

ら、さう云ふものを觸知すれば診断は容易であるが、必ずしも常に容易とは限らない。突然に激しい腹痛を以て始まり、發作性に來り、發作時には冷汗を流して苦しむが、間歇時には初めの間は割合平氣だからつい油斷し易い。腹痛發作に次で嘔吐が起る。もし糞便様の物を吐き、少量の粘液を交へた血便が出るならば診断は明瞭である。

再發性臍痛症に於ても、其發作時には冷汗を流して轉げ廻る程のこともあるさうであるが、私自身はまださう云う激しい例に接したことはない。此腹痛發作が突然に起る點は腸閉塞と同様であるが、本症では又突如として腹痛去り、其後に何等苦痛違和を残さないが、腸閉塞では腹痛發作の間歇時に於ても、脈搏頻數、皮膚蒼白、無慾沈衰の状を呈し、一般状態重篤なることを思はせる。従つて、たとへ腫瘍を明らかに證明するを得ず、粘血便を排泄しないにしても、一般状態重篤なるものは腸閉塞を疑ふべきである。

### 痙攣、意識障碍等

何の豫告もなく突然に痙攣、意識障碍等を起すものは癲癇だけであつて、其他の場合には必ず先行症状がある。例へば高熱、下痢、嘔吐等の類である。従つて意識障碍乃至痙攣は、眞に突發したとは云ひ得ないが、併し痙攣そのものだけに就て云へば常に突發することになり、家人は勿論醫師も驚ろくのである。高熱を發した結果として痙攣を起すことは幼小児には極めて多く、従つて痙攣必ずしも危険症状とは限らず、全く危険なき一過性の痙攣も屢々ある。

#### (1) 機能的か器質的か

痙攣其のものだけによつて、偶發性のものか本質的のものかを決定することは出来ない。半身だけの痙攣とか、局部的の痙攣とかであるならば、云ふ迄もなく器質的と見做し得られるが、さう云ふものは割合に少なく、小児に見る痙攣の多くは全身に現はれるから、痙攣の状態だけでは仲々判断が出来ないのである。従つてそれが單純なる偶發性又は反射性のもなりや否やを決定するためには、同時に存在する症状、原因となる疾患等に就て充分なる觀察を行ひ、

同時に又痙攣發作後の状態をも慎重に考慮した上で判断しなければならぬ。

腦脊髄液の検査は此場合極めて肝要であり、液に病的變化を證明し得るならば勿論器質的と斷定され、變化なければ先づ機能的偶發性と見るべきであるが、腦實質に器質的の損傷ある場合にも、腦脊髄液には變化を證明し得ない場合もあり得ることを忘れてはならない。此ことは、既に腦疾患乃至腦異常を有する者に就ては論外として、然らずして痙攣が突發した場合にもやはりあり得るのである。例へば、百日咳に際して腦炎又は腦出血を生じた時、疫痢に作ふ痙攣の後に腦性麻痺症状を遺す如き場合、麻疹其他の急性傳染病に稀に作ふ腦炎様障碍等の如きものである。

#### (2) 危険信號か否か

幼小児の痙攣は必ずしも常に危険信號ではない事は既に述べた。尤も、器質的腦損傷に因るものは、たとへ生命に危険のない場合でも、其性質上常に危険症状たることは云ふ迄もないから、茲で問題となるのは、機能的偶發性乃至反射性の痙攣だけとなる。

高熱の刺激によつて幼児は屢々一過性の痙攣を起すことがあり、1日の中に引き續き2回も3回もの痙攣を生じたにも拘らず、全く何等の障碍をも残し又は作ふことなく、間もなく平常に復する者が少なくない。此の如き場合に何を目標として、此痙攣が一過性で而も無害なることを判断したらよいか。腦炎又は腦膜炎を想像すべき症状を缺くことは勿論重要な目標となるが、それと共に現在の疾病、即ち高熱の原因をなす疾患が、別段に重篤疾病ではないと云ふことを明瞭に判断すること、及び脈搏呼吸顔貌その他一般症状が、現在危険状態を示してゐない點を明瞭にすることである。例へば、高熱はあるけれども單なるアンギナに過ぎないとか、腸疾患ではあるが特に重篤と思はれる徴候がないとか、肺炎ではあるが別段に腦膜炎の併發した様子はないとか、等々の類である。之に反して、現在明らかに重篤状態にある者に現れた痙攣は、たとへ偶發的一過性のものであつても、それは状態の險惡を指示するものとして重視しなければならない。



痙攣の回数並に其持続期間から云へば、回数多くして持続の長いものは概して重篤と見られるが、之とて常に然りと云ふ次第ではない。疫痢様疾患に際して4回も5回も痙攣を起し、2日も3日も意識に障害を伴ふ如き者でさへも、脈搏其他一般状態險惡に陥らず、やがて何でもなかつたやうに全く恢復する者さへある。

### (3) 腦炎か腦膜炎か

腦炎様の疾患によつて起る痙攣に就ては、發熱後間もなく、例へば一兩日以内に現はれる如きものは腦炎と考ふべきである。腦膜炎にあつては、肺炎其他急性傳染病に繼發する場合は別として、然らざるもの、謂はば原發的に腦膜炎として發病したもので、發病一兩日以内に早くも痙攣を起す如きものは稀である。結核性腦膜炎の如きは發病數日にして痙攣を生ずることは決してなく、流行性腦脊髄膜炎の如きも略々同様である。

肺炎に繼發する化膿性腦膜炎に於ては、突然なる痙攣によつて初めて氣付かれることもあるが、それ迄には既に概して幾日か肺炎としての期間があり、又稀に肺炎症状の先行することなくして突然に肺炎菌性腦膜炎を發することもあるが、それ等は腦脊髄液の検査によつて容易に鑑別される。

痙攣に先行し、或は併行する不安狂躁等の症状は、腦炎に於ては腦膜炎よりも一般に著明である。従つて痙攣の前又は後に於て、意識障害と共に狂躁状態に陥つて暴れ又は叫ぶ如き者は、多くは流行性腦炎と考ふべきである。

## 結 辭

小兒には突發的の症状を生ずることが多いやうに一般に思はれてゐるが、それは併し乳幼兒の多くが、それ等に先行する自覺的の症状、例之倦怠違和等を豫め訴へないために、如何にも驚くべき重要症状が突發した如くに思はれ易いためである。何等の豫告なしに、全く前驅症状なしに重篤と云ふべき症状が突發することは、小兒にあつても稀有である。従つてそれ等の所謂突發症状に遭遇した場合には、驚ろくことなく冷静に觀察すると共に、それ迄の患兒の状態に

就て充分に問ひ質すことが肝要である。それによつて、それ等の突發症状の因て來る原因を認め、それ等の現はる疾病の本質を明瞭にすることが出来るであらう。種々の検査法乃至診斷法を應用することは云ふ迄もなく必要であるが、發病の状況を充分に問ひ質し、患兒を冷静に且つ慎重に觀察することは、急を要する之等突發症状の鑑別に對して一層重要な條件となるのである。

(醫事公論、昭和15年7月27日號所載)



### 13. 自家中毒症の本態に関する諸説の検討

#### 論 旨 概 要

自家中毒症が、週期性嘔吐症及び血液吐瀉症と呼ばれた兩疾患と同一疾患たることに就ては既に明瞭であると考へる。従つて自家中毒症の本態に関する諸説は、同時に又週期性嘔吐症並びに血液吐瀉症の本態に関する説でもあるものと茲では解釋する。之等疾患の本態に就ては昔から諸説があるが、猶ほ未だ全く歸一するところなく、諸説紛々の状態である。外國書の記載によれば、本症は肝臓機能の障碍と含水炭素代謝障碍とに密接なる關係あるものと昔から解釋され、近來は自律神経系の異常刺戟と云ふ點が重視されるやうであるが、猶ほ假説の域を脱せず、曖昧裡に彷徨してゐるらしい。我國では本症の提唱者たる伊東博士によつて既に異常體質説が述べられた。伊東博士の異常體質とは即ち胸腺淋巴質を指すものであつたが、それは併し其後の検索により妥當ならざることが立證され、其後は神経系疾患説となり、次で自律神経系異常説と發展して、獨逸に於ける學説と其外觀に於て一致することとなつたが、其解釋に於ては著しく異なるものである。以上は本症の本態に関する一般學説であるが、其他我國には夫等と全く立脚地を異にする特殊學説がある。即ち經口的過敏症乃至アレルギー説、及びビタミンB缺乏説の兩者である。而て之等兩説が現在の我小兒科學界に於て華々しく論議され、且つ夫等のいづれに對しても多くの信奉者を有することは既に周知の處である。

本稿に於て私は獨逸派の學説より始めて順次我國の諸説を述べ、仔細に之を検討して、それ等諸説のいづれも猶ほ假説乃至想像説の範圍にあつて、未だ定説と看做し得るに到らざることを詳述した。殊に服部博士のアレルギー説と太田博士のビタミンB缺乏説とに對しては最も詳細に之を検討批判して、其立脚地に多大の疑義あることを指摘し、それ等矛盾と無理とを簡條書として列擧

し、個々に就て其理由を説明した。かくして私は現下の學界に有名なるアレルギー説とビタミンB缺乏説との兩者共に、本症の本態を示すものに非ずとする私の見解の根據を明かにし、更に爾餘の諸説も未だ十分に信を置くに足らざる所以を述べた。

私一個の見解によれば、本症の本態は猶ほ全く不明であるが、唯之を闡明するための最も近い途、或は最も可能性の多い方向は肝臓機能の障碍と、それに關聯して自律神経系の異常と云ふ點ではないかと想像される。即ち精神的乃至肉體的興奮又は過勞の、異常に刺戟され易き状態にある自律神経系に及ぼす影響が、肝臓の機能に對して如何に作用するものかと云ふ點である。此ことは既に箕田博士により多少推測された處ではあるが、併しそれは猶ほ單なる臆測に止まり、且つ其解釋は猶ほ直ちに之を首肯し難い。もつと違つた方向、或はもつと精細にして正確なる方針を以て之を検索すべきではないかと私は考へる。此の如き方針は猶ほ未だ不明であり、而も猶ほ未だ何人によつても検索されてゐないのである。私は此問題に就て深く検索したいのではあるが、遺憾ながら身邊の事情は此の如き研究を行ふべく餘りに不適當であり、到底希望を實現し得られさうにもなく、唯徒らに諸説の批判検討に終りさうなのは誠に汗顔の次第であるが、それでも検討しないよりは遙かに勝しであらうと自ら慰むるのである。希くは自家中毒症の本態に關して、もつともつと深く且つ徹底的に検索されんことを、我小兒科學界に於ける新進氣鋭の諸學者に切望したい。

#### 緒 論

自家中毒症と云ふ病名は近來全く一般化されて、特別の説明を加へる必要はなくなつた。即ち從來より獨逸書に記載された週期性嘔吐症（又は再歸性或はアセトン血性嘔吐症）並に我國の一部に行はれた血液吐瀉症と云ふものも、此中に包含さるべき同一疾患たることは既に略々決定したものである。従て其本態に関する諸説と云ふ意味の中には、従前之等3疾患の本態に就て擧げられたものを包括するのである。



自家中毒症の症状及び経過に就ては既に略々明瞭となつたが、其原因、殊に本態に關しては未だ不明の域を脱しない。週期性嘔吐症の原因又は誘因として神経質又は自律神経系の異常が重視され、其本態に關しては肝臓機能並に含水炭素代謝の障碍と密接なる關係ありと云はれることは既に周知の處である。又血液吐瀉症が腸粘膜透過性の異常亢進に因る食餌中の異種蛋白質體の過敏症なりとする説は、既に古く吉田博士以來一般に知られてゐる。降つて昭和6年、私が週期性嘔吐症並に血液吐瀉症は自家中毒症と同一疾患であると云ふ説を發表してから後に、自家中毒症の本態に就て述べられた新説には、太田博士のビタミンB缺乏説と服部博士のアレルギー性疾患説とが主要なる2説となり、其いづれも原著者の學界に於ける權威を背景として、現在の處我國小兒科學界に於て重きをなしてゐる。其他にも猶ほ多少の異説はあるが、人體の處以上の如き状態にあると云つてよからう。

私はこれ迄、昭和6年以來本症に關して再三再四、殆ど執拗と思はれる程繰返して論議して來たのであるが、其主要目標は主として本症と類似疾患との異同を明らかにしたいと云ふことに存したので、不明なる本態に關しては深く論及したことはなかつたし、又それは私如き一介の開業醫にとつては僂感とも云ふべき難事であると考えて遠慮して來たのであつた。然るに偶然の機會は、私をして此問題に關與せしめることになつた。即ち下谷病院に於て永井義三博士による本症の本態に關する臨床的研究に私が關與したことである。併し、此問題に關する私の考究は猶ほ未だ極めて淺薄不十分であつて、本症の本態に就て深く、或は徹底的に論議する力は遺憾ながら全くない。だが併し、諸説を批判すると云ふことは、独自の研究とは別問題である。自ら實驗室に出入せず、自ら深く實驗を重ねた問題でなくとも、之を批評し、判斷することは出来るのである。此ことに就て思ひ起すことは、嘗て私が本症の血糖問題に關して太田博士一門の説を批評した時に、山本は自分で實驗もしないで人の研究を批評するのは怪しからんと云ふ意味の非難を太田博士より受けたことである。此點に就ては私も大に氣になつてゐたので、該論文に於て陳謝入いに努めたつもりではあ

つたが、やはり忿懣を買ふものと見える。其時私は獨りひそかに反省して見たが、どうも其意味がよく解らなかつた。自分自ら實驗したもの以外に批評をしてはいけないと云ふことになれば、科學に於ける批判と云ふ重要問題は、其範圍が非常に限極されて、其實驗に直接携はつた者以外の人々は全く無批判にそれを鵜呑みにする他に仕方がないことになるであらう。批判と云ふもの、其意義並に重要性はそんなものではないやうに私には思はれる。實驗的事實はもとより重要であるが、併し嚴正なる判斷、公正なる批判はそれにも勝つて重要であらうと私は考へる。事實は單なる事實でしかなく、そのままでは、極端に云へば何の意味もない。それを如何に判斷するかと云ふことによつて始めて意義が生ずるのであるまいか。それは兎も角として、表記の問題に對して本誌より執筆を依頼されたのを機會に、之れ迄全く私が手を付けなかつた、本症の本態に關する諸問題に就て些さか考察して見ることにした。原著者諸賢には何分の御寛容を希ひたい。

猶ほ自家中毒症と云ふ病名の一般化に伴ひ、其反動として本症の獨自性を疑ふ方々が多數に現はれて來たやうである。即ち本症は單なる症候群に過ぎず、獨立せる一疾患ではないとする説である。其ことは最近の醫誌上に度々論ぜられてゐるが、殊に東京の小兒科諸大家權威者にさう云ふ意見の方々が多いやうに見受けられる。このことは、所謂自家中毒症とか自家中毒症様症候群とか、中には一層御丁寧に所謂自家中毒症様症候群と云ふ名稱で呼ぶ人さへあることによつても明かである。症候群であると云ふことは、決して疾病の獨立性を否定するものではないと私は考へるが、それ等諸大家は如何に解釋されるのであらうか。例へば消化不良症とか營養失調症とか云ふ病名は、全くの症候群名でしかないけれども、それを以て獨立疾患ではないと云ふ人は全くないやうである。事實それ等の疾患は儼然たる獨立疾患、殊に重要な乳兒疾患と看做されてゐるのである。尤も自家中毒症の獨立性は決して單にそれだけの理由ではなく、他にも猶ほ色々の理由があるのであるが、そのことは本編の目的ではないから茲には割愛して、他日更めて論及することにしたい。



## 外國に於ける所説

## (1) 獨逸書の記載

週期性嘔吐症の本態に關する説として、比較的新らしいデグウィッツ氏等の小兒科書(1933)中の記述を参考までに次に引用する。

『ある權威者の見解によれば、含水炭素の缺乏に對して特に過敏なる場合、或は肝臓の機能薄弱なる場合に於ける含水炭素代謝障礙に關係するものである。又他の權威者は、此の如き一般的嘔吐は純神經質症(reine Neurose)に過ぎないか、或は嘔吐を以て單一症狀とするヒステリー(monosymptomatische Hysterie)と看做すべきものであると云ふ見解を持してゐる。此嘔吐發作は恐らく物質代謝中樞に對して中樞性神經性に作用する諸種の害物(Noxe)例之熱、精神的興奮、毒物等々が、亢進状態にある交感神經緊張(Adrenaltonus)を刺戟することによつて惹起されるものと思はれる。而て其發作は肝臓グリコーゲンの突然且つ急激なる逆移出(überstürzten Glykogenausschüttung des Leberglykogens)と、糖の消費並に需要の増加とを招來し、同時に充分なる食餌を経口的に攝取し得ないことと相俟つて低血糖を生じ、而も最悪の場合にはケトン體による肝臓並に腎臓の障礙を作ふアシドーシスを來すものである』云々。

此私の譯文は少々怪しい箇所があるかも知れないが、兎に角之によつて其大意を示し得ると思ふのであるが、之によつても明らかなる如く、週期性嘔吐症の本態としては誠に曖昧模糊たるものであつて、一種の想像説と云ふ他なく、何等明瞭なる説明にはなつてゐないやうである。此説の中心をなすものは云ふ迄もなく含水炭素代謝障礙であるが、殊に肝臓グリコーゲンの急激なる移動消失に重きを置いており、それが自律神経系の異常と關聯することを重視した點は注目すべきである。併しそれ等兩者の關係に對する説明が、全く想像的假説の域を脱してゐないのは遺憾である。而て此説明は、現今に於ては猶ほ新人物と云ふべきロミンゲル氏によつて述べられたものであり、且つ氏の解釋が『恐らく』云々と云ふ箇所以下に存することも亦大いに其意義が認められるやうに

思はれる。然らば其他の獨逸書又は醫誌に於て他の諸氏により述べられた説は如何と云ふ點も重要ではあるが、私は不勉強にして新らしい卓説を知らないのは誠に汗顔の至りであるが、恐らく大同小異ではあるまいかと想像される。

パウンドラー氏小兒科學全書第4版(1931年)は少々舊いやうだが、その中にクラインシット氏によつて記述された處はもつと舊くて曖昧である。例之本症が純神經性因子によつて起るとしたチェルニー氏等の説を掲げたことは前者と同様であるが、それよりも、食餌中の含水炭素量を急激に減少すれば本症の激しい嘔吐發作を人工的に起し得ると云ふやうなヒリングエル、クネエッペルマッヘル氏等の舊説を重視して之を高く掲げ、主として食餌中の含水炭素缺乏或は又それと共に脂肪の過量等に其原因を歸せんとしてゐるのは少々時代遅れの感がある。

それ等諸説のいづれにせよ、本症の病因乃至本態が猶ほ未だ殆んど全く不明の域にあることを如實に示してゐるのであつて、猶ほ暗中摸索の態にあることがよく解るのである。食餌中の含水炭素量と果して密接の關係があるかどうか甚だ疑はしいものと私は思ふのであるが、それは疑はしいと思ふだけで、まだ之に對する確實なる反證は擧げられない。本態に關する獨逸學界の現状がまだ決定に到らないにしても、併し本症を獨立疾患と看做す點には現在の處何の疑問も置かないやうであるが、之は我國の現状、殊に諸大家の態度と著しく相違する點の如く思はれる。たとへ自家中毒症と云ふ病名に對するものとしても、それが週期性嘔吐症と同一疾患なりと略々承認された以上は、我國小兒科學界の諸大家も、もつと虚心坦懐に、眞面目に本症に就て考究されたいものと私は希望するのである。

## (2) フランス學派の一説

獨逸學派の解釋とは違つた説が佛國にはあるさうであるが、私は恥かしいことではあるがフランス語が解らないので、さう云ふフランス學派の説は餘り知らず、聞きかじつたものは總て又聞き程度を出ないのは汗顔の至りであるが、兒科診療昭和14年6月號に掲載された『自家中毒症に就て』と云ふ匿名



座談會録の中に、A氏によつて紹介且つ力説されてゐる。即ち『フランスのチュワル、ルー、カメラ等の諸家は、週期性嘔吐症は十二指腸の外因的狭窄に關係があり、腸間膜根の壓迫による間歇的狭窄増加、即ち腸間膜根が壓迫されて間歇的に十二指腸の水平部に狭窄が増加するので、其ために起るのだらうと云つてゐる。其理由は、週期性嘔吐症の患兒にレントゲン検査を行つたところ、張力減少型胃像を伴ふ胃下垂、十二指腸球部及び第二部は擴張し、十二指腸部通過の遅延、バリウムの小腸に於ける間歇的通過等の點からして十二指腸水平部狭窄と診斷し、腸間膜根の壓迫により間歇的狭窄増加を伴ふものと推察した。其後も發作激しく外科手術を行つたが、胃は擴張し、腸間膜、右側結腸腸間膜の靜脈は血行障碍歴然、腸間膜根は十二指腸第三部を絞塞しており、右側結腸腸間膜は全く癒着なく、十二指腸小腸吻合術を施した所其後は發作が消失したと述べてあり、他にも手術によつて本症が治癒したと云ふ報告もある……』云々と。而て『此間歇的狭窄増加の起る原因に就ては、之を腸間膜の發育不全のためであるとする。小兒が漸次生長して、成人のやうになつて腸間膜の癒着固定が充分になれば、今迄狭窄の原因となつたものが除かれて本症も消失するものと思はれる』と云ふ。

此説は誠に奇抜な説で、所謂フランス流のインスピレーションによるものかも知れない。A氏と云ふのが誰に當るのか解り兼ねるが、出席者の顔觸れから凡そ想像は付く。A氏は此説を餘程深く信賴してゐるらしく『私は一般と異なりフランス流の考へを持つて居ります』と斷言しており、且つ其理由に就ては『本症患兒の胃には非常に食物が停溜してゐること、レントゲンで検査すると發作的に著しき胃下垂を見ること、先天性十二指腸狭窄症患兒にも自家中毒症のやうな發作が起ることがある點等を挙げ、更に本症が10歳以上になると癒つて了ふことは、肝臟機能不全と云ふ理由では理解し得ないから』と云ふ如き諸點を挙げ、更になほ本症が乳兒期に見られずして幼小兒期に到つて始めて現はれる點に關して『内因的の器質的障礙があれば生後間もなく症狀が現はれるであらうが、腸間膜根による壓迫症狀は、乳兒期よりも立つて歩くやうになり、

腹部臟器の少し下つてくる時期になつて起り易いと思ふ』と敷衍してゐるのは誠に興味がある。

此説の眞實性に就ては、A氏の確信にも拘はらず私にはどうもフランス流の一假説のやうにしか思はれない。色々の難點が此説に對しても考へられるが、第一の難點は、何故さう云ふ腸間膜根の壓迫が比較的突然に起るのかと云ふ疑問である。過激の運動によつて起ると云へばなる程さうかも知れないが、併し神經乃至精神の興奮によつて起るとか、感冒によつて起ると云ふ實際的事實とは如何に關聯するものであらうか。又腸間膜根の壓迫と云ふ器械的刺戟によつて起るとすれば、本症に最も特有とされるアセトン血症、極めて早期に、屢々嘔吐發作の起る前にさへも明瞭に認められるアセトン血症を如何に説明するつもりであらうか。又本症發作時に認められると云ふ胃下垂は、一體本症發作の原因であるのか又は結果であるのか。若し原因とすれば、何故にさう云ふ一時的の胃下垂状態になるのか。外科手術によつて證明したと云ふ例は果して多數にあるのかどうか。更に又さう云ふ手術例は果して眞實に週期性嘔吐症であつたのか、或はさうではなくて本來の十二指腸狭窄症でしかなかつたのではないか。等々幾多の疑問が其處に現はれて來るので、仲々簡単に無條件に此説を信賴することは出來ないやうであるが、併し此説は仲々興味ある一説と思はれるので、猶ほ詳しくA氏の説明を聴きたいものと希望する。

序でながら自家中毒症と云ふ病名に就て、このA氏は『私共は自家中毒症と云ふ診斷は殆んど付けません。さう云ふ患者にぶつかりますと週期性嘔吐症及び十二指腸潰瘍の疑と云うて居りました』と述べてあるから、前記の説は自家中毒症の本態に關するものではないのかも知れないけれども、さうすると、自家中毒症と云ふものと週期性嘔吐症と云ふものを別種の疾患と見るのか、或は同一疾患と考へるのかと云ふ點まで怪しくなつて了ふのであるが、A氏もそこ迄は徹底してゐられないやうである。又同じ座談會のE氏は『僕も自家中毒症と云ふ病名を今まで用ひたことがありません、又今後も付けようと思つて居りません』と云ふ強硬なる態度を示されたし、又該座談會に出席の諸賢は、



程度の相違は幾分かあるにしても、大體に於て自家中毒症と云ふ病名を認めないと云ふ傾向に於ては總て一致してゐるやうだから、其邊の關係がどうも面倒になるのであるが、此ことは本文の目的ではなかつたから此邊で割愛することにしよう。

### 經口的過敏症説

#### (1) 腸粘膜透過性亢進説

腸管粘膜の透過性異常亢進によつて起る食餌中の異種蛋白の過敏症なりとする説は、既に遠く大正8年に吉田久造博士によつて最初の發表がなされた。尤も同博士は自家中毒症に就て述べたわけではなく、『一種の血液吐瀉症の本態に就きて』(兒科雜誌 234 號, 大正8年)として發表されたのであるが、血液吐瀉症が自家中毒症と同一疾患とされるやうになつて以來、此貴重なる研究は總て自家中毒症の本態に關する一卓見として引用されるやうになつた。吉田博士の研究は、動物實驗に於てモルモットを、食餌蛋白(牛乳)を腹腔内に注入することにより感作して之に過敏現象を起さしめ、其血清學的性状並に解剖的所見が血液吐瀉症の患兒の夫れと多くの類似點を有することを確認し、之によつて血液吐瀉症の本態は、小兒の腸管がある疾病状態に於て透過性の異常を來せし時、偶々攝取された食餌性異種蛋白がそのまま腸管より吸収されて感作状態を生じ、該小兒に於て其後再び同じ條件の下に該蛋白が吸収された場合に惹起する一種の經口的過敏症であらうと推論したものである。

越えて大正14年の小兒科學會總會に於て原弘毅博士は『重症自家中毒症患者の腸管透過性に就て』と云ふ演題の下に、2例の本症患兒に就て腸管透過性が明らかに異常亢進してゐる事實を報告された(兒科雜誌 304 號, 大正14年)。即ち之等2例の患兒は發病前日牛肉を混じたオムレツを食し、又其中一例はアイスクリームをも攝取したが、それ等2例のいづれに就ても發病時の血液中に卵白、牛肉及び牛乳の蛋白を明瞭に證明し、而も恢復期に入つてからは之等蛋白を與へても血液中には全く之を證明し得なかつたことを述べられた。

其検査法としては、家兎を用ひて豫め卵白、牛肉、牛乳により免疫して2萬倍迄陽性の沈降素を作り、之を以て患兒の血清沈降反應を検したものである。同氏は此事實よりして、本症患兒の發病期に於ける腸管透過性が平常時と異なる状態にあることは想像に難からずと推論し、且つ其1例に於て發病期に肝臓の著明なる肥大を見、而も恢復につれて漸次縮小したことよりして、本症の病理に關して腸管の透過性亢進と肝臓機能障礙とは重大なる意義を有するものならんと結論した。

さて以上兩説の批判であるが、吉田博士の説に就いては、『吉田氏は患兒の腸管の變化を研究せずして、患兒の便を以て受働過敏性賦與の試験を行へるのみなり』と原博士が既に指摘された如く、主として動物實驗による經口的過敏症を研究されたのであつて、それが果して本症患兒にそのまま適用されるか否か疑はしい點に難點がある。動物實驗による結果が血液吐瀉症に多くの類似點を有すると云ふことは、必ずしもそれ等兩者が一致せる同一機序によるものと云ふ證明にはならぬやうにも思はれる。動物實驗による過敏現象に吉田博士の證明された如き事實の存在することは確實であるが、本症に現はれる如き嘔吐、血性嘔吐、又は時として見られる胃腸管の潰瘍等は、本症にのみ必ずしも特有とは限らず、他の疾患に於ても亦屢々見られるからして、それを以て直ちに本症の本態を直接闡明するものと斷定することは出來ないだらうと思はれる。而て更になほ一層重要にして看過し得ざる難點は、此の如き腸粘膜透過性の異常亢進が如何にして起るか、即ち一次的か二次的かと云ふ處に存する。即ちさう云ふ透過性の異常亢進は、本症の一次的原因をなすものか或は二次的の結果に過ぎないかと云ふ點が明らかにされないことである。

此問題は原博士の研究に於ても亦同様である。同氏の實驗に於ては自家中毒症患兒に就て、其發作發現時に腸粘膜透過性に異常のあることは明瞭にされてゐるが、併しそれが一次的か二次的かと云ふ點には觸れてゐない。此點に關して既に太田博士は『原博士の云ふ如く自家中毒症に沈降反應陽性が存在するとしても、それは本態的のものではなく、自家中毒症を起した状態に於ての繼發



現象と考ふべきだ』と反駁してゐられるのであるが、誠に其通りではないかと私も考へる。

腸粘膜透過性の異常亢進と云ふことは、本症に限らず、かう云ふ種類の疾患に際しては最も注目される處であつて、幼若者ほど透過性が高いとか、饑餓の状態に於ては然らざる場合よりも其度が強いとか云ふ實驗は數知れずあるが、それと同時に又他方では腸粘膜透過性の『馴れの現象』と云ふこともあり、初め粘膜を通過し得た異種蛋白も、其接觸を繰返してゐる中に次第に通過せしめないやうになるとも云はれる。従て異種蛋白が粘膜を透過して過敏現象を惹起する爲には、先づ第一に透過性をして異常ならしめる原因がなければならぬ筈である。消化不良症とか消化不良性中毒症等にあつては、食餌の過誤とか外界気温の影響とか細菌感染とか云ふ一次的の原因が挙げられてゐるが、本症に於ては此の如き關係はない、或は不明とされるから、他に其因子が存在するものと思はれるが、今日の處では遺憾ながらさう云ふ一次的の因子に就ては殆んど全く不明の中にある。吉田博士も此の點に就ては唯僅かに『何等かの原因によつて腸胃粘膜の障礙を起した爲に……』と云ふ如き、曖昧なる想像をされてゐるだけに過ぎない。尤も本態或は病理と原因とは別物だと云へば、さう云はれないこともないかも知れないけれども、併し一次的の因子を不明の中に放置したのでは、やはり其本態に就ても怪しい點を免れない。類似症候を呈する疾病に於ける病理的現象には、色々と類似した點のあるのは當然だから、それ等を明瞭に區別する爲にはどうしても一次的の因子を探究しなければならぬだらうと私は考へる。

## (2) 服部博士の所説

過敏症説もアレルギー説も實は同じものではあるが、此説が京都帝大服部教授を中心とした所説であり、殊に最近最も一般に注目された點を重視して、項を更めて考察することにした。

服部博士のアレルギー説が翕然として我國小兒科學界を風靡するに到つたのは、昭和 13 年 4 月の日本小兒科學會總會に於ける理路整然たる特別講演以來

であるが、同氏は既にその數年前より屢々此點に關する研究考察を發表された。例之、昭和 10 年の總會には『自家中毒症はビタミン B 缺乏症か』と云ふ演題の下に谷口博士等と共に、ビタミン B 缺乏症に非ざることを述べ、却て之を過敏性疾患と看做すことの妥當なる理由を力説された。即ち『過敏現象と自家中毒症との夫々の症候を比較して見ますに、中樞神経系症候、末梢神経系症候、更に植物神経系症候より相一致しまするし、末梢毛細血管系の麻痺擴大充血症候、二次的の心臓機能亢進等の主徴候に相似たものがあり、更に剖見上の所見も亦相似たものが證明出来るのであります。又家兎に於ては過敏症の際には寡血糖を見るのであります。自家中毒症でも皮膚に蕁麻疹等の發疹を時々目撃して居ります』と述べ、ビタミン B との關係に就ては、其効果は過敏現象を抑制する作用があるからだと説明し、結論として『ビタミン B の自家中毒症に對する効果は充分認めますが、自家中毒症即ちビタミン B 缺乏症との説には賛成し難く、自家中毒症は寧ろ經口的過敏症と考へる方がより妥當と信するものであります』と述べ、吉田、原兩博士以來の過敏症説を更めて再確認すると云ふ態度を示した(兒科雜誌、昭和 10 年 426 號掲載)。

此ことは更めて乳兒學雜誌(昭和 10 年)に於て詳細に記述し、更に數回の發作を起した本症患者に就て、卵白を以て喘息様の呼吸困難發作に次で自家中毒症候を誘發せしめた實驗例を附加した。次で昭和 11 年兵庫縣地方會に於て『所謂自家中毒症の豫防』と云ふ演題にて、本症が一種の異常體質兒に來る食餌性過敏症なりとする持論に立脚して、その豫防法として脱感作處置の一法たる自家血液注射療法を施したる成績を述べ、明かに豫防的効果の良好なることを強調した。即ち、定型的症候を有する 6 例の本症患者に對し、患兒の靜脈血 3—5—10 兎をとり、即時同人の筋肉内に注射し、3 日毎に更に 2 回、都合 3 回同一方法を繰返し、3 ヶ月毎に再び前同様に 3 回の自家血液を注射したが、それ等患兒 1 ヶ年間の成績を見るに、此間唯 1 例に於て輕き發作を見たのみであつて、他の 5 例はすべて好結果を示したとある(兒科雜誌、昭和 11 年 434 號)。



昭和 13 年總會に於ける特別講演は『過敏現象知見補遺、特に小兒過敏性疾患の診断と治療』と云ふ題であるが、其中に於て自家中毒症の本態に言及され、之を以てアレルギー性疾患なりとする年來の自説を再確認したのであるが、其部分を茲に再録引用すると次の如くである。『私共は數年來重症自家中毒症は之を一種の過敏性疾患であると申上げて來て居ります。然し以前申上げました事は動物實驗に於ける色々な過敏症の狀態と、私共が云ひます處の自家中毒性症が色々な點で相似て居ると云ふ事が診断の主な點でありましたが、今度新しい事が分りました。それは一番初に申上げました異種動物の血球凝集反應の應用であります。今日迄やりました例としては 7 例ありますが、7 例の中で自家中毒症の患者は發作の無い時（一見健康體と何等異なつた事が無い時）にその血清を取つて、種々なる稀釋度のものを作りまして、そこへ動物血球の浮遊液を入れたのであります。さうすると丁度今のヂフテリーの治療血清を注射したと同じ様に、馬血球に於ては 1200 倍、山羊血球に於ては 60 倍以上、家兎血球では 600 何十倍と云ふ高度の稀釋度に於きまして明らかに動物血球を凝集する能力を認めたのであります。之によりまして、かねがね議論でありました處の重症自家中毒症は一種のアレルギー性の疾患であると云ふ新しい根拠を得たものであると云ふ事を信じて居ります。で之に對する治療であります。今迄に色々やりましたその中で最も効果的であると信ずる方法は自家血液注射の方法であります。之は基礎論で申した通りであります』 ●

以上で明瞭な如く服部博士は、自家中毒症アレルギー性疾患説の新たにして確實なる根拠として、本症患兒血清の異種動物血球に對する凝集價の上昇と云ふことと、自家血液注射による脱感作的効果との二者を擧げておられる。尤も此の如き異種動物血球に對する凝集價の上昇と云ふ現象の中には、偽陽性ワ氏反應の出現、即ち微毒にあらずしてワ氏反應が陽性に現はれる場合があるが、併し仔細に其現象を見ると、其陽性試験管内に於ては溶血系として加へたる赤血球は強度に凝集され、之を振盪するも平等浮遊液とはならないと云ふ如き現象の出現をも包含することは言ふ迄もない。即ち自家中毒症患兒は、發作の全

くない平常時に於ても、其血清には馬、家兎、山羊等の血球を凝集する作用が異常に強く、同時に又山羊血球に對する凝集價も異常に高い爲にワ氏反應が偽陽性に現はれると云ふ點に重きを置いておられることが解るのである。而て此の如き現象は、人體に就てはヂフテリア血清（馬血清）を注射したやうな場合、即ち人間を感作の狀態にさせた場合に起るものであり、従つて過敏症に於て現はれるからして、逆に又自家中毒症患兒にもさう云ふ特質が現はれるから、即ちそれは過敏症性疾患であるとするものと思はれる。

然らば果して自家中毒症患兒には毎常さう云ふ特質が現はれてゐるものであらうか。又アレルギー性とは看做されない他の疾患に於ては、果してさう云ふ性質が現はれることは決してないであらうか。或は又、假りにさう云ふ異種動物血球に對する凝集價が異常に上昇してゐると云ふことは、果して毎常過敏状態にあることを示すものと斷定してもよいのであらうか。將又此の如き性質が、過敏症には非ざる他の原因によつて惹起されることは決してないものであらうか。服部博士の自家中毒症即アレルギー性疾患説を斷定し或は肯定する前に、之等の疑問を説明し且つ解決しなければならぬだらうと私は考へる。何となれば、之等の疑問を不問に附したのでは、其結論は餘りに一方的となり、餘りに飛躍的となり、且つ又餘りにも獨斷的となる恐れが多分にあるからである。だが併し、服部博士はさう云ふ疑問に對しては何等の説明もされておない。すべて一方的且つ獨斷的に之を斷定したやうに想像されるのは誠に遺憾である。誠に僭越ながら私はそれ等の諸點に就て以下些さか考察と批判とを試みたい。

### (3) 服部博士アレルギー説の批判

前掲服部博士の講演は、其理論の整然たる點に於ては近來稀に見る大演説として多大の感銘を與へ、我が小兒科學界をして感奮せしめるものがあつたやうに思はれた。従つて私は其後に於て自家中毒症の本態病理に關しても多數の研究業績が一般より續いて發表されるだらうと、甚大なる期待と興味とを以て臨んでゐたのであつたが、事實は全く之に反し、私の絶大なる期待は全く裏切られて、其後今日に到る迄何等注目し得べき研究が報告されないのは誠に遺憾



である。之は單に私一人の遺憾ではなく、我國小兒科學界の態度が凡そ推測される點に於て一層遺憾に思ふものである。本症の如く我國に頻發する疾患、殊に自家中毒症と云ふ病名の下に伊東博士により獨自の見解を以て報告された特殊疾患に對して、其本態病理、殊に猶ほ不明の域を脱せざる本態病理を闡明することは、我國小兒科學界に課せられた重要な研究題目と私は信ずるのであるが、我國小兒科學界の權威者の多くは、現在に於ても殆んど何等見るべき努力を示さず、徒らに末梢的の枝葉に就てのみ安逸なる詮議立をするだけで、眞剣に之を討議考究する人が少ないのは一體何故であらうか。吉田、原兩博士の研究は云ふ迄もなく、服部博士及び其門下の方々の努力には此點に於て多大の敬意を表するものであるが、其他の多くの人々は風馬牛我れ關せずと云ふ如き態度を示されるのは眞に遺憾である。尤も本症が過敏性疾患であるとする説が全面的に既に承認されたと云ふことであれば問題は別であるが、只今の處必ずしもさうではないやうである。多くの大家が、さう云ふ説もあると云ふ如き態度でお茶を濁してゐる處を見れば、決して一般的の承認が確立されたと云ふわけでもなささうに思はれる。

私はこの服部博士のアレルギー説には猶ほ賛同し難いとする者であるが、其根據は、服部博士が新しい根據を得たと誇示される其根據に就て多くの疑義を懐くからである。臨床的症狀がアレルギー性疾患に類似してゐるとか、病理解剖的所見が動物實驗による過敏症のそれに似てゐるとか云ふことは、たとへそれに對して疑義を挟むにしても、手懸りとして幾分か頼りない處があり、殊に一次的か二次的か、原因か結果かと云ふ如き點に於て水懸論に終り易いので、疑義として申述べるべく少々心もとないのであるが、それに比較すれば服部博士の誇示された新根據は、實驗的に明瞭なる事實を捉へてゐるだけあつて、議論するには極めて都合よく且つ明瞭なのである。以下私が申述べたいと思ふ疑義はすべてさう云ふ點だけに限局し、臨床上の症狀の類似點と云ふやうな曖昧な部分には觸れないことにする。又私の茲に論及する疑義は、主として東京府醫師會下谷病院に於て永井義三博士と共に研究考察した事實に立脚する

ことを豫めお断りしたい。而て永井博士の此研究は『自家中毒症の本態に関する臨床的研究（第一篇）自家中毒症はアレルギー性疾患なりや』と云ふ題下に、兒科雜誌 昭和 16 年 2 月號に掲載されてゐるから、併せ参照されたい。

服部博士が其主張の新らしき根據とされる、異種動物血球凝集價の著明なる上昇と云ふ點に關し先づ考察する。

第一に、自家中毒症患兒には毎常果してさう云ふ性質が必ず現はれるものであらうかと云ふ疑問である。先づ偽陽性ワ氏反應なるものと異種血球凝集反應とを追試した成績では、ヂフテリア血清其他の治療的馬血清を注射せる患者 34 例に就ては、注射後一定の時日を経た者に於ては 72% 餘の陽性率を示し、同時に異種動物血球凝集價も亦それに伴つて著明の上昇を見たが、22 例の自家中毒症に於ては偽陽性ワ氏反應の陽性率は僅に 9% しか過ぎず、而も發作全くなき間歇期（即ち健康状態と思はれる時期）に於て陽性となつた者は 1 例もなく、且つ異種血球凝集價も亦前者に比して著しく位く、前者が 400 倍稀釋に於ても猶ほ海狗血球を凝集したものが多いのと較べて、自家中毒症患兒にあつては其病盛期たと發作治癒後乃至間歇期たとを問はず、すべて 25 倍迄、稀に 50 倍稀釋位までしか凝集反應を現はすことがなく、其點に於ても格段の相違を示したのである。即ち私共の成績によれば、馬血清注射後に於ては全く服部博士の云はれる處と一致したのであるが、自家中毒症に於ては遺憾ながら甚しく不一致であつて、さう云ふものもあるが併し少數にしか過ぎず、さうでない方の者が著しく多數であることになつた。即ち自家中毒症患兒には、決して毎常さう云ふ性質が現はれる次第ではないと云ふ結果になつたのである。

第二に、さう云ふ異種血球凝集價の上昇が常にアレルギー性疾患に現はれるものとして、然らばアレルギー性とは看做されない他の疾患に於ては決してさう云ふ現象は現はれないものであらうかと云ふ疑問である。何となれば、若しその通りならば、此現象こそ確かにアレルギー性疾患か否かを決定する鍵となり得るであらうが、さうでなくて若し他の疾患に於ても同様に發現するとすれば、それはアレルギー性疾患に於ける單なる一現象にしか過ぎないから、何等



決定的の意義がないことになるからである。此點に關する永井博士の實驗成績は全く否定的に現はれ、アレルギー性とは一般に看做されない各種疾患に於ても亦往々陽性に現はれ、而も其陽性率は自家中毒症に於ける陽性率と略く同様なのである。即ち 67 例の各種疾患に就て検査した處が、其中 7 例 (約 10%) に於て異種血球凝集價の著明なる上昇と共に偽陽性ワ氏反應が陽性に現れたのであるが、此陽性率 10% に對して、自家中毒症に於ける陽性率が 9% であつたと云ふことは、果して何を意味するものであらうか。而て之等陽性となつた疾患は所謂疫病、猩紅熱、急性腎臟炎、肝硬變症、急性黄色肝萎縮症、敗血症性心内膜炎等であつたが、之等をアレルギー性疾患と看做し得るか如何。即ち以上の事實よりして、此の如き現象は馬血清の如きものにより感作された者には著明に且つ多數に (併し其の全部ではない) 現はれることは確實としても、さうでない、或はアレルギー性ではない疾患に於ても亦往々陽性に現はれることが明らかとなつた。

第三。以上の 2 點からして既に服部博士の所論は大分疑はしくなつたが、併し、さう云ふ異種血球凝集價の上昇が他の各種疾患に現はれることがあるとしても、其上昇の程度がアレルギー性疾患には著しく高く、然らざる他の疾患に於ては極めて軽度に過ぎないとすれば、此現象はやはりアレルギー性疾患の特質と看做すことが出来るであらうし、又自家中毒症に於ても亦高度に發現するものとすれば、やはり自家中毒症はアレルギー性だと看做し得るかも知れない。ところが永井博士の成績では、海狗血球に對する凝集價が、馬血清注射後の者には 400 倍稀釋で猶ほ陽性なるものが相當數あるのに比較して、他の各種疾患に於ては 200 倍が最も高く、他は總て 100 倍又は 50 倍の程度を出てゐないから、兎に角馬血清注射によつて著明に現はれることは確實と思はれる。然るに自家中毒症に於ては該凝集價の上昇は一層低く、50 倍を以て最高とし、他は 25 倍以下にしか現はれてゐないのである。即ち異種血球凝集價の上昇程度の大小と云ふ點に就ても亦、自家中毒症はアレルギー性疾患と斷定するには餘りに程度が低過ぎるのである。

尤も此點に就て服部博士は、永井博士の講演に對して『血球凝集反應は馬血球を以てすれば最も著明に出る』と述べ、永井博士の實驗に馬血球を用ひてない點を指摘して反駁されたが、之に對する永井博士の答辯は、明らかに服部博士の弱點を衝いてゐる。即ち『私が海狗血球のみを用ひたのは便宜上の一言に盡きますが、御承知の通り唯今我々が問題にしてゐる異種血球凝集價の高度なる上昇と云ふことは、1922 年マイヤー氏がワ氏反應研究中發見以來諸學者により研究され、正常人血清では凝集され難い、或は極く凝集價が低いと云はれる綿羊血球に於て最も意義ありとされております。従つて綿羊血球凝集價を測定すれば事は済むのであります。未だ術式が統一されぬため、其正常人血清の凝集價が或は 23 倍稀釋迄とか、64 倍とか、まちまちであります。従て凝集價が高いとか高くはないとか云つても判然せぬので、私はワ氏反應操作を行へば、換言すれば偽ワ氏反應が陽性となるかならぬかを見れば判然とするので、之を各例に就て検索したのであります。又其方が臨床的に意義があると考へております。馬血球を用ひますと、異種の馬血清を注射したため特異的な抗體の増加もあつて、非特異的な異種血球凝集素の増加が判然とせぬと思ふのであります』と反駁して、馬血球を用ひることの却て不適當なる理由を指摘してある (兒科雜誌、昭和 15 年 4 月號 42 頁)。之によつて、永井博士が馬血球を用ひないのは不充分であると云はれた服部博士の反駁も、全く其迫力を失ふことになつた。

第四。此の如き異種血球凝集價の高度なる上昇と云ふ現象が、過敏症に非ざる他の原因によつて惹起されることは全くないかと云ふ疑問に就ては、永井博士の研究によれば、過敏現象とは決して無關係ではなく、相當密接なる關係にはあるらしいけれども、併し其關係は間接的のものに過ぎず、必ずしも直接關係或は不離密接の關係にあるものとは思はれず、却て肝臟機能障碍と最も密接なる關係にあるものなることが明瞭となつた。即ち馬血清注射によつてさう云ふ現象が起るのは、過敏現象そのものの爲ではなくて、さう云ふ感作による肝臟の機能異常に因るものと思はれるのである。此ことは、該現象と高田氏反應



とを併行検索することによつて結論されたものであるが、其詳細は本文の目的外だから省略するとしても、其概略だけでも茲に記して置く方がよさうに思はれるから、以下に略述する（兒科雑誌、昭和16年2月號）。

高田氏反應が肝臟機能障碍と密接なる關係あることに就ては既に周知の處であるが、之と偽陽性ワ氏反應との關係を永井博士は検索した。其結果によれば、動物血清注射患者に於ては、注射後第2—5週の間には偽陽性ワ氏反應は72%の陽性率を示し、同時に異種血球凝集價も著明に上昇し、高田氏反應は80%の陽性率となつたが、血清注射後約6ヶ月以後に至れば高田氏反應は概ね陰性となるが、同時に偽ワ氏反應が陽性に現はれるもの著しく減少し、異種血球凝集價も亦低下する。即ち之等の三反應は殆ど終始併行的に消長するのである。此ことは自家中毒症に於ても、又其他の各種疾患に於ても同様であつて、偽ワ氏反應が陽性となる者は、他の兩反應もやはり陽性又は上昇することが明かにされた。此事實は偽陽性ワ氏反應並に異種血球凝集價の上昇と云ふことが、たとへ過敏現象と無關係ではないとしても、其本態とは直接の關係なく、唯肝臟機能障碍乃至異常と最も密接なる關係にあることを示すものと看做し得る。況んや偽陽性ワ氏反應其他の兩反應は、動物血清注射後と雖も約半年以上を經過する時は、多くは陰性となるに於ておや。若し此の如き現象が一に過敏状態の存在を示すものとすれば、動物血清注射後半年や1ヶ年の間に過敏状態が全く消失する者が多いと云ふ結果にならざるを得ないのであるが、さう云ふことが實際にあり得るとは思はれず、又臨床の實際は、デフテリア血清注射に際する促進反應其他の現象によつて、注射後長年月の間過敏状態の存在することを明示してゐるのである。之等の諸點よりして偽陽性ワ氏反應又は異種血球凝集價の上昇は、決して過敏状態の存在を直接且つ端的に示すものでないと私共は考へる。

第五に、自家血液注射療法に関する疑義を述べる。服部博士は本法を以て脱感作處置の良法となし、而も自家中毒症に對して特筆すべき著効ありとの根據よりして、逆に自家中毒症アレルギー説を立證せんとしたつのであるが、私共の

經驗は服部博士の報告とは著しく異なり、本法の効果を殆ど認めることが出来なかつたのである。即ち永井博士の論文にある如く、定型的發作を示せる本症患兒14例に就て之を試みたのであるが、其中8例は全く無効であつて、本法施行後にも猶ほ發作を起した。残りの6例に就ては患兒の年齢又は觀察期間の短かい等の理由からして、其効否を明瞭に判定し難い事情にあつたが、兎に角半数以上は明らかに無効なることが判然としてゐる。此點、即ち本症に對する自家血液注射療法が無効であつたと云ふ報告は他にもなほ幾例かあるやうであるが、宇留野博士の報告にも5例に試みて全例共無効であつたと述べてある（診斷と治療、昭和15年3號）。

第六に、若し自家中毒症が過敏症であるとしたならば、年齢が長じて10歳以上に到れば大抵自然に治癒し、再び發作の起ることが稀有となる點は如何に説明さるべきものであらうか。過敏症とかアレルギーとか云ふものは仲々難かしく、私如き愚鈍の者には仲々はつきりと理解し得ない點が多いのは汗顔の次第であるが、併し本症の發作が2、3歳から10歳位迄の間の幼小兒に限つて現はれ、而も其後は殆ど消失してしまふと云ふことは、其性質上どうも矛盾した點があるやうに思はれてならぬのであるが、此點に就いてもつと詳しく且つ明瞭なる説明を聴きたい。尤も、それが即ち経口的過勞症の特質だと云はれるかも知れない。即ち腸粘膜透過性に「馴れ」の現象が存在するからしてこそ、10歳以後には發現しないのだと云はれるかも知れない。然らば乳兒、人工營養の乳兒にも同様に本症が屢々見られてもよさうに思はれるが、今迄の處では乳兒にはないことになつてゐるが、それは一體如何なる理由によるものであらうか。此點に就ても御教示を願ひたいのである。

第七。本症にビタミンB、膽汁酸及び葡萄糖が治療効果があるから、即ち之等藥劑が動物過敏現象を抑制する實驗成績に鑑み、ビタミンBの効果ある點も本症を過敏症と考へて無理のないことである（兒科雑誌昭和15年4月號481頁）と云ふ服部博士の見解に對しては、さう云ふことは未だ不明の域にあるのではないかと云ふ一言によつて答へない。之等藥劑が過敏症を確實に防遏し得るや



否やは、未だ不明の域を脱しないものと私は考へる。さう云ふ説は確かにあるけれども、それが確實か否かは猶ほ疑はしい。而もビタミンBなどは別段に本症に卓効はない。それは既に服部博士が、B剤を用ひなくとも速かに癒るものが少なくないと太田博士に對して討論された點によつても明らかである。又膽汁酸とか葡萄糖などを用ひなくとも、別段に本症の治癒は遷延しない。私は膽汁酸など全く用ひず、又葡萄糖でさへ用ひない場合が少なくないのであるが、何の支障もなく普通に且つ速かに恢復治癒してゐるのである。葡萄糖液注射の効果は一般に過信されてゐるが、本症に對してなどは、水分の補給と云ふこと以外には大した意味はないものと私は考へる（それは他の一般疾患に對しても同様であるが）。以上の如く服部博士の此點に關する説明は甚だ疑はしいと思はれるが、若し此説を主張されるとすれば、ビタミンBが有効だからB缺乏症だとする説と五十歩百歩ではあるまいか。

第八。最後に、服部博士が第一の根據とされる臨床症狀に就ても疑義を述べたいのであるが、アレルギー性疾患の臨床的定義は甚だ難解であつて、私如き愚鈍なる者には到底充分に之を呑み込めないで、此點に關しては遺憾ながら反駁することが出来ない。臨床症狀の類似と云ふ服部博士の言が何を意味されるのか明瞭ではないが、恐らく本症が反復發現する點を主として指されたものと想像される。併しアレルギー性疾患の定義、又はアレルギー性疾患として具備すべき症狀乃至條件等を讀んで見ると、自家中毒症とは餘程違つた點があるやうに私には思はれる。服部博士はアレルギーを證明されたと云ふことであるが、其點に就てもつと詳しく承りたいものである。

以上の如き諸點、即ち異種血球凝集價の異常上昇又は偽陽性ワ氏反應の出現と云ふことが、假りに過敏現象を端的且つ直接に指示するものだとしても、自家中毒症には決して毎當それ等の現象が陽性となるわけではなく、却て極めて少數(9%)にしか現はれず、而も其陽性率は、過敏症とは現在一般に看做されない其他の各種疾患に於けると略々同一にしか過ぎないこと、及び過敏現象の脱感作處置とされる自家血液注射療法の効果も殆ど見るべきものがないこと等の

諸點よりして、自家中毒症即アレルギー疾患に對しては多大の疑問を懐かざるを得ないのである。而もなほ其上にも一層此疑義を助長することは、此の如き異種血球凝集價の異常上昇と云ふことが服部博士の確信にも係らず、過敏現象と直接關係ありと看做すよりは、寧ろ肝臟機能の障礙との關係の方がより直接にして、より密接なのではないかと思はれる點である。即ち此の如き特異の現象は肝臟機能の異常を示すものとして、過敏症に於ては勿論發現することが多いのであるが、過敏症ではない他の疾患に於ても亦往々發現するのである。以上の根據よりして私は、服部博士の説を猶ほ未だ直ちに信することが出来ないのであるが、若しアレルギーが確かに證明され、而もそれが各例に充分適用され、且つそれによつて明瞭に説明され得るやうになれば、私は欣んで此疑義を撤回し、不明を陳謝するつもりである。

### ビタミンB缺乏説

#### (1) 本説の發端

太田博士の有名な此説が初めて發表されたのは昭和9年7月の東京地方會席上であつた。『自家中毒症の發生病理、治療及豫防に就て』と云ふ題下に、其門下の高足たる泉田、幸田兩博士との共著として太田博士が述べられた要旨は、本症が夏季に多いこと、微候に於て第一に心臓血管症狀が現はれ、最低血壓の著しき減少及び肺動脈第二音の増強並に股動脈音の發現、低血糖等を示す點等が乳兒脚氣、殊に衝心型乳兒脚氣と多くの類似點があり、血液像又は血液クロール含有量及び殘餘窒素量に於ても亦類似してゐると云ふ如き諸點、並に治療上ビタミンB剤に著効があると云ふやうな點を根據としたものであつて、殊に其心臓血管症狀に到つては、兩者全く符節を合せたる如しと強調されたのである。而てビタミンB剤の效果に關しては、B剤を用ひたるものに、之を用ひない從來の療法に較べて格段の相違あり、其恢復治療に至る日数が後者に於て3—5日を要するに比して、前者に於ては1日或は2日で恢復し、殊にB剤のみを用ひたものは殆んど全部24時間位で恢復してゐる。更に豫防的にB



劑を與へた3例は、其後7—9ヶ月間は全く發作を起さない。なほ本症の剖檢3例を検索するに、心臟の擴張肥大、心筋の肥大、肺臓の鬱血浮腫、肝臓の鬱血濁濁、其他消化管瀦胞の腫脹等を認めたとなし、之を要するに自家中毒症はビタミンB缺乏が其本態であると信ずると結論された（兒科雜誌、昭和10年416號）。

前述の講演は間もなく『實驗醫報』（昭和9年9月號）に發表されたが、其中に、自家中毒症と成人脚氣衝心並に衝心型乳兒脚氣との症狀に於て如何に共通點が多いかと云ふことを表によつて示されてあるから、太田博士説の重要根據として次に之を掲げて参考としたい。

以上太田博士の結論は、數年來約100例の本症患兒に就て精細に臨床症狀を觀察し考察した結果であると述べてられるが、結局に於て自家中毒症は心臟血管症狀が主であつて、嘔吐、下血、腦症狀、神經症狀等は寧ろ従であることを認識するものであると斷言され、結論に於て『自家中毒症と衝心型乳兒脚氣、衝心脚氣、實際的ビタミンB缺乏症との間に共通の症狀を有することを確

	成人脚氣衝心型	衝心型乳兒脚氣	自家中毒症
一般症狀	蒼白、倦怠、發熱	蒼白、不機嫌、啼泣、睡眠障礙、發熱	蒼白、倦怠、脱力、睡眠障礙(發熱)
消化系症狀	食慾減退、嘔吐、便秘	哺乳慾減退、吐乳(稀にヘマナン嘔吐)、便秘又は下痢、胃吐出時間延長	食慾減退、嘔吐、ヘマナン嘔吐、便秘(時として下痢)、下血、胃吐出時間延長
心臟血管系症狀	チアノーゼ、呻吟苦悶、心悸亢進、第二肺動脈音強盛、收縮期性雜音、心臟擴大、動脈音、最低血壓低下	チアノーゼ、呻吟苦悶、呼吸脈搏頻數、呼吸困難、心悸亢進、第二肺動脈音強盛、收縮期性雜音、心臟擴大、肝臟腫大、動脈音、最低血壓低下	チアノーゼ、呻吟苦悶、呼吸脈搏頻數、呼吸困難、心悸亢進、第二肺動脈音強盛(時として收縮期性雜音)、心臟擴大、肝臟腫大、動脈音、最低血壓低下
神經症狀	膝蓋腱反射正常又は消失、輕度の麻痺、不安、興奮	膝蓋腱反射亢進又は減弱消失、不安、興奮、無慾狀、昏惰、痙攣、四肢震顫	膝蓋腱反射正常又は減弱消失、不安、興奮、無慾狀、昏惰、痙攣、四肢震顫
浮腫	輕度、中等度、時として缺如	輕度、中等度	(時として浮腫)
尿	減尿又は無尿	減尿又は無尿	減尿

認し、ビタミンBの缺乏がその本態であることを明白にした。更に之を治療並に豫防に應用し、ビタミンBの大量供給によつて従來の療法より遙かに迅速且つ優秀なる効果を獲得し、又反復本症に罹患する小兒に對しビタミンBを豊富に供給して本症の罹患を豫防することに成功した』と確言誇示されたのである。

更に太田博士は此問題に就て昭和10年小兒科學會總會に於て、泉田、幸田、北村の諸氏との共著として『幼初期ビタミンB缺乏症(自家中毒症及び疫痢症候群)の臨床的知見補遺』と云ふ題を以て、本症がビタミンB缺乏症なりとする自説を再確認された。即ち41例の自家中毒症患兒に就て發病時に最低血壓の著しき低下を認め、股動脈音の明瞭なる聴取と第二肺動脈音の著しき増強と共に、之等が凡てビタミンB缺乏状態に基因するものと云ふ根據を、健康幼兒及び各種疾患に罹れる幼兒との比較に於いて決定し、次にレントゲン像に於て心臟の擴大を起すものが本症患兒にもあると云ふ點を強調し(但し明瞭なる擴大を證明したものは極めて少數であるが)、又113例の本症患兒の42%に浮腫を認めたと云ひ、更に乳兒脚氣又は脚氣に屢々隨伴する軸性視神經炎を本症に證明したも2例を得たことを追加し、なほ進んでビタミンBによる豫防成績として、55例に就て本法施行後半ケ年以上を経て猶ほ發病を見ない者55%に及び、其他の者も相當好成績を示したと述べられた。而て其結論としては、

『以上の臨床實驗及び豫防成績から歸納して、余等は自家中毒症の本態はビタミンB缺乏症であることを的確に證明したと信するのである。然らば自家中毒症は乳兒脚氣又は脚氣と同一であるか。少くとも自家中毒症患兒が發病前までは外觀上健康である事實から見て、直に之を同一とすることは出来ない。即ち余等は潜在性ビタミンB缺乏状態にあるものと解釋しなくてはならぬ。何故に自家中毒症を急激に起すのであるか。この未知の衝動的の機轉に就ては更に將來の研究に待たなくてはならない。又疫痢症狀に對しては……と、之もビタミンB缺乏によつて、細菌毒素の中毒症狀と共に自家中毒症狀を合併したものであると述べ……。何れにしても急激に重篤の症狀を發現する機轉は、余等の乳



兒脚氣の衝心に就ての新學說と密接の關係があることを推定されるから、此間の關係が闡明されると、自家中毒症の全貌を全く明瞭に出来ることと考へる』と述べられた（兒科雜誌，昭和10年426號）。

この太田博士の新説は、自家中毒症の本態病理に就ては勿論、それと週期性嘔吐症乃至血液吐瀉症との異同に關してさへも、猶ほ全く混沌の中に彷徨してゐた當時の我國小兒科學界に對して多大の反響を喚起し、異常の關心を惹起し、賛否露々たる議論の沸騰を捲き起した。賛成意見の人も勿論あつたが、學界に於ける多くの人々は、此の突如たる新説、奇抜なる解釋に對して寧ろ啞然としたものの如く、幾多の辯難攻撃が加へられたのであるが、太田博士はそれ等の批判に對して常に逃避的の態度を示し、主として臨床的症狀の類似性に隠れ、或は言を左右に托し、顧みて他を云ふ如き態度を以て應酬しつつ、頑強に自説を固持し、其後既に8年を経過したる今日に於ても猶ほビタミンB缺乏説の牙城を堅持されるのは、其當否は別としても、其確信と勇氣とは誠に壯とすべきものと敬服するのである。

## (2) 其後に於ける推移

其後の小兒科學會總會席上に於ては屢々この説が問題となり、議論の種となつてゐるが、先づ手始めとして同年（昭和10年）には服部博士と其一門により反對意見が述べられた。即ち『所謂自家中毒症はビタミンB缺乏症か』と云ふ演題の下に、『……私共は、ビタミンBは自家中毒症に對し治療的効果は充分認めますが、自家中毒症即ビタミンB缺乏症との説には賛成し難く、本症は寧ろ經口的過敏症と考へる方がより妥當と信ずるものであります』と結論してゐられる（兒科雜誌，昭和10年426號）。即ち服部博士は、本症に對するビタミンBの治療的効果はビタミンBの過敏現象抑制作用によるものと解釋するのであるが、兎に角ビタミンBの卓効を認める症例に決して乏しくありませんと云つてゐられる。併しそれにも拘らず、平常B剤を持続内服させてゐて、B缺乏症とは考へられない小兒にも本症が起り、又發作の激しい者に別段B剤を投與しなくとも數日の経過で拭ふが如く全快する例が珍しくないと云ふ、甚だ首

尾一貫しない見解を述べ、更に病理解剖例に就ても脚氣の如き心臟に特別の變化を見ないこと、及び自家中毒症に毎常證明される低血糖は、ビタミンB缺乏症に於ける過血糖とは全く正反對であると云ふ重大なる點を指摘された。

此服部博士の反對論に對する太田博士の答辯は誌上の記事録には明かでないが、共著者たる泉田博士の討論に對する服部博士の答辯には『B剤を與へずしても治るが故にB缺乏症でないとの説は穩でないとのことですが、之は丁度B剤を與へたら治るからB缺乏症であると即斷するのと同様穩でないでせうが、少なくとも缺乏症を疑ふ材料となると思ふ』とある點によつて其大體が推知される。B剤が効くとか効かぬとか云ふ討論は其後も屢々繰返され、其都度多くは水懸論に終つてゐるやうであるが、其等の一々を列擧する必要もないから、其代表として昭和13年11月東京地方會に於ける太田博士の『自家中毒症の臨床』と云ふ講演に於て『ビタミンBを全量5—10死注射して見て非常に好成績を得て居る』と云ふ説に對し、唐澤博士は『私共ではビタミンBを用ひてゐないが、それでも治療成績は良好である』と述べられたこと（兒科雜誌，昭和14年1月號）、及び箕田博士が『私の教室では未だ自家中毒症にビタミンB剤は強ひて用ひて居らぬが、其治療率は殆んど100%に達してゐる』（兒科診療，昭和12年2月號）と記された一事を擧げるに止める。

越えて昭和15年の總會に於て太田博士は『自家中毒症に於けるビタミンB1の態度に就て』と云ふ題で講演されたが、此講演の内容はどう云ふわけか誌上に掲載されてゐないのであるが、其翌16年總會に於ける同演題第二報が掲載されてゐるので、それによつて之を窺ふに『余等は自家中毒症がビタミンB缺乏と一定の關係を有することを認め……生體内のビタミンB1の態度を検討し、乳兒脚氣、その母氏、小兒脚氣、潜在性ビタミンB缺乏症と同様に、自家中毒症に於ても殊に其發病時には血液中のビタミンB1含有量が著しく低下してゐることを確實に證明し、更に自家中毒症に度々罹患する小兒に於ては、其健康時に於ても血液のビタミンB1含有量は低下してゐることが、潜在性ビタミンB1缺乏症と同様である事實を認めました』とある。此講演に對する討論



として服部博士は前年と同様に『ビタミンB<sub>1</sub> 缺乏説では該疾患の血糖の消長は如何に説明するや』と質問し、又箕田博士は、『恢復に際しBが減少のままでゐるものがあるとしたら、其時何故自家中毒症状も繼續しないでせうか。所謂標準値より増すとか又は減少するとか云ふことを以て、直に本症の病理を論すべきではなく、そこに必ず個體的素因と云ふことを考へなければならぬ』と討論されてゐる。之等の討論に對して太田博士が如何に答辯し、如何に説明されたかは極めて肝要な點であるが、其記録が例によつて全く誌上に掲載されてゐないのは遺憾である（兒科雑誌、昭和15年4月號）。

翌16年の總會に於ける太田博士の講演は、ビタミンB<sub>1</sub> 負荷試験によつて其缺乏状態を検索し、自家中毒症患兒並に嘗て本症に罹患し現在何等訴のない者の兩者に於て、明かに著明のB<sub>1</sub> 缺乏状態にあることを證明したと述べられた。即ち、ビタミンB<sub>1</sub> を投與した後尿中に排泄されるB<sub>1</sub> 量を測定されたのであるが、其實験例は對照7例、潜在性ビタミンB<sub>1</sub> 缺乏症3例、自家中毒症を嘗て経過し現在何等の訴なき者、即ち所謂中間期にあるもの6例、自家中毒症の發病から輕快までの経過を追及したもの4例、合計20例に就て検索した結果は、對照例に比して他のものは總てB<sub>1</sub> の尿中排泄量が著しく少なく、中には(一)を示したものとさへあつたと云ふことを表によつて明示され、昨年報告された血液ビタミンB<sub>1</sub> と比較して全く符節を合する成績なりと述べ、『之を要するに、自家中毒症の發病とビタミンB<sub>1</sub> の缺乏との間には離るべからざる關係があることが、今回の検査成績から確められたと思ひます』と結論された（兒科雑誌、昭和16年8月號）。

以上の如く太田博士のビタミンB缺乏説は、初めは單なる臨床的所見の類似と云ふ點から出發されたのであるが、其當時より現在に到る迄幾多の反對論にも屈せず、其後更に數年間の研究考察によつて、血液中のビタミンB<sub>1</sub> 量測定より更にビタミンB<sub>1</sub> 負荷試験にまで發展して、本症患兒が發病時には勿論、其平常に於てさへもビタミンB<sub>1</sub> 缺乏状態にあるものなることを確證し、茲に愈々益々本症がビタミンB<sub>1</sub> 缺乏症であると云ふ、當初よりの持説を確言され

るに到つたのである。

### (3) ビタミン缺乏説の批判

太田博士の8年間に亘る絶大なる努力奮闘にも拘はらず、此説が猶ほ我國小兒科學界一般の承認を得るに到らざることは、前掲唐澤、箕田、服部の諸博士の如き小兒科學界の權威者が反對意見を述べてゐられることによつても明らかである。併し學界の指導的地位とは別に或は無關係に、一般臨床醫、開業醫家の間には隱然たる勢力と信賴とを有し、臨床の實際に相當廣く應用されてゐることは疑なき事實である。即ち近來開業醫間の一般傾向たる自家中毒症と云ふ病名の濫用と共に、それに対するビタミンB乃至B<sub>1</sub> 劑の無批判なる應用は既に相當程度に達してゐる。殊に機を見るに敏なる藥劑業者が此點を利用しない筈もなく、ビタミンB劑の廣告には、恰かもそれが唯一無二の特効藥でもあるかの如く麗々しく宣傳してゐることは、凡そ小兒科醫の熟知する通りである。此の如き事實に對して太田博士は如何に考へてゐられるのかわからないけれども、恐らく會心の笑を漏らしてゐられはしまいかと想像されるのである。

私はこれ迄自家中毒症に關して屢々論議したが、併しビタミンB缺乏症に對して立入つて批判したことはなかつた。それは併し、私が本説を信するからではない。私は此の如き説を信することは出来ない。自家中毒症がビタミンB或はB<sub>1</sub> 缺乏症だなどとは少しも考へない。假りに本症の發現がビタミンBの缺乏に關係ありとしても、本症がビタミンB缺乏症であるとは全く考へない。太田博士の説にはどこかに誤りがあるものと思ふのであるが、併し初期に於ける太田博士の説明の如く臨床的症狀の類似點とか、ビタミンB劑の効果と云ふやうな點にのみ固執重視されたのでは、一寸批評のしやうがないので黙つてゐた次第でもあつた。併し其後太田博士は進んで血液中のビタミンB<sub>1</sub> 含有量から更にB<sub>1</sub> 負荷試験にまで發展されて、本症がビタミンB<sub>1</sub> 缺乏症たることを實驗的に立證されたのだから、更めて夫等の點を考察し批判したいと思ふ。

これ迄私が本説に對して加へた批判は、『私は自家中毒症がビタミンB缺乏症であるとは少しも考へない。又ビタミンB劑が本症に對して卓効があると



も思はない。たとへ本症患兒の中にビタミンB缺乏状態を呈する者が相當數に於て存在するとしても、それは本症患兒の如き神經質に傾く小兒には偏食兒童が多いから、偏食に伴ふ一つの隨伴症狀としてB缺乏状態を呈するに過ぎないのであつて、本症の本態とは殆んど何の關係もないものと考へる。従つて若しビタミンB劑に効果がありとすれば、それは隨伴現象たるビタミンB缺乏状態に對して作用するのであつて、自家中毒症そのものに卓効を奏するものではないと思ふ』と云ふ點にだけに止まつてゐた。この私の見解は勿論初期の太田博士説に對する批判に過ぎないのであるが、併し實驗的に其本態を立證されたと云はれる今日に於ても、私の見解には別段の動搖もなく、依然として以前考へた通りである。それはそれとして、此の如き批判を加へた以上は、もつと徹底的に考察検討することが批判をなす者の義務であらうとも考へるので、茲に改めて初めから考へ直して見ることにする。

第一に臨床的症狀の類似點と云ふ問題である。太田博士説の出發點は自家中毒症が乳兒脚氣、殊に衝心型乳兒脚氣と臨床上多くの類似點を有すると云ふことであつた。其ことは既に本項の初めに詳述し、太田博士の症狀比較表をも掲げた通りである。なる程、其比較表を見れば多大の類似點のあることは明瞭のやうであるが、併しさう云ふ細部にのみ着目せず、大局的に自家中毒症と乳兒脚氣又は衝心型脚氣とを比較考察すれば、其主要症狀に於て著しい相違のあることに氣が付くであらう。其ことは茲に私が縷述する迄もなく、多くの小兒科醫諸氏の夙に熟知する處であらうと考へるが、又自家中毒症と脚氣とが、一般臨床に於て別段に何の困難もなく又苦心も要せずして容易に鑑別され、又從來殆んど混同される傾向がなかつたことによつても明瞭であらうと考へる。

相當の苦悶を作ふ多くの急性疾患は、其細部の症狀、枝葉末節の状態を比較すれば、多分に類似點の見出されることは當然である。例之、蒼白倦怠とか食思減退とか、呻吟苦悶呼吸促迫、脈搏頻數、心悸亢進、不安興奮等々と云ふ如き一般症狀は、重篤の觀を呈する多くの急性疾患には概して共通の現象であつて、何も脚氣とか自家中毒症とかに限つたものではない。肺炎でも疫病でもチ

フテリアでも、或は急性腦膜炎又は又腦炎などでさへも略々類似の状態を示すのである。減尿又は乏尿の如きは、食餌の攝取が少ない場合には總て毎常發現する症狀に過ぎない。従つて此の如き末節細部の症狀のみを如何に多數に列舉比較して見たとて、實際には大した意味がないだらうと考へる。さう云ふ點にのみ着目することを止め、大局的見地に立つて本質的の主要症狀を比較考慮してこそ始めて有意義ではないかと私は思ふのである。例之、乳兒脚氣又は脚氣に最も本質的に重要な臨床的症狀は心臓の擴大であらうと思はれるが、自家中毒症に於てはさう云ふことはない。假りに心臓擴大を示した者があつたとしても、それは極めて少數なる例外に過ぎないのであるが、此點は太田博士も充分に認めてゐられるやうであり、又服部博士の指摘される處でもある。更に又自家中毒症の主要症狀が、著しき倦怠と腹部の不快感並に悪心嘔吐であることは周知の通りであるが、乳兒脚氣又は小兒脚氣にはさう云ふことはなく、たとへ嘔吐があつたにしても自家中毒症とは著しく異なるのである。此の如き兩者の主要症狀を比較検討すれば、兩者の相違は自ら明瞭であらうと考へる。

太田博士の熱心なる主張にも拘はらず、其類似症狀の比較對照表を熟視し、之を大局的見地に立つて冷靜に批判検討すれば、それによつて自家中毒症が脚氣と同一本質の疾患であると斷定することに如何に多くの無理があるかと云ふことは、恐らく一目瞭然と思はれるのであるが、それにも勝して直面する難點は、本症と脚氣とが其臨床上著しく相違せる點である。其發病の狀況に於て、經過又は豫後に於て、將た又再發反復し易きか否かと云ふ點に於て、一として兩者に共通同一の點はないのである。此の如き重要な條件を看過して、單なる末節枝葉をのみ比較して見た處で凡そ無意味ではないかと考へる。併し臨床的症狀の比較は兎角水懸論に終り易いからして、之れ以上立ち入つて論議することは控へたい。

第二にビタミンB又はB<sub>1</sub>劑の効果と云ふ點である。太田博士は其卓効を確信強調され、それによつて本症がビタミンB缺乏症であるとする重要根據とされてゐるが、私は全くさうは思はない。既に唐澤博士も言明される通り(前述)



ビタミンB剤を用ひなくとも本症は立派に癒るのである。私は本症に對しては只今では特にビタミンB剤を用ひないけれども、別段に何の支障もなく、又其経過を遷延することもなく、早きは2、3日、遅きも1週間以内に總てと云つては語弊があるが、大多數は立派に癒つてゐる。尤も、太田博士はB剤を用ひたものは1日或は2日で恢復し、殊にB剤のみを用ひたものは殆んど全部24時間位で恢復したが、之を用ひないものは3—5日を要したと述べておられるが、私の之までの経験ではさう云ふ相違は全く認められず、B剤を用ひても用ひなくとも、其恢復治癒の遅速には何の相違もなかつた。

但し、服部博士はB剤の効果を認めておられるのであるが、それは併しビタミンB缺乏症として認めたのではなく、過敏症の發現を防遏するからと云ふ點に於て之を認めたのである(前述)。他にも勿論B剤の効果を認めた人は幾人かあるけれども、さう云ふ點に就て私は甚だ懐疑的である。何となれば、本症の如き比較的突然に發病はするが、併し又比較的速かに症狀が鎮まつて恢復治癒する性質の疾患に對して、特効的に奏効すると云ふことを確認するのは甚だ困難な問題と思ふからである。従つてB剤を投與しなければ治癒せず、之を投與して始めて治癒すると云ふ確かな事實がない限りは、容易に之を承認し難いのである。現今明らかにビタミン缺乏症と看做される疾患に就て見ても此問題は明瞭ではないかと思ふ。例之、バルロー氏病に對するビタミンCの如き、脚氣又は乳兒脚氣に對するビタミンBの如きは、其原因をなす缺乏ビタミンを補給しなければ仲々治癒しない。或は假りに輕快するにしても、極めて長い時日を要することは疑ふ餘地がないのであるが、自家中毒症にあつては全くそれ等と異なり、B剤を投與しても決してさう速かには癒らず、之を投與しないからと云つても決して治癒が著しく遷延することはないのである。此點は一般のビタミン缺乏症とは非常なる相違であると私は考へるのであるが、太田、服部兩博士を始め、其他のビタミンB剤有効論者も此點に就て改めて虚心坦懐に考慮されんことを希望したい。

更に又ビタミンB剤の豫防的效果に就ても、私のこれまでの多數の経験によ

れば、殆んど全く見るべき特殊の豫防効果を現はしてゐないのであつて、此點に於ても亦太田博士の説とは多大の相違があるのである。

第三に、ビタミンBが奏効するからビタミンB缺乏症だとする見解に就て考察したい。私はB剤が本症に對しては殆んど何等特別の効果もないと考へることは既述したが、假りに一步を譲つて、それが相當有効だとしても、それによつて直ちに本症がB缺乏症だと斷定することは餘りに速斷輕卒ではないかと考へる。それは前述した如く、本症患兒の如き神經質にして偏食に傾き易き小兒には、往々ビタミンBの缺乏状態をも隨伴するのは當然のことだから、若しBが奏効したとしても、それは單なる隨伴現象に對して奏効したものに過ぎず、本症それ自身に對して奏効したのではないとも考へられるからである。例之、ビタミンC缺乏状態にある乳兒が肺炎になつたとして、それに対してC剤を與へたら著しく恢復が促進されたと云ふ事實があつたとしても、之によつて總ての肺炎がC剤によつて治癒するとは斷定し難く、況んや肺炎はビタミンC缺乏症だなどとは云ひ得ないのと同様ではあるまいか。B剤を用ひなくとも癒るものがあるからB缺乏症でない云ふのは穩かでない、と云ふ如き討論が學會で行はれると云ふのは、少しも大局を見ようとしないで枝葉末節のみに拘泥する偏見ではないかと、日本小兒科學會のために私は悲しむのである。

本症に對してビタミンCが有効だと云ふ説もあり(例之、松原謹一博士、兒科雜誌、昭和12年4月號)、又膽汁酸に卓効があると云ふ説も中島正徳博士によつて發表され、又服部博士も之を認められたやうであるが、若し其通りであるとするならば、自家中毒症はビタミンC缺乏症でもあり、又膽汁酸缺乏症でもあると云ふことが果して出来るであらうか。假りにさう云ふ説を出した處が、恐らく一顧の價値なしと冷笑されるに過ぎないだらうと私は考へるが、それがビタミンBならば一體どんな特異點があるのかと、私は質問したい。之は少し皮肉に過ぎるかも知れないけれども、餘りムキになつて主張されるとつひさう云ふ皮肉も云ひたくなるのである。

一體此頃はビタミン萬能時代のやうになつて、何でも彼でもビタミン流行で



あるが、眞の意味のビタミン缺乏症などは決してさう多いものではないと私は考へる。元來ビタミン缺乏状態などは色々の人々に存在しており、殊に小児には其點が著しいと思はれるので、さう云ふ小児が他の疾患に罹つた場合に、缺乏したビタミンを與へて良効を奏することはあり得ることでもあり、又決して少ないものでもないと思ふけれども、さうかと云つて併し、それ等各種の疾患の總てにビタミンが卓効を奏するなど云ふことは決してなく、祝んやそれ等の疾患がビタミン缺乏症などと斷定したとすれば、それこそ輕卒なる速斷か或は誤斷ではないかと私は考へる。たとへばビタミンの投與がそれ等に對して奏効する場合があつたとしても、それは單なる隨伴現象を除去するだけに止まる事が多く、決して眞のビタミン缺乏症とは云ひ得ないであらう。

第四の疑問として血糖の問題が現はれるのであるが、此點は太田博士のビタミンB缺乏症説に對して重大なる障礙となり、若しくは致命的の缺陷となりさうである。何となれば、太田博士の自家中毒症を以てビタミンB缺乏症なりと斷定した最初の論文に於て、其根據の一として『……低血糖等を示す點等が乳兒脚氣殊に衝心型乳兒脚氣と多くの類似點がある……』と述べてゐられるのであるが、乳兒脚氣は低血糖を示さないと、全く逆の事實が其前著に於て明瞭に述べてゐられるからである。即ち昭和9年總會に於ける宿題報告『乳兒脚氣』と云ふ浩瀚なる講演に於て太田博士は、先づ脚氣並に實驗的ビタミンB缺乏症に於ては血糖は大多數は正常であるが、病勢進行期又は衝心型に於ては糖尿を起さざる程度の過血糖があると云ふ從來よりの報告を述べた後、著者等の研究の結果として『……血糖値は健康乳兒では平値 0.089 g/dl, 乳兒脚氣では非衝心型で0.088 g/dl, 亞衝心型 0.083 g/dl で正常範圍である。之に對して衝心型8例に於ては最高 0.139 g/dl, 平均 0.122 g/dl に達し、輕度ではあるが過血糖のあることを見た。治療前後の比較は 19 例に於て其平均値は僅少なから減少を示した。勿論之は正常の動搖の範圍であるが、各個の症例は 2 例を除き總て多少なりとも減少してゐるから、之を治療による減少と認めない譯にはゆかぬ。殊に衝心型では治療前既に過血糖があるから減糖は一層明瞭

である。30—50 % の減少があつた。衝心型で死亡した2例では過血糖のままでも少しも變化を示さないものと、又平常値から過血糖 (0.144 g/dl) に向上したものがあつた』(兒科雜誌, 昭和9年 415 月 1759 號) と述べ、衝心型乳兒脚氣に於ては明らかに過血糖を示し、而もビタミンB投與療法によつて此過血糖は漸次減少することを強調してゐられるのである。

然るに其後に到り、自家中毒症に於ける低血糖を以てビタミンB缺乏症とする一根據となし、殊に本症が衝心型乳兒脚氣と總ての點に於て符節を合せたるが如しと云はれる點は誠に了解し難い。少なくとも血糖の點に於ては兩者全く相反したる現象を示し、少しも符節を合はさないのである。此點は既に昭和15年總會に於ても重ねて服部博士より討論されたのであるが、之に對する太田博士の答辯は、前後2回とも全く誌上に掲載されず、不明のままになつてゐるのは誠に遺憾であるが、此點に就ては猶ほ解決してゐないものと思はれる。自家中毒症に低血糖を作ふことは、既に疑ふ餘地のない程明瞭にして周知の事實であるが、それとは全く反對に、血糖正常若しくは過血糖を示すことを自ら實驗力説された乳兒脚氣と自家中毒症とが、同様にビタミンB缺乏症であると斷言されると云ふのは、何處かに重大なる矛盾が潜むことは疑がない。

以上で初期の太田博士に對する批判の大體を盡し、其矛盾を指摘し、自家中毒症即ちビタミンB缺乏症説の極めて疑はしいことを明かにした積りである。私は最初にも述べた通り、此の如きビタミン缺乏説を信じ得ない者であるが、其理由と根據とを茲に明記して以て討論者としての義務を盡し、且つ態度を明かにした。併し太田博士の説は以上を以て終つたのではない。其後更に研鑽を重ね新しい實驗的根據を發表されたから、私も更に其點に就て考察検討しなければならぬのであるが、太田博士の新研究は私如き者の批判し難い手強いものであり、私にとつては至極難事である。だが併し、それ等の點に就ても私には疑問と思はれる處が少なくないから、誠に不遜にして失禮ではあるかも知れないけれども、以下疑問の第五として私見を述べさせて頂きたい。私は自家中毒症の血液ビタミン量を定量したこともなく、又ビタミン負荷試験を行つたこ



ともないから、山本は自分で実験もしないで他人の研究を批判すると云ふ御立腹を、再び重ねて太田博士より受けるかも知れないけれども、其點に就ては何分の御寛恕を切望したい。

第五の疑問としては即ち血液中のビタミン B<sub>1</sub> 含有量の問題である。本症患者の發病中に血液ビタミン B<sub>1</sub> 含有量が低下してゐると云ふ點は誠に御尤と云ふ他はないが、茲に疑問と思はれることは、此の如き小児は其健康時に於ても亦血液ビタミン B<sub>1</sub> 含有量が低下してゐると云ふ事實である。果して其通りであるとすれば、本症の發作はビタミン B<sub>1</sub> の缺乏と如何なる關聯をなすものか誠に了解に苦しむを得ない。本症が眞の B<sub>1</sub> 缺乏症であるならば、其缺乏が除かれないにも拘はらず、數日の経過を以て卒然として其發作症狀が解消して恢復治癒に到るのは一體何故であらうか。又其平常時に於ても明らかに B<sub>1</sub> 缺乏状態だとすれば、さう云ふ小児が發作を起さずにゐられると云ふことも了解し難いと云ふ他ない。此點に就ては既に其當時に於て箕田博士が『恢復に際しても B が減少のままであるものがあるとしたら、其時何故自家中毒症狀も繼續しないでせうか……』と討論されたことに私も全く同感する者である。

ビタミン缺乏症たることが明瞭なりとされるバルロー氏病又は乳兒脚氣にあつては、缺乏せるビタミンを十分に補給することなしには、卒然として數日間の経過を以て症狀消退して恢復治癒することは不可能である。自家中毒症だけが何故に缺乏のままで急速に恢復治癒するのであらうか。かう云ふことは、常識上到底了解し得ないやうに思はれるが、果して如何なるものであらうか。尤も、バルロー氏病又は乳兒脚氣患兒が、其恢復治癒した後に於ても亦長日月に亘つて其血液中にビタミン含有量が減少してゐるものか否かを私は知らないのは誠に汗顔の次第であり、同時に又私の疑義に迫力を缺くのは遺憾であるが、太田博士の報告を文字通りに解釋すれば、本症がビタミン B<sub>1</sub> 缺乏症であると云ふ説明にはなり得ないやうにしか思はれない。

同様な疑問はビタミン B<sub>1</sub> 負荷試験の成績にも現はれてゐる。即ち自家中毒症中時間に於ける 6 例のいづれに就ても B<sub>1</sub> の尿中排泄量は著しく少なく、

而も其中の 4 例、即ち過半数に於ては却て發病時に於けるものよりも少なく、中には(一)となつてゐる者さへあるのである。然るに此の如き著明なる B<sub>1</sub> 缺乏にも拘はらず、該小児は其時は兎も角平常の健康状態を示し、全く本症の發作を示してゐないのは果して何故であらうか。誠に之は不思議なる現象と云ふ他ないやうに思はれる。本症が眞實にビタミン B<sub>1</sub> 缺乏症であるならば、其缺乏程度の著明なる者に於てこそ發作が發現すべき筈と思ふのであるが、太田博士の實驗事實はそれとは全く反對に、却て缺乏程度の少ない者に於て發病し、其著明なる者が發作なき中間の健康状態となつてゐるのは、私如き凡人には到底理解し難い問題である。

私は決して太田博士の實驗成績を疑ふ者ではない。唯併し其實驗を根據とした解釋を理解し得ないのである。其實驗成績の通りだとすれば、自家中毒症患者は其發病時たと平常健康時なると間歇時なるとを問はず、常にビタミン B<sub>1</sub> の缺乏状態にあると云ふことになるかも知れないけれども、それを以て直ちにビタミン B<sub>1</sub> 缺乏症であると云ふ斷定は引き出せぬだらうと考へる。何となれば、平生の健康状態と思はれる時でも發病時でも殆んど全く同様だと云ふのでは、其發病が B<sub>1</sub> 缺乏に因ると云ふ結論にはなり得ないからである。又若し眞に B<sub>1</sub> 缺乏症であるならば、發病時と健康時とが同一状態である筈もあり得ないだらうと思はれる。従つて太田博士の實驗成績は、自家中毒症即ちビタミン B<sub>1</sub> 缺乏症なりとされる自説を、却て覆したものとしか思はれないのである。

最後につまらぬ疑問ではあるが、も一つ述べさせて頂きたい。それは乳兒脚氣、成人の脚氣等が近來著しく減少して、乳兒脚氣の如きは極めて稀に見る疾患とさへなつたにも拘はらず、同様にビタミン B 缺乏症なりとされる自家中毒症が少しも減少の色なく、却て反對に年々逐増の傾向にあるのは何故であらうか、と云ふ點である。太田博士の如きは最近 1 年間に 40—50 例も診察されてゐるらしいが、さう云ふ方は極めて珍らしいにしても、兎に角年々増加の傾向あることだけは確實と思はれるが、此點に就て太田博士は如何に解釋されるのであらうか。ビタミン B 缺乏症の型が變つたとでも云はれるのであらうか、



或は又不全型だとでも云はれるのであろうか。

私は太田博士の説を信じ得ないことを既に繰返して述べたが、其理由は以上の如き疑義に立脚することを茲に明記した。即ち第一に症状の類似は單に枝葉末節の點に止まり、其最も主要なる症状に於て著しく異なること、第二にビタミンB劑に特殊の卓効を認め難きこと、第三にはたとへビタミンBに相當の効果があつたとしても、それは單なる隨伴症状に對する作用としか思はれないから、そんなことでビタミンB缺乏症と斷定することは餘りに輕卒ではないかと思はれること、第四に血精に於て兩者全く相反してゐることが、而も太田博士御自身の研究成績に明瞭であること、第五に、たとへ血液中ビタミンB<sub>1</sub>含有量が減少し且つ負荷試験成績によつて之を立證したとしても、猶ほ且つ太田博士の成績からは本症がビタミンB<sub>1</sub>缺乏と斷定すべく多くの無理があること、等々の諸點である。以上の諸點が明瞭に解決されるならば兎も角、然らざる限りに於ては、自家中毒症を以てビタミンB缺乏症なりとする説に私は賛同することは出来ない。

但し、ビタミンB缺乏と密接の關係があると云ふだけの點に止まるならば、私も別段に強ひて反對したくはない。何となれば、本症患兒の如き神経質にして偏食に傾き易い小兒は、其性質上各種ビタミンの缺乏状態に陥り易いのは當然だからである。併しそれは、本症がビタミンB缺乏症であると云ふことは全く別種の問題であつて、單なる隨伴症状の一つにしか過ぎない。例之、消化不良症又は營養失調症の乳兒にビタミンC缺乏者が多數にあるからと云つて、夫等の疾患が決してC缺乏症であると斷定し得ないことと同一理由によるものである。ビタミン缺乏状態の如きは小兒の各種疾患に廣く隨伴する現象に過ぎないのであつて、決して自家中毒症のみに作ふ現象ではないのである。此の如き平凡なる隨伴症状を以て其本態なりと斷定するが如きは、本末を顛倒せる近視眼的解釋ではないかと失禮ながら私は考へる。尤も、太田博士も昭和16年の總會講演に於ては、其結論として『之を要するに、自家中毒症の發病とビタミンB<sub>1</sub>の缺乏との間には離るべからざる關係があることが確められたと思ひ

ます』と述べ、其態度を幾分か緩和されたやうにも感ぜられるので、若し其通りとすれば敢て深く論及する必要もないかも知れない。

終りに、自家中毒症を繞つてこれ迄私は屢々太田博士と見解の相違を生じ、多くの疑義を申し立て、禮を失した點が甚だ多いことは誠に恐縮の至りと深く御詫び申上げる次第であるが、之は我國小兒科學の進歩發展に對する熱心の餘りと何分の御寛恕を希ひ、私の僭越なる反駁に御立腹されることなく、又之を黙殺されることもなく、我が小兒科學界のため虚心坦懷に討論されるだけの雅量を示されんことを切望するものである。

### 體質異常説

以上で自家中毒症の本態に関する最も華々しい諸説を批判検討し悉したと考へるが、併しそれだけで終つたわけではなく、幾分曖昧を免れない點があるにしても、他に猶ほ2, 3の説があるから、以下之を一括して論ずることとする。即ち異常體質説、神経性疾患説、自律神経系障害説、肝臟機能障害説等であるが、之等各説はいづれも異常體質と云ふ根據に立脚する點に於て總て共通であるから、之を體質異常説として一括する方がよささうに思はれる。

#### (I) 初期の異常體質説

本症が體質異常に因ることに就ては、既に本症の最初の報告者にして名付け親たる伊東博士の注目指摘された處である。伊東博士が體質異常として注目されたものは胸腺淋巴質であるが、其理由として同胞が幾人も本症に罹ること、又同一小兒が何回も反復して罹患すること、疫痢に罹つたことのある小兒が本症に罹ることのある點等を挙げ、更に一層重要な根據として、『本症が哺乳兒期以後、即ち2歳以上の者に來るのはどう云ふことを意味するかと云へば、胸腺淋巴質と云ふ體質は、之は大體滿2歳以上になつて完成するので、其時期が丁度本症に罹る年齢と略々一致してゐる。又此體質は年をとるに従つて、7歳以上になると體質の程度が軽くなつて行く、大人になると非常に少ない。かう云ふことが本症と關係する。而て此體質は單なる推測だけでなく、解剖上證



明することが出来る。2例解剖したが、24時間位で斃れた所のもので著しき腫れ方をしてゐます。此の如く臨床上にも解剖上にも、胸腺淋巴質と云ふことは一點の疑もない所です。即ち之に罹る子供は胸腺淋巴質ですから、僅かの有害物のために中毒作用が起るものと考へられる』と述べてゐられる（日新醫學、第7巻第10號、大正7年）。

然るに此胸腺淋巴質説に就ては、其後發表された多くの剖検例では餘り之に一致した結果を示さず、太田博士によれば（實驗醫報、昭和9年9月號）昭和9年迄の剖検例13例中、胸腺淋巴質を證明したものは僅か1例に過ぎないさうである。即ち伊東博士の確信にも拘らず、實際に於ては本症と胸腺淋巴質との關係は殆んどなく、假りにあつたとしても極めて稀有なことが明らかとなつた。更に胸腺淋巴質説に對する有力な難點は、之を確證することが解剖上に於ても容易でないことである。即ち胸腺肥大者必ずしも胸腺淋巴質とは限らず、又胸腺の實際の大きさに就ても、長い病氣の後には胸腺も萎縮するものとされ、急死した者の胸腺が大きいのは當然だと云ふことに近來は解釋されるやうになつたので、胸腺の大きさによつて胸腺淋巴質を判斷することは極めて困難と云ふ他はなく、愈々胸腺淋巴質と云ふ異常體質は疑はしいことになつた。

併しそれにも拘はらず、此問題は今日に於ては云ふ迄もなく、將來に在つても亦相當重大なる意義を有し、輕々には葬り去れないものと私は考へる。何となれば、體質異常の問題は今日猶ほ未だ不明の域にあり、殆んど明瞭にされてゐないので、本症が體質異常に因るものか否かと云ふ點は猶ほ到底解決し得ないからである。本症の如く明瞭なる誘因を認め得ずして往々突然發病し、同胞或は同一人に屢々反復すること等は、異常體質説を持ち出さなければ何とも説明の出来ない状態にある。服部博士でさへも其アレルギー説を主張するに當つて此點を重視し、『アレルギー性疾患を論ずる場合に一般的注意として、アレルギーは生體反應であるから、個體の感受性、就中植物性神経系の状態及び體質が、その發現に大なる役割を持つことを常に考に置くべきである』と述べ、本態の一部を體質異常に歸せんとする態度を示されたのである（兒科雜誌、昭

和15年4月號481頁）。

茲に於て體質とは何か、體質異常とは何かと云ふ點が先決問題として登場するのであるが、肝腎の此先決問題は常に後廻はしにされ、常に後決問題として未解決の中に残され、討論に於ける一種の逃避所として利用される如き現状に於ては、猶ほ此點を解決することは到底不可能である。自家中毒症の本態、若しくは其症狀發現に對して體質異常が或る程度の關聯、或は密接なる關係を有することは恐らく疑のない處と推測されるのであるが、其點は遺憾ながら猶ほ想像の域に止まり、之を明瞭に實證し得ないので、深く之に論及することは避ける。尤も、アドレナリンに對する感受性がどうか、ピロカルピンに對する反應がどうか云ふ點は立證し得るのであり、又之を検索した報告もあるが、それが果して體質異常を示すものか否かと云ふ點はなほ不明と云ふ他ない。

## （2）神經性疾患説

本症の發現が所謂神經質と密接の關係があり、神經性又は精神的影響に關聯することが多大であると云ふことは、既に昔から云はれたことで、獨逸書などにも此點は明瞭に記載してある。従つて此説は何も新しい説ではなく、極めて舊い説と云ひ得るのであるが、併し之が體質異常と關聯する點に於て一種の新説と看做されないこともない。佐野寅一博士の説では、『自家中毒症は單獨にも來るが、他の疾患に隨伴しても起り得る。夫故に臨床上には本症を獨立疾患とせず、症候名とした方が便宜である。何れにもせよ自家中毒症の凡ての症狀は神經性的なものとして説明出来る。夫故に本症を一種の神經性疾患であると斷定してよからう。ただ珈琲殘渣様血液嘔吐が之に一致しないやうであるが、此症狀は嘔吐の續いた結果招來するもので、必ずしも本症に特有のものでない』（兒科雜誌、昭和9年414號1655頁）とあり、此説は又『實驗醫報』昭和9年11月號に詳しく掲載されてゐる。

本症の發現が神經性又は精神的影響と多大の密接關係あることは疑がない。従つて之を神經性疾患と見るのも大いに一理あるやうにも思はれるが、そこにはまだ何か割り切れぬものが色々ある。殊に神經性疾患と云ふ大雑把な名稱で



以て本症の本態を説明解決しようとする云ふことは、恰も體質異常説で片付けようとすると同様に、徒らに漠然とした曖昧模糊の中に事を弾り去らんとする如き苟安なる解釋ではないかと私は思ふのである。佐野博士の断定は、恐らく本症を以て神経性疾患に属すべき一種のノイローゼとなすものと想像されるが、其説の最大缺陷は何等本體に就て説明する處がないことである。唯概略的の分類を示しただけで、如何なる種類の神経性疾患であるか、如何なる機序によつて發現する神経性疾患であるかと云ふ、最も肝腎なる點を不問の中に放置した點である。それでは漠然たる體質異常説と殆んど何の異なる處もないものの如くに私には思はれる。

本症を以て簡単に神経性疾患であると断定して安心してられるものならば、實は私もさうしたいのである。私も本症を以て一種の神経性疾患と考へ、之を消化器系疾患より除外して神経系疾患の中に編入したいとさへ思つてゐる。だが併し、私の問題にしたい點はそんな大雑把な漠然たる處にあるのではない。如何にして本症が發現し、如何なる機序によつて本症が経過するかと云ふ點、即ち其本態は何處にあるか、何を以て本症の本態とするかと云ふ根本問題に存するのである。従つて佐野博士の説の如きは、私の茲に論ずる限りではない。神経性の影響が本症の發現に對して多大の關係を有することに就ては、全く疑のないものと私も考へる。併し、其神経性影響が如何にして本症を發現せしめるかと云ふ、更に一步を進めた點に就て考察したいのである。

### (3) 自律神経系障害説

自律神経の異常を以て本症を説明せんとする説は、神経性疾患説及び異常體質説を一步進め、其漠然たる範圍を幾分か狭めて、幾分か明瞭なる見地に立つたものと云ひ得るかも知れない。此説は箕田博士によつて提唱されたものであつて、其發端は伊東博士の異常體質説の不備を補足して一層明瞭なるものとした意圖に發するものと思はれる。即ち異常體質説は餘り漠然とし過ぎてゐて之を捕捉し難く、さりとて胸腺淋巴質説は肝腎の解剖上所見が一致しない箇所が多いので、之を自律神経系の異常と云ふ一點に集中して以て體質異常の一分

野を開拓されたのである。而て此説は既に昭和7年(診斷と治療、臨時増刊)に於て其一端が發表されたのであるが、更に昭和12年『兒科診療』2月號に於て一層明瞭に之を繰返された。

箕田博士は、本症の最要誘因たる精神的影響に着目し、本症に伴ふあらゆる症狀を自律神経系の異常によつて説明し得ると云はれる。例へば脳症狀は、脳血管運動の移動が、偶々異常の精神過勞等の結果常態を缺ける運動状態に基因して、血管の擴張すべき時に擴張せずして却て痙縮状態となるが如き血行障碍によつて發現し、アセトン尿、インヂカン尿等は肝臓血管の痙攣又は肝組織の運動異常、即ち肝臓の官能的乃至物理的機能障碍の結果であるとなし、又嘔吐下血等の胃腸症狀は、胃部又は十二指腸部に於ける痙攣、及び之に伴つて發する胃乃至十二指腸に於ける血管痙攣によつて發する血管壁の器質的變化によつて容易に説明し得べしと述べられた。而て其結論として、『以上を總括せば、所謂自家中毒症狀は、體夫々の個所に於ける血管乃至自律神経系支配下の平滑筋組織、或は自働運動可能組織の異常緊張状態による障碍の總和なりと考ふことが出来る』と述べ、此の如き中毒症狀は、所謂疫痢様中毒症狀と全く同一であつて、總て體質異常の基礎の上に成立する症狀なる旨を説き、病名に關しては、『自家中毒症なる病名は中毒に囚へらるる恐あるが故に、前述の理論に従ひ私は寧ろ生物物理的障碍による發生病理を尊重し、自律障碍症或は自家障碍症と云ふべきだと信ずる。恰も起立性蛋白尿症を *Dysuria angiospastica* と云ひ表はして居る如く』と述べられ、例によつて新病名の提唱をされたが、九大小児科では誠に新病名を付けることがお好きらしい。

此の箕田博士の説は、單に神経性疾患だとか、體質異常だとか云ふ漠然として捕へ處のない説と異なり、本症發現の機序を理論的に示された點に特色があり、又價值あるものとして注目される。此の如き局所的の血管痙攣説は、箕田博士が前々から所謂疫痢様症狀の發現に對して好んで説明された處であつて、解剖的にも腦所見に於て一致するものがあると云ふことであるが、併し自家中毒症に就ても同様な解剖的所見を證明されたか否かを知らない。前掲『兒科診



療』誌上の論文にはその點には全く觸れてなく、唯疫痢様症状から推測推理したに過ぎないやうに思はれる。もし私の想像する通りだとすれば、箕田博士の自律神経障碍説は、現在の處一つの想像説乃至假説に過ぎないことになるだらうと思はれる。又此の如き自律神経系異常と稱するものが、如何なる形に於て實際に存在するものであるか。或は又此の如き異常者が假りにあつたとしても、それ等を如何にして立證するのであるか、と云ふ如き重要な問題には全く觸れてゐない。唯さう云ふ自律神経系異常と云ふものを、想像により推定しただけに止まるのである。従つて此説を充分に批判するのは困難であつて、批判者も亦想像によつて揣摩臆測する他に致方がないやうである。

その爲でもあらうが、此説に對する批評は餘り多くないやうであるが、太田博士は之に對して反對意見を述べられた。即ち『余等は箕田教授の脳血管痙縮説につき疑義を懐くもので、疫痢にせよ自家中毒症にせよ、血壓の下降と共に血管の緊張減退があり、殊に表在静脈は重篤の時に皮膚には見えなくなり、又切開した時でも皮下に血液を含まない白い平たい膜状管として露出されるやうになる。かかる血液分布の異常と充實不全とは血管の痙縮では説明出来ない。寧ろ反對に血管の緊張減退による弛緩でなくてはならぬ。従つて脳血管の痙縮は首肯出来ない。又ヘマチン嘔吐のあつた患者の胃の剖見所見は、胃粘膜毛細血管は著しく擴張してゐて、血管網が著明に見える場合が少くない。此場合も箕田教授の所説とは反對に、寧ろ胃粘膜血管弛緩擴張を證明するものである。即ち嘗て動物實驗で嘔吐を頻發させた場合に、胃粘膜血管が擴張してゐることを證明した故田村氏の成績によく一致してゐる』(實驗醫報、昭和9年9月號1499頁)と、血管痙縮説に眞向から反對してゐられる。

但し同じ論文に於て太田博士は其次に、本症患兒の多くが神経質であり、殊に顯著な植物性神経系機能異常が平生から既に存しており、其機能異常と自家中毒症状發現とは密接なる關係にあることを強調された。即ち劇烈なる自家中毒症状を起して意識喪失し、皮膚の脱水症状著明なるにも拘はらず唾液分泌の旺盛であつた2例を見、又4例の本症恢復期患兒に植物神経系機能検査を施し

た處、1例はヒコカルピンにより、1例はアドレナリンによつて劇烈なる嘔吐と急劇な蒼白と脈搏・呼吸の烈しい頻數とを惹起し、全く自家中毒症と酷似した状態を認め、他の2例に於てもワゴトニーを證明したと述べ、又嘗て島、菅原、前田氏等の検査でもワゴトニーを認めたと附加して、『此實驗は余等の推定を裏書きし、自家中毒症の患兒には植物神経系の顯著なる機能異常の存在と、自家中毒症と此の機能異常とが密接なる關係のあることを明白にした』と結論し、更に2例に就て之を豫防に用ひたが全く無効であつたと附言された。

此の如く、本症患兒に植物神経系の機能異常あることに就ては太田博士も之を充分に確認されたのであるが、併し箕田博士の血管痙縮説は手酷しく反對否定されたのである。然らば此點に關して太田博士は如何に解釋されたのであるか。其點に就ての太田博士の解釋は次の如くである。即ち『余等の以上の實驗は、自家中毒症の一部分の病理を明かにしてはゐても未だ其本能を把握してゐないことを示唆するものである。殊に定型的植物神経症たるフェール氏病の如く、直接に植物神経藥物を以ては自家中毒症の症状を治癒する効果を全然獲得出来ない。寧ろ上述の實驗の如く、時には却て罹患を再現せしめる。其他自家中毒症が植物神経症だとしては、本邦のみに特有である理由がない。又症状に於ても説明に苦しむものが少くない』と述べ、愈々本症がビタミンB缺乏症なりとする論據に入つてゐられる。以上の太田博士の反對論には何だかしつくりしない點もあり、又私などには理解し難い點もあるが、それは箕田博士の説に就ても同様だから、其點には茲では觸れないことにする。

さて以上箕田、太田兩博士の兩説のいづれが正しいか。兩説ともに色々難點があるやうではあるが、それ等を検討して考へられることは、自律神経系の機能異常と云ふ點に於て全く一致してゐる點である。而て又此點は現今多くの學者の認める處でもある。それ等の點より歸納すれば、自家中毒症患兒には、異常體質として自律神経系機能異常が存在すると云ふことだけは略々確實と思はれる。そこで問題は、此の如き自律神経系異常と云ふことが、果して本症の本態かどうかと云ふ點に移ることになる。之は仲々難問題と思はれるが、箕田博



士説にとつては之れが最も肝腎な點であり、唯一無二の核心と云ふことになるのである。ところが此の如き自律神経系の機能異常などと云ふことは、何も自家中毒症に限つて存在する問題ではなく、其他各種の疾患に伴つて存在し、又何等疾患のない健康と思はれる小児にさへも存在する事實に過ぎないので、之を以て直ちに自家中毒症の本態だと断定するのは餘りに早計にして速断ではないかと私は考へる。其處にはまだ幾多の考慮検討すべき點があるにも拘はらず、それ等の一切を無反省に飛び越えた感があり、疑はしき事實に立脚して直ちに断定へと飛躍し過ぎ、充分なる考察を遂げることなくして徒らに結論へ急ぎ過ぎたものではないかと思ふのである。

自家中毒症患兒には自律神経系異常者が多くあるのかも知れない。併し、其肝腎の検索さへも不十分のやうに思はれるのであるが、一步を譲つて、假りにすべての本症患兒がさうであつたとしても、自律神経系異常のある者は決して自家中毒症患兒だけではないことでもあり、又さう云ふ機能異常の検索方法に就てさへ不備があつて完全とは云はれない現状でもあるから、唯それだけの事實、即ち本症患兒をアドレナリンやピロカルピンで検査したら反應が鋭敏であつたと云ふ如き、謂はば極めて單純なる一現象を捕へて直ちに本症が自律神経系異常に因るものだとか、自律障害症だとか断定することは、常識を以てしては到底不可能のことではないかと私は考へる。箕田博士の説には色々の難點があるが、其中の最大難點は此處に存するやうに思はれる。

又箕田博士説の理論的根據たる、精神的過勞が自律神経系異常者に對して腦或は胃腸の血管痙縮を惹起すると云ふ假説が假りに其通りだとしても、自家中毒症の發現を説明するには甚だ無理であつて、到底之を納得し得ないやうに思はれる。何となれば、此の如き精神的刺戟が血管の局部的痙縮を起したとしても、それは恐らく一過性の痙縮に止まり、間もなく此の如き状態は恢復すべき性質のものであつて、本症の如く數日間も持続する如きことは考へられないからである。例之、精神的ショックによつて惹起される腦貧血の類と其軌を一にするものと考へるのが至當のやうに思はれるのであるが、腦貧血の一過性なる

に比較しては、自家中毒症は餘りに持続的に過ぎて、到底之等兩者が類似の精神的刺戟による局所血管の一時的機能異常に基因するものとは考へられない。即ち局所血管の反射的痙縮と云ふ説は、説としては誠に興味あるものではあるが、數日間も症状持続するが如き本症に對しては到底簡単に適用することは出来ないだらうと私は考へる。

更に自律神経系異常と一口に云つても、それが如何なる異常であるのか、如何なる性質の異常であるのか全く不明であり、且つ又フェール氏病の如き現今明らかに自律神経系異常に因ると目される疾患との關係に就ても、全く何の考慮も拂はれてゐない。等しく自律神経系の異常に因ると断定する以上は、之等兩疾患間に於ける關聯を明らかにする必要があるだらうと私は考へるが、其點に就て箕田博士は果して如何に解釋されるのであらうか。尤も、自律神経系疾患はフェール氏病だけだとは限らず、紅肢痛、對側壞疽、クインケ氏浮腫等も其中に數へられ、而も之等はいづれも脈管神経系疾患として、血行の局所的障礙に因るものと看做される點は、箕田博士の説と餘程類似點があるやうにも思はれるので、如何なる性質の異常であるかが明瞭でないとしても、さう一概に否認排斥すべきものではないやうにも考へられる。

之を要するに、自家中毒症の發現に對して精神乃至神経の影響の絶大なる點並に自律神経系の異常が明らかに想像される點に鑑み、箕田博士の説は誠に興味あり、意義あるものと思はれるのであるが、併しそれを以て直ちに本症の本態とする點には多大の難色を感じざるを得ない。たとへ此ことが本症と密接の關係ありとしても、それは單に本症の發現をして容易ならしめる一の要因にしか過ぎないのであつて、本症の本態は猶ほ全く別個の點に存するものと私は考へる。此點に關して更に猶ほ一層の検索と考慮とを箕田博士に希望したい。

#### (4) 肝臟機能障礙説

自家中毒症の發現が肝臟機能の障礙と密接なる關係を有することに就ては、既に一般に認められる處である。即ち本症に伴ふ低血糖、アセトン血乃至アセトン尿等の重要症状よりして、之が肝臟機能の異常に關聯することは明瞭



と思はれる。唯此の如き肝臓機能の障害を本症の發現に對して重く視るか、或は軽く視るかと云ふ見解に於て多少の相違があるに過ぎない。太田、箕田兩博士は之を極めて輕視されてゐるらしく、服部博士は全く輕視されない迄も、必ずしも之を重視してはゐられないらしい。此ことは前記諸博士の論文を見れば明らかである。例之太田博士は主として肝臓の鬱血に注目されただけであり、箕田博士は『……所謂代謝障害の結果として考へらるるアセトン尿、インヂカン尿等も亦肝臓の機能障害の結果たることに相違なしとするも、是等も亦毒物の作用による肝臓機能障害を考へずとも、肝臓血管の痙攣或は肝臓組織の運動異常、即ち肝臓の官能性乃至物理的機能障害の結果として是等を發し得ることも考察し得ることは、既に諸學者の説に糺すも之を肯定し得る』(兒科診療、昭和12年2月號109頁)と述べてゐられる。

肝臓の機能障害に就て服部博士は昭和13年總會に於ける有名なる特別講演に於て、アレルギー性疾患に於ける關係に就て次の如く述べられた。『今日迄に發表されて居ります感作だけによつて身體に如何なる變化が起るかと云ふ代表的業績としては、三田教室になされました肝臓障害の實驗であります。之は非常に廣汎な有益な業績でありまして、この教室の意見としては、肝臓機能の障害なくしてはアナフィラキシーは起らない。云ひ換へれば、感作された本態は肝臓機能の障害にありとまで極言されて居ります。私達の處でも之に就て追試いたしましたか肯ける點が多々あるのであります。ただ感作と云ふ事だけで肝臓機能が侵される。而もその侵され方が感作操作を終つてから或一定の期日が経つて、即ち1週間以上を經過して漸次にその機能障害が表はれて來て、10日、2週間、3週間と漸次著明になつて、丁度再注射によつてショックが起ると云ふ時期にこの障害の最も著しいのを見るのであります』と述べ、更に肝臓に組織的變化、即ち血管の充盈と細胞の潤濁變性の現はれることを認めたと述べてある。而て服部博士は自家中毒症を以てアレルギー性疾患なりと斷定されたのだから、本症に於ても亦當然肝臓の機能障害を認められたのであつて、其ことは昭和15年總會に於ける永井博士の講演に對する討論として、

『異種血球凝集も同様感作動物にこの反應を見ること、且つ之は肝臓機能障害と並行することは既に述べた所で、之がアレルギー疾患の一の表現と見ることが出来る』(兒科雜誌昭和15年4月號481頁)と述べられたことによつても立證される。即ち本症に肝臓機能の障害を伴ふことは、服部博士の充分認められる處である。

此の如く肝臓機能の障害が自家中毒症に殆んど必ず伴ふことは、多數の學者の既に充分承認する處であるが、此現象を以て多くの人々は單純なる隨伴現象乃至二次的現象と看做し、自家中毒症の本態とは直接關係のないもの、或は一次的關聯の少ないものと解釋してゐるらしい。即ち其肝腎なる本態はアレルギーと云ふ點にありとし、又ビタミンB<sub>1</sub>缺乏にありとなし、或は又自律神經系異常に存するとなす類である。然らば本症に於けるこの肝臓機能の障害と云ふ現象は、諸家の輕視する如く果して單に隨伴的乃至二次的の現象に過ぎないであらうか。

私はこの肝臓機能の障害と云ふ現象を以て、諸大家の如く單純なる二次的隨伴現象とは考へられないのであつて、此ことを以て自家中毒症の本態と最も關係深きもの、一次的の直接關聯ある現象と看做したいのであるが、其理由に就ては遺憾ながら猶ほ未だ充分に之を説明し得ない。併し、本症に必ず伴ふ低血糖とかアセトン血症とかが、極めて早期に、往々にして嘔吐發作の發現する以前に既に存すると云ふ事實は、どうしても肝臓機能の障害を以て一次的乃至原因的の機序と考へる他に解釋のしやうがないと思はれる。何となれば、もし之が二次的乃至結果的隨伴現象であるならば、アセトン血症等が此の如く早期に發現する筈がないからである。本症に於けるアセトン血症乃至アセトンの排泄が極めて早期に發現することは、既に歐米學者を始め多くの先人の説く處であるが、永井義三博士の檢索によつても亦明瞭である。即ち腹痛乃至腹部不快感あるも未だ悪心嘔吐を發せざる初期(發病第1日乃至2日)に於て、著明なる呼氣のアセトン臭と尿アセトン反應とを明らかに證明したる3例は、永井博士の論文『自家中毒症の本態に關する臨牀的研究(第2編)呼氣アセトンの排泄



に就て『(兒科雜誌, 昭和 16 年 7 月號)に明示されてゐる。此ことに關して永井博士の結論には、『本症に於けるアセトン血症乃至アセトンの排泄が極めて早期に, 時に嘔吐發作に先立ちて著明に發現し, 且つ決して單純なる饑餓により惹起せられるものに非ずして, 却て饑餓の如何に拘らず時日の経過と共に減少するものなることを, 實驗並に症例によりて明らかに認め得たり。換言すれば, 本症に於ける著明なるアセトン血症は寧ろ一次的或は原發的と思考せらる』と述べてある。

私は永井博士と共に此點を重視する者であるが, 然らば何故に, 又如何にして此の如き肝臟機能障礙が一次的に生ずるものなりや, と云ふ第二の疑問に就て考察しなければならぬ。最も肝要なる此點に關する説明は, 遺憾ながら愚鈍なる私共の猶ほ未だよくする處ではないのであるが, 併し多少の想像的解釋がない次第でもない。即ちそれは精神的乃至肉體的興奮又は過勞の肝臟機能に及ぼす影響と云ふ點である。之等の影響が果して如何なる状態と現象とを惹起するものであるかに就ては, 未だ全く不明の域にあるけれども, 特殊體質を有する或る種の小兒にあつては, さう云ふ想像も全く荒唐無稽とは云ひ切れないやうにも思はれる。例へば精神的影響によつて顔面の紅潮又は蒼白を生じ, 心悸亢進を來し, 尿意頻數を催し, 或は消化機能の障礙を生ずるが如き状態と類似の現象を肝臟機能に及ぼすと云ふ如き類である。箕田博士の自律神経系異常説は, 此意味に於て私の最も重視したい處であるが, 唯それを單に自律神経系異常と云ふ點だけに止められたのは些か物足りないのである。

此ことは併し, 猶ほ單に私一個の想像にしか過ぎず, 未だ何等の實驗的證明もなく, 假説の域にさへ達してゐないことでもあるから, 決して之を一説として主張すると云ふ意味ではない。唯これを一の想像として茲に記し, 以て本症の本態究明の参考としたいだけである。

### 結 論

自家中毒症の本態に關しては猶ほ諸説紛々たる状態であつて, 毫も歸一する

處がない。本症の提唱者たる伊東博士は之を異常體質に因るものと看做し, 殊に胸腺淋巴質に基因するものとされたが, 其後諸家の檢索の結果はそれに一致せず, 且つ胸腺淋巴質なるものの診斷困難なることと相俟つて, 此説は漸次影を潜めた。併し異常體質説は依然として消滅せず, 今日に於ても猶ほ本症發現に對する基礎的要件の一として重視されてゐる。即ち神経性疾患説, 殊に自律神経系異常説として相當有力である。即ち其説明の形は變化したが, 其根本をなす基礎は變らないのである。之は本症の如き特異の形態を以て現はれる疾患を解釋するためには, 異常體質と云ふ説が最も着目され易く, 且つ其説明に便利だからであらう。併し, 最近に於ける本症の本態に關する最も華々しき學説は, ビタミンB缺乏説とアレルギー性疾患説とであることは云ふ迄もない。而て之等兩説が我が小兒科學界の興味と視聽とを集め, 廣く喧傳される理由は, 輒近醫學界に於ける最も興味ある新興學説の一たるビタミン説若しくはアレルギー説によつて本症の本態を説明せんとしたことに存するものと思はれるが, 同時に又其提唱者が, 太田, 服部兩博士の如き我國小兒科學界の權威者として, 且つ又論壇の雄としての花形である點にもよるものと想像される。例へば人氣俳優が問題作を演じたる時の如く, 天下の視聽が之に集中されるのは寧ろ當然である。

然らばこのビタミン缺乏説又はアレルギー説は, 自家中毒症の本態を闡明するものとして孰れが果して正しいものであらうか。一方が正しければ, 他方は誤れるものに相違ない。兩者ともに正しいと云ふことはあり得ないだらうと思はれる。而て現在に於ける我が小兒科學界一般の趨勢を臆測するに, 太田博士の説は學界權威者乃至學者により多大の反對をうけ, 學界の表舞臺に於ては未だ承認する者が少ないにも拘らず, 實地臨床醫家の間には隱然たる勢力を有し, 之を信奉する人々が少なくない。否全面的には猶ほ信奉しない迄も, 之を臨床の實際に應用する人が多いのである。之に反して服部博士の説は, 其整然たる理論の影響もあつて, 學界上層部に於ては猶ほ明らかに反對せる人は少なく, 一見ある程度迄の承認を得たかの如き状態を呈してゐるが, アレルギーと



云ふ問題の難解なるためか、實地臨床家の間には猶ほ未だ廣く滲透するには到らないやうである。即ち、太田博士説が一般大衆的なると對比して、服部博士の説は幾分か高踏的の觀ある如くに思はれる。

ビタミンB缺乏説とアレルギー説との孰れが正しいかと云ふ點に關して私は、それ等兩説ともに正しくない、若しくはいづれも誤つた説であると考へる。即ち、兩説のいづれを以てしても自家中毒症の本態を闡明してゐない、見當違ひのものであると思ふのである。たとへビタミンBの缺乏が本症と密接の關係があるにしても、それは單なる隨伴現象にしか過ぎないのであつて、決して本症の本態ではなく、又アレルギー状態が假令本症の發現に類似する處があるとしても、それは單に肝臓の機能障碍と云ふ點に於て一致或は類似してゐるだけに止まり、決して本症の本態をなすものではないと考へる。私のこの見解の根據に就ては既に詳細に縷述した通りである。

即ちビタミンB缺乏説に對しては、(1) 臨床的症狀の類似點と云ふ出發點が既に枝葉末節の比較に墮ちて其根本的主要症狀を看過してゐること、(2) ビタミンB劑の卓効が極めて疑はしいこと、(3) 假りにビタミンBに或種の効果ありとしてもそれは單なる隨伴症狀に對するものに過ぎないこと、(4) 血糖の點に於て本症とビタミンB缺乏症とが全く相反した状態を示すこと、(5) 血液中ビタミンB<sub>1</sub>含有量の減少乃至B<sub>1</sub>負荷試験による太田博士の實驗成績は、たとへ本症患者がB<sub>1</sub>缺乏状態にあることを明らかにしたとしても、それによつて本症がB<sub>1</sub>缺乏症なりと斷定すべく多大の難色あること、(6) ビタミンB缺乏症が近來著しく減少した事實にも拘らず、自家中毒症が却て漸次増加の傾向ある點の不可解なること、等々の諸點を擧げてビタミンB缺乏症説に對する徹底的の批判を試み、其首肯し難き理由を明らかにした。

服部博士のアレルギー説に對しては、第一に同氏の理論的並に實驗的根據とされる異種血球凝集價の上昇と云ふ問題に關して檢索をなし、此の如き現象は單にアレルギー的感作状態に於ける肝臓機能の異常を示すものに過ぎず、此の如き現象の發現を以て直ちにアレルギー状態なりと斷定することの極めて早計

速斷なること、即ち逆は必ずしも眞ならざる點を指摘した。何となれば、假令アレルギー状態に於ては肝臓機能障碍が必ず作ふものとしても、肝臓の機能障碍を來すものは必ずしもアレルギー状態だけとは限らないからである。それ等の根據に立脚した私の疑義は、(1) 異種血球凝集價の高度なる上昇は、必ずしも毎常自家中毒症に現はれない。否現はれるものは甚だ少なく、僅かに9%を示すに過ぎず、馬血清注射後に於ける72%に比しては格段の相違であること、(2) 此現象はアレルギー性とは看做されざる他の疾患に於ても亦發現し、而も其の發現率は自家中毒症に於けると略々同様(10%)であつた點、(3) 異種血球凝集價の上昇程度に就ても、其發現を見た少數の自家中毒症及び其他疾患に於ては、馬血清注射による感作後の者に較べて著しく低く、之等を以て同一に律することは出来まいと思はれる點、(4) 此の如き現象が過敏現象と不離の關係にあるとしても、然らざる他の要因によつても起り得ること、即ち肝臓機能の障碍と云ふ原因によつても惹起されることが明らかなる以上は、それに因て直ちに過敏状態の存在を斷定することは出来ないと云ふ點、(5) 豫防法として服部博士の誘示される自家血液注射療法が多くが全く無効なること、(6) もしアレルギー性疾患だとしたら、人工營養乳兒に見られてもよささうであり、又10歳以上に至れば自然に解消治癒して再び發作を起さない點も了解に苦むこと、(7) ビタミンB、葡萄糖などが本症に對して有効だから、過敏症と考へてもよいと云ふ見解は甚だ怪しいこと、等々の諸點に就て詳述して私の疑義とする處を明らかにし、以てアレルギー説を承認し得ない根據を示した。

其他の諸説、即ち異常體質を立脚地とする神経系疾患説、自律神経系異常説乃至肝臓機能障碍説等は、其淵源が舊く且つ遠い割りには一般の興味と關心とを惹かないやうであるが、之は恐らくまだ掴み處がなく漠然としてゐるためでもあらうし、同時に又前2説の如き現代醫學の花形でもない點にもよるものと思はれる。併し私は自家中毒症の本態は、やはり此方面から檢索さるべきものだらうと考へる。即ち神経系、殊に自律神経系の異常と云ふ異常體質を根幹と



して、肝臓の機能障碍と云ふ點に最も注目すべきものではないかと思ふのであるが、現在此方面に關する諸説は、遺憾ながら唯僅かに其入口に足踏みしてゐるだけであつて、敢て其中に入らうとしないのである。而も猶ほ一層遺憾に思はれることは、此の如き表面だけを揣摩臆測することのみに満足して、敢てそれ以上追及しようとしなない點である。箕田博士の説は誠に興味ある着眼點と思ふのであるが、遺憾なことには前述せる如き、唯僅かに表面を摸索してゐられるだけのやうに思はれ、更に困ることは、其表面的の現象を以て直ちに核心なるが如く斷定されることである。自律神経系の障碍が局所的血管痙縮を惹起すると云ふ處まで考察されたのだから、更にもう一步進んで、そのことが如何なる影響を肝臓の機能に及ぼすかと云ふ處まで検討して頂きたいのである。

自家中毒症が肝臓の機能障碍と密接不離の關係にあることは既に全く疑がない。それはアセトン血症、血糖低下の如き中間代謝障碍による現象が、本症に必ず伴ふ點によつても明らかである。此の如き肝臓の機能障碍が如何にして發現するか。而も一次的原發的に此の如き現象が發現するのは果して如何なる機序によるものか、と云ふ點に着目して検索することこそ、本症の本態を究明する途ではないかと私は考へる。私の想像では、此の如き肝臓の一次的機能障碍が自律神経系と關聯することは、恐らく疑ひのないものと思ふのであるが、それが如何なる機序によるものかが解らないのである。此ことに就て私は、精神的乃至肉體的興奮又は過勞の肝臓機能に及ぼす影響と云ふことに就て考へたいのであるが、之はまだ私の單なる想像にしか過ぎないので、茲に深く論及する程の態を具へるに至らないのは遺憾である。

以上私は自家中毒症の本態に關する諸説を仔細に検討して、前述の如き結論に達した。私の僭越なる解釋によれば、ビタミンB缺乏症説、アレルギー性疾患説はいずれも妥當を缺き、本症の本態を説明するものではないと考へる。其他の諸説に就ても亦、たとへ解釋の方向は當つてゐると思はれるものがあるにしても、猶ほいづれも不十分に中途半端たるを免れないやうである。即ち私が人なる努力を以て、以上の如く長々しく検討論及した結果によれば、本症

の本態に關する説は多數にあるけれども、すべて一種の假説乃至臆説の域を脱せず、之を明瞭且つ妥當に解明したものは遺憾ながら猶ほ未だ全くないやうに思はれる。

之を要するに、自家中毒症の本態は猶ほ不明と云ふ他ないが、それに對して最も深き直接關係を有するものは肝臓機能の障碍と、自律神経系を中心としたる異常體質ではないかと私は考へる。ビタミンB乃至B<sub>1</sub>の缺乏は、たとへ全く無關係ではないにしても、決して不離密接のものではなく、單なる隨伴現象に過ぎないものと思はれ、服部博士のアレルギー状態の如きは全く無關係ではないかとさへ私には思はれるのである。尤も、此説が腸粘膜透過性の異常亢進による經口的過敏症であるとする限りに於ては、猶ほ多くの考慮の餘地が存するやうでもあり、一概に反對し得ない如くにも思はれるのであるが、其根據として服部博士の擧げられた諸點に關してだけは、容易に之を首肯し得ないのである。以上縷述した如く、自家中毒症の本態に就ては私も全く知らない。唯想像に任せて臆測するだけであるが、兎に角現在強調力説されてゐる諸説が猶ほ妥當を缺くことだけを明瞭にしたつもりである。尤も、これは單に私一個の見解にしか過ぎないから、他の人々には自ら又別個の解釋があることと思はれるので、さう云ふ見解を忌憚なく聴かせて頂くことが出来れば誠に幸である。本症に關して屢々高説を強調される或る大家は、永井博士の報告とそれに関する私の解釋とに就て、『山本の説はすべてコヂツケだ』と批評されたさうであるが、さう云ふ批判を加へられるのは學界の爲にも誠に幸であるが、批評されるならばもう少し具體的の點を指摘し、何處がコヂツケであり、何れが獨斷であるかと云ふ點を擧げて堂々と批判されたいものと希望する。何等の根據をも指摘することなく、唯漫然とただコヂツケだと云はれたのでは、私もそれに答へることも出来ず、奥歯に物が挟まつたやうで誠に齒がゆいのである。非難をされ、反對されるのは既に覺悟してゐることだから、少しも氣になることはなく、却て愉快に思ふのであるが、理由を示さない漫罵では、返答のしやうがなく困るのである。私は自分の見解を別段に牽強附會だとは思はないけれども、反



對論者から見れば餘程妙なものと思はれるかも知れない。併し、數多い色々の學說には反對論者から見て多少コヂツケと思はれない説などは存在しない。總ての學說が見様によつてはコヂツケなのだから、其點は如何ともし難いやうに思はれる。唯肝要なことは、其説が果して妥當であるか否かと云ふ點にだけ存するものと考へる。

先輩諸大家の御高説を勝手に無遠慮に批判し、殊に其誤謬矛盾と思はれる點を列挙指摘するが如き非禮を敢て犯したことは、茲に深く陳謝し、幾重にもお詫びする次第であるが、自家中毒症と云ふ重要にして興味ある疾患の本態を究明したいと云ふ、我が小兒科學界に對する私の熱意だけは何分の御諒察を希ひたい。私はただ曖昧不明の點を出来るだけ明瞭にしたいと希望するだけで、其他には何の意圖もないのである。従つてもし私の見解が誤つてゐることが明瞭となれば、何時でも欣んで私は自説を撤回し或は訂正して不明を天下に謝するつもりである。この點は、私の如き地位も名聲もない者には、拘泥すべき何物もなく、又固執すべき面目もないので誠に好都合であり、従つて又公平無私に物を見ることが出来るだらうと考へてゐる。太田、服部、箕田の諸博士には申す迄もなく、其他の諸學者も、私の非禮に御立腹されることなく、又私の見解を黙殺裡に葬ることなく、我が小兒科學界のため虚心坦懐に其見解を披瀝され、討議されるだけの雅量を示されんことを切望して止まないものである。

(内科及小兒科、昭和 17 年 4, 5, 6 月號所載)

#### 附 記

自家中毒症がビタミンB缺乏症でもなく又アレルギー性疾患でもないということ、今次の大戦によつて明瞭に立證されたものと私は考へる。それは、大戦末期並に終戦後の窮迫時代に於て偏食兒童が全く其跡を絶つたと共に、本症患兒も亦殆んど皆無となつたことである。然るに其期間に於ては、蛋白質乃至脂肪原の缺乏よりしてビタミンB缺乏状態を示した者が極めて多く、同時に又アレルギー性と思はるべき蕁麻疹が多發したのであるが、それにも拘らず自家中毒症が激減したことは、輕々に看過し得ない重大問題と考へる。

## 14. 自家中毒症の病名、獨立性など

### 病 名 に 就 て

自家中毒と云ふ名稱は成人に就ても用ひられることがあるさうではあるが、小兒科で云ふ、或は現在我國の小兒科醫間に廣く用ひられてゐる自家中毒症と云ふ病名は、それとは全く違つたものである。例へば便秘の場合に起る不快とか食慾不振とか云ふもの、又は腸閉塞症に隨伴する中毒症狀などを自家中毒或は腸性自家中毒などと云つたとしても、それは小兒科で現在意味する本症とは全然異なるものであつて、兩者間には何の相似點もない。即ち前者に於ては單なる隨伴症狀の一部にしか過ぎないのに、後者にあつては一の疾患として、幼小兒に特有なる一疾患として現はれるのである。尤も本症の獨立性に關して疑問を懐く人もあるが、そのことは後で述べる。

自家中毒症と云ふ病名を初めて附けた名付け親は、一般周知の通り伊東祐彦博士(大正3年)であるが、同氏は「重症自家中毒症」と云ふ名稱で之を呼んだ。併し、如何なる疾病にも輕重があるのだから、「重症」と云ふ形容詞を總ての場合に付けるのは適當ではないやうに思はれる。重症自家中毒症と云ふならば、それに対して輕症自家中毒症と云ふ名稱も必要になりさうであるが、さう面倒にする必要はないから、簡単に自家中毒症と何時の間にか變更されたのは寧ろ當然である。猶ほもう一つの理由は、當初伊東博士は本症を以て總て豫後不良なる重篤疾患であると考へ、其大多數は死亡する如くに見做されたのであるが、其後本症の全貌が漸次明瞭となるにつれて、必ずしも總て重症とは限らず、否、却て其大多數は間もなく治癒することが明かとなつたので、重症と云ふ形容詞は全く不要となり、寧ろ厄介物となつたからでもある。

獨逸語に記載される週期性嘔吐症(再歸性嘔吐症、アセトン血性嘔吐症、其他色々の名稱がある)と云ふ疾患と本症とが全く同一疾患に過ぎないことは、



私の多年來の主張であるが、現在我國小兒科學界に於ては既に一般に認められる處となつたものと考へる。但し、猶ほ私の見解を認めない人も多少はあるが、併しさう云ふ人々も敢て其根據を擧げて論ずる次第ではなく、唯何と云ふこともなく漠然と之を承認しないと云つた程度である。

血液吐瀉症と昔呼ばれた我國の小兒疾患が、本症と同一疾患たることに就ては既に全く異論のないことは茲に云ふ迄もない。血液吐瀉症などと云ふ病名は、今は全く消滅して最早それを用ひる人はない。

自家中毒症と云ふ病名は不適當だと云ふ説は現在でも極めて多い。それは確かに其通りであつて、餘り適切な良い名稱ではないやうに私も考へる。もつと適切な病名があるならば、もつと良い名稱に変更した方がよいかも知れない。それでは週期性嘔吐症とか再歸性嘔吐症とか、或はアセトン血性嘔吐症とか云ふ病名が非常に適切な名稱かと云ふと、それ等も亦同様に大して適當とは思はれない。さう云ふ病名で呼んで見た處が、本症の特異なる本質は少しも明瞭にはならない。却て自家中毒症と云ふ方が、寧ろ本症の特性を幾分か表現するやうにも思はれるが、併しそれは人によつて考が違ふから致方がない。

週期性嘔吐症と云ふ病名を固執してゐる人は現在猶ほ相當に多く、殊に學者とか指導者とかを以て自ら任じてゐる人々に多いのであるが、それに就ても一考すべき點がある。即ち週期性嘔吐症と云ふ名稱が獨逸書に記載にあり、自家中毒症など云ふ病名は外國書に記されてないことである。何でも歐米の説でなければ承知の出来ない人、獨逸人の説は總て正しく、日本人の説は疑はしいと考へて信用しない舊思想或は舊體制の人々には、週期性嘔吐症とか、アセトン血性嘔吐症とか呼ばなければ満足が出来ないのも止むを得ない。併しさう云ふ思想は追々と是正されるであらうし、又是正しなくてはならない。

自家中毒症と云ふ病名が日本人の付けた名稱で、我國だけにしか通用しないからいけないと云ふ見解には、多分に舊時代的歐米依存の感情が加味されてゐるのであるが、併し、これが現在の處我國小兒科學界の上層部を支配する思想なのである。一體病名と云ふものは、世界各國に共通したものが一番よいこと

は云ふ迄もないが、實際には決してさうなつてはゐない。獨逸と佛蘭西、獨逸と米英とでは隨分病名に相違したものが多いのである。こんなことは、私が云ふ迄もなく充分御承知の處と思はれるが、自家中毒症と云ふ病名に反對される方々は、この點を果して如何に考へられるだらうか。

私はこれ迄常に自家中毒症と云ふ名稱で押し通した。併し、それは此病名が非常に適切だと思ふからではなく、此病名が我國小兒科學界の大先輩にして功勞者たる、私の尊敬する伊東博士によつて命名された點を重視したいからである。週期性嘔吐症とは全く無關係に（或は無關係だと考へて）本症を定義された伊東博士への尊敬を以て此病名を用ひてゐるに過ぎないが、併しそれだけではない。週期性嘔吐症等と云ふ病名に較べて、より不適當だとは少しも考へられないからである。同じことならば、私は我國で命名した病名を用ひたいのである。併し、もつと適切明快な病名が付けられたならば、喜んで私もそれに従ふつもりであるが、それ迄は今迄通りに自家中毒症と云ふ名稱を用ひたい。

### 獨立性に就て

自家中毒症を以て獨立せる一疾患ではなく、諸種疾病に隨伴する一種の症候群に過ぎないとする説が近來我國に多い。此説は併し幾多の矛盾撞着を含んでゐるが、其詳細に就ては他日更めて検討するつもりである。私は云ふ迄もなく本症を以て獨立せる一疾患、而も幼小兒に特有なる一疾患と信する者だから、茲に其一端を述べて置きたい。

本症に特異なる症狀が他の疾患、例へば感冒等に伴つて發することのあるのは疑がない。又本症と類似の症候群が、所謂疫痢等に屢々伴ふことも確實である。さうかと云つて併し、そのことは本症の獨立性を疑ふ根據にはならない。感冒に伴ふのは即ち感冒が誘因となるためであり、疫痢に類似症候群を伴ふのは、唯偶然兩者の症狀に類似點が多いと云ふだけに過ぎない。假りに全く同じ症狀を示したとしても、それは疫痢によつて本症が誘發されたとも見ることが出来る。さう云ふことは何も本症に限つたことではなく、各種の疾患に就ても同



様の関係が見られる。例へば感冒により消化不良症が誘發されるとか、麻疹の後で肺炎が起るとか云つた類である。

本症の主要病理乃至病變が何處に存在するのか明らかでないといふ點を以て獨立性を疑ひ、以て單なる症候群とする説も勿論當を得ない。病變部が明瞭でないことは、本症の本態病理が猶ほ不明なために過ぎないのだから、それを以て獨自性を否定する根據にはならぬ。各種疾病には、肺炎とか腦膜炎とかの如く其病竈部が明瞭に指摘されるものが多いが、併し中にはさうは行かないものも少なくない。例へば癲癇とか小舞踏病とか神經衰弱とか、其他各種の所謂機能的神経系疾患の如き、或は腸性インファンチリズムと呼ばれる幼小兒疾患の如き、總て同様の関係にあるが、その故を以てそれ等疾患の獨立性を疑ふ人はない。

又症候群だからと云つて、獨立疾患ではないといふ理由もない。小兒科的に最も重要疾患たる乳兒營養障礙、即ち消化不良症とか營養失調症とかは果して如何。何處に獨自の病變があるのか。何處の病變を指して乳兒營養障礙と云ふのか。如何に考へて見たとて、否、慎重に考慮すればする程、乳兒營養障礙は一種の症候群にしか過ぎないことが解るだらうと思はれる。それにも拘はらずこれを以て單なる症候群として其獨立性を否定する人がないのは果して何故であらうか。

自家中毒症を以て單なる症候群と見做す人々が、週期性嘔吐症を何と見るかと云ふ點が明でないのは誠に遺憾である。本症が症候群に過ぎないとするならば、週期性嘔吐症も亦獨立した疾患ではないとしなければならぬであらうが、其邊の關係は甚だ曖昧である。尤も、此點によつて之等兩疾患を別種のものとする見解もあるが、併しそれ等の人々が其異同鑑別に全く論及されないのは不思議である。更になほ不可解のことは、嘗て血液吐瀉症を以て我國小兒に特有なる一疾患とされた人が、それが自家中毒症と全く同一疾患だと解つたとたん、忽ち自家中毒症を以て一症候群に過ぎないと云はれることである。

併し實際に於て、本症を以て症候群に過ぎないとする多くの人々は、必ずし

も以上の如く色々考究した結果ではなく、唯漫然とさう思はれると云つた程度に過ぎないらしいが、其主なる理由は、診療の實際に於て勝手にむやみと多くの自家中毒症を作るからである。多くの臨牀家は勝手に、自分に都合のよい想像を以て簡単に自家中毒症と診断し、中には嘔きさへすれば何でも自家中毒症としてしまう人さへある。従つて本症患兒は世の中に氾濫し、一人の開業醫で1年間に百餘人の自家中毒症を診療したと云ふ人さへ出て來るのであるが、如何に本症患兒が近來漸増の傾向にあると云つても、さうむやみやたらと多い疾患ではない。此の如き粗診的態度より歸納して本症の獨自性を疑はれたのでは、何とも議論のやりやうがないではないかと私は考へる。

疾病の診断は確實でなければならぬ。よい加減の當て推量で診断しては困るのである。自家中毒症の獨立性を疑ふ前に、少くとも本症の症候に關して位はよく考究されたいものと希望する。

### 診断に就て

本症が近來むやみと濫診され、むやみと自家中毒症が實地臨床家によつて製造される傾向あることは既に記したが、その因て來る原因は、その状況を精細に觀察せず、ただ吐瀉と云ふ如き表面的外觀だけで輕卒に且つ安易の態度を以て診定するからと思はれる。而て、このことが又同時に、本症の本態に關する考察に混亂と誤謬とを招來する重大因子となるやうでもある。嚴格なる態度若しくは觀點よりして觀察し、類似の状況を示す他の疾患をすべて鑑別除外すれば、本症に決してそうむやみと多い疾患ではないことが解るであらう。私はこれ迄自家中毒症に關して再三再四議論を重ねた關係もあつて、私の處には相當多數の本患兒が集まるやうに思つてゐるが、それでも1年の間に20-30名以上に及んだことはないのである。然らば、その診断の根據は如何なる點に置くべきであらうか。

本症に最も重要な臨床的症狀が嘔氣乃至嘔吐にあり、而もそれが發作性に時々反復する點にあることは云ふ迄もないが、併し、嘔氣乃至嘔吐と云つた症



状は小児には極めて屢々頻發するのだから、その間の鑑別は決して容易ではない。従つて他にもつと確實なる鑑別點を求めなければならぬ。著しき腹部の不快感、著明の臍部搏動、無熱なるにも拘らず股動脈音が陽性なること、高度なる倦怠脱力感、等々も勿論此際注目すべき要點であるが、それ等にも勝して一層重要なるは尿アセトン反應の早期出現である。

本症がアセトン血性嘔吐症と呼ばれる如く、早期にアセトン血症を來すことが最も本質的の病變となる次第ではあるが、之は臨床的觀察では實證し得ないから、その一つの重要な現象として尿アセトン反應が重視される。即ち之によつてアセトン血症を推測するのである。但し、尿アセトン反應は本症だけとは限らず、その他各種疾患に屢々隨伴する現象だから、ただそれだけでは鑑別上さしたる意義はなく、極めて早期に而も著明に現はれる點に重要性が認められる。即ち、定型的の自家中毒症にあつては、發病の極めて初期に於て、或は嘔吐發作の未だ起らざる時期に於ても既に陽性に現はれる點が、他の類似症狀との鑑別上重要となるのであるが、それと同時に又、嘔氣嘔吐發作が解消すれば、それ迄數日間の饑餓状態にも拘らず、比較的速かに陰性となることも多少の目標となるであらう。呼氣のアセトン臭は、もしそれが陽性ならば最も意義ある鑑別點となるけれども、之はアセトン血症の程度により必發とは限らないから、たとへ陰性であつても本症を否定することは出来ない。

### 療法に就て

近來は注射萬能時代だから、本症に對して注射が濫用されたとしても或は止むを得ないかも知れないが、それにしても餘りに注射が濫用され過ぎてはゐないだらうか。

自家中毒症と云へば、一も二もなく注射をするのが一般である。その多くは葡萄糖であるが、中には御丁寧にインシュリンをも用ひて以て萬全の治療法と自負される人も多い。それでは、さうしなければ自家中毒症は治らぬのか、或はさうすれば總て本症が速く治るのかと云ふに、決してさう云ふ次第ではない。

勿論重症者に對しては葡萄糖注射も必要である。併し、普通一般の本症は必ずしも重篤ではなく、却て生命の危険などは殆んど全くなく、放つて置いても數日後には自然に治癒するものが多いのである。

本症に對しては一般に、例外は勿論あるが、多くの場合葡萄糖の注射などは決して必要不可欠ではないと私は考へる。50 兪や 100 兪の葡萄糖液を注射しやうがしまいが、大多數の本症患者は何の變りもなく治るのである。インシュリンの如きに到つては全く無用の長物と云ふ他なく、ビタミンB或は B<sub>1</sub> 劑の如きも略々同様であつて、別段に害にはならないが、効果も亦ないのである。但し悪心嘔吐激しくして水分を飲用し得ない者に、注射によつて水分を補給することが無用だと云ふ意味ではなく、それは勿論必要ではあるが、それは併し葡萄糖液であらうとリンゲル氏液であらうと別段に變りがないと云ふ意味である。更に一步を進めて、多くの場合必要不可欠の水分位は大抵飲用し得られるから、大多數に於ては水分の注射を特に行はなくとも、治癒に至る経過には殆んど何の影響をも及ぼさないと云ふ意味である。

下劑を禁忌とすることは近來漸く一般の知る處となつたが、それでも猶ほ下劑を投與する人は少なくない。本症は何も胃腸内に有毒物質が停滯して起るのではなく、又胃腸内容を急いで排除すれば良好の経過をとる次第でもないから、たださへ悪心嘔吐の激しい者に、下劑を與へて苦痛を増すには及ばない。否、そんな消極的の意味ではなく、下劑を投與することは症狀を増悪させ、従つて豫後を不良ならしめるだけに過ぎないことを忘れてはいけない。

本症に對する治療法の根本をなすものは、本質的には適當なる絶食療法と、對症的には鎮靜劑の適切なる應用であると私は考へる。即ち以上の二法をさへ適當に行ふならば、他の療法は大した重要性はなく、強心劑の如きでさへも多くの場合不必要である。本症に於ては、著しい頻脈を示すにも拘はらず一般には心臓衰弱の徴候は少なく、脈搏の緊張は概して佳良であつて、特殊少數の例外的重症を除いては強心劑の必要は極めて少ない。殊に比較的短時日、多くは數日の経過で一般に輕快することは殆んど決つてゐるのだから、チグタリス劑



の如きを用ひた處で多くの場合無意味である。

絶食療法は兎に角食慾が現はれる迄、患兒が何か食物を慾するやうになる迄續ける方がよい。何となれば、2日や3日の絶食では決して障碍は起さないが、食餌を早く與へ過ぎると却て症狀が増悪し易いからである。此頃は絶食時間をなるべく短かくすると云ふ説があるけれども、私はさうは思はない。特別に危険の豫想されない限りは、3日でも4日でも絶食させるのである。尤も、生命に危険のある程重症であるならば、猶のこと早期食餌給與は危険なのだから、いづれにしても食慾の出る迄續けることにしてゐる。

鎮靜劑の應用は殆んど絶対不可缺とも云ふべきである。激しき悪心嘔吐、不快感等による患兒の苦痛を除くには、鎮靜劑を投與する他に良法はない。而て此悪心嘔吐其他患兒の苦痛乃至興奮は、間接には心臓の負擔を大ならしめ、循環障碍を顯著ならしめるものだから、鎮靜劑を適當に用ひて之を除くことは、同時に心臓の負擔を減じて循環障碍を整調する作用をなすのである。即ち、本症に於ける如き一時的の循環障碍に對しては強心劑は概して効果少なく、鎮靜劑の方が却て著しき強心的作用を現はすことには留意を要する。

苦痛多き者には、其苦痛を除き或は輕減してやることが肝要なのである。而て苦痛を最も効果的に輕減緩和するものは睡眠に及ぶものはない。それは恰も疲勞を醫すべき最良の方法が休息と睡眠とにあると同様である。茶、コーヒー其他の興奮劑によつても一時的には疲勞を醫することは出来るが、併しそれは眞の恢復ではないことを反省すべきである。

### 原因及び病理に就て

本症が精神的又は肉體的興奮又は過勞によつて誘發されることは確實である。即ち其發病に對して精神的乃至神經的影響の絶大なることは疑がない。感冒によつても屢々誘發されるが、それは恐らく感冒による神経系への刺戟によるものと想像される。然らば其神經的乃至精神的刺戟が如何にして本症を發現せしむるものであらうか。此點に關しては自律神経系の異常と云ふことが想像

される。即ち、體質的に自律神経系に機能異常の存する者に、誘因となるべき刺戟が加はつた時に特異なる本症を發すると見るのである。

此假説は本症の本態並に發生病理を説明する上に於ては、現在の處最も妥當性に富めるものと思はれるのであるが、遺憾ながら、此の如き自律神経系の異常が如何なる形に於て實際に存在するものであるか、或は又此の如き異常の存在を如何にして立證し得るかと云ふ肝腎の點は全く不明である。自律神経系の異常によると目される疾患には數種あり、小児科に於てはフェール氏病の如きものが擧げられてゐるが、それ等と本症とが果して如何なる關聯を有するものと云ふ點は猶ほ未だ全く不明である。従つて、自律神経系の異常が本症と密接の關係があるとしても、それは恐らく單に本症の發現をして容易ならしめる一要因にしか過ぎないのであつて、本症の本態は猶ほ全く別個の點に存するものと私は考へる。

而て其本態に就ては、私の想像によれば肝臟機能の障碍が最も重視さるべきものの如くに考へられる。即ち自律神経系の異常と、肝臟機能との關係を通して考察すべきものと思ふのである。本症に於て肝臟機能の障碍が著明に存することは既に周知の處である。此點に關して多くの學者は、嘔吐又は饑餓による二次的現象と見做し、或は單なる隨伴現象とする人が多いのであるが、私は之を以て本症の本態と最も密接不可分の關係をなす一次的現象として考へたいのである。此ことは、本症に於けるアセトン血症が、嘔吐の未だ發せざる前驅期又は早期に於て既に認められることによつて裏書きされるのであるが、併し何故に、又如何にして此の如き肝臟機能の障碍が一次的に生ずるものかと云ふ、肝腎なる核心が未だ全く解らないのは誠に遺憾である。従つて此假説は、現在の處猶ほ全く私一個の想像説にしか過ぎないので、敢て之を主張する程の自信もないのであるが、茲に記して以て識者の參考としたいのである。

ビタミンB乃至B<sub>1</sub>の缺乏を以て本症の本態とする説は、昭和9年太田博士一門により發表されて以來議論紛々として學界を賑はした。此説は學界に於ては未だ認められてはゐないけれども、一般臨牀醫家の間には隠然たる勢力を有



してゐる。私は此の如き説を全く信することは出来ないのであるが、其反對的根據は本書前章「自家中毒症の本態に關する諸説の検討」に於て詳述した。

服部博士のアレルギー性疾患説（昭和 13 年）が、現在我國小兒科學界に於て如何なる程度に迄信頼されてゐるかを私は詳にしないのであるが、今迄の處では此説に對する批判又は反駁は、私自身の關係したもので以外には未だ現はれないやうである。此説に對して私は、自分自ら關與せる實驗的考察によつて既に反駁批判したが、私の結論は本説も亦妥當ではないと云ふ點にあつた。即ち、服部博士が理論的に實驗的根據として挙げられた異種血球凝集價の上昇と云ふ問題に關して、此の如き現象は單にアレルギー的感作状態に於ける肝臟機能の異常を示すものにしか過ぎないから、此の如き現象の發現を以て直ちにアレルギー状態なりと斷定することの極めて早計速斷なること、即ち、逆は必ずしも眞ならざる點を指摘した。何となれば、たとへアレルギー状態に於ては肝臟機能の障礙を必ず作ふものとしても、肝臟の機能障礙を來すものは必ずしもアレルギー状態だけとは限らないからである。此點に關しても既に前章に詳述してあるから、就て参照されたい。

此の如く私は、自家中毒症の本態に關する現在我國小兒科學界に於ける花形として有名なる兩説を併せて否定せざるを得ないことになつたのであるが、然らば其本態は何であるかと云ふ疑問に就ては、猶ほ未だ不明なりと云ふ他ないのである。自律神経系の異常と肝臟機能の障礙とを最も重視したいと云ふ見解は既に述べた通りであるが、遺憾ながら猶ほ未だ體系をなすに到らず、想像の中に彷徨する態に過ぎない。私の見解を以てすれば、自家中毒症の本態に關しては猶ほ全く不明と云ふ他ないのであつて、其總てが今後の研究に俟つものと思ふのである。新進氣鋭の學者諸賢の奮起を切望したい。

（臨床醫學，昭和 17 年 12 月號所載）

## 15. 幼兒及び學童の體溫の變調について

誠に妙な標題を頂いて些さか當惑の態であるが、小兒の體溫に就て數年來新説を主張力説した義理合上、又々少しく論及することになつた。體溫の變調と云ふ意味が果して何を指すのであるか、生理的の意味であるのか或は病的のものを指すのか一寸判然しないけれども、茲には私の勝手なる解釋によつて、主として生理的の變調に關して述べた上で、幾分かは病的の關係にも言及するつもりである。尤も生理的とか病的とか云つても、既に變調と云ふ以上は互に相錯雜するのが當然だから、劇然と兩者を區別することは出来ない。従つて結局の處兩者混淆と云ふことになるだらうと思はれる。

生理的な體溫變調と見做すべきものには所謂微熱の問題、恢復期の體溫、榮養乃至物質代謝作用の衰退によつて生ずる低體溫、精神的乃至神經的緊張によつて影響される體溫の變調、最近急に問題となり出して來た所謂夏季熱、體溫の生理的動搖範圍、等々の諸問題がある。他方病的の體溫變調の主なるものは云ふ迄もなく發熱、炎症性疾患による發熱であるが、それと同時に體力の衰退による異常低體溫も亦見逃すことは出来ない。發熱が病的たることに就ては疑ふ餘地なしとしても、發熱とは何を指すか、幾何程度以上の體溫を以て所謂「熱がある」と云ふかと云ふ重要な限界に關しては誠に明瞭でない。それと同様な意味に於て、或はそれよりも猶ほ一層不明なる状態に於て低體溫の問題は放置されてゐる。幾何程度までが正常の低體溫で、幾何以下が病的の低體溫かと云ふ點は、昔より今に到る迄殆んど不問に附せられてゐる。一般大衆は所謂熱さへなければそれでよいやうに思つて安心してゐる。否、熱（體溫と云ふ方がよいかも知れないが）さへ低ければよいやうにさへ思つてゐる。即ち體溫に就ては高い方だけに關心を向けて、低い方には全く無關心の状態であるが、それでは醫師諸賢は一體どうなのか。これに就ては私が茲に續述する迄もなく、其點やはり一般大衆と大差なき有様ではあるまいか。



### 小兒の正常體温

此問題に就て私は既に再三論述し、云ふべきことは殆ど云ひ盡したやうにも思ふが、それと共に此の問題は既に大方一般の認むる處となつて、今や討論終結の状態になつたものと考へる。小兒の正常體温の上界が必ずしも 37 度以下と限らないことは、最早疑ふ餘地なく明瞭と思はれる。即ち體温が 37 度を超え、37 度 2, 3 分、時として 37 度 3, 4 分を示す小兒にも、何等病的と見做すべき所見若しくは狀況なく、全く健康状態にある者が多数にあることは、多数學童の體温検査によつても明瞭であり、又日常診療の實際に徴しても明らかである。之によつて、小兒正常體温が 37 度以下でなければならず、37 度を超える者は總て病的（所謂微熱）であると考へた昔からの解釋は誤りであつたとして是正されるに到つた。

併し此ことは、決して 37 度 3, 4 分迄の體温を示す小兒の總てが健康状態にあると云ふ意味にはならない。それ位の體温でも全く健康な者が多数にあるが、併し不健康な者、病的なものも亦同時に存することは云ふ迄もない。疾病の徴候は決して體温の變調だけではない。熱はないけれども病氣だと云ふ者も澤山あり、中には結核性疾患に現在罹つてゐるけれども、或は現在肺門腺結核症ではあるが無熱だと云ふ如き者、稀には肺門腺結核の域を超えて、肺に浸潤があつても猶ほ且つ無熱だと云ふ者さへある。従つて體温が 37 度 3, 4 分迄の小兒は總て健康だなどと早合點し、或は誤解してはいけない。唯小兒の特性として一般に體温が生理的に幾分か高く、37 度 3, 4 分であつても何等の疾病なき健康者が少なくないと云ふだけである。

人の體温は各人すべて同様ではない。全く健康なる同年輩の人々であつても、其正常體温には多少の變動がある。年齢の老若により、物質代謝作用の盛衰によつて正常體温に變動の生ずることは云ふ迄もないが、同一年齡にして而も類似の狀況にある者、例へば學童に於ても決して各人すべて同様の體温を示すものではない。ある者は幾分か高く、ある者は幾分か低いのである。従つて

同一年齡の學童に於て、或る者が 37 度 3, 4 分となり、ある者が 37 度以下であつたとしても、それは單なる個人差の現はれに過ぎないのであつて、特別の意義はなく、又何等異とするに足りない。學童の集團的檢温により、37 度以下の者が相當數に於て見られると云ふ事實を根據として、小兒の正常體温の上界は 37 度迄と考ふべきだと云ふやうな説を主張する人もあるが、其見解の誤れることは以上によつて明瞭と考へる。

又同一人の正常體温は常に一樣だと見做す人もあるが、それも誤れる解釋と私は考へる。體温の形成には諸種の因子があるとしても、生活狀況によつて多少の變動を受くることは、たとへば温血動物であつても免れない。例へば氣温の上昇、湿度の多少、精神作用等によつて幾分か體温に動搖の生ずることは、所謂夏季熱の説明を俟つ迄もなく、常識的に理解されるだらうと考へる。従つてある小兒の正常體温の上界が時に 37 度であつたり、又時として 37 度 2 分であつたりしたにしても、寧ろ當然の現象と見るべきものが多く、之を以て直ちに病的状態の存在を決定することは出来ない。

但し、平生の健康時の體温が常に 37 度以下であることが明瞭な小兒があつたとして、それが 37 度 3, 4 分になつたとしたら、たとへば體温上昇の程度は低くとも、これを以て異常又は病的體温と見做さなければならぬ場合もあるだらうと思はれる。従つて小兒の正常體温の上界は、各人によつてそれぞれ幾分か宛の變動あることは當然であつて、37 度 3, 4 分迄を以て總て正常體温と見做し得ないことは云ふ迄もないが、此の如き場合には單に體温の上界のみを見ることなく、其下界をも併せ考慮しなければならぬ。茲に於て正常體温の下界如何と云ふ問題が現はれる。

### 低體温に就て

小兒の體温に就て注意し或は論及する人々も、主として其上界、即ち高い方向だけに注目して、下界即ち低い方の體温は全く不問に附して看過する傾向があるが、體温の問題、殊に小兒の正常體温に就て考察し、其病的乃至生理的意



義を批判する場合には、高低両方面に就て併せ考察しなければならぬのである。一般人は体温が低くさへあれば、即ち熱さへなければよいやうに考へてゐるけれども、体温と云ふものはさう云ふものではない。熱があつてはいけなると同様に、低過ぎても亦いけないのである。体温が低いと云ふことは、たとへ熱があると云ふこと程には病的意義が伴はないとしても、異常に低い、或は低過ぎるのはやはり正常とは見做し得ない。このことは小児に於て特に重要性が強調されるのであつて、異常に低い体温を示す小児は、健康に就て必ずや何處かに缺陷あるものと見做さなければならぬ。

健康小児の正常体温の下界、即ち低い方の程度は幾何位迄と見做さるべきであらうか。勿論、人によつてそれぞれ多少の變動はあるにしても、凡そ 36 度邊りではないかと思はれる。此の點に就ては併し、小児科諸學者によつて論及されることが從來極めて少なかつたので、未だ必ずしも明瞭になつてはゐないが、生活力の旺盛なる、物質代謝作用の活潑なる小児に於て、もし 36 度以下の体温を示したとすれば、それは最早正常体温とは見做し得ないだらうと私は考へる。生活力乃至物質代謝作用の衰退せる老年期に於てはいざ知らず、生長期に於ける小児の正常体温は決してさう低くはならない。これは、健康乳児の体温に就て考察すれば直ちに理解されることと思ふのであるが、幼小児又は學童にあつても亦全く同様である。

但し、体温の下界が 36 度以下を示す幼小児は實際に於ては決して少なくない。例へば神経質兒、羸瘦兒、生氣に乏しき不活潑なる小児等に於て屢々見られるのであるが、此の如き低体温を以て正常と見るか或は異常と考へるかと云ふ點に就ては、小児科に於ても從來多くは不問に附せられて、論議の對象となることが少なかつた。尤も、瘦せた、或は榮養状態の不良なる乳幼児に就ては、正常以下（ズブノルム）の体温として注目されてはゐたが、少なくとも學童に就て此問題を取り上げる人は殆んどなかつたのである。而て此ことに關して最も多く且つ一般に見られるものは所謂恢復期の体温である。

疾病の恢復期、殊に榮養状態の著しき衰退を來す如き消化器系疾患の恢復期

に於て、一時的に低体温を示す時期のあることは周知の處であるが、併し此の如き恢復期の体温を以て正常体温と見做すか、或は又之を以て正常以下の体温と考へるかと云ふ點に就ては猶ほ諸學者の見解が一致しないやうである。私は此の如き体温を以て正常ではない、少なくとも健康状態に於ける正常体温ではない、正常以下即ちズブノルムの体温、一種の異常低体温と考へる。この問題に就て私は既に前著『小児の体温に就て』（『治療及處方』昭和 9 年 11 月號）並に『再び小児の体温に就て』（『實驗醫報』昭和 12 年 11, 12 月號）に於て詳論した（いづれも拙著『小児科の検討』及び『續小児科の検討』に収録）が此の如き体温が異常低体温たることの證據は極めて簡單である。即ち此の如き患兒は恢復進行して健康状態に近づき、食餌攝取が充分となり且つ適度の運動を營むことにより、其の体温が漸次上昇して 37 度に近づき、或は時に 37 度内外に達することによつて明瞭である。即ち恢復期に於て 36 度に近づき、或は 36 度前後を示す如き小児の体温は決して正常の体温ではないから、此の如き体温を以て健康小児の正常体温を批判する標準としてはならぬのである。

然らば健康小児の正常体温の下界は果して幾何であるか。私はこれを 36 度 3, 4 分と見做したいのであるが、それは茲に固執しないとしても、兎に角 36 度以下でないことだけは確實と考へる。健康小児の正常体温の上界が凡そ 37 度 3, 4 分だとしても、中には 37 度迄しか達しない者も相當數に存在すると同じ意味に於て、其下界も通常は 36 度 3, 4 分ではあるが、中には 36 度位の者もあるからと云ふ意味である。兎に角小児に於て体温が 36 度以下に下降するものは異常と見做すべきであり、少なくとも健康に於て何等かの支障ある者と考ふべきであらうと私は思ふのである。

### 体温の動搖に就て

健康乳児の体温動搖が少ないことは、すべて成書に明記する處である。即ち其動搖日差は僅々 4, 5 分以内にあるのであるが、然らば幼小児は如何。幼児の体温動搖日差に就ては多くの成書には明記されてゐないけれども、健康者に



於ては其動搖程度が少ないことは疑なき處と思はれる。何となれば、如何に乳兒に較べて生活状態に變動が多いとしても、いきなり多大の動搖を生ずる筈がないからである。理論は兎も角として、實際の例に就て之を見れば凡そ明らかであらう。即ち健康なる幼兒及び學童の體温動搖日差は、多くとも1度を超えないのである。而て此ことは、體温の變調を批判し、それが正常であるか又は異常であるかを判断する爲には相當重要な意義を有する。

體温が正常か異常かを判断するためには、其上界のみならず下界に就ても注目を要することに就ては既に述べたが、それと同時に體温の動搖日差に就て觀察することも亦極めて肝要である。たとへ上界が比較的低くして所謂無熱若しくは正常であつたとしても、其下界が異常に低くして所謂體温動搖の激しい者は、やはり體温の變調と見做すべく、少なくとも健康状態に於て缺くる處ある小兒と思はなければならない。例へば上界は36度9分であるが、下界が35度7分位だと云ふ如き類である。體温の動搖日差は、健康小兒に於ては多くとも1度を超えないと前述したが、本當の處は7,8分位としたいのであるが、先づ先づ遠慮して1度以内としたのであつて、もし1度以上の動搖が毎日あるとしたならば、此の如き小兒は兎も角幾分か體温に變調ある者と見做すべきだと私は考へる。

人工榮養兒の體温動搖が、天然榮養兒に比して幾分か多いことは成昔の明記する處であるが、それは即ち人工榮養兒の健康状態が、本質的に天然榮養兒に劣ることを示す一の證據である。榮養失調兒の體温動搖が著明なることも亦同様なる事實を示すに過ぎない。幼小兒にあつても亦略々それと同様なる關係が考へられる。例へば、神經質兒は一般に體温の動搖著明なりとされるが、それは神經質兒が健康状態に於て缺くる處があるからである。又虛弱兒童、或は疾病其他よりの恢復が猶ほ不十分に於て疲勞し易き状況にある小兒の體温動搖が比較的多いことも、同様に健康状態の缺陷乃至不完全に基くことは疑がない。更に又、精神的影響によつても體温に著しき動搖を來す者もあるが、それは精神的の健康に於て劣るからであらう。

かくの如く體温の動搖日差に注目することは、たとへ疾病か健康かの鑑別には毎常役立たないにしても、健康か虛弱か、完全なる健康状態か或はそれに幾分かの缺陷があるか、或は輕症疾病の潜在等の諸點を鑑別判断する上に於て、仲々輕視すべからざる重要目標となるのである。従つて體温の變調に注目する場合には、其上界のみに眩惑されることなく、下界に就ても同時に觀察して、其動搖程度を慎重に判断しなければならない。

### 所謂微熱と其鑑別法

小兒の微熱問題は近來全く其見解が改められたが、殊に初期小兒結核との關係に於て其解釋に重大なる變化改善を見るに到つた。即ち昔より最近に到る迄、37度を超え或は37度3,4分の體温を示す小兒を以て、總て疾病状態にある者となし、殊にそれ等の大多數が肺門腺結核症なりとする見解は、今や新進諸學者によつて殆ど全く揚棄されることになつた。たとへ老人家又は舊時代的人々の中には、此の如き見解を承認しない人が猶ほ少なくないとしても、新進氣鋭の諸氏によつて支持され、小兒初期結核の診斷に就て一轉機を劃したことは既に疑がない。即ち37度4,5分位の體温は、小兒結核の診斷上殆ど何等の重要意義なしとさへ言はれるに到つた。

此ことは小兒科の實際に對して極めて重大なる關係を齎したのであるが、それに伴つて所謂微熱と稱するものが、殆んど無意味の言葉になつたことを示すものである。從來より云はれた微熱なるものが、一般に37度4,5分位の體温を指したものとすれば、少なくとも小兒に於ては最早微熱と云ふ言葉は存在理由を失つたことになるのであるが、併し實際には必ずしもさうは行かない。37度7,8分の者はどうかと云ふ問題が新しく登場して來るから、何處まで行つても微熱と云ふ問題は消滅しないのであるが、それにしても微熱の程度が變化し、其限界が上昇したことは確實である。従つて所謂微熱兒童なる者の數は、最近に於ては俄かに激減することになつた。

從來よりの所謂微熱が、必ずしも小兒初期結核症を示すものでないことは明



瞭となつたとしても、併しそこには猶ほ色々の問題が残る。例へば幼兒又は學童の體温は 37 度 3, 4 分迄は常に正常と見做し得るか、或は 37 度 3, 4 分迄の體温を示した者でも總て健康だと斷定し得るか、と云ふ如き類である。所謂微熱と小兒結核との關係が從來云はれた如く密接不離ではないことを承認するとしても、此の如き體温を示す者はすべて健康なりとすることに就ては多大の難色があり、此點に就て多大の危懼を懷く學者も少なくない。それは全く其通りであつて、37 度 3, 4 分迄の體温はすべて健康だ、などと考へることが既に間違つてゐる。人の體温は正常に於ても區々であつて、決して一樣ではない。低い者もあれば高い者もある。幼兒と雖も此點は全く一般と變りがないのだから、正常體温をすべて同一程度に一括しようとするのが元來無理なのである。又病者、殊に結核症の小兒は總て必ず熱があるとも限らないから、其間の判斷はさう簡単には行かないのである。此ことに就ては既に前述したから茲には省略するとして、兎に角小兒の微熱問題に就て特筆すべきことは、それ等が必ずしも小兒の結核症を示すものではないと云ふこと、即ち從來一般的通念であつた微熱の解釋が全く間違ひであつたと云ふことである。

微熱の程度にはたとへ幾分かの高低があつたとしても、微熱と云ふ以上は、それに病的意義を包含させる意志のあることだけは疑ふ餘地がないと思はれるが、然らば此の如き微熱が、病的か否かを正確に且簡単に判斷する法があるかどうか。これは臨床の實際に於て極めて、非常に肝要な問題であるが、今迄の處では誰も此點に論及した人のないのは誠に不思議である。尤も、精細なる診察又は検査によつて疾病が発見されれば何等問題はない。その疾病による熱だと解釋すればそれでよいのであるが、もしさう云ふ病的所見が全く発見されなかつたらどうするか。從來の所謂微熱兒童にはさう云ふ者が多かつた。否、さう云ふ者が殆ど大部分を占めてゐたのである。此ことは就て私は既に拙著『小兒の體温に就て』(昭和 9 年)の中に述べておいたが、方法が餘り簡單過ぎる故か、猶ほ一般の注目を惹かないやうである。

私の方法は極めて簡單である。即ち『微熱があるために今迄臥床安靜を守つ

てゐたならば、之を起床させ或は軽度の運動をさせて見る』と云ふだけのことに過ぎない。もし其微熱が何か疾病によるもの、殊に結核症による病的體温であつたとしたならば、起床又は運動によつて必ず或る程度の上昇を來すべき筈である。もし起床又は運動しても特に體温の上昇を見ることなく、臥床又は安靜と略々同程度の體温に止まるならば、その體温は結核症による異常體温(發熱)ではなくて、其小兒の正常體温と見做すべきものである。何となれば、精細なる診察によつても明瞭なる病的所見なく、臥床安靜に於ても、起床運動によつても體温に見るべき變動がないとすれば、此の如き所謂微熱に對しては何等病的意義を附せられないからである。

此の如き小兒は實際には極めて多い。臥床してゐても運動させて見ても、或は入浴させても其體温は殆ど同様だと云ふやうな例は枚舉に遑がない。中には起床或は運動、入浴等をやらせたら、臥床安靜時よりも却て幾分か體温が低くなつたと云ふ者も少なくないが、それに就て私は次の如く解釋する。即ち病氣であると思つて、疾病的意識又は疾病に對する懸念による精神的乃至神經的緊張が、病氣ではないのだと云ふ安心によつて解消緩和されるためであらうと。つまり、體温に及ぼす精神的影響によるものと考へる。これは決して私一個の牽強附會ではないだらうと思はれるのは、病者に於ては之に類似することが極めて多いからである。例へば極端な例ではあるが、癌だと思つて意氣銷沈して氣息奄々としてゐた者が、さうではないと解つたとたんに元氣になつたとか、肺病だと考へて衰弱の加はつてゐた者が、肺結核ではないと云はれて急に食慾旺盛になつたとか云ふ類である。體温はそれとは違ふと云へば、なる程さうかも知れないけれども、一つの生體現象である以上は、精神的乃至神經的影響を免れることは出來ないのである。所謂微熱の病的意義を解釋する場合には、此の如き點に就ても考慮されたい。

## 高 體 温

體温の變調と云ふ命題に於ては、高體温即ち熱の問題が實際的には最も主要



部分となるのであるが、併し熱に關しては私の特に申述べたいことは少ない。熱の問題、熱と疾病との關係は、茲に更めて云ふ迄もなく既に知悉される處である。たとへ熱とは幾何程度以上の體温を指すかと云ふ如き問題があつたとしても、既に熱と云ふ以上は正常ではなく、體温の病的變調たることに疑問の餘地はない。即ち熱はすべて病的徴候であり、すべて正常状態ではないことを示すものであつて、特殊の點が少ないのであるが、唯茲に熱の高低と疾病の輕重とに就て一言したい。

熱が高いと云ふことは、勢ひ疾病の重症なることを示すものと思はれ易いのであるが、事實は必ずしも然らず、殊に小兒に於ては其間に一定の關係の見られない場合が多い。例へばアンギナの如きは概して突然の高熱を以て始まるのであるが、疾病其のものは一般に輕症だから間もなく下熱治癒する。之に反して、氣管支炎は一般にアンギナ程の高熱を突發することは少ないが、疾病そのものはアンギナよりも重く、治癒に到る日數も多くかかる。流行性腦脊髄膜炎も多くは高熱を以て始まるが、不定なる輕熱を以て始まる結核性腦膜炎よりは著しく軽く、豫後も格段に良い。かう云ふ例を舉列しては際限がないが、兎に角發病初期に於ける發熱の高低が、直ちに疾病の輕重と直接關係を示さないことだけは確實である。高熱を以て突發せる疾患を非常に怖れる人が多いけれども、疾病の輕重は其本質に存するのであつて、決して熱の高低にのみあるものではないことを忘れてはいけない。

最後に、近來我國小兒科學界に於て興味ある問題とされてゐる所謂夏季熱に就て一言したい。所謂小兒の夏季熱が注目されたのは既に古いことである。即ち夏季暑熱時に於て、何等見るべき病的所見なきに拘はらず高體温を示す小兒のあることである。此高體温と云ふ中には、高々 37 度 5, 6 分であつて、從來の所謂微熱に相當するものもあるが、中には 38 度以上の體温が持續的に現はれるものも少なくなく、稀には 39 度に近い者もあるさうである。而て此ものは、其性質上暑熱の強い地方に多く、従つて臺灣地方に於て最も注目され且つ研究されてゐるのであるが、其本態に就ては色々の説明はあるが、結局の處

猶ほ未だ不明である。

此の如き所謂夏季熱が體温の變調であることは疑なしとして、之を總て病的と見做すか、或は一部分を正常範圍と考へるかと云ふ點も明らかでないが、私はたとへ之等の大部分が病的のものとしても、一小部分には生理的範圍に屬するものもあると考へる。即ち比較的輕度の夏季熱は、外界の變化に伴ふ體温の生理的動搖に過ぎないものも含まれるだらうと思ふのである。併し著明なるもの、高度なる者が病的たることは疑ひなく、假りに病的所見が発見されないとしても、此の如き暑熱に對する異常反應を示すことが、既に生理的又は正常でないことは明らかと思はれる。但し夏季熱の問題は猶ほ不明の點が多いことだから、其考察に就ては他日を期したい。(内科及小兒科、昭和 18 年 2 月號所載)



## 16. 小兒科に於ける微熱について

### 微熱問題の回顧

小兒の微熱問題も此頃は漸く解決の徴候を認めて來たやうである。成人に就てはどうであつたか私はよく知らないけれども、小兒科に於ては實に長い間認識の不足と誤解との間を彷徨して、無用の杞憂を流布し、世間を毒したものであつた。

小兒の所謂微熱が小兒保健問題の中心をなし、微熱即結核と云ふ如き近視眼的の見解によつて、肺門腺結核の大量なる想定診断をなし、ありもしない敵機影に怯える如き態度を、我國の全小兒科醫がとつて來たことは誠に久しいものであつた。他に何の異常もなく、全く正常にして元氣な小兒が、單に體温が37度を幾らか超えると云ふだけの事實によつて、肺門腺結核なる診断の下に、長日月の絶對安靜を命ぜられ、潑刺たる生命力を徒らに臥床の中に幽閉された者の數は實に夥しい數に上つてゐた。而も小兒科醫の大多數、殊に權威者と云はれ又は自ら大家を以て任ずる人々は、自らの自負心を満足させるために、特にさう云ふ態度が嚴格であつただけでなく、此の如き態度を以て小兒の保健上絶對不可缺の緊要事として、小兒の一般に對して之を強要するが如き状況であつた。従つてもし之れに對して疑義を挟み、或はさう云ふ所謂微熱は單なる小兒に特異なる生理的狀態に過ぎないなどと云はうものなら、直ちに眼の色を變へて非難し、恰かも小兒保健問題の基礎を紊る暴論か、小兒科學の傳統を破壊する異端邪説の如く攻撃し、剩さへ亂臣賊子の類でもあるかの如く憎んだものであつた。

昭和9年に私が始めて『小兒の體温に就て』と云ふ論文を治療及處方誌上に發表した當時は、丁度さう云つた反響を惹き起して、非難攻撃の矢は私の一身に向つて八方から飛んで來た。中にはさう云ふ暴説は絶對不承認だと云ふ態度

を、明瞭に醫誌に發表した人もあつた。さう云ふ私に對する非難攻撃は其後數年経つても止まず、中には見當違ひの攻撃や皮肉を浴せかける人もあつたので、憤然とした私は更に『再び小兒の體温に就て』と云ふ一文を、昭和12年實驗醫報に掲げてそれ等の非難に答へ且つ之を反駁した。ところが其時の私の論調が激越に過ぎると云ふので、又々更に非難の火の手が加はつたやうな次第で、其當時には全く文字通りに孤軍奮闘、惡戰苦闘の態であつたが、私は何處までも自分の主張を押し通したので、餘りに執拗な私の態度には友人も呆れ果て、大家諸先輩の憎惡は一層加はつたやうであつた。

ところが其後何時とはなしに私の主張が承認されるやうになり始め、小兒の正常體温は常に37度以下とは限らない、正常體温が37度1,2分乃至2,3分に昇る者も澤山ある。だからして、37度を超へたからと云つて決してそれだけでは病的とは云はれず、況んやそれだけで肺門腺結核だなどとは云はれないと云ふ意見が、多數の小兒科醫によつて唱へられるやうになつて來た。

此情勢の變化に喜んだ私は、昭和14年の『結核臨牀』誌上に、『微熱兒童問題』と云ふ一文を更めて發表して、我國小兒科學界に於ける所謂微熱に對する認識の進歩を祝した(之等私の論文はすべて拙著小兒科の検討及び續小兒科の検討に収録してある)。併しそれ等の人々、其中には當初私の説を非難攻撃した人もあるが、さう云ふ人でさへも決して山本の云ふ處を認めるなどとは少しも云はれず、すべて自分の説として述べておられるし、又極力激しい非難攻撃に終始された方々は其後何とも云つて呉れないので、その邊の關係は只今では有耶無耶の中に葬られたやうになり、多大の非難と憎惡とを浴せかけられた私としては、多少氣抜けの態ではあるが、併し多年來の私の主張が、まだたとへ小兒科學界の一部ではあるにもせよ、兎に角通つたやうに思はれるのは誠に欣快に思ふのである。尤も、小兒科學界以外には、もつと早く私の説を認めてくれた人もあり、時には誌上に於て望外の贅辭をうけて却て恐縮したこともあつたが。



## 微熱とは何か

小児に就て、どの程度の体温を微熱とすると云ふ見解には人によつて相違があるとしても、微熱と云ふ以上は、それが病的である、少なくとも正常体温ではないと見る點に於てはすべて一致してゐるものと考へる。もし、微熱と云つても必ずしも病的体温とは見ないなどと云ふ人があつたとしたら、否、此頃の微熱問題の情勢では、さう云ふ抗辯をされる人も絶無ではないらしく思はれるが、それは全くの詭辯に過ぎないことは、從來よりの見解からして議論の餘地がない。即ち、所謂微熱をすべて病的体温と考へてゐたことは、各自の心に顧みれば一目瞭然であらうと思ふ。

然らば小児の微熱とは一體どの程度の体温を指して云つたものであつたか。小児科の大家の中には、35度8分以上を以てすべて微熱と見做すと發表された方が数名あつたが、併しさう云ふのは大分極端の方で、一般には37度を超へた場合、詳しく云ふと37度から37度5分位迄の間の体温を微熱と見做してゐるやうである。つまり36度9分ならば正常体温だが、37度になれば既に微熱の中に入れて、これは正常ではない、どこかに異常乃至病的原因があるためだと見做すのである。然らば一體小児の体温と云ふものはそんなものであらうか。

微熱を以て病的乃至異常体温と見做す以上は、其微熱の因つて來る病的原因がなければならぬ。何等の病的原因なくして病的体温を示すと云ふことはあり得ない筈だから。ところが、さう云ふ所謂微熱のある小児の多數に就て詳細に診察乃至検索して見ても、別段にこれぞと云つた病的原因が発見されない者が多いことは、廣く一般小児科醫の知る通りである。そこで何とか理由をつけやう、或はつけなければならぬと云ふ立場になつて考へ出したものが即ち肺門腺結核と云ふ病名であつた。

レントゲン検査をして見ると、大抵の小児が肺門部に多少の陰影がある。これは全く生理的に當然なものではあるが、苦しまぎれに微熱をそれと結び付け

ることが多いのである。例へば「大したことはないけれども、幾らか陰影があるから、まあ肺門腺結核でせう」と云つたやうな診断が如何に數多く下されてゐることか、小児科醫の大多數は自ら顧みて苦笑する他ないだらうと思ふのである。ところが生憎なことには、多くの小児の胸部レントゲン像の肺門部陰影は、極端に明瞭なのは少なく、どつち付かすの中間のものも多く、正常と云ふべきか、異常と見るべきかの判断に迷ふ場合が極めて多い。此のことが、直ちに肺門腺結核と微熱とを結び付け易い原因となるものと思はれる。つまり、さう云つた所謂微熱の原因は小児自身にあるよりは、寧ろ却て小児科醫の頭の中にあることになる。

然るに、さう云つた微温的の態度で、ただ何と云うこともなく漠然とこち付けてゐたのではどうにも解決のつかない重大事實に直面した。それは、學童の体温検査が廣く且つ多數に、而も綿密に行はれた結果、37度以上の体温を示す者の數が以外に多いと云ふ事實が明らかになつたことであるが、さう云ふ結果を明瞭ならしめたものは同時に、検温法を嚴格にして最高体温乃至恒定体温を測定したことでもあつた。即ちさう云ふ嚴格な検温をして見ると、學童の大半、凡そ90%以上の者は其体温が37度以上を示すことが明らかとなつたのである。従つて從來からの見解、即ち37度以上(極端には36度8分以上)を以て總て微熱と見て、之を異常乃至病的と解釋する時は、我國學童の殆んど大部分が病者と云ふことになり、又之を簡單に肺門腺結核と見做す時は、我國幼少年の大半が結核症の兒童だと云つた由々しい重大事件が起ることになつてしまつたのである。

私はもとよりさう云ふ風な、我國の幼少年の大半が肺門腺結核に罹つてゐる病者などと云ふ馬鹿らしい考へは持たないのであるが、我國小兒科學界の諸大家の從來よりの見解に従へば、どうしてもさう云ふ結論に到達せざるを得ない破目に陥つたのである。然に於て始めて、當初あらゆる非難攻撃を加へ、異端邪説と罵つた私の見解に對して、更めて之を再考しなくてはならぬことになつたものと思はれる。併し、さうなつてもまだ頑強に反對される人もあつて、



従來の検温法によれば 37 度以下だとか、37 度以下の者が多いとか云ふ反對論に固執される人もまだ少なくないらしいが、天下の大勢は凡そ定まるべき處に近づいたやうに思はれる。

微熱と云ふからには、それが病的異常體温を意味することに就ては誰方にも異存はないことと考へる。もしさうでなければ、微熱などと云ふ言葉は無意味になつてしまふから。そこで唯問題は、どの程度からが微熱と見るべきであるかと云ふ點に歸着するであらう。少なくとも小児に於ては、36 度 8 分以上を微熱と見做すべきだなどと云ふ説の間違つてゐることに就ては何の疑もない。それと共に 37 度を以て限界と定め、それを超へた者は病的で、36 度 9 分迄が正常だとする見解も同様に誤りと思ふ他はない。何となれば、學童の大半は 37 度を超へ、而もそれ等の多くは臨牀的にも、又色々の検査によつても何等病的と思はれる異常が発見されないのだから、如何に抗辯しやうとも、儼然たるこの事實に對しては如何ともし難いのではないかと考へる。

### 小児の正常體温

この問題に就ては既に再三繰返して私は詳論したこともあり（前掲論文参照）、又茲には紙面の關係上重ねて繰述しないが、私の考へる小児の正常體温と云ふのは、決して 37 度以下とは限らず、又 37 度を以て正常か異常かの境界とはせず、大體に於て 37 度 2、3 分位の處に限界を置きたいのである。このことは嘗て拙著に於て、體温表の赤線が正常體温と病的體温との境界線を意味するものならば、小児科に於ては一般内科と異なり、此赤線を 37 度 2 分位の處に置きたいと云ふ希望を述べたことによつても明瞭であるが、此私の提案は、多くの小児科大家諸氏の冷笑と侮蔑とを買つただけで、まだ誰一人として賛成してくれた人はない。それ故私自身も猶ほ未だ之を實行に移してゐない状態であるが、いづれ遠くない將來に於て此ことは恐らく實行の運びに到らうとひそかに考へてゐる。

小児の正常體温は必ずしも常に總て 37 度以下であるとは限らない。正常に

あつても小児は其體温が往々、或は屢々 37 度 2、3 分に昇ることがあるものだとは私は固く信じてゐる。従つて 37 度 2、3 分位の體温を示しても、他に臨牀上何等病的と思はれる所見がないならば、それを以て其小児の正常體温と見做したいのである。それでは 37 度 4 分或は 5 分になつたらどうかと云ふ質問が出るかも知れない。さう云ふ杓子定規的の質問は、何によらず現はれるものだから、それに対しても答へておきたい。即ち體温と云ふものは、たとへ正常と見做すべき範囲にあつても決して一定不變ではなく、時と場合により多少の變動はあるものだ。37 度 4 分になつたからと云つて、唯それだけのことで病的だとも異常だとも云はれない。他の臨牀的所見と併せ考慮した上でなければ決められないのである。而てそれは、37 度 5 分になつても恐らく同様であらうけれども、それ位になれば最早幾分か正常體温とかけ離れた感じにもなるので、茲には深くは論じない。

37 度以下の小児も澤山あると云ふ抗議乃至事實に對しては次の如く考へる。即ち正常小児と云つても、總ての小児が全部同一體温を示すと云ふわけではなく、幾分か低い者もあれば高い者もあるからだ。それは小児に限つたことではなく、成人でも老人でも皆同様だから、何の不思議もない。又ある小児に於て、ある時は 37 度を超へ、ある時はそれ以下だと云ふ場合もあるだらうけれども、それも時と場合の相違でしかない。同じ人間の正常體温は、1 年中必ずしも常に同一でなければならぬとは限らない。それは自分の體温を毎日正確に測つて比較して見れば直ぐわかれることと考へる。

體温に就てはどう云ふものか一般に其高い方だけを氣にして、低い方を殆んど不問に附してゐるが、一體どう云ふ理由によるものであらうか。一般人は云ふ迄もなく、醫師でさへも、又體温問題を論議される特志の醫師でさへもさうなのは全く不思議と云ふ他ない。高い方が異常體温なら、低い方も同様に異常體温ではないか。最高だけを氣にして異常だとか病的だとか云ふならば、最低をも亦同様に論議考察してこそ然るべきものやうに私には思はれる。此のことは、健康小児の體温動搖と云ふ點からしても極めて重要である。病的とか異



常とかと云ふことは、單に最高體温だけでは不十分であつて、其動搖の程度をも併せ考ふべきではないか。

### 誤謬の原因

小兒と老人とが其體温に於て同一でないことは一般人と雖も熟知してゐる。即ち老人の體温は低く、小兒のそれは一般に高いことは何等の疑もない。それでは老年に達しない一般成人は如何か、血氣の壯年はどうかと云ふに、之も亦成人の方が小兒よりも低いことは明瞭である。もし疑ふならば、互の體温を測つて比較して見るがよい。更に青年と小兒はどうかと云ふ問題に就ても、これ又小兒の方が幾分か高いことは、既に中學校生徒と國民學校兒童との體温検査の成績が明らかに示してゐる。此の如き明瞭なる事實にも拘らず、これ迄小兒の正常體温を成人と殆んど等しく 37 度以下、或は 36 度 8 分以下でなければならぬやうに、我國小兒科醫のすべてが考へてゐたのは一體何故であらうか。それは勿論認識の不足によるのであるが、其認識不足を招來した原因の中主なるものは、舊來よりの因襲に固執したことと、醫學の一般、殊に小兒科學が元來一般內科學から分離發達したためとによるものと思はれる。つまり、內科學に於て從來一般に正常體温は 37 度以下だとしたことが、そのまま小兒科學に於ても動かすべからざる鐵則として遵守されたからである。即ち、小兒科學は小兒の特殊性に就て徹底的に考究検討しなければならぬ筈であるのに、依然として舊來の習慣を鵜呑みにして濟ますと云ふ微温的の態度から脱却しないからである。之は何も決して單に體温の問題だけではない。其他各種様々の問題に就ても同様である。而て此ことは、將來の小兒科學に於ける新天地であり、又同時に、小兒科醫に課せられた重大なる責務でもある。

然らば小兒の體温が、何故に成人に比して高いのかと云ふ問題が現はれて來るが、それに就ては私が茲に縷述する迄もあるまい。たとへ體温を生ずる因子は多種多様であるにしても、正常體に於ては、體内に於ける物質代謝作用と密接不可分の關係にあることは確實である。即ち代謝作用の旺盛な者、或は活

潑な場合には正常體温が幾分か高く、それが衰へてゐる時には幾分か低いことは疑がないと考へる。而て小兒の代謝作用が、一般に成人よりも旺盛なことも亦疑ふ餘地がない。之等の事實を併せ考へれば、小兒の正常體温が一般に成人よりも幾分か高いことは、謂はば生理的に當然の現象と云ふ他ないであらう。

### 結 辭

最後に、小兒の正常體温は 37 度を超へる者が少なくないことは確實であるが、併し、總ての小兒が全部さうだと云ふ次第ではないと云ふ點に論及して、與へられた課題に對する本稿を終りたい。小兒の正常體温は必ずしも 37 度以下とは限らない、37 度 2、3 分を示す者も少なくないと私が述べたことに對して、恰かも私が、37 度 2、3 分迄の體温の者はすべて正常状態だとでも云つてゐるかの如く非難した反對論者もあつたが、私は決してそんなことを云つてゐるのではない。ただ昔から 37 度を超へた體温の者を總て微熱兒童と見做し、更に一步進めて之を肺門腺結核兒と見做したことに對して私は、さう云ふ體温を示す者にも健康者が多いと云ふこと、即ちそれ等をすべて微熱兒童と云ふ、異常又は病的の者とするのは間違ひだから、さう云ふ見解は改めなければならぬと主張したに過ぎない。

私の意味する處は、單に 37 度を超へたと云ふ如き單純なる因子のみによつて、直ちに之を無條件に病的と考へることをせず、猶ほよく其狀況を臨牀的に考慮して病者と健康者とを區別すべきだと云ふのである。37 度 2、3 分迄の體温の小兒はすべて健康者だなどとは少しも私は云はないのであるが、反對者の中には妙に廻りくどく曲解して非難の種としたり、新らしい意見と考へたりするのである。云ふ迄もなく、37 度以下の體温を示す小兒にも病者は澤山あるのだから、37 度 2、3 分迄の者が總て健康だなどとは、如何に無思慮な者でも考へないであらう。又、正常體温が 37 度を超へる者も澤山ゐるが、37 度に達しない者も少なくない、などと云ふ點に固執してゐられる反對論者も、私の云ふ意味を誤解又は曲解して、妙な處に抱泥してゐるとしか私には思はれ



ない。正常小兒だからと云つて千差萬別だから、其體温も決して總て一樣である筈はなく、中には幾らか高い者もあり、又多少低い者もあるのは全く當然の現象に過ぎないだらうと私は考へる。

小兒の正常體温の問題も、其大勢は既に決したやうに思はれる。反對説の諸大家も何卒面目に拘泥することを止めて、小兒科學への正しき認識のために協力されたい。

(醫事公論，昭和 17 年 2 月 2 日號所載)

## 17. 疫痢赤痢同一論

疫痢が小兒赤痢の一特殊症型に過ぎないことは既に多くの人々によつて認められ、今や疑問の餘地は少いものと思はれるが、併しまだ確定と云ふ處まで行かず、之に對する異論又は反對説は猶ほ相當にある。私は嘗て「疫痢とは何か」と云ふ長編の論文を發表して（昭和 14 年實驗醫報，拙著續小兒科の検討に収録）此問題を詳論したが、其後の趨勢に鑑み、更めて疫痢赤痢同一説を再論したい。

### 疫痢と赤痢

疫痢と昔から云はれてゐる疾病は赤痢の一種でしかない、小兒赤痢の一特殊症型に過ぎないものと私は信ずる。即ち疫痢赤痢同一説であつて、疫痢は小兒赤痢の劇症型であると考へるのである。

かう云ふことを更めて茲に述べると、多くの人々は、そんなことは解りきつたことだと一笑に附すかも知れない。實際、小兒科醫のみならず、我國の醫師の大多數はさう見做してゐるのである。併しそれは多くの人々であつて、決して全部ではない。疫痢赤痢同一説を承認しない人々は現在猶ほ多數にある。第一に疫痢の本家本元たる箕田、大原兩博士、今では疫痢の本家争をしてゐる如くにさへ思はれる之等兩博士が、疫痢は赤痢ではない、赤痢とは別種なる特殊の一疾患とされてゐることは周知の通りであるが、さう云ふ見解は決して箕田、大原兩博士だけではない。他にも多くの人々、殊に學者と云はれる人々に多いのである。例へば伊澤爲吉博士、土橋光太郎博士の如く、疫痢は獨立せる一疾患ではなく、色々の疾病により惹起され、色々の疾病に隨伴する一種の症候群にしか過ぎないとする説である。此説には他に猶ほ多數の賛成者がある。其ことは、一昨年夏醫事公論で此問題に就て小兒科學界の諸氏に意見を徴した際、疫痢赤痢同一論を主張した者は私以外には餘りなく、大多數の人々が症候



群説に傾き、或は殊更に曖昧なる態度を示したことによつても想像される。

疫痢は赤痢ではない、即ち疫痢と赤痢とは全く別種の疾患だとする説を強硬に主張される學者は、只今の處最早箕田、大原兩博士以外には殆んど見當らないやうである。併し、此の疫痢特殊獨立疾患説の孤學を死守される兩博士の見解が、全く相反したる事實に立脚した對蹠的の立場にあり、互に氷炭相容れざる見解に固執されるのは誠に悲劇である。

簡単に云ふと、箕田博士の意味する疫痢は「大腸菌性大腸炎の劇症であつて、所謂疫痢様症状を呈するも、赤痢菌、パラ赤痢菌、パラチフス菌等を全く證明し得ないもの」に限定されてゐる。之に對して大原博士の云はれる疫痢は「所謂大原菌（箕田博士のパラ赤痢菌）を病原とする下痢性疾患」だけに限定し、如何に従來並に現在一般に意味する疫痢様症状を示さうとも、糞便中より大原菌を證明することがなければ、或は大原菌以外の他の赤痢菌を證明したのでは、總て疫痢ではないとして之を除外するのである。従つて糞便中に大原菌を検出しさへすれば、如何に輕症の下痢であつても、それはすべて疫痢と斷定される。

箕田、大原兩博士の説は、以上の如く直截明瞭であつても少しも曖昧な處はない。全く一目瞭然、些かの疑點をも含まないのであるが、同時に又、之等兩説が全く對蹠的であつて、折衷妥協の餘地が全く皆無であることも亦明瞭である。何となれば、大原博士は大原菌の證明されるものは總て疫痢であり、之の陰性なるものは疫痢に非ずと斷定されるに對し、箕田博士は該菌（同氏の命名するパラ赤痢菌）の檢出されるものはパラ赤痢症であつて、疫痢ではないと斷言されるからである。

以上箕田、大原兩博士の説によれば、疫痢は全く赤痢とは異つた別種の疾患なるが如き印象をうけるのであるが、實際に於ては少しもさう云ふことはなく、疫痢と赤痢、少くとも幼小兒赤痢とは極めて類似せる疾患であつて、嚴密に云ふと、兩者間に本質的に相違せる點の全くないことは、總ての醫師の熟知する通りである。然らば何故に此の如き特異なる説、而も互に氷炭相容れざる

對蹠的の説に固執される結果を招致したのであらうか。私の想像を以てすれば此の如き結果に到達したのは、恐らく赤痢と云ふ一の疾患に對する病原菌が多種多様である（例之本型菌・異型菌ⅠⅡⅢ等）ことを忘れて、單なる一種の菌種にのみ着目固執された爲ではあるまいかと考へる。又それと同時に、赤痢患者の糞便中よりの菌檢出が、總ての症例、如何なる場合に於ても百發百中に可能なるが如くに思惟された爲でもあるやうに思はれる。赤痢患者糞便よりの赤痢菌簇檢出は必ずしも 100% ではない。臨床上赤痢たることが明瞭であり、而も明らかに他に傳染した如き例であつてさへも、赤痢菌を證明し得ない場合が少くない。これは技術の問題だと云へば確かにその通りでもあるが、併してこの技術の問題が直ちに臨床上の診斷に關係する。即ち疫痢か否かと云ふ重大問題に關聯するのだから、之を簡単に看過することは出来ない。

#### 大原菌は赤痢菌か否か

大原博士の疫痢説の立脚地、唯一無二の理論的根據は、大原菌（箕田博士のパラ赤痢菌）が赤痢菌ではないと云ふ點に存する。何となれば、もし大原菌が赤痢菌簇の一種であり、赤痢異型菌の中に屬するものであれば、大原博士の云ふ疫痢は直ちに赤痢の中に編入されて其獨立性を失ふからである。従つて大原博士の説を批判するためには、此點に就て考察すれば足りるのである。此ことに關しては私は既に昭和 14 年春の實驗醫報に於て「疫痢とは何か」と云ふ題下に詳論し（拙著續小兒科の檢討に収録）、之に對して同年の小兒科學會總會に於ける宿題講演に於て大原博士より反駁があつたが、大原博士は私の所説の要點は悉く之を回避し、見當の違ふ批判を加へられただけに止まつたのは誠に遺憾であつた。

大原菌は赤痢菌なりや否やと云ふ其所屬に就て、大原博士の所論は誠に曖昧である。同博士は前記小兒科學會講演録の末尾に於て、結論として次の如く述べてある。即ち「之を要するに余は、疫痢は志賀菌並に赤痢異型菌と對立の地位にある廣義の赤痢菌屬に入るべき大原菌に因るものと主張するのである」と。



廣義の赤痢菌屬と云ふのは一體赤痢菌なのか、それとも赤痢菌ではないのか。志賀菌並に赤痢異型菌と對立の地位にあると云ふのは、果して赤痢菌簇に編入さるべきものか、或は赤痢菌簇以外に屬せしめるつもりなのであらうか。之等の點、謂はゞ私の意味する根本問題に於て大原博士の態度は甚だ曖昧であり、誠に了解に苦しむのである。

箕田博士は大原菌をパラ赤痢菌と命名された。パラ赤痢菌と云ふからには、それが赤痢菌の一種とされることには疑がないものと考へる。即ち箕田博士は大原菌を赤痢菌の一種と見做されることは確實であるが、併しそれによつて起る下痢性疾患をパラ赤痢症と命名して、一般の赤痢と區別し、恰も別種の特別の疾患であるかゝ如く主張される。これは、九州帝大小児科に於ける新病名創造癖の傳統とも關聯するらしく想像されるが、此の如き特殊病名を付けられる意味が私には解らない。赤痢菌の分類と名稱とは一體に甚だ混亂を極めており、私如きには到底理解し得ない點が多いのであるが、パラ赤痢菌とかメタ赤痢菌とか、或は異型赤痢菌とか云ふものは實に不可解の點を多く含むのである。私は之等雜多各種の赤痢菌簇の孰れによるにもせよ、それ等を病原とした下痢性（赤痢様）疾患はすべて一括して赤痢と呼ぶ方がよいと考へる。之等を検出菌の種類によつて一々區別してゐたら際限がないだけで、實際には何等得る處はないのである。パラ赤痢菌を検出したからパラ赤痢症と呼ぶ必要があるならば、所謂異型赤痢菌を検出された者は何と呼んだらよいのか。異型Ⅰ赤痢、異型Ⅱ赤痢……とでも呼ぶのか、或は駒込A……B赤痢……とでも區別して呼稱しなくてはならぬかも知れないが、そんな馬鹿らしい無意味のことは全く有害無益と云ふ他ない。然らばパラ赤痢症と云ふ名稱はどうか。宜らく虚心坦懐に一考されんことを希望して止まない。

大原菌は赤痢菌の一種として赤痢菌簇に歸屬せしむべきものと私は考へる。名稱は大原菌でもパラ赤痢菌でもよいが、兎に角これが赤痢菌簇に屬すると云ふことだけは明瞭にしたい。さう決定しきへすれば、大原博士の主張固執される疫痢は直ちに赤痢の中に編入されて、特殊獨立疾患としての存在理由を失ふ

ことになり、多年紛亂せる疫痢問題も、其大半は茲に解決することになるであらう。

### 疫痢症候群名説の批判

疫痢は獨立した一疾患ではなく、小兒赤痢の劇症にしか過ぎない。即ち疫痢は總て赤痢の中に包括さるべきものだとする私の見解、若しくは多くの人々の解釋も、見ようによつては疫痢症候群説の中に入るかも知れない。併し此説に於ては、疫痢は赤痢と同一疾患だとする點に重點があるのであつて、所謂疫痢様症候群と云ふものを一般化することなく、之を狹義に、限定的に取扱ふ處に其主張がある。

然るに疫痢症候群名説の中には之と異なり、疫痢と云ふのは全くの症候群にしか過ぎないのであつて、獨立の一疾患に非ざること勿論、赤痢と云ふ如き單一の疾患に屬するものでもなく、諸種様々の小兒疾患に伴ふ症候群であるとす、謂はゞ廣義の一般化された症候群説を主張する人々もある。即ち此説によると、疫痢と稱するものが小兒赤痢の劇症型を含むことは云ふ迄もないが、赤痢以外の胃腸疾患、パラチフス或は其他の疾患に因るものをも同様に包含することになり、各種様々の疾病によつて疫痢と云ふ症候群が形成されると云ふのである。

此の如き廣義の症候群説、即ち疫痢は決して赤痢菌簇（大原菌をも含めて）の感染によつて起る單一の疾患ではなく、各種の疾患、各種の異なる原因によつて生ずる症候群に過ぎないとする人も相當にあるが、それ等の代表者として伊澤爲吉博士、土橋光太郎博士を擧げることが出来る。

伊澤博士の説は其著書「疫痢」の中に詳述されてゐるが、要するに『疫痢は病原性細菌の腸管感染によつて誘發された中毒性疾患であるが、決して腸感染のみを重要原因とはせず、又細菌毒力の關係により招來されたるものにもあらず、却てそれ等細菌毒に敏感なる小兒體内に於て臟器機能失調に基き産生蓄積された毒物の作用、即ち中毒現象に他ならずとなし、其中毒現象を惹起するも



のに強度の酸毒症，血中アンモニアの蓄積及びグアニチン體の増加にあり』と断定するのである。

土橋博士の説は結局に於て『疫痢とは，急性傳染性腸炎にして特有なる中毒症狀を伴へるものゝ謂で，麻疹，猩紅熱其他に於て稀に之れと全く同一像を呈するを見ることあるも，之等は除外することとする。而て此急性傳染性腸炎を惹起する病原菌に關しては，赤痢菌各型，大原，箕田菌，パラチフスB菌，X，Y菌，ゲルトネル氏菌或は常住大腸菌等のいづれによりても起ると云へば，極めて簡單明瞭にして何等議論の餘地がない』と云ふことになつてゐる。而て猶ほ原因菌に關して『疫痢即ち赤痢説に就ては大原，箕田菌が赤痢菌簇に屬するものとせば，疫痢の大多數が赤痢であることは事實である。併し疫痢の全部が赤痢ではない。此ことは例へば箕田氏の記載によると，過去25年間に於て伊東，箕田教室で確實に病原菌種を證明したもので疫痢症狀を呈したものは，赤痢菌（總數977）に21.4%，バラ赤痢菌（總數313）に21.6%，パラチフスXY菌（總數28）に17.8%，其他パラチフスB及ゲルトネル氏菌等にて同じく疫痢様症狀を呈したものがあつた。此外經驗ある研究者によつても今日尙ほ菌檢出不可能の場合のあるは周知の事である。之等の點から疫痢即ち赤痢説は正しくないと思ふ』と述べられた。

以上兩博士の疫痢症候群説は大體に於て一致してゐる。即ち，伊澤博士が病原性細菌の腸管感染によつて誘發されたものとする見解と，土橋博士の急性傳染性腸炎なりとする解釋とは略々同一と見做し得る。此點は疫痢即ち赤痢説に於ても同様であるが，唯一方が此病原たる細菌を赤痢菌簇と限定する一元論なるに反して，他方は各種細菌による多元説なる點が相違するのである。茲に於て之等兩説の當否を決定するものは，病原菌一元論が妥當か，多元論が妥當かと云ふ點に歸着することになるであらう。

大原菌即ちバラ赤痢菌が赤痢菌簇に編入さるべきものと云ふ點に就ては前述したから，それは一元論，即ち赤痢疫痢同一説の障礙にはならぬと思はれる。従つて問題はパラチフス菌又はゲルトネル氏菌，或は稀に大腸菌簇と疫痢との

關係如何と云ふ點に係るものと見做し得る。大腸菌に關しても疑義が多いが省略することにして，茲にはパラチフス菌或はゲルトネル氏菌等に就てのみ考察したい。疫痢様症狀を示す者からパラチフス菌が證明されたから，疫痢はパラチフス菌によつても起ると云ふ解釋は，表面的にだけ考察すれば成程とも思はれるが，「麻疹，猩紅熱其他に於ても稀に疫痢と全く同一像を呈する」と云ふ事實と果して如何なる關聯をなすものか。麻疹，猩紅熱其他による疫痢は之を除外して，パラチフス菌，ゲルトネル氏菌等を檢出したものだけを疫痢の中に包含させると云ふ土橋博士の説は，何處かに矛盾があるやうに思はれる。尤もそれは「急性傳染性腸炎」と云ふ點を重視した結果でもあらうが，併し同じやうな疫痢様症狀を呈した者に就て，それが急性傳染性腸炎であるか否かは細菌檢査による他には確定し得ないのである。

急性傳染性腸疾患は赤痢だけではなく，其の他にも色々あるが，それ等個々の診斷を確定するためには菌檢査を要し，細菌決定によつて始めて確定されるものもある。もし疫痢様症狀を呈した小兒の糞便から腸チフス菌が檢出され，或は極端に云つてコレラ菌が證明されたとしたら，一體如何なることになるであらうか。疫痢は腸チフス菌又はコレラ菌によつても起ると云つて濟まし得るか如何。此引例は少々不適當であつたかも知れないが，併し私の云ひたい處は，たとへば疫痢様症狀を呈したからと云つても，パラチフス菌やゲルトネル氏菌が立派に證明された者は，パラチフスとか特殊食餌中毒とかであつて，疫痢ではないのだと云ふことである。もし腸チフス菌が立派に證明されれば，それは腸チフスであつて，決して疫痢ではないのである。又もしパラチフス菌だのゲルトネル氏菌だのに因るものをも疫痢とするならば，麻疹，猩紅熱其他によるものをも疫痢とする方が妥當ではあるまいか。たとへば糞便中に菌陰性であつたとしても，菌陰性に終る赤痢さへ多數にあることでもあり，又大腸菌ならば總ての糞便より檢出證明し得るのだから，之を大腸菌性腸炎と見做し得ない次第でもないやうにさへ思はれる。

自家中毒症又は消化不良性昏睡と呼ばれた小兒の急性消化不良様の特殊症



型に於ても、屢々疫痢に類似或は同様の症状を示すことは周知の處であるが、たとへ如何に類似の症状を呈したからと云つて、自家中毒症は疫痢ではなく、又、之を疫痢の中に包括することは明らかに誤謬である。疫痢症候群名論者は此の如き點を如何に説明されるのであらうか。

尤もさう云ふと、それだからこそ疫痢症候群名説が妥當なのだと云はれるかも知れない。併し、それならば赤痢菌簇（大原菌も含めて）の検出證明される者が殆んど大部分を占めてゐる事實、儼然たる此事實を如何に見られるのか。それでも疫痢赤痢同一説は正しくないと云はれるのであらうか。極めて少數なる例外によつて、大多數をも否定しようとするのは決して妥當なる見解とは思はれない。

類似せる症状若しくは同一症状は、必ずしも常に近似したる、或は同一の疾患に基因するとは限らない。全く異なる原因又は疾患によつても、同一に近い症状が惹起されるのである。従つて、此の如き類似症状を以て、原因の如何を問はず總て之を症候群として片付けてしまふならば、醫者の世界は症候群で充滿するであらうし、同時に又鑑別診断の重要性も失はれるであらう。如何に類似せる症候群を示すにせよ、又其症状の發生病理に於て如何に共通なる點があるにもせよ、違つた病原によるもの、或は異なる疾患に基因するものは、それぞれ嚴密に鑑別し區別しなければならぬだらうと私は考へる。即ち、如何に疫痢様症状を示したからと云つて、パラチフスはパラチフスであり、自家中毒症は自家中毒症であつて、決して疫痢ではないのである。かくして少數の例外を鑑別して除外すれば、後に残る大多數の疫痢は赤痢に過ぎないことになるであらう。廣義の疫痢症候群名説に反對して、疫痢赤痢同一説を主張する私の論據は此點に存するのである。

## 結 論

疫痢は小兒赤痢の特殊なる劇症型に過ぎない。即ち疫痢赤痢同一説を私は信ずる。大原博士の説は、大原菌が赤痢菌簇の一種であると云ふことさへ明らか

になれば、直ちに疫痢即赤痢説となるのである。箕田博士の説は既に、極めて特殊例外的なる少數を除いては、其大部分、殆んど全部に近き大部分がバラ赤痢症及び赤痢として、實際上は赤痢の中に編入されており、後に残るものは單なる理論、それも多分に想像を加味し、而も實際問題より遊離した理論に過ぎない。

疫痢赤痢同一説に對する残された唯一の障碍は、廣義の症候群名説である。即ち疫痢は單一なる疾患に基因するものに非ず、各種の原因による様々の疾患に伴ふ一種の症候群に過ぎないとする説である。併し、たとへ各種疾患に隨伴するものとは云へ、其大多數が赤痢に屬することだけは此論者も十分に認めてゐるが、全部が全部赤痢ではなくて、極く少數は他の疾患に基因すると云ふのである。而て此の如き少數の例外としては病原性細菌による急性傳染性腸炎の中、パラチフス菌、ゲルトネル氏菌又は人腸菌によるものを挙げた。

此症候群名説は、一見誠に穩健にして妥當なる如くに見える。何となれば、疫痢様症状を呈するものは必ずしも赤痢とは限らず、其他の小兒疾患に於ても往々同様又は類似の症状を示すことがあるから、之を單一疾患によるものとせず、一般的症候群と解釋する方が常識的と思はれ易いからである。此の如き常識より推せば、疫痢様症状を呈する總ての疾患を其中に包括しなければならぬ筈であるが、併し該論者はそれ程の勇斷はせず、ただ急性傳染性又は細菌性腸炎にのみ限定したのは果して何故であらうか。茲に此説の弱點があり、微温的態度が窺はれるのである。即ち此説は、廣義の症候群説と云ふよりは寧ろ限定的症候群説であつて、赤痢疫痢同一説をほんの少し廣くしただけに止まり、頗る中途半端な立場にあるものと云はざるを得ない。

疫痢様症状を呈するものが必ずしも赤痢のみに限らないことは確實にして疑がない。それと同時に又、さう云ふ疾患が必ずしも急性傳染性腸炎のみに限らないことも亦何等疑ふ餘地はない。此の如き事實、即ち同一症候又は類似の症候群が、色々の異つた疾患によつて惹起されることは、何も疫痢様症状のみに限らない。全く別種の疾患によつて類似の症候群が現はれることは幾らでも



ある。従つて、疫痢様症状に就てのみ此の如き問題に固執する必要は少しもないのである。たとへ酷似せる症候群を示したからと云つて、それ等が互に別種の疾患と見做されることが明らかであるならば、それ等は互に明瞭に鑑別しなければならぬ。假に類似の疫痢様症状を示したとしても、それがパラチフス菌によるものならば、それはパラチフスであつて疫痢ではなく、ゲルトネル氏菌によるものも同様に疫痢ではないことは、恰かも麻疹、猩紅熱等に関するもの、又は自家中毒症に伴ふものが疫痢と云ひ得ないと同様ではあるまいか。

私の疫痢赤痢同一論も、勿論疫痢症候群名説の一種でしかない。其點に於ては兩者ともに同一範疇に属するのであるが、ただ私が疫痢を小兒赤痢に属するものだけに限定し、其範圍を明瞭にしたことに反し、症候群名説が其範圍を少しく廣げて幾分曖昧にただけの相違に過ぎない。従來一般に疫痢と呼ばれた者の大部分、否殆んど全部に近く、少くとも十中八、九に到るまでは赤痢に過ぎないことは既に明瞭である。此ことは、大原菌が廣義の赤痢菌族に属することを大原博士が既に言明されてゐる點（前掲）によつても裏書されてゐる。

疫痢と云ふ病名は既に全く無用となつた。何となれば、疫痢などと云ふ特殊の獨立せる疾患は存在しないからである。併し、此病名は既に 40 餘年の久しきに亘つて用ひられ、殊に最も怖るべき幼小兒疾患の一つとして、又此の如き重篤危険なる疾患の首位にあるものとして、醫師並に一般人の脳裡に深く滲透してゐるから、今直ちに此病名を抹殺し去ることは恐らく難事であらうと思はれる。又強いて早急にこれを抹殺したとて、實際上には何の得る處もないから、暫らくは自然の推移に委せて、唯此ものが小兒赤痢の劇症型に過ぎないことだけを明瞭に認識すればよいと私は考へる。但し、疫痢様症候群と云ふ名稱を用ひることに就ては別段の異議はない。即ち之を症候群となし、獨立せる疾患を意味するものに非ずとする限りに於ては何等の支障も認められないのであるが、唯其場合には必ず「疫痢様症候群」と云ふ表現を用ひ、單に「疫痢」と云ふ字句だけで示さないことを要する。

（日本醫事新報，昭和 17 年 7 月 18 日號所載）

## 18. 疫痢の豫後を如何に判定すべきか

茲に疫痢と云ふ意味は、普通一般に云ふ疫痢、即ち小兒劇症赤痢の一特殊型として急性傳染病に属す疾患を指し、所謂疫痢様症状を呈するも、それが赤痢と異なる他の疾患に因るものは除外する。而て其病原菌としては、大原菌をも含む廣義の赤痢菌に因るものとする。疫痢が特殊なる獨立疾患ではなく、小兒劇症赤痢に属するものとする疫痢赤痢同一論は、従來よりの私の持論であるが、其詳細に關しては、「實驗醫報」昭和 14 年 1, 2, 3 月號に發表した拙著「疫痢とは何か」（續小兒科の検討に収録）を参照されたい。

### 緒 言

疫痢の如く突然に發病して急激なる経過をとる疾患の豫後を、速かに且つ的確に判斷することは至難である。發病間もなく重篤症状を起して生死の程を危惧された者でも、案外に危険もなく 1 兩日間に恢復する者もあり、反對に發病當初、即ち半日乃至 1 日の間はそれ程の重症とはなるまいと想像される如き場合でも、其後に到つて俄然として状態悪化し、間もなく鬼籍に入る者もあり或は又發病以來歩一歩と重篤に進み、あらゆる治療的處置を講ずるにも拘はらず、恰も急坂を降るが如くに死亡する場合もある。即ち等しく疫痢と云ふ重症であつても、發病より死に到る、或は危篤状態より恢復する迄の症状並に経過は決して一樣ではなく、多種多様の様相を呈するのだからして、それが果して死亡するものやら或は恢復治癒するものやら、當初に於て之を確實に診定するのは實に難かしいのである。

豫後判定の困難は、此場合主として経過の急速なることに基因する。今朝までは全く平常通りに元氣であつた小兒が、其日の夕刻には既に死に垂んとするが如き重篤状態にさへ陥るのだから、生死の豫後を判斷する爲の充分なる觀察を行ふべき時間がないとも云ひ得る。豫後の診定は、症状に就ての色々の客觀



的情勢より総合判断する他ないのであるが、疫痢の如く急激に情勢の急變を來すものでは、冷靜にそれ等の客觀的情勢を觀察し、判断してゐる暇がないことになり易い。

疫痢の豫後を以て總て不良なるものと見做し、總てに就て死に直面してゐるものと、簡単に決めてかゝるのも一法であらう。疫痢だと云へば、死の宣告を受けたやうに一般人には考へられてゐることだから、さう宣告して置いて、さて徐ろに治療を行ふことは確かに賢明なやり方と思はれる。たとへ死亡してもそれは止むを得ない災難とあきらめ、幸に恢復治癒すれば醫師のお蔭でと云ふことになるから、孰れにしても醫師に迷惑の來ることはないと云ふ、誠に好適無比の方針である。

それでは疫痢の豫後を總てさう云ふ風に考へ、そのやうに云つて置けばそれでよいのか。否、決してさうではないと私は考へる。たとへ對患者の政策的にはさう云ふ態度も止むを得ないとしても、醫師自身の内面的若しくは學問的には個々の症例に就てそれぞれの豫後を出來得る限りの確に判断して、少なくとも心の中にだけは、其患兒が死ぬか癒るか云ふ見透しを付けるやうに努力しなければならぬものと私は考へる。何となれば、それは醫師たる者の責務の一であり、且つそれによつて自己の臨床的經驗を豊富に而も正確にする爲の最も重要な手段となるからである。もしさうしないで、何時も唯漫然と危篤状態だとだけ考へて之に對處してゐたのでは、如何に多數の症例を重ねたところで、臨床醫家としての本當の經驗を積んだと云ふことにはならず、遂には临床上最も必要な疾病に對する判断力の鈍麻をさへ招來するに到るであらう。

然らば疫痢の豫後を、早期に的確に判定する標準は何であるか。之が本篇に於ける私の目的であるが、多年の努力にも拘らず、實は私も此ことは猶ほよく解らない。よくは解らないが併し、何とかして之を解るやうにしたいと云ふ希望と熱意とだけは持ち續けて來たので、幾分か理解し得たやうにも思はれる點を茲に記して多少の参考に供したい。此ことは、小児科の臨床にとつて極めて重要な問題ではあるが、之を論ずる人が至つて少ないのは遺憾である。私の見

解には勿論誤謬遺漏が多々存するものと恐れるのであるが、此問題に對する一般の關心を幾分かでも喚起することが出來れば幸甚である。

### 経過と豫後

疫痢は一般周知の如く急速なる経過をとる疾病であり、殊に發病より死亡に到る迄の時間的経過が短かいのを普通とする。即ち早きは24時間、遅きも大抵3日間位、通常は48時間前後で死亡することが多いのであるが、幸に恢復輕快する場合にも亦、多くはそれ位の時間の中に症狀緩解して危険を脱するのが一般である。従て長くとも2、3日の経過で其豫後が定まつてしまふのである。尤も、稀には發病當初は比較的輕症らしく見えたものが、3、4日経つてから俄然重篤状態に陥つて死亡することもないわけではないから、嚴格に云へば4、5日間の経過で定まると云ふ方がよいかも知れないが、さう云ふものは例外としてもよいから、先づ大體に於て2、3日と云つてよからう。

即ち、發病當初の症狀が如何に激烈であつても、發病後既に24時間以上経つたが状態が特に悪化しないもの、或は初めは重篤であつたが、幾分か輕快に向ふ徴候の認められるもの、不安興奮等が漸次鎮靜に向ふ者等は、先づ豫後に多少の希望が出て來たものと見做してよいかも知れない。もしそれが48時間以上経つた者であるならば、一層光明が望まれ、先づ大方は恢復治癒するものと考へてよからうと思ふ。反之、24時間経つても少しも状態が落着かないもの、或は漸次悪化の傾向ある者等は豫後に疑念を懐かせ、48時間後に到つても猶ほ好轉の徴なきものは凡そ絶望とすべきである。

それと異なり、發病當初の状態がそれ程重篤でなかつたもの、又は一旦重篤状態より好轉しかけた者が、3、4日後に俄然重篤症狀に陥る如き場合には、豫後不良にして多くは死を免れない。従つて何時發病して、今日で幾日目若しくは幾時間目頃に當ると云ふ點を詳しく知ることは、疫痢の豫後を判定する上に極めて必要の條件となり、現在の状態にのみ着目してゐたのでは、屢々判断の正鵠を誤ることになる。



發病當初の状態，例へば發病後數時間にして痙攣を起したとか，發病間もなく悪心嘔吐が頻回に起つたとか云ふことは，一般に豫後判断の目標とするには不十分である。急速に痙攣の如き症狀が襲來したからとて，豫後必ずしも不良ではなく，それ等症狀の發現が遅いからと云つても亦必ずしも豫後佳良とは限らない。實際に於てはこれが一番困るのであつて，臨床家の最も苦心する處であるが，それにも拘らず，危険と思はれたものが案外軽く癒り，それ程でもあるまいと考へた者が翌日邊り死亡すると云ふが如き實例に乏しくない。

### 症狀と豫後

何よりも先づ第一に注目すべきは顔貌と脈搏とであらう。顔貌を適切に記述することは難事であるが，無慾狀にして蒼白，殊に黒すんだ色調を帯び又はチアノーゼを呈する者，嗜眠狀にも拘らず時々眼を開けて不安狀に周囲を見廻はす者等はすべて重篤である。小兒疾患の輕重と顔貌とは全く不可分の關係にあり，顔貌を十分に，明るい光線の下で慎重に觀察すれば，多くの急性疾患の豫後，即ち死ぬか癒るかは大凡そ推知されるのであるが，惜むらくは適切にそれを文字で表はすことが出来ないのは遺憾である。脈搏の良否は云ふ迄もなく豫後に絶大の關係があるが，顔貌はそれよりも猶ほ肝要のやうに思はれる。脈搏に就ては緊張の良否に留意すべきことは勿論であるが，其數も亦幾分か参考となり，所謂疫痢年齢の小兒に於て，160—170以上に及ぶもの，殊に不規則となるものは餘程の重症と見るべきであらう。

呼吸状態も相當参考になり，一見重篤らしく見えても呼吸平靜なる者は概して佳良であるが，呼吸促迫著しき者，殊に熱が比較的低いにも拘はらず呼吸の促迫する者の豫後は疑はしく，4, 5歳以後の年齢に於て40以上に及ぶ場合は深甚の注意を要し，胸内苦悶を訴ふる者の豫後も重篤と考ふべきである。

腦乃至精神症狀の中，痙攣の發生は概して患兒の體質に基因するらしく，其有無によつて豫後を判断することは出来ない。數回の痙攣あるに拘はらず間もなく治癒する者もあり，1回も痙攣なくして24時間前後で死亡する者もある

と云ふ有様である。但し痙攣發作が發病後10數時間以上を経て起り，而も頻回に來る場合は豫後不良である。不安又は興奮状態の著しきもの，或は狂躁狀に陥る者等は，痙攣よりも却て豫後に對して暗影を投ずる者であるが，殊に嗜眠狀にも拘らず時々不安様に眼を開き，何かに怯えたやうに周囲を見廻はす如き者は極めて不良である。意識障碍，殊に昏睡の長く続く場合も云ふ迄もなく不良であるが，譫語頻りなる者，例之絶えず何か要領の得ないことを喋つてゐる如き者も亦同様に極めて重篤である。

腹壁の緊張佳良なる者は豫後も概して良好であるが，緊張不良にして弛緩せる者，又は一般状態險惡にして鼓腸ある者は重篤と思はなければならぬ。股動脈音の陽性なる場合は一般に佳良と認むべきであるが，此ものは屢々變化消長があるので，屢々聴診して見なければならぬ。もし一般状態險惡にして，それ迄陽性であつた股動脈音が陰性となつたならば，豫後大いに不良と見做すべきであらう。又反對に，今迄陰性であつたものが陽性となるならば，先づ幾分か好轉したものと考ふべきか。男兒にあつては陰囊の状態も多少参考になり，陰囊の弛緩せる間は危険は少ないが，全く收縮せる者には注意を要する。

糞便の性状並に回數は一般に豫後判定の標準にはならないが，ただ下痢極めて頻回なる者，例之1日20回又は30回以上に及ぶものは概して豫後佳良であつて，死亡する者は少ない。之に對して回數の少ない者には，重症あり輕症ありで一定しない。裏急後重に就ても略々同様である。

終りに瞳孔に就て一言したい。對光反射が正常なる者と雖も豫後不良なる場合は屢々あるから，其方の關係は不定と云ふ他ないが，もし瞳孔が幾分か散大し，而も對光反射が減弱せるものを重症者に見たならば，それは間もなく，恐らく數時間，長くとも半日を出でずして鬼籍に入るものと考ふべきであらう。

### 治療法と豫後

此問題は實際上最も重要な點ではあるが，その關係を正確に判断することは又最も至難である。重篤と思はれた者が治癒したのは，果して如何なる療法に



因るものであるか、又死亡した例に就て、孰れの療法を行つたならば治癒に導くことが出来たのであらうか、死亡したのは何か治療法に不足があつた故であらうか、等々の諸點に就て考察して見ても仲々判明し兼ねるのである。

ヒマシ油の投與は、絶對不可缺の必要事である如くに見做された時代もあつたが、今ではそれ程に深く期待を置く人は少ない。實際、ヒマシ油を興へると否とによつて生死が分れるやうなことはないと思はれる。洗腸の如きは猶更であつて、豫後に及ぼす影響などは殆んど全くないと云つてもよい。

有名な石橋氏の静脈内液體分割注入法も、症型の如何によつては殆んど無効に終ることも少なくないから、之も豫後に對して絶對的價値はない。發病以後歩一步重篤状態に進行して、恰も急坂を降る如く危険状態に陥る如き者では、如何なる療法を施したとて之を救ふ途はないやうに思はれるので、さう云ふ例を考へると、孰れの療法も總て絶對に豫後を左右するものとは思はれない。

之は總ての治療法に就て同様であるが、殊に近來流行的に賞用される輸血の如きに到つては、絶對どころでなく、相對的にも又部分的にも、疫痢に對しては効果の少ないものと私は考へる。輸血などはやつてもやらなくても、疫痢の治癒すると否とに對しては別段云ふべき程の影響はないやうに思はれるが、之は現在の臨床醫界の一般的見解と餘りに違ひ過ぎるから、自ら更に再考を重ねると共に、小児科醫界一般の方々にも冷靜なる御批判を願ひたい。

述べたいことはまだあるけれども、規定の紙數を超したので之で終りとす

(日本醫事新報、昭和 15 年 7 月 13 日號所載)

## 19. 授乳法（母乳榮養）の再検討

「現代の哺乳方針は再検討を要せぬか」と云ふ高橋信博士の御意見（日本醫事新報 18 年 6 月 5 日號）を読んで感ずる所があつた。即ち所謂文化人、教育ある婦人に乳の出の悪い者が多く、無智なる下層階級に却て母乳の良く出る人が多いと云ふことが、授乳の時間や回數を餘り規則づめに嚴格にするためではあるまいか。而て又我國の授乳方針が、生活狀況の全く異なる歐米醫學をそのまま鵜呑みにし、自己本位の自由主義的授乳法を無批判に踏襲したためではあるまいかとされ、此問題に就て小児科醫の再検討を要望されたのである。

同氏は小児科醫ではないからと謙遜されてゐるが、併し仲々良い處に氣付かれ、極めて重大なる示唆を含むものと考へる。私は多年小児科醫として立つてゐるが、今迄つひぞ此點には氣付かなかつた。授乳法に就ては總て現在の小児科書に記述されてゐる通り、又小児科醫の指導方針とする規則的なやり方を最良のやうに思つてゐたのであるが、さう云はれて見れば成る程と思ひ當る點が多いのである。たとへ母乳分泌の不足が、すべて規則づくめの授乳法のためではないにしても、それが分泌不良を來す一原因となるだらうと云ふ點は首肯される。母乳の分泌が精神作用によつて多大の影響をうけると共に、乳兒の哺乳によつて刺戟されることは疑がないのだから、餘り嚴格な規則で束縛しては、少なくとも母乳分泌と云ふ點に對しては良くないに相違ない。尤も、授乳の不規則が乳兒の發育上に大なる支障を及ぼしては困るのであるが、人工榮養は別として、母乳榮養に於ては必ずしも障礙を來さない。不規則なる授乳によつて消化不良症になるとか下痢を起すとか云ふことは、天然榮養たる限りに於ては比較的少ないのである。

授乳又は哺乳に就て肝腎な點は、乳兒の榮養を佳良にし、發育を旺盛ならしめることであつて、授乳法の嚴格と云ふことではない筈であつた。而て母乳榮養が乳兒の健康にとり最良の道たることは、何等の疑問もなく明瞭である。母



乳の分泌を佳良ならしめる方法は、乳児の健康に障害を及ぼさない限りは、如何なる法でも之をとり入れなければならぬ。母乳の分泌を減らしてもなほ規則一匙張りの授乳法がよいか、或は不規則であつても分泌を減らさないやうにするのがよいか、更めて検討を要する育児上の重要問題であらう。

本能的生活力の衰退は所謂文化人の一大通弊とされるから、インテリ婦人の母乳分泌不良も或は其ためであるかも知れない。乳房の發育不良なども其好例と思はれるが、もし授乳法の寛大化或は自然的復古によつて母乳の分泌を良くすることが出来るとすれば、それは是非さうしたいものである。

(實驗醫報、昭和18年9月號所載)

## 20. 診療自戒十ヶ條

これは現代醫家十箇條という標題で、昭和9年秋日本醫事新報社の募集に應じた547篇の中で選外佳作となつた私の自戒條である。その時の選考の方針は壯重の文體といつた點を特に重視したらしいが、私のものはその點全く平々凡々たる日用語にすぎない。私は併し、所謂壯重なる文體などは餘り好まないで、親しみ易い平凡な辭句の方がよいと今でも思つてゐるが、十數年経つた今日になつて見ると甚だ生硬の感じがするけれども、それは500字以内というその時の條件に影響されたためのも思はれる。少し舊いけれども、捨てるのも惜いからここに収録することにした。

1. 眞摯なる態度。醫師は人の生命に直接關與するもの故、常に其態度を慎しみ、苟も輕佻であつてはならぬ。
2. 病者への理解。病者と其家人との心は異常に過敏であるから、充分なる理解を以て對應慰撫するを要す。
3. 同情ある取扱。疾病による苦痛は勿論、經濟的事情をも察して、負擔の輕減に意を用ゐなければならぬ。
4. 綿密なる觀察。診斷の正確は醫術の根本となる。診察は最も細心なるを要し、苟も疎漏であつてはならぬ。
5. 病者への専心。治療は先づ第一に病者のためになければならぬ。家人又は醫師の面目を先にしてはならぬ。
6. 適應せる治療。疾病は千變萬化する。治療法は個々に適應せるものなるを要し、劃一的であつてはならぬ。
7. 病の自然治癒。疾病の大半は自然治癒をなす。此機轉を巧みに誘導することが治療法の最要點である。
8. 公正なる批判。醫學の進運に伴ふ研鑽は勿論、公正なる批判を以て正しき理解に努めなければならぬ。
9. 不斷の反省。反省は最良の師である。診斷治療等に就て果して誤りなき



や否や、日夜反省を怠つてはならぬ。

10. 謙虚なる心。切磋琢磨して自己陶醉に陥らぬやう、須らく他醫の説に傾聴する雅量がなければならぬ。

(日本醫事新報、昭和 10 年 2 月 23 日號所載)

發行者寄贈

小 兒 科 の 反 省

定 價 280 圓



昭和 24 年 9 月 20 日 發 行

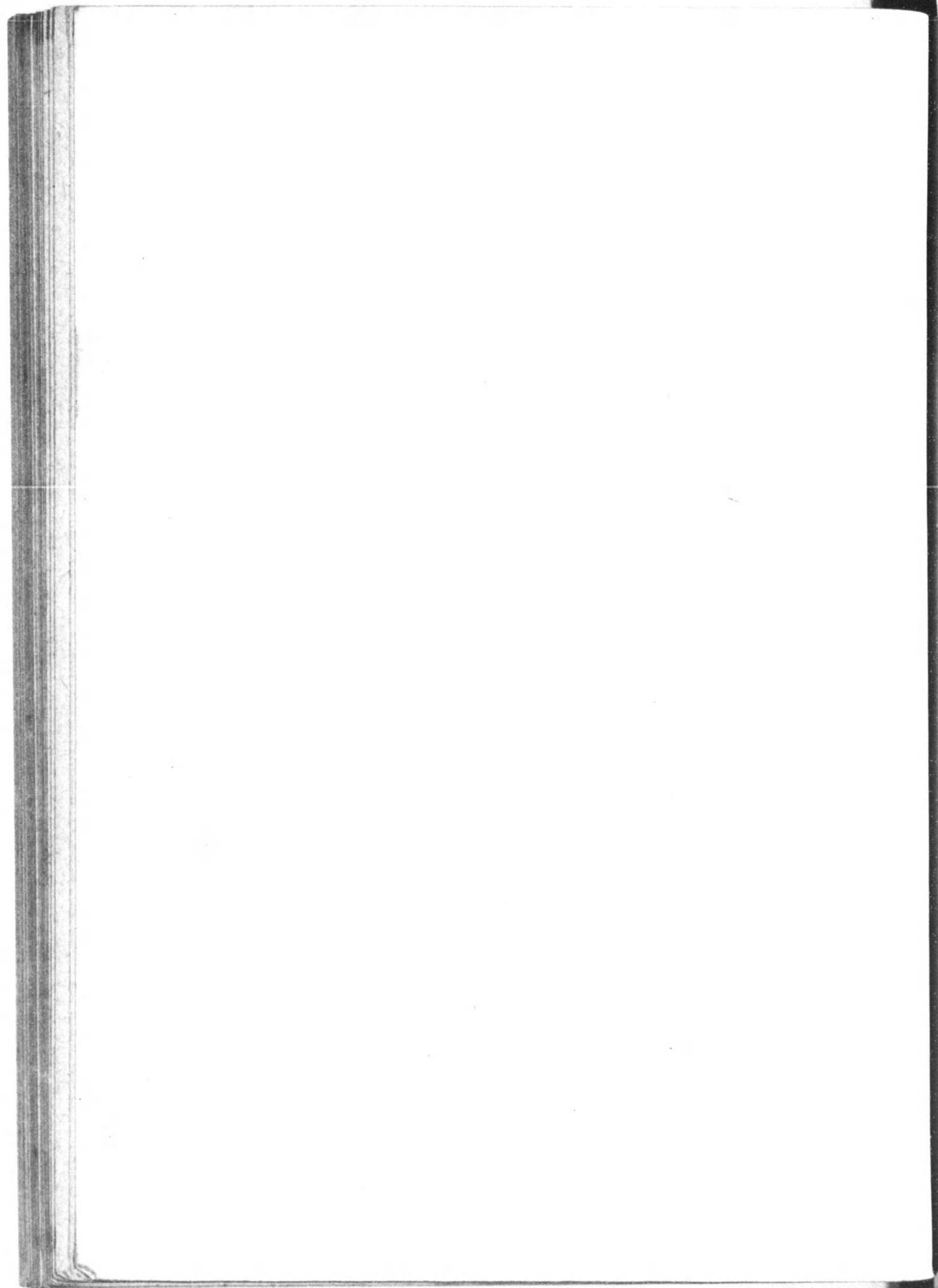
著 者 山 本 康 裕  
發行者 小 立 正 彦  
印刷所 第一中外印刷株式會社

發行所 株式會社 南 江 堂  
本 社 東京都文京區春木町 3 の 32  
電話小石川 3918・振替東京 149  
支 社 京都市中京區寺町通御池南  
電話上 2030:振替京都 5050

落丁や乱丁などの場合にはおとりかえいたします









終