

治療法 身體ノ安靜ヲ命ジ胸部ノ溫濕法ヲ行ハバ疼痛ハ速ニ寛解スベシ。刺戟劑ノ塗布、即「アルコール」、沃度丁幾、芥子泥、「クレロール」等ヲ患部ニ塗布スルモヨシ、水蛭、吸角ヲ適用スル人アリ。

胸部患側ヲ比較的安靜ニ保持スルニハクーン氏法ニヨル固定法アリ、即患側ノ前腕ヲ他側ノ大腿部ニ帶又ハ絆創膏ヲ用ヒテ固定スルモノナリ其時ノ體位ハ患側ニ強ク上半身ヲ屈スルニヨリ呼吸運動ハ患側ニ於テ比較的減少シ安靜ヲ保チ得ベシ。内服劑ハ咳嗽ノ頻發スルモノニ少量ノ「モルヒチ」劑ヲ使用シ、「リヨマチス」性ノモノト疑ハル、時ハ「アスピリン」、「ザリチル」酸等與フベシ、其他沃度加里劑モ併用サル。

二 漿液纖維素性肋膜炎 Pleuritis serofibrinosa

原因 多數ハ細菌ノ作用ニヨル、顯微鏡下ニ其滲出液ヲ檢スルモ多數ハ原因菌ヲ發見スルコトナシ。動物試驗ニヨリテノミ證明サル、事多シ、アイヒホルスト氏ニ據レバ全數ノ八〇乃至九〇%ハ結核性ニシテ二四三例ノ中三十七例ニノミ次ノ菌ヲ發見シタリト云フ。

- 肺炎 菌 一五
- 葡萄狀菌 一五
- 連鎖球菌及肺炎菌 四
- 連鎖及葡萄狀菌 二
- 小兒ニハ肺炎菌ニ因スルモノ多クシテ全數ノ二^三ヲ占メタリ、其他稀レニ「チブス」菌、「チブテリア」

菌、フリートレンデル氏菌等ヲ發見ス。

徵候、一般徵候 ハ滲出液ニ影響ナク寧ろ原因的疾患例へバ肺結核、氣管枝炎等ニヨリ左右サル、モノナリ。然レバ其初期ニ於テ全身症狀極メテ強ク肋膜炎ノ徵候ノ著シカラザルモノアリ、又滲出液ノ多量ナルモノニテ比較的全身症狀ノ輕微ナルコトアリ。

熱 ハ必發ノ徵候ナレドモ、其高低ハ種々ニシテ三十七度位ノ輕熱ノモノヨリ四十一度ニ昇ル高熱ノモノモアリ、徐々ニ上昇シ、漸次ニ下降スル熱型、或ハ惡寒戰慄ヲ以テ突然高熱ヲ發シ肺炎ヲ疑ハシムルコトアリ、最モ屢、見ルモノハ三十八度内外ニテ數日間ノ安靜臥牀ニヨリ徐々ニ下熱スル熱型ナリトス。稀レニハ消耗熱ヲ呈スルコトアリ、老人ハ無熱ノ經過ヲ示ス事稀ナラズ。又患側ハ他側ニ比シ高熱ナルコト多シトス。

滲出液ノ吸收サル、時期ニ吸收熱ナルモノアリト稱セラル、モ其眞疑確ナラズ。

發汗 モ屢、増加ス、一日數回發汗スルモノアリ、體溫ノ急劇ナル下降ニ際シ多量ナルヲ常トス。

消化障礙 ノ著シキモノニハ食慾不進、惡心稀レニ嘔吐アリ、常ニ胃部壓重ノ感ヲ訴フ、多クハ滲出液ノ爲、横隔膜運動不完全ニテ胃部ヲ壓迫スル事大ナルガ爲ト思ハル。

咳嗽 ハ必發スルモノニ非レドモ屢、來ルモノナリ、深呼吸ニ際シテ咳嗽アリ、胸痛ヲ感ズベシ、滲出液ヲ急速ニ排泄スル際多クノ劇烈ナル咳嗽ヲ起スモノナリ。咳嗽ハ滲出液ガ肋膜ヲ刺戟スル爲ニ起ルノミナラズ、滲出液ノ爲壓迫サレタル肺ニ膨脹不全次デ氣管枝炎ヲ併發シ咳嗽發作ヲ起スモノト思ハル。滲出液穿刺ニ際シ發作スルモノハ急ニ壓迫ヨリ自由トナリシ肺ニ急劇ニ膨脹ヲ起ス結果ナラン。

咯痰

ハ氣管枝炎ノ併發アルモノニノミ存ス。

胸痛

必發徵候ノ一ナリ、可ナリ劇シクシテ胸痛様ニ起リ側胸部ヨリ背部ニ放散スルモノアリ、又單

ニ肩凝ノ如キ程度ノモノナルアリ、凡テノ胸廓ノ運動ニヨリ増悪シ、咳嗽、嘔等ハ劇烈ナル發作性疼痛ヲ起スベク、胸部ヲ強ク壓迫シテモ亦疼痛アリ。稀ニ患側ニナクシテ、他側ノ胸痛ヲ訴フルコトアリ。

呼吸

呼吸 ハ肺ノ壓迫ニ因スル呼吸面ノ狹少及呼吸運動時ノ胸痛、滲出液ノ機械的障礙ノ爲呼吸數増加

セリ、又胸廓ハ代償性ノ胸廓吸引位置 Compensatorische Inspirationsstellung. ノ爲ニ常ニ擴大シ、加フルニ體溫上昇ニ因スル呼吸速迫アリテ肋膜炎ノ呼吸ハ淺クシテ且呼吸數増加セリ、全肺ノ最大呼吸量及平常呼吸量ハ共ニ減少シタリ。

瓦斯交換作用ニハ特別ノ變化ヲ認メズ。フルテル氏ニ據レバ動脈血中ニハ正常炭酸量アリテ酸素含有量ハ減少セリト云フ。

尿

尿 ハ滲出液ノ増加スル期間ハ減少ス。又發汗ノ量ニモ關係ス。吸收期ニ於テ尿量増加シ、尿中ニ蛋

心臓

白圓柱ノ存スルコトアリ。

脈搏

循環器 ニ及ボス影響ハ滲出液ノ心臓ヲ壓迫スル時ニ甚大ナリ、其他ハ體溫ニ平行シ脈搏増加ス、滲

出液ノ吸收期ノ初メニ細小頻數トナルコトアリ、著シキ不整脈ヲ呈シ血壓下降スルハ惡徵候ナリ、深ク注意ヲ要スベシ。

ケルハルド氏ノ研究ニヨレバ滲出液ニヨリ肺臟内ノ血管ヲ壓スルハ唯一小局部ノミナルガ故ニ、此ノ爲一般ノ循環障礙ヲ起スコトナシト、唯極メテ大量ノ滲出液アリテ呼吸運動モ中止サル、如キ時ニ至リ、

視診

初メテ右心室肥大ヲ來シ血壓上昇スト云フ。之ニ反シ少量ノ滲出液ニテモヨク頸部ノ靜脈ニ怒張ヲ起スモノアリ、是レ呼吸運動ノ不充分ナルニ因スル胸廓吸引力ノ不完全ナルガ爲ニ起ルモノナリ、呼吸運動強烈ニシテ胸廓ノ吸期性擴張ノ増大シタルモノニハ此ノ靜脈循環障礙ハ存在セザルモノナリ。

全身榮養 ハ種々差アリ、食慾不進、睡眠不良、發熱高キモノハ一般ニ衰弱シ恢復亦長期ヲ要ス殊ニ結核性ノモノニシテ既ニ肺ニ病竈ヲ有スルモノハ其榮養不良ナリ。

視診 患者ノ臥位ハ健康胸廓ニ重荷ノ加ハルヲ避ケテ患側ヲ下ニ横臥スルコト多シ、仰臥位ヲスラ

取り得ザルモノアリ、滲出液量ノ大量ナルモノハ呼吸困難ノ爲坐位若シクハ上體ヲ高クシテ臥牀スルヲ常トシ、最モ輕症ノモノ、ミ自由ニ仰臥位又ハ健康側ニ横臥スル位置ヲトリ居レリ、稀ニ患側横臥位ハ胸痛咳嗽ヲ發シ不可能ナルコトアリ。

胸廓形

胸廓ノ形狀ニ於テ胸下部ハ滲出液ノ爲膨脹シ、肋間擴張シ、且視診ニテ明瞭ニ肋骨ヲ認ムルコト難シ、患側ノ肩胛部ハ高ク脊柱ハ輕度ニ患側ニ對シ彎曲シタリ、滲出液ノ長時間存在シタルモノハ肋膜肥厚ノ強キモノアリテ患側反テ狹少トナレルモノアリ。

皮膚

胸廓皮膚ハ患側ニ於テ屢々緊張シ、光澤アリ、且時トシテ肥厚セリ、ローゼンバッハ氏ニ據レバ靜脈血流

呼吸運動

惡シキ爲鬱血性浮腫ヲ起シタル爲ト云ヒ、ベンニンゲル氏ハ淋巴循環ノ障礙ニ因スルモノト云ヒ居レリ。呼吸運動時胸廓ヲ注視スルニ、患側ハ健側ニ比シ其運動常ニ多少遲延シ且僅少ナリ。殊ニ呼氣ノ初メニ於テ著明ナリ。ローゼンバッハ氏ハ此ノ遲延現象ヲ少量ノ滲出液アルモノニモ認メ、且主トシテ呼氣ニ現ハル、ニヨリ反射的呼吸制止ナリト説ケリ。リヒテル氏ハ健側ノ呼吸運動ハ強大ナル爲其光線ノ變化著

明ニシテ患側ハ對稱上遲延スルガ如ク見ユルニ過ギズト云フ。患側ニ於テハ横隔膜ノ呼吸ニ伴ナフ所謂
リッテン氏現象ヲ缺クベシ。

心尖搏動ハ滲出液ノ大小ニヨリ其位置ヲ左側又ハ右方ニ轉移ス、頸靜脈ノ怒張モ患側ニ於テ著明ナル
コトアリ。

心尖搏動

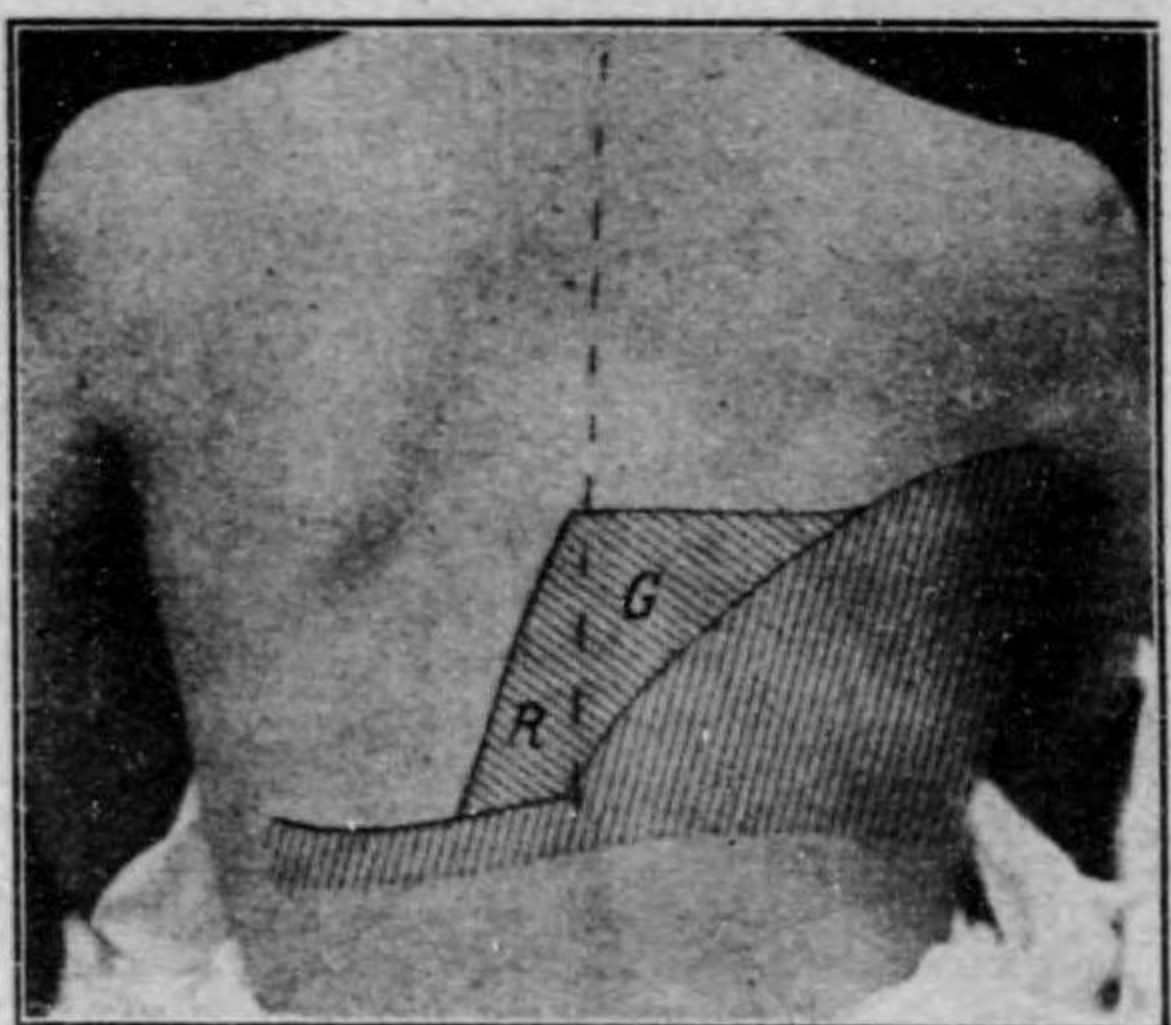
觸診
聲音振顫

觸診 聲音振顫ハ滲出液ノ存否ヲ確知スルニ必要ナル徵候ナリ、左右ノ手掌ヲ輕ク患者ノ胸廓ニ左
右對稱的位置ニ置キ、二三ノ深呼吸ヲ行ハシメテ後、患者ノ音聲發音ニ因スル胸壁ノ振動ヲ觸感スルモノ
ニシテ、ミユレル氏ハ肺固有ノ音ニ一致スルガ如キ音聲ノ高度ニ於テ最モ微細ナル差ヲ感知シ得ト云フ
故ニ音聲ノ高調ナルモノ、例バ婦人ニ於テ之ヲ檢スルコト至難ナリ、音響ノ大ナルヲ必要トセザレドモ其
低調ナルモノヲ以テ檢スルヲ要ス、老人ハ胸廓強固ニテ全胸廓ガ同時ニ振動スル爲、聲音振顫ハ常ニ弱キ
ヲ普通トス。氣管ノ閉塞サレタルモノ、肺腫瘍等ニ於テ聲音振顫弱ク胸水、氣胸ニ於テモ微弱ナリ、肋膜ノ
肥厚ノ著キ時亦滲出液ノ存在スルモノト區別スルニ困難ナルコトアリ。滲出液ノ存スル場合ハ其聲音振
顫ノ強弱ハ胸廓ノ上下ニ於テ三段ノ差別アリ。即滲出液ノ存スル部ハ微弱ナル部ニシテ、滲出液ノ直上、
即壓迫サレタル肺臟ノ存スル部ニ於テ反テ強烈トナリ、尙其上方ハ正常肺臟ノ部ナルニヨリ聲音振顫モ
亦正常ナリ。

濁音界ノ形

打診 滲出液ノ存在四〇〇乃至五〇〇瓦以上ナル時初メテ濁音ヲ呈ス、液ハ胸下部ニ於テ厚ク、上方
ニ於テ漸次薄層ヲ作ルガ故打診上胸廓ノ下部ニ於テハ濁音強ク、且一種ノ抵抗感覺ヲ與フベシ。
濁音界ノ形狀ハ中等量ノ滲出液ニ於テ圖ニ示スガ如キ形狀ヲ作ルモノナリ、即濁音界ノ上境ハ脊柱近傍

圖 四 十 五 第



G, ガルランド氏三角
R, ラウフス、グロツコ氏三角
E, エリス、ダモアソノ氏曲線

ニ低ク、脊柱ヲ遠カル程漸次高位ニアリ、後腋
下線ニ於テ最高位ヲトリ再ビ前胸ニ至リテ下
向ス、稍々S字形ニ似タリ、之ヲエリス、ダモ
アソノ氏曲線ト稱ス、之ノ曲線上方ハ滲出液
ノ爲壓迫サレ弛緩セル肺組織ナルガ故ニ打診
上鼓音ヲ呈スベシ、如是キ濁音上界ノ曲線ヲ
呈スル理ハ胸腔内ニ於ケル陰壓ノ高低均等ナ
ラザルニ因ルモノニシテ陰壓ノ最モ大ナル側
胸部ニ滲出液ノ瀦溜最モ多ク、從テ濁音界モ

亦高キモノナルコト明ナリ。大量ノ滲出液ニ於テハ肺ハ全ク壓迫サレ、全胸面ニ強キ濁音ヲ呈シ唯微カニ
鎖骨下窩ニ於テ鼓音ヲ呈スル部ヲ殘スノミナリ、之ノ鼓音ハスコダ氏音ト云フ、又甚ダ僅少ナルモノニ於
テハ側胸部ノ胸膜竇ニ僅ニ滲出液アルノミ從テ其ノ發見ハ困難ナリ。

滲出性肋膜炎ニ屢、觀察サル、固有ノ現像ハグロツコ氏脊柱側三角及ガルランド氏三角是ナリ。前者ハ
健側ノ脊椎ニ沿ヒ其下方ニ於ケル三角形濁音界ヲ云ヒ、後者ハ患側ノ脊椎ニ沿ヒ三角形ノ輕濁鼓音ヲ呈
スル部位ヲ云フ、グロツコ氏三角ハ滲出液ノ爲ニ縦隔膜ガ健側ニ壓迫サレ生ズルモノト考ヘラレ、肋膜炎
及肺炎ニ於テモ認メラル、所ナリ。ガルランド氏三角ハ滲出液上界水平ナラズシテエリス、ダモアソノ氏
曲線ヲ作ルガ爲ニ出來セシモノナリ、肺炎等ニハ之ヲ認メズ唯肋膜炎ニノミ證明サル、所ナリ。兩肋膜面

初メテ濁音ノ出現スル部位

ニ瘰著アリテ分域サレタルモノハ上述シタル濁音定型ニ從フコトナク、種々固有ナル濁音界ヲ作ルヤ勿論ナリ、肺葉間肋膜炎、橫隔膜肋膜炎ニ關シテハ後ニ述ベシ。

初メテ濁音ノ出現スル部位ハ左側ノ肋膜炎ニ於テトラウベ氏半月形境域、即心臟ノ外側方胃ノ鼓音ヲ呈スル部面ニシテ右側ニ於テハ側胸部腋下线ニ一致スルモ、肝臟濁音界ニ隣接シタルガ爲ニ時トシテ看過サレテ胸骨右邊ニ沿ヒ恰モ心臟ノ右方肥大ノ時ノ如キ濁音ヲ出現スベシ。

肋膜炎濁音界ハ身體ノ位置ニ關シテ變化スル事僅微ナリ、化膿性ノモノ及比重ノ重キ滲出液ハ比較的移動性ヲ有スルモ普通ハ坐位及仰臥位ニ於テ其差一橫指ニモ至ラズ、ザーリー氏ニ據レバ長時間同一體位ヲ取ラシムレバ濁音界ニ多少ノ差ヲ生ズト云フ。呼吸ニ關スル濁音界ノ上下亦極メテ小許ナリ。

打診ニヨリ他臟器ノ位置ノ變化ヲ認ムル事多シ、最モ著明ナルハ心臟ニシテ右側肋膜炎ニ於テ心臟濁音ハ左側ニ轉ジ、左側肋膜炎ニテ右方乳線外ニ出ヅル事屢ナリ、肝臟ハ下方ニ壓セラレ稀レニ其左右軸ヲ中心トシテ前方ニ回轉スルコトアリ。

橫隔膜ハ腹腔内壓ノ存スルニヨリ肋膜滲出液ノ爲ニ下方ニ壓セラル、事強カラズ、極メテ大量ノ滲出液ノ時ハ其形態ハ正常時ノ形態ヲ保持シタルマ、其位置ハ下降シ深吸息時ニ於ケル位置ニ相當スルニ至ル、下方、即腹腔内ニ突出スルコトハ極メテ稀ニアリト云フ。健側ノ橫隔膜ハ同側ノ肺代償性膨脹ノ爲ニ患側同様ニ多少下行スルモノナリ。肺ハ患側ニ於テ其下縁ニ液壓ヲ受クル爲膨脹不全ヲ起シタリ。胸廓形態モ亦液壓ニヨリ膨大シ、上胸部ハ正常陰壓ニ近キガ爲膨大スルコト少キモ下部ニ於テ膨脹強ク、健側ハ肺ノ代償性膨脹アリテ多少膨大シ、患側ノ下胸部ヲ最モ著シトス。之ヲ測定スルニ滲出液ノ吸收減退ト共

橫隔膜

ニ其胸圍ハ患側ノミナラズ健側ニ於テモ縮小スルヲ認ム、健康者左右兩胸圍ノ差ハ一乃至二種ナルモ、滲出液多キモノニハ二乃至三種ニ至ルコトアリ。

液ノ吸收ハ打診ニヨリ完全ニ知ルヲ得ズ、兩肋膜面ノ瘰著及結締織ノ硬結ヲ殘ス時ハ濁音ノ強サ及其境界ニ變化ヲ見ザルコトアリトス。

聽診

聽診 滲出性肋膜炎ニ於テモ其初期ニシテ尙滲出液量ノ存在セザル時期ハ摩擦音ヲ聞クコトアレド

モ液ノ增量ト共ニ消失スルモノナリ、吸收期ニ於テ液ノ上界ニ再ビ出現スルコトアリ。

呼吸音ハ液層厚キ所ハ微弱トナリ、又全ク消失シ、液層尙薄キ上部ニ於テハ不定性呼吸音又ハ氣管枝音ヲ呈スル部アリ。「ラッセル」ヲ聞クコト稀ナラズ、肺ノ状態ニ應ジテ有響性ナルコトアリ、又然ラザルコトアリ、肺ノ壓縮サレタル部ニハ氣管枝炎ヲ起シ易キ爲ナリ。氣管枝音ノ聽診ハ時ニヨリ差アリ、滲出液量ニノミ關係スルモノニ非ズ、肺組織ノ弛緩ニ關係ス。

穿刺液

穿刺 液ノ有無及其性状ヲ知ルニ最モ必要ナリ、普通ノ五種ノ注射器ヲ使用シ、針ノ長クシテ比較的

太キモノヲ用ユベシ、又一回ノ穿刺ニテ液ヲ得ズバ尙一度下方又ハ其側方ニ行フベシ。液ノ性状ニヨリ細キ注射針ニテ吸引シ難キコトアリ、液ハ普通輕度ニ濁シ淡黃綠色ヲ呈シ、放置セバ纖維素ノ凝固ヲ生ジ、比重一〇一五乃至一〇二〇位ヲ普通トシ蛋白量ハ四乃至六%ナリ。之ヲ檢鏡セバ結核性癌腫性及炎症ノ甚シキモノニハ多數ノ赤血球ヲ混ジ、白血球ハ炎症性質ニヨリ多少ノ差アリ。急性肋膜炎ニハ多核白血球多ク、且同時ニ小數ノ赤血球及淋巴球、肋膜内被細胞ヲ發見ス、肺炎菌、「チブス」菌、葡萄狀球菌ニ因スルモノ皆然リ。結核性肋膜炎モ其初期ニ於テハ前者ト同様ノ處見ヲ呈スルモノナレドモ、慢性ノ經過ヲ

肋膜ノ疾患

トリ、少クモ一週間ヲ經過シタルモノニハ淋巴球多クシテ、多核白血球ハ存在スルモ多數退行變性ヲ示シ膨脹シ、染色ノ著シク惡シキモノ多シ。腫瘍ニ因スル滲出液中ニハ内被細胞多ク且腫瘍細胞ヲ發見スルコトアリ。

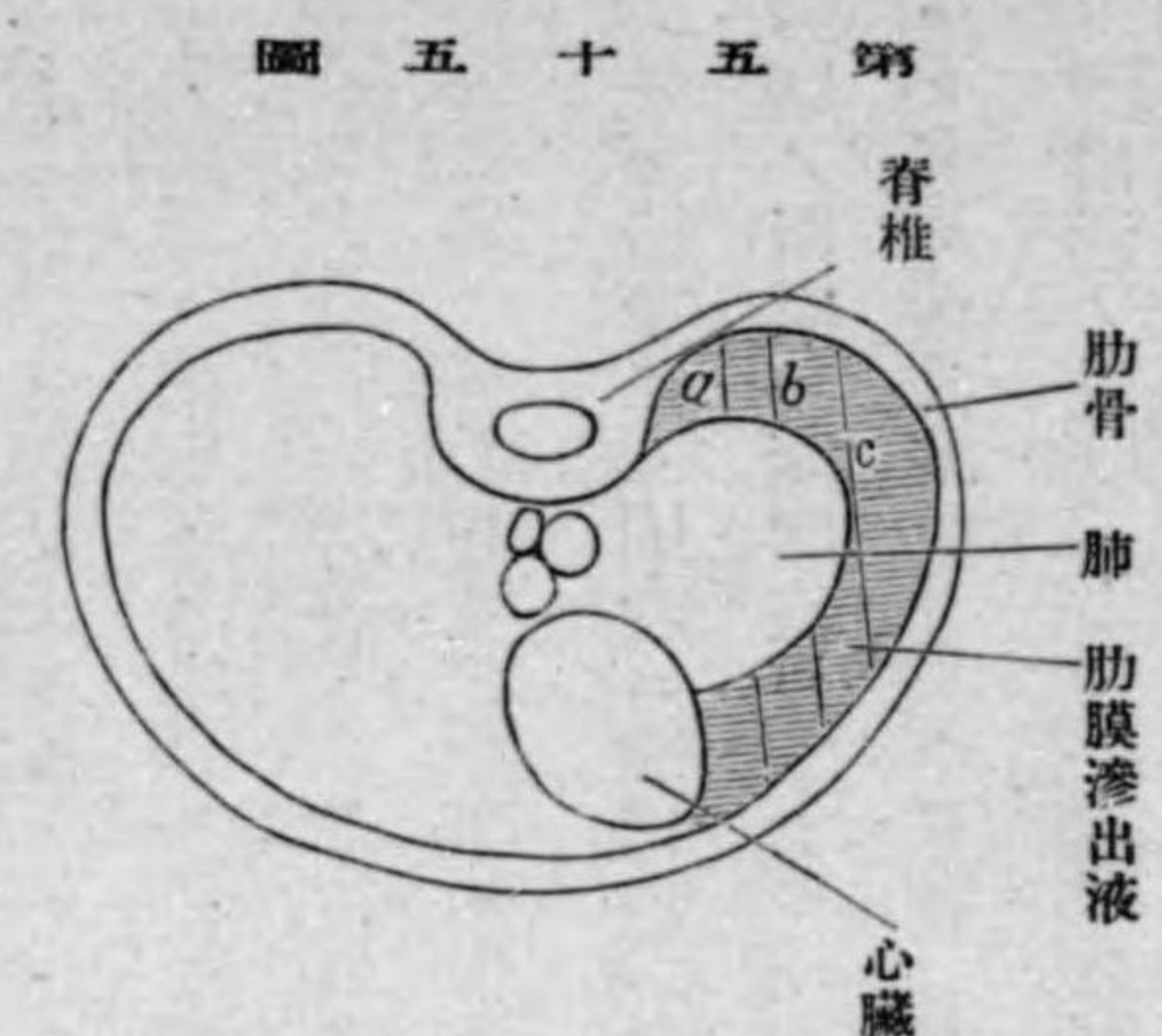
液中ノ免疫素ニ關シニ二三ノ研究アレドモ未ダ纏リタルモノヲ見ズ。蛋白分解酵素ハ滲出液中多量ニ存在ス、多核白血球ノ多數ナル場合ニ特ニ多シ、淋巴球ノミノモノニ存在ヲ缺クト云フ。「オキシダーゼ」、「リパーゼ」モ亦證明サレタリ、是等ノ酵素ハ液ノ吸收ニハ無關係ナリト云ハル。化學的成分ノ研究ニ於テ食鹽ノ含量ハ血液ト同量ナレドモ蛋白質量ハ常ニ血中ノヨリ僅少ニシテ「アルブミン」及「グロブリン」ノ比ハ〇・七ニ對スル一又ハ二ニ對スル一ノ間ヲ上下スト云フ。滲透壓ハ液ノ吸收期ニ高クナリ、液量ニ差異ヲ起サル休止期ハ血液ト同壓ナリト云フ。

滲出液ノ壓ハゲルハルド氏ニ據レバ液表面ニ於テ常ニ $1-2-20$ 耗水銀壓ヲ呈シ、新鮮ナル液ハ $14-20$ ニ達スルモ大量ナル時ハ其下層ニ於テ反テ陽壓ヲ呈スト云フ。例バ液面ニ於テ陰壓 10 ナル時液ノ高サ一五糎トスレバ底面ハ約 $+5$ 糎水壓ヲ有スベシ。液量ノ僅小ナルモノハ最深部ニ於テモ陰壓ヲ呈スルモノニシテ、如是陰壓關係ノ下ニアリナガラ周圍臟器、即心臟等ハ轉位シタル事多シ。液量ノ大ナル時ハ胸廓ノ呼吸筋ノ緊張力ニ差ヲ起シ患側ノミナラズ健側ノ胸廓モ努メテ深吸息位ヲ保チ、之ヲ擴張セシメ液ノ存否ニ關セズ胸廓内壓ヲシテ可及的同一ノ陰壓ヲ保持セシメントスルモノナリ。

レントゲン線検査 滲出液ノ存在スル所ハ、含氣量ノ大ナル肺組織ト比シテ暗キ陰影ヲ投ズベシ、大量ノ滲出液ニ於テ胸廓下部全面ニ陰影強ク、腹部ノ臟器ニヨル陰影ト連續シ、上方ハ明瞭ナル境界

レントゲン線検査

ナク、漸次ニ肺臟ノ光明ナル領域ニ移行ス、其ノ境界ハ打診上ノ濁音界ト略ボ同形ニシテ正中線ニ近キ部位ハ側胸部ヨリモ陰影濃度淡ク且其高サ低シ、即エリス、ダモアソノ氏ノ形態ヲ備ヘタリ。



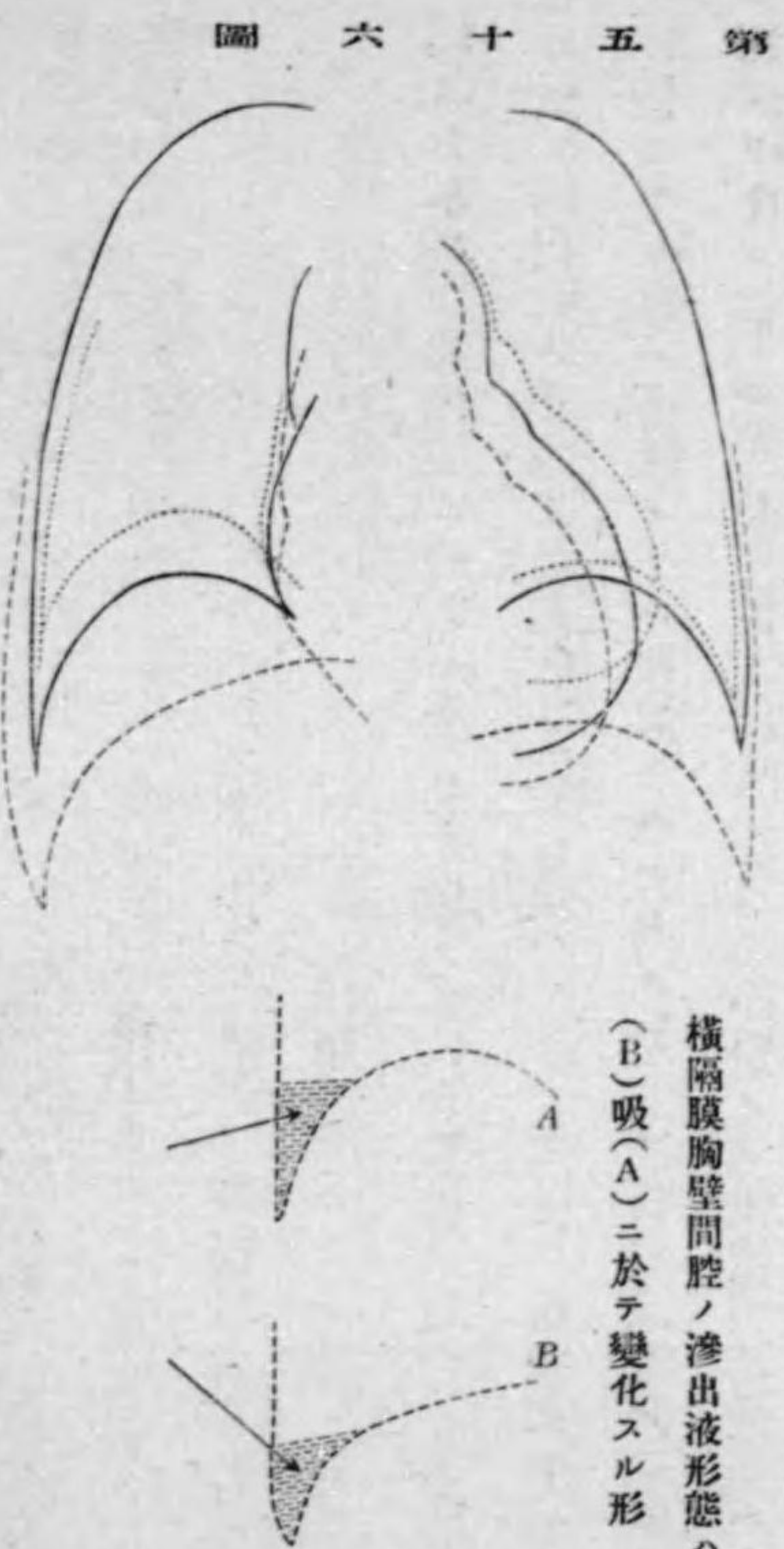
圖形模明説狀形界上液出滲膜肋 (nach Arnsberger.)

圖ニ於テ示サレタルガ如ク正中線ニ近キ a ノ部ヨリモ側方ニア b ノ部ハ滲出液層厚キガ爲ト、且胸廓内陰壓ハ側胸部ニ強キヲ以テ此所ニ多量ノ液ノ瀦溜サル、結果、側胸部ノ陰影ハ常ニ濃厚ニシテ且高位ヲ占ム、肋膜ニ癒著ノ存スル時ハ自然其液ノ爲ス陰影像ニ變化アリ、又滲出液ノ性状ニヨリテモ多少ノ差異ヲ呈スベシ。例ヘバ比重ノ大ナル膿性ノ滲出液ニ於テハ比較的比重ノ輕キ漿液性ノモノヨリハ水平ニ近キ上界ヲ示シ、且斯ノ如キモノハ體位ノ變動ニヨリ上界ノ移動性大ナルヲ認ムベシ、陰影ノ濃淡モ亦然リ、血性、膿性ノモノハ特ニ濃厚ナリ。

極メテ少量ノ滲出液ニ於テハ稍、其ノ趣ヲ異ニシ最初ノ陰影ハ胸廓内ノ背面ニ出現スベシ。從テ腹背照射ニ於テ滲出液ハ透視ノ螢光板ニ近キ爲認メラレドモ、背腹照射ニ於テ陰影ヲ見ザルコトアリ、且其液量ノ僅少ナル時ハ肝臟ノ作ス陰影ニ蔽ハル、ニヨリ自然球管ノ位置ヲ極メテ高クシテ初メテ發見サルル事アリトス。側胸部ノ橫隔膜面上ニ存スル少量ノ滲出液ハ其發見ハ容易ナリ。其陰影ハ呼吸ニ際シ橫隔膜ノ運動ニ伴ヒ上下シ、且其際形態ヲ變更スルヲ認ム、即吸期ニ於テ橫隔膜ノ穹窿度稍、扁平トナリ之ニ應ジテ陰影形態モ亦扁平トナリ、呼期ハ反對ニ高サヲ増スベシ(五十三圖)。

肋膜ノ疾患

呼吸時胸廓及横隔膜ノ形態變化
呼吸ノ中位
深呼吸期
深呼吸期



横隔膜胸壁間腔ノ滲出液形態ハ呼吸(A)ニ於テ變化スル形

左胸側ノ肋膜炎ハ其滲出液ノ少量ナルモノハ胃鼓囊ノ所ニ横ニ長キ陰影ヲ作成ス。滲出液ノ結果トシテ起リタル周圍臓器ノ轉位ハ又X光線照射ニヨリ明瞭ニ認めラルベキモノナリ。

經過 漿液纖維索性肋膜炎

テ後漸時下降シ同時ニ滲出液ハ減少シ、治癒スルモノナリ。滲出液ノ吸收サル、ニツレ、摩擦音出現シ、且胸廓ノ周圍ハ漸次狹少トナルベシ、滲出液ノ吸收後ハ結締織增生シ硬結ニ移行スル爲、打診音ノ變化ハ存在セザルコト多シ。

滲出液ノ吸收、體温ノ下降ト共ニ一般症狀モ佳良トナリ、食欲恢復シ體力増進ス。其恢復期ハ比較的徐々トシテ他覺症ノ去ルハ可ナリ長期ノ後ナルベシ、中ニハ最初急劇ニ滲出液ノ減退ヲ起スコトアレドモ少量殘留シ、完全ニ吸收サル、ニ數ヶ月ヲ要スルモノアリ。又一時下降シタル體温再ビ上昇シ衰弱加ハリ精神朦朧、舌苔、食欲不進ヲ起シ、不規則ナル發熱トナリ肺疾患ニ移行スルコトアリ。極メテ稀ニハ急性ノ經過

過ヲトリ、急劇ニ滲出液増量シ、高熱ヲ發シ死亡スルコトアリ。然シ多數ハ輕症ノ經過ヲ取ルモノニシテ一定時期後急ニ治癒ニ向フモノナリ。

兩側ニ滲出液ヲ起ス場合ハ比較的少シ、一側ニ大量ノ滲出液アリテ他側ニ少量ノ液或ハ單ニ摩擦音ヲ有スルコトハ稀ナラズトス。

結核性肋膜炎 ハ能ク滲出液ノ吸收サレタル後モ有熱持續スルモノナリ、咳嗽存在シ、肺結核ニ移行ス、稀ニハ滲出液ノ吸收急速ニ行ハレテ粟粒結核ヲ惹起スルモノアリ、肺結核アリテ之ニ續發シタル肋膜炎ハ屢、高熱ヲ發スルモノニシテ、又惡寒戰慄ヲ以テ熱發スルコトアリ、肋膜炎症モ可ナリ重症ニシテ且肺ノ疾患ハ爲ニ急劇ニ増悪スルモノ多シ。ケニゲル氏ニ據レバ多量ノ滲出液ハ肺ヲ壓迫スル結果肺疾患ニ對シ良好ナル影響ヲ與フト云フ、如是場合モ無キニ非ズ。

滲出液ノ化膿シタル時ハ急ニ熱發高ク一般症狀モ亦險惡ノ度ヲ加フ。

特殊ノ滲出性肋膜炎

葉間肋膜炎 肺ノ大葉ノ間隙ニ炎症アリテ其初期ニ既ニ癒著ヲ起サバ屢、其葉間ニ局限シタル滲出性

肋膜炎トナルモノナリ、其ノ時濁音形狀ハ肺葉境界線ノ解剖的位置ニ一致シ、上下肺葉間ニ在ルモノハ後上方ヨリ前下方ニ斜メニ側胸部ヲ走ル濁音線ヲ認ムベシ、右胸ニ於テハ上葉及中葉ノ間ニ生ジタル時ハ第四肋骨ニ沿ヒ横ニ濁音帶ヲ發見スベシ、滲出液ノ大量ナルモノニハ帶狀ノ濁音界ハ幅廣ク、此ノ部ニ呼吸音微細ナリ、其周圍ニ於テ氣管枝呼吸音及「ラッセル」ヲ聞クベシ、滲出液ノ量一〇〇瓦位迄ハ其發見困難ナリ、「レントゲン」線照射ニヨリテ發見サルベシ。極メテ大量ニ存スル場合ハ胸廓ノ腋下面ニ濁音

強ク呼吸音消失シ、聲音振顫微弱トナルモ、正常肋膜炎ニ於テ常ニ濁音ノ強カルベキ背面肩胛骨下部ニ於テ反テ其徵候ヲ缺如スルモノナリ。

橫隔膜肋膜炎

橫隔膜肋膜炎 之ハ肺ノ橫隔膜ニ面スル底面ニ炎症ヲ起シタルモノヲ云ヒ、普通ノ肋膜炎ト共ニ此所ニ滲出液ノ存スルハ常ニ認ムル所ナレドモ、之ノ橫隔膜面トノ間ニノミ限局シタルハ比較的稀ナリトス。多クハ肺ノ疾患及腹膜疾患ヨリ續發スルモノニシテ診斷ハ困難ナリ、摩擦音ハ存在セズ、胸痛ハ胸廓ノ下部季肋下部ニ於テ側胸部及背面ニ存在シ、又肩胛部ニ放散シ、腹式呼吸、咳嗽、嘔吐等ニテ疼痛劇烈トナリ上腹部ヲ壓スレバ其疼痛亦烈シ、患者ノ呼吸ハ疼痛ノ爲自然胸廓呼吸型トナリ、淺クシテ多少頻數ナリ、殊ニ其胸下部ヲ見レバ兩側又ハ患側ノミ全ク呼吸運動ノ缺クヲ認ム、「レントゲン」検査ニ依レバ橫隔膜運動ハ著シク制限サレ、屢、深吸息時ニ於ケル形狀ニ不規則ナル形ヲ認ムベシ、殊ニ一部肺ノ底面ト癒著シタル時ニ甚シシユミット氏ハ患者ニ一二ノ深呼吸ヲ命ズレバ直腹筋ノ上部ニ瞬間的ニ痙攣ノ起ルヲ認ムト云フ。氏ハ之ヲ**呼吸性腹筋反射** *respiratorische Bauchreflex* ト稱シ反復シテ呼吸セシムレバ一時消失シ疼痛部ヲ壓スレバ再ビ之ヲ認ムルヲ得ト云フ、肋間神經痛トノ鑑別トナルベシ。

縱隔膜肋膜炎

縱隔膜肋膜炎 診斷ハ極メテ困難ナリ、フリック氏ハ多數ノ文獻ヲ集メ種々ナル型ヲ區別シタリ。
一、左側前縱隔膜肋膜炎 此ノ時ハ胸骨又ハ胸骨ト左乳線間ニ疼痛ヲ起シ呼吸困難、壓迫感ノ強キモノアリ、打診上濁音ハ上部胸骨線又ハ乳線部迄存ス、大量ノ滲出液ニハ腋下線迄濁音ノ存スルコトアリト云フ、心臟ハ壓迫サル、事強ク、一見心囊膜炎ノ如キ觀ヲ呈シ胸骨右方ニ搏動アリ心音ヲ聞クト云フ。
二、右側前縱隔膜肋膜炎 大體前者ト同一ニシテ濁音ハ胸骨右方ニ出現シ、心臟ハ左方ニ壓迫サル「チ

アノーゼ」強ク且循環障礙ヲ起スコト多シ、臨牀上心臟ノ右室肥大ト相似タル徵候ナレドモ、此ノ時ハ心窩部ノ搏動ヲ缺如スルモノナリ。

三、後部縱隔膜肋膜炎 後縱隔膜ノ腫瘍ト同一症狀ニシテ鑑別困難ナリ、「レントゲン」検査ニヨレバ脊椎ニ沿ヒ帶狀ノ陰影ヲ認メ得ルコトアリト云フ。

小兒肋膜炎

小兒期ノ滲出性肋膜炎 小兒ニハ比較的稀ナル疾患ナリ疼痛強ク、胃部ニ訴フルアリ、乳兒ニハ患側ニ臥シテ哺乳スルヲ得ズ、且其患側ヲ壓スレバ疼痛ノ爲多ク號泣スベシ。胸廓ノ膨脹ハ大人ニ於ケルヨリ著シク一般ニ衰弱ノ來ルコト著シキモノナリ。

老人肋膜炎

老人性肋膜炎 成年期ノヨリモ潛行性ニ發病シ、全身衰弱及羸瘦甚シ、胸部濁音ハ著シカラズ、聲音振顫モ亦健康側ト同一ニ不分明ナルコト多クシテ從テ診斷ハ誤リ易シ。

合併症

合併症 **胃疾患**ノ合併ハ消化不良、睡眠不足、胃部膨滿感等アリ、滲出液ノ爲壓迫サレ腹部臟器ノ緊張力減退ヲ惹起スル爲ナラン。

心臟衰弱ハ大量ノ滲出液ノ爲ニ來ルコトアリ、衰弱甚シキモノハ滲出量ノ少許ノモノニモ來ルコトアリ、左側肋膜炎ニハ心機亢進、脈搏増加多シ、「リヨマチス」性ノモノハ心内膜炎、心囊膜炎ノ合併ヲ惹起スルコト少カラズ。

聲帶麻痺ハ稀ニ來ルコトアリト云フ、左側肋膜炎ニシテ淋巴腺ノ肥大セルモノ回歸神經ヲ壓スルニヨリ惹起サル。

血液ニハ貧血狀態アリ是レ多數結核ノ徵候トシテ來ルモノニシテ血色素、血球數ハ減少ス。

肋膜炎疾患

診斷 定型的ノモノハ診斷容易ナレドモ特殊ノ部位ニ局限シタルモノハ其發見困難ナリ。試驗的穿刺ニヨリ滲出液ヲ發見セバ確實ナリ、其發病ノ原因的關係ヲ診斷スルハ極メテ必要ナレドモ屢々困難ナリ。肺炎、肺結核、肋骨「カリエス」等アリテ之ニ續發シタルモノハ比較的容易ニ發見サル、モ所謂原發性原因ニヨリ發病シタル如キモノニ結核性肋膜炎多シ、其滲出液ヲトリ動物試驗ヲ行ヒ、或ハ滲出液吸收後精細ニ胸部ノ診察ヲ行フヲ要ス。

肺炎トノ鑑別ハ濁音界ノ形狀ニヨリ普通鑑別サル、肺炎時ハ解剖的肺葉ノ位置ト一致スルモノニシテ肋膜炎ニ於ケルガ如ク上界ノ曲線形ヲ認メズ、他臟器ノ轉位スルコト輕度ニシテ聽診上ハ種々ナル特異ノ「ラッセル」ヲ聞ク、又「レントゲン」線透視ニヨリテモ容易ニ鑑別サルベシ、肺炎ニシテ肋膜滲出液ノアルモノニハ誤診シ易キコトアリ、喀痰検査ヲ行フテ初メテ鑑別サル、モノアリ。

胸水症ハ肋膜腔ニ液體ヲ有シ一見相似タレドモ其比重輕ク濁音界ハ體位ニヨリ容易ニ變更シ穿刺液ノ性狀ヲ見バ直ニ鑑別サルベシ。

豫後 一般ニ佳良ナリ、スタヘリン氏ニヨレバ四〇〇人中一三ノ死亡ヲ見タリト云フ。衰弱ノ大ナルモノ心臟疾患ノアルモノニハ不良ナルコトアリ。

續發性ノモノハ其原發性疾患ニ關係シ、不良ナルコトアリ、肺結核、肋骨「カリエス」ニ續發スルモノ比較的重症ナリ、肋膜炎ハ治療シテ尙危險ノ來ルモノアリ、即其萎縮後、氣管枝擴張ヲ惹起シ、或ハ肺結核ノ急性ナル經過ヲ示スコトアル是ナリ。ケステル氏ハ肋膜炎後肺結核ヲ續發シタルモノ五一四例中其半數ヲ認メタリト云フ。

治療法

絶對的安靜ハ熱ノ下降スル迄持續セシム、滲出液ノ吸收遅ル、モノハ絶對的ニ安靜ニ臥牀シテ著シク輕快スベシ。滲出液ノ完全ニ吸收サレタル後ハ徐々ニ運動ヲ始ムベシ。極メテ輕症ナルモノモ尙微熱存在シ、吸收ノ不充分ナル如キモノハ安靜ヲ守ラズバ滲出液ノ吸收著シク遅ル、モノナリ、而シテ遂ニハ肺結核ニ炎症進行シ、後日氣管枝擴張症等ヲ續發スルコトアリ。

食事ハ體溫ニ準シテ消化シ易キモノヲ與フ、特ニ消化障碍ナキ限り充分ニ與フベク、榮養ノ恢復ヲ計リ且便通ニ注意シ便秘セザル様ニナスベシ。アシャーード及ラウブリー氏ハ食鹽ヲ多量ニ與フル時ハ滲出液ノ増加スルモノアリ、依リテ食鹽ノ制限ヲ行フベシト云ヘリ。ロビンソン氏ハ之ニ反シ多量ノ食鹽ハ反テ吸收ヲ促スト云フモ善惡共ニ大ナル影響ナキガ如シ、フエーシゲル氏ハ牛乳療法ヲ行ヒ滲出液ノ減退スル事ヲ報告セリ。カール氏ノ牛乳療法ニ基ヅケルモノニシテ第一週ハ一日三四回六〇乃至一〇〇瓦ノ牛乳ヲ與ヘ、他ニ何等ノ食物ヲ支給セズ。第二週ニ至リ一日二〇〇〇瓦トナシ、尙牛乳以外ノ食事を支給セズ、第三週位ヨリ漸時他ノ食物ヲ混ジ與フルモノナリ。之ヲ短期間ニ短縮シテ適用スル時ハ第二日二百五十瓦、第二日五〇〇瓦、第三日七百五十瓦トシ後ハ少量ヅ、他ノ食物ヲ混ズ。凡テ遷延性ノ經過ヲ示シ、反復穿刺シテモ反復滲出液ノ瀦溜スル如キモノニ用ヒラル。

胸部ニ對スル處置トシテハ溫熱ノ適用及皮膚ノ刺戟ハ局部ノ循環ヲ旺盛ニシ炎症ノ經過ヲ早ク佳ニ良轉ゼシムル效果アリ、溫濕布ハ患者ノ耐ヘ得ル限りノ溫度ニ於テ全胸部ニ行ヒ、晝夜數回交換ス、冷濕布ハ獨逸ニ於テ推賞スル所ナレドモ患者ノ自覺上不快感ヲ伴フ事多シ、塗布スル刺戟劑ハ沃度丁幾、「クレロール」芥子泥等ヲ用ユ、以上ノ局部所置ハ滲出液ノ吸收ヲ早カラシムル效アリヤ否ヤ尙疑問ナレドモ、

強心劑

疼痛及呼吸速迫、咳嗽ニ對シ著シキ效果ヲ見ル事多シ。

強心劑ハ最モ屢々應用サル、所ナリ、一定ノ毒素作用及機械的壓迫ノ爲ニ循環障礙ヲ起シ易キ爲ニシテ「ヂギタリス」劑、「コフェイン」、「カンフル」等與ヘラル、心臟機能旺盛ニシテ循環力強大ナルニ至ラバ滲出液ノ吸收ハ早シ、心臟ノ壓迫甚シキ時ハ反テ心筋ノ衰弱ヲ早ムル事アリ、數日連用シテ吸收上ノ效果ナクバ寧ロ中止スベシ。

「モルヒチ」

咳嗽、疼痛、呼吸困難ハ「モルヒチ」、「コデイン」、「ヘロイン」等ノ少量ヲ用フベシ、肺ノ吸息期位置ハ循環障礙ニ對スル自然ノ代償作用トシテ來レルモノニシテ胸廓ノ諸筋肉ノ緊張ハ此ノ爲ニ極メテ緊要ナリ。是等ノ鎮咳麻睡藥ニシテ此ノ反射的胸筋ノ緊張力ヲ消失セシムル事ハ不必要ナルノミナラズ反テ大ニ有害ナリ、常ニ注意シテ少量ヲ使用スベシ。

解熱劑

解熱劑ハ高熱ノ爲メ頭痛不眠等ノ徵候劇シキモノニ與ヘラル「アスピリン」、「ザリチル」酸曹達ヲ用ユベシ、一般是等ノ「ザリチル」酸劑ハ滲出液ノ吸收ヲ促ス效果アリトセラル。「レウマチスムス」性ノ肋膜炎ニ奏效スル事確實ナルコト多キモ既ニ陳舊ノ經過ヲ取り來レルモノニハ效果疑ハシ。反之沃度劑ハ早期ヨリモ反テ遅レテ使用サル、モノナリ。甘汞、硫苦等ノ下劑ハ古來使用サレシ所ナリ。凡テ肋膜炎ノ初期ニハ何等ノ效果ヲ見ズ、利尿劑發汗劑モ屢々併用サル、ヲ見ルモ何等確實ノ作用ナシ。

穿刺

滲出液ニ對シテハ穿刺シ其一部若シクハ大部ヲ放瀉スル事必要ナリ、之ニヨリテ以後ノ吸收ヲ速進セシメ、高熱モ下降シ食欲ノ増進ヲ起スコト屢々ナリ。特ニ強度ノ他臟器壓迫症狀ノ存スル場合、即呼吸困難脈搏速進、心臟轉位ノ高度ナルハ穿刺シテ大部分ヲ吸出放瀉スレバ直ニ輕快スベシ、又吸收ノ遅キモノモ

屢々穿刺後ニ於テ急速ニ吸收ノ行ハル、モノアリ。ケニゲル氏ニ據レバ原發性肋膜炎ハ穿刺後ノ經過多ク佳良ナレドモ、肺結核ヲ有シ、之ニ續發シタルモノハ間々不良ノ事アリト、而シテ氏ハ原發性ノモノニ於テモ特別ノ適應症ナキ限リハ、發病後第二週乃至第四週ノ間ニ於テ穿刺スルヲ最モ可ナリト云フ。一般ニハ滲出液ノ増量止ミ、持久性トナリ、熱ノ多少下降セントスル時期ニ於テ穿刺セバ最モ有效ナリ。

特別ナル穿刺法トシテ瓦斯體ヲ注入シツ、滲出液ノ流出ヲ計ル方法アリ。之ハ主トシテ液ノ流出後急劇ニ内部臟器ノ膨脹スルヲ避ケントスルモノニシテ、肺結核ノ合併シタル場合ニ試ミラル、瓦斯ハ酸素又ハ窒素若シクハ空氣ヲ用フ、之ニヨリテ肺ノ擴張ニ伴フ結核病竈ノ急劇ナル危險ヲ避ケ、且肋膜ノ癒著ヲ防グ事ヲ得ト稱セラル。然レドモ肋膜ノ炎症ハ瓦斯ノ刺戟ニテ治癒ヲ遅カラシメ、且肺間質ニ炎症ヲ深ク蔓延セシムル危險ナキニ非ズ、果シテ得策ナリヤ否ヤ尙研究ノ餘地アリトス。

自家血清療法ハ一八九四年ギルベルト氏ニヨリ試ミラレタリ。患者ノ穿刺液ヲ取り患者自己ノ皮下ニ一乃至三cc注射ス、之ニヨリ滲出液ノ吸收ヲ早メ得タリト云フ。アイステル氏ノ動物試驗ニテハ多少ノ白血球増加ヲ來スト云フモ臨牀上應用シテ效果確實ナラズ。

又ケニゲル氏ハ沃度「ホルムグリスリン」ノ胸腔中注射ヲ推賞ス、氏ハ滲出液中ニ多核細胞増加シ炎症ノ經過ニ好影響アリト云ヘリ。

三 化膿性肋膜炎 Pleuritis purulenta

滲出液中ニ多數ノ白血球ノ存在スル爲、膿様ノ滲出液トナリシモノヲ化膿性肋膜炎ト稱ス。其膿ハ濃厚ナルモノアリ、稀薄ニシテ一見漿液ニ近クシテ鑑別シ難キモノアリ、如此稀薄ナル時ハ翌日再ビ穿刺シ其

液ヲ檢セバ多ク漿液性ナリヤ膿性ナリヤ區別シ得ベシ、化膿性肋膜炎ハ最モ強度ノ炎症ニシテ刺戟、即細菌ノ毒力強烈ナル所又ハ身體ノ抵抗力薄弱ナルモノニ起ルモノナリ、從テ一般全身及局所ノ症狀強烈ヲ極ム。

羅患率ハ漿液性ノモノニ比シ少クスタヘリン氏ニ據レバ四〇〇例ノ漿液性肋膜炎ニ對シ一三八例アリタリト云フ、男子ニ多ク且比較的の少年者ニ屢、來ルヲ見ル。

原因

原因 多ク續發性ニシテ肺炎、肺結核、肋骨「カリエス」等ニ屢、アリ、臨牀上原發性ト思ハル、モノハ稀ナリ。漿液性肋膜炎ヨリ移行シ來ルモノハ多クハ第二ノ有害ナル原因加リテ炎症ヲ劇シカラシムルカ、又ハ身體ノ抵抗力ヲ減退セシムルガ如キ時ニ化膿スルモノアリ、又最初ヨリ化膿性滲出液ヲ出スモノアリ、例ヘバ重症ナル傳染病、即「インフルエンザ」、「チブス」、肺炎等ニ合併スルモノ是ナリ、又附近ノ化膿性病竈ノ破壊シテ起ル場合、即肺壞疽、肺膿瘍、肋骨「カリエス」、化膿性縱隔膜炎、腹膜炎等ノ肋膜炎ニ穿孔シ來ル時之ニ屬ス、敗血病ノ時ハ全身ノ化膿菌感染アリ其一部トシテ化膿性肋膜炎ヲ併發スルコトアリ。此ノ時ハ他ノ臟器ニモ化膿性病竈ヲ有スベシ。

徵候

原因菌ハ肺炎菌最モ屢、發見サレテ連鎖狀球菌、結核菌等アリ。

徵候

他覺的處見ハ全ク前章ノ漿液性肋膜炎ニ一致シ、穿孔シテ其滲出液ヲ檢スルニ及ビ初メテ化膿性ナルヲ知ルベシ。屢、胸部皮膚ニ水腫ヲ呈スルアリ、穿孔セントシテ胸壁ニ波動ヲ呈スル隆起部ヲ生ズルコトアリ、滲出液壓ハ漿液性ノ場合ヨリ高ク屢、陽壓ヲ呈スベシ、且癒著スルコト多クシテ限局性肋膜炎ヲ作りタリ、レントゲン線検査ニ依ル陰影ハ濃厚ニシテ漿液性ノモノヨリ移動性多シ。

全身症

全身症狀ハ一般ニ重症ヲ呈シ且急性ナリ。體溫上昇シ熱型ノ極メテ不規則ナルコト多シ、發病當初惡寒戰慄ヲ以テ高熱ヲ發スルアリ、發汗著シク皮膚貧血アリ榮養著シク障礙サレ、脈搏細小且早く、血液中心白血球増加セリ。

老人ニハ潛行性ニ發病シ倦怠甚シク、舌苔アリテ食慾不進トナリ、譫言ヲ發スルコトアリ體溫ハ比較的上昇スルコト少ク、脈搏甚ダ微弱ニシテ全身衰弱ノ度著シ。

上述ノ如ク一般症狀ノ重篤ナルヲ普通トスレドモ、又稀ニハ極メテ輕微ナル症狀ヲ呈シ、穿孔シテ初メテ膿胸ナルニ驚カサル、場合アリ、原發性疾患ノ徵候主トシテ症狀ヲ支配シ膿胸トシテノ徵候ノ輕キモノアリ。

穿孔

化膿性肋膜炎ハ多數ノ場合ニ肋膜炎ニ癒著ヲ起シ胸廓内ノ一部ニ限局シ、葉間肋膜炎、橫隔膜肋膜炎等ヲ起シ易シ、又數多ノ包埋サレタル病竈ヲ有シ、一方ハ膿性ニシテ他方ニ漿液性ノモノヲ見ル事アリ。

其經過中ニ穿孔スル事少ナカラズ、肺ニ穿孔スレバ多量ノ膿性喀痰ヲ一時ニ喀出シ、肺膿瘍ノ如キ徵候ヲ呈スルモノナリ、胸廓ノ外壁ニ穿孔セントスル時ハ波動ヲ呈スル軟弱ナル隆起ヲ前胸壁ニ生ジ、呼吸ニ際シ伸縮シ壓ヲ加フレバ胸廓内ニ消失スベシ。**波動性膿胸** Empyema necessitatis ト云フ、豫後ハ多ク不良ナリ。

雙球菌性

肺炎ニ併發セル膿胸ハ其熱分離後ニ來ルモノ多クシテ、體溫ハ再ビ上昇シ、三十九度乃至四十度トナリ呼吸困難胸痛アリ、一二日後ニ胸部ニ他覺的處見ヲ呈スベシ。稀ニ肺炎ノ有熱期ニ併發スルモノアリ、其發性膿胸ニシテ之ガ爲ニ肺炎ノ經過及熱型ニ何等ノ影響ヲ見ズ、液量モ少許ニシテ肺炎ノ下熱期ニ於テ

肋膜炎疾患

滲出膿ハ吸收サル、モノナリ、前者、即後發性膿胸モ豫後佳良ニテ肺ヨリ氣管枝ニ穿孔シテ膿ノ咯出サルルアリ、或ハ穿刺排膿後治癒スベシ。

化膿菌性膿胸

化膿菌殊ニ連鎖球菌性膿胸モ大人ニ屢、遭遇スルモノニシテ經過長ク、再三排膿スルモ反復シテ蓄膿シ且一般ニ悪性ノ經過ヲ示スモノナリ、葡萄球菌又ハ肺炎菌ト混合感染シタルモノアリ、又單獨ニ連鎖球菌ノミニヨル膿胸アリ、「インフルエンザ」、肺膿瘍、壞疽、結核、心内膜炎、心囊膜炎、扁桃腺炎等ニ續發シ、胸痛強クシテ呼吸困難アリ、惡寒戰慄ヲ以テ高熱ヲ發シ間歇熱型ヲ呈スルモノナリ。胸壁ニ穿孔スルモノ多シ、前胸部ニシテ第五又ハ第六肋骨ニ穿孔ス。

結核性膿胸

結核性膿胸ハ肋骨「カリエス」ニ因スルモノ多ク又肺結核ヨリ續發スルモノアリ、原發性肋膜炎ニシテ後ヨリ結核病竈ノ肋膜面上ニ發生スルハ初メ漿液性ナリシモノ漸時化膿性トナルベシ、又肺結核又ハ肋骨「カリエス」ヨリ穿孔シテ膿ノ胸腔ニ入り本病ヲ惹起スルアリ、其膿ハ白色ニテ著シク稀薄ナリ、顯微鏡的検査ニ於テ多數ノ白血球アリ、多ク脂肪變性ヲナシタリ。其他ニ脂酸ノ結晶「ヒヨレストリン」脂肪球ヲ含有スベシ。急性ニ發病シタルモノハ高熱アリ呼吸速進シ他ノ一般衰弱症狀ヲ呈ス。慢性ノモノハ潛行性ニ始マリ遷延シタル經過ヲトルモノナリ、初メ漿液性ナリシモノ後ニ膿性ト變ジタルモノ多シ。滲出ノ膿汁中ニハ結核菌ノミナラズ屢、他ノ雜菌ヲ證明ス。

經過

經過

膿胸ハ一定ノ手術ニヨリ排膿ヲ行ハズンバ自然ニ吸收治癒ヲ見ルコト少シ、小兒ノ膿胸及大人ノ肺炎ニ併發シタルモノハ稀ニ自然吸收アレドモ、大人ニ來ル多數ノモノハ然ラズ、一般ニ甚ダ長キ經過ヲ示ス疾患ニシテ有熱持續シ衰弱加ハリ、或ハ澱粉樣變性ヲ内臟諸器官ニ起シ遂ニ斃ルベシ、急性ノ經

穿孔

過ヲトルモノハ發病後高熱持續シ全身症モ強ク、數日ニシテ死スルモノアリ、小兒ニハ能ク心囊膜炎、腦膿瘍、腦膜炎、心臟内膜炎ヲ併發スルコトアリ。

穿孔ハ肺臟ニ多ク胸廓外壁ハ比較的少シ、漸時肺間質組織内ニ浸潤シ、間質性肺炎トナリ、肺全部膿ノ浸潤ヲ受ケタルモノアリ、肺ニ穿孔セバ急ニ咳嗽起リ大量ノ膿ヲ咯出ス、此ノ際呼吸困難起リ、時トシテ膿ノ咯出ニ際シ窒息ヲ起スコトアリ、咯痰ハ日ヲ經ルニ從ヒ惡臭ヲ帶ビ來ルモノ多シ、反之一般症狀ハ大ニ輕快シ熱下降シ食慾加ハリ、他覺的ニハ胸部ノ濁音消失シ治癒ヲ見ルモノアリ、又穿孔後空氣ノ進入アリテ氣胸ノ發生ヲ起スモノアリ、肺ノ穿孔極メテ小ナル爲一時ニ排膿行ハレズ徐々ニ肺氣胞内ニ膿ヲ吸入シ少量ツ、咯出スルモノアリ、潜在性穿孔 Perforatio insensibilis ト稱ス。

肺ノ穿孔ハ經過良好ナレドモ他臟器ニ來ルモノハ不良ナリ、即食道、大氣管、心囊膜、血管、縱隔膜等ニ起ル場合ハ凡テ治癒ヲ見ズ。胸壁ニ穿孔スルハ波動性膿胸 Empyema necessitatis ト稱シ乳線ト腋下線ノ間又ハ胸骨ニ近ク穿孔シ、初メハ胸壁ニ限局性浮腫ヲ作り隆起シ、赤發シ遂ニ波動ヲ呈ス咳嗽及努責ニヨリ増大シ呼吸性ノ伸縮アリ遂ニ破レ排膿シ多クハ瘻孔ヲ殘スモノナリ、從テ漸時ニ榮養障碍ヲ起シ斃ルベシ。左胸前壁ニ穿孔スルモノニ心臟搏動ヲ傳達スル隆起ヲ作ルコトアリ。搏動性膿胸 Empyema pulsans ト云フ、穿孔前ニ心囊ニ癒著シタル爲惹起サル、モノナリ。

診斷

他覺的徵候ハ一般滲出性肋膜炎ナレドモ、全身症狀ノ強キモノハ膿胸ナルコト多シ、穿刺ヲ行ヒ診斷ヲ確實ニスベシ。其限局性ナルモノハレントゲン線透視ヲ行ハザレバ發見サレザルモノアリ、肋膜炎ノ疑ヒアルモノニ必ず透視検査ヲ行フベシ、之ニヨリテ漿液性肋膜炎ノモノニモ亦他ノ限局性膿胸ヲ

波動性膿胸

搏動性膿胸

診斷

肋膜ノ疾患

發見スルコトアリ。

豫後

其ノ原因ニ關係シテ豫後ニ大差アリ、外科的手術ヲ行ヒタルモノ迄統計シ二〇%ノ死亡アリト云フ、就中結核性ノモノハ豫後不良ナリ。

治療法

膿胸ハ其排膿ヲ完全ニスルヲ治療ノ主眼トス、而シテ漿液性ノモノト異ナリ完全ニ排膿セザルベカラザルニヨリ單ニ穿刺吸引法ヲ行フノミナラズ、特別ノ裝置ヲ爲シテ持久的吸引排膿法ヲ行フベシ、穿刺針ノ太キモノヲ用ヒ、其ノ穿刺孔ニ排膿「ゴム」管ヲ送入シ、他方ニ對孔ヲ作ルベシ、或ハ水流「ポンプ」ノ接続ヲ爲シテ持久的吸引ヲ行ヒ、又ハデーキン氏液ヲ以テ胸腔内ヲ洗滌シテ效果ヲ見タリト云フ(總論治療章參照)。

限局性ノ者ハ其壁多クハ厚ク、再ビ胸壁ト肺臟ノ互ニ密著スル事不可能ナル者ナルニヨリ肋骨切除手術ヲ行ハザルベカラズ、一時的ニハ膿ヲ吸引排除シテ後、酸素又ハ窒素ヲ填充シ效果アル事アリト云フ。

結核性ノモノハ排膿スルモ治療ヲ見ズ、多クハ排膿孔ニ瘻孔ヲ殘スモノナリ。

四 腐敗性膿胸 Empyema putridum

化膿性滲出液ハ稀レニ腐敗性分解ヲ起スコトアリ、一種嫌惡スベキ惡臭ヲ發スベシ。

原因

腐敗性臭氣ノ發生ハ或特種ノ腐敗菌ノ作用ニヨルモノニシテ大腸菌及種々ナル嫌氣性菌ヲ發見スルコト多シ、普通ノ化膿菌ト共存スルモノナリ。

是等ノ腐敗菌ハ既ニ存在スル滲出液ニ進入シ腐敗ヲ起スコトアリ、又近接臟器ノ腐敗性炎症ガ肋膜ニ蔓延シ穿孔シテ本病ヲ發スルアリ、最モ屢、來ルモノハ肺壞疽、腐敗性氣管枝炎、氣管枝擴張症等ヨリスル

モノナリ、其他食道癌、食道擴張症、橫隔膜下膿瘍、肝膿瘍ヨリ穿孔發病スルモノアリ、肺結核及胸廓外傷ニ續發スルハ稀ナリ。

徵候

滲出液ハ一種ノ劇烈ナル惡臭アル膿液ナルヲ特長トシ、屢、稀薄流動液ニシテ色ハ幾分褐色ヲ呈シ放置スレバ沈渣ヲ作り、其上層ハ多少透明ナリ、顯微鏡検査ヲ行フニ破壊サレタル白血球及無形ノ物質ヲ見ルノミ。

一般全身症狀ハ重惡ニシテ普通發熱高カラザレドモ、不規則トナリ或ハ無熱ニ近キ日アリ、惡寒戰慄ニテ急ニ熱發シ高熱ヲ呈スルアリ、急劇ニ榮養障礙ヲ起シ、體力消耗シ、食慾不進、顔面蒼白、脈搏細小頻數トナル、其他本病ヲ惹起シタル原病、即肺壞疽、氣管枝擴張症等ノ徵候アリ。

屢、限局性ニ包埋サレ又腐敗ニ際シ瓦斯ノ發生ヲ伴ヒテ膿氣胸ヲ作成ス。

豫後

外科的手術ニ依ラザルモノハ全ク不良ナリ、急劇ニ體力消耗シ死ス。

五 肋膜ノ癒著 Pleura-Verwachsungen (癒著性肋膜炎)

凡テノ肋膜炎ノ治療後ハ肋膜ノ癒著ヲ殘スコト多シ、而シテ其癒著シタル肋膜ノ組織ニ萎縮ヲ起シ、其ノ度ニ應ジ種々ノ障礙ヲ惹起スベシ、滲出液ノ大量ナルモノ、長期吸收ヲ見ザルモノ膿性ナルモノ程癒著ハ強ク障礙ヲ殘スコト大ナリ、稀ニハ例外的ニ輕症ノモノニテ可ナリ、廣汎性ノ癒著アリ強キ種々ナル障礙ヲ惹起スルコトアリ。

一程度ノ胸廓ノ陷沒 Retraction thoracique ヲ起ス迄ニハ多ク數週間ヲ要シ、其後徐々ニ再ビ多少ノ擴張ヲ見ル、而シテ數月日ノ後ハ永久的陷沒度ヲ保ツモノナリ。

肋膜ノ疾患

癒著ノ形狀ニ種々アリ、極メテ輕度ノ癒著ニシテ容易ニ剝離サル、程度ニテ細長ク癒著シタルアリ又廣汎ニシテ全肋膜面ヲ占ムルモノアリ、強キモノハ硬結ノ厚サ一糲ニ及ビ剝離スルコト不可能ナリ、グラシヤー氏ノ研究ニヨレバ、是等癒著ノ強弱ハ其ノ發生ガ肺臟肋膜面ヨリシタルカ、胸壁肋膜面ヨリシタルカニヨリ差アルモノニシテ、肺臟肋膜ハ微細ナル多形細胞ヨリナル、薄膜ニテハ多數ノ孔ヲ以テ肋膜下淋巴管ト連結ヲ保チタリ、又肋膜下組織モ一般ニ結締織及彈力纖維ノ微細ナルモノヨリナル。胸壁肋膜ハ之ニ反シ硬強ナル皮膜ヲ形成シ、肋膜下組織モ亦強キ結締織及彈力纖維ヲ有ス。肺ノ炎症ハ以上肋膜ノ中ニ於テ前者、即肺臟肋膜面ニ纖維性沈著物ヲ作り、後遂ニ胸壁肋膜ニ波及シ癒著ス、肺尖加答兒等ニ於テ肺炎部ニ來ル癒著是ナリ、多ク薄弱ニシテ剝離シ易シ、之ニ反シ肋膜ノ滲出液ヲ生ジ胸壁ノ肋膜炎強クシテ癒著シタルモノハ厚ク硬ク且廣汎性ニシテ剝離困難ナリト云フ。後者ニ於テ肺ノ運動ヲ妨グルコト甚シク、且胸廓ノ外形ニ變狀ヲ呈スルモノナリ。

(一)、胸廓ノ陷沒

擴大ナル肋膜面癒著シ、肥厚シ後萎縮シタルモノハ胸廓ノ縮少トナルベシ。肺臟肋膜モ肥厚シ肺ハ充分膨脹シ得ズ、從テ胸壁ニ陷沒シタル部面ヲ作ルモノナリ。

視診 ニ於テ既ニ著シク再胸廓ノ對稱性ヲ失シタルヲ認メ得ベシ、特ニ第六乃至八肋骨ニ相當シ陷沒強ク之ヲ測定スルニ健側ニ比シニ乃至三糲ノ差ヲ認ムルコト稀ナラズ、輕症ノ時ハ前胸ヨリ視ルモ其差異ヲ認メ得ザルコトアリ、背面ヲ視診シテ脊柱ノ彎曲、肩胛骨ノ位置及肋骨間隔ニ異狀アルヲ視ルベシ呼吸ヲ命ズレバ胸廓ハ患側ニ於テ移動少シ。

胸廓縮少

他臟器ノ轉位

ハ癒著後ノ萎縮ニヨリ惹起サル、モノナレバ、其度ノ強弱ハ萎縮ノ強弱ニ一致スベシ、縱隔膜ハ患側ニ偏スル結果、胸骨上部ノ打診音ハ清朗トナリ、此所ニ他側ノ肺組織ノ牽引サレタルヲ知ルベシ、心臟ノ轉位ハ最モ容易ニ認メラル、所ニシテ左側肋膜炎後ハ心尖搏動左側ニ偏シ、其強キ時ハ左腋下線部ニ出現スルモノアリ、橫隔膜ノ上方ニ固定サル、結果患側ノ肺下縁ハ上方ニ位置シ或ハ肝臟濁音界ヲ舉上シ、或ハトラウベ氏鼓音界ヲ擴大ス。凡テ以上ノ變化ハレントゲン線検査ニヨリ明瞭ニ認メラルベシ。

循環器ノ障碍トシテハ體動ニヨリ速脈ヲ起シ、又ハ「チアノーゼ」ヲ呈スルニ至ルモノアリ、屢、心臟肥大ヲ認ム。

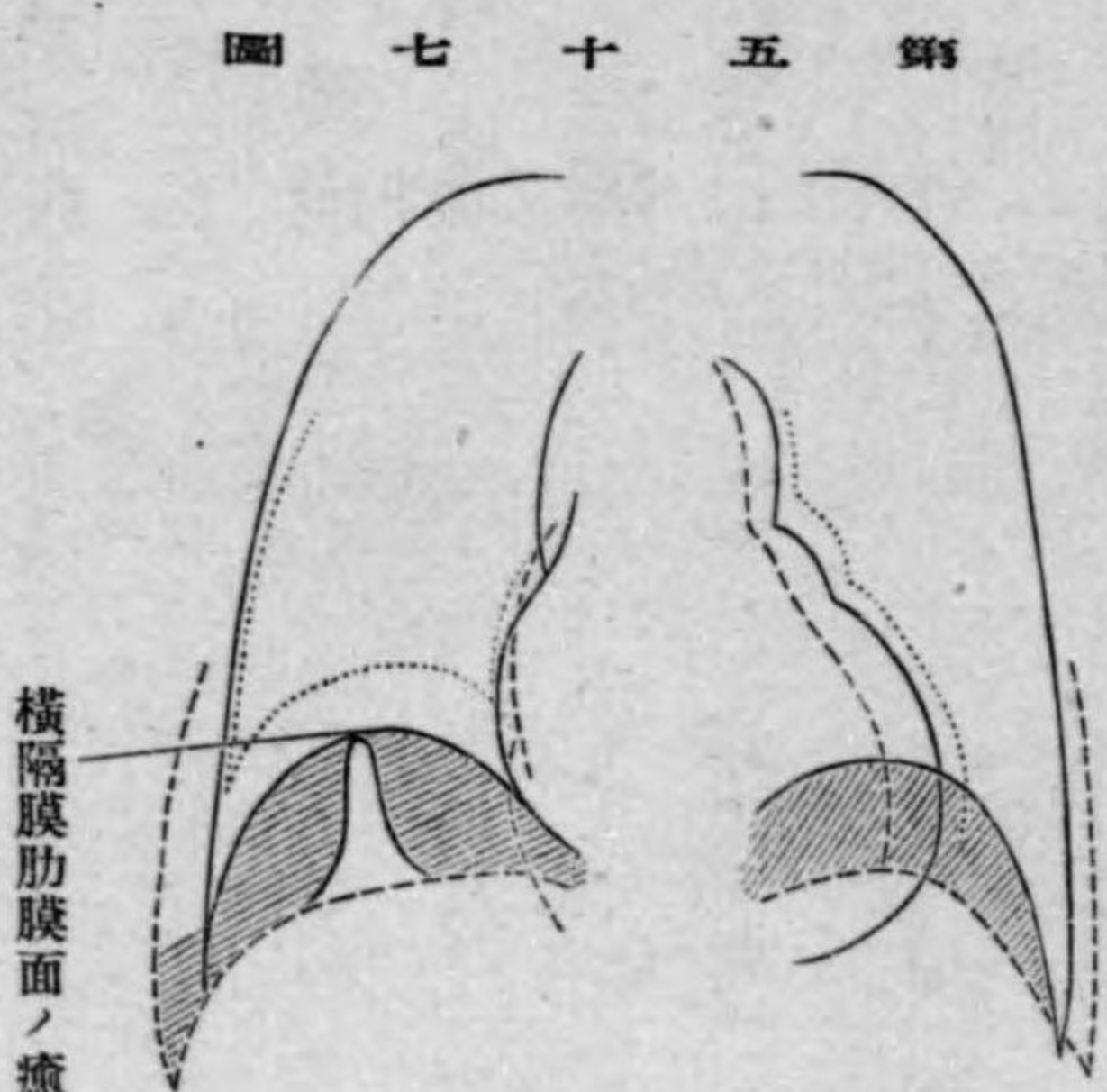
限局性癒著

(二)、限局性癒著

索狀帶狀等肋膜癒著ノ部分的ナルハ何等障碍ヲ起ス事ナシ、稀ニ深呼吸ニ際シ胸痛ヲ起シ、或ハ咳嗽ノ因ヲナスコトアリ、癒著部周圍ノ肺組織ハ肺氣腫ヲ起シ居ルモノ多ク、稀ニ氣管枝擴張症ヲ惹起スルコトアリ、其診斷ハレントゲン線透視検査ニヨリ發見サル、事多シ。

肋膜癒著ノ存スル時ハ橫隔膜ノ呼吸運動著シク制限サル、モノナリ、殊ニ橫隔膜面ニ於テ肋膜ノ癒著存スル時ハ深吸期橫隔膜ノ一部強ク引カレ、其形狀ニ著シキ變化ヲ起スモノヲ見ルコトアリ。臨牀上凡テノ徵候佳良ナル經

肋膜ノ疾患



第五十七圖 橫隔膜肋膜面ノ癒著

過ヲ示シ、何等ノ障礙ナク治癒シタリト想ハル、モノニ唯頑固ナル咳嗽ノミ持續スルコト屢アリ、斯ノ如キ病例ニ於テX線検査ヲ以テ横隔膜面ノ一部分ニ癒著存シ、呼吸毎ニ牽引サル、ヲ發見スベシ、肋骨ノ位置及呼吸運動モ其部ノ癒著存在セバ陷没シ且呼吸性運動ヲ缺クベシ。

豫後

豫後 輕症ノ癒著ノミナラバ漸次剝離シ恢復スルコトアレドモ胸廓外形ノ變形ヲ起ス如キモノ及既ニ心臟ノ轉移アルモノ等恢復セズ。

治療法

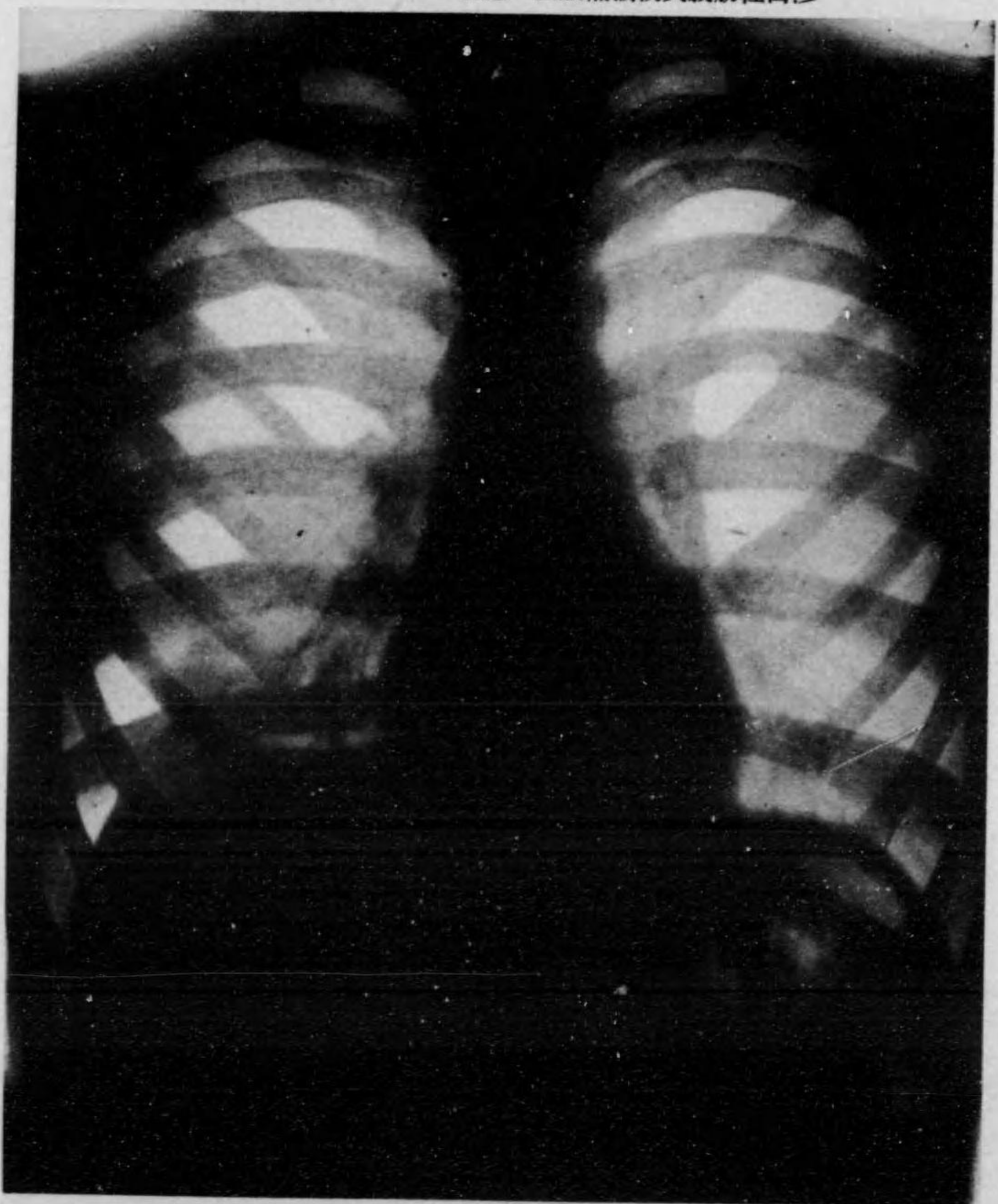
治療法 其豫防ハ主要ナルモノナリ、既ニ癒著アルモノヲ剝離セシムルハ困難ナリ、肋膜ノ滲出液ノ吸收完結シタル後徐々ニ呼吸運動ヲ行ハシムベシ、肺膨脹不全ヲ防ギ且胸廓ノ萎縮度ヲ輕減セシムル事アリ。

早期ニ呼吸體操ヲ行フハ奏效多クレドモ、屢、肋膜炎ノ再發ヲ起スコトアリ、殊ニ結核性ノモノハ熱及ビ滲出液ノ完全ニ消失シタル後ニ於テ行フベシ、又決シテ初メヨリ深呼吸ヲ行フ事ナク極メテ徐々ニ組織的ニ實行シ、呼吸困難、胸痛、速脈等ニ際シテハ中止スベシ。

第二 氣胸 Pneumothorax

肋膜腔ニ空氣或ハ其他ノ瓦斯ノ進入シタルモノヲ氣胸ト云ヒ、同時ニ漿液又ハ膿ノ存在スルコト多クシテ之ヲ漿液氣胸 Seropneumothorax、膿氣胸 Pyopneumothoraxト云フ。又胸壁ヲ穿孔シテ空氣ノ進入シタルヲ外因性氣胸ト云ヒ、肺ノ破壊穿孔シテ生ジタルヲ内因性氣胸ト云フ、又氣胸發生後ノ状態ニヨリテ開通性氣胸 Offene Pneumothorax、閉塞性氣胸 Geschlossene Pneumothorax、及吸氣性氣胸 Ventilic Pneu-

(例驗實者著)ノモルセ著癒ノ面膜隔横後炎膜肋性出滲



原因
肺結核

nothrox. トニ區別ス。

原因

胸壁又ハ肺ノ疾患或ハ外傷ニ因スル穿孔ニ續發スルモノナリ。

肺結核ニ因スル氣胸最多クシテウヅルリヒト氏ハ凡テノ氣胸ノ九〇%以上ヲ占ムト云ヒ、アイヒホルスト氏ニヨレバ凡テノ肺結核ノ六%ハ氣胸ヲ起スト云フ、男子ニ多ク女子ニ少シ、肺膿瘍、壞疽、肺動脈血栓、肺「エヒノコックス」ニ於テ肋膜ニ穿孔シ氣胸ヲ起スコトアリ、結核ニ於テハ肋膜ノ癒著ヲ起サザル極メテ初期ノモノニ最モ屢、合併ス、肺氣腫ニ於テ肺肋膜下ニアル膨脹シタル氣胞ノ破裂シテ氣胸ヲ惹起スルコトアリ比較的稀ナリ。

近接臓器ノ疾患
穿孔

近接臓器ノ疾患ニ於テハ食道癌、食道擴張症ヨリ破壊穿孔シテ氣胸ヲ起スコトアリ、氣管枝腺ノ軟化シタルモノ氣道ト肋膜ニ穿孔シ發病スルコトアレドモ凡ベテ是等ハ稀ナリ。又腹腔臓器ノ疾患ニ於テハ胃癌ノ穿孔ニ因シ本病ヲ發生スルアリ、文獻ニ徵スレバ腸癌ノ穿孔ニヨリ氣胸ヲ起コシタルモノアリト云フ。

肋膜自己ノ疾患、例バ化膿性肋膜炎ガ氣管ニ穿孔シ排膿サレ氣胸ノ形成ヲ見ルコトアリ。瓦斯發生作用ヲ有スル細菌ノ爲ニ發病シタル膿胸ニ於テ何等ノ穿孔ナク膿氣胸ノ發生ヲ起スコトアリト云フ Idiopathic Pneumothorax. 是ナリ、認ムベキ外因ナクシテ氣胸ノ發生スルモノハ劇烈ナル體動、努噴等ノ場合ニ無キニシモ非ズト云ハル、モ甚ダ疑問ナリ。

統計氏ハッアビ
(テニ院病キウ)

核	疽	715	77%
核	瘰	65	7%
胸	傷	45	5%
外	傷	32	3%
氣	管	10	1%
肺	腫	10	1%
肺	氣	7	
腐	敗	4	
胸	腔	3	
食	道	2	
胃	ノ	2	
肋	膜	2	
肺	エヒ	1	
腹	膜	1	
氣	管	1	
肋	骨	1	
胸	骨	1	
乳	腺	1	
大	腸	1	
原	因	14	2%

呼吸ニ及ボス影響

肋膜腔ハ普通空虚ニシテ其ノ兩肋膜間隙ニ僅カニ數滴ノ液ヲ有スルニ過ギズ、胸壁又ハ肺ニ穿孔アリテ肋膜腔ニ空氣ノ進入スル時ハ肺ハ自己ノ彈力性組織ノ力ニヨリ自ラ萎縮シ、胸壁ハ多少擴張ス。肺ノ萎縮及胸壁ノ擴張ハ穿孔ノ大小、進入スル空氣ノ量ニヨリ遲速アリ、且大小ノ差アリ、吸氣時ニ穿孔ヨリ空氣ノ進入行ハレ、呼氣時ニ穿孔閉鎖シ呼出不可ナル如キ吸入性氣胸ニ於テ其最大ナルモノヲ認ムベシ、肺ノ萎縮ハ循環器及他肺ノ呼吸上ニ影響ヲ與フルモノナレドモ縱隔膜、構造ノ如何ハ、大ナル關係ヲ有スルモノナリ。例バ縱隔膜ノ強硬ニシテ其移動少キ家兔ハ一側ノ開通性氣胸ニ對シ格別ノ障礙ヲ起サルモノ

ナレドモ縱隔膜ノ軟弱、移動性ナル犬ハ一側ノ開通性氣胸ニテ呼吸毎ニ左右ニ移動シ外氣ハ健肺ニ吸入サル、事少ク數分間ニシテ窒息死スルモノナリ、閉塞性氣胸ニ於テモ同一關係アリテ一定程度以上ニハ犬ノ縱隔膜ニ呼吸毎ニ「フラッテルン」起リ呼吸困難ノ状態ヲ呈ス、人體ニ於テハ開通性氣胸(内因性)ノ穿孔ノ大ナルモノハ呼吸毎ニ氣胸内ノ空氣ヲ健側ノ肺ニ呼吸シ、自然新鮮ナル空氣ノ缺乏ヨリ呼吸困難ヲ起スベシ、閉塞性氣胸ニテハ如是危險ナシ、吸氣性氣胸ニ於テハ吸氣毎ニ穿孔部開孔シ空氣ノ進入アリ、呼出期ニ閉塞シ其通出ヲ妨グルニヨリ漸時呼吸毎ニ大量ノ空氣進入シ、胸腔壓ハ著シク増大ス、從テ周圍臟器ノ壓迫症狀大ナルベシ。

滲出性肋膜炎ニ於テ述べタルト同一理由ニテ胸廓ハ患側ノミナラズ健側ニ於テモ擴張ス。即代償性擴張ナリ、健側胸廓ノ擴張ハ患側程大ナラズ、縱隔膜ハ健側ニ移行シ殊ニ深吸時ニ著シク轉位シタリ。

氣胸ノ發生後一肺ハ強ク壓縮サル、モノナリ、其結果身體ノ瓦斯交換及循環器ニ及ボス影響ニ付テフュルテル氏ニ據レバ萎縮肺ハ貧血状態ヲ呈シ、血液循環少キモノナルガ爲右心室血液ハ略ボ完全ニ酸素ニテ飽和サレ從テ動脈血ノ酸素炭酸瓦斯含有量ニ大差ヲ起スコトナシト云フ、循環器ニ對シテハ一側ノ肺壓縮サレタル結果其毛細血管ノ抵抗増加シ、呼吸運動少キ結果、胸廓内ニ靜脈血ヲ循環スル作用減少シ且縱隔膜ニ存スル大ナル血管ニ轉移屈曲アリテ血液循行上ノ抵抗増加シ從テ右心室ノ肥大アルベシ、如斯キ障礙ハ心臟ノ微少ナル働作ニヨリ代償サル、モノナルニヨリ循環上ニ差シタル障礙ヲ見ズ。

要之、氣胸ノ危險ハ縱隔膜ノ緊張度ニ關係スルモノナリ、此ノ緊張ヲ強カラシムル爲ノ胸廓ノ吸期性擴張

肋膜ノ疾患

病理解剖的變化

大横隔膜ノ緊張等呼吸筋ノ強弱モ亦從テ至大ノ關係ヲ有スルモノナリ。
病理解剖的變化 屍體ニ於ケル氣胸内壓ハ生存時ニ比シ胸廓呼吸筋ノ緊張ナキ爲強ク陽壓ヲ呈スルモノト想像サル、モ屍體ニ於ケル體溫ノ下降ニ伴ヒ、空氣容積モ減少スル爲陽壓ハ認ムルコト少シ、從テ氣胸ヲ發見セントセバ胸廓ヲ水中ニテ開クカ或ハ胸廓内ニ水ヲ充タシ氣管ニ「ゴム」管ヲ通ジテ吹クベシ。

肺ノ萎縮強ク含氣量少クシテ脊椎ノ側方ニ壓迫セララルラ認ムベシ。
 穿孔部ハ發見容易ナレドモ時トシテ肺ノ胸壁ニ癒著シタルモノニ於テハ認メ難キコトアリ、肺上葉ノ下部ニ認ムルコト多ク、特ニ乳腺及腋下線ノ間第二乃至第四肋骨間ニ屢、發見サル。

徴候

徴候 視診ニテ患側呼吸運動ノ不充分ナルヲ發見スベシ、吸息期ニ於テ左右ノ差大ナラザレドモ呼吸期ニ於テ患側ノ胸廓ハ尙膨脹シ居リテ收縮運動ノ缺ケタルヲ認ム、心臟ノ轉移アル爲、其心尖搏動ノ位置ハ著シク變位シ、或ハ右側胸壁ニ、或ハ左側腋下下部ニ於テ認メラル。

觸診

觸診 ニヨリ左右ノ胸廓形狀及其呼吸運動ノ差ハ益、明細ニ知覺サルベシ、上氣道、喉頭部ノ彎曲アリ腹部觸診ニテ肝臟脾臟等モ觸知スベク、稀ニハ横隔膜下面ニ觸ル、コトヲ得ト云フ、患側ノ聲音振顫ハ微弱ナリ。

打診

打診 ニヨリ心臟縦隔膜、肝臟上界等ノ轉位シタルハ明確ニ知ルベク、胸骨上部ハ清明ニシテ健側胸骨緣ニ沿ヒ濁音アリ縦隔膜ノ移行ニ因ルモノナリ、心臟濁音界ハ滲出性肋膜炎ニ於ケルヨリハ著シク移轉ス。肺ノ打診音ハ氣胸中ノ空氣壓ニ關係シテ差アリ其壓外氣ノ壓ニ略ボ一致スルガ如キモノハ著明ノ

聽診

鼓音ヲ呈シ、胸内壓ノ高キ程打診音微弱ニシテ鼓性ヲ失ヒ、正常肺打診音ト區別シ難キモノアリ。
 打診槌ヲ用ヒ其音ヲ聽診器ニテ開ク時ハ明瞭ニ鑼性ヲ帶ビタル部アリ、其他肺腔胸徵候ノ幾多ノモノヲ發見スルコトアリ、破壺音ハ開通氣胸ニ存シ、吸氣性ノモノニテ其内壓強キ時ハ貨幣音ヲ聞キ、又ビールメール氏打診音變化、即坐位ニ於テ調子高ク仰臥位ニテ診スレバ低音ヲ聞クコトアリ、是レ横隔膜ノ位置ニ高低ヲ來スニヨルモノナリ、開通性ノモノニ於テハウヤントリヒ氏打診音變化アリ。

聽診

聽診 上ハ呼吸音甚ダ微弱ニシテ時トシテ全ク消失シ、又鑼性ヲ帶ビタル氣管枝呼吸音ヲ聞クコトアリ、若シ「ラッセル」ノ存スル時ハ明瞭ナル鑼音性「ラッセル」トナリ、時トシテ心音モ亦鑼性ヲ帶ビタル事アリ。

開通性氣胸ニ於テハ胸腔内壓ハ高カラザルモノナリ、從テ心臟ノ轉位ハ小許ニシテ胸廓ハ膨脹セズ、反テ萎縮シ肋間陷沒シ打診上鼓音ヲ呈シ、種々ナル腔胸徵候著シク明確ナリ。

レントゲン線検査

レントゲン線検査 患側ハ空氣充滿スル爲全ク明瞭ニ透明ナリ、横隔膜位置ハ下降シ、其胸壁ト作ス角度ハ健側ニ比シ明視サルベシ、又他臟器ノ轉位ハ上述セシ如ク凡テ明瞭ナリ、患側ノ肺ハ脊柱陰影ニ壓縮サレテ微弱ナル影ヲ殘シ、呼吸ニヨル横隔膜ノ運動ハ所謂**反對横隔膜運動** Paradoxe Zwerchfell-Bewegungs ヲ呈スルコトアリ、即吸氣時患側ニ於テ上行シ、呼氣時下行ス、之レニ反シ健側ニ於テ正常呼吸運動ヲ有スル故ニ左右兩半ハ互ニ反對ノ運動ヲナスモノナリ。ピットルフ、ウエルマン兩氏ノ説明スル所ニヨレバ吸氣時ニ胸廓ノ擴大ハ肋骨ノ上昇横隔膜ノ緊張トナルモノニシテ健側ニテハ肺ニ空氣ノ進入アルヲ以テ横隔膜ハ下降腹腔内ノ壓ハ甚ダシク増加シ、患側ハ肺ニ空氣ノ進入スル事ナキ爲、胸壁ノ擴大ハ、

肋膜炎患

即氣胸内壓ノ下降ヲ來シ、縱隔膜ガ吸引サル、爲ニ患側橫隔膜ハ其緊張度ヲ失ヒ、一方腹腔内壓ハ他側ノ呼吸運動ニテ増加シタル結果、患側橫隔膜ハ上昇セシメラル、モノナリト云フ、即吸入期ニ健側橫隔膜ハ下行シ患側ニ於テハ上行ス。

自覺症

呼吸困難

自覺症 徐々ニ空氣ノ進入アリテ發生シタルモノハ自覺症全ク缺如スルコトアリ、體動ニヨリ多少ノ呼吸困難ヲ覺ユルノミナリ、之ニ反シ急劇ニ發生シタルモノハ著シキ呼吸困難ヲ伴ヒ呼吸ハ深く、且頻數トナルベシ。

胸痛

胸痛ハ屢、深呼吸ニ際シテ存在シ多ク胃部ニ訴フルモノナリ、循環障礙トシテハ脈搏増加アリ、又上半身ニ靜脈ノ怒張アリ。耳鳴、眩暈ヲ訴フ。

聲音

談話ニ際シ聲音ハ弱ク、且明瞭ヲ缺クコト多シ。

肋膜ニ癒著アリテ胸腔ノ一部ニノミ限局シタル氣胸ノ起ルコトアリ、肺結核、肋膜炎ノ既往症ヲ有スルモノニテ多ク、呼吸困難及胸痛ヲ訴ヘ他覺的ニ胸腔痲症狀ヲ呈シ診斷ノ困難ナル事アリ、レントゲン検査ヲ必要トスベシ。

1. 漿液氣胸 Sero-pneumothorax

漿液氣胸

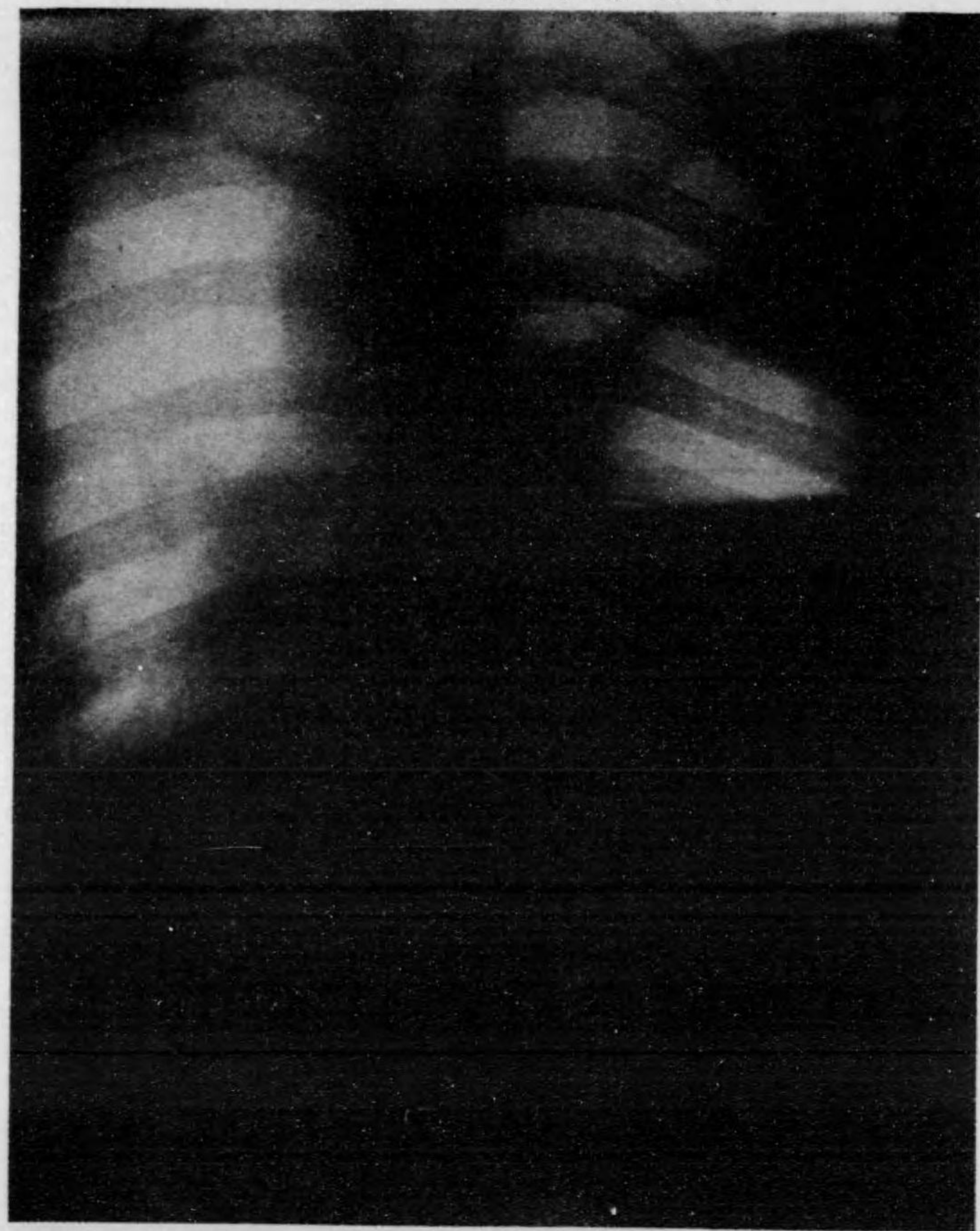
氣胸ノ存在ハ肋膜内被細胞ニ障礙ヲ與ヘ易クシテ炎症ヲ起スコト多シ、其結果漿液性滲出物ヲ出シタル時ハ漿液氣胸トナルベシ、人工氣胸ヲ行ヒシ後ニ於テ屢、發生ス、其ノ内壓ハ分泌液ノ増加ニ從テ上昇シ内臟及血管ヲ壓スルコト甚シ。

熱ハ時トシテ高熱ヲ發スルモ、多クハ三十七度乃至八度ナリ、肋膜ニ炎症ノ起ル結果ナリトス。

右側氣胸(著者實驗例)



(例驗實者著) 胸 氣 液 漿 側 右



他覺的徵候

他覺的胸部處見ハ打診上胸部下部ニ濁音アリ、其上方ニ存在スル氣胸ノ鼓音トハ水平ニ界シ且體位ノ變更ニヨリ著シク變動スベシ、胸廓ヲ強ク振動セシムレバ一種ノ水振音ヲ發スベシ、患者階段ヲ昇降スル時其水振音ヲ自覺スルモノアリ Succussio Hippocratis 是ナリ、肋膜面粗ニシテ絨毛様層ノ沈著アラバ體位ノ變更ヲ急劇ニ行フ際、點滴音 Gutta cadens. ノ聞ユルコトアリ。又肺ニ穿孔部アリテ滲出液水面下ニ存スル時ハ呼吸ニ際シ小氣胞ノ發生スル爲滲出液中ニ一種ノ氣泡音 Wasser-pfeifengeräusch ヲ聞キ得ルコトアレド稀ナリ。

レントゲン線検査

レントゲン線検査ニヨレバ甚ダ明瞭ニシテ滲出液ノ陰影ハ水平ノ上界ヲ有シ、上方ノ透明ナル空氣層ト明劃ニ境界シ、且體位ノ變更ニヨリ種々移動シ、呼吸ノ際ノ横隔膜反對運動及心臟搏動ニ因スル波動等ヲ認ムルコトアリ。

膿氣胸

二、膿氣胸 Pyopneumothorax

漿液氣胞ガ漸時化膿シテ生ズルアリ、膿胸ノ穿孔後發生スルアリ、肺膿瘍、肺壞疽等ニ於テ穿孔後本症ヲ發生ス。其膿性タル原因菌ハ化膿性原病ヲ發シタル原因菌ニ一致スルモノニシテ種々ノ菌アリ一定セズ。

症狀ハ他ノ氣胸ニ比シ甚ダ重症ノモノニシテ全身症狀強シ、結核性ノモノハ比較的重症ナラズ、能ク數ヶ月ノ經過ヲ有シ特別ニ症狀ヲ呈セザルコトアリ。

胸部ノ徵候ハ漿液氣胸ト同一ナリ時トシテ胸壁浮腫ヲ起シタリ。

經過

特別ナル原因ナクシテ發病シ突然胸痛、呼吸困難ノ劇シキ感ヲ訴へ、數分又ハ數時間ニシテ死

經過

肋膜ノ疾患

亡スルアリ、普通ハ何等カノ誘因、即身體ノ劇動、深呼吸等ノ後ニ發生シ呼吸速迫シ胸部ニ疼痛アリ、數日後初メテ治療ヲ乞フモノ多シ、全然潛行性ニシテ患者ノ自覺症ナク偶然發見サル、モノアリ、如斯キモノハ日常ノ業務ニ從事シ何等ノ呼吸困難ヲ感ゼザルベシ。

氣胸ハ其經過中ニ漸時瓦斯ノ吸收行ハレ自然ニ治癒スルコトアリ、又ハ滲出液ノ穿孔流出アリテ漿液氣胸ヲ形成スルモノアリ、全然吸收サレテ再三反復氣胸ノ發生ヲ起スコトアリ。

兩側氣胸ハ極メテ危険ナレドモ稀ナリ。

診斷

診斷 視診ニ於テ一胸側ノ呼吸運動不完全ニシテ且呼吸音ノ消失アラバ注意シテ胸廓各部ニ付テ打診盤及打診槌ヲ使用シ鑛音ノ有無ヲ檢スベシ、レントゲン線検査ニヨラバ診斷明確ナリ。

鑑別スベキモノハ肺氣腫ナリ、之ハ多ク兩側ニ同様ニ鼓音ヲ呈スルモノニシテ氣胸ハ兩側ニ起ルコト少シ、一側ニ肺疾患アリ他側ニ代償性肺氣腫ノ發生アル時ハ甚ダ氣胸ニ似タレドモ呼吸音ノ聽診サレ、且鑛性音ヲ聞クコトナク又レントゲン検査ヲ行ハバ鑑別容易ナリ。

限局性氣胸

限局性氣胸ハ胸腔症ニ一致シタル徵候ヲ呈シ全ク鑑別ノ不可能ナルコトアリ、胸腔症ハ肋間ノ陷没ヲ起シ、氣胸ハ膨隆ス。ウァントリヒ氏音響變化ハ胸腔ニ屢アレドモ、氣胸ニハ稀ナリ、レントゲン線透視ニヨルモ鑑別不可能ナルコト多シ。

横隔膜ヘルニアハ其既往症、胃腸症及腸ノ蠕動ニ因スル雜音ニ注意シ鑑別スベシ。

漿液氣胸及膿氣胸ハ普通診斷容易ナリ、振水音ハ容易ニ發見サレ、且レントゲン線検査ニ於テ一見シテ誤ルベキモノナシ。

豫後

横隔膜下膿瘍ハ右側膿氣胸ニ似タル點アレドモ一般腹膜ノ刺戟症狀アリテ惡心、嘔吐、腹痛アリ、且レントゲン線検査ヲ行ヒ得バ鑑別ハ容易ナルベシ。

豫後 其發生ノ慢性ナルハ一般呼吸及循環器上ニ大ナル影響ヲ呈セザレドモ、急性ノモノハ時トシテ危険ナリ、氣胸ノ爲ノ刺戟ニテ炎症徵候出現シ漿液又ハ膿ノ分泌アルモノハ豫後不良トナルコト多シ、又健側ノ肺ニ疾患アルモノハ呼吸困難モ大ニシテ極メテ危険ナリ。

閉塞性氣胸ハ漸時吸收サレ全治スル事多ク、開通性ノモノニハ續發性炎症ヲ起スコト多ク、從テ豫後不良ナルモノ多シ、吸氣性ノモノハ其内壓ノ非常ニ高キ爲周圍臟器ヲ壓迫スルコト強ク危険性大ナルベシ初メ吸氣性ナレドモ肋膜腔内ノ壓一定度ニ達スレバ穿孔閉塞シテ佳良ナル轉機ヲトルモノアリ。

肺結核ニ於テ其患側ニ氣胸ヲ發シタル爲肺患ノ經過ニ佳良ナル影響ヲ呈スルモノアリト云フモ多數ハ結核ノ増悪スル傾向ヲ見ルモノナリ。

膿性氣胸ノ豫後ハ不良ナリ、外科的手術ニヨルモ瘻孔ヲ殘シ漸時衰弱シ、澱粉様變性ヲ起シ斃ル、モノ多シ。

治療法

治療法 急性發病シタルモノハ**安靜**ヲ第一トシ「モルヒチ」注射ニヨリ咳嗽發作胸痛ヲ輕減シ、同時ニ**強心藥**ヲ與フル時ハ漸時呼吸困難去ルベシ、酸素吸入ヲ行フモヨシ。

呼吸困難大ナルモノニ**穿刺**ヲ行フコトアリ、開通性吸氣性ノモノニハ穿刺後、「ゴム」管ヲ以テ排尿管ヲ製シ數日間屢、瓦斯ノ排除ヲ行フベシ、閉塞性氣胸ノ多クハ一回ノ穿刺ニテ完全ニ呼吸困難ヲ除去シ得ルモノナリ。

化膿性滲出液ノ存スル氣胸ハ前章膿胸ノ時ト同ジク持續的ニ排膿管ヲ通ジ、外科的治療ヲ行フベシ。結核性腔洞ノ破裂シタル結果發生シタル場合ハ豫後極メテ不良ニシテ外科的手術ニ待ツベキモノナリ

第三 胸水 Hydrothorax

原因

原因 肋膜炎ニ於ケル滲出液ハ炎症ノ結果瀦溜スルモノナレドモ、胸水ハ何等ノ炎症狀ナクシテ液體ノ存在スル場合ヲ云ヒ、常ニ全身ノ浮腫又ハ上半身浮腫ヲ有スルモノニ發見サル、コト多シ、其原因モ從テ循環器障礙ノ結果ニシテ、心臟病、腎臟病ニ來ルコト多シ、胸廓内腫瘍アリテ、上行大靜脈ノ血行ニ障礙アリ、血液ハ奇靜脈又ハ半奇靜脈ニ多量流入シ、是所ニ鬱滯シ遂ニ肋膜腔ニ漏出液ヲ出スコトアリ、又肝臟微毒ニ於テ屢、胸水ヲ發見ス。貧血、高度ノ惡液質ニモ稀レニ胸水ノ起ルコトアリ、猩紅熱及感冒ニ際シ血管壁ノ滲透性ノ變化ヨリ本病ヲ發生スルコトアリト云フ。

病理解剖

病理解剖的變化 兩肋膜腔ニ淡黃色ノ漿液瀦溜シ、其液ハ極メテ稀薄水様ナリ。且滲出液ニ於ケル如キ纖維素性ノ凝固物ヲ析出スルコト無ク、透明ナリ、之ヲ透視スルニ黃色ナレドモ、上方ヨリ視察セバ綠色ニ螢光ヲ發ス、其著シク陳舊ナルモノハ「ヒヨレストリン」結晶ヲ含有ス。

其性「アルカリ」反應ヲ呈シ、比重一〇〇九乃至一〇一三ノ間ニアリ、其量ハ原因ニヨリ差アレドモ、數「リーテル」ニ及ブモノ少ナカラズ、右胸腔ハ常ニ左胸ニ比シ多量ヲ含有シ、肋膜面ハ光澤ヲ失ヒ、粘膜炎組織ハ疎開シ、乳汁様混濁ヲ呈シ腫脹セリ、胸水ハ左右兩胸ニ瀦溜スル關係上心臟ノ轉位ハ存在セザレドモ、肺及橫隔膜ヲ壓スルコト大ニシテ、普通橫隔膜位置ハ著シク低下セリ。

他覺的徵候

徵候 肺ノ壓迫、心臟衰弱、橫隔膜運動ノ不全ハ呼吸困難ヲ起シ「チアノーゼ」ヲ呈スベシ、脈搏ハ速クシテ弱シ、其漏水量ノ僅少ナル場合及極メテ慢性ニ經過シ、且腹水等ヲ合併シタルモノニハ本症ノ自覺症輕微ナルコトアリトス。

他覺的徵候 トシテ肋膜炎ニ異ナル所ナク、其著シク高度ノモノハ胸廓ノ擴張、肋間ノ開大アレドモ、心臟轉位スルコトナク、聲音振顫ハ減少シ、打診上ノ濁音及抵抗ノ如キ徵候ハ兩側胸下部ニ發見サル、其濁音界ノ形狀モ大體ニ於テ炎症性ノモノト同形ナレドモ、濁音上界ノ體位ニヨリ變動シ易クシテ橫臥位ニ於ケル時ト坐位ニ於ケル濁音上界ハ二三橫指以上ノ高低差異アルベシ、之レ漏出液ハ其比重極メテ輕クシテ且炎症性滲出液ノ如ク粘稠ナラザルニヨル、兩側ニ同一濁音上界ヲ認ムルヲ普通トスレドモ、循環障礙等ノ結果生ジタル如キモノハ、長ク扁側臥位ニ在ルモノナレバ、其下方ノ胸廓(多數ハ右側)ニ多量ナリ從テ其濁音上界モ亦右側ニ高キコト多シ。

聽診上呼吸音ノ微弱及濁音上界ニ氣管枝羊鳴及弱氣管枝音ヲ聞クベシ、是レ滲出液ニ於ケルト同一ナリ。

肋膜炎トノ鑑別ニハ其原因的關係、胸痛、發熱、一般症狀及穿刺液性狀ヲ檢シテ區別スベシ。

肋膜炎トノ鑑別

滲出液	蛋白質量	比	重	リバルタ氏醋酸反應
漏出液	一—三—〇・一%		一・〇—一五以下	濁 濁 ナ シ
滲出液	四—五—六%		一・〇—一八以上	濁 濁 ス

肋膜炎疾患

漏出液ノ比重低キハ蛋白質含有量ノ少キニ依ル、此ノ兩者ノ關係ハルチベルグ氏 Rimeberg ニ據レバ左式ノ如ク表示サルト云フ。

$$E = \frac{3}{2} (S - 1000) - 273 (\text{又ハ } 2,88)$$

Eハ蛋白質量、Sハ比重ニシテ最後ノ括弧内係數ハ比重一・〇一五以上ノ時使用ス。一・〇一四以下ノ時ハ二・七三ヲ使用ス。

其比重ノ高低ハ滲出液ト漏出液ノ鑑別サル、分岐點ト稱セラレタレドモ幾多ノ中間位ノ液體アリテ、之ノミニヨリ兩者ヲ區別スベカラズ。リバルタ氏 Rivalta 反應トハ約一〇〇瓦ノ「メスチリンデル」ニ穿刺液ヲ入レ、一二滴ノ濃醋酸ヲ滴下シ其低面ニ沈下スル状態ヲ觀察スルモノニシテ、沈下ニ從テ強ク白濁シ絮狀沈澱物ヲ作ルモノハ「グロブリン」ヲ多量ニ含有スル滲出液、其透明ナル滴狀ヲ保チ沈下スルハ漏出液ナリト云フ。

豫後 原因ニ關係シ差アリ、胸水ヲ起スハ多ク心臟衰弱ノ徵ニシテ、且胸水ハ心臟ヲ壓迫スルノ因トナルガ爲豫後ニ不良ノ影響ヲ及ボスコト多シ。

治療法 穿刺、強心、利尿ノ三法ニヨリ滯溜液ノ減退ヲ計ルベシ。

第四 血胸 Haemothorax

原因 外傷ニ因スル血胸 肋骨挫折シ肋間動脈、内乳動脈ノ破壊シタル時大量ノ肋膜出血アルベシ、肺組織ノ穿孔ハ血胸ト同時ニ氣胸ノ發生アリ。

徴候 内因 大動脈瘤ノ破裂、肺壞疽、肺癌腫、肋骨「カリエス」ニ屢、發見サル。其輕症ナルモノハ穿刺ニ際シ、偶然發見サル、モノナリ、大出血ヲ起シタルモノニ於テハ局所ノ徴候以外ニ呼吸困難ヲ起シ、脈搏弱ク、且頻數トナリ、顔面蒼白、眩暈等高度ノ貧血症狀ヲ惹起ス。

治療法 肋膜腔ニ存スル血液ハ永ク凝固スルコトナキモノナルニヨリ、其大量ノ出血ハ外科手術ニ待タザルベカラズ、種々ナル止血劑ノ效果ヲ見ルコト難シ、其少量ノ時ハ吸收比較的迅速ナリ、從テ其治療法ハ絶對的安靜ヲ命ジ、患側胸部ヲ冰囊ニテ冷却シ、一方強心藥ヲ與へ、他方食鹽水ノ注射ヲ行フベシ。

第五 乳糜胸 Chylothorax

原因及徴候 肋膜腔ノ滯溜液ノ乳糜様濁濁ヲ呈スルモノニシテ稀レニ見ル所ナリ。ロートマン Rothmann 氏ニ據レバ其二十六例中八例ハ外傷、五例ハ肋膜ノ癌腫、四例ハ左鎖骨下靜脈ノ栓塞、四例ハ惡性腫瘍ニ因スル淋巴管壓迫、二例ハ淋巴管ノ疾患、一例ハ寄生蟲「フヒラリア」(?）、一例ハ淋巴管ノ閉塞、一例ハ過度ノ勞働ヲ原因トシタリト云フ、凡テ淋巴管ヨリ乳糜ノ漏出シタルモノナリ。

結核性肋膜炎、腫瘍ニ因スル滲出液ハ屢、其含有スル白血球及表皮細胞ノ脂肪化ヲ起シ、多量ノ脂肪球ヲ出シテ一見乳糜液ノ如キ外見ヲ呈スルコトアリ、之ヲ假性乳糜胸 Pseudochylothorax ト稱ス。此ノ兩者ノ區別ハ間々困難ナルコトアレドモ、眞性乳糜胸ニ於テハ脂肪含量多クシテ、一〇%ニ達スルコト稀ナラズ、且長時間放置セバ乳脂様物質ノ析出アリ、顯微鏡下ニハ脂肪球ヲ多數發見スルモ細胞ヲ認ムルコトナシ。且穿刺後再ビ同一性狀ノ乳糜液ノ滯溜ヲ認ム、假性乳糜胸ニ於テハ之ニ反シ、脂肪含量僅

少ニシテ〇・五%位ナリ、顯微鏡下ニ檢セバ多數ノ脂肪化シタル細胞ヲ認メ其鑑別ハ一見容易ナル場合多シ。

第四章 呼吸器ノ寄生蟲病 Tierische Parasiten der Lungen

第一 肺「エヒノコックス」 Lungen-Echinococcus

肺「エヒノコックス」ハ肝臓ノ夫レニ比シ遙ニ稀ナリ、數氏ノ統計ヲ舉グレバ上表ノ如クナリ。

其他ニハ筋肉、脾、腦等ニ來ルモノナリ。

「エヒノコックス」發育竝ニ

ナイセル	四八・五%	七・〇
マデルング	六九・〇	一一・九
デーバー	七四・九	八・五
肝「エヒノコックス」		肺

「エヒノコックス」ノ發育竝ニ感染経路人體ニ來ル「エヒノコックス」ハ犬ノ腸内寄生條蟲ノ一タル「エヒノコックス」條蟲ノ嚢蟲ナリ。カウ

ブ氏ニ據レバ米國ニ於テ犬ノ約半數ハ本寄生條蟲

ヲ有シ、ブラウン氏ノ舉グル所ニヨレバ左表ノ如ク歐米各國ニ比較的該條蟲ヲ有スル犬ノ多キヲ知ルベシ。

アイスランド	二八・〇%	「エヒノコックス」條蟲ヲ有スル犬%
リッ	七・一	
チュリッヒ	三・九	

犬ノ「エヒノコックス」

ノ鈎ヲ有スル嘴ト〇・一二耗大ノ吸角アリ、堅ク犬ノ腸壁ニ吸著ス、最後節ニハ無數ノ蟲卵ノ包含セラレタルヲ見ル。卵ハロイカド氏ニヨレバ〇・〇一七乃至〇・〇三耗ノ直徑ヲ有シ、約人赤血球ノ倍大ナリ。此ノ微細ナル蟲卵ガ人類又ハ羊、牛、豚等ノ消化管ニ進入スル機會ヲ得タル時、即之ヲ中間宿主トシテ其體內ニ包囊ヲ作ルモノナリ。



第五十八圖 (蟲條「スクッコノヒエ」) (nach Braun)

「エヒノコックス」條蟲ノ成熟卵ガ中間宿主タル動物又ハ人類ノ胃

感染経路

ニ到達スルヤ、其消化液ノ作用ニヨリ外皮ヲ去リ、斯クテ脱出シタル幼蟲ハ胃又ハ腸壁ヲ喰破リ、血管ニ入ル。從テ多數ハ門脈ヲ經テ肝臓ニ寄生スルモノナリ、其呼吸器、即肺ニ到達スルモノ、經路ニ付テハ今日尙疑問トスル所ニシテ、或ハ消化管ノ極上端タル咽腔又ハ食道ニ於テ血管ニ進入スト爲ス人アリ、或ハ消化管最下端ニ於テ腸壁ヲ穿孔スルガ故ニ門脈ニ入ラズシテ肛門周圍靜脈ニ入り下行大靜脈ヲ經テ肺ニ至ルトナスモノアリ、又血管ニ進入スルニ非ズ。初メヨリ淋巴管ニ穿孔シタルモノハ胸管淋巴本幹ヲ經テ上行大靜脈ニ至リ、之ヨリ肺ニ運搬サル、モノトモ稱ス。

其内臓ニ到達シ是所ニ宿生シ得タルモノモ成長ハ甚ダ緩慢ナルモノニシテ、デーバー氏ニヨレバ感染後七日ニテ尙〇・〇六乃至〇・〇七耗、四週日後〇・二五乃至〇・三五耗、八週後一乃至二・五耗大ナリト、而

呼吸器ノ寄生蟲病

シテ五ヶ月ヲ經タルモノ漸ク一五乃至二〇耗ニ至レリト云フ、而シテ人類ニ發見サル、モノハ小兒頭大ノモノ存スルヨリ考フレバ恐ラク數ケ年ノ成育ヲ經タルモノナラン。成長シタル寄生蟲ハ球形ノ囊ヲ形成シ内部ハ半透明水様液ヲ以テ充タサレ、其大小ハ生長ノ年月ニ關係シ一定セズ、其壁ヲ形成スル被膜ハ極メテ菲薄ニシテ内外二層ヨリナリ、外層ハ半透明乳白ノ層ヨリナレル皮質、内層ハ「グリコゲン」ニ富メル細胞組織ナリ、此内層ニ所々石灰粒、血管、筋肉等ヲ有スル細胞層アリ。

簡單ニシテ上述ノ囊蟲ノミナルモノアリ、之ヲ無頭囊蟲 *Acephalocyste* ト稱シ動物ニ數、發見セラル

又内層、即細胞層ヨリ小ナル芽囊ヲ無數ニ生ジ、其上ニ數多ノ頭部ノ發生成長シタルアリ、又脫離シテ囊内ニ浮遊スルモノアリ、之ヲ胞蟲囊ト云

フ、人體ニ寄生シタルモノヲ見ルニ一ノ母囊ヨリ其内外ニ全ク同一ノ構造ノ子囊ヲ作り、其子囊内ニ多クノ芽囊ノ發生シタルモノアリ、又子囊内ニ再ビ同一構造ノ子囊、即孫囊ヲ作ルモノアリ、如斯シテ母囊死滅スルコトアルトモ、多數ノ子囊及孫囊ノ繁殖セルヲ發見

スルコトアリト云フ、ブラウン氏ニ據レバ母、子ノ囊壁ノ一小片ハ亦能ク「エヒノコックス」トシテ成育シ得ル能力ヲ有スト云フ。

第九十五圖



甲「エヒノコックス」ノ囊蟲斷面



乙「エヒノコックス」ノ鉤

病理解剖的變化

肺「エヒノコックス」ハ單房囊ナルコト多ク複房、即數多ノ室ニ分レタルモノハ

稀ナリ、其好發部位ハ右肺下葉ニシテ豆大ヨリ小兒頭大迄種々ノモノヲ發見シ、其周圍ハ結締織層ニテ包埋サレ大ナルモノハ周圍臟器、即肺、氣管、心臟、橫隔膜等ニ種々ナル程度ノ壓迫症狀アリ又氣管枝ニ破レタルモノハ囊内容物ヲ全然咯出サレテ癆痕ヲ形成シ治愈シタルモノヲ見ルコトアリ、又化膿シテ肺膿瘍トナルアリ、肋膜ニ破レ膿胸、氣胸ヲ起シタルモノアリ。

其完全ナルモノ、胞囊内容ハ既ニ上述セシ如ク水様蛋白石濁ノ無菌液ニシテ全然蛋白質反應ヲ呈セズ。多量ノ鹽類及琥珀酸鹽類ヲ含有シ「チロヂン」、「ロイチン」、「ヒヨレストリン」アリ、比重一・〇一五ナリ、内容物ヲ精査スルニ芽囊及其上ニ發生シタル頭及其鉤ヲ發見スルコト稀ナラズ。

徵候 デュラフォイ氏ニ據リ該病ヲ三期ニ區分スベシ。

第一期ハ屢、潜伏期ニ過ギズシテ何等ノ徵候ナキコト多シ、囊蟲ノ成長ニ伴ヒ周圍臟器組織ニ反應的炎症ヲ起シ、咳嗽、血痰ヲ伴フ氣管枝炎又ハ小限局性ノ肺炎様症狀ヲ呈スルモノアリ、又肋膜炎様症狀ヲ起シ發熱スルモノアレドモ數日ニテ下熱スルヲ普通トシ、胸部疼痛ハ肋膜炎併發セズ、此ノ期ニ存在セズ。第二期ハ胞囊ノ増大ヨリ惹起サル、壓迫症狀ヲ呈スルモノニシテ胸部ニ限局シタル濁音、呼吸音微弱、氣管枝音ノ出現ヲ見ル、「ラッセル」ハ稀ナリ、胸痛劇烈ニテ聲音振顫ハ微弱ナリ。胸壁ノ膨隆呼吸困難ヲ起シ來ルベシ。

第三期ハ化膿又ハ穿孔ノ時期ニシテ肋膜腔ニ穿孔スル時ハ殊ニ疼痛烈シク膿胸トナルベシ、氣管枝ニ破レタルモノハ強烈ナル咳嗽及呼吸困難ヲ起シ、大量ノ水様液ヲ咯出ス時トシテ大量咯出ノ爲窒息死スルコトアリ、又出血ヲ伴フモノアリトイフ、且是等囊内容物ノ流出ニ際シ吸收サレテ危險ナル「アナフヒラ

呼吸器ノ寄生蟲病

キシ」様徴候ヲ惹起スルコトアリ、囊内容物ノ咯出後ハ急速ナル治癒ノ轉機ヲ示シ、又續發性感染ノ爲ニ肺膿瘍、肺壞疽トナルコトモアリ。

レントゲン線検査ニ於テモ第一期ニ胞囊ヲ發見スルコト困難ナリ、其ノ大クナレルモノハ全ク球形ノ濃キ陰影ニシテ周圍境界明瞭ナルヲ以テ他ニ類似ノモノナシ。

血液検査ニ於テハ輕度ノ白血球増加アリ「エオジン」好染細胞ハ著シク増加シタリ、三五%乃至五〇%位ナルコト稀ナラズ、又患者血清ハ囊内容液ニ對シ沈降反應ヲ呈シ、條蟲越幾斯ハ囊内容液ヲ以テ補體結合ヲ行フニヨリ診斷ノ一助タリ。

診斷 レントゲン線検査、血中「エオジン」好染細胞ノ増加、補體結合反應三者ノ一ヲ以テ診斷サル咯出液中ニ鈎、囊膜片ヲ發見セバ尙確實ナリ。

豫後 絶對的不良ナラザレドモ、手術ノ不可能ナル場合ハ多ク佳良ナラズ、胞囊ノ破壊シテ後化膿スルアリ、出血、窒息、「アナフエラキシ」ニテ斃ル、モノハ稀ナリ。

治療法 肺ノ表面ニ近ク存スルモノハ外科的手術ニヨリ切除サル、肺門ニ近キモノハ自然的破壊穿孔ヲ待ツモ可ナリ、ガッレ氏ニヨレバ七九例ノ手術中七一例ハ全治シタリト云フ。

第二 肺「ヂストマ」Lungen-Distoma

之ヲ人體ニ始メテ發見セルハ英醫リンガー氏ニシテ臺灣ノ一支那人ノ氣管枝内ニ見タリ(一八七九年)當時マンソン氏厦門ニ在リテ二三患者ニ就テ咯痰中ニ其吸蟲卵ト認ムベキモノヲ發見シ、英國ノコボル

診斷

豫後

治療法

ド氏ハ其標本ヲ研究シ「ヂストマ、リンゲリー」ト稱シタリ。我國ニ於テベルツ氏其卵子ヲ一患者ノ咯痰中ニ認メ、一八八一年清野、山形、中濱、菅ノ四氏ハ肺臟中ニ大小不同ナル多數ノ腔洞ヲ作り其中ニ一二ノ吸蟲及其卵子ガ漿液ト共ニ存在スルヲ發見シ、詳細ナル報告ヲ出シ、其ノ吸蟲ヲ肺「ヂストマ」Distoma pulmonisト稱シタリ。

此ノ肺臟ニ來ル「ヂストマ」ハ我國ニ極メテ多ク、且全國ニ散在スル地方病ニシテ岡山、新潟、高知、徳島、熊本、長野、宮城、山梨、鳥取、千葉、静岡、岐阜、京都、富山、石川等比較的多ク發見サレ、臺灣ニハ殆んど全島ニ互リ、朝鮮、支那ニモ亦多數存在スト云フ。

肺「ヂストマ」母蟲

長サ八乃至一六耗、幅四乃至八耗、厚サ二乃至五耗ノ比較的大ナル蟲體ヲ有シ、稍、大ナル大豆ノ如キ形ニテ新鮮ナルモノハ紅色又ハ紅褐色ヲ呈シ圖ノ如キ構造ヲ有ス(第六〇圖)。

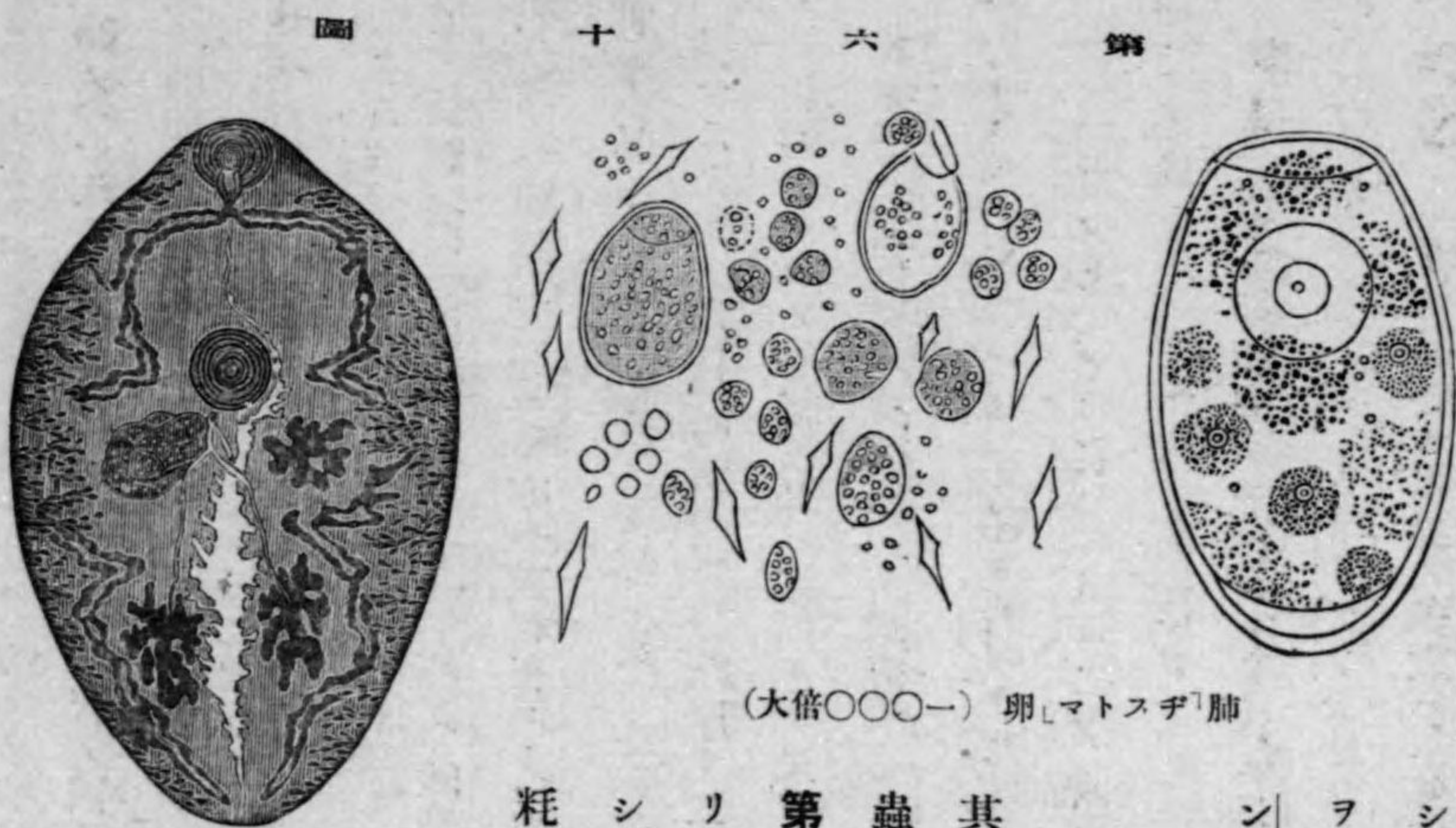
其卵子ハ黃色又ハ黃褐色ニテ菲薄ナル二重ノ輪廓ヲ呈セル殻アリ一端ニ近ク小蓋ヲ有シ、他端ハ尖銳ニテ略出サレタル當時ニ於テハ内ニ大ナル卵細胞ト此ノ周圍ヲ包メル數個ノ卵黃細胞アルヲ認メ、卵ノ大サハ長徑〇・〇六八乃至〇・〇八六耗、幅〇・〇三八乃至〇・〇四六(桂田氏ニ據ル)ヲ算スル比較的大ナルモノナリ。

肺ノ表面ニ近ク胞囊ヲ形成シテ其内ニ母蟲潜在シ、通常一囊内ニ一個又ハ二個ヲ發見ス、尙其内部及氣管内ニ蟲卵及シヤルコー、ライデン氏結晶ヲ發見スルコトアリ、母蟲ノ消失シタル囊内ハ乾酪様物質ノ填充セルコトアリ、是等ノ胞囊ノ多數ハ小氣管枝ノ擴張セルモノニ過ギザルヲ以テ、凡テ上氣道ト開通性ニ

肺「ヂストマ」母蟲

呼吸器ノ寄生蟲病

肺「ヂストマ」發育及進入經路



(大倍〇〇〇一) 卵「マトスヂ」肺

シテ氣管枝加答兒、氣管枝周圍炎及加答兒性肺炎等ノ病的變化ヲ併發セリ。從テ喀痰中ニハ屢、多數ノ蟲卵、シャルコー、ライデ
ン氏結晶及血液ヲ發見スベシ。

肺「ヂストマ」發育及人體へノ進入經路

喀出サレタル卵子ハ水中ニテ一定ノ要約ノ下ニ次第二發育シ其内ニ纖毛ヲ以テ被ハレタル幼蟲ヲ認ムルニ至ルベシ。後該幼蟲ハ自動的ニ遊出ス。其後ノ發育ハ中川幸庵氏ノ研究ニ據レバ**第一次中間宿主**トシテ河貝子、特ニ黑河貝子及疣河貝子内ニ入り後出デ、**第二中間宿主**タル赤蟹及澤蟹等ノ蟹類ノ肝臟ニ進入シ、包囊幼蟲トシテ一定時間存在ス、漸時發育シテ〇・五乃至一耗ノ大サニ達シテ橢圓形トナリ肉眼ニテモ白色ノ斑點トシテ認ムルヲ得ルニ至リテ其鰓ニ附著シタリ。

肺「マトスヂ」蟲

是ノ包囊ヲ有スル蟹ヲ生食シ又ハ包囊ノアル河水ヲ飲用スルニヨリ幼蟲ハ人體胃中ニ入り、是所ニ包囊ハ溶解シテ幼蟲ハ小腸ニ入り、回腸ヲ穿孔シテ腹腔ニ出デ、次デ橫隔膜ヲ隨所ニ突破シテ肋膜腔ニ進入シ、肺ノ表面ヨリ穿孔進入シ。是所ニ囊胞ヲ造ルニ

至ルモノナリト云フ。

徵候

發病ハ極メテ徐々ニシテ輕微ナル咳嗽アリ、少許ノ喀痰ヲ出スノミ、其初期ニ於テ本病ヲ窺知セシムル特徴ナシ、一定期間ヲ經過シタル後特有ノ喀痰ヲ祛出シ初メテ本病タルヲ診シ得ベシ。

喀痰

喀痰ハ粘稠ナル粘液痰ニシテ、赤褐色ヲ帶ビ、血液ヲ混ズルコト多シ、檢鏡セバ蟲卵トシャルコー、ライデン氏結晶及血球ヲ發見ス、一般ニ血液多キ喀痰ハ蟲卵ニ富ミ、結晶ニ乏シク、ベルツ氏ノ算スル所ニヨレバ一患者多キ時一日一二〇〇以上ノ蟲卵ヲ喀出スト云フ。又稀レニ母蟲ノ喀出サル、事アリ、咳嗽ハ體動後及冬期寒冷時ニ頻發シ、胸痛壓迫感、癢痒感ヲ訴フルコトアリ。

他覺的所見ハ多ク陰性ナリ時々氣管枝炎徵候ヲ呈スルノミ、即呼吸音微弱、呼吸音粗烈、乾性「ラッセル」

又ハ小水泡音ヲ聽診スルコトアリ、榮養ハ佳良ナルモノ多ク、熱ハ存在セズ又ハ極メテ微熱ノ往來スルトアリ。

經過

經過

慢性ニシテ十年、二十年間或ハ輕快シ或ハ咳嗽、血痰ヲ出シ、長期間何等ノ徵候ヲ見ザルアリ、感冒時咳嗽ノ劇シクシテ引續キ血痰ヲ喀出スルコトアリ、遂ニ貧血ヲ呈シ呼吸速迫、頭痛、水腫ヲ惹起スルコトアリ、心機亢進ヲ訴フルモノアリ、咯血致死スル如キコトナシ寄生蟲ノ腦ニ進入シ又ハ其卵子ノ腦血栓ヲ形成スルハ危險ナル合併症ナリ。

診斷

喀痰ノ檢査ニヨリ母蟲又ハ卵子及シャルコー、ライデン氏結晶ヲ發見スル事ニヨリテノミ診斷サルベシ。

豫後

豫後

一般ニ佳良ナリ、本病所在ノ地方ニ於テハ其ノ自覺症少キト危險ナキヲ知ルニヨリ醫治ヲ乞

呼吸器ノ寄生蟲病

治療法

フモノ少シ。

治療法

本病ノ特種療法ナシ、對症療法ヲ行フノミ、貧血ニ對シ砒素劑ヲ與ヘ鐵劑ヲ配合シ與フベシ、咳嗽熱ニ對シテハ氣管枝炎ニ述ベタル所ト同一ナリ。

其豫防法ヲ緊要トス「デストマ」中間宿主タル蟹ノ生食ト其地方ノ河水ノ飲用ヲ禁ズベシ。包囊ハ其抵抗力微弱ニシテ蟹ヲ攝氏五五度ニ二十分間入レタル後ハ一モ生活セル幼蟲ヲ見ズト云フ、食鹽水、醬油、酢ニ浸セルモノハ尙危險ヲ有ス。

第五章 呼吸器ノ寄生菌屬ニ因スル疾患

(Die Mykosenkrankungen der Respirationsorgane)

寄生菌屬トハ次ノ三種類ヲ總稱シ、甚稀ナル疾患ナリ、「アクチノミコーゼ」ハ比較的屢報告サレタルモノアリ。

一、絲狀菌 Hyphenpilze

ムコール Mucor

アスペルギルス、ペニシリウム Aspergillus penicillium

アクリオン Achorion

トリコフポートン Trichophyton

二、分芽酵母菌 Blastomyceten

サッカロミツエテン Saccharomyceten

ヘーフ Hefe

三、ストレプトトリコメン Streptotrichen

アクチノミツエテン Aktinomyceten

レプトトリコミコーゼ Leptotrichomykose

第一 肺ノ「アクチノミコーゼ」Lungenactinomycosen

「アクチノミコーゼ」

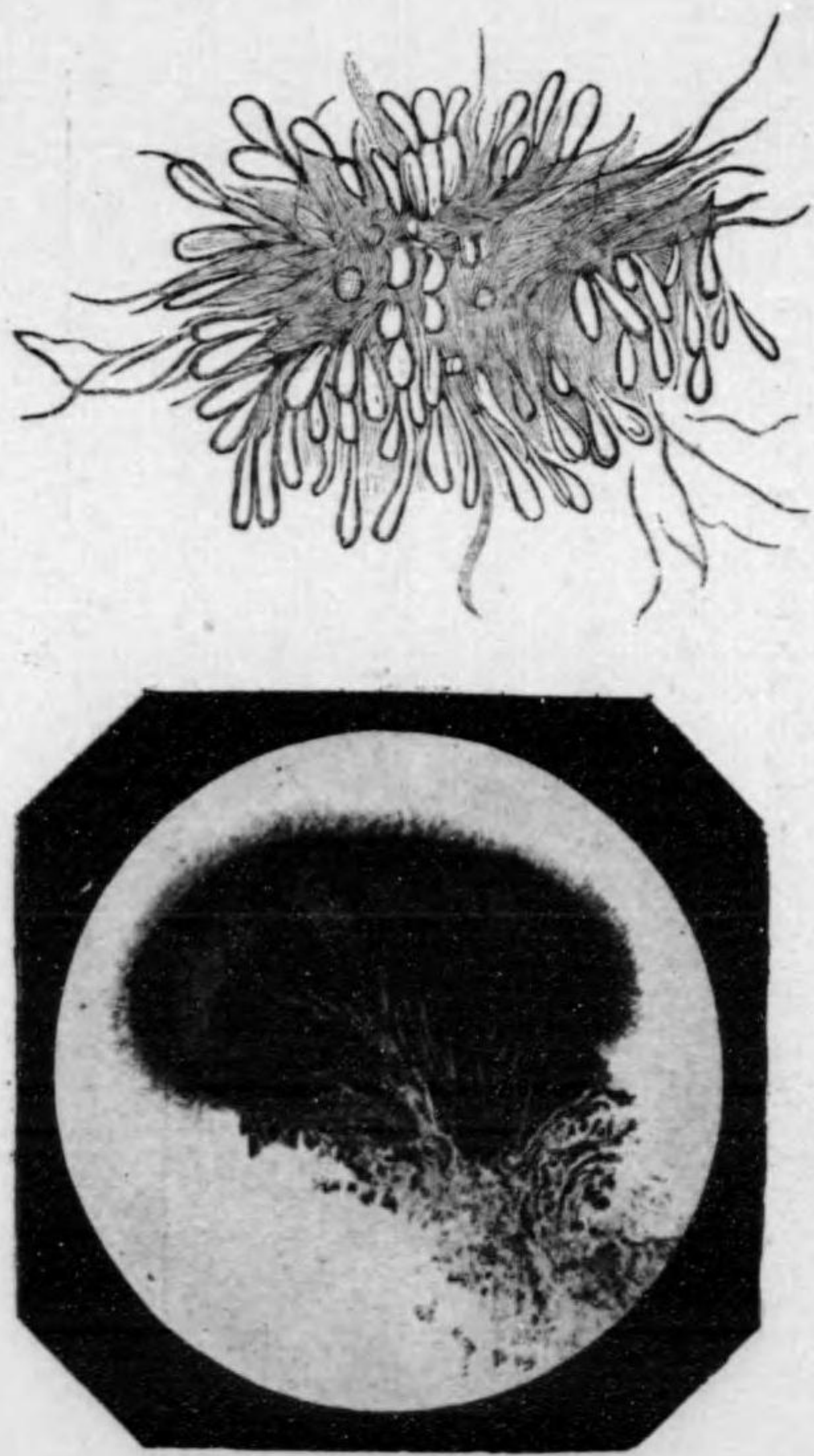
一八四五年、フォン、ランゲンベック氏初メテ脊椎「カリエス」患者ニ「アクチノミコーゼ」特有ナル小顆粒ヲ認メ、其微菌ニ非ザル一種植物系ノモノナルヲ報告セリ。ジエムス、イスラエル氏ハ尙精密ニ研究シ、ランゲンベック氏ノ認メタルモノハ一菌類 *Pilz* ノ一部分ナルヲ證明セリ。ポーリングエル氏ハ牛ニ於テ、ボンフヒク氏ハ人體及動物ニ於テ其病理解剖的研究ヲナシ、皆同一種屬ナルコトヲ發見セリ。

「アクチノミコーゼ」ノ構造 病竈ノ膿ヲ對物「グラス」面上ニトリ黑色紙ノ上ニ於テ精査セバ極メテ小ナル ³ ⁴ 耗位ノ脂肪様硬度ノ灰白色又ハ帶黃灰白色ノ小體ヲ發見スベシ、是レ所謂「アクチノミコーゼ」ノ「ドルーゼ」ト稱スルモノナリ、擴大スレバ其ノ中心部ヨリ放線狀ヲナシタル菌絲ノ構造明瞭ナリ、其ノ周圍ニ棍棒様ニ膨隆シタルモノ、即「コイレン」ヲ見ルベシ、是レポストロエムス氏ニヨレバ菌絲

「アクチノミコーゼ」ノ構造

呼吸器ノ寄生菌屬ニ因スル疾患

第十六圖
「アクトチノミコーゼ」
「ゼーランド」



四二
ノ膠様變性シタルモノナリト云フ、グラム氏染色又ハグラム、ワイゲルト氏菌染色法又ハチール、ニールゼン氏結核菌染色法ヲ行ヘバ一層其構造ヲ明割ニスベシ、普通多ク行ハル、「アニ

リン、ゲンチアナ」液ニテ著色シ直ニワイゲルト氏液ノ「ピクロカルミン」液ニ入レ水洗シ、後無水「アルコール」ニテ脱色セバ赤黃色ニ著色シタル標本ヲ得、其中心部ハ青ク「コイレレン」ハ赤色ナルベシ。

培養法 「ゲラチン」、「アガール」血清、馬鈴薯、鶏卵ニヨク培養サルレドモ普通困難ナリ、今日迄約四十種ノ培養法アレドモ皆容易ナラズトス。人體及動物體內ニ發見サル、モノハ要酸素性ト嫌氣性ノ二種アリ、前者ノ培養ハ特ニ困難ナリト云フ。比較的成長シ易キハ血清「アガール」又ハ血清培養基ニシテ外見恰モ結核菌ノ培養ヲ見ル如ク皺襞アル皮膜ヲ作り、稍、陳舊ノモノハ黃色ヲ呈シ、菌絲ニテ固ク培養面ニ固著シタルニヨリ剝離シ難ク、「ゲラチン」ハ徐々ニ液化ス、人工培養ヨリ動物體ニ移植スルニハ他ノ異物ヲ同時ニ插入スルヲ要スベシ、即「アクトチノミコーゼ」ハ自然界ニ存スル動物體ヨリ弱キモノナルニヨリ異物

培養法

ニテ障碍ヲ與ヘズンバ感染困難ナルガ如シ、「アクトチノミコーゼ」ハ多ク穀類ノ穂等ニ附著シタルモノナレバ是等異物ト共ニ皮膚、粘膜ノ損傷面ヨリ體內ニ進入ス。口腔、舌、咽頭、扁桃腺、齒等ヨリ感染スル場合多ク又直接氣管ニ吸入サル、コトアリ、動物ヨリ人體ニ感染シタル例ハ聞カズ。

感染経路

一、原發性肺「アクトチノミコーゼ」 肺ニ吸入サレタル時起ルモノニシテ、「アクトチノミコーゼ」ノ附著シタル穂、穀物等ヲ口腔ヨリ吸引スルモノト思ハル、又塵埃ノ吸入ニ於テ同時ニ入ルコトアリ。

轉移

二、續發性肺「アクトチノミコーゼ」 頸部ノ「アクトチノミコーゼ」疾患ヨリ流注性膿瘍トシテ肺ニ發病スルコトアリ、上顎骨、食道ノ「アクトチノミコーゼ」ヨリス、又肝臓ノ原發病竈ヨリ漸時移行スルモノアリ。

病理解剖

三、轉移性「アクトチノミコーゼ」 身體ノ他ノ部ニ存スル病竈ヨリ靜脈ヲ經由シテ肺ニ轉位スルモノナリ、比較的稀ナリトス。

病理解剖的變化 原發性ノモノハ絲狀菌ノ附著シタル異物ガ氣管ニ吸入サル、ニヨリ起ルモノニシテ氣管壁ニ細胞浸潤ヲ起シ、次デ壞死ニ陥リ其ノ周圍ノ炎症ヲ惹起シタリ、從テ初メハ氣管枝肺炎様病竈ヲ作ルモノナリ、其中心ニ菌ノ「ドルーゼ」成長ス、次デ軟化シ腔洞ヲ作り、氣管ニ穿孔シ、多數ノ顆粒ハ喀痰ニ祛出サル、モノナリ、其腔洞周圍ハ厚キ結締組織増殖シ、肺ノ大部分ハ反應的ニ結締組織ノ増殖ヲ起シ、極メテ硬キ組織トナル、此ノ内部ハ多岐ニ分レタル瘻管ヲ作り、肉芽發生セル所アリ、小腔洞ヲ作りタル所アリ。

如斯病竈ハ肺下葉ニ發見サル、コト多ク、「アクトチノミコーゼ」顆粒ト共ニ多數ノ細菌ヲ含有シ病竈ハ漸時肺表面ニ進行シテ肋膜ニ至リ、乾性又ハ滲出性肋膜炎ヲ併發ス、同時ニ一部癒著ヲ作り外方胸壁ニ硬

呼吸器ノ寄生菌屬ニ因スル疾患

キ浸潤ヲ起シ、肋膜周圍炎トナリテ甚ダ硬キ肥厚ヲ作り、筋肉、皮下組織ニ至ル、是等ノ硬キ浸潤内部ニハ固有ノ瘻管ヲ生ジ遂ニ皮下ニ破ル、ニ至ル。其膿ハ特有ノ臭氣ヲ有シ粘液性粘稠ニシテ帶綠黃色ナリ、多クノ雜菌ノ混合感染アルヲ見ルベシ。

肺ノ硬結ハ漸時萎縮スル結果、胸壁ニ強キ陥没ヲ起シ、周圍他臟器ニ移行スルモノハ心臟、肝臟、脾ニ新病竈ヲ作ルベシ、氣管枝淋巴腺ニ變化ナシ。

轉位性ニ靜脈ヲ經テ肺ニ發生シタルモノハ初メ加答兒性肺炎ノ如ク、又肺動脈血栓ノ如クニ發病シ、後遂ニ膿瘍ヲ作ルモノナリ、多數同時ニ發シ兩肺ニ出血ヲ起スコト多シ。

徵候及經過

イスマエル氏ニ據リ二期ニ區別ス。

肺炎期

一、氣管枝肺炎 感染ノ初期ニシテ頑固ナル咳嗽アリ、少量ノ粘液膿痰ヲ出シ、時々出血アリテ「ジャム」様ノ喀出トナルコトアリ、胸部ニハ「ラッセル」ヲ聞ク外ニ特殊ノ徵候ヲ見ズ。如斯キ時期數ヶ月ヲ經過シ、後胸下部ニ胸痛ヲ起シ發熱シ、局所ニ濁音及呼吸音ノ變化ヲ認ムルニ至ル、發熱持續シ、咳嗽強烈トナリ、多量ノ膿痰ヲ喀出シ、時々惡臭アリテ肺壞疽ヲ疑ハシム、是ノ經過中喀痰ヲ精査セバ遂ニ特有ナル「ドルーゼ」ヲ發見スルニ至ルベシ。其後ハ熱、胸痛持續シ、他覺的ニ肺腔洞ノ徵候ヲ呈スベシ。

肋膜炎

二、肋膜炎期 疾患ノ肋膜ニ到達シタル時期ニシテ肋膜滲出液ヲ生ジ、後胸廓ノ萎縮ヲ起シ、高熱惡寒アリ、漸時胸壁ヲ破リ皮下假性波動ヲ呈スル腫瘍ヲ作ルベシ、胸壁後下部ニ破レ來ルコト多シ。

瘻管期

三、瘻管期 皮下ノ膨隆ハ破壊シ瘻管ヲ作ル時期ナリ、發熱ハ不定ニシテ患者ハ漸時榮養不良トナリ高度ノ貧血ヲ呈シ、澱粉變性ヲ起スコトアリ、他臟器ニ轉位ヲ作り一二年乃至五年後ニ死ス。

診斷

診斷 氣管枝肺炎期ハ確實ナル診斷不可能ナリ、唯極メテ頑固ナル膿性氣管枝炎ヲ呈スルノミ、喀痰ノ精密ナル檢査ヲ要ス。

レントゲン線檢査ニ於テモ特有ナル點ナシ、肺門部ニ於テ結核ヲ疑フベキ陰影ヲ認ムルノミ。

第二期ハ胸廓ノ強キ萎縮ト特有ノ徵候存在シ診斷容易ナリ。

第三期ハ其膿中ニ多數ノ「ドルーゼ」ヲ發見スベキニヨリ確實ナル診斷ヲ得ベシ。

「ドルーゼ」ノ檢出ニハ極メテ細心觀察スルヲ要ス、殊ニ大ナル化膿病竈中ニ於テスルハ困難ナルコト多シ、其「ドルーゼ」ノ明瞭ナラザルモノ、即「コイレン」ノ確メラレザルモノ中心部ニ絲狀帶ナクシテ顆粒様ノモノノミヲ有スル假性「アクチノミコーゼ」及「アクチノバチローゼ」等ト鑑別ヲ要スルモノハ培養ヲ行フベシ。ウキダール、アブラミー氏ハ「スポロトリコーゼ」胞子ニ對シ凝集反應ヲ行フテ診斷スト雖モ今日尙確定セズ。

豫後 治癒ノ見込ナシ。

治療法

治療法 沃度加里ヲ大量ニ與フ、時トシテ效果アリト云フ、一日量ニ乃至六瓦位用フルモノナリ、之ニヨリ出芽ヲ少カラシムル作用アリ、又周圍ノ結締織ヲ軟化シ、吸收セシムル效アリト云フ。其尙限局シタルモノハ外科手術ニヨリ切除スベシ。

第二 絲狀菌ニ因スル疾患

Schimmelpilzkrankungen. Pneumomycose

呼吸器ノ寄生菌屬ニ因スル疾患

初メウ・ルヒヨ氏ハ絲狀菌屬ヲ以テ無害ナル寄生ト考ヘタルモ近時氣管枝壁ニ原發的病變ヲ起シ、其潰瘍ヲ作り、尙肺組織ニ進ミタルヲ報告セルモノアリ、此ノ絲狀菌ハ呼吸ニ際シ吸引サレタル後發病スルモノニシテ稀ニハ肺ニ血管ヨリ栓塞性發生ヲ起スコトアリト云フ、糖尿病及衰弱ノ著シキモノ、肺ノ疾患、即氣管枝擴張、結核、肺炎等ニ併發スルモノナリ。

デュラフォイ、シャントメッス及ウ・ダール氏ニヨレバ鳩飼養人、穀粉業者ニ多ク、絲狀菌トシテハ

アスペルギルス、フミガトス *Aspergillus fumigatus*

ムコール、コリムビフェル *Mucor corymbifer*

アスペルギルス、ニゲル *Aspergillus niger*

アリ、是等ハ吾人ノ日常目撃スル微ノ種類ニシテ夏期凡テノ有機性物質ニ發生スルモノナリ。

ムコールハ節ノ稀有ナル菌絲ヲ有シ、多ク無性生殖胞子ヲ作ル菌絲ノ上端太ク棍棒様トナリ是所ニ胞子ヲ生ジ、生熟シタルモノハ僅カノ刺戟ニテ飛散スベシ。

アスペルギルスハ同ジク無性生殖胞子ヲ生ズル微ニシテ菌絲上端ニ棍棒形ノ膨脹ヲ起シ、是所ニ「ステリグメン」ト稱スル短キ柄ヲ有シ胞子ハ鎖狀ニ長ク連リタリ、「ステリグメン」ノ分枝

種類

「ムコール」

「アスペルギルス」

圖 二 十 六 第



「スルギルベスア」枝管氣 (nach Blumentritt.)

シタルモノハ「アスペルギルス、ニゲル」(黒微)ナリ。

細菌ニ於ケル如ク有毒素ヲ分泌スルモノニシテ且無數ノ胞子ハ組織内ニ於テ機械的刺戟ヲ與フルコト大ナリ。

「アスペルギルス」ハ家兔、鼠、廿日鼠、「モルモット」、犬、猫ニ強ク反應ヲ起シ、鳩ハ其胞子ニ對シ特ニ強ク反應ス、皆其血清中ニ凝集素ヲ發見スルコトナク、補體結合反應等陰性ナリ。

病理解剖的變化

肺疾患ニ續發シタル場合ハ多ク肺炎様病竈、腔洞ノアルモノ既ニ氣管枝擴張ヲ有スルモノニ發生シ、夫等病竈周圍ノ肺浸潤ハ白血球層ニテ包埋サレ明劃ニ界セリ、中心部ハ壞疽ニ陥リ帶黄灰白色又ハ灰白綠色ヲ呈シ、組織構造アレドモ核染色極メテ悪シク、腔洞ニ於テハ其壁及開口シタル氣管枝ニ多數ノ胞子ヲ有スル微菌ヲ發見ス、惡臭ハナシ。

治癒シタルモノハ肥厚シタル結締織ニテ包埋サレ遂ニ癥痕ヲ作りタリ。

徴候

本病ハ何等ノ徴候ヲ呈セズ經過スルモノアリ、最モ屢、肺結核様徴候ヲ呈シ、絲狀菌性假性結核 *Pseudotuberculosis Aspergillina* ト稱ス。咳嗽、血痰、熱發アリ他覺的ニ胸部處見トシテ肺結核初期ニ於ケルト同ジ。

診斷

咯痰中ニ血性膿様又ハ粘液痰中ニ包埋サレタル絲狀菌ヲ見テ初メテ診斷サル。

豫後

ザクセル氏ニ據レバ佳良ナリト云フモ、元來營養不良ナル肺疾患ニ續發スルコト多キ疾患ニシテ甚ダ重態ノコト多シ。

治療法

「テルペンチン」及ビ石炭酸ノ吸入、沃度加里、砒素劑ノ内服ヲ行フ。

呼吸器ノ寄生菌屬ニ因スル疾患

病理解剖

徴候

診斷

豫後

治療法

第六章 呼吸器ノ微毒性疾患

(Syphilitische Erkrankungen
der Respirationsorgane)

呼吸器ニ來ル微毒性病變ハ其如何ナル時期ヲ問ハズ上氣道ニ最モ屢、發見サル、下方、即肺及氣管ニハ極メテ稀ナリ、吾人ノ日常經驗ニ徵スルモ鼻、咽腔ノ微毒性變化ハ屢、出會スルモノナレドモ、喉頭ハ既ニ少ク、氣管、氣管枝ハ尙稀レニシテ肺ニ來レルモノヲ見ルハ極メテ稀ナリトス。

一 遺傳微毒 Hereditäre Syphilis

遺傳微毒

遺傳的微毒ハ多ク流産ニ終ルカ、又ハ生後間モナク死スルモノナリ。ヘルレル氏ニ據レバ肺ノ微毒病竈ノ大ナラザル時ハヨク成人スルモノアリト云フモ二乃至三ヶ月以上ニ及ブモノ極メテ少數ナリ。成年期又ハ其以上ニ至ルモノハ甚稀レナリトス。原因ノ不明ナル肺萎縮、氣管枝擴張症等ニシテ微毒ニ因スト疑ハル、モノアレドモ確實ナラズ。

肺ノ慢性遺傳微毒ハ臨牀上成人ノ肺微毒ト同一ナリ。病理解剖上ノ處見ヨリ次ノ區別アリ。

- 一、限局性「ゴム」腫ハ甚稀ナリ。
- 二、實質性肺炎ハ遺傳微毒中最モ屢、遭遇スル所ナリ。

三、微毒性加答兒性肺炎ハ兩肺ニ瀰漫性ニ來ルアリ、又比較的限局性ニ來ルモノアリ。

肺ハ一樣ニ肥厚シ、白色ヲ呈シ顯微鏡下ニハ氣胞ハ脱落シタル脂肪變性ヲ起セル上皮細胞ヲ以テ満たサレタリ、實質、即氣胞間ノ組織ハ肥厚シ、細胞浸潤アリ、氣胞ハ小サシ、凡テ上述セシ區別ヲナスモ純粹ニ之ヲ認ムルコト稀ニシテ、多クハ互ニ合併シテ發見サル。ビルヒ、ヒルシュフェルド氏ニヨレバ血管壁ハ肥厚シ、殊ニ血管内膜竝ニ外層肥厚シ、多數ノ血管内腔ハ狭小トナレリ、從テ血色少クシテ肺ハ白色ヲ呈スルモノナリト云フ、肺ハ血行惡シク氣胞ハ填充サレタルモノナレバ生後多クハ直ニ死スルナリ。

II 第二期微毒 Secundäre Syphilis

第二期微毒

第二期ノ微毒ハ氣管、氣管枝ニ蓋微疹ヲ發生シ、又丘疹ヲ作ルコトアリ、臨牀上徵候少ク唯輕度ノ氣管枝加答兒ノ如クニ經過スベシ。同時ニ乾性肋膜炎ヲ併發スルコトアリ。

III 第三期微毒 Tertiäre Syphilis

(一) 氣管ニ來ル微毒

喉頭部ニ來ル第二期微毒ハ多シ、然レドモ氣管枝ニハ甚稀ナリ、微毒感染後四五年ニシテ起リ甚ダ危險ヲ有スルモノ多シ、從テ臨牀上早期ニ診斷スルヲ要ス。

病理解剖的變化

氣管ハ環狀軟骨下部及氣管枝ノ分歧部及氣管枝ノ第一軟骨輪ニ來ルコト多シ、「ゴム」腫性浸潤ハ粘膜又ハ粘膜下ニ環狀ニ、又ハ汎發性ニ發生シ、或ハ軟骨及其周圍ヲ侵シ、或ハ氣管

呼吸器ノ微毒性疾患

第三期微毒
氣管ノ微毒

病理解剖的變
化

壁外ノ周圍組織ニ廣ガリ、粘膜ニ存スルモノハ圓形赤色ノ脂肪様ノ膨隆ヲ作レリ、後破壊シ潰瘍トナル其底面ハ灰色又ハ黃色ニシテ周圍邊緣ハ赤色ヲ呈シ銳利ナリ、環球ノモノハ氣道ヲ一週シ、又ハ不規則ニ蛇行シタル潰瘍ヲ見ルコトアリ、浸潤及破壊ハ漸時進行シ氣管枝壁内ニ深ク入り軟骨ヲ侵スアリ、又氣道外側ヨリ發生シテ内腔ニ穿孔スルモノアリ。周圍ノ淋巴腺ヲ侵シ、次デ縱隔膜ヲ侵スコトアリ、回歸神經ヲ壓迫シ、大動脈、肺動脈、上行大靜脈、食道ニ穿孔スルコト無キニ非ズ、治癒ニ向フモノハ癥痕ヲ形成シ強キ萎縮ヲナスガ故ニ氣道狭窄ノ因ヲ作シ、又氣道擴張症ヲ續發スベシ、又長サニ於テモ氣道ノ短縮ヲ起スコトアリ。氣道周圍ノ炎症ハ喉頭ノ固定ヲ起シ嚥下障礙ヲ殘スモノナリ。

他臟器、即淋巴腺、喉頭、肝臟等ニ微毒性變化ヲ有シ、肺ハ氣管枝ノ微毒ヨリ續發シタル疾患、即氣管枝擴張症、肺氣腫、肺結核、肺水腫等ノ病變ヲ有ス。

徵候 咳嗽ハ初期ノ唯一徵候ナリ、犬吠性ニシテ發作的ニ起リ來ルコト多シ、漸時劇烈トナリ、上氣道ニ沿ヒ不快ノ感ヲ與フ。

呼吸困難

呼吸困難ハ夜間又ハ勞働後ニ起ルコトアリ。

喀痰

喀痰ハ初メ粘液痰ヲ少量喀出シ、後多量トナリ粘液膿痰トナリ、時々血液ヲ混ジ、顯微鏡下ニ精査セバ組織片、彈力纖維等ヲ發見シ、又時トシテ軟骨片ノ喀出アリ、凡テ喀痰祛出後ハ呼吸困難去リ一時輕快ノ感アリ、軟骨ノ侵カサレタルモノハ急劇ニ氣道狭窄ヲ起シ窒息スルコトアリ。

癥痕形成ノ時期ニハ氣管、氣管枝ノ狭窄症狀ヲ呈ス(前章參照)。

經過

經過 ゲルハルド氏ハ三期ニ區別シタリ。

一、刺戟期、「ゴム」腫形成期ニシテ破壊シ潰瘍ヲ作ル迄ナリ半歳ヨリ一ケ年ノ間ナリ。

二、呼吸困難期 平常既ニ呼吸困難ヲ感ズル時期ニシテ衰弱加リ、羸瘦シ消耗熱持續シ、合併症ヲ發シ死ス。此ノ期ニ治療ヲ初ムルトモ氣道ノ狭窄ハ免レズ。

三、窒息期 最後ノ數日ニシテ呼吸困難ノ加ハリシ結果ナリ。

合併症

合併症 動脈、靜脈、肺ニ穿孔セバ直ニ死亡ス、食道ニ穿孔シテ後肺壞疽トナルアリ、縱隔膜ニ波及シテ化膿性縱隔膜炎ヲ起スモノアリ。

診斷

診斷 其初期ニ發見スル事緊要ナリ、發作性ノ犬吠性咳嗽、呼吸困難及上氣道不快感ニヨリ氣道ノ微毒ヲ疑フベシ、身體ノ他臟器ノ微毒性癥痕殊ニ喉頭、鼻腔ヲ檢スベシ、又ワッセルマン氏反應ハ陽性ナルベク、喀痰ニ軟骨ヲ發見セバ氣道ノ微毒トシテ確實ナリ、氣管枝鏡檢査モ亦緊要ナリ。

呼吸困難期ニハ診斷容易ナリ、一般ニ氣管狭窄症ニシテ外部ヨリ壓迫スル原因ノナキモノハ微毒性ナルコト多シ。

豫後

豫後 初期ニ診斷サレタルモノハ佳良ナレドモ其診斷多クハ困難ナリ、爲ニ尙七五%ノ死亡率アリ。

治療法

治療法 微毒特殊療法ヲ行フベシ、「サルグルサン」注射、水銀劑及沃度劑ノ内服ナリ、癥痕ヲ形成シ狭窄ヲ起シタルモノハ外科的ニ除去手術ヲ要ス。

肺ノ微毒

(二) 肺微毒

病理解剖

病理解剖的變化

一様アリ、限局シタル微毒性腫瘍 Syphilome ト汎發性ノ所謂白色肺炎 Pneumonia alba Virchow. トナリ。

呼吸器ノ微毒性疾患

一、腫瘍ヲ形成スルモノハ肺下葉ニ一個又ハ數個ヲ生ジ、其大サハ大麻子大ヨリ胡桃大位ノモノ多ク、最初ハ尚軟弱ニシテ中心黃色ナリ、淡紅又ハ灰白色ノ外圍層アリ、漸時軟化シ乾酪變性ヲ起シ、又咯出シテ腔洞ヲ作り、遂ニハ結締織ニ癥痕ヲ作ル、此ノ微毒性腫瘍ハ周圍ニ不規則ニ擴ガリ結核性病變ト相似タルモノヲ形成スルコトアリ。

二、慢性實質性肺炎即白色肺炎ハ全肺葉ヲ侵シ中等度又ハ細キ氣管枝ノ周圍ヨリ結締織ノ肥厚ヲ起シ、肋膜下ニ達シタルモノハ肺ノ外面ニ陥没ヲ作り硬キ結節ヲ作成ス、氣管枝ハ所々ニ狹窄サレ、又擴張ヲ起シタリ、肺ハ無氣狀態トナリ白色脂肪様ノ外見アリ、顯微鏡下ニハ結締織ノ増殖アリ、血管壁肥厚シ、肺氣胞ハ脱落セル表皮細胞ニテ滿タサレ、且肥厚セル間質組織ニテ壓迫セラレタルヲ見ル。

徵候 肺微毒ハ種々ナル症狀ヲ呈スルモノニシテ、其病理解剖的變化ニヨリ一定セザル所アレドモ大凡次ノ三期ニ區別スベシ。

一、浸潤期 數年ヲ經過シタル微毒患者ニ起リ、初メハ頑固ナル乾性咳嗽ヲ發シ、漸時烈シクナリ夜間睡眠ヲ妨グルニ至リ、遂ニ呼吸困難及血痰ヲ咯出スルニ至ル、然シ一般症狀極メテ輕ク發熱ナク榮養モ亦佳良ナルコト多ク、他覺的ニハ肺中葉、肩胛間部ニ相當シテ濁音及呼吸音ノ變化アリ、微細ノ「ラッセル」ヲ聞ク、凡テ結核性變化ト區別ナク唯驅微療法ニヨリ消失スルヲ特長トス。

二、破壞期 上記ノ病變ノ稍、進行セバ其病竈擴大シ發熱アリ、漸時羸瘦シ盜汗アリ、他覺的ニ肺上葉ニ近ク腔洞ヲ發見スルコトアリ、多クハ他臟器ニ微毒性變化ヲ發見ス。

三、癥痕期 第二期ナリ、惡液質ニ陥リ、下痢、蛋白尿等ヲ起シ、咳嗽持續シ、多量ノ咯痰、呼吸困難アリ。

微候

浸潤期

破壞期

癥痕期

他覺的ニハ肺硬變ノ徵候ヲ呈シ、胸廓ハ萎縮シ、濁音多數ノ「ラッセル」アリ、微毒性肺癆ト稱シタル事アリキ、漸時榮養不良トナリ、心臟衰弱ヲ起シ四肢浮腫、胸水、腹水等ヲ出現シ斃ル。

以上述ブル如ク肺微毒ノ特有ナル徵候ナキヲ以テ其確實ナル診斷ハ困難ナリ、多數ノ報告ヲ總合セバ肺微毒ノ硬變ハ高度ノ呼吸困難ヲ特長トスル如クナレドモ、結核又ハ他ノ原因ニヨルモノニモ比較的強キ呼吸困難アリ、又微毒性ニテモ呼吸ノ平易ナルモノアリ、此ノ點ノミニテ鑑別診斷ハ不可能ナリトス、又肺ノ微毒性病變ト共ニ他ノ病變ノ合併スルモノアリ、就中結核ヲ多シトス、而シテ其結核ハ結締織増殖ノ強キモノアルガ爲經過良好ナルヲ常トス。

合併症 上氣道及肝臟ニ微毒病變ヲ有スル事多シ、淋巴腺肥大シ、回歸神經ヲ壓迫シ、嘔聲ヲ起スモノアリ、肋膜炎、肺炎ノ合併スルモノ多シ、大量ノ咯出ハ稀ナリ。

診斷 一般ニ定型ナキモノナルニヨリ診斷困難ナリ、結核ノ如クナレドモ咯痰ニ菌ヲ發見セズ、肺ハ中葉及下葉ヲ侵シ肺尖部ニ變化ナキモノ、肺膿瘍ノ極メテ慢性ノ經過ヲ示スモノ、局所處見ニ比シ一般症狀ノ輕微ナル無熱ノモノハ他ノ臟器ノ微毒徵候ヲ精査シ、且ワッセルマン氏反應ヲ檢スベシ、驅微療法ニシテ奏效セバ初メテ肺微毒ト云ヒ得ベシ。

豫後ハ一般ニ佳良ナリ、自然的治癒モアルベシ、後ニ氣管枝狹窄ヲ殘スコトアリ。

治療法 可及的早期ニ驅微療法ヲ行フニアリ。

合併症

診斷

治療法

第七章 呼吸器ノ腫瘍

(Geschwülste der Respirationsorgane)

第一 良性腫瘍 Gutartige Geschwülste

クリーグ氏ハ一九〇七年迄ニ上氣道ニ發見サレタルモノヲ統計シ、軟骨腫、骨腫、「パヒローム」ヲ最も多シトシ、而シテ上表ノ如キ數ヲ擧ゲタリ、凡テ頑固ナル咳嗽アリ、痙攣性咳嗽ヲ起シ、或ハ氣管狹窄ノ症狀トシテ呼吸困難ヲ起シ來ルベシ。

診斷ハ氣管枝鏡ニヨリテノミ發見サル、肺ニ發生シタルモノハ臨牀上確診サル、コト稀ナリ、皮膚様囊腫ノ時ノミ毛髮ノ喀出アリテ診斷サルベシ。

腫腫	42
骨腫	41
腺腫	25
腺腫	14
腺腫	6
腺腫	4
腺腫	2

第二 惡性腫瘍 Bösarartige Geschwülste

呼吸器ニ來ル惡性腫瘍ハ癌ヲ最も多シトシ、肉腫ヲ見ルコト稀ナリ。他臟器、即胃、食道、甲狀腺ノ腫瘍ヨリ轉位シ續發性肺癌トナルモノアリ、又原發性肺癌腫ヲ作ルアリ、前者ハ氣管ニ多ク、後者ハ肺ニ屢、來ル所ナリ。レンハルツ氏ハ六年間ニ一四例ヲ報告シ、余ハ金澤ニ於テ四年間ニ五例ノ肺癌腫ヲ見タリ。

病理解剖的變
癌腫

病理解剖的變化

原發性癌腫ハ氣管枝粘膜ノ粘液腺ヨリ發生スルコト多ク、稀ニハ上皮細胞ヨリ發生ス、其肺門附近ニ發生スル時ハ第二乃至第三分枝ノ小氣管枝壁ニ原發シ、次デ周圍ノ肺組織ニ擴大シ、大ナル結節狀ヲ形成ス。又淋巴管ニ沿ヒ進行シ氣管壁ヲタヒテ四散シ肋膜面ニ至ルモノアリ。

肺葉ノ中心ニ原發スルモノハ圓形ニ限局シ、漸時擴大シ周圍ニ小ナル轉位ヲ作り、又初メヨリ限局少クシテ散在性ニ周圍ニ浸潤ヲ作ルアリ、一見癌性肺炎ノ如シ、而シテ肺ノ大部分ニ浸潤シ、周圍トノ境界明劃ナラズ乾酪性肺炎ノ如キ外觀ヲ呈ス。

氣管枝内ニ息肉狀ニ成長シ、一定度ノ大サニ達スルヤ呼吸困難ヲ起シ、劇シキ咳嗽ニテ其ノ一片ヲ喀出シ一時咳嗽止ム、再ビ數週後同一發作ヲ反復スルモノアリ。

顯微鏡的検査ニ依レバ圓柱形細胞ヨリナルモノ多ク、扁平細胞癌ハ稀ナリ。

癌性浸潤部ハ破碎シ易クシテ軟化崩壊シ、出血スルコトアリ、次デ其破壞產物ノ喀出サル、ヤ腔洞ヲ作り、此所ニ壞疽ヲ發生スルアリ、氣管ヲ壓迫シテ肺膨脹不全部ヲ續發シ、又氣管枝擴張症ヲ誘起スルコトアリ。

淋巴腺ノ轉移ハ肺門部及肺尖鎖骨上窩部ニ多シ。

原發性肉腫ハ極メテ稀ナリ、縱隔膜ヨリ發生スル淋巴肉腫ハ比較的屢、見ル所ナレドモ、圓形細胞又ハ紡錘狀細胞肉腫ハ少シ、多ク單獨ノ大ナル結節ヲ作り癌ノ如ク崩壊シ、腔洞ヲ作ルコトナシ。

續發性肺腫瘍ニモ種々ノ形アリ、癌、肉腫、「エンドテリオーム」ガ大ナル結節トナリテ出現スルコトアリ、又淋巴管ニ沿ヒ成長シ網様ヲナシ瀰蔓スルアリ、所々小結節ヲ形成スルモノアリ、又氣管枝肺炎ノ如

肉腫

呼吸器ノ腫瘍

肋膜ノ「エン
ドテリオー
ム」

ク散在性ニ來ルモノアリ。
肋膜ニハエンドテリオーム比較的多シ、肺腫瘍、縦隔膜ノ腫瘍ノ擴大シ瀰蔓性肝胝様肥厚ヲ作ルコトアリ、滲出液ハ出血性ナルコト多シ、原發性「エンドテリオーム」ニハ肋膜ノ肥厚強ク、一般ニ滑澤ニシテ又時トシテ多少皺襞ヲ作ルコトアリ、息肉様物質ヲ附着シタルモノアリ、一般ニ轉移ヲ作ルコト少ク、周圍臟器ニ播殖スルコトナク、唯肋膜ノ肥厚ヲ強カラシムルノミ。全身ノ惡液質モ亦少シ。
呼吸器ノ癌ハ四十歳以後ニ多ク、右肺ニハ左肺ヨリ屢見ラル、フレンケル氏ニ據レバ右十一、左十ノ比ナリト云フ、下葉ヨリ上葉ニ多シトス。

原因 眞原因ハ今日尙不明ナレドモ呼吸器ニ於テハ外傷ニ續發スルコト屢ナリ、胸部打撲後等ニ發病ス、女子ハ男子ヨリ少シ。

徵候 疾患ノ初期ニ於テ肺又ハ氣管枝腫瘍ヲ知ルノ徵候ナシ、數週又ハ月餘ニ互リ輕度ノ全身疲勞、咳嗽、咯痰、胸痛、頸部不快感等ヲ覺ユルモノナレドモ、他覺的ニ氣管枝炎又ハ肋膜炎ノ症狀ト區別スベキモノヲ見ズ、一定期間後腫瘍ノ増大アリテ初メテ種々ノ徵候ヲ發見ス。

呼吸困難 氣管内ニ發生シタル腫瘍又ハ腫瘍ノ爲ニ大氣管枝ノ壓迫、肋膜ノ滲出液等ノ爲ニ來ル、初メハ輕クシテ體動時呼吸速迫スルノミナルモ漸時増悪シ安靜時モ咳嗽頻發シ、呼吸困難アリ、安眠ヲ妨グルニ至ルベシ。喘鳴ヲ發スルモノ多シ。

胸痛 腫瘍ノ存スル胸側、肩胛部ニ來リ、胸骨及ビ肋膜ヲ刺スガ如キ疼痛ヲ訴フルモノアリ、唯單ニ鈍痛ニ過ギザルコトアリ、又上肢ニ放散スル疼痛ヲ惹起スルコトアリ、肺尖ヲ全ク侵シタルモノハ鎖骨上窩

迴歸神經麻痺

ヲ壓シ劇痛ヲ訴フベシ、食道ヲ壓スルモノハ嚥下時疼痛アリ。

迴歸神經麻痺

亦稀ナラズ轉位性淋巴腺肥大ノ結果、神經ヲ壓迫スル爲ニ生ズルモノナリ。嘔聲ヲ起シ

赤血球

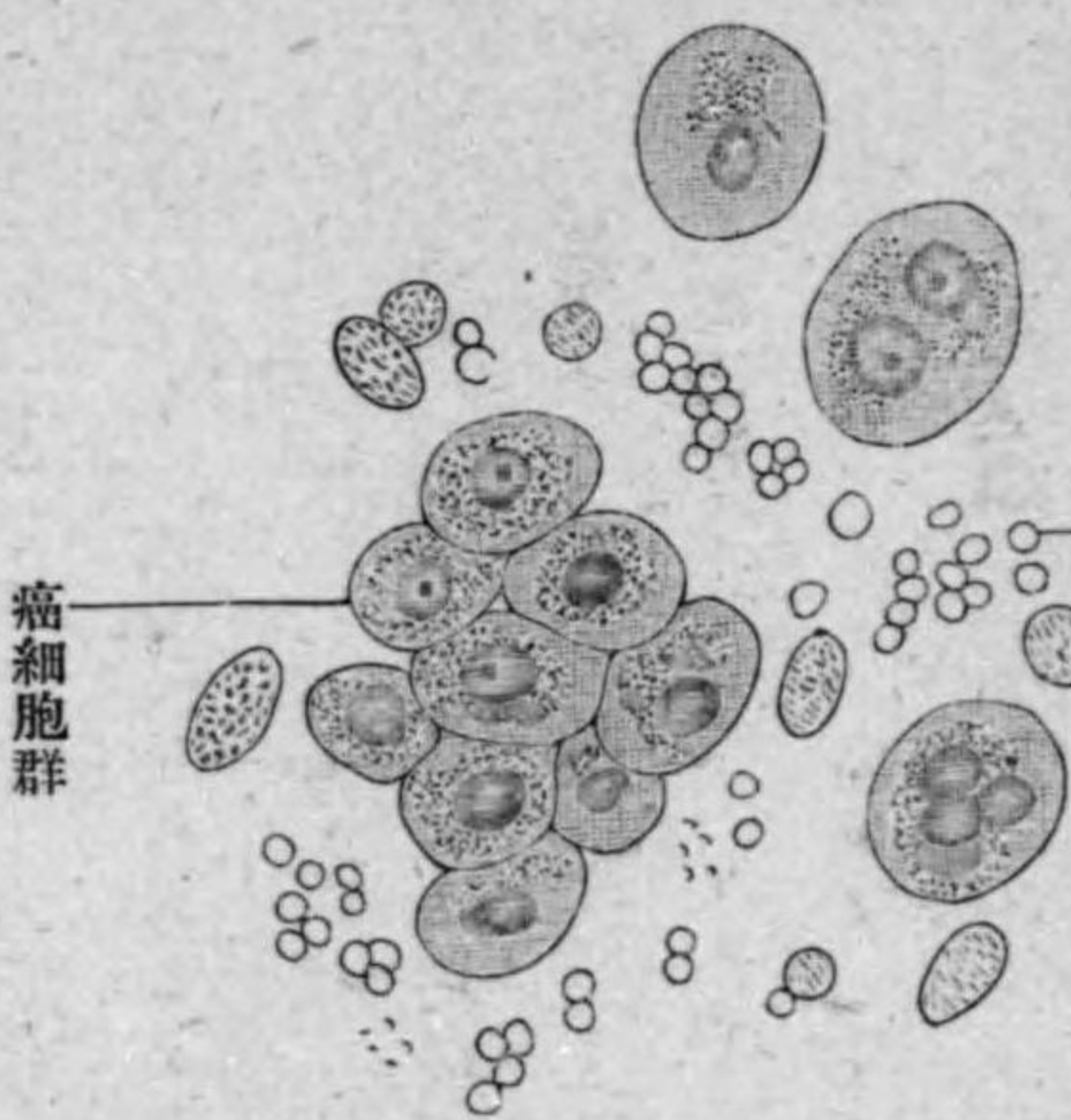
喉頭ヲ檢セバ後麻痺ヲ發見スベシ。

熱 微熱ナルコト多シ、不規則ナルヲ常トス。

咳嗽 氣管枝ヲ刺戟シ發生スルモノニシテ極メテ頑固ナリ。

咯痰 血液ヲ混ジ「ジャム」様外見ヲ呈スルコトアリ、顯微鏡檢査ニ依レバ脂肪球多ク、細胞ノ脂肪變性シタルモノ等多數ナリ、腫瘍細胞ヲ發見セバ診斷確實ナリ、大ナル核ヲ有スル多角形ノ細胞ニシテ多數類集シ色素ヲ含有セズ、稀レニ組織片ヲ咯出スルモノアリ。

第十六圖
肺腫瘍
痰咯腫癌肺



癌細胞群

他覺的胸部徵候

他覺的胸部徵候

視診上腫瘍ノ存スル胸側ノ呼吸運動弱ク、肋膜ニ滲出液アリテ強ク膨隆シタルモノモアリ、多數ハ上葉ニ相當シテ陷沒セルコト多ク鎖骨下窩ハ深ク、該部ニ皮膚血管ノ怒張アリ、頸

靜脈ノ怒張セルモノアリ、皮膚ノ浮腫ヲ起シタル場合ハ頸部上胸部ニ強キヲ見ルベシ、咳嗽時ニ於テ患側上胸部ノ靜脈怒張ハ著シク明カナルベシ。

縱隔膜腺ノ腫大アリテ大動脈ノ搏動ヲ傳達シ、又オリバー、カルダレリー氏徵候ヲ呈シ大動脈瘤ヲ疑ハシムルモノアリ。

呼吸器ノ腫瘍

淋巴腺ノ腫脹ハ患側鎖骨上窩ニ多シ。

打診及聽診上腫瘍ノ存スル肺ハ膨脹不全ト同ジク強キ限局性濁音アリ、呼吸音ハ著シク微弱ニシテ聲音振顫消失ス、氣管枝壓迫又ハ閉塞不完全ナルモノハ氣管枝笛聲ヲ發シ、肋膜滲出液ノ存スル時ハ凡テノ徵候ハ隱蔽サレテ發見シ得ザルコトアルベシ。

肋膜滲出液ハ出血性ナル場合多ク、又時トシテ乳糜様又漿液性ナリ、其沈渣ヲ檢セバ時ニ腫瘍細胞ヲ發見スルコトアリ。

レントゲン線検査

レントゲン線検査

オッチェン氏ニ據レバ最多キハ肺一葉ヲ侵シタルモノニシテ、次デ肺門部ニ大小ノ結節様陰影ヲ作ルモノナリ。多數ノ病竈ヲ散在セシムルハ少シト云フ。吾人ノ經驗ニヨレバ肺門部ノ結節ハ淋巴腺陰影ト合同シ周圍ニ氣管枝ニ沿ヒ擴張スルモノヲ見ルコト多シ、其陰影ハ濃厚ニシテ境界明劃ナリ、肺門部又ハ上葉ニ屢、發見サル。

肋膜炎ノ併發アルモノハ發見スルコト困難ナルベシ。

經過

經過

氣管ニ發生シタル腫瘍ハ其閉塞状態ヲ起シ來リ、呼吸困難ヲ以テ遂ニ窒息スベシ、肺ノモノハ咳嗽胸痛ニ苦ミ、惡疫質ニ陥リ斃ル、平均半年乃至二年ノ經過ナリト云フ、大出血ヲ起シ死スルモノモ稀ニアリ。

診斷

診斷

頑固ナル肋膜炎ノ出血性ニシテ惡疫質ノアルモノ、氣道狹窄ノ症狀ノ存スルモノ、呼吸困難咳嗽ノ頑固ナルモノニテ惡疫質ノモノ、癌發生年齢ニアリテ結核ヲ有セズシテ咯血スルモノ及縦隔膜狹窄

部尖肺、リア潤浸ニ葉上リヨ部門肺左、腫瘍肺
(例驗實者著)【ノモルザレサカ侵的較比ダ未ハ



症ノアルモノハ肺癌腫ノ發生ヲ疑ハシム、他覺的ニ限局性濁音部アリ、且呼吸音消失シ、聲音振顫ノ弱キモノ、淋巴腺ノ轉位性肥大、レントゲン線検査ニテ限局性陰影ヲ發見シ、且其經過中胸痛劇増シ咳嗽ノ頑固トナルアリ、呼吸困難ノ増加スルモノハ多ク肺腫瘍ナリ、確實ナル診斷ハ喀痰中ニ腫瘍細胞ヲ發見スルニアリ。

縦隔膜腫瘍、「アクチノミコーゼ」、肺微毒、「エヒノコックス」、肺壞疽等ト鑑別スベシ、即喀痰ヲ精細ニ檢シ經過ニ注意シテ區別スベシ。

豫後

不良ナリ。

治療法

呼吸困難、咳嗽ノ爲困ム事多大ナルニヨリ「モルヒチ」劑ヲ與へ、酸素吸入ヲ用ヒ疼痛ノ輕減ト安眠ヲ計ルベシ、外科手術ニヨルモ治療シタル例ナシ。

第八章 肺ノ循環障碍ニ因スル疾患 *Zirkulations-*

störungen der Respirationsorgane

第一 鬱血性氣管枝加答兒及鬱血肺

Stauungsbronchitis. Stauungslunge

肺ニ循環障碍アリテ鬱血ヲ起スヤ、臨牀上甚ダ能ク慢性氣管枝炎ニ似タル徵候ヲ呈ス、然シ單純ナル氣管枝炎ト異ナリテ既ニ肺組織ニ強キ鬱血アリ、臨牀上亦少シク普通ノ氣管枝炎ト異ナリシ所ヲ認ムベシ。

鬱血性氣管枝
加答兒及鬱血
肺

肺ノ循環障碍ニ因スル疾患

原因

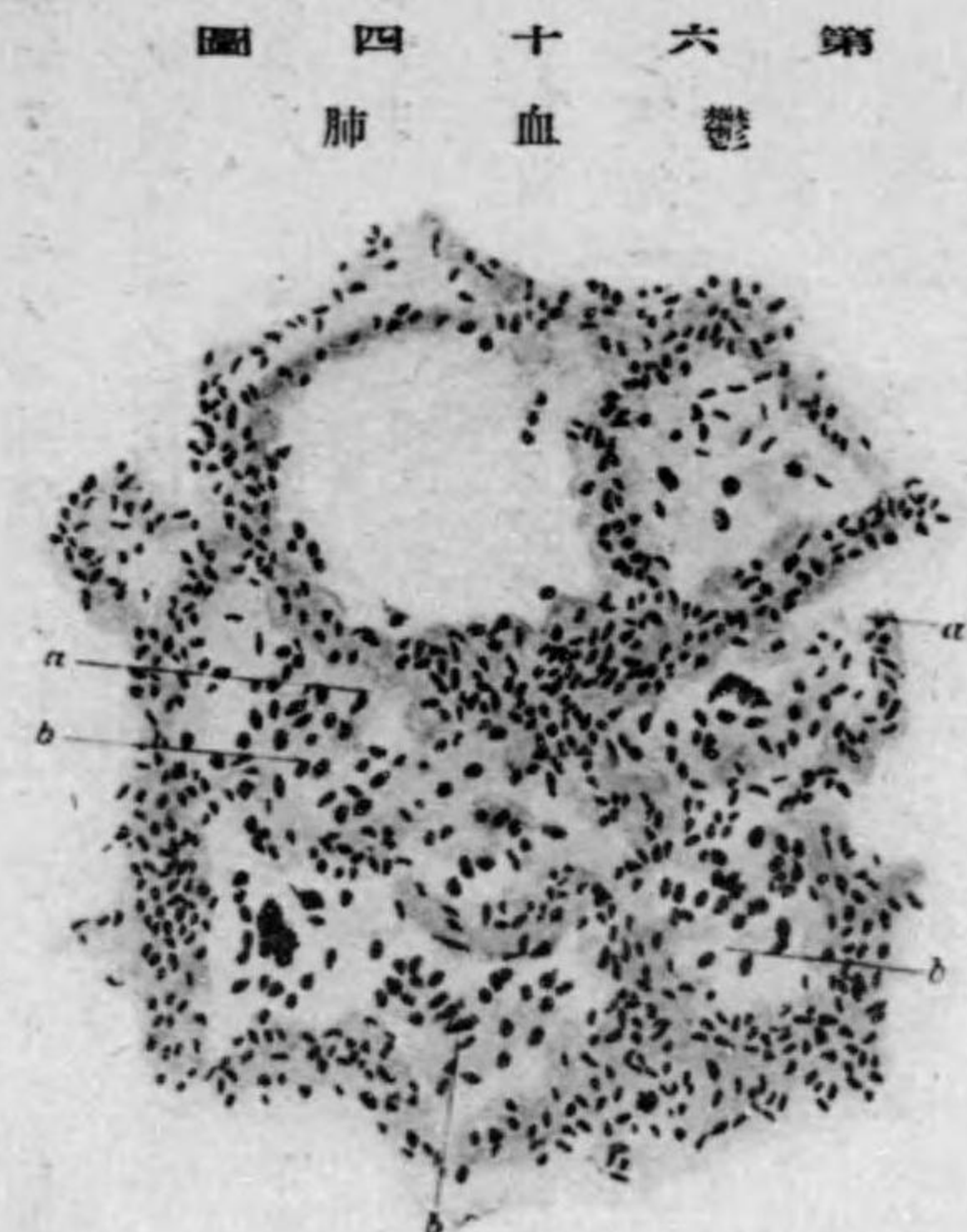
原因 肺靜脈血ノ循環ニ停滯ヲ發生スルコトアルヤ、直ニ本病ノ状態ヲ作成スルモノナリ、即凡テノ僧房瓣膜ノ疾患及大動脈瓣閉鎖不全ニ屢、起リ、心筋ノ變性、心筋炎、心囊炎ニモ亦本病ノ惹起サル、事アリ。

肺氣腫、氣管枝炎等アリテ之レニ續發シタル心臟障礙及慢性腎臟炎、脊椎彎屈症等モ亦原因タルコトアリ、ミューラー氏ニヨレバ甲狀腺肥大症ニモ同様ノ徵候ヲ呈スルモノヲ見タリト云フ。

病理解剖的變

病理解剖的變

肺ノ初期ナリ、其稍、陳舊ナルモノハ褐色ヲ呈スルニ至リ褐色硬變 Braune Induration ト云フ、其色ハ截面一様ニ褐色ナルアリ、又所々ニ赤色ノ部ヲ混ズルコトアリ、褐色硬變ニ於テハ硬度一層強ク含氣量ハ減少シタリ。



(nach Jores)

a 肺氣腫壁ニ於ケル擴張セル毛細管
b 心臟瓣膜細胞

顯微鏡的検査ニヨレバ毛細血管ハ著シク屈曲シ、且怒張シ、肺胞ノ間ノ組織ハ増殖シ、細胞ノ浸潤ハ少シ、氣胞内ハ脱落シタル表皮細胞、赤白血球及心臟瓣膜細胞ノ存在スルヲ見ルベシ、又漿液性ニシテ纖維ニ富ミタル滲出物ノ存在スルコトアリ。

肺ノ鬱血性硬變ニ特有ナルモノハ心

徵候
呼吸困難

咳嗽

喀痰

他覺的徵候

臟瓣膜病細胞ノ出現ナリ、肺氣胞内ニ又ハ氣胞間質中ニ發見サレ、屢、多數群集シテ存ス、大ナル橢圓形巨大細胞ニシテ其邊緣ニ近ク一個ノ圓形核アリ、褐色又ハ黃褐色ノ大ナル顆粒ヲ有ス、鹽酸及黃色血滴鹽ニテ處理セバ顆粒ハ美ナル青色ヲ呈ス、即顆粒ハ鐵ヲ含有スル「ヘモジデリン」ニヨルモノナリ、此ノ細胞ハ喀痰中ニモ多數發見サレ、一ノ組織性細胞ノ遊出シタルモノナリ。

氣管枝ハ暗赤色ヲ呈シ粘膜腫脹シ且粘液ヲ以テ被ハレタリ。

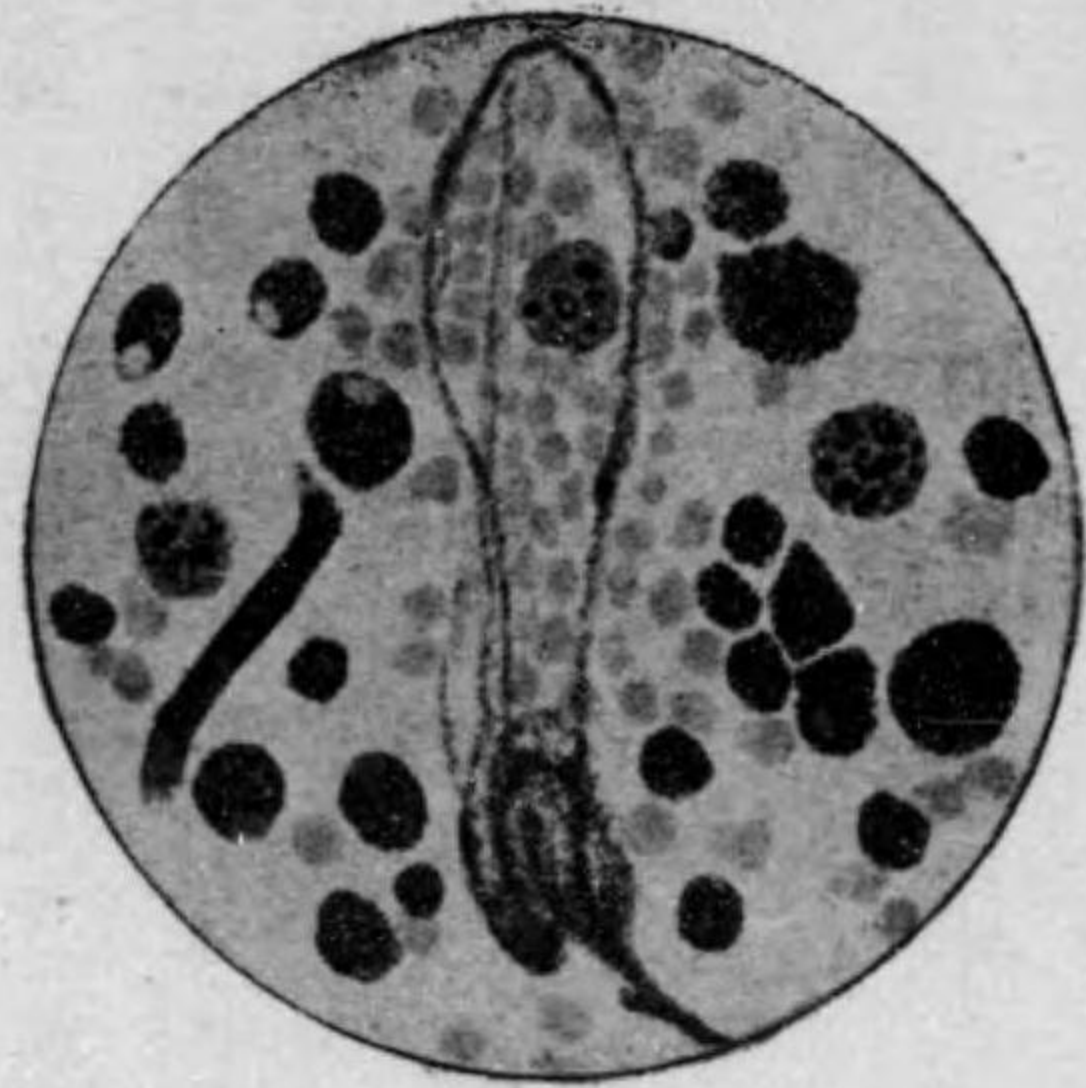
徵候

呼吸困難アリ、是レ肺ノ鬱血ノミナラズ其硬變ノ結果、肺組織ノ弾力性減退シ、呼吸運動圓滑ナラザルヨリ惹起サル、モノナリ、輕重ハ種々ナリ。

咳嗽ハ劇シカラザレドモ屢、大ナル苦痛ヲ伴ヒ、時ニ安眠ヲ妨グ。

喀痰ハ粘液痰ニシテ時々赤黃色ヲ呈スルコトアリ、顯微鏡的検査ニヨリ心臟瓣膜病細胞ヲ發見スベシ、化學的ニハ他ノ氣管枝炎ニ因スル喀痰ヨリハ多量ノ蛋白質ヲ證明シ得ベシ。

圖 五 十 六 第



(nach Lenhartz.)

胞細病膜瓣心ルケ於ニ中痰喀

胸部ノ他覺的所見トシテ打診上變化ヲ發見スルコト少

ク極メテ著シキ鬱血ニ際シテノミ輕濁音アリ、著シキ濁音ヲ呈スル時ハ肺水腫、肺炎ノ合併シタル時ナリ。聽診上呼吸音亦正常ナルコト多シ、時ニ粗裂、時ニ微弱、時ニ不定性ナリ、其等ノ變化ハ肺下葉ニ出現スル事多ク、甚シキモノニハ多數ノ小水泡音ヲ胸下部ニ聞クコト屢、ナリ。心臟ノ状態ニヨリ變化スルコト

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

劇シ。

レントゲン検査ニヨレバ肺面ハ一樣ナル暗影ニテ蔽ハレ、其内ニ太キ氣管枝陰影ノ存スルヲ認ムベシ、又肺門部陰影ハ擴大シ且強ク濃厚ナリ。

經過 凡テ心臟衰弱ノ度ニ平行スルモノニシテ時ニ他ノ循環障礙ノミヲ主訴トシ、呼吸器ニ鬱血状態アレドモ自覺症ナキコトアリ、又反對ニ咳嗽、呼吸困難等強キコトアリ、凡テ心臟ノ強弱ニ關係シテ呼吸器ノ徵候ハ一進一退ス。

合併症

合併症 肺水腫、就下肺炎、肺膨脹不全症、胸水等ヲ合併スルコト屢ナリ又肺血栓ヲ生ズルコトアリ。

診断

診断 心臟疾患ノ症候ヲ有スルモノニシテ氣管枝炎ヲ有セバ診斷容易ナリ、且其喀痰ニ心臟瓣膜病細胞ヲ發見セバ確實ナルベシ。

肺水腫トノ區別ハ屢、困難ナリ、此ノ時ハ肺胞内漿液ノ滲出多量ナルニヨリ大、中等度ノ水泡音ヲ多ク發生ス、且擴汎性ニ聞ユルモノナリ。

豫後

豫後 肺循環障礙ノ程度ニヨリ差アリ、心臟ノ強弱ニ關係スベシ。

治療法

治療法 強心藥ヲ投ジ安靜ヲ守ラシム、即「チキタリス」浸劑ノ内服、「チキタミン」、「チガレーン」、「カンフル」等ノ注射ヲ行ヒ極力強心法ヲ講ズベシ、二時間毎ニ「カンフル」一乃至二筒ヲ注射シ、其間時々「チキタミン」ヲ併用ス、尙效力ニ疑シキ時ハ「アドレナリン」ノ皮下注射ヲ行ヒ靜脈瀉血ヲ行フベシ。

患者ヲ仰臥セシメ心臟部ニ冰冷瘧法ヲ適用シ、食事ハ流動食トシ、一時ニ大量ヲ與フベカラズ。腸内瓦斯ノ發生アル時ハ横隔膜ノ舉上サル、結果益、呼吸困難ヲ起スモノナリ、灌腸法ニヨリ排便ヲ計リ腹部ニ

モ瘧法スベシ。

幾分輕快シタル後ハ前章氣管枝炎ニ於テ述ベタル所ニ從テ處置スベシ。

第二 肺ノ就下鬱血 Lungenhypostase

原因

原因 心臟衰弱ノ際ニ肺ノ下縁ニ鬱血ヲ生ジ易シ、長期ニ互ル疾患ニテ常ニ同一體位ニ臥牀シ、呼吸運動モ不充分ニ行ハル、如キ際ニ生ズ、心臟右心室ノ力薄弱ニシテ呼吸運動亦不充分ナル爲血液ハ重力ニテ下垂部ニ沈滯シ發生サル、モノナリ。

熱性傳染病就中腸「チブス」ノ如キハ全身症強ク、高熱ニシテ長時臥牀スルモノナレバ特ニ本病ノ發生スルコト多シ、失神状態ノ持續スル患者例ハ、腦疾患ニ於テモ亦屢、併發シ、四肢麻痺アリテ身體ノ自動力ヲ缺クモノ關節疾患等ニモ發病ス。

其他尙其補助原因トシテハ肋膜炎後ノ癒著、胸廓變形、脊椎彎曲、鼓腸、腹水、腹腔、腫瘍等凡テ横隔膜ノ呼吸運動ヲ妨グル疾患ハ本病ノ發生ヲ速進セシムル因トナルベシ。

病理解剖的變化

就下鬱血ハ肺ノ下葉後縁ナルコト多シ、此所ニ毛細管鬱血アリ、次デ靜脈ノ鬱血トナリ、此ノ肺ニ膨脹不全ヲ起シ、硬度増加シ、暗赤色トナル、次ノ時期ニハ肺氣胞内ニ漏出液アリテ著シク重量ヲ増シ且組織ハ弛緩シ一見脾臟ノ如クナリ、之ヲ肺ノ脾變 Splenisation der Lunge トイフ、顯微鏡的検査ニヨレバ毛細血管ハ著シク怒張シ肺氣胞内ニ突隆シ、肺ノ一二ノ部分ニ浮腫アリ、壓スレバ多量ノ血液様液體ヲ出スベシ、又表皮脱落シ赤血球及白血球ノ滲出スルコトアリテ加答兒性肺炎ト區別シ難

病理解剖

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

キ病變ヲ見ルコトアリ。

徵候 顔面「チアノーゼ」及多少ノ呼吸困難アルヲ常トシ、他覺的胸部ノ所見トシテ肺ノ下縁ニ沿ヒ約二横指幅ノ濁音部アリ。稀ニハ肺組織ノ弛緩ヨリ生ズル鼓音ヲ聞クコトアリ、聽診上該部ニ氣管枝呼吸音及不定性呼吸音アリ、聲音振顫ハ著シク充進シ肺ノ下葉下部ニ「ラッセル」ヲ聞ク如キ場合ハ臨牀上就下性肺炎ト鑑別シ難シトス、凡テ肺ノ下縁ニ沿ヒ無氣肺胞ノ理學的症候ヲ呈ス。熱ハ存在セズ、此ノ發熱スルモノハ肺炎ノ合併シタル場合ナリ。

診斷 生前ニハ看過サル、コト多シ、重病者ニシテ其背部ヲ精診スルコト困難ナルト、且他覺的症候ノ輕微ナルニヨル、氣管枝炎又ハ肺炎ヲ併發シテ初メテ診斷サル。

豫後 肺炎ヲ續發スル危險アリ、其他豫後ハ其原因的疾患ニ關係ス。

治療法 強心藥ヲ與フ、時々深呼吸ヲ行ハシメ、且續發性疾患ヲ豫防スルヲ第一トス、即氣管枝炎、肺炎ノ豫防ナリ、前章鬱血肺ニ述ベタル所ヲ參照スベシ。

第三 肺水腫 Lungenoedem

循環障礙ノ結果、毛細血管ヨリ漏出シタル漿液ニテ肺組織ノ浸潤サレタルモノヲ肺水腫ト稱シ、肺實質ノミナラズ、肺氣胞内迄漏出液ニテ充滿スルニヨリ呼吸機能ニ大障礙ヲ惹起ス。

病理解剖的變化 水腫ヲ起シタル肺ハ著シク膨大シ、其重量及硬度増加シ、恰モ炎症浸潤ノアル肺組織ヲ見ルガ如キ觀アリ、而シテ強ク壓スレバ表面陷凹シ、切截面ハ濕潤ニシテ淡黃赤色ノ液ヲ漏出ス

ベシ、高度ノ水腫ニ於テハ含氣量減退シ、加答兒性肺炎ニ於ケルガ如ク肺組織ノ破碎サレ易キコトアリ、色ハ暗赤色又ハ淡黃赤色ニシテ肺水腫ノ新鮮ナルハ陳舊ナルモノヨリ血量多ク從テ赤色ヲ呈シ、且漏出シタル液モ赤色ヲ呈スルコト強シ、炎症ノ併發シタルモノハ其液ニ蛋白、肺氣胞上皮細胞、白血球等多ク含有サレタリ。

顯微鏡的検査ニヨレバ肺氣胞ハ多少膨脹シ、蛋白質溶液ニテ充タサレ、實質組織モ亦含液量増加シ容積ノ増大アリ、既ニ陳舊ナル部分ハ肺氣胞上皮細胞ノ脱落膨脹シタルモノアリ。

氣管枝及上氣道ニモ同一變化ヲ認ムベシ。

原因 急性原因ハ特種ノ毒素アリテ肺血管神經ヲ麻痺セシメ、同時ニ心臟衰弱ノ存スル時ニ起ルモノニシテ種々ナル中毒症ニ現ハル、所ナリ。

腎臟炎ニ急速ニ發生シ突然ノ死因タルコトアリ、又一時性ニシテ治癒スルコトアリ、尿排泄不能ニ因スル中毒性物質ノ蓄積ヨリ本病ヲ發スルモノト思ハル、即一種ノ尿毒症ナリ。

毒物ノ**中毒**即「クロラールヒドレート」、「モルヒネ」、「ムスカリン」、沃度、「メチールアルコール」等ノ中毒ニテ發病ス、又炭酸瓦斯、青酸、「エーテル」、「クロ、ホルム」ノ吸入ニ因スルモノアリ。

種々ナル傳染病ノ經過中ニ來ル肺水腫ハ亦一種ノ中毒症ナラン。

急性肺水腫ニシテ**神經系統**ノ疾患ニ續發スルモノアリ、頭部ノ外傷、脊椎炎等ニ起ルコトアリ。

慢性原因トシテハ**心臟疾患**ニテ鬱血肺ヲ起スモノ其ナリ。佛國ニ於ケル統計ニヨレバ大動脈瓣疾患

ニ多シト云ハレ、獨、英ニ於テハ僧房瓣閉鎖不全ニ多シト云ハル、其他ノ心臟病ニモ來ルコトアリ、胸腔内

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

徵候

診斷

豫後

治療法

病理解剖

肺水腫ノ發生

疾患ニテ本病ヲ惹起スル場合ハ胸廓内腫瘍、大量ノ胸膜滲出液等ニ屢、急劇ニ肺水腫ヲ併發シ斃ル、アリ肺靜脈ノ壓迫ニ因スル機械的鬱血性肺水腫ノミナラズ反射的血管神經作用モ大ニ關係アリト思ハル。

肺水腫發生ノ學說

コーンハイム及ウエルヒ氏等ノ行ヒシ實驗ニヨレバ左心室ハ機能ハ中絶又ハ減退シタル時、右心室ハ尙其機能ヲ繼續スル場合ニ於テ肺ニ鬱血ヲ起シ、延テ肺水腫ヲ惹起ス、此ノ場合ハ鬱血性水腫ニシテグロスマン氏ノ「ムスカリン」ヲ注射シ心臟ノ痙攣性收縮ヲ起サシメ肺水腫ヲ惹起セシメタルモノモ之ニ同ジ。

之ニ異ナリテ肺毛細血管壁ノ滲透性ニ變化ヲ生ジ、血液中ヨリ漿液ノ漏出ヲ惹起スルモノアリト云フ腎臟炎ノ時ノ浮腫ノ如キモノナリ、又神經說ニヨリ説明セントスルモノアリ、迷走神經ノ刺戟ニテヨク肺水腫ヲ起スコトヲ得タル實驗ニ基ヅクモノナリ、此ノ外ニ吸引力肺水腫ノ存在ヲ説クモノアリ、例バ氣管枝ガ何等カノ因ニヨリ全然閉塞サレタル時ニ、其ニ屬スル肺氣胞ハ強キ胸壁ノ呼吸運動ノ爲、其氣胞壁ヨリ血漿液ヲ吸引シ、水腫ヲ起スモノナリト、又大ナル滲出液ヲ有スル肋膜炎ノ穿刺後ニ惹起サル、蛋白質液狀喀痰ノ如キモ是レ肺水腫ノ吸引力ノモノナリト云フ。

學說ノ主ナルモノ以上述ブルガ如クナレドモ肺水腫ハ臨牀上種々ナル場合ニ發見サレ、或時ハ純機械的ニシテ鬱血性水腫ナルアリ、或時ハ中毒ニ因スル血管壁ノ變化ヲ以テ最モ適當セル説明ナリト思考セシムルコトアリ、又時ニハ神經說ニ據ラザルヲ得ザルコトアリ、其發生ヲ説カントスルニ當リテ本病發生ノ原因ノ關係ヲ考慮セザルベカラザルガ如シ。

徵候

徵候

肺氣胞ニ液體ノ滲出スル時ハ自然肺ノ瓦斯交換機能ニ障礙ヲ起スモノナレドモ、其一部ニ

限局サレタルモノハ臨牀上ノ徵候ヲ缺キ、又反對ニ肺水腫ヲ惹起セシメタル原因的疾患ハ時ニ肺水腫ノ重篤ナル徵候ニテ蔽ハレ看過サル、コトアリ。

喀痰

呼吸ハ著シク速迫シ皮膚及粘膜ニ鬱血著シク、血液ノ炭酸瓦斯蓄積多クシテ時ニ失神狀態ヲ起シ、顔面蒼白トナリ又「チアノーゼ」ヲ呈シ嗜眠狀態トナリテ四肢筋肉ニ搖擗ヲ起シ窒息死ニ至ルベシ。

喀痰ハ多量ナルコト多ク、著シク稀薄液狀ニシテ泡沫ヲ含ミ、帶黃赤色ナリ、蛋白質ニ富ミ粘液少ク、醋酸ヲ滴下スレバ濁濁シ、加熱スレバ白濁ヲ生ズ、フライシエル氏ニ據レバ腎臟炎ニ起ルモノニハ其喀痰中ニ多量ノ尿素ヲ證明スト云フ、顯微鏡的ニハ少數ノ赤血球、氣胞表皮細胞、圓形細胞等ヲ發見スベシ、此ノ喀痰ノ喀出サル、時ハ、漸次呼吸筋ノ麻痺ヲ加フル時期ニシテ患者漸次喀出スル力ヲ失ヒ、多量ニ上氣道ニ瀦溜サレ呼吸ニ際シテ大ナル氣管水泡音ヲ發スルニ至ル。

脈膊ハ細小微細ニシテ速ク、四肢末端ハ冷却シ「チアノーゼ」ヲ呈シ皮膚ニ冷汗ヲ出スモノアリ。

胸部處見ハ聽診上一面ニ細大種々ノ水泡音無數ニ發生シタルヲ認メ、呼吸音ハ爲ニ明瞭ニ聽取サレズ、打診上變化ヲ發見スル事少ク、肺組織ノ弛緩著シキ時ハ打診音ハ低調トナリ、鼓音ニ近キ者ヲ聞ク事アリ

經過
過激性肺水腫

經過 過激ニ發病セシ肺水腫ハ心臟病又ハ稀ニ健康者ニ來リ、急劇ニ呼吸困難アリ數分間ニテ口腔ヨリ血色ナル泡沫樣液體ヲ喀出シ、急劇死ニ至ルモノヲ云ヒ、屢、夜間ニ起ルモノナリ剖檢ニ於テハ心臟

急性肺水腫

疾患又ハ腎臟炎ヲ發見スルコト多シ。

急性肺水腫ハ普通前者ノ如ク過激ナラザルモノニシテ慢性腎臟炎、妊娠及出産期ニ於テ屢、起リ、又肺炎經過中ニ發生ス。初メ多少頸部ノ搔痒感、胸部壓迫アリ、急ニ呼吸速迫咳嗽ヲ起シ、多量ノ血色泡沫樣液

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

再發生肺水腫

ヲ喀出シ、顔面蒼白トナリ、四肢厥冷シ、鬱血アリ、呼吸困難漸時加ハリテ一二日ノ經過アリテ死ニ至ル
再發性肺水腫ハ腎臟炎及心臟病ニ於テ時々肺水腫ヲ起シ、治療ニテ輕快シ再三多少ノ原因ニテ再發ス
ルモノヲ云フ。

慢性肺水腫

慢性肺水腫ハ腎臟疾患ニシテ時々數週數月ニ互リ咳嗽及特異ノ肺水腫喀痰アリ兩側胸下部ニ細微ノ水
泡音ヲ聞キ、時々輕快シ時々重症トナルモノヲ云フ、經過中ニ加多兒性肺炎ヲ併發シ熱發スルコトアリ。

診斷

診斷 呼吸困難アリ、泡沫様血液狀ノ喀痰ヲ出シ、其中ニ多量ノ蛋白質ヲ證明シ、尙他覺的ニ胸部
一面ニ種々ノ水泡音ヲ聽取セバ診斷ハ容易ナリ。

氣管枝喘息ト
ノ鑑別

氣管枝喘息トノ鑑別ハ肺水腫ノ呼吸困難ハ呼吸性ノモノナラザル點及胸部ニ大小ノ水泡音アリ、喀痰
モ水様ナルヲ以テ區別スルコト容易ナリ。

毛細氣管枝炎

毛細氣管枝炎ハ發熱乾性「ラッセル」アリ、且水様ノ喀痰ヲ見ズ、小兒ニシテ呼吸困難ノ強キ時ハ甚ダ似
タリ。

肺血栓

肺ノ血栓ノ際ハ胸痛アリ、且他覺的處見ニ異ナル所アリ。

豫後

豫後 凡テ死ノ直前ニ肺水腫ヲ起スモノナルニヨリ多ク不良ナル豫後ナリ。

治療法

治療法 心臟疾患、腎臟炎ハ「アルコール」飲用ヲ節シ、心身ノ安靜ヲ命ジ、過勞ヲサクル等日常豫防
ニ注意スベシ、又肺炎、熱性傳染病、心臟、腎臟ノ疾患ニハ常ニ強心藥ヲ用意シ時期ヲ失セズ投與スベシ。
肺水腫ヲ起シタルモノニ就テハ極力強心法ヲ計リ、又肺水腫ノ直接原因ニ對シ應急ノ處置ヲ必要トス。
例バ腎臟炎又ハ心臟病者ニシテ高度ノ全身浮腫アリ、肺水腫ヲ惹起シタル時ハ充分ニ皮膚ノ亂切ヲ行ヒ、

至急ニ浮腫ノ輕減ヲ圖ラバ肺水腫ノ急ヲ救ヒ得ル事アリ。

強心藥ハ可及的奏效ノ急ナルモノヲ選ブベシ、「アドレナリン」、「カンフル」、「ヂガレーン」等ノ皮下又
ハ靜脈内注射ヲ行ヒ、場合ニヨリテハ數時間毎ニ反復スベシ。

「グリッスリン」灌腸又ハ二%食鹽水一〇瓦位ノ醋酸ヲ加ヘ灌腸シ排便ヲ圖ルベシ。
胸部ニ芥子泥卷法、人工呼吸法ヲ行ヒ、又靜脈瀉血法ヲ行ヒテ二〇〇乃至三〇〇瓦ノ血液ヲ去リテ奏效
スルコトアリ。

第四 肺血栓 Lungenembolie

臨牀上肺動脈血栓ハ三種ニ分ツテ便ナリトス。動脈幹及其大枝ノ血栓、大ナラザル動脈枝ノ血栓及ビ極
メテ細キ分枝ノ血栓是ナリ、肺動脈血栓ノ大部分ハ右心室或ハ末梢血管ノ血栓ノ脫離ヨリ生ジタルモノニ
シテ其大小ニヨリ或ハ小ナル分枝ノ血栓トナリ、或ハ肺動脈幹ノ血栓トナル、其ニ從テ肺組織ノ障得サル
ル範圍ニ種々ノ廣狹アリ、極メテ細キ血管ノモノハ寄生蟲、腫瘍細胞、脂肪瓦斯等ニテモ起ルコトアリ、此
ノ如キ場合ハ單ニ障得ノ起ル肺組織ノ廣狹ニノミ關セズ其等栓子ノ特性ニ依リ症狀ニ差異アルヲ認ム。

ルーバルシユ氏ノ五八四例ノ栓塞ノ統計ニヨルニ五九・一%ハ肺動脈ニアリタリト云フ、其原因ハ靜脈
ニ生ジタル血栓ノ脫離シテ肺ニ轉位シ血栓ヲ生ジタルモノニシテ、心臟疾患ニアリテハ右心室内壁ノ筋
纖維柱間又ハ前房ノ心耳ニ原發シタル血栓ヨリ轉位シタルモノ及ビ下肢ノ「サフエナ」靜脈、腓腸筋靜脈ノ
血栓ガ四肢運動ノ爲、脫離シテ肺動脈ニ入り來リシモノナリ、産褥時子宮血栓ヨリ肺動脈ニ轉位スルモノ

肺ノ循環障得ニ因スル疾患

モ亦屢、遭遇スル所タリ。

是ニ由リ觀レバ肺動脈血栓ノ原因ハ靜脈血栓又ハ右心室及前房ニ生ジタル血栓ヨリスルモノニシテ、運動、發熱等一時血行ヲ旺盛ナラシムル原因加ハラバ脫離シテ肺動脈ニ流入シ來ルモノト思ハル。

一、肺動脈ノ主幹及ビ大枝ニ生ジタル血栓

肺ノ大動脈ノ血栓

肺動脈主幹ノ血栓ハ左心室ニ血液ヲ輸送スル通路ヲ閉塞スルニ等シキモノナレバ、從テ生命ニ瞬時モ缺クベカラザル腦ノ循環ヲ中絶シ直ニ死因ヲ作スモノナリ、血栓發生後數秒間ノ生命アルノミ腦貧血狀ヲ呈シテ斃ル。

肺動脈ノ第一枝、即左肺又ハ右肺ニ至ル何レカノ血栓ニ於テハ肺循環ノ通路ヲ半減スルノミニシテ多數ハ死ノ轉歸ヲ免レズト雖モ、心臟ノ強壯ナルモノニ於テハ稀ニ此ノ障礙ニ打勝チ、一側ノ肺ヲ以テ呼吸作用ヲ行ヒ生存スルコトアリ、血栓ノ發生シタル側ノ肺モ氣管枝血管ヨリ自己榮養ニ必要ナル血量ノ輸送ハ受ケ居ルモノニシテ壞死ニ陥ル事ナシ、心臟疾患等アリテ肺ノ鬱血ヲ有スルモノニハ必然的致命症ナリ。

血栓ノ結果直ニ死亡セシ場合ノ肺ハ一般ニ蒼白色貧血狀態ヲ呈シ居リ、之ニ反シ暫時生存シタルモノニ於テハ鬱血狀態ノ著シキモノアリ、即肺組織ハ肺動脈ノミナラズ氣管枝血管ヨリモ血管ノ分枝サレタルモノアリ互ニ吻合シタルガ故ナリ。

徵候

徵候

肺動脈主幹ノ血栓ハ普通直チニ死スルモノニシテ心臟病、肺炎、産褥等ニ在ルモノ急頓ニ意識ヲ失ヒ顔面蒼白トナリ、數秒間ニテ死スルハ多ク是ナリ、稀ニハ高度ノ呼吸困難ヲ起シ數語ヲ發シテ呼吸

閉塞シ死スルモノアリ。

一肺ノ動脈枝ノ血栓ハ右肺ニ來ルコト多ク、且普通ハ肺動脈主幹ノモノト同様ニ、直チニ致死の運命ニ陥ルモノナレドモ、稀ニ數時間ノ生命ヲ保持シ得ルモノアリ、患者ハ急劇ニ高度ノ呼吸困難ヲ感ジ、非常ナル不安ヲ起シ顔貌蒼白ニシテ皮膚寒冷ナリ、「チアノーゼ」ヲ呈スルコトアリ、全身冷汗ニテ蔽ハレ脈搏細少不規則トナリ、頭痛、眩暈、突眼、瞳孔散大、失神ノ存スルモノアリ數時間ニシテ死ス。

理學的胸廓徵候トシテ聽診上ハ呼吸音微弱、打診上ハ輕濁音アリ、血栓ノ存スル一側ノ呼吸運動別シテ弱クリッテン氏ニヨレバ胸骨邊緣ニ近ク笛聲様ノ收縮期雜音アリト云フ。

診斷

診斷

原因的疾患ニシテ且急ニ呼吸困難ヲ發生シ、顔面蒼白心臟右方ニ擴張シタルヲ見バ、多ク本病ヲ疑フニ足ル、確實ナル診斷ハ困難ナリ。

治療法

處置ヲ行フノ暇ナクシテ死スル者多シ、豫防法ヲ第一トシ靜脈血栓、心臟病患者ニ劇シキ體動、長時間ノ入浴ヲ禁ジ、産褥、肺炎等ニ於テ早期ノ起牀ヲ避クベシ。

本病ノ發シタル時ハ人工呼吸、酸素吸入ニヨリ呼吸ヲ繼續セシメ甚シク苦悶スル時ハ「モルヒチ」ヲ皮下ニ注射シ「カンフル」、「コフェイン」等ノ注射ニヨリ強心法ヲ講ズベシ。

一、大ナラザル肺動脈枝ノ血栓、肺出血性梗塞(Lungeninfarkt)

楔狀出血

肺ノ小動脈枝、即一肺葉ヲ支配スル位ノモノニ血栓起ラバ上述セシ大ナル動脈ノ血栓ノ如キ重篤症狀ヲ缺ク、稀ニハ心臟衰弱ヲ起シ危險ナルコトアレドモ少シ、小ナル栓塞ノ多數同時ニ發生シタル場合ノ如キ是ナリ。

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

大ナラザル動脈血栓ハ肺ニ楔狀出血ヲ惹起スルモノニシテ、其發生ハ鬱血肺、右心室肥大セル肺氣腫、心臟衰弱症等凡テ肺循環ニ鬱血ヲ呈スル状態ニ於テ血栓ヲ生ズルモノニ來ルト云フ。

コーンハイム氏ハ最初血栓生ズレバ靜脈血ノ逆流アリテ、既ニ血栓ノ爲ニ貧血シ變化ヲ起シタル血管壁ヨリ血液ノ漏出スルモノト信ジタリ。即鬱血ナキ健康者肺ニ於テハ肺ノ一小動脈ニ血栓ヲ生ズルトモ肺循環系ノ血行ニハ何等ノ障碍ヲ惹起スルコトナク、從テ鬱血等起ラズ、其部ノ肺組織ハ肺氣管枝血管ヨリ充分ニ血液ノ供給アルニ、ヨリ榮養ヲ缺クコトナシ、之ニ反シ既ニ鬱血ノ存スル肺ニ血栓ノ起ル時ハ其肺葉ハ急ニ血行停止サレ、血行ノ停滯起リ、小動脈、靜脈、毛細血管等所々ニ血栓ヲ生ズベシ、從テ鬱血著シク加ハリ遂ニ楔狀出血ヲ作製スト云ハル。ケステル氏ニヨレバ小氣管ノ靜脈ハ肺靜脈ニ注入スルモノニシテ肺鬱血ノ存スル時ハ肺靜脈強ク怒張シ、其血壓亦高キモノナリ、此ノ時動脈ニ血栓ヲ起サバ其末流タル毛細管ニ血行止ムガ故、怒張シタル肺靜脈ヨリ血栓部ニ向ヒ血液逆流シ、尙進ミテハ肺氣管枝血管ヨリモ注流シ來ルガ爲ニ血栓ノ存スル部位ノ肺組織ハ血液鬱滯シ遂ニ出血ヲ起シ楔狀出血ヲ作ルモノナリト云フ。

病理解剖的變化

楔狀出血ヲ作ル部位ハ右肺下葉ニシテ其下縁ナルコト多ク、大サハ栓塞サレタル血管ノ大小ニ關シテ差アリ、一般ニ暗赤色ノ截面ヲ呈シ硬ク、形ハ其底面ヲ肺表面トシタル楔形ナリ其尖端ニ多クハ栓塞セル血栓ヲ發見スベシ、健康肺部トノ境界ハ明瞭ニシテ肺氣胞ハ血塊ニテ充塞サレ肋膜ハ潤濁シタリ。

小ナル楔狀出血ハ漸時吸收サレ、再ビ平常状態ノ組織ニ恢復ス、大ナルモノハ其組織壞死シ縁邊ニ脂肪

浸潤アリ周圍ニ炎症ヲ起シ、新生血管及肉芽組織ノ發生アリテ壞死セシ部分ノ吸收行ハレ癥痕ヲ以テ治愈スルモノナリ。

微候

小動脈ニ來リシ血栓ハ何等ノ微候ヲ呈スルコトナク經過シ、數年後解剖サレ偶然其組織化シタル栓子ヲ發見スルモノアリ、又心臟衰弱等アルモノニシテ急劇ナル死ノ原因トナルコトアリ、此ノ間輕重種々ナル症狀ヲ呈スベシ。

胸部刺痛ハ楔狀出血ヲ起サバ直ニ現ハル、微候ナリ、其劇シキモノハ疼痛ノ爲呼吸困難ヲ訴フル事アリ。

喀痰ハ血液痰ニシテ粘稠ナル粘液ヨリナル、暗赤色ヲ呈スルコトアリ、結核ニ於ケル血痰ノ如ク血色泡沫様痰ニ非ズ、暗赤色ノ血塊ナルコト多シ、而シテ同様性状ノ血痰ヲ反復シ咯出ス、血線狀ニ血液ヲ混ズ

ル粘液痰ハ比較的稀ナリ、又稀薄ニシテ純血液ヨリナルガ如キモノモ亦稀ニ咯出サル、所ナリ。熱ハ普通存在セズ、時々惡寒戰慄ヲ以テ發熱シ、血液痰ヲ咯出シ、胸痛ヲ訴へ、恰モ急性肺炎ノ如キ症狀ヲ呈スルモノアリ、熱ハ三十九度ヲ超過スルコト稀ナリ、又一二日持續スルノミナリ。

他覺的徵候ハ大ナル楔狀出血ニノミ著明ナリ、胸後下部又ハ腋下線、即側胸部ニ於テ限局性濁音ヲ呈シ、呼吸音消失又ハ極メテ微弱ナリ、不定性又ハ氣管枝呼吸音ヲ聞クコトアリ、捻髮音ヲ發見スルコト多ク、血液咯出後ニハ「ラッセル」ノ數日間持續シ存在スルアリ、局部ノ小ナルモノハ濁音ヲ呈スルコトナク唯捻髮音ノ限局性ニ存在スルノミ。

併發シタル肋膜炎ノ爲、肺部處見ノ蔽ハレテ不明ニ終ルコトアリ、産褥時ニ併發シタルモノハ滲出性肋膜炎多シ。

レントゲン線検査ニヨレバ明瞭ニ區別サレタル陰影ヲ認ムベシ、肺ニ鬱血強キ時ハ其境界ノ明瞭ナラザルモノアリ、形狀ハ楔形陰影トシテ見ユルコト稀ナリトス。

經過

本病ノ血性喀痰ハ數週間持續スルコトアリ、又數日ニシテ消失スルモノアリ、漸次鬱血性氣管枝炎ニ於ケルガ如キ喀痰ニ移行シ、胸部ノ他覺症ト共ニ徐々消失スルヲ常トス。

他ノ疾患ノ經過中新ニ血栓ヲ生ジタルモノハ一般症狀ニ増悪ヲ招キ脈搏不良トナリ、呼吸困難加ハリ、心臟病者ニハ浮腫出現ス、如此キ狀態ノ持續アラバ再ビ第二ノ肺動脈血栓ヲ誘發スルコトアリテ再ビ胸痛ヲ發シ、新ニ呼吸困難増加スベシ。

楔狀出血部ニ肺壞疽、肺膿瘍ヲ起シタル時ハ發熱急ニ加ハリ、喀痰ハ膿様又ハ暗褐色トナリ、肺組織片彈力纖維、「ヘマトイデン」結晶等ヲ檢鏡シ得ベシ。

肋膜炎ノ膿性トナリシ時ハ熱再ビ上昇シ、胸痛劇シク呼吸困難ノ度強シ一般全身症狀亦險惡ナリ。

診斷

楔狀出血ヲ伴ハザル肺血栓ハ診斷困難ナリ、楔狀出血ノアルモノハ急劇ナル胸痛、血液痰、胸部ノ限局性濁音、捻髮音及其原因タル疾患ヲ知ルニヨリ容易ニ診斷サル。

乾性肋膜炎ト相類似スルモ血液ト限局性ノ局部所見、心臟ノ變化等ニヨリ鑑別スベシ。

肺炎トハ時ニ區別困難ナリ、殊ニ惡寒戰慄ニテ熱發スル場合ニ於テ相似タリ。

豫後

原因ニ關係シテ豫後ニ差アリ、心臟疾患ニ併發シタルモノ一般不良ナリ、四肢ノ血栓ヨリ惹起サレタルモノハ適當ナル治療ニヨリ危險ヲ脱スル事ヲ得ベシ、早期ニ診斷シ適宜治療サレタルモノハ豫後佳良ナルコト多シ。

治療法

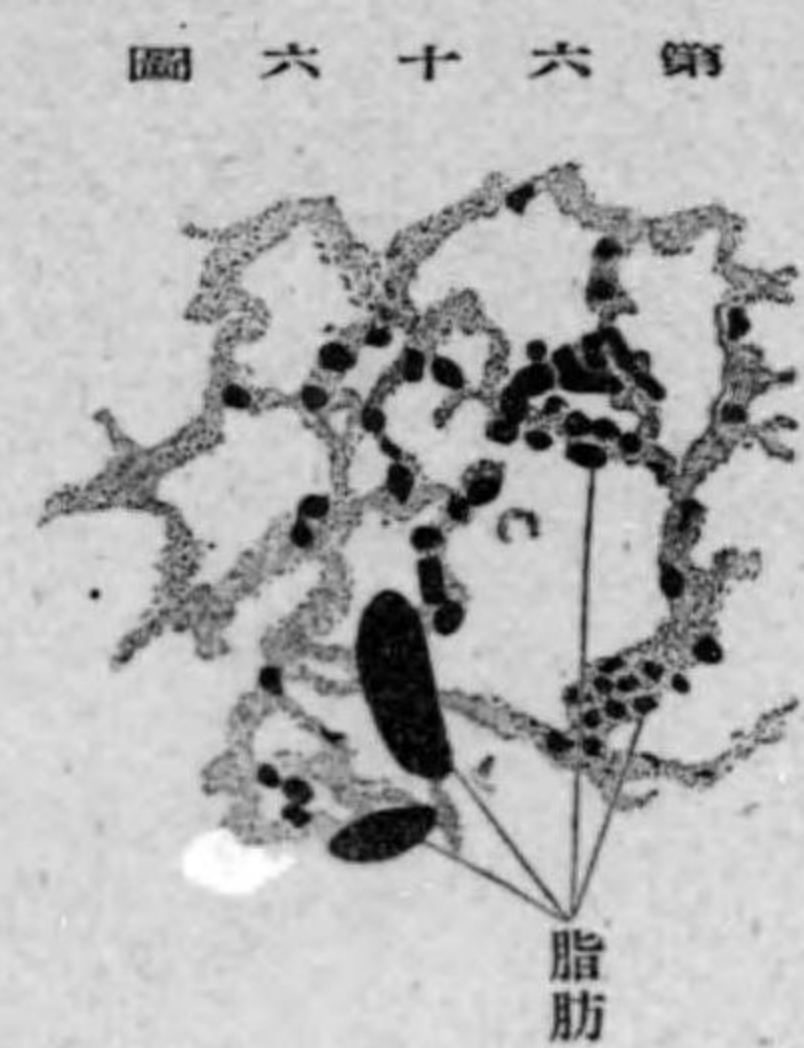
身體ノ絶對的安靜ヲ命ジ、心身共ニ努力及ビ疲勞ヲ避ケシムベシ、胸部ノ疼痛ニ對シテハ濕布溫罨法、沃度丁幾、「アルコール」、「クレロール」ヲ塗布シ效アリ。

呼吸困難ハ少量ノ「モルヒネ」劑ノ注射ニヨリテ除去シ得ベシ。

強心藥ノ投與ニ關シテハ古來種々可非ノ論アリ、心臟作業ノ旺盛ナルハ新ニ血栓ヲ發生セシムル危險アルモノナレドモ心臟ニ著シキ衰弱ノ徵アラバ寧ろ適宜ニ使用スルヲ可トス。

三、毛細血管血栓附瓦斯及脂肪栓塞 (Gas- u. Fettenbolie)

肺ノ血栓中最モ多數ニ遭遇スルモノナリ、常ニ循環器ニ機械的障礙ヲ惹起スルコト稀ニシテ且肺組織ニ楔狀出血ヲ作ルコトナシ、多數ニ發生シタル時ハ機械的障礙



第六十六圖 肺毛細血管脂肪血栓 (nach Jores.)

モ強クシテ危險ナリ、即強キ呼吸困難アリ、時トシテ窒息死スルモノアリ。産褥熱、丹毒及細菌ニ因スル四肢靜脈ノ血栓ヨリ脱離シテ肺血栓トナルモノハ多數ノ肺動脈細枝及毛細管ニ血栓ヲ起シ、循環障礙トナリ、他方其特種ノ病原菌ニ因スル炎症ヲ惹起シ所々ニ轉位性肺膿瘍ヲ作ルコトアリ、稀レニ「アクチノ

ミコーゼ」、「アスペルギルス」屬ノ絲狀菌ニヨル栓塞アリ又癌、肉腫等ノ細胞ノ栓塞トナルモノアリ。

瓦斯栓塞ハ大ナル靜脈ノ損傷、人工氣胸療法等ノ時稀レニ生ズ、肺ノ血行障礙ノミナラズ心臟自己ニ多量ノ瓦斯停滯シ危險ナリ、又進ミテ腦毛細血管ノ瓦斯栓塞ヲ起スコトアリ。

脂肪栓塞ハ稀ニ見ル所ナリ、骨折、皮下脂肪組織ノ炎症、脂肪腫ノ壞死、磷中毒、糖尿病者ノ脂肪血等ニ

肺ノ循環障礙ニ因スル疾患

瓦斯及脂肪栓塞

瓦斯ノ栓塞

脂肪栓塞

欠

索引

速脈ト肺結核	二九	子	熱分離	二六三	肺炎	五、六、三〇、三〇
胎盤傳染	二二三	子	熱(結核)	二四三	肺炎打診	四九
打診音ノ性質	四	子	粘液分泌	一八	肺炎腫胸廓	三
彈力纖維	七〇、三六、三六	子	粘液膿性氣管枝炎	一九	肺癆胸	四三、三八
炭末沈著肺	三八	子	粘液痰	六九、〇五	肺「エヒノコックス」	四三
子		子	粘液膿痰	六九、〇五	肺胞性雜音	五〇
「チアツオ」反應	一〇	子	粘液氣管枝炎	六〇、〇五	肺氣胞細胞	七〇
「チアテルミー」	八三	子	檢髮音	二〇	肺「ハスト」	一一
中央腺下線	四	子	ノイマン及マトソン氏表	二五八	肺X線透射像	五
遲脈ト結核	二九	子	腦膜炎	一八〇、二五	肺結核	一一、二六、二〇三
腸「チブス」	二二、二七、三三、四三	子	膿氣胸	三九五	「レントゲン」検査	二九
腸結核	二八五	子	膿胸	一七五	豫後	二八七
「チフテリア」ト肺炎	二八五	子	膿痰	一〇五	素因	二六
窒息	三	子	背腹透射	六	好發部位	三〇
治療大體方針	七	子	敗血症	二一、二七	傳染機會	三三
治療の小手術	九	子	肺ノ位置形狀大サ	四、六	肺結核發病ト免疫	三三
鎮咳劑	八	子	肺ノ境界	四、六、二六	分類	三三
塵埃傳染法	三三	子	肺ノ下縁	四	微候	三三
塵埃沈著肺	三三、三六	子	肺ノ組織的構造	六	肺壞疽	二六、八〇
ツ		子	肺ト肋膜	九	肺「チストマ」	四六
「ツベルクリン」	三三、三六、二七	子			肺硬結性氣管枝擴張症	三三
反應	二七	子			肺炎	一五
療法	二九	子			種類	一五
		子			「結核性肺炎」	三八、二九
		子			ト膿胸	三二
		子			肺炎菌	一五

欠

53
173

終