Herxheimer reaction from	80	赫氏反應	
intravenous injection of	76	靜脈內注射法	
neocarsphenamine	77	新阿西非那民	
preparation of solution	76	溶液之配製	
reaction following	79	隨阿西非那民所起之反應	
arteriosclerosis	102	動脈硬化	
arteritis	101	動脈炎	
of the brain	149	腦之動脈炎	
arthralgia	108	關節痛	
arthritis with effusion	108	滲液性關節炎	
ascites	145	水腹	
atoxyl	74	阿托益	
auditory syphilis	137	耳之梅毒	
<b>B</b>			
Babinski's sign	116, 122	巴彬斯奇氏徵	
balanitis	38	陰莖頭炎	
basilar meningitis	118	腦底膜炎	
Bell's palsy	138	貝耳氏癱瘓	
Bismarsen	86	錳司馬辛	
bismuth treatment	83	錳劑療法	
bladder	104	膀胱	
blood	36	血	
cells used in Wassermann	45	血球之用於乏色曼反應	
bones	104, 146	骨	
dactylitis	107, 146	指骨炎	
flat	106	扁平骨	
long	105	長骨	
cranial	117	顱骨	
brain (see nervous system)			
— apoplexy	149	腦卒中	
bronchi	96, 144	枝氣管	
bullous syphilide	29, 143	大疱性梅毒疹	
bursae	111, 146	滑囊	
butyric acid test	63	酪酸試驗	

	PAGE		PAGE
<b>C</b>			
cancer and chancre of lip			
唇之癌與下疳(初瘡)	18		
cataract	133		
內障			
congenital	150		
先天內障			
cell count, spinal fluid			
脊髓液中之細胞數	65		
central nervous system			
中樞神經系	116, 149		
cerebrospinal fluid, examination of			
腦脊髓液之檢查	63		
cerebrospinal syphilis	119		
腦脊髓梅毒			
cervix of uterus	113, 147		
子宮頸			
Chad dock's sign	122		
卡德克氏徵			
chancre	16		
下疳			
chancreoid and	17		
軟下疳與下疳			
diagnosis of	17		
下疳之診斷			
extragenital	18		
非生殖器初瘡			
finger	19		
手指之初瘡			
genital	16		
生殖器之下疳			
lip	18		
唇之初瘡			
pathology	11		
下疳之病理			
phagedenic	18		
崩蝕性潰瘍			
redux (see relapsing chancre)			
spirochete in	39		
下疳中之螺旋體			
tonsil	19		
扁桃體初瘡			
Wassermann and	55		
下疳與乏色曼試驗			
Chancreoid	17		
軟下疳			
Charcot's joints	109		
夏科氏關節病			
choked disc	136		
視神經乳頭腫			
choroid inflammation	133, 150		
脈絡膜炎			
ciliary body	134		
睫狀體			
cirrhosis of liver	100		
肝硬化			
classification of syphilis	15		
梅毒之分期			
clinical diagnosis, acquired syphilis			
後天梅毒之臨症診斷	36		
— — — , congenital syphilis	151		
先天梅毒之臨症診斷			
— features, acquired syphilis			
後天梅毒之臨症狀況	16		
— — — , congenital syphilis			
先天梅毒之臨症狀況	141		
Colles' law		可雷司氏之公例	140
colloidal gold reaction		膠體金試驗	66
complement fixation test		補體結合試驗	44
condyloma		濕疣	26, 140
congenital syphilis		先天梅毒	140, 147
central nervous system		中樞神經系之先天梅毒	148
cutaneous manifestations		先天梅毒之皮膚顯狀	142
digestive tract		消化管之先天梅毒	144
ductless glands		無管腺之先天梅毒	147
ear		耳之先天梅毒	150
eye		眼之先天梅毒	149
hair and nails		毛髮及指甲之先天梅毒	144
genital organs		生殖器之先天梅毒	147
joints, muscles, tendons, and bursae		關節, 肌, 腱及滑囊之先天梅毒	146
kidneys		腎之先天梅毒	146
mouth and throat		口及咽之先天梅毒	143
respiratory tract		呼吸道之先天梅毒	144
vascular system		血管系統之先天梅毒	145
conjunctiva		結合膜	132
cornea		角膜	133
coronary arteries		冠狀動脈	101
corymbose syphilide		花朵形疹	24
cranial bones		顱骨	117
nerves		腦神經	127
crowing sound		鷄鳴之聲	144
crustaceous syphilide		鱗殼瘡	28
cutaneous lesions		皮膚損害	19
agminate		成簇性皮膚損害	30
annular		環形皮膚損害	22, 24
bullous		大皰性皮膚損害	28, 142
congenital		先天性皮膚損害	142
discoid		平圓皮膚損害	25, 142
early		早期皮膚損害	19, 142
ecthymoid		深膿皰式損害	28, 142
follicular		小泡性損害	23
gumous		樹膠樣腫皮膚損害	31, 143



	PAGE
cutaneous lesions (cont.)	
hypertrophic	肥厚類損害 24
late	晚期皮膚損害 29, 143
lenticular	凸圓皮膚損害 24, 142
macular	斑狀皮膚損害 21
maculo-papular	
斑丘疹狀皮膚損害	23
miliary	粟粒形皮膚損害 23
nodular	結狀皮膚損害 30
palmar	手掌皮膚損害 25, 31
papular	丘疹狀皮膚損害 23
papulo-pustular	
丘疹膿疱狀皮膚損害	27
pustular	膿疱狀皮膚損害 27
serpiginous	匍行性皮膚損害 30
squamous	鱗屑性皮膚損害 26, 31
vesicular	皰狀皮膚損害 29
vitiligoid	白斑病式皮膚損害 22
cystitis	膀胱炎 104
<b>D</b>	
dactylitis	指趾炎 107, 142, 146
dark field examination	黑地映光法 41
deformity	畸形 141, 143
dementia praecox	早老性癡呆 149
dermatitis venenata, diagnosis	毒性皮炎之診斷 27
dermotropic strain (spirochete)	皮膚類(螺旋體) 11
diabetes mellitus	糖尿病 145
diagnosis	診斷 151
clinical	臨症診斷 36
congenital syphilis	先天梅毒之診斷 151
differential	鑑別診斷 37
—, of spirochete	螺旋體之鑑別診斷 7
laboratory	實驗室診斷 39
digestive tract	消化道 98, 144
diphtheria and chancre of tonsil	
白喉與扁桃體初瘡	19
discoid papule	平圓丘疹 25
drug eruptions, differential diagnosis	
藥物疹與梅毒疹之鑑別診斷	22
ductless glands	無管腺 147

	PAGE
<b>E</b>	
ear	耳 137, 150
early cutaneous lesions	
早期皮膚損害	19, 142
stage	早期 16
subjective symptoms	
早期之自覺症狀	20
ecthyma differential diagnosis	
與深膿皰之鑑別診斷	28
ecthymoid syphilide	深膿皰梅毒疹 28
endocarditis	心內膜炎 101
endocrine glands	內分泌腺 114
ependymitis	腦室管膜炎 148
epididymitis	副睪炎 112
epilepsy	癲癇病 148
epileptic forms	癲癇狀 118, 123
epithelioma, differential diagnosis	
與上皮癌之鑑別診斷	19, 38
erythema	紅斑 94
erythrocytes	赤血球 36
esophagus	食管 98
etiology	原因 7
extragenital chancre	非生殖器初瘡 18
eye	眼 132, 149
lid	瞼 132
reflexes	眼反射 116, 122, 124
<b>F</b>	
fallopian tubes	輸卵管 114
female genitalia	女生殖器 113, 147
fever	熱病 35
flat foot	平蹠足 141
Fontana's stain	方坦那氏染色法 42
<b>G</b>	
gastric trouble	胃病 98
general paresis	全身性不全麻痺 120
genital chancre	生殖器下疳 16
genitalia, female	女生殖器 113, 147
male	男生殖器 111, 147

	PAGE		PAGE
gonitocrural region	142	生殖器部	
Giemsa stain	43	基姆薩氏染色法	
girdle pains	124	束帶樣痛	
glands of internal secretion	114	內分泌腺	
globulin	63	血球蛋白	
gumma, pathology of	14	樹膠樣腫之病理	
gummata of mucous membranes	35	粘膜樹膠樣腫	
gummosus lesions of skin	31, 143	皮膚之樹膠樣腫性損害	
<b>H</b>			
hair, syphilis of	33, 144	毛髮之梅毒	
heart	101	心	
hemoglobin	36	血色素	
hepatic syphilis	100	肝梅毒	
hernia	141	赫尼亞	
herpes progenitalis	38	陰莖頭疱疹	
history of syphilis	1	梅毒之歷史	
hoarseness	95, 144	嘶嘶聲	
honey comb tooth	143	蜂房形白齒	
Hutchinson's teeth	143	胡頰森氏齒(鋸齒形齒)	
triad	151	胡頰森氏三聯病徵	
hydrarthrosis	108	關節水腫	
hydrocele	147	睪丸陰水腫	
hydrocephalus	148	腦積水(水腦)	
hyperthyroidism	147	甲腺機能過敏	
<b>I</b>			
idiocy	148	癡愚	
immunity	5	免疫性	
impetigo, bullous	143	大皰性膿疱病	
differential diagnosis	28	與膿疱病之鑑別診斷	
incubation	13	潛伏期	
India ink method	41	中國墨汁法	
innocent, syphilis of	139	無辜梅毒	
infection, transmission of	9	梅毒之傳染法	
internal ear	139	內耳	
interstitial keratitis	150	間質性角膜炎	
intestines	99	腸	
intraspinal treatment	123, 126, 130	硬脊膜內療法	
intrathecal treatment	123, 126, 130	硬脊膜內療法	
iodides	91	碘	
iritis	134, 150	虹膜炎	
<b>J</b>			
jaundice	100	黃疸	
joints	108	關節	
Charcot	109	夏科氏關節痛	
disease in tabes	109	脊髓癆之關節病	
juvenile paresis	123	幼年不全麻痺	
<b>K</b>			
Kahn's test	56	康氏沉澱試驗法	
Kassowitz's law	141	該蘇維氏之公例	
keratitis	133, 150	角膜炎	
kidney	103, 146	腎	
amyloid	103	淀粉樣腎	
gummosus	103, 147	樹膠樣腫性腎	
nephritis	103, 147	腎炎	
knee jerks	122, 126	膝反動	
<b>L</b>			
labial chancre	18	唇初疳	
laboratory diagnosis, general	39	實驗室診斷	
of central nervous system	54	中樞神經系之實驗診斷	
labyrinth	138	迷路	
lacrimal apparatus	133	淚器	
Lange colloidal gold test	66	膠體金試驗	
larynx	95, 144	喉	
late stage	16	晚期	
cutaneous lesions	29, 143	晚期皮膚損害	
latent stage	13, 16	潛伏期	
lens	133	晶狀體	
lenticular papule	24	凸圓丘疹	
leprosy, differential diagnosis	30	與麻風之鑑別診斷	

	PAGE
leprosy, Wassermann in	
麻風與乏色曼反應	54
leucocytes	白血球 36
leukoplakia	粘膜炎斑病 35
Levaditi stain	賴發迪氏染色法 43
lichen planus, differential diagnosis	
與扁平苔蘚之鑑別診斷	39
lip chancre	唇之初瘡 18
lightning pains	閃痛 124
liver	肝 100, 144
localization and trauma	
外傷與螺旋體棲息處之關係	15
locomotor ataxia	運動性共濟失調 123
Luetic reaction	魯厄汀反應 62
lungs	肺 97, 144
lupus vulgaris, differential diagnosis	
與真狼瘡之區別	30
lymph nodes	淋巴結 102, 145

M

macular syphilide	斑狀梅毒疹 21, 142
maculo-papular syphilide	
斑丘疹狀梅毒疹	23
malarial treatment of paresis	
治麻痺之瘧原蟲療法	131
malignant syphilis	惡性梅毒 11
mastitis	乳房炎 114
measles, differential diagnosis	
與麻疹之鑑別診斷	22
meningitis of convexity	凸面之腦膜炎 118
meningomyelitis	脊髓脊髓膜炎 119
mental disorders	精神性病 127
mercurialized serum	汞製血清 130
mercury	汞 86, 153
administration by ingestion	
汞之食入法	90
汞之吸入法	90
注射法	86
intramuscular	汞之肌內注射法 86
intravenous	汞之靜脈注射法 91
inunction	汞之塗擦法 89, 153
mouth	汞之口服法 90
fast organisms	螺旋體之抗索性 8, 85

	PAGE
middle ear	中耳 137
miliary papule	粟粒形丘疹 24
mixed treatment	舊混合劑療法 90
modes of transmission	傳染狀況 9
moist patches	濕性粘膜炎 26
moth eaten scalp	局部禿髮 33
mouth	口 24
mucous membranes	粘膜炎 34
mucous patches	粘膜炎 34
mulberry tooth	桑椹形齒 143
multilobular cirrhosis	多葉性硬化 144
multiple sclerosis, differential	
diagnosis	與多發性硬化之區別 120
muscles	肌 14
mycosis fungoides, differential	
diagnosis	與蕈樣黴菌病之區別 31
myocarditis	心肌炎 101
myositis	肌炎 110

N

nails, syphilis of	指甲之梅毒 33, 144
nasal duct	鼻淚管 133
neoarsphenamine, adults	
新阿西非那民施於成人之法	77
in children	九一四施於小兒之法 153
nephritis	腎炎 103
nerves, cranial	腦神經系 127
peripheral	周圍神經系 126
nervous system	神經系統 115
neuroses	神經系官能病 127
neurotropic strains of spirochete	
螺旋體之神經類	11
nodular agminate syphilide	
結狀成簇性梅毒疹	30
nose	鼻 93

O

obtuse pustular syphilide	
鈍頭膿疱狀梅毒疹	27
ocular muscles	眼肌 136
oculo-motor nerve paralyses	
動眼神經麻痺	137
oesophagus	食管 98, 144

	PAGE		PAGE
optic nerve	視神經 136, 150	paronychia	甲溝炎 34
atrophy	視神經萎縮 136, 150	pathology	病理 10
orchitis	辜丸炎 112, 147	chancere	下疳之病理 12
osseous system	骨骼系統 104	central nervous system syphilis	中樞神經系梅毒之病理 117
osteitis	骨炎 105, 146	general	病理概論 10
osteochondritis	骨軟骨炎 146	gumma	樹膠樣腫之病理 14
osteochondroarthropathies	骨軟骨關節病 109	macule	梅毒斑之病理 13
osteomyelitis	骨髓炎 105, 146	papule	丘疹之病理 13
ostocperiostitis	骨骨膜炎 105, 146	pemphigus	天皰疔 143
ovaries	卵巢 114, 147	perforation of palate	腭之穿孔 35
ozena	臭鼻 93	pericarditis	心包炎 101
<b>P</b>			
palate, perforation of	腭穿孔 35	perihepatitis	肝周圍炎 100
palmar syphilide	手掌梅毒疹 25, 31	perionychia	甲狀周圍炎 34
pancreas	胰腺 100, 145	periosteitis	骨膜炎 106, 146
pancreatitis, chronic indurative	慢性硬化性胰腺炎 145	peripheral nerves	周圍神經系 126
Pandy test	潘德氏試驗 64	perisynovitis, gummosus	樹膠樣腫性滑膜周圍炎 168
papular syphilide	丘疹狀梅毒疹 23, 142	phagedenic ulceration	崩蝕性潰瘍 18
papule, pathology of	丘疹之病理 13	phlebitis	靜脈炎 102
annular	環形丘疹 24, 25	pigmentary syphilide	着色性梅毒疹 22
discoid	平圓丘疹 25, 142	pineal gland	松果體 115
hypertrophic	肥厚性丘疹 23	pituitary gland	大腦垂體 115
lenticular	凸圓丘疹 24, 142	pityriasis rosea, differential diagnosis	與玫瑰色糠疹之區別 22
miliary	粟粒形丘疹 23	placenta	胎盤 140
moist	濕性丘疹 26	plantar syphilide	足底梅毒疹 31
mucous membranes	粘膜丘疹 25	pleocytosis	腦液淋巴球增多 65
squamous	鱗屑性丘疹 26	pleura	胸膜 97
papulo-pustular syphilide	丘疹膿疱狀疹 27	pneumonia alba	白色肺炎 144
papulo-squamous syphilide	丘疹鱗屑狀疹 26	potassium iodide	碘化鉀 92
paralysis of the extrinsic ocular	眼外部諸肌麻痺 150	precipitation test, Cochran's	柯氏沉澱試驗法 58
muscles	眼外部諸肌麻痺 150	Kahn's	康氏沉澱試驗法 56
paranoid states	偏執狂 128	primary stage	初期 16
parasymphilis	副梅毒 56, 119	Profeta's law	澀費塔氏之公例 140
parathyroids	甲狀旁腺 114	prognosis	豫後 67
paresis, adult	成人不全麻痺 121	in central nervous system syphilis	中樞神經系梅毒之豫後 117, 123, 126, 129
juvenile	幼年不全麻痺 124, 148	in congenital syphilis	先天梅毒之豫後 153
malaria treatment of	不全麻痺之瘧原蟲療法 131	prophylaxis	預防法 69
paretic curve	不全麻痺曲線 66	prostate	前列腺 112
		prostitutes	娼 10

	PAGE		PAGE
protein tests in spinal fluid		late lesions	晚期皮膚損害 29, 143
脊髓液之蛋白質試驗	64	small pox, differential diagnosis	天花之鑑別診斷 27
pseudoparalysis	假性癱瘓 146	snuffles	嬰兒涕溢 144
psoriasis, differential diagnosis		soamin	蘇亞明 75
與牛皮癬之區別	24, 26, 31	soap, effect on spirochete	肥皂於螺旋體之影響 8
psychoses	精神病 127, 149	sodium cacodylate	臭砒基醑鈉 75
pustular syphilide	膿疱狀梅毒疹 27	soft chancre	軟下疳 17
pyloric stenosis	幽門狹窄 99	spermatic cord	精索 112
<b>Q</b>			
quaternary stage	第四期 15	spinal cord	脊髓 126
<b>R</b>			
relapsing chancre	復發性下疳 18	spirochete dentium	齒螺旋體 7
eruption	復發性疹 18	pallida, characteristics	梅毒螺旋體之特性 7
rhagades	皸裂 142	differential diagnosis	螺旋體之鑑別診斷 7
respiratory tract	呼吸道 93, 144	demonstration of	螺旋體之證驗 39
retina	視網膜 135, 150	strains of	螺旋體之特類 8
Romberg's sign	冷字格氏徵 122	viability of	螺旋體之生活力 8
roseola, pathology of	玫瑰疹之病理 12	spirochete refrigens	軟螺旋體 7
rupia	蠟殼瘡 28	spleen	脾 100, 145
Ross-Jones' test	羅鞠二氏試驗 64	squamous syphilide	鱗屑性梅毒疹 26, 31
<b>S</b>			
salivary glands	涎腺 98	staining smears	染色塗布標本 42
salvarsan (see arsphenamine)		sterility	生殖能 141
scabies, differential diagnosis		Stokes-Adams disease	斯安克阿但氏病 101
疥瘡之鑑別診斷	38	stomach	胃 99, 144
scarlet fever, differential diagnosis		stovarsol in prophylaxis	用斯安乏瓊耳為預防劑 71
猩紅熱之鑑別診斷	22	treatment	用斯安乏瓊耳為治療劑 78
sclera	鞏膜 132	strains of spirochete pallida	梅毒螺旋體之特類 8
scoliosis	脊柱側凸 141	subluxation	半脫位 146
seborrhoeic dermatitis		sulpharsphenamine, in adults	硫阿西非那民用於成人 78
皮脂溢出性皮炎	26	children	硫阿西非那民用於小兒 155
secondary stage	第二期(早現疹期) 15, 16	suprarenals	腎上腺 115
serological diagnosis in blood		Swift-Ellis treatment	愛理氏硬脊髓內療法 123, 126, 131
血之血清學的診斷	44	synovitis	滑膜炎 108
in central nervous system		<b>T</b>	
中樞神經系之血清學的診斷	64	tabes dorsalis	脊髓癆 124
serpiginous nodular syphilide		juvenile	幼年脊髓癆 148
匐行性結狀梅毒疹	29	tabetic arthropathy	脊髓癆性關節病 110
silver arsphenamine	銀阿西非那民 77		
skin, early lesions	早期皮膚損害 19, 142		

	PAGE		PAGE
taboparesis	不全麻痺	123	
tendons	腱	110	
tendosynovitis	腱鞘炎	110	
tertiary stage	第三期	15, 16	
testicle	睪丸	112	
therapeutic test	療治試驗	37	
thymus	胸腺	115	
thyroid gland	甲狀腺	114	
tinea favosa, differential diagnosis	黃癬之鑑別診斷	33	
tonsil, chancre of	扁桃體之初瘡	19, 94	
trachea	氣管	96, 144	
transmission of syphilis	梅毒之傳染	9	
trauma and syphilis	外傷與梅毒之關係	15	
treatment	療法	73	
arsphenamine	六零六	75	
bismuth	鉍	83	
central nervous system	中樞神經系梅毒之療法	126, 131	
congenital syphilis	先天梅毒之療法	153	
iodides	碘(碘化物)	91	
malarial, in paresis	瘧原蟲療法	131	
mercury	汞療法	85	
neoarsphenamine	九一四療法	77	
silverarsphenamine	銀六零六療法	77	
stovarsol	斯妥芝項耳療法	78	
sulpharsphenamine	硫六零六療法	78, 155	
tryparsamide	殺台盼原蟲劑療法	131	
tubercular skin lesions, differential diagnosis	與皮膚結核之鑑別診斷	28	
<b>U</b>			
ulcer of stomach	胃潰瘍	99	
mollis	軟瘡	17	
ulcerative syphilide	潰爛性梅毒疹	28	
urticaria, differential diagnosis	風疹塊之鑑別診斷	23	
uterus	子宮	113, 147	
uveal tract	眼色素層	134	
<b>V</b>			
vagina	陰道	113, 147	
valvular disease of heart	心臟病	101	
varicose ulcers, differential diagnosis	與靜脈曲張性潰瘍之鑑別	32	
variola	痘瘡	27	
vascular syphilis	果血管性梅毒	101, 145	
vegetative lesions of mucous membranes	粘膜之繁殖性損害	34	
veins	靜脈	102	
vertebral column	脊柱	106	
vesicular syphilide	皰狀梅毒疹	29, 142	
viability of spirochete	螺旋體之活力	7	
virus	病毒	142	
visceral crises in tabes	脊髓癆之內臟危象	121	
vitiligo macular syphilide	白斑斑狀梅毒疹	22	
vulva	女陰	113, 147	
<b>W</b>			
Wassermann test	乏色曼試驗法	44	
in congenital syphilis	乏色曼試驗之於先天梅毒	151	
amboceptor	介體	45	
antigen	抗體	46	
complement	補體	46	
details of test	試驗之細則	47	
incubation	孵法	50	
materials	材料之採集	45	
procedure in	試驗之手續	51	
quantities of reagents	試劑之量	50	
reading of	試驗結果之察明	54	
red blood cells	赤血球	45	
results of	試驗之結果	55	
spinal fluid	脊髓液	65	
white blood cells	白血球	36	
<b>X</b>			
X-Ray in Charcot joints	夏科氏關節用愛克司光檢查	109	
in lungs	肺病用愛克司光檢查	97	
<b>Y</b>			
yaws, Wassermann test in	雅司病用乏色曼試驗法	54	



第一圖

Fig. 1. Chancre of Upper Lip  
 上唇下疳 (見第十八面)  
*a* 下疳, *b* 頷下淋巴腺腫大



第二圖

Fig. 2. Chancre of Upper Lip  
 上唇下疳 (見第十八面)

PHOTO BY P.L.M.



### 第三圖

Fig. 3. Discoid, Squamous Papular Syphilide (psoriasis form).

早期類牛皮癬之皮膚梅毒(見第二十六面)

### 第四圖



Fig. 4. Frambesiform Early Syphilide

類雅司之早期皮膚梅毒(見第二十七面)





## 第五圖

Fig. 5.

Pustular Early Syphilide

早期膿皰性皮膚梅毒

(見第二十七面)

## 第六圖

Fig. 6.

Scarpiginous Late Syphilide

晚期匍行性梅毒潰瘍

(見第三十面)



## 第七圖



PHOTO BY P.L.M.

Fig. 7. *Right*, Late Syphilis of Frontal Bones.  
*Left*, Acute Abscess of Scalp (for comparison)  
 右爲晚期梅毒累及額骨（見第一百零六面）  
 左爲顛頂蓋急性膿腫以資比較



PHOTO BY P.L.M.

## 第八圖

Fig. 8.  
 Symmetrical Synovitis  
 of Knee Joints  
 (late secondary stage)  
 二膝關節之對稱性滑膜炎  
 (中介期梅毒)  
 (見第一百零八面)

## 第九圖



PHOTO BY P. L. M.

Fig. 9. Congenital Syphilis, showing sunken bridge of nose and proliferative periostitis at lower end of both humeri and shaft of right tibia.

先天梅毒 可見鼻梁塌陷,二肱骨下端  
及右脛骨三者之增生性骨膜炎  
(見第一百四十六面)

