



兒科學

增訂版

醫學博士中村政司著
醫學博士周頌聲 } 共譯
醫學士馮啓亞 }
新醫同仁研究社增訂
兒科學

新醫叢書之一

杭州新醫書局發行

新 醫 叢 書 之 一

兒 科 學

增 訂 版

中 華 民 國 三 十 七 年 五 月 十 五 日 付 印
中 華 民 國 三 十 七 年 六 月 五 日 出 版

版 權 所 有 · 翻 印 必 究

著 者	醫 學 博 士	中 村 政 司
譯 者	醫 學 博 士 醫 學 士	周 頌 聲 馮 啓 亞
增 訂 者		新 醫 同 仁 研 究 社
發 行 人		韓 學 川
發 行 者		新 醫 書 局
		杭 州 中 正 街 三 六 九 號
分 發 行		新 醫 書 局
		上 海 漢 口 路 六 六 八 號
製 版 者		三 星 製 版 社
一 印 刷 者		新 醫 書 局 印 刷 廠
		杭 州 皮 市 巷 一 四 四 號

基 本 定 價 三 十 三 圓

承 購 本 局 各 書 照 基 本 定 價 加 倍 發 售 ， 外 埠 郵 費 加 一 成 。
優 待 學 校 團 體 同 業 ， 購 滿 十 本 以 上 九 折 ， 三 十 本 以 上 八 折 。

簡明小兒科學自序

醫學之進步蒸蒸日上，有難於追隨之歎。日本小兒科學界，先輩學者所編纂之良書不只二三。余等所以公佈此書者，不外乎供給醫學諸子及初學者之參考，尤其使學生諸君聽講義時，避免筆記之煩而得領會小兒科之大要也。故可及的多用實驗例及插圖以期達此目的，因是裨益於學生諸君之處，良非淺鮮也。

余輩原來才疏學淺，臨牀上經驗既少，文筆亦不能堪，本書公佈時自己不滿之處不少。幸賴恩師栗山重信博士之深厚的援助及懇切的校閱，內容大加改善，乃著者所欣喜而不能忘者也，故於此處表示深切之謝意。且本書用之照像，大部分為東京帝國大學兒科教室所藏而得自栗山教授之慨允，一部分得自泉橋病院小兒科部長太田孝之博士之好意，故對於兩博士亦表示感謝之辭。

本書執筆僅越數載（其間有自熊本醫科大學轉入日本大學醫科之事）成自繁職之餘暇，自思缺點不少。幸得讀者諸賢之批判及教示而改善之，欣慰亦後學之士及斯界之幸福也。

昭和十三年九月一日震災第十週年之當日

識於小石川關口臺町本寓

中村政司識

譯者序

小兒者成人之基礎也。小兒有疾病，不善治療，則基礎不固，無由得健康之成人，是以小兒科學，在醫學中比其他科學為尤要也。乃吾國醫學書中，如內科外科等之刊行於世者，雖不乏善本，而小兒科學之發刊者，尙未之見焉。專恃外國書籍，豈能普遍兒科之知識乎。此吾之所以有志未逮也。爰以此意徵及同仁會，會中以中村政司博士兒科學相示，余讀之深喜其名實相符，文字雖簡而意旨則明，真醫學界之寶筏也。蓋寫科學書時，欲其簡則不易明，欲其明則難於簡。而此書之內容，對於各病之症候，診斷，及治療等皆極詳悉，而能以簡略之筆寫出之，使讀者易於了解，不至迷誤，真如五里霧中之指南矣。遂於百忙之中，與內子馮啓亞共同譯述，越半載而告成。豫想此書一覽，其必能風行於世，爰為序以誌之。

譯者識

增訂弁言

中村博士兒科學，內容豐富，醫界人士所愛讀。情自中日戰後，讀者購置困難，且醫學又隨時代進化而日新月異。本社同仁有鑑於斯，緣有增訂該書之舉，謬誤之處，或所不免，尙祈讀者不吝指教！幸甚。

本社編印新書，先後出版者，計有內科症候類編，醫學各科全書，產科手術學，助產科，產科學。耳鼻喉科科學，製藥化學，外科科學總論，各論，常用處方集，眼科學，病理學等數十種是集合諸同仁力量，搜集國內外有關文獻，取其精華，捨其蕪什，加以增訂，希望讀者化最經濟之時間，得最新而實用的學識，特爲讀者介紹。

中華民國三十七年五月十五日

新醫同仁研究社謹識

兒 科 學

目 次

總 論

第 1 編 小兒期分類.....	1
第 2 編 小兒解剖概論	1
1. 胎兒血行.....	1
2. 骨 骼.....	2
3. 生 齒.....	4
4. 初生兒及乳兒臟器之特 異性.....	5
第 3 編 生理概論	7
1. 身長及體重.....	7
2. 頭圍及胸圍.....	8
3. 皮膚及體溫.....	10
4. 呼 吸.....	11
5. 睡 眠.....	12
6. 脈搏血壓及血液.....	12
7. 尿.....	14
8. 免疫性.....	15
9. 糞 便.....	15
10. 體表面積.....	16
第 4 編 神經及精神發育	18
1. 神經系統發育概論.....	18
2. 反射機能.....	19
3. 精神機能發育.....	19
第 5 編 乳兒榮養論	20
1. 人 乳.....	20
a. 乳汁分泌.....	20
b. 初 乳.....	21
c. 永久乳.....	22
2. 動物乳(主爲牛乳)及牛 乳代用品.....	22
a. 二三動物汁乳之化學 的組成.....	22
b. 人乳及牛乳之差異...	23
i. 化學的差異.....	23
ii. 生物學的差異.....	24
iii. 細菌學的差異.....	24

- c. 牛乳良否之鑑定……25
- d. 生乳之消化及吸收……25
- e. 牛乳殺菌法……26
- f. 生乳及加熱乳之差異……26
- g. 牛乳代用品……27
 - i. 煉乳……27
 - ii. 粉乳……27
 - iii. 小兒粉……27
- 3. 乳兒營養法……27
 - A. 天然營養……27
 - a. 授乳婦之衛生……28
 - b. 授乳法……28
 - i. 初生兒哺乳……28
 - ii. 授乳回數……28
 - iii. 授乳時間……28
 - iv. 1回之哺乳量……28
 - v. 1日之哺乳量……29
 - vi. 食餌必需量……29
 - vii. 授乳障礙……30
 - viii. 乳母選定……31
 - ix. 離乳或斷乳……31
 - B. 人工營養……32
 - a. 牛乳稀釋法……33
 - b. 含水炭素添加……33
 - i. 第1含水炭素……34
 - ii. 第2含水炭素……34
 - c. 脂肪添加……35
 - d. 蛋白質添加……35
 - e. 授乳法……35
 - i. 授乳回數……35
 - ii. 1日之哺乳量……35
 - iii. 初生兒之人工營養……35
 - iv. 初生兒授乳回數……36
 - v. 初生兒1日之哺乳量……36
 - vi. 牛乳處理上注意……36
 - vii. 哺乳器及其他器具之注意……36
 - C. 混合營養……36

第6編 診察法及小兒病診斷……37

- 1. 既往症……37
 - a. 家族歷史……37
 - b. 遺傳的關係……38
 - c. 既往病症……38
 - d. 食物尤其乳兒期之營養法……38
 - e. 現疾患之初期及近來之經過及主訴……38
- 2. 現在症……38
 - A. 一般觀察……38
 - B. 特殊診察……38
 - a. 打診……38

b. 聽診	39
c. 觸診	39
d. 神經系診察	40
e. 咽頭及口腔檢查	41
f. 肋膜穿刺	42
g. 腰椎穿刺	42

h. 腦室穿刺	44
i. 採血法 X光線照射法 及 X光線照象法	44
附記 血液塗抹標本檢查 法	44

第 7 編 一般豫防法及療法概論 (附) 治療技術

1. 一般豫防法	45
2. 一般療法(附治療技術)	47
A. 食餌療法	47
a. 蛋白乳	48
b. Laresan-Galaktosan	
u. Plasmon-milch	48
c. Buttermilch	48
d. 脫脂乳	48
e. 乳清	48
f. Malzsuppe	48
g. 牛酪澱粉榮養	48
h. 澱粉煎汁及澱粒煎汁	49
i. 重湯	49
j. 混和湯	49
k. 粥	49
B. 即學的療法	49
a. 熱浴	49
b. 溫浴	49
c. 冷浴	49

d. 濕布或繃絡	49
e. 光線療法及空氣療法	50
C. 對症療法	51
a. 對於熱之療法	51
b. 對於體溫下降之療法	51
c. 對於虛脫之療法	51
d. 對於急性出血之療法	51
e. 呼吸困難療法	51
f. 人工呼吸法	51
g. 對於水分缺乏之療法	52
h. 消息子榮養法	53
i. 排便法	53
j. 滋養灌腸法	53
k. 胃洗滌	53
l. 痙攣療法	54
D. 精神療法	54
a. 環境變換法	54
b. 暗示療法	54
E. 藥物療法	54

- a. 藥物之用量……………54
- b. 藥物之用法……………55
 - i. 內服……………55
 - ii. 含嗽劑……………55
 - iii. 吸入法……………55
 - iv. 皮下注射……………55
 - v. 肌肉內注射……………55
 - vi. 腹腔內注射……………55
 - vii. 靜脈內注射……………56

- viii. 腦靜脈竇穿刺……………56
- ix. 輸血法……………57
- x. 腰椎穿刺……………59
- xi. 外用……………59
- xii. 脊髓內注射……………59
- xiii. Cathelin 氏脊髓硬
膜上腔內注射……………59
- c. 藥物之種類及其用量
……………59

各

論

第 1 編 初生兒疾患……………60

- 1. 早產兒及生力薄弱兒……………60
- 2. 分娩外傷……………61
 - a. 齒血腫……………61
 - b. 胸鎖乳頭肌血腫……………61
 - c. 初生兒癱瘓……………61
 - d. 分娩麻痺……………62
- 3. 臍疾患……………62
 - a. 臍帶疝氣……………62
 - b. 臍疝氣……………62
 - c. 臍出血……………63
 - d. 臍肉芽腫……………63
 - e. 臍部傳染……………63
 - i. 臍濃漏……………63
 - ii. 臍炎及臍周圍炎……………63
 - iii. 臍潰瘍……………63

- iv. 臍壞疽……………63
- v. 臍動脈炎及臍靜脈
炎……………63
- 4. 初生兒黃疸……………63
- 5. 重症黃疸……………64
 - a. 敗血症……………64
 - b. 先天性輸膽管閉塞症……………65
 - c. 膽汁性肝硬變症……………65
- 6. 初生兒麥來那 Meladna……………66
- 7. 初生兒強直 Tetanus……………66
- 8. 初生兒濃漏眼……………67
- 9. 初生兒丹毒……………68
- 10. 初生兒天疱瘡……………68
- 11. 鞏皮症……………69
 - a. 初生兒脂肪鞏硬症……………69

b. 初生兒水腫鞏硬症……70

12. 初生兒之一過性熱……71

第2編 先天性畸形及小兒期之重要腫瘍……71

I. 先天性畸形……71

a. 先天性囊腫氣……71

b. 顏面破裂……72

c. 脊椎破裂……72

d. 腹部畸形……72

e. 生殖器畸形……72

f. 四肢畸形……72

II. 小兒期之重要腫瘍……73

A. 結締織腫瘍……33

1. 良性腫瘍……73

2. 惡性腫瘍……73

B. 上皮腫瘍……73

第3編 乳兒營養障礙……74

I. 人工營養兒營養障礙……74

A. 營養障礙之一般的原因……74

B. 人工營養兒障礙之分類……74

a. 急性營養障礙……74

1. 急性消化不良症……75

2. 中毒症……75

b. 慢性營養障礙……75

3. 營養失調症……75

a. 單純性營養失調症……75

i. 因牛乳營養之營養失調症……75

ii. 因穀粉營養之營養失調症……75

iii. 因生活素缺乏之營

養失調症……75

iv. 因營養不足之營養失調症……75

b. 消化不良性營養失調症75

4. 消耗症……75

II. 天然營養兒營養障礙……88

天然營養兒營養障礙之分類……88

1. 外因的營養障礙……88

a. 過養性消化不良症……88

b. 營養不給……88

c. 母體障礙之消化不良症……89

2. 內因的營養障礙……89

3. 二次的營養障礙……89

4. 天然營養兒中毒症89

5. 乳兒腳氣……………90	附記 鉛之證明法…92
6. 乳兒鉛中毒症…………92	
第4編 消化器系疾患 ……………97	
I. 口腔疾患……………97	10. 神經性食思缺乏症 104
1. 口內炎……………97	11. 常習嘔吐…………… 104
a. 加答兒性口內炎…97	12. 哺乳兒期後之急性 消化不良症…………… 104
b. 亞布答性口內炎…97	13. 哺乳兒期後之慢性 消化不良症…………… 105
c. 潰瘍性口內炎……98	14. 重症慢性消化不良 症…………… 106
2. 水瘤壞……………99	15. 急性腸炎…………… 106
3. 鵝口瘡…………… 100	16. 慢性腸炎…………… 107
4. Bednar氏Aphthen 100	17. 偽膜狀腸炎…………… 107
5. 生齒異常…………… 101	18. 先天性腸閉塞症… 108
a. 生齒困難…………… 101	19. Hirschsprung氏病 108
b. 生齒期異常…… 101	20. 腸重疊症…………… 109
II. 食道疾患…………… 101	21. 闌尾炎…………… 110
6. 先天性食道畸形食 道腐蝕及食道炎… 101	22. 常習便秘…………… 110
III. 胃腸疾患…………… 102	23. 肛門裂傷…………… 111
7. 幽門狹窄及幽門癒 贅…………… 102	24. 脫肛及脫直腸…… 111
8. 週期性嘔吐…………… 103	
9. 神經性嘔吐…………… 104	
第5編 肝臟及腹膜疾患 …………… 112	
I. 肝臟疾患…………… 112	A. 化膿性膜炎…………… 113
1. 加答兒性黃疸…… 112	1. 初生兒化膿性腹膜 炎…………… 113
2. 肝臟實質疾患…… 112	2. 續發於蟲穢突起炎
II. 腹膜疾患…………… 113	

- | | |
|------------------------------|--------------------|
| 之化膿性腹膜炎…… 113 | 5 連鎖狀球菌腹膜炎 114 |
| 3. 年長兒之他種化膿
性腹膜炎…………… 113 | 6. 淋菌性腹膜炎…… 114 |
| 4. 肺炎球菌性腹膜炎 113 | B. 結核性腹膜炎…………… 114 |

第 6 編 生活素缺乏症…………… 116

- | | |
|----------------------|-------------------------------------|
| I. Vitamine…………… 116 | 4. Pellagra…………… 118 |
| II. 生活素-A-缺乏症…… 117 | IV. 生活素-C-缺乏症…… 119 |
| 1. 結膜及角膜乾燥症 117 | Möller-Barlow氏病(乳
兒壞血病)…………… 119 |
| 2. 角膜軟化症…………… 117 | V. 生活素-D-缺乏症…… 122 |
| III. 生活素-B-缺乏症…… 118 | 6. 佝僂生…………… 122 |
| 3. 乳兒腳氣…………… 118 | |

第 7 編 內分泌線疾患…………… 126

- | | |
|---------------------------------|---------------------------|
| 1. 內分泌腺及植物性神
經症…………… 126 | 端肥大症…………… 130 |
| 2. 甲状腺…………… 127 | b. 腦下垂體性侏儒 130 |
| A. 甲状腺機能亢進症 128 | c. 生殖器萎縮性肥
胖症…………… 130 |
| B. 甲状腺機能減弱症
及缺乏症…………… 128 | d. 尿崩症…………… 131 |
| a. 先天性粘液水腫 129 | 5. 胸 腺…………… 132 |
| b. 後天性小兒粘液
水腫…………… 129 | 6. 胰 臟…………… 133 |
| c. 地方病性癡呆症
Kretinismus…… 129 | 糖尿病…………… 133 |
| 3. 上皮小體或副甲状腺 129 | 7. 副 腎…………… 133 |
| 4. 腦下垂體…………… 130 | Addisonii氏病…… 133 |
| a. 巨大發育症及肢 | 8. 松果腺…………… 134 |
| | 9. 生殖腺…………… 134 |
| | 10 副神經節…………… 134 |

第8編 體質性疾患..... 135

- | | |
|---------------------------|-----------------------------|
| I. 體質異常..... 135 | a. 腦生理軟骨萎縮症..... 139 |
| 1. 滲出性體質..... 135 | b. 化骨不全症(骨脆弱症)..... 139 |
| 2. 胸腺淋巴腺體質... 137 | 2. 先天性粘液水腫(甲狀腺部參照)..... 140 |
| 3. 神經關節病體質，神經痛風性體質... 137 | 3. 蒙古症(蒙古人種癡呆)..... 140 |
| 4. 無力性體質..... 138 | |
| II. 先天性骨骼發育障礙 138 | |
| 1. 先天性四肢短小症 138 | |

第9編 呼吸器疾患..... 141

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| 1. 先天性喘鳴..... 141 | 10. 慢性氣管枝炎..... 146 |
| 2. 急性鼻炎及急性鼻咽頭炎..... 141 | 11. 喘息性氣管枝炎..... 147 |
| 3. 慢性鼻炎..... 142 | 12. 氣管枝喘息..... 147 |
| 4. 扁桃腺..... 142 | 13. 氣管枝擴張症..... 148 |
| 5. 淋巴性咽頭腺增殖... 144 | 14. 毛細氣管枝炎..... 149 |
| 6. 咽頭後膿瘍..... 144 | 15. 氣管枝肺炎..... 150 |
| 7. 急性喉頭炎..... 145 | 16. Croup 性肺炎..... 153 |
| 8. 慢性喉頭炎..... 146 | 17. 慢性肺炎..... 156 |
| 9. 急性氣管枝炎及毛細氣管枝炎..... 146 | 18. 肋膜炎..... 157 |
| | 19. 氣胸，氣胸症..... 160 |
| | 20. 橫隔膜疝氣..... 160 |

第10編 心臟疾患..... 161

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1. 先天性心臟疾患..... 161 | i. 肺動脈狹窄症... 162 |
| a. 有紫青病之先天性心臟疾患..... 161 | ii. 大血管轉位..... 162 |
| | b. 無紫青病之先天性 |

心臟疾患……………	162	3. 慢性心內膜炎及後天	
i. Bottalli 氏管之		性心臟瓣膜障礙……………	164
開存……………	162	4. 急性及慢性心肌炎…	164
ii. 心室中隔之缺損	162	5. 急性心囊炎……………	165
iii. 大動脈狹窄症…	162	6. 心囊愈著……………	167
2. 急性心內膜炎……………	162	7. 心臟機能不全……………	167
第11編 血液疾患……………	167		
I. 貧血……………	167	病……………	174
1. 失血性貧血……………	168	B. 慢性骨髓性白血	
2. 傳染性貧血……………	168	病……………	175
3. 中毒性貧血……………	168	16. 淋巴性白血病……………	176
4. 學校貧血及細民貧		A. 急性淋巴性白血	
血……………	168	病……………	177
5. 食餌性貧血……………	169	B. 慢性淋巴性白血	
6. 乳兒鉛毒性貧血…	169	病……………	178
7. 萎黃病……………	169	17. 綠色腫……………	178
8. 惡性貧血……………	170	18. Aleucaemie……………	179
9. 假性白血病性小兒		III. 假性白血病……………	179
貧血……………	171	19. 假性白血病……………	179
10. 溶血性黃疸……………	172	20. 淋巴肉腫症……………	179
11. 再生不能性貧血…	172	21. 惡性淋巴肉芽腫…	180
12. Gancher 氏巨脾症	173	IV. 出血素因症……………	181
13. Fantii 氏病……………	173	22. 紫斑病……………	181
14. 假性貧血……………	173	A. 眞性血小板減少	
II. 白血病……………	174	症……………	182
15. 骨髓性白血病……………	174	B. Schönlein-Heno h	
A. 急性骨髓性白血		氏紫斑病……………	183

23. Möller-Barlow氏病 185

24. 血友病…………… 181

第12編 泌尿生殖器系疾患…………… 185

1. 急性絲毯體腎臟炎… 187
2. Nephrose…………… 189
3. 混合型…………… 190
4. 小兒腎臟炎…………… 190
5. 萎縮腎…………… 191
6. 膿尿症, 膀胱腎盂炎,
膀胱炎, 腎盂腎臟炎… 191
7. 起立性蛋白尿…………… 192
8. 血尿…………… 193

9. 血色素尿…………… 194
10. 發作性血色素尿…………… 194
11. 遺尿症…………… 195
12. 陰門腔炎…………… 195
13. 包莖及龜頭炎…………… 196
14. 陰囊水腫…………… 196
15. 睪丸位置異常…………… 197
16. 手淫…………… 197

第13編 急性傳染病…………… 197

1. 麻疹…………… 197
2. 猩紅熱…………… 102
3. 風疹…………… 107
4. 第4病…………… 208
5. 第5病…………… 209
6. 第6病突發性發疹症 211
7. 水痘, 風痘…………… 212
8. 天花痘及假痘…………… 214
9. 種痘…………… 216
10. 白喉 附記 血清病 221
11. 百日咳…………… 228
12. Influenza 及流行性
感冒…………… 230
13. 腸傷寒…………… 232

14. 副傷寒…………… 233
15. 發疹傷寒…………… 233
16. 赤痢 附記 疫痢… 234
17. 變形蟲赤痢…………… 236
18. 霍亂…………… 237
19. Heine-Medin氏病… 238
20. 流行性腦脊髓膜炎… 241
21. 流行性耳下腺炎…………… 244
22. 急性關節使麻質斯… 245
23. 丹毒…………… 246
24. Weil氏病…………… 247
25. 鼠咬症…………… 248
26. 狂犬病…………… 250
27. 回歸熱…………… 251

28. 瘧疾..... 251
 29. 恙蟲病..... 252
 30. Dengue 氏熱..... 253

第14編 慢性傳染病..... 254

I. 小兒結核..... 254
 原因..... 254
 結核死亡率..... 256
 結核之年齡的差異..... 257
 病理及病理解剖..... 257
 結核之免疫..... 257
 1. 第1期結核..... 259
 A. 氣管枝腺結核(肺門腺結核)..... 259
 B. 結核性氣管枝加答兒及乾酪性小葉性肺炎..... 262
 C. 腸間膜腺結核..... 262
 2. 第2期結核..... 262
 D. 結核性腦膜炎..... 262
 E. 粟粒結核..... 262
 F. 結核性腹膜炎及腸結核..... 263
 G. 頸腺結核..... 263
 H. 基結核浸潤..... 264
 I. 腺病質..... 264
 3. 第3期結核..... 265
 診 斷..... 265

附記 法定傳染病及學校傳染病..... 254

Tuberculin 診斷... 266
 1. 使用方法..... 266
 a. Pirquet 氏皮膚反應..... 267
 b. Tuberculin 皮內反應..... 267
 c. Moro 氏皮上反應..... 267
 d. 結核點眼法... 268
 2. Tuberculin 反應之臨牀的意義... 268
 豫 後..... 268
 豫 防..... 268
 療 法..... 268
 A. 非特異性療法..... 268
 B. 特異療法..... 269
 II. 先天梅毒..... 269
 原 因..... 269
 1. 胎兒梅毒..... 270
 2. 乳兒梅毒..... 271
 A. 皮膚之變化..... 271
 B. 粘膜之變化..... 272
 C. 骨變化..... 273

D. 其他要症狀·····	274	診 斷·····	275
E. 一般症狀·····	275	豫 後·····	275
3. 遲發性梅毒·····	275	療 法·····	276

第15編 神經系統疾患····· 276

I. 腦膜炎·····	276	1. 脊髓癆·····	295
1. 內出血性硬腦膜炎	276	2. 脊髓炎·····	295
2. 腦靜脈竇血栓症··	277	XI. 內因性(傳染性家	
3. 結核性腦膜炎····	277	族性)神經及肌疾	
4. 化膿性腦膜炎····	283	患·····	296
5. 漿液性腦膜炎及		1. 家族性黑內障眼性	
Meningismus····	283	白癱症·····	296
6. 梅毒性腦膜炎····	285	2. Friedrich氏病(遺	
II. 慢性腦水腫····	285	傳性運動失調症)··	296
III. 急性腦炎·····	287	3. Marie氏小腦性遺	
IV. 嗜眠性腦炎····	288	傳性失調症····	296
V. 流行性腦炎, 夏期		4. 肌萎縮症·····	297
腦炎, B型流行性		a. 進行性肌萎縮症	297
腦炎·····	289	b. 幼兒進行性脊髓	
VI. 腦性小兒麻痺····	291	性肌萎縮症····	298
1. 腦性偏癱·····	291	c. 進行性神經性肌	
2. 腦性兩癱·····	291	萎縮症·····	298
3. 偏癱性型·····	291	5. 先天性肌無力症··	298
4. 兩癱性型·····	291	6. 先天性肌緊張症··	299
VII. 腦搖癆·····	294	XII. 官能性神經疾患··	299
VIII. 腦膿瘍·····	294	1. 癲 癇·····	299
IX. 腦硬化症·····	294	2. 強 直·····	301
X. 脊髓疾患·····	295	3. 急 癇·····	302

4. 小舞蹈病.....	209
5. 神經衰弱.....	394
6. Hysterie.....	304
7. 夜驚症.....	304
8. 憤怒癡癲.....	305

9. Tic 病.....	305
---------------	-----

XIII. 小兒精神病.....	306
1. 精神病質性體質.....	306
2. 精神薄弱.....	306

第16編 小兒寄生蟲病..... 307

I. 腸寄生蟲病..... 307

1. 腸寄生蟲分類.....	307
2. 蛔蟲.....	308
3. 蟯蟲.....	309
4. 十二指腸蟲量.....	310
5. 絛蟲.....	310
a. 廣節裂頭絛蟲.....	311
b. 有鉤絛蟲.....	311
c. 無鉤絛蟲.....	311

d. Nana 絛蟲.....	311
-----------------	-----

II. 其餘內臟寄生蟲病..... 312

6. 肝臟吸蟲 Distoma.....	312
7. 肺臟吸蟲 Distoma.....	313
8. 日本住血吸蟲.....	314
9. 住血絲狀蟲.....	315

III. 皮膚寄生蟲病..... 316

1. 疥癬蟲.....	316
2. 虱蟲.....	316

附

錄

第一附錄 處方例.....	317
第二附錄 小兒常備藥用 量表.....	321

第三附錄 小兒常用外用 藥.....	332
(目次終)	

章志青編譯

各科診療手冊

基本定價二十元 精裝一厚冊

本書主由美國華根丁與蘭琪二氏所著「醫師手冊」(J. Warkentin & J. D. Lange Physician's Handbook) 翻譯增編而成，目的在供獻給醫科學生及各科醫業醫師之日常參考，故內容務求新穎實用，關於最新之診療技術無不擇要採入，篇幅較原著大增！第一章試驗室診斷等二十九節，第二章諸種障症手續及切要事項等二十三節，第三章各科重要疾病診療綱要。新五號排印，西白報紙，二十五開本，沖皮面精裝一厚冊。

兒 科 學

總 論

第 1 編 小兒期分類

Classification of Infancy and Childhood

小兒期者，自生產達至青春之謂也。小兒乃其發育之過程，生理上亦有完全特異之狀態，非成人之縮小者也。故小兒病與大人病有著明之差異，非特各臟器小而纖弱，發育之旺盛及形態之進化，亦表示其大有差異。實地上小兒期分類如下，甚為便利。

1. 新生兒期或初生兒期，生後1—2週內。
2. 哺乳兒期，生後1年以內。生後1—2箇月，特稱曰嬰兒期。
3. 幼兒期，5—6年以內。
4. 兒童期，12—13年以內。
5. 青春期，14—15年。

亦可簡單分類如下：

1. 自產生以至兩歲，謂之嬰兒。
2. 自兩歲以至五歲，謂之幼兒，或學齡前兒童。
3. 自五歲至十六歲，謂之學齡兒童。

第 2 編 小兒解剖概論

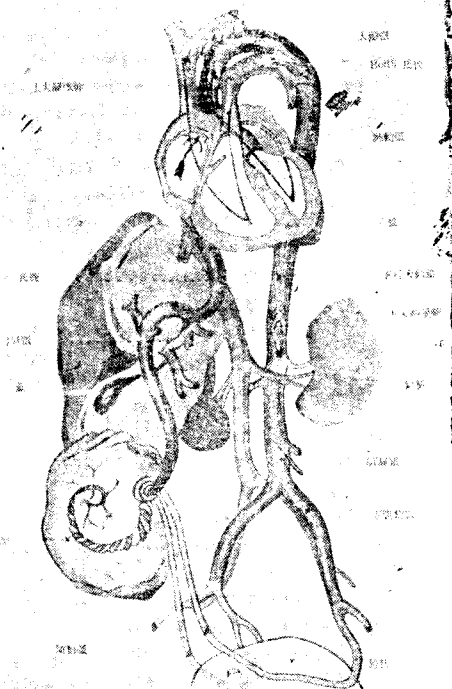
Anatomy of Infants and Children

1. 胎兒血行

Circulation of the Fetus

胎兒血行，如第一圖之所示，動脈血自胎盤進入臍靜脈，至肝臟近處分為二枝，入於門靜脈其他自 Arant'i 氏管，開口於上行大靜脈。此血液進入右心房，自卵圓孔因歐氏瓣進入左心房，其次進入

左心室，自後大動脈移行於大血行，一部分自下腹動脈及臍動脈而達至胎盤。下行大靜脈之血液，經過右心房右心室，進入肺動脈，一部分經過肺臟，大部分經過 Botalli 氏管而注入於大動脈。故頸部，上肢，及肝臟為富有養氣之血液，下半身為養氣缺乏之血液，肺臟則有純靜脈血行。但生出後則卵圓孔，Botalli 氏管，Arantii 氏管，及臍血管等皆閉鎖而與大人之血行同。



第 1 圖
胎兒血行略圖

2. 骨骼 Skeleton

小兒期之全骨骼柔軟而抵抗力弱，且血管豐厚，故有時易惹起炎症(例如結核，梅毒，化膿性炎症等)。

【頭蓋】初生兒及乳兒與年長兒相比，其腦頭蓋較額頭蓋甚大，口蓋，鼻，及鼻孔小，故頭部重心移動於後方。因後上下顎骨之發

育，鼻骨隆起，顏面長大，漸至如年長兒之所見，兩者保持其平均。頭帽在左右顛頂骨及前頭骨之間有間隙，即大顛門，左右顛頂骨及後頭骨間之隙，即小顛門是也。後者生後閉鎖，不過認出淺凹部，前者生後一時增大，其次則縮小，12—15個月即閉鎖。大顛門為菱形，銳角向前，其大小可以菱形對邊之中心結合為直線之長徑而表示之。

【胸廓】胸廓為漏斗狀，橫斷面呈圓形，胸腔上口及肋骨環，雖保持水平位置，然漸長則肋骨傾斜，胸骨下降，左右徑比前後徑大，呈卵圓形。

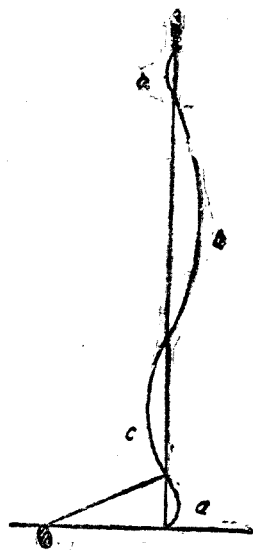
【骨盤】小骨盤為軟骨狀，薦骨岬角呈弓形，骨盤之位置為水平，既後因跪坐步行，漸擴大如成人之骨盤。

【脊柱】脊柱其薦骨岬部有彎曲而正直，然至2—3個月，能自舉頭部，則因重量及肌之牽引力，而生頸部彎曲(第2圖a)。迨至能坐，則因上體之重量並肩胛帶及直腹肌之牽引力，而生胸部彎曲(b)。達至12個月能步行時，則因總脊伸肌之牽引力及腹部臟器之重量而生腰部彎曲(c)。

【四肢】初生兒及乳兒之大腿骨並脛骨，柔軟而易於彎曲，迨至營為自動的運動，始形強固。長骨之骨幹雖為骨性，然骨端及手根骨足根骨等為軟骨狀，於兒童期完成化骨作用以為常。

手根骨及足根骨之化骨期如次表

第2圖
直立位置之脊柱
彎曲狀態略圖



a頸部彎曲 b胸部彎曲
c腰部彎曲 d薦部彎曲

第1表 手根骨化骨期及順序

手根骨化骨順序	化骨期	手根骨化骨順序	化骨期
1. 有頭骨	2—6個月	6. 大多稜骨	5—6年
2. 有鉤骨	3—9個月	7. 小多稜骨	5—8年
3. 橈骨下端	1—2年	8. 舟狀骨	6—8年
4. 三稜骨	2—3年	9. 尺骨下端	7—8年
5. 半月狀骨	3—5年	10. 豆骨	10—12年

第二表 足根骨化骨期及順序

足根骨化骨順序	化骨期	足根骨化骨順序	化骨期
1. 跟骨	胎生(6個月)	6. 腓骨下端	2年
2. 距骨	胎生(7個月)	7. 第一楔狀骨	2年
3. 骰子骨	1—3個月	8. 第二楔狀骨	3年
4. 第三楔狀骨	4—12個月	9. 舟狀骨	5年
5. 脛骨下端	2年		

(以上因浮田Rauber(成書)等之調查, 便於記憶而舉之概數)

3. 生齒

Dentition

第一生齒期自生後5—6個月至三年之間, 發生乳齒二十個而完成之, 其發生順序時期如次表:

第3表 乳齒發生順序

	第1切齒	第2切齒	犬齒	第1小白齒	第2小白齒	計
上	6—9個月 2	7—10個月 3	18—20個月 6	12—15個月 5	20—30個月 7	5個
下	1 5—8個月	4 10—12個月	6	5	7	5個

乳齒發生之時期及部位因個人而大有異同, 其時期非常遲延且不

規則者，多與佝僂病有關係。若欲知乳兒之齒數，就次之方式最爲便利。由乳兒之月齡減去六，則等於齒數($x-6=$ 齒數)，即十個月乳兒之齒數等於四也($10-6=4$)。

第2生齒期始於5—6年頃，依乳齒發生之順序而脫落，代以永久齒合計32個。其發生順序及時期如次表。

第4表 永久齒發生順序

順序	齒名	年 齡
1	第 1 大 白 齒	4
2	中 切 齒	4
3	側 切 齒	4
4	上 下 第 1 小 白 齒	4
5	上 下 第 2 犬 齒	4
6	上 下 第 2 小 白 齒	4
7	第 2 大 白 齒	4
8	第 3 大 白 齒 取 智 齒	4
		5—6年 6—8年 7—9年 9—12年 9—13年 11—14年 11—14年 16—20年 或其後

4. 初生兒及乳兒臟器之特異點

The Organs Differences between Newborn and Infant

初生兒及乳兒之內臟器，一般比體重較重。今列舉4—5之特異點如下：

【胸腺】在縱隔膜腔之前部，只現於小兒期，因營養狀態其大小有種種，初生兒常爲13—14g；然變動甚大，故當診斷胸腺肥大時，要特別注意。

【肝臟】比較的量重而容積大，初生兒及乳兒相當於體容積 $1/10$ (大人 $1/20$) 其下緣常在肋骨弓外。

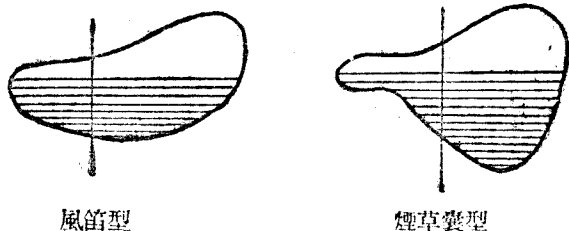
【腎及副腎】乳兒期比較的甚大，副腎尤然。肝臟及腎臟，大約與胎生期中造血機能相關係歟。

【脾臟】 脾臟比較的大，然平常不能觸診。日本人乳兒有謂其可觸診30—50%者，脾腫多原於先天性梅毒。

【消化器】 初生兒之口腔，有赤色限局性縱隆起。胃型則有如X光綫檢查之所見，於第胸椎之高處，賁門固定，幽門部則易於移動。乳兒之胃型大別為次之2型。

a. 風笛型 b. 煙草囊型(少)

第3圖 乳兒胃型略圖(仿 Theile)



胃底之發達不充分，故易起吐乳及溢乳。胃內容在初生兒雖甚小，然於1年則達至300cc或其以上(第5表參照)。在哺乳中胃內容即可移行於十二指腸。

腸之長徑，在乳兒可達至身長之六倍(大人四倍半)。粘膜及肌層纖弱，結腸無右彎曲自右下向左上斜走，而形成左彎曲，走行於腸骨樑，S字狀部特別延長。又具有長腸間曠，故時有頑固便秘，腸閉塞，Hirschsprung氏病等。

第5表 胃容量

月 齡	容量(cm)	月 齡	容量(cm)
第1日	40—80	6個月	160—200
1個月	60—120	9個月	200—300
3個月	80—160	12個月	300—400

【生殖腺】 (性腺) 殆不發達。

第3編 生理概論

Physiology

1. 身長及體重

Height and Weight

日本初生兒之平均身長，男 49.0cm，女 48.0cm，平均體重男 3000g，女 2900g。歐美人之平均身長體重稍大，男 50cm，3400g，女 49cm，3200g。

a. 身長之發育率，在生下一年，前半期甚大，約 15cm，自後半期至 3 年之間，每年增加 7—10cm，其後每年增加 5—6cm。而 5—6 年可達至生下時 2 倍，14—15 年可達至 3 倍。

日本小兒各年齡之平均身長體重如次表。

第 6 表 各年齡之平均身長及體重(三島氏調查)

年 齡	男	女	年 齡	男	女
初 生 兒	48.0cm	48cm	初 生 兒	3.0kg	3.8kg
滿 1 年	73.7,,	73.0,,	滿 1 年	9.0,,	8.5,,
3 年	85.5,,	85.0,,	3 年	12.5,,	11.5,,
5 年	97.5,,	96.5,,	5 年	15.0,,	14.5,,
7 年	108.5,,	107.0,,	7 年	18.0,,	17.0,,
10 年	123.0,,	120.5,,	10 年	23.0,,	22.5,,
14 年	141.5,,	143.0,,	13 年	30.0,,	31.5,,
			15 年	38.5,,	38.0,,

以上雖爲三島氏調查，著者因爲舉其概數，加以適宜改訂者也。

b. 初生兒之體重，最初現爲減少 (5—10%)，第 1 日尤其著明 (100—120g)，第 3—5 日停止，自第 4—5 日始增量，第 10—14 日多恢復元來之體重 (Budin 型或 PiesI 型) 時有 3—4 星期始恢復者

(Pies II)。人工榮養兒一般損失之重量多，恢復期間亦長。此體重之減少，主由於胎便及尿之排泄，哺乳量之減少及汗液之蒸發，就大多數乳兒之實驗，謂之日生理的體重減少。然在哺乳力強大之乳兒，時有不見體重之減少者。

與此體重減少有關，所見於初生兒之一過性熱，發見於生後3—4—5日，繼續2—3小時乃至1—2—3日間，發熱至38—39°C或以上之謂也。其最高熱度與體重減少最大之時一致，15—20%之初生兒有此現象，或稱為渴熱及飢餓熱。

c. 體重之增加率對小兒之年齡而有差異，即最初4週間每日30—35g，2—3個月間，25—30g，其次3個月間20—25g，其次3個月間15—20g，再其次3個月間10—15g。於生後5個月增加2倍，1年之間增加3倍，3年之間增加4倍，5年間5倍，6年間6倍，11年間約增10倍。

d. 5—7年身長發育比體重增加著明，是日伸長第1期，於青春期末亦與是同，是日伸長第2期。

e. 於初生兒期體重雖減少，身長之發育則不停止，生後10日間身長約增0.02m。

2. 頭圍及胸圍

Head and Chest Circumference

【頭圍】乃圍繞前額結節後頭結節之綫，即以前額後頭周圍而測定之也。初生兒之頭圍為33—35cm。

【胸圍】乃將上肢保持於水平位置就乳頭之高而測定之也。初生兒之胸圍為31—32cm。頭圍起初雖比胸圍大，2—3年後則胸圍與頭圍相近，4—5年後則胸圍超過頭圍。

就各年齡之頭圍及胸圍略舉如次。

第7表 各年齡之頭圍及胸圍

	三島氏調查				Heubner氏調查	
	頭圍		胸圍		頭圍	胸圍
	男	女	男	女		
新生兒	cm	cm	cm	cm	cm	cm
6個月	34.0	33.0	32.0	32.0	—	—
1年	42.0	41.0	42.5	41.5	42.5	41.0
2年	45.5	44.0	45.5	44.5	45.5	46.0
4年	46.5	46.0	47.0	46.0	48.0	47.5
5年	49.0	48.0	49.5	48.5	50.0	49.0
8年	49.0	48.5	50.5	50.0	50.0	52.0
12年	51.0	50.0	55.5	54.0	51.5	58.0
14年	52.0	52.0	63.0	61.5	52.5	65.0
14年	53.0	53.0	67.0	67.5	52.5	72.5

第8表 日本兒童發育標準值(從栗山及吉永氏)

	年 齡	身 長 cm		體 重		胸圍 cm		頭圍 cm	
		男	女	男	女	男	女	男	女
		乳	新生兒	49.4	48.5	3.06	2.95	31.8	31.6
	1個月	52.1	51.3	3.21	3.17	34.2	33.4	34.9	34.4
	1½個月	54.5	53.6	4.00	3.80	35.6	35.0	36.5	35.8
	2個月	56.9	55.9	4.79	4.43	37.0	36.6	38.1	37.2
	2½個月	58.1	57.1	5.21	4.92	38.1	37.2	38.6	37.5
	3個月	59.3	58.3	5.65	4.38	39.1	37.8	39.1	37.8
	3½個月	60.3	58.9	5.97	5.61	40.1	38.7	39.9	38.5
	4個月	61.2	59.5	6.31	5.75	41.1	39.7	40.6	39.3
	4½個月	62.1	60.8	6.66	6.15	41.7	40.3	41.1	40.1
	5個月	63.0	62.1	7.01	6.48	42.2	41.0	41.6	40.9
	5½個月	63.8	62.8	7.27	6.70	42.4	41.3	42.1	41.1
	6個月	64.6	63.5	7.51	6.90	42.5	41.6	42.5	41.3
	6½個月	65.5	64.2	7.67	7.04	42.9	41.8	42.9	41.6
	7個月	66.4	64.8	7.81	7.19	43.5	42.0	43.2	41.9
	7½個月	66.9	65.5	7.94	7.35	43.5	42.2	43.4	42.2
	8個月	67.4	66.2	8.10	7.52	43.6	42.4	43.6	42.5
	8½個月	68.2	67.0	8.22	7.69	43.8	42.7	44.0	42.9
	9個月	69.0	67.8	8.33	7.85	44.0	43.1	44.3	43.2

兒	9 個月	69.4	68.4	8.44	7.97	44.2	43.2	44.6	43.4
	9 ½ 個月	69.8	69.0	8.55	8.08	44.6	43.4	44.9	43.5
	10 個月	70.6	69.9	8.70	8.21	44.4	43.7	44.9	43.7
	10 ½ 個月	71.3	70.1	8.86	8.44	44.9	43.9	45.0	43.8
	11 個月	72.0	70.5	8.92	8.47	45.1	44.1	45.2	44.0
	11 ½ 個月	72.6	71.0	8.98	8.59	45.3	44.3	45.5	44.1
	12 個月	73.2	72.0	9.17	8.69	45.6	44.6	45.6	44.6
幼	1 ½ 年	77.7	76.2	10.11	9.40	46.7	45.5	46.8	45.4
	2 年	81.3	80.2	11.02	10.40	47.6	46.2	47.3	46.0
	2 ½ 年	85.0	84.0	11.92	11.35	48.4	47.0	47.8	46.7
	3 年	88.5	87.2	12.79	12.16	49.3	48.0	48.2	47.2
	3 ½ 年	91.9	90.5	13.5	12.97	50.1	48.8	48.7	47.6
	4 年	94.7	93.6	14.27	13.73	51.1	49.4	48.9	48.2
兒	4 ½ 年	97.5	96.7	14.99	14.50	52.0	50.0	49.2	48.6
	5 年	100.3	99.5	15.65	15.21	52.9	50.7	49.6	49.0
	5 ½ 年	103.2	102.4	16.32	15.92	53.8	51.4	50.0	49.4
	6 年	105.6	104.6	17.05	16.56	53.9	52.0	50.5	49.6
學	6 ½ 年	108.8	106.9	17.80	17.20	54.1	52.5	50.9	49.8
	7 年	110.4	109.3	18.70	18.05	55.1	53.4	—	—
	7 ½ 年	112.3	111.6	19.69	18.9	56.1	54.2	—	—
	8 年	115.3	116.9	20.65	19.85	57.1	55.1	—	—
	8 ½ 年	117.8	116.2	21.70	20.80	58.1	55.0	—	—
	9 年	120.1	118.6	22.65	21.90	59.1	57.3	—	—
	9 ½ 年	122.3	120.9	23.60	23.00	60.1	58.6	—	—
	10 年	124.6	123.3	24.80	24.10	61.0	59.2	—	—
	10 ½ 年	126.8	125.7	26.00	25.20	61.9	59.8	—	—
	11 年	129.1	128.4	27.15	26.70	63.0	61.0	—	—
	11 ½ 年	131.1	131.1	28.3	28.20	64.0	62.2	—	—
	12 年	133.3	133.7	29.65	29.90	65.0	63.5	—	—
	12 ½ 年	135.5	136.2	31.00	31.60	65.9	64.8	—	—
	13 年	138.2	138.9	33.00	33.95	67.6	66.7	—	—
	13 ½ 年	141.3	141.5	35.00	36.30	69.3	68.5	—	—
14 年	143.4	142.5	36.85	37.55	70.6	69.6	—	—	
14 ½ 年	145.4	143.5	38.70	38.80	71.9	70.6	—	—	
15 年	146.6	143.8	39.75	39.60	72.8	71.5	—	—	
15 ½ 年	147.7	144.1	40.80	40.40	73.6	72.3	—	—	

3. 皮膚及體溫

Skin and Temperature

a. 皮膚

皮膚不只掩覆體表而保護之，並且將水分碳酸氣與體溫共放散以營爲主要物質代謝之調節者也。故皮膚宜常保持其清潔爲必要。

初生兒之皮膚，呈紅色或暗紅色，2—3日後黃疸發現則呈黃色，經1星期則退色時見皮膚脫落者。皮脂腺機能旺盛，故皮膚滑澤濕潤，然汗腺之發達則不充分。

乳兒之皮膚菲薄，約等於大人之半數，纖弱而富有血管，皮下脂肪組織甚發達，故有適當之緊張性及彈力性。因是一方面對於藥物等之吸收雖良好，他方面對於外部之感染則抵抗力少。東洋人種生下即於背部，臀部，腰部，肩胛部等見有大小不同不正圓形之青斑，是乃因真皮中紡錘形色素細胞之存在，謂之曰兒斑或蒙古斑。日本人有99%可認出之(加藤氏調查)。

b. 體溫

健康母乳兒之體溫，以 37°C 爲中心，常有 $\frac{1-3}{10}^{\circ}\text{C}$ 之變動，然健康人工榮養兒之體溫，則比母乳兒體溫之變動常大。

同一乳兒，日中之體溫比夜間較高，然乳兒之體溫易於變動，當啼泣，運動，興奮，及哺乳等易於上升。

4. 呼 吸

Respiration

呼吸數兒童愈幼小者愈多(第3表參照)，且不平等。醒覺時尤爲著明。

第6表 各年齡之呼吸數

年 齡	呼吸數(1分時)	年 齡	呼吸數(1分時)
初生兒	35—40次	6年	20—22次
1個月	30—35次	10—22年	18—20次
1年	25—30次	大人	16—18次
2年	22—25次		

呼吸多不平等，雖睡眠中深淺之度亦異，而乳兒之呼吸主為橫隔膜呼吸，隨呼吸肌之發達而成胸式型(10年頃)。

5. 睡 眠

Sleep

睡眠為肉體的及精神的發育，並保健上一種主要營養品。於乳兒尤然。

睡眠時間雖因年齡，性，季節，氣候及發育狀況而有著明之差異，然大概小兒之愈小者，睡眠時間愈長。在嬰兒期除哺乳時或襁褓交換時以外，多全睡眠。三至五個月時一回之睡眠，約達3—4小時，哺乳後或哺乳前之15—30—60分時間則醒覺。一歲時除夜間睡眠以外，又還有午前午後一回之睡眠。睡眠程度比大人輕而易醒。

今舉各年齡之睡眠時間如次(第10表參照)。

第10表 各年齡之睡眠時間

年 齡	睡眠時間	年 齡	睡眠時間
1—6 箇月	15—18小時	4—9年	10—11小時
7—12箇月	13—15小時	10—15年	9—10小時
1—3年	11—13小時	大 人	7—8小時

6. 脈搏血壓及血液

Pulse, Blood Pressure and Blood

a. 脈搏

脈搏檢查在睡眠時行之。而注意其數，緊張度，大小，整不整等。脈搏數雖因年齡及男女而有差異，今略舉之如次(第11表參照)。

第11表 各年齡之搏脈數

年 齡	脈搏數(1分鐘)	年 齡	脈搏數(1分鐘)
初生兒	120—140至	10年女	85—90至
乳 兒	100—120至	15 年	75—85至
5 年	90—100至	大 人	70—72至
10年男	80—85至		

b. 血壓

Riva-Rocci 及 Recklinghausen 等之血壓計，所檢查的結果雖異，大體如次：

	最 大	最 小
1 年	75—80mmHg	60mmHg
6 年	85—90mmHg	65mmHg
10—12年	100 ”	75 ”

今欲知各年齡之血壓時，Katzenberger 氏用以下之方式：

$80+2x$ = 所要之血壓

(80為乳兒之血壓， x 為年齡)

故5歲兒之血壓為 $80+2 \times 5=90$ mmHg

10歲兒之血壓為 $80+2 \times 10=100$ mmHg

血像因年齡而異，表示之如次表。

第12表 因年齡而示血液像

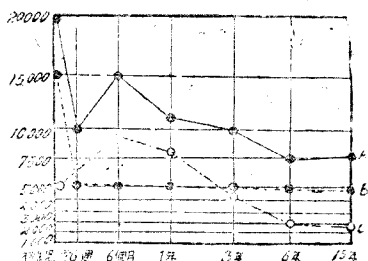
	初 生 兒	乳 兒	年 長 兒	大 人
血 色 素	110—120%	75—80%	75—90%	90%
赤 血 球	5—7000000	45—5200000	45—5000000	45—5000000
白 血 球	20—30000	12—13000	9000	8000
中性多核白血球	70%	30—23%	70%	70%
淋 核 巴 球	20%	50—55%	22—23%	22%
單 核 細 胞	8%	10—12%	4%	4%
Eosin 嗜紅細胞	2%	4%	3%	2%

第4圖

各年齡之 1cmm 血液中
所含之白血球數曲綫

- A. 白血球總數
B. 中性多核白血球數
C. 淋巴球數

(仿 Robert Hutchison)



c. 血液

生下時，時而一週間，尙有殘存紅血球者。血液之比重，在初生兒1060—1080，1年後則下降而現爲通常值(1055)。

今將各年齡之血液 1 cmm 中，所含白血球總數及中性多核白血球，淋巴球等以曲綫表示之如第4圖。

7. 尿

Urine

生後幼兒尿之排泄，雖其量甚少 (9—10cmm)，厥後漸次增量，如次表(第13表參照)。

第13表 各年齡之1日尿量

年齡	1日尿量(ccm)	年齡	1日尿量(ccm)
1—2日	100	2年	600—700
1星期	200	5年	800
2星期5箇月	300—500	8年	1200
6個月	500—600	14年—15年	1500

尿量關係於哺乳量之多少者甚大，通常尿量有哺乳量之60—70%。

【尿回數】於哺乳兒之初期，殆有食餌回數之三倍，然時有1日至20—25回者，在1年之終期1日常有10—15回。

【尿性狀】初生兒尿，尿酸鹽類含量多，故襪襪時有現爲褐色粉粒而沈澱者，尚含有白血球玻璃狀及顆粒狀圓柱等。蛋白尿於初生兒爲生理的現象。

8. 免疫性

Immunity

對於種種傳染病之免疫性，因小兒之體質，營養，年齡而異者多。先天上有抗體生成良好者，或有不良者，蓋因體質之不同故也。又年齡幼小之乳兒，罹種種傳染病者少，蓋因母體之抗體移行於乳兒之故，然此被動性免疫長久持續者少，經6—10箇月至1年，則抗體消耗減少，因之罹患傳染病反易，於白喉，麻疹，猩紅熱等能明見之。由乳兒期漸進幼兒期，兒童期，而免疫性亦漸增，徵諸種種傳染病之罹患率明矣，此外營養狀態及食餌，與免疫大有關係，由人乳營養兒及人工營養兒免疫上之差，營養障礙兒之免疫性減退等，或徵諸富有脂肪食餌及生活素豐富供給，對於免疫增進大有關係之事實，可以明瞭。

9. 糞便

Stool

a. 胎便

分娩後直接排出之黑色便，曰胎便。時有2—3日後始通便者，胎便爲毛臭濃綠色弱酸性粘稠性軟便，顯微鏡檢查之，可以證明腸及外皮之上皮細胞，軟毛，膽脂膽汁色素及硬脂酸結晶，脂肪球及Heubner氏Mekon體（圓形帶黃綠色之顆粒細胞）等。化學成分爲粘素，膽脂，脂肪，脂肪酸，色素，Glykochol酸，Taurocol酸，膽汁黃色素，膽汁綠色素等。Ph=ca.6.0

生後1—2日，時而3日，只排胎便，其後爲混合便，5日後無排出胎便者。

b. 人乳榮養兒糞便

卵黃色軟膏狀便，有酸性酸臭，1日1—3回，1日量15—30—50g。水分佔85%，有時認出顆粒。

c. 人工榮養兒糞便

1日1至2回，1日量40—70g，水分含量比人乳榮養兒少，性狀因食餌而異，色爲淡黃色，富有顆粒，中性或鹼性，放出腐敗臭氣。牛乳榮養兒糞便含有灰分，尤其石灰及磷之量多，爲灰色而硬，是曰石鹼便以代乳粉榮養時，其便呈暗褐色強酸性。

d. 混合榮養糞便

因人乳與人工之榮養食餌之量的關係而異，人乳多則呈黃色泥狀，放出酸臭，牛乳多則爲淡黃色，放出腐敗臭，呈有形便者多，惟不盡然也。

10. 體表面積

Body Surface Area

小兒之體表面積比大人小，幼小兒愈大，以大人體重1kg之體表面積作爲單位，6箇月之乳兒爲2倍，初生兒約爲3倍。

體表面積算定法

1. Meeh 氏法

$$O = K \sqrt[3]{G^2}$$

K = 不變數 = 12.0(乳兒)或12.3(大人)，

G = 體重

O = 體表面積(cm²)

2. Du Bois 氏法，比 Meeh 氏法較爲正確如次，

$$A = W^{\frac{1}{2}} \times H^{\frac{1}{2}} \times 167.2 \text{ 或 } A' = W^{0.425} \times 71.84$$

A 以 cm^2 所示之面積

W 以 Kg 所示之體重

H 以 cm 所示之身長

例如本 Meeh 氏法如次：

體重 6000g. 5 箇月乳兒之體表面積(O)

$$O = 12.0 \sqrt[3]{6000^2}$$

$$\log O = \log 12.0 + \log \sqrt[3]{6000^2}$$

$$= \log 12.0 + \frac{2}{3} \log 6000$$

$$= 0.77815 + 2.51877$$

$$\text{故 } O = 1981 \text{ cm}^2$$

本 Du Bols 氏法如次：

體重 6 kg. 身長 60 cm. 5 箇月乳兒之體面積(A)

$$A = 6^{\frac{1}{2}} \times 60^{\frac{1}{2}} \times 167.2$$

$$\log A = \log (6^{\frac{1}{2}} \times 60^{\frac{1}{2}} \times 167.2)$$

$$= \log 6^{\frac{1}{2}} + \log 60^{\frac{1}{2}} + \log 167.2$$

$$= \frac{1}{2} \log 6 + \frac{1}{2} \log 60 + \log 167.2$$

$$= 0.389075 + 0.889075 + 2.22324$$

$$= 3.501390 \quad \text{故 } A = 3172 \text{ cm}^2$$

$$\text{或 } A' = 6^{0.425} \times 60^{0.725} \times 71.84$$

$$\log A' = \log 6^{0.425} + \log 60^{0.725} + \log 71.84$$

$$= 0.425 \log 6 + 0.725 \log 60 + \log 71.84$$

$$= 0.33071 + 1.28916 + 1.85637$$

$$= 3.47624 \quad \text{故 } A' = 2934 \text{ cm}^2$$

第4編 神經及精神發育概論

Nervous and Mental Development

【腦】初生兒尚無明確之精神發育，運動為反射的，衝突的，本能的，缺乏表情運動。是乃原於大腦皮質之發育不完全也。隨中樞神經系統之發達，精神作用及諸種運動亦至於完全。

1. 神經系發育概論

Development of Nervous System

【腦】中樞神經發生自外胚葉，生於背而正中綫之髓管，2分為腦髓部及脊髓部，前者之發達極迅速，於胎生期中殆已完成其形態。生下時腦之重量（大人的 $\frac{1}{4}$ ）因調查雖有多少之差異，大略如次。

男 360(g) 女 350(g)

生後腦之發育旺盛，1年可至大人 $\frac{1}{2}$ 強，4—5年可與大人之腦相近似（第14表參照）。

第14表 小兒期之腦重量

年 齡	重量(g)	年 齡	重量(g)
生下時	350	3 年	1000
3 個月	500	6 年	1200
6 個月	650	10 年	1300
1 年	800	15 年	1400

但女子比男子常稍小。

在胎生期中形態學上既大成之腦，生後非常發育，生後至3—4個月，腦質之灰白質及白質顯然可以區別，神經細胞亦非常發達，約至青春即可達完成之域。

【脊髓】發生於髓管之脊髓部，在胎生期中雖比腦之發育遲，生下後（重量2—6g），於乳兒期其發達特別旺盛，5個月可至2倍，1年可至三倍，2年可至四倍。成人及小兒對於脊椎之脊髓位置稍

微不同，於兒胎脊髓雖通至脊柱管之末端，漸次上昇，於初生兒終末髓體位於第三腰椎，於成人位於第二腰椎。

末梢神經，初生兒之末梢神經，其髓鞘不完全，自生後 2—3 週間，漸次發達旺盛，1 年間，大概完全。

2. 反射機能(皮膚及粘膜反射)

Function of Reflex

- a. 【吸吮反射】 生下時即存在。
- b. 【腱反射】 最初稍亢進，其後漸復於尋常。
- c. Babinski 【氏足蹠反應】 起初 2 年認出者多。
- d. Thomson 【氏唇口反射】 1 年以內可以證明之，睡眠之乳兒口角打擊時，則營爲類似於以吸吮運動之運動，此反射在營爲共動性之小兒必發生，醒時則不生，達至 2 歲即不明瞭，其後漸次消失。
- e. Escherich 【氏口現象】 口角輕打時，則口角牽引於反對之方向，同時同側之鼻翼被舉於上之謂也。
- f. 【瞬目反射及瞳孔之幅合的縮小】 出現於兩個月時期。
- g. 【瞳孔及角膜反射反應】 生下時即可證明。

3. 精神機能發育

Development of Mental Function

肉體及精神機能之發達，個人的差異甚大，特別因小兒之素質，環境等，而有著明的差異，然大體之標準如次。

第 1 個月 四肢之運動無目的，爲衝動的運動，有瞳孔反應，眼臉反射，嚥下運動，噴嚏，欠伸，吸引等之反射反應及本能反應。

溫覺，觸覺，壓覺等生下後頓然發達。聽覺生後 2—3 日雖聾，亦漸次發達。視覺自 1 週後可區別明暗，3—4 週能凝視物體。味覺及臭覺於初生兒不甚發達。

第 2 個月 能凝視望見物體，50—60 日則微笑，1 個月至 1 個月

半則反應於種種音響。

第3個月 能上舉頭部，使頭直立，而營爲任意之運動，認識母親發生無意味之言語例如吧布等語音，表情可以鮮明。

第4個月 始能把持物體，任意動搖頭部。

第5至第7個月 知視人，行轉寢及後倚等。言語稍鮮明，注意力亦顯，稍能試坐。

第8個月 俯於前方，試行起立，而坐。

第9個月 始能支持而立，發生嗎嗎吧吧等簡單言語。

第10個月 試行獨立。

1年 理解言語，記憶著明，始能步行。

1年半 言語漸明瞭。

2至3年 言語至於成文，殆達至完全之域。

其後之精神發育，可用Binte-simerisches Stufenläuter而檢查之。

第5編 乳兒榮養論

Nutrition of Infant

乳兒因爲營謀生活，消費一定之力，故須攝取新鮮之必要榮養，而補充之，此外又不可不攝取營爲旺盛發育所不可缺之榮養分。而乳兒之最適當於此目的者爲人乳(母乳或母乳)，此不只爲天與之榮養品，當乳兒有重症榮養障礙時，唯一之食料品，無出其右者。此等人乳榮養法，曰天然榮養法或自然榮養法。然無人乳時，不得已可用動物乳，主爲牛乳或其他代用品。是曰人工榮養法或不自然榮養法。今就哺乳兒榮養品略述之。

1. 人 乳 Woman's Milk

a. 乳汁分泌

乳汁分泌，原於生殖腺，尤其胎盤黃體之刺激素的作用，且其他神

經刺激，乳房之吸引等亦與之有關。乳汁分泌期間及乳量，雖由於母體之健康狀態及榮養並乳兒之吸引力等而有差異，平常 1—2 年間，1 日 1000—2000 ccm。

b. 初乳 (荒乳) Colostrum

分娩後約 1 週間內分泌之乳汁，為帶黃色粘稠性，煮沸之立即凝固，以初乳球之存在為特徵，稱之為初乳，其性狀如次。

化學的組成 富有蛋白質，脂肪，及灰分。乳糖量小。故初乳之熱量多，相當於永久乳之 2 倍。然初乳之初期及後期有許多之差異。其主要成分分析表如第 15 表。

第 15 表 初乳主要成分分析表

分 晚 後 日 數	蛋 白 質				脂 肪		乳 糖		灰 分
	Pfeiffer %	Engel 及 Dennemark %	著者 %	田中 %	Irtl %	著者 (g/dl)	Pfeiffer %	著者 %	
1	9.75	18.91	6.60	—	—	5.04	2.76	4.82	0.30—0.40%
2	7.45	6.14	2.63	—	—	4.37	3.55	5.33	
3	2.79	3.36	1.86	1.86	5.41	3.89	4.76	6.35	
4	4.43	4.74	1.77	1.80	5.69	3.67	4.95	6.81	
5	—	—	1.90	—	3.85	3.77	4.01	6.95	
6	—	—	1.88	1.73	3.59	3.81	4.82	7.02	
7	—	—	1.83	—	3.75	3.41	5.86	7.11	

蛋白質中乾酪素少，albumin, globulin 較多 (約占蛋白質之 80%)，

物理學的性狀 比重 1040—1060，結冰點 $\Delta = 0.55^\circ - 0.60^\circ$ ，粘稠度 1.84—4.45

顯微鏡的檢查 含有種種大小不同，多數脂肪球以外，尚有初乳球不只現於初乳分泌末期亦有之，大細胞，淋巴球，單核及多核白血球，半月體 (初乳球之破壞者) 等。

生物學的性狀 含有多量種種酵素及免疫體。

初乳之意義 雖有種種學說，初生兒之攝取量少，故須攝取榮養價大之榮養物，乃自然之理，可得而解釋之。

c. 永久乳

分娩1—3週後之乳汁，其性狀無大變動，是曰永久乳，其性狀如次。

化學的組成(第16表參照)

第16表 永久乳主要成分分析表

調查者	主要成分	蛋白質	脂 肪	乳 糖	灰 分
Heubner-Hoffmann		1.03	4.67	7.03	0.12
林	%	—	3.84	7.18	—
山	%	1.20	3.07	7.03	0.19
中	%	1.19	3.21	7.45	0.17
內	%	1.34	2.98	6.97	0.17
Sommarfeld	%	1.0	4.0—5.0	7.0	0.21
Feer	%	1.0—1.5	4.0	7.0	0.14—0.28

永久乳之蛋白質主爲乾酪素，次爲 albumin, globulin. 此外尚含有他種蛋白質(Opalisin?)。

物理學性狀 鹹性，味稍甘，比重 1026—1036 結冰點 $\Delta t = 0.54^{\circ} - 0.74^{\circ}$

顯微鏡的檢查 時而發見乳腺上皮細胞，然大概全部只見有乳球也。

生物學性狀 雖含有種種酵素各種生活素及免疫體，然一般比初乳少。

2. 動物乳(牛乳)及牛乳代用品

Animal's Milk (Cow's Milk)

a. 二三動物乳之化學的組成

人乳爲乳兒最適當之榮養品雖爲自然之理，不得已時，以用動物

乳(尤其牛乳)爲最適當。他種動物乳雖有用山羊乳驢乳者，然因種種之不便，不適於一般之實用。

採取牛乳，不加工者，稱之曰全乳，將全乳靜置或遠心沈澱，則脂肪浮游上層，是爲 Cream，乳脂或乳皮除去之者稱爲脫脂乳或乳漿，脫脂乳用酸或 Lab 酵素凝固之，則可分離爲乳餅(乾酪)及乳清。

茲將人乳，牛乳，山羊乳，驢乳等之化學分析表列舉於次，如第17表。

第17表 各種乳汁成分分析表

	人 乳	牛 乳	山羊乳	驢 乳
Kalorie (100 cc.)	65-70	65	75-80	40-50
Casein (%)	0.7-1.0	3.6	3.8	0.6-1.8
albumin-globulin(%)	0.5	0.3	1.2	0.3-0.7
乳 糖 (%)	6.4	4.4	2.0-5.0	5.0-6.0
脂 肪 (%)	3.0-4.0	4.0	3.5	1.0
灰 分 (%)	0.2	0.7	0.77-1.00	0.40-0.50
鉀 (%)	K ₂ O 0.5 0.9	1.8	1.3	0.84
鈉 (%)	Na ₂ O 0.13-0.3	0.5	0.3	0.3
鈣 (%)	CaO 0.3-0.4	1.7-2.0	1.9	1.0
鎂 (%)	MgO 0.05-0.08	0.2	0.1	0.13
鐵 (%)	Fe ₂ O ₃ 0.001-0.004	0.0004-0.0007	0.03	0.01
磷 (%)	P ₂ O 0.24-0.4	2.0-2.4	2.8	1.5
氯 (%)	Cl 0.27-0.7	0.8	1.0	0.31

b. 人乳及牛乳之差異

i. 【化學的差異】

如上之分析表，各種乳汁成分之間，有著明的差異，今就牛乳及人乳之差異而觀察之。

【蛋白質】牛乳富有乾酪素，約與人乳之三倍量相當。人乳比較的富有 albumin 及 globuline，而牛乳乾酪素中，磷之含有量大，約與人乳之四倍量相當。牛乳乾酪素因 Lab 或酸雖易生粗大之凝固沉澱，人乳之乾酪素則構成細小之凝塊，不易沉澱。

脂肪牛乳富有下級脂肪酸(10%)，Buttersaureglycerid尤多，人

乳則富有 Oelglycerid.

【含水炭素】人乳中多含有乳糖，牛乳則較少。

【鹽類】牛乳之鹽類比人乳多，磷，鈣，鉀，鎂等尤多。

【抱酸度】之比較如次。

人乳 85 牛乳 320—550

ii. 【生物學的差異】

如上在分析化學上，人乳牛乳雖有著明之差異，然不能以是作為天然營養優勝於人工營養之說明。現在生物學上，欲以蛋白質，脂肪，酵素，及免疫體等之質及量的差異解決之，尙未達到光明之域。稍有興味而舉其成績者，為乳清之研究。

【乳清】

乳清乃使乾酪凝固而除去者(此時脂肪亦同時除去)，故其中含有 albumin, globulin。乳糖及鹽類等。而有乳清研究之興味者，為 Mayer 氏乳清交換試驗。

Mayer 氏乳清交換試驗。氏將營養障礙恢復期患兒分為二羣，一羣與以牛乳乳清加入人乳蛋白及脂肪之營養物，他羣則與以人乳乳清加入牛乳蛋白及脂肪之營養物，用人乳乳清營養之兒羣，其成績甚為優良。因此實驗，乳清之有多大的意義可以明瞭。

然則乳清中以何點為主因子。求之於乳糖是不可能，至於鹽類，牛乳乳清比人乳乳清，雖含有3—4倍之多，然現在鹽類之生理學的及病理學的意義不明，故天然營養之有良於人工營養的事實，即人乳及牛乳之優劣點，不能以是而解決之。然本諸家之研究，乳汁組成上的差異，雖為一種原因，更有重要意義者，乃似為乳清及各營養素間之相互的關係。

如上所述，人乳及牛乳之生物學上的差異，僅可於乳清組成之差異及乳清與各營養素間相互的關係之不同而窺知之，其他現在皆不能明。

iii. 【細菌學的差異】

人乳直接由乳房吸飲，無細菌及其他不潔物質之侵入，若牛乳則此等物質之侵入機會多，尤於擠乳所（糞便，擠乳者之手，及容器，牛廠之衛生設備等有關）及搬運上，或混入不潔物質，或有病原菌及非病原菌之侵入，危險甚大。

c. 牛乳良否之鑑定

對於抵抗微弱之乳兒，牛乳良否為重大問題，乳牛，牛食餌，暫且不論，而牛乳之處置保存或不正当物質混入時，直接有重大關係。

1. 外觀，氣味，臭氣 外觀等質，靜置之則分為乳皮及乳漿，常有一種芳香，然放出異臭或為粘稠性者，可認為不良，因煮沸而凝固者陳舊也。

2. 細菌數 1 ccm 中 1,000,000 以下者可用。

3. 酸度 牛乳之酸度，因細菌種類及酸生成作用而異。酸度之定量則用 Soxhlet 與 Henkel 氏滴定法，酸度6—8度者新鮮，因煮沸而凝固者，其酸度示 11—13度；在家庭易得實行者為 Walek 氏 Alcohol 法：即將牛乳 10 ccm 裝入 Meterglas，再加入同量 68—70%酒精，振盪之，檢乳汁是否凝固，若凝固則其酸度為 8 度以上，可認為不適於乳兒飲用。然既煮沸之牛乳，其酸生成菌已經死滅，不現酸敗，故由酸度試驗鑑別牛乳不可能也。

4. 不正混入物 為防牛乳分解，或減低酸度，故意混入種種防腐劑或中和劑者有之，固為法律所禁，然間有講此奸詐手段者，故牛乳須由可信商人購入之。

d. 乳汁之消化及吸收

乳汁在口腔內始不受影響，至胃始因 Lab 酵素而凝固，分為乾酪與乳漿，Casein 因鹽酸及 Pepsin 再分解為 Albumose 及 Pepton。

於腸則因 Tripsin 及 Erepsin 分解為 Pepsid 及 Amino 酸，由腸壁吸收之。

脂肪因 Lipase 分解為脂酸及 Glycerin，由腸壁吸收，再成

爲脂肪，經腸管膜淋巴管，胸管而運行，脂肪吸收由小腸至大腸始增大。

澱粉則因 Diastase 成爲 Maltose，後爲 Maltase 所分解，乳糖因 Laktase，蔗糖則因 Invertin 而分解，由腸壁吸收，因血行送入肝臟，變成 Glykogen 而貯藏。水及鹽類於胃內即開始吸收，然其大部分則於腸內吸收者也。腸內容通過腸管所需時間，因內容物之不同而稍有差異，通常12—36時間，平均20時間云。

e. 牛乳殺菌法（牛乳消毒法）

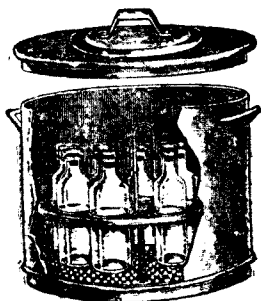
牛乳殺菌法有次之四種。

1. 高熱殺菌法。用 106°C 以上之高熱 10—15 分鐘。
2. 低熱殺菌法。用 $60-70^{\circ}\text{C}$ 之熱度30分鐘。

皆須特別裝置，故不適一般使用。

第 5 圖

Soxhlet 氏消毒裝置



3. 單純煮沸法

將牛乳納入鍋中煮沸之，損失多量之水分

4. Soxhlet 氏裝置之煮沸法

現在一般使用者，爲 Soxhlet 氏法，此法如第5圖，於 Soxhlet 氏裝置內，裝入有橡皮栓或綿栓之牛乳瓶，2—5分煮沸後，取出，在室內冷卻之，貯藏於冷藏庫內。

f. 生乳及加熱乳之差異

牛乳因加熱可以使細菌死滅減少，然同時招來化學的物理學的及生物學的性狀之變化，尤其蛋白質，脂肪，乳糖，鹽類，酵素，免疫體生活素等發生變化。故用高度加熱之乳汁榮養時，則生貧血，佝僂病 Earlow 氏病，發育障礙榮養失調等之事實，現在既已證明。而生乳及加熱乳在消化及吸收上無大差別，然於兩者間之比較

的榮養試驗，至今尙未能證明顯著的差異。

g. 牛乳代用品

i. 【煉乳】

牛乳中加糖，在真空蒸發裝置內，加熱 70°C 濃縮之，或不加糖以高熱濃縮之，密閉於罐中之物品也。現在雖有許多公司販賣之，然不適於持續榮養品。此種牛乳普通 12—24 倍稀薄之而應用。

ii. 【粉乳】

近來可溶性粉乳製出，乳兒之人工榮養上頗堪注視 (Lactogen, Dryco, 金太郎乳, Klim 等)，是等物品一般雖劣於牛乳，然使用上有適當之注意，則可得相當之成績也。

iii. 【小兒粉】

Nessle 氏小兒粉 Goldkorn, Milkfood, Liebig 氏小兒粉等雖有許多，皆不適於乳兒榮養品，只可一時的使用爲牛乳代用品。

3. 乳兒榮養法

Feeding of Infant

乳兒榮養法有以下之三種

A. 天然榮養(自然榮養)乳房榮養

B. 人工榮養(不自然榮養)

C. 混合榮養

A. 天然榮養(自然榮養) Breast Feeding

天然榮養者，用人乳即母乳或乳母哺育乳兒之法也。人乳作爲哺乳兒榮養品，乃最適無上之品，天與之妙味也。現在人乳及牛乳之乳兒養育上的不同，雖不能以科學解說之，然用兩者榮養乳兒之成績，可就次記之諸點而區別其優劣。

a. 天然榮養兒比人工榮養兒之發育佳良。

b. 前者比後者之對於諸種疾病抵抗力大。

c. 前者之罹於榮養障礙比後者甚少，而陷於重症者乃稀有之事。

a. 授乳婦之衛生

授乳婦須避身心過勞，精神興奮等，營爲適當之運動。食物可隨其嗜好可及的攝取多量，尤其液體充分攝取，甚屬必要。乳房要其使常保持清潔，但不可亂用消毒劑等。

b. 授乳法

i. 【初生兒哺乳】

生後12—24時間以內，全然不授乳，或啼泣時授乳1—2次，或與以少量之白開水。第二日授乳2—3次，第2—5日授乳5—7次，雖爲適當，然因乳汁分泌之如何，時而在初生兒期及嬰兒期有8—10次授乳之必要。

、初生兒一日之哺乳量大體如次(第18表參照)

第18表 乳生兒一日哺乳量

生 後	哺乳量(ccm)	Jaschke(ccm)	Finkelstein(ccm)
第1日	0	30	0
第2日	90	100	70—80
第3日	190	180	140—160
第4日	310	240	210—240
第5日	350	310	280—320
第6日	390	340	350—400
第7日	470	370	420—480

ii. 【授乳回數】 從乳兒胃機能之生理學的見地，一日之哺乳回數以5—6回(嬰兒期6—7回)爲適當，哺乳間隔以3—4時間爲適當，而夜間(晚10—11時至早5—6時)務以不授乳爲良。

iii. 【授乳時間】

雖因乳汁分泌之良否，及乳兒之吸吮力而異，以乳兒感覺腹滿催起睡眠爲度，然一般15—20分間爲適當。

iv. 【一回之哺乳量】

雖同一乳兒，每回之哺入量亦不能一定，一般午前多午後少，時

而最大最小之差，有及2—3倍者，一回之哺乳量，可就哺乳前後乳兒體重之差而得知之。

v. 【一日之哺乳量】

乳兒之一日哺乳量，據Gzerny 及 Veller 氏謂，生後2週間以後須要體重 $\frac{1}{5}$ ，3—6個月須要 $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{7}$ ，6—12個月須要 $\frac{1}{8}$ ，

故一日之哺乳量因月齡而異，大略如次：

1個月	500—600ccm	3個月	800—900ccm
2個月	700—900ccm	4個月	900—1000ccm

體重 1 Kg 之一日哺乳量：

3個月前	150ccm
6個月前	130—140ccm
9個月以後	120—130ccm

【力率】

體重 1 Kg 之必須熱量曰力率。力率雖因月齡而異，據 Heubner 氏謂3個月前為 100—110 Kalorie，6個月前 90—100 Kalorie，9個月前 80—90 Kalorie，1歲 70—80 Kalorie，2—3歲 75 Kalorie，5—7歲 70 Kalorie，7—10歲 60 Kalorie，10—14歲 50 Kalorie (大人 35—45 Kalore)，然年長之乳兒所須力率常比 Heubner 氏所云者大。

近時 Pirquet 氏不用 Kalorie 而用 Nemsystem，將 1 g 人乳之榮養價作 1 Nem，故 1 Nem 與 0.7 Kalorie 相當。

vi. 【食餌必需量】

乳兒體重與哺乳量有一定之關係，既如上述，而乳兒一日間攝取幾何量之乳汁，始得遂其生理的發育，須由燃價計算法而知之。若將生後六個月乳兒之體量作為 6000g，則此年齡乳兒之力率，據 Heubner 氏為 90 Kalorie，故食餌必需量為 $\frac{6000}{700} = 770\text{ccm}$ 也。

或因 Nemsystem 而判定之，如 Pirquet 氏所研究者。

腸長 = $10 \times$ 坐高 (i)

腸幅 = $\frac{1}{10}$ 坐高 (Si)

故腸面積 = $10 \times Si \times \frac{Si}{10} = Si^2$

故腸面積 = Si^2 即坐高 \times 坐高。然據 Pirquet 氏則每營養面積 1 cm^2 最大要 1 Nem. 故氏之最大食餌必需量 = $Si \times 1 \text{ Nem.}$

最小食餌必需量 = $\frac{3}{10} \times Si \text{ Nem.}$

由是適當食餌必需量，於

6個月乳兒為 $\frac{5-6}{10} \times (\text{最大食餌必需量})。$

12個月乳兒為 $\frac{6-7}{10} \times (\text{最大食餌必需量})。$

2歲幼兒為 $\frac{6-8}{10} \times (\text{最大食餌必需量})。$

青春期为 $\frac{7-8}{10} \times (\text{最大食餌必需量})。$

例如坐高 40cm 之乳兒

最大食餌必需量 $40 \times 40 = 1600 \text{ Nem.}$

最小食餌必需量 $40 \times 40 \times \frac{3}{10} = 480 \text{ Nem.}$

適當食餌必需量 $40 \times 40 \times \frac{5}{10} = 800 \text{ Nem.}$

vii. 【授乳障礙】

a. 授乳障礙存於小兒時

哺乳力微弱

乳兒之疾病，例如早產兒，鼻卡他，口內炎或兔唇及口蓋破裂等之畸形，則哺乳困難。

哺乳嫌惡及哺乳怠惰

吸吮力之障礙 原於癡呆或球麻痺等之麻痺或痙攣等。

b. 授乳障礙之原因存於母體時

授乳禁忌

進行性結核及重症產褥熱時，須絕對禁忌，一時的斷乳必要之時期，列舉如次，

心臟疾患急性傳染病，全身衰弱，萎黃病及精神病等。

乳嘴畸形

小乳嘴，陷沒乳嘴扁乳嘴等，須預先於分娩前注意於乳嘴之牽引，或用吸乳裝置。

乳房疾患，乳嘴裂傷，乳房炎，乳嘴過敏等最多見之。

【乳汁分泌不全】

基因於乳腺之發育不全者也。

療法 規則的授乳及強哺乳吸引，吸引裝置，乳房按摩，乳汁分泌催進劑投與 (Lactagol, Polylactol, mamain 等) 其他有胎盤浸出劑，Pituitrin 及自己乳汁注射等尚未完全有效。腦垂體前葉製劑如催乳素 (Prolactin) 等，能刺激已發育產後乳房之乳分泌，其他如卵巢黃體製劑亦可以試用。

viii. 【乳母(乳媼)選定】

乳母選擇之大體標準如次，

1. 身體健康，2. 梅毒，結核，沙眼等傳染病須注意，3. 乳汁分泌佳良，4. 乳母乳兒之健康，5. 乳房授乳上之適當，6. 經產婦方可，7. 乳母分娩後之經過日數雖無關係，然2個月後乳汁分泌最良，至於乳汁的檢查無甚意義。

ix. 【離乳或斷乳】

人乳雖為乳兒最適當之榮養品，年長乳兒則人乳即非完全之榮養品，有的成分缺乏，特別是鐵質之缺乏，可確實證明，故有招來食餌性貧血者。其他乳兒達至6—8個月，只用乳汁不能滿足，須用他種食物。

在我國比歐美各國，授乳期間一般較長，鄉間有達至3—4年尚授乳者。在歐美各國 6—8個月離乳爲通例，然在我國以 6—8個月開始，1歲時完全離乳爲適當。若在夏期則須禁避，或早期施行，或秋後施行爲適當。

【離乳方法】

離乳方法，最初用牛乳米湯肉羹等代母乳，1日1回 100—200 ccm，連用數日，若無異狀則漸次增加回数，其次可與以卵黃或其他流動物質，一年之終可與以米粥蔬菜魚肉等，漸次與以大人相近之食物。

如水果汁等2—3個月以後即可漸漸試用少量，作爲離乳之準備，7—8個月後試用餅乾煎餅等亦無妨。

【離乳困難】

當離乳開始時，有乳兒不易攝取添食，於智力發達之乳兒尤多，若早期開始則比較少見。此時忍耐反覆行之，或變換食餌，或種種調味，因之得達目的者多。

離乳後之榮養

離乳期後小兒之食餌必需量，較之乳兒甚少，即

2—3年	75 Kalorie	5—7年	70 Kalorie
7—10年	60 Kalorie	10—14年	50 Kalorie
成人	35—45 Kalorie		

食餌次數以1日3次爲主要食餌次數，與以成人大小異之食餌外，午前午後2次與以間食，如清淡點心，青果，牛乳，麵包類爲要。

一般於小兒期，酒類，咖啡，醋，芥子，胡椒，山椒，山葵，洋椒等刺激性或辛辣嗜好品不可給與。

果實則1年以後廢止果汁，須與以新鮮季節青果，如切細香蕉，蘋果，洋柑，蜜柑等物。有時將果實煮熟給與亦可。

B. 人工榮養(非自然榮養) Artificial Feeding

a. 【牛乳稀釋法】

人工榮養品之最普通者爲牛乳。而牛乳雖富有蛋白質及鹽類，其榮養價則比人乳之榮養價少，故理論上可以不稀釋之牛乳作爲榮養 (Eudin, Variot etc.)，然自古來經驗上常用稀釋者（後者成績較良）。但近來稀釋度漸減少者多。

平常最常用之稀釋法如次。

牛乳 1 水 2 之比例稀釋者曰 $\frac{1}{3}$ 牛乳。

牛乳 1 水 1 之比例稀釋者曰 $\frac{1}{2}$ 牛乳。

牛乳 2 水 1 之比例稀釋者曰 $\frac{2}{3}$ 牛乳。

不稀釋者 曰全乳。

以上之稀釋乳，用於何月齡，雖因各國或個人而意見不同，試舉 3—4 例如次。

	三輪氏著書	齋藤氏著書	Finkelstein	著 者
$\frac{1}{3}$ 牛乳	1—2個月	1—2個月	1 個 月	1 個月以內
$\frac{1}{2}$ 牛乳	3—4個月	2—4個月	2 個 月	2 個 月
$\frac{2}{3}$ 牛乳	5—6個月	5—6個月	3—4 個 月	3—4 個 月
全 乳	7—8個月	7—8個月	5—6 個 月	5 個月以後

在法國自始即用 $\frac{1}{3}$ 牛乳，6 週以後 $\frac{3}{4}$ 牛乳，2—3 個月以後即用全乳者不少。近來多傾向用濃厚乳，生後即用 $\frac{1}{2}$ 牛乳，2—3 個月後用 $\frac{2}{3}$ 牛乳，2—4 個月用全乳者不少（著者近時亦主張採用此法成績良好）。

b. 【含水炭素添加】

牛乳因稀釋之結果，蛋白質及鹽類雖與人乳相近，脂肪及糖分則減少，榮養價減少，須補給之，故通常添加含水炭素。而含水炭素

之增加，招來體重增加，可認為特有之效力。

試將常用者列舉如次：

i. 第1含水炭素

a. 乳糖

此種增加體重之力甚少，易於發酵，易生消化不良，故用為乳兒之含水炭素殊不適當(5—7%)。

b. 蔗糖

最普通之應用品，比乳糖難於發酵，因其價廉，5—7—10%時而17%故適於實用。

c. 糊精麥芽糖製劑

難於發酵，能增加體重適於應用，然其價昂，乃屬遺憾。故常用於疾病時(5—8%)。現今販賣於市場者有多數，例如 Soxhlet 氏滋養糖，和光堂滋養糖，Löfflund 氏滋養麥芽糖，Mellinsfood, Liebigsuppe, Kellersche Malzsuppe 等

ii. 第2含水炭素

如上之複糖類及多糖類雖添加至 5—7%，尚有榮養不足時，則用第二含水炭素：

a. 穀粒煎汁

米，麥，燕麥等之穀粒，以 2—10% 之比例混和於水，1—1.5 時間以微火煮沸之，用細毛篩濾過之，補充其蒸發水分而復於原量。其中主體含有植物性蛋白，澱粉等，重湯屬於此。

b. 穀粉煎汁

取米，麥，燕麥等之穀粉，以 2—5% 之比例，混和於水中，20—30 分鐘間煮沸者也。

c. 用法

第二含水炭素當乳兒體重增加停止或遲緩時，作為水之代用品，而穀粒煎汁常用於 3 個月以內之乳兒，穀粉煎汁常用於 3 個月以後之乳兒，其用量如次：

生後1個月	0.5%	3個月	3%
2個月	2%	6個月	3—5%
生後三週間以內不宜用。			

c. 脂肪添加

牛乳稀釋時，脂肪亦被稀釋而減少，欲補充之有加入乳脂或新鮮黃油者。脂肪添加時皮下脂肪組織緊張，皮膚現紅色，抵抗力增進，有似於天然榮養乳之狀況，然時而招來榮養障礙，宜注意，不可用至3%以上 (Kleinschmidt-czerny 氏牛酪設法榮養參照)。

有用橄欖油，肝油等作為乳脂之代用品者。

d. 蛋白質添加

在健康乳兒，一般雖無蛋白質添加之必要，然發育遲緩者，可因1—2% Plasmon, Nutrose, Laresan, Galaktosan. 等蛋白質劑之投與，而有著明的體重增加。

e. 授乳法

i. 授乳回數

每3—4時間授乳一回，1日5—6回最為適當，夜間(晚11時—早5時)宜將授乳停止。

ii. 一日之哺乳量

健康乳兒之1日哺乳量，以體重 $\frac{1}{10}$ 的牛乳量為必要，即1 kg 須要100ccm 之牛乳，是曰 Budin-manrelsche Zahl。

例如5個月6000g之乳兒，一日間牛乳量可以600ccm而足，而5個月乳兒之牛乳稀釋度為 $\frac{2}{3}$ ，故可稀釋為 $600 \times \frac{3}{2} = 900\text{ccm}$ 。若1日間授乳5—6回，則其一回量以160ccm 或150ccm 為適當。加入適當之含水炭素則無待言，而一日之哺乳量不可超過1000ccm。

iii. 初生兒之人工榮養

初生兒行人工榮養時，須極慎重。尤其初期數日間，以得人乳為

最要。然不得已時則用牛乳，糖添加法與上同。

iv. 初生兒授乳回數

1日5—6回爲最良，然哺乳力不充分之初生兒，可增至7—10回。

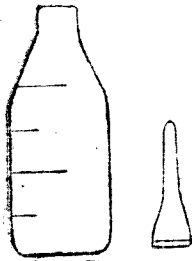
v. 初生兒 1 日之哺乳量

初生兒之 1 日之哺乳量，從 Budin-mauler 氏數所得之數以 7 分之，再以從生後日數減去一之數乘之，甚爲適當，其式如次：

第1日	$300 \div 7 = 43$	$\times (1-1) = 0$	卽 0ccm
第2日	$300 \div 7 = 43$	$\times (2-1) = 43$	卽 50ccm
第3日	$300 \div 7 = 43$	$\times (3-1) = 86$	卽 100ccm
第4日	$300 \div 7 = 43$	$\times (4-1) = 129$	卽 130c. m
第5日	$300 \div 7 = 43$	$\times (5-1) = 172$	卽 180ccm
第6日	$300 \div 7 = 43$	$\times (6-1) = 215$	卽 225ccm
第7日	$300 \div 7 = 43$	$\times (7-1) = 252$	卽 260c. m

第 6 圖

哺乳瓶及乳嘴



vi. 牛乳處理上注意

家庭中牛乳之處理，宜常防避不潔，貯藏冷處。哺乳瓶中只裝入一回量，以 Soxhlet 氏消毒器殺菌(2—3分)，短時間在室溫冷却之，而後貯藏於冷處(最好冷藏庫內)。臨用時加熱至適當溫度。

vii. 哺乳器及其他器具之注意

牛乳調理所用之器具及哺乳器宜常保其清潔，不可使用於他種目的。哺乳瓶及橡皮乳嘴有如第 6 圖，以內部圓滑，便於清潔者爲

良。使用後必須洗濯，倒立而使之乾燥。

C. 混合榮養

乳汁分泌少時，或因不得已之理由，難於規則的授乳時，有一部用人乳一部用牛乳哺乳者，是曰混合榮養。此有二法，一法將人乳牛乳交互用之(一回用人乳，一回用牛乳)，一法同時授以人乳及牛

乳(人乳授與後不足之量以牛乳補充之)。而牛乳交互授與時，可及的不可將人乳之授乳減至三回以下。蓋因是人乳分泌量愈減少，有遂至於停止之慮也。而牛乳之稀釋度及一回之哺乳量因乳兒之年齡而規定，則無論也。

6—12 個月之乳兒，雖於人工榮養及混合榮養，亦與天然榮養乳之離乳期取同一處置，徐徐與以肉羹，米湯，卵黃，粥，蔬菜，魚肉等，1 年後漸次與大人之食物相近，2 年後可與以大人同樣之食物。而水果汁等，2—3 個月後可試用少量，7—8 個月時可試用餅乾，煎餅等食物，亦與天然榮養乳同。

第 6 編 診察法及小兒病診斷

Examination and Diagnostic Method of the Diseases of Infants and Children

年長兒之診察，雖可與大人以同一系統的順次施行之，在於乳兒幼兒則自覺症狀甚少，且言語不充分，當診察時，懷不安之念，就其或拒否或啼泣，施行系統的檢查，極為困難。故坐於母或抱兒者之膝上的小兒，要注意不可惹起其恐怖之念，且醫師須十分了解小兒之精神狀態，並以溫情及忍耐臨之，難得精細之診察也。尤其小兒所最厭惡者，如叩頭肛門檢查，體溫測定等，以最後施行為良。在小兒不能自述症狀，不可不根據其兩親及來人之所述。但此等陳述，觀察不充分，不正確者多，須要細心注意。

1. 既往症

Past History

當小兒診察時，最重要者為精細之既往症，因是多半可以得診斷及治療之暗示。次列諸點宜注意。

a. 【家族歷史】

祖父母，父母，同胞之健康狀態及其既往疾患，並母親之流產及

早產之有無等。

b. 【遺傳的關係】

結核梅毒及精神病疾患之有無等。

c. 【既往病症】

患兒之胎生期，乳兒，幼兒及學齡期之發育並健康狀態，及其經過疾患，尤其麻疹，百日咳，肺炎等之有無及症狀經過等。

d. 【食物，尤其乳兒期之營養法】

乳汁種類及量，糖或澱粉等添加之有無，哺乳回數，時間等。

e. 【現疾患之初期及近來之經過並主訴】

聽患兒或同來人之述說，而知其主訴，推測其疾患屬於何種系統，因是而發詳細之質問。聽其主訴時，可詢問其一般之重要症狀，如發熱，糞尿之回數及性狀，食思不振，痙攣，浮腫，蒼白，羸瘦，呼吸困難，睡眠異常，口渴，不舒適等之有無。

2. 現在症

Present Illness History

A. 一般觀察

可從一定之形式而觀察之，即觀察小兒之全般的狀態(望診)，尤其其位置及姿勢，情態之如何，營養狀態貧血之有無，皮膚之變化，乳兒則注意其手掌，足蹠及肛門周圍之變化，顏貌知覺之變化，身體各部運動麻痺之有無，脈搏，體溫，呼吸之狀態，鼻翼呼吸之有無，意識狀態等之全般的觀察，須詳細施行。

望診為小兒病診斷上之最重要者，熟練之小兒科醫，可因望診而想得其疾病及現狀者不少。

B. 特殊診察

a. 打診

小兒之打診須行輕打，常用手指打診，時用槌打診，板打診及鎖骨或棘狀突起上之直接打診等。於乳兒可使其橫臥於同來人之膝上

，同使其抱於膝上，或使其臥於牀上施行之。尤其胸部背面打診時，使母或同來人以兩手保持頭部及腰部臀部爲最便。年長兒之打診完全與大人同。

肺臟打診

乳兒胸膈右側之肝臟濁音，常比左側之位置較高。肺之下界通常如次。

乳腺	第六	肋骨上緣
中腋窩腺	第九	肋骨上緣
脊柱側方	第十一	胸椎

心臟打診

小兒之心臟濁音界，若非輕打則易錯誤。

比較濁音界如次：

	上 界	左 界	右 界
1 歲	第 2 肋骨	在心尖搏動之稍外方	右側副胸骨線
6 歲	第 2 肋骨間隙	在心尖搏動之稍外方	右側副胸骨線 內側
12 歲	第 3 肋骨	在心尖搏動之稍外方	右側副胸骨線 與胸骨線中間

b. 聽診

在小兒須於打診之先行之，避免小兒之恐怖，安靜時行之最善，有時啼泣時比較爲合適。

肺臟聽診

小兒之呼吸音，名曰小兒呼吸音，頗爲銳敏。呼氣可得聽取而稍延長，恰有似氣管枝呼吸音，初學者多誤會之。且小兒時要特別注意脊柱之側邊。

心臟聽診

小兒之心音除高調外與大人無差異。

c. 觸診

小兒觸診時，要留意皮膚彈性，肌緊張，脂肪沈着，淋巴腺腫

脹，念珠等之有無。

腹部觸診

使小兒仰臥以掌壓迫腹壁而診察之。要知緊張度，壓痛部之有無，硬結，抵抗感，腫瘍之有無等。腹腔內有蓄水時，將左手扁平置於腹上，以右側中指打診之。檢查波動之有無。蓄水少時則使其取匍匐位而檢查之。

肝臟及脾臟之觸診

脾臟診察時，將右手入於肋骨弓下，以左手輕壓脾臟部而檢查之，年長兒就側位檢查之亦可。

肝臟則就背位以右手檢查之

四肢之觸診

須檢查腫脹，骨之腫脹，疼痛，運動之異狀，麻痺，攣縮之有無等。

d. 神經系診察

反射反應

須檢查上下肢之骨膜及腱反射，腹壁反射，提舉肌反射，足蹠反射等。

知覺檢查

觸覺，溫覺，痛覺等之檢查困難，乳兒尤不確實，因表情而推測之可也。

電氣興奮性

電氣興奮性雖全與大人相同，於初生兒殆不可能，僅微的末梢神經幹之器械的刺激性興奮性之檢查，可因 Chvostek 氏現象（顏面尤其就顴骨弓下部輕打顏面時則招來顏面之收縮現象），橈骨現象（橈骨神經輕打時則掌背彎），腓骨現象（腓骨神經打擊時則來足之背彎及外彎）等。

健康兒之興奮如次

Mann 氏調查(正中神經)

	K.S.Z.	A.S.Z.	A.O.Z.	K.O.Z.
生後8週以前	2.61	2.92	5.12	9.28
8週以後	1.41	2.24	2.63	8.22

平井氏就3個月乃至3年之日本兒102名所檢查之成績如此(正中神經)。

	K.S.Z.	A.S.Z.	A.O.Z.	K.O.Z.
最 小	0.7	1.3	1.4	6.0
最 大	2.5	5.0	11.0	11.0
平 均	1.37	2.65	4.20	8.5

Holmes 氏就1個月至13歲之美國小兒之檢查成績如次(腓骨神經)。

年 齡	檢查人數	平 均 價			
		K.S.Z.	A.S.Z.	A.O.Z.	K.C.Z.
1 月 以 下	29	>5	>5	>5	>5
1—6 個 月	59	3.9	4.9	>5	>5
6—12 個 月	38	3.3	4.7	4.6	>5
1—2 年	41	2.9	4.6	4.6	>5
2—3 年	20	2.5	4.2	4.2	>5
3—4 年	24	2.3	4.2	4.2	>5
4—5 年	20	2.1	3.8	4.1	>5
5—6 年	22	1.9	4.1	3.7	>5
6—7 年	20	1.8	3.9	3.0	4.9
7—8 年	20	1.9	3.7	3.2	4.9
8—9 年	30	1.7	3.9	3.5	>5
9—10 年	20	1.8	3.8	3.2	4.9
10—11 年	20	1.8	3.6	3.5	4.9
11—12 年	20	1.5	3.5	3.1	5.0
12—13 年	20	1.7	3.6	2.3	5.0

e. 咽頭及口腔檢查

小兒多厭之，宜最後檢查。在初診兒不易開口，故宜將鼻孔閉鎖，或將舌壓子插入齒列之間，壓迫舌根則易於其開口。因此使咽頭及口腔可一瞥而窺察此等部位之變化。

必要時可行鼻咽頭腔之檢診，

f. 肋膜穿刺

依患兒取坐位，或置於母親之膝上，就患側胸部下部以碘酒，伊打酒精等消毒，於腋窩腺或後腋窩腺上濁音著明之肋間部，在肋骨直上向胸廓中心穿刺，若驟然抵抗消失，即達至肋間腔也。此時如有多量之滲出液排出宜徐徐排除之。

g. 腰椎穿刺

重要之診斷法，於乳兒亦屢用之(1891 naeh Quinke)。

使患兒取側臥位軀幹強向後彎。穿刺部位宜就兩腸骨構最高點之結合線，即 Jacoby 氏綫，及脊柱交叉點之直上或直下之棘間腔，即第 3 或第 4 腰椎間(第 7 及 8 圖參照)。將此部位以碘酒，伊打，酒精等嚴重消毒，其次將套管針稍向上穿刺於正中綫，達至皮下 2--4:

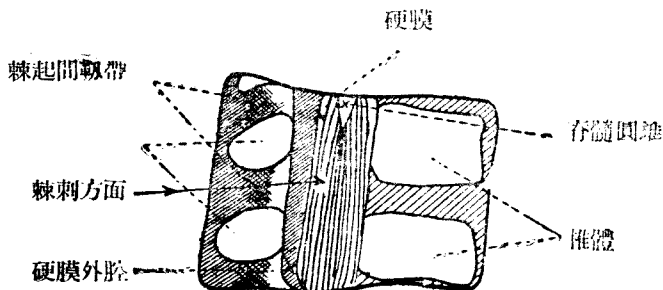
第 7 圖
腰椎穿刺 (Jacoby 氏綫)



第 8 圖
腰椎穿刺



第 9 圖 腰椎穿刺部略圖



m 以上之深度，若抵抗力驟然減退則將中針拔去，腦脊髓液自然流出(第9圖參照)。

正常腦脊髓液之所見

無色水樣透明，壓力在側臥位有 80—130mm 水壓，

放置之無變化。

反應爲弱鹼性 ($\frac{1}{50}$ N-NaOH 相當)

比重 1002—1005，冰結點 $\Delta = 0.51^\circ - 0.56^\circ$

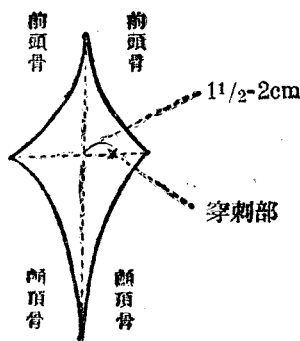
固形成分 沈渣殆不發生，1 cm 中只認出淋巴球 2—6個。

蛋白質含量 甚少，globulin 之反應爲陰性，檢查法 1. non e-Apelt'sche Reaktion (少量之腦脊髓液，加入同量之飽和硫酸銨液，3 分間放置而與對照液比較，因其混濁之有無，區別爲陰性或陽性)。2. Ross-Jonesche Reaktion (腦脊髓液上，重疊飽和硫酸銨液，因兩液境界發生白輪之有無而區別爲陰性或陽性)。3. Pandysche Reaktion (1 容量結晶石炭酸，溶解於 15 容量之蒸餾水，作成濃石炭酸液，滴加 1 滴之腦脊髓液 3 分後因混濁之有無而區別爲陰性或陽性)。

定量法 用 Nissle 氏法(Nissle 氏小試驗管中裝入腦脊髓液達至 2ccm，其次加入 Esbach 氏液至 3ccm 之刻度，輕振盪後，用遠心沈澱器 10—15 分回轉之，則蛋白質之高徑以割綫而現出，因是可測定蛋白質之含有量)，因此法所得之蛋白質量達至 $\frac{1}{2}$ 0-2 割爲正常。與 0.02—0.05% 相當也。

糖含量 0.05—0.1%

第10圖 腦室穿刺部位略圖



無機物 0.84% (食鹽、燒鹼，尿酸鹽等)。

h. 腦室穿刺

癒著或因其他事由，雖行腰椎穿刺而腦脊液不流出時，或慢性水腫時，用於大顛門開大之乳兒。

大顛門上之頭髮剃光後，用碘酒，伊打，酒精等消毒，使乳兒仰

第11圖 腦室穿刺



臥用樟腦注射針，在大顛門側角之結合縫上，與矢狀縫合線之交叉點相隔 $1\frac{1}{2}$ —2 cm之處，垂直刺入皮膚 1—2—3cm，則達至腦室 (第10圖及11圖參照)。

i. 採血法，X光照射法，及X光線照像法

顯微鏡檢查時，自耳輪，手指，足趾端採血，血清反應檢查 (Wassermann 反應 Widal 氏反應等) 時，則行靜脈採血 (搏靜脈，腦靜脈竇，參照第7編 E. 藥物療法之部viii. 腦靜脈竇穿刺)。

X光照射法及照像攝影，於小兒病亦為有力之診斷法，尤於骨系統疾患，氣管枝腺腫脹，肺浸潤，肋膜炎滲出液及心臟肥大等為重要。

附記 血液塗抹標本檢查法

臨牀上簡單的血液塗抹標本檢查時，取血液一滴，薄塗於清拭之載物玻璃上，乾燥於空氣中後，以 Methylalkohol 2--5 分浸漬而固定之，吸墨紙吸取之，再乾燥於空氣中。其次以蒸餾水（中性或弱鹽基性）1 ccm, Giemsa 原液 1 滴之比例，作成之新鮮 Giemsa 稀釋液，注加於固定標本上（1 頁之標本約用 3 ccm, 15—20 分染色後充分洗濯之，以吸墨紙吸取之，在空中乾燥後，以油浸裝置鏡檢之（Giemsa 氏染色法）。通常血液標本檢查時，以 Giemsa 染色可以足用，然時有用 May-Giemsa 二重染色法者，即將塗抹標本乾燥於空氣中後，滴加 May-Grünwald 染色液 10 滴，以玻璃盤蓋覆之，3 分鐘後，加蒸餾水 10 滴，將標本少微搖動使染色液及水混和，染色 1 分鐘後，將此液棄置，注加 Giemsa 稀釋液（同前）10--20 分染色後，充分水洗，再將水分吸取，乾燥於空氣中而鏡檢之。

第7編 一般豫防法及療法概論

Prophylaxis and Treatment

附 治療技術

1. 一般豫防法

Common Preventive Methods

對於小兒疾病之豫防法，在生產前即宜留意，所謂胎教是也。懷孕之母親，要注意自己之健康，勿貽累於胎兒是為必要也。

【初生兒期】對於臍感染，膿漏眼（2% 硝酸銀點眼，即行 Grede 氏法豫防之）並其他疾病，抵抗力弱，故養護上要充分之注意。

【哺乳兒期】此期之死亡，就各國之死亡率（第 19, 20, 21 表參照而甚明，關係於營養及傳染病者頗多，不可不留意。尤其人工營養兒須細心注意調養。哺乳兒對於傳染病之抵抗弱，故豫防後不良時多，須講嚴重的豫防法。

幼兒期及學童期 此期之身體抵抗雖增進，急性傳染病，如百日咳麻疹，猩紅熱，或赤痢(疫痢)或結核等之感染機會甚多，尤其幼稚園小學校中易於感染，故園兒及學童之通學不可不注意。

如上直接防疾病之危險外，他方面更因種種方法，使小兒之體質向上，增強其身心，常保持其健康，是為必要。

【強固法】

冷水摩擦法

冷水浴

海水浴

野外運動

或於虛弱兒特設

林間學校 Feriencolonie, Halbferiencolonie 等。

其他於學童須留意於學校一般衛生更勿論矣。

第19表 各國乳兒死亡率 $\left(\frac{100\text{生產中乳}}{\text{兒死亡率}}\%\right)$ (本內務部衛生局之調查昭和二年七月)

	1918年	1919年	1920年	1921年	1922年	1923年	1924年	1925年
英國	9.7	8.9	8.0	8.3	7.7	6.9	7.5	7.5
美國	—	—	—	—	7.6	7.6	7.7	7.1
澳國	19.3	15.6	15.7	15.5	15.4	14.1	12.8	—
德國	15.8	14.5	13.1	13.4	13.0	13.2	10.8	10.5
義大利	19.3	15.6	15.7	15.5	15.4	14.1	12.8	—
瑞士	8.8	8.2	8.3	7.3	—	—	—	—
比利時	14.6	9.9	10.4	11.5	10.7	9.3	8.9	—
荷蘭	9.3	8.4	7.3	7.6	6.7	5.7	5.1	4.9
法國	14.0	12.3	9.9	11.5	8.5	9.6	8.5	8.9
丹麥	—	—	—	—	8.5	8.2	8.5	8.0
日本	15.6	14.2	13.7	14.2	13.8	14.2	12.4	13.2

第20表 列強首都乳(100生產中乳)(東京市乳兒死亡率之兒死亡率)(調查(大正十五年))

	1918年	1919年	1920年	1921年	1922年	1923年	1924年
倫敦	11.0	—	7.5	—	7.4	9.0	—
紐約	—	—	8.6	6.8	7.4	3.8	—
巴黎	9.9	—	9.8	—	8.7	9.0	—
柏林	12.9	—	16.1	—	16.3	14.4	—
東京	—	16.6	15.3	15.2	15.5	15.5	13.1

第21表 日本及英國之小兒(迄15年)乳兒死亡率
(依內閣統計局之統計而算出及英國政府統計1923)

日 本	小兒(%)	5年以下(%)	乳兒(%)
昭和元年	42.3	37.3	24.9
昭和2年	42.1	37.6	24.0
昭和3年	41.6	37.1	25.4
昭和4年	41.6	36.9	23.4
昭和5年	39.2	34.5	22.1
昭和6年	39.4	34.9	22.3
英 國			
1920年	37.2	32.2	
1921年	33.7	29.1	
1922年	31.8	27.4	
1923年	25.9	22.0	

2. 一般療法(附治療技術)

Common Therapeutic Methods

當治療小兒疾病時與大人不同，主爲理學療法及食餌療法，藥物療法不可重視。小兒疾病其經過常迅速，故要平常之注意。

A. 食餌療法

凡小兒之疾病，尤其胃腸障礙，要注意於食物之變換，及種種治療食餌之使用，在治療上實有重大之意義也。

試將主要之治療食餌列舉如次。

a. 蛋白乳

1立之牛乳加溫至38—48°C，再加入 Peginin 或純 Pepsin 十分攪拌後發生著明之凝固物則中止，20—30分靜置之，用晒木綿或棉紗二張濾過之，以自來水清洗後，約加入原量之半量之水，2—3分間加熱，再以棉紗或晒木綿濾過之。棄去水分，將凝物納入乳鉢中，破碎而過濾，加入原量之牛乳或脫脂乳，黃油乳等，添加糖或滋養糖而用之。

b. Galaktosan 及 Plasmoa 乳

1立牛乳中加入 20—30g之Laroson, Galaktosan或Pasmon等，加熱濾過者。或於其中加入同量之穀粉煎汁或燕麥穀粒煎汁等，而添加於是者。

c. 牛酪乳

靜置牛乳於低溫度24時間，除去脂肪層，放置於室溫中，或加入乳酸菌培養成爲酸性，強振盪之，用遠心裝置使其脫脂之乳汁也。

d. 脫脂乳

將牛乳以脫脂器脫脂之乳也。

e. 乳清

於蛋白乳製造時，取去其凝固物之殘物也。

f. Malzsuppe.

$\frac{1}{3}$ 立牛乳中，加入50g燕麥粉而加熱之，或 $\frac{2}{3}$ 立之水中，加入100g malz 濃汁而溶解之，兩者混合加熱3—5分，裝入牛乳瓶而貯藏之。

g. 牛酪穀粉榮養

水100ccm 中，加入牛酪 5—7g, 穀粉 5—7g, 白糖 4—5g, 之食

品，起初先取牛酪5—7g 而加熱，除去牛酪酸之臭氣時(3—5分)，加入同量之穀粉以弱火溫熱之，3—5分後，再加入 100ccm 之水及 4—5g 之糖而續熱之，以毛篩濾過後加入牛乳而用之。用 $\frac{1}{3}$ 或 $\frac{2}{5}$

牛乳

h. 穀粉煎汁及穀粒煎汁現時日本不多用。(人工營養 *bi α β* 參照)。

i. 重湯

是乃作為牛乳代用品，一時的期間應用者不少。製法如次。

取一定量之米，加入10倍量之水，約一時間攪拌煮沸，水分蒸發，容量減少用晒木綿一張或綿紗二張濾過之再加水或米汁達至其原量。

j. 混和湯

因重湯製造時，濾過殘留之飯粒，以茶匙搗之，適宜加入重湯內者也。(平常多取重湯 100ccm，加入殘留米飯 1—3茶匙)

k. 粥

米一定量中，加水八容量，約30—50分間徐攪拌煮沸而製造者也。又以米飯造粥時，米飯1 容量須加水 5 容量，約 20—30 分間攪拌而煮沸之。

B. 理學的療法

a. 熱浴(38—40°C以上)。

b. 溫浴(34—36°C)。

c. 冷浴(30—34°C)。

浴療法在小兒科領域中用者少。

d. 濕布或繃絡

i. 全身繃繫

ii. 部分繃絡

冷濕布

使用冷器法或冰囊等於炎症患部時，不可直接於皮膚，宜先放置絨布或綿布，再在其上施行濕布。初生兒及嬰兒不宜用冰。

溫濕布(35—40°C) Priessnitz'scher Umschlag.

絨布，麻布或毛巾(幅約15—20cm，長徑60—80cm)浸入溫湯中，絞出水後即纏絡於胸部。

芥子濕布

取芥子粉20—50g(西洋芥子較良)加入極少量之溫湯充分攪拌後，加入50—60—70°C之溫湯200—400ccm，再攪拌數分鐘，迨至刺激性揮發性芥子油之散發，納入絨布或麻布而浸濕之，絞榨後而用之，貼付5—10分鐘，皮膚著明潮紅後除去之，再清拭皮膚而貼付溫濕布。

芥子纏絡

上述芥子粉加入70—60°C之溫湯少許，成爲泥狀，塗擦於絨布或麻布上作爲濕布而用之，5—10分鐘後皮膚潮紅，再以前同樣之法處置之。

芥子浴

取芥子粉末4—5茶匙以布包括之，數分間在熱浴中浸漬而壓榨之。則刺激物溶解於熱浴中，即入浴於其中，但現在用者少。

e. 光線療法及空氣療法

i. 日光療法

用日月光線照射局部或四肢軀幹，起初5—10—15分，漸漸增加，最高達至1—2時間。

ii. 人工太陽燈療法

局部或軀幹等以50—70cm之距離，起初短時間(5—10分)照射之，其次將距離縮短，照射時間亦延長至30—60分。

iii. 氣候療法(轉地療法)

轉入空氣清新之暖地或避暑地(海岸或山地)，而營爲規則的生活。

- iv. 外氣療法，新鮮空氣中，營爲規則的生活。
- v. 浴泉療法
- vi. X光線療法
- vii. 鐳光療法

C. 對症療法

a. 對於熱之療法

- i. 冰囊，冰枕，冷濕布，冷奄法，冷水灌溉等。
- ii. 解熱劑 Aspyrin, Antipyrin, Pyramidon, 金雞納霜，

Euchinin 等，然皆有害於食慾，故不可長久使用。

b. 對於體溫下降之療法

除用溫浴，暖壺懷爐之外，再與以溫暖飲料。

c. 對於虛脫之療法

i. 溫浴 ii. 芥子浴 iii. 芥子繡絡 iv. 皮膚摩擦 v. 藥物療法，酒精飲料，咖啡，葡萄酒，咖啡劑等之內服，及樟腦油，Adrenalin, Digitalis 等強心劑之注射。

d. 對於急性出血之療法

有生命危險之動脈出血，則將其中樞部之動脈管以指壓迫之，或用布片緊縛之。對於靜脈出血則施行壓迫繃帶或指壓。對於小出血則施行局部冷罨法或止血劑之塗付。

e. 呼吸困難療法

i. 養氣吸入

ii. 對於鼻呼吸困難，則用 3000 倍 adrenalin 之綿栓插入，或 1000 倍 adrenalin 之 2—3 滴點入。

iii. 對於喉頭病變之呼吸困難，則行插管法及氣管切開術

f. 人工呼吸法

i. 術者將兩手掌壓於患者之胸部，徐徐壓迫之，其次將兩手放開，因此操作之反復施行，可以助患者營爲呼吸。

ii. Sokolow 氏人工呼吸法如第12圖(a及b)之所示，將頭部低下，四肢伸展，則胸廓因他動的而擴張，以營爲吸氣。其次將頭部可及的前屈，大腿壓於腹方向，則橫膈膜被押於上方，以營爲呼氣。如此反復時，則患兒營爲呼吸，在年長兒可於牀上施行之。

第12圖 Sokolow 氏人工呼吸法



g. 對於水分缺乏之療法 (Exsikkose),

i. 食鹽注射

生理食鹽水 100—300—500ccm(加溫與體溫相近)注射於皮下，時而注射於靜脈內，腹腔內。

ii. Ringer 氏液注射

Ringer 氏液 (NaCl 7.0, KCl 0.2, CaCl₂ 0.2, NaHCO₃ 0.2, H₂O 1000.0) 100—300—500ccm, 加溫與體溫相近後，注射於皮下，時而注射於靜脈內腹腔內。

iii. 葡萄糖液注射，5—10%葡萄糖液(Lodion第一糖液，其他以種種名稱販賣之物品)加溫至體溫後，注射50—100—200—300ccm於皮下，時而注射於靜脈內腹腔內。

iv. 直腸點滴法

持續灌注法

使患兒取背位仰臥，塗付橄欖油於 Katheter，插入肛門內，約計 10—15—30cm。以綵創膏固定肛門部，因玻璃管玻璃點滴計及橡皮管連續於灌注器。將加溫至體溫之生理食鹽水，Ringer 氏液，或 10%滋養糖液等 150—300ccm，以 1 分時 40—60—100 滴之比例，滴下而注入之(第13圖參照)。

h. 消息子榮養法

使小兒取側位臥，塗付橄欖油於 Nelaton 氏導管自鼻孔或口送入之，達至胃時因玻璃管及橡皮管連結於容量約計 200ccm 之漏斗，送入所定之液，而後速將導管取出，使患兒靜臥於背位。

i. 排便法

i. 灌腸

取肥皂水，甘油坐藥，甘油液（甘油及水等分之液體）20—30—50ccm 於灌腸器，注入肛門內，暫時後使其排泄。

ii. 腸洗滌

使小兒取背位，納枕於骨盤下，塗付橄欖油於 Nelaton 氏導管插入，肛門內約10cm，連接於 Irrigator，懸垂一米突高，使 500—700ccm 之液體，自然流入直腸後，拔去導管數分時後則液體壓迫肛門而流出。若赤痢，疫痢，大腸炎等，腸內有毒物須排出時，則將導管深入20—30ccm（高壓灌腸），溶液亦要多量，生理食鹽水，Ringer 氏液之外，主用2—3% 蘇打水，1—2—3% 骨炭或木炭浮游液，2—3% 白陶土水等。

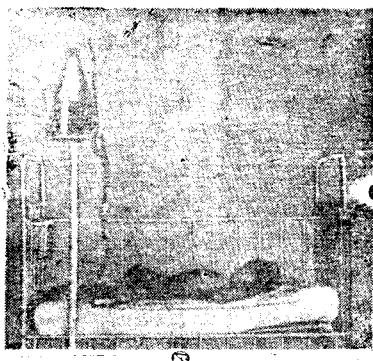
j. 滋養灌腸

人乳或牛乳(50—200ccm)，10% 滋養糖水(100—300ccm)，10% 葡萄糖液(50—300ccm)，若年長兒則用 I 卵黃，5—15g 滋養糖，5g Plasmon，100—200ccm 重湯，少量食鹽等之混和物。

k. 胃洗滌

使小兒抱於看護婦之膝上，取右側位，頭部低下，醫師則以左手

第 13 圖
持續灌注法



指壓舌，右手送入 Nelaton 氏導管其次將管之上端傾向下方，使胃內容排出後，連接於橡皮管及漏斗(容量 150—200ccm)，使流入 30—70cm 之溫洗滌液，其次再低下使其逆流出，如斯反復數次，達至逆流液透明爲度。洗滌液則用生理食鹽水，0.5% 硼酸水等。(本法臨床上使用較少)。

1. 痙攣療法

安靜，室內換氣，冰囊，灌腸，水化氫離之注腸，10% Urethan 溶液之注腸，Magnesin(20% 硫酸鎂及溴鹽之合劑)皮下注射。劇烈時可用 Chloroform, Aether 使其吸入。或用 Pantopon, Morphine 等注射。

D. 精神療法

a. 環境變換法

變換周圍情況之方法，即隔離法及工作療法是也。Hysteric 神經衰弱等用之。

b. 暗示療法

應用於 Hysteric, 夜尿症，神經性嘔吐等。

E. 藥物療法

當小兒尤其乳兒之疾患時，應注重食餌療法及理學的療法，藥物療法不過補助之而已。小兒對於諸種藥物，多感應靈敏，故種類之選擇及用量宜特別注意。

a. 藥物之用量

小兒藥物用量，宜因其對於藥物之感受性，而加減用之，雖勿庸論，然一般以大人量爲單位，因其年齡規定如次。

1 歲未滿 大人量之 $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{12}$ 4—7 歲 $\frac{1}{4}$

1—2 歲 $\frac{1}{10}$ 7—14 歲 $\frac{1}{3}$

2—3歲	$\frac{1}{8}$	14歲以上	$\frac{1}{2}$
2—4歲	$\frac{1}{6}$		

不用說因其種類以體重為單位而加減者有之，如用Salvarsan時，須計測其體重是也。即對於體重 1 Kg 應用 0.01—0.02。

b. 藥物之用法

i. 內服

散劑 1 回之全量約計 0.2—0.5g 少量水或牛乳，重湯，肉羹，與其他混和而與之為適當。於年長兒則包於膠餅中投與之亦可。

合劑或水藥可按小兒之年齡，而加減其量如次。

乳兒	1日量	15ccm
2—5	”	30ccm
5—15年	”	60—120ccm

錠劑，丸藥及膠囊劑

於小兒使用者少，僅用於年長兒。

ii. 含嗽劑

非4歲以上不適於使用，多用 1—2% 食鹽水，1—3% 硼酸水，2—3% 過氧化氫液，或1—3% 氯酸鉀等。

iii. 吸入法

於小兒多用之，尤其1% 蘇打水，1—2% 硼酸水，1% 食鹽水等，1回用200—600ccm。

iv. 皮下注射

注射法與大人同，然多用於胸部脊部，將皮膚用碘酊，酒精或伊打等嚴重消毒後，注射之。

v. 肌肉內注射

將大腿或臀部以碘酊，酒精，或伊打嚴重消毒後，注射針垂直於皮面而注於肌肉內。

vi. 腹腔內注射

生理食鹽水或 5% 葡萄糖液 (100—300ccm) 1日 1—2 回施行，

第14圖 靜脈注射



使用於乳兒者少，只施行於上縱竇（矢狀竇），靜脈或頸靜脈（第14圖參照）。年長兒則與大人同。

viii. 腦靜脈竇穿刺

於大顛門開放之乳兒，剃去大顛門角部之毛髮，以鉗剪，伊打，酒精等嚴重消毒後，使乳兒仰臥，固定頭部，或使看護婦坐於椅上，將患兒之下肢挾於大腿間，以一手固抱之，以他手

固定患兒之頭部。以細注射針就大顛門後角，傾向後方與皮膚成爲 45° 之角度而刺入之，達至4--5mm之深度則爲靜脈竇（第15圖

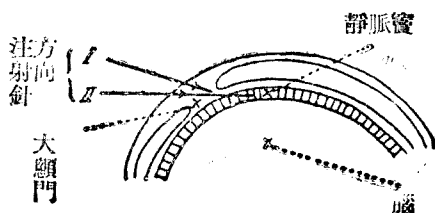
腹部膨滿甚時則不可。嚴重消毒後，在 Richter 氏綫（臍窩及左側腸骨前上棘之結合線）

距臍窩 $\frac{3}{4}$ ，或臍及恥骨縫合相結合之中央綫之中央部，離開正中綫而穿刺之。若穿刺腸管則生危險，須細心注意。

vii. 靜脈內注射

第15圖

腦靜脈竇穿刺部位略圖



第16圖

腦靜脈竇穿刺

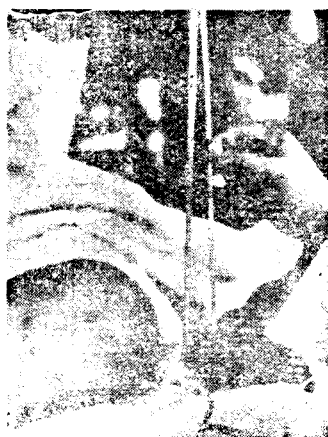


及第16圖參照)。

ix. 輸血法

第 17 圖 a

腰椎穿刺後內壓測定



第 17 圖 b

腰椎穿刺之腦脊髓液採取



第 17 圖 c

用肉羹汁培養基自腰椎穿刺後腦脊髓液之病原菌培養



第 17 圖 d

腰椎穿刺之血清注入



有如大人，直接輸血法一般使用者少。在小兒採血於塗付 Paraffin 之注射器，直接注射於小兒之靜脈內，或加入檸檬酸而注射之。然在小兒亦有採血後直接將 vollblut 注射於肌肉者有之。輸血須施行於種屬檢定後，但緊急時或於初生兒，不施行亦可。

x. 腰椎穿刺

參照第6編 g，而腰椎穿刺後內壓之測定，液體之採取，自腦脊髓液病原菌之培養，或血清注入等，則須參照第17圖a.b.c.d.等。

xi. 外用

即作為塗擦濕布等而應用者，用量須減至大人之半量。

塗擦療法

脂肪油類或溶解於脂肪樣物質之藥物擦入皮膚時，比較的易於吸收，可以作為注射或內服之代用。而小兒科領域中多應用為鉀石鹼塗擦，水銀軟膏塗擦及 Jotion 塗擦等。

xii. 脊髓內注射(腰椎穿刺)

採取腦脊髓液，以治療之目的，注入藥液或血清等。

第 18 圖

Cathelin 氏注射部位略圖



xiii. Cathelin

氏脊髓硬膜上腔內注射。

多用於夜尿症之患兒，使患兒取膝肘位，骨盤高位，其次以左手示指將薦骨之

棘狀突起徐徐向下推移，則左右之骨隆起間認出小三角形之凹部，即薦骨間裂口，而以 Fravaz 氏注射器，於正中線皮膚 45° 之角度刺入 1--2cm，則達至脊髓管內（第18圖參照）。注射液則用生理食鹽水，1回 10--20 c m。

c. 藥物之種類及其用量

小兒科通常所用之藥物種類及各年齡之用量須參照第二附錄。

各 論

第 1 編 初生兒疾患

Diseases of the Newborn

1. 早產兒及生力薄弱兒

Premature Infants

【意義】早產兒者，指生產於40星期以前之小兒而言。生力薄弱兒者，通常難於養育之機能薄弱兒也。兩者多現於同時。

母體之慢性病(結核，梅毒)，慢性中毒(酒精，鉛，亞砷酸)，急性病(肺炎，腸傷寒，猩紅熱等)，神經性素質，外傷等。

【症候】體重身長皆少，體溫在常溫下，四肢發冷，自動運動少，呼吸淺表不整，心力微弱，免疫及抵抗力減退，食慾不振，哺乳力微弱，皮膚弛緩，皮下脂肪缺少，故毛細血管可透視而潮紅且皺紋多為灰白色而現貧血，受傷性。

【豫後】關係於月齡，體重，營養狀態及季節等。六個月以前，體重在 1500g 以下者皆不良。

【療法】1. 養護尤其注意保溫 用保溫器暖壺等以溫暖之，將周圍溫度保持至一定(25—30°C)，並且注意換氣。

2. 【營養】以人乳為最良(1日10—12回哺乳，直接自乳房，或用匙，吸液管等以給與之，或可行鼻腔消息子營養)，不得已時有施行混合營養或人工營養者。有時須予以縮濃之魚肝油，鐵劑及丙種維生素等。早產兒之必要熱量比乳兒大，以110—150 Kcalorie為常。

4. 消毒法 尤其身體之清潔及溫浴等宜注意。

5. 藥物療法 強心劑，Lcbeilin 注射，養氣吸入，芥子浴等可以使用。

6. 傳染病之預防 凡有病之嬰兒不能同居一室，有傷風之人，尤需隔離。

2. 分娩外傷

【原因】因胎兒頭及母體骨盆之大小不相調和，胎兒受產道通過之壓迫，臍血行障礙，產科處置等而生。

a. 頭血腫

頭蓋及骨膜間所起之出血，發現於生後 2—4 日，核桃乃至蘋果大，半球形而呈波動。主現於一側之顱頂骨上，不超過縫合為其特徵。起初兩三日增大，其次停止而縮小。數日後周邊生硬堤防狀隆起(是乃新生之骨組織也)，經過時日，則被以薄骨板，觸接之則感覺羊皮紙狀捻髮音 5—15 週後大概消失。

【診斷】比較的容易，與產瘤(由一縫合超過他縫合為其特徵)之鑑別亦不困難。

【療法】可任其自然，防止感染，只施以繃帶即可。

b. 胸鎖乳頭肌血腫

一側胸鎖乳頭肌之胸骨近部，觸知雀卵乃至鳩卵大之腫瘤，是乃因肌內出血後，變化於纖維性者，有時招來斜頸。

【療法】按摩之可愈，若起斜頸則須外科的手術。

c. 初生兒癱瘓

【原因】生產時因腦外傷或腦出血而生，特原於天幕之引裂，硬膜下血腫，軟膜內出血，或腦震盪等，往往有陷入危險者。

【診斷】原因不明者多，甚困難。【豫後】多不良。

【療法】用強心劑，鎮痙劑，(Chloralum hydratum, Urethan, Magserin 等)，除腰椎穿刺之外皆為對症療法。

d. 分娩麻痺

【原因】原於上膊神經叢之產科的損傷，多生於顏位及臀位。

【症候】i. 上膊型

第 5—6 頸神經所支配之三角肌，二頭膊肌，內膊肌，膊橈骨肌，迴後肌，棘下肌等發生麻痺，上肢為弛緩不動性而成內轉位。但無知覺障礙。

ii. 前膊型

第7—8頸神經及第1脊神經支配部之麻痺，發生於指之屈肌，伸肌，並招來瞳孔縮小及眼裂之狹小等。並有知覺障礙，後者比前者稀少。

【診斷】發見於生產直後，故診斷甚易。時而與Parrot氏假性麻痺，小兒麻痺等有鑑別之必要。

【豫後】只現為第一型者良好，第二型者多不良。

【療法】按摩，運動，溫浴及電氣療法等。

3. 臍疾患

Discases of Umbilicus

a. 【臍帶疝氣】

因胎生期腹壁閉鎖之不完全而生，臍部隆起為核桃大乃至兒頭大。其內部竊入腸或其他內臟。被膜甚薄可以由外透視內容物者。臍帶位於疝窩下方或邊緣，與皮膜相連結。【療法】外科手術。

b. 【臍疝氣】

臍帶脫落，傷而治癒後，臍輪因壓力而突出於外方也。如扁豆大乃至蘋果大，招來嵌頓者少。

【療法】橡皮膏壓迫臍帶。1年以上不治癒者，須用外科手術。

第 19 圖

臍肉芽腫 2個月乳兒



c. 臍出血

生產中或後，臍帶之被裂或結紮不良，血塞構成不完全時，則來出血，有來於臍帶脫落者，時而招來高度之貧血。

【療法】栓塞插入，腐蝕法，Gelatin注射，止血劑 (Coagulen, Adre-

nalin 等) 之壓迫綳帶。

d. 臍肉芽腫

臍帶脫落後，臍底有肉芽組織現為紅色，有達至櫻實大者。從臍底分泌滲出物(第19圖照像參照)。

【療法】以硝酸銀棒腐蝕之，厥後以食鹽水洗之，Dermatol 撒布之，過大則用滅菌絹絲結紮之，不久即脫落。

e. 臍部傳染

i. 臍膿漏

臍帶脫落後濕潤，排出膿性滲出物。

【療法】以5%硝酸銀液或硝酸銀棒腐蝕之，以食鹽水洗之，Dermatol 撒酸，白陶土等撒布之，或施以乾性綳帶。

ii. 臍炎及臍周圍炎

臍襠囊及臍周圍之皮膚發赤腫脹，而生疼痛。有皮下組織化膿者，時有陷入壞疽，發生腹膜炎者。

【療法】濕性綳帶，若化膿時則切開排膿。

iii. 臍潰瘍

臍帶脫落後，臍底部化膿，生豚臍狀苔，構成潰瘍，周圍發赤而腫脹。

【療法】用3%氧氯化氫清拭之，Balsamum Peruvianum 侵入綿紗中而包括之，施以綳帶。若為白喉性(因檢菌而確定)則注射治療血清(300—5000 I. E. 單位)。

iv. 臍壞疽。因臍部之潰瘍或蜂窩織炎等而陷入壞疽，排出污穢著色有惡臭之滲出物。

【療法】燒灼或用硝酸銀棒腐蝕之。

v. 臍動脈炎及臍靜脈炎。

自臍膿漏或臍潰瘍徐徐而來，有似於蜂窩織炎，招來不安，不舒適，發熱等症，易起敗血症。

【療法】對症療法或外科療法。

4. 初生兒黃疸

Jaundice of the Newborn

初生兒之大多數(約80%)自生後第3—4日至3—4日間，時而2—3

週間，皮膚現為黃色，一般無障礙，是認為生理的現象。

【原因】 1. 肝臟說(因肝臟之器械的及機能的障礙而生之說)，
2. 腸吸收說(自胎便吸收之膽汁進入血行中而生之說)， 3. 血行說
(赤血球破壞自 Haemoglobin 變為 Bilirubin 之說)， 4. 血行肝臟
說(因赤血球破壞，膽汁色素之材料增加，故有肝臟中膽汁色素構
成增加之說)，諸說雖多，但真否未明。

【症候】 發現於皮膚，尤其是顏面，次為腹部，上膊，大腿，指
，趾，眼等。與加答兒性黃疸相異，糞便現為黃色，尿為淡黃色，
無 gumelin 氏反應，全身障礙缺乏，或極微弱，有併發消化不良
者，脈搏之遲滯則未發見。

【療法】 一般無庸治療，病能自癒。

5. 重症黃疸

Severe Jaundice

時有初生兒黃疸不消治愈，永久續存，且有增惡者，是之謂重症
黃疸。多由於敗血症或先天的輸膽管閉塞，患兒現嗜眠狀，無欲狀
，其他重篤症狀，而取不幸之轉歸者甚多。

a. 敗血症

【原因】 病原菌侵入血行內，所起之全身症狀，曰敗血症。初生
兒抗體形成不充分，故易生本病。病原菌最多者為連鎖狀球菌亦原
於葡萄狀球菌，肺炎球菌，大腸菌，綠膿菌，淋菌，流行性感冒菌
等，(第107圖參照)於產前雖可因胎盤之媒介而有血行傳染，然多
數皆產後，特別於臍部，皮膚，口腔，肺，腸，膀胱，易於傳染，
少數從耳，眼等之損傷部侵入。

【症候】 現多種多樣之症狀，而缺乏侵入部之局部症狀者甚多。
有食慾不振，下痢，呼吸及脈搏頻速，皮膚蒼白，黃疸或亞黃疸色
等症。亦有現口唇紫青色，呼吸困難者。體溫不定，或高熱，弛張
熱，亦有現常溫以下者，體重減少，意識濁濁，並有不安，抽風，
痙攣等症。皮膚上時有麻疹狀，猩紅熱狀，或蕁麻疹狀之發疹，是
為敗血症發疹，且發見皮膚及粘膜之出血者不少。

初生兒敗血症，出血爲其主徵，然在細菌學發達以前，視爲特殊之疾患，即 Buhl 氏病及 Winkel 氏病是也。

i. Buhl 氏病

主爲初生兒急性脂肪變性（尤其肝臟，心臟，腎臟等）及內臟出血，惹起臨床上黃疸，Cyanose，貧血，肺及胃腸出血等，其經過爲無熱性，因虛脫而至於死。

ii. Winkel 氏病

其主徵爲高度黃疸，Cyanose 發作，下痢，發熱，羸瘦，皮下出血，血色尿素。或血尿，及全身障礙。係豫後不良之疾患也。

【合併症】 膿胸，腹膜炎，腦膜炎，化膿性關節炎等。

【豫後】 多數不良。

【診斷】 極困難，從血液檢出細菌則確實。

【療法】 1. 看護及營養上之注意。 2. 強心劑，或 Collargol, Elektrargol, Trypaflavin 等之注射。 3. 非特異性刺激療法（血清或乳汁注射，Omnadin 及 Chylin 注射等）。 4. 磺胺劑藥物之應用。 5. 青霉素之應用。

b. 先天性輸膽管閉塞症

【原因】 多由於胎生期發育障礙，輸膽管構成畸形等。

【病理解剖】 膽道全無或閉塞，或一部分閉塞。輸膽管窄狹則膽汁蓄積於膽囊，有不發現黃疸者。肝內膽道擴張，有結締織狀變性。肝臟大而硬（現肝臟硬變），細胞內膽汁沈著，時而現肝臟萎縮。

【症候】 患兒現貧血蒼白，食思減退，有高度黃疸，大便爲白色陶土狀，無膽汁性而有惡臭。尿中現出膽汁色素。不發熱，肝臟及脾臟腫大，皮下出血，或招來鼻，結膜，尿道等之出血。現出脈搏微弱，嘔吐，痙攣，昏睡狀態，15—20 日乃至 6—7 個月而死。

【療法】 只有外科的療法。

c. 膽汁性肝硬變症

招來高度黃疸，肝及脾腫大，皮膚粘膜出血等，死於重篤症狀之

下。

【經過】 2—3週間。

6. 初生兒麥來那

Melena of the Newborn

【意義】 初生兒常見之原因不明，其主徵爲吐血，血便者曰真性 Melena，基因鼻，齒齦出血之嚥下者，曰假性 Melena，又有表現爲敗血症或先天性梅毒等之症狀者雖名爲症候性 Melena，但不可謂爲 Melena。

【原因】 真性 Melena 原因不一，時有原於敗血症者，或有原於出血性素因者。

【病理解剖】 胃腸多見有小潰瘍之形成，然亦有不能見出者。潰瘍之原因雖不明，大約由於血管內血塞之形成，Peptone 性消化潰瘍歟。

【症候】 生後2—3日突然吐出血液，排出黑色 Teer 狀大便。小兒現蒼白貧血，體溫降至常溫以下，Cyanose 而入於嗜眠狀態，死亡率40—80%。

【療法】 1. 安靜 胃部冷卷法或用冰囊， 2. Gelatine 注射，(10—20g)，或內服牛乳注射，血液注射，輸血法 Omnadin 注射健康馬血清注射等。 3. 強心劑，食鹽水注射。 4. 營養上注意。 5. 磺胺類之內服。 6. 青霉素之注射。

7. 初生兒強直

Tetanus of the Newborn

【原因】 因 Tetanusbacillen Nicolaier-Kitasato(第107圖參照)之感染而發病，特別於初生兒因臍部創而傳染者最多。該菌占居於感染局部，其產生之毒素侵犯脊髓延髓等之運動神經中樞而使運動神經興奮。

【症候】 1. 潛伏期 1—3日，時而爲6—14日。

2. 發病 臍帶脫落後1—2日，現倦怠，惡寒，不安等前驅症狀，因咀嚼肌痙攣而成哺乳困難，並起牙關緊急 Trismus。其痙攣

第 20 圖

初生兒破傷風(注意顏面及全身之痙攣)生後 8 日



及於顏面諸肌，故前額有縱皺紋，眼裂縮小，口喙緊閉，口角稍牽引於下方。呈一種固有之顏貌，是曰強直性顏貌，瘰笑（第20圖參照）。患兒不安，疼痛，脈增數，發熱（ 38.5° — 39° — 41°C ），其痙攣初為發作性，漸次至於無間斷。厥後其他肌羸（項，背，四肢等）亦惹起痙攣。有苦明之角弓反張，全身強直。因輕微之外部刺激可以誘發肌痙攣。於重症則加以呼吸肌及咽頭肌之痙攣，現呼吸困難，及Cyanos₂等，嚥下亦生困難。時而橫膈膜及喉頭發生痙攣，遂至窒息而死。

【診斷】 不生困難。

【豫後】 一般不良，死亡率60--70%。

【療法】 1.宜絕對安靜，避免外界刺激。 2.灌腸，或Sonde榮養。 3. Te'anus 免疫血清注射（皮下及腰椎內注射）100--A. E.（抗毒素單位）3--4回，效果不少。 4.鎮靜劑（Chloral hydrat, Urethan, 硫酸鎂，Luminal等）。

8. 初生兒膿漏眼(淋毒性結膜炎)

Gonorrhoeal Conjunctivitis of the Newborn

【原因】 因 Neisel 氏淋菌，產道通過時或生後，直接由分泌物感染。

【症候】 生後 3—4 日眼臉發赤腫脹，起初排出血樣漿液性分泌物，上眼臉腫脹如堤狀，其次則排出黃色膿樣分泌物。炎症再及於角膜，構成潰瘍，時而穿孔，遂至於失明。

【豫後】 多數不良。【豫防】 用 Crede 氏法。

【療法】 冷濕法，濕布及洗滌(3%硼酸水，3000倍昇汞水，1--2%硝酸銀液，10% Protargol)等。最近用每公撮含二千五百單位之青黴素溶液滴眼，每分鐘二滴，連滴三十分鐘，大部份可以治愈。

9. 初生兒丹毒

Erysipelas of the Newborn

(第12編急性傳染病部參照)

10. 初生兒天疱瘡

Pemphigus Neonatorum

【原因】 此病為接觸傳染，良性者水泡內容中多發見 *Streptococcus aureus* 及 Eosin 嗜好細胞。惡性者多發見 *Streptococcus pyogenes*。

第 21 圖

初生兒天疱瘡(仿 Finkelstein 及 Galewskz)



【症候】發現於生後4—6日，時有現於2週後者。來於散在性或流行性，無前驅症狀，突然發熱，全身散在性，生於發赤皮面之小圓形或卵圓形水泡，充滿黃色液體而緊張。其次漸次發生多數之水泡，於顏面，背部，腹部，四肢等特多，偶犯手掌足蹠者。水泡互相融合，構成大水泡(第21圖參照)。一般症狀比較的甚少，而呈食慾不振。厥後水泡內容化膿，則起痂而構成薄痂皮，8—10日後脫落，殘留赤斑而全愈，治愈期間有劇烈之痒感，故有見二次性感染者(良性天疱瘡)。

惡性天疱瘡與初生兒脫落性皮膚炎現為同樣，發生五分錢大之弛緩性水泡，互相融合而破潰，皮膚之一部成為大細片而剝離，露出暗紅色之濕潤面而有疼痛。患兒食慾不振，不安，不舒適，而有下痢。初雖發熱，然皮膚脫落則降下於常溫下。5—10日後多陷入虛脫而死。時而2—5週後則治愈。

【診斷】一般容易。

【療法】1. 隔離。2. 水泡少則用亞鉛華，Dermatol等撒布。3. 水泡多則用醋酸鋁上液(0.5—1—5%)之濕布，魚肝油繃帶，梘皮液之軟膏繃帶等。4. 惡性者梘皮浴，或過錳酸鉀浴後，用撒布藥(亞鉛華，消石，澱粉等)撒布之。5. 青黴素乳膏塗布，連用五至七日。6. Sulfathiazole之5%油膏劑塗布，治愈為止。

11. 鞏皮症

Dermostenosis

- a. 初生兒脂肪鞏硬症
- b. 初生兒水腫鞏硬症
 - a. 初生兒脂肪鞏硬症

【意義】高度水分缺乏之結果，皮膚及皮下脂肪之特有硬變及低溫為其主要徵。

【原因】生活力薄弱兒，早產兒尤多，體溫下降及水分缺乏有重大關係。初生兒脂肪，含有 Palamitin 及 Stearin 酸較多，Oeelsäure 較少因 Oeelsäure 之溶融點低故也。Finkelstein 謂為原於劇烈之新陳代謝障礙。

此病多侵犯初生兒及1—2個月之乳兒，六個月後之乳兒則甚少。特別誘發於重症腸病，及肺炎等。

【症候】起初唇部，腓腸部，臀部等之皮膚硬固，彈力性減少，以指壓之不生陷凹，其次則擴大於全身。然前頸部，胸部，下腹部，陰囊，手掌，足臚等之皮膚除外者多。故皮膚為蒼白冰冷，乾燥萎縮，顏面硬變，哺乳困難或陷入不能。

一般狀態被侵犯，陷入食思不振，不眠，體溫下降，時至 33—30°C。脈搏徐緩，微弱，呼吸淺表，大便祕結，尿量減少。

【豫後】多不良

【診斷】比較的不困難

【療法】1. 榮養上之注意。 2. 水分之補給。 3. 強心劑。 4. 溫浴，按摩等。

b. 初生兒水腫鞏硬症

【原因】本症原因雖不明，然由於皮下脂肪組織之漿液浸潤多生於早產兒，特別是體重在 1500g 以下者。生後 6 至 4 日發現者多，8 日以後者少，其誘因原於不良住宅及不適當之榮養。

【症候】皮膚，尤其腓腸部及下腿，現局限性浮腫，皮膚呈蠟狀，雖有光輝而冷。因指壓而陷凹。其次擴大於足或大腿部，陰囊，陰門，下腹部，背部，上肢，顏面等。而身體硬變，四肢成為不動性。

普通狀態亦被侵犯，食思不振，而現無欲狀態，體溫低下，脈搏及呼吸徐緩，3—5—7—14 日後因衰弱而斃。治愈者少。

【診斷】比較的容易

【療法】1. 保溫。 2. 水分補給，發汗，利尿等要注意。 3. 使取適當之榮養。 4. 強心劑注射。

12. 剝脫性及膚炎

Exfoliative Dermatitis

【原因】 雖由於一種細菌之感染真假不明。

【症候】 多現於早產兒，生後 1—7 日起始於顏面次及全身皮膚發赤浮腫角質及表皮現水泡狀漸至剝離而糜爛口角生裂痕雖疑為先天性梅毒然無其他症狀化膿或發熱者甚少。

【豫後】 有經過 1—2 星期漸見輕快，然剝離擴大常有發生危險者，死亡率 50%。

【療法】 1. 水泡破裂塗用 (Dermatol)，亞鉛華，(Oleum Olevarum) 硼酸軟膏等。 2. 糠批浴過錳酸鉀浴等。 3. 破裂時預防傳染可用青黴素乳膏或磺胺嘧啶油膏。

12. 初生兒之一過性熱

Ephemeral fever

初生兒生後 2—5 日間，無甚原因，突然發生 39—40°C 之熱，2—3 日漸次復於常溫 (Holt 認為 10—17%，Finkelstein 認為 16—18%)。發熱之高潮與生理的體重減少之時一致，小兒殆不呈他覺的症狀，或見出輕度之不安，不舒適，口唇乾燥，號泣等，是曰飢餓熱或渴熱。

【療法】 雖無庸特別處置，然熱度高時，可使用冰囊及水分補給。

第2編 先天性畸形及小兒期之重要腫瘍

Congenital Deformities and Tumors in Childhood

1. 先天性畸形

Congenital Deformities

先天性畸形雖為常常遭遇之病症，但療法除外科手術以外無他法，故此處僅舉重要者之名稱而已。

a. 先天性腦疝氣

自後頭部或其他頭蓋骨缺損部，頭蓋內容之一部成爲疝氣 (Her-

nia) 而突出，其大小及內容有種種，因其內容而分為腦胞疝氣及腦膜疝氣二種(第22圖照像參照)。

b. 顱面破裂

第 22 圖

腦膜疝氣 14 日乳兒



顱面之破裂構成，因其內容而分為兔唇(常生於上唇)口蓋破裂，狼咽。

c. 脊椎破裂

自脊椎破裂面，脊髓內容成爲疝氣而突出，現爲半圓形或圓形之腫瘍狀。因其內容分爲脊髓膜疝氣及脊髓疝氣或脊髓膜脊髓疝氣(第23圖照像參照)。

第 23 圖

脊椎破裂 生後 6 日初生兒



d. 腹部畸形

Meckel 氏憩室 胎生管尿瘻，膀胱外翻等。

e. 生殖器畸形

上尿道破裂，下尿道破裂，半陰陽等。

f. 四肢畸形

指趾過多症，指趾愈著症，內翻足，尖足，外翻足，先天性股關節脫臼等。

2. 小兒期之重要腫瘍

Tumors in Childhood

A 結締組織腫瘍

1. 良性腫瘍

a. 纖維腫

發生於皮下結締組織，肌膜，及其他臟器結締組織。先天的舌下纖維腫發現於舌繫帶。或自腦神經脊髓根眼神經鞘等發現多發性神經纖維腫者。

b. 肌腫，脂肪腫，軟骨腫，骨腫等，此等皆稀少。

c. 血管腫

此種頗多見，特別是血管性母斑多現於顏面。

d. 淋巴管腫

此種亦不少，多現於頸部，項部，為定型的囊狀水瘤，其他發現於口唇，舌，上下肢等。

e. 神經膠腫

在小兒期不少，有特別成為網膜膠腫或神經纖維肉腫者。

2. 惡性腫瘍

肉腫亦不少，尤其重要者為淋巴肉腫，侵犯縱隔竇，腹部，淋巴腺等，呈呼吸困難，苦悶，Cyanose，咳嗽及浮腫等之縱隔竇腫瘍症狀。X光照像在診斷上有重要價值。自腹部發生時，與結核之類症鑑別頗困難。其他骨肉腫纖維肉腫，肌肉腫等亦有所見。且混合腫瘍，例如腺肉腫等亦有發見者。

B 上皮腫瘍

a. 乳嚙腫

發生於外皮或喉頭黏膜，有羣生者。現為嗝噎，失音，呼吸困難等症狀，易於再發，時而發生於直腸黏膜，有突然來出血者。

b. 副腎腫 少有。

- c. 癰腫 少有。
- d. 畸形腫及皮樣腫。

發在於睪丸，卵巢，臀部等處者有之。

【療法】 只有手術。

第3編 乳兒營養障礙

Nutritional Disturbances in Infancy

- I. 人工營養兒營養障礙
- II. 天然營養兒營養障礙

1. 人工營養兒營養障礙

Nutritional Disturbances in Artificial-fed Infants

A 【營養障礙之一般的原因】

大別之如次：

a. 過飲或過食

【原因】 營養物超過乳兒之耐力而生，區別為二種。 1. 全量超過。 2. 某個營養素(例如脂肪，糖等)量超過。

b. 營養不給

比前者少，分為全量的不足，與部分的不足二種。

- c. 腸管傳染
- d. 腸管外傳染
- e. 溫鬱積
- f. 先天性體質異常

B 【人工營養兒營養障礙之分類】

Classification of Nutritional Disturbances

人工營養兒營養障礙之分類，現時諸家之意見各異，雖不能一定，今舉4--5例如次。

I. 根據 Finkelstein 及 Meyer 氏：

A. 急性營養障礙(中毒性營養障礙)

1. 急性消化不良症
2. 中毒症
- B. 慢性榮養障礙(非中毒性榮養障礙)
 3. 榮養失調症(以前稱為平衡失調症)
 - a. 單純性榮養失調症
 - i. 因牛乳榮養之榮養失調症(牛乳榮養障礙)
 - ii. 因穀粉榮養之榮養失調症(穀粉榮養障礙)
 - iii. 因生活素缺乏症之榮養失調症
 - iv. 因榮養不足之榮養失調症
 - b. 消化不良性榮養失調症
 4. 消耗症

II. 根據 Göppert-Langstein 氏如第24圖之所示。

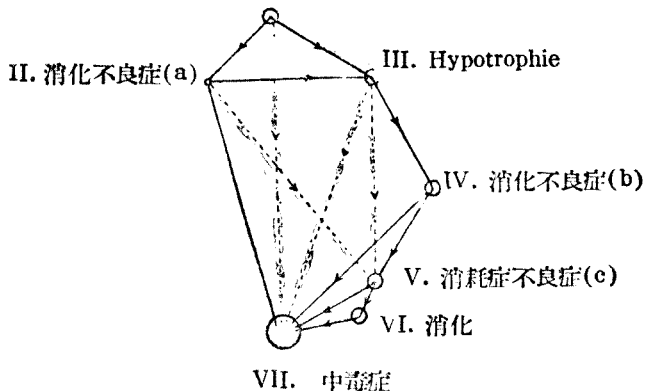
III. 根據 Czerny-Keller 氏：

1. 食餌性榮養障礙
 - a. 牛乳榮養障礙
 - b. 穀粉榮養障礙

第 24 圖

(仿 Göppert-Langstein)

I. 健康 Norm



- c. 蛋白榮養障礙
2. 傳染性榮養障礙
- a. 食餌性中毒症
- b. 腸管性傳染
- c. 腸管外傳染
3. 原於體質異常之榮養障礙
- IV. 根據 Bendix 氏：
1. 急性榮養障礙
- a. 平衡失調症
- b. 消化不良症
- c. 食餌性中毒症
- d. 濾胞性腸炎
2. 慢性榮養障礙
- a. 羸瘦症(慢性牛乳榮養障礙)
- b. 穀粉榮養障礙
- V. 根據 Niemann 氏：
1. 下痢時之疾患
- a. 下痢之輕症型
- b. 下痢之重症型
- c. 因腸管外傳染之下痢症
- d. 羸瘦乳兒之下痢症
2. 主為發育障礙之疾患
- a. 輕症型
- b. 重症型
- c. 穀粉榮養障礙
- VI. 根據 Luet 氏：
1. 消化不良症
2. 中毒症
3. 榮養失調症
- a. Hypotrophie.
- b. 羸瘦症 Atrophie

雖然，余現在從比較的多數學者採用 Finkelstein-Meyer 氏之分類而敘述之。

A. 急性榮養障礙(中毒性榮養障礙)

Toxic Nutritional Disturbances

1. 急性消化不良症

Ac tō Dyspepsia

【意義】胃腸障礙為其主徵，全身狀態之侵犯不著明。

【原因】

1. 榮養過誤者。

a. 過養，當夏季消化機能減弱時特多。

b. 給與不適當成分之食餌時，例如過剩之糖及乳漿補給。

c. 變敗乳之給與。

2. 原於感染者(腸管或腸管外), 例如感冒腎盂炎等。
3. 原於養護過誤者(過溫, 冷卻等)。
4. 原於體質異常者。

【症候】

1. 一般症狀, 嬰兒現蒼白色, 妨害睡眠, 而有不安狀態, 體重增加雖停止, 然一般症狀則不重篤。

2. 熱度不定, 或無熱或輕熱, 然時有發生高熱者。

3. 胃腸障礙, 大便增加回數(4—10回), 顆粒軟便, 或水樣下痢便, 時而現綠色, 時而混合粘液, 有酸性及酸臭, 腹部有似於鼓腸之膨滿, 並有放屁及疝痛。時見溢乳及吐乳。胃運動障礙之外, 有遊離酸缺乏脂肪酸增加的症狀。

4. 【附件症狀】 鵝口瘡, 間擦性濕疹, 皮膚之化膿症等,

【病理】 本病之主症為下痢, 腸管內有粘膜刺激物發生則惹起之。腸粘膜之刺激, 隨同該物質之發生(變敗乳及含水炭素發酵, 所生之脂肪酸及其他分解產物)而下降, 亦不可不重視。本Finkels tein 等之意見, 本症患者, 減少食餌則恢復, 糖添加則下痢及一般狀態增惡而發熱。本症之發熱全為食餌性, 尤其糖及鹽類之關係大, 該氏謂之曰食餌性熱, 然由近時所見發熱之原因, 乃係水分缺乏與營養素特因蛋白質及鹽類等之不均衡所生。

【診斷】 甚容易。豫後 治療適當則良好, 易於再發。

【療法】

1. 饑餓療法 約計6—12—24時間使腸管休息, 同時注意水分補給(粗茶, 糖精水, 重曹水等)。

2. 食餌療法 a. 人乳榮養輕症時只有限制授乳時間及回數即足。重症時則將人乳 200—300—500 ccm一日間分 8—10回給與之。諸症輕快則同時增量, 或直接自乳房使其哺乳。

b. 人工榮養 輕症時則於稀釋乳, 脫脂乳, 重湯, 穀粉煎汁等之中不加糖, 限制其量而與之, 重症時則用少量之蛋白乳, Larosan

乳等。若諸症輕快則漸次增量，或加用滋養糖，滋養Maltose, Liebig氏汁等。

3. 藥物療法 初期雖不可不使用下劑，普通用者少。其他皆為對症療法，用重曹，Limonade, Pepsin等，及硝酸鈹，Doveri 散，阿片酒等。如其原因為感染的（無論置於腸管內或腸管外）則可與以sulfathiazole內服。

2.【中毒症 重症消化不良症，食餌性中毒症】

Dyspeptic Toxemia

（腸性中毒症，消化不良性中毒症）

【意義】 中毒症者，意識障礙，胃腸障礙（嘔吐下痢）及劇烈中毒症狀，為其主徵之急性的中毒性榮養障礙也。

【原因】 輕度榮養障礙（榮養失調症，消化不良症）或消耗症等之經過中，或體質異常兒之僅微原因，或因誘因而陷入本症，然由健康乳兒急發者少。

主因及誘因

a. 過養

b. 變敗乳給與

第 25 圖

食餌性中毒症（須注意假面樣顏貌）3 箇月乳兒



c. 細菌感染

d. 養護過誤（過溫等）其等之原因事項多以數個相互而生

【候症】

1. 發熱 本症初期之必發症狀，有輕熱，亞熱，高熱乃至過高熱者。此熱原於一定榮養品之攝取（水分缺乏食餌性熱），因該榮養物

之中絕而下降者多，消耗症患兒陷入本症時不見發熱，反見比常溫低下者多。

2. 胃腸障礙 嘔吐及下痢爲其主徵。嘔吐往往有劇烈而頻數者。吐物雖爲酸性反應，多缺乏遊離鹽酸。且混有粘液，在重症者時有咖啡殘渣狀物(血液)混合其中，(原於胃腸粘膜炎之出血性炎症)。下痢頻數一日間可至4—8—10回以上。混入水樣青綠色粘液，放散惡臭。最初雖爲酸性，至後期分泌物混入多量，則呈鹼性，而證明潛在性出血者多。

3. 意識障礙 爲必發症狀，在初期現爲倦怠，嗜眠，而成無欲狀，有假面狀顏貌(第25圖照像參照)，時呈不安苦悶狀，遂至意識瀾濁而陷入昏睡，四肢成靜止狀態而反射消失，上肢現僵樣強直狀，表示一種特有的姿勢(所謂劍客姿勢)時有呈腦症或腦膜刺激症狀或麻痺症狀者。

4. 體重墜落，爲必發症狀，數日有達至500—1000g以上者，是乃原於水分損失，大顛門及眼窩陷沒，皮膚乾燥，缺乏彈力性而萎靡。

5. 呼吸 所謂中毒性大呼吸，深大頻數，多無休息，呼吸中有 acetone 臭氣。

6. 尿 量甚少，時有限入無尿者，一般比重高，蛋白尿及圓柱尿乃常見之症狀，且多有腎上皮細胞及白血球。糖尿則爲特別重症時，特有之症狀，豫後一般不良。此糖尿乃原於食餌中糖之耗損，給與中止則多數消失。Acetone 及 Acet 醣發多數可以證明。

7. 心臟 早期侵犯而現皮膚蒼白，顏面及四肢末端發冷，現爲 Cyanose，心音亦不純，脈搏細小頻數而不規則。因心臟衰弱生以下性肺炎。

8. 脂肪鞏硬症 原於重症所見之皮膚及皮下脂肪組織之硬化，多始於頰部，臀部，時有及於全身者(大約由於皮膚營養障礙)。

9. 血像 多現爲白血球增多，時至於30,000

10. 附帶症狀 有發見角膜軟化症，結膜乾燥症，鵝口瘡，中耳炎，肺炎，腎盂炎，膀胱加答兒，敗血症及皮膚第二次感染等者。

病型 因其主徵，有人分爲下之三型。

1. 嗜睡型 主為嗜眠昏睡者。
2. 霍亂樣型 主為嘔吐及下痢者。
3. 腦性型 主為腦及腦膜有刺激症狀者。

【病理】因中間新陳代謝障礙所生之中毒症，酸中毒及水分缺乏症特別著明。而近時注重肝臟解毒機能障礙之人甚多。（或因腸管內消化機轉障礙，細菌之異常增殖，腸管內異常發酵腸管壁透過性充進食物之中間分解產物，細菌毒素之異常吸收，肝臟解毒機能障礙等作用，使中間新陳代謝障礙而發生乎）

【病理解剖】解剖的所見多為陰性，胃腸粘膜有充血腫脹，時有毛細管出血。

【診斷及類症鑑別】診斷容易，宜鑑別者：

1. 腦膜炎及腦炎 大顛門之變化，水分損失，體重墜落，皮膚過敏症，運動性刺激症狀，尿所見，腦脊髓液等之變化等。2. 尿酸症 經過及年齡的差異等。3. 赤痢及疫痢 有腹痛，便之性狀及回數與細菌學的檢查年齡的差異等。【豫後】多不良。

【療法】

1. 饑餓療法 12--24時間，必要時須36時間。自消耗症移行者，不可避超過6--12時間。

2. 適量之水分補給 自口中飲用紅茶，食鹽水，Heim-John氏液，重曹水等。

非經口的 可用食鹽水注射，Ringer氏液注射(100—300ccm)，葡萄糖液，(臀部，大腿，皮下，腹腔內或靜脈內)或直腸滴注法。

3. 於病之初期有用胃洗滌或下劑者。

4. 強心劑內服及注射(Caffein劑，Adrenalin及Pituitrin之併用)及其他對症療法等。

5. 食餌療法 a. 人乳榮養 最初自 5×5 ccm或 10×5 ccm漸次以50—100ccm之量而增加，其他注意水分之補給。

b. 人工榮養 雖不甚適當，不得已時，可用蛋白乳，乳清，

Larossn 乳，Galaktosan 乳，Butter 乳，脫脂乳，重湯，穀粉濃汁等，最初用少量(10×1ccm)，漸漸每日增加 15--100ccm。

對於中毒症之食餌療法，要細心的注意，然燃價較少之食物持久用時，易陷入消耗症，故須常因應其症狀而注意熱量之增加。

B. 慢性營養障礙(非中毒性營養障礙)

Chronic nutritional Disturbances

3.【營養失調症】

a. 單純性營養失調症

i)【因牛乳營養之營養失調症】(牛乳營養障礙)

【意義】不現特別之病的症狀，體重增加之停止或一時減少所來營養障礙之第一程也。

【原因】來於牛乳營養兒完全含水炭素供給不足時且牛乳過飲體質異常亦有關係。

【症候】

1. 體重 增加不規則而變動大，時而表示一時停止或減退。
2. 營養狀態 營養不良皮膚乾燥而現蒼白色，組織之緊張性消失，肌肉弛緩，腹部膨滿。
3. 一般狀態 不舒適，不安眠易於啼泣。免疫性減退，故易起二次性傳染(皮膚之化膿症等)，體溫亦於朝夕大有差異，有及於攝氏一度者。
4. 胃腸障礙 不甚著明，大便有不生變化者，又有增加回數者，或排出灰白色硬便，即脂肪石鹼便(所謂灰白便秘)。時而發見溢乳或吐乳，然其他胃腸障礙殆無之。

【病理】本症因含水炭素缺乏，有見為二次的現象者。

【診斷及類症鑑別】無論豐富熱量之供給及下痢之有無，若發育不良且既往症無特別之疾患時，即可疑為本症。與營養不給或發育異常(原於體質異常)有鑑別之必要，然前者可就既往症後者可就食餌療法之成績，而易於鑑別。

【豫後】 一般良好。

【療法】 哺乳量， 哺乳回數，須規則的施行， 含水炭素之添加須適當。含水炭素中，如穀粉煎汁（2—5%）， 重湯（2—5—10%）， 滋養糖（3—5—7%）Leibig汁（3—5%）， 滋養 Maltose（3—5%）， Maltz 汁或水飴（3—5%）等可用。如年長兒則與適當之粥（混和湯）果汁，肉湯等。

ii)【穀粉營養之營養失調症】

【穀粉營養障礙】

【意義】 因長時穀粉營養招來之營養失調症。

【原因】 發現於用穀粉重湯小兒粉等營養時。

【症候】

1.發病 如上所述用穀粉爲主要食餌者，初期因含水炭素之水分包含力大體重反見增加，外觀上似營養佳良，然詳細檢查，已爲本病之初期症狀，如肌肉現一種緊張性，而皮膚與皮下組織柔軟是也。

2.糞便 時有軟便下痢，時有便秘。穀粉消化不良時則排出糊狀之粘液泡沫樣便。時有惹起大腸加答兒者。

3.體重減少 一見發育良好之乳兒，因偶然之障礙（細菌性感染）而來著明的體重減少。是乃原於體內弛緩沈著之水分，因偶發症而來急劇之損失也。

4.免疫減退 因是種種之細菌性感染（膿症，氣管枝炎，腎盂炎等）易於併發。

5.角膜及結膜之乾燥症 有見其併發者。

【病型】 病型可分類爲下之三型。

1.水腫型 來於以穀粉爲主而添加多量之鹽類時， 患兒假性肥滿之狀態（Pastös），全身浮腫，而神經異常興奮。

2.羸瘦型或消耗型 來於以穀粉爲主而鹽類之增加缺乏時， 患兒高度羸瘦，皮膚乾燥而呈蒼白色。

3. 緊張亢進型 比前二者爲少有之病型，肌肉緊弱亢進爲其主徵，甚時四肢及全身有強硬者。

【病理】 因主要纖維成分(脂肪，蛋白質，及鹽類等)缺乏所起之部分的榮養不足，Funk 氏主張係成分與 Vitamin 缺乏（尤其 Vitamin A）時之共同作用。

【豫後】 一般良好，診斷多容易。

【療法】 1. 廢止穀粉，而應用乳汁，人乳最好。乳兒之耐力減弱，故初期用少量，再將量急速增加。

2. 人乳不得用時，可用少量之稀薄牛乳，全乳，蛋白乳，Laros an 乳等，其次添加 3—7% 之糖，可及的速將量增加。

iii)【因生活素缺乏之榮養失調症】

近時生活素研究之結果，發育旺盛之嬰兒因 Vitamin 缺乏，而來榮養失調者不少。(詳細須參照第六編生活素缺乏症之部)

iv)【因榮養不足之榮養失調症】

【榮養不給性榮養失調症】

【意義】 因供給之榮養，不能達至必要量時，所來之榮養失調症。

【原因】

1. 過度之牛乳稀釋。

2. 食思不振或因持續性嘔吐之榮養供給不足。

【症候】

1. 體重不見增加徐徐減退。

2. 糞便量少，傾向於祕結，大便爲粘稠或固結，而呈暗褐色（所謂饑餓便）。

3. 尿量 雖甚減少，然不見異常成分

4. 體溫及脈搏 低至常溫以下，脈搏徐緩。

5. 皮膚 乾燥而失其彈性。

【診斷】 自其既往症易於診察。

【療法】 1. 顧慮患兒之年齡及體重，供給必要量之熱量。2. 施行濃厚榮養法，尤其增加含水炭素(10—17%)之量可也。

b. 消化不良性榮養失調症(慢性消化不良症)

【意義】 榮養失調症，同時有下痢。

【原因】 榮養失調之經過中，無劇烈胃腸障礙。發現消化不良症，於過飲或耐力減弱，特別由於感染，發生腸內之異常發酵，故蠕動因之亢進也。

【症候】

1. 一般狀態 乳兒蒼白不舒適，不安眠，皮膚彈力消失，體重增加停止或減退。體溫非常動搖，時降至常溫以下。

2. 胃腸障礙 食思減退，胃之運動機能減退，有來溢乳及吐乳者。胃內容之遊離鹽酸缺乏，揮發性脂肪增加，腹部膨滿，蠕動亢進，並有放屁及疝痛。便通之間數增加，為軟性，或水樣便，混合粘液，或呈酸臭，腐敗臭，其反應不一定。時有普通便及下痢便相交互者。原於腸之蠕動亢進吸收不良也。

【病理】 因含水炭素及脂肪之異常分解(後者似因含水炭素之分解招來之二次的分解)，發生揮發性脂肪酸故可視為腸蠕動亢進招來之下痢也。含水炭素中在腸內易於發酵者，乳糖及蔗糖最甚，麥芽糖及澱粉等次之。

【診斷】 就既往症比較的容易。一般良好。

【療法】

1. 食餌療法 a. 以人乳為最良，但要不陷於過飲。b. 用人工榮養時，要行饑餓療法，其次則須抑制腸內發酵，即將過剩之含水炭素免除，而附加滋養糖，滋養 Maltose 等及蛋白製劑，如 Larorsan, Galaktosan, Plasmon 等。

2. 藥物療法 硝酸鈿，Tannigen, Tannalbin, Calcium 劑，阿片酒等。

4.【消耗症】(乳兒臃瘦症)

【意義】原於食餌之慢性重症榮養障礙，其主徵為對於食餌之耐力著明減退，招來身體之消耗及體溫低下，對於食物給與，現異常反應。

【原因】

1. 續發於消化不良症之反復者最多，於初生兒因一度患消化不良症而續發者有之。
2. 有續發於中毒症者。
3. 榮養不給及饑餓，因部分的饑餓者特多。
4. 體質異常成為誘因者多。

【症候】雖有多種多樣，然成為重要症候者：

1. 羸瘦 體重非常減少，皮膚蒼白，缺乏彈性，富有皺紋，眼窩陷沒，口腔擴大，呈老人狀顏貌，腹部膨滿，可認出腸蠕動（第26及27圖參照）。
2. 胃腸障礙 食思比較的良好，口渴著明，時生嘔吐。便通不定，或排出下痢便，或排出石鹼便。時有現暗色乃至黑色之珈非殘渣狀者（原於十二指腸之出血）。

第 26 圖

消耗症(重症)(注意羸瘦症)1年7個月

(著者在東京帝國大學醫學部小兒科所屬實驗)



第 27 圖

消耗症(中等度) 8個月乳兒

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



3.意識 雖甚明瞭，時有異常興奮，而呈不安狀者時時啼泣，睡眠不良。

4.呼吸及脈搏 呼吸不整，脈爲徐脈及不整脈，心暗微弱。

5.體溫 在初期朝夕動搖甚著明，遂降至常溫下低溫。所謂虛脫體溫。

6.尿 通常無變化。

7.奇異反應。

耐力甚微弱，故食思雖不減退，對於榮養物之質及量等之僅微變化，招來體重之劇烈減少，惹起下痢，發熱，虛脫等重篤症狀。且不只食餌，雖對於細菌亦感覺敏感，因鼻炎及氣管枝炎等亦呈同樣之虛脫症狀。

8.免疫減退 免疫性之減退著明，故易起諸種傳染性併發症。

【經過】因障礙之程度及治療之當否而有多種多樣。

【病理】物質代謝障礙，受腸吸收及中間新陳代謝障礙，招來組織細胞之機能不全，以水分及礦物質之損失爲其主徵。

【診斷】多半容易，然不明時，須行耐力試驗，即行饑餓療法時體溫下降，體重異常減少，反是營養增加時，則表示下痢，體重減少，發熱等(奇異反應)。

【類症鑑別】

1. 營養失調症 因既往症及經過並耐力試驗。

2. 消化不良症 同上。

3. 結核性瀉痢 因既往症及經過並Tuberkulin反應而知。

【豫後】一般不良，輕症中等症者，雖因適當之治療而治愈，然重症者，雖施適當之治療亦多不良。

【療法】

1. 不可施行饑餓療法。因施行飢餓療法在6--12時間以上時有危險也。

2. 不可不於耐力範圍之內，補給營養。

3. 食餌療法 a. 人乳營養 減少每回之食量，而增加次數，即與以， $10 \times (10-20-30\text{ccm})$ ，每二日增至所須之熱量。人乳授與後，雖有來一般症狀之增惡(初期增惡者，數日後則諸症輕快，熱量雖充分，體重有不增加者(所謂恢復期)，如斯可漸次(至少2--3個月後)完全恢復(再建設期)。

b. 人工營養 最良者爲蛋白乳，Larosan乳。用量(20--30ccm) $\times (8-10) +$ 滋養糖(2--3%)。於是急速增量，每體重1kg可達至150--200ccm。其次糖亦增加5--7%。蛋白乳難得時可用少量之脫脂乳，體重減少停止後，加用滋養糖，穀粉，重湯等。

4. 藥物療法及看護法。

興奮劑，強心劑及水分補給(食鹽水注射，Ringer液注射，葡萄糖液注射)並注意保溫。有時須與以縮濃之魚肝油，維生素丙，維生素乙複合體等。

2. 天然榮養兒榮養障礙

Nutritional Disturbances in Breast-fed Infants

母乳榮養兒之榮養障礙，比人工榮養兒之榮養障礙，一般較少，然輕症者陷於生命之危險的少。天然榮養兒無何等病的症狀，體重增加為規則的，然亦見綠色下痢便或溢乳吐乳等，此多為一時的現象，若授乳有規則，不久即復於正常。或健康兒亦有傾向於便秘者，然無何等病症時，治療似不必要。

【天然榮養兒榮養障礙之分類】 Classification

因原因而分類如下：

- 1.【外因的榮養障礙】(是乃原於乳汁量及質之不適當)。
- 2.【內因的榮養障礙】(是乃原於體質異常)。
- 3.【二次的榮養障礙】(是乃原於流行性感冒，中耳炎等之細菌感染)。

因其症狀分類如次：

- 1.輕症型
 - 2.重症型
- 1.外因的榮養障礙 External Causes

a.【過榮養性消化不良】Over-feeding

【原因】原於不規則的頻數授乳或過飲，為最普通所見者。乳汁停滯於胃內，發酵分解，來腸管粘膜之機能及分泌作用的障礙，因是招來耐力之減弱。

【候症】患兒不安，不舒適，易於興奮，妨害睡眠，現為輕度之發熱及貧血。腹部膨滿，放屁，大便一日3—6—8回，混合綠色粘液顆粒之下痢便，時而每次排出少量而回數甚多。嘔吐有在哺乳直後吐出不凝固乳者，亦有在少時後吐出凝固乳者，體重增加停止，或減退。

【療法】 1.規則的授乳 哺乳量之限制及水分補給等。

2.藥劑則用收斂及消化劑。

b.【榮養不給】 Under-feeding

【原因】 或原於母乳缺乏而陷於饑餓，或原於乳兒之食思減退。

【症候】 患兒不舒適，不安，羸瘦，腹部陷沒，體溫下降，脈搏徐緩，體重增加停止或減少。大便傾向祕結，排出暗褐色粘稠少量之便(所謂饑餓便)，或見有下痢。

【療法】 1.混合榮養，乳母乳及人工榮養。

2.食思不振，則投與消化劑。

c.【因母體障礙消化不良性】

有因母氏月經前2—3日或發熱時，腎臟炎，精神變動等而生消化不良者，患者排出綠色軟便，而不舒適。

【療法】 多為一時的現象，故可只因授乳有規則而治愈。

2.內因的榮養障礙 Internal Causes

【原因】 滲出性體質，神經性體質，或早產兒，大酒家之乳兒，雖無外因的原因，只因體質異常，易起榮養障礙。

【症候】 患兒不安不舒適而肌肉弛緩，反射亢進，現假性貧血，大便或下痢或便秘，有見溢乳或吐乳者。體重增加極遲緩或停止。對於脂肪之耐力減弱。且現出神經素質或滲出性體質之諸症候。

【療法】 若為輕症可只因規則的授乳而足。若為中等度或重症。須行混合榮養或人工榮養。其他方面宜注意異常體質之素質的改良。

3.二次的榮養障礙 Secondary Nutritional Disturbances

從來發育良好之乳兒，因感冒，肺炎，中耳炎等之腸管外傳染，雖無榮養過誤，有發現二次的消化不良者。

4.天然榮養兒中毒症 Toxemia in Breast-fed Infants

【原因】 原於腸管傳染，過溫，榮養不給，或異常醱酵等。

【症候】 發熱，下痢，嘔吐，體重墜落及意識障礙等，與人工榮養兒中毒症殆無差異，然甚少。

【診斷】 困難，與赤痢，疫痢等之類症鑑別亦困難。

【療法】 饑餓療法(12—24時間)，水分補給及乳母乳等，或與人

工榮養兒中毒症，同樣之人工榮養法。

附記

以上雖爲天然榮養兒榮養障礙，尙有見於天然榮養兒之特別榮養障礙，卽乳兒腳氣及乳兒鉛中毒症是也。故於此敘述之。

5. 乳兒腳氣 Beriberi

以患腳氣病婦人之乳汁，榮養乳兒，則生此病，日本特多，夏日尤多。本病自明治 24 年弘田長博士始公表其臨牀的研究，同 30 年三浦守治博士於病理解剖上認出心臟右心室之肥大擴張，於是始決定爲獨立之疾患。本病之本態雖未明瞭，然現時大勢，似認爲 Vitamin-B 之缺乏症。

【原因】本病雖因腳氣母乳侵犯榮養佳良之乳兒（主爲 2—5—6 月），然時有母體不能認出腳氣症狀者。且母體腳氣症狀雖著明，而乳兒有不生何等症狀者。本病來於乳汁之變化，或來於毒素之分泌雖不明，或係原於今日盛論之 Vitamin-B 缺乏症歟。

第 28 圖

乳兒腳氣心臟(特別擴大於右方)7個月乳兒



1. 心臟，尤其右心室肥大擴張，爲必發的，且心肌有脂肪變性等。

2. 肺之膨脹不全及鬱血，是原於橫膈膜麻痺及左心緊張力之減弱歟。

3. 有肝臟鬱血，小葉周邊之脂肪變性，副腎髓質之肥大等種種變化。

【病理解剖】 乳兒脚氣之病理解剖的變化，似與大人之衝心脚氣一致，其主體變化如下：

4. 在神經系可認出髓鞘及軸索之崩壞消失，於間質有細胞浸潤等。

【症候】 本病驟然或徐徐發生，最初多因嘔吐而注意。嘔吐多一日數回，同時排出消化不良便，時有便秘。嬰兒不舒適而蒼白，易於啼泣，呼吸及脈搏著明增加，雖發熱而不高，時有無熱者。心悸亢進，肺動脈第二音亢進，右心之擴張等多數可以證明（第28 X光照像圖參照），時有股動脈上膊動脈，可聽動脈音者。漸次現出呻吟，嘎聲或無聲症，回歸神經麻痺故聲帶麻痺（多來於左側）上眼臉下垂，斜視，眼球上翳，口唇紫青等症。意識雖一般明瞭，然時而混濁，現無欲狀。膝蓋腱反射，初期亢進，厥後消失者多。一般如大人脚氣，四肢運動及知覺麻痺者不多，浮腫常現於手足及顏面，時有現於全身者。

血像 無甚變化，重症時認知有中性多核白血球之增加。

尿 著明減量者多，證明少量之蛋白及 Indican 者多。

【病型】 以上雖爲一般所見之症狀，時而有1—2症狀顯著者。故臨牀上有分類爲下列6型之人。

1. 消化不良型

嘔吐下痢等消化不良之症狀爲其主症。

2. 浮腫型

有如大人脚氣之所見，浮腫甚顯明者。

3. 麻痺型

上眼臉下垂，斜視，嘎聲，反射消失等神經麻痺之著明者。

4. 衝心型

呼吸逼迫，脈搏頻數，胸內苦悶等，所謂脚氣衝心症者。

5. 腦型

現無欲狀，意識稍糊濁，主爲腦症狀者。

6. 不全型

症狀極不備者。

【診斷】 要細心注意，呼吸促進脈搏頻數爲必發之症狀。須注意肺動脈第二音之亢進，呻吟，嘔聲，上眼臉下垂，吐乳，顏色蒼白，啼泣時口唇Cyanose等。肝臟腫大爲衝心型之主要症狀，豫後不良之一徵候也。

【療法】 1. 重症者斷絕母乳，而用乳母乳，不得已時則行人工榮養，需富含維生素乙，之食品如釀母，瘦豬肉，豬腰等，全麥麵粉輕症者無庸廢止母乳或行混合榮養亦可奏效。

2. 藥劑用 VitauinB，製劑之內服或注射。(舶來品如 Benerva，Betaxin 等，國貨爲 Vitasin，Vibevin 等)有時強心劑亦必須應用。

3. 注意母體脚氣之治療及大便之調整。

6.【乳兒鉛中毒症】Lead Poisoning

所謂腦膜炎，鉛毒性腦膜炎，鉛毒性腦病

【原因】 本病起初爲 Beltz 及弘田長博士所注意，一種漿液性腦膜炎，想爲哺乳兒 Meningismuss，或 Heine-Medin 氏病之腦膜炎型，一般稱爲腦膜炎，自大正12年因平井敏太郎博士之研究，始確定其原於鉛中毒。本病於夏季侵犯自第1生齒期前後至一年未滿之肥滿母乳榮養兒爲常，然人工榮養兒亦時有之。鉛之來源，由於含鉛性白粉，撒布藥，膏藥類及玩具等。

【症候】 現皮膚蒼白，胃腸障礙及神經症狀，以腦膜炎樣症狀爲其主徵，因其經過分爲下之三期。

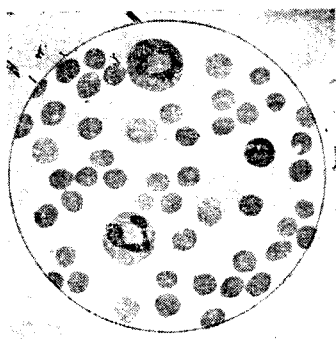
1. 前軀期或消化不良期。

患兒不舒適爲過敏性，現爲皮膚蒼白貧血，大便爲消化不良便，

一日3—5—7回，其色雖呈黑綠色乃至黑褐色，時有於重症腸出血而呈黑色者。吐乳一日間一回乃至數回，大額門稍膨隆而緊張，搏動著明體溫 $37-38.5^{\circ}\text{C}$ 。諸種反射反應甚充進。

第 29 圖

乳兒鉛中毒症血像(鹽基性顆粒赤血球及鹽基性赤血球之出血)



第 30 圖

乳兒鉛中毒症患兒之長管骨骨端X光綫像

(著者) 1年2個月乳兒



2. 固有期或癩癩期

患兒神思喪失，無欲乃至嗜眠狀，項部強直，眼球上翳，四肢或

全身痙攣，招來末梢神經麻痺(橈骨神經麻痺等)。體溫不定，或爲輕熱，或降至常溫以下。

血像 鹽基性顆粒赤血球，赤血球網織狀物質之出現，赤血球及血色素之減少，血清之黃色調，血清 Bilirubin 之增加等可以認出(第29血像圖參照)。

【皮膚】貧血蒼白雖爲早期必發症狀時有呈亞黃疸之色調者。齒牙爪甲及舌之變黑特在齒頸，爪甲有於其邊緣因鉛之沈着而呈黑色(所謂鉛緣)者。

腦脊液 一般壓高(200—300mm 水壓以上)，雖透明而帶黃色，時而現輕微混濁，有認出 Sonnenstaubchen 者。其他雖認出，Globulin 之程度增加，Chlor 及糖之正常或僅微增加，單核細胞之增加等，然細菌常爲陰性。

尿 時而認出 Haematoporphyrin 尿 Urobilinogen，及 Urobilin 之增加。

骨之X光綫 諸處之骨，特別是長骨管之骨端，呈帶狀或終狀之濃陰影，是可謂爲原於鉛之沈着。(第30圖參照)。

3. 終末昏睡期或恢復期

自固有期漸漸增惡而不取死之轉歸者，則諸症狀徐徐輕快而治愈，或有貽留精神發育障礙及視覺或聽覺障礙者，然後來多數可以恢復至一定程度。

以上爲定型的，然不全型者極多。

【病理解剖】

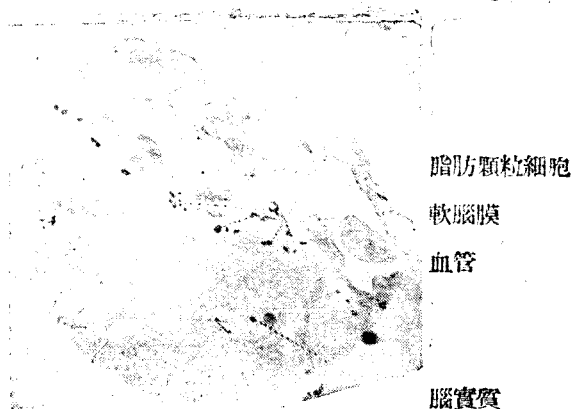
無著明之變化，僅認出腦及腦膜充血，浮腫，腦膜之輕度混濁及腦室液之增加等，其他腦膜下腦皮質之表面可認出脂肪顆粒細胞爲其特征(第31圖參照)。

且認出肝臟及腎臟之脂肪變性，腸膜之加答兒，腸淋巴組織之腫脹等者亦多。

【診斷】於前驅期雖多困難，然於固有期則容易，若注意貧血，

第 31 圖

所謂腦膜炎腦表面組織標本(脂肪顆粒細胞之發現著明)



鉛綠，血像，腦脊髓液等則診斷不困難，特採血液製成塗抹標本以 Giemsa 液或 Manson 液染色，如在一視野中能證明 2—3—5 個以上蠟基性顆粒赤血球，則本病之診斷確實。再同時可證明赤血球網織狀物質。即 1%Nil 青液 (0.6—0.9%食鹽水溶液) 一滴於載物玻璃上再加入一滴患兒血清，充分混合後，蓋以被覆玻璃速以油浸裝置檢查之選擇一視野中平均有赤血球 300 個之視野，計算其中之顆粒赤血球，以其平均數為指數。然不全型者多，故須注意。

- 1.消化不良症 本病初期鑑別甚困難，故有血液檢查之必要。
- 2.乳兒脚氣 與腦型脚氣之鑑別極難，可因血液檢查腦脊髓液之所見等而區別之。
- 3.結核性腦膜炎 因熱型，Tuberkulin 反應，X光線所見，腦脊髓液之所見，特別就其黃色調及血液所見等而區別之。
- 4.漿液性腦膜炎 就其經過，血球所見，鉛源之證明等而區別。

5. 腦炎 血液固見，鉛濃證明，血清之黃色調等。

6. Meningismus 與腦炎相同。

【預防法】 含鉛白粉之使用，爲鉛中毒之來源須禁忌之。

【療法】 1. 原於乳汁中之鉛排泄者最多，故宜廢母乳而用乳母乳，或行人工榮養（Laroson 乳，Galaktosan 乳，蛋白乳等是爲適當）

2. 藥劑則用鈣劑，特別是乳酸鈣之內服，2% 氯化鈣之靜脈內注射，次亞硫酸鈉之靜脈注射等可以應用。對於腦症可反覆施行腰椎穿刺及其他對症療法。中毒症狀消退，經過一定時日後，與之藥劑及鈣劑少量之食餌，以行脫鉛療法。

附記 鉛之證明法。

1. 取可檢物溶解於醋酸而濾過之，注入10% 重酪酸鉀時則生黃色沈澱，或於可檢物之醋酸溶液中加入 5% 碘化鉀液時則生黃色沈澱，即鉛存在之證。

2. 白粉溶液中加入硫化鈉結晶，或濃厚液時則生黑色沈澱，即鉛存在之證。

3. 濾過白粉之醋液，其濾液中加入稀硫酸，若生白色沈澱，即存在有鉛之確證。

4. 自塗付玩具之材料證明鉛時，可取而剝離之，於 25% 醋酸液中，浸漬 12—24 小時，或於冰醋酸中，煮沸 30 分，就其濾液施行前記之檢查。

第4編 消化器系疾患

Diseases of the Alimentary Tract

I. 口腔疾患

Diseases of Mouth

1. 口內炎

Stomatitis

因溫熱的，化學的或細菌學的原因，所起之口腔黏膜炎症，爲原發性口內炎，因急性傳染病，特別呈猩紅熱，麻疹，或其他疾患等，續發而來者，曰續發性口內炎，口內炎之分類如次：

a. 加答兒性口內炎

【原因】續發於麻疹，猩紅熱之急性傳染病者多，且最普通者也。於初生兒及乳兒，併發鵝口瘡及 Bednal 氏 Aphtha 者多。

【症候】口腔黏膜有瀰漫性發赤腫脹，易於出血，口唇發生乾燥皸裂，有舌苔增厚，流涎，口內惡臭，食思不振，不安輕熱，局部淋巴腺腫脹等症。

【療法】與以無刺激性食物，注意口內之清淨（2—3%過氧氫水，2—3%硼酸水等）內服 Sulfathiazole 或 Sulfadiazine 等。

b. 亞布答性口內炎

【原因】雖不明，爲傳染性則無疑也。

【症候】舌，口唇，口蓋，頰部，齒齦等之黏膜，發生帽針頭大乃至扁豆大，灰白色圓形之斑點數個或十數個偶而有生無數者以紅暈圍繞之，是曰 Aphthon。是乃表皮上層間纖維素性滲出物，上皮細胞陷入壞死，構成淺在附潰瘍。呈流涎，口臭，輕熱偶而高熱疼痛等。時有認出局部淋巴腺腫脹者。經過 1—2 週間。

【診斷】容易。

【療法】1. 注意口腔清淨（2—3%過氧氫水，0.5%過錳酸鉀液，2—3%硼酸水等，Protargol 液塗布）。嚴重病例須用磺胺劑內服及青黴素之注射。

第 32 圖

S. refringens, *B. fusiforme* Facillus fugiformin 及
Spirochaeta refringens



2. 局部則用 1—2 % 硝酸銀液，碘酒等之塗敷。

3. 須用無刺激性流動食物，食時若有疼痛，則以 1 % novocain, anästhesin 等塗敷之。

c. 潰瘍性口內炎(口內糜爛) Vincent's Angina

【原因】 本症侵犯生齒期以後之小兒(4—10年)，續發於急性傳染病(麻疹，猩紅熱，白喉等)，中毒(磷，水銀)，壞血病，衰弱等者多。其病原菌似為紡錘狀桿菌及 *Spirochaeta refringens* (第32圖參照)。

【症候】 齒齦粘膜炎，尤其切齒齒齦粘膜炎，發赤腫脹，易於變色出血，遂構成潰瘍。而潰瘍則被覆於上皮細胞，頰敗物，血球，微生物等所成之偽膜，易於出血。有食思不振，倦怠，攝食時疼痛，口臭，發熱，局部淋巴腺腫脹等症。

【經過】 6—10日，豫後 佳良。

【診斷】 容易。

【療法】 1. 無刺激性食餌，2. 口內清淨，3. 碘酒，1—2 % 硝酸銀液等之塗敷，4. 近來有謂注射606，或塗付10 % 606日油溶液，可

以奏效者。5.最近應用磺胺類及青黴素之內服，注射，局部應用，其效尤著。

2. 水癰(壞疽性口內炎)

Noma (Gangrenous Stomatitis)

【原因】病原體雖不明，多來於因麻疹傷寒白喉赤痢等急性傳染病及營養障礙等全身營養狀態不良之幼兒(2—7年)。患部組織中，有發見特有之長桿狀菌螺旋狀菌，或白喉菌者。

【症候】頰部粘膜，尤其小白齒對向部，發生帶黃褐色之小浸潤，直進行頰部外表，雖自外部亦可認出褐色之斑點。而浸潤部速陷入壞死，現為黑色，擴大於周圍，2—3日頰部之大部分破壞，壞疽性物質剝離，口腔露出(第33圖照像參照)，更至於顎骨招來顎骨之壞死。健康組織之境界雖呈浮腫狀，但無炎症反應及疼痛。為其特徵，全身症狀常明侵犯，有高熱，下痢、口臭、虛脫等，遂至於心臟衰弱而死。

經過數日乃至數週。

【豫後】極不良，傾向自然治愈者少，死亡率80—90%。

【療法】1. 速就患部以白金燒灼器破壞之，或用外科手術截除之，厥後施用移植法。

2. 10% 606 甘油之局部塗付，606 注射，白喉血清注射等者有之。但甚少耳。

3. 過氧化氫(2—3%)，碘酒，硝酸銀液(5—10%) 1% Pyocyanin 或 10% 硫酸銅液等之塗付，奏效甚少。

4. 注意營養及強心劑之應用。

5. 大量(比較的)的青黴素溶液行肌肉注射(每三小時一次)。局部

第 33 圖
水癰 5 年
(泉橋病院小兒科藏)



用青黴素及磺胺嘧啶之混合粉劑撒布，奏效頗佳。

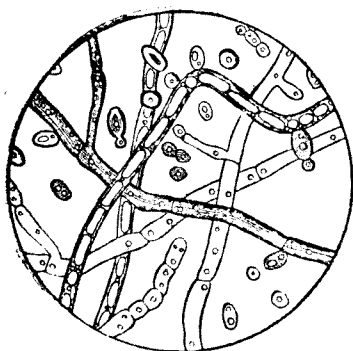
3. 鵝口瘡

【原因】 哺乳兒特有之病症，年長兒當惡液質時，少微有發見者。病原體乃成自菌絲及強屈光芽胞之鵝口瘡菌。

【症候】 起初舌，頰部粘膜上發生圓形之白點，其數漸增，其次

第 34 圖

鵝口瘡菌絲及芽胞



融合而成膜狀，有擴及於口腔之一面者。此膜與表皮固著難於剝離，剝離之則易於出血。

本病局限於口腔內時雖無害，於衰弱兒若蔓延於咽頭、喉頭、食道等部則起狹窄症狀或生嚥下困難，或因鵝口瘡菌入於血中而招來血栓或敗血症者有之。

【診斷】 一見甚容易，然若採取膜狀物，置於載物玻

璃上，以苛性鹼液處置之，鏡檢上證明菌絲及芽胞則更確實（第34圖參照）。

【療法】 1. 保持口腔於清淨（硼酸末之撒布，20% 硼酸甘油塗布，2—3% 過氧化氫之含嗽皆可）。2. 最要者使一般營養狀態增進是也。

4. Bednar 氏 Aphthen,

【原因】 發見於哺乳兒之病症，大約原於粘膜之器械的外傷，Frankel 氏謂爲原於微生物。

【症候】 硬口蓋粘膜，特別是翼狀鉤Hamulus Fterygoideus 或中央縫隙之處，發生之圓形或卵圓形表在性腐爛大潰瘍，周圍發赤，易於出血，多於兩側同一部位對照而出現。

【經過】 自然治愈之傾向雖大，時有招來壞死敗血等症者。

【療法】 中止口腔拭淨，頑固難愈時，可用1—2%硝酸銀液，2%硫酸鋅液塗付之。早期應內服按劑之內服及局部應用，可以防止其病勢擴大。

5. 生齒異常

Abnormalities of Dentition

a. 生齒困難

乳齒發生期多數無障礙，時而現睡眠障礙，食思不振，消化障礙，流涎，輕熱等現象而成神經性者有之。

b. 生齒期異常

早期生齒 早期(4—5個月以前)乳齒發生之謂也。……特有生後即存在齒牙者。

生齒遲延，乳齒發生比平常遲延，時有發現於第一年之終者，時而擾亂發生順序，而有發育障礙，就中以佝僂病粘液水腫爲多。

II. 食道疾患

Diseases of the Esophagus

6. 先天性食道畸形，食道腐蝕及食道炎 Malformations, Cauterizations of the Esophagus, and Esophagitis

a. 先天性食道畸形

先天性閉塞症……稀。

先天性窄狹症……稀。

食道憩室構成……稀。

b. 食道腐蝕

誤飲酸或鹼時，則來高度之窄狹。

o. 食道炎

現爲頭痛，嚥下痛，嘔氣，食思不振，口渴等症。有現口腔炎，鵝口瘡者。

【療法】 減少粘膜之刺激而治療其原因。

III. 胃腸疾患

Diseases of the Stomach and the Intestines

7. 幽門狹窄症及幽門痙攣

Stenosis and Spasm of the Pylorus

(先天性肥厚性幽門狹窄症，先天性痙攣性幽門狹窄症)

【原因】原因雖不明，母乳營養兒有之(1—4個月乳兒)，尤多見於神經性素質兒。

病理解剖 不能一定，幽門部或無何等變化，或於幽門部現肌層之堤狀肥厚。因是等變化之程度，發生如上之種種名稱。

【症候】1.吐乳 初發時必發症狀，生後2—3日或2—3週，無何等原因而嘔吐。多來於哺乳直後，且屬劇烈而爆發的。初期回數雖少，而後回數增加，每30分1—2時間發生嘔吐。吐物時為不凝固之乳汁，時有凝固者，不含膽汁，而有粘液混合。

2.糞便及尿 回數及量皆著明減少(假性便秘)。

3.漸進的羸瘦 漸次體重減少，而羸瘦。

4.哺乳拒避 雖當食慾口渴時，哺乳則現不安疼痛之症，發生嘔吐而至於拒避哺乳，故有誤為食思不振者(假性食思不振)。

5.腹部症狀 下腹部陷沒，胃部膨滿如鼓狀，往往自右向左認出波狀之蠕動，哺乳時尤為著明。

6.胃痛 時有發作性胃痛。

7.幽門腫瘍 自幽門部中央線稍偏於右，有可動性小指頭大乃至榛實大之腫瘍，可以觸知。多現出於病後第四週。

8.胃擴張及胃下垂來自二次性

9.胃酸過多症

10.胃內容停滯

【診斷】比較的不困難，注意於發病及經過則易於診察。

【豫後】雖比較佳良，然在重症有陷入重症營養障礙而死者。

【療法】1. 榮養法 以人乳爲最良，增加回數，每次與以少量，稍愈時則漸增量，或用蛋白乳脫脂乳等以同一方法使用之，或以灌腸法補給之，並以點滴注腸法補給水分。

2. 胃洗滌 1日1, 2回以冷水洗滌之。

3. 胃部溫罨法。

4. 藥劑則用阿片酒，鹼性劑，阿托品，魯米那及 Atropine Methylnitrate 等。

5. 外科手術等，亦有奏效者。

8. 週期性嘔吐 (Aceton 血性嘔吐) Recurrent Vomiting

【意義】本症爲反復發作之嘔吐，並有 aceton 血，aceton 尿，及呼吸氣之 aceton 臭。

【原因】多現於4—8歲之小兒，乳兒及年長兒則甚少，原因雖不明，神經素質兒較多。

【症候】發作前有不舒適及下痢等前驅症，多半突然發生嘔吐，發作頻頻，遂至生膽汁狀嘔吐，患兒衰弱無元氣，脈搏細小頻數，食思不振，口渴雖強，因其恐怖嘔吐而拒絕水分攝取，呈無欲狀態腹腔陷沒，現爲重篤症狀。時有輕熱及便秘。尿中 aceton 增加，呼吸氣中有 aceton 臭。發作時有1—2—3日，停止時則諸症立即恢復，殆與平常狀態無異。其發作以數週乃至數月之間隔而現出，漸至年長則發作輕微。

【診斷】比較的容易，尿中 aceton 可以證明。

【豫後】佳良

【療法】1. 臥牀絕食，胃部置冰袋，以冷飲料水與之，如鐵與水蘇打水等作爲飲料，每次少量投與之。又自皮下或直腸行水分補給。

2. 食餌 始與少量流動食漸次增量次與粥類等。

3. 鎮靜藥則用 Novocain, Atropin, Anaesthesin, Chloroform 水等。

4. 增進榮養狀態，如田園生活，轉地景養，海濱生活等時時行之，以謀其健康。

5. 供給葡萄糖及生理食鹽水，以防免酸中毒。

9. 神經性嘔吐

Nervous Vomiting

【原因】神經性素質兒，多因精神興奮(至校，不快念)，食物之嫌惡及咽頭反射亢進等而誘發。

【症候】因少微之感動而生嘔吐，反復數回，無其他全身症狀。

【診斷】若無其他器質的變化，只現爲嘔吐時，則易於診斷，時而要與胃障礙或腦疾患之初期有鑑別必要。

【療法】暗示療法(電氣療法)，轉地，水治療法等。此外，可用乳液加濃方法，即乳內加入澱粉5—10%。

10. 神經性食思缺乏症

本症多發生於神經性素質兒，食物不能充分攝取，然營養狀態常佳良。

【療法】1. 食物常常變換，營爲規則的生活。或改變生活狀態。

2. 藥物療法則用 Pepsin, 單胃酸 Orexin, Strychnin 等。

11. 常習嘔吐

Habitual Vomiting

【原因】本症多現於哺乳兒，尤其人工營養兒，神經性素質者特多。時有胃酸過多症，時有胃酸缺乏症。有因對於食物中脂肪之耐力減退者，或有基於弛緩性體質者。

【症候】1. 嘔吐 於哺乳直後或於一定時後反復嘔吐。其時並無何等全身症狀。

2. 全身症狀 嘔吐發作甚時，則陷入營養不給而脫力。不能認出腹部之蠕動，幽門腫瘍等。

【療法】1. 用人乳或脫脂乳，牛酪乳等。每日施行胃洗滌可以奏效。

2. 藥劑療法則用 Cocain, Novocain, 阿片酒，鹽基性物質等。

3. 授食後有人陪伴多給玩物，使注意他事，忘却其習慣。

12. 哺乳兒期後之急性消化不良症

Acute Dyspepsia

【原因】多由於過食或傷食（因攝取腐敗或未熟菓物及不消化物等）。

【症候】突然發病，有違和，頭痛，食思不振，嘔氣，嘔吐，（全爲食物之殘片粘液時有混在膽汁者）腹痛，發熱等症。他觀上有舌苔，口臭，脈搏頻數，不整，腹部膨滿，下痢便，多含有粘液多數諸症驟然消退而苦澀，時而有意識混濁，大呼吸，欠伸，腦膜刺激症狀，痙攣，糖尿，呼吸 acetone 臭，及 acetone 等之中毒症狀。是口消化不良性昏睡（多見於2—8歲之幼兒）。

於日本有稱爲消化不良性血液吐瀉症者，類似於消化不良性昏睡，雖其主症爲血液吐瀉，大約本症可視爲之異型也。

【診斷】雖比較容易，時而要與腸傷寒，赤痢（疫痢）或腦膜炎等鑑別。

- 【療法】
1. 24—48時間之飢餓療法。
 2. 早期與以下劑，或因灌腸胃洗滌等排除胃內容物。
 3. 食餌療法 初用流動食（牛乳重湯肉汁等），漸次增量。
 4. 藥劑則用硝酸鈹，單甯劑，消化劑等，有腹痛時則用阿片劑等。由攝取腐敗食物所起者，可用 Aesciol, Sulfaguanidine 等。
 5. 於消化不良性昏睡，則用生理食鹽水或Ringer氏液之注射或強心劑，消化劑等。

13. 哺乳兒期後之慢性消化不良症 Chronic Dyspepsia

【原因】多數自急性消化不良症，移行於慢性消化不良症，然亦有自初卽爲慢性者，尤多見於體質異常兒（2—4歲）。

【症候】1. 全身症狀比較的甚少，有頭痛，眩暈，不舒適，睡眠不良，貧血蒼白，神經性興奮，羸瘦等。

2. 胃腸障礙 食慾比較的良好，有胃部膨滿及壓痛者，排便1日3—4回，爲下痢便，酸性或鹽基性，多混合粘液。含有脂肪，澱粉，野菜殘渣等之不消化物。時有痙痛，腹鳴。胃中可證明脂肪酸，遊離鹽酸之缺乏等。

【診斷】。是否爲原發性或隨伴性，甚難決定。

【療法】1. 食餌療法 要嚴重執行之，用小兒粉，重湯，蛋白

乳，Laroran 乳，牛酪乳等每次與以少量，漸此增加。

2. 消化劑 單甯酸 orexin，Tannalbin，硝酸鉍，阿片劑等可用之。

3. 胃洗滌有奏效者。

4. 適當之運動，日光療法，空氣療法等。

14. 重症慢性消化不良症

Severe Chronic Dyspepsia

【原因】有謂原於腸管之異常弱者，有謂原於消化機能弱及神經質者有謂原於腸內細菌與乳兒期相同者或有謂原於甲狀腺，副腎，胰臟等之萎縮者，雖有種種學說皆不確實。多見於2—4歲之小兒。

【症候】1. 發育及體重增加之停止，有停止數月及數年者，因是3—4歲有與乳兒相似者。

2. 全身症狀 現倦怠，肌弛緩，食思不振，蒼白，不舒適，舌平滑而萎縮，腹部膨滿，時而有假性腹水。

3. 胃腸症狀 時而便秘，時而下痢，一回有大量之排便，多為醱酵便，時有腐敗便，含有粘液。胃之游離鹽酸多缺乏。

4. 免疫減退 易生氣道或腸炎症。

【療法】1. 食餌療法 用蛋白乳，牛酪乳，酸乳或混合食等，要有充分的水分之補給。

2. Atropin 及阿片劑之供用，單甯酸 orexin，硝酸鉍，消化劑等。

3. 空氣療法，日光療法，轉地療法等。

15. 急性腸炎

Acute Enteritis

【意義及原因】腸粘膜炎之炎症特別著明，原於細菌感染者多。不衛生可誘發之。多生於夏季。

【症候】多數突然發生高熱，腹痛，嘔氣，下痢等症。大便如水狀混有粘液，含有不消化物，1日5—8—10回或其以上排便。尙有口渴，頭痛，食慾減退等症。罹患部主為大腸時，則生大腸加答

兒或稱爲加答性赤痢，便中含有多量之粘液，時有血液及膿，並有裏急後重。

於幼兒則呈中毒症狀，惹起痙攣，意識混濁，及其他腦症狀者不少。

【療法】 1.宜於早期投與下劑(蓖麻子油10—30ccm，甘秉等)。2.12—24小時之飢餓療法，水分補給(茶，冰片，白開水等)。3.腹部之溫罨法。4.與以流動食(牛乳重湯，肉羹等)，漸次應用混和米湯及粥等，再續用卵黃，野菜，魚肉等之副食物。5.藥劑療法，初期主用蘇打，Pepsin等，若有下痢之傾向，則與以阿片酒，硝酸鈹，Tannalbin等之收斂劑。6.最近用 Sulfacuanidine, Sulfasuxidine 或 Sulfathiazole 之內服，可獲良效。

16. 慢性腸炎 Chronic Enteritis

【原因】 自急性症移行者，比較的甚少，在虛弱兒因不適當之禁食，或作爲其他合併症而出現者多。

【症候】 1.下痢便 此爲其主症，1日3—10回，混合粘液，放出惡臭。2.自覺症狀 有訴說輕微痙痛，裏急後重者。3.全身症狀 食思不振，舌苔，蒼白，貧血，羸瘦等。

【療法】 1.食餌療法 腐敗強時主用含水炭素食品，醱酵強時主用蛋白性食品。2.適當之運動，空氣療法，日光療法等。3.藥劑則用收斂劑，消化劑，鈣劑等。

17. 偽膜狀腸炎(粘液痙痛,粘液性大腸炎) Mucous Colitis

【意義】 有發作性痙痛，排出偽膜狀粘液塊。

【症候】 多生於學齡兒童，偽膜狀物質主成自粘液含有多數 Eosin 嗜好細胞，發作時兼痙痛而排出，故亦有謂爲腸喘息者。間歇時排出普通便無異常。

【療法】 1.食餌療法 主爲含水炭素性食餌。
2.空氣療法，日光療法，適當運動等之強壯療法。
3.發作時則與以阿片劑單甯酸劑等。

4. 磺胺類藥物之應用。

18. 先天性腸閉塞症

Congenital Intestinal Obstruction

【原因】原於膜性隔障，癩痕性愈著，或腸管之一部缺損，或全閉塞，鎖肛等，或因先天性腫瘍之壓迫，Meckel氏憩室，假性憩帶等而生。

其部位多在於十二指腸(Vater氏乳頭之上下)(十二指腸閉塞)(第35圖參照)，盲腸部及結腸部。

【症候】有嘔吐，吐糞及便秘，鼓腸及腸蠕動亢進，衰弱等症，多數生後1—2週而死亡，然閉塞不全時，則成慢性之經過。

【療法】只有外科的療法。

第 35 圖

先天性十二指腸閉塞症 生後9日



19. Hirschsprung 氏病

【意義】有先天的結腸之異常擴張及肥大，故頑固之便秘為其主要徵。

【原因】原因雖不明 1.原於結腸之先天性畸形，即先天的巨腸有謂由於副交感神經之發育障礙者。2.S字狀彎曲部過長，故來糞便及氣體之蓄積，因生結腸之擴張及肥大。3.原於特發性或因煙裂所生之肛門痙攣，或原於腸下部之先天的肌萎縮及缺損。

【症候】主徵如次：

1.便秘 慢性便秘，因解剖的關係，易於不排便，若非用人工排便，有經過數日至數週而便秘者。

2.鼓腸 生後即腹部膨滿，或自離乳期時腹部膨滿，呈高度之鼓

腸，現爲球狀(氣球狀)，蓄積多量之糞便及氣體，往往可認出顯明之腸蠕動。時有構成腹壁潰瘍或膿瘍者，或起慢性中毒而招來惡液質，或誘起腹壁浮腫，呼吸困難，及 Cyanose 等(第36圖參照)。

【診斷】比較的容易，自肛門送入空氣或因 X 光線照射等而得診斷。

【療法】1. 正規的排便，或行灌腸及高壓灌腸，同時將腹壁按摩能促腸內容之排出。須常注意腸內氣體之排出。2. 下腹部之腹壁按摩及電氣療法。3. 營養上之注意，要與以熱量豐富殘流鮮少之物質。4. 外科的療法。

第 36 圖

Hirschsprung 氏病12年8個月
(腹部周圍 127.5cm)
(東京帝國大學醫學部
小兒科教授室藏)



20. 腸重疊症

Intussusception

【意義及分類】腸管之一部，嵌入於其連接部之謂也。多數爲迴腸部之嵌入於盲腸部及上行結腸，或嵌入於上行結腸及橫行結腸。因其部位分別爲迴腸重疊，迴盲腸重疊，迴腸結腸重疊，結腸重疊等。

【原因】多生於小兒尤其乳兒，下痢或有便秘之傾向者，母乳兒特多。有基於外傷，疝，異物，腸間膜異常者。

【症候】雖因其經過分類爲急性，亞急性，慢性等，然急性型最多。突然發生劇烈疼痛，嘔吐，不安，啼泣等，初期有便秘不排糞便與氣體。12—18小時後，即排出血便或粘液血便等，病竈在下部則有裏急後重症狀，類似赤痢。嘔吐在初時雖爲胃內容物，後則成

膽汁狀，時而成血性或便狀(所以有吐糞症之別名也)。

患兒食思不振，口渴煩渴，脈頻數，皮膚蒼白，四肢冰冷，現無欲狀態，多不見發熱。

腹部膨滿，蠕動亢進，感覺銳敏，多數可觸知圓長硬腫物，直腸內診時可觸知軟提狀物。慢性症則現腹部腫瘍，腹痛，嘔吐，粘血便，有經長時期者。

【診斷】 比較的困難，早期診斷在豫後上有重大關係，要慎重，直腸內診甚須要。

【豫後】 不良者多，死亡率30—40%。

【療法】 1.可疑時須禁用下劑。2.腹部之冰囊應用，阿片酒之內服。3.腫瘍觸知時，徐徐按摩(時而在麻醉劑使用之下施行之)，自直腸送入空氣，高壓灌腸。4.外科的手術，人工瘻管作成，腸切除術，及人工肛門等)。

21. 闌尾炎盲腸周圍炎

Appendicitis, and perityphilitic

【原因】 乳幼兒甚少，多生於學童以後。由於連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，肺炎球菌，大腸菌，流行性感菌，白喉菌等(第107圖參照)之感染，時有因 angina，流行性感菌，腎盂炎，及其他傳染病之血行蔓延傳染而誘起者。關係於異物者甚少。

【症狀】 與大人略相同，現突然發熱，嘔吐，盲腸部之疼痛，右下腹部之腹壁緊張，Mac Burney氏點之壓痛，白血球增多症。

【診斷】 在小兒諸症狀較輕，故易於看過，須注意。

【療法】 1.安靜，流動食，冷濕布，冰囊等。2.藥劑療法則用嗎啡，阿片劑等。下劑須嚴禁。3.外科的早期手術。4.磺胺類及青黴素對於本病大部份之傳染均屬有效。

22. 常習便秘

Habitual Comstipation

【意義】 腹腔內腫瘍，麻痺，狹窄及體質異常(結液水腫，白癡等)等作為原因以外之官能性便秘也。

【原因】 1.有原於先天性異常，先天性無力症，內臟下垂症等

(真性便秘者)。

2. 於母乳兒或原於母乳不足，或乳量雖適當完全吸收而無殘渣，刺激腸管而使其蠕動之材料缺乏故也。

3. 牛乳榮養兒比母乳兒之便秘者多，常基於不適當之榮養。此時多原於多用牛乳使腸蠕動亢進之物質(即含水炭素)缺乏故也。

4. 年長兒偏於植物纖維素缺乏之食物時，則不能使酸構成，及蠕動亢進，而招來便秘。又有原於不能營為適當之腹壓者(如神經質兒)。

5. 慣用下劑及灌腸則助長便秘。

【療法】因原因而異。1. 食餌療法 與以野菜，果物，含水炭素(澱粉，砂糖，Malzit 汁等)及脂肪性食物等。2. 腹部按摩，適當運動，水治療法等。3. 藥劑療法只有不得已時用之，例如 Laxatol, Phenolphthalein, 大黃，或其他鹽類下劑等。

23. 肛門裂傷

Anal Fissure

【原因】因硬結便之器械的刺激而發生，多見於乳兒。

【症候】有排便時劇疼及裂傷面出血。小兒有過敏性，反射的現為排尿困難。時而步行障礙。

【療法】1. 留意於食餌之變換，及果汁等之使用，使排出軟便。2. 排便時可用 Cocain Anaesthesin 坐藥，或用油類，華士林等塗布於肛門。

24. 脫肛及脫直腸

Prolapse of the Anus and Rectum

脫肛乃直腸下部粘膜自肛門口脫出於外方也，原於肛門括約肌之弛緩。

脫直腸者乃全直腸粘膜自肛門口脫出於外方也。原於骨盤底之肌肉弛緩。

【療法】1. 脫出部之還納。2. 調整大便之排出。3. 腸收斂劑則用 0.3—0.5—1.0% 之硝酸銀液或用 0.5—1.0% 單寧酸液灌腸，或用坐

藥。4. 外科的療法。

第5編 肝臟及腹膜疾患

Diseases of the Liver and the Peritoneum

I. 肝臟疾患

Diseases of the Liver

1. 加答兒性黃疸

Infectious Jaundice

【原因】續發於十二指腸炎之輸膽管炎，雖因感冒等而生，亦有原因全然不明者，或原於膽石及蛔蟲者，在學童有現為流行性者（傳染性黃疸）。多發於4歲以後之小兒，乳兒則甚少。

【症候】與大人完全相同，一般胃腸等礙而發現，現為嘔吐，舌苔，口臭，肝臟之壓痛及發熱等。1—2日後皮膚及粘膜呈黃色，多發痒感。有尿呈暗褐色，便呈灰白色者。脾臟腫大，並有壓痛，高度時脈搏遲而不整。

【經過】經過1—2—3週而治愈。

【診斷】容易。

【療法】1. 食餌療法與以脂肪少且易消化之食物。2. 腹部濕法，溫濕布等。3. 與以緩下劑消化劑等。4. 與以飽和硫酸鐵溶液之口服。5. 予以葡萄糖及生理食鹽水。

2. 肝臟實質疾患

肝臟病在小兒雖甚少，時而發見，列舉如次。

- a. 萎縮性肝硬化症，少。
- b. 急性黃色肝萎縮症，少。
- c. 肝澱粉變性，少。
- d. 肝脂肪變性於小兒比較的甚多，特別發見於重症傳染病，結核，慢性下痢等。
- e. 肝膿瘍，少。
- g. 肝臟二口蟲地方病之一種，在日本發見於岡山，宮城，滋賀，

新瀉，千葉諸縣。

II. 腹膜疾患

Diseases of the Peritoneum

A. 化膿性腹膜炎

Suppurative Peritonitis

1. 初生兒化膿性腹膜炎

多併發於初生兒敗血症，然持有者少，早期診斷困難，外科手術亦多困難。

2. 續發於蟲樣突起炎之化膿性腹膜炎

蟲樣突起炎，多生於4—5歲以上之小兒，與大人之突起炎無特異症狀，且不劇烈，故診斷困難。同急性腸炎，胃痛，慢性消化不良症等有鑑別之必要。

3. 年長兒之其他化膿性腹膜炎

於年長兒除蟲樣突起炎以外之化膿性腹膜炎甚少，因傷寒，結核，赤痢，胃及十二指腸潰瘍等續發之穿孔性腹膜炎或腸炎，或吐瀉症等所生之遍蓋性腹膜炎，或嵌頓性腹膜炎等是也。

4. 肺炎球菌性腹膜炎

【原因】原於下Fraenkel氏肺炎球菌，乳兒雖亦有之，然多生於3—10歲之小兒，女兒尤多。續發於肺炎，肋膜炎，腸炎者有之，然基因於Angina者最多。

【症候】突然發生高熱，嘔吐，劇烈下痢，及腹痛等，2—3日後諸劇症狀緩解則腹部之所見著明，腹部膨滿，發生膿性滲出物，可證明濁音，波動等。該滲出物或包裹於腸間，有招來汎發性腹膜炎者，或破潰於臍部生殖器，直腸，膀胱等，或因衰弱而死。

【診斷】頗困難，尤與闌尾炎，傷寒，結核性腹膜炎等難以區別。就濁音部行穿刺試驗，可得灰白黃色粘液性膿汁，其中有多數肺炎球菌可以證明。

【豫後】 若包囊構成不必一定不良，但普通皆不良。

【療法】 絕對安靜，腹部冰囊，流動食攝取，Ringer 氏液或食鹽水注射，強心劑注射等，化膿局限時可行外科手術。惹起瀰蔓性腹膜炎則速行開腹術。近年多僱用化學治療，如Penicillin之大量注射(每三小時肌肉注射五萬至十萬單位)磺胺類藥物如Sulf. diazine, Sulfathiazole, 每日6—10公分之口服，其痊癒率大為增加。

5. 連鎖狀球菌腹膜炎

本症多為敗血症之一部分症，症狀雖與前者為同樣，其性惡，包囊構成之傾向少，經過為急性，豫後極不良。

【診斷】 自膿汁及靜脈血中可證明連鎖狀球菌。

【診斷】 速行開腹術，用生理食鹽水洗濯腹腔內，其他用強心劑食鹽水注射，Ringer 氏液注射，葡萄糖液注射，及連鎖狀球菌血清注射(5—10—20 ccm)等。

6. 淋菌性腹膜炎

此種甚少，患陰門緊炎之女兒，有招來局限性胃盤腹膜炎者，雖現高熱，嘔吐，腹痛等，其他一般症狀比較的輕微，小胃盤內構成膿瘍包囊，惹起瀰蔓性腹膜炎者少。

【豫後】 比較的佳良。

【療法】 安靜，下腹部冰囊，強心劑，食鹽水注射等，一般雖與化膿性腹膜炎相同，活癒之傾向則大。若惹起瀰蔓性腹膜炎，宜速行開腹術，化學治療與上同。

B. 結核性腹膜炎

Tuberculous Peritonitis

【意義】 本症乃因腹膜之結核性炎症現特有之症狀者也。故續發於結核性腸潰瘍之局限性腹膜炎，或併發於粟粒結核之腹膜炎等，不現為症狀，或被掩於原病而不明，茲不俱述。

【原因】 續發於腸或肋膜之結核性疾患，又有自原發病菌(腺結核、骨結核等)血行性而來者。於女子則續發於生殖器結核者有之。多生於5—12歲之小兒。

【病理解剖】 大別為滲出性型及愈著性型，然亦有兩者之混合型則無論矣。

1. 滲出性型 腸間膜漿膜發生無數之粟粒大結核節，自漿膜滲出漿液之比重大，稍微混濁，時有血性者，含有淋巴球及結核菌。淋巴腺常同時被侵犯而腫脹。

2. 愈著性型

腸間膜及漿膜發生無數之小結節，而來乾酪變性，自漿膜之滲出物少，而有著明之纖維性者，故腹壁及腸愈著而構成索狀物，有容留滲出物於愈著臟器間者。

【症候】

1. 滲出性結核性腹膜炎 徐徐發現，初期之診斷雖困難，滲出液增大則腹部膨滿，臍窩消失，腹壁靜脈現為擴張。多數全身症狀輕微，有倦怠，食思不振，貧血，羸瘦輕熱等症，時有嘔吐及下痢。滲出液多時，則來呼吸困難，壓迫心臟，有訴說胸痛而呈浮腫者。

【經過】 比較的良好，2—3個月漸漸治愈者不少。

2. 愈著性結核性腹膜炎 徐徐發現，現不定之疼痛，食思不振，蒼白，羸瘦，不定熱等，腹部膨滿，腹壁緊張，有抵抗感覺。深部可觸知大小不同之腫瘍，或於臍部可觸知自左下走向右上之索狀物腫瘍。雖多少有滲出液而難於證明。

【經過】 一般不良，經過數年。

【診斷】 比較的不困難。

【療法】 1. 與他種結核相同，日光療法，空氣療法，食餌法等甚為重要。

2. 初期要安靜，對於腹部施行肝油，橄欖油，荷薄橄欖油，肥皂等之塗擦療法。

3. X光線療法。

4. 藥劑則用 Fagol, Guajacol, Duotal, 碘，砒素，魚肝油等劑，近年用 Streptomycin 以治療各種結核性疾病，頗有相當療效。

5. 開腹術對於滲出性型雖屬有效，但現在用者少。對於愈著性型

則無效。滲出性型有用養氣或空氣吸入者。

第6編 生活素缺乏症

Deficiency of Vitamins

I. Vitamine

Vitamine 乃有極複雜構造之物質，從來主要營養素（蛋白質，脂肪，含水炭素，鹽類，水）以外，為主體生活機能之絕對的必需品，長期間缺乏時，則生特種之疾病，即生活素缺乏症。

現今雖將生活素分爲 A.B.C.D.E.E.G 等，F.（關係於生殖）爲最近之所發見，尙無充分之研究成績。生活素含於種種食物蔬菜青葉，乳汁，牛油等，有如第22表。

第 22 表 各種食品含有之生活素量

種	類	生活素A	生活素B	生活素C	生活素D	生活素E
牛魚	肝	卅卅	—	—	+	+
牛魚	肝	卅卅	—	—	+	+
牛乳	油	卅卅	—	—	+	+
雞	油	卅卅	—	—	+	+
橘	肉	卅卅	—	—	+	+
生	汁	卅卅	—	—	+	+
高	蛋	卅卅	—	—	+	+
夏	子	卅卅	—	—	+	+
蘿	豆	卅卅	—	—	+	+
玉	苜	卅卅	—	—	+	+
南	蓀	卅卅	—	—	+	+
肝	瓜	卅卅	—	—	+	+
魚	藤	卅卅	—	—	+	+
	肉	卅卅	—	—	+	+
	葵	卅卅	—	—	+	+
	蚶	卅卅	—	—	+	+
	蔗	卅卅	—	—	+	+
	柑	卅卅	—	—	+	+
	橙	卅卅	—	—	+	+
	菓	卅卅	—	—	+	+
	梨	卅卅	—	—	+	+

葡萄 紅波 洋落	栗 蘿 白柿 葱花	葡萄 菜 子 生	一 ? 廿 廿 廿 廿 一 十	廿 廿 廿 十 廿 廿 廿	一 廿 十 卅 卅 卅 一 十		
----------------	--------------------	-------------------	--------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--	--

動物於體內不能合成生活素，其需用似由個體而不同難以極少量而足，然長期缺乏時則誘起生活素缺乏症。

11. 生活素缺乏症 Vitamin A Deficiency

生活素A於脂肪為可溶性，對於發育及免疫有密切之關係，多含於牛油，肝油，牛乳，卵黃等，青菜肝臟等則含有其少量。不因煮沸而破壞，長久缺乏時，則誘起發育停止，角膜結膜乾燥症，及角膜軟化症等。

1. 結膜及角膜乾燥症 Xerophthalmia

結膜及角膜之表面乾燥，無光輝，現白色，外觀上有如脂肪或肥皂之附著。輕症者在角膜外側，發生乾燥之小斑點（Bitot氏斑）。或無異常症狀，或現夜盲症，（特發性夜盲症由於A之缺乏，在實質的變化以前即現夜盲症）重症者眼球結膜乾燥，且一面粗糙呈灰白色，遂生浸潤而至於化膿。甚者則起角膜軟化症而失明。

2. 角膜軟化症 Keratomalacia

最初眼球結膜起乾燥症，其次角膜乾燥，而失光輝，中部混濁，若變為白色則前房化膿，角膜破壞而至於失明。

【原因】 1及2皆於營養障礙或其他腸疾患氣管枝炎，腸傷寒，黃膽，麻疹，乳兒腳氣，先天梅毒等，營養大被妨害時發見之。

【療法】 1用溫濕布。2多服富含維生素甲之食物（如牛肝，豬肝，雞蛋黃，胡蘿蔔，莧菜，鯽魚，洋葱，芥菜等）。3內服縮膜

之各種魚肝油製劑。

III. 生活素B缺乏症

Vitamin B Deficiency

生活素B爲水溶性，有抗神經炎症作用，釀母及糠中含有多量，洋柿子，葡萄，檸檬，杏干等亦含有之。脚氣概以生活素B缺乏解釋之，近時生活素B復別爲二種，關於脚氣者稱爲生活素B₁，關於Pellagra者，稱爲生活素B₂(或有稱爲生活素G)亦有稱爲C₁₇H₂₀N₄O₆者。

3. 乳兒脚氣

Beriberi

大人之脚氣及乳兒脚氣可參照第3編天然營養兒營養障礙之部。生活素B在化學式尙未一定，故舉於下 C₁₂H₁₇N₄SO₂, C₁₂H₁₇N₃SO, C₁₆H₁₆ON₄S, C₁₁H₁₆N₄SO₂等。

第37圖

Pellagra 性紅斑(注意手足甲之浮腫落屑)
13年7個月



4. Pellagra

自西曆 1735 年 Cazaar 氏始認爲獨立之疾患，以玉蜀黍爲常食之地多有之，然散在者亦不少。在朝鮮臺灣比較的多有之，日本不過散見而已。

【症候】 以下之3主要症候爲其主要徵。

1. Pellagra 性紅斑 多生於手足甲及下肢，現爲局限性紅斑，落屑及浮腫等(第37圖參照)

2. 消化器障礙 有頑固之下痢或便秘，嘔吐，食思不振，倦怠等。

3. 神經症狀 多有頭痛、四肢痛、耳鳴夜盲症、震顫、精神沈鬱等不定之症狀。時有起精神錯亂，Kataleptic，遲鈍及癡呆者。又有多

現脚氣樣症狀（第二肺動音之亢進，右心肥大膝蓋反射之亢進等）者。

【療法】行完全之混合營養，主用生活素 B_2 ，其他則爲對症療法藥物則用菸鹼酸，(Nicotinic Acid) 之內服或注射，有特效。

Iv. 生活素C缺乏症 Vitamin C Deficiency

生活素C Ascorbin 酸 $C_6H_8O_6$ ，含於新鮮蔬菜，尤其土豆，洋柿子，菠菜，果汁，橘子，蜜柑類及生乳等多含有之。長久煮沸時則破壞，貯藏物中無之。

因生活素C之缺乏而生 Moller-Parlow 氏病，人體中無貯藏生活素C之能力，故因生活素C缺乏，易生生活素減少症，然至臨床上發現病的症狀時，似要長時期之潛伏期。

(在1934年國際生活素會議上決定以005ng，Ascorbin酸=0.1cc，新鮮檸檬汁爲標準)。

5. Möller-Barlow 氏病乳兒壞血病 Scurvy

【原因】與大人之敗血病現爲同一狀態，生後二年以下之小兒，就中6—12個月之人工營養兒爲多，尤其偏食餌，以長久煮沸之牛乳，煉乳，乳粉等作爲營養時常有之，天然營養兒甚少。尙有關係於個人之體質。

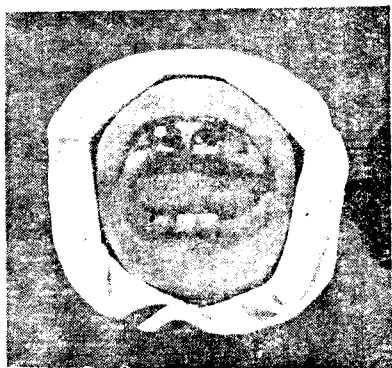
【病理解剖】長管骨肋骨及頭蓋骨等發育旺盛之骨幹骨端部骨髓，變爲缺乏血管細胞之結締樣組織，妨害骨形成，骨質脆弱，骨幹骨端之境界而易生骨折，且易起骨端離斷。其他尙發現本病特有之進行性貧血及出血性素因（皮膚粘膜內臟出血及骨膜下出血，故臨牀上骨端腫脹，因疼痛而起肌肉之假性痲痺者有之）。

本病患兒之骨，乾燥物質少（灰分，尤其燐及石灰減少），含水量多。

【症候】1.發病 多數徐徐發病，亦有發現稍速者。初期無特有之症狀，患兒不舒適，蒼白，易於啼泣，尤其以襁褓交換時，多啼泣，要注意。自己不能營爲活潑之運動，他動的將手足移動時則啼

第 38 圖

Möller-Barlow 氏病之齒齦腫脹，變色，出血等
(仿 Finkelstein-Galewskz 氏)



泣。症狀漸顯明則發現固有之症狀。

2. 骨變化 最多侵犯者為大腿之下端，膝蓋關節部腫脹如紡錘形，皮膚緊張，壓迫之似有疼痛而啼泣劇烈 (Heubners, „Hampelnan“ Phänomen)。時來骨端離斷者不少，故有因鑿診而認出捻髮音者。其次多生於上肢之肘關節部，肋骨之骨軟骨境界部 (構成念珠)，胸骨，肩胛骨等侵犯者比較的少數。

3. 出血 有皮膚，精膜「齒齦之腫脹及出血 (第38圖參照)，結膜，鼻腸，尿道等肌肉內出血及長管骨之骨膜下出血，眼窩出血 (發生眼球突出) 等症狀。

4. 貧血 甚顯著明，現為青色而帶黑色之一種固有蒼白色。

5. 血像 有比較的淋巴球增多症之單純性貧血像。

6. 心呼吸現像 因血行障礙有速脈與不安定脈遂生呼吸促迫，一分鐘有40—60之呼吸數，然此等症候給與生活素C可速消除。尚有以血行障礙多生尿量減少及現腳氣樣之右心肥大者。

7. X光線 長管骨之X光線為特有的，診斷上極為重要，骨端骨幹之境界部有暗而不整不同之陰影帶，是曰產碎層，從此部偏於骨幹有陰影之薄部，是曰透明層(第39及40圖參照)。

【診斷及類症鑑別】 注意齒齦出血，疼痛性骨腫脹，出血性素因，血腫之發現及X光線等則易於確定。時而有與 Parot 氏假性痲痺(其他先天梅毒之症狀骨之X光線等)，重症佝僂病(骨特別是頭部骨變化念珠之有無皮膚粘膜出血之有無等)，關節炎(關節部之腫脹或波動之有無及皮膚粘膜出血之有無等)相鑑別之必要。

【經過及豫後】 經過為慢性，2--3週乃至數月，然豫後則皆良好。

【療法】 1. 食餌療法 重症則用人乳，若用牛乳則用生乳或不長久炎沸者。日須用新鮮果汁如蜜柑汁，檸檬汁，梨汁等每日數回與以少量。

2. 生活素C劑(Candan 生活素C等)注射或內服。其製劑較著者有 Cevalen, Redoxon, Cebion, Cetasin等。

3. 藥物療法 藥物殆無使用必要，可少與以消化劑。骨疼痛則施行棍法。其他不過對症療法而已。

第 39 圖

Müller-Barlow 氏病

7個月乳兒(著者)

9個月乳兒(著者)



v. 生活素D缺乏症

Vitamin D Deficiency

生活素D，雖爲脂肪可溶性，然與 Vitamin-A不同，多含於魚肝油中。D之作用爲抗佝僂病。而使其有效時，則與紫外線照射並用。近來 Ergosterin $C_{27}H_{42}O$ 可因紫外線照射而生生活素D。

6. 佝僂病(英吉利病)

Rickets

本病以骨之發育障礙爲其主徵，於歐洲雖爲廣佈之疾病，於日本則見於北陸方面，如石川富山新潟縣等地。但其他各地報告者亦不少。

【原因】多見於2個月—2歲之乳幼兒，人工養兒比人乳養兒患此病者多。4歲以上之小兒(晚發性佝僂病)則少。近時則解釋其爲原於 Vitamin-D之缺乏。而偏食不適當食餌，非衛生的生活營養障礙傳染等爲其誘因者不少。

【病理解剖】主爲骨及軟骨發生特異之病變。

1. 新生骨及軟骨不能全然石灰化，或極不完全。或一旦構成之骨，石灰缺乏而軟化(第40圖參照)。
2. 內軟骨化骨現象亦被防止，而不化石灰，軟骨增生帶廣現不整鋸齒狀。
3. 骨髓中因其時期而認出種種之退行性及進行性變化。
4. 於本病恢復再現軟骨之石灰沈著，類骨組織構成堅固之骨。
5. 於軟體部認出肌之萎縮，肝脾臟之肥大，淋巴腺之髓樣腫脹等。

【病理】原於鈣及磷之新陳代謝障礙，磷酸鈣於骨及軟骨中著明減少。

【病理化學】本病兒之骨及軟骨缺乏礦質，CaO，MgO及 P_2O_5 等尤缺乏，肋骨及脊柱之總灰分有自60%減至20%者。血中鈣量爲正常值(10—11mg%)或稍微減少，然無機磷發則著明減少，有減至1mg或其以上者(正常值5—6mg)。

【症候】1. 一般症狀 患兒現爲蒼白，貧血，肌肉弛緩，不安，

第 40 圖

佝僂病(骨皮質之像淡)



佝僂病6年(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



不舒適，易於發汗，腹部膨滿，或便秘或下痢。肝臟及脾臟腫大，
淋巴腺腫脹。不願起立步行，或一旦步行者，復不能步行身體發育
停止，精神發育亦遲延。

2. 血像 赤血球及血色素減少，異型赤血球及有核赤血球出現，淋巴球及單核白血球增加。

3. 骨局部症狀

a. 頭部 最初期現於頭蓋，骨縫合及顳門閉鎖遲緩，大顳門哆開，2歲後亦不閉鎖，頭部較大而前額骨及顳頂骨突出，故頭部現為方形(方頭)。又因骨結節突出而骨縫合部之陷沒，現為十字頭或鞍頭或認出頭蓋癆(壓迫後頭骨之一部及顳頂骨之後部，有小銅錢大之柔軟部)。

b. 齒牙 非特發生遲緩並且次序不規則。琺瑯質上有縱橫縫，脆弱而咀嚼而現為鋸齒狀。

c. 胸廓 肋骨之骨軟骨境界，隆起如結節狀(佝僂病性念珠)，時而初期有感覺疼痛者，肋骨及胸骨過於柔軟，故來胸廓之變形(鷄胸)，其胸成為扁平，或陷沒(漏斗胸)，比平常者深。

d. 脊柱及骨盤 因骨過於柔軟，故現為龜脊，反之腰椎則前彎，骨盤亦變形，接合線縮小，薦骨岬突出，骨盤成為低而扁平形，橫徑擴大。

e. 四肢 四肢障礙之現出比頭蓋胸廓較晚，現為長管骨之骨端

第 41 圖

佝僂病性真珠鈕樣指 2年6個月

(仿 Feer 氏)



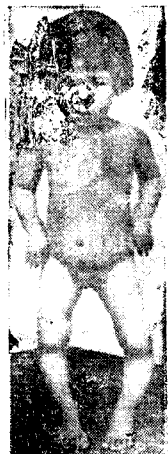
第 42 圖

佝僂病3年

(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)

第 43 圖

佝僂病O脚 4年11個月

(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)

腫脹及手根骨指骨的腫脹，即真珠紐樣指(第41圖參照)。或現為長骨管之不全骨折，因重力，壓迫，及肌作用而來種種之變形，即O脚X脚或K脚，膝內翻，膝外翻等症。或有以手指關節之肥厚成佝僂病性手，尺骨及橈骨下端腫脹而生二重關節等，或來發育停止而成侏儒(第42圖及43圖參照)。

【經過】 為慢性，有自然治愈者，或有遺變形者。

【豫後】 比較的良好。

【診斷】 定型者雖容易，初期則困難，尤其與 Moller-Barlow 氏病須要鑑別。

X光診斷頗重要，骨陰影一般皆薄，骨皮質淡，骨幹之像朦朧而不甚著明(第40 X線像參照)。

【合併症】 有氣管枝肺炎癆瘵性素質及Tetanie等。

【療法】 1.衛生的生活及攝食宜注意，並與以新鮮果汁，野菜，卵黃，牛油等。

2.新鮮空氣，日光，人工太陽燈。

3.藥劑有磷肝油，肝油，Vigantol 等之含有生活素D者，又有鈣劑，貧血時則與以鐵劑。肝臟療法。近年更進步者有Viosterol，縮濃魚肝油及經照射之魚肝油等，用以內服，功效尤著。

4.骨之變形等應施以整形外科的手術。

第7編 內分泌腺疾患

Diseases of the Ductless Glands

1. 內分泌腺及植物性神經系

Ductless Glands and Vegetative Nervous system

內分泌腺者，無排油管，直接將其產物(Hormone)送入淋巴管及血管之腺臟器也。該 Hormone 與物質代謝上有密切之關係。特在小兒期對於其發育成長上有密切關係者也。

有作用於一定組織細胞，抑制其機能，或使其興奮者，或有現完全反對之作用者。於健康者此作用在於一定平衡狀態，稱之曰內分泌平衡。故內分泌腺之機能若受障礙，則此平衡狀態破壞，因之致起發育障礙，代謝障礙等種種障礙。

內分泌腺與植物性神經系有密切關係，因此該神經機能或亢進，或被抑制。

植物性神經系之機能

The Function of Vegetative Nervous System

植物性神經系者，乃動物性神經系(與隨意運動感覺等意識有關)之對照名稱，如心臟血管，胃腸，肝臟，脾臟，腎臟，膀胱等之與意識無關而營為獨立作用者是也。而植物性神經系可區別為解剖學上或生理學上完全相異之交感神經副交感神經兩者。

1. 交感神經

出自脊髓第1胸神經至第4腰神經之間，合為節狀索，更分歧而

由分布於各臟器及皮膚血管。

2. 副交感神經

解剖學上更分爲二：

a. 頭部自裁纖維

出自中腦四疊體部之動眼神經及出自延髓之鼓索神經（顏面神經，經過舌咽神經迷走神經而至鼻，口腔粘膜，唾液腺，舌，咽頭，肺，心臟，胃，腸者也。

b. 薦骨自裁神經

出自薦髓，爲骨盤神經，而至子宮，直腸，膀胱，肛門，外陰部等骨盤內諸臟器。

解剖學上動物性神經自中樞至終末器不中絕，由 Neuron 而連續，植物性神經則中途因神經節與 Neuron 交代，此著明之相異點也。自中樞至神經節之纖維曰神經節前纖維，雖有髓鞘，自神經節至末梢曰神經節後纖維。此兩者間由 Synapse 相連絡。

兩神經之機能互相拮抗，故一方亢進，他方則有似如麻痺狀。交感神經機能亢進稱爲 Sympathicotonie，副交感神經機能亢進稱之曰 Vagotonie。

如此完全相反之兩神經保持平衡狀態，則得衛護健康。而此平衡由兩神經之自裁得維持之，而他面爲內分泌腺所左右。又內分泌腺至某程度爲自我所支配，他方面由植物性神經之刺激而受支配也。故植物性神經由內分泌而受刺激，因之致使內分泌腺興奮。由是觀之，內分泌腺與植物性神經系有密切關係明矣。

2. 甲狀腺

Thyroid Gland

甲狀腺分泌液催促物質代謝之亢進，與身體發育，尤以骨，神經系統生殖腺有關係。又中樞神經系之外，刺激植物神經系並交感神經系統及副交感神經系而生種種症狀，其主要成分有 Jodthyroglobulin 或稱爲 Jodthyrin 之碘蛋白結合體，尙有最近製出之 Thyroxin 亦爲其有效成分。

A. 甲狀腺機能亢進症 此症與大人者大同小異故省略。

B. 甲狀腺機能減弱症及缺乏症。

a. 先天性粘液水腫

b. 後天性小兒粘液水腫，散在性癡呆症。

c. 地方病性癡呆症。

a. 先天性粘液水腫

Congenital Myxedema

【原因】 原於先天的甲狀腺缺損或發育不全，機能不全等，多見於女兒。

【症候】 發現於生後數週數月乃至1年後，主徵如次。

1. 發育停止 骨系統特別著明，患兒現爲侏儒，頸門及頭蓋縫合

第 44 圖

粘液性癡呆 (注意其
發育狀況及顏貌)

12年10個月



第 45 圖

粘液性癡呆 (注意其
發育狀況及顏貌)

8年9個月



哆開，生齒異常而遲延。X光檢查時，則認出骨核發生之遲延，特別是手根骨核之發生遲延(第1表對照)及化骨之遲延。

2. 皮膚及粘膜變化 皮膚現爲蒼白貧血乾燥而發汗少，口唇及舌肥大而增厚，出現於口腔外。皮下組織柔軟如浮腫狀，而無彈力性，表皮因營養障礙而落屑，頭髮脫落，指爪蟬裂，並現爲固有之顏貌(第44及第45圖參照)。

3. 新陳代謝障礙 新陳代謝緩慢，體溫下降，運動不靈，脈搏徐緩，肌肉鬆弛。有頑固之便秘而食思不振，腹部膨滿，對於含水炭素之同化上昇。

4. 精神發育障礙 智叡及性發育遲延或缺乏，現爲癡呆狀(粘液水腫性癡呆(第44圖及第45圖參照))

【療法】 臟器療法，即甲狀腺劑，(「Thyreoidin」,「Jodthyryn」,「Thyradin」等)其始與少量漸次增量，須連用至本症狀消失爲止。其他易地療養，水浴療法及高山療養等可以並用。

b. 後天性小兒粘液水腫

Acquired Myxedema

【原因】 原於甲狀腺之部分的缺損及外傷或傳染等。

【症候】 常發現於4—5歲，時而發現於成人後。症狀因甲狀腺變化之程度而不同，發育障礙，骨核發生遲延，精神發育障礙，顏面癡呆狀，皮膚乾燥腫脹有如膠樣，食思不振，舌巨大，頭髮脆弱而脫落。

c. 地方病性癡呆症

【原因】 歐洲 Alps 山間，有所謂甲狀腺腫，流行於地方，然其原因不明。

【症候】 多發於5—6歲後，成人後者尤多，有甲狀腺腫及粘液水腫之症狀，現爲侏儒骨核發生遲延醜貌癡呆魯啤等。

【療法】 臟器療法即甲狀腺劑Thyreoidin, Jodthyryn 等)。

3. 上皮小體或副甲狀腺

Parathyroid Glands

上皮小體在解剖上連於甲狀腺後面，爲上下一對即4個，爲生命

保持上之重要器官。與神經興奮性及榮養有關，剔出之，則末梢神經興奮性增高，致起 Tetanie 有取死之轉歸尚有引起起爪脫落，白內障Katarakt者。此外與石灰代謝有密切關係，故與骨之發育似有重大關係。

4. 腦下垂體 Pituitary Gland

腦下垂體位於腦底即土耳其古鞍之部位。

解剖學上成自前葉後葉及中葉，各個營爲各別之內分泌者也。

腦下垂體者與動物之成長有重大關係，幼時剔出此物則身體及生殖器之發育停止成小兒型，然成長之動物無何等生命危險，而前葉 Hormone 與身體之發育，卵巢濾胞之成熟，黃體之形成，及物質代謝等有關係，其機能亢進則生枝端肥大症，及巨人症。倘機能減退則成腦下垂體性侏儒。

自前葉及中間葉兩機能共減退則生生殖器萎縮性肥胖症，然後葉與中間葉之機能減退則招來尿崩症。

然而惹起此等障礙之原因，多以腫瘍尤其腺腫及發育不全，斯時由X光線像可以證明土耳其古鞍之變形即擴大或縮小。

a. 巨大發育症及肢端肥大症 Acromegaly

本症原於前葉之機能亢進(多因腺腫發生)或間腦榮養中樞之疾患小兒甚少。

b. 腦下垂體性侏儒 Pituitary Dwarfism

本症原於前葉之機能減退，尤其前葉之發育不全或腫瘍之破壞等，多數皆有生殖器發育不全症(第46圖參照)。

【療法】有甲狀腺製劑投與，食餌療法，腦垂體前葉製劑如 Pituitrin, Hzpophgsin, Pituphysin等之注射，X光線及 Radium療法等，不能確實奏效。

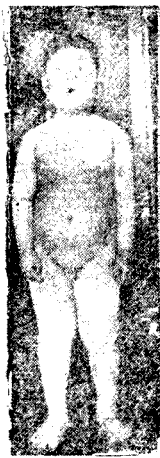
c. 生殖器萎縮性肥胖症 Dystrophia Adiposogenitalis

本症多生於學童期之男兒，而身體各部(腹部，陰部，大臀部，

第 46 圖
腦下垂體性侏儒
11年7個月
(東京帝國大學
小兒科教室藏)



第 47 圖
脂肪生殖器營養障礙
(注意脂肪沈著過多
及生殖器) 6年11個月
(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)



腿部及乳房部有高度之脂肪過多症，骨盤帶部特別著明。多數皆有生殖器不全。本症時有以嘔吐，腦壓亢進，視覺障礙，等之腦腫瘍症狀而發現者，或共有尿崩症之症狀。本症巢由於腦下垂體（尤其中葉）之機能減退，或由於間腦，尤其視丘下部之疾患，尙未確定(第47圖參照)。

b. 尿崩症

【原因】雖未甚明，有原於腦下垂體，尤其後葉中間葉之機能減退（腫瘍等）者。有原於間腦，尤其 Regio hypothalamica 之疾患者。有與生殖器萎縮性肥胖症併發者。亦有謂其與脾臟有關係者。

【候症】與大人之症候同，現煩渴，攝取多量水分，多尿（1日數立特，比重極低1002—1004），羸瘦，睡眠障礙等。

【診斷】須要食鹽及蛋白之耐力試驗，與糖尿病，萎縮腎，神經性煩渴等有鑑別之必要。

【療法】 1. 限制水分攝取，與以蛋白質多食鹽少之食物（限制飲水一法，晚近已不多用，蓋其非但不能制止多尿，反使病人受無限痛苦）。

2. 試用腦下垂體製劑 Pituitrin, Hypophysin, Pituitglandol 及 Pituitgan 等，每日0.5—1.0公撮分數次注射，必須長期應用。

5. 胸 腺 Thymus Gland

胸腺僅小兒期存在，至青春期則漸萎縮退行。關於胸腺之機能今尚不明，一般視為淋巴球及白血球之生產地。

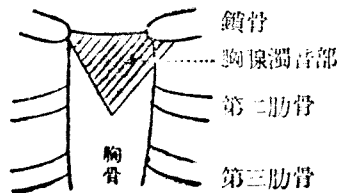
胸腺決非生命必要之器官，即摘出之亦不致死，或在幼時摘出之對於發育雖無何等影響，而與生殖腺之間似有密切關係。

胸腺之肥大，胸腺正常大小不一定，故證明胸腺肥大極困難，時有因X光線檢查僅僅可能者（第48圖X光圖參照）。胸腺肥大與胸腺

第 48 圖 胸腺肥大（仿 Saund 氏）



第 49 圖 胸腺濁音界略圖



死，胸腺淋巴腺體實有密切關係(第49圖參照)。然此等乃形態的疾患非內分泌腺疾患。

【療法】 X 光線照射療法有可奏效者。

6. 胰臟(脾臟)糖尿病

Pancreas Diabetes

由Langerhans Insel 分泌之 Insulin 有血糖降下作用與 Adrenalin 有拮抗作用爲人所共知，因其機能障礙而發生糖尿病。

【原因】 原於胰臟之纖維性變性，或 Langerhans 氏島之內分泌障礙，然小兒比較的甚少。

【症候】 因羸瘦，倦怠，多食，多飲等而注意，皮膚乾燥，多有痒感，尿中可證明糖(0.1—7.%)及aceton，aceton醋酸等。

【療法】 1.食餌療法與大人同。(限制不宜太嚴，以免妨礙其發育。)

2. Insulin 療法，及阿片劑應用。

7. 副腎 (Addison 氏病)

Adrenal Gland

副腎爲保持生命之重要器官，解剖上由髓質與皮質而成，自髓質分泌 Adrenalin。此物對於交感神經，有刺戟作用，可增高血壓與心臟之緊張力，並有增加血糖之能力。而皮質之分泌，有中和自新陳代謝所生有害物質之作用。又對於類脂體之代謝有重要關係云。

倘摘出兩側副腎該動物即死亡，此由皮質之損失，若僅摘出兩側副腎之髓質，亦不見生命之危險可以明矣。然而副腎(尤以髓質)之機能減退，則生 Addison 氏病。再者皮質機能亢進能發生外陰部早期發育，(外觀上之發育雖顯著機能則不完全)而精神之發達常遲延。

【原因】 原於副腎結核肺癆等之機能減退，小兒甚少。

【症候】 與大人相同，以脫力，羸瘦，下痢，嘔吐，皮膚及粘膜(尤其頰部粘膜)之黃褐色乃至青銅色的變色，爲其主要徵。

【療法】 與大人同，只有對症療法。

8. 松果腺 Pineal Gland

松果腺附着於第三腦室之後上壁，漸次增大至生後七年為止，其後不見變化，幼年期存在之意義也。

在幼小動物將松果腺剔出時，則招來身體之早期發育及體重增大，生殖腺尤為著明肥大。故松果腺 Hormon 在幼年時代有重大意義，特別對於生殖腺之早期發育及第二性特徵之早期發現，似有制止作用焉。

松果腺腫瘍極少，多見於幼兒期。因腫瘍侵害松果腺質其機能失整調時呈松果腺症候（身神之早期發育，生殖腺及毛髮之異常發育，脂肪過多變聲等）（第50圖參照）。

9. 生殖腺

Reproductive Glands

生殖腺即睪丸及卵巢之內分泌，自其間質細胞產生，其主要機能除促進第二性徵之發現及生殖腺之發育（他之內分泌腺，例如與甲狀腺，松果腺共同作用）以外，似與物質代謝有關。

小兒期生殖腺機能減退時，生殖腺發育遲延，無第二性徵出現，而身長之異常發育並有脂肪過多症，在男兒則鬚髯不發育不變聲；於女子不見乳房及骨盤發育，外陰部及腋窩無毛，然此等症狀至青春期始著明。生殖腺機能亢進時招來春情風發，生殖腺早期發育症，第二性徵亦早期發現（於生殖腺腫瘍等有見之者）。

第 50 圖
生殖腺早期發生症
(注意生殖器) 4 年
(東北帝國大學醫學部
小兒科教室藏)



第8編 體質性疾患

Constitutional Diseases

I. 體質異常，(素質)

Abnormal Constitution

【定義】體質異常，非獨立之疾患，乃疾患感受性體質也。故生理的刺激可得而起異常之反應者，謂之曰素質。

1. 滲出性體質

Exudative Constitution

【原因】不明，來自遺傳，多現於一家族之小兒。(新生兒無)或云母之遺傳關係深(Gzerny)，與結核無關係，急性傳染病營養上之缺陷等，多成爲誘因。

【病理】脂肪，水分及鹽類之新陳代謝雖有密切關係，其本態則不明。

【病理】 1. 皮膚症狀

a. 脂漏 顛頂部之皮膚，發生灰白色或帶黃褐色之痂皮，除去之則皮膚發赤濕潤，再構成痂皮。

b. 乳痂 多生於一歲未滿之肥腫乳兒，頰部有境界劃然之潮紅斑，皮膚粗糙，生鱗屑而落屑。

c. 痒疹 本症之好發部爲上下肢之伸側及臀部，現粟粒大小之結節或蕁麻疹樣之丘疹，有劇烈之痒感(第51圖參照)。

d. 間擦疹(摩擦疹)多生於身體之屈曲面。

e. 濕疹易生二次性的濕疹。

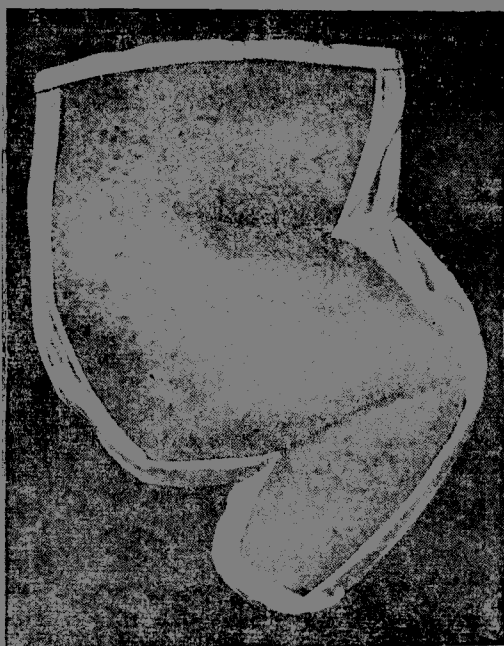
2. 粘膜炎狀

a. Phlykten：

b. 地圖舌(第115圖參照)。

c. 氣道粘膜炎加答兒 有咳嗽，咽頭加答兒，扁桃腺炎，腺樣增殖，氣管枝炎，喘息樣發作等症。

第 51 圖 Skrofulus (仿 Finkelstein-Galewskz 氏)



d. 腸結核加答兒泌尿器結核加答兒等易於發生，故易起下痢膀胱炎等。

3. 血像可認出淋巴球比較的增加，及 Eosin 嗜好細胞之增加(20—30%)。

4. 淋巴腺腫脹，扁桃腺肥大頸部淋巴腺腫脹。

5. 肌肉 一般弛緩平滑肌亦然。

【分類】 分爲癯瘦型及肥壯型兩種。

【經過】 在乳兒期中甚顯明，至青春則自然消散。

【療法】 1. 食餌療法 防過過飲，與以脂肪少蛋白質含水炭素多

之食物(牛酪乳脫脂乳等)，早期與以野菜，果汁，及其他副食物。於年長兒則防避過養，主用植物性食餌。

2. 氣候療法及日光療法等。

3. 碘劑，鐵劑，砒素劑等強壯劑之投與。其他只有對症療法。

2. 胸腺淋巴腺體質

Lymphoid Constitution

【定義】以解剖學上胸腺及其他淋巴組織，例如扁桃腺，脾臟，腸濾泡，其他淋巴組織等之增殖肥大為特征。

【症候】本體質在生前難於證明，多於剖檢上證明之。本體質兒一般弛緩，皮膚蒼白，富有皮下脂肪，可認出扁桃腺，脾臟、淋巴腺等等淋巴組織之肥大增殖。時而因打診或X光等可證明胸腺之肥大(有50—40g)。且患兒易起心悸亢進呼吸迫促等症，並易生榮養障礙瘰癧等症。與滲出體質同時並存者多。

【療法】與滲出性體質相同。

3. 神經關節病體質神經痛風性體質

Neuro-gouty Constiution

【定義】來於都會中一家族之小兒，同一家族多患糖尿病，尿崩症，結石症，偏頭痛，喘息，神經病等。日本患此病者少。

【症候】有多種多樣，大概如下：

a. 多血肥胖質

b. 神經過敏質

c. 弛軟遲鈍質

此等分類，在臨牀上不必可得而區別。患兒易生心悸亢進，卒倒，常習性不整脈，夜驚，偏頭痛，蕁麻疹，週期性嘔吐，尿意頻數，瘰癧等症。

【療法】1. 榮養上注意，2. 氣候療法，水治療法，3. 強壯劑等。

4. 無力性體質 Asthenic Constitution

【定義】於6—8歲的學童期，所見之纖細虛弱小兒也。似與遺傳結核等無甚關係。

【症候】1. 皮膚現為蒼白貧血(假性貧血)。

2. 胸廓長而狹，肋骨傾斜而下垂，肋間腔廣，心窩角為銳角，鎖骨上窩及鎖骨下窩深，肩胛骨突出如翼狀，第十肋骨短，多遊離浮動。

3. 肌肉弛緩。

4. 身長比體重較長。

5. 心臟狹而長(滴狀心)，或現為球狀心。

【療法】1. 適當運動，空氣療法及日光療法。

2. 碘，砒素(Fowler水)番木鱈酒，林檎酸酒等可以應用。

3. 與以充分之營養。

II. 先天性骨骼 發育障礙

Congenital disturbances of Osseous Development

分類如次：

1. 先天性四肢短小症
 - a. 胎生性軟骨萎縮症
 - b. 化骨不全症
2. 先天性粘液水腫
3. 蒙古症

1. 先天性四肢短 小症

Congenital Deformities of Extremities

第 52 圖

胎生性軟骨萎縮症3個月乳兒
(東京帝國大學醫學部
小兒教科室藏)



a. 胎生性軟骨萎縮症 Chondrodystrophy

【原因】雖未能明，最近則謂其原於腦下垂體之疾患，尤其關於胎生期之壓迫。本病因胎生期中軟骨內化骨之早期停止，骨端與骨幹間之軟骨增殖不充分而生。

於軟骨柱之石灰沈着及化骨機轉無障礙，因骨膜性化骨反見旺盛故四肢骨短小肥大也。

【症候】1. 頭蓋大，頭蓋其底部短縮，鼻根凹陷。

2. 四肢甚短小（第52圖參照）。

3. 精神及生殖器發育多無異常。

【療法】只有對症療法，可試用腦下垂體（尤其前葉抽出物）之注射。

b. 化骨不全症（骨脆弱症） Osteogenesis Imperfecta (Osteopsathyrosis)

【原因】不明，雖現於一家族中，然遺傳關係則未明。

【病理】胎生期骨疾患，骨膜及骨髓膜化骨有障礙，骨吸收則無障礙，故骨菲薄且脆軟，四肢骨（尤其管狀骨）特別著明。故於子宮內生活時即生自然骨折產後可見多數骨折。

【症候】1. 因為骨折（有多至數十數百者）而來骨之彎曲短小（第53圖參照）。

第 53 圖

先天性骨脆弱症化骨不全症（注意骨痂構成） 23日乳兒（著者）



2. 頭蓋雖為正常大而頭蓋骨菲薄，認出羊皮紙狀捻髮音。鞏膜多現為青色。

3. 骨X光像 硬骨質菲薄，海綿組織之骨小板鬆疎，骨彎曲而短小，骨折部治愈者認出骨痂構成(第54圖參照)。骨端無變化，手根骨化骨不異常。

【療法】 只有對症療法。

2. 先天性粘水腫(甲狀腺部參照) Congenital Myxedema

3. 蒙古症(蒙古人種癡呆) Mongolism

【原因】 雖未能明，多現於木子，尤以晚婚者之小兒為多，遺傳則不能證明。

【症候】 眼臉裂窄狹，斜向內下方，有半月狀骨質皮印，頭蓋小

第 54 圖

蒙古人(注意面貌及舌之狀)

(仿 Rebert Hutchison 氏)



第 55 圖 蒙古人種癡呆

(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)



而形圓，舌大有出於口外者。肌之緊張減退，關節弛緩而伸展過度，精神及骨之發育遲延。常常有畸形之合併（第54及55圖參照）。

【療法】 只有對症療法，可試用甲狀腺製劑。

第9編 呼吸器疾患

Respiratory Diseases

1. 先天性喘鳴

Congenital Asthma

【原因】 多發於體質異常兒，原於喉頭異常，喉頭孔狹隘，咽喉組織緊張減退等。

【症候】 產生之直後或數日後，發生吸氣性笛聲，然睡眠中亦有之。

【豫後】 一般良好，因其發育（1—3年後），而自然治癒。

【療法】 除注意營養之外無他法。

2. 急性鼻炎及急性咽頭炎

Acute Rhinitis, Acute Pharyngitis

【原因】 續發於麻疹，猩紅熱，風疹等，然亦有原發的，以感冒爲主因者，易生於季節變換期。於體質異常兒尤然。於乳兒來種種之障礙，誘發氣管枝炎，肺炎等者不少。

【症候】 1. 鼻涕分泌及鼻閉 因是發生哺乳及呼吸困難，而招來衰弱。

2. 常發生輕熱，時而有高熱或無熱。

3. 噴嚏

【合併症】 有中耳炎，消化不良症，氣管枝炎及肺炎等。

【診斷】 容易。

【療法】 1. 保溫及養護。2. 下熱劑及祛痰劑之投與。3. 鼻閉甚時可滴入千倍 adrenalin 液 1日 6—7回，或 5% Protargol 液塗其鼻腔。

3. 青黴素噴霧劑之吸入。4. 青黴素之注射及磺胺劑之內服。

3. 慢性鼻炎

Chronic Rhinitis

【主徵】 於乳兒因鼻閉而來哺乳及呼吸困難，故有著明衰弱。

【原因】 除由急性鼻炎轉為慢性者外，多原於滲出性體質，腺病質，梅毒或白喉等。

【療法】 1. 治療其病原 2. 千倍adrenalin，2—3%硝酸銀液，Lugol氏液塗布等。

4. 扁桃腺炎

Tonsillitis

Angina 雖為咽頭及鼻咽頭粘膜之炎症疾患，主侵犯扁桃腺及腺樣組織。

a. 加答兒性扁桃腺炎及滲出性扁桃腺炎

【原因】 猩紅熱，流行性感冒，流行性腦脊髓膜炎，麻疹等傳染病之一分症狀，其他連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，加答兒性菌成為原因者多，特別身體防禦力減退時，因自家感染而發病者不少。尤其淋巴腺體質，滲出性體質之小兒常常侵犯。

【症候】 驟然生高熱，惡寒戰慄，頭痛，倦怠等症，時有現為嘔吐，下痢，痙攣等者，年長兒則有嚥下困難，咽頭痛，頸部及頸下腺腫脹，並有壓痛，口臭，時而招來聲音之變化。

【分類】

a. 加答兒性扁桃腺炎

咽頭發赤腫脹，扁桃腺腫脹尤強，時有粘膜出血。

【經過】 以3—5日為常。

b. 濾胞性扁桃腺炎

淋巴濾胞腫脹甚強，故扁桃腺上發生灰黃色圓形帽針頭大，稍微隆起之膿點，其後潰破，構成淺在性潰瘍，漸漸治愈。經過3—5—7日。

c. 腺窩性扁桃腺炎

扁桃腺腺窩內，發生灰黃色或灰白色粘液性膿樣滲出物，厥後融

合，現種種的大小，恰似偽膜之外觀，然與白喉偽膜不同，易於除去，一般及局部症狀比前二者強。

【經過】數日乃至一星期許。

d. 鼻後性扁桃腺炎，咽頭 Angina，上咽頭炎。

現鼻呼吸障礙，鼾聲，耳痛，重聽等，排出膿性鼻汁。鼻咽頭腔多見有粘液膿塊之附着。後口蓋扁桃腺腫脹。

【經過】一般之經過長，熱度持續一二星期者不少，易於再發。

【合併症】扁桃腺膿瘍，中耳炎，淋巴腺炎，氣道加答兒等。

【續發症】癩麻質斯，敗血症，腎臟炎等。

【診斷】雖屬容易時有與猩紅熱，（注意菌檢查，經過及發疹）白喉（注意熱型，偽膜之性狀與形態之變化及菌檢查）等鑑別困難者。

【療法】1. 隔離，安靜，流動食。2. 頸部冷濕法及含嗽等。3. 1—3% Protargol，2—3% 過錳化氫，Lugol 氏液，1—2% 硝酸銀液等局部塗擦，4. 發汗療法等。（Aspirin，Enchininum，Chinin）。5. 磺胺劑之內服或青黴素之注射，奏效迅速，且可以防免各種併發病。

b. 潰瘍膜樣性扁桃腺炎 (Vincenti 氏 angina)

【原因】紡錘狀桿菌及 *Spirochaeta refringens* 爲其病原體（第32圖參照）。

【症候】1. 局部症狀 多於一側扁桃腺上，生粘稠豚脂狀偽膜，剝離之則成潰瘍。咽頭發赤腫脹，口臭甚強。本症區別爲構成淺在性偽膜與潰瘍之白喉樣型，及進入深部構成廣汎性潰瘍之潰瘍膜樣型。

2. 一般症狀 有似於他種扁桃腺炎，驟然以高熱惡寒戰慄等而發病。又有不現何等症狀而偶然發見者。

【經過】白喉樣型雖與他種扁桃腺炎相同，然潰瘍膜樣型則及於2—3星期，易於再發。

【豫後】一般甚好，時而潰瘍膜樣型有不良者。

【診斷】疑惑時可行細菌的檢查。

【療法】1. 與其他扁桃腺炎相同（口腔清淨，局部塗擦劑使用）。

2. Salvarsan 注射或 10% Salvarsanglycerine 之塗布，Trypflavin 之注射等可以奏效。最進步之療法爲一面注射青黴素，一面用青黴素錠劑含於口腔，半小時一片（指較大兒童）。或應用磺胺類中之 Sulfadiazine 及 Sulfathiazole 亦佳。

5. 淋巴性咽頭腺增殖 Pharyngeal Adenoids

【意義】是乃後鼻口咽頭腔及口蓋等發生淋巴組織之慢性肥大增殖也。

a. 口蓋扁桃腺增殖。

平常雖無何等症狀，若極度肥大增殖時，則有嚥下困難，呼吸鼾聲，口腔哆開，重聽等症。

b. 咽頭扁桃腺增殖

6—12歲之小兒多患此症，尤其多生於腺病質，淋巴腺體質，滲出性體質之小兒。現爲鼻呼吸障礙，重聽，頭痛，呼吸鼾聲，刺激性咳嗽等，觸診軟口蓋口之後方則觸知腺樣增殖。

【療法】高度時則行外科手術。輕度時則用硝酸銀液塗布。

6. 咽頭後膿瘍 Retropharyngeal Abscess

【原因】主原於連鎖狀球菌，有時原於流行性感菌，此等菌侵入咽頭粘膜下之淋巴腺，因化膿而發現。多續發於急性傳染病（麻疹，猩紅熱，百日咳等），中耳炎，上部氣道之加管兒等。常見於1—2歲之乳幼兒。

【症候】初期雖只現爲發熱。淋巴腺腫脹及化膿增進，則現呼吸困難，喘鳴，嚥下困難，鼾聲，頸部強直，液體之鼻孔逆流等。觸診咽頭部，則有知其有胡桃大球形乃至卵形，初爲硬浸潤，後爲波動性腫瘍。多偏於右或偏於左。

【經過】自然破壞，或蔓延於周圍，稀有下垂至鎖骨下，縱隔竇或起敗血症者有之。

【診斷】初期困難，可行觸診。

【療法】1. 頸部濕布。2. 有膿瘍則切開之，而注意後療法。3. 原

於流行性感菌者有時可用 Streptomycin 治療；原於其他化膿菌者則可用 Penicillin 及 Sulfonamides 治療。

7. 急性喉頭炎 Pseudokrupp Acute Laryngitis

【原因】小兒之喉頭孔比較的狹小，故因輕度之粘膜腫脹易起窄狹症狀。與急性鼻炎之原因完全相同，多生於季節變換時及冬季。因喉頭過勞（長時之唱歌發聲等）亦可發生。

【症候】分類為輕症型及重症型。

1. 輕症型 發生喉頭粘膜之腫脹發赤及分泌增加，有輕熱，嘎聲，咳嗽，犬吠性咳嗽尤著明。因1日數回之吸入，保温，養護，攝食等5—4日而治愈，然時而轉氣管枝炎肺炎者有之。

2. 重症型 原於喉頭粘膜，尤其聲帶下面皺襞部腫脹發赤，分泌物增加，不能認出偽膜，多於睡眠時突然發現，現呼吸困難，犬吠性咳嗽，口唇紫赤色，脈搏頻數，嘎聲，胸骨上窩及心窩部之吸氣時陷沒稀見無聲等高度窄狹症狀。發作有及數分乃至數十分，時見一夜有數回發作者，發作停止即安靜熟睡翌日起床後於日中雖不常反覆，然夜間有再來發作。是曰 Pseudokrupp。多生於神經質，滲出性體質或淋巴質之小兒，易於反覆。時而當流行性感菌時，現劇烈之 krupp 症狀，然非突然發生於夜中，漸次而來，與真性 krupp 區別頗困難，時有非細菌學的檢查不能區別者。

【診斷及類症鑑別】診斷雖容易，然假性 krupp 與真性 krupp（有多少前驅症狀，且症狀為漸進者，口腔，鼻腔，扁桃腺偽膜之有無，晝夜無別等並細菌學之檢查）。喘息性氣管枝炎，咽頭後膿瘍，聲門痙攣等之區別頗困難。

【療法】1. 保温

2. 蒸氣吸入及頸部濕布。或使用冰囊。
3. 與以熱性飲料，使其充分發汗。
4. 祛痰劑，鎮靜劑，下熱劑，撤酸劑等之投與。
5. 狹窄症狀增惡時則行插管法或氣管切開術。
6. 用青黴素之噴霧劑或青黴素磺胺混合粉劑應用於局部。嚴重病例則應併行青黴素或磺胺劑之全身治療。

8. 慢性喉頭炎

Chronic Laryngitis

【主徵】從急性轉爲慢性，頻發嗆聲犬吠性咳嗽，有經過數週乃至數月者。

【診斷】稍爲困難，與白喉，咽頭異物，咽喉乳嚨腫，先天性梅毒，甲狀腺腫，胸腺肥大等相鑑別有極困難者。

【療法】除鎮咳劑(Codein Phosphor等)及碘劑以外，宜注意衛生。青黴素及磺胺劑之應用亦屬有效。

9. 急性氣管枝炎及氣管氣管枝炎

Acute Bronchitis

【原因】鼻炎之原因完全相同，續發於感冒，麻疹，百日咳，猩紅熱等之急性傳染病者爲多，尤其體質異常兒，佝僂病兒等易於侵犯。

【症候】1. 一般症狀 不舒適，倦怠，睡眠障礙，呼吸及脈搏稍頻數，舌苔，食思不振，於乳兒時有嘔吐及消化不良便排出。

2. 咳嗽 起初分泌少時粗裂而爲犬吠性，分泌增加則成濕性。

3. 熱 不定不規則。

4. 喀痰 幼乳兒不能咯出，悉嚥下。

5. 理學的胸部所見 打診上無變化，聽診上呼吸音銳利，或來呼氣之延長，可聽取種種乾性及濕性囉音。

【診斷】容易。

【豫後】佳良。

【療法】1. 保温，溫罌法，油罌法，濕布，及蒸氣吸入等。2. 用祛痰劑(吐根浸，遠志根浸等)，Codein 劑，消化劑等。較爲嚴重者用磺胺劑內服或注射；青黴素之注射，及青黴素吸入劑之應用等，獲效甚佳。

10. 慢性氣管枝炎

Chronic Bronchitis

【原因】自急性轉移而發現，多生於體質異常兒。

【主徵】咳嗽，時時發熱，胸部可聽取種種濕性及乾性之囉音，濁音則不能聽取，患兒皮膚蒼白，榮養稍不良。

【診斷及類症鑑別】

與結核，氣管枝擴張，喘息性氣管炎等鑑別頗困難。

【療法】 1. 須注意體質異常之治療及養護。並強壯法等。

2. 鎮咳劑(Codein劑，Belladon劑等)揮發性油劑(松節油)及拖水 Chloral 等之吸入。

3. 青黴素吸入劑之應用亦效。

11. 喘息性氣管枝炎

Asthmatic Bronchitis

【原因】 多侵犯滲出性體質，神經性體質，及淋巴質之乳兒與遺傳無關，氣候之變換，鼻炎，氣管枝炎及消化不良等可以成爲誘因，易於反復。

【症候】 喘鳴，呼吸困難，咳嗽頻發等爲其特徵慢性及亞急性氣管枝炎聽診上於胸部聽得多數乾性並水泡性囉音，時而有現肺氣腫狀又往往有苦悶狀態並喘息樣狀態。痰液中不能認出 Charcot-Leyden 氏結晶，Curschmann 氏螺旋體，血液中常見 Eosin 嗜好細胞等易於反復。

【診斷】 臨床上與喘息鑑別雖困難，然本定有氣管枝炎，多在寒冷氣候發生，且咯痰所見常不同。

【類症鑑別】 與氣管枝腺結核，須要鑑別。

【療法】 1. 一般強壯法尤宜以轉地爲良。

2. 碘劑，鈉。Calcium 劑等及祛痰劑 Codein 劑鎮靜劑等。

3. 一部份病例亦可應用青黴素及磺胺劑。

12. 氣管枝喘息

Bronchial Asthma

5—6年以後之小兒多患此症，多爲遺傳的關係。

【症狀】 與大人喘息完全相同，普通於夜間驟然發作，現呼氣性呼吸困難，口唇紫青，痙攣樣發作及苦悶狀態，咳出粘稠痰液，痰液中發見 Charcot-Leyden 氏結晶，Curschmann 氏螺旋體，及多數 Eosin 嗜好細胞，發作時間數分乃至數十分，易於反復。

【診斷及鑑別診斷】 與結核尤以氣管枝結核，氣管枝炎，咽頭後

膿瘍等有鑑別之必要。

【療法】 1. 發作時以 Chloralum hydratum 灌腸 Adrenalin, Asthmolysin 注射, Atropin, Epedrin 等內服。發作後須用碘劑尤以碘化鉍等長期持續使用爲佳。2. 食餌之交換主要給與植物性食餌。3. 一般強壯法, 尤以轉地療養爲最善。4. Paspap 之接種。

13. 氣管枝擴張症 Bronchiectasis

【原因】 先天性氣管枝擴張極爲少有, 通常現於3歲以上之小兒者, 乃續發於百日咳, 麻疹, 肺炎, 肋膜炎者也。

【病理解剖】 主存於下葉, 擴張之氣管枝, 在圓柱狀或囊狀, 有見於數個乃至多數者。大小種種時有及鷄卵大者, 粘膜萎縮, 滲潤種種細菌包含之痰液。

【症候】

1. 一般症候

朝起時咳嗽後, 咯出大量之痰液, 咯痰爲粘液膿狀, 時而放出惡臭, 放置之分爲下層膿樣沈渣, 中層稀薄漿液, 及上層泡沫之三層。榮養比較的良好, 食慾亦佳良, 多不見發熱。時而有呼吸迫促, 口唇紫青者, 手指端肥大而呈鼓棗指者有之。

2. 局部所見

在肺下葉病竈部, 可聽取多數大水泡音, 氣管枝聲, 氣管枝音呼吸, 因其大小而認出種種濁音, 又表在性時, 可現出空洞症狀。

【診斷】 診斷困難, 如因上述之症狀而懷疑, 胸部X光像可作爲有力之補助。其X光像現肺門部之陰影濃厚, 且各處有斑紋狀或瀰漫性萎潤, 其中可證明蜂窩狀或圓柱狀之空洞(第56圖參照)。

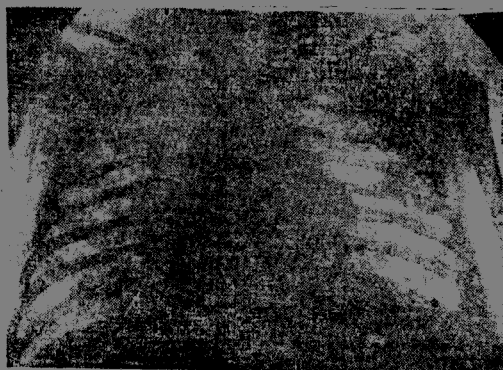
【類症鑑別】

肺結核空洞, 肺壞疽, 腐敗性氣管枝炎等。

【療法】 1. 注意食餌, 施行日光及氣候療法並胸部摩擦, 呼吸運

第 56 圖

氣管枝擴張症(仿 saupe 氏)(下葉之蜂巢狀及環狀著明)



動練習，呼氣性胸部壓迫療法。

2. 除松節油，Eucalypti油，松樹膏等以外，可用炭酸 Guajakol，Creosot 劑，及祛痰劑等。

3. 若爲表在性，時有行手術者。

4. 吸入青霉素噴霧劑，反復施行。奏效不甚確實。

14. 毛細氣管枝炎

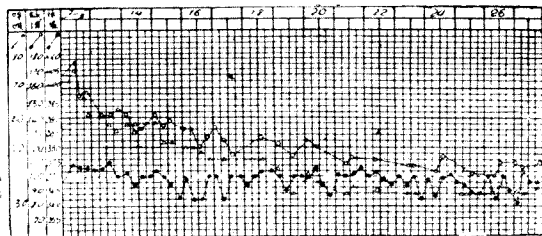
Capillary Bronchitis

【原因】與鼻炎及氣管枝炎之原因相同，特別多見於 $\frac{1}{2}$ —1—2—3歲之幼兒。在百日咳，麻疹，及流行性感冒等急性傳染病之經過中併發者不少。

【症候】1. 一般症狀 多因氣管枝炎漸次增惡而來，然俱以突然高熱(38.—40.C)，咳嗽等而發現，顏色蒼白，鼻翼呼吸，呼吸頻速(1分間40—70)，因呼吸困難而陷入哺乳困難，脈搏頻數口唇紫青色，四肢發冷，不舒適而難安眠，排洩消化不良便，時而生嘔吐或痙攣，營養障礙時，於早產兒或先天性梅毒兒等，有生輕熱者，或有無熱者(第57圖溫度表參照)。

第 57 圖

毛細氣管枝炎 2個月乳兒(著者)



1. 理學的局部所見

比較在所見甚少，可聽得乾性囉音及小水泡音，於下葉尤多。濁音不能證明。聲音震盪亦減弱。

【診斷】 大概容易。

【豫後】 愈幼弱者愈不良，不拘其呼吸困難，無欲狀，青紫色等之著明與否，無熱性者極不良。

【療法】 1. 一般注意營養與看護。

2. 保溫，胸部濕布，芥子濕布(1日1—2回，5—10分)養氣吸入，蒸氣吸入等。

3. 強心劑，祛痰劑等之內服及注射等。

4. 化學治療參照大葉性肺炎節下。

15. 氣管枝肺炎，加答兒性肺炎，小葉性肺炎

Bronchopneumonia

本症多續發於上部氣道或氣管枝炎，然於乳兒時有無前驅疾患而發病者。

【原因】 雖原於種種病菌，然主爲肺炎球菌，加答兒性球菌，流行性感菌等。其他多發現於急性傳染病，尤其麻疹，百日咳，猩紅熱，白喉等之經過中。於乳幼兒有因營養障礙而見無菌性肺炎者。於異物侵入，腸傷寒，白喉，麻疹等因體力衰弱而現吸引性肺炎者有之。此症之經過劇烈，豫後極不良。

【症候】 1. 一般症狀 症狀不定，有多種多樣，多半初為氣管炎，漸次移行於肺炎，然時有突然高熱，咳嗽，嘔吐，食思不振，脈搏頻數，呼吸迫促，鼻翼呼吸，手足發冷，紫青色等而發現者。茲就其主要徵列舉如下：

a. 咳嗽 雖為必發症狀，然無定型，時有現百日咳狀咳嗽者。

第 58 圖

加答兒性肺炎 (著者)



b. 發熱 一般為弛張熱，早低晚高 (第58圖溫度表參照)。

c. 呼吸 頻速 (1分時50—70—90—以上) 而不規則，有鼻翼呼吸。

d. 胃腸障礙 食思不振，舌苔，消化不良性下痢，時而混有粘液。

2. 理學的胸部所見。

多發現於下葉緣及肩胛骨間，起初有如氣管枝炎之所見，可聽得種種水泡音。然不能認出濁音。若肺浸潤擴大時則聽得氣管枝音，氣管枝聲之亢進及多數有響性水泡音，因浸潤病竈之大小可認出多少之濁音 (第59及60X光圖參照)。

【經過】 不能一定，因年齡體質，營養狀態，基礎疾患等而不同。一般要2—4週。

【豫後】 病竈愈廣大者，其病愈重。年齡愈幼小者愈不良。

【診斷】 一般容易，時而與 Group 性肺炎或急性結核等鑑別困難。

【療法】 1. 注意營養

2. 保溫 (18—20°C)，室內空氣使其新鮮濕潤，二室療法為最良。時而有人費用室內乾燥療法或外氣療法，然日本尚未使用此療法也。

第 59 圖

加答兒性肺炎 1歲乳兒

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



第 60 圖

加答兒性肺炎(注意右側之菲薄陰影) 4年9個月



3. Priesnitz 氏濕布，芥子濕布，芥子泥繃絡等。
4. 養氣吸入，蒸氣吸入等。
5. 高熱時則用冰袋冰枕等。
6. 強心劑，消化劑，祛痰劑 (codein Senagae 浸，吐根浸等)及 Lobelin 注射等。

7. 苦悶不安等苦明有睡眠障礙時，與以鎮靜劑催眠劑等爲良。
8. 化學治療參照大葉性肺炎節下。

16. Croup . 性肺炎，大葉性肺炎， 肋膜肺炎

Lobar Pneumonia

【原因】與大人相同，源於 Frankel 氏肺炎雙球菌 (I, II, III, 及 IV 型) (第10圖 i 參照)，多發於小兒期，1—5 歲之小兒尤多，3 個月以前之乳兒則少，多生於春冬。I. 型爲 Frankel 氏肺炎球菌。II. 型之形態的，生物學的特性雖與 I 型相同，然凝集反應則異。III. 型，曰黏液性肺炎球菌。IV. 型，不屬於 I, II, III. 型在免疫學上多爲異種，此中可分類多數之菌型。

【病理解剖】與大人完全相同，侵犯肺大葉之一葉，或 2—3 葉之纖維素性炎症。分爲四期如次：

1. 充血期
2. 赤色肝變期
3. 灰色肝變期
4. 融解期

侵犯之部位雖不能一定，本 Holt 氏統計左肺下葉占第一位，右肺上葉，右肺下葉，左肺上葉，右肺中葉等次之。時有侵犯數葉者。

【症候】 1. 一般症狀

突然以惡寒高熱而起始，並有頭痛，嘔吐，下痢，痙攣，腹痛及胸側痛等。脈搏雖頻數，呼吸困難不著明。咳嗽在初期少，後期多有食思不振，倦怠，不眠等。喀痰不如大人之著明，多半不能咯出，診斷上比較的意義不多。時於口唇認出 Herpes。

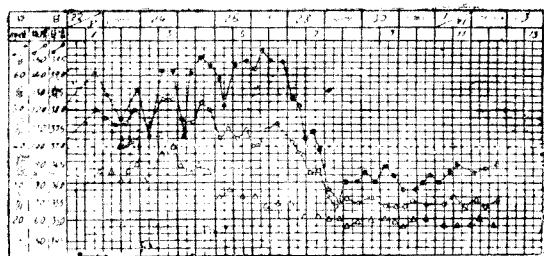
2. 理學的胸部所見

最初極困難，只聽得氣管枝炎性雜音，有呼吸音微弱現象。濁音雖不能認出，兩三日後，漸次於罹患肺葉上有著明之濁音，氣管枝音，氣管枝聲亢進及捻髮音，或聽得有響性小水泡音。

3. 熱型

定型者有 $39-40^{\circ}\text{C}$ 之高稽留熱（第 61 圖溫度表參照），3—9—11 日（多數為 5—7 日）分利而下降，時有弛張熱，又有澀在性者，且時有一時假性分利（一旦分利而下熱，暫時後再度上昇，1—2 日分利而下熱者多）。

第 61 圖
Croup 性肺炎 1 年 11 個月
（著者）



4. 血像 自初期認出著明之中性多核白血球增多症。

5. 神經症狀

頭痛，痙攣等以外之重症，有恍惚狀態，譫語，項部強直及知覺過敏等之腦刺激症狀。

【病型】 從主要症狀分類如次：

1. 腦性肺炎

腦膜炎症狀之顯明者。

2. 黃疸性或傷寒性肺炎

胃腸症狀，即下痢，嘔吐，黃疸，脾腫等為其主徵。

3. 中心性肺炎

浸潤偏於門部，分利後有現於表面者。

4. 遊走性肺炎

從一肺葉轉變於他肺葉之肺炎也。

5. 多葉性肺炎

第 62 圖

Croup 性肺炎(發病第三日) 1年3個月
(著 者)



第 63 圖

Croup 性肺炎右上葉(第7日) 12歲(分利於發病11日)



二三肺葉同時浸潤者。

【合併症】 有纖維素性肋膜炎，膿胸，中耳炎，腎炎，心囊炎敗血症，腦膜炎(肺炎球菌性)，腦炎等相合併者。

【診斷】 初期雖困難，注意其一般症狀，並不甚困難。特有與傷寒(胸部理學的所見，尿中 Diazo 反應等)，肋膜炎(胸部理學的所見，摩擦音之有無等)，腦膜炎(理學的胸部所見，尤其氣管枝音氣管枝聲之亢進及腦脊髓液之所見等)，加答兒性肺炎(呼吸頻速，鼻翼呼吸及胸部所見等)等相區別之必要。X 光電診斷為有力之補助，於初期認出以肺門部為頂點之三角陰影，後期則一肺葉之境界可明瞭認出(第62及63X 光電圖參照)。

【豫後】 一般良好

【經過】 比大人一般短縮5—7日，時而多在9日分利胸部所見通常10—14日消失

【療法】 1. 注意看護及食餌。

2. 胸部病竈及心臟部之冰囊，或 Prissnitz 氏器法。

3. 養氣吸入。

4. Remijin Transpulmin 之早期投與，及強心劑消化劑等之投與。

5. 發熱長久時亦可與以下熱劑。

6. Omnadin Chilin Erstin Saneakin 等之非特異性刺激療法亦可試用。

7. 近時美國由各菌型試用血清注射，有謂能奏效者。

8. 青黴素溶液行肌肉注射，每三小時一次，每次5,000—10,000單位，迄熱退淨為止。有數病例併行青黴素噴霧劑之吸入法，奏效極為確實。

9. Sulfathiazole Sulfadiazine 內服，前者每三小時一次，後者每六時一次，每日劑量按體重每公斤0.2gm 計算，例如十公斤體重之小兒，其每日劑量約2.0gm，平均分配數次分服。奏效亦宏。(Sulfadiazine 之劑量應較低於此，亦足以奏同樣之功效。服藥時與以等量之重碳酸鈉，並促其多飲水。)

17. 慢性肺炎

Chronic Pneumonia

【原因】 氣管枝肺炎，尤其流行性感冒，百日咳，癩疹，肺炎等

往往遷延而取慢性之經過，肺支潤不易消退，特別於一肺葉侵犯稍廣者有之。

【症候】

1. 一般症狀

食思減退，咳嗽不止，發熱不定。

2. 理學的胸部所見

可聽取大小種種之有帶性囉音，伴有鼓音性伴音之濕音，氣管枝音，或呼吸音微弱者有之。

【診斷】 甚困難，特別與肺結核氣管枝擴張等差別頗困難。

【豫後】 一般良好

【療法】 1. 食餌，呼吸練習，空氣療法，轉地療法。

2. Creosot 或 Guajakol 劑之投與，松節油，Eucalypus 油等之吸入等。

3. 祛痰劑之應用。4. 青黴素及 Sulfonamides 之應用亦有相當功效。

18. 肋膜炎

Pleurisy

【原因】 大人之肋膜炎大概為肺結核性，於小兒期則不必然。rheumatis 性者有時雖為特發，其他多數皆自周圍炎症或遠隔部位經過淋巴道或血行而發病，即續發於肺炎，心囊炎，橫隔膜下膿瘍，肺結核，蟲樣突起炎等，或續發於流行性感冒，麻疹，百日咳，傷寒，敗血症等者有之。

【病理解剖】 於小兒期，一般雖為漿液性及纖維素性肋膜炎，於乳幼兒期多為化膿性肋膜炎。化膿性肋膜炎大多數續發於Croup 性肺炎（分利前或分利後）膿中有肺炎球菌（參照第107圖i）可以證明。出血性肋膜炎雖多為結核性，其他肋膜炎主原於肺炎球菌（約80%）。

【症候】

1. 一般症狀

發病雖有徐緩者，大概突然而發，訴述頭痛，嘔吐，高熱（39—40°C）惡寒等者多，於幼兒時有以嘔氣，嘔吐，溼瀉，譫語等而起始者。患兒現食思不振，蒼白貧血，羸瘦，咳嗽，口渴，呼吸時胸痛（於幼兒有訴說腹痛者），呼吸迫促（1分間40—50—60，呼吸

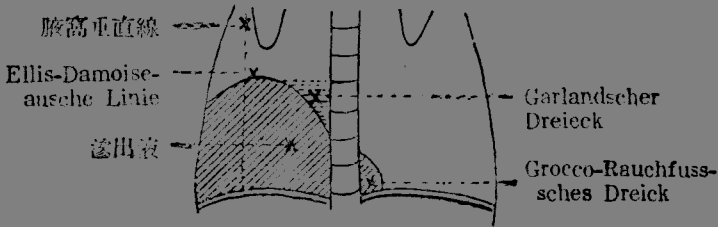
淺薄，睡眠妨害，顏面現出滿狀，而有弛張熱型。

2. 理學的胸部所見。

胸廓稍擴大於患側，運動縮小，患兒以患側臥位而靜臥。患側有著明之抵抗及濁音，於下部尤強。若滲出液著明則有如大人之所見，Grocco-Rauchfuss 氏三角，Garland 氏三角，Ellis-Damoiseau 氏線等可以證明（第64圖參照）。於上部多呈鼓音性伴音。聽診上呼吸音微弱或全然不能聽取。聲音振盪減弱，或有摩擦音，或有氣管枝音（第65圖 X光像參照）。

第 64 圖

肋膜腔內滲出液潴留略圖



第 65 圖

膿胸（左側）5年1個月
（著者）



第 66 圖

肺結核，滲出性肋膜炎(左)及葉間性肋膜炎(右) 8年8個月
(著者)



【合併症】 肺炎，腹膜炎，結核等。

【轉歸】 滲出液徐徐吸收而治愈，招來厚皮構成，肋膜愈著，患胸側萎縮，心臟轉位等有之。然於膿胸自然吸收者少，破潰於胸壁而致胸壁穿孔性膿胸或破裂於肺臟內面咯出大量之膿，自然治愈者不少。

【診斷】 診斷雖容易，疑惑時必須行試驗穿刺，因肋膜愈著發生包裹性膿胸時，或膿液濃厚時，不必定一回可以成功，倘於葉間有滲出物滯留之葉間肋膜炎(第66圖X光像參照)時，則診斷困難，除X線光診斷以外無他法。

【療法】

- A. 滲出性肋膜炎。
 1. 靜臥。
 2. Priessnitz 氏濕布。
 3. 滲出液有多量時，則因數回之試驗穿刺而排除其少量，或行穿胸術。
 4. 食餌宜注意。

5. 內服藥宜用利尿劑，強心劑，消化劑，撤酸劑，碘劑磺胺劑等。青黴素之連續注射尤有迅速消炎退熱及停止肋膜滲出之功。

B. 膿胸

1. 安靜及注意食餌。
2. 反復行單純穿刺法。此時有用 Rivanol 鹽酸 optnochin Dakin 氏液洗滌者。
3. Bülow 氏排膿術。
4. 用 Potein 氏或 Durafoy 氏裝置之吸引法。
5. 肋骨切除術。
6. 強心劑，碘劑，消化劑等之應用。
7. 青黴素應用於膿胸，一面用青黴素溶液之全身治療，一面用稀薄溶液注射於膿胸腔內。
8. 大量之 Sulfonamides 應用，亦具卓效。

19. 氣胸，氣胸症

Pneumothorax

稀有之病症，續發於肺結核，膿瘍，壞疽，或氣管枝擴張症，膿胸等，或繼發於外傷（肋骨骨折）等。大多數不但氣胸，且呈膿氣胸。

【症候】

突然胸痛，以呼吸困難發病，呈甚不安之狀，脈搏頻小，轉弱，胸部打診上高調，稍帶鑼性，呼吸音消失，聽取困難。心臟，肝臟，受壓迫而轉位者多。

【療法】

1. 守安靜，局部使用冰囊，與以鎮靜劑等。
2. 呼吸困難著明時，則用穿刺法排除瓦斯。
3. 膿氣胸則施以外科的手術。

20. 橫隔膜疝氣

Diaphragmatic Hernia

發現於初生兒及幼兒，突然呼吸困難，胸部稍膨隆而有鼓音，腹部著明陷沒，心臟衰弱而現重篤症狀。X 光線檢查時可認出胸部有腸之陰影即龜甲形之像。多生於左側。除外科手術以外無他法，且豫後極不良。

第10編 心臟疾患

Diseases of the Heart

1. 先天性心臟疾患

Congenital Heart Diseases

【原因】多原於異常發育，時有原於炎症性變化者。

【症候】1. Cyanose (紫青症) 多現於手指，足趾，耳殼，口唇等，啼泣時著明。時有完全缺乏者。主由於養氣缺乏，炭酸增加及二次性血色素增加等。

2. 呼吸困難 與Cyanose 爲正比例而增加，時有起痙攣者。

3. 鬱血症狀 因末端毛細管鬱血而現爲鼓桴指(第67圖參照)，又

第 67 圖

先天性心臟疾患鼓桴指 12年10個月

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



因肺鬱血易起氣管枝炎，浮腫則比較的少。

4. 心臟之理學的所見 擴大於心界右方，三歲以下之幼兒，若聽診上有心雜音，可認爲先天性者也。

5. 發育遲延，精神及肉體發育皆遲延。

6. 【體溫】一般體溫低下，四肢發冷。

【分類】分類如下，雖爲便利，然混合型多，甚不容易。

a. 有紫青病之先天性心臟疾患。

b. 無青紫病之先天性心臟疾患。

a. 有青紫病之先天性心臟疾患臨牀上重要者如下：

i. 肺動脈窄狹症

【症候】有 Cyanose，毛細管鬱血，右心室擴張，肺動脈口上之收縮期性雜音，第二肺動脈音之缺乏，鼓摺指（年長兒較多第69圖參照）等症。

多與中隔或卵圓孔缺損相合併。

ii. 大血管轉位

【症候】此症稀有，Cyanose著明，心臟擴張於左右，有收縮期性雜音，與中隔缺損症等相合併者有之。

b. 無紫青症之先天性心臟疾患臨牀上重要者如下：

i Botalli 氏管之閉存

【症候】著明之肺動脈收縮期性雜音，肺動脈第二音亢進，胸骨上左上可觸知貓喘，Gerhardt 氏濁音帶（於胸骨左側1—2肋骨間有橫指幅之濁音）可以證明，因X光線可認出肺動脈之擴張，右心之肥大擴張等。

ii 心室中隔缺損(Roger 氏病)

【症候】胸骨左側，第三肋骨處有高調粗糙收縮期性雜音，第二肺動音之亢進等，本症時有自覺症少，而保持於高齡者，有偶然發見者。

iii 大動脈狹窄症

【症候】1. 與後天性大動脈狹窄症現同一症狀，大動脈口可聽取收縮期性雜音。

2. 峽部窄狹症 Botalli 氏管開口於大動脈部之窄狹，多數窄狹度不高因左心室之肥大而代償，永遠保其生命者有之。有貧血，左心濁音界擴大，胸骨上部之收縮期雜音等。而第二肺動脈音不減弱，至後年發生副血行循環，內乳動脈，肋間動脈擴張，可觸知搏動或可望視之。

【豫後】因種類及程度而異，一般不良者多。

【療法】1. 看護，2. 除努力防避合併症之外，只有對症療法。

3. 醫師不宜詳告病者其症候之嚴重情形，俾免患者及其家屬過於悲觀，認為生命無望。蓋本症之較輕者，苟調養得法，高年亦非不可能。

2. 急性心內膜炎 Acute Endocarditis

【原因】發現於胎生期者少，侵犯右心之動脈瓣，發現於生後5—6年前者少（於乳兒現為敗血症之一分症者有之）多發於10—15年。本症無特發者，常續發於急性傷寒，及舞蹈病（全數 $2/1$ ）等，亦有續發於猩紅熱，傷寒，扁桃腺炎，白喉，肺炎，流行性感冒，丹毒，結核，骨髓炎等者。細菌學的檢查，發見連鎖狀球菌最多，亦有葡萄狀球菌，肺炎球菌，傷寒菌，大腸，淋菌等。

【病理解剖】與大人無大差異，於小兒發覺性心內膜炎多，潰瘍性心內膜炎少。

【症候】1. 一般症狀 有倦怠，蒼白，惡心，食思不振，呼吸頻數，心悸亢進，胸內苦悶，及弛張熱等症。少有自覺的或他覺的不規則等症狀而經過者。

2. 心臟所見 最多侵犯者為僧帽瓣，故於心尖最初現為第一音減弱或不聞，漸次則聽得收縮期雜音。雜音為軟性吹笛音或吹息音心尖部甚著明。小兒之心肌力強，故多永久不現肺動脈充血，第二肺動音亢進，及心臟肥大擴張等。然於X光像，有僧帽瓣膜病特有之像，現為肺動脈第二弓膨隆，左右心房擴張。大動脈瓣侵犯者少，若心內膜炎永久存在或常常再發時，則大動脈瓣被侵犯可聽得收縮期性雜音，其後則聽得擴張期性雜音。

3. 乳兒心內膜炎極稀少，其症狀及經過與年長兒相異，故診斷亦困難。續發於敗血症，心雜音永不能聽取，心臟肥大亦不能見，現發熱蒼白，Cyanose 及呼吸困難等，時而現假死狀。有類似於急性粟粒結核之症狀，多於2—3星期即死亡。

【診斷】頗屬困難，有熱性病時，若現心臟器質的雜音，雖屬容易，時有不明者。

【療法】1. 安臥 心臟部冰囊及流動食攝取。2. 撒酸劑之投與。3. 心臟衰弱則與以樟腦劑，咖啡劑等。4. 不安苦悶時，則與以Codein 劑，Morphin 劑。5. penicillin 與 Heparin 之同用，對於本症之治療價值甚高，但其治療最短需一個月，Penicillin 之劑量自每日五萬單位漸增至二十萬單位。Heparin 之合併應用可以降低血液凝固力而防止炎症增殖物之堆積。一部份病例要復發，故須施行第二次治療。磺胺類藥物亦會應用於本症，效果不甚可靠。

3. 慢性心內膜炎及後天性心臟瓣膜障礙 Chronic Endocarditis

【原因】本症續發於急性心內膜炎，5歲以下之小兒少，僧帽瓣侵犯者多，可及大動脈瓣障礙之15—20倍。

【症候】1.多數潛在，發見於偶然之機會者多。

2.心臟所見 有輕度之心臟部膨隆，左室肥大，強調銳利之雜音等。

3.代償機能障礙 時而招來肝臟腫大，Cyanose呼吸困難，氣管枝炎，末梢靜脈擴張，水腫等症。

【分類】1.僧帽瓣閉鎖不全。

心尖部有收縮期性雜音，第二肺動脈音之強大及右心之肥大常缺乏者不少。

2.僧帽瓣窄狹

多續發於僧帽瓣閉鎖不全症。最初之僧帽瓣窄狹，多現於青春期，可聽得擴張期性雜音及貓喘等。

3.大動脈瓣閉鎖不全

本症多與大動脈瓣窄狹併發，10—12歲之小兒多，接於右第二肋間胸骨，有著明之雜音。

4.三尖瓣閉鎖不全

於重症僧帽瓣障礙，代償機能障礙時發見之，右心之肥大著明。

【經過】慢性。

【診斷】非必一定困難。

【療法】1.防避過急之運動，及飲酒，咖啡，茶等。

2.一般的衛生

3.有代償機能障礙，則絕對的安靜，並投與以 Digitalis劑。

1. 急性及慢性心肌炎

Acute and chronic Myocarditis

【原因】急性心肌炎 原發性者少，多續發於急性傳染病，尤其

白喉，猩紅熱，敗血症，時有續發於百日咳，傷寒者。於倭瀧質斯有與心內膜炎及心囊炎併發者。

慢性心肌炎 於小兒甚少，多續發於急性傳染病，心臟瓣膜障礙，心囊愈著等。

【症候】 雖有被掩於原疾患而症狀不明者，一般之主徵如下：

1. 心力衰弱，脈搏貧弱不整，心尖搏動及心音微弱。
2. 心室擴張 現於一側或兩側。
3. 收縮期性雜音 出現於心臟機能比較的不完全時。
4. 鬱血症狀 肝臟腫大，末梢部浮腫等。
5. 血壓下降。
6. 一般症狀 現為蒼白貧血，食思不振，不安，嘔吐，呼吸困難及 Cyanose 四肢發冷等。

- 【療法】 1. 絕對安靜，心臟部冰囊。
2. 攝取易於消化之食物，防避液體之過給。
3. 強心劑應用時，Digitalis 劑效力較少，主用 Coffein-natrii-benzoi, Campher, Strychnin nitui adrenalin 或 Strychnin 及腦下垂體抽出物之併用。
4. 青黴素或磺胺類藥物之大劑量應用，亦有相當功效。

5. 急性心囊炎

Acute Pericarditis

【原因】 於乳兒作為敗血症之一分症而出現，化膿性者多，病原菌以連鎖狀球菌為最多，時有基因於肺炎球菌及淋菌者。3—6—7 歲之小兒則續發於肺或肋膜等接續器官之炎症，而化膿性者多。於 6—8 歲以後之年長兒多生於急性倭瀧質斯（全數約 $\frac{1}{2}$ ），或有原於結核，猩紅熱，丹毒，麻疹等者倭瀧質斯性心囊炎之滲出物，主為漿液纖維索性。

【症候】：1. 一般症狀 有發熱，不安，頭痛，食思不振，胸內苦悶，呼吸頻數及困難，蒼白貧血，Cyanose 脈頻數等。

2. 心臟部所見 可聽得心囊性摩擦音（類似於心內膜炎雜音，常因體之前屈，聽診器之壓迫等而更強）其後滲出液發生則摩擦音消

第 68 圖
心囊炎 11年3個月
(著 者)



失，心音現爲微弱，心臟濁音界漸次擴大，構成以心臟爲中心尖端向上之三角形，心臟肝臟角消失（第68圖X光像參照）。於幼兒有見爲心臟部腫隆者，X光像最初現心臟陰影之弓狀不明瞭，其次則心臟陰影擴大，時而認出搏動不明求心性二重圓之陰影。

【診斷】 比較的不困難。

【療法】 1. 絕對安靜，流動食，心臟部冰囊。

2. 撤酸劑投與。3. 心臟衰弱則與以 Digitalis 劑，樟腦劑，咖啡劑等。4. 苦悶時則與以嗎啡劑，溴劑，Veronal劑等。5. 滲出液多則行心囊穿刺，化膿時則反復行心囊穿刺，或外科的手術。6. 青黴素及磺胺類之大劑量應用。

（附記） 心囊穿刺

最普通之方法爲 Curschmann 氏法於第5肋間心尖外側 1cm 之部，將針稍向上內方而刺入之，若感覺有緊張之液囊抵觸，即係達至心囊內之徵，抽出中心針則液流出。

6. 心囊愈著

Adherent Pericardium

【原因】 續發於心囊炎，尤其原於癆瘵質斯及結核者。

【症候】 1. 心尖部之收縮期陷沒及擴張期之反動。

2. 心機能障礙，因僅微之運動，而有呼吸困難，Cyanose，脈頻數弱小等症。

【診斷】 困難。

【豫後】 一般不良

【療法】 1. 行心囊剝離 Cardiolyse。2. Fibrolysin 注射 Theophyllin 投與者有之。3. 對於心臟機能障礙只有對症療法。

7. 心臟機能不全;循環系機能不全;心衰弱

Functional Disturbances of the Heart

【原因】 多續發於急性及慢性心肌炎，時有現於慢心瓣膜障礙之代償機能障礙者。

【症候】 末梢部 Cyanose，呼吸困難，浮腫，腹水，血壓下降，肝脾腫大，靜脈搏動，右心擴張等。

【療法】 絕對安靜，Digitalis劑，Caffein Natrium Benzoicum，Camphor 劑等。

第11編 血液疾患

Diseases of Blood

1. 貧 血

Anemia

【意義】 貧血係指總血量之減少而言，然在臨牀則係赤血球減少及血色素減少也。貧血至一定程度時，遂有自覺的並他覺的症狀。

【貧血之一般症狀】

a. 自覺症狀，頭痛，眩暈，耳鳴，全身倦怠，四肢厥冷及心悸亢進，呼吸促進等。

b. 他覺症狀，皮膚蒼白，心臟部有收縮期雜音，在頸靜脈處，除觸知獨樂音外，並有心臟擴張，下肢浮腫等。

【分類】 因人有種種之分類，現在無完全者，而以臨牀所見敘述如次：

2. 失血性貧血 Hemorrhagic Anemia

【原因】 驟然損失多量之血液時(急性症)或慢性反覆的出血(慢性症)，即外傷，Barlow氏病，Melena，衄血，腦出血，出血性素因，出血性腎臟炎，痔核，肌腫，腸出血等之出血。

【症候】 血像 因其程度而赤血球及血色素減少亦異。時而認出有核赤血球之出現及白血球增加。

- 【療法】 1.原因之除去。
2.榮養及養護上之注意。
3.輸血，血液注射，食鹽水注射，膠質注射等。
4.鐵劑，砒劑，碘劑肝臟製劑等之投與。

2. 傳染性貧血 Infectious Anemia

【原因】 梅毒，結核，佝僂病，腎臟炎，傳染病(瘧疾，赤痢，流行性感冒等)，腸寄生蟲病，尤其十二指腸蟲病收血症等。

【療法】 1.原發病之療法。2.鐵劑強壯劑砒劑，肝臟製劑等之投與。

3. 中毒性貧血 Toxic Anemia

【原因】 水銀，砒，鉛，蛇毒，Saponin，綿馬膏，膽汁酸，鹽酸，鉀，Anilin，及其誘導體，沒食子酸，亞硝酸 Amyl，Nitrobenzol 等中毒時，所招來之貧血。

- 【療法】 1.原因之除去。
2.一般衛生及食餌之注意。
3.鐵劑，肝臟製劑，一般強壯劑等。
4.輸血，或生理食鹽水葡萄糖等。

4. 學校貧血及細民貧血 The Anemia of Poor People

【原因】 於貧民階級，關係於非衛生的生活

【症候】 1. 血像 皮膚現蒼白，然現貧血者少，實屬於假性貧血也。

2. 一般症狀 頭痛，食思不振，不眠，心悸亢進等。

【療法】 1. 衛生的生活。

2. 營養上之注意。

3. 空氣療法。

4. 鐵劑，砒劑，碘劑，肝臟製劑，強壯劑之投與。

5. 食餌性貧血

Nutritional Anemia

【原因】 原於乳兒之離乳遲延，山羊乳營養偏食，生活素缺乏症等。

【症候】 血像 赤血球及血色素減少，赤血球不同症 Poikilocytose，有核赤血球出現，色素係數或上昇或下降，白血球正常或增加 (1300—25000)者多。

【療法】 1. 食餌上注意。

2. 空氣療法。

3. 肝臟療法，鐵劑，砒劑之投與等。近時有人推獎以 1% 硫酸銅水溶液 (1回15—20滴，1日2—3回) 與鐵劑並用肝臟療法。治療貧血之目的，與患者以動物肝臟尤以對惡性貧血有卓效，肝臟以牛或鳥之肝切碎生食或煮食，量愈大愈佳，(大人一月200—300g，小兒 20—30—50—100g) 3—5 星期持續與食，現時發賣之肝臟劑甚多 (例如 Hepoun, Heyctoae, Lapa, Le'erhorn, (Bayer), Nagravon, Liver Extraet, Livemin, Livex等)。

6. 乳兒鉛毒性貧血(乳兒鉛中毒症參照)

The Anemia of Lead Poisoning

7. 萎黃病

【原因】 多現於青春期末至20歲之婦人，因卵巢內分泌障礙，赤血

球生成機能尤以血色素合成衰弱而致云。

【症候】 1. 一般症狀 皮膚蒼白，特別帶黃色調，現頭痛，眩暈，倦怠，心悸亢進，耳鳴，便秘，月經困難，白帶下等。

2. 心臟所見 收縮期性雜音，頸靜脈之獨樂音，多能聽取之。

3. 血像 現赤血球正常或稍減少，血色素則著明減少(20—30%)，故色素係數甚小。赤血球現蒼白，於重症則有赤血球不同症，有核赤血球等症者。白血球正常或稍增加，淋巴球比較的增多，血小板亦增加，血清色淡有如水樣，凝固性正常或較易。

當梅毒結核時，則有現假性萎黃性貧血者。

【療法】 1. 注意食物。2. 衛生上之注意，尤須多接觸新鮮空氣。

3. 鐵劑內服有效，或與以砒劑亦可。4. 肝臟製劑亦可試用。

8. 惡性貧血

Pernicious Anemia

【原因】 原因不明之重症貧血於日本甚少(18—50歲易於發生)。

【症候】 1. 一般症狀 現皮膚及粘膜蒼白，內膚帶黃疸色，疲勞倦怠，心悸亢進，食思不振，頭暈，眩暈，耳鳴，出血性素因(多生於皮下及網膜)等舌則平滑瘦削，有訴不快感者，胃液則鹽酸缺乏，缺乏蛋白質酵素凝乳酵素者有之，能認知微熱及輕度之肝脾腫。

2. 血像 赤血球減少(100萬以下者不少)，血色素亦減少(30—20%)，色素係數常比1大，多在1.2—1.8之比。赤血球有大小不同症，變形症(Poikilozytose)，鹽基性顆粒，赤血球，Gabo氏環，有核赤血球，大形赤血球等，並能認知Magaloblasten之出現。白血球無合併症時，常減少淋巴球比較的增多，血小板著明減少，血清帶黃金色調，凝固性減退。

本症患者，時而在經過中表示一時的輕快，赤白血球增加，且有多數有核白血球出現(是曰血液離解)，而朝夕復增惡。

【療法】 1. 食餌的注意及安靜臥牀。2. 肝臟療法及豬胃脾療法有卓效，至貧血之恢復為度，須連續使用，恢復後，以適當之間隔，

再持續使用之。

3. 投與砒素劑(內服或注射)。

4. 輸血。

【豬胃療法】使豬胃乾燥作成粉末與之。1日大人20—30g，小兒5—10g，給與時有勝於肝臟療法之說。

9. 假性白血病性小兒貧血

Leucanemia

【意義】6個月1—2—4歲的小兒所見之高度貧血，有似於脾腫及白血球增加之白血病，然非真性者也。

【原因】梅毒，結核，佝僂病，營養障礙，傳染(感冒等)等為其原因，而非獨立之疾患，乃一個之症狀羣表現於外者也。

【症候】1. 發病 緩徐 高度貧血時始就醫治，故多不明發病時期。

2. 一般症狀 有皮膚蒼白，呼吸迫促，浮腫，出血性素因(衄血，皮下溢血，齒齦出血等)，淋巴腺腫脹等，時而有發熱者。

2. 肝脾腫 脾臟之腫大尤為著明。

3. 血液所見 赤血球非常減少(多達至200萬以下)，現大小不同或 Polychromasie，鹽基斑點，環狀體等，並有核赤血球及多數之大形赤血球出現。故血色素係數多比1大。白血球常增加(2—3萬)，尤其中性嗜好細胞之增加者多，時而見淋巴球之增加。Eosin 嗜好細胞，鹽基性細胞減少。Myelocytin 及 Myeloblasten 之出現者不少。

【診斷】自血像易於鑑別者，為白血病，Gaucher 氏巨脾症等。

【療法】① 努力於原因疾患之治療。

2. 食物的注意(人乳營養，新鮮果汁及蔬菜等之給與)。

3. 鐵劑，碘劑，砒劑等之給與。

4. 光線療法及X光療法。

5. 輸血(靜脈內，腹腔內，靜脈竇內)及血液注射等。

10. 溶血性黃疸 Hemolytic Jaundice

【原因】 赤血球發作性多量破壞於脾臟肝臟(Kupfer氏星芒細胞)及其他一般網狀內皮細胞組織之疾患。然關於其原因，現今無定說。有謂其原於赤血球之抵抗減弱或脾臟及其他網狀內皮細胞組織之機能亢進者。

【分類】 分爲先天性型及後天性型，後天性者少，先天性之來自遺傳的與家族性者多。

【症候】 1.貧血，黃疸，脾腫三者爲其主徵，發作時常增惡，脾腫則有壓痛。

2.血液所見 赤血球減少，大小不同，有核赤血球 Jolly 氏體，小細胞出現 Polychromasie 等著明，然大形赤血球則不能見出。赤血球抵抗減弱。色素係數近於 1，時有上昇者。此等變化發作時著明。白血球正常，或稍增加，血清現爲黃褐色。

【療法】 1.安靜，發作時尤然。

2.砒素鐵劑投與。

3.肝臟療法，輸血及其他對症療法。

4.發作頻數時，則行脾臟摘出，診斷決定，即宜早期施行。

11. 再生不能性貧血，無力性貧血 Myelophthisis Anemia

【意義】 生理上貧血時，則長管骨之骨髓(骨幹部)營爲造血作用，然高度貧血時，則骨髓萎縮，時而現膠樣，全然缺乏再生現象也。

【原因】 似非簡單者，或謂原於個人的素質及害毒之強弱，或謂血小板減少及出血性素因有密切關係，學童少見。

【症候】 1.一般症狀 有頭痛，眩暈，心悸亢進，呼吸迫促，出血性素因(衄血，齒齦出血，皮下溢血等)及微熱等。

2. 血液所見 赤血球雖呈高度之貧血像，然有核赤血球，Polycromasie，鹽基性斑點，Jolly 氏體等則不能認出。雖有輕度大小不同症，大部分則示正常大，色素係數常近於 1. 時而上昇於 1 以上。

白血球常減少，淋巴球則比較的增加。

血小板示高度減少。

【豫後】 極不良。

【療法】 1. 衛生的生活及營養上之注意。

2. 肝臟療法，豬胃療法，鐵，砒等。

3. 輸血及血液注射等。

12. Gaucher 氏巨脾症 大細胞性巨脾症 Polycythemic Splenomegaly

本病(1882年Gaucher) 甚少，來於一家族中，以巨脾肝腫及貧血爲主徵，皮膚現特有之黃褐色。末期則現出血性素因。

血液所見 有高度貧血及白血球減少等。

【療法】 砒劑及X光線療法。

13. Banti (班替) 氏病 Banti's Disease

本病之原因不明(1882年Banti)，現於 5 歲以上之男兒。第一期(脾腫及貧血 3—4—10 年)，第二期(肝臟肥大及貧血增惡，數個月乃至 1 年餘)，第三期(腹水及萎縮性肝硬變半年—1 年)。

血液所見 現貧血像，病的赤白血球之出現則少。

【療法】 1. 早期脾臟摘出。

2. 應用鐵，砒，碘，金雞納等，但不能奏效。

3. X光線療法，其效少。

14. 假性貧血 Pseudo-anemia

赤血球及血色素無何等變化而現皮膚蒼白者也。是乃原於皮膚透

明度之差異。毛細血管之異常攣縮，末梢血管不平等血液分配，或皮膚血管之深在等，與真正之貧血可區別者也。

II 白血病

The Leukemias

【意義】 白血病乃骨髓組織系或淋巴組織系之系統的疾患。無何等原因（有謂為全身傳染者，或有謂為造血機能失調者，何者皆不確定），而此等組織營為高度增殖，因是招來著明之白血球增加者也。（尤以幼小型增加）本症發生時其增殖除骨髓及淋巴腺組織之外，胎生期會營為此機能之肝臟及脾臟亦參與作用者也。

【分類】

1. 骨髓性白血病。
2. 淋巴性白血病。

15. 骨髓性白血病 急性白血病

Myeloid Leukemia

【原因】 雖不明，多生於6歲以後之小兒。

【病理解剖】

骨髓組織之系統的疾患，骨髓增殖及機能亢進，並其他臟器尤其肝臟，脾臟，淋巴腺等發生骨髓樣細胞之增殖者也。

皮膚及粘膜多不被侵犯。

【症候】

A.【急性型，或急性骨髓性白血病】，急性白血性 Leukosen 本型一般想像似比淋巴性白血病少，但亦未必盡然。

1. 一般症狀 本症多數急劇發病，現頭痛，倦怠，四肢疼痛，嘔吐，發熱等。有因扁桃腺炎，口內炎等而來嚥下困難，咀嚼疼痛，齒齦出血，皮下出血等症者。多現高度貧血，心悸亢進，羸瘦，脾腫，肝臟肥大，淋巴腺腫脹等症。時而肝臟肥大與淋巴腺腫脹有缺如者，骨痛，尤有訴胸骨之壓痛，發病狀態有如急性傳染病。

2. 血液所見 白血球增加(數萬乃至數十萬), 尤其 Myelocytén, Promyelocytén, 及 Myeloblastén 增多。Myeloblastén 佔大多數時, 稱爲 Myeloblastén-leukämie 而 Myeloblastén 之小形型占多數時, 稱爲 Mikromyeloblasténleukämie Eosin 嗜好細胞及肥胖細胞或爲少數, 或多缺乏, 赤血球非常減少, 常有多數有核赤血球出現。

【診斷】 多極困難, 尤以其症狀類似急性傳染病, 敗血症, Werlhofii 氏紫斑症, 多發性關節炎等故與此等, 鑑別診斷頗不容易。

【豫後】 急性且有經過 2—3 個月多取死之轉歸者。

【療法】 1. 如急性傳染病, 須行早期對症療法。2. Electrargol, 砒素 X 光線照射, 606 注射等施行似亦無效。3. 對於出血性素質注射食鹽水或馬血清等, 止血劑之注射等。4. 輸血。5. 青黴素或 Sulfonamides 之注射效果亦微。

B.【慢性型 或慢性骨髓性白血病】

本型最多見於白血病中者也。

1. 一般症狀 現貧血, 疲勞, 食思不振, 微熱, 軀血腹部膨滿,

第 69 圖

慢性骨髓性白血病 13年
(著者)



第 70 圖

左患兒之因 X 光線照射
而治愈者 (著者)



胃腸障礙及其他不定症狀。

2. 脾腫及肝臟肥大，脾腫有時達至高度而硬，特訴疼痛，肝臟肥大者多。(第69圖及70圖參照)。

3. 出血性素因及骨痛 有皮下溢血，衄血，齒齦出血等及骨之壓痛，尤其訴說胸骨壓痛者多。

4. 尿所見 多證明輕微之蛋白尿，尿酸排泄常增加，其施行X光線療法時著明。

5. 血液所見 (第71血像圖參照)。

白血球著明增加，時有達至20—50—100萬者。

白血球中顆粒多核細胞佔大多數，其次為 Metamyelocytan, Mejeo-cyten, Promyelocytan, Myeloblasten 等，顆粒細胞中最著者，為中性嗜好細胞系，尤其中性多核白血球，中性嗜好 Myelocytan 次之。時有肥胖細胞多數出現。

淋巴球之絕對數雖增加，然比較的則減少。

赤血球多減少，有再生性貧血現象，鹽基性顆粒及有核赤血球之發現者多。

血小板多著明增加。

【豫後】 有因治療一時現輕快者，然易於再發，遂轉歸於死。

【診斷】 因血液所見易於斷定。

【鑑別診斷】 與 Jak ch-Hayem氏貧血(於年齡及白血球數)淋巴肉芽腫(Eosin 嗜好骨髓細胞及肥胖細胞之缺乏等)，惡性腫瘤(多數有核赤血球出現及發病之狀況經過等)等有鑑別之必要。

【療法】 1. 使用肌劑(Fowleri 水) 碘劑，鐵劑，磷，China, Thoriumx, Benzol 等，然不能奏確效。

2. X光線及鐳光線療法有時可以奏效(第69及70圖參照)。

3. 輸血。

16. 淋巴性白血病 白血性Lymphadenose Lymphoid Leukemia

【原因】不明，多生於年長兒，乳兒及初生兒甚少。

【病理解剖】 淋巴腺，脾臟，扁桃腺，舌及腸濾胞，腦腺，骨髓，肝臟及腎臟等有淋巴組織之增殖現象，同時該臟器現為肥大。

A.【急性型，或急性淋巴性白血病】

本型次於慢性骨髓性白血病而多現者也。

1. 一般症狀 以頭痛，倦怠，嘔吐，下痢，肢痛及骨痛（尤其胸骨痛）等而發病者多。

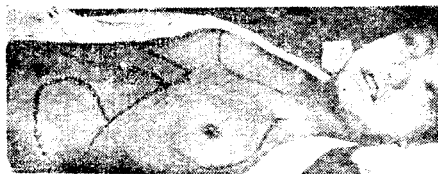
2. 出血性素因 衄血，齒齦，皮下出血等。

3. 淋巴性腫脹 頸部，項部，下顎角，腋窩，鼠蹊部，鎖骨上下窩部，肘關節部等有淋巴腺腫脹。

4. 肝脾腫大及胸腺肥大（第73圖參照）。

第 73 圖

急性淋巴性白血病 12年8個月
（東京帝國大學醫學部小兒科教室藏）



5. 尿所見 有蛋白原圓柱尿等。

6. 血液所見 白血球，尤其淋巴球(90%)著明增加。幼小淋巴細胞 Rieder 氏型等多數出現。時有多數小形淋巴球少數骨髓性細胞發見者亦不少。赤血球減少，貧血著明，則有多染性赤血球，赤血球不同症，慢性白血性 Lymphadenosen 及 Poikilocytose 等血現（第72圖參照）。

血小板多減少。

【經過】 急性，2—3個月多取死之轉歸。

【療法】 與急性骨髓性白血病同。

B.【慢性型，或慢性淋巴性白血病】

本症於小兒甚少。

1. 一般症狀 常以倦怠，羸瘦，貧血，眩暈，頭痛，肢痛，骨痛，不舒適等而徐徐發現。

2. 淋巴腺腫脹及肝脾腫大 全身淋巴腺腫大如鵝卵，無痛而有輕度之肝脾腫。

3. 尿所見 有認出 Bence-Johnes 氏蛋白質。

4. 皮膚變化 有現為結節狀白血病性增殖者。

5. 血液所見 白血球增加（十萬乃至數十萬），大部分為正常淋巴球（90%），稍混有幼小淋巴球及 Plasma 細胞，時有 Plasma 細胞佔大多數者，是白原形質細胞性白血病，其他白血球減少，尤其肥胖細胞及 Eosin 嗜好細胞全然缺乏。

赤血球於後期常有貧血現象。

【經過】徐徐進行，2—3年後，多以惡液質或偶發症而死。

【診斷】因血液所見易於證明。

【鑑別診斷】與 Jaksch-Hayem 氏貧血，Werthoff 氏病，淋巴肉腫等須區別。

【療法】與慢性骨髓性白血病同，即：

1. 砒劑，碘劑，Salvarsan 注射，Benzol 等有使用者，然多不確實。

2. X 光線或鐳光綫療法，於慢性症有奏效者。

3. 輸血。

17. 綠色腫

Leukosarcoma

【意義】白血病之增殖組織現為綠色者，曰綠色腫。故綠色腫乃白血病之一異型也。發見於小兒不少。

【症候】臨牀的症候 血像及經過雖與白病相同，惟經過迅速（2—3個月），而現高度貧血及惡液質，白血球現多數之病型（Kieder 氏型）者多。

2. 好發部位 綠色腫發育為肉腫狀，骨膜下尤其頭蓋骨眼窩等成

爲局限性骨膜下增殖者多(第74圖參照)。

【豫後】 不良。

【療法】 與白血病同。

18. Aleucaeme, 非白血性 Leucosis, 眞性假性白血病

【意義】 組織之變化 臨牀症狀及經過等完全與白血病同, 無血中白血球增加及赤血球減少等者曰 Aleucaemie 非白血性 Leucosis 又曰 眞性假性白血病。故本症可分爲骨髓性及淋巴性或急性型及慢性等型。

【症候】 1. 臨牀上症候及經過與白血病同。

2. 血液所見 白血球數正常而形態的多表示與白血病同樣變化, 卽:

- a. 骨髓性者有現出骨髓系細胞病型及幼小型
- b. 淋巴性者有見淋巴球增加及病的型
- c. 在急性型尤以幼小型爲多

【診斷】 應重視白血球之形態變化, 如欲確實診斷, 施行腺穿刺或脾臟穿刺等並檢查骨髓細胞或淋巴細胞之有無增加。

【療法】 與白血球同。

III. 假性白血病 Aleucemic Leucemia

19. 淋巴肉腫症 Lymphosarcoma

【意義及原因】 侵犯淋巴腺及淋巴組織之肉腫樣疾患, 起始發生於局部, 厥後因淋巴道而侵犯隣接淋巴腺, 次則蔓延於全身。好發部位爲頸部及縱隔竇, 腸壁, 腋窩及鼠蹊部則少, 本症於小兒少, 原因不明。

第 74 圖

綠色腫 5年10個月
(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)



【症候】1.局部症候 腫物之壓迫及浸潤，因發生部位而異。即發生於縱膈竇，則有呼吸困難，胸內苦悶，百日咳樣發作，顏面浮腫，Cyanose 等症。發生於頸部，腋窩，鼠蹊部則有四肢浮腫，神經痛，神經麻痺等症。

2.一般症狀 無熱者多，有時又呈高熱。

3.血液所見 白血球正常，或稍見增加，（時有至4萬者）淋巴球減少，貧血則比較的少數。

【經過】數週—數月—1—2年。因治療一時輕快，然概係進行性，漸次羸瘦發生惡液質或因合併症而死亡。

【診斷】一般症狀及X光線診斷。

【療法】1.砒素內服

2.X光線療法及鐳光線療法。Mesothorium 等。

3.一般的衛生。

20. 惡性淋巴肉芽腫(Hodgkin氏病)

Hodgkin's Disease

【意義及原因】局限於身體之一部，發生淋巴腺腫脹，達至鵝卵大，融合而成大腫瘍，與皮膚不愈著，其次漸侵犯附近之淋巴腺。好發部位為頸部，縱膈竇，腋窩，腸間膜，鼠蹊腺等。本病有謂其與結核有關係者，或以特殊桿狀菌作為病原，然現在未能確定。於小兒雖云不少，比白血病則少。

【症候】1.局部症候 腺腫之壓迫症狀，因其發生部位，即縱膈竇，頸部，腸間膜等而異。

2.一般症狀 有違和，倦怠，食思不振，下痢，間歇熱等，肝臟及脾臟肥大，遂陷入惡液質，尿中Diazo反應多為陽性。

3.血液所見 白血球增加（2—4萬），尤其中性多核白血球，Eosin嗜好細胞等更為增加。淋巴球常減少。

【經過】2—3年。

【診斷】頗困難，尤其與結核性淋巴肉芽腫及白血病，假性白血病，淋巴肉腫等等有鑑別的困難。

【豫後】多不良，因治療一時輕快，然不免再發。

【療法】1. X光線療法。

2. 砒素內服或注射。

3. 一般的衛生。

IV. 出血素因症

所謂出血性素質者，容易出血之狀態也。因少激之障礙，即易出血，或無原因而亦易出血。

a. 症候的現出血性素質時如次：

重症貧血，白血病，諸種傳染病，中毒，肝臟疾患，多血症，惡液質等。

b. 特發性出血性素質

i. 紫斑病

ii. 壞血病，Barlow 氏病

iii. 血友病

21. 紫斑病

Purpura

【意義】從皮膚，粘膜，漿液膜及內臟器之血管，以不明的原因而出血之疾患，後天性者也。

【分類】

a. 從來就臨牀上所見，分類如次者不少。

1. 單純性紫斑病

2. 佝僂質斯性紫斑病

3. 腹性紫斑病

4. 電擊性紫斑病

5. 出血性紫斑病又名 Werlhofii 氏病

b. 臨牀上所見 各型有不能區別者，不必一定適當，近時本血液檢查之結果，血小板之著明減少者，曰真性血小板減少症，與其他紫斑病分離(Frank, Hess, Kaznelson)。而 Glanzmann 氏分類爲屬於 Frank 氏真性血小板減少症之 Werlhofii 氏病，及 Anaphylaktoide Purpura (感染後因 anaphylatoxin 之作用發生血管障礙而生)。Morawitz 氏分類爲真性血小板減少症，及 Schönlein-Henoch 氏紫斑病 (Glanzmann 氏 anaphylaktoide Purpura)

現在余暫從 Morawitz 氏分類敘述之。

A. 真性血小板減少症 (Werlhofii 氏病， 出血性紫斑病)

【原因】或謂原於骨髓之機能障礙 (Frank)，或謂原於血小板之異常破壞 (尤其脾臟) (Kaznelson)，現在未能確定。但非單一原因，因種種理由 (細菌，細菌毒素，體質異常，內分泌腺障礙等) 年長兒爲多。

【症候】本症以皮膚，粘膜，內臟出血等爲其特徵，血液有著明變化。

1. 一般症狀 有倦怠，食思不振，頭痛，四肢痛，不眠，輕熱等症。

2. 出血斑 於全身皮膚及口唇，鼻，齒齦，結膜，咽頭等粘膜及內臟器 (胃腸，腎臟，肺臟及肺絡膜，時而脊髓，角膜等)，認出扁豆大乃至雞卵大之多數出血斑。

3. 血像 有特有之變化，即血小板減少 (有達至 3—6 萬以下者)，病的血小板 (巨大血小板) 出現，出現時間延長，血餅收縮缺乏，凝固時間則正常。常有赤血球減少，異型赤血球出現等之貧血像，於重症則有白血球減少及再生不能性貧血像。

【經過及豫後】急性症，再發性症，慢性症等區分，比較的無生命上之危險，時因多量出血或高度貧血有死亡者。

一過性及症候性血小板減少症

【原因】甚多，與內分泌有關關，或與敗血症，傷寒，梅毒，瘧疾，猩紅熱等有關係。而其毒害作用於骨髓，血管 (及脾臟?)，血小板因而減少。有急劇經過之電擊性紫斑病屬於此部。

B. Schönlein-Henoch氏紫斑病(anaphylaktoide紫斑病，非血小板減少性紫斑病)

【原因】或謂其原於細菌感染，或謂其因新陳代謝異常之自家中毒，或因血管壁機能障礙，現在全然不明。

【症候】本症雖以皮膚出血關節及腸症狀爲其主症，然因出血之程度及局部，多有著明之差別。

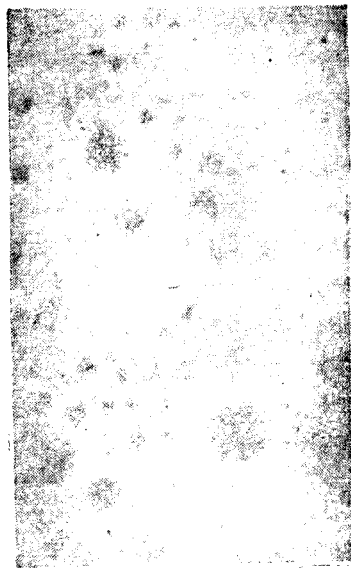
1. 一般症狀 有倦怠，食思不振，頭痛等症，時有併發生激熱者。

2. 皮膚出血 雖有多樣，主現於下肢，上肢及軀幹，現於額面及頭髮部者少。出血斑點之大小雖有種種，帽針頭大乃至一小錢大其

第 75 圖

紫斑病（皮下出血斑）

（仿 Finkelstein—Calewsky 氏）



數有少數者，有極多數者（第75圖參照）。而全身症狀輕微或缺乏者，曰單純性紫斑病。

3. 黏膜出血 一般輕微，有現鼻血，齒齦出血結膜出血等症者。時有現肌肉內出血，骨膜下出血者。

4. 關節症狀 特別現疼痛及腫脹，普通雖為輕度，若異常著明時，則稱為倭瀛質斯性紫斑病，而侵犯足及膝關節者多。關節內滲出物雖有血性者，多數為漿液性。其滲出物多迅速吸收，常常反復時，貽留關節腫脹者有之。而皮膚出血，關節症狀之外，腸症狀（嘔吐，痙攣，瀉腹，尤其血便等）著明者，曰腹性紫斑病。

5. 血液所見 無形態學的變化，唯現二次性貧血像。有謂其赤血球之抵抗減退者（Silbermannn）。重症時多現 Eosin 嗜好細胞之消失（Naegeli）血小板數，出血時間及凝固時間等則為正常。

6. 尿所見 蛋白尿皆有之，腎臟出血則較少。

【經過】 易於再發，然發作性出現者不少，時而經過迅速，在24小時以內，轉歸於死者有之，是曰電擊性紫斑病，本症極稀少，突然來高度之全身皮下出血，陷於虛脫，脈頻小，四肢發冷，現重篤症狀，死於24小時以內。但內臟出血常缺如。本症之一部因敗血症乎，現血小板減少者有之，或不減少者有之。

【診斷】 雖比較容易，時而與 Barlow 氏病，二次性出血性素因症（敗血症，傳染性疾患，假性白血病等為其原因）及血友病等有鑑別的困難。必須行血液檢查。

【療法】 1. 安靜及流動食之攝取。

2. 對於出血可用明膠（Gelatine）注射（5—10%。10—20ccm，1日1—2回），Witte Pepton 之注射（5—10ccm），Clauden，濃厚食鹽水注射（5—10%），氯化鈣注射及輸血，或血液注射，或血清注射等。

3. 對於倭瀛質斯性疼痛，則用 Aspyrin 及 Salicyl 劑等。

4. 對於齒齦出血，則用 Adrenalin，氯化鐵綿栓之填塞等。

5. 對於腸出血則用冰水，冰片，冷茶，硫酸 Atropin 等。或用 Coagulen 之注射。

6. 藥劑則用砒劑，鐵劑，強心劑等。

7. 對於真性血小板症，時有脾臟摘出可奏效者，又有用X光線照射者，或有用蛋白質療法者，或有用 Adrenalin 或 Atropin 注射者。

22. Möller-Barlow 氏病

(第6編 生活素缺乏症參照)

23. 血友病

Hemophilia

【原因】原因雖不明，家族性遺傳則甚明，有越數代尙可得證明者。遺傳雖由於婦人，而婦人之罹是病者少，主侵犯男子。

【症候】發見於1歲以前者，比較的少，續發於偶然外傷，或有自然發現者，以皮膚及粘膜出血之不易停止爲其主徵，而關節（尤其膝關節肘關節）發生出血，時有類似於類瘋癲斯之症狀，有心悸亢進耳鳴嘔吐等之前驅症狀，皮膚，粘膜，肌肉關節，內臟等有自然出血者。

【血像】血小板無變化，凝固時間雖延長（正常10—20倍），凝固性之缺乏雖云因血管內被，血球尤以血小板內含有之 Trombokinnase 或 Trombozym 減少，但尙不確實。

【豫後】一般不良。

【豫防】可及的防避外傷。

【療法】1. 出血時用壓迫綁帶，Adrenalin 之栓塞，或注射 Gelatine，Coagulen。普通血清注射，Witte Pepton 注射，濃厚食鹽水注射，Clauden 注射，氯化鈣注射，輸血或血液注射等，不必能確實奏效。

2. 對於關節出血則用早期穿刺或罨法，濕布等。

3. 投與強壯劑及鐵等。

第23表 現為貧血之種種疾患的血像一覽表

病名	赤血球	色素係數	赤血球形態	白血球數	白血球形態	淋巴球	血小板	脾腫
失血性貧血	其減少有種種程度	下	時存有核赤血球	較正常時增	——	——	有時增	——
十二指腸為貧血	高度減少	下	時有幼小	多數正常	Eosin嗜好細胞增加	——	——	——
食餌性貧血	減少	下而上	不同型Poikilocytose, 有核赤血球	輕時增加	——	——	——	——
萎黃	正高度減少	下降	大小不同, 有核赤血球	正常有	——	——	增加	——
惡性貧血	高度減少	上升	大小不同, 髓質性顆粒赤血球, Megalocytopenia, Megaleblasten	減少	中性嗜好細胞增加, Eosin嗜好細胞減少, 大單核細胞等減少	比較增加	著明減少	成
假性白兒貧血	減少	上升	有核及大型赤血球	增加	中性嗜好細胞增加, Myelocytes, Myeloblasten等出現	比較增加	——	著
溶血性黃疸	減少	近於上升, 有時下降	大小不同, Mikrocytose, Polychromasie.	正	——	比較增加	——	著
再生不能性貧血	高度減少	近於上升, 有時下降	無幼小, 大部分為正	減少	——	比較增加	減少	——
骨髓性白血病	減少	下降	有核赤血球	劇增	多數幼小細胞出現	比較減少	增加	明
淋巴性白血病	減少	下降	有核赤血球多染性赤血球	劇增	增加	減少	增加	多數著明
非白血性假性白血病 Leucosis	程度減少	下降	——	正	幼小, 骨髓性	增加	——	——
紫斑病	減少	下降	——	——	——	——	減少	——

第12編 泌尿生殖器系疾患

Diseases of the Urogenital System

1. 急性絲毬體腎臟炎(急性瀰蔓性
絲毬體腎病)

Acute Glomerulonephritis

【原因】由於扁桃腺炎及猩紅熱最多，或在丹毒，水痘，敗血症，白喉，氣管枝炎，肺炎，骨髓炎，皮膚膿疱疹，濕疹，疥癬等之後發性者，且有併發於結核，梅毒，紫斑病，鉤中毒症等症者。

【病理解剖】主為絲毬體血管之炎症（招來絲毬體血管內皮細胞之增殖及腫脹的包膜上皮細胞之延長並擴大，漿液有滲出現象，至後期則招來包膜等之愈著，或絲毬細管之荒蕪等），細尿管及間質（招來圓形細胞浸潤）或無異常（少數）或同時被侵犯。

【症候】主徵為尿所見之變化（尤其血尿），血壓亢進及浮腫。

1. 尿量減少 著明減少，時至無尿 Anurie，因而比重增高。
2. 蛋白尿 3—5—10%。
3. 尿沈渣 沈渣中認出多數赤白血球，顆粒，圓柱之腎臟上皮細胞等(第77圖參照)。

4. 浮腫 不能一定，時而高度，時而缺乏。

5. 血壓亢進及心臟肥大 輕症者無之，然中等症或高度者，則血壓亢進心臟肥大。

6. 熱 不定 多係無熱

7. 一般症狀 蒼白貧血，倦怠，食思不振，時有嘔吐下痢等。

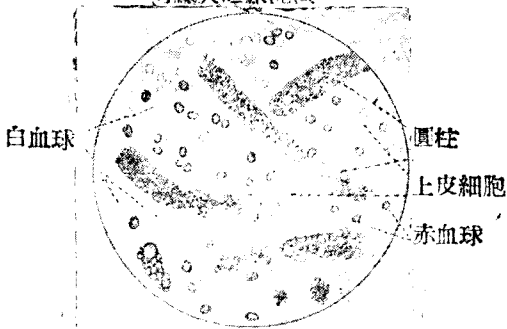
8. 腎機能障礙 含氮素物之排泄機能著明障礙，故血中殘餘氮氣量(通常20—40m%)增加，而生尿毒症，食鹽之排泄能力，高度者雖被侵犯，輕度者則不然，水分排泄機能輕度者，不被侵犯。然一般初期多被侵犯也。

【經過】 2—3—5星期。

【診斷】 容易。

【豫後】 一般佳良。

第 77 圖
腎臟炎之尿沈渣



【療法】 1. 靜臥及規則的排便。

2. 強心劑 (Caffein 劑, Digitalis 劑, Campher 劑等)。50% 葡萄糖液注射, 亦有刺激心臟之效。

3. 食餌療法 蛋白質與食鹽在初期特應制限, 水分亦然, 牛乳少量則可 (1 日 600—800ccm), 人乳亦可, 故急性期可與蔬菜, 青果, 重湯, 粥, 麥皮粥, 麵包, 無鹽牛油, 卵黃等, 而急性症尤以有尿毒症之危險時, 有以糖食餌 2—3 日行之者, 或代替此法有僅與果汁而奏效者。待急性症過去, 無血尿, 浮腫, 蛋白尿亦著明輕快, 可與肉類。漸次尿所見恢復, 再與普通食物。

4. 尿毒症之併發 (尿量減少, 頭痛, 嘔吐, 倦怠, 欠伸, 嗜眠, 昏睡, 痲痺, 發熱等), 若有是等現象則行發汗療法, 瀉血法 (120—150—200ccm), 食鹽注射, Ringer 氏液注射, 腰椎穿刺, 饑餓療法, 或糖食餌療法及鎮靜劑等。水分之供給, 無論何時, 可隨病人需求, 不必限制。

5. 對症療法 對於浮腫則使用利尿劑 (尿素 5—10—20g) Diuretin, 醋酸鉀液等, 時而 Thyreoidin 並用, 可以奏效。

6. 對於血壓上升頗速而水腫程度不輕者, 應行硫酸鎂治療, 功效卓著。每四小時內服 3060—公撮硫酸鎂 50% 溶液, 即使繼續多日, 亦不致有重症腹瀉之虞。如患者初就診時已有昏迷, 驚厥之象, 則可用硫酸鎂 25% 溶液作深層肌肉注射。

7. 處理原發病灶。有時內服磺胺劑以預防其他併發病。

8. 由於溶血性鏈球菌所傳染者, 可逕以青黴素或 Sulfadiazine 治療之。

2. 腎 變 性 Nephrosis

【原因】多不明，急性傳染病，原於白喉者特多，少數原於麻疹，腸傷寒，或大腸菌，肺炎球菌，結核，梅毒等，或原於藥物中毒，特多者爲 Salvarsan，時有原於水銀者。

【病理解剖】主現爲尿細管上皮細胞之變性（潤濁腫脹，脂肪變性，類脂體變性，或壞死等），然間質及絲毬體等常皆被侵犯。

【症候】1. 一般症候 現爲貧血，蒼白，眩暈，時有下痢，嘔吐，不舒適，食思不振等症。

2. 尿量減少 一日量減少，而比重增加。

3. 蛋白尿 著明增加(10—20—30%)。

4. 尿沈渣 各種圓柱，白血球，上皮細胞，脂肪顆粒細胞，類脂體等雖能認出，赤血球則不能認出。

5. 浮腫 多現高度浮腫，又於諸處漿液膜腔內發現蓄水。

6. 血壓亢進及心臟肥大 是等症狀較少。

7. 腎機能障礙 水分及食鹽之排泄非常障礙，含氮素分解產物之排泄作用，則無大障礙。

8. 免疫減退 易生二次性傳染。

9. 血像 因浮腫構成而血液稀薄，血中Cholesterin量多見增大。

【經過】因其原因而有著明之差異，時有經過年餘者。

【豫後】雖因病原而異，經過成爲慢性，豫後多不良，本症因免疫減退易生二次性傳染，肺炎，腹膜炎，丹毒等有併發者，尿毒症少。

【診斷】因檢尿易與他之浮腫鑑別，急性腎臟炎者因血尿，心臟血壓之變化，脂肪顆粒細胞，類脂體之有無等，鑑別亦不困難。

【療法】1. 靜臥。

2. 食餌療法 人乳或牛乳(半立特)，食物以脂肪含水炭素爲主，糖食餌(濃厚菜汁，糖漿)，Noorden-Volhard氏饑餓療法(Hunger-Durstkur)等。

3. 浮腫高度時則用發汗療法或尿素（1日5—10—20g），強心劑，利尿劑（Diuretin, Theophilin, Theolin）硫酸鎂飽和溶液等。發熱療法有奏效云，甲狀腺劑有生效者，水銀劑 Rodealin 注射等，時而行瀉血法，漿液膜腔內蓄水或皮膚高度浮腫時，則用套管穿刺，或毛細管針，努力排除之。

4. 對於慢性浮腫水分及食鹽之限制過於嚴重時，反有障礙。

3. 混 合 型

Mixed Type

在臨牀上觀之，較上記之純粹者，莫如兩者混合型為多。其中有絲毬體腎炎之症狀著明者，亦有腎變性之症狀著明者，然在慢性型，則混合型特多。

【症候】 1. 一般症狀 有貧血，蒼白，不舒適，食思不振，嘔吐，及瀉腹等。

2. 尿變化 現血尿，認出多量蛋白質及有形成分等。

3. 血腫 高度而頑固，亦有招來腔水 Höhlenwassersucht 者。

4. 血壓亢進及心臟肥大，雖不甚高度，多可認出。

5. 尿毒症 時而發生

【豫後】 多不良

【療法】 1. 靜臥 2. 食餌療法大體與絲毬體腎炎，Nephrose 相同 3. 藥物療法 利尿劑強心劑，並用。3. 硫酸鎂治療甚為重要。

4. 視情形應用青黴素及磺胺類藥物。

4. 小兒腎臟炎(慢性腎臟病)

Chronic Nephritis

小兒慢性腎臟炎之大多數即為本症

【原因】 2—4 歲之幼兒少，學童多。雖多生於急性傳染病（猩紅熱，白喉，麻疹等），時有原因不明者。

【症候】 1. 一般症候 一般多無何等症狀，時有現蒼白，貧血，倦怠，食思不振，頭痛，心悸亢進等不定症狀者。

2. 尿所見 有少量蛋白質（1/2—2%），時而消失，含有僅微之有形成分。

3. 血壓及心臟 多無異常，血中殘餘氮氣如常。

4. 浮腫 僅微。

5. 尿毒症及網膜炎 甚少。

【經過】 經過為慢性，時而治愈，時而移行於萎縮腎。

【豫後】 一般良好。

【療法】 1. 對於急性增惡，與急性腎臟炎同一處置。

2. 食餌注意，勿須過嚴，適當遊戲運動亦可，主食牛乳，蔬菜，水菓等之含水炭素，脂肪及植物性蛋白質等，漸次用普通食。最近認為應給予多含蛋白質及維他命者，食鹽之限制，在本症頗足以控制水腫。

3. 酒，刺激性食物，身體之激動宜禁忌。

4. 注意感冒，強壯療法、日光療法，轉地及空氣療法)。

5. 藥劑多不應用。

6. 其他與混合型者相似。

5. 萎 縮 腎

Nephrosclerosis

比大人少。在學童期後有見之者

【症候】 蒼白貧血，倦怠，尿量非常增加，含有蛋白及有形成分，心臟肥大，肺動脈第二音亢進，有網膜炎等，時而尿毒症併發。

【療法】 無特別療法，注意感冒，防避身體之激動。注意其營養。最近據劉士蒙等之研究，可常服一種類似丁素之新出品（即 Dihydratachysterol）使鈣質之吸收加增。

6. 腎盂炎，膀胱炎，腎盂腎臟炎

Pyelitis, Cystitis, Pyelonephritis

此病以膿尿為主徵，多生於小兒期尤其乳兒期，女子比男子多（1；2之比），多生於夏日，與營養障礙關係深。

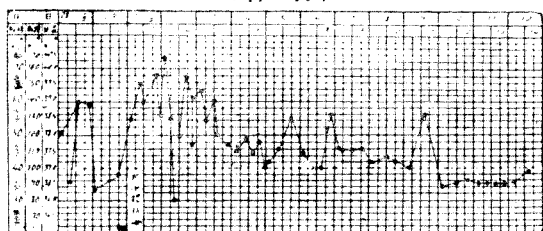
【原因】 原於大腸菌者（第107圖 f 參照）最多，其他有連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，Proteus 菌，肺炎球菌，淋菌，乳酸菌，絲膿菌，結核菌等時而為原因。

【傳染徑路】 於乳兒主為上行性感染，時有因血行性或淋巴行性感染者。

【症候】 1. 一般症狀 時有被掩於他種疾患，因尿檢查始發見

者，年長兒有如大人，雖現尿意頻數，排尿時疼痛，出血等，於乳兒則有不明之發熱（第78圖溫度表參照），食思減退，皮膚蒼白，舌乾燥，下痢，四肢及軀幹疼痛，於重症則有中毒症狀（大呼吸，糖尿，虛脫等）。

第 78 圖
膀胱加答兒 11個月乳兒
(著者)



2.尿所見 發熱及尿所見不必一致，尿多混濁酸性，時有出血，鏡檢時有赤白血球，上皮細胞（腎盂，膀胱等）有時見有圓柱，多含大腸菌。

3.血像 在重症則現為白血球增加，其他則無特別變化。有輕度之血色素及赤血球減少，而現貧血像。

【經過及豫後】 經過數週至數月，易於再發，於乳兒豫後極佳良。

【診斷】 因臨牀及尿所見易於診察。

【類症鑑別】 與中耳炎，傷寒，小兒癱瘓，白喉，感冒等須要鑑別。

【療法】 1.安靜，增加體力，補給水分，注意營養。

2.藥劑則用 Urotropin, Helmitol, Salol, Borovetin, uvae ursi 煎等。時有試用 Tribibeavin 靜脈注射者。

3. Vaccine 療法尤以自體 Vaccin 膀胱洗滌亦可應用。

4. Penicillin 及 Suifonanides 應用於本症，療效極為宏大。劑量不必太大，僅中等劑量已足控制其傳染矣。

7. 起立性蛋白尿，循環性蛋白尿，
前彎性蛋白尿，Pavy 氏病

Postural Albuminuria

因臥位消失於起立位時發蛋白尿之謂也。

【原因】其原因不明，而發育旺盛時期，即7—14歲之小兒，尤其多生於女兒，幼兒及成人則少。遺傳的關係亦不能證明，在一定體位，即使脊柱前彎時，突膝直立時等多著明，又因身體的或精神的過勞亦現出，就其本態觀之，或可謂為由於腎血管之鬱血，或可謂為由於血管運動神經之障礙，或可謂為由於無力性體質，皆不能確定。

【症候】多偶然發見。

1. 一般症狀 多無何等症狀，時有頭痛，倦怠，眩暈，食思不振，嘔氣及嘔吐，心悸亢進等不定症狀，患兒一般現體質軟弱，肌肉弛緩蒼白。

2. 尿所見 量及外觀雖無變化，自臥位起立時，則現出蛋白尿，1—2—3時間後復消失，一日起立運動時至夜間則見蛋白尿之消失，蛋白質量有2—5%，以無其他有形成分為特徵。此蛋白質主為因醋酸沈澱之蛋白質，Heuber氏稱爲 Essigsäurekörper。

【診斷】須要注意 檢尿。

【豫後】佳良。青春期自然治癒。

【療法】1. 強壯食餌及適當運動，空氣療法，日光療法及其他皮膚強壯法等。

2. 強壯劑(碘劑，鐵劑等砒素劑)。

8. 血 尿

Hematuria

【原因】1. 出血性素因(出血性紫斑病，血友病，Barlow氏病等)。

2. 出血性腎臟炎。

3. 腎臟及膀胱結石。

4. 腎臟及尿道之腫瘤與結核。

5. 腎臟動脈之血栓構成。

6. 膀胱及尿道之外傷異物等。

【症候】1. 尿所見 赤色至暗赤色，溷濁，比重高，含有多量蛋白質，沈渣中認出多數新鮮赤血球，輕微血尿因顯微鏡檢查始得認出。

2. 因原發疾患而有種種不同症狀。

【療法】 1. 原發疾患之治療。此點最爲重要。

2. 安靜，止血劑之應用。

9. 血色素尿

Hemoglobinuria

血色素尿者，乃謂血色素及異性血色素Methaemoglobin出現於尿中者也。

【原因】 藥物中毒，即氯發鉀，石炭酸，Naphtol，魚性浸食子酸，Anilin，甜油，硫酸，及葶毒等。

2. 傳染病，尤其猩紅熱，痢疾，梅毒，Winkel氏病，回歸熱等。

3. 廣泛之高熱或冷卻之影響，例如火傷或寒冷等。

4. 原於輸血。

5. 原因全然不明者。

6. 發作血性色素尿。

【療法】 須行原因之治療。

10. 發作性血色素尿

Paroxysmal Hemoglobinuria

【意義】 當寒冷時發作的發現之血色素尿也。

【原因】 多生於 4—5 歲以後之小兒，於冬季或寒冷期發現者多。與先天梅毒深有關係，Wassermann 氏反應多爲陽性。

【病理】 本Donath及Landsteiner氏患者血清中有 autolysin，遇寒冷則起溶血現象。赤血球之抵抗一般減弱，發作中有補體消失者。是乃原於自己防禦也。

【症候】 1. 一般症狀 發作時訴欠伸、肢痛，嘔氣，嘔吐，倦怠等，其次則現惡寒，發熱，顏色蒼白，口唇指端之紫青色，發汗等時有尋麻疹及腫瘍。發作後全身症狀消失，僅遺留貧血，脾腫，黃疸等症。

2. 尿所見 發作時排出暗褐色葡萄酒狀赤色尿，比重高，酸性，

而有大量之蛋白質。沈渣中不見赤血球，時有玻璃狀圓柱，上皮細胞等。以分光鏡檢查之，則D線及E綫間(Haemoglobin)並C綫及D線間(Methaemoglobin)可證明持有之吸收線。如斯3—4回排出血性尿後，漸次稀薄，數時間乃至十數時後即復於常態。發作後現出僅微之蛋白尿。

【診斷】容易，行冷卻試驗時尤易。

【豫後】治癒稍困難。

【療法】1.安靜，臥床。2.驅梅療法。3.貧血療法(鐵劑，砒劑，肝臟療法，碘劑等)。4.宜注意保溫，勿使過寒冷，以豫防之。

11. 遺尿症(夜尿症)

Enuresis

【意義】於膀胱括約肌機能完成之年齡(2歲以後)而來遺尿之謂也。

【原因】1.真性遺尿症 可視為膀胱神經症，或有視為 Hysterie 之一異型者。或基因於精神發育障礙，多現於神經性素質兒，有遺傳的素因。3—6年之小兒，男兒尤多。蟻蟲，手淫，包皮等成爲誘因者不少。外陰部之炎症等成爲誘引者亦不少。

2.症候性遺尿症 當諸腫神經病(癲癇，Hysterie)，膀胱結石，膀胱炎，腺增殖等有發生遺尿者。

【症候】夜間尤其就眠1—2時間後多見遺尿。時而晝間有遺尿者，(晝間遺尿症)遺尿回數不定，甚時則每夜，有隔數週至數月一次者。

【療法】1.對於症候性遺尿症者，須行原病之治療。
2.就眠前限制液體攝取，食物則用無刺激性者。
3.藥物療無 強壯劑，Atropin, Belladonna 等。
4.暗示療法 Cathelin 氏硬腦膜外注射，催眠術，膀胱部絆創膏貼付，膀胱充滿療法，電氣療法，Radium 射照，X光或太陽燈療法等等。

5.轉地療法，電氣療法，日光療法等。

6.就寢後二小時許，喚醒之，囑排尿。

12. 陰門腫炎

Vaginitis

【原因】現於2—7—10歲之小兒，多爲淋毒性陰門膿炎，雖原由於大人淋菌之感染(第107圖j參照)，時有原於連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，大腸菌等者。

【症候】有缺自覺症狀者，時有起居步行時疼痛，排尿時灼熱感，尿意頻數，痒感等症。陰唇發赤腫脹，排出黃色至綠色之濃稠膿樣分泌物，鏡檢時可證明多數之膿球及 Cram 陰性之淋菌。

【經過】爲慢性，多有經過數月者，時有淋毒性關節炎之合併症。

【療法】初期要安靜，臥床，局部清潔(Protargol 0.5—2%，硝酸銀液 0.1%，過錳酸鉀 0.1%，硼酸水 2—3%，等之洗滌，及單鞣酸水之坐浴等)，或用 Jodoformgase, Tannoformgase 等插入臍腔內，施以丁字帶。

2. 慢性症則用 Protargol 過錳酸鉀液等之臍腔洗滌，反復施行之。

3. 頑固者用淋菌 Vaccine 注射。

4. 鈣劑之內服或注射。

5. Penicillin 及 Sulfonamides 之注射與內服多有效。

13. 包莖及龜頭炎 Phimosis, Balanoposthitis

包莖於乳兒雖爲生理的，時有高度而來排尿障礙者。

【療法】器械的伸展，外科手術等。

龜頭炎因包莖而來排尿困難，故生龜頭及包皮腫脹，疼痛等，而排出膿性分泌物。

【療法】包皮囊內須清潔之(硼酸水，過氧化氫等)而施行冷罨法。

14. 陰囊水腫 Hydrocele

【意義】睪丸夾膜之內外夾膜間，有液體蓄積也。

【症候】1歲之乳兒，尤多見於營養障礙兒，時來於先天性。其液體一般雖爲漿液性，時有血性或膿性者液體之多少，因陰囊之大小而有種種。

【療法】局部皮膚之養護，穿刺或碘酊或 LuSol 氏液之注射，或外科的療法。硫酸鎂溶液罨包。陰囊吊起。

15. 睪丸位置異常

Cryptorchism

睪丸於胎生期中自腹腔下降陰囊(約胎生8箇月)，若停滯於下降途中，不入於陰囊時，是曰睪丸停留，因某位置分爲腹腔內停留或隱睪及鼠蹊部停留。

【療法】若得觸知時可按摩而使之下降。無效時10—12歲之間，施行外科手術(陰囊睪丸固縫法或切除術)。

16. 手淫自瀆

Masturbation

【意義】不自然的外陰部播弄，而自覺有快感。於乳幼兒常摩擦兩腿，衣服寢具等壓迫陰部，有生快感者。

【原因】多生於神經性素質兒，有續發於濕疹，蟻蟲，慢性腸炎或外陰部之痒感者，於精神薄弱兒特別著明。

【療法】1. 使其不斷運動，睡眠要有規則。

2. 變換環境。

3. 防避陰部刺激就寢前及起牀後使其放尿。

4. 藥劑則用大量之溴劑。尤爲溴素樟腦奏效尤爲確實。

5. 盡量使其有合羣機會，不可使其時常獨處。

第13編 急性傳染病

Acute Infections Diseases

1. 麻 疹

Measles

【原因】主徵爲粘膜加答兒及特有發疹之急性傳染病。病原菌雖不明，大約爲濾過性微生物。生存於患兒血液上部氣道，結膜之分泌物中，揮散性極弱之物體，只可感染於人類，然近時有感染於猿之例(Ander-son-Goldberger etc)。

【感染能力】常自患兒直接或間接感染，尤其加答兒期，發疹期特別著明(發疹之直前感染力最大)至恢復期則驟然減弱，

【感染經路】 主爲上氣道，有謂其能經胎盤而感染者。

年齡 2—6年之幼兒最多，初生兒至3箇月的乳兒比較少數，15年以上則極少。(大人麻疹)雖現劇症如合併症少則不必然。

素質 爲小兒之一般通有性，一次罹病則得終身免疫性，然時有再感染者。

【流行】 無論何種季節皆可流行，然春秋特多，都會中傳播甚迅速。

【症候】 其經過分爲四期。

1. 潛伏期 10—11日爲常，時有經過9—12日者。不能認出何等症狀。

2. 前驅期 粘膜發疹期，加答兒期3—4日間有發熱(38—39°C)，頭痛，不安，不舒適，食思不振等症，結膜及上部氣道粘膜之加答兒著明，咳嗽，噴嚏，及流淚亦著明，且頰部粘膜及軟口蓋現出點狀或線狀之出血斑點，1—2—3日而消失(是曰出血性前內疹)，其次相當於該部之粘膜，尤其一致於白齒之頰粘膜部位，發現小白斑，即 Koplik 氏 Flecke。稍後於 Koblik 氏斑，多於口腔粘膜發現內疹。熱度1—2日多下降。

3. 發疹期

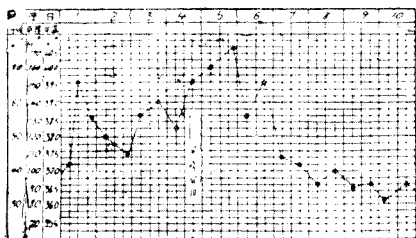
前驅期第3—4日，熱度再高，同時有固有之發疹出現。加答兒症狀著明，食慾全然缺乏，一般狀態強被侵犯，時有意識障礙，痙攣等症。4—5日後，渙散的，時而分利的，熱度下降，發疹亦褪色，多殘餘輕度之色素沈著(第84圖參照)，加答兒症狀亦消失。

4. 恢復期，落屑期。

諸症驟然輕減，頰部，頸部及大腿部有糠秕狀落屑。或有強度發汗。於是漸次輕快(7—10日)。

【主要症候】¹⁾ 1. 熱 在潛伏期即有體溫之動搖，前驅期及發疹期之熱型爲特有的，前驅期第一日上昇之體溫(38—39°C)，於第二日則下降，於發疹期第一日再現高熱，而後成爲弛張熱，發病7—8日後即復於正常。若發病7—8日後熱度不下降者，多由於合併症(第79圖參照)。

第 79 圖
麻 疹 熱 型



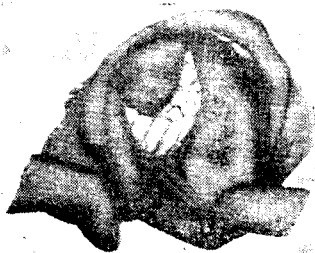
2. 粘膜炎之加答兒症狀

因鼻加答兒，咽頭加答兒，氣管炎或氣管枝炎等，而來鼻汁分泌，鼻閉，嘎聲，咳嗽等症。或結膜發赤腫脹，流淚多而羞明。

3. Koplik氏斑

是乃相當於臼齒之頰粘膜炎部位，發生直徑1至3mm之白點，圍繞於發赤之暈輪，其數有數個至數十個，厥後有發現於齒齦及下口唇者。此斑點乃成自脂肪化上皮細胞及頰收物，麻疹之固有白點（90%），其發現常在發疹之先1—2日，而發疹出現時，尚有稍殘留者（第80圖參照）。於乳兒麻疹，有謂發現 Koplik 氏斑少者，殊不必然。

第 80 圖
Koplik 氏斑



第 81 圖
麻疹粘膜炎



4. 內疹 (粘膜疹)

是乃 Koplik 氏斑出現後，咽頭及口腔粘膜，尤其頰，口蓋，扁桃腺等粘膜發生不整形，稍微隆起之粟粒至豆大之赤色斑，時有發現於腸粘膜者 (第81圖參照)。

5. 早期發疹

在前驅期，與 Koplik 氏斑同時，於外皮，尤其頸部現出散在性境界不明暗赤色扁豆大之發疹，大概 1—2 日則消失，其次現出真性之發疹。

6. 發疹

麻疹之發疹為固有的，帽針頭大小豆大乃至豌豆大，色紅而稍微隆起，其後成爲暗赤色，雖有相互愈合者，各疹之間認出健全皮面，發疹最初現於頭部，尤其耳後部，其次擴張於顏面，背部，胸部，四肢等，約計 2—3 日發現於全身。肘關節，膝蓋，手足等有發疹之不出現者 (第82圖及83圖參照)。

第 84 圖

麻疹 (色素沈著) 7 年

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



7. 血像

發疹期尤爲著明，白血球減少，淋巴球尤少，Arneht 氏血像爲左傾，Eosn 嗜好細胞雖減少，至恢復期則復於正常。

8. 尿

尿量減少，時有蛋白質，發疹初期 Diazo 反應爲陽性 (70.%)；Urobilin 尿有現出者，腎臟炎之合併者少。

【異常經過】

1.不全型 診斷困難，只有家族傳染時，可以診斷。2.無疹性麻疹無發疹出現，診斷極困難。3.中毒性麻疹 心臟衰弱，腦症顯明，有重篤症狀。4.無熱性麻疹 甚少，發現於重症營養障礙兒。5.敗血症性麻疹 敗血症狀甚顯明多數日內而死。6.出血性麻疹 發疹帶出血。7.水疱性麻疹 發生粟粒大之水疱。8.丘疹性麻疹 發疹之中央，構成小結節。9.猩紅熱性麻疹 現出猩紅熱狀發疹。

【合併症】 氣管枝炎，肺炎，併發者多，發生危險者不少，中耳炎，肋膜炎，膿胸，鵝口瘡，腸炎，腎盂炎，假性Kroup 腦膜炎及結核（麻疹及結核有密切的關係，麻疹後續發結核，或成爲潛在性結核之活動性者不少）。時因急性喉頭狹窄症名曰Masernkroup。

【診斷】 雖比較容易，時有與猩紅熱，風疹等鑑別困難者（第24表參照）。

【豫後】 體質，合併症之有無等相關，特以肺炎結核之合併危險爲大，死亡率5—15%，愈幼小兒死亡率愈大。

【豫防法】 Deskwitz 氏麻疹恢復期患者血清之豫防法，若早期施行則有效。而恢復期患者血清，下熱後7—9日後採取之血清最爲有效。至2—3星期尙有效。可及的取3患兒之血清混和之爲良。注射量因年齡感染期而異，即4歲以下之小兒感染後4日內注射25—30ccm，感染後5—6日者，或5歲以上者，約用2倍量可以豫防，若感染7日以後則效果不確實。然可將麻疹之經過期縮短。若大人血清雖注射20—30ccm，效果亦不確實。患者早期隔離爲最要，在日本之生活樣式，於同一家族內，豫防極困難，尤以幼弱兒須注意，勿令感染。

【療法】

- 1.命其靜臥，使用冰袋，宜注意食餌及看護。
- 2.口內須清潔，與以祛痰劑，消化劑，強心劑。
- 3.對於合併症，施行適當療法以外，皆不過對症療法，下熱後7—10日間不可離牀。
- 4.初期用 Omnadin Erstin 等注射，以增強其抵抗力。
- 5.每日予以 Vitamin B及C之交互注射。
- 6.早期用痊癒期血清之大量注射，可能減輕患者之病程。

7. 預防合併症，為減低死亡率之不二法門。

2. 猩紅熱

Scarlet Fever

【原因】病原體雖不明，微生物體之急性傳染病則能明，最近似與溶血性連鎖狀球菌有極大關係者(Dick)。

傳染經路 可認為自鼻咽頭或扁桃腺侵入者，或有自皮膚及粘膜之損傷而侵入者(創傷猩紅熱，產褥猩紅熱)。

傳染力 雖不如麻疹之傳染力大，病原菌之抵抗則強大。直接或間接因器具衣服等而傳染。發病初期之傳染力大，漸次減弱，達至第6星期或其以後尚有傳染之能力。

免疫 一次感染終生免疫，再度感染者極少(著者曾經驗3年後再度感染之姊妹)。

季節 冬季比秋季多。

年齡 5—10歲之小兒最多，6個月以內之乳兒極少。

【症候】 分爲三期

1. 潛伏期 雖不一定，多爲3—4—6日，時而9日。

2. 發疹期

a. 一般症狀 突然發生高熱，惡寒，頭痛，食思不振，口渴，嘔吐及下痢等症，時有痙攣，脈搏頻數與體溫平行。

b. 發疹 發疹始於發病第1日或2日，初現於頸部，漸次順序發現於胸部，背部，腹部及四肢等部。只有口唇頰部不被侵犯，現三角形之蒼白色(蒼白口三角)。

發疹爲密生之小赤色斑點，皮膚稍現浮腫狀，各斑點間雖常認出健康皮膚，斑點相融合而現赤色者有之，發疹以指壓之則消失，離去則再現。發疹有小出血，或生小水疱。發疹第3—6日則消退，其次則入於落屑期(第85及86圖參照)。

c. 粘膜症狀 扁桃腺，懸壅垂及口蓋弓粘膜等發赤腫脹，是爲

猩紅熱性 angina。時認出帶黃白色斑點之偽膜。是爲猩紅熱性 diphtheroid。兩側頸部淋巴腫脹，有壓痛，時而化膿。舌苔增厚，乳頭隆起，是曰覆盆子舌，或貓舌。

d. 熱雖不定，有1—2日或3—5日時而至7—8日現弛張熱型漸次下降時而完全無熱。

e. 血像 發疹發現時，即見白血球增加(達至20000)，在初期有中性多核白血球增加，及淋巴球，Eosin 嗜好細胞之減少，其次中性多核白血球減少，及淋巴球，Eosin 嗜好細胞增加(第3—6日達至最高數)，於重症則見 Eosin 嗜好細胞之消失。

f. 尿 有一過性蛋白尿，多見 Urobilin，Urobilinogen 增加者，時有 Aceton 尿。

3. 落屑期

常始自第2星期之中，時有始於發疹內者，皮膚落屑爲固有的，由毛囊周圍起始，殼狀或膜狀落屑，軀幹，特別是手，尤爲著

第 87 圖 a

猩紅熱發疹 6歲7個月

(著者)



第 87 圖 b

猩紅熱皮膚落屑 7歲

(東京帝國大學醫學部小兒科教室)



熱	為特有的，初為高熱，發熱後則熱上升，發熱時又復降	不定型	不定型、一般輕微	不定型	僅微	3—4日，微以分利型而下降	不定型	發疹時即生高熱，3—4日下降至37.38°C，水泡膿化時，復上昇，其次膿乾乾燥再下降
血像	白血球增多，於初期中性多核白血球增加，淋巴球減少，其次Eosin嗜好細胞增加	不定型	白血球減少，Plasma 細胞增加，淋巴性反應(十)	(—)	白血球減少，其次增加，尤其Eosin嗜好細胞增加	白血球減少，淋巴球增加，尤其單核細胞增加(80—90%)淋巴反應(十)	(—)	白血球尤其淋巴球增加
淋巴腺腫	(—)或(十)	(十)	(十)	(—)	(—)	(—)	(—)	(十)
落	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	癍痕形
色素沈著	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	(十)	(—)
合併症	肺炎，氣管炎，中耳炎	腎炎，中耳炎，淋巴腺炎	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	肺炎，癍痕，膿瘍，心內炎等
Diazo 反應	(十)	(十)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Urobilinogen	(—)或(十)	(十)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)
Rumpele-Leedsche Phänomen	(—)	(十)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)	(—)

明(第87圖a, b參照)。落屑終期常在4—6週後。

此期,尤其4—6週之間,爪之表面發生橫行堤狀隆起或小溝,此爪綫大概原於營養障礙之結果。

【異常經過】 1.無疹性猩紅熱,缺乏發疹,故除家族傳染以外,診斷不能。

2.巨斑性猩紅熱 發疹大而不規則。

3.電擊性猩紅熱 高熱(40—42°C),嘔吐,下痢等症狀劇烈,24時間以內即歸於死亡惡性型也。

4.無落屑性猩紅熱 不發生落屑者也。

5.假面型或不全型 此型若在流行時以外,診斷頗困難。

【合併症】

壞疽性扁桃腺炎 中耳炎,淋巴腺炎,猩紅熱,僕瀉質斯樣症,連鎖狀球菌性敗血症等,其他最多見者為腎臟炎。

猩紅熱性腎臟炎 發現於第2週終期或第3週(10—30%),不必關於猩紅熱之輕重,急性出血性腎臟炎為其特徵。多數2—3—5週則輕快,時而移行於慢性,或生尿毒症及心臟衰弱。

【豫後】 因流行而有著明之差異,又關於合併症之如何,在日本內地一般雖為良性,於朝鮮滿洲等地成為惡性者不少。幼小兒比年長兒之豫後多不良。

【豫防】 早期隔離甚為必要。最少須6星期。

【診斷】 多數易於診斷,時與麻疹風疹等須鑑別,發疹消退後,診斷多困難(第24表參照)。疑惑時證明尿中 Urobilinogen (50—90%為陽性),或證明 Rumpel-Leede 氏 Phänomm,或於血液塗抹標本中證明 Döhle 氏小體斯可矣。

【療法】

1.隔離,靜臥(最短3星期)及食餌上注意(攝取易消化食物)。

2.口腔清潔法(1—2%硼酸水,1—3%過氧化氫水)。

3.頸部冷罨法,冰囊使用等。

4. 強心劑，消化劑等之投與。
5. 猩紅熱連鎖狀球菌血清注射之效果，現雖未明，恢復期患者血清，（病後18—24日之血清）對於中毒性猩紅熱，則似有解毒之效果。
6. 壞疽性 Angina，可注射抗連鎖狀球菌血清（5—20ccm）。製劑注射則用 Collargol Elektrargol 等。
7. 對於猩紅熱腎臟炎，則行腎臟炎之一般療法。
8. 最近用青黴素行全身性治療，小兒劑量為每日二次，每次五萬單位，對於防止併發病之發生，有極大功效。但青黴素特於血循環中之毒素，似無作用。故於此等情形之下，應與抗毒素同用。
9. 磺胺類藥物中任何一種對溶血性鏈球菌有良好之作用，故宜早期應用。

Dick 氏反應

由溶血性連鎖狀球菌培養所得毒素，適當稀釋之，注射於皮下，檢其反應，陽性時則4—6小時局部發赤，腫脹，18—34小時達最高潮。若反應陰性時表示其保有能中和猩紅熱毒素的抗毒素，此乃有免疫力，罹患之危險少。如為陽性時，表示缺乏抗毒素，罹患之危險大。

Urobilinogen 之證明法

1—2 ccm 新鮮尿中，加入 Endich 氏試藥（Paramethylamidobenzaldehyd 20 鹽酸 30.0 溜水 100.0）數滴，振盪時，立刻或2—3分時後則現赤色。冷卻時變為赤色是為強陽性，少加溫後變為赤色是為陽性。加熱時之變赤，余以為無意味。

3. 風 疹

Rubella

【原因】病原菌完全不明之良性發疹性傳染病，多生於幼兒及學童。乳兒甚少。潛伏期末期之發疹易於感染，有如麻疹，感染力極大，多與麻疹相前後流行，時而誤認為麻疹者有之。本病一次經過則終身免疫。

【症候】

1. 潛伏期 2—3 星期。
2. 前驅症狀 多數無前驅期，時於發疹一兩日前有輕熱。鼻，咽喉，及結膜等粘膜之加答兒症狀少，多數缺乏咳嗽，然身體各部之

淋巴腺，尤其項部，耳後部，肘關節部等發生腫脹者多。

3.發疹期 固有之發疹而帶輕熱，發疹多現於額面軀幹，其次及於四肢，其發疹似癩疹猩紅熱，但數少，而點狀至扁豆大之圓形斑，其色雖為淡紅色而後成為褐赤色乃至暗褐黃色，褪色時不遺色素之沈著，落屑不顯明，時而癩，口蓋，口唇等之粘膜發現內疹者，但不著明。缺乏 Koplik 氏斑。

4.血像 以 Plasma 細胞之增加(6—10—30%)為其特徵。

【診斷及類症鑑別】

比較的雖不困難，時與癩疹，猩紅熱等有鑑別困難(第24表參照)。

【豫後】 極佳良。

【療法】 患兒隔離，務須安靜，看護週到，無庸特別治療。但對於防止併發病則甚為重要。

4. 第四病 Dukes-Filatow 氏病

【原因】 全然不明，本病因 Filatow(1886年)及Dukes(1900年)氏等記載之猩紅熱狀發疹為其特徵，落屑缺少，無合併症之特有急性接觸傳染病也(於日本似尚未有報告者)。然本症之被解為不全型猩紅熱者不少。

【症候】

1.潛伏期 4—21日，無何等症狀，無前驅期。

2.發疹 稍微隆起，小點狀淡赤色猩紅熱狀密生之發疹，始，額部(口唇，鼻亦不少)，蔓延於胸部，上肢，其次及於腹部下肢，內疹則不發見。

3.一般症狀

a.熱 起初1—2日，見有輕熱，或缺如，而一般症狀極輕微，時有不安，不眠，頭痛，皮膚之痒感等。

b.結膜 齒齦，口蓋，扁桃腺及咽頭粘膜等有輕微之發赤，及腫脹，腋窩及鼠蹊淋巴腺腫脹，有壓痛。

【經過】 1—2星期。

【豫後】 佳良。

【診斷】 極困難，與猩紅熱，風疹等有鑑別困難(第24表參照)。

【療法】 除隔離及安靜之外只有對症療法。

5. 第五病 傳染性紅斑，流行性巨大紅斑，局部性風疹

Enythema Infectiosum

【原因】 Tschamer(1889年)，Schmid (1899年)，Sticker (1899年)氏等承認為獨立之傳染病，病原菌則未明。

多見於4—12年之小兒，乳兒甚少，春季發現為小流行性。

【症候】

1. 潛伏期 5—14—17日。

2. 一般症狀 無前驅症狀，突然發熱，倦怠，食思不振，頭痛，咽頭發赤，及嘔吐等一般症狀發現，然不發熱，一般症狀極輕微者多。

3. 本病有特有之發疹，起初於顏面尤其頰部，發生稍微隆起之鮮紅色蕁麻疹狀大斑，迅速融合而現周緣鋸齒狀，一見有如蝶型，觸接之則有熱感及浸潤感，時而中央成扁平而褪色，鼻之軟骨部及口唇不被侵犯。其次前額及耳部發生大不整形斑。有頭髮部常不被侵犯。其次1—2—3日之間，上肢及下肢尤其外側臀部等亦發現，融合而現種種形狀，稍微隆起，現麻疹或猩紅熱狀。不侵犯軀幹，或少數(第88及89圖)。

發疹4—8—10日，時而3—20日則消退，不見落屑。時而遺留色素沈著。淋巴腺腫脹甚少。

4. 血像 起初1—2日無異常現象，或白血球減少，厥後認出白血球尤其 Eosin 嗜好細胞之增加。

【豫後】 佳良。

【診斷及類症鑑別】

極困難，尤於多形性滲出紅斑(小兒少，多發於手足，有水泡及丘疹，關節疼痛，長時持續)，麻疹，風疹，猩紅熱等不全型，有

鑑別之困難(第24表參照)。

【療法】 此症全無危險性，鮮見併發症。故不必特殊治療，若有發熱，宜臥牀一二日，局部癢感，可塗稀薄止癢之洗劑。

第 88 圖

傳染性紅斑發疹 12年5個月

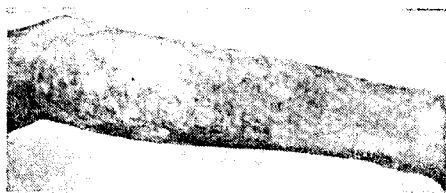
(著 者)



第 89 圖

傳染性紅斑發疹 12年5個月

(著 者)



6. 第六病突發性發疹症，三日熱發疹症 Three-Day Fever

Zahosky (1913年), Weeder—Hempelmann (1921年)氏認為獨立之疾患。

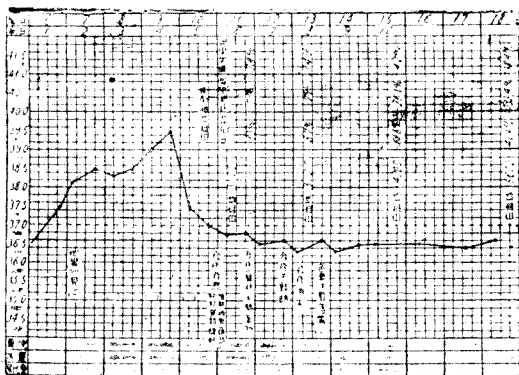
【原因】不明之接觸性傳染病，多侵犯6個月—2—3年之幼乳兒，年長兒則少。

【症候】1.一般症狀 突然發熱(39—40°C)，缺乏加答兒症狀及咳嗽，有輕度之食思不振，不舒適，消化不良等症，然亦不著明，發熱3—4日，多數分利而下降。(第90圖溫度表參照)。

第 90 圖

突發性發疹症 1年2個月

(著 者)



2.發疹 與熱度共下降，時而於軀幹，頸部，頂部，等發現斑點，或丘疹狀淡紅色或赤色之發疹，發現於軀幹頸部頂部顏面，四肢等甚少。發疹有似於癩疹，風疹，微蕈球，數時間始退色，2—3日則消失，無色素沈著及落屑。

3.血像 為特有的，白血球減少(3000—7000)，淋巴球比較的增

加單核細胞尤增(80—90%)，數後7—9日即復於原狀。

【診斷】於初期診斷頗困難，尤與感冒，流行性感冒等有鑑別的困難。發疹期與麻疹，風疹，猩紅熱，第四病等鑑別頗困難(第24表參照)。

【療法】本症亦無危險性，祇須注意護理，其他對症治療可也。

7. 水痘風痘

Varicella

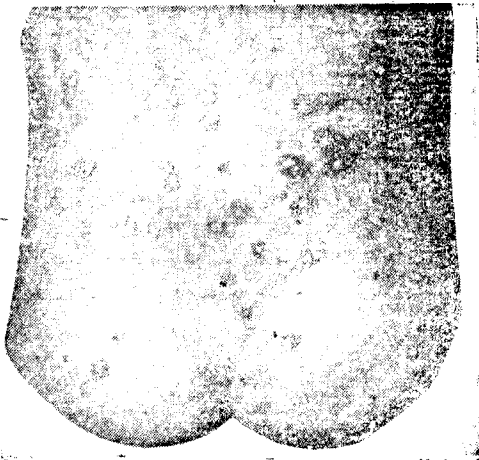
【原因】水痘乃一般症狀甚輕微，有良性水泡性發疹為其特徵，乃接觸傳染病也。病原菌全然不明。水泡內容之移植試驗尚未成功。多生於2—10年之小兒，初生兒及乳兒則甚少。一度罹患則得終生免疫性，再感染者極少。

侵入門戶雖全然不明，傳染力極大且有揮散性(故有風痘之名)

第 91 圖

水 痘 發 疹

(著 者)



發疹之初期尤然乾燥之則傳染力弱。

【症候】

1. 潛伏期 通常雖為14日，時有15—20日者。

2. 前驅症狀 多數無之，時有1—2日間之輕熱，不安，不眠等症。且有訴說高熱，頭痛，腰痛等症者。發疹12—24時間前有現一過性輕微猩紅熱狀發疹者。是日前驅發疹。

3. 發疹期 驟然發生輕熱(時而無熱或高熱 38—39°C)而現出固有之發疹。發疹始於顏面及頭髮部，初為小圓形齶疹狀，次則成豌豆大，隆起如丘疹狀，數時間後中央發生小水泡，短時間增大而構成著明之水泡。發疹周圍，皮膚正常，或認出發赤緣。水泡內容為鹼性，初透明而後濁濁，化為膿樣，中央有陷凹，構成 Dellenbildung。其次1—2日成為暗褐色痂皮，1—2日後而脫落，多無癬痕殘留，然時見有癬痕構成。

發疹出現無一定秩序，不規則而現於全身，故齶疹，丘疹，水泡，及痂皮構成，多現於同一人(第31及92圖參照。)

發疹數不定，時有數個，時而現極多數，發疹有多少之痒感，乾燥期尤然。

發疹除外皮之外，於口腔粘膜，尤其舌，頰，口蓋，咽頭等發生稍大之白水泡而破壞，構成Aphthen狀潰瘍，兩三日而治愈。其他有時發現於鼻，外聽道，結膜，角膜，龜頭，陰唇，聲帶(現啞聲，狹窄症狀)等部。

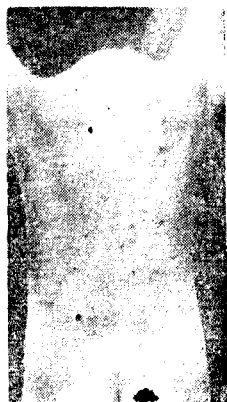
4. 血像 無特別之變化，時有見白血球減少者。

【異常經過】

1. 出血性水痘 水泡之內容血性者。

第 92 圖

水痘發疹 2年3個月
(著者)



2. 融合性水痘 水泡融合者。3. 壞疽性水痘 因化膿菌之傳染，而陷入水泡之壞疽。

【合併症】 中耳炎，腎臟炎。

本病有錢癩帶狀匍行疹者，亦有水痘續發於匍行疹者，大概兩者有密切之關係歟 (Bokay)。

【經過】 1—2 星期。

【豫後】 佳良。

【診斷及類症鑑別】

雖極容易，時而與痘瘡假痘等有鑑別之困難。取其內容加入甘油及食鹽水充分混和之液體，塗敷於家兔角膜之亂刺部，至次日若該部不現白濁則為陰性，而可視為水痘。再鏡檢上角膜細胞內無 Guarnieri 氏小體即為確實。

【療法】 1. 攝生 食餌注意，其他對症療法。

2. 對於痒感用 0.5% Menthol 酒精，1% Acid, Salicyl，滑石粉末，1% Thymol 軟膏，Carbo—zinc, Liniment。局部消毒劑用 5% 龍胆紫液，砒汞油膏等。

3. 內服磺胺劑以預防丹毒敗血症等。

8. 天花痘

Smallpox

【原因】 病原體雖不明，可視為瀰過性微生物，有猛烈之傳染力（且有空氣傳染），耐久力強，膿泡雖乾燥，亦不失其傳染力，一度罹患則免疫，再患者少。

【症候】

1. 潛伏期 10—12—14 日。

2. 前驅期 2—3 日。現惡寒，戰慄，食思不振，嘔氣，眩暈，頭痛及腰痛，不眠及發熱(39—40°C)等，有譫語，及痙攣。且有現前驅期發疹者，是乃發疹狀或猩紅熱狀發疹，主發於股三角部及上膊三角部短時日即消散。

3. 發疹期

於發病第3—4日，熱度下降，與他症狀減退時，則現出固有之發疹爲帽針頭大紅色稍微隆起之斑點，初現於口腔，鼻咽頭粘膜，額，鼻，口唇等之皮膚；次則及於有髮頭部，顏面，胸部，背部，上肢，下肢等，依序而發現。此斑點發赤腫脹增大（扁豆大或豌豆大），構成水泡，漸增大而現出中央之凹陷（痘漿臍窩）。水泡初爲水樣透明，漸次混濁，至第8—9日則成膿泡（第39圖參照）。

第 93 圖

天然痘發疹 19年

（著者在熊本市白川病院所實驗）



粘膜發疹，成爲淺在性潰瘍，而有疼痛。皮膚發疹圍繞其周圍之紅暈，現炎症性浮腫，多有痒感及熱感。

4.熱度初雖下降，其次水泡內容化膿則昇騰（化膿熱，）一般症狀增惡，持續兩三日，其次膿泡乾燥則漸次下降。

5.乾燥期或恢復期 發病10—12日頃，其膿泡依發現之順序逐次乾燥，構成褐色痂皮，而痂皮於1—2週內脫落，殘留痘瘡瘢痕而治愈。

6.血像 白血球，淋巴球尤見增加(10000—20000)。

【經過】 5—6週

【異常經過】 1.出血性痘瘡 膿泡內出血者也，豫後不良。2.融合性痘瘡 膿泡互相融合者也。3.無疹性痘瘡 無發疹，故診斷困難。

【合併症】 有膿瘍，丹毒，壞疽，肺炎，中耳炎，心內炎，心囊炎，關節炎，淋巴腺炎等。

【豫後】因流行而異，死亡率10—30—50%，尤以出血性痘瘡及融合性痘瘡等90—100%為常。

假 痘

Varioloid

既種痘者諸種症狀之經過皆輕微，是曰假痘。約計第4日時，熱度下降，其他症狀亦消散。發疹之出現不規則，其數極不定，多無皮膚之炎症性浮腫。無化膿熱，癢痕少且不著明。與天然痘之間，有多數之移行型則無論矣。

【豫後】比前者佳良死亡率3—5%。

【診斷】定型者雖容易，種痘之普通施行時則甚困難。尤其與水痘鑑別困難時，宜取其內容物，加入甘油及食鹽水，充分混和之，將此液體塗付於家兔角膜之亂刺部位，至翌日若該部發生白濁，則為陽性，即可視為天然痘。且鏡檢時，若角膜細胞內，有 Cuarnieri 氏小體，亦為確實。

【療法】須將患兒隔離，注意看護，口腔清潔，攝取富於營養之流動食物，對於發疹宜用過錳酸鉀飽和液塗付，赤色光綫療法亦不過對症而已。

9. 種 痘

Vaccination

種痘者使病原體通過動物體，(牛，家兔)減少其毒性，接種於人之皮膚，而獲得自動性免疫者也。

種痘自1796年 Edward Jenner 氏觀察經過牛痘之人不復罹真正牛痘，將患牛痘之榨乳婦之膿洶內容，接種8歲幼兒，確定其對於真正痘瘡之膿泡接種，不再罹患，加以詳細研究發表成績(1798年)以來，遂至為一般所承認。現今吾人使用之痘苗，乃將天然牛痘接種於犢牛 Kalbe，由是所得之動物性痘漿。若古時所用之人體痘漿，則有梅毒傳染之危險，已不使用。

①. 痘苗 塗擦牛痘漿於生後2—6個月之犢牛腹部，3—7日痘瘡未成熟時，爬取痘瘡全部，混和以甘油，充分磨碎，成為乳劑

加入石炭酸 0.5% 放置 3—4 星期者也。故痘苗含有血球，表皮細胞，頰廢物，痘瘡病原體等。貯藏於冷暗處，3—5 個月有效，陳舊者則效少。

2. 種痘術式 用酒精或伊打浸漬之棉塊，拭淨上膊外側之皮膚，將取出於藥盤上之痘苗攪拌混和，塗付於種痘針，使局部之皮膚緊張，切為淺十字形（長徑 0.5—1.0cm），中間之間隔，約計 2—3 cm，露出 10—15 分，使之乾燥，切創淺而露出紅痕為最適當，以不出血為良。

接種數在第一期種痘，右上膊 4—6 個，其他即第二期及不定期種痘，左上膊 5 個。

3. 種痘時期 第一期種痘，生後 5—12 個月為適當，天然榮養兒，於第一時期雖得行之，人工榮養兒，除流行時以外，宜避夏季，春秋最良。

4. 種痘後注意 局部浴雖可，全身浴則不可（約 2 週間），反應強烈時可用冷濕布或鉛糖水濕布等，潰瘍發生則用 Dermatol，Orthoform，硼酸軟膏等之散佈或塗佈。

5. 種痘禁忌症

- a. 廣汎性濕疹。
- b. 滲出性體質。
- c. 重症榮養障礙。
- d. 急性傳染病時。
- e. 惡液質，高度貧血等。

6. 種痘後發生免疫之期間

本意大利人 Sacco 之試驗，健康兒種痘後，再以不同之時日接種試驗之，種痘後 5 日以內接種者，見膿泡之形成，8—11 日者有輕度之局部症狀，11 日以後者完全無局部症狀。

7. 免疫期間

最初 Jenner 氏想為 1 回接種，可以一生免疫，殊屬不然，然其期間因個人而不同，大約 3—10 年，故每當流行時宜施行種痘。

8. 種痘經過

a. 潛伏期 2—3 日間，接種後雖見出輕微之外傷性潮紅及腫脹，至第 2 日則消失。

b. 小水泡發生期 接種後第 2—3 日，接種處潮紅，其次隆起，

發生丘疹，漸次增大，自第5—6日，丘疹周圍發生紅暈，中央部退色，自第七日現為黃色，而構成小水泡。此時有發熱而丘疹則擴大至第9日。小水泡之豆漿即人體痘漿。古時即以此種痘（第93圖 a. b. 參照）。

c. 大紅暈發生期 自第9日頃紅暈漸漸著明，而成大紅暈，比周圍皮膚隆起，大紅暈因人而有種種之大小，同時水泡內容漸次澀濁而化膿泡，第9—10日頃達至最高度，體溫亦及 38--39—40°C，小兒不舒適，不安穩，睡眠不濃，有局部淋巴腺腫脹（第92圖C參照）。

第 94 圖
正 常 種 痘
(著 者)



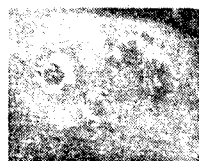
a. 第4日



b. 第8日



c. 第12日



d. 第16日

d. 退行期 達至第10—12日則自膿泡中心開始乾燥，構成痂皮，2—3—4週後則脫落，而遺留赤色之癩痕，其後為白色（種痘痕）（第92圖 d參照）。

9. 再種痘

一次種痘者，再種痘時，則經過不同。第一次2—3個月後，再種痘時，次日發生小丘疹，迅即消失（早期反應）2—3年後施行時則見丘疹及紅暈構成，其反應比第一次輕微，水泡甚小而不化膿

泡：第7日則達至最高期（促進反應），漸次消退，雖構成癍痕而不著明。

10種痘障礙

a. 廣汎性種痘 將接種部痘漿以手指移植於額面，口腔，陰門部，眼等則見有同樣膿泡形成，是曰廣汎性種痘（Vaccinose）（第93圖參照）。

b. 種痘發疹 接種後8—12日則生麻疹樣發疹，主生於額面，軀幹四肢等（第96圖參照）。

第 95 圖

廣汎性種痘發疹
（東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏）



第 96 圖

種痘發疹及副痘泡 11個月乳兒
（著者）



c. 全身性種痘 接種後8—12日頃，種痘膿泡發生於全身者也。是乃因病原體之因血行而蔓延者，極少有也。

d. 副痘泡 用毒力強大之痘苗，則5—6日頃，接種痘之周邊構成帽針頭大之小膿泡，是曰副痘泡，其經過與種痘相同（94圖參照）。

e. 種痘丹毒 分爲早發丹毒及晚發丹毒，早發丹毒發現於種痘後兩三日，晚發丹毒發現於種痘後7—10，無論何者皆原於消毒不充分或膿泡之保護不充分。

f. 種痘後腦炎 此症極少，於接種後14日，現腦炎或腦膜炎症狀(笠原等)，然果原於種痘毒與否現尚未明。

11. 種痘法規則(明治42年4月14日法律第35號)。

第1條 種痘於下之定期施行之。

第1期 種痘 自產生至次年5月間，但不善感時，至次年六月間再施行之。

第2期種痘 約計10年，但不善感時，至次年12月間再施行之。定期前2年以內善感之種痘。可視為第2期之種痘。

第12條 醫師對於施行定期種痘者，診察時，應交付種痘證(別

<p>注意</p> <p>此證宜至第二期種痘時止保 存之。若當地官吏請求時，不 將此證提示，或並無其他證 時，應受十圓以下之罰金</p>	<p>第一期種痘證</p> <p>某 某 年 月 日生</p> <p>右為第一期種痘完了之證</p> <p>開業地點 某 醫師 某 某印</p>	<p>注意</p> <p>此證應保存滿二十年、其他 與第一期種痘證同。</p>	<p>第二期種痘證</p> <p>某 某 年 月 日生</p> <p>右為第二期種痘完了之證</p> <p>開業地點 某 醫師 某 某</p>
--	--	---	---

<p>注意</p> <p>此證應保存至再種痘時止、 其他與第一期種痘證同。</p>	<p>第一期第一回種痘證</p> <p>某 某 年 月 日生</p> <p>右為應再受種痘之證</p> <p>開業地點 某 醫師 某 某印</p>	<p>臨時種痘證</p> <p>某 某 年 月 日生</p> <p>右為已種痘之證</p> <p>開業地點 某 醫師 某 某印</p>	<p>種痘 善感 顆</p>
---	---	---	----------------

記種痘證參照)。

受種痘證者之保護人，宜於10日以內，呈於市村長。

第13條 醫師對於其診察之痘瘡患者，全治時應交付痘瘡經過證。

第16條 醫師若交付虛偽痘症，或不檢查而交付種痘證時，則處以50元以下之罰金。

12.種痘法施行規則(明治42年12月內務省令第26號)。

第4條 市町村對於痘瘡，猩紅熱，白喉，丹毒，麻疹，百日咳患者家中，未成年之人，認為必要時，可特別指定日期，或特別視定地點，施行種痘。

第7條 檢診日期，可定於施行種痘日期之後，第6—8日之間。

13.種痘施術者心得規則(明治42年12月內務省令第26號)。

第12條 檢診時宜注意之要項如次。

1.定型痘泡2顆以上發痘者，為善感。但第2期種痘以後，由接種之日起至第3日後，發生1顆以上之小結節，或水泡者，亦為善感。

2.接種之痕跡消失者，或生不正之膿泡者，陷入潰瘍或構成痂皮者，或於第一期種痘發痘1顆者，為不善感。

第13條 施術者或管理員，對於受痘者或其保護者，須指定種痘後注意之事項。

10. 白 喉

Diphtheria

【原因】因 Krebs (1883年)及Loffer(1884年)(第107圖 a 參照)所發見白喉菌之急性傳染病，在咽頭及上部氣道粘膜構成偽膜，自該菌產生毒素而惹起一般中毒症及後麻痺之疾患也。

白喉毒素自 Poux—Yersin(1889—90年)，治療血清自 Behring (1894年)，始發見之。

年齡 多見於2—6年之幼兒，初生兒及乳兒則少，8歲以上之年長兒亦少。

季節 多見於寒冷氣候。

傳染經路 多自患者或保菌者直接傳染，間接傳染者少。

一次罹病則得免疫性，然其期間不長，(數月—1—2年)，故數回感染者亦不少。

【病理】 白喉菌於有素因之咽頭粘膜，發起凝固壞疽，菌之繁殖旺盛，因炎症而招來血管擴張及滲出液。是乃原於死滅細胞之纖維酵母，凝固而構成偽膜也。產生之毒素吸收後則來一般中毒症狀。白喉毒素注射於動物則血管運動神經麻痺，血管擴張，血壓下降，心臟停止於擴張期，心肌現實質性變性，迷走神經末梢神經亦示炎症變性，發見內臟充血及出血，腎臟之退行變性壞死等。

【症候】

1. 潛伏期 2—5日。

2. 因細菌之占居部位而一般症狀相異。分類如次。

A. 咽頭白喉

a. 一般症狀

起初以感覺違和，食思不振，倦怠，頭痛，發熱(38—39°C)等而發現，有脈搏及呼吸頻數，嚥下痛，舌苔，頸部淋巴腺腫脹，及壓痛等。

b. 局部症狀

咽頭 口蓋，及扁桃腺等粘膜發赤腫脹，一側或兩側之扁桃腺上發生灰白色點狀斑點，其次數時間互相融合，構成灰白色偽膜。偽膜難於剝離，強除之則構成潰瘍，而招來出血。於輕症則偽膜現為白色點狀或線狀，恰似於腺窩性扁桃腺炎(腺窩性型)(第97圖參照)。

於中等症則偽膜構成，蔓延於口蓋，懸壅垂，咽頭後壁等。於重症則蔓延於鼻腔，中耳，咽頭及深部氣道等(進行型)。

惡性或中毒性白喉。

是乃原於個人的素質，或菌之毒力為惡性，或原於混合感染，然自初期一般症狀即不良，口唇糜爛，放出惡臭，顏部及頸部發生

第 97 圖
咽頭白喉偽膜
(著者)



浮腫，諸處現皮下出血斑，嘔吐頻發，肝臟腫大，併有腎臟炎，心臟衰弱之徵，早期發現。局部的症候，鼻，咽頭，口蓋等偽膜易於擴大，變為暗綠色或黑色或現壞死，多數日而轉歸於死（日本報告此例較少）。

B. 鼻白喉

除續發於咽頭白喉以外，於乳兒及初生兒多有原發性者，易於看過。初期有輕熱或無熱又於初期雖與單純鼻加答兒相同，後來則有血性膿樣分泌物，發生鼻孔及上唇之糜爛，偽膜雖多認出於鼻中隔，鼻甲介，鼻腔底，後鼻口蓋等部，然不能認出者亦有之。鼻孔因分泌物而閉塞或為鼻呼吸困難，而致哺乳有困難現象。鼻白喉之豫後一般佳良，發生後麻痺者少。時有因上部氣道加答兒下降惹起 Krupp 者有之（第96圖參照）。

C. 喉頭白喉，真性 Krupp

自咽頭白喉，鼻白喉，漸次蔓延於喉頭。或有原發性發現於喉頭者。本症乳兒為多（1—5年）尤以乳兒白喉之50%以上為本型。患兒

第 98 圖
鼻白喉 2 年
(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)



有倦怠，食思不振，頭痛，嘔吐等症，咳嗽成爲犬吠性，現聲音嘶啞，後遂至於無聲。咽頭發赤腫脹，喘息著明，呼吸困難，胸骨上窩及心窩部之吸氣性陷沒等窄狹症狀著明，患者現苦惱狀，口脣青紫色，顏色蒼白，冷汗淋漓，其次意識混濁，陷入嗜眠狀，遂因心臟麻痺而死。或因強咳嗽將偽膜喀出，而呼吸輕快。有偽膜構成自喉頭部波及於氣管及氣管枝者（下降性 Krupp）。於乳兒炎症易於下降，故並發肺炎者有之。

發熱不定，時有高熱，時有輕熱。

D. 皮膚白喉

發生於損傷部，皮膚發赤腫脹，構成帶黃白色偽膜，強除去之則成潰瘍，於乳兒則好發於頸部，耳之後部。皆爲良性。

E. 結膜白喉

原發性或續發性，多現於一側，眼臉腫脹，有著明之膿性分泌，眼臉結膜發生帶黃白色偽膜，進而破壞角膜，失明者有之。一般症狀多比較的輕微。

F. 陰門白喉

甚少，續發性者多，陰阜，上腿內側，大陰脣等強度發赤腫脹，構成灰白色偽膜於陰脣，時有陷入壞疽者。

合併症 1. 中耳炎。

2. 氣管枝加答兒及肺炎。

3. 白喉性心臟死。

有來於早期(1—2星期)者，有來於後期(3—4—8星期)者。原於

心肌及迷走神經之變性，常因起立，咳嗽，排便時之努責等突然來心臟痲痺而死者有之。

4. 蛋白尿及腎臟炎，一般輕度者多。

5. 白喉後痲痺 白喉毒素不僅作用於循環器，對於神經細胞有親和力，起多發性神經炎，其結果招來痲痺，且關係於脊髓之變化。

白喉後痲痺

a. 口蓋帆痲痺 是為最多見者，通常現於2—4星期，發生鼻聲，嚥下液體時則逆流於鼻腔，固形物之嚥下則困難。懸垂壑及口蓋帆之舉上不充分，多現於兩側，時有一側者，且時有所謂早期痲痺來於發病第2—3日，或偽膜未存在之期間，是殆原於炎症浸潤歟。

b. 眼調節痲痺

次於口蓋帆痲痺，亦係常常發見者。原於毛樣肌之痲痺，近視甚難。多現於學童。尚有外旋神經，動眼神經，滑車神經，顏面神經等之痲痺則甚少。

c. 膝蓋腱反射之消失。

此症為比較的多見者，因程度而有步行不能之事，又有運動失調症。膝蓋腱反射消失，瞳孔陷於不動，有似於脊髓癆，故謂之曰白喉性假性脊髓癆。

d. 其他尚有招來頰肌，背肌之痲痺，食道肌之痲痺，半身不遂等症者，但極少。

【診斷】 雖比較容易，疑惑時則行細菌學的檢查(染色及培養)(第99圖參照)。

【類症鑑別】

1. 咽頭白喉要與腺窩性扁桃腺炎，Angina，扁桃腺膿瘍等相鑑別。

2. 真性 Krupp 要與假性 Krupp 咽頭後膿瘍，喉頭乳嚔腫，流注性膿瘍等相鑑別。

【豫後】 雖因病型，血清注射時期及用量等而異，然一般死亡率

第 99 圖

咽頭粘膜粘液之塗抹標本 Löffler 氏染色之白喉菌
(著 者)



爲2—15%。於乳幼兒 Krupp 型，則死亡率更大常及50—70%。

【豫防法】要早期隔離，近時由 Lamon 氏實用 Anatoxin 自動免疫法，即因年齡用 Anatoxiu 0.2—0.5—1.0—1.5ccm，以7—14日之間隔，行三次皮下注射，因是可得1年至數年之免疫性云。

【療法】1. 隔離，安靜。2. 含嗽(硼酸水，過氧化氫等)。3. 頸部濕布。

4. 強心劑 (Camphor, ce'fein, Adrenalin, Pituitrin等)。

5. 特殊療法，血清療法。

可及的早期用適當量白喉血清注射於肌肉內，重症則注射靜脈內，Schick 氏云，體重1kg最低用100IE(免疫單位)，重症500IE爲適當。Fugel 云用馬血清有同一之效果，然現今尚爲疑問。白喉後麻痺可用比較的大量，須注意過敏症。余常用從來比較的多量之血清。例如

白喉血清注射量

病症	1年未滿	2—8年	9—15年
輕症	1000—2000	3000—6000	4000—7000
中等症	2000—4000	5000—8000	6000—10000
重症	4000—6000	6000—12000	8000—20000

6. 喉頭窄狹症狀強則行插管法，氣管切開術等。

7. 當鼻白喉時，局部療法則用 Adrenalin 硼酸水(等分)之1—2滴鼻孔內滴下，對於鼻孔之糜爛則用硼酸軟膏或白降汞軟膏(5%)等。

8. 對於惡性白喉或中毒性白喉等則用大量血清分割注射(例如3—5000單位，數回注射於肌肉內，靜脈內，脊椎內等)及 Salvarsan 注射，然效力甚少。

9. 對保菌者雖有塗用 硝酸銀液 Protargol，過酸化水素水，Yatren 等，然效不確。

10. 保持大便之通暢，必要時給以輕瀉劑或灌腸。

11. 吞嚥不便，故須授與富含營養之流質飲食。多數醫師喜用 Vitamin B，及C 之交互注射。

12. 大量之 Penicillin 注射，效果頗佳。但因其對血內毒素無作用，故宜與血清治療同時進行。死亡率必因此大為減低。

Sehick 氏反應

以少量白喉毒素注射皮下，觀其反應，而定白喉免疫性有無之方法也。

例如 白喉毒素量以天竺鼠致死量之 $1/500 \cdot 1—0.2\text{ccm}$ 用生理食鹽水稀釋之，注射於前膊屈側。反應陽性時在24小時內生直徑1.5—2.5cm 之發赤及浸潤。此為抗毒素缺乏或不充分之意也。即表示有罹患之危險。反應陰性時乃係免疫力存在之意，則罹患危險少。

血 清 病 Serum Sickness

【意義】因血清注射發現之病的現象，曰血清病，不問免疫血清或健康血清，乃對於異種蛋白之過敏症也。

【症狀】因初次注射及再度注射(同一血清)，其經過有著明之差異。

1. 初次注射 普通經過 7—12 日之潛伏期而發熱(38—39°C，1—2—3日而弛張)，發疹(注射部位或全身，蕁麻疹狀，有著明之痒感)，淋巴腺腫脹，關節痛，浮腫，蛋白尿，白血球減少，及輕度之一般障礙，但此等症狀常數日即消散。

2. 再度注射 因初回及第2注射之間隔的長短而有差異。

a. 其間隔約十日以內時，多無何等症狀。

b. 其間隔爲10日—3個月—6個月時，於數分至數時間後，現病的症狀（即時反應）。即注射部位之浮腫及紅斑，時有顏面浮腫全身蕁麻疹等。且有現嘔吐，口唇紫青色，呼吸困難，虛脫等重篤症狀者（Anaphylactischer schock），該症狀即時消散，亦有致不幸之轉歸者。

c. 其間隔在3—6個月—1年以上時，則與初回注射現同一症狀，其症狀稍輕微，而發現多被促進（3—6日），是曰促進反應。

【豫防法】

1. 第2回所用之血清，異種動物血清即可。
2. 可行抗過敏性療法。即起初先注射少量之血清（0.5—1.0ccm）於皮下，無何等症狀時，經過1—2時間再注射須要量，或以1時間之間隔，施行三回注射（1回0.5—1.0，2回1.0—2.0，3回殘量）。
3. 注射少量之 Adrenalin 於皮下或肌肉，5—10分後再注射血清。
4. 再注射時，須速迅速之吸收，可行皮下注射。或肌肉注射。

【療法】 皆爲對症療法。

11. 百日咳(疫咳)

Pertussis

【原因】 因 Bordet Gengou 氏（1907年）（第107圖參照）百日咳菌而生之急性傳染病，以固有之痙攣性咳嗽發作爲其主徵，幼小兒罹患者多，年長兒則少，大人更少，再感染者極少。侵入門戶爲鼻，咽頭，因患者之唾液細滴直接感染，因物體之間接感染者鮮，多流行於秋而冬。

【症候】

1. 潛伏期 雖不定，多爲1—2星期。
2. 加答兒期
約計1—2星期間，以上部氣道加答兒爲其主徵，咳嗽漸次增強尤其頻發於夜間，有發生輕熱者，傳染力最強。
3. 痙攣期（2—6星期）。
續發於加答兒期之咳嗽，漸次劇烈，而生特有之痙攣性咳嗽發作。

(30秒—1—2分，該咳嗽發作，爲短呼吸氣性咳嗽連發，其間營爲吹笛樣吸氣，即 Reprise。現顏面腫脹，發赤或口唇紫青等，結膜充血或出血，或嘔吐，發現著明苦悶狀。咳嗽發作有共同不安，氣道癢痒感等之前驅症狀者。發作後吐出粘稠玻璃粘液。發作停止時則平靜。發作多生於夜間睡眠時，早起時尤多。發作雖起於自然，或因精神感動，食食口腔檢查等而誘發者有之。年長兒來發作時有自覺不安，違和，咽頭癢痒感等。一日之發作多爲10—20—50回。發作時以外有不表示何等症狀者，又有顏面腫脹，結膜充血，眼臉腫脹等，一見即想爲百日咳者有之，舌繫帶正中綫有淺在性潰瘍。平常多無熱，時有微熱。

4. 減退期(2—4星期)。

咳嗽之痙攣發作輕快，回數亦減少，遂至失其痙攣性，只現爲普通上部氣道加答兒症狀，粘稠性喀痰或爲膿性。此期亦有因感冒關係而致咳嗽再現痙攣性者。

血像 加答兒期及痙攣期有白血球增加症(10000—40000時而至8—90000)，尤其單核細胞之增加著明(30—70%)。有以血像爲早期診斷之資助者，但不確實。

【合併症】 氣管枝加答兒及肺炎，有發生膈鼠蹊疝氣，右心肥大，腦炎，腦性痲痺等者。尤其本症及結核之關係甚重要，能使潛伏性者變爲活動性。又本病後惹起腺結核或肺結核者有之。

【診斷】 有固有之咳嗽發作時甚容易。若有顏面腫脹，舌繫帶潰瘍等，即無咳嗽發作亦甚容易。

【類症鑑別】

於氣管枝腺結核，因迷走神經的壓迫，雖有類似之咳嗽發作，然無 Reprise。

於流行性感冒，雖有發作性咳嗽，亦無 Reprise，觀其經過甚容易。

【豫後】 關於年齡，榮養，體質等，愈幼小兒愈不良。主由於合併症之如何。

【療法】

1. 食餌須用刺激性少者，每次少量，增加回數。尤以著明嘔吐爲然。

2. 與新鮮空氣相觸接，使咳嗽發作輕快。

3. 疫苗注射療法(百日咳多價疫苗最初與以0.3—0.5—1.0 ccm，以1—2—3日之間隔，漸次增量而行4—5—7回之注射)。恢復期患者血清療法(主要症狀輕快後2—3個月以內之血清)(5—10—20 ccm)，伊打療法等有使用者，現在有卓著之成效者尙少。

4. 藥劑療法 嗎啡劑，Dover 氏散，Codein 劑，Luminal 劑，Atropin 劑，溴劑，金鷄納劑等之內服藥，及1% Codein，1—2%之硝酸銀液，10—15%金鷄納軟膏等之塗付料，雖無卓效，但亦不應不用。

5. 近來雖有費用日光浴，太陽燈，X光線療法等者，然不能謂爲奏效確實。

6. 對於合併症之預防，極爲重要。

7. 高空氧氣治療有效。

12. 流行性感冒

Influenza

【原因】 Influenza 乃自 Pfeiffer 氏(1892年)(第107圖C參照)發見之細小好氣性 Influenza 桿菌所發之病症也。該菌存於鼻，氣管等之分泌物，血液，中耳炎之膿汁等。然1918年 Angerer，Kronberger，Leschke 等以濾過性微生物，作爲病原菌，該菌由喀痰通過動物而培養之濾過性微生物，染色於 Gram，可以運動活潑之光學檢出之最小微生物也。然尙不能受一般人之承認。

流行性感冒爲氣道傳染性加答兒之總稱，病原菌不只一種，可因肺炎球菌，加答兒菌，連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，Friedlander 氏肺炎菌等而誘發。

Influenza 之傳播力極猛烈迅速，招來大流行者不少。主侵犯大人及年長兒，侵犯乳兒者少。於日本在明治23年及大正8—9年，曾大流行2次。

流行性感冒則侵犯幼乳兒，多生於寒冷季節，爲部分的小流行。

【症候】

1. 潛伏期1—4日。

2. 前驅症狀 時有倦怠頭痛，食思不振，四肢痛等之前驅症狀。

3. 發病 現突然高熱，嘔吐，劇烈頭痛，腰痛及肢痛，脈搏迅速，咽頭及口蓋粘膜之發赤腫脹等。熱度1—2—3日漸次下降，徐徐恢復其常態，因其經過中主體發現之症狀分類如次，然互相移行或混合而難區別者不少。

a. 加答兒性型

主爲鼻及咽頭加答兒，咳嗽，肢痛等症。

b. 肺炎型

加答兒症狀急劇進行於氣管枝及肺胞，發生肺炎，而以自肺門部或胸骨緣進行爲其特徵。

c. 胃腸型

呼吸器系之變化少，主爲胃腸障礙，如嘔吐，嘔氣，下痢等症。

d. 神經型

發生頭痛，眩暈，神經痛，不安，不眠等症，時有發生痙攣者，時有發生昏睡，嗜眠等腦症狀者，且有惹起 Influenza 菌性腦膜炎者。

e. 俛麻賓斯型

主爲關節痛及肌痛。

f. 發疹型

與高熱，惡寒，頸痛，嘔吐等同時有猩紅熱狀或麻疹狀之發疹發生於額部及其他部(1—2日間即消失)。

4. 血像 2—3日白血球減少，中性多核白血球之減少尤爲著明，肺炎發生時則有白血球增多症。

5. 乳兒流行性感冒

乳兒之流行性感冒時有重篤症，於體質異常兒尤為著明。死亡率極大，約有30—40%，愈幼小兒愈危險。主原於肺炎，中耳炎等之併發。

乳兒流行性感冒，分為二型。

a. 加答兒性型。

主為氣道加答兒，易起肺炎。

b. 胃腸型

發生種種榮養障礙，排出水樣下痢便，或粘液血便。

【合併症】 肺炎，中耳炎，腦膜炎，肋膜炎，敗血症，腦炎，關節炎等。

【診斷及類症鑑別】

當大流行時雖容易，散在性時則困難，宜注意其經過。細菌學的檢查意義甚少，時與腸傷寒，Kroup 性肺炎，麻疹，關節炎等有鑑別的困難。

【豫別】 於年長兒雖一般良好，於乳幼兒或體質異常兒不良者不少。

【療法】

1. 靜臥，冰囊使用，食餌注意。初期整理通便，掃除腸內容。
2. Aspyrin，柳酸劑，強心劑，Codein 劑，鎮靜劑，金鷄納霜劑，消化劑祛痰劑等之投與。
3. 血清及疫苗療法，但治療的效果不確實。
4. 磺胺類之小量使用，有預防併發病之效。

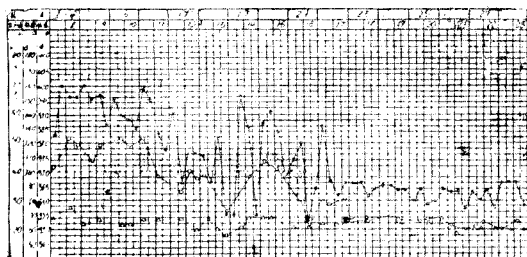
13. 腸 傷 寒

Typhoid Fever

年長兒之腸傷寒雖與大人同，幼小兒及乳兒之腸傷寒，一般之症狀輕，熱度低，經過短，病理解剖的變化輕微少見有腸出血，腸穿孔等之合併症，故豫後良好(第170圖d參照)。

、幼小兒腸傷寒，突然發熱，與年長兒之腸傷寒相異，現為弛張熱(第100圖溫度表參照)，經過短，脾腫，薔薇疹少，有食思減退，嘔吐，高度鼓腸，下痢等胃腸炎症狀。時有陷入重症而呈腦炎，腦

第 100 圖
小兒腸傷寒型 4年8個月
(著 者)



膜炎症狀者。乳兒腸傷寒之豫後，在歷史上，雖報告為不良者多，然不必一致。

【診斷】若弛張熱以外無何等症狀時，診斷頗困難，疑惑時可自血液以膽汁培養之，或從糞尿證明傷寒菌亦可，或檢查血清及發泡液之 Widal 反應。

【療法】良好之護理絕對的安靜，用冰囊，冰枕等，攝取流動食物，與大人治療相同。

14. 副傷寒 Paratyphoid Fever

本病與大人之患此病者大同小異，然於乳幼兒，時有胃腸炎，赤痢，敗血症症狀，診斷頗困難，因細菌學的及血清學的檢查始得而確定。paratyphus B於乳兒比較的稍多。

15. 發疹傷寒 Typhus Fever

小兒與大人殆為同樣，然豫後則不若大人之不良，死亡率常為5—10%。

【療法】將患者隔離，食器及用具等須嚴重消毒，其他與腸傷寒同。

16 赤細菌性痢

Bacillary Dysentery

【原因】因赤痢菌所起之急性傳染病，其病原菌有多種，志賀，Kruse 氏型(第107圖。參照)，Flexner氏型)，Sitong 型，Y型，駒込 A·B 型等是也。該菌與飲食物共侵入而感染，小兒之何期亦被侵犯，乳兒比較的少，其感染為散在性或流行性。於日本秋季恆多於夏季。

【病理解剖】大腸下部，尤其直腸粘膜現為濾泡性炎或偽膜性炎，有發見粘膜充血，腫脹或潰瘍，壞疽等之構成者，時有侵犯腸者。

【症候】

1.潛伏期 不定，數時間一數日。

2.一般症狀 多以突然高熱，腹痛，下痢等而發病，患兒現頭痛，不舒適，食思不振，蒼白等症，舌苔厚，舌及口唇乾燥，強渴，妨害睡眠，腹部隆起而柔軟，左腹下部（s字狀部）觸知索狀物，多有壓痛。重症者有嘔氣，嘔吐，吐出咖啡殘渣狀物質，顏貌現無欲狀態，發生痙攣，意識混濁，多有嗜眠或昏睡之中毒症狀。輕症者之熱度輕，時而無熱，一般症狀極輕微，於乳兒則有單純之消化不良症狀。

3.胃腸障礙

糞便之變化為特有的，初為不消化便或黃色粘液便，後為粘液膿狀血性便，時為綠色粘液下痢便，放出惡臭，有混和膜片者。排便之一回量雖少而頻數(5—10—20回)，時而1日至50回以上。排便時有裏急後重及痛痛。時因多數之排便而起肛門周圍炎，並有疼痛，又有因肛門括約肌麻痺，肛門哆開，露出發赤之粘膜者。

4.血像 有輕度之白血球增加，時認出單核細胞之增加及 Türk 氏之刺激型。

【經過及豫後】

通常數日至數星期則輕快，劇症型在12—24—48小時內死者不少。時而再發，或取慢性之經過，豫後雖比較的良好，於乳幼兒則不

良者不少，死亡率2.5—50%。

【診斷】一般雖容易，疑惑者須行細菌學的檢查。

【療法】

1. 靜臥，頭部及心臟部冰囊，腹部壓法，溫濕布或灰爐等。

2. 食餌療法 乳兒則用乳，幼兒以上初用饑餓療法（12—24—48小時），而後則規則的補給熱量豐富之流動食，如牛乳，蛋白乳，濃厚乳等，若一般症狀及大便之性狀佳良時，則可酌量增加粥，卵黃，麵包等。

3. 血清療法（多價血清 10—20ccm 皮下注射），但奏效不確實。

4. 藥物療法 初期與以蓖麻子油硫酸鈉等，排除腸內容。重症時與以強心劑，補給水分（食鹽水注射，Ringer 氏液注射，蘇打水注射等）及腸洗滌（生理食鹽水，Ringer 液，1—3%白陶土液，1—2%骨炭末液等）。經過急性期，則與以收斂劑（次硝酸鉍，Tannalbin，Tannigen，阿片劑等），吸着劑等亦可用0.3—1%鞣酸液，0.3% 硝酸銀液（此時必須用食鹽水行後洗滌）等行腸洗滌。

5. 最近用 Sulfathalidine, Sulfasuridine, Sulfaguandine,（按療效大小次序排列）或 Sulfathiazole 之早期應用，使本症之死亡率大為減低。小兒每口劑量約為二公分，分數次服用。

附， 疫痢（颶風病） Epidemic Diarrhea

疫痢果為一種之獨立疾患，或為赤痢之異型，諸家之意見不一致，日本法律則將疫痢及赤痢同樣取締。

從來夏秋之交，侵犯小兒，尤其 2—6 年之幼兒，以劇烈中毒症狀，綠色粘液下痢便為其主徵，有裏急後重者少，非原於赤痢菌而原於類似之大腸菌屬者，作為疫痢。然近來伊東祐彥博士將惹起於大腸菌屬（大原菌或假性赤痢菌）者，作為獨立之疾患（疫痢），因大腸疾患所現之腦症，則解釋為一個之疫痢症候羣。故本伊東博士之見解，因大腸菌屬（大原菌或假性赤痢菌等）惹起之大腸疾患，不必如從來所云以特別腦症及循環器系統障礙並胃腸障礙之中毒症狀為主徵，於輕症例，非因細菌學的檢查，則臨床上的鑑別，甚困難也。故近時本病與赤痢完全不可區分之說主張者，多謂其關係於淋巴腺體質者多。*

【症候】與劇烈赤痢相同，驟然發熱，嘔吐（後為咖啡狀），立現

意識障礙心臟衰弱，有昏睡，眼球上突，痙攣，cyanose，脈搏頻數弱小，四肢發冷等重篤症狀。大便在初期為不消化便，次為粘液便，血液混合者較少。腹部柔軟，觸之如棉，壓痛雷鳴等雖可證明，S字狀部則不能觸知索狀物。

【經過及豫後】 12—24—48小時內死亡者多，死亡率30—60%。

【治療】 與赤痢相同。

17. 變形蟲赤痢

Amebic Dysentery

【原因】 原於赤痢變形蟲所生之局限性腸傳染病，以潰瘍構成出血等為其特徵，且易或為慢性疾患之傳染病也。

【症候】 潛伏期極不一定(3—7—14—24日)。因其經過分為急性，慢性，及潛伏型。

急性型以突然發熱，腹痛等而發病，食思不振，發生嘔吐，腹部膨滿，觸動下行結腸則有壓痛，便為暗色或暗綠之粘液血便，一日數次至十數次，多有裏急後重。

慢性型自急性型移轉而來，或無急性期，而來自慢性自覺症少有一日數回排粘液血便或為便秘。經過數年反復再發者不少。

潛伏型 雖有食欲不振，羸瘦，不安，不舒適等症，腸之特別症狀則無之，體溫有在常溫以下者，尿中可證明 Urobilin者多。

血象 白血球增多，尤其 Eosin 嗜酸性細胞增加。

【診斷】 就臨床所見，經過糞便顯微鏡的檢查，雖不困難，於急性期則與細菌性赤痢有鑑別的困難。

【豫後】 一般雖良好，時有肝膿瘍並發。

【療法】 宜安靜，與以流動食物，腹部施以溫罨法，施行水分補給。藥物則用鹽酸 Emetin, Cephalin, Yatren 等之注射及 Rivanol 之灌腸等。有肝膿瘍併發時，除注射 Emetien 外，須行外科治療。對於慢性病例可用碘化吐根素鈹 (Emetine Bismuth iodide) 與 Yatren 之合併治療。其他藥物尚有 Spirocid, Stovarsol, Carbasone 等，但兒科範圍不常用。

18. 霍亂(亞細亞霍亂)

Asiatic Cholera

【原因】原於 Koch 氏發見之霍亂菌(第107圖參照)，急性傳染病之一種，主徵爲劇烈嘔吐及下痢。

【症候】

1. 潛伏期 以數小時—3—5日爲常。
2. 前驅症狀 雖有不舒適，腹痛，口渴等輕度前驅症狀，一概則少。
3. 發病 突然發現嘔吐及下痢，嘔吐頻來，吐物之中，含有多少之食物殘渣，而後則只現水樣液。下痢一日數回至20回大便初爲糞樣，而後爲灰白色，放出一種精液樣臭氣，遂成爲米泔汁樣。患兒口渴甚劇，皮膚蒼白貧血，乾燥而失其彈性，四肢發冷，往往現腓腸肌之痙攣及疼痛，鼻尖銳，眼陷沒，聲音嘶啞，或至無聲，脈搏頻小，尿減少，或起尿閉。體溫多至常溫以下(發冷期)，其次口唇四肢等現 Cyanose，舌及口腔粘膜乾燥，而至無聲，眼球陷沒，脈搏殆難觸知，昏睡而起四肢痙攣者有之(假死期)，遂至一兩日後而轉歸於死。

若在發冷期或假死期免於不幸之轉歸，則諸症輕快，是曰反應期，時有意識混濁及無欲嗜眠狀態，現譫語及發熱，皮膚有蕁麻疹或蕁疹狀發疹，是曰霍亂傷寒樣症。

【診斷】於流行時不甚困難，自糞便中證明霍亂菌則屬確實。

【豫後】一般不良，於幼兒尤然，死亡率約有80%。

【療法】

1. 隔離及消毒，吐物及排泄物之消毒，宜特別嚴重。
2. 絕對安靜保溫。
3. 水分補給(食鹽水注射，Ringer 氏液注射)。極爲重要。
4. 強心劑投與。
5. 藥劑則用阿片酞，甘汞等之內服，鞣酸之腸洗滌。
6. 磺胺類對於本症並無大效。

(脊髓性小兒麻痺，急性脊髓前角灰 白質炎，急性流行性小兒麻痺)

Infantile Paralysis, Acute Poliomyelitis

【原因】初爲Heine (1840年)氏及Medin(1889年)氏等詳細研究之急性傳染病，病原菌未明。Landstein—Popper 氏(1909年)等移植於猿而成功，(移植的猿者，在臨床上及病理解剖的完全相同，惟於人不見接觸傳染) Flexner—Noguchi(1913年)氏等則發見球菌2個或數個排列如鎖狀可得而濾過之微生物體，謂之曰病原體，然現今則未爲一般所承認。

本病原體對於乾燥及低溫(—50°C)抵抗力強 H₂O₂，Formaldehydum 等抵抗則弱，然在硫磺，Thymol 胃液等抵抗弱，至50°C即死滅。

但在急性症狀消失後，其病原體亦常有感染能力。

本病主爲夏季流行性或散在性之急性傳染病，於日本雖未見如歐米之大流行，散在性者不少，家族傳染比較少，2—4歲之幼兒多(約80%)，6個月以下或5歲以上之小兒則少。

傳染經路 因患者或保菌者之鼻汁或唾液，直接或間接由咽頭及鼻咽頭腔進入淋巴道，而達至中樞神經。

免疫 一次罹患本病則終身免疫，再感染者極少。由動物實驗在恢復動物之血液中證明免疫體。

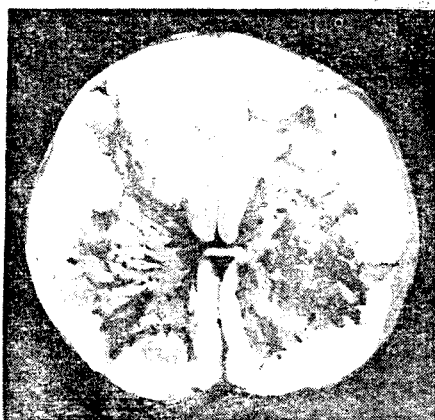
【病理解剖】肉眼的解察，在脊髓前角灰白質，尤其腰髓之膨大部，有散在性出血竈(第101圖參照)。組織的檢查，有出血性炎症，認出細胞浸潤浮腫及神經節細胞之破壞或消失等。發病後經過時日久，則認出前角痠痕性萎縮，且不只前角，即腦橋，延髓，腦皮質及腦膜等亦有被侵犯者。

【症候】

1.潛伏期 1—5—10月。(在猿實驗一般8—12日)

2.前驅症狀 有1—1日不安，不舒適，食思不振等症，多不注意，其次現發熱(36—39°C。數小時—1日—數日)，惡寒，頭痛，

第 101 圖 Heine-Medin 氏病的橫斷面



留意著明出血於脊髓前角灰白質

肌痛，肢痛，抽風知覺過敏，嘔氣，嘔吐，下痢等症。時有嗜眠，昏睡，痙攣，發汗等症。又有現鼻加答兒，氣管枝炎，匍行疹，或猩紅熱狀及麻疹狀發疹者。血像則認出白血球減少。時有現頸部強直，角弓反張，Kernig氏症狀等之腦膜炎症狀者。且有前驅症狀輕微，而被看過，現為麻痺始加注意者。在急性期有見知覺障礙及膀胱障礙者。

3. 麻痺期 直腸障礙者

因病竈之部位，而來種種程度之麻痺，侵犯四肢或軀幹，又有只侵犯下肢或上肢者。麻痺在數日內變返於極度其次漸漸縮小。有關係於顏面肌，尤其顏面神經，舌下神經，眼肌等者。侵犯腹肌，項肌，橫膈膜肌及呼吸肌者則少。無知覺障礙。

麻痺為弛緩性麻痺，皮膚反射雖存在，腱反射則消失。若病竈在於上部，則現為 achilles 腱反射及膝蓋反射亢進，Babinski 氏現象有陽性的表示。麻痺肌有電氣之變質反應。

【血像】白血球多減少 (3000—5000) Wassemann 氏反應多陽性。

腦脊髓液變化

水樣透明，在初期則認出壓力增高，globulin 增加，淋巴球增加。

4. 恢復期，持久性麻痺期。

麻痺有漸次不留痕跡而全治者。或漸次恢復，有一肌簇，例如上肢則為三角肌，二頭肌，三頭肌等，下肢則為腓骨肌簇，脛骨肌簇等多遺留局限性永久麻痺者。

因麻痺關係，骨之發育遲緩，短小萎縮，又多見皮膚營養障礙。且有殘留動搖關節，或內翻足，尖足，側灣，上肢及脊椎之變形者。

病型 Wickmann 氏因其病靈分類為下之八種。

1. 脊髓型 此為最普通者。 2. 上行性型或 Landry 氏麻痺多見於年長兒，麻痺自下部進行於上部，豫後常不良。 3. 腦炎型或腦型現惱性小兒麻痺之狀。 4. 失調性型或小腦型 主為小腦症狀。 5. 多發性神經炎型 有諸處之神經症狀。 腦膜炎型 主為腦膜炎症狀。 7. 延髓型及橋型 侵犯從延髓及腦橋發出之視神經，外展神經，顏面神經，舌下神經及迷走神經，呼吸中樞等。 8. 不全型 非流行時期，不能明白。

【診斷】 證明麻痺，雖比較容易，於初期則較困難，於異常經過例尤難，時而不能確定。

【類症鑑別】 與多發性神經炎，白喉後麻痺，腦性小兒麻痺，分娩麻痺，進行性肌萎縮等，須要鑑別之處不少。

【豫後】 死亡率10—20%，因病型及流行而大有差別，麻痺肌之電氣興奮性，在豫後判斷上頗重要，若有完全之電氣變質反應，則豫後不良，部分的電氣變質反應，則比較的良好。2週間電氣反應如常則豫後極良好。3—4—6個月不見輕快時，可視為恢復不可能。

【療法】

1. 急性期 皆為對症療法，安靜，食餌上注意，鎮靜劑，強心劑，Adrenalin 脊椎腔內注射等。有謂恢復期患者血清早期用之可以有有效者。

有云早期 X 光線照射有效者。因腰椎穿刺可使腦壓降下甚必要也，Diathermie 亦有奏效者。

2 麻痺期則用按摩，溫浴電氣療法(平流電氣，2—3週後始用之)等。藥劑則用碘化鉀，士的甯劑之內服等，然效力較少。胎留變形者，則施行整形的外科手術。

3. Ascorbic Acid 之早期注射於肌肉，有抑止病勢進行之功。

20. 流行性腦脊髓膜炎

Meningococcus Meningitis

【原因】原於 Weichselbaum 氏細胞內腦脊髓膜炎球菌(1887年)(第107圖h參照)之急性化膿性腦膜炎，常來於散在性，流行性者亦有之。本病喜侵犯小兒，尤其3歲以下之幼兒。多自寒冷季節達至初夏。

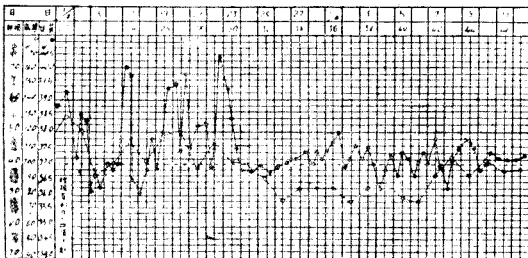
感染經路 病原菌達至鼻咽頭腔粘膜，發生加答兒，雖有時自淋巴道達至腦膜，多數自淋巴道入於血行，漸次侵入腦膜，故可認為一種菌血症。流行時即健康者之鼻咽頭粘膜，可證明本菌者不少。

【病理解剖】此症係腦脊髓軟膜之化膿性炎症，腦表面尤其前部及中部之溝及血管的部位特別著明，於脊髓則後部著明。軟腦膜現充血及浮腫，而混濁。脈絡膜被膜腦實質等亦被侵犯。

因膿樣腦脊髓液之增加而壓力增大腦室擴張，惹起內腦水腫者有之。

腦脊髓液為帶黃色稀薄膿樣，有似於塵砂玻璃狀，時有漿液性者(漿液型)。

第 102 圖 流行性腦脊髓膜炎 11年9個月
(著者)



【症候】

1. 潛伏期 3—4日。
2. 前驅症狀 時有不舒適，倦意，眩暈，頭痛等之不定症狀。
3. 發病 多以急劇高熱，劇烈頭痛，嘔氣，嘔吐，下痢等而發病。時而伴發惡寒戰慄，痙攣等。現食思不振，不舒適，知覺過敏症，及口唇 Herpes 等。意識或在初期兩三日即混濁或有完全不侵犯者。時而有劇烈譫語，腱反射亢進，脈搏強頻而速，然時有現緩徐及不整者。呼吸則一般促進。腦膜刺激症狀著明。
4. 熱 初雖為稽留熱，而後多為不規則的弛張熱(第102圖溫度表參照)。
5. 意識 一般之障礙少，時而全明瞭者不少，有現無欲狀態或意識混濁者(第103圖參照)。

第 103 圖

重症流行性腦脊髓膜炎患兒強直性顏貌 9個月乳兒

(著者)



6. 嘔吐及下痢 有頻發者，有輕微者，或有著明下痢者，故於乳兒有與消化不良症鑑別之困難。
7. 皮膚 有發現皮下出血，或薔薇疹，猩紅熱狀或麻疹狀發疹者。且皮膚紋畫症多為陽性。
8. 大顛門 於乳兒膨隆緊張，觸知著明之搏動。
9. 項部強直 項部現疼痛，有著明之角弓反張(第104圖參照)。
10. 知覺過敏 嗅覺過敏及痛覺過敏等。

第 104 圖

流行性腦脊髓膜炎（角弓反張著明） 3個月乳兒

（著者在東京帝國大學醫學部小兒科所實驗）



11. Kernig 氏症狀（使患兒取水平脊位，在股關節部將上腿曲爲直角，伸展膝關節時，則訴說疼痛，或至伸展不能），Brudinski 氏症狀（使患兒取水平脊位將頭前屈則股關節及膝關節屈曲），Babinski 氏現象爲陽性。

12. 痲痺及麻痺 眼肌麻痺動眼神經顏面神經之麻痺則少，痲痺多現於後期，哺乳兒尤多。

13. 血像 有白血球增多症。

14. 腰椎穿刺液

常現混濁，膿樣粘稠性，暫時放置之則成凝塊及蜘蛛膜。壓力亢進（300—400mmH₂O 或其以上），Globulin 著明增加（Nonne—Apelt 氏反應強陽性，Ross-John 氏反應陽性，Pandy 氏反應陽性等），多核白血球及淋巴球增加，同時細胞內或細胞外認出 Gram 陰性之 Weichselbaum 氏球菌。時有殘於透明，培養上始證明其有病原菌者（第27表參照）。

【病型】

1. 急性型。2. 亞急性型。3. 電擊性型。症狀劇烈，數時—24時間，有不幸之轉歸。4. 不全型。非流行時則診斷不明。

【合併症】有中耳炎，角膜炎，視神經萎縮症，虹彩炎，虹彩毛樣炎，臍胸，心內膜炎，心囊炎，耳下腺炎，腦水腫等。

【診斷】比較的不困難，疑惑時須行腰椎穿刺（第15編結核性腦膜炎部參照）。

要鑑別者，有結核性腦膜炎，漿液性腦膜炎，Heine-Medin氏病之腦膜炎型（第27頁參照），腸傷寒，發疹傷寒（熱型，尿所見，蕁麻疹等），肺炎尤其腦性型（胸部所見之有無，腦脊髓液所見等），敗血症（皮下出血，黃疸，敗血症性發疹，及血中菌檢出等）等。

【豫後】 幼小兒一般不良，死亡率20—60%，遺留知識障礙者不少。

【療法】

1. 安靜臥牀，使用冰囊及冰枕，防避諸種刺激，室內不宜有明光。

2. 食餌上注意

3. 特殊血清療法 注射腦脊髓膜炎球菌血清於皮下，靜脈內，脊髓內，腦室內等，最多用者為脊髓內注射，用量 5—10—20—30 ccm，直至諸症輕快，每日或隔日連用之。

4. 腰椎穿刺或腦室穿刺使腦脊髓液排出，降低其壓力，反復行之可以奏效。

5. 疫苗療法 血清注射無效時用之

6. 溫浴療法 在日本用者甚少。

7. 藥劑療法 用 Urotropin 消化劑，強心劑等。其他皆為對症療法。

8. 近時用青黴素水溶液行肌肉注射或靜脈內持續滴入法，一面再行血管內注射或腦室內注射（此於血管阻塞時用之），一日二次，劑量不得超過二萬五千單位，且需用純品之青黴素。全身治療之每日劑量約為十萬至二十萬單位（小兒）。

9. Sulfearidine, Sulfathiazole, Sulfadiazine 之大劑量內服，對本症亦有良好之效果。

21. 流行性耳下腺炎

Epidemic Parotitis (mumps)

【原因】 原因不明，以耳下腺腫脹為主徵之急性傳染病，散在性或流行性，多見於春秋，好侵犯學齡兒童（6—12歲），乳兒甚少，一度經過，可得終生免疫。

【感染經路】 主自患者直接感染，亦可間接感染，腺腫脹之1—2日前，即有感染可能性，於恢復期感染率少。

【病理解剖】 為腺實質及間質之炎症，現為腺腫脹充血，有漿液性或漿液纖維素滲出物，於間質有圓形細胞浸潤。

【病程】

1. 潛伏期 12—26日，或18—21日。
2. 前齷期 雖有缺乏者，多數 1—2 日間有食思不振，頭痛，惡心，嘔吐，輕熱等症。
3. 固有症狀 現一側或兩側之耳下腺腫脹，下顎骨下行枝及乳嚙突起之間腫脹，其次耳下腺部一面有著明之腫脹，波及於眼窩，口角，顎下部，一見而知其為特有之阿陀佛。皮膚如常，腫脹為緊張彈力性，多有壓痛，尤其開口時及咀嚼時著明，腫物壓迫時道有難聽耳痛等。熱度與腺腫脹共昇至 39—40°C，2—3 日即下降，同時腫脹漸次減退。

脾臟及淋巴腺腫脹發現者不少。

時有不侵犯耳下腺而侵犯顎下腺者。是曰顎下腺耳下腺炎。

血像 有淋巴球增多症。

【經過】 雖一般良好(8—10日)，時有化膿者。

【合併症】 睪丸炎多現於13—14年之男子。雖多來於一側，時有來於兩側者。發現於初期者少，發病後 5—8 日者多。睪丸腫脹，訴疼痛，而後現萎縮。於女子則有乳房，大陰唇，卵巢等炎症。時有心囊炎，腎臟炎，腦膜炎等合併症。

【診斷】 一般容易。

【療法】

1. 靜臥及流動食物。
2. 腫脹之耳下腺部用油濕布，溫濕布，軟膏塗付等。
3. 若有睪丸炎，除用濕布及置於高位外，皆為對症療法。
4. Neosalvarsan等砒素劑之注射，略有功效。
5. 碘，鈣合劑之注射。

22. 急性關節癱瘓質斯

Acute Rheumatic Arthritis

【原因】 病原體雖不明，有主張為一種連鎖狀球菌之傳染者，然尚未定。5歲以下之小兒少，一度經過易於再染，無免疫性。本病與舞蹈病有密切之關係，可視為同一原因。

【症狀】 起初症狀不能一定，有大關節之揮散性疼痛，運動不自由，不能認出關節之腫脹發赤，時有 Angina 之前驅症。又有併發

高熱及關節痛音。除侵犯膝，足，肩胛，肘，手關節等大關節以外，侵犯頸椎者不少。

血像，多核白血球增加，血色素及赤血球減少。

【合併症】

1. 多侵犯心臟，惹起心內膜炎(80—90%)，心囊炎(10—20%)者尤多。

2. 小舞蹈病。

3. 結節性像癩瘡斯

小兒所特有，本病經過中，在肘，手，膝，踝關節，棘狀突起等處，發生鉛針頭大，至胡桃核大，左右對照稍有壓痛之結節，多時達至50個以上，位置於皮下，成自纖維組織。

4. 腦性癩瘡斯

極少，現劇烈之發作性譫語，昏睡狀態。

【經過】 比大人者較短。

【診斷】 多數容易，與結核性關節炎相鑑別時，有困難者。

【療法】 柳酸劑爲本症之特效藥，內服注射均可。其他祇有對症治療而已。

23. 丹 毒

Erysipelas

【原因】 原於 Fehleisen 氏丹毒連鎖狀球菌，小兒甚少，初生兒有自臍部侵入而成臍丹毒者，又於乳兒當種痘時有病原菌侵入而惹起本病者(早發丹毒及晚發丹毒)，或生於粘膜，尤其鼻，咽頭之粘膜，又有因手術傷而侵入者，是爲粘膜丹毒及創傷丹毒。

本病雖於小兒亦多再發。

【症候】

1. 潛伏期 1—3日。

2. 一般症狀 以突然高熱(39—40°C)，惡寒戰慄而發病，食思不振，不安，頭痛，蛋白尿，胸腫，脈搏頻速，時有嘔吐，譫語，癩瘡等，於衰弱兒有經過爲無熱性者。

3. 局部症狀 與發熱同時，一定局部之皮膚，現為潮紅，腫脹，浸潤，其邊緣隆起為堤狀與周圍皮膚成為隔離之境界，觸之則感溫熱，壓之則有過敏之感覺。皮膚之發赤腫脹浸潤，漸次蔓延於周圍，或進行於一方向（因菌之毒力及皮膚之抵抗而異），初發部位諸症輕快，漸次消失，而現皮膚之落屑，時有一度罹患而治愈之部位，再行蔓延（遊走性丹毒），又有於發赤腫脹之皮膚面構成水泡者（水泡性丹毒），時而招來皮膚而壞疽（壞疽性丹毒）。

4. 血像 有著明之白血球增多症。

【經過】 雖有種種，通常1—2星期而治愈。

【合併症】 肺炎，敗血症，腦膜炎，廣汎性蜂窩織炎等。

【豫後】 乳兒不良，愈年長兒愈良。

【診斷】 一般雖容易，時有與蜂窩織炎（發赤部，境界不明確），淋巴管炎（蔓延之狀況順沿淋巴管而伸展）等有鑑別之困難。

【療法】

1. 要安靜，注意營養。

2. 局部療法則用酒精塗法，鉛糖水塗法，25% Ichtholvaselin, Ichthyolcollodium, Jecollodium, 10% 碘酊等之塗擦或塗敷，或有於患部境界線貼付絆創膏阻止其擴大者，但效果不確。

3. 特殊療法 則有連鎖狀球菌血清（1—10—20—30ccm）之注射（皮下或肌肉內），或 Streptoyatren 之注射等。惟效果不確。

4. 有用 Collargol, Electrargol 等之注射者，又有賞用 X 光照射。紫外綫照射者。

5. Sulfanilamide 每日劑量1—2公分分數次內服，效果奇佳。其他如 Sulfathiazole, Sulfadiazine 則更佳。

6. 早期用 Penicillin 肌肉注射，每日五萬至十萬或二十萬單位，分數次注射，二三針後即可阻止其蔓延。一二日內即可退熱矣。

24. Weil 氏病(黃疸出血性 Spirocheta 病 傳染性出血性黃疸)

Infections Jaundice

原於大正四年稻田一井戶兩氏所發見之 *Spirochaeta icterohaemorrhagica* (第107圖參照)，該 *Spirochaeta* 從患者之尿，糞便，喀痰等排出。

【侵入經路】 自消化器粘膜，及皮膚所感染者，直接感染比較的稀少。

乳兒甚少，多見於7歲以上之小兒，一度罹患，再患者少。

【症候】 1. 潛伏期 約為7日，時而為5—15日，此間稀有不定之前驅症狀。

2. 發熱期 突然發熱(38°C前後)，以頭痛，惡寒，脫力而發病，現食思不振，口渴，下痢，不眠，結膜充血，蛋白尿，肌痛，尤其脾腸肌痛，關節痛，淋巴腺腫脹，脾腫等。

3. 黃疸期 發病1—2星期則熱度分利或渙散，入於第2星期則諸症漸次消退，同時發現黃疸，出血，及皮膚疹等。黃疸最初現於結膜，其次蔓延於全身，同時於尿中證明膽汁色素。

出血現於全身，主為皮下，時有內出血，皮疹為麻疹狀，或蕁麻疹狀，現於身體各部，於重症則時有腦症及心臟衰弱。

4. 恢復期 第3星期以後則諸症漸次減退，現出著明之貧血，衰弱，膝蓋腱反射消失或減弱。尿中可證明多數之黃疸出血性 Spirochaeta，常有再發者。

【診斷】 流行地雖容易，散在性者則比較的困難。尤其早期診斷更困難。確診時須將患者之尿沈渣染色 (Giemsa染色)，或注射於天竺鼠之腹腔內，自罹患之動物檢出 Spirochaeta 是也。

【豫後】 於小兒一般良好，死亡率平均5—15%。

【療法】

1. 絕對安靜。
2. 早期投與強心劑 (安息香酸鈉咖啡因，Digalen Digitamin Digitalis 浸劑等)，Ringer 氏液皮下注射，食鹽水注射等。
3. Salvarsan 注射及水銀劑注射等早期用之有效。
4. Weil 氏病血清，早期用之亦有效。
5. K種維生素之注射。
6. 丙種維生素之注射。
7. 內服飽和硫酸鎂溶液。
8. 忌服富含脂肪之食物。

25. 鼠咬症

Rat-bite Fever

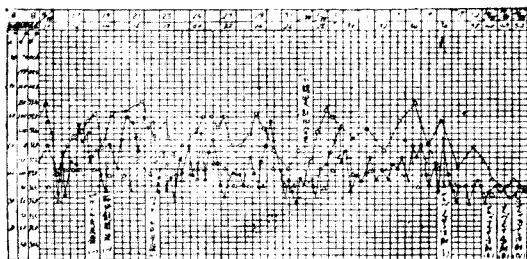
【原因】原於大正4年二本石原兩博士等所見之鼠咬症 *Spirochaeta* (第107圖1參照)。該 *Spirochaeta* 比較的厚短，有數回之回旋，長徑爲 1.5—2.0—6.0 μ 。

【病理】被咬於有本病之鼠，特別是劇怒時，則發病。鼠之外亦有被咬於貓，鼠狼等而發此病者。從患兒咬傷部之皮膚或局部淋巴腺之穿刺液或血液證明本菌時頗困難，以血液行動物試驗時，比較的易於證明。

【症候】

1. 潛伏期 雖不一定，多爲10—15日，特有經過30—40日者
2. 前驅症狀 多現違和，倦怠，頭痛等前驅症狀，同時發起咬傷部之炎症，有現腫脹，疼痛，浮腫等者。
3. 發熱 突然現高熱(39—40°C)，惡寒，局部淋巴腺腫脹，有壓痛發熱雖常爲發作性(高熱1—2日，無熱期2—3—7日)，於初期多不規則(第105圖溫度表參照)。發熱期多現出圓形或不整形紅斑。

第 105 圖
鼠咬症 7個月乳兒
(著者)



【豫後】大概良好。

【診斷】有被鼠咬之既往症，因上記症狀雖比較的容易，不然，則極困難，疑惑時則取血液注射於鼠之腹腔內，從該動物血液中證明 *Spirochaeta*，即屬確實。

- 【療法】 1. Salvarsan 注射有特效，注射有數回之必要。
2. 有用 Strychnin, Chinin, 碘化鉀者，然效果多不確實。

26. 狂犬病(恐水病)

Rabies (Hydrophobia)

【原因】 因狂犬咬傷而感染，病原體未明，本病毒順沿末梢神經而傳達於中樞腦及脊髓，有莫大之親和力，罹病動物之唾液中含有病毒，尚存在於乳腺，副腎，淚腺，尿精液，淋巴液等，血液中則無之。

【症候】 1. 潛伏期 多為30—60日，時而15—90日，尙有達至1年者，其間咬傷部多治愈而無異常。

2. 前驅期或憂鬱期

咬傷部有痒感，灼熱，疼痛，蟻走感等，現食思不振，不安，頭痛，沈鬱，發熱等症。此期間約有2—8日。

3. 發揚期或恐水期

發起咽頭及呼吸肌之痙攣，若嚥下液體則因肌收縮而不能，同時呼吸不規則，現為呼吸困難及 Cyanose 患兒有不安苦悶之狀，成爲躁狂，而有幻覺譫語等，分泌多量之唾液。此等發作在初期雖時時惹起，漸此其數增加，且強烈，見水或聞談話即可誘發(恐水病)，皮膚及臍反射亢進，體溫39—40°C，時而死前發見高熱。脈搏不整，頻速而有結代。遂陷入窒息之危險。此期間約爲12小時—3日。

4. 麻痺期 痙攣緩解則起全身麻痺，遂至於死(數時間—24時間)。但時而缺乏痙攣，速來麻痺憂鬱症狀因心臟麻痺而死者有之。是乃重症之現象，謂之靜狂，反是前者謂之躁狂。

【豫後】 極不良。

【診斷】 被咬傷之犬果係狂犬與否要確定，其他則因臨牀上之所見。與破傷風，癲癇有鑑別之必要。

【豫防法】 受狂犬之咬傷時，可及的速行 Pasteur 氏豫防接種(約18日間)，於該病之潛伏期間用減弱之病毒使其獲得自動免疫也。

【療法】 1. 絕對安靜，使避明光而入暗室。2. 食餌有壅滯之期間，可用灌腸法或滴注法送入營養物。3. 有用強心劑 Chloral hydrat, Morphin, Chloroform 等麻醉劑者，(詳細須參照內科學書及細菌學書)。

27. 迴歸熱(再歸熱)

Relapsing Fever

【原因】 原於 *Spirochaete Obermeyer*, *Obermeyer sche Recurrens-Spirillen* (第107圖參照)。

1. 潛伏期 5—8日。

2. 前驅症狀 時有輕微不定之症狀。

3. 發病 現突然惡寒，高熱，食思不振，頭痛，腰痛及肢痛，脈搏頻數，肌過敏症等。其發熱5—7日後以多量之發汗分利而下降，一般症狀輕快。約4—8日後再惹起第2發作，其次則來第3發作，第4第5發作則少。雖於無熱期亦現出脾腫及蒼白貧血。

【診斷】 於初期雖困難，因熱發作有疑惑時，可從血液證明病原體。

【療法】 *Neo Salvarsan* 可奏特效小兒可用 *Solu Salvarsan*，其他如馬法生 (*Marpharsen*)，*Spirocid* 均可應用。對症療法。亦屬必需。

28. 瘧疾(間歇熱)

Malaria

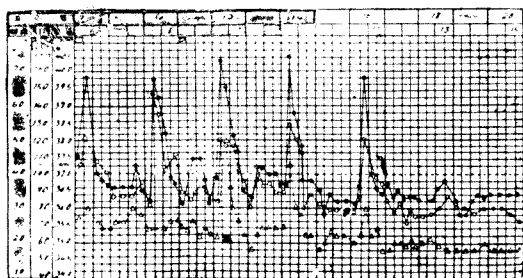
【原因】 因 *Anopheles* 屬蚊之刺傷，*Malaria plasmodium* 之侵入體內而發病。小兒亦與大人同，可區別為3日熱(第106圖溫度表參照)，4日熱，惡性熱及每日熱 (*Febris tertiana*, *quartana*, *tropica et quotidiana* 等。(第107圖及p參照))

【症候】

1. 潛伏期 6—14日。

2. 發病 年長兒雖與大人無大差異，乳幼兒則與大人不同，現惡寒戰慄者不少，有不安，不舒適，欠伸，嘔氣，嘔吐，下痢，抽風等之不定症狀，熱發作時則驟來體溫昇騰，脈搏頻數，顏面潮紅發汗等症。一定時後則解熱而復於正常。於間歇時亦多有微熱。

第 106 圖
3日熱瘧疾熱型 12年9個月
(著者)



腫腫，肝腫者不少，乳幼兒比較的易起衰弱，貧血，惡液質等。

【診斷】比較的容易。

【療法】1.金鷄納及其製劑特別有效，即用鹽酸金鷄納1日3回或發熱四時間前投與以適量（內服，灌腸，坐藥等），發作停止時約1星期間持續服用其半量。

2.貧血，惡液質等則服用鐵劑，亞砒酸劑，用Fowler氏水者特多。

3. Atabrine 之療效與奎寧相仿。

4. Plasmoquine 對於惡性瘧之功效特優，與奎寧同用更佳。

29. 恙 蟲 病

【原因】病源體雖不明，於日本成爲地方病，發生於新潟縣，秋田縣，山形縣等之河川沿岸地。因赤蟲（寄生於野鼠之耳殼內）之媒介而傳染者也。

【症候】

1. 潛伏期 6—11日，時有倦怠，食思不振，頭痛，惡心等症。
2. 一般症狀 有違和頭痛食思不振，不眠，不安，發熱等。
3. 淋巴腺腫脹及頭痛 腋窩腺，頸腺，鼠蹊腺等特別腫脹，有疼痛。於隣接部位，現被有痂皮之局限性壞死（因赤蟲之螫刺而生）。
4. 發熱 數日達至極點，稽留 5—10 日間，及後漸次渙散而下降。

5. 發疹：皮膚發疹，於發病3—5日，初現於軀幹及上肢，有帽針頭大之淡赤色丘疹。其次發現於顏面，數漸增加，形亦增大，色亦成爲鮮紅色。1星期後漸次褪色，落屑而遺留褐色之色素斑等。

粘膜發疹，於發病7—8日，在口蓋或頰部之粘膜，發現粟粒乃至帽針頭大之赤色斑點，帶黃白色之點狀物，有移行於後潰瘍者，口蓋及咽頭粘膜現充血腫脹。

7. 脾臟及肝臟肥大多數可以認出。

8. 尿 除有蛋白質 Indigo 以外，無著名之變化。

血像 白血球減少。

【合併症】 有氣管枝加答兒及肺炎，化膿性顎下腺炎，化膿性耳下腺炎等。

【診斷】 於流行地不甚困難。

【豫後】 比較的不良，死亡率20—40%。

【療法】 只有對症療法。

30. 登革熱

Dengue Fever

本病於日本現於臺灣，沖繩等處，爲小流行性，內地則少。

【原因】 不明。

【症狀】 1. 潛伏期 約3—4日。

2. 前驅症狀 多數無之。

3. 發病 突然發熱 39° — 40°C 關節疼痛，膝關節尤著明，又於腰部，脊部，項部等招來疼痛性强直，顏面現暗赤色腫脹，眼球多壓痛，發病第一日多見紅斑。

熱度於24—36小時後，一度下降，其次第3—4日再上昇，第6—7日分利而下降。此時有發汗、血等，紅斑則於下熱時消失。

第2之熱發作，殆與是相前後，發現薔薇疹狀，麻疹狀，猩紅熱狀或蕁麻疹狀發作（掌面，手背先現出，移行於前搏，脊部，胸部

等)，初期痒感，24—48小時後則來粗糙狀落屑。時有缺乏發疹者。數回罹患本病者有之。

【豫後】 良好。

【療法】 只有對症的療法（安靜，解熱劑，鎮靜劑等）。

附記 法定傳染病及學校傳染病

日本現行傳染病豫防法之法定傳染病，有下之10種，醫師診定時，有直接呈報之義務。猩紅熱，痘瘡，白喉，腸傷寒，副傷寒，發疹傷寒，赤痢（疫痢在其中），霍亂，流行性腦脊髓膜炎，鼠疫等是也。

學校傳染病豫防規則（大正13年9月文部省令）所定之傳染病如次。

第1類 上記10種法定傳染病。

第2類 百日咳，麻疹，流行性感冒，流行性耳下腺炎，風疹，水痘。

第3類 肺，喉頭，其他器官之開放結核。

第4類 沙眼，其他傳染性眼炎。疥癬，其他傳染性皮膚病。

得以上疾病時，學校職員，生徒，學生等須休學直至豫防上無障礙始能命其入學，其時期則因各疾病而規定。

第14編 慢性傳染病

Chronic Infections Diseases

1. 小兒結核

Tuberculosis

【原因】 原於結核菌(1882年 Robert Koch)(第108圖參照)，主爲人型菌，於幼小兒則因牛乳飲用等而患牛型菌者不少。小兒結核有似於大人，極多之疾患，不只肺臟，侵犯他種臟器者亦多。

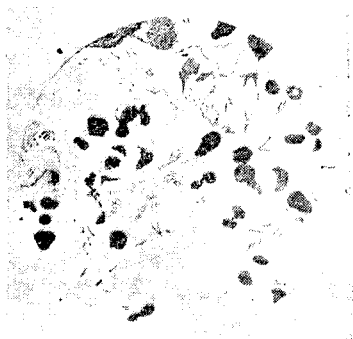
【傳染經路】

a. 空氣傳染(90以上)

i. 塵埃吸入說

ii. 細菌感染說

第 108 圖
咯痰中結核菌



b. 腸管傳染 原於牛乳飲用(約3% hon)。

c. 皮膚傳染 稀有(健康皮膚亦有侵入可能性)。

【誘因】 身體抵抗力減退，尤其營養障礙，非衛生的生活，傳染病，就中百日咳，麻疹，氣管枝肺炎等多能誘發結核。

【素質】 因人而有多少之差異，尤其年齡的素質著明，愈幼小兒危險率愈大。

【頻度】 結核之感染，年齡愈長則愈增劇之事實，現在就臨牀上非結核性患兒 Pirquets 氏反應之陽性率，可以證明，本 2—3 人之調查如次：

第25表 小兒之 pirquet 氏反應陽性率

年 齡	(+) Moro 700人中	(+) % Pirquet 988 人中	安井學士 162 人中
0—1/2 年	2.3%	5%	0%
1/2—1 年	6.2%	16%	
1—2 年	11.7%	24%	7.3%
2—3 年	19.5%	37%	17.0%
3—5 年	21.7%		
5—7 年	28.2%		
7—10 年	34.3%		
10—14 年	41.3%		

成人之 Pirquet 氏反應及剖檢上結核之感染，可得而證明者有 95—98%。

結核死亡率

大人小兒之結核感染率，因上述之頻度可得證明極多，人類殆不能免一度之感染，非過言也。

今就各年齡之結核死亡率(日本，英國，德國，美國)列表如下。

第26表 結核死亡率(日本，英國，德國，美國)

日 本	0—1年	1—2年	2—3年	3—4年	4—5年	5—10年	10—15年
大正12年	1.56%	1.50%	0.80%	0.80%	0.63%	3.41%	6.98%
13年	1.48%	1.37%	0.83%	0.77%	0.75%	3.28%	6.81%
14年	1.49%	1.56%	0.86%	0.79%	0.73%	3.49%	7.14%
15年	1.24%	1.28%	0.76%	0.69%	0.46%	3.04%	5.29%

(結核死100人中於各年齡之按分率(%),自內閣統計局之統計算出)

(同上)(英國政府之統計)

德國(普魯士)對於各年齡男女100人之結核死亡率

(本 Kleinschmidt 著書)

	0—1年		1—2年		2—3年		3—5年		5—10年		10—15年	
	↑ ○	○ +	↑ ○	○ +	↑ ○	○ +	↑ ○	○ +	↑ ○	○ +	↑ ○	○ +
1918	1.95	1.68	1.95	1.84	1.39	1.34	0.98	1.10	0.62	0.84	0.63	1.11
1919	2.05	1.94	2.28	2.10	2.18	2.05	1.39	1.49	0.69	0.94	0.64	1.16
1920	1.86	1.40	1.70	1.50	1.11	0.96	0.82	0.84	0.47	0.66	0.44	0.78
1921	1.80	1.53	1.06	0.96	0.83	0.76	0.57	0.58	0.37	0.44	0.35	0.58
1922	2.02	1.67	1.21	1.17	0.86	0.71	0.66	0.67	0.34	0.41	0.34	0.60
1923	2.22	1.79	1.71	1.53	1.08	1.03	0.74	0.80	0.41	0.51	0.37	0.62

美國 0—5年 6—10年 11—15年 16—20年 21—25年 26—30年

3.9% 1.1% 1.7% 7.1% 13.7% 15.4% ,

1000人之結核死亡者，於年齡之按分率(1900年調查)

就上表觀之，結核死亡率生後1年達至最高率(罹病雖少，抵抗力弱。故死亡率大)，5—15年最少，青春以後，結核頻發死亡率亦大。

結核之年齡的差異

最初2年間，侵犯肺(乾酪性肺炎)及氣管枝淋巴腺者多，2—10年則患粟粒結核，尤其結核性腦膜炎，骨結核，頸部及腸間膜淋巴腺結核，腹膜炎等者多，10—15年與大人同，肺結核著明增加。

【病即及病理解剖】

本 Parrot, Küss, Ghon 及 Ranke 氏等，結核菌侵入門戶大部爲肺臟(80—90%)，該部起病理解剖學的變化，次來局部淋巴腺腫脹。此結核菌侵入部病變，稱爲原發病竈(第109X 光鏡圖參照)

第 109 圖

I 石灰化原發病竈 II 一部石灰化之肺門淋巴腺

(著者)



Bartlett—Wollstein 氏謂爲 93.5% Ghon 氏謂爲 92.4% 原發病竈可以證明。原發病竈及局部淋巴腺腫脹合稱爲 Ranke 氏原發竈 (第一期結核)。

原發病竈除肺臟以外，稍見於腸(約3%)，極少見於皮膚，扁桃腺，及其他。肺臟之原發病竈，肺尖雖有之，多爲空氣流通良好之肺臟部，即肋膜下，右側尤多。原發病竈雖一個者多(85%)，時而

2—4個，其以上者少。常爲豌豆大至蠶豆大，時有胡桃大。

原發病竈於病理解剖學上與周圍組織有局限的滲出性纖維素性炎症（乾酪肺炎），移行於乾酪變性雖速，治愈的傾向極大（90%以上），成爲一種異物而被囊括，遂至於石灰化或骨化（1—2年後）。或自原發病竈破裂於氣管枝而來乾酪性氣管枝肺炎者有之。或於原發病竈及淋巴腺之周圍，發生炎症或有惹起肺浸潤，或肺門部浸潤者（基結核性浸潤），於幼小兒特多。此炎症爲漿液性纖維素性炎症，成自結核毒素（第110 X光圖參照），少有潰破於氣管

第 110圖

退行期之基結核性浸潤 8歲

（仿 Klare 氏）



起乾酪性氣管枝肺炎或潰破於血行中，或自淋巴道進入血行中，而達至骨，關節，皮膚淋巴腺，腎臟等。於小兒可達至胸膜及全身各臟器，而生胸膜炎及粟粒結核（廣汎性結核第2期結核）。本型於小兒期特重要。

大人之90%以上，可認出於小兒期經過之小原發病竈及肺門部淋巴腺痕。且於此病竈，時而證明有毒力之結核菌。

對於結核發生抵抗力之生體，易於再起病變，其病像與前者稍異，擴大於周圍者此自淋巴腺及血行性移轉者頗多，慢性臟器結核，尤易發生壞死及乾酪性變化而招來肺結核(第3期結核)第3期比第2期徐徐移行者多。第3期結核於小兒期比較少數。小兒尤以第2期，第3期之中間型為多，即於肺肉芽性結核以外，多認出潰瘍性乾酪性肺炎及血行性移轉者，於淋巴腺則認出結核結節構成，乾酪性炎症等。在乳兒於原發病變構成大空洞者不少(再發性原發結核 *axazerbiereunde Primartuberculose*)。而第3期結核多見於10年以後，尤其青春期以後。

結核之免疫。

因結核菌之感染，生體中產出抗體樣物質(Pirbuets氏謂之曰 *Ergine*)。該抗體樣物質常發現於傳染後數星期，抗體樣物質構成不充分時，則結核病變進行。或有不構成抗體樣物質者，是曰 *anergische Periode*。然一度罹病之生體再感染時，則抗體樣物質之構成，迅速而高度，成爲過敏性。是曰異常反應。

1. 第一期結核

Primary Tuberculosis

A. 氣管枝腺結核(肺門腺結核)

Tuberculosis of Tracheobronchial Lymph nodes

症候

1. 一般症候 有食思不振，倦怠，羸瘦，心悸亢進，蒼白貧血，盜汗等。

2. 發熱 多有 $37.50-38.0^{\circ}\text{C}$ 之不規則的輕熱。尤以日晡熱爲多(第111圖溫度表參照)。

3. 有響性咳嗽及呼吸性喘鳴。

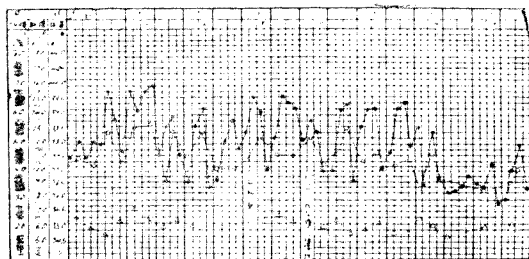
因腫脹之淋巴腺，氣管枝或迷走神經壓迫而生。雖有以是爲本症之特有症狀者，然似比較的不多，雖類似於百日咳而無 *Reprise*多見於乳幼兒。

4. 理學所見

第 111 圖

肺門部淋巴腺結核 5年9個月

(著者)



胸部之打診及聽診

胸骨兩側，尤其左側心臟濁音之上部，有證明特別之濁音者，或聽取呼吸音微弱及氣管枝呼吸音者，但不確實，

b. DEspine 氏症狀 使患兒私語33東京話，在棘狀突起上聽診時，氣管枝聲音雖因年齡而異，聽取至第2—3胸椎為正常，有肺門淋巴腺腫脹時，雖於第5—7胸椎亦得聽取。

c. De la Gamb 氏現象及Korany 氏現象第6胸椎棘狀突起平常雖無濁音，第4胸椎上則呈濁音)petruschky 氏現象(第2—7胸椎上打診時則有疼痛)，Eustache—Smith 氏症狀(頭部後屈時右側第2肋骨之附著部，聽得靜脈竇之雜音)等有發現者。

以上症狀無論何者，皆為淋巴腺腫脹之一症候，多不免於不確實。

5. Tuberculindiagnostik

普通因Tuberculin 反應推知結核之活動性雖不可能，只有Tuberculin 強陽性反應時，可疑其為活動性結核。

6. X光線診斷

施行照射及攝影為必要。於肺門部雖在正常亦認出不規則半月狀陰影(右側尤然)，其周圍，尤其下葉，現為放線狀陰影者有之，是乃正常像也。於肺門部或證明局限性石灰沈著之淋巴腺，或認出三

角陰影則容易突(第112及113 X光圖參照)。雖然，於左側則有蓋於心臟陰影而不明者。且 Golan 氏發見原發病等，於肺門部又認出連絡之細陰影，則診斷確實等。

第 112 圖

肺門部淋巴腺結核 7年 (著者)



第 113 圖

右側肺門淋巴腺病變周圍炎及左側淋巴腺結核 12年 (著者)



B. 結核性氣管枝加答兒及乾酪性 小葉性肺炎

Caseous Pneumonia

多見於乳幼兒之病型，原發病竈及局部淋巴腺之乾酪病變突破於氣管枝內，因是而誘起氣管枝加答兒或乾酪性肺炎也。本症自覺症狀少，且治愈之傾向亦少，經過比較的急性。常現為消耗熱，羸瘦，漸進性貧血及惡液質 Pirquets 氏反應陽性等。

C. 腸間膜腺結核

Tuberculosis of Mesenteric Lymph nodes

本症型雖時因牛乳或其他食物攝取而感染於腸中，多續發於其他結核病竈。腹膜後腺與腸間膜腺共被侵犯，腺腫大，陷入乾酪變性，炎症及於漿液膜而愈著故有見為大腫瘍構成者（腸間膜癆），有消耗熱貧血，羸瘦，肝脾腫大，食思不振，腹部膨滿等症，時有腹痛。多因衰弱轉歸於死。

2. 第2期結核

Massive Generalized Tuberculosis

第2期結核，乃因結核菌自血行或自淋巴道移轉於各臟器也。

D. 結核性腦膜炎

須參照腦膜炎疾患部(第15編3)。

E. 粟粒結核

Miliary tuberculosis

有因百日咳，麻疹，外傷等而誘發者，本症於乳兒症狀不定，粟粒播種亦僅於X線像或剖檢上證明之，然於年長兒多呈急性重症傳染病之病像(第114X光圖參照)。多生於3—5年之幼兒。

【症候】

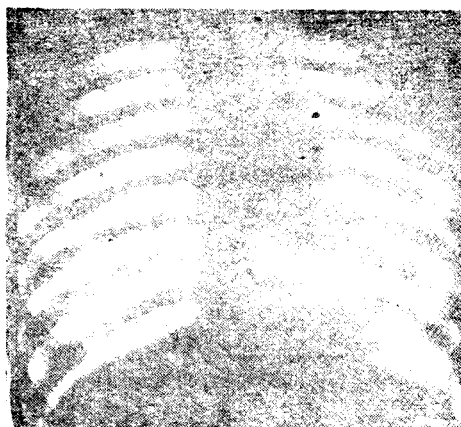
- 潛伏期1—2週，或無何等症狀，或僅有食思不振，倦怠等不定症狀。
- 一般症狀 突然發熱，多現弛張熱並脈搏頻數，呼吸困難，咳嗽，Cyanose, 脾腫等，意識一般混濁而腦膜炎狀著明，因是而被遮蔽者多。血像，白血球減少。
- 胸部有全無所見或僅現氣管枝炎肺氣腫等。

【類別鑒別】與腸傷寒 (Widal 反應及 Tuberculin 反應可以證明) 及敗血症等鑒別頗困難。

【經過】2—3 星期常取死之轉歸然時有經過 6 星期或其以上者。

第 114 圖

粟粒結核 2 年 4 個月 (著者)
(於左右兩側認出無數之粟粒斑點)



F. 結核性腹膜炎及腸結核

Tuberculous Peritonitis, Intestinal Tuberculosis

結核性腹膜炎須參照腹膜炎患部(第 5 編 II 之 B)。

腸結核雖因牛乳及其他食物之攝取而生，因吞嚥有結核菌之痰液而來者為多。詳細須參考內科書

G. 頸腺結核

Tuberculosis of Cervical Lymph nodes

於小兒期，除肺門部淋巴腺，腸間膜腺以外，多侵犯頸部淋巴腺。淋巴腺腫脹而硬(豌豆乃至鵝卵大)，無疼痛，雖有孤立者，癒著而構成腺塊者不少。若腫大腺軟化或化膿時則與皮膚癒著，其次潰破，遺留瘻管。

II. 基結核性浸潤

Tubercular Allergi Infiltration

【意義】本症乃有 Allergie 狀態之肺組織，因結核菌毒素而來漿液性淋巴球性浸潤之狀態也。即非原於結核菌之肺浸潤，而原於結核菌毒素之浸潤狀態，必要基本的結核之存在也。本症雖因感冒麻疹及其他傳染病而續發，最視為重要者乃係小兒免疫狀態之偶發的變化。

多侵犯幼兒及乳兒，突然發現，經過數月至數年，通常始於肺門部，漸及周邊部，以肺門部為底邊，頂點向外之三角形而擴大，時而互於一肺葉或一側之肺葉全部。然肺浸潤吸收時，常自周邊漸次向內部而吸收。

【症狀】1. 一般症狀多數極輕微，時而週餘持續高熱或現弛張熱，或全無，咳嗽亦輕微，時而全缺乏。

2. 胸部所見 浸潤部雖呈濁音，呼吸音之變化少，時有聽得氣管枝音囉音等明顯者。

3. X光像 相當於濁音部，認出高度之陰影。

【豫後】一星期餘一數月乃至數年徐徐吸收者多，時陷於乾酪性變性或陷於氣管枝擴張症或膨脹不全者。

【診斷】慢性肺炎與肺結核之鑑別不容易，因X光線照像及長期經過可得而確診。

1. 腺病質

【意義】於特殊素質兒(滲出性或淋巴腺體質)所見第二期小兒結核之一種之症候羣，易起皮膚及粘膜之加答兒，或云腺病質為特殊免疫狀態之小兒結核，與滲出性體質無關(Rietsehel, Duken, Jamin,)。

【症候】

1. 一般狀態 皮膚蒼白，肌弛緩，無元氣，易於疲勞，頭痛，食思不振，倦怠，羸瘦，咳嗽，時現為百日咳狀咳嗽，輕熱(37—38.5°C)等。

2. 眼症狀 發生 Phlyktaen 性結膜炎及 Phlyktaen 性角膜炎，並有眼瞼痙攣症，著明之流淚羞明。

3. 顏部濕疹 於口鼻眼之周邊易起濕疹，其他皮膚部易生小膿疱疹，癬瘡等。

4. 淋巴腺腫脹 顏部，項部，下頰角，頰下部，耳後部，腋窩部，鼠蹊部，肺門部，腸間膜等之淋巴腺特別腫脹，無熱且無疼痛時陷於乾酪變性，時因石灰沈著而自然治愈。

5. 中耳炎及腺腫樣增殖症。

6. 骨變化(風棘)謂手指及足趾骨之骨膜肥厚如鱗狀也。

7. 上口唇之肥厚 因頑固鼻加答兒之刺激，上口唇肥厚突出，現定型的腺病性質顏貌。

第 115 圖

地圖舌(腺病質兒)

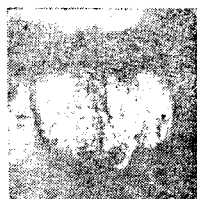
6年2個月

(著者)

8. 地圖舌(第115圖參照)。

9. 腸胃症狀 易於下痢，經過慢性。

【經過】慢性。



3. 第3期結核

Terminal Tuberculosis

與大人者雖無大差異，但不似大人以肺尖為持有之好發部位，多見始於肺門而至下葉。有續發於麻疹，百日咳，氣管枝肺炎等者。

【症候】 1. 一般症狀 與大人無大差異，易於疲勞，羸瘦，蒼白貧血，體重減少，輕熱，嗜熱尤多，並有咳嗽，喀痰，氣管枝加答兒者不少。於小兒期咯血則少。

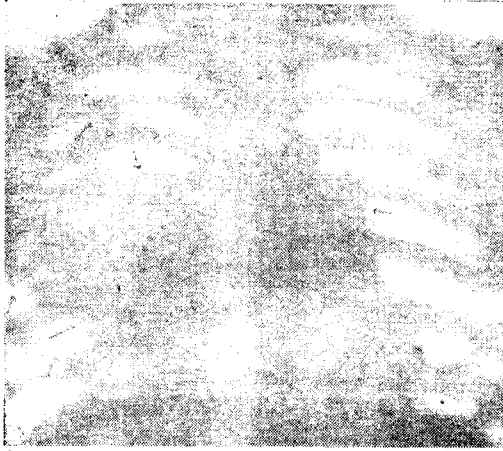
2. 理學的胸部所見 肺尖部呼氣延長而銳利。又有氣管枝音，囉音等，現為濁音者不少。又於下肺葉認出有響性囉音，濁音等。空洞構成雖不似大人之多，年長兒則不少。時有因自己感染而患肺結核，喉頭結核等(第116X光圖參照)。痰中結核菌之證明在乳幼兒多困難，Tuberculin 反應常呈陽性。

【診斷】 結核病在診斷上之重要者，為既往症，臨床上所見，不明之持續熱，體重減少，Tuberculin 診斷，X光檢查，又結核菌證明等。

而Tuberculin 診斷於小兒期有重要之意義，故特詳述之。

第 116 圖

右側中肺葉肺結核及左側淋巴腺結核 12年
(著者)



Tuberculin 之診斷

Tuberculin 對於結核患兒雖能惹起特別之炎症，非結核患兒則無何等反應，故以Tuberculin 注射於結核患兒，作用於皮內存在之抗體此時對於組織細胞，生有毒性物質故現皮膚反應，即Allergie 是也。Tuberculin 反應有如下之變化。

1. 局部反應 (局部有發赤腫脹)
2. 結核病竈 有病竈反應 (結核病竈之一時的增惡症狀)
3. 發熱不舒適等之全身症狀。
4. Tuberculin 發疹 (麻疹樣或猩紅熱樣發疹雖有出現於一般症狀顯著時期者，但甚少耳)。

1. 使用方法，

雖有種種方法，主要者列舉如次：

a. Pirquet氏皮膚反應

將前臍皮膚用酒精或伊打拭淨後，約就相間隔 4—5 cm 處，滴下Koch氏舊Tuberculin，用 Pirquet 氏接種針，施行迴旋運動，使起外傷，約放置10分鐘使其乾燥，再對照加以同樣之外傷，而不附以 Tuberculin，於是經過24—48小時後，若接種部發生直徑0.5 cm 以上之紅色丘疹，即為陽性早期反應（第117圖參照）。反應強時，則丘疹上見有漿液性之水泡構成，是曰病腺質性反應。而經過 48—72 小時至 8 日間所現之反應，曰無力性反應，又於進行之結核或惡液質患兒丘疹現無色或變色時，曰惡液質性反應，且有第一回接種雖現陰性，一星期後再度接種則現陽性者。是曰二次性反應。

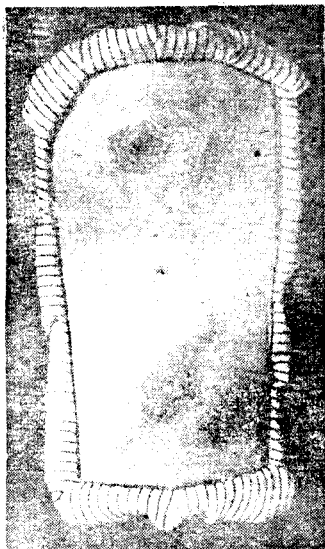
b. Tuberculin皮內反應。

用注射針注射 1 % 舊Tuberculin溶液(時用0.1%) 0.1cm於皮內(非皮下)24小時後則注射部位現出直徑0.5cm以上之發赤及浸潤是為陽性。本法之成確確實，Pirquet氏皮膚反應陰性時可施行本法。Klare氏云，施行Pirquet氏皮膚反應，若為陰性時宜再度施行之(約1星期之間隔後)，再為陰性時，則施行Mantoux氏皮內反應。

c. Moro 氏皮上反應

第 117 圖

Pirquet 氏反應強陽性
(依 Feer 氏)



是乃將 Tuberculin，無水Lano'in之等量，混合爲 Tuberculin 軟膏，塗敷於皮膚之方法，現在使用者少。

d. 結膜點眼法

用 1% Tuberculin 滴下於結膜之方法，小兒科中無使用者。

2. Tuberculin 反應之臨牀的意義。

Tuberculin 反應爲陽性時，可推測抗體之存在，雖可視其爲有結核經過之事實，不必定爲活動性結核，但於幼乳兒尤其 3 年以下者，可視爲活動性。且有腺病質反應時，可疑其爲活動性結核。

i. Tuberculin 反應弱陽性時，即無力性反應現二次反應時可推測結核雖經過，抗體構成則少。蓋治愈之結核等，時於年長兒之進行性結核，有本反應也。

ii. Tuberculin 反應陰性時，乃係抗體構成少，或全缺乏者。再度之反應陰性時，可視爲無結核之感染者。有不拘結核病竈之存在與否，皆呈陰性反應者，是曰無感感性，如下例。1. 粟粒結核。2. 結核性腦膜炎。3. 麻疹，百日咳。4. 有 Kroup 肺炎時。5. 惡液質時。6. Tuberculin 注射後。

【豫後】因年齡，營養狀態，結核病竈之界限，範圍等而異。粟粒結核，結核性腦膜炎等絕對的不良。

【豫防】患兒隔離。麻疹，百日咳等可誘發結核，須防之，一次罹患則注意恢復期之衛生。他方面計劃小兒體力之增進。近時法國之 Calmette Guèrin 以無毒性結核菌 (B.G.G. 菌) 注射於初生兒 3—4—10 日可獲得免疫之說已告成功云。

【療法】若早期施行適當之療法，可以治愈，故務須行早期治療也。

A. 非特異性療法

Nonspecific Treatment

1. 營養 攝取熱量豐富之食物。

2. 橫臥療法 初期尤以熱之持續時甚爲必要。

3. 氣候療法
4. 空氣療法及日光療法
5. 高山療法。
6. 人工太陽燈療法 5—10—20—30一分，距離70—50—40cm。
7. X光線療法，淋巴腺結核，主用於頸部，腸間膜，骨結核等。
8. 塗擦療法 碘軟膏等。
9. 藥物療法 Creosot 劑，魚肝油劑，丁種維生素，鈣劑，Fagol，Duotal，及其他強壯劑，消化劑，滋補劑等。
10. 刺激療法 有用馬血清注射，Sanocrysin注射，金製劑注射，Dhilin 注射，Gamelan 注射等種種刺激法者，但奏效不定。
11. 人工氣胸療法 用於年長兒。

B. 特殊療法 Specific Treatment

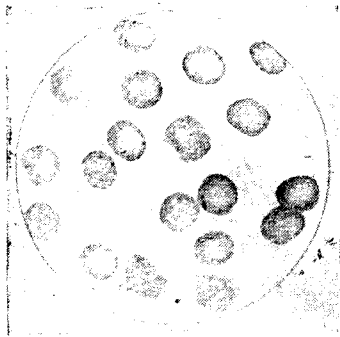
1. Tuberculin療法
用舊 Tuberculin 或無蛋白 Tuberculin。
第一回用 $\frac{1}{1000}$ mg 皮下注射，第2回起，每此加倍，1星期注射2回。有局部反應時，8日後再注射同量，發熱則減去 $\frac{1}{10}$ 量。達至1.0mg 則中止。
 2. Petruschky 氏法。
 3. Donndorf 氏法。
 4. Methode mit Ektebin nach moro。
(2至4用者甚少，從略。)
 5. 使他肺安定 (Stepharanthine) 之療效尚不肯定，毒性亦未完全明瞭。
 6. 鏈黴素 (Streptomycin) 在缺乏本症特效藥之現在，尚堪一用，惜其毒性頗大，對兒科病人之治療，經驗極少。
- ### II. 先天性梅毒(遺傳梅毒，乳兒梅毒) Congenital Syphilis

【原因】病原菌為 *Spirchaeta pallida* Schaudin 發見於1905年(第118圖參照)。

【傳染經路】

- a. 胚種性傳染 { 精蟲傳染
卵傳染
- b. 胎盤性傳染

第 118 圖
(*Spirochaeta pallida*)



胎盤性傳染，普通最多，胚種性傳染，殆不可能

【分類】因其症候之發見時期分類如次

1. 胎兒梅毒
2. 乳兒梅毒 先天性梅毒再發。
3. 遲發性梅毒

如斯症狀之發現所以有差異者，原於 *Spirochaeta* 之毒力如何感染之時期，母體梅毒之如何。胎兒之感染愈早期者愈重。

【病理解剖】主為發育旺盛之血管及臟器，如肺，肝，腎，胰臟及骨，骨軟骨界等，發生間質之增殖及實質之萎縮，然生後發生者，多於皮膚來細胞之浸潤。

1. 胎兒梅毒

Fetus Syphilis

雖因母體梅毒之強弱及新鮮之程度或感染妊娠經過時期之如何或

母體梅毒之受治療與否而異，大約因其程度之輕重而來流產或死產(4—7個月者多)。

2. 乳兒梅毒 Infantile Syphilis

雖生產時即有現梅毒症狀者，多數於生下後有相當之潛伏期(4—8星期)始發現，而生下時已存在之症狀爲鼻閉塞，天疱瘡及脾腫之三症候，其他症候，以後始發現。

【症候】特有之症候如次。

- A. 皮膚之變化
- B. 粘膜之變化
- C. 骨之變化
- D. 脾臟肝臟之腫大等
- E. 一般症狀

A. 皮膚之變化 Change of Skin } 爲頗特別，現土色，灰黃色或顯色並呈蒼白貧血其主要變化如此：

- a. 廣泛性皮膚浸潤
- b. 局限性皮膚發疹
- a. 廣泛性皮膚浸潤

皮膚因細胞之浸潤而肥厚，堅硬而失其彈性，發生皸裂及龜裂，生後發生者多，侵犯顏面，四肢，尤其手掌足趾者多。於顏面多現於口，鼻，眼臉等，尤其放射綫狀口唇皸裂爲重要症候。於頭部來皮膚浸潤，時則脫毛(禿頭)。於手掌及足趾則見有發赤，有光輝及落屑。臀部股間之皮鼻囊間或在腋窩，耳後部及其他屈曲面等生濕疹。

- d. 局限性皮膚發疹
- i. 梅毒性天疱瘡

豌豆大乃至櫻實大之圓形水泡，初雖爲漿液性，後則化膿，含有 *Spirchaeta* 主現於手掌及足趾，然有出現於手足之甲面者。又有現於其他體部者。雖多存於生下時，時有現於1—3—4星期後者

(第119圖參照)，豫後多不良。

6

第 119 圖

梅毒性天疱瘡(右足尤著明)兩個月乳兒
(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



ii. 薔薇疹及斑紋丘疹性梅毒疹

生下時出現者少，數週之潛伏期後始發現。呈薔薇色或光漆(Lack)色，蠶豆大或銅錢大，多現於四肢之伸側，軀幹則少。有

第 120 圖

先天梅毒兒爪溝炎

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



後落屑或遺留著色者。擴散於肛門周圍，而構成扁平贅疣。

iii. 梅毒性爪溝炎 爪甲周圍炎

指或趾之甲床，來皮膚浸潤而腫脹，故起榮養障礙，爪溝之周緣現褐赤色，腫脹而落屑。指甲纖弱菲薄，生綫狀紋而脆弱(第20圖參照)。

B. 粘膜之變化

Change of Mucous Membrane

有侵犯鼻，舌，口唇及軟口蓋或喉頭部者，最顯著者為鼻粘膜。鼻加答兒。

鼻孔閉塞，呼吸及哺乳困難，鼻粘膜尤其後部腫脹，分泌物全無或有膿樣血樣，多現於生下後或3—4—8星期後常有經過數星期或數月者。

C. 骨 變 化

Change of Bone

- a. 梅毒性骨軟骨炎
- b. 梅毒性化骨性骨膜炎
- c. 骨軟減症
- d. 橡皮腫
- e. 梅毒性指趾骨炎
- a. 骨軟骨炎

最多之變化，為軟骨內化骨作用之障礙，長骨端石灰化部，有軟骨細胞炎症性肉芽組織增殖，雖早期化為石灰，因化骨作用之滯滯，故來石灰化層軟骨增殖部之擴張及轉化，遂起骨端分離，骨軟骨境界為不鮮明鋸齒狀而現肥厚（第121 X光圖參照）。

骨軟骨炎侵犯大腿骨及脛骨，尤多侵犯膝蓋部及上膊骨之下端肘關節部，故此部腫脹如紡錘狀。輕度時臨牀上雖無何等變化，高度時則起動運障礙，惹起所謂 parrot 氏假性麻痺（第122圖參照）。肘關節部現出著明麻痺時，上肢稍內轉，使手甲取傾向軀幹之位置，則指之運動無異常。將指高舉而落下之，則全然為弛緩性而墜落。

b. 化骨性骨膜炎

骨膜上發生化骨性肉芽組織增殖，於骨幹強，於骨端弱，現圓錐

第 121 圖

梅毒性骨膜炎及梅毒性骨軟骨炎 兩個月乳兒
（東京帝國大學醫學部小兒科教室藏）



第 122 圖

Parrot 氏假性麻痺(左上肢爲麻痺狀而弛緩)
(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



狀，在 X 光像見出骨幹周圍骨組織有類似之圓錐形影像。比前者極少，主來於大腿骨，上膊骨，前膊骨等(第121 X 光圖參照)。

c. 骨軟減症 少有。

d. 橡皮腫 少有。

e. 梅毒性指趾骨炎，其經過爲慢性無痛，指趾骨甚腫脹，皮膚尙有現發赤者，關節及軟部健存，其狀有似於風棘。

D. 其他重要症狀

a. 脾腫

殆爲常見之病症，雖健康乳兒，可觸知脾臟者比較的多，故因其他症狀之存否有多大之價值。

b. 肝臟變化

鮮有著明之變化，肝硬變者少。

c. 腦水腫

多見於 3—4 個月之乳兒。

d. 梅毒性腦膜炎

因炎症之所在而有多種多樣之不同，現項部強直，角弓反張，Jackson 氏癲癇，點頭痙攣，眼肌麻痺等。

e. 眼症狀

常發見者爲角膜實質炎，虹彩炎，梅毒性網膜炎等。

f. 靜脈擴張

生於頭蓋，顳類部尤多。

g. 梅毒性動脈內膜炎 比較的稍多。

h. 淋巴腺腫脹

淋巴腺腫脹，發見於諸部分。

i. 血像

赤血球及血色素非常減少，多見淋巴球之增多，時有皇萎黃病樣血像者。

E. 一般症狀

a. 貧血

蒼白貧血甚著明，皮膚現為污穢褐色。

b. 痼廢榮養甚不良，皮膚弛緩，無光澤，彈力缺乏而粗糙，肌肉亦弛緩。

c. 體重增加者一般的較少。

d. 現輕度發熱，倦怠，不舒適，有消化不良之下痢便。

e. 先天性梅毒再發

先天性梅毒症狀治癒至數月乃至數年後，有症狀再發者，名曰再發。2—4 年之小兒為多，Condyloma 梅毒性粘膜炎為其主徵，Condyloma 與大人同樣，肛門外陰部之周圍好發之。梅毒性粘膜炎，生於口唇，舌表面，扁桃腺等。

3. 遲發性梅毒

Late Syphilis

於第 2 生齒期(6—7 年以後)現梅毒症狀，主為橡皮腫構成，多侵犯皮膚粘膜，軟骨，骨，腦，肝，脾，淋巴腺等，有角膜炎，Hutchinson 氏齒，因內耳疾患之耳聾 (Hutchinson sche Trias) 及漿液性關節炎(膝關節)等，現為鞍鼻者，又有來智力之障礙，癲癇發作等之腦症狀者。

【診斷】

就臨牀上所見及 Wassermann 反應證明之，比較的不甚困難。

【豫後】 雖因榮養，看護，一般症狀如何而異，死亡率一般為 20—30%。

【療法】

1. 營養上注意 應主用天然營養。
2. 水銀劑，及 Salvarsan 或 Myosalvarsan 等(尤其 Myosalvarsan 適用於肌肉注射較為便利每體重 1 Kg 可用 0.01—0.02) 之併用療法，及鉍劑療法，反復施行之。(10—20—40回)。屢行血液檢查 Wassermann 氏反應仍為陽性時再次反覆施行注射。
3. 水銀軟膏塗擦。
4. 鎮劑 甘柔拿之內服。
5. 兩價梅毒之徹底治療。
6. Spirocid 及 Stovarsol 之內服。
7. Mapharsen 之注射，其劑量為 Neo-Salarsan 之十分之一。
8. Penicillin 之注射，或與 Mapharsen 之相互應用。

第15編 神經系統疾患

Diseases of Nervous System

I. 腦膜疾患

Diseases of Meninge

1. 內出血性硬腦膜炎

Subdural Hemorrhage

【原因】原於外傷及營養障礙，梅毒，佝僂病，急性傳染病，(百日咳等)，多現於羸瘦之乳兒。

【症候】多為慢性，有內腦水腫樣症狀，無熱不安，而來頭圍擴大，大頸門之緊張膨隆，有發生嘔吐，瘳擊者。或取急性之經過，而現發熱，嘔吐，瘳擊，項部強直等之腦症者。其他有鬱血乳頭，視神經萎縮等。

【診斷】—臨牀上所見有疑惑時，可用腰椎穿刺腦室穿刺而診察之，腦脊液之壓力增進(300—500mmH₂O)，現為血性或葡萄酒狀，蛋白質增加，時而腰椎穿刺液，因腦部及脊髓部間之閉塞，而現透明及壓力不增進者。且用眼底檢查而得證明網膜出血，則屬確實。

【療法】1. 用腰椎穿刺或腦室穿刺將液體排除(20—50—150ccm)，2.—10%白膠溶液注射。3. 急性時則用鎮痛劑及鎮劑。4. 有梅毒則行驅梅毒。5. 腰椎穿刺或腦室穿刺注入青黴素溶液。

2. 腦靜脈竇血栓症 Cerebral Sinus Thrombosis

【原因】 續發於敗血症或中耳炎。

【症候】 年長兒雖與大人無異，於乳兒則呈劇烈症狀，有高熱，昏睡，苦悶，癱瘓，呼吸困難，大顛門之膨隆，顛部及眼瞼部之浮腫。

【豫後】 不良。

【診斷】 雖甚困難，若用腰椎穿刺而得褐色乃至褐色之液體，就液體之沈渣，檢出萎縮之赤血球，即屬可能。

【療法】 對症療法，時有外科手術而治愈者。大量之青黴素及磺胺劑之注射與內服，尤以早期應用，功效卓著。

3. 結核性腦膜炎，底部腦膜炎 Tuberculous Meningitis, Basal Meningitis

【原因及病理】 本病多現於2—5年之幼兒，6個月以下者少，年長兒比較的少，病原雖由於結核菌，原發性結核性腦膜炎則絕無，多由肺，淋巴腺，骨，關節等之原發病竈而移行於血中，現粟粒結核之一分症者多（50%—Steinmeier）。本病多於腦膜，尤其腦底部，構成小結節，故有底部腦膜炎之別稱。又有由淋巴道或自周圍脊柱，頭蓋尤其由岩狀骨之 Caries 續發者及眼窩部結核等續發者比較少。

誘發原因為百日咳，麻疹，外傷，尤以頭部外傷及手術等最多，發生本症之季節的關係，則多於春及初夏。

【病理解剖】 急性經過時，除腦水腫以外，雖無其他肉眼的所見腦脊髓液中則證明多數之結核菌（Hiegs）。但多現出軟腦膜之混濁，灰白色膠樣滲出物構成，細血管分枝部之白色或灰白色帽針頭大小結節構成，於腦底部 Sylvii 氏窩等尤為著明，本 Fischer 氏所報告，260 例中，只有 $\frac{1}{8}$ 於凸部有著明之變化，時有擴大至延髓前面或脊髓者。腦室是一般擴大，腦迴轉被壓迫而扁平，腦斷面有浮腫狀，時於皮質有軟化竈，腦皮質，腦神經，脊髓等有變化者，本病時有病變被局限者。

【症候】

1. 發病 本病急發者少，多以不定症狀緩徐發現，即素來健康之小兒認爲無精神，不活潑，不願與他兒玩，多在室內盤旋，時有微熱或顏面蒼白或體重增加停止及羸瘦，時而現早期頭痛嘔吐如斯不定症狀多持續1—2—3星期在此時期，確實診斷極困難，雖時有以比較的急劇且突然高熱，嘔吐，痙攣等而發病，然比較的少數。

其次患兒現不安，顏貌無欲狀，或發生痙攣或有不定發熱，漸次現出顯著的諸症狀，則診斷較爲容易。

II. 乳兒結核性腦膜炎，乳兒期極少，3—5個月以前幾乎不見，而發病之狀態亦與幼兒迥異，其熱常爲粟粒結核之一分症而發現，故初期即現重篤症狀，確多困難。尤其體重減少，不舒適，嘔吐及下痢等爲本症初期所見之重要症狀。在他疾患之際亦現此症狀，故鑑別多困難。但腦壓著明亢進，於大顱門有緊張膨隆或搏動等則比較的容易矣。

III. 經過及分類 本症雖有多種之變當然由一般之經過得分類如次。

a. 前驅期 發病初期1—2—3星期後雖現無亢氣。不舒適，不活潑，食思減退，顏面蒼白，微熱等之不定症狀，然診斷完全不明不能疑其爲腦膜炎也。

其次則爲有腦膜炎疑點之諸症狀，即嘔吐，頭痛，便秘，羸瘦等之重要症狀此時期特以 *Stad. der verdächtigen Prodrome* 分類之人，然實地上如是分類多非容易。

於此時期伴有嘔吐，惡心，吃逆，概與攝取食物無關。在年長兒有頭痛，乳幼兒則輕微或多缺如。便秘多極頑固。

b. 刺激期 至此期則現種種腦膜炎症狀，易於診斷而此等諸症，主因腦壓亢進逐日而漸顯。

1. 知覺過敏症 皮膚及五官器之感覺過敏，皮膚觸動則感覺疼痛。對於音及光之感覺亦銳敏，故因些微之刺激，即發痙攣者。

2. 血管運動神經障礙 有一過性之紅斑，著明之皮膚紋畫症。

3. 腦性刺激症狀 有劇烈之頭痛及眩暈，患兒常常欠伸，作長歎息，故患兒常苦悶叫喚，曰腦膜炎喚叫。嘔吐在初期即顯明1日3—4回，或有及其以上者，時而1日0—1回者，常逐日而緩解。

4. 意識障礙 比較的早期發現，起初現無欲狀漸至意識混濁，末

期陷於昏睡狀態，然在此期昏睡之患兒，意識一時明瞭，注視周圍，如思食物狀若一時輕快者，此乃因腦質內水分缺乏，基於腦內壓力比較的減退歟。

5. 運動性刺激症狀 有齒軋，咀嚼及吸引運動，或反復之著明常同運動，現牙關緊急，項部強直，脊椎強直，角弓反張等。皮膚及腱反射亢進，Kernig 氏症狀，Brndzinsky 氏症狀等著明。

6. 痙攣 時有比較的早期發現者，然近末期者多，且極頻發，為搖擻性或間代性之痙攣有全身發現者亦有顏面，四肢等之局部性者，時而現癲癇樣痙攣或半側痙攣。

c. 麻痺期 在本症末期多發生種種腦神經麻痺，患兒意識完全混濁，呈昏睡狀，斜視，瞳孔不同症，眼臉下垂症，顏面神經麻痺，四肢麻痺，痙攣之頻發，舞蹈病樣或 Athetose 樣運動，等一般狀態極惡化，脈頻而細弱不整，呼吸促迫不整，高度羸瘦，閉尿等遂現 Cheyne Stocke 氏呼吸，以至心臟麻痺而死。

今就主要之每個症狀列舉如次。

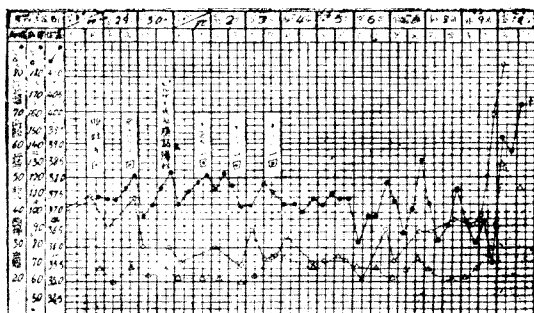
7. 發熱 不現特殊之熱型 極不規則多為 37.5° — 39° C 間昇降之弛張熱，然近末期則有2—3日高熱(40° C或以上)此基因於繞狀體內溫中樞之障礙歟。時而少有自其最初如傷寒之高熱持續者，第123圖溫度表即為本病最普通經過之熱型。

8. 呼吸 一般現變化者少 惟及麻痺期則成不整頻數，至末期當 Cheyne Stocke 氏型呼吸。

9. 脈搏 初期伴發熱而頻數 其次雖現不整，緊張而弱，然因症狀之進步而現脈搏遲徐1分間50—60，此因迷走神經之刺激，可認為暗示豫後上末期之接近。其次數日—1星期脈搏急著明增加，弱而不整，以至於困難計算，此因迷走神經之麻痺，而一般在一星期以內即轉歸於死。(第125圖溫度表參照)。

10. 頭痛之眩暈 年長兒著明，乳幼兒則不著明雖在年長兒初期有不甚著明者。少有至末期不現頭痛，眩暈者。

第 123 圖
結核性腦膜炎 4年
(著 者)



11. 眼所見 瞳孔障礙 瞳孔一般散大，常極動搖多現左右不同大。至意識障礙著明之際，則一般縮小，且瞳孔反應鈍，次現強直。

眼底 在稍進行之症例往往有乳頭鬱血時有現脈絡膜結核者。

12. 腹部所見 腹部一般陷凹常有便秘之傾向。此非受中樞神經之影響乃由食餌減退乎。

13. Kernig 氏症狀 本症與項部強直相前後可以證明，極徐現出，自疑為本症起常在數日中始著明出現。

14. 項部強直及角弓反應 比較的早期發現，現顏貌無慾狀之時期，輕微而多能證明之，即使患兒之頭部向前方曲屈，則訴項部疼痛，伴來四肢震顫。本症隨症狀進行而益著明，角弓反張者雖比流行性腦脊髓膜炎不甚著明，亦時有顯著者。

15. Brudzinsky 氏症狀 流行性腦脊髓膜炎時雖不著明，但與 Kernig 氏症狀，項部強直同時能證明者不少。

16. 血像 無一定之變化白血球一般雖僅微增加（1—2萬）時有現白血球減少者，但 Eosin 嗜好細胞之減少或消失，於本症多比較的早期現出。

17. 神經麻痺 本症之病竈多存於腦底，故有腦神經麻痺尤以眼肌神經（動眼神經，因外旋神經之障礙發生瞳孔不同症，斜視，眼臉下垂，複視等）及顏面神經麻痺為多。其他腦神經麻痺，比較的少。Monobregé，偏癱，交叉性偏癱，或失語症等亦有出現者，然常在本症之末期之見。

18. 腦脊髓液所見 在最初期腦脊髓液已現輕度之固有變化，而其症狀至可疑為本症時，則其壓可及的亢進，液為水樣無色透明，Globulin 反應著明為陽性，糖雖多不發現，然於症狀著明時期，壓亦顯著亢進，時而及 600—800mmHg₂O 壓，液概無色透明，時認出 Sonnen—Stoibuchen，亦有僅微混濁者，以比液靜置 12—24 小時，則於液中央形成蜘蛛網塊者不少，而取此蜘蛛網塊液沈渣，作成塗抹標本，染色檢鏡則往往能證明結核菌（70—80%）（全經過中約行 3 回腰椎穿刺，嚴行腦脊髓沈渣之檢查時，概常可證明結核菌）。而沈渣中雖多認出一般淋巴球增加，時而有白血球及淋巴球共同著明增加者。比重多為 1003—1011，氯與糖減少或消失。

19. 他臟器之變化 他臟器之所見幾無，雖有於肺，關節等可證明既存之結核病竈因腦膜炎症狀著明，多被掩者，或於粟粒性結核時而聽得肺部有加管兒性雜音者，而 X 光線像上肺部粟粒結核所見，至肺葉可認出小點性陰影。有脾臟，肝臟肥大。

IV. 異常經過 以上為定型之經過，然本症有多種多樣之經過因而診斷上亦多困難此等多原於病竈局部之差異，個人素質，或合併症之有無等。

或以急劇發病 諸症狀有似化腦性腦膜炎之可疑者，或有以痙攣為主症狀，或有以意識障礙為主症狀者，因是感覺診斷上之困難者不少。

【經過】 經過雖常為 2—3 星期，時有及 5—8 星期者於乳兒則其經過短。

【診斷】 初期甚困難，至腦壓亢進期雖容易，須因腰椎穿刺液之檢查，綜合臨牀上種種而決定（第 27 表參照）。尤以證明結核菌則確實也。而 Pir-quer 氏反應有陰性者不少。

【類症鑑別】 與他種腦膜炎，胃腸障礙，腸傷寒，尿毒症，腎孟炎等有鑑別必要。

【豫後】 全然不良。

【療法】 不過對症療法，靜臥，使用冰囊冰枕，室內宜暗避免種種刺激，食餌要易消化者，因腰椎穿刺之反復施行，可見一時的輕快。有推漿腦室穿刺或腦囊穿刺者亦無效。碘劑大量服用，鎮靜劑服用，注意排尿排便，有報告因 Tuberculin 或囊氣之脊髓腔內注入而治愈者，唯甚可疑。

第27表 諸種腦及腦膜疾患之腦脊液變化

	液 壓	外 觀	沈 析	細 胞	蛋 白	Globulin 反應	Gold- sol 反應	糖	細菌
健 康	80-130 mm 水 柱	水樣無 色透明	無	二三淋 巴球， 內皮細 胞	0.02- 0.05%	(-)	(-)	(+) 0.04- 0.06%	(-)
結 核 性 腦 膜 炎	亢 進	大概水 樣透明 而厚濁	常有蜘蛛 網塊	淋巴球 增加	增 加 (0.2- 0.7)	(+)	(+)	減少或 消失	多數 (+)
流 行 性 脊 髓 膜 炎	亢 進	濁	膿 性	多核白 血球增 加	著 明 增加	(卅)		減少或 消失	(+)
化 膿 性 腦 膜 炎	亢 進	濁	膿 性	多核白 血球增 加	增 加 0.1%	(卅)	(+)	減少或 消失	(+)
漿 液 性 腦 膜 炎	亢 進	無色 透明	無	僅少之 淋巴球 增加	痕 跡 (0.1% 以下)	多數 (+)		減少或 消失	(-)
腦 水 腫	亢 進	透 明	無	僅微之 淋巴球 增加	痕 跡 (0.05- 0.07% 以下)	-		或 少	(-)
腦 腫 瘍	多 亢 進	透 明	偶有蜘蛛 網塊	時有腫 瘍細胞 增加	常 常 增加	種 種		時 時 增加	(-)
腦 炎 (急性期)	亢 進	透 明 時 稍 濁	-	淋巴球 增加	增 加	(+)		增 加	(-)
Heine- medin 氏 病 (急性 期)	亢 進	無色 透明	無	淋巴球 增加	增 加	(+)		(-)	(-)
靜 脈 竇 血 栓 症	常 亢 進	血 性 或 葡萄 酒 樣	赤 血 球 沈 澱	-	增 加	(+)		稍 增 加	(-)
乳 兒 鉛 毒 症 (所 謂 腦 膜 炎)	亢 進	黃 色 調 透 明	無	僅微之 淋巴球 增加	輕 微 增 加	(+)		正 常 或 增 加	(-)

4. 化膿性腦膜炎 Suppurative Meningitis

【原因】因頭部外傷，頭蓋炎症，尤其耳鼻等炎症及頭部皮膚之蜂窠織炎，膿瘍等，二次性發現者有之。又有續發於肺炎，丹毒，Influenza，百日咳等者。病原菌主爲 Weic' selbaum 氏菌（急性傳染部參照），肺炎球菌，連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，大腸菌，時有原於肺炎菌，傷寒菌，副傷寒菌，鼠疫菌，白喉菌等者。或爲敗血症之一分症，或爲原發病菌之二次的發現。

【症候】以突然高熱（39—40°C），嘔吐，頭痛，痙攣等而發生，現爲呼吸迫促，脈搏頻數，譫語，欠伸，齒軋，項部強直，Kernig 氏症狀，Brud zinski 氏症狀，四肢麻痺，意識混濁，或昏睡狀態等症，遂至心臟麻痺而死。

於乳兒大顛門緊張隆起，可觸知著明之搏動。

續發於肺炎膿胸時，腦症狀有爲其所掩而不著明者。

今將主要者列記如次。

- a. 流行性腦脊髓膜炎（急性傳染病之19參照）。
- b. 肺炎球菌性腦膜炎。

多現於幼乳兒，本 Holt 氏云佔腦膜炎之10%，常續發於肺炎，膿胸等，原發性極少，腦脊髓液現白色平等混濁玻璃狀，恰有似於肺炎球菌之純培養。然時有剖檢上所證明者（Holt）

c Influenza-meningitis

多現於一年以下之小兒續發於 Influenza，腦脊髓液混濁，雖難於證明，用血液洋粉，或腹水洋粉之培養基可得而證明。

- d. 連鎖狀球菌性及葡萄狀球菌性腦膜炎。

於乳兒爲敗血症之一分症，續發於丹毒，中耳炎，乳嚙突起炎，頭部外傷等。

- e. 百日咳腦膜炎

豫後不良，百日咳菌之證明極困難。

- f. 無菌性化膿性腦膜炎

現著明腦膜炎症狀，腦脊髓液現著明化膿性，一切皆化膿性腦膜炎之所見由該液不能檢出何等細菌之謂，但極少見。

【豫後】 極不良。

【診斷】 初期甚困難，因腰椎穿刺及該液之培養試驗而決定。腦脊髓液甚稠濁，有帶黃綠色者，靜置之則生沈澱。鏡檢之可證明白血球，病原菌等(第27表參照)。

【類症鑑別】 與傷寒，Croup 性肺炎，敗血症，腦炎等有鑑別之困難。

【療法】 1. 絕對安靜，室內宜暗，防避種種刺激。

2. 冰囊冰枕等。 3. 流動食攝取。 4. 腰椎穿刺或腦室穿刺等。
5. 特殊療法。治療血清，恢復期患者雖有施行血清注射者，但效力甚少。6. 藥劑療法，嗎啡，抱水 Chloral 等之鎮靜劑，及碘化鉀，強心劑等。7. 對症療法。8. 早期應用青黴素之全身治療及脊管內注射，可以大大減低其死亡率。(但原於大腸菌及流行性感胃菌者無效)。9. 磺胺類劑之早期大量應用，奏效亦著。

5. 漿液性腦膜炎及 Meningismus Serous Meningitis and Meningismus

【意義】 初 Dupre 氏謂，謂解剖上無所見，而呈腦膜炎症狀者，名爲 Meningismus Quinke 氏謂，有腦膜炎症狀，只現爲腦脊髓液增加者，名爲漿液性腦膜炎。但兩者之區別，不能劃然者多。

【原因】 續發於傷寒，百日咳，麻疹，流行性感胃，肺炎，胃腸障礙，流行性耳下腺炎，急性關節候麻質斯，中耳炎，化膿性口內炎等。近來有續發於種痘之報告。且有無其他原發病菌，現爲原發性者(原發性漿液性腦膜炎)大約原於毒力弱之細菌或毒素而侵入也。

【病理解剖】 比較的少認出軟腦膜浮腫，充血，腦脊髓液壓力增加等。

【症候】 多現於乳幼兒，而呈多種多樣之症候。時有因高熱，嘔吐，頭痛，痙攣等重篤症狀而死者(漿液性中風)。且有取化膿性腦膜炎，結核性腦膜炎樣經過者。或有取良性之經過，遷延至 1—2—3 個月者。

【診斷】 確診由於腰椎穿刺，腦脊髓液透明，Globulin 增加(10/00 以下者多)，細胞(淋巴球增加僅微，細菌可證明者極少，糖減少，或缺如(第27表參照)。

【類症鑑別】與結核性腦膜炎，腦炎，肺炎，腎盂炎，傷寒，中耳炎，等鑑別頗困難。

【豫後】比結核性腦膜炎或化膿性腦膜炎較爲良好。

【療法】1.反復施行腰椎穿刺。僅因一回之穿刺，諸症頗輕快者不少。2.強心劑食鹽水注射等藥劑則用 Pyramidon, Urotropiu或鎮靜劑等。3.青黴素及磺胺類劑之早期應用。

6. 梅毒性腦膜炎 Syphilitic Meningitis

【意義】不只侵犯腦膜，同時侵犯腦實質，故常謂爲腦膜腦炎爲適當，主見於乳兒。

【症候】不一樣，因病竈局部而有多樣，時有潛在性經過者，後頭蓋高侵犯時，有現項部強直或角弓反張者。時來眼肌麻痺或 Jackson 氏癲癇。或現漿液性內腦膜炎，外腦膜炎發生腦水腫者比較的多數。

【經過】不定，徐徐發病，長期經過者多。

【診斷】由於腰椎穿刺。

【療法】施行驅梅毒療法。對症治療。

II. 慢性腦水腫 Chronic Hydrocephalus

【意義】腦室或腦膜間或兩者間有異常非炎性液體滯留之謂也。

【原因】多爲先天性，原因雖多不明，與遺傳梅毒之關係甚深。近親結婚，神經病，癲癇，兩親嗜酒，佝僂病等有關係。後天性者有續發於各種腦膜炎，腦腫瘍，急性傳染病（百日咳）者。

【分類】因病竈局部分類如次。

1. 外腦水腫或腦膜水腫

液體之滯留於腦膜間者也。時有原於出血性硬腦膜炎者。

2. 內腦水腫或腦室腦水腫

液體滯留於腦室內者也（第124圖 X光像參照）。

3. 內外腦水腫

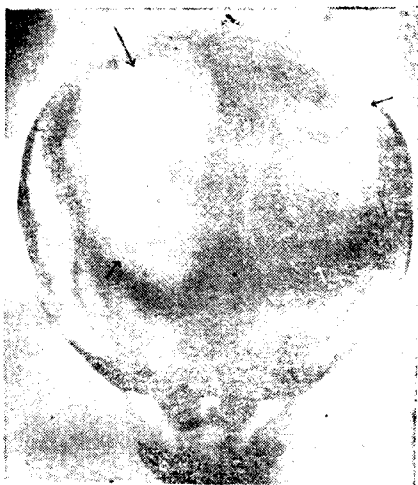
液體滯留於腦室及腦膜間之謂也。

第 124 圖

腦水腫 X 光像

(側室中空氣充滿之程度甚不同，非常擴大，腦實質則菲薄)

(仿 Grolka 氏)



或有因 Magendii 氏孔之閉閉，而區別為開放性及閉鎖性腦水腫者。

【病理解剖】 腦室著明擴張，侵入多量(時有 1—3 L，尙有達至 10—12 L 者)之透明液(蛋白量少，0.5—0.7% 以下)。腦實質著明萎縮，有如紙樣(第 124 圖 X 光像參照)。先天性者頭蓋骨菲薄，縫合雖多不能閉鎖，後天性者比較的變化少，液體潑潑不多。

【症候】*1. 頭大 頭圍比同年齡之小兒大，規為梨型，頭蓋部比顏面部著明增大(第 125 圖參照)。

2. 大顛門 非常擴大，現為隆起有著明之搏動。其他顛門及縫合亦哆開，頭部靜脈著明擴張。

3. 眼 眼球液壓於下方，瞳孔遮蔽於下眼瞼，只有鞏膜之一部現

出，而眼球稍突出於外，瞳孔開大，有斜視及眼球震盪症。眼底或無異常，或有脈絡膜靜脈擴張症，視神經萎縮等。因此等障礙而生種種視覺障礙。

4. 運動障礙 下肢特別著明，時有半身麻痺，痙攣，子癇樣發作，失調症等。

5. 知覺障礙 輕微。

6. 聽覺及味覺障礙 輕微。

7. 精神障礙 多被侵犯，現為言語不能，癡呆，自癡等症。

8. 營養障礙 有便秘之傾向，食物雖充足，營養狀態極不良。

【經過及豫後】 經過為慢性，大多數漸次增惡，營養陷入不良，遂因合併症而死。

【診斷】 雖甚容易，時與腦腫瘍，向數病性頭蓋有鑑別(Wassermann 氏反應，氣腦術 Encephalographie 等)之必要。

【療法】 1. 注意攝食及看護 2. 腰椎穿刺或腦室穿刺之反復施行奏效者不少。3. 腦梅毒法。4. 有因頭部壓迫部帶，或帽子之使用而奏效者。5. 甲狀腺劑或 Diuretin 之使用，或食鹽水葡萄糖之靜脈內注射，不過有一時之效力而已。然向使病性者則用紫外線照射，內服丁種維生素製劑等。6. 外手科術。

III. 急性腦炎

Acute Encephalitis

出血性腦炎

Hemorrhagic Encephalitis

第 125 圖

腦水腫（頭圍大眼球
傾向下方）9個月
（東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏）



【原因】腦實質之炎症，多生於乳幼兒。續發於 Influenza 猩紅熱，麻疹，百日咳等，亦有續發於白喉，傷寒，肺炎，腦脊髓炎，頭部，丹毒，水痘，敗血症等者（二次性腦炎），或有因鉛中毒，Salvarsan 中毒，而來中毒腦膜炎者又有散在性或流行性作為 Heme-Medine 氏病之一分症而原發者（原發性腦炎）。

【症候】多以突然高熱，痙攣（子痙樣或強直性痙攣等）意識障礙等而發生，眼球上竄，呼吸脈搏皆頗速微弱，現為重篤症狀而死。或因局部病竈而遺留種種障礙。例如半身不遂，失調症，震顫，四肢或頸面神經麻痺，失語症，替代性偏癱或球麻痺等，腦性麻痺等症狀而治愈者有之。項部強直，Kernig 氏症狀，蹠反射亢進等比較不著明。

腦脊髓液 水樣透明，壓稍亢進，蛋白增量，淋巴球加多。

【診斷】困難尤其與腦血栓，腦膜炎，腦腫瘍，腦梅毒等鑑別困難。

【豫後】或在數月內轉歸於死，或幸於數日一數星期雖治癒然多遺留諸種後遺症。

後遺症 癡呆，癲癇，失調症，舞蹈病樣運動等。

【療法】1.安靜，攝食，冰囊使用等。2.鎮靜劑及強心劑等。3.內服 Urotropin，及用 Trypaflavin 之靜脈注射等，其他僅行對症療法。4. Penicillin 亦堪一用。

IV. 嗜眠性腦炎

Lethargica Encephalitis

【概論】1891年 Baginsky 氏當 Influenza 流行時缺乏腦膜炎症狀以嗜眠為主徵者命名曰 Nona，同年 Spiegelberg 氏注目一種患者，現為固有之連續睡眠狀態，其次1916年 Econom 氏注意一種流行病，主為嗜眠狀，而有嘔吐，頭痛，眼臉下垂，複視，顏面神經麻痺等症，名為嗜眠性腦炎。爾來英德日美諸國有多數症例之報告。病理解剖上，於視神經床及其附近之灰白質，多認出病變。本症寒冷氣候為多，其主徵如次。

【症候】1.嗜眠狀態 深淺種種，強時現昏睡狀，喚醒之後，再入於深睡眠。

2.眼臉下垂 嗜眠狀態時不著明，有長久貼留者（第127圖參照）。

3.複視 原於眼肌麻痺。

4. 發熱 無一定之型(38—40°C)。

5. 一般症狀 多現咳嗽，頭痛，倦怠，嘔氣，嘔吐，眼球震顫，
顏面神經麻痺，抽風，輕度譫語等
第 126 圖
流行性腦膜炎之眼瞼下垂
(東京帝國大學醫學部
小兒科教室藏)

6. 血像 無特別變化，有淋巴球增多或白血球增多症。

7. 腦脊液 壓力稍高，細胞蛋白質增加，無微生物(第27表參照)。

【本態】 尙未明。1. 有作為 Influenza 者。2. 有作為 Heine-Medine 氏病之異型者。3. 有作為一種特別疾患者。諸說種種不能一定。

後貽症 嗜眠性腦炎後，線狀體，其他因腦障礙之結果，除舞蹈病，Athetose 樣運動以外，有類似於震顫麻痺之特有症狀，是曰 Parkinsonism

且有報告續發於本症之脂肪生殖器性萎縮症者。

【診斷】 與腦膜炎有鑑別之困難。

【療法】 1. 安靜及攝食。2. 恢復期患者血清注射。3. 藥劑則用 Urotropin，柳酸鈉，鎮靜劑，碘化鉀(有謂注射大量於第四腦室可得卓效者) Economo, 05% Trypaflavin 之注射(5—10ccm) 等。4. 對於 Parkinsonism 則用 Atropin, Scopolamin 等。5. Penicillin 亦有應用價值。

V. 流行性腦炎, 夏期腦炎, B型流行性腦炎 Epidemic Encephlraitis

在日本見有與嗜眠性腦炎，種種異點之腦膜炎流行，尤其岡山，兵庫，香川縣地方，自以前雖見流行而近年在關東地方，尤以昭和10，11，14年曾見流行之外，全國的亦見小流行。本病之流行常自8月至9月之盛夏。(嗜眠性腦膜炎冬日多)嗜眠性腦膜炎多犯青年，而本病在高年及小兒多見。本病之誘因，多係炎日下之劇烈勞動，與精神過勞等。



【原因】 目今仍未明，有謂病毒之侵入門戶，由家蚊之刺傷或由鼻腔粘膜侵入者。但關於病毒之動物感染，有至某種程度之成功者。

【症候】 1. 發病 突然高熱 $39-40^{\circ}\text{C}$ ，多現不安，不舒適，頭痛等。

2. 熱 一般高熱 $39-40^{\circ}\text{C}$ ，3—4日稽留，或現幾分弛張，7—10日後下降，時有初期發微熱者。

3. 意識障礙 時呈無感狀有發僅微謔語而止。但多數於發病1—2—3日自輕度之混濁至昏睡止，現種種程度之障礙。

4. 痙攣 初期即現痙攣，但第2—3—5—6病日，多為腦膜炎之著明時期。

5. 運動障礙 四肢之強直或運動麻痺，Chorea Athetose 樣運動，四肢肌肉之抽搐，牙關緊急等。

6. 眼病狀 現眼球上反，共同偏視，斜視等，及瞳孔不同症，眼球震顫，對光反應緩徐等。

7. 神經症狀 不安，興奮，頭痛，眩暈等初期即發現，髓反射一般不定，或有亢進與消失者。然第1—2—3病日 Kernig 氏症狀，項部強直，Brudzinski 氏症狀，角弓反張，牙關緊急等之腦膜刺激症，多著明現出。

8. 腦脊髓液所見 壓力一般亢進(200—400mmH₂O)，靜置之有見蜘蛛網形成水樣透明，時而認出輕度混濁或(日光微塵，Somen Stoibchen) Globulin 反應多現陽性，時而陰性，糖正常或稍增加，細胞在初期雖見多核白血球增加，而一般則現淋巴球增加。

9. 血像 白血球增加，尤以極期著明，與病狀輕快同時恢復正常。

10. 尿所見 多無著明變化。

後貽症，運動麻痺，發語障礙，記憶力減退，視力障礙，聽力障礙，精神異常等。遺留種種程度之障礙不少。死亡率因流行不同20—5%。

【診斷及鑑別診斷】 如上症狀，注意流行之有無，雖不甚困難，其他各種腦膜炎，乳兒鉛毒症，Heine Médin 氏病，赤痢(疫痢)等尤以初期其鑑別非容易也。

【療法】 1.安靜及攝食。2.室內宜暗，使避刺戟。3.恢復期患者血清能奏效。4.免疫血清有效與否不明，可以試用。5.藥劑 Urotropin, Acribin 色素誘導體，Chinin 製劑等，及濃厚葡萄糖液靜脈注射，鎮靜劑，強心劑等。6.試用腰椎穿刺有效。7.大量之磺胺劑不見有何功效。8.青黴素之早期應用及與恢復期患者血清合併應用，效果較佳。

VI. 腦性小兒麻痺

Cerebral Infantile Paralysis

【原因】 除原於胎生期間中樞神經系之畸形，或腦疾患，或分娩時外傷，腦膜內出血等以外，有續發於急性傳染病，尤其百日咳，白喉，猩紅熱，麻疹，Influenza, 流行性腦炎，Heine-Medine氏病等者。

【病理解剖】 一般之局限性變化，尤多認出軟化區，癍痕，囊腫，腦之一部缺損，硬化，萎縮，或異常型等。原於炎症或外傷者，於早期發見出血，血栓，栓塞，或類似腦炎之炎症者不少。肉眼的觀察殆無變化，鏡檢上有神經膠質組織之瀰漫增殖，故有認出神經細胞之破壞者。圓錐體路之變性，為最多見，時有不侵犯多稜神經節細胞之圓錐體路，而使犯圓錐體外路者。腦膜亦有認出瀾濁愈著及肥厚者。

【症候】 雖有多種多樣之病症，大別如次之分類。

A. 主侵犯圓錐體路時

- 1.【腦性偏癱或小兒痙攣性偏癱】
- 2.【腦性兩癱或小兒痙攣性兩癱】(Little 氏病)

B. 主侵犯圓錐體外路時

- 3.【偏癱型】(舞蹈病樣不全麻痺，原發性一側指趾震顫)
- 4.【兩癱性型】

1.腦性偏癱或小兒痙攣性偏癱

本症續發急性腦炎或腦栓塞等，發起半側麻痺(顏面，尤其顏面神經舌下神經等多同時被侵犯)，初雖為弛緩性，漸次成痙攣性，其後則來肌之強直。

於四肢則上肢比下肢多被侵犯。上肢伸曲成直角，前臂內轉，手被固定於種種位置，認出企鵝握直，失調症，舞蹈病樣運動。下肢伸展而內轉，膝蓋腱反射及 Achilles 腱反射亢進，有 Babinski 氏現象，足現象，Mendel-Openheim 氏（下脛內側強摩擦之來足趾之脊彎，）現象等，足爲足尖位，步行則常爲特有之蹣跚步行，以足尖觸於床上描爲半圓形而步行。步行時同側上肢多現固有之共同運動。

麻痺側之上下肢，多呈榮養障礙。

於後期則胎留癲癇發作，發育障礙，智力障礙等。

2. 腦性兩癱或小兒痙攣性兩癱或 Little 氏病。

第 127 圖

Little 氏病（要特別注意下肢之交叉狀）4 年

（東京帝國大學醫學部

小兒科教室藏）



本症多原於胎生時障礙，分娩外傷，腦內出血等，早產兒尤多。自分娩直後即存在者，特名曰 Little 氏病（第127圖參照）。

高度者雖可於分娩直後認出之，輕度者則至步行時期始惹人注意。患兒之兩側大腿內轉，兩側膝部互相密著，足爲足尖位，步行則兩腳互相交叉，或成 X 脚形，而步行不能，膝蓋腱反射亢進，現出 Babinski 氏現象，足現象等。

痙攣性麻痺於上肢不著明，舞蹈樣運動及 Athetose 則少。腦神經被侵犯而現斜視，神經萎縮，瞳孔左右不同，眼球震盪症者不少。於重症則有發音障礙，言語蹇澀下困難等症。智力障礙雖常多少存在，時有全然不認出智力障礙者。

3. 偏癱性型或舞蹈病樣不全麻痺

舞蹈病及 A thetosae 常續發於偏癱性

小兒麻痺，原於腦幹神經節尤其絞狀體之障礙，侵犯 3 年以上之小兒，基因於急性傳染病者多，而癲癇，失語症，智力障礙等多屬缺如。

4. 兩癱性型

分類爲弛緩性型，緊張性型及抽風性型(兩側性 Athetose，汎發舞蹈病及間代性肌癱攣等)之病型，然混合型者多，必如斯分類則至難之事實不少也。

【診斷】 定型者雖比較容易，移行型者極困難。

腦性小兒麻痺及脊髓性小兒麻痺之主要鑑別點。

	腦性小兒麻痺	脊髓性小兒麻痺
麻痺之性質	攣 性	弛 緩 性
麻痺之範圍	偏癱性或兩癱等	四肢或個個之肌屬
肌萎縮	僅 少	高 度
電氣變質反應	正 常	全或部分的消失
腱反射	亢 進	消 失
精神	高度(癡呆，癲癇等)	正 常
續發症狀	Chorea, athetose等	無

【豫後】 大概不良，然麻痺則於數年內輕快，時有能步行者。

【療法】 1. 電氣療法，按摩，溫浴，體操，及整形外科手術等。

2. 有梅毒疑惑時則行驅毒療法。

3. 智力障礙，言語障礙等，則行教育學的療法。

4. 近時對於肌強直試用 Haronun 注射。

5. 其他皆爲對症療法。

VII. 腦 腫 瘍

Brain Tumor

腦腫瘍無論小兒之何期亦發生，最多者爲小腦孤立結核次爲他部之孤立結核，次爲腦橋，腦脚，小腦及大腦等之膠腫肉腫橡皮腫等。癌腫，纖維腫，脂肪腫血管腫，Teratom，眞珠腫等則少有。腦囊腫，腦寄生蟲(Echinococcus, Cysticercus)等則與腫瘍現同一之症狀。

【症候】 1. 腦壓症狀 有頭痛，嘔吐，眩暈，脈搏徐緩，昏睡

狀，鬱血乳頭，頭圍擴大，縫合哆開，續發性水腫等。

2. 病竈症狀（缺陷症狀及遠達症狀）因病竈局部現為多種多機之症狀。例如半身震顫，Athetose 局部或全身之抽風，Jackson氏顫癇半身不遂，神經麻痺，失語症，失識症，Webr—Charcot 氏症候（招來病竈及同側之動眼神經麻痺，及反對側之顏面肌，舌及手足之麻痺者），Benedict 氏症候（動眼神經及四肢麻痺相交叉者），Millard—Guber 氏症候（招來病竈及同側之顏面神經麻痺並反對例之四肢麻痺）Foryle 氏症候又加入顏面神經及同側外旋神經麻痺者）共同運動不全，運動變換不能症，眼球震顫，半盲症等種種症狀是也。

【診斷】不必容易，時而極困難，可檢查 Lindnet 氏反應，Wassermann 氏反應等。腰椎穿刺，時而招來危險宜注意。

【療法】大腦，小腦，橋角，及腦下垂體之腫瘍，時而用外科手術或 X 光線療法有治愈之可能者。且有梅毒疑惑時可試用驅梅毒療法。其他皆為對症療法。

VIII. 腦膿瘍

Brain Abscess

【原因】原於連鎖狀球菌，葡萄狀球菌，腦炎球菌，腦脊髓膜炎球菌，綠膿菌等之傳染。有因敗血症，氣管枝擴張，肺壞疽等，而來多發性膿瘍者。於小兒最多者為耳性膿瘍，續發於中耳炎，主侵犯顳葉或小腦。外傷性膿瘍則不多。

【症候】於初期雖被掩於病原，而症狀不定，然膿瘍完成時，除一般症狀（頭痛，嘔吐，意識障礙，遲脈等）以外，並招來病竈症狀（失語症，眼肌麻痺，項部強直，四肢或顏面神經等之麻痺）。

【診斷】極困難，與腦腫瘍之鑑別尤難。

【療法】只有早期的外科手術，但部位診斷可能而非多發性時始有效。早期用青黴素溶液直接注入膿腔，另再行全身治療。

IX. 腦硬化症

Cerebro Sclerosis

1. 瀰漫性腦硬化症 Diffuse Cerebro Sclerosis

少有之疾患，現於乳兒，多續發於外傷。現為顛癇樣或中風樣症狀，遂至諸症增惡而死。

2. 多發性腦硬化症 Multiple Cerebro Sclerosis

小兒之極少症狀，後發於多發性腦質脊髓炎，或續發於急性傳染病。現為下肢不全麻痺，企圖振顫，視神經萎縮，眼球震盪症，括約肌障礙，知覺障礙及遲語症等。

3. 結節性腦硬化症

先天性疾患，除腦之結節變化以外，多並發腎腫瘍，心臟腫瘍，心臟腫瘍，皮膚之皮脂腺腫，母斑及纖維腫等。有現顛癇或著明之智力障礙或局限性腦性麻痺狀者。

【療法】 只有對症療法。

X. 脊髓疾患

Diseases of Spinal Cord

1. 脊髓炎
Poliomyelitic

1. 橫斷性脊髓炎

於小兒少有之症狀，有原於梅毒者。完全與大人相同，現為上下肢兩側麻痺，知覺障礙，膀胱及直腸障礙等。

2. 壓迫性脊髓炎

此症在小兒比較的多，續發於脊椎 Earies。於輕症現為軀幹，脊髓之疼痛，腱反射亢進，腳萎弱等於重症現為腳及括約肌麻痺，知覺障礙等。

【診斷】 脊椎有變形時雖容易，無時則因脊椎打痛，脊椎之精細檢查，流注性膿瘍之有無，X 光檢查，Tuberkulin 之反應檢查等，可能的而診察之。

【療法】 除用安靜，Corset，gipsbette 等以外，行結核療法時用外科手術。

2. 脊髓癆
Tabes Dorsalis

本症原於先天梅毒，徐徐發生，症狀與大人者雖大同小異。不備之點則多。

【療法】與大人者相同，即驅梅毒療法，對症療法，滋補劑之應用，營養之重視等，水銀劑之效力則少。

XI. 內因性(遺傳性家族性)神經系 及肌疾患

Congenital Nervous and Muscular Diseases

此等病症原因雖不明，因內因的原因，發現於遺傳家族者多。

1. 家族性黑內障眼性白癡症(Tay—Sachs 氏白癡症)

在歐洲多現於猶太人，家族的發生於6—18個月之乳兒。漸次招來視力障礙(眼底所見，認出黃斑周邊有局限性灰白色之變色，中心有錆赤褐色之斑點)，眼球震盪症，瞳孔不同，斜視，視神經萎縮，聽力障礙等，而成失明及耳聾，陷於癡呆狀，在日本則極少。

與本症全然類似者，發現於4—10—16年之年長兒，稱為青年型(Vogtsche Form)，招來失明，兩側麻痺等，遂至於死。

【療法】只有對症療法。

2. Friedreich 氏病(遺傳性運動失調症)

【原因】本病現於遺傳性或血族性，多發病於4—7年之間。

【病理解剖】脊髓萎縮，來後索變質，並有小腦，[小腦側索，Clarke 氏柱，Gower 氏束等之萎縮。

【症候】本症徐徐發生，現靜立時及運動時失調症，膝蓋反射消失，眼球震顫，特有之拇趾過度伸展於足脊而成內翻馬足等，故步行時有特有之狀況，闊步而加力於足蹠，左右動搖。遂來肌肉之拘攣及萎縮，雖有脊柱彎曲，睿智薄弱等症，而知覺障礙則未之見。

【診斷】定型者雖不複雜困難，初期及不定型者，則與小腦腫瘍，腦梅毒，脊髓癆及 Marie 氏小腦性遺傳失調症等有鑑別之困難。

【療法】運動練習，水治療法等，有試用者，奏效則少。

3. Marie 氏小腦性遺傳失調症

本症發生於青春期以後，步行蹣跚，膝蓋反射不消失，時而亢

進。顏面肌被侵犯，併發斜視眼瞼下垂，視神經萎縮等症，而無內翻馬足。爲前者之移行型，鑑別甚困難。

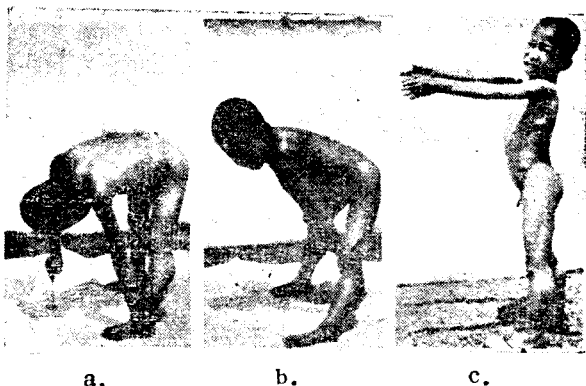
4. 肌萎縮症 Primary Muscular Dystrophy

a. 進行性肌性萎縮 Progressive Muscular Dystrophy

【原因】本病原於肌之萎縮變性。原因雖不明，遺傳的關係則

第 128 圖

進行性肌性萎縮症 (a. b 當起立時，注意借助於上肢之特有狀況，c 於直立位置展開兩足，上半身出於前方，以安定重心之狀況) 8年7個月 (著者)



深，多現於5—6年之男兒，近時有謂其原於植物神經系之障礙者 (吳博士)。

【症候】步行動搖性 甚緩慢，起立時須借上肢之助力，表示特有之姿勢 (第128圖參照)，不現肌之纖維痙攣，肌之電氣興奮性，常無變化。腱反射雖常一般低下，知覺異常及括約肌衰弱則無之。

【分類】因發現之年齡及部位分類如次。

1. 青年性型或 Erh氏型
2. 假性肥大性型
3. 幼年性型或 Landouzy—Dejerine 氏型
1. 青年型或 Erb 氏型

青春期以後(20—40年)女子尤多，初侵犯肩胛部及上肢(肩胛帶型)，後侵犯骨盤及下肢(骨盤帶型)。

2. 假性肌肥大性型

現於10年以下，5—8年之小兒尤多。侵犯腓腸肌，脊肌，臀肌等，此等肌有現為假性肥大者有不現為假性肥大者。

3. 幼年性型或Landouzy Dejerine 氏型。

主為顏面肌(眼輪匝肌，環口肌)萎縮，故主來眼之閉鎖不全，現一種異樣之顏貌，而上肢，脊部，臀部，下肢等肌被侵犯時，與他型現同一之症狀。

【豫後】 不良。

【療法】 除按摩電氣療法以外，藥劑則用砒素劑，碘劑等，然奏效者少。近時有報告用 Adrenalin 持續注射可以奏效者。

b. 幼兒進行性脊髓性肌萎縮症

【症候】 於乳兒初以脚之萎縮而發現，次來脊肌，項肌，肩胛肌，上膊肌，並手肌之麻痺及萎縮，漸侵犯腹肌，肋間肌，顏面肌，呼吸肌等，遂至於死。深部反射次第消失，電氣興奮性減退，並呈電氣性反應，有纖維性萎縮。而無言語障礙，意識障礙及括約肌障礙等。

【診斷】 與先天性纖無力症鑑別極為困難(徐徐發現，有電氣變性反應，肌纖維性萎縮等)

【療法】 按摩，電氣療法等之對症療法而已。

c. 進行性神經性肌萎縮症

始於年長兒，起初腓骨肌及下腿，並且他肌，有對稱的萎縮。步行有特有之現象，脚舉於上，足尖則碾地而步行，運動障礙以外，並受知覺障礙，血管運動神經障礙，深部反射漸次消失，表示纖維性萎縮及電氣反應減退，上肢及手亦被侵犯，現為鉤手。

【療法】 只有對症療法。

5. 先天性肌無力症或先天性肌弛緩症。

【原因】雖不甚明，大約有遺傳的關係。

【症候】先天性之病症，有兩側對稱的下肢弛緩，關節自由柔軟無自動的運動（第129圖參照），膝蓋腱反射消失，肌爲無力性，然不現萎縮緊張減退，電氣興奮性雖減弱，電氣變性反應則無之，無意識及知覺障礙。上肢則不被侵犯，顏面肌，嚥下肌，咀嚼肌，橫隔膜肌及項等亦不被侵犯。

【診斷】與分娩麻痺，脊髓前角炎，Barlow氏假性麻痺等有鑑別之必要。

【療法】1.按摩，電氣療法，溫浴等。2.藥劑則用 Strychnin, 魚肝油，甲狀腺劑 Adrenalin 等。

6.先天性肌緊張症（Thomsen氏病）1876年 Thomsen 始記載之，當企動的動作時，招來持續性肌緊張，以血族性或遺傳性而發現。

【症候】對於諸種企動運動，發生罹患肌屬之痙攣性緊張，5—10—3秒之後漸次緩解。如此運動障礙，現於幼時，多持續終生。顏面肌，舌肌，眼險肌，嚥下肌及喉頭肌等諸種橫紋肌皆被侵犯。

鍵反射其他神經機能雖正常，特異者現爲肌緊張性強直反應即神經對於器械的或電氣的刺激之興奮性爲正常，而肌肉之興奮性無論器械的電器的皆著明亢進，此其特徵也。

【療法】水治療法，電氣療法，溫浴，按摩，運動練習等可試用之。

第 129 圖

先天性肌無力症 兩個月乳兒

（兒科雜誌伏木氏論文

大正11年）



XII. 官能性神經疾患 Functional Nervous Diseases

1. 癲 癇 Epilepsy

【意義】強直性間代性痙攣時而發作，發作期間則有失其迴想力之意義障礙，經過慢性，常存精神障礙。普通分爲症候性癲癇及真性癲癇，而症候性癲癇，原於腦之器質的疾患，於小兒期間，作爲腦性小兒麻痺之一症候而現出者多（如Lackson氏癲癇是也），然本來則專以真性癲癇爲主體也。

【原因】原因不明，多現於5年以上之小兒。發現於同一家族者多，與遺傳有密切的關係，著明之解剖學的變化多無之。過食，精神感動，傳染，及外傷等可成爲誘因，

【症候】與大人者相同，痙攣發作之先，雖常有 Aura，於小兒則比較的少。因其發作分爲三種。

- a. 大癲癇發作
- b. 小癲癇發作
- c. 精神性癲癇同列症
- a. 大癲癇發作

與大人者全然相同，突然顛倒，意識消失，其痙攣有強直性，漸次移行於間代性。有見糞尿失禁者。瞳孔始雖縮小，後則擴大，對光多反應消失。發作時間15秒乃至數分鐘，發作後多熟睡。發作間還有種種，數時間——數日——數十日——數月至數年。於重症則有連續發作者。是曰癲癇狀態發作，有見於白晝者或有於夜間者。

b. 小癲癇發作

多現於小兒，發作輕微而極短，頭曲於一側，或食時茫然落箸，或工作中突然自失，立刻恢復於舊態，時於幼乳兒，有發生點頭痙攣，旋頭痙攣等者。

c. 精神性癲癇同列症癲癇均等症。

多見於年長兒，幼兒則少，小兒陷於朦朧狀態，或呈狂躁狀態等，興奮不解四圍之狀況，至取異常之行動，精神障礙著明。

【豫後】治愈上一般多不良好。

【診斷】一般難容易，於幼兒則困難者不少。

【療法】1. 注重飲食，宜取刺激性少之食品，禁酒並調理大便。
2. 藥劑。主用溴劑，Luminal 劑等。3. Wassermann 氏反應陽性則行驅梅毒法。4. 發作長持續時 Chloral, Luiletan 等使用，又有吸入 Chloroform 者。5. 限制患者飲水。6. 有局部徵者應用外科手術。

1. 強直(痙攣質或痙攣素質)

Tonic Convulsion

【意義】小兒，尤其乳幼兒（6—12—24 個月），末梢神經對於電氣的器械的刺激之特有的過敏症狀也。因而常有易發生痙攣之素質，故名之。於日本比較的少，多見於人工營養兒。

【原因】原因雖不明，關係於遺傳或素質者不少。又與非衛生的生活狀態與佝僂病等之關係甚深云。

【病理】本態不明，雖有上皮小體機能不全，佝僂病性新陳代謝障礙等說，但不確實。常見者為血液中鈣質減少。

【症候】A. 潛存性強直

1. 對於平流電氣之興奮性亢進

A.ö.Z. > .A.S.Z. 且起於 3 M. A. (Mili-ampere) 以下，K.ö.Z. 起於 5 M. A. 以下，診斷上有力之證據，是曰 Erb 氏現象。

2. 器械的興奮性亢進

將神經幹輕打擊時，則其支配下肌肉，發生電擊性萎縮 Chvostek'sches Phänomen)，又將上肢強壓迫時，則呈所謂產科醫手，是曰 Trousseau 氏現象。

B. 表現性強直

1. 強直性痙攣發作

強直性痙攣，發作的起於四肢。意識明瞭，將上膊接近於軀幹，肘關節彎曲時，則手有似於產科醫手。下肢將膝關節及髁關節彎曲時則呈現為馬足。發作之間數及持續時間不定，時而疼痛並發，時有發作持續數日者。是曰持續性痙攣或持續性強直。

2. 聲門痙攣或喉頭痙攣

突來聲門之痙攣性閉塞，發起呼吸困難，或呼吸休止，Cyanose等，一見如窒息而暫時有笛聲常深呼吸氣漸復常態，時有招來心臟麻痺者 (Herztetanie)，或起呼吸肌痙攣而呈喘息狀。如斯發作有1日及10數回者有不因何等誘因而發，但多以奮興以而起者。

3. 急 癇

Infantile Convulsion

來於幼乳兒之全身性或局限性肌痙攣，常現為意識喪失。發作之持續時間普通為 $1\frac{1}{2}$ —2分多，本發作乳兒多消化障礙時有賴者。與真性癲癇之鑑別頗困難，因電氣反應可得而鑑別之。

【診斷】疑感時可行電氣的檢查，即為 A.O.Z. < A.S.Z.，K.O.Z. < 6M.A.，A.O.Z. < 3M.A. 與否，可詳細檢查之。

【療法】1. 營養療法 以人乳為最良。

2. 日光療法 用新鮮之空氣及日光光線，或人工太陽燈。

3. 藥劑則用鈣劑，魚肝油，Vigantol，Viostrol，鱉肝油劑等，痙攣頻發，則用 Luminal，抱水 Chloral，硫酸鎂等。時而發作頻仍則有行腰椎穿刺者。

3. 點頭痙攣

本症主因直頭肌，長頸肌，斜角肌，胸鎖乳頭肌，僧帽肌等之間代性痙攣而起。

【原因】雖未明，一般想為癲癇不全症，慢性梅毒腦膜炎，或有脊髓腔內壓力及吸收之異常作為原因者，或有以為反射痙攣者，或有以為與佝僂病有關者。

【症狀】多現於4—8個月之乳兒，3年以後者少。主為頭部之發作性點頭運動或旋回運動，有加入上肢痙攣或上半身之前屈運動者。該發作1日數回—數10回，1回點頭回數有及10—20—40。發作前有現為 Aura 者，發作時有現眼球震盪運動者。時有著明的心身發育障礙。

【診斷】注意年齡，發作性點頭運動，心身發育障礙等。

【療法】溴化鉀，碘化鉀，Luminal 腰椎穿刺，驅梅毒法，平流電氣療法。

4. 小舞蹈病

Chorea

【意義】 侵犯7—13年之小兒，尤其女兒，以隨意肌之電擊樣攣縮為特徵之官能性神經病也。

【原因】 原因雖不明，有謂其原於一種傳染病之腦幹神經節之障礙者。精神的衝動可成為誘因，而關節使瘋質斯及心臟內膜炎有密切的關係。多生於寒冷之季節。

【症候】 發現極遲徐，列舉其主徵如次。

1. 發病 發病極徐緩，初期誤其不禮節，且書畫著明拙劣，從學校中受注意，始自覺而就醫者有之。

2. 舞蹈病運動 隨意肌之不隨意攣縮運動，尤其侵犯一側者（半身舞蹈病）多。此運動在睡眠中雖常停止，時而在夜間甚著明（夜中舞蹈病）諸種運動皆拙劣，步行易於蹣跚。

3. 精神機能障礙 不安不舒適，易於啼泣，或陷入憂鬱症，有刺激衝動性，而注意慢緩，精神的勞動不充分。

4. 無知覺障礙。

5. 言語障礙 言語運動拙劣，時而至僅能發出微聲。

6. 肌緊張減退 於重症特別顯明，反射反應正常或減退，又有 Coldon 氏反射（膝蓋腱打擊時，前伸之下腿，一時在其位置強直，漸次恢復之謂也）。時於重症有見四肢或肩關節之弛緩（麻痺性或軟性舞蹈病）者。

【經過】 數星期乃至數月，易於再發。

【合併症】 使瘋質斯，心內膜炎等。

【診斷】 比較的容易，時與腦炎及其他器質的疾患所生之症候的舞蹈病，Hysterie 全身性 Tic 等有鑑別的困難。

【療法】 2. 安靜，靜臥，2. 溫浴，溫濕布等。3. 藥劑則用 Aspirin，水楊酸劑，Antipyrin，Fowler 水，溴化碘，抱水 Chloral，Nirvenol（注意 nirvenol 病）等，其他尚有 Salvarsan 注射。

5. 神經衰弱

Neurathenia

【意義】神經衰弱者，乃神經系統之刺激感受性過敏及疲勞性亢進，而有刺激感受性衰弱之狀態也。

【原因】多原於神經性素質之小兒(學童)，關係於遺傳的素因。

【症候】與大人者無異，有頭痛，嘔吐，便秘，食思不振，發汗，疼痛，眼精無力(Asthenopie)，睡眠障礙，記憶薄弱，注意不能，反射機能亢進，血壓上昇，瞳孔不同，眼臉搖擗，皮膚紋書症等。

【療法】1.食物調養。2.精神療法。3.水治療法。4.適當運動。吸入新鮮空氣及日光療法。5.藥劑則用溴化鉀，砒劑士的年劑等。

6. Hysterie ; hysteria

第 130 圖

小兒 Hystere 性時關節攣縮

10年8個月

(著者在東京帝國大學醫學部小兒科所實驗)



【原因】與大人者完全相同，易生於神經素質之小兒，尤其3年以上之女兒。續發於衝突，墜落，及精神的外傷(恐怖，不安)等，或續發於器質的障礙(Angina，結膜炎等)。

【症候】雖與大人者完全無異，一般之症候較為單純為其特徵，招來癱瘓症狀者較多，而診斷困難之時不少。(第130圖參照)。

【療法】安靜，隔離，電氣療法，暗示療法，環境之轉換等與大人無異。

7. 夜驚症

Night terrors

【原因】多現於2—8年(3—6年尤多)之虛弱神經質的小兒。就寢前之飽食，膀胱充盈胃腸障礙，腺增殖，腸寄生蟲等，或精神刺激，

例如花樣就奇之繪畫，或妖怪談論等可以成為原因。

【症候】。就寢1—2小時後，突然醒覺，現驚怖狀況，高聲叫號，或緊縮於母懷，甚時則至於精神昏亂，其次15—20分鐘後心神始安定，而再安眠，愚兒毫不記憶之。如斯發作，或每夜反復，或有數日之間隔。

【診斷】 比較的不困難。

【療法】 1.可成爲原因之疾病治療。2.除飲食調養及防避精神刺激以外，藥劑則主用溴化鉀 Luminal 等。

8. 憤怒痙攣(呼吸劇情痙攣) Nervous Convulsion

【症候】 乳兒乃至5年之幼兒，當劇怒時，則突起痙攣，呼吸全然停止，眼球上竄，現 Cyanose，意識喪失而昏倒，數秒—數十秒時後即恢復(第131圖參照)。

第 131 圖

憤怒痙攣 2年10個月

(東京帝國大學醫學部小兒科教室藏)



【原因】 原因雖不明，多現於神經性素質兒。

【診斷】 雖比較的容易，與髒門痙攣之鑑別，原於電氣性興奮及 Trou ssean氏現象。

【療法】 1.發作時以冷水刺激皮膚，或施以人工呼吸。

2.與其家族隔離或精神療法。

3.藥劑則用溴化鉀劑等。

9. Tic 症

發見於2年以後之神經性素質兒。以顏面肌之電擊性痙攣爲主徵，時而顏面肌以外，關係於四肢，項部肌等此運動因以奮而強感

睡眠中常停止。多來於半側。

【療法】 1. 暗示療法，隔離療法以外，費用砒劑，溴化鉀劑等。

2. 由家族隔離，合理的練習法有奏效者。

XIII. 小兒精神病 Infantile Psychosis

1. 精神病質性體質

【意義】 精神病質性體質者，乃有神經系統之遺傳的異素素因者也。該兒對於肉體的精神的刺激，比健康兒易起異常之精神反應。

【原因】 1. 遺傳的關係甚深。2. 環境之惡影響，及飲酒，精神過勞，外傷等多成爲誘因。

【症候】 於乳兒期易於驚懼，睡眠不深，有刺激性時，即可疑爲本症。在年長兒易於興奮，叫喚或憤怒，食物之攝取多偏於一方，或多有高度之恐怖心。

【療法】 主用教育及精神療法。

2. 精神薄弱，缺陷精神病，精神發育停止

【意義】 本症乃先天性，或幼小時精神教育停止，招來精神能力之不全者也。因其程度分爲三種，即魯鈍，癡愚，白癡也。

【原因】 多續發於種種腦疾患，例如腦性小兒麻痺，腦膜炎，腦水腫等，有原於 Kretinismus 及粘液水腫者。其他有基於內分性疾患者，先天的精神薄弱兒多由於血族結婚，分娩外傷，雙親嗜酒，梅毒，胎生期之發育障礙等。

【症候】 1. 魯鈍

最輕度者殆與常人難以區別。多因就學時代，計算能力之不良，判斷力之薄弱，觀念聯合遲鈍等而證明。

2. 癡愚

中等度者，呈吃語，吶語，及言語滯滯等症，其顏貌亦一見而斷其精神能力之薄弱。判斷力薄弱，記憶力不確實，無觀念作用，

常有道德的缺陷而犯罪。

3. 白癡

最高度者，乳兒之音不正，四肢之運動不充分，父母之識別不能，言語之發達不良。流涎多，雖過乳兒期亦不止。荷齒，起立，步行等不能或著明遲延。耽於手淫者不少。其他精神能力之發育皆著明低下，且多有身體的畸形，顏貌醜陋，一見即可察知其為白癡。

就發生上可得大別為次之三類。

- a. 官能性白癡 解剖學上不得證明其原因者。
- b. 先天性白癡 起於先天性者。
- c. 後天性白癡 原於後天的外傷腦疾患等。

【療法】 1. Kretinismus 及粘液水腫，梅毒等作為原因者，則行其固有之療法。

2. 輕度者收容於感化院或特殊之助產學校，施以相當之指導及練習。

3. 高度者殆無法可施。

第16編 小兒寄生蟲病

Parasitis Diseases of Infants and Children

I. 腸寄生蟲病 Intestinal Parasites

1. 腸寄生蟲分類 Classification

A. 原蟲類

大腸變形蟲 (*Amoeba coli*)

小腸 *Cercomonas*

小腸 *Tricomonas*

腸 *Megastomum*

大腸 *Balantidium*

B. 圓蟲類

蛔蟲

蟻蟲

十二指腸蟲 *Anchylostoma duodenale**Necator americanus**Tricostrongylus orientalis**Strongyloides intestinalis**Strongyloides stercoralis*

鞭蟲

C. 絛蟲類

廣節裂頭絛蟲

有鈎絛蟲

無鈎絛蟲

*Taenia nan**Taenia encymerina*

以上乃就臨牀上必要之種類而敘述也。

2. 蛔 蟲

Large Roundworm

蛔蟲主寄生於小腸內之蚯蚓形圓蟲 (雄 15—23cm 雌 20—40cm)

兩端細小，頭首具有三唇嘴之口，蟲卵爲長圓形，內容有黃褐色類

粒狀物，其殼自成內外

二層，外層以表面不正

之蛋白質被包包括之(

第132圖及133圖參照)

，多生於 5—10 年之

小兒。

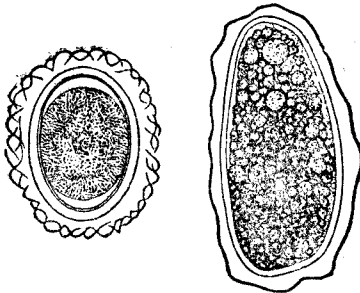
【感染經路】主爲經口的進入之成熟卵子，在消管內孵化，其仔蟲穿破消化管壁，經過腹腔，橫隔膜，或腸管，血管，門脈，肝臟，心臟等出於肺臟，由氣管食道而達至腸內。且有在外界孵化脫落之仔蟲，因經口的感染及皮

第 133 圖

蛔 蟲 卵

(長徑 0.05—0.07m) (本宮川氏)

(短徑 0.04—0.06m) (著 書)



a

蛔蟲精卵圖

b

蛔蟲不受精卵圖

膚感染亦可能。

【症候】不能一定，毫無何等症狀者不少。時有腹痛，嘔吐，便通不整，皮膚痒感，瞳孔散大，痙攣樣發作，貧血，眩暈，精神興奮等症。且有本蟲遊走於他處（蟲樣突起，輸膽管，氣道等），而起種種之障礙者。又有因蛔蟲之羣棲而現腸閉塞症狀者。

【診斷】糞便中證明蟲卵則屬確實。

【療法】與以 Santonin, Chenopodii 油, Ascaridol, Magnin, 海仁草等之驅蟲劑，再與以下劑。Santonin 最常用，小兒普通劑量為 0.01—0.03，較大兒童則用 0.03—0.06。普通以 0.05—0.1 之甘汞同用，於先一日晚空腹服下，於次晨通便後再進飲食。

3. 蟯蟲

Pin-worm

蟯蟲為白色絲狀（雄約 3 mm，雌約 10 mm），蟲卵比蛔蟲卵稍小，無色長圓卵形，外殼則平滑（第 132 圖及 134 圖參照）。主寄生於結腸及盲腸部，雌蟲在夜間常遊走於肛門外。

【感染經路】中間宿主不必要，因成熟卵及成熟雌蟲而經口的感染。

【症候】夜間本蟲遊走於肛門外，故肛門附近有痒感，來睡眠障礙。或遊行於外陰部及包皮內，故成為外陰部炎症，或手淫，遺尿症等之原因。患兒皆有神經過敏症狀。

【診斷】皆甚容易。

【療法】易起自家感染，故治療困難。

1. 除 Naphthalin, Santonin, Butolan, Gelonid almeni subacetic 等驅蟲劑以外，尚可用食醋（5—10%），Chenopodii 油（取 10—20 滴溶於 1—1/2 立特水中），醋發霉上液（1—2 食匙溶於 1 立特水中）等洗腸，每日或隔日一次。

2. 肛門附近則用甘汞軟膏，灰色軟膏，黃降膏軟膏等塗敷之。

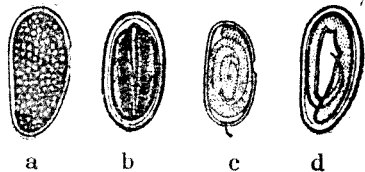
3. 防避自家感染，宜將手指及肛門部保持其清潔，食前宜將手指洗滌之。

等 134 圖

蟯蟲卵

（長徑 0.05—mm
短徑 0.016—0.02mm）

a. 卵細胞之分裂者，b. c. d. 乃藏有仔蟲之卵（仿 Heller & Leuckart 氏）



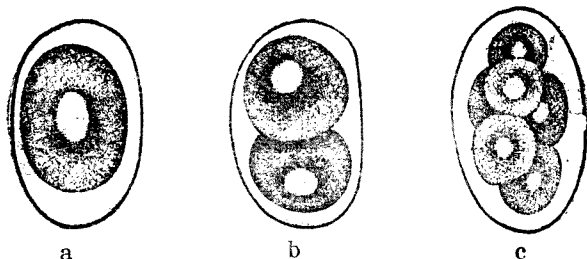
4. 十二指腸蟲 Hookworm

十二指腸蟲爲6—15mm(雌比雄長2—3mm)淡白色半透明之圓蟲，蟲卵爲無色卵圓形，外殼薄，卵細胞在幼若現單一不透明微細之顆粒狀，中央含有光澤之核，然出於糞便中者，常有2—數個之分裂球(多數爲4個)(第132圖及135圖參照)。

第 135 圖

a. b. c. 十二指腸蟲卵 (長徑 0.06mm)
(短徑 0.04mm)

(本宮川氏著書)



主寄生於小腸之上部，卽於空腸最多發生十二指腸，頭端插入腸壁褶襞內，頭首則突入粘膜層內以吸收血液。

【感染經路】主爲經口的感染，然皮膚感染(皮膚→淋巴管→血管→心臟→肺→氣管枝→腸)亦可能。

【症候】貧血，皮膚亞黃疸色，浮腫，心悸亢進等爲其主徵，輕度時並無何等症狀。或有呈腹痛，嘔吐，下痢，便秘，呼吸困難，嗜好異味食物等症狀者。

血像 血色素及赤血球減少，白血球增加，Eosin嗜好細胞增加。

【診斷】因漸進的貧血而致疑，自糞便中證明蟲卵則鑿確實(塗抹標本，集卵法等)。

【療法】Thymol, Oleum chenopodii, Filmaroneol, Extractum filicis, 綿馬浸膏，四鹽化炭素等作爲驅蟲劑而應用之，對於貧血則用鐵劑。

5. 絛 蟲 Tapeworm

小兒之絛蟲如次。

a. 廣節裂頭絛蟲 *Diphyllobothrium latum*

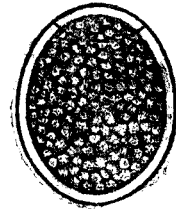
本蟲體長 7—10m，體幅 2—2.5cm，體節 3000—4000，各節幅廣而短，其中有子宮者呈紋狀。頭部現棍棒狀，有 2 個長吸盤。蟲卵為橢圓形呈褐色，其一端有小蓋。本蟲寄生於鱒，鮭等之魚肉中，生食此等肉時則招來寄生（第 132 圖及 136 圖參照）。本蟲為絛蟲之最多見者，糞便中常有數節相連而排泄。仔蟲入於人體，約三星期而成熟。

第 186 圖

廣節裂頭絛蟲卵

(長徑 0.063—0.070mm)
(短徑 0.045mm)

(本宮川氏著書)



第 137 圖

a. b. 有鉤絛蟲卵

(徑 0.031—0.036mm)

(本宮川氏著書)



a

b

有卵殼 有幼虫被膜

b. 有鉤絛蟲 *Taenia Solium*

本蟲體長 2—3m，幅 7—8mm，體節 800—900。頭部呈球狀，有 4 個之吸盤及 1 個之鉤環（有鉤 22—32）。體節有縱徑之 2 倍乃至其以上，其中所藏之子宮分歧如樹枝狀，蟲卵殆為圓形，卵殼厚而呈褐色，有放射線狀之紋線，內容為顆粒狀，其中有 2 個之小鉤（第 132 圖及 137 圖參照）。本蟲寄生於豚，故因豚肉之生食，而來本蟲之寄生。

c. 無鉤絛蟲 *Taenia Saginata*

本蟲體長 4—8—10，幅 12—14 mm，體節 120—130，體節與橫徑相比較長若干，其中可認出能透視之子宮多數側枝，頭部為球形，有四個之吸盤，無鉤環。蟲卵酷似於有鉤絛蟲，其形稍大，近於橢圓形（第 132 圖及 138 圖參照），本蟲寄生於牛體內，故因牛肉之生食而招來本蟲之寄生。

d. Nana 絛蟲（萎小絛蟲）*Taenia nana*

本蟲體長 10—40mm，體幅 0.5—0.9mm，體節 150—200。頭部為圓形，有 4 個之吸盤及 1 個之鉤環（有 24—28 之鉤）。蟲卵為圓

第 138 圖

無鉤織蟲卵

(長徑 0.03—0.04mm)
(短徑 0.02—0.03mm)

(本宮川氏著書)

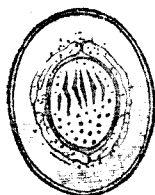


第 139 圖

Nana 蛔蟲成熟卵

(長徑 0.241mm)
(短徑 0.034mm)

(從佐伯氏)



形，其殼較厚，有內外二膜，內膜之兩極隆起，內部仔蟲有6個之鉤(第132圖及139圖參照)。

【症候】極不一定，有全然無症狀者，因偶然檢便而發見。又有呈輕度消化器障礙，神經症狀及貧血症等者。多訴說腹痛。

【診斷】因體節及蟲卵的檢查甚容易。

【療法】1.驅蟲準備，宜於前晚減食，或流動食後，因緩下劑將腸之內容排除，翌朝空腹時投與驅蟲劑。

2.驅蟲劑(綿馬膏，石榴根皮 Cortex granati，Film-aron 油，Elores Koso，Kamala 等)投與之後，1—2—3時間投與下劑。驅蟲劑使用後，多惹起嘔氣，嘔吐，下痢，失神，昏睡等副作用，故宜注意。

驅蟲後取其排便而檢查之，蟲頭之排出與否宜注意。

3.一回驅蟲劑使用後，不得達目的時，宜間隔3—7日，再三施行驅除法。

II. 其餘內臟寄生蟲病

Visceral Parasite

6. 肝臟吸蟲(籠型吸蟲，籠型二口蟲)

Hepatic Distoma

本蟲細長扁平籠形透明(長10—19mm幅2—4mm)，前端及腹面有2個之吸盤，蟲卵為黃棕色卵圓形，一端鈍圓，他端稍尖銳殼皮厚，狹小端有陳箎狀小蓋(第132圖及140圖參照)，仔蟲之形為葉狀或舌狀，表面有多數之纖毛。

肝臟吸虫除人類以外亦見於犬貓等。達至成蟲通過兩段之中間宿主者也。即在人體肝臟產卵之蟲卵，與糞便共排出於外，進入水中

成爲幼蟲而游泳，進入第1宿主之蚌貝中。成爲尾仔蟲 (Cercaria) 與貝相分離，出於水中，再進入第2宿主之鱒魚，浮魚，泥鰱等之淡水魚類。而宿於皮下或肌肉內，成爲卵子樣狀態，突破包囊而生存。人若生食之，則幼蟲突破包囊而成母蟲。

本病散布爲地方病，於日本多現於岡山，宮城，滋賀，兵庫，廣島千葉，新潟等縣。

【症候】 多生於10歲以後之小兒，本蟲寄生於肝臟，尤其肝膽肝，管膽囊，輸膽管等。少數時有全無症狀者，多數最初食慾亢進，食後心窩部起壓重感覺，有下肢浮腫，貧血，羸瘦等症，大便最初爲軟便，次爲下痢病漸次起腹水黃疸，夜盲症，肝臟肥大等，重症時則有衄血，漿液膜下出血等合併症。

【療法】 無特效藥，只有對症療法。

7. 肺臟吸蟲

Pulmonale Distoma

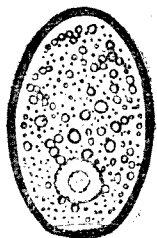
本蟲長徑 8—16mm，輻徑 4—8 mm，厚徑 2—5 mm，現紅褐色。蟲卵長圓形，其一端有小蓋(第122圖及141圖參照)。本蟲不只寄生於人，並寄生於猪，犬，貓，等。

【感染徑路】 蟲卵發育成爲 Miracidium 及 Cercaria 進入第1中間宿主 Nina (日本名)幼蟲發育於其中，厥後進入第2中間宿之靈類，寄生於其肝膽及鰓，若生食之，或飲用含有其 Cercaria 之生水則感染，Cercaria 自胃進入腸，突破腸壁入於腹腔內，通過橫隔膜進入肋膜腔，次入於肺臟，構成囊窠，於此處發生呵呵樣粘液物(是乃成自蟲體，蟲卵 Charcot-

第 140 圖
a. b. 肝臟 Distoma
卵 子
(長徑 0.028—0.03mm)
(短徑 0.016—0.17mm)
(本宮川氏著書)



第 141 圖
肺臟 Distoma 卵 子
(長徑 0.068—0.086mm)
(短徑 0.038—0.046mm)
(仿 Mansa 氏)



Leydan 氏結晶，赤血球白血球等），成爲痰液而咯出。本病多生於台灣，朝鮮，日本內地則散見於岡山，新潟，岐阜，高知，德島，長野，山梨，宮城，鳥取，靜岡，千葉，京都，富山，兵庫，山口諸縣。

【症候】 1. 血痰，咯血。

2. 自覺症狀有倦怠發汗，盜汗，熱，心悸充進等。

3. 呼吸器障礙—呼吸壓迫，胸部疼痛，又於胸脊下部聞有囉音。

4. 神經症狀—胃痛，眩暈等。

5. 血像Eosinophil好細胞之增加，及淋巴球增加。

6. X光像—與氣管枝外膜炎之像相同。

【療法】 Emetin, Hydrochloride等之注射，或Salvarsan注射，但無特效。

8. 日本住血吸虫

Schistosomum japonicum

雄爲灰白色，6—20mm，其幅比雌寬，其體有捲地蠶蟲之抱雌管溝。雌有15—25mm，現爲絲狀。蟲卵有橢圓形三重輪廓，表面

第 142 圖

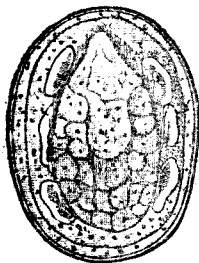
日本住血吸蟲卵

(長徑 0.08mm)

(短徑 0.03mm)

(普通見於糞便內者)

(本宮川氏著書)



平滑，無蓋，糞便中成熟卵常包含包蟲。幼蟲爲壺狀，或酒瓶狀，表面有多數之纖毛，體內認出黃色或無色之顆粒（第132圖及142圖參照）。

【感染經路】 幼蟲進入皮膚，自淋巴道及毛細管經過心臟門脈達至肝臟。在肝臟發育至一定程度，由是出於腸間膜血管內。感染後經過 30日，皆雄雌抱合，交於腸管壁而產卵。卵自肌層達至粘膜，其次出於腸管腔與大便共排出。中間宿主爲貝類，成爲 Cercaria，再出於水中，而侵入人類，及其他犬，貓，牛，馬，等。

本病散見於山梨，廣島，佐賀縣等。

【症候】 徐徐發病，有腹部膨滿，食慾充進，下痢（常現爲粘液便及血便）日數次—數十次等，同時脾臟及臟腫大，招來皮膚蒼

白，貧血，發熱，出血性素因等，其次發現浮腫，腹水等。初期所見之下肢皮膚紅斑因感染而生之皮膚炎症也。

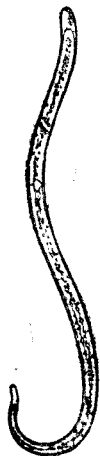
【豫法防】在於撲滅貝類困難時則使危險區域之水勿觸於皮膚爲是。

【療法】只有對症療法，然有推賞金雞納(土屋氏)。者。銻劑對於本病有特效，尤以三價銻爲然。如酒石酸銻鉀，酒石酸銻鈉，福錠(Fouadin)，Anthiomaline 等，酒石酸銻鉀之劑量爲每二至三日注射一次，每次用其純品 0.3—0.1gm，(成人劑量)行靜脈注射，15—20針爲一治程。

9. 住血絲狀虫

Filaria Bancrofti

第 143 圖
Filaria bancrofti
仔 蟲
(本宮川氏著書)



雄蟲 40mm，雌蟲 76—90mm，白色或褐色，本蟲爲胎生，其卵發育於雌蟲子宮內，成爲仔蟲，而產出(第 143 圖參照)。

Filaria 成蟲，寄生於人體諸部之淋巴管內，特別棲息於精系，陰囊部，產出於此處之仔蟲，自淋巴出於血管而循環。仔蟲爲細長圓筒狀，長徑 0.13—0.35mm，幅與赤血球之直徑相當，該仔蟲之出於末梢血管爲夜間，晝間不能檢出之。仔蟲在人體不能長成，運行於血液時，被吸取於中間宿主之蚊，發育於其體內，再因蚊之刺咬而侵入於人體內，長爲成蟲。

【症候】 1. 乳糜尿 時有混和血液者。

1. 一般症狀 有現頭痛，發熱，四肢痛者，又有全無何等症狀者。

3. 象皮腫 原於淋巴管鬱積，遂至結締組織增殖，下肢，陰囊，陰脣等部尤多。療法無特殊療法對於象皮病只有外科的手術。

III. 皮膚寄生蟲病

Diseases of the Skin due to Parasitism

1. 疥癬蟲

2. 虱蟲

此等病症此處不述，詳細可參照皮膚科書。

附記 糞便檢查法

將糞便塗布於載物玻璃上面鏡檢之，蟲卵有多數時雖易於發見，少數時則不容易，斯時須行集卵法。即用 25Antijormin 約 10ccm 中，加入小指頭大之糞塊，充分混和破碎後，加入約 10ccm Aether，充分振盪之，用絲紗濾過，取濾液用遠心沈澱，再鏡檢之可也。

安井修平著 王同觀譯
新醫同仁研究社增訂

婦 科 學

定 價 二 十 四 元

本書為近代婦科學之惟一巨著，向為國內外醫學學生及從業人員所愛讀，現增入最新學說，技術及療法。全書分總論及各論兩篇，總論詳述婦科範圍泌尿生殖器之解剖及生理，體質遺傳，診斷，治療等十章；各論詳述陰道，子宮，輸卵，膀胱，骨盆及其附屬部份之疾病，以及其他對於婦科方面內分泌之疾病十五章，全書四十餘萬言附圖三百餘大幅新五號字排西報紙印二十五開本皮面精製一巨冊。

石原忍著 石錫祐譯
新醫同仁研究社增訂

眼 科 學

定 價 二 十 五 元

本書以石氏譯本增訂第三版作藍本，復聘請眼科專家增訂，將我國之多發疾患及近代歐美新技術療法增入。內容有眼之生理及病理，眼病之診斷及治療等，洵為圖文並茂之巨著，可為醫學院教本，醫師之參考用書。全書三十萬餘言新五號字排印，二十五開本皮面精裝一巨冊。

附 錄

第一附錄處方例

處方之寫法，雖因個人而異，要之須從藥理學之所教，必須避免配合藥忌，而努力於小兒之易於服用，是為緊要，次將吾人所日常使用者，列舉其一部分分如次。

I. 清化劑及健胃劑

1. 處方

含糖酸脲酶	0.3
稀鹽酸	0.2
糖 漿	6.0
餾 水	30.0

以上 1 日量 1 日 3 回食前分服
(1—2—3 年兒用)

1. Rp.

Pepsin. saccharati	0.3
HCl-diluti	0.2
Sir. simpl.	6.0
Aq. dest.	30.0

auf 1. Tag täglich 3 × Vor d.
Essen z. n. (zu nehmen 之略)
(Od. misce. Da. Signa).

2. 處方

數當酸鹽	0.4
含糖酸脲酶	0.4
胰 酶	0.1
乳酸鈣	0.3
乳 糖	0.3

以上 (日量 1 日 3 回分服
(1—2—3 年兒用))

2. Rp.

Orexin tannici	0.4
Pepsin. saccharati	0.4
Pankreatin	0.1
Cal. lactis	0.3
Sacch. lactis	0.3

Als 3 Pulver täglich 3 × z. n.
(od. M. F. Pulv. No. III, S. auf
3 × täglich z. n.)

II. 祛痰劑及鎮咳劑

8. 處方

3. Rp.

遠志浸	(0.4—0.7)30.0	Inf. rad. Senegae	
磷酸可待因	0.005—0.01		(0.4—0.7)30.0
糖漿	6.0	Cod. Phosphorici	0.005—0.01
以上1日量1日3回分服		S. Simpl.	6.0
(1—2—3年小兒用)		Auf 1. Tag. täglich 3 × z.n.	
4.處方		4.Rp.	
吐根浸	(0.15)50.0	Iaf. rad. Ipecacuanhae	
碘化鈉	0.2		(0.15)50.0
糖漿	10.0	Nat. jodati	0.2
以上1日量1日3回分服		Sir. Simpl.	10.0
(5—10—年兒用)		Auf 1. Tag. täglich 6 × z.n.	
5.處方		5.Rp.	
溴拉爾	0.1	Bromural	0.1
斗佛兒氏散	0.1—0.2	Pulv. doveri	0.1—0.2
磷酸可待因	0.01	Cod. Phosphorici	0.01
乳糖	0.5	S. Lactis	0.5
以上1日量1日3回分服		Als 3 Pulver täglich 3 × z.n.	
(5—8年兒用)			

III. 收斂劑及止痢劑

6.處方		6.Rp.	
次硝酸鉍	0.4	Bismut. u subnitrici	0.4
鞣那平(鞣蛋白)	0.4	Tannalbin	0.4
乳酸鈣	0.4	Cal. lact.	0.4
乳糖	0.3	S. lact.	0.3
以上1日量1日3回分服		Als. 3 Pulver täglich 3 × z.n.	
(4—8年小兒用)			
7.處方		7.Rp.	

鈹司母	0.2	Bismon	0.2
糖漿	3.0	S. simpl.	3.0
餾水	15.0	A. q. dest	15.0
以上1日量1日3回分服 (乳兒用)		auf 1. Tag. täglich 3 × z.n.	
8.處方		8.Rp.	
斗佛兒氏散	0.15	Pulv. doveri	0.15
歎那平	0.5—1.0	Tannalbin	0.5—1.0
歎寧酸鹽	0.5	Orexin. tannici	0.5
乳糖	0.4	S. l.	0.4
以上1日量1日3回分服 (8—12年用)		Als.3.Pulver täglich 3 × z.n.	

IV. 下 劑

9.處方		9.Rp.	
蓖麻子油	15.0	Oleum Ricini	15.0
糖漿	5.0	S. s.	5.0
以上1回量頓服(1—2年)		auf 1. mal z. n.	
10.處方		10.Rp.	
硫酸鎂	8.0	Mag Sulfurici	8.0
稀鹽酸	0.3	HCl-diluti	0.3
糖漿	10.0	S. s.	10.0
餾水	50.0	Aq. qest	50.0
以上1日量1日3回分服 (8—12年)		auf 1. Tag. täglich 3 × z.n.	
11.處方		11.Rp.	
甘汞	0.1	Calomel	0.1
氯化鎂	0.5	Mag. ustae	0.5

乳 糖	0.3	S. l.	0.3
以上1回量服用() 3—5年) Auf 1. mal. z. n.			

V. 下 熱 劑

12.處方		12.Rp.	
阿司匹林	0.3—0.5	Aspirin	0.3—0.5
乳 糖	0.5	S. l.	0.5
以上1日量3回分服 Als 3.Pulver taglich 3 × z.n. (3—5年)			

13.處方		13.Rp	
匹拉米董	0.1—0.15	Pyramidon	0.1—0.15
乳酸鈣	0.5	Cal. lactis	0.2—0.5
乳 糖	0.3	S. l.	0.3
以上1日量3回分服 Als 3.Pulver täglich 3 × z.n. (4—8年用)			

VI. 催 眠 劑

14.處方		14.Rp.	
佛羅拿	0.1—0.3	Barbitalum	0.1—0.6
乳 糖	0.3	S. l.	0.3
以上1回量就寢前服用(5—10 Auf 1. mal vor d. Schlafen x.n. 歲兒用)			

15.處方		15.Rp.	
佛羅拿鈉	0.2	Veronal natrium	0.2
溴化鉀	0.5	Kal. bromati	0.5
乳 糖	0.4	S. l.	0.4
以上1回量就寢1小時前服用 auf 1. mal 1. Stunde vor d. (8—12年兒用) Schlafen z. n.			

第二附錄 小兒常備藥用量表

(備考 無特別記載時即1日量, Gotik(-)
乃表示大人之1日量)

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
I. 解 熱 劑					
Aspyrin	散	0.1—0.3	0.2—0.5	0.5—1.5	1.5—2.0
Pyramidon	溶散	0.02—0.03	0.02—0.1	0.1—0.3	0.3—0.6 (1.0)
Antipyrin	溶散	0.05—0.1	0.1—0.3	0.3—0.5	0.3—2.0 (3.0)
Eibon	散	0.1—0.25	0.3—0.5	0.5—1.5	2.0—4.0
Euchinin	散	0.05—0.25	0.3—0.5	0.5—1.5	1.5—3.0
鹽酸Chinin (瘧疾用量加倍)	散	0.05—0.1	0.1—0.2	0.2—0.5	0.3—0.5—1.0
Phenacetin	散	0.05—0.15	0.2—0.5	0.5—1.5	1.5—2.0 (3.0)
柳 酸 鈉	散溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	2.0—3.0
Bagnon	散溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	1.5—3.0
Novargin	散	0.1—0.1	0.2—0.5	0.5—1.5	1.0—3.0
II. 下 劑(一 回 量)					
蓖 麻 子 油	溶	5—8	10—15	15—20	20—40
Phenolphthalin	散	0.05—0.1	0.1—0.15	0.15—0.3	0.3—0.6
甘 汞	散	0.03—0.05	0.05—0.1	0.15—0.3	0.3—0.5—1.0
硫 酸 鎂	溶	—	2.0—5.0	4.0—10.0	10.0—30.0
Laxatol	散	0.03—0.05	0.05—0.2	0.2—0.5	0.3—0.5—1.0

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
假性鎂散	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.6—2.0	1.0—3.0
Sennae 葉	浸	小刃安量	1.0—2.0	2.0—5.0	5.0—15.0
Ext. Cascara Sagrada	溶	—	5—10滴	15—25滴	3.0—5.0—8.0
Istizin	散	0.1—0.15	0.15—0.2	0.2—0.3	0.3—0.5
Hormonal	注	—	10.0—15.0	15.0—20.0	15.0—25.0
Peristaltin	注	—	0.5—1.0	1.0—1.5	1.0—2.0
Mirepal	散	—	0.001— 0.005	0.005— 0.015	0.015—0.04
人工泉鹽	浴	0.5—1.5	1.0—4.0	4.0—100	5.0—15.0
Peristalrin	注	—	0.5—1.0	1.0—1.5	1.0—2.0
III. 收斂及止痢劑					
次硝酸鉍	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.3—1.0	1.0—2.0
阿片酊	浴	1—2滴	2—5滴	5—15滴	10—30滴 (5.0)
Tannalbin	散	0.35—0.5	0.5—1.0	0.5—1.5	1.5—3.0
Tannigen	散	同上	同上	同上	同上
Tannoform	散	同上	同上	同上	同上
Bismon	浴	0.1—0.2	0.2—1.0	0.5—2.0	1.5—3.0
斗佛兔氏散	散	0.02—0.05	0.05—0.15	0.15—0.5	0.5—1.5 (3.0)
乳酸菌製劑	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.5—1.0	1.0—3.0
乳酸鈣	散	0.2—0.5	0.5—1.0	1.0—1.5	1.0—4.0
Tannismut	散	0.1—0.25	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0

藥名	用法	乳 兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
Bismutose	散	1.0—1.5	2.0—3.0	3.0—5.0	5.0—10.0
白 陶 土	散	10—15	15—30	30—50	50—100
石 灰 水	溶	10		30	
Adsorbin	溶散	0.5—1.0	1.0—5.0	5.0—10.0	10.0—20.0
Eldofotrin	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.5—1.0	1.5—3.0
Gelbamin	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.5—1.0	1.5—3.0
IV. 祛痰及鎮咳劑					
Radix Senegae	浸	0.3—0.8	1.0—1.5	1.5—3.0	3.0—5.0
Sirup Senegae	溶	1.0—2.0	2.0—6.0	5.0—10.0	10.0—20.0
Senegaion	散	與 Radix Senegae 同.....			
吐 根	浸	0.02—0.05	0.05—0.1	0.1—0.2	0.3—0.4
吐根舍利別	溶	1.0—2.0	2.0—6.0	8.0—20.0	20.0—30.0
吐 根 甯	溶	0.1—0.3	0.3—0.7	0.6—1.0	1.5—5.0
磷酸可待因	溶	0.002— 0.005	0.005— 0.01	0.01—0.04	0.05—0.1 (0.3)
Hydrocodein Phosphoricum	溶散	0.002— 0.005	0.005— 0.01	0.01—0.04	0.05—0.08 (0.3)
Brocin	溶	0.5—0.8	0.5—1.0	1.0—2.0	1.0—3.0
Varbital	散溶	0.02—0.05	0.1—0.2	0.2—0.4	0.2—0.5 (1.0)
Zesidrin	散	0.05—0.08	0.1—0.3	0.3—0.6	1.0—2.0
溴 化 鉀	溶	0.2—0.3	0.3—0.8	0.5—1.5	2.0—4.0
Bromural	散	0.03—0.05	0.05—0.2	0.2—0.4	0.5—1.0 (2.00)

藥名	用法	乳兒	2—5年	6.15年	大人1日量 (1日極量)
Evanin	散溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	1.0—3.0
碘化鉀	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.3—0.7	0.5—1.0—2.0
Fatocin	散溶	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0
鋇製茴香精	溶	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—3.0
Fustagin	散溶	0.5—0.8	0.5—1.0	1.0—2.0	1.0—3.0
Sexanof	散溶	,,	,,	,,	,,
V. 强 心 劑					
Vitacampher	注	0.3—0.5	0.4—0.5	0.5—1.0	1.0—3.0
10—20% 樟腦油	一 注	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.0	0.5—1.0
Caffeino-Natrium benzoicum	散注	0.05—0.1	0.1—0.3	0.2—0.5	0.6—1.0 (3.0)
Folia Digitalis	浸	0.03—0.05	0.05—0.1	0.1—0.3	0.3—0.5 (1.0)
Tinct. Digitalis	溶	0.05—0.2	0.2—0.5	0.5—0.8	1.0—2.0 (5.0)
Digalen	注溶	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.5	1.5—3.0 (6.0)
Digifolin	注溶	0.2—0.5	0.3—1.0	0.5—1.5	1.5—4.0 (10.0)
Digitamin	注溶	0.2—0.3	0.3—1.0	0.5—1.5	1.5—3.0 (6.0)
Pangital	注溶	0.2—0.5	0.3—1.0	0.5—1.5	1.5—4.0
Aktochol	注				
Adrenalin	注	一 同量 0.2—0.3	0.3—0.4	0.3—0.5	一 同量 0.5—1.0
硝酸土的甯	注	0.0001— 0.0002	0.0002— 0.0004	0.0005— 0.001	0.001—0.002 (0.015)
Pituglander	注	0.05—0.2	0.1—0.3	0.2—0.8	0.5—1.0

藥名	用法	乳 兒	2--5年	6--15年	大人1日量 (1日極量)
Pituitrin	注	0.05-0.2	0.1-0.3	0.2-0.8	0.5-1.0
Hypophisin	注	,,	,,	,,	,,
紅 葡 萄 酒	溶	3.0-5.0	5.0-10.0	10.0-15.0	2.0-3.0
VII. 健胃消化劑					
Pepsin	溶散	0.1-0.2	0.2-0.5	0.5-1.0	1.0-2.0
稀 鹽 酸	溶	0.2-0.3	0.3-0.4	0.4-0.5	0.5-1.0
重 炭 酸 鈉	溶散	0.3-0.5	0.5-1.0	0.6-1.5	2.0-6.0
Diasase	散	0.1-0.2	0.2-0.4	0.3-0.6	0.5-1.0
Pankreatin	散	0.1-0.2	0.2-0.4	0.3-0.6	0.5-1.0
苦 酊	溶	—	0.1-0.2	0.2-0.5	1.0-2.0
Protamilase	散	0.1-0.2	0.2-0.4	0.3-0.6	0.5-1.0
Orexin tannici	散	0.1-0.2	0.2-0.4	0.3-0.6	0.5-1.0
Extractum Condurango	溶	—	3-5滴	5-15滴	4.0-6.0
Tinctura China	溶	—	—	0.5-1.5	3.0-6.0
鎂 化 錒	散	0.1-0.2	0.2-0.5	0.5-1.5	1.0-4.0
Radix gen ianae	散	—	0.1-0.2	0.2-0.3	0.5-1.0
乳酸菌製劑 (Biofermin Biozenin Glicoraktin Apetin etc.)	散	0.1-0.5	0.2-1.0	0.5-1.5	1.0-3.0
Simp auranti	溶	0.5-1.0	1.0-3.0	3.0-10.0	10.0-15.0

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日總量)
VII. 鎮 吐 劑					
硫酸阿託品 (0.1%)	注滴	2—3滴	3—4滴	4—8滴	0.5—1.0 (0.003)
Anästhesin	散	0.02—0.05	0.05—0.2	0.2—0.5	0.5—1.5
枸橼酸鈉	散	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—1.5	2.0—3.0
III. 利尿劑及尿防腐劑					
尿 素	溶	—	3.0—6.0	5.0—15.0	10—20
醋酸鉀液	溶	2.0	3.0—5.0	5.0—10.0	1—20
Diuretin	散溶	0.05—0.2	0.2—0.4	0.3—0.8	0.5—1.5 (3.0)
Theocin	散	0.02—0.04	0.05—0.1	0.1—0.5	0.3—1.0 (1.5)
Salol	散	0.2—0.3	0.3—1.0	0.5—1.5	1.5—3.0
Urotropin	散溶	0.1—0.2	0.2—0.4	0.3—1.0	1.0—2.0
Folia Uvae Ursi	煎	0.5—1.0	1.0—0.3	2.0—5.0	5.0—10.0
Novasruol	注	0.1	0.1—0.3	0.2—0.5	~同 0.5—1.0
Borovertin	散	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.0	2.0—4.0
Helmitol	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.4—0.8	1.0—2.0
IX. 麻醉鎮靜神經劑					
磷酸可待因	散溶	0.002— 0.005	0.005— 0.02	0.01—0.05	0.05—0.1 (0.3)
鹽酸嗎啡	注	—	—	0.001— 0.005	0.01—0.02 (0.1)
Pantopon 2%	注	—	1—3滴	3—15滴	20滴 粉末 0.01
蕨若浸膏	溶	—	0.005— 0.01	0.01—0.03	0.03—0.05 ~ (0.15)

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
莨菪酞	溶	—	2—6滴	5—10滴	0.3—0.5—1.0 (3.0)
25% 硫酸鎂	一回各體重1匙 注 3.0—0.5	—	同	同	同
溴化鉀	溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	3.0—10.0
Veronal	散溶	0.02—0.05	0.1—0.2	0.2—0.4	0.2—0.5 (1.0)
Veronalnatrium	散溶	0.02—0.05	0.1—0.2	0.2—0.5	0.2—0.5
Adalin	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.3—1.0	0.5—1.0—1.5
Luminal	散	0.02—0.03	0.03—0.06	0.05—0.2	0.2—0.5 (0.8)
Luminal-Natrium	散溶	0.02—0.03	0.03—0.06	0.05—0.2	0.2—0.5 (0.8)
Calmotin	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.3—0.8	1.0—1.5
Chloralhydrat	溶	0.1—0.2	0.2—0.4	0.3—0.5	1.0—3.0 (6.0)
Brom-ammonium	溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	3.0—6.0
Brom-natrium	溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	3.0—6.0
Bromural	散	0.03—0.05	0.05—0.15	0.1—0.5	0.5—1.0—2.0
Urethan	散溶	0.1—0.3	0.3—0.6	0.5—1.0	1.0—4.0 (6.0)
Sulfonal	散	0.1—0.2	0.2—0.5	0.4—0.8	1.0—1.5 (3.0)
Trionalum	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.4—0.8	0.5—1.0 (4.0)
Narcopon	注	—	—	0.2—0.5	1.0
Aspyrin	散	0.1—0.3	0.2—0.5	0.5—1.5	1.5—3.0
Migraeninum	散	—	0.1—0.3	0.2—0.5	0.5—1.5 (3.0)
Pyramidon	散	0.02—0.03	0.03—0.1	0.1—0.3	0.3—0.6 (1.0)

藥名	用法	乳 兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
鹽 Papaverin	酸 溶散	0.005	0.005— 0.01	0.01—0.02	
X. 驅 虫 劑(一回量)					
(nematol) Chenopodi油	溶	—	2—5滴	4—10滴	20—30滴
Thymol	溶	—	0.2—0.5	0.5—1.5	2.0—4.0
10%Filmaron油	溶	—	2.0—4.0	5.0—8.0	10.0—15.0
Santonine	散	—	0.01—0.02	0.02—0.05	0.05 (0.3)
綿 馬 浸 膏	溶	—	2.0—3.0	3.0—5.0	5.0—8.0 (10.0)
Digenin	溶	—	1.0—2.0	2.0—3.0	2.0—4.0
四 鹽 化 炭	溶	—	0.3—1.0	1.0—2.0	3.0—4.0
Flores Koso	散溶	—	2.0—4.0	4.0—10.0	15.0—30.0
Kamala 末	散	—	1.0—3.0	4.0—8.0	8.0—12.0
Cortex Granati	煎	—	8.0—12.0	15.0—20.0	30.0—20.0
Naphtalin	散	—	0.05—0.15	0.2—0.5	0.5—1.0
海 人 草	煎	—	0.5—1.5	2.0—4.0	12.0—20.0
Macnin	散	—	0.1—0.5	0.5—1.5	1.0—2.0
Branton	散	—	0.2—0.5	0.5—1.5	1.5—3.0
XI. 驅 梅 劑					
甘 汞	散	0.003— 0.01	0.01—0.02	—	—
Neosalvarsan	注	每體重1瓦用0.01—0.02			
Myosalvar-san	注	每體重1瓦用0.01—0.02			

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
Imamicol	注	每體重1瓦用0.01—0.02			
鈹劑	注	¹ 回量 0.2—0.3	0.3—0.5		0.5—1.0
XII. 止血劑					
10% Gelatin	溶注	10.0	10.0——20.0		30.0
血清	注	5.0—1.00	10.0——20.0		20—40
Chlorcalcium	注	0.2—0.3	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0
乳酸鈣	散溶	0.3—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0	2.0—4.0
Vitapeptone	注	5.0	5.0——10.0		10.0
Clauden	溶	1.0—3.0	3.0—6.0	6.0—10.0	10.0—20.0
Coagulen	溶		1.0——4.0		5.0—10.0
Thrombogen	注		1.0——4.0		5.0—10.0
Thromblin	注	1.0—2.0	2.0——5.0		5.0—10.0
VIII. 強壯補血變質劑					
Arsenferratos	溶	2.0—3.0	3.0—5.0	5.0—10.0	15—20
Yodferratos	溶	1.5—3.0	2.0—5.0	5.0—10.0	12—20
China皮	煎	—	0.3—0.5	0.5—1.5	2.0—4.0
Lig. Fowleri	溶	—	1—2滴	3—4滴	3—6滴 (1.5)
Fagol	散	0.05—0.1	0.2—0.4	0.3—0.5	0.6—1.5
碳酸Gua.ja.cl	散	0.1—0.2	0.2—0.4	0.4—0.8	0.5—1.0—2.0
碘化鉀	溶	0.05—0.15	0.1—0.2	0.2—0.5	0.5—1.0

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1日極量)
1—3%碘化鈣	注	—	0.5——10.		10
碘鐵糖漿	溶	1.0—2.0	2.0—5.0	5.0—10.0	10—20
乳酸鐵	散	—	0.05—0.2	0.2—0.5	0.3—1.0
林擒酸鐵酞	散	0.1—0.3	0.5—1.0	0.5—2.0	1.0—3.0
枸橼酸鐵	溶	—	0.05—0.2	0.2—0.5	0.3—1.0
魚肝油	溶	1.0—2.0	2.0——10.0		5.0—15.0
鱗魚肝油	溶	1.0—2.0	2.0——10.0		5.0—15.0
還元鐵	散	—	0.1—0.3	0.5—1.0	0.5—1.0
XIV. 臟器製劑					
千倍Adrenalin	注	0.2—0.3	0.3—0.4	0.3—0.5	0.5—1.5
Pituitrin	注	0.05—0.2	0.1—0.8	0.2—0.8	0.5—1.0
甲狀腺末	散	自0.02漸次增量至0.3			0.2—0.4
Yodthyrin	散	—	0.2—0.5	0.5—1.0	1.0—2.0
XV 生活素劑					
Pulvis Orysanin	散	0.5——2.0			3.0—5.0—10.0
Liquor Orysanin	溶	0.3——1.0			10—20—30
Orysanin注射液	注	0.3——1.0			1—2
Vitamin A.	注	0.3——1.0			1—2
魚肝油	溶	1.0—3.0	2.0——10.0		5.0—15.0
Paranutrin	散注	0.3—0.6	0.6—1.0	1.0—2.0	3.0—6.0

藥名	用法	乳兒	2—5年	6—15年	大人1日量 (1極數量)
Antiberiberin	注	0.3—0.5	0.5——	—2.0	1.0
銀皮膏	溶	0.5—1.0	1.0—1.5	1.5—2.0	5.0—45.0
Spelson	散膏	0.2—0.4 1.0—1.5	0.3—0.6 2.0—5.0	0.5—1.0 3.0—6.0	粉 1.0 液 10.0
Beriberol	散	0.3—0.5	0.4—0.8	0.5—1.5	2.0—3.0
Vigantol	溶	5—10滴	10—20滴		
XVI. 制 汗 劑					
砒酸 Atropin (0.1%)		2—3滴	3—4滴	4—8滴	0.5—1.0 (0.003)
Agaricin		0.001	0.0015 —0.003	0.003 —0.005	—
樟腦散		0.1	0.2—0.4	0.4—0.8	1.0—2.0

於達望教授著

製藥化學

精裝一厚冊基本定價 四十五元

近年科學進步迅速，藥學方面所表現者，尤為顯著。但我國教育實業衛生國防各方面所應用之藥品，年以億萬計，大都仰給外邦。利權外溢，莫此為甚！國人當急起直追，遠謀仿製，以求自給自足，方克有濟。本書部四十餘萬言，六百餘頁，銅鐸版插圖一百三十餘個，凡現行藥品之製造法，性質、鑑別法、檢查法、含量測定、用途等，均列舉而條析之，可作藥學校之教本、亦藥廠、藥房、醫院、化驗檢查處所之參考書籍。第一版於二十四年印行，迅即售罄。茲因社會各界需要之殷，特增訂二版出書。

第三附錄 小兒常用外用藥

藥物名	濃度%	混合媒	用法	適應症
Ichthyol	10—20	Alcohol	塗布	筋痛，關節痛
	10—20	Glycerin 或Vaselin	塗布	丹毒，腮腺炎，耳 下腺炎等
白降汞	2	Vaselin	貼布	濕疹，膿疱疹，鼻 炎等
硼酸	2—3	水	濕布，蓋法 洗滌，含漱	
	5—10	軟膏	貼布	創傷癢疹，糜爛
硼砂	15—20	Glycerin	塗布	鵝口瘡
Chloralum Hydratum	10	水	灌腸	瘰癧
Balsamum Pervianum	10	軟膏	貼布	凍傷，皸裂
Rivanol	0.1—0.5	水	濕布	潰瘍，化膿創面
硫酸亞鉛	0.2—0.5	水	點眼	結膜炎
Lysol	1—3	水	洗滌	創面
Lugol 氏液	—	—	塗布	咽喉炎，扁桃腺肥 大
Oleum Eucalypti	—	—	吸入	咽喉，喉頭，氣管 枝炎
Orthoform	10—20	滑石，澱粉	撒布	痛疼痛性潰瘍，起 傷
甘汞	—	—	撒布	
過酸化水素 (30%)	1—3	水	含漱，塗布	口內炎，咽喉炎，創面 ，耳痛，咽喉，白喉等
加里肥皂	—	—	塗擦	腹膜炎，腺病質
	—	—	坐藥，灌腸	排便
芥子	—	溫水(60°C)	濕布，纏紮	加答兒性肺炎，虛 脫

藥物名	濃度%	混合媒	用法	適應症
碘	10	Alcohol	塗布	消毒，消炎菌膜炎
Jodoform	0.5—1.0	軟膏	撒布，塗布	創傷
Tannin	0.5—1.0	水	洗滌	大腸炎
Tomerol	1—5	軟膏		濕疹
Naphthol	1—2	Alcohol	塗布	疥癬
Novocain	1	水	塗布	鼻炎，咽喉炎
Wilson 氏	—	—	塗布	濕疹
Glycerin 軟膏	50	水	灌腸	排便
Crede 氏軟膏	—	—	塗布	淋巴腺炎
Guaiajol	10	魚肝油	塗布	腹膜炎
Burwii 氏液	—	—	濕布，鬆法	消炎
Protargol	1—5	水	塗布	鼻炎，咽喉炎
黃色碘汞	1—2	Vaselin	塗擦	Phlykten 角質濕瀉
葡萄糖	5—10—20	水	注射	中毒症，心臟衰弱
鹽酸鉀	2—3	水	含嗽	咽喉炎
Dermatol	10—20	軟膏	貼布	火傷，創面，濕疹， 天疱瘡，疥癬
麥硫膏	—	—	貼布	濕疹，疥癬
鹽化Adrenalin	—	水	—	鼻炎，粘膜炎
Oleum Terebinthinae	—	—	吸入	鼻炎，氣管枝炎， 氣管枝擴張症
Dakin 氏液	—	—	塗布，濕布	創傷，潰瘍

藥物名	濃度%	混合媒	用法	適應症
Airol	10	軟膏	撒布或貼布	火傷，創傷，天疱瘡
Adsorbin	2—5	水	洗腸	大腸炎，赤痢
Anasthesin	5—10	滑石軟膏	撒布或貼布	火傷 裂傷
柳 酸	1—2	滑石	撒布	濕疹，間擦疹
	1—3	Alcohol	塗布	痒疹
	1—5	軟膏	貼布	濕疹
醋酸礬土	20—30	水	濕布	消炎
鉛酸鉛	2	水	濕布	消炎
醋酸亞鉛	10	軟膏	貼布	溼疹，汗疹，天疱瘡
	20—50	Oleum Olivae	貼布	溼疹
	30—50	滑石	撒布	汗疹，濕疹，間擦疹
薄荷	2	魚肝油 Alcohol	塗布	痒疹腹壁炎
明礬	0.5	水	含嗽	咽喉炎
樟腦	10—25	Oleum Olivae	注射	心臟衰弱
樟腦精	10—20	Alcohol	塗布	肌痛，痒疹神經痛
昇汞	0.01	水	局所浴	間擦疹
	0.1	水	—	消毒
硝酸銀	0.02—0.1	水	洗滌	淋毒性尿道炎，膀胱炎
	0.1—0.3	水	注腸	大腸炎
	0.2—0.5	水	點眼	結膜炎

藥物名	濃度%	混合媒	用法	探應症
	1	水	點眼	結膜炎
	1—2	水	塗布	鵝口瘡，咽頭喉，口內炎
	2—3	水	塗布	間擦疹，溼疹
Natrium Chloratum	0.6—0.9	水	注射，點滴 注腸，灌腸	大腸炎，中毒症
	1	水	吸入	氣管枝炎
Natrium Bicarbonici	0.5—1.0	水	吸入，含漱	氣管枝炎，咽頭證，鵝口瘡
獸炭(木炭)	2—4	水	注腸	大腸炎
石炭酸	1—2	Glycerin	滴下	中耳炎
	5	水	洗滌	創傷，消毒
石炭酸亞鉛華 Linimentum	—	—	塗布	痒疹
水銀軟膏	—	—	塗擦	驅梅毒
	1—2	Oleum Cacao	坐藥	蟻蟲

赤松純一原著

新醫同仁研究社增訂

耳鼻咽喉科學

精裝一厚冊沖皮面十八元 紙面十六元

本書以同仁會第七版作藍本，內容新穎充實，插圖精晰豐富，學理實際，同時並重。現聘請專家將最新各種技術及新療法，分別增入，另插入銅圖二百餘幅，使讀者更易理解去舊補新，益臻完善矣。(後附索引) 全書由十五萬言增至二十八萬言。

中文索引 以首字筆畫多少為次序

一 畫

一般預防法	45
一過性熱	71
一過性血小板減少症	182

二 畫

人乳	20
人乳榮養兒糞便	16
人工榮養兒糞便	16
人工榮養	32
人工榮養法	32
人工榮養兒榮養障礙	74
人工榮養障礙之分類	74
力率	29
人工呼吸法	51
人體痘漿	216
十字頭	124
十二指腸蟲	310
十二指腸狹塞	108
二次的榮養障礙	89

三 畫

大顎門	3
大腸加答兒	106
大葉性肺炎	157
大血管轉位	162
大癲癇發作	300
大動脈狹窄症	162
大動脈瓣閉鎖不全	161

大細胞性巨脾症	173
上咽頭炎	243
上皮小體	129
上皮細胞性腎臟病	189
口蓋破裂	72
口內炎	91
口蓋扁桃腺增殖	144
口蓋帆麻痺	224
三尖瓣閉鎖不全	164
小顎門	3
小兒期之腦重量	18
小兒粉	27
小乳嘴	31
小葉性肺炎	150
小兒結核	254
小兒常備用量	321
小舞蹈病	303
小兒精神病	306
小兒腎臟炎	190
小兒痙攣性偏癱	291
小兒痙攣性兩癱	292
小癲癇發作	300
水分缺乏之療法	53
水痘	212
水癌	99

四 畫

反射機能	19
分娩外傷	61

分娩麻痺	61
中心性肺炎	154
中毒性貧血	168
永久齒	5
永久乳	22
不自然營養	32
牛乳殺菌法	26
牛乳之酸度	25
牛乳代用品	27
牛乳稀釋法	33
牛酪殺菌法	48
牛乳營養之營養失調症	81
牛乳營養障礙	81
方頭	124
化骨期	4
化骨性骨髓炎	273
化骨不全症	139
化膿性腦膜炎	282
化膿性腹膜炎	113
化膿性肋膜炎	157
內因的營養障礙	89
內腦水腫	285
內分泌平衡	126
內出血性硬腦膜炎	276
內外腦水腫	285
日光療法	50
日本住血吸蟲	314
心臟打診	30
心臟聽診	39
心室中隔之缺損	162

心囊性摩擦音	165
心囊穿刺	166
心囊愈著	167
心臟機能不全	167
心力衰弱	165
手淫	197
丹毒	246
天然營養法	20
天然營養	27
天然營養兒營養障礙	74, 88
天然營養兒營養障礙之分類	88
天然營養兒中毒症	89
天花痘	214

五 畫

打診	38
半下 Feriencolonie	46
白血病	174
白癩	306
白喉	221
皮膚白喉	224
白喉後麻痺	225
包莖	196
加答兒性肺炎	150
加答兒性赤痢	106
加答兒性口內炎	97
加答兒性 Angina	142
回歸熱	251
巨大發育症	130
甲狀腺	127

末梢神經.....19

四肢..... 3

四肢之腳診.....40

出血性肋膜炎.....137

失血性貧血.....168

出血性素因.....181

出血性紫斑病.....181

出血性腦炎.....287

生殖腺.....134

外因的營養障礙.....88

生齒..... 4

生殖器畸形.....72

生殖性萎縮性肥胖症.....130

生齒遲延.....101

生齒期異常.....101

生齒困難.....101

生齒異常.....101

生理的體重減少..... 7

生活素缺乏症.....116

石蠟便.....16

幼兒期..... 3

幼兒進行性脊髓性肌萎縮症.....328

六 畫

母體障礙之消化不良症.....89

地方病性 Kretinismus.....122

地圖舌.....264

从白便秘.....83

百日咳.....228

百日咳腦膜炎.....283

住血絲狀蟲.....315

血壓.....13

血液.....14

血液塗抹標本檢查法.....44

血液解離.....170

血管腫.....73

血友病.....285

血色素尿.....194

血尿.....194

血清病.....227

肌肉內注射.....55

肌緊張性强直反應.....299

肌腫.....73

肌萎縮症.....297

尿.....14

尿細管性腎病.....190

尿崩症.....131

尿毒症.....188

列強首都乳兒死亡率.....46

肋膜穿刺.....42

肋膜肺炎.....153

肋膜炎.....153

再生不能性貧血.....187

再種痘.....218

自然營養法.....27

自然營養.....27

先天性腸閉塞症.....108

先天性粘液水腫.....140

先天性四肢短小症.....138

先天性喘鳴.....141

先天性食道閉塞症	101
先天性食道狹窄症	101
先天性肥厚性幽門狹窄症	102
先天性竇變性幽門狹窄症	103
先天性輸膽管閉塞症	65
先天性畸形	71
先天性膈疝氣	71
先天性肌無力症	298
先天性肌弛緩症	298
先天性肌緊張症	299
先天性心臟疾患	161
先天性梅毒	269
早期生齒	101
早產兒及生力薄弱兒	60
水分脫却之療法	53
水痘	212
多葉性肺炎	154
有鈎絲蟲	311
全身纏絡	49
全身性種痘	219
全乳	32
合劑	54

七 畫

肝臟	5, 112
肝臟之觸診	40
肝脂肪變性	112
肝澱粉變性	112
肝膿瘍	112
肝臟 Distoma	112, 312

肝臟 Echinococcus	112
角膜乾燥症	82, 117
角膜軟化症	117
吸吮力之障礙	31
吸入法	55
吸引力性肺炎	
(Arpirationspneumovie)	150
吸吮反射	19
狂犬病	250
肛門裂傷	111
佝僂病	122
冷浴	49
冷瀑布	40
身長	7
伸長第一期	8
伸長第二期	8
赤痢	234
低溫殺菌法	26

八 畫

知覺檢查	40
直腸點滴法	52
含水炭素添加	33
含嗽劑	55
非中毒性營養障礙	81
非血小板減少性紫斑病	182
表在性強直	301
抱膝度	25
兒童期	1
兒斑	11

芥子濕布.....50
 芥子繹絡.....50
 芥子浴.....50
 奇異反應.....37
 呼吸.....11
 呼吸困難療法..... 1
 呼吸劇情經攣.....305
 盲腸炎.....305
 盲腸周圍炎.....110
 乳房疾患.....31
 乳房炎.....31
 乳母選定.....31
 乳汁分泌.....20
 乳汁分泌期間.....21
 乳汁分泌不全.....31
 乳痂.....141
 乳齒..... 4
 乳清.....24,48
 乳嘴畸形.....31
 乳嘴裂傷.....31
 乳嘴過敏.....31
 乳嘴腫.....73
 乳糖.....34
 乳兒軍養論.....20
 乳兒榮養障礙.....4,90
 乳兒腳氣.....95,118
 乳兒羸瘦症.....84
 乳兒鉛中毒症.....92
 乳兒壞血症.....119
 乳兒心內膜炎.....162

乳兒流行性感冒.....230
 乳兒梅毒.....271
 念珠.....119
 初生兒期..... 1
 初乳.....21
 初乳球.....21
 初生兒哺乳.....28
 初生兒之人工榮養.....35
 初生兒之授乳回數.....28
 初生兒之一日哺乳量.....28,35
 初生兒 Tetanus.....66
 初生兒蟹蟻.....61
 初生兒黃疸.....63
 初生兒 Melaena.....66
 初生兒膿漏眼.....67
 初生兒丹毒.....68
 初生兒天疱瘡.....68
 初生兒脂肪鞏硬症.....69
 初生兒水腫鞏硬症.....69
 初生兒之一過性熱.....71
 初生兒化膿性腹膜炎.....113
 肢端肥大症.....130
 松果腺.....138
 青春期..... 1
 脊柱..... 3
 夜尿症.....195
 夜盲症.....117
 夜驚症.....304
 底部腦膜炎.....276

- 疫痢235
- 疫咳228
- 風疹207
- 風痘265
- 風棘(骨變化)265
- 芽胞100
- 肺癥打診39
- 肺癥聽診39
- 肺炎球菌性腹膜炎194
- 肺炎球菌性腦膜炎282
- 肺動脈狹窄症162
- 肺癥 Distoma313
- 肺炎 Croup 性153
- 肺炎, 中心性154
- 扁桃腺炎141
- 扁平 Condyloma271
- 保温器60
- 法定傳染病254
- 英國病122
- 咽頭扁桃腺炎141
- 咽頭扁桃腺增殖144
- 咽頭白喉217
- 咽頭後膿瘍144
- 胃腸養氣送入法67
- 胃洗滌53, 103
- 重症黃疸62
- 重症慢性消化不良症106
- 重症消化不良症78
- 迴腸重疊109
- 迴腸盲腸重疊109
- 迴腸結腸重疊109
- 胸腺淋巴腺體質133, 137
- 急性消化不良症76
- 急性腸加答兒106
- 急性黃色肝萎縮症112
- 急性鼻咽頭炎141
- 急性鼻炎141
- 急性喉頭加答兒145
- 急性氣管枝炎146
- 急性心內膜炎162
- 急性心囊炎165
- 急性心肌炎164
- 急性骨髓性白血病174
- 急性淋巴性白血病177
- 急性瀰蔓性絲絨體腎病187
- 急性絲絨體腎臟炎187
- 急性脊髓前角灰白質炎238
- 急性關節痲痺塞斯245
- 急性腦炎287
- 急性營養障礙76
- 急性出血之療法51
- 急癩302
- 後天性小兒粘液水腫129
- 後天性心臟瓣膜障礙164
- 重湯49
- 狼咽71
- 食餌必需量29
- 食餌療法47
- 食鹽注射52
- 食餌性熱78

食餌性中毒症	78
食餌性貧血	169
食道憩室形成	101
食道腐蝕	101
食道炎	101
促進反應	228
胎生性軟骨萎縮症	139
胎兒梅毒	267
胎便	15
胎兒血行	1
突發性發疹症	211
前腎性蛋白尿	192
回歸熱	251

十 畫

亞細亞霍亂	237
粉乳	21
原發病寵	257
哺乳兒期	1
哺乳嫌惡	30
哺乳怠惰	30
哺乳兒期後之急性消化不良症	104
哺乳兒期後之慢性消化不良症	105
哺乳量 1 回	28
哺乳量 1 日	29
家族歷史	37
家族性黑內障眼性白癡症	296
胸廓	3
胸部彎曲	3
胸圍	8

胸鎖乳頭肌血腫	61
胸腺	5
胸腺肥大	132
氣球樣腺	109
氣管軟骨枝炎	147
氣管軟腺結核	259
氣管枝擴張症	148
氣管枝肺炎	150
氣管切開術	227
氣胸	160
起立性蛋白尿	192
骨盤	3
高熱覆菌法	26
骨腫	73
骨髓性白血病	174
骨軟骨炎	273
骨髓弱症	139
骨軟滅症	273
脈搏	12
流行性巨大紅斑	209
流行性感冒	230
流行性耳下腺炎	244
流行性腦脊髓膜炎	241, 282
流行性腦炎	285
脂肪	23
消化器	6
脂肪添加	35
神經系檢診	40
真性 Maelena	66
脂肪鞏硬症	69

脂肪腫	73
神經膠腫	73
脂肪石鹼硬	82
消化不良性營養失調症	84
消耗症	84
真性血小板減少症	
(出血性紫斑病)	182
症候性血小板減少症	182
真性遺尿症	195
症候性遺尿症	195
真珠紐樣指	124
脂肪瀉	135
神經關節病體質	137
神經痛風體質	137
神經性嘔吐	104
神經性食思缺乏症	104
消化不良性營養失調症	84
消化不良性昏睡	105
消化不良性血液吐瀉症	105
真性 Krupp	223
消息子營養法	53
脊柱	3
脊髓	18
脊椎破裂	72
脊髓內注射	59
脊髓膜疝氣	72
脊髓炎	295
脊髓癆	295
髓脊性小兒麻痺	238
神經衰弱	304

恙蟲病	252
-----	-----

十一畫

梅毒性天疱瘡	271
梅毒性爪溝炎	272
梅毒性指趾骨炎	271
梅毒性腦膜炎	274, 285
脫脂乳	48
脫肛及脫直腸	111
動物性拉漿	216
動物乳	22
副痘泡	216
副腎腫	73
副傷寒	233
眼調節麻痺	225
現在症	38
緝便法	53
敗血症	64
偏癱性形不全麻痺	291
貧血	167
貧血中毒性	168
常習嘔吐	104
常習便秘	110
授乳婦之衛生	28
授乳法	28, 35
授乳回數	28, 35
授乳時間	28
授乳障礙	30
授乳禁忌	31
假性 Melaena	66

假性便秘	102
假性食思不振	102
假性 Trapp	146
假性貧血	173
假性白血病	179
假性白血病性小兒貧血	165
假痘	216
假面樣顏貌	78
乾酪性小葉性肺炎	262
蛔蟲	308
既往症	37
既往病症	38
混合湯	49
混合榮養	37
混合榮養糞便	16
基結核性浸潤	262
軟骨腫	73
粘液疝痛	107
粘液性大腸加答兒	107
粘液水腫性癡呆	128
黃疸性肺炎	154
黃疸出血性 Spirocheta 病	247
連鎖狀球菌性腦膜炎	283
淋毒性結膜炎	67
淋巴管腫	73
淋巴性白血病	177
淋巴肉腫症	177
淋巴性咽頭腺增殖	144
淋菌性腹膜炎	114
細民貧血	168

終末椎體	19
腺病質	264
腺病質性反應	267
腺窩性腺腺炎	142
腺樣組織炎(扁桃腺炎)	141
痔疹	135
處方例	317
蛋白質添加	35
蛋白乳	48
偽膜狀腸炎	107

十二畫

紡錘狀桿菌	98, 143
第一生齒期	4
第二生齒期	5
第一含水炭素	34
第二含水炭素	34
第四病	208
第五病	209
第一期結核	229
第二期結核	262
第三期結核	265
陰門腔炎	195
陰門白喉	224
陰囊水腫	196
萎縮腎	191
萎縮性肝硬化症	112
萎小條蟲	311
萎黃病	169
循環性蛋白尿	192

循環環系機能不全	167
退熱	71
嵌頓性腹膜炎	113
痙攣療法	54
結締纖維腫瘍	73
結腸重疊	109
腱反射	19
脾臟	6
結核	256
結核死亡率	256
結核之年齡的差異	257
結核性氣管枝加答兒	262
結核之免疫	259
結核性腦膜炎	262, 277
結核性腹膜炎	262
結膜白喉	224
結膜及角膜乾燥症	117
結膜點眼法	267
結節性腦硬化症	294
痙攣質	301
痙攣素質	301
虛脫之療法	51
喉頭白喉	223
喉頭痙攣	301
無鉤條蟲	301
無力性體質	138
無力性反應	267
最大食餌必需量	30
最小食餌必需量	30
散劑	55

絲毯體尿細管性腎病	190
猩紅熱	202
猩紅熱性腎臟炎	206
週期性嘔吐	103
進行性肌性萎縮症	294
進行性神經性肌萎縮症	298
插管法	227
單純性營養失調症	81, 105
單純性紫斑病	183
單純煮沸法	26
痘瘡	214
喘息性氣管枝炎	147
粟粒結核	255

十三畫

強固法	46
暗示療法	54
蒙古人種癡呆	140
腸傷寒	232
腸間膜腺結核	262
腸間膜瘻	262
腸結核	53
腸洗滌	53
腸重疊症	109
電氣興奮性	40
傳染性貧血	168
傳染性出血性黃疸	243
傳染性紅斑	254
電擊性紫斑病	184
證之證明法	96

鉛毒性腦膜炎	92
鉛毒性腦病	92
腹部觸診	40
腹腔內注射	55
腹部畸形	72
腹性紫斑病	184
解熱劑	51, 318
遍壓性腹膜炎	113
腎及副腎	5
滋養灌腸	53
腎盂腎臟炎	191
過養性消化不良症	91
鼓桴指	161
睪丸位置異常	197
睪丸停留	197
腦	18
腦性小兒麻痺	291
腦腫瘍	293
腦膿瘍	294
腦靜脈竇血栓症	276
腦靜脈竇穿刺	56
腦膜炎水腫	285
腦性偏癱	291
腦性兩癱	292
腦硬化症	294
腦下垂體	130
腦下垂體性侏儒	130
腦膜疝氣	72
腦泡疝氣	72
腦強直	295

腦室穿刺	44
腦性肺炎	154
腦頭蓋	2
腦室腦水腫	285
溫疹	49
溫濕布	49
佝僂寧斯性紫斑病	184
新生兒期	1
煉乳	27
試驗穿刺	159
嗜眠性腦炎	288
鼠咬症	248
塗擦療法	59
睡眠	12
腰部彎曲	3
腰椎穿刺	42, 59
溶血性黃疸	172
葉間肋膜炎	159
遊走性肺炎	154
發疹傷寒	233
發作性血色素尿	194

十四畫

惡性腫瘤	73
惡性貧血	170
惡性淋巴肉芽腫	180
惡液質反應	267
鼻後性扁桃腺炎	143
鼻白喉	223
紫青症	162

膀胱腎盂炎	185
膀胱炎	191
榮養失調症	75, 81
榮養障礙之一般的原因	74
榮養不足之榮養失調症	83
榮養不給性榮養失調症	83
榮養不給	88
瘧疾	251
粥	49
廣汎性種痘	219
廣汎性結核	258
廣筋裂頭條蟲	311
慢性腸加答兒	107
慢性鼻炎	142
慢性氣管枝炎	146
慢性心內膜炎	164
慢性心肌炎	167
慢性骨髓性白血病	175
慢性淋巴性白血病	178
慢性腸水腫	285
慢性榮養障礙	81
慢性消化不良症	54
慢性肺炎	156
漿液性肋膜炎	157
種痘	216
種痘術式	217
種痘障礙	215
種痘發疹	219
種痘丹毒	219
種痘後腦炎	220

種痘法規則	220
種痘法施行規則	221
滲出性結核性腹膜炎	115
滲出性扁桃腺炎	141
滲出性體質	135
漿液性腦膜炎	284
漿液性中風	284
精神機能發育	19
精神性癲癇同列症	300
精神病質性體質	306
精神薄弱	306
精神療法	54
僧帽瓣閉鎖不全	164

十五畫

鞍頭	124
舞病樣不全麻痺	285
憤怒壅鬱	305
學校貧血	168
學校傳染病	254
鉅形吸蟲	312
鉅形二口蟲	312
鞏皮症	69
潰瘍膜樣性扁桃腺炎	141
潰瘍性口內炎	98
糊精麥芽糖製劑	34
穀粒煎汁	34
穀粉榮養之榮養失調症	82
穀粉煎汁	34
穀粉榮養障礙	82

熱浴	49
熱之療法	51
橫膈膜疝氣	160
橫斷性脊髓炎	295
綠色腫	178
蔗糖	34
適當食餌必需量	29
遲發性梅毒	275

十六畫

壓迫性脊髓炎	295
遺傳的關係	38
遺傳梅毒	269
遺傳運動失調症	296
錠劑 丸藥及膠囊劑	55
靜脈內注射	56
霍亂	237
條蟲	310
頸部彎曲	3
橡皮腫	293
穿腺結核	262
糖尿病	133
輸血法	57
頭圍	8
頭帽	3
頭血腫	61
頭蓋	2
頭蓋癆	124

十七畫

瞳孔之輻合的縮小	19
----------	----

瞳孔反射反應	8
糞便	15
糞便檢查	316
癰腫	74
膿毒性口內炎	126
瞬目反應	19
濕布或繃絡	49
痔門瘻管	303, 301
膽汁性肝硬變症	65
點頭瘰癧	302
環境變換法	54

十八畫

嬰兒期	1
顏面破裂	72
顏面蓋	2
鵝口瘡	100
蟻蟲	309
雞胸	124
龜頭炎	196
濾胞性 Angina	141
臍疾患	62
臍疝氣	62
臍出血	62
臍肉芽腫	63
臍部傳染	63
臍膿漏	63
臍炎	63
臍潰瘍	63
臍動脈炎及靜脈炎	63

臍疝疽.....63

十九畫

斷乳.....31

癡愚.....307

離乳.....31

離乳方法.....32

潛在乳強直.....301

藥物之用量.....54

藥物之用法.....55

藥物療法.....54

二十畫

觸診.....39

廿一畫

癱瘓性膜硬症.....295

鑲銀療法.....80

灌腸.....53

廿三畫

聽診.....39

體溫降下之療法.....51

體溫.....11

體重.....7

體表面積.....16

體表面積算法.....16

體質異常.....135

廿四畫

癲癇.....299

癲癇狀態.....300

廿五畫

鹽類.....24

廿六畫

變形蟲赤痢.....236

土肥章司著 蹇先器譯 精裝一巨册 十元

皮膚及性病學

皮膚及性病學一書，歷來流行全球，視為珍祕。皮膚病學內容分總論及各論兩篇，對於皮膚之解剖、生理、症狀、診斷、治療、豫後等等，無不層層詳解，分章敘述。性病學對四種性病之症狀，鑑別諸斷，治療、豫後等等均分別詳細論列。實為醫藥學生及臨症醫師必備之參考書也。

劉燦敬編 夏禹鼎校精裝一巨册定價二十八元

增訂版 內科治療學

此書分前後兩編：前編為藥物編。在臨床上重要之藥以及有效之新藥，均已列入。其說明簡單得要一目瞭然。後篇為治療篇。分為傳染病，消化器病，呼吸器病，循環器病，泌尿生殖器病，神經系病，代謝及內分泌病，中毒等諸系，復於各系之下列舉各種疾病而詳述其療法。現三版近三十五萬字增為四十五萬，將近年來之新療法等均已增入，極詳盡周到。確為絕佳之參考書。

發行新醫叢書啓事

自第二次世界大戰以來，醫藥進步一日千里，學者每苦無法追隨。坊間醫籍原不齊備，所有者又多十數年乃至數十年前，陳舊老版，一再重印，內容退化，難滿人意，尤以醫學院教本向乏有系統之編印，用是本社不惜巨資，特聘請各科著名專家執筆，出版「大學新醫叢書」，委託「新醫書局」發行，以達忠實介紹最新醫學各科專著之願望。本社出版各書，概附精晰插圖，其銅鋅版一律據實新製，新五號字版六號字精排，西白報紙印，二十五開大本，皮面燙金精裝。各書再版，均有增訂，洵屬圖文並茂，材料新穎。務使其內容不落人後，永遠與時代前進，故發行以來，極蒙醫學界同人贊許，但本社仍未敢以此自滿，繼續努力，現有翻譯雲氏內科學，物理診斷學。選譯新醫各科療法叢書等，逐漸問世，略資專科諸家之輔助焉。

中華民國三十七年五月十日

新醫同仁研究社謹啓

