

みることが主徴である。稀には體重が漸次減少することもある(消耗症)。便は普通のこともあるが、多くは便秘に傾き又は石鹼便(Seifenstuhl)になる。時として便秘と消化不良様軟便とが交互に来ることもある。

一般症状として皮膚は乾燥し蒼白となり、組織の弾力性減少し、筋肉弛緩し(稀には却て緊張強く、強直性となることもある)、腹部膨隆を見る。不機嫌で睡眠不良となり、免疫性が著しく減退するため種々の細菌に感染し易く、口腔粘膜に鷺口瘡などが出来易く、且つ體温動搖著しく、甚だしく痩せたものでは體温異常低下を示し、同時に脈搏減少することもある。食慾は不振のこともあるが、時として却て亢進する。然し食餌に対する耐容力はすべて減退し、消耗症と云はれるものでは殊に甚だしく、軽度の食餌増量によつても直ちに嘔吐、下痢などを起して症状増悪することがある。

原因。(1) 人工栄養児では牛乳中に添加すべき糖乃至含水炭素の不足によることが最も多く、且つ之れが特有な症型である。即ち食餌組成不適合に因るもので、カロリーの過不足は此際主因とはならぬ。之れに次では栄養不足(Untererernährung)によるものであるが、それには牛乳稀釋の過ぎた場合(殊に煉乳を用ひる時)と、分量の過少との二つがあるが、又食慾不振の結果であることもある。

人乳栄養児では乳量不足が最も主なる原因となる。

(2) 急性消化不良症の結果、殊に中毒症の結果として來ることもあり、慢性消化不良症に基因することも勿論ある。結核、微毒其他の疾病により痩せたものは本來の栄養失調症とは區別すべきものである。

(3) 體質異常(滲出性素質、神経質等)に因るものもあり、殊に人乳栄養児の本症にこれが多い。

病理。 食餌組成不適合に因る定型的なものは、含水炭素殊に糖缺乏により腸内に於ける酸酵作用停止し、反對に腐敗作用が旺盛となるために、腸内容物は強アルカリ性となる。其ために食餌中の脂肪の鹼化作用を促がすことになり、従つて亦アルカリ(殊にCa, Mg等のアルカリ土類)の消失を來し易い。即ち含水炭素缺乏によつて二次的に生じた鹽類並に脂肪の代謝障碍に因るものと省做されるが、又一方含水炭素の缺乏は脂肪代謝障碍を起し、其燃焼を不十分ならしめるので、主としてエネルギーを生ずべき之等兩作用が妨げられることは、旺盛なる乳兒の發育に對して大なる障碍となるのである。

羸瘦甚だしい場合(消耗症)では、上述の代謝障碍が長く續いた結果として體內(腸以外の)に異常の酸生成を來し、其酸を中和するため多量のアルカリが消費され、其結果或はそれを排泄するため水分消失を惹起する。つまり體內の水分並に鹽類缺乏を起す結果として全組織並に器官の著しい機能減退を來すためとされる。

栄養不足に因るものに就ては述べる必要がない。

診断及び豫後。 食餌の燃價が充分で、然かも嘔吐下痢がないに係らず發育不充分と云ふ點が最も重要であるが、食餌不足、食思不振、其他急性又は慢性疾患の結果、體質異常などもやはり同様に注意しなければならぬ。結核、先天微毒等による羸瘦は本症とは區別すべきものである。

適當なる治療によつて比較的容易に治癒し得るを普通とするが、消耗症と云ふ程度に羸瘦高度のものは豫後不良である。

療法。(1) 牛乳栄養児では先づ含水炭素添加を多くすることである。即ち先づ蔗糖又は滋養糖を増量し、それでも猶ほ効果のない時には更に穀粉煎汁、重湯等の添加を試みる。糖量は5—7%位にするのが普通である。

(2) 栄養不足の場合には乳量、濃度等に就てそれぞれ補給を行はねばならぬ。人乳栄養児では牛乳等を以て不足分を補ふ必要がある。

(3) 含水炭素を十分に添加したる牛酪乳、脱脂乳等を用ひて効果あることもあり、稀にはバター穀粉食餌 (Buttermehlnahrung) を與へることもある。便秘に對しては此外に屢々マルツ汁エキス等が用ひられる。

(4) 消耗症の程度になつたものに對し人乳が一番よいことは勿論であるが、其量には注意を要し、初めはたとへ食慾が旺盛であつても餘り多くを與へてはならぬ。先づ20—30 匁位宛一日8—10回位與へ試み、之れに耐え得るならば二日目毎位に漸次乳量を増すのであるが、中毒症の場合のやうに一回10—20 匁位宛注意して増量する必要がある。決して急いではならぬ。

牛乳としては此場合蛋白乳が一番良いとされ、それに滋養糖(2—3%)を添加して與へる。蛋白乳代用品としてガラクトサン、ラロサン等を脱脂乳に加へて用ひることもある。乳量は人乳の場合に準ずる。強心劑、水分供給などに留意することは云ふ迄もない。*

* 離乳期乳幼児の栄養失調症が我國には甚だ多いが、之等はすべて離乳法の不適當により、殊に栄養不足に因する者が大多数を占めてゐる。従つて此の如き者には乳汁のみに制限することなく、年齢に應じた適當なる食餌例之パン、粥、卵、魚肉、野菜等をなるべく與へるやうにしなければならぬ。下痢のみを恐れて徒らに食餌の制限を專一とすることは、常に本症を治癒せしめないだけでなく却て状態を悪化させることが多い。

附. 穀粉栄養障碍 Mehlnährschaden.

原因。穀粉(Mehl)を主として養はれた場合に起る栄養失調症である。チチ粉(乳粉)と稱し昔から本邦で、殊に下層階級に用ひられたものは、主に米の粉であるが、そう云ふものは現今では用ひる人は少ない。然し小兒粉(Kindermehl)は今でも相當廣く用ひられてゐる。初めから重湯だけで養ふことは少ないが、消化不良症又は其他下痢症の治療に際して重湯を與へることは屢々あり、それを長く続けすぎたために穀粉栄養障碍を起すことが多い。殊に幼ない乳児に起り易い。

症候。羸瘦に加ふるに浮腫を以てすることが特徴である。此浮腫の程度は、穀粉に加へる食鹽の多少によつて幾らか異なり、食鹽を多く加へた時ほど浮腫が著明になる(尤も食鹽を加へず、糖を添加した場合にもやはり浮腫は起るが)。浮腫に伴つて皮膚蒼白となり、不機嫌、不安狀を示す。食慾は一定せず、便も不定で、秘結することもあり、軟便又は軽い下痢を見ることがある。膝蓋腱反射は屢々減弱乃至消失するが、又却て亢進することもある。免疫性減退のため細菌に侵され易くなる。

本症を浮腫型(hydraemische Form)、羸瘦型(atrophische Form)、緊張型(hypertonische Form)などに區別することもあるが、浮腫型が最も普通である。羸瘦型とは浮腫のあまり起らぬもの、緊張型とは筋肉の強直を伴ふものを云ふ。

病理。脂肪、蛋白質乃至ビタミン等が缺乏するために起るもので、一種の部分的栄養不足(partielle Inanition)である。ビタミンでは A, B, C, D すべて不足するであらうことは、食餌の點を考へれば首肯されやう。

浮腫の原因は食鹽代謝に關係するが、それだけではなく、穀粉の如き含水炭素は鹽類と相俟つて體組織に水分蓄積を來し、然かも此の水分結合状態は極めて弛緩せるため、体内水分の動搖激しく従つて容易に體重の變動を來すものと云はれる。

診断及び豫後。 食餌の種類を問ひたすことが肝要である。腎炎とは尿所見のないことで區別され、乳兒脚氣とは心臟症狀のない點で鑑別されるが、時として之等に極めて類似の症狀を示すことがある。

早く適當の食餌を與へれば豫後は良いが、進行著しいもの又は幼ない乳兒では不良に陥り易い。

療法。 穀粉又は重湯を止めて乳汁を與へるのであるが、本症では脂肪に對する耐容力が甚だ減退してゐるから、急に多量の牛乳を與へてはならぬ。初めは其少量づつを從來の食餌に補給する程度にする方が安全である。同じ意味に於て脱脂乳、蛋白乳又は其代用品等は適當である。人乳ならば最もよい。

4. 慢性消化不良性 Chronische Dyspepsie.

下痢を伴ふ營養失調症(Dystrophie mit Dyspepsie)の意味である。本症に於ける下痢は急性消化不良症の如く急激に來ることなく、緩慢に現はれ、一般状態の侵されることが少なく、且つ著しい體重激減を示すこともないが、然し其經過慢性に互り、一進一退して仲々治癒せぬことが多い。營養失調症とは下痢の程度によつて區別するのであるが、兩者間には勿論劃然たる境界はない。

症狀。 慢性下痢と發育不充分とを主徴とする。下痢の程度は色々であるが、一日4—5回或はそれ以下が普通であり、又時と

して下痢と便秘とが交互に現はれることもある。嘔吐は通常缺如するが、時には之を伴ふこともあり、多くは食慾不振、腹部膨滿等を見る。其他不機嫌、睡眠不良、免疫性減退……等は營養失調症と同じ。

原因。 過飲(Überfütterung)が原因になることは割合に少ないが、反對に食餌不足又は牛乳不適當に因ることは營養失調症と同様に甚だ多い。長い間營養不足の状態が続くと、食餌に對する耐容力減退するために、特別の原因と思はれるもの(過飲の如き)なしに屢々下痢又は嘔吐を起すことがある。感冒、肺炎或は其他の疾病に基因することもあり、又は體質異常のためのもも多く、殊に人乳營養兒の慢性消化不良症にこれが多く、滲出性素質、神經質などの乳兒には本症が仲々少なくないので、母乳不適當の結果ではないかと云ふやうな疑念を起させることがある。ビタミン缺乏(殊にB)に因ることもあり、乳兒脚氣の如きは一種の慢性消化不良症とも見られる。

診断及び豫後。 診断は容易。豫後は症狀の程度により又原因の如何によつて異なり、簡単に治癒するものもあるが仲々輕快せぬこともある。殊に細菌感染を伴ふもの、體質異常によるものなどは頑固である。

療法。 根本方針は下痢を止めると云ふことよりは、寧ろ一般状態を佳良ならしめ、營養を恢復させ抵抗力を増さしめることにある。

(1) 従つて食餌は、たとへ下痢があつても餘り著しく減量せぬ方がよく、下痢増悪し又は嘔吐を誘發せぬ限りはなるべく燃價豊富にしてビタミンの多いものを與へる。下痢を止めることにのみ専念して、餘り食餌を制限し過ぎると却て状態が悪

くなる危険がある。そうかと云つて餘り多量に與へては下痢が増悪するから、此間の調和を適當に行ふことが本症の治療上最も肝要な點である。

(2) 治療食餌としては、なるべく酸酵を避ける意味で蔗糖の代りに滋養糖を用ひ、小兒粉、穀粉又は重湯等を牛乳に添加して與へる。又蛋白質添加としてガラクトサン等を牛乳に加へることもあるが、脂肪は餘り多過ぎない方がよい。

(3) 離乳期の者に對してはなるべく月齡に相當した食餌、例之パン、粥、卵……等を適當に與へるやうに努めなければならぬ。

(4) 慢性下痢に對しては收斂劑が屢々用ひられる。

VI. 消化器系疾患

Krankheiten der Verdauungsorgane.

A. 小兒の消化不良様疾患

Dyspepsieähnliche Krankheiten im Kindesalter.

1. 哺乳期以後の消化不良症又は胃腸炎

Dyspepsie d. älteren Kinder od. Magendarmkatarrh.

栄養障碍は前述の通り乳兒に限つて用ひられる名稱で、乳兒期以後には餘り用ひられず、従つて消化不良症と云ふ名稱も乳兒に主として應用される。然し幼兒と乳兒との區別は決して劃然としたものではなく、其生理的機能乃至病的現象は餘程類似してゐる。其ために 2-3 歳或は 4-5 歳の小兒でも乳兒の消化不良と同様な、或は類似の疾病又は症狀を示すことが少なくなく、従つてそう云ふものはやはり消化不良症(急性又は慢性)と云ふ名稱で呼ばれることが多い。それでは此場合胃腸炎と云つたらば如何かと云ふ疑問が出るかも知れぬが、それは胃腸炎(Gastroenteritis, Gastritis od. Enteritis)でも一向差支がない。何となれば乳兒期を去ること遠ければ遠いだけ、そう云ふ嘔吐、下痢などの症狀は單に胃又は腸の局所的炎症として濟み、身體一般の機能障碍を惹起することが少なく、即ち軽く經過し危険を伴ふことが稀になるからである。

従つて乳兒期以後では同じ病氣を消化不良症と呼ぶこともあり、胃腸炎と呼ぶこともあると云ふ様に幾分曖昧になる傾向

を免れぬ。但し年長児の消化不良様疾患の中には、簡単に胃腸炎とは呼び得ない特殊のものがある。例へば週周期性嘔吐症或は自家中毒症と稱するものは、頻回なる嘔吐を主徴とするも急性胃腸炎と見做すべきものではなく、又腸性インファンチリスムス (intestinaler Infantilismus) と呼ばれるものは慢性消化不良症に属すべきもので、決して慢性胃腸炎と呼ぶべきものではない。そう云ふ特殊のものは別に章を設けて述べることとし、本章では消化不良症と云つてもよし、又胃腸炎と呼んでもよしと云ふものだけを記す。

(1) 急性消化不良症又は急性胃腸炎 Akute Dyspepsie od. Gastroenteritis acuta.

症候。 多くは突然に嘔吐、嘔氣、下痢、腹痛、發熱等を以て始まり、渴を訴へ、全身倦怠、食慾不振を伴ふ。便は水様又は多少の粘液を混じ、嘔吐激しき時には珈琲残渣様物を混ずることもある。幼児では意識障碍、痙攣等を伴ふこともあるが(消化不良性昏睡)長ずるにつれてさう云ふことは減少する*。

原因。 食餌不攝生に因ることが最も多いが、腸管内又は腸管外 (enteral od. parenteral) 傳染によることも少なくなく、殊に流行感冒 (Grippe) に伴ふことが屢々ある。

診断及び豫後。 診断は容易であるが、週周期性嘔吐症乃至自家中毒症とは初めは區別し難いことがある。豫後は年長児では佳良だが、幼児ではそう簡単でない。

療法。 胃腸内容物を早く排除する目的で灌腸又は下劑(蓖麻

* 消化不良性昏睡 (Coma dyspepticum) と従来呼ばれた疾患は、實は獨立せる特殊の疾患ではなく、其大部分は本症の激症に過ぎず、又其一部分は週周期性嘔吐症乃至自家中毒症に属するものらしい(後章参照)。

子油)を與へるのが普通であるが、幼児には下劑を濫用してはならぬ。12—24時間位の饑餓療法を行ひ、其後は2—3日間流動食(牛乳、稀釋乳、脱脂乳、重湯等)を與へ漸次普通食に移行させる。幼児に於ては殊に食餌に注意する必要がある。

(2) 慢性消化不良症又は慢性胃腸炎 Chronische Dyspepsie od. Gastroenteritis chronica.

症候。 嘔吐、食慾不振等の胃症状を主とするものと、下痢、腹痛、腹部膨滿等の腸症状を主とするものとある。特有な點は、こゝろ云ふ症状が繰返して來り、漸次羸瘦し、腹部膨滿を來すことである。下痢はさう頻回ではなく時に水様、時に軟便或は粘液便となり、又泡沫様 (schaumig) となることも屢々ある。

原因。 急性症から移行することが多いが、時として初めから徐々に發し、何時始まつたとも解らぬこともある。不適當なる食餌は大に關係あり、殊に乳兒期に近い幼児では離乳後の食餌の不注意から、大人の食餌を餘り早く與へ過ぎたために起ることが甚だ多い。2—4歳の者に多いのは其ためである。

診断及び豫後。 診断は簡單であるが、食餌の關係をよく問ひ質す必要がある。豫後はそう悪くはない。

療法。 下痢を主徴とするものには含水炭素を制限して蛋白質(牛乳、卵、肉類等)を多くする方がよい。嘔吐の如き胃症状を主とする場合には屢々胃内に食餌停滯を生ずる故、胃洗滌を行ふことがある。食慾不振に苦しむ場合には食餌の單調を防ぎ、色々と變更して見るがよい。いづれの場合にも食餌耐容力減退を伴ふからして、食餌量は多きに過ぎてはならぬが、そうかと云つて餘り嚴重であり過ぎてても却て治癒に支障を生ずる。殊に

2—3年頃の幼児では、食慾に應じて食餌量を増し、又は餘りに流動食のみとせず、食パン又は粥の如きものを與へ試みる方が却て好結果を得ることが少なくない。

(3) 大腸加答兒 Colitis.

腸加答兒の罹患部が主に大腸又は直腸である場合を云ひ、便に多量の粘液を混するものが特徴である。腹痛、裏急後重 (Tenesmus) があり、時として血便を見、發熱、食慾不振等を伴ひ、左側下腹部に索狀物 (Strang) を觸れ得るのが普通である。大腸加答兒の最も定型的のものは赤痢であるが(急性傳染病で述べる)、他の菌(大腸菌、連鎖狀球菌其他)でも起り、流行感冒等に因することもある。然し赤痢以外では、單獨な大腸加答兒と云ふよりは寧ろ小腸、大腸共に侵される (Enterocolitis) ことが多く、殊に幼児に然りである。通常は急性に経過するが、時として慢性に陥ることもある。豫後は一般には割合に良いが、幼児に來た慢性のものは不良のことが少なくなく、殊に乳兒に於ては警戒を要する。

治療食餌として初めはすべて流動食餌を與へるが、單純な大腸加答兒では食餌の制限は消化不良症ほど嚴重にする必要なく、食慾に應じてパン、粥等を與ふべきである。但し乳幼兒では注意を要し、食餌制限を嚴重にする方がよい。

2. 腸性インファンチリズムス Intestinaler Infantismus.

(Coeliakie od. Herter-Heubnersche Krankheit)

乳兒期以後に於ける慢性消化不良症の重症型と看做されるもので、重症慢性消化不全症 (schwere chron. Verdauungsinsuffizienz) と云はれる。乳兒期には特別の障礙を示さず、2—3年以後になつて初めて症狀の現はれることが多いが、又乳兒期より既に腸が著しく過敏

であることもある。發病は急性消化不良症に繼發することもあるが、徐々に始まり且つ進行することが多い。

症候。特有なる症狀は(1)著しき發育遅延、(2)高度の腹部膨滿、(3)極めて多量の糞便、の三つである。腸の消化吸收機能が甚だしく減退するために、身體發育著しく遅れ、4—5年に至るも其體重は辛ふじて1—2年に相當するに過ぎぬ事が稀ではない(即ち intestinaler Infantismus)。羸瘦と共に腹部の鼓腸膨滿が著しく、腹水と誤まることある。便は下痢のこともあるが、普通は軟便又は正常便で、其量は驚ろくべく多く、一日400—500瓦に達することさへある。これは食餌の消化吸收が悪いためである。

原因及び病理。腸の消化吸收機能が甚だしく減退し、同時に其恢復機能 (Reparabilität) が異常に少ないことが主因である。食餌に對して極めて過敏であつて、ほんの僅かの食餌過誤又は腸管外傳染、例へば鼻カタル、感冒等が原因となつて重い腸症狀を起し、著しい體重減少を來し、且つ容易に治癒せず、恢復が非常に遅れることが發育障礙の原因となり。食餌の消化吸收が極めて不良であるため、糞便中に食餌中の脂肪、含水炭等素(澱粉)等が利用されずに其まま多量に排泄される。但し蛋白質の消化は割合に障礙を受けないのが普通である。其本態に就ては、一種の Neurose (neuropsychopathische Konstitution) であらうと云はれ、殊に其ために食餌が小腸を餘り速かに通過しすぎるのが原因であらうと云ふ説もあるが、未だ明らかでない。

診斷及び豫後。他の慢性消化不良症と明確に區別することは容易でない。先天微毒などに基因するものもあるらしい。経過極めて慢性、治療を施しても症狀一進一退して數年に互るのが常である。幸に治癒しても身體發育は普通にはならぬ。

療法。蛋白質に富める食餌(蛋白乳、ガラクトサン添加乳、鶏卵、肉、肝臟等)を與へ、新鮮なる果實、野菜等は、下痢を誘發せぬ限り多量に與へる。殊にバナナがよいと云はれる。含水炭素としては澱粉、小兒粉、糊精、麥芽糖、製劑(滋養糖の如き)等の如き消化し易いものが良く、脂肪は吸収が悪るいから餘り多くせぬ方がよい。要するに蛋白質とビタミンに富む食餌を、害を及ぼさぬ限りなるべく多く與へるのである。藥劑は効果がない。

3. 自家中毒症 Autointoxikation.

(週期性嘔吐症 Periodisches Erbrechen)*

2-3年以後の幼小児に於ける發作性に來る激烈なる嘔吐であつて、發作の期間は短かい時には2-3日、長い時でも1週を超えは少なく、各發作の間隔は稀には數週のこともあるが、多くは數ヶ月乃至數年を普通とする。突然に現はれ、又卒如として去り且つ屢々反復するのが其特徴である。年齢は2-10年の間に多く、乳兒に來ることなく、且つ思春期頃以後に至れば發作全く止み、再び發見することがない。初めての發作の現はれるのは大體2-4年頃である。中流以上の家庭に多く、家族的に數人の同胞に見ることが稀でない。

症候。嘔吐發作はそれ迄全く健康であつた小兒に突然起ることが多いが、又1-2日の前驅症とも見るべき不機嫌、倦怠、食慾不振等を伴ふこともあり、或は消化不良症狀を伴つて現はれることもあり、又感冒に伴つて始まることもある。

通常突然に強い倦怠違和を訴ひ、次で頻回の嘔吐を發し且つ激しき嘔氣を伴ひ、吐物には屢々珈琲殘渣様物(血液)を混する。意識障礙なきを普通とするも屢々嗜眠狀を呈し、往々にして意

* 此他 *Rekurrierendes Erbrechen mit Azetonämie, Acetonämisches Erbrechen, zyklisches Erbrechen, persistierendes Erbrechen* 等とも云ふ。

自家中毒症は伊東祐彦氏(大正3年)により報告され、本邦獨特の小兒疾患と見做され、週期性嘔吐症とは全く別種のもつと考へられたが、之等兩者を同一疾患なりとする著者の主張(昭和六年以來)が最近に至つて漸く我國小兒科學界一般に承認されるやうになつたと思はれるので、茲に兩者を一括することにした。我國には又此他に血液吐瀉症(唐澤吉田兩氏)と云ふものがあつて、自家中毒症と異なる我國獨特の小兒疾患と見做されてゐたが、之れも亦昭和六年以來著者の主張が認められて自家中毒症と全く同一疾患とされるやうになつた。従つて名稱の異なる之等三疾患が同一物に過ぎないことは今や略々確定的となつたものと信ずる。

識溷濁して昏睡に陥り、時として痙攣を起すことあり、脈搏頻數一般狀態屢々重篤の觀を呈するも、多くは約1週間以内の経過を以て恢復する。但し豫後必ずしも常に佳良とは限らぬ。便は概して秘結するが、時として下痢に傾くこともあり、屢々テール様を呈する。體温多くは正常であるが、往々にして發熱を伴ひ、股動脈音が著明に現はれ、病初に於て尿アセトン反應陽性となり且つ呼氣にアセトン臭(腐りかけた林檎のやうな臭ひ)を發する。舌苔著明なるを普通とするも、往々之を缺如することもある。食思は全く缺損し、腹部殊に胃及臍部に強き搏動を觸れ且つ著しき不快感又は壓痛を訴へる。

以上の發作は短かければ2-3日、長くとも1週間にして又割合急に止み、一般狀態も速やかに恢復し、食思佳良となつて忘れたやうに治癒するのが普通であるが、稀には昏睡より續いて死の轉歸をとることもある。尿中アセトン排泄は前驅期に於ても既に存するものとされるが、嘔吐發作中に最も著しく、發作の止むと共に消失する。猶ほ本症の経過中或は發作終息後に於て、稀に一過性血尿(1-3日間)を生ずることがある。

原因及び病理。原因として神經質が重視され、神經過敏、植物神經系異常等が考へられ、又誘因として精神感動、疲勞等も擧げられるが、未だ明かでない。過食其他食餌過誤、感冒等が誘因となることもあるが、全くそう云ふ誘因を認め得ない場合も少なくない。又發作の起る數日以前から食慾が一時的に亢進するやうな例もある。食餌の好惡激しき者又は偏食兒に多い。

本態不明であるが、其症狀發現に就ては肝臟の機能竝に含水炭素代謝の障礙と密接の關係あるものと一般に認められる。即ち體質に基因する自律神經系の神經症を基礎とし、それに物

質代謝異常、殊に含水炭素の代謝障碍が合併して其症状を惹起するものと想像されるが、其際食餌中の含水炭素缺乏が直接誘因となるや否やは不明である。最近には Allergie 或は Anaphylaxie であると云ふ説が有力である。

病理解剖的變化としては、乳兒の消化不良性中毒症に於ける如く、著明なる肝臓の脂肪變性以外には餘り變化を認められないが、稀には胃又は十二指腸に小潰瘍を見ることもある。

診断。 嘔吐發作の反復することを特徴とするが、稀には一回限りで止む者もあり、又初めての發作に於ては診断不確實に終ることもある。然し 3—4 歳頃の幼兒に倦怠違和を伴つて突然頻回の嘔吐が生じ、無熱にして然かも便秘に傾き、頻脈と共に股動脈音を聴取し得るならば、凡その診断は確定する。更に呼氣にアセトン臭あり、尿アセトン反應著明ならば、一層確實である。但し本症にも熱を伴ふこと少なからず、又下痢を來すことも亦時としてある點は留意を要する。

鑑別上最も類似せる疾患は所謂疫痢であるが、疫痢にあつては高熱を以て始まり、不消化便乃至粘液便を泄し、發病後間もなく意識障碍乃至痙攣等を起し、心臓衰弱の徴候著しく、呼氣にアセトン臭なく、又病初の尿アセトン反應は陰性又は弱陽性に過ぎない(但し後には多く陽性となる)。原因としての食餌不攝生は疫痢に多いが不確實であり、嘔吐殊に珈琲残渣様物の嘔吐、股動脈音等は兩者共通である。

* 食餌中の含水炭素を急激に制限して人工的に發作を起させ得たと云ふ説もあるが、臨牀の實際には此の如きことはない。發作時に於けるアチドージスは、含水炭素代謝異常により二次的に脂肪代謝障碍を惹起した結果とされるが、何故に含水炭素代謝障碍が突然に起るのであるかに就ては全く不明である。又呼氣竝に尿のアセトン排泄は、嘔吐の結果とに生じたものではなく、却て其原因をなすものと見做される。更に又ある食物(特に卵の如き)に對する特異質が原因なりとする説もある。

急性消化不良症又は急性胃腸炎とは下痢のない點、股動脈音及び呼氣のアセトン臭によつて區別される。腦膜炎、盲腸炎等も問題にされるらしいが、之等との鑑別は甚だ容易である。

豫後。 概して佳良。嘔吐激しき發作時には嗜眠不安苦悶等を示し、一般状態一見重篤の觀を呈するも、心臓衰弱の徴候比較的輕度で、一定の経過を以て多くは治癒するが、必ずしも常に然らずで、昏睡痙攣等よりして死亡することもある。發作度々反復しても、思春期に至れば自然に治癒し、再び發作を起さない。

療法。 安靜を守らせ、饑餓療法を行ひ、唯渴を醫する程度に於て少量づつの番茶水、冷水、砂糖水、サイダーの類を患兒の好みに應じて與へる。絶食の期間は通常 1—2 日とするが、然し之れは時間に拘泥する必要はなく、悪心嘔吐激しく食思發現せざる間は 4 日でも 5 日間でも差支がなく、食思發現せず嘔吐止まざるに先つて無理に給食を強行しない方が却てよい。饑餓療法中に必要あれば皮下乃至靜脈内に水分注入を行ふことは消化不良性中毒症の場合と同様であるが、本症には殊に葡萄糖液又は之とインシュリンとの併用等が試みられる。

かくして食思幾分か發現したならば、初めは少量(30—50 兪)の流動食を與へ試み、其反應を檢した後状態に應じて増量する。食餌の種類は牛乳(多くは稀釋乳)重湯、葛湯、小兒粉……等のいづれでもよく、無理に一定するよりは患兒の嗜好に委せる方がよい。悪心嘔吐全く去り、食思現はれた後には長く流動食に固執する必要なく、食慾に應じて數日間にパン、粥等に進め、次で普通食餌に移行してよい。

藥劑としてはロートエキス、ルミナール(殊にルミナールソーダ)等が用ひられ、苦悶激しい時にはパピナール、アトロピン等も

用ひられる。腹部不快感に對し阿片丁幾なども幾らか有效らしい。但し之等藥劑の効果は全く對症的であつて、疾病其ものは一定の経過により自然治癒をとるに過ぎない。腸内容排除の目的に昔は下劑(殊にヒマン油)を用ひたものであるが、下劑は嘔吐を誘發して症狀を増悪させる傾向があるので寧ろ禁忌とすべきである。もし排便の必要あらば浣腸を行ふ。強心劑も多少は必要であり、吐血下血の著しい者にビタミンC劑の投與も試むべきである。

發作間歇時、即ち平生の健康時には偏食を避け、植物性食餌を多くし、ビタミンに富む食餌を適當に多く與へ、戸外で遊ばせるやうにしなければならぬ。平生の食餌をむやみと嚴格にして、専ら消化し易き物をと心懸けても別段に効果はない。神經過敏を治すべき處置を講ずべきである。間歇時に於てもアトロピン劑を與ふるをよしとし、或はビタミンBの供給が效あり等の説もあるが、いづれも不確實たるを免れぬ。*

B. 神經性及び機能的胃腸疾患

Nervöse u. funktionelle Magendarmkrankheiten.

4. 痙攣性幽門狭窄症 Spastische Pylorusstenose.

乳兒に來る頑固にして頻回の吐乳を主徴とするもので、既に生後2—3週頃から始まることが多く、大多數は人乳榮養兒に見

* 本症が一種の異常體質兒に來る食餌性過敏症なりとの見地からして、其豫防法として脱感處置の一法たる自家血清注射療法を施して好結果を得たと云ふ(服部峻治郎氏)。其方法は患兒の靜脈血3—5—10ccを採り、之を即時同人の筋肉内に注射する法で、三日毎に之を三回繰返し、更に三ヶ月目に再び前同様の注射を繰返すと。確實なる豫防法のない今日、試むべき方法であらうと思はれる。

られる。

症狀。吐乳と羸瘦とが唯一の症狀で、下痢を伴ふことなく、多くは秘結し、尿量も多くは減少する。吐乳は大抵哺乳後間もなく、然かも別段原因と思はれる動機なしに起り、殆んど哺乳毎に現はれ回数も餘程多い。吐物は凝固せぬ乳汁が普通であるが、凝固乳のこともあり又粘液を混することもある。吐物に胆汁を混することもなく、又何等嘔氣様のことなくして突然多量に吐くことが此嘔吐の特徴である。吐乳頻回のために著しく羸瘦し、顔に皺の見られることが多く、食慾は吐乳激しいにも係らず佳良なるを常とする。腹部は陥没するが、唯胃部だけは屢々膨隆を示し然かも蠕動運動を見得ることがある。

原因及び病理。神經質の乳兒に多いと云はれるが、原因は不明である。幽門部括約筋の興奮性異常亢進により、反射的且つ痙攣性に收縮して、十二指腸への食餌移行を妨げるためと看做される。病理解剖上幽門部筋肉の肥厚を證明すること多く、稀には3—4mmの長さの軟骨様に硬い腫瘍を形成することもある。而して其肥厚は該部の痙攣的收縮の結果二次的に生じたものとも云はれるが、此點も明瞭でない。

診斷 頑固なる吐乳に注意するのであるが、幼若乳兒は正常にあつても屢々吐乳(溢乳 Milchspeien)する點に留意し、又習慣性嘔吐或は消化不良症とも鑑別を要する。吐物に胆汁を混することなく、下痢を缺如し且つ食慾不振を伴はぬこと等は診斷上重要である。

豫後 軽いものは2—3ヶ月で漸次自然治癒に赴くことがあがるが、重症では漸次羸瘦して死亡する者も稀でない。

療法。榮養に富める濃厚なる食餌を、嘔吐せぬやうに少量づ

つ度々與へるのが根本原則であるが、量は嘔吐を誘發せぬ限り多くする方がよい。例へば人乳ならば5—10分間位宛、2—3時間毎に哺乳せしめるとか、或は搾つて30—50—100 兪宛與へると云ふやうにし、牛乳ならば糖(殊に滋養糖)添加を多くし、澱粉を加へ、又は蛋白乳或はガラクトサン添加乳などを與へる。脂肪は餘り多くない方がよい。食パン、粥等は出来るだけ早く與へる、つまり離乳を早くする方がよい。胃部に温罨法を施し又は胃洗滌を行ふこともある。

藥劑としてはアトロピンの内服が昔から行はれるが、近來は寧ろルミナル、パパベリン、バルピタール等の鎮靜劑が用ひられ、然かもかなり大量に應用される。外科的に肥厚幽門部筋肉を切る法もあるが、一般には行はれない。

5. 習慣性嘔吐 Habituelles Erbrechen.

乳兒の吐乳症で、明らかな原因なくして攝取乳汁を習慣的に度々吐出するものを云ひ、生後間もなくから始まることがある。輕ければ別段障礙を伴はぬが、吐乳激しければ羸瘦を來す。幽門狹窄症に甚だ類似するも、胃部に蠕動を見ることなく、便は秘結せず却つて下痢性粘液便のことが多い。

原因としては乳兒胃の反射性收縮機能 (peristolische Funktion) の不全、體質異常例之神經質、滲出性素質等に因する胃粘膜の過敏、或は哺乳時に於ける空氣の嚥下等が考へられるが、未だ明らかでない。乳量過多に因することは比較的少ない。

豫後一般に佳良。一般に生後5—6ヶ月以後に至れば自然に治癒する。

療法。吐乳少量にして體重増加に影響なき時は放置して自

然治癒を待つ。もし吐出量多くして發育に障礙を及ぼす時には、吐出後暫くして(約1時間後)それだけの乳汁を補ひ與へる必要がある。治療の一般原則としては吐くからと云つて乳量の制限のみをせず却て充分なる榮養を與へることであるが、授乳を規則正しくすることは常に肝要である。

濃厚食餌は本症に對しても屢々效あり、糖又は澱粉を多く加へたる牛乳、殊に澱粉を多く加へて粥狀にした牛乳、濃厚なる蛋白乳、牛酪澱粉食餌……等も試みられる。但し脂肪は餘り多くない方がよい。離乳はなるべく早期に始めるをよしとする。

(附) 反芻。本症の一種として、やや長じたる神經質或は精神薄弱の乳兒に乳を反芻 (Rumination) する者が往々ある。多くは食事中又は食事直後に起り、何等悪心を伴はぬのみならず却て快感を伴ひ、頑固にして仲々癒り難い。之等もやはり濃厚食餌、粥等を與へる方がよい。

6. 神經性嘔吐 Nervöses Erbrechen.

神經質の兒童に見る嘔吐であつて、毎日と云ふわけではないが、興奮した時、嫌ひな食物を強いられた時、意に滿たぬ時、汚ないものを見た時等に突然誘發される。學童では、早朝登校時に起る事が屢々ある。又咽頭部が甚だ過敏であるために起ることもある。嘔吐は食事 (Mahlzeit) とは關係なく、殆んど何等の苦痛を伴ふことなく、食慾にも殆んど影響なく、又一般状態にも障礙のないのが普通である。

診斷。嘔吐發作に殆んど苦痛を伴はず、食思阻害されぬことは胃炎、胃腸炎等との鑑別に重要であり、同時に亦胃下垂、胃擴張、胃弛緩等(之等は小兒には稀有)等との區別點にもなる。

療法。一般強壯法を行ひ、暗示療法を試みる。豫後佳良。

7. 神経性食慾缺乏 Nervöse Anorexie.

神経質小児の食慾不振には、唯何と云ふことなく食慾の少ない者、好き嫌ひが激しくて、ある物はよく食べるがある物は決して食べぬと云ふ者、好みが始終變る者など色々ある。

原因。勿論神経質に存するのであるが、乳を餘り多く與へ過ぎるために他の食餌を取らぬこと、滋養物をと云ふ意味から肉、卵等動物性食餌に偏しすぎるため、或は食餌が單調に過ぎるためなどにもよるが、最も普通に見られるのは甘やかし過ぎた我儘な小児である。従つて上流有閑階級に多く、一人兒又は第一子に多い。

療法。先づ原因と思はれる點を除くことが肝要であるが、それには滋養物のみを多く與へやうとする考を止め、肉類を少なくして野菜、果實等を多くし、なるべく變化多き食餌を與へる。又一時的に食餌を大いに制限して見るのも一法である。規則正しい生活が大切であるが、力めて戶外の遊戯を行はせ、空腹感を起させることが最も肝要である。又思ひ切つて神経質の家族兩親より一時遠ざけることも効果がある。

8. 常習便秘 Habituelle Obstipation.

器質的腸通過障礙、粘液水腫の如き内分泌疾患等に因るものでない、機能的便秘の意味である。

(1) 人乳榮養兒の便秘は、第一に乳汁不足によることが多いが、又乳は充分であるが腸の吸収作用が甚だ良く、残渣を残すことが少ないために因ることもある。然しそれ等いづれの原因

でもなく、唯腸蠕動が少ないためのこともあり、殊に灌腸又は坐薬濫用の結果として來るものが甚だ多い。従つて乳汁不足のものには牛乳で補なひ、然らざる場合には腸蠕動を促がす物例へばマルツ汁エキス、水飴などを與へ、4—5ヶ月以上の乳兒ではなるべく早く離乳を始めるがよい。軽いものは果汁により奏效することもある。灌腸、坐薬はなるべく慎む方がよい。

(2) 牛乳榮養兒は人乳榮養兒よりも便秘に傾き易いが、其原因の多くは含水炭素、殊に蔗糖添加の不足に基因する。従つて先づ蔗糖添加量を増すことが第一に必要なが、それで效なき時にはマルツ汁エキス等を與へ、或は果汁を與へる。重湯、穀粉等を添加して與へることも便秘を防ぐ一法となる。早く離乳をする方がよいことも前者と同様である。

(3) 年長兒の便秘。野菜、果實等が少なすぎるために起ることは云ふ迄もない。食餌の變更を第一にし、下劑の濫用は嚴に慎しむべきである。

其他排便時の疼痛(肛門裂傷等)、苦痛、努責(硬すぎるため等)等を嫌ふために便秘を來すことも少なくないから、それ等の點にもよく注意しなければならぬ。便が硬すぎる時には、一時的に下劑を用ひ、或は石鹼灌腸などを行ひ、樂に排便させて排便時の不安を除くがよい。以上の方法を凡て試みても猶ほ效なき時には、チレオイチンの如き甲状腺劑を試みてもよい。

9. 食道乃至噴門痙攣症

Oesophagospasmus und Cardiospasmus.

時々食後直ちに嘔吐し、乃至は嚥下困難を起すが、然らざる場合は全く嚥下困難のないことを特徴とする。神経質の乳兒殊

に幼児に屢々見られる。

症候。嘔吐乃至嚥下困難発作は、多くは乳幼児の好まぬ或は食べ馴れぬ食物を與へられた時に起り、一旦嚥下したかに見えて間もなく大量に嘔吐するが、吐物には胃液を混ぜぬ。此の如き発作は時々起り、又普通に食餌を攝取した際に現はれることもある。

原因。神経質兒に多く、植物神経系の興奮性異常亢進によつて起る食道筋の攣縮によると見做される。又稀には外傷に基因することもあると。攣縮部位は横隔膜を通過する部分並に噴門部に多い。

診断。神経性嘔吐乃至反芻等とは、本症の嘔吐が疼痛等の不快症状を伴ふこと、並に吐物に胃液を混ぜぬ點で區別される。又X線検査により發作時に狭窄部を證明し、然らざる時に缺如すること、或は消息子送入(Bougierung)により時に抵抗し、時に抵抗なく送入し得ること等により確診される。

療法。アトロピン投與、消息子送入、暗示環境變換其他神経質兒に對する一般療法を試みる。

10. 胃弛緩及び擴張症 Atonie und Dilatation des Magens.

中等度の胃充實(Magenfüllung)によつて胃の膨脹過度を來し、且つ胃筋力不全のため毎常胃内食餌停滯時間の遅延を見るものが胃弛緩症(Atonie od. Gastroparese)である。而して此ものは殆んど常に擴張症を伴ふ(atonische Dilatation)。先天性體質異常に因することが多いが、大抵は食餌過量乃至榮養法の過誤を直接原因とし、離乳期の如き食餌變換期に起り易い。又急性傳染病、殊に胃腸の急性炎症によつて屢々誘發され、又麻酔手術後に急發することがある。

症候。頑固なる食慾缺乏、蒼白、頭痛、腹痛、噯氣(Aufstossen)及び嘔吐等を主徴とする。急性症に於ては殊に激しく嘔吐し、饑餓並に水分缺乏による一般症状が著明である。かくして患兒は漸次羸瘦

し、倦怠を訴へ、胃部膨滿著しく、振水管(Plätschergeräusch)を聴く。便は秘結に傾くを常とするも、時として消化不良便を出すこともある。胃内容物採取を試みるに、正常小兒にあつては食餌攝取後3-4時間にして空虚となるに反し、本症では5-6-7時間後に於ても猶ほ著明の残渣物を見る。胃内に空気を送入して打診するに、胃大彎は正常に於ては臍上2-3 釐迄であるが、本症では臍高よりも下部に達することがある。X線検査によれば、バリウム粥はすべて胃底最下部に貯溜する。

診断及び豫後。急性症は屢々急性消化不良と混同され、慢性症は神経性胃障碍と誤られ易い。適當の治療を行ひば比較的速かに治癒するも、然らざる場合は豫後疑はしい。年長兒乃至大人の胃アトニーは屢々乳兒期に其端を發すると云ふ。

療法。急性症には胃洗滌を行ひ、12時間位の饑餓療法を行ひたる後少量宛の流動食を、症状増悪せぬやう深甚の注意の下に與へる。此際バター乳を最良とすると。同時に蠕動を誘發する目的にヒポヒジン(0.3-0.5 錠)の皮下注射を試み、又ストリキニン劑或はタンニン酸オレキシン、ペブシン等を投與する。慢性症には粥狀食を與へ、水分、糖分、果實等はなるべく制限するを要す。

11. 胃下垂症 Gastroptose.

小兒には比較的稀有。體質異常(所謂無力性體質>Status asthenicus)による内臓下垂症に伴ひ、又は胃弛緩症又は胃酸過多症と合併することが多い。レントゲン検査によつて確診される。

12. 義膜性腸炎 Enteritis membranacea.

(粘液痙痛 Colica mucosa, 粘液性大腸カタル Colitis mucosa)

激しき痙痛を伴つて發作性に時々大なる膜様乃至管狀の粘液塊を排泄するを特徴とし、粘液のみのこともあり、又は糞便と共に排泄することもある。又其時の便は下痢性のことも、普通便のこともある。間歇時には何等異常を認めぬ。原因は食餌の刺戟によつて起つた腸管の神経性分泌異常(Sekretionsneurose)で、恰かも喘息に類似の機轉によると云はれ、神経質の年長兒に見られる。

療法。發作時には腹部温罨法を施し、アトロピン劑、ルミナル等を與ひ、食餌は含水炭素を主とする。間歇時に於ても蛋白質は

制限する方がよい。其他神経質に對する治療を行ふ。

13. 再發性臍痛 Rezidivierende Nabelkoliken.

發作性に来る激しき腹痛で、多くは臍部に發するが、稀に上腹部又は右側下腹部に起ることもある。食餌其他誘因と思はれるものなく、遊戯又は散歩或は食事中等に突然に起り、數分乃至1-2時間に及び、激しい時には冷汗を流して苦悶し又は嘔吐を起すこともあるが、又忽然として消失すると云ふ。痙痛發作は屢々反復するが、何等器質的疾患乃至病的所見を認め得ず、且つ暗示により多くは輕快するを特徴とする。3-4歳以後の神経質小兒に主として來り、常習便秘に傾くものが多い。但し小兒は一般に屢々腹痛を訴へ、然かも其多くは臍部に現はれるものであるから、診斷上他の器質的疾患との鑑別に注意を要す。

療法。痙痛發作はアトロピン劑により鎮靜することが多く、又暗示療法も屢々奏效する。環境の變化其他神経質に對する療法はいづれも試むべきである。

C. 腸通過障碍及位置異常

Passagestörungen und Lageanomalien des Darms.

14. ヒルシスブルング氏病

Hirschsprungsche Krankheit (Megacolon congenitum)

生後間もなく、或は乳兒期に於て大腸下部並にS字狀部が高度の擴張肥大を起せるもので、臨牀上著しい通過障碍があるにも係らず、解剖的には何處にも狭窄部を證明し得ざるものである。

症候。頑固なる便秘と高度の腹部膨滿を主徴とする。便秘は生後間もなく始まり、胎便の排泄さへ充分でないことが多く、其後も引き續き秘結するが、時として一時的に下痢があつて又

再び便秘することもある。嘔吐を起すことは少ないが、稀には腸閉塞症狀を示すこともある。腹部膨滿(鼓腸)は甚だ高度に達し、腹部が身體の大部分をなす程になることもあり、腹壁を通して擴張した大腸を認め、又は其蠕動を見得ることが多い。著しく羸瘦はするが食慾は必ずしも不良でない。尿にインヂカン陽性のことが多い。

原因及び病理。先天性大腸巨大 (Megacolon cong.) に因することもあるが、それよりも多いのはS字狀部が長きに過ぎるため屈曲して活栓様になり、其結果として糞便、瓦斯等の蓄積を來し二次的に擴張肥大を生ずることである。又稀には大腸下部の麻痺により糞便蓄積を來す結果と見られることもあり、近來は植物神経系の異常と密接なる關係ありと云はれる。

診斷及び豫後。症候から容易に診斷し得る。腸の擴張は肛門より空氣を送り、X線像を検することによつて確め得ることがある。長い経過の後自然に治癒することも稀にはあるが、身體發育は甚だ妨げられる。大多數は漸次衰弱して、又は腸重疊 (Invagination) 乃至腸捻轉 (Achsendrehung) 等を起して死亡する。

療法。糞便及び瓦斯の蓄積を防ぐのが第一で、其ためには灌腸、洗腸、腸マッサージ等が試みられるが餘り效はない。留置カテーテル (Verweilkatheter) も屢々用ひられる。食餌は榮養に富み、残渣を生ずることの少ない物がよい。ピロカルピン療法が試みられ、稀には外科手術も應用される。

15. 腸閉塞症 Ileus.

小兒に來るものは主として腸重疊 (Invagination, Intussusception) であつて、其他の型のものは稀有であり、然かも其大多數は廻盲

部重疊(Intussusceptio ileocecalis)である。本症は小兒殊に乳兒に多く、腸閉塞症の半數は乳兒であり、約 $\frac{1}{4}$ は思春期迄の小兒で、残りの $\frac{1}{4}$ が大人であるとさへ云はれる。急性、亞急性、慢性などに區別されるが急性のものが多い。

症候。突然に激しい腹痛(啼泣)、嘔吐を以て始まり、發作性に起る。吐物は初めは胃内容物であるが、激しい時には遂に糞便様にもなる。便は間もなく粘液血便となるも、其量は至つて少なく、又全く便秘することも多く、時として裏急後重を訴へることもある。一般症状は閉塞の起つた部位又は程度の如何によつて異なるが、激しい時には脈搏頻數、皮膚蒼白、四肢厥冷、無慾狀となり、一見直ちに重篤なるを思はせるが、時として腹痛間歇時には割合平氣であることもある。熱はない。

腹部を見るに、腹痛發作時には強直せる腸(Darmsteifung)の形、或は蠕動を見得ることがあるが、それよりも屢々認め得る症状は側腹部(右又は左)にやや大なる(略々鶏卵大か)圓壻形又は腸詰様(wurstförmig)の腫瘍を觸れることである。其硬さは色々であるが、一般に軟かく、境界も明瞭でなく、壓痛を伴はぬ。直腸に深く指を入れて之を觸れると云はれるが、一寸難かしい。

原因。腸蠕動亢進に因ると云はれるが、明らかな原因を認め得ることは少ない。

診断。早期に診断することが豫後上甚だ必要であるが決して容易ではない。腹痛、嘔吐、粘血便があり、熱のない點などに留意する。腫瘍を觸れ又は見得れば容易に診断される。

経過及び豫後。経過は急で、2—3日で死亡することが少なくないが、早く手術を施せば必ずしも不良ではない。年齢の幼ない者ほど危険が多い。

療法。症状が激烈でない場合には、高壓灌腸(hohe Irrigation)又は空氣送入等で整復し治癒することもあるが、決してさう云ふ姑息療法に長く頼るべきではなく、一度試みて效なき時、又は症状激しい時には一刻も早く外科手術に依頼しなければならぬ。躊躇は空しく生命を失ふの結果を來し易い。

(附) 慢性腸重疊症 Chronische Invagination.

症状が著しくないために診断は一層難しく、消化不良症又は大腸炎と誤り易い。

16. 先天性腸閉塞症 Angeborener Darmverschluss.

十二指腸と空腸との間、盲腸上部又は結腸等に閉塞のあることが多い。症状は、生後間もなく現はれる嘔吐であるが、吐糞、便秘其他の閉塞症状が現はれる。多くは1—2週で死亡する。

17. 脱腸 Hernien.

鼠蹊部脱腸 Leistenhernia.鼠蹊管(Leistenkanal)の閉鎖が乳兒期には猶は不完全であるために、小兒に鼠蹊部脱腸は甚だ多い。大多數は乳兒期に始まり、2—3年以後に至り初めて現はれることは少ない。陰囊に下降したものは、陰囊水腫(Hydrocele)と區別しなければならぬ。脱腸の危険は箝頓(Einklemmung)を起すことで、其場合には直ちに手術を要するが、其危険のない時には1—2年待つて自然治癒の見込のない場合に手術を行ふ。姑息的には脱腸帶(Herniaband)を用ひるが、乳兒では適當に脱出を押へることが容易でなく、且つ局部を不潔にする恐れがあり、幼兒では運動を妨げる缺點があるから、之を用ひる場合餘程の注意を要する。

臍脱腸 Nabelhernia.に就ては新生兒疾患の章で述べた。

横隔膜脱腸 Hernia diaphragmatica.稀有ではあるが横隔膜の間隙から、腹部臓器(腸胃時として肝等)が胸廓内に脱出することがある。多くは左側で、先天的に存することもあり、生後間もなく生ずることもある。症状甚だ不定、X線検査などで偶然發見されることが多い。主なる症状とも云ふべきは左側胸部に著しき鼓音を示し、

呼吸音を缺き、心臓濁音が不明か或は右方に押され且つ、腹部陥没すること等であるが、幼少乳児では發作性に無呼吸状態に陥ることがある。豫後不良。*

18. 直腸ポリープ Mastdarmpolyp.

排便時に數滴の鮮血を漏らし、然かも度々繰返すことで氣付かれる。時として排便と無關係のこともあり、又努責によりポリープが肛門外に現はれることもある。ポリープは大抵莖を以て肛門に近い腸粘膜に附著し、手指を挿入するか又は肛門鏡によつて確診される。痔核による出血は小児には少ない。

外科的切除を要する。

19. 肛門裂傷 Fissura ani.

硬結せる糞便塊の排泄、又は搔爬等によつて生じ、乳幼児に少ない。排便時に激痛があるので、之を嫌つて益々便秘し、従つて症状を増悪させることが多い。糞便に屢々血線が附著する。肛門部検査によつて確診される。

療法。原因となる便秘を除くことが第一である。浣腸を行ふならばオリーブ油、石鹼水又は微温湯を用ひ、便塊軟化を圖らなければならぬ。疼痛に對しては排便前アネステジン軟膏(5-10%)ノボカイン軟膏(2-3%)等を肛門部に塗り、排便後局所を清潔に保ち、又は硝酸銀棒等で腐蝕する。

20. 脱肛及び直腸脱 Prolaps ani et recti.

慢性便秘による排便時努責乃至は肛門括約筋の弛緩によつて起る。直腸脱にては往々出血、粘膜の糜爛又は潰瘍を生じ、疼痛を訴へる。幼児に多い。

療法。患兒に膝肘位をとらせ、油を侵した綿等を以て還納する。

* 横隔膜脱腸に臨牀的類似のものに横隔膜舉上症 (Eventratio diaphragmatica) 又は横隔膜弛緩症 (Relaxatio diaphragmatica) 等と稱するものがある。これは横隔膜の弛緩せるために、腹部臓器が胸廓へ向つて舉上したものである。これも左側が多い。分娩時外傷による神経性麻痺又は筋肉の退行變性によると云ふ。

其後で肛門に絆創膏を貼り、腹臥位をとらせる法も試みられる。便秘を除くこと、遊戯中肛門部に努責の加はらぬやうに注意すること等の注意が肝要である。單寧酸坐薬も用ひられ、又外科手術も行はれる。

D. 其他の胃腸疾患

21. 胃及び十二指腸潰瘍

Magen- und Duodenalgeschwür.

新生兒メレナに就ては既に述べた。乳幼児に於ては消化不良性中毒症、萎縮症乃至消耗症と稱せらるる重症栄養失調症等に伴つて、胃又は十二指腸潰瘍を生ずることは稀ではないが然し之等の原因的疾患なしに突發することは稀有である。又大人に見る如き慢性胃潰瘍も稀有。尤も之等の潰瘍は生前著明なる症状を示すことなく、剖検によつて偶然發見されることもある。成因として局所小血管の血栓生成乃至栓塞、又は嘔吐による器械的刺戟等も考へられ、或は有毒物質乃至神経性による血管攣縮に因つて起れる局所貧血性壞疽(ischämische Nekrose)も考へられるが、未だ不明である。

症状。乳兒に於て吐物に血液を混ずることは必ずしも潰瘍とは限らず、單なる血性糜爛(hämorrhagische Erosion)に過ぎぬことが多いが消化不良性中毒症(参照)、吐血多量にして頻回なる時、又はそれに伴つて虚脱を起し、體温下降を見る時は本症を疑はせる。年長兒では症状が大人に類似するけれども、疼痛は往々にして軽度に過ぎぬことがある。

療法。安静を守り、局所に氷嚢を置き、止血的處置としてゲラチン、コアグレン等の注射をなし、少量宛の食餌を注意して與へる。

22. 蟲様突起炎 Appendicitis.

從來小兒に稀有な疾患とされてゐたが、新らしい統計では小兒の例が漸次多くなり、決して從來考へられた程少ないものではないと云はれる。但し乳兒には稀で、年齢の長づるにつれて多くなることは確かであるが、乳幼兒の本症が診断困難であることも、其

罹患数の現はれに關係するのである。症状は腹痛、嘔吐、廻腹部疼痛乃至腫瘍、發熱等すべて大人に於けると同様であるが、乳幼兒では其訴へが不定であるために診断困難である。

23. 腸結核 Darmtuberkulose.

結核で死亡した小兒の腸には屢々結核病變が證明されるにも係らず、生前腸結核の症状を示す者は甚だ稀である。原發的に腸が侵されることは少なく、多くは肺、腹膜又は全身結核から二次的に生ずるを常とする。兎に角腸結核は小兒には稀で、然かも殆んど年長兒に限られてゐる。

症状は不定の熱、腹痛、慢性下痢殊に膿血便を排泄するを特徴とされ、廻腹部に壓痛ある腫瘍を觸れ、又屢々腹膜炎様症状を呈す。経過極めて慢性、甚だ頑固で次第に羸瘦し又は腸閉塞症状を呈し、遂に死亡するを普通とする。一般的結核療法の外、下痢に對しては阿片丁幾其他の收斂劑、吸著劑などが用ひられる。

E. 腹膜疾患 Erkrankungen des Bauchfells.

24. 化膿性腹膜炎 Eitrige Peritonitis.

乳兒殊に新生兒の化膿性腹膜炎は屢々敗血症に伴つて發生するが、症状不定で特有なる點に乏しく、腹部膨隆、嘔吐、急激なる衰弱等があつても他の原因によるものと誤り易いために、年長兒の腹膜炎に比して實際上の意義が少ない。

年長兒の急性腹膜炎には蟲様突起炎性、肺炎菌性、連鎖狀球菌性、淋菌性等があり、其他腸チフス、赤痢、腸結核、十二指腸潰瘍、腸閉塞等に基因するものもあり、又轉移性のものもある。蟲様突起炎の診断は、幼若兒では必ずしも容易でないから、従つてそれによる腹膜炎の診断も簡單でない。肺炎菌性のものは肺炎、肋膜炎等に續發することもあり、又全くそう云ふ原病の氣付かれぬこともある。連鎖狀球菌性のものは敗血症に基因するものが

多く、淋菌性のものは主として女兒に見られる。

症候。 原因によつて異なるが、一般に高熱、腹痛、腹部膨滿緊張し、壓痛あり、嘔吐又は下痢を伴ひ、衰弱無力著しく、一般状態甚だ侵され、脈搏頻數細小、呼吸促迫等、一見重症なるを思はせるのが普通である。腹腔に膿性滲出物を生じ、濁音、波動を呈するも、一部に限局し、包裹されることもある(肺炎菌性、淋菌性等)。

豫後。 限局包裹されたものは比較的佳良であるが、一般には経過急激で不良の轉歸をとるものが多い。

療法。 安靜、腹部冷却等一般對症療法を行ふのであるが、外科的手術を試みるべき場合も多い。但し肺炎菌性並に淋菌性のものは、限局性に包裹されるを俟つて行ふ方がよい。

25. 結核性腹膜炎 Tuberkulöse Peritonitis.

3—4歳以上の小兒に多く、血行によつて肺から來ることもあり、又腸から直ちに腹膜を侵すこともある。腸からの時は、腸壁に存する原發病竈(Primäraffekt)から、漿液膜又は腸間膜淋巴腺に及び、其處から直接に腹膜を侵すものと云はれる。本症には**滲出型**(exsudative Form)と**癒着型**(adhäsive knotige Form)との二つがある。滲出型は、腹膜に無数の粟粒結節(Miliartuberkeln)を生ずるも、乾酪變性をせず、却て肉芽様(Granulation)に止まり、或は退行性に傾き、多量の漿液性分泌物を生ずるものである。反之癒着型では乾酪變性(Verkäsung)に傾き、分泌物を生ずること少なく、腹膜、大網等に稍々硬い浸潤を生じ、進んでは結節の乾酪變性、石灰化又は結締織増殖のために、硬い塊狀物又は索狀硬結を作り、或は腸癒着を生ずる。

症候。 發病は極めて徐々であつて、倦怠、輕き腹痛又は壓痛、輕

熱、食慾不振等で始まる。其後次第に腹部膨隆を來すやうになると、腹壁緊張し、抵抗を觸れ、壓痛を訴へる。滲出型では腹水を證明し、癒着型では塊狀物又は索狀硬結を觸れ得るのであるが、之等兩型は劃然と區別されるよりは、寧ろ兩者混合して、唯いづれかが著明であると云ふに過ぎないことが多い。肝脾腫大は多くは軽度であり、且つ腹壁緊張のため觸れ難くなる。かくして漸次羸瘦するも、初期には榮養佳良のこともある。下痢、嘔吐等は不定である。

経過及び豫後。 極めて慢性で、數ヶ月乃至數年に及び、漸次羸瘦衰弱して、或は肺又は全身結核を併發し、時としては腸結核又は腸閉塞の症狀を起して結局死亡することが多いが、必ずしもそうとは限らず、3—4ヶ月位で漸次治癒するものも少なくない。一般に滲出型は、癒着型よりも豫後が幾分良い。

診断。 腹部症狀、熱、慢性の経過、他の結核性疾患の有無などによつて診断するが、肺結核は缺如することが多く、X線により軽度の肺門部淋巴腺腫脹を見る位に過ぎぬことが却て普通である。腹部膨隆だけで無熱の場合、脾肝腫大のある時などは用心して鑑別しなければならぬ。腹水が甚だ多い時には、肝、心臓等の疾病に留意すべく、其他の腹部腫瘍(殊に腎臓)による膨隆と誤らぬやうにすることも必要である。疑はしい時はツベルクリン反應の検査を要する。

療法。 結核の一般療法に従つて日光、空氣、榮養及び安靜に注意する外、吸收促進の意味で、腹部に加里石鹼塗擦、グアヤコール肝油、又はメントール、オレーフ油を塗布し、或は人工太陽燈照射、若くはX線照射(X線量は初めは少なく……半皮膚紅斑量位から始めるがよい)等が試みられるが、肺結核を伴ふ場合には注意

を要する。又X線照射は滲出型には効果が少ない。藥劑にも特別のものはない。開腹術は現今は餘り行はれないが、滲出型で、經濟的理由などのため長い治療に堪えぬ如き場合には試みてもよい。

F. 肝臓及び脾臓疾患

Leber- und Pankreaserkrankungen.

26. 加答兒性黃疸 Icterus catarrhalis.*

新生兒黃疸の外は、乳兒に加答兒性黃疸を見ることは殆んどない(重症黃疸と稱するものは別として)。原因に就て特別のことはないが、學童には屢々流行性に現はれることがあると云ふ。症狀も大人に於けると同様であるが、経過はそれよりも一般に短い。療法として脂肪と蛋白質とに乏しい食餌を與へ、主として含水炭素、果實、野菜等を與へることも大人と同様であり。牛乳も餘り多くせぬがよいが、番茶、サイダー類は好むまゝに與へ、砂糖水などもよい。便秘に傾くならば緩下劑(小兒散、カル、ス泉鹽等)を投與し、食慾缺損に對して健胃消化劑を與へる。

27. 其他の黃疸 Andere Formen des Ikterus.

膽石(Gallenstein)は乳兒には殆んどない。膽道炎(Cholangitis)、膽囊炎(Cholezystitis)も稀有であり、Weil氏病も稀であるから、それ等に因する黃疸を見ることは甚だ少ない。**急性黃色肝萎縮症(akute gelbe Leberatrophy)**は、黃疸に伴つて重い腦症狀を起し、不安、意識濁濁、痙攣等を現はすも多くは無熱である。肝臓は初め腫脹し、壓痛があるが後漸次縮少し、脾腫を伴ひ、皮下或は粘膜出血を來し、尿にロイチン又はチロヂンを證明し、1—2週で多くは死亡すると云はれるが、これも稀有である。

* Icterus catarrhalis と呼ばれたものは、實は膽道に炎症のあることは少なく、殆んど毎常、肝臓實質細胞の退行變性が認められた、と云ふので、此名稱を不適當として、Hepatitis acuta (急性肝臓炎)と呼ぶ人もある。

溶血性黃疸 (Haemolytischer Ikterus) は家族的に來り、主として小兒に見られるものであるが、其數は少ない。肝脾腫大、黃疸、貧血を主徴とし、尿には膽汁色素の證明されぬことが普通である。特有な點は赤血球抵抗減弱の著しいことである(血液疾患……溶血性貧血參照)。敗血症に因する黃疸は、乳兒には割合に多い。

28. 肝硬變症 Leberzirrhose.

小兒には比較的稀であるが、急性傳染病、殊に麻疹、猩紅熱等に基因することがある。微毒及び結核に因するものは割合に多く、殊に先天微毒兒では生後間もなくから見られることがある。又心囊炎(Perikarditis)、特に結核性心囊炎に因するものも決して稀ではない。本症を萎縮性(atrophisch)と肥大性(hypertrophisch)とに區別することは、大人に於けるやうに簡單には行かない。

症候。肝、脾の腫大と共に著しき腹部膨隆を示し、腹壁靜脈の怒張(Caput Medusae)、腹水等を伴ふ。黃疸は著明のこともあり、軽度のこともあるが、食慾缺損、嘔吐、下痢等を伴ふことが多い。

診斷上には、原病に注意する必要がある。鑑別すべきものとしては結核性腹膜炎、血液疾患等がある。ワ氏反應を検することは常に必要である。

29. 肝臟腫瘍 Lebertumoren.

癌腫、肉腫、囊腫、エキノコックス等を見ることありと云はれるが稀有である。

乳幼兒の肝臟は正常でも大きい、微毒兒では殊に腫大し且つ硬化するが、これは所謂微毒性肝炎(syphilitische Hepatitis)によるものである。遲發性微毒に於ては大なる結節狀の護膜腫(Gumma)を生ずることがある。

30. 先天性膽道閉塞症 Angeborener Gallengangverschluss.

輸膽管(Ductus choledochus)の缺如、閉塞又は部分的閉塞を見ることがある。症狀は閉塞の程度によつて多少異なるも、全閉塞があつても、膽汁は膽囊又は特別に生じた囊腫(Zyste)中に蓄溜して黃疸を

示さぬ事もあるが、普通は黃疸を呈し、肝臟腫大硬變する。膽道囊腫は往々にして非常に大となり、腹腔の大部分を充たすことがある。尿及び便の色調は、閉塞程度に應じて變化を示す。豫後不良で、數週乃至9-10ヶ月で斃れるが、時として數年の生命を保つこともある。新生兒重症黃疸には本症に因るものもある。腎臟囊腫と鑑別を要する。

31. 膵臟疾患 Pankreaserkrankungen.

膵臟炎(Pankreatitis)膵臟壞死(Pankreasnekrose)等は小兒には甚だ稀有とされ、且つ全く不明である。慢性の酵素分泌機能不全(chron. Pankreasinsuffizienz)に就ても明らかでないが、家族的に、又は糖尿病と伴つて存することがあると云ふ。此場合脂肪竝に蛋白質の消化不良の結果、發育障礙を起すことは勿論であるが、其糞便は粥狀にして腐敗臭を放ち、且つ鏡檢上多くの滴狀脂肪乃至脂酸結晶を見ると云ふ。十二指腸液の酵素含有量を測定することにより診斷を確定し得べしと。

又乳兒に於ては榮養障礙の結果として、年長に於ては傳染乃至精神的影響によつて、一時的乃至一過性の膵臟機能不全を惹起することがあると。

G. 腸寄生蟲 Darmparasiten.

小兒と關係の深いものは圓蟲類(Nematoden)中の蛔蟲及び蟯蟲であつて、之等は大人では殆んど症狀を現はすことがないが、小兒では屢々色々の症狀を呈する。反之、十二指腸蟲は小兒には少なく、且つ其症狀も大人と變りがない。縲蟲類(Cestoden)も一般に小兒に少なく、其症狀にも特記すべきものはないが、萎小縲蟲(Taenia nana)だけは主として小兒に見られるものである。原蟲類(Protozoen)の中では、Entamoeba histolyticaがアメーバ赤痢の原因として關係があり、熱帶地方では小兒にも多いそうであるが、本邦には幸にして小兒には稀である。

32. 蛔蟲症 Ascariasis (Ascaridiasis)

蛔蟲 (*Ascaris lumbricoides*) の感染は経口的であつて、食物、主として野菜類に附着せる成熟卵が腸内(殊に小腸下部、盲腸等)に入り、卵殻を脱して仔蟲となり。腸壁を貫通して門脈に入り、肝静脈、下大静脈、心臓を経て肺に達し、或は腸壁を通過して腹腔に出で、横隔膜を穿通して肺に至るものもある。更に肺氣胞より氣管に出で、喉頭より食道に侵入し、次で胃、腸に至り、其處で成蟲に發育する。

症候。 甚だ不定で、全く症状を呈せぬことも少なくない。普通の症状としては倦怠、食慾不振、嘔吐又は嘔氣、腹痛、鼻孔の痒感、不機嫌、神經過敏、不定の發疹等が挙げられるが、時として意識障碍、謔語、痙攣などを起すこともあると云はれる。貧血を來すことは至つて少なく、血液にエオジン嗜好細胞増多を示すことも少ない。

診断。 成蟲の排出(便時として吐物に)を見るか、糞便中に蟲卵を證明するかでないとならぬ。疑はしい場合に驅蟲劑を與へて見ることもあるが、診断を確定してからの方がよい。

療法。 サントニン、*マクニン、アンテニン等が通常用ひられ、早朝空腹時に與へ、或はそれと共に又は其後で下劑の投與を試みることもある。

33. 蟯蟲症 Oxyuriasis.

* サントニンの作用は、其生体内産物たるアルカリ性紅色素によること大なりとされ、此紅色素生成は肝臓と密接なる關係があり、胆汁酸劑たる Decholan の併用により其の分泌を高め、驅蟲作用を増強すると云ふことである。(用量。大人にて、サントニン 0.08、甘草 0.4、デコラン 3錠。右 1日 1回朝食前頓用。使用日數 1—2日)

蟯蟲 (*Oxyuris vermicularis*) の成熟卵は野菜、果實又は其他の食物に附着して経口的に侵入し、胃又は十二指腸に於て脱殻したる後、結腸又は直腸部に占居する。感染上重要なことは自家感染 (Selbstinfektion) で、肛門に産卵せる卵子が、指殊に爪の間に附着し (肛門部を搔くために) て、再び口に入り、循環して果のないことである。腸内に産卵された卵が、其まま其處で發育して仔蟲…成蟲となること(腸内感染)は、絶対にないといはれる。*

症候。 肛門部の痒感を主徴とする外は大した症状がない。此痒痒は、成蟲殊に雌蟲が産卵する目的で、夜間患兒の安靜時に肛門部に出で又は直腸部に穿入するため、往々激しい痒痒のために睡眠を妨げられ、又肛門部を搔くために濕疹を生じ、或は手淫、遺尿等の原因となることもある。一般状態の侵されることは殆んどなく、貧血、血液像の變化等も通常起らぬ。

診断。 蟲を發見せぬと確診は出來ぬ。蟲體は便中に偶然多數に發見されることもあるが、然らざる場合は、夜間患兒の睡眠中、殊に痒痒を訴へた時に肛門部又は外陰部を検するか、或は灌腸(殊に石鹼灌腸)によつて排便させて蟲を捜すかの、いづれかを試みる必要がある。蟲卵を糞便から檢出することは甚だ難いが、肛門部皮膚又は粘膜を搔把したものを鏡檢して發見することがある。

療法。 自家感染を起し易いために、根治は容易でない。患兒の手指殊に爪の間を清潔にし、毎日入浴させて肛門部を洗ひ、搔かぬやう注意し、殊に夜間は手袋をはめて寝かすがよい。サン

* 蟯蟲卵の發育には、少なくとも 4.4% 以上の酸素を必要とし、大腸内の酸素 (0.7% 内外) では發育すること不可能であると。又排卵直後の卵 8,000 を嚥下せるも、成蟲となれるものなし……等々(赤木勝雄氏)。

トニン、マクニン、プラトン、*オキシウリン等の驅蟲劑も用ひられるが、根治には非常の努力を要し、然かも癢痒以外に障害があまりないので、普通には姑息療法として就寝前の灌腸又は洗腸が行はれる。それには醋酸礬土液(1-2%)が屢々用ひられ、又纈草根浸(1%)がよいとも云はれるが、石鹼水(混濁する程度の)が最も簡単である。即ち之等の液 500-1000 珪を用ひて、就寝前充分に排便をさせるのである。肛門部にはアネスデジン軟膏(5-10%)、白降汞軟膏(2-5%)、灰白軟膏等を用ひる。

34. 十二指腸蟲症 Anchylostomiasis.

十二指腸蟲(*Anchylostoma duodenale*)は主として皮膚から侵入する。即ち仔蟲は毛嚢(*Haarfollikel*)に沿ふて皮膚に穿入して小静脈に入り肺に達したる後、蛔蟲に於ける如く胃腸に入り、小腸上部に占居する。經口的に仔蟲が侵入することもあるが、稀有であると。

貧血を主徴とし、食慾不振、嘔吐、嘔氣、衰弱、エオジン嗜好細胞増多等を伴ふことは大人と同様であるが、小兒を侵すことは割合に少ない。驅蟲劑としてはチモール、ヘノボチ油、綿馬越幾斯、四鹽化炭素等が用ひられる。

35. 縲蟲 Bandwürmer.

廣節裂頭縲蟲(*Bothriocephalus latus*)は鱒、鮭等に寄生する關係上、本邦には割合に多い。有鈎縲蟲(*Taenia solium*)は豚肉により。無鈎縲蟲(*Taenia saginata*)は牛肉を介して人體に侵入するを常とする。*Taenia cucumeria* と稱するものの卵子は、犬猫につく蚤又は虱から出て、其毛皮に付著して生長し、之れに接する小兒に傳染することがある。萎小縲蟲(*Taenia nana*)は鼠類に發見され、如何にして人に感染するや不明であるが、殆んど小兒に限られてゐる。

症候は甚だ不定で、腹部不快感、食慾不振、稀には著しく亢進、嘔氣

* Butolan は $\frac{1}{2}$ -1 錠宛一日三回、2-3 日連用する(一錠 0.5 瓦)。

又は嘔吐、痛頭、羸瘦、貧血等である。診斷には成蟲を見るか、卵子の證明を要する。療法としては綿馬エキス、ヒルマロン油、石榴根皮、コソ花等の驅蟲劑が用ひられるが、驅蟲實施は一定の方法に従つて行はねばならぬ。

36. 日本住血吸蟲症 *Schistosomiasis japonica*.

日本住血吸蟲(*Schistosomum japonicum*)の幼蟲(*Cercaria*)は皮膚より侵入し、血行により肺に至り、大循環を経て腸壁に達し、終に門脈系統に入る。肝臓内の門脈枝別中で一定の發育を遂げた後、再び門脈本幹に現はれ、更に腸壁に到り粘膜下層に於て産卵し、其部の粘膜に壞疽を起し潰瘍を形成し、其卵子は糞便中に排泄される。此病變は胃腸部より大腸に互つて見られる。本症は地方的に山梨、千葉、茨城等に多く、又東京府下、静岡、岡山、廣島諸縣の一部にも見られ、病原體は明治三十二年桂田、藤波氏等により發見され、中間宿主(宮入貝)は大正二年宮入氏によりて決定された。

症候。急性大腸カタルを主要症狀とし、裏急後重を伴ふ粘液血便が一日數回乃至十數回に及び、赤痢様になる。違和、倦怠、發熱等を伴ひ、脾並に肝臓の著しき腫大、貧血等を起す。但し此の如き急性症を繰返す時は、其發現が漸次軽くなるが、慢性症では肝硬變を來し、腹水、巨大なる脾腫を生ずるに至る。小兒期に罹患する時は屢々著しき發育不良に陥ることがある。糞便検査は診斷上必要である。

療法。アンチモン劑殊に吐瀉石が有效なりとされ、又鹽酸エメチンも用ひられると。

H. 口腔及び食道疾患

Krankheiten der Mundhöhle u. des Oesophagus.

37. 口内炎 Stomatitis.

原因。機械的、化學的又は溫熱刺戟、或は局所の細菌感染に因つて起ることもあるが、大多數は他の疾病に伴つて發し、殊に乳

兒榮養障礙、急性傳染病(麻疹、猩紅熱、チフス等)、感冒、肺炎等に併發することが多い。

症候。 病型によつてそれぞれ異なるも、一般的症狀としては口腔粘膜の發赤、腫脹と共に、口唇に皸裂を生じ、唾液分泌多く、口臭あり、發熱を見ることがあり、局所淋巴腺腫脹を伴ふこともある。最も苦痛とする處は疼痛のために食餌攝取が妨げられることで、幼小なる者程甚しく、一般状態が侵され易い。

(1) **加答兒性口内炎** Stomatitis catarrhalis. 汎發性(diffus)の口腔粘膜發赤腫脹を呈するものを云ふ。

(2) **アフタ性口内炎** Stomatitis aphthosa. 帽針頭乃至豌豆大の帶黄白色、圓形又は長圓形の斑點として現はれ、粘膜面より少しく隆起し、紅暈(roter Hof)で圍まれる。之れをアフタ(Aphthen)と云ひ、表皮上層間の纖維素性滲出物(fibrinöse Exsudation)であつて、上皮細胞は壞死し、表在性潰瘍を作る。部位は口腔の前方即ち舌、口唇、頬部粘膜、齒齦、口蓋等に多い。疼痛があるために食餌攝取が妨げられる。原因不明であるが、局所の傳染によるものと考へられる。大抵7—10日位で治癒する。

Bednarsche Aphthenと稱するものは、上記の如きものが硬口蓋の翼狀鈎(Hamulus pterygoideus)に一致して對稱的(symmetrisch)に生じたものを云ふ。之れは口内清拭を餘り強くやりすぎる時などに、機械的に成生されると見做される。

(3) **敗血性口内炎** Stomatitis septica. 口腔粘膜の限局性又は汎發性化膿性炎である。屢々潰瘍を生じ、重い一般症狀、高熱又は敗血症様症狀を呈することがある。幼い乳兒に多い。これは毒力強き細菌(連鎖狀球菌が多い)と、患兒の免疫性減退とが相俟つて生ずるものである。

(4) **潰瘍性口内炎** Stomatitis ulcerosa. 生齒以後殊に5—6年以後の小兒に多い。齒齦、殊に臼齒の部分から始まるを普通とし、初めは單なる發赤腫脹であるが、出血し易く、やがて變色して遂に潰瘍を作り、齒がぐらぐらし又は抜けることがある。著しき口臭(惡臭)、顎下腺腫大に伴つて著明なる一般症狀を示し、食餌攝取は甚だしく妨げられる。豫後はそれほど不良ではなく、1—2週で漸次治癒に赴くことが多いが、衰弱せる小兒では死の轉歸をとることも少なくない。紡錘狀桿菌(Bac. fusiforme)とスピロヘータとが病原菌と看做されるが、主要原因は急性傳染病(殊に麻疹、肺炎等)による衰弱である。

療法。 口腔内を清潔にし、すべての刺戟を避け、食餌もなるべく刺戟なき榮養に富めるものを與へなければならぬ。疼痛があるから流動食がよいが、必ずしもそれとは限らず、患兒の好むものでよい。熱いもの、鹽辛いものなどはいけない。口内は過酸化水素水(2—3%)、硼酸水(1—2%)、過マンガン酸加里水(0.1—0.2%)等で含嗽をし、又は極く軽く清拭する(強く拭いてはいけない)。アフタ性口内炎には硝酸銀棒、2%硝酸銀水又は2%石炭酸水等を局所に塗布(一日2回位)し、疼痛に對してはノボカイン(1%)、アネステジン、グリセリン(5%)等を食事前に塗布する。潰瘍性口内炎には鹽化亞鉛液(5%)、沃度丁幾、濃い石炭酸水等で局所を腐蝕し(一日2回位)、又は濃い過マンガン酸加里水(0.5—1.0%)で洗ふ。ネオサルバルサンの注射、又は10%サルバルサン溶液の塗布(一日數回反復)等は、本症に對して著效ありと云はれる。

38. 口角潰瘍 Mundwinkelgeschwür (Faulecken)

幼兒に甚だ多い。原因不明であるが、細菌に因るものと思は

れる。キッス等で傳染することもあると。

症状に就ては云ふ程のことなく、唯局所が不快であり、口を開く時痛い位のものであるが、屢々長い間治癒せず又は再發することがある。20%乳酸(Milchsäure)、鹽化鐵液(Eisenchlorid)、硝酸銀棒(Lapis)等を一日1—2回宛、數日間使用すれば大概治る。又沃度丁幾を綿にしたして塗布するもよい。

39. 鷺口瘡 Soor.

口腔粘膜、殊に舌、頬部等に生ずる白色の白斑點で、幾分か隆起し、初めは個々獨立してゐるが後には互に融合し、口蓋から咽喉にまで擴がり、往々にして食道にも及ぶことがある。此白斑點は粘膜と密著し、無理に剝離すれば出血する。鷺口瘡菌(Soorpilz)に因るもので、それを搔把して鏡檢すれば芽胞(Sporen)を有する菌絲を見ることが出来る。主として乳兒に來り、年長兒に見ることは稀であり、榮養障礙其他の疾病に基因するのが普通である。大した障礙は伴はぬが、廣汎に互る時には食餌攝取が妨げられ、又食慾缺損を來し、延いては衰弱の因ともなる。

療法。過酸化水素水(2—3%)、硼酸水(1—2%)、過マンガン酸加里水(0.1—0.2%)、トリパフラビン(0.1%)等の塗布も試みられるが、最も普通に用ひられるものは硼砂グリセリン(20%)である。但し口内を強く拭くことは禁物である。その意味からして、ガーゼに包んだ硼酸末球を吸はせる法が極めて快適且つ有効である。

40. 水 瘡 Noma.

急性傳染病、殊に麻疹、チフス、デフテリー、赤痢等の経過中に來ることがあるが、幸にして稀有である。頬部粘膜、殊に小白齒に當る

部分から帶黃褐色の浸潤が始まり、直ちに周圍に擴がり、且つ暗褐色又は黑色に變じ壞疽に陥る。更に深部に及び頬部筋肉、皮膚ともに破壊し、口腔露出し遂に顎骨の壞死をも來すものである。經過極めて迅速、2—3日で此のやうな状態になり、豫後は全く不良。治癒することは稀有に屬し、一般状態甚だしく侵され、心臓衰弱で斃れる。外科手術を施すを普通とするも、近來はサルバルサンが賞用さたる。

41. 生齒異常 Anomalien der Zahnung.

(1) 先天的生齒(angeborene Zähne)。出生時既に齒を有することは稀ではなく、多くは門齒であるが、往々小白齒又は犬齒を見ることがある。多くは齒根を缺き、齒齦中に弛く嵌つてゐるだけで、間もなく取れ去るものであるが、時として顎骨中に齒根を有し、そのまま乳齒として存在することもある。

(2) 早期生齒(Dentitio praecox)。4—5ヶ月以前に生齒するものを云ひ、家族性に來ることが多く、他の身體精神早熟に伴ふことがある。

(3) 生齒遲延(Dentitio tarda)。齒胚(Zahnkeim)の位置が餘り深すぎるために遅れることもあるが、病的には佝僂病、榮養障礙、粘液水腫等に見られる。此際には生齒順序が亂れることが多い。

(4) 生齒困難(Dentitio difficilis)。生齒時には普通何等障礙のないものであるが、時として不機嫌、睡眠障礙、食慾不振、局所の痒感、軽い口内炎等を見ることがある。神經質の小兒に多い。昔から云はれてるやうな發熱、痙攣、下痢等の如き著明な症状が、生齒刺戟のために生ずることはないものと看做される。

42. 舌疾患 Krankheiten der Zunge.

小兒の舌疾患は多くは口内炎に伴ふもの、或は他の疾患の一症状であつて、舌のみのことは稀である。地圖狀舌(Landkartenzunge)に就ては既に述べた(滲出性素質參照)。又舌背乃至舌縁に皺襞(Falte)を生じ、舌面乾燥し恰かも輝裂の如くに見えることがある(Lingua scrotalis)が意義不明である。舌繫帶潰瘍(Zungenbandgeschwür)に就ては百日咳の章に述べる。

(附) リガ・フェーデ氏病 Riga-Fedesche Krankheit.

舌下面に生ずる潰瘍を主徴とする一種の生齒期乳兒疾患とされ、恐らく粗糙なる下門齒縁の器械的刺戟によるものならんと云はれ、主として南伊太利に見られるとのことである。

症候。初め白色潤濁せる小隆起が舌繫帶上に主じ、徐々に或は速かに増大して直徑1種或は以上の圓形丘狀隆起となり、中央部に潰瘍を生じ帯黄白色の義膜に被はれ潰瘍の周圍は堤防狀に隆起す。口臭なく、疼痛もなく、一般狀態の犯されることもないが、時として哺乳困難を來すと云ふ。療法として沃度丁幾、3% 石炭酸水或は硝酸銀棒で腐蝕するがよいと。

43. 食道疾患 Krankheiten des Oesophagus.

(1) 先天性食道狭窄(angeb. Oesophagusstenose)。狭窄部は上中部境界或は噴門部に近い部に多く、又屢々瘻管(Fistel)を以て氣管と交通する。生後直ちに嚥下困難を生じ、嘔吐を起し、又は氣管と交通ある時には激しい咳嗽を發する。豫後不良。

(2) 食道憩室(Oesophagusdivertikel)。流動物は通過し、固形物は通過困難のことが多い。嘔吐は食後長時間を経て起ることがあるが、吐物には鹽酸を證明し得ない。部位は氣管枝交叉部が最も多いと。

(3) 特發性食道擴張症(idiopathische Oesophagusdilatation)。乳兒期の後半以後に於て初めて症狀が現はれる。即ち流動食餌である乳汁榮養の間は嘔吐を起さないが、離乳期の食餌に至つて初めて嘔吐を發するを特徴とし、且つ之によつて幽門痙攣と鑑別され、又X線検査によつても區別される。多くは一年以上の幼兒に於て著明となるが、稀有なる疾患である。

(4) 痙攣性食道狭窄症(spastische Oesophagusstenose)。既述(神經性及び機能的胃腸疾患参照)。

VII. 呼吸器系疾患

Krankheiten der Respirationsorgane.

1. アンギナ Angina.*

アンギナとは咽頭乃至鼻咽頭粘膜炎症の意味であるが、普通一般には扁桃腺炎(Tonsillitis)に用ひられ、扁桃腺腫大を伴はぬものは單に咽頭炎(Pharyngitis)と呼ぶのが普通である。咽頭扁桃腺(Tonsilla pharyngea)の發赤腫脹も亦アンギナの中に數へられるが、これは診斷が容易でないので、小兒科では餘り注意されぬ傾向がある。**

原因。猩紅熱、デフテリー、流行感冒、麻疹等の急性傳染病の一症狀として發する外、連鎖狀球菌、肺炎菌其他の細菌によつても起るが、殊に感冒(寒氣に曝された場合)其他の原因で身體の防禦力減退に乗じ、口腔に常存せる細菌が病勢を得たために發する(Selbstinfektion)ことが多い。體質の如何にも關係し、扁桃腺肥大者は概して罹り易く、殊に小兒に多い。

症候。急に始まり、發熱、惡寒、頭痛、倦怠、咽頭痛などを以て來り、殊に突然なる高熱を特徴とし、幼兒に在つては嘔吐、下痢等を伴ふことがある。顎下腺、頸腺等の腫脹疼痛を併發することも少なくなく、又時として聲が嘎れ、喘鳴を發することもある。扁桃

* アンギナ、扁桃腺肥大症、アデノイド、咽後膿瘍等は、口腔疾患として消化器系の中に編入するのが普通らしいが、感冒と密接の關係があるので本書では呼吸器系疾患の中に入れた。

** 扁桃腺(Mandel, Tonsilla)と云ふ名は、口蓋扁桃腺(Gaumenmandel, Tonsilla palatina)を意味するのが普通で、咽頭扁桃腺(Rachenmandel, Tonsilla pharyngea)の腫大はアデノイド(Adenoid)と一般に呼ばれる。

腺の状態によつて色々の病型に區別する。

(1) **加答兒性アングナ** Angina catarrhalis。扁桃腺及び附近粘膜の單なる發赤腫脹であつて、軽度の出血を見ることはあるが、義膜 (Belag) を生ずることはない。

(2) **濾胞性アングナ** Angina follicularis。發赤腫脹の外に淋巴濾胞 (Lymphfollikel) が著しく腫脹するために、扁桃腺上に帽針頭大の灰白色乃至淡黄色の圓形小隆起を生ずる。此ものは數個乃至數十個に及び、扁桃腺上に分布され、融合することは稀であるが、時として小潰瘍を作ることがある。

(3) **腺窩性アングナ** Angina lacunaris。扁桃腺表面の凹所(腺窩)に灰白色乃至淡黄色、又は粘液膿様の義膜を生ずるもので、デフテリーの初期と屢々誤られるが、此義膜は個々に離れて存し(數個乃至十數個)互に融合することは少ないが、時として2-3融合してやや大なる義膜になることもある。本症は特に疼痛激しく一般症状も強い。

(4) **後鼻アングナ** Angina retronasalis (Adenoiditis od. Angina pharyngea)。鼻呼吸障碍の強いことが特徴とされるが、鼻聲、耳痛、軽度の難聴等をも伴ふ。確診するには後鼻検査法を要する。

診断及び豫後。 アングナ其ものの診断は容易であるが、原發せるものなりや或は他の疾患に併發せるものなりやを明瞭に區別することは必ずしも容易でない。猩紅熱、デフテリー等には常に注意を要する(猩紅熱、デフテリー参照)。経過は一般に短かく7-10日以内に治癒するを普通とするも、時として扁桃腺膿瘍 (Tonsillarabscess) 中耳炎等を招來することがあり、又頸部淋巴腺の化膿を起すこともある。續發症としてロイマチス様症状、關節炎等を起すこともあるが、最も注意すべきものは急性出血性

腎炎である。

療法。 安靜保温を守り、栄養に注意することが第一であるが、頸部に冷罨法を行ひ、含嗽等をさせる。發汗療法が有効とされ昔から一般に廣く行はれたが、然し必ずしも其必要なく、小兒に於ては寧ろ無用の處置と思はれる。咽頭部塗布薬は乳幼兒では餘り行ふを要せぬ。藥劑としてアスピリンの如きものも用ひられるが、オイヒニンが最も有效である。

(5) **潰瘍膜様アングナ** Angina ulcero-membranosa (ヴァンサン氏アングナ Angina Plaut-Vincentii)。扁桃腺上(多くは一侧)に粘稠なる脂肪様義膜を生じ、咽頭部は廣く腫脹し、出血し易くなる。義膜はかなり廣汎に亘りてデフテリー義膜に甚だ類するが、多くは脱落して跡に潰瘍を作る。甚だしき悪臭を發つことが特徴とされる。咽頭の變化が著明なるにも係らず、一般症状は極めて軽度で、時として何等自覺症状なく、偶然發見されることもあると云ふ。紡錘狀桿菌 (B. fusiforme) 及びスピロヘータに因するものと看做される。

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

療法。 他のアングナと同様であるが、サルバルサン溶液の塗布、砂糖の撒布、又は單舍利別の塗布等も效ありと云はれる。

2. 扁桃腺肥大 Mandelhyperplasie.

扁桃腺 (Gaumenmandel, Tonsilla palatina) は、新生兒では咽頭凹所 (Nische) に隠れ、口蓋弓 (Gaumenbogen) の外に現はれることは殆んどない。其後次第に増大して満1年頃には殆んど大多數に於て口蓋弓外に之れを見ることが出来るが、猶ほ至つて小さく、僅かに現はれる位の程度である。更に年齢の長ずるにつれ漸次増大し、學童に於ては一般に口蓋弓外 0.5-0.7 輻位に及ぶを殆んど普通とし、10年頃には最大となる。其後は漸次退行縮小 (physiologische Involution) し、16-17年以上に至れば再び口蓋弓内に全く隠れる。

扁桃腺の生理的増殖並に退行が前述の如くであることは、扁桃

腺肥大症の診断並にそれに對する治療上大いに考慮を要する問題であつて、乳幼児に於ては兎も角、學童以後に於ては扁桃腺が多少大きくとも必ずしも病的肥大とは限らぬのである。従つて扁桃腺切除術(Tonsillektomie)の適應を定める場合には此點に留意しなければならぬ。又猩紅熱、デフテリー、アンギナ等にて急性腫大を來した場合には、それ等が治癒した後に尙ほ長く肥大を残すや否やを檢する必要がある。

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

3. 腺様増殖症 Adenoide Vegetation.

(Hypertrophie der Rachen tonsille)

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

症状。咽頭部狭窄のために鼻呼吸が妨げられ、殊に睡眠中又は身體的努力をする場合に著しく、患兒は口を開いて眠り、鼾をかき睡眠が妨げられ、時として夜驚症(Pavor nocturnus)を起すことがある。又鼻聲になり、上氣道の炎症を起し易く、咳嗽に憊み又は頭痛、難聴等を訴へる。最も特有なのは其顔貌であつて、常に口を開け、上唇を前方に突き出し、顔は一體に長く殊に上顎が突出するために、顎が尖り齒列が不整になる。従つて弛緩した、痴鈍様の顔貌(Facies adenoidea)を呈するやうになるが、智力障礙が實際にあるわけではなく、學業成績が不良となる原因は主として難聴或は睡眠障礙に因ると看做される。

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

4. 咽後膿瘍 Retropharyngealabszess.

後咽頭部淋巴腺は鼻咽頭炎に伴つて屢々炎症を起すも、其部位

が甚だ見難いので、單なる炎症は小兒科の臨牀的意義が少ないが、唯膿瘍だけは大いに意義がある。本症は乳幼児に主として見られ、年長兒に來ることは稀である。

症状。咽頭部狭窄による症状、即ち嚥下、呼吸の困難を主徴とする。即ち嚥下困難乃至疼痛のため乳兒は哺乳障礙を來し、呼吸も著しく妨げられ、咳嗽多く、鼾又は呼吸時雜音を生じ、著しき喘鳴を呈し、患兒は頭を後方に反らせ、甚だしき時は窒息様發作を起しチアノーゼを示す。熱は必ずしも高くはない。咽頭部を仔細に視ると、其後壁又は側壁に半球形の隆起を見得ることがあるが、必ずしも容易でない。觸診上、即ち指を咽頭部に深く挿入して、軟かき又は緊張せる腫瘍を觸れることが多い。

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

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

5. 頭部淋巴腺炎 Lymphadenitis colli.

急性淋巴腺炎。鼻咽頭、扁桃腺等の炎症、感冒等に因つて起るが、特に注意すべきは猩紅熱、デフテリーである。之等にあつては腫脹疼痛、發熱を示し、自然に輕快し治癒することもあり、又化膿することもある。急性炎を起す部位は主として頸腺(Zervikaldrüsen)及び顎下腺(Submaxillardrüsen)である。前者は胸鎖乳嚙筋の後側にあり、主として後咽頭部疾患又は扁桃腺炎に基因し、後者は主として扁桃腺炎から來る。殊に猩紅熱、デフテリー等の場合に著しい。療法としては局部に氷嚢の應用、醋酸硼土水、硼酸水、鉛糖水等の冷罨法等が行はれるが、安靜を守ることは常に肝要である。化膿した場合は切開を要すること勿論である。

慢性淋巴腺炎。急性炎、殊に繰返して鼻咽頭炎に罹つた結果として生ずるのが普通であるが、其他小兒では濕疹、膿瘡、齲齒等に因つて生ずることが甚だ多い。此中頭部殊に後頭部濕疹又は膿瘡は項部又は後頭部淋巴腺の腫大を來し、齲齒、口内炎、顔面濕疹

等は頸腺又は頸下腺の腫大を生ずる。之等の多くは個々分離して融合すること少なく、硬くして疼痛少なく、化膿することは稀である。一般に怖れられてゐる結核性淋巴腺炎は、頸腺の腫大せる小兒の極めて多い點に比較すれば至つて少なく、大多數は非結核性である。小兒に於て結核性淋巴腺炎として注意すべきものは、鎖骨上窩腺(Supraclaviculardrüsen)並に側胸部腺(seitliche Thorakaldrüsen)の腫脹である。血液疾患に於ける頸腺腫大は勿論前述のものは別個のものである。

6. 鼻咽頭炎 Nasopharyngitis.

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

症候。程度の如何により單なる鼻カタル(Schnupfen)に止まることもあり、又は咽頭、後咽頭部の發赤腫脹を伴ふこともある。鼻汁多くなり、鼻閉塞、咳嗽、不機嫌、發熱、食慾不振等を訴へること大人に於けると同様であるが、乳兒に特有なる症狀は鼻閉塞による呼吸困難、並に胃腸障礙である。乳兒は鼻腔が小さく、殊に後鼻孔が狭いために、軽度の粘膜腫脹によつて直ちに鼻呼吸が妨げられて呼吸困難を生じ、哺乳困難を來し、睡眠が妨げられる。胃腸障礙としては下痢を起すことが多い、即ち感冒に因る消化不良症である。

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

療法。寒冷を防ぎ、暖かく保ち、鼻カタルに對して蒸氣吸入は屢々效がある。咽頭痛、咳嗽等には頸部の溫濕布がよい。鼻孔の糜爛又は痂皮にはサリチール酸ワゼリン、Wilson氏軟膏等を用ひる。鼻閉塞のため呼吸、哺乳等の障礙ある時は、千倍アドレナリンと1%コカイン液を同量に混じたるもの、1滴宛1日2-3回鼻腔内に滴下する法が行はれるが効果疑はしく、寧ろ蒸氣吸入、鼻根部の溫濕布等の方がよい。

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

7. 先天性喘鳴 Stridor congenitus.

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

原因。不明であるが、喉頭、會厭等が先天的に狭いか又は柔軟に過ぎるため、吸氣時に聲門(Stimmritze)に狭窄を生ずるためと看做される。又胸腺肥大により氣管が壓迫されるためであらうとも云はれるが、胸腺肥大者必ずしも喘鳴を伴はぬ。

類症鑑別。喉頭の乳嘴腫(Papillome)は小兒に比較的多く、先天性に存して慢性喘鳴の因をなすことがあるが、嘎聲を伴ふ點は本症と異なり、又屢々症狀漸次増悪する。結核又は微毒に因る嘎聲を伴ふ狭窄は小兒には少ない。

豫後。比較的佳良。生後6-7ヶ月以後に至れば多くは自然に輕快し、又は治癒するを常とする。

療法。特別の療法なし。一般強壯療法を試みる。

8. 急性喉頭炎 Laryngitis acuta.

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

症候。 輕症では乾性、犬吠性咳嗽 (bellender Husten) 及び嘔聲等を訴へるだけであるが、重症では突然狭窄症状を生じ、著しき喘鳴と呼吸困難とを來すこと恰も喉頭ヂフテリーを思はせるので、之を假性クルップ(Pseudokrapp)とも云ふ。屢々無聲(Aphonie)となる。此の呼吸困難發作は通常夜間に起り、殊に睡眠中に突如として來り、患兒は甚だしき苦悶不安に襲はれるが、數分乃至數十分で輕快し、呼吸困難全く去る。此の如き發作を一夜に數回繰返すことがあるが、翌日起床後、日中に起ることは通常ない。但し夜に入り再び繰返すこともある。此呼吸困難發作以外に犬吠性咳嗽、嘔聲等を伴ふことは輕症と同じ。

咽頭部に發赤腫脹あり、殊に多少浮腫様に腫脹してゐることが多い。發熱は缺如するか、或は輕熱を伴ふに過ぎない。

診斷。 喉頭ヂフテリー(Krupp)との鑑別は最も肝要である。喉頭炎では呼吸困難は、實に突然に來り然かも亦突如として去るが、ヂフテリーでは多少の前驅症を伴つて漸次に來るもので、全く突然に現はれ又突然に去ることなく、持續して漸次増悪するのが普通である。咽頭部の義膜は、喉頭ヂフテリーに於ても認め得ざることが少なくないから、義膜の有無だけで鑑別する

ことは出來ぬ。菌検査は勿論必要である。無熱であるか又は輕熱に過ぎぬ場合は喉頭炎に近い。

麻疹に伴ふ場合、急性期に於て、發疹の現はれる前後に起るものは喉頭炎のことが多く、反之下熱する頃に來るものはヂフテリーの方が多し。

経過。 簡單で間もなく治癒するが、時を経て再び三度び繰返す傾向がある。

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

9. 化膿性喉頭炎 Laryngitis phlegmonosa.

急激に現はれる喘鳴を伴ふ呼吸困難と高熱とは、恰かも喉頭ヂフテリーを思はせるが、多くは喉頭部に著しき壓痛を訴へる。喉頭部の急激なる炎症性浸潤によるもので、屢々喉頭水腫(Glottisödem)を起して窒息に瀕し、或は喉頭軟骨の壞死を來す危険があるので、豫後極めて重篤、氣管切開を要することが多い。麻疹、猩紅熱、感冒其他連鎖狀球菌性疾患に繼發するとされる。

10. 氣道内異物 Fremdkörper in den Luftwegen.

玩具、食物等を誤嚥して氣道内に侵入することは決して少なくない。誤嚥當初には必ず激しい咳嗽發作と呼吸困難とを起すのであるが、此症状は其後常に存在するとは限らず、一見殆んど異物症状の缺如することさへあるので、異物誤嚥の主訴又は既往歴を有する場合には、咳嗽、呼吸困難等の有無に係らず精細なる検索を要する。殊に幼乳兒に於ては一層の注意を要す。X線検査は鑑

物質の異物でない限り餘り役に立たず、氣管直達鏡検査を行はねばならぬ。異物摘出には氣管切開を要することが多い。

11. 急性氣管枝炎 Bronchitis acuta.

(急性氣管及び氣管枝炎 Tracheobronchitis acuta)

鼻咽頭炎と同じく多くは感冒又は流行感冒に伴つて來り、一般に氣管並に氣管枝が同時に犯され、其等の粘膜は發赤腫脹し、分泌液を以て蔽はる。分泌液は初め澄明粘稠にして氣泡を混するも、後には次第に濃厚となり粘液膿様を呈す。此炎症は、年長兒にあつては氣管及び大氣管枝に限局されるを普通とするも、幼若兒殊に乳兒に於ては小氣管枝乃至毛細氣管枝に迄及び易く、屢々肺炎にさへ移行する。

症候。發熱と咳嗽とを以て主要症狀とする。熱は高低不定、咳嗽は分泌物の如何により乾性或は濕性となり、屢々喉頭部に輕き喘鳴 (Röcheln) を伴ふも呼吸困難なきか、或は極めて輕度に過ぎざるを普通とす。喀痰は出るが、乳幼兒にあつては多くは之を嚥下し、咯出することは少ない。一般症狀として不機嫌、睡眠障碍、食思不振等を伴ひ、乳幼兒に於ては屢々消化不良便を出し且つ咳嗽時嘔吐を來すことが少なくない。

聽診上呼吸音粗雜又は鋭く、乾性或は濕性、大小種々の囉音を聽くが、打診上には通常所見がない。鼻咽頭炎を伴ふことが多い。

診斷。容易。百日咳、肺門腺結核等に在ては、聽診上胸部所見陰性なるか或は極めて輕微なる點に留意し、氣管枝肺炎とは囉音が有響性ならざること、氣管枝音乃至氣管枝聲を認めざること、呼吸促迫輕度なるか或は之を缺如すること及び一般状態の

犯される程度の少ない點等によつて鑑別するが、必ずしも常に容易とは限らぬ。囉音を缺如する場合には、呼吸音粗雜なる點が重要な目標となる。

豫後。年長兒では佳良であるが、乳幼兒では屢々肺炎に移行する危険がある。

療法。安靜保温を第一とす。即ち病室を暖くして冷風の當るを防ぎ、溫度を適當に保ち、安眠を得るやうに努めると共に、食餌を充分に與へるやうにしなければならぬ。而して食餌は下痢を誘發する危険さへなければ、年齢に相當した普通食餌がよく、流動食に限る必要は少しもない。胸部温濕布は咳嗽を緩和する效があるが、蒸氣吸入は假之年長兒に對しては效果ありとしても、乳幼兒には效果疑はしく却て安靜を害ふ恐れがあるから、無理に行ふ必要はない。

藥劑として特效あるものなく、オイヒニン又は消化劑を與へる位の程度である。祛痰劑は極めて多數にあるが、其等のいづれにも効果を期し難い。咳嗽激しく睡眠障碍される場合には、燐酸コデインが有效である。アスピリン劑による所謂發汗療法は無用である。

(附) 毛細氣管枝炎 Bronchitis capillaris.

極めて急激に高熱を以て發し、著しき呼吸促迫、蒼白乃至チアノーゼを示し、脈搏細小、不安苦悶を示し無慾嗜眠狀となり、往々にして窒息状態を呈し、多くは數日以内で死亡すると云ふ如き激しい症狀を示すが、胸部所見極めて輕度で打診上變化なく、聽診上小水泡音を證明する位の程度であつて、有響性囉音乃至氣管枝音を缺如する。つまり一般状態は重症肺炎の如く、然かも聽打診上は氣管枝炎の所見を示すだけであり、且つ乳幼兒殊に1-1.5年迄の者に殆んど限られ、然かも稀有なる疾患と云ふのである。療法は肺炎と同じ。*

12. 慢性氣管枝炎 Bronchitis chronica.

急性症より移行し、或は初めから慢性症として發するものもある。殊に特有な型は屢々繰返して氣管枝炎に罹患することで、一冬の間に幾回も罹り、又感冒に犯されると忽ち氣管枝炎を發し然かも治癒遷延すると云ふ如き者である。即ち體質上一種の素因があると考へる他ないのであるが、佝僂病性の體質、滲出性素質、肺門腺腫脹又はアデノイド等を有する者が考慮されるが未だ明瞭でなく、日光通風の不足せる住居にゐる者に多い。此の如き小兒は、氣管枝に屢々軽度の擴張並に多少の結締組織増殖を伴ふものと云はれる。

症候。 咳嗽を主要症状とす。乳幼兒に於ては殊に頑固なる咳嗽と共に輕き喘鳴 (Röcheln od. Pfeifen) を聽き或は觸れる。熱を伴ふこともあるも多くは軽度時としては全く無熱のこともある。一般状態の犯されること少なきも、多くは栄養不良にして蒼白である。胸部所見は急性症と同様。之等の症状は治癒遷延して時として數ヶ月に亘ることあり、又治癒乃至輕快と再發又は増悪とを交互に繰返すことも少なくない。

診断及豫後。 肺門腺結核其他肺の結核性疾患に因するものなりや否やは最も慎重に鑑別を要し、ツベルクリン反應と共に

* 肺炎にあつても濁音は云ふ迄もなく、有響性囉音、氣管枝音等が缺如し又は不明のことが少なくなく、又生前臨牀的に肺炎と決定すべき明瞭なる所見を發見し得ざるにも係らず、死後解剖によつて立派な肺炎であつたやうな例も稀有でないから、單に之等の理學的症狀の有無又は不明と云ふ點のみによつて肺炎を否定することは出来ぬ。假りに出来たとしてもそれは臨牀の實際を無視したものと云はざるを得ない。即ち毛細氣管枝炎と氣管枝肺炎とを、臨牀的に劃然と區別することは極めて困難、と云ふよりは寧ろ不可能であり、且つ之等を強いて鑑別しても實際には何等の意味もないものと思はれるので、毛細氣管枝炎と云ふ病名は臨牀上必要がないものと信ずるものである。

レントゲン、赤血球沈降速度が参考とされる。百日咳或は氣管枝擴張症との區別は必ずしも容易でない(其章参照)。直接生命の危険は少ないが、豫後必ずしも佳良ではない。

療法。 對症的には急性症と大差がないが、最も肝要なるは素因を除き、之に罹らぬやう一般強壯法を行ふことである。即ち日光空氣を充分にし、栄養に注意することであるが、轉地療法(山地又は海岸)は最も良く、人工太陽燈照射も注意して行ひば效がある。

藥劑としては所謂強壯劑の他、沃度ソーダが屢々試みられる。祛痰劑の多くは效果疑はしいが、ゼネガ根浸を試みることは遷延性囉音の消失に對して幾分か有效らしい。

13. 氣管枝喘息 Asthma bronchiale.

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

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

症候。 發作は大抵突然で夜間に來ることが多く、甚だしい呼吸困難を訴へ、臥牀に堪えず跪坐し又は起立し、不安に襲はれる。呼吸は促迫せずして多くは却て延長し且つ非常の努力を要し、殊に呼氣が困難になり (expiratorische Dyspnoe) 咽喉がゼーゼー (Schnurren) ヒューヒュー (Pfeifen) 鳴る。呼吸音は之等の雜音に妨げられて弱くなり又はよく聽へぬやうになり、或は乾性雜音を交へる。咳嗽は發作時には却つて少ないが、呼吸困難が去る頃から多くなつて少量粘稠の喀痰を出す。喀痰中に特有なる Charcot-Leyden 氏結晶、Curschmann 氏螺旋體、多數のエオジン嗜好細胞等を認め得るのであるが、往々にして所見不明瞭となる。

診断。 定型的の發作を以て來るものは診断容易であるが、小兒

に在つては不定型のものが多いので必ずしも容易でなく、且つ喘息様気管枝炎との鑑別は屢々困難である。

経過及豫後。呼吸困難の發作は大抵1-2週の間に漸次減少し、慢性気管枝炎の如き状態を呈して治癒するが、其後も屢々發作を繰返し、豫後常に佳良とは限らぬ。

療法。發作時の應急處置としてはアドレナリン、エフェドリン、ツシドリン、ヒポフィジン、アトロピン等の注射、テレピン油又は亜硝酸アミルの嗅入等が試みられ、又ウレタン、抱水クロラール等の鎮靜劑も用ひられる。持続的内服薬としては沃度カリ或はソーダが多く用ひられるが、最も普通にはカルシウム劑の長期投與(數ヶ月間)が賞用され、又アレルギー療法として近來ベスパート等も試みられる。人工太陽燈又はレントゲン照射も亦屢々應用されるが、轉地療法は最もよい。

(附) 喘息様気管枝炎 Bronchitis asthmatica (asthmatische Bronchitis)。

主として乳兒に來り、喘鳴と呼吸困難並に咳嗽頻發を特徴とし、多くは急性に始まり慢性に経過し且つ屢々再發反復する一種の慢性気管枝炎である。呼吸困難に伴つて屢々苦悶状を呈する點は恰かも気管枝喘鳴の如く、兩者の鑑別は必ずしも容易ではないが本症では氣道分泌物一般に極めて多く(喘鳴は主として分泌物潴溜に因る)、喀痰に喘鳴特有の所見を缺き、乳兒に多く且つ前驅的に必ず気管枝炎を伴ふことは多少鑑別點となる。滲出性素質、神經質又は虛弱兒に多く、経過甚だ頑固にして治癒遷延するを常とするも、喘鳴とは直接の遺傳的關係なく、且つ年齢の長ずるにつれて自然に消失治癒するを普通とする。

療法。新鮮なる空氣と充分なる日光、一般強壯法を最も肝要とし、轉地療法を良しとする。藥劑として沃度カリ或はソーダ、カルシウム劑等が用ひられるが効果疑はしく、寧ろビタミン劑の方がよい。

13. 氣管枝肺炎 Bronchopneumonie.

(加答兒性肺炎 Katarrh. Pneumonie.)

小葉性肺炎 Lobulärpneumonie)

感冒等に基因することは氣管枝炎等と同じく乳幼兒には極めて多いが、年長兒には比較的少ない。毛細氣管枝炎 (kapilläre Bronchitis) と區別して記載されるのが普通であるが、臨牀上之等を明らかに區別し得ることは殆んど不可能である。百日咳又は麻疹に併發した肺炎は、理學的症狀輕度であるに係らず一般状態重篤のことが多く、豫後も不良である。*

症候。高熱(多くは弛張熱)、咳嗽、呼吸促迫を以て來り、呼吸數は60-100 或はそれ以上にも及ぶことがあり、それと共に鼻翼呼吸 (Nasenflügelatmen) 心窩部、肋間、胸骨上窩 (Jugulum) 等の吸氣時陷凹を示し、呻吟、チアノーゼ、脈搏頻數、四肢端厥冷等を來し一見重篤の觀を呈す。呼吸促迫著しい時には呼吸極めて表在性となり、無慾状或は嗜眠状を呈し、往々にして意識溷濁を來す。虛弱乳兒では時として無熱のこともある。

理學的症狀。多數のラッセル殊に小水泡音、捻髮音乃至有響性囉音を聽き、呼吸音鋭く乃至は氣管枝音 (Bronchialatmen) を示し、又氣管枝聲 (Bronchophonie) も著明になる。打診音短縮し或は輕濁音乃至輕度の鼓音を伴ふ濁音 (tympanitisch gedämpft) 等を證明し得ることもあるが、時として極めて不明、一般には寧ろ打診上全く所見のないことの方が却て多い。而して之等の所見は背部下方、又は肩胛間部に現はれることが多い。X線像では播種性 (disseminiert) 又は境界不明の薄い陰影を認める。

診斷。理學的症狀著明の場合には容易であるが、必ずしも常

* 氣管枝肺炎は氣管枝炎が増悪移行したものと昔から考へられてゐるが、近來は之等兩者は別個のものであつて、肺炎は初めから肺炎として始まり、氣管枝炎は何處までも氣管枝炎として終始し肺炎に移行せぬと云ふ説もあるが、猶ほ明らかでない。但しすべての肺炎が氣管枝炎、毛細氣管枝と進んで肺炎になると云ふことはない。殊に毛細氣管枝炎は大抵初めから毛細氣管枝炎として始まり、終りまでやはり毛細氣管枝炎として終始するものと考へられる。

に著明とは限らず、打診上に全く所見なく殊に氣管枝音、氣管枝聲等を明らかに證明し得ざる場合には診斷困難である。

聽打診上氣管枝炎の症狀だけしか認められぬ場合でも、呼吸促迫甚だしく且つ鼻翼呼吸等を認め得る時、即ち一般症狀重篤な場合には肺炎を考ふべきである。反之濁音著明であるならば、たとへ氣管枝音、有響性囉音等が立派に證明されても、肋膜滲出物(特に膿胸)を疑ひ試験穿刺を試みるがよい。又呼吸甚だ表在性なる時は聽診上の所見不明のことがあるから、年長兒では深呼吸をさせ、乳兒ならば泣かせて聽診する必要がある。

肋膜炎との鑑別は決して甚だ容易とは云はれず、殊に氣管枝聲、聲音震顫等を十分に檢し得ぬ場合には輕々に鑑別が出來ぬ(勿論肺炎でも、多少必ず肋膜に炎症が波及してゐるからでもあるが)。麻疹、百日咳等に續發したものは、初期には一般に理學的症狀が少ないことは注目に値する。結核との區別は大體發病、經過等によるが、之とて容易とは云はれぬ。毛細氣管枝炎に就ては既に述べた。

豫後。病竈の程度年齢の長幼に關係し、幼若者ほど豫後不良又營養障礙兒も不良である。病竈の程度殊に豫後の良否を、單に理學的症狀の廣狹多少のみによつて定めることは不可能であり、豫後の如何は寧ろ一般症狀の輕重を目標としなければならぬ。麻疹、百日咳に續發したものは豫後不良に陥り易い。

療法。消化し易く營養に富める食餌を與へ看護に努めることが第一である。看護としては安靜を第一とし、冷風を避けて然かも清淨なる空氣を十分に供給することが肝要であり、餘りに種々様々の理學的療法を頻繁に行ふことは、安靜を害する結果を生じ易いから其度合をよく考慮し、角を矯めて牛を殺すの

弊に陥らぬやう注意しなければならぬ。此意味に於て胸部の濕布などを頻回に行ふことは一考を要し、蒸氣吸入などは肺炎に對しては何の効果もない。^{*}反之胸部の芥子纏絡(濕布)は病初には有効である(一日1回、時に2回)。濕度を適當にし、室内を溫暖に保つことは必要ではあるが、其ためにむやみと室を閉め切り、看護人が不快に感ずる程にすることは却て有害無益であり、空氣の汚染を防ぐために換氣を適當にし、濕度並に溫度は過度に涉らず快適なる程度に止める方が遙かに良い。^{**}

食餌として易消化物を選ぶべきことは勿論であるが、然し別段に消化障礙又は下痢を起す危険がなさそうならば、必ずしも流動食に制限する必要はなく、患兒の嗜好乃至要求に應じて年齢相當の普通食餌を與へても差支がないだけでなく、それによつて却て食慾を刺戟増進し、恢復を促進させる。

藥劑としてはキニーネ劑又は之とウレタンとの合劑(バグノン、ヒネロンの如き)が一般に用ひられるが、別段に特效はない。祛痰劑は食慾を害する恐があるから慎み、消化劑を與へる方が寧ろ有利である。苦痛多く、不安苦悶を伴ひ睡眠が障礙される場合には鎮靜劑、催眠劑を與へて安靜にすることは極めて必要であり、咳嗽頻發に對してはコデイン劑が近來多く用ひられる。

^{*} 吸入は咽頭炎乃至喉頭炎には有効であるが、肺炎に對しては無効である。唯肺炎でも咽頭炎等を伴ふからと云ふ意味で行ふならば別であるが、安靜を害ふと云ふ缺點を伴ふ(殊に乳兒では)から餘り多く行つてはならぬ。濕布は咳嗽刺戟を緩和する効果はあるが、肺炎そのものに對して効果を期待することは出來ぬ。

^{**} 肺炎と一口に云つても其程度は輕重様々であるから、それに対する治療的處置にも色々の手心を必要とする。輕症又は發病當初の肺炎に對しては保温安靜を主として、大體急性氣管枝炎と略々同様な手當てをする方がよいらしいけれども、重症に陥つた者殊に呼吸困難激しく氣息奄々たる肺炎患兒に對しては安靜の嚴守と共に空氣の清淨に注意することが肝要であつて、濕布吸入等は全廢する方が却てよい。肺炎の病室には南向き日當りの良い室を擇ばなければならぬ。病室の良否は肺炎の治療に對して至大の影響を及ぼすものである。

酸素吸入、強心劑等に就ては云ふ迄もない。

14. クルップ性肺炎 Kruppöse Pneumonie.

(大葉性肺炎 Lobärpneumonie,

纖維素性肺炎 Fibrinöse Pneumonie)

氣管枝肺炎と異なり乳兒には比較的少なく 2-5 年以後の者に多い。肺炎雙球菌に因るを普通とし、一肺葉全部を侵し然かもそこに限局すること、竝に病理解剖的變化は大人と同様である。但し小兒では初め肺葉の中心部…肺門に近い部分から浸潤が始まり、數日間表面に現はれないことが少なくない(所謂中心性肺炎 zentrale Pneumonie)。

症候。 突然高熱を以て始まり然かも稽留性(kontinua)であり、病竈部に濁音、氣管枝音、氣管枝聲捻髮音、有響音囉性等を證明すること等、定型的の場合には大人と同様である。然し之等理學的症候は發病直ちに現はれることは少なく、初期には僅かに打診音が短縮するか或は變化なく、聽診上でも却て呼吸音微弱になることが多い。殊に浸潤が中心部にある時は之等の症候も仲々發見されず、3-4 日後、時としては 6-7 日後分利期に近くなつて初めて症候著明になることもある。浸潤部位は右上葉最も多く、左下葉之に次ぐ。

自覺症候は年齢の如何によつて大いに異なり、年長兒では胸痛、頭痛、呼吸困難、苦悶、興奮、譫語乃至意識障礙等大人に見られる一般症候を呈することが多いが、乳幼兒ではそれ等の自覺症候は割合に少なく、高熱に伴つて脈搏頻數、食慾不振等を示すに止まり、呼吸促迫も軽度であり、咳嗽も少なく、一般障礙が至つて少ないことが通常である。又熱も往々にして著しい弛張型とな

ることが少なくない。

診断。 初期に理學的症候の猶ほ著明でない時は容易でなく、弛張熱を示す時には一層迷はされる。喀痰の着色、尿チアゾ反應等はあまり當にならず、咳嗽呼吸促迫等も信を置くに足らぬ。屢々腹痛を訴へることがあるので盲腸炎と誤ることもあり、弛張熱で所見少ない時には腦膜炎、チフス、中耳炎等を疑はせることもある。X線像を検すれば容易に確診される。病竈が上葉に存する時には腋窩部の聽打診に注意を要する。

豫後。 一般に佳良で、7-9 日位で分利下熱して治癒に向ふのが普通であるが、年長となるにつれて豫後樂觀を許さぬやうになる。續發症として屢々膿胸を來することがあり、又經過中に化膿性(肺炎菌性)腦膜炎を起して死亡することもある。病竈の浸潤が全く去るためには通常下熱後約 1 週を要す。

療法。 安靜と保温とを第一とす。胸部に溫濕布を施し又は芥子繻絡を行ふを常とするも、必ずしも必要ではない。食餌は消化障礙乃至下痢を起さぬ限りは何でもよく、患兒の嗜好に委せる。解熱劑は通常用ひず、キニーネ劑、オプトヒン、オムナヂン等が用ひられることもあるが、是非必要と云ふほどではない。其他は對症的。

15. 慢性肺炎 Chronische Pneumonie.

氣管枝肺炎又はクルップ性肺炎共に屢々其治癒が遷延し、數ヶ月稀には年餘に亙つて浸潤が存在することがある。感冒性肺炎、麻疹又は百日咳肺炎等に殊に見られる。此場合肺炎病竈には間質性結締組織の増殖を見、又多くの場合肋膜肥厚乃至癒着を伴ふ。

症候。蒼白、食思缺乏、咳嗽、微熱或は時々高熱を發し、病竈部位に濁音、氣管枝聲乃至氣管枝音を認め、或は呼吸音減弱する。多くは大小種々の有響性囉音を聴く。但し百日咳に於けるものは屢々濁音を缺如する。

診断。肺炎浸潤の遷延せるものか、肋膜腔滲出液に因るものかは常に注意して鑑別せねばならぬ。試験穿刺は一回では不確實なことがある。肺結核との區別は殊に肝要であるが必ずしも容易ではなく、ツベルクリン反應、X線検査、血液検査、赤血球沈降速度測定等を要する。血球沈降速度著しく促進し、且つ白血球減少があれば結核を思はせる。

豫後。屢々不良、又氣管枝擴張症を生ずることがある。

療法。榮養状態を佳良ならしめることが最も必要である。轉地も良い。

16. 氣管枝擴張症 Bronchiectasie.

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

症候。激しき咳嗽に伴つて多量の粘液膿様、又は水様にして惡臭あり然かも靜置すれば上、中、下、三層に分れる喀痰を出すことが特徴である。聴診上多數の大小有響性水泡音、氣管枝音が限局性に存在し、下葉では時に廣汎に互ることがある。打診上輕濁音を認めることもあり、又空洞症候を示すこともある。多くの場合輕いチアノーゼ、顔面毛細血管擴張を伴ひ、鼓桴狀指(Trommelschlägelfinger)を呈することがある。熱は比較的少ない。X線像で所々に斑紋狀又は瀰蔓性陰影があり、其中に蜂窩狀又は圓柱狀の空洞像を見る。肋膜癒着を證明することが多い。

診断及び豫後。診断は容易でない。殊に結核との鑑別は難い。鼓桴狀指、ツベルクリン反應、結核菌證明等を參考にする。又本症では白血球數は多少増加するが、結核では然ることがない。豫後は相當不良である。

療法。水分を制限し、テレピン油、ユーカリ油等の吸入、グアヤコール劑の投與等、大人に於けると同じい。轉地(山地へ)療法は最も效ありと云はれる。

17. 其他の肺疾患

(1) 肺膨脹不全 Atelectase der Lungen.

新生兒殊に虚弱なる早産兒に見られ、又尙儂病兒に見ることがあると云ふ。症状は程度によつて異なるも無慾狀、チアノーゼ等を呈し、呼吸は表在性にして不規則となるが、促迫することは少ない。咳嗽及び發熱を伴はぬのが普通である。理學的徵候は至つて少なく、聴打診上何等の所見なきことが多いが、時として脊柱兩側部に輕い鼓濁音及び少許の捻髮音を證明することがあると。

療法としては深呼吸をするやうな處置、例之皮膚に機械的又は温熱的刺戟を與へ、或はロベリンの注射等を試みる。

(2) 肺氣腫 Lungenemphysem.

肺炎殊に百日咳に際して急性肺氣腫を生ずることは乳幼兒にも屢々あるが、之等は原因的疾患の治癒と共に消失する。弾力纖維(elastische Fasern)の消失に因る眞性肺氣腫は小兒には稀有に屬し、氣管枝喘息に於てさへも著明になることは殆んどない。

(3) 肺水腫 Lungenödem.

死戰期に於けるものを除いては、腎臟炎及び心臓疾患の合併症として怖るべきものであるが、小兒には少ない。症状としては呼吸困難、チアノーゼ等の外、殊に著明なのは大小水泡性囉音の極めて多數となることである。打診上濁音陰性、往々鼓音を呈することがある。咳嗽と共に泡沫多き水様喀痰を多量に出すことを特徴とするも、小兒では明瞭でない。

療法。強心劑殊にカンフル、カフェイン劑等を主とする。

(4) 特發性氣胸 Spontanpneumothorax.

乳幼児に於ては稀でない。多くは肺炎、殊に膿胸に基因し、膿氣胸 (Pyopneumothorax) として来るが、稀には何等原因的疾患なくして突然に生ずることもある。症状は其程度によつて異なるが、著しき呼吸困難を起すことも少なくない。患側は打診上鼓音を呈し、呼吸音著しく減弱する。膿氣胸では屢々鼓濁音を示す。レントゲン検査又は試験穿刺により確診される。豫後も程度により異なり、急激に來れるもの又は膿氣胸は不良。呼吸困難著しき時は穿刺により瓦斯排除を試みるも、然らざる場合は必ずしも穿刺を要せぬ。

18. 肋膜炎 Pleuritis.

(漿液性肋膜炎 Seröse Pleuritis)

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

症候。發熱、咳嗽、胸痛、呼吸障碍等を以て來り、濁音があり、呼吸音微弱、聲音震顫減弱すること等大人と同様である。又 Grocco-Rauchfuss 氏三角、Damoiseau 氏線等を證明し、左側の時には Traube 氏半月部の消失すること等があるが、幼兒に於ては之等の症状は極めて不明瞭である。肋膜摩擦音は初期又は滲出液吸収期に於て聴取される。

肺葉間肋膜炎 (interlobäre Pleuritis) は聽打診により直ちに確診すること難く、多くは X 線により初めて決定される。**縦隔竇肋膜炎 (Mediastinalpleuritis)** は稀有であり、且つ診斷は一層困難である。肺炎殊にクルップ性肺炎では大抵肋膜も共に侵され、且つ

少量の滲出物を生ずるも、間もなく吸収されるを常とする。

診斷及び豫後。滲出液の多いものは診斷容易であるが、その少ないもの又は癒着あるものは慢性肺炎と誤り易い。試験穿刺は診斷上常に必要である。豫後は一般に比較的佳良。滲出液が血液性なる場合に在つても、豫後必ずしも不良ではない。

療法。安靜を守らせ、胸痛又は咳嗽に對して胸部温濕布を施し、感冒性(又は rheumatisch) のものにサリチール劑を投與すること等大人と同様であるが、藥劑には餘り期待が出來ないから、寧ろ食慾を佳良ならしめるやうに努める方がよい。穿刺は多量の滲出物により壓迫症状のある時又は吸収機轉の進行遅々たる如き場合に行ひ、餘り早期に過ぎぬ方がよい。穿刺を行はずとも多くは治癒するけれども、之を行つて適當に滲出液を除去した方が治癒が早く、且つ癒着又は胸廓の變形を生ずることが少ないやうに思はれる。

19. 膿胸 Pyothorax (Empyema thoracis)

(化膿性肋膜炎 Eitrige Pleuritis)

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

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

症候。多くは肺炎として始まり、其經過中に膿胸に移行する

ので、其初期症状は肺炎と同様である。肺炎より膿胸に移行する時期は不定であるが、クルップ性肺炎では屢々分利下熱後3-4日間無熱に過ぎた後、再び發熱と共に膿液を生ずることが多いが、下熱に至らずして膿胸となることもある。気管枝肺炎に於ては、膿胸を繼發すること前者より少なく、又其移行時期も一定しない。

自覺症状は肋膜炎と略々同様であるが、肺炎を伴ふため呼吸困難其他の一般症状特に著しく、殊に皮膚蒼白となり一種獨特の色を呈することが多い。胸部所見として濁音は極めて高度(Schenkelton)、聽診上呼吸音は一般に減弱するも、深呼吸又は滯泣時には却て鋭く聽え、気管枝音、気管枝聲等を明らかに聽取し、且つ屢々著明の有響性囉音を證明する。即ち肋膜炎と肺炎との理學的所見を同時に證明するのであるが、之れは肺炎が猶ほ存在してゐるためである(syn- od. metapneumonisches Empyem)。

診断及び豫後。膿性なりや否やは穿刺によらなければならぬが、既往歴並に局部所見で容易に見當はつく。肺炎が膿胸に移行したか否かは濁音、呼吸音等の程度により診断されるが、疑はしき時には試験穿刺を要する。膿液少量な時には自然に吸收されて治癒することも稀にはあるが、大抵は排膿處置を行はなければならず、豫後は従つて佳良とは云はれず、經過概して遷延する。肺炎菌に因るものは豫後比較的良く、連鎖状球菌、葡萄状球菌等によるものは一般に不良とされるが、必ずしも然らず、豫後の良否は多くの場合原發疾患たる肺炎の經過如何によつて決せられる。又年齢幼若なる者ほど一般に豫後不良となり易い。

療法。多くの場合肺炎が猶ほ併在するを以て、其れに對する

手当を要するも、膿胸そのもの對しては排膿處置を主眼とする。排膿法としては反復穿刺法、Bülau氏排膿法(Heberdränage)、肋骨切除術(Thorakotomie mit Rippenresektion)等があるが、幼若兒には主として前二法が應用され、肋骨切除は主に年長兒に試みられる。又單純穿刺後レミヂン溶液にて洗滌し、更に同溶液を注入する法を反復すること(Gralka氏法)を賞用する人もあり、又單に生理的食鹽水を以て洗滌する法も行はれる。

之等各療法の得失に關しては、疾病の狀況、患兒の年齢乃至抵抗力の如何に因つて一定せず、従つて孰れの方法を實施すべきか決定し難い場合が少なくないが、要するに排膿の良否と患兒の負擔(Belastung)の程度とを比較考慮の上選擇決定すべきである。*

* ビュロー氏排膿法。套管針(Troikart)を以て肋間を穿刺し、内針を抜いてネラトン氏カテーテルを肋膜腔内に挿入した後外管を抜く。カテーテルの外端は更にゴム管に連結し、其末端を病牀下に置ける、滅菌食鹽水又は硼酸水等を入れた壺中に浸す。部位は後腋窩腺にて6-7肋間がよい。ノボカイン等で局所麻酔をなし、皮膚に小切開を施してから穿刺する。カテーテルは出来るだけ太いものを用ひ、抜けないやうに絆創膏で胸部に貼附する。本法の特徴は肋膜腔に空氣の侵入、即ち氣胸を生ずることなくして、絶えず排膿し得る點にある。

肋骨切除は約2-3厘米を切除し、其部から短かいゴム管を挿入して排膿を圖る法である。部位は前者と同じ。此際骨膜を切除せぬやう、切除部から充分に剝離して後に残さなければならぬ。

VIII. 慢性傳染病

Chronische Infektionskrankheiten.

A. 小兒の結核 Kindertuberkulose.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

小兒結核の多くは所謂第一期及び第二期結核であつて、大人の如く第三期に入り、空洞を形成し或は慢性(Phthisis)となるものは割合に少ない(但し乳兒では原發病竈に空洞を作ることが稀でない)。此理由は、大人では小兒と異なり、結核に感染後一旦治癒して或る程度の免疫性を生じてゐる處へ第二次感染を來して發病するためである。

第一期結核では主として肺門部 (Hilus) の淋巴腺を侵し、肺門又は氣管枝腺結核(Hilus- od. Bronchialdrüsentuberkulose)として現れるが、やや進む時は其周囲又は下肺葉にも及ぶものである。第二期のものは結核性腦膜炎、粟粒結核、初期肺結核等であるが、頸腺結核、結核性腹膜炎、腸結核、スクロフローゼ等も之れに屬する。之等の中、小兒に最も多く且つ重要とされるものは肺門腺結核である。

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

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

2. ツベルクリン反應 Tuberkulinreaktion.

結核菌に感染する時は身體に一種の變質(Umstimmung)を來す、即ち結核菌により感作(sensibilisiert)された状態になる。此變質状態を Pirquet 氏はアレルギー(Allergie)と命名した。此現象は、結核菌毒素に對して身體を過敏(überempfindlich)ならしめるが、結核菌の再感染に對しては幾分免疫力を附加する作用がある。従つてアレルギーは結核感染に對する防禦力を示すものとも看做され、其程度が著明なことは決して現在の状態又は豫後の不良なることを示す標準とはならぬのである。アレルギーの有

無又は程度を示すものが即ちツベルクリン反應である。

ツベルクリンは、非結核性の人には全く刺戟作用なく、唯結核に感染せる者に於てのみ反應を示すものである。ツベルクリンには種々あるが、普通用ひられるは Koch 氏の舊ツベルクリン(Alttuberkulin) である。*

(1) ツベルクリン反應検査法 Tuberkulinprüfung.

ツベルクリン反應には局所反應(lokalere Reaktion)、病竈反應(Herdreaktion)及び全身反應(allg. Reaktion)の三つがある。局所反應とは應用局所に於ける發赤腫脹であり。病竈反應とは、結核病竈例へば肺結核病竈などの一時的増悪症狀であり。全身反應とは發熱、違和等の症狀を云ふのである。小兒科に於て應用されるのは主として局所反應である。

検査方法には種々あるが、小兒科で一般に用ひられるのは、Pirquet 氏皮膚反應及び Mantoux 氏皮内反應の二法で、就中後者が最も確實なるものとして廣く應用される。**

(1) Pirquet 氏皮膚反應(kutane Reaktion)。前膊内側の皮膚を酒精又はエーテルで清拭し、約 4-5 厘の間隔をおき二個處にツベルクリンを滴下し、接種針(Impfbohrer)で先づ對照として之等二點の中間部を表皮を搔抓する程度に錐もみをなし、次にツベルクリン小滴内に行ふ。而して 24 時間(時として 48 時間)後に該

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

** 此他に Moro 氏皮上反應(perkutane Reaktion)、Calmett 氏結膜内滴下法(conjunctivale Probe)、Koch 氏皮下注射法(subkutane Probe)等もあるが、現今では一般には應用されぬ。

部を検し直徑 0.5 釐以上の紅色丘疹が生じたものを陽性とする。強陽性の場合には往々丘疹上に水疱形成を見ることがある。異常反應としては丘疹が無色であるか又は變色せる時は之を惡液質性反應 (kachektische Reaktion), 2—3 日後に至つて初めて反應の現はれるを遲鈍反應 (torpide Reaktion) と云ふ。*

(2) **Mantoux 氏皮内反應** (intrakutane Reaktion)。0.1% 乃至 1.0% のツベルクリン液 0.1—0.05 珣を皮内(主として前膊)に注射する法で、反應陽性な場合には 24 時間以内に直徑 0.5 釐以上の發赤浸潤を有する小丘疹を生ずる。反應の程度異常反應等前者と同様である。本法では先づ 0.1% のもの 0.1 珣 (0.1 珣) を試み陰性に終つた場合に、1.0% 液 0.05 珣 (0.5 珣) で試み、更に 0.1 珣 (1.0 珣) で試みると云ふやうにするのである。**

(2) ツベルクリン反應の臨牀的意義

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

反應陰性の時には 1) 非結核性であるか。2) 結核に感染したが、日尙ほ淺くアレルギーの状態にならぬか。3) 何かの原因で

* ツベルクリン皮膚反應検査別法。(1) 貼布反應—絆創膏小片に 1 滴の Tuberkulin を置き、之を皮膚に貼布し、24 時後に檢す。(2) 硫化バリウム法—泥狀とせる硫化バリウムを塗布し且つ之を清拭したる後 Tuberkulin を塗布し、24 時間後に檢す。(3) 紙鑷法—細かき紙鑷にて被檢部を軽く摩擦したる後 Tuberkulin を塗布す。

** Tuberkulin 稀釋には普通 0.9% 食鹽水を用ひる。稀釋液を作る時に、注射器で行ふのは甚だ不正確であるから、正確にするためにはピペットを用ひ、試験管内で行はねばならぬ。Tuberkulin 原液の耐久力は 6 ヶ月位であるが、稀釋したものはそれよりも短かく、10—1% では約 3 週、0.1% 液では約 2 週と云はれる。但し小林義雄氏によれば、0.1% 液に、0.5% の割合に石炭酸を加へ、115—120°C に 30 分間加熱滅菌して置けば、室温貯藏數ヶ月でも反應に大差を來さぬと云ふことである。

抗毒素性抗體生成が障碍され、不充分である場合、例へば粟粒結核、結核性腦膜炎の末期、麻疹又はクルツブ性肺炎を合併せる結核等の場合である。従つて陰性の場合には、更に繰返して検査する必要がある。普通には先づ Pirquet 氏法を試みて陰性なる時數日の間隔において Mantoux 氏法を試み、尙ほ陰性の場合には結核を略々除外し得るものと看做される。

3. 肺門腺結核 Hilusdrüsentuberkulose.

(氣管枝腺結核 Bronchialdrüsentuberkulose)

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

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

下方まで、例へば III-V 胸椎棘状突起位まで聴取し得ることがある (d'Espinesches Zeichen)。又棘状突起上を指で打診を試みるに、III-IV 胸椎の高さで著明の濁音がある時は、気管枝腺腫脹を示す (de la Campsches Phänomen) ものであると云ふ。然し之等の症状は個人的にかなりの差異があるので、確證と看做すわけには行かぬ。

診断。 X線検査により肺門部に腫大せる淋巴腺像を見ることは診断上極めて重要ではあるが、然し非結核性の慢性呼吸器疾患(就中百日咳)でも肺門淋巴腺腫脹を來すことがあり、又所謂肺門部正常陰影との鑑別も必ずしも容易ではないので、之等の鑑別には大なる注意を要す。又肺門部或は腫大せる淋巴腺から周囲に向つて線状乃至樹枝様の薄い影像を見、或は肺門部を底邊とし、頂點を周邊に向けた三角形の影像を見ることは大いに意義がある。殊に腫大淋巴腺像に近く、或はそれよりも周邊に當つて、原發病竈に相當した小さい濃厚なる影像を認め得れば一層確實である。但し診断上最要なる點は發熱(多くは弛張性)羸瘦等があるに係らず、熱の原因と見るべき所見を欠き又は僅微であることであつて、ツベルクリン反應、X線検査等はそれを助けるに過ぎない。

血液検査も屢々診断を助ける。白血球數 10,000 以上で、多核白血球増多し、核の左方移動ある時は非結核性熱を考へる。又赤血球沈降速度促進は本症を思はせる。腸チフスとは Widal 氏反應、菌検査等によつて鑑別し得る。檢尿は常に怠つてはならぬ。

豫後及び療法。 幼弱なる者、榮養不良のもの等は豫後が悪いが、一般に云ふと必ずしも不良ではなく、早期に氣付き充分の治

療を施せば、よく治癒して全く健康を恢復し得るものである。療法としては安靜を第一とし、空氣、日光、榮養等結核の一般的療法に従ふ。

4. 粟粒結核 Miliartuberkulose.

3-5 年頃の幼児に多い。乳兒の粟粒結核は症状不定で、剖檢上又は X 線像により初めて診斷されることが少なくない。幼児でも決して症状著明ではなく、屢々見逃がされる。

症候。 發熱(弛張型)、羸瘦、咳嗽、呼吸困難、チアノーゼ等を以て來り、肺には單なる水泡性囉音を聴く位に過ぎず、又全く所見のないこともある。従つて呼吸困難、チアノーゼ等著しいにも係らず肺炎所見の缺如する場合には、本症を疑つて見る必要がある。脾腫、白血球減少、尿チアゾ反應等の點で腸チフスと混同されることがあり、腦膜炎症状が著明のこともある。経過は 2-6 週位とされてゐるが、大多數は約 3 週位で死亡し、腦膜炎を併發して斃れる者が多い。又稀には慢性の経過をとることもあるが、要するに豫後不良である。療法は殆んど無力であり、單に對症的に過ぎない。

診断。 X線検査は最も重要であつて、それなくして確診することは先づ困難であらう。ツベルクリン反應は、初期に於ては大多數陽性に現はれるが、末期には陰性になることが少なくない。最も鑑別を要するものは腸チフスであるが、Widal 氏反應並に菌検査により區別し、敗血症とは血液検査によつて鑑別する。

5. 肺結核 Lungentuberkulose.

年長兒では大人と同様であるが、慢性となり空洞形成等を來

すことの少ないことは既に述べた。

乳幼児肺結核では、浸潤がかなり廣汎に互つても咳嗽至つて少なく、熱も著明でなく、一般症状が割合軽度で、X線像と一致せぬことが少なくない。呼吸音も却て微弱となり肋膜炎を思はせることもあるが、一般には気管枝音、有響性ラッセル等を聴くが、時としてラッセルが殆んどない場合もある。喀痰中の結核菌証明は乳児では比較的困難、且つ証明されぬこともあり、咯血を見ることは稀である。ツベルクリン反応は常に陽性に現はれ、赤血球沈降速度は促進する。

6. 基結核性浸潤 Epituberkulöse Infiltration.

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

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

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

此浸潤は數ヶ月乃至1-2年續いた後、自然に退行し吸收されるを普通とするも、稀には乾酪變性に移行することもある。

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

7. スクロフローゼ(腺病) Skrofulose.*

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

但し滲出性素質の發現例へば濕疹等の著しく生ずるのは乳兒期であるに係らず、スクロフローゼの症状は乳兒に現はれることは稀で、大抵2-5-8年位の小兒に現はれ、然かも結核は乳兒に決して少なくないのは何故であるか。此疑問はアレルギーによつて説明される。即ち結核に對するアレルギーの状態が特に強く(Hyperallergie)なつてゐる時は、結核菌毒素に對しては甚だ過敏であるが、結核菌そのものに對しては抵抗力が増してゐる。従つて此様な小兒に、殊に滲出性素質の小兒に再感染のある場合、第二期結核としての一般症状を示さず、菌毒素に對する過敏反應として粘膜炎乃至皮膚に一種特有の症状を呈するに至るのである。然るに乳兒に於ては、免疫體生成力が弱いた

* 我國で昔から云はれた腺病質なるものの定義は明瞭でない。現今一般にはスクロフローゼと同一に解せられるが、果して然るや否やも疑はしい。體格纖弱、胸廓扁平にして貧血に傾き、且つ頸腺腫脹等を伴ふものを一般に腺病質と云ふやうだから、所謂無力性體質乃至神經質と云ふものに類似するかとも思ふ。頸腺結核即ち所謂瘰癧(ルイレキ)と稱するものと、意義上如何なる關係にあるかも不明。兎に角腺病質なる名稱は通俗名で科學的のものではないらしい。

めに此の如き Hyperallergie の状態に達し得ないからして、スクロフローゼとならずに却て第二期結核としての普通の症状を示すものであると云はれる。

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

粘膜症状としては眼に結膜炎乃至フリクテーン (Phlyktaene) が反復出現し、羞明を訴へ、顔貌の朗らかさが著しく害され、又其ために涙が常に流れて眼瞼糜爛し、慢性鼻炎のために鼻孔、口唇等に糜爛、濕疹を生じ、口唇が腫脹する。皮膚症状としては顔面、耳部、頭部等に膿痂疹 (Impetigo) 濕疹等が甚だ生じ易い。

其他尙ほ骨關節等にも結核症状を伴ふことがある (例之 Spina ventosa の如き)。ツベルクリン反応は常に強陽性に現はれる。

経過 は甚だ慢性であるが、豫後は他の小兒結核に比較すれば一般に佳良である。療法として特別のものはない。

8. 其他の結核性疾患

結核性腹膜炎及び腸結核に就ては既に述べた。肋膜炎はそれが結核性なりや、又ロイマチス性なりやを區別することは容易でないが、多くは結核に關係ありとされる。結核性心嚢炎も時に見られる。結核性腦膜炎は後で述べる。其他

(1) 淋巴腺結核 Lymphdrüsentuberkulose.

肺門腺以外では主に頸腺 (Halsdrüsen)、腸間膜腺 (Mesenterialdrüsen) 等が侵される。頸腺結核は通常慢性に始まり、大小様々、硬くして孤立することもあるが、多くは腺塊を作り且つ周囲と癒著し、疼痛を

缺く。後漸次軟化し、破潰して瘻管を作ることが多い。小兒は非結核性の頸腺腫脹を來すことが甚だ多いので、其鑑別に注意を要する (頸部淋巴腺炎参照)。

腸間膜腺結核は結核性腹膜炎又は腸結核に合併するを普通とするも、時には單獨に或は腹膜後腺 (Retroperitonealdrüsen) と共に侵される。廻盲部附近に最も多い。腹部に腫瘍を觸れ得る外には一定の症状なきを常とするも、往々にして發熱と共に激しき腹痛を訴へ、盲腸炎と誤ることがある。

(2) 腎臟結核 Nierentuberkulose.

小兒には稀である。尿意頻數、排尿時の疼痛腎臟又は膀胱部、腎臟腫大等を示し、尿には蛋白、圓錐、赤血球及び白血球を見る。尿中に結核菌を證明するか、又は膀胱鏡により確診される。

(3) 皮膚結核 Hauttuberkulose.

皮膚の結核は屢々活動性結核の第一症状となる意味に於て診断上重要である。尋常性狼瘡 (Lupus vulgaris) は鼻又は顔面に多く、年長兒には少なくない。皮膚腺病 (Scrofuloderma) は皮下に生ずる疼痛なき蒼紫色の結節であつて、漸次軟化して潰瘍に變ずる。好發部位は下肢であるが、他部殊に頬部にも生じ、屢々癰腫 (Furunkel) 又は連鎖状球菌による小膿瘍 (Abscess) と誤られる。結核疹 (Tuberculide) の中小兒に見られる主なるものは丘疹性壞疽性結核疹 (Papulonekrotische Tuberculide) であつて、指及び前膊殊に尺骨側を好發部位とする無痛性、褐色乃至蒼紫色を呈する小結節である。其中心部は壞疽に陥り、痂皮を作り、癩痕を生じ、周邊に色素沈着を残す。腺病性苔癬 (Lichen scrofulosorum) は小兒或は若年者の軀幹、稀に四肢に集簇し、毛嚢孔に一致せる小結節で、黄紅又は蒼紫色を帯び、微細なる鱗屑が附着する……等々。之等はすべて血行により傳播された結核菌によると云ふ。

(4) 骨及び關節結核 Knochen- u. Gelenktuberkulose.

之等の發病は小兒期に多い。脊椎炎 (Spondylitis, Wirbelkaries) は通常患部の疼痛、殊にある一定の運動に際する疼痛に始まり、脊柱を曲げることを嫌ひ、やがて輕打痛を訴へ、遂に一部凸出して變形を生ずる。變形甚だしければ壓迫性脊髓炎を生ずるに至る。股關節炎 (Coxitis) は小兒に比較的多く、歩行時疲勞、發作性跛行、膝又は股

關節部の疼痛等を以て始まり、次で患部の運動障礙を來し、屈曲及び外轉運動が妨げられる。^{*} 結核性膝關節炎(Gonitis)は殆んど常に片側であつて、漿液性滲出液の蓄溜を生ずる。^{**} 風刺症(Spina ventosa)は指趾骨のカリエスであつて、該部の肥大を生じ屢々數本に現はれる。先天梅毒兒に於ても屢々之れに類似の症狀を示すことがある。足及び手關節の結核は小兒には少ない。

(5) フリクテーン Phlyktaene.

多くは角膜周縁に生じ、約1—2耗の直徑を有する黄赤色の圓形小隆起であつて、其周圍から充血せる血管が樹枝狀に現はれ、羞明、流涙等を伴ふ。小兒に頻發する眼疾患であるが、乳兒期に起ることはない。スクロフローゼに伴ふことは既に述べたが、此ものは結核性のものと見做される。

9. 小兒結核の一般豫防法竝に治療法

Prophylaxe und Therapie d. Kindertuberkulose.

(1) 豫防法。結核豫防の第一は先づ感染を防ぐことで、小兒殊に乳幼兒に於て此事は最も重要である。其ためには結核者より遠ざかることは勿論、住居、生活狀態等にも深甚の注意を要する。能働免疫法(aktive Immunisierung)としての結核豫防接種法の中、現今最も信頼し得べきものは Calmette-Guérin 兩氏の B. C. G. (Bovovaccines Calmette et Guérin)である。此ものは牛型結核菌を十數年間培養移植したもので毒性が全くないと。此新鮮なる生

^{*} **Perthes 氏病。**結核性股關節炎と鑑別すべきものに Celvé-Legg-Perthes 氏病(Osteochondritis deformans juvenilis)がある。5—12年の小兒、殊に男兒に多く、發作性跛行、疼痛、運動障礙等恰かも結核性股關節炎の如き症狀を呈する。X線像にて大腿骨頭が壓し潰されたやうに扁平になり、骨端(Epiphyse)陰影に處々缺損部の現はれることを特有とす。本症は結核性疾患ではない。

^{**} **Schlatter 氏病。**膝部の壓痛又は輕き歩行時痛等として現はれ、多くは片側稀に兩側に來る。輕度の外傷によつて誘發されると。脛骨突起(Tuberositas tibiae)の化骨異常によるもので、X線像では該部に輪廓不鮮明の突起狀陰影を見ると云ふ。思春期の男兒に主として來ると。

菌浮游液を牛乳に混じて、生後10日以内の乳兒に三回經口的に與へ、之によつて結核に對する免疫性を獲得すると云ふのである。^{*} 其他結核死菌を用ふる法、結核菌産生物(Altuberkulin)を接種する法等もあるが、免疫成生疑はしいと云はれる。

(2) 一般療法。栄養を第一とするが、其目的には燃價に就て注意するのみならず蛋白質、殊に脂肪並にビタミンの供給を充分にしなければならぬ。鶏卵、バター、牛乳等は此目的に適合するが、新鮮なる果實野菜等も勿論缺くべからざるものである。肝油は殊によい(一日量乳兒には5—10耗、年長兒20—30耗位)。含水炭素は餘り多過ぎぬ方がよいとされ、殊に甘味強きものの多量は避けるがよいと。無食鹽療法(Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer 三氏法)は、狼瘡の如きものを除いては小兒には一般に行はれず、殊に食慾を害ふ恐れがある。

日光、空氣の清淨、皮膚強壯法等は食慾を増進させ、氣分を爽快にし、一般狀態を良好ならしめるために必要である。但し之等の強壯法は初めは緩徐に行ひ、徐々に増量するやうに注意し、且つ同一刺戟のみを繰返さずに適宜方法を變更して行ふがよい。

轉地療法は、高熱のある、又は重症なるものを除いては常に有效である。轉地の場處としては山地、海岸ともに良いが、一般に

^{*} 牛型結核菌を馬鈴薯グリセリン培養基に牛膽汁を加へたものに培養、14日毎に移殖し、13年間に亘つたもので、此菌株は馬牛羊犬家兎海狸鼠マウス鷄鳩等に對して無害なることが證明された。此生菌をグリセリン、グリコーゼ及び水の混合液中にエムルヂオンとしたものが即ち B. C. G. である。出生後3, 5, 7日又は4, 6, 8日の三回與へる。經口的投與の理由は、幼若者では腸が結核感染の主なる侵入門で、新生兒腸粘膜は菌に對し特別に透過性があり、其處から淋巴系を経て所屬腺に達し、淋巴球により喰菌され細胞と共棲し、其處で免疫が生ずるのであると云ふ。

A-O.(有馬、青山、太繩三氏)。ある一種のサポニンを加へた培養基に培養した結核菌は蠟様性物質を有せず、且つ抗酸性を失ひ、毒力極めて弱く、吸收容易であると。氏等は蠟様物質が結核免疫の發生を妨害するとの見解から、上記の菌を接種材料としたのが A-O. である。但し現在の A-O. は死菌から作つたものであると。

海岸又は低地住居者は山地へ反對のものは海岸がよい。大都會住居者は兩者いづれでもよいが、あまり雑沓する場處は悪い。但し滲出性素質で濕疹等に傾く者は山地がよい。

外氣療法は歐米では廣く行はれてゐるが、我國ではまだ一般的とは云はれぬ。此場合に注意すべきことは、寒冷なる風と日光直射とを避けることであるが、氣温の低下は(冬期)、身體を暖かく包んでさい居れば障碍にはならぬ。日光療法を施す場合には、いきなり長時間日光に曝らしてはいけない。初めは5分間位とし、障碍がなければ毎日5—10分間宛長くし、遂に2—3時間宛一日2回にも及ぶことがある。人工太陽燈照射を試みるならば約1米の距離で3—5分間位から始め、害を及ぼさぬことを確かめてから漸次増量するがよい(50—60 輝で20—30分間に及ぶこともある)。但し光線療法は、有熱時或は胸部所見の著明な場合には差控へる方が安全である。X線照射は結核性腹膜炎、淋巴腺結核、骨結核等に試みるが、其他のものには普通は行はぬ。

藥劑としてはグアヤコール劑(フアゴール、ゾオタール等)、カルシウム劑等が用ひられるが、效は少ない。肝油は多少有效と云はれ、ビタミンD又はA等も應用されるが確實ではない。健馬血清或は結核菌注射の前處置を行つた馬の血清を注射(0.1—0.5 珇から始め1.0—2.0 珇に及ぶ)する法(Czerny u. Eliasberg)が近來行はれるが、著者は經驗がない。

特殊療法としてはツベルクリン、A-O其他種々様々なる療法があるが、効果確實なるものは猶ほ未だないらしい。

B. 先天性梅毒 Lues congenita (Erbsyphilis)

小兒梅毒の殆んど全部が先天性梅毒で、後天性に傳染したもの

は極めて一小部分を占めるに過ぎない。従つて茲には先天性のものだけを述べる。

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

先天性梅毒は之を胎兒梅毒(foetale Syphilis)、乳兒梅毒(Säuglings-syphilis)及び遅發性梅毒(Spät-syphilis)の三者に分類するも、胎兒梅毒は流産に終り、小兒科的には餘り意義がない。但し軽いものでは早産の程度で生れ、其後生命を維持することもあるが、之れは唯出生時に於て既に著明なる症狀を有する點が異なるだけで、其他は乳兒梅毒と全く同様に取扱はれるので、茲に特記するを要せぬ。反復性の流産又は早産は原因が梅毒に存することが多く、而して流産を起す時期は妊娠4—7月に多い。

1. 乳兒梅毒 Säuglingssyphilis.

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

症候。主要症狀は粘膜炎、皮膚、骨等の變化、茲に脾肝腫大である。

(1) 梅毒性鼻炎 Coryza syphilitica。粘膜炎の主なもので、頑

固なる鼻閉塞を以て始まるの多いが、時として漿液血性分泌物を出すこともある。出生後間もなく始まることもあり、又1ヶ月位後に起ることもある。之は鼻粘膜の腫脹に因り、殊に後鼻腔に著しく、分泌物は少ない。

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

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

a) 廣汎性皮膚浸潤(diffuse Hautinfiltration)の最も著しく現はれる部位は顔面、手掌、足趾であつて、該部が肥厚し、弾力性なく、緊張する。顔面では殊に口唇、鼻翼等に著明で、皸裂(Rhagade)を生じ、線狀の癢痕を残すことがある。頭部には靜脈怒張著しく、脱毛を來すことが多い。手掌、足趾は肥厚し角質増殖して、屢々ニス塗つた如くに光り、或は皸裂を生ずる。尙ほ臀部、股間、腋窩等が糜爛し(Intertrigo)、又は濕疹を生じ易い。

b) 微毒性皮膚發疹(syphilitisches Exanthem)は前者よりは甚だ少ない。此中微毒性天疱瘡(Pemphigus syphilitica)と稱するものは手掌、足趾等に主として現はれる豌豆乃至櫻實大の圓い水疱で、初めは漿液性であるが後には膿様になり、其中に多數のスピロヘータを有する。此症狀は出生時既に存するを普通とし、2—4週以後に現はれることは稀である。

斑紋丘疹(maculo-papulöses Syphilid)は四肢、殊に下肢伸側に好んで發し、軀幹には少ない。小豆大乃至一錢銅貨大、略々圓形の發疹で、初めは薔薇色であるが、後には黄褐色又は淡褐色になる。

而して後漸次落屑を生じ、又は平滑にして光澤のある斑紋、或は色素沈著を残すことがある。之は出生時に存することはなく、數週以後に初めて現はれるものである。

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

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

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

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

豫後。榮養佳良にして、治療の時期の早いもの程豫後が良い。又兩親の微毒が感染後間もない場合には豫後不良で、感染後年

月を経たものは割合に子供の症状が軽い。

2. 先天性梅毒の再發 Rezidiv d. Kongenitalsyphilis.

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

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

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

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

症候。 第三期症状を以て來り、護謨腫、骨膜炎、Hutchinson氏三主徴 (Trias) を主とする。護謨腫は脛骨、頭蓋、胸骨等、竝に軟口蓋粘膜、皮膚、肝臓等の臓器にも生ずる。骨膜炎は脛骨に最も多く來り、肥厚腫大して紡錘形に觸知し得ることが多い (hyperplasierende

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

Diaphysenperiostitis)。Hutchinson氏三主徴と稱するは、角膜實質炎 (Keratitis parenchymatosa)、聾 (Taubheit) 及び Hutchinson氏齒* であるが、鞍鼻も亦屢々伴ふ。其他智力障碍、癲癇様發作等の腦症状を伴ふこともある。

4. 其他の先天梅毒性病變

(1) **内臓。** 肝臓腫大は間質性汎發性炎 (diffuse Hepatitis) によるが、黄疸を起すことは極めて少ない。但し新生兒に於ける慢性黄疸は屢々梅毒性である。胃腸壁には屢々汎發性又は限局性浸潤を生ずるも、それに因る症状は少ない。梅毒性腎臓炎は乳兒に多く、年長兒には稀である。尿中蛋白、圓錐、血球等を證明し、又は浮腫を生ずるも、驅療法により多くは輕快する。肺に於ては間質結締織増殖し、脱落せる上皮細胞により氣胞は充塞され、所謂 Pneumonia alba を起し、梅毒乳兒の多數が之れによつて死亡すると云はれるも、診斷は極めて困難である。肺ゴム腫は稀有。

(2) **内分泌腺。** 生殖器萎縮性肥胖症 (Dystrophia adiposogenitalis) が梅毒性病變により起ることのあるのは確かであるが、其他の腦下垂體疾患との關係は明らかでない。梅毒性睪丸炎 (Orchitis) は陰囊水腫を併發することがあると。甲状腺障碍による症状を起すことは稀有。胸腺との關係は不明。

(3) **淋巴腺の腫脹**は甚だ少ない。但し所謂肘腺 (Kubitaldrüsen) 腫脹として二頭膊筋溝 (Sulcus bicipitalis) に小淋巴腺を觸れ得ることは多い。此ものは肘關節が乳兒に於ける梅毒性骨軟骨炎の好發部位たる關係から生ずるものである。然し此淋巴腺腫脹は、他の炎症性前膊疾患によつても起ることがある。

(4) **神経系統。** この梅毒性變化は極めて早期に起る故に、充分なる治療を早期に施しても、全く其による障碍より免れることは出来ない。腦水腫が屢々梅毒に因することは周知の處、梅毒性腦膜炎の症状はかなり不定であるが、後に至つて屢々麻痺又は癲癇發作等を生ずる。瞳孔の對光反射消失 (Pupillenstarre) は屢々梅毒の重要な症状となる。脊髓癆 (Tabes dorsalis) を來すことは全く稀有であるが、進行性麻痺 (Progressive Paralysis) は往々にして見ると云ふ。先天梅毒兒の大多數は精神的乃至智能的に劣る。

眼には實質性角膜炎、脈絡膜炎 (Chorioiditis) 角膜軟化症、結膜炎等
を起し易い。

5. 先天性梅毒の療法 Therapie d. Erbsyphilis.

他の大人梅毒と同様に昔は水銀療法を以て唯一の治療法としたが、サルヴァルサンの創製、次でネオサルヴァルサンの出現によつてネオサルヴァルサン水銀併用療法となり、更にネオサルヴァルサン蒼鉛療法と轉化した。其後更に再轉してスピロチード療法一般化となつた。ネオサルヴァルサンと水銀又は蒼鉛との併用療法は従來廣く實行され、現在に於ても亦廣く行はれてゐるが、乳兒に在つては靜脈内注射に困難を伴ふ場合が多いので屢々筋肉内注射を以て代用されるが、サルヴァルサンの筋肉内注射は往々にして疼痛ある硬結を生じ易いので、其缺點を防ぐ目的を以てミオサルヴァルサンが作られた。單にサルヴァルサンを單獨に用ひるよりは、之れと水銀乃至蒼鉛劑を併用する方がより効果あることは明らかであるから、現在に於てはサルヴァルサンのみを單獨に用ひる人はない。反之スピロチードはサルヴァルサンに於けると同様に砒素劑ではあるが、其應用は概して單獨にて用ひられ、水銀又は蒼鉛劑と併用されることは一般にない。加之スピロチードは内服藥であるため使用極めて簡便であり、且つ其効果もネオサルヴァルサン水銀乃至蒼鉛併用療法に劣らず、新らしき梅毒症狀に對しては時として却てそれに勝る處あり、然かも其毒性はネオサルヴァルサンよりも著しく少ないとされるので、最近には其應用が俄然として擴まつた。

榮養並に養護に注意を拂ふことは特に肝要である。何とな

れば先天梅毒兒はすべての刺戟又は細菌感染に對して抵抗力が弱いからである。榮養佳良なる者は豫後一般に良く、榮養不良なる者は豫後も亦不良であるから、出来るだけ母乳榮養を行はなければならぬ。

(1) サルヴァルサン水銀乃至蒼鉛併用療法。實施法には種々あるが、現今最も推賞されるものは次に表示するミュラー氏ネオサルヴァルサン甘汞療法である。即ち甘汞胡麻油浮游液とサル

週	1 2 3	4 5 6	7 8 9	10 11 12
甘汞 (筋肉内注射)	1. 2. 3.	4. 5. 6.	7. 8. 9. ●	10. 11. 12.
ネオサル ヴァルサン	I(1/2) II(1/2) III	IV. V. VI.	VII. VIII. IX.	X. XI. XII.

ヴァルサンとを表の如く交互に注射し、12週を以て1クールとするのである。浮游液の濃度は3-9%とし、注射に用ひる甘汞の量は體重一疋につき一回0.001瓦とされる。*

ネオサルヴァルサンの用量は、此式では體重一疋に對し1-2年の者には0.03瓦、3-5年の者には0.02瓦とし、以後年齢の長ずるにつれて減量し、對疋0.01瓦位とすることになつてゐる。此量は従來一般の用量(例之對疋0.01-0.02)に比して著しく多いのであるが、乳兒は大人よりも著しく大量に堪え得ることが明瞭となつた。但し表に示す通り最初の二回は用心のため少量、即ち半量を用ひることになつてゐる。ネオサルヴァルサンの代りにミオサルヴァルサンを用ひてもよい。用量は兩者同一であるが、此ものは皮下又は筋肉内に注射して疼痛硬結の生ずることが少ない點が喜ばれる。

水銀軟膏塗擦療法は一般に乳兒には應用されないが、年長兒には行はれる。即ち一回に對疋0.1瓦(但し一回の全量1.0瓦以上に及

* 甘汞胡麻油以外の水銀注射劑(筋肉内)としてノヴァズロール、エンバリン、ザリルガン等の如き所謂有機性水銀劑も時として應用されるが、其効果は甘汞に劣るそうである。

ぶべからず)を型の如く胸背,右上肢,右下肢,左上肢,左下肢と云ふ順に6日間擦入し,7日目に入浴するのであるが,之れもサルヴァルサンと交互に併用される。此際口腔の清潔に注意することは云ふ迄もない。

蒼鉛劑を以て甘汞に代用してもよいが,其効果は幾分か水銀劑に劣ると云はれる。但し筋肉内に注射して疼痛の少ない點は多少優れてゐる。*

(2) スピロチード療法。之の優越せる點は使用法簡便にして而かも効果確實なるにありとされる。本法に就ても亦次に表示するミュラー氏法が一般に應用される。即ち2週間宛を以て一

治療期	週	スピロチード	用量(一日量三分服)		休日
			A 式	B 式	
I	1—2週	10日	半錠	1錠	4日
II	3—4"	"	1 "	1.5—2 "	"
III	5—6"	"	1.5 "	2—3 "	"
IV	7—8"	"	2 "	3—4 "	"
V	9—10"	"	3 "	4 "	"
VI	11—12"	"	4 "	" "	"
VII	13—14"	"	" "	" "	"

期となし,其間初めの10日間スピロチードを投與したる後4日間の間歇時を置き,之を七回繰返すのであつて,つまり14週間を以て1クールとする法である。表中A,Bとあるは患兒の年齢及び一般状態の如何により用量を加減したものである。但し一般状態の侵されること大なる者,即ち乳兒重症者には先づ2-4週間位は經口的水銀劑投與(甘汞又は黄色沃度汞,一日0.005-0.01瓦)を試みた後徐ろにスピロチード療法に及ぶ方が安全である。

(3) 其他の特殊療法。水銀劑の内服は極めて簡便な點が喜ばれるが,其効果は注射に及ばぬと云ふことになつてゐる。然し其作用が緩和なる點と相俟つて現今に於ても廣く一般に用ひられ,殊にサルヴァルサン又はスピロチード療法を始める前に暫らく豫備的の意味で投與される。それには甘汞が昔から多く用ひら

* 蒼鉛劑にはビスモゲノール,スピロビスモール,ビススベン……等々多數にあるが,それ等製劑の蒼鉛含有量はそれぞれ異なるも,大體に於て6-11%と云はれる。而して用量は鈍蒼鉛として對肝4瓩とされる。

れたが,下痢を誘發し易いので黄色沃度汞が好んで代用され,或はタンニン酸々化汞も往々用ひられる。用量は三者いづれも乳兒に對しては一日0.005-0.01瓦,其後の年齢には0.01-0.02瓦とされる。

沃度療法は主として遲發性微毒に應用され,乳兒に用ひることは殆んどない。沃度カリ又はソーダを年長兒に對して一日0.5-2.0瓦とし,數ヶ月に互つて連用しなければならぬ。之れも水銀及サルヴァルサン療法と併用する。

マラリア療法は小兒科では未だ一般的ではないが,本療法による危険は小兒に於ては割合に少ないと云はれる。

C. 癩 Lepra.

癩菌(Leprabazillen)による慢性傳染病である。潜伏期は不定であるが少なくとも3-4年或は以上である。

症狀。神經癩,皮膚癩及び混合型等に區別される。好發部位は顔面殊に鼻,眼瞼,下顎,耳等及び手竝に足である。神經は多く末梢部が侵され麻痺,知覺及び榮養の障礙を起す。麻痺のために屢々鳥爪様手指(Klauenhand)又は外翻足(Pes valgus)等を來し,知覺鈍麻により外傷を受けることが多く,且つ榮養神經障礙の結果屢々皮膚組織時としては骨に迄壞疽を起すことがある。療法として確實なものば未だない。

IX. 急性傳染病

Akute Infektionskrankheiten.

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

年齢的素因 Altersdisposition.

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

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

年齢的に罹患率の異なる原因としては其他尙ほ感染機會が大いに關係する。即ち乳兒は常に母の保護の下にあつて感染機會は未だ少ないが、生長するにつれて其機會が増し、殊に幼稚園、小學校等に入る時は一層増加する。實際に於て百日咳、猩紅熱、水痘等は主に幼稚園や小學校で感染する。

急性傳染病が小兒に多く大人に少ない理由の他の一は、之等疾患の多くが一度の罹患により長期免疫性を獲得することである。麻疹の如きは一度の罹患によつて殆んど生涯免疫性となり、猩紅熱、百日咳なども二度罹ることは殆んどない。チフテリーの免疫性は比較的短期間で、餘り長く繼續せぬらしい。

尙ほ種々の疾患に對する感受性は個人的に相違があり、同じ傳染病に對して同じ條件の下にあつても、或人は罹り他の者は罹らぬと云ふことがある。又疾患の種類によつて之に對する感受性がそれぞれ異なる。麻疹は殆んど凡ての人が一度は必ず罹るが、其他の傳染病はそれほどではない。例之麻疹に對しては95%、猩紅熱には40%、チフテリーでは10—15%の人々が罹患するとも云はれる。

罹患數と年齢との關係

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

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

(3) 赤疫は年齢的には一定せぬが(大人にも多い)乳兒には割合に少なく、3—4年に多い。所謂疫痢と云はれるものは3—6年頃に殆んど限られる。腸チフスは乳幼兒には至つて少なく、年齢長するにつれて多くなる。其他は各章で述べる。

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

年 齡	0—1	1—2	2—5	5—10	10—20	20—30
猩紅熱	27	52	45	19	5.9	0.6
麻 疹	319	435	73	13	1.8	0.2
チフテリー	138	401	277	77	15.8	0.7
百日咳	674	295	38	3.9	0.2	0

1. 猩紅熱 Scharlach (Scarlatina)

發熱と共に全身に紅色の細かい發疹が非常に多く生じ、アンギナを伴ひ、1—2週以後に著明の落屑を生ずることを特徴とする。乳児には少なく、1—2年以後殊に6—7年頃に最も多く、秋から冬に頻發する。一度罹患すれば殆んど終生免疫を得て二度と罹ることは稀である。

原因。病原菌は溶血性連鎖状球菌(haemolytische Streptokokken)と一般に看做される(Dick, 1924)*。侵入門は主として咽喉とされる。傳染力は發病第一日から落屑期を通じて存するものと考へられるが、其最も強いのは發病初期である。接觸傳染を普通とするが、健康人、衣服、器具等を介して間接に傳染することもあると云はれ、又菌の抵抗力甚だ強く人體外に於ても數ヶ月以

* 所謂猩紅熱連鎖状球菌は、猩紅熱患者だけでなく、健康人又は他のアンギナ等の場合にも咽頭部に證明されることが少なくないので、猩紅熱に果して特有のものか否かに疑をおく人もある。然し該菌によつて猩紅熱を發し得ることは既に實驗的に證明された。又該菌毒素による反應が猩紅熱と特殊の関係あること、及び其毒素の注射により猩紅熱に対する免疫性を得ること等も明らかであるらしい。而して此溶連菌には葡萄糖添加により溶血作用の阻止されるもの(I型)と、阻止されぬもの(II型)とが區別され、猩紅熱患者よりは主として第一型が證明されると。

上も生存し得ると云ふ。

症候。潜伏期は不定であるが、3—7日を普通とする。突然に發熱、咽頭痛等を以て始まり、間もなく發疹を生じ、其經過を發疹期(急性期)と落屑期(恢復期)とに區別される。

(1) **發疹期(Stadium des Exanthems)。**發疹は發熱と同時に現はれることあり、又1—2日位遅れて生ずることもある。微細にして鮮紅色、其數極めて多く、一見恰かも廣汎性發赤(diffuse Rötung)の如き觀を呈し、癢痒感を伴ふものが多い。其出現の順序は頸、軀幹を第一とし、四肢之に次ぐを普通とし、顔面には極めて少なく、殊に鼻口の周圍に生ずることなく、頬部の潮紅と對照して頤部を底邊とした三角形の蒼白部(circumorale Blässe)を見る。*發疹は2—3日で最高に達し、4—5日で漸次消褪し、熱は3—4日乃至7—8日續いて漸次下降する。

アンギナは殆んど毎常之を伴ひ、屢々帶黄白色のペラージを生じ(Scharlachangina)顎下腺も多くは腫脹し且つ壓痛を訴へる。舌は初めは厚い苔を被るが、2—3日後には苔が去つて鮮紅色となり、乳頭(Papilla)腫大して所謂莓舌(Himbeerzunge od. Katzenszunge)を呈する。一般症候は大抵熱の程度と併行する。

血液像は白血球增多、殊にエオジン嗜好細胞增多が著明になる(發病2—3日より初まり、1週の終り頃最も著明。尿にはウロビリルン及びウロビリノーゲン量が増加する(5—6日頃最高)。

(2) **落屑期(Abschuppungsstadium)。**發病約2週頃、即ち下熱後暫らくして皮膚の落屑が始まる。之は發疹部位に起るもので

* 口圍蒼白は一般に猩紅熱に特有なる症候と見做されるが、著者は敢て然からずと考へる。何となれば口圍は元來皮下組織比較的少なく緊密であるからして、潮紅を呈することが常に至つて少ない。従つて顔面の潮紅著しい場合には其部分だけが目立つて蒼白に見えるのであつて、必ずしも猩紅熱に限るものではないのである。

あつて、先づ毛嚢周圍に糠様に始まるが、次で膜様 (lamellös) となり、殊に手掌、足趾に著しく、厚く大きく皮が剥ける。落屑が全く終るには2—3週を要す。但し異常型として發疹を缺くもの (Scarlatina sine exanthemate) 落屑を缺くもの (Scharlach ohne Abschuppung) 等もありとされるが、然し之等は稀である。

合併症。 顎下腺、頸腺等の腫脹甚だしく、遂に化膿することもあり、又壞疽性アンギナを發して敗血症様になることもあるが、最も注意を惹くものはヂフテリー様義膜 (Scharlachdiphtheroid) であつて屢々ヂフテリーと誤られる。但しヂフテリーを合併することも稀ではない。中耳炎も亦屢々併發し、ロイマチス様症狀 (Scharlachrheumatoid) も往々現はれるが、殊に恢復期に於て注意すべきは腎炎である。

猩紅熱腎炎 (Scharlachnephritis) は發病後3—4週に至つて現はれるを普通とし、其頻度は流行の性質により大差があり、2—30%の動搖ありとされ、急性出血性腎炎として現はれる。而して多くは2—3—5週位で治癒するも、時として慢性に移行し又は尿毒症を起すこともある。

豫後。 流行の性質によつて大いに異なり、死亡率は0.5—50%の間を動搖すると云はれるが、我國のものは幸にして一般に佳良である (朝鮮、滿洲では著しく不良)。之は勿論合併症にも關係するが、初めから重い中毒症狀を呈するもの (Scarlatina fulminans) 壞疽性アンギナを併發するもの等は不良である。

診断。 麻疹との鑑別が最も必要であるが、發疹の性質、口圍の蒼白部、アンギナ、莓舌等に注意すれば困難ではない。診断助法として Rumpel-Leede 氏現象並に消褪現象を検すれば一層確實である。*

風疹、突發性發疹等とも略々同様の目標によつて區別され、蕁麻疹様發疹とは其形狀及び發生狀況によつて區別する。所謂中毒性發疹時としては藥疹 (殊にルミナール疹) との鑑別は往々にして困難なことがある。

發疹消失後或は極めて輕症に就て診断を下すには、アンギナ、莓舌等の外、血液像 (Leucocytose u. Eosinophilie) 並に尿ウロビリリン反應を検する。落屑を生ずるに至れば自ら確定する。

療法。 早期隔離は豫防上最も必要である。隔離の期間は落屑の終る迄とされてゐる。

治療上最も重要なことは安靜と保温とであつて、有熱期は勿論下熱後に於ても必要で、發病3週間位は靜臥を要し、極めて輕症と雖も2週以内に起してはならぬ。食餌は高熱時には流動乃至半流動食とする方がよいが、其後は食慾に應じて患兒の好むものを與へても差支なく、必ずしも嚴格なるを要せぬ。食餌を如何に嚴格にしても腎炎豫防の助けにはならぬのである。口腔を清潔に保ち、アンギナ、顎下腺腫脹に對しては頸部に氷嚢又は冷濕布を行ふ。

一般症狀著しき重症者に對して猩紅熱連鎖狀球菌血清の注射 (20—30 珎) を行ふ事もあるが、效果疑はしく、近來はプロントジェルが賞用される。ヂフテリー併發の場合には勿論ヂフテリー血清の注射を要す。猩紅熱性腎炎に對しては、急性腎炎の一般療法に従ふ。恢復期にあつても尿検査は常に必要である。

* Rumpel-Leede 氏現象とは上膊をゴム紐等で緊縛して鬱血を起させる時、數分後に、それより下部に點狀皮下出血を生ずることである。但し之は猩紅熱のみに特有と云ふわけではない。消褪現象 (Schultz-Charltonsche Auslöschphänomen) とは0.5—1.0 珎の健康大人血清又は猩紅熱恢復期血清を發疹部の皮内 (intracutan) に注射すると、猩紅熱では注射部位及び其周圍が發疹消褪して蒼白となることであつて、此現象は猩紅熱に特有のものである。

(附) **ヂツク氏反應 (Dick's Test)**

溶血性連鎖状球菌培養より得たる毒素を Dick 氏標準に従つて稀釋し、其 0.1 珇を皮内 (intracutan) に注射す。陽性時には 4—6 時間で局所に發赤腫脹が始まり、18—24 時間で最高に達する。

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

2. 麻疹 Masern (Morbilli)

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

原因。病原菌は尙ほ不明であるが、患兒の鼻眼咽頭等の分泌物中又は血液中に存し、侵入門は氣道である。病毒は極めて飛散し易く従つて非常に傳染し易いが、抵抗力は弱く、人體外では速かに死滅し、第三者又は器物を介して傳染することは甚だ少ない。傳染力は發疹初期に最も盛んであるが、前驅期に於ても既に傳染の危険がある。而して下熱後約 1 週位経れば傳染力著しく減弱し、2 週後には最早傳染の恐れなしと云はれる。

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

(1) **前驅期**又は**カタル期**(Prodromalstadium od. katarrh. Stadium)。3—4 日間であつて上氣道炎及び結膜炎の症狀、即ち發熱、咳嗽、鼻

汁増加、嚏(Niesen)、羞明等を呈す。皮膚發疹はまだ現はれぬが、口腔粘膜には既に特有の發疹即ち Koplik 氏斑及び粘膜疹を生ずる。コップリク氏斑は頬部粘膜の臼齒に近い部分に生ずる粟粒大の白點で、紅暈(roter Hof)で圍まれ、其數は 2—3 個から 20—30 個にも及ぶ。粘膜疹(Enanthem)は軟口蓋部に生ずる暗紅色の斑點で、皮膚發疹に類似する。之等二症狀は麻疹に特有で、之によつて早期診斷が出来るが、發疹期に至れば通常消失する。

(2) **發疹期**(Stadium des Exanthems)。前驅期の熱は 3—4 日後に一旦やや下降した後再び上昇し、それと共に特有の發疹が現はれ、同時にカタル症狀は一層著明になる。發疹は初め帽針頭乃至豌豆大であるが、漸次融合して不規則形になるも、相互間には健康皮膚部を残す。色は初めは薔薇色、後には暗紅色になる。發疹の出現は先づ顔面、耳後、項部等に始まり、次で軀幹、四肢に及ぶ。出始めてから 2—3 日で頂上に達し、以後漸次褪せし跡に暗褐色の色素沈着を残す。此時期は熱最も高く一般症狀も著しく、尿チアゾ反應多くは陽性、血液像は白血球減少し核左方移動あり、殊に淋巴球並にエオジン嗜好細胞著しく減少する。但し下熱後恢復期に於ては却て白血球増多を示す。

(3) **恢復期**(Rekonvaleszenzstadium)。發疹出現後 3—4 日で漸次下熱し、それと共に一般状態も速かに恢復し、發疹の跡に色素沈着を残し、或は時として糠様の細かい落屑を生ずることもある。全く恢復するには合併症のない場合でも、少なくとも下熱後 7—10 日を要する。

合併症。氣管枝炎を伴ふことは極めて多く、又肺炎になることも少なくない。麻疹による死亡者の多くは肺炎により、其豫後不良である。デフテリーを伴ふこともあるが、多くは恢復期

であつて、急性期に喉頭狭窄様症状を呈するものは急性喉頭炎(假性クルツブ)が多い。其他口内炎、中耳炎、顎腺炎等も往々併發し、又幼若兒に於ては眼球乾燥症等を生じ易い。

結核とは密接の關係があり、麻疹に續發して結核となり、又はそれまで潜伏性であつた結核が活動性になることが少なくない。

豫後。 流行の性質により、患兒の年齢及び健康状態により、更に又養護の良否によつてそれぞれ異なるも、死亡率は大約5—8%とされる。幼若なる者、虚弱兒等は不良に陥り易く、養護不十分に於て寒冷なる室に置く時は肺炎其他の合併症を起し易い。但し健康乳兒の麻疹は一般に輕症である。恐るべき合併症は肺炎であるが、百日咳、ヂフテリー等を併發すれば重篤となる。結核性小兒に在ては殊に注意を要す。

診断。 前驅期に Koplik 氏斑、粘膜炎、結膜炎等を見れば略々確定し、發疹を見れば診断容易である。類似の發疹中、風疹(Rubeola)はカタル症状及び Koplik 氏斑を缺き、血清疹とは既往歴で區別される。猩紅熱との區別は次表の通り。

麻疹と猩紅熱との鑑別

	麻 疹	猩 紅 熱
發疹の外観	斑點様、不規則形で、發疹間に健常皮膚を容易に見得る。	細かい小點が密生して、一見廣汎性發赤の觀がある。
發疹の部位	顔面に多く、加ふるに結膜炎、鼻炎等のために、顔付きが汚なくなる。	顔面は潮紅するだけであり、然かも口の周圍部が着白に見える。
前驅症状	著しいカタル症状を経て、發疹が現はれる。	前驅症状なく、突然に高熱と共に發疹が現はれる。
口腔粘膜	Koplik 氏斑、及び粘膜炎を認める(但し前驅期に於て)。	強いアンギナ、莓舌等を認める。

落 屑	缺如するか、又は糠様の細かいものに過ぎぬ。	著明な、膜様の落屑を來す。
血 液 像	Leucopenie (就中淋巴球の減少) Eosinophile Zellen 減少。	Leucocytose (殊に多核白血球增多) Eosinophilie。
尿	Diazo (+)	Urobilin Urobilinogen 増加。

豫防。 麻疹恢復期血清(Rekonvaleszentenserum)による豫防法(1920, Degwitz)は早期に行へば有效である。血清量は傳染の時期、年齢によつて多少異なり(1)4年以下の小兒で感染後4日以内ならば2.5—3.0ccで足り、(2)感染後5—6日の時及び5年以上の小兒には其2倍を要し、(3)感染7日以後では尙ほ多量を用ひても不確實であるが、然し経過を軽くすることが出来る。*

健康大人血清も大量(30cc以上)を用ひれば效があるが、前者に及ばない。免疫動物血清(猿、羊等)には確實なものがない。

療法。 臥床安静を守らせ、暖かく保つて、**合併症又は續發症の起るを防ぐことが第一に必要である。口内及び眼の衛生に注意し、氣管枝炎があれば其手当をし、高熱あれば氷枕を用ひ、合併症に對しそれぞれの治療を施す。食餌は有熱時には流動乃至半流動食がよいが、必ずしもそれに固執する必要はなく、下痢の恐れなき者には患兒の嗜好に委せてよい。下熱し元氣恢復しても、7—10日以前に起床させてはいけない。少しく起床を急いだ爲めに豫後に障碍を來すことが少なくないから、下熱遷

* 血清採取の時期。下熱後7—9日が最良だが、2—3週までならよい。感染日数の計算。麻疹は發疹4—5日前に既に感染力があるから、一人の患兒に發疹が現はれたらば、それと常に接觸する同胞等では、其時は既に感染後4日目と看做す。
** 麻疹を寒い風に當てては悪いことは、昔から云はれてゐる通りである。暖くすると云つても然し程度問題で、むやみと暖くしても決して利益はなく、快適である位の暖かさでよい。高熱のある場合に氷嚢等を用ひることは、害がないだけでなく却て治療上是非必要である。

延する場合には特に安静に留意しなければならぬ。

恢復期血清又は大人血清乃至血液の注射は多少効果がある。

3. 風 疹 Röteln (Rubeola)

發疹は麻疹に類するも其程度極めて軽く、數も少なく、カタル症状を伴はぬものである。幼兒乃至學童に來り、麻疹の流行に伴ふことがあり、軽い麻疹と誤られ易い。病原不明であるが、罹患によつて永い免疫性を獲得する。

症候。 潜伏期は17—20日。前驅症状を缺くことが多い。發疹は顔に多いが、軀幹四肢にも出で、麻疹様ではあるが、數も少なく、色も薄く、1—2日で消失し、色素沈着を残さぬ。熱なきを普通とし、Koplik氏斑も現はれぬ。頸腺及び後頭部淋巴腺の腫脹を伴ふことが多い。血液像は淋巴球比較的増多を伴ふ著明なる白血球減少、エオジン嗜好細胞減少を示すが、大淋巴球及びプラズマ細胞は著しく増加する。此變化は3—5病日に著明であると。経過は軽く、特別の治療を要せぬ。

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

淡紅色小點狀(猩紅熱様)の發疹が顔、軀幹に生じ、次で四肢に及ぶ。1—2日間輕熱あることもあり、又は無熱である。経過は軽く、結膜炎、アンギナ等あるも輕度である。病原不明。診断は困難で、軽い猩紅熱、風疹等との區別は容易でなく、流行でもないと判然とわからぬものらしい。餘程稀なものであらう。

5. 傳染性紅斑 Erythema infectiosum

(第五病 fünfte Krankheit)

顔面殊に頬部に、稍々隆起せる蕁麻疹様の大なる紅斑を生じ、融

合して周邊鋸齒狀を呈し、多少の浸潤並に熱感を伴ふ。次で上、下肢伸側にも生ずるが、軀幹には稀有である。此發疹は4—10日位で漸次消褪し、色素沈着を残すことがあるが落屑を來さぬ。左右均整に現はれるのが特有である。

前驅症なく突然に發熱、倦怠、搔痒、腹痛等を訴へることもあるが、多くは無熱に経過する。血液像は病初には白血球減少するが、第三病日頃より白血球増多を示し、エオジン嗜好細胞も増加する。豫後佳良。特別の治療を要せぬ。4—5年以上の小兒に來り、冬より春季に主として見られる。多發滲出性紅斑 (Erythema exsudativum multiforme) 及び其他猩紅熱、麻疹などと鑑別を要する。

6. 突發性發疹 Exanthema subitum.

(三日熱發疹 Dreitagefiebersanther)

突然發熱し (39—40°C に至ることあり)、輕度の食思不振、不機嫌があるが、カタル症状を伴はず、熱の原因不明を怪んでゐる中に、3—4日以下熱する。下熱と共に麻疹様、又は猩紅熱様の發疹が軀幹、頸部、頸部等に生ずるが、顔面、四肢には少ない。而して發疹は2—3日で消褪し、色素沈着又は落屑を残さぬ。血液像は淋巴球比較的増多を伴ふ著明なる白血球減少を示し、約1週位続く。

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

7. 痘 瘡 Pocken (Variola)

2—3日間高熱、頭痛、腰痛等の前驅症状を経て全身に發疹し、次で水疱より膿疱に變じ、痂皮を作り屢々癩痕を残すもので、天然痘とも稱せられる。一度本症を経過する時は終生免疫を得、又種痘によつて之を豫防することが出来る。

原因。 病原は猶ほ明らかでないが一種の病毒 (Virus) とされ、主として觸接傳染をなす。* 病毒は病初には鼻咽喉分泌物中に存し、

* 昭和七年三田村、田宮氏等により Guarnieri 氏小體が病原體であるとの説が發表された。發疹内容を家兎角膜等に接種し、5—6日後に該部組織を鏡檢すれば、上皮細胞中に略々圓い小體を認める、之を Guarnierische Körperchen と稱す。其意義に就てはこれ迄、細胞内に侵入した牛痘病原體に對する細胞の特異性反應産物と見做された (Prowazek 氏) ものである。

前驅期に於て既に傳染し、以後痂皮脱落する迄其傳染力を失はず、發病より5—6週に亘ると云ふ。

症候。潜伏期は10—13日。経過により前驅期、發疹期、化膿期等を區別する。前驅期に於ては突然高熱を發し、惡寒戰慄を伴ひ、鼻咽頭炎、結膜炎等を發し、頭痛殊に激しき腰痛を訴へる。此時期に往々麻疹様又は猩紅熱様の前驅發疹(Initialexanthem)を生じ、好發部位は大腿内側(Oberschenkeldreieck)又は上膊内側(Oberarmdreieck)等である。此ものは通常1—2日で消失し、次で體温一旦下降し、固有の發疹期に入る。

發疹期は此下熱頃に始まり、時期により發斑期、丘疹期、水疱期、膿疱期、結痂期、落屑期等に區別される。發疹は帽針頭大紅色、やや隆起せる斑として始まり、先づ顔面に、次で胸部四肢に及び、1—2日にして増大して豌豆大の丘疹となり、次で水疱に變じ中央陷凹す、所謂痘瘡臍窩(Pockennabel)である。形は正圓形をなし、大小相同じく、大小不同なく且つ左右相對に生ずるを常とする。かくして發病8—9日で化膿期に入り、體温の再度上昇と共に膿疱に變じ、其周圍に紅暈を生じ、浮腫性となり、激しき痒癢を訴へる。發病11—12日頃には漸次乾燥し結痂し、熱も下降する。痂皮は1—2週で脱落し後に癩痕を残す。血液には白血球殊に淋巴球の増多を認む。

假痘 Variolois。既に種痘を施せる者が罹患すれば其症狀軽く、發疹も不規則且つ少なく、膿疱を作らぬこともあり、従つて又化膿期の熱を缺くこともある。之れを假痘と云ふ。

合併症。皮膚乃至筋肉膿瘍、壞疽、中耳炎、心内膜炎、肺炎等。又腦膜炎様になり或は腦膿瘍を併發することもあると。

診斷及び豫後。流行時定型的のものは容易であるが、然らざる場合殊に假痘の診斷は困難、就中水痘との鑑別に留意を要す(水痘参照)。死亡率は未種痘者約46%、既種痘者7%位であると。

療法。對症療法だけである。

8. 種痘 Vakzination (Kuhpockenimpfung)

牛を通過して毒性を減じた痘瘡病毒(Pockenvirus)を皮膚に接種し、極く軽い痘瘡を起させて免疫性を得させる法で、1796年英醫 Edward Jenner 氏によつて發見創始された。^{*}

1. **種痘術式 Impftechnik。**上膊外側を酒精、エーテル又は石炭酸水等にて清拭し、漿盤上で能く攪拌混和した痘苗を接種針(Impfanzette)に附着し、2—3種位の間隔を以て4—6個所に塗布し、其部に淺く十字切(Kreuzschnitt)又は單線切(Linienschnitt)を行ひ、更に種痘針の平面を以て痘苗を擦入する。切創は僅かに紅痕を生じ又は血がニジム位の程度とする。部位並に接種數は、第一期には右上膊に4—6切、第二期には左上膊に6切とすることになつてゐるが、大腿外側でもよい。又最近には矢追氏精製痘苗の皮下接種も行はれる。^{**}

2. **時期。**第一期種痘は出生翌年の六月迄に、第二期種痘は數へ年10歳に施行する規定になつてゐるが、必要あれば其他何時行つてもよい。

3. **種痘経過。**初回接種後3日目頃から其部位發赤し、次で丘疹となり、7日目頃から水疱を作り紅暈で圍まれる。水疱内容は初め漿液性であるが間もなく膿様になり、頂點が凹む。10—11日頃から漸次乾燥して痂皮を作り、20日前後で痂皮が落ちて癩痕を残す。一般症狀は7—10日即ち膿疱形成時に多少の發熱を見、不機嫌になり、局所淋巴腺腫脹を見ることがある。

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

^{**} 矢追秀武氏は(1934)カオリン吸着法により痘苗中の夾雜物を除き、雜菌を含まず且つ痘毒以外の何物をも有せざる純粹なる痘苗を作り、之を皮下に接種して確實なる効果を擧げた。用量は乳兒乃至學童には0.3 鈺、大人には0.5 鈺を一回に注射す(上膊外側)。初種痘では注射後7—8日に局所に直徑約4.5 糎に及ぶ硬結發赤を生じ、一般症狀は極めて輕微。硬結は月餘に亘り次第に消失し、化膿する事なく従つて亦癩痕を残さぬ。再種痘では注射後24時間以内に皮下浸潤及び發赤を來し4—5日で消失すると。但し本法は效果猶ほ不確實なりとして、種痘規則上未だ認められてゐない。

4. 種痘後の注意。入浴は接種翌日から4—5日迄は差支がないが、水疱形成後は痂皮が硬くなる迄入浴せぬ方がよい。局所は清潔に保ちさへすれば繃帯を施す必要はないが、搔爬の恐れある時は軽く繃帯し、或はガーゼを當てて周囲を絆創膏で止める。もし布片が膠着したならば鋏で周囲を切り取り、膠着部は其のまま放置する方がよい。潰瘍が生じたならばアイロール、オルトフォルム等の撒布、又は硼酸軟膏等を用ひる。

5. 結果の判定。第一期では膿疱2顆以上を生じたものを善感とし、それ以下のものを不善感とす。第二期では接種3日以後に於て、1顆以上の小結節又は水疱を生じたものを善感とする。不善感者は翌年迄に更にやり直さねばならぬ。

6. 種痘禁忌。皮膚疾患殊に廣汎なる濕疹、急性熱性病、重症栄養障碍、悪液質等の時には種痘を延期する。

7. 種痘免疫。接種後10日以上たたぬと免疫發生せぬ。免疫性は個人的に差異があるが、3—10年間は繼續するものと看做される。第二期種痘を十歳としたのは、それ迄免疫性を保持するとの見地からであるが、現今では其間隔が長過ぎると看做される。従つて流行時には其都度施行するが安全である。

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

9. 種痘障碍 Impfschaden.

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

(2) ワクチノーゼ Vakzinose。顔面、口唇、陰部、眼其他の部分に種痘と同様の膿疱を生ずることがある。之は接種部の痘漿が手指等によつて傳播附着されたためである。濕疹著明の部位に此ことが起れば痘疱性濕疹 (Ekzema vaccinatium) となる。

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

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

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

(6) 種痘後腦炎 Postvakzinale Enzephalitis。接種後10—13日頃に發熱、昏睡、痙攣其他腦炎症狀を呈することがある。但し診斷を確定するには、腦脊髄液乃至血液を家兔睾丸、角膜等に接種し、5—6日後に Guarnieri 氏小體を證明するを要すと。

9. 水痘 Wasserpocken od. Windpocken (Varicellae)

全身に生ずる水疱性發疹で、乳兒には少なく、2—3年から學童に多く、冬春に多い。一度の罹患で終生免疫性を得る。

原因。病原も侵入門も不明であるが、接觸傳染によることは明らかである。傳染力極めて強く、殊に發疹の初期に著しく、水

疱乾燥すれば傳染力は減弱する。

症候。潜伏期は14日を普通とするが、17—19日のこともある。前驅症候を缺き、輕熱と共に發疹が現はれる。發疹は初め薔薇疹(Roseola)様の小紅點として始まるが、間もなく丘疹となり、次で水疱を生じ、内容物は澄明、大き帽針頭大乃至豌豆大に及ぶ。水疱は發生後2—3日で乾燥して黒褐色の痂皮を作るが、發疹が一度に現はれず、2—3日間續いて漸次發生するので、痂皮を生じたものと水疱性のものとが同時に混在することになる。部位は一定せず、全身(毛髮部迄)に散在し、且つ皮膚のみならず粘膜にも生ずるが、跡に癢痕を残さない。

發熱は病初には輕度にあるが、高熱にはならぬ。一般症候も少なく、不機嫌、輕度の痒感位である。経過は發疹出現から痂皮を生じて治癒する迄1週位である。

療法。特別の必要はない。癢痒強ければ石炭酸亞鉛華リメント等を用ひる。豫後良。

診斷。痘瘡と水痘との鑑別。

	痘瘡	水痘
前驅症	惡寒、戰慄、嘔氣、頭痛、腰痛、高熱、譫語等の重い症候を示す(2—3日間)。時として麻疹様の前驅發疹を生ずることがある。	前驅症を缺く
發疹	顔面、四肢に著明で、腹部には少ない。著明の丘疹として始まり、水疱より膿疱に變じ、頂點が凹む。此發疹は1—2日に出揃ひ、すべて同時に發育する。又水疱形成には數日を要し、紅暈は圓形を呈して、やや硬い。發疹も圓形で大きい、大きはすべて等しい。	部位を擇ばず、腹部に却て多い。化膿すること、頂點の凹むことはなく。發疹は3—5日間に漸次發生するために、種々の發育期のものが同時に見られる。水疱形成には數時間しか要せず、紅暈は長形、扁平である。發疹は大小不同である。
一般症候	著明	甚だ輕微

但し以上の相違は程度の問題で、重い水痘と軽い痘瘡殊に假痘とは其鑑別容易でない。例へば假痘に於ては發疹も少なく且つ膿疱を作らぬことが多いが、之れに對して水痘でも往々にして輕度の化膿を生ずることもあるために、兩者の鑑別は一層困難になる。實際其發疹だけに就て水痘と痘瘡とを明らかに區別する方法がないのであるから、従つて疑はしい場合、殊に痘瘡流行時には診斷確定する迄之れを隔離する必要がある。

10. チフテリ - Diphtherie (Diphtheria)

咽頭に白色の義膜を生じ或は喉頭狹窄症候を來す疾病として一般に知られ、且つ恐れられてゐる。寒冷の候に多く、乳兒には割合に少なく、2—4年に最も多い。免疫性を得る事は確かであるが、然し長く續かぬらしく、數回感染することがある。

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

症候。潜伏期は2—4日。發熱、咽頭痛等を以て突然始まることが多いが、往々にして咽頭痛なく、呼吸困難及び犬吠様咳嗽(bellender Husten)を以て來るものもあり(喉頭チフテリ)、又は鼻カタルの症候だけのこともある(鼻チフテリ)。主なる病竈により次の如き種々の症型に區別する。

(1) 咽頭チフテリ - Rachendiphtherie。咽頭發赤、扁桃腺腫脹して白色の義膜(Belag)を生ずる。此義膜は下唇と密着して容易に剝離せず、更に周圍に擴がり懸壅垂、口蓋帆等にも及び、時として扁桃腺が壞疽に陥ることもある。通常顎下腺の腫脹疼痛等

を伴ふ。一般症状としては高熱、呼吸促迫又は困難等があり、鼻聲になることが多い。

(2) 喉頭チフテリー Kehlkopfdiphtherie (Krupp)。咽頭チフテリーより移行し、又は初めから喉頭に發することも多い。喘鳴(Stridor)、呼吸困難が主要症状で、吸氣時に胸骨上窩、心窩部(Epigastrium)が著しく陥没し、嘔聲著しく、往々無聲(Aphonia)となり、患児は著しき不安を感じて苦悶又は冷汗を流し、チアノーゼが現はれる。但し輕症時には犬吠様咳嗽、輕度の喘鳴嘔聲位のことも多い。咽頭部に白苔を見ることがあるが、又全く白苔の認められぬことも少なくない(勿論喉頭部には義膜があるのだが、普通の咽頭視診では見えない)。

一般症状は前者よりも一層重篤である。義膜の形成は、喉頭より進んで氣管乃至氣管枝に及ぶことも屢々あり、狭窄症状は其程度に應じて強くなり、極めて危険の多い疾患である。

(3) 鼻チフテリー Nasendiphtherie。乳兒に多く、咽頭チフテリーに伴ふこともあるが、乳兒では單獨に來ることが少なくない。單獨の場合には輕熱或は無熱のことが多く、鼻汁漿液血性となり、鼻孔糜爛し又は痂皮を作ることがある。一般症状殆んど缺如すること多く、其ため屢々見逃がされる。

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

合併症及び續發症。淋巴腺炎、氣管枝炎乃至肺炎等を併發することは屢々あるが、チフテリーに最も特有なるは心臓、腎臓及び神経系の障碍である。

(1) 心臓障碍。チフテリー菌毒素は屢々心筋及迷走神経を犯し、心臓麻痺により突然斃れることがある(diphtherischer Herz-

tot)。此障碍には早期(2週以内)に來ることと、遅れて(4—8週)發するものとある。早期心筋炎(Frühmyokarditis)では心臓擴張、收縮期雜音等を生じ、又は心音極めて微弱となり、脈搏細少甚だ不安定で、初め遅脈後に頻數不整となる。一般症状として元氣沈衰、蒼白、食思缺損等を來す。肝臓の疼痛性腫大、嘔吐、血壓下降等は危険の徴である。遲發性心筋炎(Spätmyokarditis)は前者よりは稀であるが、チフテリーが癒る頃に起るので油斷をし易い。突然思ひもかけず死亡することもあると云はれるが、然し多くは元氣沈衰、食思不振、蒼白、徐脈又は頻脈、蛋白尿等の症状を前驅とするから、チフテリー局所症状輕快せるに係らず、此の如き一般症状を示す者には深甚の注意を要する。

(2) ネフローゼ(Nephrose)。發病2—3日頃から尿に輕度の蛋白、上皮細胞乃至圓疇を見ることが屢々あるが、比較的早く治癒して慢性に陥ることは稀である。

(3) チフテリー後麻痺(Postdiphtherische Lähmung)。チフテリー菌毒素に因る多發神經炎で、發病3—5日の早期に口蓋帆の麻痺を見る(Frühlähmung)こともあるが、特有なのは2—6週後に來る後麻痺である。其症状は口蓋帆麻痺、眼調節麻痺及び四肢殊に下肢の不全麻痺を主とするも、又項筋麻痺、稀れには横隔膜麻痺を生ずることもある。之等症状中最も多いのは口蓋帆麻痺で鼻聲、嚥下障碍等を呈す。口蓋帆舉上障碍は一側のこともあり兩側のこともある。眼調節障碍は主として毛様筋(M. ciliaris)麻痺によるが、時として外轉神經麻痺のために斜視、複視を生ずることもある。膝蓋腱反射の減弱乃至消失は屢々見られ、歩行障碍又は運動失調(Ataxie)を伴ふこともある。項筋麻痺に伴つて稀には輕度の顔面筋麻痺を見ることがある。

診断。 一般に容易。咽頭ヂフテリーでは義膜を認め、喉頭ヂフテリーでは犬吠様咳嗽、喘鳴乃至呼吸困難を目標とするも、鼻其他のものは幾分曖昧である。疑はしい時には勿論細菌検査に俟たねばならぬ。喉頭炎、腺窩性アンギナとの鑑別は其の條参照のこと。

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

病竈の菌消失には約3週を普通とするも(約 $\frac{1}{4}$ 例)、長く消失せずして持続排菌者(Dauerausscheider)となることもあり、往々にして數ヶ月に及ぶ。又患者周圍の健康者にも保菌者(Bazillenträger)が少なくない。

豫防法。 Ramon氏(1924) Anatoxin 即ち毒性少なきヂフテリー毒素の注射による能働免疫が一般に推賞される。* 即ち2-3週の間隔を以てアナトキシン(即ちフォルモワクチン)を3回皮下に注射する法である。アナトキシンによる免疫發生は Schick氏反應(後述)より見れば、施行後6ヶ月で最高に達し大部分(90-95%)は Schick氏反應陰性となり、1年乃至數年其免疫性は持続

* Anatoxin とは無毒性毒素の意味で、免疫體生成に對しては極めて有力であるが、毒性としての副作用がないもので、其製法はヂフテリー毒素に0.4%の割合にFormalin液を加へ、38-40°Cに1ヶ月間放置したもので、其の5銑をモルモットに注射しても毒作用がないと。細谷省吾氏は獨特の法によつて精製し、更に毒力の弱いAnatoxinを作つた。傳染病研究所製ヂフテリア豫防液が即ち之れである。其注射法は第一回0.5、第二回0.5、第三回1.0銑を2週の間隔にて行ふのである。

ヂフテリー毒素による能働免疫法はBehring氏(1912)により創始され、毒素と抗毒素との混合液(Toxin-Antitoxin)を用ひたが、此法は我國では現在行はれない。

するといふことである。

療法。 安靜保温を旨とし、對症的に口腔清潔、頸部氷嚢又は濕布、食餌等に注意する外、最も重要なことは血清療法である。

血清は通常筋肉内に注射し、なるべく早期に充分なる量を用ひることが極めて肝要である。用量に關しては、體重を顧慮して定める人もあるが、一般には體重に關係なく病症の輕重によつて定める。近來一般に大量を良しとされ、極めて輕症にても3,000單位以上、普通には5,000單位、重症ならば8,000-10,000單位、時としてはそれ以上を用ひることもある。壞疽性の悪性ヂフテリーには殊に大量の血清を要するが、近來血清と共にサルヴァルサン注射が推賞され、又最近に於ては血清と共にビタミンCを注射する時は、悪性ヂフテリーの循環系衰弱に對して效ありと云はれる。*

喉頭ヂフテリーで呼吸困難、チアノーゼ、苦悶等著しく窒息の危険ある時は氣管切開(Tracheotomy)を行ひ、稀には喉頭插管術(Intubation)も試みられる。

ヂフテリー後麻痺に對しては血清の大量を用ふべしと云ふも効果疑はしく、硝酸ストリヒニン注射が賞用され、又近來ホルモワクチン(アナトキシン)も試みられる。心臓障碍の微ある時は絶對安靜を守らせ、ストリヒニン、安那加其他強心劑の注射、或はビタミンCとアドレナリンとの併用等が行はれる。

永續排菌者又は保菌者に對しては硝酸銀水、沃度丁幾、プロタルゴール、過酸化水素水、ゲンチアナ紫液、トリパフラビン液等を塗布し、過酸化水素水で屢々含嗽させ、或はX線、人工太陽燈、日光

* 20,000-50,000-100,000-200,000單位、極端な例では500,000單位を用ひたと云ふ報告もあるが、實際はそうむやみに大量を用ひてもそれだけの効果はない。

光線等で咽頭部を照射する法等が行はれるが、効果確實のものは少ない。近來スピロチードの局所外用が效ありとも云はれる。扁桃腺肥大は之を切除する方がよい。

(附) シック氏反應 (Schick's Test)

ヂフテリー毒素の少量を皮内(intracutan)に注射して生ずる反應を検し、ヂフテリーに對する免疫性の有無を定める方法である。量は體重250瓦のモルモット最小致死量の $\frac{1}{50}$ を、0.1—0.2 ㄍの生理的食鹽水で薄めて、前膊屈側に行ふ。反應陽性の場合には24時間以内に、1.5—2.5 ㄍの直徑を有する發赤及び浸潤を生ずる。該反應陽性なのは抗毒素が全く缺如するか或は不充分で、ヂフテリーに對して防禦力のないこと即ち罹患の危険あることを示し、陰性の者は充分の免疫力あることを示す。*

(附) 血清病 Serumkrankheit.

動物血清注射によつて起る症狀の中最も主なるものは發疹(Serumexanthem)で、蕁麻疹様又は麻疹様、甚だしき痒感を伴ふことを特有とする。これは免疫血清でも正常血清でも同様で、異種蛋白に對する過敏現象である。血清病の發現及び經過は初回注射と反復注射とによつて異なるが、用量の多いほど、又血清の新らしいほど症狀が著しい。

1. 初回注射。注射後7—12日頃に突然發熱、發疹を生ずる。發疹は先づ注射部位に、次で全身に及び、同時に關節痛、浮腫、淋巴

* ヌフテリー毒素の毒力は保存により漸次低下する。殊に製造間もないものは動搖が多い。従つて Schick 氏反應検査に用ふるものは、動物試験により其毒力の検査を要する(2—3ヶ月毎に)。更に毒素は稀釋する時は間もなく(6—7時間か)效力を失ふ故に、使用時毎に稀釋しなければならぬ。又該毒素の毒力として、例へば DLM= $\frac{1}{300}$ としてあるものは、之れを 250 瓦のモルモット皮下に注射した場合 $\frac{1}{300}$ ㄍにてモルモットが4日で斃死するだけの毒力を示す。DLM=Dosis letalis minima.

腺腫大等を伴ふことあり、血液には白血球減少がある。之等の症狀は數日にして自然に消失する。

2. 再注射 (Reinjektion)。前回注射との間隔如何によつて發現の時間が異なる。

(1) 前回注射後1週以内では何等特別の症狀を示さぬ。

(2) 約10日乃至3—6ヶ月の間隔を以て再注射を行ふ時は、注射後間もなく(24時間以内)症狀現はれ(即時反應 sofortige Reaktion) 稀には呼吸困難、チアノーゼ、虚脱等を來すことがある。

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

豫防法。初回注射では通常豫防的處置の必要は少ないが、再注射に際しては過敏症ショックに對する注意を要する。即ち先づ0.5—1.0 ㄍを皮下に注射し、3—4時間待つて反應なければ殘餘を注射する(Besredka氏法)のであるが、若し0.5 ㄍを試みて注射部位に發赤明瞭に現はれたならば、更に0.5 ㄍを反復して反應なきに至つて殘餘を用ひる。此問題は最近殊に注意され、0.1 ㄍから先づ試みる方がよいとも云はれる。*

療法。過敏症ショック以外には危険なく、早きは1日、遅きも5—6日で自然に消失するが、痒感に對しては石炭酸亞鉛華糊膏、1%メンタ酒精の塗布、アドレナリン注射、エフェドリン内服、ヒボビジン又はピツイトリン等の注射、或はカルシウム靜脈内注射等が行はれる。關節痛に對しては温又は冷罨法を施す。

* 過敏症ショックを起すことは稀有とされたが、實はそれほど稀なものでもないらしく、時としては初回注射で起る(先天性)ことさへあるから、注意しなければならぬ。即ち假之初回注射であつても先づ0.1—0.5 ㄍ位から試み、反應なきことを確めた上に殘餘を注射するのである。

又血清注射の30分前に多量の膽汁酸劑並にビタミンBを投與した後マイクロショック法を行ふ時は、過敏症ショックを防ぎ得ると云はれる。

11. 百日咳 Keuchhusten (Pertussis)

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

原因。 Bordet-Gengou 氏百日咳菌により、侵入門は鼻、咽頭である。点滴感染(Tröpfcheninfektion)を普通とし、間接伝染は殆んどない。菌は発病初期の患児喀痰中に多数にあるが、末期に近づくにつれて減少する。従つて伝染力は病初に最も旺盛、5—6週以後には大いに減弱する。

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

(1) **カタル期** Katarrhalische Stadium。咳嗽だけが主徴で、殊に夜間に多い。熱は無い或は軽熱にすぎず、気管枝炎症状も極めて軽度か或は全くない。此時期は1—2週間である。

(2) **痙攣期** Krampf Stadium。咳嗽発作漸次激しくなり、遂に特有なる痙攣性咳嗽となる。発作に際しては、短かい咳嗽が多数引き續いて發するので吸氣を營む暇がなく、ために顔面潮紅、チアノーゼ、眼球突出等を示し、甚だしく苦悶をする。此の如き長い呼氣性咳嗽の後一度に深い吸氣を營み、其時にヒューと云ふ笛聲(pfeifender Ton)を發する。之は狭窄喉頭部を空氣が通るため、これを Reprise と云ふ。此やうなことを再三繰返した後、粘稠半透明の喀痰を喀出して發作が止む。發作時に嘔吐することが多いが、發作の止むと共に患児は安靜になり、平常の如くに遊戯する。發作の長さは2—3分、回数は一日數十回にも及び、殊

に夜間頻發する。従つて顔面浮腫様(gedunsen)となり、結膜充血し稀には出血を來すことがあり、又生齒後の小児は舌繫帶(Frenulum)に小潰瘍を生ずる。而して此時期は3—6週を普通とするが、時として數ヶ月にも及ぶ。合併症がなければ胸部所見を缺くか又は軽度の囉音を聽く位に過ぎず、熱も大抵はない。

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

合併症。 氣管枝炎乃至肺炎が主で、殊に百日咳肺炎は豫後重篤である。激しい咳嗽発作のため多少の肺擴張は常に伴ふのであるが、甚だしい時は氣管枝擴張症を起すこともある。結核との關係は麻疹の如く密接ではない。腦症状を來すことは比較的稀ではあるが、時として四肢の強直性麻痺、痙攣、昏睡等を來す。之等は腦出血によることが多い。

豫後。 年齢幼少の者ほど不良であるが、それは呼吸停止、痙攣肺炎等を起す危険が多いからである。経過が長いため衰弱、羸瘦を來すこと多く、屢々肺炎を併發する。

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

豫防法。 恢復期血清(5—6 瓩)又は大人正常血清(20—40 瓩)を注射する法も行はれるが、効果確實でない。最も一般に行はれるは百日咳ワクチン注射で、年齢に応じた量を1—2日の間隔を以て5—6回行ふことである。隔離は最も肝要*。

療法。 食餌は嘔吐を顧慮して、消化し易いものを少量宛度々與へるがよい。合併症なき時は、日光及び清浄なる空氣を充分にするだけで他に特別の療法を施さなくともよい。發作を幾分か軽くし、経過を短かくする目的に種々の治療法があるが、いづれも著效を期し難い。ワクチン注射は早期に施せば多少效があるが、盛期以後では大抵無効である。エーテル療法も屢々試みられ、殊に就寝前に用ひれば夜間の發作を軽減し得る。之には注射法もあるが、多くはオリーブ油等との合劑を注射する法が行はれる。人工太陽燈、X線照射等も試みられるが効果疑はしく、寧ろ外氣療法に及ばぬ。藥劑には神經の過敏性を減ずる意味で臭素劑、ルミナル又は磷酸コデイン、エフェドリン等が用ひられるが、之にも信賴は出來ぬ。寧ろ消化劑を與へて食慾を擁護し、自然治癒を待つ方がよい。

12. 赤痢 Dysenterie od. Ruhr (Dysenteria)

粘液膿様血便を出し強い裏急後重(Tenesmus)を伴ふことが特

* 百日咳ワクチン療法を眞に效果的ならしめるためにはワクチン製造に關して種々の注意が肝要であるが、就中略痰より分離後新しい菌を以て作り、然かも製造後時日を経ないもの(2—3週以内)を用ひることが肝要である。而して其用量は例之1瓩中の菌量2瓩なりとすれば(通常のワクチンは1瓩)乳児には0.3, 0.5, 0.7, 1.0。幼児には0.5, 1.0, 1.5, 2.0の4回注射を2—3日おきに行ふ程度がよいと(稻葉逸好氏)。

** 大谷敏夫氏によれば百日咳菌はビタミンCにより發育を抑制され、退行變性を現はし、其毒力著しく低下し且つ、百日咳菌毒素もCにより解毒されると云ふ。氏は之を治療に應用し、患兒にビタミンC劑の注射を行ひ著效を収めたと。注射回数 は5—6回乃至10回位。但し其確效に就ては未だ疑問が多い。

徴で、2—4年の小兒に多いが、症狀経過等の點は大人に於けると大差がない。唯小兒では治療中饑餓(Inanition)に陥り易く、且つ幼兒は豫後不良のことが多い點に注意を要する。夏期に多いが、其他何時でもある。免疫成生は疑はしく、數回罹患することが少なくない。永續排菌者、保菌者は少ないと思はれてゐたが、實は案外に多いことが近來明かになつた。病理解剖的には大腸下部、殊に直腸粘膜の濾胞性又は義膜性炎で、粘膜の充血、腫脹、潰瘍形成等を生ずる。

原因。 赤痢菌には志賀、Kruseの所謂本型菌の外に、異型菌と稱する駒込A, B菌其他、Flexner-Y菌、大原箕田菌(Kruse-Sonne菌)等がある*。飲食物と共に口から侵入する。

症候。 突然發熱、腹痛、下痢を以て始まり、口渴、食思不振を伴ふ。糞便は初め粘液便後には粘液膿様血便となり、一種精液様臭を帶び、頻回且つ裏急後重及び痙攣(Kolik)を伴ひ、左側下腹部に壓痛ある索狀物を觸れる。小兒は又屢々嘔氣、嘔吐(時として珈琲残渣様物)、不安、嗜眠或は昏睡に陥り、痙攣を來し、心臟衰弱等所謂中毒症狀を呈し易い。つまり小兒は重症に陥り易い。

合併症。 口内炎等の外に特殊のものはないが、治療中に羸瘦著しく、衰弱著明になることが甚だ多い。

豫後。 普通は數日乃至數週で治癒するが、劇症では24—48時

* 之等の分類は、毒性及び抗毒素産生の有無にもよるが、主として糖類分解作用、インドール反應の點で區別される。志賀潔氏は赤痢菌を分つて(1)赤痢菌、(2)メタ赤痢菌、(3)バラ赤痢菌の三種に分類することを提唱してゐる。(1)は志賀 Kruse菌(2)は Schmitz 菌並に Flexner-Y 屬(3)は大原箕田菌(Kruse-Sonne)菌である。而して(1)は毒素を有し抗毒素を作り、凝集反應上(2)(3)と明瞭に區別されるが、(2)及び(3)は毒素を有せず、其の免疫血清は抗菌性であり、且つ凝集反應も菌株によつて劃然とせず、類屬反應を示すこと大である。猶ほ(3)は乳糖を分解して酸を生ずる、此點は餘程大腸菌に近い。但し二木謙三氏は、此分類には絶對反對である。氏によれば我國の流行赤痢菌種は、志賀、駒込 A, B, 川瀬、中村、大原の六種であると。

間以内に死亡することも少なくない(疫痢参照)。一般に乳児は豫後不良になり易い。

診断。 症状殊に糞便の性質から容易であるが、菌検査は常に必要である。病初尚ほ定型的の便を見ない時期には他と誤ることがある。単純なる大腸炎では粘液血便になつても一般に膿様にはならぬが、然し鑑別には菌検査を要する。疫痢とは次章参照のこと。

豫防法。 乾燥赤痢菌より作つた所謂内服ワクチンにより経口的免疫を得しむる法が試みられるが、効果猶ほ明でない*。

療法。 安静と食餌療法とを第一とする。病初には先づ腸内容排除の目的にて下劑(殊にヒマシ油)の投與又は浣腸を行ふ。即ち先づ浣腸を試み、次にヒマシ油を與へ(通常1回、稀に2回)、必要あれば更に洗腸(1回位)を行ふこともあるが、之等は常に發病初期だけとする。腹痛乃至裏急後重に對しては温巻法又は灰爐を用ひ、渴に對しては嘔吐のなき限り充分なる水を與へる。劇症、重症には強心劑、葡萄糖液又はリンゲル氏液等の皮下注入を行ひ、不安、苦悶乃至興奮、痙攣等には抱水クロラール、ルミナル、バビナル其他の鎮靜劑を與へ、激しい腹痛には阿片丁幾、スパスマルギン等を投與することもある。收斂劑は急性期には一般に之を禁ずるも、下熱後又は食慾恢復後は用ひてもよい。

食餌は、初めは症状の輕重に應じ12—24時間位の饑餓療法(消化不良症参照)を行つた後、牛乳、重湯、スープ、果汁等を與へ、進んで

* 赤痢菌は毒力大で局所反應が強いために、注射による豫防接種には適さぬ。内服ワクチンの應用は、経口的に與へて腸管細胞を免疫して生菌の透過を防止せんとする、所謂局所免疫である。此ワクチンは、數種の赤痢菌の乾燥死滅せるものから作る。警視廳製のもの乾燥菌量10¹⁰ 3日間連用するものである。内服ワクチンは亦チフス、バラチフス等にも應用されるが、それには牛膽汁を共に用ひるもので所謂Bilivaccineである。

粥、食パン、卵等に及ぶのであるが、之等は食慾及び嗜好の如何、又は嘔氣、嘔吐の有無等に従つて量及び種類を定める。例之嘔吐ある時は稀釋牛乳又は脱脂乳の少量(30—30^g)から始めるが、嘔吐なき時は全乳で差支がなく、粥又は食パンの如きも、食慾佳良ならば便の性質尚ほ多少悪るく、又回数幾分多くとも與へ試みる方がよい。食餌療法中最も肝要なことは饑餓に陥らさぬ注意である。近來は林檎粥療法とて、急性期に數日間林檎の磨つたものだけを與へる法も行はれるが、特別の効果はない。

(附) 疫 痢

疫痢を獨立した疾患と見るべきか、又は赤痢の劇症型とすべきかに就ては尚ほ多少議論があり、例之大原菌に因るものだけを疫痢とする人もあるが、然し現今一般には劇症赤痢が特殊の症候群を示したものに過ぎぬと看做される。實際其多くは劇症赤痢と異なる處なく、又赤痢菌の檢出される者が多い。體質異常(例之胸腺淋巴體質)と關係するとも云はれるが未だ不明。3—6年の小兒に主として來ることが特色である。

症候。 劇症赤痢の如く、突然に高熱、嘔吐などを以て始まり、間もなく意識障碍、昏睡、痙攣、チアノーゼ、細小頻脈等の激しい中毒症状を示すもので、原因として食餌不攝生を見ることが多いが然らざることもある。糞便は普通の赤痢と違ひ、初めは不消化便、次で粘液便となるが、膿様血便となることは却て少なく、回数

疫痢乃至赤痢に於ける劇烈なる腦症状の成因に就て、從來多くは漠然と細菌毒素による中毒作用と見做されたが、箕田貢氏は腦血管攣縮によるものと説明し、其根據として疫痢等に於ける腦神經細胞の重篤なる變化が瀰蔓性でなく、却て散在性、選擇的である事實を擧げた。従つて其療法としてはアトロピン及び安那加の注射、抱水クロラールの注腸が合理的なりと云ふ。

も餘り多くなく、裏急後重も缺くことが多い。吐物は屢々珈琲残渣様である。即ち發病間もなく著明の心臟衰弱を來し、24—48時間以内に斃れることが甚だ多いが(死亡率 30—50%)此時期を過ぎれば恢復は割合に早い。但し時として發病當初は輕症らしく見えて、3—4日後に至つて俄然重篤となる者もあるから、發病後 4—5 日間は油斷してはならぬ。

療法。重症赤痢と同様。其他輸血或は葡萄糖インシュリン併用療法等も試みられ、又肘靜脈を露出してリンゲル氏液、葡萄糖液を少量(20—30cc)宛反復注射する法(石橋氏法)、又は靜脈内持續點滴注入法(Venoclysis)も行はれる。痙攣、不安、苦悶等に對してルミナル、パピナル其他の鎮靜劑は常に必要である。

13. 腸チフス Typhus abdominalis.

乳兒には稀、幼兒にも至つて少なく、5—6年以上から漸次多くなる。年長兒では大人に於けると同様であり、乳兒では症狀一般に軽く且つ不定であるが、別段小兒に特有と云ふ點はない。

症候。定型的のものは大人の如く著明の發熱を以て始まるが、多くは不定で、食思缺損、不機嫌、睡眠障碍等を訴へる。年長兒は頭痛を訴へることが多いが、譫語を發することは少ない。發熱は最も重要な症狀で、時としては熱以外に殆んど所見のないことも少なくない。熱型も幼兒では一定せず、弛張性のこともあり、又は輕熱のこともある。幼兒の脾臟は正常でも屢々觸知し得るので、脾腫の診斷的價値も疑はしく、又薔薇疹(Roseola)も發疹を生じ易き小兒にあつては目標となり難いので、診斷は容易でない。又幼兒では發病當初に下痢を伴ふことが少なくない。白血球減少、尿チアゾ反應等は大人と同様である。

パラチフスは、乳幼兒では下痢嘔吐等の胃腸症狀を示すことが多いと云はれる。

診斷。他に見るべき所見なくして高熱持續する時には、菌検査、Widal氏反應、チアゾ反應、白血球減少等を檢する必要がある。乳幼兒にあつては兎角看過され易く、往々にして肺門腺結核と誤ることが少なくない。* 其他クルップ性肺炎(殊に中心性肺炎)、粟粒結核、敗血症、盲腸炎等との鑑別に注意を要す。

豫後及び療法。大人に比し遙かに豫後佳良。療法には特殊のものなく、主として對症的である。

14. 流行性耳下腺炎 Parotitis epidemica (Mumps)

學童に多く、乳幼兒には稀、春秋に多い。病原は不明だが、一度の罹患で免疫性を得る。傳染力は發病 1—2 日前からあり、恢復期に入れば著減する。潜伏期は 2—3 週と云はれる。

症候。耳下腺部の腫脹を特有とし、一側に始まり、兩側に及ぶことも多い。腫脹は弾力性柔軟(teigig)で、境界不明、壓痛は少ない。時に高熱を伴ふこともあるも、一般に發熱輕度、一般症狀も輕い。経過は一側ならば 5—7 日、兩側の時は 10—12 日位。

豫後及び療法。豫後良、化膿すること殆んどなく、睾丸炎を併發し、延いては睾丸萎縮を來すことあり、或は卵巣又は乳腺の炎症を伴ふことありと云はれるが、多くは思春期以後に限られる。療法としては安靜を守らせ、局所に冷又は温濕布を施し、口内清

* チフス菌の檢出は、血液中よりは病初から可能であるが、尿からは 2 週、糞便では 3 週後と云はれる。Widal 氏反應はたとへ稀釋度が低くとも陽性ならば、小兒では大いに意義がある(乳兒では 50 倍稀釋でも既に決定してよい)。但し豫防注射をしてゐる場合には判定に注意を要す。尿チアゾ反應は第 2 週の初めから陽性となり得る。Leukopenie は 1 週の終り頃現はれ、同時にエオジン嗜好細胞の消失が起る。

潔に注意する位でよい。

15. 流行感冒 Grippe.

流行感冒とは傳染性の粘膜炎カタル、殊に呼吸器を好んで侵し、寒冷なる季節に頻發し、乳幼児では屢々更に一般的疾病を誘發する危険を多分に有する疾患である。往々にして地方的乃至世界的の大流行を起すことがあるが、そう云ふものは特にインフルエンザ (Influenza) と稱し、通常のものとは區別される。

原因。病原に就ては猶ほ不明の點多く、インフルエンザ桿菌、肺炎菌、連鎖状球菌、加答兒性球菌等が擧げられ、又最近には病毒説もあるが、大流行性のものを除いた普通の場合には、恐らく單一菌乃至は特殊の菌によるものではないらしい。

症候。1—3日の潜伏期を経て發熱、頭痛等を以て現はれる。最も普通の症型は鼻咽頭乃至上氣道の炎症であるが、乳幼児では屢々下痢嘔吐等の消化不良症候、或は大腸加答兒症候を伴ふ。上氣道炎より氣管枝炎乃至肺炎に至ることも乳幼児には甚だ多く、又中耳炎を併發することも多い。時として不安不眠痙攣等の腦症候を生じ、又關節痛、筋肉痛等を伴ふこともあり、其症候は多種多様であるが、一般に乳幼児に著明で、年長兒には軽い。又往々にして猩紅熱様或は麻疹類似の發疹を生ずることもある (Grippenexanthem)。血液像は白血球減少を示す。

診断及び豫後。流行時には容易。下痢、嘔吐等が本症の併發症候なるや否やを鑑別することは治療上肝要である。發疹の鑑別は容易でない。豫後は流行の性質乃至合併症によつて異なる。先年(大正8—9年)大流行を起したものは豫後甚だ不良であつた。

療法。安靜を第一とし、食餌に注意し、熱に對し氷枕を用ふる等、對症療法を主とする。藥劑としては主にキニーネ劑を用ひ或はアスピリンの類を與へる。

16. 急性關節ロイマチス Akuter Gelenkrheumatismus.

5年以下の幼兒には稀、5—10年にはやや多く、10年以上には一層多い。病原不明、免疫性を生ぜぬ。誘因、症候、合併症(小舞蹈病、心内膜炎、肋膜炎等)等は略々大人に於けると同じく、膝、足、肩關節等を主に侵すが、程度は一般に軽い。小兒では頸椎を侵すことあり、又關節性ロイマチス(Rheumatismus nodosus)を往々にして生ずる。即ち肘、手、膝關節等に帽針頭乃至胡桃實大の硬い、壓痛ある結節が、多くは左右對稱的に發生し、數個乃至數十個に及ぶことがある。

経過は通常2—3週以内。療法として絶對安靜、寒冷を避け、サリチル劑投與等も亦大人と同様である。

(附) 慢性ロイマチス Chronischer Rheumatismus.

急性ロイマチスが慢性に移行することは大人に較べては稀であるが、此場合漸次手、足、指等の小關節に及ぶを普通とする。初めから慢性の経過をとるものは更に稀とされるが(chron. Arthritis)、これでは指、趾乃至手、足等の小關節から始まり、漸次其他に及び、心臟障碍を伴ふことは少ないが、屢々脊柱強直或は關節強直を生ずることがあると。経過極めて緩慢で數年に及ぶと。

17. 鼠咬症 Rattenbisskrankheit.

鼠咬症スピロヘータ(Spirochaeta morsus muris)に因る(二木、高木、石原氏等)。潜伏期は10—15日位、従つて發病時には咬傷は大抵治癒してゐる。症候は發熱の外、咬傷局所の淋巴腺腫脹し、全身に蕁麻疹様又は斑紋様淡紅色の發疹を生ずる(但し數は少ない)。

診断を確定するにはスピロヘータを血液中に證明するか、或は患兒血液を二十日鼠腹腔内に注射し、1—2週後に鼠血中に之を證明する必要がある。治療にはサルヴェルサン注射が行はれる。

18. 丹毒 Erysipel od. Rotlauf.

新生児丹毒及び種痘に併發するものに就ては既に述べた。其他幼兒では濕疹乃至糜爛部(頭,口唇,耳,外陰部其他)から,年長兒では鼻から侵入することが多い。昔恐れられたやうに,丹毒患者から直接に傳染することは稀と看做される。

症候。 略々大人のそれに等しいが新生児,幼若乳兒を除いては,一般症候は大人よりも軽く,重症に陥るものも比較的少ない。貧血又は衰弱せる小兒は局所症候が餘り著明にならず,僅かに淡赤色腫脹を呈するに過ぎず,又有髪頭部に生じたものも色の淡いが多い。大水疱を生じ,又は皮下膿瘍を作ることが少なくない。年長兒では屢々再發する。血液像は白血球增多である。

診断は容易であるが,急性顔面濕疹,蜂窩織炎等と鑑別を要することもある。豫後は幼若乳兒,虛弱兒を除いては一般に大人よりも良い。**療法**としては局所に亞鉛華オリーブ油の塗布,醋酸礬土液,硼酸水,リゾノール液等の罨法,* 人工太陽燈照射(強度に)X線照射(1/3紅斑量位),ワクテン或は血清等も用ひられるが,近來最も賞用されるのはプロントジルである。

19. 敗血症 Sepsis.

新生児敗血症に就ては既に述べた(新生児疾患参照)が,乳幼兒にもやはり多い。皮膚,粘膜が侵入門となり易いが,腎盂膀胱炎其他の疾患から來ることも少なくない。連鎖状球菌を第一とし,大腸菌,肺炎菌,葡萄状球菌等之れに次ぐ。

症候。 熱は不規則,弛張性,一般状態は場合によつて異なるが,屢々無慾状,震顫,不安,苦悶等を示し,脈搏頻數,呼吸促迫,或は嘔吐下痢を見,肝脾腫大,黄疸,點状皮下出血,又は皮膚に發疹を生じ,或は多數の小膿瘍を作ることがある。

診断を確定するには血液中より菌を證明する必要があるが,これが仲々容易でない。嘔吐下痢等から消化不良症と誤り,皮下出血から紫斑病等と混同され,合併症として起れる心内膜炎又は心

* 罨法液は室温のものがよい。昔は此上に氷嚢を當てることが賞用されたが,之は絶対禁忌で却て有害である。濕布は硬く絞つたガーゼを,なるべく厚く重ねることが必要である。濕布交換は1—2時間毎とすると。

囊炎を原病と誤ることもある。豫後一般に不良。療法は主に對症的であるが,トリパフラビン,ヤトレン等の注射,輸血等が試みられ,最近には最も効果あるものとしてプロントジルが一般に賞用される。*

20. 其他の急性傳染病

(1) アメーバ赤痢 Amöben-Dysenterie.

赤痢アメーバ(Entamoeba histolytica)によつて起り,慢性となる傾向が多い。熱帯地方に多く,我國にも少なくないが,小兒には稀有。

粘液血便,裏急後重等を主徴とし,左下腹部に壓痛ある索状物を觸れる。急性,慢性及び潜伏型に區別され,急性型は發熱を伴ひ,症状一般に顯著である。糞便よりアメーバ又は嚢子(Zyste)を證明することは診断上肝要である。豫後一般に佳良。療法としては對症的の他に,特殊療法としてエメチン(Emetin)の注射,又はヤトレン,リバノール等が用ひられる。

(2) 黄疸出血性スピロヘータ病(ワイル氏病) Spirochaetosis icterohaemorrhagica (Weilsche Krankheit)

高熱,筋痛,黄疸及び出血傾向を主徴とし,本邦各地に存在し,野鼠多き濕地方に多く,水を介して皮膚又は口から傳染する。スピロヘータは患者の尿又は血液中に證明される。小兒には稀有。

約1週の潜伏期を経て突然發熱し,頭痛,筋痛(殊に腓腸筋)胃腸障碍,眼球結膜の充血等を生じ,尿量減少し,蛋白を證明する。黄疸は發病6—7日頃に始まり,頗る高度に達し,皮下又は粘膜下に出血斑を生じ,肝脾腫脹,不眠,譫語等を生ずるも,幼小兒は一般に症状輕度

* プロントジル療法は Domagk 氏 (1935) により創始され,初めは連鎖状球菌性疾患に對する偉功が報告されたが,後には葡萄状球菌,大腸菌,腦脊髄膜炎球菌,淋菌等に因る疾患にも亦效あることが認められた。此ものは黒赤色の色素で經口的にも注射としても用ひられ,病原菌に對して特殊選擇性に働らくが,然し試験管内に於ては病原菌に作用しない。従つて其効果は體內吸收後分解産物の特殊作用によるものと見做され,それに相當する新化合物は白色プロントジルとして發賣されてゐる(之は試験管内に於ても殺菌作用あり,且つ尿を著色しない)。

プロントジルは尿を黄赤色に著色させるが其他に障碍を及ぼすことなしとされたが時として著しき副作用を生ずることがある。即ち著明なるチアノーゼ,頭痛,心窩部壓迫感,嘔氣,食思不振等である。而して此チアノーゼは Sulphaemoglobinaemie に因り,酸素吸入は無効であり,輸血が最も有効であると云ふ。

である。診断上血液又は尿よりスピロヘータを証明(暗視野検査)すれば最も確實であるが、必ずしも容易でない故に、血液又は尿沈澱を海狸に接種して病原體の檢出を行ふもよい。豫後疑はしとされるが、幼小兒に於ては概して佳良である。特殊療法として免疫血清を用ひる。

(3) マラリア Malaria.

人體に寄生するマラリア原蟲には三日熱原蟲(*Plasmodium vivax*) 四日熱原蟲(*Plasmodium malariae*)熱帶熱原蟲(*Plasmodium immaculatum*)の三種あり、いづれもアノフェレス蚊を介して感染し、原蟲は赤血球中に於て發育増殖し、週期的に熱發作を起す。潜伏期は6—12日。

熱發作は突然に悪寒戰慄を以て高熱を發し、數時間(6—16時間)繼續した後多量の發汗と共に下熱する。次で一定時日後更に同様の發作を反復す。其間隔は三日熱(*Tertiana*)にては48時間、四日熱(*Quartana*)では72時間である。従つて前者は隔日に、後者は二日おきに發熱することになる。又同一原蟲の重複感染を起すこともある。隨伴症狀として脾腫、貧血を生ずる。血液標本よりマラリア原蟲を證明すれば最も確實に診断し得る。豫後は三日熱、四日熱は佳良、熱帶熱は不良。療法としてはキニーネを特效薬とし、通常鹽酸キニーネを4—5回、毎2—3時に服用させる。

(4) 破傷風 Tetanus.

テタヌス菌は泥土乃至塵埃と共に皮膚又は粘膜の傷面から侵入する。潜伏期は不定で僅々數時間のこともあり、又3—4週後に發することもある。筋肉の痙攣性强直を主徴とし、牙關緊急(*Trismus*)を以て始まり漸次他部に及ぶ(新生兒破傷風參照)。豫後は潜伏期の長短と關係し、短かい程不良、又發病後症狀進行速やかなるものも不良である。特殊療法としては免疫血清、對症的には硫酸マグネシヤ液の注射、モルヒネ劑、ウレタン等が用ひられる。

(5) 狂犬病 Lyssa (Menschliche Wutkrankheit)

病原體は不明であるが、腦脊髄と大なる親和力がある。罹患動物(犬)の唾液中に病原體が存する。潜伏期は平均30—60日を普通とするも、時に10—15日位のこともあり、又稀には1年に及ぶこともある。経過を分つて憂鬱期(*Stadium melancholicum*)發揚期又は恐

水期(*Excitationsstadium*)及び麻痺期の三とする。特有なる症狀は咽頭及呼吸筋の痙攣による液體の嚥下困難、不安苦悶躁狂、唾液分泌激増等である。豫後極めて不良。本症の發病を防ぐためには、咬傷を受けた時は直ちに狂犬病豫防接種を行はねばならぬ。其効果は殆んど確實である。

(6) デング熱 Dengue.

熱帶地方に起り、一種の昆蟲の咬刺により感染する。本邦では沖繩、臺灣等に流行する。潜伏期約3日。突發發熱と共に關節痛、腰痛、頭痛等を訴へる。熱は3—4日で一旦下熱し、其後1—2日で再び發熱し、同時に手掌、足趾又は四肢に淡紅色斑點様の發疹が生じ、著しき搔痒を伴ふ。全経過は7—8日を普通とす。血液像は淋巴球比較的増多を伴ふ白血球減少を示す。豫後佳良。療法對症的。

(7) バイフェル氏腺熱 Pfeiffersches Drüsenfieber (Infektiöse Mononucleose)

發熱、淋巴腺腫大、著しき淋巴球増多及び肝脾腫大並に鼻咽頭炎等を主徴とするもので、3—5日の潜伏期を以て突然高熱を發し、頸腺腫脹し、アンギナを伴ふ。白血球増多し20,000位に及び、淋巴球多く殊に大小單核細胞の著明なる増多を見、熱は6—8日で下降すると云ふ。本症は一時顧みられなかつたが、近時又小兒科方面から獨立疾患として議論され始めた。

(8) スチル氏病 Stillsche Krankheit.

從來一種の症候群と考へられたが、現今では連鎖狀球菌による獨立せる疾患と見做されるらしい。不規則なる發熱、淋巴腺腫脹、脾腫、白血球減少、貧血等の慢性敗血症様症狀の下に多數の關節を侵し、化膿の傾向はないが、然し關節の強直を來すもので、該關節並に筋肉の萎縮を來す。経過より見て遷延性心内膜炎(*Endocarditis lenta*)に類似し、又急性關節ロイマチスとも關係ありと云はれる。療法として綠色連鎖狀球菌ワクチン、輸血、トリパフラビン、アトフェニール、メチレンブラウ劑等が用ひられるが効果疑はしいと。

(9) 回歸熱 Febris recurrens (Rückfallfieber)

病原は一種のスピロヘータである。2—10日の潜伏期後突然悪寒、戰慄、痙攣等を以て發熱し、軽度の黃疸、脾腫等を伴ふ。熱は3—7

日で分利性に下降し、著しき發汗を生ず。次で約1週後に又同様な熱發作を反復する。血液又は尿中からスピロヘータを證明すれば確診される。療法としてはネオサルヴァルサン注射等が試みられる。

(10) カラ、アザール Kala-Azar (Tropische Splenomegalie)

原蟲 *Leishmania Donovanii* により起り、一種の蚊により傳播される。主として印度、支那等に流行し、巨大なる脾腫、肝腫大、下痢、皮膚及粘膜の出血、悪液質等を主徴とし、急性又は慢性に経過し、多くは死の轉歸をとる。小兒にも多いと云ふことである。

(11) 發疹チフス Typhus exanthematicus (Flecktyphus)

病原體不明、虱により傳播されると。本邦には稀有、殊に小兒には少ない。4—14日の潜伏期を経て發熱、悪心、嘔吐、頭痛、腰痛及び其他の筋痛等を以て始まる。發疹は4—6日に生じ、初め帽針頭或はやや大なる淡紅色斑として全身、就中手掌足蹠に生ずるも、顔面には屢々缺如する。此發疹は2—3日で皮下出血斑に變ずる。一般症狀著明で重篤になるが、約2週後には漸次下熱する。小兒では症狀一般に軽く、豫後も良いと。療法に特別のことはない。

(12) コレラ Cholera asiatica.

コレラ菌 (*Cholera vibrio*) により經口的に感染する。潜伏期2—3日。劇しき下痢及び嘔吐を以て始まり、其結果として甚だしき水分缺乏を來し、次で血壓下降、脈搏細小、チアノーゼを呈し、虚脱等に陥り、聲音嘎れ或は無聲となり、尿量減少乃至無尿、筋肉痙攣に苦しみ、體温異常降下を示す。糞便は全く水様にして所謂米汁様 (Reiswasserkot) となり、糞臭を失ふ。豫後不良、小兒にては幼若なる者ほど死亡率が多い。療法としては水分供給を第一とし、興奮劑、強心劑等之に次ぐ。疑はしき場合にも直ちに隔離しなければならぬ。

(13) ベスト Pest.

ベスト菌による。本邦には稀有。潜伏期2—3日位。高熱、頭痛、嘔吐、衄血及び下痢等を以て突然始まり、中毒症狀が強い。次で脾腫大、鼠蹠部、腋窩部乃至頸部淋巴腺の疼痛性腫脹甚だ著しく、次で之等の淋巴腺炎は間もなく軟化し破開する。又皮膚には屢々發

疹乃至皮下出血を生ずる。豫後甚だ不良、多くは數日で死亡する。療法は對症的のみ。

傳染病の届出に就て。

届出を要する傳染病はコレラ、赤痢(疫痢を含む)、腸チフス、バラチフス、痘瘡、發疹チフス、猩紅熱、ヂフテリア、流行性腦脊髓膜炎及びベストの十種である。診斷後12時間以内に届出ざるを要す。猶ほ東京府では此他赤痢、發疹チフス及痘瘡等の疑似症も届出なければならぬ。

病原體消失を結定するには、コレラ、ヂフテリア及び流行性腦脊髓膜炎では24時間以上、赤痢、腸チフス及びバラチフスでは48時間以上の間隔を置き採取した検査材料に就て細菌検査を行ひ、引續き2回以上病原體陰性なる場合には菌消失せるものと看做す。而して其検査材料はコレラ及び赤痢にては糞便、腸チフス及びバラチフスでは尿尿、ヂフテリア及流行性腦脊髓膜炎では鼻咽喉部粘液とす。

保菌者に就て。主要症狀消退後赤痢にては14日、腸チフス及びバラチフスにては21日、ヂフテリア及び流行性腦脊髓膜炎にては7日以上を経過せる者は、保菌者として隔離より解除することが出来る。然し保菌者はそれぞれ規則に定められた事項を遵守しなければならぬ。

X. 神経系疾患

Krankheiten des Nervensystems.

A. 器質的疾患 Organische Erkrankungen.

1. 乳児鉛中毒症及び鉛毒性脳膜炎

Bleivergiftung und Bleimeningitis des Säuglings.

明治三十三年弘田長氏により生齒期に於ける人乳栄養児に見る一種の脳膜炎(sogenannte Meningitis)として初めて記載され、大正十二年平井毓太郎氏により鉛中毒に基因するものなることが證明されたものである。原因は含鉛白粉、含鉛撒布薬、含鉛色素或は鉛製の玩具等による。夏季に多い。

生齒期乳児に主として見られる理由は鉛中毒症状を發する迄に相當長い時日を要するため、夏に多いのは消化不良症により誘發されるためである。但し本症が鉛中毒に因ることが明かになつて以來、單に脳膜炎症状を呈するもののみならず、未だ脳膜炎症状を示すに至らざる早期に於けるものをも容易に診斷される様になつたので、寧ろ之等を慢性鉛中毒症と總稱する方が適切であるが、症状進行せるものは鉛毒性脳膜炎と稱する。

症候。 早期症状は嘔吐、消化不良様便(綠便乃至粘液便)、不機嫌、過敏(reizbar)、蒼白となり、次で臍反射亢進、大腸門の膨隆緊張及び搏動を示す。嘔吐は一日數回以内を普通とするも、極めて頑固で、之を主訴として醫師を訪ふ者が多い。症状進行すれば不安嗜眠状又は昏睡に陥り、項部強直、Kernig氏症状、痙攣等の脳膜炎

症状を呈する。發熱を缺き或は輕熱に過ぎぬを普通とするも、時として高熱を伴ふこともある。

其他本症に特有なる症状は齒根部の黒變(Bleisaum)、爪甲の淡黒色、赤血球内に鹽基性顆粒の出現及び網織狀物質(Substantia reticulofilamentosa)の増加等であるが、尙ほ血清が黄色調を呈し、尿にウロビリノゲン増加し、稀にヘマトポルヒリンを排泄することもある。腦脊髄液は高壓を示し多くは透明であるが、グロブリン及びアルブミンの増加、淋巴球增多等を示し、往々にして黄色調を帯びる。

経過及び豫後。 早期に治療を施せば治癒し得るが、経過長く、豫後不良なる者も少なくない。脳膜炎症状著明となつても全く治癒することもあるが、精神發育障碍、視力或は聽力障碍を残すことも少なくない。四肢の麻痺を残すことは稀である。

病理解剖。 腦及び腦膜の變化は僅微であつて、僅かに充血或は浮腫を認める位に過ぎぬが、腦及び肝、腎、腸等には明かに鉛を證明し得る。*

診断。 早期のもの又は不全型には困難が多いが、白粉撒布薬、玩具等の鉛の有無を確めること、齒根の黒變、爪甲の黒染等を檢することが必要である。皮膚又は爪甲の簡單な鉛證明法としては、硫化水素水又は硫化ナトリウム濃厚溶液を塗布して黒變するや否やを檢することである。疑はしい場合には腦脊髄液、血液像等を檢する。又X線像上本患児の長骨々端に特異の帶狀陰影を見ることがあり、此陰影は鉛中毒により増殖せる骨梁

* 臓器の鉛含有量を百萬分の數で示せば、腦 0.7—11.7。肝 12—18。腎 5.3。腸 2.2。骨 89—108。齒牙 20—297。爪甲 47—505 等と云ふ報告がある。

(Trabekel) 並に鉛沈着によるものならんと*。

療法。 含鉛化粧品又は玩具を禁ずることが第一。母体内に吸収された鉛は乳汁中にも排泄されるから、母乳を廢して牛乳に代へる。牛乳には石灰分が多く治療上有效であるが、消化不良症を起さぬやう注意しなければならぬ。カルシウムは遊離状態にある鉛をして骨質内に沈着させる作用があると云はれ、其意味で牛乳の外、カルシウム劑を投與する。痙攣に對しては腰椎穿刺を反復し、硫酸マグネシウム、次亜硫酸曹達(ヂスメタリンの如き)或はカルシウムの靜脈内注射又は葡萄糖カルシウム劑(カルチコール、サンカール等の)筋肉内注射、或はウレタン注射等を行ひ、或は抱水クロラール、ルミナル等を與へる。

2. 結核性腦膜炎 Meningitis tuberculosa.

肺門腺結核から血行傳播によつて發するを常とするも、肺結核、骨、關節其他の結核等も勿論土臺になり得る。然し從來全く健康と思はれる者に突然起ることも多く、粟粒結核の一症狀として來ることもあり、又麻疹、百日咳は誘因となると云はれる。2—5年の幼兒に最も多い。

病理解剖的變化は腦底部に著明で、血管に沿ふて多數の小結節を形成する。

症候。 不機嫌、過敏、頭痛、輕熱、食思不振等の不定症狀で始まり、次で痙攣、昏睡等に陥り遂に死亡するもので、其經過を次の三期に區別する。

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

(1) **初期** Beginnendes Stadium。不機嫌、食思不振、頭痛、過敏等を以て徐々に始まり、輕熱を伴ひ、やや進むと嘔吐を發する。多くは便秘に傾くも、時に下痢を伴ふこともある(殊に乳兒)。期間は1—2週である。

(2) **刺戟期** Reizstadium。頭痛、嘔吐等一層激しく、不眠、切齒或は叫喚を伴ひ、知覺過敏著しく、身體に觸れらるるを嫌ひ、光線、音響等に對して甚だ過敏となる。運動性刺戟症狀としては四肢の強直、項部強直、腱反射亢進、Kernig氏症狀、Brudzinsky氏症狀等が現はれ、意識は漸次濁濁し、精神朦朧、嗜眠乃至昏睡に陥り、遂に痙攣を生じ、角弓反張(Opisthotonus)を示す。更に斜視、瞳孔不同、對光反射減弱、眼瞼下垂等も現はれ、腹部は陥没し、乳兒では大顎門の膨隆、緊張、搏動等が著明になる。熱はやや高く、時に高熱を示し、腦壓亢進により遲脈の現はれることもある。

(3) **麻痺期** Lähmungsstadium。かくして遂に麻痺に陥り、全く昏睡となり、牙關緊急(Trismus)及び嚥下障碍等と相俟つて食餌をとらず、漸次衰弱して斃れる。

腦脊髄液は壓亢進し、幾分微濁となり、放置すれば蜘蛛網様凝塊を生じ、アルブミン及グロブリン量増加、糖量減少し、淋巴球増加を示し、精細に検索すれば結核菌を證明し得ることが多い。

經過及び豫後。 經過は一定せぬが、大抵3—4週。豫後は絶対に不良である。

診斷。 初期には困難であるが、頭痛、嘔吐、知覺過敏、反射亢進、項部強直、輕熱、瞳孔の對光反射遲鈍等に注意し、腦脊髄液検査は診斷上缺くべからざるものである。乳幼兒では初期には消化不良症と、年長兒では腸チフス等と鑑別を要する。

療法。 全く無力であるが、苦痛を除くためにはなるべく刺戟

を避け(光,音其他の),腦壓の高い時には腰椎穿刺を反復する。鎮静剤も常に必要である。

3. 流行性腦脊髄膜炎 Meningitis cerebrospinalis epidemica (Meningokokkenmeningitis)

化膿性腦膜炎の一種で,Weichselbaum氏腦脊髄膜炎球菌(Meningococcus intracellularis)を病原とする。主に散在性(sporadisch)に來るが,稀に流行を見ることもある。侵入門は鼻咽頭とされ,保菌者が少なくない。小兒殊に幼兒を侵すことが多い。

病理解剖上,腦脊髄の表面に膿様又は膿様漿液性滲出物が附着し,部位は腦底,腦穹隆部の兩者を侵し,腦室擴大し,腦膜は潤濁し充血,浮腫様になる。

症候。潜伏期は大抵2—3日である。多くは突然高熱,激しき頭痛,嘔吐,項部強直等を以て始まるが,時として亞急性,稀れには慢性に發病することもある。項部強直は殊に著しく,屢々角弓反張(Opisthotonus)を示す。其他知覺過敏,腱反射亢進, Kernig氏症狀,痙攣,乳兒では大顛門の膨隆緊張搏動を呈すること等他の腦膜炎と同様であるが,意識障害,昏睡等に陥ることは比較的少なく,瞳孔の對光反射も多くは正常である。

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

診斷。高熱,激しき項部強直などが突然に起ることが結核性腦膜炎との鑑別點になり,意識障害少なき點は他の急性腦膜炎との區別になるが,確診には腦脊髄液の検査を要す。

腦脊髄液は壓高く,常に潤濁し,鏡檢すれば多數の多核白血球あり,白血球内にグラム陰性の双球菌を證明する。該菌は往々白血球外にも存することあり,稀には潤濁軽度の事もある。

療法。安靜を旨とし,刺戟を避け,食餌に注意し,頭痛,痙攣等に對して氷嚢,鎮静剤又は腰椎穿刺を反復すること等,他の腦膜炎と同様である。藥劑にはウロトロピンの内服,激痛に對してアミノピリン,フェナセチン等が有効と云はれる。

特殊療法として,腰椎穿刺により液を採つた後へ腦脊髄膜炎球菌血清を注射するか,或は筋肉内に注射する。用量は5—20cc宛とし,毎日又は隔日に連用する。

4. 其他の腦膜炎 Andere Meningitiden.

(1) 化膿性腦膜炎 Eitrige Meningitis.

流行性腦脊髄膜炎以外には肺炎双球菌に因るもの最も多く,其他インフルエンザ菌,連鎖狀球菌,葡萄狀球菌,チフス菌等に因るものもある。孰れも原病竈より二次的に發する。

症候。原病の如何によつて發病の工合は幾らか異なるも,高熱,頭痛,嘔吐,痙攣,項部強直,瞳孔反射減弱,昏睡其他急性腦膜炎としての症狀を示す。腦脊髄液は勿論潤濁し,壓高く,多核白血球多數に存し,多くは病原菌が證明される。経過概して急速,數日で斃れることが多く,豫後極めて不良である。幸にして治癒しても後に種々の障害を殘すを普通とする。

療法。腦膜炎に對する一般療法以外に特殊のことはないが,腰椎穿刺の反復施行,肺炎菌血清,連鎖狀球菌血清等それぞれ病原に應ずる血清も用ひられる。

(2) 漿液性腦膜炎 Seröse Meningitis.

肺炎,百日咳,インフルエンザ,麻疹其他の急性傳染病,又は急性消化不良症等に基因して二次的に發するを普通とする。同一病原菌で或る時は化膿性となり,ある時は漿液性となるのは,該菌の毒力 (Virulenz) 如何に關係し,毒力强き時は化膿性腦膜炎を發し,毒力弱き時或は腦膜に侵入する菌が少ない時又は毒素に因つて發する時は漿液性腦膜炎となるものと看做される。結核性腦膜炎は其一例である。又毒素は必ずしも細菌毒素とは限らず,化學的毒物のこともあり,鉛毒性腦膜炎は其代表者であらう。乳兒に見ることが多い。

症候。 發熱,嘔吐,痙攣其他の症狀突然に發し,速かに斃れることもあり,又徐々と來り慢性に經過するものもありで,發病經過とも色々であるが,項部強直,四肢強直,腱反射亢進,瞳孔反應減弱,痙攣等は殆んど毎常現はれ,殊に乳兒では大顛門の膨隆緊張等が見られる。腦脊髄液は壓高く,水様透明ではあるが蛋白量増加し,少數の淋巴球乃至多核白血球を認め,且つ少數の菌を認め得ること多く,靜置すれば屢々蜘蛛網様凝固物を生ずる。

豫後。 化膿性腦膜に比すれば幾分佳良である。治癒後に障礙を残すこともあり,又全く残さずに癒ることもある。

療法。 原病を治療することは常に必要である。其他は一般腦膜炎の療法に従ふ。

5. 硬腦膜疾患 Erkrankungen der harten Hirnhäute. *

(1) 出血性内硬腦膜炎 Pachymeningitis haemorrhagica interna.

* 前掲(1—4 迄)の腦膜炎は軟腦膜炎 (Leptomeningitis) である。

成因よりして外傷性及び特發性の二型に區別される。外傷性のものは新生兒に見られ,多くは分娩外傷による出血に因し,部位は主に後頭蓋腔である。症狀不定であり,剖檢によつて發見されることが多い。所謂特發型 (idiopathische Form) は主として乳兒に來るが,稀なものである。原因として出血性素質,微毒,細菌傳染等が擧げられるが明らかでない。

症狀。 急性型と慢性型とがある。急性型は發熱,痙攣,項部強直等の腦膜炎症狀を以て,多くは數日にして死亡する。慢性型は大顛門の膨隆緊張,頭蓋擴大乃至痙攣等の如き腦水腫症狀を呈し,四肢強直,鬱血乳頭等を伴ふ。豫後多くは不良。

診斷。 大顛門の緊張膨隆並に腰椎穿刺による。腦脊髄液壓は高いが,液の流出は通常少なく,又之によつて大顛門膨隆にもあまり影響がない。腦脊髄液には赤血球を混ずることもあり,又は全く正常なることもある(病竈包裹の程度により)。反之大顛門穿刺液は常に赤血球を混ずる。

療法。 顛門穿刺乃至腰椎穿刺を反復し,出血を防ぐ意味でゲラチン液筋肉内注射其他の止血劑注射等が行はれる。

(2) 外硬腦膜炎 Pachymeningitis externa.

硬腦膜外膿瘍 (Extraduraler Abscess) を生ずるものであるが小兒には稀有である。限局性頭痛を主徴とし,中耳炎乃至乳嚙突起炎より繼發するを常とすと。

(3) 腦靜脈竇血栓症 Sinusthrombose.

乳兒では肺炎等の末期には稀でないが,症狀不定で多くは死後剖檢によつて發見される。

反之幼小兒には比較的多く,中耳炎に繼發し,高熱,眼窩乃至耳部の腫脹を來し,眼を開くことが出來ず,極めて重篤の状態を示す。手術により治ることもあるが,豫後極めて不良。

6. 慢性腦水腫 Hydrocephalus chronicus.

頭の非常に大きくなる病氣であつて,普通には擴張した腦室 (Hirnventrikel) 内に多量の非炎症性液の蓄溜による (Hydrocephalus

internus)ものを意味する。而して此液溜溜は、脳脊髄液の分泌作用と吸収作用との不平衡に因るものである。*

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

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

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

診斷。一般に容易。但し早期乃至輕症に對しては多少難かしい。早産兒、羸瘦乳兒又は佝僂病兒は一般に頭が身體に比較

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

して大なるため、本症と誤られることがあるから、頭圍と年齢との關係を比較考慮しなければならぬ。

療法。驅微療法は先天微毒性のものには勿論、ワ氏反應陰性の場合にも試みる方がよい。腰椎穿刺を反復することは腦膜炎に基因するものには屢々效がある。症狀進行し、大顛門開大せる者では腦室穿刺も屢々行はれる。

7. 先天性發育障碍 Angeborene Entwicklungshemmung.

(1) 小頭症 Microcephalie.

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

(2) 尖塔頭 Turmschädel.

顛頂部並に後頭部が急傾斜 (steil) で、前額部が突出した一種特有の頭蓋を云ひ、縫合部凸起することがあり、大顛門部が特に凸出する。所謂尖頭 (Spitzschädel) の一種で、頭圍は必ずしも小でない。佝僂病に伴ふことがある。視力障碍、眼球突出、アデノイド等を屢々併發するを特有とする。智力は勿論害される。

(3) 脊椎破裂 Spina bifida.

先天性の脊椎間隙から脊髄膜乃至脊髄がヘルニア様に脱出したもので、大抵正中線に沿つて廣い基底を有する軟かい腫瘍として現はれる。部位は腰椎、薦椎部に多く、頸椎之に次ぐ。脊髄膜だけの脱出を Meningocele、脊髄を伴ふものを Meningocystocele 又は Meningomyelocele と云ふ。同様の機轉で頭蓋間隙から腦膜の脱出したものを Cephalocele、腦實質をも伴ふものを Encephalocystocele と云ふ。之は項部又は鼻根部に生ずるが前者よりは稀有である。症狀は部位及び程度によつて異なるも、屢々直腸膀胱障碍、下肢の麻痺、知覺障碍等が見られる。豫後は甚だ不良である。

潜在性脊椎破裂 Spina bifida occulta. 脊椎破裂はあるが腫瘍を現はさぬものを云ひ、常に腰部に限られ、其處が多少隆起し、殊に異常

の毛髪發生を示し、時としては癩痕形成を示すことがある。確診にはX線検査を要するのが普通である。症状として兩側下肢殊に足に軽度の疼痛、知覺異常乃至麻痺を見ることがあり、又内臓足(Klumpfuss)を來すことがあると云ふ。又直腸膀胱障害を伴ひ夜尿症、尿失禁(Harnträufeln, Inkontinenz)の因となることもあると。

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

(1) 腦腫瘍 Hirntumor.

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

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

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

(2) 腦膿瘍 Hirnabszess.

化膿菌(連鎖状球菌、葡萄状球菌、肺炎菌、腦膜炎菌、緑膿菌等)によつて起り、敗血症、氣管枝擴張症等により多發性に生ずることもあるが小兒に最も重要なものは中耳炎に續發するもの並に外傷性のものと云はれる。症状は大體腦腫瘍に類するも、病竈症状は割合に少ない。發熱を伴ふことが多いが全く無熱のこともある。診断は甚だ困難。腦膜炎とは腦脊髄液により區別する。

9. 流行性腦炎 Encephalitis epidemica.

原發性に、然かもある季節に於て流行的乃至散在性に發生する急性腦炎である。初めはEconomo氏(1917)の記述せる嗜眠性腦炎(Encephalitis lethargica)が代表的のものであつたが、其後漸次嗜眠型以外のものが多くなつた。我國では所謂夏季腦炎と稱せらるるものが最も多い。*

原因。病原は未だ不明。他の急性傳染病に繼發する所謂傳染後腦炎と稱するものは本症とは別種のものである。

症候。潛伏期不明。前驅症状も不定で全く突如として發病することもあり、又軽度の嗜眠、頭痛、腹痛等の前驅症状を示す場合もある。臨牀的症候によつて之れを嗜眠型、興奮痙攣型、不定型の三つに區別する。

(1) 嗜眠型(lethargische Form)。嗜眠性腦炎に相當し、嗜眠、眼瞼下垂及び複視を三主徴とする。嗜眠は殊に著明で、呼び覺ませば正確に應答し又は動作するが、間もなく再び深い眠に陥る。瞳孔左右不同、顔面神經麻痺、アタキシー、震顫、項部強直、Kernig氏症状等を伴ふこともあるが比較的稀有、發熱を以て來ることもあり、又全く無熱のこともある。頭痛、倦怠、嘔吐等の一般症状を示すが、痙攣、昏睡等に陥ることは殆んどない。

(2) 興奮痙攣型(irritativ hyperkinetische Form)。嗜眠型以外の大多數を含み、本邦の所謂夏季腦炎の多くは之れに屬す。高熱、意識濁濁、痙攣等を以て始まり、殊に意識障碍は初めより著しく、直ちに昏睡に陥り、1-2日乃至數日、時として死に至る迄繼續する。又小舞蹈病乃至アテトーゼ様搖搦を伴ひ、謔語を發し、往々にして不安狂躁となり、眼球上竄或は偏倚し、脈搏頻數、呼吸促迫不整となる。項部強直、Kernig氏症状、腱反射亢進等は不定であり、全

* 腦炎の分類は區々であつて、以前流行性腦炎と云つたのは主として嗜眠性腦炎を意味したらしいが、現在では寧ろ嗜眠型以外のものを指すやうである。例へば本邦では二木氏の所謂夏季腦炎を一般には流行性腦炎と見做してゐる。従つて流行性腦炎とは何か、と云ふ點が判然しない憾がある。本書では之等のものを一括するEckstein氏の分類に従つた。

夏季腦炎は老人及び10年以下の小兒に多く、嚴冬早春には絶無、死亡率20-50%病原、潛伏期不明、熱下降と共に急速に輕快し、後胎症を通常殘さぬ。之に反し嗜眠性腦炎は若年又は壯年に多く、秋春に頻發し、死亡率15%位であると(二木謙三氏)。

く缺如することもある。

(3) 不定型(atypische Form)。項部強直, Kernig 氏症狀等の所謂腦膜刺戟症狀の著明なるもの(腦炎腦膜炎 Encephalo-meningitis od. Meningo-encephalitis) 或は不全型(abortive Form) 等が之に屬する。

診断。 腦膜炎との鑑別が最も困難であるが、意識障碍殊に昏睡が發病當初から著明な事、殊に突如として昏睡に陥ることは腦膜炎では少ない。又項部強直、腱反射亢進、Kernig 氏症狀等が意識障碍に較べて軽度であり、或は缺如すること大いに参考になる。嗜眠型では其三主徴に注意すれば區別し得る。腦脊髄液は透明なるを普通とするも、蛋白質増加、淋巴球増多を伴ひ、稀には多核白血球増多して輕濁を生ずることもあるから、之れだけでは鑑別し得ない。夏季に來る時は腸性の發熱痙攣、殊に疫痢と混同されることが往々あるが、糞便、嘔吐其他の中毒症狀に注意すれば區別は困難でない。

病理解剖。 肉眼的には腦の著しき水腫及び充血を見、鏡檢上腦實質の血管周圍浸潤(perivascular Infiltration) を特有とす。此變化は腦皮質のみならず其他各處に見られ、嗜眠性腦膜炎に於ては視神經床(Thalamus) 及び其附近が侵されると云ふ。

経過及び豫後。 急激なる症狀の下に比較的速かに死亡するか、然らざる場合には數日乃至數週で輕快乃至治癒するが、病竈の如何によつては強直性麻痺、言語障碍、舞蹈病様運動、震顫、運動失調症等を残すことが多い。智力障碍も残るのが普通であるが、必ずしもそうとは限らぬ。又急性症狀去り恢復期に入つてから、頑固なる不眠、不安狂躁等に陥り、數ヶ月に亙り、遂に智力、性格等が全く變化することもあり、又一旦全く治癒した如くに見えて、數ヶ月後に至り此の如き後胎症を發することもある。其

他パーキンソニスムス來し、稀には生殖器萎縮性肥胖症を發することもある。

死亡率は流行により異なり、15—50% であると。

療法。 安靜を旨とし氷枕、氷嚢等で頭部を冷やし、鎮靜劑(抱水クロラール、ルミナル其他)、強心劑等を要すること勿論である。腦炎そのものに對してウロトロピンの大量内服、トリパフラピンの靜脈注射等も試みられるが効果疑はしく、腰椎穿刺は腦水腫を輕減せしむる意味に推奨される。特殊療法としては恢復期血清が試みられる。

後胎症たるパーキンソニスムスに對して近來スコボラミン、ヒヨスチン、ハルミン、アトロピン等が應用される。*

10. 續發性腦炎 Postinfektiöse Encephalitis.

急性傳染病の経過中殊に麻疹、百日咳、劇症赤痢乃至疫痢等に伴つて急性腦炎の起ることがあるが、其他流行感冒、水痘、流行性耳下腺炎、チフス、丹毒、猩紅熱等にも稀に續發すると云ふ。最近殊に興味を以て見られるのは種痘後に現はれる腦炎である。之等の症狀は通常前記流行性腦炎の興奮痙攣型に一致する。麻疹に於ては一般に發疹直後に現はれ、症狀急激であるが、治癒する場合には比較的速かで、且つ多くは後胎症を残さぬと。

種痘腦炎 Vakzinationsencephalitis (Encephalitis postvaccinalis)。種痘施行後 7—14 日の潜伏期を経て突然發熱、頭痛、嘔吐等を以て始まり、次で意識障碍、昏睡、痙攣等を起し、腦脊髄液は壓高く、少許の

* 原發的に發する急性腦炎中には、其他に猶ほ流行性とは思はれぬ散在性のものもあり、又 Heine-Medin 氏病の異型として來る腦炎もあるが、之等を嚴密に鑑別することは殆んど不可能である。其他鉛、サルバルサン等の中毒に因る腦炎もあると。

淋巴球増多を示すことがある。而して此ものは第一回種痘の場合に多いと云ふ。豫後不良、約33%の死亡率を示し、治癒しても大多数は後胎症を残すと。療法としては腰椎穿刺、恢復期血清注射等が試みられる。原因としては種痘病毒(Vakzinivirus)が脳を直接侵したものと考へられる。本症では該病毒を腦脊髄液中に證明されると。

11. 腦性小兒麻痺 Zerebrale Kinderlähmung.

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

原因。先天性及び後天性の兩者がある。先天性には分娩外傷例へば難産、早産、鉗子分娩或は急速分娩(Stürzgeburt)等のために、腦膜出血、血管の壓迫又は損傷等を惹起し、腦實質に限局性の軟化、變性を生じたため、或は胎生期に於ける障碍(外傷、母の疾病殊に梅毒等)のために出生後間もなく既に症狀を現はしてゐるものが多い。尤も原因不明のものも少なくないが、それ等は遺傳的關係からと看做される。反之生後に罹つた腦疾患により後天性に發するものは、急性乃至流行性腦炎に基因するを普通とするも、稀には腦栓塞によることもあると。

大體から云ふと、兩側性麻痺(Little氏型)は難産、早産、假死分娩等に因ることが多く、片側性麻痺は生後に於ける腦疾患の結果であることが多い。

症候。

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

麻痺は、急性期に於ては一時的に弛緩性のこともあるが、其後必ず強直性となり、腱反射亢進し、麻痺せる四肢は強直性となり、Babinski氏現象陽性になる。部位は顔面には稀有、主として四肢、就中上肢に著明である。上肢では屈筋及び内轉筋の強直著しく、反之下肢は伸筋の強直を示す。従つて上肢は肘關節で屈げた内轉位をとり、下肢は伸ばして強直性歩行を示す。之等麻痺部には舞踏病様乃至アテトーゼ様運動を呈し、或は運動失調、企動震顫(Intentionszittern)を示すこともある。腦神經では顔面神經の侵されることが多い。麻痺部位の萎縮は弛緩麻痺の如く著明ではないが、屢々之を見ることがあり、又經過中に癲癇發作を起し、智力障碍を伴ふことが多い。

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

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

四肢、殊に下肢の強直麻痺を主徴とし、上肢には多少の強直があつたとしても軽度である。著明な場合には、乳兒期に於て既に高度の四肢強直を認め得ることもあるが、軽いものでは歩行の始まる頃になつて初めて氣付くことが多い。特異なる症狀は起立時に大腿が内轉し、兩脚が膝部で互に交叉し、足は外縁で床に觸れ、歩行不能であることである。斜視、眼球震盪を呈することもあるも、舞踏病乃至アテトーゼ様運動等を伴はず、癲癇發作、智力障碍等も缺如するを普通とする。但し以上は主にLittle氏

病の症状であつて、後天性に脳疾患に基因した場合には幾分これと異なる症状を示す(脳炎参照)。

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

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

療法。 微毒性のものは其治療を行ふが、其他は對症的に過ぎない。電氣療法 (Galvanisation)、温浴、マッサージ、練習等が普通に行はれるが、近來はハルミンの注射が屢々試みられる。外科的には腱切斷術(Tenotomie)其他の法がある。

12. 脊髄性小兒麻痺 Spinale Kinderlähmung.

(Heine-Medinsche Krankheit od. Poliomyelitis anterior acuta)

脊髄性小兒麻痺とは腦性小兒麻痺に對する名稱で、後者が強直麻痺なるに對し、前者は弛緩麻痺である。但し腦性麻痺が單なる症候名であるに反し、本症は獨立せる一つの疾患、即ち急性脊髄前角炎(Poliomyelitis ant. acut.)に基因するものを意味する。而して急性脊髄前角炎は即ちハイネ、メヂン氏病であるが、Heine-Medin 氏病の一部分は往々急性腦炎として現はれ、腦性小兒麻痺の原因ともなり得る。即ち本症は Heine-Medin 氏病の大部分を占めてはゐるが、其全部ではない。3年以下の幼兒に多く、後に永續性麻痺(Dauerlähmung)を残す急性傳染病である。

原因。 病原は一種の濾過性病毒 (Virus) と見做され、罹患脊髄又は鼻腔中に存すると云ふ。侵入門は鼻咽頭を主とし、散在性

に發生するを常とするも、歐米諸國には往々大流行を來すと云ふ。^{*} 一度の罹患により永續免疫性を残す。夏季に多いと。

病理解剖。 脊髄前角灰白質を主とし、殊に腰髓及び頸髓の膨大部を侵すことが多いが、時として廣汎に亙ることがあり、又は延髓乃至腦皮質迄も侵すこともある。病竈の變化は、肉眼的には前角内の散在性出血であるが、顯微鏡的には圓形細胞浸潤、浮腫、神經節細胞變性等が認められる。猶ほ後角 (Hinterhorn) も亦幾分か侵されてゐるのが普通である。

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

麻痺は初期にはやや廣汎に亙ることがあるが、間もなく一定部位に限局する。四肢、殊に下肢に最も多く、稀には腹筋、腰筋又は頸筋の麻痺を見ることもある。皮膚知覺障碍は缺如し、假之初期知覺過敏を伴つても數日で消失する。麻痺は弛緩性(schlaff)で、腱反射消失又は減弱し、電氣反應も減弱する。腦脊髄液は病初には高壓、透明、蛋白質増加、軽度の淋巴球増多を見る。

経過。 上記の麻痺は、早きは數週乃至數月で漸次軽快して治癒することもあるが、それは割合に少數で、大多數は其後も尙ほ永續麻痺を残す。麻痺部位は萎縮し、冷たく、長きに及べば常に

^{*} 有名な大流行は紐育の 1916 (24,000 人)及び 1917 (35,000 人罹患)のものであるが、米國では其後も絶えず中、小流行がある(殊に夏に)。歐洲では 1913 ノルウェーで約 10,000 人の罹患があつたのが最も有名であるが、其他の地方でも小、中流行が度々あり、殊に 1926, 1927, 1932 年にはやや著しい流行があつたと。本邦では幸にして未だ流行性に發生したことはない。

變性反應 (Entartungsreaktion) を示し、又發育障碍のため上肢又は下肢の短縮を來すことがある。弛緩麻痺ではあるが、時として麻痺の比較的軽度なる拮抗筋に却て痙縮 (Kontraktur) を來し、尖足 (Spitzfuss) 又は内翻足 (Klumpfuss) 等を生ずることがある。

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

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

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

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

診断。鑑別を要するものとしては

(1) 腦性小兒麻痺は強直性で、萎縮を來すこと少なく、變性反應を示さず、舞蹈病乃至アテトーゼ様運動を伴ふことが多い。

(2) チフテリー後麻痺は徐々に發し、好んで口蓋帆を侵す。

(3) 分娩麻痺とは既往歴乃至發病の様子で區別される。

(4) 進行性筋萎縮症は兩側對稱性に來り進行性である。

(5) Parrot 氏假性麻痺又は Barlow 氏病によるものは、それに伴ふ他の症狀で容易に區別される。

豫後。散在性に發するものでは Landry 氏麻痺又は延髓型乃至腦型以外、即ち普通のものでは死亡することは少ない。永續麻痺の豫後に就ては、發病後 4—5 ヶ月を経るも尙ほ輕快する傾

向のない場合は完全に恢復することは先づ不可能である。變性反應を呈したものは勿論恢復は至難である。

療法。病初には安靜を第一とし、刺戟を避ける(1—2週間)。ウロトロピンの大量投與が推奨されるが効果疑はしい。恢復期血清も早期ならば有効と云はれ、免疫性動物血清 (Pettit 氏) も試みられたが未だ無効である。永續麻痺に對してはマッサージ、入浴電氣 (Faradisation) 等を施し、なるべく自働乃至他働運動を行つて萎縮を防ぐことが肝要である。藥劑としてストリキニン、沃度加里等も試みられるが効果疑はしい。

13. 進行性筋萎縮症 Progressive Muskelatrophie.

原因不明であるが、先天性乃至遺傳性の疾患と看做される。

(1) 進行性筋萎縮症 Dystrophia musculorum progressiva.

一定の筋系統に來る萎縮竝に變性を特徴とし、純粹なる筋疾患と看做されたが、最近には植物神經系障碍に基因すると云はれる(吳建氏 1930)*。萎縮筋肉は、脂肪及び結締組織増殖により假性肥大を見ることが多い。5—6 年以後の小兒に主として見られる。

症候。歩行障碍を以て徐々に始まり、蹣跚として歩み (watschelder od. tänzelnder Gang)、脊椎前彎著しく、一種獨特の狀を呈し

* 吳建氏及其門下は本症の原因が筋自律神經支配の障碍に存することを明かにし、それによつて本症に對するアドレナリン、ピロカルピン併用療法を創始して多大の效績を擧げた(1930)。次で Thomas 氏等(1932)によりグリコル療法が發表されたが、再び吳氏一門の追試によりアドレナリン、ピロカルピン療法が筋の緊張を充進せしめて筋萎縮の原因を除くに對し、グリコルは筋作業に必要な成分を補給して以て本症を輕快に導くものなることを認め、之等兩療法を併用することが最も効果的ならんと結論に達した。

又階段を昇ることが困難になり、坐位から立ち上るには手の助けを藉りる。又頗る表情に乏しく、肩胛骨が屢々翼狀に離れてゐることが多い。萎縮筋の部位は、上記症狀に相當して腓腸筋に最も著しく、上肢では三角筋(Deltoideus)、棘下筋(Infraspinatus)、三頭筋(Triceps)等に、又は脊筋、腰筋、臀筋等も侵される。腱反射は保持され、知覺障碍、纖維性搐搦(fibrilläre Zuckung)等は缺如する。

療法。概ね無力であるが、近來アドレナリン又はピロカルピンの反復注射が試みられ、効果を示すやうになつた。経過は徐々ではあるが、豫後は概して不良である。*

(2) 幼兒脊髓性進行性筋萎縮症 Frühinfantile spinale progressive Muskelatrophie,

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

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

(3) 進行性神經性筋萎縮症 Progressive neurale Muskelatrophie (Peronealtypus)

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

* 進行性筋萎縮症患兒はすべて高度のビタミンC缺乏状態にあり、之に對してCの大量を非經口的に投與せるに體内のC保有量増加して正常に復し、體內無機磷の増加、並にクレアチンの異常排泄減少し、殊に筋肉運動量が恢復し、自覺的にも他覺的にも動作敏速に且つ力強くなり、疲勞せぬやうになつたと(平田、鈴木兩氏)。

14. 遺傳的退行變性疾患

Heredodegenerative Erkrankungen.

(1) 家族性黒内障性痴呆 Familiäre amaurotische Idiotie.

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

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

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

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

(3) 遺傳性痙攣性脊髓性麻痺 Hereditäre spastische Spinalparalyse.

歩行障碍即ち下肢の強直による痙攣性歩行を主徴とし、腱反射亢進、Babinski氏現象、Oppenheim氏現象等陽性となるも、知覺障碍を伴はず、多くは下肢に、時として上肢にも來る。年長兒に來り、極めて徐々ではあるが幾分進行性がある。病理解剖的には脊髓に於ける錐體側索道の變性を主とし、加之小腦側索道及びGoll氏索の變性をも幾分伴ふとのこと。

之に類似の症狀に加ふるに智力乃至言語障碍、眼球震盪、震顫、運動失調、視神經萎縮等の腦症狀を伴ふ、家族性進行性腦性麻痺(Fa-

miliäre progressive cerebrale Diplegie)と稱するものもある。

(4) 筋萎縮性側索硬化症 Amyotrophische Lateralsklerose.

錐體道と脊髓前角細胞との變性に因て起る。従つて筋強直に伴つて種々の筋萎縮を生ずる。殊に指趾の小筋肉を侵す故に、手及び足は一種特有の形をとる。又脳神経をも侵し、舌の萎縮等を生ずることもある。小児には稀有。

(5) 進行性核變性 Progressive Kerndegeneration.

主として眼筋神経、脳橋及び延髄等の神経核が侵される。原因は傳染性疾患又は中毒等によると。侵される部位によつて症状異なるも、前記各部引き續いて侵されるを普通とし、言語嚥下、呼吸等の障碍を主徴とし、流涎、顔面神経麻痺等を伴ふこともあり (Progressive Bulbärparalyse)、又眼瞼下垂を主徴とすることもある (Progressive Ophthalmoplegie)。豫後概して不良。

(6) 筋無力性假性麻痺 Myasthenia gravis pseudoparalytica (myasthenische Paralyse)

筋肉の疲労が極めて著しきことを特徴とし、部位は先づ眼筋より (眼瞼下垂、複視等) 脳神経部に至り (表情減少、言語嚥下障碍) 次で項部より他部に及ぶ。安静時には筋力普通であるが運動を繰返す時は間もなく疲労を生じ、遂に運動不能に陥る。電気刺戟に對する反應に於ても亦同様な關係を示す。豫後不良。

(7) 先天性筋無力症 Myotonia congenita.

全身の筋弛緩著しく、乳兒は殆んど自ら身體を動かすことを得ず、四肢弛緩伸展し、腱反射減弱乃至消失、電気反應も減退する。但し頸筋、脳神経、横隔膜は侵されず。原因不明であるが、脊髓前角の先天性發育不全によると。極めて徐々に輕快することもあるが、多くは合併症で斃れる。

(8) 先天性筋緊張症 Myotonia congenita (Thomsen 氏病)

一種の筋緊張即ち何か運動を始やうとする際に抵抗を感じ、咽

嗟には始められぬことを特徴とする。筋肉は幾分肥大するが他動的運動には抵抗を感じることなく、腱反射も正常である。筋緊張性反應 (myotonische Reaktion) と稱する、器械的又は電氣的刺戟に應じた筋收縮状態が數秒間持續することも特有である。交感神経系又は間腦 (Zwischenhirn) の發育不全に因ると云はれるが尙ほ不明である。

(9) 寒冷麻痺 Kältelähmung.

寒冷の作用により運動不能並に筋強直に陥り、暖める時は間もなく恢復する疾患であつて極めて稀有。原因不明、多くは家族的に起り、症状は生後間もなくより現はれる。

(10) 發作性麻痺 Paroxysmale Lähmung (Periodische Lähmung, Myoplegia periodica)

發作性に二三筋群乃至下肢、稀には全身の麻痺を起し、短かきは數時間、長きは一週に亙る。言語嚥下の困難を伴ふことはあるが呼吸、横隔膜の侵されることはない。麻痺は弛緩性で、腱反射減弱乃至消失するが知覺障碍は起らぬ。發作間隔は不定、冬期に多く寒冷作用と關係するらしい。又運動不足、多食、興奮、過勞等も誘因となると。家族的遺傳的に來り、小兒期より現はれる。原因として自家中毒、中腦 (Mittelhirn) の障碍、内分泌異常等色々の説があるが未だ不明。療法としてブローム、沃度、ストリキニン、アトロピン、ピロカルピン又はインシュリン等が用ひられる。

15. 錐體道外内因的疾患

Extrapyramidale endogene Erkrankungen.

(1) 肝臟レンズ核變性 Hepatolentikuläre Degeneration.

肝臟の特殊の病變即ち多房性又は粗大結節性肝硬變及び角膜に於ける綠色沈着輪 (grüne Hornhautsaum) とを共通なる症状とし、之れに種々の腦脊髄症状の加はりたるもので、Wilson 氏病、假性硬化症及びトルジオンズデストーの三者に區別する。

Wilson 氏病 (Progressive lentikuläre Degeneration) は一見パーキンソンニスムスに類似し、表情に乏しく、顔面筋緊張亢進し、四肢緊張し、運

動緩慢、震顫乃至精神異常の症状を認む。家族的に現はれ、解剖的にはレンズ核(Linsenkern)殊に被殻(Putamen)の變性を認む。

假性硬化症 Pseudosklerose(Westphal-Strümpell氏病)では、パーキンソンニスムス症候群の外に、癲癇様發作、精神異常乃至薄弱を伴ふ。病理解剖上線状體(Corpus striatum)視丘、腦橋及び齒状核(Nucleus dentatus)等に變性を認むと。

トルジオンスチストニー Torsionsdystonie(Progressive Torsionsspasmus, Torsionsneurose, Dystonia musculorum deformans)運動殊に歩行時に軀幹、四肢又は臀部に筋緊張を伴ふ一種の捻轉様運動を現はし、且つ著しき脊柱前彎を示す一種特別の症状を呈すと。智力障害を普通伴はぬが、末期には精神障害を生ず。恐らく線状體の變性に基くものならんと。小兒期に於て發見し徐々に進行する。

(2) 進行性兩側性アテトーゼ Progressive bilaterale Athetose.

極めて徐々に進行する兩側アテトーゼ様運動を主徴とする稀有なる疾患で、主に腦外套(Pallium)の變性によると。尙ほ之れに類似の解剖的所見を呈するものに Hallervorden-Spatz 氏病なるものがあり、家族的に來り、小兒期より徐々に進行する智力減退、四肢の強直及び舞蹈病乃至アテトーゼ様運動を示すものであると。

(3) 家族性進行性慢性舞蹈病 Chorea chronica progressiva familiaris (Huntingtonsche Chorea)

思春期頃に發する舞蹈病様運動を主徴とし、智力障害を伴ふ。線状體の變性に因ると。

(4) 家族性青年性震顫麻痺 Paralysis agitans juvenilis familiaris (Parkinson 氏病)

震顫、運動障碍(Propulsion, Retropulsion, Lateropulsion等)並に表情減少、流涎等を主徴とし、智力障害を伴はぬことがある。本症は從來小兒に見ることなしとされたが、必ずしも然らず、乳兒期に於て既に現はれたものもあると云ふ。主として線状體の變性による。

(5) 家族性間代性筋痙攣症 Familiäre Myoklonie (Myoklonus-epilepsie)

各處の筋束(Muskelbündel)に發する電撃性の不規則なる搐搦を示すもので、多くは年長兒期に始まり、癲癇發作が先行する。部位は項部、肩胛部に始まり四肢に至る。興奮又は運動により増強し、睡眠中と雖も起ることがある。主として齒状核の變性に因ると。

16. 外傷性腦脊髓疾患

Traumatische Erkrankungen d. Gehirns u. Rückenmarks.

(1) 腦震盪 Commotio cerebri.

頭部に外傷を受けることが多い割合には腦震盪を起すことは小兒に少ない。其症状は大人に於けると同様に意識消失、嘔吐、脈搏緩徐等であり、又打撃症状去つた後に幻覺(Hallucination)又は譫語(Delirien)を來し、或は一時的失語症(Aphasia)又は尿閉を生ずることもある。療法としては絶對安静を守らせ、頭部に氷嚢を用ひ、心臟に注意することである。

診斷上頭蓋殊に頭蓋底骨折並に腦膜出血の有無に注意を要す。外傷より症状發生迄の間隔長き時、又は症状が持續する時は、單なる腦震盪ではないと思はなければならぬ。

(2) 腦脊髓出血 Hirn- und Rückenmarksblutungen.

分娩外傷による腦出血及び其後胎症に就ては既に述べた(新生兒疾患及び腦性小兒麻痺參照)。其後に於ける外傷性出血の症状は、略々腦震盪に於けるものに類似するが、其他に眼球上竄、搐搦乃至痙攣等の運動性刺戟症状、又は麻痺症状を伴ひ、持續的であり且つ出血病竈に應ずる後胎症を残す。

脊髓出血では其部位乃至程度に應じて偏癱(Hemiplegie)又は截癱(Diplegie)の症状を示す。

17. 脊髓疾患 Erkrankungen des Rückenmarks.

(1) 脊髓炎 Myelitis.

Heine-Medin 氏病(Poliomyelitis ant. acut.)に就ては既に述べた。截斷性脊髓炎(Querschnittmyelitis)は小兒には稀有。脊椎カリエスに因する壓迫性脊髓炎は往々見られる。症状は壓迫部位乃至程度に相

當して弛緩麻痺を來し、それより下方には強直麻痺を現はす。例へば腰髓炎では下肢の弛緩麻痺、胸髓炎では下肢の強直麻痺、頸髓炎では上肢の弛緩麻痺に伴つて下肢の強直麻痺及びBabinski氏現象陽性を示す。其他常に知覺障碍、膀胱直腸障碍等を伴ひ、且つ屢々壓迫部位乃至脊髓截断面 (Segment) に相當せる部位に神経痛様の疼痛を訴へることがある。

(2) 脊髓癆 Tabes dorsalis.

先天微毒の年長兒に來ることがあるが稀有。瞳孔不同、對光反射消失、切刺様疼痛、視神経萎縮、膝蓋髓竝にアヒレス髓反射消失等を主徴とするも、Romberg氏現象は屢々陰性である。尿失禁 (Incontinentia urinae) は往々夜尿症の形で現はれると。

(3) 脊髓腫瘍 Rückenmarkstumoren.

小兒には結核結節 (Tuberkel) 及びグリオーム (Gliom) が生ずることがあり、又肉腫 (Sarkom) 神経腫 (Neurom) 等を見ることがありと云ふも稀有。症状は壓迫性脊髓炎に類する。

18. 末梢神経疾患

Erkrankungen des peripheren Nervensystems.

(1) 神経麻痺 Periphere Lähmungen.

純運動性脳神経以外の末梢神経疾患では、脊髓損傷に因るものと異なり、運動障碍の他に知覺障碍を伴ひ、其程度に應じて電気興奮性減弱し、局所榮養に障碍を生じ且つ髓反射乃至骨膜反射減弱するを常とす。

a. 顔面神経麻痺 Facialislähmung. 先天性乃至分娩外傷によるものは既に述べた (新生兒疾患参照)。小兒では耳疾殊に結核性耳疾に基因することが多いが、年長兒では大人と同様感冒に因るを普通とする。又 Heine-Medin 氏病或は腦炎によることもある。

末梢性麻痺では患側の顔半面が弛緩し、唇鼻溝消失、閉眼不十分、額皺消失し、笑ひ又は泣く時には口角が健側に歪み、症状は一層著明となる。

b. 四肢の麻痺 Extremitätenlähmungen. 分娩傷害によるもの (Ent-

bindungslähmung) デフテリー後麻痺等は各々の章で述べたが之等は疼痛を伴はぬものであるから、もし疼痛ある場合、殊に上肢の疼痛性麻痺ある時には、關節部殊に橈骨々頭の不全脱臼等を考慮する必要がある。先天微毒乳兒に見る Parrot 氏假性麻痺、發作性麻痺、筋無力症等に就ては各の章を見られたい。

(2) 神経痛 Neuralgien.

小兒には稀有、唯學童期以後に於て時として三叉神経痛を見ることがあると。感冒に因ることが多いが、眼調節機能異常、アデノイド、慢性鼻疾患等にも注意を要す。

(3) 多發神経炎 Polyneuritis.

脚氣に伴ふことは周知の處である。毒素による代表的のものはデフテリー後麻痺であるが、其他の傳染病 (チフス、猩紅熱、百日咳、流行感冒、ロイマチス或は流行性耳下腺炎等) に基因することもあり、或は鉛又は砒素中毒等も擧げられる。但し小兒に於てはデフテリーに因る以外のものは稀有である。

下肢を侵すこと多く、上肢は割合に少なく、麻痺は常に兩側性である。知覺異常 (Paraesthesia) 又は知覺鈍麻を伴ふが疼痛を訴へることは稀である。髓反射は減弱乃至消失する。

(4) 帶狀ヘルペス Herpes zoster.

ある一定の神経根又は脊髓節 (Rückenmarkssegment) の分布區域に相當して多數のヘルペス (小丘疹乃至小水疱) の群生するもので、常に扁側である。發生の初期には、其部位に神経痛様の疼痛を訴へることが多い。

原因は脊髓神経節乃至神経根 (Spinalganglien bzw. -wurzeln) の傳染性疾患によるを普通と見做され、又は砒素、サルヴァルサン、蒼鉛等の中毒により生ずることもあると。角膜に來るもの (Herpes zoster ophthalmicus) は小兒には稀有。療法は對症的。

B. 機能的疾患 Funktionelle Erkrankungen.

19. 癲 癇 Epilepsie.

小兒期にも多いが、其症状は大人のそれと殆んど同様である。一般に癲癇と稱するものの中には、症候性癲癇 (symptomatische Epilepsie) と眞性癲癇 (genuine Epilepsie) との二つがある。前者は脳の器質的障碍に因り、小兒では腦性小兒麻痺の一症状として現はれることが多い。又腦病變が皮質の或部位に限局された場合には、所謂腦皮質癲癇又は Jackson 氏癲癇 (Rindenepilepsie od. Jacksonsche Epilepsie) として、四肢のある限局部位又は半身にのみ痙攣發作を生じ、意識濁濁を伴はぬものもあるが、之れ等は本來の癲癇とは區別すべきものである。

眞性癲癇 (genuine Epilepsie) の原因としては、遺傳的關係が最も重きをなしてゐる。本症は其發作の工合からして大發作、小發作及び精神發作の三者に區別される。

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

(2) 小發作 (kleine Anfälle od. Petit mal)。小兒に多く、突然に極く短時間の失神状態、眩暈様發作又はボンヤリすると云ふ程度のもので、患兒は一時的に蒼白になり又は表情が變り、話を途切

らせ又は手にした物を落す等のことをやるが、間もなく舊に復して遊戯等を續ける (Absenzen)。又時としては點頭乃至旋頭痙攣などを呈することもあり (Epilepsia nutans)、又は突然轉倒し或は驅け出す等の事もある*。

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

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

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

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

* 小發作 (Absenzen) を引き續いて頻回に繰返すことを Pyknolepsie と云ひ、小兒に比較的多いが然し豫後佳良とされる。又發作性に嗜眠状態に陥る者を Narkolepsie と稱し、小兒には稀である。

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

藥劑には昔から臭素劑(Na, K, od. Ammon. bromati)が最も賞用され、其大量(2-3年でも一日5-6瓦位、年長兒には8瓦位)を連用するのであるが、其際食鹽を制限するがよい。ルミナルも屢々用ひられる。Status epilepticusに對しては抱水クロラール等が用ひられるが、一時的餓餓を施すことも效がある。輕症では登校は差支がないが、過勞はすべて避けなければならぬ。

20. テタニー Tetanie.

(痙攣素質 Spasmophilie od. Spasmophile Diathese)*

末梢神經の平流電氣(galvanisch)並に機械的刺戟に對する興奮性が過敏状態にあり、従つて屢々痙攣を起し易い者である。本症を痙攣症狀の存否によつて潜伏性と顯現性との二つに區別するが、刺戟過敏状態にあることは兩者共通である。佝僂病と密接の關係を有し、佝僂病小兒は屢々テタニーを起すことは従來より云はれたが、最近ヴィタミンDの發見以來一層兩者の關係緊密となり、テタニーも亦ヴィタミンD缺乏症中に編入する人が多い。歐米には佝僂病と共に極めて多かつたのであるが、近來は佝僂病豫防並に治療法の進歩に伴つてテタニーは著しく減少したと云ふ。我國には昔から稀有とされてゐる。

* 痙攣素質 (Spasmophilie) と云ふ名稱は、テタニーと同意義で殊に潜伏性のものを意味するやうであるが、テタニー以外の小兒の痙攣、殊に神經質兒に見るもの、或は所謂特發性痙攣と稱するものと甚だ紛はしいので、寧ろ用ひぬ方がよいと思ふ。

原因及び病理。遺傳的關係も重視されるが、更に重大なことは生活状態の悪るいことで、佝僂病と同様に新鮮なる空氣、殊に日光の不足が重大因子になつてゐるらしい。肝油、紫外線乃至ヴィタミンDが有效なことは佝僂病と同様であるが、然し血液化學の見地に於ては兩者同一ではない。本症に在ては血液中の石灰量は減少し、磷は却て増加を示すとされる*。

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

症候。痙攣症狀を現はすか否かによつて顯現性テタニー及び潜伏性テタニーの兩者に區別する。即ち潜伏性テタニーは痙攣症狀を現在示してはゐないが、極めてそれを起し易い状態にあるものである。

A. 潜伏性テタニー Latente Tetanie.

平流電氣に對する過敏反應としては、肘窩部の正中神經刺戟點に於て陰極開放時搖擺(KÖZ)は常に5ミリアンペア以下の電流にて起る(Erb氏現象)(正常兒は5Miliampère以上を要す)。機械的刺戟興奮現象としてはChvostek氏現象(又は顔面神經現象)、腓骨神經或は橈骨神經現象(Peroneus- od. Radialisphänomen)又はTrousseau氏現象等を證明することが出来る(診察法並に診斷法参照)。之等が痙攣素質としてすべてに共通する特有な症狀であるが、然し之等の中 Trousseau氏現象は屢々缺如し、顔面神經現象は不確實のことがある。

* 佝僂病では血液中の石灰量は殆んど減少せず、磷量が著しく減少する。又テタニーに於ては尿の磷酸鹽及びアンモニア排泄減少し、幾分かアルカロージスに傾くに反して、佝僂病では却て幾分アチドージスに傾く。

B. 顯現性テタニー Manifeste Tetanie.

上述潜伏性テタニー症状に加ふるに色々の痙攣症状を發するものであつて、其痙攣の起り方により次の三者に區分する。但し之等は單獨にも現はれ、又合併して來ることもある。

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

軽いものでは、笑ひ又は泣く等の興奮時に一種の笛聲(tönende od. juchzende Inspiration)ある吸氣をするだけであるが。重い時には突然呼吸が止まり、蒼白となつて頭を垂れ、呼吸をしやうとするも出來ず、眼球突出し、チアノーゼを呈し、冷汗を出して遂に昏睡に陥り、四肢をダラリとして、一見窒息死に陥つたやうになるが暫らくして著しい笛聲と共に深い吸氣を行ひ、漸次普通の呼吸を營むやうになり、數分間は尙ほ不安倦怠状を示すが、間もなく平常の状態に復する。但し時としては此呼吸停止發作中に心臓麻痺で斃れることもある。此のやうな發作は、一日十數回以上に及ぶことがあり、興奮によつて誘發される。乳幼兒殊に4ヶ月—2年に多いと。

(2) 痙攣(急痙) Konvulsion (Eklampsie)

意識濁濁を伴つた顯痙様發作で、全身痙攣のこともあり又は限局性のこともある。持續時間は $\frac{1}{2}$ —2分位を常とし、屢々發熱を伴ふ。此發作も乳兒に多く、殊に消化障碍の經過中に屢々發する。顯痙との區別は發作だけでは不可能で、其後の經過(長ずるにつれて治癒する)並に刺戟興奮性を檢せねばならぬ。

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

特異なる手の強直痙攣で、指を伸したまま掌に寄せ、手關節で屈指(Geburtshelferstellung)、足も亦同じやうな状態にする。此發作は通常數時間續き、疼痛を伴ひ、屢々手足背に浮腫を生ずるが意識は普通明瞭である。但し痙攣の程度は色々で、軽い時には單に四肢を曲げて強直させる位のこともある(Arthrogryposis)が、稀には此状態が數日乃至數週持續することがあり(persistente Tetanie)、又本發作中に聲門痙攣乃至全身痙攣を起し、或は心臓死を來すこともある。

豫後。痙攣素質其ものは仲々消失せぬが、上記の發作は適當なる治療で治癒し、長ずるにつれて起らぬやうになる。然し其

後も神經質となり、智力障碍等を殘すことがあるが、約 $\frac{1}{3}$ は全く治癒すると云ふ。夏期に發作の起ることは割合に少ない。

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

療法。人乳を最良とし、新鮮なる空氣、充分なる日光に浴せしめることが第一で、其他肝油殊に鱗肝油、人工太陽燈、Vitamin D等すべて佝僂病の療法に準ずる。又カルシウム劑の大量(5—6g pro die)を與へる。聲門痙攣、急痙等の如き危急なる場合には下劑を與へ、灌腸等を反復し、又は抱水クロラール、ウレタン等を投與し、硫酸マグネシヤの注射或は腰椎穿刺等を行ふ。

21. 特發性痙攣 Idiopathische Krämpfe.

乳幼兒の痙攣には原因全く不明のものが少なくない。軽度の興奮乃至驚愕、輕熱又は胃腸障碍等によつて誘發されることもあり、又何等誘因と認むべきものなくして痙攣或は失神状態に陥ることがあり、然かも此の如き發作は屢々繰返される。而して之等の多くは電氣的乃至機械的刺戟に對する末梢神經興奮性正常なるを以て、テタニー乃至痙攣素質によるものでないことは明らかである。顯痙との鑑別は容易でなく、時には數年の經過を俟つて初めて明らかになることもある。

乳幼兒は元來大人に較べて極めて痙攣を起し易い性質を有するが、それは小兒の腦が未熟にして整調されぬ爲であつて、所謂生理的痙攣豫備状態(physiologische Krampfbereitschaft)とも見做される。従つて極めて軽度なる內的又は外的刺戟によつても痙攣を起すのであつて、夜驚症の如きも其一種である。之等は小兒が生長し、腦が發達する時は多くは自然に治癒する。

22. 小舞蹈病 Chorea minor.

舞蹈病様運動を主とし精神的變化を伴ふ一種の機能的疾患で、幼兒には少なく學童に最も多い。神經質的遺傳關係も考へられるが、精神的ショック(過勞、驚愕、心痛等)が誘因となることは確かである。關節ロイマチスとの關係も重視され、關節痛又は心内膜炎等を伴ふことある點よりして、一種のロイマチス性疾患とも看做されるが、病原菌の有無は不明である。此點からして近來は腦器質的疾患とも考へられ、病理解剖的變化は明らかでないが、錐體道外の神經中樞又は神經路、就中線狀體 (Striatum) が最も高度に侵されるものならんとも云はれる。

症候。 舞蹈病運動とは、均衡を缺いた、個々筋肉群の發作性不隨意搐搦であつて、身體各部に起る。患兒は常に不安で然かも身體の何處かを動かしてゐる。例へば肩を揺り、腕を動かし、手を開いたり屈けたり引き付けたり、頭を動かし、顔を歪めたり脚を動かしたり、絶えず發作的に繰返す。其ために書字其他の手技が甚だ拙劣となり、歩行困難となり轉倒し易く、言語障礙も現はれる。此動作は興奮又は注意集注により一層激しくなるが、睡眠中は止むを常とする(但し稀には睡眠中に著しいこともある Chorea nocturna)。精神症狀としては不機嫌、過敏、怒り易く、精神の集中を缺き、學業は劣つて來る。

如上特有なる症狀の外、筋緊張減退し、四肢弛緩して起立不能に陥ることもあるが、膝蓋腱反射は通常減弱しない。又背位に於て深吸氣を行ふ時に腹部膨隆せずして却て陥凹することがあり (Czerny 氏症狀) 又膝蓋腱を輕打する時下肢が伸展したまま數秒間強直位を保つこともある (Gordon 氏反射)。心臟症狀とし

ては不整脈、雜音等を認めることがあり、稀には局側性舞蹈病 (Hemichorea) なるものもある。

豫後。 發病割合に急速であるが、経過は緩慢、治癒までには數週乃至數月を要し、再發も稀でない。死亡することは少ないが (約1—3%)、其場合の死因は敗血症性心内膜炎に因ると云ふ。

診斷。 特有の症狀から容易であるが、他に原病があつて(腦疾患)來たものでないか (symptomatische Chorea) 否かは常に區別しなければならぬ(殊に Hemichorea の場合)。又眞似をしたため起ることもあるから (Chorea hysterica) それにも注意を要する。

療法。 安靜を第一とし、學校を休ませ、すべての刺戟を避け、溫浴等を行ふ。重症には臥牀安靜を要し、嚥下障礙あらば食餌に注意する。藥劑には鎮靜劑、砒素劑 (Liq. Fowlerii) 等が用ひられ、最近にはニルパノールも試みられ、又サルヴェルサン注射、エーテル劑の注腸等も應用される。サリチール劑は效がない。

23. ノイローゼ Neurosen.

(1) チツク症 Tic-Krankheit. *

常に同一の筋領域に來る痙攣性不隨意運動を云ふ。例へば一種特有なる痙攣様顔面搐搦(顔を歪め、眼をパチパチし、額に皺を寄せ、口を歪めて齒をむき出す等々)、又は頭を振り、肩を揺り、手を握り、或は飛び上る等の如き發作的運動を繰返すものである。之等の發作は大抵、以前に其局所に何か異常刺戟があつたために起るのであるが、其等刺戟の消失した後まで習慣的に持續せ

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

るもので、意識的に一時は多少抑制することが出来ても長く続かず、注意すると却て起ると云ふ様な性質がある。但し近來は線状體(Striatum)附近の病變によるとの説もある。癲癇小発作又は點頭痙攣に類似して劃然と區別し得ぬものもある。小舞蹈病との鑑別として、本症では毎常共同筋が有目的に攣縮するが、小舞蹈病では個々の筋群が目的なく不隨意に攣縮し、又其運動も本症の如く瞬間的でなく、速度も比較的緩徐である。

暗示療法を試み、砒素劑、鎮靜劑等も用ひられる。

(2) 呼吸性激情痙攣 Respiratorische Affektkrämpfe.

強く感情の激したる時、殊に憤怒によりて呼吸停止の發作を起す疾患(憤怒痙攣 Wutkrämpfe とも云ふ)で、2—5年の神經質兒に多いが、稀には乳兒にも見られる。發作は強き啼泣時の呼氣の終りに痙攣に陥り、眼球上竄、軀幹強直、意識消失、チアノーゼ等の症狀を發し、吸氣作用起らず、其間大抵數秒にして緩解する。發作は痙攣性素質に於ける聲門痙攣に類似するも、電氣的及び機械的刺戟に對する過敏現象を缺く。豫後佳良、長ずるにつれ自然に治癒する。

療法。發作は大抵自然に緩解するから、頭、顔等に冷水を注ぐ必要は先づない。環境の變換、ブローム劑等が試みられる。

(3) 夜驚症 Pavor nocturnus. *

睡眠中に突然眼を覺まし、不安又は恐怖に襲はれ、泣き叫び又は駆け廻つて、兩親の言葉にも耳を藉さぬが、暫らくして鎮靜し

* 本症に類似のものに夜啼症なるものがある。専ら乳兒に起る夜間の強き啼泣發作であつて、一夜數回に及ぶことあり、多くは夕刻點燈時より發す。啼泣劇烈にして一家爲に安眠するを得ず。腹痛、疼痛、晝夜轉倒等に因するものにあらざと。

て再び眠る。發作中は周圍を認識せず、又翌朝之を記憶することなく、且つ毎夜之を繰返すことが多い。2—8年位の神經質兒に見られ、精神的感動、興奮、就床前の飽食、膀胱充満、腸寄生蟲等も誘因となる。又慢性鼻炎、扁桃腺肥大等に因る呼吸困難に因することありと。癲癇精神發作に類する處があるが、夜間睡眠中にのみ突然起る點が異なり、且つ豫後は佳良である。

療法。病原と思はれるものあらば其治療をなし、夜間の飽食を避け、排尿に注意し、且つ精神感動を起さず如き談話、繪本又は讀物等を禁じ、ブローム劑又は其他の催眠劑を投與する。

(4) 點頭痙攣 Spasmus nutans und rotatorius.

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

佝僂病に對する療法を施して效あることがあると云はれ、臭素劑其の他の鎮靜劑等も用ひられる。

24. 神經質症 Neuropathie (nervöses Kind)

原因としては内因的(先天的)と外因的(後天性)との二つの因子が認められる。外因的原因の中最も重大なことは環境の影響であつて家庭、周圍、都會の躁音等が著しい影響を及ぼす。

症狀。神經質の乳兒は異常に驚ろき易く、眠りが淺く、且つ屢々不安狀で落付かず、輾轉反側し、足をバタバタし、指を吸つて潰瘍を作り、時として筋強直狀となることもある。又習慣性に嘔

吐し、便は屢々粘液を混じ、不消化便となり、顔色蒼白、理由なく泣き叫び、又失神に陥ることもある。

幼児では下痢することは少ないが、異常に過敏であつて、怒り又は叫び、家庭内の暴君となり易い。食餌の好悪が激しく、氣に入らぬ食物、又は不快の物を見て嘔吐を起すことがあり、利己的である。又血管運動神経系が過敏であるために脈搏、血壓等が不定で、皮膚は蒼白となり、皮膚紋割症(Dermographismus)著明、體溫一般に高く、數ヶ月間原因不明の微熱(37.3—37.5°C位迄)を見ることがある(體質性高體溫 konstitutionelle Hyperthermie)。此高體溫を示す者は淋巴組織の増殖する時期、即ち4—10年に多いと。腱反射は一般に亢進するも、時として却て減弱する。

長ずるに及んでも皮膚蒼白(貧血にあらず)多くは著明、學童に於ては屢々頭痛を訴へ、殊に早朝から存することが多い。食慾不振、胃部膨滿、便秘又は嘔吐を伴ひ、殊に嘔吐は毎早朝に生じ(神経性嘔吐)、原因不明の腹痛發作(反復性臍痛)を訴へることが多い。睡眠障碍は尙ほ續き、夜眠りに入ること難く、朝起きることを嫌ふのみならず夜驚症、夜尿症等を屢々伴ふ。精神機能も悪るい者が多く、疲勞し易く、注意力散漫である。

豫防及び療法。適當なる教育と健全なる周圍とが最も必要で、之を除いては良法がない。健全なる小兒と遊ぶことは甚だ必要で、其意味に於て幼稚園、小學校などは幾分矯正に役立つ。戸外で遊ばせることは大いに良い(Waldschule od. Ferienkolonie)。食餌は植物性のものが良く、野菜、果實を多くし、牛乳、肉、鶏卵等は多過ぎぬ方がよい。水治療法乃至強固法は適當に行へば效があるが、無理に強いてはならぬ。暗示療法は大いに良い、其意味からして醫師に對する信頼は極めて重要である。

25. ヒステリー Hysterie.

小兒のヒステリーは一般に考へられてゐるよりも多い。年齢は、幾分か自己意識の生ずる頃、即ち2—3年からであるが、通常學童に多く、男女別は大人の如く明瞭でない。原因として神経質は云ふ迄もないが、寧ろ四圍の影響(Milieuschädigung)に因るものが却て多い。即ち精神的激動例へば驚怖、不安、悲嘆等を認め得るを一般とするも、又器質的疾患によることもあり、例之感冒で臥牀した結果として起立歩行不能に陥り、或は喉頭炎からして無聲症を發すると云ふやうな類である。又前述のNeuroseなども一種のヒステリーと見るべく、模倣によつて舞踏病様運動震顫或は吃音を生ずる如きも亦本症の一種であらう。

症候。極めて多種多様で一定せず、殊に所謂ヒステリー特徴(hysterische Stigmata)と稱する、壓點又は痛點、知覺消失帶乃至視野の縮小等は小兒には稀有であるために、勢ひ其他の不定症狀から判斷しなければならぬ。而も其症候たるや極めて多種多様にして歸一する處なきも、其顔貌、動作、態度等が普通でなく、一種異常の感を與へる點はすべて共通である。屢々見られる症狀は頭痛、呼吸困難、鼓腸、不眠、不安、驚怖發作、強迫觀念、幻想、狂暴發作或は歩行乃至運動障碍等であるが、痙攣、失神又はカタレプシー(Katalepsie)等の發作は女兒に往々見られ、稀には起立歩行不能(Astasie u. Abasie)等を生ずることもある。智力障碍は一般に缺如するが、性格變化して憂鬱、狂騷、多辯又は沈黙等色々の状態を現はす。

診斷。器質的疾患の有無に注意することが極めて肝要である。他に原因となるべきに疾患なく、然かも暗示又は四圍の状

況によつて容易に影響され、或は發作を誘發し得る如き時は略々確實である。

療法。 安靜を旨とし、原因と思はれるすべての刺戟を避けることが第一であり、其目的で家族から一時隔離し又は入院させることは屢々有效である。患兒に對し注意を集中することは却て發作を誘發し易いから、なるべく無關心の態度をとるがよい。治療的には暗示療法を主とし、醫師に對する信頼が最も必要であり、醫師の如何は治癒機轉に大なる影響がある。従つて信用せる醫師の施す方法ならば、種類方法の何たるを問はぬ。

26. 精神薄弱(低能) Schwachsinn.

(魯鈍 Debilität, 痴愚 Imbezillität, 白痴 Idiotie)

魯鈍、痴愚及び白痴の別は單に程度の問題に過ぎず、精神機能發育尙ほ未だ充分ならざる幼兒期以前に之等を劃然と區別することは不可能に屬する。

器質的腦疾患、例之腦炎、腦膜炎、腦水腫、其他腦性小兒麻痺等を來すものはすべて低能の原因となり得る。實際低能兒には屢々腱反射亢進、四肢強直又は弛緩、頭蓋變形等の症狀を伴ふことが少なくない。又粘液水腫、生殖器萎縮性肥胖症其他の内分泌性疾患により生ずることもあり、又先天性の者も少なくない。先天性には分娩外傷、酒精中毒又は微毒等に基因すること多く精神病體質、所謂變質性體質も原因となり、又全く何等原因の認められぬ場合もある。腦に器質的變化ある者は別として、然らずと思はれる者でも、精密なる組織學的檢索によれば腦皮質の發育障礙が認められる。

症候。 身體的には頭蓋、顔面等の變形又は不整、耳殼の畸形、生

殖器異常 (Kryptorchismus の如き)、斜視其他の所謂變質性徵候 (Degenerationszeichen) を認めることが少なくない。乳兒期に於ては運動機能、例へば頭の据はり、起坐、起立、歩行等が一般に遅れ、言語は殊に遅延し且つ不明瞭で、往々癲癇様發作を起し、痛覺は一般に鈍い。

白痴には遲鈍型 (torpide Idiotie) と運動型 (agile od. versatile Idiotie) との二つがある。前者は周圍に對し全く反應なく、終日茫然として靜止し、後者は反對に絶えず床上に輾轉し、長年兒では常に動き廻つて一時も靜止せぬ。身體の發育に障礙なき者もあり、又著しく障礙され、強直又は弛緩狀になるものもある。

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

療法。 粘液水腫に因するものは治療可能であるが、其他は一般に無爲である。年長兒には低能兒教育を施さねばならぬ。

27. 手 淫 Onanie.

幼兒が陰部殊に陰莖を玩ぶことは必ずしも手淫ではない。小兒の手淫は既に2—3歳に始まることあり、殊に低能兒又は神經質兒に多く、蟻蟲、外陰部又は肛門部濕疹等は誘因となり得る。

幼児の手淫は甚だ多種多様である。例へば床上に伏臥し外陰部を床に押し付け、四肢を強直させ或は軽度の角弓反張をなし、又は下肢を曲げて下腹部を壓迫し、或は兩脚を交叉壓迫し、若しくは机、チャブ臺其他角のある部分に外陰部を押し付ける等の動作をなし、其發作時には全く精神を集中して他を顧みず、無理に之を止め、やうとすると怒り又は泣くと云ふ如きものが多い。年齢の長するにつれて手を用ひることが多く、且つ漸次密かに行ふやうになる。

本症の害は幼児に於ては幾分神経過敏になる位の程度であるが、長するにつれ秘密に行やうになれば、自責の念を生じ且つ睡眠障害を來し易いため、精神的に多少の障害を生じ、學業成績も劣り、又は神経過敏或は陰鬱になることがある。

小兒手淫に關して最も考慮すべき點は、其結果でなくて却て其原因である。即ち此の如き小兒は低能者、白痴、精神病的素因を有することがあるから、其智力乃至精神状態に異常なきや否や深甚の注意を要する。従つて治療に當つては之等の點を考慮して適當に對處し、又誘因と思はれるものを除かねばならぬ。一般療法としては氣分の轉換が最も肝要で、殊に幼児では常に其態度に注意し、發作の起りかけた時には直ちに注意力を他に轉向させ、自然に止めるやうにすることである。叱責しても仲々治るものではない。年長兒には運動を充分にし、就床後直ちに眠れるやうに努め、排尿に注意して膀胱の充満を避け、又は夜間の過食を慎む。唯徒らに叱責し又は説諭することは、小兒をして却て其事に注意を向ける結果を來し易いだけで効果はないから、寧ろ無關心を装ふ方がよいのである。轉地其他一般強壯法を行ふことは有效である。

C. 自律神経系疾患

Erkrankungen des autonomen Nervensystems.

28. フェール氏病 Feersche Krankheit.

(Akrodyne, Vegetative Neurose d. Kleinkindes, Pink disease)

不機嫌、睡眠不安、食思缺乏、羸瘦等の一般障碍に伴つて高度の發汗、皮膚殊に手足の表皮剝離、痒痒、四肢末端の厥冷潮紅乃至チアノーゼ、筋肉弛緩等を主徴とする一種の疾患で、主として6ヶ月乃至4年頃迄の乳幼兒に來る。冬より春にかけて多いと。之等の症狀中最も特有なことは皮膚症狀であつて、發汗甚だしいため多數の汗疹を生じ、就中手掌足趾は常に濕潤且つ厥冷、屢々發赤潮紅し、表皮に著明なる剝離(Desquamation)を生ずること恰かも猩紅熱の如し。又四肢軀幹等に屢々麻疹乃至蕁麻疹様紅斑を生ずることがあり、痒痒甚だしく且つ時として發作性腹痛を訴へることがある。發病は極めて徐々、患兒は漸次羸瘦し、元氣なく、歩行起立困難となり、震顫を生じ、脈搏頻數、血壓亢進を見るやうになる。發熱を伴はぬを普通とする。

原因及び病理。原因不明。植物神経系の機能障碍に因るものと一般に見做される。最近に於ては一種の傳染性疾患ならんとも云はれるが尙ほ明らかでない。

豫後。経過緩慢、1—3ヶ月位で極期に達し、次で漸次輕快するが、全経過は通常4—6ヶ月である。死亡率5—10%。死因多くは氣管枝肺炎、敗血症等なりと。

療法。皮膚の清潔並に榮養に留意し、感冒乃至肺炎に罹らぬやう注意を要す。アトロピンの内服は效ありと。又乳酸カルシウムも用ひられ、人工太陽燈照射も賞用される。皮膚痒痒に對してカンフル丁幾の塗布又は樟腦硼酸末等量混和物を撒布するもよい。微温浴乃至カミツレ浴、亜鉛華滑石末撒布等も試みられる。

29. 脈管神経系疾患 Vasomotorische u. trophische Erkrankungen.

(1) 紅肢痛 Erythromelalgie.

足趾又は手指に來る劇烈なる疼痛、皮膚潮紅及び血管の強き搏動を特徴とし、患部は往々暗赤色乃至紫色を呈す。發作的に起り又は一弛一張しつつ持続的に現はれ、歩行起立温暖等により増悪

す。頭痛眩暈、身體衰弱等を伴ふこともある。思春期以後の男子に多く、小兒にも亦見らるゝとされるが稀有。

原因。 脊髄後根神経節及び其脊髄内連続部の炎衝に因るものならんと云はれるが明らかでない。一般に職業的過勞を誘因とされるらしいが、微毒も原因となることがあると。

豫後及び療法。 経過慢性治癒は望み難い。臥床冷水浴、電氣療法又は沃度加里、アンチピリンの投與等が試みられる。

(2) 對側壞疽 Symmetrische Gangraen(レーノウ氏病 Raynaudsche Krankheit)

指趾末端蒼白厥冷となり、蟻痒感、知覺麻痺次第で疼痛を伴ひ、更に青紫色(チアノーゼ)を呈し、進んでは水疱を生じ、遂に壞死に陥る。重症では指趾末端全く荒廢に歸し脱落するに至る。對稱的に發するを特徴とし、稀に下肢、耳殼、鼻翼等が犯されることがあると。此一回の發作は數分に過ぎぬこともあり、又數時間に互ることもあり、發作連続的に起ることもある。女子に多しとされるが小兒には稀である。

原因。 體質異常殊に神経質者に多く、萎黃病、貧血、過勞、精神激動、冷濕等が誘因となることがあると。血管の限局性痙攣によるとなす説、自律神経系統疾患による營養障碍なりとする説等がある。

療法。 温巻法、局所浴、按摩、電氣療法等を試み、疼痛には鎮痛劑を用ひるが治癒困難である。

(3) 鞏皮症 Sklerodermie.

皮膚の肥厚、硬變及び萎縮を來す稀有なる疾患である。初めは皮膚腫脹發赤し、次で厥冷白色となり、漸次萎縮硬固となり、移動し難く、色素沈着を生ず。顔面には口唇、鼻翼、耳殼、眼瞼等に來り假面狀を呈する。経過緩慢なれど漸次蔓延し、衰弱により斃れるを普通とする。甲狀腺による自家中毒との説もあるが近時は自律神経系疾患ならんと云はれる。感冒外傷等に次で起り、又はバゼドウ氏病に併發することもあると。

療法。 水治療法、マッサージ、電氣、油類塗布、水銀軟膏塗擦、フィブリゲン或はピロカルピンの注射等が試みられる。

(4) 急性脈管神経性浮腫 Akute angioneurotisches Oedem (Oedema cutis circumscriptum-Quincke, Oedema cutis angioneurotica intermittens) 皮膚疾患参照。

XI. 血液疾患並に出血性素質

Blutkrankheiten und Blutungsbereitschaft.

A. 貧血 Anaemie.

貧血とは血液量減少の意味であるが、臨牀上には赤血球減少(Oligozytose)及び血色素減少(Oligochromämie)を示すものを云ふ。一般症状として皮膚、粘膜の蒼白を主徴とするが、それに伴つて頭痛、不眠、食慾缺損、體力薄弱、活氣に乏しく、心悸亢進等を示し、時として便秘、嘔吐を訴へ、甚だしきは心臓の擴張、心臓雜音等を認め、又は肝、脾腫大を來すこともある。但し之等の症状は必ずしも常存するとは限らず、單に貧血と云ふ以外に何等の症状を伴はぬ場合もある。

小兒は大人に較べて甚だ貧血を起し易い。何となれば小兒が發育の途中にあるため、一般の組織、臟器などの發育と共に、造血臟器(主として骨髓)も亦旺盛なる發育を營む必要があるため、従つて刺戟に對して極めて鋭敏であつて影響を受け易く、従つて大人では何等害を及ぼさぬやうな原因でも、小兒では障碍を及ぼし貧血を起し易いのである。例へば食餌性貧血などは其適例であらう。

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

1. 一次的の造血機能障礙に因る貧血。

a. 次天性或は早期の造血機能減退によるもの。

早産兒、滲出性素質、佝僂病等の貧血が之に屬する。體質性

貧血と稱するものと略々同意義である。

b. 食餌性貧血 Alimentäre Anaemie.

離乳不適當又は其他食餌の關係で起るもの。

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

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

d. 萎黃病 Chlorose.

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

2. 失血性貧血。

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

3. 溶血性貧血(又は毒素性貧血)

a. 血管内で溶血作用を起すもの。

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

b. 其他の血液毒素による貧血。

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

c. 其他原因不明のもの。

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

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

1. 食餌性貧血 Alimentäre Anämie.

乳汁榮養が長過ぎた時、即ち適切なる離乳の遲延によつて生ずる乳幼兒の貧血を意味し、從つて生後一年前後に主として見られる。母乳榮養兒にも起るが、牛乳偏養兒には殊に多く、山羊乳を用ひた時には一層著しい(山羊乳貧血)。他に原因的疾患あつて生じた場合は勿論除外すべきであるが、之等は屢々合併する。

原因。乳汁の鐵含有量の不足が主要原因とされるが(乳兒の榮養参照)其他銅、カルシウム其他の鹽類、ビタミン殊にC等の如き血色素成生に缺くべからざる物質が乳汁中に缺乏せることも關係する。

診斷。離乳遲延、其他食餌の關係から起るもので、他に特殊原因の認められぬものを云ふ。早産兒貧血の一部は之れに屬するも全部ではなく、中には先天的の造血機能不全に因るものもある。滲出性素質、佝僂病等に於ける貧血(所謂體質性貧血)は幾分之れと異なり、又細民貧血或は學校貧血等と稱するものも本症とは區別すべきものである。本症の血液像は血色素量が異常に少ない(60—50%、或は以下)ことを特有とし、赤血球數は餘り著明の減少を示さぬ。

療法。適當の時期に離乳を行ひ、鐵其他の鹽類、ビタミン等

* 乳兒は出生時に母體からかなり多量の鐵分を貰つて生れる。其鐵分は主として肝臟中に貯藏され、生後半年位迄の間は、乳汁中の鐵不足を此肝臟の貯藏鐵(Eisendepots)によつて補つてゐるのであるが、生後7—8ヶ月以後即ち離乳期に達する頃には貯藏鐵の大部分を消費し盡すために、其後の生活に於ては食餌から必要だけの鐵を補供せぬと、赤血球殊に血色素生成に障礙を及ぼし、其結果として貧血を來すのである。早産兒が貧血に傾き易いのは、出生時に於ける肝臟貯藏鐵の量が少ないことも一原因である。

に富める食餌を與へることが第一である。離乳期食餌中鐵含有量の比較的多いものは卵黃、果實(就中林檎)野菜(ホーレン草、馬鈴薯、人蔘、トマト、豆類等)玄米(主に重湯又は穀粉として)等である。* 鐵劑は昔から一般に用ひられ、近來は鐵と共に銅(硫酸銅)を併用する法が賞用される。**

肝臟療法 (Lebertherapie) は本症のみならず、すべての貧血殊に悪性貧血に對して近來賞用される。即ち仔牛又は鳥の肝臟を煮て磨りつぶし、粥狀とし或はスープ様にして與へるのであつて、用量は乳兒には一日量 20—30 瓦、幼兒には其 3—5 倍とし、3—5 週續けるのであるが、嗜好上困難に遭遇することがあるので、其缺點を除く目的で、肝臟を乾燥粉末とし或は有效成分を抽出したもの (Leberextrakt) 等が最近多數に製出された。***

本法の根據として肝臟中の鐵含有量が重視されるが、他にも赤血球及び血色素を構成するに必要な基質、又は骨髓の赤血球新生機能を旺盛ならしめる物質が含まれ、或は多量のビタミン (A, C 就中 B) を含むためとも云はれる。又肝臟中に造血ホルモンがあると云ふ説もある。****

(附) 山羊乳貧血 Ziegenmilchanämie.

山羊乳によつて榮養された乳幼兒に見る一種の食餌性貧血

* 食品中の鐵含有量 (乾燥物質 100 瓦中の鐵量を毫で示す)。卵黃 10.4—23.9。ホーレン草 32.7—39.1。林檎 13.2。馬鈴薯 6.1。豆 6—8。米 1.7—1.9。小麥 5.5。乾燥人乳 2.3—3.1。

** 食餌性貧血に對して鐵劑のみを用ひるよりも、銅(硫酸銅……鐵の約 $\frac{1}{10}$ 量)を加へる方が有利なことを初めて認めたのは Steenbock 氏 (1928) であると。其作用は多分 Hb の生成に對し觸媒として働くものならんと。

*** 肝製劑には Hepatrat, Hepatpurin, Hepatogen, Hepatpson, Leberextrakt, Ferripan, ヘパチン, ヘパン, ヘパトローゼ, ヘリパン, パンリパー, 理研レパー等々。

**** 犢生肝 100 瓦中には 8.2 毫の鐵が含まれ、丁度人乳の約 4—5 立中の鐵量に相當すると。

であるが、これは食餌成分の缺乏と云ふよりも寧ろ一種の毒素性貧血と看做すべきもので、山羊乳の脂酸、油酸、ヒヨレスチリンエステル等が有害であるためと云はれる。

2. ヤックシ、ハイエム氏貧血

Jaksch-Hayemsche Anämie.

(幼兒假性白血病性貧血

Anaemia pseudoleucaemica infantum)

生後 6 ヶ月乃至 2—3 年の幼兒に主として來り、高度の貧血、著しき白血球増多と共に肝、脾腫大を伴ふ疾患である。通例人工榮養兒に見られ、下層階級に多く、佝僂病と關係ありとされる。*

症候。皮膚蒼白、衰弱、食慾不振、頭痛、嘔吐、其他の貧血症狀が著しく、加ふるに肝臟、殊に脾臟の著明なる腫大を示す。血液像は赤血球數並に血色素量が著しく減少すると共に、多數の大赤血球 (Megalocyten) 有核赤血球 (Normoblasten u. Megaloblasten) 現はれ、大小不同、多染性等を示し、血色素係數は屢々 1 よりも大となる。白血球は常に増多し (2—3 萬にも及ぶ) 時として單核細胞の著しい増加を見ることがあるが、骨髓細胞乃至骨髓母細胞の出現は比較的少ない。

診斷。白血病とは血液像に於て骨髓細胞又は骨髓母細胞、或は幼若型淋巴球が比較的乃至甚だ少ない點で區別れる。悪性貧血は、血色素係數に於ては本症に類似するも、白血球増多なく却て減少する點で異なり且つ小兒期には稀有である。再生不

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

能性貧血は幼若型赤血球の甚だ少ない點が異なる。

食餌性貧血との區別は幾分曖昧であつて、兩者の差別は程度問題に過ぎず、本症も廣義の食餌性貧血に屬せしむべきものとする説もある。

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

療法。 食餌としては新鮮なる野菜、果實等を多くし、殊にビタミンに富めるものを與へ、鐵劑又は砒素劑を投與し、日光又は人工太陽燈照射を試みるが、肝臟療法は殊に効果ありと云はれる(食餌性貧血の療法参照)。

3. 再生不能性貧血 Aplastische Anämie.

(Aregeneratorische Anämie)

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

診断及び豫後。 診断は血液像による外なく、豫後不良。早きは數週、遅くも數月乃至1年位で斃れるのが普通である。

療法。 一般貧血療法を行ふのであるが、多くは無効。輸血を反復することは多少効果ありと云ふ。

4. 其他の貧血

(1) 惡性貧血 Perniziöse Anämie.

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

小兒には稀有。豫後極めて不良であるが充分なる鐵療法、肝臟療法、又は反復輸血を行ふ時は幾分效があると。

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

赤血球の抵抗が著しく減弱することが特徴である。**幼兒に既に著明に現はれることもあるが、學童期の方が著しい。貧血、黃疸、脾腫の三つを主徴とし、自覺症狀割合に少なく、時として黃疸全く缺如することもある。本症では溶血發作(hämolytische Krise)を起すことがあるが精神感動、寒氣、過勞等が其誘因になると云はれる。

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

豫後は、生命に對しては割合に危険が少ないが、治癒は不能である。療法としては肝臟療法、鐵療法、輸血等が行はれる。溶血發作を止めるために脾摘出手術を試みることもありと云ふ。

(3) バンチ氏病 Morbus Bantii.

腹水、黃疸、肝臟腫大(後に萎縮)及び貧血を主徴とする一種の症候

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

** 正常なる赤血球抵抗は 0.42-0.48% 食鹽水に相當するが、本症にあつては 0.52-0.72% に於て既に溶血を起すと。

群で、5年以上の者に見られると云ふ。

4. 假性貧血 Scheinanämie.

外觀上皮膚、粘膜の蒼白(貧血)を示すも、實は赤血球乃至血色素に殆んど異常のないものを云ふ。原因としては表皮の透過性が少ないこと、又は皮膚血管殊に毛細管の發育不全のために皮膚の血液が少ないこと、或は皮膚血管の攣縮(Angiospasmus cutis)等が考へられる(神経質の小兒に之れは多い)。又身長が急激に増加する時期(7-8歳頃及び14-15歳頃)には、心臓機能が之れに伴はずして一時的に貧血を呈することもあり(生長性蒼白 Wachstumsblässe)學童に見る蒼白には屢々これがある。傳染性疾患又は心臓疾患の恢復期等に見る皮膚蒼白も、屢々血液分布の不平均に因ることがある。

B. 白血病 Leukämie.

白血球生成系統の組織増殖により流血中に白血球の比較的増多を來し、殊に幼若、未熟型が著しく増加する疾患であつて、白血球の絶對數増加は必ずしも問ふ處でない。原因不明。

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

6. 淋巴性白血病 Lymphatische Leukämie.

(Leukämische Lymphadenosen od. Lymphozytomatose)

幼兒に比較的多いが、乳兒にも見ることがあり、大多數は急性に經過し、死の轉歸をとる者が多い。一般症狀としては發熱、倦

* 近來白血病を以て一種の腫瘍性疾患とする説もある。

怠、四肢乃至骨痛、頭痛、嘔吐、下痢、意識障碍、浮腫等を呈し、皮下乃至粘膜出血を生じ、頸部頸下部其他の淋巴腺又は扁桃腺等の腫大を來すが、肝、脾の腫脹は割合に高度でない。尿には屢々蛋白乃至圓嚙が現はれる。

血液像。白血球殊に淋巴球の絶對的及び比較的増多著しく、幼若型(Lymphoblasten)乃至大淋巴球若くは多核型(Riederform)等が多數に現はれるが、往々普通大の淋巴球のみが大部分を占めることもある。幼若白血球(骨髓性)も多少は現はれる。尙ほ赤血球及び血色素減少し、大小不同乃至異型、多染性、鹽基性顆粒、有核赤血球、大赤血球の出現等すべて貧血の像を伴ふ。

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

豫後不良。早きは數週、遅きも數ヶ月で斃れるのが多い。診斷は血液所見による。

療法。レントゲン照射、輸血、砒素劑等を試みるが多くは効果がない。

7. 骨髓性白血病 Myeloische Leukämie.

(Leukämische Myelose od. Myelozytomatose)

幼兒には少なく、年長兒に多い。發病乃至經過は急性のこともあるが、大多數は慢性である。従つて茲には主に慢性の症狀を述べる。

一般症狀は徐々として來る脾腫(Milztumor)を主とし、漸次腫大して硬い、平滑なる、或は多少凹凸ある、著しく大なる脾腫を觸れ、肝臓も亦多くは腫大する。初めは外觀上榮養佳良であるが、次

第に羸瘦加はり、蒼白、倦怠、呼吸困難、心悸亢進、頭痛等現はれ、視力及び聴力障害を伴ふこともある。尿には蛋白、圓錐等が現はれ、又尿酸の排泄増加し、淋巴腺腫脹もやがて起る。

血液所見。白血球増多極めて著明となり、10—50萬に及ぶことがあり、其大多數は骨髓性の白血球(Leukozyten)よりなり、殊に骨髓細胞乃至幼若型多く、更に骨髓母細胞(Myeloblasten)も多數に出現する。赤血球數及び血色素量減少し、貧血像を呈することは淋巴性のものと同じ。

病理解剖上には脾臓の増殖肥大の外、骨髓中に骨髓細胞及び骨髓母細胞が著しく増加する。

診断。血液所見による。但し病初に於ては他の貧血性疾患、殊に Jaksch-Hayem 氏貧血等と區別し難いこともある。豫後は不良で、3—5年の経過で多くは死亡する。

療法。レントゲン照射が屢々應用され、一時的には脾腫著しく縮少し、且つ血液所見も著明なる恢復を見ることが多いが、結局は死を免れず、且つレントゲン治療後、輕快状態中往々にして急變を來すことがある。ベンゾール、砒素劑等は奏效が遅いけれども、急變を來すことのない利益があると云はれるが、然し結局は駄目らしい。

8. 綠色腫 Chlorom.

白血病の一種に過ぎないが、其白血病性細胞増殖部が灰綠色(graugrün)又は黄色を呈する性質より特に綠色腫と稱するのであるが、尙ほ一つの特色は、其部位が頭蓋骨殊に眼窩部、顳額部、頬部等の扁平骨に好發することである。但し稀には軀幹骨又は

皮膚等にも發することもある。

症状は部位の如何によつて異なるべきも、眼窩、顳額部等に多いので、普通は眼球突出し、眼窩周囲又は顳額部が腫脹隆起し、然かも多くは左右對稱的(symmetrisch)に來るために、一種獨特の顔貌を示すものである。小兒より青年期にかけて多い。

本症には其性質から見れば淋巴性のものと骨髓性のものと両者があり、従つて血液所見に於ても、あるものは淋巴性白血病であり、他のものは骨髓性白血病である。

経過。多くは急性、豫後不良である。療法は白血病に従ふ。

9. 白血病類似疾患*

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

(1) 淋巴肉腫症 Lymphsarkomatose.

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

好發部位は縦隔竇(Mediastinum)かとされ、該部の淋巴腺腫大により呼吸困難、胸内苦悶、咳嗽發作、顔面浮腫等の壓迫症狀を呈し、打診上濁音を示し、X線上陰影を現はす。時として頸部其他の

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

淋巴腺を侵すこともあるが、肝、脾は侵されぬを普通とする。

血液像は長い間略々正常のことがある。淋巴腺腫大にも係らず淋巴球増多を見ることはないが、白血球は増加することがある。貧血は著しい。*

(2) 悪性淋巴肉芽腫 Lymphogranulomatose.

慢性炎症によつて生じた淋巴腺の肉芽腫であつて、壞疽に陥る傾向あるも淋巴性増殖を來すことなく、肝、脾等も餘り侵されぬ。原因としては、一部分は結核及び微毒と關係するが、他の一部は悪性肉芽腫で、Hodgkin 氏病などとも云はれる。

好發部位は頸部及び縦隔竇であるが、腋窩腺、腸間膜腺等も侵される。多くは頸腺腫脹から始まり、頸部に大なる、軟かい、葡萄状をなした腫瘍群を生ずる。縦隔竇に來れば壓迫症候を呈すること淋巴肉腫症と同様。進んでは全身の淋巴腺に及び、漸次衰弱し、悪液質に陥つて斃れることが多い。肝、脾の腫大、皮膚粘膜に淋巴様増殖を生ずること等白血病の如し。

血液所見は、淋巴腺腫大にも係らず淋巴球減少を示し、エオジン嗜好細胞増多及び軽度の白血球増多を示す。

10. アグラヌロチトーゼ Agranulozytose.

高熱を以て始まり、扁桃腺其他咽頭、口腔粘膜の壞疽性炎症を起し、軽度の頸腺腫脹時として肝脾腫大、黃疸等を伴ひ、一般状態著しく障碍され重篤の症候を示す。更に最も特有なることは高度の白血球減少(多くは 1,000 以下に)と共に、中性嗜好白血球の著しき減少を來すことである。赤血球、血色素に變化なく、従つて貧血を起さず、血小板數も殆んど正常、皮膚出血を示すこともない。大人女

* Myelosarkomatose と云ふべきものは小兒に發することはないそうである。

子に主として來り、小兒には稀有。

原因不明。経過極めて短かく、數日乃至 10 日位で大多數は死亡する。療法としてレントゲン照射、輸血等が試みられるが効果疑はしい。

C. 出血性素質 Hämorrhagische Diathesen.

(Blutungsberetschaft)

出血性素質とは原因病理ともに異なる種々疾患群の名稱であるが、唯甚だ出血し易い(常に、或は一時的に)傾向を有する點に於て一致するものである。之れに屬するものは血友病の外に、ウェルホーフ氏病 (Morbus maculosus Werlhofii) 單純性及びロイマチス性紫斑病 (Purpura simplex u. rheumatica, Schoenlein) 及び腹性

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

(2) 血液凝固時間 Gerinnungszeit. を測定するには普通、ホールオブジェクトグラスに、一度煮沸し冷却した蒸餾水の一滴を置き、之れに血液の一滴を加へ、清淨な細い硝子棒で充分混和し、後 30 秒毎に硝子棒で攪拌し、纖維素の初めて析出される迄の時間を測る(ビルケル氏法)。正常血液は 25°C で、5—5.5 分にて凝固する。血友病では 1 時間以上を要することがある。

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

(3) 血管壁抵抗を測る簡單な法は Rumpel-Leede 氏法である。即ち上膊をゴム紐等で緊縛して、それより下部に皮下點狀出血の現はれる程度で檢する。時間は 10 分間位まで試みなければならぬ(猩紅熱の章参照)。

(4) 血小板數の計算 Blutplättchenzählung. 耳朶を清拭し、乾いた處に 14% 硫酸マグネシア液の一滴を置き、其液を通して刺針で傷を付けて得た血液を。細い硝子棒で、血液と硫酸マグネシア液とを充分に混和して載物硝子に塗布し、固定染色標本を作り(長時間染色するを要す)、Okularblende を用ひて視野を縮小させ、1 視野に 20—30 個の赤血球を視る様にし、標本を移動しつつ赤血球と血小板とを數へ。赤血球 1000 に對する血小板數を測定し、それから血液 1 立方耗中の赤血球に對する血小板數を算出するのである (Fonio 氏法)。本法によれば、血小板の正常數は 130,000—350,000(平均 234,000)であると。

紫斑病 (Purpura abdominalis, Henoch) 等と昔から呼ばれてゐた疾患である。Barlow 氏病は以前は此中に編入されてゐたが現在ではビタミン缺乏症とされ、貧血、白血病、又は敗血症に於ても出血性素質を現はすことは云ふ迄もないが、それ等は單に症状の一つに過ぎぬのであつて、本來の出血性素質ではない。

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

11. 紫斑病 Purpuraerkrankungen.

症候。 倦怠、頭痛、食慾不振、ロイマチス様疼痛、發熱、嘔氣又は下痢等の一般症状を以て突如として始まり、之に伴つて皮膚又は粘膜に出血斑を生ずるを特徴とする。出血斑は最も重要な症状で、初めは四肢殊に下腿伸側に現はれ、次で軀幹に及ぶが、顔面頭部等には比較的稀である。又口唇、鼻、口腔、齒齦、結膜、咽頭等の粘膜及び胃腸、腎等の内臓にも出血を來すことがある。

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

によつて生ずる。

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

分類。 出血斑の分布、全身症状の強弱等により臨牀上種々の症型に分類さる。従來はウェルホーフ氏病又は出血性紫斑病 (Morbus maculosus Werlhofii od. Purpura hamorrhagica) 單純性紫斑病 (Purpura simplex) ロイマチス性紫斑病 (Purpura rheumatica) 腹性又はヘノホッフ氏紫斑病 (Purpura abdominalis Henochii) 電撃性紫斑病 (Purpura fulminans) 等に區分されたが、之等の分類は誠に曖昧であつて判然とせぬため、且つ最近血液學の進歩よりして、現今では臨牀上の症状には餘り顧慮せず、血液所見より次の三者に區別する法が行はれる (Morawitz u. Opitz 兩氏)。

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

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

従來ウェルホーフ氏病又は出血性紫斑病と稱せられたものであつて、孰れの年齢にも來るが、年長兒にやや多い。

皮膚殊に粘膜出血を普通とする。出血斑は小點狀並に斑紋狀 (flächenhaft) のものを生じ、大小不同且つ左右不平均 (asymmetrisch) のことが多いが、出血斑は血管性のものに比し一般に少ない。粘膜出血を特有とし、鼻、口腔、陰部、稀には腸又は腎より多量に出

* 出血性素質殊に紫斑病とビタミンCとの關係が近來注目され、ビタミンC剤の投與により骨髓に好影響を與へて血小板の生成を促がし、又は血管壁の抵抗を高めて出血傾向を除き得ると云はれ、之等疾患の治療に際し屢々C剤が用ひられる。

血して生命を脅かすことがあるが、腹痛を伴ふこと少なく又關節の侵されることもない。

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

経過及び豫後。 急性のもの、再發し易いもの、慢性のもの等あり、生命の危険は比較的少ないが、稀には多量の出血或は腦出血で斃れることもある。症状消褪しても血小板減少が果して治癒し得るや否やは疑はしい。

療法。 脾臓摘出により出血傾向去り血小板増加を見ることもあるも、多くは一時的に過ぎぬと云はれ、X線照射、砒素劑の投與等も試みられるが効果は期待し難い。對症的には血小板製劑其他の止血劑又はビタミンC劑の注射、輸血等が行はれる。

(2) 特發性(又は眞性)血管性紫斑病 Essentielle vasogene Purpura.

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

突然に皮膚出血を生ずることは前者と同様であるが、粘膜出血は比較的少なく、且つそれによつて生命を脅かすことも稀である。出血斑は通常やや大なる斑點狀をなし、左右對稱的に現はれ、主に四肢に生ずる。又出血を來さずして蕁麻疹様乃至丘疹様の發疹を生じ、又は浮腫を發することもある。皮膚出血、腹痛及び關節痛を本症の三主徴 (Trias) とも云はれるが必ずしも

然らずである。關節痛は此中でも割合に多く、關節腫脹又は滲出液を證明することもあるが、全く腫脹のないこともあり、大抵兩側に現はれる。腹痛はそれより少ないが、時として痙攣發作があり、嘔吐下痢を伴ひ、往々にして血性便を排泄し、又は尿に血液、圓錐、蛋白等を見ることもある。熱は缺如することが多く、一般症状も大抵は軽度である。

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

本症は血管壁抵抗の減弱に因るとされ、出血は毛細血管透過性の異常亢進のためと看做されるが、Rumpel-Leede 氏現象は必ずしも陽性とは限らぬ。原因として毛細血管毒 (Kapillarengift) が考へられ、腸内より發生すると看做す人もあるが、血管神經の影響も勿論關係するものと思はれる。

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

療法。 出血多い時にコアグレン、クラウデン其他の止血的臟器製劑を用ひることは勿論、カルシウムの靜脈内注射又は經口的少量投與、ゲラチン等も試みられ、人工太陽燈照射又はビタミンC劑の投與は効果ありと云はれ、又蛋白體注射療法も試みられる。關節痛等に對しては安靜、濕布等を行ひ、腹痛に對してはアトロピンが屢々用ひられる。

(3) 症候性紫斑病 Symptomatische Purpura.

他の疾患、例之白血病、貧血、種々の傳染病、Barlow 氏病或は其他榮養障礙等に基因して出血性素質を生じ、紫斑病の症状を呈するものを云ひ、血小板減少性及び血管性の二者に區別する。

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

b. 症候性血管性紫斑病 Symptomatische vasogene Purpura. 之の代表的のものは Barlow 氏病であるが, ヴィタミンCの缺乏のみならず, 他の栄養障碍に因ても生ずることがある。血栓生成 (Thrombose) 又は血管壁の器質的障碍によつて來るものは, 出血性素質とは幾分異なるもの (Scheindiatheze 假性素質) であるが, 小兒には屢々細菌性栓塞 (Bakterienembolie) によつて身體諸處に皮下出血を生ずることがあり, 殊に球菌感染 (Staphylo-, Strepto-, Gono-, Meningokokken 等) によつて起ることがあると云はれる。

(附) 電撃性紫斑病 Purpura fulminans.

非常に急激に経過して斃れるものを云ひ, 皮膚出血は甚だ著明にして廣汎に亘り, 屢々血性水泡を作るが粘膜出血は少ない。本症は單一のものではなくて, 血小板減少症乃至は血管性紫斑病などと區別が出來ず, 大抵兩方共著しい障碍をうけたものと思はれる。原因又は病理も一樣ではないらしく, 猩紅熱, チフテリー又は水痘等に併發することがあると云ふことである。

12. 血友病 Hämophilie.

前述の出血性素質はすべて後天的のものであつたが血友病はそれ等と全く異なり先天性の遺傳的疾患であつて, 多くは數代に亘つて遺傳關係を證明し得る。遺傳は常に女子によつて傳へられるが疾病の現はれるのは男子に限られ, 女子に發病することは

ないとされる。症候上特徴とする處は極めて出血し易いこと, 及び血液凝固時間が著しく延長することである。

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

血液所見。血液凝固時間の延長が最も特有で, 屢々正常値の10—20倍に延長することがある。* 其他の所見は時期により多少動搖があり, 多量の出血後には勿論貧血像を示すが然らざる時には形態的には全く正常と變りがなく, 血小板も減少せぬ。血液凝固遅延を來す理由は, 血管内被細胞, 血球殊に血小板中に含まれる Thrombokinae 又はプラズマ中に存する Prothrombin (Proserozym) の減少によるとも云はれるが, 未だ明らかでない。病理解剖的には何等特殊の所見がない。

豫後。本病は思春期に於て最も著明に現はれ, 30歳後に至れば著しく輕くなるを普通とするも, 血液凝固障碍は一生消失せぬ。従つて大量の出血で斃れることは若い時に多い。

療法。原因的療法は全くなく, 單に對症的に行ふだけである。外傷を避けることが第一に必要であるが, 出血に對しては其局所を壓迫, タンボン又は結紮を試み, 又新鮮人血清, 臟器壓搾汁又は抽出劑 (Koagulen, Klauden 等) をタンボンに浸して壓迫し, 或はアドレナリン等を併用する。局部的處置の外, 止血の目的にゲラチン, カルシウム瀉, 血清, コアグレン, クラウデン等の注射又は輸血等を試み或は高張食鹽水の靜脈注射をなすこともある。

* 血液凝固時間は, 正常にては5—10分であるが, 血友病に於ては30分乃至1時間以上に及ぶ。

XII. 心臓疾患

Krankheiten des Herzens.

小児の心臓雑音 (Herzgeräusche) に関しては、2-3歳位迄のものは先づ先天性心臓病に因るものと看做して差支がないが、其後に於けるものには器質的のものか或は偶發性のものかを區別しなければならぬ。殊に學童期に於て偶發性雑音 (akzidentelle Geräusche) の甚だ多いことは留意を要する。偶發性雑音は一般に收縮期雑音 (systolisch) で、軟性氣息性 (weich u. hauchend) の性質を有し、肺動脈孔部に聽えるを普通とされ、心臓濁音界は正常である。此ものは肺動脈孔 (Ostium) の狭い割合にして肺動脈が比較的大なるためと云はれるが、其成因は明らかでなく、恐らく學童期に於て心臓と肺、並に身體發育の割合が一時的に不平均になるためであらう。興奮又は運動によつて増強し又は發現することもある。此外尙ほ器質的雑音のみならず、機能的雑音が存することは云ふ迄もない (急性傳染病或は其他の疾患、又は心臓擴張等)。

不整脈 (Arythmie) は、乳幼兒では呼吸性のもの以外にも屢々見られ、殊に睡眠中に著しい。年長兒では呼吸性不整脈 (吸氣時に頻數且つ小、呼氣時に減少) はかなり多い。傳染病の恢復期に不整脈を生ずることが屢々あるが、大多數は意に介する必要はない。但しデフテリーに於てのみは大いに注意を要する。

徐脈 (Bradykardie) は乳兒の慢性營養障礙、殊に羸瘦著しい時に多く現はれ、又結核性腦膜炎の初期に現はれることがある。之れもデフテリーに於ては大なる注意を要する。

肺動脈第二音は乳幼兒では一般に亢進状を呈し、長年兒でも神經質の者は屢々亢進してゐる。肺動脈第二音が分離 (spalten) することは、健康小兒に於ても興奮、號泣、努責等によつて起ることが少なくない。

靜脈性雑音は主として貧血性の年長兒に於て見られ、獨樂音 (Nonnensausen) の他、胸骨の兩側殊に右側、大動脈孔に當る部位等に軽度の持續的雑音を聽くことがある。

1. 先天性心臓病 Angeborene Herzfehler

先天性發育異常 (Bildungsanomalien) に因るものが多いが、母胎内に於ける心臓又は大血管の炎症によるものもある。瓣膜障礙として最も多いのは肺動脈孔狹窄 (Pulmonalstenose) であるが、Botallo 氏管の開存、心室隔壁の缺損等も屢々見られる。然かも之等の障礙は必ずしも單獨でなく、互に合併することが多いので、診斷に當つて各型を判然と區別することは一般に困難とされ、單に「先天性心臓病」と呼ぶ外仕方のない場合が少なくない。

一般症候。心臓雑音は最も重要な症狀であるが、稀には不明瞭又は缺如することもないわけではない (心室隔壁缺損、又は肺動脈狹窄が甚だしく高度なる時)。學童の偶發性雑音に就ては既に述べた。心臓濁音界擴大は多くの場合認められる。

チアノーゼも屢々見られるが、時として全く缺如することも少なくない (心室隔壁缺損、Botallo 氏管開存等)。著明なる場合には生後直ちに現はれるが、1-2年後に現はれることもあり、又平常時には單に皮膚蒼白の程度に止まり、號泣努責などの時のみ發することもある。鼓桴狀指 (Trommelschlägelfinger) はチアノーゼ著しき場合に伴ふことが多い。呼吸促迫も大抵チアノー