

25152

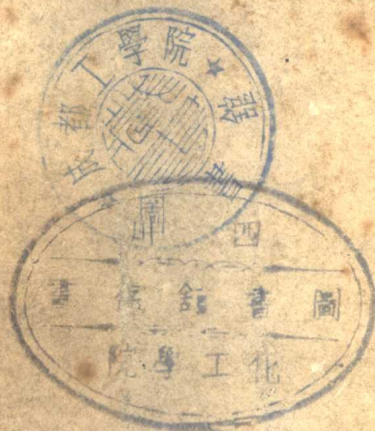
基本館藏

蘇聯醫學介紹叢書之二

肺結核早期診斷

格林洽爾 貝爾林 合著

潘 崇 熙 譯



北京健康書店發行

— 1953 —

1
43.2

版權所有

不許翻印

——蘇聯醫學介紹叢書之二——

肺結核早期診斷

原 著 格 林 洽 爾 貝 爾 林

(原版：蘇聯國立醫書出版局出版.1951 莫斯科)

譯 者 潘 崇 熙

發 行 北 京 健 康 書 店

地 址：北京(20)東四北大街七一號

電 話：四 局 三 一 一 〇 號

電報掛號：北 京 3 1 1 0 號

1953, 2, 修訂再版

2001—5000

編 號 0005

定價10,000元

原 序

根據蘇聯保健部1948年11月12日第676號關於防治結核病措施的法令，醫療機關在其組織上和治療預防工作上都意味着新的階段。而結核病的早期診斷乃是一切有效措施的根基和保證。每個醫師必須通曉對於來到全科醫院的病人和住院病人的結核病早期診斷法。還須研究在集體檢查時由《健康》居民中檢出結核病人的方法。蘇聯政府的上述規定提出每年要檢查數千萬居民的任務。

此類工作的效果如何乃由於正確地瞭解對保健部門所提出的要求，適當地配置實力，實施臨床上最少限度的檢查法，及時地利用現代先進的知識來下診斷等措施而定。在將全科門診醫院和專科醫院合併的基礎上建立的治療預防機關的根本上再組織乃為提高醫學的治療預防工作質量上構成了最良好的條件（蘇聯保健部第870號法令）。這個保健的總方針對於政府所規定的防治結核病任務的有效地推行上也很重要。專科醫院和全科門診醫院的合併對於結核病的早期診斷上構成了廣泛的可能性，便於實施對病人的臨床必需檢查，使門診部和住院部的觀察可以連續，不僅對於合併的結核病機關，尤其是對於合併的普通醫院和門診醫院物質基礎的鞏固上更為重要。

因對於內科醫師、小兒科醫師、X光醫師以及其他治療預防設施的醫師有上述之要求，所以我們認為有必要對於結核病早期或及時檢查的方法和Analysis供獻一篇論述。

將莫斯科省結核病研究所和蘇聯其他先進的結核病設施在此領域中多年的經驗公開於世以為每個醫師的借鏡。

本書的對象主要是為一般治療網的臨床醫師——內科和小兒科醫師而寫。

本書原來是打算和我的好友H. H. 格林洽爾教授共同編著而準備出版，但未完成時該氏已死去，我認為我實有完成此單行本的義務遂又加以必要的補充。

一九五〇年十二月十五日

И. 貝爾林。

原 著 者 序

1945 年的結核死亡率，曾達到人口萬分之 28.2 的未曾有的高率，與美國的 4.7 相比，不啻雲泥之別，其爲必須解決的問題，自無疑義。當然，有在多方面施以各種對策的必要，但與日常民衆保健問題接觸最深的醫師，必須先具備有關此種的知識。臨床醫師應該隨日新月異的進步醫術而進步，事爲必要，自不待言，特別是在結核問題上，更希望他這樣。

前次診斷與治療社爲適合以上的意見，也曾請坂口教授著述此書，因其繁忙，由他指示轉請於本人。坂口教授曾數次作關於結核的講演及論述，冀蒐集他有價值的講述，正爲我年來的希望，相信抱這種同樣希望的人一定很多，因趁此機會以實現之。其有關結核的講述，殆全部承允列入，如本書中第一章及第二章的大部分與第四章的總論，即照坂口先生所述的一字未改。因此本書並不是我個人的著作，但坂口先生熱心提攜後進，連共著的形式也不允許，囑用我的名字出版，本人亦只好拜領其盛意。同時先生雖在甚忙中，也全部加以校閱，且賜予序文，誠極光榮，無任感激。關於結核的書籍，坊間已出版很多，現亦不免有重覆之感，惟如坂口教授夙所注目對醫師補習講座方面的著述尙少，思於此或有幫助，爰乃執筆，聊以備甚忙的臨床醫師在短時間得以一翻閱的資料而已，希察諒爲幸。

又承本教室諸兄間接加以種種協助，謹此致謝。

7A1240/07

譯 者 序

肺結核在我國蔓延的情形，因譯者手中無確實的統計，但其必有相當驚人的數字，當無疑問。人民個人因此所受的經濟損失與精神痛苦，姑不置論，在人民政府努力建設新中國的今日，其影響之大，恐非言語所能形容。在我國一般人民的科學醫學知識水準不高的現狀下，有識之士，特別是現代社會的科學新醫，實有盡全力與此種病症鬥爭而加以清算的必要。誠如原書坂口康藏氏所謂：「今天的臨床醫師以治療患者為唯一任務的時代，已經過去……」，譯者亦有同感，相信抱此種觀念者亦甚多。

原書乃本上述宗旨而作，雖其目的以日本臨床界為對象，不一定完全適合我國，但他山之石可以攻錯，其中不無可以參考之處。爰特譯出（本書根據 1947 年 9 月版譯出），以資臨床界及醫學生諸君的參考。惟譯者學識簡陋，錯誤之處在所不免，聊以拋磚引玉而已，尙希專家指正。

本書之成，承友人松井一夫醫師及今富正己藥師加以協助；又承汪美先兄為之校閱一遍；最後並承習家駿醫師提出不少寶貴意見；特此一併誌謝。

目 錄

緒論 (И. И. 貝爾爾)	1
第一章 肺結核病的既往歷、症狀和期早診斷法 (Н. Н. 格林洽爾)	5
肺結核病的既往歷和症狀	5
物理診斷 (Н. Н. 格林洽爾, И. И. 貝爾爾)	14
X 光學的檢查法 (И. И. 貝爾爾)	21
痰和胃洗滌液的檢查 (И. И. 貝爾爾)	24
血液檢查	29
結核菌素診斷法	32
米海洛夫氏結核菌素—嗜伊紅血球試驗	40
第二章 肺結核病未及時診斷的原因 (И. И. 貝爾爾)	44
結核病的假面	44
熱性—敗血性症狀	54
風濕樣症狀	62
神經性症狀	66
心臟型症狀	69
腹腔內器官疾患症狀 (腹部症狀)	73
漿膜炎症狀	74
其他《結核病假面》	77
在全科醫院臨床上最常見的難解釋的臨床症狀	78
無症狀的或病人不自覺的結核病經過	91
第三章 肺結核病的臨床型 (Н. Н. 格林洽爾)	97

分類.....	97
A. 肺結核病.....	99
B. 肺外結核病.....	100
C. 兒童的慢性中毒症 (I_1, I_2)	101
成年人的原發性結核病.....	101
原發性感染 (И. И. 貝爾林)	101
原發變化群.....	103
原發變化群的臨床.....	109
枝氣管腺結核病的臨床.....	112
成年人和兒童的原發性肺炎經過特徵.....	114
慢性經過的原發性肺結核病.....	115
在各型肺結核病時枝氣管的結核病性變化.....	117
播散型肺結核病.....	120
血行—播散型.....	120
粟粒結核病.....	121
播散性血行性病變的臨床症狀.....	124
淋巴路傳播的播散型.....	126
灶性結核病.....	128
浸潤型.....	132
關於浸潤及其發展的概念.....	132
浸潤的結果.....	133
乾酪性肺炎 (И. И. 貝爾林)	137
慢性纖維—空洞性肺結核病和硬變.....	138
胸膜炎.....	140
慢性結核性中毒症 (И. И. 貝爾林).....	146
第四章 肺結核病的早期檢出 (И. И. 貝爾林).....	147

《早期檢出》的概念及在及時發現的見地上

來評論各型結核病的義意.....	147
早期檢出結核病的方策.....	148
醫院（全科醫院，地區門診部及住院部）內科	
醫師對結核病診斷的必需工作.....	150
內科醫師對肺結核病診斷的必需工作.....	151
在一般醫院的及時檢出結核病法.....	154
為及時檢出結核病的集體檢診被檢人員及方法.....	156
被檢人員的選擇.....	157
集體檢診的計劃及方法.....	163
於集體檢診時發現的疑似結核病人員的檢查規程.....	165
檢查的統計及文件.....	165
結核病防治所和全科醫院結核病部對早期檢出結核病的使命	163
治療設施醫師對結核病診斷的進修.....	172
早期檢出結核病工作效果的重要指標.....	173
活動性肺結核病的特徵.....	175
在決定結核病變活動性的見地上對各種方法的批判.....	177
1. 物理檢查上病變活動性的指標.....	177
2. 生物學的特徵.....	177
3. 化驗室的檢查.....	178
4. X光學的現象.....	179
5. 活動性肺結核病的綜合診斷法.....	180
衛生教育.....	184

（完）

緒 論

我們在結核病病理和臨床方面知識的顯著進步，X光學領域的偉大成就，新的精確的診斷檢查法的實施，遂為結核病的早期診斷構成了廣泛的可能性。結核病的早期鑑別對於社會—臨床上的重要，乃因這種危險的疾病如進展時，可使病人陷於殘廢，並對其周圍的人們有傳染的危險。

祇有早期地檢出結核病才能實施有效的治療，使病人保持其勞動力，並預防傳染。蘇聯古時的格言曾說：《誰能很好地診斷，誰就能很好地治療》。這句話在現在應當換為：《誰能早期地診斷，誰就能很好地治療》。如果論到結核病時這種說法尤其切合。組織這樣的檢查系統，在實地臨床上肯定能保證早期發現結核病的診斷法的根基極為必要。

在現代對結核病的研究認為最重要的是正確地認定肺結核病的週期地，間發地，爆發地發展狀態，此期間為數週有時為數月。在間歇期中活動型病狀呈長期的平靜，無明顯的進展；僅在若干使身體抵抗減退的因素影響之下才又形成爆發，招來進行性病變，肺癆及致命的結果。臨床醫師的任務即是首先要闡明此爆發而加以正確的評定，查出其肺部病變的階段，以便採取一般的和特殊的治療預防方策而在爆發開始時加以預防和遏止，防止其再發和轉入肺癆的危險。這個任務不僅是對於結核病專門醫師，即對於普通治療部門的內科醫師也是當前的迫切要求。

早期和及時地檢出結核病最重要的關鍵乃在於普通治療預防部門醫師對病人的檢查。門診部、全科醫院、專科醫院是診察病人最多的地方，絕大多數的結核病人都先經過此類部門，然後才來到結核病專門醫師處受檢。因此醫師必須熟知病人的結核病在門診部和全科醫院診斷就誤的原因並須通曉早期和及時檢出結核病的前提。肺結核病診

斷枕誤的主要原因爲：在求醫師診治前其疾病呈潛性經過，對不甚顯著的限界性病變未作明確的評定和解釋，對於顯明和中毒性的某些結核病型在臨床上認識不足，以及未充分地利用所有臨床的診斷法。無論是新患的早期型的，或慢性的肺部病變皆可在某一病期中缺乏明顯的症狀；在爆發、惡化階段或者並無明確而活動的症狀，或者經過很短，常呈流行性感冒、枝氣管肺炎、枝氣管炎及其他疾病樣的經過。祇有用С. П. 包特金，И. П. 巴甫洛夫的關於生體的全面性，內外環境的相互關係，外界因素對疾病的形成和經過，神經系統對於疾病臨床現象的意義等學說的態度，才可能對結核病的臨床有正確的觀念。

И. П. 巴甫洛夫氏關於大腦皮質對生體所有機能的調節作用的有名學說以及上述對於病理機轉呈決定性影響的重要法則，遂使結核病的多樣性得到闡明，尤其是肺結核病在臨床上的特殊而多樣的症狀可以因此得到解釋。對於此種臨床醫學的原理認識不足並對於結核病症候學不够熟悉時常可招來診斷錯誤。

於是臨床醫師對於肺結核病診斷方面的作用範圍遂擴展而進入於《早期和開始型》的臨床觀念領域中。《開始和早期型》臨床的研究對於內科醫師說來無疑地乃是最大的興趣。現代的診斷法可以很正確的辨識這些肺結核病型。

現代的醫療設施廣汎地裝設着X光學的裝置及化驗室的準備，而且內科醫師對於《早期型》結核病的診斷上具有充分的裝備。然而在全科醫院和專科醫院的臨床醫師却很少看到所謂病理意義的《早期型》。

內科醫師主要是由下列兩類的病人中檢出結核病人。第一羣是急性和慢性的肺部疾患的病人，其中有不少病人具有主要的結核性病變，或主要是非結核性病變而引起肺結核病的增惡。結核性和許多非結核性疾患在呼吸器方面和全身的症狀上相像。如對肺結核病的症狀有正確的瞭解，則可較爲容易地鑑察此特殊的病變而使錯誤診斷減至最少限度。第二羣是潛型的病人，具有不明顯的症狀羣，其特徵主要是

結核性中毒的全身症狀。

蘇聯的結核病學者對於潛性《被漠視》型的伴有不劇烈的中毒症狀及較明顯的嚴重毒血症症狀的結核病方面的研究有很多的貢獻。我們通常將這些類型歸納於《假面性結核病》一術語之中而完全切合實際，雖然尚有若干學者對此反駁。所有此類《假面》真是多種多樣而引診斷於錯誤，惟於其後病變進行而形成嚴重的定不可移的肺結核病型時才使真象大白。在此類多數的病人中最常呈現結核病的全身症狀，而個別器官的局部症狀却居於末位。必須充分地熟悉肺結核病的臨床並正確地利用生物學的、化驗室的及其他檢查法才能將此《假面》及時地揭穿。上述兩羣類型可將來到全科醫院就診的以及在醫院住院觀察的所有病人包括無餘。內科醫師偉大的任務即是正確地尤其要及時地闡明上述疾患的結核性本質。臨床醫師要更多地從事於健康居民預防檢查的早期檢查結核病工作。蘇聯醫學廣泛地應用臨床的X光檢查法來對少年、兒童團體、兒童設施的工作人員和小學教師，許多食品工廠及其他工業部門的工人等作預防檢診，關於此點政府有明文規定。此類檢診很多是由普通醫療設施實行。由此可於集體檢診時檢出一些人在肺部有某種結核性變化，而用結核菌素試驗可檢出某些呈過敏性反應的兒童和少年。這些呈《X光檢查陽性》的人和顯著的過敏性反應的人須到內科醫師或小兒科醫師處受臨床的檢查。

從這些人員中可檢出呈限界性病變的《早期型》結核病人，有時是靜止的，也常是已痊癒的，但也常是新患的而需積極治療的病人。此類《小型結核病》的診斷及其活動性的評定需要臨床醫師正確的裁奪，詳細地熟悉活動性結核病的標準及其最少的症狀，因為大部分此類《病人》認為自己健康而無有自覺症狀。有名的臨床家A.B.邱卡諾夫的話也不無理由，他說：《無有症狀的結核病是無有的，不過是未注意到他自己疾病的症狀罷了》。但是現在的臨床家認為用集體X光檢診法檢出的病人常缺乏任何痛苦。此即所謂肺結核病的《不自覺的》，不被注意的（無痛覺的）階段，惟有用X光法可以檢出。X光

檢查法本身祇是檢出疑似結核病或其他肺部疾患的方法。下臨床的診斷須根據所有檢查法。每種檢查法各有其特點、可能性和主旨，同時也有其限制。醫師必須瞭解此點而能正確的評定由各法得來的根據，以便總結這些根據來下診斷。

著者考慮到上述的關係所以在編這本小冊子時務期臨床醫師可由這裏得到對結核病早期診斷領域中最重要的參考。本書大部分是敘述在新的工作方式下內科醫師和小兒科醫師的早期診斷結核病方法和組織。我們考慮到結核病專門醫師和內科醫師須有緊密的聯繫並且結核病防治所和專科醫院亦須有密切的關係，所以本書後部主要是敘述相當於蘇聯保健部第 676 號法令所規定之結核病防治所和全科醫院之類的設施在早期檢出結核病時的工作方法。這一部分是為地區的組織者、內科主任醫師、綜合醫院主任，以及傳染病學者所感到興趣的。

症狀以及所有臨床現象的評定，診斷的確定必須具有現代的肺結核病主要類型的觀念才可能作到。所以我們認為必須敘述肺結核病臨床類型的特徵，尤其着重在早期型。本書對於已經過很久的臨床敘述較少，因此類病變在其已形成定不移的病變之前的症狀如事先無正確的評定時常在實際病例中即給予我們以生動的教訓。

近來醫師已廣泛地熟悉於結核病的問題並對此類知識的水平顯著的提高，因此我們認為所敘述的材料將為多數的內科醫師和小兒科醫師所理解。

第一章

肺結核病的既往歷、症狀和早期診斷法

肺結核病的既往歷和症狀

在門診部、全科醫院和專科醫院工作着的醫師，可遇到各種各樣的疾病。可遇到症狀不明顯的病人，稍呈新鮮的病理變化的病人，急性潛性的病人，以及容易很快地並且正確地診斷的慢性呈顯著的症候群的病人，醫師的較難而又重要的任務就是從受其檢查的病人中選出疑似結核病的人，而實施更詳細的檢查以便確定或否定所下的預定診斷。

醫師的技術奠基於其知識和經驗，觀察和對所有主要檢查法的使用，但首先是在於對病人既往歷和主訴的評定。

結核病的特徵的既往歷以及自覺症狀與結核病變的下列諸項主要特點有關： 1.結核病是傳染性疾病； 2.結核病是全身性疾病，在其發展的不同階段中引起不同的中毒症狀； 3.結核病伴有該器官的解剖變化，而引起局部的機能性病狀。

並不能經常找到結核病人的傳染來源，但是由被檢者中闡明與開放型結核病人的接觸者對於以後檢查的進行上甚關重要？對於每個即使是在過去曾是開放型結核病人接觸者的病人也應仔細地檢查。在被檢查中如有在家庭中，在公共宿舍中，在工廠中與結核病人有緊密的接觸，繼續的反复的傳染，在不良的生活環境中必須與結核病人接觸；

者，則應疑惑到有特殊罹患的可能。內科醫師和小兒科醫師應該養成向病人詢問是否和結核病人接觸的習慣。

經多數的研究證明外因性的重感染對於結核病的罹患上甚為重要。我們在生活接觸者(家庭的，宿舍的)中檢出的肺結核罹病率比其他居民的罹病率多3—4倍。反復的傳染常可引起爆發，如經正規的檢查病人則常可發現新鮮的早期型。所以詢問病人是否為接觸者一事甚為重要。

結核病一般症狀的特徵為各種各樣的中毒症狀，採詢既往歷時須考慮此點。尤其要注意於反復的流行性感冒樣症狀，因如所週知，結核病在開始時常像流行性感冒。

最常和肺結核病混同是急性非典型經過的肺炎以及慢性非結核病原的肺部炎症病變如：肺硬變症、枝氣管擴張症、肺塵埃沉着病、肺放線菌病及其他罕見的肺部炎症性病變。

從形態學的見地看來結核症是一種伴有特殊性和非特殊性組織變化的炎症。新近的關於在結核病時組織反應的學說認為結核桿菌在進入生體組織內後並不立即引起其特有的組織反應。《在早期時看到的結核性炎症尚不能確定為結核性炎症或其他病因的炎症，在結核性炎症的形成時可看到一段缺乏特殊象徵的時期而具有普通炎症的所有現象。僅於此炎症部位由特殊的要素所置換時，此炎症的結核性病因才得明顯》(斯特魯科夫氏)。

特殊性和非特殊性的反應現象互相緊密地混雜一起，以致在臨床的症狀和形態學的現象上都呈混淆錯綜的現象。因此形態學的多樣性竟成為結核病的特徵，而此病臨床症狀的複雜亦與此有相當的關係。

結核桿菌侵入生體後則引起生體的特殊反應狀態，此狀態用結核菌素試驗可以檢出。根據此反應我們很可能鑑別某些疾患的病因，如：胸膜炎，腹膜炎，多發性漿膜炎，結合膜炎，角膜炎等。但不可僅根據生體的反應即下診斷，尚須利用其他多數的臨床根據。

應闡明病人過去的病狀，因其原因常係結核感染所致，此點很關

重要，例如，病人在兒童期曾患瘰癧（斯科夫拉病）時醫師則須加以注意 因為此乃淋巴系統的結核性疾患。如病人說在兒童時曾患眼病時，醫師也應聯想到小泡（Phlectenule）因小泡的病因也是結核性。過去如患過結節性紅斑對於診斷上也有重要的意義。

有一些疾患類似結核病的中毒症狀而在肺組織中缺乏病理變化。例如某些器官的非結核病因的慢性炎症：鼻炎，上頰竇炎，扁桃體炎，膀胱炎，婦人性器的附屬器炎等。對於兒童必須注意其上呼吸道，因為慢性扁桃體炎可能即是類似肺結核病的許多症狀的原因。如在兒童期常好發燒，兒童發育不充分、貧血，婦人初經期晚等都可作為懷疑到結核中毒症的根據。

大多數的再發性乾性和滲出性胸膜炎與結核病有關係，如果在肺門淋巴腺部有活動性結核病灶時，通常經由淋巴路而將病變傳至胸膜，但有時亦可能經由血行而形成結核性胸膜炎。

結核病的臨床上常可看到滲出性胸膜炎而為原發傳染的早期現象。時常有肺部並未發見 X 光學的變化即診斷為此病，但於許多病例待滲出液被吸收後則可看到病灶性播散。通常，漿液性胸膜炎應看作結核性的爆發。乾性再發性胸膜炎乃是初期肺結核病的常見的症狀，因此如病人既往歷有此罹患時必須仔細地檢查以便闡明病原。

肺結核病是咯血的最大的原因，所以如病人既往歷中有咯血症狀時醫師應懷疑到有結核病的可能，結核病例的三分之一可看到出血。按拉維奇—柴爾博的根據經口出血病例的 90% 其原因在肺。肺出血於許多非結核性的胸廓內臟器的疾患時也可發生：於慢性枝氣管炎，尤其是空氣刺激枝氣管粘膜時，於重症急性枝氣管炎伴有粘膜出血時，於喉炎、枝氣管擴張症、肺病腫、肺炎、肺膿瘍、肺壞疽、肺包蟲病、肺霉毒、肺放線菌病、肺梗塞、肺外傷等時，於心內膜炎時，僧帽瓣狹窄時，於各種肺鬱血時，高血壓症（枝氣管溢血）時。上述之可引起咯血和出血的疾患還未完全列舉，但已足夠說明此症狀對於評定病因及病理時的複雜了。病人常常即因為咯血而求醫師診治，所以十

分緊要。

於咯血時常須作結核病和枝氣管擴張症的鑑別。據A.契蓋魯尼科氏的意見認為枝氣管擴張症時出血的特徵為系統的出血可繼續多年。用枝氣管造影法即可容易認出枝氣管擴張。發展型的枝氣管擴張症呈特殊的物理現象常可在X光像上現出，但於所謂乾性枝氣管擴張症時其臨床的症狀很少（經C.A.列因貝爾格A.契蓋魯尼科命名為乾性出血型）。發熱和盜汗則類似結核病。僅有用化驗室的檢查和結核菌素試驗才可確下診斷。

醫師可利用通常的臨床觀察亦可作為咯血原因預定診斷的相當根據。於僧帽瓣狹窄時因小循環鬱血而在痰內出現心臟病細胞，咯血量普通很少而在咯痰內。肺血管動脈瘤時的特徵是大量出血。於枝氣管炎和喉炎時痰內帶鮮紅血絲。於枝氣管擴張症時看到大量的肉汁色出血；肺炎時呈銹色痰，於癌腫時有時呈楊梅醬色痰；於包蟲症時呈大量出血（有時在痰內出現小鈎時則可闡明咯血的原因）。於肺結核病時最常於病變崩壞時，空洞時出現咯血和出血，但如所週知於開始浸潤亦可看到小量出血。於硬變性結核病變伴有肺間質組織的靜脈擴張時，枝氣管腺結核時，肺門部癰痕性病變時可看到咯血。《如果在肺硬變部位有硬變的擴張血管時，則所有可引起肺硬變部血管系統的血壓上昇的原因皆可引起咯血》（B.A.邱卡諾夫）。於所有類型的肺結核病皆可看到咯血。於急性經過的滲出性病變時常可發生血管破壞，於其他類型肺結核病的爆發時炎性病變引起小動脈和毛細血管內血液過度充盈而形成動脈充血（A.И. 阿布利可索夫）。

肺出血的發生機轉十分複雜：《血管的滲透性，決定血液凝固性的血液物理化學性質，血壓的關係等都起作用。於結核病時植物神經系統尤其起最大的作用，維生素缺乏症也有相當的意義。此外，在結核病灶形成的組織毒素（Histamin），尤其是在惡化時，也有相當的意義。組織毒素直接引起毛細血管擴張，招來赤血球經由血管壁逸出血管外並呈現漿液性滲出》（A.П.別斯買爾特奈）

大多數的結核病人的咯血惹起吸入性肺炎而伴有發熱。肺的非特殊炎症急期時的咯血或出血後體溫有下降的傾向，雖然不甚顯著。於結核病時則無此現象。

發熱乃是活動性結核病最早期症狀之一。

於好多種疾病可看到發熱。結核病醫師經常對微熱的鑑別診斷給予很大的注意。莫斯科省結核病研究所在3264名非結核性病人中看到145名類似結核病的長期微熱患者。在此145例中計有下列的診斷：慢性敗血症、心內膜炎、瓣膜障礙、非結核性肺部疾患、微毒、慢性炎症病變、（扁桃體炎）、牙齒和副鼻腔疾患、婦科疾患等（Л.М.雅諾夫斯卡婭）。主要的傳染原因的微熱病人如上述。

然而尚有好多原因不明的微熱病人，許多學者試圖用內分泌和植物神經系統來說明——但未成功——其起因（А.Н.魯貝爾 В.А.渥羅別夫。В.列文斯金。В.И.馬爾琴閣夫斯基，И.Г.蓋里曼等）。В.А.契爾諾古包夫及其助手指出大多數此類微熱病例乃因神經調節發生障礙而起，但此種說明並不能解決病因的問題，因為在大腦皮質的一般影響下的植物神經系統機能障礙乃是結核病和其他非特殊性疾患的主要全身症狀（關於此問題將於本書第二章中詳述）。廣泛地利用精確的化驗檢查法和結核菌素診斷法，長期和仔細地系統地觀察則有可能闡明以前被認為非特殊性原因的特發性微熱患者，尤其是被認為溫熱神經官能病（Thermoneurosis）的大部分微熱病人的原因乃是結核病。В.А.契爾諾古包夫關於常見的微熱原因而就溫熱神經官能病加以研究還無何成就。在著者所實施的工作中微熱患者的12%患有結核病。按莫斯科防治所1935年的根據於檢查2390例原因不明的長期微熱患者中共12.2%患有活動性結核病。由此根據以及最近的工作（В.А.瓦里德曼 С.М.別爾格曼 И.И.貝爾林）證明必須對微熱病人作結核病的精確的化驗檢查。

但有人錯誤地完全否認內分泌腺和植物神經系統的機能破壞而引起微熱的存在。非傳染性發熱（溫熱神經官能病）的病例和傳染性微熱