

療法。 安静にし、栄養に注意することが第一であるが、頸部に冷巻法を行ひ、含嗽等をさせる。發汗療法は屢々效があるが必ずしも必要ではない。咽頭部塗布薬は乳兒、幼兒では餘り行ふを要せぬ。

(5) **潰瘍膜様アングナ** Angina ulcero-membranosa (A. Plaut-Vincentii)。

扁桃腺上(多くは一側)に、粘稠なる脂肪様義膜を生じ、咽頭部は廣く腫脹し、出血を易くする。義膜はかなり廣く、ヂフテリー義膜に甚だ類するが、多くは脱落して跡に潰瘍を作る。甚だしき惡臭を發つことが特徴とされる。咽頭の變化が著明なるにも係らず、一般症状は極めて軽度で、時として何等症状を呈せず、偶然發見されることもあると云ふ。紡錘狀桿菌(*B. fusiforme*)及び *Spirochaete* に因するものと看做される。

診断及経過。 軽いものは1週位潰瘍を作つた場合には2-3週に及ぶが、豫後は佳良である。鑑別すべきものはヂフテリーであるが、一般症状の甚だ軽い點及びヂフテリー菌を證明し得ぬ點で異なり、又特有の惡臭を發す點でも區別される。

療法。 他のアングナと同様であるが、Salvarsan 溶液の塗布、砂糖の撒布、又は單舍利別の塗布等も效があるとのことである。

2. **扁桃腺肥大 Mandelhyperplasie.**

扁桃腺(Gaumenmandel, Tonsilla palatina)は、初生兒では咽頭凹所(Nische)に隠れ、口蓋弓(Gaumenbogen)の外に現はれることは殆んどない。其後は次第に増大して、満1年頃には殆んど大多數に於て口蓋弓外に之れを見ることが出来るが、猶ほ至つて小さく、僅かに現はれる位の程度である。更に年齢の長づるにつれて漸次増大し、學童では口蓋弓外(0.5-0.7 cm位)に達してゐるのが殆んど普通である。而して10-12年頃には最大に達し、其後は漸次退行縮小(physiologische Involution)し、16-17年以上に至れば再び口蓋弓内に全く隠れる。

扁桃腺の生理的増殖並に退行が、前述の如くであることは、扁桃腺肥大症の診断並にそれに對する治療上、大いに考慮を要する問題であつて、乳幼兒に於ては兎も角、學童以後に於ては、扁桃腺が多少大きくとも必ずしも病的肥大とは限らぬのである。従つて扁桃腺切除術(Tonsillektomie)の適應を定める場合には、此點に留意しなければならぬ。又猩紅熱、ヂフテリー、アングナ等にて急性腫大を來した場合に、それ等が治療した後に、尚ほ長く肥大を残すや否やを検査する必要がある。

症状として、呼吸困難、喘鳴等が擧げられるが、餘程高度の肥大でない限り(兩側の扁桃腺が互に接觸する位)は、そう云ふ症状は現はれぬ。感冒に罹り易いと云ふことは、俗間でも一般に云ふ處であるが、これとても、切除した結果が必ずしも有利とは限らぬから、輕々しく切除すべきものでないと思ふ。

3. **腺様増殖症 Adenoide Vegetation.**
(Hypertrophie der Rachenmandel)

學童に多いが、乳兒期に於ても既に見られることがある。但し此ものも扁桃腺と同様に、乳兒以後、年齢の長づるにつれて生理的に發育し、思春期に近づく頃から退行萎縮をするものである。

症状は、咽頭部狭窄のために鼻呼吸が妨げられ、殊に睡眠中又は身體的努力をする場合に著しく、患兒は口を開いて眠り、肝をかき、睡眠が妨げられ、時として夜驚症(Pavor nocturnus)を起すことがある。又鼻聲になり、上氣道の炎症を起し易く、咳嗽に難み又は頭痛、難聽等を訴へる。最も特有なのは其顔貌であつて、常に口を開け、上唇を前方に突き出し、顔は一體に長く、殊に上顎が突出するために、顎が尖り、齒列が不整になる。そんな風で一見弛緩した、痴鈍様の顔貌(Facies adenoidea)を示すやうになる。顔貌からして一見痴鈍には見えるが、智力障礙が實際にあるわけではなく、學業成績が不良な原因は、主として難聽に因ると看做される。

診断を上記の症状だけでつけることは間違易いから、必ず後鼻検査法によらなければならぬ。療法としては、症状著明のものは手術(Adenotomie)を行ふのが普通である。

4. 咽後膿瘍 Retropharyngealabszess.

後咽頭部淋巴腺は、鼻咽頭炎に伴つて屢々炎症を起すも、其部位が甚だ見難いので、單なる炎症は臨床上の意義が少ないが。唯膿瘍だけは大いに意義がある。本症は乳幼児に主として見られ、年長兒に来ることは稀である。

症状。咽頭部狭窄による症状、即ち嚥下、呼吸の困難を主徴とするもので。嚥下困難乃至疼痛のために、乳兒は十分に哺乳するを得ず、呼吸も著しく妨げられ、咳嗽多く、肝又は呼吸時雜音を生じ、著しい喘鳴を呈し、患兒は頭を後方に反らせ。甚だしい時は窒息様發作を起し、Zyanoseを示す。熱は必ずしも高くはない。咽頭部を仔細に視ると、其後壁又は側壁に半球形の隆起を見得ることがあるが、必ずしも容易でない。觸診上、即ち指を咽頭部に深く挿入して軟かき又は緊張せる膿瘍を觸れることがある。

診断及び豫後。局所に膿瘍を證明することが肝要である。頸椎カリエスによる流注膿瘍は、急性に現はれることがない。自然に吸収され、又は排膿して治癒することもあり。又は破れて排膿するために窒息を起すこともある。周圍に擴がり又は敗血症を起すことは少ない。

療法。自然に治癒することもあるから、症状危険でない場合には待つてゐてもよいが、然らざる時は手術を行ふ。

5. 頸部淋巴腺炎 Lymphadenitis colli.

急性淋巴腺炎。鼻咽頭、扁桃腺等の炎症、感冒等に因つて起るが、特に注意すべきは猩紅熱、ヂフテリーである。之等では、腫脹疼痛、發熱を示し。自然に輕快し治癒することもあり、又化膿すること

もある。急性炎を起す部位は、主として頸腺(Zervikaldrüsen)及び顎下腺(Submaxillardrüsen)である。前者は胸鎖乳嚙筋の後側にあり、主として後咽頭部疾患又は扁桃腺炎に基因し。後者は主として扁桃腺炎から来る、殊に猩紅熱、ヂフテリー等の場合に著しい。療法としては、局部にイヒチオール等の塗布、醋酸、鞣土水、硼酸水、鉛糖水等の冷罨法、氷で冷却すること等が行はれる。化膿した場合は切開を要すること勿論である。

慢性淋巴腺炎。急性炎、殊に繰返して鼻咽頭炎に罹つた結果として生ずるのが普通であるが。其他小兒では、濕疹、膿瘡、齲齒等に因つて生ずることが甚だ多い。此中頭部殊に後頭部濕疹又は膿瘡は、項部又は後頭部淋巴腺腫大を來し。齲齒、口内炎、顔面濕疹等は、頸腺又は顎下腺腫大を生ずる。之等はすべて個々分離せるや、硬いもので疼痛少なく、化膿することは稀である。一般に怖れられてゐる**結核性淋巴腺炎**は、頸腺の腫大せる小兒の極めて多い割合から云ふと、餘程少ないもので、大多數は非結核性である。小兒に於て結核性淋巴腺炎として注意すべきものは、鎖骨上窩腺(Supraclaviculardrüsen)の腫大、並に側胸部腺(seitliche Thorakaldrüsen)の腫脹である。血液疾患に於ける頸腺腫大は勿論前述のものとは別個のものである。

6. 鼻咽頭炎 Nasopharyngitis.

感冒(Erkältung)に因することが最も多く、通常軽い流行感冒(Grippe)と稱するものの大部分がこれである。乳幼兒には極めて多い。

症候。程度の如何により、單なる鼻カタル(Schnupfen)に止まることもあり、又は咽頭、後咽頭部の發赤腫脹を伴ふこともある。鼻汁が多くなり、鼻閉塞、咳嗽、不機嫌、發熱、食慾不振等を訴へること、大人に於けると同様であるが。乳兒に特有な症状は、鼻閉塞

による呼吸困難、並に胃腸障碍である。乳兒は鼻腔が小さく、殊に後鼻孔が狭いために、軽度の粘膜腫脹によつて直ちに鼻呼吸が妨げられて呼吸困難を生じ、哺乳困難を來し、睡眠が妨げられる。胃腸障碍としては、下痢を起すことが多い、即ち感冒に因る消化不良症である。

診断及び経過。單なる感冒によるものか、或は麻疹猩紅熱の如き急性傳染病の初期であるかを區別することは診断上常に肝要である。経過は大抵短かく、間もなく治癒するを常とするも、慢性に移行することも少なくない。頑固なる鼻閉塞、殊に分泌物が血性粘液性なる場合には、鼻ヂフテリー又は先天梅毒に因るものと鑑別しなければならぬ。

療法。寒冷を防ぎ、暖かく保ち、鼻カタルに對して蒸氣吸入は屢々效がある。咽頭痛、咳嗽等には頸部の温濕布がよい。鼻孔の糜爛又は痂皮にはサリチール酸ワゼリン、Wilson氏軟膏等を用ふる。鼻閉塞で呼吸哺乳障碍のある時には、千倍アドレナリンと1%コカイン液を同量に混じたるもの1滴宛1日2-3回鼻腔内に滴下して奏効することがある。

附。慢性症に就ては、診断及経過の條に述べた。療法としては局所のみならず、一般強壯法を試むべきである。

7. 先天性喘鳴 Stridor congenitus.

出生後間もなくから吸氣時に著しい喘鳴を伴ふ者がある。甚だしい場合には胸骨上窩(Jugulargrube)及び肋間が著しく陥入し、號泣努責等に際しチアノーゼを示すことがある。睡眠中は幾分軽くはなるが全く消失することはない。

原因不明であるが、喉頭、會厭等が先天的に狭いか、又は柔軟

に過ぎるために、吸氣時に聲門(Stimmritze)に狭窄を生ずるためと看做される。胸腺肥大によつて氣管が壓迫されるためであらうとも云はれるが、胸腺肥大者必ずしも喘鳴を伴はぬ。

豫後は比較的佳良で、生後6-7ヶ月以後に至れば、自然に治癒するを常とする。特別の療法はなく、又は要せぬ。

8. 急性喉頭炎 Laryngitis acuta.

全く突然に、殊に夜間睡眠中などに突如として來る、著明なる喘鳴と呼吸困難、即ち喉頭狭窄症候を來すを特徴とし、3-6年頃の小兒に多い。氣候の變り目又は冬期に多く(感冒、麻疹)の経過中に屢々併發することがある。小兒の喉頭は大人に比し纖弱且つ柔軟で、比較的狭小であるために、炎症性粘膜腫脹によつて、聲門の狭窄を來し、狭窄症候を起し易い。

症候。輕症では乾性、犬吠性咳嗽(bellender Husten)及び嘎聲等を訴へるだけであるが、重症では突然狭窄症候を生じ、呼吸困難を來すこと、恰も喉頭ヂフテリーに於ける狭窄を思はせるので、之を假性クルップ(Pseudokrupper)とも云ふ。屢々無聲(Aphonie)となる。此の呼吸困難の發作は、通常夜間に起り、殊に睡眠中に突如として來り、患兒は甚だしい苦悶、不安に襲はれるが、數分乃至數十分で輕快し、呼吸困難全く去る。此の如き發作を一夜に數回繰返すことがあるが、翌日起床後、日中に起ることのないのが普通である。但し夜に入り再び繰返すことがある。此呼吸困難發作以外に犬吠性咳嗽、嘎聲等を伴ふことは輕症と同じい。咽頭部を視るに、發赤、腫脹があり、殊に多少浮腫様に腫脹してゐることが多い。發熱は伴はぬか、或はあつても輕熱に過ぎぬ。

診断。喉頭ヂフテリー(Krupp)との鑑別は最も肝要である。

喉頭炎では呼吸困難は、實に突然に來り、然かも亦突如として去るが。ヂフテリーでは多少前驅症を伴ひ漸次に來るもので全く突然に現はれ、又突然に去ることなく持續して漸次増悪するのが普通である。咽頭部の義膜は喉頭ヂフテリーでは認め得ざることが少なくないから、義膜の有無だけで鑑別することは出來ぬ。菌検査は勿論必要である。無熱であるか又は輕熱に過ぎぬ場合は喉頭炎に近い。

麻疹に伴ふ場合、急性期で發疹の現はれる前後に起るものは、喉頭炎のことが多く、反之下熱する頃に來るものはヂフテリーが多い。

経過は簡單で、間もなく治癒するが、時を経て再び三度び繰返す傾向がある。

療法。呼吸困難發作時には、蒸氣吸入、頸部温濕布或は氷(Eiskrawatte)等を用ゐる。又熱い砂糖湯等を飲ませて奏效することもある。多くは以上の如き簡單な處置で間もなく輕快するが、重い時には Adrenalin を咽喉部に塗布し又は滴下し、或は吸入させることもある。若しヂフテリーと鑑別困難な時には、寧ろヂフテリー血清を注射するがよい。

9. 氣管及び氣管支炎 Tracheobronchitis u. Bronchitis.

(1) 急性氣管枝炎 Bronchitis acuta od. Tracheobronchitis acuta.

感冒(Erkältung)又は流行感冒(Grippe)に伴ふこと最も多いことは、鼻咽頭炎と同様である。大抵は氣管氣管支炎として來る。症狀は大人に於けると同じく、茲に詳述するを要せぬ。豫後は、年長兒では大人と同様に佳良であるが。乳幼兒では屢々氣管支肺炎に移行する危険があるので、臥床安靜を守らせて用心し

なければならぬ。又消化不良を併發し易いから、食餌に對する注意が肝要である。乳幼兒では下熱劑又は祛痰劑は効果少なく、且つ食慾を害し易いから、寧ろ用ゐるぬ方がよく、リモナーゼ、消化劑等を與へ主として看護を專一にする。激しい咳嗽に對し、磷酸コデインは屢々苦痛を除く效がある。胸部温濕布は咳嗽發作を緩和する效があるが。蒸氣吸入は乳幼兒では、患兒に苦痛を與へることが多いだけで、其效果は疑はしい。

(2) 慢性氣管支炎 Bronchitis chronica.

急性症から屢々移行し、殊に虛弱兒、滲出性素質の小兒などに多く、時として數ヶ月に亘ることがある。診斷上結核性疾患の有無、百日咳等に注意する必要がある。療法としては一般強壯法を第一とし、日光空氣を充分ならしめる。人工太陽燈照射は注意して行ひば效があり、轉地療法(山地又は海岸)は最も良い。藥劑としては強壯劑を主とするが、沃度ナトリウム等も試みられる。

(3) 喘息様氣管支炎 Bronchitis asthmatica(asthmatische Bronchitis.)

氣管支喘息(Asthma bronchiale)は乳兒には稀有であつて、4-5年以後になつて初めて見られるを常とし、且つ家族的に現はれることが多いが。喘息様氣管支炎は乳兒に屢々見られ、然かも喘息との遺傳的關係はなく、且つ年齢長するにつれて、自然に消失するのが普通である。

症候。中等度の喘鳴、呼吸困難及び咳嗽頻發を特徴とする慢性氣管支炎であつて。聽診上多數の乾性並に水泡性ラッセルを聴き、時として肺氣腫の狀を呈することがあり、且つ屢々苦悶狀を示すこと恰も喘息の如であるが。咯痰中に Charcot-Leyden

氏結晶, Curschmann 氏螺旋體等を證明することがない。血液にエオジン嗜好細胞増多を見ることある(缺如することもある)が、これは體質(滲出性素質等)上から來たもので、本症に特有の像ではない。多くは滲出性素質神経質又は虛弱乳兒に來り、經過甚だ頑固で、屢々再發し、仲々治癒せぬものである。

診断。 症狀から云へば喘息と明瞭に區別することは難いが、本症は氣管支炎の經過中に喘息様の状態が發するもので、必ず前驅的に氣管支炎がある。従つて秋冬等氣管支炎の多い時期に一致する。又喀痰の所見が喘息とは異なる。

療法。 新鮮なる空氣と充分なる日光、一般強壯法を最も肝要とする。轉地殊に山地へ移ることは極めて良い。藥劑としては沃度ナトリウム、カルシウム劑などが用ゐられるが、効果は少ない。Adrenalin, Atropin の注射、Ephedrin の内服等も喘息發作に對するやうには奏效せぬ。

10. 氣管支喘息 Asthma bronchiale.

喘息は乳兒に見ることは殆んどなく、4-5年以上になつて現れるを普通とする(喘息様氣管支炎参照)。遺傳的關係を有するのが一般である。

原因が種々の物質に對する Allergie に關すること等大人と同様である。體質異常、殊に滲出性素質とは密接の關係があるらしく、濕疹が消失する時期になつて喘息發作が始まると、昔から云はれてゐる。精神感動、例へば不安、空氣缺乏感などが誘因として働らくことが多いと云ふ。

發作は大抵突然で、夜間に來ることが多く、甚だしい呼吸困難を訴へ、臥牀に堪えず跪坐し又は起立し、不安に襲はれる。呼吸は促進せずして却て延長し、非常の努力を要し、殊に呼氣が困難になり

(expiratorische Dyspnoe)、咽喉がゼーゼー(Schnurren)、ヒューヒュー(Pfeifen)鳴る。呼吸音は之等の雜音に妨げられて、弱くなり又はよく聽へぬ。咳嗽は發作時には極めて少ないが、呼吸困難が去る頃から多くなつて、少量粘稠の喀痰を出す。喀痰の特徴及び血液のエオジン嗜好細胞増多等は御承知の通りである。こう云ふ風に定型的の發作は、喘息様氣管支炎とは大いに異なる筈ではあるが、小兒では必ずしも劃然と區別が出來ず、鑑別困難のことが少なくない。療法として Adrenalin, Hypophysin, Atropin 等の注射、沃度ナトリウムの内服等を試みることも大人と同じい。

11. 氣管支肺炎 Bronchopneumonie.

(加答兒性肺炎 Katarrh. Pneumonie.

小葉性肺炎 Lobulärpneumonie)

感冒等に基因することは氣管支炎等と同じく、乳兒幼兒に甚だ多いが、年長兒には比較的少ない。毛細氣管支炎 (kapilläre Bronchitis) と區別して記載されるのが普通であるが臨牀上之等を明らかに區別し得ることは殆んど不可能である^{*}。百日咳又は麻疹に併發した肺炎は、理學的症狀輕度であるに係らず、一般状態重篤のことが多く、豫後も不良である^{**}。

症候。 高熱(多くは弛張熱)咳嗽、呼吸促進を以て來り、呼吸數は 60-100 或はそれ以上にも及ぶことがあり。それに伴つて鼻翼

^{*} 毛細氣管支炎では、有響性羅音、氣管支音、濁音等が缺如するのであるが、肺炎でも之等の理學的症狀が不明のことが少なくない(解剖上立派な肺炎であるに係らず)ので、單にそれ等の點だけで肺炎を否定することは出來ぬ。此意味に於て毛細氣管支炎なる名稱は臨牀上必要がないと信じ、本書ではそれを省いた。

^{**} 氣管支肺炎は、氣管支炎が増悪移行したものと、昔から考へられてゐるが、近來は、之等兩者は別個のものであつて、肺炎は初めから肺炎として始まり、氣管支炎は何處までも氣管支炎として終始し、肺炎に移行せぬと云ふ説もあるが、まだ一般には承認されぬ。

呼吸(Nasenflügelatmen)、心窩部(Epigastrium)肋間胸骨上窩(Jugulum)等の吸氣時陷凹を示し。呻吟、チアノーゼ、脈搏頻數、四肢端厥冷等を來し、一見重篤になる。呼吸促迫著しい時は、極めて表在性になることがあり。無慾狀或は嗜眠狀となり、甚だしい時は意識濁濁を來すこともある。虚弱乳兒では無熱のこともある。

理學的症狀、多數のラッセル殊に小水泡音、捻髮音乃至有響性囉音を聽き。呼吸音鋭く(verschärft)乃至は氣管支音(Bronchialatmen)となり、氣管支聲(Bronchophonie)も著明になる。打診音短縮(kurz)、輕濁音乃至輕度の鼓音を伴ふ濁音(tympanitisch gedämpft)等を證明し得ることが多いが、時として極めて不明或は打診上全く所見のないことも決して少なくない。而して之等の所見は背部下方又は肩胛間部に發することが多い。X線像では播種性(disseminiert)又は境界不明の薄い陰影を認める。

診断。理學的症狀著明の場合には容易であるが、前述の如く必ずしも常に著明とは限らず、打診上に全く所見なく、氣管支音、氣管支聲等を證明し得ざるやうな時には診断困難である。聽打診上、氣管支炎の症狀だけしか認められぬ場合でも、呼吸促迫甚だしく、鼻翼呼吸等を認め得る時、即ち一般症狀重篤な場合には肺炎を考ふべきである。反之、濁音著明であるならばたとへ氣管支音、有響囉音等が立派に證明されても、肋膜滲出物(特に膿胸)を疑ひ、試験穿刺を試みるがよい。又呼吸が甚だしく表在性である時は聽診上の所見不明のことがあるから、年長兒では深呼吸をさせ、乳兒ならば泣かせて聽診する必要がある。

肋膜炎との鑑別は決して甚だ容易とは云はれぬ、殊に氣管支聲、聲音震顫等を充分に檢し得ぬ場合には輕々に鑑別が出来ぬ。(勿論肺炎でも、多少必ず肋膜に炎症が波及してゐるからでもあ

るが)。麻疹百日咳に續發したものは初期には一般に理學的症狀が少ない。結核との區別は大體發病經過等によるが之とて容易とは云はれぬ。

豫後。病竈の大小、年齢の長幼に關係し、幼少の者ほど豫後不良であり、又榮養障礙兒も不良である。病竈の大小を單に理學的症狀だけで定めるのは早計であらう。麻疹百日咳に續發したものの不良なことは、其一例を示すものである。

療法。消化し易く、榮養に富める食餌を與へ看護に努めることが第一である。看護上では空氣の汚染せぬやう、安靜を妨げぬやうにすることが最も肝要で、餘りに種々様々の理學的療法を頻繁に行ふことは、安靜を害する結果を生じ易いから、其度合をよく考慮し、角を矯めて牛を殺すの弊に陥らぬやう注意しなければならぬ。此意味に於て、胸部の濕布などを頻回に行ふことは一考を要し、蒸氣吸入などは肺炎に對しては何等の効果もない。^{*}反之、胸部に芥子纏絡(濕布)を施すことは病初には效がある(一日1回、稀に2回)。呼吸促迫、チアノーゼ等に對して酸素吸入は缺くべからざるものであらう。濕度を適當にし、室内をやや溫暖に保つことは必要ではあるが、其ために室を閉め切り、看護人が不快に感ずる程にすることは、有害無益である。空氣の清淨に注意し、快適の濕度並に溫度に止める方が遙かに良い。

藥劑は重症なる場合の強心劑以外に、特效あるものはない。祛痰劑は食慾を害する恐があるから、慎み、消化劑を與へる方が寧ろ有利である。苦痛、不安等があり、睡眠が障礙される場合に、

^{*} 吸入は咽頭炎乃至喉頭炎には、有效であるが、肺炎に對しては作用せぬ。唯肺炎でも咽頭炎等を伴ふからと云ふ意味で行ふならば別であるが、安靜を害ふと云ふ缺點を伴ふ(殊に乳兒では)から餘り多く行つてはならぬ。濕布は咳嗽刺激を緩和する效はあるが、肺炎そのものには駄目である。

鎮靜劑、催眠劑を與へて安靜にすることは常に必要である。

12. クルップ性肺炎 Kruppöse Pneumonie.

(大葉性肺炎 Lobärpneumonie,
纖維素性肺炎 Fibrinöse Pneumonie.)

氣管支肺炎と異なり、乳児には少なく、2-5年の者に多い。肺炎雙球菌に因するを普通とすること、一肺葉全部を侵すこと、並に病理解剖的變化は大人と同様であるが。初めは肺葉の中心部…肺門に近い部分から浸潤が始まり、數日間表面に現はれぬことが決して少なくない(所謂中心性肺炎 zentrale Pneumonie)。

症候。突然高熱を以て始まり、然かも稽留性(kontinua)であり、肺炎部位に濁音、氣管支音、氣管支聲捻髪音、有響性囉音等を證明すること等、定型の場合には大人と同様である。然し之等理學的症候は病初から現はれることは少なく、初期には僅かに打診音が短縮するか或は變化なく、聽診上でも却て呼吸音微弱になることが多い。殊に浸潤が中心部にある時は、之等の症候も仲々發見されず、3-4日後時としては6-7日後、分利に近くなつて初めて症候著明になることもある。浸潤部位は右上葉最も多く、左下葉之に次ぐ。

自覺症候は年齢の如何によつて大いに異なり。年長兒では胸痛、頭痛、呼吸困難、苦悶、興奮、譫語乃至意識障礙等大人に見られる症候を呈することがあるが。乳、幼兒ではそれ等の自覺症候は割合に少なく、高熱に伴つて脈搏頻數、食慾不振等を示すに止まり、呼吸促迫も軽度であり、咳嗽も少なく、一般障礙が至つて少ないことが通常である。熱も往々にして著しい弛張型となることが少なくない。

診斷。初期理學的症候の著明でない時は容易でなく、弛張熱を示す時には一層迷はされる。喀痰、尿チアゾ反應等は當にならず、咳嗽呼吸促迫も信を置くに足らぬ。屢々腹痛を訴へることがあるので盲腸炎等と誤ることもある。弛張熱で所見少ない時には、腦膜炎、チフス、中耳炎等を疑はせることもある。X線像を検すれば容易に確診される。腋窩部の聽打診に注意する必要がある。

豫後。一般に佳良で、5-9日位で分利下熱して治癒するが。續發症として屢々膿胸を來すことがある。又經過中に化膿性肺炎菌性腦膜炎を起して死亡することもある。

療法。安靜を第一とし。胸部に濕布を施し又は患部に氷嚢を付けることもある。食餌は消化し易いものならば何でもよい。解熱劑は通常用ゐない。キニーネ劑、Optochin, Omnadin等が用ゐられることもあるが、是非必要と云ふほどではない。

13. 氣管支擴張症 Bronchiektasie.

先天性に來るものは稀で、多くは慢性氣管支炎に基因して徐々に發する。氣管支肺炎が慢性となつた時にも起り、就中強い咳嗽の多いことは誘因になる(百日咳、麻疹等)。又クルップ性肺炎、肋膜炎等も原因になる。解剖的には氣管支周囲の萎縮により、擴張部は圓柱狀又は囊狀を呈し、種々の菌を有する喀痰が瀦溜する。左側に多いと云はれる。

症候。激しき咳嗽に伴つて多量の粘液膿様又は水様にして惡臭のある、然かも靜置すれば上、中、下三層に分れる喀痰を出すことが特徴である。聽診上多數の大中有響性水泡音、氣管支音が限局性に存在し、下葉では時に廣汎に亘ることがある。打診上輕濁音を認めることもあり、又空洞症候を示すこともある。多くの場合輕

いチアノーゼ、顔面毛細血管擴張を伴ひ、鼓手狀指(Trommelschlägerfinger)を呈することがある。熱は比較的少ない。X線像で所々に斑紋状又は彌蔓性陰影があり、其中に蜂窩状又は圓柱状の空洞を見る。肋膜癒着を證明することが多い。

診断及び豫後。診断は容易でない。殊に結核との鑑別は難いが、鼓手狀指、Tuberkulin 反應、結核菌證明等を参考にする。又本症では白血球数は多少増加するが、結核では然ることがない。豫後は相當不良である。

療法。水分を制限し、Terpentinöl, Eukalyptusöl 等の吸入。ゲアヤール劑の投與等、大人に於けると同じい。轉地(山地へ)療法は最も效ありと云はれる。

14. 肋膜炎 Pleuritis^{*}

乳兒に乾性又は漿液性肋膜炎の來ることは甚だ稀である(反之膿胸は甚だ多い)。3-4年でも猶ほ少ないが、長づるにつれ漸次多くなる。性質も幼兒では結核性のことは少ないが、年長兒では次第に大人と同様結核性が増してくる。而して乾性肋膜炎(Pleuritis sicca)に止まることは稀で、大抵は漸次漿液性となり、又は膿性に移行する(膿胸は次章に述べる)。

症候。發熱、咳嗽、胸痛、呼吸障碍等を以て來り、濁音があり、呼吸音微弱、聲音震顫減弱すること等、大人と同様である。又Grocco-Rauchfuss氏三角、Damoiseau氏線等を證明し、左側の時にはTraube氏半月部の消失すること等があるが、幼兒ではあまり著明でない。肋膜摩擦音は初期又は滲出液吸収期に於て聽取される。

肺葉間肋膜炎(interlobäre Pleuritis)は臨牀的に確診すること難く、X線によつて初めて決定される。縦隔嚢肋膜炎(Mediastinal-

^{*} Seröse Pleuritis の意味である。eitrige Pleuritis(膿胸)は別に述べる。

pleuritis)は稀有であり、且つ診断は一層困難である。肺炎殊にクルップ性肺炎では大抵、肋膜も共に侵され、少量の滲出物を生ずるも、間もなく之は吸収されるを常とする。

診断及び豫後。滲出液の多いものは診断容易であるが、その少ないもの、又は癒着あるものは慢性肺炎と誤り易い。豫後はそれ程不良ではない。

療法。安静を守らせ、胸痛又は咳嗽に對して胸部温濕布を施し、感冒性(又は rheumatisch)のものに、サリチール劑を投與すること等、大人と同様。穿刺は多量の滲出物で、壓迫症狀のある場合に行ひ、餘り早期に過ぎぬ方がよい。

15. 膿胸 Empyema thoracis.

小兒には膿性肋膜炎が甚だ多く、4-5年以下の肋膜炎は、大多數がこれである。但し生後6月以内には比較的少なく、6-12ヶ月にはかなり多く、1-2年が最も多い。其後長づるにつれて漸次減少し、反對に漿液性肋膜炎が多くなる。

原因。肺炎菌に因することが最も多く、約80%を占めてゐる。從つて肺炎(クルップ性又はカタル性)に續發するを最も普通とする。其他連鎖球菌、葡萄狀球菌等によることもあるが、結核菌によるものは極めて稀である。

症候。肺炎に伴ふ場合には、早期に既に發することもあるが、暫らく後に漸次來ることが多い。クルップ性肺炎では屢々、分利後3-4日間無熱に過ぎた後、再び發熱と共に膿液を生ずることがある。自覺症狀は肋膜炎と同様であるが、呼吸困難、顔面蒼白はそれよりも遙かに強い。胸部所見として、濁音は極めて高度で(Schenkelton)。聽診上呼吸音減弱することもあるが、然ら

ずして却て鋭く、氣管支音、氣管支聲、多數の有響性ラッセルを聴くことが多い。之れは肺炎が猶ほ存在してゐるためである (Syn- od. Metapneumonische Empyem.)。

診断及び豫後。膿性なりや否やは穿刺によらなければならぬが既往歴並に局部所見で容易に見當はつく。肺炎が膿胸に移行したか否かは濁音、呼吸音等の程度でわかる。膿液少量な時は自然に吸収されて治癒することもあるが大抵は排膿處置を行はなければならず。豫後は従つて佳良とは云はれぬ。肺炎菌に因るものは比較的良く、連鎖球菌等によるものは餘程不良である。

療法。肺炎が猶ほ存在するならば、其に對する手當を要するが膿胸そのもの對しては排膿處置を主眼とする。排膿法としては、反覆穿刺法、Bülau 氏排膿法 (Heberdrainage)、肋骨切除術 (Thorakotomie mit Rippenresektion) 等があるが、幼兒には主として前二法を應用し、肋骨切除は年長兒だけに試みる。又單純穿刺後レミチン溶液にて洗滌し更に同溶液を注入する法を反覆すること (Gralka 氏法) を賞用する人もある。

VIII. 慢性傳染病

Chronische Infektionskrankheiten.

A. 小兒の結核 Kindertuberkulose.

1. 小兒結核の病理 Pathologie der Kindertuberkulose.

(1) 罹患率及び死亡率 Morbidity und Mortalität.

小兒は極めて結核に感染し易く、殊に幼少なる者ほど其危險が大で、乳兒の如きは結核に對して殆んど防禦力がないと云はれる。結核の頻度が年齢の長するにつれて増加することは、解剖的所見並に Tuberkulin 反應の成績から見ても明瞭である。而して結核による死亡率は、生後 1—2 年に於て最も多く。其後は年齢の進むにつれて漸次減少し、5—6 年から 14—15 年位までは最も少なく。思春期以後には再び増加する。

(2) 結核病變の進行 Ausbreitung d. tuberkulösen Prozess.

氣管支乃至肺に侵入せる結核菌は、其部位で毛細氣管支の周圍に黍の實大 (hirsekorngross) の小さい病竈——原發病竈 (Primärherd) を作り (之を Gohnsche Primäraffekt と云ふ)。其處から先づ小氣管支分岐部の小淋巴腺に至り。更に氣管分岐部 (Bifurkation) の淋巴腺を侵し。次で氣管に沿ふて存在する淋巴腺 (Trachealdrüsen) に至る。之等の原發病竈と附近の淋巴腺 (regionäre Lymphdrüsen) 腫脹とを併稱して、Ranke 氏原發群 (Primärkomplex) と云ふ。結核病變は時として、此程度で治癒することがある (1—2 年後に)。此程度のものが所謂肺門腺結核と云はれるものである。

病變ここに止まらずして更に進む時は。原發病竈の周圍に蔓延し漸次擴がつて遂に一肺葉から全肺葉にも及ぶやうにもなる(肺結核)。腸より一次的に侵入することは稀で。腸又は腸間膜淋巴腺を侵すものは主に肺から口腔に出た結核菌を嚥下したためによるものである。従つて原發病竈は大多數(80—90%)は肺にある。肺尖が最初の侵入部位となることは稀であつて。多くは空氣の入り易い部位例へば下肺葉などから先づ侵入する。従つて肺尖浸潤(肺尖カタル)と稱するものは結核の初期ではないのである。

原發病竈は一個乃至數個のことが多いが時として多數に存することもあり其大きさも大豆乃至豌豆大に及ぶこともある。解剖的には周圍組織とは明らかに限局された滲出性乾酪性炎症であるが。治癒の傾向が大で結締組織により包裹され石灰化する傾向があるが。稀には氣管に破れて乾酪性氣管支肺炎を來すことがある。

血行による傳播は小兒に甚だ多く、年齢長づるにつれて減少する。粟粒結核、結核性腦膜炎等が小兒に多いのは此ためである。骨關節、淋巴腺結核等も同様である。

(3) 小兒結核の病型 Krankheitsformen d. Kindertuberkulose.

小兒結核の多くは I 及び II 期結核であつて。大人の如く III 期になつて空洞を形成し或は慢性(Phthisis)となるものは割合に少ない(但し乳兒では原發病竈部に空洞を作ることが稀でない)。此理由は、大人では小兒と異なり結核に感染後一旦治癒して免疫性を生じてゐる處へ第二次感染を來して發病するためである。

第一期結核では主として肺門部(Hilus)の淋巴腺を侵し肺門又は氣管支腺結核(Hilus- od. Bronchialdrüsentuberkulose)として現はれるが。やや進む時は其周圍又は下肺葉にも及ぶものである。第二期のものとしては結核性腦膜炎、粟粒結核、初期肺結核等であるが頸腺結核、結核性腹膜炎、腸結核、Skrofulose 等も之れに屬する。之等の中小兒に最も多く、且つ重要なものは氣管支腺結核である。

(4) 結核の免疫性 Immunität gegen Tuberkulose.

結核に對する免疫性は結核菌感染によつてのみ發生するもので。従つて結核に感染したことがあり、且つそれに打勝つた者は結核に感染したことの無い者よりも新たな結核感染に對して防禦力を有するものである。然し此免疫性は他の急性傳染病例へば麻疹、痘瘡等に對するものと異なり。甚だ不確實(labil)のもので、色々の原因によつて(小兒では殊に麻疹、百日咳等)變化し、免疫力の減退を來し易いために。新らしく再感染を起し或は一旦治癒的に見えたものも再燃することが多い。

2. ツベルクリン反應 Tuberkulinreaktion.

結核菌に感染する時は、身體に一種の變質(Umstimmung)を來す、即ち結核菌により感作(sensibilisiert)された状態になる。此變質状態を Pirquet はアレルギー(Allergie)と命名した。此 Allergie は、結核菌毒素(Gift)に對して身體を過敏(überempfindlich)ならしめるが。結核菌の再感染に對しては幾分免疫力を附加する作用がある。従つて Allergie は結核感染に對する防禦力を示すものとも看做し得るもので。其程度が著しいことは決して臨牀上

又は豫後に於て不良なることを示す標準とはならぬのである。Allergieの有無又は程度如何を検することが即ちツベルクリン反応である。

Tuberkulin は非結核性の人には全く刺戟作用がなく、唯結核に感染せる者に対してのみ反応を示すものである。Tuberkulinには種々あるが普通用ゐられるものは Koch の Alttuberkulin* である。

(1) ツベルクリン反応検査法 Tuberkulinprüfung.

Tuberkulin 反応には局所反応(lokal Reaktion), 病竈反応(Herdreaktion) 及び全身反応(allg. Reaktion)の三つがある。局所反応とは應用局所に於ける發赤腫脹であり。病竈反応とは結核病竈例へば肺結核病竈などの一時的増悪症候であり。全身反応とは發熱、遠和等の症候を云ふのである。小兒科に於て用ゐられるのは、主として局所反応である。

検査方法には 1) Pirquet 氏皮膚反應(kutane Reaktion), 2) Mantoux 氏皮内反應(intrakutane Reaktion), 3) Moro 氏皮上反應(perkutane Reaktion), 4) Calmett 氏結膜内滴下法(conjunctivale Probe), 5) Koch 氏皮下注射法(subkutane Probe) 等種々あるが、之等の中、小兒科で一般に用ゐられるのは、前二者であり、殊に Mantoux 氏法が最も確實なるものとして廣く應用される。

(1) Pirquet 氏皮膚反應(kutane Reaktion)。前膊内側の皮膚を酒

* Alttuberkulin は、結核菌培養液を濾過器(Tonfilter)にかけた後、十分の一量に濃縮し、之に 40—50%のグリセリンを添加したものである。Alttuberkulin を注射する時は、結核菌毒素に對する抗毒素を生ずるも、菌に對する免疫を生ずることは出来ぬ。従つて結核免疫に之を用ゐるの當を得てゐないので、其目的に對して Neutuberkulin を作つた。それは Tuberkulin と Bazillenemulsion との混合物である。

精又はエーテルで清拭し、約 4—5 cm の間隔をおいて二個處に Alttuberkulin を滴下し、Pirquet の接種針(Imfpbohrer)で先づ此等二個處の中央部(Tuberkulin のない部)を表皮を搔抓する程度に錐もみをなし(之は對照である)、次に Tuberkulin 小滴内に行ふ。而して 24 時間(時として 48 時間)後に該部を検し、直徑 0.5 cm 以上の紅色丘疹が生じたものを陽性とする。強陽性、陽性、弱陽性乃至陰性等に區分するのは、其反應程度の如何による。強陽性の場合には往々丘疹上に水疱形成を見ることがある。異常反應としては丘疹が無色であるか又は變色せる時は之を悪液質性反應(kachektische Reaktion)。2—3 日後に至つて初めて反應の現はれるを遲鈍反應(torpide Reaktion)と云ふ。

(2) Mantoux 氏皮内反應(intrakutane Reaktion)。0.1% 又は 1.0% の Alttuberkulin 液 0.05—0.1 cc. を皮内(主として前膊)に注射する法で。反應陽性な場合には 24 時間以内に直徑 0.5 cm 以上の發赤、浸潤を有する丘疹を生ずる。反應の程度、異常反應等前者と同様である。本法では初め 0.1% のもの 0.1 cc. を用ゐる試み、陰性に終つた場合に、1.0% 液 0.05 cc. で試み、更に 0.1 cc. で試みると云ふやうにするのである。

(2) Tuberkulin 反應の臨牀的意義

現在活動性結核の有無に係らず、一度結核感染を経た者はすべて陽性に反應するから。此反應は乳幼兒期に於ては大いに臨牀的意義があるが、年長兒では價值が少なく、大人では殆んど意義がないことになる。

反應陰性の時には 1) 非結核性であるか。 2) 結核に感染したが日尚ほ淺く Allergie の状態にならぬか。 3) 何かの原因で抗

毒素性抗体生成が障碍され不十分である場合、例へば粟粒結核、結核性脳膜炎の末期、麻疹又はクルツプ性肺炎を合併せる結核等の場合である。従つて陰性の場合には、更に繰返して検査する必要がある。普通には先づ Pirquet 氏法を試みて陰性なる時、数日の間隔をおいて Mantoux 氏法を試み、尚ほ陰性の場合には、結核を略々除外し得るものと看做される。

3. 氣管支腺結核 Bronchialdrüsentuberkulose.

(肺門腺結核 Hilusdrüsentuberkulose)

本症は結核病變が主として肺門部淋巴腺に止まり、其腫脹を來したの、乃至は多少周囲の肺組織にも幾分の浸潤が及んで、はるるが肺結核と云ふ程でない者を云ふのである。小兒結核に獨特のもので、乳兒にも屢々見るけれども餘り多くはなく、幼兒乃至年長兒に甚だ多い。これは乳兒は結核に對する防禦力が甚だ少なく——殆んどないために肺門腺だけで停止せずして容易く進行する傾向があるからである。

症候。發熱、不機嫌、食慾不振、羸瘦等の一般症狀を以て來るのが普通で、咳嗽、呼吸困難等を伴ふこともあるが、それ等は割合に少ない。此場合の咳嗽は腫脹せる淋巴腺で氣管又は氣管支が壓迫されるため、痙攣性咳嗽を示すことがある。理學的徵候は不定乃至僅微であつて、聽打診上何等の所見をも證明し得ぬことが多いが、時として肩胛間部に氣管支音を聞き、稀には軽い濁音を呈することもある。又胸椎棘狀突起上を聽診しつつ低音を發せしめる時、著明なる氣管聲 (Tracheophonie) は、正常幼兒では I 胸椎突起まで、10—12 年頃では II 胸椎突起までは聴取し得るも、以下は不明となるものであるが、本症に於ては之

れよりも下方まで、例へば III—V 胸椎突起位まで聴取し得ることがある (d'Espinesche Zeichen)。又棘狀突起上を指で打診を試みるに、III—IV 胸椎の高さで著明の濁音があるのは、氣管支腺腫脹を示す (de la Campsche Phänomen) ものであると云ふ。然し之等の症狀は個人的にかなりの差異があるので、確證と看做すわけには行かぬ。

診斷。X線像で肺門部に腫大せる淋巴腺像を見ることは、診斷上極めて重要である。肺門部又は腫大せる淋巴腺から周圍に向つて線様或は樹枝様の薄い影像を見ることも意義があるが、之等は必ずしも結核とは限らぬので、診斷上注意を要する。診斷上最も重要な點は發熱(多くは弛張熱)羸瘦などがあるが、熱の原因と見るべき症狀又は所見を缺くことであり、Tuberkulin 反應、X線検査等はそれを助けるに過ぎない。

血液像殊に白血球數は往々にして診斷を助ける。其數が 10,000 以上で、多核白血球増多し、核の左方移動がある時には、非結核性熱を考へる方がよい。チフスとは Widal 氏反應、菌検査によつて鑑別が出来る。檢尿は常に怠つてはならぬ。

豫後及び療法。幼弱なる者、營養不良のもの等は豫後が悪いが、一般に云ふと必ずしも不良ではなく、早期に氣付き充分の治療を施せばよく治癒して健康を恢復し得るものである。療法としては安靜を第一とし、空氣、日光、營養等、結核の一般療法に従ふ。

4. 粟粒結核 Miliartuberkulose.

3—5 年頃の幼兒に多い。乳兒の粟粒結核は症狀不定で、剖檢上又は X線像により初めて診斷されることが少なくない。幼

兒でも決して症状著明ではなく、屢々見逃がされる。

症候。發熱(弛張型)咳嗽、呼吸困難、チアノーゼ等を以て來り。肺はに單なる水泡性囉音を聽く位に過ぎず、又全く所見のないこともある。従つて呼吸困難、チアノーゼ等著しいにも係らず、肺炎所見の缺如する場合には、本症を疑つて見る必要がある。脾腫、白血球減少、尿チアゾ反應等の點でチフスと混同されることがあり。腦膜炎症狀が著明のこともある。経過は2-6週位とされてゐるが、大多數は約3週位で死亡する。時として慢性の経過をとることもあるが稀有である。

診斷。X線検査は最も重要であつて、それなくして確診することは先づ困難であらう。Tuberkulin 反應は、初期に於ては大多數陽性に現はれるが、末期には陰性になることが少なくない。最も鑑別を要するものはチフスであるが、Widal 氏反應並に菌検査をすれば判る。敗血症とは血液検査によつて區別する。

5. 肺結核 Lungentuberculose.

年長兒では大人と同様であるが慢性となり空洞形成等を來すことの少ないことは既に述べた。

乳、幼兒肺結核では浸潤がかなり廣汎に互つても咳嗽至つて少なく、熱も著明でなく、一般症狀が割合輕度で、X線像と一致せぬことが少なくない。呼吸音も却て微弱となり、肋膜炎を思はせることがあるが一般には氣管支音、有響性ラッセル等を聽くが、時としてラッセルが殆んどない場合もある。咯痰中の結核菌證明は、乳兒では困難で、且つ證明されぬこともあり、咯血を見ることは稀である。Tuberkulin 反應は常に陽性に現はれる。

6. 基結核性浸潤 Epituberculöse Infiltration.

Epituberculose とは、アレルギーの状態になつてゐる肺組織が、結核菌毒素(菌そのものではない)によつて、漿液性淋巴球形(*serös-lymphozytär*)浸潤を生じたもので、生結核菌は僅かに其中心部に認め得るに過ぎぬ。即ち本症は結核菌による肺浸潤ではなくて、結核性小兒に於ける、結核菌毒素に因る浸潤であつて、其基本には結核性と云ふことが必ず存在するのである。此ことは Tuberkulin 注射によつて、突然上記の浸潤を發生せしめ得ることによつて、實驗的に證明されてゐるが、何故に此の如き浸潤を生ずるやに就ては未だ不明である。感冒、麻疹其他の傳染病により誘發されることがあるが、最も重視されてゐるのは、小兒の免疫状態の偶發的變化と云ふことである。

此浸潤は通常突如として發生し、數ヶ月乃至數年も其まゝで止まることが特徴である。部位は肺門部から始まるのが普通で、其處から周邊部に向つて、底邊を肺門部にし頂點を外方に向けた三角形を作ることがある。又浸潤は非常に擴大して一肺葉の全部に亘ることもある。年齢は乳兒期の後半及び幼兒に多い。

症狀は浸潤廣汎なるに比して、至つて輕度で、熱は全くないこともあり、又あつても輕熱に過ぎぬ。咳嗽も極めて少ないか又は缺如するを常とする。浸潤部には濁音の外、呼吸音が鋭い位の程度で、氣管支音、ラッセル等を明瞭にし得ることは割合に少なく。X線像で初めて驚ろくと云ふことが多い。

此浸潤は數ヶ月乃至1-2年續いた後、自然に退行し吸收されるを普通とするも、時としては乾酪變性に移行することもないではない。

診斷上慢性肺炎、肺結核等と鑑別することは、實際は容易でない。Tuberkulin 反應は勿論陽性であるが、常に役立つとは云はれず、結局長い経過を観察した上で、初て確診し得ると云ふ次第である。

7. スクロフローゼ(腺病質) Skrofulose.

スクロフローゼの定義に関しては尙ほ多少異論があるが第二期小児結核に属すべき一種の症候群 (Symptomenkomplex) と一般に看做されてゐる。即ち滲出性素質或は淋巴體質の小児が結核に感染した場合體質上からして一種特別の状態になつたものである。

但し滲出性素質の發現例へば濕疹等の著しく生ずるのは乳兒期であるに係らず。スクロフローゼの症状は乳兒に現はれることは稀で、大抵2-5-8年位の小児に現はれ。然かも結核は乳兒に決して少なくないのは何故であるか。此疑問は Allergie によつて説明される。即ち結核に対するアレルギーの状態が特に強く (Hyperallergie) なつてゐる時は結核菌毒等に対しては甚だ過敏であるが結核菌そのものに対しては抵抗力が増してゐる。従つて此様な小児に殊に滲出性素質の小児に再感染のある場合第二期結核としての一般の症状を示さずに菌毒素に対する過敏反應として粘膜乃至皮膚に一種特有の症状を呈するに至るのである。然るに乳兒に於ては免疫體生成力が弱いために此の如き Hyperallergie の状態に達し得ないからしてスクロフローゼとならずに却て第二期結核としての普通の症状を示すものと云はれる。

症候。 粘膜皮膚に炎症又は細菌感染を起し易く、殊に顔面にそれ等の症状が著明に現はれ所謂スクロフローゼ様顔貌 (Facies scrofulosa) を呈するのが特有でそれによつて一見直ちに診斷し得ることが多い。それと同時に淋巴腺殊に頸項顎下腺等が腫大する。

粘膜症状としては眼には結膜炎乃至フリクテーン (Phlyktaen) が反覆出現し羞明を常に訴へ顔貌の明らかなさが著しく害される。又其ために涙が常に流れて眼瞼が糜爛し慢性鼻炎のために鼻孔口唇等に糜爛濕疹を生じ口唇が腫脹する。皮膚症状としては顔面、耳部、頭等に膿痂疹 (Impetigo) 濕疹等が甚だ生じ易い。其他尙ほ骨關節等にも結核症状を伴ふことがある(例之 Spina ventosa の如き)。Tuberkulin 反應は常に強陽性に現はれる。

経過は甚だ慢性であるが豫後は他の小児結核に比較すれば、一般に佳良である。療法には特別のものはない。

8. 小児結核の一般療法 Therapie d. Kindertuberkulose.

先づ何よりも栄養を第一とするが其目的には燃價に就て注意するのみならず蛋白質殊に脂肪の供給を充分にしなければならぬ(肝油を第一とす)。果實野菜等の新鮮なものは勿論必要であるが含水炭素によつて肥胖療法を行ふことは避けなければならぬと云はれる。此事は勿論食欲と關係するものであるから食欲を増進させ一般状態を良好ならしめるためには日光、空氣、皮膚強壯法等を施す必要がある。但し之等の強壯法は初めは緩徐に行ひ徐々に増量するやうに注意し。且つ同一刺戟のみを繰返さずに適宜方法を變更して行ふがよい。

轉地療法は高熱のある又は重症なるものを除いては常に有效である。轉地の場處としては山地、海岸ともに良いが一般に海岸又は低地住居者は山地へ、反對のものは海岸が良い。大都會住居者は兩者いづれでもよいがあまり難查する場處は悪い。但し滲出性素質で濕疹等に傾く者は山地が良い。

外氣療法は歐米では廣く行はれてゐるが我國ではまだ一般

的とは云はれぬ。此場合に注意すべきことは寒冷なる風と日光直射とを避けることであるが気温の低下は(冬期)身體を暖かく包んでさい居れば障碍にはならぬ。日光療法を施す場合にはいきなり長時間日光に曝らしてはいけない。初めは5分間位とし障碍がなければ毎日5—10分間宛長くし遂に2—3時間宛一日2回にも及ぶことがある。人工太陽燈照射を試みるならば初めは50—60cmの距離で、3—5分間位から始め害を及ぼさぬことを確めてから漸次増量して20—30分に及ぶがよい。但し光線療法は有熱時或は胸部所見の著明なる場合には差控へる方が安全である。X線照射は結核性腹膜炎、淋巴腺結核、骨結核等に試みるが他のものには普通は行はぬ。

薬剤としてはグアヤコール劑(フアゴール、ゾオタール等)、カルシウム劑等が用ゐられるが効は少ない。肝油が最も有效と云はれる。Vitamin D 又はA等も應用されるが確實ではない。健馬血清或は結核菌注射の前處置を行つた馬の血清を注射(0.1—0.5cc. から始め1.0—2.0cc. に及ぶ)する法(Czerny u. Eliasberg)が近來賞用されるが著者は経験がない。

特殊療法としては Tuberkulin 療法があり種々の法式があるが小兒結核では餘り行はれぬ。

B. 先天梅毒 Lues congenita (Erbsyphilis).

小兒梅毒の殆んど全部が先天梅毒で後天性に傳染したものは、極めて一小部分を占めるに過ぎない。従つて茲には先天性のものだけを述べる。

先天梅毒の感染経路は主として分娩前に母胎内で行はれ分

娩時に産道(Geburtskanal)を通過する時に感染することは稀有である。母胎内感染(intrauterine Infektion)は、妊娠前に精蟲又は卵が感染するもの(胚種性傳染 germinative Infektion)と。妊娠後に胎盤内で感染(Plazentalinfektion)するものとの二つに區別することが出来るが。前者は實際に於ては考へ得られぬもので先づ其大部分が胎盤内感染と看做される。

先天梅毒を分類して胎兒梅毒(foetale Syphilis)、乳兒梅毒(Säuglingssyphilis)及び遅發性梅毒(Spättsyphilis)の三つにするが。胎兒梅毒では流産を來し小兒科的には餘り意義がない。但し軽いものでは早産の程度で生れ其後生命を維持することもあるが之れは唯出生時に於て既に著明なる症狀を有する點が異なるだけで、其他は乳兒梅毒と全く同様に取扱はれるので茲に特記するを要せぬ。反覆性の流産又は早産は、原因が梅毒に存することが多く。而して流産を起す時期は、妊娠4—7ヶ月に多い。

1. 乳兒梅毒 Säuglingssyphilis.

先天梅毒では、出生時既に症狀を有するものもあり、又數日にして現れるものもあるが。多くは出生時には全く健康の如くに見え、1—2ヶ月後に至つて初めて症狀を示すものである。出生時に既に存する症狀としては、鼻閉塞、天疱瘡(Pemphigus)、脾腫の三者で、其他の症狀は常に遅れて現はれる。

症候。主要症狀は粘膜炎、皮膚、骨等の變化、並に脾肝腫大である。

(1) 梅毒性鼻炎 Coryza syphilitica。粘膜炎の主なもので、頑固なる鼻閉塞を以て始まるのが多いが時として漿液血性分泌物を出すことがある。出生後間もなく始まることもあり、又1ヶ月位後に起ることもある。之は鼻粘膜炎の腫脹に因り、殊に後

鼻腔に著しく分泌物は少ない。

(2) 脾及肝腫大 Milz- u. Lebertumor. 脾肝は腫大すると共に其硬度が増す。(但し乳幼児では生理的に肝脾を觸知し得ることが多い——診察法参照)

(3) 皮膚變化 Hautveränderung. 皮膚の色は極めて特有で顔色が土色又は灰黄色(erdfahl od. fahlgelb)又は蠟色(wachsbleich)と呼ばれるやうになる。其他は皮膚浸潤及び發疹である。

a) 廣汎性皮膚浸潤(diffuse Hautinfiltration)の最も著しく現はれる部位は顔面、手掌、足蹠であつて。該部が肥厚し弾力性なく緊張する。顔面では殊に口唇、鼻翼等に著明で皸裂(Rhagade)を生じ線狀の癢痕を残すことがある。頭部には靜脈怒張著しく脱毛を來すことが多い。手掌、足蹠は硬く緊張し又は光つてゐる。尚ほ臀部、股間部の皮膚が糜爛し(Intertrigo)、腋窩、頸、耳後或は其他の部分も糜爛し又は濕疹を生じ易い。

b) 微毒性皮膚發疹(syphilitische Exanthem)は前者よりは少ない。此中微毒性天泡瘡(Pemphigus syphilitica)と稱するものは手掌、足蹠等に主に現はれる。豌豆乃至櫻實大の圓い水疱で初めは漿液性であるが後には膿様になり、其中に多數の Spirochaete を有する。此症狀は出生時既に存するを普通とし、2—4週以後に現はれることは稀である。

斑紋丘疹(maculo-papulöse Syphilid)は四肢、殊に下肢伸側に好んで發し、軀幹には少ない。小豆大乃至一錢銅貨大略々圓形の發疹で初めは薔薇色であるが後には黃褐色又は淡褐色になる。而して後漸次落屑を生じ又は平滑にして光澤のある斑紋或は色素沈着を残すことがある。之は出生時に存することはなく、數週以後に初めて現はれるものである。

c) 微毒性爪溝炎(Paronychia syphilitica)は指趾爪床の浸潤のために爪溝周圍の腫脹を來したものである。

(4) 骨變化 Knochenveränderung. 長骨々端の骨軟骨炎(Osteochondritis)又は骨膜炎(Periostitis)として來り、肘關節、膝關節部等の疼痛性腫脹として現はれる。其部分は單に軟部のみならず骨腫大肥厚をも認められる。疼痛のために運動障礙を生じ一見弛緩麻痺のやうに見える。之を Parott 氏假性麻痺(Pseudoparalyse)と云ふ。X線像では該部(上膊骨下端、大腿骨下端又は脛骨上端)の骨端は肥厚し、骨軟骨界は不鮮明で鋸齒狀の陰影を生じ。又肥厚した骨膜の像を見ることが出来る。又微毒性指趾骨炎(Phalangitis syphilitica)とて指趾骨肥厚し、風棘(Spina ventose)のやうになることもあるが稀である。

(5) 其他腦膜に浸潤を生じて腦膜炎様になり、腦水腫を來すことがあり。靜脈怒張は頭部、殊に顳靜脈に著しく。血液は貧血像を示す。

診斷。鼻閉塞、貧血、脾腫、頭部靜脈怒張、脱毛、手掌、足蹠の浸潤肥厚等の症狀は肝要である。流早産の既往歴にも注意を要する。骨變化のX線像は、Barlow氏病のそれと類似してゐるが營養法の點及び其他の症狀で區別が出来る。ワ氏反應検査は常に必要であるが陰性必ずしも微毒の否定とはならぬ。生後1—2週では先天微毒でも反應陰性のことがある。

豫後。營養佳良にして治療の時期の早いもの程豫後が良い。又兩親の微毒が感染後間もない場合には、豫後不良で、年月を経たものは割合に子供の症狀が軽い。

2. 先天性微毒の再發 Recidiv d. Kongenitalsyphilis.

先天梅毒の症状が一旦治り、数月乃至數年間全く其症状を呈せず、経過した後、突然に症状を發するものを再發と云ひ、2—4年の小兒に最も多い。此場合、初めから軽症であるために自然に症状消失する場合もあり。又治療を施し、一見治癒した如く見えても、實は不充分であつた爲めに、再び起ることもある。

症候。コンヂローム(Kondylom)及び梅毒性粘膜斑(Plaques muqueuses)を主徴とする。コンヂロームは大人のそれと同じく、赤い濕潤せる丘疹様腫脹であつて、豌豆乃至一錢銅貨大に及び表面が破碎して不規則の凹みを作る。好發部位は肛門、外陰部の周圍等である。梅毒性粘膜斑は、口唇、舌表面又は扁桃腺等に生ずる。護謨腫(Gumma)の生ずることは少ないが稀に指、四肢、頭蓋等に現はれることがある。

3. 遲發性梅毒 Spätsyphilis (Lues cong. tarda.)

先天梅毒の症状が乳兒期に現はれずして、第二期生齒の頃即ち6—7年以後から、思春期頃に現はれるものを云ふ。

症候。第三期症状を以て來り、護謨腫、骨膜炎、Hutchinson氏三主徴(Trias)を主とする。Gummaは脛骨、頭蓋、胸骨等、並に軟口蓋、粘膜、皮膚、肝臓等の臓器にも生ずる。骨膜炎は脛骨に最も多く來り、肥厚腫大して紡錘形に觸知し得ることが多い(hyperplasierende Diaphysenperiostitis)。Hutchinson氏Triasと稱するは、角膜實質炎(Keratitis paremphyomatosa)、聾(Taubheit)、Hutchinson氏齒であるが、鞍鼻も多い。其他智力障碍、癲癇發作等の腦症状を伴ふこともある。

* Hutchinson氏齒とは門齒、殊に上内側門齒切面端の、半月形に缺けたものを云ふのであるが、之れは永久齒だけに意義のあるもので、乳齒では、たとへそんな形をしてゐても何等の意味がない。

4. 先天性梅毒の療法 Therapie d. Erbsyphilis.

Salvarsan, 水銀劑、蒼鉛劑、沃度劑等を用ゐること大人と同様であるが、前二者を主として用ゐる。

1. **Salvarsan療法。**用量はNeosalvarsanで、體重1疋につき0.015g.の割合で用ゐるのが普通であるが、第一回注射の時、殊に虛弱乳兒では用心のため、0.005—0.01g.位から始め、漸次増量する方がよい。用法は濃厚注射で、靜脈内(顳頸部等)に行ふが良いが、靜脈注射の出來ぬ時は、筋肉内(臀筋)に行ふ。近來はこれを直腸内に注入する人もある。又新製劑 Myosalvarsan は筋肉内注射用に作つたもので(疼痛腫脹等を來すことがない)。其用量は乳兒には0.03—0.015g., 年長兒では0.1g.を一回量とすると。之等Salvarsan注射の間隔は1週1回時に2週1回とし、全回数ハワ氏反應陰性となる迄。少なくとも4—5回以上を要する。

最近には内服用SalvarsanとしてSpirocidと云ふものがある。これは一日量 $\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{4}$ 錠位宛から始め、7—10日間連用した後數日間休み。かくして漸次増量して一日3—4錠に至るがよいと云はれる。

2. **水銀療法。**之には内服、注射、塗擦の三法がある。乳兒では主に黃色沃度汞又は甘汞の内服(一日0.01—0.02g.)を行ふが。又Novasurol等の注射を行ふこともある(用量は乳兒では一日量として最小0.1cc.から最大pro Kg. 0.1cc. 年長兒では1.0—1.5cc.を臀筋内に注射すると)。塗擦療法は年長兒殊に遲發性梅毒に多く用ゐられ、用量は體重1疋につき0.1g.の水銀軟膏を型の如く胸、腹、上背、下背、下肢、上肢の順に6日間塗擦し、7日目に休んで入浴するのである。

3. 蒼鉛劑は筋肉内に注射されるが、餘り廣くは用ゐられぬ。沃度加里は遅發性黴毒に用ゐるを普通とする。

其他營養に注意することは極めて重要で、營養佳良な者は豫後が良く、不良なものは之に反するから、乳兒では是非母乳を與へる必要がある。

IX. 急性傳染病

Akute Infektionskrankheiten.

小兒は急性傳染病に罹ることが大人に比して極めて多く、殊に麻疹、猩紅熱、百日咳、チフテリー、水痘等は、殆んど小兒に限つて見られると云つてもよい位である。

年齢的素因 Altersdisposition.

乳兒、殊に生後6ヶ月以内には急性傳染病に罹ることは比較的少なく、乳兒期の後半から3-4年乃至5-6年になつて、俄然として多くなる。但し百日咳と丹毒とは關係が異なり、乳兒殊に生後間もない者が甚だ罹り易い。

此事實は免疫性と關係するもので、生後6ヶ月以内に少ないのは先天的に種々の急性傳染病に對して免疫性を有するため。即ち母胎内に於て母體から、之等の免疫物質を貰つて生れて來るためである。然るに生後時日を経るにつれて、此先天的免疫性は(受働免疫であるから)漸次減少し、半年乃至1年後には甚だ僅微になるので、其頃から漸次罹患することが多くなる。尤も此性質は母乳營養と人工營養とで多少異なり、前者は後者よりも幾分罹患率が少ないが、それは免疫物質が幾分、母乳によつて乳兒に移行するためと看做される(總論、乳汁の條参照)。百日咳が乳兒を甚だ侵し易い理由は、明らかでない。

年齢的に罹患率の異なる原因としては、以上の他尙ほ傳染機會(Infektionsgelegenheit)が大いに關係する。即ち乳兒は常に母の保護の下にあつて、傳染機會が甚だ少ないが、生長するにつれ塵埃を口に入れ、又は外出するため、殊に幼稚園、小學校等に入る時

は、他人に接する事が多くなる爲に、傳染の機會が従つて多くなる。百日咳、猩紅熱、水痘等は、主に幼稚園や小學校で感染する。

又急性傳染病が小兒に甚だ多く、大人に少ないことは、之等疾患の大多數が、一度罹患すると、長年月間の免疫性を獲得することが主な理由である。麻疹の如きは一度の罹患によつて生涯免疫性となり二度と罹ることがない。猩紅熱、百日咳なども二度罹ることは稀有である。チフテリーの免疫性は短期間で餘り長年月繼續せぬらしい。

尚ほ種々の疾患に対する感受性は、個人的に相違があつて、同じ傳染病に對して、同じ條件の下にあつても或人は罹り、他の者は罹らぬと云ふことがある。又疾患の種類によつて、之に對する感受性がそれぞれ異なる。例へば麻疹の如きは、殆んど凡ての人々が一度は必ず罹るものであるが、其他の傳染病では、それほどではない。此關係を示す一例として、麻疹に對しては95%。猩紅熱に對しては40%。チフテリーでは10-15%の人々が罹患するとも云はれてゐる。

罹患數と年齢との關係

(1) 麻疹、猩紅熱、チフテリーは、乳兒には比較的少なく、2-3年から急激に増加し、麻疹、チフテリーは5-6年に、猩紅熱は7-8年に最も多く、以後は漸次減少する。

(2) 水痘は3-4年から學童に主として見られ、乳兒には少ない。百日咳は4-5年から6-7年頃に多い。

(3) 赤痢は年齢的には一定せぬが大人にも多い、乳兒には割合に少なく、3-4年に多い。所謂疫痢と云はれるものは3-5年頃に殆んど限られる。チフスは乳幼兒には至つて少なく、年齢長であるにつれて多くなる。其他は各章に述べる。

尚ほ年齢と各急性傳染病による死亡數との關係を見るならば、此事は一層明瞭になるであらう。次の表は獨逸(Bayern)に於ける報告で、10萬人の死亡者中、各傳染病に因する者の年齢的割合を示したものである。

年 齡	0-1	1-2	2-5	5-10	10-20	20-30
猩 紅 熱	27	52	45	19	5.9	0.6
麻 疹	319	435	73	13	1.8	0.2
チフテリー	138	401	277	77	15.8	0.7
百 日 咳	674	295	38	3.9	0.2	0

1. 猩紅熱 Scharlach (Scarlatina).

發熱と共に全身に紅色の細かい發疹が非常に多く生じ、アンギナを伴ひ、1-2週以後に著明の落屑を生ずることを特徴とする。乳兒には少なく、1-2年以後殊に6-7年頃は最も多く、秋から冬に多い。一度罹患すれば、殆んど終生免疫を得て、二度と罹ることは稀である。

原因。病原菌に就ては尚ほ多少異論はあるが、溶血性連鎖狀球菌(haemolytische Streptokokken)に因るものと、一般に看做されてゐる(Dick, 1924)。侵入門は主として咽喉であらう。傳染力

* 所謂猩紅熱連鎖狀球菌は、猩紅熱者だけでなく、健常人又は他のアンギナ等の場合にも、咽頭部に證明されることが少なくないので、猩紅熱に果して特有のものか否かに、疑をおく人もある。然し該菌によつて猩紅熱を發し得ることは、實驗的に證明されてゐる。又該菌毒素による反應が猩紅熱と、特殊の關係のあること、及び其毒素の注射により猩紅熱に對する免疫性を得ることも、明らかであるらしい。

(Kontagiosität)は、發病第一日から、落屑期を通じて有するものと考えられるが、最も傳染力の強いのは發病初期である。接觸傳染(Kontaktinfektion)を普通とするが健康人衣服器具等を介して間接に傳染することもあると云はれる。病原菌は抵抗力が甚だ強く、人體外に於ても數ヶ月以上も生存し得ると云ふ。

症候。潜伏期は不定であるが、3-7日を普通とする。前驅症狀を伴はずに突然發熱咽頭痛等を以て始まり間もなく發疹を生ずる。發疹期(急性期)と落屑期(恢復期)とに區別される。

(1) 發疹期(Stadium des Exanthems)。突然高熱咽頭痛を以て始まり、屢々嘔吐を伴ふことがある。發疹は發熱と同時に現はれることもあり、又1日位遅れて現はれることもある。細かい鮮紅色の發疹で、其數は極めて多く、一見恰かも廣汎性發赤(diffuse Rötung)の如き觀がある。其出現の順序は頸軀幹を第一とし、四肢之に次ぐを普通とし、顔面には極めて少なく、殊に鼻口の周圍は發疹を生ずることなく、頰部の潮紅と對照して頤部を底邊とした三角形の蒼白部(circumorale Blässe)を見る。發疹は2日位で最高に達し、4-5日で漸次消褪し、熱は3-4日乃至7-8日續いて漸次下降する。

アングナは必發症狀で、咽頭扁桃腺の發赤腫脹が著しく、黄白色のベラーグを生ずることが屢々ある(Scharlachangina)。顎下腺も同時に腫脹し、壓痛を訴へる。舌は初めは厚い苔を被るが、2-3日後には苔が去つて、鮮紅色となり、乳頭(Papilla)が腫大して、所謂莓狀舌(Himbeerzunge, Katzenszunge od. Scharlachzunge)を呈する。一般症狀は熱又はアングナの強い時には著しく侵される。

血液像は特有で、白血球增多、殊にエオジン嗜好細胞增多が著明になる(Eosinophilieは發病2-3日から初まり、1週の終り頃最も

著明)。尿にはUrobilin u. Urobilinogen量が増加する(5-6日頃最高)ことが特有である。

(2) 落屑期(Abschuppungsstadium)。發病約2週頃、即ち下熱後に皮膚の落屑が始まる。之は發疹の生じた部分に起るものであつて、先づ毛囊周圍に糠様に始まるが、次で膜様(lamellös)となる。殊に手掌足趾では著明で、厚く大きく皮が剥ける。落屑の全く終るまでには、始つてから2-3週はかかる。

異常型として發疹を缺くもの(Scarlatina sine exanthemate)、落屑を缺くもの(Scharlach ohne Abschupfung)等もあるが、之等は稀である。

合併症。急性期に於て、顎下腺頸腺等の腫脹甚だしく、遂に化膿することもあり。又壞疽性アングナを發して敗血症様になることもあるが、最も屢々注意を惹くものはデフテリー様義膜(Scharlachdiphtheroid)であつて、屢々デフテリーと誤られる。但しデフテリーを合併することも稀ではない。中耳炎は急性期でも又下熱後に於ても續發する。ロイマチス様症狀(Scharlachrheumatoid)も同様である。以上のやうに色々の合併症があるが、恢復期に發する最も恐るべきものは腎炎である。

猩紅熱腎炎(Scharlachnephritis)は、2週の終りより3週にかけて現はれる。其頻度は流行の性質にもより、又安靜如何にも關係するが大體10-50%と云はれ、急性出血性腎炎であることが特有である。大抵は2-3-5週位で治癒するが、時として慢性に移行し、又は尿毒症を起すこともある。

豫後。流行の性質によつて大いに異なり、死亡率は0.5-30%の間を動搖すると云はれるが、我國のものは幸にして一般に佳良である(朝鮮、滿洲では著しく不良)。之は勿論合併症の如何に

も関係するが。初めから重い中毒症を呈するもの(Scarlatina fulminans), 壞疽性アンギナを併發するもの等は不良である。

診断。 麻疹との鑑別が最も必要である(麻疹参照)。發疹の性質、口周囲の蒼白部、アンギナ、莓狀舌等に注意すれば、診断困難ではないが。診断助法として Rumpel-Leede 氏現象並に消褪現象を検すれば一層確實である。Rumpel-Leede 氏現象とは、上膊をゴム紐等で緊縛して鬱血を起させる時、數分後に、それより下部に點狀皮下出血を生ずることである。但し之は猩紅熱のみに特有と云ふわけではない。消褪現象(Schlutz-Charltonsche Auslöschphänomen)とは、0.5—1.0cc. の健康大人血清又は猩紅熱恢復期血清を、發疹部の皮内(intracutan)に注射すると。猩紅熱では、注射部位及び其周圍が發疹消褪して蒼白となることを云ふので。此現象は猩紅熱に特有のものである。

若し發疹が既に消失した後に、或は極めて輕症に就て診断をつけるには、アンギナ、莓狀舌等の症狀の外に、血液像(Leucocytose u. Eosinophilie) 並に尿ウロビリン反應を検するがよい。落屑を俟つて診断するのは既に遅い。

療法。 早期に隔離することは、豫防上最も必要である。隔離の期間は、落屑の終る迄とされてゐる。

治療上最も重要なことは、安靜臥床であつて、有熱期は勿論、下熱後にも必要で、發病3週位は靜臥を要し、極めて輕症と雖も2週以内に起してはならぬ。これは腎炎豫防のためで、腎炎が2-3週に發すること、安靜を守らぬ時に起り易いこと、並に急性期症狀の輕重と腎炎併發の危険とは、必ずしも平行せぬためである。食餌は急性期には流動乃至半流動物とするがよいが、食慾ある場合には、決して嚴重にするを要せぬ。食餌を嚴格にして

も腎炎豫防の助けにはならぬ。口腔を清潔に保ち。アンギナ、顎下腺腫脹に對しては、頸部に氷嚢又は冷濕布を行ふ。

猩紅熱連鎖球菌血清の注射(20—30cc)は、高熱乃至一般症狀に對しては有效であるが、腎炎其他の合併症に對しては、あまり效がない。ヂフテリー併發の場合には、勿論ヂフテリー血清注射を要する。

腎炎を起した時は、食餌を制限して、それに対する療法を行ふ。恢復期に入つてからも、尿検査は常に必要である。

附. チック氏反應(Dick's Test.)

溶血性連鎖球菌培養より得た毒素(Toxin)を、適當に稀釋して、皮内(intracutan)に注射して、反應を見る法で。陽性の時には、4—6時間で局所に發赤腫脹が始まり、18—34時間で最高に達する。

反應陰性なのは、猩紅熱毒素を中和するに足るだけの抗毒素を血液中に有することを示すもので、猩紅熱に對しては免疫性があり罹患の危険がない。反之、陽性の時は抗毒素の缺如せること、即ち猩紅熱に罹り易いことを示すものである。

2. 麻疹 Masern (Morbilli)

3—4日間の前驅症狀(發熱及び上氣道炎)を経て、全身殊に顔に斑點様紅色の發疹を生じ、結膜炎、Koplik氏斑等を伴ふものである。乳兒には少なく、1—2年以後5—6年頃に多く、春秋殊に春に流行する。殆んど凡ての人が一度は罹患するが、終生免疫を得て再び罹患することは極めて稀有である。

原因。 病原菌は尙ほ不明であるが、患兒の鼻眼咽頭等の分泌物中、又は血液中に存し、侵入門は氣道である。病原體は極めて

發散し易く (flüchtig), 従つて非常に傳染し易いが。抵抗力は弱く、人體外では速かに死滅するので、第三者又は器物を介して傳染することは極めて少ない。傳染力は發疹の出る頃が最も盛んであるが、まだ發疹の出ない前驅期でも既に傳染の危險がある。而して下熱後約1週位経れば、傳染力著しく減弱し、2週後には最早傳染の恐れがないと云はれる。

症候。前驅期は11日を普通とするが、幾分の動搖はある。經過を分つて前驅期、發疹期及び恢復期の三つとする。

(1) 前驅期又はカタル期 (Prodromalstadium od. katarrh. Stadium)。3-4日間であつて、上氣道炎及び結膜炎の症狀即ち發熱、咳嗽、鼻汁増加、嚏 (niesen), 羞明 (Lichtscheu) 等を呈す。皮膚發疹はまだ現はれぬが、口腔粘膜には既に特有の發疹即ち Koplik 氏斑及び粘膜疹を示してゐる。Kopliksche Flecke は頬部粘膜の臼歯に近い部分に生ずる、粟粒大の小さい白點で、紅暈 (rote Hof) で圍まれ、其數は2-3個から20-30個にも及ぶことがある。粘膜疹 (Enanthem) は軟口蓋部に生ずる暗紅色の斑點で、皮膚發疹に似たものである。之等の二症狀は麻疹に特有のもので、之によつて早期診斷が出来るが、發疹期には通常消失する。

(2) 發疹期 (Stadium des Exantheis)。

前驅期の熱は3-4日で一旦やや下降した後再び上昇し、それと共に特有の發疹が現はれ、同時にカタル症狀は一層著明になる。發疹は初め帽針頭乃至豌豆大であるが、漸次融合して不規則形になるも、相互間には健康皮膚部を残す。色は初めは薔薇色、後には暗紅色になる。發疹出現の順序は、先づ顔面、耳後、項部等に始まり、次に軀幹、四肢に及ぶ、出始めてから2-3日で頂上に達し、以後漸次褪色し、跡に暗褐色の色素沈着を残す。此時期は熱最

も高く、一般症狀も著しく。尿にチアゾ反應陽性。血液は淋巴球比較的増多を伴ふ白血球減少 (Leucopenie) を示し、エオジン嗜好細胞著しく減少する。但し下熱後は却て Leucocytose となる。

(3) 恢復期 (Rekonvalescenzstadium)。發疹出現後3-4日で漸次下熱し、それと共に一般状態も速かに恢復し、發疹の跡に色素沈着並に糠様の細かい落屑を生ずることがある。恢復には合併症のない場合でも、少なくとも下熱後7-10日を要する。

合併症。氣管支炎を伴ふことは極めて多く、又肺炎になることも少なくない。麻疹で死亡するものの多くは肺炎によるもので、其豫後は甚だ不良である。チフテリーを伴ふことも屢々あるが、多くは恢復期であつて、急性期に喉頭狹窄様の症狀を呈するものは急性喉頭炎(假性クルップ)が多い。

結核との關係は甚だ密接で、麻疹に續發して結核となり、又はそれまで潜伏性に經過してゐた結核が活動性になることが少くない。

豫後。流行の性質によつて異なるも、幼少な者ほど豫後重篤である。死亡率は5-7-13-37%等色々の報告がある。合併症の恐るべきは肺炎。續發症としては結核である。

診斷。前驅期に Koplik 氏斑、粘膜疹、結膜炎等を見ることは大いに役立つ。發疹を見れば診斷容易である。鑑別すべきものとして、風疹 (Rubeola) はカタル症狀及び Koplik 氏斑を缺き、血清疹とは既往歴で區別される。

麻疹と猩紅熱との鑑別

	麻 疹	猩 紅 熱
發疹の外観	斑點様、不規則形で、發疹間に健康皮膚を容易に見得る。	細かい小點が密生して、一見廣汎性發赤の觀がある。

發疹の部位	顔面に多く、加ふるに結膜炎、鼻炎等のために、顔付きが汚くなる。	顔面は潮紅するだけであり、然かも口の周圍部が蒼白に見える。
前驅症狀	著しいカタル症狀を経て、發疹が現はれる。	前驅症狀なく、突然に高熱と共に發疹が現はれる。
口腔粘膜	Koplik 氏斑、及び粘膜疹を認める(但し前驅期に於て)。	強いアングナ、莓状舌等を認める。
落 屑	ないが、又は糠様の細かいものに過ぎぬ。	著明な、膜様の落屑を來す。
血液像	Leucopenie mit relative Lymphocytose. Eosinophile Zellen 減少。	Leucocytose (殊に多核白血球増多) Eosinophilie.
尿	Diazo (+)	Urobilin, Urobilinogen 増加。

豫防。麻疹恢復期血清 (Rekonvaleszenzserum) による豫防法 (1920, Degwitz) は、早期に行ひば有効である。血清量は傳染の時期、年齢によつて多少異なり、(1) 4 年以下小兒で感染後 4 日以内ならば 2.5—3.0 cc. で足り。(2) 感染後 5—6 日の時及び 5 年以上の小兒には其 2 倍を要し (3) 感染 7 日以後では、尙ほ多量を用ゐても不確實である。然し経過を軽くすることは可能であると。

血清採取の時期は、下熱後 7—9 日を最良とするも、2—3 週までは尙ほ有効である。大人血清を用ゐる場合には、大量 (30cc. 以上) を用ゐれば効果があるが恢復期血清には遠く及ばない。

感染日数の計算。麻疹は發疹前 4—5 日に既に感染力があるから、一人の患兒に發疹が現はれたらば、それと常に接觸する兄弟等では、其時は既に感染後 4 日目と看做す。

動物血清を用ゐる法では、猿又は羊から麻疹免疫血清が作られたがまだ確實でない。

療法。臥床安靜を守らせ、暖かく保つて、合併症又は續發症の

* 麻疹を寒い風に當てては悪いことは、昔から云はれてゐる通りである。暖くすると云つても然し、程度問題で、むやみと暖くしても決して利益はなく、快適である位の暖かきでよい。高熱のある場合に、氷嚢等を用ゐることは、害がないだけでなくて、是非必要である。

起るを防ぐことが第一に必要である。口内及び眼の衛生に注意し、氣管支炎があれば其手當をし。高熱あれば氷枕を用ゐる。合併症に對し、それぞれの治療を施すことは勿論である。食餌は有熱時には流動乃至半流動食がよい。下熱し元氣恢復しても、7—10 日以前に起床させてはいけない。少しく起床を急いだ爲めに、豫後障礙を來すことが少なくないから、下熱遷延する場合には殊に安靜に留意を要する。

恢復期血清又は大人血清乃至血液の注射は、効果あることがある。

3. 風 疹 Röteln (Rubeola)

發疹は麻疹に類するも、其程度は極めて軽く、數も少なく、カタル症狀を伴はぬものである。幼兒乃至學童に來り、麻疹の流行に伴ふことがあり、軽い麻疹と誤られ易いが、餘り多いものではない。至つて軽いので、臨牀上麻疹と誤る外は、餘り重要でない。病原不明であるが、永い免疫性を獲得する。

症候。潜伏期は 17—20 日。前驅症を缺くことが多い。發疹は顔に多いが、軀幹、四肢にも出る。麻疹様ではあるが、數も少なく、色も薄く、1—2 日で消失し、色素沈着を残さぬ。熱はないのが普通で、Koplik 氏斑も現はれぬ。頸腺及び後頭部淋巴腺の腫脹を伴ふことが多い。経過は軽く、治療を要せぬ。

4. 第四病 Vierte Krankheit (Dukes-Filatowsche Kr.)

淡紅色、小點狀(猩紅熱様)の發疹が、顔、軀幹に生じ、次で四肢に及ぶ。1—2 日間輕熱あること、又は無熱である。経過は軽く、結膜炎、アングナ等あるも、輕度である。病原不明。診断は困難で、軽い猩紅熱、

風疹等との區別は容易でなく、流行でもないと判然とわからぬものらしい。稀なものであらう。

5. 傳染性紅斑 Erythema infectiosum

(第五病 fünfte Krankheit)

顔面殊に頬部に、稍々隆起せる、麻疹様の大なる紅斑を生じ、融合して周邊鋸齒状を呈し、多少の浸潤並に熱感を伴ふ。次で上、下肢伸側にも生ずるが、軀幹には稀有である。此發疹は4-10日位で漸次消褪し、色素沈著を残すことがあるが、落屑を來さぬ。左右均等に現はれるのが特有である。

前驅症なく突然に發熱、倦怠等を訴へることもあるが、多くは無熱に経過する。豫後佳良、特別の療法を要せぬ。4-5年以上の小兒に來り、春季に主として見られる。多發滲出性紅斑(Erythema exsudativum multiforme)及び其他猩紅熱、麻疹などと鑑別を要する。

6. 三日熱發疹 Dreitagefieberexanthem.

(Exanthema subitum 突發性發疹)

突然發熱し(39-40°Cに至ることあり)、軽度の食思不振、不機嫌があるが、カタル症状を伴はず。熱の原因不明を怪んでゐる中に、3-4日で下熱する。下熱と共に麻疹様、又は猩紅熱様の發疹が、軀幹、項部、頸部等に生ずるが、顔面、四肢には少ない。而して發疹は2-3日で消褪し、色素沈著又は落屑を残さぬ。血液像は淋巴球比較的増多を伴ふ著明なる白血球減少を示す。

生後6ヶ月以後の乳兒、又は2-3年の幼兒に見ることが多い。豫後佳良で、治療を要せぬ。

7. 水痘 Wasserpocken od. Windpocken (Varicellae.)

全身に生ずる小水疱性發疹で、乳兒には少なく、2-3年から學

童に多く、冬、春に多い。一度の罹患で終生免疫性を得る。

原因。病原菌も侵入門も不明であるが接觸傳染によることは明らかである。傳染力極めて激しく、家族内に一人發生する時は、他の幼ない同胞も殆んど免れることが出来ぬ。殊に發疹の初期に著しく、水疱乾燥すれば傳染力は減弱する。

症候。潜伏期は14日を普通とするが、17-19日のこともある。前驅症状を缺き、輕熱と共に發疹が現はれる。發疹は初め薔薇疹(Roseola)様の小紅點として始まるが、間もなく丘疹となり、次で水疱になる。内容物は澄明で帽針頭大乃至豌豆大になる。水疱は發生後1-2日で乾燥して、黒褐色の痂皮を作るが、發疹が一度に現はれずに、2-3日間續いて發生するので、痂皮を生じたものと水疱性のものとが同時に存在することになる。部位には一定の順序なく、全身(毛髮部迄)に生ずる。皮膚のみならず粘膜にも生ずるが跡に癩痕を残すことはない。

發熱は病初には軽度にあるが高熱にはならぬ。一般症状も至つて少なく、不機嫌、軽度の痒感位である。経過は發疹出現から、全く痂皮を生じて治癒する迄1週位である。

療法。特別の必要はない。痒痒強ければCarbolzinkliniment等を用ゐる。

診斷。天然痘(痘瘡) Pocken (Variola) と水痘との鑑別。

	天 然 痘	水 痘
前 驅 症	惡寒、戰慄、嘔氣、頭痛、腰痛、高熱、譫語等の重い症状を示す(2-3日間)。時として麻疹様の前驅發疹を生ずることがある。	前驅症を缺く
	顔面、四肢に著明で、腹部には少ない。著明の丘疹として始まり、直ちに化膿し、項部が凹む。	部位を擇ばず、腹部に却て多い。化膿すること、頂點の凹むことはなく。發疹は3-5日間に漸

發 疹	此發疹は1—2日に出揃へ、すべて同時に發育する。又水疱形成には數日を要し、紅暈は圓形を呈して、やゝ硬い。尙ほ咽頭粘膜に、先づ水疱乃至膿疱を生ずる。	次發生するために、種々の發育期のものが見られる。水疱形成には數時間しか要せず、紅暈は長形、扁平である。
一般症狀	著明	甚だ輕微

但し以上の相違は程度の問題で、重い水痘と軽い痘瘡とは其鑑別は容易でない。殊に痘瘡の中でも假痘 (Variolois) と稱せらるゝものは種痘を施行した者に來る痘瘡であつて、其症狀軽く、發疹も不規則で且つ數も少なく、化膿せぬこともある。反之、水痘でも往々にして輕度の化膿を生ずることもあるために、兩者の鑑別は一層困難になる。實際其發疹だけに就て、水痘と痘瘡とを明らかに區別する方法がないのであるから、従つて疑はしい場合(殊に痘瘡流行時には、診斷確定する迄之れを隔離する必要があり、

8. 種痘 Vakzination (Kuhpockenimpfung.)

牛を通過して毒性を減じた痘瘡病原體 (Pockenvirus) を皮膚に接種し、極く軽い痘瘡を起させて、免疫性を得させることで、1796年英醫 Edward Jenner によつて發見創始された法である。

1. 種痘術式 Impftechnik. 上膊外側を酒精、エーテル又は石炭酸水で清拭し。漿盤上で能く攪拌混和した痘苗を接種針 (Impflanzette) に付け、2—3 cm 位の間隔をおいて 4—6 個所につけ、

* 痘苗 (Pockenlymphe) は、犢の腹部に接種して生じた痘瘡を、粗鬆組織と共に採得した泥状物に、グリセリンを加へて、約 3—4 週間放置した後、乳鉢で磨碎して乳劑様にしたものに、0.5—0.8% に石炭酸を加へ、之を硝子細管に分配密閉したものである (animalische Lympe)。痘苗の有効期間は 3ヶ月と定めてあるが、それ以上経てもかなりの效力がある。

其上に淺く十字切 (Kreuzschnitt) 又は單線切 (Linienchnitt) を行ひ、4—5 分間露出して痘苗を乾かすのである。切創は僅かに紅線を生じ又は血がニジム位の程度がよく、出血する程にしてはならぬ。部位は第一期種痘は右上膊、第二期には左上膊にすることになつてゐるが近來は大腿外側に行ふこともある。接種數は第一期には 4 個、第二期には 4—6 個とするが普通である。

2. 時期。第一期種痘は出生翌年の六月迄に行ふ規則になつてゐるが、5—10 ヶ月頃が適當であらう。第二期種痘は數へ年 10 歳と定めてあるが必要あれば何時行つてもよい。但し二回目が悪感であつても、定期前二年以上であれば、十歳には再び第二期種痘を施さねばならぬ。

3. 種痘經過 Verlauf. 接種後 2—3 日間は特別のことはないが、3 日目頃から其部位發赤しやがて丘疹となり、7 日目頃から水疱を作り、紅暈で圍まれる。水疱内容は初め漿液性であるが、間もなく膿様になり、頂點が凹む。10—11 日目頃から次第に乾燥して痂皮を作り、20 日前後で痂皮が落ちて癩痕を残す。一般症狀としては 7—10 日、即ち膿疱形成時に多少の發熱を見、不機嫌になり、局所淋巴腺腫脹を見ることがある。

4. 種痘後の注意として特別のものはない。入浴は接種翌日から 4—5 日迄は差支がないが、局所を洗ひ又は擦つてはならぬ。水疱形成後は痂皮が硬くなる迄入浴せぬがよい。局所は清潔に保ち、さいすれば繃帯を施す必要はないが、痒感があり搔爬する恐れのある場合は、綿を付けて軽く繃帯してもよい。もし膿が付いて綿が膠着したならば、鉗で周圍を切り取つて膠着したものは其まゝ放置するがよい。潰瘍が生じたならば、アイロール、オルトフォルム等の撒布、又は硼酸軟膏等を用ゐる。

5. 結果の判定。第一期では上記の膿疱2顆以上を生じたものを善感とする。1個又は発生なきものは不善感で更にやり直しを要する。第二期では接種の日から3日以後に於て、1顆以上の小結節又は水疱を生じたものを善感とする。第二期不善感の場合には翌年十二月迄に更に行はねばならぬ。

6. 種痘禁忌。皮膚疾患殊に廣汎なる濕疹急性熱性病重症栄養障碍悪液質等の時には種痘を行はぬ。

7. 種痘免疫。接種後10日以上たゞぬと免疫発生せぬ。免疫性は個人的に差異があるが、3—10年間は継続するものと看做される。第二期種痘を十歳としたのはそれ迄免疫性を失はぬとの見地からではあるが現今では其間隔は長過ぎると看做される。従つて流行時には其都度施行するが安全である。

8. 再接種反應 Reaktion d. Revakzination。一度種痘を施す時は人體は一種の状態變化を來し (Allergie)、再接種又は痘瘡感染に對して其反應が非種痘者と異なる(第二期種痘又は假痘の如き)。第一回種痘善感後數ヶ月で再種痘を施す時は翌日既に小丘疹を生じ間もなく消失する (Frühreaktion)。數年後に行ふ時は丘疹及び紅暈形成を見るが其程度は輕微であつて、丘疹は小さく、7日で頂上に達する (beschleunigte Reaktion)。

9. 種痘障碍 Impfschaden.

(1) 副痘疱 Nebenpocken。痘疱周圍の紅暈中に小膿疱を生じ1個乃至多數に及ぶことがある。之は痘苗の毒力 (Virulenz) が強いためである。又膿疱が互に融合して廣い不規則形になることもある (Vakzina serpens)。

(2) ワクチノーゼ Vakzinose。顔面、口唇、陰部、眼其他の部分に種痘と同様の膿疱を生ずることがある。之は接種部の痘漿が

手指等によつて付着されたためである。濕疹著明の部位に此事が起れば痘疱性濕疹 (Ekzema vaccinatium) になる。

(3) 全身性種痘 Vakzina generalisata。稀には接種10—12日後に全身に痘疱を生ずることがある。之は病原體が血行によつて蔓延せるためであらう。

(4) 種痘發疹 Vakzineexanthem。接種8—12日後に顔、軀幹、四肢の伸側等に麻疹様又は猩紅熱様の發疹を生ずることがある。

(5) 丹毒 Erysipel。接種部位に丹毒を併發することが稀にあるが、之に早發性(2—3日後)と遲發性(7—10日後)とを區別する。いづれも消毒乃至保護不十分な結果である。

(6) 種痘後腦炎 Postvakzinaler Enzephalitis。接種後10—13日頃に、發熱、昏睡、痙攣其他腦炎症狀を呈することがあると、近來(1922年來)歐洲に報告されてゐるが、まだ幾分疑問がある。

9. チフテリ - Diphtherie (Diphtheria).

咽頭に白色の義膜を生じ喉頭狹窄症狀を來す疾病として一般に知られ且つ恐れられてゐる。寒冷の候に頻發し乳兒には割合に少なく、2—4年に最も多い。罹患により免疫を得ることは確かであるが其免疫性は長く續かず(數月乃至數年か)従つて數回感染することがある。

原因。チフテリ菌に因し、侵入門は鼻咽喉である。菌は主として病竈部位に占居し血行中に侵入することは稀有である。病竈部に菌の存在する間は常に傳染の危険がある。従つて保菌者は豫防上甚だ難物であるが生憎と仲々多數にある。

症候。潛伏期は2—4日で。發熱、咽頭痛を以て突然始まる

ことが多いが、往々にして咽頭痛なく、呼吸困難と犬吠様咳嗽 (bellender Husten) を以て来るものもあり (喉頭ジフテリー)。又は鼻カタルの症状だけのこともある (鼻ジフテリー)。主なる病竈により次のやうな種々の型に區別する。

(1) **咽頭ジフテリー** Rachendiphtherie。咽頭發赤扁桃腺腫脹して白色の義膜 (Belag) を生ずる。此義膜は下唇と密着して容易に剝離せぬ。更に扁桃腺から周圍に擴がり、懸壜垂、口蓋帆等にも及び。時として扁桃腺が壞疽に陥ることがある。顎下腺腫脹疼痛等を伴ふのが普通である。

一般症状としては高熱、呼吸促迫又は困難等があり、鼻聲になることが多い。

(2) **喉頭ジフテリー** Kehlkopfdiphtherie (Krupp)。咽頭ジフテリーから移行し又は初めから喉頭に發することもある。喘鳴 (Stridor)、呼吸困難が主要症状で。吸氣時に胸骨上窩 (Jugulum)、心窩部 (Epigastrium) が著しく陥没し、患兒は著しい不安を感じ嘔聲 (Heiserkeit) 著しく、往々無聲 (Aphonie) となり、甚だしければ冷汗を出しチアノーゼが現はれる。但しそれほど重くない時は、犬吠様咳嗽、軽度の喘鳴、嘔聲位のことも多い。咽頭部に義膜を見ることもあるが、又全く義膜の認められぬことも少なくない (勿論喉頭部には義膜があるのだが、普通の咽頭視診では見えない)。

一般症状は前者よりも一層重篤である。ジフテリー義膜の形成は、喉頭から進んで氣管乃至氣管支に及ぶことが少なくない。狹窄症状は其程度に應じて強くなり、極めて危険の多いものである。

(3) **鼻ジフテリー** Nasendiphtherie。乳兒に多い型で、咽頭ジフテリーに伴ふこともあるが、乳兒では單獨に来ることが少なく

ない。單獨の場合には輕熱か或は無熱のことが多い。鼻汁が漿液血性となり或は鼻孔糜爛し又は痂皮を作ることがあるが。一般症状は殆んど缺如するために、長い間氣付かずにゐることが少なくない。

(4) **其他** 眼瞼結膜、女兒外陰部、耳又は皮膚にも來り。義膜又は潰瘍を作ることがあるが稀である。

合併症及び續發症。氣管支炎乃至肺炎を併發することは屢々あるが、これは特有のものではない。ジフテリーに特有のものは、心臟腎臟及び神経系の障碍である。

(1) **心臟障碍**。ジフテリー菌毒素は、屢々心筋並に迷走神経を侵し、心臟麻痺を起して突然斃れることがある (diphtherischer Herztod)。此障碍は早期 (2週以内) に來ることと、遅れて (4—8週) 發することとある。早期心筋炎 (Frühmyokarditis) では、心臟擴張、收縮期雜音等を生じ、又は心音極めて微弱となることもあり。脈搏細少甚だ不安定で、初め遅脈、後に頻數不整になる。一般状態も侵されて衰弱蒼白、食思缺損を來す。肝臟の疼痛性腫大、嘔吐、血壓下降等は危険の徴である。遲發性心筋炎 (Spätmyokarditis) は前者よりは稀であるが、4—8週頃に起るので油斷をし易い。突然思ひもかけず死亡することもあると云はれるが、然し多くは食思不振、蒼白、頻脈又は蛋白尿等の症状を伴ふものである。

(2) **ネフローゼ** (Nephrose)。發病 2—3 日頃から蛋白尿乃至圓錐を見ることもあるが、赤血球を見ることは少ない。但し此ものは比較的早く治癒し慢性に陥ることは稀である。

(3) **ジフテリー後麻痺** Postdiphtherische Lähmung。ジフテリー菌毒素に因る多發神經炎で、發病 3—5 日の早期に、口蓋帆の麻痺を見る (Frühlähmung) ことがあるが、特有なのは 2—6 週後に來る

後麻痺である。其症状は口蓋帆麻痺 (Gaumensegellähmung)、眼調節麻痺 (Akkommodationslähmung) 及び四肢殊に下肢の不全麻痺を主とするも、又項筋麻痺稀れには横隔膜麻痺を生ずることもある。之等の中最も屢々見られるものは口蓋帆麻痺で、鼻聲嚥下^{*} 障碍を呈す。口蓋帆舉上障碍は一側のこともあり、兩側のこともある。眼調節障碍は主として毛様筋 (M. ciliaris) 麻痺によるが、時として外轉神經麻痺のために斜視複視を生ずることもある。膝蓋腱反射の減弱乃至消失は屢々見られるもので、歩行障碍又は運動失調 (Ataxie) を伴ふことがある。項筋麻痺も相当に見られ、又時として軽度の顔面筋麻痺を見ることもある。

診断。一般に容易である。咽頭ヂフテリーでは義膜を認め、喉頭ヂフテリーでは、犬吠様咳嗽喘鳴乃至呼吸困難が見られるが、鼻其他のものは困難がある。疑はしい時には勿論細菌検査に俟たねばならぬが、症状著しければ先づ血清注射を行ふがよい。喉頭炎、腺窩性アンギナとの鑑別は其の條参照のこと。

豫後。血清注射の時期及び用量の如何と大いに関係があり、早期に充分の量を注射すれば、割合に佳良である。喉頭ヂフテリーは、他のものよりも一般に危険が多く、咽頭ヂフテリーでも壞疽性に陥るものは最も重篤である。心臟障碍に對しては常に深い注意を要する。ヂフテリー後麻痺の豫後は割合に良く、自然に治癒することが少なくない。

病竈の菌消失には、大多數は(約 $\frac{3}{4}$) 3週位であるが、長く消失せずして持續排菌者 (Dauerauscheider) となることもあり、往々にして數ヶ月に及ぶことがある。又患者周圍の健康者にも、鼻、咽頭に菌を有する者 (Bazillenträger) も少なくない。

豫防法。ヂフテリー毒素抗毒素 (Toxin-Antitoxin) によつて能動

免疫 (aktive Immunität) を獲得さす法 (1912, Behring) は歐米には廣く行はれるが、我國では餘り行はれぬ。近來は寧ろ Ramon 氏 Anatoxin (1924) 注射による能動免疫が推賞されてゐる。即ち 10—20 日の間隔を置き、年齢に應じて 0.3—0.5—1.0—1.5 cc. 位の Anatoxin を 3 回皮下に注射する法である。Anatoxin による免疫發生は、Schick 氏反應 (後述) から検査すると、施行後 6 ヶ月で最高に達し、大部分 (90—95%) は Schick 氏反應陰性になり、1 年乃至數年其免疫性は持續すると云ふことである。

治療。隔離、安靜を旨とし、對症的に口腔清潔、頸部氷嚢又は濕布、強心劑、流動食等に注意する外、最も重要なことは血清療法である。

血清は普通筋肉内に注射しなるべく早期に、然かも充分な分量を一度に用ゐることが極めて肝要である。用量に關しては、體重を顧慮して定める人もあるが、一般には體重に關係なく、病症の輕重によつて定める。近來はなるべく大量を用ゐるが、良いとされ極めて輕症でも 3,000 單位以下を用ゐることは稀で、普通でも 5,000 單位、重症ならば 8,000—10,000 單位時としてはそれ以上を用ゐることも屢々ある。^{**}

壞疽に陥るやうな悪性ヂフテリーには、殊に大量を要するが、

* Anatoxin とは無毒性毒素の意味で、免疫體生成に對しては極めて有力であるが、毒性としての副作用がないもので、其製法はヂフテリー毒素に 0.4% の割合に Formalin 液を加へ、38—40°C に 1 ヶ月間放置したもので、其の 5 cc. をモルモットに注射しても毒作用がないと云ふ。細谷省吾氏は獨特の法で精製した毒素を用ゐて、更に毒力の弱い Anatoxin を作つた。

** 20,000—50,000—100,000—200,000 單位、極端な例では 500,000 單位を用ゐたと云ふ報告もあるが、實際はそうむやみに大量を用ゐてもそれだけの効果はない。我國のヂフテリー血清は、1.0 cc. 中 500 免疫單位を含んでゐるから、100,000 單位ならば 200 cc. になる。

豫防の意味で血清注射をするならば 500—1,000 單位で充分であると云はれる。

最近には血清と共に Salvarsan 注射が推賞されてゐる。

喉頭ジフテリーで呼吸困難著しく、チアノーゼを呈し苦悶甚だしく窒息の危険ある時は、氣管切開(Tracheotomie)又は喉頭挿管術(Intubation)を行ふ必要がある。

ジフテリー後麻痺に對しては、血清の大量を注射すべしと云ふも効果確實ではない。硝酸ストリヒニン注射が多く行れる。

永續排菌者又は保菌者に對しては、硝酸銀水、沃度丁幾、プロタルゴール、過酸化水素水、Gentianaviolett 溶液、ヤトレン等を塗布し過酸化水素水で屢々含嗽させる等の法。又 X 線、人工太陽燈、日光光線等で咽頭を照射する法等が行はれるが効果確實のものはない。外氣療法扁桃腺肥大のあるものは其切除等が比較的有効とも云はれる。

附 シック氏反應 (Schick's Test)

ジフテリー毒素の少量を皮内(intracutan)に注射して生ずる反應を検し、ジフテリーに對する免疫性の有無を定める方法である。量はモルモット致死量の $\frac{1}{50}$ を、0.1-0.2 cc. 生理的食鹽水で薄めて前膊屈側に行ふので、反應陽性の場合には24時間以内に、1.5-2.5 cm の直徑を有する發赤及び浸潤を生ずる。判定は陽性なのは抗毒素が全く缺如するか或は不充分でジフテリーに對して防禦力のないこと即ち罹患の危険のあることを示し。陰性の者は充分の免疫力のあることを示す。

附 血清病 Serumkrankheit.

血清注射によつて起る症狀の中最も主なものゝ發疹(Serum-exanthem)で、それは蕁麻疹様又は麻疹様で甚だし痒感を伴ふこ

とが特有である。これは免疫血清でも正常血清(Normalserum)でも同様ですべて異種蛋白に對する過敏症である(人血清では起らぬ)。血清病の發現及び經過は、初回注射と反覆注射とによつて異なるが、用量の多いほど又血清の新らしいほど症狀の現はれることが著しい。

1. 初回注射では、注射後7-12日で突然に發熱、發疹が現はれる。發疹は先づ注射部位に、次で全身に及び、同時に關節痛、浮腫、淋巴腺腫大等を伴ふことがあり。血液には白血球減少がある。之等の症狀は數日續いて自然に消失する。

2. 再度注射(Reinjektion)の場合には、前回注射との間隔如何によつて現はれる時期が異なる。

(1) 前回注射後1週以内では、何等特別のことがない。

(2) 約10日乃至3-6ヶ月の間隔をおいて再注射をする時は、注射後間もなく(24時間以内)前記の症狀が現はれ(即時反應 sofortige Reaktion)、稀には呼吸困難、チアノーゼ、虚脱等を來すことがある。

(3) 3-6ヶ月以上の間隔を経て再注射を行ふ時は、3-5日で症狀が現はれる(促進反應 beschleunigte Reaktion)。

豫防法。初回注射では豫防的處置の必要もなく、又發現を豫防する法もない。問題は再注射に際して過敏症ショックを起すか否かにあるが動物では兎も角、人間では幸にして此事は稀有であるが、萬一に備へるために先づ0.5-1.0 cc. を皮下に注射し、3-4時間待つて反應なければ、殘餘を注射する(Besredka 氏法)のであるが、普通は1時間待てばよいと云はれる。若し0.5 cc.を試みて注射部位に發赤明瞭に現はれたならば更に0.5 cc.を反覆試みて、反應なきに至つて殘餘を用ゐる。

療法。過敏症ショック以外には危険はなく、早きは1日、遅きも5-6日で自然に消失するが、痒感甚だし時には、Carbolziunkliment, 1% Mentholalkoholの塗布、Adrenalin注射、Ephedrin内服、Hypophysin又はPituitrin等の注射、或はカルシウム静脈内注射等が行はれる。関節痛に対しては温又は冷巻法を施す。

10. 百日咳 Keuchhusten (Pertussis).

痙攣性 (krampfhaft) の咳嗽発作の頻発を特徴とし合併症のない限りは無熱である。咳嗽は極めて頑固で経過は甚だ長い。乳児は極めて傳染し易いが最も多いのは1-3年頃である。春に多く、一度の罹患で殆んど終生免疫を得る。

原因。Bordet-Gengou氏百日咳菌により、侵入門は鼻咽頭である。点滴感染 (Tröpfcheninfektion) を普通とし間接傳染は殆んどない。菌は發病初期の患兒喀痰中に多數にあるが末期に近づくにつれて減少する。従つて傳染力は病初に旺盛であるが、5-6週以後には大いに減弱する。

症候。潜伏期は1-2週。1-2週間のカタル期を経て、特有の咳嗽発作を始めるやうになる。

(1) **カタル期** Katarrhalische Stadium。咳嗽だけが主徴で殊に夜間に多い。熱は無いか或は輕熱にすぎず、氣管支炎症狀も極めて輕度か或は全くない。此時期は1-2週間である。

(2) **痙攣期** Krampf Stadium。咳嗽発作は漸次激しくなり、遂に特有なる痙攣性咳嗽発作になる。此發作に際しては、短かい咳嗽が多數引き續いて發するため、吸氣を營む暇がなく。其ために顔面潮紅し、チアノーゼを示し、眼球突出し甚だしく苦悶をす

る。此の如き長い呼氣性咳嗽の後で、一度に深い吸氣を營み、其時にヒューと云ふ笛聲 (pfeifende Ton) を發する。之は狭窄した喉頭部を空氣が通るため、これを (Reprise) と云ふ。此やうなことを再三繰返した後粘稠硝子様の喀痰を喀出して發作が止む。發作時に嘔吐を起すことが多いが、發作の止むと共に患兒は安靜になり、平常の如くに遊戯をする。發作の長さは2-3分で、回數は一日數十回にも及び、殊に夜間に頻發する。此の如き發作が頻發するために、顔面浮腫様 (gedunsen) になり、結膜充血又は出血を來すことがあり、又齒のある小兒では舌繫帶 (Frenulum) に小潰瘍を生ずることがある。而して此時期は3-6週を普通とするも時として數ヶ月に及ぶことがある。合併症がなければ胸部所見を缺くか、又は輕度に過ぎず、熱も大抵はない。

(3) **恢復期** Rekonvaleszenz Stadium。咳嗽發作の回數も程度も漸次減退し、遂に痙攣性を失ひ治癒に赴く。但し之等の三期には決して明かな境界はないのである。全経過を通算すれば、早きも數週、長ければ2-3月を要することになる。

合併症。氣管支炎乃至肺炎が主で、殊に百日咳肺炎は豫後重篤である。激しい咳嗽發作のために多少の肺擴張は常に伴ふのであるが、甚だしい時は氣管支擴張症を起すこともある。結核との關係は麻疹に次で密接であり、潜伏結核が活動性になり、或は新らしく結核に感染し易い。腦症狀を來すことは比較的稀ではあるが、往々にして四肢の強直性麻痺、痙攣昏睡等を來すことがある。之等は腦出血によることが多い。

豫後。年齢幼少の者ほど不良である。之れ呼吸停止、痙攣肺炎等を起す危険が多いからである。経過が長いと衰弱、羸瘦を來すことが多く、又結核と密接の關係がある。

診断。カタル期に確診することは難いが痙攣期に入れば甚だ容易である。早期診断上注意すべき點は、氣管支炎、アングイナ等の所見がないに係らず、咳嗽甚だ激しいこと。咳嗽が夜間殊に睡眠中に多いこと。顔面浮腫狀。咳嗽發作の終りに粘稠半透明の喀痰を出すこと等である。初期に於て既に白血球増多を示すことは診断上役立つが、百日咳菌は初期既に多數に咽頭部に存するも、其證明がデフテリー菌の如く容易でないために、日常臨牀に應用し難い。

豫防法。恢復期血清を用ゐる法はあまり一般的でない。正常大人血清を用ゐる法もあり、20—40 cc. を1—3回注射すれば有效と云ふ人もあるが、普通に行はれるは百日咳ワクチン注射で、年齢に応じた量を5—6回行ふ。隔離は最も肝要。

療法。食餌は嘔吐を顧慮して、消化し易いものを少量宛度々與へるがよい。合併症なき時は、日光及び空氣に注意するだけで特別の療法を施す必要はない。多少でも發作を軽くし、經過を短かくする目的で、種々の治療法があるが、いずれも著效を期し難い。ワクチン注射は早期に施せば效があるが、盛期以後では疑はしい(1—2日の間隔を以て5—6回行ふ)。エーテル療法も屢々試みられる、殊に就寢前に用ゐれば、夜間の發作を輕減する利益がある、多くはオーフ油等と混ぜたものを注腸する法が行はれる。人工太陽燈、X線照射等も試みられるが、效果は疑はしく、寧ろ外氣療法に及ばぬ。藥劑では神經の過敏性を減する意味で、ブロムラール、ルミナル又は燐酸コデイン、エフェドリン等が用ゐられるが、之にも信頼は出來ぬ。寧ろ消化劑を與へて食慾を擁護し、自然治癒を待つ方がよい。

11. 赤痢 Dysenterie od. Ruhr (Dysenteria).

粘液膿様血便を排出し、強い裏急後重 (Tenesmus) を伴ふことが特徴で、1—3年の小兒に多いが、決して小兒に特有ではなく。症狀經過等の點は大人に於けると大差がない。唯、小兒では治療中に饑餓 (Inanition) に陥り易く、且つ幼兒は豫後の重いことが多いからして、注意を要する。夏期に多いが、秋にも相當にある。免疫關係は著明でなく、數回罹患することがある。永續排菌者、保菌者は少ない。(但し茲に云ふものは細菌赤痢の意味で、アメーバ赤痢のことではない。アメーバ赤痢は小兒には稀である)。病理解剖的には大腸下部、殊に直腸粘膜の濾胞性又は義膜性炎で、粘膜の充血腫脹潰瘍形成を來す。

原因。赤痢菌には志賀、Kruse 兩氏の所謂本型菌の外に、異型菌 (II, III, IV 型……等) と稱する駒込 A, B 型、Y 型、Strong 型等があり、更にそれ以外に箕田菌、大原菌等も此中に入れられる*。該菌が飲食物と共に口から侵入することによつて感染する。

症候。突然發熱、腹痛、下痢を以て始まり、口渴、食思不振を伴ひ。糞便は初め粘液便、後には粘液膿様血便となり、一種精液様臭を放ち、甚だ頻回で、且つ Tenesmus 及び痙痛 (Kolik) を伴ひ。腹部陷没し、柔かく、左側下腹部に壓痛ある索狀物を觸れる……等の點は大人に於けると同様であるが、小兒では屢々嘔氣、嘔吐、時として珈琲残渣様物を嘔吐し、不安又は無慾狀或は昏睡に陥り、痙攣を來し、心臟衰弱等、所謂中毒症狀を呈し易い。つまり小

* 之等の分類は、毒性の關係もあるが、主として糖類分解作用、インドール反應の異同から區別される。本型菌が最も特有のもので、異型菌は I, II, III……等となるにつれて、大腸菌に近くなり、箕田菌、大原菌等は餘程大腸菌に類する。

兒は重症に陥り易い。

合併症には口内炎等の外に特殊のものはないが治療中に羸瘦著しく衰弱著明になることがある。

豫後。普通のもは數日乃至數週で治癒するが。劇症では24-48時間以内に死亡することも少なくない。一般に幼兒は豫後不良になり易い。

診断。上記の症狀殊に糞便の性質からして容易であるが菌検査は常に必要である。病初尙ほ定型的の便を見ない時期には他と誤ることがある。單なる大腸炎(Kolitis)では粘液血便になることはあるが膿様になることはない。但し此點だけで鑑別は困難である。

療法。安靜と食餌療法とを第一とするが。病初には先づ腸内容排除を試むべきで、それには蓖麻子油を與へ灌腸又は洗腸を行ふのであるが。それ等は決して頻回に行ふ必要はなく、蓖麻子油は1-2回に止め、洗腸もなるべく一日1回位とする方がよい。腹痛乃至 Tenesmus に対しては温巻法又は灰爐を用ゐる。口渴に対しては嘔吐のない限りは水を與へる。劇症重症には強心劑葡萄糖液又は Ringer 氏液等の皮下注入を行ひ。不安苦悶乃至興奮痙攣等には抱水クルラルルミナル其他の鎮靜劑を與へ。激しい腹痛に対しては阿片丁幾を投與することもある。收斂劑は急性期には一般に之を禁ずるも、下熱後又は食慾恢復後は用ゐるも妨げがない。

食餌は初めは症狀に應じて12-24時間位の餓餓療法(消化不良症参照)を行つた後。牛乳重湯、スープ、果汁等を與へ進んで粥、食パン、卵等に及ぶのであるが。之等は食慾及び嗜好の如何又は嘔氣嘔吐の有無等に從つて量及び種類を擇ぶのであつて。

嘔吐のある時は稀釋牛乳又は脱脂乳の少量(30-50-70 cc.)から始めるが嘔吐なき時は全乳で差支がない。粥又は食パンの如きものも、食慾が出て來たならば、便の性質又は回數が尙ほ多少悪くとも與へ試みるがよい。食餌療法で最も肝要なことは、餓餓に陥らさぬ注意である。最近には林檎粥療法とて急性期に數日間、林檎の磨つたものだけを與へる法も現はれた。

附 疫 痢

疫痢と稱するものを獨立した疾患と見るべきか、又は赤痢の劇症型と考へるべきかに就ては尙ほ多少議論があるが。現今では一般に劇症赤痢であつて、特殊の症候群を示したものに過ぎぬと看做される。實際其大多數に於て糞便中から赤痢菌が證明される。體質異常(例へば胸腺淋巴體質)と關係するとも云はれるが明らかでない。3-6年の小兒に主として見られることが特色である。

症候は劇症の赤痢の如く、突然に高熱、嘔吐などを以て始まり。間もなく意識障碍、昏睡、痙攣、チアノーゼ、細小頻脈等の激しい中毒症狀を示すもので。原因として食餌上の不衛生のあることが多いが、然らざることもある。糞便は普通の赤痢と違い、初めは不消化便、次で粘液便となるが膿様血便となることは稀で、回數も餘り多くなく、Tenesmus も缺くことが多い。吐物は屢々珈琲残渣様である。こう云ふ風で初めから著明の心臟衰弱を作ひ、24-48時間以内に斃れることが甚だ多いが(死亡率30-50%)。此時期を過ぎれば、恢復は割合に早いのを特徴とする。

療法は重症赤痢の時と同様であるが、最近には疫痢血清(主として大原菌より作れる)等も用ゐられ。輸血或は葡萄糖インシュ

リン併用療法等も試みられる。

12. 腸チフス *Thyphus abdominalis*.

乳児には稀、幼児でも至つて少なく、5—6年以上から漸次多くなる。年長児では大人に於けると同様であるが幼児では症状が一般に軽く且つ不定で、唯熱があると云ふ以外に何等の所見のないことが少なくない。然かも弛張熱で割合に低いやうな場合には診断は容易でないから、疑はしい場合には菌検査と共に、Widal氏反応を検する必兒がある。反応陽性の時にはたとへ稀釋度が少なくとも小兒では大いに意義がある。

バラチフスは乳幼児では下痢嘔吐等の胃腸症状を示すことが多いと云はれる。

豫後は小兒では一般に軽く経過も短かく。治療上特別のことはない。

13. 其他の急性傳染病

1. 流行性耳下腺炎 *Parotitis epidemica*.

乳幼児には稀で學童に多い。病原不明であるが一度の罹患で免疫になる。春秋に多い。

症候は耳下腺部の腫脹で緊張弾力性であつて硬くはなく境界不明、壓痛は少ない。一側又は兩側に來る。發熱は比較的輕度で、一般症状も至つて少なく、豫後も良く化膿することは殆んどない。局所に冷又は溫濕布を施す位でよろしい。

2. 鼠咬症 *Rattenbisskrankheit*.

二木高木石原氏等の鼠咬症スピロヘータ (*Spirochaeta morsus muris*) に因るもので。10—15日餘りの潜伏期を経て發病するので、其頃には咬傷は大抵治癒してゐる。症候は發熱の外に、咬傷の局所淋巴腺が腫脹し全身に蕁麻疹様又は斑紋様淡紅色の發疹が現はれる(但し數は多くない)。

診断を確定するには血液中に *Spirochaeta* を證明するか或は患兒血液を廿日鼠の腹腔内に注射し、1—2週後に鼠血内にスピロヘータを證明する必要がある。治療には *Salvarsan* 注射が行はれる。

3. 急性關節ロイマチス *Akute Gelenkrheumatismus*.

5年以下の小兒には少なく、5—10年には幾分多く、10年以上には一層多くなる。病原不明、免疫性を得ることは出來ぬ。小兒には往々にして結節性ロイマチス (*Rheumatismus nodosus*) となることがある。それでは肘、手、膝關節等に帽針頭大乃至胡桃實大の硬い、壓痛のある結節を生じ。多くは左右對稱的に發生し、數個乃至數十個に及ぶことがある。

4. 丹毒 *Erysipel* od. *Rotlauf*.

初生兒では臍部より感染することがあり、乳兒では種痘に併發することのあることは既に述べた。症状は大人と同様であるが小兒には割合に少ない。

X. 神経系疾患

Krankheiten des Nervensystems.

A. 器質的疾患 Organische Erkrankungen.

1. 乳兒鉛中毒症及び鉛毒性腦膜炎

Bleivergiftung und Bleimeningitis des Säuglings.

明治三十三年弘田氏^{*}により、生齒期に於ける人乳栄養兒に見られる一種の腦膜炎 (sogenannte Meningitis) として初めて記載され、大正十二年平井氏^{*}により、鉛中毒に基因するものなることが證明されたものである。原因は含鉛白粉、含鉛撒布薬又は含鉛色素を用いた或は鉛製の玩具等による。夏期に多い。

生齒期乳兒に主として見られる理由は、鉛中毒症候を發する迄に相當長い時日を要するため。夏に多いのは、消化不良症により誘發されること並に其症候が消化不良症に類するためである。但し本症が鉛中毒に因ることが明かになつて以來、單に腦膜炎症候を呈するもののみならず、未だ腦膜炎症候を示さぬ即ち早期に於けるものをも、容易に診斷される様になつたので。寧ろ慢性鉛中毒症と總稱する方が當を得た名稱であらうが、症候の進んだものは鉛毒性腦膜炎と云つてゐる。

症候。早期症候は嘔吐、消化不良様便(綠便乃至粘液便)、不機嫌過敏(reizbar)、蒼白となり。次で腱反射亢進、大顙門の膨隆緊張及び搏動を示す。嘔吐は一日數回のことが多いが極めて頑固で、之を主訴として醫師を訪ふのが普通である。

* 乳兒脚氣參照(前出) ** 醫學博士平井毓太郎、京都帝大小兒科教授一名譽教授。

症候進行する時は、不安又は嗜眠狀となり、又は昏睡に陥り、項部強直、Kernig 氏症候、痙攣等、腦膜炎症候を呈する。發熱を缺き又は輕熱に過ぎぬを普通とするも、時として高熱を作ふこともある。

其他本症に特有なものは、齒根部の黒變(Bleisaum)、爪甲の淡黑色。赤血球内に鹽基性顆粒の出現等であるが、尚ほ血清が黄色調を呈し尿に Urobilin, Urobilinogen が増加し時として Haematorporphin を排出することもある。腦脊髄液は高壓を示し、多くは透明であるが、Globulin 及び Albumin の増加、單核細胞增多(Pleocytose)を示し、往々にして黄色調を帯びることがある。

経過及び豫後。死の轉歸をとることもあるが、早期に治療を施せば治癒し得るが経過は長い。腦膜炎症候著明なものでも、全く治癒することもあるが、精神發育障礙、視力或は聽力障礙を残すことも少なくない。四肢の麻痺を残すことは稀である。

病理解剖。腦及び腦膜變化は至つて少なく、僅かに充血或は浮腫を認める位に過ぎぬが、腦及び肝腎腸等には明かに鉛を證明し得る^{*}。

診斷。早期のもの又は不全型は困難が多いが。白粉撒布薬、玩具等の鉛の有無を確めること、齒根の黒變、爪甲の黒染等を檢することが必要である。皮膚又は爪甲の簡単な鉛證明法としては、硫化水素水又は硫化ナトリウム濃厚溶液を塗布し、黒變するや否やを檢することである。疑はしい場合には腦脊髄液、血液像を檢する^{*}。

* 臟器の鉛含有量を百萬分の數で示せば、腦 0.7-11.7、肝 12-18、腎 5.3、腸 2.2 等と云ふ報告がある。

* 含鉛白粉檢査法。白粉水溶液に醋酸を滴下し濾過したものに、硫化水素又は硫化アンモン或は硫化ナトリウム(黑色沈澱)。クロム酸加里(黄色)。沃度加里(黄色)。稀硫酸(白色)等による反應を檢する。

療法。 含鉛化粧品又は玩具を禁ずることが第一。母体内に吸収された鉛は乳汁中に排出されるから、母乳を廢して牛乳に代へる。牛乳には石灰分が多いので、治療上一層有効であるが、消化不良症を起さぬやう注意しなければならぬ。カルシウムは遊離状態にある鉛をして、骨質内に沈着させる作用があると云はれ、其意味で牛乳の外、カルシウム劑を投與する。痙攣に対しては、腰椎穿刺を反覆施行し、又は硫酸マグネシウム、次亜硫酸曹達或はカルシウムの靜脈内注射を行ひ、或は抱水クロール、ルミナル等を與へる。

2. 結核性腦膜炎 Meningitis tuberculosa.

肺門腺結核から血行傳播によつて發するを常とするも、肺結核、骨關節其他の結核等も勿論土臺になり得る。然しそれまで外觀上全く健康と思はれる者に突然起ることも少なくなく、又全身の粟粒結核の一症状として來ることもある。麻疹、百日咳は誘因となると云はれる。2-5年の幼兒に最も多い。

病理解剖上の變化は腦底部に著明で、血管に沿ふて多數の小結節を形成する。

症候 不機嫌過敏、頭痛等の不定症状で始まり、次で痙攣昏睡等に陥り、遂に死亡するもので、其時期によつて次の三つに區別する。

(1) **初期** Beginnende Stadium。不機嫌、食思不振、頭痛過敏等を以て徐々に始まり、輕熱を伴い、やや進むと嘔吐を發する。便は年長兒では秘結に傾くが、乳兒では下痢することがある。時期は1-2週である。

(2) **刺戟期** Reizstadium。頭痛嘔吐等が一層激しく、不眠、切齒或は叫喚を伴ひ、知覺過敏が著しく、身體に觸れらるるを嫌ひ、光線音響等に對して甚だ過敏になる。運動性刺戟症状としては四肢の強直、項部強直、腱反射亢進、Kernig氏症状、Brudzinsky氏症状等が現はれ、意識は漸次濁濁し、精神朦朧、嗜眠乃至昏睡に陥り、遂に全身の痙攣を起し、角弓反張 (Opisthotonus) を示すやうになる。此時期には斜視、瞳孔不同、對光反射減弱、眼瞼下垂等も現はれ、腹部は陥没し、乳兒では大顛門の膨隆緊張、搏動等が著明になる。熱は初期よりも高く、高熱となることもあり、腦壓亢進によつて遲脈の現はれることもある。

(3) **麻痺期** Lähmungsstadium。かくして遂に麻痺に陥り、全く昏睡となり、牙關緊急 (Trismus) 及び嚥下障碍のために食餌をとらず。漸次衰弱して斃れる。

腦脊髄液は壓亢進し、水様透明又は極めて輕濁を示し、放置すれば蜘蛛網様凝塊を生じ、Albumin及びGlobulin量増加し、糖量は減少し、淋巴球増加 (Pleocytose) があり、精細に檢索すれば結核菌を證明し得ることが多い。

経過及び豫後。 経過は一定せぬが大抵3-4週で、豫後は絶対に不良である。

診断。 初期には困難であるが、頭痛嘔吐、知覺過敏、反射亢進、項部強直、輕熱等は、大いに参考になる。腦脊髄液檢査は診断上缺くべからざるものである。乳幼兒では初期には消化不良症と、年長兒では腸チフス等と鑑別する必要がある。

療法。 全く無力であるが、苦痛を除くためにはなるべく刺戟を避け、(光音其他の)腦壓の高い時には腰椎穿刺を反覆する。鎮靜劑も常に必要である。

3. 流行性脳脊髄膜炎 Meningitis cerebrospinalis epidemica. (Meningokokkenmeningitis.)

化膿性脳膜炎の一種で、Weichselbaum氏脳脊髄膜炎球菌(Meningococcus intracellularis)を病原菌とする。主に散在性(sporadisch)に來るが時として流行を見ることがある。侵入門は鼻咽頭であらう。保菌者が少なくない。小兒殊に幼兒を侵すことが多い。病理解剖上、脳脊髄の表面に膿様又は膿様漿液性滲出物が附着し部位は腦底、腦穹窿部の兩者を侵し腦室擴大し腦膜は潤濁し充血浮腫様になる。

症候。潜伏期は短かく、大抵2-3日である。多くは突然高熱、激しい頭痛、嘔吐、項部強直等を以て始まるが時として亞急性稀れには慢性に發病することもある。項部強直は殊に著明で他の脳膜炎よりも激しく、強い角弓反張(Opisthotonus)を示すことがある。其他知覺過敏、腱反射亢進、Kernig氏症狀、痙攣乳兒では大顛門の膨隆緊張搏動を呈すること等は他の脳膜炎と同様であるが、意識障碍、昏睡等に陥ることは比較的少ない。

経過及び豫後。経過は不定で、非常に急激の経過をとり數日で斃れることもあるが、大多數は數週繼續して一進一退するを常とする。死亡率は30-60%と云はれ幸に治癒しても後に智力障碍、言語障碍等を残すことが少なくない。

診断。高熱、激しい項部強直などが突然に起ることが結核性脳膜炎との鑑別になるが、診断を確定するためには脳脊髄液検査によらなければならぬ。

脳脊髄液は壓高く、常に潤濁し鏡檢すれば多數の多核白血球があり、白血球内にグラム陰性の双球菌を證明する。該菌は屢

々白血球外にも存する事がある、稀には潤濁軽度の事もある。

療法。安靜を旨とし刺戟を避け、食餌に注意し頭痛、痙攣等に對しては水囊鎮靜劑又は腰椎穿刺を試みる事、他の脳膜炎と同様である。藥劑にはウロトロピンの内服が用ゐられ、激痛に對してはPyramidon, Antipyrin, Phenazetin等が有効と云はれる。

血清療法は腰椎穿刺で液を採つた後へ、脳脊髄膜炎球菌血清を注射するのであつて。用量は10-20cc、宛とし、毎日又は隔日に連用する。

4. 其他の脳膜炎 Andere Meningitiden.

(1) 化膿性脳膜炎 Eitrige Meningitis.

流行性脳脊髄膜炎以外には肺炎双球菌に因るものが最も多いが、其他インフルエンザ菌、連鎖球菌、葡萄状球菌、チフス菌等に因るものもある。孰れも原病竈があつて、二次的に腦膜を侵すものである。

症候。原病の如何によつて發病の工合は幾らか異なるも、高熱、頭痛、嘔吐、痙攣、項部強直、瞳孔反射減弱、昏睡其他急性脳膜炎としての症狀を示す。脳脊髄液は勿論潤濁し、壓高く、多核白血球多數に存し病原菌が證明される。経過は概して急速で數日で斃れることが多い。豫後は極めて不良である。幸にして治癒しても後に種々の障碍を残すを普通とする。

療法。脳膜炎に對する一般療法以外に特殊のことはないが、腰椎穿刺の反覆施行、肺炎菌血清、連鎖球菌血清等それぞれ病原に應ずる血清も用ゐられる。

(2) 漿液性脳膜炎 Seröse Meningitis.

肺炎、百日咳、インフルエンザ、麻疹、其他の急性傳染病、又は急性消化不良症等に基因して、二次的に發するを普通とする。同一病原菌で或る時は化膿性となり、ある時は漿液性となるのは該菌の毒力 (Virulenz) 如何によるもので、毒力強い時は化膿性腦膜炎を發し、毒力が弱い時、或は腦膜に侵入する菌が少ない時、又は毒素に因つて發する時は漿液性腦膜炎となるものと看做される。結核性腦膜炎は其一例である。又毒素は必ずしも細菌毒素でなく、化學的毒物でもよい、鉛毒性腦膜炎は其代表者であらう。乳兒に見ることが多い。

症候。發熱、嘔吐、痙攣、其他の症狀が突然に始まり、速かに斃れることもあり。反對に發病經過ともに慢性のものもあると云ふやうに、發病經過とも色々であるが、項部強直、四肢強直、腱反射亢進、瞳孔反應減弱、痙攣等は殆んど毎常現はれ、乳兒では大顛門の膨隆緊張等が見られる。腦脊髄液は壓高く、水様透明ではあるが蛋白量増加し、靜置すれば屢々蜘蛛網様纖維素凝塊を生ずる。鏡檢すれば、少數のリンパ球乃至多核白血球を認め、少數の菌を認め得ることが多い。豫後は化膿性腦膜炎よりは佳良であるが、發病數日で斃れる者も少なくない。治癒後に障礙を残すこともあり、又全く残さずに治ることもある。

療法。原病を治療することは常に必要である。其他は一般腦膜炎の療法に従ふ。

5. 慢性腦水腫 Hydrocephalus chronicus.*

* 腦水腫とは頭蓋腔 (Schädelhöhle) 内に、多量の非炎症性液が溜まつたものを云ひ。之れを Hydrocephalus ext. と int. との二つに區別するが、前者は稀有であるために、普通に腦水腫と云ふのは後者を意味する。

頭の非常に大きくなる病氣であつて、普通は擴張した腦室 (Hiruventrikel) 内に、多量の非炎症性液が溜つた爲めである (Hydrocephalus internus) ものを意味する。而して此液瀦溜は、腦脊髄液の分泌作用と吸収作用との不平衡に因るものである。

原因及び病理。多くは先天性であつて原因不明であるが、細菌毒は最も關係が深い。後天性のものでは腦膜炎、殊に流行性腦脊髄膜炎、腦腫瘍等に基因するものが多く、其等の原因により Sylvii 氏導水管 (Aquaeductus Sylvii) 又は Monro 氏小孔 (Foramina Monroi) の變狀を來し、腦脊髄液流出が妨げられ、或は腦大靜脈が壓迫されるため等の因子が考へられる。病理解剖的には、腦室は左右對稱的に著しく擴大され、多量の透明液を以て滿され、腦實質も萎縮し、菲薄となり、腦迴轉も消失するやうになり、腦底部も壓迫され、視神經交叉、視神經錐體道等も障礙をうける。

症候。頭が非常に大きいことが特徴で、其ために顔が著しく小さく、丁度頂點を顎にした三角形を呈する。大顛門のみならず、小顛門、骨縫合ともに擴大し、隆起して頭蓋内壓亢進を思はせる。頭髮は頗る粗鬆になり、靜脈怒張し、鼻根扁平となり。眼球は屢々下方に押され、瞳孔散大し、反應減弱し、斜視又は眼球震盪を見ることがある。智力障礙著しく、言語不能、痴呆等になり。運動障礙は下肢に多く現はれ、麻痺又は痙攣を起すことがある。食慾は餘り害されぬが、營養状態は甚だ悪いのが普通である。

豫後。ある時期に於て進行停止し、又は輕症では治癒することもあるが、大多數は漸次増悪すると共に、衰弱し、消化不良症、其他の併發症によつて斃れる。

診斷。一般に容易であるが、早期ではそう簡單でない。殊に早産兒又は羸瘦した乳兒は、一般に頭が身體に比較して大であ

るために誤られることがあるから頭圍を測定して年齢との關係を考へなければならぬ。佝僂病兒の頭も大きいが大顛門が膨隆緊張することがなく、又進行性でない。

療法。驅黴療法は先天黴毒性のものには勿論、ワ氏反應陰性の場合にも試みるがよい。腰椎穿刺を反覆することは、腦膜炎に基因するものでは屢々效がある。症状著明で、大顛門開大せる者では、腦室刺戟も屢々行はれる。

6. 先天性發育障碍 Angeborene Entwicklungshemmung.

(1) 小頭症 Microcephalie.

先天性のものを意味し、四肢の運動障碍を伴はぬを常とするも、智力障碍は著明である。大顛門は異常に早く閉鎖し、骨縫合が凸出してゐることが多い。

(2) 塔状頭 Turmschädel.

顛頂部並に後頭部が急傾斜(steil)で、前額部が突出した、一種特有の頭蓋を云ひ。縫合凸起することがあり、大顛門部が特に凸出する。所謂尖頭(Spitzschädel)の一種で、頭圍は必ずしも小でない。佝僂病に伴ふことがある。特有なことは、視力障碍、眼球突出、アデノイド等を屢々併有することである。智力は勿論害される。

(3) 脊椎破裂 Spina bifida.

先天性に存する脊椎間隙から、脊髄膜乃至脊髄が、ヘルニア様に脱出したもので、大抵正中線に沿ふて、廣い基底を有する軟かい腫瘍として現はれる。部位は腰椎、薦椎部に多く、頸椎之に次ぐ。脊髄膜だけの脱出をMeningocele、脊髄を伴ふものをMeningocystocele又はMeningomyeloceleと云ふ。同様の機構で、頭蓋間隙から腦膜脱出したものをCephalocele、腦實質をも伴ふものをEncephalocystoceleと云ふ。之は項部又は鼻根部に生ずるが、前者よりも稀有である。症状は部

位及び程度によつて異なるが、屢々直腸、膀胱障碍、下肢の麻痺、知覺障碍等が見られる。豫後は甚だ不良である。

潜在性脊椎破裂 Spina bifida occulta。脊椎破裂はあるが、腫瘍を現はさぬものを云ひ。常に腰部に限られ、其處が多少隆起し、殊に異常の毛髮發生を示し、時としては瘰癧形成を示すことがある。確診にはX線検査を要するのが普通である。症状として、兩側下肢殊に足に軽度の疼痛、知覺異常乃至麻痺を見ることがあり、又内蹠足(Klumpfuss)を來すことがあると云ふ。又直腸膀胱障碍を伴ひ、夜尿症、尿失禁(Harnträufeln, Inkontinenz)の因となることもあると。

(4) 先天性眼瞼下垂 Angeborene Ptosis.

腦神經核の先天性發育不全乃至缺損の現はれるのは、眼筋を支配するものに多く、顔面神經にも時として存する。

(5) 先天性筋無力症 Myotonia congenita.

兩側對稱的に筋力弛緩著しく。下肢を自ら動かすを得ず、關節も弛緩して異常に伸展し得、膝蓋腱反射甚だしく減弱乃至消失した状態で、上肢も弛緩してはゐるが、下肢ほどではない。頸筋、腦神經、横膈膜は侵されず、知覺障碍も伴はぬ。電氣反應は減弱する。豫後。極めて徐々に輕快し又は治癒し得ることもあるが、多くは合併症で斃れる。本態は尙ほ不明。

7. 腦腫瘍及び腦膿瘍 Hirntumor und Hirnabszess.

(1) 腦腫瘍 Hirntumor.

腦腫瘍は小兒にも稀でなく、孤立性結核結節(Tuberkel, 殊に小腦)、神經纖維腫(Gliom)(腦橋に多い)等が多いが、其他Sarkom, Myxom, Angiom等も稀には見られ、黴毒性膿瘍を生ずることもある。

症候。頭痛、嘔吐、徐脈、不機嫌乃至意識障碍、鬱血乳頭等の腦壓迫症状の外に、部位並に大きさの如何により、種々の病竈症状(Herdsymptome)を呈する(刺戟乃至麻痺症状)。

診断は容易でなく。豫後は概ね不良である(但し敗毒性、結核性のものは多少よい)。療法にも特別のことはない。

(2) 脳膿瘍 Hirnabszess.

化膿菌(連鎖球菌、葡萄球菌、肺炎菌、脳膜炎菌、緑膿菌等)によつて起り、敗血症、氣管支擴張症等により多發性に生ずることもあるが、小兒に最も重要なのは、中耳炎に續發するもの並に外傷性のものと云はれる。症状は大體脳腫瘍に類するも、病竈症状は割合に少ない。發熱を伴ふ事が多いが、時として全く缺く事もある。診断は甚だ困難。脳膜炎とは腦脊髄液により區別する。

8. 急性脳炎 Encephalitis acuta.

茲に急性脳炎と云ふのは嗜眠性脳炎以外の急性脳炎のすべてを含むのであつて、最近數年來本邦に流行した所謂流行性脳炎又は夏期脳炎(嗜眠性脳炎の症状を示さぬもの)の一部又は大部分をも本書では簡單に急性脳炎と總稱する。即ち脳炎の分類は區々であるが、本書では簡單に急性脳炎と嗜眠性脳炎との二つに分け、其症状からして嗜眠性脳炎の中に編入出来ぬものは、流行性であつても、散在性であつても、すべて一緒に急性脳炎とし、述べることにする。

病原菌は不明であるが、所謂流行性脳炎の散在型(sporadische Form)を含むので、其病原も此中に入り、Heine-Medin氏病の異型のこともあるから、それも含まれるが、そう云ふもの以外に所謂傳染後脳炎(postinfektiöse Encephalitis)と稱せられるものでは、急性傳染病殊に麻疹、流行性耳下腺炎、水痘及び種痘等に續發することがある。それ等の場合には菌そのものの爲と云ふよりは、寧ろ菌毒素のためと看做される。百日咳、デフテリー、インフ

ルエンザ、チフス、丹毒又は猩紅熱に續發することも稀にはあると云はれる。鉛、Salvarsan等に基因することもある。

症候。高熱、痙攣、意識濁濁等を以て突然始まるのが普通である。殊に意識障礙が初期から著明で、直ちに昏睡に陥り、1-2日乃至數日時として死亡する迄長く昏睡のまゝであることもある。眼球上竄或は一方に片寄り、脈搏頻數、呼吸促迫不整となる。項部強直、Kemig氏症状、腱反射亢進等は著明でない。

豫後。以上の症状で割合早く斃れるか、然らざる場合は數日乃至數週續いた後全く治癒することもあるが、病竈の如何によつて痙攣性麻痺、言語障礙、舞蹈病様運動、震顫、失調症(Ataxie)等を残すものが多い。智力障礙を残すのが普通であるが、時として全く侵されぬこともある。

診断。脳膜炎との鑑別が最も困難であるが、意識障礙殊に昏睡が發病當初から著明なこと、殊に突如として昏睡に陥ることは、脳膜炎では少ない。項部強直、腱反射亢進、Kemig氏症状等が意識障礙に較べて軽度であり、或は缺くことも大いに参考になる。腦脊髄液は、脳炎では普通水様透明であるが、蛋白質増加し、淋巴球增多(Pleocytose)、時として多核白血球增多を見ることがあるので、それだけでは鑑別の役に立たぬ。夏期に来る時は、腸性の發熱、痙攣、殊に疫痢と混同されることが往々あるが、糞便、嘔吐等に注意すれば區別される。

療法。安靜を旨とし、氷枕、氷囊等で頭を十分に冷すことが必要で、鎮靜劑、強心劑を要することも勿論である。脳炎其ものに対してUrotropinの大量内服、Trypaflavinの靜脈内注射等も試みられる。麻疹に續發したのものには、麻疹恢復期血清の大量注射が效ありと云はれる。腰椎穿刺は病初には效がある。

9. 嗜眠性腦膜炎 Encephalitis lethargica.

嗜眠、眼瞼下垂及び複視の三特徴を呈する流行性腦炎であつて。病原は不明であるが病理解剖上視神經床(Thalamus)及び其附近の灰白質が主として侵される。1917年 Economo によつて記載されたもので、其當時は流行性腦炎即ち嗜眠性腦炎であつたが、其後漸次嗜眠型のものは減少しつつあると云はれる。

症候。嗜眠、眼瞼下垂、複視の三つを主症とする。嗜眠は殊に著明で、呼び覺ます時は正確に應答し、又は動作をすることが出来るが間もなく再び深い眠に陥る。時として軽い項部強直、Kernig 氏症候等を認めることもあるが、少ない。發熱を以て突然始まることもあるが、殆んど無熱に經過することもある。一般症候として頭痛、倦怠、嘔吐等を呈するも、他の急性腦炎のやうに痙攣、昏睡等に陥ることは殆んどない。腦脊髄液は透明で、壓高く、蛋白及び淋巴球増加を示す。

経過及び豫後。嗜眠状態は數日乃至數週に及ぶことがある。死亡率は約 $\frac{1}{3}$ と云はれるが、急性期の症候が漸次輕快して、全く治癒することもあり、又恢復期に至つて頑固なる不眠症に陥り、早朝及び午前中などに眠り、夜間は全く眠らず、不安、狂騒に陥ることがある。而して此の不眠状態は數ヶ月に亙ることがあり、漸次智力減退、性格一變することもある。又此のやうなことなく、一旦は全く治癒したやうに見えて、數ヶ月後に至つて後此の如き後胎症を發することもある。後胎症として普通に見られるものは、前記智力減退、性格變化等の外、舞蹈病様、アトローゼ様運動、Parkinsonismus 等であるが、稀には Dystrophia adiposogenitalis を發することがある。

診斷。嗜眠、眼瞼下垂、複視の三主徴によるのであるが、複視は屢々不定、殊に幼兒では判然とせず、眼瞼下垂も明らかでないこともある。

療法。急性腦炎と大體同じだが、Economo は沃度療法を賞用した(10%沃度ナトリウム溶液、Septojod 等の靜脈内又は筋肉内注射)。恢復期血清の大量注射(20-50cc.)も行はれる。

10. 腦性小兒麻痺 Zerebrale Kinderlähmung.

片側麻痺(Hemiplegia spastica infantilis)と兩側麻痺(Diplegia spastica infantilis)の二つに區別されるが、之等は單に臨牀的の症候から見た名稱であつて、決して全く別種のものではない。元來、腦性小兒麻痺なる名稱が既に、脊髄性麻痺に對する一つの症候名であつて、獨立した、或は單一なる疾患ではないのである。従つて其本態又は原因も種々で決して一樣ではない。

原因的關係。先天性及び後天性の兩者がある。先天性のものでは、分娩外傷例へば、難産、早産、鉗子分娩、或は餘りに急速なる分娩(Stürzgeburt)等のために、腦膜出血、血管の壓迫又は損傷等を來した結果として、腦實質に限局性の軟化變性を來したため。或は胎生期に於ける障礙(外傷、母の疾病、殊に徽毒等)のために、出生後間もなく既に症候を現はしてゐるものが多い。尤も原因不明のものも少なくないが、それ等は遺傳的關係からと看做される。之に反して、生後に罹つた腦疾患により後天性に發するものでは、急性乃至流行性腦炎に基因するを普通とするも、稀には腦栓塞によることもある。

大體から云ふと、兩側性麻痺(Little 氏型)は、難産、早産、假死分娩

等に因ることが多く。片側性麻痺は生後に於ける脳疾患の結果であることが多い。

症候。

1. 片側性强直性小兒麻痺 Hemiplegia spastica infantilis.

麻痺は急性期には弛緩性であることもあるが、其後必ず強直性になり、腱反射亢進し麻痺せる四肢は強直(rigid)となり、Babinski氏現象が陽性になる。部位は顔面に現はれることも稀にはあるが主として四肢、就中上肢に著明である。上肢では屈筋及び内轉筋の強直が殊に著しく、肘關節で屈けた内轉位をとり、下肢は伸ばし、歩行遅延し強直性になる。之等麻痺部に舞蹈病様乃至アテトーゼ様運動を呈し或は運動失調、企動震顫(Intentionstetters)を生ずることもある。腦神經では顔面神經の侵されることが多い。麻痺せる部分の萎縮は弛緩麻痺の如く著明ではないが屢々之を見ることある。其後の経過中に癲癇發作を起し智力障害を伴ふことが多い。

2. 兩側性强直性小兒麻痺 Diplegia spastica infantilis.

Little氏病と稱するものが此型の中で最も特有である。それは先天性のものに限られ進行性を有せず、幾分治癒的傾向のあるものを云ふのであつて、後天性に來れるものは症狀はたとへ同様であつてもLittle氏病ではない。

四肢殊に下肢の強直麻痺を主徴とするもので、上肢には多少の強直があつたとしても軽度である。著明な場合には乳兒期に於て既に高度の四肢強直を認め得ることもあるが、軽いものでは歩行の始まる頃になつて初めて氣付くことが多い。特異の症狀は起立時に上腿が内轉し、兩脚が膝部で互に交叉し、足は外縁で床に觸れ歩行不能であることである。斜視、眼球震盪

を呈することはあるが、舞蹈病乃至アテトーゼ様運動等を伴はず、癲癇發作、智力障碍等も缺如するを普通とする。但し以上は主にLittle氏病の症狀であつて、後天性に脳疾患に基因した場合には幾分之れと異なる。

診斷。上記症狀によつて決し原因の如何は問ふ處でない。脊髓性麻痺は弛緩性であり麻痺部の萎縮、冷感等が著しいが、本症では萎縮はそれほど高度ではない。

豫後。麻痺は進行性でなく漸次輕快することが少なくない、殊にLittle氏病に然り。但し癲癇發作、智力障碍を來すものは不良である。

療法。微毒性のものは其治療を行ふが、其他は對症的に強直を緩和するに努めるだけで、電氣療法(Galvanisation)、温浴、マッサージ練習等が普通に行はれるが、近來はHaromin注射が屢々試みられる。外科的には腱切斷術(Tenotomy)其他の法がある。

11. 脊髓性小兒麻痺 Spinale Kinderlähmung.

(Heine-Medinsche Krankheit od. Poliomyelitis anterior acuta).

脊髓性小兒麻痺とは腦性小兒麻痺に對稱した名で、後者が強直麻痺であるに對し前者は弛緩麻痺であるが、腦性麻痺が單なる症候名であるに反し本症は獨立せる一つの疾患、即ち急性脊髓前角炎(Poliomyelitis ant. acut.)に基因するものを意味するものである。而して急性脊髓前角炎は即ちハイネ・メヂン氏病であるが、Heine-Mediu氏病の一部分は、前記の如く急性腦炎として現はれ、腦性小兒麻痺の原因ともなり得る。即ち本症はHeine-Mediu氏病の大部分を占めてゐるが、其全部ではない。3年以下

の幼児を主として侵し、後に永続性麻痺 (Dauerlähmung) を残す急性傳染病である。

原因。 病原菌は Flexner 野口兩氏によれば極めて微細なる球體 (kleinste globoide Körperchen) であつて罹患脊髄又は鼻腔中に存すると云はれ、侵入門は鼻咽頭を主とし散在性に發生するのが常であるが稀には大流行を來すことがある。^{*} 一度の罹患により永続免疫性を残す。夏季に多いと云ふ。

病理解剖。 脊髄前角灰白質を主とし殊に腰髄及び頸髄の膨大部を侵すことが多いが。時として廣汎に互ることがあり又は延髄乃至腦皮質を侵すこともある。病竈の變化は肉眼的には前角内の散在性出血であるが顯微鏡的には圓形細胞浸潤浮腫神經節細胞變性等を認められ、後角 (Hinterhorn) も亦多少侵されてゐるのが普通である。

症候。 潜伏期は 4—10 日。發熱を以て突然に來り、1—2 日で下熱すると共に麻痺のあることに氣付くのが普通である。病初には發熱に伴つて不機嫌頭痛筋痛知覺過敏不眠又は嗜眠等を呈し又はアンギナ氣管支炎消化不良等を示すこともある。發汗が著明であると云はれる。

麻痺は初期にはやや廣汎に互ることがあるが間もなく縮小して一定部位に限局する。部位は四肢殊に下肢に最も多いが稀には腹筋腰筋又は頸筋の麻痺を見ることがある。皮膚の知覺障碍は缺如するのであるが初期には知覺過敏を伴ふことが

* 有名な大流行は紐育の 1916 (24,000 人) 及び 1917 (35,000 人) のものであるが、米國では其後も絶えず中、小流行がある(殊に夏に)。歐州では 1913 ノルウエーで約 10,000 人の罹患があつたのが最も有名であるが、其他の地方でも小、中流行が度々あり、殊に 1926, 1927 年にはやゝ著しい流行があつたと。本邦では幸にして未だ流行性に發生したことがない。

あるも數日で消失する。麻痺は弛緩性 (schlaff) で腱反射消失又は減弱し電氣反應も減弱する。腦脊髄液は病初には高壓透明、蛋白質増加軽度の淋巴球増多を見る。

経過。 上記の麻痺は早きは數週乃至數月で漸次輕快して治癒することもあるが。それは割合に少數で、大多數は其後も尚ほ永続麻痺を残し。それに伴つて麻痺せる部分は萎縮し冷たく、長きに及べば常に變性反應 (Entartungsreaktion) を示すやうになり、又發育障碍のため、上肢又は下肢の短縮を來すことがある。弛緩麻痺ではあるが時として拮抗筋に麻痺が起らぬ場合には、却て痙縮 (Kontraktur) を來し、尖足 (Spitzfuss) 又は内翻足 (Klumpfuss) を生ずることがある。

異常経過。 病竈の如何により、其症狀乃至経過にも差異があるが、主なるものは次の三者である。

(1) Landry 氏麻痺 (aufsteigende Form)。麻痺が下部(下肢)から始まり速かに上行して軀幹上肢に及び。遂に横隔膜の麻痺を來して斃れることがある。年長兒に多い。

(2) 延髄乃至腦橋型 (bulbäre u. pontine Form)。顔面神經眼筋舌下神經迷走神經等が侵されるために、嚥下呼吸言語等の障碍を來すもの。

(3) 腦炎型 (encephalitische od. zerebrale Form)。腦皮質を侵して急性腦炎として現はれ後に腦性麻痺を残し、或は腦膜炎様症狀を呈することもある (meningeale Form)。

診断 鑑別を要するものとしては

(1) 腦性小兒麻痺は強直性で萎縮を來すこと少なく、且つ變性反應を示さず。且つヒョレア、アテトーゼ様運動を伴ふことが多い。

- (2) デフテリー後麻痺は徐々に發し好んで口蓋帆を侵す。
- (3) 分娩麻痺とは既往歴乃至發病の様子で區別される。
- (4) 進行性筋萎縮症は兩側對稱性に來り進行性である。
- (5) Parot 氏假性麻痺又は Barlow 氏病によるものはそれに伴ふ他の症狀で容易に區別される。

豫後。 散在性に發するものでは Landry 氏麻痺又は延髓型乃至腦型以外即ち普通のものでは死亡することは少ない。永續麻痺の豫後に就ては、4-5月を経るも尙ほ輕快の傾向のない場合は、完全に恢復することは先づ不可能である。變性反應を呈したものは勿論不良。

療法。 病初には安靜を第一とし刺戟を避けるがよい(1-2週)。Urotropin の大量を初期に與ふれば效ありと云はれる。恢復期血清も早期ならば有效と云はれ免疫性動物血清 (Pettit 氏) も試みられるが餘り期待を置けぬ。永續麻痺に對してはマッサージ、入浴、電氣 (Faradisation) 等を施しなるべく自働乃至他働運動を行つて萎縮を防ぐことが肝要である。藥劑としてストリキニン、沃度加里等も試みられるが効果疑はしい。

12. 進行性筋萎縮症 Progressive Muskelatrophie.

原因不明であるが先天性乃至遺傳性の疾患と看做される。

(1) Dystrophia musculorum progressiva.

一定の筋系統に來る萎縮並に變性に因るもので純粹なる筋疾患と看做されるが、最近には植物神経系障礙に基因することも云はれる(吳建教授)。萎縮せる筋肉は脂肪及び結締織増殖の

ために、增量し肥大したやうに見えることが多い (Pseudohypertrophie)。5-6年以後の小兒に主として見られる。

症候。 歩行障礙を以て徐々に始まり蹣跚として歩み (watschelder od. tänzelnder Gang)。脊椎前彎著しく、一種獨特の狀を呈し。又階段を昇ることが困難になり、坐位から立ち上るには、手の助けを藉りる。又頗る表情に乏しく、肩胛骨が屢々翼狀に離れてゐることが多い。萎縮せる筋の部位は、以上でも判る通り腓腸筋に最も著しく、上肢では Deltoideus, Infraspinatus, Triceps 等に、又は脊筋、腰筋、臀筋等も侵される。腱反射は保持され、知覺障礙、纖維性抽搐 (fibrilläre Zuckung) 等は缺如する。

療法は概ね無力であるが近來 Adrenalin 反覆注射が試みられる。経過は徐々ではあるが豫後は不良である。

(2) Frühinfantile spinale progressive Muskelatrophie.

生後一年以内に發するもので、下肢の萎縮を以て始まり。次で脊、項、肩及び上肢筋に及び、更に小手筋から腹筋、肋間筋を侵し、遂に顔面筋の萎縮を來す。之等の萎縮筋には纖維性抽搐 (fibrilläre Zuckung) を認め、腱反射消失し、電氣反應も減弱する。假性肥大を伴ふことはない。

本病は、脊髓前角灰白質の變性に因るものと云はれ、療法は殆んど無力である。稀有の疾患に屬する。

(3) Progressive neurale Muskelatrophie (Peronealtypus).

甚だ稀有ではあるが、年長兒に來る腓骨神經部位 (Peronealgebiet) の麻痺であつて。足背の舉上が障礙され、歩行時には足尖端を地面にすりつけ、脚を高く舉げて歩き (Steppergang 鶴狀歩行)。又は上肢及び手も侵されて所謂 Klauen- od. Krallenhand (鷲手又は鉤手) となる。其他深部反射消失、纖維性抽搐、電氣反應減弱等を示す。

13. 其他の遺傳的疾患

(1) 家族性黒内障性癡呆 Familiäre amaurotische Idiotie.

歐米では、ユダヤ系の小兒に主として來ると云はれるが、本邦では極めて稀有のものらしい。發病は大概2年頃で、それまで全く健康であつた小兒が、漸次ボンヤリして來、視力が衰へて、遂に全く盲になる。のみならず聴力其他の精神機能もすべて漸次減退して、遂に癡呆となり。筋力も次第に萎縮麻痺して、全身が弛緩し、殆んど運動を行なはぬやうになるが、腱反射は屢々亢進すると。眼底變化は特有で、黄斑部 (Macula lutea) は限局性灰白色に變じ、中心窩 (Fovea centralis) に暗赤色の斑點を生ずる。青年型 (juvenile Form) と稱する、10-16年頃に始まるものもあると云ふことである。

(2) 遺傳性運動失調症 Hereditäre Ataxie (Friedreichsche Kr)

4-7年頃から徐々に發するもので、靜止時並に運動時の運動失調 (statische u. lokomotorische Ataxie)、膝蓋腱反射消失、眼球震盪及び拇趾を伸展したる内齧足等の特徴とする。靜止時に於ても頭、四肢等を常に揺り動かし、歩行は頗る蹣跚たるものがある。智力障害を伴ふことはあるが、知覺異常を見ることはない。

Marie氏小腦性運動失調症 (Héredo-ataxie cérébelleuse) なるものでは、歩行蹣跚は一層甚だしく、膝蓋腱反射は消失せずして却て亢進することがあり、屢々斜視、眼瞼下垂、視神經萎縮等を伴ふと云ふ。

B. 機能的疾患 Funktionelle Erkrankungen.

14. 癲 癇 Epilepsie.

癲癇は小兒期に甚だ多いが、其症狀は大人のそれと殆んど同

様である。一般に癲癇と稱するものの中には、症候性癲癇 (symptomatische Epilepsie) と眞性癲癇 (genuine Epilepsie) との二つがある。前者は腦の器質的障碍に因るもので、小兒では腦性小兒麻痺の一症狀として現はれることが多い。又腦病變が皮質のある部位に限局された場合には、所謂腦皮質癲癇又は Jackson氏癲癇 (Rindenepilepsie od. Jacksonsche Epilepsie) として、四肢のある限局した部位又は半身にのみ痙攣發作を生じ、意識濁濁を伴はぬものもあるが、之れ等は本來の癲癇とは區別すべきもので、本章に述べるものは眞性癲癇のことである。

眞性癲癇 (genuine Epilepsie) の原因としては、遺傳的關係が最も重きをなしてゐる。本症は其發作の工合からして、大發作 (grosse Anfälle)、小發作 (kleine Anfälle od. Petit mal)、癲癇均等症 (psychische Äquivalent) の三者に區別される。

(1) 大癲癇發作 (grosse epileptische Anfälle)。突然に全身痙攣を起し、意識濁濁、チアノーゼ、瞳孔散大強直等を呈す。痙攣は初め強直性 (tonisch)、次で間代性 (klonisch) となり、口から泡を出し尿又は糞便を漏らすことがある。此發作は十數秒乃至數分に及んで漸次緩解し睡眠に陥つて止むを常とする。發作間隔は、數日、數月、數年等種々であるが時として連続的に頻回に繰返すことがある (Status epilepticus)。前兆 (Aura) は小兒には割合少ない。

(2) 小發作 (kleine Anfälle od. Petit mal)。小兒に多く、突然に極く短時間の失神状態、眩暈様發作又はボンヤリすると云ふ程度のもので、其時に患兒は蒼白になり、又は表情が變り話を途切らせ、又は手にした物を落す等のことをやるが、間もなく舊に復して遊戯等を續ける。又時としては點頭又は旋頭痙攣などを呈することもあり (Epilepsia nutaus)、又は突然轉倒し或は驅け

出す等の事もある。

(3) 癲癇均等症 (psychische Aequivalent)。一時的に精神朦朧又は狂躁狀に陥り興奮し怒責して四圍の狀態を理解せず異常の行動を行ふのであるが、小兒殊に幼兒には稀である。

豫後。治癒することもあり得るが、多くは漸次智力障碍乃至性格の變化を來し理解力に乏しく怒り易く利己的に傾く。豫後から云ふと、發作開始の遅いもの、回數少ないもの及び早く適當の治療を受けたものは多少佳良である。

診断。乳幼兒では痙攣を起すことが甚だ多いので、それが果して發熱胃腸障碍中毒症狀或は其他の原因によつて起つたものでないか否かは常に注意して鑑別する必要がある。殊に痙攣性素質の幼兒では感冒驚ろき怒り便秘、蛔蟲等の如き極めて軽度の刺激でさへも痙攣を起し易いのでそれ等との區別は容易でない。乳幼兒に癲癇様發作が現はれても既往歴又は其後の経過等を十分に考慮した上でなければ癲癇の診断は下せない。反對に點頭痙攣チック病又は單なる失神發作等は屢々癲癇の一症狀となるから注意して區別しなければならぬ。

ヒステリー性痙攣は意識濁濁乃至記憶乏失を伴はず精神的感動により容易に影響され且つ甚だ神経質である點。及び發作のために外傷をうけることなく瞳孔反射存在すること等によつて鑑別されるが必ずしも常に容易ではない。

療法。食餌は刺激性少なき植物性のものがよく。食鹽を少なくし且つ過食を避け便秘を防ぐことが肝要である。酒類は嚴禁である。ワ氏反應陽性ならば驅黴療法を行ふ。眼の屈折異常 (Refraktionsanomalie) ならば之を補正する必要がある。

藥劑としては昔から臭素劑 (Na., K., od. Ammon. bromati) が最

も賞用され、其大量 (2-3 年でも一日 5-6 g. 位、年長兒には 8 g. 位) を連用するのであるが其際食鹽を制限するがよい。Luminal, Sedobrol 等も屢々用るられ。Status epilepticus に対しては抱水クロラル等が用られるが、一時的饑餓を施すことも效がある。輕症では登校は差支がないが過勞はすべて避けなければならぬ。

15. 痙攣素質 Spasmophilie od. Spasmophile Diathese.

Spasmophilie と稱するものは末梢神經が平流電氣 (galvanisch) 並に機械的刺戟に對し過敏狀態であるために屢々痙攣を起し易い者を云ひ。テタニー (Tetanie) は其代表的のものである。歐米には甚だ多いとされてゐるが近來は著しく減少した。我國には昔から稀有とされてゐる*。

原因及び病理。遺傳的關係が重視されるがそれよりも重大なことは生活狀態の惡るいことに存し、佝僂病と同様に新鮮な空氣殊に日光の不足が重大因子になつてゐるらしい。肝油、紫外線乃至 Vitamin D が有效なことは佝僂病と同様であるが。然し血液化學の見地から見れば兩者は明らかに異なつてゐる。即ち本症では血液中のカルシウム量が減少し磷は却て増加を示してゐる (佝僂病では石灰量は殆んど減少せず磷が著しく減少する)。又尿には磷酸鹽及びアンモニア排出減少し、幾分 Alkalosis に傾く (佝僂病では反對に Acidosis に傾く)。

* テタニーと佝僂病とは、密接の關係があり、佝僂病性小兒は屢々テタニーを起すと云ふことであるが。Vitamin D の發見以來、歐米では佝僂病の豫防並に治療が充分になつた結果、テタニーも、それに伴つて激減したと云はれる。本邦では佝僂病が少ないから、従つてテタニーも少ないのであらう。

人工栄養児に殆んど限られ母乳栄養児に見ることは殆んどない。年齢は6-14ヶ月に最も多く、3-4ヶ月以内の乳児には稀有、2年以上にも比較的少ないことも特徴とされる。季節は春季に最も多い。

症候。平流電氣に対する過敏 (elektrische Übererregbarkeit) としては AÖZ. が 3 Milliampère 以下で起り、KÖZ. が 5 Milliampère 以下で起る (Erb 氏現象)。機械的刺戟に対する過敏 (mechanische Übererregbarkeit) としては顔面神経幹を頬部で輕打する時顔面筋の搐搦を起し (Facialisphänomen od. Chvosteksche Zeichen)。又上膊をゴム紐で締め或は指で二頭膊筋溝 (Sulcus bicipitalis) を壓迫すると手に強直痙攣を起して所謂産科醫手 (Geburtshelferhand) を呈する (Trousseau 氏現象)。以上が痙攣素質として特有の症状であるが其他は病症によつて多少宛異なる。

1) 聲門痙攣 Stimmritzenkrampf (Laryngospasmus od. Glottiskrampf).

軽いものでは、笑ひ又は泣く等の興奮時に、一種の笛聲 (tönende od. juchende Inspiration) ある吸氣をするだけであるが。重い時には突然呼吸が止まり、蒼白となつて頭を垂れ、呼吸をしやうとするも出来ず。眼球突出し、チアノーゼを呈し、冷汗を出して遂に昏睡に陥り、四肢をダラリとして、一見窒息死に陥つたやうになるが。暫らくして著しい笛聲と共に深い吸氣を行ひ、漸次普通の呼吸を営むやうになるも、數分間は尙ほ不安、倦怠状を示すが、間もなく平常の状態に復する。但し時としては此呼吸停止發作中に、心臓麻痺で斃れることもある。此のやうな發作は、一日十數回以上に及ぶことがあり、興奮によつて誘發される。乳児に多い。

2) 痙攣(急痙) Konvulsion (Eklampsie).

意識混濁を伴つた痙攣様發作で、全身痙攣のこともあり又は局限性のこともある。持續時間は $\frac{1}{2}$ -2 分位を常とし、屢々發熱を

伴ふ。此發作も乳児に多く、殊に消化障碍の經過中に屢々發する。痙攣との區別は、發作だけでは不可能で、其後の經過(長づるにつれて治癒する)並に刺戟興奮性を檢せねばならぬ。

3) テタニー痙攣 Tetaniekrämpfe (Karpopedalspasmen).

特異なる手の強直痙攣で、凡ての指を伸したまま掌を中心として寄せ、手關節で屈げ (Geburtshelferstellung)。足も亦同じやうな状態にする。此發作は通常數時間續き、疼痛を伴ひ、屢々手足背に浮腫を生ずるが。意識は普通明瞭である。時として此状態が數日乃至數週持續することがある (persistente Tetanie)。本發作中に聲門痙攣乃至全身痙攣を起し、又は心臓死を來すこともある。

豫後。痙攣素質其ものは、伸々消失するものではないが、上記の發作は適當なる治療で、間もなく治癒し得、長するにつれて起らぬやうになる。然し其後に於ても神經質となり、智力障碍等を殘すことがあるが、約 $\frac{1}{3}$ は全く治癒すると云はれる。又夏期に至れば、何等の治療を施さずとも發作起らぬことが多い。

診断。痙攣との區別は容易でない。又乳幼兒では、電氣及び機械的刺戟過敏性を示すことなしに、發熱、消化障碍、細菌毒素等のために、痙攣を起すことが多いが。それ等の大部分は本病とは全く別種のものである。兎に角我國には少ないらしい。

療法。人乳を最良とし、新鮮なる空氣、充分なる日光に浴せしめることが第一で。其他肝油殊に鱈肝油、人工太陽燈、Vitamin D 等、すべて佝僂病の療法に準ずる。聲門痙攣、急痙等の如き危急なる場合には、下劑を與へ、灌腸、洗腸等を反覆し。又は抱水クロラル、ウレタン等を投與し、或は腰椎穿刺を行ふ。

16. 小舞蹈病 Chorea minor.

舞蹈病様運動 (choreatische Bewegung) を主とし、精神的變化を伴ふ一種の Neurose で、幼兒には少なく、學童に最も多い。神經質的

遺傳關係も考へられるが精神的ショック(過勞、驚愕、心痛等)が誘因となることは確かである。關節ロイマチスとの關係も重視され關節痛又は心内膜炎等を作ふことがある點からして本症はロイマチス性疾患とも看做されるが病原菌は不明である。病理解剖的變化は明らかでないが小腦連合臂(Bindecarm)から小腦にかけて廣い部分に障礙を起すものとも看做される。

症候。 舞蹈病運動とは均衡を缺いた個々筋肉群の發作性不隨意搖擻であつて身體各部に起る。患兒は常に不安で然かも身體の何處かを動かしてゐる。例へば肩を搖り腕を動かし手を開いたり屈けたり引き付いたり頭を動かし顔を歪めたり脚を動かしたり絶えず發作的に繰返す。其ために書字其他の手技が甚だ拙劣になり歩行困難を起して轉倒し易くなり言語障礙も現はれる。此動作は興奮又は注意を集注すると一層激しくなるが睡眠中は止むを常とする(但し稀には睡眠中に著しいこともある Chorea nocturna)。精神症狀としては不機嫌過敏、怒り易く自分の考を纏めることが難く學業は劣つて來る。

以上の如き特有の症狀の外に筋緊張減退し四肢が弛緩して起立不能に陥ることもあるが。膝蓋腱反射は通常減弱を示さぬ。心臟症狀としては不整脈、雜音等を認めることがある。稀には半身舞蹈病(Hemichorea)なるものもある。

豫後。 發病は割合に速かであるが経過は緩慢で治癒までには數週乃至數月を要し、再發することも稀でない。死亡することは少ないが約1—3%、其場合には敗血症性心内膜炎に因ると云はれる。

診斷。 特有の症狀から容易であるが他に原病があつて腦疾患(來たものでないか(symptomatische Chorea)は常に區別しなければならぬ(殊に Hemichorea の場合)。又眞似をした爲め(Chorea hysterica)でないかにも注意を要する。

療法。安靜を第一とし學校を休ませすべての刺戟を避け溫浴等を行ふ。重症では臥牀させ嚥下障礙の起ることがあるから食餌には常に注意を要する。藥劑類では鎮靜劑、砒素劑(Liq. Fowlerii)等が用ゐられ最近では Nirvanol を賞用する人が多い。Salvarsan 注射も屢々奏效する。サリチル劑は效がない。

17. ノイローゼ Neurosen.

(1) チツク病 Tic-Krankheit.*

一種特有なる痙攣様顔面搖擻(顔を歪め、眼をバチバチする、額に皺を寄せる、口を歪めて齒をむき出す等々)。又は頭を振り、肩を搖り、手を握り、或は飛び上る等の如き發作的運動を繰返すもので。之等は大抵以前に其局所に何か異常刺戟があつたために始めたものであるが、其等の刺戟が消失した後まで習慣的に持続せるもので。意識的に一時は多少制禦することが出来るが長く續かず、一生懸命になると却て起ると云ふ様な性質がある。但し近來は線狀體(Striatum)附近に病變のあるためと云ふ説もある。癲癇小發作に於けるもの、又は點頭痙攣に幾らか類して居り、劃然と區別し得ぬものもある。

暗示療法を試み、砒素劑、鎮靜劑等も用ゐられる。

(2) 憤怒痙攣 Wutkrampf (Respiratorische Affektkrampf).

* Tic convulsif と稱するものは、主として顔面筋痙攣を意味し。Tic général (広汎に亘つて起つたものを云ふのであるが、いづれも殆んど同意味に用ゐられる。Maladie de tics などと云ふのも同様である。

興奮時殊に憤怒時に突然呼吸停止を起して失神する疾患で、2-5年の神経質の者に多い。発作時には深い吸気の後で呼吸を止め、眼球上竄、全身痙攣、チアノーゼ、昏睡に陥るもので。発作持続時間は十数秒である。発作は痙攣性素質に於ける聲門痙攣に類するも、電気及び機械的刺戟に対する過敏を缺く。豫後は佳良で長づるにつれ治癒する。

療法。発作は大抵自然に緩解するから、頭顔等に冷水を注ぐ必要は先づない。環境を變換させる意味で、家族から一時遠ざけることは良い。薬剤はプローム等が用ゐられる。

(3) 夜驚症 Pavor nocturnus.

睡眠中に突然眼を覺まし、不安又は恐怖に襲はれ泣き叫び又は驅け廻つて、兩親の言葉にも耳を藉さぬが、暫らくして鎮靜して再び眠る。発作中は周囲を認識せず、又翌朝之を記憶することがなく。毎夜之を繰返すことが多い。2-8年位の神経質又は虚弱兒に見られ。精神的感動興奮は誘因になり、就臥前の飽食、膀胱充満、腸寄生虫等も誘因となるが、慢性鼻炎又は扁桃腺肥大等に因る呼吸困難に因することも多いと云ふ。癲癇のpsychische Äquivalentに類する處があるが、夜間睡眠中にのみ突然起る點が異なり。且つ豫後は佳良である。

療法。原病と思はれるものあらば、其治療をなし。夜間の過食を避け、排尿に注意し、且つ精神感動を起さず如き談話、繪本又は讀物を禁じ、プローム剤を用ゐるが、効果あるは催眠劑を2-3日に互つて投與することである。

(4) 點頭痙攣 Spasmus nutans und rotatorius.

頭を前後又は左右に、痙攣様に動かすもので、4-5ヶ月以後2-3年頃までの幼兒に見られ。數週、數月或はそれ以上も續き、屢々眼球震盪を伴ふ。此發作は癲癇小發作に於けるものに餘程類似して居り、又實際癲癇の一症狀であることが少なくない。又佝僂病と大いに關係があり、空氣、日光の缺乏が原因となると見る人もある。痴呆兒には屢々該發作を伴ふことがある。

佝僂病に対する療法を施して效あることがあると云はれ、臭素劑其他の鎮靜劑等も用ゐられる。

18. 神經質症 Neuropathie (nervöses Kind).

神經質の乳兒は異常に驚ろき易く、眠りが浅く。且つ屢々不安狀で落付かず、輾轉反側し、足をバタバタし、指を吸つて潰瘍を作ることがあり。時として筋強直狀となることがある。又習慣性に嘔吐し、便は屢々粘液を混じり、不消化便になり。顔色蒼白で、理由なく泣き叫ぶことがあり、又失神に陥ることもある。

幼兒では、下痢することは少ないが、異常に過敏であつて、怒り又は叫び、家庭内の暴君となり易い。食餌の好惡が激しく、氣に入らぬ食物、又は不快の物を見て嘔吐を起すことがあり、利己的である。身體上では、血管運動神經系が過敏であるために、脈搏、血壓等が不定で、皮膚は蒼白となり、Dermographismusを認め、體温は一般に高く、數ヶ月間原因の判らぬ輕熱を見ることがある。臆反射は一般に亢進するも、時として著しく減弱する。

長づるに及んでも皮膚蒼白(貧血にあらず)は多く著明で、學童に於ては屢々頭痛を訴へ、殊に早朝から存することがある。食慾不振、胃部膨滿、便秘又は嘔吐を伴ひ、殊に嘔吐は毎早朝に生じ

(神経性嘔吐参照)腹痛を訴へることが多い、睡眠障碍は尙ほ続いて、夜眠りに入ること難く、朝起きることを嫌ふ。のみならず夜驚症・夜尿症等を屢々起す。精神機能も悪るく、疲勞し易く、注意力散漫である。

豫防及び療法、適當なる教育と健全なる周囲とが最も必要で、之を除いては良法がない。健全なる小兒と遊ぶことは甚だ必要で、其意味に於て幼稚園・小學校などは、矯正に役立つ。戸外で遊ばせることは大いに良い(Waldschule od. Ferienkolonie)。食餌は植物性のものが良く、野菜果實を多くし、牛乳・肉・鶏卵等は多くない方がよい。水治療法乃至強固法は、適當に行ひば效があるが無理に強いてはならぬ。暗示療法は大いに良い、其意味からして醫師の個人關係も重要である。

19. ヒステリー - Hysterie.

小兒のヒステリーは、一般に考へられてゐるよりも多い。年齢は、多少なりとも自己意識の生ずる頃、即ち2-3年からであるが、普通は學童に多く、男女別は大人の如く明瞭でない。原因として神経質(Neuropathie)の存することもあるが、決して之は重大ではなくて、純然たる四圍の影響(Milieuschädigung)に因るものが多い。即ち精神的激動例へば驚怖・不安・悲嘆等を認め得るを一般とするも。又器質的疾患によることもある、例之感冒で臥床した結果として起立歩行不能に陥り、或は喉頭炎からして無聲症を發すると云ふやうな例である。又17章に述べたNeuroseの如きも一種のヒステリーで、模倣によつて舞踏様運動(Chorea hysterica)、震顫或は吃音を生ずる如きも亦本症の一種であらう。

症候。極めて多種多様で一定せず。殊に所謂ヒステリー特徴(hysterische Stigmata)と稱する。壓又は痛點、知覺消失帶乃至視野の縮小等は、小兒には稀有であるために、勢ひ其他の不定症狀から判断しなければならぬ。而して其症候たるや、場合によつてそれぞれ異なり、一括して述べることは難いが。然し其症狀或は動作・態度等が普通でなく、一種異常の感を與へる點は、すべてに共通である。顔貌多くは煽情的(leidenschaftlich)であるが時には反對に茫然自失、或は痴愚様に見えることもある。屢々見られる症狀は、頭痛・呼吸困難・鼓腸・不眠・不安・驚怖發作・強迫觀念・幻想・狂暴發作、或は歩行乃至運動障碍等であるが。痙攣發作・失神發作、又はカタレプシー發作(Katalepsie)等は、女兒に往々見ることがあり。稀には起立歩行不能(Astasie u. Abasie)等を生ずることもある。智力障碍は一般に認められぬが、性格は大いに變化し、憂鬱・狂騷・多辯又は無言等色々の状態を現はす。

診断。器質的疾患の有無に對して深甚の注意を拂ふ必要があり。それ等の症狀が原病に因るものでないことが明らかで。然かも暗示又は四圍の状況によつて、容易に影響され、或は發作を誘發し得る時は、略々確かであらう。

療法。安靜を旨とし、原因と思はれるすべての刺戟を避けることが第一であり。其目的で家族から一時隔離し、又は入院させることは大いに效がある。患兒に對し、四圍の注意を集中することは發作を誘發し易いからなるべく無關心の態度をとるがよい。治療的處置としては暗示療法を主とするので、醫師に對する信賴が極めて必要であり、醫師の如何によつて、治癒機轉に大影響がある。従つて信用せる醫師の施す方法ならば、種類、方法の何たるを問はぬ。

20. 精神薄弱低能) Schwachsinn.

(魯鈍 Debilität, 痴愚 Imbezillität, 白痴 Idiotie).

魯鈍痴愚及び白痴の別は、單に程度の問題に過ぎず。精神機能發育の途中にあつて尙ほ不充分なる幼兒期以前に、之等を劃然と區別することは不可能に屬する。

器質的腦疾患例之腦炎・腦膜炎・腦水腫・其他腦性小兒麻痺を來すものは、すべて低能の原因となり得る。實際低能兒には、屢々腱反射亢進・四肢強直又は弛緩・頭蓋變形等の症狀を伴ふことが少なくない。又粘液水腫、Dystrophia adiposogenitalis 其他の内分泌性疾患により低能となることもあり。反之、以上の如き後天性疾患に因ることなく、先天性に低能である者も少なくない。先天性には、分娩外傷・酒精中毒又は黴毒等に基因することが多く。又精神病體質、所謂變質性の體質も原因になるが、又全く何等原因と思はれるものの認められぬ場合もある。腦に器質的變化のある者は別として、然らずと思はれる者でも、精密なる組織學的檢索によれば、腦皮質の發育障礙が認められる。

症候。身體的には、頭蓋及び顔面の變形又は不整、耳殼の畸形、生殖器異常 (Kryptorchismus の如き)、斜視、其他の所謂變質性徵候 (Degenerationszeichen) を認めることが少なくない。乳兒期に於ては、身體の運動機能、例へば頭の据はり・起坐・起立・歩行等が一般に遅れ。言語は殊に遅延し、且つ不明瞭で癲癇様發作を起すことがあり、痛覺は一般に鈍い。

白痴には、遲鈍型 (torpide Idiotie) と運動型 (agile od. versatile Idiotie) との二つがあり。前者は周圍に對し全く反應なく終日床中にボンヤリとし動かずにゐるが、後者は反對に、絶えず體を動か

し、床上に輾轉し、年長兒では常に動き廻つて、一時も靜止せぬ。身體の發育は、何等の障礙を受けぬ者と著しく障礙され、強直又は弛緩狀になるものがある。精神機能障礙は云ふ迄もなく。又屢々手淫に耽るものがある(後章手淫參照)。

診斷。乳兒期に診斷することは容易でないが、顔貌並に動作に注意することは極めて肝要である。母又は家族と他人とを識別せず、全く人見知りをする事なく、玩具等に對して興味を持たぬ者は疑はしい。やや長じて言語の甚だ遅れるもの、自分の物と他人の物との區別の出來ぬもの等も甚だ怪しい。又終日ボンヤリしてゐる者、反對に寸時も靜止せぬ乳兒。或は頭の甚だ小さい者、大顛門の閉鎖が早すぎるものも疑ふべきである。診斷を確定し、又は程度を決めるには、一定の法式に従つて智能検査を試みなければならぬ。

療法。粘液水腫に因するものは治療可能だが、其他は無爲である。年長兒には低能兒教育を施さねばならぬ。

XI. 血液疾患並に出血性素質 Blutkrankheiten und Blutungsbereitschaft.

A. 貧血 Anaemie.

貧血とは血液量の減少の意味であるが、臨床上の判断では、赤血球減少 (Obigozytose)、及び血色素減少 (Oligochromämie) を示すものを云ふ。一般症状としては、皮膚粘膜の蒼白を主徴とするが、それに伴つて頭痛、不眠、食欲欠損、體力薄弱、活氣に乏しく、心悸亢進等を示し、時として便秘、嘔吐を訴へ、著明な時には、心臟濁音界の擴大、心臟雜音等を認め、又は肝脾腫大を來すことがある。但し必ずしもそう云ふ症状があるとは限らず、單に貧血と云ふ以外に何等の症状を伴はぬ場合もある。

小兒は大人に較べて、甚だ貧血を起し易い。と云ふのは小兒が發育の途中にあるため、一般の組織、臟器などが盛んに發育すると共に、造血臟器(主として骨髓)も亦旺盛なる發育を営むので、刺戟に對して極めて感じ易く、影響をうけ易い。従つて大人では、何等害を及ぼさぬやうな原因でも、小兒では、障碍を及ぼし、貧血を起し易い。例へば食餌性貧血などは、其適例であらう。

貧血の種類は種々雑多で、其分類も人によつて異なるが、最も理論的と思はれ、且つ近來採用されてゐるものは、次の分類法である (Pfaundler 氏による)。

1. 一次的の造血機能障碍に因る貧血。

a. 先天性或は早期の造血機能減退によるもの。

早産兒、滲出性素質、佝僂病等の貧血が之に屬する。體質性

貧血と稱するものと、略々同意義である。

b. 食餌性貧血 alimentäre Anaemie.

離乳不適當、又は其他食餌の關係で起るもの。

c. 細民貧血又は學校貧血 Proletarianämie u. Schulanämie.

生活状態の不良、例へば狭い室に多數群居し、又は換氣、日光、濕度、温度等の關係が、非衛生的なために起る貧血で、乳幼兒に見るものは、佝僂病とも關係がある。住居の非衛生的なためのみでなく、不潔にすることも、大なる原因になる。

d. 萎黄病 Chlorose.

思春期以後の婦人に多いと云ふことで、過勞、非衛生的生活が誘因となると云はれるが、我國には稀有で、殊に小兒科には關係が少ない。

2. 失血性貧血。

外傷による出血の外に、胃腸出血(潰瘍、十二指腸蟲等)、痔出血等に因る貧血の意味で、最も簡單である。

3. 溶血性貧血(又は毒素性貧血)。

a. 血管内で溶血作用を起すもの。

發作性血色素尿症 (Paroxysmale Hämoglobinurie) (後述)

b. 其他の血液毒素による貧血。

鉛、水銀、砒素等。腸寄生蟲(絛蟲、蛔蟲等)毒素。及び細菌性毒素、例へば結核、黴毒、化膿性疾患、腎盂炎、其他傳染病に基因する貧血が、之に屬する。

c. 其他原因不明のもの。

惡性貧血 (perniziöse Anämie)、再生不能性貧血 (aplastische Anämie)、Jaksch-Hajem 氏貧血等が主なものであるが、其他山羊乳貧血 (Ziegenmilchanämie)、溶血性黃疸貧血 (haemolytische Ikterus mit Anaemie)、Banti 氏病等も此中に屬するものであらう。不明の貧血ではあるが、最も問題になり、且つ興味のあるは、此等のもので

ある。^{*}

1. 食餌性貧血 Alimentäre Anämie.

離乳期殊に満一年前後になつて、それまで全く貧血がなく、健康であつた乳児が、何等原因と思はれる疾病なく、且つ元氣はあまり變りがないに係らず、何時とはなしに漸次貧血することは、日常屢見する處である。そう云ふ貧血の大多數は、原因が全く食餌其ものに存するものと看做され、これを食餌性貧血と稱する。而して此の如き貧血を來す食餌の關係は何であるかと云ふに、饑餓乃至單なる食餌不足だけでは決して著明なる貧血を起すものでないことは、痙攣性幽門狹窄症に貧血の起らぬ點からしても判るであらう。

原因。 然らば何故に此の如き貧血を生ずるのであるか。乳汁の鐵含有量が極めて僅微であることは、既に栄養の章で述べた通り。人乳中の鐵量だけでは、乳児の造血作用殊に血色素生成に必要なだけの鐵を供給し得ぬのであるが、牛乳に至つては一層不足である(人乳の $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{4}$)。此ことが食餌性貧血の主なる原因となつてゐるのである。

乳児は、出生時には母體からかなり多量の鐵分を貰つて生れるもので、其鐵分は主として肝臓中に貯藏され、生後半年位迄は、乳汁中の鐵不足は、此肝臓の貯藏鐵(Eisendepots)によつて補つてゐるのであるが、生後7—8ヶ月以後即ち離乳期に達する頃には、貯藏鐵の大部分を消費し盡すために、其後の生活では食

^{*} 此の如く貧血には多數の種類があるが、之等の中(1)に屬する滲出性素質、佝僂病等に因するものは、其等の章に述べてあり。早産兒の貧血は特別に云ふ必要なく、又食餌性貧血の中にも述べてあり。細民、學校貧血及萎黃病は、簡單に分類中に記載してある。それ故茲には、其他の主なものだけを述べる。

餌から必要だけの鐵を補供せぬと、赤血球殊に血色素生成に障礙を及ぼし、其結果として貧血を來すのである。早産兒が貧血に傾き易いのは、出生時の肝臓貯藏鐵の量が少ないことも一原因である。

但し食餌性貧血の原因を、單に鐵不足にのみ歸することは早計であつて、其他にも血色素生成に必要な缺くべからざる物の、乳汁中に缺乏せることも考へられ、Histidin, Pyrrolartige Gruppe等が擧げられてゐるが、まだ明らかではない。カルシウム其他の鹽類, Vitamin 殊にC等も、勿論關係があらう。

診斷。 離乳不適當、又は其他食餌の關係から起るもので、他に特殊の原因を認められぬものを云ふのであつて、早産兒の貧血の一部は之れに屬するも、全部ではなく、先天的の造血機能不全に因るものもあり。又滲出性素質、佝僂病等に於ける貧血(所謂體質性貧血)等は、幾分之れと異なる。又細民貧血或は學校貧血等と稱するものも區別すべきものである。本症の血液像では、血色素量が異常に少ない(60—50%、或は以下)ことを特有とし、赤血球數は餘り著明の減少を示さぬ。

療法。 適當の時期に離乳を行ひ、鐵其他の鹽類, Vitamin等に富める食餌を與へることが第一である(離乳の章参照)。離乳期に與へ得る食物中で、鐵含有量の比較的多いものは、卵黄果實(就中林檎)、野菜(ホーレン草、馬鈴薯、人參、トマト、豆類等)、玄米(主に重湯又は穀粉として)等である。^{*} 鐵劑(還元鐵、炭酸鐵、乳酸鐵、或はグルトーゼ、フェラトーゼ等)を與へることも効果があるが、食慾との

^{*} 食品中の鐵含有量(乾燥物質100g.中の鐵量をmg.で示す)。卵黄 10.4—23.9。ホーレン草 32.7—39.1。林檎 13.2。馬鈴薯 6.4。豆 6—8。米 1.7—1.9。小麥 5.5。乾燥人乳 2.3—3.1。

關係を顧慮する必要がある。

肝臓療法(Lebertherapie)は本症のみならずすべての貧血、殊に悪性貧血に對して賞用される。此法は既に16-17年前に Czerny 氏が貧血小兒に對し肝臓食を試みたことに始まるらしいが一般的に應用され且つ多数の肝臓製劑が出たのは數年前のことである。肝臓食療法は仔牛又は鳥の肝臓を煮て磨りつぶし粥狀とし或はスープ様にして與へるのであつて。用量は乳兒には一日量20-30g、幼兒には其3-5倍とし、3-5週続けるのであるが。嗜好上困難に遭遇することがあるので、其缺點を除く目的で、肝臓を乾燥粉末とし、或は有效成分を抽出したもの(Leberextrakt)等が最近多数に製出されてゐる。

肝臓療法の理論としては、肝臓中に多量の鐵が含まれてゐることが重視されるが、^{**}勿論それだけではなく、他にも赤血球及び血色素を構成するに必要な基質、又は骨髓の赤血球新生機能を旺盛ならしめる物質が含まれ、或は多量の Vitamin (A, C, 就中 B)を含むことに意義があると看做される。又肝臓中に造血ホルモンがあると云ふ説もあるが尙ほ明瞭でない。

附 山羊乳貧血 Ziegenmilchanaämie.

山羊乳によつて榮養された乳幼兒に見る、一種の食餌性貧血であるが、之れは食餌成分の缺乏と云ふよりは、寧ろ一種の毒素性貧血と看做すべきもので、山羊乳の脂酸油酸ヒヨレステリンエステル等が有害であるためと云はれる。

* 肝臓製劑としては Hapatrat, Hepatpurin, Hepatogen, Hepatpson, Leberextrakt, Ferripan, ヘパチン, ヘパン, ヘパトゼ, ヘリパン, バンリパー, 理研レバー等々ある。

** 犢生肝 100g. 中には 8.2mg. の鐵が含まれ、丁度乳の約 4-5 立中の鐵量に相當すると。

2. ヤックシ、ハイエム氏貧血

Jaksch-Hajemsche Anämie.

(假性白血病性貧血

Anaemia pseudoleucaemica infantum)

生後6ヶ月乃至2-3年の幼兒に主として來るもので、高度の貧血と共に著しい白血球增多を示し、肝脾腫大を伴ふ疾患である。主として人工榮養兒に見られ、下層階級に多く、尙^{*}僂病と關係があると云はれる。

症候。皮膚蒼白、衰弱、食慾不振、頭痛、嘔吐、其他の貧血症狀が著しく、加ふるに肝臓殊に脾臓の著明なる腫大を示すのが大體の症狀である。血液像では、赤血球數並に血色素量が著しく減少すると共に、多数の大赤血球(Megalocyten)、有核赤血球(Normoblasten u. Megaloblasten)が現はれ、大小不同(Auisocytose)、多染性(Polychromasia)等を示し、血色素係數(Färbeindex)は屢々1より大なることがある。白血球は常に増多し(Leucocytose、時として2-3萬に及ぶ)時として單核細胞(Monozyten)の著しい増加を見ることがあるが、骨髓細胞(Myelocyten)乃至骨髓母細胞(Myeloblasten)の出現は比較的少ない。

診斷。白血病とは、血液像に於て、骨髓細胞又は骨髓母細胞、或は幼若型淋巴球が比較的乃至甚だ少ない點で區別され、悪性貧血は血色素係數に於ては類似するも、白血球增多なく却て減少する點で異なり、且つ此ものは小兒期には稀有である。再生

* 本症の物質代謝障碍は、尙^{*}僂病のそれに類似し、血液中の磷酸鹽含有量が著しく減少してゐると云ふことである。

不能性貧血は幼若型赤血球の甚だ少ない點が異なる。

食餌性貧血との區別は多少曖昧であつて、兩者は程度の問題に過ぎず、本症も廣義の食餌性貧血に屬せしむべきものであると云ふ説もある。

豫後。治療によつてよく治癒し得るものであるが合併症(胃腸障礙、肺炎等)によつて斃れることも多い。

療法。食餌上には新鮮なる野菜果實等を多くし、殊に Vitamin に富めるものを與へ。鐵劑又は砒素劑を投與し、日光又は人工太陽燈照射を試みるが、肝臓療法は殊に效果ありと云はれる(食餌性貧血の療法参照)。

3. 再生不能性貧血 Aplastische Anämie.

(Aregeneratorische Anämie)

多くは學童、稀れに幼兒に見られる高度にして進行性の貧血で、血液再生機能、殊に骨髓の造血機能が甚だしく減退することを特徴とし、血液像では赤血球(白血球も)が著しく減少するのみならず、大赤血球、有核赤血球等の幼若型が甚だ少なく(又は缺如し)且つ大小不同 (Anisozytose) 等も殆んど示さぬ。血色素量は甚だ低下するも血色素係数は 1 に近く、血小板(Blutplättchen)も著しく減少する。其他食慾不振、頭痛、嘔吐等を發し、出血性素質を來し、屢々發熱を伴ふ。肝、脾腫大は軽度である。

豫後は不良で、早きは數週、遅くも數月乃至 1 年位で斃れるのが普通である。療法としては一般貧血療法を行ふのであるが、輸血を反覆することは多少效があると云ふ。診斷は血液像による外はない。

4. 其他の貧血

(1) 惡性貧血 Perniziöse Anämie.

大赤血球 (Megalozyten, Megaloblasten) の多數に現はれるのが特徴である。血色素量は赤血球數と共に著しく減少するが、血色素係數 (Färbendiex) は常に 1 以上である。白血球減少 (Leucopenie mit relative Lymphocytose) し、血小板減少 (Thrombopenie)。血清は Hämatin 増量のため暗黄色を帯び、血液凝固が甚だ遅延し、従つて出血性素質を示す。

小兒には稀有。豫後極めて不良であるが、充分なる鐵療法、肝臓療法、又は反覆輸血を行ふ時は、幾分效があると。

(2) 家族性溶血性貧血 Familiäre hämolytische Anämie.*

赤血球の抵抗力 (Resistenz) が著しく減弱 (正常抵抗は 0.42-0.48% 食鹽水に相當するが、本症では 0.52-0.72% で既に溶血を起す) することが特徴である。幼兒に既に著明に現はれることもあるが、學童期の方が著しい。貧血、黃疸、脾腫の三つを主徴とし、自覺症狀は割合に少ない。時として黃疸が全く缺如することもある。本症では溶血發作 (hämolytische Krise) を起すことがあるが、精神感動、寒氣、過勞等が其誘因になると云はれる。

尿には Bilirubin を全く含まぬが、若くは溶血發作時に痕跡を有する位に過ぎぬが。反之、Urobilin 及び Urobilinogen は甚だ多く、そのために尿は暗褐色を呈する。糞便の色は濃い黄褐色になるが、それは胆汁色素が甚だ多いためである。貧血の程度は色々で、それと共に赤血球數も區々である。溶血發作の後では、赤血球新生が旺盛となり、従つて有核赤血球が多くなり、且つ毛織狀物質 (Substantia reticulo-filamentosa) も増加する。

豫後は、生命に對しては、割合に危險が少ないが、治癒は不能である。療法としては、肝臓療法、鐵療法、輸血等が行はれる。溶血發作

* Hämolytische Ikterus (溶血性黃疸), Hämolytische Anämie mit Ikterus 等と云ふものは、之れと同じものである。

を止めるために、脾摘出手術を試みることもありと云ふ。

(3) パンチ氏病 Morbus Banti.

腹水、黄疸、肝臓腫大(後に萎縮)及び貧血を主徴とする、一種の症候群で、5年以上の者に見られると云ふ。

5. 假性貧血 Scheinanämie.

外観上、皮膚、粘膜の蒼白(貧血)を示すも、實は赤血球乃至血色素に殆んど異常のないものを云ふ。原因としては、表皮(Epidermis)の透過性が少ないこと。又は皮膚血管、殊に毛細管の發育不全のために、皮膚の血液が少ないこと。或は皮膚血管の攣縮(Angospasmus cutis)等が考へられる(神経素質の小兒に之れは多い)。又、身長が急激に増加する時期(7-8歳頃及び14-15歳頃)には、心臓機能が之れに伴はずして、一時的に貧血を呈することも有る(生長性蒼白 Wachstumsblässe)。學童に見る蒼白には屢々これがある。傳染性疾患又は、心臓疾患の恢復期等に見る皮膚蒼白も、屢々血液分布の不公平に因ることがある。

B. 白血病 Leukämie.

白血病は白血球成生系統の疾患で、不明なる原因によつて、それ等の組織増殖を來し、流血中に白血球の比較的増多を來し、殊に幼若未熟型が著しく増加するものであつて。白血球の絶對數増加は必ずしも問ふ處ではない。

主として増加する白血球の種類によつて、淋巴性(lymphatisch)及び骨髓性(myeloisch)の二つに分類し、且つ其發現乃至経過によつて急性及び慢性に區別するが、此區別は屢々明瞭を缺き、中間型とも云ふべきものも多い。小兒にも亦屢々見られるが、兩者の頻度に就ては、淋巴性の方が遙かに多いとされる。

6. 淋巴性白血病 Lymphatische Leukämie.

(Leukämische Lymphadenosen od. Lymphozytomatose)

幼兒に比較的多く、乳兒にも見ることがあり。大多數は急性に経過し、死の轉歸をとる者が多い。一般症状としては、發熱、倦怠、四肢乃至骨痛、頭痛、嘔吐、下痢、意識障碍、浮腫等を呈し。皮下乃至粘膜出血を生じ。頸部、頸下部其他の淋巴腺乃至扁桃腺等の腫大を來すが、肝、脾の腫脹は割合に高度でない。尿には屢々蛋白乃至圓錐が現はれる。

血液像。白血球、殊に淋巴球の絶對的及び比較的増加が著しく。幼若型(Lymphoblasten)乃至大淋巴球(grosse Lymphocyten)、若くは多核型(Riederform)等が多數に現はれるが、時として普通大の淋巴球のみが主として占めることもある。幼若白血球(骨髓性)も多少は現はれる。尚ほ赤血球及び血色素は減少し、大小不同乃至異型(Poikilozytose, Anisozytose)、多染性、鹽基性顆粒、有核赤血球、大赤血球等、すべて貧血の像を伴ふ。

病理解剖的には、淋巴腺、扁桃腺、脾臓、舌乃至腸濾胞其他の淋巴組織がすべて増殖する外。肝臓、腎臓及び骨髓等の中にまでも、淋巴性浸潤を來す。

豫後不良。早きは數週、遅きも數ヶ月で斃れるのが多い。診斷は血液所見による。

療法、Röntgen照射、輸血、砒素剤等を試みるが、多くは効果がない。

7. 骨髓性白血病 Myeloische Leukämie.

(Leukämische Myelose od. Myelozytomatose)

幼兒には少なく、年長兒に多い。發病乃至経過は、急性のこと

もあるが大多数は慢性である。従つて茲には主に慢性の症状を述べる。

一般症状は徐々として来る脾腫(Milztumor)を主とし。漸次腫大して硬い平滑なる或は多少凹凸のある著しく大なる脾腫を觸れ。肝臓も亦多くは腫大する。初めは外觀上栄養佳良であるが次第に羸瘦が加はり。蒼白倦怠呼吸困難心悸亢進頭痛等が現はれ視力及び聴力障害を伴ふことがある。尿には蛋白圓壙等が現はれ又尿酸の排泄増加し。淋巴腺腫脹もやがて起る。

血液所見。白血球増多は極めて著明で10-50萬に及ぶことがあり、其大多数は骨髄性の白血球(Leucozyten)で、殊に骨髄細胞(Myelozyten)乃至幼若型の白血球が多く、更に骨髄母細胞(Myeloblasten)も多数に出現する。赤血球數及び血色素量が減少し貧血像を呈することは淋巴性のものと同じい。

病理解剖上では脾臓の増殖肥大の外に、骨髄中にMyelozyten及びMyeloblastenが著しく増加する。

診断。血液所見によるが、そう著明でない場合には、他の貧血性疾患、殊に Jaksch-Hajem 氏貧血等と區別し難いこともある。豫後は不良で、3-5年の経過で多くは死亡する。

療法。Röntgen 照射は屢々應用され、一時的には脾腫著しく縮少し血液所見も著明なる恢復を見ることが多いが結局は死を免れず。且つ Röntgen 治療後軽快状態中往々にして急變を來すことがある。Benzol, Arsen 等は奏效が遅いけれども急變を來すことのない利益がある。然し結局は駄目らしい。

8. 綠色腫 Chlorom.

前記白血病の一種ではあるが、其白血病性細胞増殖部が灰緑

色(graugrün)又は黃色を呈する性質からして特に綠色腫と稱するのであるが。尚ほ一つの特色は、其部位が頭蓋骨殊に眼窩部、顙額部、頰部等の扁平骨に好發することであるが。軀幹骨又は皮膚等にも發することもある。

症状は部位の如何によつて異なるべきも、眼窩顙額等に多いので。普通は眼球突出し眼窩周圍又は顙額部が腫脹隆起し、然かも多くは左右均整(symmetrisch)に來るために、一種獨特の顔貌を示すものである。小兒より青年期に多い。

本症が白血病であることは既に述べたが、其性質から見れば淋巴性のものと骨髄性のものと両者があり。従つて血液所見に於ても、あるものはLymphozytomatoseであり、他のものはMyelozytomatoseである。

経過。多くは急性、豫後は不良である。療法は白血病に従ふ。

9. 白血病類似疾患*

淋巴腺腫大の著しい點は白血病に幾らか類するも組織學的にも、又血液所見に於ても全く異なるものであるが。習慣に従つて茲に記載する。

(1) 淋巴肉腫症 Lymphsarkomatose.

淋巴組織を侵す肉腫様疾患で、初めは限局性であるが漸次蔓延して諸處に轉移(Metastase)を生ずる悪性腫瘍である。小兒に多いと云ふ。

* 假性白血病(Pseudoleukaemie)と云はれるものは、組織學的變化、臨床上の症状、経過等が、白血病と全く同様であつて、唯、血液中に白血球増多を缺くものを云ひ。それには淋巴性、骨髄性等がある(それぞれの、幼若型細胞が現はれる)と云ふことであるが。著者は之等に就て全く知る處がないので、又實際には餘り必要がないと思ふので、本書には省略した。

最も多いのは縦隔竇(Mediastinum)から發するもので。其處の淋巴腺が腫大するために呼吸困難、胸内苦悶、咳嗽發作、顔面浮腫等の壓迫症狀を呈し。打診上濁音を示し、X線上陰影を現はす。其他頸部其他の淋巴腺を侵すこともあるが肝脾は侵されぬを普通とする。

血液像は長く略々正常のことがある。淋巴腺腫大にも係らず淋巴球増加を見ることはないが。白血球は増加することがある。貧血は著しい^{*}。

(2) 悪性淋巴肉芽腫 Lymphogranulomatose

慢性炎症によつて發した淋巴腺の肉芽腫であつて壞疽に陥る傾向があるが。淋巴性増殖を來すことなく肝脾等も餘り侵されぬ。原因としては一部分は結核及び黴毒が關係するが一部は悪性肉芽腫で、Hodgkin氏病なども云はれる。

好發部位は頸部及び縦隔竇であるが腋窩腺、腸間膜腺等も侵される。多くは頸腺腫脹から始まり頸部に大なる軟かい葡萄狀をなした腫瘍群を生ずる。縦隔竇に來れば、壓迫症狀を呈すること淋巴肉腫症と同様である。進んでは全身の淋巴腺に及び漸次衰弱し、Kachexieに陥つて斃れるのが多い。肝脾の腫大、皮膚粘膜炎に淋巴様増殖等を生ずること、白血病の如くである。

血液所見は淋巴腺腫大にも係らず淋巴球減少を(Lymphopenie)示し、Eosinophilie及び軽度の白血球増多を示す。

C. 出血性素質 Hämorrhagische Diathesen.

(Blutungsbereitschaft.)

* Myelosarkomatose と云ふべきものは、小兒に發することはないようである。

出血性素質と茲で云ふのは決して一樣の疾患ではなく原因及び病理ともに種々異なつてはるるが。唯甚だ出血し易い(常に或は一時的に)傾向を有する點に於て一致するものである。之れに屬するものは血友病の外に、ウェルホーフ氏病 (Morbus maculosus Werlhofi)、單純性及びロイマチス性紫斑病 (Purpura simplex u. rheumatica, Schoenlein)、及び腹性紫斑病 (Purpura abdominalis, Henoch)等と昔から呼ばれてゐた疾患である。Barlow氏病は以前は此中に編入されてゐたが現在ではVitamin缺乏症とされ、貧血又は白血病に於ても出血性素質を現はすことは既に述べた通りであるがそれは單に症狀の一つに過ぎぬのであつて本來の出血性素質ではない。

出血性素質の各症を臨牀上劃然と區別することは難事であるが。現今明瞭になつてゐる點は血友病では血液凝固が著しく障碍されること。ウェルホーフ氏病と稱するものでは血小板減少が著明であること。他のSchoenlein-Henoch氏紫斑病では殆んど血液變化を認められず恐らく血管異常から來る出血であらうと云はれる點等である。従つて之等の診斷に際しては、血液像検査のみならず寧ろ其他の血液凝固、出血時間、血管異常等を檢索する必要がある。それ等の點を簡單に記すならば、

(1) 出血時間 Blutungszeit。測定には、耳朶を刺傷して出血させ、30秒毎に吸取紙に受けて血斑を作り、それが漸次縮少して全く止血する迄の時間によつて定める(最初の血斑の大きさが、1-2 cm.の直徑を有するやうにする)。其時間は2-3分を正常とするが。重症貧血、紫斑等では10-20分に及ぶことがある。

(2) 血液凝固時間 Gerinnungszeit。を測定するには普通、ホールオプジェクトグラスに、一度煮沸し冷却した蒸留水の一滴を置き、之れ

に血液の一滴を加へ、清浄な細い硝子棒で充分混和し、後30秒毎に硝子棒で攪拌し、纖維素の初めて析出される迄の時間を測る(ピルケル氏法)。正常血液は25°Cで、5-5.5分にて凝固する。血友病では1時間以上を要することがある。

凝固時間と出血時間とは必ずしも一致せず。出血時間は延長するも、凝固時間は延長せぬこともあるが、出血時間が普通で凝固時間だけが延長することはない。

(3)、**血管壁抗凝**を測るに簡単な法は、Rumpel-Leede氏法で、上膊をゴム紐等で緊縛して、それより下部に皮下點狀出血の現はれる程度で検する。時間は10分間位まで試みなければならぬ(猩紅熱の章参照)。

(4)、**血小板数の計算** Blutplättchenzählung。耳鼻を清拭し、乾いた處に14%硫酸マグネシア液の一小滴を置き、其液を通して刺針で傷を付けて得た血液を、細い硝子棒で、血液と硫酸マグネシア液とを充分に混和して Objektglass に塗布し、固定染色標本を作り(長時間染色するを要す)、Okularblende を用ゐて視野を縮小させ、1視野に20-30個の赤血球を視る様にし、標本を移動しつつ赤血球と血小板とを數へ。赤血球1000に對する血小板數を測定し、それから血液1cc.中の赤血球に對する血小板數を算出するのである(Fonio氏法)。本法によれば、正常數は130,000-350,000(平均234,000)であると。

10. 紫斑病 Purpuraerkrankungen.

症候。倦怠、頭痛、食慾不振、ロイマチス様疼痛、發熱、嘔氣、又は下痢等の一般症狀を以て、突如として始まり。之に伴つて皮膚又は粘膜に出血斑を生ずるのが特徴である。出血斑は本症に最も重要な症狀で、初めは四肢、殊に下腿伸側に現はれ、次で軀幹に及ぶが、顔頭等には比較的稀である。又口唇、鼻、口腔、齒齦、結膜、咽頭等の粘膜。及び胃腸、腎等の内臓にも出血を來すことがある。

出血斑の大きさは、帽針頭乃至豌豆大のものが多いが、時として銅貨大或はそれ以上にも及ぶことがある。初めは紅色を呈するも、間もなく青色乃至褐色になり、漸次褪色する。稀には蕁麻疹様の發疹として現はれ、血斑に移行することもあり。又は血液水疱(Blase)を作ることもある。出血は屢々外傷又は軽度の外傷によつて生ずる。

原因不明であるが、細菌感染によるとも云はれ、又新陳代謝障礙に基く自家中毒であるとも看做される。

分類。出血斑の分布、全身症狀の強弱等により、臨牀上種々の症型に分類され、従來はウェルホーフ氏病又は出血性紫斑病(Morbus maculosus Werlhofii od. Purpura haemorrhagica)、單純性紫斑病(Purpura simplex)、ロイマチス性紫斑病(Purpura rheumatica)、腹性又はヘノッホ氏紫斑病(Purpura abdominalis Henochi)、電撃性紫斑病(Purpura fulminans)等に區分されたが、之等の分類は誠に曖昧なもので、判然とせぬためと及び最近の血液學の進歩からして、現今では臨牀上の症狀は餘り顧慮せずに、血液所見からして、次の三者に區別する法が行はれる(Morawitz u. Opitz)。

1. 特發性血小板減少症 Essentielle Thrombopenie.
2. 特發性血管性紫斑病 Essentielle vasogene Purpura.
3. 症候性紫斑病 Symptomatische Purpuraformen.

(1) **特發性又は眞性血小板減少症** Essentielle Thrombopenie.

従來ウェルホーフ氏病(Morbus maculosus Werlhofii)又は出血性紫斑病(Purpura haemorrhagica)と稱せられたものであつて、孰れの年齡にも來るが、年長兒にやゝ多い。

皮膚殊に粘膜出血を生ずることが多い。出血斑は小点状のもの他に斑状 (flächhaft) のものを生じ、大小不同で然かも左右不平均 (asymmetrisch) のことが多いが出血斑は血管性のものに比し一般に少ない。粘膜出血は特有で、鼻、口腔陰部、稀には腸又は腎より多量に出血して生命を脅かすことがあるが、腹痛を起すことは殆んどなく、関節の侵されることもない。

血液所見。 血小板が著しく減少し (Thrombopenie), 35,000-30,000 或は以下になるが、凝固時間は正常である。出血時間は延長し、Rumpel-Leede 氏現象も陽性に現はれる。

経過及び豫後。 経過は急性のもの、再発し易いもの及び慢性のもの等あり。生命の危険は比較的少ないが稀には多量の出血或は脳出血で斃れることもある。血小板減少が果して治癒し得るや否やは疑はしい。

療法。 脾臓摘出によつて出血傾向が去り、血小板増加を見ることがあるが多くは一時的に過ぎぬと云はれ、X線照射砒素剤の投與等も試みられるが効果は期待し難く。多くは對症的に血小板製剤其他の止血剤の注射、輸血等が行はれるに過ぎぬ。

(2) 特發性(又は眞性)血管性紫斑病 Essentielle

vasogene Purpura.

本症は又血小板非減少性紫斑病 (athrombopenische Purpura) 又は Schoenlein-Henoch 氏 Purpura とも云はれ、舊名 Purpura rheumatica, Purpura abdominalis 等と呼ばれたものが之れに屬する。年長兒から思春期に多く、女兒にやや多いと云ふ。

突然に皮膚出血を生ずることは前者と同様であるが、粘膜出血は比較的少なく、且つそれによつて生命を脅かすことは稀

である。出血斑は普通やや大なる斑點状をなし左右均整 (symmetrisch) に現はれ主に四肢に生ずる。又出血を來さずして尋麻疹様乃至丘疹様の發疹を生じ、又は浮腫を發することもある。皮膚出血、腹痛及び關節痛を本症の三主徴 (Trias) とも云はれるが必ずしも然らずである。關節痛は此中でも割合に多く、關節腫脹又は滲出液を證明することもあるが全く腫脹のないこともあり、大抵左右に現はれる。腹痛はそれより少ないが時として痙痛發作があり、嘔吐、下痢を伴ひ、往々にして血性便を排出する。又尿に血液、圓錐蛋白等を見ることもある。熱は缺如することが多く、一般症狀も大抵は軽度である。

血液所見。 正常なるを常とし、血小板減少なく、凝固時間も尋常、出血時間の延長も認められぬ。

本症は血管壁抵抗の減弱に因するもので、出血は毛細血管透過性の異常亢進のためと看做されるが、Rumpel-Leede 氏現象は必ずしも陽性と限らぬ。従つて原因に就ては毛細血管毒 (Kapillarengift) が考へられ、腸内から發生するものと看做す人がある。血管神經の影響も勿論度外視出来ぬであらう。

経過及び豫後。 出血發作は屢々再發することがあるが、豫後は一般に佳良で、多くは自然に治癒する。

療法。 出血多い時に Koagulen, Kluden 等の止血的臟器製剤を用ゐることは勿論。カルシウムの靜脈内注射、又は經口的大量投與。ゲラチン等も試みられ、人工太陽燈照射は効果ありと云はれる。又蛋白體 (Proteinkörper) 注射療法も行はれることがある。關節痛等に對しては安靜濕布等を行ひ、腹痛に對しては Atropin が屢々用ゐられる。

(3) 症候性紫斑病 Symptomatische Purpura.

他の疾患例へば白血病、貧血、或は種々の傳染病、又は Barlow 氏病、其他の榮養障碍等に基因して、出血性素質を生じ、紫斑病の症狀を呈するものを云ふのであつて、之れに血小板減少性及び血管性の二つがある。

a. 症候性血小板減少症 Symptomatische Thrombopenie。血小板減少は、紫斑病のみならず、種々の疾患によつても起る。就中、白血病、貧血、殊に再生不能性乃至悪性貧血、或は悪性淋巴肉芽腫等に隨伴して現はれ、細菌毒素例へばチフス、ヂフテリー、痘瘡、水痘等に基因して生ずることもあり。又は X 線、ラヂウム照射の強過ぎた場合などにも起る。臨牀上の症狀は特發性のものと同様であるが、皮膚出血を主とし、粘膜出血は少ない。

b. 症候性血管性紫斑病 Symptomatische vasogene Purpura。之れの代表的のものは Barlow 氏病であるが、Vitamin C の缺乏のみならず、他の榮養障碍にも見ることがある。血栓生成 (Thrombose) 又は血管壁の器質的障碍によつて來るものは、素質とは云はれぬ (Scheindiathese 假性素質) が、小兒では屢々細菌性栓塞 (Bakterienembolie) によつて、身體諸處に皮下出血を生ずることがある。殊に球菌感染 (Staphylo-, Strepto-, Gono-, Meningokokken 等) によつて起ることがあると云はれる。

附. 電擊性紫斑病 Purpura fulminans.

非常に急激に経過して斃れるもので、皮膚出血は甚だ著明で廣く、屢々血性水疱を作るが、粘膜出血は少ない。本症は單一のものではなくて、血小板減少症乃至は血管性紫斑病などと區別が出来ず、大抵兩方共著しい障碍をうけたものと思はれる。其原因又は病理も一様ではないらしく、猩紅熱、ヂフテリー又は水痘等に併發することがあると云ふことである。

11. 血友病 Hämophilie.

前述の出血性素質はすべて後天的のものであつたが、血友病はそれ等と全く異なり、先天性の遺傳的疾患であつて、數代に亘つて遺傳關係を證明し得る。遺傳は常に女子によつて傳へられるが、疾病の現はれるのは男子に限られ、女子は發病することがない。症候上特徴とする處は、極めて出血し易いことと、血液凝固時間が著しく延長せることである。

症候。出血傾向は、出生時既に臍帶出血に存することあり、又乳齒發生時或は種痘時に發見されることもあるが、大多數は生後 1 年以後である。時として 8-12 年に至つて初めて發することもある。一般に小さい傷面からの出血が止まり難く、齒又は鼻等からの出血に最も苦しみ、同時に皮下にも廣い出血を來すが、筋肉内、骨膜下等には少ない。關節出血は甚だ多く、歩行、顔倒等に因つて起り、關節の腫脹を來す。胃腸出血は乳、幼兒には稀有。腎又は膀胱出血は思春期以後に多いと云はれる。自然出血 (Spontanblutung) と思はれるものも、多くは極めて軽度の外傷によるものである。一般症狀としては蒼白、無氣力等の外に、嘔氣、心悸亢進、耳鳴又は口臭等を呈する。

血液所見。血液凝固時間の延長が最も特有で、屢々正常値の 10-20 倍に延長することがある (正常の 5-10 分に對し、30 分乃至 1 時間以上に及ぶ)。其他は時期により多少動搖があり、多量の出血後には、勿論貧血像を示すが、然らざる時には形態的には全く正常と變りがなく、血小板も減少せぬ。血液凝固遲延を來す理由は、血管内被、血球殊に血小板中に含まれる Thrombokinase 又は、プラズマ中に存する Prothrombin (Proserozym) の減少によるとも云はれるが、未だ明らかでない。病理解剖的には何等の所見がない。

豫後。本病は思春期に於て最も著明で、30 歳後に至れば著しく軽くなるを普通とするも、血液凝固障碍は一生消失せぬ。大量

の出血で斃れることは、若い時に多い。

療法。原因的療法は全くなく、單に對症的に行ふだけである。外傷を避けることが第一に必要であるが、出血に對しては、其局部を壓迫、タンボン又は結紮を試み。又新鮮人血清、臟器壓搾汁又は抽出劑(Koagulen, Klauden 等)をタンボンに浸して壓迫し、或は Adrenalin 等を併せ用ゐる。局部的處置の外に止血の目的に、ゲラチン、カルシウム劑、血清、Koagulen, Klauden 等の注射又は、輸血等を試み、或は高張食鹽水の靜脈注射をなすこともある。

XII. 心 臟 疾 患

Krankheiten des Herzens.

小兒の心臓雑音(Herzgeräusche)に關しては、2-3歳迄のものは先づ先天性心臓病に因るものと看做して差支がないが、其後に於けるものは器質的のものか或は偶發性のものかを區別しなければならぬ。殊に學童期に於ては偶發性雑音(akzidentelle Geräusche)が甚だ多いので心臓聽診に際して注意を要する。偶發性雑音は一般に收縮期雑音(systolisch)で軟性氣息性(weich u. hauchend)の性質を有し、肺動脈孔部に聽こえるのが普通であつて心臓濁音界は正常である。此ものは肺動脈孔(Ostium)の狭い割合にしては肺動脈が比較的大なるためとも云はれるが、其生因は明らかでない。恐らく此年齢に於て心臓と肺並に身體發育の割合が一時的に不平均になるためであらう。興奮又は運動によつて増強し又は現はれることがある。尙ほ此外器質的雑音のみならず機能的雑音が存することは云ふ迄もない(急性傳染病或は其他の疾患又は心臓擴張等)。

不整脈(Arythmie)は乳幼兒では呼吸性のもの以外にも屢々見られ殊に睡眠中に明瞭になる。年長兒では呼吸性不整脈(吸氣時に頻數且つ小呼氣時に減少)はかなり多い。傳染病の恢復期に不整脈を生ずることが屢々あるが大多数は意に介する必要がない。唯、ヂフテリーに於てのみは大いに注意を要する。

徐脈(Bradykardie)は乳兒の慢性榮養障礙殊に羸瘦著しい時に多く現はれ、又結核性腦膜炎の初期に現はれることがある。之れもヂフテリーに於ては注意が要る。

肺動脈第二音(II Pulmonalton)は乳幼児では一般に亢進状を呈し、長年児でも神経質の者は屢々亢進してゐる。肺動脈第二音が分離(spalten)することは健康小児に於ても興奮、號泣、努責等によつて起ることが少なくない。

静脈性雑音は主として貧血性の年長児に見られ、Nonnensäusenの他に、胸骨の兩側殊に右側大動脈孔に當る部位に、軽い持続的の雑音を聴くことがある。

1. 先天性心臓病 Angeborene Herzfehler.

先天性發育異常(Bildungsanomalien)を原因とするものが多いが、其他に母胎内に於ける心臓又は大血管の炎症によるものもあると云ふ。瓣膜障碍として最も多いのは肺動脈孔狹窄(Pulmonalstenose)であるが、Botalli氏管の開存、心室隔壁の缺損等も屢々見られる。然かも之等種々の障碍は必ずしも單獨ではなく、互に合併することが多いので、診断に當つて各型を判然と區別することが出来ず。單に「先天性心臓病」と呼ぶ外に仕方のない場合が少なくない。

一般症候。心臓雑音は最も重要な症候で、殆んどすべてに於て甚だ著明であるが、稀には不明瞭又は缺如することもないわけではない(心室隔壁缺損又は肺動脈狹窄が甚だしく高度なる時)。年長児に偶發性雑音を聴くことが多い點は既に述べた。心臓濁音界擴大は、チアノーゼある場合には大概認められる。

Zyanoseも屢々見られるものであるが時として全く缺如することも少なくない(心室隔壁缺損、Botalli氏管開存等)。甚だしい時は生後直ちに現はれるが、1-2年後に現はれることもあり。又平常時には單に皮膚蒼白位であるが、號泣、努責などの時にの

み發することもある。鼓手狀指(Trommelschlägerfinger)はZyanoseの著しい場合に伴ふことが多い。呼吸促迫も大抵Zyanoseに随伴する。浮腫を見ることは少ない。

身體乃至精神發育の遅延も亦重要な症候である。

豫後。極めて色々で、生後間もなく死亡することもあり、反對に殆んど健康上障碍を及ぼさぬやうなものもある。死亡原因は心臓衰弱又は合併症である。

療法。養護に注意し、保温を充分にし、感冒に罹らぬやう。急性傳染病其他すべての疾病に罹らぬやう、努力する外に方法はない。

(1) 心室隔壁缺損 Defekt des Septum ventriculorum.

比較的多いもので、著しい收縮期雑音を心臓部のすべて、殊に胸骨左側のIII肋間に聴く。背部にも傳達するが頸動脈に傳はることはない。缺損孔が極めて小さい時は、肺動脈II音の強調を生ずることがあり。反對に缺損孔が餘り大に過ぎる時は却て雑音が聴こえぬこともある。

Zyanoseは缺如し、身體發育も害されず、又一般症候も殆んど認められず、偶然に發見されることがある。

診断。肺動脈孔狹窄とは、Zyanoseなく、肺動脈II音亢進ある點で區別するが、之等は屢々合併する。

(2) ボタリー氏管開存 Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli.

著明なる收縮期雑音を、主として肺動脈孔部附近に聴き、肺動脈II音は亢進する(大動脈壓が肺動脈瓣に及ぶため)。而して雑音は大動脈乃至頸動脈に傳達され(左方に強い)、且つ背部にも

* 卵圓孔(Foramen ovale)の開存は屢々あるが、大抵何等の症候を示さず、且つ障碍を伴はぬ。

及ぶ。時として年長兒では胸骨左縁で I-II 肋間に振顫 (Schwirren) を觸れることがある。Zyanose は大抵缺如する。

診断。他のものと合併することが多く、確診は難い。

(3) 肺動脈狭窄 Pulmonalstenose.

先天性心臓病の中で最も多い型で、12歳まで生存した先天性心臓病患兒の約%は本症であると云ふ。此狭窄の大多數は動脈孔 Ostium) に存し、動脈そのものの狭窄は稀である。本病も多くは前二者と合併するので、肺動脈孔の狭窄にも係らず。Bottali 氏管開存のある時は、大動脈より肺動脈に血液が送られ、心室隔壁缺損の場合には左心室の血液は直ちに右心室に溢れるために、割合に長く生命に危険を及ぼさぬことが多い。

症候。収縮期雑音が肺動脈孔部(胸骨左縁で II 肋間)に著しく、肺動脈 II 音は減弱し又は消失する。I 音も亦雑音に蔽はれて聴き得ぬこともあり。狭窄高度なる場合には雑音は却て缺如することもあると。背部でもよく聴き得、濁音界は擴大する。Zyanose は大抵著明であり、年長兒には屢々鼓手狀指を見る。乳幼兒には失神發作 (Ohnmacht)、窒息發作等を起すことがあり、又呼吸促迫、眩暈等を見ることある。

呼吸器疾患、肺結核等で斃れることが少なくない。

(4) 大動脈狭窄 Aortenstenose.

此ものに餘程稀であるが、高度の狭窄では長く生命を維持することは出来ぬ。収縮期雑音を胸骨右縁にて II 肋間に聴き、頸動脈に傳達著しい。大動脈 II 音減弱又は消失し、心尖搏動は増強且つ擴大する。

(5) 大血管轉位 Transposition der großen Gefäße.

大動脈が右心室より、肺動脈が左心室から出るもので。心臓は

大球狀 (groß: Kugelherz) となり、雑音なく、高度の Zyanose があり、胸骨左側の II 音が著しく亢進する。多くは間もなく死亡する。

(6) 其他、三尖瓣狭窄又は閉鎖不全 (Trikuspidalstenose od. insuffizienz)、及び僧帽瓣障礙 (Mitralfehler) も極めて稀有には見られることがあると云ふ。

2. 急性心内膜炎 Akute Endokarditis.

5-6 歳以前には稀有、年齢長づるにつれ多くなるが、10-15 歳頃に最も多い。

原因。急性ロイマチスに因することが多く、小舞蹈病に繼發することがある。其他猩紅熱、ヂフテリー、アングイナ、肺炎、感冒、丹毒、結核等も數へられる。病原菌としては連鎖、葡萄狀乃至肺炎球菌、チフス菌、大腸菌、淋菌等が挙げられるが、明らかでない。

症候。ロイマチス、アングイナ其他の疾患に繼發するを常とするので、初はそれ等原病の症狀に蔽はれるが。やがて倦怠、蒼白、悪心、呼吸促迫等の症狀で始まり、輕熱を伴ひ、心悸亢進、胸内苦悶を訴へ、呼吸促迫し時として胸痛がある。

理學的症候、即ち主として瓣膜病症狀は、初は明らかでないが、次第に著明になり、心尖搏動強盛し、著明の雑音を聴く。雑音はザーザー (blasend) するのが多く、大概収縮期性で、心尖部に著明であるが、肺動脈部にも聴える。最も屢々侵される部位は僧帽瓣 (Mitralis) で、大動脈其他の侵されることは割合に少ない。心室の擴張肥大は、打診上にも X 線上にも、初期には不明なことが多いが、後には之を認め得るやうになる。

經過及び豫後。經過は様々で、心臓麻痺で斃れる者も、又全く治癒する者もあるが、多くは慢性瓣膜病に移行する。悪性のもの(例へば Endocarditis ulcerosa) は、重症チスフ様又は敗血症様症狀

を起して、1-3週で死亡する者もある。

診断。 年長児には、偶発性雑音を認めることが多いので、有熱性疾患に於て心臓雑音を聴取しても本症とは限らず、確定を得るためには、暫らくの経過を俟たねばならぬ。心嚢性雑音は耳に近く聴え、且つ心音と時間的關係なく、割合に限局性で、然かも體位變更によつて影響されると云はれるが、心臓内膜性雑音との區別は必ずしも容易でない。

療法。 臥床安靜を第一とし、心悸亢進又は高熱ある時には氷嚢を心臓部に置く。不安苦悶等に対しては、磷酸コデイン、パントボン等を與へ。重症に對し強心劑を要すること勿論である。サリチール酸劑は豫防の意味にも、又初期に於ても屢々用ゐられる。

食餌は少量宛度々與へ、一時に多量を與へてはならぬ。水分量もなるべく制限する方がよい。

附、遷延性心内膜炎 Endocarditis lenta.

年長児に見るもので、初めから徐々に來り、熱も至つて少なく、雑音も長く缺如することがあるが、貧血・脾腫・栓塞生成 (Embolie) を生ずることがある。Streptococcus viridans に因ると云ふ。

3. 慢性心内膜炎及び後天性心臓瓣膜病

Chronische Endokarditis und erworbene Herzklappenfehler.

主として急性心臓内膜炎に繼發し、従つて急性ロイマチスが原因となることが多いが、稀には結核等のために原發性に發することもある。5-6歳以後に來るを普通とする。僧帽瓣障礙殊に其閉鎖不全が最も多く、大動脈障礙の十數倍に及ぶと云はれる。

症候。 大多數は長い間潜伏性に經過し、偶然の機會に發見され、又は多少疲勞し易く、時々頭痛、軽い眩暈、鼻血等を訴へる位の不定症狀を伴ふこともある。

(1) 僧帽瓣閉鎖不全 Mitralinsuffizienz.

心尖搏動強盛となり、幾分外方に移ることが多いが、濁音の擴大することは少なく、或は輕度である。

雑音は甚だ著明で、粗く且つ鋭く、收縮期雑音が心尖部に最も強く聴え、第一音はそれに蔽はれて不明瞭になる。肺動脈II音が亢進並に右心室の擴張は割合少ない。

代償機能障礙を起す時は、肝腫大、チアノーゼ、呼吸困難、氣管支炎、末梢靜脈の擴張、浮腫等を生じ、心臓は著しく、殊に右方に擴大する。

(2) 僧帽瓣狹窄 Mitralstenose.

擴張期雑音(diastolisch)を心尖部に聴き、肺動脈II音が亢進し、或は時として分離し、脈搏は大抵小である。X線像では、左方中央心臓弧線(Herzbogen)が著しく擴大する。

(3) 其他大動脈では閉鎖不全を生ずるを常とし、胸骨右側II肋間に擴張期雑音を聴く。屢々大動脈狹窄を伴ふことがあり、症狀多くは著しい。三尖瓣閉鎖不全(Trikuspidalinsuffizienz)は、僧帽瓣障礙の代償不能の際、心臓擴張に伴つて現はれることがあるが、稀有である。

経過及び豫後。 豫後は様々であるが、小兒では一般に大人よりも佳良で、代償障礙を起すことが少ないが、一旦代償機能に障礙を起す時は、大人より速く斃れる。

診断。 偶発性雑音又は先天性心臓病との區別は、仲々容易でない。2-3歳以前の者は、すべて先天性と考へて差支のないこ

とは既に述べたが、年長兒に遭遇したものが先天性でないか否かは簡單には判らぬ、僧帽瓣障碍は先天性のものには稀有であるが心室隔壁缺損の症狀は甚だ僧帽瓣閉鎖不全のそれに類似してゐる。既往歴は肝要である。

療法。 身體的激動を避け酒、珈琲茶等を制限し攝生に注意する外普通の場合には必要がない。代償機能障碍に對しては急性症のやうに治療をする。

4. 急性心嚢炎 Akute Perikarditis.

初生兒では敗血症から來ることがあり、主として連鎖球菌による化膿性のもので、5-7歳迄の者には肺又は肋膜炎等から繼發する化膿性のもので多く、従つて肺炎菌が多く見られる。其後長ずるにつれて次第に漿液性のもが増し、ロイマチス又は結核に因ることが多くなる。即ち此關係は肋膜炎に於けると同様である。

症候。 發熱、呼吸困難、胸痛又は苦悶、脈搏頻數、蒼白乃至チアノーゼ、浮腫等の一般症狀と共に、心嚢性摩擦音 (perikardiale Reibegeräusch) を聴き、心嚢濁音界擴大を認める。此雜音は耳に近く聴え、心音との時間的關係なく割合に限局性で然かも體位變更によつて影響されると云はれるが滲出液が多量になれば却て消失する。濁音界擴大は、頂點を上方に向けた三角形を呈し、心肝角 (Herzleberwinkel) 消失する。心尖搏動の下部に著明の濁音時として Traube 氏半月腔までも充たす濁音を生ずることは、診斷上肝要である。心尖搏動は心臓左界よりも著しく内方にあり、大量の滲出液にも係らず屢々長く認め得られることがある。

経過及び豫後。 滲出液は數週にして吸収されて治癒するこ

ともあるが、反對に増悪して數週で斃れることもあり、化膿性のもものは殊に不良である。滲出液吸収されても、其後に癒着を残すことが多い。結核性のもものは吸収されることは少ない。

診斷。 心嚢濁音が三角形をなし、肺肝角の消失、心尖搏動下部に著明の濁音あること、及び濁音部が漸次擴大すること等は、診斷上重要である。X線像にて著大なる、然かも搏動を示さぬ、且つ肺肝角消失せる陰影を認めることも必要である。

療法。 安靜を第一とし、軀幹をやや高位に保ち、食餌は多きに過ぎぬやう、水分量も制限する方がよい。ロイマチス性のもにはサリチール劑を與へ、熱ある時は氷嚢を心臓部に置き、不安苦悶に對しては鎮靜劑を與へる。心臓衰弱に對し、ヂギタリス、コフェン、カンフル等を用ゐることは云ふ迄もない。漿液性滲出物多い時には、心嚢穿刺を行ふ。

5. 慢性心嚢炎及び心嚢癒着

Chronische Perikarditis und Perikardialverwachsung.

心嚢炎が慢性に経過する時は、大概心嚢癒着を生ずる、7-10歳頃には決し稀でない。ロイマチスを原因とすることが多いが、結核も亦密接の關係がある。

症候。 潜在性 (latent) に経過することも少なくなく、又然らざる場合でも、多くは辨膜病等と合併するために、症狀不明となり。或は心室擴張肥大が著明なために、滲出物と誤ることがある。肋膜と癒着するときは、心臓收縮期に心尖部の陷凹を見ることがある。心尖搏動は普通著しい。X線透視で心臓搏動の少ないことは大いに参考になる。

一般症狀は、羸瘦、蒼白、呼吸促迫、脈搏頻數、衰弱等であるが、屢

々著明なる肝臓腫大を來し、脾腫、腹水等を作ふことがある。之れは所謂心嚢炎性假性肝硬變(perikarditische Pseudoleberzirrhose)である。殊に結核性の場合に多く、年長兒に於ては此ものに基因して多發漿液性炎症(Polyserositis)を起すことが少なくない(消化器系疾患の中、肝硬變症参照)。

診断及び豫後。診断は困難、豫後は不良である。

療法。心臟衰弱に對して對症的に行ふ以外に良法はない。

6. 心筋炎 Myokarditis.

急性心筋炎は急性傳染病就中デフテリ、猩紅熱、敗血症等の症狀として起るのが普通であるが、百日咳、チフス等に伴ふこともあり、又急性ロイマチスに因することもある。原發性に生ずることは極めて少ない。慢性心筋炎は小兒には稀有である。

急性心筋炎(akute Myokarditis)。心力減退、脈搏頻數細小、又は徐脈等が重要な症狀である。一般に急性傳染病殊にデフテリ一の經過中に脈搏が悪くなることは心力減退の徵候であるが、それは中毒性血管神經障礙のため起ることが多く、心筋そのものには障礙のないことが多い。蒼白、嘔吐、不安、呼吸困難等も亦同様である。

心筋炎では、心尖搏動及び心音微弱となることが多く、肝臓は屢々腫大し疼痛を伴ひ、血圧下降するが、浮腫を作ふことは小兒には少ない。デフテリに併發するものが最も特有ではあるが、猩紅熱にも屢々見られ、脈搏異常に多く、或は少なく。又は恢復期に於て異常の徐脈を來し、或は一時的の雜音を生ずることがある。腸チフスに併發することは小兒には稀である。

慢性心筋炎(chronische Myokarditis)。も急性傳染病就中デフテ

リに基因することがある。頻脈及び不整細小脈を見る外時として徐脈を呈し、心臟擴張を生ずることもある。

診断及び豫後。原病の急性期には、中毒症狀と區別することが難しいが、原症狀緩解した後には必ずしも困難でない。豫後に就ては深甚の注意を要し、殊にデフテリに併發したものでは突然心臟麻痺を起すことがある。

療法。安靜を第一とし、すべての激動乃至興奮を避けなければならぬ。例へば號泣させるとか、嫌がる咽頭を見るとかをも避けるがよい。食餌並に水分は多すぎぬをよしとする。下熱劑も禁じ、熱に對しては氷を用ゐる。

本症の循環障礙に對してデジタリス劑は効果が少ないから、蒼白、チアノーゼ、呼吸困難等に對し直ちに作用する強心劑を與へる方がよい。Coffeino natrio-benzoicum 及びカンフルが最も屢々用ゐられる。前者は大量の水に溶かして内服させ、後者は皮下注射とし、必要に應じて一日5-6回施行する。川村氏 Vitacampfer は此目的には最も適當であらう。

血管運動神經麻痺(Vasomotorenlähmung)に對しては Strychinin が好んで用ゐられるが、Adrenalin も亦試みられる。又 Strychinin と Hypophysin とを併用する人もある。

附 慢性心臟病の代償機能障礙(Dekompensation)に對しては、デジタリス劑を最良の藥劑とするは、御承知の通りである。其用法は、二日量(2 Tage)として、3年以下の幼兒には0.2g、5-10年の者には0.4-0.6gのデジタリス葉を浸劑として與へ。又はデジタリス葉末を一回量0.02g、宛3回、或は0.04-0.06g、宛3回を上記の年齢に應じて投與し、3-5日連用して、もし呼吸困難減少

し利尿増加し又は徐脈を生じた場合には中止すると。

新しいチギタリス劑例へば Digalen, Digifolin, Digitamin 等は胃を障碍せぬ點及び注射し得る點で勝れてはるるが効果の點に於ては多少不確實を免れぬ。

重症の代償不能にて急を要する時には、Strophantin の注射が屢々試みられる。

XIII. 泌尿生殖器系疾患

Krankheiten der Urogenitalorgane.

① 急性出血性腎炎 Akute hämorrhagische Nephritis.

(急性汎發性糸球體腎炎

Akute diffuse Glomerulonephritis)

血尿、中等度の蛋白尿、尿量減少を來し。次で血液中の殘餘窒素増加、血壓上昇を伴ひ。遂には尿毒症を起す危険があり、屢々浮腫を呈する腎臟疾患である。

本症には全く糸球體 (Glomerulus) だけの侵されるものもあるが、それは比較的少なく。大多數は、糸球體のみならず細尿管 (Tubulus) 及び支持組織 (Stütz- od. interstitielle Gewebe) も多少は侵され (akute diffuse glomerulo-tubulo-interstitielle Mischform)。小兒期に於ける腎疾患の大部分はこれである。

腎臟機能障碍としては、殆んどすべての機能に障碍が起り得るが。初期には特に水分排泄が障碍されるので尿の比重は常に高い。食鹽排泄は純糸球體性であるならば、餘り障碍をうけぬが細尿管の變化を伴ふ場合には、大いに減少する。含窒素物 (蛋白等) の排泄は、多くは障碍され、殊に重症に於ては著明となり、それに伴つて血液殘餘窒素の増量を來す。

原因。 アンギナ、感冒、膿痲疹 (Impetigo)、中耳炎等に因することが多いが。骨髓炎、丹毒、其他連鎖球菌感染等も屢々原因となり。又時として、齶齒肺炎、氣管支炎、水痘等によることもある。猩紅熱は殊に出血性腎炎の原因として重要である (猩紅熱参照)。

症候。軽重又は症型の如何によつて色々であるが多くは血尿、乏尿又は尿意頻數、蒼白、倦怠、食慾不振或は浮腫等を訴へて來る。尿所見として蛋白増加、圓錐殊に顆粒圓錐、赤血球、白血球等を認める。

軽症では殆んど病訴なく浮腫も缺如し、檢尿によつて偶然發見することもある。中等症では蒼白、食慾不振等に伴つて脛骨部又は顔面に軽度の浮腫を生ずる位の自覺症狀を訴へ、尿が汚穢暗褐色(又は fleischwasserfarbe)となり、尿中蛋白量はやや多く、3-5-10%に及び、尿量減少し、比重増加するが、血壓上昇は軽度に過ぎぬ。

重症では浮腫を缺くこともあり、又高度の浮腫を呈することもあり。腹痛(腎臟莖膜の緊張)、頭痛、嘔吐又は下痢を伴ひ、屢々口渴を訴へる。尿は暗褐色乃至血色を呈し、尿量減少著しく、一日量 200-100-50 cc. 或は無尿となることも少なくない。蛋白量はやはり 3-5-10%位であるが、血壓亢進は著しい。熱は不定である。尿毒症を發する危險は殊に浮腫のない場合に多い。

經過及び豫後。軽症は數日乃至 2-3 週で治癒し、中等症は 2-3 週で軽快するも、全く治癒するには尙ほ暫らくかかり、感冒等によつて再發することがあり、又は慢性に移行することもある。重症では尿毒症を起して、1 乃至數週で斃れることもあるが、無尿が數日も續くやうなものでもよく治癒し得ることがある。一般に小兒の出血性腎炎は適當の治療を行へば、豫後は比較的佳良である。

診断。尿所見による。ネフローゼとの區別は次章に述べる。

療法。臥牀安靜を厳守させ、原病を治療することが第一で、利尿劑としては酢剝 Diuretin, Theocin, Koffein 等が用られるが、

病初には避けた方がよい。デギタリス劑、カンフル等は、心臓障礙のある場合に用ゐる。

食餌。蛋白質及び食鹽は初期には特に制限する必要があり、水分も餘り多くない方がよい。此意味に於て多量の牛乳を與へることは避くべきであるが、然し牛乳は割合に無刺戟性であるから、多きに過ぎなければ差支がない。人乳は害がない。食餌は主として含水炭素並に脂肪性のものとすべきであるが、食慾及び食鹽減量の關係からして、そう簡單に行かぬ。野菜果實等は適當の食物であり、殊に果實又は果實汁等は病初から與へてよろしい。野菜中でも芋類(甘藷、里芋、馬鈴薯等)は大いに良いが多くは食鹽を要するので、一寸困る點がある。粥、オートミール等は何等害がない。脂肪としては、バター(無鹽)、卵黄等がよい。

重症の場合には糖食餌 (Zuckerdiät nach v. Noorden) を行ふことがある。それは最初の一、二日間、砂糖液だけを與へる法で、砂糖の量は年齢に応じて一日 100-300 g. 位とするがよいと云はれる。

以上の如き療法を何時まで行ふかは、簡單には述べられぬけれども、大體浮腫去り、肉眼的血尿なく、蛋白尿も著しく減少(1.0%以下)した、離床によつて幾分尿所見増す位の程度になれば前記の食餌の外に肉類を加へ、更に尿所見全く去り、又は僅微の硝子様圓錐痕跡の蛋白尿等はあるが離床するも變化なきに至つて初めて漸次普通食に移行する^{*}。

* 初期には、砂糖、甘い果實又は果汁、麥粉、米、無鹽バター等を原料とした食餌を與へ、牛乳は極く少くし。全身症狀減退し來り、利尿が開始したならば、上記のもの外に、牛乳、卵黄を加へ、同時に馬鈴薯、甘藷、ホーレン草、花キャベツ等の野菜、及び食鹽少なきパンを加へ、食鹽も少量を加へる(其量は大人で、食鹽ならば一日 2g、醬油ならば一日 10cc. 位迄)と。(佐々廉平)

2. ネフローゼ Nephrose.

浮腫及び蒼白を主徴とし。尿には蛋白甚だ多く、初めは多数の圓塊があるが後には少なく、屢々リポイドを認めるが。血尿を缺き、且つ血圧亢進を伴はぬことを特徴とする。浮腫は皮膚のみならず、體腔滲出液を生じ、又免疫性減退が著明に起る。

本症では、主として細尿管上皮細胞が侵され、間質(Stützgewebe)及び糸球體に變化のないこともあり、又多少障礙のあることもある。乳兒にやや多く、年長兒には稀有とされる。

機能上では、食鹽及び水分の排泄障礙が主で、蛋白乃至含窒素物排泄は減退せぬことが特有である。従つて蛋白尿は甚だ著明であるが、血液中の血漿蛋白は著しく減少する。其ために食鹽並に水分を血液中に保持する作用乏しく、其結果として組織中に移行させ、浮腫を増すことになることと云ふ。

原因。不明のことが甚だ多いが、デフテリー微毒結核肺炎菌、其他の慢性化膿等によることもあり。又テール劑、水銀、サリチール劑、蒼鉛、Salvarsan等の毒物に因することもあると。

症候。蒼白と浮腫とが病初からの症狀である。皮膚は屢々蠟様蒼白で、浮腫は初めは顔面に現はれるが、次で全身に、更に體腔にも及ぶ。體腔滲出液は乳汁様(lipoidhaltig)を呈することがあるが、蛋白量は少なく、心臓並に血圧には異常のないのが普通である。食慾機嫌等は甚だ害され、嘔吐、下痢又は氣管支炎を伴ふことがある。

尿は汚穢暗褐色を呈し、尿量著しく減少し、比重は頗る高く(1030-1050)、尿酸鹽を屢々析出する。蛋白量極めて高く、10-20-30%或はそれ以上に及び、上皮細胞、白血球並に色々の圓塊を初期

には多数に見。後には脂肪變性細胞及び二重屈折性のリポイドを見るやうになる。赤血球の缺如することは、診斷上重要である。

経過。乳兒には時として比較的速かに治癒するものがあると云はれるが、大多数は慢性で、數月乃至數年に及ぶのが通常である。然し適當の治療によつて、浮腫が去り、食慾恢復するためには、それほど長くかからず、暫らくして外觀上普通になるが。浮腫性傾向は容易に去らず、輕微の原因で再發することが多い。尿沈渣は間もなく減少するが、蛋白尿は極めて頑固である。

豫後。免疫性減退のために細菌感染を來し易く、肺炎、腹膜炎、丹毒等を併發して斃れることが少なくないが。尿毒症を起すことは純ネフローゼでは稀有である。

診斷。檢尿によつて、他の浮腫とは容易に區別が出来る。急性出血性腎炎との鑑別には、血尿のないことが最も重要であるが、リポイド又は脂肪變性細胞等の出現する時、血圧亢進のないこと等も役立つ。

療法。浮腫を除くことに、先づ努力しなければならぬが、病盛期には、仲々容易でない。利尿劑としては、醋剝硝酸カリウム、Teobromin 劑(Diuretin, Teotin, Teofilin)、尿素等が一般に用ゐられ。殊に頑固のものに對し、尿素の大量(20-60g. pro die)を投與することは、効果があると云はれる。水銀劑(Novasurob, ザリルガン等)の注射も、往々用ゐられる。安靜の嚴守は云ふ迄もない。

著明の腹水等に對しては、穿刺を行ふがよいが、高度の浮腫に對し、皮膚を穿刺して Kanüle を挿入することは、細菌感染を誘發する危険があるから、注意を要する。

食餌。水分及び食鹽の制限を主とし、殊に初期には嚴重にす

る必要がある。水分量は尿量迄とし飲料は水、サイダー、薄茶、果汁等何でもよい。食物は含水炭素、脂肪は差支がない。蛋白質は純ネフローゼであるならばあまり制限する必要がないのみならず、蛋白排泄が甚だ多いので却て適度に與へる必要がある。鶏卵は煮て與へれば差支なく、魚肉も煮たものならばよいが、食鹽との関係を顧慮しなければならぬ。豆腐は適當な食物である。唯肉類は、其中の抽出性物質が多少腎を刺戟するが、それもさほど著しくはないと云ふことである。

但し食鹽及び水の制限も慢性浮腫では餘り嚴重に過ぎては却て害を生じ易いので適當に加減するがよい。

3. 小兒の慢性腎臟病

Chronische Nephropathie d. Kinder.

Ⓐ 小兒腎炎 Pädonephritis

急性出血性腎炎が慢性に移行し頑固なる経過をとることは、小兒では割合に少ない。ネフローゼは多くは慢性の経過をとるが純ネフローゼは甚だ稀であつて頑固にして然かも重症に傾くものは多くは糸球體障礙を伴ふものであるが之れとても割合に少なく。萎縮腎に移行することも稀有とされる。

小兒慢性腎炎の大多數は所謂 Pädonephritis と稱するもので、學童期に最も多く経過は甚だ頑固であるが至つて良性(gutartig)で、自覺症狀も極めて少なく、豫後も佳良であることを特徴とする。但し稀には尿毒症を發することもある。

原因。急性傳染病(特に猩紅熱)に續發するものであるが、乳兒腎炎より移行することもあり、又原因不明のこともある。

症候。自覺症狀は至つて少なく、唯多少の蒼白、組織弛緩、疲れ易い位の程度に過ぎぬ。浮腫の著明になることは決してなく、血壓にも變化がない。尿所見として蛋白量は著明になることなく、多くは $1/2-2\%$ 位である。沈渣には硝子様乃至顆粒圓場血球等を認め得るが至つて軽度で時として全く消失することもあるが屢々再燃(Exazerbation)する傾向がある。

療法。臥牀安靜、食鹽及び蛋白質の制限は再燃時には行ふも、多くは短時日で、再燃症狀去つたならば、そう嚴重にする必要もなく、又却て食慾、氣分等を害する恐れがあるから、適當に遊戯、運動等をさせ、食餌もなるべく普通にするがよいが、酒類、刺戟性物、並に激動は避けなければならぬ。皮膚の清潔に注意し、感冒に罹らぬやうにして一般抵抗力の増進を計るがよく、齶齒又は扁桃腺炎の治療を充分にする。カルシウム劑は效があると。

附. 萎縮腎 Schrumpfniere.

小兒には一般に稀であるが、思春期に近づくとつれて往々見られる。症狀は多尿(Polyurie)を主とし、蛋白、圓場等を認め、心臟肥大乃至衰弱を來し、遂に尿毒症を發する。稀には慢性腎臟障礙の結果、腎性侏儒(renale Zwergwuchs)を來すことがあると。

4. 尿毒症 Urämie.

腎臟疾患の経過中に現はれる、神經系統の中毒症狀を一般に尿毒症と云ひ、之れには普通痙攣性尿毒症(eklamptische od. Krampfurämie)と、無力性尿毒症(asthenische od. stille Urämie)とを區別するが、小兒には前者が一般である。

(1) 痙攣性尿毒症 Eklamptische Urämie.

頭痛嘔吐又は下痢等で始まり、腱反射亢進、脈搏緩徐。 Kernig氏乃至 Babinski氏症候を呈し、意識障碍され昏睡に陥り、遂に痙攣を發する。血壓は著しく亢進し、血液殘餘窒素増量を見ることが多いが、必ずしも一致せぬ。腦脊髄液は高壓である。痙攣は全身性のことが多いが一部限局性のこともあり、又限局麻痺を來し、ヒヨレア様運動或は言語障碍を生ずることもある。此痙攣の原因は、主として腦浮腫 (Gehirnödem) のためであると。

(2) 無力性尿毒症 Asthenische od. stille Urämie.

頭痛、不眠、嘔吐、食慾缺乏、下痢、尿量減少等は前者と同様であるが、屢々呼氣に尿臭を呈し、口内炎を伴ひ。漸次昏睡に陥り、瞳孔縮小し對光反射消失し。又は不安、胸内苦悶、中毒性大呼吸等を伴ひ。腱反射亢進、Babinski氏現象現はれ、視力障碍を來し。遂には痙攣を發するに至る。此ものは血液及び組織中の殘餘窒素蓄積増加のためと云はれる。

療法。 刺絡 (Aderlass) と腰椎穿刺とを、主なる療法とする。即ち靜脈穿刺乃至瀉血によつて、120-150-200-300cc. の血液を除去して、生命を保ち得ることが屢々ある。腰椎穿刺を行ひ、腦脊髄液壓を下けることは、腦症候に對して甚だ效がある。

藥劑としては、刺戟興奮を除く目的にて、抱水クロラルの注射、ルミナルナトリウムの筋肉内注射、パントボン注射等が試みられる。

5. 腎盂膀胱炎及び膀胱炎 Pyelocystitis u. Cystitis.

(膿尿症 Pyurie)

膿尿 (Pyurie) を主徴とする疾患で、乳兒には甚だ多く、幼兒にも多いが、長づるにつれて減少する。女兒に多い。

膀胱炎とは、病竈が主として膀胱に存する意味であるが、膀胱のみに限局することは比較的少なく、大多數は腎盂 (Nierenbecken) も侵されるので、此兩者を明瞭に區別することは難い。猶ほ腎盂に炎症のある場合、腎臓そのものにも幾分の障碍が及ぶであらうことも想像に難くなく、そう云ふ場合これを腎盂腎炎 (Pyelonephritis) と云ふこともある。要するに之等の區別は、單に程度の問題に過ぎぬ。

原因。 大腸菌に因することが最も多く、其他肺炎菌、連鎖球菌、葡萄球菌、プロテウス菌等によることもあり。又淋菌或は結核菌によることもある。傳染経路には、尿道、膀胱から上行性 (aufsteigend) に來る場合と、淋巴道又は血行により下行性 (absteigend) に起る場合との二つが考へられるが、淋巴道に因るものは稀有で、反之血行から來るものは餘程多い。尿道及び膀胱より上行性に發するものは從來考へられたよりも少ないらしい。

症候。 發熱、尿意頻數、排尿時疼痛、下腹部壓痛等を普通とするが、年齢の如何、病型の程度などによつて一定せず、殊に乳兒では症候不定である。即ち乳兒では、尿意には何等變化なく、時として尿減少し、何等疼痛を訴へず。唯高熱と不機嫌とを著しいだけのことがあり。時として嘔吐、痙攣等を起すこともある。反之、年長兒は割合に前記の如き定型的の症候を示すことが多い。熱を伴はぬことも少なくない。

尿所見。 濁濁し、酸性を呈することが多く。沈渣には多數の白血球 (膿球) を見ることが特有であるが、赤血球も幾分は混じ。病竈の如何によつて、それぞれの上皮細胞を見、又細菌 (多くは大腸菌) も認められる。

診断。 檢尿が最も肝要である。乳兒に於て、原因不明の熱を

見た場合殊に女兒に於ては、必ず檢尿をしなければならぬ。膿尿なき細菌尿 (Bakteriurie) は甚だ稀である。

経過及び豫後。1-2週で漸次輕快し治癒することが多いが。時としては數月に互ることがあり、又屢々再發する傾向がある。但し重症(殊に乳兒の重症)では敗血症を發し、又は心臓衰弱を來して死亡することもある。

療法。安靜を守り尿が澄明になる迄就牀しなければならぬ。食餌の注意は乳兒には殊に肝要であるが食餌そのものに特別の禁忌はなく。年長兒では水分を多く與へるがよい。

藥劑としてはウロトロピン、ヘルミトール、ザロール等が好んで用ゐられ、年長兒にはウハウルシ葉煎が屢々試みられる。頑固なる大腸菌性のものに對し尿反應をアルカリ性に變化させる目的で重曹又は枸橼酸カリの大量を投與することもある。ワクチン療法も屢々應用される。

6. 起立性蛋白尿 Orthotische Albuminurie.

臥位によつて消失し起位に於て現はれる蛋白尿を云ひ。殊に身體的乃至精神的過勞によつて現はれ。又一定の體位例へば膝を突いて眞直ぐに上體を起す時、或は脊柱を強いて前彎させて起立させる時などにも著しくなるのが特徴である。學童期から思春期つまり身長の發育旺盛なる時期に主として見られる。女兒に多い。

原因。本症患兒に屢々、I-II腰椎の前彎を見ることがあり、然かも其部位は丁度腎靜脈の上行大靜脈への開口部に當るので、其ために腎臟鬱血を來すことを原因と看做す人もあるが、必ずしも然らず。神經質の者に多い處から考へて、恐らく血管運動

神經障礙も關係するものであらうと云はれる(Dysuria angiospastica)とも云ふ。病理解剖上腎臟には變化がない。

症候。何等自覺症狀を有せず、偶然に發見されることも多いが。一般には頭痛倦怠、食慾不振、心悸亢進等を訴へ、鼻血を見ることが屢々ある。其他體質異常方面の徵候として體格纖弱(schlank)で、筋肉弛緩、蒼白、脈搏不安定、Dermographie等を示すことが多い。尿中の蛋白量は色々であるが時として2-5%に及ぶことがある。沈渣には異常がない。

診斷。再三檢尿殊に夜間の尿と、晝間起立時の尿とを別々に檢する必要がある。輕い小兒慢性腎炎(Pädonephritis)との鑑別には特に慎重でなければならぬ。硝子様圓壙を常に認め得る(たとへ小數でも)ならば慢性腎炎と考へる方がよい。

豫後。経過は長いが豫後は佳良で20歳以上に達すれば稀有になる。

療法。特別の治療を要せぬ。臥牀安靜は勿論必要がなく、却て戶外で遊ぶ方がよいが脊柱前彎を起さすやうな運動は避けなければならぬ。食餌も普通でよい。藥劑としてキニーネ、鐵劑等が試みられることがある。

7. 血尿及び血色素尿 Hämaturie u. Hämoglobinurie.

(1) 血尿 Hämaturie.

血尿を來す原因としては、出血性腎炎、腎臟部外傷、腎又は膀胱結石、腎臟腫瘍、腎乃至尿路結核、或は膀胱又は尿道損傷等の泌尿器疾患を主とするも。其他出血性素質を生ずる凡ての疾患、就中 Barlow氏病にも屢々現はれ。盲腸炎に伴ふこと、或は赤痢の経過中、一時的に發することもある。

(2) 血色素尿 Hämoglobinurie.

主として Methämoglobin が現はれ、尿は暗赤色乃至暗褐色に變ずる。發作性血色素症(後述)を除いては、小児には稀であるが、藥物中毒例へばクロール酸鹽(鹽剝等)、Phenol、Naphthol、Anilin、蛇毒等に因つて起り得。又急性傳染病(例之猩紅熱)に基因することもあると。

8. 發作性血色素尿症 Paroxysmale Hämoglobinurie.

寒冷によつて發作性に出現する血色素尿であつて、4-5歳以後の者に見られる。發作時に於ては、惡寒を伴つて發熱し尿意頻數蒼白乃至軽度のチアノーゼを呈し數時間續いた後に消失する。軽度の黃疸を伴ふことがある。尿は暗赤色乃至暗褐色で蛋白量は大であるが沈渣に血球乃至圓壩を認めぬのが普通である。發作間歇時の尿は異常がない。

病理。 患者血清中に溶血性双攝體(Ambozeptor) Autolysinを有し正常に於ては作用せぬが寒冷に際會すると溶血現象を起すものであると(Donath u. Landsteiner)。原因としては黴毒が關係しワ氏反應陽性のことが多いが、猶ほ不明である。

診斷。 容易であるが冷却試験(Kälteversuch)を行へば、一層確實である。

豫後。 経過は慢性であるが豫後は割合に良く思春期以後には自然に治癒することがある。

療法。 寒冷を防ぐを第一とし驅黴療法鐵劑砒素劑等が試みられる。

9. 遺尿症又は夜尿症 Enuresis nocturna.

2年の終り頃になれば無意識的に尿を漏らすことのないのが普通であるが夜間は3年に於ても尙ほ異常とは云はれぬ。

其後の年齢に於て猶ほ夜尿を漏らすものを病的と看做す。

原因。 育児上の不注意等から、單に習慣的に來るもの、又は睡眠が非常に深いため起るものも少なくないが、神經質の一症候として、精神發育障碍のため等に因することも少なくない。又蟻蟲、包莖、手淫、外陰部炎、アデノイド等も誘因となり。又含水炭素及び食鹽の多い食餌も誘發する。

豫後。 一般に佳良で多くは長づるにつれて自然に治癒するが時としては大人にして猶ほ存することがある。

療法。 原病の認むべきものには、其治療を行ひ。午後殊に夜間に水分多き食餌を制限し刺激のない物にする。藥劑としては Strychinin、Atropin 等を用る。薦椎腔に生理的食鹽水注射(Cathelinsche epidurale Injektion)を行ふこともある。暗示療法として電氣、太陽燈、X線照射、又は膀胱部位に疼痛ある注射、其他色々試みられるが、神經質の小児には一般強壯法を行ふがよい。

10. 陰門腔炎 Vulvovaginitis.

本症の中最も多いのは淋菌性(Vulvovaginitis gonorrhoeica)のものである。感染は大人の淋病から直接又は間接の接觸によるもので、手、衣類、浴室又は同衾等が原因になるが、白帶下(Leucorrhoe)を有する母から感染することが最も多い。

症候。 自覺的症候は殆んどなく、唯局所より帶黃白色の分泌物を生じ衣服等に附着して初めて氣付き、又は局所に糜爛を生じ多少の疼痛を訴へること位にすぎぬ。

診斷。 局所の糜爛、發赤、膿様分泌物等による。淋菌を證明することは重要である。

経過及び豫後。 甚だ慢性で急性症候は2-3週で癒つても全

治までには数ヶ月を要することが多く、屢々再発するが、然し結局は治癒し思春期以後まで続くことは稀で、尿道炎乃至膀胱炎を續發することも比較的少ない。

療法。初期には安靜を要する。局所は常に清潔に保ち、過マンガン酸加里液(0.1%),プロタルゴール(0.5-1.0%),硝酸銀(0.1-0.2%)等にて洗滌し。又はタンニン或は過マンガン酸加里の座浴を試み。更にカビブレン、又はウラルゴールを腔内に挿入する法等が行はれる。淋菌ワクチンも用ゐられる。

11. 龜頭炎及び龜頭包皮炎

Balanitis u. Balanoposthitis.

包皮(Präputium)の開口部は時として甚だ狭小で、囊様(Präputialsack)を作ることがある、之を包莖(Phimose)と云ふ。此の如き場合には、往々にして囊内に尿又は耻垢(Smegma)の滯溜を來し、引いては龜頭に炎症を發し、包皮と共に發赤、腫脹を生じ、疼痛、不安、睡眠障碍等起し、又は膿汁を生ずることがある。

療法。包皮囊内を硼酸水、過マンガン酸加里液、又は過酸化水素水で洗ひ、清淨にし、冷卷法を施すのであるが、包莖強度の時には、外科的に包皮端を切除しなければならぬこともある。

腫脹した包皮中に龜頭が嵌入した時(Paraphimose)には、温浴又は温卷法、或はAdrenalinを局所に塗布して、龜頭を整復しなければならぬ。

12. 陰囊水腫 Hydrocele.

睾丸の内外兩莖膜間(Tunica vaginalis parietalis et visceralis)間に、滲出液滯溜したもの(Hydrocele testis)であるが、時として精系

(Samenstrang)の莖膜間に来ることもある(Hydrocele funiculi spermatici)。乳兒、殊に榮養障碍兒に多く。先天性に存することもある。

自然に治癒することがあるから、外科的手術を急ぐ必要はないが、もし高度にして然かも、仲々治癒せぬ場合には、穿刺又は沃度丁幾、Lugol氏液の注入、或は切開手術を行ふこともある。

13. 睾丸位置異常 Lageanomalien der Hoden.

睾丸は胎生期(約8ヶ月頃)に於て、既に陰囊中に下降するを常とするが、之れが途中で停滯する時は、睾丸停滯(Retentio testis)となる。此中腹腔内に止まるもの、即ち隠匿睾丸(Kryptorchismus)は稀で、多くは鼠蹊部睾丸(Leistenhoden)である。

此ものは、長づるにつれ自然に下降することもあり、又觸れ得るものは、指で漸次下降させることも出来るが、若しそれ等が不能である時には、10-12歳頃に外科手術を行ふこともある。

14. 手淫 Onanie.

幼兒が陰部、殊に陰莖を遊ぶことは、必ずしも手淫ではない。小兒の手淫は既に2-3歳で始まることがある、殊に精神薄弱兒又は神經質の者に多い。蟻蟲、外陰部又は肛門部濕疹等は、誘因となり得る。

幼兒の手淫は甚だ多種多様であるが、床上に伏臥し、外陰部を床に押し付け、四肢を強直させ、或は軽度の角弓反張(Opisthotonus)をし、下肢を曲けて下腹部を壓迫し、又は兩脚を交叉壓迫し。又は机チャブ臺其他角のある部分に外陰部を押し付ける等の動作をなし、其發作時には全く精神を集注して、他を顧みず。無理に之を止めさせやうとすると怒り出す。と云ふやうなものが多い。年齢長づるにつれて、手を用ゐることが多くなり、漸次

隠れて行ふやうになる。

本症の害は、幼児に於ては大したことはないが、長づるにつれ秘密に行ふやうになれば、多少自責の念を生ずるのと、睡眠障礙を來し易いためとで、精神的に多少障礙があり、學業成績に係し過敏となり或は陰鬱になることがある。

それよりも重大肝腎なことは、手淫の結果でなくて其原因である。即ち小兒手淫は精神薄弱者、白痴精神病的素因を有する者に多く、且つ著明であるので、此の如き小兒の智力乃至精神的状態に異常なきや否やは常に深甚の注意を拂はなければならぬ。

従つて治療法を考へる場合には上記の點を大いに顧慮する必要がある。誘發原因のある場合には勿論それを除かねばならぬ。一般療法としては氣分を轉換させることが最も肝要で、殊に幼児では常に其態度に注意して、發作の起りかけた時には、直ちに注意力を他に轉向させて自然に止めるやうにすることである。叱責しても仲々治るものではない。年長兒には充分の運動をさせ就床後直ちに眠れるやうに努め、排尿に注意して、膀胱充滿を避け、又は夜間の過食を慎まなければならぬ。唯叱責し又は説諭することは小兒をして却て其事に注意を向ける結果を來し易いだけで効果はないから、寧ろ無關心を装ふ方がよい。轉地其他一般強壯法を行ふことは效がある。

索引

A

Table with 2 columns: Disease Name and Page Number. Includes entries like Abasie, Astasie, bei Hysterie 281; Abführungsmittel 54; Abhärtung 43; Ablaktation 39; Abschuppung, bei Scharlach 223; Adenoide Vegetation 185; Adipositas 98; Adstringentia 56; Aequivalente, psychische 272; Affektkrämpfe, respiratorische 277; Akromegalie 109; Allaitment mixte (gemischte Ernährung) 38; Allergie, bei Tuberkulose 203; Altersdisposition, bei akuten Infektionskrankheiten 219; Alt tuberkulin 204; Amaurotische Idiotie, familiäre 270; Amme 28; Anämien, alimentäre 286; Anamnese 61; Anaphylexie, bei Serumkrankheit 241; Anatoxin 239; Angina catarrhalis 183; Angina follicularis 183; Angina lacunalis 183; Angina necrotica, bei Diphtherie 238; Angina (---), bei Scharlach 224; Angina Plaut-Vincentii 184; Angina retronasalis 183; Angina ulcero-membranosa 184; Anorexie, nervöse 163; Antitoxineinheit, Diphtherie 239; Aorteninsuffizienz u. -stenose 311; Aphthen, Bednarsche 178; Appendizitis 170; Arthritis 98; Arrhythmie, Schulkinder 12, 65, 305; Arzneimittel, Darreichung 54; Arzneimittel, Dosierung 53; Askariasis 174; Asthma bronchiale 192; Ataxie, hereditäre 270; Athyreose 104; Atmung 14, 64; Atmung, toxische 64; Atrophie 137, 145; Auskultation, Herz und Lunge 68, 69; Auslöschphänomen 224; Avitaminose 117; Anaemia pseudoleucameica infantum 289

アフタ性口内炎 177
 悪性貧血 291
 悪性淋巴肉芽腫 296
 惡液質性反應(ツベルクリン) 205
 鞍鼻 216

B

Babinskische Phänomen 70
 Bad 47
 Bakteriurie 326
 Balanitis 330
 Bandwürmer 176
 Bantische Krankheit 292
 Barlowsche Krankheit 122
 Basedowsche Krankheit 107
 Bazillenträger, bei Diphtherie 238
 Bednarsche Aphthen 178
 Bellender Husten 64
 Beschleunigte Reaktion 241, 234
 Blenorrhoe, neonatorum 87
 Bleimeningitis 250
 Bleivergiftung 250
 Blut des Kindes 13
 Blutdruck 12
 Blutkrankheiten 284
 Blutungsbereitschaft 296
 Bradykardie 305
 Bronchialdrüsentuberkulose 206
 Bronchiectasie 197
 Bronchitis, acuta 190
 —, asthmatica 191
 —, chronica 191
 Bronchopneumonie 193
 Brudzinskische Phänomen 253
 Brustkind 26

Brustuntersuchung 67
 Buttermehlbrei 45
 Buttermehlnahrung 45
 Buttermilch 46
 Bülausche Heberdrainage 200

徽毒性指骨炎 215
 — 爪溝炎 215
 — 天疱瘡 214
 — 發疹 214
 鼻咽頭炎 187
 鼻後性アングナ 183
 鼻翼呼吸 64
 ビューロー氏排膿術 200
 母乳栄養 26
 膀胱炎 324
 分娩外傷 77
 分娩麻痺 78
 舞踏病 275

C

Cephalhaematoma 77
 Chlorom 294
 Chlorose 285
 Cholangitis 171
 Chondrodystrophie 99
 Chorea minor 275
 — hysterica 277
 — nocturna 276
 Chvosteksche Zeichen 274
 Coeliakie 154
 Colitis 15h
 Coma dyspepticum 156
 Coryza syphilitica 213
 Couveuse 76

Cystitis 324
 癩愚 282
 癩呆 282
 地圖狀舌 94
 遲發性徽毒 216
 遲鈍反應(ツベルクリン) 205
 中心性肺炎 196
 中毒症 141
 腸管内傳染 133
 — 外傳染 133
 腸性インファンチリズムス 154
 腸寄生蟲 173
 腸チフス 248
 腸閉塞症 166
 腸洗滌 49
 直腸内點滴法 50
 聽疹 68, 69
 治療法 41
 治療食餌 44

D

Darmentleerung 49
 Darmkatarrh 151
 Darmpassagstörungen 164
 Darmspülung 49
 Darmtuberkulose 170
 Darmverschluss 166
 Dauermilch 23
 Debilitas vitae 75
 Debilität 282
 Defekt des Septum ventriculorum . . . 307
 Dekompensation bei Herzfehler . . . 315
 Dekomposition 137, 145, 147
 Dentition 7

Dermographismus 65
 d'Espinesche Zeichen 207
 de la Campsche Phänomen 207
 Diabetes insipidus 111
 — melitus 116
 Diathese 90
 —, exsudative 92
 —, hämorrhagische 296
 —, spasmophile 273
 Dickdarmkatarrh 154
 Dick's Test 225
 Diphtherie 235
 Diphtherienephrose 237
 Diphtherische Membran 233
 Diplegia spastica infantilis 264
 Disposition 90
 —, bei Tuberkulose 201
 Dreitagefieberexanthem 230
 Ductus Botalli, Offenbleiben des . . . 307
 Dukes-Filatowsche Krankheit 229
 Dysenterie 245
 Dyspepsie, ältere Kinder 151
 —, acute 138
 —, chronische 149
 Dystrophie 145, 136
 Dystrophia adiposogenitalis 110
 Dystrophia musculorum progressiva . 268
 Dysuria angiospastica 327

大鱧門 6
 第一期生齒 7
 第二期—— 7
 第一含水炭素 32
 第二—— 32
 第四病 230

第五病	230	Enuresis nocturna	328
打診	68, 69	Epilepsie	270
大腸加答兒	154	— nutans	271
大動脈瓣狹窄, 一閉鎖不全	308, 311	Epituberkulose	209
脫腸, 脫肛	173	Erbrechen, acetonämisches	156
脫脂乳	45	—, habituelles	162
傳染病 (慢性及び急性)	201, 219	—, nervöses	162
傳染預防	42	—, periodisches	156
傳染性紅斑	230	Erbsche Lähmung	79
電擊性紫斑病	302	— Phänomen	274
— 猩紅熱	224	Erkältung	187
デスビーン氏症候	207	Ernährung des Säuglings	18
ドラカム氏現象	207	—, Frühgeborene	77
デストロフィー	145	—, künstliche	29
		—, natürliche	26
E		Ernährungsstörungen, acute	138
Eigentümlichkeiten, physiologische, des		—, Aetiologie	130
Kindes	12	—, Begriff	128, 136
Eisendepot der Leber	286	—, chronische	145
Eiweißmilch	44	—, Einteilung	134
Eklampsie	274	—, älteren Kinder	151
Eczema vaccinatum	235	—, Pathogenese	130
Empyema thoracis	199	—, Symptome, allgemeine	129
Enanthem, der Masern	226	Ernährungszustand, normale Säugling	129
Encephalitis acuta	260	Erysipel, Neugeborene	86
— lethargica	262	—, nach Vakzination	235
Encephalocele	258	Erythema infectiosum	230
Endocarditis acuta	309	d'Espinesche Zeichen	207
— chronica	310	Exanthema subitum	230
— lenta	310		
— ulcerosa	309	永久菌	7
Energiequotient	20	永久乳	23
Entbindungslähmung	78	榮養	41
Enteritis	151	榮養障礙 (乳兒), 急性	138
Entwöhnung	39	—, 慢性	145

榮養障礙, 原因	130	副腎	114
—, 概念	128, 136	覆盆子舌(莓舌)	222
—, 病理	130	腹部觸診	69
—, 分類	134	副痘疱	234
—, 一般症狀	129	粉乳	36
—, 年長兒	151	糞便, 正常	15
榮養失調症(デストロフィー)	145	—, 異常	71
榮養狀態, 正常乳兒	129	—, 検査	71
痲疹	247	不自然榮養	29
鉛毒性腦膜炎	250	風疹	229
鉛中毒(乳兒)	250	風刺	211
鹽類(乳汁の)	25	憤怒痲瘰	277
壞疽性アングナ	223, 238		
F		G	
Facialislähmung	80	Gallengangverschluss	172
Facies scrofulosa	210	Galaktosan	44
Faulecken	179	Gastroenteritis, acuta	152
Fäzes, normale	15	—, chronica	153
—, abnorme	71	Gaumenmandel, hyperplasie	184
Ferienkolonie	43	Gaumnensegellähmung bei Diphtherie	238
Fettseifenstuhl	73	Geburtsgewicht	4
Fettsklerem	88	Geburtstrauma	77
Fettsucht	98	Gehirn des Kindes	9
Fieber, alimentäres	139	Gelenkrheumatismus	249
—, Bekämpfung	47	Genickstarre	254
—, transitorisches	17	Gewichtsabnahme, physiologische	4
Fontanelle	6, 66	Gewichtswachstum	4
Foramen ovale, Offenbleiben	307	Glomerulonephritis	227
Frauenmilch	22	Glottiskrampf	274
Freiluftkur, bei Tuberkulose	211	Gohnsche Primärherd	201
Friedreichsche Krankheit	270	Granuloma umbilici	81
Frühgeborene	75	Grippe	187
Fungus umbilici	81		
		ガラクトサン乳	44
		鷺口瘡	179

含水炭素添加	31	Hemiplegia spastica infantilis	264
含嗽	51	Hepatitis	171
顔貌	63	Hernia funiculi umbilicalis	81
顔面神經麻痺	80	— umbilicalis	82
— 現象	274	— inguinalis	173
眼乾燥症	118	— diaphragmatica	173
學校貧血	285	Herz, Untersuchung	68
學童不整脈	65, 305	Herzarythmie	305
現症	62	Herzauskultation	69
下劑	55	Herzdekompensation	315
解熱劑	56	Herzfehler, angeborene	306
原發病竈	201	—, erworbene	310
義膜, チフテリア	236	Herzgeräusche	305
蟻蟲症	175	Herzinsuffizienz	315
牛乳	24	Herzmittel	56
牛乳代用品	36	Herzperkussion	69
牛乳稀釋法	31	Herzschwäche	315
牛乳殺菌法	35	Herztod bei Diphtherie	237
牛乳の處理	34	Hilusdrüsentuberkulose	206
牛酪穀粉食餌	45	Himbeerzunge	222
牛酪乳(バタ乳)	46	Hirn des Kindes	9

H

Habitus	91	Hirschsprungsche Krankheit	164
— asthenicus	97	Hoden, Lageanomalien	331
Hämatom des Sternscleridomastoideus	78	Hodgkinsche Krankheit	296
Hämaturie	327	Hungerkur, bei Toxikose	143
Hämoglobinurie	327	Hutchinsonsche Trias	216
—, paroxysmale	328	Hydrocele	330
Hämophilie	303	Hydrocephalus	256
Hämorrhagische Diathese	296	Hypergenitalismus	114, 115
Haut	16, 65	Hypogenitalismus	110, 115
Harn	15, 71	Hypophyse	107
Heine-Medinsche Krankheit	265	Hypothyreose	104
Hemichorea	276	Hysterie	280

肺, 打診	68	發作性血色素尿症	328
—, 聽診	68	扁桃腺肥大	184
肺炎, 加答兒性	193		
—, クルップ性	196	I	
肺動脈狭窄	308	Idiotie	282
肺門腺結核	206	—, mongoloide	100
肺結核	208	—, myxidotie	104
敗血症	86	Ikterus catarrhalis	171
排便法	49, 54	— familiäre hämolytische	171, 291
白癩	282	— gravis	83
白血病	292	— neonatorum	82
—, 淋巴性	293	Ileus, acute	166
—, 骨髓性	293	—, angeborene	167
—, 假性	295	Imbezillität	282
—, 類似疾患	295	Infantilismus, intestinales	154
白血球	13	Infektionskrankheiten, acute	219
鳩胸	67	—, chronische	201
脾臓	14, 70	—, altersdisposition	219
皮膚	16, 65	Infektionsverhütung	42
皮下注入法	50	Infusion	50
貧血	284	Instillation, rectale	50
—, 食餌性	286	Intoxikation, alimentäre	141
—, 學校及び細民	285	Intussuszeption, Invagination	166
—, 惡性	291		
—, 假性	292	遺傳微毒	212
—, ヤックシ, ハイエム氏	289	遺傳性運動失調症	270
—, 山羊乳	288	異常反應(ツベルクリン)	205
—, 再生不能性	290	咽頭炎	187
—, 家族性溶血性	291	咽後膿瘍	186
—, 體質性	285	咽頭チフテリア	236
—, 失血性	285	遺尿症	328
百日咳	242	陰門腫炎	329
哺乳量	27, 30	陰囊水腫	330
保溫器	76	萎縮腎	323
保溫法	47	萎黃病	285

一過性熱	17	Kasein	24
一般療法に治療法	41	Kaseinbröckel	72
所謂腦膜炎	250	Kehlkopfdiphtherie	236
溢乳	14	Keimdrüsen	115
莓舌	67, 222	Kephalhämatom	77
J			
Jaksch-Hajemsche Anämie	289	Keratomalacie	119
Jacksonsche Epilepsie	271	Kernigsche Symptome	251, 253, 254
K			
腎炎, 急性出血性	317	Keuchhusten	242
—, 慢性	322	Kinderlähmung, spinale	265
腎盂膀胱炎	324	—, zerebrale	263
兒斑	17	Kindermehl	38
人乳	22	Kindertuberkulose	201
人乳栄養	26	Klumpkesche Lähmung	79
人工栄養	29	Klystier	49
ヂフテリー	235	Kohlehydrat	31
—後麻痺	237	Kolostrum	23
滋養糖	32	Kolostrumkörperchen	24
常習便秘	163	Konjunctiva, Diphtherie	237
—嘔吐	162	Konstitution	89
糞蟲	176	Konstitutionsanomalien	89
十二指腸蟲	176	Konstitutionskrankheiten	99
授乳法則(人工栄養)	29	Kontrolle der Milch	36
—回数	29	Kopliksche Flecke	226
—時間	27	Kopf	6
—障碍	27	—, Untersuchung	66
—禁忌	28	Körpertemperatur	17, 65
—, 初生兒の	30	Krankheitsbereitschaft	91
K			
Kalorienbedarf	19	Kretinismus	106
Kapazität des Magens	14	Kropf	107
Karpopedalspasmen	275	Kryptorchismus	331
		Kuhmilch	23
		Kuhpockenimpfung	232
		化骨	8
		化骨不全症	100

酵素(乳汁の)	25	瘰癧素質	273
光線療法	52	結核, 死亡率	201
肝臓	14, 70	—, 病變の進行	201
肝硬變症	172	—, 病型	202
角膜軟化症	118, 119	—, 免疫性	203
角膜乾燥症	118	結膜ヂフテリー	237
家族肝	61	胸廓	7
粥	47	強固法	43
芥子濕布	48	強心剤	56
灌腸	49	祛痰剤	58
假性クルップ	189	健胃消化剤	58
假性白血病性貧血	289	胸鎖乳嚙筋血腫	78
假性貧血	292	胸腺	15, 113
過敏症	241	胸腺淋巴性體質	95
蛔蟲	174	胸腺肥大	113, 96
壞血病	122	胸腺死	15, 113
脚氣, 乳兒	119	饑餓療法	143, 139
—, 小兒	122	既往症	61
假痘	234	氣管及ビ氣管支炎	190
家族性黒内障性痴呆	270	氣管支肺炎	193
頸部淋巴腺炎	186	氣管支擴張症	197
檢尿法	71	氣管支腺結核	206
檢便法	71	基結核性浸潤	209
血便	73	起立性蛋白尿	326
血液	13	急痛	274
血壓	12	龜頭炎(龜頭包皮炎)	330
血液凝固時間	297	筋萎縮症(進行性)	268
血小板數	298	吸收作用	19
血小板減少症	299	吸入法	50
血尿	327	呼吸	14, 64
血友病	303	呼吸困難	64
血液吐瀉症	156	穀粉栄養障碍	147
血清病	240	穀粉煎汁	33
血清注射	51	穀粒煎汁	33
血色素尿症	327	混合栄養	38

糊精麦芽糖製劑	32	Leber	70
高熱殺菌法	35	Leberzirrhose	172
粉ミルク	36	Leistenhernia	173
コンデンスミルク	37	Leistenhoden	331
口腔	67	Leukämie	292
口内炎	177	—, lymphatisch	293
—, 加答兒性	177	—, myeloisch	293
—, アフタ性	177	—, pseudo-	295
—, 敗血性	178	Leukocyten	13
—, 潰瘍性	178	Littlesche Krankheit	264
口角潰瘍	173	Lobulärpneumonie	193
甲状腺	109	Lobalpnemonie	196
— 機能障碍	104	Laes congenita	212
— 製劑	105	—, — tarda	216
甲状腺腫	107	—, Rezidiv	215
骨脆弱症(化骨不全症)	100	—, Therapie	217
睾丸位置異常	331	Lambalpunction	70
喉頭ヂフテリー	236	Lange, Untersuchung	68
喉頭炎	189	Langentuberkulose	208
喉頭痙攣	279	Lymphadenitis colli	186
尙像病	124	Lymphgranulomatose	296
クルップ	236	Lymphozytomatose	293
クルップ性肺炎	196	Lymphosarkomatose	295
巨大發育症	109		
		M	
		Magen, des Säuglings	14
L		Magendarmkatarrh, acute	152
Laktagoga	28	—, chronische	153
Laktalbumin	24	Magenverdauung, Gesamtdauer	22
Laktoglobulin	24	Magerkeit	98
Landkartenzunge	94	Mahlzeiten des Säuglings	26, 29
Landry'sche Paralyse	267	—, Zahl der	26, 29
Längenwachstum	5	Maltosenpräparat	32
Laryngitis acuta	189	Malsuppenextrakt	32
Laryngospasmen	279	Mangelkrankheiten	117
Lebensschwäche	75		

Manifestation	83	Mundwinkelgeschwür	179
Masern	225	Muskelatrophie	268
— u. Scharlach	227	—, frühinfantile spinale progressive	269
Masturbation	331	—, bei Poliomyelitis ant	267
Megacolon congenitum	164	—, progressive	268
Mehlnährschaden	147	—, —, neurale	169
Mekonium	15	Myatonia congenita	259
Melaena neonatorum	84	Myelocoele	258
Meningitis, cerebrospinalis epidemica	254	Myelozytomatose	293
—, Blei-	250	Myocarditis, acuta	314
—, eitrige	255	—, chronica	315
—, seröse	255	Myxidiotie	104
—, tuberkulöse	252	Myxödem	104
Meningocoele	258		
Meningokokkenmeningitis	254	麻疹	225
Mikrocephalie	258	盲腸炎	170
Mikromelie	99	脈搏	12, 65
Milch	22	無力性體質	97
—, bestrahlte	127	免疫物質(乳汁中の)	25
—, artfremde	132	免疫(急性傳染病の)	220
Milchbakterien	35, 131, 133	—(結核の)	203
Milchkontrolle	34	N	
Milchnährschaden	137	Nabelbruch	82
Milchzersetzung	35, 131	Nabelerkrankungen	80
Milchzucker	25	Nabelgranulom	81
Miliartuberkulose	207	Nabelschnurbruch	81
Milz	14, 70	Nahrung	18
Mitralfehler	311	Nahrungsbedarf	19
Möller-Barlowsche Krankheit	122	Nährzucker	32
Mongolismus	100	Nasendiphtherie	236
Monothermie des Säuglings	17	Nasenflügelatmen	64
Morbilli	225	Nasopharyngitis	187
Morbus maculosus Werlhofii	299	Nebenniere	114
Mumps	248	Nebenpocken	234
Mundhöhle	67		

Nemsystem 20	燃價需要量 19
Nephritis, akute hämorrhagische . . . 317	腦 9
—, akute diffuse Glomerulo- . . . 317	腦下垂體 107
—, chronische 322	—機能障礙 108
Nephropathie, chronische infantile . . . 322	腦下垂體性侏儒 109
Nephrose 320	腦水腫 256
Nervenlähmung 78	腦膜炎, 結核性 252
Nervensystem, Entwicklung 9	—, 化膿性 255
—, Erkrankungen 250	—, 漿液性 255
— —, organische 250	—, 鉛毒性 250
— —, funktionelle 270	腦脊髓膜炎, 流行性 254
Neurosen 277	腦性小兒麻痺 263
Neuropathie 279, 97	腦腫瘍 259
Nierentuberkulose 327	腦出血 73
Noma 180	腦炎, 急性 260
	—, 嗜眠性 262
	膿胸 199
ナナ絛蟲 177	尿 15
内分泌性疾患 102	尿崩症 111
内因的感染 133	尿毒症 323
乳汁 22	熱に對する處置 47, 56
乳汁分泌促進劑 23	濃厚重湯 140
乳球 23	
乳齒 7	
乳清, 乳漿 23	
乳兒の榮養 18	
乳兒榮養障礙 128	
乳兒微毒 213	
乳兒脚氣 119	
乳兒鉛中毒症 250	
粘液便 73	
粘液水腫 104	
粘液痴呆 104	
粘滑汁 46	
粘膜疹(麻疹) 226	
燃價增量法 31	

O

Obesitas 98
Obstipation, habituelle 163
Oedem der Neugeborene 87
Omphalitis 80
Onanie 331
Ossifikation 8
Osteogenesis imperfecta 100
Osteopsathyrosis (同上) 100
Oxyuris 175
重湯(おとゆ) 33, 46

お混り 47	Pleuritis, seröse 198
溫濕布 48	Plexuslähmung 78
黃疸, 加答兒性 171	Pneumonie, cruppöse 196
—, 初生兒 82	—, katarrhalische, broncho, lobuläre . . . 193
—, 溶血性 171, 291	—, fibrinöse, lobäre, genuine . . . 196
橫隔膜ヘルニヤ 173	Poliomyelitis ant. acut. 265
	Poly-crostitis 314
P	Primärherd 201
Pädonephritis 322	Primärkomplexe 201
Pankreas 116	Proletarieranämie 285
Paralyse, Landry'sche 267	Prophylaxe, allgemeine 41
Paraphimosi 330	Pseudodiphtherie 189
Paratyphus 248	Pseudokrupp 189
Parkinsonismus 262	Pseudoleukämie 295
Parotitis epidemica 248	Pseudoleberzirrhose 314
Parrotsche Pseudoparalyse 215	Pseudoparalyse, Parrotsche 215
Passagestörungen des Darms 164	Psychische Entwicklung 10
Pasteurisation der Milch 36	Psychische Aequivalent 272
Pavor nocturnus 278	Pubertas praecox 115, 114
Pemphigus 214	Pulmonalstenose 308
Pericarditis 312, 313	Puls 12, 65
Perikardialverwachsung 313	Purpura 298
Peritonitis, eitrige 167	Pyelocystitis 324
—, tuberkulöse 168	Pylorusstenose, spastische 160
Pertussis 242	Pyurie 324
Petit mal 271	
Pflege der Frühgeborene 76	Q
Pharyngitis 187	Qualitative Inanition 131
Phimose 330	Quantitative Inanition 131
Phthisis pulmonum 208	
Physiologie des Kindes 4, 12	R
Physiologische Eigentümlichkeiten des Kindes 12	Rachendiphtherie 236
Pirquetsche Reaktion 204	Racheninspektion 67
Pleuritis, eitrige 199	Rachenmandel 183
	Rachitis 124

Reinjektion von Serum	241	淋巴肉腫症	295
Reisschleim	33	煉乳	37
Rekonvaleszentenserum (Masern)	228	冷却法	47
Retentio testis	331	肋膜炎	198
Reprise	243	肋骨切除術	200
Respiratorische Affektkrampf	277	漏斗胸	67
Retropharyngealabszess	186	濾胞性アンギナ	183
Revakzination	234	瘰癧	28
Rheumatismus	249	癘癪症	135, 145
Rhinitis	187	—, (體質性)	99
— syphilitica	213		
Rhinopharyngitis	187		
Rippenresektion	200		
Riesenwuchs	109		
Rizinusöl	55		
Rohrzucker	32		
Rosenkranz	67		
Röteln	229		
Rubeola	229		
Rückenmark	9		
Ruhr	245		
Rumination	162		
卵圓孔閉存	307		
離乳	39		
流行性腦脊髓膜炎	254		
流行性耳下腺炎	248		
流行性腦炎	262, 260		
療法(一般)	41		
綠色腫	294		
綠便	72		
量的饑餓	131		
淋巴球	13		
淋巴性白血病	293		
淋巴肉芽腫	296		

S

Salvarsan	217
Salzsäuremilch	46
Sauerstoffinhalation	51
Sauermilch	45
Säuglingskakke	119
Säuglingssyphilis	213
Säuglingstuberkulose	201
Saugreflex	9
Säuregrad der Milch	35
Scarlatina	221
— sine exanthemate	223
Schädel	6
Schädelpunktion	71
Scharlach	221
Scharlachdiphtheroid	223
Scharlachnephritis	223
Scharlachrheumatismus	223
Scheinanämie	292
Schielen, physiologische	9
Schick's Test	240
Schilddrüse	103
Schlaf des Kindes	17
Schlafmittel	57

Schleimabkochung	33, 46	Spitzenstoss	68
Schnupfen	187	Spitzschädel	258
—, syphilitische	213	Sprache, Entwicklung	10
Schoenlein-Henochsche Krankheit	300	Sputum	74
Schrumpfniere	323	Status epilepticus	271
Schulanämie	285	— thymico-lymphaticus	95
Schulz-Chartonsche Phänomen	224	Sterilisation der Milch	35
Schutzimpfung, bei Diphtherie	239	Sterblichkeit, Tuberkulose	201
—, bei Masern	228	—, akute Infektionskrankheit	221
—, bei Scharlach	225	Sternocleidomastoideus, Hämatom	78
—, Vakzination	232	Stigmata, hysterische	281
Schutzpockenimpfung	232	Stillhindernisse	27
Schwachsinn	282	Stimmritzenkrampf	274
Schnenreflex	9	Stoffwechsel in Säuglingsalter	19
Seifenstuhl	73	Stomatitis, catarrhalis	177
Senfeinpackung (— umschlag)	48	—, aphthosa	177
Sepsis	86	—, ulcerosa	178
Septum ventriculorum, Defekt	307	—, septica	178
Serumkrankheit	240	Stridor congenitus	188
Serumexanthem	241	Strofulus infantum	93
Sinnesorgane des Säuglings	9	Struma	107
Sklerödem	87	Stuhl, normale	15
Skorbut	122	—, abnorme	72
Skrofulose	210	Syphilis	212
Soor	179		
Soxhlet-Apparat	36	酸度測定法(牛乳)	35
Spasmophilie	273	酸性乳	45
Spasmophile Diathese	273	酸素吸入	51
Spasmus nutans et rotatorius	278	止痢劑	56
Spätsyphilis	216	細民貧血	285
Spina bifida	258	再生不能性貧血	290
— — occulta	259	再種痘	232
Spina ventosa	211	小兒粉	38
Spinalkinderlähmung	265	小兒假性白血病性貧血	289
Spinalparalyse, infantile, spastische	269	小兒痲痺, 腦性	263

小兒麻痺, 脊髄性	265	脂肪	24
小兒呼吸音	68	脂肪添加	33
小兒腎炎	322	自然榮養	26
小鰓門	6	新生兒	3
小頭症	258	蔗糖	32
小葉性肺炎	193	診察法	61
松果腺	115	診察上の注意	59
消化不良症, 急性	138, 136	觸診	69
——, 慢性	149, 137	温布	48
——, 年長兒	151	食鹽注射	50
消化不良性中毒症	141	心臓濁音界	69
—— 昏睡	156	心内膜炎, 急性	309
消耗症	145, 147, 135	——, 慢性	310
消褪現象	224	心臓病, 先天性	306
猩紅熱	221	——, 後天性	311
猩紅熱アングナ	222	心囊炎	312
—— 腎炎	317	心囊癒着	313
種痘	292	心筋炎	314
種痘障碍	234	心臓雜音	305
初生兒	3, 75	心臓摩擦音	310, 312
初生兒破傷風	85	心臓機能障碍	315
—— 丹毒	86	心臓	12
—— メレナ	84	肢端肥大症	109
—— 黄疸	82	滲出性素質	92
—— 膿漏眼	87	脂漏	16
—— 癩皮症	87	週期性嘔吐症	156
—— 浮腫	87	小舞踏病	275
—— 脂肪癩皮症	88	嗜眠性腦炎	262
食餌必需量	19	神經質症	279, 97
食餌性中毒症	141	前經痛風質	98
食餌性貧血	286	神經性嘔吐症	162
食餌療法	44	神經性食思缺乏症	163
食餌性熱	139	神經系疾患	250
初乳	22	神經系の發育	9
初乳球	23	神經系の診察	70

進行性筋萎縮症	268	臍帶ヘルニア	81
紫斑病, 血小板減少性	299	臍帶脱落	3
——, 血管性	300	鞏膜痙攣	274
——, 症候性	301	成熟乳	22
——, 電撃性	302	脊髓前角炎	265
——, 出血性	299	脊髓破裂	258
——, ロイマチス性	300	脊髓性小兒麻痺	265
——, 腹性	300	腺病質	210
——, 單純性	299	腺窩性アングナ	183
出血時間	297	腺結核	206
齒牙の發生	7	腺様増殖症	185
齒牙發生異常	180	精神状態	63
四肢短小症	99	精神薄弱	282
身體各部の割合	8	水瘤	180
身體的發育	4	水分供給法	49
身長	5	睡眠	17
手淫	331	水痘	230
生理的體重減少	4	促進反應	241, 234
生齒異常	181	即時反應	241
視覺	9	鼠咬症	248
生齒困難	181	插管法	240
生殖腺	115	早産兒	75
生殖器萎縮性肥胖症	110	僧帽瓣障碍	311
石鹼便	73		
先天性微毒	212	T	
先天性喘鳴	188	Tänien	177
洗腸	49	Temperatur	16, 65
赤痢	245	Temperaturmessung	65
赤血球	13	Tetanie	275
臍疾患	80	Tetanus neonatorum	85
臍出血	81	Therapie, allgemeine	41
臍部傳染	80	Thorax	7, 67
臍息肉	81	Thrombopenie	299
臍潰瘍	80	Thymus	248
臍ヘルニア	82	Thymushyperplasie	113

Thymustod 15 113	體重 4
Tik 277	體質異常 89
Toleranz 130	胎便 15
Tonsillen 184	蛋白乳 44
Toxikose, dyspeptische, intestinale . . . 141	耐力 130
Tracheobronchitis 190	低熱殺菌法 36
Tracheotomie 240	天然痘 231
Transposition der großen GefäÙe . . . 308	點頭痲攣 278
Trias, Hutchinsonsche 216	癩癩 270
Trichterbrust 67	癩癩發作 271
Trinkmenge 27, 30	癩癩均等症 272
Trockenmilch 36	痘苗 232
Trousseau'sche Phänomen 274	痘瘡 231
Tuberkulin 204	頭圍 6
Tuberkulinprüfung 204	糖尿病 116
Tuberkulinreaktion 203	突然性發疹 230
Tuberkulose 201	鐵量(乳汁の) 40, 25
—, Bronchialdrüsen 206	—(肝臓の) 288
—, Darm 170	頭部(診察) 66
—, Lunge 208	
—, Miliar 207	
—, Peritoneum 168	
—, Meningitis 252	
—, Säuglings 201	
—, Immunität 303	
—, Ausbreitung 201	
—, Therapie 211	
Turgor 65	
Turnschädel 258	
Tussis convulsiva 242	
Typhus abdominalis 248	
丹毒 86, 249	
體温 16, 65	
體温下降の處置 47	
	U
	Überfütterung 131
	Ulcus umbilici 80
	Umschlag 48
	Unterernährung 131
	Untersuchungstechnik 59, 61
	Untertemperatur, Bekämpfung 43
	Urämie 323
	Urogenitalorgane, Krankheiten . . . 317
	V
	運動 10
	Vakzination 232
	Vakzina generalisata 235

Vakzineexanthem 235	
Vakzinoze 234	Y
Variola 231	藥劑療法 52
Variolois 231	—の用量 53
Varizellen 230	—の用法 54
Veitstanz (Chorea minor) 275	—の種類 54
Ventrikelpunktion 71	夜驚症 278
Verdünnung der Kuhmilch 31	夜尿症 328
Verstopfung, habituelle 163	溶血性黄疸 171, 291
Vierte Krankheit 229	— 貧血 291, 171
Vitamine 117	腰椎穿刺 70
Vormilch 22	幽門狹窄症(痲攣性) 160
Vollmilch 22	輸血 52
Vulvovaginitis 329	Z
	Zähne, Durchschneiden 7
W	—, Anomalie 180
Wachstum des Kindes 4	—, Hutchinsonsche 216
Waldschule 43	Zerebrallähmung 263
Wärmewanne 76	Ziegmilchanämie 288
Wasserstoffwechsel 21	Zusammensetzung der Milch 24
Wasserbedarf 21	Zwerchfellbruch 173
Wasserkopf 256	Zwerchwuchs 104, 109, 323
Wasserpocken 230	
Wasserverarmung, Bekämpfung 49	全乳 22
Werlhofsche Krankheit 297	喘息様氣管支炎 191
Windpocken 230	喘息(氣管支) 192
Wolfrachen 28	粟粒結核 207
Wutkrampf 277	頭蓋 6
	頭血腫 77
X	
Xerosis 118	

昭和七年五月一日印刷

昭和七年五月五日發行

著者檢印

小兒科學

正價金三圓五拾錢



著者 山本康裕

發行者 小立鉦四郎
東京市本郷區湯島切通坂町八番地

印刷者 加藤晴吉
東京市本郷區湯島切通坂町五十一番地

印刷所 正文舍第二工場
東京市本郷區湯島切通坂町十五番地

發行所

南江堂書店

東京市本郷區春木町三丁目
電・小・三五一〇・三九六九
振替東京一四九

南江堂京都支店

京都市中京區寺町通御池南
電話上二〇三〇
振替大阪一一五〇五

56

56-316



1200501268261

6

終