

病理討論彙編

東北醫學圖書出版社

1952

序

醫學的開始，早在古希臘羅馬時代，只因屍檢工作沒能展開，致使其醫學停留在一定的階段。

在15—16世紀屍檢開始後，給臨床學和病理學建立了聯系，並解釋了臨床醫學上的好多疑問，提高醫學水平。

若使我們醫學更好的發展，在屍檢工作這方面也應積極的展開，實行病理討論，追究疾病的根源。

本誌特把二年半以來刊過的病理討論材料彙集成冊，願作醫務工作同志特別是研究病理的同志工作參考。

編者 1952年5月

目 錄

大腦炎之病理解剖.....	1
流行性腦炎.....	28
流行性腦炎剖檢三例.....	34
小腦膿腫.....	44
中耳炎的併發病.....	51
急性汎發性粟粒結核及結核性腦膜炎再發之一例.....	68
大葉肺炎消散不全併發肺膿腫.....	74
肺癌.....	89
風濕性心臟病.....	101
二尖瓣狹窄及冠狀動脈栓塞.....	111
病理臨床上特發性高血壓及病理解剖之一例.....	120
急性黃色萎縮肝之一剖檢例.....	129
亞急性黃色肝萎縮.....	135
急性胃腸炎型副傷寒.....	141
胃痛.....	149
霍亂之病理解剖.....	160
胎糞性腹膜炎兩例報告.....	162
頸椎骨折脫臼.....	172
熱射病剖檢兩例.....	186
神經纖維瘤病 (Von-Recklinghausen's 病)	193

大腦炎之病理解剖

裘 馥 如

中科醫科大學病理學系

1. 引 言

當 Economo 氏於 1917 年正式報告嗜眠性腦炎以前，在歐洲有些學者以非化膿性腦炎或急性出血性腦炎等病名報告一些病例，其病變略與 Economo 氏所報告的相一致，或有報告謂腦炎和流行性感冒有關，因腦炎每在流行性感冒流行時發生，但以上均未能得到一結論。由 Economo 氏報告以後方有一系列之知識，報告例數激增。

蓋此病最初 1915 年在羅馬尼亞發現 (Urechia, 1921)，1916 年在法國發現多數。1918 年在美國紐約城，Iowa 及西部 Virginia (Neal, et al 1942 年) 等處發生，自此迄 1926 年為止，未見新例發生。

1932 年夏在巴黎，Illinois 有類似 Economo 氏腦炎之流行。1933 年夏同樣流行在聖路易，Kansas 及 Missonri。但本病在病理學本質來說和 Economo 氏所報告之腦炎有所不同，因 Muckenfuss, Armstrong 及 McCordock 氏等將感染之人腦組織，接種於猿，而發現其原因病毒。此病在聖路易於 1937 年又復發現，以後則僅為小流行。

在東方 1871 年日本亦發現腦炎，1924 年有 6,000 名患者死亡率達 60%。自 1924 年至 1940 年，每年有 27,000 名因本病而死。此病雖與前二者相似，但並不相同。在 1935 年夏爆發大流行，1936 年笠原、川村、谷口等氏用小白鼠作實驗時，在恢復患者中發現有中和抗體，而確定了本病的病毒。

由此得知，今日所謂之流行性腦炎（非化膿性腦炎）有數種：Economo 氏報告之嗜眠性腦炎，日本腦炎及聖路易腦炎，雖大致相

同，但本質上不論其在病原、病理、症狀及豫後上均有不同之處。故嗜眠性腦炎又名流行性腦炎A型，日本腦炎又名流行性腦炎B型。其他有蘇聯遠東腦炎，澳大利亞腦炎等，據云其病毒與日本B型腦炎極相近似。

關於日本B型腦炎在日本流行之狀態簡單敘述如下：迄至1925年為止，日本之流行，僅為散發性，1925年夏在日本香川等縣有大流行，患者約2,500名，死亡約為2,000名。首由金子氏作綜合報告，繼有黑田、伏木等氏報告50例之腦炎患者病理解剖所見。又有森、小林等氏報告8例，北山氏等報告12例，川上氏等報告6例，對其剖檢上肉眼及鏡檢均有詳盡之敘述。此外並有內山氏，對在日本所流行之腦炎及嗜眠性腦炎在病理上的不同，作了詳盡的報告。其後1934年又在東京等地有流行，緒方氏曾報告10例，川上氏報告34例，亦均詳盡敘述。自此B型腦炎之名遂定。

蘇聯方面，早在1914年在Urals地方，1921—1929年在遠東，曾發現腦炎病，但詳情不知。有一種秋型腦炎，大概與日本B型腦炎同。因為蘇聯人戰勝了森林，於是大量進入森林工作或生活。在1935年森林木工發生大腦炎，幾經研究的結果，認為是一種扁虱傳播，因該病在春末夏初發生，故稱為春夏型腦炎（此段摘自中華新醫學報，2卷，6期，徐氏之流行性腦炎在遠東流行之狀況）。

我國早年對於本病之流行，雖無詳細之記載，但自1934年即有人報告，北京於夏季發生此病以後，在廈門、上海、瀋陽、台灣、成都及重慶等地也有流行。1938年在協和醫學院報告10例患者，其中6例痊癒，其中4例在血液中保有日本B型腦炎之抗體。近來大連、瀋陽、上海、武昌、漢口、廣州、北京、天津、保定等地均有發生。其中尤以1949年北京、天津之秋季流行較廣，諸氏曾報告90例兒童之腦炎臨床觀察。按此次北京、天津所流行之腦炎，一般均認為與日本腦炎極相似。

東北雖於1950年亦有散發性之發生，但以瀋陽市之流行較大，其一般病理與臨床症狀亦與B型相似，關於病原方面之研究，由中國醫

科大學細菌系另有研究報告。

關於腦炎病理解剖之研究，過去歐美及日本雖有很多報告，但我國並不多見，因之將余所研究之症例，試行報告，希各專家教授及諸前進者予以指正。

2. 研究材料，方法及結果

1950年9月瀋陽市流行性腦炎發生之際，我教室曾剖檢18例，余即以此為材料而研究之。因其主要病變在中樞神經系統，故各剖檢例之腦脊髓，均按部分切十餘處而檢查之。但此十餘例中，有數例因某種原因，而腦脊髓之各各部位未能切全，並有數例內臟未能檢查。且有極少之症例，臨床病歷不全。一般染色用普通蘇木精、伊紅染色。研究例中，男與女之比為5:4，小兒占全病例70%強，成人僅佔20%強（如第一表）。一般患病日數均在一週以內（如第二表所示）。

第一表

年 齡	性 別		報告例
	男	女	
1 — 5	3	2	5
6 — 10	5	2	7
11 — 15	—	2	2
16 — 20	1	—	1
21 — 25	1	1	2
60 — 65	—	1	1
小 兒 例	8	6	14
成 人 例	2	2	4
合 計	10	8	18

第二表

患病日數	1—15歲		16歲以上	
	男	女	男	女
2	1	1	—	—
3	2	—	—	—
4	1	—	2	—
5	—	—	—	1
6	—	2	—	—
7	1	2	—	—
18	1	—	—	—

備考：4例無病歷，共14名。

研究例

第一例·張××12歲 女 婦嬰學院，剖檢號132號

臨床病歷1950年8月24日晨，精神不振，微熱，中午出門跌倒地上，當時意識不明，抽風約10分鐘，當晚高熱、譫妄。次日步行就醫

未見效，夜間呻吟不安，並訴頭痛。第3日意識不明，不能言語，小便失禁，有時仰頭，眼右斜。

臨床檢查：昏迷、高熱，前胸、腹、腰部有暗紅色帽針頭大皮下出血點散在，肢體近側各有二三枚。球結合膜充血，眼半閉，左瞳孔直徑5mm，右3mm，對光反應正常，咽微紅腫，頸強直，心肺正常，腹無異常所見，右側膝反射亢進，左側減弱，克氏徵陽性，右側>左側。

脊腦液細胞數（8月26日）410。中性66%，淋巴34%，蛋白陽性(+)，糖正常，培養無生長。

血液：白血球11,300，中性80%，淋巴17%。

入院後注射配尼西林，並口服消炎片，注射葡萄糖液。一般症狀不見好轉。體溫40°C以上，昏迷不醒，28日鼻翼扇動，29日咽下困難，晚給氧氣吸入，注射強心劑，至30日上午5時50分死亡。

臨床診斷：腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦：頭顱切開時，脊腦液澄清，軟腦膜血管充血，表面稍顯潮濕，軟腦膜與實質之間，無異常物之存在，切面實質一般充血顯著，但未見軟化皂及出血點等。

脊髓：除充血外，未有異常所見。

中樞神經系統病理組織所見。

參看中樞神經病理組織變化一覽表（以下簡稱一覽表）

第二例：王×× 22歲 女，婦嬰學院 剖檢號127號

臨床病歷：本患者因來院時，已呈瀕死狀態，故其病歷按其死後由家族所述，摘要記之如下。

5天以來，自感胸內苦悶，呼吸困難，曾服漢藥及求某西醫診治，一時症狀減輕，忽於8月24日中午吃午飯時，頓然全身無力，顏面呈青紫，呼吸困難，問不應答，眼球向上，隨請西、漢醫診查，無法後而來本院門診。

臨床檢查：體溫39°C，脈博頗小，謝氏呼吸顯著，血壓未及測

量，不久即停止心臟搏動，呼吸停止，瞳孔散大，腱反射消失。現妊娠6個月，胎兒部分不明，陰道未及檢查，胎心音聽不到，下腿有輕度浮腫，下午1時40分死。

臨床診斷：心臟麻痺？

中樞神經系統病理解剖所見：

腦：重1.500克，肉眼上未有異常所見。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第三例：卜×× 22歲 男 醫大附院內科 剖檢號128號

臨床病歷：患者已婚，北京人，以趕大車爲生，於1950年8月25日，因發冷發熱頭痛3天，嘔吐2天，嚥下困難1天而入院。患者於8月22日夜間受涼，次日午後覺全身不適，繼之反覆發熱發冷，並覺頭痛頭暈，24日晨惡心嘔吐，先吐白沫，後吐黃水，味苦不混血液，當日共吐約10餘次，25日午前甚感口渴，然每飲水時不能嚥下，必自鼻流出，甚至唾液亦不能嚥下，無喉痛及聲音嘶啞史，當日亦曾嘔吐多次，患者體格素來健壯，每日抽香煙3—4支，很少飲酒。

體格檢查：患者發育正常，營養稍不良，意識明瞭，言語清晰，表情平常，面色輕度發紅，呼吸較促迫，時作呻吟之聲。體溫40°C，脈搏140，血壓140—80mmHg，眼無異常變化，瞳孔及角膜反應均好，咽頭及扁桃腺輕度發紅，心尖部有收縮期雜音，呼吸運動較促迫，肺無異常，腹部肝、脾觸不到，各種反射正常。

實驗室檢查：血色素100%，紅血球498萬，白血球15,300，中性87%，淋巴11%，單核2%，嗜酸性及嗜鹼性白血球0%。

入院後注射配尼西林，26日嚥下依舊困難，意識不甚清楚，頸部輕度強直，克氏微陽性，Babinski氏微陰性。於午前11時半顏面，口唇及手指均呈紫紺，高度呼吸困難，眼球不能自由運動，瞳孔對光反射及角膜反射均消失，兩肺有大小不等的乾濕性囉音，心音微弱，至12時死亡。

臨床診斷：大腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

軟腦膜血管強度充血，未見出血及任何炎性滲出質。切面腦實質血管擴張充血，小血管之斷端呈多數紅色小點，但未見出血點及軟化皂。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第四例：王××12歲 女 婦嬰學院 剖檢號131號

臨床病歷：於1950年8月23日起訴頭痛，27日精神不振，臥床發高熱，下午嘔吐一次後嗜眠，意識明瞭，但不愛說話，小便失禁，大便閉結，當日曾注射配尼西林40萬單位，但不見效。

檢查：患者意識半明瞭，顏面無表情，皮膚乾燥，體溫40°C，大腿內上側有3—5皮下出血點，眼球結合膜充血，其他檢查正常，咽及扁桃腺微紅腫，頸部無強直，心正常，肺右側呼吸音減低，腹部正常，四肢運動正常，膝反射消失，克氏微弱陽性，脊腦液壓力正常，蛋白(+)，糖正常，細胞數280，中性60%，淋巴40%。

入院後繼續注射配尼西林，一般症狀依舊，但左側肢體稍強硬不動，右側則作無意識動作不止，8月30日晨發生抽風，出汗甚多，6時呼吸困難給氧氣吸入，至8時呼吸循環衰竭死亡。

臨床診斷：腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦膜及脊髓膜強度充血，未見出血點及任何炎性滲出質，切面在其實質可見充血之小紅點散在。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第五例：蘇××，6歲 男 瀋市傳染病院 剖檢號134號

臨床病歷：

主訴：8月27日得病時，發燒、頭痛、嘔吐。8月28日病勢沉重，瀉肚一次。

入院所見：身體消瘦，營養不良，意識不明，項部強直(+)，克氏徵(+)，顏面無慾狀，角膜反射消失，眼球上竄，砌齒。胸部心音不純，肺呼吸聲粗糙，腹部軟，脈搏微弱頻速，腱反射消失。

中樞神經系統病理解剖所見：

軟腦膜充血，蜘蛛膜下腔液體含量多，呈輕度渾濁狀。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第六例：姓不明 5歲 女 瀋市傳染病院 剖檢號138號

臨床病歷：無

中樞神經系統病理解剖所見：

腦重：1,140克，軟腦膜血管極度擴張，蜘蛛膜下腔呈輕度渾濁狀。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第七例：單×× 5歲 男 瀋市傳染病院 剖檢號139號

臨床病歷：無

中樞神經系統病理解剖所見：

腦膜強度充血，切面左側視丘血管充血。未見出血點及軟化皂。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第八例：關×× 64歲 女 瀋市傳染病院 剖檢號140號

臨床病歷：無

中樞神經系統病理解剖所見：

腦表面血管稍呈充血，腦溝變淺，未呈渾濁狀，表面亦未見有出血點及軟化皂。切面亦呈充血。脊髓膜有充血，未見異常改變。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第九例：史×× 5歲 男 瀋市傳染病院 剖檢號141號

臨床病歷：無

中樞神經系統病理解剖所見：

腦表面高度血管充血，溝迴明顯，切面皮質呈粉色，顯示充血，小血管亦頗明顯，於黑質、紅核、尾狀核、蒼白球等處均有充血情形，皮髓質境界明顯。

脊髓膜血管充血，其橫斷切面充血，灰白質境界明顯，脊髓液略呈紅色。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十例：王×× 6歲 男 瀋市傳染病院 剖檢號146號

臨床病歷：患者於1950年9月12日入院，主訴為發燒，食慾不振，自9月11日即發熱，食慾不振，嗜眠。入院當日意識明瞭。

入院時意識濁濁，顏貌昏睡樣，痙攣(+)，瞳孔對光反應(+)，舌有白苔，心臟亢進，項部強直(+)，克氏徵(+)，入院後給與消炎片，且配尼西林每3小時4萬單位，生理食鹽水200cc及強心劑等。脊髓液水樣透明。9月13日意識不明瞭，角膜反射遲鈍，眼球上竄，陣發性痙攣發作，項部強直(+)，克氏徵(+)，腱反射亢進，右側麻痺，Babinski(-)。給與配尼西林及鏈黴素，每12小時500克。9月14日意識不明，精神狂燥，左側麻痺，Babinski右(+)，左(-)，腱反射弱，9月15日知覺消失出冷汗，呼吸促迫深長，只吐泡沫，肺全部囉音，到11時死亡。

臨床診斷：腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦重1500克，軟腦膜血管充血，表面各處有白濁色，尤以頂葉為最。切面在間腦處有蛋刺狀出血點？未見軟化皂等。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十一例：郭×× 8歲男 瀋市傳染病院 剖檢號147號

臨床病歷：

主訴：於8月前患過瘧疾，後見癒。於9月9日發高熱，9月10日意識不明瞭，食慾不良，便秘。

檢查：入院當時體溫38.5℃，意識不明瞭，昏睡樣，呼吸深長，脈搏頻數，瞳孔縮小，舌有白色苔，痙攣(+)，心音不純，肺呼吸音粗糙，肝稍腫肋下一橫指半，Babinski(-)，膝反射亢進，頸部強直(+)，克氏徵(+)，9月16日上午六時死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦重1300克，表面血管充血，未有其他異常所見。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十二例：李×× 4歲男 婦嬰學院 剖檢號148號

臨床病歷：8月29日早突然痙攣，發燒，嘔吐，意識不明，睡眠昏迷狀。

檢查：意識不明，昏睡，眼瞼下垂（左），瞳孔對光反射遲鈍，全身右半側麻痺，運動障礙，脈搏頻數，微弱，心音亢進，肺呼吸音銳利，腹部平坦軟，肝脾不腫大，項部強直（-），克氏徵（-），膝反射右側消失，足蹠反射消失。9月1日加上半側麻痺。9月2日加上四肢肌肉弛緩，肌肉無抵抗，蹠反射消失。9月11日發燒，舌苔褐色，克氏徵（+），四肢運動障礙。9月15日眼球上竄，脈搏細弱。脊髓液水樣透明，9月17日死亡。

臨床診斷：腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦表面一般充血程度，蜘蛛膜下腔呈輕度渾濁，腦溝淺，頭頂處有黃色滲出質少量附着。脊髓表面輕度充血。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十三例：文×× 7歲 男 瀋市傳染病院 剖檢例150號

臨床病歷：

主訴：昏睡。9月14日發病，頭迷，有輕度惡心，9月15日晚間11點起痙攣，昏睡發高熱，下痢（黑便），嘔吐（-）。一般狀態重篤，意識不明，顏貌無慾狀，呼吸平穩。骨格及營養不良，皮膚乾燥，發疹（-），脈搏頻數，瞳孔右>左，對光反應遲鈍，眼肌麻痺，牙關緊閉，項部強直（+），克氏徵（+），17日死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

軟腦膜血管充血，有處稍呈渾濁，腦實質呈輕度水腫狀，切面血管充血。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十四例：高×× 19歲 男 瀋市傳染病院 剖檢例152號

臨床病歷：自9月16日突然發冷發燒，頭痛，惡心，嘔吐數次，並感頭暈，於19日午後意識不明，呈昏睡狀態，不會說話，不睜眼

睛，小便失禁，自發病起無大便。

檢查：體格營養良，意識不明，呈昏睡狀，顏面無表情，呼吸安靜，皮膚乾燥，脈博頻數，體溫 40°C ，結膜充血，瞳孔同大，對光反應遲鈍，舌苔褐色乾燥，咽頭發紅，扁桃腺稍腫大，心音弱，肺呼吸音稍粗糙，腹部平坦，項部強直輕度，克氏徵(+)，膝反射消失，Babinski(-)。脊髓液水樣透明，初壓200，終壓100。同時注入配尼西林，於夜11時死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：無

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十五例：鎖×× 5歲女 瀋市傳染病院 剖檢號154號

臨床病歷：患者於9月19日10時入院。主訴為意識不明，痙攣，9月16日發病即發熱，頭痛，精神不振，食慾良。自訴背部痛。至9月19日嗜眠，晚7時突然痙攣，軀幹部強直，眼球上竄，口吐白沫，意識不明。

臨床檢查：意識濁，痙攣顏貌，體溫 40°C ，呼吸促迫，脈博細小頻速(126)，手指有青紫色，瞳孔散大，對光反應遲鈍，眼球上竄凝視(右上方)，心音速，肺呼吸音短，膝反射(+)，項部強直(+)，克氏徵(+)，脊髓液初壓150，終壓100，性狀透明。入院後投與大量消炎片，配尼西林，每3小時4萬單位及強心劑等，但不見效。昏睡，痙攣，全肺部濕性囉音，嚥下困難，瞳孔縮小，體溫 39.8°C ，至9月22日死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦表面血管充血，蜘蛛膜下腔液體含量較多，但未呈濁濁及任何滲出質，切面光澤，皮髓質境界明顯，間腦處有蛋刺狀出血點，其他切面未見軟化等。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

第十六例：關×× 8歲女 瀋市傳染病院 剖檢號157號

臨床病歷：9月24日發病，精神不振，食慾不進，午後5時頭痛，睡眠不良。9月25日入院，早8時突然痙攣，意識不明，呼吸徐緩，體溫 40.1°C ，脈搏深，壓時方觸知，口唇發紺，瞳孔散大，角膜微潤濁，眼球上竄。舌、口腔粘膜亦有紫紺色，心音頻速不整，肺有笛音及囉音，項部強直(-)，克氏徵(-)。9月25日晚2時死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：除軟腦膜輕度充血外，未見其他改變。

中樞神經系統病理組織所見：(參看一覽表)

第十七例：金×× 7歲 男 瀋市傳染病院 剖檢號159號

臨床病歷：9月28日午前12時突然發病，感覺頭痛，腹痛，發燒，昏睡，狂躁不安，在十餘日前曾患瘧疾，迄今未癒。

臨床檢查：一般狀態，狂躁不安，意識不明，脈搏弱，眼球結膜充血，瞳孔正常，對光反應(+)。心、肺無所見。膝反射(+)，稍亢進。項部強直(-)，克氏徵(+)，四肢肌無異常狀態。9月28日午後9時入院，於翌日午前6時死亡。

臨床診斷：流行性腦炎。

中樞神經系統病理解剖所見：

腦重 1500克，軟腦膜表面充血顯著，蜘蛛膜下腔有輕度潤濁，但未見任何滲出質。前後中心迴，枕葉，額葉，小腦有出血點輕度，其他切面一般充血。

中樞神經系統病理組織所見：(參看一覽表)

第十八例：劉×× 10歲 女 瀋市傳染病院 剖檢號135號

臨床病歷：8月29日在傳染病院門診，當日入院檢查，體溫 40°C ，主訴：自8月26日起始發燒，嘔吐。8月28日頭痛，嘔吐，無食慾，高熱。8月29日意識潤濁。

臨床檢查：頸部強直(+)，克氏徵(+)，惡心及嘔吐(-)，腱反射極弱，皮膚過敏，意識潤濁，呈昏睡狀，心音鈍，呼吸正常，腹部軟，脾腫，肝正常。8月30日頸強直(+)，克氏徵(+)，皮膚過敏，腱反射遲

鈍。8月31日附加陣發性痙攣，脊髓液略呈白色混濁。

臨床診斷：流行性腦炎？

中樞神經系統病理解剖所見：

腦重1,300克，肉眼稍見軟腦膜混濁，切面可見白質內有明顯之充血小點，散在於各部位。中腦及視丘更為顯著，腦各處未見有出血點及軟化皂等。

中樞神經系統病理組織所見：（參看一覽表）

研究例各內臟臟器綜合所見：

此18例中有3例因故未能檢查，故只檢查15例。

第一例：小葉性肺炎，肝脂肪變，腎上腺充血及出血。

第二例：小葉性肺炎。

第三例：主動脈輕度硬化。

第四例：小葉性肺炎。肝脂肪變。脾充血。

第五例：小葉性肺炎。肝脂肪變。腎上腺充血。

第七例：肝脂肪變。腎輕度脂肪變。

第八例：心肌萎縮（老人）。小葉性肺炎。肝淤血。

第九例：肝脂肪變。

第十例：心肌瘢痕。肝淤血。

第十一例：小葉性肺炎。肝、脾、腎淤血。腎上腺充血及出血。

第十二例：肝脂肪變。脾小動脈透明性變。

第十四例：小葉性肺炎。腎淤血。肝小葉圓形細胞浸潤集團。

第十六例：肝脂肪變。

第十七例：小葉性肺炎。腎上腺充血。

第十八例：肺淤血。

(2)

病 部	位 變	大 腦												脊 髓		
		終 腦						中 腦						頸 髓		
		軟 腦 膜	額 葉	中 腦	後 腦 中	心 腦 中	側 腦 中	枕 葉	海 馬 迴	間 質	視 丘	黑 質	後 腦 中	小 腦	延 髓	胸 髓
血管擴張充血	血	+	+					+	+		+	+	+	+	+	+
血管周圍細胞浸潤	潤	+	+					+	+		+	+	+	+	+	+
血管周圍細胞增殖	殖			+	+	+	+	+	+							
小腦形細胞集團	團			+	+	+	+									
出血	血															
神經細胞性變	變															
軟化	化	+	+								+		+	+	+	+
血管擴張充血	血	+	+					+	+		+	+	+	+	+	+
血管周圍細胞浸潤	潤							+	+		+	+	+	+	+	+
血管周圍細胞增殖	殖			+	+	+	+	+	+							
小腦形細胞集團	團			+	+	+	+									
出血	血															
神經細胞性變	變															
軟化	化							+	+		+	+	+	+	+	+

患病日數
剖檢號
來源
年齡 性別
號碼 姓名

七日
一三一號
婦嬰學院
十二歲 女
第三例 王△△

六日
一三三號
婦嬰學院
十二歲 女
第四例 張△△