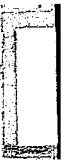


民國二十五年四月訂

內科 學

軍醫教育班學員班印



MG
RS
1/1

內科學目錄

消化器疾患

第一章 口腔疾患

壹 口內炎

1. 加答兒性口內炎
2. 潰瘍性口內炎
3. 亞布答性口內炎
4. 化膿性口內炎

貳 齦口瘡

參 水痘又名環道性口內炎

第二章 唾涎腺疾患

壹 流涎症

貳 口內乾燥症

參 耳下腺炎

內科學目錄

頁數

八 八 七 七 六 五 四 四 三 一 一 一 一



3 1771 8998 6

468630

軍醫教育班學員班

1. 流行性耳下腺炎
2. 急性耳下腺炎

第三章 扁桃腺及喉頭疾患

壹 口喉炎

1. 急性加答兒性口喉炎
2. 急性腺窩性口喉炎
3. 蜂窩織炎性口喉炎

貳 扁桃腺慢性疾患

1. 扁桃腺肥大
2. 慢性腺窩性口喉炎

參 咽頭疾患

1. 急性咽頭炎
2. 慢性咽頭炎
3. 咽後膿瘍

第四章 食道疾患

壹	食道炎	十五
貳	食道狹窄	十六
I	良性食道狹窄	十六
2.	惡性食道狹窄即食道癌腫	十七
參	食道擴張	十九
1	廣發性食道擴張	十九
2.	食道憩室	二〇
A	脫出性食道憩室又名Nessel氏憩室	二〇
B	牽引性食道憩室又名Rokonsky氏憩室	二〇
肆	食道痙攣	二二
伍	食道麻痺	二三
第五章	胃疾患	二三
壹	胃炎	二三
1.	急性胃炎	二四
2.	蜂窩組織性胃炎	二五
內科學	目錄	三

軍醫教育班學費班

四

3.	中毒性胃炎	二六
4.	慢性胃炎	二七
	A 原發性慢性胃炎	二七
	B 續發性慢性胃炎	二七
貳	胃潰瘍又名胃圓形潰瘍	三三
參	胃橋腫	四〇
肆	胃下垂症	四七
伍	胃 Atonie 或胃無力症及胃弛緩症	四九
陸	胃擴張	五〇
柒	胃神經症又名神經性胃疾患	五三
I	運動胃神經症	五三
1.	神經性嘔吐	五三
2.	神經性噯氣	五四
3.	胃蠕動不安症	五五
4.	噴門痙攣症	五五

內科 醫學 目錄

II	5.	幽門蠕蠕症	五六
		知覺性胃神經症	五七
I	1.	神經性胃痛	五七
	2.	善飢性	五八
	3.	貪食不飽症	五八
	4.	神經性食慾缺乏症	五九
	5.	異嗜症	五九
III		分泌性胃神經症	五九
	1.	胃液缺乏症	六〇
	2.	胃酸過多症	六一
	3.	胃液分泌過多症	六一
	a	慢性持續性胃液分泌過多症	六二
	b	食餌性(消化性)胃液分泌過多症	六三
	c	間歇性胃液分泌過多症	六三
冊		混合性胃神經症	六四

第六章

腸疾患

1 神經性消化不良症又名胃經神經結衰弱症

壹 腸炎又名腸加答兒

1 急性腸炎

a. 小腸炎

b. 十二指腸炎

c. 空腸炎及迴腸炎

d. 結腸炎

e. 直腸炎

2. 慢性腸炎

貳 蟲樣突起炎

參 十二指腸潰瘍

肆 腸結核

伍 腸梅毒

陸 腸管放線菌病

六四

六六

六七

六七

六九

六九

六九

七〇

七〇

七〇

七三

七九

八一

八三

八四

	柒	腸管新生物	八四
	1.	腸癌腫	八四
	a.	直腸癌腫	八五
	b.	結腸癌腫	八六
	c.	小腸癌腫	八七
	2.	腸肉腫	八八
	3.	良性腫瘤	八八
	捌	腸狹窄及腸閉塞	八八
	1.	腸狹窄	九一
	2.	腸閉塞	九三
	玖	粘液痙攣又名義膜性腸炎	一〇二
	拾	內臟下垂症	一〇三
	拾壹	常習性便秘	一〇三
	1.	弛緩性便秘	一〇四
	2.	痙攣性便秘	一〇六
內科學	目錄		七

拾貳 慢性下痢

1. 神經性下痢

2. 胃性下痢

3. 因內分泌障礙之下痢

拾參 腸血管疾患

1. 內臟血管區域之動脈硬化症

2. 腸間膜之栓塞

3. 痔核

拾肆 腸寄生蟲病

I 蠕蟲類

1. 有鈎蠕蟲

2. 無鈎蠕蟲

3. 廣節裂頭蠕蟲

II 圓蟲類或線蟲類

1. 蛔蟲

一〇八

一〇八

一〇九

一〇九

一一〇

一一〇

一一〇

一一一

一一一

一一三

一一三

一一三

一一四

一一五

一一六

一一七

2.	螞蟥	一一九
3.	十二指腸蟲	一二〇
4.	鞭蟲	一二一
第七章 腹膜疾患		
第一	腹水	一二二
第二	急性腹膜炎	一二三
第三	慢性腹膜炎	一二六
第四	腹膜腫瘍	一三四
1.	腹膜癌腫	一三八
2.	腹膜之良性腫瘍	一三九
第八章 肝臟及胆道疾患		
壹	肝臟疾患	一四〇
第一	急性與慢性肝臟實質性充血即輕度汎發性肝臟炎	一四一
第二	重症急性汎發性肝臟炎即急性黃色肝萎縮	一四三
第三	肝臟硬變症	一四五

軍醫教育班學員班

二〇

I	原發性肝硬變症	一四五
II	續發性肝硬變症	一五一
a.	膽汁鬱積肝性肝硬變症	一五一
b.	鬱血肝	一五二
IV	脂肪肝	一五四
V	澱粉肝	一五四
VI	肝膿瘍即化膿性肝炎	一五五
VII	肝癌腫	一五八
VIII	肝梅毒	一五九
IX	肝寄生蟲	一六二
I	肝包蟲	一六二
II	筐形吸虫	一六四
III	日本住血吸虫病	一六七
A.	急性日本住血吸虫病	一六八
B.	慢性日本住血吸虫病	一六九

貳 肝臟血管疾患

第一 門脈血塞

一七二

第二 化膿性門脈炎

一七三

參 胆道疾患

一七五

第一 胆道炎症

一七五

1. 胆管炎性黃疸

一七五

2. 胆管炎性傳染

一七六

3. 胆道之局部變化

一七八

第二 胆石症

一八〇

第三 胆道癌腫

一八五

肆 其他肝膽之一般疾患

一八六

第一 肝臟大小及形狀位置之異常

一八六

1. 單純性肝臟萎縮及肥大

一八六

2. 絞榨肝

一八六

3. 遊走肝及肝下垂

一八七

內科學目錄

軍醫教育班學員班

第二 胆汁排泄障礙

第三 門脈循環障礙

第九章 胰臟疾患

第一 胰液缺乏症

第二 胰臟炎

第三 胰臟出血

第四 胰臟壞死

第五 胰臟結石

第六 胰臟囊腫

第七 胰臟癌腫

呼吸器疾患

第一章 氣管枝疾患

第一 急性氣管枝加答兒或急性氣管枝炎

1 急性最小氣管枝炎或急性毛細氣管枝炎

2 小兒氣管枝炎

3 老人氣管枝炎

第二 慢性氣管枝加答兒或慢性氣管枝炎

1 乾性慢性氣管枝炎

2 氣管枝漏

3 粘液性氣管枝炎

第三 纖維索性氣管枝炎或格魯布性氣管枝炎

第四 腐敗性氣管枝炎

第五 氣管枝擴張症

第六 氣管枝狹窄症

內科學目錄

二〇五

二〇五

二〇五

二〇七

二〇八

二〇八

二〇九

二一一

二一二

二一二

二二四

二二六

二二〇

二二二

軍醫教育班學員班

一四

第七 氣管枝喘息

二二三

第二章 肺臟疾患

二二八

第一 肺氣腫(實質性肺氣腫)

二二八

第二 肺膨脹不全

二三三

第三 肺水腫

二三三

第四 肺臟鬱血症即肺褐色硬化又名心臟瓣膜病肺

二三六

第五 肺臟血液沈下症

二三七

第六 加答兒性肺炎或氣管枝肺炎又名小葉性肺炎

二三八

第七 格魯布性肺炎或纖維素性肺炎又名大葉性肺炎

二四三

第八 肺結核

二五五

壹 肺結核緒論

二五五

貳 肺結核素因及傳染

二五五

參 肺結核的病理解剖

二五八

肆 肺結核之經過的分類

二六〇

A 普通型肺結核

二六一

1	初期結核	二六二
2	確定期結核	二七〇
3	完成期結核	二七一
B	纖維索性結核	二七二
C	肺結核之氣管枝擴張型	二七三
D	急性肺結核	二七三
1	乾酪性肺炎	二七三
2	奔馬性肺結核	二七五
E	小兒結核	二七七
F	氣管枝腺結核	二七七
G	老人結核	二七八
伍	肺結核的症候	二七九
A	局部症狀	二七九
B	一般症狀	二八五
陸	肺結核的合併症	二八八
內科學	目錄	

軍醫教育班學員班	
染 肺結核的預後	二九〇
捌 肺結核的療法	二九二
第九 肺膿瘍及肺壞疽	三〇三
第十 塵肺	三〇九
第十一 肺梅毒	三一三
第十二 肺腫瘍	三一四
第十三 肺 Datura 病	三一六
第十四 肺包蟲症	三一九
第十五 肺放線狀菌病	三二〇
第三章 肋膜炎	三二二
第一 肋膜炎	三二二
1 乾性肋膜炎	三二四
2 漿液纖維索性肋膜炎	三二六
3 化膿性肋膜炎及各膿胸	三三六
第二 氣胸	三三八

1	純氣胸
2	漿液氣胸
3	膿氣胸
第三	胸水
第四	血胸
第五	肋膜腫瘍
第六	縱隔膜腫瘍

三三九
三四二
三四三
三四四
三四六
三四七
三四九

內科學

Innere Medizin

消化器疾患 Krankheiten der Verdauungs Organe,

第一章 口腔疾患 Krankheiten der Mundhöhle.

壹 口內炎 Stomatitis

1 加答兒性口內炎 Stomatitis Katarhalis

原因 Aetio logie 頗複雜。如直接刺激（器械性、溫熱性、化學性、藥物性等）、附近炎症之波及（咽喉、鼻腔之疾患）全身病之一分症狀（急性傳染病、糖尿病、尿毒症、重症胃腸症等）及口內不衛生等。

症候 Symptome 依炎症之狀況，分急性及慢性二種。

急性 爲口內粘膜炎發赤、腫脹、分泌物增加。齒齦、舌尖、舌緣、及與齒接近之頰部 尤爲顯著。炎症劇烈，則粘膜炎脫落。上蓋粘液性 或膿性被膜。舌厚苦。舌粘膜炎腫脹及部分的脫落。形成污穢白色斑點。自覺症狀 在初期呈乾燥感。後期因分泌亢進 呈流涎症 Salivation 極期時多有痛感 Schmerzgefühl 及妨礙咀嚼。味覺障礙時發口臭。



6 慢性 有由急性轉來者 有自幼即為慢性者 (齲齒、酒客、吸烟家) 其症狀與急性無特異 惟均較輕
口內乾燥 粘膜上皮膚時呈肥厚 糖尿病時 舌有白苔 時呈龜裂 鉛中毒時 齒齦依硫化鉛之沉着呈灰
白色

全體症狀 一般極輕微 但小兒有時因授乳障礙 而影響其營養狀況

經過 Verlauf 依原因之如何而異 一般急性多在短期(數日乃至十餘日)治愈 但慢性有在再數個月或
經年不全愈 齲齒、酒客、及嗜烟家尤甚

豫後 Prognose 佳良 僅營養不良之小兒 合併口內炎則更影響其營養 有時招來不良之結果

診斷 Diagnose 容易

療法 Behandlung oder Therapie 除去刺激 令攝無刺激性流動性 保持口內清潔 力行含嗽 飲食前後

尤為必要 局部炎症之處置 在患部塗十% Myrrhae 丁酸 或十% Ratanhae 丁酸 或用清水拭後

再用三十至五十% 稀酒精清拭 有白瘰時 用四% 硼砂水 五% Chrom 酸水 撒酸酒精水(撒酸)、

○酒精水各五、○)等塗布 炎症劇烈 可加用澱粉漿含嗽

含嗽料頗多 常用者為淨涼沸水 二% 鹽剝水 一至三% 硼酸水 一至三% 過酸化水素水 一至三% 硼砂

水 ○、○二% 過 magn 酸加里水 ○、○五% Tynol 水 ○硼一至○、五% 醋酸礬土水等 全身療

法 Allgemeine Behandlung 無特需必要 有時用下劑 健胃劑 為輔助療法

2 潰瘍性口內炎 Stomatitis ulcerosa

原因 本病爲口腔粘膜之較重疾患 其表皮壞死 痂皮脫落後 而形成潰瘍 其原因(1)有由前述加答兒性口內炎轉來者 (2)有爲獨立傳染疾患 專侵羣居之小兒 (如孤兒院 小學校)常証明有一種桿菌

(紡錘狀) (3)有爲水銀中毒之一分症狀者 (4)有爲全身衰弱 如壞血症之一分病狀者

症候 侵害之部位 以齒齦附近 尤以下顎齒齦爲甚 舌尖、舌緣亦時見之 其粘膜由炎症 而壞死、而結痂、而脫落 以形成潰瘍 有時因細菌之分解 而放惡臭 潰瘍附近之粘膜 亦呈炎症狀態 唾液分泌增加 附近淋巴腺腫大 有時波及下顎骨而引起骨髓炎 潰瘍自身 依飲食物之刺激 而發劇痛 時至廢食 潰瘍面多呈各種污穢色澤 易出血 味覺消失

全身症狀 有時引起高熱 及一時的營養障礙

經過及預後 除壞血病性口內炎 有時因全身瘵候之增惡 而不治 其餘多不出數日而治愈 診斷 口臭、齒齦狀況、及潰瘍之形成多較爲容易

療法 對水銀劑應用時 須注意含嗽 必要時且須停止使用 有龔齒須拔除 潰瘍自身之療法 用2—5%硝酸銀液腐蝕後 以生理食鹽水中和之 或用5—10% Chrom 酸沃度丁幾腐蝕之亦可 但對較重者須先行 Cocair 塗布 以防其刺激 同時用 Anesthesin 撒布 則更有效 對出血用 Adrenalin 或過氧化鐵液塗布 及明礬末之撒布等 如爲壞血病性時 須治療其本病

3, 亞布答性口內炎 *Stomatitis aphosa*

原因 真正原因尙屬不明 似爲傳染性 多發於第一生齒期之小兒 貧兒尤甚 有佝僂病、貧血、瘰癧病之小兒 亦易患此症 此外屢發生於急性胃腸疾患之初期 婦女生殖器疾患 或月經期 及各種傳染病之

經過中 (如掌扶斯、猩紅熱、麻疹、天然痘、肺炎等)

常候 所謂 *Aphosa* 者 乃在粘膜上 形成黃色或灰黃色 直徑約二—四 mm 之斑點是也 表面微呈隆

起 周圍強度充血 有時數個癒合 形成大斑 用鑷子剝離甚屬困難 強行剝離則出血 其好發部位 爲

舌緣、舌面、舌繫帶、口唇內部、齒齦翻轉部等處 此時多同時呈一般口內炎症狀 如疼痛、攝食障礙、

流涎 口臭等

經過 經過一—二星期 多自趨治癒

診斷 依固有之斑點甚爲容易 但與白喉、葡行疹、及口內糜爛等、有鑑別之必要

療法 勵行口腔清潔 避免刺激性食物 頑固不易治療者 可用硝酸銀 (但有時有害) 沃剝 甘草等

或塗布或撒布

4, 化膿性口內炎 *Stomatitis purulenta*

本態 本病甚少 乃口腔底部之蜂窩織炎 *P. Hagemone* 故又名之曰蜂窩織炎性口內炎 *Stomatitis Phlegma*

phlegma 同時顎下腺及其周圍之淋巴髓 均行腫大

原因 多爲白喉、猩紅熱、腸室沃斯 流行性感胃等續發 及 Antrix 之續發症 一依 Ruedorici 氏
之研究 故本病又名之曰 Ruedorici Scite Antrix

症候 急劇發熱 口腔底部及各淋巴腺腫大 發劇痛 有時症候進行 舌被壓迫 而發談話、咀嚼、嚥下、及呼吸等困難 或不能

經過 約七八日後 痛勢停止 漸趨好轉 或形成膿瘍 依切開或自破 而轉佳良
豫後 有相當之死亡率

療法 初期行絕對消炎 用水凝貼付 口內含小冰片 其炎症進行至化膿期 依外科的切開處置之 有窒息之危險時 須行氣管枝切開術 Tracheotomy

貳 鵝口瘡 Sten

本病多發於哺乳兒 (人工營養兒較多) 及大人之患全身衰弱性疾患 (肺結核、糖尿病、癌腫、腸室沃斯) 時見之

原因 爲鵝口瘡菌之寄生發育而成 但此菌爲酸性嗜好性 故在健康清潔口腔中不易寄生 須乳兒之口腔不潔時 或大人患重症病之口腔污穢時 乃得寄生

症候 在舌之前部 軟口蓋頰部粘膜等處 發生稍隆起之小白斑點 漸次增大癒合 形成大片膜狀物 甚至將口腔全部遮蔽 其初尚易剝離 後則與粘膜相黏着 由灰白色而變爲黃色 或污褐色 病勢進行 有

時蔓延至鼻腔、喉頭、咽喉、食道、氣管等處。唾液分泌亢進。反應為酸性。口腔如覺過敏。至起食物障礙。如將分解物嚥下。則起胃腸炎。而發下痢。

診斷 依固定膜狀物。甚為容易。有疑惑時。可檢查其細菌。

豫後 母乳營養兒。多數日而治愈。人工營養兒。多引起胃腸消化不良、而趨險惡。成人之患此病者。亦多表示其原病之重篤意義。須特別注意。

療法 嚥行口內清潔。及哺乳器具之清潔。而防本病之發生。其已發本病者。行器械的拭除後。用鹼性含嗽料含嗽。或塗布。含嗽料為三—五%重曹水。二—四%硼砂水。塗布用較濃者即可。大人有時用四%硼酸水內服。

水齧 *Wasserschleims* 又名壞疽性口內炎 *Sommers's Gangraena*

本病亦為稀有之疾患。多發於營養不良、或重症傳染病後之衰弱小兒。成人患者較少。

原因 尚不十分明瞭。一部分人言似與螺旋菌有關。

症候 最初在小臼齒附近之黏膜處。發生污穢浸潤。即向頰部外面。迅速進行。於短期間。在頰部皮膚即變黑褐色黑色而壞死。自壞死部之中心。漸次崩潰。其邊緣仍迅速向外方進行。故不出數日。竟將患側頰面破壞。口腔內部完全露出。壞死部與健康部之境界。呈浮腫性腫脹。但無顯着之炎症。發惡臭。且向深部蔓延。顎骨亦多起壞死。附近淋巴腺。亦多腫脹。全身症候。亦頗顯着。多發高熱。衰弱疲勞。神識障

障 譫語 時因壞疽片之吸入 而引起肺炎 或嚙下而發劇烈下痢 有惡臭 本病雖重 但局部疼痛比較輕微

預後 不良 死亡率 約四分之三強

診斷 容易

療法 增進營養 保持體力為第一要務 口腔用過酸化水素液 或過 H₂O₂ 酸加里液洗滌 局部腐蝕用硝酸 或硝酸銀 鹽化亞鉛等 或用電氣燒灼 然均不確實 最有效者用外科手術 將患部全切除 必要時將骨部亦除去 再用電氣燒灼 最近用 Salvarsan 靜脈注射 及局部療法頗為有效

第二章 唾液腺疾患 Krank heiten der Speicheldrüsen

壹 流涎症 P. cralisms, Salivarian

原因 頗多 1 口內炎之一分症狀 2 器械性刺激 3 慢性消化器疾患 4 各種藥物中毒 (水銀尤甚)

5 各種反射 如妊娠初期 及寄生蟲病 6 神經性疾患 如神經衰弱 吞嚥癆等 7 唾液分泌催進劑之

內服 如 Pilocarpin 之內服時

症候 唾液分泌旺盛 患者或嚙下或流出口外 浸潤糜爛 而生濕疹 嚙下過多 則起胃腸障礙 屢呈減尿症 有時因分泌亢進 防碍談話 及睡眠

療法 第一求其原因治療 對症療法 用臭剝、阿片、及 *Acridin* 等 又用 X 光線照射耳下腺 有時有效

貳 口內乾燥症 *Adryalismus*

原因 亦有各種 如神經性衝動、急性口內炎、胃液缺乏、糖尿病、耳下腺炎、急性傳染病等、又有無原因特發者

症候 口腔乾燥 呈煩苦狀 咀嚼障礙等

療法 用純甘油 或沃度甘油塗布 更用 2% *Dioxardin* 滴劑 每日一二回 每回四、五滴 漸次增加 或用本劑錠劑含用亦可

參 耳下腺炎 *Parotitis*

1 流行性耳下腺炎 *Parotitis Epidemica*

本病爲傳染性疾患 俟傳染病項下論之

2 急性耳下腺炎 *Parotitis akuta*

原因 病毒經血行 或因口內炎 進行而至耳下腺 或急性傳染病續發 (腸壘扶斯時尤多) 大手術後附近的炎症波及 鉛、水銀、沃度等中毒

症候 耳下腺腫大疼痛 開口、閉口、及咀嚼、談話時尤甚 發熱 有時化膿 膿汁或向外方穿潰 入外

聽道中 或向周圍漫延 引起咽部蜂巢織炎 有時引起腦膜炎 此時顏面神經 有時受炎症的關係 而發麻痺 全耳症候 多合併頭痛、偏頭痛、及依病的進行關係 而發各種隨伴症候 療法 注意口內清潔 局部用水銀軟膏 [Johyer] 軟膏消炎 必要時用冰鑿法 如化膿 行外科手術切開

第二章 扁桃腺及咽頭疾患 Krankheiten der Tonsillen und Rachens

壹 口峽炎 Angina

意義及原因 口峽炎、爲口蓋、扁桃腺、口蓋弓、及軟口蓋粘膜炎症之總稱 因扁桃腺腫大 則有嚥下困難、及狹窄感 故名之曰 Angina 其原因亦頗多 一般幼年及壯年發者較多 冬季較甚 感冒爲本病之主因 或因附近炎症 如口內炎 喉頭炎等之波及 或爲急性傳染病之一分症候 症候 本症多爲急性 一般經一二日之輕度前驅症狀 如疲倦、頭痛等後 突發高熱 甚者有時惡寒 隨之發局部症狀 即咽頭部疼痛 嚥下困難 疼痛向耳部放散 唾液分泌亢進 嚥下腺有時耳下腺亦發生腫脹茲復按其性質 分下列數種

1. 急性 加答兒 口峽炎 Akute Katarhalische Angina 爲口峽炎中之最輕型者 扁桃腺及粘膜呈輕度腫脹 表面略有粘液層 附近之淋巴腺、或有輕度腫大、或無變化 此種症、多於數日內完全漸愈 熱亦消

失 發生合併症者較少

2. 急性腺窩性口峽炎 *Acute follicularis cheil Angina* 為急性口峽炎之常見者 除軟口蓋有輕度加答兒

症狀外 一側或兩側之扁桃腺 亦腫大發赤 在表面與腺窩相當處 有少數或多數黃白色斑點 試用舌壓

子壓迫該處 則有粥狀物質 自腺窩壓出 經顯微鏡檢查 則見有上皮細胞、膿球、細菌、組織崩潰片等

如扁桃腺之滲汁分泌旺盛時 能形成義膜 *Pseudomembrana* 附着於表面 此名之曰義膜性口峽炎 *Angina Pseudomembranica*

有時與白喉相誤認 有時頸部淋巴腺均行腫大且 屢隨伴頭痛、高熱、倦怠、食慾缺乏等 但如不發生合併症 數日內即可漸次痊愈

3. 蜂窩織炎性口峽炎 *Angina P. hibernosa* 本病多發於腺窩性口峽炎 其症候為扁桃腺、及其附近之淋巴腺與粘膜 均強度紅腫疼痛 前口蓋弓受壓迫 而向前方突起且 因腫大 致與懸壺垂相接觸

如兩側同時腫大 則發嚥下困難、及談話困難、及隨伴一般症狀 如頭痛、倦怠、食慾缺乏等 本病之經過

過路長 發熱及嚥下困難、多經過多日方漸次消退 有時形成膿瘍 即扁桃腺膿瘍、*Tonsillitis abscess* 或扁桃腺周圍膿瘍 *P. Peritonsillitis abscess*

此時行外科的切開 可迅速治愈

診斷 依上述各型症狀 尚屬容易 惟義膜性口峽炎 有與白喉鑑別之必要 其鑑別之法 白喉之義膜

多不能剝離 強皮剝離則出血 且全身症狀較重 熱型亦高 口峽炎則否 確實之鑑別 仍有賴有細菌檢

查

合併症 *Complikation*: 有時發中耳炎、腎臟炎、關節癱瘓質斯、敗血症等。

療法 局部療法、厥爲含嗽 如 羧酸、鹽剝、過酸化水素、明礬等 吸入 如重曹食鹽、及單寧酸水等
含用 *Formant* 錠亦可 塗布用硝酸銀、*Lugol* 氏液、沃度甘油、及 *Potardol* 等 頸部外側、用冰
囊或冷濕布 倘已化膿 則進行切開 有合併症者 須同時治療 一般療法 爲靜臥 食餌用無刺激之流
動食 頭痛偏頭痛及發熱 則投與 *Aspirin* *Aspirin*, *Phenacolin* *Pyramidon*, *chinin* 等劑

貳 扁桃腺慢性疾患 *chronische Kankelheinder Tonsillen*

1 扁桃腺肥大 *Tonsillenhypertrophie*

口蓋扁桃炎與咽頭扁桃腺 或單獨、或合併、起慢性肥大 其原因有因遺傳而發者 有因口喉炎而續發者
然多於成年後 漸次自然消退

症候 口蓋扁桃腺之肥大 有時雖達於高度 亦有不發生障礙者 亦有時發生嚥下困難、及呼吸困難等
如強度肥大 壓迫歐氏管時 則聽覺亦發生障礙 且因肥大之故 多易發生急性口喉炎 *Angina* 咽頭扁
桃腺之肥大 較口蓋扁桃腺能誘起更爲顯著之各種障礙 因肥大之故 致障礙鼻呼吸 且容易發生炎症、
而波及於附近之咽頭及鼻腔 如鼻呼吸發生障礙 則患者自覺頭痛、睡眠不安、夜驚症、夜尿症、及四肢
倦怠、精神疲憊、並因口呼吸而發咽頭炎 時因歐氏管閉塞、障礙聽力、並時引起中耳炎
療法 根治療法、爲在小兒相當時期 行扁桃腺剝出手術 有鼻咽頭、耳等之合併症者 分別行對症治療

如鼻腔洗滌、咽頭塗布、及歐氏管通氣等

2, 慢性腺窩性口峽炎 *chronische Lakunäre Angina*

原因 多由急性扁桃腺炎之續發、及腺窩之膿液殘留之不斷的刺激而發

症候 患者常有異物感 或有放散至耳部之疼痛 如起腐敗分解 則訴口臭 扁桃腺之外觀 有時正常 有時微呈灣血腫大 用舌壓子壓迫腺窩 則排出白色或黃白色之膿性分泌物 其症候較重者 有時引起急性口峽炎、頸部淋巴腺之腫大、全身或局部敗血性疾患、及關節痠痛等

療法 先行腺窩排膿 口內含嗽 如殘留膿液則剝出

1 急性咽頭炎 *akute Rachenkatarrh oder Pharyngitis akuta*

原因 本病為常見之疾患 其原因頗複雜 各種鼻加答兒、多合併本症 流行性感冒 亦多因本病而誘起 此外感冒、各種化學之刺激、如乾燥空氣、及有刺激性之氣體、吸煙、飲酒、劇烈茶品之內服等、均能誘起本病

症候 有時極為輕微 自覺症候頗小 有時訴咽頭部之搔痒感、乾燥感、刺痛感、及聲啞、嚥下疼痛 如咽頭黏膜強度腫脹 則鼻呼吸亦發生障礙 歐氏管閉塞 則聽覺減退 炎症進行 亦有發生中耳炎者 他的覺的症候 在咽頭後壁 有著明紅腫 膜附着粘液 有時炎症蔓延至軟口蓋、及口蓋弓

療法 多迅速治愈 有時不施治療 亦能治愈 如發症者明 則停止吸烟、少談話、含嗽、澆布、頸部濕布、噴霧吸入 鼻有合併症 則行鼻洗滌 耳有合併症行耳治療

2, 慢性咽喉炎 *Chronische Rachenkatarrhodipharyngitis chronica*

原因 亦為最易遭遇之疾患 其主要原因為急性性症之續發 慢性繼續性刺激 (如吸烟、飲酒、激刺、宣講師、歌伎) 附近炎症之蔓延 靜脈鬱血 慢性衰弱性疾病 如結核、腺病質等

症候 局部的症候 多輕微 自覺症候 僅咽喉有乾燥感 痒癢感、及異物感 故患者多發磨喉或小孩有時因乾性咳嗽致粘膜出血 而疑為肺出血 他覺的症候 為咽喉後壁肥厚或萎縮 前者發赤腫脹 表面蒙膿樣物及粘液 靜脈多怒張 時有淋巴腫脹之顆粒 後者粘膜菲薄、平滑光澤、呈赤色、有時呈蒼白色 靜脈亦多怒張 本病多與慢性喉頭炎合併 或同時合併鼻及歐氏管之加答兒症候

豫後 陳舊者多頑固不易治愈 如能查知原因 則豫後較良 但雖治愈 亦有再發之傾向

療法 雖實用含嗽 但無特殊的效力 吸入較佳 (如明礬單寧、或重曹食鹽水等) 或用塗布 (如五十%硝酸銀、八—二十%單寧液、沃度丁幾、沃度甘油、Lugol氏液等) 但塗布前須注意 如粘膜上有分泌物時 須先拭除然後布 其效始顯著

3, 咽頭膿瘍 *Retropharyngealabscess*

本病為咽頭後壁、與脊柱間之結締組織化膿性炎症也 在小兒多見之

原因 急性原發性者 爲上部頸椎部淋巴腺之化膿性炎症。續發性者 多由上部頸椎之結核性骨疽而來
前者多見於小兒 後者多見於成人

聲喉及診斷 本症發生 常有高熱、及嚥下困難 如喉頭受壓迫 則發生呼吸困難 於呼吸時發生狹窄雜音 胸廓呈吸氣的陷沒 其分泌物多經鼻腔流出 有時誤達喉頭 致引起強度咳嗽 他覺的症候 爲喉頭後壁之中央部有隆起物 用指觸診 有波動 頸骨角淋巴腺多腫脹 項部多挺直 豫後 如早期診斷 切開排膿 則豫後較佳、續發者多不良
療法 確診後即切開排膿 結核性膿瘍 則由頸部側面切開排膿

第四章 食道疾患 Krankheiten des Oesophagus.

解剖 食道之位置 上端自第六頸椎與環狀軟骨之間起 下端達於十胸椎之前方 上端與咽頭相接 下端與胃之噴門相連接 平時上端依披裂咽頭筋 下端依噴門筋 保持閉鎖狀態 食道長約二十五生的米達 (cm) 其內腔依生理的所見 有三處狹窄部 並非直徑上下同寬也 一爲食道起始部 二爲與左氣管枝交叉部 三爲食道下端
食進生理 食塊依舌及舌骨諸部之作用 送達咽頭後壁時 則咽頭諸筋起收縮 而壓入食道上端 其所費之時間 平均爲 $\frac{1}{5}$ 、五乃至一秒 食塊入食道上端後 由上部食道固有之蠕動運動 推進送之於下部

在下部稍停留 待胃噴門開放後 而驅入於胃 食物在全食道通過之時間 雖因食物之軟硬 及含水量之多少而有差異 (一般液體通過最速 半流動體少遲 固形體最爲緩慢) 普通半流動食物 約費七十秒而達於胃 其通過生理的狹窄部時 進行較緩 又其通過狀況 依食物之香味、食物剛柔之性質、咀嚼之程度、食慾、餓渴等 而各自不同

壹 食道炎 Oesophagitis

原因 有急性及慢性之別

1 急性 多由各種刺激 (如器械的、溫熱的、及化學的) 急性傳染病 及咽頭與胃等炎症之波及而發
2 慢性炎症 多由於吃烟 飲酒等之慢性的刺激 或呼吸器、循環器之疾患 誘起食道鬱血時 或食道狹窄及其蕪室而發 但自急性轉來者 頗爲小數

病理解剖 Paraoesophageal Antrum 依原因而各異 輕度者 不過顯黏膜之潮紅腫脹 稍重者則呈黏膜之糜爛 甚至引起潰瘍 因之穿孔者亦有之 並時誘起蜂窩織炎 其慢性者 多呈黏膜之肥厚 症候 食道部有異物感 及燒灼感 重者發痛感 向背部、胸部、及胃部等處放散 嚥下時尤爲激痛 有時因痛的關係而停止攝食 如起蜂窩織炎時 症狀尤激烈 多發高熱、惡寒、戰慄、頻數脈、發汗等 其慢性炎症時 多無特別自感症 不過嚥下粗裂食塊時 感知疼痛而已

診斷 依上述症候 更注意其既往症 及氣管 大動脈瘤 胸腔腫瘍等疾患鑑別後 方可確診 可能時

行食道鏡檢查 以鑑定其內部之變化

療法 食物務須以無刺激性爲宜 藥物療法 鎮痛目的多與 Novocain (2—5%) Anesthin (0.5%) 之水溶液嚥下 或用消息子塗布 及各種對症的療法

貳 食道狹窄 Oesophagusstr. narre

1 良性食道狹窄 Guarige Oesophagusstenose

原因 因異物嵌頓于食道、發牛狹窄者、名之閉塞性狹窄 Chytricus stenose 因潰瘍形成疤痕、發生狹窄者、名之口癢痕性狹窄 Narbige stenose 因他處之壓迫（如甲狀腺腫大、大動脈瘤、縱隔瘤、脊椎膿瘍等）而發生狹窄者、名之壓迫性狹窄 Kompressionsstenose 由食道痙攣而起狹窄者、名之曰痙攣性狹窄 Spastische Stenose

察候 本病必發之症候 爲嚥下困難及吐逆 因異物者則突然發病 其他各原因 則多漸次進行 嚥下困難及吐逆之狀況 視狹窄之程度而異 狹窄之部位、亦有相當的關係 如上部狹窄時 患者之苦惱頗爲着明 其嚥下之食物 即時吐出 如爲下部之狹窄時 症狀比較和緩 在嚥下後經相當時間 方能吐出 狹窄程度增進時 多於狹窄上部 形成憩室 本患者因營養之攝取不能 漸次陷於衰弱狀態

診斷 閉塞性狹窄 癢痕性狹窄及壓迫性狹窄 依既往症、及消息子、X光線等之檢查 其診斷較易 最感困難者 爲痙攣性狹窄 此種狹窄 多見於神經質患者 其特徵爲狹窄之症狀不定 有時雖固形食物

體亦不能嚥下 及用消息子診查 雖用較粗之消息子、亦能通過

療法 因異物嵌頓者 用特種鉗子將異物除去 因瘻痕而來者、用漸進的擴張療法 即最初用細消息子、

逐漸改用粗消息子 以圖擴張 同時用潑浪溶解劑 如 Thiosaminin之注射（其處方為 Thiosaminin 1:0

Glycerin 2.0 Aq. dest 10.0 混合為注射劑 隔日一次 每次 1 C. C. 注射於胸部皮下）如用擴張療

法無效 發生營養障礙時 則行營養灌腸 *Perforation* 或依外科手術造胃瘻管 因癰癤性者 除投與臭素

劑、繃草劑之外 務用粗消息子插入狹窄部 經十至十五分鐘後取出 其因他處壓迫者 當然行原因治療

2 惡性食道窄狹 *Boverridge Oesophagostenose* 即食道精腫 *Oesophagus Krebs odes Carcinom des*

Oesophagus

原因 及病理解剖 本病為食道疾患中之最緊要、且屢次遭遇者 其發生原因 與一般精腫同 尚屬不明

遺傳及高齡者 有罹本病之素因 概為原發性精腫 故為扁平上皮精腫 *Plattenepithelkrebs* 其發源部

位 為噴門上部 次為與左側氣管交叉部 再次為食道上端 即生理的狹窄等處是也 精腫之形狀 有

呈輪狀者 有呈島嶼狀者

症候 主要症候 為漸增劇之嚥下困難 其最初較大之固形食塊 尚能嚥下 漸次進行 最後雖攝取液體

亦難嚥下（但亦有嚥下困難不甚者明者）又有覺嚥下困難 突呈緩解者 此因精腫組織片崩潰脫落故也

但崩潰多往往誘起出血 當嚥下時 有感覺疼痛者 多因壓迫而發生 疼痛之部位 或在胸骨體之後部

或在劍狀突起之附近 又患者雖注意攝取食物 亦屢發生吐逆 食物片愈大 狹窄程度愈強 狹窄部位愈在上部 吐逆愈迅速 亦愈頻繁 吐逆物之性質 概爲鹹性 但如食物滯留食道中較久 因發酵之故

亦有呈酸性者 有時含粘液及血液、或癰腫組織片

合併症 癰腫向鄰近器官蔓延 如穿孔後、向氣管枝交通 則誘起腐敗性氣管枝炎 *jauchene bronchitis*

向肋膜穿孔、則發生腐敗性肋膜炎 *jauchene Pleuritis* 亦有向心囊及大動脈穿孔者 如回腸神經受壓迫

時 則發生聲帶麻痺 致患者聲音嘶嘎 癰腫自身、亦時轉移 *metastases* 他處 如頸部淋巴腺、肺、肝等

診斷 如發生於四十歲以上 無特殊之狹窄的原因、而呈漸次嚥下困難 同時身體營養、劇行衰落者 既

爲本病之疑診 雖而行食道消息子檢查、以求狹窄之所在 及 x 光線透視攝影 合併症候之有無 吐逆物

之癰腫細胞之檢查 回歸神經壓迫聲帶麻痺之有無等 多易確定

經過及預後 *Vitiant und Prognose* 本病爲不治之症 縱行手術將癰腫摘出 亦未見有根治者 自患者感出

嚥下困難始 其壽命亦不過延遲一年左右而已 其死因爲惡液質、及饑餓 有時因發嚥下性肺炎 則其死

亡愈速

療法 不過對症而已 以減輕嚥下困難爲第一要務 行機械的消息子擴張 雖有時有相當的效果 但有時

誘起出血及穿孔之危險 惟食道狹窄之原因 並非癰腫自身之完全閉鎖 亦有多半因食道平滑筋受潰瘍的

刺激而發達 藥能愈使內腔狹窄 故如用各種麻醉劑、如 *Cocain 0.01 Atropin 0.0005-0.001 Skopolin*

In⁰,0001—0,0002 Pavyerin 0,02—0,04或Merfih 0,01—0,03 等、用於攝食前十至三十分時 有能緩解痙攣而遂行輕度嚥下者 又有時用 Adrenalin 亦頗有效 或食道用溫熱 Oleo 油 使食道及食物滑脫 亦頗實用 又爲防止食道內殘留食物之分解起見 令患者每隔一小時嚥下一口一%過酸化水素水 此外 Radin 線、及 x 光線之深部治療頗爲實用 如食物完全不能通過時 則惟有行胃部擴張術 行人工營養 及不時滋養灌腸 以及各種對症之療法 以減輕患者之痛苦 而求延長其生命而已 外科的手術療法 亦可試用 但其術後治療 仍無特殊良好效果

三 食道擴張 Oesophagus dilatation

食道擴張有二種 一爲汎發性擴張、乃食道全體之疾患 一爲憩室、乃食道一部分之疾患

1 廣發性食道擴張 Diffuse Oesophagus dilatation

原因 有因胃噴門痙攣而續發者 此乃因食道中之食塊停滯時 其先期尙能因食道肌肉之反射、而呈吐逆 至後期其筋力減退而來食道擴張 此名之曰鬱滯性擴張 有無特別原因特發而來者 全食道呈紡錘狀擴張 多發於中年者 亦有時發於老年 而多發於男子 其理由尙未能十分明瞭 無器質的變化 但發生後 有早機能障礙者 本病患者多爲神經質

症候 本病多潛伏 無自覺症狀 亦有徐發者 患者初覺胸膈之不快感 尋及覺得食道狹窄、而發嚥下困難 食後胸內苦悶 嚴重 有時吐逆 (多在食後數小時) 如大量食塊滯留於食道內 常發生呼吸困難、及

心悸亢進等症候 行消息子診查 雖較大之消息子 亦易達到胃部 如用食道鏡檢期 更容易知其內腔之擴大 經 X 光檢查 (服 Barium 後) 更爲清晰

診斷 依消息子、食道鏡、及 X 光線檢查頗易診斷

療法 第一須注意營養 有嚥下困難 須用消息子營養 如食物滯留 則須用消息子洗除 (多在就寢前) 重症時有用連接膠皮消息子 插入胃中 送入空氣 以壓迫擴張噴門 有時奏特殊效力 如爲神經性原因 則用大量臭素劑 成麻醉劑 倘症候仍進行 惟有行胃造瘻術 以求延長壽命

2 食道憩室 Oesophagus divertikel

憩室爲食道壁之一部分擴張 多發生於食道上部 依其性質 分脫出性憩室 Pulsiondivertikel 及牽引性憩室 Tractiondivertikel 之別

A 脫出性憩室又名 Zenker 氏憩室

原因 本病之發生 頗與 Hierni 相似 其即最初於食道壁筋肉層 發生抵抗薄弱之部位 每當食物嚥下之時 食道內壓亢進 致該處黏膜受內方壓迫 而漸向外方隆起 日復一日 遂自食道突出 呈囊狀而形成憩室 但憩室壁之成分 與食道壁不同 即僅含黏膜層及肥厚之結膜下層、而無筋肉層 此種憩室 多見於老年男子 其發生之部位 幾常在食道上端後壁與咽頭交界之處 故又有境界憩室之名 Grenzvertrike

b 牽引性憩室又名 Roktansky 氏憩室

原因 本病之發生 乃因食道壁受外方之牽引而成 故與脫出性者不同 如附近臟器之炎症 (左側氣管枝淋巴腺炎) 與食道外壁癒着 迨該臟器變成痠痕性收縮時 則食道壁受其牽引 而形成漏斗狀之憩室 此種憩室 多不甚大 故一般不呈顯著症狀 臨床上無多大之意義 僅於病理解剖上 感覺興趣 憩室之成分 有僅具密膜層者 亦有含筋肉者 多見於小兒 因小兒時代之氣管枝淋巴腺 原有化膿及乾酪變性 少長則萎縮也 部位多在氣管枝分岐部相當之部位 因此處與氣管枝淋巴腺相接近故也

症候 脫出性憩室之主要症候 爲嚥下困難、狹窄症狀、及吐逆 *Regurgitation* 病初期、尙不是何等症狀 至憩室漸次增大 則漸覺嚥下障礙加重 每攝食之際 覺頸部有壓迫感 往往帶疼痛 倘食物之一部 竄入憩室中 則憩室增大 壓迫食道 致食道腔狹窄 其後繼續嚥下之食物 愈易竄入憩室 卒至食道內腔 被憩室之壓迫、而完全閉鎖 竄入憩室之食物 或能即由吐逆而出 或經幾許時間後方能吐出 其在憩室潛留之食物 易起腐敗性分解 故患者常由口中發出惡臭 空氣亦能同時竄入 與食品混和 故在嚥下時或吐逆時 能於患者頸部聽出雜音 此名之曰頸部雜音 *Intercostal* 如憩室顯着增大 於攝食後在頸部氣管側方 現出腫瘍 必須由嘔吐將腫瘍內容壓出後 腫瘍方能消失 食物以流動體及液體容易竄入憩室中 而固體反致容易嚥下 因固體最初不易竄入口徑較小之憩室中故也 如憩室中竄入食物、壓迫氣管時 則發生呼吸困難 壓迫回鑄神經時 則發生聲音嘶啞 至牽引性憩室 多不呈症狀 但亦有時因漏斗形之尖端穿孔 致引起肺壞疽、縱隔炎、氣管枝、肋膜等之化膿性炎症

診斷 根據上述之症狀 如出沒於頸部之腫瘍 未消化食物之吐逆 愈至攝食後期 愈覺著明之嚥下困難 及消息子之檢查 X光線之檢查等 多易於診斷

療法 如憩室在高位時 可由頸部行外科的手術 切除後縫合 其在胸腔內不能施行手術者 祇可用內科的對症療法 即食物務求細碎 少量嚥下 如發生嚥下障礙 可變更位置 或可通過 不得已時 可行消息子營養法 及滋養灌腸 如尙感困難 止可行胃造瘻術 至牽引性憩室 無特殊治療 有合併者 則行適當療法

肆 食道痙攣 Oesophospasmus

原因 或因食道精膜、受炎症及潰瘍之刺激、呈反射的痙攣 或因食道筋肉之興奮性 異常亢進而發 亦能由于遠隔器官之疾患、反射而來者 故本病習見於神經衰弱、Hysterie 癲癇、破傷風、狂犬病、Strychnin及 Nikotin 中毒、腦膜炎、及酒精中毒等而發

症候 主要症候爲潑變性咽下困難 當痙攣時 呈呼吸困難、心悸亢進、胸內壓迫、灼熱、及疼痛等感覺 痙攣多爲發作性 障礙之程度 變換無常 故患者有時固形成分、亦能通過 有時完全閉塞 行消息子檢查障礙部位及其程度 亦時有變換 如消息子達到障礙部位 不易通過時 稍停後 再繼續向深部插入 多能容易通過 食道鏡檢查 亦不見有特殊解剖的變化

診斷 依嚥下困難之變化、消息子檢查之結果、多易確定

療法 因反射而來者、宜治療原發性疾患 因狂犬病、破傷風而發者 除治本病外、更用大量臭素劑、及麻酔劑 因神經衰弱及 *Hysterie* 而來者 除一般療法外 可插入消息子、使患者自知無異性 狹窄

伍 食道麻痺 *Oesophagus Paralysis*

原因 多因白喉、梅毒、脊髓癆、延髓球麻痺、重症腦溢血、鉛及酒精中毒而發 有時亦有特發者 其原因多不明

症候 依原因之不同 或急發或徐發 主徵爲麻痺性嚥下困難 *Dysphagia Paralytica* 食物停留於食道中

故患者多更飲液體 以求其下降 液體嚥下後 則發一種雜音 而入胃中 此名之賤響性嚥下困難

Dysphagia Sanna 大形食物較小形食物易於通過 固形食物亦較液體易於通過 坐位更較臥位通過爲易

消息子甚易通過 有時因擴張的關係、而壓迫心、肺及回歸神經 則發心悸亢進、呼吸困難、及聲音嘶啞

等

診斷 依上述症候、可疑爲本病

療法 行原因療法 藥物療法多費用 *Strychnin* 之皮下注射 電氣療法亦有時奏效 不獨已時、可行消息子營養法

第五章 胃之疾患 *Krankheiten des Magens*

壹 胃炎 *Gastritis* 胃加答兒 *Magenkararhi*

急性胃炎 Gastritis acuta

原因 (一) 攝食不當 如暴飲暴食 速食早食 及食富於脂肪之食物 未熟之果品 腐敗之魚肉乳汁 過冷過熱之飲食物等 種種溫熱的、化學的、機械的刺激 (二) 富於刺激性辛辣的香料酒精吸烟 (三) 藥物內服 各種毒性藥物 如砒素劑、沃度劑等 (四) 腸、腹膜、婦人生殖器疾患之反射 (五) 各種傳染病 如猩紅熱、腸室扶斯、麻疹、天然痘等 (六) 其他各種全身疾患之續發 如腎臟炎、糖尿病、腦膜炎、肺疾患 (七) 精神感動 恐怖、驚懼、憤怒、憂悶、(八) 所謂胃衰弱素質 及胃特異質 對某種飲食物 如卵、魚、蟹、服後之急發等 一般夏期患者較多 男子較女子為多 小兒老年較年尤為多 病理解剖 胃黏膜充血腫脹 粘液分泌旺盛 各處有糜爛面 點狀出血 及被蓋物等 以幽門部顯壯明 症候 (一) 食慾缺損 為本病之主徵 有時視及食物、或想及食物則發惡心 *nausea* 腹呈渴感 味覺減退 多一時喜食酸味鹹味等食物 (二) 惡心及嘔吐 多發酸氣 頸部有絞扼感 終因惡心而發嘔吐 吐物多富於粘液 往往含膽汁 有時含少量血液 反覆嘔吐、則吐出苦味之小腸內容 (三) 一般症狀 全身倦怠、疲憊、操作不能、往往合併頭痛、頭重、眩暈、腹部壓重、及膨滿感 有時發如痛癢劇痛 熱 *febrile* 多缺如 但小兒老人則有輕熱 (四) 他營的症狀 舌被厚苔 多為帶黃白色 口唇有時發蒼行疹 腹呈口臭 胃部有壓痛 (五) 梗通 秒結或正常 但合併腸炎則來下痢 尿濃厚 尿酸鹽類增加 時 呈少量蛋白 *protein* 反應腹呈陽性 (六) 胃酸初尚正常、或呈過酸症 後則減少乃至缺乏 胃中之食物

排出時間多延長

經過 多數日而痊愈 但有由慢性胃炎一時呈急性者 多在再數週或數月

診斷 依既往症及現症 如急劇發病 有時因嘔吐反能減輕各症狀等之事實 及吐物之性質 多容易診斷

鑑別診斷 有時與蟲樣突起炎 及膽石發作相誤認

療法 (一) 豫防法平常胃弱者 須勵行食物之正調及注意 (二) 發病後第一要務 在覓其原因而除去之

一般簡單用手指或箸等 刺激咽喉而使之嘔吐 或多飲溫水及鹽水 而促其嘔吐 如仍為未足 可行

胃洗滌 少衰弱者 可代用鹽酸 *Hydrochloric Acid* 1% 溶液 〇，七—一，〇 cc 皮下注射 或小兒內服吐根含

利別 而使之嘔吐 如已呈腸瘵狀 可與下劑 如硫苦、甘朮、蓖麻油等 或行灌腸 對於下痢不宜早期

制止 如胃症狀恢復後 仍不止者 可投與阿片丁幾五至十滴 對胃部之過敏 可應用溫濕布、溫水袋、

或懷爐等 然後力求安靜 在短期內 (二四—三十六小時) 絕食 對口渴與以淡茶、石灰水、青菜汁 及

Limonade 等 至生食慾時 先與以流動性食餌 (牛乳、雞卵等) 漸至半流動性食餌 而移至普通食

藥劑 普通以重曹、苦味劑 *Conduranjo* 越幾斯 為適宜 如胃酸缺乏 可投與稀鹽酸

2 蜂窩織炎性胃炎 *Gastritis Phlegmonosa*

原因 多續發於重症腸瘵、瘡瘡、膿毒症、及產褥熱等 或因酒精濫用、食物不潔等而發 但較為少

數

症候 突呈脫力 發高熱 續發胃部劇痛 嘔吐 吐物內含膽汁 脈搏細小 末稍厥冷 呼吸促進 口渴 舌被苔 腹部鼓脹 有時發下痢 但亦有時便秘 胃內部粘膜及粘膜下層多呈化膿 故本症又名之曰廣汎性化膿性胃炎 Diffuse Eitige Gastritis 有時更劇 而成胃膿瘍 Malignanzes 傾後及經過 多不良 一般在二週內而死亡

診斷 甚屬困難 多推斷而已 有時吐出多量膿汁 始得知 或死後解剖乃發見 療法 胃部冰囊 嘔吐與以冰片嚥下 疼痛則與麻醉劑 合併心臟衰弱者 投以興奮劑及強心劑之注射 胃部腫瘍時 行試驗穿刺 有膿汁時 即速移外科手術療法

3 中毒性胃炎 Gastritis Toxicæ

原因 各種濃厚酸類 或 Alkali 類、昇汞、砒素、燐、酒精、菌、植物性食品、毒、chloroform、Anilin 石炭酸 青酸加里 及魚類毒素等之急性中毒時 所發之急性胃炎是也

症候 輕症感知食道及胃部之疼痛及嘔吐 吐物中多混血液及粘液片 但雖吐出 亦不感覺輕快 煩渴 重症時、呼吸促進 脈搏頻數細小 四肢厥冷 全身有時流汗 顏面及全身皮膚 呈紫藍色 Cyanose 診斷 依既往症及口腔咽喉之腐蝕狀態 吐物之檢查等多不困難

預後 依毒力之輕重 及救護之遲早 而大有差異

療法 酸中毒時、不可使吐劑 因恐發生胃穿孔之危險 以灌注多是 Alkali 類、如石灰水、煨製鎂、

牛乳、蛋白水等以求中和 如酸力小時 尚可洗胃

Alkali 中毒 則令服多量稀薄之醋酸、一%枸橼酸 二%酒石酸等 以求中和 或洗胃 但亦須毒力

小 及服毒物後短時期內 否則亦有發生穿孔之虞

此外各種急性中毒 俟中毒篇謂之

+ 慢性胃炎 Gastritis chronica

原因 本病為常遇之疾患 尤以老年男子為多 有原發性及續發性二種

A 原發性慢性胃炎 Primäre chronische Gastritis 之原因 凡前述急性胃炎之各種原因 如雖輕

度 但長久持續刺激時 皆可誘起本病 其外如齒牙不良 藥物濫用等亦然

B 續發性慢性胃炎 Sekundäre chronische Gastritis 之原因 多續發於各種胃疾患後 如急性胃炎後之

藥物濫用 胃潰瘍、胃擴張、胃下垂、胃 Atonie 後之合併本病 其他系統疾患之續發 如心、肺、肝、

腎之疾患而續發 胃鬱血所謂鬱血性胃炎 Stauungs Gastritis 各種慢性全身疾病之合併 如肺結核 腎

臟炎 糖尿病 慢性關節炎 Basedow 氏病 Addison 氏病 白血病 各種貧血之合併 及慢性蟲樣

突起炎 慢性胆囊炎 亦合併本症

病理解剖 胃黏膜腫脹 一部分呈褐色 一部分呈灰白色 其表面有粘稠性灰白色粘液層 內含多數脫落

上皮 行顯微鏡檢查 能可見腺實質 起顯著之粘液變性 腺間質內有顯着之細胞浸潤 至末期則粘膜炎

縮 腺實質大部分消滅 故粘膜菲薄 亦有時粘縮組織增殖 然後萎縮 該處之腺實質雖大部分消滅 但胃壁硬化而早肥厚 又有間質粘縮組織萎縮 胃壁雖硬化而非薄者 亦有粘膜肥厚 呈小隆起者 如乳頭狀態 但以上各種狀態 固不必胃各部皆同一 多各處參差而來 且尤以幽門部附近為最甚者 居多 痞狀 自覺痞狀 為漸次發見之消化不良 狀 即食慾減退或健損 乃至嗜食變調 味覺異常 胃部之膨脹感 壓重及飽痛 並發噯氣 嘔噎、吞酸、惡心、嘔吐等症狀 酒客患本病 尤多 清晨空腹時嘔吐 此之謂酒客清晨嘔吐 其吐為未消化之食物 及嚥下之唾液等 他覺的痞狀 胃部有壓痛 食後則胃部膨脹 有舌苔且屢合併慢性咽喉頭炎 及口內炎 多發口臭

胃內容檢查 試驗朝食後之內容 或空腹時之內容 均於稀薄 及未消化之食物殘渣 此種胃液 不易通過 遊鹽酸減少或缺如 P. acid 及 Laktogen 之分泌 則尚與胃酸一致 末期亦減少或缺如 此謂之胃液缺乏 此時患者所攝取後之食物 常檢查時 恰如將食品於水中者然 食後之牛乳 亦不凝固 胃之運動 多無甚重之障礙 僅少減退而已 幽門附近之肌肉多肥大 致成狹窄性胃炎 因之食物停滯 多續發胃擴張

一般症狀 患者漸成神經過敏態度 感全身倦怠、頭重、眩暈、睡眠、不安、精神易受刺激 而發悲觀的觀念 至不能執行業務 又有合併心悸亢進 心窩搏動 食後之呼吸促進 所謂消化不良胃性喘息 至末期營養衰落 而呈貧血狀態

診斷 慢性胃炎之主要見的、爲胃液檢查之成績、如多量粘液、鹽酸缺乏、不消化食物殘渣等、其他自覺症狀、及身體外部之檢查、祇可爲鑑別診斷之參考、鑑別診斷之主要者如下

一、神經性胃疾患、與本病之鑑別、有時感特別困難、因除胃液之成績外、一切均發同一的症候、但神經性胃疾患、多於短期中、時時變化、或輕或重、而慢性胃炎、多爲持續性症狀、慢性胃炎之痛苦增加、與食物之性質關係至重、神經性胃疾患則否、胃液檢查之成績、慢性胃炎則每日之成績相同、而神經性胃疾患、則每次變更、但兩者相同之點頗多、故仍有時區別困難

二、胃癌腫、在胃癌之初期、尙未發見全身症狀、及觸出腫瘍時、與慢性胃炎之鑑別、亦甚困難、因胃癌腫之初期、亦多合併慢性胃炎故也、其鑑別之要點、爲胃癌之經過較短、慢性胃炎之經過較長、慢性胃炎之胃運動障礙較小、胃癌則有高度之胃運動機能障礙、慢性胃炎之胃液中無有機酸類、但癌腫時、則早期已發見乳酸、及脂肪酸等之雜酸類、且癌腫在空腹時之胃內容、有多數之膿球及赤血球存在、且有時能證明出一種 Boas Oppvick 氏桿菌、又胃癌腫時、多有潛在性胃出血、胃液中之潛出血檢查、及糞便中之潛出血檢查、亦爲有力之鑑別

三、胃潰瘍、與本病之鑑別、亦有時困難、但胃潰瘍之飯後劇痛、壓痛點、吐血、及大便中之潛出血等、爲慢性胃炎所無、且其胃液中無粘液

預後 原發性胃炎、如除去原因、行適當之治療、在初期時、多趨治愈、最小限度、亦可減輕症狀、但仍

有再發之傾向。但鹽酸及酵素 (Pepsin, Labferment) 完全缺乏者、多預後不良。至續發性、多依其原因而各異。但慢性胃炎之不問何種原因、腸之健全與否、與預後上有莫大之關係。

療法 分下數種

一 原因治療 *Ätiologische Behandlung* 即酒客性胃炎、則勸其禁酒。過食、急食等弊、務求改正。有癰齒須先根治。食後少加休息。毋即執業。其續發性者、須先就其本病之治療。

二 食餌療法 *Dietetische Behandlung* 依病之狀況、選擇適宜之食餌。以患者不感消化困難為度。尤以保持持久性的態度時、變更食餌之種類。以免患者之厭食。但一般禁忌食物、為有機械性及化學性的刺激性食品。及富於脂肪之食物。劇烈之酸辣香料。濃厚酒精性飲料。罐頭肉魚、及熏肉魚等。又菜蔬中之豆類、茄子、生果實、馬鈴薯、瓜類、及富於植物性脂肪之菜蔬。亦均在禁止之列。至適當之食物、為液狀乃至粥狀之易於消化者如米粥、面包、半熟鷄卵、肉汁、無脂肪之鷄湯、豆腐、牛乳、軟煮之魚肉、雞肉、豚肉、(但牛羊肉亦不適宜) 饅頭、軟肉類、面食等、植物性食物、為蘿蔔、菠菜、莖菜、胡蘿蔔等、約言之胃液中鹽酸豐富者與以富於蛋白質之食物。固屬無妨。如鹽酸缺乏者。主要以含水炭素為相當。吸烟亦宜禁之為宜。此外關於食餌性療法。尚有一須注意者。即慢性胃病患者。多屬神經過敏。亦如前述。有時絕對服從醫生之命令。而始終不變更食品之種類。反致引起營養土、及血液的變化。亦不可不慎也。某醫者之經驗。因命一患者暫禁菜蔬。乃該患者竟長期不食菜蔬。致生壞血病。即其先例。須曲為解釋。合於

管理方爲理想治療

三 理學的療法 *P. hygienische Behandlung* 胃中有粘液時 洗胃爲不可缺之治療 而異常發酵 及溶化非泄力減退時 行規則的胃洗滌 亦能收意外的效力 通常每日行一次 清晨空腹時行之 (或夜就寢前) 洗胃料 通常先用溫水 (三十度) 洗滌 次用一%食鹽水 或千cc之水中 加四、五食匙之石灰水 或千cc水中加四、五食匙之重曹水 (約一%) 洗至胃中不含粘液及食物殘渣爲止 又制止發酵 則用三%鹽酸水 或〇、一%撒酸水等洗滌 對胃部之不快感 則於食後置飯爐 頗能補助消化 此外對於噯氣、疼痛、膨脹、噯氣、亦有效果 或坐浴及平流電氣或感應電氣療法 亦頗有效

四 藥物的療法 *Medicamentöse Behandlung* 爲對症的療法 即食慾不振 則與以苦味劑 如規那皮煎 *Conduran* 皮煎、大黃丁幾、苦味丁幾、番木鱈丁幾、*Oleum* 橙皮丁幾、龍膽末等 鹽酸分泌減退 則與以稀鹽酸 稀鹽酸 *Pepsin, Acidol, A. citropanis*, 等 或 *Tepin* 缺乏 則與以 *Pankreatin* *Panktase*, *Aminosase* 等 鹽酸分泌亢進 則與以 *A. Kalk* 劑 如重曹 煨製鎂等 如合併噯氣、噯酸等症狀 則加用莨菪越幾斯 *Eumydrin* 奮 *atropin*, *Kresor*, *Kaserin*, *beniphal*, 蒺藜腦等 又慢性胃炎 對於鹽類下劑 尤以酸過多時相宜 如硫酸鎂 煨製鎂 人工 *Calc* 泉鹽等 對於膿血 行規則的洗胃 多收良效 藥劑則用重曹 碳酸 *Serum* 或小量麻醉劑 及臭素劑 有劇烈性疼痛 則用檫樹 溫濕布 如無效 亦可用麻醉劑少許

有慢性便閉時 則用溫水灌腸 甘油灌腸 或人工 O_2 泉鹽 硫苦等植物性下劑 亦能輔助慢性胃炎之治療也

貳 胃潰瘍 *Mageneschwuer, ulcus Ventriculi* (又名胃間形潰瘍 *ulcus Ventriculi rotundum*)

定義 本病為胃粘膜炎局性質質缺損 常向深部及周圍行進 缺乏自家治療的傾向 在西歷一八二九年 *O. Mueller* 氏首先敘述本病

原因 依 *Cruveilhier* 氏及其他各學者之種種研究 但其確實原因 尙未能一致 僅據一般研究 本病之成立 有下述各種原因 (一) 在胃粘膜之一部分 發生血液循環障礙 如血栓、栓塞 動脈硬變性血管變化 及血管運動神經障礙等 致該部胃粘膜受營養的障礙 抵抗力亦減退 故易受胃液之刺激消化 溶化而形成潰瘍 如胃酸過多 則愈易促進潰瘍之成立 因健康者之胃粘膜 有特殊抵抗力 並受 *A. Heale* 性血液之保護 得不受酸性胃液之消化也 (二) 依患者之統計 遺傳亦有相當之關係 (三) 胸腺淋巴腺體質 植物性神經系統易受刺激之體質 患本病者較多 (四) 職業 如廚工、鞣匠、及筆耕為業之書記等 患本病者較多 (五) 火傷後易發本病 (六) 瘡癤及蟲樣突起慢性之炎症 易合併本症 (七) 心臟病、結核、梅毒、貧血、能助長本病之成立 (八) 本病以女子較多 尤以有生殖系統疾患之女子為然 此概因內分泌及植物性神經 易受刺激的關係故也 (九) 神經衰弱 及 *Hysteria* 患者 罹本病者 亦頗不少 故一般以壯年居多 老年較少 孩童尤稀 (十) 因外傷及中毒而來者亦有之

病理解剖 胃潰瘍之形狀，多爲圓形，故又稱圓形潰瘍，亦有呈橢圓形及長圓形者。邊緣鋒利，於如用鏡匙抉出者，然，新鮮之潰瘍較平，其基底尚殘液膜，成暗褐色，迨陳舊性則腐爛及下方侵蝕，故形較大。有時周圍達數 cm (五、八 cm) 間有達手掌大者，形多不整，邊緣亦肥厚，如太笨進行，而向胃部廣，終乃穿通胃壁，而穿胃穿孔，潰瘍侵及漿液膜，則發限局性腹膜炎，次第與脾臟肝脾等相鄰者，而起胃周圍炎，Peritonitis 依此等之臟器，而形成所謂潰瘍之底面，大形潰瘍在治愈後，常形成放散狀瘻管，依其位置，而繼發幽門狹窄，及胃變形等，所謂砂漏斗胃，Sanduhrmagen，潰瘍之位置，以胃後壁爲多，次則爲小灣及幽門部附近，此概因解剖的關係，一易受胃酸之刺激故也，故前壁及噴門部之潰瘍則甚少。幽門部之潰瘍，在臨床上與十二指腸起始部之潰瘍，兩者之區別，頗非容易，故有一部分學者統名之曰幽門部附近之潰瘍者，潰瘍之數目，多爲單發，但亦有數個者，胃潰瘍之狀況，與普通之皮膚潰瘍、筋肉潰瘍、粘膜潰瘍不同，即缺乏炎症，及潰瘍面不分泌膿汁是也，顯微鏡下可偶見在邊緣有僅少的小圓形細胞之浸潤，陳舊性者更較增多，但進行性之潰瘍，則可見出血、及組織之壞死等，潰瘍底部，因受胃酸之刺激，亦陷於壞死。

症候 本病有長期潛伏而無自覺症者，猝然發大出血、及穿孔性腹膜炎亦復不少，所謂潛伏性胃潰瘍，(Latent Gastric Magengeschwür) 是也，或症狀較輕，而誤認爲他種胃疾患，尤以誤認爲胃酸過多症者較多，但一般之胃潰瘍，多有其固定性症狀，即潰瘍痛、嘔吐、胃出血、及酸過多症是也。

1、潰瘍痛 ulcusschmerz

^a 胃痛 Magenschmerz 爲本病最易出現之症候。依疼痛之性質。有灼熱樣、穿刺樣、及痙攣樣疼痛之別。多限於心窩部。故又名心窩部疼痛 Epigastriumschmerzen 即劍狀突起之尖端、與臍之中

央部或上方部。其疼痛多向胸骨、肩胛、脊柱、腹部等處散。疼痛之時間。多在食後二十分或四十五分鐘時起始。但亦視食物之性質、量數、而有差異。如在食後一小時乃至二小時始發疼痛者。便可推知其在幽

門部附近也。如食後即感疼痛者。乃噴門部附近之潰瘍。如食後二小時以後。方感疼痛者。乃十二指腸潰瘍之徵也。其疼痛之性質。多依嘔吐而緩解。依此而可與膽石疝痛相鑑別。又在空腹時、因胃酸之刺激潰

瘍面。亦有發疼痛者。此名之曰空腹痛 Hunger Schmerz。少食流動性食物。反能和緩。又疼痛依潰瘍之位置。及體位之變換。而有差異。如幽門部附近之潰瘍。向右側臥。則痛加劇。向左側臥。則痛和緩。

胃後壁之潰瘍。伏臥則痛輕。前壁之潰瘍。仰臥則痛減。又有所謂週期性胃痛發作。亦本症之固有。在一定的時。如春秋之一二週間。食後而發胃痛。即潰瘍再發之兆也。月經與妊娠。亦有相當關係。即月經多

則胃疼輕。月經少則胃痛重。妊娠期中多不發胃痛也。

^b 背部疼痛 Rückenschmerz 亦爲本病常見重要症狀之一。通常較上腹部之疼痛爲遲發。一二週或一二月後。多發於脊柱之左緣、第八胸椎乃至第三腰椎之間。有時在肩胛間部。

壓痛 Druckschmerz 亦爲本病重要症候之一。依其位置。有心窩部壓痛及胃部壓痛二種。前者之

部位在正中線上 劍狀突起與膈之中央部 此處恰與內臟神經節一致 所謂心窩壓點 *Pigartischer Dr.*

neckpunkt 是也 此壓痛僅限於此處 且甚劇烈 乃其固有特性 行打診時 亦發痛感 後者在齒門部或

十二指腸潰瘍時 多在十一胸椎乃第二腰椎之同高脊柱側方 (左側或右側) 如為小彎或後壁之潰瘍 在

第七胸椎乃至第三腰椎之同高處 (或左或右)

二 嘔吐 *Erbrechen* 亦為本病常見之症狀 (約占全病三分之一) 嘔吐之發生 多在劇烈疼痛之時 如

食後即時嘔吐者 食物之變化極輕 多為噴門部之潰瘍 如食後二—三小時後方嘔吐者 多為齒門部之潰

瘍 吐物為粥糜狀呈強酸性 一般吐後則疼痛緩解

三 胃出血 *Magenblutung* 潰瘍底之血管 被腐蝕時 則發出血 出血量 依出血血管之大小而異 大

量出血時 或呈吐血 或呈便血狀態 重時有招來死亡者 如出血小量時 所謂潛出血 *Oskulte blut*

erg 是也 吐血之招來 或自然發作 或因食後之器械性刺激 或因身體之過勞、及精神之興奮而來 在

吐血前 多發固定性胃痛 吐出之血液 一部分被胃液所凝固 酸化 *Hochsolin* 變成鹽酸 *Haematit*

故呈暗褐色 如咖啡樣殘渣 血液之一部分 移行於腸中 在大量出血時 便為暗黑色 *Tier* 樣

故急劇貧血 有本病之疑惑者 可行糞便潛出血證明 以確定之

四 過酸症 *Hyperacidit* 雖為本病之固有症狀 然多數之胃潰瘍 均合併之 一般因胃液中之鹽酸多

量分泌之故 尿中之鹽酸鹽類乃銳減 或消失 但亦有鹽酸分泌非特不增加 且減少者 如本病之經過中

胃酸過多突變減少或缺乏者，即變惡性腫瘤之疑診之。

五、此外其他一般症狀，則為屢訴吞酸、嘈雜、有胃口滿、舌多潔淨、食慾反多亢進、食量之減少者、多因食後痛感之所致，而不敢足食故也。所謂惡食症 *Spondia* 又患者多陷於神經過敏狀況，及頭痛、頭重、不眠症、憂鬱狀態等。體溫多正常，營養亦多佳良，但慢性症者，多合併食血，便通以秘結者居多。X光線之透視及攝影，亦為本病主要參考事項之一。

經過 慢性多經過數月或數年，亦有在早期証明，不數月而治愈者，亦有無自覺症狀，完全潛伏，一旦突發胃出血，或來胃穿孔者，但一般多一進一退，治療則減輕，食餌偶不留意，則又增惡者，居大多數。

合併症及後症 1. 癥瘕性幽門狹窄及多續發胃擴張 2. 胃穿孔 本病之經過中，有時因劇烈刺激，而

發胃穿孔，致引起重篤之穿孔性腹膜炎，此時胃部呈劇烈性疼痛，尋即蔓延全腹，腹部呈膨滿，橫隔膜上昇，肝濁音界消失，脈搏細小頻數，四肢厥冷，失神，多於短期內，而發危域，如行急速手術，則或有少

數救治者。3. 胃周圍炎 深部潰瘍，侵及漿液膜者，如前病理解剖所述，多發胃周圍炎性癒着，而漸形腫

瘤。4. 由胃潰瘍而轉成胃癌腫者亦頗不少。5. 砂漏斗胃 橫隔膜下膿瘍等、之續發者，亦有之。

診斷 依固有的食後胃痛、嘔吐、吐血、便中帶出血、過酸症等，多屬容易，進一步行X光線檢查，尤為有力之助診。

鑑別診斷 第一為胃出血確定，須與肺出血相鑑別。

多因食物停滯而發。吐血量僅少。亦是咖啡樣。鹽酸減少或缺如。有乳酸及醱酵。腫瘍多可觸知。表面多凹凸不平。有腰痛。但可移動。食味不良。食慾不振。舌被厚苔。營養多速行衰弱。陷於惡液質狀態。有時起腹水胸水等。左鎖骨上窩之淋巴腺多腫脹。

三則為與神經性胃痛之鑑別。神經性胃疼痛。與飲食無關。無壓痛點。且壓迫時反覺輕快。本身檢查。有生殖器疾患。或由毒如砒素、臭素等。及 Hysteria 等之原因。

四為胆石痙痛。但胆石痙痛之疼痛部位。為肝臟部。脊椎之壓痛點。在右側。多合併黃疸。否則血尿中亦有膽汁色素之反應。胆囊多同時腫大。合併胆囊及胆道之炎症。肝亦腫大。痙痛之性質。為發作性。向有肩胛部發散。

此外與慢性胃炎。單純性胃酸過多症。春髓癆的胃發作等。雖有鑑別之必要。但依各個之性質。尚屬容易。

預後 如早期治療。全愈後注意食餌。預後多佳良。但潛伏性胃潰瘍之大出血。及穿孔等。為意想所不及。

移行胃癌腫者亦屬不少。故其預後殊難逆觀也。

療法 分出血期療法。非出血期療法。及安靜食餌療法等。

一、出血期的療法 如一旦發生出血。須嚴命患者守絕對臥床安靜。且精神的方面。亦須沉靜。行完全絕食。胃部置冰袋。如有寒冷刺激症狀。則代以冷水袋。或冷濕布。大小便使不穢中排泄。且禁止努力。以

自然排出 或以便器爲宜 藥品內服亦絕對禁止 但須同時行皮下及血管之止血劑注射 如海鹽 *CaCl₂* 注射液 或海鹽 *calcium rechin* 注射液等 10—40 c.c. 或鹽化鈣 1—20 c.c. 或大量 10% 食鹽水 1—20 c.c. 之靜脈注射 此外 *Adrenalin* *ergoin* 等 亦可行反覆皮下注射 對嘔吐疼痛則與以少量麻醉劑 如 *Opium*, *morphin*, *painpon*, *codain*, *hercin*, *paraverin*, 等 但須同時使用 *Atropin* 以防麻醉力消失時之反射的胃液分泌 出血過甚時 有時有生命之危險 須注射樟腦劑 *Rose* 氏液 葡萄糖注射液 同時行四肢末稍之彈力性繃帶纏絡 使血流逐漸至中樞 以維持心臟 而謀恢復 更注射大量食鹽水 或輸血法 如少見恢復 尙須注意者 即血壓良好 則又有新出血之傾向 故於完全恢復時 速行應急的外科手術療法 以根本處置之

營養方面 即禁止經口的內服 須行滋養灌腸 更先用生理食鹽水洗腸後行之 滋養品如牛乳、卵黃、葡萄糖液、小兒粉、*Polysamin* 粉末等 作成 250—300 cc 之微溫湯 行緩慢的灌腸 以完成其吸收 或視患者之狀態 有用十二指腸消息子 行人工營養法者

二、非出血期的療法 患者在不平時 非出血期或出血期治療 恢復後亦須命保持比較的安靜 以免出血之再發及誘起 食餌務須按後述食餌療法遵行 以免增惡

(三) 安靜食餌療法 如前述出血期 幸得恢復 在相當期間 仍須絕食 至態度和緩後 最初一二週 與以毫無刺激之流動性食物 其先採小量 回數增加給與方法 即每隔二小時與以 300 cc 許之食物 乃漸

次增量減回數。食物之種類，亦漸次進牛乳、半熟鷄卵、無脂肪之鷄湯。牛乳爲防止下痢起見，加石灰水少許，以圖調解。以次漸次視患者之狀態，而變爲軟食，乃至粥食。但菜蔬仍以無刺激性者爲宜，而移正常食，以營養二—三週以上爲宜。

四、藥物療法 爲中和胃酸之故，而實用 Alkali 純葯劑，如 Gels 泉水，最爲相宜，或用人工

NaHs 泉鹽代理亦可。每日清晨服一、二茶匙，溶於一〇〇—二〇〇cc 之水中，使便通每日有一次爲標準。

外如重曹、鞣製錳、碳酸鈣、氫酸 Ammonium magnesium 過酸化 Magnesium 碳酸 magnesium 及 Neon 等亦常用之。

蒼鉛劑亦有制酸之作用，且可沉着於潰瘍，而生被蓋，防止刺激之效。同時能收斂、止血、鎮痛、鎮瀉等作用。於常用之，如次硝蒼、碳酸蒼鉛 Bismuthose Dermatol 等，又制止胃液分泌之目的，使用良藥越幾斯 Atropin (〇、〇〇〇五—一日三回) 或 Eumyrtin (約爲 Atropin 之倍量) 苦扁桃油 Olive 油、硝酸銀 A narshestin, Panopon 等亦常用之。尙有蛋白質療法，尤以 Novopren 由〇、二cc 起，注射於靜脈或腎筋中，每隔二—三日注射一次，逐漸加量，至一cc 或以上，往往能奏殊效。但此時亦有發全身及局部副作用者，多無關重要。

參 胃瘻腫 Magen Karzinom, Magen Krebs, Karzinoma Vechnutriculie.

原因 胃痛之原因，與一般瘻腫相同，仍在未發明晰途中，但使人可注意者，有下列數項：1. 遺傳約占全

病之一五%左右 彼拿破崙家族癰腫 爲周知之事實 拿破崙一世自身、及其父、一弟、二妹、須死於胃癰腫 然據一般學者之研究 並非癰腫素因遺傳 乃因刺激性食物攝取 過食習慣 在同一家族內 有相當影響

2. 飲食物刺激 爲有力之學說 故暴飲暴食、胃部外傷、職業及生活狀況、均與本病之發生有關

3. 胃潰瘍之續發 亦居相當多數 4. 年齡以四十以上之老年居多 尤以男子較女子爲多

病理解剖 本病多爲原發性 發生部位 以幽門部爲最多 次則小彎、噴門 發生於大彎、及胃底者 較爲少數 胃痛之種類 以硬性纖維痛 *stiffness* 爲最多 (占七二—七五%) 次爲囊樣痛 (*Acanthosis*)

B) 再次爲膠樣痛 (*coll carcinoma*) 及囊樣腫 (*medullary carcinoma*) 扁平上皮癌腫、除少數由食道下

部轉來 (*Plattenepithelekrebs*) 胃痛之發生 多自腺組織起 容易蔓延至附邊臟器 如食道、肝、脾臟、

網膜、腸等 且可由淋巴行 轉至血行 而移轉於全身各處 纖維痛發育遲慢 有收縮之傾向 故時招來

幽門狹小 囊樣痛及囊樣痛之發育較速 且易移轉 生腹水者亦多 如生於噴門附近 則胃腔縮小 發於

幽門附近 則多內腔擴張 且合併下垂 由淋巴行轉移 致左鎖骨上窩之淋巴腺腫大 乃本病之有力

狀 如胃痛迅速進行 則起癰腫組織崩潰 而誘起胃出血

症候 本症初期 有不呈何種症候者 其後或有慢性胃症狀 如食慾不振、慢性衰弱、貧血、吐血、腹水

等 或有自胃潰瘍症狀 而漸次轉入本病症狀者 或從來胃甚健康 突然發病者 (較爲多數) 名醫 *Bo*

dy 氏曾曰 五十至六十歲之老年者 從來胃甚健康 突呈消化障礙者 即胃痛是也 其初發症候 一般

多呈胃部壓重感 疼痛及食慾不振 以後乃漸次呈一般症狀 局部及其他各症狀 茲各分述如下

一 胃症狀 a 胃部疼痛及壓重 本病經過中 屢有痛感 且多早期發現 疼痛之性質 有單純感 有胃部壓重緊張不快等 有或特別疼痛、如牽引、灼熱、刺痛等者 部位多在心窩部 亦有向背部、肩胛部、腰部等處放散者 一般較胃潰瘍之疼痛為輕 且與食物之關係頗大 b 食慾不振 亦為早期症狀之一 且尤對於肉類、及富於脂肪等之食物 多生厭惡 訴口渴 且尤以幽門痛為甚 c 噯氣 本病因胃中有異常發酵之故 多發噯氣 其瓦斯多放惡臭 d 嘔吐 亦為本病重要症候之一 或在本病之早期發見 或經相當時期而後發見 幽門及噴門痛多見之 但胃體縱有無本症候者 嘔吐之時間不定 噴門痛多在食後少許即吐 幽門痛多在食後二小時以後 方生嘔吐 合併胃擴張時 多將積數日之食物 一次大量吐出 吐物以未消化食物及粘液為主成分 亦有含膽汁者 幽門狹窄時 吐物多放酸臭 形狀多呈咖啡樣 e 吐血 本病之少半數 有吐血症狀 出血量 一般微少 但呈持久性 血液受胃液之作用 變為鹽酸 Haematin 故出血時、多呈咖啡樣黑褐色 大量出血、較為少數 一般須行糞便潛血檢查

二 他覺的局部症狀 a 胃部視診 腹壁菲薄 有時能認出胃之輪廓 行急劇胃部刺激 則現出蠕動運動 尤以幽門痛為然 有時小彎或幽門附近之癰腫 多合併胃下垂 自腹壁能看出胃之隆起 隨呼吸而多少移動 有時壓迫下行大動脈 隨心臟搏動 而上下跳動 b 胃部觸診 為本病診查之要項 選擇空腹、或食後 仰臥側臥及各種位置 以作參考 或於溫浴中行之 且於檢查之先 與以下劑或灌腸 排出宿便後

檢查較易。在本病之大多數，能檢出腫瘍。其性質多表面不平，呈硬性，有壓痛，但不如胃潰瘍之腫脹。痛後胃內容之變虛的關係，其波及位置，有相當的變化。幽門痛，在正中線之右方，小彎痛，在左季肋緣之下。大彎及胃部之痛，偏於正中線之左方。噴門及胃底腫脹，多呈軟性，侵及之部位較廣，但上述各種痛，非小彎痛獨知。亦有時毫無所得者。在觸診時，最注意者，為腫瘍之呼吸的運動。幽門之運動，僅少或無。小彎及大彎之痛，隨呼吸可上下移動至數寸。但與肝臟接觸時，雖幽門痛亦呈顯著的呼吸性運動。

三、徵候 a 體重及體力之衰退。本病為消耗性疾患，故體重漸減，體力亦漸衰弱。老年之胃疾患，雖行如何之治療，而體力及體重逐漸減退者，即胃痛之疑診也。b 貧血及惡液質。本病因營養的關係，及胃出血之故，而來貧血。又因胃腸組織，產生毒素，故血球有劇烈的變化。赤血球有時減少至二百萬至一百萬，血色素亦銳減，血色素指數，有時在一、〇以下，且合併中等度之白血球增加。故體力益衰，皮膚乾燥，呈蒼白黃色，貧血瘦削、柔弱，容貌憔悴，所謂惡液質狀態是也。浮腫，如發惡液質時，則多呈末梢部浮腫。d 熱本病通常無熱，如合併腹膜炎、疝膜炎、橫膈膜下膿瘍、或痛腫自家化膿時，有時發三九度以上之熱度。昏睡，在本病末期，呈昏睡時 (Adria) 多發昏睡，所謂精腫性昏睡 (coma carolinensis) 亦有轉膈膜炎症狀。最後意志清醒者。

四、胃內容之檢查 a 空腹時胃內容。清晨空腹時，用胃管息子採取胃液。痛腫時之量，較普通時為多。因

出血之故 多爲 Haematin 所染色 無遊離鹽酸 有膿球 時因多量膽汁 而放惡臭 b 試驗朝食後之內容 有下述各種變化 即「酸度減少」因遊離鹽酸缺乏之所致 但自胃潰瘍轉來之病腫 多酸度反高「鹽酸缺乏」因自病腫組織中 產生蛋白質分解產物 致鹽酸悉被飽和之所致 「乳酸增加」胃痔之多數 可得見乳酸反應之陽性 (六一—七五%) 其原因因胃液低減 內容停滯之故 與食物同來之乳酸菌 發生作用 而來含水炭素之乳酸菌 此在其他胃疾患 亦常遭遇之事實 但依最近之研究 言病腫組織 亦能產生乳酸 「出血」及「潛出血」 或爲肉眼所得見 或須行潛出血檢查 「Pepton」及「Laktament」之減少 顯微鏡的所見之主要所見爲 Boussolet 氏桿菌 本菌無運動性 Gram 氏着色之長桿菌是也 此外尙有多數之釀母菌 亦有時能得見病腫之組織 其診斷乃更確實矣

五 尿及便之關係 a 尿中 Nitrogen 反應 呈顯着陽性 窒素及中性硫黃之排泄量增加 有時能證明蛋白質 (Albumose) b 便秘多秘結 少數有下痢 或便秘與下痢交互而來 便中有見出血者 血液多量則來血便 小量即所謂潛出血 且一度証明 則爲永久性存在 此可與胃潰瘍之加治療則呈陰性者 可資鑑別者也 但如寄生蟲 及腸潰瘍者 須注意

六 轉移 胃瘻之稍慢性者 在其經過中 時發肝、脾、腹膜、大網、及各處淋巴腺轉移 尤以左側鎖骨上窩、臍周圍 鼠蹊部之淋巴腺 多有病腫之轉移 又婦人之轉移卵巢病腫者 亦不少

七 X光線所見 胃痛最後之診察 爲X光線之攝影 尤以行外科手術以前 務須透視 先定適應之可否

而後方可行手術療法

經過及預後 本病之初發時期 多有潛伏者 一故不易詳知其經過 然自確診時起 以後能生存之時期 不過爲一年左右而已 延至二年者居少數 少年癆腫 較老年者之進行更速 如能行早期診斷 即行早期手術療法者 或能延長壽命 多至數年 但早晚仍有再發之朕兆 *Osler* 氏曰 胃痛如用藥物療法 而治癒者 則其診斷爲誤診

診斷 在發固有症狀以前 行早期診斷 頗爲重要 但較爲困難 至發病後之診斷 如顧慮其年齡 及其固有之疼痛、嘔吐、吐血、潛出血、腫瘍之觸知 癆腫組織片之發見 *X*光線透照之成績 顯着之貧血及惡液質之急速變化等 頗爲容易

早期診斷法 爲胃痛根治之最要事項 因現外科學之進步 從來視爲死症之胃癌 現亦可依早期診斷 而可根治 故爲內科醫者 須在可能範圍內 及早的確定 而託於外科醫之手 以救治之 因此而得延長數年 至數十年之壽命者 固屢得報告也 但一失機宜 則徒嘆奈何耳 其早期診斷之注意事項如下 參考其年齡 遺傳 胃潰瘍之既往症 刺激品暴食的嗜好之有無 其次注意胃之早期症狀 尤以急劇食慾不振 對肉類之厭惡 爲有力之特徵 此外胃一般症狀 如壓重、膨滿、鈍痛、嘔吐等 亦堪注意 更依他聲的視診、觸診、打診等 定其性狀 如壓痛、腫瘍、呼吸運動等之有無 胃之位置 蠕動運動 且進一步行胃內容之檢查 以定酸度 乳酸之有無 胃液中食物狀況 潛出血 *Boss* *Osler* 氏桿菌之証明

癆瘵細胞之搜尋 尤爲重要之診察 糞便中潛出血之反覆的檢查 如無他種原因 則持久性潛出血 亦早期診斷之一重要證據 此外X光線之檢查 亦屬重要 最近西洋各學者 有胃液特殊酵素証明法 細胞溶解反應 防衛酵素反應 沉澱反應等 種種方法 然皆操作困難 偶一不慎 反致誤診 尙未能爲臨床之實際應用

鑑別診斷 最易錯誤者 爲胃潰瘍 尤以肝底性胃潰瘍之胃痛變性之已變未變 更屬困難 其大概之鑑別已述於前胃潰瘍鑑別項下 茲更補其不足 即有大出血(吐血下血)多爲胃潰瘍 如行胃潰瘍治療後而獲便潛出血永遠持續呈陽性者即癌腫之表現也 有腹水及肝徵候者 多爲癌腫 此外依X光線所見 骨髓及經過 胃液之所見 惡液質之有無 可爲較大之助診

其次爲與肝癌腫之鑑別 胃癌腫有胃癌狀 肝癌腫則有黃疸及腹水 胃痛之觸診位置 依體位之變換 多移動位置 肝癌則否 此外壓痛點 腫瘍之部位等 亦各自不同

療法 本病之療法 藥物的療法 無根治的希望 內科的療法 亦不過對症 最重要者爲外科的療法而

已

內科的療法 1. 食物之注意 以易消化富營養爲第一要義

藥物的療法 沃度鎊有試用者 Caudalage 亦爲自吉所實用 但均無確效 祇可用健胃及對症的治療而

已

透射療法 近來X光綫深部透射 頗爲實用 但亦未至根治之境 與外科療法併用者 似爲有效

Radium 療法 亦有倡導之者 但亦無特殊效果

肆 胃下垂症 Gastr. prose Magentrose

定義 胃下垂症者 較正常胃之位置 垂居下方之謂也 生理胃之位置 下方界 仰臥位時 不能超過臍部 立位亦不能超過臍部二橫指以上 故如胃下界 超出上述範圍 同時上界亦向下方移動者 即胃下垂症是也 但須注意者 即生理的大胃 上界位置不變 而下界則較常胃 特別向下方移動

原因 (1) 胃本身疾病 如胃擴張、胃弛緩、胃癱腫等時 因胃之重量增加而來 (2) 便秘時 橫行結腸有糞便蓄積 依其重量而下垂 同時胃亦隨之下垂 (3) 腹壁弛緩時 如產後、腹水穿刺後、腹壁內壓急劇減少時而來 (4) 器械性刺激 如腰帶之緊束習慣 及脊柱 *Krümm.* 時之 *Coerc.* 之使用等時 能助長胃下垂 本病以經產女子較多 男子較少 (5) 內臟各臟器全下垂時 胃亦隨之下垂

症候 因原因及症狀之不同 分下列二型

A 因腹壁突呈弛緩 致胃下垂 而呈腹腔異常擴大者 即如前述 腹水、產後 或經產婦之腹壁脂肪沉着 一旦羸瘦等時 則發起胃下垂症

自覺的症狀 爲胃部壓重感 平時亦有 食後尤甚 及腹部之牽行感 腰痛 重感 步行時大腿及腰部感出緊縛狀態 及易於疲勞 如使用腹帶 則症狀減少或消失 又本患者當荷重物 下階梯 及下山等時

則腹內突呈裂痛 須靜臥數日 始消失 但勞動時仍再發 此因內臟韌帶及腸間膜之急劇牽行之故也 如用腹帶試驗 則症狀消失 此外尚有食慾不振、頭痛、便秘、利尿頻數等

他覺的症狀 因腹 弛緩 故在立位則下腹部向前方突出 仰臥時 側方膨大 心窩陷沒 用人工的胃膨滿法 則見胃在臍部以下膨隆 行壓診時 有如空氣囊 行打診有顯着之鼓音 行X光線檢查 尤可確認其位置 本病多合併橫行結腸 自易下垂 子宮多後傾

B 合併內臟各臟器之下垂 即所謂內臟下垂性體質者 因肝、脾、腎、睪、(胰)尤以橫行結腸之下垂 胃亦同時下垂

自覺的症狀 本型有不發何等自覺症狀者 但多數患者 合併胃弛緩 及胃 *atonia* 故多發胃症狀 如噯氣、惡心、及腹部膨滿感 腹部 行感 有時因體位變換 而症狀減輕或消失 食慾多不良 便通多便秘 又多頻度排出瓦斯體 (放屁)如在壯年者 則發頭痛、眩暈、心窩搏動、腰痛、知覺異常、呼吸困難、手指舌眼險之震顫、職業嫌惡、多夢、精神憂鬱、不眠症等 種種神經衰弱各症狀

他覺的症狀 此種患者 身體多羸瘦 骨骼及筋肉 (橫紋筋平滑筋)多發育不良 皮膚柔弱 顏色蒼白 胸部細長扁平 上腹角銳利 第十肋骨多無肋軟骨而遊離 腹部膨隆突出 心窩陷沒 行觸診打診 則可知胃及橫行結腸 青腸 S 字狀結腸 均下垂 行人工的胃膨滿法 或X光線檢查 尤為顯明 但上述A B兩型 有合併者 或有不易區別者

經過 多呈慢性 其中或緩解或增惡

診斷 依理學之所見 及X光線所見 多容易 但在臨床上 與胃 Atonie 區別困難者 絕非罕事

療法 1. 安靜療法 在重症時 令患者就褥靜養一個月或二個月 較輕時、亦須在食後一二小時內 行仰

臥安靜 其執行任務者 可每一小時許 靜臥數分鐘 避免激烈動作 2. 鍛鍊法 如水泳 撐船 或靜臥

時 亦可行四肢之屈伸運動 以求筋肉之發達強健 腹部筋肉亦隨之而緊張力增加 及在腹部 行冷水摩

擦 電氣療法等 3. 食餌療法 攝取富於營養成分 而求肥胖 但須按每次少量 每日多次取食辦法 禁

飲過量之水 4. 用腹帶或橡皮帶 以減輕腹壓 亦為本症療法中之緊要者 5. 藥物療法 僅採取強壯目的

而已 如規那劑 番木鱈劑 砒素劑等 或內服注射

伍 胃 = Atonie, Magenotie (或名胃弛緩症 胃無力症)

原因 本病亦有續發性及特發性兩種 續發性多見於他種胃疾患 及一般衰弱性疾病之後 特發性多見於

內臟下垂性體質患者 故本病多合併胃下垂症 兩者之關係為反比例 即胃下垂有不合併胃弛緩者 而胃

弛緩則十分之九強 均合併胃下垂

症狀 自覺的症狀 為胃部壓迫及膨滿感 尤以食後為甚 至胃內容 均移送於腸中 則症狀減少或消失

食慾正常或減退 有噯氣及惡心 但嘔吐者較少 如同時有腸弛緩 則多便秘 又因胃運動減退之故

食物在胃中 起發酵作用而腐敗 其產生之毒素吸收後 則呈種種神經症狀 如頭痛、暈眩、胸內苦悶

、而發消化困難性喘息

他覺性症狀 貧血、營養不良、屢因內臟下垂性體質、腹壁弛緩之故 而發固定淺在性振水音 Oberlie

cha Platschergerausch 胃之境界 依胃充滿狀態 即食物多寡 而不同 充滿及食後之胃 多發一時

下垂 迨食物移送至腸後 再回復原狀 胃液檢查無特徵 行胃之運動機能檢查 則可見輕度之運動力減

退 但清晨空腹時 胃已完全空虛 故不含殘渣 如前夕食量過多時 則有少數殘渣 個通多秘結 利尿

一般無異狀

診斷 依患者之體質 營養狀態 表在性振水音 食後胃界之變化 及X光線檢查等 多屬容易

療法 1 行適當的運動 如乘馬、划船、庭球、乒乓、台球等 避免室內蝨居 及過度的精神消耗等職業 2

飲食 以護胃為唯一之要求 擇取富於滋養 易於消化之食物 而求健康 且使胃筋轉弱為強 食法以採

多次少食為宜 飲水量 每日不可超過一千五百cc 食後宜靜臥三十分—一小時 右側臥位尤佳 3, 理學

的療法 行胃洗滌 以防食物之停止及發酵 且可增進胃之運動機能 及胃部按摩法、電氣療法等 均有

相當效果 4 藥物的療法 為增進胃平滑筋之運動起見 多用 Strychnin (每日幾幾斯〇、〇六 或其

他製劑) 單寧酸 H Orein (一日一回 〇、〇三一〇、五 或一日二回 一星期後中止 過一星期後

再服) 亞硫酸鹽 Kreosot, Resorcin salol, 撒曹等 均可試用

陸 胃擴張 Magen dilatation, Gastroekstic, dilatatio ventricule,

原因 胃幽門受種種影響 發生幽門狹窄時 (pylorostenosis) 則胃內容即不易排出 而來滯滯性胃擴張
其主要之原因 如、胃痛、或胃潰瘍瘰癧所發之幽門狹窄 2 胃酸過多 胃潰瘍 十二指腸潰瘍等 所發
幽門痙攣 3 慢性胃之肌肉肥大 而致成幽門狹窄 4 鄰近器官之腫瘍壓迫幽門時 所發之狹窄 5 隣近
之炎症 與幽門癒着時 所發之狹窄 6 開腹術後 急劇所起之胃擴張 及重複恢復期之急性胃擴張
症候 自覺的症狀 主要為胃部膨滿、緊張、壓迫、及痛感等 食慾變化 (先期亢進 後期不振) 口渴
、噯氣、嘔吐、及胃神經症 此因食物停止於胃中 故發此等症狀 或成腐敗瓦斯 而發噯氣及口臭 或
幽停滯 而發惡心及嘔吐 嘔吐之食物 多較一次食入之食物為多 此因將早先積聚之食物 均一次吐
出之故也 此為本症之特徵 吐後多爽快 患者多發神經衰弱 如各種頭痛、暈眩、精神憂悶 失眠症
等

他覺的症狀 因食物停滯 致陷於營養障礙 而漸萎羸瘦 皮膚乾燥 尿量減少 多便秘 行腹部視觸打
等診查 則可見胃部膨隆 如合併胃下垂 則在臍以下 行人工胃膨滿法尤甚 如有高度狹窄 則可見胃
蠕動運動亢進 有時能引起胃痙攣 而發疼痛 胃之運動機能檢查 亦甚重要 如在清晨空腹時 取出之
胃液 內含有食物殘渣 此乃胃高度運動障礙 胃內容多發酸臭 靜置後 可分為三層 除食物殘渣外
尚含多數之釀母菌 及分裂菌 同時因醋酸 乳酸 及半醋酸增加之故 總酸度亦增加 游離鹽酸 依原
因之如何 或減少或缺乏

合併症 有高度胃擴張 尤以潰瘍後之幽門狹窄時 有時能誘起 Tene 即手指等處肌肉之強直發作 劇烈時 亦有各處肌肉均發強直性痙攣者 輕度時 則僅訴指頭麻感 鈍麻 蟻走感而已 在 Tene 發作期中 有一過性記憶 知識 言語等障礙者 同時尿含蛋白 體溫上昇 如屢發 Tene 即豫後不良之兆也

豫後 依原因及原發病而異 良性者 行適當治療 多趨治癒或輕快 良性的幽門狹窄 亦可因手術療治而治癒 如癆腫 則豫後不良 或屢發 Tene 者亦然

療法 食餌療法 與胃弛緩同 行分食法 少食法 食物亦以流動性、易消化、無刺激、富滋養為原則 水分宜加限制 如感口渴 由直腸輸入液體 陷於衰弱患者 可行滋養灌腸 胃洗滌 為本病之重要的療法 因洗滌而除去食物殘渣 可免去 酵 而減輕胃中之担負 且能使胃粘膜有恢復之能力 故繼續洗滌 多感輕快而漸趨治癒 洗滌次數 為一日一次 於洗滌前 或晨起空腹時行之 洗滌料 用單純溫沸水 或生理食鹽水 1% 人工泉鹽水、1-2% 重曹水 制止發酵 有用 2-3% 硼酸水 0.5% Rosolin 水 2-4% Salicyl 酸水 1% Chloroform 水等 洗滌期限 依病勢而異 宜時能行半年至一年 最初一日一回 至三個月後 可隔日一次 最後可二三日一次 約之以病之狀況而定 但合併心臟病 膜病 大動脈瘤 血壓亢進症 肝硬變症等 須禁忌為宜 此外胃部按摩 電氣療法 亦可試用 4 藥物療法 對幽門狹窄 可用 Babavén, Aropin, Eurydina 等頗有效 又 Coltham 氏 則實用在洗胃

後用甘扁桃油及 Olive 油注胃 或內服 胃緊張度減弱時 可用番木鱈劑 酸過多時 可用萘差劑 缺乏時 可用稀鹽酸 食慾不振、可用苦味劑 制酸目的 可用安息香酸鹽 Salicylic acid、Kreosot、Resorcin、Naphthol 等 對便秘可用坐藥或灌腸 下劑以避免為宜 神經衰弱 不眠症等 可用 Veronalnatrium 灌腸或坐藥 (Veronalnatrium, 5) 生理食鹽水 10、0 灌腸) 又 (Veronalnatrium) 1、5 Glycerin 0、5 cacao 脂四、密麻油二、0 鯨臘一、0 為坐藥五個)

如內科療法無效 可行外科的療法

1. cratie 發作 亦用外科行幽門切除 胃腸吻合術 內科的可試用 3、5% Calcium Chlorid 或生理食鹽水 或 0、8% Ammonium chlorid 等之靜脈注射 及錳製劑之內服等

菜 胃神經症 Magennoze 又名神經性胃疾患 Nervensamengekrankheiten

本病為無解剖的變化之胃疾患是也 常見者為神經衰弱及 hysterie 患者 之神經器官興奮時 而引起嘔吐作用 即其証明 在臨床上 依其症狀 可分為下列三種

I 運動性胃神經症 Die Motorische Magennoze

I 神經性嘔吐 Nervöse Erbrechen

本病於胃壁上 無解剖的變化 乃係由於嘔吐中樞之興奮性充進而發者也

II 狀 嘔吐均發生於攝食之後 然與食物之分量及種類無關係 嘔吐極為容易 無前驅自覺惡心症狀 嘔

吐後亦不發何等劇烈症狀。故患者多不介意。雖不時頻發嘔吐。營養狀態亦不因之衰落。此種嘔吐多見於神經質及 Hysterici 患者。有時因精神興奮或恐怖而發。又有時成爲定期性嘔吐。即經數月或數星期之間歇。而來發作性嘔吐。發作之前。有頭痛。倦怠等之自覺症。吐物多爲胃內容。次爲粘液。此時患者呈苦悶狀態。脈搏細小。顏面蒼白。頓覺衰弱。此時雖加治療。亦無效果。但經過數日。或一星期後。嘔吐忽然停止。患者脫出苦惱。食慾隨即轉趨旺盛。而恢復健康。此種型以小兒居多。所謂神經性青年嘔吐是也 (Nervöse juveniles Erbrechen)。

診斷 依患者之精神狀態。及嘔吐之性質。屢呈嘔吐而不損及營養。及不感特別痛苦等。多容易診斷。但應與本病鑑別者。爲反射性嘔吐。如妊娠經過中。子宮、腎臟、肝臟、腸、腹膜、以及腦膜、脊髓等疾患之嘔吐是也。

療法 以精神療法爲主。有時行洗胃。亦能收效。但此時之效力。亦係暗示之作用 (Suggestive Wirkung) 藥物療法。則與鎮靜麻醉等劑之內服或皮下注射。如臭剝、臭曹、罌草丁幾、莫勞 Codein, Cocain 抱水 Chlor 等最甚者、各種療法均歸無效。須行診斷的開腹術。而突然有意外奇效。此亦係暗示療法之作用也。

2 神經性噁氣 Nervoses Aufstossen, Involutionenervosen

本病亦發生於神經質。或 Hysteris 患者。健康者亦偶然有發生此病者。或爲癡癡狀、或爲暴發狀。由日

腔排出無臭大量氣體，並同時發出一種較高音響。此種噯氣，為發作性，能繼續至數小時乃至數日。與攝取食物無關係，乃由於於不知不覺之間，嚥下多量空氣故也。所謂吞氣症 (Aerophagia) 輕者雖不感覺痛苦，

而重者則感出胃部膨滿，壓重緊張等，食慾不振，有時呈消化困難性喘息狀態。

療法 以精神療法，及暗示療法為有效。有特須說明噯氣發生之原因，以令其努力制止。於發作時令患者開口行安靜深呼吸，即不能嚥下空氣，發作可暫時停止。藥物療法多無特效。

3. 胃蠕動不安症 *Tormenta V. gastrici Nervosa*

正常健胃，亦營蠕動運動，但不自覺。如為病的蠕動不安時，非特患者自覺胃部不安疼痛，即由腹部外面亦能目擊胃部之波形運動。本病之大多數，因幽門狹窄而續發，然亦有神經性者。一般僅據視診亦能診斷，但其為器質性或為神經性，須行X光線之檢查，及胃液檢查，而資鑑別。療法，如為神經性，須增進營養，而使神經系統強健，倘腹壁之皮下脂肪增加，則胃之異常感覺，亦漸次消失。藥劑則用鎮靜劑，健胃劑，莖荖劑，等。蠕動劇烈時，可用麻醉劑。

4. 噴門痙攣症 *C. arctospasmus*

原因 有原發性及續發性兩種。續發性者，多因器質性胃疾患，如胃潰瘍、癌腫、裂創(外傷)等。但此處所論者，為原發性，即噴門部無解剖的變化，多因神經衰弱，或H. Yersin 而來者也。依其性質，有繼續性慢性者，有定期性急性發作者，慢性繼續者，嚥下食物貯留於食道下端，此時於胸骨後部，有疼痛性壓迫。

感覺 於痙攣少緩解 食物輸送於胃 或經嘔吐吐出後 此種感覺始消失 定期性發作者 突然于噴門部
 感覺性疼痛 至疼痛緩解後 此感覺始告停止 至重症者 每攝取食物 即發痙攣 故患者陷於高度
 營養障礙 本病初期 雖為神經性 然後期亦能誘起器質性的變化 如食道擴張 行消息子檢查 雖在噴
 門部感覺抵抗 然卒能通過

診斷 依前述兩種疼痛的性質、及消息子檢查 雖粗大消息子亦能通過時 為神經性 其不能通過者 乃
 器質性狹窄是也

療法 對於全身神經症 行原因療法 對局部、用粗大消息子、在食前插入於狹窄部位後靜置數分鐘 使
 患者自信無狹窄 又食前吞下一一二食匙之Olev 油、有鎮痙作用

5 幽門痙攣症 *Pylorospasmus Pylorudram pf.*

本病亦有原發性(即神經性)與續發性二種 續發性者 多發於幽門部之糜爛、裂創、潰瘍、癌腫等 為常
 見之疾患 原發性則頗為稀有 其症狀、為幽門起痙攣時 則於上腹部 發生劇烈疼痛 (在攝食後三—
 五小時許) 因幽門狹小 致內容停滯 屢誘起過酸症 及分泌過多症 如長久持續 則誘起續發性胃擴張
 痙攣減輕 則胃擴張之症狀亦能消失 遂呈所謂間歇性胃擴張

療法 因原發性(即神經性)痙攣極少 且鑑別困難 故每遇此症 即按續發性治療 如無效後 再按神經
 性者而行神經方面之治療

11 知覺性胃神經症 Sensible Magenleiden

1 神經性胃痛 Cardialgic Gastralgic Nervöse Magenschmerz

原因 原發性者，多因神經衰弱 Hysterie 貧血、各種衰弱疾患而來

學候 本病爲知覺性胃神經症中之最緊要者，多見於青年及中年者，尤易發生於女性，其特徵爲上腹部之發作性劇烈疼痛，屢放散至下腹部、胸部、肩胛部、背部，此種疼痛，能因壓迫而感輕快，故當發作時，患者多用手拳抵壓胃部，或伏臥用枕等抵壓胃部，至疼痛達於極點時，顏面蒼白、四肢厥冷、流冷汗、脈搏細小、不整、卒至陷於人事不省，本病之發作，與攝食無關係，而精神感動、爲重要誘因，其發作多爲突然發生，有時合併惡心、嘔吐，發作之持續時間，有僅數分鐘者，亦有延至數小時者，發作之頻度，亦頗有差異，有數日發作一次者，有數月發作一次者，其間歇時期中，患者自覺症候全無，食慾佳良，頗爲健康。

診斷 本病之發作性疼痛，有時與胃潰瘍相似，但與食物攝取無關，且糞便檢查無潛出血，胃酸多不增加等，可資鑑別。

療法 發作期間，宜用胃部熱罨法，及鎮痛劑、或阿片莨菪坐藥（兩者各〇、〇、加卡卡歐脂相當量，爲一個肛門坐藥），一個或二個，如特別疼痛，則用 Atropin Morphium 等注射。

間歇期之處置 因貧血者，與以鐵劑、及亞砒酸製劑，因衰弱者，提高營養，及各種神經衰弱療法。

2 善饑症 Bulimic, Heischunger

本病亦有原發性及續發性二者 原發性見於神經衰弱 Hysterie 癩痢、精神病等 續發性 見於胃潰瘍、胃酸過多、糖尿、妊娠等

症候 本病爲發作性之異常飢餓感 當發作時 對於要求食物之慾念 不能制止 若不得食物 則訴頭痛、眩暈、耳鳴胃部不快感等 甚至陷於失神狀態 如食少許食物 則上述症狀 即行鎮靜 療法 先治原因疾患 藥劑則用臭素劑、萘荊劑、亞砒酸劑等

3 貪食不飽症 A. korie

本病爲攝取食物時 缺乏飽滿感覺之謂也 見於 Hysterie 精神病 神經衰弱諸患者 雖攝取過量之食物 亦不知飽 須胃部發生壓迫感覺後 始停止攝食 本病與多食症之鑑別法 爲食慾並非亢進 多食症、於其滿足食慾後 仍有飽滿感也 多食症者 (Polyphagie) 即糖尿病等時之分症狀是也 療法 行原因療法

4 神經性食慾缺乏症 Anorexia Nervosa

本病亦爲無器質的變化 而長期間食慾缺乏或減退之謂也 每想起食物則厭惡 因之生惡心、嘔吐、而至廢食 故患者多呈高度營養障礙 但患者因自覺症狀缺乏故 多不介意 此可與器質性食慾缺乏鑑別者也 本病亦多見於神經衰弱、精神病 Hysterie 等患者

療法。努力於原病之治療。對於食慾缺乏。則當進食時。務求選擇患者之特別嗜好。及能引起食慾之食物。與之。有時因轉地療法。精神變調而生奇效。如特別拒絕食物時。則用消息子營養法。藥劑則用靚那劑。及Oroxin等。

5 異嗜症 (parorexia, Perversé Appetit)

異嗜症：即喜食特別食物。或不能為食物之物質。如糞土、木炭、粉筆等之謂也。多見於 Hysterie 萎黃病、妊娠、寄生蟲病等。

療法 概行原因治療

III 分泌性胃神經症 Secretions Magennose

1 胃液缺乏症 A chylia Gastrica 胃液減少症 Hypos gastrica

原因 本病為胃鹽酸及醱酵素分泌之缺乏是也。其原因為 1 先天性胃腺衰弱 2 續發於各種疾患 (如癆腫、結核、膽石、惡性貧血、糖尿病、赤痢等) 3 發生於神經質患者、名之曰神經性胃液缺乏症 (Ac

hylia Gastrica Nervosa)

症狀、如胃腸健全。雖患本病。亦有不發何等自覺障礙者。神經性者尤然。但一般則發輕度食後胃部膨滿感、壓迫感、惡心、噯氣。有時疼痛。乃係因胃粘膜炎知覺過敏。固形食物。因胃液缺乏。而不易成為流動性之刺激所致也。多食慾不振。大便正常。或秘結。然亦有發下痢者。所謂胃性下痢 (Gastrogenie Di

arthritis) 此係因未消化胃之內容 刺戟腸管之所致也 同時脾臟分泌亦發生障礙 則成脾液缺乏症 (Acidylia Pancreatica) 此時腸消化亦不良 大便中有時多數脂肪、筋肉、結締組織纖維、及澱粉殘渣等 療法 據神經症狀、及胃液檢查而可推知

診斷 1 食餌療法 頗為必要 因胃酸缺乏之故 一般未經煮熟之生蔬菜類、硬性食物、果食等 以禁食為宜 脂肪過多者 亦不可用 一般以澱粉性食物 經完全咀嚼後 嚥下為宜 牛乳有時能誘起下痢 但凝乳可免此弊 酒類亦不宜 然酒精含量較少之葡萄酒等 尚可少量服用 以維持食慾 2 藥物療法 以人工鹽酸之補充 為第一要義 即稀鹽酸 Pepsin 或 Acidolipase 等 於每餐中 或餐後 數回內服 及 Pankreatin, pankretin 等之內服 如合併下痢 可與次硝荖、次撒荖、Tannalbin, Bismuosa, 乳酸鈣等 麻醉劑以不用為宜 對食慾不振 行一日二回之十個單位 Insulin 之皮下注射頗為有效 (一星期間) 此外胃洗滌、及按摩等亦頗有效 宜併用之

2 胃酸過多症 Superciditas, Hyperaciditas

此病屢發於青年婦女 常無萎縮黃病、神經衰弱合併 但青年男子亦不少 凡攝食不當 大量吸烟 均能誘起本病 此外亦能為他種胃腸疾患之隨伴症狀 (如胃潰瘍、幽門狹窄)

症候 自覺的症狀 食後約經一—三小時 發生胃部之壓迫感、緊張感、燒灼感、酸性酸氣、嘈雜、有時吐出酸性胃內容物 此等症狀 尤易發生于攝取一定食物後 食慾多佳良 或亢進 故患者營養不生障礙

多合併痙攣性便秘

他覺的症狀 清晨空腹時 胃內殘完全空虛 試驗餓後一小時 遊離鹽酸能達70以上100度 或更趨過之 但此種酸價 每試驗時 均隨時大有變動 因由胃內排出大量鹽酸 欲維持組織與血液中、酸與Alkalis平衡 故由尿中排出多量之 Alkali 此時碳酸鹽成爲白色混濁沈澱、謂之碳酸鹽尿 (phosphatic urine)

診斷 依胃酸症、如吞酸、嗜睡、酸性嗝氣、胃部灼熱感、壓重感、緊滿感等之食後發作 道消化後則消失 食慾之正常、或充進、便通多便秘 胃內容檢查之酸度增高 多屬容易

療法 1 原因除去 及原發病之治療 2 食餌療法 以能刺激粘膜發生鹽酸之食品 務避免之 如香辣椒性食物 硬性食物等 然能護庇粘膜之食物 則多費用之 如澱粉、蛋白、牛乳、蔬菜、糖類、脂肪肉類、Alkali 性飲料等

藥物療法用Alkaline性藥劑中和最爲有效 重曹、枸椽酸鈉、煨製鎂、羧酸 Ammoniumacetat 過酸化Natresenalin 及過酸化水素水 又制止分泌多用莨菪越幾斯 Atropin, Dumbidin, 次硝酸蒼鉛等 止痛目的則加用Cocain Coroin, Anesthesin, Virdiol促進消化可加 Diastase

3 胃液分泌過多症 Hypersekretion des Magen又名胃液滯、Magnasaffluss 依其性質分下列數種

a 慢性持續性胃液分泌過多症 Gastrocnorriosa Coniuna Chronica, odor Hypersekretionacida

Coniuna

本病依 Reichmann 氏所記述 故又名 Reichmann氏病 然非胃之獨立疾患 乃與其他疾病併發之胃

分泌障礙是也 胃液之分泌過多 呈慢性持續性 雖清晨未食以前 胃中亦有多量胃液

原因 1 強度分泌過多者 多因十二指腸潰瘍、或幽門狹窄(良性) 2 膽囊、脾、盲腸、蟲樣突起等疾

患之反射 3 植物性神經之過敏 本病以中年男子較多

症候 自覺的症狀 一般多呈過酸症 即食後吞酸、嘔噎、酸性嗝氣、胃部灼熱感、或痛感、疼痛狀況

不僅食後 夜間或空腹時亦有之 如攝取卵、牛乳、及 Vegetable 性食物少許 或吐出多量酸性內容物時

多感一時緩解及輕快

他覺的症狀 最重要之變化 即清晨空腹時 能証明多量胃液(六十cc以上)是也 其中無乳酸、有多量

之遊離鹽酸、及 Peptin 與 Indeterminat 有形成分(上皮、白血球、植物纖維等)極少

一般症狀 多不顯著 如胃內容停滯 則呈食慾障礙 而害及營養 大便多秘結 尿正常或減少 富於腐

酸鹽類 此外多合併原發病之症狀

診斷 在空腹時 能屢次反覆證出多量胃液時 即本病是也 但後期胃內容停滯時 須在前夕洗胃 然後

在次晨檢查 多易診斷 如確診後 須更進一步 求其原發病、及合併症之有無

療法 1 原因療法。2 對症療法、即前述之過酸症、及胃潰瘍、神經療法等

b 食餌性（消化性）胃液分泌過多症 *A. imentaria (Digestive) Hypersekretion*

本病乃係因食餌之刺激 始來過量之分泌是也 故空腹時 胃內容檢查 胃液量不如前 a 者之多 然兩者之間 亦有移行型、難嚴格鑑別

原因 與前 a 項略同

症狀 自覺症狀 即前 a 項之胃酸症各症狀 同時多訴頭痛、頭重、不眠、及各種神經症狀 食慾不定

他覺的症狀 有時能證明胃弛緩 及胃下垂 胃內容檢查 早晨空腹 雖無多量分泌 但與以試驗朝食後

則有多量之胃液 酸度亦甚高

診斷 本病亦非獨立之疾病 故確診後 須求其原因疾患

療法 1 原因治療 2 對症治療 3 營養療法 4 神經療法

C. 間歇性胃液分泌過多症 *i. intermittende H. ypersekretion*

本病為間隔不定期的時間 而來發作性劇烈胃痛 同時嘔吐多量胃液是也

原因 本病亦為一種症狀 多在春飭癆（胃性發作性嘔吐）及其他腦脊髓疾患、胃潰瘍 *H. ysteric* 等時

見之 此外為本病之發作誘因者 如精神感動、烟酒等之濫用、均有相甚的關係

症狀 發作多在夜間、清晨、突然襲來 吐出多量之胃液 試檢其性狀 為含遊離鹽酸、及酵素 總酸度

內 科 學

亦呈中等 其中混精液及膽汁 有時混血液 在發作中 食慾缺損、煩渴、但攝取水分、隨即吐出 尿量減少、混濁、屢呈 Alkalie 性 全身症狀 爲頭痛、衰弱、脈搏細小 重時全身流汗、四肢厥冷、諸如此症狀、持續數小時 或一二日 有時延至數日後 患者突呈自然消散 其後不數日內、即恢復健康 在不發作時即間歇時間 有完全無症狀者 或有訴輕度消化障礙者 診斷 依不時發作性的嘔吐 吐出物之不混食物成分等 可推知之 但須進一步 求其本病 且勿忘檢血中 Wassermann 氏反應 必要時檢腦脊髓液

療法。在間歇期中 務求心身安靜 在發作時 行胃部溫卷法、及用微溫沸水 或 Alkalie 性藥液洗胃 必要時注射 Morphine Atropin 以圖緩解 持續時間較長者 可行滋養灌腸 及食鹽水之點滴注射 本病之根治療法 爲尋求原病而施以治療

IV 混合性胃神經症 Mischmagennereose

1 神經性消化不良症 Dispepsia nervosa 又名

胃性神經衰弱症 Gastro Neurasthenie

定義及原因 在消化食物時起 種種的自覺症狀 但他覺的則難證出解剖的變化者 可名之曰神經性消化不良症 (Loque 氏之言) 本病之初期 爲純知覺性的神經症 但經過相當時期則發分泌異常 且續發一般神經症狀 故列入混合性胃神經症下

但據 Osmond 氏之言曰 本症不啻爲神經衰弱 (Nervous) 之一般症狀而已 此外胃下垂 胃弛緩時 亦呈此症狀 各種臟器疾病之反射、貧血、結核、糖尿病後之癩瘵、烟酒之濫用、精神過勞等、亦均能誘發本病

本病之症狀 約言之即前述運動性、分泌性、知覺性之各種症狀之混合而來者 故其症狀 亦即前述之各種各樣之症候 但絕非三者之平均混合 乃參差不齊之各種症狀 或缺或現是也 略言之 即各種胃病狀、胃部膨滿、壓量、緊張感、惡心、胃部不安、嘔吐、噯氣、或有或無 有則且甚頑固 此等症狀 時因食物之離胃後而消失 或在清晨空腹時而來之空腹痛 及食後之刺痛 (此時與胃潰瘍之鑑別頗爲困難) 有時發痛痛樣 如胆石之發作 有時因分泌過多 而招來幽門狹窄 又本病固有之症狀 爲與食物之性質 及多少無關 有時雖攝少量之食物 或來劇烈之消化障礙 有時雖食多量食物 亦有不發症狀者 發病不定 及病之變換無常 依精神之變調 有顯著之病勢變動 食慾不定 舌多清潔 但有合併症時 則被厚苔 胃液之分泌狀況亦不一 有時鹽酸分泌過多 有時鹽酸缺乏 所謂胃液分泌不同症 (Hæmorrhagic) 胃之蠕動 有時亢進 但排出時間 此因此而有變化 一般症狀 營養多佳良、有頭疼、頭重、暈眩、不眠、全身倦怠、心悸亢進、手指眼險等處之顫動、髓反射亢進、及迷走神經緊張症 (Vagotonic) 等、之神經衰弱症候 及植物性神經過敏等 診斷 詳查既往症 有不規則之胃病發作 2 胃症狀之短時期內變換反覆 3 與食物之性質的關係極小

4 依精神的變調而可左右 5 胃內容之成績每次不同 6 一般神經衰弱之各症狀等 而可推診為本病 但亦須注意胃自身及全身各種疾病之有無 經過 為慢性頑固之疾病 且易再發

療法 1 原因療法 精神療法 須時時勸諭以本病為他病之一分症狀 且須使患者之精神轉換 勿令注意此病為要旨 3 食餌療法 使患者養成正規之飲食習慣 講求營養 以求肥胖 有時變換食品 以引起其食慾 4 理學的療法 與一般神經症狀同 可試行水治療法 按摩及電氣療法 5 藥物療法 對食慾可投以規那度煎 Condurang 皮煎 Oxin 等 鎮靜神經 可投以臭素加里、臭素曹達、抱水 Choua 1. Sclerbae Luminil, 等食血可與鐵劑、礮素劑等

第六章 腸之疾患 Krankheiten des Darmes.

附 腸之平均長度及食物停留時間表

腸之長度	男	女	食物在腸內停留時間
全長	七八五、一 cm	七二九、九 cm	
			小腸三、五—六小時

小腸	六四五、〇 cm	六二、九 cm
盲腸	五、六 cm	四、八 cm
蟲樣突起	一二、一—五、八、四—三、六 cm	cm
大腸	一四四、三 cm 男	一三七、六 cm 女

大腸一八—二四小時
大便秘一日一回
排出量約一六〇 g

壹 腸炎 Enterocolitis 又名腸加答兒 Darmkaroth

1. 急性腸炎 Enterocolitis Emeritis akuta, od, Akute Darmkaroth

原因 本病爲夏秋時、屢次週週之疾患 尤以小兒老人及胃腸衰弱者爲多 其原因有各種 1 傳染病等之誘起、如霍亂傷寒、副傷寒、赤痢、流行性感胃、敗血症、瘧疾、猩紅熱、麻疹等 2 化學的刺激 如濃酸、Alclic 鹼毒、(食物品)鉛、水銀、亞砒酸、以及各種下劑內服 3 器械的刺激 如硬固糞塊、

內科 學

胆石、異物、腸管內之寄生蟲、及反復的洗腸、灌腸、4 食物不攝生 如暴飲暴食、過冷飲料、不潔的果
品、及冷熱軟硬之食物等同時服用 5 感冒 亦屢為本病之誘因 蓋同時腸粘膜之抵抗力減退故也
病理解剖 炎症部分之粘膜 潮紅腫脹 有分泌物 上皮時有脫落 此種變化 以腸絨毛為最顯明 孤立
淋巴腺及叢生淋巴腺等處腫大 較粘膜面稍隆起 其周圍紅暈 有時其濾胞變成潰瘍 炎症過重時 則毛
細血管出血 依部位的關係 有全腸管及胃均被侵犯者 有單侵小腸之一部 或大腸之一部 顯微鏡的檢
查 則見粘膜上皮脫落、*Diapedesis* 此種細胞之各種程度的退行變質 血管之充盈間質組織之浮腫
及圓形細胞之浸潤等

症狀 從來健康者 突覺腹痛、不快感、雷鳴等 而續發下痢 疼痛之狀況 種種不一 輕時感微痛者有
之 重時感劇疼者亦有之 限於一處者有之 宜於全腹者亦有之 下痢為本病必發之症狀 其次數依病勢
之輕重而不同 一日間 自數次至十數次 其先為粥狀 次則為水狀、多同時排出大量瓦斯而放惡臭 每
排便後、則感一時性輕快 但不久則又襲來 次數愈增加 而漸失其臭味

他覺的症狀 腹部無顯著之變化 有時見輕度之鼓腸 但疼痛時 因腹壁起反射性收縮 而來凹陷者有之
有時能自腹壁外方 即可見腸之蠕動運動 試行壓按腹壁 則呈不快覺或壓痛 又行衝突狀觸診 可聽
得振水音或雷鳴

一般症狀 輕症時 一般症狀頗少 僅感知四肢無力 及不活潑 食慾減退而已 重者 則訴口渴、食慾

缺損 因屢次如廁 而感全身疲倦、舌苔、口臭、及合併胃症狀 熱多缺如 亘數日不愈者 則感衰弱、顏貌憔悴、脈搏細小、四肢厥冷、尿量特別減少、有時陷虛脫狀態 老年及小兒 尤易較重

大便之性狀 其初排泄者 屢呈不消化性糞便 重者 有完全呈不消化者 所謂完穀下痢 (*Dysenteria*) 是也 細菌性下痢 多混血液 而消化不良性下痢 則多為水樣便 其在腸內腐敗者 呈暗色放惡臭 如醇時 則透明而呈酸臭 富於瓦斯 反應一般呈中性 但腐敗時則呈 *Alkalie* 性 醱酵時則呈酸性

尿量 因減少故 比重特高 (1.015—1.025) *Indican* 反應陽性 上述之症狀 為腸全被侵及時之症狀 如症狀限局於某一部時 則其症狀特異

a 小腸炎 *Enteritis* 多因胃炎而續發 即因症狀較輕 未波及於大腸者是也 此時多無下痢 僅呈粥狀便 熟視之可知其中含有粘液片 細別之又有下述各種

b 十二指腸炎 *Duodenitis* 多因輕度胃炎 而移行於十二指腸時所發 主徵為黃疸 有時右側上腹部有痛感

c 空腸炎及迴腸炎 *Tenitis* and *Ileitis* 即前述小腸炎之症狀是也

d 結腸炎 *Colitis* 有下行性 乃自上方胃炎及小腸炎而續發者 又有上行性 乃因直腸及 S 字狀結腸波及於上方者 結腸炎多限局一方 且喜向深部侵蝕 尤易成慢性腸炎 其必發之症狀 亦為下痢 有一晝夜達十數回以上者 同時有強度之抽痛 於 S 字狀部有壓痛 便中含多量之粘液 有時含膿汁及血液 且多

附着於糞便之表面 本穢之輕者 多數日而治愈 但重者有時形成腸潰瘍 其經過乃百數日

e. 直腸炎 Proctitis 於直腸部發劇痛 向會陰部 膀胱 下腹部等部處放散 主要症狀 爲裏急後重 Tenesmus

即便意頻數 雖屢次登園 但便甚少 僅排少量粘液 或膿性粘液性及血性粘液等

經過 數日乃至數週 治後亦有再發之傾向

診斷 多容易

療法 (一) 原因療法 檢知患病之原因 首先除去之 如消化不良性者 投與飽麻油甘朥等 而驅出之

因毒質之刺激者 早期則行胃洗滌 時期已過 則視毒物之性質 而投以適宜之下劑 傳染性者 亦以下劑排出其毒力爲宜 無論其任何種類 迨其有害物質離去腸管後 然後力求之安靜 而圖恢復 (二) 安靜

及食餌療法 原因既去 須以保護胃腸爲第一原則 必要時就極靜養數日 且同時行腹部溫浴法 懷爐

燒鹽貼用等 食餌以務求攝生 最初二三日間行絕食療法 僅對口渴與以淡茶 葡萄酒等 有炭酸之飲料

多不適宜 牛乳能引起下痢 亦以禁止爲宜 如此迨食慾發生後 局部毫無症狀 則漸次與流動食 雞

湯 卵黃等 其後時時注意其經過 以移行於常食 (三) 藥物療法 在初期已如前述 可用各種下劑 在

恢復期 其下痢仍不止者 可與以收斂劑 腸滯毒劑 止痛劑等 如碳酸鈣、燐酸鈣、白陶土、骨炭、重

曹、Solial 次稍蒼、次撒蒼、Tanalbin、Tannigen 糞毒劑、Morphin、Pantopon 等在急性穢之虛脫時 可

與赤酒、波蘭地等與奮劑、及樟腦、Coffein、生理食鹽水葡萄酒等之皮下注射 對結腸炎 以洗腸爲

洗滌料以生理食鹽水、澱粉漿、及單寧酸水、爲普通常用者 對直腸炎之裏急後重 可用阿片罌粟坐藥
(四)後療法 腸炎已全愈後 仍在相當期內有過敏性質 故對硬性有刺激之食物 以避免爲宜 如發

便秘 以軟腸較佳 下劑暫勿用 否則易轉爲慢性炎症

2 慢性腸炎 *Enterocolitis (Enteritis) chronica, oder Chronische Darmkatarrh*

原因 本病或續發於腸粘膜炎之急性疾患 及腸狹窄、腫瘍、潰瘍等 或因常習性飲酒、下劑之濫用、胃疾
患(分泌缺乏之症)門脈系統鬱血等而發

病理解剖 腸粘膜炎呈石板灰色或褐色 雖有時粘膜炎厚 腺呈痙攣狀擴張 而以粘膜炎起萎縮者爲多 其萎

縮部位 概在腺層腺組織消失後 則結締質增殖 起著明萎縮之部位 爲迴腸之下部分與大腸

症候 一般症候 較急性時爲輕微 患者訴腹部有不快感、覺壓迫感、膨滿感、腹鳴、有時感腹痛 但概

不甚劇烈 食慾不振 有舌苔、頭痛、眩暈、全良疲倦、無意勞作 行腹部之他覺的檢查時 能證明輕度

的鼓腸 及拍水音 大便爲稀薄液狀或粥狀 每日數次 或與便秘交替出現 如患者生活法適宜 亦有呈

正常大便者 但稍不攝生 或感冒及精神感動 即能誘發下痢 常能由大便 證明粘液 而混合血液或膿

汁者亦不少 發惡臭 行顯微鏡檢查 屢能檢出食物殘渣 往往放出惡臭尿量正常 *Erythrocyten* 含量屢增加

榮養狀態 屢起障礙 患者顏面呈蒼白色 如腸粘膜炎萎縮時 則強度羸瘦 呈惡液質狀態 與惡性貧血相

似

經過 緩慢 能繼續數月或數年 至後期雖加以治療 不過輕快而已 不易完全就癒

慢性腸炎之中 如炎症機轉限局于 S 字狀腸及直腸等時 易形成潰瘍 頗頑固 謂之曰潰瘍性結腸炎 (

Colitis caecora) 或重症結腸炎 (Colitis gravis) 其原因為直腸赤痢 直腸之淋病傳染 但亦有不能證明何等原因

者 其臨床上症候 然下痢糞便中混合粘液、血液、膿汁 裏急後重 腹部膨脹 有壓迫感 或痙攣感

大腸部位 有壓敏 特於有潰瘍之細腸部位 當行觸診時 知其成爲起強度收縮之索狀物 對於接觸 頗

銳敏 概有發熱 經過中 屬營養貧血

診斷 據糞便 及胃液檢查外 直腸 S 字狀腸鏡之檢查 亦屬緊要 因重症結腸炎等 僅賴此法 始能診

斷 在重症結腸炎時 更須由糞便檢查赤痢菌 *Enterobac* 淋菌等

療法 最緊要者 爲食餌療法 即患者攝取食物 務以易于消化而富于營養者爲宜 至于食品之選擇 視

消化障礙種類之如何 而有差異 例如有異常發酵時 則限制含水炭素食品 如有強度腐敗機轉時 則限

制多量肉類

對於下痢 則用阿片收斂劑 如單寧酸劑 蒼鉛等 吸着劑如白陶土 獸炭末等

若腸管內有異常發酵或腐敗現象 大便發惡臭時 則服 *Naphthain*, *Sall*, *Menthuran* *Resarin*, 等防

腐劑

有便秘時 以行瀉腸爲宜 (微溫水生理食鹽水 藥用石鹼水 油類等) 若不奏效時 始用緩下劑

如炎症部位 在大腸下部或直腸時 行灌腸療法能達制瀉之目的

或 0.1—0.2% 硝酸銀水 或 0.5—1.0% 醋酸水 注入量藥為 600—800 cc

液腸通常用 0.2—0.5% 單寧酸水

貳 蟲樣突起炎 (Cephalitis) 與盲腸周圍炎 (P. Plicophiles)

原因 本病為極緊要 而屢易遭遇之疾患 其原因乃由于蟲樣突起有特異之解剖的位置故也 即蟲樣突起內腔狹窄 多皺襞 富于淋巴濾胞 有著明移動性 屢易彎曲及轉位 故容易使其分泌物 及其內容物 儲留 致炎症病原菌容易滯于此處發生炎症

蟲樣突起炎之原因 多屬于原發性 至于病原菌是否由血液侵入 或隨腸內容達於此處而發生本病 尙無明白確定 偶有為續發性者 即受盲腸或鄰近器官炎症 (如卵巢炎) 之蔓延也 其他蟲樣突起內腔之異物 (如糞石、果實之核、蟻蟲、鞭毛蟲等) 亦能誘發本病 口缺炎後 屢能發生本病 (其關係不明) 如炎症蔓延至漿液膜時 則發生盲腸周圍炎

本病概發生于青年 (二十至三十歲之間) 除再發性者外 發生于三十歲以上者較稀 發生于男子者較婦女為多

病理解剖 最輕度的變化 為粘膜之表皮缺損 與粘膜層及粘膜下層之白血球浸潤 其浸潤呈楔狀 尖端位於粘膜缺損部位 而楔狀底達于漿液膜 謂之原發感染 (Primary Infection) 如有多數粘膜缺損 蟲樣突起腔內有化膿性滲出液 蟲樣突起壁有浸潤及肥厚 並有時漿液膜亦有纖維素沉着時 謂之單純性蟲樣突

起之炎 (Appendicitis Simplex) 如粘膜炎及化膿性浸潤 漸次蔓延則形成蜂窩炎性潰瘍性蟲樣突起炎 (Appendicitis Phlegmonosa ulcrosa) 至此時 腹膜尚無著明刺激 若無合併症 亦能迅速就癒 若單純性蟲樣突起炎就癒後 其腔內遺留部分的閉塞或狹窄時 則其內容物儲留 其後易于起再發 若蟲樣突起漿液膜 與隣近器官愈着時 則形成迴盲部腫瘍 (Ileocaecal tumor) 蟲樣突起炎之重症者 謂之重症蟲樣突起炎 (Appendicitis Destructiva) 此時破壞機轉顯著明 並腹膜亦受侵犯 若蟲樣突起壁之化膿性浸潤形成粟粒性膿瘍時 則向壁外 或腔內穿孔 此時謂之蜂窩炎性蟲樣突起炎 (Appendicitis Phlegmonosa) 若于蟲樣突起壁 形成較大梗塞 或壞疽 向腹腔內穿孔時謂之壞疽性穿孔性蟲樣突起炎 (Appendicitis gangrenosa Perforata) 如蟲樣突起 與其鄰近器官已起愈着 則穿孔後不過形成盲腸周圍炎而已 如未愈着則穿孔後形成汎發性腹膜炎

瘰癧 本病瘰癧 視炎瘰癧類 蟲樣突起位置如何 及癒着之有無等關係 極為複雜 可分為呈定型症者 與非定型症候者二種 本病經過 一般分為二期 即初期 (Inchoadum) 與迴盲部腫瘍形期 (Bildung des Jeococa/tumor) 定型期是也 (Intra-mesenteria Stadium) 定型狀候 若蟲樣突起之位置 迫於前腹壁 已有愈着 呈包被狀態時 則呈定型症候 概係突然發病 即呈急性限局性腹膜炎症候 而誘起全腹膜炎之刺激狀態 故患者突然感覺放散于全腹部之自發性劇烈疼痛 並有着明壓痛 尤以蟲樣突起部位甚為着明 右下腹部常有著明之肌肉緊張 謂之肌肉防衛 (defensa Muscularis) 該處之腹壁反射亦消食愈不 失振

惡心、嘔吐、腸機障礙（下痢或便秘）舌面乾燥 概有厚苔 屢有局限性鼓腸 發熱（*paries*）右
上脘屢尋屈曲位置 脈搏之性狀 頗屬緊要 如腹膜炎病 尚限于局部時 則脈搏調整 脈搏數隨體溫上
昇而增加 但不超過九十至二百 若腹膜炎為限局性時 此等急性刺激狀消退 于二十四至四十八小時
以內 僅殘留局部症候而已 此等移行于第二期 即迴胃部腫瘍形成期（*Sigmoidesileocolicum*）
亦有完全缺乏上述之初期 一般腹膜炎候 僅限於迴盲之壓敏 或多少著明之肌肉緊張 而自發痛或有或
無者 體溫概昇騰 亦有呈常溫者 脈搏數視疾患之輕重 有相當之增加 概有若明之食慾不振、惡心、
而嘔吐、或完全缺如或僅於病初 一次之嘔吐而已

一 般有強度之初期腹膜炎刺激現象者 多屬于重症破壞性穿孔性蟲樣突起炎（但不盡然 因外觀上似為輕
症 初期腹膜刺激症候或完全缺如或極少 但亦能發生穿孔）

迴盲部腫瘍形成期 亦有輕重之分 輕濇者 乃腹膜炎症 僅限局于蟲樣突起及其附近之時也 其經過如
下 若病初有一般腹膜刺激現象時 迅速減退 自發性疼痛及壓痛 限局于迴盲部 並于該處現出腫瘍
能由觸診或打診証明 發熱繼續二至三日後 即復常溫 脈搏亦于短期間內恢復正常狀態 所形成之腫
瘍 漸次不着明 卒至完全消失 此時患者恢復健康狀態 重症者 乃炎症範圍較廣 並更進行至形成膿
瘍之時也 一般苦痛雖亦能迅速減退 成爲限局性 但發熱或下降或繼續四至五日後 一旦下降以後 復
上升 但須注意者 發熱之經過 往往不足爲憑 因有時呈重化膿經過 而能完全無熱也 此時宜注意

腋窩下體溫 與肛門內體溫 有無著明差異 如相差在 0.5°C 以上者 則為腹膜有強度炎症變化也 脈搏之性狀 頗屬緊要 重症時脈搏細小柔軟 雖發熱減退 脈搏數亦在一〇〇以上 迴盲部腫瘍 能增長至手拳大或超過之 繼續五至六日 無縮小傾向 或更增大 有輕度腹膜刺激現象 復出現腹痛 又成為瀰漫性 如此症狀一弛一張 卒至膿瘍或被切開 或向腹腔鄰近腸管、膀胱、腹壁等處(穿孔 或醃成橫隔膜下膿瘍(Subdiaphragmischer Abszess)盲腸周圍結締織炎(Paratyphlin)流注膿瘍(Sankwabszesse)等 亦有較大膿瘍 為膀胱組織包裹者 此時雖無發熱 而患者一般狀態 極為不良 有時迴盲部腫瘍 雖覺消失 而重一二日 亦仍然存在 乃由于形成周圍腫瘍 致腫瘍濁音消失也 有時能於尿中證明蛋白質 非定型發候 若蟲樣突起 預知未發生愈者 突然發生急性電擊性炎一時 穿孔後釀成汎發性腹膜炎 未發生腹膜炎以前 因缺乏局部症狀 不易確實診斷 僅據局部之肌肉緊張 推測為本病而已 此種狀態多不形成迴盲部腫瘍 若蟲樣突起不在正常位置時 雖形成腫瘍 往往不易觸出例如蟲樣突起轉位于盲腸後方 或腸骨棘之上外方時 不呈腸方面發候 僅于腰部有壓敏而已 若蟲樣突起轉位于薦骨胛 (P. posteriorium) 或小骨盤時 患者僅訴臍部或耻骨縫際部之疼痛 由腹壁不易觸出 僅有時行直腸內觸診 始能証明 若向肝臟轉位時 則發狀與胆石疝痛相似 有時發生再三反覆之惡寒戰慄 乃由于門脈區域之敗血性血橙也 若蟲樣突起炎 未完全治愈時 則能再發 間歇期間患者仍覺迴盲部有壓迫感覺 此間歇期謂之慢生期(Chronische Stadium)本病之再發 約占二〇% 概發生于一年以內 亦有經數年後始再發者

診斷 須詳細詢問既往症 「以前有否發熱性發作 廻盲部之不定痛苦」對於現症 應注意者 爲廻盲部之自發痛 Mac Burney氏點之壓痛 該處之腹壁肌肉緊張 廻盲部腫瘍 發熱、嘔吐、白血球增加 中性多核性白血球之核形左側推移 (Linksverschiebung der Leukozytenkerne)等 至于決定化膿之有無 應床上極爲重要 然有時頗感困難 據繼續性發熱 腫瘍之波動 重篤全身痿候 白血球增加 「本病概有中等度白血球增加 形成膿瘍時 有強度增加症 至于最重癰而預後不良者 反成白血球減少症」等 概可知其有化膿也

如蟲樣突起位置異常時 則易于與種種疾患混同 如膽囊炎、腎臟結石、胃潰瘍、十二指潰瘍等、格魯布性肺炎、傷寒等時 亦能于廻盲部發生疼痛及壓敏 右下腹部之腹壁緊張 亦能見于淋毒性骨盤腹膜炎 (Gonorrhoeische Pelvisperitonitis) 若廻盲部形成腫瘍時 須與結核性或放線狀菌性廻盲部腫瘍區別

預後 決定本病之預後時 須特別加以注意 因以後經過之如何 難以預料也 一般有化膿者 若不行外科手術 則預後不良 最危險者爲合併汎發性腹膜炎

療法 本病療法 介于內外二科之間 有主張完全用外科手術者 有主張內科的療法 僅化膿或起穿孔性腹膜炎等時 則依賴外科 實際上發病後 二十四小時以內 行外科手術者死亡率頗多 約(0.6—2.0%) 而昔時多數行內科療法者之統計死亡率有 10—12% 故多數外科醫者 主張若遇本病無須顧慮 即行手術 茲將適于內科或外科療治之狀況 略述如下

如在病初、尚未形成洞官部腫痛等 而發病時甚劇烈 有附膜炎現象等 以即時行外科手術為最佳 因有起況發性腹膜炎之危險也

非蟲撲突起似有轉位等 行外科手術作開腹診斷 並有轉位之蟲撲突起炎 預後極為不良 故以早期行手術為佳 如在病初 而腹膜炎現象輕微或完全缺如 可行內科療法觀望 若病狀急趨於劇烈 即行手術 若患者已至發生洞官部腫痛時 則據一般狀取決 即為輕症者 脈搏整調 不甚頻數 發熱亦不高 僅有一次嘔吐或全無嘔吐者 以內科的治疗為適宜

若有反覆嘔吐 發熱至三四日後尚不下降 一般症狀無著明之減退 病機似有增進之兆 或推測有膿瘍等時則宜行手術

適於內科療治者 為急性輕症 而未形成膿瘍 並診斷尚不確實 而無肌肉緊張者 至於形成膿瘍時 則限於有輕度之一般症狀 而能迅速輕退者

慢期 若已有數次再發 而其間歇期亦顯著明症狀時 宜行外科手術 若小兒曾經罹患本病時 宜於間歇期間行手術 因小兒屢易起再發也

最難決定者 為合併妊娠 因手術有時能誘起流產 而分娩亦能誘起本病之再發

一般間歇期手術 (Intermittent Operation) 概於發病後 經過八至十星期行之 內科療法之要旨 在於使腸管安靜 因之炎症轉轉 僅限於局部不至蔓延 適於此種目的 絕對安靜 病初禁止攝取食餌 其後僅與

以流動食品 局部則用冰袋 或用冷濕布 藥劑之中適於此目的者爲阿片 但在初期 以不用爲宜 因用阿片後 往往不易察知本病之真相也 于週官部形成腫瘍時 用適當量後 能抑制自發性疼痛 頗有相當效果 因阿片發生之便秘 雖繼續一星期左右 亦無大碍

參 十二指腸潰瘍 (Das duodenalgeschwür)

原因與解剖 本病原因及發生條件 與胃潰瘍同 亦係受胃液及腸液之消化作用也 廣大範圍之火傷 屢爲本病之原因 其他原因關係 爲胃酸過多 胃下垂 動脈硬化 敗血症 蟲樣突起炎等 本病多見於男子 而發生於乳兒者不稀 其發生潰瘍之部位 多在十二指腸之起始部 並在與胃小彎相當之後側 其病理解剖上之變化 與胃潰瘍同

症候 本病之症候 有完全潛伏 不發生何等症候者 有與胃潰瘍相似者 亦有時突然發生出血或穿孔 發致誘腹膜炎

自覺症候 主要者爲自發性疼痛 其疼痛部位 在上腹部之正中線上 或稍偏於右方 疼痛爲定期性 (亦有爲繼續性者) 即經數星期或數月之間 完全不覺疼痛 而感冒、濕潤、攝食不當等 似爲疼痛發作之誘因 疼痛之發作 與胃酸過多極相似 概在胃空虛時 即攝食數小時之後 或夜間謂之遲發痛 (S. darschmerz) 或似感覺飢餓等 故又謂之飢餓痛 (Hunger Schmerz) 除自發性疼痛外 尙有不快感 膨滿感等 食慾佳良 他覺的症候 壓痛亦爲緊要症候 其壓痛點 與自發性疼痛部位相當 有時用打診

敲打該部位 較之觸壓 更易于發生局部壓痛 右直腹肌之上部 有時呈著明強直 癢癢狀 聽極佳良 舌亦清潔 概無嘔吐 而主要症候爲出血 故流出大量血液等 概不出吐血 而由便血排出 成爲 白 糞便 少量時則爲潛出血 檢查胃液時 概有胃鹽酸過多 若潰瘍發生於十二指腸之下部 或起瘻者時 總輸膽管閉塞 則發生黃疸 若有高度狹窄 則與幽門狹窄同 能引起續發性胃擴張

發生穿孔時 能引起穿孔性腹膜炎 此時突然于腹部 感覺劇烈疼痛 繼之以虛脫症狀 若穿孔以前 與鄰近器官癒着時 則僅發生限局性腹膜炎 或橫隔膜下膿瘍 (Subphrenic Abscess)

診斷 本病之確實診斷頗難 當潛伏期間 自無從診斷 據疼痛部位 時刻 定期性發作 便血 偶有吐血 偶合併黃疸等推測爲本病而已 行 Reichen 線檢查 屢能呈特殊所見

鑑別診斷 與胃潰瘍之區別 則據缺乏原發性嘔吐 (但若有十二指腸狹窄能有續發性嘔吐) 飢餓痛 或遲發痛自發性及壓痛之部位等症候 但有時亦感困難

腸寄生蟲尤以迴蟲症 能發生本病相似之症候 此外與本病相似者 爲鹽酸過多症 腸道疾患 查極癆性胃發瘻 至不能決疑時 即行 Roussin 線檢查 須注意者 Roussin 線檢查之結果 並非常能確定本病

療法 本病之療法 與胃潰瘍同 但本病較胃潰瘍更難就愈 如發生繼發性狹窄 反覆之大量出血 內科的治療不易見效時 及發生穿孔時 則行外科手術

肆 腸結核 (Die Tuberkulose des Darmes)

原因 本病多爲續發性疾患 尤以續發於肺結核者 占半數以上 多由於嚥下含有結核菌之痰故也 原發性腸結核 多發生於乳兒及幼兒 乃由於攝取含有結核菌之食品也

病理解剖 結核變化 常由淋巴濾胞 (Tollikel) 及 Peyer 氏集腺起始 概位於迴腸下端 盲腸及結

腸上部 尤以迴盲瓣附近最爲着明 各結核結節互相癒合 形成瀰漫性結核浸潤 漸次向深部進行 蔓延

至粘膜下層及肌肉層 而表面崩潰 形成特有之輪狀潰瘍 其底面與邊緣 尙能檢出結核之結節 迴盲部

結核 因盲腸管壁之腫瘍樣肥厚 (由于結核性肉牙組織) 並因結締織之增生 故形成腫瘍 甚至能釀成

腸管腔狹窄 直腸結核 形成潰瘍 屢爲直腸周圍炎性膿瘍 (Periproctischer Abscess) 或瘻管 (Fistel)

之原因 治療後能形成癍痕性狹窄

症候 本病有時能完全不發生症候 謂之潛在性腸結核 (Latente Darmtuberkulose) 然本病之大多數

有頑固下痢 爲其特徵 於大便中 能檢出少量血液、膿汁、組織片、及結核菌 因頑固下痢 患者於短

時期內 即陷於高度營養不良及脫力 (Anorexie) 有時能發生重症貧血 局部有自發性疼痛及壓板

亦有不訴疼痛者 食慾或缺之或失常 因潰瘍發生大量腸出血 或腸穿孔者較稀 尿中之 Jodien 含量

概有著明增加 有時潰瘍形成癍痕就愈 因之能引起腸狹窄 體溫爲應注意之一候 或爲不規則之發

熱 或呈消耗性熱型

廻盲部之限局性結核 有時成結核性廻盲部腫瘤 (Typhulose Illocaecum) 病初呈不定之一般症候 如食慾缺乏、羸瘦、膨滿感、便秘與下痢交互出現 逐漸呈慢性腸狹窄症狀 即症痛、便秘、腹部膨隆、有能預知 甚至能自擊之腸蠕動或腸強直等 此時于廻盲部 能觸出腫瘍 概較堅硬平滑 然有時凸凹不平 對于壓迫 不甚感覺疼痛

潰瘍性直腸結核 其一部分為潛在性 其他一部 發生劇烈裏急後重 由糞便排出帶液膿汁 屢形成痔瘻 結成瘻瘻後 發生狹窄瘻候 腸管之原發性結核 概發生於小兒 呈特殊候 昔時謂之小兒疳勞 (Tuberculosis) 其主要候為漸次增進之羸瘦及貧血 頑固消耗熱 及中等度下痢 無論如何療法 不易治愈 有時能觸出腫脹之腸間膜淋巴腺 或為無移動性之腫瘍 患者概死亡于粟粒結核 或結核性腸膜

炎 診斷 結核患者之下痢 非盡屬于腸結核 亦能由于受毒素之作用也 故此種下痢不過為一特殊現象 而已 亦不能以下痢之強度 為判斷潰瘍而大小之標準 若能于糞便中檢出結核菌時 則診斷較為確實

但須注意者 有時腸管健全 而亦能由糞便排出結核菌 乃係由于嚥下糞液中之結核菌也 然于廻盲部腫瘍 及有狹窄時 吾人能據糞便中之結核菌 可推測該症候為結核性也

療法 食品應選擇無刺激性者 例如牛乳、米湯、葛粉粥等為主 加以鵝卵、肉糜 漸次時 可加細碎之肉類、魚類、

對於下痢 則用阿片與收斂劑 直腸之結核性潰瘍 行局部療法

對於腸結核之瘻瘻治癒後之狹窄 或迴盲部腫瘍時 即行外科手術

伍 腸梅毒 (Die syphilitische Darms)

臨床上緊要者 爲發生于梅毒第三期之變化 於腸管之一定部位 (例如上行結腸) 發生廣汎性潰瘍 因瘻瘻致成狹窄 然最發生潰瘍之部位 爲直腸 並在直腸最下端 此時解剖上變化 或成爲硬固瘻瘻圓狀之浸潤 或因爲潰瘍所發生之狹窄 行手指檢查 (Digital exploration) 能檢出特殊之漏斗狀狹窄 其上端有輪狀瘻瘻之平滑邊緣 狹窄部屢有廣汎性潰瘍 此種潰瘍 似非爲特異性 恐係由于受蓄積糞便之刺戟而發生也

症候 本病症候 爲漸次增惡之直腸狹窄 概與直腸加答兒合併 初期時大便中屢含多量血液 易誤認爲痔出血 形成狹窄時 則排便困難 有強度加答兒時 則發生粘液膿性下痢便 有裏急後重 有時能誘起直腸周圍炎 (Peritonitis) 或痔瘻 或因狹窄部上方之穿孔 釀成穿孔性腹膜炎 本病多見于婦女 因直腸與膠鄰接 有感染性之分泌物 容易達于急腸也

診斷 除局部檢查外 據梅毒既往症 Wassermann 氏反應 其他皮膚或粘膜之梅毒性變化 以及驅梅毒療法之效果等 概能診斷

療法、行驅梅毒法 對於狹窄 輕症者用消息子擴張法 重症者則外科手術 此外行鈉療法 即對於加

答兒症狀 行直腸洗滌 對於裏急後重 則用阿片或 Belladane 之坐藥

陸 腸管放線菌病 (die Actinomykose des darms)

本病為因放線狀菌 所發生之腸管膜局部炎症 能漸次向腸壁深部進行 達于腹膜誘發腹膜炎(概為慢性) 性顯著者 腹膜炎 (最易遺遺者 為病變侷限于迴盲部 形成放線狀菌性迴盲部腫瘤 (Actinomykosischale oca tumor) 與結核性迴盲部腫瘤 及慢性蟲樣突起炎相似 較特有之點 為容易早期與腹壁愈着 致腸壁亦受其浸潤

診斷 確實診斷 僅據放開後 証明放線狀菌

療法 外科手術或 Roucen 徹照療法

柒 腸管新生物 (die Neubildungen des darmkanals)

腸腫瘍之中 惡性者有精腫及肉腫 良性者有腺腫 (Adenom) 平滑肌腫 (Leiomyom) 纖維腫 (Fibrom) 脂肪腫 (Lipom) 嗜液腫 (Myxom) 等 良性腫瘤及肉腫頗稀 最易發生者為精腫 故腸癌腫於臨床上極為重要

一 腸癌腫 (carcinom des darms)

原因 腸癌腫發生之原因 與其他臟器之癌腫同 現時尚未明瞭 容易受刺激之部位 較易發生 多發生于男子 發生年齡概在四十歲以上 然亦有發生于青年者 本病概為原發性 然亦有續發于膀胱、攝護腺

、子宮、胃等隣近器官者

病理解剖 腸管之中 最易發生膿腫之部位 為直腸 其次為盲腸及結腸 而發生于小腸者頗稀

腸癌腫概為有隣近構造之圓柱細胞癌腫 即腺癌 (Adenocarcinoma) 其他硬性癌 (Sarcoma) 及膠樣

癌 (sarcoma) 較稀 腸癌腫有沿腸管橫經早輪狀蔓延之傾向 故易惹起狹窄 癌腫表爾易于崩潰

瘍 形成潰瘍狹窄條之上方 易誘起肌肉肥厚 因糞便蓄積 起膿液性加答兒 又因受壓迫或牽引 形成

潰瘍 形成轉移 (Metastase) 之傾向不甚著明 如有轉移 則發生于附近淋巴腺、肝臟、及腹膜、

癌候 木病症候 極不一定 往往無確實奇狀 至解剖時始能發現 亦有病初不呈何等症狀 至後期始現

出種種癌候 而其候 視癌腫發生部位之如何 大有差異

工一般症候 與他臟器之癌腫同 即體重漸次減少 脫力、惡液質、及貧血等症候 有時亦能發生一定期

間之繼續性發熱 致容易誤認為傳染性疾患

工局部症候 視癌腫發生部位之如何 而有差異 茲就各主要部位之癌腫 敘述如下

(a) 直腸腫 (Rectumcarcinom) 約占全腸癌腫之 30% 其首先現出之痛苦 為大便排泄障礙 即頑固

便秘 裏急後重、疼痛、其後便秘與下痢交互出現 大便混合粘液、組織片、血液、膿汁 (為有加答兒

與潰瘍之症候) 有大便早細索 (Bleatilitzer) 本病下痢 屢有特徵 即每次僅排出少量糞便 本病經

過中 屢有與膀胱炎相似之膀胱障礙 有放散至生殖器之疼痛、薦骨部痛、坐骨神經痛、此等症候 乃係

由于癌腫蔓延至鄰近器官所致也。直腸癌 有不呈何等症狀 至疾患末期 突然發生腸閉塞現象者 但概能于早期 即發生腸閉塞 或腸穿孔性腹膜炎 本病進行至相當程度時 肛門括約肌陷于不全麻痺 (Paralysis) 致常流出惡臭膿汁 有時合併痔核 致將本病症狀誤認為發生於痔核者 有因本病發生敗血症現象者 患者陷于惡液質 卒至死亡

(9) 結腸癌腫 (die Carcinom des Colons)

結腸最易發生癌腫之部位 爲 S 字狀腸 及盲腸 然亦能發生於上行結腸、橫行結腸、及左右結腸彎曲部 本病初期 屢不呈特殊病候 即僅爲頑固便秘 腹部鈍痛感覺 及漸次增劇之一般羸瘦與衰弱而已 至腫瘍增大時 即漸次現出發作性痙攣樣疼痛 著明之腸強直 及腹部膨脹、嘔吐、便秘等 腸狹窄之病候 疼痛部位 屢不與癌腫部位一致 僅訴臍部爲主要疼痛部位者不稀 有時大便呈特異形狀 即或呈帶狀 或與羊糞相似 常混合粘液、膿汁、血液 若爲有崩潰傾向之大腸癌腫時 屢不呈狹窄現象 僅繼續的排出血性粘液下痢便 而有強度臭氣 爲主要症候 至於癌腫之小片脫落後 由大便中能檢出者頗稀 結腸癌腫之局部查候 有時久不著明 僅呈漸次增劇之一般衰弱 及明及之貧血而已 於腹部行詳細檢查 始能觸出腫瘍 然不能觸出者 亦不少 即盲腸 橫行結腸 及 S 字狀腸之腫較 易于觸出 而左右結腸彎曲部之腫瘍 屢爲肝臟或脾臟掩蔽 不易觸知 結腸癌腫之特徵 若未發生瘻者 則有充分之被動移動性 (passive Verschieblichkeit) 及因癌腫自己或囊塊之重力 而變更其位置 結腸癌中 移動性最大

者 爲橫行結腸瘻腫 而盲腸上行結腸 及結腸彎曲部瘻腫之移動性頗微 呼吸性移動 (Respiratorische verschieblichkeit) 概不易證明 僅偶見於橫行結腸之瘻腫而已

有時硬固糞塊 誤認爲瘻腫 故觸出腫瘍時 須繼續觀察 及使用下劑或灌腸後 始能決定 有時於盲腸部 因蟲穢突起炎 所發生之腹膜肝氾腫 或爲頗堅硬凸凹不平之腫瘍 與瘻腫極爲相似 須留意也 瘻腫潰後 能穿孔於胃或膀胱或腹膜 釀成腹膜炎

(c) 小腸瘻腫 (Die Carcinome des Duendarmes) 較稀 其症狀亦爲漸次增劇之腸狹窄現象 若觸出腫瘍時其移動性頗大 爲其特徵 十二指腸之瘻腫 (好數部位爲十二指腸乳頭) 與幽門狹窄相似 壓迫乳頭 則發生黃疸 若瘻腫蔓延至肝臟時 屢能于尿中證明糖質

診斷 早期診斷 極爲重要 因爲能早期行手術 則豫後較爲佳良 若於高齡者 有頑固便秘 及原因不明之下痢 或上述糞便異常 及有痔疾之苦痛時 須常憶及本病 若有可疑時 則用 Roentgen 線檢查 若有直腸瘻之疑時 則行手指檢查 (Digital Exploration) 或肛門鏡檢查

經過及豫後 本病經過約爲 2-3 年 若不能行手術剔除 則必死亡 其死亡原因 或爲腸閉塞 或爲穿孔性腹膜炎 或因腫瘍之腐敗 釀成敗血症

療法 如能早期行手術切除 則其結果非盡屬不良 因直腸瘻之根治 能達於 2% 結腸瘻之根治能達於 10% 如不能行手術時 則行對症療法 例如攝取富於滋養之食品 以防止惡液質 便秘時攝取脂肪

蜂蜜等 促進大便之食品 有時亦能用緩和劑 或麻醉劑 此外 Roentgen線及 Radium 治療亦

可試用

2 腸肉腫 (Sarcom des daumes)

極稀 概為原發性 屢發生于青年 其特徵不易形成狹窄或崩潰 反能形成腸管之局部擴張 其惡性更甚於癌腫 發育迅速 屢能成爲巨大腫瘤 約于半年乃至一年以內 現出重症一般症狀 如貧血、惡液質、浮腫等 乃至死亡 屢於皮膚發生移轉性腫瘤

療法 與癌腫同 務以早期行手術切除

3 良性腫瘤 (gute Geschwulste)

腸管良性腫瘤之中 臨床上最有意義者 爲腸茸腫 (Darmpolyp) 乃爲發生於粘膜面之有莖腫瘤也 在組織學觀之 非爲單一之腫瘤 有腺腫、纖維腫、脂肪腫等 發生於直腸時 則呈排便障礙、裏急後重、出血等、慢性直腸炎症候 有時能誘起大量出血 及貧血症 此時肛門之手指檢查 或肛門鏡檢查 概能證明 其他腸管部位之茸腫 因發育頗大 致惹起腸狹窄 或因茸腫莖部之牽引腸壁 能誘發腸重疊症 (Invagination) 腸茸腫、有時能偶爾自然脫落 或誘發癌腫

療法 行外科手術切除、或用電氣燒灼

捌 腸狹窄及腸閉塞 (Darmpfengengung, u. Darmverschluss) od. Darmfistel u. Hämorrhoiden

定義 腸狹窄、爲腸管腔之部分的閉塞 而腸閉塞 爲管腔之全部閉塞 故腸狹窄時 腸內容之通過發生

困難 腸閉塞時 則腸內容完全不能通過

原因 能據同一原因 或發生狹窄 或發生閉塞 故當疾患進行時 由狹窄轉成閉塞者不稀 其原因種類

頗爲複雜 茲記述如下

I 器械的腸閉塞 (mechanischer Verschluss)

I 閉塞原因、在于腸管腔 或腸管壁者

a 異物 例如膽石蓄積、糞塊、腸寄生蟲 (蛔蟲) 之集團 嚥下異物等

b 腸管壁之腫瘍 臨床上最緊要者爲腸癌腫

c 腸管壁之癩痕性狹窄 最易發生此種狹窄 爲結核性潰瘍 其次爲梅毒性及赤痢性潰瘍 而傷寒性潰瘍

、發生狹窄者極稀 偶有因腹壁外傷 致腸管起局部性壞死 繼以崩潰 最後形成癩痕狹窄

d 腸管重疊 (Intussusception, Invagination) 若腸管之一部分 嵌入于頭部分連接之腸管腔內時 謂之

腸管重疊 概爲上部腸管 嵌入于下部腸管 多見于小兒 (一歲以內者 占五十五%) 概係突然發生

II 閉塞原因在于腸管以外者

a 腸管受腫瘍之壓迫 例如子宮腫瘍、卵巢腫瘍、骨盤腫瘍、遊走腎 (wanderhies) 遊走脾 (wanderin

nen) 等

b. 因腸管之屈曲 (Knickung) 例如腹膜炎後殘留之索狀物 (S strang) 或 (Meckelscher Divertikel) 等、膿液發、腸管屈曲

c. 因腸管嵌頓 (Inkarnation od, strangulation) 即腸管通過網膜 或腸間膜等之間隙 致腸管嵌頓 (Einklemmung) 例如 Herniaduodenojejunalis (即為腸管嵌入于十二指腸空腸窩之謂也) Herniabusai

Obstralis 即為腸管嵌入于 Wislawii Periton Walslowitzi之謂也 Herniadiphrenetica (即為腸管嵌入于橫隔膜開口謂也) 等

d. 因腸管之軸捻轉 (Achsenrehnung, Volvulus) 或形成結節 (Knotenbildung) 軸捻轉 或係腸管連

同腸間膜 以腸間為軸 行捻轉 或沿腸管長軸行捻轉 最易發生之部位為 S 字狀腸 其次為小腸下端

與盲腸形成結節 為腸捻轉之一異形 即此腸管纏繞于他腸管捻轉之莖部時 則形成結節 最易發生之部

位 為 S 字狀腸 與迴腸偶能發生于小腸

2. 官能性腸閉塞 (Funktionaler Ileus) 或由于腸痙攣 (Darmspasmus) 或由于腸麻痺 (Darmparalyse)

1. 痙攣性腸閉塞 (paralytischer Ileus)

最易發生之種類疾者 為限局性或汎發性腹膜炎 此外腹壁外傷、脊髓外傷、腦丸或卵巢之打撲傷或炎癥

腹腔手術 膽石痙痛等 均能發生腸麻痺 重症傳染病 如傷寒 肺炎 赤痢發生腸麻痺 但不呈形

成腸閉塞 不過誘起高度之鼓腸及便秘而已

日瀉擊性腸閉塞 (S. pastischer, Meus)

此種閉塞 見于 Hysterie 鉛中毒 外科手術後 及因異物(如膽石 蛔蟲集團等)之反射性腸痙攣 亦屬於此 因膽石等有時甚小 不至閉塞腸管 而能惹起閉塞者 乃由于腸管受其刺激 起反射性瀰擊也

1 腸狹窄 (Darmlückenung)

痙候 a 排便障礙 大腸狹窄時 首先呈著明之症候者 爲排便障礙 概爲頑固便秘 屢有疼痛及糞盒核重 有時便秘與下痢交互出現 然亦偶有僅現中等度繼續下痢者 發生下痢之原因 乃由于狹窄部上方腸粘膜有加答兒密候 (因受滯留于該處腸內容之刺激) 甚至成爲潰瘍 小腸狹窄時 因腸內容尚爲液狀爲粥狀容易通過 故排便無著明障礙

b 鼓腸 (Meteorismus) 滯留于腸狹窄部上方之腸內容起會解則發生瓦斯體 腸管擴大 則腸管壁之精壞發生障礙 瓦斯不易吸收 致腸管愈擴大 而呈鼓腸 據鼓腸發生狀態 略可推測狹窄部位 即小腸狹窄時 所發生之鼓腸 概爲限局性 而大腸狹窄時 狹窄部以上腸管 均能發生鼓腸 故爲瀰漫性 然亦偶有呈限局性者 乃由于狹窄部上方之腸管 僅與狹窄部鄰接者之一段呈鼓腸而已 狹窄部上方之鼓腸 並非繼續不變 因能通過狹窄部位向下行也

c 發作性痙攣樣疼痛 (Anfallsweise aufirende kohlartige Schmerzen) 即爲逐漸增劇 至達于極點後

復逐漸減退之疼痛也 緊要者 此種疼痛 不因壓迫 而特別增劇 即為無壓敏之疼痛也

b 便形異常 (abnorme Katormen) 如為腸下部之狹窄 而能排出成形便時 屢呈特殊形狀 即成為羊糞狀 (Schafkot) 或為帶狀 或為鉛筆狀糞便 (Bleistiftrot) 此時糞便上 屢有長溝 由于受結腸條 (Taenia coli) 之壓迫也 糞便中屢混合粘液、血液、或膽汁

c 蠕動運動亢進 此種症候 極為緊要 腸狹窄部之腸內容 有通過障礙時 則狹窄部以上之腸管壁肥厚

欲代償此障礙 遂發生痙攣性收縮 此時患者感覺痙痛 並于腹壁外面 能觸目擊腸管之蠕動運動狀態

或腸管之強直性收縮 當其緩解時 屢發出強度之腹鳴 Nahrung 氏謂此種現象 僅發見于為腸內容 充滿之腸管 而其他痙痛 (如鉛疝痛) 時 不呈此種現象 並謂此種腸管之強直性收縮 為腸管強直

吾人施人工的刺激于該患者腹壁 (如敲打) 亦能喚起此種腸管強直 強直發作之繼續期間 概為數秒乃

至數分鐘 一般小腸狹窄時之腸管強直 及蠕動運動 頗為著明 而大腸狹窄時 不甚著明 甚至狹窄性

直腸癰腫 雖近於閉塞 完全不是何等痙狀

f 屢有頻發噯氣與嘔吐 但腸管下部之狹窄 能不發生嘔吐

附記 P. agreste Krankheit 由于結腸左彎曲之強度屈曲 致腸內容之通過 發生障礙 一部分呈慢性腸

狹窄症 一部分呈發作性急性腸閉塞症狀 (痙痛發作 嘔吐傾向 鼓腸 盲腸部壓紋等

診斷 據腹部之發作性疼痛、腹鳴 蠕動運動亢進 排便障礙等 概能診斷 但小腸之輕度狹窄 不發生

通過障礙時 則診斷頗難 最確實者為 X 光線檢查 狹窄部位之診斷 與腸閉塞時 共同敘述

鑑別診斷 1. 弛緩性便秘 與慢性下痢 此時無著明之發作性疼痛 無能目擊之蠕動運動 及腸管強直 但腸下部之狹窄 亦能缺之上述症狀 此時插手指于肛門內檢查 概能區別 故遇慢性便秘時 肛門之手指檢查 不可缺少

2. 痙攣性便秘 能呈與腸狹窄相似之症候 即排出羊糞狀便 鉛筆狀便 有時亦能觸知起收縮之腸管 甚至能誘起發作性疼痛 但無真性繼續性腸管強直 此種便秘 殆常發生于著明神經衰弱患者 但慢性腸狹窄患者 至病之後期 亦能成爲神經質 至此時則難于區別 至不能決疑時 則行 X 光線檢查

3. 其他痙痛 概與本病易于區別 一即膽石痙痛時 腎石痙痛時 有壓敏 鉛痙痛等 據既往症 及齒齦炎 可以區別

2. 腸閉塞 (Darmverschluss, Ileus)

症候 分爲共同症候 及特殊症候二種

一、共同症候 腸內容及腸瓦斯不向下方排泄 故腸內容鬱積于閉塞之上部 發出高聲腹鳴 及拍水音 爲有鬱積之著明症候 患者食慾消失 發暖氣 暫時後暖氣即帶糞臭 繼之以嘔吐 初爲胃內容 漸次帶糞臭之液狀物 呈褐色或污穢黃色小腸 狹窄及大腸狹窄 均能發生此種糞性嘔吐 吐出物之糞臭 非由于真性糞便 概由于腸內容之鬱積發生腐敗也 然亦能發生真性吐糞 (Kotbrechen) 但須在本病發生經過

一定時期後始能出現 吐出之量頗多 能超過患者攝取之食量 乃由于胃腸之分泌物亦加入也 充滿于腸管之液體 有時沈於腹部兩側 頗與腹水相似 因腸內常有瓦斯 據拍水音 可以區別 鬱積之腸內容物 起腐敗而發生瓦斯 一因不能向下方排泄 一因腸管之吸收斯機能減退 故本病既有鼓腸 此種鼓腸能漸次瀰漫至閉塞部以上之全腸管 *Nobara* 氏謂此種廣泛性鼓腸 為鬱積性鼓腸 鬱積於腸管內之蛋白質 發生腐敗等 則尿中之 *Indikan* 含量增加 *Indikan* 尿 于腸管障礙部位之診斷上 頗有意義 其他閉塞症狀 為疼痛、虛脫、經過等 于各病型中分敘述之

二、特殊症狀

A. *Obstruans* 腸管腔受器械的閉塞 而腸管壁自身未曾受何等障礙等之各種腸閉塞 均屬於此例

如因 宿便 (*Koprostole*) 蛔蟲膽石等之閉塞 因腫瘍潰瘍瘻痕之狹窄 轉成之閉塞 受鄰近腫瘍壓迫之閉塞等 此種腸閉塞 概發生于慢性狹窄 最初症候為頑固便秘 及定期性出現之疼痛 其次為狹窄部上方之腸管發活潑蠕動運動 及腸管強直 為慢性閉塞之特徵 (急性閉塞等此症狀不甚著明) 能繼續至數分鐘 如患者腹壁不甚肥厚時 此現像吾人能直接目擊 亦能觸知 施以局部刺戟 (或用手指或用濕手巾敲打腹壁) 能喚起腸管強直之發作 疼痛漸次加劇 發作停止時 屢能於腹部聽出 劇烈雷鳴 及狹窄音 與由瓶中傾瀉水時 所發生之音相似

一般症狀 在初期時 不必有著明變化 概無急劇現象 在初期時 脈搏正常 屢無嘔吐 尤以大腸下部

之閉塞時爲然 腹腔內無液體滯留 鼓腸爲鬱積性 閉塞部位在腸之下部時 則因結腸膨脹致兩側腹部及上腹部隆起 此謂之側腹部鼓腸 (Flankmeteorismus) 若障礙不能除去時 則鼓腸漸次加劇 成爲廣泛性

於膨脹腸管發生集聚腫瘤 並該腸管 陷於麻痺 此時患者漸次陷於虛脫狀態 併發腹膜炎 卒至死亡 一般腸閉塞患者 至死神識清楚 多數腸痙攣 屢轉成此種閉塞

因膽石發生之閉塞 近於急性 多發生於小腸 屢無黃疸 (因較大膽石 不通過輸膽管 直接穿破腸管 故不必發生黃疸) 亦有因小膽石刺戟腸管 使之起痙攣性收縮 致發生一時性之腸閉塞 亦有因排出

於十二指腸之膽石 起腸上部之現象 吐出大量膽汁 一般因膽石之腸閉塞 概不完全 鼓腸概輕 屢能放屁 有時發生腸出血 亦有時隨膽石向前推移 致疝痛位置 蠕動運動 及腸管強直等亦常變換其位置 故謂之游走性閉塞 (Wanderer, Iilus) 因膽石閉塞之經過 極爲長久 能繼續至二十八日 (據

Neuman氏) 然終能就瘻

因蛔蟲集團發生之腸閉塞 或成爲閉塞性 Iilus 或成爲痙攣性閉塞 甚至能形成絞榨性腸閉塞 Strangulationstilsens 爲蛔蟲所充滿之腸管起軸捻轉) 蛔蟲性腸閉塞 (ascariidilis) 能早期發生腹膜刺戟 然無滯出

血 須注意者 蛔蟲性腸閉塞時用 Rouzen 線檢查 屢無結果 因套鉛粥 能通過蟲體間向下行也

B 絞榨性 (Strangulations) 如腸管有嵌頓 或軸捻轉等時 腸管壁首先即受重大循環障礙 故即呈凝 對於細菌及細菌毒素容易通過 故此種閉塞 除有閉塞症候外 更加入一般中毒性敗血性腹膜炎

性症狀此種塞閉與閉塞性 *Tors* 不同者 有重症症候 病初即能呈虛脫現象 突然發生劇烈腹痛 屢限局于障礙部位 概非發作性而為繼續性 施以壓迫 亦不特別增劇 脈搏細小頻數 體溫低降 顏面憔悴 眼窩及頰部陷沒 四肢厥冷 呈紫藍色 大量出汗 舌面乾燥 聲音微弱 發噎氣嘔吐 此種病初即發生之嘔吐 謂之反射性嘔吐 或早期嘔吐 為小腸有絞榨 *Strangulation* 之特徵 其後移行于鬱積性嘔吐 (*Stauungsbrechen*) 即為吐糞症 (*Kotbrechen*) 尿量減少 概含蛋白質與尿酸柱 小腸閉塞等含多量 *Julican* 此種腸閉塞之鼓腸 早特殊現象 即疝初僅于起絞榨之腸管 發生限局性鼓腸 該部腸管 無蠕動運動 完全靜止 此現象謂之 *Wahl* 氏現象 (*Wahlsches Zeichen*) 為絞榨性 *Jens Strangulationsleits*) 之特徵 但至後期 閉塞部上方之腸管 亦能發生鬱積性鼓腸 如加以器械的刺戟 亦能發生輕微之蠕動運動及腸管強直 但不如慢性閉塞時之著明 此種症候謂之 *S. Clapar* 氏症候

絞榨時 腹腔內概能滯留 與腸液 (*Duchwassers*) 相似之液體 屢為血液性 急性腸閉塞 尤其 *S* 字狀腸之軸捻轉時 至完全閉塞以前 仍能排出下痢性便 並能混合血液 有時訴裏急後重 因腸管重疊之閉塞 多發生於小兒 突然發生劇烈疼痛 嘔吐、及虛脫現象 疼痛、初為瀰漫性 漸次限局于起重疊之部位 漸次發生鼓腸 大便不突然停止 仍能排出糞性便 漸次成爲血液粘液便 有時爲純血液便 有時夾雜腸管之壞片疽 之發惡臭 重疊之腸管屢爲如香腸 (*Wurstformig*) 之腫瘍 最易發生腸重疊部位 爲迴盲部 其次爲小腸橫行結腸 偶發于 *S* 字狀腸

急性腸閉塞時 偶能排出大量下痢便 與霍亂相似 其原因不明 恐係由于閉塞部下方之腸管 排出多量分泌及漏出液也

C 麻痺性與痙攣性腸閉塞 [paralytischer u. spastischer Ileus]

麻痺性腸閉塞 即為無解剖的變化之腸管 能發生于神經性 或腸血管之栓塞 及腹膜炎 但實際上 以發生于急性汎發性腹膜炎者為最多 其症狀與器械性腸閉塞大致相同 僅另有腹膜炎癰狀而已 與器械性腸閉塞之區別點如下

因腹膜炎者 腹壁有着明緊張 無可聽知或觸知之腸運動 無可聽出之腸雜音 腹部膨隆為均等性瀰漫 不難見出各膨脹腸管之輪廓 除自發性疼痛外 尚有壓敏 腹膜炎患者 靜臥不動 而器械性腸閉塞時 體位常有急劇的變換 脈搏性狀亦有屬緊要 因腹膜炎者 病初即陷于不良狀態 (細小頻數屢不調整)

而器械性腸閉塞時之脈搏 除進行至末期外 概屬佳良

其餘症狀 如發熱 腹腔內之滲出液、嘔吐、尿 indican 虛脫等 均乏特殊意味 屢不能據此等症候以行區別也

詳細詢問既往症 搜索發病之原因 極為緊要 至疾病末期 二者難于區別 因器械性腸閉塞 亦能併發腹膜炎也

痙攣性腸閉塞頗稀 與閉塞性 lous 相似 難于區別 証明患者為 Hysterie 及鉛中毒等 為緊要事項

診斷 據腸壅斯 及糞便之不通 腹痛、鼓腸、嘔吐乃至吐糞等 概能診斷 閉塞部之診斷 根據下列症狀之差異 概可推測閉塞之部位

鼓腸 因小腸閉塞發生之鼓腸 不如大腸閉塞時之著明 概限局於臍部 及下腹部 因大腸閉塞發生之鼓

腸屢呈側腹部鼓腸 (T. n. cecum caecum) 之中腹部反陷沒 如胃部膨隆時 則其閉塞部位 似在小腸上部

蠕動運動不感 及腸管強直 小腸閉塞時甚為著明

疼痛 因小腸閉塞發生之疼痛 概劇烈 能早期出現 多為繼續性

嘔吐 小腸閉塞時 概有嘔吐 為繼續性 且強烈 僅吐出膽汁時 其閉塞部位 似在十二指腸 若吐糞

與吐膽汁交互出現時 其他閉塞部位在空腸上部

Indian 小腸閉塞時 能早期出現 並含甚頗多 若於發病第二三日無著明之 Indian 時 則其障礙

部 位在大腸 若在二三日以後 雖大腸閉塞亦能發生強度之 Indian 尿 若腸之下端有閉塞時則尿

中常不發現 Indi kan 反應

軌線緩慢之障礙 小腸閉塞時 能早期陷於虛脫 而大腸閉塞時之障礙 則係漸次而來 僅 S 字狀腸部之

一捺轉時較劇

閉塞之 Jicus (Gkustonsiniers) 與絞榨性 Jicus (Strangurians) 之主要區別點如下

閉塞性 Jicus 虛脫現象 至疾患後期始漸次出現 脈搏多佳良 腹痛為發作性 痙攣樣疼痛 在初期即

發劇痛者頗稀 嘔吐爲鬱積性 嘔吐須至後期始能出現 鼓腸爲瀰漫性 僅初期爲限局性而已 蠕動運動在慢性閉塞時 極爲著明 而在急性發生之閉塞時 則不甚著明 腹腔內無液體積留

絞榨性 *ious* 初期即呈重現虛脫現象 脈搏細小頻數 屢有劇烈初發性疼痛 (*Tritalsalmers*) 其後爲

固定性繼續性疼痛 加以壓迫 亦不特別增劇 初期有反射性嘔吐 至後期發生鬱積性嘔吐 初期僅于箝

頓腸管內 發生強度之限局性鼓腸 至後期亦能發生鬱積性鼓腸 箝頓腸管無蠕動運動 至後期始能於箝

頓部上方之腸管 有輕度之蠕動運動而已 腹腔內屢有少量滲出液積留

預後 腸狹窄及腸閉塞之預後 多屬嚴重 縱爲良性狹窄亦常有誘起閉塞之危險 因惡性腫瘤發生之狹窄

及絞榨性 *ious* 如不早行手術 其預後自屬不良 僅閉塞性 *ious* 之中因膽石者及腸重疊之一部分預後較良

如在四十八小時以內行手術時 則治癒成績 能達于七〇%而在後期行手術者 其治癒成績僅四〇%而已

療法 本病療法 多屬於外科範圍 其行內科的療法者 或因種種關係一時不能行外科手術時 或爲糞塊

腸寄生蟲及其他異物等時 有時奏效

A 腸狹窄之內科的療法 概屬於對症療法 即以調整食餌 及排除糞便爲要旨

對於便秘 須行灌腸療法 僅小腸狹窄時 可用下劑 若有強度之蠕動運動 及腸管強直時 則亞片莨菪

或其製劑 如 *opavarin*, *Lumidin* 等能收相當效果 此時亦可行阿片與下劑併用 因阿片僅調節或限制

過於強度之蠕動 不致將下瀉之效力抹殺也 故阿片與下劑之併用 併不衝突

食餌 須有充分之咀嚼 不可嚥下大塊食物 有重症狹窄時 則食品以粥狀 及液狀者爲宜

痙痛發作時 暫時停止攝取食品爲最適宜此外 行 Morphine 之皮下注射 及局部溫療法等 患者多覺

輕快 若爲因器質性之慢性狹窄時 則非賴外科的手術除去不可 例如惡性腫瘤 則即時行手術 良性腫

瘍 腸管壁之攣痕 腸管受鄰近腫瘍之壓迫等 均宜行外科手術 至於因腹膜黏着之狹窄 則以患者所感

受痛苦之程度爲轉移 因此種狹窄 行外科手術後 雖有永久治療者 然屢有短時期後 復起癒着 致一

般痛苦 或仍舊出現 或更加劇烈

B, 器械的腸閉塞之內科的療法 其療法要旨 爲1, 求腸管空虛 以輕減其負擔 2, 調節過於強度之蠕變性

蠕動運動 3, 輕減患者之自覺的痛苦 此種療法 不僅爲對症療法 如膽石閉塞 腸管重疊 甚至輕度之

腸嵌頓 及軸捻轉 有能因之治療者

據上述方針 行治療時 首先應停止由口腔攝取食物 對於口渴則啣小冰塊於口中 使之融化或用溫冷茶

含嗽 或行少量之溫水灌腸 亦能奏效 如爲衰弱患者 則用生理食鹽水 行皮下注射 如疾患繼續時期

較久 則用滋養灌腸 或由口腔攝取少量奶粉製劑 (例如小兒粉) 至於輕減腸管負擔方法 爲1, 行灌腸

療法 此時或用溫水 (1—2 liter) 或用溫暖油類 (500—700 cc) 須注意者。在著明閉塞症狀時

期 決不可用下劑 2, 洗胃亦能輕減腸之負擔 每隔二至三小時 洗胃一次 因此時胃腔爲逆行而來之小

腸內容物 及胃自己分泌物 血漏出液所充滿也 有時洗胃之效力 極爲顯著 患者感覺輕快 脈搏亦漸

次佳良，甚至有因洗胃，輕減腸之負擔後，彙能除去閉塞原因（如腸管屈曲或輕度捻轉）而就痊。

欲使早過度興奮狀態之蠕動運動，歸於鎮靜時，須投以阿片劑，則多能奏效。例為最初與阿片丁幾二十滴，

以後每二小時與以五滴，或用阿片坐藥（含膏為〇、〇三—〇、〇五）每日插入三個，或用阿片製劑

如 P. autopor, P. aperiin 等之皮下注射亦可，但阿片之應用，不可過久，僅限於發病二十四小時以

內為宜。如症狀輕快後，尚不見排便及放屁時，以早期轉於外科為上策。全腹部之熱罨法，亦能輕減患者

之痛苦。

腸閉塞之內外科適應症，有着明之嵌頓現像時，須即時行外科手術，因有起腸管壞疽，及續發性腹膜炎之危險也。

腸重疊症，其在腸管下端者，有時依灌腸，或柔軟消息子療法，尚可整復，此外以即行外科手術為宜。

絞縮性 Ileus 時，可先試行內科治療，因無即時起腸管壞疽之危險也。如十二小時以內不能見效，則轉

外科。如患者確為蛔蟲攜帶者（Ascariæ）則暫時行內科療法（用驅蟲劑）雖亦有用驅蟲劑後

一般症狀反而增劇者，然大多數能因之治癒。

C 麻痺性 Ileus 與痙攣性 Ileus 之療法，行按摩（Massage）方法，對於反射性麻痺性 Ileus 有時

頗行奏效。但如腸管或腹腔有重癥疾患，及腹膜炎之疑，則絕對不宜。又腸麻痺，尤以行外科的開腹後

所發之腸麻痺時，用 P. histost emin 注射有特殊的效力。此外如脾臟製劑之 N. colomani 腦下垂體製劑

之 P. Hinglandol 或 Hydnophysin 等 對於痙攣性腸閉塞 亦有相當效力 瀉藥性腸閉塞 如因手術後之腸痙攣 行腰推麻醉 Lumbarinaesthetic 可以奏效

玖 粘液疝痛 (Colica mucosa) 亦名腸膜性腸炎 (Enteritis pseudomembranacea)

定義及原因 本病之特徵 為發作性劇烈腹痛 及排泄管狀或膜狀粘液物 故有粘液疝痛之名 多發生於 Hysonie 婦女 同時屢有瀉藥性便秘 解剖上大腸粘液 能完全無何等變化 故本病可視為分泌性官能疾患 (Sekretionsanrose)

症候 突然發生發作性疼痛 及排出管狀或膜狀粘液 粘液排出後 則疼痛緩解 其發作繼續時間多為數小時 亦有繼續終日者 發作之間歇期間 或為數星期 或為數月 亦有不發生痙攣 而能排出黏液者 精神興奮 屢為發作誘因 但蟲樣突起炎 及子宮附屬器疾患 似亦與發作有關係 通常之粘液疝痛時 無結腸炎之症候 然亦有因結腸炎 排出粘液者 此時之區別 則據大便檢查 (血液膿汁) 及直腸鏡檢查 除本病外 用單寧酸灌腸後 或腸疝腫時 亦偶能排出類似膜狀物 須留意也

療法 當發作時 行靜臥及腹部溫濕布 用微溫水或油劑灌腸 將粘液排出後 發作能即時停止 如疼痛劇烈時 則行 Morphine 與 Atropin 之皮下注射 或用 Belladonna 為坐藥 多有良效 間歇期間

行官能性神經症之療法 及除去便秘 (晚間行油劑灌腸 梗之終夜留於腸內 每日一次 繼續至 10 日後 隔日一次 逐漸延至每星期一次 如便秘除去 則發作屢能輕減或就愈) 不合併便秘者 對

於治療較爲頑固

原因 內臟下垂症 (Enterokese) (Splanchnoprose, Glandarische Krankheit)

腹部臟器之中、不僅胃下垂、屢合併結腸下垂、有時亦合併腎臟、脾臟、及肝臟之下垂

原因 內臟下垂之原因 一部分由於腹壁之強度弛緩、例如頻回妊娠、腹水消退、因高度羸瘦、腹壁脂肪沉着消失之後、有時腹壁並不弛緩、甚至頗緊張、亦能發生此種下垂、此時患者胸廓細長、扁平、上腹部呈銳角、第十肋骨端、屢遊離、此種體質謂之無力性體質 (Habitus asthenicus) 亦名之曰內臟下垂性體質 (Habitus enteroprosicus)

症候 胃下垂 肝臟下垂 (Hepatoptose) 及腎臟下垂 (Nephropose) 之症候 見各該臟器疾患項下

此處不另敘述 腸管之中 結腸屢發生下垂 (Colopose) 此時能發生著明症候、尤以左側結腸彎曲、呈銳角狀屈曲時爲然、此時症狀爲便秘、甚至早腸狹窄痙狀、其餘症狀 視原因種類如何、而有差異、即因腹壁弛緩者、則訴腹部重感、便秘、背痛、營養狀態、不受重大障礙、因無力性體質者、除腹部重感、頑固便秘外、屢呈高度營養不良狀態、高度衰弱感、神經性症狀、發育不良等

療法 內腹壁弛緩者、使用腹帶、因體質性者、增進營養狀態 (如肥胖療法、靜臥療法、鐵劑、維生素劑) 及療治頑固便秘

拾壹 常習性便秘 (D. e. Habituelle Obstipation)

內 科 學

定義 腸管無器質性障礙 僅因官能性障礙 致糞便滯留于大腸之時期 異常長久 發生之便秘 謂之常習性便秘

本病概能分爲二種 一爲弛緩性便秘 一爲痙攣性便秘 但往往難于嚴格區別 並兩種便秘 能同時存在

1, 弛緩性便秘 (Atonic Obstruction)

原因 不適當營養 例如主要食品 爲肉類、鷄卵等 缺乏殘渣食品 致不能發生正常刺激 以促進大腸之蠕動運動 或因抑制排便之不良習慣 濫用灌腸 致直腸之正常反射性興奮力減退 或因缺乏充分之身體運動 (例如坐業者) 腹壓減退 以及因頻回分娩 致腹壁肌肉弛緩 先天性肌肉虛弱 往往合併腸下垂症

症狀 主要症狀 爲便秘 糞柱粗大 缺乏水分 頗堅硬 呈暗色 表面屢帶有光澤之粘液層 肛門屢因通過粗大硬固糞便 致誘起皸裂 (R. fissures) 及痔核 排便時 屢訴疼痛 此種患者 如不服下劑 當排便時 非加強腹壓 不易達到目的 腹部偶有輕度鼓脹 屢于大腸部位 能觸知有壓榨性之腫脹 是即爲蓄積之糞塊 經屢次檢查 能知其非爲常存性 此種便秘患者之腹部症狀 多不著明 觸診時不感疼痛 僅便秘過久時 有多少膨滿感而已

發生便秘之部位 僅限于大腸 因無小腸性便秘也 視發生便秘之部位如何 又可分爲二種 即結腸

型與直腸型是也。前者之部位在橫行結腸，因腸內容滯留于橫行結腸之時期過于長久，致發生便秘也。

聯合併結腸下垂 (Coloprose) Schwarz 氏謂此種便秘為減動性便秘 (hypokinetic constipation)。

如因糞便滯留于直腸，發生之便秘，謂之直腸性便秘，或非便困難 (Dyschezia)。此種便秘見于

有抑制排便之習慣者、傷寒患者、及脊髓疾患。如糞便蓄積過多，能將腸管完全閉塞，致發生糞便痙痛 (Korkolik)。此時現出劇烈腹痛、惡心、強度鼓腸、恐怖狀態，甚至失神。一言以蔽之，為閉塞之初期症候。此時行手指檢查 (Digitaluntersuchung) 能觸出充滿于直腸之糞便。

診斷 按誘起便秘之原因，糞便性狀，有可觸知之糞瘤 (Kornner) 其排便困難症 (Dyschezia) 時，則據手指檢查而可知。

療法 原因療法 因營養品不適當者，宜變換營養，即選擇富于植物纖維 (Cellulose) 之食品，使

大便增加容量，在大腸內發酵，使糞便疏鬆，並同時能促進腸蠕動運動，易于發酵之含糖食品 (如蜂蜜、葡萄) 及富于脂肪食品，均適于本病。至于肉類，對于腸管缺乏刺激性，並使糞便硬固，故須加以限制。

此外行適當運動，每日規定時間，使排便一次，如能養成習慣，排便能自調整。對于腹壁弛緩，則用腹帶、按摩、及電氣等。

藥劑療法 吾人據上述方法，概能達到目的。下劑務以不用為宜。若較為頑固，或當治療之初期，不用直接催促大便方法，屢難于奏效，此時宜于行灌腸療法 (或用溫水，或用石鹼水) 但不可過久。就中

頗能奏效。並適于持久者。爲油類瀉腸 (Cathartum) 概用橄欖油 或 Paraffiniquid, 用量爲 50g

晚間灌入 使油類通宵滯留于腸管 爲最適宜

清晨空腹時 內服 1—2 匙之 *P. affinum liquidum* 屢能奏效

如有用下劑之必要時 則用 *Regulin*, *paranogulin*, *Iscin*, *Cascara* 複方甘草末 (*pulvis liquor*

gnicus) *Durpen* 等 緩和和下劑 蓖麻子油 甘萊等 僅可用于一次排便 不宜連續使用

對于頑固便秘 可用 *Cholin chlorat*, *Neohormonal*, *peptiscalin* 等注射

對于直腸型 自以直接興奮直腸者爲宜如 *Glycerin* 之灌腸 或坐藥 若重聽而有糞便積滯

腸不見效時 則直接插入手指于肛門內 將糞便取出 患者立即感覺輕快

2 痙攣性便秘 (Spasische Obstipation)

原因 此種便秘 屢見于神經質及 *Hysterie* 者 由于腸管肌肉異常興奮 起痙攣性收縮 致腸內容長時

期滯留于該處 遂發生便秘 此外能誘起腸痙攣者 如 *Nicotin* 中毒 鉛中毒 及其他器官疾患 如胃

潰瘍 十二指腸潰瘍 膽囊炎 慢性蟲樣突起炎 肛門裂創 痔核等 亦能發生此種便秘

痙攣 發生此種便秘之腸管部位 爲橫行結腸、下行結腸 S 字狀結腸 有時亦能發生于盲腸 及上行結腸

肛門括約筋之緊張 屢同時亢進 故當行肛門內檢查時 肛門括約筋 對于手指或肛門鏡呈異常強度抵

抗 致不易插入

橫行結腸 右側三分之一 與中部三分之一之境界部位 在生理上已往往起強直性收縮 故腸內容不易通過 滯留於盲腸 上行結腸 及橫行結腸起始部之時頗久 腸內容在此處濃縮 而成糞便 若強直性收縮之繼續時間過久 則糞便蓄積 遂成便秘 此種便秘謂之橫行結腸型便秘 (Obstipation von Ascendens plus) 其結果 盲腸部弛緩 此時能於盲腸部位 觸出如枕狀 內含空氣之腫瘤 (Tumor) 痙攣性便秘時之大便 與狹窄便 (Stenotico) 相似 即為細索條 便或羊糞狀便 但不如弛緩性便秘時之堅硬 糞便表面屢有長溝

此種便秘型之排便數 往往反有頻繁便意 (Schultranz) 而當排便時 經努力後 僅排出少量而已

Boas 氏謂此種少量排便 為斷片性便秘 (Fragmentare Fäkalruhe)

此種便秘之臨床症候 不僅排便上之障礙 尚有局部及一般症候 即當腸管痙攣時 于腹部能觸出收縮狀態之腸管 屢易觸出者 為 S 字狀腸 而盲腸及上行結腸能觸出者亦不少 與腸閉塞不同者 此種腸痙攣時 不能見出如腸管強直之腸管輪廓 無強度鼓腸 當腸管痙攣時 屢誘起自發性疼痛 及多少壓敏直腸多空虚 而排便後不覺舒適 暫時後 仍有便意 腹部除疼痛外 屢有緊張感 及膨滿感 食慾不振 舌有厚苔 及口臭等

神經症狀 為全身違和 頭痛、眩暈、憂鬱狀態等

診斷 此種便秘之診斷 有時頗感困難 緊要事項為糞便性狀 有能觸出之收縮腸管 屢有便意 而每次

僅排出少量糞便。肛門括約筋之緊張性增高。

療法 以除去腸管痙攣爲要旨。食物雖亦應富于植物纖維者，以增加大便之量。然一般有粗大纖維，能發

生強度之器械性刺激。及他種有強刺激性者，以宜力避之。食品以偏于植物性者爲宜。

Purgin 及其製劑 對於本便秘型，亦能應用。然不可使用下劑。

藥劑 即用能抑制腸肌肉之興奮者。如 *Belladonna* 及阿片製劑。

靜臥及臭素劑 均適於本症。治療初期，在鎮靜劑奏效以前，亦能適用油類灌腸。

按摩不適於此種便秘。腹部之濕壓法，有相當效果。

拾貳 慢性下痢 (Die Chronischen Diarrhoe)

1 神經性下痢 (Die nervösen Diarrhoe)

原因 本病發生於催進腸蠕動神經之興奮性亢進。及腸分泌之增加。二者均能受精神作用之影響。

度精神感動 例如憂慮、恐怖、驚愕等時，屢頻繁排出水樣便。此種下痢，概係突然發生。經短時期後，

即能停止。然亦有成慢性者。此種患者之腸管，對於刺激，異常銳敏。例如對於某種食品（牛乳、卵類

、果實）不易消化。或對於輕度寒冷（如腹部或足部受涼）即發生腸機能障礙。

慢性神經性下痢 多見於神經衰弱。及 *Hystric*，此種患者，一般感受性銳敏。腸管方面之障礙，不過

爲一部分現象而已。

生殖器、膀胱、攝護腺等之疾患時 能誘發反射性下痢 若原發性疾患治癒 則下痢自能消失

婦侯 患者突然感覺便意 多無痛而排出稀薄或水樣下痢 下痢之外 屢訴各種神經性症狀 如頭痛、頭痛、眩暈、顏面潮紅、恐怖感覺、胸內苦悶、呼吸促迫、心悸亢進等 此等症狀 於排多量糞便後 自能消失 往往於下痢時 發生蠕動不穩 裏急後重 或排出多量腸瓦斯

2 胃性下痢 (Die Gastrogenen Diarrhoe)

原因 胃酸減少症 胃液缺乏症時 食餌在胃內之消化不完全 細碎程度 亦不充實 結締織之消化 亦不完全 因缺乏鹽酸 故胃液之殺菌力亦弱 此種胃消化不完全食品 達於腸管後 起器械的激刺 或因異常發酵 使腸蠕動運動亢進 有時除胃官能障礙外 脾臟肝臟及腸之分泌 亦起官能性障礙 症候 本病下痢 初為粥狀 漸次變為液狀 發惡臭 含多量未消化之食物殘渣 尤以結締織 尙未充分消化 除下痢外 同時有胃症候 如惡心、噯氣、屢帶惡臭 食慾不良等

3 因內分泌障礙之下痢 [Diarrhoe durch Veranderungen innerer Sekretionen]

此種下痢 見於 Basedow 氏病 及 Addison 氏病 Basedow 氏病時之下痢 有時為發作性 便中常含多量脂肪 謂之脂肪便 (Fettsmule)

慢性下痢之療法

反射性下痢時 療治原發性疾患 發生於神經衰弱 及 Hygiene 者 行原因療法 胃性下痢 與

胃液缺乏痛時 B.asedow 氏病之下痢時 行 Adrenalin 灌腸 (Adrenalin 原液50滴水30.0cc) 能奏速效 腹部溫熱法 能鎮靜蠕動運動

拾參 腸血管疾患(Die Erkrankungen der Darmgefäße)

1 內臟血管區域之動脈硬化症 (Arteriosklerose des Splanchnicengebietes)

本病特易發生于上腸間膜動脈 其症候爲限局於臍部周圍之發作性劇烈疼痛 或間歇性鼓腸 或二者合併出現 發作繼續期間頗短 爲其特徵 其發作或與攝食完全無關係 或由于胃之充盈而發生 間歇性鼓腸 以上行結腸與橫行結腸最爲著明 能目擊亦能觸知 而無蠕動運動及腸管強直 多有便秘傾向 排出糞便帶強度惡臭 此種現象乃由于腸血管 突然發生血液灌漑不良也 與間歇性跛行症(Intermittens des Hinken)同一理由

上述間歇性疼痛 有時因真性冠狀動脈硬化症而發 其特徵 爲發作期短 概發生于身體勞動 屢合併狹胸症 及其他症候

但腸液液膜 脂肪腫 與腹膜癒着時 亦能發生此種發作性疼痛 其區別法 僅據治療效果如何 即因動脈硬化者 用 D.uretin. Jodkali後 屢有充分效果

2 腸間膜動脈之栓塞 (Embolie der Mesenterialarterien)

若栓塞發生于上腸間膜動脈時 概形成腸管之出血性梗塞 (haemorrhagischer Infarkt) 其症狀爲腹

部之劇烈疼痛、虛脫、體溫降低、嘔吐、「腰帶血液」便血、及絞纏症候 與絞 性 疝 相似 其後起
續發性腹膜炎、脈搏、病初即成頻數 亦有不早急性腸閉塞症狀 而與急性胃腸炎相似者 雖屢有下痢便
血 亦有無下痢及便血者 或僅限于發病初期者 疼痛或亦完全缺如 僅於腹部有限局性膨滿感而已 至
發生腹膜炎時 則患部腹壁肌肉緊張

本病之診斷 常感困難 尤難于與腸閉塞區別 僅據有能發生絞塞之疾患 (如循環器疾患) 可推測
為本病而已

療法 務以早期行外科手術 將已起硬塞之腸管切除

3 痔核 (Hæmorrhoiden)

痔核 為直腸周圍之痔靜脈叢擴張 據其發生部位 分為內痔核 與外痔核二種 即發生于直腸及肛
門部粘膜者 謂之內痔核 發生于肛門部皮下結締中者謂之外痔核

原因 門脈系統鬱血 (例如肝臟疾患) 及全身鬱血狀態 (例如因心臟或肺臟疾患之一般循環障礙) 便
秘 妊娠 肥胖症等 此外坐業者 及酒客常患本病

症候 外痔核之自覺症狀 不過為癢、灼熱、及輕度疼痛而已 並不發生出血 如痔核發生炎症 則訴
劇痛、患部發赤腫脹 肛門部有異物感 裏急後重 炎症劇烈時 往往于該處形成潰瘍 或瘻管 他覺症
候 肛門部皮下有呈藍青色 豌豆大之結節 或為一個 或為數個 或圍繞肛門 偶有帶莖者 此種結節

于加腹壓時 則腫脹 若加以指壓則縮小

內痔核之初期 屢無何等症候 至疾患進行時 於肛門內發生不快感 癢感、或灼熱感、疼痛感、壓迫感、特于強度便秘時 此等感覺甚為著明 若痔核破裂 則發生痔出血、流出血液 為流動性、呈鮮紅色 或暗紅色、出血後 患者感覺爽快 然因頻繁出血 或大量出血 因之能誘起貧血症

若當排便時 被壓出之內痔核 因肛門括約筋運動 致起縮頓時 則發生劇烈疼痛 形成血栓 繼以炎症 最後陷于化膿性潰瘍 繼不起縮頓 亦能誘發血栓性痔核性腺炎 (Thrombophlebitis) 及肛門周圍膿瘍 (Periprostatischer Abscess)

診斷 據視診及觸診 概能診斷

療法 務使大便柔軟 以防便秘 (必要時可行油劑灌腸) 每次排便後 務使肛門保持清潔 須有

充分之身體運動 (但騎馬或騎車反于本病有害) 飲食物以缺乏刺激者為宜 故香料及酒精類不宜攝

取

對于局部障礙 則用溫坐浴 (Warme Sitzbader) 40°C 20—30 分間 或用軟膏塗布 或用坐藥

(如 Anol, Bismolan 等坐藥)

若痔核結節脫出 則即時還納 若為 頓時 先用 Cocain 液塗布 行局部麻醉其次塗以油脂 或軟膏等 後徐徐用指頭或布片使之還納

對於出血時 則用浸于 *Cocculus* 或 *Candlen* 之綿紗 行栓塞 (*Tambon*) 或用 *Adrenalin* 之坐藥 或內服 *Exr*, *Haemamel fluid*, 每日三次 每次一茶匙

頑固出血時 用吸引器 (*Sauglocke*) 將痔核吸出後 注射十倍 *Adrenalin* 之 1cc 或 96% *Alkohol* 之 0.5 1.0 cc 于痔核內 或行外科手術

拾肆 腸寄生蟲 (*Darmparasiten*) *Helminthiasis des Darmes*

1 繸蟲類 (*Bandwurm, C. esoden*)

寄生於腸管之繸蟲類中 臨床上緊要者 約有三種 即有鈎繸蟲 無鈎繸蟲 及廣節裂頭繸蟲是也

1 有鈎繸蟲 (*Taenia solium*)

本蟲完全發育時 其蟲體全長能達 2—3 Meter 頭部細小 僅有帽針頭大 有四個突出之吸盤 頂部有吻狀突起 突起之周圍 有 20—30 個呈輪狀排列之鈎 頭部呈細絲狀 長約 1—3 cm 至體部時 悉成節片 (*Proglottiden*) 其節片 距頭部愈遠者愈大 (長徑 1cm 橫徑 0.5cm) 各節片之側部 有生殖孔 內部有 1—2 條如樹枝狀分歧之子宮 蟲卵爲圓形或橢圓形 有頗厚而呈褐色之外殼 其外殼母有呈放射狀之線條 本卵在子宮內發育 則含具有六個小鈎之幼蟲 本蟲棲息于小腸頭部 緊着於腸粘膜 不易脫落 甚至因驅蟲藥劑 頸部雖斷裂 而頭部仍能附着於

內 科 學

113

腸管壁 蟲體下端之節片 屢成連鎖狀脫落 與蟲卵混於糞便排出

本寄生蟲之中間宿主 (Zwischenwirt) 為豚 即豚之食餌中 如含有本蟲卵時 則受其傳染 蟲卵

達於豚胃 卵殼溶解 幼蟲脫出後 穿破胃 腸壁 竄入各器官 尤其特易於竄入肌肉內 逐漸發育 弱

成豌豆大之囊胞 (Blasen) 其次囊胞之一部分陷沒 其底部形成吻狀突起 及吸盤 翻轉突出即為鰓

蟲頭部 此種囊胞謂之囊蟲 (Bla schwurm 亦名 Cystice cus cellulose) 如攝取含有此種囊蟲之未經

煮熟豚肉 則囊蟲達於人胃 由總蟲頭部形成鰓蟲

中間宿主為牛 其在牛體內之發育狀態 與有鈎蟲同

應注意者 本寄生蟲之囊蟲 亦能發生於人體 即蟲卵如達於人胃 則以發育經過完全與在豚內時相

同 最易發生之部位 為皮膚、腦、眼及肌肉

2. 無鈎蟲 (Taenia saginata od. Taenia Mediocanellata)

本蟲較有鈎蟲更長 通常能達 4—8 Meter, 頭部亦較大 具四個吸盤 而無鈎環 各節片亦較大

(長徑 1.5—2cm 橫徑 0.5—0.7cm) 側部有生殖孔 其內部子宮如樹枝狀分歧 各側有 15—20

條側枝 蟲卵略呈圓形 其外殼亦有放線狀線條 比有鈎蟲蟲卵易於由糞便中檢出

本蟲亦棲息於小腸 節片成熟後 亦脫落由糞便排出 但本蟲脫落節片 屢不數個連接 而各個分離

並有著明之葡萄運動

3, 廣節裂頭蟲 (Dioctrocephalus laevis)

本蟲全長竟能達於 4—10—15 Mm, 爲寄生於人體蟲類中之最長者 頭部呈棍棒細小狀 其長徑爲 2—5 mm 橫徑爲 1 mm 其兩側有裂溝 爲吸盤之用 無鉤 頸部頗細 節片長徑爲 1.5 mm 橫徑爲 1.0—1.2 mm, 故有廣節裂頭之名 節片之中央 有生殖孔 子宮呈星芒狀 蟲卵爲卵圓形 卵殼呈黃褐色 一端有小蓋 頗容易由糞便中檢出

中間宿主爲淡水滄魚類

症候 繼發症之症候 極無一定 有時完全無何等症候 僅據排出蟲體之節片 始知爲有寄生蟲存在 有時發生各種症狀 腸官方面之症候 爲腹痛 (有時與抽筋相似) 及便通不整 (或下痢或與便秘交互出現) 無動機之嘔吐 一般症候 爲全身倦怠、無意勞作、不安、情調變常、食慾缺乏、或發作性善餓症 反射性症候 爲流涎、夜尿痛、瞳孔異常擴大、鼻腔潰瘍、心悸亢進、眩暈、嘔吐、噁氣、頭痛、及與癩瘡相似之發作性瘙癢 血液 嗜好細胞 概有著明之增加 大便中偶有 Charcot 氏結晶

有時發生重症貧血症候 與惡性貧血相似 多係發生于廣節裂頭繼發 其原因似由於該繼發產生毒性物質 由腸管吸收後 破壞赤血球 此種貧血 行驅蟲療法後 多能迅速就癒

診斷 確實診斷 僅據由糞便中檢出蟲體 或蟲卵而已 若有本病之疑 而不能檢出蟲體或蟲卵時

則試投以下劑 有時能因之排出節片

槍 療 法 驅蟲劑之作用 或能略繼蟲致死 或僅能使其成麻醉狀態 離開腸管壁、然後用下劑排出

若欲完成藥劑之功用 必須先使腸管空虛 以便易于排出 故服特殊驅蟲劑之前晚 僅攝取少量食品 或

僅攝取羹汁 並服一次下劑 (以荷麻子油為最佳) 於清晨 空腹 或飲少量濃厚咖啡茶之半小時後

服驅蟲劑 蠶蟲驅蟲劑之中最有効者 為棉馬越幾斯 (Extra, Fine) 成人用重為 1.0 g. 裝入膠囊

於 1-1 小時內服下 不可超過 1.5 瓦 因有中毒之危險也 服驅蟲劑之 1-2 小時後 再服強有

力下劑 此時以鹽類下劑或 Senna 葉浸為宜

棉馬越幾斯之代用品 為 (E. Hamerol) (Elimon 1分 荷麻子油九分之混合液 効力確實

毒性亦少 頗為實用成人用量為 1.5 瓦 或混于咖啡 或混於啤酒內頓服 經 1-2 小時後仍服下

劑

當服驅蟲藥之間 患者須靜臥 以免發生嘔吐 如有嘔吐之傾向時 則服咖啡少許

用棉馬越幾斯後 發生重症中毒現像者 概由於患者同時有十二指腸蟲也 其中毒現像為嘔吐、下痢

、虛脫、繼續性黑內障、痙攣、甚至陷于昏睡

如本病患者 另有他種疾患 或虛弱者 妊婦等 無急于用此種劇烈驅蟲劑之必要

II 間蟲類 (Randyvermer) 或線蟲類 (Nematode)

1. 蛔蟲 (*Ascaris lumbricoides*)

本蟲與蚯蚓相似 呈赤色或灰黃色 雌蟲較小 長約 2.5 cm, 尾端呈圓錐形 向腹部彎曲 成鈎針狀 雌蟲較大 長約 30 cm. 尾端亦爲圓錐形 而不彎曲

本蟲寄生于小腸 有時竄入大腸 或單獨由肛門爬出 或隨糞便排出 有時上行至胃 經嘔吐排出 本蟲有竄入管腔之癖 故有時能竄入膽道、歐氏管、鼻腔、氣管等處 或穿通腸管 達于腹腔 誘發急性腹膜炎

蟲卵呈橢圓形 卵殼頗厚 透明 有二重輪廓 外部尙有呈黃色境界不規則之蛋白被膜 然有時脫落 已受精之卵內容 爲細顆粒充滿 于卵殼內 有時其兩極有新月形之空隙 未受精卵較大 形亦不整 卵殼較薄 蛋白被膜亦菲薄 其外緣 往往呈波線狀 卵殼內顆粒亦較粗大

本蟲無中間宿主 故傳染由于直接嚥下該蟲卵也

候 蛔蟲爲比較上無害之寄生蟲 雖有多數蛔蟲寄生于腸管 而不發生何等候者頗多 但大多數 (據 *Stiles* 氏謂本症之 90% 早病的候) 概能現出 各種與蛔蟲相似之症候 即消化器方面症候 爲食慾充進 屢成爲善後症、或食慾減退、或異嗜症、惡心嘔吐、(有時極爲頑固 不易制止) 腹痛 (或在臍部 或無一定部位 有時頗劇烈 與膽石痛、或腎石痛之發作相似) 便通不整 有時發生定期性下痢 有時便秘 消化障礙 劇烈時一般營養受重大障礙 患者羸瘦 呈著明貧血狀態 神經性方

面赤候 爲頭痛、眩暈、痙攣、癱瘓樣發作 鼻腔痔瘻、隱孔散大等

如蠅蟲竄入膽道 則發生黃疸 或誘發肝臟膿瘍 偶能竄入氣道 致突然呈窒息狀態 甚至因之死亡

如腸管有潰瘍性疾患時 (例如傷寒紅痢) 致引起腸穿孔 多數蠅蟲聚集時 能發生器械的腸閉塞 有時蠅蟲數雖不甚多 然因腸管受其刺激 能誘起痙攣性腸閉塞

血液中之所見 係 Eosin 嗜好細胞增加

診斷 糞便中蟲卵之証明

療法 最有效之藥劑 爲 Santonin, 服本劑以前 仍以豫先服一次下劑爲宜 例如 Santonin

1. Rikimpei 60,0 每日 2-3 次 每次一食匙 又 Santonin 錠 (0,02-0,05) 每日三次

(食後服) 每次一錠 連服 3-4 日後 與鹽類下劑

附服 Santonin 後 屢發生中毒現象 其症狀爲黃視、失語症、幻覺、隱孔散大 惡心、嘔吐、

下痢、神識障礙、虛脫等 其療法爲洗胃、下劑、麻醉劑

Nemalol 亦爲極有效之藥品 若用大量 仍有強烈毒性 其用法如下 : 前服一次下劑 (Magnes-

sulf, 1,1) 溶于 300.0cc(之水) 翌日清晨 空腹時服本劑 1-4 滴 (裝入膠囊) 經 2 小時後 再如

上法 服下劑一次 如驅蟲作用不完全時 須經二星期後 始可再用 且屢呈中毒現象 小兒及衰弱者以

免用爲宜

2. 蟻蟲 (oxyuris Vermicularis)

本蟲特身發生于小兒 偶亦能發生于成人 爲絲狀白色之小蟲 雌蟲長約 4 mm 尾端鈍圓 常彎曲 雌蟲長約 9—12mm 爲細長之紡錘形 尾端尖銳 而筆直 蟲卵爲長圓形 一側稍彎曲 一側端直 卵殼有二層鮮明輪廓 其內容或爲顆粒 或爲幼蟲 無中間宿主 傳染由于直接攝取蟲卵 (傳染媒介物爲果實蔬菜等) 寄生部位 爲大腸 雌蟲概在直腸最下端 常爬出肛門外產卵 故由糞便中能檢出蟲卵者頗少

症候 殆常爲局部症候 即雌蟲於夕刻或夜間爬出肛門外時 惹起肛門部奇癢 在女子因以蟲匍匐於外陰部 亦能于該處覺感癢澤 屢因癢澤惹起手淫 及因搔抓發生濕疹 陰門炎 (vulvitis) 有時能誘起生殖器之興奮狀態 直腸炎樣候 睡眠障礙 患兒易成神經質 此蟲侵入蟲樣突起時 致該部位呈炎症狀態 有時能喚起真性蟲樣突起炎 本病屢因搔抓後之不潔指頭 引起自家傳染 (Autoinfection)

診斷 概不難 除肛門周圍之特殊癢澤外 能于肛門部皮膚 證明蟲卵 或蟲體 屢能于糞便表面之粘液層內 檢出卵體或蟲卵

療法 本蟲之驅除法 與蛔蟲症相似 即用下劑與 Santonin 除此之外 更須行灌腸 將腸下端之蟲排出後 始能奏效 最確實方法爲 Belcher 氏法 即首先用下劑 (甘汞或蓖麻子油) 其次 Santonin 與下劑併用 如有多量排泄時 最後行藥用石鹼之大量灌腸 (0.2—0.5% 溶液 1—3 Liter)

于肘膝位行之

此外有效藥劑 尚有 Oxyinos, Oxural, Naphthalin, Thymol 等

對于局部癢癢 則用水銀軟膏 (與 Vaselin 等分) 塗擦 或石油 (Petroleum) 塗布 有殺滅蟲之効

力

手指保持清潔 對于豫防自家傳染 極爲緊要

3. 十二指腸蟲 (Ankylostomum duodenale, od. Dichimus duodenalis)

本蟲呈半透明之灰白色 或淡肉色 雄蟲之長約 7—10mm 尾端分裂成三片 雌蟲之長 約爲 10

1—18mm 尾端成圓錐形 頭端爲鐘形 口囊內具六齒 因此該蟲能緊着于腸壁 蟲卵無色 呈橢圓形

長徑爲 0.06mm 橫徑爲 0.04mm 卵殼菲薄 其內容概含四個 偶能含八個分裂球 蟲卵遇適當溫度

及濕度 則發育成幼蟲 傳染經路有二 一係經皮的傳染 即仔蟲自皮膚侵入 經淋巴或血液而至心臟

更經小循環至肺 經氣管枝帶行至喉頭 更折行而入咽頭食道、以達於腸 一係經口的感染 即蟲卵或幼

蟲 隨食物嚥下 抵腸後 發育爲幼蟲 穿通腸壁 或入血行而探前項經路 或入腹腔上穿通橫隔膜 而

入於肺中 亦探前項經路 最後抵於腸中 多寄居於廻腸及空腸 其在十二指腸中者反爲少數

症 候 本寄生蟲 屢爲重症貧血之原因 此種貧血爲失血性貧血 與廣節裂頭總蟲時之溶血性貧血

不同

有本寄生蟲者之一部分。能不發生何等症候。其他一部分。發生症狀者。概在受感染五星期之後。其症候爲上腹部之疼痛、吞酸、嘈雜、惡心、嘔吐、概有便秘。有時發生下痢。此時于糞中能檢出蟲卵。血液 *Charcot-Leyden*, *Schektyr'stalle* 及 *Eosin* 嗜好細胞。血液中 *Eosin* 嗜好細胞亦增加。而白血球數實際上無甚變化。但有貧血時。赤血球數減少。致白血球成比較上之增加而已。如發生著明貧血時。即現出貧血方面之症候。如疲倦、耳鳴、眩暈、頭痛、勞動後感覺肌肉痛。心悸亢進。呼吸困難。皮膚浮腫等。他覺症候。爲皮膚蒼白色。及著明之心臟機能亢進。至後期屢有心機擴張。

診斷 確實診斷 僅據糞便中之蟲卵証明

療法 用驅蟲劑之前日。行前療法 (*Yorkin*) 即前日僅攝取流動食。夕刻服一次下劑。

翌晨清晨 空腹時。或服棉馬越幾斯。或服 *T. hynol* 之 4 瓦。裝入膠囊。以二小時間隔分二次

服下。經三小時後。再服一次下劑。經三日後。可再行上法。至糞便中不能證明蟲卵爲止。但 *T. hynol*

療法。適用三回以上。則效力減退。如有再繼續使用之必要時。宜改用他種驅蟲劑。

olefin *Chenopodii* 即 *Nem. tal* 對於十二指腸。亦頗有效。此外尚有綿馬。四鹽化炭素等。

4. 鞭蟲 (*Trichocephalus dispar*)

本蟲體 尾部粗大。前體部呈纖維絲狀、如鞭、故有是名。雄蟲長約 1.5 cm。雌蟲較長。棲息于盲腸或結腸。概爲無害之寄生蟲。有時亦能誘起腸加苔兒及貧血。蟲卵屢見于健康者之糞便中。爲長圓形。呈

內 科 學

深黃色 兩端有透明小蓋 卵殼有二重輪廓 長徑爲 0.05mm 橫徑爲 0.02mm 內容爲顆粒

症 候 大多數完全不呈何等症候 有時亦能發生重症大腸炎 兼有腹膜炎症狀 與盲腸周圍炎相似 有時能誘發高度貧血 由大便中能檢出潛出血 甚至能發生大量腸出血 其神經方面症候 爲頭痛、眩暈、甚至能呈腦膜炎症候

診斷 據糞便檢查 證明蟲卵

療法 本寄生蟲對於驅蟲劑 極爲頑固 [Thymol] Santonin 棉馬越幾斯 均能用于本寄生蟲 但瀉腸 (I. Lier 水中加一茶匙乃至一食匙) 有相當效果

第七章 腹膜炎(Die Erkrankungen des Peritoneum)

腹膜炎於生理上及病理上 有三種特殊性質 即(1) 有廣大面積 (2) 有著明之吸收能力 與滲出能力 (3) 對於各種刺激 迅速形成纖維素性或液性滲出物

腹膜之表面面積 幾與全身 膚面積相等 腹腔內之液體 由腹膜表面吸收 直接送入血液 其不溶性固形物質 由白血球、淋巴球、纖維素等之吸收 而移行于淋巴管 腹膜能直接與淋巴管系統交通 較大固形物體 爲白血球所細碎 而蛋白質 (例如凝血) 似受腹膜液體所溶解 (腹膜消化 P. erionat verdan) (4) 吸收 不僅由于理學作用 內皮細胞之生活機轉 亦與有力 蠕動運動及橫隔膜之吸引 與壓迫作用 均使腹腔液體呈不斷的運動狀態 因之能促進滲透及濾過之作用 但若腹腔內之各處 有傳染性病

原時亦能因此不斷的運動 致迅速蔓延至全腹腔 正常狀態時 吸收與滯出保持平衡 因之腹膜表面 僅有菲薄液體層 使之滑澤 施溫熱于腹壁時 則能促進腹腔內液體之吸收 若施寒冷于腹壁時 則抑 制其吸收

腹膜雖僅含少數血管與神經 然有炎症時 能感覺劇痛 腹膜之痛覺與溫覺 僅限于體壁腹膜 (Para-peritoneum)

由腹膜 (如較大手術腹膜疾患) 能發生著明之震盪作用 (Shockwirkung)

第一 腹水 (Ascites, Bauchwassersucht)

腹水 概指非炎症性遊離液體 (freie Flüssigkeit) 滯留于腹腔內之謂也

原因 1. 爲心臟疾患 肺臟疾患 全身衰弱等時 一般循環障礙之部分症候 2. 發生于腎臟炎 與水腫

同一意義 3 發生于肝臟疾患 門脈栓塞 門脈受腫瘍壓迫等時之門脈鬱血 4 偶因乳糜管破裂 致

乳糜流入腹腔

腹水之性狀 腹水爲黃色 或黃綠色之液體 僅含極少數成形分子 (如內皮細胞、白血球、赤血球

— 蛋白含量較低 至多不過含 3% 而已 因腎臟炎發生之腹水 有時僅含 1% 比重在 1.012—1.015

之間 據此等性狀 能與炎症性滲出液區別 因滲出液之蛋白含量較多 (1—5%) 比重亦高 但滲出

液 (即單純性腹水) 往往與滲出液合併 故蛋白量少 及比重低者 可認爲單純滲出液 而較高者 則不

能認其必為單純滲出液 因漏出液 亦能合併也 測計蛋白含量多寡之簡單方法 即漏出液與滲出液之區別法(摩爾用) Morison 氏法 腹水中之細胞 大多數為白血球者 屬于急性疾患 大多數為淋巴球者 屬于慢性疾患 (歷為結核性) 癌腫性及結核性積留液 往往為出血性 腹水中混合乳糜時 其則液體之外觀 與乳汁相似 謂之乳糜性腹水 (Chylous Ascites) 因腹膜惡性腫瘤發生之腹水 若含多量脂肪 性細胞時 亦能呈同樣外觀 謂之脂肪性腹水 (Adipose Ascites) 此二者據顯微鏡檢查 可以區別 即乳糜性腹水時 脂肪遊離而極細微 雖用顯微鏡視之 亦不易認識 不含脂肪變性細胞 縱有亦不過微量而已 粘液性腹水 見于腹膜之粘液腫 及破裂之卵巢囊腫

症 候 腹水常須達于 1-1½ Liter 以上時 始能証明 最多時能 10-15 Liter 或更以上

若於膝肘位 (Kniekehohlage) 行檢查時 則較少量液體 亦能早期證明 當診查少量液體時 打診板或手指不可強壓腹壁 因若是則能將該部液體擠開 僅發腸管音而不發生濁音也

如積留較多量之液體時 則能觸知波動 (Fluctuation) 因液體為遊離性 常聚集于下方 故隨體位變換 (Lage wechsl) 濁音常現于下方

如含極大量腹水時 則腹部呈強度膨隆 全腹部呈濁音 臍窩概消失 反呈囊狀突出 腹壁及膚緊張發光澤 壓現出浮腫 橫隔膜上舉 致肺臟下部膨脹不全 而發生呼吸困難 因門脈循環障礙 發生之腹水時 除下肢發生浮腫外 有時于胸壁現出海蛇頭 (Cairn Metastase) 為其特徵 若于短期間內形成

腹水者 殆全由于門脈血益也

診斷 據腹部膨隆、波動、及因體位變換之打診音變化等 概能決定

鑑別診斷

1. 滲出液 臨床上面出液之濁音界 變動較滲出液容易 而無疼痛 如腹膜之浸潤肥厚 及硬結等 此外據上述性狀（如蛋白含量比重）概可區別

2. 卵巢囊腫 巨大卵巢囊腫 頗能與腹水相似 其區別點如下 即卵巢囊腫時臍窩不凸出而陷沒 亦能隨體位變換而變更濁音部 但濁音境界向上方呈凸圓形 仰臥時腫瘍仍向前方突出 前腹部呈濁音（若為腹水則仰臥時 前腹部稍扁平 向側腹部呈隆 並前腹部呈鼓音 側腹部呈濁音）子宮多固着（腹水時子宮易于移動）

3. 腎臟水腫 (Hydronephrose) 概為一側性 並在側腹部 直立位時 臍部下方無濁音 療法 行原因療法 自不待言 若用種種藥劑 仍不奏效 並液體達于高度 發生呼吸困難 腹部緊張 難以堪受時 則行穿刺 (Punktion) 排出腹水 以輕減患者之痛苦

穿刺部位 以發濁音呈波動之部位為宜 一般所常用穿刺部位 為左側 Richter-Monroesche Linie (臍與腸骨前上棘之連合線) 之外側 (約四分之三) 或臍與耻骨縫際中央之白線上 (稍偏于右方) 刺前 務囑患者排尿 以免膀胱受刺傷 行穿腹術時患者之體位 或側臥位 或半臥半坐位 或坐位

行穿刺之前 豫先行試驗穿刺 (Robson's test) 以確定液體之有無 及其性狀 液體流出 不可過于急速 故術者用手指輕壓橡皮管 使液體緩徐流出 穿刺中 如因腦貧血 致一時人事不省 或心力衰弱時 則將患者頭部下降 腹部施以壓迫帶 同時與以葡萄糖 或樟腦注射 液體完全排出後 將穿刺管拔出 穿刺口塗以 Jodoformolium 或貼橡皮膏

第一 急性腹膜炎 (Die akuten Peritonitis)

原因 腹膜之炎症 雖亦能發生于器械的刺戟 及化學的刺戟 然大多數係發生于病原菌 及其毒此時主要細菌、為連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、大腸菌、肺炎菌、淋菌等

本病多續發于腹腔臟器之疾患 尤以續發于消化器 及女性生殖器官者為最多 胃腸有潰瘍性疾患時 潰瘍病竈能漸次向深部進行 達于腹膜 初期時尚為局限性炎症 能逐漸蔓延成為廣泛性炎症 如潰瘍之侵蝕劇烈 胃腸因之起穿孔 犬骨炎症病原菌 隨胃腸內容侵入腹腔 發生穿孔性腹膜炎 例如胃潰瘍、潰瘍性胃癌腫、傷寒性、結核性、梅毒性、及赤痢性腸潰瘍 腸狹窄上方之潰瘍 因糞便鬱積之褥瘡潰瘍 蟲樣突起炎等

由女性生殖器官 發生本病者 例如分娩 或流產後 炎症性病原菌 侵入子宮 發生子宮內膜炎

Endometritis) 子宮實質炎 (Metritis) 或子宮周圍組織炎 (Parametritis) 等 然後炎症機轉

經各種徑路 (或直接經咽尿管 或經淋巴管) 達于腹膜 如有頗大之子宮周圍膿瘍時 能因穿孔達於

腹膜 誘起腹膜炎 須注意者 有時病原雖經過子宮及其附屬物 (Adnexa) 達於腹膜 誘發腹膜炎 而子宮及其附屬物 能不呈何等異常狀態 此外能誘發腹膜炎之婦人病的疾患 爲喇叭管膿瘍 (Pyosalpinx) 化膿性卵巢疾患 卵巢囊腫之化膿等

除上述兩大種類最重要原因外 能誘發傳染性腹膜炎者 爲肝臟膿瘍 化膿性肝臟包蟲症 化膿性膽囊炎、脾臟膿瘍、化膿性腎炎、及腎盂炎、攝護腺膿瘍、傷寒及結核時之腸間膜化膿、腰肋膿瘍、脊椎炎等 化膿性前膜炎、及心囊炎、能誘發腹膜炎、腹壁傳染、如丹毒、初生兒之疥傳染、穿通性壁外傷 (Penetrierende Bauchwunde) 及消毒不完全之開腹術等 亦能誘發本病 敗血症時 亦能發

生本病 此時不過爲其部分現象而已 急性關節癱瘓麻質斯及腎臟炎 亦能誘發本病

病理解剖 本病解剖之特徵 爲腹膜之汎發性 或斑紋性發赤腫脹 內皮細胞脫落 而失其鏡珠光澤 形成多量滲出物 其滲出物中常含多量纖維素層 (Fibrinlocken) 與囊膜片 腸管表面 有纖維素沉着 致腸管互相黏着 或與體壁腹膜 (Parietalen Blatt) 黏着 但經過極爲迅速之敗血症性腹膜炎時

腹膜炎之炎症機轉 尙未形成以前 患者已因重篤之中毒症狀死亡 故此時腹膜不形成炎症機轉 滲出液 有漿液性、纖維素性、凝液纖維素性、出血性、化膿性、腐敗性等之區別

腐敗性腹膜炎 或發生于大腸菌 或發生于他種嫌氣性細菌 滲出液之量 多少不等 然概不甚多 僅發生于產褥熱之連鎖狀球腹膜炎時 滲出液之量最多 淋菌性腹膜炎時 發生纖維素性膿性滲出液

以迅速起總着爲其特徵 滲出液申 有時混合瓦斯 或爲腸瓦斯 (有腸穿孔時) 最緊要者 爲腹壁之全般緊張 謂之肌肉防衛 (deansanguitric) 此種症狀似爲腹壁之反射性收縮 其目的在於使炎種部位 保持安靜 因之能輕減疼痛 本病患者之腹式呼吸 頗受限制 幾常行胸式呼吸 腹壁反射消失

腹痛 (Bruchschmerz) 亦爲本病緊要症候 概甚劇烈 爲自發性、續發性、瀰漫性等 (僅穿孔性

腹膜炎之初期 疼痛限于穿孔部位 或于該處最強) 對於壓迫 亦極銳敏 患者腹壁 對於輕度觸診 或被縛之重力 亦感痛苦 故本病患者 常靜臥不動 以免腹壁受各種觸壓也 其與皮膚之過敏症不同者

試用指與示指 將腹壁皮膚撮舉 而患者並不感覺痛苦 除當施壓迫時 發生疼痛外 除去壓迫時 亦發生劇痛 此種現象謂之 Rumberg 氏症候 爲本病之特徵

胃腸障礙 殆爲本病常有之症候 其中能早期出現者 爲舌苦 若舌乾燥有厚苔 而有皸裂時 則爲重疔之兆 若舌濕潤則豫後佳良 食慾殆常完全缺如 多有煩渴 (gastralder Durst) 嘔吐 殆爲本

病必發之醜候 並能早期出現 其原因似由炎種性漿液膜所發生之反射性嘔吐 及由吸收炎種毒素所致也 其吐出物 在初期時 爲胃內容及粘液膽汁 至後期 腸閉塞症特出現時 則帶糞便性狀 若炎症機轉

限局于一部位時 嘔吐亦停止 若仍繼續再三發生嘔吐時 則爲炎症尚在進行之徵 急性腹膜炎 而不發生嘔吐者 或因患者有高度神識障礙 或因有胃穿孔 (胃內容已由穿孔部位排出也) 往往發生頑固酸氣

及吃逆 (Singultus) 雖能由于橫隔膜之漿液膜 直接受炎種刺激而發 但概爲反射性

鼓腸 (Meteorismus) 本病進行 至相當時期 早晚發生鼓腸 乃由于腸管麻痺 腸瓦斯攔留也

尤以發生于產褥熱者 甚為顯著 本病時之鼓腸 概為廣汎性 均等性腹部呈洋櫟狀之膨脹 而腸管既不能目擊 亦不能觸知 聽診時多不能聽出腸雜音 (Darmgeräusche) 若有強度鼓腸時 腹壁皮膚緊張 而帶光澤 橫隔膜上舉 胸腔狹小 致呼吸困難 此外與鼓腸有密切關係 而于診斷上頗屬重要者 為肝濁音部之縮小 在本病初期時 首先由左方縮小 漸次向右方進行 至後期肝臟濁音部完全消失

至本病後期 如腸管麻痺繼續進行時 遂呈麻痺性腸閉塞現象 本病概有便秘 僅敗血症性產褥性腹膜炎時 屢發生下痢

排尿障礙 若膀胱部位腹膜 亦受炎症之蔓延 則排尿時感覺疼痛 尿量減少 (因嘔吐發汗等喪失水分之故) 尿中含少量蛋白及多量 indican

滲出液 汎發性腹膜炎 概有滲出液 據濁音及波動可以體明 但有鼓腸時 或腸管相互間 發生凝着時 則其證明往往感覺困難 尤其在滲出液被凝着 截為數部分時 雖行體位變換 而濁音部仍不隨之移動 滲出量之多寡 與疾患之輕重 常不一致 故不能據滲出量之如何 以判斷本病之輕重也 有時于本病初期 當呼吸運動之際 能觸知腹膜摩擦音 其能觸知部位 多在肝臟及脾臟漿液膜處

脈 (b) 一般症候 (Allgemeinscheinungen)

本病一般症候之中 最緊要者 為循環系統之性狀 即病初脈搏已頻數軟弱 重症時呈不整脈

急性腹膜炎 概有多少發熱 然熱度之高低 不必與疾患之輕重一致 屢為常溫 或正常下體溫 (Subnormal Temperature) 因大腸菌發生之腹膜炎 屢無發熱 因連鎖狀球菌發生之腹膜炎 概有稽留熱 惡寒戰慄 非為本病之特徵 乃為合併膿血症之兆也

重症時陷于虛脫狀態之患者 顏面呈蒼白色 眼窩及兩頰陷沒 鼻梁高聳 四肢厥冷 呈紫藍色 全身流冷汗 呼吸淺表頻數 而營鼻翼呼吸 此種狀態 由于本病特有之循環機能衰弱 即內臟神經領域之血管痙攣 致血液悉聚集于腹腔內 而未稍部血管空虛 致四肢厥冷 此時肛門內體溫 屢較腋下體溫高至 $1^{\circ}-2^{\circ}\text{C}$

神識 除敗血症性腹膜炎外 至疾病末期 概不受障礙

以上所述者 為急性腹膜炎之共通症候 茲將各種急性腹膜炎之固有症候 略述如下

穿孔性腹膜炎 (Peritonis perforativa) 當穿孔之瞬間 發生極為劇烈之限局性腹部疼痛 繼之以繼續性虛脫 但已陷于神識障礙之患者 (例如傷寒患者) 發生穿孔時 能不感覺疼痛 然亦有因穿孔 將呈嗜眠狀態之患者 重呈蘇醒 若即時行檢查 腹壁尚緊張 腹部呈舟狀陷沒 (即尚未形成鼓腸時) 據肝濁音之消失 為腹腔氣積症 (Pneumoperitoneum) 之証

敗血症性腹膜炎 (D. septicus) 本病之主徵 為中樞神經之重症中毒症候 他種腹膜炎時 雖至疾病末期 神識極明瞭 而本病患者 早期即陷于嗜眠狀態 卒至昏迷 但有時反極為不安 呈興奮狀態 至

現出狂暴性譫妄 (furibundus Delirium) 亦有近于死亡時 一切疼痛消失 似完全入于樂境 (Euphoric)

淋菌性腹膜炎 (P. gonorrhoeae) 發生于婦女之骨盤臟器 發病頗急劇 易于誤認爲蟲樣突起炎性

腹膜炎 脈搏概呈強度頻數 有鼓腸 腹壁緊張僅限于下腹部 屢爲兩側性 嘔吐多不出現 疼痛概以下

腹部爲最著明對於內診頗過敏 能證明附屬器腫瘍 (Adnexum) 由尿分泌 能檢出淋菌 並屢于

月經時發病 本病有特殊之經過 即劇烈之一般症狀 能迅速消退 如能施以適當治療 殆常能就癒 發

生于婦人骨盤臟器之急性腹膜炎中 除淋菌性者 以外概屬重症

肺炎球菌性腹膜炎 (Pneumococcal peritonitis) 多發生于小兒 預後概屬佳良 發初症狀 概甚劇烈

即突然發生下腹部疼痛 發熱、嘔吐、下痢、以及爾餘症狀等 然能迅速減退 其次于臍部下方 形成

滲出液即時爲囊膜包裹 往往形成膿瘍 或經手術排出 或自然向臍部等處穿破 排出後就癒

經過及豫後 本病一般經過 概甚迅速 敗血菌性及穿孔性腹膜炎之大多數 死亡于數日以內 爾餘

腹膜炎 如其病疔已就癒時 其豫後亦概不良 僅淋菌性及肺炎球菌性腹膜炎之豫後 比較佳良

一般豫後 除能早期行手術者 有多少治癒希望外 概歸死亡 偶有不經手術 而能就癒者 由於炎

症滲出物部位形成包囊 其後或向腹壁 或向腸管穿孔 將內容排出後 自然就癒 或由於急性炎症 移

行成慢性炎症 滲出液被吸收 形成之囊膜 (Pseudomembran) 起萎縮而成結締組織條索 腸間膜及

網膜短縮 且肥厚 臨床上瘰癧 雖覺緩解 然仍遺留繼續性虛弱狀態 患者卒因衰弱死亡

診斷 急性汎發性腹膜炎之診斷 據特殊徵候 如腹壁筋肉緊張、腹痛、嘔吐、脈搏性狀、乾腸、肝濁音消失、舌苔、虛脫現象等 概能診斷 然至此時 病經已進行至相當程度 幾無施術之餘地 故本病之早期診斷 極爲緊要 然往往頗感困難 僅據詳細既往症 腹壁肌緊張 脈搏性狀一推測爲本病而已

急性限局性腹膜炎 則據原發性疾患 限局於一定部位之腹壁肌緊張及疼痛 輕度之虛脫現象 脈搏不甚頻數 肝臟濁音部存在等 可以診斷

鑑別診斷 肝臟脂肪組織壞死 (Dankrausleberwechekrose) 有時與腹膜炎頗難於區別 因初期時

概有肌肉緊張 上腹部之疼痛及壓敏 僅糞糖尿 而尿中無 indican 肝臟濁音部存在等 始能區別

器械性腸閉塞 (mechanischer Darmverschluss) 腸閉塞之初期 無發熱 腹部疼痛不因壓迫特別加劇

有時呈腸蠕動不穩症 脈搏在初期症尚佳良 不甚頻數 鼓腸亦不似腹膜炎時之纏蔓性均等性 有時能

見出腸脹腸管之輪廓等 可以區別 但至後期 亦能合併腹膜炎 故不易區別

療法 急性腹膜炎之療法 以即時行外科手術爲原則 因此能探索炎症泉源 除去炎症產物 防止

炎症之蔓延 愈能早期行手術 則成績愈良 僅對於淋菌性及肺炎球菌性腹膜炎時 可暫時觀望 因往往

能限局于一部位 不至蔓延 而就癒也 若有種種原因 不能行外科手術時 則行內科的療法

急性腹膜炎患者 須行絕對靜臥 腹部置冰袋 或溫濕布 能輕減疼痛 及使腸管蠕動運動減退 對

于本病有良好影響 如患者對於冰袋感覺痛苦 則以不用爲宜 至於誘導劑 (antilende Mittel) 如

腹壁之酒精塗布 或冰銀軟膏塗擦等、概無何等效力

阿片為頗實用之藥劑

因之能輕減疼痛

抑制腸蠕動運動 限制炎症機轉之繼續蔓延

輕減嘔吐吃逆

維持患者之體力等

屢據經驗

腹膜炎患者

概能堪受大量阿片劑

如因嘔吐不能內服

則用阿片坐藥

(每次 5mg 每日 3—4 次) 或 Morphine

皮下注射

每次 0.01

每日 3 次

阿片製劑 可繼續應用至腹痛消退為止

痛消退為止

早期療治循環衰弱及虛脫現象

極為緊要

如樟腦油

Peppermint 等

每二小時注射一次

理食鹽水皮下注射

(每次 25cc 每日 2 次)

每次加千倍 Adrenalin 液 1cc

因此不但使末梢部位血管恢復其充實狀態

並同時能使血管收縮

尤其在使過於充盈狀態之內臟神經領域血管收縮 以調整循環系

如不能行皮下注射

則行點滴灌腸

(Trochysma) 其灌腸液中 亦加 Adrenalin

大量 Adrenalin

或 Ashmoleysin (含 Adrenalin 與 pituitrin) 之皮下注射

亦頗有效

嘔吐之處置 或口中啣冰塊

或內服 Chloroform 水

Coeliac Tinct. Jodi

如有吐糞時 則洗胃

(但有胃穿孔之疑時 洗胃屬于禁忌)

吃逆之處置 Atropin 屢能奏效

口渴之處置

口內啣冰塊

或生理食鹽水之皮下注射

強度鼓腸之處置

用留置橡皮管

插入腸管內 以排除瓦斯

或 Turpentin 油灌腸

(稀薄 Gummulae)

內 科 學

一三三

ostant 200. Gcc. 中加 Terpent. (食匙) 腹部貼 Teipentinkompresen (Terpentin 油與橄欖油等分) 亦有能見效者 若鼓腸極爲頑固 患者已無治療希望時 爲輕減患者痛苦計 行腸管穿刺

下劑屬于禁忌 如腸管麻痺時 可洗腸 或油劑灌腸 Atropin, Eumydrin, physostigmin, Heroinol, chin

olin 等注射

患者食餌 病初以絕食爲宜 其後漸次與少量冷牛乳、肉汁、無刺戟之小兒粉粥 (Kindermehlsuppe

n) 等

第三 慢性腹膜炎 (Die chronische Peritonitis)

原因 本病偶能發於急性腹膜炎 但頗稀少 腸膜腫脹 及腹壁外傷 均能誘起本病 腎臟炎或

肝臟硬變症時之腹水 如繼續日久 因受屢次穿刺 能變爲炎症性 有時肝臟漿液膜肥厚硬變 (Cirrhu-

sis 氏謂之爲 Falscherhinder) 而誘發腹水 但此時其他漿液膜 如心嚢亦發生癒着 故謂之多發性漿液

膜炎 (Polyserositis) 或心嚢炎性假性肝硬變 (Perikardische Pseudobercirrhose) 梅毒亦能爲本病

原因

慢性腹膜炎之中 最緊要而最易遭遇者 爲結核性腹膜炎 原發性者極少 概爲續發性 或受隣近器

官結核之蔓延 (例如結核性腸潰瘍 腸間膜結核 婦人生殖器結核 腎結核等) 或於結核性肺膜炎 肺結

核、骨結核等時 結核菌經血液達於腹膜 或爲急性粟粒結核之一分症

病理解剖 慢性腹膜炎之較重者 腹膜概有著明肥厚 各腸管相互之間 或腸管與隣近器官之間 形成各種₃着 有時於網膜及腸間膜 起強度萎縮 於網膜亦能形成粗大條索 滲出液之量 概不甚多 雖有時滲出大量與腹水相似 然亦有時完全缺如 滲出液之性狀 概爲潤濁漿液性 偶有呈稀薄膿性者 屢含纖維素凝集物 有時於腹膜形成多數小結節 與結核相似 僅據顯微鏡檢查 始知爲結締織性結節 腹膜之結核性疾患 可分爲腹膜結核 及結核性腹膜炎二種 前者腹膜上僅有多數結核性結節 而無著明炎症變化 後者同時有著明之炎症變化 發生各種瘰癧者 滲出液之量 有時頗多 有時頗少 呈血性者亦頗多 觸診時 覺爲腫瘍者 概由於成塊狀肥厚之網膜 右下腹部之腫瘍 概見於由廻盲部結核續發之腹膜炎

症 候 本病續發於急性腹膜炎時 急性期間之劇烈症候 漸次減退 其後如形成膿瘍時 呈慢性膿血症 (Pyæmia) 之症候 即有化膿熱 病症早發作性增惡 誘發劇烈疼痛及嘔吐 於間歇期間 發熱及疼痛 均甚輕微 但消化器方面之障礙 如便秘或下痢 食慾不振等 殆爲常有症候 如最初即爲慢性₃時 則發病爲潛進性 故初期₃狀不甚著明

腹部疼痛 不甚著明 僅覺鈍痛及壓敏而已 亦有時完全無疼痛 腹部概有輕度膨脹 屢不呈均等性 僅一部分腸管特別隆起而已 如有大量滲出液 或形成巨大結核性腫瘍時 則腹部呈強度膨脹 但有時腹部正常 甚至陷沒 此時腹壁硬固 而緊張 如網膜已起肥厚 或各腸管之間發生結締織性纏着時 則

能觸出 種有抵抗部位 或凸凹不平之隆起物 如網膜者 成爲塊狀 或淋巴腺腫脹 則觸診時覺爲腫脹

肝臟往往腫大 有時能觸及肝下緣 如有大量滲出液時 則呈與腹水相似之症候 然本病之滲出液

因腹腔內發生各種癒着 致不能隨體部變換 而有著明之移動性 並往往因腸間膜 受病變起短縮 致將

小腸向右腹部牽引 臍右方常呈鼓音 謂之 *T. Harman's* 氏症候 有時腹腔內 無大量滲出液 而打診

時 腹部大部分呈濁音 乃由于腹膜肥厚及有纖維素沉着也 有時于腹部能聽出腹膜炎摩擦音 尤以肝

臟附近容易聽出 如腸管因癒着牽引彎曲時 則呈腸狹窄癱狀 大便或爲下痢 或爲頑固便秘 前者由于

合併結核性腸潰瘍 後者由于腸管通過障礙也 由腹水變爲炎症性者 亦屢完全不呈何等症狀 僅據偶發

生之腹膜摩擦 及穿刺液之變化 (比重及蛋白含量漸次增加) 始知已誘發慢性腹膜炎而已

癆瘵狀 概不良 漸次衰弱 呈貧血狀態 屢有不規則發熱 無論其爲結核性及非結核性 概能存

在 非爲繼續性 屢有無熱期間 僅癆瘵性以無發熱者爲多

上述諸症狀 爲慢性腹膜炎之共通樣候 若欲決定是否爲結核性 須據既往症(曾否罹結核性疾患)

胸部之詳細檢查(有無肺結核及肋膜炎)繼續性消耗熱 繼續性頻數脈 穿刺液之性状(如爲出血性或有多量淋巴球時屬于結核性)等

診斷 本病續發于急性症者 據既往症可以判斷 如有慢性化膿病竈時 白血球之變化 于診斷上

頗屬緊要

由腎臟炎或肝硬變症之腹水誘發本病時 據穿刺液之性狀 摩擦音及原發性疾患可以推測
慢性腹膜炎而有滲出液時 據上述症狀 (如炎毒症滲出液合併肝脾腫發熱等) 可以診斷
欲決定是否為結核性 須根據(1)有無他種結核性疾患 (2)穿刺液之動物試驗成績(能証明結核
菌據顯微鏡檢查及培養概屬無效) (3) Tuberculin 反應 瘤腫性腹膜炎時 概能證明原發性瘤腫
並滲出液 屢為出血性或脂肪性

慢性腹膜炎 有腫瘍形成時 須與放線狀菌病 或其他種腹部真性腫瘍區別 真性腫瘍之境界 概較明
瞭

豫後 續發于急性者 有自然就癒之希望 如能行外科手術 將續發性膿瘍除去 則預後更良
續發于腎炎及肝硬變者 雖以原發性疾患為轉移 然概不良 瘤腫性者自屬不良
結核性腹膜炎 如不合併他種重症結核性疾患 (如肺結核) 非盡屬不良 治癒者能達半數
療法 結核性與非結核性慢性腹膜炎之療法 大致相同 內科療法之要旨 在于維持患者體力 以
補助自然就癒之機轉 即營養品須選擇易於消化無器械的刺戟 而富于營養者

本病患者 屢缺乏食慾 故食品須常更換種類 並攝取能促進食慾之食物 此外須受適當日光 呼吸
新鮮空氣 行靜臥療法 以圖身體及精神之安靜

局部療法 應用吸收藥 (Resorbantien) 以圖除去慢性炎症 如用加里石鹼塗擦於腹部 每日一次 每次用一食匙 塗擦於腹部 約經十分鐘後 將該藥除去 (洗滌) 然後用撒布劑 以防皮膚刺激 腹部之熱療法 熱氣浴、日光浴、人工太陽燈等 屢有著效 特對於結核性腹膜炎 行 Rouben 綫深部徹照 屢能奏速效

若上述療法 不見效時 對於滲出性腹膜炎 行開腹術 有能就癒者 或僅行穿刺亦可 須注意者 本病屢有癒者 往往易穿破腸管 或多發性漿液膜炎 發生滲出物時 行 Talm 氏手術 屢有相當效果

對於黏着性腹膜炎 除用溫熱或吸收藥以外 亦可行按摩

對於疼痛可用 Belladonna 製劑 或阿片劑 用 morphin 時 須特別加以注意 因本病患者 易於成習慣也

若內科療法 不見效時 行手術將癒着剝離後 有頗能奏效者 但亦有手術後 重新發生癒着 致疼痛如故者亦不少

第四 腹膜腫瘍 (Die Geschwulste des Peritoneum)

1 腹膜癌腫 (Karbs des Bauchfels)

腹膜腫瘍之中 臨床上有意義者 為癌腫 原發性者 即腹膜之內皮細胞癌 (Epithelioms) 但極

為稀少 概為續發性 即續發於胃、腸、脾臟、肝臟、膽囊等之癌腫 屢為粟粒性癌腫 (Metastatic carcinoma) 即無數之癌腫小結節 散布於腹膜之各種部位 如網膜、腸間膜、膈部周圍等處 偶亦有生長 成為較大之癌腫結節 腹腔除發生癌腫外 呈著明炎症現象 (即癌腫性腹膜炎) 者不少

腹膜癌腫電候之一部分 與慢性結核性腹膜炎相似 單純性粟粒性癌腫 屢完全無何等症候 故不易診斷 有時不發生疼痛 及他種電候 僅腹腔內滯留液體 據原發性癌腫 始能推想為本病而已 如腹膜同時有炎症現象時 則呈著明症候 即劇烈疼痛 腹部有不均等性之膨脹 排便障礙等 網膜或前腹壁內面之較大腫瘍 能於腹壁觸知 下腹部之腫瘍 由臍或肛門內行檢查 往往能早期觸出 若於臍部內面形成癌腫結節 則由外而行觸診時 臍之邊緣有堅硬浸潤 臍部下方白線 (Linea alba) 上 屢能觸得硬固圓條索 恐係為癌腫性浸潤之淋巴管也

本病之滲出液 或為純粹漿液性 或為出血性 或為乳狀稠濁液 行顯微鏡檢查 偶能證明癌腫細胞 本病診斷 僅據有能證明之原發性癌腫 及腹膜之著明炎症症候 (如滲出液 疼痛腹部之不均等性抵抗部位及膨脹等) 此外根據癌腫之通有現象 如年齡 癌腫惡液質 續發性淋巴腺腫 (鼠蹊腺 鎖骨上腺) 等 始能判斷

療法不過對症而已 如腹部濕布 Morphia 等 輕減疼痛 如有大量滲出液時 則行穿刺排除

II 腹膜之良性腫瘤 (Die gutartigen Geschwülste des Peritoneum)

腹膜之良性腫瘤 爲纖維腫、脂肪腫、黏液腫等 均能發育成爲巨大腫瘤 概發生於後腹壁 尤易發生於腸間膜根部 成爲非移動性平滑硬固之腫瘤 僅壓迫鄰近器官時 發生各種障礙 若發生於網膜 則有著明移動性

囊腫之中 有包蟲囊腫 (*E. chinococcus*) 瘻蟲囊腫 (*cysticercen*) 乳糜腫 (*Chylouscysten*) 液囊腫 (*B. Juncysten*) 及皮膚樣囊腫 (*D. dermoidcysten*) 等

此等良性腫瘤 概不呈何等症候 偶能惹起疼痛 經長期觀察 無著明增殖 對於患者 一般症狀 不發生障礙 始能與惡性腫瘤區別

本病無庸行特殊療法 若壓迫鄰近臟器 則行外科手術除去

第八章 肝臟及膽道疾患 Krankheiten der Leber und der Gallenwege

肝臟	男	女
長徑	二四、九 cm	二四、四 cm
橫徑	一四、五 cm	一四、二 cm

厚	六、六 cm	六、八 cm
重 量	一一九〇、五 g	一一二〇、五 g
胆囊容量	三〇—五〇 cc	
胆汁一日間分泌量	每體重 kg 分泌一二 cm	

壹 肝臟疾患 (Krankheiten der Leber)

第一 急性與慢性肝臟實質性充血 (Akute u. chronische Leberkongestion) 即輕度汎發性肝炎 (die leichten Form der diffusen Hepatitis)

原 因 肝臟動脈性充血之原因 為攝食不當 酒精及香料等刺激性物質之攝取過量 各種中毒(糖尿病) 痛風 傳染病 (瘧疾 赤痢) 肝臟部外傷等

病理解剖 肝臟之強度充血 賦為唯一之著明症候 肝臟腫大 呈著明赤色 表面平滑 血管過度充盈 有時漿液膜下發生小出血 用顯微鏡觀之 則見毛細血管擴張 肝細胞或正常 或呈潤濁性腫脹

內 科 學

亦有肝臟之大小無著明變化者 此時呈蒼白色 或灰赤色 肝細胞及血管內皮細胞 亦有輕度變化
(膨脹 潤濁 脂肪及玻璃變性 萎縮等)

症 候 自覺症候 爲肝臟部位之鈍痛、壓重、及緊張感、此外視原因如何 能有發熱、消化不良、全身障礙等症候

行他覺的檢查時 如有肝臟腫大 及過敏 始能知其爲肝臟疾患

黃疸 或有或無 並黃疸之強度亦不必與其餘變化一致 有時僅黃疸爲唯一之著明症候 此時與加答兒性黃疸相似 僅據十二指腸內容 有膽汁色素 而無精液 及白血球尿 及糞便中含 *urobilin* 及有他種肝機能障礙(如食餌性 果糖尿等)時 始能與本病區別

本病黃疸 概有較特殊之經過 即黃疸發生以前 有食慾不良 惡心、噁氣、嘔吐、全身疲倦 有時亦有發熱 經過一二日後 現出漸次增加強度之黃疸 概繼續、 $1-2$ 星期 其後一般症狀輕快 黃疸亦減退 偶有僅繼續數日者 亦有繼續至 $3-4$ 個月者 若黃疸繼續愈久 則因黃疸所發生之羸瘦 及貧血之恢復亦愈緩慢

、肝臟之質性充血 視原因之種類、強度 及繼續之如何 或爲急性 或爲呈發作性增惡之慢性 亦能轉成急性或慢性重症肝臟炎

診 斷 本病診斷 僅據原因關係 及其全經過 行判斷而已

療法 除療治原因關係 及黃疸外 無庸行特殊治療

急性症時 或慢性症之發作性增惡時 對於肝臟部之自覺症狀 用冰壺或濕布或巴布劑等 屢有相當效果

欲使門脈循環減輕負擔 則以下劑為佳

慢性症時 最緊要者 飲食物不可過量 須為無刺戟者 酒精性飲料 宜加以限制 此外行身體器

動 用下劑 灌腸等 調節腸之官能

第二、重症急性發性肝臟炎 (Die schwere Form der akuten diffusen Hepatitis) 即

急性黃色肝萎縮 (akute gelbe Leichterapie)

原因 能發生本病者為 (1) 中毒 主要者為酒精中毒 其次為急性酒精中毒、鉛、砒素、(如Salvarsan) Chloroform, 毒性硫之中毒 (2) 傳染 主要者為黃熱 (Gelbfieber) 其次為敗血症性疾患 產

褥性疾患 骨髓炎 (osteomyelitis) 丹毒、傷寒、回歸熱、再次為白喉、格魯布性肺炎、急性粟粒結核

、瘧疾、梅毒等 (3) 其他不明之傳染及中毒

本病概發生于青年 屢見于女性 妊娠及產褥 對於本病 頗有關係

病理解剖 呈著明之急性黃色萎縮者 肝臟之縮小及柔軟為著明症候 肝臟重量 能達于正常時之半

量以下 則軟柔弛緩如泥狀 幾能早波動、表面漿液膜 有皺裂 呈黃色 切面上黃色部之間 有呈赤色部

位 放置于空氣中後 其切面上屢形成被膜 與霜相似 乃 Leucin 與 Tyrosin 之結晶也

行顯微鏡檢查 則見黃色部位之肝細胞 潤濁膨脹 呈脂肪變性 失其形狀 而成顆狀物 (D corpus) 亦色部位 為病變機轉之更進行者 此處之顆狀物 已被吸收 僅存留血管及結締組織 而肝細胞之遺骸 僅為脂肪滴及色素顆粒而已 除上述破壞作用外 亦能有再生機轉 即毛細膽管之上皮細胞 與血管壁內皮細胞 以及剩餘之肝細胞 均能起增殖

其餘器官之變化 一部分由于直接受害因之作用 一部分由于受黃疸及肝性中毒之影響也 除肝臟外 最著明者為腎臟 脾臟概腫大 其他各器官 均能發生脂肪變性 及出血

癉 候 病初定狀 與加答兒性黃疸相似 此時概能早期證明肝臟之腫大 及壓敏 黃疸概頗著明 (但亦偶有缺如者) 經數日後 呈迅速加劇之重症 肝性自家中毒症狀 (失神譫語、全身痙攣 各器官之出血等) 此時檢查肝臟 知其逐日迅速縮小 經數日後 屢已不能證明肝濁音 脾臟腫大既能證明 尿之變化甚為著明 即尿量減少 呈黃疸色 屢含蛋白質 尿素含量減少 而 A. B. M. 含量增加

加 由尿沈渣中屢能檢出 Leucin 與 Tyrosin 之結晶

視原因如何 體溫關係亦各不同 但病初概有發熱 至肝機能不全之重症症狀出現時 則急降至常溫 以下 (35°C) 乃至以下) 血液中之 Eosin 嗜好細胞 屢有著明增加

本病之經過 頗迅速 概死于兩星期以內 偶有數日內即死亡者 亦有遷延至六星期以上者 此時能形成腹水

或亦有急性肝萎縮之定型症候出現後 能因突然利尿亢進 或大量發汗 漸趨於佳良 而感癒者 不過極少而已

診斷 本病初期 與加答兒性黃疸 難于區別 有黃疸或肝臟腫脹之疾患經過中 發生重症腦現像 肝臟逐日縮小 並能于尿中證明 *L. aucin* 與 *L. yrosin* 時 始能知為本病

豫後 極不良

療法 除去害因 有梅毒者試用驅梅毒療法 妊娠者有能適用人工流產 本病初期之療法 與黃疸及輕度汎發性肝炎時同 至後期則與肝性自家中毒時之療法同 爾餘對于出血 循環障礙等 行對症療法

第三 肝硬變症 (*L. abscirrhose, L. eberinduration*) 即慢性汎發性肝炎 (*Die Chronische diffuse Hepatitis*)

I 原發性肝硬變症 (*Die primären L. abscirrhosen*)

原因 最重要者 為慢性酒精中毒 其次為慢性傳染性疾患 (如梅毒、結核、瘧疾) 此外激烈香料 濃厚咖啡 食品之毒性分解產物、急性傳染病 (如傷寒、天花、猩紅熱、麻疹 白喉等) 動脈硬化等 似亦能發生本病

病理解剖 本病解剖 與他種慢性炎症同 即除特殊腺成分之變性與萎縮外 同時間質結締織 亦能起炎症性增殖 如變性與萎縮之機轉強盛時 則肝臟縮小 此時謂之萎縮性肝硬變症 如增殖機轉強盛時

內科 學

一四五

則肝臟腫大 此時謂之肥大性肝硬變症

萎縮性肝硬變症時 肝臟之縮小 有時僅達正常時之 $\frac{1}{2}$ 呈黃色、赤黃色、褐黃色、乃至灰黃色 表面凸凹不平 硬度增加 與軟骨相似 致門脈循環困難 因此腹腔器官 起著明鬱血症狀 膽管內僅含少量色素淡薄之膽汁

肥大性肝硬變時 肝臟之腫大 能達于正常時之二倍 呈黃疸色 表面平滑 硬度亦增加 門脈枝能完全通行 胆管內充滿正常胆汁

除上述兩種病型之外 屢有數多移行型 (Übergangstyp) 即萎縮肝臟 能呈強度黃疸色 而門脈鬱血現像 肥大肝臟 能完全無黃疸痕跡 而能發生門脈鬱血

其他器官之變化 如脾腫 胃腸之鬱血性加答兒 脾臟充血 及腹水等 乃由於門脈鬱血之結果也 症候 (a) 萎縮性肝硬變症、(Die atrophische Lebercirrhose) 為肝硬變中最普通之病型也

屢見於酒客 病初不呈著明症候 僅當解剖時 偶然發見而已 然大多數之初發症候 為消化障礙 乃係直接受本病害因(即酒精濫飲)之作用也 例如食慾缺乏、吞酸、嘈雜、噯氣、惡心、嘔吐、舌苔、胃部壓迫感、鼓腸、大便不調等 如此時一、行詳細檢查 其能檢出之症候、為顏面呈蒼白色 結膜呈輕度黃疸色、尿呈暗色、而含 Urobilin 肝臟有輕度過敏或腫脹、脾臟濁音、亦稍增大、但一般須至腹水出現 或其餘之門脈鬱血症候出現後 始能知為本病 屢無初期之消化障礙 僅腹水為本病之唯一初發症候

腹水屢能使患者感覺種種痛苦 如腹圍增大、滯留液量之沉重、呼吸與循環之障礙、消化器之受壓迫、下大靜脈之受壓迫等 據腹部形狀、波動濁音、隨體位變換、而濁音界亦變更等、理學的檢查 可以證明

腹水之量 屢達於高度 有時須行穿刺 將腹水除去後 始能行肝臟及脾臟之觸診 此時肝臟硬固 表面屢不平 邊緣鈍圓 但僅據肝濁音之縮小 不能即斷爲萎縮 脾臟雖有中等度腹水 有時亦能觸知 如將腹水除去 則更爲顯明

行穿刺後 因腹水之痛苦 雖能輕減 然不過爲一時性而已 不經多日 依然滯留如故 是以有屢次行穿刺之必要 結局因呼吸與循環之障礙 逐漸增加 全身體力 漸次消耗 概於腹水出現後 1—2 年以內死亡

有時行穿刺後 腹水之滯留 漸次緩慢 卒能停止 乃由于能形成副行循環也 此時肝臟內之病的機轉 雖依然繼續進行 然患者能不感覺痛苦 有繼續生存至 5—10—15 年之久者

其餘門脈循環障礙症候之中 除海蛇頭 (C aput—M edusae) 外 較著明者、爲消化管之充血性充血 故常萎縮性肝硬變之末期 概有消化障礙之增劇 即嘔吐、下痢、有時糞便中混合血液、強度吐血 令人疑爲胃潰瘍 乃由于噴門部、或食道下部之怒脹靜脈發生破裂也 此種吐血 能發生於本病之初期 並能反覆出現 故有因失血死亡者

本病概無著明黃疸 僅結膜殆常呈輕度黃色而已 如發生著明黃疸時 乃由於合併膽道之傳染性疾患 也有當死亡時 發生著明黃疸 患者死亡於膽血症 或肝性白家中毒症之下

本病屢有肝臟物質代謝機能之障礙 故尿中之 Ammoniak, Ammonia, Ammonium, Polyphenol 等之排泄量增加 能發生食餌性果糖尿 及 Glukosemie 但非必有之現象也 如有著明糖尿時 概由於同時降糖亦有病變也

本病經過中之發熱 能發生于傳染性膽管炎 此種呈發作性之發熱 多見于肥大性肝硬變症 而發生于萎縮性肝硬變症者較稀 此等發熱之原因 多由於合併他種疾患 (如肺炎、肋膜炎、心臟炎、腹膜炎、丹毒、結核等) 此種合併症 屢為本病死因

(b) 移行型 (Ueberform) 本病型之發病及經過 與上述病型稍有不同 即發病初期 肝臟部位 有壓迫感及重感 肝臟腫大 有壓敏 此時能現出輕度黃疸 脾臟亦早期呈著明腫大 如施以治療 (調整食餌 行 Knie 泉療法) 能見一時性輕快 但早晚 (有時至數年以後) 發現門脈鬱血現象 即腹壁靜脈 漸次著明 能發生胃出血 漸次形成腹水 如將腹水排出 以後滯留 較為緩慢 最後門脈鬱血現象 為本病之主要症候 肝臟復能縮小 但不如萎縮性硬變時之甚 有時不縮小 甚至能繼續增大

(c) 肥大性黃疸性肝硬變症 (Hypertröphisch-irrische Lebercirrhose) 此種病型頗少 本病型之定型症狀 概由發作性黃疸而發病 當發作時 肝臟部位 有疼痛感覺 肝臟稍腫大 有時隨之發熱

第一次發作後 經過數星期 黃疸概能消失 而一旦腫大之肝臟及脾臟 不能完全恢復原狀 經數月或數年之間隙期後 反復發作 每當發作時 現出之黃疸 漸次不能完全消失 卒至成繼續性黃疸 肝臟及脾臟 亦逐漸繼續腫大

門脈鬱血現象 或完全缺如 或僅發生于末期 本病之經過頗長 能繼續至18年 偶能達于20年之久 屢發生出血性素質 最後概呈重症黃疸 (Ikona's Crisis) 之癥候 因誘他種疾患而死亡 診斷 本病至進行相當時期 尤以患者為酒客 能檢出肝臟變化 有腹水、脾腫、海蛇頭、黃疸等時 概易診斷

本病初期 僅據原因關係 頑固消化障礙 皮膚色澤之變化 脾臟之開始腫大等 推測為本病而已 如有著明腹水時 須區別者 為有無全身循環障礙 及腹膜之局部性疾患 (慢性腹膜炎、結核、癆腫) 因此等疾患 亦能形成腹水也 此時據心臟診察之結果 腹水之形成較早 于下肢浮腫 他器官無結核性及癆腫性疾患 腹壁皮膚有靜脈擴張 能證明脾腫等 可以判斷

肝硬變症 屢與腹膜之獨立性疾患 (如結核性腹膜炎) 合併 此時診斷 較為困難 此時據排出腹水後 詳細行觸診 及腹水之檢查 以行診斷

因門脈血塞 (Pfortaderthrombose) 之腹水 則據原因關係 腹水排出後 仍能迅速滯留 胃腸粘膜出血之傾向 (較肝硬變症為強) 等 始能與肝硬變症區別 但不易嚴格區別 因肝硬變症 屢與門脈血塞合併

也。

如肝臟在初期 即呈證明腫大時 則鑑別診斷上 緊要者 為肝臟之鬱血性充血 膽汁鬱積 肝梅毒 肝 臟癆瘵 潔粉肝 白血病肝 肝包蟲症等

如脾臟腫大 特為顯著時 鑑別上緊要者 白血病 Bancroft-Krankheit 慢性溶血性黃疸之脾臟 腫大 及其他脾臟腫瘍等

預後 概不良 如一切症狀已具備 至容易下診斷時 則多死亡于 2-4 年以內 但若能除去害 因及門脈鬱血時 一切症狀均能輕減 患者尙能生存至 10-15 年之久 患者能早期死于合併症 (胃出血 合併他種疾患) 或重症黃疸 一般肝臟縮小 或門脈鬱血症狀愈着明 則預後愈不良 黃疸強度 之如何 概無足輕重 故萎縮性者 較肥大性者不良 一般營養狀態 愈受障礙 則愈不良

療法 最緊要者為除去害因 故須禁酒縱本病發生于他種原因 而酒精對於本病 亦有不良影響

食品則以不含刺激性 務以在腸管內分解後 少形成毒性產物者為佳 故牛乳療法 (Milk diet) 最為 適宜 (每日 1-1.5 lit.) 適量之肉類 鷄卵、穀粉食品、蔬菜、菓食等、亦可酌量允許

有梅毒既往症者 行驅梅毒療法 有瘡疾者 應用 Chinin, 但此等特殊療法 對於已呈變化之肝臟 概無何等影響 有時雖非為梅毒性 而應用 Iodine 似亦有良好影響

適當身體運動 皮膚衛生 調整腸管機能 對於肝臟之血液循環 有良好影響

行鑛水療法 因能與毒物質代謝 促進肝臟內之血液循環 尤進尿分泌 故對於肝臟及脾臟之腫大 有慢性消化障礙 並無著明腹水 有著明黃疸等時 頗為適宜 如有高度腹水 則鑛泉飲用療法 屬于禁忌

此外對於本病之續發現象 (如腹水黃疸) 行適當療法 特以對於腹水 再三穿刺 頗為有效 如無著明黃疸出血性體質 全身循環障礙等 尤以硬變機轉 尚未進行至末期時 行 Tannasche Operation 能促進形成副行循環 故能奏效

11 續發性肝硬變症 (Die sekundären Lebercirrhose)

(a) 膽汁鬱積性肝硬變 (Die GallenstaunungsCirrhose)

原因 能釀成輸膽管閉塞之各種疾患 (如膽石癰腫等) 均能為本病原因

肝臟因膽汁排泄障礙 所發生之變化 僅一部分由于直接受鬱積膽汁之器械的化學的作用 其大部分

乃由于胆道之起續發性炎症 及肝臟因胆汁鬱積 致對於各種誘起炎症原因 抵抗力薄弱也

病理解剖 肝臟腫大硬固 表面平滑 膽管擴張 肝細胞陷於萎縮或壞死 結締組織增殖

症候 主要症候 為慢性鬱積性黃疸 及肝硬變 肝臟在初期腫大 至後期縮小 腹水及脾腫 概

不存在 僅出現于末期而已 爾餘症候 視釀成膽汁鬱積之原因 (如膽石、胆管癰腫、脾臟癰腫、胆管受

外方壓迫等)如何、而有差異

傳染性膽管炎 及其續發症(膽囊炎肝臟膿瘍)能為本病之合併症 故本病能有發熱 最後能發生重

症黃疸

預後 若能將阻碍胆汁排泄之原因除去 則病機能停止 癱狀亦消失 但若原因疾患 屬于惡性者

則硬病之預後 自屬不良

療法 行外科手術 將胆汁排泄障礙除去 能預防本病 至于本病之療法 與慢性黃疸及原發性肝

本變症時同

(b) 鬱血肝 (Bilssanunkele)

原因 本病之大多數 為全身性靜脈鬱血之部分現象 故各種循環器呼吸器之疾患 如能惹起右心

室擴張 及機能不全 而釀成大循環之靜脈性鬱血者 均能為本病之原因(例如僧帽瓣之代償機障礙期

肺氣腫等)僅少數原因 由於肝臟血液之排出 受局部性障礙也 例如下大靜脈 受癰腫性腹膜後方淋巴

管 (Urchonkrause Retro-peritonealhäusen) 或大動脈瘤之壓迫 或肝靜脈狹窄等

病理解剖 肝臟容積增大 呈暗赤色 硬度亦增加 檢查正切面時 肝小葉之中心靜脈 因鬱血而擴

張 呈暗赤色 其周圍之肝細胞萎縮 並屢起脂肪變性 而呈蒼白色或黃色 故切面外觀 呈斑紋狀 謂

之肉豆蔻肝 (Margaritascheibe) 如鬱血狀態 長久繼續 則結締組織增殖 至後期收縮 則肝臟縮小 表

面亦凸凹不平

症 候 患者於肝臟部 覺有壓迫感緊張感 或訴疼痛 乃由于肝臟被膜之受緊張也 輕度時不發生

自覺的症候 全身鬱血症狀之中 下肢早現浮腫 利尿減少 現出鬱血性蛋白尿 肝臟腫大 為本病主要

症候 行觸診時 容易觸知肝下緣 有時能越出右肋骨弓達一手橫徑 硬度增加 有壓敏 如同時有三尖

瓣閉鎖不全 能于肝臟觸知靜脈搏動 偶有因大動脈瓣閉鎖不全 能觸出動脈搏動 屢能證明輕度黃疸

(概僅現于牽膜) 恐係由于肝臟內之毛細血管擴張 壓迫毛細膽管所致也

至後期鬱血肝 達于高度 發生鬱血性硬變時 則現出門脈鬱血症狀 如腹水、脾腫、胃腸鬱血等

此時腹水較其餘身體部位之水腫 特為顯著 至此時 縱能將代償障礙除去 而腹水及肝臟之腫大與硬固

亦不易恢復

診 斷 緊要者 為證明能誘起循環障礙之原因 及他種靜脈鬱血症狀之出現 若僅為單純性充血

則肝臟之大小 及壓敏 能有迅速之變動 若循環障礙長久繼續 而肝臟有著明之縮小 或腹水特較他種

水腫顯著時 則可認為肝臟已形成硬變

豫 後 以原發性疾患 及肝臟變化程度為轉移 循環障礙繼續愈久 或循環障礙之反覆次數愈多

或門脈鬱血症狀愈著明者 則預後愈不良

療 法 以圖心力之恢復 及除去循環障礙為急務 如脈搏細小頻數 則投以 Digitalis 劑掃除

內 科 學

一五三

能直接作用于肝臟之一切害因 亦極爲重要 因循環障礙 可使肝臟之抵抗能力減退也 故調整食餌 尤以限制酒精性飲料 防止消化障礙 以免在腸管內起異常發酵 爾餘對症療法 與原發性肝硬變時同

第四 脂肪肝 (Fatty liver)

原因 脂肪肝 爲肝細胞內起強度之汎發性脂肪浸潤也 (正常狀態時 脂肪含量僅 3-5%) 此時能達于 40) 見于全身肥胖病 原發性及續發性貧血 結核、癩腫 慢性酒精中毒 砒、磷、Animon 等之中毒症 血敗症 膿血症 及多數重症傳染病

解剖 肝臟腫大、柔軟、(僅生前在體溫之態度時 柔軟而已 死後冷卻時 因所含脂肪凝固 則其硬度反增加) 邊緣鈍圓 若不合併硬變 則表面平滑 呈灰黃色 檢視切面時 則見其鹽構造模糊不明 用顯微鏡檢查 則見肝細胞內 爲大小脂肪滴所充滿

症候 若不合併他種病的機轉 單純之脂肪肝 僅偶能於左季肋下部發生緊張感及壓迫感而已 腫大之肝臟 于身體羸瘦 始能觸出 此時據表面平滑 形勢不變 肝質柔軟 壓敏輕微等 可以診斷 如爲肥胖者 則肝臟之腫大 概僅據打診之證明而已 若肝臟不腫大 雖有脂肪浸潤 在生前不能診斷

豫後及療法 與原發性疾患一致

第五 澱粉肝 (Amyloidosis)

原因 肝臟之澱粉浸潤 爲全身澱粉變性之部分症候 故本病亦爲慢性化膿、結核、梅毒、瘧疾等

時之續發性變化也

病理解剖 進行至一定時期 肝臟稍腫大 肝質堅硬 表面平滑 呈一種特殊透切 與蠟相似之外觀 行顯微鏡檢查 則見澱粉質 (在不染色標本 則為透明發光澤物質 遇 Iod 則呈褐色 遇 Methyl

Alcohol 染成赤色) 肝臟毛細血管壁肥厚 血管間之肝細胞 屢細窄萎縮

症候與診斷 有高度澱粉浸潤時 據肝臟腫大堅硬 不失其原來形狀 始能知為本病 門脈鬱血及黃疸 均不出現 爾餘症候 乃係由于原發性疾患 及他器官之粉變性也 (如硬固、脾腫、蛋白尿、下痢) 故本病之診斷 僅據原因關係之存在 及他器官澱粉變性之候而已

預後 若進行至一定時期 則其預後並非佳良 僅於輕度澱粉浸潤時 若能除去原因疾患 可以就

癒

療法 與原發性疾患一致

第六 肝臟膿瘍 (L. eberthscuss) 即化膿性肝炎 (Hepatitis suppurativa)

原因 化膿菌由外傷 或隣近器官之化膿灶 (如胃潰瘍 腸潰瘍) 直接侵入肝臟 發生本病者較稀 其大多數 經血道 (Bile duct) 或膽管達于肝臟也

血道之中 尤以門脈根部 為主要源泉 即亦痢性、傷寒性、結核性、癩菌性、潰瘍、以及盲腸炎、蟲樣突起炎、脾臟化膿、門臟化膿等、為本病之出發點 而遠隔器官之化膿菌 經肝動脈達于肝臟者

內科 學

較少

化膿菌由膽道侵入者 概發于 傳染性胆道炎 此時胆石症 爲其最重要原因 偶有因竇入之蟲卵及他種異物者

包蟲症之化膿 亦能爲本病之原因

熱帶地方 屢有原發性肝臟膿瘍 其原因尚不明 Amoebentylsenerie 屢合併本症

病理解剖 膿瘍或爲孤發性 或爲多發性 或極小幾至不易認識 或頗大幾占領一肝葉 能成爲柔軟

或有波動之隆起 突出于肝臟表面 或僅于切面始能檢出 膿潰內含各種性狀之膿汁 屢混合膽汁 壞

死纖維片 及胆石 由新鮮膿瘍內容 能證明各種病原菌 (淋菌狀菌、葡萄狀菌、大腸菌、放散狀菌

Amoeba) 而由陳舊膿瘍 有時完全不能檢出細菌 恐係病初侵入之細菌已死滅 而非完全無菌也 陳舊

膿瘍之周圍 屢有結締組織被膜 行顯微鏡檢查 則見膿瘍附近有白血球聚集 凝固壞死 肝細胞崩潰 以

及各種細菌

症 候 移轉性膿瘍 屢爲全身膿血症之部分現象 故此時爲原發性疾患之搖搖掩蔽

由胆道發生之肝臟膿瘍 屢呈傳染胆性管炎之搖候 不易與此區別

如膿瘍近于肝表面 並達于相當大時 則據理學的檢查 有時能直接證明 例如有呈波動之腫瘍 向

腹壁隆起時 或肝臟上面之膿瘍 打診上能證明向上方呈凸形濁音時 始能知爲本病

多發性膿瘍時 肝臟能呈均等性腫大 但有時膿瘍部位 著明柔軟 當觸診時 似覺該處爲一空隙
據試驗穿刺 (不能謂無危險) 能證明爲化膿竈

肝臟部位 有時發生較劇烈疼痛 屢向各方放散 (如右肩部) 有時於肝臟之一定部位 有局限性膿
敏 能爲本病之特殊症候 但此種疼痛 乃由於肝臟漿液膜受炎症之波及 或因肝臟腫大過于緊張也 若
膿瘍居于深部 縱有多數膿瘍 不發生肝臟周圍炎 能完全不覺疼痛

黃疸非爲本病之常有徵候 有時現出之黃疸 乃係發生于原發性疾患 或敗血症性全身傳染也 若膿
瘍壓迫大膽管 始發生著明黃疸 若膿瘍壓迫門脈 則發生腹水

全身狀態之障礙 概較著明 即食慾減退、羸瘦、貧血、概有弛張熱 或間歇熱 白血球增多症等
與他器官之化膿時同 傳染性脾臟腫大 屢能証明

本病經過 視原發性疾患 及化膿菌之毒性等之如何 大有差異 因吸收或因包裹 及石灰化 而自
然就癒者 僅能見于小膿瘍 並極爲稀少 但有時縱爲大膿瘍 如病原菌之毒性減退或消失時 亦能經數
年之久 成潛伏性狀態 而不發生何等症候 如膿瘍向外方 或腸管 或肺臟穿孔 將膿汁排出後 亦能
就癒 但本病轉歸 多屬死亡 其死因或由于全身傳染 或由于向腹腔穿孔 大血管幹穿孔

診斷 如膿瘍不能由理學的檢查證明時 則診斷不易確定 據肝臟部疼痛、波動、發熱、白血球增
多等 能與肝腫瘍及非化膿性包蟲區別 有時據試驗穿刺 能確實診斷 肝臟部之局限性皮膚浮腫 對

于膿瘍之部位的診斷上 頗有意義 本病屢易于與胆囊蓄膿症 鄰近器官之膿瘍 包裹性膿胸 傳染性胆管炎等混淆 難于區別

豫後 常不良

療法 有效療法 屬于外科手術 如不能行手術 則行對症療法

由于 *D. yemeticum* 所發生之肝膿瘍 則用 *Emetin* *Yareu* *Necosalvarsan* 等 頗能奏效

第七 肝膿瘍腫 (*L. abstrusus*)

原因與病理解剖 原發性肝膿瘍腫 極為罕有 此時或為限局性癌腫結節 或為癌腫性侵潤 概為由

小胆管上皮細胞發生之圓柱細胞癌腫也

續發性肝膿瘍腫 屢易遭遇 概續發于胃、腸、食道、臟、胆道 及子宮之癌腫也

肝臟之續發性癌腫 能使肝臟著明增大 甚至達于正常時之六倍 肝臟內形成無數之大小癌腫結節

致所剩餘之正常細胞 不過極少量而已 肝表面現出大小不等之圓形隆起 其中心部 屢有陷沒 其在切

面上之外觀 為境界鮮明之白黃色髓樣結節 (屢有出血及色素沈着) 視原發性癌腫之如何 其構造亦大有

差異 或為纖維癌 或為髓樣癌 或為膠樣癌

瘰癧與診斷 肝臟內部 縱藏數較大癌腫結節 或多數小結節 亦能不發生何等瘰癧 如遇他器官之

癌腫 已經過長久時日者 吾人應當懷疑及肝臟內有發生移轉癌腫之可能性 如遇門脈或大膽管之壓迫 現

(腹水、黃疸、脾腫等)時 吾人亦能推想是否由于肝癌腫也

肝癌腫之一部分 當觸診時 能觸出一個或數個腫瘍 一由肝癌發生之腫瘍 有著明呼吸性移動 爲其特徵 如肝臟內發生多數癌腫結節時 肝臟概頗增大 觸診時能于肝表面觸出呈隆起之癌腫結節 其中央部屢有陷凹 謂之癌臍 (Narbe) 爲其特徵 如肝臟腫大 較爲迅速 則肝被膜緊張 因之肝臟部位能發生壓敏或鈍痛 本病概無發熱 然若癌腫迅速發育 或惹起膽管炎 則能有發熱 鎖骨上窩淋巴腺往往腫大硬固 乃由于癌腫之移轉也

其餘症狀之中 一部分爲原發性癌腫之瘵候 一部分爲癌腫性惡液質之瘵候 (如疲倦、無力、羸瘦、下肢輕度浮腫等)

本病之黃疸 及腹水 一部分由于膽管及門脈受癌腫之壓迫 而一部分由于肝臟起續發性硬變也 並黃疸亦能發生于合併之膽管炎 而腹水亦能發生于癌腫性腹膜炎也

本病經過迅速 若著明瘵狀出現後 則全身羸瘦 及惡液質現象 迅速進行 概死亡于數月以內 療法 續發性者 不過行對症治療而已 若爲原發性孤發性癌腫 有時能行手術

第八 肝臟梅毒 (L. absozphilis)

原因與病理解剖 肝臟梅毒 有先天性者 與後天性者二種 先天性者或發生于初生兒 或爲遲發型 (Lues hereditaria tarda) 後天性者 能發生于梅毒各期

肝臟梅毒變化 概能分爲二種 卽呈特殊變化者 與非特殊變化者 呈特殊變化者 爲限局性 卽形成梅毒特殊之橡皮腫 在初生兒形成無數之粟粒性結節 散布于肝臟全部 在成人則形成若干較大之橡皮腫 呈非特殊變化者 爲瀰漫性 或由于肝臟直接受毒素之毒性作用 (屬于此者 爲單純性傳染性黃疸 急性黃色肝萎縮 肝硬變症) 或因全身組織 及營養機轉 受梅毒傳染之作用 而間接發生變化也 (屬于此者 爲澱粉肝 脂肪肝)

特殊性與非特殊性變化 能行種種合併 膽道與血管之橡皮腫性變化 能于肝臟內發生障礙 (鬱積性黃疸 門脈血塞)

能發生特殊解剖的變化者 爲(1)初生兒之梅毒性肝炎 此時肝臟增大加重 硬度增加 呈灰赤色或灰黃色 檢視其切面 則見腺構造消失 組織內含數粟粒性橡皮腫 行顯微鏡檢查 能證明有瀰漫性肝炎 (白血球滲出結締組織增殖 肝細胞變化) (2)遺傳梅毒之遲發型 此時呈較大結節之硬變 由于結締組織之起變化也 (3)成人之橡皮腫性肝炎 此時形成大結節之橡皮腫 至其萎縮及形成瘰癧時 則肝臟呈特殊形狀 而成畸形 (Erdpfe L. chert) 此時肝臟縮小 表面形成深陷窩 屢同時有慢性瀰漫性肝炎 動脈內膜炎 靜脈內膜炎之變化

浮候與診斷 初生兒之肝臟梅毒 概爲先天性全身梅毒之部分現象 發現于產後 或一個月以內 此時肝臟之容積增大 硬度增加 屢有脾腫 偶能發生腹水 此時患兒身體羸瘦 而腹部起強度膨隆 故呈

特殊外觀 此種小兒概早期死亡

遺傳梅毒之遲發型 (*S. paretum*) 發生于青年 呈肝硬變症狀

後天性肝梅毒 能于第二期發生黃疸 及急性肝炎之症候 僅據與第二期梅毒疹 同時出變 並對于

驅梅毒法 有效始能知爲本病

於梅毒第三期 發生之慢性梅毒性肝腫 (以此種梅毒型爲最多) 其症狀與肝硬變相似 有時甚至完

全不易區別 但屢據肝臟之著明變形 (因橡皮腫萎縮形成癢痕性陷沒成分葉肝) 肝表面凸凹不平 肝質

硬固 曾感染梅毒之既往症 他器官之梅毒性變化等 始能知爲本病 因同時合併肝周圍炎 (*P. cellulitis*) 致肝臟部位屢有劇烈疼痛 爲肝梅毒之特徵

如病變壓迫門脈 能發生腹水 能不發生脾腫 若有脾腫 乃係門脈鬱血之結果 或係脾臟之梅毒性

病變 或由于起澱粉浸潤也 概無黃疸 但若膽管受橡皮腫或癢痕壓迫時 亦能發生

本病能發生繼續性弛張熱 或由于合併膽管炎 或因吸收橡皮腫之崩潰產物所致也

本病與肝病腫之區別點 左于年齡 既往症 經過 他器官原發性病腫之有無等事項

驅梅毒法之效果 亦可補助診斷 但不奏效時 亦不能斷定必非梅毒性 *Wassermann* 氏反應之結果

亦不可過于信賴 因非梅毒性黃疸 能呈一時性陽性反應 而梅毒性者 亦有時呈陰性 尚須注意者 梅

毒患者 除肝梅毒外 自亦能罹患他種肝疾患

療法 行西梅毒療法 如應用 Jodkaliun 水銀 N. coelivarsan, 等 此時用水銀製劑 須特別加以

注意 此種患者 對於水銀劑 往往發生惡影響 尤以有膽汁排泄障礙時為然 因除腎臟外 肝臟亦為排

泄水銀之最重要器官 若同時有腎臟疾患 則易發生中毒現象 應用 S. alvarsan 時 亦須加以注意 因

砒素劑亦能傷害肝臟也 故有時行蒼鉛療法

第九 肝臟寄生蟲 (Parasiten der Leber)

1. 肝臟包蟲 (Echinococcus der Leber)

原因 與本病有關係者 為犬類 或與犬類有密切的接觸 或攝取為犬污染之食品 則受其感染

病理解剖 本病為寄生于犬腸管之狗兒絛蟲 (Taenia Echinococcus) 之囊蟲 多寄生於肝臟 蟲卵

達于胃時 卵膜受胃液之消化 幼蟲遂脫出 隨門脈血流 達于肝臟 形成囊腫 肝臟包蟲囊腫有二種

一為單房性包蟲腫 (unilokularer Echinococcus) 或囊腫性包蟲腫 (Cystischer E.) 一為多房性包蟲腫 (

multilokularer E.) 或肺胞性包蟲腫 (Alveolarer E.)

單房性包蟲腫 為易於遺遺之形也 徐徐形成囊腫 成長達于人頭大囊腫之壁 有呈層狀之外膜

及呈顆粒狀芽胞層之內膜 其中充滿不含蛋白 而富于食鹽之液體 由內膜發生芽囊 (Butkane) 芽

囊內形成包蟲頭 (Scolex) 具四個吸盤 及一個鈎環 (Hakenkranz) 有時由芽囊形成娘胞 (Tochterblase)

(其後分離脫落 浮遊于液中 再由此形成孫胞 (Ergotase) 有時形成囊壁後 不再進行發育時 謂之

Acephalocysten 有時于一肝臟內 發生多數包蟲

包蟲囊腫周圍之肝組織 受其壓迫 陷於壓迫性萎縮 而肝臟之他部分 形成代償性肥大

包蟲死滅時 則囊腫萎縮 成爲石灰化 包蟲囊腫有時受感染而化膿

多房性包蟲腫頗稀 與單房性不同者 其娘胞向外方發生 最後成爲肺胞狀 經膽道血管及淋巴管

向各處蔓延 此時肝臟凹凸不平頑固 檢其切面 能見有無數小囊腫 其中概含包蟲頭及鉤

症候與診斷 單胞性包蟲腫 不甚大時 能完全不呈何等症候 如增大時 則妨礙呼吸 壓迫門脈

及大膽管 遂呈各種症候

肝臟腫大 現出不滑球形隆起 其隆起物之成長緩慢 觸診時有緊張而著明堅硬之硬度 有著明波動

偶能將明包蟲振顫 (*Hyalinischwären*) 壓迫時不感覺疼痛 據此等症狀 屢能知爲本病 無發熱及

無惡液質 能知爲非肝臟膿瘍及癌腫也

如發生于肝臟凹面 並成長爲巨大腫瘍時 則該部位之橫隔膜 向上方排擠 胸廓下口 (*untere* *Herzaperitur*) 異常擴張 打診時之濁音 與胸膜炎性滲出液相似 但據既往症 呈凸形之濁音上界 肺

下界之呼吸性移動 可以與胸膜炎性滲出液 及橫膈膜下膿瘍區別

診斷困難時 行試驗穿刺 據液體之性状 (清澄透明 不含蛋白 而含多量食鹽) 及能證明纈蟲頭

部蝕 及膜片時 則診斷確實 但穿刺頗屬危險 屢因穿刺 致使之蔓延于腹腔也

如包蟲囊腫化膿時 則所呈潰狀 與肝臟膿瘍相似

包蟲囊腫 能向鄰近器官穿孔 如經腹壁向體外穿孔時 將內容排出後 能自然脫離 如向胃、腸、

肺、泌尿器穿孔 則于大小便及痰中 能證明包蟲成分 此種穿孔 比較不良 如向膽道、胸腔、腹腔穿

孔 則更不良 至于向心竇 大血管 心臟內穿孔 概能即時死亡

多房性包蟲腫 概發生黃疸及脾腫 與肥大性肝硬變 及肝臟癌腫相似 不易區別 有時僅據試驗穿

刺及試驗的開腹術 (*Probelaparomie*) 始能診斷

豫後及療法 單房性包蟲囊腫患者 雖能保持生命至數年乃至二十年以上 然有化膿及穿孔之危險

故本病診斷後 須即行外科手術 始有治癒希望 其他內服藥劑 如甘肅 *Jodkali* *Terpentin* *Kamala*

等 均無效力

多房性者 概歸死亡 (雖有時能再生存至 8—12 年) 僅於早期能將肝臟行部分的摘除 始有治癒希望

11 籠形吸蟲 (*D. isosoma* *S. parhulatum*)

本寄生蟲 存在於中國、日本、朝鮮、及菲律賓島 為近于透明之籠形吸蟲 概寄生於膽管 有時寄

生於 臟 亦能寄生於胃腸 蟲體長徑為 3—15mm 橫徑為 2—4mm 蟲體前部漸次狹小 終於口吸

盤後端闊大 全體如籠形 故有是名 蟲卵極小 長徑為 0.028mm, 橫徑為 0.016mm 全體呈褐黃

色 其形狀與無蒂之茄子相似 前端狹小有小蓋 後端有時具棘狀突起 有二重卵殼 內藏有長纖毛之幼蟲 (Miracidium) 蟲卵在人體內 不直接孵化發育 入于水中後 幼蟲脫殼游泳于水中 經中間宿主 (魚類) 然後達于人體 至于感染徑路尙未闡明

病理解剖 肝臟在初期時增大 邊緣鈍厚 其後漸次縮小 邊緣銳利 肝質硬固 肝臟表面因膽管之脹局擴張 呈凹凸不平 現出米粒大 乃至豌豆大之隆起 或形成樹枝狀之隆起 將肝臟切開 則見膽管呈囊胞狀擴張 本寄生蟲由此處溢出 其蟲體數能達三四千乃至八千餘 本寄生蟲之棲息部位 在于膽管 故肝臟內主要變化 亦在于膽管 即管腔擴大 上皮細胞增殖 管壁有圓形細胞浸潤 及結締質之增殖 且間質內有新生之細胆管 肝臟實質受胆管周圍結締組織增殖之壓迫 不但萎縮 有時陷于脂肪變性 如筍形吸蟲寄生于膽管內 則膽管擴張肥厚 間質亦肥厚 其中有新生之細管 脾臟往往腫大

症 候 本病初期食慾亢進 腹部膨滿 心窩部有壓感 肝臟稍腫大 下肢屢有浮腫 至病勢增進時 則發生下痢、腹水、漸次羸瘦、現出黃疸、及門脈鬱血症候 卒至衰弱死亡 經過頗爲緩慢 井上氏據症候之輕重 分本病爲三種 即 (1) 寄生蟲數較少 而不呈病的症候者 謂之輕症、(2) 呈肝臟肥大、下痢、浮腫等症候者 謂之中等症、(3) 下痢 浮腫外 尙有黃疸及門脈鬱血症候者 謂之重症

茲將本病各種症候記述如下

1. 肝臟之變化 爲本病主要症候 初期時肥大 其後漸次縮小 有高度肥大時 其下緣殆能達于腸

骨節 肝質稍硬固 表面概平滑 然亦有時粗糙不平 缺少自發性疼痛及壓敏 邊緣鈍厚 至病勢進行時

肝臟漸次縮小 更加硬固 邊緣菲薄

2. 脾臟腫大較稀 偶能腫大亦不甚著明 如腫大原因亦不明 因無門脈鬱血症狀時 亦能見脾臟腫大也

3. 腹部膨滿 或因肝臟肥大 或因腹水 致食後于心窩部 有停滯壓重感覺 有時發生心窩部疼痛 吞酸、嘈雜、噯氣、嘔吐等胃症狀

4. 浮腫及腹水 屢于下痢之後續發 浮腫概由末梢部起 始漸次及于全身 最後形成腹水 浮腫及腹水 不為繼續性 屢于夏期增進 冬期減退

5. 黃疸 較稀 屬于鬱積性黃疸（膽管炎 及寄生蟲之膽管閉塞）時見之 但如發現黃疸 則多不消退

6. 夜盲症 為屢有之症候 見于中等症及重症 多發生于夏期勞動之後

7. 胸腔壓迫症候 由于肝臟肥大 及腹水 當運動時 訴呼吸促迫 心悸亢進 肺動脈第二音亢進

8. 糞便 初期為軟便 其後為下痢便 一日數次乃至十餘次 似由于膽管受寄生蟲之刺戟 分泌多量膽汁之故也 糞便中常有蟲卵

9, 爾餘時候 貧血、鼻出血、吐血、便血、紫養障礙等

診斷 僅有少數蟲體寄生時 概無何等時候 故由糞便中檢出蟲卵時始能診斷 如於本病流行地 呈食慾亢進、下痢、腹部膨滿、肝臟肥大、浮腫、腹水、夜盲症等時候時 則容易診斷 但確實診斷

仍據糞便檢查

豫後 概屬佳良 如發生強度下痢 稍膜出血 黃疸時 則不良

療法 對於病原蟲 尚無特效藥 不過行對症療法而已 病原蟲隨膽汁排泄于腸管 故努力于膽汁

排泄 一日兩次排便 對於膽汁排泄有良好影響 故不可用制痢劑 對於夜盲 服肝油或鵝肝

II 日本住血吸蟲病 (*S. chistosomum japonicum*)

日本住血吸蟲 (*S. chistosomum japonicum*) 亦存在于中國及日本 偶亦能見于菲律賓羣島 雄蟲之長

約 10mm 雌蟲約 21mm 蟲卵長徑為 0.6mm 橫徑為 0.6mm 呈卵圓形或橢圓形 無蓋 卵殼

由菲薄之內外二層而成 呈淡黃色或淡褐黃色 卵內容物能尚為顆粒 但大多數已變成幼蟲 幼蟲之一端

鈍圓 他端漸次狹小 故呈瓜子形 幼蟲之全面 有密生之纖毛 蟲卵入于水中 則幼蟲孵化 脫殼在水

中游泳 遇宮入貝(中間宿主)則即侵入發育 成爲 *S. Pot. Corei* (芽囊)再變爲 *R. cella* 最後變成 *C.*

oculata (即吸蟲之有尾幼若時期)入于水中 至水田溝渠 達于人體 (由皮膚侵入 非由飲用此種汚

水受感染也)病原蟲侵入皮膚後 達于靜脈管及淋巴管 概於十日前後 即達于門脈系統 以遂其旺盛之

發育 二十日前後 雌雄兩體融合 迴腸間膜靜脈 移住于腸壁靜脈 在此處產卵 被蟲卵充塞之靜脈枝破裂 則蟲卵遂流入腸管

病理解剖 門脈系統受本寄生蟲刺激 發生靜脈內膜炎 有時形成血栓 蟲卵達于肝臟時 起阻塞性寄生性肝腫大硬化 胃腸壁因產出蟲卵 起著明炎症 粘膜下層有肉芽組織及結締組織圍繞之小結節膿層陷于壞死性變化 有時形成潰瘍

症 候 病原蟲能少時 能不呈病的症狀 其發出之症狀 能區別為急性與慢性兩種
A, 急性日本住血吸蟲病

本病概發生于小兒及青年 受病毒傳染時 屢于足部感覺劇烈癢淫 發生一種皮疹(初為丘疹性小結節 其後變成水疱或膿疱 或呈彌漫性紅斑狀) 亦有無皮疹者 感染後經十餘日 發生怠倦、不快感、食慾減退、腹痛、及輕度發熱等之前驅症候 至三星期則病原蟲發育 營生作用時 始發生本症 視病原蟲侵入之多寡 產卵之部位 個人體質之如何 呈急性腸加答兒、或盲腸周圍炎、或急性腎臟炎、或瘧疾、傷寒、赤痢等之類似症候

急性腸加答兒型 病原蟲產卵于腸壁時 發生此種與急性腸加答兒相似之症候 無直接原因 且食慾佳良 營養亦不受障礙 經過 1-2 星期後 漸次輕快 但再經數月乃至一年往往再發

急性大腸加答兒或赤痢型 發熱、腹部膨滿、腹痛、裏急後重、強度下痢、排出多量粘液血便、恐係

由于大腸發生劇烈加答兒病變，或形成潰瘍也。經 1-2 星期後，諸症輕快。

瘧疾型或傷寒型 通常經數日乃至十數日之前驅期後，以惡寒發熱，其熱型多為弛張性，偶為間歇性，能達于 38.0°C。亦有呈稽留熱型者。經 1-2 星期後，自覺症狀概能輕減，肝臟漸次腫大，表面平

滑，有壓敏，但脾臟不能觸知。發熱繼續期間，短者三星期，長者二月餘，成換散性解熱。此時肝臟漸次縮小，糞便概秘結，偶為下痢。至第三星期，能于糞便中檢出蟲卵。

盲腸周圍炎型 胃腸障礙、發熱、右腸骨窩部有壓敏、腫瘍經過期較短、解熱時腫瘍即漸次縮小。急性腎臟炎型 頗稀，下痢、顏面蒼白、種種貧血症狀、全身浮腫、體腔亦有滲出液、肝脾肥大、屢有心窩苦悶、心悸充進、呼吸促進、然食慾比較佳良，但蛋中無蛋白。

B 慢性日本住血吸蟲病

視其症候之輕重，亦分為三種，即（1）輕症，腹部膨滿、肝臟肥大、脾腫不甚著明、無自覺症候（2）中等症、肝臟肥大，有高度脾腫，有時發生一時性之浮腫及腹水，貧血及消化障礙較著明，當勞動時，即訴心悸充進，與呼吸促進（3）重症，肝臟萎縮，門脈系統有鬱血症狀，如浮腫、腹水、下痢、胃腸出血等，患者不能勞動。

各種症候 1, 初發症候 發病多為漸進性，故初期概無著明症候，其能發生症狀時，則為鼻血、貧血、上腹部膨滿、肝臟肥大、食慾充進、腸加答兒等。

2. 肝臟之變化 最爲緊要 初期肥大 其後漸次縮小 有著明增大時 肝下緣能達於臍窩 肝質硬固 表面稍有凹凸 有壓敏 至縮小時 硬度更增加 表面現出龜塊結節 邊緣菲薄 至發生腹水時 肝之萎縮及硬固更甚 黃疸極稀
3. 脾臟肥大 亦爲主要標誌 除罹病初期及輕症者外 中等症及重症時 均有脾腫 脾質稍硬 表面平滑 邊緣鈍圓
4. 腹部膨滿 由於肝臟肥大 於上腹部特爲著明 因之壓迫胃部 惹起食後之停滯感及壓重感
5. 浮腫及腹水 急性症之恢復期 或中等症之經過中 有一時性輕度之浮腫及腹水 至本病末期 則成強度浮腫及腹水 並爲繼續性不易消散
6. 吐血及便血 硬血雖能屢見於本病之經過中 但混合紅液出血量亦微 如因門脈鬱血發生吐血 及便血時 屢成爲大量出血 患者因之卒倒 往往遂至死亡
7. 體格及營養 若本病發生於小兒期 則軀幹之發育頗受障礙 故軀幹短小 生殖器發育不全 智識發達 亦受障礙 發病後經過時日愈久 則營養障礙愈著明 皮膚呈污穢黃白色
8. 胸廓 因腹腔內容增加 致將心臟及肺臟向上方壓迫 當些微勞動時 即訴呼吸促迫 心悸亢進 心尖第一音不純 肺動脈第二音亢進
9. 貧血 本病無論爲急性或慢性 常有著明貧血 血液像與單純貧血相似

10 胃膜出血 除吐血及便血外 屢見者爲鼻血

11 發熱 屢有不定型之弛張性發熱 概無惡寒

12 食慾 雖有種種胃滯狀 而食慾正常或亢進

13 腸之重症疾患 本病屢能誘發盲腸周圍炎 直腸及大腸狹窄 腸管重疊等症候

14 糞便 概爲軟便 或下痢便 (一日 1—3 回乃至數回) 幾無成秘結者 便含多量未消化食物殘

片 及少量粘液血便 粘液血部 多量蟲卵 門脈鬱血瘤狀著明時 屢有劇烈下痢 此時便中 反不易檢

出蟲卵

診斷 急性症時 全身症狀比較輕微 肝臟肥大 據糞便中之蟲卵 始能診斷

慢性時 如本病流行地方之患者 若有肝臟及脾臟腫大 殆能即時疑爲本病 如發病後 經過時日

愈久 營養障礙 貧血愈著明 肝臟漸次萎縮 呈特殊變化 同時脾臟更肥大 至後期有門脈鬱血症迅速

出現時 殆能認爲本病

若於糞便中 檢出蟲卵 則診斷愈確實 須注意者 約半数不能檢出蟲卵

經過 急性症時於 1—3 個月以內 概能恢復健康狀態 慢性症之經過 極爲緩慢 能達于 30

年以上

預後 急性症及慢性症之輕症 中等症 預後作良 而重症 爲門脈鬱血瘤狀者 則不良 能因衰

內科學

弱及出血死亡

療法 急性瘧之療法 比較上有效藥品爲 Chinin, 若併用 T. hynol 其殺菌作用似更有力 茲

將用量用法略述如下 Chinin 用量 最初用 0.4 加 T. hynol 1.0 連用數日後用 0.5 加 T. hynol 1.5 連服二星期 其後用 0.6 加 T. hynol 2.0 連服二星期 其後用 0.7 加 T. hynol 2.0 連服二星期 其後用 0.8 加 T. hynol 2.5 連服二星期 每次用量 均係臨臥時頓服 如是繼續二個月餘 則一回治療始告終結 經3—4星期休息後 再加上法 行第二回或第三回療法 如治療中 現出中毒症狀時 則將分量減少

慢性瘧時之療法 尙無特效藥 不過行對症療法而已 例如營養障礙著明者 與以滋養劑 有貧血者 與以鐵劑 亞砒酸劑 若能一日排便 2—3次 對於在腸管壁蟲卵之排出 有良好影響 故雖大便正常者 亦能與以鹽類下劑 腹水之處置 與肝硬變症時同 如利尿劑不奏效時 則行穿刺 如合併十二指腸蟲病時 則行腸蟲療法

貳 肝臟血管之疾患 (Krankheiten der Lebergefasse)

第一 門脈血塞 (Thrombose der Pfortader, Pylchroombosis)

門脈因血塞所發生之狹窄或閉塞 概續發于他疾患 最易誘起本病者 爲肝硬變症 肝梅毒 及門脈之受壓迫 (如肝臟及鄰近器官之癌腫 腫大淋巴腺 腹膜炎性趨着等) 而慢性靜脈炎 (Phlebitis) 或

靜脈硬化症 (Phleboscrosis) 屢于本病之發生上 有密切關係 若門脈閉塞 則肝臟所受血液之供給不
充分 因之能發生肝臟萎縮或硬變

本病之臨床上症候 與門脈鬱血症狀 大致相同 若發生甚為急劇 不及形成副行循環 則突然發生
吐血、便血、脾腫、腹水、數日內即歸死亡 肝臟循環障礙之結果 能發生黃疸 如能形成副行徑路 則
此等症候 能漸次減退 慢性時期所發生症狀 能完全與肝硬變相似 此時患者能繼續生存 至達于六年
之久

本病之診斷概難、殆不易確實斷定 僅據腹水之行穿刺排出後 仍能迅速滯留腹水時 可推測為有本
病
豫後 不良

本病療法 與肝硬變症時之門脈鬱血同 不過腹水之滯留 異常迅速 故對於穿刺 須稍加以顧慮
有梅毒者 試以驅梅毒法

第二 化膿性門脈炎 (E. tringe F. nruwendung der Pfortader, pyelphlebitis suppurativa)

原因 本病概係受鄰近器官 化膿性炎症之蔓延也 並門脈幹部 直接受侵襲者較稀 通常由于門
脈根部 受化膿性炎症之蔓延 漸次波及于門脈幹部也 故最易誘起本病者 為蟲糞突起炎 膽囊炎 亦
病性或癰腫性潰瘍 脾臟膿瘍 直腸周圍膿瘍 化膿性攝護腺炎 婦女生殖器化膿等 因此等疾患 能誘

起靜脈壁之化膿性炎縮

病理解剖 有炎症部位之靜脈管壁肥厚 其周圍之結締組織有化膿性浸潤及出血 內膜潤濁 屢有潰瘍 血管腔爲血塞塊充滿 但其大部起化膿性崩潰 故血管內含膿性液體 血塞之一部分脫落 達于肝臟 形成移轉性膿瘍 此外亦能達于肺、腎、腦、關節等處 形成續發性膿瘍 至此時則呈膿血症之症候

症候 本症爲上述各疾患之合併症 故不呈獨立症候 僅據隨伴出現之一定症候 始知爲合併本症而已

本症之局部症候 爲上腹部疼痛 形成門脈血塞時 則現出鬱血現象 脾臟著明腫大 如不於短期間內死亡 能形成腹水 如門脈枝炎症波及于隣近之大小胆管時 則發生黃疸 形成肝膿瘍時 則呈膿血症現象 此時肝臟常有著明增大 診斷上緊要者 爲發急性之惡寒戰慄及高熱 與一般膿血症之症候同 此外脈搏細小頻數 舌而乾燥 神識濁濁 謔語脫力 屢有嘔吐 概有下痢 有時混合血液 尿量減少 偶能發生汎發性腹膜炎 行血液檢查 常能檢出病原菌 及著明白血球增多症

本病經過概甚迅速 (約二星期) 幾常歸于死亡

診斷 頗難 僅據有原發性疾患、惡寒、戰慄、高熱、脾及肝臟腫大 黃疸、及上腹部疼痛 重毒膿血病症狀等 推測爲本病而已

療法 除治療原發性疾患外 不適行對症療法而已

參 胆道疾患 Krankheiten der Gallenwege

第一 膽道炎症 die Entzündungen der Gallenwege

胆道黏膜與爾餘部分之黏膜同 能受各種毒素或傳染性害因 則發生炎症 其害因或來自血液 隨胆汁達

于胆道 或來自腸管 其症候爲

a 因胆管粘膜炎腫脹 及因分泌多量粘液 致胆汁粘稠 不易排出 遂發生黃疸 此謂之胆管炎性黃

疸 Cholangitische Ikterus

b 如膽道細菌 移行于血液 或細菌產生物被吸收 而釀成全身傳染 此時現出發熱 及一般狀態

之障礙 此種病形 謂之膽管性傳染 Cholangitische Infektion

c 病原菌之局部作用 能使膽管壁發生炎症變化 並分泌滲出物 滯留於膽管或膽囊 成膽管炎

膽囊炎 膽囊水腫 膽囊蓄膿症等 上述各種症狀 雖能種種合併 同時出現 但大多數僅一種症候羣

特爲顯著 故吾人能分別敘述如下

1. 膽管炎性黃疸 Cholangitische Ikterus

原因 能誘發胃腸加答兒之各種害因 均能誘發本病 例如暴飲暴食 富于脂肪 難于消化 或腐

敗食品 過熱過冷食品、感冒、傳染、中毒等

內 科 學

病理解剖 屍體解剖時 十二指腸粘膜 及膽道粘膜之加答兒性腫脹與充血 屢不著明 然亦屢有呈膽管炎症候 而生前未曾發生黃疸 輸膽管乳頭附近之粘液栓 (Schleimproben) 未受膽汁染色 爲膽汁排泄障礙之徵 爾餘變化 與因膽汁排泄障礙之黃疸同

症候 黃疸發生以前 概有胃腸加答兒之症候 如食慾缺乏、惡心、嘔吐、噯氣、以及頭痛、眩暈、全身疲倦 偶有一時性輕熱等 經數日後 漸次現出黃疸 其趨狀與鬱積性黃疸同 此時肝臟屢有多少腫大 屢敏 經 2—3 星期後 一般趨狀輕快 尿着色增退 糞便恢復正常色澤 皮脂黃色亦漸次消失 偶有僅經過數日即愈癒者 亦有繼續至 2—3 個月者 偶有於單純性加答兒性黃疸之經過中 發生肝機能不全之重症現象 與急性黃色肝萎縮相似 遂至死亡

診斷 若黃疸突然續發于消化障礙 經過佳良 一般趨狀輕微 肝臟無著明變化時 概可認爲加答兒性黃疸

須注意者 若發生黃疸時 有疼痛 並發生極爲迅速 而能迅速消退 或成爲發作性者 則屬于膽石 若經過緩慢 脾臟有著明腫脹時 則爲肝硬變症 若發生于老人 則爲膽道癰腫 膽石症之疑診

預後 佳良 僅有重症現象時 或經過異常長久時 須加以注意

療法 首先與以下劑 (如甘肅 *arsäaäer* S alz) 爾餘處置 與因膽汁排泄障礙之黃疸同

2. 膽管炎性傳染 (Colanantischer Infektion)

原因 由膽道所發生全身傳染之輕重 以炎症病原菌之毒性 及膽道壁之抵抗力（即對於病原菌

不使之侵入血液 對於毒性細菌產物 不使之吸收）為轉移 容易誘起膽管炎性傳染者 為膽汁鬱積 異物之器械的損傷（如膽石 腸寄生蟲）全身傳染（如敗血症、傷寒、霍亂、赤痢、肺炎等）

病理解剖 膽道概有炎症變化 然有時呈重症症候 而膽道無著明炎症變化者 亦有當解剖時 偶發見膽管內有化膿 而生前不呈何等現象者

症候 熱性全身傳染 為主要現象 本病症候 與敗血症相似 即黃疸、肝臟之腫脹與壓痛、膽道或起擴張 或無變化 殆常能証明脾腫 發熱或為弛張熱 或為間歇熱 能繼續至數星期乃至數月 至膽汁排泄恢復常態 與病原菌 毒力消失而就愈時 以及陷于一般脫力時 發熱始下降 屢因移轉性炎症（如心內膜炎、心囊炎、腦膜炎、腹膜炎）而死亡

傳染性膽管炎 偶能呈急性敗血症性傳染之症候 斃命于短時期以內

診斷 由膽管發生之傳染 有時不能檢出 故多數為潛伏原發性敗血症毒症 (Krysoenenischer S. eptikopyemie)

此乃由于膽管之受傳染也 診斷上緊要事項 為原因關係（膽石、傷寒、霍亂等）屢能據黃疸 或肝臟局部變化 或膽囊局部變化等 推測膽道為傳染狀態之出發點 本病有時與肝臟膿瘍不易區別 由血液行細菌的檢查 屢能檢出病原菌 用十二指腸消息子 取出膽汁中之白血球及細菌含量於本病診斷上有相當價值

預後 視一般傳染之輕重 合併症之如何 原因疾患之能否除去等 而有差異 因膽汁發生本病者 膽石排出後 或經手術除去後 可以就愈

療法 腸防腐劑 及膽汁分泌促進劑無確實效果 而 Menthol, 撒酸 及 Urotrin 等 能移行於膽汁 故能奏效 尤以撒酸 (每片 3—5 瓦) Diploal, Hexal 等 爲實用藥品 下劑、防腐劑、揮發油、與膽汁酸等之併用 亦頗有效 對於全身傳染 行對症療法

3, 膽道之局部變化 (Lokale Veränderungen, an der Gallenwegen) 即膽囊炎、膽管炎、膽囊水腫 膽囊蓄膿症 膽囊壞疽 膽管擴張等

原因 本病原因 與膽管炎性傳染同 尤以膽石爲主要原因 其他因傳染病 (如傷寒等) 發生膽管炎及膽囊炎者頗少

病理解剖 膽道之局部變化 爲膽囊壁與大膽管壁之炎性性腫脹 及小細胞浸潤 膽道內爲富于細胞之分泌物 或滲出物所充滿 因之能誘發膽囊或膽管之擴張

膽囊擴張 在疾病初期 由于鬱積膽汁 至後期殆常由于病的粘膜所分泌之產物所充滿 在膽囊內蓄積之液體 有粘液性、漿液性、膿性等、種種區別

炎症劇烈時 膽囊壁概起炎症性腫脹 膿性浸潤 能形成潰瘍 因之誘起穿孔 穿孔後續發生限局性腹膜炎 及膽囊周圍炎 (Pericholecystitis) 其後能誘起汎發性腹膜炎 或向他器官穿孔 縱不發生穿孔

炎症機轉 亦能侵犯腹膜 誘起腹膜炎 如與鄰近腸管愈着 則膽囊直接向腸管穿孔

症候 如能証明有疼痛性之膽囊攣張 爲膽囊炎之症候 而不能觸知膽囊腫瘍者 亦不少 僅據右側腹壁之強度緊張 及膽囊附近之限局性壓敏 始知病竈之在膽囊 其餘症狀 視原因及炎症強度之如何 而有差異 膽石痙痛 發作時之急性膽囊炎 多能於數日內消退 如膽囊管長久閉塞 則膽囊呈高度擴張

如膽囊內容缺乏傳染力 僅形成膽囊水腫 (Hydrops Cysticis follicae) 時 縱能發生障礙 亦不過爲因受腫瘍之器械的壓迫症狀而已

膽囊蓄膿 概有較重症之全身傳染 患者能因間歇性發熱 或經過迅速之敗血症死亡 然亦有不呈著明全身傳染現象者 如膿汁穿破膽囊 達于腹腔他臟器時 則發生種種複雜症候 有時形成瘻管或愈

膽囊壞疽之症候 爲高度脫力、脈搏細小、頻數、鼓腸、及反射性腹壁緊張

膽管發生病變時 除膽管炎雜傳染之症候外 據黃疸、肝臟之腫大、及過敏、可以判斷

診斷 膽囊腫瘍 據理學的檢查 可以診斷 至于膽囊內容之性狀 僅據本病經過 及續發症狀 (如發熱、白血球) 始能決定 有時據 Rousson 線檢查 及十二指腸內容之檢查 亦能診斷

預後 本病預後 關乎原因 及現出症狀之輕重 而有良否之別

療法 急性發熱性膽囊炎 與膽管炎時 宜靜臥 行嚴格食餌 (流動食、細碎、容易消化 缺乏

脂肪食品 限制蛋白質 與以含水炭素(投阿片劑 使膽囊安靜 最緊要者 爲療治膽汁鬱積 有但若強度全身傳染 或有不能通過之障礙 或有潰瘍機轉之疑時 則強度下劑 *Mann sulf* 液之十二指腸內注入

Hypophysin *Ikerean* 等 之使用 須特別加以注意

第二 膽石症 *Gallensteine Chololithiasis*,

原因 能釀成膽汁鬱積之各種事項 均能促進膽石之形成 例如狹窄衣服 缺乏身體運動 各餐間之時間過于長久、膽道受腫瘍、癥痕、妊娠子宮等之壓迫 而起狹窄或閉塞 腸下垂 與遊走腎時 肝十二指腸韌帶(Lig. hepatoduodenale)之牽引 膽囊肌肉弛緩 總輸膽管及膽囊頸部括約肌之痙攣等 因有此等關係 故婦女及老年者易患本病 傳染病似能爲本病原因 因能誘發管炎及膽囊炎也

病理解剖 膽囊爲膽石最易發生之部位 本病殆常合併膽囊炎 (或爲膽炎形成之原因 或爲其結果) 膽囊壁或起纖維素性肥厚、或起萎縮 膽囊內之膽汁 概含多量粘液 及已崩潰之細胞成分

膽囊管及輸膽管內之結石 係來自膽囊 如繼續停留于此處時 能漸次增大 最易停留之部位 爲輸膽管開口部明之上方 因該處狹窄也 大膽管能因停留結石 起強度擴張 管壁概起纖維素性肥厚 表面

黏膜萎縮

肝臟內之膽管 亦能發生小結石 但籍顯于肝管(*Biliary ducts*)者較稀

症候 膽石僅單純存在時 多不發生任何等症狀 有時雖能呈不定症狀 (如全身違和 肝臟部之輕

也。疼痛 輕度黃疸 消化障礙等。然亦不易確知其與膽石有關係 亦有時並無他種症狀 僅據偶然觸出膽石 或檢出由糞便排出之膽石 始知有本病

其能發生特殊症狀者 或由于膽石離開膽囊 達于膽管 或由于因膽石惹起膽囊及膽管之傳染及炎症 度 如膽石達于膽管 誘起膽石疝痛 (Gallensteinkolik) 之發作 謂之正規的經過 此時膽石 能排泄于腸管 然後隨大便排出 若因受膽石箝頓之器械的作用 或有續發性傳染 引起各種複雜障礙時 謂之不一規則的經過

(a) 正規的膽石疝痛發作 (der reguläre Gallensteinkolikfall) 屢視為發作之原因事項者 為礙食不當、感冒、劇烈之精神感動、身體過勞、強度腹壓作用、嘔吐運動、腹腔器官之手術、月經分發等 然亦有時 竟不能證明有何等誘發原因者

典型的發作時 或有輕度預兆 (如全身違和和惡心、惡寒、或突然發生劇烈疼痛 其發生疼痛之狀況 與陣痛 (Wehen) 相似 一張一弛 卒達于最強度 雖在發作間歇期間 肝臟及膽囊附近 仍有鈍痛 或穿髮樣疼痛 屢于背面第十乃至第十二脊椎之右側 有強度壓敏部位 發作時之疼痛 能放散至上腹部、肩胛部、脊柱、及四肢 在神經過敏患者 能因劇烈疼痛 誘起失神、譫語、及全身痙攣、嘔吐屢為疼痛之隨伴症狀 (Begleiterscheinung) 當疼痛發作時 發生惡寒戰慄 及一時性高熱 (能達于 38 度或以上) 者屢有之

當發作時 肝臟屢有輕度腫脹及壓敏 膽囊亦有時腫大 (約占 1—3) 似由于起膽囊炎也 其不腫大者 乃由于受以前炎症性變化已起萎縮也

黃疸亦為重要症候 然能出現者 不過 1—3 而已 至于黃疸之強度及繼續時期 亦大有差異 在正規的經過時 能超過數日以上者較稀 雖有強度黃疸 大便或無色 或仍能帶黃色 於發作後第一日之糞便中 有時能檢出膽石 正規的疼痛發作之疼痛 概繼續數小時後 一旦減退 其後依然增劇 故一發作能遷延至數日間 如膽石能排出 則疼痛頓時停止

疼痛發作 有時不甚著明 例如疼痛或輕微或缺如 或僅有一時性肝臟腫大及壓敏 或僅有一時性輕度黃疸

疼痛強度 與膽石之大小無關係 而與膽道腔之大小 膽道之刺戟性 滑澤性 以及結石之硬度形狀等 大有關係 雖最大膽石 能不隨伴疼痛 而排出者 因能通過膽囊之匯管達于腸管也

發作回數及其頻度 亦大有差異 僅有一次疼痛發作者較稀 屢見者為數次疼痛發作 連接出現 此種發作群 (Crampen Von Anfälle) 經長時期或短時期之間隔期間後 反覆出現 亦有經一次發作群後竟能永久停止

單純性疼痛發作 而因心臟衰弱、虛脫、反射性痙攣等 至于死亡者 極為罕有 故轉歸概良 不過有能移行于不規則的經過而已

(2) 不則的規經過 (1) or *litrethraerari Verlauf* 其重要障礙為

(1) 繼續的膽汁排泄障礙 概由于膽石箝頓于輸膽管或肝管 亦能由于膽囊內之膽石壓迫輸膽管 或因膽石發生之癥痕性狹窄及腫瘍

若有膽汁排泄障礙 則其結果發生慢性黃疸 與鬱積性黃疸相似 雖經過長久時期 若膽石經輸膽管

十二指腸運管 (*Choleochoelustudenahtreel*) 排出 則黃疸自然就愈 偶亦有因黃疸發生重篤症狀 至於

死亡 但一般無合併症之結石箝頓 而趨於不良轉歸者較稀 大多數乃因膽道發生癰腫 為死亡原因 膽

石箝頓而無發熱(至少亦為間歇性)者較稀 若膽汁排泄障礙繼續日久 能誘發膽汁鬱積性肝硬化癭症

(2) 膽道之傳染性炎症 如膽管炎 膽囊炎 及其續發症(膽囊水腫、膽囊蓄膿、膽囊壞疽、肝臟膿

瘍)等 均由於膽管內有結石 致易於受細菌之侵入發生炎症也 此外急性與慢性兩臟炎 亦能發生於膽

石

(3) 膽道受膽石之壓迫 形成潰瘍 其後形成癥痕性狹窄 或出血或穿孔 或形成運管 在形成運管

以能 概已發生膽囊周圍炎

向體外穿孔時 概形成腹壁膽囊運管 (*Bauchdeckungslebensentleerung*) 此時能自然就愈 屢見者

為膽道與腸管間之運管形成 就中以輸膽管 十二指腸運管 最為緊要 因此時囊石之排泄 與自然徑路

極為相近 向橫行結腸穿孔者 亦不少 而最危險者 為向腹腔之穿孔

(4) 胃腸不通症 偶能因膽囊內之巨大膽石 壓迫幽門 致誘發胃擴張 但大多數乃係由于巨大膽石 閉塞腸管也

診斷 有定型的痙痛發作時 診斷不難 診斷上最有意義者 為痙痛發作 但有發作性劇烈疼痛 之疾患頗多 屢易與木病混淆 特須加以注意 例如神經性胃痛 (Cardalgia) 腸痙痛 腎痙痛 月經痛 (Dysmenorrhoe) 蟲樣突起炎 橫膈膜肋膜炎 (Pleuritis diaphragmatica) 胰臟炎 (Pancreatitis) 胰臟 結石症 (Lithiaspancreatica) 等 尤以十二指腸潰瘍 往往與本病不易區別

取不規則的經過時 對於詳細詢問以前曾否有發作 極為緊要
預後 有正規的經過者 預後佳良 然常有起合併症之危險

療法 一切能促進膽汁滯積之諸事項 如狹窄衣服、坐業、兩餐間之時間過于長久等 以及過量攝食 富于脂肪 難于消化 及醇醪食品 大量酒精性飲料等 均宜力避 大便亦須調整

當膽石痙痛發作時 吾人應努力於緩解疼痛 患者宜行靜臥 肝臟部位 施以溫罨法 或巴布劑 藥劑則用 Morphine(0.01—0.02) Panopon[®] (0.02)之皮下注射 而以併用 Atropin(0.001)為最佳 B. ella Hanna 坐藥 及 Papaverin (0.04—0.08) 之靜脈內注射 對於除去疼痛性攣攣 屢能奏殊效 屢次 飲少量熱水 (45°C) 或 Karlsbader Wasser 亦有相當效果 有劇烈疼痛時 亦可試用溫浴

有數多藥劑 稱為能溶解膽石 或促進膽汁分泌 或興奮蠕動 以促進膽石之排泄者 實際上否多

大效力 尚屬疑問 緩和劑 能調整腸機能 對於本病有良好影響 而強烈下劑 或吐劑 雖偶能催進 箝頓膽石之非泄 但亦能誘發穿孔 及使傳染蔓延 故反為有害 頑固而且有膽道之傳染時 屢次用 5% 箝頓膽石液之 50,0cc 經十二指腸滯息子 洗滌十二指腸 能奏相當效果

其他對於本病費用而無害藥劑之中 如 *D. wunde* 氏劑 (*T. orpentin*) 1 分 *Aether* 3 分 每日 2—3 次每次 15—30 滴 混合於牛乳內服用 (大量橄欖油 每日 100—200 瓦 加 0,5 *Menthol* 今數回服) 撒酸曹達 (每日 2—3 瓦) 等 有時能奏效

本病之大多數 用內科療治 雖不能除去膽石 然能使膽石症 成為潛伏狀態 如不能見效 則用外科手術

有重癉一般傳染劇烈 局部炎症現象 及爾餘危險症狀時 宜早期行手術 對於膽石性腸閉塞 若用 *Antoni* 不能迅速奏效時 亦可行外科手術 含有膽石之膽囊 發生壞疽或穿孔於腹腔時 其預後不良 僅行手術始有救助之可能

因膽石箝頓之慢性黃疸 屢起再發之慢性膽石症 若經內科之長期療治 亦無效果時 則行外科手術 其次反覆之正規的痙攣發作 因膽石發生之繼續性痛苦 致患者不能執行職務 並無其他禁忌症 (高牛者 糖尿病 心臟病等) 時 則行外科手術

第三 膽道癌腫 (Carcinom der Gallenwege)

內 科 學

原發性膽道癰腫 發生于膽囊 或輸膽管之排泄口者為最多 或為浸潤性 或形成結節 其發生原因與膽石有密切關係 因當膽道癰腫之解剖時 殆常能發見膽石 屢起轉移性癰腫 於鄰近器官 如肝臟或淋巴腺 續發性膽道癰腫 多係續發於胃腸胸臟 及肝臟之癰腫

膽囊癰腫當剖診時概覺為凸凹不平之腫痞 膽管癰腫 雖不甚大 亦能使膽管完全閉塞 致釀成癰疽 黃疸 以致死亡 故遇老年慢性黃疸患者 時須常憶及癰腫 尤以曾患膽石症者 長久時日 復現出黃疸 或發生肝臟部之障礙時 更得疑為本病

預後 不良

療法 除行手術外 不過對症療法而已

肆 其他肝膽之一般疾患

第一 肝臟大小及形狀位置之變常 *Veränderungen der Grösse Form u. Lage der Leber*

1, 單純性肝臟萎縮及肥大 *Einfache Atrophie u. Hypertrophie der Leber*

肝臟之單純功能性萎縮 見於營養不足 衰弱狀態 及老衰 而單純性肥大 見於身體極強壯 及營養過度者

2, 絞榨肝 *Schnurleber*

肝臟受衣服或 *Korsett* 之繼續絞榨性壓迫 首先將右肝葉向下方排擠 形成舌狀延長 受肋骨弓或

堅硬帶類之壓迫 則形成水平絞榨溝 *Scruer's rite* 此處之肝組織 漸次菲薄 而漿液膜肥厚混濁 如繼續受壓迫作用 則絞榨部之下方之肝臟部分 因血液及膽汁之鬱積 屢變形肥厚 成爲有運動性之肝葉 此種肝概不發生何種障礙 其於臨床上有意義者 能誤認爲腹部之腫瘍 但若詳加診查 亦能區別 此外能促進膽囊之膽汁鬱積 及膽石形成 此種舌狀之肝臟突起 謂之 *Riedel* 氏 *Lappen*

3, 遊走肝 *Wanderleber* 及肝下垂 *Hepitopose*

原因 若腹壁弛緩 失其緊張 例如多產婦 肥胖者突然羸瘦 腹腔大腫瘍摘出後等時 腹腔內臟器、失其支持能力而下降 又如肝帶(冠狀帶、提肝細帶)先天性或後天性弛緩時 則肝下降而成遊走性 其他嘔吐、咳嗽、絞榨作用、均能促進形成本病

症狀 腹部之不快感覺 向背部肩胛部及薦骨部等處之放散性疼痛 往往有腸機能障礙 並能誘起各種神經症狀 有時發生血液循環 及呼吸之障礙 此乃由于肝臟下降 牽引橫隔膜之所致也 如本病繼續日久 則因膽汁排泄及血液循環之障礙 致能引起各種類發性肝疾患

診斷 遊走肝與腹內腫瘍 有鑑別之必要 如腹壁弛緩 吾人可觸知肝之下緣截痕 及正常肝位之濁音 音失而變爲鼓音 如用人工使肝回復于常位 則濁音界出現等 始能診斷 如肝臟癒着於異常位置時 則診斷往往發生困難

療法 回復于正常位置時 用腹帶法 及各種對症療法等 避免腹壓及努力等

第二 胆汁排泄障礙 (S toörungen der Gallenausscheidung) 黃疸 (I kterus) 膽血症 (Cholea-
mie)

健康肝臟細胞 僅排泄膽汁於膽管 而其餘產生物 如糖 尿素等 則輸送於血液 膽汁成分之中
膽汁色素 (Gallenfarbstoff) Bilirubin 乃係由血色素改變製造而成 膽汁色素之正常製造部位 為肝細
胞 據最近研究肝臟中之 Kupfer'sche Sternzellen 及脾臟 亦能由血色素形成膽汁色素 輸送于肝臟
若肝臟機能健全 則能將所有膽汁色素 完全排泄于膽管 故正常血液中 僅有膽汁色素之痕跡而已
膽汁酸之發生來源尚不明 其製造部位 似亦為肝細胞

膽汁之消化上意義尚不明 似與脂肪之吸收有關係 並能影響于腸管內之腐敗機轉 膽汁排泄于腸管
後 其一部分被吸收 仍歸還于肝臟 謂之膽汁循環 (Kreislauf der Gallensaft)

如膽汁排泄發生障礙時 則移行多量膽汁 或膽汁色素于血液 前者謂之 Cholemie 後者謂之 Bi-
rubinämie 若血液中之膽汁色素 移行于身體各組織 因之呈黃色時 謂之黃疸 (I kterus, Gelbsucht)
原因 誘起黃疸之病的機轉為

I 因膽道發生障礙 膽汁不易排出 致被吸收 遂成黃疸 此種黃疸謂之鬱積性黃疸 (Stauungs-
Icterus) 屬于此種者為

(a) 膽管腔因膽石、由腸管侵入之異物、(果實核、蛔蟲、二口蟲等) 腫瘍、癥痕性狹窄等、起閉

塞時

(b) 膽道受外方壓迫時、例如受腫瘤之壓迫、(由胃、腸、胰臟頭部、腹膜、膽囊、肝臟等處所發生者) 或遊走腎、腹部動脈瘤、子宮、及卵巢之腫瘤、右結腸彎曲所蓄積囊塊等之壓迫

(c) 膽管及膽管分枝之炎症 (Cholangitis, Cholangiolitis) 因粘膜炎腫脹 膽汁粘稠 (因含多量粘液) 膽毛細管凝固膽汁閉塞 致膽汁排泄發生障礙

Ⅱ 因肝細胞機能障礙 致膽汁成分移行于血液 發生黃疸 此種黃疸謂之滲透性黃疸 (Diffusionk

is) 屬於此種者

為續發於他種疾如

(a) 急性與慢性肝臟炎之一部分

(b) 心臟疾患門脈血塞等時之肝臟內血液循環障礙

(c) 毒物作用 (如磷 *Silvers* 等) 由外界攝取腐敗食物中 所含毒性細菌產生物 (如 *Penic*

aenen) 之作用 以及傳染病 (如肺炎、敗血症、回歸熱、*Weilsche Krankheit* 梅毒) 時 在體內形成毒

素 (*Toxinen*) 之作用

Ⅲ 因赤血球之過量的破壞 膽汁色素之形成增加 致血液中含多量膽汁色素 而成黃疸 此種黃疸謂之溶血性黃疸 (*haemolytischer Icterus*) 屬於此種者為

(a) 續發于血色素尿 (Hæmoglobinæmie) 及血色素尿 (Hæmoglobinurie) 之黃疸 例如發作性血色素尿 (Paroxysmale Hæmoglobinurie) 瘧疾時之墨水熱 (Schwarzwasserfieber) 砒化水表瓦斯之作用等

(b) 進行性惡性貧血 慢性溶血性黃疸 此時僅有 Bilirubinæmie 及 Urobilinurie 而無 Cholelithiasis

若欲就各黃疸病例 據上述發生黃疸之機轉 而行黃疸之分類 實際上屢感困難 因各黃疸例之黃疸發生機轉 其詳細尙未十分明瞭 並黃疸之發生 不僅限于一種原因 不過程度上有差異而已

症候 因膽汁排泄障礙之結果 其發生症狀 可分為兩大類 即一為因膽汁成分鬱積于血液 所發生之症候 一為因腸管內缺乏胆汁 所發生之症候是也

I. 因膽汁成分鬱積于血液 所發生之症候為

(a) 血清之 Bilirubin 含量增加 膽汁酸、鹽類、鬱積于血液 並血液之 Cholesterolin 亦增加

(b) 皮膚及粘膜 呈黃疸色 皮膚之黃疸色 視黃疸強度之如何 呈種種色彩 (stroh-, schwefel-,

asfran-, zitronengelb, gruenlichgelb, braunpel, dolivenen, treizentig) 粘膜之中 以鞣酸結膜之着色 較皮膚早期出現 並甚著明 故最輕度黃疸 僅 據鞣酸膜之黃色 始能認識 此外容易現出黃色之粘膜為硬口

蓋

(c) 胆汁成分 排泄于分泌物 黃疸時之尿 視移行于尿中之 *Bilirubin* *Biliverdin* *Urobilin* 等分量之如何 呈 *Saffraner* 赤褐色、綠褐色 乃至黑褐色 黃疸尿有強度着色能力 爲其特徵 故黃疸尿之泡沫呈黃色 爲黃疸尿浸濕之衣服 及紙片亦呈黃色

尿黃疸之出現 較皮膚黃疸爲早 而其消失亦較早 尿中所含膽汁色素之多寡 不必常能與血清所含 *Bilirubin* 含量成比例

膽汁成分 除移行于尿外 亦能移行於汗、其餘腺分泌物(如唾液、粘膜、淚、乳)中 僅當其病的狀態時 或混合炎症性滲出物時 始能証明

(d) 各種器官之官能障礙 爲 *Cholemie* 之表徵 乃由于受胆汁酸鹽類之毒害作用也 其毒性作用

現于(1)腎臟(2)心臟及血管系統(3)神經及肌肉系統

(1) 腎臟障礙之症候 爲蛋白尿 及尿管柱 概爲玻璃樣圓柱 其一部分染成黃色)

(2) 循環器方面之症候 爲脈搏數稀少 每分鐘僅有 *50-60* 至 同時具有體溫之異常下降 在

重症及頑固黃疸 有時于皮膚粘膜及網膜等處發生出血 此種出血性體質 (*Hämorrhagische Diathese*)

是否由于受膽汁酸之作用 尙屬疑問 因血液所含胆汁酸之濃度 尙未達于能溶解血球之程度也 除溶

血性黃疸外 大多數黃疸症之赤血球抵抗力 不但不減少 甚至能增高 故此時除血管壁受損傷外 血液

凝固之延遲 似爲膽血症性出血 (*Cholemiach Blutung*) 之原因

(3) 神經系統及肌肉系統受膽汁酸之作用時 其症狀為情調變常 易于興奮 疲倦無力感 頭痛、眩暈、不眠等

有黃疸時 最易出現 並使患者最感覺苦惱之皮膚瘙癢 以及偶然出現之視力障礙 即黃視症 (Xanthopsia) 夜盲症 (Hemeralopie) 晝盲症 (Nyctalopie) 等 似由于組織內有膽汁成分之存在也

黃疸症中 有時發生重篤腦症狀 如神識喪失、興奮狀態、譫語、全身痙攣等 患者因之死亡 此等症狀 是否由于膽血症中毒 尙未確定 而肝臟機能不全 及腸性自家中毒 (腸管內缺乏膽汁時 容易發生此種中毒) 似為主要原因 因出血性體質 致腦內發生出血 亦能誘起腦症狀

II 因腸管內缺乏膽汁所發生之症候 爲

- (a) 糞便色澤異常 若膽汁完全不能達于腸管時 則糞便概呈白灰色或粘土色
- (b) 腸機能障礙 除脂肪吸收有障礙外 屢有便秘 (因缺乏膽汁 致腸蠕動失其正常之興奮性) 腸內容起異常分解 (形成腸瓦斯、放屁、糞便帶腐敗臭) 及形成毒性產物 (爲黃疸患者常有之一般狀態障礙之一部分原因)

吾人於臨床上着眼 據各症候 發生機轉 分黃疸爲三類 即

a 因膽汁排泄障礙之黃疸 (Ikterus durch Störung des Gallenflusses) 即膽汁性黃疸

C holangenektasie

本病由于鬱積性黃疸項下 所列舉諸病的變化而發生之閉塞性 壓迫性 或膽管性黃疸也 其發生黃疸之強度 以膽汁排泄障礙之程度為轉移 黃疸首先現於血清 其次現于尿 最後現于皮膚與鞏膜 血清呈早期 *Disazotifikation* 血液中含膽汁酸與多量 *Cholesterin* 十二指腸內容之膽汁色素含量減少 若膽道完全閉塞 則竟缺如 此時糞便脫色 不呈 *Urobilinreaktion* 尿中亦無 *Urobilin* 及 *Urobilin* 縱不能證明蛋白 亦能檢出呈黃色之玻璃樣尿管柱

肝臟在病初 雖不發生官能障礙 若黃疸繼續日久 因受胆汁鬱積之作用 亦能發生障礙 此時能證明肝臟之容積硬度及銳敏性均逐漸增加

若膽汁排泄障礙 不能于適當時期除去 則膽血症性中毒 及肝臟機能不全之最重現象 卒能出現致惹起生命危險 若膽汁完全不能排泄 則患者概死亡于半年乃至一年以後

b, 因肝細胞官能障礙之黃疸 (*Ikterus durch Störung der Leberzellenfunktion*) 即肝臟性黃疸 *Hepatozellulärer Ikterus*

肝臟實質 (*Leberparenchym*) 之最輕度及最重種疾患 均能發生此種黃疸 黃疸之強度 亦不必常與爾餘病候之輕重一致 因有時肝臟之最重損傷 致死亡於肝臟機能不全症狀之下 而能不發生黃疸 亦有時發生最著明黃疸 而不能證明肝臟有何等變化 並無其他何等症狀

若僅黃疸及其續發症候 為病症之唯一現象時 (即不能證明肝臟變化 及無其他症狀) 可視為一種

獨立疾患謂之單純性黃疸 (Icterus simplex) 本病初期 概有胃腸加答兒症狀 頗與加答兒性黃疸相同 但顯有肝臟實質之直接損傷 故此種黃疸 可認為輕症急性性肝臟炎 僅於少數例中 能證明十二指腸黏膜及膽道有原發性加答兒性炎症者 似可謂之為加答兒性或胆管性黃疸 (Katarhalischer, öd., cholangitischer Icterus)

肝細胞性黃疸 視其發生時狀況之如何 其所呈症候 自有差異 一般所呈症候 為膽汁之排泄于腸管 尙未完全阻礙 及除黃疸外 尙有其他肝臟官能障礙之症候 當黃疸最顯盛時 亦能于十二指腸內容證明膽汁 糞便含 Urobilin, 而小便除含 Bilirubin 外 亦含 Urobilin 與 Urobilinogen 呈黃色之血清 Diazoreaktion 陽性 血液及尿中 概不能證明膽汁酸 血液中之 Cholesterolin 含量不增加 而 Laevulose 與 Galaktose 試驗呈陽性 分光鏡檢查與正常時不同

c, 因血液過于破壞之黃疸即溶血性黃疸 hämolytischer Icterus 屬于此種之黃疸 與上述諸黃疸型不同 並非由於膽汁排泄障礙 亦非由於肝臟機能障礙 而膽汁色素鬱積於血液者 似由于赤血球過度破壞 致膽汁色素形成過量也 其原因由于血液變其性狀 或變血器官 (尤于脾臟) 之官能異常也

此種黃疸型能為各種疾患之一種候 如赤血球受溶血性毒素之作用 發作其血色素尿 黑水熱 進行性惡性貧血 而其獨立性疾患為

慢性溶血性黃疸 (chronischer hämolytischer Icterus)

本症概爲遺傳性 家族性 偶亦爲後天性黃疸 概發生於小兒 雖黃疸之強度 成定期性增減 能繼續至數年乃至數十年 而不發生病的現象 僅偶現出強度貧血症候 及上腹壁之疼痛感覺 肝臟概不增大 亦無機能障礙 在小兒期 概能證明脾腫 並逐漸增大 糞便之色素含量增加 而尿中概不含 Bilirubin 僅含多量 urobilin 及 urobilinogen 有時亦能呈暗色 赤血球對於低張食鹽液 (hypotonische Salzlosung) 之滲透抵抗力 (Canotische Resistenz) 減退 爲着明症候

如將脾臟剔除 則黃疸及其他病的現象 均能消失 但其效果 並非盡爲永久性 因其他製血器官 erkrankten othariale Apparat 尙未除去也 脾臟剔除後 赤血球之滲透抵抗力 屢能恢復

診斷 重症黃疸 自易認識 輕度者據鞏膜及尿之黃染 亦能認識 Adlauer 氏病之青銅色 (Bronelarbe) 雖能與本病類似 但據鞏膜及尿之性狀 可以區別 服 Santonin 後 皮膚及尿亦能呈黃色

但尿不呈胆汁色素反應 加苛性加里則呈赤色

豫後 視發生黃疸之原因爲轉移 若爲一時性 能完全就痊 若強度黃疸 繼續日久 則有突然發生重症自家中毒之危險 黃疸亦能誘起營養障礙 廩瘦 貧血等症狀 據一般症狀 及中樞神經系統障礙之輕重 可卜預後之良否 腎臟機能 對於預後 亦極重要 若利尿佳良 則毒性物質 不至鬱積於體內 故預後亦良 若出血性體質出現時 則預後不良

療法 行原因療法 黃疸之一般的療法 要旨在於 (1) 促進膽汁使之流入腸管 (如促進膽汁分泌 促進腸蠕動運動) (2) 預防因膽汁鬱積所發生之有害結果 (如促進尿分泌 療治消化障礙 除去腸管內之異常分解 對於各種續發症候 行對症療法)

食品之中 須選擇缺乏脂肪者 蛋白質亦加以限制 含水炭素 則選擇易於消化者 務以多攝取飲料為宜

對於糞便排泄 則用下劑 或反覆行注腸法 (Darminjektion) 更佳 因此能一面輸入水分 一面促進膽汁排泄及尿分泌

促進膽汁排泄藥劑之中有兩種 一為促進膽汁之排泄 一為增進膽汁之分泌 屬於前者之藥劑 概為下劑 因亦能促進膽管起收縮也 此外注入 10—30% Magn sulf 液於十二指腸內 或行 Hypophysin 之皮下注射 亦頗有效 增進膽汁分泌之藥品 以 Decholin 特為有效 此外能移行於膽汁之藥劑 如撒酸製劑 Atophan, Menhol, Uer obahn 等 一面能促進膽汁分泌 一面有消毒作用 故頗能奏效 尤以膽管有傳染性疾患時 更為適宜

若遇有不能除去之膽汁排泄障礙時 則上述促進膽汁排泄藥劑之應用 自屬於禁忌

對於皮膚癢痒 或用冷水拭拂 (水中可加醋或檸檬酸或曹達) 或用 1% 石炭酸水拭拂 或用軟膏 如 % Calminolba 1.0—2.0, % Zonitalk 1—2, Aurothiurba 或 用 1—2% Menhol 酒精 或 1—0.1%

Calmetol 酒精液 頑周時內服臭素加里 或 Pilocarpin 注射 (0.01—0.02) Atropin 注射 (0.005—0.001) 乃至 Morphia 注射 屢次用溫水浴 頗有效果

有膽血症性中毒之危險時 則用下劑 或輸入多量液體 (用點滴灌腸 生理食鹽水 或葡萄糖液之皮下注射) 對於膽血症性出血以 Calcium 製劑 最爲有效

第三 門脈循環障礙 (Störungen des Pfortaderkreislaufes)

病理及症候 肝臟內之血液循環 與他臟器不同 血流速度緩慢 故若遇一般循環障礙 則肝臟首先呈鬱血狀態 並最易受血液中所含毒物或毒素 (尤以由消化器侵入之毒性物質) 之作用 若門脈循環發生障礙 則輸送其血液于門脈之諸臟器 均亦發生障礙

若門脈完全閉塞 則患者死亡于短時期以內 此時胃 腸 脾臟 胰臟等 受血液之過度充滿 並有多數出血部位 故其死因 似由于門脈根部之失血致死 (Verblutung) 也

門脈突然發生完全閉塞者較稀 一般閉塞機轉較緩慢 概能於此期間形成副行循環 (Kollateralkreislauf) 副行徑路 (Kollateralkahn) 之形成 乃由于原有小血管之擴張也 例如

(1) 上胃靜脈之血液 不易通過門脈時 則經食道靜脈 達于肋間靜脈及奇靜脈 或經過橫隔膜靜脈 達于上下大靜脈 (Vena cava sup. u. inf.)

(2) 下腸間隙靜脈 及上痔靜脈之血液 不易通過門脈時 則經過圍繞直腸周圍之靜脈叢 達于下痔靜脈

再經陰部靜脈 (V. pudenda) 達于下大靜脈

(3) 門脈循環 有障礙時 達于門脈之血液 經圓韌帶中之靜脈 達于臍部周圍之腹壁靜脈 其一部分 經內乳靜脈及肋間靜脈 達于上大靜脈 其他一部分 經腋窩靜脈及股靜脈 達於下大靜脈 臍部周圍腹壁靜脈之擴張形成 所謂海蛇頭 (Caput Medusae) 此種症狀 於門脈鬱血之診斷上 極有意義

若有門脈循環障礙 而不能充分形成副行循環 則發生門脈鬱血 如

1. 胃與腸之靜脈性充血 致發生消化不良 重症時發生強度下痢或嘔吐 有時大便中 混合血液
2. 脾臟之鬱血性充血 致脾臟異常腫大
3. 腹腔內滯留液體 即腹水 為門脈鬱血最緊要之症候 亦屢為肝臟疾患時 首先出現之他覺的症候

4. 一般循環障礙 其原因之一部分 由于腹水壓迫下大靜脈 其他一部分 由于鬱積于門脈枝之血液 不易回流于心臟 致尿量減少 全身浮腫 脫力

診斷 據原發性疾患 腹水之證明 脾臟腫大 海蛇頭等 能判斷為門脈鬱血 須注意者 腹水亦能發生于一般循環障礙 及腹膜炎患 (如結核 癆瘵等) 下大靜脈閉塞時 腹壁靜脈亦擴張 然概現于側腹壁 與海蛇頭不同

豫後 視起門脈鬱血之原因 副行徑路之形成 腹水穿刺排出後再滯留之速度等之如何 而有差異

療法 除行原因療法外 努力于除去消化障礙及腹水 以減輕門脈循環之負擔 及輔助副行徑路之形成 食品須選擇易于消化者 用緩和劑 以催促腸蠕動 有腹水時 不可攝取過量水分

對於腹水 用利尿劑 發汗劑 下劑等 使腹水由尿 皮膚 及腸管排出 利尿劑之中 若有一般循環障礙 則以 Digitalis 爲良 其他腎性利尿劑 如 diuretin, agurin Theocin, Theophyllin, Euphyllin 等 僅有時能奏效而已 比較上能奏效者 爲水銀劑 如 Kalomei, Novasuroi, Salysin 等 但使用時 須特別加以注意 因肝病患者 對於水銀 特別過敏 用下劑由腸管排出 頗能奏效 (霍亂症時則腹水消失) 但易陷于衰弱狀態 發汗劑如熱浴 Schwitzkuren Guentherbaden 等 (用 Pilocarpin 者較稀) 僅能使腹水之聚集緩慢而已 不易阻止其聚集 更不易使大量腹水吸收

若據上述方法不奏效時 宜早期行穿刺 行 Tanna 氏手術 (使網膜與腹壁黏着) 能促進副行循環之形成

第九章 胰臟疾患 (Die Krankheiten des Pankreas)

第一 胰液缺乏症 (Achyilia Pancreaticea)

本病屢與胃液缺乏症合併 除胰臟之器質性疾患 能發生本症外 貧血者 神經質者 以及表面上完全健康者 亦能發生本症 此時純爲胰臟之官能性障礙也 本病對於胃液缺乏時之胃性下痢 亦頗有力 故此時投以胰臟製劑 (如 Pankreatin pankreon) 能迅速奏效

第二 胰臟炎 (Entzündungen des Pankreas)

急性瀰漫性胰臟炎之輕症 一般對於此症 不甚注意 僅據詳細檢查胰臟機能 始知有許許多無特殊性之腹痛及消化障礙 乃由於胰臟疾患也

急性胰臟炎之重症 能誘起出血化膿及壞死 有時能成爲極重篤之疾患 似由於傳染性病病原 從腸管經胰臟排泄管侵入胰臟也 其所發生之症候 與腹膜炎或腸閉塞相似 在病初概僅於限局部位之腹腔深部 (多在於左側 有時在上腰椎之傍) 有壓痛及無腸管鼓腸 僅據此二者 行區別而已 因本病之經過 極爲迅速 能懷特殊之機能障礙 而行診斷者寥寥 概於數日內 (屢僅一二日) 死亡於劇烈疼痛嘔吐虛脫狀態之下 能因排出或形成膿瘍 (此時能行外科手術治療) 就癒者 幾屬於例外

續發性膿瘍 形成胰臟炎 續發於穿孔性胃潰瘍 膽道之化膿性炎症 或爲膿血症之部分症候 慢性硬化性胰臟炎 本病之解剖的變化 爲胰臟實質之萎縮 結締組織之增殖 其後胰臟全體萎縮 原因爲慢性酒精中毒 梅毒 及動脈硬化症 而胰臟排泄管之閉塞 (如胰臟結石癥痕) 致分泌物鬱積 亦能發生本病 糖尿病時 亦屢發生胰臟硬化 重症時之症狀 爲排出多量發惡臭之下痢 (乃由於營養品之消化與吸收不充分之故也) 此時屢呈特殊之油樣便 Oelstühle 或脂樣便 Butterstühle 此種患者 呈高度營養障礙 致脫力 羸瘦 卒因衰弱死亡

硬化性胰臟炎之限局性型硬化病變 有時僅限局於胰臟之頭部 由腸管或胆道 (如膽結石) 蔓延而來之

炎症 似爲其原因 本病能誘發輸膽管之閉塞 及慢性黃疸者不稀 此時能與膽石症及胰臟癌腫混淆 概僅據試行外科手術治療時 開腹後始能診斷

第三 胰臟出血 (Blutungen in das Pankreas)

心臟 肺臟 肝臟等有疾患 發生靜脈鬱血 或出血性體質時 胰臟內能發生小出血 除此之外 血管起變化 (如動脈硬化症 梅毒) 或各種胰臟疾患 (如胰臟炎 脂肪壞死 新生物 膿瘍 囊腫) 時 能發生特殊之大量胰臟出血 此時發生重症虛脫現象 死亡于數小時或數日以內 若有重症急性胰臟炎 或胰臟壞死之症候 迅速參加 貧血症候時 則可疑爲本病

第四 胰臟壞死 (Nekrose des pankreas) 或脂肪組織壞死 (Fettgewebnnekrose)

胰臟之一小部分或大部甚至全部分之壞死 見于重症炎症 出血及血管疾患 此時呈特殊變化者 爲脂肪壞死 或脂肪組織壞死 (Finkrose od fettgewebnnekrose) 即胰臟內發生白色不透明之小病竈 有時能互相融合 而在胰臟周圍之腹腔脂肪組織內 亦發生同樣病竈 此種變化 乃係受鬱積于胰臟內之胰液之作用而發生者 胰液經淋巴管達于腹腔 故腹腔之脂肪組織 亦起同樣變化

本病之發生機轉 尙未完全明瞭 而腸內容之侵入胰臟排泄口 似于壞死之發生有關係 即此時除受細菌性傳染外 腸分泌物能使胰臟酵素變爲有活動作用 (Aktivierung) 之酵素

胆道疾患 似能爲本病之誘因 外傷亦與本病之發生有關係

本病概發生于中年以上 突然發病 呈急性胰臟炎症候 與穿孔性腹膜炎相似 概死亡于數日以內 若能遷延長久 則其經過以壞死範圍之大小為轉移 如胰臟全部起壞死 則為必死之症 如為限局性壞死 則壞死部位脫落 溶化形成膿瘍 但化膿機轉 亦能隨胰臟周圍脂肪壞死之進行 蔓延至腹腔 雖經過長久時日後 亦能發生敗血症現象 卒至死亡 若得佳良機會 能于網膜囊 (Saccusomentalis) 內形成包裹性化膿 此時據其所在位置 一般症狀 發熱 白血球增多症 以及胰臟外分泌障礙之證明等 可以判斷

有時據糖尿 能知有胰臟疾患 但一般不易出現 因重症者 其經過過于迅速 僅有限局性壞死之輕症者 爾餘健存部位 能代償其機能 故不現出糖尿 此時僅據攝取多量含水炭素 而現出食餌性糖尿時 始能為診斷之助

本病豫後 極為不良 膿瘍穿破于腸管 能自然就癒者頗稀 如患者狀態 能堪受手術 宜試行外科療法 如病初即呈虛脫現象 屢不易手術 偶有能因早期手術奏前者 形成膿瘍時 行外科手術後奏效者亦不稀 若不能行手術 則療法與急性性腹膜炎同

第五 胰臟結石 (Pancreasoliths)

胰臟排泄管之結石 概為碳酸石灰 或磷酸石灰 其發生原因關係 與膽管結石相似 即為因排泄管內有分泌物鬱積及傳染也

本病症候 與膽石症相似 有時完全無何等症候 或結石排出時 發生頭痛 或誘起續發性變化 (如傳

染性胰腺管炎 囊腫 膿瘍 慢性硬化性胰腺炎等)

本症診斷 則據胰臟痛 特殊結石之排泄 同時有糖尿症 Statorrhoe. Azotorrhoe 腸管內無胰臟分泌酵素等 有時 Roantgen 像亦能為診斷之助

本病療法 在于使胰液分泌元進 故宜攝取多量混合性營養品 劇烈香科 酸類 富于碳酸之飲料 Pilocarpin 注射等 如形成囊腫膿瘍時 則行外科手

第六 胰臟囊腫 (Pankreaszysten)

胰臟囊腫 有二 一為胰臟非泄管 因瘻痕結石等 起閉塞時 則其分泌物鬱積 遂形成囊腫 謂之蓄積性囊腫 (Retentioncysten) 一為囊腫性新生物 謂之增生囊腫 (Proliferationscysten)

胰臟囊腫 屢成爲巨大腫瘍 其大小偶能呈定期性變化 能由腹壁觸知 概位于胃與橫行結腸之間 通常無呼吸性移動 疼痛爲本病之重要症候 或爲囊腫部位之繼發性鈍痛 壓迫感 或爲痲痛發作 壓迫鄰近器官時 則發生生腹水 黃疸 胃腸方面障礙 壓迫輸尿管 則腎臟排泄發生障礙 於診斷上有意義者 爲糖尿症 Statorrhoe. Azotorrhoe 等 囊腫之試驗穿刺 頗屬危險 療法僅賴外科手術

第七 胰臟癌腫 (Pankreaskrebs)

胰臟癌腫 爲最易遭遇而最緊要之疾患也 發生于胰臟頭部者爲最多 如壓迫膽管 則發生繼發性黃疸 黃疸 偶能壓迫門脈 發生腹水

如有慢性黃疸 而能于胰臟頭部附近觸知凸凹不平之腫瘍 並此腫瘍似不屬於其鄰近器官 膽管腫大

而以前無痙痛 肝臟不增大 呈正常下體溫 而有迅速進行之惡液質 脂肪便 糞便中含未消化之肌肉纖維

糖尿 糞便中不能證明 Typhsa 等 據此等症狀 可以診斷

上述諸症狀 有時能缺如 例如能發生糖尿者 僅占本病之四分之一 故本病之診斷 不過推測而已

本病療法 不對過症而已 服用胰臟製劑 則營養品之吸收與消化較良 有時將癆腫剔除 能奏效果 若

膽管閉塞不 則行 Cholecystostomie 與 Cholectentrikostomie 等之姑息手術 (Palliativoperation)

(消化器疾患終)

呼吸器疾患 Krankheiten der Respirationsorgane

第一章 氣管枝疾患 Krankheiten der Bronchien

第一 急性氣管枝加答兒或急性氣管枝炎 Bronchitis acuta

原因 本病爲習見之疾患 尤以冬春二季爲多 其原因爲 1 感冒 2 急劇氣候變調 3 有刺激呼吸體及毒性氣體之吸入 4 不潔空氣 烟土塵埃中工作者 5 各種傳染病之合併及續發 尤以麻疹 猩紅熱 腸室扶斯 肺炎 天然痘 流行性感胃 百日喉等爲甚 6 循環系統障礙 所謂鬱血性氣管枝炎 7 鼻腔 喉頭炎症之波及 8 其他各種重症疾患之誘發等

症候 本病之初期 多感頭痛 食慾減退 全身倦怠等 其次多合併鼻感冒 (Nasencatarrh) 及 Angina 但亦有缺如者 體溫 依所侵犯之狀態而不一 如侵及大氣管枝 則多不發熱 如侵及小氣管枝 則多呈惡寒而發熱 倘呈特別高熱時 即發氣管枝肺炎 (Bronchiale Pneumonie) 之徵也 此外小兒時所易發之毛細氣管枝炎 (Capillaerbronchitis) 概有三十九度以上之高熱 脈搏 亦頻數 口唇生葡萄疹 (Erythema per Labialia) 者 固非罕事 咳嗽 乃本病固有之症候 多因此而引起患者及醫者之注意 其強度 依病勢之強弱 氣管枝侵犯之程度 體 之強弱等 而各有不同 其分泌物之性質 可分爲乾性及濕性之別 在疾病之初期多爲乾性 而後期則爲濕性 小兒之咳嗽 多誘起嘔吐 喀痰之性状及分量 亦種種不同

在病之初期，多爲稀稠性，其量甚少，呈粘液性玻璃狀，所謂生痰 (Crude Sputa) 是也。迨後期則呈稀薄狀態，且混多量膿汁，即所謂熟痰 (Cooked Sputa) 是也。此時量亦增加，且有時混少量血液，然多無特別意義。蓋因劇烈咳嗽時，粘膜之小出血所致也。胸痛，雖非必發之症狀，然多數之患者，咸知咳嗽時之胸痛，側胸痛及心窩痛，其疼痛之狀態，有刺痛及燒灼痛，鈍痛等別，並有一時反射性之心悸亢進及腹痛等。呼吸狀態，在輕症時，多無變化，但重症及毛細氣管枝炎時，多頻數，或時發深息及輕性呼吸困難狀態。

他覺的症候，在單純之氣管枝炎時，打診上無變化，但小氣管枝炎或毛細氣管枝炎時，時來肺之急性膨脹，故多呈肺境界之擴張，聽診上在大氣管枝或氣管處限局之炎症時，無特別之變化，又輕度氣管枝炎時，聽診上之變化亦甚少，僅有呼吸音之微弱或粗烈，及呼吸延長等，如炎症在小氣管枝時，其分泌物積聚，則能聽得氣管枝雜音，乾性炎症，因粘膜腫脹，分泌粘稠性分泌物時，則聽得乾性囉音，在大氣管時，則發類鼾音 (Schwamm) 在小氣管枝時，則發笛音 (Pfeifen) 如二者合併，則兩音同時可以聽得，又觸診上，於胸壁有時能證明喘鳴，此謂之氣管枝震顫 (Der Bronchialfronitus) 濕性炎症時，因分泌物較多，其液狀物隨呼吸而移動，則生濕性囉音，即水泡音 (Rassel) 是也。依其性狀，可分爲大水泡性，中水泡性，小水泡性囉音等，如聽得多數水泡音，即表示氣管枝分泌物旺盛之徵，又因氣管枝之小大的關係，其音亦隨之有大水泡音，及小水泡音之別，所侵犯之部位，多爲兩側性，且以後下方之聽診，較爲清晰。

經過 輕性症多不數日而治愈 其較長者亦不過數週 然亦有因攝生不當 治療不宜 而移行爲慢性者 重症病 尤以原因劇烈或傳染性者 多往再數週 且有一二週間之弛張性高熱 此時其症候亦多限局於一側或一葉 (然全侵及者亦不少) 重症型之原因 似由於傳染性 例肺炎菌 流行性感冒菌 及化膿菌而發

茲更將下述三型略爲詳述

I 急性最小氣管枝炎 *Acute katarrh der kleinen Bronchien* 或急性毛細氣管枝炎 *Capillare Bronchitis Akute*

氣管枝急性炎症 如蔓延至最小氣管枝 或毛細氣管枝時 則管之內腔 爲腫脹之粘膜及分泌物所閉塞 如範圍擴大 則生呼吸困難 但輕度之呼吸困難 依吸氣運動 而可打勝 惟呼氣時不能將充實之肺胞 即行壓出 故此時則生急性肺膨滿狀態 而來呼氣困難 反之如小氣管枝全被閉鎖時 則其所屬區域之肺胞 因呼吸被遮斷 致呈吸氣不能 其原存之小量空氣 被吸收而反成無氣性肺胞 所謂肺膨脹不全 上述病型 其初期即呈此等症狀者 多發高熱 且有強烈之一般症狀 如更向深部進行 則更行惡化 即已有下降傾向之體溫 又復再燃 同時有劇烈之頭痛 食慾缺乏 胸側及脊部之疼痛 咳嗽與喀痰之頻度增加 而來強度之呼吸困難 如爲繼發性氣管枝炎 其病勢進行至小氣管枝時 有多數均形成小葉性肺炎狀態 聽診上有高調笛音 及多數濕性小水音 同時呼吸數增加 於肋間可見得吸氣之陷沒 及呼吸

時肩胛 頸部 鼻翼等處之補助呼吸筋等之收縮 痰異常粘稠 而量不甚多

2 小兒氣管枝炎 Bronchitis der Kinder

小兒之急性氣管枝炎 與大人取同樣之經過 但屢有易趨為毛細氣管枝炎之傾向 尤以未滿三歲 及身體衰弱 有結核素質之小兒為甚 趨為毛細氣管枝炎之症狀 為突呈呼吸困難 呼吸數一分間 有時達四十偶有至五十以上者 胸側下方 於吸氣時 可見出陷沒 鼻翼呼吸及呼吸補助筋之活動 頗為鮮明 陷於攝食不能 及不敢哭泣狀態 又因易於呼吸關係 患兒多不敢仰 自取臥跪坐位 或令抱臥 易呈不安恐怖狀態 皮膚呈蒼白色及紫藍色 漸呈無力 而陷於昏迷 體溫多發高熱 (四十度以上) 脈搏一分鐘達百二十或百四十以上 其最患令兒苦痛者 厥為強烈之咳嗽肺部打診 呈鼓音 肺境界擴大 聽診上於上胸部有濕性小水泡音 此種小兒急性氣管枝炎之經過 普通如療養合宜 多不出十日而治愈 間或有達三週以上者 但衰弱之小兒 多招來不良之機轉 且其死因多為續發肺炎 而登鬼籍 其續發於急性傳染病 如麻疹 猩紅熱 百日咳 白喉等之氣管枝炎 亦易進行而變為小葉性肺炎

3 老人氣管枝炎 Die Altersmenschlichen Bronchitis

老年人之急性氣管枝炎 亦有易趨為毛細氣管枝炎之傾向 其症候為突來呼吸及咳嗽等之變化 但體溫多不特高 脈亦良好 多因衰弱 而呈倦怠及無力感 意識朦朧 食慾缺乏 有強烈渴感 致喜飲水 夜間不安 時發謔語 多因心臟衰弱而死亡 或因續肺炎而不治

診斷 急性氣管枝炎之診斷 多屬容易 重症者 依聽診之所見 而可確定 輕症者 雖有時缺乏理學上的所見 但詳細聽診 亦可知呼吸音之變態 及依咳嗽喀痰等而推測之

鑑別診斷 1 流行性感胃及腸室扶斯等之傳染病 有時與高熱型之氣管枝炎 鑑別困難 但依細菌檢查 及全身症狀而可分知 2 毛細氣管枝炎與肺炎之鑑別 不過依症候之輕重 及聽診打診上變化多少而

憶測 3 肺結核亦有與本病鑑別之必要 但在輕症肺結核 合併急性氣管枝炎者 有時診斷頗為困難

豫後 多半佳良 僅身體衰弱 或高年 小兒等 及續發肺炎者 有時轉歸不良

療法 輕症者 僅用適當攝生法 即禁止烟酒 及刺激性飲食 防止空氣乾燥 避免空氣冷暖急劇

之變化 臥床靜養等 而可就愈 少重症者 於初期用發汗療法 頗行有效 有時僅居濕煖室中 飲熱性

食物 而就愈者頗多 或與以 *Aspirin* *Antipyrin* 及撒曹等而治愈 吸入療法 亦頗有效 即用食鹽水

或重曹水 有時少加薄荷水及 *Adrenalin* 等 胸部局部療法 用溫卷法或芥子泥 高熱時用冷卷法

小兒時卷法尤為必要 對於氣管枝內分泌物 多用却痰劑 咳嗽苦惱時 可酌用鎮咳劑 又防害安眠等

可用少量鎮咳劑 如 *Codain* *Morphin* *Dover* 氏散等 祛痰劑常用者 為 *Serena* 根浸 吐根浸

Apomorphine *Husol* *Heehusol* *Bronn* 杏仁水 亞母尼亞茴香精等 老年 小兒 及心臟衰弱者 可合

用強心劑 如 *Digitalis* *Caffein* *Camphor* 等 以及其他各種對症療法 (可參照慢性氣管支炎療法)

第二 慢性氣管枝加答兒 或慢性氣管枝炎 *Bronchitis Chronica*

原因 凡能引起急性氣管枝炎之原因者 亦多能引起慢性氣管枝炎如答兒 (1) 慢性氣管枝炎 有自急性症之未完全治愈而轉來者 (2) 亦有自初即爲慢性症者 (3) 以及其他持續性各種輕性刺激 如煤氣 塵埃 不潔空氣 (4) 各種職業性疾患 如石工 火夫 毛革工人 清道夫等 (5) 烟酒嗜好 亦爲本病之原因 (6) 又本病自慢性喉頭疾患(如歌伶 宣講師者) 續發者亦屬不少 (7) 其他疾病之合併症及後遺症 如心臟病 血管病時 致招來小循環之鬱血 而發本病 或腎病時 一方因血行障礙 一方因尿之異常成分 由血中吸收 而發本病 肺及肋膜疾患時 多合併本病

本病以成年男子及老人較多 因男子外出及職業上的關係 較女子爲多

病理解剖 氣管枝之慢性炎症 不僅侵犯內腔粘膜 於氣管枝全壁之變化 均甚著明 或呈肥厚 或呈萎縮 或二者呈部分的相間而來 致成氣管枝擴張或狹窄

症狀 本病之主徵 爲咳嗽及喀痰 咳嗽之程度 種種不一 有時頗輕 有時特重 或輕重交互而來 劇烈時患者頗感痛苦 一般朝晚及夜間咳嗽 尤劇 又依氣候之變換 亦能加劇 加晚秋以至早春 即本病較重之期 喀痰之量及性質 亦甚有差異 乾性炎症時量甚少而稠 濕性時量多而稀薄 痰 或爲粘液樣 膿樣 或爲混和樣 一般自小氣管所分泌者 以膿性爲多 自大氣管枝分泌者 以粘液性者爲多 如痰中含有血液 多爲鬱血性氣管枝炎 於劇烈咳嗽時 粘膜出血之所致也 雖能引起患者精神上之不快 然於實際上 並無多大之意義

全身症狀 亦各自不同 於輕症時 僅有輕度咯痰及咳嗽 重症時 能合併全身各系統之輕重不同

變化 一般依病狀 固各有不同 但老年者 多苦惱不病 而小兒則富於抵抗 重病患者 多同時合併心

臟變化 有舌苔及咽喉喉頭之輕重不等的症狀 食慾缺損 亦有合併胃症狀者 此外有頭痛 睡眠障礙

胸胸 背部 心窩部疼痛等 呼吸困難 在輕症時多缺如 重症者常存在 又輕症者 多無發熱 病勢增

惡時 於夕刻多有三十七度至三十七度五或更以上之發熱 但症狀輕快 則復平溫

他覺的症狀 打診上一般無特別的變化 有時於後下方 呈輕度鼓音 或因氣管枝內腫瀰留分泌物

則又微呈濁音 但合併氣管枝擴張及肺氣腫時 則在多處均呈鼓音 聽診上之變化 依炎症之廣狹 及分

泌物之多少而異 一般乾性氣管枝雜音 如笛音及類嘶音 濕性雜音如水泡音等 均可聽得 但上述雜音

於兩肺均等聽得者頗為稀有僅乾性氣管枝炎時 在多處可聽得乾性囉音 其他時 多於肺下葉處 能聽

得各種雜音 此因分泌物 易聚集於下方之所致也 此外應注意者 如水泡音之部位 永遠不變更位置時

多非氣管枝炎 乃氣管枝擴張 或肺結核之徵也

經過 本病之經過 頗為緩慢 多在數年 十數年 或數十年 一般秋冬增惡 氣暖時 又覺輕快

者為多

本病依分泌物之種類 可分下列數型

1 乾性慢性氣管枝炎 *Trockener Bronchitis Chronica*

本型乃分泌少量粘稠性透明玻璃樣喀痰之謂也 雖咳嗽甚劇烈 但痰之分泌量不多 有時因此少量粘稠痰 積聚於氣管枝中 不得咯出 致患者感覺胸內苦悶 呼吸困難等 聽診時 有乾性囉音 (即笛音類聲音) 能聽得濕性囉音時極少 屢因氣管枝爲粘稠痰所閉塞 致所屬區別之肺胞 完全無呼吸音 本型氣管枝炎 多合併或續發肺氣腫 經過多爲慢性 普通爲數年或十數年

2. 氣管枝瀰 Bronchoblennorrhoe

本病爲咯出多量稀薄膿樣痰之謂也 多量時 能達一〇〇—三〇〇 c.c.m (一次量) 且其粘度均調少臭味 爲其特有 如放置時 則可分數層 即膿性者沉於器底 漿液粘液位於中層 含空氣之膿塊則浮於上層 本病患者 除咯出多量痰外 無一般自覺症者居多 但因咳嗽頻發 致肺之下部 能聽得頗多之濕性水泡音 如病勢進行 引起營養障礙及貧血 或氣管枝肺炎 心臟衰弱等 而登鬼籍

3. 粘液性氣管枝炎 Die Bronchitis Puriformis

本症頗居少數 其喀痰爲粘液性 且富於空氣泡沫 有劇烈發作性之咳嗽 多於氣管枝喘息時見之 (故有稱之爲濕性喘息者 Asthma humidum) 又有時於神經衰弱及神經障礙時見之 似因迷走神經之刺激而發 本病之咳嗽 雖甚苦惱 但一般無生命危險

診斷 慢性氣管枝炎之診斷 固非困難 依咳嗽喀痰 及理學的診查等 而可容易確定 但此外應注意者 即肺之下部 雖依兩側呼吸音不同的關係 可想像爲本病 惟常人依胸廓之構造

左右不同 亦有多少差異者 又在他覺的診查時 其每日變化 亦本病之特徵也 再確診本病之時 須注意其有無結核性疾患之潛在 及心臟 腎臟之狀態如何 而加以判別

豫後 本病爲頑固難醫之疾患 其經過中 時因合併及續發他種疾病 致縮短其生命 但亦有經三、四十年或更以上之長期之咳嗽 而無何等障礙者 亦不在少數 如續發肺結核 腎臟病心臟病及肺氣腫 則豫後不良

療法 本病之主要療法 爲除去其害因 如不良之職業、及空氣不潔之居處 須變更避免之 秋冬爲本病之好發期 故當氣候改變時 在可能時 行轉地療法 遷居溫暖之處 否則不得已時 亦須講求避免劇烈空氣之刺激 禁止煙酒 食物求其易於消化 時時與以緩下劑 而利其便通 用強壯療法 以增進其體力 而資抵抗 純電疾患時 須就床療養 以期早癒 但老年人 恐引起下垂性肺炎 又須時時變更其體位

對於強度咳嗽 須有鎮咳之必要 一般用胸部溫濕布 冷濕布 安嗽膏 纏絡法 及飲用溫性飲料等 對於粘稠性分泌物 須有祛痰之必要 一般所用者 爲鹽化 Annonium 鹽酸 Aponorphine 吐根 Senega 沃度加里 以及 Husol. Neohural. Ashmead. Piccin 白松糖漿等 又咳嗽頻發 有時加與麻酔劑 如

癩酸 Codain 一次 0.01—0.011 鹽酸 Heroin 一次 0.005 鹽酸 Morphium 一次 0.01

Oil 10, 01 Dohin 1次, Oil 10, 05 Panpon 1次, 01 Dover 氏散 1次, 11
0, 5 以及其他苦扁桃油 甘草汁等

此外慢性氣管枝炎 有時用 *Kreosot*, *Guaiacol*, *Diolin*, *Tiokol menthol*. 等

如同時有喉頭炎 咽喉炎 可行水蒸氣吸入療法 頗為有效 (不合併時 亦多應用) 吸入料 多用一
濃重曹水或食鹽水 以及胸部芥子泥 溫卷法 冷卷法 且可緩解胸膈苦悶 呼吸困難 及疼痛等

溫泉療法 亦頗實用 此因入浴時 使血液循環佳良 及溫刺激 而可減輕咳嗽

如合併鼻腔炎症 須除去之

全身療法 因本病係慢性疾患 故須長期注意全身之各種症狀 須講求營養 行適宜休養及運動 如
為續發性之炎症 須注意其原發病 尤以心臟 腎臟之疾患 須妥為治療為要

第三 纖維素性氣管枝炎 *Bronchitis fibrinosa* 或格魯布性氣管枝炎 *Bronchitis Cruposa*

定義 本病係氣管枝內 分泌富於纖維素性之滲出物 而咯出如氣管枝模型樣之凝固物之謂也 又因

本病之咯痰中 富於 *Mucin* 故亦稱之為假性囊膜樣氣管枝炎 (*Bronchitis Pseudomembracea*) 蓋即格
魯布性之意也

原因 本病可分為原發性及續發性二種

原發性者 乃從來健全之氣管枝 突然急發 或呈慢性發病 有時為家族的或遺傳的而發 但其原因

尙不明瞭

續發性者 當白喉時 有爲下降性而發生者 於肺炎時 有自小氣管枝咯出者 此外於各種傳染病 如痘瘡 麻疹 猩紅熱 肺結核 腸室扶斯 及關節癱瘓質斯 膿瘡疹 心臟病等時 亦能咯出此種纖維素性凝固物

本病變爲稀有 年齡以幼年及中年爲多 男子又稍多於女子

症候 原發性急性纖維素性氣管枝炎 多急劇發熱 咳嗽 胸痛 續發強度呼吸困難 其後或一二日或數日 而咯出上述之纖維素樣凝固物

在慢性症時 平時呈慢性氣管枝炎症狀 其中時時呈喘息樣呼吸困難發作 而咯出樹枝狀凝固物

上述凝固物 在外觀上 均呈同樣樹枝狀白色 具有彈性纖維凝固物 在橫斷面上 爲中空之管狀

粒徑約 1.5-3.5 長徑約十至十五 但慢性症者 則非纖維素 乃係 Mucin 所成 此種凝固物

置水中振盪之 則呈極美麗之氣管枝分歧狀模型

患者之早呼吸困難也 即因此種凝固物存在 能使氣管枝內腔狹小之故也 在強度呼吸困難發作時

呼吸促迫 胸腔於吸氣時 發現陷沒 有時陷於窒息狀態 如因強度咳嗽 將此種凝固物咯出 則此等症

狀減輕或消失

打診上 多無變化 聽診上 一般乾性氣管枝雜音及水泡音 如大氣管枝被閉塞時 則其所屬區域

內科學

之肺胞 呈呼吸音減弱或消失 聲音振顫 亦減弱或消失 本病屢發脾臟腫大

慢性症及續發性症者 則多侵及小氣管枝 其自覺症較為輕微

經過 急性症 其經過較速 快者數日 遲者不過數週 反之慢性症者 時在再年餘 但由急性轉來

者 則屬少有

豫後 急性症時 有時陷於窒息死 故本病之豫後 在半數乃至四分之一 多歸死亡 慢性症 經過

較長 對生命之危險較少 或能完全治愈 但其經過中 因抵抗力減弱 續發肺結核者時有所見

診斷 於喀痰中 發見凝固物時 則可確診 急性症時 注意其為原發性 或因傳染病而續發 慢性

症時 須注意肺結核之有無

療法 急性症時 先注意保持其心力 對呼吸困難 可行酸素吸入 使凝固物易於咯出 可內服祛痰

劑 如 *Straeh* 安息香酸 或吐劑之吐根 鹽酸 *Apomorphine* 等 使凝固物融解 可吸入石灰水 二

一三%乳酸水 二—五%碳酸鈉水 其他內服藥 應用沃剎 (一,五,三,〇) 及水銀軟膏塗擦療法 有

時奏效

第四 腐敗性氣管枝炎 *Bronchitis foetida*, *Puride Bronchitis*.

定義 腐敗性氣管枝炎者 乃氣管枝之分泌物 因腐敗分解 其喀痰發惡臭之謂也 但此病並未特別

獨立疾病 即其他各型氣管枝炎之分泌物 因腐敗分解而來 均可謂之為本病 雖然已呈本病以後 則全

身症狀及療法 則迥異原病 故有獨立之必要

原因 本病之發生 似因有釀成腐敗分解之細菌存在 但病原體現尙屬不明 多續發於其他各種呼吸器疾患 如一切氣管枝炎 及肺結核之經過中 急劇襲來之咯痰變性 且屢因氣管枝擴張 致分泌物易於停滯或積聚 而便爲腐敗分解 如於一處有腐敗性咯痰 則於全氣管枝或他處 有迅速之蔓延

病理解剖 本病有限局於一二氣管枝者 亦有瀰漫於兩肺者 如爲慢性長期存在腐敗性氣管枝炎 則中小各氣管枝 將續來圓柱狀擴張 粘膜肥厚 呈赤褐色 表面有時發生潰瘍 多爲汚色膿樣物所掩蔽

症狀 最特有之症狀 爲咯痰之變性 發一種放惹人嫌惡惡臭之咯痰 其咯痰之量 普通甚多 能達

數百 c.c. (一日間) 多稀薄 雖溼度之咳嗽 亦容易咯出 唾於盛器中 經少許時間 則呈顯着之層次 即上層爲泡沫樣粘液及膿球 其次爲粗大或細小之絲狀物 游泳於上層及次述中層之中 成懸垂狀 中層爲褐綠色之粘液漿液狀所成 下層爲濃厚之純膿樣層 而沉着於器底 如行顯微鏡檢查 可得見各種細菌 頰敗產物 膿球 脂肪球等

於咯痰中 在肉眼上 即可見有豌豆大許之灰白色點狀顆粒 所謂 *Dietrich* 氏栓子 (*Phroetids*) 是也 此栓子即放惡臭之原體 如將此栓子壓碎鏡檢時 則見有各種細菌 及無數小顆粒 脂肪針 膿球 色素等塊

將咯痰行化學的檢查時 有各種腐敗產物 如揮發性脂肪酸 尤以牛酪酸 羧草酸爲多 及硬化水素

等

本病之咯痰 並非長時咯出惡臭性痰 有時於數日內 僅咯出普通加答兒性痰 於其經過中 突然咯出放惡臭之腐敗痰 此因化膿性病灶 一時閉鎖 迨積聚多量時 則突然一時咯出而發惡臭 致周圍之同伴人等 受其甚大苦痛 在咳嗽頻發時 夜間能妨礙睡眠 而與患者苦惱 幸因其咯痰容易咯出 故咳嗽多不繼續 體溫一般較輕熱 或有時發高熱 或呈不定型輕熱

全身症狀 多有胃症狀 如食慾缺損 惡心等 此蓋因腐敗性咯痰 嚥下之所致也 患者於短期間 陷於羸瘦 憔悴 皮膚乾燥 蒼白 且屢呈鼓槌指

胸部聽診的所見 與普通之氣管枝炎無甚差異 但少有不同者 即本病之水泡音 及乾性氣管枝音 多限局於一定部位 尤以肺下葉為然

經過 頗有不同 一般以稍呈急性者為多 亦有呈急劇發熱者 或出胸痛 咳嗽 而咯出特異臭之痰 此後之經過 則愈不同 有呈特急性 不數週而死亡者 有呈慢性 持續數年者 亦有於慢性氣管枝炎 及氣管枝擴張症之經過中 呈一時性本病之症狀者 上述各型 亦有比較容易恢復者 但有再發之傾向 尤以氣管枝擴張症之續發者 較為頑固

合併症 腐敗性氣管枝炎 長期存在時 肺葉多漸次起慢性間質性肺炎 而來多少之肺萎縮 及肺膿瘍 者 或一時性乾性肋膜炎 亦有合併滲出性肋膜炎及膿胸者

特須注意者 即發生肺壞疽是也 兩者雖為同性質之疾患 不過一為氣管枝之腐敗性疾患 一為肺組織之腐敗性疾患而已 但兩者之間 有種種移行 成兩者同時存在 臨床上或解剖上 固無須嚴格區別者也

診斷 本病之診斷 固非困難 依固有氣管枝炎之症狀 且咯出腐敗分解之臭性痰時 即可確診 但為單純性腐敗性氣管枝炎 抑同時合併肺壞疽之斷定上 則頗感困難 強欲區別時 僅據咯痰中肺組織片之發見而已

豫後 經症者 於咯痰中僅帶腐敗性者 尙有治愈之希望 但亦有再發之傾向 重症者 雖有呈一時性輕快 然多數仍再增惡 經相當時日 而發全身不良狀態 則難期治愈 或因合併膿胸等 而早期死亡 又一般生活較良好者 尙能比較保持長時壽命 老人或環境不良者 多迅速死亡

療法 第一要務 為除去腐敗性咯痰 最常用者為用 *Curechmann* 氏假面 而行 *Theroben* 油蒸氣吸入 但須長期使用 此外 *Kreosot*、*Mirbol* 亦可試用 二多石炭酸吸入 雖亦有效 但一般患者 多不能耐

內服藥則有 *Kreosot*、*Guaiakol*、*Theroben* 油 亞硝酸曹達 安息香酸 石炭酸 *Mirbol* 及 *Eucalyptin* 製劑等

其他舉凡前述氣管枝炎之療法 均有適用之必要 尤須注意患者之營養 避免惡臭 可於痰盂中加

石炭酸以制止之 同時有痰消毒之用 其居室(或病室)可常行石炭酸噴霧

第五 氣管枝擴張症 Bronchikase

原因 本病有先天性及後天性二種 後天性者 多續發於氣管枝或肺之種種疾患 但擴張後 則呈固有症狀 故列入獨立疾患 而詳述之

先天性者 多因肺胞之發育不全 或肺胞雖發育完全 因空氣不充盈 致發生萎縮時 而來氣管枝擴張 此種擴張 多限局於一定部位

後天性者 多續發於氣管枝或肺疾患 一部由於氣管壁之變化 一部由於器械的關係而發 尤以續發於慢性氣管枝炎者為最多 此時呈潮濕性擴張 氣管枝呈圓筒形 亦有時因誤嚥下異物 而來氣管枝狹窄 致其下方發生擴張 此時之擴張多呈囊狀 且限局於一處 或呈種種變形 本病又續發於各種肺疾患 尤以諸種肺炎後為然 此外肺結核 肺膿瘍 炭肺等 均能續發本病 亦有發生於傳染性疾患後 如百日咳 麻疹 流行感冒 及肺氣腫等 本病多發於貧民 男子似多於女子

解剖的變化 本病多發生於中等大之氣管枝 而細小氣管枝及大氣管枝發生者頗少 依擴張之形狀 可分為圓柱狀及紡錘狀兩種

圓柱狀擴張 患部之氣管枝 為平等擴張 且普通之氣管枝 乃係末稍部狹小 此時反成末稍部擴張 紡錘狀擴張 乃前者之變形 中央部膨大 兩端細窄

上述兩種擴張：患部氣管壁 有積穢之變化 初期粘膜多肥厚 至後期則萎縮 呈囊狀者其粘液腺 筋維 彈力組織 及軟骨均萎縮 此時血管壁受變性之故 有發生大量出血者 亦有擴張氣管枝之內壁生潰瘍者 患部肺組織或萎縮或氣腫 於擴張氣管枝內 有時產生凝液或滯留膿性滲出液 致引起腐敗性氣管枝炎 亦有時漸次乾燥 而成石灰化者 所謂氣管枝石是也

症狀 本症多續發性於慢性氣管枝炎 故一般均呈頑固性氣管枝炎症狀 患者初發持續性咳嗽 紛泌 多量喀痰 咳出亦甚容易 有時因劇烈咳嗽 而來滿口咯出 尤以清晨時爲然 此因夜間滯留之痰 清晨 一次咯出之故也

體溫一般無變化 如合併腐敗性氣管枝炎 則有不定型之輕熱 時有盜汗 偶因感冒 而一般症狀增 惡 有胸痛及壓敏

他覺的診查 依疾病之變化而異 輕度限局性氣管枝擴張症時 有少數濕性水泡音 打診上多無變化 但因本病而致肺組織呈瀰漫性纖維素性變化時 則多有著明濁音 或鼓濁音 如成空洞 則有中大水泡音 且常限局於一處 水泡音屢爲有變性 如有液體滯留 打診呈濁音 聽診上呼吸音減退或消失 如疾患長期存在 患部胸廓時來陷沒 或有高度脊柱變形 心臟屢發擴張及鬱血 以及全身症狀之關節疼痛腫脹 營養障礙 瘦削 皮膚乾燥 呈污穢色等

合併症 既如前述 屢合併腐敗性氣管枝炎 及急性氣管枝肺炎

診斷 本病於同一位置 有頑固氣管枝炎症狀 (大小水泡音及有響性水泡音) 而可推知 又可依喀咳之滿口喀出 而藉助診 如爲先天性擴張 多發於肺上葉 此時須與肺結核鑑別 後天性限局性擴張 有時須與肺膿瘍 肺壞疽 肺梅毒等鑑別 但瀰漫性擴張 與慢性氣管枝炎之鑑別 多屬於不可能 此外依 **Choke** 氏試驗 即將患者頭部下低 有咳嗽及多量喀痰時 乃本病之重要診斷法

豫後 本病之治愈 頗屬困難 如合併腐敗性氣管枝炎 及瀰漫性肺炎時 豫後多屬不良 如病輕時 對生命之危險 較爲良好 有時能達高齡

療法 先圖增進健康 以謀抵抗之強盛 其次以先除去氣管枝擴張部之滯留液 而防其腐敗分解 故 **Therabin** 油吸入 (**Therabin** 油 11.0 滴 滴熱水內使沸化水蒸氣而吸入) 及 **Creosot**, **Menhol**, **Mirdol** 等之內服 除去分泌物 可用祛痰劑及吐劑 此外 **Perle** 氏所賞用之上體低下 下體高舉 以便使分泌物易於流出 即使患者平臥床上 將頭方低下 足方上舉即可 此外行定規的深呼吸運動 亦可收良好效果 但須持久 如患者苦腦多量分泌物時 可反對的 使患者靜臥 以即使分泌物緩緩喀出 此外有用氣管枝消息子 行排膿者 然尙未能十分奏效

第六 氣管枝狹窄症 *Lymphangostenose*

原因 有下列數 1 自外方加來之壓迫 2 氣管枝內壁粘稠分泌物附着 3 氣管枝內腔之新生物 第 1 項 如大動脈瘤 淋巴腺腫大 及胸腔內液體滯留 或腫瘍 第 2 項 如各種急性氣管炎初期 及纖維

素性氣管枝炎等 偶因較小異物之墜下停留 第 3 項 如各種性質之氣管枝內壁潰瘍腫瘍

症候 即狹窄氣管枝所支配下之肺區域呼吸 減弱或消失是也 所發生之自覺的及他覺的症狀 依狹窄之強弱 及發病之徐急 所侵犯之部位等 而大有差異 如來急性氣管狹窄時 多感劇烈呼吸困難 有時昏迷及意識障礙 或有時雖非完全窒息 然能反射的障礙呼吸中樞而死亡 如為慢性氣管枝狹窄 多漸次發生 一般無急劇危險症狀 不過自覺於患側有不快感 及輕度呼吸困難 倘狹窄發生於小氣管枝 雖有時強度狹窄 然一般多無自覺的症候

他覺的診查 打診時 患部清音低減 或亦有因肺胞遲緩 而呈鼓音者 聽診上 患部呼吸音減弱或消失 同時能聽得喘鳴音 笛音 類鼾音 觸診上 聲音震顫減退 或消失 但他部有代償的擴張 在強度大氣管枝狹窄時 或慢性狹窄時 視診亦可得見胸廓呼吸運動之變形

療法 首在除去狹窄之原因 即有異物者 除去之 因分泌物者 用祛痰劑及吐劑 (強度狹窄時 吐劑有時發生危險) 等 大氣管枝狹窄時 可試行擴張法 其他不過對症而已

第七 氣管枝喘息 Asthma bronchiale

定義 發作性之呼吸困難 謂之喘息 氣管枝喘息者 乃一種反射性神經疾患 於發作時 呈呼吸困難 肺膨脹 及咯出含有 Charcniann 氏螺旋體 Charcot Lyeiden 氏結晶 及 Eosin 嗜好細胞之嗜痰等 為其特徵

原因 有神經之素因者 易罹本病 本病時發生於同一家族內 似有幾許遺傳關係者然

在各種年齡 均能罹得本病 但以老幼較多 中年爲少 本病多與慢性氣管枝炎同時合併 故有氣管枝障息之名 然固非二者必須同時合併也 因鼻粘膜疾患(慢性鼻炎 肥厚性鼻炎 鼻茸等)而發本病者 亦屢見之 女子生殖器疾患 與本病亦有相當關係

能誘發本病之動機 換言之即本病之誘因 亦甚多 如精神感動 恐怖 驚愕 興奮 或因異種香味臭氣之刺激 各種疾病之續發 如感冒上氣道之炎症 亦多能誘起本病 其他季節寒暑之急變 天候陰鬱不良 亦係有力誘因地方居住 亦時與本病發生有關 因多數患者 行轉地療法而就愈

症候 本病有時能豫知其發作 即先期呈全身倦怠 呵欠 噴嚏 鼻閉 及鼻分泌過多等之前驅症後而續發固定喘息症狀 但多數仍爲突然發作 且以夜間發作者爲多 喘息發作時 患者感知胸內苦悶 呼吸困難 胸腔狹小 呼吸均延長 所謂深呼吸是也 尤以呼氣時 在遠方即可聽得有巨大聲音 似類笛鳴者然 此時患者 皮膚及粘膜呈蒼白色 顏面現恐怖狀態 週身流冷汗 又患者因呼吸困難之故 多跪坐 或倚各種支持物體而坐 不取睡臥 同時將衣帶鬆解 以求呼吸容質 有時且開窗戶 此等發作 多係夜間突然警破安夢 其持續之時間 依個人之體易 及發作之強弱而不一 較重者 多繼續至數小時間 或延至數日 一般較輕者 多於發作一二小時後 喀出粘稠性質之痰 而漸就輕快 更繼續喀出較稀薄之痰 乃暫時恢復平態 (但仍有隨時再來發作之可能) 此時患者 唯感覺疲勞 及呼吸筋之疼痛而已

多沉沈就睡

脈搏於發作時 多呈細小頻數 體溫無變化 或上上昇 有時呈高熱及因流汗 而反低降 於發作中 時呈無意識之自然排尿

他覺的診察 於發作中 可得見頸靜脈之怒張 因上胸努力之故 而呈洋橙狀胸廓 腹呼吸減退 或來吸氣的陷沒 腹部肌肉 多緊張而堅硬 呼吸數 多半減少或常數 且呼吸較吸氣更困難 爲本病之特徵 打診時 因肺胞膨脹 致肺境界擴大而下降 同時心境界被壓迫而縮小 肺膨脹之原因 乃係由於氣管枝縮小 呼吸困難之所致也 打診音響 呈低鼓音 或有呈鈍音 *Schachtelton* 者

聽診上 於發作時呼吸音減弱 此因爲多數高調笛音 及其他乾性囉音所掩閉之故也 於發作末期 能聽出小水泡音 於發作恢復後 短期間(三—五日)有仍能聽出囉音者

喀痰 一般於發作後半期 及發作末期見之 痰呈灰白色 玻璃樣 極粘稠狀態 量不甚多 其後能喀出微多量少稀薄之痰 痰中之所見 除係普通氣管枝炎性狀 且含有 *Curschmann* 氏螺旋體 (*Spiralen*)

Chorok *Leyden* 氏結晶 (*Kryalle*) 及 *Eosin* 嗜好細胞 爲本病特徵 同時血中之 *Eosin* 嗜好細胞亦增加 但發作停止之一般正常期 則復常態 小兒喘息之發作中 檢血乃診斷上必需事項

喘息發作之間歇期症狀 長期喘息患者 於發作間歇期 雖有毫無症狀者 但多數有慢性氣管枝炎之症候 聽診上有多數乾性囉音 及少數濕性水泡音 此外爲限局於下葉(於時爲瀰漫性)之氣管枝炎之症狀 聽

聽得中小不等之水泡音。及不斷的咯出粘液膿樣痰。於痰中有時能檢出螺旋體。如長期喘息。則發氣腫狀態。而成肺氣腫。

診斷 本病依固有發作性呼吸困難。極易診斷。且參以他覺的診察。如急性肺膨脹。特有之咯痰。更為明瞭。但診斷後。須進一步求其為真性。抑為續發性。及有時須與他種疾病鑑別。

鑑別診斷 1 與心臟性喘息 (Asthma Cardiale) 之鑑別。心臟性喘息。無肺膨脹 (或有時極輕微) 聽診上無乾濕性等之囉音 (但合併氣管枝炎。或有慢性肺氣腫者。則其區別極為困難) 多同時有鬱血。及肝臟腫大。脈搏細小不整等。但如氣管枝喘息。合併心臟病時。診斷亦屬困難。唯有賴血液檢查之 *Wright* 嗜好細胞之增加與否。以資鑑別。

豫後 本病於發作時。雖一時呈危險狀態。但此時直接死亡者頗為少數。一般輕症者頗易治愈。但仍再有發傾向。重症者雖無完全治愈希望。多能因治療休養等。而得輕快。所注意者。即合併慢性乾性氣管枝炎。及續發肺結核。老年衰弱者。及重症神經衰弱者。時招不良結果。

療法 分發作期療法。及發作期以外時間之療法二種。

發作期療法 首在研究其原因。因喘息之成立。似因為呼吸中樞之刺激。及氣管枝肌肉之攣攣。故使交感神經興奮。及使迷走神經麻痺。而可獲得鎮靜。使迷走神經麻痺。可用 *Atropin* 0.5-1.0 mg. 之皮下注射。多有奇效。於四五分鐘後。而獲得安靜。如一日有數回發作。可反覆注射。但一回注射量。

不得超過〇，五 E.R. 本劑雖無習慣作用 如長期使用 則效力大減 合併慢性氣管枝炎者 用此劑能
使祛痰困難 反致增惡者 須為注意 硝酸 Amyl 能使氣管枝痙攣緩解 故有用溶液三四滴吸入 而收
效者 市間所賣之喘息粉 或喘息紙烟 即此藥劑之所製也 同此目的 亦有用 Durein 一〇 溶解
於水中 而吸入者 此外 Ralopin 丁幾二十滴 湯沃剝或亞片丁幾之吸入 亦有用者 但治療之力
微 可用之於間歇期間 使氣管枝擴張 可用 Adrenalin 千分之一溶液一〇。皮下或肌肉注射 其奏效
非常敏捷 但其效果亦不能持久 且有時發副作用 感輕度胸內苦悶 及未稍貧血 顏面蒼白 (有時或能
引起虛脫 但其例甚少) 等 但一般短期間即消失 此外 Arenalit 注射 尚須注意者 即有動脈硬化症
及血壓過高者 切須忌禁 其他藥劑 如沃剝 沃曹 Caffein Chinin 亦可使用 Caffein 且可為皮下注
射 但不如 Arogin 及 Adrenalin 之奏效確實 Morphia 亦能使呼吸中樞 復鎮靜狀態 但因有忌禁症狀
故一般除不得已外 概不使用 抱水 Chloral. Bromoform. 等鎮靜劑 Aspirin. Antipyrin 之神經痛藥劑
亦有試用者

本病之治療 以鎮靜最為緊要 有時令患者 精神轉換 而能使發作短縮

喘息作發時 塗 Cocain 於鼻腔 或 Adrenalin (千分之一) 十 硫酸 Arogin 〇，〇，一 鹽酸 Cocain)
〇，二五等 混合液之噴霧吸入 (自鼻腔) 或硝酸 Glycerin 〇，一 酒精一〇，〇之混合液 五一八
滴吸入 非發作之間歇時期之療法 要以尋喘息之原因 而謀除去之 以求根治 即如鼻腔咽頭 或喉頭

有疾病時 先除去之 有便秘時 則利便 有慢性氣管枝炎者 隨居多數 則用祛痰劑 及沃刺 安息香酸等

除以上常用者外 所用藥劑甚多 如亞砷酸加里液(一日三四次五滴) 乳酸鈣(一日三四次) 亞硝酸鈉(一多水溶液每隔三小時服一茶匙) 莫琴越越斯(〇,〇三一〇,〇五)
 本病患者 行轉地療法(高山 海濱 溫泉他等)及水治療法 氣浴療法 吸入療法 亦各有效 但有時依人而各異 約以對症選擇而適用之

第二章 肺臟疾患 Krankheiten der Lungen

第一 肺氣腫 Lungen emphysem, Emphysema Pulmonale (實質性肺氣腫 Substantielles Lungenemphysem)

定義 肺氣腫(即實質性肺氣腫)者 乃因肺呈持續的擴張狀態 致肺組織彈力性消失 而呈一部分組織萎縮者是也 肺氣腫與肺擴張有區別之必要 即肺擴張乃一時性病理所影響所致 如氣管枝喘息 瀰死者肺血塞 神經過敏者及 Schenk 等是也 有再消散之可能

原因 本病為屢見之疾患 其發生與年齡有甚大之關係 小兒雖亦能患此病 但為數極少 年齡愈長 則罹病率愈增加 至四十歲以上 患者尤多 依性別的關係 男子較女子為多 且本病似有遺傳的關係

因常在同一家族發見多數患者

本病多合併其他呼吸氣病 如氣管枝炎 及喘息 或續發於前述疾患 本病之成立 係因肺組織之減弱 及呼吸障礙之所致 此時肺組織失却彈力性 而不能收縮 常保持吸氣的狀態 致呼氣更爲困難 遂呈肺氣腫 依職業的關係 患本病者亦多 如喇叭吹手 音樂吹手 燈罩玻璃器具製作者 以及勞肺負重等 均有得本病之可能

此外本病與慢性氣管枝炎 有密切之關係 尤以乾性者爲然 以及肋軟骨有病變時 胸廓常保持吸氣狀態 致早期續發本病

病理解剖 肺前內緣及下緣 呈鈍圓形 其前緣左右相接觸 心臟之一部或全部 爲肺所掩閉 肺表面呈蒼白色 屢有隆起之氣胞 以手觸肺 非常柔軟 如觸氣枕者然 如用指壓迫 則留指痕 切片鏡檢 可得見肺胞之膨脹 肺胞間之障壁呈萎縮狀或穿孔 其一部有時全部消失 而成一大肺胞 毛細管消失 而來肺鬱血 致惹起右心室之肥大 淋巴管亦消耗 故肺上皮細胞漸來脂肪變性 此外氣管枝呈一般慢性氣管枝炎症狀

症狀 本病之初期 其營養多甚佳良 爲肥滿短矮者較多 胸廓擴大 脊柱稍後彎 呈洋樽狀 肋骨平走 頸短 胸鎖乳頭筋亦短縮 上腹角呈鈍角 屢有心窩搏動 頸靜脈多腫脹 此種胸型 常呈吸氣的狀態 所謂氣腫型胸廓是也 有先天性即爲此型者 有因後天性疾患而來者 但肺氣腫固非必有此種胸型

也 有時肺氣腫 反呈麻痺胸 致診斷困難者亦頗不少

肺氣腫 患者有定型呼吸困難 輕度者 僅於勞動時 有呼吸困難 重症者 雖平時亦呈高度呼吸困難 患者為求便於呼吸起見 多廣開門戶 倚物坐臥 以求鎮靜 欲睡眠而不得 與喘息之鑑別 為無固 有之痰而可知 因有呼吸困難之故 呼吸及吸氣補助筋 均特別活動 以助呼吸 於呼吸時 腹部筋肉緊張堅硬 肺活量特別減少 殘餘空氣量 非常增加

他覺的診查 於打診時 上肺下緣低下 於右胸前方 達第七肋骨或第八肋骨 致肝臟被壓迫而向下 方移動 在左胸 心臟為肺所掩閉 濁音界縮小或消失 背側肺之下方 達十二胸椎之棘狀突起處 以上 打診音響 呈高調深沈性所謂紙匣音 *Schachtelton* 是也 聽診上 呼吸音微弱 其中呼吸延長 且有一 般氣管枝加答兒症狀 但其症狀極不一致 有時僅於一二處聽得乾性囉音 有時於多處聽得乾性囉音 及 大小水泡音 尤以肺下葉氣腫時為然 但聽得有響性音響時則頗少 此種加答兒性症狀 或一過性而消失 或長期存在

咳嗽 幾為常有之症狀 時因氣管枝症狀加劇 而來強度咳嗽 致與患者以苦痛 咯痰 亦隨氣管枝 症狀及性質而不一 有時少量粘稠 有時多量稀薄 如合併氣管枝擴張 則分泌多量之純膿樣或腐敗性 咯痰

心臟之檢查 因被肺所掩蓋 致打診時境界縮小 心尖搏動亦被掩沒 聽診上感出心音微弱 及肺動

脈第二音亢進 此乃肺循環鬱血之故也

合併症 最多者爲合併氣管枝炎 因氣管枝時爲本病之原因 且常併發 其次爲氣管枝擴張 倘有強度擴張 則豫後不良 老年罹本病時 除合併上述二疾患外 有時肺胞破裂 而發氣胸 又本病屢與氣管枝喘息合併 致愈增苦痛

經過 頗爲緩慢 初期症狀頗輕 經數年十數年而不增惡者頗多 但亦有時突呈急性 而縮短生命 本病一艘多於氣候溫暖時期輕快 寒冷時期增惡 如合併氣管及心臟疾患時 則經過迅速

診斷 多不甚困難 依理學的診查所見 肺境界擴大時 概屬容易 與肺膨脹之鑑別 爲係一過性原因疾患消退 則肺膨脹亦消失

豫後 本病之完全治愈 殆爲不可能 故絕對的豫後 自屬不良 但如生活合法 尤以寒冷時期之調溫 及飲食起居均有規律 亦可延長生命 減少痛苦 但合併症過多 或心臟衰弱時 則早期死亡 又本病於青年期即發現者 其豫後不良

療法 本病多少有遺傳的關係 即與體質亦有關 故家族有本病或有本病體質 須令其於晚秋以迄早春 注意呼吸器疾患 如已罹得本病後 除對症外 無所謂特殊有效療法 故最要者 爲治療氣管枝炎 且豫防心臟衰弱 倘心臟已有合併 或發現浮腫時 宜內服 *Digitalis* 及各種強心利尿劑 如 *Strophanthos*

Camphor、*Caffein* 及酒精飲料等

對於最令患者苦痛之呼吸困難 祇於不得已時 注射鹽酸 Morphine 及硫酸 Atropin 以求鎮靜呼吸中樞 此外酸素吸入 亦可減患者之苦痛 轉地療法 亦頗有效 倘見輕減 則試驗行呼吸運動演習 亦甚有益

第11 肺膨脹不全 Lungectatic Atelectasia Pneumoniae.

定義 肺膨脹不全者 乃肺胞內空氣含量減少或消失之謂也 本病原非獨立疾患 乃因各種病變續起之症候 但是固定的症候後 則發固有的機能障礙 故有記述之必述

原因 本病原因有二種 但多同時而來

(一)因不充分之呼吸運動而來之膨脹不全 如初生兒之先天性膨脹不全 即屬於此 衰弱之小兒於產後陷於窒息 呼吸不充分 或不呼吸 此時肺之大部分 無空氣存在

成人如長期病臥 則呼吸筋衰弱 或延髓之呼吸中樞 受反射的作用 而不能充分呼吸時 亦發本病 此外腸窠扶斯 或常人長期向一側睡臥 亦能發本病

(二)閉塞性膨脹不全 氣管枝內腔 為粘液 血液 纖維素性滲出物 或異物竄入時 所閉塞 則其前部呈膨脹不全 如重症氣管枝炎 尤以小兒之白喉 麻疹 百日咳等後續發之毛細氣管氣管枝炎 及重病老人續發惡液質時 有時發此腫肺膨脹不全

(三)壓迫性肺膨脹不全 肺之附近臟器 有增殖性變化時 則受其壓迫 如胸水 肋膜滲出液 氣胸 肋

膜腫瘍 縱隔室腫瘍 心臟肥大 動脈瘤 心臟炎 脊椎側彎 及胸廓畸形 則肺被壓迫 胸腔內狹窄 而發此種肺氣腫 又如腹水 鼓腸 腹腔腫瘍時 橫隔膜被壓迫上舉 壓迫肺部 亦能發生本病 病理解剖 肺組織因空氣減少或缺乏 致肺之容積亦減少 而表面陷沒 在切面上 依血液之含量 呈灰白色或暗赤色 如加壓力 亦不發捻髮音 投諸水中則沈於器底 鏡檢時肺胞空間消失 肺胞壁互相 融合而密接

症候 初生兒之罹本病時 患兒呼吸表淺 不敢如健兒之同樣啼哭 顏色蒼白 呈窒息狀態 如稍大 後 (一—五歲內) 發生本病時 多呈肺炎狀態 即打診上呈濁音 聽診上呼吸音微弱或消失 聲音震顫減 弱 及發捻髮音 但此症時 可依反覆的深呼吸 而消失 成人之患此病者 多呈強度呼吸困難 胸廓有 吸氣的陷沒 但輕度者 僅依捻髮音而推知 如行深呼吸時則消失

診斷 輕度時 依捻髮音及深呼吸則消失而可斷知 如擴天性之膨脹不全 有時須與肋膜炎或肺炎鑑 別 肋膜炎依濁音界及聲音振顫減弱而可知 肺炎之鑒別 依熟型而可推知

療法 主要為原因治療 小兒及慢性疾患之肺膨脹不全 依深呼吸練習 而可輕快就愈 其他治療氣 管枝炎 調整便通 除去鼓腸等 亦頗緊要 避免膨脹醱酵性食物 及限制冷性飲料 此外常設變換體 位 以免發生本病

第三 肺水腫 Lungenödem

內 科 學

定義 本病爲自肺組織之毛細管 滲出漿液性液體 浸潤間質組織及肺泡之謂也 本病依學理的關係 可分爲因循環障礙而來之器械性水腫 及炎症性水腫二者 但臨床上之區別 則屬於不可能

原因 主要原因 爲肺之鬱血 因左心室搏動減退 右心室機能強盛時 肺毛細管中 有多量血液 故發生鬱血性水腫 多於左心之瓣膜障礙時見之 或心筋衰弱 及冠狀動脈閉塞時 亦發本病 其次爲炎 症性水腫 尤以急性肺炎之初期多見之 此外亦有呈獨立性疾患者 即所謂漿液性肺炎 Serous Pneumonia 是也

又胸腔各臟器之疾患 如肺結核 癌腫 廣汎肋膜滲出液等之經過中 有突發本病而死亡者 腎臟疾患 亦能續發本病 或急發而招死亡 或徐徐續發 持續數月 亦有一過性尋即消失者 於各種重病之末期 即死戰期 亦屢見有發本病者 所謂瀕死性肺水腫 *morbid Lungenödem* 是也

症狀 於他疾患之經過中 續發本病 則病勢惡化 依水腫區域之廣狹 而症狀不同 強度水腫 有劇烈之呼吸困難 及胸內苦悶 脈搏頻數 頸動脈怒張 四肢厥冷 發冷汗 有時氣管發喘鳴音 所謂死 期喘鳴是也 如發強度咳嗽 則妨礙呼吸 並咯出多量稀薄性痰 富於泡沫 時混血液 又格魯布性肺炎 時之水腫 其喀痰呈粘稠液樣 內有多量赤白血球 及肺泡細胞 但呼吸困難 並不嚴重或缺如

肺部理學的檢查 打診上 有不呈變化者 或因肺組織之緊張力減退 而來低調的鼓音 如肺泡內有液 體存留時 則呈濁音 聽診上 因肺泡內有液體存在 故聽得多數高調之小水泡音及捻髮音 如氣管致內

亦有液體時 則能聽得有大中小各種水泡音 如更多量存在 則呈高調之煮沸樣囉音 雖遠隔亦可聽得

炎症性肺水腫 體溫上昇 一般爲二十九—四十度許

診斷 前述症狀完全者 不難斷定

豫後 本病之豫後 依原疾患之良否而不同 重症原發病之豫後 自屬不良 但本病並非不能絕對治愈 故有應用各種方法療治之必要

療法 肺炎及腎病各種傳染病時 須特别注意投以強心劑 而豫防其發生本病 因心臟衰弱 爲本病之

主因 故於適當時期 投以 Digitalis, Camphor Caffein.

此外治療法 爲減輕靜脈方面之鬱血起見 於脈搏充實緊張時 行靜脈瀉血法 強健者排出五〇〇—

八〇〇 最少限亦能排出三〇〇—四〇〇 c. c. 並與以大量興奮劑 及強心劑等 除前藥劑以外

尙可用 Camphor Caffein 之皮下注射 及 Strophan. 之內服 醋酸鉛〇、〇五—〇、一 每隔一小時服用

一次 及 Arocin 之皮下注射 均有著效

爲除去肺胞內之液體 可用祛痰劑及吐劑 常用者爲吐根(〇、三一、〇) 硫酸銅(〇、一一〇、二)

吐酒石(〇、〇五—〇、一) 鹽酸 Apomorphine (〇、〇一皮下注射)

呈危險性肺水腫時 可試行人工呼吸 及變換患者之體位 使頭部低下 以便分泌物易於流出

呼吸困難時 可用酸素吸入

第四 肺臟鬱血症 *Stauungsanämie* 即肺褐色硬化 *Braune Induration der Lunge* 又名心臟瓣膜病肺*Merkelheringe*

原因 本病因肺靜脈起循環障礙 妨及血液之還流 而來肺部之血管鬱血 心臟僧帽瓣口障礙時 尤為多見 其他大動脈瓣口障礙 及心筋炎 心臟癒着症 脊柱側彎後彎等 亦可誘發本病

病理解剖 肺實質硬化 空氣缺乏 於切面視之 在較短期之肺鬱血 呈赤色 此時名之曰赤色硬化 在長期鬱血時 則切面呈褐色 此時名之曰褐色硬化 上述二者 有時全切面呈一致 或互相交雜 於初期之赤色硬化時 大血管內膜 因鬱血肥厚之故 有硬固之隆起斑 在鏡檢下 可得見肺毛細管 因鬱血而擴張 肺胞壁肥厚 於肺胞內 有脫落之上皮細胞 白血球 赤血球 及心臟瓣膜病細胞 此外更含有多量之纖維素性漿液 此時所含心臟瓣膜病細胞 (*Merkelzellen*) 為本病固有所見 故又名心臟瓣膜病肺 所謂心臟瓣膜病細胞者 乃較大之細胞 呈黃色 內有圓形單核含種種顏色(褐色黃色)之顆粒者是也 此細胞用醋酸及黃色血漬鹽染色 則其中顆粒變為青色 此顆粒中含有鐵之成分 因與 *Hämsäuren* 區別起見 此顆粒名之曰 *Lanthosytein* 氣管枝多呈暗赤色 且多腫脹 同時附有粘液性分泌物

症狀 本病之主要自覺症狀 為咳嗽 喀痰 及固有的呼吸困難 呼吸困難之程度 依鬱血之強弱 及肺胞硬化之狀態而各異 咳嗽 亦頗不一 一般多不甚劇烈 但亦有時來強度咳嗽 喀痰多為粘液性 亦有時呈粘液膿性 屢呈赤黃色 且含繡色小點狀物 如行鏡檢 則可認出上述之心臟瓣膜病細胞 其呈

赤黃者 即因有此細胞故也

他覺的診查 打診上有時無變化 但強度肺鬱血時 肺之境界多擴大 呼吸運動減弱 肺活量減少

此時打診則呈低調濁音 但如呈強調濁音 則係與肺水腫肺炎等合併之兆也 聽診上 呼吸音多銳利或減

弱 且時時呈不定呼吸音 及多數中小水泡音 此種水泡音 時時變化 尤以下葉為然 有時亦能聽得捻

髮音

診斷 有心臟瓣膜病患者 如發氣管枝炎症狀時 即可疑為本病 而進一步行檢痰 以求心臟瓣膜病

細胞之有無 而行確診 但與肺水腫之鑑別 有時為不可能 因由本病能續發肺水腫故也

豫後 依心臟病之如何而定 但續發肺水腫時 則多不良

療法 行原發病之治療 即以強心為主要目標 及對症療法 如氣管枝炎治療 及營養恢復等是也

第五 肺臟血液沉下症 *Lungen bystokase*

原因 長期病臥 或取同一側之睡臥患者 因心力衰弱 其下側之肺 乃漸來血行緩慢 遂發鬱血及

充血 此之謂肺血液下垂症

病理解剖 患部呈暗赤色 空氣缺乏 呈硬固性 壓迫切面 則流出血液樣液體 行鏡檢則見毛細管

擴張 肺胞間有滲出液 其中有上皮細胞 赤血球 白血球 肺胞硬化如脾臟 所謂脾變 *Spleniation*

是也 又因與後述之加答兒性肺炎區別困難之故 亦可稱為沉下性肺炎 (或沉降性肺炎) *Hypostatische Hypostatische*

Pneumonie

症候 爲肺下部之鬱血 及呼吸困難 肺部因不能行充分膨脹 故肺胞中之空氣 乃漸次消失 如於初期行深呼吸練習 則肺胞仍有再被空氣恢復之可能 於深呼吸時 能聽得捻髮音 肺胞內尙有空氣存在 時 打珍呈鼓音 如空氣缺乏 則隨漸呈濁音 聽診上有氣管枝音 且有強度聲音振顫 體溫之變化 在單純性肺血液下降時 極微或缺如 如合併氣管枝炎時 有時發熱 彼時聽診上有水泡音 喀痰增加 時 混血絲

本病多因治療 及除去原因 而恢復元來狀態 但有時原因雖除去 下降鬱血仍進行者亦有之 如是則續發氣管枝肺炎 合併氣管枝肺炎時 則體溫上昇 濁音不變 及有氣管枝雜音

診斷 本病多爲依各種所見 而行憶斷 正確之診斷 多屢困難 因他覺的症狀極小故也 或重症患者之後部診查困難時 被看過者亦不少

豫後 多屬不良

治療 主爲強心劑之應用 而圖心力之恢復 體位時時變換 練習深呼吸 注意營養 有氣管枝合併症時 行對症療法

第六 加答兒性肺炎 *Crarriatische Pneumonie*

或氣管枝肺炎 *Bronchopneumonie*

又名小葉性肺炎 Lobulaere Pneumonie

定義 本病非全肺，或大部分肺葉之炎性浸潤，乃肺之小部分，且限局於某小葉時，名之曰小葉性肺炎。又本病時因氣管枝之炎症進行，而來其領域之肺小葉疾患，故又名之曰氣管枝肺炎，但本病所侵犯之肺葉，雖多為單發性，亦有時呈多發性，如病灶融和時，與後述大葉性肺炎相似，故二者之鑑別，一般雖不困難，有時或不可能，因常有移行型故也。

原因 本病乃常見之疾患，為直接之死因者頗多，老年及小兒之續發於氣管枝炎，心臟循環機能障礙，祛痰不充分等時較多，此外各種急性傳染病時，多續發或合併本病，如麻疹、猩紅熱、白喉、流行性感冒、百日咳、腸室扶斯、天然痘等時是也。

前述傳染性疾患時，因其經過中，病原體侵入肺胞而發本病，其他之時，則因肺胞抵抗力減退，致各種細菌侵入而發加答兒性肺炎是也，其病原體，常見者為連鎖狀球菌、葡萄狀球菌等。

在各種疾患之重症期，均發氣管枝炎，而續呈本病，此因在各種重病時，其口腔鼻道集聚之各種細菌，因腐敗分解，而漸次隨呼吸向下方向吸引，以達於肺胞，遂發加答兒性肺炎，蓋重症時，身體各組織均抵抗力減弱，故易成本病。

在更重篤之患者，或昏睡患者，如重症傳染病及腦膜炎，或神經性疾患等時，因咳嗽及呼吸困難之故，時發生誤嚥，致發生嚥下性肺炎 (Verschluckpneumonie)，亦可稱為吸引性肺炎 (Aspirationpneumonie)。

此外於 *Ascar* 吸入麻醉後 或吸入含有毒氣體時 亦能發生本病

病理解剖 本病已如前述 其炎症限局於小氣管枝分佈區域 或為一小葉 或為散在性之數小葉 其所侵犯之處 以後下部居多 或數小葉融合 而占領肺葉之大部分者亦有之

鏡檢時 氣管枝及小氣管枝呈高度炎症狀態 且屢為粘液膿樣分泌物所閉塞 致其所分佈區域之肺胞面漸呈萎縮 於肺胞滲出物中 有多數白血球 及脫落之腫大肺胞上皮細胞 且含有少數赤血球 纖維素

(或有或無不定) 肺胞中隔之血管擴張充血 結締組織有圓形細胞浸潤 患部肺葉因缺乏空氣而硬化 且因血液含量之多寡 而色澤不一 初期呈暗赤色 後期呈灰赤色 此與後述之大葉性肺炎不同者也 患部之橫斷面 稍呈顆粒狀 但無大葉性肺炎之顯明 切取一片投諸水中 因不含空氣之故 即沉諸水底 各病灶及健康部之境界 頗鮮明易辨

症狀 本病之發生 既因各種原因不同 而其症狀及經過亦各異 本病多徐徐發生 尤以續于氣管枝炎者為然 如為原發性者 例如小兒之肺炎則多呈急性 但前述二型 其經過中各症狀 亦時有不同 續發於氣管枝炎者 突呈體溫上昇 然多無戰慄 呼吸及脈搏頻數 咳嗽喀痰 各症狀急劇增惡 發熱 本病無固有熱型 有時來輕度發熱 持續數日 或發高熱 稽留數日 但一般多不呈定型 且呈強度弛張 不分行而遲遲渙散

呼吸數多增加 尤以小兒為然 常於一分鐘 增至六十乃至八十以上 呼吸表淺努力 可見得副呼吸筋之

喉痛

咳嗽 多隱發 喀痰與普通氣管枝炎時略同 多爲粘液膿樣 但不如格魯布性肺炎之有鐵鏽色痰 有時少
混血液 纖維素或有或無

脈搏 多無格魯布性肺炎之頻繁 但小兒則較爲多數 (百二十乃至百六十至) 或流行性感性肺炎 及
麻疹性肺炎 亦呈多數

他覺的症狀 打診上呈濁音 但不如格魯布性肺炎之強 且多同時略帶鼓音 聽診上呼吸音微弱 及有捻

髮音 但多爲氣管枝症狀所掩蔽而不明瞭 聲音震顫 多強盛 此外尚有氣管枝呼吸音 及有惡性水泡音

(有惡性水泡音 爲本病之緊要症狀) 但本病病灶狹小時 上述症狀或輕微或缺如

上述症狀 多限局於下肺葉 但延及全肺者亦有之 如肺疹時是 又有限局於上肺葉者亦有之 如小兒之
流行感冒性肺炎是也

本症之特須留意者 即其自覺他覺的症狀 爲多種多樣 難定固有的定型症狀是也

經過 亦各種各樣 有數日者 有數週者 但一般恢復多緩慢

合併症 小兒之肺炎 多合併肋膜炎 一般之肺炎 有時合併心囊炎 心臟內膜炎 氣胸 肺氣腫 肺出
血 肺膿瘍 肺壞疽等 更有值得特記者 即由肺炎病灶 陷於乾酪性變性 因之而續發結核者 時有所

聞

診斷 一般多屬容易 但有時困難 須行各種鑑別 咯痰之檢查 雖無確診之價值 但須證明原因 故亦有相當之必要 如流行性感胃菌之證明 而可知為流行感冒性肺炎 百斯篤菌之證明 而可知為百斯篤性肺炎是也 更有本病之病灶小者 或居於較深部者 有時不能確診 尤以合併氣腫時為然 此外更須注意有響性水泡音 氣管枝水泡音 及打診減弱等 但上述三項症狀 有時因肺膨脹不全 亦能出現 不可不詳查

豫後 因原因及症狀不同 故豫後極不一致 一般小兒及老人危險性較大 體質不良及衰弱者亦然 壯年及症狀較輕者 豫後多佳良

療法 廣汎性氣管枝肺炎之治療 與後述格魯布性肺炎同 其他類發於各種疾病者 則各施以原因及對症

療法 本病之豫防 最為緊要 如有各種疾患時 須注意勿令延及肺組織為要 即努力氣管枝之治療 及

Therain 油之吸入與祛痰劑之內服 使咯痰容易咯出是也 小兒肺炎 尤須特別注意 多數之小兒肺炎

療法 多屬無益 勿每採對症及保持其自然就愈趨勢為愈 但初期可與以下劑 如甘末依年齡增減投與為

佳 在疾病之初期 亦可同時 與以吐劑 如吐酒石 O_2 ， O_5 — O_1 ，一 溶解於一二〇，〇之水中 每

隔一小時 與一小匙 至嘔吐時為止 但嘔吐過度時 當然停止 又自初即有下痢 可用吐根二，〇

海葱醋密二〇，〇 蒸餾水六〇，〇 每十分與一茶匙 至吐時為止 如呼吸困難過甚 意志渾濁 脈搏

不正時 須急加治療 即於全身行冷濕布纏絡法 (頭頸四肢除外) 溫度以二十度—二十四度。氏為宜 如

有高熱時 可更較低之濕布 日間每一二小時交換一次 夜間每三四小時交換一次 此法不但能使體溫下降 且能喚起呼吸容易 此外用冷水浴 或芥子泥纏絡法 亦有效 如患兒心臟衰弱 可用強心劑 如樟腦 *Cedron* 等之注射與內服 *strychnine* 效力反覺遲緩 一解熱劑則多不用 食餌以水分較多 滋養豐富者為宜 此時時變換體位 以免引起下沉性鬱血 故小兒看護頗為重要

大人之患本病者 亦以維持體力 與以充分營養 保護心臟為要務 更用祛痰劑 如 *aspirin* 根 吐根

Ammonia 茴香精 鹽化 *Ammonium* 安息香酸等 有多量氣管枝分泌時 可與以吐劑

此外患者之居室 務求空氣流通 空氣濕潤 溫度適宜為要

本病治療上 特須注意者 即恢復期之容易增惡 致引起豫後不良是也 故於恢復期之看護 須萬分留意

轉地於氣候和暖之處 亦頗有效

第七 格魯布性肺炎 *Croupose pneumonia*

或纖維素性肺炎 *Fibrinous pneumonia*

又名大葉性肺炎 *Diffuse pneumonia*

原因 本病亦為時常遭遇之疾患 乃肺疾患中之急性熱性傳染病是也 其病原菌為 *Flücker* 氏所發見之肺炎雙球菌 *Pneumodiplococcus* 其他各種細菌 如肺炎桿菌 大腸菌 腸室扶斯頂 白喉菌 連鎖狀球菌 雖亦能發生與本病相類似之疾患 但為數較少

本菌有時存在於健康者之咽頭腔內，故本病之成立，必須身體抵抗力減退，或菌毒力增加，方能發病或傳染。故本病之傳染，固不必凡與本病患者接觸後，均能傳染，必須毒力強大之菌族，方起本病流行。又本病流行，與個人之體質亦有較大關係，但不必依身體之強弱為準，則因本病對於全身病、腎臟病、他種急性傳染病之經過中，或病後惡液質等，當然有易於傳染之可能，但極健康之狀年男子，且無感冒等之誘因，及與患者接觸之事實，而突發本病者亦頗不少。

年齡及性別之關係 本病無論男女老幼，均能感染，但乳兒患者較少，年齡愈長，則罹病率愈大，且危險性亦增加，男子較女子為多，但此乃男子罹病機會多於女子故也。感冒及氣候，雖與本病有莫大之關係，但非絕對的，外傷及有害氣體之吸入，亦與本病有多少的關係。

本病菌多集生於肺部炎症之周緣，及新發炎症之處，而炎症中央部則反多稀少或缺如，於疾病之初期，喀痰中，幾當能證明本病病原菌或血液中亦可證明，但因肺炎死亡患者之肺組織中，多不能發見本病菌。病理解剖 本病之解剖的變化，為於肺胞滲出炎症性分泌物，易於凝固，富於蛋白質，有出血性之傾向。此種液體充盈於肺胞，及小氣管枝中，侵及肺之數葉或全肺（但亦有時侵及一葉者），致將有彈性之肺臟變為硬化。茲依 Laennec 氏據本病之變化，分為下列三期：

(1) 灌漑期 *Stadium der Anschoppung* 或名

浸潤期 *Stadium der Infiltration*

此時患部特別充血 如水腫樣 肺臟自身之重量增加 呈暗黑赤色 空氣含量特別減少 切斷面流出灰赤色含有泡沫性之混濁液體 鏡察上 肺胞內有多量赤血球 白血球 肺細胞 及含有少量纖維素之漿液性滲出物 毛細管強度擴張充血

(一)肝變期 *Sadium der Hepatisation*

本期又可分為下列二期：

甲 赤色肝變期 *Sadium ber Rosen Hepatisation*

前述灌漑期 經一—三日後肺實質益硬化 呈肝臟樣 因容積增大 乃壓迫肋骨 而生與肋骨相當之凹溝 重量益增加 滲出液及多數赤血球移行於肺胞中 故切面赤色 有顆粒 切後中央部突出 用力壓迫則流出粘稠性乳脂樣灰赤色液體 於小氣管枝處 有時可發見纖維素性氣管枝樣凝固物

鏡檢時 於肺胞內 有纖維網 並有多量赤血球及少數白血球 毛細管非常充滿 淋巴管及血管內可發見纖維素 同時有多數肺炎雙球菌 一部分在白血球中 一部分遊離於纖維素網中

乙 灰色肝變期 *sadium des grauen Hepatisation*

前述赤色肝變期 經一—二日後 其色改變 切面呈灰白黃色 及有種種的斑點狀 此種變色 因毛細管被滲出液所壓迫而貧血 及滲出液中有多數白血球 移行於其中故也 肺胞內之凝固物 呈小顆粒狀 於切面呈突隆狀然 此顆粒漸次軟化 一般經三—四日(或有少數經五六日者)則開始融解

III 融解期 *Sarclium der Resolution* 或各恢復期

此期肺胞內之纖維素炎症滲出物 開始溶解及液化 故硬固之肺組織 又行柔軟 顆粒消失 在切面用力壓迫 則流出混濁之乳白黃色膿樣液體 但此時肺組織較前二期更易破壞 行鏡檢時 僅見有小數纖維素白血球益破壞 肺炎菌已多數死亡 僅有少數尚生存

前述液化之滲出物 漸被吸收 或一部分被咯出 而漸次清淨 肺胞重新充滿空氣 而恢復常態 但短期間(一週左右)仍易破壞 且呈貧血狀態

如為重症時 因溼度之浸潤 及肺結締組織 肺胞壁等之壞死 而來化膿性溶解 肺組織此時極脆弱 其切斷面有多量灰黃色膿汁 如幸免於死 則形成肺膿瘍

肺炎時 肋膜幾常呈炎症狀態 故本病又有稱為肋膜肺炎者 *Pleurpneumonia* 此時肋膜腔內 有纖維素性沉着物時 有發漿液性或膿性滲出物 故肺炎後之膿胸 常超出吾人想像以上之多數 惟因其病灶或較小 或被癒着包纏 或居肺深部 或沉居肺基底 致多數無症狀 而被看過 肺炎好發部位 一般以下葉

較多 右肺較左肺為多 但右肺中葉發者較少 右肺下葉最多 上葉次之 但右肺下葉及左肺上葉發者有之 右肺全部發者亦有之 亦有發於肺之內部而表面無變化者 此名之曰中心性肺炎 *Pneumonia*

centralis 一般經過 本病有時有前驅症狀 即於發病之前一二日 感全身倦怠 頭痛 食慾缺乏 及 *Angina* 鼻感

胃 咳嗽等 尤以有鼻感冒者 較其餘症狀或有或無 亦有全然缺如者 本病多突然 發病合併惡寒 戰慄 此時患者齒牙震擊 全身顫震 感極度寒冷 置熱火覆重衾亦不覺暖 即呈重篤感 而風床不起 惡寒中顏面蒼白 呈紫藍色 迨寒冷感停止 普通須一二小時 乃結發熱感 而來頭痛 及興奮 食慾全然缺如 此時體溫上昇 一般達四十度 () 或更以上 此後不數變小即感劇烈胸痛 雖輕微發聲 呼吸咳嗽等 亦能刺激發痛 故患者自動的保持絕對的安靜 但疼痛部位不必一定與患部一致 呼吸頻數表淺多不整 且有呼吸困難 而發咳嗽 致更予患者以苦痛 顏貌發赤 稍呈鬱血狀態 眼結膜充血濕潤放光澤 呼吸時可得認出鼻翼運動 此時尚無肺炎之固有症候 僅有時能知患側胸部之運動不全

發病後過一二日 胸痛緩解 呼吸數雖少增加 但呼吸困難則稍減 咳嗽亦略減 但此時則咳出本病固有之鐵鏽色痰 口唇周圍生葡萄行疹 體溫仍不少減 在四十度左右 脈搏數一分鐘在一百一一百二十至皮膚潮紅潤 此時行打診的檢查 上肺之一部呈鼓音或鼓濁音 聽診上有氣管枝音及輕度捻發音

上述之症候 持續五至七日 從來呈高熱之體溫 乃倏然下降 急劇發汗 以解熱 呈平溫 或平溫以下 此所謂肺炎 分利 *paralytic* 是也 呼吸恢復自由 雖自覺症輕快 但因疲勞 故多陷於睡眠狀態 於分利前屢呈一時性各種症候增惡 此之謂分利前擾亂 *Paralytic crisis* 患者不安 臆語 呈昏睡嗜眠狀態 而陷但重症時 則不來分利 呼吸困難增加 心臟衰弱 脈搏頻數

於虛脫 遂至死亡 其比較少輕者 雖亦能體溫下降 但多因心臟衰弱 而趨不幸 第一謾得分利亦多因合併心臟及神經症狀 而須加以特別警戒

上述為本病之一般症狀之經過 茲更擇其重要各症狀 分述如下：

(一)發熱 已如前述 發病之時 有惡寒戰慄 而發高熱 但惡寒戰慄 固不必定有症候 其頻度依個人之體質而異 平均惡寒均占本病五分之四 惡寒更加戰慄約占本病五分之三 惟是雖無惡寒戰慄 於發病後一二日亦呈高熱 (雖亦有呈階梯形上昇者 但特別少數)

一般體溫自上昇後以迄於分利 均呈稽留性高熱 朝刻約三十九度 或略少 晚刻約四十度許 其動搖多不出一度 但亦有本病之體溫從未超出三十九度者 雖然體溫之高者 固未必豫後一定不良 老年肺炎多體溫少低 然亦非豫後必佳良也

體溫之急劇特別下降 多即呈虛脫於疾病之各期 均可得見蓋豫後不良之兆也

分利之前一二日 體溫特別下降者 謂之假性分利 *Pseudo-Relief* (但此假性分利亦非必有之症狀) 此時患者自覺症狀雖感輕快 但脈搏及呼吸數不如真性分利之減少 多於十二小時以內 仍然體溫再行上昇 其後一二日再來真性分利

分利之日 多為發病後之奇數日期 依 *White* 氏之經驗 言於發病後七日來者占二十四% 其次為六日 再次為九日 更次為五日 分利時體溫於十二—二十四小時以內恢復常溫 但亦有不立即下降 遲至二

三日後而漸次下降者 呼吸脈搏 及全身症狀 亦徐恢復 此名之曰遷延性分利 *Protracted Crisis* 亦稱
渙散 *Sp. 2.* 以長期重症者居多 其遷延之時期 有時能達一週以上 於分利或渙散以後 於下午夕刻體
溫仍有時超過三十七度 但超過三十八度者則極爲稀有 如於下熱後數日 再呈高溫發病者 此之謂回歸
肺炎

(二) 肺之理學所見

視診 患側呼吸運動減少 吸氣時患側容積不擴大 呼吸數增加 一分鐘三十 有時至四十八次 表淺
時因疼痛及咳嗽致呼吸不整 呼吸時各補助筋運動旺盛 頰部及口脣鬱血呈紫藍色
肺部診查 按其解剖的變化 而有差異 茲各分述之如下 在灌漑期打診上呈鼓音 聽診上有捻髮音 於
肝變期打診呈輕濁音 或鼓濁音 但無濕性肋膜炎之顯著 且於此時能聽得極強烈之氣管枝音 且於患者
發聲 談話時 能聽得氣管枝聲及山羊聲 *Aegonia* 能聽得囉音者較少 如有則爲有趨性又聲音震顫
雖一般強盛 但亦有減弱者 此因氣管內爲空氣所閉塞之故也 其不呈肺炎症候之健全部分 亦屢聽得
有濕性水泡音 及乾性囉音 此蓋同時有氣管枝炎症候故也 於灌漑期打診上鼓音已恢復 濁音漸消失
聽診氣管枝音不定有捻髮音 及多數水泡音 (但捻髮音及水泡音亦有缺如者) 於完全分利後 尙能有較長
時期之濁音 不定呼吸音及水泡音之證明者亦阻不少
肺炎發聲部位亦如前述 以右肺下葉爲最多 左側次之 上葉較少 中葉更少 倘如肺炎自甲葉移行於乙

葉時名之曰移動性肺炎 Pneumonia Migrans 自左側某葉而續發右側某葉之炎症時 名之曰遊走性肺炎
Fratelli pneumoniae 又下葉性肺炎之診斷及經過多正常 而上葉性肺炎則危險性較大 成人較少 小兒較
多 中心性肺炎較爲稀有 且他覺的檢查頗屬困難 僅以自覺的症狀及咯痰或 光線之透視爲根據而

確診

(三)肺炎咯痰

肺炎咯痰有特異之性狀 屢僅據此一點而下確診頗不少 其咯痰爲玻璃樣粘稠性鐵鏽色是 有時因混血球
而呈鮮紅色 或血色素被分解而呈草綠色 或因胆汁被吸收而呈黃綠色 有時用肉眼能觀見極美麗之小氣
管枝樣凝固物 咯痰之量極不一定 有極多量 每日達二〇〇者 或竟至完全缺如 亦非必無之事 普
通每日咯出量約三十至五十cc 如顯微鏡檢查 則見其中有變形之赤血球 (多形膿爲方形或失却血色素
而成蒼白色) 及少數之白血球 肺細胞 此外有多數肺炎菌 及或有時能見纖維素 在肺炎之末期 或分
利後之咯痰 則多變其外觀 而漸呈一般氣管枝炎之粘液膿性痰

(四)循環器方面之變化

肺炎之主要危險症狀 厥爲心臟衰弱 故必須特別注意心臟 屢因右室擴張 而右側濁音界擴大 但因最
多不過一橫指 致多被看過 肺動脈第二音亢進 脈搏一般頻數 一分鐘百乃至百二十至 大人肺炎之超
過百二十至 同時呼吸數亦頻繁者 多豫後不良之徵 但小兒之危險性尙屬較少 又體溫與脈搏之比例不

合 即脈搏特多者亦不良之兆 要之心臟衰弱之意也 但病初之脈搏稍速 無特大之意義 肺炎時因急性心臟衰弱而轉歸不良 其警戒之時期 爲分利 即下熱之前後 但肺炎經過中隨時有來心臟衰弱之可能 其中以分利後之心臟衰弱危險性特大 有時不及救治而死亡

(五) 肺水腫 亦爲肺炎死亡之最大原因 一般因脈搏漸次不良 而發呼吸困難 但亦有脈搏充實者 聽診上有強烈氣管囉音 及不定呼吸音 至後期則兩肺各處有小水泡音 同時咯出富於泡沫之痰 呈暗赤色 呼吸困難漸次增惡 意識混濁 而登鬼籍

(六) 神經系統之障礙 於肺炎之 過中 次於循環器之障礙 則爲神經系統之障礙 在多數之患者 均呈興奮狀態 但老年患者及其他少數者 則呈昏睡狀態 神經症狀之主要者 厥爲譫語 如患者爲酒客 其譫妄 尤爲特有 此外則睡眠不良 及精神障礙 有時若精神病患者 然但多爲一過性

(七) 血液的關係 肺炎時 多有高度白血球增加症 屢達一萬五千乃至三萬 但體溫下降 則其數銳減 所增加之白血球多爲多核白血球 *Polys* 嗜好細胞 反多減少 或缺如 至分利後再出現 但重症患者 亦有時不呈白血球增多者 血壓之關係不定 倘血壓急減乃不良之徵 且一般自血液培養可得見肺炎雙球菌 愈重症者愈多

(八) 消化器症狀 食慾多自初期即呈缺損 嘔吐不定 (一般多於初期見之) 以小兒肺炎及無力性肺炎發者較多 吃逆及下痢亦有發者 舌多被重苔 老人且發赤乾燥 肝脾多少腫大

(九)皮膚的變化 肺炎經過中 屢發生旬行疹 多於發病之二日至四日間 於口唇鼻部或頰耳等處出現 於身體他處見之者較少 有此疹者 一般表示豫後佳良之意

(十)尿的變化 於肺炎呈高熱時 尿量減少 至分利後則尿量增加 但尿量與水分之攝取 亦有相當關係 尿量減少 非常濃厚 沈澱中有尿酸鹽 及 *troussier* 結晶 *Duro* 反應呈陽性 蛋白質反應亦多半陽性 但無重大意義 顯微鏡的檢查有玻璃樣圓柱 顆粒圓柱 及少數白血球 有時呈一時性糖尿 肺炎之持續 肺炎之持續時期最多者為七日據某學者之調查於百五十四例中七日占24% 六日占15% 九日占14% 四日占12% 至二週以上者較為稀有

肺炎之經過較短者有二種解釋 一為各期經過之短縮 一為毒性之輕微 而症狀均短期消散

肺炎之轉歸 據從來各學者 雖互有出入 平均直接死亡率約占2%許 轉移他病而致死亡者尙有相當數量 完全治愈約占75%許 因合併或續發他病而死亡者 以心臟衰弱 肺膿瘍 壞疽 膿胸等為最多 或因窒息而死亡 但恢復期中之肺血塞亦時為死因之一

合併症及續發症 肺炎之經過中 或肺炎後能合併及續發 各種病常見者 為肋膜炎 膿胸氣管枝炎 心臟病(心臟內膜炎 心囊炎 心筋炎)靜脈血塞 腦膜炎 腎臟疾患(腎盂腎臟炎 蛋白質)關節炎 肺膿瘍 及壞疽等

肺炎之診斷 依固有的症狀 如突因惡寒 戰慄 而發高熱 體溫稽留 呼吸困難胸痛 特異鐵鏽色咯痰

以及各種他覺的檢查 多屬容易 如在末期之分期 則充顯明 肺炎菌之檢查証明雖屬重要 但亦有本病不能證出肺炎菌者

鑒別診斷 1 腸壅扶斯之鑒別 有時頗困難 一般於顏面生匐行疹者 多為肺炎腹部呈薔薇疹者 多得腸

壅扶斯 此外則經過 肺炎較短腸壅扶斯較長 及 *Vidal* 氏反應之証明最為有力 2 加答兒性肺炎之鑒

別 亦甚困難 有時或竟不可能 一般言之加答兒肺炎多徐徐發病 尤以續發於氣管枝炎及急性熱性傳染

病為多 無匐行疹 無鐵銹色痰 他覺的檢查其症候不定等 尚可鑒別 如互相移行 或小兒肺炎等則多

屬不可能 3 此外 尚有與助膜炎 蟲樣突起炎 腦膜炎 肺結核等鑒別之必要 但一般較為容易

肺炎之豫後 本病已如前述 約四分之三至五分之四 可得完全治癒 高齡 妊婦 衰弱體質 合併症增

加等 則豫後不良 又依肺炎之流行毒力而豫後大有差異

肺炎療法 本病之原因療法雖為一般所公認 即設法撲滅肺炎菌 或減輕其毒力 如血清療法 *Vaccin* 療

法等 雖有試用 但其效力尙未足稱

強心療法 已屢前述 本病多因心臟衰弱而轉歸不良 故本病之全經過中 隨時須顧慮心力之如何 而投

以強心劑 即 *Digitalis* 之應用是也 其用量有推獎使用大量者 一日〇.五或更以上 於本病經過中

持續投與 即可豫防心臟衰弱 又可使本病之經過短縮 又同樣目的 *Camphor* 亦為多數所賞用 因可

大量使用 而無蓄積作用故也 即十%樟腦油或樟腦水每二小時注射一—二cc 或每日注射數回 注射總

量至十 cc 於本病全經過中樟腦油(水)有用至七〇 cc 或至以上者

定型肺炎 如無合併症 及續發症 其脈搏佳良 心力充實者多無行特殊治療之必要 即依一般看護 期

待 對症諸療法 而可就愈 其主要者 為於全經過中 嚴命患者取絕對的安靜 置廣大靜雅之室中 以

免空氣之不良 室溫以攝氏十八—二十度為相宜 空氣務求濕潤 冬季於爐上置水槽 或水壺以蒸發水汽

此外看護之適當與否 與本病之豫後亦大關係 飲食物以維持營養價為必要 如牛乳 肉羹 鷄卵 魚

肉 稀粥 並與多量無刺激性之水分 以便利尿 而促毒素之排出 對於便通亦須注意 酒精性飲料

因能興奮 在患者不厭惡條件下 應與多量 則更以酒精尤不可缺

對於肺炎之咳嗽 胸痛 呼吸困難等 均為最苦惱之症狀 故須與以各種祛痰劑 吐劑 鎮咳劑 鎮靜劑

如 Senega 吐根 Aconitine 安母尼亞茴香精 杏仁水 以及 Codein Morphine 等 冰蟻雖亦為

本病之必要品 但以患者能忍受為原則 故一般用溫濕布 或芥子泥 安敷膏等 為宜 倘發興奮狀態

或酒客妄膽等 可用 Chloral 與阿片之合劑 或 Morphine 與 Scopolamine 之皮下注射

心臟衰弱之用 Digitalin 於必要時其效力至微 故須投 Caffein 及 Camphor 之皮下注射仍無效時 可更

用 Artemalin 之皮下注射 但效力不能持久 故仍須與 Digitalin 及 Strophanth 混用為宜

對於解熱劑以不用為宜 但體溫過高 亦可酌用 或頭痛及精神興奮時 可用 Anilipain 及 Phenacetin

等 Chinine 尤為一般所實用

後療法 於本病之恢復期 不宜早期自由離床動作以免本病有再燃 及起肺血塞之危險

第八 肺結核 *Jurgens tuberculose; Phthisis Pulmonalis; Tubercula.*

壹 肺結核總論

結核病 爲最普遍最廣汎之疾患 占全病死因之第一位 而其中尤以肺結核爲最多 如依屍體解剖檢查有結核性病死者 約占六十% 其中較輕者 在生活體內 則有多數不能證明 故肺結核爲人類公敵 乃舉世週知之事實 其原因乃係結核桿菌之傳染而發生 本病依細菌學的研究 結核菌可分三大類 即人結核菌 牛結核菌 鷄結核菌 (此外當然 尚有冷血動物之結核菌及結核類似菌) 但此三種結核菌 果爲同種 同性 僅因寄生動生之不同 而性動乃異 抑爲根本不同之同族之結核菌 此問題尙有多種之學說 未能一致 倘互相移行變態 則三者均能爲本病之原因 但一般經驗 自鷄結核傳染於人者極爲少數 而牛結核之能移轉於人體 乃不可爭之事實 雖所發者多爲腸結核 但肺結核之發生 亦不能無多少的關係 至人結核菌之爲本病之原因 乃當然無疑義者

貳 肺結核之素因及傳染

結核之遺傳 乃素因之遺傳 非結核菌之直接遺傳 此爲 醫藥學者所公認 所謂素因遺傳者 乃較一般無素因者之傳染感受性較大是也 有此素因者 所謂結核素質 又名無力性體質 即骨節一般軟弱 及心臟血管均衰弱 腹部腹器下垂 即所謂癆瘵體質是也 依性的關係 雖男女均能感染本病及本病之素因 但男

子較女子為多為易 此因男子勞動及罹病之機會較多故也 但依年齡的關係亦大有差異 在二十歲以前女子較多 男子較少 二十歲以後則反是 又素因愈大則愈減

至後天的傳染 則多因身體抵抗力減退時 而與本病以感染之機會 例如 氣管枝擴張症 肺炎 黴毒

氣管枝炎 流行感冒 咽喉喉頭疾患 淋巴腺素質 各種傳染病後 糖尿病 慢性胃腸疾患之營養不良

身體過勞 神經衰弱等 均能為本病之誘因 而與結核以傳染之機會 此外潛伏性肺結核 於女子妊娠期

呈靜止的狀態 而分娩後 則劇行增惡 乃不可否認之事實

結核菌侵入之路徑 不外呼吸器 消化器 粘膜 皮膚等處 自昔言肺結核之傳染 係自呼吸器侵入 腸

結核之傳染係自消化器侵入 自為當然之事實 然腸之淋巴系統以及粘膜皮侵入經淋巴道而至肺門腺 亦

均能誘起本病

肺結核之傳染機會 自昔即有多種 1 家族傳染 有直接傳染及素因遺傳二者 均為有力之事實 2 夫婦

傳染 亦堪注意但結核男子與健康女子結婚或同為健康者結婚後男子不幸先感染本病其婦人於數年後即被

傳染而發本病 但健康男子與結核女子結婚 或同為健康者於結婚後 女子先感染本病時 男子於較長時

間多不被傳染 僅重症時方有感染之危險 此因女子有妊娠及分娩之故 而與結核以傳染之機會故也 3

職業上的傳染 關係亦至大 4 看護傳染亦有多數 5 自牛乳獸肉傳染而來者亦不少

結核病之免疫 結核之免疫之研究 自 Koch 氏始依各種動物試驗知生活體內有結核性疾患存在時 能

妨礙二次結核菌之進行傳染（但係體外傳染而非體內傳染）然生活體並非由此而不感染結核 反因此二次結核性疾患之感染 而使原來結核肉盆形活動 對於組織呈強度及迅速之破壞 故結核免疫之結論總括如下：即結核患者對新自外方襲來之結核傳染 的確有相當之免疫 但不甚強 非絕對的免疫是也 又視新傳染結核菌毒素之強弱及菌數之多少 亦有相當的關係 對於少量弱毒之新結核菌可免疫 對於稍強者亦能使其感染力減退 但多量強毒者則反呈過敏性 而易於感染

Tuberculin 亦為 Koch 氏所創製 氏於結核動物體注射死結核菌時 大量時則死之 小量時則僅於局部呈浸潤狀態 而終於治愈 如長期反覆注射 則原來之結核病反覺症狀佳良 依此種事實可知菌體產出一種抵抗來 因之由各種方法製成注射液體 而名之曰 *Tuberculin* 又因製法不同加有各種 *Tuberculin* 之稱

用 *Tuberculin* 注射於健康動物 依經驗上 並無何等有害作用 於人亦然 如因注射而呈反應症狀者（全身症狀） Koch 氏言即該人有潛伏結核 或結核素質是也 依其醫者之經驗 健康乳兒注 1 cc 之 *Tuberculin* 並無絲毫反應 故由此而可用 *Tuberculin* 注射 以鑑定乳兒潛伏結核 及結核素因之有無 所謂 *Tuberculin* 反應是也 又因反覆注射 *Tuberculin* 時 則輕症結核病灶呈治愈機轉 故又有 *Tuberculin* 治療之說 雖然上述之反應 及治療 其成績果確實否 果有效否 抑尚有否否 尚為多數學者之懷疑 向未能普遍成功 不過為一種參考 或不得已時之試驗治療耳

肺結核之混合傳染 於固定肺結核之經過中 其症狀各異 依各個人之關係 尤不一致 故多數學者言各種雜菌能助結核菌之傳染 一般續發結核 混合傳染為有力之誘因 又肺結核經過中 所常見之氣管枝炎 樣症狀 及肺炎樣症狀 及結核空洞時之喀痰中能發見多數雜菌 如肺炎菌 普通化膿菌 及其他各種病原菌

叁 肺結核的病理解剖

依解剖的變化 有新生物生成 及滲出性病變兩大類 兩病或平等並立 或種種程度的混合 更漸次加入新生物的破壞及結締組織增生等 致呈各種所見

結核性小結節 結核菌 到達肺部蕃殖時 先來局部結締組織 內皮細胞 上皮細胞等之增殖作用 尋即生成小結節 此名之曰結核性小結節 *Det. Tuberkel* 此結節之區域 其血管漸退化 終至無血管 發生上皮樣細胞 及圓形細胞浸潤 有時能見出巨大細胞 在各種細胞之間 有纖維素樣網狀物 結核菌多存於巨大細胞內及其附近

前述之小結節 漸次增大 因而中央部漸來營養缺損 而死滅 遂呈所謂乾酪樣變性 間或有此小結節呈纖維素性變化者 呈玻璃樣變化者 或周圍呈結締組織樣變化 而中央呈乾酪變化者 此小結節初為透明之灰白色後 因乾酪變性而呈黃白色 本病之稱結核者 即因有此結節故也 此種小結節最鮮明者 為鱗性粟粒結核 *Akute Miliariubakulose* 於全肺組織充滿堅硬之小圓形結節 於切面上 可得見無血管之圓形

結節 (約粟粒大) 如行鏡檢 則結節之中央呈乾酪變性 周圍時生炎性滲出液 其結節恰如肺炎病灶者 然如此樣結節 多發則恰如洗肺炎性變化 並於結節生成以外有液體滲出

所謂乾酪性肺炎 *Die käsige Pneumonie* 者 乃結核之乾酪變性病灶 為氣管所破壞 被深部肺組織所

吸引 於肺小葉 呈稍廣大之病灶 漸次融合 而呈假性肺葉性肺炎 此時肺組織受結核菌毒素之作用

而引起炎症 該部容積增大 重量增加 但不含空氣 恰如格魯布性肺炎之肝變期者 然其解剖的區別

為本病之切斷面 呈乾燥狀 有帶黃白色之顆粒狀物 呈乾酪變性者 即自此處現之如此種現像限局 於

小部分則恰為氣管枝肺炎者 然此之謂乾酪性氣管枝肺炎 *Die käsige Bronchopneumonie* 上述之肺胞

內行鏡檢時 則見有富於蛋白質之玻璃樣粘稠性分泌物 且有多數多核白血球 淋巴球 赤血球 及肺胞

上皮細胞 並於各處能見得正常肺組織 如乾酪變性變化之部位 得崩潰而形成空洞

又有所謂平滑肺炎 *Glatte Pneumonie* 或膠樣浸潤 *Gelatinoe Infiltration* 者 乃其切面呈灰赤色膠樣玻

璃樣 而可與前述之乾酪性肺炎相區別 但兩者同時見者頗多 鏡檢時於肺胞內有漿液性滲出物 內含少

數各種細胞 並極少數之結核菌

此小結節 漸次引起結核性氣管枝周圍炎 及血管周圍炎 (*Peribronchitis oder Perivascularitis Tuberkulosa*)

結核性小結節 有時因長期經過 其中央部之乾酪性變化 崩潰軟化 向肺胞及氣管枝進行破壞 其進入

氣道者 隨咯痰咯出 其一部分被吸引 而又引起其他正常肺胞之新病灶 發生而迅速蔓延

但如乾酪病灶為結締組織所包圍，而與其他組織完全分離，則呈一時性停止狀態。如此樣現象長期保持，則其中央部之乾酪性物質，漸次因缺乏水分而凝結，終因石灰質沉着而呈石灰化 (Calcification) 致結核菌死滅，而來該部之治愈。

前述之病理解剖所見，多於肺下葉見之，於上葉者較少，肺尖部亦偶見之，但此乃肺結核之自家發覺的現象，至原發則仍以肺尖為最多，下葉較少。

上述之各種病型，如結節形成肺炎性病變，即乾酪變性結締組織增加空洞形成等，雖亦有單獨存在者，但多數為各種多少不一之混合型，依其性質，可分為(1)粟粒結核，即多數粟粒結節發生型。(2)結核性肺炎，即乾酪性肺炎或平滑肺炎等型。(3)結節型結核，即多數孤立結核性結節型。(4)纖維性結核，即遊於治愈之纖維性增生型。(5)空洞型結核，即結核之形成空洞者。(6)結核性氣管枝炎，氣管枝周圍炎，血管周圍炎以及各種型之同時發生，或各種移行型混合型結核。

此外小兒結核之特別惹人注意者，為具強度乾酪變性之傾向，呈肺炎樣變化，而形成空洞者甚少是也，並多侵及氣管枝淋巴腺，而輾轉感染其他肺胞。

上述各種病型，及變化，除肺以外，肋膜亦呈一定的變化，即有呈蓋着性肋膜炎，及發疹性肋膜炎等。其他，屢因轉移而發生喉頭結核，及腸結核，有時腎，肝，扁桃腺之續發結核性病變者亦不少。

肆 肺結核之經過的分類

肺結核之分類有數種 依病理的方法

第一期 初期變化群 *Primær Komplex*

第二期 過敏期或病機遷延期 *Anaphylaktische oder Allergisches Stadium der Generalisation*

第三期 比較的免渡期或慢性內臟結核期 *Stadium der relativen Immunität oder der chronischen Organophthise*

又依臨床的方法 一般分爲急性肺結核 (即肺炎性、粟粒性多發性) 及普通慢性肺結核

此外又能依結核形成之性狀 可分爲纖維素性 氣管枝擴張性 更能依年齡的關係 分爲小兒結核 老年結核 而一般成年之慢性型 依其各種症狀之不同 又有分爲輕病 與重病之別 但分類法之最簡便 最

普通者 爲德國衛生當局之分類

即 第一期 肺炎或他處之輕性浸潤限局 一部分而不擴大 聽診 上小水泡音 或無或有 且無有響性

水泡音者

第二期 較一期進行而未達三期者

第三期 一肺葉全部 或數肺葉全部結核 完成及空洞形成者

然一般醫者多慣用

初期結核 *Phthisis incipiens*

內 科 學

二六二

確定期結核 *phthisis Confirmata*

完成期結核 *phthisis consummata*

茲擇上述之各方法中之緊要者一一申述之

A 普通型肺結核 *Die Allgemeine oder Lungentuberkulose*

I. 初期結核 *Phthisis incipiens*

肺結核之初期 多自肺尖部開始進行 則所謂慢性肺尖加答兒 *chronische Lungenspitzenkarankh* 型是也 症狀 依個人的關係 及病的重輕的關係 而各有不同 一般為極慢性之漸次發病 如貧血 消化不良等 漸次推進 而想像為本病而已 間或亦有呈急性發病 突來發熱 咳嗽 咯血者 故可更細分為下述各型 但各型互相移行 或同時並發者自為一般之事實

(一) 加答兒型 已如前述 本病之初期 多自肺尖起始 方為一般之普通型 (但亦有不自肺尖起始者 然此異常型之發病者 多有迅速進行之傾向) 此型患者 以咳嗽為先發的症候 其初或有或無極度輕微 其後經相當時日 則漸次頻繁加重 自覺症狀初亦甚微 然因長期不愈 而惹起患者之驚異 疑慮 而訪醫就診 喀痰初期多缺如 但於相當短期間即發現 多於朝晨喀出粘液樣或粘液膿樣痰 如行顯微鏡檢查 有時能檢出結核菌 此時除加答兒症狀外 且多合併輕度全身症狀 但一般患者 多不自覺 待醫師之質問後 方自知如肺尖 側胸 下胸 脊背等處之刺痛 或鈍痛 且此種疼痛 不必定發於患側 多

因長期步行 劇烈運動而發 又多有食慾不良 及身體羸瘦等 有時呈顏面蒼白色 漸次患者呈易於疲勞 狀態 對於一切事業 均感無興趣 尤重要者 為體溫之變化 一般下午及夕刻 有輕度體溫上昇 (二十七度—三十八度) 亦間或有不正體溫 即朝刻反呈高溫 夕刻反呈平溫是也 多出現盜汗 然體溫無變化者固非少數

肺部診查 初期尙無變化 但經相當時日 則生呼吸音之變調 如粗糙 或不定呼吸音 呼氣延長 水泡音等能屢能證明 肺炎萎縮

(二) 貧血型 初期結核 有自初僅呈貧血症狀 其後始發加答兒症狀者 例如青年時代之貧血 而後期發生結核者頗多 致此時僅疑其為單純貧血 及神經衰弱 而不疑為結核 但如精細檢查肺炎 則可知有相當的變化也 故遇有貧血之患者 須注意肺炎之診查

(三) 消化不良型 亦為初期結核之常見者 即胃部呈壓迫感 及充滿感 時發噯氣 亦有時發腸症狀 即腹痛 便秘不整 (如下痢或便秘) 此種消化不良 多於初期結核之前數月發現 或同時併發者亦有之

(四) 發熱型 即初期以發熱起 經長期時日後 始發肺症狀 在初發熱時 多為健全者 於短期間 稍感身體不適 其後急發惡寒 尋體溫上昇三十八度—三十九度 或更以上 同時發盜汗 而全身症狀反覺甚少 故一般多不疑為本病 而為誤診腸室扶斯 粟粒結核 白血病等 至數週後 肺炎症狀乃完全出現 因之而得確診 但此後體溫 或呈持續的經熱 或呈不定的體溫 或溫度下降 而趨治癒 或稽留相

當期間 其間時發輕熱

(五) 肋膜炎型

滲出性肋膜炎 乃結核性疾患之初徵爲一般周知之事實 有時於乾性肋膜炎後 亦能誘發肺炎加答兒 普通之肋膜炎 於摩擦音消失後 體溫尙高 或肋膜炎之尙未完全治愈時 有發顯明肺炎加答兒者 亦有肋膜炎經數週後已治愈 體溫恢復正常 似爲非結核性者 然但執業務 則又發病 終釀成肺疾患 此種時 多來異常位置之結核 即發於上肺葉之下部 或發肺下葉者亦頗不少

(六) 咯血型

肺結核以咯血爲先發症狀者約占十分之一 咯血之狀況 有毫無何等前驅症狀 而發咯血者 其量亦有極小量 僅於痰中現出血絲者 亦有多量 一時達百cc以上 而令人驚異者 但多不出數小時 或數日而停止 其後數日間漸次變成無色普通痰 初期結核咯血之多量咯出者 於咯血前多來體溫上昇 有達三十九度以上者 但一般多於咯血後即恢復常溫 二三日後完全正常 僅於短期間感覺身體虛弱而已 結核患者之咯血狀態 依患者而各異 其合併症較少 有全經過中僅來一次或數次者 但大多數患者 均不時反復咯血 而速現肺炎加答兒症狀 如此時行適當之治療 多收良效 據一般之經驗 以咯血爲先發症狀者 多豫後佳良 然於咯血後體溫依然不下降 而稽留或且上昇者 多已迅速進行 他部分之結核性疾患 或起乾酪性肺炎 要之咯血後而體溫不下降者 乃豫後不良之兆也

(七) 外傷型

外傷後續發肺結核者亦有之。如胸部受外傷後而來少量咯血，經不久而治愈，然於對週或數月後，感覺全身衰弱，咳嗽，而發普通之肺炎結核。

診斷 初期結核之診斷極為重要，因確診早晚，於本病之豫後上有重大眩差異，但如為他種疾患而誤診為結核，亦適足與患者以精神上之重大打擊，而感無上之苦痛，故須應用各種方法以期詳確為要。對於潛伏性初期結核尤須注意，即對於貧血、慢性胃腸障礙、下痢等之患者，須行肺之反覆診查，慢性及再發性氣管枝炎，亦能釀成結核，故遇有凡患本病，而仍從事於職務者，或有本病之遺傳的關係者，以及周圍有本病患者等之事實，既往症須特別留意。

初期結核診繼之緊要事項，為顯慮肺之變化，及一般傳染症狀是也。於咯痰中，檢出結核菌者，其診斷自屬確實，但即未証出結核菌時，亦須詳細診查，各處，此蓋治療法須按各處症候而施行，且豫後亦頗有差異故也。茲時各種檢查法述之於後。

視診 呈癆瘵胸者頗多（但慢性結核患者，其胸廓有充分之擴張力者，亦頗不少須特別注意）一般須於坐位，或立位行之，常能發見一側胸壁之呼吸運動不全，或胸廓之形狀不同，肩胛不同高等（此時須注意打診及聽診之音響之差異），又在左右腫孔之不同大，乃緊要之初期之症狀，此因患側交感神經受結核性變化，呈刺激症狀而發患側腫孔擴大故也。

打診 先定肺之境界 尤以肺尖之高低故爲必要 因初期結核幾常來肺尖境界之狹小 即肺尖縮小之意也

打診音響 多因空氣減少之故 較健側高短 變化較輕者 可行兩側比較 及自下方向上方推進打診 而可明晰 一般肺尖結核 多兩側不同 但兩側同時感染 亦非必無之事

聽診 爲診察中之最要事項 且可依聽診之所見 與打診相對照以推測其爲活動性病變與否 肺尖部之聽出水泡音者多爲結核性疾患 (但流行性感胃後之急性氣管枝炎時 於相當期間在肺尖部可聽得水泡音 及鼻疾患 尤以小兒之鼻疾患時 因防碍鼻呼吸而管口呼吸 致有時於肺尖部 聽得此種水泡音不可不知) 其水泡音 多爲小水泡音 中大水泡音亦有時聽得 如能聽得有響性水泡音 則已爲定性結核 有時上肺部均能聽得囉音者 水泡音之聽得部位 以鎖骨上窩 棘上窩 爲顯著 亦有時於鎖骨下方及腋窩部聽得之 但須注意者即初期結核 有不自肺尖起始者 故須行全肺部之詳細診察 水泡音之性狀 行深呼吸咳嗽後最爲鮮明 初期結核亦有自初即能聽得摩擦者 呼吸音之變化 極不一致 有長期不變化者 有微弱斷續性者 有粗糙及聽得不定呼吸音者 呼氣多延長 銳利不純 (但常人之肺尖 尤以右側或第一肋間 亦多有呈此種變化者)

Rosen 線檢查 在初期結核時之X光線所見 與常人之差異極微 故雖熟練之士 亦有時苦之 且其映影之變化 爲陳舊性 抑爲新發性之鑑別 亦幾不可能 故早期診斷 多不用之 但依X光線檢查 有時

能檢出廣汎性、確定結核 及數次檢查對照 能知其爲已治愈者與否 故有檢查之必要

咳嗽 幾爲初期結核之早晚必發症狀 但其他各種原因 均能誘起咳嗽 如氣管枝炎 肋膜炎 以及胃腸疾患之反射性咳嗽 或神經性咳嗽等 須長期觀察其性狀以資參改

咯痰 咯痰之檢查 於本病之診斷上 極爲重要 但初期結核咯痰量一般較少 或竟缺如 其痰呈粘液樣 有時混小膿塊 行顯微鏡檢查 有多數淋巴球 此時搜尋結核菌爲緊要之事 陽性者即可確診爲肺結核 但初期結核呈陰性者亦居多數 一般醫者之臨床經驗 初期結核之咯痰檢查 結核菌呈陽性者僅約

二十%許耳

聲音嘶啞 常人之發聲 如有長期聲音嘶啞者 須疑爲結核 行喉頭鏡檢察 以尋其原因 如聲帶無特別之變化 則更爲本病之疑診

咯血 多量的咯血 多半因結核而來少量的出血 有時須與齒齦 喉頭 咽頭 後鼻道 口腔等處之粘膜出血相鑑別

體溫 亦爲本病之緊要症狀之一 進行性肺結核多體溫上昇 但慢性者 雖有輕度變化 多不發高熱 僅於下午 尤以夕刻呈輕度的上昇者爲多 但須注意各種慢性疾患 於午後多有發輕度消耗熱者 不可不慎 倘如朝高而夕反低 或時時變化者 雖其溫度在三十七度以下亦有結核之疑 (Hyperthermie 患者因精神感動而來 皮膚溫度之差異 可於肛門中檢查以區別之)

盜汗 亦為初期結核之常見之症狀 但其他傳染病及熱性病之恢復期 產後等 亦有時有之須行鑑別

營養狀態 初期結核患者 多有皮膚蒼白 食慾缺損 營養不良 身體瘦削者 但其他疾患亦有見之

脈搏 於結核之全經過中 依症狀之不同 雖有各種變化 但極為複雜 故僅可參考而難為確診之

助

「附」 初期結核之特種診查法

結核之特種診斷法 即 *Tuberculin* 反應檢查是也 但其診斷的價值 已如前結核免疫及過敏性項下所述

即曾患結核者 對 *Tuberculin* 有過敏性 而健康者則不呈何等反應 雖然其操作雖不困難 然其反

應判斷之意義 則甚複雜困難 故一般除小兒之結核診斷有必要 大人用者較少 因不確實故也茲略分述之

(1) *Proneel* 氏皮膚反應此法 與種痘略同 即於前胸用 *Koch* 舊 *Tuberculin* (原液不稀薄者塗

擦於刺破處) 刺破表皮不出血為宜) 另外為對照計 行一僅刺破 而不塗擦 *Tuberculin* 者 一般於廿四

小時至四十八小時後 如該部周圍發赤腫脹 而生丘疹 呈圓形或不規則形 大約十 *cm.* 或二十 *cm.*

許 則為陽性 即曾患結核之意義是也 對照部則毫無反應 倘係結核患者 有時附近淋巴腺腫大 淋巴

管發炎 及體溫上昇等 但不多數日即消散 不過上述之法 於五歲以下之小兒 比較確實 大人則價值減少

(2) Wolff-Eisner 及 Carmack 氏結膜反應 此法係於下眼瞼結膜 滴下1%舊 Tuberculin (小兒則用 0.5% 或用1%) Tuberculin-Vaccin 軟膏塗布於下眼瞼亦可) 普通於十至十二小時後 則呈反應 至二十四小時達最高度 經二—三日後 則消退 依反應之狀態 分(1)弱反應 即眼瞼結膜及淚阜處發赤腫脹是(2)中反應 即眼瞼結膜之強度炎症狀同時眼瞼結膜亦呈症狀是(3)強反應 即全部結膜呈高度炎症狀態 時來結膜下出血 及膿性分泌物增加是也 本反應如為陰性 亦不敢決定 其為無結核 因初期結核時為陰性故也 如為陽性則表示 為有活動性結核存在(但有時亦不確) 惟本反應有眼病 腺病質 及乳兒等均須禁忌

上述方法以外 尚有 Moro 氏皮膚反應 Mantoux 氏皮內反應等 然皆可供參考 而不能供確診 其比較確實 而無妨礙者 為 Tuberculin 之皮下反應 但其操作複雜 且禁忌甚多茲姑從略 經過 初期結核之經過 依患者之體質 菌毒力之強弱 頗有差異 一般者多徐徐進行 全身症狀亦不著明 僅有少許自覺症狀 但亦有呈全身著明症狀 而不堪執行業務 體溫上昇(三十七度以上)脈搏少頻數 其中有時少行增惡 但依治療或靜養 多又輕快 他覺診查亦然 增惡時有小水泡音 及呼吸變調 輕快時則又減退 如仍勞動執業 則又進行 致肺尖部漸次萎縮 於日後漸發咳嗽 食慾減退 輕度發熱

盜汗 此時依休養或適宜之治療 雖仍然能恢復輕快 但其恢復程度 則漸次減退 終乃移行於下述確定期結核

2, 確定期結核 Phthisis Confirmata

確定期結核 與前述之初期結核 其解剖的所見 診斷及豫後均無明辨之區別 一般以肺尖的結核病變 超出鎖骨下窩 及範圍擴大時 則可稱為確定期結核

症狀 確定期結核第一症狀 即為發現打診上之強濁音 及聽診上之有粗大水泡音是也 依病勢之進行

而漸向下方移動 及向他肺葉移行 亦能有於相隔之肺葉作新病灶者 此時有小水泡音及捻髮音 時來呼

吸音之變調 至後期則呈着明濁音 如小病灶數漸次增加擴大 終至侵及數肺葉 而來着明之破壞症狀

此時於咯痰中 能証明多數結核菌 及彈力纖維

此期之咳嗽 已漸頻繁 咯痰量亦增加 患者呈固定肺癆樣頭貌 有頰部潮紅 Wangerin 體溫之狀況

種種不一 但一般多發消耗性輕熟 亦有時體溫與內部症狀 全不一致者 發盜汗 Nicturitus 盜

汗之性狀 有時持續 有時缺如 體重漸次減少 亦有突減大量 而後長期停止者 亦有因相當之治療

而體重又恢復者

患者因羸瘦的關係 而鎖骨上下窩 呈強度的凹陷 致鎖骨突出 肩胛向前下方突隆 脊柱時發彎曲

咯血 Traemoptoe 亦為本期常見之症狀 但與初期結核之咯血 其趣略異 一般為不良之朕兆時 因出血

而引起病勢增惡。但因此而致失血死者，雖不敢云，必無依經驗上，尙爲少數。又有雖呈咯血的症狀，而疾病之經過無絲毫之影響者，亦非稀有。

經過 本期之經過，亦種種不一。但多數者，爲病勢一進一退。有時突然增惡，病勢進行，有時一時輕快，體溫下降，營養恢復，咳嗽及咯痰減少。患者自覺症狀頗爲泰然，但行理學腦檢查，則結核病灶反比前此擴大。至一定時日後，依身體之過勞，感冒等，而又增惡。如此輕快，與增惡，反復鬭爭，乃漸呈輕快，時間減少，增惡時間加多的狀態，而趨於末期。但此期加適當的休養與治療，非無停止治愈之希望。或半工作半休養，使病勢緩進，亦不致早期夭亡者，固亦可能。

診斷 非若初期結核之困難，但亦有時與其他疾患相誤認，或經過緩慢，自覺症狀輕微，而易看過。其最易誤認者，爲慢性氣管枝炎，尤以老年人之合併氣管枝擴張，及肺氣腫者爲然。因事實上兩者同時發生者，亦頗不少。致一方被看過而不覺。故慢性氣管枝炎，患者遇有疑惑時，可行結核菌檢查，及X光線診查爲要。又與後述塵肺（又名炭肺）之鑑別，亦有時困難。因塵肺亦係自肺尖初發，而漸向下方進行。時發輕熱，雖結核菌之檢查，常爲陰性。然結核患者之咯痰檢查，亦非常爲陽性。故唯一檢查法亦爲X光線是賴。

3. 完成期結核 *Pulvis Consumata*

完成期結核者，即不可救治之末期是也。本期與前述確定期結核無鮮明之境界。故果經過幾許時間，而達本期，乃不可豫斷之事。本期之特有症狀，乃空洞形成是也。因病灶擴大時發高熱（但有雖至末期而不呈

高熱或一時呈常溫以下者)及常有盜汗。於夜間覺醒。突然全身如出汗然者。而發冷汗感覺。全身極度疲倦。咳嗽。與喀痰。為患者至苦之事。時因喀痰粘稠。經幾許之努力。方得咯出少量。或因無力而不得咯出。致徒增疲勞。亦有因咳嗽而來嘔吐。

營養狀態。日益消瘦。宛如骸骨。雙睛突出。皮膚乾燥。容顏憔悴。面呈愁態。但此種患者。屢呈意外之長期生存。食量雖小。而仍能延長月餘。或數月之生命。此時肺之大部分。被破壞。但患者多不感強度的呼吸困難。此蓋因結核之末期。所賴以生存者。僅中樞系統之生活。其他各處之新陳代謝。極轉早趨於減弱。或消失。故少量之營養及呼吸即足。以維持故耳。

肺結核之末期。時發種種之合併症。而與患者以最後的苦痛。如腎臟炎。喉頭結核。腸結核。口腔之結核。性潰瘍。及腦結核與常見之各臟器之澱粉樣變性是也。

B 纖維素性結核 *Fibrous tuberculosis*

肺結核。均發纖維素性變化。其變化。有時較輕。有時擴大。如以纖維素性變化。為主發時。即特別型之纖維素性肺結核是也。此時多呈潛伏性。而經過這患者訪問醫師時。其疾患已顯着進行。犯及兩肺之大部分。而無醫治之餘地矣。亦有生前不知。至屍體解剖時。方發現者。或呈與普通型。肺初期結核同樣症狀。漸次進行。但聽診上無水泡音。喀痰至少。或無。及無熱狀態等。而可推知為本型結核。此種型肺結核。時因肺出血而招來失血死。但一般多呈良性經過。僅呈輕度的呼吸困難。至後期有時合併氣管枝擴張。及

肺氣腫

本型之診斷極爲困難 如有肺萎縮之症狀 須常慮及結核 而行喀痰檢查 及X光線檢查爲要

C 肺結核之氣管擴張型 *Lungenarteriolenach Bronchien Ekstasistypus*

肺結核患者之疾患 已趨治愈或停止進行 發熱完全缺如 但此時仍咳嗽 及喀痰反復出現 此多因鼻感冒下行 而發氣管枝炎 長期經過 而呈氣管枝擴張 故肺結核 如取本型經過時 其喀痰中缺乏結核菌 爲其特有

反之病勢進行中之肺結核患者 呈氣管枝擴張型者亦有之 平素無顯着之症狀 僅有輕度咳嗽 與喀痰 但因輕度感冒 或氣候變調 而一般症狀增惡 於胸部有廣汎性氣管枝雜音 但症狀輕減則又消失 要之本型乃呈氣管擴張的症狀 而與結核合併之特別型是也

D 急性肺結核 *Die Akute Lungentuberkulose*

1. 乾酪性肺炎 *Käsige Pneumonie*

急性肺結核者 乃臨床上 肺葉呈一致的結核性變化 進行恰如急性肺炎型之經過者然也 一般以呈乾酪性變性者較多 故名之乾酪性肺炎 但非均呈乾酪性變性 亦有時呈廣汎性膠性肺炎 或近似格魯布性肺炎者 故母寧稱爲肺炎型急性結核爲穩當

真正之乾酪性肺炎者 乃空洞內容被吸收 或腺結核之乾酪性物質穿通氣道時發之 故本型 肺炎發生以

前 能證明結核性肺疾患之存在 僅有少數例外 如初期結核毫未引起自覺的及他覺的注意 而突呈急性乾酪性肺炎者 此時屢續發肺出血

本症之最急性者 宛如格魯布性肺炎者 然於肺一葉或數葉 呈迅速浸潤 十乃至十四日已登鬼籍 此等狀態之生前的確診殆為不可能

其次呈亞急性 *Subacute* 者 亦屢有之 有時於外觀上 完全健康者 而突發本型結核 或於普通型結核之各期經過中突發本病

症狀 如為平素健康者 一如格魯布性肺炎者 然急劇發高熱 咳嗽 胸痛 鐵鑄色痰等 但一般發戰慄者較少 自患病之日起 患部呈氣管枝炎症狀 能聽得雜音 不數日而呈濁音 及發氣管枝呼吸音 捻髮音 且屢能聽得粗大水泡音 脈搏細小頻數 呼吸數增加 有強度發汗 尤以夜間為甚 呈脫力感 有時

呈傷寒樣外觀 但行詳細之肺檢查 方能鑑別 與格魯布性肺炎之鑑別 為雖能打出廣汎性濁音 但呼吸困難 及鬱血症狀缺如 患者反呈貧血狀態 即呈蒼白是也

喀痰的檢查 雖為必要 但難為鑑別之助診 因兩者 時呈同樣狀態 即呈玻璃樣粘稠性鐵鑄色痰 或呈褐色極靛色等 細菌檢查 有自初即能證明結核菌者 或行動物試驗 獲得陽性反應者 但初期多缺如

至後期破壞時 方與彈力纖維一同發見 其他雜菌 有時缺如 有時多數存在 倘發見肺炎菌 則診斷尤

易錯誤 (健康人口腔咽喉常見肺炎菌乃周知之事實) 纖維素凝固物 亦有時發見

尿中之 Diaco 反應 亦幾常呈陽性 但蛋白則缺如 脾腫亦稀有

經過 其初二三日間 雖呈纖維索性肺炎症狀 但不分利 其浸潤長期存在 有粗大水泡音 及多數有響

性水泡音 更經過相當時日 則發空洞症狀 其咯痰先期呈肺炎性咯痰 尋即迅速失去 而成粘液膿樣

至後期呈破壞症狀 時於咯痰中 有大小乾酪片 患者漸次脫力 食慾缺乏 體溫不正 有時下降成低溫

轉歸 *abscess* 終至形成空洞 而趨於死亡 死亡之時期 多在六週後 空洞形成 開始時 有時死於乾

酪樣物質軟化時間 或亦有將軟化物質排出 而形成空洞 其後食慾佳良 營養恢復 於數月間呈治愈樣

外觀 但此時非完全治愈 乃係經過於慢性空洞性結核下 至數年後終至死亡 間或有肺浸潤過小 不呈

乾酪變性 而趨完全治愈者 亦非必無之事

診斷 在多數時 均易先誤診為格魯布性肺核 但以前有結核及結核嫌疑時 如呈不定型肺炎樣症狀 則

須疑為本病 其發熱不規則 呼吸困難較少 顏貌呈蒼白色 血液中有白血球減少 尿呈強度 Diaco 反應

痰中無結核菌 則更須疑為乾酪性肺炎 但此時 即有肺炎菌 亦不可即斷定為非乾酪性肺炎 此時綠

色玻璃樣喀痰最為緊要 如發見結核菌 則診斷更為確實

2. 奔馬性肺結核 *Die kataplerende schwindstucht*

本病乃係呈特別急性肺結核是也 其病灶為多發 有自初即瀰漫於兩肺者 亦有與慢性結核相同 自肺炎

爲出發點者 但均迅速進行 爲本病之特徵 本病有時襲及 從來外觀健康之患者 或續發於肺炎疾患及稍進行之慢性肺炎患者

症狀 及經過 本病急呈高熱 而開始進行 此時局部之理學的檢查 尙無所得 僅發輕度咳嗽 或有於長期加答兒症狀後 毫無體溫上昇者 突然增惡 先發咳嗽 咯痰 尋即發高熱 亦有以咯血而起始者 本病之經過中 以發熱爲主要症狀 一般多發三十九度 乃至四十度之高熱 或更以上 亦有僅移動於三十八度上下者 熱型或呈弛張性或呈消耗性 多發盜汗 全身症狀甚急劇增惡 體重銳減 食慾缺乏 呈衰竭狀態 脈搏細小頻數 他覺的所見 依解剖的變化 而不同 本病之特徵爲須有長期時日方能發固定性 (理學結核症狀診查) 其在各處散在之小病灶 尙未崩潰時 一般無何等的他覺所見 至病勢進行始發著明濁音 呼吸音之變化亦頗甚 有水泡音及一時性摩擦音 如病灶過小 散在於各處者 全經過中能聽得粗大水泡音 及捻髮音 但打診上的變化極小 濁音水泡音及呼吸音之變化 自肺尖向下方迅速進行 呈著明空洞症狀

咳嗽亦頗不一 有呈乾性癢擊性咳嗽 有呈重症發作性咳嗽 亦有咳嗽極輕微者 咯痰在空洞形成後 其量甚多 且呈膿樣 屢含較大之壞疽片 否則不過少量而已

結核菌在有空洞及呈乾酪變性時 有多數存在 否則亦係極少數 與慢性結核相異者 爲有強度呼吸困難 呼吸數一分間能達五十乃至六十

合併症 歷合併腸結核 結核性腦膜炎 粟粒結核等 亦有時合併咯血而招死亡 倘合併症輕微 未至死亡 多延遲數週或數月 因全身衰弱而死亡 間亦有急性停止進行 經過良好 變成慢性 更生存數月或數年者

診斷 雖有時呈腸壅攔斯及流行感冒等 然但多因不明之發熱 而疑為本病 經細菌檢查而更確實矣 與粟粒結核之鑑別 頗為困難 但粟粒結核多有腦膜炎症狀 又依X光線而可確診

E 小兒結核 *Tuberkose in kinderalter*

小兒結核 乃易起全身汎發 並特犯及淋巴腺為其特有 乳兒結核 多先發汎發性淋巴腺結核 其後續發肺結核症狀 多因生母乳母及同居之結核患者 而傳染 及因結核牛之牛乳 亦為傳染之重要原因 本病之發病 或為續發性 如百日咳麻疹後之續發 或為獨立疾患 即原發性是也 患兒呈強度羸瘦 皮膚蒼白 體溫上昇 時發消耗熱 但亦有無熱者 肝臟及脾臟腫大 及多數淋巴腺腫大 有輕度咳嗽 呼吸困難時 因氣管枝腺結核 於胸椎上方 呈打音減弱 依X光線可得見腺腫脹 及肺根部之陰影 經過 本症多因腦膜炎而急劇死亡 但經過長期時日 保持生命者亦頗不少 診斷 有時困難 一般以X光線檢查為確定之唯一方法

F 氣管枝腺結核 *Brunchdrüsenadenitise*

凡一切結核性肺疾患 均侵及肺門腺 故有氣管枝腺結核 而無肺結核者頗為少數 但以肺門腺為原發性

結核疾患 肺之病灶極輕微 或完全治愈 而肺門腺之結核性腺腫大仍存在 或呈乾酪變性者頗多 故臨床上如見有肺部無變化 而呈結核性症狀者 多爲本病 本病爲結核之初期傳染 故幾常見於小兒期 如小兒呈不明的發熱 肺部無變化者 須先疑爲本病 臨床上最初發見之症狀 爲壓迫症狀 即因迷走神經 氣管 氣管枝 被腫大之腺結核壓迫 而發射激症狀 即咳嗽時呈強度咳嗽 而發嘔吐 致與百日咳區別困難 此時多發呼吸氣的呼吸困難 如壓迫交感神經 則來一側瞳孔散大 倘有壓迫迴歸神經而發聲音嘶啞 及聲帶麻痺者 倘腫大達較大程度 則於第二乃至第五胸椎之同高處 脊柱及其兩側打診上呈濁音 聽診上有不定呼吸音 及氣管枝呼吸音 並有氣管枝音強盛 倘爲進行性腺結核 則常有體溫上昇 血液中淋巴球增加 自覺的症狀 則感知患部的壓痛(即第二胸椎乃至第七胸椎)及限局性自發疼痛 患者呈顏色蒼白 全身倦怠 易於疲勞 食慾減退 心悸亢進 發盜汗等之一般結核症狀 腺結核診斷之要項 厥爲X光線之檢查 以視其腺腫大之有無 但其爲活動性 抑爲停止性 則難確定 故須與既往症 現症 自覺 他覺的等症狀 相輔而定 但腺結核已如前述 時有侵及肺部 或因腺結核之軟化破碎入氣道中 而發乾酪性肺炎 及汎發性肺結核 亦時有此例 間亦穿通氣管枝及血管 而發咯血等 故腺結核 倘無各種合併症 則多趨石灰化而停止 或治愈

G 老人結核 Tuberculose im Greisenalter

老年人結核 屢呈特有之經過 即大多數合併他種老年性變化 取慢性之經過 且結核的固有症狀 呈部分的 而不完全發現是也 症狀中最重要者 為理學的檢查上無充分之所見 此因老年人之胸廓硬固 依打診而傳達全肺 雖有濁音 亦難証出時 有少數水泡音 或有時缺如 此亦係老年人之呼吸表淺 其雜音為肺氣腫所掩閉故也 咯痰量亦甚少 體溫或有輕熱 或無甚經過 亦頗不一 多數患者係呈慢性氣管枝炎症狀 而不感惹大的痛苦 但亦有短期招來死亡者

伍 肺結核的症狀

A 局部症狀

(一)視診 依視診所能見出者 為特有之體質 即所謂肺癆質 *Thoms' physique* 是也 此種體質 一般身長較高 骨細 肌肉瘦弱 皮下脂肪缺乏 顏面蒼白 有頰紅 眼珠濕潤 放光 毛髮乾燥纖細 皮膚亦軟弱 於脊部時見有纖毛叢生 一般多稱之為饑餓毛 胸廓狹長扁平 即前後徑甚小是也 肋骨斜行 心窩部呈銳角 鎖骨突出 上下窩陷沒 肩胛骨露出 恰如鳥翼然 故有翼狀肩胛之稱 有此體質者 總稱之為麻痺胸 *Para-phosic thorax* 但須注意者 即此種體質 雖為肺結核之進行中之特別體質 然其他消耗性慢性疾患 亦能有呈此種狀態者 又肺結核中 亦非皆呈此種體質是也 除上述定型體質外 於初期結核 常能得見兩側胸型之輕度不同 或肩胛之不同高 鎖骨窩之深度不同 或兩側胸部之呼吸時運動狀態不充分等 至脊柱之少呈彎曲者 一般無特大之意義

內 科 學

(二)聽診及打診 肺結核之分類 及解剖上所見之變化 極端複雜 已如前述 故其聽診及打診上之變化 亦自多種多樣 本處所欲述者 非其全部 僅就其特別令人注意者 述之如下

打診上 規定肺之境界為緊要之事 依肺境界之移動 雖其變化甚微 亦有初期結核之疑 如有固定萎縮 乃進行結核之固有症狀 倘有高度萎縮 同時更須顧慮心臟及其鄰接臟器之移動

聽診與打診並用 雖能知肺之空氣含量 及分泌物之有無 但有時不能即刻定為何種病變 因新來之浸潤 與結締組織之變化 其質完全一致 故於結核之經過中 所發生之氣管枝炎時 誤認為結核性肺疾患 但如自初即精細檢查依返 復原次理學的所見 及喀痰 壅型 經過 一方顧慮肺之破壞狀況 新生物及 肺炎樣變化等 何者為主發 何者為續發 亦可判斷相當程度之確定 於新患部位之聽診 能先發見水泡音 或捻髮音 至打診上之變化 如音響減弱 須經長期後 方能發見 其後亦能發見大有響性水泡音 及氣管枝音 打診乃聽診上之變化 如呈與格魯布性肺炎相同者 多為乾酪性肺炎 或膠樣肺炎是也 反之如自初僅呈呼吸音之變化 有少數散在性之水泡音 及僅少之濃音者 多為小結節狀或氣管枝周圍型結核是也 至空洞症狀 即破壺音 有響性氣管枝音 鑼性呼吸音 有嚮水泡音等 須空洞達一定的大度 且內壁規則平滑 方能現出 雖然多數之肺結核性空洞 無具此等狀態者 故一時不易察知 然依一定部位之長期的有響性大水泡音 及其破壞症狀等 即可推想為空洞也

肋膜摩擦 亦為常見之症狀 即發見患部之摩擦音 及疼痛 但有摩擦音 而不疼痛 或發劇痛 而無摩

擦音者 固亦不少也

(三) Roentgen 檢查 肺結核之 Roentgen 檢查 極屬重要 多數之肺結核 可依此而得確診 或依此而能知病灶之大小及位置 初期結核 在肺根部 有暗影擴大 及向肺尖進行之索狀暗影 於肺尖部 早晚亦能發瀰漫性之暗影 而肺尖之差異雖極輕微 亦屬可疑 但須精於此道者 方能鑑出也 至進行性結核 則於上肺葉 先有不正形之索狀暗影 其後乃漸生瀰漫性暗影 及種種不同大之散在性暗點 於下葉 則先生單獨病灶 經過相當時日 則漸生多數暗點及索狀暗影 倘係重症時 則有多數之暗影 漸至互相融和重疊 乃至全呈黑暗 但一般較大之散在性稀薄暗影 乃係新生結節 產出少量之滲出液所致也 其限局性強度暗影 乃係表示有乾酪性變性 及石灰變性結節之存在也 有均等性稠密暗影者 爲肺炎性浸潤是也 有索狀或網狀暗影 係強度結締組織生成是也 但依 Roentgen 檢查 毫無所見 而病理解剖時 發見廣大之浸潤性變化者 頗屬不少也 肺空洞之暗影 爲固定之明影 周圍有暗影之邊緣 有時於其中 能見出液體者 但屬極少數 又肺結核患者之患側橫隔膜 較健側之運動減弱 爲初期結核診斷之重要症狀 但非每次所能見出者 又治愈之結核 亦有所見 但 Roentgen 檢查 已如前述 不能即刻判斷 其爲陳舊性 新生性 停止性 抑爲活動性 的後已愈者 未愈者 均不能確知 且有時與梅毒塵肺之鑑別爲不可能

(四) 咳嗽 咳嗽爲一般肺結核之第一症狀 且且全經過中 幾常常存在 但咳嗽之程度 則依發惡之時期

解剖的變化 及患者之體格 而各異 多數患者 於初期極爲少數 而不惹起患者之注意 僅於朝晨及談話稍多時 吸煙後 或在煙塵中時見之 又氣候變化 精神興奮時 亦多有之疾患 如少加劇 則咳嗽頻度增加 至後期則無分晝夜 致妨礙飲食 而引起營養不良 害及睡眠 而引起精神衰弱 而與患者之以許大的痛苦

咳嗽之性狀 其初多無喀痰 致常誤認爲習慣性 神經性 及咽喉喉頭疾患之所致 但後期早晚合併喀痰 爲除去喀痰之故 而發自動的咳嗽

(五)喀痰 喀痰亦爲肺結核之常發症狀 但其量頗不一 於病之初期 痰量甚少 其性質爲純粘液樣痰 至後期則呈膿樣痰 如氣管枝炎之喀痰者 然至空洞期 則呈特有之性狀 即置盛器中 喀痰塊呈平坦狀 投水中一部下沉 一部上浮 其上浮層中 有下垂之絲狀粘液物 係膿性痰 通過氣管枝時 爲粘液所包纏所致 但此種痰 在非結核性疾患 亦時見之 喀痰之量 在後有時增至半 (table) 以上 但亦有特別少量者 (雖有較大空洞 喀痰量特別少者亦有之) 又小兒之喀痰 多嚥下而不吐出 將喀痰置盛器中 有可得見有小豆粒大 至大豆大之白色 或黃白色之不透明體 一見之恰如面包片 或食物殘渣之周圍 包圍以粘液者 然其區別 在可用力壓碎 此種不透明體 在千八百五十一年 Victor 氏已唱定爲米小體 *Cornuella ovisoides* 並言爲有空洞 尤以不規則之空洞 常見之故 如發見此小體 於診斷上 頗有價值 此小體除有彈力纖維 以外並附有多數結核菌 故如發見 須行細菌檢查 但有

時與食物殘片相混認 且真正之米小體之發見亦頗不易 故須行他法以檢查細菌

在少數之痰 有異常着色者 即蒼綠色 黃色 紅色 (除混血液以外)等 此種著色 多係各種色素製造菌 綠膿菌 草綠黃色桿狀菌等之作用 而來者也

此外更有極少數之例外 肺中形成結石 所謂肺石 *lungstone* 者是也 此乃係由於石灰變性部分之燐酸石灰及碳酸石灰之異常沉着而來者也 其稍大者 有刺激症 則患有以排除之 當排除時 須經惹大痛苦 努力有痲痛及血痰等 但如除去後則痛苦頓減

喀痰之顯微鏡的檢查 非特於結核菌檢查有重大必要 對於其他雜菌 及一切細胞 結晶小體 纖維組織等 亦屬重要 故結核之各期 均有檢查之必要 一般對能檢出結核菌者謂之 曰開放性結核 無結核菌名之曰閉鎖性結核 於結核之初期 固多呈陽性 但在稍進行者 以陽性較多 倘鏡檢為陰性時 有時因行動物試驗 而獲得陽性者 菌數之多少 在一般上言之 係與疾病輕重相並行 但亦有例外者 又結核患者 不能因鏡檢上結核菌減少 而即指定為病勢輕減也 至結核菌含有量 依 *Chittenden* 氏表而有一號至于十號之別 (已詳之診斷學中)茲於不贅述 痰中除結核菌時因通過氣道 口腔 而混入各種雜菌 如連鎖狀球菌 醃膿菌 雙球菌 葡萄狀球菌 流行性感胃菌 白喉菌 大腸菌 痰中在細菌以外 尚有檢查之必要者 為彈力纖維 此乃破壞症狀之徵 並可依多少而決定豫後之良否 此外尚有口腔上皮細胞 白血球 *Chittenden* 結晶 及少數赤血球 脂肪針 及各種廢物

結核性喀痰 與普通氣管枝炎性喀痰 其主要區別 爲蛋白質含量之有無是也 (即結核性喀痰含有蛋白質管枝性喀痰無蛋白)

(六)呼吸困難之程度亦各不一 一般之肺結核患者 均無多大之自覺的呼吸困難 僅於勞動時有之 但他覺的則可察知呼吸數增加 及副呼吸筋之運動 又本病之末期 則多半患者 有自覺的呼吸的困難 而感覺不安 他如本病合併急性氣管枝加答兒 或氣管枝肺炎等 及本病急速進行等時 則多感有強烈的呼吸困難 至呼吸困難之原因 不外因呼吸面之減少 肺彈力減弱 肋膜癒着 或有肋膜炎及肺膨脹障礙等故也

(七)聲音嘶啞 肺結核時 雖不合併喉頭結核 但亦屢發現聲音嘶啞 因初期結核 常以此爲唯一症狀 又結核經過中 常見之喉頭加答兒 及少數例外 因回歸神經麻痺而來聲音嘶啞

(八)疼痛 胸部疼痛 雖爲結核常見之症狀 但完全缺如者亦頗多 疼痛之部位亦頗不同 常見者爲脊部前胸部 肺炎部 側胸肋間等 疼痛之原因 一方因肋膜有炎症的關係而發 故同時聽診有摩擦音 但亦有無摩擦者 又因咳嗽而發筋肉之牽引痛

(九)咯血 肺結核之四分之一乃至三分之一有合併咯血 一般青年及童年之肺結核合併咯血者爲少 壯年及老年較多 咯血之頻度 有全經過中僅有一二次者 有不時反覆者 咯血之量 有僅呈絲狀 點狀 混於痰中者 亦有咯出大量者 時至數百 cc 乃至一 litre 依一般之經驗 大量出血多在疾病之初期或末期 初期出血之理由 雖尙無十分解釋 末期出血乃係因空洞之血管出血 或空洞動脈瘤之故 因出血而

致直接死亡者 其例頗少大約不過千分之一耳 但出血後 多呈病勢增惡 及瀰漫進行等 肺出血之特性 爲不易凝固咯血之發作 或突然襲來 但一般多因不攝生 如劇烈運動 精神感動與奮等而來 在發作時 有全無何等自覺症者 然一般亦多伴有胸內苦悶 胸部疼痛 及不快感等之前驅症 又女子多於月經前 或月經期 發作咯血 咯血之狀況 多不過數小時即完全停止 間有少數之延長 數日而漸次停止者 在咯血後 體溫雖多暫時上昇 但多數患者 均不數日即行消退 如返復發見咯血 多爲疾病漫延進行之朕兆 乃豫後不良之徵

B 一般症狀 Allgemeine Symptome

(一)體溫 肺結核患者之體溫 一般爲慢性消耗性體溫 故其熱型極不一致 在進行性時期 多發輕熱 即三十七以上 乃表示爲活動性質故也 如爲靜止性時期 多無發熱 或反呈異常體溫 結核患者之體溫調節 一般有輕度障礙 於安靜時雖體溫無變化 但運動時則見體溫上昇 故其察知困難時 被看過 須於短期間 每隔二小時即檢溫一次 以視其變化之有無

肺結核熱型 因其各期及病變症狀之不同 而熱型亦甚複雜 一般自大體視之 可約分爲持續性熱型 弛張型 間歇型三種 但雖持續型 亦與普通型之稽留熱不同 即其熱差常在一度以上 耶弛張性熱是也 多午前三十七或更以下 而午後則有時特別上昇至三十九度或更以上 此之所謂消耗熱 *Exhaustive Fieber* 是也 多於末期或空洞期見之 又一般患者 多有高熱期 與輕熱期相間而來 或有熱期 與無熱期相間

歇 即間歇型是也 又時有所謂反對熱型 *Intermittent* 即朝高夕低 括之變動之差愈大 及體溫愈高 則預後愈不良 老人尤甚 但結核患者 對發熱之自覺症狀頗輕 且多於高熱時反覺輕快

(二)新陳代謝及營養狀態 營養障礙 為肺結核之主要症狀 多半之肺結核患者 於早期既呈羸瘦狀態 新陳代謝之障礙 於肺結核各期均各不同 且多不與病變相並行 外觀上特別肥胖之患者 其內部早已大部呈結核的病變者頗為不少 或羸瘦之患者 其病變之進行頗為緩慢者亦頗多 但無論何種患者 其末期均呈強度的體重減少 及營養障礙 然其後僅攝取少許之食餌 更能維持相當長期之生命

(三)發汗 肺結核各期均有不同之發汗 常於其他症狀未發見以前 已有本症狀者不少 但亦有至末期始發現者 或發汗呈發作性見之 發汗之狀況 其初僅於輕度運動精神興奮飲食等時 於前額 手足等處 有濕潤狀態 及冷感 至後期則於一切動作後 均來強度發汗 且於發汗後 呈冷感 及疲倦 又結核之特有的盜汗 即睡眠中 或睡眠後出現之發汗 致令患者覺醒全身如乍出浴者然 而感覺冷意 及倦怠 呈口渴及衰弱

(四)循環器 肺結核患者之心臟 一般多因循環障礙 而漸趨縮小 此因全身羸瘦 勿需多量血液之故 血壓初期尚正常 後期則低減 但血壓愈小 則預後愈不良 脈搏幾常呈頻數弱小 但初期時一般與常人無甚差別 又結核患者多因些小之動作 而使脈搏變調 是其特有 脈搏變化愈大 脈搏數愈多 則預後愈不良

(五)血液 肺結核患者血中之血球的變化 爲赤血球數之減少 血色素量正常 或減少 尤以初期及末期爲然 中間期變化尙少 白血球一般僅於末期增加 但亦有減少者

血中之細菌數 各學者之說互異 有言於結核之各期 均能於血液中証明結核菌者 有言結核患者血液中 在鏡檢查下所見出之細菌 爲抗酸菌 (亦係結核時所特有)之誤 因用該菌作動物試驗多不成功故也 故不可信 但結核末期於血液中 確能檢出真性結核菌

(六)消化器 肺結核患者 多有食慾缺損 或厭食 亦有有異嗜症者 多數患者於食後感覺胃部膨滿 壓迫腰痛及惡心 嘔吐等胃症狀 此等感覺於本病之初期 或末期現之 初期者係因患本病後之胃神經性消化不良 末期者係嗜下結核性痰 而呈消化障礙故也 又肺結核之經過中 胃之運動 及化學作用 多無甚變化 但亦有發現胃酸過多症 或胃酸減少症等 而致誤認爲胃疾患 且時於肺結核經過中 雖不合併腸結核 然亦誘起下痢

(七)筋肉 肺結核患者之筋肉 多異常羸瘦 且對刺激性異致亢進 故行筋肉敲打 則呈反射的收縮突隆 但於診上之價值甚微

(八)皮膚 皮膚多呈灰白色 乾燥虛弱 至末期則呈黧血 又結核患者之皮膚 有癩風者頗多 及末期多發皮膚皸癢疹 毛髮乾燥脆弱 易脫落 指甲亦然 及慢性結核之鼓搥指 乃常遇過者也

(九)尿 一般無特別變化者爲多 除合併腎臟炎外 亦無蛋白 但肺結核尿之特異者 即 *Diastase* 反應

之呈陽性反應者 多爲重症期 且屬預後不良之兆 尤以急性肺結核之尿 幾會常呈 Dako 之陽性反應 (十) 生殖器 肺結核患者之生殖機能 多呈興奮性 身體雖衰弱 但性慾多旺盛 故肺結核患者 直至死前 生殖能力亦不減退 而有房事過度之傾向 此因患者癡癡之地多屬幽靜 機會較多 且患者精神狀態變化 缺乏克制心之所致也 但亦有自初期既性慾減退者 女子患者 月經亦多無變化 僅於末期不調 但亦有自初期 既異常 或末期仍正常者 又月經期時來代償性肺出血 受孕及胎兒發育亦正常 僅末期多不妊

(十一) 神經系統 肺結核患者 幾全呈神經過敏 而發神經衰弱 於初期時 兩者合併 致互相誤診 於進行性肺結核 神經衰弱 能使經過有較大之影響 患者之思想記憶力多不衰落 而反呈敏捷 精神狀態多變調 或呈強度悲觀 如死已在目前 拒絕醫治 而與看護醫師及家人以不便 亦有精神豪放 病雖重篤 而仍有治愈之自信力 計畫病後之新事業 若不勝其愉快者

陸 肺結核之合併症

肺結核之合併症 概分之有二 一爲結核性合併症 二爲非結核性合併症 又因細菌毒素所發之合併症 即澱粉樣變性是也

(一) 腹部臟器之澱粉樣變性 肺結核時 常發見肝脾腎及腸之澱粉樣變性 但澱粉樣變性之程度頗不一致 有極輕微不易辨知者 有特重而招來死亡者 其診斷非常困難 其所顯出之症狀 在生活體內 於肝脾

則呈腫大 於臍即發現劇烈之下痢 於腎則發現尿中含有蛋白 同時腎之特性為蛋白含量特別動搖是也 且多數之臟器同時均呈變性者較多

(二)腸結核 肺結核合併症中之最常見者為腸結核 約占全肺結核患者之半數 乃至五分之四 肺結核如合併腸結核時 則益呈營養不良 而使患者陷於衰弱痛苦狀態 其下痢多見於夜間或清晨 於排便前 屢發腹痛 但須注意者 即肺結核患者 雖不合併腸結核 亦時因慢性腸炎而發下痢

(三)喉頭結核 於肺結核之末期 屢合併喉頭結核 亦有於初期發現喉頭結核後 而方知有肺結核者 但原發喉頭結核則屬稀有 喉頭結核之重要症狀 即發聲障礙是也 初期時不過為發聲困難是 後期則陷於無聲症 及喉頭性咳嗽頻發與疼痛等是也

(四)肋膜炎 在肺結核之各期 均合併肋膜炎 乾性肋膜炎 常為肺結核之初期症狀 進行性肺結核 亦多助膜肥厚 及癒着 濕性肋膜炎 雖亦能合併 但較乾性者其例特少 尤以合併大量滲出液 更為少數 如合併時 其滲出液為普通漿液纖維素性 亦有為化膿性及出血性者

(五)氣胸 氣胸亦為肺結核時常見之合併症 如合併氣胸 則患者突覺胸內劇烈疼痛 及呼吸困難 且多續發漿液性氣胸 及膿氣胸 但須注意者 即肺結核之合併氣胸者 如不續發前述漿液氣胸 及膿氣胸 則呈輕快的狀態

(六)骨關節筋肉的變化 於肺結核之經過中 有時合併骨關節 及筋肉等之結核 又結核患者之各處皮膚

雖常有與結核菌接觸之機會 但事實上 肺結核而合併皮膚結核者 或狼瘡者極爲少數

(七)其他咽頭 口腔鼻咽之粘膜炎 時有合併結核性潰瘍者 血液中有於末期發現血塞 神經系統時 發

見結核性腦膜炎 及有發見神經炎 或神經痛者 腎臟亦時發腎臟炎 消化系統 有發結核性腹膜炎 及

結核性胃潰瘍者

(八)非結核性合併症 肺結核時於身體各部 均有抵抗減退 故易患感冒 慢性咽頭炎 慢性喉頭炎 慢

性氣管枝炎等 但如於結核經過中 合併急性傳染病時 多招來惡影響 而使病勢迅速進行

染 肺結核之預後

肺結核在昔 原爲不治之疾患 但至現今依醫學之進步 而其預後已有顯著佳良之轉趨 此爲一般所承認

之事實 此係如早期診斷 行適當之治療 及休養 不難使病勢停止 間或趨於治癒之故也 即在確定期

或空洞期時 如療養適宜 亦可減輕症狀延長壽命

肺結核之絕對的預後 固屬不良 但果能短縮患者幾許之生命 現尙無正確之統計

但肺結核各種時期之預後 其決定上頗屬困難 有從來視爲輕症之結核 似無何種之危險者 不數月而登

鬼籍 或從來視爲重症之肺結核患者 已若死在旦夕者 而意外延遲生命 亦屢見不鮮 故預後之主要決

定 仍以疾病之內部病變 患者之體格 療養之狀況 經過中合併症之有無 患者之精神的肉體的之刺激

之有無等 而大有不同也

急性肺結核 即乾酪性肺炎 奔馬性肺炎 與多發性粟粒結核 其預後乃絕對的不良 多不出數週 或數月而死亡 而慢性中之纖維素性結核 始可稱為肺結核中之最良性者 但可惜者其診斷多困難 迨確定時 已將治愈之時機過去矣

自肺炎以外部分 呈初變的病型時 多進行迅速 預後自屬不良 又依經驗上 左側肺結核 較右側之進行為速 故預後較為不良

依結核之症狀 即排出多量之彈力纖維 及排出多數結核菌者 多屬不良 尤以疾病之初期 即呈上述症狀者 為然 末期之細菌數 其價值已少

決定結核之預後 體溫亦有重大之意義 即屢呈不定性消耗熱 及朝高夕低之不正型熱者 多為不良之徵 肺結核之預後 依診斷之早晚治愈機會之過去與否 及一旦呈治愈或停止之病灶 其後更否從事於勞動工

作 有密切之關係

結核之預後 與經濟狀況 即貧富有重大之關係 即經濟充足者 得適當之休養治療與轉地療法 營養療

法 及電氣治療等 而可得到較良之經過 結核之預後又依患者之精神狀態而殊 即比較樂觀 且服從一

定醫師之指示 有堅決之信仰力者 其預後較良 在精神恍惚 狐疑未決 無一定醫師之信仰力 致療法

不定 忽東忽西 非特無功 且適足縱逸病勢 當招來不幸之結果也

至如過度的恐怖 悲觀 及雖疾病之初期 而自覺方面已決定必無生理者 其預後當然極端不良也

肺結核之療法

(一)預防法 1. 隔離 在可能的範圍內 肺結核患者 須與健康者行絕對的隔離 結核患者之喀痰 絕對不許隨地唾棄 須唾置痰盂中 至痰盂中之液體 普通水即可 固不必須何等之消毒藥液 傾棄時 以傾入便池為最宜 但如對公共衛生不完全之地 仍以於痰盂中 置石炭酸或 $Lysol$ 等消毒液為宜 對於重症患者 可用手紙 或手絹包取之 然後置一處行燒却消毒 對於手指及洗刷器具 痰盂 須行嚴重消毒 3. 患者衣類之處置 以蒸汽消毒 消毒液噴霧 日光消毒等為宜 4. 居室之清潔 以不用 荳蔻等 而用濕性拂拭 以免引起塵土飛揚 如患者已遷出 可用 $Formaldehyde$ 瓦斯消毒 5. 授乳問題 婦女結核患者 以不授乳為宜 乳母宜嚴重檢查後授以 如用牛乳亦宜嚴重消毒 6. 結婚問題 結核患者 之結婚 於輕症者 雖雖嚴格的限制 但多於結婚後增惡 尤以婦女易於傳染 及病勢須有相當之顧慮及 注意 7. 一般人須勵行 不時身體檢查 並講強壯療法以資抵抗

(二)食餌療法 肺結核之療法 既不能如腸胃扶助及肺炎等之期待 又不如白喉及猩紅熱等之有特效血清 治療 而一般藥物療法 僅不過為對症補助療法而已 故其治療第一要義 為謀營養之增加 而圖抵抗之 加大 是以食餌療法 頗為重要 關於食物選擇 須顧慮患者之好惡 易於消化與否 並熱量之多少 先 以混合食為最佳 茲擇其重要者列下

1. 肝油 為肺結核常用之食品 在一般無熱期 無下痢者 及食慾良好者 尤以小兒等為適用 但夏

季以不用爲宜

2 鷄卵 (必要時祇用卵黃) 豆乳 魚肉 軟性獸肉 鳥肉 牛乳等 均爲適宜之食品 但須注意 即牛乳之服用 有胃擴張 及胃弛緩者 以不用爲宜 有下痢者 須加入石灰水少許 (約二十分之一—十分之一) 對於嫌惡牛乳者 可酌加咖啡 薄荷 茶 水 食鹽 糖 杏仁水 葡萄酒等

3 酒精性飲料 原爲有刺激性物品 故宜禁止 但如患者爲酒客 或愛釀者 及食慾不良 輕熱 盜汗 不眠等時 可作有節制之試驗飲用

4 對於有熱患者 可選以低熱時攝食 或食前與以少量之 Pyramidon 0.1-0.2 或 Phenacetin 0.2 之頓服 使體溫少降 再行授食 對於因咳嗽而障礙食慾之患者 於授食前十五分鐘許 可用少量 Dionin 及 Morphine 之內服或注射 (但須間隔注意行之 以免發生禁忌症狀) 並可用不時含嗽 多能增進食慾 其常用及能使患者爽快之處方如下

Salol 1.0 麝脂蟲丁幾

Saccharin 0.11 薔薇油 二滴

薄荷油 五滴 無水酒精 100.0

以上混和置滴瓶 內用時於水中滴下相當量即可含嗽

5 Inulin 肥胖療法 近來用 Inulin 注射法 同時食多量含水炭素食品 可達到肥胖目的 而與結

核治療上 以好結果 其法係於食前半小時 於皮下注射 Insulin 五單位 而後授以含水炭素性食品 其後 Insulin 可由五單位而增至十二—十三單位 並可同時於靜脈注射 10% 葡萄糖液 20—30 cc 亦有良效 因 Insulin 之注射 不但能催起食慾 且可使一切消化液分泌充進 而增加消化 及吸入之能力 並能使 Glykogen 蓄積 故可達肥胖目的 但須於較長時期適用 最小限亦須有一個月之經過

(三) 休養療法 即靜臥 呼吸新鮮空氣 及行日光療法是也 肺結核 原為慢性進行性傳染疾患 患者 故除行營養療法以外 於經濟及時間 可能範圍內 須勵行休養療法 以圖病勢停止 而謀恢復健康 故近來於氣候適宜 風景清幽之地 均有結核療養院之設立 茲一一述之

1 靜臥療法 肺結核患者之行動 原來避免劇烈 於必要及有熱期 更須勵行靜臥 即絕對安靜 因初期結核多因安靜而獲得停止進行 並可與治療上以治愈機轉 在有熱期之靜臥 須降熱後 約二十一—三十日之常溫後 方可許其步行 其後視經過之良好 而漸次增加距離 及一般輕微動作 但仍須注意體溫之狀況 溫差在 0, 五度以內 為有效無害 及步行後三十分鐘體溫脈搏恢復正常狀態為原則 至完全呈治愈狀態後 每日亦須相當時間之靜臥 及食後定性一—二小時之靜臥

2 呼吸新鮮空氣 無論患者病勢之輕重 及顯着症狀之有無 均須於可能範圍內行下列各種程度之實行 (甲) 特重患者 於無風時開放門窗若干時 (乙) 較重者及略輕者 可將病床移至有日光處之門窗傍 開放門窗若干時 (丙) 一般輕症患者 可於日暖風和時 將病床移至日光下 靜臥若干時 (丁) 普通無顯着病患

者 須不時行室內及室外之呼吸新鮮空氣療法。但須注意者即勿令患者感冒是也。

3 空氣浴 在輕症無熱患者 於能借受之良好天氣時 行大氣中之裸體靜臥 每日自十分起至三十分鐘止 對於貧血不眠神經衰弱 甚有著效 但微熱患者 雖勿須禁止 然每日以不超過十分鐘為宜。

4 日光浴 肺結核患者之日光浴療法 頗有卓效 於高爽地行之尤佳 陰濕之地 則非所宜 日光浴法 其初以先自足部起始 漸次由腿至腹胸 而至全體 一次之時間自五分起漸次增至七—十五—三十分 最後可達二小時 回數其先可隔日 漸次至每日 最後可每日兩次(上午下午)有日光浴室者 何日均可施行 因其能調節故也 否則須避免天候變調等 又夏季炎熱 日光過強 日光浴之時間 須鏡蔽或停止為宜。

(四)轉地療法 肺結核之因轉地療法 而獲經快或治愈者頗多 一因氣候之變化 及生活之改調 二因精神之爽快 能使新陳代謝旺盛故也 尤以早期施行為有效。

1 土地選擇 一般冬季則選擇南方 如我國之杭州 廬山 莫干山 夏季則選擇北方 如北戴河 青島 鷓鴣山等地 主要以合於患者之要求 不感刺激為原則。

2 各個症狀下之細則 在加答現症狀(咳嗽、咯血)強盛時 以南方乾燥地為佳 有乾性咳嗽時 則以南方濕潤地為宜 有喉頭炎症狀 則宜暖濕地方 禁居塞地 合併肋膜炎者 不宜山居(高地)轉地之時期 在冬末春初及秋末冬初時 氣候之變化過大 似屬不宜 又轉地之時期 以無風期為宜。

(五)藥劑療法 藥劑療法中細分之 依其目的不同 而有原因療法 強壯療法 及對症療法數者

A 原因療法 即 Tuberculin 療法是也 自 Koch 氏發見以來 有多數學者研究 及採用其中以

Koch 氏舊 Tuberculin 法用者較多 此種療法 雖似為最合理的原因療法 但有時因之反增加病勢

故施行以前須加特別注意

1 Tuberculin 療法之適應症 僅用於肺結核之初期 (即未超出肺尖結核範圍者) 及無熱期 或輕

熱期

2 Tuberculin 療法之禁忌症 有心臟疾患 咯血 貧血 及其他系統之重症患者 雖在肺結核

之初期亦屬禁忌

3 注射要領 在起始注射時 以四—七日之間隔為宜 自小量起始 而漸次行微量增加 部位以肩胛

間部皮下為適宜

4 稀薄法 「A液」用舊 Tuberculin 原液 1 cc 加 0.5% 純石炭酸 食鹽水 9, 0 cc (本液每一,

0.3 中 Tuberculin 之含量為 0.1 g)

B 液 用前述 A 液 1, 0 cc 再加 0.5% 石炭酸食鹽水 9, 0 cc (本液中之 Tuberculin 含量

每一, 0 cc 中為 0.1 g)

C 液 用前述 B 液 1, 0 cc 更再 0.5% 石炭酸食鹽水 9, 0 cc (本液體中每一, 0.3 中 Tuberculin

之含量爲 0.001 g)

D 液用前述 C 液仍用同法稀薄之 (本液體中每一, 0.3 之 Tuberculin 中含量爲 0.0001 g)

5 用法 無熱患者 而 Ehrlich 氏反應 呈弱陽性者 亦須自 D 液 0.1 cc 起注射爲宜 每隔三日增加 0.1 cc 而漸次前進至 D 液 1.0 cc 時 再每隔四日自 C 液 0.1 cc 起注射 仍隔再四日加 0.1 cc 至 C 液 1.0 cc 時 再每隔五日自 B 液 0.1 cc 起注射 至 B 液 1.0 cc 再每隔六日 自 A 液 0.1 cc 起至 0.5 即可中止

在前述方法注射期間 時時注意患者之反應有無發熱 及水泡音之增加 如有則下次之注射量或少減或不增 又對反應過敏之人 其注射之增加率 可再用緩進法 務令其無反應爲宜

此外尚有 Tuberculin 之類似製劑多種但均屬利害參半

B 強壯療法 即增加患者之抵抗 另一方面謀其病理組織之變質等是也

1 Kreosol 劑 以前言 Kreosol 爲肺結核之特效藥 自小量以漸次增至大量 而實用之但現僅爲食

慾增進劑 用其長處在能長期漸次增量用之 其製劑及用量擇其重要者列下

Kreosol 1 日量, 0.2—1.0, 五

Guaiacol 1 日量, 0.1—1.0, 五 (爲 Kreosol 之主成分)

Kreosolol 即蒺藜 Kreosol 1 日量 0.5—1.0

藥 科 舉

Durol 即炭酸 Guaiacol 1日量 〇, 五—11, 〇
 Thiozol 即 Guaiacol 硫基酸加里 1日量 〇, 五—13, 〇
 Strakol 即 Guaiacol 肉桂酸 1日量 〇, 五—13, 〇 此劑有止瀉功用 故有腸結核時可與 Tannalbin 並用之

Fagal 及 Pneumia 二者均為 Methylkreosol 1日量 〇, 五—12, 〇 此外尚有多種 其功效略用 茲不一盡述

2 Heol 即肉桂酸鈉 用 1—5% 水溶液 每隔 2日自 〇, 五 起 於靜脈內注射 可漸次增至 25. 〇 m. s. 但有嗜血及高熱時須中止

3 亞砷酸劑 如亞砷酸 Cardiac 酸曹達 Aoxyl Fowleri 水等 近來有用 Salvarsan 者 但其效力甚微

4 Chinine 劑 如鹽酸 Chinin 硫酸 Chinine 之小量服用 Eucelmin China 皮煎劑浸劑等

5 鐵劑 常用者為林檎鐵丁幾 沃鐵含 與成藥沃度 Ferratose 朥素 Ferratose 及各種 Blitose

6 磷製劑 如 Phyin Chinine Phyin 次亞磷酸鈣 甘油磷酸鈣 及 Tchin 製劑 Leichol orolechin

7 鈣製劑 如乳酸鈣 沈降磷酸 石灰等之內服 及鹽化鈣 葡萄糖鈣等之注射

C 對症療法 即依肺結核的症狀 而分別治療之謂也 如體溫高時 則用解熱劑 嗜痰過多 則用法

痰劑是也

I 對體溫過高時之處置 即解熱劑之應用是也 因肺結核患者 如長期發熱 須有解熱之必要 但對衰弱之患者須用小量 以漸次增量 又用二三種解熱劑 同時使用如 *Aspirin* 與 *Pyramidon* 併用或 *Anaivyl* 與 *Phenacelin* 併用等 時其效力較大 用解熱劑發汗過多者 可併用薄荷越發斯 茲擇其常用者列下

Pyramidon

一日用量 〇, 三—〇, 六

Aspirin

一日用量 一, 〇—二, 〇

Phenacelin

除解熱外尚有鎮靜作用 一日用量 〇, 八—一, 五

Lakphenin

同前對不安不眠有效 一日用量 〇, 五—一, 五

Dipprosal

效力亦同前 一日用量 一, 〇—一, 五

Antifebrin

一日用量 一, 〇—二, 〇

Eucimin

一日用量 二, 〇—三, 〇

Erbon

於低熱時 頗有效 先用四, 〇其後可漸次減量

marelin

一日 〇, 二—一, 〇, 四 時有副作用 須特別注意

Nat. salicyl

一日量 一, 五—二, 五 合併助膜炎時多用之

內 科 學

二九九

Chinine 一日量〇,三一一,〇

對頑固性熱 非常有效 但不宜長期使用 因有時引起心臟衰弱 及貧血故也

2 對於咳嗽 可視其性質 如為喉頭及咽頭之炎症 可行吸入 及含嗽療法 乾性咳嗽 有時須用鎮

咳劑 但濕性咳嗽 則多不用 或禁用 常用之鎮咳劑為

樟酸 Codein 一日用量〇,〇三二〇,一 為鎮咳劑中所最常用者 因其習慣性較小 且不呈便秘

症狀是也

Dionin 一日量〇,〇一一〇,〇五 鎮咳之效 雖強 但能引起便秘 其習慣性在 Codein 與

Morphine 之問

Doveri 氏散 亦常用之 一日量〇,三一一〇,八

Opim 安息香酸丁幾每次二〇滴—五〇滴 一日數回內服 莫若越幾斯 一日〇,〇四一〇,〇八內服

Cadamin 夜間咳嗽過劇烈者 可於午後行靜脈注射 一,〇 cc 時有效力

此外如咳嗽特別強甚 且合併呼吸困難時 可耐用下列數劑

鹽酸 Morphin 一日用量〇,〇一一〇,〇三三

鹽酸 Heroin 一日量〇,〇〇三三—〇,〇一

Pantopon 一日量〇,〇三三—〇,〇六

Paral 一日量〇、三—一、〇皮下注射

3. 對哮喘多者 或有氣管枝分泌物 可用祛痰劑常用者為

吐根浸劑 1:2—0.4 水〇〇、〇 或 senega 浸劑、〇—四、〇浸水 1〇〇、〇 或 Broch 三—四、〇加

水 1〇〇、〇 為一日量 三次分服其中可杏仁水 亞母尼亞茴香精 橙皮丁幾 Strychnin 丁幾等

如為腐敗性分泌物 可用 Threolin 油 石炭酸 Methyl. Icreol 等

4 對於盜汗之處置 於就寢前 飲少量咖啡 牛乳 白蘭地酒等 有時有效 或於溫水中 加五分

醋酸或酒精 將身體磨擦 然後撒布滑石粉 或 Danolom 等 亦有時奏效 此外室內空氣須常交換 溫

度不可太高 寢具不可太重 如仍無效者 可試用硫酸 Anopin 〇、〇〇〇五—〇、〇〇一或其製劑 As

arich. 〇、〇一—〇、〇五為散劑或丸劑內服 樟腦酸 1、〇—三、〇內服 Emydin. 〇、〇〇一、〇〇

〇二內服 或盜汗用各種催眠劑時收良效 如 Sulfinal Tiyonai veronal, Adalin 等之就寢前內服

5 咯血 咯血時 令患者絕對安靜 禁止談話 及精神的感動 雖醫師他動的診查 亦須禁止 如能

推知出血病灶之部位 則施以冰囊 同時圖心臟之安靜 亦施冰囊 或冷濕布 並且與以精神上之安慰

最為重要 例如告以些須出血無關生命危險等

咯血時 最必要之治療 除安靜外 第一須與以麻醉劑 以鎮靜咳嗽 常用者為鹽酸 Morph. 之皮下注

射 及 Codein Heroin Pantopon 等之內服 或注射 其次則為止血劑 常用者為麥角越幾斯

Elgolin, seceronin, Adrenalin, 過鹽酸化鈣液及白阿膠之內服或注射。Garcian (鈣) 劑之靜脈注射等。此外器械的療法。如有大出血可行四肢結紮。此為使靜脈血返流較少。則肺呈貧血的狀況而減少出血是也。

16. 胸痛 胸痛之原因主要為肋膜之刺激所發。故此時須用沃度丁幾。Iohydro chloroform 油等之塗布。芥子泥安敷膏等敷用。及 Salicyl 酸劑 salicyrin, Aspirin 等劑之內服。

17. 不眠 肺結核患者 屢有不眠症。其對症之療法 為 Salonal 1.0, Trinal 1.0, verona 0.1-1.0, 五 Adalin 0.3-1.0, 五等之內服。

18. 消化器障礙 結核患者多來消化不良 及食慾不良 故須避適當之營養 及消化 促進劑健胃劑之內服 常用者為規那皮煎 稀鹽酸 Condungo 越幾斯 單寧酸 olekin veronal 越幾斯 重曹 Diarsase 等劑之內服是也。

心理學的療法

1. 人工太陽燈療法

近且應用者頗多 但須注意下列數點 於有熱期 避免照射 及與一般刺激療法 相同 須於結核之有停止及治愈傾向者用之 方能收效 但對病灶之多少 廣狹無關 其使用方法 即第一次使用時 照射之部位 距離人工太陽燈 須有二米來 時間約三分鐘 以後距離逐漸接近(約以二次之間隔) 而接近約十

○E 許時間 每次或隔天延長三分鐘 至時間以三十分鐘 距離五十○E 爲限 每週三回持續至數個月

2. Koenig 療法 於初期肺結核 頗有效 而進行及後期者 則反多有害其功能如下

少量放射 能促進結核之增殖 對合併腸結核 能去疼痛 減下痢(但效甚微) 對喉頭結核照射後 雖暫增惡 但時其後則疼痛漸減增加治愈之機轉 對肺結核自身 則以無熱期 或輕熱期 最爲適宜 尤以小兒之肺門淋巴腺結核之效力最確實 如照射後 其自覺症狀輕減 食慾佳良 體重增加 即漸趨治愈之傾向也

3 水治療法 在肺結核各期 均可試驗施行 但須漸次施行 不可操之過急 以冷水摩擦 最爲適宜 對過敏之患者 可先施乾燥摩擦 以次微溫水 摩擦 而至冷水摩擦 及胸部微溫浴法 如有疼痛 可行酒精浴法 又微溫浴療法 (攝氏三十五度) 每夜十五分鐘許 對神經質不眠等 頗有效 如加食鹽水 對盜汗亦有效

(七) 外科的療法 即人工氣胸療法是也

其原理 即係利用人工氣胸時 患部肺臟壓迫 使其安靜 並使血流緩慢 促淋巴液之鬱滯 以防制細菌及毒素之散漫 且對局部有促進結締組織之增殖 而增加治愈之傾向 其適應症 以一側重症爲限 但如合併肋膜炎 或肋膜炎性愈着 以及有全身重症合併症時 均須禁忌(其術式及方法詳之於外科)

第九 肺膿瘍及肺壞疽 *Lungenabscess und Lunge zu Erosion*

內 科 學

定義 肺膿瘍與肺壞疽二者之區別 有時頗屬困難 因兩者之移行型頗多 其主要之差異 為後者除有化膿菌外 且有放惡臭之物質 一般在臨床上 無嚴格的區別故合一論之

原因 本病多因傳染性疾患之病原體 或肺組織間之血液循環不充分時見之 尤以合併一般衰弱患者 營養不良 酒精中毒者 易於感染 茲依發生上分下述各種

1. 自氣管枝發生者 加異物吸引 隨空氣而達諸氣管枝深部 彼各種傳染性口腔 後道 喉頭 咽頭等處 潰瘍屢能誘起本病 又氣管枝疾患 如腐敗性氣管枝炎 及氣管枝擴張 亦有時發生本病(但二者何方為原發有時決定困難)

2 自肺疾患發生者 如肺炎 結核性空洞內容物之腐敗分解 肺出血性栓塞 及後述之放線狀菌病 肺外傷 均能誘起本病

3 自鄰近臟器侵入者 如膿胸 橫隔膜下膿瘍 肝膿瘍 肝包蟲症 氣管枝附近淋巴腺之化膿 食道癌 胃癌 胃潰瘍等亦均能發本病

4 其他 如腐敗性血栓 或糖尿病偶能誘發本病

病理解剖 肺膿瘍 係肺組織間有充滿膿汁之小病灶 其大小不等 自豌豆大以迄於蘋果大 於格魯布氏肺炎 後續發者 一般較大 有時能侵及全肺 又肺膿瘍 有時為多數小膿瘍融合而為一大膿瘍 其中可分數室 膿瘍壁多不整 但後期 則多平滑 且膿汁亦多着色 於膿瘍空洞中時 有各種組織之索狀物 及

血管 如爲治愈之膿瘍 則成癰疽而收縮 呈閉鎖狀態 此時於該處之胸壁則異常陷沒

肺壞疽 則因腐敗細菌之作用而來 肺組織之異常分解 致起肺部之壞疽 此時患部呈灰白綠色 或灰白

污褐色 放腐敗樣惡臭 其後病灶漸次軟化 而崩潰 終乃液化 如將此種內容咳出 則生壞疽性空洞

在前述之膿瘍及壞疽之周圍有大小不等肺炎樣浸潤 其附近之氣管枝亦發炎症 且屢合併腐敗性氣管枝

炎 肋膜亦多被浸潤 而生乾性肋膜炎 或因膿瘍及壞疽之內容 穿通肋膜腔而來化膿性或腐敗性肋膜炎

症狀 依視診 常能見一側胸部之運動 於呼吸時減弱 或缺如 此因疼痛而限制呼吸運動故也 於急性

時多發劇疼 亦有僅呈輕度疼痛 或不快感者 偶亦有毫無疼痛者

呼吸困難 有較大之空洞時 或膿瘍與壞疽呈急性經過時 則發自覺的呼吸困難 至後期如發呼吸困難

乃因腐敗性毒素吸收 及心臟衰弱之徵也

咳嗽 因腐敗性分泌物之刺激 有不斷的咳嗽 且時因此而引嘔吐

胸廓之理學的檢查 一般有輕度濁音 不定呼吸音 或少數水泡音 摩擦音等 尤以腋窩部之檢查 不可

忽略 因淺在性之病灶 則該處能早期証明前述所見 但如病灶爲深在性 則多診察困難

空洞症狀 如經過相當時日 則呈顯着之空洞症狀 倘空洞之內腔 爲膿汁或腐敗液體所充滿 因缺乏空氣

則打診呈濁音 聽診呈呼吸音減弱 或缺如 但早晚則多因咳嗽 將空洞之內容一時多量咳出 則液體

減少 空氣竄入 則打診呈鼓音 聽診有氣管枝音 但有時能聽出著明之鑼性呼吸音 及金屬性水泡音

但須於空洞內壁光滑時始見之。又咳嗽以後每多顯明。

喀痰 本病之主要症狀。為有特異之喀痰。即有時突然大量喀出。且有時自口鼻溢出是也。此因膿瘍之內容。穿通氣管枝時所致也。肺膿瘍時之痰。為純膿樣。多少呈半酪狀。而具臭氣。膿汁。為灰白色。或黃色。

有時混入血液。而呈污穢暗黃褐色。如為黃疽後。或格魯布性肺炎後。則痰又多呈草綠色。肺壞疽時。則喀出令人特別嫌惡之臭味痰。痰呈稀薄樣。呈污穢褐色。或黑綠色。此種痰放置之。則分三層。上層為污穢灰白色之粘液膿樣。且富於泡沫。中層為浮游之芻色。或綠色之稀薄漿液。下層為純膿樣之污穢黃綠色之顆粒狀。沉澱其中有多數之肺壞疽片。

肺膿瘍之喀痰 自肉眼的所見。有肺組織小片。呈灰黃色。或帶黑赤色。有時遂得指頭大。依顯微鏡所見。有肺彈力纖維。且含有煤灰。脂肪滴。脂肪針。血色素。及 *Ironoxidin* 結晶（亦褐色菱形板狀或針狀）*Cholesterol* 結晶等。

肺壞疽喀痰 自肉眼上能見出肺壞疽片（大小不一）呈黑色。投諸水中。則浮游表面。分裂如絨毛狀。依顯微鏡。則見有結締組織之纖維網。其中亦含有煤塵。血色素。脂肪球。類廢物。及腐敗性細菌。此外肺壞疽。固有喀痰成分。為 *Diphtheria* 氏栓子（*rod*）此栓子為自指頭大乃至蠶豆大之白色物。放難堪之惡臭。於顯微鏡下。則見有各種細菌色素塊脂肪滴脂肪針等。

前述膿瘍及壞疽之喀痰中。有各種細菌（桿菌球菌螺旋菌）又壞疽痰或膿之化學的成分。則有揮發性脂肪

酸 硫化水素 Ammoniac Lenin Triethin 故在肺壞疽時 不僅於喀痰中 即咳嗽與呼吸亦放惡臭 甚至周圍之人均難堪其臭味 而趨避之

本病患者 令人可注意者 爲臥位多患側向下方 此因惡分泌物刺激氣管枝歧部 而發煩苦 及咳嗽 故取以患側向下方之位置

體溫 多少上昇 有時發高熱 蓋因化膿熱 或毒素吸收之故 但多無固有熱型 於化膿及壞疽時 雖一時性發高熱 而後則多呈不規則的熱型 其間時有惡寒戰慄之間歇熱 肺壞疽一般比肺膿瘍之體溫較高 且有易趨於敗血症之傾向 但如膿汁或液化物由氣管枝通過咯出 則體溫急劇下降 在衰弱之患者 有全不發熱者 並不無虛脫者

患者一般症態 多顏面蒼白 身體憔悴 食慾缺乏 急劇羸瘦 易呈衰脫 尿中有少量蛋白 血中常見白血球增加症 *Leucocytosis* 所見 在初期雖呈強度暗影 依此可得正確之診斷 但成空洞後其內容咯出時 完全爲空氣所充滿 於暗影之中央 有明亮部位存在

經過 依疾患之狀況 而各個不同 肺膿瘍之病灶較小 及肺壞疽之不呈壞疽者 多數週或數月而治愈 其中亦有因惡液質而死亡者 重症及陷於衰弱患者 多招來死亡 肺壞疽之呈電擊樣經過 多不出十日而登鬼籍 此因毒素吸收之故也 其次呈急性者 雖較前者少呈良性經過 但其中有時突轉險惡 或漸成慢性而趨治愈 但自初呈慢性經過者 或由急性轉來者 其經過中增惡 與輕快交替而來 有時合併各系統

之疾患 而終歸不治 (但亦有完全治愈僅殘餘多少之後症貽)

本病如行手術 有時早期治愈 但有因遺孔長期存在 亦能招來死亡

合併症 1 咯血 合併大量咯血 雖屬少數 但於痰中混少量血 或肺壞疽之呈咖啡色咯痰 為常見之

事實 2 肋膜炎 本病合併肋膜炎亦屢見不鮮 3 膿胸 如本病之病灶向肋膜腔穿孔時 則發膿胸 肺壞疽

時 且多為腐敗性 有時一方與肋膜腔交通 一方與氣管枝交通 致招來氣胸而呈危險狀態 4 其他有時

合併縱隔竇及心臟之穿通貯膿 或向體壁穿通 而遺留不治之瘻管 或合併膿毒症 亦為常遭遇之症 因

有時發膿膿瘍

診斷 在大多數 因有惡臭 咯痰 或有肺壞疽片 多屬容易 不過有時須藉理學的診察 以與腐敗性氣

管枝炎相鑑別 但深在性膿瘍 或小型散在性者 理學上的所見 極輕微 或缺如者 則屬困難 此時須

Roentgen 檢查以決定之 雖空洞時 亦能察知 其大小形狀 此外痰中之彈刀纖維 及上epithelium 結

晶 亦診斷上之重要所見 結核性空洞之鑑別 則須賴一般所見及結核菌之証明

豫後 肺膿瘍之豫後 雖屬不良 但尚有治愈者 肺壞疽之豫後較膿瘍自更屬不良 不過亦非無絕對治愈

之希望

療法 本病之預防 為有嚥下困難 及各種重病 及口腔喉頭等處 有化膿病灶之患者 於飲食時須特別

注意 或於較重患者 用消息子營養法 其已發本病者 須注營養物 以保持其體力 以避免其化膿 及

壞疽之成立 患者之病室 須求寬闊 以便空氣流通 室內常通水蒸氣 或蒸發水蒸氣 同時爲減惡臭計

可於盛水器中加 *Kreosol* 或 *Terebin* 油 使之蒸發 以抑制臭味 於痰盂中置一二% *Naphthalin* 或五

% 石炭酸水 並採用有蓋氏之痰盂爲佳

在急性期發熱之患者 當然須臥床靜養 因腐敗性咯痰 而致食慾缺乏 可常令含嗽 有強度咳嗽 可用

麻醇劑 以緩和之 但以小量爲宜 如用大量 反致使分泌物滯留 促其腐敗 且有蔓延之虞 對胸痛可

用溫濕布以緩解之

內服藥常用者 爲 *Terebin* 油 一日三四五十滴 混牛乳 或茶水服 用以防制腐敗或 *Murdol*

○，一五(膠囊)頓服 每日三個乃至九個 或 *Acacia* 五—十滴混葡萄酒中服下

吸入劑 爲二—五% 石炭酸水 薄荷水 *Theriac* 油 尤以 *Terebin* 油爲最有效 但因有刺激性 可

用 *Chirschmann* 氏假面吸入器行之

如病灶 爲表在性 或合併膿胸者 可行外科的手術療法

第十 塵肺 *Pneumokoniose* (*Subinhalationskrankheiten*)

定義 塵肺云者乃因塵埃之吸入 致引起肺組織之變化是也 塵肺之種類 依其原因及性質可分爲

炭肺 *Anthrakosis Pulmonale* 又名坑夫肺炎 *Siderosis Pulmonalis* 或鐵肺 *Metallogose*

石肺 *Calcosis Pulmonale* (*Seeharlung*)

原因 吾人於鼻孔有鼻毛叢生 原爲防空氣中之塵埃竄入氣道 又於氣管及氣管枝內面 有柔細纖毛 亦爲二重防禦 外界異物之侵入裝置 但如永久於塵埃中生活者 因其空氣中 含無數量之塵埃 故防不勝防 而引起肺臟一定之變化 故病亦可名之曰職業的疾患

常人之呼吸 自亦不免有些須之炭末煤煙等隨呼吸而到達肺部 但因少量故不致引起肺部之變化 及生理上之障礙 惟下列各種職業均有患本病之可能

- 1 火夫 運煤夫 清道夫 及採煤工人 因吸入多量塵埃致引起本病
- 2 玻璃鏡製造者 捶各種金屬板 或紙者 染金屬紙者 及金屬磨磨等工人 多不斷的吸入金屬粉末而引起本病
- 3 石匠 瓦匠 泥工 窯器 玻璃器具製造者 及寶石工人等吸入多量石類 及硅屬塵埃 亦能引起

本病 尤以寶石工人最爲危險

4 木匠 棉花製造工人捲製紙煙工人等 不斷的吸入 有機性塵埃 亦能誘發本病 但屬少數 毋寧以引起急性或慢性氣管枝炎者爲多

5 本病之成立 雖有前述各種原因 及職業的關係 但個人之體格 從來肺疾患之有無 及換氣設備之完全與否 亦有莫大之關係

病理解剖 炭肺在一定度之狀態下 屬於生理的範圍 初生兒之肺部 雖無色素 但生後一個月 既有能

認出 於肺表面有黑點 及氣管枝周圍之結締組織中 有塵埃粉末大人之肺 常有與肺小葉 呈一致之網狀物者 然或屢於肋間有黑絨狀沉着 依顯微鏡的檢查 於炎症性產物內 或肥厚結締組織內 有塵埃粉末 存於其中 不過此等狀態 多有不呈何等障礙者何

煤末及煤烟等之大量積聚者 則肺胞細胞 呈剝離狀態 而發間質性肺炎 致肺之大部分 硬固而缺乏空氣 且呈黑色 有強度之炭末 沉着而引起氣管枝粘膜及其周圍組織之炎症 屢續發氣管枝擴張 終招來該部之潰爛 而形成空洞 又炭肺 能引起淋巴腺之類廢 致氣管枝腺 均呈肥大硬化 而變黑色 淋巴管自身因異物刺激 而歸於消滅 淋巴腺終至軟化 有時向血管穿孔 故有時於其他臟器 如肝脾腎等處 發見炭末沉着

石肺 多為限局性之結節狀而來 該處之間質硬化 中央為石灰或硅素之存在 而呈白色 周圍因塵埃沉着 而呈黑色 如結節特別廣大 則該處之肺 全硬化 屢合併氣管枝擴張 及空洞形成 肋膜多誘發炎症 且非常肥厚 未呈變性部分之肺胞 發強度之氣腫 氣管枝腺亦腫大且硬化

鐵肺 (即金屬物粉末之吸入沉着者)多呈重篤症狀 吸入酸化鐵時 肺呈赤色 吸入亞酸化鐵 或磷酸鐵 或磷酸鐵時 肺呈黑色 同時間質之變化 不呈結節狀而為瀰漫性

症狀 本病多數 均不呈何等症狀 迨合併氣管枝炎 肺氣腫 或氣管枝擴張 發生空洞時 方惹起患者之注意 而就醫 本病有時續發肺結核 或肺癆腫 本病之略候 多因持續塵埃之吸入 而變色 炭肺之

喀痰 多呈黑色（但健康人清晨最初之喀痰亦不時呈此種狀態）鐵肺之喀痰 多因酸化鐵 而呈赭石色 或灰黑色（故有時與炭肺不能區別）石肺一般無色 故肉眼上屢難證明

本病如患者變換其生活 一般輕病者多迅速消失 各種理學的檢查 有全無所見者 但有時能發見氣管枝炎 氣管枝括張 肺氣腫等 或偶有呈肺浸潤狀態者 此種變性 以肺上葉爲多 故能打出濁音 及聽得呼吸音 有響性及無響性水泡音 但呈空洞者 則頗屬稀有

經過 本病之經過 亦頗不一致 有自吸入塵埃起 不出一年即發症狀者 或經十數年 數十年後 始發症狀者 但一般由發重篤病狀起算 其以後之壽命 平均尙有二三年許 但依塵埃之性質 亦有甚大之差異 如砂石及矽石最爲危險。

診斷 最重要者 爲較長期之變色痰是也 但從事前述原因項下之各種臟者 雖無變色 喀痰如發現氣管枝炎 氣管枝擴張 肺氣腫等症狀時 亦須疑及本病 有浸潤及空洞時 須與結核相鑑別 當然即爲結核菌之搜尋 及其他各種症狀之參照 診斷上最重要者 爲 *roentgen* 之透視 攝影而能見得 而肺平均散在之斑紋也

豫後 如在初期未發固定症狀以前 停止職業 改變生活 乃絕對的佳良 但長期不變其職業 肺已呈萎縮 及發氣管枝括張 或肺組織已被破壞者 則豫後當然不良 或本病經過中 因氣管枝炎 氣管枝擴張 肺氣腫等而死亡 如合併肺結核其死亡更速

療法 本病之豫防法 變換職業爲第一要義 其次對不能停業者 用塵埃豫防器 亦屬有效 惟因不便 致多不使用 作業地之濕潤 空氣流通 亦屬重要 治療法 除對症療法以外 無良策 即分別行氣管枝炎 氣管枝擴張症 及肺氣腫等之療法而已

第十一 肺梅毒 *Lauren S. Hille*

肺梅毒 元屬稀有 僅第三期梅毒時見之 即呈 *Circa* 與梅毒性肺炎 (*Pneumonia Syphilitica*) 二種是也 *Circa* 於肺組織間發生不規則的梅毒性壓瘍 而梅毒性肺炎 則多發熱 但亦屢呈無熱 此時於肺各處發不同大之浸潤 較重者有咳嗽 咯痰 呼吸困難 貧血 脫力等自覺症 他覺的有濁音 及氣管枝呼吸音 喀痰呈粘液膠樣 有時混血液 時發見浸潤部之壞疽片咯出 本病之發生與結核之自肺尖部起始 恰爲反對型 即多自肺中葉或下葉浸潤是也 亦呈緩進的病變 依長期之歲月 而來強度結締組織之增殖 並有斑痕性堅硬索狀物 同時有慢性肋膜炎及合併肋膜肥厚 本病 與慢性肺炎 及肺結核之鑑別 頗爲困難 僅據梅毒之既往症 及他部之梅毒性變化 及血液之 *Wassermann* 氏反應 而資鑑別 肺結核則以結核菌及X光線爲主要所見 或依驅梅毒法 而生奇效者 當然爲肺梅毒

肺梅毒 於早期發見者 行驅梅毒法 頗爲有效 但多因爲晚期梅毒 故發生廣泛性結締組織增殖者 而不得治愈 且合併或續發肺結核者 豫後自不良 治療亦多無效

第十二 肺腫瘍 *Geschwulste der Lunge*

原因及病理解剖 肺腫瘍中 在臨床上 有必要者 爲癌腫 *Karzinom* 與肉腫 *Sarcom* 但兩者之比例 肉腫占特別少數 但自全體論之 肺癌腫亦屬稀有之疾患 且多爲續發 原發者更屬罕見 其續發者 多爲原發癌腫芽胞 經血行或淋巴行而達於肺 或自臨近臟器如甲狀腺 胸腺 肝臟等地轉移而來 尤以自甲狀腺轉移者爲多

肺癌腫 有浸潤性與結節狀之別 浸潤狀者 爲與周圍之境界不鮮明 呈乾酪性肺炎之外觀 結節狀者其大小無定 倘爲無數之小粟粒狀者 則名之粟粒癌腫 *Miliar Karzinoma* 其特別大者 有時占領全肺葉 發生癌腫之患部 呈灰黃色 不含空氣 易破碎 其切斷面流出固有之癌腫汁 倘此種內容 全崩潰 則形成空洞 屢因此而出血 或呈壞疽 肺癌多同時浸及肋膜 而發癌腫性肥厚 或有滲出液 又癌腫多同時侵及氣管枝隙 更及頸部及腋窩淋巴淋腺 有時轉移至肝臟等處

肺癌腫之位置 右側較左側爲多 上葉較下葉爲多 其發生之年齡自與一般癌腫相同 以四十歲以上者爲通例 症狀 初期自覺症狀爲全身倦怠 咳嗽 咯痰 胸部壓迫 及不快感 呼吸困難 呼吸困難之狀況 初時僅於運動時見之 至後期 則漸增惡 此因氣管枝被壓迫 或因肋膜滲出液之故耳 有時因腫瘍充滿 或壓迫一部分之氣管 則發喘鳴 彼時多發高熱 尤以內皮細胞癌腫 呈化型者爲多 但其熱型多不太高 犯及肋膜時 則發強度之胸痛 又肺癌腫多發咳嗽 此因氣管枝炎之所致也 咯痰多混血絲 亦

有時大量出血 有時喀痰呈暗赤色

顯微鏡的所見 有時發見脂肪球 *fat globules* 氏言此為診斷之重要所見 亦有見出癌腫細胞

肺癌腫之主要症狀 為壓迫症狀 即回歸神經被壓迫 而來聲帶麻痺 或發生上膊神經痛及上肢麻痺 或壓迫血管而來頸靜脈之怒強 及頭面上肢上胸部等之浮腫 或壓迫食道而來嚥下困難 其壓迫氣管枝 或氣管 當然發生強度呼吸困難 已如前述矣

視診上 於患側膨大 及該部之浮腫 且屢有皮下之靜脈蛇行狀態 至聽診打診上之所見 極不一致 或

雖有被肋膜炎掩閉 而不得知 如不合併肋膜炎 則因腫瘍大小及位置 而發各種不同的所見 較大者發

濁音 胸部有抵抗感 並該部之呼吸音消失 聲音振顫減弱 在腫瘍附近之肺組織 被壓迫而放鼓音 該

部之呼吸音 亦呈微弱 或消失 如肺腫瘍在肺之中央部 有時長期不呈變化 又肺腫瘍 同時合併肋膜炎

炎 倘行穿刺 非特症狀不減輕 反多增惡 此蓋因硬化之肋膜 被牽引之故也 且多於穿刺時感覺抵抗

其穿刺液多屬小量 並有時為出血性 乳糜性 如行鏡檢 屢發見多形腫瘍細胞 如此種細胞多數連續

存在時 於確診 頗有價值 但過少孤立時則價值較小

又光線檢查頗屬重要 因能知腫瘍之大小位置 及深部潛伏性亦能證出是也

診斷 肺腫瘍之診斷 頗屬困難 多有生前不知 死後解剖方得確知者 但依各種壓迫症狀 反頸部腋窩

部淋巴腺腫大等 參照可想像為本病 尤以老年者為然 有疑時 可行X光線檢查 如於痰中檢出癌腫細

肺：自屬診斷確實

預後 不良 多不出半年至一年而死亡 死因多因惡液質 營養不良 全身衰弱 心臟衰弱 窒息等而死亡
 療法 外科的療法 多不得行 內科的療法為行亞砷酸內服 或靜脈注射 然亦多屬無效 對症的療法 不過減輕患者之痛苦而已 於不得已時 用 Morphine 注射 近來光線療法 對於他部之癌腫 雖能有時奏效 如 Röntgen 光線透射 及 Radium 線照射等 但於肺癌腫雖能一時將腫瘍縮小 及自覺的輕快 惟永久的治愈 亦多屬不可能

第十三 肺 *Dipoma* 病 *Dipom totis pulmonalis*

原因 本病因肺 *Dipoma* 之寄生於肺部 而生肺 *Dipoma* 為吸虫類 虫體為扁平橢圓筒形 有吸盤兩個 呈紅褐色 自屍體取出者 則多退色 而呈灰白色 兩端均鈍圓 腹側扁平 背面少隆起 其橫斷面略近圓形 長徑為八—十 μ 寬徑為四—六 μ 上端吸盤名之曰口吸盤 下者名之曰腹吸盤 一般腹吸盤較口吸盤少大 生殖孔在腹吸盤之後方 少偏在於正中綫之側方 有雌雄兩性生殖器 背面有橫走之鱗片狀條紋

卵 在本病新咳出之痰內能檢出之 為卵圓形 呈淡褐黃色 在鈍圓方有小蓋 他端比較尖銳 卵殼菲薄 長徑 \circ ， \circ 六三 μ 橫徑 \circ ， \circ 四五— \circ ， \circ 五四 μ

本寄生虫之寄生狀況 本寄生虫之寄生發育 現尙未能完全明晰 據一般學者之研究 有第一中間寄主 第

二中寄間寄主 最後寄主第一中間寄主爲河貝子 第二中間寄主爲一種特別蟹類（現在所知者有六種其原名從略）最後寄主 爲人及各種家畜（大貓豬野獸（虎狐黃鼬等）

本病之流行區域 依各國學者之研究 本病之流行幾與地方病相同 即近熱帶地方 低濕地多見之 於中國如江 浙 閩 粵 日本之四國 九州 大坂 岡山 新潟 岐阜 墨西哥 南滿洲及歐洲各國均有報告

告

本寄生蟲之感染經路 本寄生蟲之感染經路 現尙在研究之途中 究爲食含有本虫幼蟲之寄主所發 抑係

飲含有本虫囊虫之生水所發（因寄生於蟹類之幼蟲其後變成囊虫而入於水中）尙未完全明瞭 但依各種

試驗實例 似以後者較多 但前者亦能感染 如爲經口之感染時 則囊虫到達小腸之上部後 而脫囊

於小腸之中部 或下部由粘膜炎漸次而穿入筋層 終至出於腹腔 其所費之時間約爲數小時 乃至數日

入腹壁後匍行而入肝臟 更經二三日後而移行於肋膜腔 經五—五日 而出現於胸腔 此時於橫膈膜

及各處筋可得見 有多數之穿破 痕跡及斑點出血等 其後幼虫 徐徐經肺肋膜面而入肺實質中

但本虫之幼蟲 亦有於腹腔內長成者 亦有隨血行或淋巴行而傳達於腦（引起腦症狀）陰部 眼瞼等地

以遂行其發育者 亦時有聞本病患者以男子爲多 女子較少 年齡以中年（十六—三十）爲多

病理解剖 本病係肺 *Dicma* 於肺內形成囊胞 每囊胞中平均有一—數個之虫體棲息於其中 病灶多

位於肺之表部 呈帶青灰白色囊胞之壁 爲結締組織所構成 菲薄弛緩 間或堅韌肥厚 其內容爲粘液膿

樣物質 呈咖啡色 係粘液 赤血球 白血球 *Char. pos.* 氏結晶 及本虫與卵所組成 此種囊胞 多與小氣管枝相交通 故時被咯出 於血管破裂 則依血管之大小 而來多少不同之咯血 亦有完全閉鎖者 於未被寄生之肺部 多係完全健康 無病理的變化 倘經過良好 此囊胞 有時被吸收 因結締組織增殖而癒治癒 但有時化膿 向氣管枝胸膜腔小囊等處穿孔

症狀 本病呈慢性之經過 於初時幾不呈何等症狀 僅於此時有輕度咳嗽 但經相當時日 至後期則咳嗽頻發 且有胸痛 本病固有之症狀 厥為咯出 帶有虫卵之血痰 其咯痰有於早晨咯出 而持續數月 但其間有數日 或數月停止 而不咯出者 其咯痰多經輕咳 而容易咯出 無呼吸困難 咯痰之性質 爲粘稠粘液樣 其色依所含血液之新陳 而不同 普通呈黃色 赤褐色 暗赤色 偶呈鮮紅色 間或有無色者 咯痰量一般多爲少量 亦有時少多量

顯微鏡痰之所見 幾常虫卵存在 (其形狀已如前述) 並有赤血球 白血球 纖維素 *Char. Co.* 氏結晶變形之氣管枝上皮細胞 及肺胞上皮細胞 及黃色黑色等之色素塊等

咯血量頗不一致 有時僅少量 呈血絲或點狀 有時大量咯出 一日間能達數百 *o. o. m* 者 如大量咯血 則多隨之發熱

本病如長期存在 則來肺浸潤 胸部之打診上呈濁音 聽診上亦有時能聽出乾性 或濕性囉音 但一般患者多數不能証明 或極輕微 又本病之特有者 爲雖咯出血痰 而不害及營養是也 但如來大出血時 當然有

由腹面透見之肺 Distoma "チストマ" (十倍大)

内科呼吸器附圖



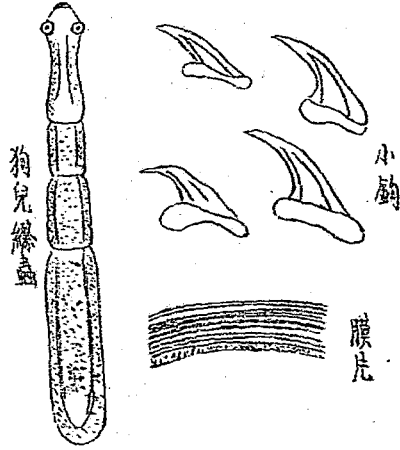
寄生性咯血之痰

肺チストマ

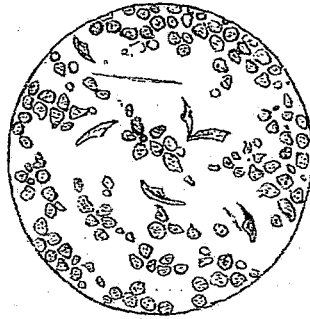


- a..全卵
 b..内容物吐出之卵 c..肺上皮細胞
 d..膿球
 e..赤血球 f..Charcot氏結晶

内科呼吸器附圖



显微镜的所見，小鉤，中汁膜，肺分泌



肺臟色蟲

貧血症狀 且有時因之而致失血死 X光線之檢查 屢呈限局性之暗影

診斷 本病依喀痰之性狀 及顯微鏡的虫卵証明 而得確診 故遇營養佳良 不似結核患者之來咳血時 可疑爲本病 而從事於虫卵之搜尋 且以多次檢查爲宜

豫後 本病對生命上危險 除大出血外 多屬罕見 故雖有本病而大多數仍能得享天年 偶亦有能完全治愈者

療法 豫防法爲本病之要務 因本病無根本的療法故也 以不食中間寄主之蟹 及不飲含囊虫之生水爲良法 如已患本病對於喀痰須嚴格消毒

本病之治療已如前述無根本治療 近來雖用鹽酸 *trypsin* 之皮下注射 或靜脈注射 但其效果仍屬疑問

第十四 肺包虫症 *Lungsaenochinococcus*

原因 本病於肺呈原發者頗少 多爲自肝包虫症而續發 其年齡以二十歲至四十歲爲最多 此包虫即寄生於犬族之狗兒濫蟲之囊蟲是也

症狀 肺包虫症之初期 多不呈何等症狀 有時有小出血 然無特別症狀 致誤疑爲結核 本病之好發部

位 爲右下葉 因與肝接近故也 如呈相當肺囊胞增大 則該處有濁音及呼吸音 並聲音震顫減弱或消失等症狀 有時更轉移於其他鄰接臟器(縱隔竇心臟橫隔膜)如於本病之經過中 其包虫死亡時 則較小之如灶呈萎縮殘遺癥痕而治愈 其較大者 則多化膿而來體溫上昇 如爲生活之包虫 則多胞囊漸大 終至破

壞 穿通氣管枝 或肋膜腔 化膿時亦然 其穿通肋膜腔者 突發氣胸 而急來重症呼吸困難 有時胸膈 而至失神 其後續發膿胸 或膿氣胸 如穿通氣管枝時 則將膿胞之內容嚙出 可得見有透明液體 及 包蟲蟲卵等 倘係化膿者 則排出多量膿汁 其粘稠者 有時發生氣管閉塞 而來窒息 合併咯血者 亦 不少 其不化膿者 與氣管枝穿通後 亦多傳染 而來化膿 此外囊胞穿通後 屢發生全身尋麻疹 及呈 與氣管枝炎腐敗性氣管枝炎 肺膿瘍 壞疽相同之症狀

診斷 於喀痰中 如發見虫頭小鈎 或包虫等時 則診斷確實 本症之試驗穿刺頗屬危險 因屢引起重篤 合併症 (肋膜炎膿氣胸) 其穿刺所得之液體為水樣透明 有少許螢光 化學的檢查有食鹽及琥珀酸 而不含 蛋白 行顯微鏡的檢查 可見出小鈎 及 *Chlostridium* 結晶 如為化膿者 於膿球中有見此小鈎者 如 此時加三%醋酸 使膿球溶解 置遠心沈澱器中 或行 *Antiformin* 法能容易檢出

依 *Antiformin* 檢查 於破裂前 其囊腫充實 故可見明瞭之肺野與暗影 於穿通後者 則見有暗黑境界 之明影 化膿時 與肺膿瘍所見相同

本病須與肺腫瘍 肺膿瘍 二肺壞疽 滲出性肋膜炎 橫膈膜下膿瘍 相鑑別 豫後 多不良 其自然治愈者 僅不過占三分之一耳 療法 內科的療法 不過對症而已 外科療法 有時獲良好之效果

原因 本病爲放線狀菌感染而發 原爲動物之感染疾患 但於人體亦時有感染 本病之傳染原因 多爲自大麥針之媒介而來 自木片枯草等 亦時有感染 多數爲皮膚等處之外科的疾患 但有時隨空氣吸入 而發本病 或自身體他處之本病轉移而來 肺放線狀菌病

症狀 如發本病 則先來眼局性氣管枝炎 或氣管枝肺炎之變化 其臨床上之經過 與肺結核頗相類似 其病灶軟化 則形成空洞 彼時則咯出粘液膿樣痰 且屢混血液 體溫多正常 或不正體溫

診斷 自吸入而發生之本病 多發於肺下葉 故如下葉有大空洞症狀 而肺尖無變化者 即可疑爲本病 但於肺上葉或肺尖部呈孤立病灶者 亦非必無之事 又光線雖能檢知局部的變化 但不能與結核相鑑別

本病屢合併胸壁之蜂窩織炎 而可爲本病之助診

瘰癧之檢查 於本病診斷上 頗屬重要 其時有小黃色碎片 如作新鮮染色標本 (Gram氏染色) 鏡檢時

則見有棍棒狀物 呈放線狀排列 此即放線狀菌地 (Actinomyces) 是 依此而可得確診 倘不疑爲

本病 僅結核行各種檢查多屬無益反致不能確診

預後 本病多取慢性之經過 約多半 (三分之二) 可得治愈 但侵及心臟縱隔竇 或穿通橫隔膜 而進行

於腹部時多因之而死亡

療法 內服藥以沃度加里 最爲實用 因能促進肉芽組織生 或而將病變組織 壓迫變質 故此目的

常用大量 (一日二—六瓦) 持續數星期 其餘則屬對症的療法 如胸肺之安靜 而行靜臥療法 謀增抵抗

則施全身強健療法 及一切與肺結核相同之食餌療法 理學的療法等 如生胸壁浸潤 及膿瘍時 則行外科的療法 有時可試行 X 光線療法。

等三章 肋膜炎患 Krankheiten des Pleura

第一 肋膜炎 Pleuritis

原因 肋膜炎為呼吸器疾病中之佔多數者 如依屍體解剖上 則更為多數 一般男子較女子為多 年齡無分老幼

本病之大多數因傳染而發生 但病原體單獨侵及肋膜者頗少 多為附近臟器之炎症而波及或由血行運搬而發 本病之誘因 多因感冒 及各種肺疾患 尤以肺炎結核為甚 心膜炎亦能誘起本病 及胸腔臟器 如大動脈瘤 食道輪縱 隔竇 及橫膈膜炎症 或腫瘍 又肋膜自身之腫瘍 亦能續發本病 胸壁外傷 如刺創 銃創 及肋骨骨折 亦多誘起本病 腹壁臟器疾患 尤以肝 脾 腎 腹膜 胃腸等疾患 有續發本病者 全身急性關節炎 糜質斯 膿毒症 敗血症 及各種傳染病 血液疾患 如壞血病 惡液質 亦均能誘發本病 一般之手術後 及婦人在產褥中 多續發本病

病理解剖 在本病之初期 肋膜充血 腫脹 失去光澤 而呈混濁 有纖維素沉着 輕者雖不過僅肋膜菲薄 重者則反肥厚 表面生粗澀之絨毛樣纖維沉着物 一般名之曰乾性肋膜炎 *Pleuritis sicca* 或稱之曰

纖維素性肋膜炎 Pleuritis fibrinosa 如乾性肋膜炎 趨於治愈 則來結締組織增殖 此時肺肋膜 與體

壁肋膜發生癒着 此名之癒着性肋膜炎 pleuritis adhesiva

肋膜炎時 於肋膜腔內有液狀滲出物 時則名之曰滲出性肋膜炎 pleuritis exudativa 依其液體之性狀

有漿液纖維素性肋膜炎 pleuritis serofibrinosa 出血性肋膜炎 Haemorrhagis ha pleuritis 化膿性肋膜炎

pleuritis pur ulosa 及腐敗性肋膜炎 pleuritis foetida 等之別 滲出液 依其重量 先積聚於胸腔之

下方 其後隨液量之增加 而漸向上方壓迫肺部 使肺部之彈力減退 空氣含量減少或消失 同時依液量

之多少 而能壓迫心臟 橫隔膜 縱隔膜等使之轉位 如為結核性肋膜炎 則於肋膜上 生多數之結節

其結節一般為粟粒大 或略小 偶有特大 或周圍充血 融合 呈腫瘍狀態 或呈乾酪變性 肋膜炎之炎

症病狀 特別輕微 即所謂輕症肋膜炎 有時無滲出液產生物 但炎症存在 則均有各種不同之液體貯

溜

肋膜炎之滲出液 被吸收時 有時無何種痕跡而治愈 但滲出液如長期存在 則兩肋膜相粘着 其後殘留

帶狀之堅硬癒着 或肋膜肥厚達數 cm 許 有時肺肋膜與體壁肋膜相癒着 則其中之滲出液 完全

被肋膜所包圍 此名之曰包圍性肋膜炎 abscessive pleuritis 或有時肋膜區分為數多之房室 此之謂多

房性肋膜炎 Pleuritis multilocularis

肋膜炎如長期存在 則炎症不僅限於肋膜 更進行而侵及周圍之結締織 於胸壁側 則生肋膜周圍炎 於

肺側則生間質性肺炎 如為化膿性滲出液 則生肋膜周圍膿瘍 有時向體壁外方穿孔 至已呈癒着之肋膜 如長期經過 則漸次弛緩 此種弛緩 多自運動最多之肺部 開始 於肺之下葉 則呈有帶狀或索狀之痕跡 亦有完全消失 其肥厚之肋膜 漸漸次萎縮 而非薄 但肋膜愈着 及肋膜肥厚 有長期存在 無多大變化者 在大量液體長期存在時 肺實質經持續的壓迫 而漸次荒廢萎縮 雖其後液體被吸收 而此種肺萎縮亦不能再恢復元來狀態 祇能若於健側行代償的呼吸 而生代償的健側肺氣腫 如肺及體壁間之有愈着時 經相當時日 則生患側胸壁漸次凹陷 肋間呈陷沒 致心臟及縱隔膜被壓迫 而向患側移動 縱隔膜或被壓迫 或因愈着牽引而上昇 致呼吸有時不能自由運動 此時患側肩胛低下 脊柱向患側發生側彎 因之而發生持續性呼吸困難 及循環障礙。

因其病理的變化之不同 略分述之如下

1. 乾性肋膜炎 *Dryness pleurisy*

原因 乾性肋膜炎 呈原發性較為少見 一般多為其他疾病之合併症或續發症 尤以肺結核時最為多見 有時於單純之氣管枝炎 氣管枝擴張症 及肋骨骨折胸壁外傷時見之

症狀 乾性肋膜炎常發胸痛 依深呼吸咳嗽及劇烈運動時 則疼痛加劇 或他動的患部壓迫時亦然 雖有咳嗽 磨擦多缺如 體溫多上昇 有時發惡寒 但以三十八度左右者為多 其更以上者較稀

打診 一般無特大的變化 聽診上多呈呼吸音微弱 且有摩擦音 此種雜音 依內部之變化極不一致 有

若搔抓音者 有若揉革音者 其間且有各種互相移動之摩擦音 尤以肋膜之移動 最多部位之摩擦音最鮮明 即多於患側下部 尤以側胸爲多 如炎症自肋膜而波及心囊時 於呼吸時 可聽得肋膜 心囊性摩擦音 前述各種摩擦音之性質 成短期消失 或由數週而持續數月 此摩擦音 有時與乾性囉音及捻髮音區別困難 其主要差異點 爲摩擦音強盛時 於胸壁用手掌貼付 即可觸知所謂肋膜震顫者是也 *Pleuritic rattle* 水泡音則否 有時患者自己能感覺胸腔內有摩擦 唯須注意者 即乾性肋膜炎 固不必一是有此摩擦音是也 因生念着 亦可使摩擦音消失故也

肋膜炎患者之呼吸運動 患側微弱 且淺薄 有時往往發斷續性呼吸 此因不堪呼吸時之疼痛故也 又本病患者 多取健側下方之臥位 因恐壓迫患側故也

經過 乾性肋膜炎 屢於數日內即完全治愈 或摩擦音持續數星期 有轉度發熱 及全身症狀 而漸移行 於結核如爲肺炎肺膿瘍之合併症時 如原病治愈 則消失 如爲橫膈膜下腫瘍 或結腸彎曲部腫脹 所穿通續發者 多一二日間即發膿胸

診斷 依特有之摩擦音 而可確診 其所困難者 即本病之原因是也 第一須顧慮者即肺結核其次 如氣管枝擴張症 及附近臟器之各種疾患是也 *Roentgen* 檢查於本病之診斷上非常重要

預後 多依其原因 疾患 而有差異 即原因疾患易於治愈者 則預後佳良 如原來疾患重篤 則預後不良

療法 多數患者 有僅因絕對的安靜療法 而獲得全愈 此外為減輕患部之炎症進行及痛苦 可用冰囊 或用沃度丁幾餘搽 有時奏效頗速 且有時能使摩擦迅速消失 酒精濕布 芥子泥 吸角 水蛭均有時奏效 或將患側之用手絆創膏固定於健側之大腿上 其法係先將健側大腿少牽引 迨固定後再伸展 (Kellin氏方法) 依此而可獲彼患側之絕對的安靜 能使疼痛輕快或消失

2 漿液纖維素性肋膜炎 Pleuritis serofibrosa

原因 在前述之肋膜炎之一切原因 均能為本病之原因 尤以滲出性肋膜炎之大多數 為結核性 於滲出液中行細菌的檢查 雖有時為陰性 但行動物試驗 則多為陽性 此外有時發見肺炎菌 化膿性葡萄球菌 菌 連鎖狀球菌 空扶斯菌 白喉菌 腦膜炎球菌等

症狀 (一) 一般症狀 本症多徐徐發生有時呈急速發病

發熱 本病初期之主要症狀 為發熱 但其熱型頗不一致 有僅超過三十七度者 有持續發高熱者 但超過四十度者則屬稀有 發熱之狀況 多徐徐上昇 但亦有急劇上昇 致來惡寒戰慄 惟多無固定熱型 發熱之狀況 有時因就牀休養而渙散 或長期稽留 而徐徐下降 有時呈消耗性弛張熱 老年之患此病者 以無熱者為多數 又本病之經過中 其已呈平復之體溫 突呈元來之高熱 或於滲出液被吸收時而來輕

熱

發汗 於本病之經過中 有時來一日數回之發汗 尤以體溫下降後為然

胃症狀 即食慾不良 嘔氣嘔吐 有時且感胃部壓重 此多因橫隔膜轉位 壓迫或牽引之所致也

呼吸困難 滲出液較多時 則來呼吸困難 其比較少者 亦有患側之重感及狹窄感

咳嗽 雖非本病之必發之症狀 且或有時缺如 但有時因疼痛性咳嗽 而與本病患者以莫大之痛苦

喀痰 如合併氣管枝炎 或有氣管枝分泌物時有之

疼痛 肋膜炎時 多有疼痛發生 故其呼吸多表淺 其疼痛之狀況 如劇烈 則向肩胛上膊脊背及上腹部

等處放散 尤以運動時 如咳嗽 噴嚏等 而增加 疼痛之性質 或他動的壓迫患部亦然 其疼痛有時為

鈍痛 有時為針刺狀疼痛 或與肋間神經痛呈同樣症狀 但疼痛不必與疾病為正比例 即疾病雖輕有時發

劇疼 或理學上所見 雖顯着而疼痛極輕 且有時健側疼痛 而患側反無所覺者

尿量 有滲出液存在時 尿量多減少 如本病經過中 其尿量增加時 乃滲出液被吸收 經過佳良之朕兆

也 尿中有蛋白質

脈搏 一般因循環障礙而頻數細小 血壓多正常 有大量滲出液時 則反上昇 如血壓下降 乃豫後不良

之徵

患者之皮膚蒼白 全身倦怠 食慾不良 發熱 睡眠不足 而漸次衰弱

(二)局部症狀 理學上的檢查 肋膜腔內 有液體滯留時 於視診上 所見出呼吸數增加 及呼吸困難

患者多不敢仰臥 而取以患側 為下方之半仰半側之中間斜位 此因患者務求健側之不受壓迫 得自由呼

吸 以免痛苦 故耳 倘滲出液過多時 則患者取跪坐位 而營呼吸 但如僅有小量滲出液 則反以健側為下方 而臥此為避免壓迫患側 而發疼痛故也 患側之胸廓擴張 肋間腔亦擴大平坦 皮膚緊張肥厚 而放光輝 呼吸運動緩慢或消失 常能使心尖搏動之變更位置 及頸動脈之腫脹

觸診上聲音震顫之檢查 頗為重要 在液體滯留之部位 其聲音震顫減弱 或消失者 因液體存在 能防礙氣管枝音聲之波動 傳達於體壁故也 但於瀰留液體之上方 因肺被壓迫 其聲音震顫 反形強盛 其更上方 則多正常 但如包圍性 或分房性肋膜炎 則因部位及變化 觸診上之所見各個不同

打診 於液體滯留處 呈濁音 但須達一定度量即四〇〇—五〇〇 cc 方能證明 過少則不能 此濁音部之狀形 於液體較少 或中等度 呈特有的境界 其上界緣自脊柱向外方上昇 至後液窩線 而達最高點 向前下方則下降 但係背側 前胸部則不明瞭 屢呈 S 字狀形 此名 *Dumbbell* 氏曲線 有此特別曲線之患者 須於側臥位始能證明 且因愈着而使內部液體固定時方能發現也 雖然如患者任意動作 且內部無愈着為流動性質 而無論取何種體位 均呈此種境界時 則可想像為滲出液於側胸部之位置 最高處因前胸部為各種臟器所壓迫 於側方則被吸引上舉之故 與又有雖有助膜炎患者 仍從事於職業 終日勞動 而不呈前述之境界呈普通水平狀態

助膜炎之濁音界 依打診之強弱而不同 於偏側滲出性肋膜炎時 其健側之下方 沿脊柱有一定之三角濁音部 此謂之曰 *Rachias* 氏或 *Corco* 氏副脊柱三角 *Paravertebrals Dreieck* 此三角出現之理由

雖有各種學說，但似因滲出液一方壓迫縱隔，一方壓迫肺實質所致。

又於患側沿脊柱有顯明之類鼓音三角，此三角名之曰 *Cheand* 氏三角 *Dreack* 但如行強打診，當然

亦呈濁音，或滲出液特別多量時，此三角亦消失。前述之呈類鼓音者，因該處之肺部被壓迫，呈緊張的態

度，故發類鼓音。在左側滲出液則於 *Traube* 氏半月狀部迅速呈濁音狀態（所謂 *Traube* 氏半月狀部者

乃肝脾之間上為左肺下為肋骨弓之半月狀部是也），依此處之濁音，多可下初期滲出性肋膜炎之診斷。

肋膜濁音愈下方，則愈強盛，依深呼吸而多少移動，但愈着時，則否。又患者變更體位時，則液體隨之移

動，故濁音界亦變化，但包圍性肋膜炎，則變化較少，或無於濁音部之上部，一般均呈鼓音，此因滲出液

之壓迫，致上方呈氣腫狀態，又因液體多少之不同，其上方之音響，亦略異，在中等量以上之液體時，其

上方所發之音響，名之曰 *Scotch* 氏音響，尤以鎖骨下方最為鮮明，滲出液特多時，則上方呈半濁鼓音。

此名之曰 *Millman* 氏氣管音，又肋膜炎之音響，依口腔之開閉，其音響變換，此名之曰 *Reichert* 氏音

響變換。

肋膜炎之滲出液，依量之多少，而壓迫心臟，來種種不同之位置之變換，右側有液體時，則壓迫心尖，向

左方移動，且少向上轉位，縱隔膜向左方移動，橫隔膜被壓迫，而低下，如係左方之滲出液，則心界向右

方移動，心尖搏動，有時在胸骨右方見之，肝臟被壓迫向下方移動。

滲出液消退時，則其上方呈濁音，有時兼鼓音性質，如生肋膜炎者，及肥厚，雖滲出液消退，亦仍呈濁音。

或濁音雖減退 其證明亦頗困難 一般利用側量胸圍 比較兩側之呼吸差 於滲出液之增減上極為重要 但須記憶 凡右手利者 其右側較左側約多半——一 cm. 許 左利者亦然 及健側有代償的呼吸音 致來該側胸廓相當的擴大 雖患側滲出液消退後短期間 仍呈代償的狀態亦不可不知也

聽診之所見 在疾病之初期 屢能聽出摩擦音 於滲出液之上 亦有此音 及前此有滲出液之患處 亦然此即證明 兩肋膜互相接觸之證也 如滲出液 為大量時 則該處完全不能聽出音響 於量少地方 隨

內部壓迫狀況之不同 有呼吸音微弱者 有呈氣管枝音者 於滲出液之上 亦有氣管枝音更上方 則有

普通肺胞音之呈銳利者 但須知呼吸音之強弱 一方與滲出液多少有關 一方與呼吸深淺及氣管枝通過狀況有關 於呼吸音之外 屢能證出有響性或無響性水泡音 此水泡音有時因滲出液壓迫肺部 致氣管枝是

炎症變化 或因氣管枝 先呈炎症狀態 而後誘起肋膜炎 其診斷上頗堪注意 此外尚須注意者 即有滲出液側之肺尖部 其音響判斷上時發困難 及肺葉上之音響 因滲出液滯留之故 而呈高低不同之氣管枝音

Bronchophony 此蓋因空氣停留 傳達較易故也 及屢能聽出山羊音 Aegophony 此種所見尤以新滲出液之上為然 於滲出液消退後 仍能於該處聽出呼吸音 由不定呼吸音 氣管枝音 而漸移行於正常肺

胞 呼吸音正常的聲音震顫 亦復能觸知 但如肋膜因長期壓迫 彈力減退萎縮時 則須於滲出液消退後 經過相當時日始能出現

試驗穿刺 有液體滯留時 依試驗穿刺而可證明 且進一步能檢知其液體之性質 試驗穿刺用以玻璃製五

「十」之注射器 針頭用較長且針頭管空稍大者為宜 如一次不成功 可再移他處 穿刺部位以側胸下方 即腋窩緣或肩胛緣之打診上濁音最顯明處為適當 其穿入之液體 為透明多呈淡黃色 或黃綠色 如穿 出後放置之於器底生凝固物 含有多量蛋白質 故其比重較高在一〇一五—一〇二〇之間 蛋白質含量約 四—六% 遠心沉澱後依顯微鏡所見 而能推定其性質 例如為炎症性 非炎症性 或為結核性 抑為癌 腫性是也 但有時困難 一般炎症性滲出液中 有多數細胞 尤以多核白血球為多 及少數赤血球 淋巴球 及肋膜上皮細胞等 (此種所見 以因連鎖狀球菌 葡萄狀球菌 肺炎菌 室扶斯菌 及急性關節癱瘓 質斯等所發者為然) 結核性滲出液 初期亦然 如滲出液長期存在 則其中之淋巴球 增加 多核白血 球屢因頹敗 而膨隆變性 又結核性滲出液時 有自初即有淋巴球者 或多核白血球為多數 淋巴球為少 數 但經過二星期後 則適呈反比例 即淋巴球多 而多核細胞為少數是也 內皮細胞比較少數 至膿腫 性滲出液中則內皮細胞呈多數 有時能發現膿腫細胞 如為非炎症性滲出液除比重較小 (一〇一〇以下) 外 有多數之淋巴球及多數之內皮細胞 為其特有 但長期滯留 亦能併發炎症 而發見多核細胞 出血性滲出液 多於結核性及癌腫性時見之 或呈乳糜狀及假性乳糜狀 又光線檢查 可診知液體之滯留狀況 及各臟器之壓迫狀況 經過 滲出液肋膜炎 多呈慢性經過 於發病後迄就醫程度之時間 約三—五星期許 亦有更長者 此時 患者僅呈頭痛倦怠及食慾不振等 反之如呈急性經過 即於二星期即生大量滲出液者 則生鬱血 及呼

數困難 於一般正常 經過之滲出性纖維索性助膜炎時 有二三期之持續 其後體溫下降 同時滲出液 亦呈退行減量 而趨於治愈 一般症狀亦隨之輕快 而恢復正常 其不定型之經過 為別各種各樣 體溫下降後 屢又上昇 經長久時期而治愈 或大量液體迅速吸收 迨餘少量時 反需長期之時日 而方就愈 其重症者 則來不定型高熱 患者自覺非常疲憊 終因衰弱貧血及心臟障礙而趨不治 或呈脹胸機轉 依手術而趨就愈 或發膿毒症而死亡 亦有呈脹胸之外觀 試驗穿刺 則仍為透明液體者 在一般之滲出液消退後 均發肋膜肥厚 而殘遺愈着 致患者於相當期內仍極苦惱

治療時期之過去與否 及治療法之適當 與本病之經過上 有密切之關係

兩側同時發大量滲出液者 頗屬稀有 但一側有大量 他側有少量者 則屬常見 及無液體之健側於經過中 亦有一時的摩擦音

結核與本病之關係 一般初期結核 或進行性結核 雖亦能續發結核性助膜炎 但多數仍為於肋膜治愈後 而續發初期肺炎加答兒

肋膜炎無滲出性心囊炎 同時合併者 多體溫之持續期間較長 此外更有呈特種部位者 其診斷頗屬困難

葉間性肋膜炎 Pleuritis interlobaris 即兩肺間肋膜 與縱隔竇助膜間之助膜炎是也 此時以強度肺部之壓迫症狀 及迅速呈愈著狀態 為其特有

b 橫隔膜肋膜炎 Pleuritis Diaphragmatica 之診斷更屬困難或不可能

3 小兒渗出性肋膜炎 較大人爲少 其特點爲體溫脈搏及呼吸症狀均不定 易於變化 但預後比較佳良

4 老年滲出性肋膜炎 多易趨惡液質 及全身衰弱致經過不良

診斷 肋膜炎之診斷 多屬容易 依特有之濁音 打診之抵抗聲音震盪等之減弱 而可確診 試驗穿刺及 X光線檢更屬明晰

與肺炎之鑑別診斷 有時困難 但依熱型 經過 咳嗽 喀痰 X光線 試驗穿刺等 而可確定 但兩者時常合併 不可不知也

炎症性滲出液 與非炎症性之滲出液之正確鑑別 厥賴穿刺液之鑑定

預後 壯年單純性漿液纖維索性肋膜炎 其預後多屬佳良 但老年者衰弱者合併心臟疾患 有全身合併症者 多預後不良 治療上之時間的 及技術的適當與否 亦有重大差異

療法 漿液性肋膜炎 首須安靜 於患部行濕布 (冷或溫) 溫性濕布能緩解疼痛 且能促進吸收 其後加

用電氣加溫裝置 熱蒸汽灌溉 人工太陽燈等 疼痛較重者 蓋沃丁 芥子泥 發泡膏等 患者之食物

於體溫高時 與熱食品 即牛乳 雞卵 肉羹 稀粥等 務以充足營養價 及易於消化吸收爲原則 免體

力虧損 與治療及經過以惡影響 常與以食物催進劑 及緩下劑 果實 蔬菜等

藥物療法 對咳嗽疼痛呼吸困難等 可與相當量之 Morphium 有喀痰可與以祛痰劑 體溫較高時致來頭痛

不眠故可投以解熱劑 常用而且實用者爲撒曹 *Aspirin* *Paracetol* 等 撒曹一般用大量(四,〇—八,〇) 因撒曹能移行於滲出液中之故也 但對慢性滲出液不變者 其效力較小 對促進吸收劑 則多用沃度劑 即沃剝〇,五—二,〇 含糖沃度鐵〇,二—一,〇 (均爲一日量)對慢性尤有效 又爲誘導滲出液 故可用下劑 又強心利尿劑則多用 *Diuretic* 醋酸加里液 硝酸加里 *Diuretic, calicin* 安息香酸鈉 加非因 重酒石酸加里 發汗療法則用鹽酸 *phoscarbin* 之注射 及 *Aspirin* 撒曹等 但有循環障礙或衰弱者 則屬禁忌 此外更有渴療法 減鹽療法 牛乳療法 均可一時試用而不能持久 穿刺療法 用定式套管針 其術式方法及部位 已詳之於診斷學中 茲將穿刺之適應症列下

(一)有多量滲出液時 呈強度壓迫症狀 及呼吸困難 心臟被壓迫 而脈搏不良 及強度循環障礙 此時當即急行穿刺

(二)呼吸困難過劇烈時 雖脈搏佳良 亦須穿刺以圖緩解

(三)滲出液雖未大量 然爲包圍性 對於局部臟器 有強度壓迫症狀時 亦須即行穿刺

(四)滲出液吸收特別遲緩時 亦有穿刺之必要

(五)體溫已下降 滲出液亦大部分被吸收 尚有所謂殘留滲出液時 須穿刺以排出之

除上述各時期以外 正常肋膜炎 須其體溫尚未下降 但已過急性期時行之 因穿刺後仍來繼續的貯溜 故須以少在晚期行之爲宜 於穿刺前令患者少飲葡萄酒 樟腦油 及鹽酸 *Morphan* 等之內服 或注射

排出之液量，有主張以六〇〇，〇〇〇爲度者，但亦有主張可及的全部排出者。一般外來治療患者，以八〇〇，〇一〇〇〇，〇〇〇爲限，約之以患者之自覺症及一般症狀爲標準，如於穿刺期中發現腦食血、眩暈、心臟衰弱、脈搏不良等，除即行中止穿刺外，尙須行對症之治療。如頭部之熱濕布及強心劑之注射是也。又穿刺中發現咯痰、咳嗽、或血液等，亦須立即中止。穿刺時其排出狀況以不可太快爲宜。（約一千cc，需二十分鐘許）

近來有主張於穿刺之同時，試行空氣酸素或窒素等之吸入療法者，其目的一使其內壓不變，一使氣體吸收，而使萎縮之肺徐徐開張，其效果尙屬疑問。與此同樣目的，有主張少量勤穿刺者，其又一目的即於液體排出後注入空氣而免兩葉肋膜互相糜擦或愈着，但亦多不被人所重視。

於西歷 1894 年 Cillhart 氏將取出之滲出液與患者注射於皮下，能促進液體之吸收，但有主張此法，於結核性肋膜炎反有惡影響，而多不用。又有於穿刺後注入沃度 (Vod) 者，其效果亦不特別顯著。

此外於穿刺中，有時發見帶血液體排出，其特少量時，無甚意義，可仍於注意下繼續排出，但如有大量出血，須即時停止穿刺。其他因穿刺之技術的不良，有時招來穿刺肺部，然一般尙爲少見，吾人須注意者，即助間動脈異常位置之患者，時被刺破是也。

於滲出液消退後，須時時注意患者之肺部狀態，而施以對症之治療。其肋膜肥厚、胸廓萎縮之患者，可講求一般強壯療法，及正規的呼吸運動練習，對於轉地療法亦屬有效。

3 化膿性肋膜炎 Pleuritis Purulenta 又名膿胸 pythorax

化膿性肋膜炎 與漿液纖維索性肋膜炎之別 即滲出液中之白血球特別增加 屢呈純膿性是也 有時比較稀薄 果為膿胸抑係白血球較多之漿液纖維索性滲出液 其區別頗屬困難 必要時 須於次日更行穿刺 以鑑定其果為液體抑為膿性分泌物

原因 本病較前述之漿液纖維索性肋膜炎之比例 為特別少見之疾患 一般男子較女子為多 小兒屢比大人為多

其原因與前述肋膜炎之一般原因相同 但本病以續發性者為多 膿中發見之細菌 以肺炎菌 傷寒菌 葡萄狀球菌 連鎖狀球菌為多 或有時為混合傳染 一般自膿胸之探出滲出物 培養多為陰性 其病原體多死滅而分解故也 又結核性膿胸 多不能發見病原體

症狀 理學之所見 與前項漿液纖維索性肋膜炎相同 不過於試驗穿刺時 發見其為膿性而已 但其比較的差異如下 膿胸時於滲出液部位之胸部皮膚 多發浮腫 但漿液性肋膜炎亦有時發浮腫 於化膿性肋膜炎一般早期發熱 壓迫症狀 且呈強度 呈愈着及包圍性者亦多 一般症狀較漿液性肋膜炎亦屬重篤 體溫不正 時發所謂化膿性體溫上昇 發汗 有時戰慄 滲出液突然增量 患者多皮膚呈蒼白色 營養衰弱 脈搏細小頻數 血液中之白血球量增加 但亦有膿性滲出液雖少 而呈重篤症狀者 或已呈固定膿胸 而症狀極輕 至穿刺後而方知者 小兒膿胸與熱性傳染病之經過相同 無呼吸器障礙 精密檢查 方知有

滲出液 症狀依穿刺而得確診 老年及衰弱患者 多徐徐進行 致營養不良 食慾減退 舌蒙厚苔 時發下痢 多無高熱有強度盜汗

續發性膿胸 於肺炎之分期後 或肺結核 肺膿瘍 肺壞疽 肺福腫 肺放線狀菌病 肋骨結核 偶亦有氣管枝擴張時見之 此等之續發症狀 有時呈重篤症狀 有時極輕微 而被看過 由漿液性肋膜炎轉來之膿胸 大多數均依然體溫上升 全身症狀亦突呈增惡 其少數者為徐徐進行 非注意觀察 多被看過 兩側膿胸固屬少見 然非必無

包圍性化膿性肋膜炎之診斷 及治療 均屬困難 因有時分為數室 甲室為膿性 而乙室則漿液性 致時與診斷以錯誤 須特別注意 如向肺方破壞 則經口咯出 而趨自然治愈

經過 膿汁如不排出 取自然吸收而就愈者 殆屬罕見 惟肺炎後之小型膿胸 及小兒膿胸 有時被吸收 而趨治愈 膿胸如長期存在 則常有發熱 患者漸次衰弱脫力而死亡 或因合併重症傳染病 及續發化

膿性心囊炎 腦膿瘍化 膿性腦膜炎 心臟內膜炎等而登鬼籍

腐敗性膿胸 其預後更不屬良 多不出兩星期而死 倘治療得宜 亦不無治愈之希望

診斷 依試驗穿刺而確定 X光線亦屬重要 此外則參照其症狀及經過而可確診

包圍性膿胸 及肺膿瘍之鑑別頗屬困難

預後 本病之預後 依原因疾患而不同 如原因疾患治愈 加以適當之治療 自亦能趨治愈 小兒之膿胸

較大人者豫後佳良 本病之姑息的療法 多無效 而致轉歸不良 自手術療法盛行後 其預後乃頓呈佳良 但治療機會少一逸去 則預後當然不良

療法 否服藥多無效果 其自然的吸收亦自屬不可望 故其主要為外科的手術療法 尤以穿胸術 附有吸引裝置者為佳 更進一步須行肋骨切除 惟結核性胸於切除後長期遺留漏孔 亦非所宜故須注意

第II 氣胸 Pneumothorax

定義 氣胸者乃係於肋膜腔內滯留空氣之謂也 如同時含有液體則名之曰水氣胸 Hydropneumothorax 更因其液體之性質 有漿液性膿性血性之別 而名之漿液氣胸 Iaropneumothorax 膿氣胸 Popyneumothorax 及血氣胸 Haemopneumothorax 又本病因空氣之自肺部侵入者名之曰內氣胸 Juree pneumothorax 自體壁侵入者名之曰外氣胸 Aussenere pneumothorax 復因其通氣之血管於呼吸時或開放或閉塞而有開放性氣胸 Offener Pneumothorax 閉塞性氣胸 Geschlossener Pneumothorax 及瘻狀氣胸 ventipneumothorax 之別

原因 1, 氣胸因體壁或肺部之外傷而發 但亦有少數例外 如胸壁之強度振盪 雖體壁無外傷 而肺肋膜因之似裂 致發生外傷性氣胸 2 因結核性空洞向肺肋膜穿通而發生 3 肺膿瘍及肺壞疽 4 偶因肺出血性梗塞 氣管矽擴張症 及肺包蟲症而發生 5 鄰接臟器之疾患 如食道癌腫 膿瘍 消息子插入之傷害 及氣管枝腺 化膿等 同時與肋膜腔穿通時 6 腹腔臟器 如胃癌 腸癌 同時向胸腔穿通時 則胃癌

之氣體竄入 7. 肋膜自身疾患 如膿胸與氣管枝交通時 或滲出液穿刺後 自穿刺孔侵入 8. 外科的肺管切除 或肺結核的人工氣胸療法時發之

但前述皮種原因之氣胸 非純氣胸多為漿液氣胸或膿氣胸之混合型者

病理解剖 氣胸時 肺內部呼吸減少 下部被壓迫 同時其他臟器亦被壓迫時 致轉位但如不起愈着於胸壁開放時均能仍復舊位

1 純氣胸 *Del reine pneumothorax*

症狀 依視診可得見患側胸部擴大 肋間緊張 呼吸運動微弱 心尖搏動轉位等 依觸診可得知 兩側形狀及運的變化 並常能看出喉頭氣管之側方轉位 觸診上之聲音振盪減弱 或消失尤屬重要症狀

打診 依打診可知各臟器之變位 最顯明者 為心臟及橫隔膜之變位 於右側氣胸時 則心臟被壓迫 而向

左方轉位 心尖搏動有時達左腋窩線 如為左側氣胸 有時心臟被壓迫 而完全移轉胸骨右方心尖搏動偶

能達於右乳線 患側之橫隔膜 被壓迫而向下方轉位 左側氣胸則壓迫肝下垂 左側氣胸則壓迫胃下垂 同

時橫行結腸 亦當然隨之下垂 至打診的 音響隨胸壓緊張之狀況而異 彼開放性 或閉塞性氣胸 如其

內方之緊張度 與外界氣壓 一致時 則呈清貯之鼓音 如內壓高則失其鼓音 而呈低調 如發鏗性音響

則係有較大之空洞 且為有平滑內壁者是也 但一經打診法多証明困難 此時多利用聽診打診法 *auscultation*

percussion 即一方聽診同時行打診是也 或用打診槌柄打診板打診法 *Stäbchen Pleßimeter*

Percussion 即用打診板貼於胸壁 而用打診槌柄部叩打之謂也 則多能證明又氣胸時 行強打診 則屢發現似壺音 *Cereanch* *des* *Respirungen* *Topes* 此多於開放性氣胸時 見之 但 *Ceair* 氏言閉鎖性氣胸 亦能發此種音響 此外更 *Winrich* 氏音響變換 內氣胸開放性者 於口腔張開時則呈高調開口時 則變低調之謂也 但氣胸固有者為 *Diapara* 氏音響變換 此即於患者變換體位時 而呈打診的音響變換是也 即坐位呈高音臥位 呈低音 但亦有時完全相反 此因起立時滲出液下降 壓迫橫隔膜 致空洞之長徑增加 但無液體於立位時 因肝臟牽引 致胸壁緊張 使空洞擴大 亦能使音響高低變化 故音響變化之作其關係固甚複雜也

聽診 本病無特有的聽診所見 多數者均呼吸音微弱 或消失亦有能聽得鑲性呼吸音 及鑲性水泡音者 更有能聽得與氣胸交通之鑲性小音

Resonanz 檢查 呈特有像影 於肋膜腔內 有空氣之部位 可呈明晰之亮影 同時橫隔膜雖被壓迫 而不下降 仍保存普通之穹隆 且能看出橫隔膜奇怪運動 即吸氣時橫隔膜上升 而呼氣時橫隔膜下降是也 更有兩側橫隔膜之反對的運動 如氣胸內空氣量特別多時 肺被壓迫萎縮 肺底部呈細長影像 心臟之轉移多不明晰

自覺的症狀 慢性者 多徐徐發生 僅於運動時 有呼吸困難 故患者不甚注意 然急性者 則突然發生 劇烈之胸痛 及呼吸困難 皮膚蒼白 多發冷汗 疼痛之狀況 於深呼吸時為甚 且不僅患側於上腹部

亦有疼痛 體溫常呈低溫以下 脈搏亦增加 又因循環障礙之故 多發耳鳴眩暈

經過 急性氣胸 有時不出數分鐘 或數小時因窒息而死亡 然大多數仍為雖一時呈急性 不數日而輕快

又慢性氣胸或肺結核之合併氣胸者 外觀上一如健康常人 仍從事於職業 迨呈呼吸困難 或疼痛時

始訪醫就診 方知其有顯着之氣胸 兩側性氣胸 多屬少數 且其經過不良 多迅速死亡

診斷 氣胸之診斷 常不容易 多於突呈呼吸困難時 方想及之 如於視診上 發現一側之呼吸運動減弱

打診之變化較小 呼吸音減弱 或消失及聲音震顫消失 須憶及本病 進一步行聽診的打診法 及打診

槌柄打診板打診法 以證明其續性音響 如能證出着明之他胸之轉位 診斷多不困難 又肺結核之突然增

惡者 務行氣胸之檢查為宜

主要之鑑別診斷 常與肺氣腫相誤診 尤以一側肺結核 或一側肺炎 肋膜炎 常來健側之代償性肺氣腫

其症狀頗相似 其次為肺空洞 有時與包圍性氣胸之鑑頗屬困難 或竟不可能 但空洞時 肋間呈陷落

而氣胸則反膨隆 空洞時聲音震顫強盛 而氣胸則消失 及 *Crabtree* 氏音響變換等 而可鑑別 此外

有時與胃膨滿及橫隔膜 *Diaphragm* 等相鑑別 即依胃消息子之氣體排與既往症等可資證明 X光綫檢查亦

頗重要

豫後 急性氣胸 多預後不良 或合併炎性滲出液者 亦有時危險 但一般氣胸 於生命上之危險頗小

其無合併症者 多不出數週而治愈 亦有雖有氣胸而毫無自覺症 終歸完全吸收者

氣胸之豫後 與肺萎之狀態 有關閉鎖性氣胸 一般易被吸收 滲出液之生成危險 亦較少 開放性氣胸 則傳染較多 但內氣壓尙屬平衡 壓迫症狀亦少 如爲瓣狀氣胸 即易傳染 復易壓迫其他臟器 使之轉位 滲出液生成之傾向亦大 故其預後較爲不良

療法 急性氣胸 先使患者安靜爲要 必要時可行 Morphine 及 Heroin 之皮下注射 特別呼吸困難者 可行酸素吸入及強心劑之使用 呼吸輕快 可待其自然吸收 如無效可行肋膜穿刺術 以排出空氣 於有高壓者 簡單穿刺 可使內外氣壓相等 但開放性氣胸 則無效 此時則用 Winderlich 氏之與外氣相通之膠皮管 或用 Galle 之有活栓裝置套管穿刺器 而行吸引療法 但一般有此必要時較少

2 漿液氣胸 Der Seropneumothorax

原因 氣胸時 多同時惹起肋膜之炎症 而產出滲出液

症狀 於氣胸同時 加滲出液 則肋膜腔之壓力增高 故壓迫症狀愈顯著 其時一般體溫上昇 時發高熱

但亦有缺如者 打診上於胸部下方 呈濁音 體位變換時 濁音之部位亦變化 行輕打診法 較爲明晰

如液體增加 則濁音擴大 於聽診上固有之症狀 厥爲 R. J. Jaccardes 氏振盪音 Saccharo 是也 此音

即把持患者之兩肩胛 而前後動搖 其上體則能聽得一種鏗性振盪音 其音恰如敲少許水於瓶中 而動搖時所發之音響者 然有時於遠距離即能聽得 亦有時須於近傍 方能聽出振盪音 此種音響常於呈濁音之前發現 故頗重要

本病之心臟搏動 有時發鏽性音響 或有時聽得如水滴落下之音響 此名之曰 *Circa cardiacus geransch der*

calendari Tropfen 乃自粗糙之肋膜面滲出液滴下之所致也

水氣胸時 亦有鏽性音響 恰如空氣泡通過液體時 所發之音響者 然此名之曰水笛音 *Wasserflötenge*

rausch 或肺澀音 *Lung entzündung* 此因肺澀管位於滲出液之下方 於每吸氣時 空氣自滲出液通

過之所致也

X光線之檢查 呈特有之影像 即於普通有空氣之中間 滯留液上方 呈水平暗影是也

診斷 漿液氣胸之診斷 較純氣胸為易 即依 *Hippocrates* 氏振盪音 而可確診 如已有液體存在 須

行試驗穿刺 以定液體之性質 為漿液性抑為膿性

豫後 於大多數氣胸合併胸水 為無害之合併症 不致防礙氣體之吸收 且於氣體消散後 液體亦減退

有時反能促進氣體之吸收 但壓力增加 則有化膿及增加危險之傾向

療法 多數者與處胸之期待的療法相同 有高度的呼吸困難 及壓迫症狀時 可行穿刺

3 膿氣胸 *Der Eipneumothorax*

原因 膿氣胸之成有自純氣胸而來 漿液氣胸其後漸次化膿 或因附近之炎症進行 而發化膿性肋膜炎

其細菌的所見 與膿胸時略同

症狀 膿氣胸與漿液氣胸之症略同 且與化膿性肋膜炎 及腐敗性肋膜炎之症狀 亦無特大的差異 但特

異點即一般傳染症狀較重是也 如爲腐敗性膿氣胸則症狀尤重

診斷 與前述漿液氣胸相差異之點 即試驗穿刺時 爲膿性內容是也 結核性膿氣胸 須賴細菌的證明

包圍性膿氣胸 有時須與橫膈膜下膿氣胸 *Pneumothorax Subphrenicus* 相鑑別 其要點即於橫膈膜下

有空氣及膿汁滯溜 致將橫膈膜壓迫而上升 此時多有胃腸疾患爲之前驅 且穿刺內容帶糞臭

豫後 呈化膿時能使氣胸之轉歸 趨於不良 但其原因疾患治愈時 加相當之治療 亦有治愈之希望

療法 除結核性者與膿胸之療法相同 務以急速排出膿汁爲宜 但結核性者 則因殘留瘻孔 致經過不良

反以期待療法者尙能延遲相當的時日 膿氣胸之手術的療法 與膿胸略異 即不必有防止空氣侵入之裝

置 即依肋骨切除術 或水流唧筒之有吸引裝置者即可

第三 胸水 *Hydrothorax*

原因 胸水者乃係於肋膜腔內滲出非炎症性滲出液之滯留之謂也 最常見者爲循環障礙 即多於大循環鬱

血時見之 故有心臟疾患 或肺臟疾患 有循環障礙者 均能發生 本病 同時有皮膚水腫 腹腔及心臟

內 亦有液體滯溜 及肝腫大等 於腎疾患時 亦能發生本病 其時有輕度皮膚水腫 但亦有皮膚有強度

浮腫 而不合併本症者 此外偶有因各臟器之腫瘍 壓迫靜脈 或胸管時 致發生靜脈及胸管之血液與淋

巴液還流障礙而發本病

病理解剖 於肋膜腔內 有黃色澄清之液體 普通爲兩側同樣 故心臟轉位者反少 (但依胸水之多量有

時向上方轉位) 唯肺部與橫隔膜被壓迫 與前述滲出液時相同 肋膜或無變化或變化極小

症狀 胸水之局部症狀 與滲出液時完全相同 唯缺乏體溫上昇及一般症狀 有時有輕度局部疼痛刺痛及

壓迫症狀等 無摩擦音 又其與滲出液之不同者 即幾全為兩側性但兩側之胸水量 固不必相同 尤以患

者之好取一側臥位者為然 打診上因兩側之比較或缺如 或輕微致有時判斷困難 故少量之滲出液 有時

誤將其濁音 認為橫隔膜之昇高位者 而被看過 但多量時 則發顯着之濁音 及聲音振顫消失 本病之

重症者 肺被強度壓迫 有時招來強度呼吸困難而致窒息

診斷 胸水與肋膜炎時之滲出液 依理學的檢查 多屬不可能 其唯一之差異 為穿刺所得液體之化學的

檢查是也 即比重與蛋白含量之差異其解釋如下

炎症性滲出液之比重較大蛋白質之含量亦多

非炎症性滲出液之比重較小蛋白質之含量亦少

炎症性滲出液之蛋白質含量為四—六%

鬱血性滲出液之蛋白質含量為一—三%

充血性滲出液之蛋白質含量為〇, 一—〇, 三%

但比重之境界乃比較的 而非絕對的 即一〇—一八以上者多為滲出液 一〇—一八以下者多為滲出液 但一

〇—二—一〇—一八之間則為互相移行 有滲出液其比重頗大者 亦有滲出液其比重較小者 此蓋因滲出液

如因充血被稀薄時 則比重小 漏出液則長期滯留則水分減少比重增加之故也
此外之區別 則為醋酸試驗 即於滲出液中滴一滴之濃厚醋酸則生雲絮狀沉澱 (或稀薄醋酸中滴滲出液亦然) 漏出液則否

在前述方法以外 於胸壁下方 同時有浮腫存在時 多檢查困難 但依打診的濁音及聽診的呼吸音 與聲音震顫減弱等而可判別

豫後 本病之豫後 依原因疾患而異 倘為重症循環障礙及心臟器質性疾患自屬不良
療法 在大多數者 無須特別治療 即行原因治療是也 但特別多量 發生呼吸困難 及壓迫症狀時 須行穿刺 以緩解之 但一般多不久又仍復舊觀 如屢次穿刺 多結果不良 間亦有因一回穿刺 而一般症狀緩解 循環障礙亦因之佳良 藥物療法 則唯用強心利尿劑而已

第四 血胸 Hemothorax

原因 血胸之主要原因 為胸廓之外傷 故本病殆屬於外科疾患 多因肺動脈內乳動脈及肋間動脈之外傷而來 肋膜腔之大出血 如係肺部外傷 多同時合併氣胸 偶因動脈瘤破裂 或肺結核肺癆肺壞疽之出血而發生本病 更有例外之少數 因肋膜穿刺 致傷及肋間動脈 而招來血胸
症狀 於肋膜腔急劇滯留液體同時有內出血症狀 即全身皮膚蒼白 脈搏頻數微弱 呼吸困難等 如比較長期存在 則發肋膜炎症狀 但其特著者 即滯留於肋膜腔之血液不凝固是也

療法 因多係內出血 故止血困難 此時多令患者絕對安靜 於患側貼冰壺 與強心劑 及興奮劑 以防虛脫 並試用各種止血劑之內服 及注射 如出血多量 呈器械的壓迫症狀 有生命危險時 亦祇可行穿刺法 以暫圖緩解而更施以救治之法

第五 肋膜腫瘍 *Coechwyahne der Pleura*

原因及病理解剖 肋膜之良性腫瘍 雖有脂肪腫 纖維腫 及血管腫等 但概為少數 惡性腫瘍則為癌腫 與肉腫 但以續發性者為多 或因隣近臟器之直接的蔓延 或遠隔臟器之自血行及淋巴行之轉移而發 其時有大小不等之結節形成 同時多於肋膜腔合併漿液性膿性或出血性等之滲出液 至原發性腫瘍 則為內皮細胞癌腫招來肋膜之瀰漫性肝脈樣肥厚 但為數頗少

症狀 如生散在性之肋膜結節形成 其初期於臨床上 多不呈何等症狀 或發胸痛呼吸困難 及咳嗽等 迨腫瘍增大 則有濁音 呼吸音 及聲音震顫 減弱或消失 屢發劇烈之胸痛 依視診可得見胸廓之一部膨隆 或全胸廓之擴大 偶有能看出腫瘍隣近臟器之被壓迫而轉位者 亦有發生濕性肋膜炎者 體溫多無變化 漸次趨於惡液質狀態 至轉歸不良

診斷 初期肋膜腫瘍之診斷極為困難 多誤認為慢性肋膜炎 其差異為濁音界之呈不定形有強度抵抗 及體位雖變換而無音響變換 屢有上肢及胸壁之輕度浮腫 如為癌腫時 體壁所見之症狀雖極輕微 但患者呈強度營養不良 及衰脫狀態 及屢因打診胸音而誤認為液體存在 及穿刺而所得極少 且多為出血性

鏡檢上有赤血球及種種變形之白血球（淋巴球）及多數之肋膜內皮細胞 此內膜細胞 於其他滲出液時亦存在 故不能惡性腫瘤之助診 但其中含有血管 且集合呈絨毛狀者 則於本病診斷上有相當之價值 此外有時見出脂肪顆粒 且屢於鎖骨上窩之淋巴腺腫大 如取出作切片 有時能檢出腫瘤細胞而可知為本病

預後不良

療法 不過行對症的療法而已 其他可試行 Roentgen 療法及 Aoxyl 注射等

第六 縱隔膜腫瘍 Mediastinaltumoren

原因及病理解剖 縱隔膜腫瘍中比較常見者 為淋巴腺腫 肉腫 及瘤腫 多自淋巴腺或結締織而生 其他亦有自附近臟器蔓延而來者 至其他腫瘍如脂肪腫 纖維腫 皮膚囊腫及包蟲腫等 則極為少數 症狀 於初期時患者感覺全身倦怠 頭痛 胸部疼痛 及輕度的呼吸困難 其後乃漸發胸部症狀 如直接腫瘍的壓迫及隣接臟器之壓迫及轉位等是 尤以壓迫症狀為本病之主要症候 於循環器 呼吸器 食道神經等依壓迫之狀況 而發各種不同之症狀 如壓氣管則來呼吸困難 壓迫食道則來嚥下困難 壓迫上行動脈則呈腦血行障礙而發腦貧血 頭痛 眩暈 耳鳴 壓迫頸靜脈則來鬱血怒張 壓迫神經則發神經痛及神經麻痺各症狀

本病於前胸 有極少見之皮膚靜脈之巨大蛇行腫脹 有時蔓延至腹部 有時生於背部此時如壓迫其血流

而檢查其方向能見出上部膨脹下部萎縮 此乃因上大靜脈之還流障礙 管皮下副循環 而至下大靜脈之故也 如此循環則有上肢及胸背等處之水腫

腫瘍如壓迫大動脈 雖其抵抗力然終亦發狹窄 如壓迫無名動脈及鎖骨下動脈分岐部 則一方之脈搏較他方之脈搏其搏動較遲 且微小 並聽診上有收縮期的狹窄音

壓迫頸部交感神經則來兩側之瞳孔不同大

本病一般不發熱 但惡性淋巴腺肉腫及有續發傳染時 則呈不規則的體溫上昇

胸部的理學的所見 往往於胸骨部有瀰漫性隆起 打診上呈濁音 其較大者右側超過右胸骨緣 而達於右肺部左方 則移行於心臟濁音界 心臟被壓迫而向左下方轉位 有時壓迫橫隔膜下降及肝脾下降等

本病有時合併肋膜炎 肺炎 頸部及腋窩部之淋巴腺腫大

診斷 其症狀著明者 多不困難 尤以惡性腫瘍 急呈腫大 且合併全身衰弱者為然 但初期則屬困難

Raenken 檢查為本病之必不可缺者

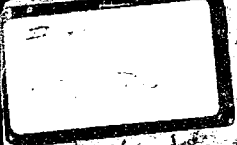
本病有時與動脈瘤相誤認 但動脈瘤時於心臟收縮期及開張期 有顯明之雜音 及動脈瘤周圍之搏動而可

判別

豫後 不良 多不出一二年因衰弱或各種壓迫症狀而死亡

療法 本病之手術的療法 現尙屬不可能 故只可行對症的療法而已 如試用沃度潮亞砒酸劑 (*Atoxyl*)

之〇，〇五—〇，一之皮下注射)或 Radium 及 Rauteen 療法之試用 至疾病之末期爲漸輕患者之痛苦計 可行麻醉劑之內服或注射



#41

75074

