

- 11 …… 十二指腸虫
- 12 …… 亞米利加十二指腸虫
- 13 …… ストロングロイデス
- 14 …… ステルコラーリス
- 15 …… ナナ條虫
- 16 …… 無鉤條虫
- 17 …… 有鉤條虫
- 18 …… ヒメノレビスデイミニユータ
- 19 …… 東洋毛線虫
- 20 …… 毛線虫
- 21 …… 鞭虫
- 22 …… 蛔虫受精卵
- 23 …… 蛔虫受精卵

呼吸器疾患篇

A 鼻、耳及咽喉疾患 (醫學博士小山景治氏原著)

I 急性鼻加答爾

原因 急性鼻加答爾は所謂鼻感冒 Coryza と稱するものにして、急性上氣道加答爾の部分的現象、或は前驅症として來たり、都會に住する薄弱なる體質を有する小兒は特に屢犯さるゝものなり、其病原菌は種々にして一定せず、總稱して感冒症 Grippe と名くる最通俗的の傳染病に來たるを多しとす。蓋し外氣温度の急變と、身體一部或は全部の露出、冷却等は特に濕潤せる空氣中に於て、罹病の誘因となるなり。斯の如き理學的刺戟の外に、化學的及器械的刺戟、例せば刺戟性瓦斯、花粉、沃度等の吸入よりも來たる、隨て職業的關係あることあり。或は急性傳染病の初發徵候として現はる、即ち麻疹、チフテリー、インフルエンザ (フハイフェル氏菌に原因する流行性感冒) 等の如し。

症候 初め多少の初熱ありて稍や年長の小兒に於ては、前頭部或は鼻根部に疼痛或は頭重の感、食慾不振、開口呼吸、舌苔、刺戟咳嗽、全身違和等を訴ふるに過せずと雖も、乳兒に於ては鼻粘膜腫張或は其分泌物に由り鼻閉塞を起し、呼吸障礙を來たすのみならず、鼻呼吸の斷絶に由り、乳嘴を口に接するも呼吸の途なくして哺乳不能となり、率て危険なる涸渴症、營養不給等を來たし、甚しければ致死的轉歸を取ることもあり。然とも多くは2—3日後に諸症消退するを例とす。唯だ其經過中に扁桃腺炎、咽喉頭加答爾、頸腺腫、中耳炎、尙ほ下降して氣管枝加答爾、氣管枝肺炎、稀には膿性腦膜炎等を起すことあり。或は屢麻疹、梅毒、チフテリー等に原因す

ることあれば茲に注意を要す。

豫防 親近者に鼻感冒あれば務めて之を避け、或は感冒流行時には棉紗數層にて口及鼻を掩ふ、乃ち**マスク**を用ゆ。其他衣服、居室、寢食等を過温ならしめず、日中は塵埃なき外氣に接觸せしめ、以て小兒の皮膚抵抗力の増進に努むるを要す。

療法 局所には急性初期に驅血的收斂劑として、千倍鹽化**アドレナリン**水と等分の**グリスリン**液を點鼻するを可とすれども、**アドレナリン**は其刺戟強よく且つ反應的充血を起し易きを以て、局所麻酔藥**コカイン**等を併用す。又粘液膿性分泌多量なるか或は永續すれば、2%**プロタルゴール**、1%硝酸銀溶液等用ひらるゝも、稀に特異質的に之に敏感なる小兒あれば注意を要す。而して此等は皆噴霧、塗布、點鼻の方法を行ふものなり。其他**ゲツペルト氏軟膏**（醋酸**アルミニウム**2.5、**ラノリン**15.0、流動**パラフィン**25.0）を硝子棒にて一日2—3回塗布することあり。但し**メントール**は刺戟強く、絶息或は拘攣發作を起すの例あれば乳兒に禁ず可きも、年長兒には其0.25%の**オレフ油**を**アドレナリン**と共に點鼻することあり。

鼻内に停滯せる分泌物を除去するには、從來**ポリツチエル**氏球により開放的通氣法が行はれたれども、現今は殆ど顧みられずして、唧筒作用により陰壓を利用して之を吸引する法が賞用せらる。或は綿棒を以て鼻内を清拭することあり。但し傍ら患兒の營養に注意し、哺乳不能のものに對しては壓搾乳を茶匙にて與ふるか、或は10—15%滋養糖水を注腸する等、只管營養物の供給に努むべし。又熱に對して乳兒に1日2—3回**アスピリン**0.1或は**ピラミドン**0.05或は**アリストヒン**を月數の廻宛與へ、且つ室内を攝氏20度迄となし**ユーカリプ油**或は**テルペンチン油**を混ぜる熱湯を蒸發せしめ、安靜就床を命じ、發汗法を行ふを可とす。其他化學的或は器械的に由る鼻炎に對しては、其原因を除去すべし。

II 慢性鼻炎

原因 本症は急性鼻加答爾の數回反覆するに由るか、或は諸種の刺戟的原因の繼續する際に來たり、稍や年長なるか、或は梅毒或は腺病の兒童に見ること多し。

症候 一般に單純性鼻加答爾の症候を呈し、極慢性なれば身體及精神發育の障礙を起すことあり。然とも大人の如く肥厚性鼻炎は破瓜期に近からざれば起らず、隨て其必發症候たる鼻閉塞を訴ふる者は少く、寧ろ鼻漏を主症候となす者多く、而して咽頭後壁にも顆粒性炎症を併發す。其他**チフテリ**様の小義膜を生ずる纖維素性鼻炎、萎縮性鼻炎、臭鼻 *Ozäna* 等は甚稀なり。

附録 後鼻炎

後鼻孔 *Choanen* の炎症にして、其原因は前に同じ、只だ乳兒には生理的に後鼻孔狭く、第2年に至り漸次廣まる、故に乳兒には其炎症の爲に鼻呼吸著しく障碍せらるゝも、後には自然に輕快する例多し。

症候 鼻呼吸著しく防碍せられ、一種の定型的顔貌を呈す、乃ち常に口を開きて鼻孔を擴張し、鼻背は浮腫狀にして、頭部を後屈し、呼吸に鼾聲を帶ぶ、分泌物は殆ど缺如することあり、或は泡沫を混する多量の粘液を排泄す。其他空氣を嚥下して鼓腸を起し、胸廓は狭少となり、多くは咽頭扁桃腺の肥大を伴ひて呼吸益困難となる。

療法 慢性鼻炎と同しく哺乳前に千倍**アドレナリン**水、分泌物多量の際には**プロタルゴール**より寧ろ百倍硝酸銀**グリスリン**を、1日2—3回数滴宛點鼻するを可とす、又咽頭炎に因する咳嗽あれば、**マンドル**氏液、即ち沃度加里1.0純沃度0.3**グリスリン**20.0薄荷油2滴の溶液を、1日1回宛塗布し、扁桃腺肥大あれば終には之を切除すると可とす。

III 急性鼻咽腔炎

原因 本病は急性鼻加答爾と同じく乳兒に甚多く、其炎症は速に鼻腔及咽頭より喉頭、氣管等に蔓延す。原因は急性鼻加答爾と同じく、其傳染も亦頻數なり。

症候 通例は2—4日間輕熱ありて治するとも、亦屢高熱持續し肺炎と誤ることあり。特に滲出性素質には胃腸症を併發して食慾不振、舌苔及口臭の鼎足症狀を發す。其自覺的症狀は年長兒に於ては頭部或は項部に局限せる疼痛を訴へ、且つオイスタヒー氏管の腫脹或は閉塞に由りて起る耳症狀、即ち耳痛、耳鳴、重聽、耳内閉塞感等あり。而して咽頭後壁の粘膜は濕潤腫張して發赤著しく、多くは粘液性或は膿性分泌物を附着し、其高度なる時は乳兒は咽頭痛の爲に頭を後屈して角弓反張を呈し、腦膜炎と誤まり、又屢鼻呼吸を障碍し、鼻加答爾と同じき諸症を起すものなり。其他に項部筋附着部の脊椎兩側に於て淋巴腺腫脹し、或は扁桃腺肥大と共に口蓋弓の前縁に肥厚を起し、且つ中耳炎を併發す、斯る際には月餘に亘り弛張性熱あることありて結核或は敗血症と誤まる。然れども其熱は少なくとも中耳炎には關係なく、随つて鼓膜切開を行ふも効なしとす。

療法 急性鼻加答爾と同じ。

IV 慢性鼻咽腔炎

原因 慢性鼻炎に併發すること多く、而して年長兒にのみ來たるを常とす。

症候 主として分泌機能障礙より來たる症狀にして、粘液或は膿性の分泌液が多量にして口腔及咽頭に流出し、或は却て鼻咽腔が乾燥して異物の感を起し、稀には分泌物乾燥して痂皮を成形し、或は輕度の出血を來たし、鼻閉塞に兼て鼻聲を發することあり、又合併症としてオイスタヒー

氏管閉塞、慢性單純性中耳炎或は化膿性中耳炎等を起し、且つ分泌物嚥下による慢性胃加答爾症あり、他覺的に鼻咽腔粘膜は潮紅腫脹し、同時に咽頭扁桃腺は増殖肥大し、其表面に散在性或は彌蔓性の粘液或は膿性附着物を見る。

療法 原因を精査して之を除去するに努め、局所療法としては收斂性藥液即ち硝酸銀液、プロタルゴール液、或はクロール亞鉛液の塗布を可とす、又乾燥結痂性のものには、ルゴール氏液の塗布を行ひ、且咽頭扁桃腺の肥大著しきものは切除若くは摘出すべし。

V 衄 Epistaxis

衄とは鼻出血の謂にして、其出血量は或は少量なることあり、或は數回反覆することあり、或は甚多量にして致命的危險を生ずることあり。

原因 小兒に於て特に醫療を煩はすものは所謂特發性衄にして何等の原因なくして來たり、或は鼻の打撲或は手術等にて起り、或は初め鼻中隔の前下端、即ちキーゼルバツハ氏部位に糜爛を生じて結痂せるものを、指頭にて除去せる際に出血し、爾後習慣性に同所より出血することあり、其他猩紅熱、麻疹、百日咳、チフテリー等に併發し、或は血友病、壞血病、紫斑病等に、或は屢鼻腔異物の刺戟、或は稀に出血性鼻茸に由り、或は破瓜期には月經時に代償的に來たる例あり。

症候 前驅症として輕度の頭重、眩暈、昏朦、顔面潮紅、鼻内痛痒感、耳鳴等あることあり、而して其出血の來るや多くは一側なり、稀には兩側なることあり、急性熱性病或は血液疾患に於て然りとす。其出血量は僅に1—2滴より數百瓦に達し、其激烈なるものは或は搏動性に或は持續性に噴出す、若し一時的に多量の出血あれば、爲めに失神することあり、又少量なりと雖も連日に亘りて止血せざる時は、患者は非常に神經過敏となり、顔面は蒼白にして全身貧血の状態に陥り、遂には心麻痺の徵候を現はすこ

と稀ならず。其他睡眠中に嚥下したるを吐血或は咯血する例あり。

療法 出血少量にして唯だキーゼルバツハ氏部位よりするものなれば同側の鼻翼を指頭にて鼻中隔に向つて強く壓すれば屢効を奏す、次に外傷性の重篤なる出血は、成人と同すくベロツクク氏管を以てする止血法即ち全填塞 Tamponade を要することあれども、斯ることは稀有に屬して通常單に鼻内棉紗塞子にて止血し得らるゝものなり。

一般に普通中等の鼻出血には先づ鼻腔を清潔にしたる後、豫め棉棒の先端に固着せしめたるクローム酸小塊或は1%硝酸銀水を以て、出血部を極めて速に且つ軽く腐蝕し、而して腐蝕後は食鹽水を以て中和し、過剰の藥物を除去して軽く綿栓を施すべし、其他稀釋一半鹽化鐵液、千倍アドレナリン水、十倍コワグレン水等を浸したる綿球を出血部に貼用し、或はクラウデン粉末を撒布す。又出血部を電氣燒灼子にて灼く方法あり、簡單にして効を奏すること多し。

又局所的の處置と同時に出血多量なる時には、殺菌生理的食鹽水を皮下に注入し、或は輸血法を行ひ、或は10%のゲラチン水、或はコワグレン、クラウデン、トロンボーゲン等の溶液を注射し、又鼻上に氷嚢を貼し安靜を守らしめ、流動性食物を與へ、便通を良くし、學齡以上の小兒なれば含嗽を行はしめ、且つ多くは斯際神經過敏となるを以て鎮靜剤を用ゆ。

VI 鼻 茸 Nasenpolyp

原因 此腫瘍は副鼻腔蓄膿症、特に上顎竇蓄膿症と合併し來たること最多し、其他潰瘍、異物、慢性鼻炎等の刺戟に由りて副鼻腔の排泄口附近に炎症を起し、率て本病の原因となることあり。

症候 自覺的には初め軽度の鼻閉塞のみなれども、鼻茸の發育するに隨て漸次強度となり、遂に全く鼻腔を閉塞することあり、此時には多量の粘液性分泌物、嗅覺の障礙、閉塞性鼻聲等を來たし、尙ほ増大すれば其壓

迫によりて鼻骨膜に炎症性肥厚を起し、幼兒には屢鼻根部扁平となり、一見して鼻茸の發生を想像せしむ、其他頭痛、頭重、不眠、記憶力減退、作業嫌忌、疲勞感等の所謂鼻性精神機能不調を來たし、或は反射的に喘息發作を起すことあり。又鼻閉塞高度なる時は常に口腔呼吸を營む爲に、咽頭、喉頭及氣管枝等の諸病を誘發し、若し下鼻道を閉塞すれば涙液の排泄障礙せられて流涙あり、且つオイスタヒー氏管加答爾にて其諸症狀を呈す、而して鼻鏡検査にては球狀或は卵圓形の腫瘍體を見、其表面は平滑にして粘液性分泌物を附着す、若し分泌物膿性なれば副鼻腔蓄膿症の合併せるを疑ふべし。

療法 藥液の塗布或は注射療法は絶對的に無効にして、只だ手術的療法あるのみ、蓋し現時行はるゝ普通の方法は締係にて絞斷せず、局所麻酔を行ひ鼻鏡にて鼻茸を視つゝ引き抜くなり、然る後に手術の創面を清拭し、安靜横臥を命じ後出血を警戒す。

VII 副鼻腔炎(顎竇炎) Sinusitis

原因 寒冒、急性鼻炎、齒牙疾患等に續發し或は急性傳染病、就中猩紅熱、麻疹、チフテリー等の経過中に來たる。蓋し舊時は幼兒に於て副鼻腔未だ發育せずと信ぜしが、近時に至り前額竇は第7年頃に完成するも上顎竇及篩骨竇は已に新生兒に存し、其炎症は特に新生兒顎竇炎と稱せられ、敢て稀ならず。

症候 篩骨竇炎は突然惡寒、高熱、哺乳減少と共に多くは一側の上及下眼瞼が著しく腫脹し、頬及前額に及ぶことあり、或は内眼角のみに限局することあり、或は眼窩骨膜炎を起して眼球前外方に轉移することあり。而して眼瞼及眼球には炎症殆ど缺如し、只だ同側鼻腔より多量の膿汁を排泄す。又上顎竇炎には上顎骨髄炎或は齒齦炎と相似て終に鼻粘膜に瘻孔を作ることあり。

療法 多くは温巻法、アドレナリン水點鼻、發汗療法、鼻膿汁の排除等にて治す。然とも頑固の例に於ては其病原たる腐骨を除去す、其法は上顎竇蓄膿症と同じく、犬齒窩の齒齦粘膜より上顎竇を切開して腐骨を除去し後に竇内を搔抓するなり、此等は皆専門家に依頼す可し。

VIII 鼻腔異物

原因 多數は前方鼻孔より進入するものにして、耳内異物の如く小兒の遊戯中に自ら之を挿入し、或は他より挿入せらるゝものなり、其物質は多種多様にして豆類、果實核、木片、紙片、棉花、ゴム製品、小石、昆布等なり、原著者は柿實の核が鼻腔内に於て胚芽を生じ、或はゴム乳嘴が4ヶ年の間鼻腔にありて蓄膿症と誤信せられ経過せしものを實驗せり、又嘔吐せられたる食餌片、蛔蟲等の後鼻孔より鼻腔内に進入することあり、甚稀に異物に炭酸及磷酸石灰附着して小鼻石を成形することあり。

症候 局所的反應として鼻加答爾を起し、時として腐敗臭を放ち親近者の注意を起さしむることあるも、亦稀に前述せる如く數年間何等異物の存在を知られざることあり、但し異物の大小、形態及位置に隨ひ鼻腔の閉塞或は疼痛を來たし、或は其尖銳なるものは出血を起し、或は長期間存在すれば粘膜の腫脹及膿性分泌物を生じ特異の惡臭を放つ。

療法 最簡單なる方法は、患兒に一側の鼻孔を閉ぢて強き噴嚏を發せしめ異物を噴出せしむることなり、又器械的に除去するには反射鏡を照らして鉗子を用ひ異物を把るべし、若し深部に滑走する恐れあらば、必ず匙状の消息子を異物の後方に送り以て異物を捕ふべし、此際には5%コカイン0.1%アドレナリン液を塗布して鼻粘膜の疼痛を輕ふし且つ貧血の状態になすこと必要なり、而して警戒すべきは異物を後方に挿入し後鼻孔より咽頭に墜落せしむべからざることなり。

IX 腺様増殖症 (咽頭扁桃腺肥大)

原因 咽頭扁桃腺の肥大せるものにして、1868年マイエル氏の始めて發見公表せるものなり。遺傳、體質、傳染に關係ありて、歐洲に於ては學童の25—30%に之を認むと云ふ。

症状 顔貌は特異なる痴鈍狀の變化、所謂腺様増殖症顔 Facies adenoidea を呈す、即ち口腔は常に開放し、顔面の筋肉は弛緩し、鼻唇溝は消失し、顔面の表情的機能に乏しく、外鼻の發育不完全にして、鼻梁扁平となり、常に口呼吸を營み、口蓋穹窿は狭く且つ高く、其結果上顎齒槽突起は左右より接近し、門齒部は強く前方に突出し、齒列の不整を來たす、又牽て胸廓の發育障礙せらるることあり、其他鼻閉塞の爲に睡眠時鼾聲を放ち、時として夜間突然驚起す、所謂夜驚なり、特に乳兒に於ては鼻閉塞に由り哺乳の困難を招き、遂に營養不良に陥ること稀ならずとす。

聽器に及ぼす影響は本病患者の主訴となることありて、本病の爲にオイスタヒー氏管加答爾より續いて慢性中耳加答爾を起し高度の難聽を來たし言語を習得すること能はずして遂に聾聵となる者あり、或は化膿性中耳炎を續發する者あり、故に此等諸病の治癒困難なる時には本病の合併を念頭に置いて先づ之を除去することを忘るべからず。其他言語は共鳴失調の爲に閉塞性鼻聲となり、マ行の發音障礙せらる、尙ほ精神上には記憶力減じて思考力乏しく、特に計算困難にして作業を倦怠し、學齡兒童に於て成績の不良を來たし、所謂注意不能症となるものあり、又反射的症狀として喘息、夜驚、夜尿症或は癲癇様發作を起し、本病治療後は此等の諸症全癒したる例鮮からず。

療法 鼻呼吸に妨碍あり、或は反覆して鼻咽腔炎を再發し、特に聽力減退すれば速に腺切除術を行ふの外なし、乃ち適當なる腺切除刀を用ゐて口腔より切除するなり。而して手術後の危險は出血なれども稀有にして1%に過ぎずと云ふ。近時咽頭環の炎症に對してX光線療法として160キロワ

ツト、4%アルミニウム濾液、32cm距離、6×8 輻射照面、下顎角の上内方向、25% H. E. D. 2日後に他側、2週間を隔て2回反覆し著効ありと爲す者あり。又扁桃腺剔出術の効果に就てはカイゼル氏は4000例を非施術と比較し、第1に中耳炎は少なく、第2に急性痛風及心疾患は3分の1に減じ、第3に腎炎は非施術者に3分の2多く、第4に跳舞症、氣管枝炎、肺炎、上顎竇炎は却て施術者に多しとせり。又手術後に敗血症、出血症及潜伏結核の爆發、上氣道炎症の傾向等を起すを以て、只だ炎症屢再發すれば全部剔出を行ふ可きも、剔出後に肥大が再發する例あれば、X光線療法を賞用すべしとなす説あり。

X 急性限局性外耳炎（耳疔）

原因 外聽道の皮脂腺或は耵聍腺内に化膿菌の侵入して來たるものなり乃ち外聽道を爪或は簪或は火柴の軸等にて搔破し、或は理髪の際に外聽道を剃り以て細菌を傳染し、又多發疔瘡に併發することあり。

症候 炎症表面に止まれば、軽度の耳痛ありて比較的短時日の後に治するものなれども、深部に蔓延すれば附近に放散する劇しき疼痛を起し、屢睡眠を妨げられ且つ下顎の運動によりても疼痛を増す、時として反覆再發して経過久しきに亘たることあり、若し外聽道後壁の腫脹甚しく、乳嘴突起の下部、或は耳垂の後部に蔓延して腫瘍を形成すれば、外聽道周圍炎と稱す。

療法 外聽道内に限局せるものは、初期に之を切開することを避け、白降汞軟膏を以て壓迫栓子を試み、兼て外耳全部の濕布、自家ワクチンの注射、或はアンチウイルスの應用、エタインキシールの内服等効を奏することあり、又耳痛に對し鎮痛劑としてアスピリン、ミグレニン或はコンブラルール等を内服せしむべし。其他注意すべきは耵聍腺の栓塞を起し、耳疔を治し得て患者愁眉を開くの間もなく、本病再び襲來することあり、故に

耵聍栓子の剝脱するか或は之を除去したる後は必ず消毒劑を以て清拭するを忘るべからず。

XI 急性中耳炎

原因 感冒、鼻腔及咽頭の諸疾患、就中鼻咽腔加答爾、腺様増殖症に來たり、其他麻疹、猩紅熱、痘瘡、インフルエンザ、百日咳、肺炎、丹毒等の以外に食餌性中毒症に發し易きを以て注意す可く、且つ往々游泳にて起るは世人周知の事實なり、又鼻腔洗滌、鼻腔及鼻咽腔等の手術、或は噴嚏或は鼻翼を壓して強く鼻汁を排出する等は本病の誘因となり、副鼻腔蓄膿症も亦然りとす、而して膿汁中の細菌は通常連鎖狀球菌、葡萄狀球菌、肺炎菌等最多く、稀には綠膿菌、大腸菌等を認むることあり。

症候 主要なる症候は耳痛、發熱、鼓膜の穿孔と耳漏なり、然ども乳兒には耳痛を訴ふることなく、唯だ生後3—4ヶ月の乳兒は耳部に手を齧らし以て耳痛を暗示するのみ、既に2—3年以上を経れば始めて耳痛を訴ふるも時として頭痛或は齒痛として訴ふることあれば注意すべし、而して其疼痛は或は刺すが如く、或は裂くが如く、常に耳内のみならず、頭部、齒牙等にも波及し、多くは初め間歇性にして夜間に強度となり、咳嗽、噴嚏、嚥下及身體運動、精神感動等に由り劇増す、又難聽、耳内閉塞感、頭痛、耳鳴等を訴へ、屢悪感、戰慄、高熱、頭重、眩暈、嘔吐等の外、時には譫語昏朦及痙攣等の所謂腦膜炎様症狀を呈し、其他顔面神經麻痺を起すこと稀ならず。

耳鏡検査は幼兒に於ては大人と反對に耳垂を下後方に引き、且つ耳珠を前方に起して小耳漏斗を挿入す、炎症あれば槌骨柄部及シユラブネル氏膜部に充血あり、尙ほ進めば鼓膜の周縁より多數の血管が車軸狀に怒張し、終には鼓膜面が全部發赤し、球狀をなして膨隆し來たり光錐殆ど消失するなり。一般に新生兒に於ては鼓膜は検査の刺戟のみにて發赤することある

を以て、其炎症なるを確定するには充分注意す可く、此際**グリユンフェルデル**、**ローター氏症**、即ち仰臥して兩下肢を平行せしめて膝上部を壓迫すれば、中耳炎の反対側の拇趾以外の四趾は蹠屈すか或は開散して後に拇趾は背屈するを檢す。

療法 一般療法としては精神的及身體的安靜と無刺戟性の消化し易き食餌を命じ、腸誘導法等を施し、局部的には初期疼痛に對し氷嚢或は温巻法を試み、兼て**アスピリン**、**コムブラール**、**ノバルギン**等を與ふ、多くは之に由り著しく諸症狀輕快す、點耳薬は必要ならず。只だ疼痛甚しく或は高熱、頭痛、嘔吐、眩暈、譫語、痙攣等あれば、直に鼓膜の切開を行ひ、然る後に綿紗片を挿入す。其他耳鳴には**カルモチン**、**チアール**、**パントボン**臭素劑等を投じ、聽力障礙を後貽すれば、鼓膜の炎症去りたる後に、通氣法を行ふべし。

XII 慢性化膿性中耳炎

原因 本病の多數は急性中耳炎より移行するものにして、殊に其急性中耳炎の處置適當ならざりしか、或は全く急性期の治療法を施さざりし時に來たる、然ども亦初めより慢性症として起ることもあり、例へば腺病質及遺傳梅毒兒、其他虛弱兒に於けるが如し、又鼻腔及副鼻腔の慢性疾患、**チフテリー**、猩紅熱、麻疹等に續發し、特に其猩紅熱より來たるものは聽力の障害せらるること甚だし、其細菌所見は概して前述急性中耳炎と相同じきも、粘液を産出する連鎖状球菌によりて起るものは、極めて悪性にして名づけて粘液性中耳炎と曰ふ。

症候 難聴は其主なるものにして、初期には全く感ぜざることあり、然ども其陳舊性のものは顯著なること多く、音叉にて檢すれば骨傳導著しく短縮す、又耳鳴は軽度にして低調且つ間歇性なり、若し鼓室内の癒着か或は迷路の合併症あれば高調にして持続性なりとす。而して壓痛點は耳垂の

前方と耳翼附着部の後上方、即ち鼓室上窩に相當する所なり、若し乳嚢竇炎あれば其突起尖端に在り。

耳鏡檢査上の所見は鼓膜に穿孔あり、其大き及形は種々にして一定せず而して穿孔は多く1個なれども2個以上なることあり、其部位は其中心性と邊緣性との拘らず通常鼓膜の緊張部なるも、時として弛緩部にあることあり、是れ小聽骨或は鼓室上腔に病變あるを示すものにして上鼓室化膿と謂ふ。

殘存せる鼓膜は發赤、肥厚、渾濁し屢石灰變性を起し、其縁邊の一部若くは全部が鼓室内壁に癒着することあり、又其全部の缺損或は稍や大なる穿孔あれば鼓室の内景を明に視るを得、而して鼓室の粘膜は眞紅薔薇様色或は帶黃紅色或は紫赤色なることありて一般に腫脹し、其表面は平滑或は凹凸あり、時には肉芽或は有莖息肉を成形して排膿を妨げ危險なる合併症を惹起することあり、其分泌物は甚しく多少あり、且つ時間に隨ひ相異りて午前少量にして午後多量なることあり、故に數回排膿の狀況を觀察したる後に經過の良否を診斷すべく、而して膿の性質にも種々ありて漿液性或は膿性、無臭なるもの或は惡臭を放つものあり、特に異様の惡臭あるものには眞珠の光澤を有する所謂眞珠腫を成形し、穿孔の上方に白色乃至帶褐色の眞珠腫膜を附着するを認め、慢性眞珠腫性中耳炎と稱して頑固の經過を取ること多し、其他此膿汁の刺戟に由り外耳及附近の皮膚に濕疹を生じ率て其領域の淋巴腺腫脹を起す。

療法 第一に外聽道の清淨法、乃ち外聽道内に滯留せる膿汁を3%過酸化水素水、1%**リパノール**或は2%**プロタルゴール**液に浸したる綿棒にて清拭し、進んで鼓室内に及び、後更に乾きたる綿棒にて充分清淨にし、而して鼓膜の穿孔大なる時には、硼酸或は**パルマン**末を撒布して後に殺菌劑に浸せる綿紗片を挿入す、但し殺菌劑には1%**リパノール**或は**トリパフラビン**を用ゆべし、而して此方法は排膿量少なければ1日1回、其量多きときは1日數回反覆す、所謂乾燥療法なり、隨て濕潤せる綿紗を長く放置す可か

らず、次に中耳粘膜に息肉の発生せる時は之を切除し、肉芽發生遅延すれば硝酸銀或はクロム酸にて直接腐蝕す、此際には過剰の藥液を食鹽水にて中和することを忘るべからず、其他ワクチン・コクチゲン特に自家ワクチン・アンチウイルス等試みらるゝも著効を期すべからず。

以上種々なる療法を適當に取捨して局所的療法を行ふと共に、腺病質には強壯劑を與へ、梅毒兒には驅梅毒療法を行ひ、斯の如くして尙ほ荏苒治療に向はざる者には、隣接せる鼻腔、咽頭、鼻咽腔等の疾患を探検して其療法を講じ、且つ必要あれば手術を敢行すべく、特に眞珠腫性中耳炎、中耳息肉、鼓室粘膜肉芽成形、小聽骨骨疽、骨壁壞疽、腐骨或は瘻孔、急性乳嘴突起炎、迷路或は頭蓋内合併症、顔面神經麻痺等には速に適宜の根治手術を行ふ。

XIII 外聽道内異物

原因 小兒遊戯中、玩具の小片を誤りて或は故意に外聽道内に挿入し、或は挿入せらるゝこと最多し、而して異物の種類は有生物と無生物とあり有生物は昆蟲類特に蠅、蚊、稻蟲、蛾等にして、多くは睡眠時に進入し、稀には蠅蟲がオイスタヒー氏管を通じ鼓室に侵入し、更に鼓膜を穿孔して外道内に出づることあり、無生物は小石、硝子片、簪頭、豆類、果實核、鉛筆心、石筆、紙片等枚舉に遑あらず。

症候 特に鋭利なる物體は外聽道壁を刺戟し炎症を惹起するも、稀には無症狀に數年を経過し偶然發見せらるゝことあり、然ども多くは盯聾の分泌旺盛となり、外聽道を閉塞して耳内壓塞感及難聽を來たし、又昆蟲侵入すれば其運動に由りて激しき雜音を感じ同時に疼痛を訴ふるものなり、又反射的症候として眩暈、咳嗽或は癲癇様發作を起すことあり、但し耳内異物に伴ふ危険なる事變は、恐らく其抽出方法の過誤にして、異物を抽出せんとして益深部即ち外聽道峽部より竇部に送入し、遂に鼓室に達し、茲に

化膿性中耳炎を發せしめ、牽て腦膜炎、腦膿瘍、靜脈竇栓塞等を起して不幸なる轉歸を取らしむるに在り。

療法 安全且つ確實なるは耳洗滌法なりとす、唯だ其際に注意すべきは鼓膜穿孔の有無を検し、若し之れ無ければ直に洗滌器耳洗水銃にて強壓を避け外聽道後壁に沿ひ、徐々に微温硼酸水を幾回も注入し、異物を流出せしむ、蓋し外聽道入口或は軟骨部の比較的淺き部位に異物の存在を認むる時は、好んで耳匙、鑷子等を以て之を除去せんと試みる者あれども、此方法は屢異物を深部に滑轉せしむるの弊あり、故に洗滌法を可とす、而して豆類の如きものは漸次膨大し外聽道を密閉することあるを以て、先づ酒精或はグリセリンを點耳し、之を收縮せしめたる後にて洗滌法を行ふべし、又砂石等の如き固體は小なる鉤を異物を越へて一旦深部に送入したる後に外方に抽出し、或は軟體にて前述酒精等に由り縮少せざるものは拔栓器類似物を用ゆるか、或は小片に碎きて洗滌し除去すべし。

昆蟲類に對してはオレーフ油、グリセリン等を點耳し或はエーテル等の麻醉劑を綿花に浸し外聽道口に挿入して其死するを待ち、然る後に耳洗滌をなす、勿論極めて抽出し易き有生物は直に鑷子にて摘出すべし。

又耳洗滌法にて除去する能はざるものは、多くは夾着性のものにして、以上の器械的方法を施すも尙ほ無効なれば、最後の方法として、耳後に皮膚の切開を加へ外聽道を開きて、除去するの必要ありとす。

XIV 咽頭及食道の異物

原因 多くは口に咬みたるものか、或は飲食物に混入せる種々のものを誤嚥するなり、其種類は魚骨、釘、小玩具、貨幣、特に一錢銅貨、種々の食物片等なり。

症候 咽頭に異物ある時は、兒童は斷えず絞扼運動を行ひ、不安なる顔貌を呈し、唾液及粘液の分泌増進す、又食道に稍や大なる異物ある時は苦

悶の状を呈し、時には氣管を壓迫して呼吸困難を來たし、顔面蒼白、脈搏不整となることあり、然ども貨幣の如き扁平にして食道壁に密着し易き者は何等の症狀なく、飲食にも支障なくして數日月乃至數年間を經過することあるも、多くは飲食時或は嚥下運動時に疼痛を訴ふ。

療法 咽頭異物にして容易に目視し得べき場所、例へば扁桃腺附近に在れば、其除去極めて容易なれども、其鼻咽腔に在るものは後鼻鏡検査を行ひ、其食道に在れば局所或は全身麻酔にて直達鏡検査を行ひ之を摘出す、但し續發的膿瘍あれば同時に適當なる外科的處置を行ふべし、但し貨幣の如きは貨幣鉤にて抽出せらるゝことあるも萬全の策に非らず。

XV 喉頭、氣管及氣管枝異物

原因 經口的に吸入せられたる異物は喉頭に止まる例は比較的稀にして、多く聲門を通過し深部に進入するなり、其種類は針、釘、秤器分銅、特に多きは豆類なり。

症候 最初は喉頭狹窄症を伴ふ咳嗽發作あり、其起るや間歇性なること多く、稀には全く症狀なきことあり、多く一側の氣管枝に異物の陥入せし時に然り、或は反對に異物の進入したる病歴なくして其現存を認むることあり、共に注意すべく、必らずや氣管枝或は肺の部分的症候あるものなり。又喉頭の乳嘴腫にて呼吸に軋鳴 Stridor を起す例ありて先天性軋鳴と誤診せらる。

療法 直達鏡を挿入して其所在を視察し之を摘出するは、最安全なる方法なれども、若し直達鏡なければ先づ自然的に咯出せらるゝことなきやを考へ、頭部を低下して床上に臥せしめ、然る後故意に咳嗽を發せしむる等の適當なる處置を行ふ、特に幼兒の如き經口的に直達鏡検査法を行ひ得ざる時に然り、但し直達鏡検査を行ふ際に先づ豫備的に氣管切開を行ふことあり、然る時に其氣管切開口より、咳嗽に由りて往々自然に異物の咯出

せらるゝことありとす。

XVI 急性喉頭炎及假性格魯布 Laryngitis acuta u. Pseudokrupp

原因 營養不良なる腺病特に神經質の小兒にして第3—8年に多く、感冒を主因とし、其他麻疹、猩紅熱、百日咳、インフルエンザ、丹毒或は鼻腔及咽頭等の急性炎症に續發す。而して假性格魯布は急性喉頭炎の最急性に淋巴性及神經病性兒を侵して發すと爲す者多きも、亦原發性の血管運動神經性喉頭浮腫と爲す者あり。實際に麻疹に來たる格魯布は然りと云ふ。

症候 急性喉頭炎は多く鼻咽炎の症狀を以て初まり、1—2日にして有聲性咳嗽を起し且つ音聲啞嘶して喉頭狹窄症狀を呈す、或は急に發熱を以て特發す、而して此症狀が數週間持續することあり、或は所謂假性魯布性反應を發し、通常夜間に熟眠せる小兒が、俄然呼吸困難に陥り醒覺し、其聲音は啞嘶し且つ粗糙にして所謂犬吠聲の咳嗽頻發し、顔貌チアノーゼを呈し不安の状態となり、心窩及肋間腔に吸氣時陥沒を來たし、今や窒息せんとして數分間後には諸症輕快し、多少の發汗ありて後に再び就眠す、多くは翌日も夜間に同發作を反覆し1—2日にして一旦治するも後日再發の傾向ありとす。

チフテリーとの鑑別は甚緊要にして、通例チフテリーの喉頭狹窄は漸を以て増強し本症の如く急激に發生せず、且つ音聲は全く無響にして本症には然らず、然ども疑はしき時には最惡を假定す可きは太古よりの例規にして、此際チフテリー牛血清の注射を最良法と爲す。其他麻疹格魯布との區別はコブリツク氏斑、發疹等を注意す。

療法 室内の換氣と濕潤とに注意し、喉頭部の熱濕布及重炭酸曹達加食鹽水の吸入を行ひ、糖水、牛乳等の熱飲料を與へ、注意してコデイン・パントボン等の鎮咳剤を用ふ可きも祛痰剤の必要なく、又窒息症狀甚しけれ

ば氣管切開或は挿管法を施すべきも其必要なきこと多し。

XVII 急性蜂窩織炎性喉頭炎 Laryngitis acuta phlegmonosa

原因 急性喉頭炎と相同じきも、主として粘膜損傷部より連鎖状球菌等の侵入するに因し、或は感冒症の大流行時に頻發す。又所謂特發性にして原因不明のことあり。

症候 聲音嘶啞及咳嗽は必發的症候なり、而して炎症の聲門附近に強度なる時は、喉頭狹窄症を起すと雖も、輕症なる時は諸症顯著ならず。

療法 炎症の高度なる時は局部の亂刺を行ひて喉頭狹窄症を輕減せしむ又膿瘍を成形すれば之を切開す、時には氣管切開の必要あることあり。

B 氣管、氣管枝及肺疾患

I 急性氣管炎及氣管枝炎 Tracheitis acuta

u. Bronchitis

原因 上氣道の傳染性疾患にして、多くは季候變換の際に於ける流行感冒を原因とし、乳兒には往々小氣管枝炎或は氣管枝肺炎を併發することあり、特に佝僂病兒に然りとす。其他滲出性素質、神經病性體質、腺病等の小兒は本病に罹り易し。但し肥胖の乳兒に發熱咳嗽等なくして喘鳴 Röcheln を起すは、炎症に非ずして組織脂肪に由る上氣道の壓迫性狹窄にて、普通

の粘液が雜音を起すものなりと云ふ。

症候 初め乾性、疼痛性、咆哮的咳嗽 Brüllhusten あり、特に就眠時に多く、多少の發熱ありて食慾不振、心地惡化す。又氣管炎の症候として胸骨の後方、或は咳嗽時腹筋緊張の爲に腹壁に疼痛を訴ふ。

理學的検査にては、胸部に手を當れば普汎的乾性水泡音、特に嘎聲水泡音を觸れ、聽診上に氣管枝分泌物の液化する時は、大及中水泡音を全肺或は下葉のみに聽き、呼吸音は稍や強盛す、打診上には變化なし。

臨床上に單純氣管炎と氣管枝炎とは各獨立して來たること殆ど之なく、甚稀に年長兒に單純氣管炎を實驗せられ、就眼前と朝起後とに咳嗽強く、夜間は氣管枝炎と反對に安眠するを得、要するに普通の咳嗽症は氣管、氣管枝炎を多しとす。而して其輕症には X 光線検査上に肺門部の腫脹及充血に由り肺門暗影が著明となりて所謂肺門炎 Hilitis と稱せらる。重症なれば樺枝狀暗影を呈す、是れ氣管枝内の粘液と、其充血が X 光線を透過せざるに因するならん。固より長時日間の限局せる肺門加答爾は其結核性なるを疑ふ可し。其他エンゲル氏は次の病型を區別せり。

a、氣管、氣管枝炎 前述の如く咳嗽を主徴候となし、一般状態は多く侵されず。

b、膿粘液性、發熱性氣管枝炎 發熱及一般症狀著しくして屢麻疹、流行感冒等に來たり、咳嗽と共に膿粘液性喀痰多く、全肺就中後面に中及大水泡音を聽く。又高熱を以て特發し、好で再發する所の氣管枝炎ありて體質に關係あるものゝ如く、理學的症狀は少なく且つ喀痰も膿性ならず、而して経過は數日乃至旬餘にして合併症なく全治す。

c、拘攣性氣管枝炎 其最純粹のものは喘息性氣管枝炎なり、然とも本型には多く呼氣延長せず、只だ多少發熱して咳嗽時に全肺散在性に咿軋音 Giemen を聽き、1—2日にして其消失すると共に咳嗽減し、多少の喀痰ありて治に就く。本病は乳兒にも來たり、數回反覆して経過長ければ、遂に夜間に喘息發作を起すに至り、年長に及べば眞の喘息に移行する例あり。

其他に日光氣管枝炎或は春期氣管枝炎或は反應氣管枝炎と稱じ日光、太陽燈或は外氣療法に由り起るの例ありと云ふ。

療法 發熱の際には臥床安靜を命じ、室内を適當の温度と濕度となし、**アスピリン錠**、乳兒に3分の1、第2—5年兒に半—1錠を與へ、兼て胸部温巻法を施し發汗せしむ。咳嗽強ければ3ヶ月以後には1回量**コデイン0.005**、幼兒には0.01或は**チコチード錠**3分の1内外を與へ、不眠に對しては**ウエロナール**或は**メチナール0.05—0.1**を頓服せしむ。

祛痰劑には**アンモニア**茴香精、乳兒に0.5内外を用ひ、吐根劑等は無効なりと云ふ。慢性症には沃度曹達0.05—0.1を試むべし。

II 慢性氣管枝炎

原因 多くは急性症より移行するも、亦佝僂病、腺病、淋巴性體質兒等は氣候及寒温の變化、都市の煙塵等に由り初より本病を起す。其他百日咳、麻疹、流行感冒等の肺炎に續發する、氣管枝結締織の増殖に因する氣管枝擴張症乃至氣管枝周圍炎に來たる。

症候 初期症候は前述急性氣管枝と全く相同じく、只だ其特徴は久しきに亘る咳嗽にして、喀痰は少なし、故に百日咳或は氣管枝淋巴腺結核に因する刺戟性咳嗽と誤り、又喘息性氣管枝炎及眞性喘息との鑑別が困難なること稀ならず。而して多くは腺増殖症、扁桃腺肥大、咽頭粘膜肥厚等ありて頸部及項部の淋巴腺腫脹す。其他佝僂病性胸廓、滲出性體質、腺病等の諸症候を認む可し。隨て結核性肺門加答爾或は撒播性肺結核との鑑別容易ならず、此際に**ツベルクリン**反應あれば幼兒に於ては結核を疑ふ可く、學齡以後は必しも然らずとす。

聽診上に幼兒に於ては大水泡音、咄軋音等が時に隨て強弱あり、而して一般状態は侵さるること少く、只だ呼吸稍や増加し顔面僅に蒼白なるのみ。特に年長兒にては一般状態と聽診上の變化とは尙ほ少なくして、往々氣管

枝周圍炎及其擴張症を併發す、斯際に此等併發症を診斷し得ざること稀ならず。但し氣管枝擴張の喀痰は多量にして往々惡息を放ち、上層は泡沫、中層は漿液、下層は膿様沈渣の3層に分れ、且つ所謂鼓浮狀指を見ることあり。又實際に乳兒の慢性氣管枝に於ては先天性に圓柱狀氣管枝擴張ありと爲す者あり。

療法 佝僂病、腺増殖症、氣管枝淋巴腺結核等の有無を注意し、各其療法を講ずべく。氣管枝炎に對して沃度曹達1日0.1—0.2を水劑として數回に分服せしめ、且つ**デレピンチン油**、**ミルトール**、**オイカリプトール**、薄荷油或は單に食鹽水等の吸入を行ふべし、或は此等**エーテル**性油の製劑なる**ズベルサン0.5—1.0**を毎日或は隔日に1回宛筋内に注射し、數週間持長して効あることあり。又舊時は**クレオソート劑**(**ベアチン**、**クレソタール**等)及**グアヤコール劑**(**チオコール**、**ゾオタール**)等賞用せられたり。其頑固なる時には、高山或は海濱に轉地するを最可とす。

III 氣管枝擴張 Bronchiectasie

前述の如く氣管枝の急性炎症は、肺炎と同じく屢氣管枝の圓柱狀擴張を起すも多くは速に全治す、若し然らずして依然不治なる例に於ては、其擴張著しく高度となりて本症となるなり。

原因 前症と同じ。只だ梅毒及結核に歸因する者あるも疑はしく、偶ま異物の爲に來たる例は之あり。而して其成因は氣管枝壁の傷害にして、其程度に隨ひ或は表在性氣管枝炎、或は浸潤性氣管枝乃至氣管枝周圍炎、或は潰瘍性氣管枝炎となり、特に此最後の炎症は氣管枝壁の彈力纖維及筋纖維を破壊し、分泌物鬱積して其擴張を起し、且つ強き咳嗽の衝擊と氣管枝周圍浸潤の牽引とは益之を増大せしめ、圓柱狀より紡錘狀乃至囊狀となるなり。

症候 無熱を例となす、若し熱あれば分泌物鬱滯か、或は合併症あるな

り、咳嗽は時々頻發し、喀痰は多く嚥下するを患兒の例と爲すも、屢前連3層をなす所の満口の痰を咯出す。而して久しきを経れば、顔面蒼白且つ浮腫状となりてチアノーゼを帯び、指趾に鼓桴状を呈し、遂に全身の發育障碍せられて所謂肺性幼稚症を起す。

聽診上には中等大氣管枝の擴張なれば有響性の粗大水泡音を、小氣管枝の擴張なれば鋭利なる水泡音、稀に機關銃様爆聲あり。又時として直接聽診上に變化を認めずして口腔に水泡音を聴くことあり。打診上には擴張部が大なれば始めて空洞症状を呈す。X光線検査上には單に肺門陰影の濃厚なることあり、或は蜂窠状或は雨滴状の陰影を呈することあり、或は中小の氣管枝に多數散在すれず粟粒結核の像を認む。若し現象不明なれば、40%沃度を含む油類、即ちヨチピンをゴム消息子を以て氣管枝に注入し探影すれば、或は葡萄状に或は手袋状に濃影を呈す。

診斷 近時本病診斷法の進歩に隨ひ其例數の多きを加ふるに至れり。而して結核との鑑別が最必要にして、先づツベルクリン反應を検し、次に痰液或は胃液中より結核菌を證明す可し。又肺壞疽との區別には喀痰の臭氣と其中の彈力纖維とを検出するを必要とす、其他腐敗性氣管枝炎には本病の如き空洞症状、常時限局せる水泡音と満口の喀痰とは缺如するの差あり。

療法 前述慢性氣管枝炎と同じくエーテル性油の吸入、ズベルサン注射等の外に、痰液分泌制止の目的にアトロピンの内服或は注射と、瀉瀉療法を行ひて1日の飲料を300—400立方糎に減じ3—4日毎に1日間は自由となす。其他平板上に腹臥位且つ懸垂位となせば喀痰を容易ならしむ。但し重症には氣胸術、横隔膜捻出、填塞法等を行ふ。(肺結核療法参照)。

IV 氣管枝喘息及喘息性氣管枝炎 Asthma u. asthmatische Bronchitis

原因 一定の刺戟にて神經興奮し筋痙攣及分泌強盛するを喘息とし、氣

管枝炎の經過中に喘息を起すを喘息性氣管枝炎となす。眞性氣管枝喘息は乳兒に殆ど之なく、第4—5年頃より漸次増加す、其眞原因は明かならざれども、近時アレルギー Allergie 性疾患となして、先天性に植物神經系と内分泌系との調節異常あるに歸因せらる。而して其根底には體質異常、即ち滲出性乃至神經病性素質ありて濕疹と親密の關係あり。又其アレルギーを起す因子、即ちアレルギーは氣候、就中住居なること多く、總例の70%にして、細菌産物なることは20%、其他の1—2%は雞卵、魚蟹、豚肉、牛乳等の營養物と、アスピリン、ヒニン等の藥物と、獸毛、雜草、穀類、花粉等なり。蓋しアスピリンアレルギーは各療法皆効なく最頑固にして卵は蕁麻疹、枯草は鼻加答爾、花粉は枯草熱、獸毛は濕疹を起すこと多く、又滲出性素質の乳兒は濕疹治癒後に喘息を發する例ありと云ふ。而して本病の幼兒に稀なるはアレルギーに接觸すること少くして、尙ほ未だ之に對し過敏とならざる爲なりとなす者あり。概して本病患兒の3分の2は破瓜期前後に治するものなり。

症候 突然夜間に發作すること多く、發作は咳嗽殆ど無く、主として呼吸的呼吸困難にして、呼氣著しく延長し、笛聲的或は喘鳴的呻吟音を帯び吸氣は短くして笛聲を伴ひ、且つ同時に鼻翼擴張、胸骨上窩及心窩陥没して呼吸筋の總努力を認むべし。又聽診上に全肺に多數の笛聲及呻吟音あり、打診上に肺の紙箱音、心濁音の狭縮及肺境界の擴張あり。斯る發作は數分乃至數時間にして疲勞及發汗を貽して歇み、全く健康時の状態に復す、然れども發作反覆すれば、肺膨隆して早晚に胸廓は吸氣時の状態に止まり、所謂洋樽状となる。但し發作中に咳嗽あれば粘稠なる喀痰あり、鏡檢上に多數エオジン嗜好性細胞、シヤルコー、ライデン氏結晶、クルシユマン氏螺旋體 Spiralen を見るべし。

喘息性氣管枝炎 前症に反し乳兒及幼兒に頻發し、多くは喘息の如くアレルギー性刺戟に關係なくして傳染性の氣管枝炎に誘發せらる。チエルニイ氏に従へば舊時其原因を氣管枝筋の拘攣に歸せられたるも、近時は氣管枝

粘膜の蕁麻疹様腫脹と認められ、眞性喘息及結核には關係なしと云ふ。然ども結核傳染は本症の發生を促し、或は幼時に本症に悩みし者は、後年に眞の喘息に移行すと爲す者あり。蓋し本症は春秋に多く咳嗽及呼吸の頻數ありて、肺の聽診上に呼氣僅に延長し、多數の乾性水泡音あり、打診上には變化なし、而して數日ならずして治するも、再三反覆して終には喘息性胸廓となる、故に眞の喘息發作を起すに至るの例は當に之あるべし。

診断 鑑別を要するは第1に心性喘息なり、然ども之は小兒に殆ど無し第2に氣管枝深部の狭窄は呼氣喘鳴あり、喀痰を検す。第3に氣管枝腺結核なり、高響ある二音聲咳嗽を特徴とす。(結核章下參照)。第4に氣管枝テタニーなり、テタニーの電氣的反應と血中に石灰の減少ありとす、但し氣管枝テタニーは只だ氣管枝痙攣と呼氣延長とのみ喘息に類し、發熱、肺擴張不全等ありて、經過中に多少の濁音と氣管枝呼吸音を發し、重症なれば短時日に死する例多し。第5にエオジン嗜好性加答兒即ち纖維素性氣管炎なり、氣管枝中に纖維素性義膜を生じてチフテリー義膜と誤らる、而して喀痰中にエオチン嗜好性細胞多く、且つシャルコー、ライデン氏結晶あること喘息に酷似す、只だ喘息發作なく多くは呼氣困難ある重症氣管枝炎の症狀を呈す、蓋し後日に眞の喘息に移行する例ありとす。

療法 滲出性神經病性體質に對し其營養法と共に石灰劑の永續療法を行ひ、特種療法としてアレルギーを迴避し、或は抗アナフライシキー療法と同しく、アレルギーの稀釋液を漸次増量して其過敏症を減す。或は喀痰中の種々細菌のワクチンを注射して皮膚反應を検し、陽性の細菌ワクチンのみを注射し、或は同理にてツベルクリンに強反應ある者には之を注射す。

急性喘息發作にはアドレナリン、ヒポフィジン合劑即ちアストモリジンの半—1筒を注射するも、異常體質兒には効少く、又千倍アトロピン、幼兒には0.25—0.5疋を筋内に、或は第3—4年以上なればモルヒン5疋を皮下に注射す。内用には沃度曹達の大量、乳兒には1日0.5幼兒には1.0を與ふ。其他太陽燈、X光線、系統的呼吸體操等を行ひ、尙ほ効なければ1200米以上

の高山轉地、或はアレルギー皆無室滞在、或は實際に當り室内を清淨にし、細菌就中微の發生を防ぎ、毛布、絨毯等を廢す。但し頑固なる例には0.25—0.5%硫黃オレフ油、コフエイン・テオチン・カルチアツオール・エフェドリン等の注射奏効することあり。

喘息性氣管枝炎にはクロール石灰の大量、1日3—6瓦と鱗肝油を併用し又バルサム劑の吸入、沃度劑の内服、太陽燈の射照を行ふ。

V 毛細管氣管枝炎 Kapillarbronchitis 窒息性加答爾 Catarrhus suffocativus

原因 乳兒に最多く、第2—3年後は稀なり、屢急性氣管枝炎に續發し、特に尙儂病兒に多く、又麻疹、百日咳、流行感冒等に併發す。而して病理解剖上には毛細氣管枝の膿性炎症にして、初期には肺胞膨脹し後に至れば小葉性肺炎を合併す、故にエンゲル氏は一種の傳染病が其素因ある小兒に一擊的に肺膨脹を起すこと、猶ほアナフィラキシー動物に見るが如くにして、其小氣管枝の病變は二次的に起るものならんとせり。

症候 突然高熱と呼吸頻數あり、是れ或は小氣管枝より毛細氣管枝まで肺膨脹の爲に轉位するか、或は其粘膜の腫脹と粘稠なる分泌物ありて呼吸を妨碍する結果なり。其際患兒は呼吸困難にて不安となり、全身筋肉、就中總呼吸筋を盛に動作するが故に、益酸素の缺乏を來たして特に口圍にチアノーゼを呈し、呼吸數1分間80—100以上となり、吸氣時の鼻翼擴張と共に胸骨上窩及肋間腔の陥没あり。但し斯の如き努力的呼吸の爲めにも初期徴候たる肺膨脹は益強度となり、胸廓は最大の吸氣的姿勢を執るなり。而して終には窒息を起すに至る、隨て舊時は本病を窒息性加答爾と稱せるなり。其他咳嗽は短にして撞突的か或は連續的なり、又頭部は後屈して深く枕を穿ち、胸廓は前方に膨隆し、脈は頻數にして小なり。

聽診上には初期に重症のチアノーゼと呼吸困難とのみにして全く變化な

く、1—2日後に至り始めて全肺、特に後下部に呼氣及吸氣時共に捻髪音類似の小水泡音を生じ、同時に氣管枝炎の乾性水泡音を聴き、肺炎に於けるか如き氣管枝呼吸音は全く缺如す。而して打診上には濁音なく、寧ろ高調にして心濁音も殆ど消失す、然ども後には屢上及下葉後部は肺擴張不全を起し呼吸音消失して濁音或は鼓濁音を呈することあり。之に反し心肺縁は代償的膨脹の結果擴張して打診音高きを例となす。又 X 光線検査上には粟粒肺炎の特徴なる斑點と氣管枝の稍や強き暗影を認むるも多くは顯著ならずとす。

療法 **ホイブネル氏芥子纏絡**は本病に最有效にして、其法は約1立の微温湯に新鮮芥子粉50瓦内外を混和し、其蒸發氣の眼或は鼻粘膜を刺戟するに及び、之に麻布を浸し軽く絞りて全身を纏絡し、15—30分後に皮膚の鰻色に發赤するを見、其麻布を除きて其跡に附着せる芥子泥を除去し、續いて2—3時間は温濕布を行ひ靜臥發汗せしむ、若し此際に高熱を起せば頭部に氷嚢を貼すべし。

前法の代りに芥子泥を貼する者あり、其法は新鮮なる芥子粉に温湯を加へ泥狀となし、厚紙に塗布して、加答爾部位より稍や廣く貼すること約10—15分間、皮膚の充分發赤するを待ちて之を除去し、續て温濕布を行ふなり、若し發赤充分ならざれば、1日3—4回反覆するも可なり。又芥子粉の陳舊にして無効なる時は、芥子粉の代りに芥子油三滴を白陶土 100瓦と温湯75瓦とに混和し芥子泥として用ゆべし。

以上の方法は慢性濕疹、痙攣性素質、心衰弱著しき者には禁忌にして、一般に發赤充分なる時は効果を期待すべく、之に反し發赤不充分なれば、皮膚血管の既に麻痺して反應なきの徴なれば豫後不良なること多し。

其他1日2—3回、2—6分間攝氏40—42度の熱浴と同時に、胸部冷水灌注を行ひ、兼て強心藥**カンフワー油**1—2立方糎、**カルチアツオル**或は**コラミン**0.5立方糎を注射する者あり。而して祛痰劑は効少なく、射血法も行はるゝ稀なり。

營養法は肺炎と同じく、急性期2—3日間は蜜柑或は林檎汁を15%滋養糖水に混じ與ふ、**フェール氏**は之を傳染病食餌として賞用せり。

VI 小兒肺炎

舊時は病理解剖學上より、加答兒性或は小葉性肺炎(氣管枝肺炎)と、格魯布性或は大葉性肺炎(纖維素性或は眞性肺炎)とに區別せられ。其後に細菌學上よりも**フレンケル氏肺炎球菌**を格魯布性肺炎、**フリードレンデル氏菌**を主として加答爾性肺炎の病原菌として劃然判別せられたり、然ども**フレンケル菌**にても加答爾性肺炎を起すこと確實となり、且つ眞の病原菌の確證に對して疑を挾むる者ありしが、今や病理解剖上にも兩者の區劃漸く不判明とならんとす。爾來今日まで兒科に於ては營養障礙の議論盛にして、肺炎に就て顧る者少かりしなり、然ども幼兒死亡率よりすれば1927年柏林に於て6月より11月までは營養障礙稍や多かりしも、12月より翌年5月までは肺炎著しく多く、總死亡數の3分の2は實に肺炎に斃れるものと概算せられたり。

病理解剖的研究 加答兒性小葉性肺炎と格魯布性大葉性肺炎の鑑別は、臨床上は勿論、病理上にも至難にして、同じく肺球菌を病原とし、一方には加答兒性にして、格魯布性の如く比較的纖維素多き浸潤あり、且つ大葉性なることあり。他方には格魯布性にして之と全く反對のことあり。只だ強て謂へば兩症には肺氣胞の擴張に差ありて、加答兒性には氣管枝より炎症初まり、其狹塞の爲に氣胞は收縮するに反し、格魯布性には初め氣胞内に漿液性滲出物を生ずる故に、氣胞擴張せらるゝなり。而して其滲出液は其中に培養繁殖せられたる細菌と共に毛細氣管枝内に溢れ出で、加答兒性肺炎と同じく其炎症を起し、且つ隣接氣胞内に吸入せられ、茲に炎症を傳播し、漸次大葉性となる、故に X 光線應用の以前に病理家の信ぜしが如く、格魯布性肺炎は一時に大葉を侵すことなし、特に小兒には常に一小部、

乃ち右上葉の格魯布性肺炎なれば其基部より、下葉なれば肺門部より初まること多し。然ども實際に兩型の解剖的變化相混合し或は相移行して後述中間肺炎なることありと云ふ。

又臨床上より格魯布性肺炎の症候は高熱を發してより2—3日後に初まり熱分利後も數日間消退せず、且つ其患部の大小と症候の輕重は相並行せざる等より推して、本症を一種肺球菌の敗血症と認め、肺炎症は其病原の肺門淋巴腺より傳播せる續發症となす者あり。或は本症の初半年乳兒に稀にして第2—5年兒に多きより、恐く加答爾性肺炎は各種肺炎菌に由り各年齢に起る普通力性反應 normergische Reaktion にして、其後數回特異性或非特異性菌の傳染にて敏感 Sensibilisierung にせらるれば、其變調の強度に應じて或は移行性、即ち中間肺炎 Uebergangs. od Zwischenpneumonie となり、或は過強力性反應を起せば滲出性格魯布性炎症を發して大葉性、中心性或は1日肺炎となると爲す者(ラウヘー氏1933年)あり。或は小兒に於て傳染防禦に有力なる網狀内皮細胞が逐年完成せられ、其成熟に至るまでには中間肺炎を起し、全く成熟すれば則ち第3期の格魯布性肺炎となり、第1期の原始反應、即ち瀰蔓性小葉性肺炎に比して定型的となり、且つ豫後佳良となると爲す者(ウイスコツト氏1932年)あり。

細菌學上よりは小兒肺炎の屍體に於ては肺球菌、連鎖狀球菌、腸球菌及爾他各種の菌ありて、健康兒の鼻、咽腔等に在るものと少しも差なきを以て、肺炎は組織の自然防禦力の弱點に乗じて起る所の自家中毒症なりと唱ふる者あり。近時佛醫は生前に病竈穿刺により得たるものを、眞の病原菌なりと主張し、多くは肺球菌、稀には溶血性連鎖狀球菌、葡萄狀球菌及チフテリー菌等を見るとし、米醫は肺球菌に4型を區別し、大人の肺炎は多く第1及2型、健康人の咽頭に在るものは第3型、小兒の流行感冒症は第4型に屬すとせり。然ども伯林にては第3型にて悪性肺炎を起し、第1型にて多く小兒肺炎を起すと共に健康人の咽頭にも之を認めらるゝと云ふ。而して近時は己に其の32型を區別せられ、第4型以下をX型と總稱し、第1及2型

を格魯布性肺炎の病原となし、X型を加答爾性肺炎の病原と爲す者あり。然ども全然反對の事實も之ありと爲す者あり。但し傳染経路は多く氣道よりして血道よりするは比較的稀なり、又淋巴道よりすれば間質性肺炎を起すと云ふ。

本邦に於ては阪本陽氏(兒雜 244號)に據るに、平野氏は主として流行性感冒に檢し、第1型19.0%、第2型16.2%、第1及2型8.5%、第3型24.0%なりとし、自家は膿胸穿刺液と膿胸及肺炎患兒の咽頭液各60例中、其80%に肺炎菌を認め、其内大部分、即ち65%は第4型、其他第2型は20%、連鎖狀球菌及葡萄狀球菌は各5%なりしとし、而して肺炎菌性膿胸の死亡率は第2型は44%、第4型は23%、又連鎖狀球菌膿胸は豫後佳良、數菌種混合傳染は最不良なりしとせり。其他一般に悪性の流行感冒症肺炎は單獨にインフルエンザ菌のみに由るものに非ず、肺球菌、連鎖狀及葡萄狀球菌等の混合傳染にして、隨て其症狀も一樣ならずとせられ。又チフテリー肺炎はチフテリー菌のみに原因するもの稀にして肺球菌なること多く、猩紅熱肺炎は多く連鎖狀球菌に由來し、往々間質性肺炎より膿胸を起し、而して葡萄狀球菌膿胸の如く膿性濃厚ならず、且つ肺に於て大なる膿瘍を作ることも少なしと云ふ。

前述の如く細菌學的所見は種々にして到底一定の病原菌を以て各種肺炎を區別すること難く、且つモルゲンロート氏の如き、肺球菌と連鎖狀球菌とは、特殊の培養基にて相移行せしめ得るとし。レエシユケ氏の如き流行感冒症流行の初期には、肺炎患者にインフルエンザ菌を認めずして、患者頻出するに及び、轉々其好培養地に繁殖するものなるか、流行末期に於ける肺炎患者には多數に之を證明せりとなせり。果して然らば各種細菌の存在は各種肺炎の原因に非らずして、其一症候と見做すべく、隨て葡萄狀球菌より肺球菌、肺球菌より連鎖狀球菌が重症の肺炎を起すとの説も、亦信するに足らざるなり。之を要するに肺炎菌各型の毒力及病原性等のみにて氣管枝肺炎X型菌と、眞性肺炎(第1及2型)と移行肺炎(X型)とを區別し解釋する

は困難にして、尙ほ他に年齢及個人的素質と共に随時の變調機構も亦顧慮せざる可らざるなり。但し多數の臨床家は尙ほ小兒肺炎には先づ次の兩型を區劃し、他の肺炎型の分類には諸家小異ありて一定せず。

I 氣管枝肺炎（加答爾性或は小葉性肺炎）

Bronchopneumonie (katarrhalische od. lobuläre Pneumonie)

原因 生後半—4年迄の小兒に最多く、毛細氣管枝炎と大葉性肺炎との中間を占むる疾患にして、此三者相移行し、病竈には殆ど常に肺炎雙球菌フリードレンデル氏雙桿菌、加答爾性雙球菌、其他インフルエンザ菌、連鎖狀球菌等を認められ、乳兒には屢異物、食物、唾液等の嚥下に由り起るも多くは麻疹、百日咳、流行感冒、鼻咽腔炎に續發す。而して病原菌は氣管枝より肺氣胞内に侵入すと考へらるゝも、寧ろ淋巴管を傳はること多しと云ふ。其他精神の變調、天候の悪化、就中佝僂病の存否に關係すること大にして、其好發部は兩側下葉の後部なり、是れ氣管枝分岐の方向、前上方には多少角度あるも、後下方には殆ど直行し、病原の傳播容易なるが爲なりとなす者あり。

症候 多くは初め無熱の上氣道加答爾ありて、急に發熱して或は鋸齒狀熱型を呈し、葉間肋膜炎を合併し、或は山峯狀熱型を呈して初め3—4日間は漸昇し、後2—3日にして漸降し、再三反覆す。而して局部症狀顯著なるも一般状態は重篤ならず、只だ多少蒼白、不安、不眠、時々嘔吐等ありて疼痛性咳嗽頻發し、或は氣管枝淋巴腺腫脹の爲に痙咳様となり、或は呼氣喘鳴を帶ぶることあり、呼吸は甚増加せざるも、脈は稍や頻數となりて、吸氣前に鼻翼擴張あり、頭部は後屈して、口圍及手足の爪甲に多少のチアノーゼを認む、是れ所謂肺炎型にして例數最多く豫後佳良なり。時として血壓著しく減じて心衰弱を起し、横隔膜の運動減じ、腹部は鼓腸或は陥凹を呈し、

腹筋、腸筋及四肢筋共に弛緩す、所謂無緊張性型 atonische Form にして、大流行性感胃の肺炎に來たる、恐らく副交感神経系の中毒性刺戟に因するならん、或は心型 kardiaie Form とも稱す。又肺炎經過中に食慾不振、嘔吐、赤痢様下痢便あることあり、所謂食餌性型 alimentäre Form なり、特に乳兒に多し。而してテタニーを合併する患兒には特に屢全身痙攣を起す、所謂腦膜炎型或は痙攣型 eklamptische Form なり。但し眞に漿液性或は化膿性腦膜炎を併發することも之あり。其他乳兒にはチアノーゼと窒息發作を特徴とする窒息嗜好性肺炎 asphyktophile Pneumonie あり、炭酸に對する呼吸中樞の反應遲鈍に因するなり。或は膿瘍を起す肺炎ありて經過急激24時間内に死す、所謂中毒或は敗血型 septic Form なり。

他覺的には聽診上に初め氣管枝炎症、即ち乾性水泡音あるも、早晚中及小濕性水泡音を生じ、氣管枝呼吸音は缺如するも、時には大氣管枝と胸壁との間隔少なき肺門、舌狀部或は肩甲骨内側には之を聽き、或は各小葉の浸潤が大葉性に廣く融合すれば、其部に著明となりて打診上にも濁音を呈す、所謂假性大葉性肺炎なり。但し此際小葉性肺炎には常に有響性濕性水泡を混す。其他肋膜炎を合併すれば捻髪音と誤り易き纖弱なる摩擦音と共に重濁音を發す、而して其滲出液は一般に僅微なるを例とするも、亦膿性なる時は多量なり。

尿には多量の蛋白と共に圓柱體を認むることあり、是れ腎の熱性渾濁性腫脹に因するならん、稀には膿尿を續發す。

經過 其中等症は一兩週にして治するも、重症は數週間持續し、特に流行感冒に來たるものには膿胸を起すこと多く、又乳兒には慢性氣管枝周圍炎或は氣管枝擴張症を續發することあり。

診斷 熱型は弛張性にして、肺の後下部に鼓音と呼吸減弱ありて早晚舌狀部、肺門、脊椎側下部に鋭利なる呼吸と耳底に徹する捻髪音を聽けば診斷確實なり。而して汎發性氣管枝炎に高熱あれば本病と誤るも、同症狀が頻回反覆せる既往症あれば氣管枝炎と考ふ可く。又毛細氣管枝炎は前述の如

く窒息性なれども、相合併することあれば鑑別容易ならず。其他所謂無力性肺炎は早産兒或は生活力弱き乳兒に來たり、解剖上及X光線検査には高度の所見あるに拘らず、熱高からず、爾他肺炎症候も著しからずして、屢消化不良或は中毒の症候を以て速に死に歸す、是れ斯る乳兒には顯著なる反應を起し得ざるが爲ならん、X光線検査を必要とす。

療法 營養は半年以上の乳兒には流動物を主とし、特に**ビタミン**に富む果實汁及野菜汁を附加す可きも、1年以上兒には患兒の欲するものを與へて可なり。

藥劑は強心劑として**カルチアツオール**、**コラミン**、**カンフワー**等より、安息香酸曹達**コフエイン**1日0.1—0.2を數回に與ふるを可とする者あり、或は後者は精神興奮作用あるを以て前者を可なりとなす者あり。**チアノーゼ**強ければ**エフェトニン**或は千倍**アドレナリン**の3分の1乃至半筒を筋肉内に注射し。熱に對しては肺炎菌が病原なれば**鹽酸キニーネ** 0.3 と**ウレタン** 0.15 とを1日2—3回に皮下注射し、或は**アンチピリン** 0.2或は**ピラミドン** 0.1を内用し、或は肛門坐藥として正午頃挿入す。又變調療法として**オムナチン**を皮下注射す。祛痰劑は**エンゲル氏**無益なるを説き、止むを得ざれば**アンモニウム**茴香精と沃度加里を與ふべしとし、鎮靜藥は呼吸困難及不安を輕快して間接に強心の効あるも、分泌物鬱滯の際には禁すべく、1年兒に1日量**プロムラル** 0.15、**ウエロナール** 0.15、或は**ルミナール** 0.1を用ひ、咳嗽強ければ**コデイン**を與ふ。

病室は晴天なれば務めて窓を開きて清涼の空氣を入れ、漫りに温め且つ乾かさざるを可とし、兼て胸部の緩なる温濕布を行ふ、然ども濕布は呼吸を妨ぐるを以て、35度の普通浴中に於て40度の熱湯を灌注し、或は芥子泥を貼用するを可と爲す者あり、臥位は頭部を低くし、時々側位或は起座に變換す。其他尙癩病兒には**ウイガントール**を用ひべきも、太陽燈射照は却て害あることあり。呼吸頻數には酸素吸入を持続的に行ふべし。但し全身衰弱に輸血することあるも虚脱を起す憂あり、之に反し精神興奮と**チアノ**

一ゼ強き時は乳兒に20—30立方糎、第2—3年兒に50—100立方糎の射血は、皮膚射血なる芥子糎絡と同理にて奇効ありと云ふ。又鼓腸は呼吸困難を増悪するを以て腸消息子を挿入し、或は熱湯の濕布を行ふ。

細菌學的療法として米醫は肺炎菌各型の多價**ワクチン**を有効とし、佛醫は肺炎球菌、連鎖状球菌、腸球菌の多價**ワクチン**を好果ありとせり。

II 脊椎側肺炎 (線條肺炎 Streifen-Pneumonie)

原因 半年以前の乳兒の肺炎中には本病を最多とし、特に重症營養障礙兒に頻發す。而して斯の如き乳兒には通例上及下葉の後部、脊椎側には空氣流通せずして肺擴張不全となり、氣胞の上皮細胞と液の沈澱あり、茲に細菌侵入して加答爾性肺炎を續發すと爲す者あり。實際には右上葉の脊椎側より初まり下方に蔓延し、又左方は下葉のみに來たるを例とす。但し其占位の線條状なるを以て線狀肺炎と名づけらる。又**マイエル氏**等は羊水或は乳汁の氣道内嚥下に因する嚥下肺炎あること稀ならずとし、或は先天性或は新生兒肺炎ありて、一般状態のみ重篤にして呼吸器の症候を缺如し、生前の診斷は不可能なる例ありと爲す者あり。

症候 老人肺炎と相似て其症候著明ならず、濁音及氣管枝呼吸音等は多く缺如し、只だ深呼吸時に肺擴張不全性捻髮音を脊椎側に聽き、又鼻翼呼吸あり。

療法 先づ本病の基地なる營養障礙の治療を行ひ、且つ時々患兒を動かし、或は臥位を換へ、務めて深呼吸を營ましめ、又氣道内嚥下を防ぐ爲に特に衰弱患兒には仰臥位にして且つ性急に飲料を與ふるを深く戒むべし。

III 格魯布性或は纖維素性或は大葉性或は眞性肺炎 Kroupöse od. fibrinöse od. lobäre od. genuine Pneumonie

原因 病原菌は主として**フレンケル氏肺炎雙球菌**にして、稀に**フリードレンデル氏肺炎菌**なることあり。而して發病初期には常に此等肺炎菌を血中に見るを以て、**フェール氏**は本病を氣管枝淋巴腺の罹病と共に、其周圍に在る肺大葉の全部或は大部分を侵す所の肺炎菌病なりと考ふるを至當なりとせり。而して其好發部は右上葉に多く、次に兩肺下葉、最稀に左上葉なり、是れ左右下葉の氣管枝淋巴腺は肺門結締織中に埋没せられ、病原菌傳播し易きも、左上葉の氣管枝淋巴腺は大血管に沿ひ、肺門外にあればなりと云ふ。又年齢に關しては乳兒に少く第2—5年兒に最多く、其誘因は流行感冒及冷濕なり、蓋し乳兒が早期に肺炎菌を以て**アレルギー**性に變調を起し、然る後に本病を發するものゝ如く、而して初め氣管枝淋巴腺の腫脹ありて後に肺炎症を起す、故に肺結核の原發症群ありて周緣性炎症を起すと相似たりと爲す者あり。

症候 初め加答爾性前驅期ありて突然高熱を發し1週間内外稽留して分利的亢奮 *Perturbatio critica* の後に急に下熱するを例とし、或は一旦假性分利をなして後分利することあり、或は渙散狀 *lytisch*に徐々下降することも之あり。而して1日肺炎は之なきも3日肺炎は甚稀ならず、若し2週以上に亘り下熱せざれば、膿胸或は逍遙性肺炎 *Wanderpneumonie* 或は多葉肺炎 *Mehrlappenpneumonie* を疑ふべく、而して幼兒には初めに惡寒戰慄、嘔吐或は痙攣ありて、往々熱弛張し鋸齒狀を呈し2週以上に及ぶことあり、鋸齒肺炎 *Sägezahn* と稱す。又肋膜炎合併の爲に、罹患部の前下方、即ち下葉なれば腹部に於て、呼吸或は動搖、就中咳嗽の際に多少強き刺痛を感じて盲腸炎と誤る例あり。呼吸は短促、呻吟し、吸氣前の鼻翼擴張と共に呼氣時に大息し鼾聲を聽く、時に嘔吐、下痢、腫脹及發疹ることあり、中毒性或は胃性或は**チフス**様肺炎と稱せらる。顔色は稍や潮紅し輕き**チアノーゼ**を呈し、神經質の者は不安、讒語、起床徘徊恐怖觀念等あり、而して腦膜刺戟症狀が著しければ腦膜炎様、昏睡狀態が著しければ腦炎様肺炎と名づく。又5年以上の小兒には往々口唇、鼻、頬

等に匍行疹を生ず。患兒の臥位は患部刺痛を保護する爲に、多く病側を下にし、或は病側の手を枕にすることあり。

咳嗽は乾性にして短く、疼痛を伴ひ、喀痰は老人と同じく幼兒は嚥下するを例とし、稍や長すれば大人肺炎と同じく透明、粘稠、鏽褐色を呈し、時として鮮紅なる血線を混ざることあり。

又血中には高度の白血球増殖症及**フィブリノーゲン**増加あり。尿には蛋白及圓柱體あり、腎の熱性渾濁的腫脹に因し、或は出血性腎炎を起す例あり、**チアツオ**反應は缺如すること多く、且つ食鹽含量減じ、尿に硝酸を加へて後に硝酸銀水1—2滴を混ずれば、普通濃厚なる白色沈澱を起すも、本病に於ては僅に渾濁するのみなり。

打診上濁音を呈するは、多く發病の2—3日後にして、稀に5—6日後なることあり、是れ肺炎の浸潤が中心部即ち肺門より初まり、漸次表面に進行するが故なり。**ホイブネル氏**は之を漸進性肺炎 *sukzessive komplettierte Pneumonie* と稱し、乳兒の氣管枝肺炎も亦同症狀を呈するを以て兩症相互に誤診せらるることあり。且つ格魯布性に於て往々進行せずして中心部に停止することあり、中心性肺炎 *Centralpneumonie* と名づけられ、或は浸潤が一小部に止まり特に右上葉の肺炎は鎖骨下のみ濁音ありて、後面は肩胛骨及其筋の爲に濁音を明かに證明すること能はざることあり、最小肺炎 *Minimalpneumonie* と稱せらる。或は稀に同一箇所の大葉性肺炎にして浸潤症狀の再起する例あり、所謂再歸性肺炎 *rekurrierende Pneumonie* なり。

聽診上は初めに捻髮音、或は水泡音を聽くことあるも、多くは高朗なる氣管枝呼吸音のみなり、若し小兒號泣すれば著明なる氣管枝聲音あり。通例發病初期には氣管枝炎症狀として有響性大水泡音あり。若し濁音強くして、氣管枝呼吸音微弱なれば肋膜炎性滲出液あるを察すべし。但し本病には常に肋膜炎を合併するを以て、少量の滲出液あるものなれども、多量なれば膿胸を疑ふべし。

合併症 膿胸の外、化膿性心嚢炎、腦膜炎、關節炎等來たるも、肺膿腫及壞疽は稀なり。又輕症黃疸は屢右下葉の肺炎に來たり、黃疸性肺炎と稱せらるるも、尿中**ビリルビン**の現はるる重症の敗血性黃疸に非らざれば、豫後は佳良なり。其他右上葉の肺炎にては、腦膜刺戟症として項部強直、知覺過敏、**ケルニヒ氏現象**、顛門隆起等あり、多くは漿液性腦膜炎にして腦脊液は壓高く透明にて無菌なり、肺炎の分利と共に治す、之れ腦膜炎 **Meningopneumonie** なり。稀には分利期に精神病類似症狀あることあり。

診斷 氣管枝肺炎との區別は、前に述べたる如く最困難なり、只だ格魯布性肺炎は乳兒に稀なること、重き全身症狀突發すること、強き胸痛の爲に臥位を固定すること、發病2—3日後に濁音及氣管枝呼吸音を呈することに注意すべし。又腹痛甚しければ虫様突起炎と誤るも、肺炎の時には上腹部の疼痛にして**マツク**、**ブルーネイ氏點**に非らず。但し肛門内指頭検査を最必要とす。其他腦膜炎症とは呼吸困難、鼻翼呼吸等あるに由り、**腸チフス**とは**チアツオ**反應の缺如と白血球増殖症あるとに由り判決し得べし。

豫後 腦膜炎、心嚢炎、膿胸等の合併なければ多くは佳良なり。

療法 肋膜刺戟を緩和するを主目的として、胸及腹部共に微温濕布を施し、食餌は流動物性を可とするも、1年以上兒には嗜好に應じて可なり。

藥劑には**ヒニン**劑が特効藥として用ひられ、恐らく血中に吸収せられ、肺炎菌の發育を阻止するならんと云ふ、而して鹽酸**オプトヒン**は視神經を侵すを以て、鹽基性**オプトヒン**を第2—5年兒には1日量0.2—0.4まで内用す、國産品**レミチン**も同量にて殆ど同効あり。其注射用には壞疽或は疼痛を防ぐ爲に種々の溶媒を加へたる**ゾルボヒン**、**トランスブルミン**等あり又石灰劑の注射及内服を兼用し、或は刺戟療法として牛乳或は**オムナチン**を注射す、共に多少分利を速かならしむるの効あり。若し心衰弱の徴あれば**チキタリス**或は**コヒーネ**劑を與ふべきも、決して急を要するに非らず、是れ初めより豫後多く佳良なればなり。其他咳嗽強ければ**コデイン**、**チコチ**

ード等を用ひ、鼓腸に對しては熱湯の濕布、**ヒポフィジン**の注射或は肛門座藥を試む可し。

細菌學的療法として**モラウイツ氏**は第1及2型には務めて早期に其單價肺炎血清100立方糶を注射し速効あるも第3—4型には効なく、肺炎菌敗血症にも然りとし、而して多價血清は第4型及菌型不明の者に用ゆべしとせり。其他回復期患者の血清が効ありとなす者あり。又手術療法として患部安靜の目的に人工氣胸術を行ひて奇効を奏したる者あり。

IV 慢性肺炎

原因 氣管枝肺炎及格魯布性肺炎の治癒が完全ならずして浸潤を残し慢性肺炎となるなり。多くは肋膜癒着し、肺實質は萎縮或は消失して間質結締織増殖す、而して其増殖せる結締織の牽引に由り、氣管枝擴張症を起し後には細菌侵入して腐敗性氣管枝炎となることあり。流行性感冒、百日咳或は麻疹の肺炎後に於て往々然るなり。蓋し小兒の氣管枝腔は大人より比較的小なるを以て、微量の分泌物にても直に閉塞し、其部は肺擴張不全となり、其隣接部を牽引して氣管枝擴張を起し、其部の上皮が破綻を來たして空氣が間質結締織内に侵入し、氣腫を生じて茲に細菌傳染し間質性肺炎となり、大小の膿瘍を作るか、或は細菌が間質を傳はり肋膜に達して膿胸を發す。是れ小兒の肺炎、特に慢性肺炎に此等の續發症が大人よりも遙に多き所以なりとす。

症候 蒼白、體重減少、咳嗽反覆、輕熱、盜汗、消化不良等あり、打診上、病竈大葉に局限する時は濁音顯著なるも、百日咳等にて汎發性に來たれば濁音なくして氣管枝擴張の症狀あり、聽診上多くは大及中の濕性有響性水泡音を聽き、機關銃聲に彷彿たり。

經過は數月乃至數年に亘りて遂には全治することあるも、稍や年長の患兒には治癒困難にして、腐敗性氣管枝炎を續發すること多し。

診断 結核性浸潤と誤り易し、ツベルクリン反應、結核菌染色及爾他結核症を精査し、又X光線寫影を行ふ。蓋し肺門部の浸潤及腺包裹 Drüsenpakete の著しく大なる時は結核なりと考ふべし。

療法 局所の温巻法、チアテルミー、呼吸體操等を試み、藥劑にはバルサム劑、即ちオイカリプス油、テルペンチン油等の吸入と、クレオート劑の内服服用せらる。

V 肺擴張不全 Atelektase

原因 新生兒が呼吸せずして直に所謂青色症にて死に歸する者あり、是れ種々の原因にて呼吸中樞傷害せられて肺擴張せざる爲なり。早産兒或は纖弱兒には出生數週後に於ても、又重症胸廓尙儂病兒には第1—2年に於ても、呼吸淺表なるが故に本症を起す。而して好みて脊椎側に占位す。

症候 纖弱兒に於ては、皮膚を刺戟して深吸氣を營ましむれば始めて捻髮音を聽き、而してチアノーゼと鼻及口腔より粘液流出するを見るのみにて爾他の症狀なく、第1年以上に及べば、呼吸頻數にして吸氣時の胸廓擴張は少なく、チアノーゼを呈し、脊椎側に抵抗ありて深呼吸時水泡音を聽く、而して早晚傳染病に罹り死するを例とす。

療法 熱浴中にて胸部に冷水灌注を行ひ、或は芥子纏絡を施し、以て皮膚を刺戟して深呼吸を營ましむるなり。又酸素を吸入せしめ、呼吸刺戟劑ロベリン液を1日數回半—1箇づ、筋肉内に注射し、兼て尙儂病兒には太陽燈の射照とウイガントール1日20滴宛を内用す。

VI 肺氣腫 Lungenemphysem

眞の肺氣腫は喘息と同じく小兒に稀にして、肺の彈力纖維消失するなり。唯だ百日咳、肺炎、毛細氣管枝炎等にて一時代償的に肺の一部、特に

其周縁に氣腫を起すことあり。原病治すると共に自然に治すること、皮下氣腫と同じ。

VII 肺壞疽 Lungengangrän

小兒に稀にして重症糖尿病等に併發し、肺の一部浸潤し不定型の熱あり且つ惡臭を放つ所の血液及肺組織片、特に彈力纖維を混する喀痰あり。消化不良症を伴ひ全身衰弱を起す。

療法 近時サルバルサン注射有効なりとせらる。其他バルサム劑の吸入とクレオート劑の内服等、慢性肺炎の治方と同じ。

VIII 肺チストマ Distoma (Paragonimiasis) Pulmonalis

前症と同症狀なり、只だ喀痰に多數のシャルコー、ライデン氏結晶と、本虫卵とを認む、卵は橢圓形、黄褐色、長徑0.07mm内外、比較的厚き卵殻を有し、其一端に小蓋あり、其下に圓形の卵黄あり。本虫は第1宿主たる河貝子、第2宿主たる蟹類を経て胞囊となり、蟹或は水より人の胃腸に入り、腹腔に出でて横隔膜を貫き、胸腔より肺に寄生す。岡山、新潟、岐阜等の諸縣に多し。

療法 鹽酸エメチンの皮下注射、或はカラアザールと同じく、アンチモン劑ステブナールの靜脈内注射を有効なりとなす者あり。

C 肋膜疾患

2型ありて一は初めより純肋膜炎を發し、乾性或は漿液性炎の経過を取り。二は肺炎に併發或は續發し漿液纖維素性、纖維素、膿性或は膿性肋膜炎を起す。後者を膿胸と稱するなり。

I 乾性及漿液性肋膜炎 *trockne u. seröse Pleuritis*

原因 幼兒には稀有にして、學齡以後に漸次多數となり、其滲出液中結核菌を發見し能はざるも、殆ど總て結核性なりと認められ、準結核性 *paratuberkulös* と稱せらる。蓋しリウマチス性疾患、咽頭炎、腎炎等に原因的關依あるものも亦た稀ならずと爲す者あり。

症候 潜行性に弛張性輕熱、病側刺痛、呼吸頻數、食慾不振等ありて、漸次滲出液増加し來たれば、呼吸音微弱、肋間平亘となり、呼吸運動は健側より遅くして弱く、其部は濁音を呈す。但し肺の外側は内側に比し移動し易きを以て、滲出液が中等量なれば、濁音上界は後上方より斜めに前下方に降り、所謂ダモアソー氏線 *Damoiseau' Linie* をなし、其上部特に肺門には肺の壓縮に由りて生ずる、氣管枝呼吸音酷似の壓迫性呼吸音聞ゆ。而して摩擦音は、乾性肋膜炎に於ては始終に之を聽き、漿液性肋膜炎に於ては初期と特に治癒期とに之ありとす。稀には扁平胸の幼兒には呼吸音が却て粗烈となり、氣管枝呼吸音を聽く例あり。其他滲出液多量なれば健側の脊椎に沿ひ、基底を下にする三角形の濁音を呈す、ラウフース氏三角と稱す。又滲出液の壓迫症候として、縦隔竇及心は健側に轉位し、脾及肝は下降し、左側に於ては肝、心及脾の中間に在るトウペー氏腔が濁音となる。

試験穿刺は乾性以外の肋膜炎に常に必要にして、多くは第6—7肋間の後腋下線上に行ひ、其部分を初め沃度丁幾、後に酒精にて拂拭し、2—5立方

種容量の硝子製注射器の務めて大なる刺針を用ひ、肋骨に當たらざる様に注意して穿刺すべし、時としては膿の濃厚なるか、或は漿液中に纖維素多きかに由り針孔を閉塞することあり。而して穿刺液は必ず鏡檢す。蓋し準結核性なれば淋巴球多く、而して結核菌は證明し難く、只だビルケー氏反應にて診斷す、若し膿性に移行すれば多核白血球無數なり。

経過 熱は多く2—3週間にして下り、滲出液は適當の處置に依り一兩月にして殆ど全治す。

療法 安靜を命じ局部に温濕布を行ひ、吸收催進の目的にザリチル酸曹達1日2—3瓦、或はアスピリン1日1—2瓦を内用す。滲出液増加して壓迫症候顯著となれば穿胸術を施す。其際には半時間前に鎮咳劑コデイン 0.005—0.01を頓服せしめ、且つ穿刺部位には0.5—1%ノボカイン加ズブラレニン液を注射して局部を無感覺ならしむ。排出液量は一定し難きも、咳嗽刺戟甚しければ中止するを例とす、時として10—20立方種排出したる後に、液の吸收著しく増加することあり。

II 膿胸 *Pyothorax*

原因 第1年以内の幼兒に於ける膿胸の死亡率は、フィンケルンタイン氏等80%を算し、第3年以後は其例數と共に著しく減ず。而して膿胸の多數は肺炎の末期に肺炎併發性 *para od. synpneumonisch* として來たり、次に肺炎經過後數日にして肺炎變移性 *metapneumonisch* として起る、共に肺炎菌を病原とす。稀に葡萄狀或は連鎖狀球菌が疔瘡、丹毒、腸炎等より轉移し、或は敗血症に併發し、或は流行性感胃にてはインフルエンザ菌を認めらる。

症候 前述肋膜炎と同じきも、發熱、刺痛等激甚にして、呼氣時の呻吟あるを特徴とし、且つ先發肺炎の症候が残るを例となす。蓋し本病は兩側特に左下葉の肺炎より起るを最多とす、而して普通下葉の肺炎は全部に來

たること稀にして、肺門附近の一部を占むるものなれば、若し濁音強くして且つ其全部に亘たれば、本病の副發を疑ふ可く、屢局部の浮腫及疼痛を伴ふ。又肋膜癒着にて膿が一小部に局限し、試験穿刺の困難なる例あり。或は自然に瘻管を作り、胸壁外に排膿することあり。

豫後 肺炎球菌性膿胸は多く佳良なり、次に**インフルエンザ**菌性及葡萄球菌性にして、連鎖球菌性は最不良なり。

療法 舊時より行はれし肋骨切除術 *Rippenresektion* は、時として手術後に死に轉歸することあり、之れ一は肺炎にて既に衰弱せる心臓が、急に多量の胸腔液を排泄すると同時に氣胸を起す爲めに、血行の急變を來たして之に應ずる能はざると、一は膿汁の排泄と共に急に多量の水分を失ひ比較的容積少なる兒體内に渇渴症を起し、體重失墜して水分を供給するも之を沈着するの細胞機能が殆ど消滅するに歸すべしと云ふ。

前述の危険を避けんが爲に、近時は幼兒の膿胸に對し、7-8回反覆して穿刺排膿し、若し効なければ**ブユロー**氏吸引排膿法 *Bülau' Hebel drainage* を行ふ、乃ち第6-7肋間の後腋上腺上に2%**ノボカイン**加**ズプラレニン**液2-3立方糎を注射し、尖刀を以て胸壁を貫通し、約4-5糎大の套管針を刺し、次に其針を去りて套管内に**ネラトン**氏消息子16-18番を通し、後に套管を去りて綿及絆瘡膏を以て消息子を胸壁に固定す、而して各種の吸引装置を之に附し、虚脱を避くる爲に極めて徐々に排膿す、若し其量が多ければ2-3時間を費すべし。但し此法施行中には往々纖維素塊或は濃厚膿の排泄を妨ぐることもあり、然る時は更に強く吸引するか、或は**ビール**氏に従ひ**ペプシン** 5.0 硼酸水及餾水各50.0にて膿液を稀釋して排泄す。又消息子が神経及血管を壓迫して疼痛或は出血を起し、或は胸壁に膿瘍を生ずることあり。

近時**ストルター**氏は肺炎球菌性膿胸にして、若し前述の如く閉塞物ある際には、0.5% 鹽酸**オプトヒニン**液の少量を穿刺針にて注入し、之を排除して後に充分排膿し、直に同液100-200立方糎にて胸腔を洗滌すること數回

排泄液の透明となれば中止し、最後に5%同液を體重1疋に0.05宛を注入す。但し**オプトヒニン**總量0.5を越へざるを可とし、而して此法を3-4日毎に反覆す。其他外科に於て恐れらるる胸壁蜂窠織炎の如きは、皮膚の消毒と共に穿刺口の固き壓迫繃帯に頼り、之を防ぐを得べしとせり。

前述の方法に據れば、第1に1-3回の洗滌にて無菌となり、第2に膿分泌は即時に減じ、初め200瓦ありしものは數回洗滌後に10-20瓦となり、且つ濃厚となる、隨て時に之を吸引し能はずして、肋骨切除法を行ふの止むを得ざることあり、然ども此際の手術には前述の如き危険を伴はず。第3に治癒の時日は、單純穿刺法の平均57.5日なるに、31.5日に減じ。第4に全治は**オプトヒニン**洗滌を行はざる23幼兒中には、僅に3例なるに、本法にては17幼兒中に8例なりしと云ふ。

肺炎球菌以外の膿胸には、**オプトヒニン**の代りに0.1%**リパノール**液を用ゆる者あり。又胸痛に對しては熱濕布を有効とし、止むを得ざれば第4年以下には**コデイン**0.01、其以上には**パントポン**0.01を與へ、回復期には唱歌、喇叭或は**ゴム**球等を吹かす等の呼吸運動を行はしめ、以て胸廓の萎縮を防ぐべし。

近時**チールス**氏は穿刺液量の約3分の1の生理的食鹽水にて數回洗滌し、其透明となるや、直に千倍**リパノール**液を以て2-3回洗滌し、最後に穿刺液量の2分の1を胸腔内に残留せしむ、是れ**リパノール**は16-24時間に殺菌作用を起すが故なり。但し此法を3-7日間毎に反覆して3-7回を行ふ。概して平均28日にして回復期に入る、衰弱患兒に適すと云ふ。

肋骨切除術(醫學博士西田宗一氏原著) 肋骨切除術を行ふ目的は種々なるも、茲には膿胸治療の一方法としてのみ述ぶ。

適應症 1、年齢は第2年以上の年長兒に施し、以下には他の排膿法を講ずること多し、然ども第6月乃至1年の乳兒に於ても無害に行ひ得ることあり。2、病期は發病初期に施したるものは成績佳良ならず、他の排膿法にても然り、寧ろ急性期を過ぎ熱下降の傾向ありて、膿の性質が漿液膿性

に轉じたる時を可とす。或は甚しく遷延し發病後2—3ヶ月乃至半ケ年を経過せしものも手術後は良経過を示し、之に反して發病早期に一般症狀の險惡なる際に、1日も早く排膿せんと欲して手術を急げば、術後に體液の漏出多くして急劇なる患者の衰弱を招くこと尠からず、故に大に顧慮を要す。

3、病原菌は肺炎球菌に因する膿胸に効果最多く、葡萄狀球菌、連鎖狀球菌等に因するものには成績劣り、特に結核性膿胸には混合傳染を來たすの恐あるを以て行はざるを可とす。

茲に本法とビューロ氏法との優劣を比較するに、其治療期間は本法が最短きものの如くなるも、只だ患兒に對し稍や慘酷なると、治療後の癍痕大なるとの缺點あり。故に今日多く初より之を行はず。若しビューロ法にて排膿充分ならず、弛張熱去らず、而して患兒の衰弱逐日に加はるか或は其恐れある際に本法を施すを例とす。

手術法 先づ局處麻痺には主として0.5%ノボカイン液、0.02%ズブラレニン液等分のものを使用す。其方法はブラウン氏法に従ひ、切除すべき肋骨の長徑に菱形注射を行ふことあるも、或は單に其肋骨に沿ひ線狀に注射し、續いて該肋骨上下の兩肋間にも浸潤麻酔を行へば多くは無痛に手術を行ひ得て、且つ多少麻酔藥量をも節減し得るものなり、而して麻酔の効果は注射後數分間を経過せば強く現はるるを以て、此期を待ちて手術を初むるを可とす。

切除すべき肋骨の撰定は、限局性膿胸に於ては固より其病竈に近く、排膿に最適なる肋骨を選ぶべきは論なきも、廣汎性膿胸にして滲出液の全胸部或は其下半部以下を占むる際には、後腋腺を中心に第8肋骨を適當なりと信ず、是れ其以下の肋骨を切除せば、最初は補充竇即ち病竈の最下底を開くを以て、排膿に便なる如く考へらるるも、胸腔内壓の減少に伴ひ横隔膜舉上し、日を経るに従ひて、屢胸壁肋膜と横隔膜肋膜との間に癒着を生じ、本來の胸腔は手術部と遠ざかり排膿困難となる。之に反し第7肋骨以上なれば、患者起立せば切開孔以下に膿が貯留して流出せざることあり

隨て屢治療を遷延せしむ。故に此兩者の害を去り排膿に便にして且つ後處置を容易に行ひ得る爲には、第8肋骨を切除するを可とするなり。

皮膚並に軟部切開は肋骨迄一舉に行ひ、2—3小血管よりの出血は止血鉗子を用ひて捻轉或は結紮し、止血後は鉗子を除き、續いて軟部を肋骨より鈍に剝離し、務めて廣く上下に開大し肋骨を露出し、骨膜を切除すべき兩端に於ては骨横徑に、表面に於ては長徑に沿ひ、深く骨面迄切開し、骨膜起子を用ひ表面の骨膜を骨面より完全に剝離す。次に下縁に於ては肋間動脈を傷つけざること注意して、上下縁を越へ裏面の骨膜を剝離す、此操作は本手術中最慎重に行ふべきものとす。

骨膜を完全に剝離し終れば、裏面に挿入せる舉起子にて肋骨を浮かし肋骨缺を以て兩端を剪切す、其切除すべき肋骨の長徑は凡3—4種なり、此際小兒に於ては肋骨缺を用ふるより通常の骨剪刀或は爪切缺を用ひ、表面より切除すること容易にして簡なるが如し。

骨を切除し斷端を整へ終れば、出血の有無を検し創面を清潔にし、特に患兒の狀態に顧慮を拂ふを可とす、何となれば手術は茲に大半を終へ、單に胸壁肋膜を切開するの一事を残すのみにて、若し一旦之を切開して排膿せば、創面は忽ち汚染せられ、止血其他に甚しき不便を感じ、且つ患兒の呼吸狀態等も亦一變し、時に應急處置を要することあるを以てなり。

幸に患者の一般狀態不良ならず、創面にも異狀なければ、小尖刀を以て胸壁肋膜に小孔を穿ち、此小孔を通じゴム管を挿入し徐々に排膿を計る、此際豫め稍や大なる針を用ひ更に1回試験穿刺を行ふことあり。而して既に大部分の排膿を了へたる後は、創孔を開大して稍や太くして長さを異にする排膿管を2—3箇挿入し、ゴム管の周圍に綿紗塞子を施し、全部に防腐繃帶を行ふて術を終る。

後處置 毎日繃帶を交換し、膿汁排泄止みたる時は、排膿管を除きて單に防腐繃帶を施せば、日ならずして創面癒合を見るものなり。時として排膿管を吸引装置に連續し、或は胸腔内洗滌を試むることあるも、其成績は

必ずしも佳良ならず。

III 葉間及縦隔竇膿胸

幼児の獨立疾患として稀に來たり、X光線検査にて之を確診し得るのみ而してX光線にて葉間肋膜炎は其局部に飛行機翼様の暗影を呈し。縦隔竇下部の肋膜炎は肺門より下方に三角形をなし、其上部の炎症は水平の葉間肋膜腔に沿ひて突起する陰影あり。小兒肺炎後に胸痛及咳嗽ありて熱降らざれば之を疑ふべし。

療法 X光線診断が確實なれば穿刺或は外科的療法以外には、海岸轉地、紫外線療法等にて自然治癒を待つべきのみ。

IV 多發漿液膜炎 Polyserositis

滲出液は漿液纖維素性或は纖維素膿性にして、纖維素の滲出顯著なるを特徴とし、幼児の小葉性肺炎に續發し、多くは心外膜炎を合併す。故に**ホイブネル氏**始めて此病名を附せり。連鎖狀球菌を病原とし、豫後多くは不良なり。

V 交感性肋膜炎 sympatische Pleuritis

一側に肺炎後の肋膜炎を起し、其間に他側にも肺炎なくして肋膜炎來たるを謂ふ。小兒時代にのみ好發す。

VI 自發的氣胸 spontane Pneumothorax

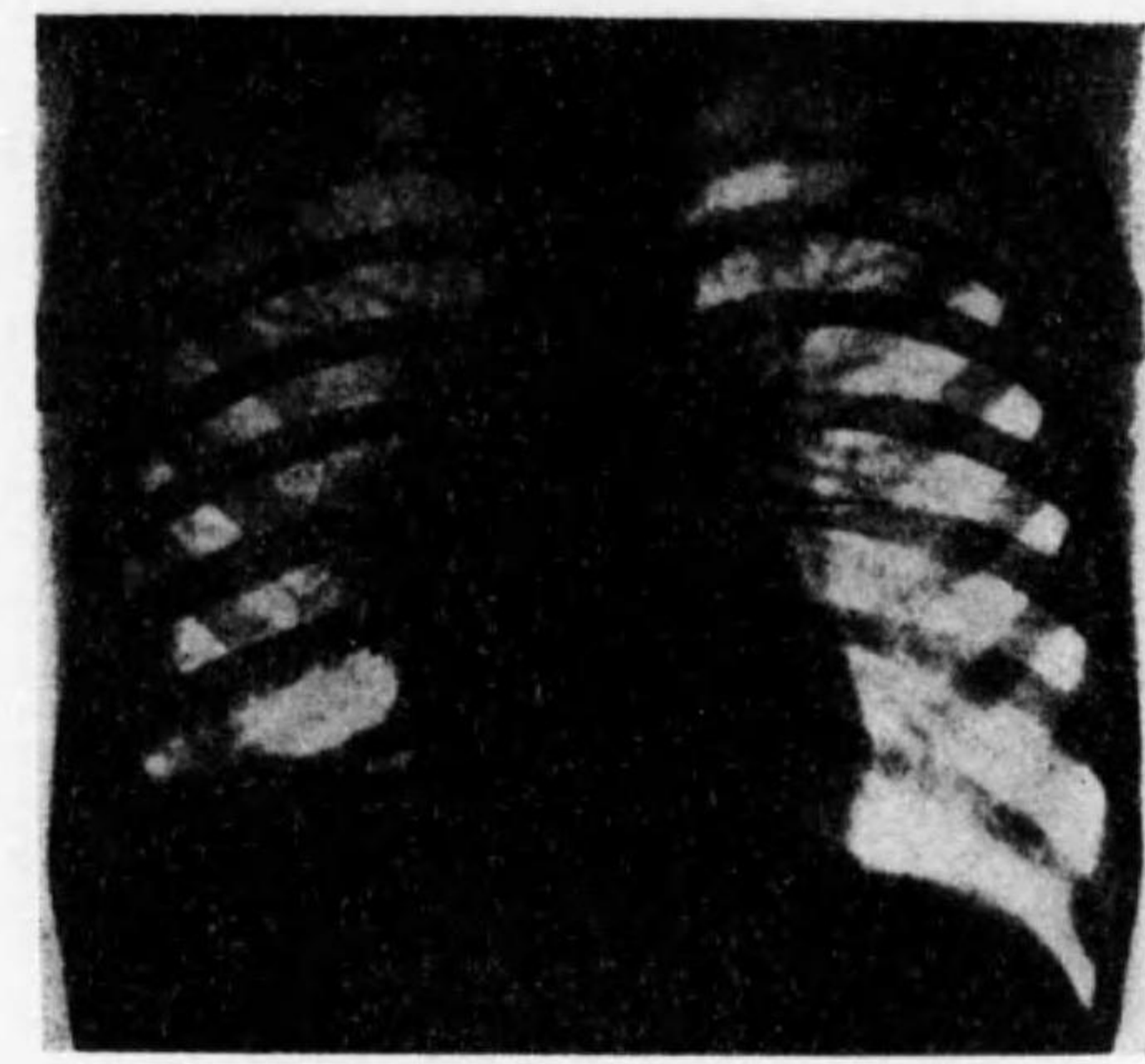
原因 乳兒にも稀ならず、只だ乳兒には年長兒の如く肺結核に因するこ

と少なくして大及小葉性肺炎、肺膿腫、肺氣腫、肺裂傷、(穿刺術、人工氣胸術、外科的手術、外傷に由る)百日咳等に來たり新生兒には分娩外傷(鎖骨及肋骨骨折)、肺の畸形、肺氣腫、氣胞の破裂等が因となる。蓋し醫療上の刺針にて起るは直接に肺が傷きたる爲なるか、或は間接に肋膜腔の刺戟にて肺の病變部の破るる爲なるか、確定し難き例多しと雖も穿刺の際には深く注意すべきなり。

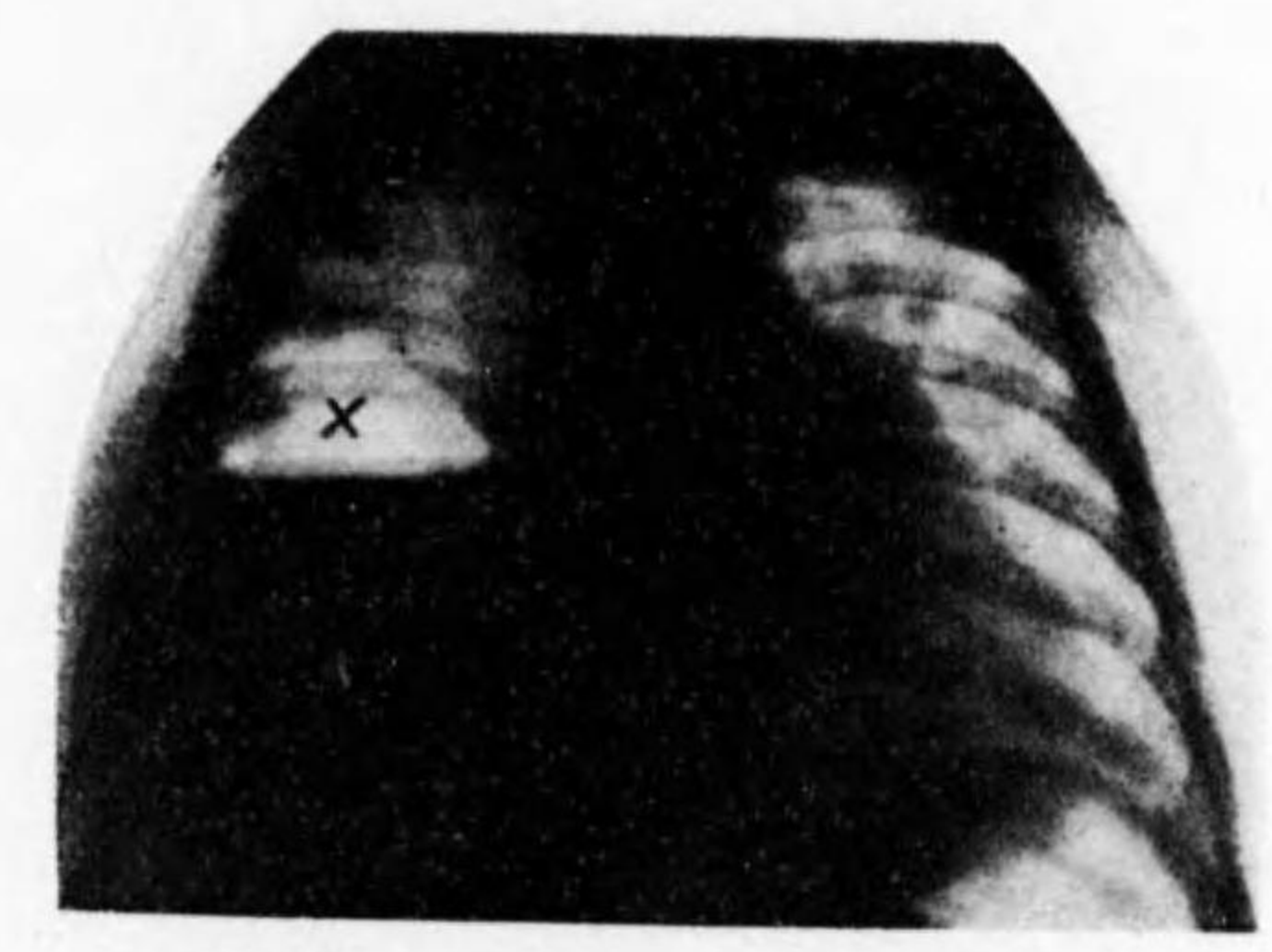
症候 突發する呼吸困難ありて、特に呼氣時に著しく、且つ數脈及**チアノーゼ**を伴へば本症を疑ふべく、尚ほ多くは咳嗽刺戟と窒息苦悶ありて、且つ病側の胸廓は呼吸運動を認めず。而して健側の肋軟骨は著しく膨隆す之れ心及縦隔竇が氣胸に壓迫せらるるに由る。但し肋膜腔との肺と交通は閉鎖性、開放性、有瓣性とありて、要するに確診はX光線に據るの外なし。

療法 初には安靜を命じ、壓迫症狀が過度なれば穿刺にて空氣を吸出す液を混する時にも然り、幸にして通氣孔の閉塞して治する例あり。只だ穿刺毎に皮下氣腫を起すの危險あり。故に細少の刺針を用ひべしと爲す者あり。又一時に排泄液が多量なる時は消毒液の若干量を注入すべく、今村氏等は氣胸發生部が比較的下部に在りたるものに40%葡萄糖液30立方糎を注入し好果を得たりとせり。

(1) 右胸液性肋膜炎、補腔遺存、兼氣管枝擴張樣陰影
 (2) 右膿氣胸 (× 空氣)、兼左代償性肺氣腫



右漿液性肋膜炎ノ補腔遺存、兼氣管枝擴張樣陰影



右膿氣胸 (× 空氣)、兼左代償性肺氣腫

循環器疾患篇

心疾患には第一に器質的と機能的とに區別せらるゝも其鑑定困難なること多し、然ども必しも其要なく、是れ診断確的ならざるも、之を對症的に處置するは、醫家の一主要技術なればなり。第二に心瓣膜と心筋との疾患を劃然區別するも至難にして、之も亦強て其要なき理は前述の如し。第三に心疾患は身體及精神上に密接の關係あることを知らざるべからず、例せば精神的興奮にて心疾患を起し、又反對に心疾患にて精神興奮することあればなり。

A 器質的心疾患

先天性と後天性とに區別し、共に主要症候として、平素に心の代償機能佳良なる時にも持續的或は發作的チアノーゼ Zyanose(暗青色の意)、呼吸短促、心鼓動、心疼痛の外、疲勞し易く、運動の念減じ、努力後に頭痛あり、顔色變化し易く、手足厥冷し、精神亢奮し、時に失心することあり、若し代償機能障礙せらるれば前述の諸症増悪して且つ全身浮腫を起す。但し代償障礙 Kompensationstörung は下の三度に區別せらる。

a、重症 1日間安靜に臥床するも尙ほ呼吸困難ありて、心濁音は擴大し、チアノーゼを呈し、且つ浮腫を認む。

b、中等症 只だ起座するのみにては呼吸安靜なるも、數歩を動くときは著しく短促し、此際には心擴大し且つ日暮に至れば多く浮腫を起す、然ども數時間臥床すれば、直ちに消失す。

c、輕症 數時間平地に散歩し、或は徐々に2-3階に登るには呼吸短

迫なきも、他人と競走する事は不能なり、稀には全然代償障を發見し難きことあり、斯際には進みて心機能の検査必要なり。

心機能検査 患兒の安靜時と努力時とに心機能を検査するなり、乃ち患兒にして關節痛なく且つ無熱にして臥床せる者なれば、上肢の力を借らずして急速に1—2回反覆起座せしむ、若し起立せる患兒なれば十回ばかり膝關節を強く屈伸せしむるか、或は2—3階を昇降せしむ、而して醫は患者の悟らざる様にして、脈搏及呼吸の状態を観察すべし、然らざれば神経質の小兒は單に診察するのみにして容易に脈搏の頻數を來たせばなり、故に脈搏を觸診しつゝ竊に呼吸の變化を察するが如きは策の得たるものなり。又斯際に1より60までを發聲せしめ幾何の數に至りて吸氣をなすやを檢するも一法なり。尙ほ進んで相共に1—2時間、坂路或は平地を徐歩或は急行し其間に談話を交へ、脈搏及呼吸の異常を判定すべし。然る後其處置として適當に身體の動作を制限すべく、決して漫りに小兒の最愉快とする運動を禁じ、終生悲觀或は不活潑の性行を馴致せしむ可からず。

I 先天性心及血管疾患

原因 多く原發的發育停止にして、他機關の畸形、即ち兔唇、口蓋破裂、肛門閉塞、多指、多數乳腺、變形耳殼、横隔膜缺損、骨格異常、粘液浮腫、蒙古人種症等を合併す、之に反し胎生的心内膜炎に因する例は甚稀なりとす。而して其誘因は兩親の近親結婚、酒精中毒、梅毒及結核の傳染等を挙げらるゝも確實ならず。

症候 重症疾患就中傳染病等の前驅無くして早期より奔走或は昇階等の際に當り、呼吸困難、心刺痛、其他窒息發作及チアノーゼを發す。而して此チアノーゼは舊時青色病 Morbus coeruleus と稱し、先天性心疾患の必發的特徴と爲せしも必しも然らず、其發現は或は強く或は弱く、或は持續的或は發作的にして、多く皮膚及粘膜一般に來たるも、亦主として口唇、

眼脣、鼻翼、耳殼、指趾、外陰部等に來たる、之を末端チアノーゼと名づく。時に此チアノーゼの後年に至り、或は身體過勞の後に始めて顯著となることあり、佛醫は遲發型と稱し、其豫後は早發型に比し佳良なり。

チアノーゼの起因は舊時は動及靜脈血の混合に歸せしも、然らずして肺動脈狹窄、大血管轉位等に最顯著なるを以て、皮膚毛細管と稍や大なる靜脈管の血液含量増加、或は毛細管の新生及増殖と其の血液鬱滞に歸せられ實際に其血液中に赤血球 7—10百萬に増して、血色素量も高きを例とす、是れ酸素結合の面積を擴大する代償作用なる可し。近時ウオルハイム氏は皮膚乳頭下靜脈及毛細管の擴張となせり。

又本症患者の特徴として所謂鼓桴指 Trommerschlägerfinger あり、時には大關節の紡錘狀腫脹あることあり、是れ皆骨には關係なくして其軟部の鬱血性肥厚となす。其他幼兒は原因不明或は輕微の勞働に際し急性窒息發作を起し、失神及癲癇様痙攣を伴ふ例あり、然ども稍や年長の者には多く頑固なる呼吸困難を訴ふるのみ。而して全身鬱血症狀重篤なれば終に浮腫を來たすも、後天性心疾患に反し一般に稀にして只だ末期に及び現はるゝを例となす。

本病の重要なる合併症は肺結核にして、舊時はチアノーゼを呈する心疾患に於ては靜脈血鬱滞の爲に肺結核發生せずと爲したるも、事實は全く之に反してチアノーゼ強き肺動脈狹窄に肺結核最多し。其他慢性氣管枝炎、齒齦及口粘膜の壞血症様出血、止血し難き鼻出血、心内膜炎等を併發す、就中最後の疾病は最危險なり。

次に重要なる先天性心疾患數種の特徴を記す。

I. 前房中隔缺損

其缺損の大なるは比較的稀有にして、前房及右側圓錐部並に肺動脈等の擴張あり、チアノーゼ及雜音は缺如する例多し。

其缺損の小なるは則ち卵圓孔の開通にして、其例數甚多く解剖死體の過

半数に之を認むと云ふ。而して缺损孔の小なると兩房の壓力殆ど同一なるを以て、血液の流通は多く之れ無く、隨て終生訴ふる所なく経過す。

2. 室中隔缺损

比較的多く見る所にして、佛國に於ては其發見者の名を冠してロージェ Roger氏病と稱す。而して其缺损中等大なれば心縮期の間、同調に連続する高き颯聲の所謂壓搾水線雜音Presstrahlgeräuschありて最強く心尖に聴取す可く、同時に縮期顫動あり、心基底の第二音は強盛せず。其他心濁音は屢右方に、稀に左方にも擴大す、然どもチアノーゼは著しからず。

室中隔缺损が大なるか、或は室中隔が全然缺如する時は、心搏動は同時に左右室に現はれ、チアノーゼ強し。豫後は甚しく不良ならず、屢訴ふる所なく、又能く勞役或は傳染病に勝ゆ、然ども心内膜炎、肺結核等合併すれば甚危険なりとす。

3. 肺動脈狭窄

舊時最多數なりと信ぜしも、近時の統計にては第3位にあり、且つ其單純の例は少なくして、他の先天性心疾患、特に室缺损と合併す、其特徴は生後直に強度のチアノーゼあり、後に鼓桴指、血漿過多、幼稚症等を發するを例とし。心に於ては左第二肋間に高き縮期雜音あり、且つ顫動を觸知す可し、時として其雜音は背部左肩胛骨上に聴取するも、頸部血管には傳達せず。而して肺動脈第二音は缺如するか或は微弱にして、心右室は肥大及擴張し、脈は少にして緊張弱く、其他肺疾患、就中結核に罹り易く、且つ好て室中隔缺损とポタリー氏導水管開通とを合併して、フワロー氏三連曲 Fallotsche Trilogie と稱せらる、豫後不良なり。

4. 室中隔缺损及肺動脈狭窄

其例數稍や多く、生後直に強きチアノーゼあり、其雜音は縮期に心の中

央部に在りて、前述壓搾水線雜音に近似し、屢遠隔雜音 Distanzgeräusch を聴く、時には縮期雜音は低きも頸動脈に傳達する例あり、或は全く缺如することも稀ならず。又興味あるは二種の雜音、即ち肺動脈口に於ては脈管腔狭窄音、心中央部に於ては中隔孔狭窄音を聴くことなり。其他に多くは右心室の肥大と肺及大動脈の室中隔缺损部内轉位との二症を伴ふ、故にフワロー氏四連曲と稱せらる。其豫後は却て單純肺動脈狭窄に比し佳良なり、是れ一部の血液は中隔を通し直接左室に達し、隨て肺循環を容易ならしむるを以てなり。

5. ボタリー氏導水管開通

其例は稀ならず、特徴は胸骨の左縁に帶狀の所謂ゲルハルド氏濁音帶あり、X光線検査上に肺動脈弓の擴張及搏動を認め、又左第二肋間に高き且つ鋭き連續性雜音と共に顫動ありて、肺動脈第二音は強盛し、右室のみならず屢左室にも肥大及擴張あり、チアノーゼは顯著ならず。蓋し以上の症狀に據り本病を診斷し得べきも、屢肺動脈狭窄、室中隔缺损等と錯誤し易し。其豫後は多く不良にして其動脈瘤様の擴張部が突然破裂する例あり。或は卵圓孔開通に於けるが如く、所謂奇異血栓、即ち靜脈血塞、腫瘍等の細片が肺血管を通過せずして直接大動脈に入り、肝、脾、胃及腸に血栓を起すの例あり。

6. 大血管轉位

大動脈の右室に或は肺動脈の左室に起るの例あり、然る時は多く生後短日月内に死し、實際の臨床的價值無しとす。唯だ同時に室中隔の缺损、ポタリー氏導水管の開通等合併すれば、生命稍や延長し、心の雜音及肥大等缺如するに拘はらず、高度のチアノーゼを呈するを特徴となす。然ども肺動脈狭窄に於ても亦雜音無きの例あれば誤診し易し。

7. 大動脈峡部狭窄

其例稀にして左鎖骨下動脈の起る部に狭窄あるを新生兒型とし、多くボタリー氏導水管の開通を伴ひ、又此導水管開口部の上或は下部に狭窄あるを成人型となす。其特徴は心濁音左方に擴張し、心尖搏動強盛して高舉し粗烈且つ高調なる縮期雜音を大動脈瓣の上に最善く聽き、肩胛間部にも傳聞す可し、而して頸及鎖骨下動脈には強躍する脈搏あり、之に反し下肢の動脈には其甚弱きか或は全く缺如し、其血壓の差は水銀柱 100 耗に及ぶ。其他重症には胸壁及上腹部に於て内乳腺、前腹、腹壁、肋膜等の各動脈に指大の搏動性側枝血管を生じ、耳を近づくれば颯聲の縮期雜音を聽くを得ることあり。又多くは下半身の發育停止を認む。豫後は比較的佳良なれども、屢狭窄前部の破裂或は續發性心内膜炎を起して死す。

療 法

以上は原因的療法無し、只だワツセルマン氏反應陰性の者にも驅梅毒を施せば、特に乳兒及幼兒に好果ありと爲すの學者あり。平素の衛生法は精神及身體の過勞、感冒、食鹽多き食餌等を避け、生活法を正規にし、務めて外氣に觸接して皮膚を強固にし、兼ねて水治療法、呼吸操練等を行ひ、嚴に消化及呼吸器の疾患、就中肺結核を豫防すへし。

心代償機障には絶對的安靜を命じ、飲料を制限し、**ビタミン**に富む植物性食餌、牛乳等を與へ、藥劑には**チギタリス**少量の内用、時々80—100瓦放血、虚脱の危險に瀕すれば**ストロフワンチン** 0.25—0.5 瓩の靜脈内注射等、總て後天性心疾患と相同じ。

學校教育及結婚の可否は、勿論病症の輕重に關するも、一般に其胤子の虚弱なる恐れあるは特に顧慮せざる可らず。

8. 右側心、右方心及右旋轉心 Dextrokardie, Dexiskardie u. Dextroversio

右側心は左側に在る正常心が各方向に於て鏡面像と同じく右側に位し。右方心は肺動口の狭窄と同時に心尖のみが右方に轉位し。右旋轉は大動脈狭窄に伴ふ心肥大の爲に心の右方に旋轉するり。

9. 先天性牛心 Cor bovinum congenitum

先天性に非常大の心あり、家族的に來たる例ありて原因不明なり、此原發的心肥大は、出産直後に常に存する右心の肥大、或は狭窄に因する各箇部位の肥大、並に喘息、氣管枝擴張、肺萎縮等に由る心肥大とは嚴に區別す可く、而して本症の病理解剖上に多くは總淋巴器、就中胸腺の肥大を伴ふと云ふ。又本症の小兒は平素蒼白にして鬱血肝と共に稀に浮腫あるも、身體は肥滿して隣人の羨む所となり、偶ま輕微の傳染に罹れば忽ち**チアノーゼ**を起し、心動疾速、呼吸頻數となり、肺炎の發生を疑はしめ、往々急死す。**ストルター**氏は第3年以内に斃るゝ者多しとせり。

II 後天性心及血管疾患

1. 心内膜炎 Endocarditis

原因 急性に發病し原因上に次の如く區別す。

a、**痛風性(リヨマチス性)心内膜炎** 大人に於ては總心疾患の半數内外を占む、而して此**リヨマチス**の原因は今尚ほ不明にして、或は各種細菌の混合傳染と爲す者、或は輕症の葡萄狀球菌或は連鎖狀球菌敗血症なりと爲す者、或は一種の過敏症性反應 anaphylaktische Reaktion と爲す者あり。其他 **レアウエンスタイン**氏は眞の**リヨマチス**の流血中には常に結核菌を證明し、**シヨツトミュルラー**氏は本病と潛行性心内膜炎 Endocarditis lentaに弱力連鎖狀球菌を發見せり。要するに病理學者も臨床家も共に重複病原を信ずる者多し。

b、**潛行性(綠色菌性)心内膜炎 Endocarditis viridans.** 本症と

前症とを原因上に厳に區別す可きやは疑問に屬し、所謂結節性リヨマチス小踏舞病及スチル氏病に於ても、結節或は血液或は淋巴腺より綠色連鎖狀球菌が培養せらる、故に本症も亦リヨマチス病群の一なりと爲す者多し。

c、敗血性心内膜炎 身體の一部位に膿性炎症、例へば膿胸あるか或は不可解の部位より細菌侵入して心内膜に炎症を起すなり、故に其病原菌は種々なりとす。

症候 心内膜炎は初めに不明の發熱と共に、脈に比し呼吸數多く、普通4・5と1の比なるに、2と1或は1と1となるを特徴とし、其後に瓣膜或は心筋に變化を起して、以前に心音の異常なかりし者に、多くは吹性縮期雜音を生じ、且つ肺動第2音強盛し、同時に心擴張、鬱血、心疼痛、驚怖狀等を呈す。此際本病の50%はリヨウマチス性原因なるを以て、結節性リヨマチス、多發關節炎或は舞踏病等を合併し診斷を容易ならしむ。蓋し經驗上に6ヶ月以内の乳兒には本病殆ど之れなく、第2年迄は概して稀有に屬し、而して其後と雖ども前述リヨマチス性疾患以外には疔瘡、傳染性膿疱疹、肺炎、膿胸、流行感冒、鼻咽腔炎等を除けば眞の心内膜炎を起すことなし。又縮期雜音のみにて肺動脈第2音の強盛なれば、普通熱性病に來たる機能的の心筋性雜音と考ふべく、只だ此際に特に注意すべきは小兒の肺動脈第2音は、生理的に大動脈第2音より稍や高き例あり。或は猩紅熱等に於ては下熱後に一時の筋性機能不全を起し、縮期雜音を發すること等なりとす。

其他に急性傳染病か或は結核梅毒等の慢性傳染病にも心内膜炎を起し、續て心瓣膜病となると唱ふる者あれども殆ど除外例にして、斯る際に病歴を精査すれば或は一過性の關節痛或は其腫脹ありしを知り得。蓋し多發關節炎及舞踏病にて初めに心内膜炎を起さざる時は後に至りても全然之を合併せざることも敢て稀ならず。

潛行性心内膜炎は輕熱、腫脹、出血性腎炎、高度の白血球增多症或は其減少症等を起し、又皮膚血管の毒性傷害に由る出血斑、血栓に因する青色或は赤色斑等を生じ、且つ上膊に於て靜脈を壓し鬱血せしむれば點狀出血

を起す。所謂ルムベルレーデ氏現象なり。或は耳朶を按摩して採血すれば多數の内皮細胞を認むと云ふ。

敗血性心内膜炎は悪性にして、心内膜上に血塞性附着物或は潰瘍を生じ病原菌と共に瓣膜の裂片を全身に撒布し、皮膚、腎、腸或は其他に出血を起し、敗血性熱型、黃疸、重篤の一般症狀、急激の衰弱と共に瓣膜不全閉鎖、心擴張等を發し遂に心機能不全にて斃る。

診斷 總て長く持續する不明の熱性病には其血中に病原菌を検査するを必要とす。特に本病に於て綠色連鎖狀球菌を培養するには、靜脈より採血して之を血液平面培地に塗布し、或は消毒試管に4%拘嚙酸曹達水1と血液9との比に注ぎ、或は新に採りたる0・5立方糶の血液を直に肉羹汁或は膽汁中に混じ、以て細菌を培養して検査す可し。

本病と心筋炎との判然たる區別は殆ど不可能にして、後者は多く本病に隨伴す。而して心濁音の擴大、並に鬱血症狀と共に心雜音も兩者相同じく只だ心筋炎に於ては脈數の増加よりは寧ろ脈性の不正なるを特徴となす。

2. 心筋炎 Myocarditis

原因 急性心筋炎はチフテリー、猩紅熱、赤痢、流行感冒、百日咳等に一過性に來たる。然ども多く原病に隱蔽せられ痕跡を留めずして全治す。又其慢性症はリヨマチス、稀に梅毒及結核に原發する例あるも、多くは各種心内膜炎と其後遺症たる心瓣膜病に續發す。而してチフテリー等には實質性心筋炎、潰瘍性内膜炎には膿性心筋炎、リヨマチス、チフス、インフルエンザ、ワイル氏病、尿毒症、梅毒等には間質性心筋炎を特徴とす。而して心筋の變化は一部に止まりて全部に波及せざるも、好て刺戟傳導系を侵すを以て、心調が亂れて後述の如く不正脈乃至心阻礙 Herzbrock を起すこと多し。

症候 本病の單純なるは甚稀にして、多くは前述急性傳染病等に併發し其症狀に隱蔽せられて診斷は困難なり。蓋し蒼白、嘔吐、呼吸頻數、不安、

肝の肥大及壓痛、身體末端の浮腫、脈の數或は緩或は不正、血壓の減退、心の擴張と共に、僧帽瓣の比較的不全閉鎖にて縮期雜音を生ずる等は、本病固有の症狀ならん。然ども亦チフテリーに於ては心筋の變化より寧ろ血管運動神經なる迷走神經の中樞或は末梢、或は神經細胞の傷害が顯著なることあり。又猩紅熱に於ては續發性腎炎の症狀と判別し難きことあり、只だ多數傳染病の回復期に不正脈あるは一過性の心筋變化に歸す可しと云ふ。

不正脈には主として呼吸性と連続性とあり、呼吸性不正脈は深吸時に脈數増加し、多く血管神經無力症に因して病理的に意義少し、是れ脈波の來たる時間は一致せざるも、心動刺戟は正規の如く、上大靜脈の右房に開口する部位に在るフラツク氏結節 Flack' Sinusknoten と、右房の中壁に在る田原氏房室結節とより、ヒズ氏束を傳はり室收縮を起せばなり。其他期外收縮 Extrasystole は小兒に屢實驗せられ、刺戟傳導の他より來たりて心調を亂だし一時細脈となる、然ども一定の間隔を以て正規の心收縮あるを以て敢て危険ならず。只だ心衰弱の徴としてチフテリー、結核性腦膜炎等に之を認むる例稀ならず。

連續的不正脈 Irregularitas perpetua は心房筋肉の傷害、或は刺戟傳導系の疾患に來たり、房及室の收縮全く不規則となり、脈は多く頻數、稀に緩徐、甚しく増悪すれば脈搏全然混亂して所謂心狂妄症 Delirium cordis を起す、然る時は多く爾他の心衰弱症狀、乃ち脈性の微弱、チアノーゼ等を呈して急に死に歸す。流行感冒性氣管枝炎の初期、胸腺淋巴質の最急性チフテリー、及其後發心麻痺等に於て往々然り。或は房及室の收縮が常規と全く相反し、血行全く阻碍せらる、所謂前述心阻碍なり。又脈不正ならざるも、振子調にて胎兒の心音に酷似することあり、此際心音を聽診すれば下瓣口に於ては第1音、上瓣口に於ては第2音強盛す、胎兒心 Embryocardie と稱せらる。或は左右室の收縮一致せず、隨て第1音の分裂する所謂奔馬調 Galopprrhythmus を相伴ふことあり。此等は遅脈及不正脈と共にチフテリー後の心麻痺に來たる初期徴候にして、此際に肝腫脹及嘔吐を伴

へば輕視すべからず、但し心麻痺は鼻及喉頭チフテリーには稀にして、扁桃腺チフテリーの重症者に多く、故を以て後症の治後4—5週間は大に警戒せざる可からず。其他格魯布性肺炎後に來たる不正脈は、多く害なきも、亦赤痢には往々急性心麻痺の徴候たることあり、故に注意を要す。

3. 心瓣膜病 Herzklappenfehler

心瓣膜病の小兒に來たるは、先天性には既に前述の如く肺動脈瓣に多く後天性には僧帽瓣不全閉鎖にして、次には僧帽瓣狹窄と不全閉鎖の合併なり。稀には大動脈不全閉鎖、或は其れと僧帽瓣膜病との合併症あることあり、而して大動脈狹窄と三尖瓣膜病とは小兒に殆ど之なしとす。蓋し此等は總て心内膜炎、稀に心筋炎の結果にして、解剖上に瓣膜の炎症、肥厚、附着物、萎縮等を認む。

a、僧帽瓣不全閉鎖 Mitralinsufficienz 心濁音は左上方(左房)、左側(左室)及右側(右室)に擴大して球狀を呈し、X光線像は肺動脈弓及左室弓が特に顯著となり、聽診上に心尖及心耳の上に、吹性縮期雜音と共に肺動脈第2音の強盛或は分裂あり、又縮期雜音と共に張期雜音あれば其狹窄 Stenose を伴ふなり。此僧帽瓣狹窄の張期雜音は張期前 Praesystorischに心尖或は其外側に最良く聽くべく、其性は粗糙なり。而して單純狹窄なれば心影は左房弓擴大し、左室弓は短縮して心は卵狀を呈し脈は緩徐なり。

b、大動脈不全閉鎖 甚稀にして心影は横徑に擴大して横置卵狀を呈し、灌水性或は吹性張期雜音を第3肋骨の胸骨附着部に最良く聽く、然ども往々雜音を聽取し能はざることあり、或は縮期前の漸強雜音 Crescendogeräusch と共に震動 Frémissement を觸るゝことあり、而して其好聽診所はエルフ氏點、即ち第3肋間胸骨左緣なることあり、稀には心尖に甚短き縮期前雜音、即ちフリント氏雜音を聽くことあり、概して不明瞭の際には直接聽診すれば固有の張期的灌水性或は吹性雜音を辛ふじて聞き得べし。且つ本症にては常に顯著なる高き速脈ありて、稍や大なる動脈には動脈音

あり、或は爪甲及前額に毛細管脈を認む、以て診斯の一助となし得べし。之を要するに縮期雑音は機能的に起ることあるも、縮期前雑音或は張期雑音は常に器質的變化あるものと考へざる可からず。但し大動脈狭窄は小兒には殆ど之なく、其症狀は縮期に甚高き搔刮性雑音 *kratzender Geräusch* を心基底及大血管に聴き、而して大動脈第2音は低きか或は消失す。

c、**三尖瓣不全閉鎖** *Trikuspidalinsuffizienz* 前述二症の重症に於て比較的不全閉鎖として來たること多く、頸部大靜脈に顯著の鬱血と縮期的陽性靜脈搏あり、雑音は胸骨上にて第6肋骨の附着部に縮期的に聴き、心影は右の房及室の擴大が特に顯著なり。而して其狭窄は先天性にも後天性にも甚稀なりとす。

4. 心外膜炎 *Pericarditis*

原因 多くはリヨマチスにして或は特發し或は心内膜炎或は心瓣膜病の經過中に續發し、多くは漿液性或は纖維素性、稀に血性或は膿性なり。又附近の炎症に由り來たる。例せば肺及肋膜炎の經過中に結核性或は膿性の心外膜炎を起すなり。其他血行に頼り細菌傳染す、乃ち粟粒結核、敗血症等に來たるなり。

症候 多少の高熱、呼吸頻數、心部疼痛ありて、半座位を採り、身體動搖を嫌ひ、初めに心基底部に摩擦音、後には搔刮性雑音を聴き、特に聴診器を強く肋間に壓するか、或は上體を前屈すれば愈著明となる。又心濁音は第2肋骨の胸骨附着物より兩側外下方に擴大して、心肝角度は心の肥大の際に比して鈍角となり、滲出液が益増量すれば上方に向ふ三角形となる。其他心尖搏動は心濁音界の内方に觸れ、心音微弱となり、初期の摩擦音は消失す。而して稀に**ピンス氏**假性肋膜炎の症狀、乃ち滲出液の壓迫に由り、左肺後下部に濁音、呼吸微弱等を認め、或は肺炎に相似て其濁音部に氣管枝呼吸音を聴く。且つ多くは鬱血肝が顯著にして**トラウベ**氏腔も濁音を呈す。蓋し膿性肋膜炎、肺炎等に來たる膿性心囊炎の時は、一般症狀の激

烈なる外に、血液中に多核中性細胞の増殖あり、**リヨマチス**性に反して**サリチール酸**の効少なし。然ども確實なる診斷は心囊穿刺液を検するに在りとす。

5. 心外膜凝結症 *Concretis pericardii*

本症はリヨマチス性或は結核性心外膜炎の結果として、心と心外膜と其周圍の肋膜と相癒着する、強度の癒着性心外膜炎 *Pericarditis obliterans* にして、心濁音初め擴大するも、後には漸次縮少し、脈も細微となり、肝肥大して腹水を起し、輕微の運動にて直に**チアノーゼ**を呈す。然ども亦自覺的及局所的症狀を缺き、偶然解剖臺上に發見せらるゝことあり。蓋し心囊炎性假性肝硬變も亦本症に外ならず。又心外膜と胸壁と癒着すれば、心尖の縮期的陥没を認め、心尖搏動強盛時の肋間腔陥没と誤ることあり。要するに心外膜炎が治して後に患兒の體力恢復せず、深呼吸時に胸骨下端及左横隔膜の運動妨礙せられ、心の臥位的變位なく、**チギタリス**の無効なる等にて診斷するなり。

B 機能的な心及血管疾患

原因及症候 其單純なるは心悸と心動作急速とのみにして、稀に小兒の之を自覺することあるも、多くは父母の注意にて醫を訪ふ。此際に若し雑音を聴取せざれば、小兒の神經興奮に因ることを説明して以後之に懸念せざることを勧告し、若し雑音あれば直に器質的心疾患と爲さずして、先づ偶然的雑音 *akzidenteller Geräusch* ならざるかを告げ、續て詳細に觀

察し之を判決すべく、小兒をして自家觀察をなし、神經過敏或は**ヒポコン**
デリーに陥らしめざることに務むべし。

偶然的雜音は小兒に甚多く且つ常に縮期的なりとす。一醫家は 800 學童
中、600 人に縮期雜音を聴きたりとせり、而して第4年以下に之を聴かずと
唱ふる者あれども、既に第2年以後は敢て稀有ならずとす。而して此雜音
は起立或は横臥、興奮或は安靜、吸氣時或は呼氣時に隨て變化す。又縱
令固定せる雜音あるも、肺動脈第2音の強盛なれば、偶然的のものと思
ふべきなり。但し此雜音は二種に區別せられ、第1は心、肺雜音にして、呼
氣時に心基部に最著しく聞へ、其粗烈にして搔刮性なる時は心外膜炎と
誤り易し、之れは心縮期に附近の肺胞が擴張し、空氣を吸入するに由り起
る所謂縮期肺胞音に外ならず。第2は貧血性、即ち筋性或は無緊張性雜音
にして心尖或は心中央部に最著しく聞へ、興奮或は激動後は低聲となるか
或は消失す。蓋し之を貧血性となすは誤謬にして、房室口の筋緊張減弱す
るに由り起るなり。故に勞動の際に筋緊張回復すれば則ち消失す。

前述の雜音ありて心悸或は運動時の左胸部刺痛、失心發作等の訴あり、
且つ蒼白、筋肉弛緩、肺動脈第2音の強盛、起立性蛋白尿、血壓低下、硬
脈即ち假性血管硬化、頸動脈及腹部大動脈の搏動等を認むれば、此で總
血管無力症なるも、往々器質的疾患即ち瓣膜病と誤診することあり。此の
如き例は屢破瓜期に遭遇する所にして幼年心 juveniles Herz と稱し、第
11—15年に於て急に身長増加する際、全身發育不比例の爲に起り且つ滴狀
心と共に無力性狀態を呈し學業成績も不良の者多し。

血管運動神經性狹心症は稀有にして、小兒は晝間或は夜間に、突然心部
に激烈なる疼痛を訴へ、同時に精神興奮を伴ひ數分間にして治す。斯かる
小兒は平素前述の血管無力症を認め、且つ精神的原因あること多し。

循環器疾患豫後

急性心内膜炎は多く豫後佳良なれども、瓣膜病を貽し。而して潛行性心内

膜は不良の轉歸を取るを例とす。

瓣膜病は終生治せざるものなれども、之が爲に必しも生命を短縮し、或
は活動能力を減弱するものに非らず、殊に先天性疾患に於て然り、其代償
機能佳良なれば、却て神經性の機能的疾患よりは豫後佳良なり。蓋し代
償機能障碍せられて**チアノーゼ**、肝肥大、全身浮腫等ある時は危険なるも
亦早晚輕快する例多し。

心筋炎の**チフテリー**、赤痢、流行感冒、肺炎、猩紅熱等に來たりて、既に
心衰弱の徴候あれば、瓣膜病に反し豫後重篤なり。然ども常に回復の望あ
りて、回復すれば瓣膜病に反して全治し痕跡を留めず、之に伴ふ不正脈も
亦然り。蓋し**チフテリー**後の心衰弱は最危険にして、次には猖紅熱、加答
爾性肺炎、格魯布性肺炎等の順なり。

機能的疾患の豫後は患兒の安神と自信とに由り多く治癒するも、常に
再發の恐は之ありとす。

循環器疾患療法

機能的のみならず器質的のものにも、患兒及其親近者に輕快の自信と期
望とを懷抱せしむるを第1要項となす、之れ失望自棄は經過を不良ならし
むればなり。又種々の藥物或は爾他療法を同時に施さずして、其無効なる
ことを明かにしたる後、始めて他に移ることを第2要項とす、之れ諸種の療
法を並び行へば、其何れが効ありしや判別し難く、且つ各患兒の其療法に
對する特性を鑑識し難ければなり。

急性心内膜炎には臥床安靜を命じ、**リヨマチス**性にして發熱及關節痛あ
る間は、**ザリチル**酸劑の多量内服を強行して多少の副作用は顧みるに足
らず、若し之が爲に悪心或は嘔吐あれば、服藥前に**ホミカ**丁幾2滴、**ゲンチ**
アナ丁幾3滴、**規那**丁幾15滴の混合液を5滴宛、多量の水に混じ與ふ。**スト**
ルテ氏は初め3日間は患兒年齢の3分1瓦、即ち9年兒なれば**サリチル**酸
1日3瓦、強壯兒なれば年齢2分1瓦、即ち6年兒に3瓦を用ふ可く、而して全

量を3時間内に與へ全日に分服せざるを可とせり、若し此際に脈搏及呼吸が緩徐となれば酸毒症の徴なり、故に服藥を中止して沸騰散を與ふ、然る時は半—1日間にして回復し且つ合併せる蛋白尿をも消失す。然る時は3日後に再びザリチル酸の代用藥アスピリン 1日3回0.5—1瓦宛を1週間連用す。

以上1廻療法中、既に1—2日にして下熱し一般症狀輕快する例あれども、再發の憂あれば前法を終結す可く、若し尙ほ再發すれば前法を反覆するも効なきことあり、此際ピラミドン 1日0.4—0.8 瓦を4回に分服せしめ、下熱後に再びサリチル酸療法を行ふ。但しピラミドンの代用に同量のメルブリン、又ザリチル酸の代用にザリチル酸曹達、アスピリン、チプロソール等與へらる、用量略相同じ。其他アスピリン、鹽酸キニーネ及メルブリンの合劑あり、特に敗血性及潛行性心内膜炎に賞用せらる。

敗血性心内膜炎に對しては、連鎖狀球菌血清の皮下注射と共に 0.5%トリパフラウインを乳兒には毎日5—10立方糎、4年以上には15立方糎、10年以上には少なくとも20.0立方糎を肘或は足靜脈内に注射す。但し本藥は靜脈外に於ては重症の組織傷害を起すを以て、特に頭部靜脈の注射を禁ず。其他輸血法、就中米國に行はるる病原菌ワクチンを注射せる人の血液を用ふるも可なり。

心疼痛には毎日2—3回、約半—1時間づゝ心部に氷囊或は氷嚢を貼す、或は之を項部に貼する者あれども、頸椎關節リョマチスを起すことあれば注意すべく、尙ほ冷却法を不快に感ずる者には温奄法を施すも可なり。其他に絶對安靜を命じて上半身を舉上し、或は右側臥位を取らしむれば則輕快す。然ども時々臥位を變換せざれば、栓塞、下垂性肺炎等の憂あり、又脈搏微弱にして且つ頻數なればチキタリス浸、3年以下なれば 1日0.1、或は同末1日3回0.03宛、チガーレンなれば5滴宛を用ひ、浮腫あればチウレチン1日3回0.3宛か或は甘草0.05宛を與へ、且つ減鹽及乾燥食餌法を行ひ、1日5—6回に分ち、牛乳全量第5—8年兒には 500立方糎、第14年迄は800立方糎

を用ふ。而して便秘の傾向あれば横隔膜舉上して心を壓迫する恐あるを以て、グリスリンを浣腸し、或はイステチン (1年兒に半錠5年兒に1錠)或はイサチエンを内用し、或は鼓腸に對し千倍アドレナリン 1分と、ビツグランドール(ビツイトリン或はヒポファイジン) 2分との合劑、即ちアストモリジンを乳兒に0.5立方糎、年長兒に1立方糎宛を 1日1—2回皮下或は筋肉に注射す。其他腹部及四肢の按摩法も亦血行を佳良にし浮腫を去るの効ありとす。

内膜炎幸に治して全く熱なく、且つ強心劑なくして脈平生に復すること、少くも3週間なれば、初めは1時間、次には2時間床上に坐せしめ、漸次外氣中の安樂椅子に倚らしめ、而して數日の後、惡結果なければ歩行を試ましむ。斯際に患兒或は呼吸短迫し、或は頭痛を訴へ、或は身體動搖後15分間を過ぐるも尙ほ脈數復舊せざれば、1—2日の間は再び臥床安靜を命じ、然る後に前述の動作を反覆す。蓋し小兒には運動の慾望盛なれば、過度に安靜を強要するも不可なり。要するに中庸は黄金の道路なりと考ふべし。

急性心外膜炎もリョマチス性多ければ、ザリチル酸劑を用ひ、若し滲出液膿性なれば膿胸と同じく排膿法を行ひ、0.5%オプトヒニン或は0.5%リウワノール液にて透明液となるまで洗滌す。然ども多くは豫後不良なり又滲出液漿液性にて吸収が遅延すれば、クルシユマン氏法、即ち第5—6肋間、心尖搏動外少くも1糎にて尙ほ濁音ある部か、或は直接胸骨に沿ひ、尖端短き注射針にて、前部位に於ては矢狀徑に、後部位にては垂直に穿刺すフエール氏は第6年の患兒に其500立方糎を採るも、誤て心室を刺すことなれば危険なしとせり。

心囊癒着症にはチキタリス内用と共に、癒着剝離の目的にフィプロリジン注射行はるゝも、ストルター氏は無効なりとしてプリン簇の利尿劑テオプロミン等を賞用し、又外科的に心外膜と胸壁との癒着を剝離し、或は其部分の肋骨を切除し、心運動を多少自由にする法あれども、小兒には好果を望み難し。

急性心衰弱に對し第1に10—20%カンフワ油注射。第2にカルチアツオル乳兒に1時間毎に10—20滴宛内用し或は0.5—1.0立方糶を注射す。只だカンフワ油より吸収速なるを以て過量なれば痙攣を起すの憂あり。第3に10%安息香酸曹達カフェイン、特に利尿の効ありて心の負擔を減す、注射以外にも内用し或は注腸す。其他千倍ストロハンチン1回0.2—0.5立方糶に、20%葡萄液10—20立方糶を加へ一兩分間に徐々に靜脈内に注射することあるも、過度に心を鞭撻することは戒慎すべく、斯る際に脈數120—160となるもチアノーゼを呈せざれば甚しく恐るゝに足らず。又胸腺死、電撃死等の際にアドレナリン0.5—1.0を心腔内に注射する者ありて左第4肋骨間の胸骨縁に於てす、其皮下注射は特に末梢の血行不良の時には効少なく只だ内臟神經領の鬱血を治するの効ありと云ふ。蓋し心衰弱の主として血管運動神經麻痺に因るものは、1年兒に硝酸ストリヒニン半瓦、3年兒に1瓦、1日1回皮下に注射す。ローミンゲル氏は乳兒にストリヒニン10分2瓦とヒポフィジン3分1立方糶との皮下注射を、1日3回まで行ひ、ストルテー氏は1日數回10%アフエニール（鹽化石灰尿素）液10立方糶の靜脈注射を乳兒の麻疹肺炎時の肺水腫に賞用し、フェール氏は其10%液を第2—5年兒に3分1立方糶、第6—12年兒に2分1乃至3分2立方糶を必ず靜脈内に徐々に注射し、2—3日後に反覆すべしとせり。

慢性心衰弱には主としてチギタリス劑を與ふ、抑もチギタリスは心收縮を強くし且つ完からしめ、心の過度鬱血と其擴張を治するの効あり。而して務めて早期に心筋の衰弱輕微の際に其多量を用ふ、内服には1日に乳兒に0.05、幼兒に0.1、第4年に0.2、第8年に0.4なり。ラボウ氏は1年兒に0.005、15年兒に0.008を1回量となすも、甚少量に過ぐ。其製劑チガーレン1立方糶はチギタリス末0.15、チギプラート錠1箇は其0.1に當るも、此等は皆チギタリス末或は浸劑に比し、内用にては効少なく、チギホリン、ヘキセトン等と同じく多く、皮下或は寧ろ筋内に注射せらる。然ども此等の注射は疼痛あるを以て、患兒を興奮せしめ且つ恐怖せしめ、其害却て強心の功よ

り大なることあれば、深く注意すべきなり。斯る際此等を肛門座藥となせば筋肉注射と同効ありと云ふ。但しチギタリスは蓄積作用あるものなれば脈數漸減すれば直に中止す可く、若し期外收縮を起して不正或は重複脈を呈し且つ痞塞の感、嘔氣等の中毒症狀あれば、チギタリスを中止し2日間カンフワ油或はカルチアツオル0.5—1.0立方糶を1日數回注射するか、或は危急の際に非らざればストロハンツース丁幾1日3—15滴か、10%カルチアツオール10—20滴か或はコラミン5—15滴かを試用すべし。近時カンフワの内用或は注腸劑として、其17%を含むカデヒヨールを乳兒に1日半—1錠を用ふる者あり、或はヘヒト氏はカンフワ油を注腸し効ありとせり。

期外收縮にて脈不正なればヒニチン1日0.3—0.5をカルチアツオール1日50滴と兼用し有効なりと云ふ。

呼吸困難不安等甚しければ2—4年兒にモルヒン1—2瓦、パントポンなれば其倍量を皮下に注射して可なり。然れども特異質にて呼吸麻痺を起す例あれば深く注意す可く、之に反しヴェロナール、ルミナール、臭素劑、ウレタン等の内用は比較的安全なり。

浮腫に對してはチウレチン、テオフィリン、甘汞、スチラーレン錠、アドウエルン等を與へ、就中最後者は利尿の効著しと云ふ。或はテアチロンは無味にして比較的胃を害せず、腸に至りテオブロミンとサルチル酸に分解す、其用量は1日0.5—1.5にしてチギタリスと兼用せらる。近時ノバズロール0.2—1.0を1日3回まで筋肉或は靜脈内に注射し速効ありと爲す者あり。或は之に比し副作用少なきサリルガン、ノヴリート等を賞用する者あり。又此等水銀劑の効なき時は、豫め3日前より鹽化アンモニウム1—2瓦を内用するか、或は其倍量を100瓦の水溶液となし注腸して酸症を起さしむれば著効を奏すとなす者あり。其他減鹽食餌、即ち牛乳及果實を主食とし、且つ1日3—4回、1時間餘づつ下肢を舉上するも利尿を増す。

機能的疾患に對しては精神療法、即ち暗示か或は散歩にて却て安靜時の心悸を治し得ることあり。藥劑はアトロピン、特にノボアトロピン0.001、纈

草丁幾及苦味丁幾各2・0の混合液を毎食前5滴づゝ與へ、約1ヶ月連用し効を奏すと云ふ。狭心症の處置も相同じく、心疼痛には局所的に芥子泥を貼用し、或はカンフワ丁幾を塗擦すべし。

附録 血 壓 障 碍

從來血壓障碍は大人にのみ來たるものと信せられたるも、近時は小兒にも認めらる、蓋し小兒の血壓は第1年にはリバロツチー氏計にて水銀柱80耗、其後はカツチエンベルゲル氏等式 $80 + (2 \times \text{年齢})$ に準し、而して大人の最低血壓は105耗にして第10年兒は約100耗なりと云ふ。

1. 高血壓症 Hypertonie 腎炎性を除き、多くは一過性にして、後年には大人の高血壓症に移行し、特に小兒血管の硬性なるは大人の血管硬化症に移行す。而して遺傳多しとす。

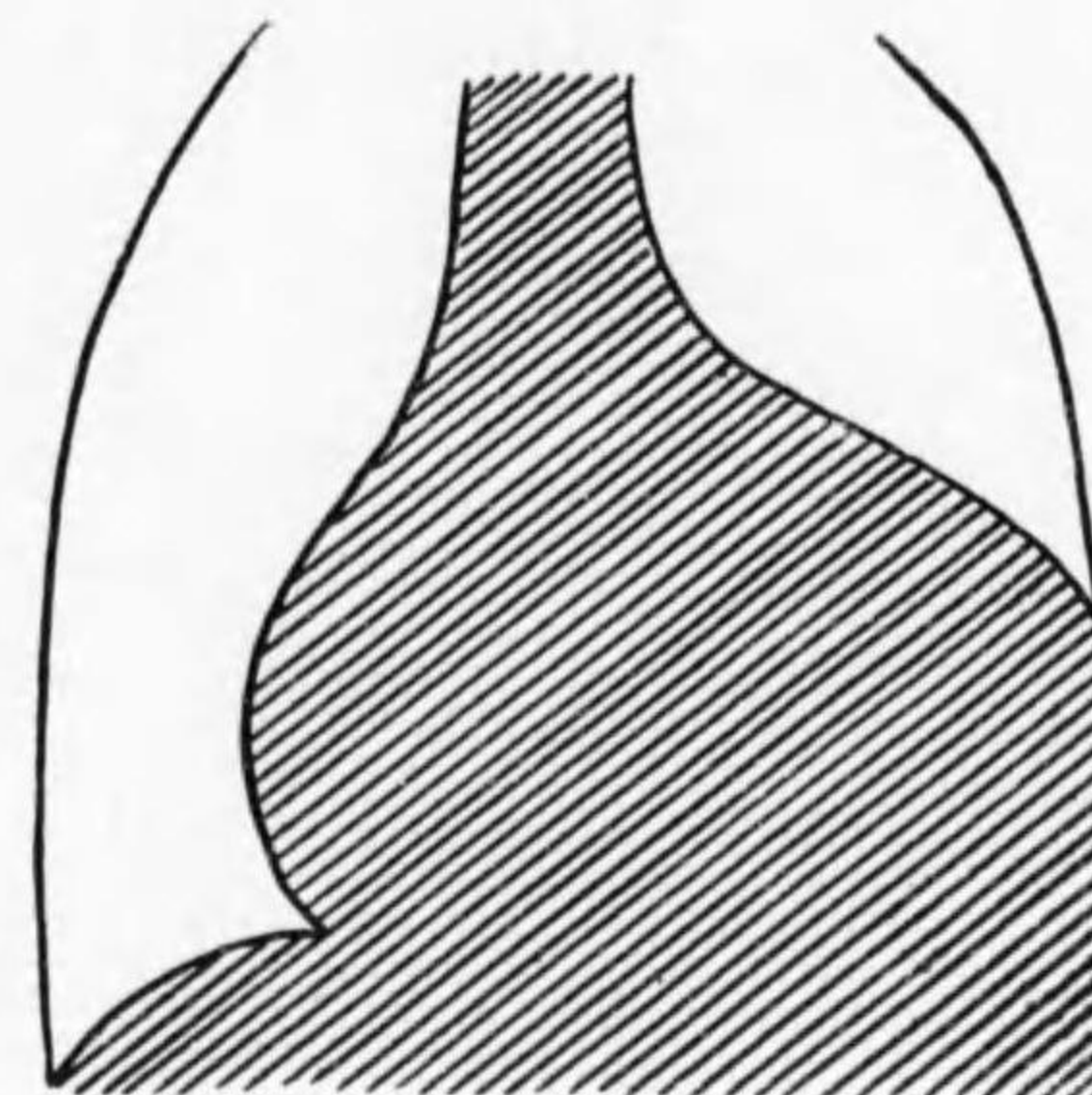
症候及療法 最大血壓は幼兒に120耗、年長兒に145耗に及び、頭痛、倦怠、足痛を訴へ、往々起立性蛋白尿を合併す。療法として激動を避け、飲料及食鹽を減し、體重の甚しく減せざる程度に、脂肪食を含水炭素食に代へ、且つクノル製ロダンカリウムチウレチン錠を乳兒に1日3錠を内用す。

2. 低血壓症 Hypotonie 通例早産兒の80%は、第16年頃迄は本症にして、其他一過性には熱性傳染病、持續的には蒙古人種症、アチソン氏病等に認められ、又無力性體質兒には臥位に於ける血壓は座位より低し。

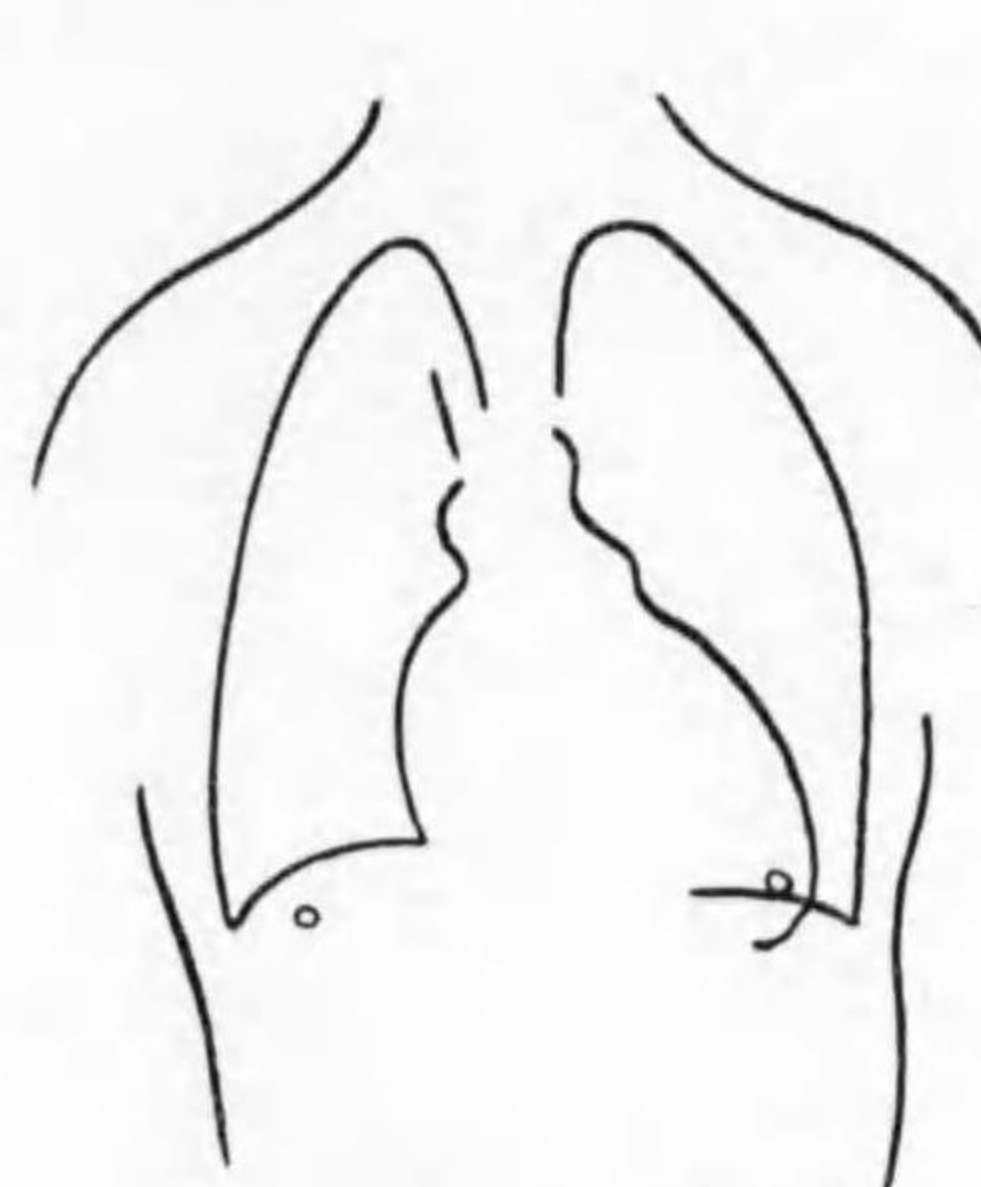
症候及療法 心部疼痛、嗜眠、偏頭痛、惡寒、食慾不振、便秘、失神發作等あり。肥滿療法、亞砒酸、ストリヒニン等の内用、特に外氣中の靜臥療法有効なり。



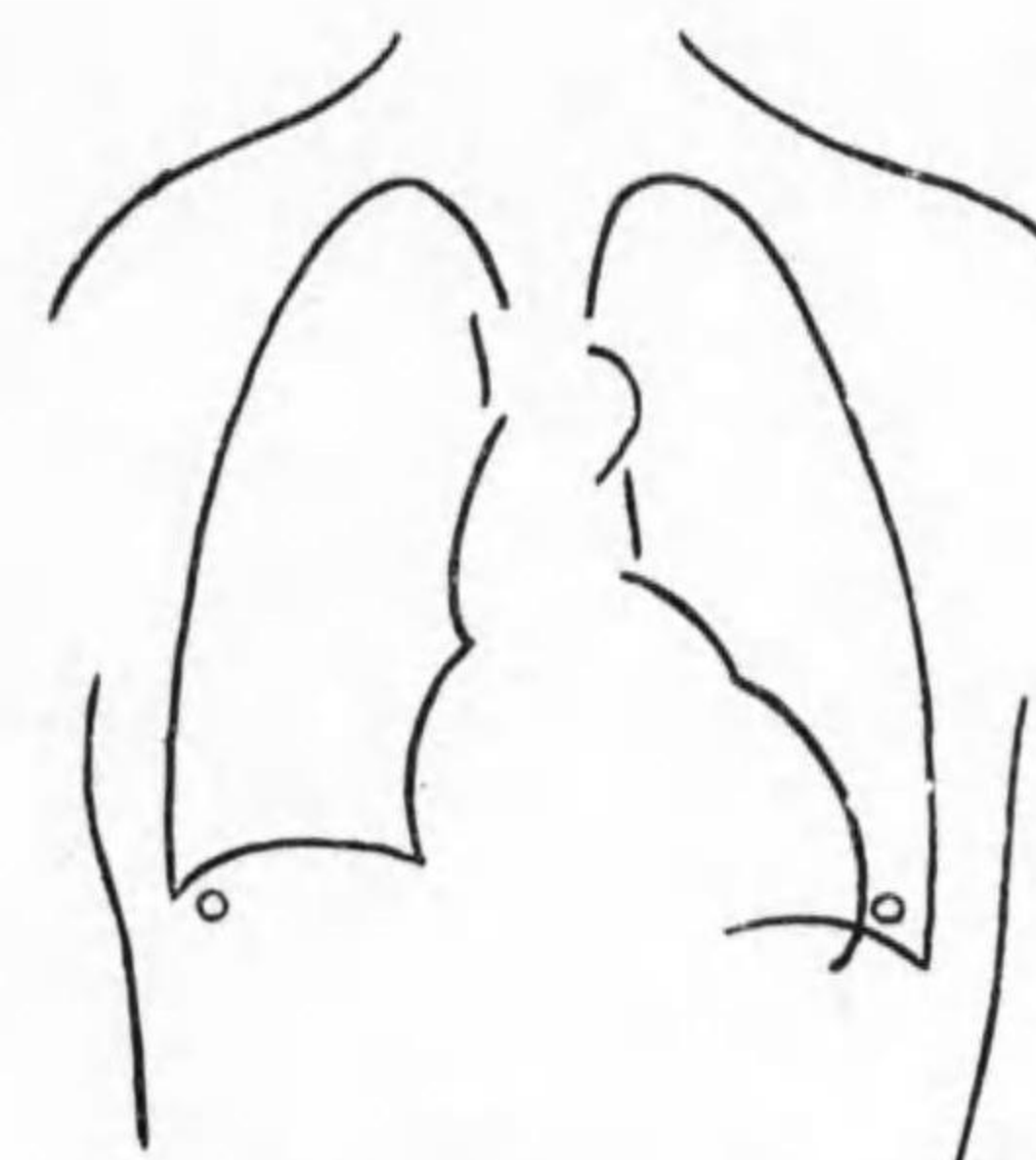
心 X 光 線 像



大 量 心 囊 滲 出 液



僧 帽 瓣 不 全 閉 鎖



大 動 脈 瓣 不 全 閉 鎖

泌尿器疾患篇

A 機能的不良尿症 *Dysurie* (醫學博士 谷原保平著)

I 尿利不良

1. 遺尿症 *Enuresis*

原因 健康兒に於ては、晝間は第2年中に、夜間は第3年中に、排尿時期を自覺して周圍の人に告ぐるものなれども、魯鈍或は癡愚兒には大に遅延し、白癡兒は終生之を報することなし、而して膀胱著しく充滿せず且つ尿意促迫せずして、不知不識の間に多くは大量の排尿あるを遺尿と稱し、其夜間睡眠中にあるを夜間遺尿 *noctura* とし、其晝間に於て興奮、恐怖、遊戯、過勞等の強き精神轉向の際に由り來たるを晝間遺尿 *diurna* とす、但し脊髓疾患、意識障礙、或は尿量及尿意の病的増加、例せば糖尿病、膿尿、膀胱結石等に來たり、或は夜間癲癇の隨伴症、或はヒステリーの一部症として起るものは症候的遺尿症と稱す。

定型的遺尿症は幼兒期より破瓜期若くは其以上の年齢に來たり、其輕症は數日乃至數週の間隔を以て起り、重症は毎夜特に初夜に多く、其際排尿或は排便を夢みる者あり、而して遺尿後に、寢具の濕潤に由り醒覺するか或は全く醒覺せず、又一時治して後に再發することあり、或は自然に全治することあり。

遺尿兒には身體及精神上の變性徴候あることありて、特に輕微或は隱匿性の脊椎破裂は其1例なり、又蟻虫、手姪、腺様増殖症、含水炭素及鹽類多き食餌、種々の外陰部疾患等之が誘因となることあり、或は遺傳なるこ

とあり、其本體は膀胱の機能障礙に歸する者多しとす。

療法 從來多數の方法ありて一々枚舉に違あらざるも總て特効なし、或は臥床の下端を高舉し、或は午後の飲料を禁止し、或はカテラン氏硬膜外注射法、乃ち1週3回、約10立方糎を入るゝ同氏注射器にて、生理的食鹽水を薦骨及尾脛骨間の菱形窩より注入し、或は膀胱上に絆創膏或は感傳電氣を貼し、或は微温液を膀胱に注入し、或はストリヒニン或はアトロピンを晩に頓服せしめ、或は環境を變換し、或は暗示若くは催眠術を施す者等あり、又長尾氏はブroomラチウム10—20庇を毎日1時間薦骨部に貼附し効ありしとし、ネツゲラート氏は催眠麻醉に依り膀胱の虚偽的手術にて好果を收めたりとせり、之を要するに患兒の一般状態を佳良にする爲に營養法を改良し全身按摩、水浴及外氣療法を適宜に應用することを忘れざるべく、但し懲罰は害ありて益なく、尿囊貼用は止むを得ざる時に限るべし。

2. 多渴症 Polydipsie

小兒は新陳代謝の關係上、多量の水分を要して多渴症あり、尿量は第1年に100—600立方糎比重1004—1010、第8年迄に600—1200立方糎、第14年迄に300—1500立方糎、比重1002—1020にして、毎日の水分飲量は第2—4年に1立、第7年に1立半なりと云ふ、隨て乳兒に頻回尿 Pollakisurie 及夜尿 Nykturie あるは生理的なりとす、然ども年長兒にして精神病性或は教育不良の者は1日數立を飲み、隨て尿量甚多きことあり、斯る際には尿の稀釋及濃縮能力は正常なるも、血清の食鹽量は増し體重は緩漫に減少す、蓋し尿の稀釋及濃縮能力が缺如して尿量の多少に拘らず其濃度は常に同一なるを均一濃度尿 Isothenurie とし、尿量に關せず比重過少なるを過少濃度尿 Hypothenuric と稱す、而して前者は特に危篤の病徴なり。

療法 日常の教育に據り矯正すべく、重症は病院に收容し飲料を制限す但し小氷片或は薄荷錠は多少止渴の効ありとす。

3. 無味性尿崩症 Diabetes insipidus (腦下垂體疾患参照)

前症と相違して原發的に比重輕き薬色尿を甚多量に排泄する結果、非常なる口渴を起し一滴の水分をも之を飲みて餘さず、其重症に在りては尿壺或は洗濯盤を盡すことあり、但し血中の含糖量は正常にして且つ尿中に病的成分なきを以て、蜜性尿崩症或は萎縮腎と區別すべく、又各年齢に來たり、發熱あれば一時治すことあり、續發的には腦底或は腦下垂體の腫瘍、腦梅毒、腦炎並に急性白血病に起り、其原發的のものは原因不明にして一家族に數代に亘り遺傳することあり、其本體は腦灰白質特に中腦及下垂體後葉に存する、尿中樞の機能障礙に歸せらる。

症候 患者は外觀健康なることあるも、多くは蒼白にして瘦瘠し、皮膚一般に乾燥するも亦屢輕微の浮腫あることあり、又體温は常温以下にして時に一過性に高熱を發す、而して腎機能及新陳代謝試験上より2型に區別せらるゝも、其間の移行型比較的多し。

過度鹽血或は混合型 尿の濃縮力缺如して血中の鹽素含量増加し、試みに食鹽を與ふれば、尿中の食鹽量は濃厚とならずして稀薄なる尿の增量に由り排泄せられ、血液は濃厚となり、患兒は口渴を起して忍ぶ能はず、若し強て飲量を減すれば體重著しく失墜す。

不足鹽血或は腎性型 稀有にして中等量の食鹽を與ふれば、尿は稍や濃厚となるも、其排泄は24時間以上に遅延して其間血液は稀薄となる、而して患兒は能く口渴を忍び、體重は奇怪に増加すること前型と反對なり。

療法 口渴に對しては多渴症と同じ、而して過度鹽血症には食鹽及蛋白に乏しき牛乳植物性食餌を與ふ、時に尿量之が爲に減することあり、然どもヒポファイジンは最有効にして總症狀を治す。之に反し不足鹽血症には効果なくしてアトロピン及阿片が良効あり、其他腦梅毒或は腦腫瘍の療法を講ずべし。

II 病的鹽類過多排泄及尿石成形

1. 磷酸鹽尿 Phosphaturie

原因 神經病性小兒に頻發し、多く慢性に経過する遺傳性、習慣性神經機能障礙にして土類亞爾加里的磷酸鹽を主として排尿す。此土類亞爾加里特に石灰の排泄は體內亞爾加里的減少を來たし酸、鹽基平均を亂す、故に本病は酸、鹽基調節のノイローゼと謂ふべし。

症候 倦怠、蒼白、數脈、多汗、蕁麻疹、胃過酸症、下痢等の諸症ありて尿量増加し、其の透明なるを假面磷酸鹽尿と稱するも屢乳様の渾濁を呈し表面に光澤ある薄膜を成形することあり、又透明なるも煮沸すれば同鹽を析出し、之に醋酸を加ふれば再び全く溶解す。之に反して表現磷酸鹽尿は排出時或は其直後に乳様乃至灰汁様渾濁を呈し、反應は亞爾加里乃至弱酸性なるを例とす。鏡檢上には薄膜及沈滓中に於て非結晶性或は結晶性磷酸鹽類、就中酸性磷酸石灰多く、稀に尿酸石灰、磷酸アンモニウムマグネシウム等を認む。

診斷 尿酸性或は尿酸性素質、脂肪尿、乳糜尿、膿尿等と誤診す可きも化學的及鏡檢的に鑑別し易く、特に神經病性兒に來ることに注意す。

療法 ノイローゼ療法としてアトロピンを用ひ、又尿中亞爾加里含量を減する目的に鹽酸を與へ、而して石灰内服を禁じ且つ卵及牛乳を節す。

2. 尿酸尿 Oxalurie

原因 體內的にはチフス、敗血症、結核性空洞、黄疸等に來り、特に結締織分解の結果として發し、體外的には尿酸を多量に含む菠菜、大黃、カカオ、綠豆、梅實、スバルゲル、キャベツ、トマト等の食用に因す。

症候 尿は反應不定、透明なるを常とし、只だ黄疸の際には黄褐色の結晶性沈滓を生じ、其沈滓は主として尿酸石灰及尿酸マグネシウムにて醋酸に不溶、鹽酸に溶解す。其自覺的症候は尿道或は膀胱に灼熱の感、時には

尿閉を起すも結石なければ多く之なし。

療法 前述尿酸に富む食物を禁じ、藥劑には胃液を緩和して尿酸の吸収を減少する爲に、毎日炭酸石灰3瓦、或は炭酸マグネシウムを用ふる者あり。又反對に既に成形せる尿酸結石を溶解する爲に鹽酸を與ふる者あり。

チスチン尿 Zystinurie

物質代謝産物にして甚稀に尿石を成形す。

3. 尿酸栓塞 Harnsäureinfarkt

新生兒の解屍に當り往々腎細尿管中に結晶性尿酸アンモニウムの黄色栓塞、或は腎盂に尿砂乃至尿石を見るは周知の事實なり。又乳兒の襠襟に褐色斑を認むるも同物なり。チエルニイ氏等は白血球崩壊に由り發生すとせり。ビリルビン栓塞は屢前者に隨伴し新生兒に於て膽汁色素の排泄が強盛なるに因す。

尿石成形 Steinbildung

以上の鹽類尿にて尿石を成形することあり、一般に小兒には稀有にして比較的男兒に多く、血尿、痙攣様疼痛あり、多くは膿尿の症狀に隠蔽せらる。肛門及腸壁より觸診し得ることあるも、X光線検査を確實なりとす。

療法 疼痛發作にはパントボン、ノボガイン、純グリセリン3と苦味丁幾1とを毎3時間毎に1食匙宛内用し、兼て膀胱の温濕布及洗滌を行ふ。蓋し根治的には外科的に除去す可きなり。

III 有機性色素の病的排泄

1. 血尿 Haematurie

乳兒の血尿は主として腎性にして尿中に血球の外、赤血球圓柱、蛋白圓

柱及上皮を含み、結石、腎炎、結核、潰瘍、腫瘍、腎靜脈の血栓及血塞等に、又敗血症及ヤクシユ氏貧血の一症として來たる。其他虫様突起炎、パロー氏病、腎性血友病等に認められ、英醫は先天性、家族的血尿ありて生後一ヶ月内に初まり、1—2日間の發熱と共に血尿を排す例ありとせり。療法は原病に對して行ふ。

2. 血色素尿 Haemoglobinuria

ヘモグロビン乃至メテモグロビンを含み、前者はフラウエンホーフエル氏D及E線の間に廣き吸収線を、後者はC及Dの間にCに近く強き線を認め、沈滓中に赤血球皆無なるか或は極少數にして各種の圓柱體及オキサラートを證明せらる。體外的中毒には鹽酸加里、フェノール・ナフトール・硫化水素、トルイレンチアミン、綿馬越幼斯、蛇 Kobra毒、菌 Morchel 毒等あり、體内的中毒には傳染病、特にマラリアに黒水病として、新生兒に流行性のウイケル氏病として來たり、其他猩紅熱、麻疹、チフス、丹毒、重症火傷、出血性腎炎の輕快期等に實驗せらるゝなり。

發作性血色素尿 paroxysmale Haemoglobinuria 冷浴等の後に來たり、梅毒兒とA及AB血液型とに最多く、ドナート・ランドスタインル兩氏は此等の本病罹患者には發作なき時にも血液中に溶血素を含み、試験管内にても其血液を冷却すれば溶血作用を現はすことを證明せり。臨床上に發作は寒冷に遭ふたる後に悪感戰慄、顔面及四肢末端のチアイノーゼを以て多くは40度の高熱を發し、強く尿意を催ふして赤葡萄酒様尿を排し、數時間後には諸症輕快す。然ども重症にては黄疸を發し、數日間は尿に膽汁色素を認むる例あり。診斷には前述兩氏の血液試験法を行ふ。療法は寒冷を防ぎ、梅毒兒には驅梅法を行ふ。

3. ポルフィリン尿 Porphyrinuria

ポルフィリンは鐵を含まざる血色素にして唯だ分光鏡に依りてのみ證明

せられ、尿は褐色或は赤褐色乃至黒色、不透明にして靜置すれば無色となり、蛋白を認めず。先天性に來たり、或はスルホナール・ウエロナール、鉛等の中毒或は原因不明、即ち原發性に發し、臨床上に皮膚の對光線過敏、乳齒の赤染等あり。又1926年佐藤、高橋兩氏は先天的、家族的に七人の兄弟中三人に於て、前述の症候以外に萎黃病性貧血と漸次増大する脾腫を見たる例を記載せり。

4. メラニン尿 Melanuria

メラニン或はメラノーゲンの含有に由り尿は黒色となり、尿にニトロプロシイド曹達及苛性加里を加へ、然る後に濃厚醋酸を加ふれば強き青綠色を呈す。以てカルボール・クレソール・アルカプトン等にて見る黒色尿と鑑別し得べし。肝のメラニンを含む腫瘍の徴候となり來たる。

5. アルカプトン尿 Alkaptonuria

尿は久しく氣中に放置せる後か或は加里瀾汁を加ふれば褐色乃至黒褐色となり、又襪襪を染色し亞爾加里石鹼にて洗去する能はざるを以て始めて注意せらる。其發生は先天的にアミノ酸(チロジン及フェニールアラニン)分解の障礙あるなり。其際常にホモゲンチジン酸(チオキシフェニール醋酸)が排泄せらるゝを例とす、然ども飢餓の時には之を證明せず、恐らくケトンと關係ある一過性の中間代謝産物ならん。何となればケトン食餌に由るアチエトン成生時にも之を缺如すればなり。隨て本病は含水炭素物質代謝にも關聯するなり。但しアルカプトン尿の證明は前述以外にニイラデル氏試薬を加ふれば熱を加へざるも黒色となるなり。

IV 蛋白質尿

蛋白尿の蛋白は血清の成分と同一なるアルブミンとグロブリンにして其

他に尿道より來たるムコイド、肉腫に認めらるるベンス・ジョンス氏蛋白體（攝氏60度にて渾濁し、以上に熱すれば消失す）等なり。而して其由來は血清、淋巴、食物蛋白等と、一部は腎上皮の破壊及其分泌にして、兒科に必要な本症は次の如し。

1. 新生兒蛋白尿

生後第3日までに蛋白尿あるは殆ど生理的にして、其原因は不明、或は分娩前後の新陳代謝或は血液循環の變化に歸し、或は分娩時に於ける血管系統の鬱滯に因すとし、或は出生後の水分喪失に由るとなす者あり。

2. 起立性蛋白尿 orthotische Albuminurie 或は血管拘攣性不良尿症 Dysuria angiospastica

原因 女兒に稍や多く、遺傳的關係あり、且つ家族的に發生し、學齡には6・7%、第10年には27%、第15年には38%を算す。舊時は身體過勞、飽食、冷浴、試験勉強、腎臟診等の後に來たる蛋白尿と同視せるも、**ホイブネル氏**始めて横臥の位置より起立する時に起るとなし本病名を下せり、或は又幼年性 adoleszenten. 週期性 ziklische. 姿勢性 posturale. 前彎性 lordotische. 前結核性 praetuberkulose 蛋白尿等の稱あり。蓋し破瓜期蛋白尿は女子の膾上皮、男子の精虫及攝護腺分泌液の尿に混するに因す。

其本體に就ては多數の名稱あるが如く種々の説あれども、**ネツゲラート氏**は曰く、本病の尿中に種々の圓柱體を認むることあるも之を以て直に潛行性慢性腎炎なりとなすは誤謬にして、其解剖的變化は更に之なし、故に一の機能症となすべく、而して動物試験上にも横臥より起立の位置に轉移することが發病の動機なること既に明白なり、然ども其位置轉移が如何にして蛋白尿を起すか、**ジェーレ氏**は同患兒に腰椎の前彎して其頂點が第一及二腰椎に當るを見、其部が腹部大靜脈か或は直接腎の腹側に在る血管を壓

して鬱血を起すの結果なりとせるも、健康兒に強て腰椎を前彎せしめ蛋白尿を起さしむるには甚だしく其高度なるを要し、且つ其尿は總蛋白中に於ける醋酸體の量が本患兒に比し尠に少くして、又屢血球出現するの差異あり、故に**ジェーレ氏**説全部を信じ難しとす。但し**ノールデン氏**等は起立の際、軀幹筋の緊張にて反射的に腎血管の痙攣より牽て腎貧血を起すに歸せり。予も亦本症に於て日暮の尿中に蛋白少量なるを説明するには、腎鬱血とすれば却て多量なるべきを以て、血管拘攣性不良尿となすを穩當なりと信ず。要するに本症は交感神經或は迷走神經緊張症、其他神經病症の小兒が起立の際に起る腎循環の血管運動神經性障礙に基くものなるべしと。其他前述磷酸鹽尿と同じく蛋白尿及本病をも酸症に歸因する者あり、實際に於て蛋白尿と酸症と合併し、又は蛋白と酸の排泄が屢平行するも、之を以て直に本病の原因と信する者は鮮し。

症候 偶然檢尿の結果、本症を認知すること稀ならず、概して本患兒は頭痛、眩暈、倦怠、食慾不振、嘔氣及嘔吐等を訴へ、遊戯及業務を怠り、睡眠を貪り、心悸、刺痛及各所の疼痛を感じ、屢衄血に悩む、而して長身、瘦瘠、蒼白、無緊張性の體質を有し、睫毛長く、瞳孔濶く、眼光銳き者多し。

循環器は一般に過敏にして、四肢厥冷し肢端**チアノーゼ**を呈し、皮膚に紅斑及蕁麻疹を生じ易く、脈性不安定にして其數は起或は座に隨て大差あり、心は多く右室擴張するも、往々心下垂或は胸廓狹少なるが爲に判明せず、心音は屢心尖及其上方に縮期的雜音を聽き、血壓は正常なるか或は減少す。

尿は晝間のものは其量及外觀に異常なく、時として第10年以後の女兒發育期の朝尿に渾濁あることあるは、多く此年齢に好發する外陰部の剝離性加答爾に因するものなり、而して本患兒の蛋白尿は横臥より起立する位置轉移時に起るものなれば、朝起後の尿に最著明にして其後漸次減じ日暮には消失するを例とす、然ども其間に横臥して又起立することあれば蛋白再

び増量するものなり。但し其量は2—5%なるを例とし、其内に本體不明なる所謂醋酸體ありて、稀釋醋酸により沈澱し、屢同時に存する他の蛋白體即ちアルブミンより多量なることあり、且つ尿量減すれば蛋白量増加し、一般に酸性にして食鹽に乏しくウロビリノゲンを含む、而して稀には硝子様圓柱を認むべし。

経過 本症は腎炎に罹り易きも、自然に腎炎に移行することなく、概して1—2年後に治するも、自然治癒は多く破瓜期後に在り、而して第20年まで持續するは稍や稀なりとす。

療法 ヒニン劑が効あることあり、貧血著明なれば鐵劑を用ゆ、而して蛋白排泄量を減する爲に持續的臥床を命ずる如きは、害ありて益なく、寧ろ新鮮なる空氣中の遊戯及運動を奨励す可く、特に脊椎前彎に對して軀幹筋、就中腹筋を強壯ならしむるに適當なる體操法を必要とす。只だ朝祈禱の如き長時間の起立及跪座は避くべきなり。其他營養は混合食を可とし、牛乳、肉及卵も過度ならざれば與ふべく、又前彎の矯正的器具は必要なきも、履踵を低下するは多少其矯正法となるものなり。フオルハルド氏は曰く本病は發見せられざること多きを以て治療せられざるは幸なりと。

V 乳糜尿及脂肪尿 Chylurie u. Lipurie

乳糜尿 淋巴液が腎及腎盂に侵入するなり、故に淋巴球と脂肪を含む渾濁せる尿を排泄す、其原發性に家族的に來たるは稀にして、グリツペー、腸炎、チフテリー等の経過中に一時性に來たり、殆ど臨床的價値なし、唯だ其熱帶性のものはフィラリヤ寄生虫の特徴となる。(寄生虫篇参照)

脂肪尿 は骨折、脂肪變性を起せる腫瘍及腎疾患、蜜尿病並に亞砒酸、酸化炭素、磷等の中毒に來たる、尿は白色に渾濁し鏡檢上に脂肪球を認め2%オスミウム酸を加ふれば黒色となる。

B 機質的不良尿症

I 腎症 Nephrose 或は實質性(細尿管性)腎炎(アウフレヒト氏) 或は腎不良營養症 Nephrodystrophie (アシヨフ氏)

原因 尙ほ不明なり、原發性腎症或はリポイド腎不良營養症とも稱せられ、或は肺炎球菌と由來するとなし、或は素質的全身病にして浮腫の傾向と免疫質の低下を特徴となすとし、或は肝障礙を主因となし、或はエプスタイン氏は蜜性尿崩症と相比して蛋白尿性尿崩症と稱し、共に物質代謝が30%迄減すとせり。而して肺炎菌疾患及結核の合併が最危険にして、猩紅熱及麻疹には能く之に耐ゆと云ふ。

續發的には多くチフテリー、稀に梅毒、結核、化膿症、關節炎、膿胸、ホイブネル・ヘルテル氏病、種々の中毒、就中昇汞、ザリチル酸、蒼鉛、サルバルサン・テール等の中毒、甚稀には糖尿病、バセドウ氏病、尿酸關節炎等に見る。而して乳兒に多く年長兒に少きも大人に比すれば頻數なり。病理解剖上に輸尿管主部の上皮細胞が渾濁性腫脹、リポイド變性或は壞疽に陥り、多く間質及糸毬體には變化なきも、慢性或は混合型に於ては相共に侵さる。

症候 顔面蒼白浮腫狀を呈し、皮膚及體腔の水腫、胃腸の障礙、免疫質の減少等あり、浮腫期と稱す。尿は發病第二週後、極期に達すれば黄褐色乃至暗黒色、酸性にして其量著しく減じ、比重高く1050に及び、蛋白多量にして10—30%以上を算し、鹽素排泄は減じ窒素は普通、殘餘窒素は却て最下限に在り、且つ初めに腎上皮、白血球及各種の圓柱あり、特に光線重屈折性の脂肪及類脂肪體に富むも後には減じ、赤血球を混ざることなし、是れ診斷に必要なりとす、而して血液には血漿蛋白は通常の半量以下となり

水分及鹽類特に食鹽の吸収力減じ、隨て腎外性浮腫 extrarenales Oedem を起し易し。又所謂類脂肪腎症 Lipoidnephrose にては、血液のみならず尿にも類脂肪體就中ヒヨレステリン1・30%迄増し、酸素需用量と共に血糖量は減ず、蓋し此等の症狀と偶ま甲状腺の有効なることあるより、粘液浮腫と同じく本病の本體を内分泌腺の異常に歸する者あり。

心及血壓は概して變化なく、初めに血壓稍や高きことあるも後には減ず、臍反射は亢進し、食慾減じ嘔吐あり、又下痢を起す。而して腎炎に於ける浮腫は總て其本體尙ほ不明にして、其血液及毛細管内皮にも其原因を解釋す可き變化なく、組織膠樣質の異常も證明せられず、酸症説あれども酸に由りては組織の含水膨大なく、且つ毛細管の通過性も増加せざるなり。

経過 月餘乃至年餘に亘り、幸に治療効を奏し浮腫去れば則ち乾燥期となり、患兒は蒼白、眼窩陷凹し全身瘠瘦す、然ども食慾稍や進み心氣佳良となり體重増加すれば、再び浮腫の傾向を生じ、患兒食鹽の受容量を越ゆるか、或ば疥癬療法即皮膚の化學的刺戟を加ふか、或は原因不明にて忽ち顯著となり、恰も浮腫性穀粉營養障碍の浮腫消失後に於けるが如く、免疫質が特に肺炎球菌に對して減じ、腹膜炎、膿胸等を起し、或は**アングナ**、氣管枝炎、丹毒等にて死に歸し、或は萎縮腎に移行す。然ども本病の單純型には尿毒症を起さず、又治癒することあり、然る時は尿中蛋白消失し、食鹽10瓦を與ふるも24—36時間内に排泄し去るものなり。

療法 本病の浮腫に對しては強心及**プリン**屬の利尿劑は効なくして副作用を起し易く、大量の尿素、1日20—60瓦を水薬として14日間、或は其以上連用すれば偉効あることあり、只だ口渴を起すを以て亞片を兼用す。又梅毒に無關係なる時にも **サリイルガン**、**ノバスロール** 等の0・5—20立方糎を筋肉或は靜脈に注射す。其他**チユレオイチン**内服、100—300立方糎の射血**アミノ酸製劑**即ち**イータン** Eatan1日約5—10瓦の飲用等効果あり、時に體腔液の穿刺、**クルシママン**氏排水管挿入等が卓効ある例あるも丹毒の恐あるを以て消毒を嚴にすべく、或は電氣暖枕、乾性及濕性温包等にて發汗せ

しむるも可なり。

營養は浮腫期に於ては**ノールデン・フオルハルト**兩氏の飢及渴療法（後章混合型療法參照）として水分及食鹽を制限するなり、其最簡單なるは初期2—4日間**ビタミン**等に富む生果實即ち林檎200—300瓦のみを與ふることなり。其他慢性には食鹽少なき肉及乾酪等の蛋白質、適當量の牛酪及乳脂等の脂肪分、多量の糖分と少量の食鹽なき麵麩を與へ、飲料として前日の尿量より多からざる液體、即ち茶、珈琲、椰子、果汁等を用ゆ、若し乾燥期となり浮腫去れば、蛋白質を主食とし食鹽と水分とを漸次増量す、但し食鹽は**ストラウス**氏食鹽定量器を用ひて尿中の排泄量を檢定し以て加減すべし。

附 記

a、熱性蛋白尿 細尿管上皮の濁濁性腫脹、時として脂肪變性ありて尿中圓柱及白血球を認むるも、多くは療法を講ぜずして治す。

b、チフテリー腎症 常に稍や重症のチフテリーに來り、チフテリー毒素にて多くは腎上皮に軽度の壞疽を起す、而して初めより浮腫を生じ、尿は減じ汚穢褐色となるも蛋白量は1—2%以上に昇らず、鏡檢上に上皮細胞、白血球、圓柱體、脂肪球等あるも類脂肪體の出現は屢缺如して赤血球も多く認めず、血壓は通常なるか或は減ず。経過は1—2週にして全治すること多く、尿毒症を起すことなし、然ども稀には重症となり、又出血性腎炎を併發することあり。

c、梅毒性腎症 稀有にして第二期に起り、症狀は前症と大同小異なり。但し水銀中毒には浮腫なきを例となすを以て區別せらる、治療上には沃度の少量、1週1回0・1の**ネオサルバサン**、其他**ノバスロール・サリイルガン**等用らる。

d、澱粉變性腎 結核性骨及關節化膿症、膿胸等の惡液質に來たり、肝

及脾の肥大と共に尿の所見は眞性腎症に酷似す、小兒に甚稀なりとす。

II 絲毬體及間質性腎炎 glomeruläre u. interstitielle Nephritis

1. 急性汎發性出血性絲毬體腎炎 akute diffuse haemorrhagische Glomerulonephritis.

原因 主として**アングナ**にして其他傳染病に來たり、其本體は絲毬體毛細管の麻痺或は傷害にて尿中に毒素及敗殘物質鬱滯し、其刺戟にて絲毬體に滲出性炎症を起し、尋て腎の間質と共に早晚實質をも害す。

症候 本病の純粹なるものは殆ど之なく、若し之あれば尿中に多量の血液、圓柱及中等量の蛋白を含み、尿意頻數なれども量は却て減少し比重増加す、時として無尿にして尿毒症を起す、其他血壓亢進し、皮膚及體腔に蛋白多量なる浮腫を起す、中毒性猩紅熱腎症の最急性に然り。然ども通常之には混合型多く、病理解剖上に絲毬體のみならず細尿管も共に侵さるるを例とし、而して其出血性には絲毬體囊中に炎症性血性滲出液を滿たし、其纖維素膿性のものには白血球の集簇が著しとす。

2. 絲毬體性、細尿管性、及間質性腎炎 glomeruläre, tubuläre u. interstitielle Nephritis 或は混合型 Mischformen

本病は**チフテリーネフローゼ**を除きては幼兒及學童に最多く來たる腎疾患なり。而して本病には始より浮腫及血尿を起し、且つ血壓亢進するを前述**ネフローゼ**との差異とす。

原因 **アングナ**、氣管枝炎、肺炎、膿疱疹、急性關節炎、丹毒、中耳炎、齒疾患等より、細菌就中肺炎球菌或は連鎖狀球菌の傳播に因り起る、而して出血性猩紅熱腎炎も亦多く之に屬す。其他感冒及**ネフローゼ**の原因も同じく本病を起すも、主として猩紅熱、傳染性膿疱疹に續發して**アングナ**に

ば稍や稀なりとす。腎機能検査上に水分、食鹽及窒素の排泄力減じ、隨て早晚浮腫を起し且つ殘餘窒素増して40—100 μ gを算し、而して尿の稀釋及濃縮能力缺損し**ヒポ**乃至**イソテヌリー**ありて益病勢を加重す。又斯際に食鹽の大量3—10瓦を與ふれば蛋白排泄を害し、反對に多量の蛋白を與ふれば食鹽排泄減じ隨つて浮腫を起すことあり。但し殘餘窒素の多少は必しも病勢の増減と平行せず、且つ豫後にも大なる關係なし。

症候 種々にして**ネフローゼ**及絲毬體腎炎の症候相混合し、其發病は原病と同時に急性に、或は猩紅熱に於けるが如く原病の發病2—3週後に至り潜行性に來たり、最初には體重急増し所謂先驅浮腫 *Präödem* 或は血壓亢進のみの例あるも、多くは顔面より初まる顯著の浮腫と共に血尿、尿意頻數、夜尿、倦怠、食慾廢絶等を訴へ、顔面蒼白、甚しき口渴、嘔吐及下痢等ありて尋て頭痛、**ババンスキー**氏現象、脈搏緩徐等、小兒に頻發する後述急性痙攣性尿毒症初期の徵を呈することあり。而して一般の經過に隨ひ次の三型に區別せらる。

輕症 自覺的症狀無く血壓亢進は輕微なるか或は缺如し、浮腫なきも先驅浮腫あることあり、故に檢尿して始めて本病なるを知るべく、多く傳染病に續發し、殆ど渾濁せざる尿中に中等量の蛋白と共に、初めは只だ赤及白血球あるのみにて、後に中等數の各種圓柱を認む、然ども脂肪及**リポイド**は混ぜず。臥床と食餌療法にて2—3日乃至1—2週にて治す。

中等症 顔面蒼白にして且つ顔面浮腫あり、胸骨、脛骨面、及薦骨等にも現る。其他に食慾不振、倦怠、口渴を訴へ、尿は肉汁様にして3—5—10%の蛋白量を算す、然ども尿量に相應して、尿量400—500立方 μ 以上なれば蛋白量は斯の如く多からず。又血壓亢進は健康兒の80—110 μ 水銀柱のもの、130—150以上となる例あるも多くは著しからず。心の大動脈第2音稍や強盛し、脈は緩徐にして屢不正なり。經過は2—3週にして血尿は漸次無色となるも、血球特に白血球、各種尿圓柱體等は回復期に長く出現し、且つ血壓多少亢進する間は全治と爲し難く、起立、寒冷、**アングナ**、及流

行感胃等にて再發し易く、時には慢性幼兒腎炎或は萎縮腎に移行することあり。

重症 前症と總て大差なきも、浮腫は常に高度にして全身の皮下並に體腔に瀦留し、尿は汚穢褐色乃至純血性にして1日量200—50立方糎に減じ、或は1日全く無尿なること稀ならず、若し此際浮腫無ければ愈尿毒症を起すの危険ありとす。

尿毒症 舊時一般に尿成分の沈滯に因すとせられたるも、**アスコリー氏**は全身痙攣は主として腎細胞の崩壊にて生ずる溶腎素 Nephrolysin に由り起るとなして腎性尿毒症とし、尿成分に由るものは主として衰弱を起すとなし沈滯性尿毒症とせり。其後前者を全身痙攣性或は鹽素性、或は**フォルハルド氏**は假性尿毒症と稱し一般に小兒に好發す。後者を沈黙性或は窒素血性或は眞性尿毒症と名け小兒には稀有なり。又小兒には殆ど無關係にして血管硬化症或は血管拘攣に由り、腦貧血症として痙攣等を起すを慢性假性尿毒症となし、前二症と區別せらる。

a、痙攣性尿毒症 Krampfurämie 主として急性糸絨體腎炎に來たり常に血壓亢進を伴ひ、血中窒素の殘留は増さず、組織中特に中樞神經系統に食鹽及水分の蓄積する等に連關して起る、而して輕症は初め頭痛及嘔吐、稀に下痢ありて不足尿症 Oligurie と共に濃縮機能障礙あり、漸次腦脊髄液壓と共に血中食鹽量増加し、殘餘窒素は不定となり、而して早晚腦水腫を來たし、頭痛、脈緩徐、反射機亢進、就中**パハンスキー氏**及**ケルニヒ氏**現象等を起し、其他精神錯亂、昏睡等あり。尙ほ進みて重症となれば更に突發的に血壓常に著しく亢進し、全身或は半身或は一局部の間代性或は強直性、即ち癲癇様發作ありて、脈頻數となり腫孔散大強直し、其後に時としては病勢急に輕快し所謂尿毒症分利を起すことあり、或は痙攣の代償症として弱視、半盲症、麻痺、**アテトーゼ**、跳舞症、共同運動及言語の障礙等を發することあり。又小兒腎炎には屢初期の反射機亢進、特に**パハンスキー氏**現象のみにて、過多尿症と共に體內水分脫去して直に治に就き、或は

浮腫は増加するも斯の如き一過性の略示症 Andeutung を認めるのみの例あり。

b、沈黙性尿毒症 stille Urämie 組織並に血中の殘餘窒素の増加に連關して、沈滯せる不明の尿毒素に因り起る、蓋し其毒素は加里鹽或は尿素及其他の有機物質とし、或は火傷に於ける蛋白の分解毒素中毒症と同視し、或は**インヂカン血症**とし、或は酸毒症となす者あり。而して兩側輸尿管閉塞、腎水腫、結核、腫瘍及重篤なる糸絨體腎炎、特に慢性腎炎及萎縮腎等に來たる、故に小兒には稀なりとす。臨床上には衰弱、頭痛、不眠、吃逆、食慾缺損及嘔吐等ありて尿量と共に其比重減じ、口内より尿臭を發し、皮膚に細微の尿素結晶を認め且つ特異の粘稠なる發汗と痒感あり、時として口内炎及胃炎を合併し、患兒は特に肉食に悪心を感じ、屢重症の下痢を伴ひ、日を追ふて衰弱脱力し、體温下降、血壓及反射機亢進、腫孔縮少、筋搖蕩等ありて遂に麻睡様恍惚状態に陥る、是れ沈黙の名ある所以なり。然ども末期には不安、恐怖、心窘迫等ありて、眼底に變化なくして偏側或は兩側の失明を伴ひ、全身痙攣を起し、急性乃至慢性に死に就くか或は治す。而して稀には前述諸症中の一部と**パハンスキー氏**現象とのみあることあり、但し治癒する際には多く浮腫を生じ、後瘦瘠して恰も穀粉營養障礙に類似す、又前述中等症と同じく傳染病、起立、寒冷等にて再發し、或は萎縮腎或は幼兒腎炎に移行することあり。而して前2型の外混合型の尿毒症も亦稀ならず。

療法 本症には總て臥床、安靜を命じ、**アングナ**、猩紅熱、膿疱疹等の先驅疾患を處置し、浮腫に對して利尿劑特に幼兒に對し**コヒーネ**、**チウレチン**1日0.3—1.5瓦、**テオチン**1日0.2—0.6等は用ゆべく、**ネフローゼ**に賞用せらるゝ尿素は食餌の蛋白質と共に禁ず。又心衰弱に對して**テオチン**、**ストロハンチン**、**チキターズ製劑**、**カルチアツオル**等を與ふ。

食餌療法は本病に最必要にして初には**フォルハルド氏**に従ひ、病症の輕重に應じ1—4日間は前述飢及渴療法を行ふ。乃ち其期間は只だ林檎或は

芭蕉實300瓦迄を與ふ、患兒は能く之に耐へ且つ無害にして利尿の効あり。次に純含水炭素食に移行し、強く甘味を附したる水様米粥と、果實汁を1日300瓦より漸次増量す、渴強ければ滋養糖水或は果汁を用ふるも可なり、然る時は浮腫は多く全く洗去せらる。其後は充分なる熱量を給する爲に1—2箇の卵黄にて蛋白及脂肪を與へ、其他に馬鈴薯、野菜等を無鹽乾酪にて料理し用ゆ。病勢愈輕快すれば**パタパン**50—70瓦或は肉の同量をも無害に食し得べし。又特に一般状態不良にして尿沈渣多き時は10—20立方糎の血液を採り、之を検して殘餘窒素100糎以上なれば、**ノールデン**氏純糖食餌を切に賞用すべく、乃ち毎日給與すべき糖量を、各年齢の安靜兒に要する**カロリー**の4分の1として算出す、故に第2—4年には125—175瓦、第5—7年には190—225瓦、第8—14年には250—325瓦を與ふ。但し30%溶液となすなり。若し之を嫌忌すれば食鹽を含まざる麵麩、牛酪、及馬鈴薯或は果實と共に與ふ可し。而して初め3週間は務めて飲料を節し、特に牛乳は蛋白及食鹽に富むを以て後に至り始めて1日5分の1乃至3分の1立を許し、**カカオ**、**チョコレート**、**コーヒ**、茶等と混用す。其他前述の如く白色或は暗色肉、鶏卵等も漸次少量より初じむ、唯だ肉羹を禁するを可とす。要するに主食は穀類、蔬菜、果實等の植物性食料となし、其中に制限すべきは唯だ蛋白に富む豆類のみ、脂肪は可なりとす。

飲料の量は不足尿症の時には前日の尿量以上を許す可からざるも、尿量多量となれば年齢に應ずる普通量は可なり。痙攣性尿毒症に對しては食鹽及水分を節し、特に前述**フォルハルト**氏の飢及渴療法を行ひ、且つ腦水腫を減する爲に1日數回に120—200—300立方糎の射血、或は水蛭を貼用し兼て腰椎穿刺を爲せば回生の効あり。一般に射血の適應症は頭痛、嘔吐、不足尿症、特に**ピボテヌリー**或は**イソテヌリー**等にして、腰椎穿刺は腦壓亢進に効あり。而して渴療法は**ラングスタイン**氏等は幼兒に危険なりと爲すも必しも然らず、之に反して沈黙性尿毒症は多く萎縮腎に來り、血中及組織に渣滓堆積するを以て之を洗去する爲に適當の水分を與へ、食餌は熱

量に富ものを與ふ可きも、食鹽及蛋白は減す可く、而して患兒の苦悶に對し多量の麻醉藥を用ひ、兼て射血を施す。但し幸にして此沈黙性尿毒症は小兒には稀なりとす。

附 記

1. **猩紅熱腎炎** 舊時は單純なる絲毬體腎炎と認められたるも、多くは細尿管性及間質性腎炎との混合型にして、幼稚園及學校の兒童に頻發し、猩紅熱發病第2週の終、特に第3週中に多く、而して其流行時本病の罹患率は甚しく多少ありて5—10—100%を上下し、家族的素因あり、但し猩紅熱發疹中の蛋白尿は、熱性なるか或は間質性淋巴球性腎炎に外ならず、又甚しく遲發するものは、傳染に對する防禦戰の產物なる毒素に歸因すべしと云ふ。

本病の輕重は、原病即ち猩紅熱の輕重に關係なく、多くは本病發生すれば高度乃至中等度の發熱が數日乃至週餘連續す、然ども發熱前に頸及項部淋巴腺の腫脹するを例とするが故に、熱は果して腎炎のみに歸因すべきや判し難し、其他症候、經過、療法等總て前章に同じ。

豫防法 今日尙ほ其有効なるもの無く、或は猩紅熱回復期患者の血清注射も贊成者少なく、或は同患兒に牛乳食餌を持続するも却て有害なりとせられ、或は同患兒に3週間安靜臥床せしむる者あるも好果なし、唯だ回復期に輕熱去らず、又心及血管系統に異變あるか或は尿中に白血球、圓柱、腎細胞等の存する時には、嚴に安靜を命し且つ感冒を豫防するは必要なり皮膚病就中膿疱疹及**アングナ**に來たる腎炎は茲に屬す。又**ヘノツホ**氏腹性紫斑病には混合型腎炎來たる。

2. **眞性急性腎炎** (濕潤或は戰爭腎炎) 傳染病、感冒、特に濕潤直後に急發す。浮腫は顔面に著しく、尿は血性ならず、蛋白は比較的少なく殘餘窒素は増さず、初期には輕き發熱ありて反射亢進し**パバンスキー**氏現象

あることあり。

3. 包囊炎 Kapsulitis **ボウマン氏囊**の炎症にして糸球體は二次的に侵さる。浮腫強く且つ頑固にして血尿なきも尿の蛋白量多く血圧著しく亢進し、屢痙攣尿毒症を起し豫後不良なり。

4. 尿變化なき腎炎 尿に變化なくして浮腫、血圧亢進、殘餘窒素増量、痙攣尿毒症等あり。本病は全身病特に血管及毛細管傷害に因する腎疾患にして、食鹽濃縮機能の不全なるを主徴となすと云ふ。

5. 水血性腎炎 急性糸球體質炎の初期徴候にして水分及食鹽が血中に沈滞し、心左室の肥大を來たし浮腫は少なく。屢心衰弱にて肺水腫を起す。射血は此際偉効を奏す。

III 萎縮腎 Schrumpfniere

小兒に於ても大人の如く、大白腎或は斑點腎と共に本病の來たることあり、概して年少兒に甚稀にして、破瓜期に近くに隨ひ稍や増す、是れ本病の主因たる血管硬化、尿酸關節炎、慢性中毒症等は小兒期に小數なるが故なり。然ども稀に前章細尿管性腎炎及混合型より移行し、又本病にて骨骼に佝僂病類似の變化を起し侏儒となることあり、腎性侏儒或は幼稚症と稱せらる。而して本病の症狀は大人と稍や異なりて次章**ホイブネル氏小兒腎炎**と相類似すること多し。

IV 小兒腎炎 Pädonephritis

原因 急性傳染病、就中猩紅熱の急性腎炎に續發し、又乳兒の各腎疾患より移行するものあるも、其本體不明のこと多く、而して學齡兒に頻發し病性良好なるを特徴とす、乃ち自覺的症狀少く、且つ豫後一般に佳良にして全治すること稀ならず、又萎縮腎を續發し或は重症の合併症來たること

あるも、本病勢を悪化して尿毒症、網膜炎、顯著の心肥大及血圧亢進、高度の浮腫等を起すは少なきものなり。病理解剖上には稀に單純糸球體腎炎あるも、多くは混合型なりとす。

症候 患兒は蒼白、倦怠、心地不良、時に頭痛、側刺、心悸、食慾不振口渴等を訴ふ、然ども全く健康なること稀ならず、又浮腫は決して高度ならず、多くは僅に顔面浮腫状を呈するのみ、而して心及脈にも腎疾患と診斷し得べき程度の異常を認めず、只だ尿検査に由り之を判知する外なし。但し尿は其量及比重普通にして、多くは蛋白0.5—2%を含むも時として全く缺如し、沈渣検査上にも所見なきことあり、斯る際起立性蛋白尿と誤り易し、然ども屢赤血球及硝子様圓柱と、稀には顆粒及上皮圓柱を認め、病勢募れば肉眼上血色を呈することあり、血液中の殘餘窒素は増加せず。只だ極稀に前述の**ボウマン氏包囊炎**或は毛細管性腎炎ありて強度の浮腫、顯著の血圧亢進あり、而して蛋白尿あるも血尿なく、屢尿毒症を起し豫後不良なるの除外例ありとす。

診斷 起立性蛋白尿と本病との鑑別は、本病兒に急に半—1立の飲料を與ふれば、圓柱と特に赤血球洗出せらるを以て之を検すれば可なり、又本病にては豫後絶體に佳良ならずして時に萎縮腎に移行することあるの差ありとす。

療法 平生に酒精飲料、刺戟性矯味品、身體過勞、冷浴等を禁じ、皮膚を軟化せしめざる程度に暖衣せしめ、且つ温浴及日光浴を行ひ、務めて感冒を豫防す、而して混合食を主とし、適宜の運動、遊戯及肉食を許し、鹽化石灰1日5瓦の内服、**カルルス泉**の内用も推賞すべく、尙ほ必要なるは幼兒の齲齒及**ワルダイエル氏咽頭環**の異常を治療することなり。

V 乳兒腎病 infantile Nephropathie

原因 傳染病、就中新生兒には敗血症及梅毒に因する間質性腎炎、乳兒

には肺球菌を主因となす純實質性腎炎、其他食餌性中毒にて血液の酸度及濃度増加に由る混合型腎炎、腎血塞、C **ビタミン** 缺如に由る**バルロー氏病**及濕疹に來たる出血性腎炎等あり。又腎の良性腫瘍として腺腫、纖維腫、脂肪腫等あり、悪性腫瘍として胎芽より發生する畸形腫及腺肉腫あり、其他精神薄弱及癲癇を伴ふ腦結節 Tubeose と毛囊より發生する鼻唇溝の粟粒疹と過度腎腫とを 3 症候となす**グラウイツ氏ヒベルネフローム**等あり、畸形として成形不足、過剰腎水腎症、囊腎等あり。要するに乳兒腎病は屢實驗せらる。是れ一方には乳兒の水分負擔は大人の 3—4 倍にして、各養素の新陳代謝も強盛し、牽て各尿成分の排泄の多量なると、他方には解剖的に腎組織の幼弱乃至未完成なるに由り、過勞の結果、本病の頻發するなるべし。

症候 多くは傳染病、營養障碍等の一分症となり來たり、此等全身病症候中に包容せられて本病特殊の諸症を分離し能はず、乃ち一方に於て腎疾患なきも先驅浮腫乃至全身浮腫の如きは穀粉營養障碍、水分嗜好性素質等に、手及足背の腫脹の如きは拘攣嗜好症に來たり、他方に於て乳兒**ネフロ一ゼ**にして、一過性の先驅浮腫のみのことあり、乳兒間質性腎炎にして腎化膿し主として膿尿を起すことあり、又乳兒絲毬體腎炎は單純型と混合型と共に血尿を起すも多くは一過性にして直に治す、故に乳兒腎病を發見し或は他と鑑別すること容易ならず。其他梅毒性腎炎の如きも解剖上に粟粒**ゴム腫**を證明するに非らざれば、臨床上にては診斷困難なるものなり。腎の腫瘍及畸形も亦然り。

療法 多くは原發全身病と共に治す、只だ營養法として、人乳以外には**ケルラー氏**麥芽汁、**チエルニー**、**クラインシュミット氏**牛酪穀粉汁等は比較的蛋白及食鹽含量少なきを以て用ゆべく、利尿劑等は多く必要なしとす。其他腫瘍及畸形には稀に外科的處置の効あることあり。

VI 動物性寄生虫

膿尿或は血膿尿を排泄し尿中に虫體或は其一部を認め、時に腫瘍を生ずる例あり。**エヒノコツクス**、**熱帶フィラリア**、日本住血吸虫等は腸及肝寄生虫篇に記載せり。

喰腎血虫 *Nephrophagus sanguinarius* 節足類に屬し蟲の一種なり。雄虫長 0.117 耗、幅 0.079 耗、雌虫長 0.360、幅 0.120 耗ありて頭部に 2 個の剪刀狀顎肢と 2 個の圓き眼を有す、脚肢は 5 節より成る、而して卵子は長さ 0.046、幅 0.04 耗なり。

症候 血尿、尿意頻數、尿道部疼痛を訴へ、發熱倦怠、食慾不振等あり又貧血を起し或は腎盂炎の如く經過することありと云ふ。

C 排 尿 道 疾 患

I 菌 尿 Bakteriurie

アロン及**ヒルシュ**氏は舊時の各種胃腸病が營養障碍と總稱せらるゝが如く舊時の腎盂炎、膀胱炎等を**クラインシュミット氏**に従ひ膿尿 Pyurie と總稱すべく、而して前者にては小腸、後者にては排尿道の粘膜が抵抗力を失ふを主因となし、局部的細菌傳染に非ずして一の全身病なりと主張せり。然ども**ネゲラート氏**等は膿尿に前發或は後發することなく、膿球を含まずして細菌のみの原發性菌尿ありとし、腹部不快の感、嘔氣、體重減退、時に發熱稀に尿意頻數、尿淋瀝等ありて、亞急性乃至慢性に經過し、臍疝痛、寄生虫病、盲腸炎、神經淋巴症等と誤診せらるる稀有の疾患なりとせり。蓋し營養障碍の瀕死期には全身傳染の徴として菌尿を認むる例は少からずと云ふ。

II 膿尿或は膀胱腎盂炎 Zystopyelitis 或は腎盂腎炎 Pyelonephritis

原因 素因として第一に局所的には先づ女子の生殖器、就中其短き尿道は外襲の細菌侵入し易く、隨て本病は女子に多く男子の 3—4 倍なり、其他

に先天性或は後天性に腎盂及輸尿管の擴大、腸透過性の強盛、襠襞の汚染等は、本病の乳兒と幼兒に多き所以なりとす。第2に全身的には滲出性體質、無力性體質就中腎下垂症、酸症、**ビタミン**缺乏症、**涸渴症**等は皆小兒の抵抗力を減弱して本病の素因となり、其他冬期には流行感冒、鼻咽頭加答爾、百日咳等、夏期には胃腸病、就中腸性中毒症の多きに並行して頻發するなり。

細菌傳染は本病の70—80%には大腸菌を認め、其他連鎖狀球菌、葡萄狀球菌及肺球菌を見、特に後二者には多く大腸菌を同伴す、蓋し大腸菌は健康者の膀胱及尿道中にも無害に生存し、又反對に本病重症者に於て稀に血中に認めらるるも、尿中には全く無菌なることあり、故に**ジモン氏**等は本病の原因は個人の體質と局所的素因を主とし、細菌傳染は其従なりと唱へ**アダム氏**は膿尿大腸菌は、他の消化不良大腸菌等と生物學上相異せりとなせり、然ども尙ほ疑問なりと云ふ。

傳染経路に就ては、大腸菌が血中に入り腎、腎盂等を初めに侵かし、漸次病變下降すとの説あり、然ども血中に大腸菌を發見するは甚稀なり。又腸より淋巴管を通して來たるとの説あれども、其附近の淋巴道に之を認むること頻數ならず。之に反し上行侵襲説 *aufsteigende Invasion* 即ち肛門、皮膚、浴湯より細菌が尿道粘膜の皺襞を傳はりて膀胱に入り、尋て既に證明せられたる輸尿管逆蠕動に由り、細菌が膀胱より流を溯りて、腎盂に侵入するとの説は、尿道短き女兒に多きも其一證にして一般に信ぜらる然も未だ確定に至らず。**フランク氏**に従へば大腸菌傳染は尿道より上行し球菌傳染は血行より腎を原發的に侵すとし。**フヤーク氏**も腎を原發とし、本病の初期に水分排泄緩徐となり、血中に鹽化物の含量増加する等の症あるは、腎の細尿管或は間質の傷害ある證なりとせり。誘因として第一に尿停滯腎盂炎 *Stauungspyelitis* なり、乃ち外方よりの排泄道壓迫に由るものには**ヒルシユスブルグ氏病**、腹膜炎性癒着及索條、又外傷後の尿道狹縮等あり、神經性排尿障礙に由るものには**テタニー性**攣縮あり。第2に乳兒

涸渴腎盂炎 *Exsiccationspyelitis* なり、之れ免疫質減弱に兼て排泄道の液流緩漫となり、一方細菌繁殖し易く、他方其排泄遲延するに由るなり。第3に**冷却腎盂炎** *Abkühlungspyelitis* なり、實驗的に乳兒の腹、背及四肢を強く冷却すれば膀胱内皮細胞の破壊を起すと云ふ。

症候 次の三型に區別する者あり。

1. **原發型** 多く生後1—2日の新生兒に來たり、不明の發熱、蒼白、不安、嘔吐及消化不良症ありて、稀に意識渾濁、躁擾、痙攣等の敗血症狀を起すも、多くは豫後佳良なり。新生兒蛋白尿、上皮剝離性膀胱炎等と誤まることあり。

2. **續發型** 最多く第1—2年の女兒を侵し、流行感冒、咽頭炎等に先驅或は續發し、發熱、食慾不振、便秘或は下痢、利尿困難即ち排尿時の疼痛性怒責等あり、其際多く脚を下腹部に屈して少量づゝの排尿が頻數なり、其他痙攣を起し腦膜炎症狀を發することあり、大腸菌腦膜炎或は大腸菌敗血症と稱せらる。又所謂膿尿顔あり、乃ち皮膚帶黃蒼白、鼻は尖銳にして口唇は乾燥し苦悶狀を呈するなり。

3. **慢性型** 適當の療法を行ふも約二ヶ月以内に治せざる例を謂ふ。其原因は第1に療法の不完全、第2に先天的に總て疾病の治療傾向の遲延、第3に膀胱の尿出入口拘攣、尿道、膀胱、及輸尿管の畸形等に由る慢性尿停滯か或は結核性疾患等なり。症候は通例不明の輕熱ありて多く氣管枝淋巴腺結核と誤診せらる、學齡に多く、蒼白、全身倦怠等あり、而して尿石なければ利尿障礙は之なきを常とす。

診斷 乳兒及幼兒に不可解の熱ありて前述膿尿顔あれば常に檢尿を要す通例本病には膀胱及腎盂の上皮、赤血球、膿球並に細菌の多少を證明す、時として其所見を缺ぐことあり、反對に健康兒の尿にて1立方耗中に白血球10—20箇を認め、且つ尿停滯或は其強酸性の時には圓柱をも認むることあるを顧慮すべし。又膀胱加答爾にて反射的に腎部に疼痛を訴へ、稀に腎の腫脹及壓痛あることあり、而して本病に白血球增多症を特徴となすの説

は必しも當らず。但し膀胱鏡診断法は一般に幼児に行ひ難く、而して膿尿は實際上に顯微鏡なくして細菌の生産せる亞硝酸のグリース氏赤色反應にて概診し得ると云ふ。其法、第1液は30%醋酸150立方糎中、ズルフアニール酸0.5を加へたるもの、第2液は蒸水20立方糎中 α ナフチラミン0.2を加へ、煮沸して青紫色の沈澱を去り、後同じく30%醋酸150立方糎を加へたるもの、此2液の1—2滴を尿に加へ振盪すれば暫くして亞硝酸を生じて赤色となるなり。其他尿の濃縮機能缺乏し、血圧亢進し、且つ蛋白1%以上なれば腎炎の合併を疑ふ可く、又間歇性熱型を呈すれば膿腎症と考ふべく、而して水腎症は小兒に稀ならずして好で本症に續發し、尿中には本症に於ける所見以外に、腎細胞、圓柱、ヒヨステリン結晶等を認め、多く其腫瘍を觸る。

豫防法 乳兒及幼兒には常に襁褓を交換すること必要にして、女兒には特に肛門及外陰部を清潔にす可し。

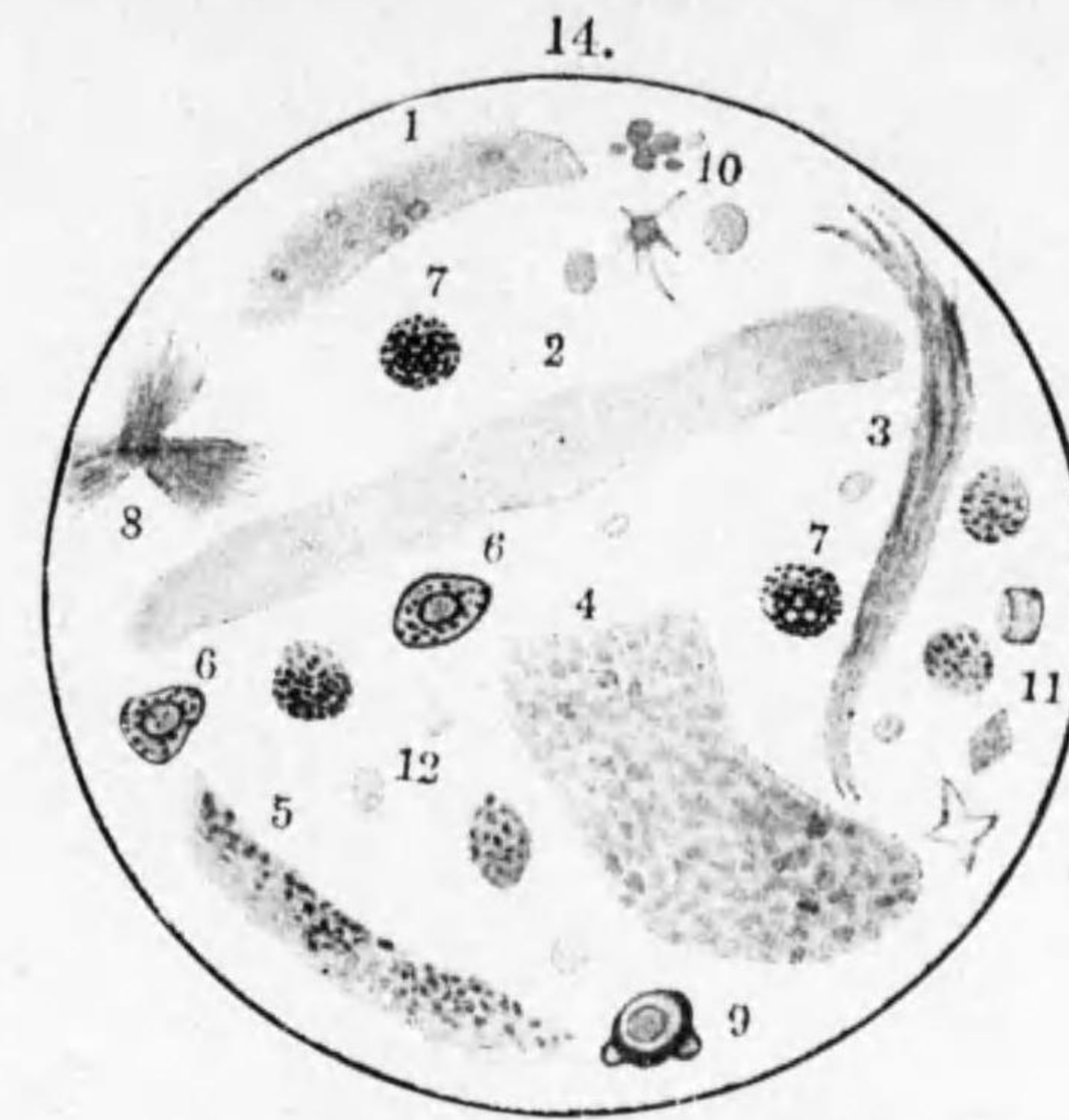
療法 本病の輕症は發見せられずして自然に治するの例40%を算し、再發も亦多からず、只だ吐瀉症、特に中毒症の小兒に來たれば甚だ危險なるを以て、主として食餌及給水療法を必要とす。而して營養療法として特に麥芽汁を與ふれば、其加里を含む爲に尿は多少亞爾加里性となるも、其酸性醗酵の爲に腸内容は酸性となり、以て大腸菌の繁殖を防ぎ、兼て**ビタミン**の多量を含み、一般状態を佳良ならしむる効あり。又**アロン**及**ヒルシユ**氏糖營養法は10—12%滋養糖水或は一部、白糖或は果汁を混じ用ふ、其量は乳兒に1立(體重1糎に糖20—25瓦)、幼兒に1立半(糖10—15瓦)、若し内用不可能なれば毎1時間30立方糎を注腸することあり、而して2—3日間接續す、然る時は第1に潤渴を防ぎ、第2に尿道を洗滌し、第3に熱量を補ひ、第4に蛋白分解を減ずるの効あり。其後は多量の糖を加へたる牛酪乳を用ひ近時**ネゲラート**氏(Mschr. Kinderheilk. 1933)は**マーデル**氏が大豆粉を本病に用ひ尿の酸性を亞爾加里性となし、粘液を溶かすの効ありとせるも、亦反對に**チエルニイ**氏は**ケトン**食餌を以て尿を酸性にして効ありとせり、

故に猶ほ實驗を要すと唱へり。

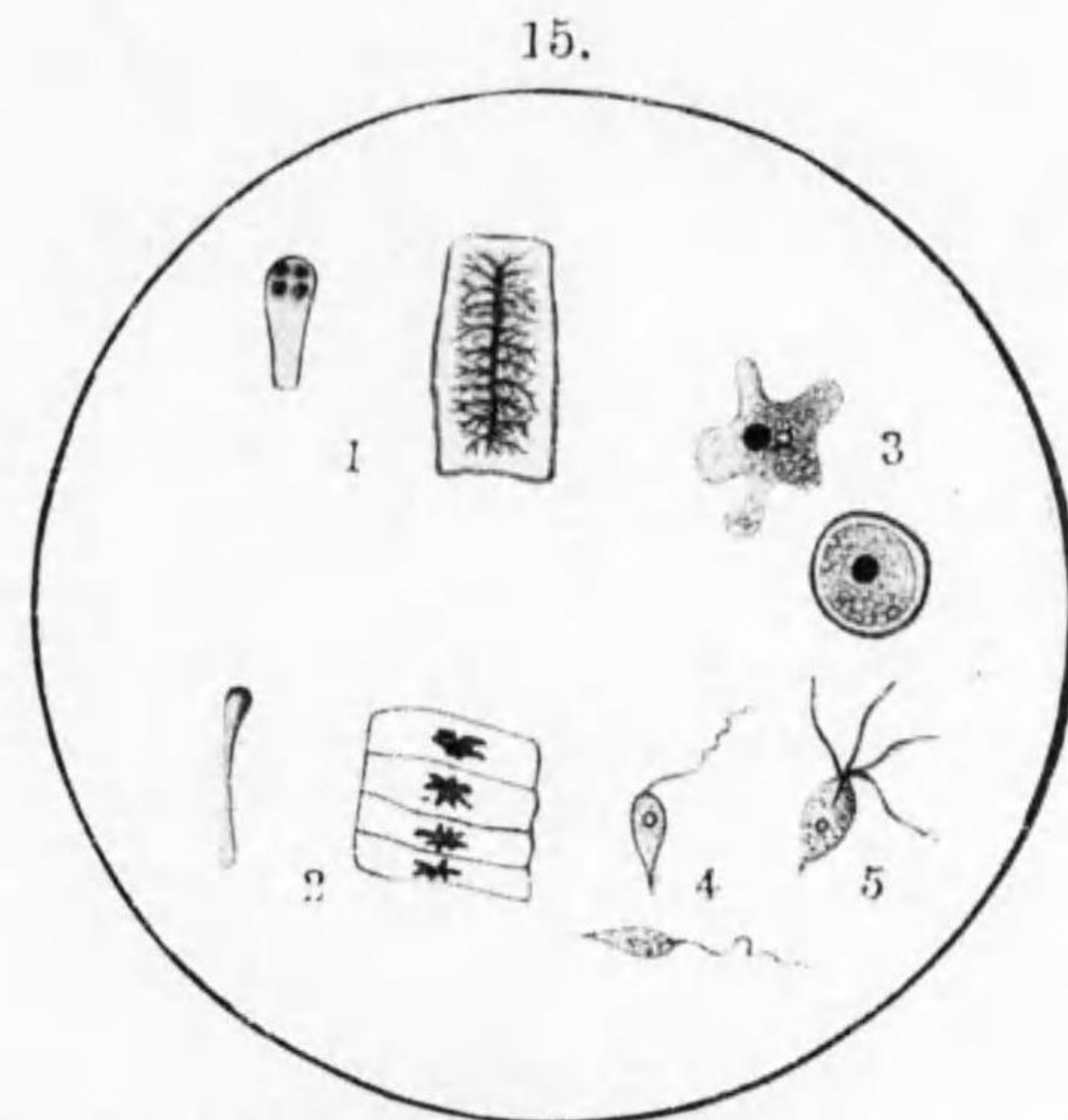
給水は尿の比重1010—1012なれば體重1糎に150—200立方糎にて可なり、内用、注腸、皮下注射等を行ふべきも、腹腔内注射は腹膜刺戟症を起すことあり。蓋し大人の膿尿には却つて乾燥療法を賞用する者あり。藥物には尿消毒薬として大量の**ザロール**、乳兒に1日0.1—0.8幼兒に0.8—2.4、**ウロトロピン**乳兒に0.3—1.5、幼兒に0.6—2.5、其製劑**ヘルミトール・ポロウエルチン・ビツポール**等も用ひられ、注射には**チロトロピン**、40%**ウロトロピン**等靜脈或は筋肉内に行はる。然ども**アロン**及**ヒルシユ**氏に従へば營養障礙に舊時甘菜用ひられ、其腸内消毒の効少くして、却て其刺戟にて粘液或は血便を排泄することあると同じく、**ウロトロピン**劑も亦酸性尿にては**フォルムアルデヒド**を分解するも、其消毒の効は少なくして刺戟の害多く、消化不良症以外に血尿を見ることありとせり。其他**ザリチル**酸劑にて發汗せしめ、**磷酸リモナーデ**を與へ尿を酸性にして治効ありとなす者あれども、亦却て尿を亞爾加里にする重炭酸曹達或は枸橼酸曹達を多量に用ひ、以て腸内容の酸を中和し効果ありとなす者あり、只だ其際重炭酸曹達の9瓦を5日の間用ひて痙攣、嘔吐、**テタニー・アチエトン**尿等を起せし例ありしと云ふ。蓋し便通を正規にするは特に必要なること勿論にして、毎日高位灌腸の利を説く者あり。局所療法としては0.2—1.0%硝酸銀水、2%**メチレン**青液、0.2%**トリパフラビン**等の膀胱洗滌法あれども、幼兒には行ひ難く、又刺戟療法就中**ワクチン**、特に自家**ワクチン**療法は獨乙醫家多く其効なきを唱ふも、予等は其効果ありし例少からざるを實驗す。其他非特種療法として患兒の自家血液10—20立方糎を1週2回筋肉内に注射し良効ありと爲す者あり。或は兩親の血液或は大腸菌血清或は**スピロチード**を賞用する者あり。又慢性扁桃腺肥大或は齶齒或は慢性虫様突起炎ある者には、之を切除して再發性膿尿の治癒せる例を擧ぐる者あり。

附 記

限局性膀胱炎 膀胱鏡検査にて時に其粘膜の一部に限局せる炎症を認むる例あり、特に結核性のものは輸尿管開口部に來たりて血尿を起す。又大腸菌膀胱炎が慢性に経過して膀胱頸部に残り、或は手淫等の原因にて特發し來たり疼痛を伴ふ尿頻數症あり。鏡檢上淋菌なくして白血球多し。



- | | |
|----------|------------|
| 1. 硝子様圓柱 | 7. 脂肪變性白血球 |
| 2. 蠟樣圓柱 | 8. チロシン |
| 3. 圓柱樣物 | 9. ロイチン |
| 4. 顆粒圓柱 | 10. 尿酸安麻尼 |
| 5. 同 上 | 11. 尿酸結晶 |
| 6. 腎 上 皮 | 12. 赤 血 球 |



- | |
|---------------------|
| 1. 無鉤條虫頭及體節 (自然大) |
| 2. 擴節裂頭條虫頭及體節 (自然大) |
| 3. 大腸アメーバ |
| 4. セルコモナス |
| 5. トリコモナス |

生殖器疾患篇

I 陰門腔炎及淋疾 *Vulvovaginitis u. Gonorrhoe*

原因 陰門腔炎の多くは、淋菌を附着せる寢具、手巾、用具或は母體より、稀に姦淫に由り傳染す。蓋し**ナイセル氏淋菌**は1884年**フレンケル氏**が小兒淋疾にも發見し以て其病原なりと認めり。此菌は乾燥に對し直に死滅し寒冷及濕潤には長く傳染力を保つ。又淋性以外に單純陰門炎として稀に新生兒に全身皮膚上皮の剝離と共に陰部上皮も剝離性加答爾を起して膠様或は乾酪様分泌を生じ、又**インフルエンザ**、各種腦膜炎、猩紅熱、麻疹、痘瘡、種痘、丹毒、**チフテリー**、**アフテン**等にてても、蟻虫、手淫、異物等の刺戟にても炎症を起し、粘液性或は化膿性分泌物を排泄することあり、特に滲出性素質の小兒に然りとす。但し淋疾は第4—7年の女兒に多く、又分娩時母體より新生兒及乳兒に傳染することあるも、淋疾性眼瞼炎の如く頻數ならず。但し男兒に於ては學齡以後に多少自動的性的行爲を起す時期以後に來たり。極稀には淋菌が鼻及口腔、耳、皮膚等に侵入し炎症を起すと云ふ。

症候 女兒には2—4日の潜伏期後に陰門腔炎、男兒には稍や遅く龜頭包皮炎を發し、陰部に灼熱の感と、起坐及排尿時に疼痛を訴ふることもあるも亦全く自覺せざることあり。一般症狀も缺如し、只だ寢具或は襦袢に乾燥膿の黄色斑を認め、始て家人の注意を牽くことあり。他覺的には、大陰唇を開けば其接觸面、腔口及尿道口は發赤腫脹し、或は糜爛し、帶綠黄色の粘稠分泌液或は結痂を見るべく、又鼠蹊腺の腫脹、腔及子宮頸部、尿道、肛門等の炎症を起し、稀に淋菌が血中に撒播し種々の皮疹、膀胱加答爾、淋性**ロイマチス**、腹膜炎、心囊炎、重症敗血症等を續發す。其経過は概して2—3—8週間にして輕快するも、全治は1—3ヶ月間に亘ることあり。且つ、一旦治して無菌となるも、數週後に再發する例ありとす。

診断 膿汁の鏡検及培養を必要とす、蓋し淋菌はグラム氏染色に陰性の雙球菌にして獨逸小麥麵包の狀を呈し、常に同大にして假性淋菌の大小不同なると相違す。又細胞内にも侵入するを以て、他の陰部分泌中の雙球菌加答爾小球菌等と區別し得。而して其治、不治を確定するに、大人に挑發法が行はるゝも、小兒は傳播することなきを以て其必要なし、然ども若し之を行へばアオランか或はワクチンを注射し、約6時間に分泌の強盛するや否やを検す。又治療中に3週間、治療後に10日間検菌して常に陰性なるを全治と爲すべしと云ふ。

療法 急性期に絶體安靜の臥床を命じ、陰部に丁字帯を施し、1日數回0.5%プロタルゴール、或は0.1%過マンガン酸加里液の坐浴を行ひて後にヨードフォルム、或は3%ヒヨレパールを撒布す。

内用には舊時バルサム齊就中サンタリ油1日3回、5—15滴宛用ひられたるも効なく、之に反し淋菌ワクチン即ちアルチゴン、ゴナルゴン等3—5日毎に0.5—1.0立方糎宛9回の臀筋内注射、或は生菌を含むと稱せらるゴノヴィタンは賞揚せらる、然どもコルラルゴール、エレクトラルゴール或はアルゴクローム等の靜脈内注射は危険なりとす。又局所洗滌は緩療法にては陰門腔炎なれば2—4%プロタルゴールを灌注し、尿道には0.5%プロタルゴールを注入或は點眼器にて滴下し、1日2回反覆す。強療法は初1日5回1%プロタルゴール10立方糎を腔内に、其0.5%液を尿道に注入し、肛門には0.1%銀液を灌注す。但し此等の處置は平均4ヶ月間持長し、其治療中に6週間、治療後に5週間、特に最後の3週間には0.25%硝酸銀水の局部刺戟を行ひ、而して淋菌皆無なるを全治と爲す。其他1%アルゴクローム(メチレン青銀)の靜脈内注射は靜脈炎の危険あり、マラリヤ療法は小兒に適當ならずとす。

II 包莖 Phimose. 包皮嵌頓 Paraphimose. 龜頭炎及 龜頭包皮病 Balanitis u. Balanopostitis

(336)

包莖 原因 先天的包皮内葉の狹窄、或は龜頭炎及龜頭包皮病後の包皮肥厚、或は包皮の潰瘍、裂傷等の癩痕性狹窄に因す。但し生理的に生後數ヶ月間ハ包皮内葉は龜頭と上皮膠着をなし、第1年、遅くも第7年に至り自然に退行變性して剝離するものなり。

症候 包皮開口部甚しく狹窄すれば、排尿困難或は尿閉の爲に頻に怒責し、ヘルニア或は脱肛を起し、而して包皮内に停滯せる尿は分解し、其刺戟に由りて、化膿性龜頭炎或は龜頭包皮病を續發し、疼痛甚しく、且つ勃起を來たして苦痛を倍することあり。又痒感強ければ、既に乳兒にも手姪を初むる者あり。

療法 輕症は冷濕布と共に麥粒鉗子等を以て器械的伸展法を施して徐々に後轉す。重症は外科的手術を行ふべきも、自然に治すること多きを以て務めて時間を待つを可とす。而して痛感及痒感に對しては1%アネステジン軟膏を貼す。

包皮嵌頓 多くは陰莖を弄して、包皮口を龜頭後縁に牽引して復舊し難く、隨て龜頭及包皮は浮腫性腫脹を來し、甚しければ壞疽に陥ることあり療法は冷濕布或は2%エフェドリン液巻法を施し整復術を行ふ、若し無効なれば外科的手術の外なし。

龜頭炎及龜頭包皮病 包皮囊内の垢脂 Smegma の刺戟に由り、或は極稀に陰部チフテリーと合併して來たることあり。包皮、龜頭共に炎症性腫脹或は糜爛を起して疼痛あり、療法は1%鉛糖水の冷巻法を最良とし其他硼酸ワゼリン等を貼用す。

III 陰囊水腫及隱匿辜丸 Periorchitis serosa (Hydrocele) u. Kryptorchie

原因 多くは先天性なり。

症候 固有莖膜内に漿液停溜するを莖膜水腫Hydrocele tunica vagina-

(337)

lis と稱し、卵圓形にして波動を呈し、睾丸は其後方にあり、其腹腔内に開通するを開通性陰囊水腫 Hydrocele communicans と名づけ、涕泣或は怒責に由り増大して壓迫すれば消失し、ヘルニアと合併するを例とす、又稀に精系の水腫あり紡錘形を呈し、睾丸の上方に占位す。

療法 多くは自然に治す、然らざれば沃度加里軟膏の塗擦を試み、若し無効なれば、其液を穿刺して後、沃度丁幾或は酒精を注入すべし、

隠匿睾丸 胎生時に下降すべきに、出生後に尚ほ腹腔内或は鼠蹊管内に止まるを云ひ、多く一側に來たり、漸次自然に下降す、若し疼痛甚しきか或は破瓜期に近づくまで治せざれば手術を行ふべし。

IV 睾丸炎及副睾丸炎 Orchitis u. Epidymitis

原因 傳染病、就中耳下腺炎、結核等に來たる。

症候及療法 腫脹及疼痛あり。而して耳下腺炎にては自然に治し、結核にては外科的處置を要す。

皮膚疾患篇 (醫學博士 久保山高敏原著)

I 濕疹 Eczema

原因 3種あり、素質、内因及外因是れなり、乃ち本病は滲出性素質若くは神經症素質を有する小兒に多く、其痒感甚しきも神經過敏に由來し、隨て其慢性症を神經皮膚炎 Neurodermatitis と稱せられ、又内因として食餌及胃腸障礙等あり、特に乳兒に於ては卵白、牛乳、穀粉、稀に蔬菜、果物等の病原たること多く、外因としては種々の皮膚刺戟なり、例へば巻法入浴及石鹼による皮膚の脱脂、或は鼻汁、垂涎、耳漏、尿、下痢便、發汗等に因る皮膚の浸潤あり、又日光、摩擦、搔破等の温熱的及器械的刺戟、或は諸種膏藥等の藥物的刺戟等あり。蓋しモーロー氏に據れば濕疹小兒は既に胎内に於て母の食物等に由り胎盤を通過して感作せられたるアレルギー性素質を有するものにして、其血清に補體結合の抗體あり、且つブラウニツツ、キエストナー氏反應 P K R ありて、本患兒の血清 0.1 を健康兒の皮内に接種すれば皮膚に過敏反應を起す。其他本患兒の3分の2には皮膚の最少損傷部に卵白を貼すれば10—20分にして紅暈を呈する蕁麻疹を生ずと云ふ。

症候 濕疹を大別して急性と慢性となす、更に患部に於ける主要なる症候に従ひて次の五期に區別す。

- 1、紅斑期 Stadium erythematosum. 皮膚は輕度に發赤、浮腫狀を呈す。
- 2、丘疹期 St. papulosum. 汗腺及毛囊の周圍に小結節を生ず。
- 3、水疱期 St. vesiculorm. 小結節漸次小水疱となる。
- 4、結痂期 St. crustosum. 化膿菌の侵入によりて小水疱化膿し痂皮を形成す。
- 5、落屑期 St. squamosum. 分泌液乾固して枇糠様の落屑を生ず。

是等の諸期は前後順序を追ふて發生するを常とすれども、原因の種類及輕重、其作用する時日の長短、患者の素質、治療の如何等に隨て必ずしも然らず、或は紅斑より直に落屑期に移り、或は初期の潮紅を待たずして直に丘疹性濕疹となり、或は丘疹、膿疱相混じり或は搔破、摩擦の爲に表皮剝脱し糜爛を呈することあり。又同一患兒にして其部位に隨ひ症期を異にすることあり、或は同一患部に於て數種の濕疹の混在することあり、或は濕疹面の次第に周圍に蔓延して中央と邊縁とに於て症期を異にすることあり、是等の現象は實に濕疹の特徴にして之を濕疹の多様性 Polymorphismus と稱す。

1 急性濕疹

皮膚炎の症狀最著明にして、劇烈なる灼熱或は搔痒の感と共に惡寒を伴ひ、幼兒には熱發することあり、搔痒は殊に摩擦、入浴、尊温及天候等の影響に由りて發作的に増劇し、夜間屢醒覺啼泣して睡眠不足し、食慾減退し、心地惡化し、營養衰へ神經衰弱し、又貧血を來たす。

濕疹發生は皮膚の潮紅と共に其部に多少の炎症性浮腫を來たし、殊に皮下組織の鬆粗なる部位、例へば眼瞼、口唇、頸部、手掌、包皮、陰囊、陰唇等に於ては最著しとなす。病勢更に進めば紅斑の上に微細なる丘疹を生じ其頂點に小水疱を形成す、此際若し原因除去せらるゝ時は丘疹は消失し小水疱は乾燥し潮紅浮腫も亦減退して其表面には微細なる枇糠様の落屑を生じ數日乃至十數日の間に全治し得べし。之に反して原因尙ほ持續せば潮紅は益擴大し、小水疱も増加し次で其内容渾濁して膿瘍となり、其膿疱は破潰して糜爛面を露出し盛に漿液と膿汁とを分泌す、此時搔痒最猛烈なるが故に之を搔破して出血し、之が膿漿と相混じて黒褐黄色の厚き痂皮を形成す。又屢化膿菌の傳染を誘致して膿痂性濕疹 *E. impetiginosum* に變じ且つ附近淋巴腺の腫大或は化膿を來たし、幼兒に於ては特に頸腺腫張し宛も瘰癧の如き觀を呈す。但し炎症次第に消褪すれば膿漿の分泌減少し痂皮脱落し其

底面乾燥し、一時潮紅を残すも遂に全く褪色し完全治癒を營むものなり。

2 慢性濕疹

急性濕疹が若し同一部位に長く存続し或は反覆して發生する時は、眞皮は浸潤及肥厚を來たし搔痒最頑強にして爪痕常に絶えず、患部の皮膚益粗硬となりて紅褐色若くは暗黒褐色を帶ぶるに至る、而して多くは頭部、顔面陰股部並に身體の屈面に好發す、次に其部位を分ち記述す。

a、**頭部濕疹** 乳兒及幼兒に於ては初め顛頂部より前頭部に當りて皮脂漏の爲めに帶黄灰白色の薄き痂皮を形成す、皮脂漏の加はるに隨ひ局部に潮紅し遂に濕潤するに至り、而して汚穢黄黑色の痂皮は頭部の大半を被ひ毛髪は膠着し惡臭を放つ、此種の慢性濕疹は殊に滲出性素質の乳兒に最多く、之が爲に頸及項部の淋巴腺多數腫脹して往々化膿し發熱す、東京大學皮膚科の調査に據れば小兒の頭部濕疹は1—5歳に最多くして、全濕疹患者の半ばに居り、又乳兒の頭部濕疹は皮脂漏に原因するもの其3分1を占むと云ふ。

b、**顔面濕疹** 顔面に特發し或は頭部より波及す、而して小兒には急性のもの多し、乳兒殊に滲出性素質の者は頭部を同じく、顔面にも亦皮脂の分泌旺盛し加ふるに皮膚薄弱にして外來の刺戟、例へば流涙、垂涎、鼻汁或は石鹼、日光、寒風、塵埃等に對して敏感なるが故に、屢慢性濕疹を發す、且つ小兒は斷へず自ら顔面を布圍、枕、衣服等にて摩擦し、又は手を以て搔破し益刺戟を與へて充血及潮紅を増進せしむ、爲めに初めは一部に限局せしもの漸次に蔓延して眼瞼、前額、頬、鼻孔、口唇、頤部より耳輪耳殼、頸部等に及び、結痂は全顔面を被ひ眼瞼浮腫して開かず、鼻孔も亦痂皮の爲に閉塞せられ、呼吸及哺乳の困難を呈することあり。其他眼瞼濕疹は屢結膜炎に續發し、或は點眼藥の刺戟の爲に誘起せられ、又口圍濕疹は垂涎、唾液、或は食物の刺戟に由りて來たること多く、屢口角に皸裂を生じて結痂す。

c、**頸部濕疹** 幼兒に於ては頸部の皮膚が皺襞を成して兩面相摩擦する處に、初め發汗の爲に播種狀に紅き小丘疹を生じて後に融合して一面に潮紅し表面は軽く濕潤す、一名之を間擦性濕疹 *E. intertriginosum.* と稱す。或は濕布等が刺戟となりて發生し或は頭部及顔面より波及することもあり。

d、**軀幹濕疹** 往々顔面及頸部より胸壁へ、或は項部より肩胛部に蔓延する外、腋窩、臍圍、肛圍、鼠蹊部、陰股部等は最多く濕疹に罹り易き部位にして濕潤性濕疹多く、又間擦性濕疹をも生ず。

e、**四肢濕疹** 四肢濕疹は肘窩、膝窩等の如き關節窩に生ず、初めは潮紅し後に落屑し、或は丘疹を生じ、或は濕潤して痂皮を作り、或は浸潤漸く著しくして色素を沈着し皸裂を起す。

診斷 濕疹は其症狀多様にして諸種の炎症期同時に併存し、而して必ず多少の濕潤面を有するも潰瘍又皸裂を作らず、好んで屈側を侵し境界明瞭ならず、常に慢性に移行する傾向を有し癢痒劇烈なりとす。但し患兒が熱性病、下痢等に罹れば反應基地が乾燥して一時皮膚症狀が消退すること稀ならず。

療法 本症は其症候多様にして其治療法も亦複雑なり、然ども先づ其原因を除きて然る後に對症の處置を講ずる時は、過敏なる急性症、頑強なる慢性症と雖も必しも根治し難からず。蓋し本患兒の約 1・8%に於て治療に熱中する間に不意に急死することあり、俗間内攻と稱し所謂濕疹死 *Ekzematod* なり。概して蒼白肥胖性兒にして2—4月に多きを以て此等に對し徹底的治療は夏秋まで延期するを可とす。而して其死因は胸腺淋巴狀態の有無に拘はらず、或は心麻痺或は高熱(43度以上)にて急死し、概して植物性神經系の非常なる過敏症を認めらるゝなり。

局處療法 濕疹の初期に當り潮紅して癢痒あれば先づ試むべきは次の諸劑とす。

亞鉛華 澱粉 滑石 各等分の撒布藥。亞鉛華 オレフ油 等分のウン

ナ氏泥膏。亞鉛華 滑石 グリセリン 水 各等分の泥膏。

此等製劑を1日兩三回塗布し、時には2—3%の比にツメノールを加ふることあり、之れ其癢痒を軽減する効大なるものなり。尚ほ癢痒止まざれば其上に2%硼酸水或は0・2%明礬水の冷若くは温巻法を施し繃帶すべし。

炎症顯著にして潮紅と共に浮腫甚しければ、前述の泥膏は乾燥の際に却て皮膚の緊張を増すことあるを以て適當せず、此際には先づ5%硼酸黄色ワゼリンを塗布したる後に巻法を施し、炎症性浮腫稍や減じて潮紅猶ほ存する時にはラツサール氏泥膏即ち亞鉛華、澱粉各25・0、黄色ワゼリン50・0、又は此ラツサール氏泥膏と5%硼酸黄色ワゼリン等分を塗布し綿紗を置いて繃帶し或は其上に巻法を行ふ。

膿疱性、糜爛性若くは結痂性等の濕疹には亞鉛華劑を撒布すれば膿漿と相膠着して人工的に痂皮を作ることあり、故に禁忌とす。但し融合せる厚き痂皮の存するときはワゼリン、オレフ油或は軟膏を多量に貼し綿紗にて繃帶をなし或は巻法を施す。然る時は痂皮は油類或は軟膏に軟化せられて1—2日中に自然或は人工的に容易に離脱すべし。而して落屑期に入れば前述せる如く泥膏を用ゆべし。

慢性濕疹にはテール及硫黄を必要とすれども、前者は時として刺戟強きことあるを以て注意を要し、又頭部濕疹の落屑潮紅に對しては務めて毛髮に膠着せざるものを撰ぶ、乃ち硫黄10・0、サリチイル酸3・0、黄色ワゼリン87・0、或は安息香酸2・0、硼砂2・0、サリチイル酸1・0、酒精50・0、グリセリン10・0、水40・0を貼し、症狀甚しき時は其上に巻法を施す。其輕快するに至れば後處方のみにて可なり。其他白髮染かぶれの如く漿液渾々として溢出する時は亞鉛華油を指頭にて塗布し、更に其上より巻法を施し、或は1%硝酸銀水を1日1—2回塗布し或は其0・1%液にて1—2時間巻法を行ふ。但し慢性顔面濕疹にはピチロール、グリテール、テール、ナフタラン等をラツサール氏泥膏或は亞鉛華軟膏中に2—10%の比に混じて塗布することあり、概して頭部及顔面濕疹は最多く外來の刺戟に曝露するが故に務めて繃

帶すべし、殊に小兒に於て然りとす。

陰囊、陰部、會陰、肛門等の濕疹は斷へず濕潤、摩擦等の爲に糜爛若くは腫脹甚だしく、此際には先づ2—3%硼酸ワゼリンを塗布し巻法を施し1日兩三回交換す、症狀輕快すれば亞鉛華油或はラツサール氏泥膏を用ひ、其慢性症には土肥氏膏即ち亞鉛華、硫黃華、テール各10・0、豚脂30・0を最可とす。

理學的療法 レントゲン及太陽燈は皮膚の浸潤肥厚が顯著なる慢性濕疹には非常に有効なることあり。又入浴は急性症には病勢及癢痒を増すことあれば禁忌とす、之に反し慢性症には却て緩和の効あり。故にリゾール或はカミツレ浴等賞用せらる。

全身療法 慢性濕疹には砒素劑即ち1%亞砒酸曹達(アトキシイル)水を注射し或は次の處方を内服せしむ。近時角質劑デトキシンを隔日10立方糎、靜脈に注射し速効ありとなす者あり。

大人1日量 ホーレル水6滴(漸増倍量) 苦味丁幾2・0 水100・0。或は亞砒酸0・003 乳酸鐵0・3 鹽酸キニーネ0・3(漸増倍量)

又急性濕疹には緩下劑、慢性症には利尿劑を内服せしめて病勢の緩和を圖ることあり。其他飲食物は總て皮膚に充血を起し或は癢痒を増進するもの、例へば酒精、酸味、鹽漬或はアレルギー因子たる卵特に卵白、牛乳、蟹及鰕等特種の魚類、脂肪多き肉食等を避く、特に乳兒には務めて人乳營養を用ひ、或は全乳を脱脂乳特にパタミルクに改むる等、宜しく滲出性素質の療法を行ふべし。但し重症には所謂削除食餌 Eliminationsdiät 即ち總てアレルギーの因子たる食物を排してリヤ大豆粉を加へたる扁桃乳或はリヤ大豆乳 Lactpriv を用ひ、而して年長兒には植物性生食を與ふべしと云ふ。

11 癢疹 Prurigo

多くは乳兒期に始まり壯年に及ぶまで治癒せざる一種の慢性癢痒性皮膚

病にして、アレルギー性疾患となす者あり。特に黴、海草、烏毛等の塵埃アレルギーにて起ると云ふ。

症候 小兒生れて半年ならざるに蕁麻疹様苔癬が身體各所に散發し、時に消長あれども荏苒として治せず、第2—3年に及べば主として四肢の伸側に限局し癢疹性小結節を生ず。此小結節は米粒大乃至小豆大にして皮膚面より隆起し、紅褐色或は皮膚と同色を呈し、境界明割にして之を觸るゝことを得べし、或は其頂點に水疱或は膿瘍を作ることあり。此小結節の多くは數日にして自然に消失し、其部に褐色の色素沈着或は微細なる白色の斑痕を残す。其間更に新らしき小結節を生じて新舊相雜はり播種狀を呈し、其重症に在りては搔破の爲に皮膚浸潤肥厚し色素沈着し、或は糜爛及血痂等が相錯雜することあり。

本病に固有なるは癢疹性便毒 Prurigo bubonum の發生にして、夙に幼兒に始まり年を経るに隨ひ多少増大するも、亦決して化膿或は疼痛を起さず、而して其最顯著なるは股腺便毒にして鼠蹊腺之に次ぎ鶏卵大以上に及ぶことあり。又氣候に由り其消長ありて本邦に於ては冬季に消退し夏季に増悪するもの多く、歐洲にては反對に冬季に増悪すと云ふ。蓋し社會の各階級に蔓延するも重症の者は殊に貧家の兒に多しとす。

療法 先づ患者をして朝夕入浴せしむ、殊に糠、リゾール等の浴湯を可とし、或は療養所或は温泉に轉地せしむ。又電光浴、太陽等の照射も亦有効なりとす。

外用藥としてはナフトール、テール、硫黃華等を軟膏、豚脂或はワゼリンに和して塗布すべし、例へば硫黃10・0、亞鉛華10・0、豚脂80・0を1日2回薄く塗擦し、且つ其上に撒布劑を用ゆる時は癢痒輕快すべし。又ウイルキンソン氏軟膏(硫黃華、テール各20・0、加里石鹼、ワゼリン各40・0、白堊5・0)或は土肥氏膏(硫黃華、テール、亞鉛華各5・0、豚脂15・0)を貼するも同効あり。但し輕症にはカンフル丁幾、2%石炭酸精、1—5%薄荷精或は約0・1%ザリチイル酸温湯の濕布等用ひらる。

内服には發疹の間歇期に虚弱なる小兒に對し、強壯劑として肝油、アルゼンフェラトールゼ、沃度鐵糖漿等を與へ、又發疹期には腸管消毒劑としてラクトスターゼの類と強壯淨血劑として砒素劑を與ふ。土肥氏は1%亞砒酸曹達水の皮下注射を推賞せり。

III ストロフルス Strophulus 或は蕁麻疹樣苔癬 Lichen urticatus 或は丘疹性蕁麻疹 Urticaria papulosa

幼兒期に於ける癢痒性皮膚病にして蕁麻疹様の紅斑及丘疹が隨處に出没し、殊に四肢の關節附近に多くして數年に亘り反覆發生す。

原因 遺傳あるものゝ如く、營養法には無關係なりとす。

症候 四肢及軀幹に不規則に紅斑及丘疹を散發し癢痒甚し、紅斑は大小不同、丘疹は米粒大乃至豌豆大にして、搔破すれば頂點より少許の漿液を漏し結痂することあり、稀には手掌乃足趾に於て丘疹の水疱に化することあり、被膜厚くして固く容易に搔破し得ざるを特徴とす。而して各箇の丘疹は數日にして消失し輕微の色素沈着を残し、更に新たに反覆發生す。但し水泡となれば水痘と誤診せらるゝも、其の口圍或は頭髪部に來たらざる以て鑑別すべし。

本症は生後數ヶ月乃至1年の間に發生するを例とし、好發季節は春夏の候にして秋冬の候には稀なり、我邦に頗る多く、患兒は神經過敏となりて安眠せず、時々手足を相摩し軀幹を動かし啼泣す、但し第6—7年に至れば自然に治するを例となす。

療法 營養上には醗酵を起し易き甘味物、脂肪多き肉類等を禁ずべし。

對症療法として入浴は最可なり、局處には輕症なれば酒精、カンフル丁幾或は2%薄荷精等を塗布し、癢痒烈しければ土肥氏石炭酸亞鉛華軟膏、或はツメノールを加へたる泥膏も効あり、即ち石炭酸2.0、亞鉛華10.0、トラガントゴム末5.0、グリセリン2.0、水100.0。或はツメノール2.0—4.0、亞鉛華、滑石、グリセリン、餾水各20.0なり。

IV 皮脂漏性濕疹 Eczema seborrhoicum (Unna)

症候 人乳營養兒の初3ヶ月間に多く、殆ど常に消化不良を伴ひ、初め頭部或は顔面の皮膚に限局性に潮紅し、其上に枇糠様の落屑あり、周圍の皮膚と明劃なる限界をなす、頭部に於ては前頭及顛頂に、顔面に於ては頰部肩間等に最多し、落屑益加はる時は患部濕潤して黃褐色の痂皮を被むり、普通の結痂性濕疹と殆ど區別し難きに至ることあり。時として全身に蔓延し胸、背、腹、陰股部等に小點狀より二錢銅貨大以上の皮脂漏性附着物を生じ或は相融合す、常に多少の癢痒を伴ひ經過慢性なり。但し發赤せる皮膚面に廣き板狀の落屑が全身に蔓延するをライネルト氏は剝離性赤色皮疹 Erythrodermia desquamativa と特稱せり。

療法 硫黃劑を特效藥とす、特に前述の硫黃サリチール酸軟膏、或は土肥氏テール硫黃膏を可とす、1日2回擦入し亞鉛華澱粉を撒布し繃帶す。又頭部或は顔面には1%硫黃豚脂等も用ひられ、其上を硼酸水或は500倍明礬水にて罨法を施す。

其他消化不良症を適當に處置し、人乳營養にはバタミルクを混用すべしと爲す者あり。其他入浴は有効なりとす。

V 蕁麻疹 Urtikaria

原因 皮膚の血管運動神經性障礙にして、クインケ氏浮腫、ストロフルース及癢疹と共に其本體をアレルギーなりとなす者あり。外因として蚊、虱、蚤、南京虫等の刺傷、毛織製襦袢等の刺戟あり、内因として消化障礙あり、例へば乾物、鹽魚、蟹、蝦等の食用に因り多少の胃腸加答爾と共に來たり、或は便秘、下痢、蛔虫等の爲に生ず、但し慢性蕁麻疹に於ては容易に其原因を發見し得ること多し。

症候 患兒卒然として皮膚の癢痒を感じ、之を搔けば其部に充血を來た

し尋で浮腫す、浮腫は稍や硬くして隆起し境界分明なり、其大小は不同にして其色或は紅く或は白し、随つて搔けば随つて生じ、或は圓く或は楕圓に或は相融合す、又眼瞼及陰部の如き皮下結締織の鬆粗なる部位に在りては浮腫著明にして、小兒の包皮が卒然浮腫して透明となるが如き其1例なり。又爪縁を以て患者の皮膚に線を引く時は其跡潮紅し浮腫す、之を皮膚標記症と稱す。其経過は多く急性にして各箇の發疹は數分乃至數時間にして消滅し、更に新たに發疹反覆す、通例數日にして全く治癒すれども、稀には數月乃至數年に亘りて發疹止まらざることあり。

療法 先づ衣服を検して寄生蟲を驅除し、且つ毛織襪衣を禁止し、消化器障礙に對して下劑を與ふ、土肥氏は複方甘草散即ち精製硫黃及茴香末各1分、**センナ**及甘草末各2分、白糖3分を大人に1日3・0内用せり、**ヒマシ油**も亦可なり。其他に生理的食鹽水、1日1・0—1・5の**クロールカルシウム**、或は**ブロムカルシウム**の内用、**サンカール**等の皮下注射を行ふ。

對症療法として前述石炭酸亞鉛華**リニメント**を反覆塗布するを最可とす原著者は10—20%**ツメノール**泥膏、1—5%薄荷精、2%石炭酸精等を用ゆ。又頑固の症には**リゾール**浴、糠浴、**カミツレ**浴等を兼行すべし。營養上には卵食を嚴禁し、且つ果物を生食せしめて再發を防ぐべしとなす者あり。

VI 急性限局性皮膚浮腫或はクインケ氏浮腫

Oedema Quincke

原因 不明なり然ども素質あるものの如し。

症候 皮膚或は粘膜に卒然限局せる雀卵乃至鶏卵大の浮腫を生じ、一兩日後には痕跡を留めずして消失する疾患にして、顔面殊に頬部、眼瞼等に來たり、又四肢及軀幹にも發生す、其境界は稍や明瞭にして常色を帶び少しく硬く、一旦消失して更に反覆するを常とす、稀には舌、咽喉等の粘膜に現はるゝことあり、然る時は嚥下及呼吸の困難を來たす、或は骨膜、腱鞘

等にも見ることあり。但し自覺症狀は軽度の癢痒若くは灼熱の感あるに過ぎず。

療法 **アスピリン**、**アンチピリン**、**サリチール酸ナトリウム**等を内用し局所には罌法を可とす、又**クロールカルシウム**等の注射を試みて効あることあり。

VII 帶狀疱疹或は帶狀匐行疹 Herpes zoster

症候 一定神経の分枝に沿ひて急性に麻實大乃至小豆大の紅疹を密生し數時乃至數日にして水疱に變ず、其輕症は小數の水疱散在するのみのことあり、多くは神経痛を發し軽度の熱を伴ふを例とす、而して水疱の内容は初め透明なれども漸次渾濁して膿様となり、遂には乾燥して黃褐色の痂皮を結び、剝落後に一時色素沈着を残す。経過は約一兩週間なれども重症壞疽性帶狀疱疹にては1ヶ月以上を要することあり。本症の好發部位は顔面、上膊背、胸、腹、腰、股部にして、通常偏側なるも稀には兩側なることあり。

療法 水疱疹に對しては亞鉛華油を塗布して其上に2%硼酸水或は1%鉛糖水の罌法を施し、水疱破潰し糜爛面を呈するか或は懷疽性帶狀疱疹には5%硼酸**ワゼリン**或は其軟膏等を貼し、疼痛には2—5%**アステジン**軟膏を用ひ、**アスピリン**、**ピラミドン**、**ミグレニン**等を内用す。又人工太陽燈、**レントゲン**線等も試みらる。

VIII 多形滲出性紅斑 Erythema exsudativum multiforme

症候 春秋の候に多く漿液性滲出を伴ふ急性傳染性發疹にして、或は急性**リヨマチス**の経過中に來たる、初め針頭大乃至扁豆大の圓形鮮紅色の紅斑若くは小結節を生じ、漸次増大し數時乃至數日の間に10錢乃至50錢銀貨

大の稍隆起せる圓形斑となり、周邊は尙ほ鮮紅色を呈するに中央は少しく陥没し蒼紅色に變ずるを特徴とす、而して益増大して手掌大以上に及ぶことあり、或は漿液滲出の強弱によりて苔癬狀をなすことあり、或は小水疱を成形することあり、其發生部位は相對的にして先づ手背、足甲等より初まり前膊、下腿等の伸側に達す。又往々口腔粘膜或は眼球結膜に發生すること之あり。

自覺症狀は輕微にして灼熱、緊張の感と輕き搔痒を訴ふ、然ども口粘膜に來たる紅斑は劇痛を起す、全身症狀として發熱、倦怠、食慾不振、咽頭炎等を前驅とし、多くは關節の疼痛及腫脹と淋巴腺腫を伴ふ、而して通常1—2週間にして水疱は乾燥し丘疹は扁平となり、漸次褪色して治癒す。

療法 内服にはザリチル酸ナトリウム・アスピリン等を與へ、局處には亞鉛華油を塗布す、腫脹著しければ其上に2%硼酸水、1—2%醋酸礬土水或は1%鉛糖水の巻法を施すべし。口腔粘膜の侵さるゝ時は2—5%過酸化水素水、2%鹽酸加里水或は1萬倍過滿俺酸加里溶液にて含嗽せしむ。

IX 結節性紅斑 Erythema nodosum

症候 前驅症として輕熱あり、或は突然惡寒戰慄にて39—40度に昇騰し續て下腿殊に脛骨の前面に豌豆大乃至鳩卵大の硬靱なる結節を生じ、少し皮膚面より隆起し、深く真皮内に占位し其境界明確ならず、其色初め鮮紅色にして數日の後には縮小し暗紅色となり、硬度も減退して帶青紅色より漸次黃色となる、結節の數は一定せず。自覺症は大なる結節には自發疼痛ありて之を壓すれば更に増劇す。其好發部位は下腿、次に膝關節の周圍より大腿、前膊及上膊なれども、輕症に於ては多くは下腿にのみ限局す。

合併症として通常關節痛及其腫脹を伴ふ、殊に膝、腕、足關節等に多しとす。経過は1—2週にして全く吸收せられ一時の色素沈着を残すのみ、唯だ稀には慢性に移行して容易に治せざることあり。モーロー氏は本病はリヨマ

チスには關係なく、結核に親近して多くはビルケー氏反應が顯著となるも、狹義の結核疹 Tuberkulid に非ずして結核アレルギーの特種なりとせり。

療法 患部を舉上し30—50%イヒチオール或はチオノール液を塗布し或は巻法を行ひ、内服にはアスピリン、アンチピリン、ザリピリン、キニーネ等を與ふ、慢性症には沃度劑を用ふべし。

X 滲出性中毒疹

原因 其一は自體中毒即ち有毒の物質が患者の體内に産出せらる、其二は毒物が體外より來たる、即ち藥疹若くは注射に由る血清疹の如き然り。此等は多く特異質に因るものなり。

症候 體の内外に於ける毒物の爲めに發生する滲出性紅斑にして其外形は極めて多種なり、或は限局性紅斑あり、或は蕁麻疹あり、或は水疱疹あり。其他丘疹、結節、紫斑等ありて一定せず。

急性傳染病即ち腸チフス、コレラ、發疹チフス、麻疹、風疹、猩紅熱、痘瘡等には蕁麻疹を生じ、慢性腎炎及尿毒症には斑狀若くは丘疹狀の紅斑を發し、糖尿病には蕁麻疹様紅斑、急性關節リヨマチスには紅斑、丘疹或は紫斑を見る、又咽頭炎、チフテリー、膽囊炎、鼠咬症等には紅斑様發疹あり、此等を敗血性皮膚疹と稱す。

血清疹はチフテリ血清、破傷風血清、連鎖狀球菌血清等の注射にて起る其症狀は注射の翌日に起るもの最多く、或は3—4日、時としては7—8日後に現はるゝことあり。屢發熱、嘔吐、筋痛、淋巴腺腫、關節の腫脹及疼痛等ありて注射部は緊張し疼痛を訴へ紅斑を生じ、1—2日にて一旦消褪し、後日に至り卒然汎發性に再發することあり、或は紅斑一方に消失して更に他部に現はることあり、殊に臀、大腿及膝蓋の附近に多し。但し蕁麻疹を發生することも之ありて皆數日乃至週餘にして消失す。

牛痘疹は接種後直に發疹することあり、之れ痘苗毒の爲に發するものに

して、軀幹及四肢に大小種々の紅斑若くは蕁麻疹を生ず。而して接種後 8—14後に發するものは小結節若くは小水疱にして往々汎發し、概して2—3日後には消褪す。其他種痘の際に化膿菌侵入し種痘性膿痂疹を發生し手、足、顔面等に蔓延することあり。

ツベルクリン疹は紅斑、丘疹、猩紅熱様或は蕁麻疹様型を採り、對稱的に廣く發疹し熱候を呈することあり。

療法 務めて原因を除き對症療法を行ふべし。

XI 膿 痂 疹

本症は細菌感染に因つて皮膚に膿疱、水疱若くは痂皮を作るを以て特徴とし、傳染性を帶ぶるものにして次の數種に區別す。

1. 傳染性膿痂疹 *Impetigo contagiosa* 或は土肥氏白色

葡萄狀球菌性膿痂疹

原因 俗にトビヒといひ、新生兒より幼兒期に亘りて春夏の候に流行する傳染性皮膚病なり、土肥氏は白色葡萄狀球菌を病原とせり。

症候 主として顔面及手足の如き露出部に卒然紅斑を發生し、一晝夜以内に水疱に變ず、其大き針頭大乃至豌豆大より稀には鳩卵大乃至鶏卵大に及ぶことあり。水疱の内容は初め澄明にして時を経れば稍や渾濁し、其底面には膿汁沈澱して弦月の狀を呈す、其被膜は菲薄にして膿汁の吸收或は破潰せられたる後には穢白色の痂皮を生じ、其底面は濕潤せる糜爛を呈す、而して水疱は處々に傳染し殆ど全身に蔓延することあり。

療法 水疱が破潰して内容の流出を防ぐ爲に殺菌綿紗に吸收せしめ、其上に撒布劑即ち**デルマトール**、**アイロール**、**キセロホルム**等を撒布し、或は亞鉛華油を貼用して繃帶す。痂皮の存する時は先づ**硼酸ワゼリン**或は軟膏を貼し、痂皮を除きたる後に前記の處置を施す。原著者は好んで0.1—0.5

%**ゴナクリン**或は**リパノール**溶液を消毒に用ひ、1日2回棉花に濕して塗布し、然る後1%**ツメノール**1.0—2.5、亞鉛華及**オレフユ**油各25.0を指頭にて貼布し繃帶し、或は**硼酸水**等にて卷法を行ふ。

2. 尋常性膿痂疹 *Impetigo vulgaris*

或は連鎖狀球菌性膿痂疹

原因 連鎖狀球菌に由る急性膿疱疹にして常に黄蠟色の厚き痂皮を結び觸接に依りて傳染す。

症候 始め顔面に粟粒大乃至麻實大の紅疹を生し、中心に漿液を潑留して膿疱となり、内容漏泄して黄蠟色の厚き痂皮を形成す、初めは數箇散發するに過ぎざるも、膿漿の附着に由りて他處に蔓延す、自覺症狀として軽度の痒感あり、往々急性出血性腎炎、淋巴腺炎、淋巴管炎、蜂窩織炎等を續發す。

療法 **オレフ油**、**ワゼリン**或は軟膏等を用ひて痂皮を軟化し去り、後に亞鉛華澱粉の如き撒布劑或は**硼酸軟膏**を貼用して繃帶す。**モーロー**氏は油類卷法にて軟化せる後に2%**白降汞軟膏**を貼し良効ありとせり。

3. ボツクハルト氏膿痂疹

原因 黄色葡萄狀球菌の侵入に因るものにして、他の膿痂疹は炎症が只だ表皮のみなるも本症に於ては真皮に波及して乳頭體の著しき充血及浮腫を來たし、急性腎炎を起すこと多く、注意を要す。

症候 小豆乃至豌豆大の硬き膿疱にして多くは皮膚面に散在し或は集簇す、好んで四肢に來たり軀幹、顔面及頭部にも稀に發生す、多く痒疹、疥癬、慢性濕疹等に續發す。

療法 亞鉛華軟膏を塗布し或は**硼酸水**、二千倍**リパノール**水、2%**レゾルチン**水等の温卷法を施し、且つ葡萄狀球菌**ワクチン**の隔日注射を行ふ。又水銀石英燈、人工太陽燈等も効果あり。

4. 壞疽性膿瘡 Ekthyma gangrinosum 或は貫通性

連鎖状菌皮膚病 Streptoderma cutanea profunda

原因 重症營養障礙、重症傳染病等の悪液質の小兒に來たる。

症候 淡紅乃至暗赤色の深在性小結節を散發し、尋で中心に紅褐色の出血性痂皮を生じ、而して此血痂は壞疽組織より成るが故に底面に固着し、分離する時は其跡は宛も鑿を以て穿てるが如き潰瘍となり、邊緣は銳利にして硬く浸潤し紅褐色を帶ぶ。其發生部位は肛圍、陰部、下腹部等より初まり或は頸部より他部に及ぶ。全身症狀として發熱弛張し、患兒日々衰弱加はる、幸に生を保てば其跡に圓形の癍痕を留む。

療法 營養を良くして悪液質を除き、硼酸ワゼリン、硼酸軟膏等を貼用し濕布繃帯を施す。モーロー氏は醋酸礬土の繃帯を行ひて後に硝酸銀或はベリユバルサム軟膏を貼すべしとせり。

XII 剝脫性皮膚炎 Dermatitis exfoliativa

症候 本症は1878年リツテル氏の始めて記載せるものにして生後2—5週の間に来たる。其輕症は顔面下半部、特に口圍に於て潮紅を來たし無數の小水泡を併發するを例とし、尋で速かに全身に蔓延し、表皮の秕糠様落屑を呈し、梅毒と酷似し口角、鼻孔口、眼背に皸裂を生ず、皮膚の潮紅は境界判然せず。其重症は顔面、軀幹及四肢の皮膚著しく潮紅し、上皮と真皮との間に浮腫を呈し、若し指頭にて擦過すれば角質容易に剝離す、ニコルスキイ氏現象と名づく、又落屑は大にして連續し、口腔粘膜はアフタ状をなし、角膜上皮も混濁して剝離することありと云ふ、而して患兒は體温と體液の消耗に由り速かに衰弱に陥り其死亡率65%に及ぶ。

療法 表皮剝脫面にはオレフ油或は稀釋亞鉛華油を塗布し、棉花にて包み乾燥せざる温室中に置き、稍や輕快に向へば糠浴、カミツレ浴等可なり、又口粘膜は2%硼酸水或は過酸化水素水にて清拭すべし。モーロー氏はデル

マートルを撒布し、出血部は3%硝酸水にて軽く腐蝕すべしとせり。

XIII 白癬 Trichophytia

トリヒオフィチア(頑癬或は糾髮病菌の意義)に因りて起る皮膚病にして數種を區別す、吾邦に於て濕疹に次いで多き疾患なり。但しモーロー氏に據れば次に擧ぐる頭部白癬は糸状菌に由りて起るものにして、其他はトリヒオフィチア病と總稱すべしとし、前者は炎性症狀なく且つ頭髪部のみに來たるも、後者は之に反し毛髪なき部位に好發し、炎症著しき差ありとせり。

1. 淺在性白癬

a. 頭部白癬

症候 頭部に灰白色の圓形鱗屑面を生じて其部毛髪稀疎となり、相融合して手掌大となることあり、俗にシラクモと稱し、痒感あり。モーロー氏は本病はオードイン氏微生物芽胞(糸状菌)に由り起り、其特徴として第一に患部は灰白色にして灰を撒布するが如き觀あり、第二に其部を検すれば一様に短く斷裂せられたる毛髪殘存す、第三に炎性症狀は全く缺如すとせり。本症は傳染力強くして廣く蔓延し、殊に小學校の男兒に多く女兒には少く、破瓜期以後には之なし。豫防として患兒を隔離し、療法としてX光線を照射す。

b. 顔面白癬

症候 頭部白癬ある小兒に續發するものにして落屑輕微、痒感著しからず、患部の皮膚色素は多少減して白斑に似ることあり、俗にハタケと曰ふ。

c. 小水疱性斑状白癬 Trichophytia

maculo-vesiculosa

症候 皮膚に圓形の紅斑を作り、其邊緣には輪廓狀に小水疱の好在を認むべし、紅斑更に増大する時は輪廓は暗紅色を呈して軽く隆起し、小水疱の跡には痂皮及鱗屑を生ず、常に劇烈の痒感を伴ふ、俗に錢癬と稱し、時に頑癬に變ずることあり。

d、頑癬 Ekema marginatum

症候 陰股部に好發するものにして俗に**インキンタムシ**と曰ふ、境界明瞭なる圓形輪廓狀の紅斑面を作り劇烈なる痒感を發し、日夜搔爬する爲めに患部に色素沈着を來たし暗褐色を呈するに至る、陰股部より蔓延して臀部或は腹部に蔓延することあり。

e、汗疱狀白癬 Trichophytia pompholyciformis

症候 白癬の手掌及足趾に來るものは頗る汗疱に類似す、初め輕微の痒感を伴ひて秕糠狀の落屑を來たし、後に淡紅色の漿液性丘疹を散發し、痒感劇烈にして往々膿疱に變じ或は濕潤して濕疹狀を呈す。俗に水虫と稱し好んで春夏の候に指或は趾の間或は掌窩及足窩に發生す。

f、爪甲白癬

症候 他部の白癬に併發すること多し、爪甲の前半が菲薄となりて爪床より剝離す、或は爪廓が潮紅浸潤して爪甲の表面は汚穢粗糙となり光澤を失ひ、縦溝若くは横溝を生じて凹凸不平となる。

2. 深在性白癬 Trichophytis profunda

チエルズース氏禿瘡或は化膿性毛腺炎 Kerion Celsi

症候 本症は主として頭部に來たる白癬性膿腫にして毛囊に一致して生じ、往々相融合して梅實大以上に及び波動あり、其表面或は平滑に或は凹凸あり、屢痂皮を被り、壓迫すれば毛囊口より膿汁を排泄し、患部の毛髪は多くは脱落す、疼痛甚しく、5—8年の小兒に多し。但し其表在性のものを剃髮性水疱疹或は匍行疹 Herpes tonsurans と稱し、頭部白癬と異なる點は患部の周縁に小なる結痂或は水泡を生じ且つ毛髪の一部は殘在するなり。

療 法

一般に白癬は傳染力強くして牛、馬、犬、猫、家禽等よりすることあり或は患兒よりすることあり、故に豫防法を講ずること必要なり、例へば家畜の皮膚病に注意し、又學校、幼稚園、家族等に本患者ある時は速に治療を加へ、且つ常に患部に接觸する物品即ち帽子、梳櫛、手巾等の消毒を嚴

にすべし。

頭部白癬は加里石鹼にて洗滌し、1日2回3—5%ザリチル酸ミチガール軟膏或はザリチル酸硫黃華軟膏を擦入し、或は25%沃度丁幾を1週3回強く塗擦し、或は2—3%レゾルチン酒精等にて清拭するも可なり、或は患部の毛髪を拔去する必要あることあり、而して治癒には數週を要す、其他顔面の白癬には前法の外に、2—5%ザリチル酸酒精を塗布し亞鉛華澱粉を撒布すべし。又ケルズース氏禿瘡には前法に兼ねてテールの貼用、硼酸水の温巻法等を施す。

頑癬にはテール硫黃膏を最可とし、汗疱性白癬及指趾間白癬にも然り、又頑固の症に1—2%クリザロピンを加ふれば卓効を奏することあり、然ども本劑は皮膚炎を起すことあるを以て注要を要す。

爪甲白癬には爪を除去するか或は鑷、小刀等を以て爪甲の表面を削り、其上に10%サリチル酸コロチウムを塗布す。又一般に白癬に對しレントゲン線、人工太陽燈等の射照燈は有効にして、ワクチン療法も亦好果あることありと云ふ。

XIV 腺病性苔癬 Lichen scrophulosorum

症候 主として腺病性の少年に來たり、其好發部位は胸、腹、胸側及背面にして或は四肢に見ることあり、初め類黄色乃至紅褐色を呈し、粟粒大にして僅に皮膚面に隆起し、頂點に秕糠様の鱗屑を被むり痒感を伴はず、而して數ヶ月間同態に止まりて後終に消滅し、或は萎縮して凹痕を遺すことあり、此の如き發疹は漸次に續出して大小の集簇團を作り或は播種狀をなす、又發疹の中には變じて瘰癧様の膿疱となれるものを混することあり。經過は慢性にして屢瘰癧、其他の結核性疾患を伴ふ。

療法 肝油を特効藥とす、毎日1回局部に塗布し、兼ねて之を内服せしむ、又營養を改良し、人工太陽燈等を射照す。

XV バザン氏硬結性紅斑 Erythema induratum

(Bazin) 或は腺病性硬結性紅斑

症候 腺病性の女兒に多く、主として下腿に於て境界稍や不明の紅斑を生じ、之を撫する時は深部に於て稍や限局せる硬結を觸る、此硬結は初め豆大なれども漸次増大して表面の皮膚菲薄となり往々破潰することあり、其潰瘍は邊縁暗紅色を帯びて縁下深蝕し、創面よりは常に乾酪様或は血漿狀の液汁を分泌し、経過極めて緩漫なり、若し硬結多數に存する時、局部を壓すれば微痛ありて皮膚の浮腫を認むることあり。好發部位は下腿の前外側と足背及足趾なれども、進んで上腿、前膊、手指等に及ぶことあり。

療法 局所にはチオノール或はピチロール軟膏の塗布、潰瘍には0.1% リゾールの局處浴、レントゲン、太陽燈等の照射有効なり、ツベルクリンの注射も亦試用すべし。

XVI 魚鱗癬 Ichthyosis

症候 遺傳に因るもの多く、幼時より發生して殊に四肢の伸側を侵す汎發性角化異常症なり、乃ち伸側の皮膚乾燥し角層肥厚して落屑す。其輕症は四肢外側の皮膚が汗脂の分泌なく常に乾燥して粗糙となり、更に進む時は皮膚菲薄となり龜裂して圓形或は多角形の鱗紋を畫く、其好發部位は四肢伸側に次ぎて軀幹なり、稀には顔面及頸部にも亦來たることあり。本症は不治なりとす。

療法 沐浴を行ひて皮膚の柔軟を圖り、外用にはベルツ氏液即ち苛性加里1.2、グリセリン50.0、酒精40.0、水120.0を用ふ、然る時は一時著しく輕快することあり、又重症には5%硼酸黃色ワゼリンの貼用に兼て亞砒酸、肝油等の内服を試むべし。

XVII 角性痤瘡 Acne cornea s. scrophulosorum

(358)

症候 幼兒及學童に屢來たる所の毛囊に於ける角質異常にして、好發部位は四肢の伸側殊に肘及膝部に於て、茲に密集し上下に向ひ稀疎となる、時に項及頸にも生ず。而して角性丘疹は毛囊口より凸出し、疹頭は尖りて棘狀をなし、中心に黑色或は白色の角栓を有し、集簇或は散在し、表面粗糙にして手を以て撫すれば恰も擦子に觸るゝの感あり。自覺症は無し。

療法 サリチル酸石鹼硬膏を貼用し。之を軟化して除去し、或は絆創膏を貼して器械的に之を除去す。又太陽燈或はレントゲン線照射に兼て亞砒酸劑を内服せしむ。

XVIII 癰腫 Furunkulose

原因 化膿菌に因る皮膚及皮下結締織の急性限局性炎症なり。

症候 圓錐狀に腫起し真皮と其附屬器官の一部が膿潰を起すものにして、其好發部位は發汗多き頭部及顔面なり、而して幼兒に於ては多く汗腺の排泄管口に相當して初め微小の丘疹或は膿疱を生じ、硬結漸次加はり其中心崩潰して壓すれば僅少の膿汁を漏し、疼痛甚し、又營養不良なる乳兒に於ては多數の蜂窠織性癰腫を作り、隨て破潰すれば隨つて新生し遂には全身殆ど完膚なきに至り、發熱を伴ひて全身の衰弱を來たすことあり。

療法 初期に於てはピツク氏硬膏を貼し、其上に巻法を施し、化膿既に著しくして、膿瘍に化せるものには小切開を加へて排膿す、顔面癰にして硬結甚しく且つ疼痛烈しき所謂面疔には、皮膚一部穿孔するを待ちて沃度丁幾を脱脂綿に濡し其穿孔口より軽く挿入し、温巻法を施して膿塊及壞疽組織を崩壊軟化せしむべし。又乳兒の多發性皮膚膿瘍には勉めて毎回小切開を加へ排膿し、後に硼酸ワゼリンを貼して繃帶し或は巻法を行ふ。其他葡萄狀球菌ワクチンの注射も亦可なり。

XIX 柑皮症 Aurantiasis cutis (Baelz)

原因 本症は1896年ベルツ氏始めて發見せるものにして、蜜柑の多食に

(359)

由りて皮膚に一時的橙黄色の色素沈着を起すものなり。

症候 主として手掌及足趾に紅帶黄色の斑を呈し、常に左右相對性にして其境界は或は分明し或は不分明に健康部に移行す、自覺症狀なし、而して高度なれば皮膚の變色廣く全身に蔓延して顔面にも現はれ、稀に結膜、口蓋等の粘膜も著色することありと云ふ。

療法 蜜柑の多食を禁ずれば著色は自然に消褪す。或は**ピロカルピン**、**ザリチル酸ナトリウム**等の發汗劑を用ふる者あれども其要なし。

XX 寄生性皮膚病 Dermatozoonosen

1. 疥 癬 Skabies

原因 疥癬蟲 *Sarcoptes hominis* s. *Acarus scabiei* の寄生に由りて生ずる皮膚病なり。

症候 好發部位は指間、腕關節の屈面、肘窩、下腹部及大腿の内側、臀部、陰莖、陰脣等にして初め丘疹、小水疱、蕁麻疹等を發生し、痒感甚しく殊に夜夢中に於て然りとす。蓋し疥癬蟲は表皮を穿孔して**マルビギー氏**層に進み、長さ1—2耗の疥癬隧道を作り其坑内に産卵す、卵は3—4週間にして成蟲となり家族中に傳染す。就中小兒は皮膚軟弱にして搔破に由り化膿菌侵入し膿疱性疥癬を起し易く、指間、手掌等に於て特に然り。又搔破濕疹を生じ或は膿痂疹狀を呈することあり、稀には家畜よりも傳染す。

療法 最有効なるは硫黃劑なり。輕症には**ミチガール**の塗擦、或は山田氏硫黃華糊即ち**サリチル酸**2・5、**硫黃華**30・0、**米糊**100・0、或は3%**デシニフエクトール**の塗布を行ひ、其廣汎なるものには前述の**ウヰルキンソン**氏軟膏、改良**カボシー**氏軟膏、**土肥氏テール**膏等最適應す。但し改良**カボシー**軟膏は**ベタナフトール**5・0—10・0、**硫黃華**30・0、**綠石鹼**50・0、**豚脂**100・0なり、而して此等軟膏の塗擦は毎日1—2回、薄く丁寧にし、後に亞鉛華澱粉を撒布し繃帶す。又毎日若くは3—4日毎に入浴せしめ軟膏を洗ひ去るべし。輕症には**土肥氏亞鉛華リニメント**も亦有効なり。

其他藥浴として湯の花或は硫化加里を一浴に約100瓦混和す、只だ其刺戟の爲に**カブレ**を起すことあるを以て注意すべく、又本病療法の後には從來使用せし襦衣、布圍等を熱氣消毒するを要す。

2. 虱 Pediculosis

人體に寄生する虱には頭虱 *Kopflaus*、衣服虱、陰毛虱の三種あり、其中小兒に多きは頭虱なり。

頭虱及陰毛虱

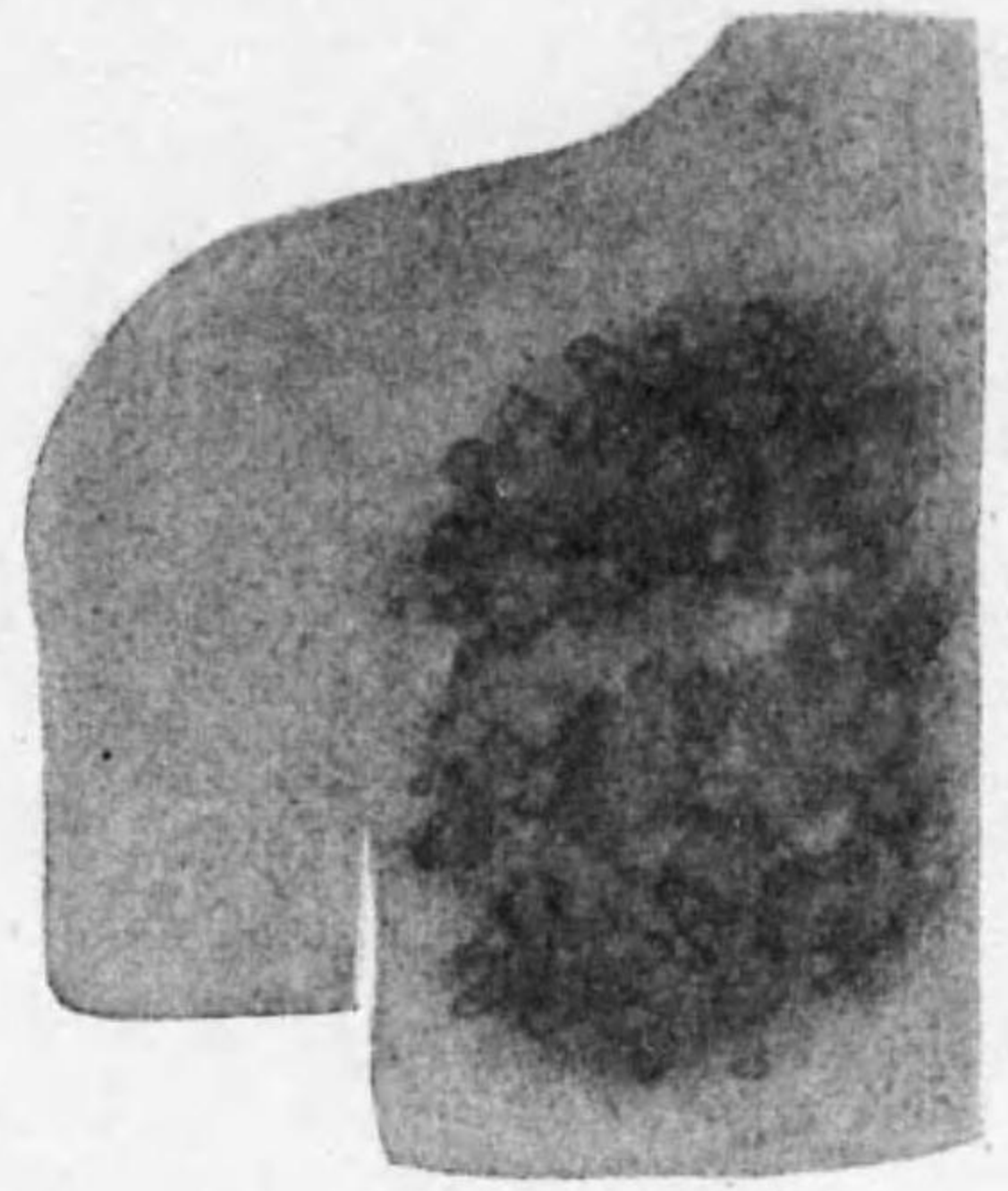
頭虱に於ては雌虱の數は常に雄虱に倍し、其蕃殖力は非常に強くして6日間に約50個の卵 *Nisse* を産し、卵は8日を経て子虱に化し、子虱は數日にして成熟し、更に2—3週を経れば復た産卵すと云ふ、而して卵は皮素 *Chitin* に由りて毛髮の莖より梢に向ひて多數膠着し類黃灰白色を呈す。

症候 頭虱の最多く附着する所は後頭と顛頂とにして前頭には少し、其螫咬によりて患者は痒感を訴へ、指爪を以て頭部を搔破して化膿菌を侵入せしめ膿痂を發生し、膿痂性濕疹となることあり、本症に罹れば往々腎臟炎を起すことあるを實驗せらる。

療法 頭虱を除くには石油、阿列布油各等分の合劑を最可とし、毎晩充分に毛髮に塗布して手巾にて包み、翌朝石鹼にて洗ひ去るべく、又虱卵を去るには食醋或は1—5%醋酸を塗布し、其軟化するを待つて梳櫛にて除去す。

陰毛虱には灰白軟膏を特効藥とし、充分に塗布して3時間後に石鹼にて洗ひ去る。但し急性皮膚炎を起す者あるを以て注意を要す。其他5%白降汞軟膏を數日間塗布し或は千倍昇汞水を塗布すべし。

1. 皮膚病の分類
 2. 皮膚病の診断
 3. 皮膚病の治療
 4. 皮膚病の予防
 5. 皮膚病の病態
 6. 皮膚病の病機
 7. 皮膚病の病変
 8. 皮膚病の病徴
 9. 皮膚病の病歴
 10. 皮膚病の病状
 11. 皮膚病の病所
 12. 皮膚病の病期
 13. 皮膚病の病勢
 14. 皮膚病の病果
 15. 皮膚病の病因
 16. 皮膚病の病位
 17. 皮膚病の病性
 18. 皮膚病の病類
 19. 皮膚病の病種
 20. 皮膚病の病名



3. モーロー氏ツベルクリン軟膏反應
腺病性苔蘇酷似



4. 新生兒剝離性皮膚炎

神 經 系 統 疾 患 篇

神 經 系 器 質 的 疾 患

I 畸形及發育停止

1. 獨眼症 *Zyklopie*

一 眼窩を有し、屢其内に兩眼球相密接し或は相融合す、常に強き腦畸形と共に他の肢體にも畸形ありて、生後直に死す。唯一例は7ヶ月生存せりと云ふ。

2. 無鼻症 *Arhinencephalie*

前症と合併するを例となし、然らざれば中央上唇破裂、3角頭 *Trigonozephalie* 等を伴ふ。

3. 大脳缺如症

頭蓋は或は大、或は小にして、腦質缺如し液を満たす、所謂水小腦 *Hydromikrozephalie* なり。而して其原因を胎内に於ける外傷、梅毒等に歸する者あり。生後3年半の間生存せる例あり。

4. 小頭腦 *Mikrocephalie*

頭部及其内容が普通兒に比し著しく少にして、頭圍は5—15輊不足し、大人に於ては其45輊以下と腦重量950—1000瓦以下を本症の標準となす。而して其高度の例は出生後の腦疾患に由來するは稀にして、寧ろ胎生時に於ける發育停止に因する眞性小頭腦か、或は胎兒の腦の炎症或は出血に因する所謂假性小頭腦なりとす。

原因 眞性小頭腦の因たる發育停止は如何にして起るや、舊時は祖先的復歸 *atavistische Rückschlag* 即ち猿人なりとし、又 **ウイルヒヨウ氏** は頭蓋縫合の骨質聯合に由るとせるも、近時は毒素的、器械的或は温熱的の胚胎傷害、例せば父の酒精中毒、母の自家中毒等の外、妊娠初期に墮胎の

目的に行はるゝ X光線射照にて來たとせられ、ツアベルト氏は其 20例を挙げたり。但し此レントゲン性胎兒小頭腦は他の畸形、即ち侏儒、小眼球、光彩膜穿孔、水晶體渾濁等を作ひ、稀に蒙古人種症状態をも認めらる。

症候 顔面骨は多く普通に發育するも、頭蓋骨は早期に相合し、其縫合は堤狀に隆起し、頭全體が甚小にして特に前額は斜に後退し、側面より觀れば鳥類の顔貌に似たり。而して運動は活潑にして假性小頭腦の如く拘攣症なし、然ども錐稜體道症候として反射機亢進、軽度の筋緊張、ハバンスキー現象等は之ありとす。知識は多く低度なるも亦假性の如く重からず。但し假性は別章産前の腦性麻痺にして高度の白痴、痙攣、全身強直、屢麻痺を兼ね、其他アテトーゼ等ありとす。

療法 精神病院に收容し養育す可し。往々40歳に達する者あり。一學者は腦の發育を佳良ならしむる目的に頭蓋手術を企てしも無効なりしと云ふ。

5. 穿孔腦 Porencephalie

多くはジルウイ氏溝動脈の領域に漏斗狀の陷門ありて屢腦室に直通す。臨床には腦性麻痺の症狀を呈す。

6. 無腦及無脊髓 Azephalie u. Amyelie. 無腦髓 或は半腦 Anenzephalie od. Hemizephalie

前症は頭蓋全く缺如して生活不能なり。後症は頭蓋大部分の破裂 Kra-nioschisis にして後頭骨の一部と共に小腦、延髓、脊髓は遺存し、頸部脂肪増殖し、眼球突出し、所謂猫頭或は蝦蟆頭と稱せらる。20日間生存せし例ありと云ふ。

7. 脱 腦 Cephalocele

一局部、特に後頭部、鼻根部、鼻腔内に腦質が脱出するを云ふ、而して腦室が其中に貫通するを脱腦水腫 Hydroencephalocele と稱す。而して此等2 症は強度の知識缺損及神經障碍なければ手術の有効なる例あり。蓋

し以上の破裂或は間隙成形は髓溝の閉鎖障碍にして大部は不明なる胚胎傷害に因するも、一部は羊水の壓迫或は羊膜の癒着に由來す。

8. 脊椎破裂 Spina bifida (Rachischisis)

脊椎破裂は屢見る畸形にして、最多く腰及薦骨部、稀には項部に於て常に正中線上に來たり、次の2種あり。

a、囊腫性脊椎破裂 Spina bifida cystica 脊髄膜或は脊髄の一部が胡桃乃至兒頭大に脱出し、内に腦脊髄液を満たし腫瘍を形成す。若し脊髄膜のみ脱出する時は腦膜脱出 Meningocele. 脊髄の中心管が共に脱出する時は腦膜囊脱出 Meningozystocele. 脊髄の一部が脱出する時は脊髄脱出 Myelocoele と稱す。而して表面は一部は脊髄軟膜、一部は皮膚にて覆はる。

症候 腫瘍の位置と内容とに由り相異なるも、概して括約筋と共に肛門舉筋が麻痺して、肛門部は漏斗狀に膨隆し、時に腸及子宮の脱出する例あり、且つ下肢に運動麻痺並に知覺障碍、種々の畸形特に塊足 Klumpfuss を作ひ、若し脱出が少々上方に在れば腹筋も麻痺し、又往々褥瘡を生ず。而して觸診上に脊椎の破裂を觸れ、壓迫に由り多少還納し、試験穿刺にて腦脊髄液を得、此際腦膜脱出のみなれば側面より透明に見ゆ。而して病兒幸に生存することを得れば、腫瘍は全く普通の皮膚を以て被覆せらるゝに至るも、早晚腦膜傳染、或は尿道より細菌侵入して腦膜炎、敗血症等にて斃る。但し以上の症狀は脊髄脱出に顯著にして、單純腦膜脱出には全く其の缺如することあり。其他間隙頭蓋、内腦水腫等を合併す。

療法 腦膜脱出症は手術にて治する例あるも、脊椎破裂と脊髄脱出は療法なく、縱令一時腫瘍を切除するも屢腦水腫を續發することあり。然れども近時は臍、骨、骨膜等の移植にて從來84%の死亡率を半減し得ると云ふ。又ルゴール氏液或は沃度丁幾及無水酒精各1立方糶を腫瘍穿刺後に注射する舊法は今尙ほ試みらる。

b、陰匿性脊椎破裂 Spina bifida occulta 多くは腰髓に來たり、腫瘍なくして僅に平坦なる枕の如き膨隆あり、屢其表面に異常の生毛あり、或は

薦骨及尾髄骨部に癭痕状或は瘻管状の陥凹あることあり。又部分的脊椎不成形にて楔状脊椎となり、前、後或は側彎を起し、其他肋骨、肩胛骨等の畸形、跨關節脱臼等を合併す。

症候 輕症なれば兩側足部に疼痛或は知覺及運動の麻痺あり、且つ膀胱括約筋障礙にて遺尿症、尿淋瀝等を發し、屢脚及足部に知覺麻痺帶と腹部以下の皮膚及腱反射に異常あることあり。重症なれば腰部及薦骨部に強痛、神經性膝關節硬直、足部の麻痺及穿孔性潰瘍、畸形就中塊状或は獸爪状或は扁平足等を起す。而して此等の障礙は畸形を除き小兒期の後年或は破瓜期以後に至り始めて發現することあり、是れ脊髄と其周圍との連繫索が年齢の長するに隨ひ、脊髄末端の舉上するに由り牽引せられて起り、或は破裂部に好て發生する**レツクリングハウゼン氏**髓脂肪纖維腫の脊髄を壓迫するに因すと云ふ。

療法 牽引する連繫或は壓迫する腫瘍を除き、而して破裂口を成形外科的に被覆す可し。

9. 狭頭腦 Stenokephalie

頭蓋縫合の早期骨質融合 Synostose に由り腦及頭形に種々の畸形を呈す、其中に舟状頭 Skaphokephalie 及歪頭 Plagiokephalie は稀有にして塔状頭 Turrikephalie のみ臨床家に必要なり。乃ち顛頂骨、後頭骨及額骨が高く聳立して塔状をなし、頭蓋底は狹小にして、各縫合特に矢状縫合は大顛門部と共に隆起す、故に之を尖頭 Oxykephalie とも稱す。

症候 頭蓋内容の壓迫により眼球漸次突出し、續いて眼球震盪症、兩側外斜視、視神經萎縮、腺増殖症、佝僂病、其他指趾の畸形等を合併し、特に塔状頭、鼻咽腔腺増殖症及眼球突出症を**エンスリン氏**3症候と稱す。而して男兒に多く、屢家族的に發生し、視力障礙は時々嘔吐及頭痛と共に緩漫に進行し、第1—5年に至り始めて現はるゝを常とす。其原因を頭内壓の亢進、或は視神經孔の變形等に歸する者あり。

療法 視力障礙の起る以前に、卸荷的穿顛術を行へば之を救ふことを得

べしと云ふ。

10. 腦神經領域の先天性運動障礙 (先天性核缺損 Kernmangel)

延髄に在る運動神經核の發育不全にして往々家族的に來たり、最多きは外眼筋特に外轉神經、稀には舌下神經が侵され、偏側或は兩側の眼瞼下垂、眼球外轉不能等あり、而して奇異なるは複視は之なきを例とし、且つ一側の眼瞼下垂には同側の肩が舉上し、又口を動かす時は上眼瞼が共同的に舉上す。但し其麻痺は果して核缺損の爲めなるか、或は分娩時外傷等に因する後天性神經麻痺なるか、或は又筋發育不全に由來するかを鑑別すること至難にして、唯だ症狀の固定して變化せざるを特徴とし、且つ他の畸形即ち胸筋缺損、手指融合等をも合併するを例とす。

ウワリオート氏下唇片側拘攣 屢見る所にして、發聲時に一側の口角下降して同側の口唇外方に向ふ、遺傳を多しとす。恐らく茲に類屬するものならんと云ふ。

11. 先天性筋缺損 Myoagenesie

スブレンゲル氏異形 Difformität 最多く實驗せらる、乃ち大及小胸筋と肩胛及上肢骨格の發育不足を謂ふ。多くは他の畸形を伴ふ。

12. 先天性筋無緊張症 Amyotonia congenita (オツベンハイム氏病)

本體不明なり、或は筋及前角細胞の發育遲延となし、或は母の妊娠中に物質代謝にて生ずる毒素の中毒なりとなし、或は胎生時の脊髄前角炎に歸し、或は時に家族的に發生するを以て遺傳的變性的内因に歸し、或は甲状腺或は爾他の内分泌腺障礙、或は分娩中一過性の血行閉止に因する脊髄傷害なりと主張せらる。

症候 **オツベンハイム氏**に據れば先天的に四肢、就中下肢筋の一樣なる兩側對等の弛緩と自發的運動の微弱或は缺如ありて、關節は過度に伸展すべく、膝蓋反射は消失し、知覺は侵されず。電氣的興奮性は量的に減ずるも

變性反應は認めず。又上肢は鉤狀、手指は 鰭狀を呈し、智識は多少遲滯す、而して項部、顔面、舌、胸及腹筋、横隔膜等には殆ど異變を來たさず。経過は慢性にして輕快乃至治癒に赴くことあるも、多くは生後一年内に併發病にて死すと云ふ。蓋し鑑別最困難なるは後章ウエルトニヒ、ホフマン兩氏の脊髓性筋萎縮にして、其の進行性なると、電氣的に變性反應及纖維性痙攣あると、多く家族的疾患なるとの差あり。然ども亦兩症一元説を唱ふる者あり。其他無起立性腦性麻痺は常に白癡を伴ひ、佝僂病性筋無緊張症は先天性ならざるに注意すべし。

療法 全身の強壯を謀り、局所に電氣及按摩療法を行ふ。又 4—10%葡萄糖液を毎週2回、10—20 立方糶づつ筋肉内に注射して有効なりとし、或はチレオイデン、或は腦下垂體製劑を賞用する者あり。

II 腦血行障礙

1. 腦貧血及充血

獨立して來ることは小兒に稀なり、只だ精神及血管運動神經の過敏なる年長兒には腦貧血にて屢失神發作を起すことあり。又慢性腦充血は便秘、酒精中毒、石油燈下の作業等にて來たることあるも、其原因を去れば直に治す。

附錄 腦振盪 *Commotio cerebri*

本病は幼兒に比較的稀にして、腦質に於ける分子の外傷に因る移動或は變化にて意識消失、失語症、嘔吐、脈搏緩徐、尿閉等を起し、總て當時の事變を記憶せず。但し腦出血、腦底骨折等と誤るも此等には外傷と意識消失との間に多少の時日を隔て、且つ一局部或は半身の麻痺を起すの差あり。豫後は多く全良、頭部に氷嚢を貼し、尿尿の排泄を謀る可し。

2. 腦膜及腦出血

腦膜出血は主として分娩時の外傷にて靜脈出血を起し、或は梅毒兒或は年長兒には時に外傷にて中央腦膜動脈の出血あることあり。多くは急性に

昏睡或は嗜眠、限局性痙攣或は偏側麻痺と共に腦膜刺戟症としてケルニヒ氏症及ブルヂンスキー氏項現象、硬項等あるも、稀には慢性にして結核性腦膜炎と類似し、或は外傷の數日後に所謂遲發腦出血を起すことあり。熱は無きを例となすも、時には高き吸收熱あり、又蜘蛛膜下出血なれば腰椎穿刺液は血色を帶ぶ。

腦出血は分娩時の外傷を主とし、年長兒には外傷の外に、多く百日咳、出血病、白血病、痛風性心内膜炎、慢性腎炎、日射病等に來たり、突然に嘔吐、昏睡、痙攣、失語症、搖蕩、接合性視線轉向等の運動性刺戟症あり。而して前後二症は幸に治に就けば幼兒拘攣性偏癱及爾他の腦性麻痺を貽す。

3. 腦血栓及腦靜脈竇血塞

血栓は前 2 章より多く認められ、中毒性血管病、心栓塞を主原因となし、傳染病、就中デフテリ及猩紅熱等に來たり。腦出血と同症候を呈し、多くは腦性小兒偏側麻痺を残すか、或は全治す。蓋し其好發部は腦幹神經節、内囊及大脳外被を領するジイルウイ氏窩動脈領にして、若し兩側に來たれば假性球麻痺症を起す。而して一般に腦出血と腦炎との鑑別至難にして、只だ心瓣膜病或は心内膜炎あれば本病を疑ふ可きのみ。

血塞は幼兒の危篤なる肺炎、麻疹、猩紅熱等の経過中に、靜脈竇栓塞 *Sinusthrombose* 或は栓塞靜脈炎 *Thrombophlebitis* として來たること稀ならず。是れ血行が緩徐となり、而して患兒は常に仰臥位なるが故なり。其症候は精神朦朧たる以外に腦症欲如し、生前に診斷すること困難なり。然ども耳性栓塞靜脈炎に於ては中耳炎の症候輕快せる後に、惡寒、發熱等の敗血性徵候ありて腦膜炎を起し、且つ病側の耳と眼の周邊が著しく腫張し、眼瞼は全く開く能はざるに至るものなり。

療法 安靜を命し、頭部を高くして氷嚢を置き、強心劑と共に臭素劑、抱水クロラル等と與へ、而して腰椎穿刺は慎重に行ふ可く却て害ある例あり。又耳性栓塞には速に外科的處置にて靜脈を切開し栓塞を除去す。

III 腦膜炎 (醫學博士生地憲原著)

A 軟腦膜疾患

1. 結核性腦膜炎或は軟腦膜炎 *Leptomeningitis tuberculosa*

原因、本病は殆ど常に原發ならずして、結核菌が淋巴腺、肺、骨及泌尿器の結核病竈より血道に侵入して粟粒結核を起し、其隨伴症として來たるなり。而して新鮮なる原發症群に續發すること最多く、特に大なる結節性淋巴腺結核を有する者が危険なりと云ふ。其誘因として舊時傳染病、就中麻疹及百日咳が挙げられ、其患者の血中には結核に對する抗體減少し、隨てツベルクリン反應消失すと信せられたるも、今日之を否とする者少なからず。其他關節或は淋巴腺結核の手術、頭部外傷、精神感動、營養障礙等を數へらるるも皆確證なし。又年齢は6ヶ月乳兒に初まり、第2年に最多く、學齡以後は減し。季節は2—5月に最多く秋季に稀なり。但し男女、營養狀態、體質等には關係なし。

病理解剖 舊時は軟腦膜上に血管壁の紡錘形腫脹にて生ずる無數の灰白色粟粒大の結節が本病の特徴とせるも、全く飲如すること稀ならず、只慢性症には多く存して殊に腦溝に顯著なり。然ども本病の本體は脈絡叢の變化にありて病機は茲に初まり主なる結核菌排出所となり、菌は腦脊髄液中を傳はり蜘蛛網膜下腔に達し、先づ基底溜池 *Zysterne* 中に繁殖してジルヴィ氏溝と腦穹窿に及ぶ。故に本病を腦底腦膜炎 *Basilar meningitis* と稱す。而して軟腦膜は一般に充血、浮腫、濁濁し、腦廻轉は稍や膨大して扁平となり、蜘蛛網膜下腔には粘稠なる帶黄灰色の纖維素性漿液乃至濃液を充滿し、脈絡叢に於ても血管は充血、擴張して粘稠性を帶び、腦室は皆擴大して腦室上皮は顆粒性炎 *Ependymitis granularis* を呈す。但し滲出液中には白血球、就中初期に小淋巴球、末期には大淋巴球多く、殊に慢性に於て然りとす。

症候 教科書型の経過は3期に區別せられ 1. 腦刺戟期。主として精神領域に於て現はれ、小兒は特に嗅及聽覺に敏感となり、啼泣、驚愕し易く日常の如く嬉戯せず、憂鬱、嗜眠、倦怠の狀あり。年長の小兒には睡眠中に悪夢を結びて言語を發し、或は切齒し、頭痛、眩暈等を訴へ、食慾減退し大便は秘結す。注意して檢温すれば多く不定型の輕熱を證す。時として此期に於て強き腹痛と共に嘔吐を發し、營養障礙或は虫様突起炎と誤診せらるる例あり。

2. 腦壓亢進期。此期に於ては嘔吐必發し、所謂腦性嘔吐にして惡心、乃至暖氣の先驅なくして來たり、頭痛は愈激烈となる、且つ知覺神經の刺戟症狀として、皮膚及視聽の感觸に對し過敏となり、皮膚に觸るれば疼痛を訴へ、羞明の爲めに小兒は室隅を出でず、又運動神經の刺戟症狀として種々の自發性運動をなし、睡眠中には哺乳様口唇運動、切齒、軋齒、夜驚等あり、醒覺時には鼻孔を撥掘し、頭髮或は口唇を撮摘し、或は空中を攫把し、或は屢呻吟或は欠伸し、或は俄然絹を裂くか如き叫聲即ち腦水腫性喚叫 *Cri hydrocephalique* を放ち、或は口角を一側に索引し或は瞬目運動をなす。而して軀幹及四肢に於ては筋硬直の爲めに他動的運動に抵抗あり、特に項部に著しく、仰臥すれば後屈して頭部を深く枕に没し、側臥位なれば暗所に向ひ獵犬姿勢を爲し、腹筋にも硬直あたりて腹部は陥没し舟狀腹 *Kahnbauch* を呈し、腱反射は亢進して多くブルヂンスキー、ケルニツヒ及ババンスキー現象を認め、且つ早期にビンダー氏肩現象ありて一側の肩に向ひ強く頭を廻轉すれば他側の肩は上前方に動くこと云ふ。其他屢眼球震盪、四肢の限局性或は全身の痙攣を發す。血管運動障礙として一時性の斑狀紅斑即ち腦性斑點 *Taches cerebrales*。或は皮膚の搔擦に由る赤線即ちトルツソー氏現象等あり。意識は興奮より漸次無慾狀態となり、嗜眠に陥り譫語を放つ。熱は38—39度ありて熱型は全く不規則なるか、或は腸チフスに見る如く稽留す、時としては熱を飲如し或は常溫以下に降ることあり。脈は屢不正、多くは腦壓の爲に緩徐となり、1分間50—60を算す、末期に

は呼吸も亦漸次不規則となり、嘔吐は止み、強く便秘するを常とす。

3. 麻痺期。麻痺は初め多く一側の脳神経領に於て認む、乃ち眼筋麻痺にて斜視及眼瞼下垂、顔面神経麻痺にて鬼眼を來たし、四肢の麻痺は筋硬直の爲めに蔽はるるを常とするも、往々明かに偏癱を見る。而して昏睡は愈進み、叫喚、轉輾、譫語等は減じ、大小便失禁し、瞳孔は散大して光線に對し反應せず、或は呼吸に隨ひて其大小變化し所謂瞳孔呼吸あり、皮膚及腱反射機は減弱乃至缺如し、四肢も全く弛緩するに至る。脈搏は迷走神経麻痺の爲めに著しく頻數し、1分間150—200を算し、體温は一定せずして或は高熱、或は甚しく下降し、呼吸は早期徴候として理由なき長大息、或は獵犬呼吸、或は連続的大呼吸等ありて、末期には此等の呼吸型が相混じり、淺表にして不整、屢ビオート氏或はシエーンストーク型を認む。之は呼吸中樞の刺戟或は麻痺に由來す。而して臨終には呼吸が先づ止み、多少の時間を経て脈搏休む。又其一兩日前に脈と熱と相交叉するを死十字と稱す。

其他眼底検査にて視神経炎、鬱血乳頭、稀に網膜出血及脈絡膜結核を認め、又外聽道に於て後壁即ち迷走神経の耳枝分布部を指頭にて壓すれば激痛を感ず、所謂メンデル氏耳現象にして早期診断の一助となる。但しピルケー反應は初期に陽性なるも末期には陰性なりとする者あるも、皮内注射にては殆ど常に陽性なり。血液には著しき變化なく、唯だ白血球數に多少比較的の増加ありて赤血球の沈降速度は甚速なり、オクゼニウス氏は之を類症の鑑別資料とせり。

腦脊髄液壓は一般に上昇し、液は一見清澄なるが如きも、詳細に之を検すれば織埃様濁濁あり、3—4時間冷所に放置すれば蜘蛛網様の纖維素凝塊が現はる、蛋白含量は常に増加し、ノンネ・アベルト氏、パンデイ氏、野口氏等のグロブリン反應と、コロイド反應は陽性なり、且つ液中特に末期には著しく淋巴球の増加あり、糖含量は減ず、此二件は結核性腦膜炎に特異にして爾他の腦膜炎には然らざるを例とす。但し蜘蛛網様纖維素凝塊中には染色に依つて多くは結核菌を證明すべく、其他ホーン氏培養基上の検査法

等あれども時日を要して臨床上に用ひられず。

経過は2—4週間、稀に月餘に及ぶことあり。近時は腦描寫法に據り、臨床上の症狀を認むる2—9ヶ月以前に腦室擴大、即ち内腦水腫ありと爲す者あり。又豫後は絶対に不良なるも、エツクスタイン氏は硬項、皮膚描寫症、精神恍惚、腦脊髄液中に細胞増加、蜘蛛網狀物及結核菌を證明せるに、4週後下熱し、後4週にして全治せる例を挙げ、孤立結核即ち限局性腦膜炎なりとせり。其他経過に據り嗜眠型、腹型、全身痙攣型等に區別する者あり。

診断 中毒性營養障碍の外に、チフスと誤まる、乃ち脾肥大あり、只だ稍や硬く、且つ蕁麻疹はツベルクリドと相似たり、此際にはX光線にて肺に粟粒結核を検し、且つ腰椎穿刺を行ふべく。又腦炎就中種痘腦炎に於ては重き興奮症ありて直に昏睡に陥り本病と誤ることあり。從來報告せられたる本病の治癒例は實は此腦炎なりしならんと云ふ、脊髄液と病歴とを精査す可し。但し實際に當り炎症が腦膜より腦質に及び、結核性腦膜炎となることあり。其他種々の腦膜炎とは脊髄液の所見に由り鑑別し、而して偏頭痛には強き羞明、嘔吐、頭痛等あるも硬項等は缺如するの差ありとす。

療法 全く症候的にして頭痛にピラミドン・アスピリン等の内用及腰椎穿刺、痙攣には抱水クロラール注腸、ルミナル曹達0.1—0.2の皮下注射、其他は昏睡期に消息子營養或は滋養灌腸等にて近親者の慰安 Solaminis causa を謀り、且つ眼瞼閉ぢざれば硼酸水濕布を貼す。近時セルテル氏は一幼兒にツベルクリン0.02—0.1 珪を腰椎内に注射し治効を收めたるも、亦注射後に急死の例ありと爲せり。

2. 流行性腦脊髄膜炎 (傳染病篇記載)

附記 腦底後部腦膜炎

本症はゲー及バルロー氏の記載したるものにして一獨立病となす者あり、或は流行性腦脊髄膜炎の遷延型となす者あり、其占居部は腦底のマーゲ

ンチ氏孔附近にして、其結果は孔口癒着し閉鎖性脳水腫を起し、強度の項筋硬直と角弓反張と頑固の嘔吐等あるを特徴とし、脈搏の緩徐不正、脳神経の障碍等は稀にして、發熱は欲如すること多く、或は一時の發熱、痙攣、嘔吐、意識障碍等の症候を以て急性に發することあるも、多くは結核性腦膜炎と同じく徐々に來たり、鬱血乳頭は毎常存することなく、而して驚異すべきは極度の瘦瘠にして恐らく脳水腫の爲に營養中樞の侵さるゝ結果ならんと云ふ。又回復期には精神障碍、反響語、不潔、尿食等あり。

経過は5週乃至4ヶ月にして豫後は多く不良、只だ極稀には精神及智識の異常、麻痺、失明、耳聾を残して治す。

療法 流行性腦脊髄炎章下参照。

3. 化膿性腦膜炎 Meningitis purulenta

原因 多くは肺炎球菌にして、稀に連鎖状球菌、葡萄状球菌、フリードレンデル氏肺炎菌、極稀に大腸菌、緑膿菌、インフルエンザ・チフス及パラチフス菌、淋菌等なり。其他病原の未確定なる流行性耳下腺炎、水痘等に續發し、最多く乳兒を侵し、其中耳炎より化膿菌が迷路及岩鱗破裂を傳はり、或は傳染性竇靜脈炎より直接傳播性に腦に來たる。或は腸チフス、インフルエンザ、肺炎及肋膜炎等にて轉移性に發病することあり。

病理解剖 初期には蜘蛛膜組織に著しき充血及漿液滲出あり、後速かに帶黄色の粘稠濃厚なる漿液膿性、纖維素性膿性若くは純膿性となり、腦穹窿 Schädelkarotte の腦溝より初まり、重症に於ては腦底をも侵し腦全部に蔓延し、時には長時日間内に限局して所謂蜘蛛膜膿瘍を成形することあり、或は脈絡膜、腦室被膜及腦實質に及び急性化膿性腦膜炎を起すことあり。蓋し細菌は血管の淋巴鞘に充滿して血管腔内には多く認めず、故に恐く其傳播は淋巴道に依るならん。

症候 乳兒特に新生兒に於ては経過急激にして數時間後に死亡し、年長兒には惡寒戰慄を以て發熱し、激しき頭痛を伴ひ、特に耳性腦膜炎の際には、頭痛は初め患側に限局し、頭部運動にて強烈となり、食慾全く不振、

嘔吐、惡心及便秘あり、睡眠は初め障碍せらるゝも後には嗜眠狀となる、時に帶状匍行疹を併發することあり、熱は多く40度内外に稽留し、屢一時性に平温乃至以下に下降す。其他鬱血乳頭は腦膿瘍、靜脈竇血塞等の合併する時に來たり、大顛門は常に著しく膨隆緊張し、項部硬直ば多少存するも、流行性腦膜炎の如く顯著ならずとす。

刺戟症候として真正或はジャクソン氏癲癇様の痙攣あり、殊に乳兒には其發作頻發し、或は個々筋群の搖擗あり、而して腹部は舟狀に陥没し、ケルニツヒ氏症候を證明す、又知覺神經刺戟症候としては羞明、音響に對する驚愕、皮膚の知覺及痛覺過敏等あり。

麻痺症候として眼筋及顔面神經麻痺、偏癱、膀胱及直腸障碍を起し、終には腱反射減弱或は消失し、瞳孔は光線反應遲鈍或は其縮小或は左右不同症を來たし、興奮及昏睡狀態が交錯して遂に昏睡に陥る。血液には中性嗜好性白血球、血小板及纖維素増し、エオジン嗜好性細胞減じ、且つ病原菌を認むる例あり。腦脊髄液には多核白血球増し、蛋白含量多く、帶黄色に混濁し、病原菌を染色すること比較的容易なり。

経過 多くは2—6日にして死し、稀に肺炎球菌性は腦底腦膜炎の症候を呈して経過遷延し、治癒することもあり、又耳下腺炎腦膜炎は脊髄中に淋巴球多く豫後良なり、之に反し葡萄状球菌及連鎖状球菌性は病竈擴大の傾向を有して多く死に歸し、大腸菌、インフルエンザ菌等に由るものも然りとす。

療法 小兒の中耳疾患、就中迷路化膿症は屢本病を誘起するを以て、豫防として直に根治手術を要す、口腔及咽頭の衛生も亦忽にすべからず、而して既に發病すれば光線及音響の刺戟を避け、便通及營養法に注意し、頭部に氷嚢を貼し、項部に灰白軟膏、クレーデ氏銀軟膏等を塗擦し、或は水蛭貼用、腰椎穿刺等も亦試むべく、近時腦脊髄腔洗滌を充分にする爲に腰椎穿刺にて空氣を送入し、氣泡と共に液を排出する液吹出法 Liquorausblasung あれども虚脱を起す憂あり。

藥劑には激烈なる刺戟症狀あれば抱水クロラル、ウレタン等を内用或は注腸し、兼て沃度曹達、ウトロピン等を與へ、又肺炎球菌性には0.5—1.0%オプトヒン半乃至1立方糶、或は肺炎菌血清20—30、時に80立方糶の腰髓注射。葡萄狀球菌腦膜炎には10立方糶エレクトラルゴール或は自家ワクチンの注射。連鎖狀球菌腦膜炎には其血清の大量即ち150—200立方糶を筋内、同時に其適宜量を腰髓及靜脈内に注射せらる。但し血清の腰椎注射は豫め脊髓液20—30立方糶を排出し、血清を微温にして徐々に注入す、若し癒着等にて腰椎穿刺不可能なれば腦室或は小腦延髓間腔に穿刺し、又液の流出不十分なれば腦髓描寫と同方法に依り空氣を送入して空氣と共に液を吹出せしむ、而して注射は少なくとも隔日に行ひ血清病の發する迄持續し、常に筋内及靜脈内注射を併行す、然ども過敏症を起こすことあるを以て注意す可し。

4. 急性漿液性腦膜炎 Meningitis serosa

本病名は1893年クインケ氏記載し、1894年ツブレー氏は腦膜炎 Méningis m^e 1919年グレエル氏は腦膜腦炎症と稱し、病原及解剖上に一定の所見なく、臨床上に只だ硬項、頭痛及嘔吐のみの輕症あり、或は重症の腦膜炎症を呈することあり。

病理解剖 初期には軟腦膜が汎發性或は限局性に腫脹し、蜘蛛膜血管は充實して之を切開すれば透明の漿液を洩すを特徴とす、所謂外腦水腫 Hydrocephalus externus なり。病勢進行すれば軟腦膜は乳様に濁濁し、蜘蛛膜腔内皮細胞増殖し、同時に蜘蛛膜腔の液は濁濁して粘稠度を増す、而して此等の病變は比較的小部分に限局せらるることあり、限局性漿液性腦膜炎と稱せられ、外傷に因するもの特に然り。又腦室脈絡叢を侵し腦室液増加することあり所謂急性内腦水腫なり。

原因 エツクスタイン氏は病原に據り次の數種に區別せり。

a、外傷性漿液性腦膜炎或は腦水腫 輕き頭損傷或は顛倒の直後、或は1—2日後に頭痛、嘔吐及硬項等の腦膜刺戟症狀あり、此際腰椎穿刺を行へ

ば其壓高きも液は正常なり、而して數回穿刺後に治癒するを例となす。

b、滲漏性腦膜炎 啼泣、努責或はクエツケンステツト氏現象即ち頸靜脈壓迫に由り腦壓亢進するは一過性にして意義なきも、慢性腦壓亢進、例せば縱隔竇腫瘍、右上葉肺炎、兩側の大なる頸腺腫等の爲に上行大靜脈の壓迫に由り鬱血を起し、淋巴の流通を妨けて腦脊髓液の流出充分ならず、遂に本病を起すなり。腰椎穿刺にて少なくとも一時は輕快す。

c、急性腦水腫 腦液の産出機關、即ち主として脈絡膜叢の分泌過多に因する漿液性腦膜炎なり、故に其摘出或はX光線射照は治効を奏すと云ふ。

d、閉塞腦水腫 Okkulsionshydrozephalus 腦液の吸収不足に因するなり、多くは内腦水腫にして延髓附近の癒着、橋角の腫瘍等に來たる、稀に腦膜癒着、腫瘍壓迫等にて外腦水腫をも發す。

e、眞空に因する腦水腫 Hydrozephalus evacus 腦性麻痺等の後に腦質破損し其空虛を満たす爲に内乃至外腦水腫を起すなり。

f、中毒性漿液性腦膜炎 大腸菌性膀胱炎、傳染病就中チフス、尿毒症等に起る、又平井氏の鉛中毒も漿液性腦膜炎の特種病型として茲に記載し、其他蛔虫にて意識朦朧、左顔面神經麻痺及舌下神經不全麻痺を起せし例を挙げり。

g、隨伴性 Konkomitirende 漿液性腦膜炎 乳兒に於ては中耳炎、乳嚙突起炎、靜脈竇栓塞、膠質腫等に伴ふ。

h、初期的漿液性腦膜炎 結核菌、腦膜球菌、肺炎球菌、連鎖狀及葡萄狀球菌の傳染に因する腦膜炎の初期に來たり、腦脊髓液は其壓高く、其細胞増加は皆無なるか或は僅微にして、病原菌も培養に依り辛ふじて證明するか、或は死後に發見せらる。而して病勢進めば眞の結核性或は化膿性腦膜炎に移行す。

急性傳染性或は流行性漿液性腦膜炎 近時無菌性腦膜炎 aseptische Meningitis となし、或は脊髓前角炎の破格型となし、或は散在性腦膜炎とな

す者あり。

症候 頭痛及發熱を以て初まり、嘔吐、項部硬直、脈博緩徐、意識障礙、譫語等あるも皆顯著ならず、痙攣は強直或は間代性にして半側或は全身に來たり、屢知覺及痛覺過敏、脊柱及肋間痛あり、眼底は早期に乳頭充血し後には鬱血乳頭を認め視力障礙を起し、腱反射は多くは亢進し、稀に減弱或は消失す、腦脊髄液は水様透明にして壓高く、細胞含有少なく、蛋白含量多く、**ノンネ・アベルト** 反應弱陽性、長時間放置すれば蜘蛛網を成形す。

経過 比較的輕易にして數週間内に治癒することあるも亦聽及視神經萎縮、癲癇、精神障碍等を後胎し、稀には高熱、痙攣、昏睡にて數時間乃至數日後に斃るゝ乳兒あり、悪性型或は漿液性中風 *Apoplexia serosa* と稱せらる。

療法 流動食餌を與へ、絶對的安靜を命じ、室内を暗くして外來の刺激を避け、頭部に氷嚢を貼し項部に灰白軟膏を塗擦し、沃度曹達を内用し、腦壓亢進に對して數回腰髄穿刺を行ふべし。其他疑はしき際には驅梅療法を試むるを要す。

5. 慢性漿液性腦膜炎

多く遺傳梅毒の乳兒に來たり或は急性症より移行す。

症候 顛門閉鎖は遅延し頭圍は増加し、其他病變の占位部に隨ひ腦下垂體に在れば脂肪過多及生殖器萎縮、視神經に在れば視力障礙、小腦に在れば歩行蹣跚、跳舞症等を起し、経過一張一弛し、屢發作性に腦壓亢進症を反覆す。

梅毒性は特に梅毒性軟腦膜炎 *Leptomeningitis syphilitica* と稱し先天性梅毒の發疹期に來たり、幼兒は興奮状態となり、時に眼筋麻痺を起し、續いて顛門膨隆し腦水腫を發し、腦脊髄液は透明にして蛋白及細胞は多少増加し、腦描寫法にては内及外腦水腫を認むるも著しく大とならず。又病理解剖上に**ゴム腫性腦膜炎**と慢性纖維性腦膜炎とを區別せらるゝも、臨

床上一般に稀有にして、前者は第5—9年の遺傳梅毒兒に來たり、好んで腦脊髄を侵し癲癇様發作を起し、後者は胎生兒に來たりて先天性白癩多し。共に腦脊髄液に**ワツセルマン**反應を認め、時に螺旋狀菌を證明することあり。

療法 灰白軟膏塗擦及**ヨード**内用を試む可く、其奏効如何に據り豫後定まる。

B 硬腦膜疾患

1. 外硬腦膜炎 *Pachymeningitis externa* 或は硬腦膜

外膿瘍 *extradural Abscess*

外硬腦膜炎には屢硬腦膜と頭蓋骨との慢性廣汎性纖維性癒着ありて、且つ慢性腦膜炎及腦膜腦炎を合併す。乳兒に稀にして年長兒に來たれば大人と同症あり。主として限局性頭痛あるも必ずしも病竈と一致せず、若し之が後頭窩に在れば乳嘴突起の後方に疼痛あり。多くは乳嘴突起炎、外傷等に原因し、稀に頭蓋骨の結核に續發す。若し病竈大なれば漿液性腦膜炎を伴ひて鬱血乳頭及斜視を起す。

2. 化膿性硬軟腦膜炎 *Pachyleptomeningitis*

或は硬腦膜下膿瘍 *Subduralabscess*

原因 化膿性中耳炎に續發するもの最多く、其他結核性骨疽、鼻及副鼻竇化膿性に前額竇蓄膿症等に續發し、又頭蓋外傷に因することあり。

症候 限局性の膿瘍なれば、顛顛部より頭蓋頂に放散する頭痛を訴ふるのみのことあり、或は全腦膜炎の化膿性炎症となれば、重症の腦症狀即ち嘔吐、脈博緩徐、痙攣或は昏睡等を起す。

合併症として、頭蓋骨膜下或は、頭蓋皮下膿瘍、乳嘴突起炎、頸部蜂窩織炎等を見ることあり。

療法 外科的手術を行へば幸にして治癒することあり。

3. 出血性内硬腦膜炎

硬腦膜内面に赤褐色の附着物、或は血管に富み出血ある結締織膜、或は血腫を生ずるなり。其原因及所在に據りて次の2症に區別す、

外傷型 分娩時の外傷に因し、多くは後頭蓋窩に来る所の硬脳膜内面血腫にして、臨床上に特異症状なく、若し出血が軟脳膜乃至脳質にも存すれば脳脊髄液に血液を認むるも必然ならず。

原發型 4—8ヶ月の乳兒に來たり、前者に反し、前及中頭蓋窩に多く、主として血管の非炎症性か或は炎症性變化を認め、又囊腫を生ずることありて左右對等なるを例とす。其原因は全く不明にして、或は出血性素質、或は一定の傳染性疾患、例へば梅毒、**チフテリー**或は百日咳毒素等に歸せらるゝも確實ならず。

症候 急性は發熱、痙攣、項部強直等ありて化膿性腦膜炎に類似し、數日後に一時輕快して再發し、或は稀に治癒することあり。而して脳脊髄液及囊腫内容は無菌なり。

慢性症は不定の症状を以て初まり、漸次頭圍の増加を來して腦水腫症状即ち反射機亢進、拘攣、頭痛、嘔吐、緩徐脈等あり。又網膜、水晶體等に出血を起し且つ鬱血乳頭、視神經炎等を作ふことあり、或は眼筋其他の顔面神經頷に麻痺を起すの例あり。

診斷 脳脊髄液の検査最必要にして、其壓多少は高きも、穿刺後に液の排泄少く、顱門の膨隆も低下せず、而して其液中には、新鮮の時には赤血球を混じ、靜置すれば血球沈澱して上層は黄色を帯び纖維素を凝結す。

療法 頭部の氷嚢貼布、下劑の内用、腦壓亢進に對しては腰髄穿刺を行ひ、又梅毒の有無に關せず驅梅毒療法を行ひて効あることあり。其他**ゲラチン**を注射せらる。

IV 腦水腫

頭蓋内に非炎症性の脳脊髄液が多量に滯溜せる状態を謂ひ、次の3種に區別せらる。

1. 外腦水腫 Hydrocephalus externus

硬脳膜と軟脳膜との間に液の滯溜するものにして、特に分娩時の外傷に

因する前章出血性硬脳膜炎後に來り、或は腦の發育停止若くは萎縮等にて頭蓋と腦質との間に空隙を生ずる際に起るなり。

2. 内腦水腫 Hydrocephalus internus

常に慢性症にして脳脊髄液の主として脳室内に多量に滯溜するを謂ふ。

原因 後天性は多く前章各種漿液性腦膜炎特に腦球菌性腦膜炎に最も續發し、一部は腦腫瘍等の壓迫にて**シルヴィ氏導水管**、**マーゲンチー氏孔**、**モンロー氏孔**、**ルシユカ氏散在孔**等の狹窄乃至閉塞を起し、且つ**ガレン氏大靜脈**の鬱血性壓迫も加はりて、所謂鬱滯性腦水腫を來たすなり。然ども亦斯の如き機械的説明の當らずして、或は液吸收の減退か或は其分泌の強盛に由り來るものと考へざる可らざることあり。而して此最後の例に於ては病原の果して脳室壁組織に在るか、或は其脈絡組織に在るか、或は又他に在るか、今日尙ほ疑問に屬す。

先天性には兩親の酒精中毒、遺傳梅毒等が其原因とせられ、多く他の畸形即ち脊髄破裂、兔唇、塊足、跨關節脫臼、皮膚白斑症、副腎髓質の發育不全等を合併す。而して多く頭圍は普通或は稍や小にして所謂小頭腦水腫 *Hydromikrocephalie* なることあり。若し暗室に於て赤色光線を通し其頭蓋を透見すれば其水腫を診定するを得、**ストラスブルゲル氏透視法** *Transparentprobe* なり。其他遺傳梅毒には**ワツセルマン氏反應**を検し、腫瘍に續發するものは腦描寫法を行ふ。

病理解剖 腦室は皆相對的に擴大あり、特に側室に著しく、稀に偏側のことあり。其滯溜液は4分の1乃至2分の1立、最大量12立を算することあり。且つ其壓迫の爲に、腦半球、基底神經節等が皆萎縮して扁平且つ菲薄となり、時として膜様に變ずることあり。又頭蓋骨も菲薄となり、顱門及縫合哆開して頭圍著しく増加し、脊髄にも中心管荒廢して稜錐體道變性す。而して後天性及先天性共に腦室上皮は顆粒性炎症を呈するも、其他の變化は前述の如く先天性には顯著ならずして、各種の畸形を作ふを特徴となす。

症候 多くは第1—2年に始まり、或は胎児にて大頭蓋を有し分娩困難なることあり、或は初めは健康児にして漸次に發病することあり、或は流行性或は漿液性腦膜炎、肺炎、中耳炎、扁桃腺切除後、百日咳等に續發することあり。早晚頭圍は著しく大となりて 60—70 厘を算し、額頭部及鼻根部に靜脈怒張し、圓形に膨大せる頭部に比し顔面著しく小にして洋梨状を呈し、氣球頭 *Ballonschädel* と稱す。而して各額門及縫合は極度に哆開して廣溝を生じ、仰臥を常習とする小兒には後頭扁平となり、眼球は輻合して下方に壓迫せられ、反應多少遲頓となり、且つ散大せる瞳孔は半ば下眼瞼に没し、上部鞏膜の大部は露出し、水平動の眼球震盪症あり、多くは視神經萎縮を作ふ。其他四肢の拘攣、震顫、失調運動、**モーロー氏抱擁反射**（身體動搖、上腿筋壓迫等の際に上肢が抱擁状となる）、**マクヌス・ツ・クレイン氏信號反射** *Stellreflex*（拳を握りて上肢を垂直に舉上す）、臍反射の亢進等あり、全身痙攣は乳兒には多く來たるも必發的ならず。又腦膜炎後の病例には項部強直、角弓反張等ありとす。

精神機能は多く侵されて低能若くは白癡なるを例とし、**ウイス氏**は本病兒41名中に僅に5名が入學可能なりとし、稀には普通以上に發育佳良なる者あり、概して溫和且つ親昵の性質にして、言語及歩行は甚遅延して拘攣性歩調を認め、且つ運動の際に啼泣する者あり。

身體發育は人乳營養兒なれば概して佳良にして、時々或は週期的に嘔吐頻發することあるも、平素は食慾一般に佳良なり、生齒は多く遲滯す。

腦脊髄液は水様透明、時には黄色或は綠色を帶び、0.1%以下の蛋白及少數の細胞を含む。而して壓は病勢進行時には水銀柱 20 耗以上を算するも、腦室と蜘蛛膜下腔との交通に障礙なければ甚しく高まらず、額門の膨隆も亦著しからず。但し穿刺液量は時に 250 立方厘を越へ、其補充も驚く可く急速なることあり。

經過は一時病勢停止し、或は自然に治癒することあるも、多くは身體及精神の發育障礙を後胎し、而して合併症たる腦膜炎、後頭部蜂窩織炎、營

養障礙或は褥瘡に由り斃る。

年長兒の慢性腦水腫は既に額門及縫合の閉鎖せる後なれば、前述の諸症と稍や異りて頭圍の増加著しからず、或は多少頭蓋の幅徑が長徑に比し大となるのみ、之に反し腦壓迫症候は甚強く、腦底腦腫瘍或は漿液性腦膜炎の症候を呈し、特に視力及歩行障礙を以て初まり、頭痛強く、嘔吐、遲脈、眩暈、震顫等著しく、又癲癇様發作を起すことあり。其原因は多く外傷にして、腰椎穿刺にて治するを常とす。

診斷 米醫**ダンチー氏**等は中性**フェノールズルフォンタレーン**液を腦室、大腦池或は腰髄に注射し、其色素の相互に移行するを檢して、閉塞性 *obstructivus* と交通性 *communicans* 腦水腫を區別せるも、其液は刺戟多くして弘く用ひられず。之に反し**フェルステル氏**法即ち 1% 沃度曹達液 2 立方厘の注射は 3—5—15 分後に相移行して無刺戟なり。又後頭骨下穿刺にて空氣を送入して X 光線採影を行ふ等の診斷法が著しく精密となれるも實地醫家には未だ行はれ難し。

腦腫瘍と本病との類症鑑別は、若し第 1 年兒にして早期に視神經炎或は其萎縮あれば腦腫瘍と考ふべく、腦膜炎とは腦髄液中に多量の蛋白と纖維素、細胞、細菌等の檢證にて判別すべく、又佝僂病は頭蓋方形にして球形ならず、頭圍擴大並に額門緊張及哆開も亦甚強度ならず、然ども本病と合併すること稀ならざるを以て、其中間症に迷ふの例少からず、此際には病勢一定度に停止するものなれば佝僂病性腦水腫なりと推定すべし。

療法 梅毒及腦膜炎後に來たるものは治癒することあり。驅梅毒と共に 3—6 週間毎に 1 回 20—30 立方厘づゝ腰髄穿刺を行ひ、30—50 回に及ぶべし。而して穿刺後に絆創膏或は**ゴム**帶等にて頭部を巻き之を壓抵すれば、原發性交通性腦水腫に屢効あり。

腦室穿刺は額門の開ける者には容易にして、特に閉塞性に行はる、只だ注意すべきは靜脈竇を傷けざる爲に、正中線を避くる約 2 厘即ち大額門の前及側截痕の中央にて前骨縁に沿ひ針を入るべく、深さは 3—5 厘なり。又

後頭骨下穿刺は特に本病にては延髄及小脳底が腦池に壓出せらるゝことあるを以て之を傷くる危険あり。故に最慎重に針を後頭骨に沿ひ正中線に於て第1頸椎後頭間膜を貫きて小脳延髄腦池に入る可し。

内科的療法として甲状腺内服は効なく、**チウレチン**は試用す可く、滲透療法 Osmotherapie 或は脱水法 Dehydratisierung. 即ち高調の食鹽或は葡萄糖液を靜脈内に注射するは腦壓を一時著しく低減するも其効は永續せず、或は甘汞及硫黄の小量内用と食餌法にて治効を収めたる者あるも確實ならず。其他外科的に閉塞性には胼胝體穿刺法 Balkenstich. 交通性には後頭骨下或は直接腦室排水管挿入法等あれども著しき好果なし。又營養と看護、特に褥瘡及後頭蜂窩結核の豫防を注意し、按摩法及熱浴にて四肢運動を容易ならしめ、低能等に對しては治療教育を必要なりとす。

3. 腦水腫無腦症 Hydroanencephalie

腦質缺損と水腫との合併症にして、腦半球及中腦は囊様に變化し、頭蓋は小にして前述小頭腦水腫に外ならず。而して暗室に於ては頭蓋を通して燭光を透視し得べきは既説の如く、別に章を分つする必要なし。

附録 大頭腦 Megalencephalie 或は腦増殖症

Hirnhyperplasie od. Kephalone

腦質或は膠質細胞の増殖にして、臨床には症狀なく偶然解剖臺上に發見せらる、若し頭肥大が顱門閉鎖後に起れば痙攣、嗜眠、昏睡等の症狀あることあり。而して精神状態は才智優越か或は普通か或は低能なるか一定せず。

V 腦 炎 Encephalitis

1. ウイルヒヨウ氏先天性間質性腦炎

1865年同氏の始めて新生兒及數ヶ月乳兒の腦髓放射領域中に、脂肪顆粒細胞と多數の少なる細胞集簇とを見て、炎性病竈となし記載せる所なり。而して灰白質には變化なく、小脳及延髄の侵さるゝも除外例とす。其後**ヤス**

トロウイツ氏は第8—9月乳兒に於て髓鞘の未だ完成せざる迄は、其所見は殆ど生理的なりと考ふべく、只だ敗血性疾患或は外觀上生活虚弱の乳兒に於ては或は病的ならんとし。**フィンケルスタイン氏**等は生前に痙攣及爾他腦症を呈せし乳兒に斯る變化を認むるを例となすとし。或は其炎性症に非らずして變性症なりと爲し、或は分娩時外傷に因する軟化病變なりと爲す等、今日尙ほ鬭論盛なり。

附録 所謂腦膜炎

明治34年、弘田及伊東兩氏の命名せる腦膜炎様症狀を發する一種の人乳營養兒疾患にして、其臨床的所見と從來唱へられたる原因説とは概して腸性中毒症に類し、而して腦組織の變化は本症に似たるを以て茲に附記せり。

原因 腸性中毒症に於けると殆ど同じく、大月、眞下、吉田氏等の説は體內傳染説に、臼杵氏の説は體外傳染説に類し、予は曩に中暑説を立つると共に川村氏の酸中毒説に賛せり。然るに大正12年平井氏は本病は總て直接の鉛中毒なりと唱へり。

要するに現時は3説あるが如し、乃ち第1説は一定量の鉛が體內に吸收せられて起る鉛腦炎なりとし、第2説は鉛携帯兒に體內石灰缺乏或は酸症を發して、鉛が血中に流入すれば始めて起る鉛腦炎なりとし。第3説は鉛貧血並に之に類似する貧血状態に在る乳兒に、輕微の傳染或は暑熱等の相加はりて中間物質代謝障礙を起し、其毒性産物の刺戟に由來する漿液性腦膜炎の類似症なりと爲すなり。

獨逸にては前述の如く、**エツケルト氏**は平井氏の報告に據り本病を漿液性腦膜炎の一特種型となし、**イブラヒム氏**(**フェール氏**兒科書1929年)は初め中毒性腦炎の章下に於て、鉛中毒にて眞の腦炎を起すやは未確定にして、日本の學者は鉛中毒にて漿液性腦膜炎の症狀を呈すとせりと記し。後(同書1934年)には**エツケルト氏**と同じく漿液性腦膜炎の章下に載せたり。又所謂腦膜炎にては酸性必發するものなるに、**ウウト氏**は總て癲癇様痙攣

は酸亞爾加里平衡の變調に關係するも、獨り鉛中毒にては必らずとせり。

病理解剖 本病の腦に於て河村氏は4例中3例に、磯部の見たる所の軟腦膜の水腫と蜘蛛膜下淋巴腔内の上皮細胞様細胞を主とする細胞浸潤とを、各例に於て前述**ウイルヒヨウ氏**先天性腦炎に酷似し、大久保氏の既に見たる如く、脂肪顆粒細胞が特に大腦表面の**グリヤ層**に散在し、且つ髓質中の血管壁周圍淋巴腔にも集團となり、又小腦の皮質及髓質にも多少は存するを認めたり。而して所謂腦膜炎の本體に就て、磯部氏は軟腦膜の所見と腦脊髓液の變化とに據り炎性症となし、之に反し大久保及河村兩氏は中毒性症と唱へり。

其他河村氏は1例に出血性硬腦膜炎、他の1例に上縦竇血栓を認め、且つ腸には濾胞性腸炎、肝には中心性脂肪變性、腎には脂肪浸潤等皆食餌性中毒症と一致する所見ありとし、又肋膜、心囊、腦脊髓膜等の出血竈及4例中3例に副腎髓質中の出血を見、本病の酸毒症に關係ある出血性素質に歸し、之に反し胃の出血性糜爛は反覆嘔吐の結果と爲せり。

動物實驗上に於ては片瀬教室にて馬場、蛭田氏等は鉛の内用と高温と**アチドーセ**とに由り動物新生兒に脂肪顆粒細胞の現出する本病類似の腦變化を起し得たりと云ふ。

症候 鉛中毒説を除く爾他の原因説と、腦所見を除く爾他の病理解剖的所見が腸性中毒症に相似たる如く症狀も亦多く相類す、唯だ著しく相異なるは、本病にては下痢が烈しからずして口渴、利尿減少等の溷渴症狀甚しからず、恐らく本病兒は人乳營養なれば、腸内の腐敗或は醗酵が牛乳の如く強盛ならざるが故に下痢少なく、且つ營養の差異は水分貯留組織（皮下脂肪、筋肉等）に相違ありて、水分の貯留が比較的良好なる爲めならん。蓋し本病兒は初めより食慾廢絶して且つ頑固の嘔吐あるを以て、前述結核性腦膜炎と同じく多少の溷渴症あるは當然にして、實際經過稍や長ければ體重喪失著しく、早晚不良營養症となり、進んで高度の瘦瘠を起して消耗症に陥る者稀ならず。

又腦症狀は腸性中毒症に比し顯著にして且つ永續し、過半例に於ては經過中に顫門膨隆して數回の強直性或は搐搦性痙攣を起し、輕ければ斜視、顔面筋或は上下肢に局限し、重ければ全身に汎發し、十中二—三例は一時の失明、永久の低能或は白癡となりて治癒す。而して腦脊髓液には**グロブリン**反應ありて細胞數も稍や増し。靜置すれば蜘蛛網様物を生し且つ黄色調を帶ぶ。但し前述の如き後貽症なくして全治する例も亦少なからず。

其他本病に固有にして中毒症に缺如するは血液特に赤血球の變化なり。今其變化を略述すれば、血色素は過半例に於て80%、赤血球數は平均4577000、白血球は大多數の例に於て10000内外、淋巴球の増加なく、**エオジン**嗜好性細胞は減少す、赤血球の變化は大小及變形、就中多色嗜好性と共に顆粒赤血球と織網狀物質とが甚多數に出現し、同時に常及小有核、稀には大有核赤血球、各種變形赤血球、游離核等を認め、概して血液變化が輕度なれば、**ヤクシユ氏**幼兒貧血の像に相類し、赤血球の變化が強度なれば悪性貧血に相似す。而して多く肝及脾の肥大を伴ふ。近時長濱氏（兒誌 413號）は本患兒に中性嗜好細胞中の毒性顆粒を検じて鉛中毒より比較的高率を認め、且つ本症の末期には最高率に達し、而して鹽基性顆粒赤血球は却て激減すと爲せり。

經過 本病は炎暑の候に於て、斷乳期の人乳營養兒に最多數にして、概言すれば其生後の月數少くして、暑氣強き時に罹患する者は經過不良、之に反して生後の月數多くして寒冷時に發病する者は經過佳良なり。是れ始終本病に隨伴する酸症の冬期に比較的治癒し易きに因るならん。又顆粒赤血球甚多數なる者は、其少數なる者に比して經過不良なるを例とす、而して本病の多數は初期、或は全身痙攣時に多少の發熱あるも、其他は多く無熱乃至常温以下にして、嘔吐、痙攣等反覆し、亞急性乃至慢性に經過す。稀には**イブラヒム氏**の漿液性腦膜炎に記せる漿液性卒中 Apoplexia serosa 乃ち高熱及痙攣を以て最急性に死に就き。或は腦症は殆ど缺如して、月餘に亘り頑固の酸症あり、食慾廢絶して嘔吐止まず、極度の不良營養症乃

至消耗症にて斃る者あり。或は黄疸を起し、或は胃、特に腸より多量の凝血を排泄して急に失血死を來す者あり。

診断 1. 血中に顆粒赤血球の多數發現なり、而して同時に織網狀物質を有する赤血球も増加す。2. 尿中に**アチエトン**の出現なり、蓋し此**アチエトン**尿なき間は顆粒赤血球多數なるも腦症を起さず、故に少くも此2症の検査を本病診断の要件とす。而して此2症の共存により、他の腦膜炎或は腦炎と鑑別し得べし。其他顛門高度の緊張の如きは必發的ならず、爪甲及齒根の黒染の如きも鉛中毒の既往症を徴するに過ぎず。

療法 本病には人工營養兒の中毒症の如く細菌傳染及瀉瀉の症狀著しからざるを以て、之に對する療法は必要ならず、只だ頑固なる**アチエトン**尿と共に食慾廢絶と嘔吐あるを以て、之に對し中毒症の條下に述べたる對酸症療法、特に炭酸曹達の内用、石灰劑たる**サンカール**等の注射と共に必要に應じ**リンゲル**液を試む。又痙攣に對する處置も前章と同じ。而して此際多くは顛門の膨隆著しくして、其腦脊髄液壓が甚高きを以て、腰椎穿刺を反覆する者あるも、其効は一時的なるが如し。營養は本病兒の離乳期前後に多く、且つ酸症あるを以て、鉛含有の多少に拘はらずして脂肪に富む人乳を中止して混合營養となす。特に**アチエトン**尿ある間は果汁、蔬菜汁、脱脂乳或は澱粉汁の少量より以外には、嘔吐にて用ひ難きを例とす。幸に食慾進み來たれば斷乳期の食餌法を行ひ、其他は前述不良營養症に準ず可し。斯くして**アチエトン**尿の再現なければ血中の顆粒赤血球は漸減して治に就き、特に前述鉛貧血の如き鉛の驅除法を講ずるの要なし。

2. 急性非膿性腦炎

原因 麻疹、水痘、耳下腺炎、種痘、稀に猩紅熱に來たり、又炎症なくして單に腦の血行障礙に因する腦膜炎 Meningismus として百日咳、流行性感胃、チフス、パラチフス、丹毒等以外に、**サルバルサン**中毒にも來たる。此等は皆病原菌或は其毒素が腦症を起すものなるか、或は**アレルギー**的の病變なるか、或は別に特種の病原あるか今尙ほ不明なり。

症候 多くは各種傳染病に併發若くは續發するものにして、流行性腦炎に比し中樞灰白核の侵さるることと、特に線狀體症狀を呈すこととは稀にして、其他は大同小異なり。而して突發的に發熱、嘔吐、痙攣、意識渾濁等ありて、眼球は一方或は上方、即ち病竈を凝視し、呼吸は**シエイン**、**ストーク**氏型を呈し脈搏は數、稀に遲にして約1週間に死す。幸に生あれば半身の錐體症狀、言語障礙等の**ストリウムベル**氏大脳腦炎症狀を起す。稀には跳舞症性、筋強直性或不活動性過度緊張性等の線狀體症狀、或は小腦性共同運動障礙即ち平衡失調あり。又狂妄及騷擾症狀の顯著なることあり。但し震顫は有無不定なり。

イブラヒム氏は別に本病を記載せず、直に次の症型に分類せり。

a、**急性腦性震顫** akuter cerebraler Tremor 高熱及意識障礙を以て初まり、全身或は半身に粗大なる震顫を起し、時に震顫麻痺に類して手に轉丸運動あり、四肢には片側或は兩側の拘攣及硬直等あり、時として癲癇様痙攣、顔面及上肢の麻痺、後胎する意識缺損等あり、又初期の高熱及腦症なき例あり。多くは男性の幼兒にして傳染病就中麻疹、水痘等、或は呼吸器及消化器の疾患、臘腸中毒等に續發し、主として外錐體道運動神経系の傳染性或は中毒性の傷害に因し、**ミルレル**氏は小腦赤核道の病變に歸せり。豫後佳良にして數週間後に全治するを例と爲す。

b、**ライデン、ウエストフワール**兩氏急性共同運動障礙 akute Ataxie 傳染病就中チフス、猩紅熱、格魯布性肺炎等に併發し、昏睡狀態の後に全身の共同運動障礙ありて麻痺なく、記憶力減弱、言語滯滯、皮膚及腱反射亢進等を伴ひ、1—2月中に治するを例とす。時に小腦性共同運動障礙にて歩行蹣跚たることあり。又**ハイネ**、**メチン**氏病に本症を起すと云ふ。

c、**中毒性腦炎** 臘腸、獸肉或は魚肉中毒にて延髓の灰白核を侵かし、**サルバルサン**中毒にて出血性腦炎を起し、又鉛中毒にて腦炎症 Encephalopathia を起すと爲す者あれども確實ならず。其他酸化炭素中毒に

て脳幹神経節の變化を起すの例あり。

附録 ウェルニツケ氏急性出血性上脳灰白質炎 Polioencephalitis superior 同氏が酒客譫妄に發見せるものにして第3脳室より第4脳室までの中心灰白質に主として非炎症的の増殖性腦炎を起し、急性乃至亞急性に意識喪失、躁暴、譫妄、稀に痙攣、麻痺等ありて終に昏睡に陥り數日ならずして死し、或は慢性に經過し幸に治する例あり、或は屢橋、延髓、小脳等まで病變を及ぼし下脳灰白質炎となり、眼筋麻痺、小脳性アタキシー、言語障碍等を發す。蓋し本病は田中氏(兒誌356號)が所謂人乳中毒症に見、又鉛中毒性腦膜炎にも認めらると云ふ。

3. 膿性腦炎或は膿腫

原因 敗血症、氣管枝擴張、肺壞疽、百日咳、鷲口瘡、放射狀菌病等に轉移性多發性膿瘍として來たることあるも、小兒に最必要なるは耳性或は外傷性膿瘍なり。而して最後のものは或は骨折或は皮膚損傷の後に、月餘乃至年餘の潜伏期を経て無熱に發病することあり、隨て膿腫瘍と誤り易し。又本病に原發性のものありと爲す者あれども、恐らく傳染病の潜伏病竈あるならんと云ふ。

症候 耳性膿瘍は小兒に最多く、本病の大多數を占め、慢性耳漏、乳嘴突起炎等に續發し、週餘乃至月餘潜伏し、其間に不定なる輕微の症狀あるのみにて、後に至り屢惡寒戰慄、激烈なる頭痛、嘔吐、意識障礙を以て發病し、注意力の缺損、健忘症等より嗜眠、稀に騷擾を起す。試に頭蓋骨を輕打すれば病竈の部位に激痛を訴ふることもあるも、**チーヘン氏**は然らずとせり。熱は屢缺如し脈は多く緩なり。

又病竈症狀として耳性膿瘍は主として顳顬葉か小脳に占位するを以て、左顳顬葉とすれば言語聾、即ち言語を聽くも其意義を解せず、或は言語を發する能はざるか、或は發語するも其意義を解せず、且つ附近に壓迫を及ぼすを以て對側の顔面及上下肢の不全麻痺、同側の動眼神經麻痺等あり。又小脳なれば後頭部、時には前額の頭痛、角弓反張、嘔吐、眩暈、起立及

歩行時の共同運動障礙等あり、而して遠達作用として延髓中の神經核或は之より出づる神經幹の壓迫に因する種々の腦神經麻痺を呈す。

診斷及療法 膿腫瘍と誤る、故に耳漏或は外傷の既往歴を確證し、且つ腰髓穿刺を行ひて病原菌を検し、且つ多核白血球の増加を詳にし、若し疑はしければ穿顳術を施し、診斷を確實にし、膿瘍なれば切開等の外科的處置を行ふ。小兒の耳性膿瘍は多く全治し得るものなり。

VI 膿腫瘍

原因 幼兒に稀ならず、最多きは小脳の孤立結核及囊腫にして次に膠質腫 Gliom、肉腫、膠質肉腫、**エヒノコツケン**胞囊、**ゴム**腫等の順なり、甚稀には腦膜及頭蓋骨にも發生す。而して腦膜の血管腫、松果腺の畸形腫 Teratom. 腦下垂體通路の囊腫等は多く先天性に發生して後年に及び症狀を現はす。一般に男兒に頻發し、外傷が誘因となる例あり。

症候 病竈症狀と腦壓症狀とあり、只だ腫瘍が後頭蓋窩或は小脳にあれば内腦水腫症狀優越し、或は所謂緘黙腦域 stumme Hirnbezirke にあれば病竈症狀なきことありとす。

腦壓症狀 病竈症狀に多少の時日間先驅するを例となす。其症狀は第一に強き頭痛にして腫瘍の位置に局限することあるも、亦小脳腫瘍にて同側或は對側の前額に在ることあり。第二に局部の壓痛或は打痛にして必ずしも確定的ならず、而して後頭蓋窩の腫瘍には乳嘴突起下方よりの壓痛ありと云ふ。第三に前額及顳頂の打診上に鼓音或は破壺音に類する雜音ありて、腦壓亢進の徵と爲す者あり。第四に腦性嘔吐にして消化障礙に無關係に、且つ空腹時に絞扼の苦なくして、多く頭痛或は眩暈發作と共に容易に起る。第五に遲脈にして小兒には比較的稀に認めらる。第六に鬱血乳頭にして結核を除く小脳腫瘍及後頭蓋窩新生物に於ては特に早期に來たる、是れ内腦水腫が其主因なるべく、又視神經交叉の腫瘍にては病竈症狀として半盲症と合併す、概して本症は膿腫瘍の90%以上に證明すべしと云ふ。第

七に精神の變調にして多くは憂鬱となり嗜眠となり早晚意識朦朧となる。第八に痙攣なり然とも全く欲如する例も之あり。第九に頭圍の擴大にして時には閉鎖せる顳門の再び開張することあり、是れ腫瘍の壓力と腦水腫の發生とに因するなり。

病竈症狀 腫瘍の直接に腦質に及ぼす刺戟及崩潰症狀と、腫瘍の附近に及ぼす壓迫に由る遠隔 Fern 症狀とに區別せられ、刺戟症狀として震顫、搖擗、ジャクソン氏癲癇等ありて、後に麻痺症狀來たる。但し本癲癇は間代性痙攣が常に一定の筋簇より初まり、反對側の皮質精神運動中樞の順列に従ひ、半身或は全身に蔓延し、而して少なくとも半身痙攣の間は意識は多く存するを謂ふ。其他の腫瘍所在部位の診斷に資する症狀は次の如し。

1. 運動領(中心廻轉) 上方より下方に下肢、上肢、顔面、舌下神經の順に運動中樞あり、腫瘍の位置に隨ひ其焦點筋簇よりジャクソン氏癲癇が初まり、若し腫瘍が後中心廻轉に在れば知覺障礙即ち異常知覺、中樞性疼痛、知覺過敏等あり。後に錐稜道の崩潰症狀として深部反射亢進、ババンスキー、腹壁反射減弱等あり。又内囊の腫瘍にては痙攣等の刺戟症なくして速に腦性偏癱を起す。

2. 前頭葉 第三左前頭廻轉即ちブロカー氏言語中樞が侵さるれば、右手的の者は運動性失語症 motorische Aphasie を起し、語を解するも之を發する能はず、而して安適、滑稽等の精神變調を伴ひ、其他軀幹の共同運動障礙にて起立及歩行の困難、所謂前頭性不整運動 frontale Ataxie を發し、或は嗅覺障礙、偏側鬱血乳頭、震顫麻痺類似症等あり。

3. 後頭葉 交叉性同名的半盲症ありて、視神經床及視神經幹の疾患の如き半盲症性瞳孔反應は欲如し、若し兩側後頭葉浸さるれば精神盲 Seelenblindheit を起し、又其後下方に腫瘍あれば小腦症狀として眼球震盪症、共同運動障礙等あり。

4. 顳葉 ウエルニツケー氏知覺性失語症あり、時には久しく純癲癇の症狀のみありて後に至り鬱血乳頭を認むる例あり。

5. 腦幹神經節 線條體 Corpus striatum (Pallidum u. Striatum) の腫瘍 には其壓迫症狀として交叉性麻痺、偏側のヒヨレア、アテトーゼ様運動、稀にパルキンソン氏症等あり。第三腦室が侵さるれば嗜眠、脂肪過多、多尿症等ありてヒヨレア、アテトーゼ様運動を伴ふ。視神經床腫瘍には視神經床症狀として交叉性に深部知覺、筋感覺等の障礙、偏側中樞性疼痛 Hemialgie. アテトーゼ、ヒヨレア及震顫等あり、又遠隔症狀として反對側の偏癱を起す。

6. 四疊體 多く結核にして主として上方或は下方瞥視麻痺あり、動眼神經の部分的麻痺特に滑車神經が侵され、又半盲症ありて半盲症性瞳孔反應あり。

7. 大脳脚 第一にウエベル氏症狀即ち交換性偏癱 Hemiplegia alternans として同側の動眼神經麻痺ありて眼瞼下垂より初まり、終には滑車神經及外轉神經に及び、且つ反對側の拘攣性不全麻痺ありて下肢或は上肢より初まり終には顔面及舌に及ぶ。第二にベネーチクト氏症狀として同側の動眼神經麻痺と反對側の震顫、ヒヨレア或はアテトーゼあり時に偏癱を伴ふ。又赤核が侵さるれば共同運動障礙と震顫とを起す。

8. 橋 ミラルド、グブレル兩氏症狀 として交換性偏癱ありて、同側の顔面及外轉神經麻痺と、反對側の四肢及舌下神經麻痺とあり。腫瘍瞥視は認めず。

9. 菱狀窩、第四腦室、延髓 第四腦室底の腫瘍にては反對側の接合的瞥視麻痺が久しく唯一の症狀たることあり、其他頭部動搖の際に眩暈を來たす前庭症狀 Vestibularissymptome あり。延髓腫瘍にては其位置に隨ひ聽、舌咽、迷走、舌下及副神經等の麻痺にて耳聾、嚥下及發語障礙、無聲、舌萎縮、心及呼吸障礙等と共に交叉性四肢麻痺、不整運動等を起す。

10. 小腦 小兒に比較的多く、頭痛、嘔吐、鬱血乳頭等顯著にして、屢第四腦室よりの腦液排泄が妨害せられて高度の内腦水腫を來たし、斯際に腰椎穿刺を行へば液の排泄充分ならず且つ急死する例あり、注意を要す。病

竈症とて小脳性不整運動、就中病側に向ひて動搖性蹣跚性歩行あり、其他ババンスキー氏不共同運動 Asynergie あり、即ち歩行の際に上體は共に動かさず、或は側方警視の際に先づ頭部を動かして後に眼を轉する等なり。斯る不整運動と共に不足筋緊張症ありて關節は過度に屈曲し或は伸展し、其脊髓性のものと相異りて腱反射は却て亢進す。又小脳蟲部罹患すればロムベルク氏症を檢する時に病側に倒れ、眼球震盪は水平或は廻轉的にして病側の方向を警視する時に強く、起立時には欽如し、病側の反對に側臥すれば著しきことあり、且つ温度的眼球震盪 kalorige Nystagmus は初め強盛なるも後には減弱するか或は遅延す。但し此症は注射器にて攝氏20度の水を直立の頭位にして、半米の高さより耳内に注入すれば、健康兒に於ては約20秒の後に、反對側の耳に向ふ所の2—3分間の震盪を起すを謂ふ。而し此等の諸症以外に種々の遠隔症を伴ふは論なし。

11. 腦底 中央頭蓋窩にあれば視神經交叉を侵し兩側顛顛側半盲症及急速失明あり。腦下垂體が侵さるれば脂肪生殖器不良營養症、身長發育不全、尿崩症、肢端巨大症等あり。松果腺が侵さるれば早期身體及生殖器巨大症あり(内分泌疾患篇参照)

診斷 以上の症に注意する以外に腦脊髄液中にワツセルマン氏反應及腫瘍細胞の檢査と、腦の穿刺、X光射診斷等必要なり。其中に腦穿刺は危険にして、特に化膿性腦炎の疑ある時は禁するを可とす。

療法 症候的に頭痛に對しピラミドン或はモルヒン劑、痙攣に對し抱水クロラル或はウレタン、嘔吐に對しアトロピンを與へ、又腰髄穿刺、X光線射照の外、梅毒には勿論、縱令然らざるも多量の沃度劑内服、孤立結核には結核の一般療法を試むべく、外科的手術は幼兒に困難なること多く且つ好望ならず。

VII 小兒腦性麻痺

出産前若くは其後に發し、病勢進行せざる腦疾患にして、其症候、原因

及豫後の相違に由り次の二症に區別す、勿論其間に多數の移行型ありとす。

1. 小兒拘攣性半身麻痺 Hemiplegia spastica infantilis

主として出生後に發し、下肢より上肢の麻痺強く、身體發育障礙せられ、又癲癇を起すことは後章全身麻痺と相異せる點なり。

原因 傳染病、就中百日咳、チフテリー、猩紅熱、麻疹、流行性感胃等にて腦出血、血塞、血栓或は腦炎を起し、或は直接ハイネ、メチン氏病及流行性腦炎の結果として本病を發するなり。其他梅毒、外傷に因する腦出血、重症新生兒黃疸に由る腦幹神經の壞疽等も擧げらる。

症候 急性腦膜炎症候、即ち發熱、嘔吐、痙攣、意識渾濁等ありて、初め弛緩性、尋て拘攣性半身麻痺を起し上肢に著しく、顔面神經の下及中枝及舌下神經も侵され、又左偏癱なれば一時性失語症あり、其他半身の共同運動障礙、意向的震顫等を伴ふことあり、時として腦炎性變化が橋或は腦脚に在れば顔面と上下肢の麻痺は交叉す。而して後に至れば特に下肢の麻痺は上肢より早く治し、顔面神經麻痺も唯笑ひ泣く時にのみ現はれ、失語症も亦癒ゆ、稀に瞳孔の反應なきことあるも、其際には寧ろ原因の梅毒たるを疑ふべし。但し眼球震盪及動眼神經麻痺は本病には之れ無きを例とす。而して麻痺筋には早晚拘攣性收縮來たり、下肢は内方に廻轉し足は尖足位置を取り、上肢は直角に屈曲し前膊は廻前し、手は種々の位置を取るも多くは拇指を他の四指にて握る。腱反射は總て亢進し、錐體道崩壞の徵としてババンスキー氏現象あり、又口粘膜、唇或は舌に觸るれば咀嚼或は哺乳運動を起す、所謂オブペンハイム氏反射あり。而して攣縮は麻痺と平行せずして却て下肢と肩胛筋に著しとす。

歩行は下肢拘攣に由り、病側は膝關節を廻轉しつつ足尖を滑らし半圓を畫きて前進す、其際固有の同伴運動 Mitbewegung をなす、特に疾走すれば益顯著なり、即ち麻痺側上肢を舉上し氣中に游泳する狀をなし、時には健側にも同じ運動をなすことあり。

本病は久しきを経れば病側に自發運動を起すものにして、其急衝的抛擲様なるを跳舞症 Chorea と稱し、多くは四肢、肩胛部及顔面に來たる、又其緩漫にして整調的に開張、屈曲及伸展するを**アテトーゼ Athetose** と名づけ、主として手指稀に足趾に來たる、顔面歪斜も亦此等運動の一種にして、共に外錐稜體道の侵されたる證なり、而して麻痺及拘攣が輕快すれば益此自發運動強盛するものなり。其他拘攣と**アテトーゼ**との中間に手の**アテトーゼ**様開張状態 Spreitstellung あり、此際には異常なる他動的運動即ち過度に手指を伸展せしめ得べし。

營養障礙として麻痺側の骨及筋の發育停止するのみならず、不活動性以上高度の萎縮、所謂腦性萎縮に陥り、或は**アテトーゼ**あれば反對に筋肥厚を起すことあり。

智識は多く障礙せられ、輕きは低能、重きは白痴となり。且つ本患者の半數は後日に癲癇を起し終生治せず。其他性質變化して易怒的となり狂暴的となる。然ども極めて稀には本病全治することなきに非らず。又病變が所謂沈黙腦域に在りて運動性皮質中樞を侵さざれば單純の白痴のみの例あり、麻痺なき腦性麻痺と稱せらる。

跳舞症性不全麻痺 フロイド及リー氏の命名にして、拘攣性半身不全麻痺の先驅なくして跳舞症起るなり、多くは年長の小兒に潛行性に發し、癲癇發作及智識障礙を伴はず、恐らく腦の特別なる部位の疾患にして錐稜體道に關係なかるべし。

2. 小兒拘攣性兩側麻痺 Diplegia spastica infantilis

全身の腦性拘攣性麻痺を**リッツル氏病**或は**フロイド氏**全身強直と稱し、兩下肢のみの拘攣性麻痺を截癱性強直 paraplegische Starre と名づけらる、而して全身強直に於ては下肢の症狀強くして後來其拘攣を残し、他は輕快するの傾向あり、又他の侵されざる腦域にて代償機能を營むことあり。

原因 出産前には胚胎の傷害、胎兒の腦出血、炎症等に由る腦發育障害或は妊婦の精神感動、外傷、出血傳染病等あり。出産時には所謂**リッツル**

氏原因として早産、窒息、難産等あり。蓋し此等は腦膜及腦質の出血を起すものなる可く、而して箴子は直接に其因子たらずして却て出血を豫防すと云ふ。又出生後の原因には第1早産なり、是れ1は腦脊髓道の發育遅延と、2には出血し易き爲なり、第2に傳染病、就中急性腦炎、腦膜炎、百日咳、**チフテリー、インフルエンザ**、肺炎等なり。第3梅毒なれども比較的稀なりとす。

症候 重症全身強直なれば、既に沐浴中に小兒は硬直不動、木偶の如く、衣服を脱し或は着する時、甚しく困難を感じるを以て診斷容易なり。然ども輕症なれば、小兒の歩行を初むる時に至り始めて兩脚の拘攣ありて歩行せざるか、或は困難なるを認むべし。其際試みに起立せしむれば上腿を内方に廻轉し、兩膝は内轉筋強直の爲に固着し、脚は足尖のみを地に着く、又歩行せしむれば辛じて兩膝を離し、兩下肢を交叉し而して自身を軸として多少廻轉しつつ前進す。但し後年に至れば、歩行稍や自由となるも常に内部の抵抗と戦はざるべからず、隨て其狀は泥土の中を徒歩するが如く、又椅子より起たんとする時は、伸展筋強直の爲に前方に倒れんとする傾あり。一般に強直は下肢に強く上肢に弱きを常とし、時に上肢に強直なきことあり。即ち**パラブレギー**性強直なり。其他脊柱は後彎し、上脚は軀幹に屈曲して起立及歩行を困難ならしめ、或は生理的に生後1—2月間は頭及背は無緊張なれども、其後に至りても久しく固定せざることあり、**トーマス**氏は起立性幼稚症 statische Infantilismus と稱せり。

跳舞症性自發運動及定型的**アテトーゼ**は半身麻痺に於けるより遙に稀なれども、精神感動の際に起る指趾の**アテトーゼ**様開張状態は震顫及共同運動障礙と共に屢見する所なり。而して膝蓋腱反射は亢進し、**ババンスキー**氏現象あるを常とするも、外錐稜體道侵さるれば然らざることあり、時としては**ババンスキー**と**アテトーゼ**と鑑別し難きことあり、假性**ババンスキー**と稱せらる。

其他眼球震盪、視神經萎縮、瞳孔差異、斜視等あり、又顔面筋に強直あ

れば假面状を呈し言語澁滞或は緩漫と共に一見高度の低能と誤ることあり、然ども少なくとも**パラブレギー**性强直に於ては智識は侵されざること多く、却て其發育は優越なることあり。之に反し全身強直には時に低能若くは癡愚にして多く小頭蓋、後頭骨扁平等あり、特に出産前に原因するものに於て然り、又咽頭筋の拘攣ありて嚥下困難及流涎あることあり。

四肢及全身筋の發育停止は半身麻痺に於けると同じきも**アテトーゼ**あれば却て其肥大あることあり、又筋拘攣の爲に屢膝蓋骨の高位置に轉ずることあり、特に膝を鋭角に屈する際に著し、其他膝關節の不全脱臼も稀ならず。

早發痙攣は屢見る所なれども、後發痙攣或は癲癇は半身麻痺に於けるより稀なり、就中**パラブレギー**性强直に於ては然りとす。

3. 特種病型

a、**パラブレギー性麻痺** **パラブレギー**性强直に乗て下肢の麻痺著明なるものなり。

b、**假性延髓球麻痺** 兩側の發語及嚥下筋の障礙が先天性全身強直と合併して來たり、高度の癡愚及癲癇發作を伴ひ、且つ延髓の腦神經核傷害と類似の症狀あり、故に**オブペンハイム**氏は假性球麻痺と稱せり。而して拘攣性と麻痺性とに區別せらる。言語は澁滞し、或は無聲となり、或は斷續的 skandierend にして緩徐となり。吸吮及嚥下も困難となり、時には食物を口腔の後部、自動嚥下作用の存する所まで指を以て推移することあり。其他吹笛、喀痰等不能にして終には迷走神經症狀として呼吸及心働の障礙を來たす。但し顔面筋の表情運動は拘攣型に全く缺如して木偶の如きも、麻痺型には泣き或は笑ふ時には殆ど常人の如しと云ふ。其の病理解剖に就ては線條體の病變なりとし、或は**ウイルソン**氏病の一部症を呈するを以て水晶體核の進行性變性なりと唱へらる。又**イブラヒム**氏は先天性軋鳴 Stridor も本症に屬するものありとせり。

c、**全身跳舞症及兩側アテトーゼ** 前症を**ハンチントン**氏跳舞症とも稱

し、後症と共に家族的の進行性疾患にして、智識缺陥を伴ひ、早産兒に多しとなす。一般に不足緊張症、起立運動困難、同伴運動等ありて、若し假性球麻痺と合併すれば言語及嚥下運動障礙せらる。時に四肢筋の攣縮が甚強度なることあり、**ハレルフオルデン**、**スバツ**氏病と稱し、錐稜體道及外錐稜體道障礙の混合型ならんと云ふ。其他各筋族に持續的、電擊性痙攣あるを筋痙攣症 Myoklonie と謂ひ**チツク**症、拘攣性斜頸等と同じく線條體の病變にして所謂過度活動型に屬するなり。(外錐稜體道疾患参照。)

原發性偏側**アテトーゼ**或は跳舞性偏側麻痺は、主として外錐稜體道即ち線條體の疾患にして拘攣性麻痺期の先驅なくして來る。多くは3年以上の小兒に發し傳染病、精神的外傷等に歸因せらる。癲癇、失語症、智識障礙等は殆ど常に存せず。

d、**不緊張、不均定性型** atonische-astatische Typus 小兒腦性兩側麻痺にて全身或は一部の筋弛緩し他働的に少しの抵抗なく各關節は過度に伸展し得べく、起坐全く不能にして、頭及頸をも固定する能はず、**クラルク**氏は大脳及小腦機能の同時に缺如するものとなし、小兒大脳小腦性兩側麻痺と名け、又單に小腦性兩側麻痺或は不足緊張性腦性小兒麻痺とも稱せらる、多く先天性にして後天性は稀なり、恐らく錐稜體道と外錐稜體道と混合病變にして、腱反射は亢進せず、**パバンスキー**氏反射は缺如し、漸次治癒の傾向あり。(過度緊張型は外錐稜體道疾患参照)。

e、**小兒拘攣性脊髓麻痺或は拘攣性脊髓癆** Tabes spasmodique 舊時脊髓麻痺と考へられたるも、其智識及言語障礙、斜視、癲癇等を合併するより推せば、腦性のものなる可く、其早産兒に多きを以て恐らく生理的に髓鞘の未完成なる錐稜體道と其他の腦皮質脊髓道の發育遲延に因するものなるべく、而して麻痺著しからずして拘攣強く、下肢は上肢より高度に侵され且つ漸次輕快の傾向を有す。

診斷 新生兒に於ては生理的に筋の過度緊張、反射機強盛、**パバンスキー**及假性**パバンスキー**等あり、且つ此等の症は慢性營養障礙にも見るものな

れば本病の輕症なるものと區別し難し、只だ頭部運動の不足、頸部固定の遲延、刺針反射の不足、癡愚、顫門閉鎖の早期等を認むれば本病なるを判定すべし、又經久性脊髄前角炎及分娩麻痺と誤るも、麻痺の拘攣性を帯ぶると筋萎縮の輕微、反射機の強盛、智識障礙、癲癇發作、跳舞症及アテトーゼ運動、電氣的變性反應缺如等あるは本病の特徴なりとす。其他腦梅毒には瞳孔の差異、其光線反應の消失、血清の梅毒反應等あるを以て、先天性筋無緊張には項部及軀幹の侵さるること少なく且つ智識障礙なきを以て、腦腫瘍には乳頭の鬱血と行性經過とを見るに由り鑑別し、最後に多發性硬化の兩下肢拘攣、眼球震盪、意向的震顫等の諸症と、年長兒腦水腫のバラブレギー性強直等は本病に相似たるも此等は常に進行性にして且つ小兒に來たること甚稀なりとす。蓋しX光線にて骨隆起、腦描寫法にて腦室の擴大或は變形、腦の空洞性缺損、腦表面の異常等を精査するを要す。

療法 麻痺には感傳電氣、拘攣性收縮には平流電氣陽極、過度緊張には長時間温浴が有効なり、就中練習療法は最必要にして、特に智識障礙少き者に於ては整復術として髓移植或は切斷、神經移植或は切除等に由り一程度まで治したる後に、按摩及電氣療法を施行せらる。要するに矯正外科に委託すべきなり。

近時リツツル氏病に對しフェルステル氏脊柱管内後根切除手術、筋拘攣に對しストフフェル氏當該末梢運動神經切除手術等あり、共に拘攣筋に對する末梢よりの刺戟を去るの目的にして多少の好果ありと云ふ。其他言語及智識障礙に對しては教育治療科に委託すべきなり。

VIII 中樞神經系硬化

1. 普汎性腦硬化 或はシルデル Schilder 氏病 乳兒期より潛行性に初まり、或は外傷に續發することあり。經過は進行性にして時々癲癇或は卒中發作あり、漸次全身筋の拘攣性麻痺、言語及智識の消失、言語及嚥下の困難、眼球震盪、斜視、視神經萎縮等を起し、月餘乃至年餘に亘り終に死に

歸す。解剖上、腦及脊髄、特に其白質が間質性炎症の爲に結締織増殖し、以て硬化を起すなり。シルデル氏は髓質が崩壞して軸索は侵されずと爲し、普汎性軸周圍性腦炎 Encephalitis periaxillaris と名けり。

2. 多發性硬化 multiple herdförmige Sklerose 小兒期に稀有にして恐らく急性熱性病に續發する多發腦脊髄炎の結果ならん。其症候は大人の如きシャルコー氏鼎足症、即ち意向的震顫 Intensionszittern. 眼球震盪及斷續的言語は必發ならずして、多數例には眼筋障礙、顔面神經麻痺、癲癇樣發作、輕度の知識缺損、強迫的の泣或は笑等あり。又後述の家族的兩側麻痺、遺傳性共同運動障礙等の症狀を合併す。

療法 フィプロリジン、サルバルサン、チフスワクチン、溶血性血清等の注射、マラリア或は再歸熱療法等あり。

3. 結節性硬化 先天性疾患にして、多くは腎及心の畸形、顔面の腺腫或は母斑、項部の織緯腫等を合併し、癡愚及癲癇を主症候となす、稀に限局性腦性麻痺あり。

IX 脊 髓 疾 患

1. 外傷性脊髄疾患

a. 脊髄出血 Hämatomyelie 及脊椎出血 Hämatorrhachitis 原因は分娩時外傷が最多く、年長兒には遊戯の際に起る外傷なり。症候は脊髄出血部には共に相當する運動性及知覺性麻痺あり、脊椎出血には脊椎の強直、放射性疼痛あり。治療上、外傷性にはエルゴチン、ゲラチン、コアグレン等の注射と下劑を與へ、且つ尿閉には導尿管を用ゆ。

脊髄震盪 鐵道或は爆裂彈事變等にて、主として筋萎縮を伴ふ運動麻痺を起す。恐らく脊髄の分子移動よりは寧ろ其毛細管出血に歸因す可しと云ふ。

b. 横斷及偏側損傷 Querschnitt-u. Halbseitenläsion 及傷或は裂傷にて起る、其横斷損傷の位置に隨ひ次の運動が障礙せられ、又他知覺麻痺と血

管運動性及營養障礙を來たす。但し脊髄膿腫を起すは甚稀なりとす。

頸髄 上部なれば頸及頭の運動、肩の舉上、中部なれば横隔膜、上及前膊の運動、下部なれば手及指の運動。

胸髄 肋間筋及腹筋。

腰髄 上部は膝關節の屈曲、上腿の内轉。下部は其他の上腿の運動、下腿の運動。

薦髄 足及趾運動、括約筋、會陰筋。

ブロン、セカー氏症候群 損傷側に拘攣性運動麻痺と壓痛、空間感覺等の深部知覺の障礙等と觸神の過敏あり、又反對側には痛神、温神等の表在知覺の障礙ありて、且つ其定型症には運動麻痺領の上部に狭き知覺麻痺帯あり、是れ損傷部に進入する後根の崩壊に由來するなり。

2. 脊 髄 炎

a、横斷脊髄炎 Myelitis transversa 小兒に稀にしてハイネ、メチン氏病、流行性腦炎、多發性腦脊髄炎、梅毒、急性傳染病、サルバルサン中毒等に來たり、大人と同じく數日間の發熱、局部疼痛、知覺異常等ありてパラプレキ性麻痺、知覺障礙、締帶痛、膀胱及直腸機能障礙等を起し、膝蓋反射は腰髄が侵さるれば消失し、其以上に病變あれば亢進す。又褥瘡、膀胱炎等を續發し易し。蓋し本病は全横斷面を侵すも、主として灰白質就中前角の變化が著しと云ふ。

療法 安靜、大量のウロトロピン内服、コラルゴール、ヤトレン或はセプトヨードの靜脈注射、其他褥瘡の豫防、按摩及電氣の對麻痺療法を行ひ、又透熱 Diathermie の治効を奏することありて、梅毒性にはサルバルサンが特に良績あり。

b、壓迫性脊髄炎 Kompressionsmyelitis 小兒に多く、屢脊椎結核即ち脊椎腐骨 Karies が其原因となる。輕症なれば軀幹或は背部の疼痛ありて脊椎を動かさず、下肢運動力減弱し腱反射亢進す。重症なれば下肢及括約筋の麻痺と知覺障礙等ありて褥瘡、沈降膿瘍、膀胱炎を起し易し。又病竈が頸

部に在れば上肢の運動も減弱し、副神經、舌下神經、横隔膜及交感神經が侵され、時にルスト氏現象あり、乃ち回頭時には本能的に手を以て頭を支持す。其他局部の棘狀突起に壓痛あり、且つ壓縮痛 Stauchschmerz を證明す。

療法 安靜臥床、伸展法、グリソン氏懸垂法、ギブスコルセット等の局部處置の外、結核に對する一般療法、特に外氣、日光或は紫外線療法を行ふ、又深部X光線療法の効果は確定的ならず。

附錄 傳染性脊椎炎 Spondylitis infectiosa 結核以外に稀に急性骨髄炎、チフス脊椎炎等あり。

c、ランドリイ氏急性上行性麻痺 1859年同氏が始めて記述せる疾患にして、弛緩性麻痺が下肢より初まり上肢に及び、遂に兩側横隔膜或は延髓の呼吸中樞を侵して短時日乃至週餘にて急死す。近時ハイネ・メチン氏病の1型と爲す者多きも、亦各種傳染病に續發し、或は多發神經炎、狂犬病、腸性自家中毒等にも同症狀を呈して一々區別し難し。豫後は絕對不良に非らず。

3. 脊 髓 空 洞 Syringomyelie

先天性の髓管閉鎖機構の缺乏と海綿質母細胞の發育停止にて、恐らく神經膠質の崩壊に由り數年間の後に漸次空間を生じ症狀を現はすものならん又後天性には分娩時出血を原因となす者あり。其特徴は皮膚の觸覺は存して痛神及温神を失ひ、兼て血管運動神經及營養神經侵されて皮膚には光澤或は裂痕あり、骨には骨關節症あり、筋には特に肩胛及上肢に萎縮あり、隨て側彎、前彎、蛙手、獸手、鳥足等あり、且つ無痛覺の爲に癰疽 Panaritionを生じ各指骨を失ふ者あり。而して屢脊髄破裂と合併す。レントゲン及ラヂウム療法奏効すと云ふ。

4. 脊 椎 及 脊 髓 腫 瘍

脊椎腫瘍には肉腫最多きも、小兒には一般に稀なり、唯た最下腰椎の薦骨化 Sakralisation にて腰痛を訴ふる例あり。脊髄腫瘍には孤立結核、膠質腫、肉腫等を多しとす。其他外傷、結核、連鎖狀球菌等に因する限局性漿液性脊髄膜炎も亦腫瘍の症狀を起す。

症候 第1、脊髓根疼痛期、脊髓外の新生物に著し。第2、**ブロンセカー氏** 偏側麻痺症期。第3、横斷麻痺期、常に進行性にして脊椎腐骨と相異す。以上3期症状の外に脊髓液の特徴として蛋白量が強く増し、細胞数が少く、約10分間内に多量に凝結し、且つ黄色調 Xanthochromie を呈す、之は脊髓液に出たる血液より脊髓膜内皮細胞の生物學的働作に由り**ビリルビン**を生ずる結果なり。又**クウエツケンステツト氏**症状として、急に頸部を把握すれば液壓及液排泄の即時性亢進を起すものなるに、本症にては否なるか或は遅延す。其他梅毒性には**ワツセルマン**反應ありとす。

診断 本病竈の位置を定むるには前述偏側或は横斷麻痺の外、各反射機の存否、知覺異常の高低等を檢し、且つ空氣或は**ヨヂビン**或は**リポヨドール**を後頭下に注入しX光線にて調査す。而して外科的療法奏効すること稀ならず。

5. 小兒脊髓癆 *Tabes juvenilis*

遺傳梅毒に因し、小兒期に潜行性に初まるも、大人年齢に至り發現すること敢て稀ならず、女性に多し。

症候 大人と稍や異りて視神經萎縮、瞳孔光線反應消失、膝蓋及**アヒレス** 腱反射消失等は80%に認むるも共同運動及歩行の障礙著しからず、**ロムベルグ氏**症状も缺如する例あり、之に反し尿淋瀝就中遺尿症は早期徴候たることあり。其他穿刺痛 *lanzierende Schmerz*、縮帶痛、知覺麻痺、關節症、胃性激痛 *gastrische Krise* 等は甚稀なり。而して本病は小兒に敢て稀ならずして、本病と屢合併する麻痺狂と共に變型梅毒性 *metaluetic* なり。蓋し野口、**ヤーネル氏**等は此兩症の腦質及蜘蛛膜に本病原菌を認め、且つ腦脊髓液に**ワツセルマン**氏反應が80%まで證せらるるも、臨床上と病理解剖及血清學上には眞の梅毒性疾患と一致せざるを以て其變型と稱せらるるなり。佛醫は脊髓癆及麻痺狂は常に家族的或は遺傳的に發生し、且つ其病原菌は生物學上に普通の梅毒菌と相異すとせり。

眞の梅毒性脊髓疾患としては、本病に酷似する**オツペンハイム氏**假性脊

髓癆あり、驅梅法にて全治せしむるを得。又梅毒性脊髓炎あり、癲癇發作が多く先驅し、類型麻痺症、知覺障礙、膀胱及直腸麻痺、反射機異常等を起す。其他梅毒性拘攣性脊髓麻痺ありて反射的瞳孔強直、視神經萎縮、知識缺損等の腦症状を合併す。

X 遺傳性變質性神經系及筋疾患

體內的素因と傳染病、外傷、中毒、過勞、放蕩、苦慮及傷心等の體外的誘因にて起る、故に先天性疾患と爲す可く、而して其症状の發するは年長兒乃至小兒期以後なるを以て潜伏性畸形とも認めらる。蓋し其體內的素因あるは遺傳的或は家族的に發生するを以て證す可く、只だ其遺傳は定型的ならずして所謂異例 *erratische Fälle* あり、乃ち數代を隔て或は數子を越へて來たるなり、或は斯る家族にして健康女子が常に罹患男子を産し、或は交叉的に男子より女子に、或は女子より男子に同疾患を傳ふる例あり、或は同型遺傳 *homologe Heredität* として同疾患が多數の生子に、或は同齡遺傳 *homochrome Heredität* として同年齡に至り始めて發する例あり。又先天的素因となるは兩親の酒精中毒（主として遺傳的不整運動、原發的震顫等に關係あり）、近親結婚、夫妻年齢の大差、先天性梅毒、神經系及筋の過勞等なり、故に本病の豫防には此等の諸件を注意すべし。

病理解剖上には炎症機構は更に之れなく、主として不形成、萎縮及變質が一定の系統及軌道を侵すも、亦失明性白癡の如きは特種の印象を呈す。而して症候には種々ありて大約次の各型に區別せらるるも、移行型稍や多しとす。

1. 家族性失明性白癡 *infantile familiäre amaurotische Idiotie*

a、**幼兒型或はタイ、サツクス** *Tay-Sachs* 氏白癡 解剖上、腦灰白質の總神經細胞を侵し、外錐體、即ち基底神經節は稀に侵さるゝを例とし、猶太人の小兒に多く、同時に多數の兄弟特に双生兒に見る所なり。症状は

生後數月乃至第2年に初まり、從來健康なる兒が嗜眠となり、沈黙となり、視力減弱し、眼底検査上に黄斑部に乳頭より稍や大なる限局性の灰白變色を起し、其中央の恰も中心窩に相當する所に赤色或は鏽色斑を現はす、是れ本病の特徴なり。而して視力の減弱と同時に多くは聽力及精神機能消失して全然癡愚となり、又進行性筋萎弱を起して頭部の固定及四肢の運動不能となり、且つ嚥下困難にて消息子營養法を要するに至る、腱反射は不定なり、遂に約2—3年の後には衰弱にて死に歸す。但し末期には腦性兩側麻痺の如く拘攣症を起し、其際に**マグヌス氏**頸反射を發して頸部の廻轉或は屈曲に隨ひ四肢筋の強直或は弛緩を來たす。

b、幼年性型或はスピールマイエル、ストツク氏病 フオグト氏の命名にして其の症候は前述と殆ど相同じ、只だ猶太人に限らざると第4—10—16年に至り、癲癇様痙攣を以て發病すると、黄斑部の變化なくして單に視神經萎縮と時に色素性網膜炎あると、其他脾及淋巴腺に**リポイド**含有細胞ある等の差あるのみ。療法として發育の途に在る腦の、酵素含有越幾斯の注射が効ありと云ふ。

其他晚發幼兒型は第3—4年に初まり、島嶼狀網膜萎縮と小腦症狀あり、腱反射は存す、又主として遺傳的視神經萎縮のみにて他に症狀なきか或は智識缺陷を伴ふ例あり。

2. 家族性進行性兩側麻痺

前述**リツツル氏**病或は全身強直と殆ど同症狀を呈するも合併症として眼球震盪、震顫、視神經萎縮、假性球麻痺症、外錐體道症（顔貌強直、言語單調）、強迫失笑、括約筋障礙、筋の萎縮或は其假性肥大等あり、隨て外錐體道症候を伴ふ筋不良營養症とも稱せらる。而して家族的に數患兒あると、發病が幼兒期、稀に破瓜期後なると、病勢は常に進行する傾向あるとを普通の小兒拘攣性兩側麻痺との鑑別點とす。但し本病を**クラツペー氏**急性幼兒型（第4—6ヶ月に發病し半年にして死す）、**シヨルツ氏**亞急性型（1—3年間に死す）及慢性型（生後數ヶ月に初まりて短命ならず、男兒に多し）に分

つ者あり。又最後の病型と**シルデル氏**家族性普汎性硬化とは相類すと爲す者あり。

3. 遺傳的筋均定的系統 myostatische System 或は外

錐體道 extrapyramidal Bahn 疾患

a、ウイルソン氏病及假性硬化 ウイルソン氏病は外錐體道特に**レンス核**と共に肝の疾患にして**ハル氏**は肝、**レンス核**變性 hepatolenticuläre Degeneration と稱し、家族的或は單獨的に小兒期に發し、**レンス核**には膠質増殖して神經細胞及纖維消失し、後に空洞を成形することあり、同時に無症候に經過する肝の多發性或は大結節性硬化あり、隨て本病原を此肝硬變に由り新陳代謝的毒素を生ずるか、或は肝の解毒作用缺如するかに歸せらる。症狀は綠色の角膜縁、即ち**カイセル、フライセル氏**角膜環ありて、顔面及四肢筋に一種の強直或は過度緊張あり、錐體道症候たる**パバンスキー**現象及腱反射亢進は缺如し、嚥下困難、言語滯、震顫、強迫失笑等の外、麻痺なくして筋強直し、總て筋運動減じて假性硬強症 Tseudokatalepsie を呈し、精神は變調して多く無關心となり智識は減退するも亦精神病を發することなし。又眼及小腦症狀と知覺障礙とは認めず。

假性硬化は前病と同じく肝、**レンス核**變性症にして角膜環を認め、其他の症狀は多發硬化に類し、只だ震顫に代りて粗大なる動搖運動あり、且つ眼球震盪、視神經萎縮、眼筋麻痺等と錐體道症狀とを缺如し、主として癲癇様發作、筋硬直、進行性麻痺狂等の諸症あり。經過は月餘乃至年餘にして斃るゝを例となす、**ウエストフアール、ストリウムペル氏**病とも稱せらる。

b、進行性振轉拘攣 progressive Torsionsspasmus 前2症と同じく肝**レンス核**變性症にして線條體、**レンス核**、小腦接續腕等も侵され、第1年後の小兒或は大人にも來たり、猶太人に多し、特徴は牽引性及振轉性筋拘攣にして、特に歩行の際に前彎せる軀幹と四肢上端とに顯著にして曲歪、奇異の姿勢を呈す。其他は**ウイルソン氏**病と大同小異にして實際兩症合併

し、或は**パルキンソン氏症**、**両側アテトーゼ**、**假性硬化**等と同伴する例あり。随て本症を原發性と續發性に分ち、而して後症は肝の變化なくして流行性腦炎後に**パルキンソン氏症**と共に來たと爲す者あり、或は**両側アテトーゼ**に屬すと爲す者あり。

c、進行性両側アテトーゼ 稀有にして原因未詳なり、病理解剖上に蒼白球の變化ありと爲す者あれども必然ならず、經過數十年に亘り常に進行性にして其過度活動症狀は**痙攣**に算入せらる。

ハレルフォルデン、スパツ氏病 茲に類屬し、低能と共に常に進行する四肢の屈曲**痙攣**と、後には**アテトーゼ**様或は**ヒヨレア**様運動を起すと、且つ兩側の蒼白球及黒質に暗褐色の鐵色素が集積するとを特徴とす。

進行性硬直症 初め**ヒヨレア**或は**アテトーゼ**ありて漸次下肢、胸、顎、舌の諸筋が強度の硬直を起し、後に重症の**癲癇**及**癡狂**を發す。解剖上に第3腦皮質層の變質と葉核 Putaman 及尾狀核の纖維状態と蒼白球の不良髓症狀態 Status dysmyelinisatus とを認めらるゝと云ふ。

d、ハンチントン氏跳舞症(家族性進行性慢性ヒヨレア) 全身**ヒヨレア**と共に**癡狂**となる。(前章全身跳舞症参照)。

e、パルキンソン氏病(家族的幼年性震顫麻痺) 本症の第18—20年以前に初まるは多く**ウイルソン氏病**なりと爲す者あり、或は第13年兒の罹患例に於ては蒼白球神經細胞の變性が本體なりしと爲す者あり。

f、家族性筋搐搦(搐搦癲癇 Myoklonusepilepsie)各箇の筋束特に肩胛、臀部等に不規則に電擊性搐搦を發して各部位の運動をなし能はず、或は神經機能障礙と爲す者あるも、或は小腦齒狀核の特種病變なりと爲す者あり。實際には流行性腦炎に來たる例稀ならず、又家族には震顫麻痺患者多しと云ふ。

g、遺傳性本體的震顫及遺傳性眼球震盪 共に家族病にして屢頭部の震顫或は動搖を合併す。其原因は不明なれども恐らく外錐稜體道の領域に異常あるならんか。

療法 bに對し練習及精神療法と、fに對し抱水**クロラール**或は**ルミナル**が奏効するのみ。

茲に蛇足に屬するも外錐稜體道疾患に關し**ロートマル氏**(Mschr f. Khk. 1930. 455)の所説を記述す。則ち小兒期に於ける外錐稜體性症候として筋強直、震顫、**アテトーゼ**等は小腦齒狀核より、**跳舞症**、**アテトーゼ**、**廻轉拘攣**等は線狀體より來たり、而して**イブラハム氏**は外錐稜體性運動障礙を二大別し、第一に不足活動性 hypokinetisch 症狀は**レンス核**内側の蒼白球に、第二に過度活動症狀は線條核に關係すとせるも未だ確定せず、概して其症狀を次の如く分類すべしとせり。

1、不足活動性—過度緊張性症候群、後天性に來たるは流行性腦炎後の**パルキンソン氏症**にして、眞の震顫麻痺と同症狀を呈するも、其眞性症は小兒に殆んど來たらず。又黒質の病變に由來すとの説も確實ならずと云ふ。而して前述兩側腦性小兒麻痺にも來たるは、外錐稜體道の病變を合併するなり。其先天性には後述蒼白球症狀ありて運動性幼稚症と相關し、多數低能兒の無筋均定症は之に屬す。

2、過度活動性—不良緊張性症候群、**アテトーゼ**、**廻轉拘攣**或は**廻轉性不良緊張**、**跳舞症**、筋搐搦若くは**チツク**等あり。蓋し**アテトーゼ**及**ヒヨレア**は共に腦性半身小兒麻痺に續發し、同じく線條體の病變に歸せられ、特に眞の麻痺なくして退行性筋緊張と同伴する**両側アテトーゼ**は其所謂大理石状態 etat marbré に來たる、乃ち線條體の先天性畸形として斑紋狀に有髓纖維を簇生し、他の神經組織は消失して大理石様の觀を呈するなり。**セシール**、**フオグト**夫人症狀 Syndrome de Mme. Cécile Vogt と名づけらる。**シュワルツ氏**は本症狀は後天性に分娩の外傷、傳染病、小兒頭部外傷等にて出血の爲にも來たとせり。

3、**セルリントン氏**斷腦性 enthirnte 強直 赤核の疾患なりとなす者あり。

4、外錐稜體性或は蒼白球性癲癇 Pallidumepilepsie 或は發作的半身緊

張症 悪心點頭、急衝或は電撃癲癇等の所謂小發作、敬禮痙攣即ち大發作等皆茲に屬す。但し蒼白球症とは過度の筋緊張、他働的運動の抵抗、反射及表情運動の緊張性後續、運動不足等を謂ふ。

外錐體性疾患診斷上の要項は、錐體症狀特に拘攣性症狀と**ハバンスキー**現象との缺如にして腹壁反射は存す。但し**ハバンスキー**は錐體の未熟或は消滅にも、線狀體疾患にも亦**アテトーゼ**様運動となりて來たることあり、假性**ハバンスキー**と稱す。故に注意すべきなり。其他第1に**バビコウ氏**足趾屈曲現象 Babikow' Zehenflexionsphänomen あり、乃ち足部以外下肢任意の處にて皮膚を刺戟すれば5趾共に屈曲す。第2に**ウエストフアール氏**瞳孔變換性強直、乃ち其正常反應と發作的強直と時々交代するなり。第3に**セエデルベルグ氏**筋不良緊張性反應、乃ち感傳電氣にて迅速なる收縮を起したる後に比較的徐々に復舊し、且つ明に後發收縮を認むる等なり。第4に線狀體血液像として髓性白血球に**オキシダーゼ**反應存し、**ベルオキシターゼ**反應消失すとは佐藤彰氏等の始めて嗜眠性腦炎の極期に實驗せらるゝと唱へし所にして、其後獨逸兩三醫家は之を賛し、或は否決せり、但し多數學者は腦幹神經節が血中の白血球と網狀球との調節中樞と爲し、其増加を認めり。(D. Klin. Wschr. 1932. S. 1991)

本疾患の體外的原因は1、酸化炭素及**マンガン**中毒にして特に後者は蒼白球を傷害す。2、新生兒重症黄疸にして腦底灰白質を黄色に變ず、故に核黄疸と稱せらる、然ども之が爲めに跳舞症或は**アテトーゼ**をも起すや不明なり。3、腫瘍、例せば**レンス核**囊腫等にて偏側**アテトーゼ**、腦底神經節結核等にて著しき震顫ありし例あり。4、傳染性、中毒性疾患にして腦炎或は小腦一赤核一脊髓道の傷害を起して急性の震顫を發す。5、傳染病にして一に流行性腦炎、二に非流行性腦炎(種痘後腦炎には本症狀決して來たらず)、三に遺傳梅毒(跳舞病、**アテトーゼ**、假性硬化、振轉拘攣等を發す)。6、出血及爾他外傷性疾患等なり。

4. フリードライヒ氏病或は遺傳性不整運動 hereditäre Ataxie

主として脊髓後索、錐體及小腦側索道、**ケラルク氏**柱及**ガワー氏**束等の變性にして、小腦發育不足の合併することあり。而して後述起立性及運動性不整運動を呈し、且つ後索變性の爲に膝蓋腱反射減弱乃至消失し、拘攣症は缺如し、錐體側索道變性の爲に**ババンスキー**陽性となり、眼球震盪し、**フリードライヒ氏**足畸形、乃ち母趾伸展して上方に向ひ、他趾は強く屈曲して特種の凹足 Hohlfuss あり。其他脊柱彎曲、潜伏性脊椎破裂、各種の筋萎縮、軽度の言語障碍及知識缺陷等を伴ふ。知覺障碍は後天性脊髓癆の如く顯著ならず、視神經萎縮も然り、只だ稀に斜視及眼瞼下垂と耳聾ある例あり。多くは第4—7年に不整運動を以て初まり、起立安定せず、**ロムベルグ氏**症著しく、地を撞て不安定に濶歩し、頭部と共に全身常に動揺して安靜なる能はず、震顫、**ヒヨレア**或は**アテトーゼ**様運動を伴ひ、言語は發語筋の不整運動に由り小腦性不調 cerebellare Dysphasie を起し、又側方を視る時には頭の廻轉後數秒にして始て眼球之に隨ひ、所謂小腦性不共動 Asynergie を呈す。而して數十年間に病勢進行して止まず。

マリー氏小腦性遺傳性不整運動或は**ノンネ・マリー** Nonne-Marie 氏病共動障碍は前症に比し、多く小腦性を呈し、歩行は高蹈、濶歩せずして寧ろ蹣跚醉歩し、膝蓋腱反射及四肢拘攣を認め、眼球震盪は稀にして屢視神經萎縮及家族性色素性網膜炎あり、**フリードライヒ氏**足は多く缺如す。而して破瓜期以後に初まり、其經過中痙攣發作あり。合併症として亂視、點狀白内障、小頬頰 Mikrognathie、顔面兩側不均等等あり。

療法 練習療法、**ビポフイジン** 或は**ストリヒン**注射、脊椎のX光線射照等試みらる。

5. 遺傳性拘攣性脊髓痲痺

主として錐體道の変性にして、小腦側索道、**ゴル氏**索等も軽く侵さる。多く年長兒、時には高齢に發病し、初め兩脚弱く且つ硬直し、拘攣性

歩行をなし、後には上肢に同症状を呈し、終に強き屈曲攣縮を起し、腱反射亢進し、バンスキー氏現象、オブペンハイ氏咀嚼反射 Fressreflex 等著しく、括約筋及知覺の障碍なし。又腦性兩側麻痺、遺傳性不整運動、進行性筋萎縮等と相互に移行し、而して先天性梅毒の原因たることあり。フェルステル氏脊髄管内後根切除術が効ありと云ふ。

筋萎縮性側索硬化 前症に前角崩壞の症状が加はり、後には進行性延髄球麻痺を起す。小兒には甚稀なり。

6. 進行性核疾患

a、進行性球麻痺 遺傳的或は家族的に、後述 ウエルドニヒ、ホフマン兩氏脊髄性筋萎縮及筋萎縮性側索硬化の末期に來たり、時として猩紅熱等に續發す。症状は言語及嚥下の困難、流涎、顔面神經麻痺、涙液分泌停止等に初まり、舌の萎縮及纖維性震顫、口蓋帆及咀嚼筋の麻痺、下顎の下垂、呼吸及脈搏の不正、音聲の嘎嘶等ありて終に嚥下肺炎或は呼吸麻痺にて死す、稀に胸鎖乳頭筋及爾他の頸筋が侵さるゝ例あり。

b、進行性眼麻痺 兩側眼瞼下垂より初まり、後には全外眼筋麻痺し、時に顔面神經麻痺を合併す。

附録 重症假性麻痺性筋衰弱 (筋衰弱性麻痺、衰弱性球麻痺或はエルブ、ゴルドフラム氏病)

原因 不明にしてクルシユマン氏は體內的體質異常を本體となし、其他胸腺或は副甲狀腺の増殖、或は副腎或は多數腺、或は植物神經系の障碍に歸因せらる。而して病理解剖上にも一定の變化なく、オブペンハイム氏は解剖的所見なき球麻痺なりとし、ワイゲルト氏は内外筋鞘、時には筋纖維内にも淋巴様細胞の集簇ありとし、クエリドー氏は筋及爾他臓器に血管の變化ありて慢性繁殖性血管周圍炎なりとせり。但し主として大人を侵かすも9ヶ月乳兒にも實驗せらる。

症候 特徴として高度の倦怠あり、特に眼筋侵されて眼瞼下垂、復視等を起し、又腦神經領下の諸筋侵されて顔貌無表情、言語及嚥下障碍を發

し、乳兒にては哺乳を長く持續する能はず、後には頂部、軀幹、腕及脚の諸筋侵され、甚疲勞し易くして遂に麻痺状態に陥る。試みに眼瞼を數回閉閉せしむれば容易に其下垂を起し、暫時安靜にすれば回復す、隨て麻痺状態は朝間に軽く日暮に近づけば益著しく、故に朝夕の顔貌に大差を生ず。而して筋衰弱性反應 myasthenische Reaktion ありて、乃ち神經及筋を2—3秒宛、感傳電氣にて反覆刺戟すれば、筋收縮は漸次疲勞減弱し、遂に無反應となり、半乃至1分間刺戟を中止すれば再び復舊す。腱反射及瞳孔の検査に於ても然り。其他知覺、筋感覺、共同運動等の障碍は之なし。

療法 安靜臥床を要し、妄に體操、遊戯、電氣療法等を行ふ可らず。藥劑には乳酸石灰の多量内服、ストリヒニン大人量 0.016、全副腎越幾斯、リボチエレブリン、テトロフワン、胸腺劑、フィゾスチグミン等の皮下注射等行はれ、其他胸腺のX光線照射或は其切徐等試みらる。

7. 筋萎縮

脊髄性、末梢神經性及筋性に區別せらるゝも其間に種々の移行型あり、共に遺傳性變質性疾患に屬す。

a、ウエルドニヒ、ホフマン氏幼兒脊髄性進行性筋萎縮

解剖上に脊髄前角細胞、運動神經根及神經並に筋の變性ありて家族的に來たり、既に第1年に初まり筋の萎縮及働作減弱が脚、頂、肩胛、腕、手、腹、肋間等の筋より漸次顔面の筋に及び、後に球麻痺を起し、麻痺筋特に舌筋には著明なる纖維性痙攣、深部反射消失、電氣的變性反應等を認め、言語、知覺、意識、括約筋等は侵されず。經過は1—2年後に呼吸麻痺の爲に斃る。時に年長兒に見ることあり、其際には白内障、女子有髻、内因性脂肪過多等の内分泌腺障碍を合併す。又鑑別診斷上には同症状を呈する慢性脊髄前角炎あるも極めて稀なりとす。其他に先天性筋無緊張あり。(前章畸形及發育停止參照)。

b、ホフマン、シャルコー、マリー、ツース氏進行性神經性筋萎縮 (腓骨神經型 Peronealtypus)

末梢神経、脊髄神経節及ゴル氏索の變性にして、萎縮は腓腸筋より初まり下肢諸筋、續いて上肢筋も侵され、運動、知覺及血管運動神経の障礙あり、漸次深部反射消失、萎縮筋の纖維性痙攣、電氣反應減弱或は變性反應、多汗、チアノーゼ等あり。而して下脚が強く痙攣し、上腿が軽く侵さるゝ時は鶴脚 Storchbein と稱せられ、歩行時には上脚は高舉し足を床上に着くるに足尖より初む、所謂縫合歩調 Steppergang なり。後には諸筋の拘攣を起し内彎足となる。又上肢侵されて手指筋萎縮すれば攫搔手狀を呈す。其他ツゼエリーヌ、ソツタース氏等は末梢神経の結締織増殖に由り癩の如く其肥厚を觸るゝことありとせり。蓋し前章脊髄性と異なる所は主として知覺障礙あるに在り。

進行性肥厚性神経炎 茲に附記す可き疾患にして神経幹或は頸及腕の末梢性知覺神経が潜行性に肥厚して外見すべく、乳兒にも來たり攫狀趾を有する内彎足と高度の後彎或は側彎とを呈し、上肢は侵さるゝこと少く、腱反射消失し、知覺障礙及痙攣あり、マリー氏型となす。其他進行性神経間質炎(ゴムバルト、デエリン、ソツタース型)あり、症狀は本病と類似する以外に背髓癆、フリードライヒ氏病等の症狀を呈し精神異常を伴ふ。

c. 進行性筋萎縮 Dystrophia musculorum progressiva

幼兒に來たる純粹なる筋性疾患にしてエルブ氏は交感神経纖維の先天性無發育に歸し、或は不足甲狀腺症とし、或は脂肪性殖殖器不良營養症と合併するを以て腦下垂體疾患なりとし、或は自律性筋神経の變化とし、或は此等を主宰する中腦或はダイテル氏核の障礙となす者等ありて未だ一定せず。常に萎縮に先ち脂肪及結締織増殖の爲に假性肥大あり、多く腓腸筋に來たりて鬼神腓腸 Gnomewaden と稱せられ、三角筋、棘下筋、三頭筋、四頭筋にも稀ならず。腱反射は減ずるも、纖維性痙攣、電氣變性反應、知覺及括約筋障礙等は前病に反し欠如す。若し臀、腰及背部の諸筋共に侵さるれば歩行は委遲 watschelnd として鴨歩 Entengang をなし、其狀は兩側胯關節脱臼に彷彿たり、且つ強度の脊椎前彎を伴ふ。試みに床上より起立

せしむる時は上半身を前屈し手の支持を以て下肢を攀づるの狀をなし、特に階梯を登ること困難なり。又肩胛筋侵さるれば肩胛骨は隆起して翼狀 Skaplae alatae となり、顔面筋侵さるれば眼瞼及口唇閉ぢず、表情欠乏して所謂怪物顔 Sphinxgesicht を呈して横線的笑顔 transversales Lachen をなし、若し口圍筋の假性肥大あれば所謂獾口 Tapirschnauze 觀のあり。但し四肢末端の諸筋は侵さるゝこと少く、而して稀に原發性筋收縮に由り拘攣を起して内彎足、尖足、或は膝關節、上肢等の攣縮を發す。而してスタインエル、フェルゼ氏等は收縮性進行性萎縮、エンドラシツク氏は假性攣縮、ウルリヒ氏は先天性無緊張硬化性筋不良營養症と名つけり。其他本病には左の各型を區別す。

1. 假性肥大(ツゼン、グリージンケル氏型) 筋萎縮中に最多數にして幼兒に初まり、萎縮は先づ背及腰部、後に肩部を侵し、早晩に腓腸筋、四頭筋、三頭筋、肩胛筋等の假性肥大を起す。而して鴨歩、昇階困難、脊椎前彎、攀脚舉身等の症狀を呈す。

2. 幼兒型或は顔面、肩胛、上腿型(ランドジー、デエリン氏型) 萎縮は顔面特に咀嚼筋に初まり、後に肩胛筋に及び、假性肥大は多く口圍筋、稀に舌筋に來たる。

3. 遺傳型(ライデン、メエビウス氏型) 第8—10年に來たり主として上腿及腰筋が萎縮して假性肥大は缺如す。

4. 少年型或は肩胛、上腿型(エルブ氏型) 破瓜期乃至其以後に初まり、肩胛及上膊筋に萎縮及假性肥大が交錯し、漸次に腰、背、上腿、稀に腹筋に及ぶ。

5. チムメリン型 年長兒に來たり、胸筋及前膊より初まる。

6. 假性攣縮及假性關節癒着型(アントラシツク氏) 漸進性筋疾患の症狀より寧ろ足、脊椎、腰、肩及肘に起る攣縮及變形を主とし、收縮性筋萎縮 Dystrophia retrahens 或はウルガス、トレエムメル兩氏の筋硬化 Myosklerose と一致す。

療法 練習療法を最良とし、薬劑にはストリヒニン一日0.002—0.005、或は千倍アドレナリン0.2—0.4の皮下注射を行ひ、或はビタミンに富む食餌と麥酒酵素或は睾丸若くは卵巢劑を與へ、或は石灰イオントホレーゼ或は透熱法を賞用する者あり。

8. 先天性筋緊張 Myotonia congenita (トムセン氏病)

1876年トムセン氏記載せる稀有の家族的筋疾患にして、休息せる筋を始めて動さんとすれば無痛性の所謂意向性硬直 Intentionrigidität あり、1—30秒間持續して後に緩解す、隨て四肢の運動、咀嚼、談話、讀書等も初め澁滞して後に容易となる。而して幼児には多く判知せられずして年長兒に發見せらる。其特徴は筋の器械的及感傳電氣的興奮性亢進し、當該筋に徐々に隆起を起し、2—10—20秒間持續して緩解す、乃ちエルブ氏筋緊張性反應 myotonische Reaktion なり。其他平流電氣の陽極及陰極閉鎖時に痙攣を起し、又其強流を通すれば陰極より陽極に向ひ調節ある筋波を認むることあり、然とも神經に對する刺戟には異常なく、筋には屢肥大を見、知覺障礙は缺如す。但し終生不治の病なりと云ふ。

本體は未だ明ならず、或は交感神經、或は中腦に關係ありと爲す者あり、或は内分泌腺、就中上皮小體の機能障礙と爲す者あり。蓋し大人に來たる筋緊張性不良營養症 Dystrophia myotonica は本病と進行性筋萎縮との合併症にして、外に脱毛、多汗、睾丸萎縮、白内障、低能等の諸症あり、内分泌障礙に歸せらる。

附記 a、オイレンブルグ氏先天性準筋緊張 Paramyotonia congenita

終生不治の遺傳性家族性疾患にして、主として濕冷の天候、攝氏10—12度の室温にても筋の緊縮 Klamtheit 及硬直を起して自由運動を抑制す、已に新生兒に於て冷水を眼に當つれば固く閉ぢて開かず、而して温湯を用ゆれば1—2分にして緩解す。感傳電氣的刺戟にては筋の興奮性は減し、神經は正常なり、而して平流にては閉鎖時強直の傾向を認む。

b、レワンドウスキイ氏遺傳性寒冷麻痺

前症との相異は筋硬直の際に電氣的筋緊張性反應ありて其後に數時間持續する麻痺に移行し、又筋硬直は温熱に依りて緩解せず、且つ此發作性麻痺の際には各電氣的興奮性消失す。

9. 週期性筋麻痺 Myoplegia periodica

本病例の80%は遺傳性家族性にして、乳兒に初まり、男兒に多く、一定の日、週或は月數を隔て、發作的に少時間内に各筋簇或は四肢筋或は總横紋筋の弛緩性全麻痺を起し、唯だ顔面筋及横隔膜と括約筋のみは侵されず。而して心は發作時に擴大して雜音あり、時に心衰弱にて死する例あり。且つ糖尿及過血糖を見る。一般に發作は冬期、運動不足時、朝間、飽食後、興奮及過勞時等に多く、少量の飲酒、アドレナリン或はエフェトニン注射にて誘發せらる。其本體に就き、或は自家中毒とし、或は中腦の植物性神經中樞の障礙とし、或は上皮小體の過度機能とし、或は筋血管の收縮に由來すと爲す者あり。

療法 ブローム、ヨード、ストリヒニン、アトロピンの大量は無効なり。其他ピロカルピンの多量或はインスリン毎日大人量15—25單位の注射或は10%結晶鹽化石灰15立方糶を1日3回宛月餘の内用にて治効ありしと爲す者あり。

10. 腫瘍成形の傾向ある不良成形症 Dysplasie

a、全身神經纖維腫症 allgemeine Neurofibromatosis (レツクリングハウゼン氏病)

小兒期の後半に發する遺傳性疾患にして、皮膚神經の末端に多數撒播性に、軟或は硬或は有莖の小纖維腫を生し、多くは無痛なれども時として激痛あり、且つ常に其前驅として皮膚に暗青乃至褐色の斑紋を見る。而して腫瘍は脊髄末端部、脊髄前及後根或は脊髄内部にも、亦小腦橋角、眼瞼、視神經等にも發生し、屢知識障礙、内分泌腺疾患等と合併す。但し皮膚の斑紋は母斑と異なりて頸部、腰部、腋窩等の附近に於て小なる雀斑 Ephelid

様の觀を呈し、或は珈琲加牛乳 Cafe au lait 色の大なる斑をなす。

b、結節性硬化 tuberöse Sklerose (ボル子ウイル Bourneville 氏病)

先天性腦疾患にして各廻轉に腫瘍狀の隆起を生ずると、腦皮質組織が髓質中に轉位すると、側室領域に小腫瘍を成形するとの特徴ありて炎症症狀なく、而して腫瘍細胞は突起を有し、其一部は異形神經細胞にして、一部は成形蛋白質に富むグリア細胞なりと云ふ。但し此腫瘍は殆ど常に皮膚及腎、稀に心、卵巢及他臓器にも發生し、特に皮膚には前述神經纖維腫の症狀を呈し、腎には其腫瘍を觸知せられ、且つ蛋白尿を認むることあり。

原因 内因として癲癇家族、母の酒精中毒、兩親の血族結婚等を挙げられ、男兒に多し。

症候 癲癇及白癡を主症狀となし、病竈症狀として稀に麻痺あり、腦幹神經節侵さるれば運動不足、硬直等あり、腦壓症狀、鬱血乳頭等は多く缺如す。但し癲癇發作は第一年の経過中に來たるを例とし、稀に第四年後に發し、多くは癲癇狀態にて20年以内に斃る。

XI. 末梢神經疾患

a、麻 痺

1. 腦神經麻痺

動眼神經麻痺 耳下腺炎、水痘、チフテリー等に來たり、其他に週期性眼麻痺 Ophthalmoplegia periodica あり、同側の激しき偏頭痛を先驅し、數日乃至數週間持續して一時治癒し更に反覆す。本病は1860年グウブレル氏始めて記し、其本體に就き、或は偏頭痛の一變型にして血管拘攣或は自家中毒に因すとし、或は基底腦膜炎の一症となす者あり。高調食鹽水或は葡萄糖液の注腸が効ありと云ふ。又中耳炎の續發症としてグラデニゴ氏症候群あり、乃ち激しき顛頂及顛顛部の疼痛と外轉神經麻痺とを起す。

副神經麻痺 多く外傷、特に頂部淋巴腺の剔出後に來たり、當該側の肩胛下垂し且つ上肢を水平以上に擧ぐる能はず。

回歸神經麻痺 チフテリー、胸腺炎、腫瘍及結核性淋巴腺炎の壓迫、種痘後等に來たる。又所謂乳兒脚氣の音聲嘎嘶は其の片側、稀に兩側麻痺に因すと云ふ。

顔面神經麻痺 最も多く見る所にして、先天性には核不形成に因し、出産時には骨盤の壓迫或は箝子に依り、後天性には耳疾患、結核性岩狀骨カリエス、顔面の帶狀疹、外科的手術、綠腫、耳下腺炎、チフテリー、猩紅熱、ハイネ、メチン氏病、結核性腦膜炎等に續發し、又原發的には急性に發熱及疼痛を以て全麻痺を起す、但し多くは感冒、特に窓を開きて汽車或は自動車旅行後に來たり、**レウマチス**性麻痺と稱せられ、其本體は或は傳染性神經炎或は**フワロウビー**氏管の骨膜炎なりとの説あり。

症候 中樞性麻痺と相異りて上、中及下枝共に侵され、病側顔面は弛緩し、額皺は缺如し、眼瞼は閉鎖せずして兔眼 Lagophthalmus を呈し、且つ閉眼の際に眼球は上眼瞼下の外方に滑走す、所謂**ベル**氏現象なり、其他鼻唇溝は消失し、口角は初に健側に、後に病側に牽引せられ、而して齒を露はし、或は口を突出し、或は泣き、或は笑ふ時は兩側の顔面が不均等となる。又神經が岩狀骨を通する所に病變あれば口蓋弓麻痺し且つ唾及涙液の分泌減少す。電氣反應は不全或は全變性反應を呈し、若し感傳電氣興奮性が尙ほ存すれば豫後佳良にして速に治するを例とす。

療法 初には温巻法と**アスピリン**内服が効あり。1週間後には注意して弱平流電氣を通し、永く不治なれば舌下或は副神經の一部を移植する法ありと云ふ。

2. 頸及膈神經叢領域麻痺

横隔膜神經麻痺 チフテリー後麻痺、腫瘍或は淋巴腺結核の壓迫等に來たり、又分娩後に左横隔膜弛緩を起す例あり、X光線にて診斷すべし。

長胸神經(大鋸筋)麻痺 チフテリー、**インフルエンザ**及爾他傳染病と分娩麻痺として來たり、肩胛は翼狀となり且つ上肢を水平以上に擧ぐる能はず。

分娩麻痺 Entbindungslähmung 第5—8頸髓、時に第1胸髓の運動神経根或は神経叢の一部が拉裂せらるるに因し、最多きは上膊神経叢麻痺即ち**エルブ、ツセン氏型**にして第5及6頸髓より出づる三角筋、肩胛棘下筋、2頭筋及長廻後筋の神経が麻痺し、下膊神経叢麻痺にては第8頸髓及第1胸髓より出づる小手掌筋、手掌及手指の屈筋の神経が麻痺し、且つ第1胸髓は交感神経と交通する爲めに**ホルネル氏症候群**あり、乃ち同側に於て瞼裂開大し、瞳孔縮少し、眼球は軽度に陥凹し涙腺及汗腺の分泌減退す。又此分娩麻痺以外に同症候を呈するは外傷、鎖骨骨折、斜頸手術、肋骨脊椎関節の**カリエス**等なり、種々の外科的療法あり。

シャセニヤツク氏疼痛性腕麻痺 Chassaignac' Paralyse douloureuse 多くは第5年までの幼児に來たり、一腕にて全身を高擧するか或は蹠踏の際に身體を支持固定するかに因し、疼痛烈しく總ての運動を避け、恰も麻痺せるものゝ如く、前腕を廻前して下げ、若し之を反轉せんとすれば小兒は涕泣す、是れ肘關節に於ける橈骨頭の不全脱臼にして、腕を強く伸ばして反轉し、然る後に前腕を屈すれば直に運動可能となる、若し精神的制止あれば、之を排除するには切望する物を與へて之を把握せしむべし。蓋し本症を**エルブ氏麻痺**と同じく神経叢の拉裂に因すと爲す者あれども、前述の處置にて速治するが故に、恐らく解剖的變化なからん。

頸肋骨 Halsrippen 亦膊神経叢を侵し、初に上膊の内側に知覺異常及疼痛あり、後に前膊及手の尺骨側に及び、小手筋に運動減弱及萎縮を起して書字及爾他細密なる手工を不能ならしめ、且つ其局部の知覺麻痺、皮膚温低下、**チアノーゼ**、浮腫等を來たし、又頸肋骨が深吸氣、頭廻轉、腕舉上等にて鎖骨下動脈を壓迫し脈を微弱ならしむることあるも、之を觸知し得るは稀にして多くはX光線検査を要し、而して實際には其發芽的肋骨よりは、寧ろ之より第1肋骨に連結する纖維性索條が多く障碍の因となり、其他に第7頸椎の異常なる横突起、或は第1肋骨の畸形等も亦然ることあり。一般に本症は高齢に及び身體過勞の爲に發するなれども、小兒期に於

ても提琴練習、競泳等の後に起り、外科的手術を要することあり。

橈骨神経麻痺 麻酔、上膊骨折、又新生兒に於ては箱子、骨盤等の壓迫に由來し。尺骨神経麻痺は猩紅熱等の後に、又正中神経麻痺と共に肘關節外傷にて起る。此等は皆梅毒に因する**パロー氏假性麻痺**と鑑別を要す。

3. 腰薦神経叢領域麻痺

概して前症に比し稀にして、分娩時外傷に因り小腿神経麻痺し、又種々の外傷にて腓骨神経麻痺し、先天性股關節脱臼にて腰薦神経叢麻痺す、又蛇毒に由來する例あり。蓋し下肢一局部の麻痺は先づ脊髄性小兒麻痺と鑑別を要し、其兩側麻痺は隱匿性脊髄破裂或は遺傳變質性疾患と誤る可からず。

4. 交感神経麻痺

ホルネル氏症候群は既に前述せり。而して其中の涙腺及汗腺の分泌障碍は**クルムケー氏麻痺**の一部症に屬し、第8頸髓根及第1胸髓根の外傷に因し、分娩外傷等に來たる。

b. 神經痛

眞性の神経痛は小兒に殆ど無く、神経症或は**ヒステリー症**として來たり、頭痛、腹痛、臍痛、關節痛、發育痛 Wachstumschmerzen 等は之に屬し、多くは精神療法或は唯だ1回の感傳電氣療法にて治することあり、其他左の諸症は稀に小兒に見る所なり。

1. 後頭神経痛及三叉神経痛 學齡兒に來たり、最多きは上眼窩神経痛にして其壓痛點著明なり、屢神経症性小兒の鼻加答爾、流行性感冒、**マラリア**、眼の屈折異常等ありて起るなり。故に眼鏡を用ひ、腺増殖症を除き、亞砒酸を内服せしむ、而して神経痛發作に對しては**ヒニン**、**ピラミドン**等を與へ、平流電氣陽極を貼す、**ライヘ氏**は其頑固なる例に、**ワクチノイリン**5—8回を注射し治効を收めたりとせり。

其他座骨神経痛は殆ど之なく、**アヒレス痛**、尾嚢痛等も甚稀なり。

2. 扁頭痛 遺傳性にして週期的に來たる偏側の頭痛なり、時には胆汁嘔吐を伴ふ。而して癲癇に關係ありとなす者あり、或は週期的嘔吐に關係あ

りとなす者あり、或は血管痙攣に歸する者あり、**クルシユマン氏**は血管運動神經性狭心症、血管機能症性浮腫及週期的水疱疹發生、稀には廻轉眩暈と合併すとせり。但し塔狀頭の小兒に多しとも云ふ。療法として石灰、**アトロピン**、**ルミナル**等が内用せらる。

3. 帶狀菌行疹 脊髓神經節細胞の疾患に來たり、又交感神經に關係ありて膽石或は腎石痛の經過中に發し、或は細菌毒、砒素、**サルバルサン**、蒼鉛等の中毒にて起り、或は原發的に高熱、**淋巴腺腫**等と共に一の傳染性疾患として來たる。又水痘或は流行性腦炎に密接の關係ありと云ふ。而して發疹は全身皮膚の外、角膜、口蓋弓、舌等に發し、若し耳鼓及外聽道に起れば顔面神經麻痺、聽覺障礙、眩暈等ありて**フランクル**、**ホツホワルト氏**等は**メニール氏型腦性多發神經炎**と稱せり。(皮膚疾患篇参照)。

c. 多發神經炎

チフテリー後麻痺に來たること多く、稀に其他の傳染病に續發し、又鉛、亞砒酸及酒精中毒に起り、脚氣も本病に類屬して、只だ乳兒脚氣は**三浦謹氏**に據れば本病と相異せる經過を取るとせり。**ランドリー氏**麻痺も亦本病に屬する例あり。其主症は初に下肢の知覺異常と運動麻痺、神經幹及筋の壓痛ありて腱及皮膚反射は減弱し、後に上肢に及ぶ。而して腓骨及橈骨神經が特に強く侵さる、鉛神經炎に然りとす。初期には安靜と發汗療法を行ひ、後には千倍**ストリヒニン**半—1筒宛の皮下注射、電氣及按摩法を施す。

附録 スウィフト、フェール氏末端痛 Swift-Eeer' Akrodynie

原因 1922年**フェール氏**植物性系統の神經症として記載し、原因は尙ほ不明なり。**チエヒリン氏**は流行性發汗粟粒疹と近似せる一傳染病なりとせり。

症候 一般症狀は心地悪化、睡眠不安、食慾不振等にして、特徴は第1に斷へず發汗あり汗疹及表皮剝離を生じ、就中手足に顯著なり、第2に末端特に鼻、手、足等に**チアノーゼ**あり、第3に筋緊張弱く運動減じ、特に歩行及起立の際に然り、又震顫を伴ふ。第4に血壓亢進、脈搏頻數となる。

第5に發作的に烈しき腹痛或は痒感を訴ふることあり。第6に重症營養障礙ありて齒牙脱落し、舌及頬粘膜に深き潰瘍を生じ、手指及膝窩に壞疽を起し、終に敗血症となることあり。

療法 多量の石灰、例せば乳酸石灰なれば1日10瓦を與へ、其他**アトロピン**、臭素劑等が用ひられ、太陽燈射照も試みらる。

B. 神經系機能的疾患

I 小兒痙攣症

小兒には生理的痙攣準備 *Krampfberetschaft* あり。其説明に就て**ソルトマン氏**は、動物試驗上に幼時には末梢神經の電氣的興奮性が強盛にして、之を制止する腦皮質の發育が遅滯するに因すと爲せるも、最強刺戟たる火傷及腹膜炎痛の如きも、必ずしも痙攣を起さざるを以て、此説を否定する者あり。又**イルポー**、**シュワルツ氏**等は分娩時外傷に由る腦出血の非常に多きを以て、原因不明の小兒痙攣を悉く之に歸せり、然とも尙ほ異論あり。要するに小兒中樞神經系の未完成が其一主因たるならん。蓋し拘攣嗜好症 *Spasmophilie* は乳兒に於ける痙攣準備の一獨立症にして、特種の物質交換に伴ひ、而して佝僂病に密接の關係あることは既に前章に記せり。**グラハム氏**等は**テタニー症**には血清中の石灰含量減し3.7—9.4%平均7.1%となり、鹽化石灰或は鹽化**アムモニウム**等の酸供給鹽類を用ひて酸症を起せば治すとせり。

痙攣發生の因子は知覺或は疼痛刺戟、熱浴、足部冷却、日射、腰髓穿刺、發熱、亞鉛、**アンチピリン**、酒精、**カルチツオル**等の中毒、頭部壓迫或は打撲等の外に、物質交換上に利尿減少、窒素殘留、尿酸排泄減弱等

ありて、酸鹽基經濟上には未だ定説なけれども、其動搖し易くして發作前に亞爾加里症 Alkalosis となり、發作と共に其消失するは確實なるが如し。又癲癇患兒の40%に於ては深呼吸を長く持續すれば發作を起す、之れ亞爾加里症を起し、神經組織の營養及興奮障礙を發する爲なる可く、血液の食鹽含量或は石灰含量の増減と共に、水分の經濟にも亦關係ありと云ふ。而して此等の諸因は直接に神經細胞に作用するものなるか、或は間接に血管系を迂回して然るか不明なれども、後説を信する者多く、實際にフェルステル氏は手術時に於ても、痙攣發作前には血管收縮して腦が蒼白となり其容積減し、腦脊髄液壓は急に低下し、而して其直後には腦表面はチアノーゼとなり其容積増すを實驗せり。其他スピールマイエル氏は癲癇に於ては小腦及アムモン角の一定部位に神經細胞變化、軸索破壊、グリア増殖等の固有なる變化を見て血管收縮に因する乏血 Ischämie の結果なりとし、ウウト氏は所謂症候的癲癇は鉛中毒を除外すれば多く酸亞爾加里の變調に關係すとせり。

1. 從屬的、偶發或は隨伴痙攣 akzidentelle, Gelegenheits- od. Begleitskrämpfe

a、初期痙攣 Initiale Krämpfe 肺炎、麻疹、膀胱炎、グリツペー等の初期或は經過中に來たり、必しも高熱に限らず、其原因に就ては定説なく、乳兒に於ては拘攣嗜好症に歸す可きものあれども、其以後の年長兒に此症なくして起るは毒素に由ると爲す者あり、而して此等の痙攣は一般に1回のみ偶發し、同様の機會なければ再發せず、且つ權威少なし。之に反し傳染性腦疾患或は百日咳の經過中に來たるは多く腦出血、腦炎等の結果にして豫後輕視し難し。

b、末期痙攣 terminale Krämpfe 熱性病、特に肺炎等の末期に輕微の誘因、例せば攝食、臥位變換、熱浴等にて全身或は一局部の痙攣或は搐搦を起し死す。解剖上に軟腦膜の浮腫を認む。

c、小痙攣症 Stäupchen 新生兒、就中早産兒の3分の1に、多く哺乳

時或は其間歇時に於て眼球の震盪様痙攣、眼瞼の間代性痙攣、口角の牽引に由る晒笑等を見るを謂ふなり。パイベル氏は低級中樞の勢力強くして高級中樞の未完全に歸因し、ランデー氏は分娩時外傷に由る腦出血の結果なりとせり。

2. 點頭及回首拘攣 Spasmus nutans u. rotatorius

乳兒より第3年までの小兒に來たり、臥位にては頭部を左右に廻轉し座位にては前後に動搖し週餘乃至月餘持續す、意識は明瞭にして隨意運動と誤り易く、物體を凝視する際に顯著となり、兩側稀には1側の眼球震盪或は眼瞼痙攣を伴ふ、而して睡眠時には總て靜止す。ラウドニツツ氏は窖内工夫の眼球振盪と同じく室内採光の不良なるに因し、室内採光を改良すれば治すとし、ツアベルト氏は迷路の過度興奮に由るとし、ゲエツト氏は痙攣に非ずして眼筋の疲勞にて起る所の單純なる障礙にして、佝僂病及神經病症にも無關係なりとせり。而して予等は搖首を往々重症腸炎の末期に見る。又重症衰弱患兒に見る所の、爪甲を嚙み、鼻孔に指を入れ、口唇を弄する等の運動をゲエツト氏は其局部の不快感に對する反射的運動とせり。

3. 眞正及症候的癲癇 genuine u. symptomatische Epilepsie

原因 眞性癲癇の眞原因は不明なれども直接遺傳ある例あるは明なり、其他兩親の酒精中毒、神經病或は精神病症及遺傳梅毒等が與かるなり、而して本病兒には身體上の徵候として左手を用ゆる者多く、且つ言語障礙、頭蓋兩側不均等、肥胖症等と耳、眼、毛髮等に變性徵候あり。精神上には易怒的或は鬱鬱的にして注意力及記憶力弱し、故に本病兒は本病の素質を以て生れ、外傷、腦血管收縮、爾他腦疾患にて誘發せらるるならんと云ふ。其發生は80-90%は乳兒及幼兒時代にして後年に連續し、稀には一時中止して破瓜期前後に及び再發することあり、或は學齡或は破瓜期に始めて初まることあり。一般に發病當時は發作稀少にして往々夜間に起り、遺尿症として看過せらる、然ども常に進行性にして發作漸次頻數となるを例とす。

時として20—30年以後に於て、始めて發することも之あり。

症候 眞性癲癇 其定型には多く前兆 Aura. 乃ち屢前腹部に一種の特異の感覺、耳鳴、心地不和、恐怖或は所謂心痙攣を起し、或は其他の五管器若くは其中樞の刺戟症あり、而して此前兆は患者に隨ひ各一定するを例とす。然る後に突然高聲を發して地に倒れ、瞳孔強直し、角膜及結膜反射と意識は共に全く消失し、瞬間にして全身の強直性伸展痙攣を發し、直に續て四肢筋、舌筋、眼筋、顔面筋、横隔膜までも間代性の痙攣を起す、而して其持続は1—2分間にして後に醒覺することあり、或は暫時四肢の痙攣と意識喪失が残りて後に醒覺することあり。此發作中は横紋筋のみならず平滑筋も侵され、初め顔面蒼白、後充血して發汗あり、涙、唾及粘液の分泌強盛し、呼吸に水泡音を聽き、口角には嚙舌の爲に血性泡沫を流し、瞳孔散大して反應なく、尿及大便の不隨意排泄 *Seccessus involuntarii* あること多し、之を大癲癇發作 *grand mal* と稱し、發作後には甚しく脱力し熟睡するを例とす。此定型的發作の外に不定型の小發作 *petit mal* あり、多くは前兆及初期叫聲を缺如して突然顔面蒼白となり、或は眼瞼痙攣し、或は膝を屈し或は掌中の物を落し、或は前方に突進して物に衝突して倒れ、後に痙攣を起す、之を前進性癲癇 *Epilepsia procursiva* と稱す。而して此等の發作中に於ては數時間の意識喪失ありとす。但し一定筋域に電擊痙攣ありて或は急に頭を前屈するあり、挨拶或は點頭痙攣 *Gruss-od. Nickkrämpfe* と名づけ、或は稍や徐々に數回反覆して上半身を前屈するあり、敬禮痙攣 *Salamkrampf* と稱し、共に眞正癲癇に非らずして重症の腦疾患に來たと云ふ。其他表情術 *Pantaminen* 類似或は性交的腰部運動或は仰臥弓狀姿勢等の發作は寧ろ**ヒステリー**或は精神症に屬するなり。又本病には精神性同値症 *psychische Aequivalente* ありて朦朧狀態 *Dämmerzustand* と謂ひ、發作の前後か或は全く獨立的に來たり、其間意識は濁濁して不可解の談をなし、或は室内に放尿し、或は故なくして疾走し、或は家を出て市街に徘徊す、即ち浮浪狂 *Poriomanie* なり。或は學校に於て時々

不從順 *Insubordination*. 不規律となり、或は知人感覺を失ひて近親者を忘れ恐怖す。而して醒覺すれば其間の行爲を全く記憶せず。但し本病兒の性質は漸次變化し、感情の彈力性を失ひて易怒的となり偏狹的となり、行爲は狂愚或は亂暴となり、精神病者中、社會に最危險を及ぼす者となるなり。

本病患者の危險は偶發する1日數10回の連續發作即ち癲癇狀態 *Status epilepticus* にして多くは**ルミナル**注射、抱水**クロラール**注腸、麻睡法等も効なくして死す、又各發作中には舌を嚙み、飲食物を誤嚥し、或は卒倒或は痙攣の際に種々の外傷を蒙むることあり。

症候的癲癇 癲癇類似の痙攣發作にして第1に腦の疾患、就中梅毒或は變性梅毒 *Metasyphilis*、腦炎、腦膜炎、血管硬化、腦性小兒麻痺、腦の癍痕或は膿瘍に來たり、其際には多く腦壓亢進症、即ち頭痛、徐脈、鬱血乳頭、不可解の嘔吐等あるものなり。又病竈が中心廻轉附近に在れば其領下の筋に痙攣初まりて、全半身に續て全身筋に蔓延す、而して必しも意識喪失を伴はず、所謂皮質或は**ジャクソン**氏癲癇之なり。第2に酒精、鉛、或種植物、亞片劑、**サントニン**等の中毒に來たる。蓋し酒精は眞正癲癇にも關係ありて、其少量にても發作を増加し、又其朦朧狀態中に強度の飲酒癖を起すことあり。第3に新陳代謝病特に尿毒症、窒尿病、**インスリン**注射後の不足血糖及**テタニー**に來たる。第4に傳染病特に小兒の猩紅熱、麻疹、肺炎、赤痢等の高熱時に來たる。此等は癲癇様痙攣 *epileptiforme Krämpfe* と稱せらる。

其他に眞正癲癇の如く漸次狂暴となり或は低能となる等、性情の變化を起すこと無くして單に小發作が1日30—100回頻發することあり、多く第4—5年に初まり、或は破瓜期に頻發して20年までには全治す。恐らく本病と**ヒステリー**との中間症にして濃厚發作 *Pyknolepsie* と稱し、**ゲエツト**氏は神經性痙攣發作とせり。又瞬間の中風發作ありて全身筋緊張が喪失し尿を失禁す、或は發作性に睡眠に陥る所の睡眠發作 *Narkolepsie* あり、或は突發せる精神感動特に喜悅の際に來たる所の所謂中間發作或は感情癲癇