

## 原 病 學 各 論

—— 亞爾蔑聯斯の講義録 —— 第9編

### On Particular Pathology —— A Lecture on Ermerins —— (9)

松陰 宏<sup>\*1</sup> 近藤 陽一<sup>\*2</sup> 松陰 崇<sup>\*3</sup> 松陰 金子<sup>\*4</sup>

【要 約】明治9（1876）年1月に、大阪で発行された、オランダ医師エルメレンス（Christian Jacob Ermerins：亞爾蔑聯斯または越爾蔑噠斯と記す，1841—1879）による講義録、『原病學各論 卷三』の原文を紹介し，その現代語訳文と解説を加え，現代医学と比較検討した．本編は，第8編のつづきで，呼吸器病編の肺藏諸病のうちの最終部分の，胸膜炎，胸水，胸氣（気胸），胸膜癌についての記載である．病態生理，診断方法の部分は，かなり正確に記されているが，感染症や炎症の概念が確立されていない．治療法では，内科的対症療法の本草薬物学がその主流であるが，胸膜穿刺法などの外科的手技なども取り入れられている．わが国，近代医学のあけぼのの時代の，医学の教科書である．

【キーワード】原病學各論，エルメレンス，医学教科書，胸膜炎，胸膜癌

#### 第13章 原病學各論卷三 呼吸器病編（つづき）

本編は第8編のつづきで、『原病學各論 卷三』の呼吸器病編の「第三肺藏諸病」のうち，乾性胸膜炎，濕性胸膜炎，膿性胸膜炎，胸水，胸氣（気胸），胸膜癌についての記載である．その全原文と現代語訳文とを記し，解説と現代医学との比較を追加した．

##### （口）胸膜炎

「胸膜炎ニ三種アリ．曰ク乾性胸膜炎，曰ク濕性胸膜炎，曰ク膿性胸膜炎是レナリ．

##### 『第一 乾性胸膜炎』

乾性胸膜炎ハ滲出液ヲ生スルヲ無ク，初メ胸膜ニ充血ヲ生シテ，腫脹肥厚シ，肺胸膜面ニハ肉芽ヲ生シテ粗糙ナルヲ宛モ天鵞絨ニ類ス．此肉芽ハ新生結締細胞ヨリ成ル者ニシテ，後ニ結締組織ニ變スルヲ，猶皮膚ノ創傷ニ於ケルカ如ク，其

部之レカ為ニ益々肥厚ス．又時トノハ對向セル肋胸膜面ニモ之レヲ生シテ，両面互ニ癒着シ，其結締組織或ハ細糸ノ如ク，或ハ紐條ノ如ク，甚キハ両面ノ胸膜盡ク連繫シテ網狀ヲ為スニ至ル．之レニ在テハ，肺藏ノ運動困難ニシテ，十分ニ擴張スルヲ能ハス．之レカ為ニ必ス呼吸ニ妨碍ヲ來タス．盖シ此症ハ胸膜炎中尤モ多キ者ニシテ，寒濕ノ地ニハ殊ニ多ク，其疼痛甚キ者ハ刺スカ如キヲ覺フ．俗間ニ所謂胸脇痛ナル者は是レナリ．」

「胸膜炎は3種類がある．乾性胸膜炎，濕性胸膜炎，化膿性胸膜炎というのがそれである．

##### 『第一 乾性胸膜炎』

乾性胸膜炎は浸出液を作ることなく，初め胸膜にうっ血を來し，腫脹肥厚し，肺胸膜（臟側胸膜）面に肉芽組織が出現して，あたかもビロード様に粗造となったものである．この肉芽は若い新生の結合組織群からなるもので，後に結合組織に変わるのは，皮膚の創傷の場合

\*1 Hiroshi MATSUKAGE：三重県立看護大学

\*3 Takashi MATSUKAGE：日本大学循環器内科

\*2 Yoichi KONDO：山野美容芸術短期大学

\*4 Kinko MATSUKAGE：東京女子医科大学

と同様である。その為に、その部分はますます肥厚する。また、時には、向かい合った胸膜（壁側胸膜）面にもこれが作られて、両側が互いに癒着し、結合織は、ある時は細糸のように、ある時はひも状になり、高度になると両側の胸膜が網状になることがある。この場合には、肺の運動は困難になって、拡張することが出来ない。その為に必ず呼吸障害が起こる。一般に本症は、胸膜炎の中で最も多いもので、寒くて湿度の高い地方では特に多く、疼痛の強い者は、刺す様であるという。いわゆる側胸痛というのがこれである。」

この項では、胸膜炎には、乾性、湿性および化膿性の3種あり、そのうち、乾性胸膜炎による線維性癒着を記して、それは皮膚創傷治癒の時にできる、肉芽組織と同じものによる反応であるとしている。ここで、「天鵝絨（テンガジュウ）」はポルトガル語のビロード（veludo）の当て字で、英語のベルベット（velvet）と同じである。

# 『第二 湿性胸膜炎』

湿性胸膜炎ハ滲出液ヲ生スル者ニシテ、此滲出液

目録	原病學各論卷三	呼吸器病篇	勞瘵	胸膜炎 乾性	胸膜炎 濕性	胸膜炎 膿瘍性	胸水	胸氣	胸膜癌
----	---------	-------	----	--------	--------	---------	----	----	-----

図1 原病學各論卷三 目録

少ケレハ、許多ノ纖維質ヲ含ミ、多量ナレハ、水様ノ纖維質ヲ含ム」少ク、若シ此纖維質ヲ含ム」愈々多ケレハ、胸膜愈々癒着シ易シ。即チ肺胸膜ト肋胸膜トノ間ニ於テ、一層ノ纖維質ヲ造為シ、其層ニ肉芽ヲ生シテ、遂ニ両胸膜面ヲ癒著セシムルナリ。但シ後ニハ其滲出液漸々吸収セラレテ、恰モ乾性胸膜炎ノ癒着ニ於ルカ如シト雖モ、此ニ在テハ初メニ滲出液ヲ生シテ、直ニ癒著セサルヲ以テ彼ニ異ナリトス。又滲出液ノ多量ナル者ニ於テハ、其肺臓上後方ニ壓セラレテ、下端ハ高ク第三肋ニ及ヒ、胸腔ノ下部ハ盡ク水様液ヲ以テ充填スルカ故ニ、肺臓ノ擴張ヲ妨ケテ、呼吸窘迫ヲ発ス。然レモ其經過ノ僥倖ナル症ニ於テハ、滲出液漸々ニ吸収セラレ、肺臓ノ擴張從テ復スル」ヲ得ヘシ。但シ不幸ノ症ニ於テハ、此滲出液中ニ浮游セル纖維質、肺胸膜面ニ沈著シテ、硬厚ナル一層ヲ構成シ、以テ肺ノ擴張ヲ妨クルカ故ニ、滲出液ノ己ニ吸収セラルムニ及テハ、胸壁ハ陥没シテ穹窿ヲ失ヒ、同側ノ肩胛ハ下垂シ、脊椎骨ハ内方ニ屈曲シ、

此法ハ一日三四回、毎回五密扭篤間吸入セシム可シ、

胸膜炎

胸膜炎ニ三種アリ、曰ク、乾性胸膜炎、曰ク、湿性胸膜炎、曰ク、膿瘍性胸膜炎是レナリ、

第一 乾性胸膜炎ハ滲出液ヲ生スルハ無ク、初メ胸膜ニ充血ヲ発シテ、腫脹肥厚シ、肺胸膜面ニハ肉芽ヲ生シテ、粗澀ナルヲ宛モ天鵝絨ニ類ス、此肉芽ハ新生結締組織ヨリ成ル者ニメ、後ニ結締

図2 原病學各論卷三 本文（胸膜炎）

横膈ハ腹内諸臓ノ壓迫ニ由テ上方ニ向ヒ、心臓ノ位置ハ病側ニ轉移ス。喩ヘハ左胸ニ之レヲ發スレハ、左腋下ニ於テ搏動ヲ觸ルム「有ルカ如シ。然レトモ此患者ハ他側ノ健肺ヲ以テ呼吸ヲ營ムカ故ニ、猶能ク生存スル」ヲ得可シ。唯運動ノ時ニ當テ、呼吸窘迫ヲ覺フル而已。」

## 「『第二 湿性胸膜炎』

湿性胸膜炎は浸出液が出るもので、この浸出液が少なれば繊維質を多く含み、浸出液が多ければ水様で繊維質を含むことが少ない。もし繊維質が多く含まれれば、胸膜は癒着しやすい。即ち、肺胸膜と肋骨側の胸膜との間に一層の繊維質層が作られ、その層に肉芽が出てきて、両胸膜面を癒着させるのである。ただし、後には浸出液はだんだん吸収されて、乾性胸膜炎の癒着と同じ様になるが、本症では、初めに浸出液が出て、直ぐに癒着するのではないので、それとは異なるものとする。また、浸出液が多量である場合には、肺は上後方に圧迫され、肺の下端は高くなって第3肋骨にまでなり、胸腔の下部は水様液で充満するので、肺の拡張が妨げられて呼吸困難となる。しかし、その経過が良好なものは、浸出液が徐々に吸収されて、肺の拡張が元どおりになることもある。ただし、不幸な場合には、浸出液中に浮遊する繊維質が肺胸膜面に沈着し、硬く厚い層を形成して肺の拡張を妨害する為に、浸出液が自然に吸収されていくと、胸壁は陥没して膨隆しなくなる。そして、同側の肩甲骨が下垂し、脊椎骨は内方に屈曲し、横隔膜は腹部内臓器の圧迫によって上方に向かい、心臓の位置は患側に移動する。例えば、左胸に発症すれば、左腋窩で心拍動を触れることがあるなどである。しかしながら、この患者は、他側の健常な肺で呼吸するので、なお生存可能である。ただ、運動時にのみ、呼吸困難を自覚する。」

ここで、「繊維質」はフィブリン (fibrin) とフィブリノーゲン (fibrinogen) とを指す<sup>1-6)</sup>。

## 「『第三 膿性胸膜炎』

膿性胸膜炎ハ胸腔内ニ膿液蓄積スルノ症ニシテ、他ノ胸膜炎ト異ナル所以ハ潰瘍ニ頗キ易キニ在リ。即チ其膿胸膜ヲ壞崩シテ、肋間筋ヲ貫キ、皮膚ニ穿通シテ、多量ノ膿ヲ排泄シ、其瘻管數年間癒ヘサル」有リ。但シ其瘻管漸ク癒ユレハ、

同側ノ胸壁ニ陥没ヲ呈ス。是レ其肺臓故ノ如ク擴張スル能ハサレハナリ。又瘻管ヨリ多量ノ膿ヲ排泄スル症ニ在テハ、其患者多クハ惡液質ニ陥ル者トス。」

## 「『第三 化膿性胸膜炎』

化膿性胸膜炎は胸腔内に蓄膿する疾患であって、他の胸膜炎と違うところは、皮膚潰瘍を形成しやすいことである。即ち、膿が胸膜を破壊し、肋間筋を貫いて、皮膚に穿孔して多量の膿を排泄し、その瘻管が数年間も治癒しないことがある。ただし、その瘻管が治癒すれば、同側の胸壁が陥没する。これは、その肺が以前のように拡張することが出来なくなったからである。また、瘻管から大量の膿を排出する疾患では、その患者の多くは、惡液質に陥るものである。」

この項では、化膿性胸膜炎についての記載で、いわゆる『膿胸』である。化膿性胸膜炎を来してくる起炎菌は、肺炎球菌、ぶどう球菌、連鎖球菌、各種グラム陰性菌などがある。ここでは、いわゆる『胸壁穿孔性膿胸 (Empyema necessitatis)』についての記載が中心で、その原因についての言及はない。適当な抗菌剤が開発される以前の病態であり、現在では、この胸壁穿孔性膿胸はほとんど見られない。

## 「『症候』

乾性胸膜炎ハ其經過中毫モ熱ヲ發セス。唯肋間ノ疼痛ニ苦ム而已。其部ヲ聞診スルニ、摩擦音アリ。是レ兩胸膜面粗糙ト為リ、呼吸毎ニ相摩スルニ由ル。而シテ若シ其癒著部廣大ナレハ、必ス呼吸困難ヲ發シ、癒著部狹小ナレハ、更ニ違和ヲ覺ヘス。蓋シ此乾性胸膜炎ハ特発スル」有リ、或ハ他ノ肺病ニ併発スル」有リ。喩ヘハ勞瘵ニ於ケルカ如シ。殊ニ肺ノ表面ニ空洞ヲ生スル者ハ、必ス乾性胸膜炎ヲ誘發シ、其部ノ肺胸膜ヲノ肋胸膜ニ癒著セシムル」屢々之レ有リ。然レトモ、此癒著ヲ生スルカ為ニ、空洞内ノ膿ヲノ胸膜腔内ニ穿潰セシメサルヲ幸トス。又慢性氣管支炎殊ニ氣管支膨大ヲ兼ル者ニ於テ、之レヲ發スル」多シ。但シ之レニ在テハ大抵胸膜全面ニ癒著ヲ來タス者トス。凡ソ乾性胸膜炎ノ診斷法ニ二般アリ。第一ハ摩擦音、第二ハ肺ノ運動妨碍、殊ニ肺縁ノ運動セサルニ在リ。凡ソ健

健康ノ右胸ヲ敲檢スルニ、吸氣ノ時ハ肺縁降テ第七肋ニ及ヒ、呼氣ノ時ハ昇テ第五肋ニ至ルヲ常トス。然レト、胸膜ニ癒著スル所アレハ、肺縁此如ク昇降セス。又左胸ニ於テハ、肺縁ト胃ト相接スルヲ以テ、熟練家ニ非サレハ、其昇降ヲ察スル能ハス。但シ肺ノ前縁ハ敲檢ニ由テ容易ク知ルヲ得ヘシ。即チ健康體ノ肺ニ在テハ、吸氣ノ時ニ延張シテ心臓ヲ覆ヒ、其部ニ清音ヲ發スレト、呼氣ニ當テハ、自ラ收縮スルカ故ニ、心臓直ニ胸膈ニ接シテ、其部ニ濁音ヲ發ス。然レト、一旦癒著ヲ生スレハ、肺ノ運動廢止シテ、其音呼吸ニ從テ変スルヲ無シ。」

#### 「『症候』

乾性胸膜炎では、その経過中に少しも発熱しない。ただ、肋間の疼痛に苦しむだけである。その部分を聴診すると摩擦音を聴取する。これは、両側の胸膜面が粗造となって、呼吸のたびに摩擦し合う為である。そして、もしその癒着部分が広ければ必ず呼吸困難を来し、癒着部分が狭ければ違和感を感じない。大抵、この乾性胸膜炎は単発するものであるが、他の肺疾患に併発することがある。例えば労瘵などである。特に、肺の表層部に空洞を形成する場合には、必ず乾性胸膜炎を誘発し、その部分の臓側胸膜が壁側胸膜に癒着することがしばしばある。しかし、この癒着が起こる為に、空洞内の膿が胸腔内に破れ出ることがないのは幸いである。また、慢性気管支炎、特に気管支拡張を併発するものでは、本症を起こすことが多い。しかし、その場合には、大抵、胸膜全面に癒着を来すものである。一般に、乾性胸膜炎を診断する方法は二つある。第1は摩擦音、第2は肺の運動障害、特に肺縁（境界）が動かないことである。一般に、健康体の右胸を打診すると、吸氣の時は肺縁が下降して第7肋骨にあり、呼氣の時は上昇して第5肋骨になるのが普通である。しかし、胸膜に癒着している所があれば、肺縁はこの様に昇降しない。また、左胸では、肺縁と胃が隣接するので、熟練者でなければその境界の昇降が判定出来ない。ただし、肺の前縁は打診によって簡単に知ることが出来る。即ち、健康体の肺では、吸氣の時に伸展して心臓をおおい、その部分は清音を出す、呼氣の時には収縮するので、心臓が直に胸廓に接して、その部分は濁音を出す。しかしながら、一旦癒着すると肺

の動きは止まって、その音が呼吸によって変化することはない。」

「湿性胸膜炎ハ、其症候大ニ前症ト同シカラス。多クハ初ニ惡寒戰慄シテ、次ニ胸膈ノ疼痛ヲ覺ヘ、頭痛、発熱（時トノハ終始熱ナキ者アリ）、舌上苔ヲ生シ、其脉實數ト為ル。但シ此脉狀ニ就テ、肺炎ト鑒別ス可シ。何トナレハ、肺炎ハ其脉通常數小ナレハナリ。此症ニ於テ、滲出液ノ生スルヤ甚タ迅速ニ、六日乃至八日ヲ經レハ其極度ニ至レト、僥倖ナル症ニ在テハ、速ニ吸收セラレテ、大抵一月ヲ過クレハ、全ク消散スル者アリ。強壯家及ヒ少年ニ於テハ殊ニ然リ。而ノ此吸收ヲ受クルノ際ニ當テハ、患者必ス熱發シテ、其熱朝ニ減シタニ増スヲ常トス。不幸ノ症ニ在テハ、其熱劇烈ニ、多クハ肺炎ヲ併發シ、咳嗽極テ甚シク（胸膜炎ノ輕症ナレハ大抵咳嗽ナシ）、肺ニ空洞ヲ生シテ、咯出スル所ノ痰ハ球狀ヲ為シ、遂ニ勞瘵ト同一ノ諸症ヲ發シテ斃ル。殊ニ薄弱家ノ勞瘵素因ヲ有スル者ニ於テ多ク見ル所ナリ。或ハ胸膜炎ヲ誤治スルニ由テ此症ヲ來スヲ有リ。是レ多クハ其滲出液、肺ヲ壓迫シテ擴張ヲ妨ケ、其部ニ發炎スルニ由ルナリ。又他ノ不幸ナル症ニ在テハ、其滲出液吸收セラルト雖ト、肺藏猶擴張スル能ハサルヲ有リ。是レ漿液様ノ滲出物ハ吸收セラルト雖ト、肺ノ全面ニ一層ノ纖維質ヲ附著シテ以テ、肺ノ運動ヲ妨クル者トス。之レニ在テハ、胸壁陷没シテ、近傍ノ諸器モ亦從テ壓迫ヲ受ク。然レト、其人猶健康ヲ保全スル者アリ。但シ身體ヲ運動スルニ當テハ、呼吸短促ヲ免ルム能ハス。」

「湿性胸膜炎での症候は前症と大きく異なっている。多くの場合は、初期に悪寒戦慄を来して、続いて胸廓の疼痛を自覚し、頭痛、発熱（時には終始無熱のものもある）、舌苔を来し、脈拍は強く速くなる。ただし、この脈拍の状態によって肺炎と鑑別すべきである。何故なら、肺炎の時には、普通、脈拍が少なくなるからである。本症では、滲出液が非常に速く出てきて、6日から8日も経てばそれはピークになって、予後の良いものでは、速やかに吸収されて、およそ1月を過ぎると全く消失するものがある。頑強な人、若い人では

特にそうである。そして、この吸収が起こる時には、患者は必ず発熱して、熱は朝に低く夕方高くなるのが普通である。予後不良なものでは、その熱は非常に高く、多くの場合は肺炎を併発し、咳嗽も極めて多く（胸膜炎は軽症ならば大抵咳嗽はない）、肺に空洞を形成して、咯出される痰は球状となり、ついには、労瘵と同一の諸症状を来して死亡する。これは、特に虚弱者で、労瘵の素因を持つ者によく見られる。あるいは、胸膜炎の治療を誤ることによって、本症を来すことがある。これの多くは、浸出液が肺を圧迫して拡張を妨げ、その部分に炎症を起こすからである。また、別の不幸な例では、浸出液が吸収されても、なお肺が拡張出来ないことがある。これは、漿液様の浸出物は吸収されるが、肺の全面に1層の繊維質が付着するので、肺の動きが妨げられるのである。この場合には、胸壁は陥没して、近隣の諸臓器も又圧迫される。しかしながら、それでもなお元気な人がいる。しかし、身体を動かす時には、息切れするのを避けられない。」

「膿性胸膜炎も亦悪寒戦慄及ヒ発熱ヲ以テ始まり、胸脇劇痛、呼吸短促シ、滲出物ノ生スル」甚タ速ニ、大抵六日ヲ経レハ、其極度ニ至ルヲ常トス。但シ経過ノ幸ナル症ニ在テハ、吸収ヲ受クル、漿液様滲出物ニ全ク、既ニ吸収セラレム後ハ、胸壁ニ陥没ヲ貽ス者アリ。或ハ然ラサル者アリ。然レトモ、多クハ吸収セラレヌ、胸壁ヲ穿潰シ外部ニ漏泄ス。殊ニ第四肋ト第五肋ノ間ヲ穿潰スル」多シ。而シテ其穿潰スルヤ、先ツ皮膚ニ赤色ヲ発シテ、之レニ觸ルレハ波動ヲ覚ヘ、終ニ自潰シテ多量ノ膿ヲ排泄シ、患者ヲ大ニ緩解ヲ得セシム。但シ自潰ノ部ハ胸壁ノ上方ニ在ルカ故ニ、盡ク膿ヲ排泄スル」無ク、多量ノ膿、下方ニ蓄積シテ、終ニ胸腔内外ニ交通セル瘻管ヲ生シ、膿ノ排泄荏苒止マス。之レカ為ニ其患者漸々虚脱シ、久キヲ経テ死ヲ致ス者トス（曾テ一患者此瘻管ニ罹リ六年ヲ経テ死ニ就キシ者アリ）。故ニ近來ノ實驗ニ據テ自潰スルノ機アルヲ察スレハ、速ニ腋下线ノ第六肋ト第七肋ノ間ヲ刺破シテ、十分ニ膿ヲ排除シ、其経過ヲ促ス」ヲ發明セシニ、之レニ由テ功ヲ奏セシ者頗ル多シ。但シ治後必ス胸壁ノ陥没ヲ貽ス者トス。又或症ニ於テハ、其膿外部ニ排泄

セス、内部即チ肺藏中ニ破潰スル」有リ。然ルレハ、先ツ肺炎ノ徴ヲ呈シ、繼テ多量ノ膿ヲ咯出ス。時トノハ、其膿過多ニ肺藏中ニ充塞シ窒息シテ死スル」有リ。或ハ其膿ヲ咯出シテ治ニ就ク者アリ。之レニ於テモ亦胸壁ニ陥没ヲ貽シ、或ハ然ラサル者アリ。又或症ニ於テハ肺藏中ノ空氣胸腔内ニ溢シ、其刺戟ニ由テ、更ニ胸膜炎ヲ発シ、遂ニ死ヲ致ス者アリ。或ハ其膿心嚢内ニ破潰スルカ為ニ斃ル」者アリ。或ハ横膈ヲ穿破シテ、腹腔内ニ流溢シ、瀕死ノ腹膜炎ヲ発スル」有リ。但シ胃中ニ破潰スレハ、嘔吐ニ由テ其膿ヲ排出シ、大腸ニ出レハ大便ニ混シテ外泄スルカ故ニ其預後大抵幸ナル者トス。」

「化膿性胸膜炎も又、悪寒戦慄および発熱で始まり、側胸部の劇痛、息切れを来し、浸出物が出るのが非常に速く、大抵、5、6日もすれば、ピークになるのが普通である。ただし、経過良好な場合には、吸収されるのは漿液様浸出物と同様で、吸収された後は胸壁に陥没を残すものがある。また、そうでない場合もある。しかし、多くの場合、膿は吸収されないで、胸壁を貫いて外部に漏出する。特に、第4肋骨と第5肋骨の間で穿破することが多い。そして、穿破すると先ず皮膚の発赤があり、それに触ると波動を認め、終わりには自潰して多量の膿を排出して、患者は大いに楽になる。ただし、自潰の部分は胸壁の上方にある為に、全ての膿が排出されることは無く、多量の膿が下方に蓄積されて、終わりには胸腔内外を交通する瘻管を形成し、膿の排出は長びく。その為に、患者はだんだん心臓が衰弱し体力が衰えて、長い経過の後に死に至るものである（かつて、この瘻管が出来て6年経過して死亡した一患者を経験した）。従って、最近の実験によると、自潰の状態を認めれば、速やかに腋窩線の第6肋骨と第7肋骨の間を穿刺して、膿を十分に排除し、その経過を速めることを發明し、それによって奏功したものが非常に多い。ただし、治癒後は必ず胸壁の陥没を残すものである。また、ある場合には、膿が外部に排出しないで、内部即ち肺実質内に破潰することがある。その様な時には、先ず肺炎の症候を呈し、続いて多量の膿を咯出する。時には、その膿が多くて肺内に充満し、窒息して死亡することがある。あるいは、その膿を咯出して治癒に向かうものもある。この場合にも、

胸壁の陥没を残したり残さなかったりする。また、ある症例では、肺内の空気が胸腔内にあふれ出して、その刺激によって更に胸膜炎を来し、ついに死亡するものがある。また、その膿が心嚢腔内に穿破する為に死亡するものもある。また、横隔膜を穿破して腹腔内にあふれ出し、瀕死の腹膜炎を起こすことがある。ただし、胃中に穿破すれば、嘔吐によってその膿を排出し、大腸に出れば、大便に混じって排泄されるので、予後は大抵良好となるものである。」

#### 「『胸膈検査法』

胸膜炎ノ滲出物ハ多ク胸ノ左側或ハ右側ニ偏発シ、其患側ヲ注視スレハ、呼吸運動必ス微ナリ。是レ健肺ノミヲ以テ呼吸ヲ営ムニ由ル。而ノ此患者ノ常ニ好テ患側ヲ下ニシ臥ス所以ハ、健肺ノ呼吸運動ヲノ容易カラシメンカ為ナリ。其滲出物若シ多量ナレハ、胸廓必ス穹窿ヲ増シ、殊ニ著シク前後ニ擴張シ、加之患側ノ肋間モ亦必ス外方ニ隆起スル者トス。若シ其滲出物右胸ニ在レハ、肝臓ヲ下方ニ壓下シテ、季肋下部ヲ膨大セシメ、左胸ニ在レハ、心臓ヲ右方ニ壓迫ス。但シ其滲出物愈々多ケレハ、此徴愈々著シク、吸収セラルムニ從テ漸々復位ス。又其滲出物極テ多量ナレハ、必ス肋間ニ於テ波動ヲ觸レ、或ハ胸膛ヲ振蕩シテ之レヲ徴ス可シ。但シ其滲出物全ク胸腔内ニ充盈スレハ、振蕩スルモ波動ノ音ナク、若シ少シク空隙アレハ必ス其音ヲ發スル者トス。又他ノ緊要ナル徴候ハ聲音ノ響動ニ在リ。即チ健體ノ胸脇ニ手掌ヲ接シテ、試ニ發聲セシムレハ、必ス其響動ヲ覺フルヲ無シ。故ニ此響動ヲ發スル部分ノ廣狹ニ由テ、滲出物ノ多少ヲ徴知スルニ足レリ。若シ多量ノ滲出物ヲ生スル者ニ在テハ、唯鎖骨下部及ヒ背ノ上部ニ於テ、此響動ヲ觸ルム而已。是レ其肺臓滲出物ノ為ニ上方ニ壓迫セラルムニ由ル。且ツ此響動ニ就テ肺炎ト胸膜炎トヲ鑒別ス可シ。何トナレハ肺炎ハ必ス其患側ニ於テ響動ヲ増セバ、胸膜炎ハ全ク之レト反スレハナリ。」

#### 「『胸廓検査法』

胸膜炎の液浸出は、胸の左側あるいは右側の、一侧に起こることが多く、その患側を注視すれば、呼吸に

よる動きは必ず微小になっている。これは、健側肺だけで呼吸をしているからである。そして、この患者がいつも好んで患側を下にして寝ているのは、健側肺の呼吸運動がし易いようにしているからである。もし、その浸出物が多量であれば、胸廓は必ず膨隆し、特に著しく前後に拡張し、その上、患側の肋間も又必ず外方に隆起するものである。もし、その浸出物が右胸部にあれば、肝臓を下方に圧迫して季肋下部を膨大させ、左胸部にあれば、心臓を右方に圧迫する。ただし、その浸出物が多ければ多いほど、この症候は著しくなり、吸収されるに従ってだんだん元に戻る。また、その浸出物が極めて多量であれば、必ず肋間で波動を触れるので、場合によっては胸廓を揺らして調べなさい。ただし、その浸出物が胸腔全体に充満すれば、揺らしても波動音はなく、少しでも空間があれば必ずその音を聞くものである。また、他の重要な徴候は声音の響き（声音振蕩）である。即ち、健康体の側胸部に手のひらを当てて、試しに発声させてみれば、必ずその響きを感じる。しかし、胸膜炎では、胸腔内に浸出物があるので、これを感じることはない。従って、この響きを起こす部分の広いか狭いかによって、浸出物の多いか少ないかを知ることが出来る。もし多量の浸出物が出ているものでは、鎖骨下部および背側上部だけで、この響きを触れる。これは、肺が浸出物によって上方に圧迫されているからである。この響きによって、肺炎と胸膜炎とを鑑別しなさい。何故ならば、肺炎は必ず患側で響きが増加するが、胸膜炎は全くこれと反対であるからである。」

ここで、「声音ノ響動」は、いわゆる『声音振蕩（vocal fremitus）』を指す。

#### 「『敲検法』

滲出物ヲ生セシ部ニ於テハ必ス濁音ヲ發ス。但シ、初起ノ際ハ、其濁音背部ノ下方ニ在レバ、滲出物ノ増加スルニ從テ、胸部ノ下方ニモ亦之レヲ發スルニ至ル。但シ滲出物ハ背部ニ於テ増加スルヲ常ニ甚キカ故ニ、胸部ノ濁音ハ背部ニ比スルニ必ス少ナク、且ツ肺臓ハ上方ニ壓セラルムヲ以テ、上部ヲ敲檢スレハ高キ鼓音ヲ發ス。又體位ノ異ナルニ從テ、清濁音ノ界線必ス轉移ス。是レ猶硝子壺ニ水ヲ盛テ之レヲ傾クレハ、水平面ノ變スルト同一ノ理ニノ、患者若シ仰臥

スレハ、胸部ニ清音ヲ発シ、背部ニ濁音ヲ発ス。然レト、肺胸膜ト肋胸膜ト癒着スル者ニ於テハ、其界線ヲ変スルヲ無ク、加之已ニ癒着ヲ生スル者ハ、滲出物ノ量大ニ減スルヲ常トス。」

#### 「『打診法』

浸出物が出ている部分では、必ず濁音を認める。ただし、初期にはその濁音が背部下方にあるが、浸出物が増加するにつれて、胸部下方にも認めるようになる。ただし、浸出物は背部で増加することが多いので、胸部の濁音は背部に比べて少なく、その上肺は上方に圧迫されるので、上部を打診すれば高い鼓音を認める。また、体位が変化するにつれて、清濁音界は必ず移動する。これは、ガラス瓶に水を入れて、それを傾ければ水平面が変化するのと同じ理屈であって、患者がもし仰臥すれば、胸部では清音を聞き、背部では濁音を聞く。しかし、臓側胸膜と壁側胸膜とが癒着しているものでは、その境界線が変化することは無く、その上、癒着している場合には、浸出物の量は大きく減っているのが普通である。」

#### 「『聞診法』

濁音ヲ発スルノ部ニ於テハ、聞診スルモ音ノ聞ク可キ無ク、滲出物ノ減スルニ至テ、初テ幽微ノ呼吸騒鳴音ヲ聞ク。但シ清音ヲ発スルノ部ニ於テ聞診スレハ、所謂肺響（即チ山羊ノ吠声ニ類スル一種ノ音ニノ、之レヲ『エゴホニア』ト称ス）ヲ聞ク可シ。又胸膜ノ粗糙ト為テ、両面相摩スル者ニ於テハ、摩擦音ヲ聞クヲ有リ。然レト初起ニ在テハ、之レヲ聞クヲ無ク、滲出物ノ減少スルニ至テ、全胸ニ之レヲ聞クヲ常トス。時トノハ、其音甚タ強クノ、聴症器ヲ用ヒサルモ、患者ニ近接スレハ、明ニ之レヲ聞ク可キヲ有リ。或ハ此音甚タ幽微ニノ、肺ノ喘鳴ト辨シ難キヲ有リ。然ルレハ、試ニ咳嗽ヲ倣サシム可シ。若シ喘鳴ナレハ咳嗽ニ由テ変スレト、摩擦音ナレハ変スルヲ無シ。」

#### 「『聴診法』

濁音を認める部分では、聴診しても音を聴くことが出来ず、浸出物が減少して初めてかすかな呼吸音を聴く。ただし、清音を認める部分で聴診すれば、いわゆ

る肺響（即ち、一種の山羊の吠え声に似た音で、これを『エゴホニア』という）を聴くことが出来る。また、胸膜が粗造となって、臓側および壁側胸膜の両面が摩擦する者では、摩擦音を聴くことがある。しかし、初期には、これを聴くことは無く、浸出物が減少してから、全胸部で聴けるのが普通である。時には、その音は非常に強く、聴診器を使わなくても、患者に近づけば聴けることがある。あるいは、この音が非常にかすかで、肺の喘鳴と区別できないことがある。その様な時には、試しに咳をさせてみるのもよい。もし喘鳴ならば咳によって音が変化するが、摩擦音ならば変わらない。」

ここで、「エゴホニア」は『egophony（山羊声）』のことで、声音の聴診（声を出させながら聴診すること）で、山羊の鳴き声の様に響き聞こえるものをいう。「摩擦音（friction rub sound）」は、胸膜がこすれ合う音で、胸膜炎の初期に最も多く聴かれ、湿性胸膜炎では浸出液吸収期に聴くことが出来るが、一部の湿性ラ音（crackles）との鑑別が難しい場合がある。

#### 「『診断』

此病ヲ診断スルヲ甚タ難キニ非ラスト雖ト、或症ニ於テハ肺炎ト誤認スルヲ有リ。但シ肺炎ハ、血線ヲ混セル所ノ痰（即チ錆色ノ痰）ヲ咯出シ、咳嗽モ亦必ス頻數ニノ、之レヲ聞診スレハ細小ノ喘鳴ヲ聞キ、其胸廓ハ胸膜炎ノ如ク、前方ニ凸隆セス。且ツ其濁音ヲ発スル部ニ於テハ、氣管支呼吸音ヲ聞ケト、胸膜炎ニ於テハ、之レヲ聞サルヲ異ナリトシ、又右側ノ胸膜炎ニ於テハ、肝臓肥大症ト混同スルヲ有レト、之レヲ鑑別スルヲ甚タ易シ。蓋シ肝臓肥大症ハ上方ニ膨大スルヨリモ下方ニ延張シ、胸膜炎ノ濁音ハ背部ニ於テ高ク上方ニ在レト、肝臓肥大症ニ於テハ之レニ反シ、且ツ濁音ノ界線呼吸ニ從テ昇降スレト、胸膜炎ニ於テハ必ス然ルヲ無シ。」

#### 「『診断』

本症を診断するのは、非常に難しいというわけではないが、ある症例では、肺炎と誤認することがある。ただし、肺炎は血線の混じった痰（即ち錆色の痰）を咯出し、咳嗽も頻回であり、聴診により小さな喘鳴を聴き、胸廓は胸膜炎の様に前方に膨隆しない。その上、

濁音を出す部分では、気管支呼吸音を聴くが、胸膜炎では、それを聴かないという違いがあり、右側の胸膜炎では、肝臓肥大症と混同することがあるが、これを鑑別するのはたやすい。一般に、肝臓肥大症の場合には、上方に膨大するより下方に大きくなり、胸膜炎の濁音は背部で高く上方にあるが、肝臓肥大症では、これと異なり、濁音の境界線は呼吸によって上下するが、胸膜炎ではそのようなことは決して無い。」

#### 「『預後』

預後ハ種々ニノ一定セス。總テ其滲出物ノ漸々減少シ、発熱及ヒ咳嗽ノ少キ者佳兆トス。之レニ反ノ、滲出物久ク滯留シテ肺臓自由ニ擴張スル能ハス、呼吸短促ヲ発スル者ハ、不幸ヲ免レ難ク、殊ニ顔面蒼白色ト為リ、咳嗽毎ニ水様ノ痰ヲ咯出スル者ハ、肺水腫ヲ誘起スルノ畏レアリ。慢性肺炎ヲ併発スル者モ亦危険ニ属ス。凡ソ胸膜炎ヨリ勞瘵ニ轉シ死スル者ハ、多ク實驗スル所ニノ、此患者ノ消耗熱ヲ発シ、膿様ノ痰ヲ咯出シ、身體漸次ニ瘦削スル者ハ、治ニ就ク無シ。又膿性胸膜炎ハ、之レヲ湿性胸膜炎ニ比スルニ、預後多クハ不幸ナリ。是レ膿性胸膜炎ハ胸壁ニ瘻管ヲ生シテ、膿ノ排泄ヲ止マサルニ由リ、或ハ膿熱毒熱等ノ如キ危険症ヲ發スレハナリ。」

#### 「『予後』

予後はいろいろで一定しない。一般に、その浸出物は徐々に減少し、発熱および咳嗽の少ない者は、予後良好である。反対に、浸出物が長い間貯留して、肺の拡張が自由に行えず、息切れする者は予後不良で、特に顔面が蒼白色となり、咳嗽のたびに水様の痰を出す者は、肺水腫を誘発するおそれがある。慢性肺炎を併発する者も又危険である。一般に、胸膜炎から勞瘵になって死亡する者は、多く経験するものであり、この患者が消耗熱を出し、膿様の痰を咯出し、身体が次第にやせてくる場合には、治癒に向かうことは無い。また、化膿性胸膜炎は、湿性胸膜炎に比べて、多くは予後不良である。それは、化膿性胸膜炎は胸壁に瘻管を形成して、膿の排出が長い間止まらないからであり、敗血症などのような危険症が起こるからである。」

#### 「『治法』

凡ソ胸膜炎ノ初起ニハ、嚴ニ安静ヲ守ラシムルヲ要ス。蓋シ些少ノ運動モ胸膜ヲ刺戟シテ滲出物ヲ生スルヲ愈々多ケレハナリ。總テ此症ニ罹リ、初起ニ肺水腫ヲ発シテ死スル者ハ、盡ク安静ヲ守ラサルノ致ス所ナリ。又炎勢ヲ抑遏スルカ為ニ、局處瀉血即チ血角蝟鍼等ヲ施サムル可カラス。但シ刺絡ハ必ス衰弱ヲ促カスノ弊アルカ故ニ、妄リニ施ス可カラス。然レモ、呼吸短促、顔面蒼白、其脉數小、咳嗽喘鳴、水様ノ痰ヲ咯出シ、所謂肺水腫ヲ発スル者ハ、血液肺臓中ニ鬱積スルノ候ニノ、局處瀉血ノ及フ所ニ非ラス。宜シク刺絡シテ、六ろ乃至八ろノ血ヲ放瀉ス可シ。之レニ由テ大ニ輕快ヲ得セシムル者トス。但シ此発症ヲ除クノ他ハ、決シテ刺絡ヲ施ス可カラス。又初起ニ於テ疼痛劇甚ナル者ニハ、温濕布、水銀莨菪越幾斯膏、若シハ芫菁膏ヲ貼ス可シ。冷罨法ハ宜シキ所ニ非ラス。」

#### 「『治療法』

一般に、胸膜炎の初期には、厳しく安静をさせる必要がある。大抵、少しの体動でも胸膜を刺激して、浸出物を発生することがよくあるからである。本症に罹って、早い時期に肺水腫を起こして死亡する者のほとんどは、安静を守らないことが原因である。また、炎症の勢いを抑えようとして、局所の瀉血、即ち血角や蝟鍼を使用しなくてはならない。ただし、刺絡は必ず衰弱を促進する弊害があるので、みだりに施行すべきではない。しかし、息切れ、顔面蒼白、脈拍減少、咳嗽、喘鳴、水様痰の咯出などがあって、いわゆる肺水腫を来した者は、血液が肺の中にうっ積した徴候があるので、局所瀉血では不十分である。刺絡により6オンスから8オンスの血液を放出しなさい。これによって大いに輕快するものである。ただし、これらの症状のない者では、決して刺絡を施行してはならない。また、初期に於いて疼痛の著しい者には、温パップ、水銀ロートエキス軟膏あるいはカンタリス膏を貼るのがよい。冷罨法はよくない。」

この項では、主として外科的・皮膚科処置について述べている。ここで、「刺絡」は肘静脈からの全身性瀉血を指し、「血角」は局所性瀉血を指す<sup>1-3)</sup>。「蝟(牛)」はハリネズミのことである。また「芫菁」は、



マメハンミョウ (*Cantharis vesicatoria*) という昆虫を乾燥して作られるカンタリス (*Cantharis*) を指し、有効成分はカンタリジン (*Cantharidin*) であり、皮膚刺激剤として発泡膏やチンキが作られた。「毘布」はパップ (Pap: オランダ語) の、「莨菪越幾斯」はロートエキスの当て字である<sup>7, 8, 10-12)</sup>。

「又此病ノ初起ニ於テハ、鮮熱藥ヲ内用セシム可シ。喩ヘハ實莖答里斯浸ニ硝石ヲ伍スル者、或ハ實莖答里斯末ニ甘汞ヲ伍スル者ノ如シ。或ハ綠藜蘆、規尼涅ノ類モ亦可ナリ。然レトモ、此等ノ劑ヲ用テ能ク其滲出物ノ発生ヲ防ク可キヤ否ヤハ、未タ確定スル能ハス。予ヲ以テ之レヲ觀ルニ、血角、発泡膏、水銀膏等ノ如キハ、反テ内用藥ニ優レルニ似タリ。若シ熱勢已ニ減シ、疼痛從テ去ルニ至ラハ、利尿藥ヲ用テ滲出液ノ吸收ヲ促ササル可カラス。即チ杜松子浸 (一ヲヲ浸出シテ十二ヲノ液ヲ取ル者) ニ酒石英一二ヲヲ加ヘテ一日ノ量トシ、大抵毎四分時ニ一卵七ヲ與フルニ宜シ。若シ一頓ニ多量ヲ服スレハ、下利ヲ発スル有リ。又實莖答里斯浸 (十五氏乃至一匁ヲ浸出ノ十二ヲノ液ヲ取ル者) ニ硝石 (一二ヲ) ヲ加フル者、或ハ醋酸加里 (一ヲ乃至半ヲ) ヲ海葱醋密ニ伍シ、或ハ民埵里精ニ伍スルモ可ナリ。又此病ニ発汗藥ヲ用ユ可キ有リ。其衰弱甚シカラサル者ニハ、少量ノ吐酒石 (一日ニ一氏) ヲ用ヒ、或ハ吐根ニ阿芙蓉ヲ伍スル者 (即チ柁布兒散) ヲ用ユル有リ。又下劑ヲ要スル者ニハ、緩下劑即チ芒硝瀉利塩等ヲ撰用スルニ宜シ。峻下劑ハ食機ヲ抑損スルノ害アルカ故ニ用ユ可カラス。或症ニ於テハ沃陳製劑ヲ用ユル有リ。喩ヘハ外部ニ沃陳丁幾ヲ塗布シ、若クハ沃度加里膏ヲ貼シ、内服ニハ沃鍬舎利別ヲ用ユルカ如シ。若シ衰弱甚シキ者ニハ、鍬劑ニ規尼涅ヲ伍用シ、兼テ滋養食餌ヲ與フ可シ。」

「また、本症の初期に於いては、解熱剤を内服させなさい。例えば、ジギタリス煎液に亜硝酸エチルを配合したもの、あるいはジギタリス末に塩化第一水銀を配合したものなどである。あるいは、ヘレボルス、キニーネの類も又よい。しかし、これらの薬剤を使用して、

うまく浸出物の発生を予防出来るかどうかは、未だ確定できない。私が考えるには、血角、発泡膏、水銀膏などは、かえって内服薬より優れているようである。もし、熱が自然に低下傾向となり、疼痛がだんだん弱まれば、利尿剤を使用して、浸出液の吸収を促進させるのが良い。即ち、杜松子煎液 (1 オンスを浸出して12オンスの液を取るもの) に酒石英12オンスを加えて1日量とし、およそ15分ごとに1卵匙を投与するのがよい。もし、一度に多量を服用すれば、下痢を起こす者がある。また、ジギタリス煎液 (15グリーンから1匁を浸出して12オンスの液を取るもの) に硝石 (12ドラム) を加えたもの、あるいは酢酸カリウム (1ドラムから1/2オンス) を海葱醋密に配合したり、ハッカ精に配合したものもよい。また、本症に発汗剤を使用してよいことがある。衰弱が著しくない者には、少量の吐酒石 (1日に1グリーン) を使用し、あるいは吐根に阿片を配合したもの (即ちドーフル散) を使用することがある。また、下剤を必要とする者には、弱い下剤即ち硫酸ナトリウムなどを選んで使用するのがよい。強い下剤は食欲を低下させるので使用してはならない。場合によっては、ヨード製剤を使用することがある。例えば、外部にヨードチンキを塗布するかヨードカリ膏を貼り、内服にヨード鉄シロップを使用するなどである。もし衰弱が強い場合には、鉄剤にキニーネを配合し、合わせて栄養に富んだ食事を与えなければならない。」

この項では、主として薬物療法について述べている。ここで、「綠藜蘆」とは、毛茛科植物のヘレボルス (*Veratrum viridis*) のことで、根茎にヘレボレイン ( $C_{37}H_{56}O_{18}$ ) という強心配糖体を含んでいる。また、「海葱 (カイソウ)」は、百合科植物のシラ (*Scilla maritima*) を指していて、球根にシラレンA、B (共に  $C_{36}H_{52}O_{13}$ ) という強心配糖体を含んでいる。また「醋密」はオキシメール (Oxymel simplex) のことで、希酢酸1容に蜂蜜40容を混合したもので、補助薬として使用した。「杜松 (ネズ、トショウ)」は檜科の常緑喬木で、紫黒色の毬果を利尿剤として使用した。「民埵里精」はハッカ精 (*Spiritus Menthae*) の当て字で、矯正薬、香料として使用された。「芒硝瀉利塩」は硫酸ナトリウム塩 (*Sodii Sulfas*,  $Na_2SO_4$ ) のことで、緩下剤として使用された。「吐酒石」は酒石酸アンチモンカリウム (*Antimonii Potassii Tartaras*)

のことで、酒石酸カリウムと酸化アンチモンとの化合物で、催吐剤、去痰剤として内服使用された。また、「規尼涅」はキニーネ（Quinine）の、「實芟答利斯」はジギタリス（Digitalis）の当て字である<sup>7,8,13,14</sup>。

「近世穿胸劑ヲ施シテ滲出液ヲ排除スルノ法ヲ發明セリ。但シ漿液様滲出物ヲ除クニハ、胸膛ヲ刺スニ當テ、可及的空氣ノ竄入ヲ防クヲ要ス。何トナレハ、誤テ空氣ノ竄入スルヲ有レハ、漿液變ノ膿様ト為レハナリ。之レヲ施スニハ、排氣唧筒（アスピラートル）ヲ用ユルヲ尤モ妙トス。盖シ此術ハ漿液様滲出物過多ニノ、近傍ノ諸器ヲ壓迫シ、呼吸短促、煩躁悶乱スル者、或ハ滲出物ノ為ニ足脚ニ水腫ヲ發スル者、或ハ滲出物ノ久シク吸収セラレサル者等ニ施ス可シ（滲出物久シク潀留スレハ、肺ノ擴張ヲ妨クレハナリ）。然レトハ頓ニ多量ノ液ヲ漏ス可カラス。何トナレハ、肺ノ擴張頓ニ復スル能ハサルカ為ニ破裂シテ咯血ヲ發シ、或ハ空氣ヲノ、胸腔内ニ竄入セシムルノ畏レアレハナリ。故ニ一回ニ排除スルノ量ハ、大抵二十ヲニ過ク可カラス。此ノ如クノ、次日再ヒ之レヲ施スモ妨ケナシ。而ノ此術ヲ施ス可キ部位ハ、第五肋間ノ腋下線ヨリ稍前方ニ於テス可シ。但シ時トノハ、滲出物ノ多少ニ從テ、稍其部位ヲ變セサルヲ得サルヲ有リ。膿性ノ者ニ在テハ、一回之レヲ排除スルモ、再ヒ蓄膿シ易キカ故ニ、刺法ヲ施ス而已ヲ以テ足レリトセス。宜シク瘻管ヲ造テ絶ヘス膿ヲ排泄セシム可シ。盖シ胸壁腫脹ノ、自潰セント欲スル候アル者ハ、此術ヲ施ス可キノ機會トス。若シ自潰スル者ハ、其瘻孔甚タ狭小ニノ、膿ヲ外泄セシムルニ足ラス。然ル者ニ在テハ、更ニ破開シテ、一指ヲ容ル可キ大サト為シ、且ツ其孔ノ癒着スルヲ防キ、日々水或ハ沃陳丁幾水ヲ以テ注射ス可シ。或醫ハ二孔ヲ穿テ、導膿管ヲ貫通スルヲ稱譽セリ。是レ實驗上ニ於テ、屢々効ヲ得ル所ナリ。總テ此患者ハ、膿液蓄積スレハ、發熱シテ不快ヲ覺ヘ、之レヲ排除スレハ輕快ヲ訴フ者トス。既ニ膿熱或ハ毒熱ヲ發セン者ハ、其預後不幸ヲ免レ難シト雖ト、試ニ其膿ヲ排除セサル可カラス。」

「最近、胸膜穿刺法を施行して、浸出液を排除する方法を發明した。ただし、漿液様浸出物を除去するには、胸廓を刺す時に、なるべく空氣の侵入を防ぐ必要がある。何故ならば、誤って空氣の侵入があれば、漿液が膿様に変化するからである。これを施行するには、吸引器（アスピラートル：aspirator）を使用するのが最も良い。この術は、漿液様浸出物が多すぎて近傍の諸臓器を圧迫して呼吸困難で苦悶する者、浸出物の為に下肢に浮腫を來した者、あるいは浸出物が永く吸収されない者などに施行しなさい（浸出物が永く貯留すれば肺の拡張が妨げられるからである）。しかしながら、一度に多量の液を排出してはならない。何故ならば、肺の拡張は急にもとに戻ることが出来ないで、破裂して咯血を來すか、空氣が胸腔内に入り込むおそれがあるからである。従って、一回に排除する量はおおよそ20オンスをこえないようにする。この様にして、次の日に再び施行するのは問題がない。そして、これを施行する部位は、第5肋間の腋窩線よりやや前方で行うこと。ただし、時には、浸出物量の多少によって、その部位を少し変更しなければならない場合もある。化膿性の場合には、一回液を排除しても、再び蓄膿しやすいので、穿刺法を行うだけで十分と考えないで、瘻管を作って絶えず排膿させるのがよい。一般に、胸壁の腫脹があつて自潰しそうな徴候がある者は、この方法を行う適応がある。既に自潰している者では、その瘻孔は非常に小さいので、膿を排出するのに十分ではない。その様な者では、更に瘻孔を広げて、1指が入る大きさとし、その上、その孔が癒着しないように、毎日、水あるいはヨードチンキを注射しなさい。ある医師は、2つの孔をあけて導膿管を貫通させる方法を奨励している。この方法は、実験上、しばしば効果が認められている。一般に、本症の患者では、膿液が蓄積すると發熱して不快となり、これを排除すると輕快したと言うものである。既に敗血症を來している者は予後不良ではあるが、その膿を排除する試みを行わなくてはならない。」

この項では、胸腔に貯留した浸出液の除去方法について述べている。ここで、本文中に「穿胸劑」とあるのは『穿胸術』の誤りであろう。即ち、胸膜穿刺法のことある。ここで、20オンス以上排液してはいけないとしているが、1液量オンスは約35mlであるので、おおよそ700ml以上はいけないことになる。これは肺組

織の庇護，ならびに，胸腔内圧低下による循環動態の急激な変化を防ぐ為である．現在も，排液は徐々に行い，大量貯留があっても，一回排液量が1,500mlを越えないように指導されている．これは，一度に大量の排液を行うと，循環動態の急激な変化により，ショック状態に陥ることがあるからである<sup>7-9)</sup>．

## (ハ) 胸 水

「此病ハ，毫モ發炎ノ候ナキニ，漿液様滲出物ノ胸腔内ニ潑留スル者ニノ，多クハ他病ニ繼發シ，殊ニ胸膜ニ充血ヲ発スルノ諸症，即チ心臓病，肺氣腫等ニ繼發スル」多シ．總テ此ニ罹リ死ヲ致ス者ハ，大抵胸水ヲ発スルニ由ル．其他血中ニ蛋白質ノ減少スルモ亦胸水ノ因ト為ル」有リ．然ルモハ，必ス全身水腫ニ胸水ヲ兼發ス．即チ腎臓病殊ニ貌麗篤病ノ如キハ，尿中ニ多量ノ蛋白質ヲ混出シ，慢性赤痢ハ泄瀉ニ由テ血中ノ蛋白質ヲ減耗スルカ為ニ，胸水ヲ發ス．又頑固ナル間歇熱ニ於テハ，其患者遂ニ惡液質ニ陥テ，

胸水ヲ發スル」有リ．是レニ由テ之レヲ觀レハ，胸水ハ特發スル」無ク，必ス他病ノ繼發症タル」瞭然タリ．而ノ此病ノ滲出液ノ多クハ，兩胸腔内ニ生スレト，其量ハ左右ニ於テ多寡ノ別アリ．」

「この疾患は，少しも炎症症状を出さないで，漿液様の浸出物が胸腔内に貯留するもので，多くの場合は他の疾患に続発し，特に胸膜にうっ血を来す諸疾患，即ち心臓病，肺氣腫などに続発することが多い．一般に，この二疾患に罹って死亡する者は，大抵，胸水を来すことに起因する．その他，血中の蛋白質が減少する場合も，胸水の原因となることがある．その様な時には，必ず全身水腫に胸水が併発する．即ち，腎臓病特にブライト病の場合には，尿中に多量の蛋白質を排泄し，慢性赤痢では，下血により血中の蛋白質が減少するので，胸水を来す．また，頑固な間欠熱のある患者では，惡液質になって胸水を来すことがある．これらのことから考えると，胸水は特発することはなく，必ず他の疾患に続発する症状であるのがはっきり解る．そして，本症の浸出液の多くは兩側胸腔に起こるが，その量は左右で多い少ないの違いがある．」

この項では，胸水貯留の原因について述べている．即ち，胸水は，心臓病，肺氣腫，低蛋白血症，惡液質などに続発するものであるとしている．また，低蛋白血症の例として慢性腎炎，慢性赤痢をあげている．ここで，「貌麗篤病」はブライト病 (Bright's disease) の当て字である．ブライト (Richard Bright: イギリス医，1789-1858) は，1827年に，慢性腎炎，腎性浮腫と心性浮腫の鑑別などについての論文を発表し，以後，慢性腎炎をブライト病と呼ぶようになった<sup>7-9)</sup>．

### 「『症候』

呼吸短促ヲ尤モ確乎タル徴候トス．故ニ水腫ノ患者ニノ，呼吸短促ヲ發スル者ハ，断然胸水タルヲ察ス可シ．而ノ其胸膜炎ト鑒別ス可キハ，胸部ニ疼痛ヲ覺ヘサルニ在リ．但シ聞診敲檢ニ由テ得ル所ノ徴候ハ，胸膜炎ニ異ナラスト雖モ，唯摩擦音ヲ聞カサルヲ以テ彼レニ同シカラストス．

### 『治法』

ハニ孔ヲ穿テ導尿管ヲ貫通スルヲ稱譽セリ．	是レ實驗上ニ於テ屢々効ヲ得ル所ナリ．總テ此	患者ハ膿液蓄積スレハ，發熱シテ不快ヲ覺ヘ之	レヲ排除スレハ輕快ヲ訴フ者トス．既ニ膿熱或	ハ葎熱ヲ發セシ者ハ，其預後不幸ヲ免レ難シト	雖モ試ニ其膿ヲ排除セサル可カラス．	胸水	此病ハ毫モ發炎ノ候ナキニ，漿液様滲出物ノ胸	腔内ニ潑留スル者ニメ，多クハ他病ニ繼發シ，殊	ニ胸膜ニ充血ヲ發スルノ諸症，即チ心臓病肺氣
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------	----	-----------------------	------------------------	-----------------------

図3 原病學各論卷三 本文 (胸水)

此病ヲ誘発セル本病ニ從テ差異アリ。故ニ爰ニ之レヲ畧シ、心臟病、腎臓病ノ条ニ於テ詳論ス可シ。但シ滲出液ノ過多ナル者ハ、穿胸術ヲ施サムルヲ得ス。其法ハ胸膜炎ニ於ルカ如シ。」

# 『症候』

息切れが最も確かな徴候である。従って、浮腫のある患者で、息切れを来すものでは、はっきりと胸水が存在することを察知すべきである。そして、胸膜炎と鑑別すべき点は、胸部に疼痛を感じないことである。ただし、聴診、打診で得られる所見は、胸膜炎と違いがないが、ただ摩擦音が聞こえないことによって、それと同一ではないものとする。

# 『治療法』

本症を誘発する原因疾患によって差異がある。従って、ここではそれを省略し、心病、腎臓病の項で詳細に述べる。ただし、浸出液が多すぎるものには、胸膜穿刺法を施行しないわけにはいかない。その方法は胸膜炎の時と同様である。」

氣肺ニ出入スルニ非ラス、唯胸廓ノ縮張ニ由テ	吸毎ニ空氣ノ出入スルヲ目視ス可シ、是レ其空氣	肺藏之レカ為ニ收縮シ、其創口稍大ナル者ハ呼	創傷深ク胸腔内ニ達スレハ、空氣忽チ壓入シテ	ニ由リ、或ハ肺藏ノ穿潰スルニ由ル、若シ胸壁ノ	凡ソ空氣ノ胸腔内ニ竄入スルヤ、創傷ヲ受ケル	ス可シ、但シ滲出液ノ過多ナル者ハ穿胸術ヲ施	サ、ルヲ得ス、其法ハ胸膜炎ニ於ケルカ如シ、	胸氣
-----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	----

図4 原病学各論卷三 本文（胸氣）

## （二）胸 氣

「凡ソ空氣ノ胸腔内ニ竄入スルヤ、創傷ヲ受クルニ由リ、或ハ肺藏ノ穿潰スルニ由ル。若シ胸壁ノ創傷、深ク胸腔内ニ達スレハ、空氣忽チ壓入シテ、肺藏之レカ為ニ收縮シ、其創口稍大ナル者ハ、呼吸毎ニ空氣ノ出入スルヲ目視ス可シ。是レ其空氣肺ニ出入スルニ非ラス。唯胸廓ノ縮張ニ由テ胸腔内ニ出入スル而已。但シ創口ノ小ニノ且ツ長キ者ニ在テハ、吸氣運動ニ乗シテ、空氣能ク侵入スレト、呼氣ノ時ハ其空氣創口ヨリ遁レ去ル」能ハス。漸々増加シテ胸腔内ニ鬱積シ、恰モ深息ノ時ニ於ルカ如ク、胸廓ノ穹窿ヲ増シ、其空氣増加シテ止マサレハ、心藏ヲ他方ニ轉移シ、横膈ヲ下方ニ壓迫スルニ至ル。此ノ如キ症ニノ、其創口癒合スレハ、胸内ノ空氣漸々吸收セラレ、肺藏從テ擴張シ得ル」有リ。又肺胸膜ノ穿破スル者ニ於テハ、肺藏ヨリ吸入スル所ノ空氣直ニ胸腔内ニ溢出ス。喩ヘハ、肺壞疽、肺腫瘍等ノ如キハ、之レヲ發スル」有リ。殊ニ急性肺結核ノ經過中ニ、多ク實驗スル所ナリ。又肺氣腫ニ於テ氣胞甚シク膨大シ、遂ニ破裂シテ空氣忽チ胸腔内ニ溢出スル」有リ。又胸壁ノ刺傷ニ由テ肺胸膜ヲ穿破シ、肺ニ達スレハ、此症ヲ發スル」有リ。之レニ在テハ必ス咯血ヲ發シ、且ツ其創口小ナレハ、外部ノ空氣モ亦侵入ス。又肋骨ノ折断ニ在テハ、其骨片肺胸膜ヲ穿破シテ、咯血及ヒ胸氣ヲ發スル」多ク、又醗膿性胸膜炎ニ於テ、肺胸膜ヲ破潰スルモ亦胸氣ヲ發スル」有リ。」

「一般に、空氣が胸腔内に侵入するのは、創傷を受けた、肺が穿孔したりすることが原因である。もし、胸壁の創傷が深くて胸腔内に到達するならば、空氣はたちまち侵入して肺はその為に収縮し、その傷口がやや大きな場合には、呼吸ごとに空氣が入り出りを、目で見る事が出来る。これは、その空氣が肺に出入りするのではなく、ただ胸廓の収縮拡張によって、胸腔内に出入りするだけである。ただし、傷口が細長い場合には、吸氣運動によって空氣が侵入出来るが、呼氣の時には、空氣が傷口から外へ出て行けないので、だんだん胸腔内に増加し、うっ積して、深呼吸の時の

様に胸廓が膨隆し、その空気の増加が止まらなければ、心臓を反対側に押しやり、横隔膜を下方に圧迫する様になる。この様な症例では、傷口が癒着すれば、胸内の空気はだんだん吸収され、従って、肺が拡張出来る場合もある。また、肺胸膜が穿破した場合には、肺に吸入した空気は直に胸腔内にあふれ出す。例えば、肺壞疽、肺腫瘍などで、これが起こることがある。特に、急性肺結核の経過中に、多く経験するものである。また、肺気腫では、肺泡が極めて大きくなって、ついに破裂して、空気がたちまち胸腔内にあふれ出すことがある。また、胸壁の刺傷が肺胸膜を穿破して肺に到達すれば、本症を来すことがある。この場合には、必ず咯血を起し、その上その傷口が小さければ、外部の空気も侵入する。また、肋骨骨折の場合には、その骨片が肺胸膜を穿破して、咯血および気胸を来すことが多く、化膿性胸膜炎で肺胸膜が破壊した場合にも、気胸が起こることがある。」

#### 「『症候』

頓ニ呼吸困難ヲ発シ（是レ僅ニ偏肺ヲ以テ呼吸ヲ営ムニ由ル）、顔面蒼白色ト為テ恰モ蒼身病ノ状ノ如ク、一二日ヲ經レハ顔面及ヒ下肢ニ浮腫ヲ來タシ、且ツ呼吸困難ト同時ニ胸痛ヲ發ス。是レ空氣ノ刺衝ヲ受ケテ、胸膜炎ヲ発スルニ由ル。蓋シ之レニ繼発スル胸膜炎ハ、大抵膿性ニシテ、其膿及ヒ空氣胸腔内ニ蓄積シ、患者ノ煩悶尤モ甚シク、而シテ其炎勢ノ劇烈ナル者ハ、必ス死ヲ免レス。然レモ、輕症ニ在テハ治ニ就クヲ有リ。但シ其空氣ノ為ニ膿ノ腐敗スルヲ甚ケレハ、遂ニ膿熱ニ陥ル者トス。」

#### 「『症候』

突然、呼吸困難を来し（これは、かろうじて片肺で呼吸することによる）、顔面蒼白となり、あたかもチアノーゼ状態の様で、1、2日経つと、顔面および下肢に浮腫を来し、その上、呼吸困難と同時に胸痛を起す。これは、空気の刺激によって膜炎を起こした為である。一般に、本症に続発する胸膜炎の多くは化膿性で、膿および空気が胸腔内に蓄積し、患者の苦悶は最も強く、炎症の勢いの激しいものでは死を免れることはできない。しかしながら、輕症では、治癒することがある。ただし、空気のために化膿が甚だしいもの

では、終わりには、敗血症に陥るものである。」

#### 「『診断』

診断ハ甚タ難カラス。即チ空氣瀦留ノ部ヲ敲檢スレハ鼓音ヲ発シ、且ツ胸廓ノ擴張スルノト、近傍諸器ノ轉位スルトヲ以テ確徵トス。然レモ、時トノハ肺氣腫ト混同スルヲ有リ。但シ肺氣腫ニ於テモ亦鼓音ヲ発シ、且ツ胸廓擴張スレモ、元來慢性症ナルカ故ニ、逐次ニ増劇シ、加之兩肺俱ニ之レニ罹リ、胸氣ハ必ス急性ニノ偏肺ニ發シ、又肺氣腫ハ胸壁ニ於テ聲音ノ響動ヲ増スト雖モ、胸氣ニ於テハ、其響動殆ト觸ル可カラサルヲ以テ異ナリトス。又肺藏ニ大空洞ヲ生スル者ニ於テモ、此症ニ疑似スルヲ有リ。之レニ於テハ、廣ク鼓音ヲ發スト雖モ、其胸壁必ス陷没シ、胸氣ニ於テハ凸隆スルノ別ナリ。且ツ空洞ノ為ニ鼓音ヲ發スル者ニ在テハ、近傍ノ諸器其位置ヲ變セス、聲音ノ響動甚タ強鋭ナレモ、胸氣ニ於テハ、微弱ニノ觸知シ難シ。」

#### 「『診断』

診断はそう難しくない。即ち、空気が貯留した部分を打診すると鼓音を認め、胸廓が拡張するのと周囲臓器が変位するのとで、確定徴候とする。しかし、時には肺気腫と混同することがある。確かに、肺気腫でも、鼓音を認め胸廓の拡張もあるが、もともと慢性症であるのでだんだんと増悪して、両肺共に罹る。一方、気胸は必ず急性であって片肺に起こる。また、肺気腫は胸壁で声音の響動を増強させるが、気胸ではその響動はほとんど触れることが出来ない点で、異なっている。また、肺に大きな空洞を形成した場合にも、本症に類似することがある。その場合には、広い範囲で鼓音を認めるが、胸壁は必ず陷没し、気胸では膨隆するという違いがある。その上、空洞により鼓音を来すものでは、周囲臓器は変位せず、声音の響動は非常に強く鋭くなるが、気胸では微弱で触れることは難しい。」

#### 「『預後』

此病ノ危篤ナルハ、血行ニ障礙ヲ受クルニ由ル者ニシテ、喩ヘハ勞瘵ノ兩肺俱ニ侵サル者ノ如キ。若シ偏肺穿潰シテ、其空氣胸腔内ニ溢出スルヲ有レハ、他肺ヲ以テ血行ヲ營マサルヲ得ス

ト雖ト、他肺モ亦血行不利ナルカ故ニ、頓ニ窒息シテ弊ルムナリ。又膿性胸膜炎ヲ繼発スルカ為ニ、死スルヲ有リ。即チ其創口ヨリ多量ノ膿ヲ漏泄シ、虚脱ニ由テ然ル者トス。然レト、僥倖ナル症ニ於テハ、胸膜炎ノ条ニ論セルカ如ク、胸壁ニ陥没ヲ貽シテ、治スル者罕レニ之レ有リ。」

#### 「『予後』

この疾患が重症で危険な場合は、血液ガス交換の障害を来した者であり、例えば、労瘵で両肺を侵された者などである。もし、片肺が穿孔してその空気が胸腔内にあふれ出すことがあれば、他肺でガス交換を行わなければならないが、他肺もガス交換機能が低下しているの、突然窒息して死亡するのである。また、化膿性胸膜炎を続発する為に死亡することがある。即ち、その傷口から多量の膿を排泄して、虚脱を起こして死亡する者である。しかし、予後の良いものでは、胸膜炎の項に記載したように、胸壁に陥没を残して、治癒するものがまれにある。」

ここでは、「血行」は単なる『循環』を意味するのではなく、『血液ガス交換』を意味している<sup>4-6)</sup>。

#### 「『治法』

胸壁ノ外傷ニノ創口小ナル者ハ、宜シク速ニ縫合ス可シ。若シ其創口ノ大ナル者ハ、肋間筋ノ展伸シ難キカ故ニ、縫合スルヲ能ハス。然ルトハ、絆創膏ヲ以テ接合シ、其上ニ厚ク噉嚙順ヲ塗布シテ、繃帶ヲ施ス可シ。若シ顔面蒼色ト為リ、眼ノ結膜ニ充血シ、呼吸促迫、大苦悶ヲ発スル者ハ、刺絡ヲ施ササル可カラス。又此病ニハ預メ胸膜炎ヲ防クヲ要ス。即チ疼痛部ニハ、温湿布若クハ水銀莨菪越幾斯膏ノ貼シ、或ハ莫尔比涅ノ皮下注射法ヲ施シ、後ニ至テ膿ノ潑留スルヲ多量ナル者ニハ、穿胸術ヲ施ス可シ。但シ此術ハ胸壁ニ腫瘍ヲ生シ、自潰セント欲スルノ勢アルヲ俟テ施スニ宜シ。」

#### 「『治療法』

胸壁の外傷で、その傷口が小さいものでは、速やかに縫合するのがよい。もし、その傷口が大きい場合には、肋間筋の伸展困難となるので、縫合することは出

来ない。その様な時には、絆創膏によって接合し、その上に厚くコロジオンを塗布して、包帯を巻きなさい。もし、顔面蒼白となって、眼の結膜が充血し、息切れ、大苦悶を来す者には、刺絡を施行しなければならない。また、本疾患では、あらかじめ胸膜炎を予防する必要がある。即ち、疼痛部には、温パップ又は水銀ロートエキス膏を貼るかモルヒネの皮下注射を行い、後に膿が多量に貯留する者には、胸膜穿刺法を施行しなさい。ただし、この穿刺は、胸壁に腫瘤を形成して、破壊しそうな状態になる迄待つて行うのがよい。」

ここで、「噉嚙順」はコロジオン (collodion) の当て字である。これは、ニトロセルロース  $[C_{12}H_{16}O_6(NO_3)_4]$  4 g をエーテル75%+アルコール25%混合液に溶解した、無色透明の粘りのある液体で、塗布後は溶剤が蒸発して薄膜を残すので、傷口保護の為に用いられた。

#### (木) 胸膜癌

「此癌ハ第一発症タル者少ナク、先ツ其近傍諸器ニ癌腫ヲ発シ、漸ク蔓延シテ胸膜ニ及フヲ常トス。喩ヘハ、乳癌、肺臓癌、若クハ縦隔腔内ノ癌ヨリ波及シ、或ハ眼球癌、肝臓癌、骨癌等ヲ生シ、其癌質血行ニ從テ胸膜ニ達シ、之レヲ発スルカ如シ。而ノ胸膜ニ発スル者ハ、大抵髓様癌ヲ多シトス。其発スルヤ、柔軟ナル結節状ヲ呈スル者アリ。或ハ硬固ナル者アリ（即チ硬性癌）。之レニ在テハ、皮膚、筋肉及ヒ胸膜一齊ニ硬結ス。兼テ外部ニモ癌腫ヲ生シ、且ツ胸部ヲ敲檢スルニ濁音ヲ発シ、呼吸促迫ヲ來タス者ハ、其診断甚タ易シト雖ト、内部ノミニ発スル時ハ、其症候ノ確切ナラサルヲ以テ殆ト識別シ難シ。

#### 『治法』

治法ハ唯姑息法ヲ以テ一時急ヲ救フ可キ而已。

#### 日講記聞

#### 原病學各論 卷三 終

「胸膜に出来る悪性腫瘍は、原発するものは少なく、先ず周囲諸臓器に癌腫が出来て、だんだん広がって、胸膜に波及するのが普通である。例えば、乳癌、肺癌あるいは縦隔内のがんから波及し、また、眼球のがん、

肝臓癌、骨のがんなどの腫瘍組織が、血行を介して胸膜に達して、胸膜腫瘍が出来てくる。そして、胸膜に起こるものは、大抵、髄様のがんが多いものである。その中には、柔軟な結節状のものがある。あるいは、硬固なものもある（即ち硬性癌）。この場合には、皮膚、筋肉および胸膜が全て硬化する。そして、外部にもがんが見られ、その上、胸部を打診すると濁音を認め、息切れを来す者では、その診断は比較的容易であるが、内部だけに起こる時には、その症候の確実なものはないので、ほとんど識別出来ない。

#### 『治療法』

治療法は、ただ姑息的方法によって、一時的に救急するだけである。

#### 日講記聞

#### 原病学各論 卷三 終

この項では、胸膜の悪性腫瘍について述べている。各所に「癌（ガン）」の文字が認められるが、これは『悪性腫瘍』又は『がん』と読み替えることが出来る。現在では、『癌（腫）』は上皮性悪性腫瘍のみに与えられた名称で、非上皮性の胸膜細胞（中皮細胞）、骨細胞、

筋肉細胞などから発生した悪性腫瘍は『癌』とは呼ばないで、それぞれを、悪性中皮腫、骨肉腫、筋肉腫と言っている。ただし、『がん』は全ての悪性腫瘍の代名詞として使用され、『癌』とは区別して使用される。

本編は、『原病学各論 卷三』の最終部分で、呼吸器病編のうち、胸膜病変が記載されている。その中で、胸膜炎の部分では、胸膜癒着の病態生理学的所見がかなり詳細に記されている。即ち、胸膜炎により、まずフィブリンが析出し、その後肉芽組織が発生して線維化が起こり、癒着に至る過程を解説しており、線維性癒着も、ビロード状、糸状、網状など、状況によって種々の形があることを述べていて、当時、病理解剖学が発達しつつあることをうかがい知ることが出来る。

しかし、肺炎の原因の記載が少ないのと同様に、胸膜炎の原因についての記載も少なく、特に、病原微生物の記載は全くなく、敗血症との関係についても、どちらが先で、どちらが後かという、早期診断が出来ない状態を、暗に示している。胸水の原因については、全身性疾患の心臓病と腎臓病をあげていて、局所性の原因については、ほとんど言及していない。もちろん、心不全による高度の肺うっ血、低蛋白血症による全身浮腫などの一症状として、大切ではあるが、最近では、癌性胸膜炎（肺癌が多い）による胸水（多くは血性の胸水である）が一番注目されていると言っても過言ではない。この時代には、癌性胸膜炎は少なかったと思われる。いや、悪性腫瘍そのものがあまり多くなかったのであろう。正確な統計は存在しないが、当時の平均寿命は、男女とも、40歳を少し越えた程度であったと推定されるからである。即ち、大正10~14（1921~1925）年の平均寿命は、男性42.06歳、女性43.20歳であり、それは、本書が発行されてから45年も後の統計であるからである。悪性腫瘍が発生する前に、他の疾患で死亡することが多かったのであろう<sup>7-11, 15)</sup>。また、本文でも胸膜原発の悪性腫瘍は少なく、ほとんどは隣接臓器原発の悪性腫瘍が胸膜転移を起こしてくるものと述べている。確かに、胸膜原発の悪性腫瘍は悪性中皮腫などの腫瘍があるが、まれなものである。本編では、前編の勞瘵ほど、系統的記載はなされていないが、病態生理の部分はかなり正確に述べられている。

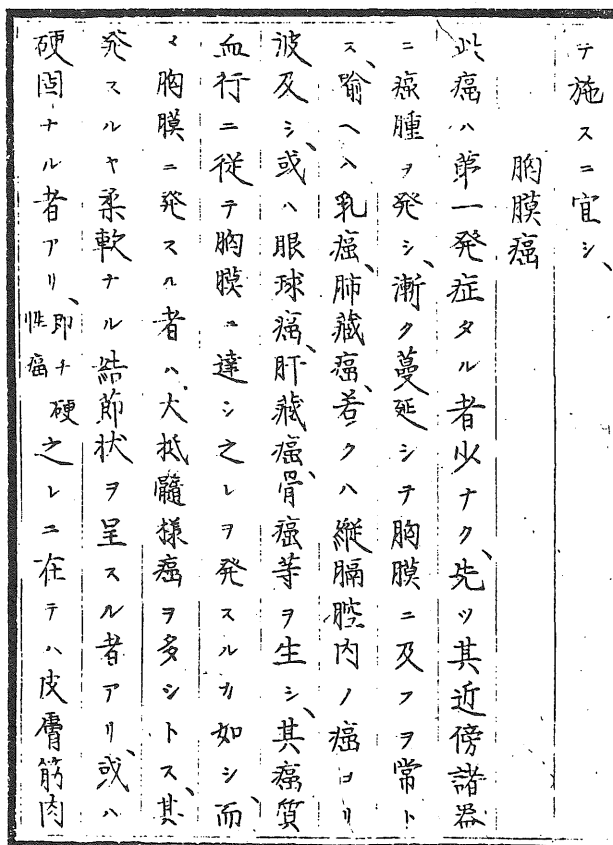


図5 原病学各論卷三 本文（胸膜癌）

# 【参考文献】

- 1) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第1編, 三重県立看護大学紀要, 第1巻, 59-70, 1997.
- 2) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第2編, 三重県立看護大学紀要, 第1巻, 71-82, 1997.
- 3) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第3編, 三重県立看護大学紀要, 第1巻, 83-92, 1997.
- 4) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第4編, 三重県立看護大学紀要, 第2巻, 35-43, 1998.
- 5) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第5編, 三重県立看護大学紀要, 第2巻, 45-54, 1998.
- 6) 松陰 宏, 他: 原病學各論—亞爾蔑聯斯の講義録—第6編, 三重県立看護大学紀要, 第2巻, 55-65, 1998.
- 7) 松陰 宏: 原病學通論—亞爾蔑聯斯の講義録—第1編, 三重県立看護短期大学紀要, 第15巻, 73-96, 1994.
- 8) 松陰 宏: 原病學通論—亞爾蔑聯斯の講義録—第3編, 三重県立看護短期大学紀要, 第16巻, 91-120, 1995.
- 9) 松陰 宏: 原病學通論—亞爾蔑聯斯の講義録—第6編, 三重県立看護短期大学紀要, 第17巻, 99-124, 1996.
- 10) 村治重厚, 熊谷直温, 安藤正胤: 亞爾蔑聯斯原病學通論, 卷之一, p 21, 三友舎, 大阪, 1874.
- 11) 熊谷直温, 安藤正胤, 村治重厚: 亞爾蔑聯斯原病學通論, 卷之二, p 43, 三友舎, 大阪, 1874.
- 12) 安藤正胤, 村治重厚, 熊谷直温: 亞爾蔑聯斯原病學通論, 卷之六, p 2-4, 三友舎, 大阪, 1874.
- 13) 樫村清徳, 纂: 新纂藥物學, 第五巻, p 9, 22, 34, 39, 45, 英蘭堂, 東京, 1877.
- 14) 樫村清徳, 纂: 新纂藥物學, 第六巻, p 10, 17, 24, 28, 29, 英蘭堂, 東京, 1877.
- 15) 厚生統計協会, 編: 厚生の指標, 国民衛生の動向, p 76, 東京, 1998.