

小 兒 科

下 卷

三輪信太郎著

宋牟 虞鴻 琪彝 譯



商 務 印 書 館 發 行

目次

各論

第五編 循環器系統疾患

第一章 心臟疾患

第一 先天性心臟異常 (一) 心室中隔缺損羅氏病

(二) 心房中隔缺損

(三) 普塔里氏管閉塞 (四) 肺

動脈狹窄

(五) 主動脈狹窄 (六) 大血管轉位症 (七) 心臟轉位症

第二 急性心內膜炎 第三 慢性

心內膜炎及後天性心臟瓣膜障礙

第四 急性及亞急性心包炎

第五 心包結連症

第六 心肌炎及

心臟機能不全 (一) 急性心肌炎

(二) 慢性心肌炎

(三) 心臟機能不全

第七 阿丹斯打氏症

第八 神經性心臟疾患

第九 血毒症病

第二章 血液疾患

第一 貧血 (一) 學校貧血

(二) 萎黃病

(三) 進行性惡性貧血

(四) 小兒假性白血病性貧血

第二

出血性素質 (甲) 紫斑病 (乙) 血友病

第三 白血病

第四 假性白血病、喬治金氏病、慢性淋巴膠

第六編 全身疾患

第一 巴羅氏病

第二 壞血病

第三 發作性血色素尿

第四 糖尿病

第五 尿崩症

第六 佝

瘰癧

第七 黏液水腫

第八 巴西多氏病

第九 脾臟疾患

第十 斑脫氏病

由國家圖書館藏 國家圖書館數位化

417.5  
8456  
V.2

875  
B34  
(2)

33  
50



第七編 呼吸器系疾患

第一章 鼻腔疾患

- 第一 急性鼻卡他
- 第二 慢性鼻卡他
- 第三 鼻腔內異物
- 第四 鉤血

一三五

第二章 咽及扁桃體疾患

- 第一 咽峽炎
- 第二 扁桃體腫大
- 第三 腺組織增生
- 第四 腺熱
- 第五 咽後膿毒

一四〇

第三章 喉疾患

- 第一 急性喉卡他、假性梅毒布
- 第二 絳窩纖維炎性喉卡他
- 第三 慢性喉卡他
- 第四 先天性喉狹窄

一五一

- 第五 喉氣管內異物

第四章 氣管枝氣管及肺臟疾患

- 第一 年長兒之急性大枝氣管卡他
- 第二 枝氣管卡他
- 第三 毛細枝氣管卡他
- 第四 慢性枝氣管卡

一五七

- 他 第五 纖維素性或精魯布性枝氣管卡他
- 第六 枝氣管喘息及喘息性枝氣管卡他
- 第七 枝氣管擴張

- 第八 枝氣管肺炎
- 第九 精魯布性肺炎
- 第十 慢性肺炎

第五章 肋膜疾患

- 肋膜炎(一)初生兒敗血性肋膜炎
- (二)哺乳兒之纖維素膿性肋膜炎
- (三)化膿性肋膜炎、膿胸
- (四)漿

一九四

- 液性纖維素性肋膜炎

第八編 結核症

二〇九

(一) 彼爾開氏皮膚反應 (二) 曼托氏皮內反應 (三) 皮下穿割反應 (四) 摩羅氏軟骨反應 (五) 佛爾夫、愛司賴耳、卡爾美忒氏眼反應 (六) 結核菌檢索法

第九編 梅毒……………二二九九

第一 先天性梅毒 (一) 胎兒梅毒 (二) 哺乳兒梅毒 第二 後天性梅毒

第十編 神經系統疾患……………二二五五

第一章 腦疾患……………二二五五

第一 急性腦實質炎 第二 腦膿瘍 第三 慢性小兒麻痺 第四 假性球麻痺 第五 小兒痲痺性脊

髓麻痺 第六 腦瘤 第七 神經中樞系之硬化症 第八 血族性腦性對癱 第九 遺傳性失調症

第十 先天性腦核缺損 第十一 小兒球麻痺 第十二 腦血行障礙

第二章 腦膜疾患……………二二七五

第一 出血性內硬腦膜炎 第二 結核性腦膜炎 第三 化膿性腦膜炎 第四 漿液性腦膜炎 第五 所

謂腦膜炎 第六 假性腦膜炎 第七 腦靜脈竇血栓 第八 慢性腦水腫

第三章 神經系統發育障礙……………二二九一

第一 小腦症 第二 腦肥大症 第三 脊椎破裂

第四章 精神發育障礙……………二二九五

第一 白癡、癡愚及愚鈍 第二 癡病 第三 蒙古人種樣癡呆或蒙古人型白癡

## 第五章 脊髓疾患……………二九八

第一 海內塞地氏病 第二 脊髓炎 第三 脊髓病 第四 夫利維利什氏病遺傳性運動失調 第五

肌肉萎縮性側索硬化症 第六 脊髓瘤

## 第六章 肌肉萎縮……………三〇八

第一 脊髓性肌肉萎縮 第二 神經性進行性肌肉萎縮 第三 進行性肌肉萎縮 第四 先天性肌肉弛緩症

## 第七章 末梢神經系疾患……………三一五

第一 麻痺 第二 神經痛 第三 多發神經炎

## 第八章 官能性神經系統疾患……………三二二

第一 癱瘓性素質、癱瘓質 第二 非基於癱瘓素質之急癱 第三 點頭癱瘓、旋頭癱瘓 第四 假性破傷

風 第五 癱瘓 第六 舞蹈病 第七 偏頭痛 第八 搐搦症 第九 憤怒搐搦 第十 夜驚症

第十一 神經衰弱 第十二 歇斯里的里

## 第十一章 泌尿生殖器疾患……………三五二

## 第一章 副腎及腎疾患……………三五二

第一 副腎疾患 第二 直立性蛋白尿 第三 急性腎臟炎 第四 慢性腎臟炎 第五 化膿性腎臟

炎 第六 腎臟結核 第七 腎臟瘤

## 第二章 膀胱疾患……………三八八

- 第一 大腸菌性膀胱炎、大腸菌性腎盂膀胱炎 第二 結核性膀胱炎 第三 夜尿症 第四 尿頻數症  
 第五 膀胱結石症

第三章 生殖器疾患……………三九五

- 第一 陰門陰道炎 第二 包皮 第三 陰囊水腫 第四 舉丸之位置異常 第五 手淫 第六 早  
 期月經、陰道出血 第七 泌尿生殖器畸形

第十二章 小兒寄生蟲……………四〇五

第一章 腸寄生蟲……………四〇五

- 第一 蛔蟲 第二 蟻蟲 第三 鞭蟲 第四 旋毛蟲 第五 十二指腸蟲 第六 囊絛蟲 第  
 七 條蟲類 第八 肥大吸蟲

第二章 其他內臟寄生蟲……………四二六

- 第一 肝臟二口蟲、寬形吸蟲、寬形二口蟲 第二 肺臟二口蟲、肺蛭 第三 日本住血吸蟲 第四 住血  
 絲狀蟲、班克洛夫氏絲狀蟲 第五 噴腎血蟲

第三章 皮膚寄生蟲……………四三四

- 第一 疥癬蟲 第二 虱 第三 壁虱 第四 恙蟲、毛蟲

第十三編 諸種中毒症……………四四一

- 第一 鴉片嗎啡中毒 第二 山道年中毒 第三 純馬中毒 第四 菸鹼中毒 第五 其他之生物鹼中

- 毒 第六 副腎素中毒 第七 毒空木 第八 一氧化碳之中毒 第九 酸及鹼之中毒 第十 汞中毒
- 毒 第十一 鉛中毒 第十二 銻中毒 第十三 砷中毒 第十四 氣仿中毒 第十五 磷仿中毒
- 第十六 磷中毒 第十七 溴中毒 第十八 氫酸鉀之中毒 第十九 石炭酸中毒 第二十 安替比林等之中毒及副作用 第二十一 毒蛇咬傷 第二十二 肉中毒 第二十三 毒菌中毒

第十四編 耳疾患

四五五

- 第一 外耳先天性畸形 第二 外聽道異物 第三 耳障松塞 第四 外耳濕疹 第五 外聽道瘻瘻、急性限局性外聽道炎 第六 擴汎性外聽道炎 第七 急性中耳炎 第八 慢性中耳炎 第九 內耳炎 第十 聾啞

第十五編 眼疾患

四六九

- 第一 眼瞼炎 第二 急性淚囊炎 第三 慢性淚囊炎 第四 卡他性結合膜炎 第五 瞶盲性結合膜炎 第六 狄扶的風性結合膜炎 第七 水泡性結合膜炎 第八 砂眼、顆粒性結合膜炎 第九 遠視性結合膜炎 第十 結合膜乾燥症 第十一 水泡性角膜炎 第十二 角膜實質炎 第十三 視網膜膠樣瘤

第十六編 皮膚疾患

四八一

- 第一 尋麻疹 第二 痒疹 第三 小兒尋麻疹樣奇癬 第四 癩癬 第五 濕疹 第六 濕潤性濕疹 第七 多形渗出性紅斑 第八 結節性紅斑 第九 藥疹 第十 初生兒天泡瘡 第十一 傳染性膿疱疹 第十二 剝脫性皮膚炎 第十三 凍瘡 第十四 多發性疣瘡 第十五 白癬

# 小兒科 下卷

## 各論

### 第五編 循環器系統疾患 (Erkrankungen des Kreislaufsystemes)

#### 第一章 心臟疾患 (Krankheiten des Herzens)

##### 第一 先天性心臟異常 (Angeborene Herzanomalien)

原因 先天性心臟異常，皆由於宗族的及遺傳的關係所發生，此為一般人所共知。（吾人嘗見某家族同胞八人中，有四人患本症。）尤以先天性動脈口狹窄為然，概兼有其他之身體發育異常者居多；常見有兔唇、狼咽、腹壁破裂、內臟位置倒錯症、齒牙異常、肛門閉鎖、蹄鐵腎、或骨骼缺陷等；又有同時呈精神發育異常，且有時見粘液水腫性白癡及蒙古人種癡呆者。

本病歸罪於胎兒在子宮內生活中，因夙得心臟炎症之結果，或母體患傷寒、梅毒等之疾病，或患梅毒等之人為



多。然梅毒似無著明之影響。據荷荷貞革 (Hohojunger) 氏云：五百名之遺傳梅毒兒中，見有七名之先天性心臟異常。埃革 (Eger) 氏云：先天性心臟異常之十二例中，見有三例為父親之梅毒遺傳性者。

症候 紫藍色為發生最多之固有症候，有廣汎顯著於全身之皮膚，或身體之末端，即僅限於局部之鼻尖、耳殼、口唇及指趾者。但局部之紫藍色，或生後即存在，或由於第一歲及第二歲之中途始顯明現出。其豫後，後者較前者為良好，此紫藍色之顯著為定型的。口唇呈暗紫色，似成熟之桑椹色。雖有達指趾之尖端，然紫藍色亦非必發之症候；時而終生發現者有之。或平素並無紫藍色，當患某種之呼吸器疾患時始現出而存留者，或為間歇性；當興奮狀態，劇烈運動，強盛呼氣之際始發現。（間歇性先天性紫藍色 (Cyanose congenitale intermittente, Veriot)）紫藍色之成立固非鬱血，似由於血液混合之不平衡，先天性心臟異常兼發水腫者少，據此即可知其非為鬱血也。

鼓桴狀指 (Trommelstock finger, Trommelschlagfinger) 亦為常所見者；指趾之端不平衡現桴狀腫脹，且帶紫藍色亦為常例，爪亦肥大而彎曲，形如鍍蓋玻璃。鼓桴狀指雖如先天性紫藍色，但第一歲之後半年始發現。而於先天性心臟異常者於三分之一見之，又若至後半則有見膝關節及肘關節之紡錘狀肥大 (Osteoarthropathie hypertrophiante)。

心臟叩診有濁音之境界擴張，主要在右心室及右心耳，蓋因先天性心臟病多侵犯右心故也（肺動脈狹窄）。單純之中隔缺損有濁音界之變化缺如者，於聽診上雜音生成及肺動脈第二音之異常為要，雜音之強弱不一定。有強者有弱者，時而不能聽取者亦非決無。例如於肺動脈之狹窄程度過於輕微，或過於高度時，反不生雜音，雜音

必需鑒別其爲先天性仰爲後天性；然於三歲以下爲後天性異常者，甚爲罕見。如官能性雜音（貧血性雜音）均亦罕有。則三歲以下之幼兒而有雜音者，視爲先天性異常可矣。

呼吸有於紫藍色存在時類

數而屢屢促迫者，又於小循環系常有鬱血，故先天性心臟異常之小兒，易罹毛細枝氣管炎及枝氣管肺炎，此等疾患，多爲其死因。

浮腫爲比較罕有而且發生遲緩之症狀，蓋由靜脈之管壁漸次肥厚所致；而基因於抵抗力增加使然也。小兒有心臟異常者，一見見水腫者少，後天性心臟異常者亦然。

血液所見，主爲赤血球增多；計達六百萬乃至八百萬。其他血

第一圖 鼓桴狀指



(nach Pfandler)



色素之量亦增加。赤血球之容積亦膨大云。總之，是等變化，可認為體內氣之供給容易之一代償性機轉也。

屢屢併發之症狀，為身體及精神之發育不全，全身均表示發育不完全，而矮小羸瘠。高度障礙時於哺乳兒期即已顯明。假使心臟之所見雖缺如，但據身體及精神之發育，有時亦可疑為有先天性心臟異常之存在；體溫在平溫以下，四肢大多厥冷，此因血液循環不調及體內新陳代謝之不完全燃燒故也。

患兒不健康而易啼泣，或刺戟性，至年稍長應有之活潑運動，亦不喜遊戲，大多終日閉居於室內。

豫後及經過 先天性心臟異常豫後不一定，或生下不出數日即死亡，亦有終生健全者。其死因概由心臟機能不全，偶有因犯傳染病及枝氣管肺炎而斃者，肺動脈狹窄之死因，多由於結核，此為衆所熟知之事實。

療法 療法之要點，即在禦防危險之併發症，因本來病變之結果，無論如何均無法阻止。但避免感冒，衣服溫暖，生息於清潔之空氣中，尤以盡力避免麻疹及百日咳之感染，極為必要。若已現心臟機能不全之症候，紫藍色增加，則當給以毛地黃 (Digitalin)、副腎素 (Adrenalin) 等強心藥，并行氧吸入法，然使用此等方法過遲，亦不能挽救心臟之危機。

(1) 心室中隔缺損 (Defekt des Septum ventriculorum) 羅傑氏病 (Maladie de Roger 1879)  
心臟中隔缺損因為畸形之一，常兼有兔唇及其他之畸形者。

症候 缺損部常存在於中隔上部之膜樣部，而缺損部份大時，有反不現雜音，而發生著明高調之收縮期雜音者為通例，雜音雖互在心臟之全部；然尤以強度者，由胸骨左方第三肋骨腔之處，可聽取之。此雜音雖傳於背部，

但決不傳於頸動脈，又不得觸知貓喘音，有肺動脈第二音之亢進，此為血液由肌壁發育之左心室壓出於右心室後者因血壓之亢上所致也。

心臟之大小雖不致迅速變化，然至年齡增加以後，右心室則起適度之擴張及肥大，紫藍色全然缺如者為多。本症因不發生全身狀態及身體機能之何等障礙，故可達於高齡，通常多為偶然所發見。

診斷 幼年者，據高調之顯著而瀰蔓性之收縮期雜音，尤以胸骨之左方為顯明，濁音境界無變化，又心音振顫缺如等，即可診斷。

與肺動脈狹窄之差異，為肺動脈第二音之明顯亢進及紫藍色之微弱或缺如。

由四歲至六歲以上之年齡，有發現後天性僧帽瓣閉鎖不全，因兩者之間頗為類似，故其鑒別甚為困難；但於僧帽瓣閉鎖不全，其雜音最強盛之部位為心尖，且其雜音之強度較中隔缺損稍微弱，又大多非為瀰蔓性。

據諸學者之說，心室中隔缺如屢屢與先天性肺動脈口狹窄及菩塔里 (Botalli) 氏管開存併發，又有此三種同時存在者，則其診斷可謂至難矣。

(1) 心房中隔缺損 (Defekt des Septum arteriosum)

卵圓孔開通 (Offenbleiben des Foramen ovale) 雖成缺損者甚多，然生存中起明顯之障礙者少，唯於解剖台上有偶然發見而已。

(2) 菩塔里氏管開存 (Offenbleiben des Ductus arteriosus Botalli)

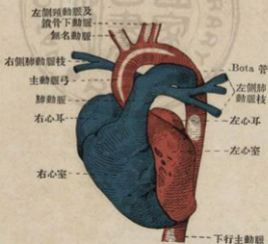
菩塔里氏管生下第一月之中，即全然閉鎖；但因肺呼吸之障礙（肺擴張不全等）及先天性心臟障礙，則能妨礙其閉鎖，故本病屢屢有其他之心臟障礙併存者居多。

症候 本症孤立時，於肺動脈之聽診部

位，得聽取最強盛之收縮期雜音，此雜音至收縮期之後半，則其性質漸漸增強，大約由於主動脈與肺動脈而來之血液與此開口相衝突而起。然肺動脈第二音常亢進，雜音由主動脈傳播於頸動脈，稍年長之小兒，心音振顫於肺動脈口部及胸骨上窩（主動脈弓）得觸知，此異常如永久存在時，則發現肺動脈之擴張，有現時有之一橫指徑之濁音界，即該爾哈特氏濁音帶（Gerhardt'scher Dämpfungstreifen）現於胸骨之左方第一及第二肋間際者，以X光照射，可明顯見其陰影。又後來有起右心室之擴張症者。

僅有菩塔里氏管開存而未發生障礙，竟達數十年之壽命者，紫藍色常缺如，然至後來易得呼吸器之卡他，繼

第二圖 分娩時之初生小兒心臟



菩塔里 (Botalli) 氏管開存  
胎兒之主動脈弓及下行動脈之血液混合。

(nach Kalbmann)

爲事實。

診斷 孤立時雖由上述之症狀略得診斷之；然與其他之缺損合併時，則其診斷困難，不過僅可想像而矣。  
先天性心臟畸形附帶之內臟顛倒位置（東京醫學會雜誌第二十二卷第二十二號）

就先天性心臟畸形之中，收集其最珍奇者，厥爲似魚類心臟之二腔心臟（Cor biloculare）及似蛙心臟之三腔心臟（Cor trilobulare）而三腔心臟者有一心室二心房者（Cor trilobulare biatriatum）及一心房二心室者兩種。

### 三腔心臟之報告如次：

(a) Herrioux 氏一八六一年二月十三日於巴黎之醫院醫學會供覽之三個月小兒之心臟，有一心室二心房而心房之間交通者。  
(q) Messonger Bradley 氏之記載：生後僅四十小時而斃者，有大之右心耳及小之左心耳，其他僅有一心室，真近於蛙之心臟（Batrachierypus）。

(e) Richard Pott 氏有一心室二心房（Cor trilobulare biatriatum）之報告。

(p) Dr. Hypollite Martin 氏實驗就十二歲之男兒，爲一心室二心房，而具有心房間之交通小孔及著塔里氏動脈管之開放者。

(e) Dr. Stendenor 氏有心室之中隔完全缺損，且有內臟顛倒位置者之報告。

(f) Roefschlager 氏有心室中隔完全缺損，又心房中隔有多數不定大小之間隙之報告。

(g) Dr. Wilhelm Steffen 氏實見有心房隔壁缺損者。

較三腔心臟更珍奇者爲二腔心臟，其實驗如次：

(s) Lavo Vinconal 氏見有一心房一心室以外，更有內臟顛倒位置者。

(q) J. Mauran 氏見有僅由一心房一心室而成之畸形心臟，血液由心室流入主動脈，肺動脈與主動脈直接聯絡，而小循環迂迴，即血液還流著塔里氏動脈管而流入於肺動脈之枝，由肺靜脈被輸送於心房。

*Pemberton* 氏之實驗與之類似，生後六個月而斃之小兒心臟，亦為一心房一心室，其塔里氏動脈管代理肺動脈，左之肺靜脈移於鏡骨下靜脈，右之肺靜脈連橫膈膜而下行於門靜脈。*Grandbert, Farre, Mayer* 氏均有類似之實驗。

尚有位於三腔心臟與二腔心臟之間者，因供參照，故於此處記之。

*E. Gallie* 氏見生時既有青紫症，以後屢屢現呼吸促進發作之嬰兒，生後第二十六日遂因發作而斃者，為極少有之心臟畸形，即有由寬廣互相交通之二心室而出之唯一動脈管，由其形態及其經過則當於主動脈，由此血管分枝於肺臟氣管等，二心房無隔壁而作一個之大腔，肺靜脈及大靜脈皆注入其中，房室間瓣唯僅有痕跡，如此心臟，於胎生期第四週之終，其室壁不變，有僅呈規則正常而容積增加之表現，此發育障礙之原因不明，未見有梅毒之關係。

在日本二腔心臟之實見者有一例，此為三浦博士於一九〇六年十月二十七日順天堂醫事研究會總會所供覽者也。由弘田博士之臨床所發見，生前診斷為先天性青紫症，四個月之嬰兒於一九〇一年十二月二十七日死亡。翌日解剖，為不可思議之心臟，僅由一心房一心室而成，由主動脈弓之途中生出肺動脈，左右分枝而為右室之代用，有無名動脈一個，總動脈在鏡骨下動脈以下正常，照原著者教室所藏之日誌，此兒為十月十三日收容者，青紫症極高度，結合臍口唇、舌、口結膜、口圍、鼻、耳廓、足尖均顯明見之。於四肢之尖端，有靜脈之鬱血，然心音於心臟諸口均甚清漸，至十一月三十日始起收縮期如吹之聲音，於右側鏡骨下可顯著聽得，屢屢有被泣發作，原著者每欲報告之先天性心臟畸形，亦為二腔心臟，其病狀日誌如左：

### 既往症 患者某女 生後五十六日

〔遺傳歷〕 父方之祖父母猶生存，祖父現有神經痛，祖母健全，父生來未曾患明顯之疾病，又無吸煙飲酒之習慣，且未罹患花柳病云。母方之祖父母健在，母現則雖亦為健康狀態，但患數次腳氣。此次產後經二十三日發現腳氣症狀，無早產及流產之經過，兒之長兄目下有腎臟炎及膀胱卡他兒為第二子，生後第九月由平產而生，生後第三週為止，雖受母乳營養，然因母子均發腳氣之症狀，以後一日量以六〇〇公分之牛乳（ $\frac{1}{2}$ ），但因發生嘔吐及腹瀉，故以山羊乳代之。本年九月五日，有顯數之嘔吐（一日十回以上），及腹瀉（一日十次以上），費便之性狀為黃綠色而含黏液，混有頗多之顆粒，但無血液存在，三日以來腹部似有疼痛，吐物為乳白色，咳嗽從來未發現。

(現病) 九月九日入院。其體格比年齡爲小，營養頗爲不良，皮膚寒冷，體溫三十六度五分。眼搏頻數細小而難觸知；呼吸頻數而不規則；似有腹痛；咽部大小之鱗門微裂開而陷沒；初而低聲輕度之青藍症，角膜無光輝，瞳孔左右間大；眼瞼結合膜有輕度之充血，於口唇之青藍症稍爲顯著，而其周圍輕度，舌被有青，口蓋及口腔黏膜散見黏口瘡，頸部及項部無異常，心臟之第一音爲吹樣雜音，心臟濁音界普通，胸廓膨滿而緊張，未觸知索塊，肝脾皆腫觸知，左右之腎部兩側均有二十分補幣大以上之潰瘍，膝蓋雙反射如常，四肢未見浮腫。

治療 (一) 樟腦注射，(二) 霍夫曼 (Hofmann) 氏液 1 · 0 (二日量)，(三) 甘米 0 · 005 (一日三回)，(四) 牛乳 0 · 0110 公分 (每四小時一回)。

九月十日 腹部膨滿顯明，肛門周圍有濕爛，四肢之末端寒冷，口腔黏膜呈輕度之紫藍色，裏便始不間斷排洩，帶惡臭而黏液頗多，混有輕大之顆粒。治療 (一) 甘米 0 · 0011 (一日三回)，(二) 淡鹽塗布，(三) 噴臉銀水，(四) 腹部溫氣法。

九月十一日 足趾有皮膚之落屑，腹部強度膨滿緊張，觸知肝臟下緣，於心尖部聽取心臟收縮期雜音，口唇及口腔黏膜之青藍症依然，雖常有噁氣，但無嘔吐，有輕度之發熱。治療亦如前日。

九月十二日 患兒有眼珠容易上竄之傾向，眼珠及眼珠結合膜充血，口腔黏膜呈紫藍色，腹部之膨滿高度，心臟雜音依然。

九月十三日 舌被有青，昨夜睡眠不安而常呻吟，於心臟濁音領界，到處均可聽取如吹之雜音，腹部膨滿如故，雖觸知肝下緣，但未觸知脾臟，腎部之潰瘍大如十分補幣，外陰部及大腿內面見有濕爛，手掌及足趾之落屑顯著，依然噁氣。治療：每三小時用牛乳 0 · 02 公分，其他同前。

九月十四日 發熱依然，腹部膨滿強甚，足趾發赤顯明，腎部潰瘍稍小。治療 (一) 甘米 0 · 003 (一日三回)，(二) 淡鹽上敷布甘米。

九月十五日 全身體有輕度之青藍症，胸廓在胸骨左緣與左方乳腺之中間部，收縮期的吹笛樣雜音最顯明，腹部膨滿，無水腫，裏便由黏液而成。治療如前。

九月十六日 心尖部聽取收縮期雜音，然最顯明者爲胸骨左緣與左方乳腺間之部位，肺動脈管不顯雜音，青藍症亦如昨日，舌被有輕度之青，口腔黏膜之黏口瘡消失，有鼻卡他及結合膜炎，手掌及足趾呈赤銅色，而見落屑，腎部之潰瘍有治療之傾向，皮膚寒冷，尿搏頻於觸知。

驚風五回。治療：(1)牛乳C：0.110。0。每日三小時半一回。(2)霍夫曼(Hoffmann)氏液1.0。秋那令(Digalen)0.11(11日量)其他同前。

九月十七日 腹部膨滿依然，收縮期雜音於心尖最顯著而如吹音，黃但綠色，而含黏液。治療：(1)牛乳C：0.110。0。每三小時半一回。(2)甘肅O：0.011(1日三回)。

九月十八日 症狀亦如昨日，嘔吐二回。

九月十九日 腹搏微弱而難觸知，心音未或不規則，青藍症顯明增加，嘔吐頻繁，哺乳不能，午後三時四十五分死亡。

生時診斷 先天性梅毒，濕泡性腸炎，及先天性心臟疾患(心室中隔之缺損)。

Comby 氏之例，心尖或高圓之收縮期雜音，傳導於心臟全體，青藍症及浮腫缺知，臨牀上診斷為心室中隔之缺損，由剖檢於同一之部位，確有大小之交通孔。

Miller 氏心室中隔缺損之例，顯明聲高如吹之收縮期雜音，於心臟中央部沿左胸骨緣聽取最顯明，青藍症缺知。

原著者之例雖有青藍症存在，但程度極輕，且加以先天性梅毒，有濕泡性炎，身體甚為瘦弱，故疑為青藍症，而尤以心臟之臨床所見，懷疑頗前記二氏之心室中隔缺損症，而抱該症之疑診，係蓋運疑見剖檢上之內景而已。

剖檢 二十日午前十一時福士學士執刀。

剖檢診斷(病理學教室) 心臟畸形(一心房一心室)，著塔里氏動脈管開放，內臟顛倒位置(胃、肝、脾、胰及肺臟)，於小腸之下部及胃腸部有多數之濕泡性潰瘍部。

尚有肺臟同前而實大，心臟如本人之手拳大，左肺分為三葉。

本例極饒興味，諸種之畸形湊合，內臟顛倒位置，已由阿利斯特特列斯(Arshaber)時代知之，有心臟右在左(Dextrocardia)極為普通。原著者之實例為部分的內臟顛倒位置，因心臟在常位，本症在生前不能診斷，內臟顛倒位置與心臟畸形之合併為屢屢所見者也。有內臟顛倒位置，亦能康健而達高年者。二股心臟據卡夫曼(Kaufmann)氏云則不能生存，然據原著者之例，則確有數月間之生存也。



此例有脾臟之不全發育，雖有無脾症 (Aplasia) 然竟能達七十三歲且經過順產之婦人 (Sarnberg 氏云) 無脾臟因發育缺如及運行性而來，原著者之實例，或即爲卡夫曼氏所唱無心臟疾患之運行性缺。

倘有此二腔心臟之血管分枝之關係等，唯有俟於病理學教室之詳細報告，此乃原著者所切望者也。

#### (四) 肺動脈狹窄 (Pulmonalstenose)

本症爲先天性心臟異常中所見最多。於幼兒之全體占五分之三，因其成長後肺動脈狹窄而得保有比較長壽，故可謂占五分之四。本症之所以得保有比較長壽者，因併發缺損者爲多，而得補助肺臟之血液分配故也。狹窄部或存在於動脈口，或在圓錐部或動脈幹。

症候 當肺動脈口部能聽取收縮期雜音，肺動脈第二音或微弱，或缺如，而第一心尖音不明。如同時有心室中隔缺損時，則雜音於第二、第三肋軟骨附着部之胸骨左緣爲最強，而且傳播於主動脈及頸動脈。若狹窄達極度時，則不能聽得雜音。若本症與菩塔里氏管開存併存時，則肺動脈第二音亢進，且有心音振顫及雜音之頸動脈傳播，而以後當然發生右心室之擴張及肥大，固無論矣。

本症顯著之症狀爲紫藍色，於口唇及指趾之末端尤爲顯著，紫藍色生後即已顯明，啼泣興奮時殆成暗紫色，鼓桴指亦漸漸顯明爲常例。

全身障礙即發生呼吸促迫，及呼吸器之卡他，失神與窒息發作，眩暈等，其死因由於呼吸器病，肺結核等，又屢屢斃於水腫症狀之下。



## (五)主動脈狹窄 (Aortenstenose)

本症較其他之心臟異常爲罕有，狹窄處在主動脈口時，其症狀與後天性之主動脈口狹窄 (Ostiumstenose) 相似。若狹窄極度時，則分娩後不出一二週多歸死亡。

所謂峽部狹窄 (Isthmusstenose) 者，乃存在於菩塔里氏管開口於主動脈之主動脈峽部 (Isthmus Aortae) 也。狹窄多非爲極度，因左心室之肥厚而得以調節之。

症候 於胸骨之上部，得聽取收縮期之雜音，肺動脈第二音無變化，且不微弱，以後成立特異之副血行循環，主爲內乳房動脈與肋間動脈擴張，而得觸之其搏動者有之，此時頸動脈及上肢之動脈，固然搏動顯明，但下肢動脈之搏動甚微弱爲常。

## (六)大血管轉位症 (Transposition der grossen Gefässe)

就中最緊要者爲主動脈及肺動脈之轉位，有主動脈由右心發出，肺動脈由左心發出者。其主要症狀爲雜音之缺如，高度之紫藍色及肺動脈第二音之亢進是也，同時如有心室中隔之缺損，雖得生存，然概不出數月，即歸死亡。

## (七)心臟轉位症 (Lagenomalie des Herzens)

有中胸心 (Mesocardie) 及右胸心 (Dextrocardie) 等，後者吾人亦有實驗。

參看右胸心 (Dextrocardie synonym Dextrocardie) 之一例 (兒科雜誌第一百十七號)

## 第 11 急性心內膜炎 (Acute Endocarditis)

心臟炎在解剖上雖區別爲心內膜炎、心包炎、及心肌炎，但實際表現各個獨立之形態者少，大概於各部分同時有病變，實即爲心臟炎，然於臨床上各有其變化，尤因其病變多之部份，而症狀呈差異，故吾人據此乃命名爲心內膜炎、或心包炎、或心肌炎也。

原因 分娩後之後天性急性內膜炎，在第五歲乃至第六歲以前極少，以後則與年齡共同增加，而最多者爲十歲乃至十五歲之間。

最多之原因爲急性僂麻質斯，占全數四分之三（在大人占全數三分之二乃至三分之一），而五歲以下之小兒患此急性僂麻質斯少，與幼年少有患心內膜炎之事實相同。（小兒患急性僂麻質斯之經過固然比較易，但較大人易罹心內膜炎）舞蹈病亦與心內膜炎有關係，此爲吾人所共知。

於原著者醫院延壽室有因急性僂麻質斯之後天性急性心內膜炎之實驗二例：

其一 七歲零七個月之女兒 M. K. 一九一五年五月一日入院，由同年三月十三日發病，在前一月之際，罹僂麻質斯，當時主訴關節痛，心臟部觸如貓喘音顯著，心尖搏動於第六肋間腔乳線外方半公分處得認出之，於心尖之收縮期雜音顯明，肺動脈第二音亢進（心臟境界），其內界在右胸骨緣之外約一公分，上界在第二肋骨之上緣，胸部有枝氣管卡他，下胸有細度之浮腫，代價機障完全消失，六月十日出院。

其二 五歲九月之女兒 M. I. 一九一四年六月十四日入院，五月十四日曾訴胸痛，由十六日起發熱三十九度餘之發熱，足關節發現疼痛，腫脹，次則逐漸達於膝關節，上肢諸關節，心尖於第五肋間腔乳線見其搏動，第一音全變爲雜音，而帶吹鳴性，該收縮期雜音於心尖部最顯

明，但左胸骨緣亦顯明，第二肺動脈稍亢進，心臟右境界之中央其上界在第二肋間，其他之部分均無浮腫，左肺門部腫脹，恐有肺蓋跳動 (Pulsation) 運動時疼痛強烈，七月三日出院。

除此二者以外多為猩紅熱，其他狄扶的里、咽喉炎、結核、肺炎、丹毒、骨髓炎、流行性感官，亦有發生心內膜炎者。如是之心內膜炎概為續發性。細菌為其原因，尤以鏈球菌為多，葡萄狀球菌、肺炎菌、傷寒菌、及大腸菌是也，淋菌亦能致之。

病理解剖之所見，與大人為相同，顯有疣贅及潰瘍性病變，但潰瘍性於小兒甚少。

症候 急性心臟內膜炎，因如上所述概為續發性者，初僅有急性癱瘓質斯，或咽喉尖之症狀，此等基礎疾患未消失時，發病時兼發倦怠、蒼白、惡心、及食慾減退之疾狀，雖普通有弛張性而又甚高之熱，然癱瘓質斯及猩紅熱等，至離床之際，發生微熱，而終則發現心內膜炎之症狀者常有。

瓣膜之中被侵犯最多者為僧帽瓣，最初起第一心音微弱，漸次不明，以後則帶雜音。雜音之種類為吹笛性及吹鳴性，於肺動脈口之下部聽取最顯明，肺動脈第二音之亢進永久不現出者居多。此外小兒之心肌其性能甚大，而左心室能受此等之障礙，并得防止鬱血及於肺動脈故也。主動脈瓣被侵犯較僧帽瓣為遲，屢屢繼續發熱之後，炎症機轉始由僧帽瓣傳達而起者為多，如主動脈口被侵犯，則其部份始能聽取收縮期雜音，至瓣膜起萎縮則可聽得舒緩期雜音。

叩診上心臟濁音境界長久均無變化，此亦可由X光微照法而得證明之，其理由亦如上述小兒之心臟，因有

較多量之貯蓄力故也；然故後期，亦如大人發生擴張及肥大。

脈搏常頻數而不規則者少，若不規則，則為兼有心肌炎之證。

哺乳兒急性心內膜炎與兒童者異趣，且較兒童者少，蓋因哺乳兒少有患類似傷寒之急性傳染病，其原因最多者為敗血症，初視為由無害之急性鼻卡他等所誘發，其局部症狀全然忽視者有之，因難普始終缺如，及至濁音境界擴大始發現時已漸次近於死期矣。初發病狀於熱性前期之後，現顯著之皮膚蒼白，偶呈紫藍色，雖無呼吸障礙，但有發作性發出顯著之紫藍色，又有屢屢起呼吸頻數及深呼吸，但肺臟不見病變，故其病勢與急性粟粒結核頗類似，鑑別亦屬至難。哺乳兒急性心內膜炎之豫後不良，大概於二三週之中取死亡之轉歸。

經過及豫後 本症之經過不一定，同時須視有無心肌炎及心包炎之併發症，或是否潰瘍性內膜炎，雖有發生危險而死亡者，但普通多移行於慢性瓣膜障礙，然就其中亦有全愈者。

潰瘍性心內膜炎 (Ulcerative Endocarditis) 甚為少有，始為原發性，發生或由膀胱及口腔等其他部位之有敗血性疾患，而擴發者有之。其症狀重要與傷寒一樣，或全身敗血性症狀，不安、惡寒、不規則之發熱起始，兼發譫語及其他之腦症狀，有現皮膚出血、化膿者，脈搏頻數而現紫藍色，據心臟雜音及發於急性之濁音境界擴張而得診斷之，普通死於一週間乃至三週之中。

診斷 本症之診斷多感困難，尤以有類似傷寒、猩紅熱之熱性疾患為然。每日確實能聽取心臟雜音者，即可下本症之診斷矣。

療法 於傷寒、傷寒性症狀存在時，須用大量水楊酸劑，并可試用水楊酸鈉（五歲以上一日二、〇乃至四。

○) 水楊酸鈉、咖啡鹼 (Caffeinum Natrium salicylicum) (1日0.3)、阿斯匹靈 (Aspirin) 及沙利比林 (Salipyrin) (1日0.11—1.0)、薩羅耳 (Salol) (1日1.0) 等。若至發現內心膜炎之症狀，則命其絕對的安靜，有熱時須於心臟部位置冰囊，食物用牛乳、藕汁、茶等。其他亦須注意試行微溫湯浴，有極不安症狀時，則用可待因 (Codein)、狄奧甯 (Dionin) (1日0.01乃至0.02)、年長之兒童亦可用嗎啡 (Mophin) (1日0.005乃至0.01)、毛地黃 (Digitalis) 製劑無使用之必要，重篤時固不可缺少樟腦及咖啡製劑也。

處方例：

水楊酸鈉

三・〇

燕窩水

八〇・〇

甘草煎

五・〇

右每二時服用一小兒匙 (三歲之小兒)

沙利比林 (Salipyrin)

〇・三

乳糖

〇・11

右一日量 (五歲之小兒)

第三 慢性心內膜炎及後天性心臟瓣膜障礙 (Chronische Endocarditis, u. erworbene Klap-

penfehler)

小兒慢性心內膜炎亦由急性心內膜炎而起，基於急性傳染病及傷寒者為最多。有謂原發性慢性心內膜炎。患於結核時春機發動期有發見之者，年齡大約每見於五歲以後，而二歲乃至四歲以內者少。

症候 僧帽瓣障礙較主動脈瓣障礙特多，發現約多十五倍乃至二十倍，就中多為僧帽瓣閉鎖不全，主動脈障礙漸由春機發動期發現，僧帽瓣狹窄甚少，僅於稍年長之兒童見之。

大概潛伏數年間，更屢有潛伏存在，至春機發動期，偶爾由醫師所發見者，故雙親並不知其受兒有心臟障礙，小兒外表健全，而入校遊戲之際亦無障礙；然於某時間則發現全身障礙者有之。則患兒成刺激性，有容易疲勞、頭痛、衄血、及身體發育不良等。心臟所見與大人無大差異，心尖搏動可得明視，且得觸知。幼兒如有極高度之障礙時，胸廓及心臟部發現膨隆，尤以心臟部為甚，叩診上之所見無顯著變化，左心室肥大之結果，不過起輕度左界之濁音擴張而已。雜音粗糙銳利，一定局部之外，必於背部肩胛骨間部及肩胛骨角之附近，得聽取最顯著，尤以幼兒為然，而其位置僧帽瓣障礙則於上方，可聽取之主動脈瓣障礙則於下部可聽取之。若起代償機能之障礙而現大小循環系統之鬱血，呼吸促迫，呈紫藍色，發現枝氣管卡他，肝腫大，末梢靜脈之擴張，皮膚之浮腫及漿液腔之水腫，且成比較的三尖瓣閉鎖不全之結果，則至發現靜脈搏動。

脈搏如心肌未起變化，通常規則。

各瓣膜障礙之症狀大體與大人無甚差異，故不贅述，茲僅就應注意之二三事項敘述之：

僧帽瓣閉鎖為最多見，屢屢獨立發生，心尖聞收縮期的雜音，肺動脈第二音亢進及右心擴張，亦有永久不發

現者。

僧帽瓣狹窄大多發現於僧帽瓣閉鎖不全長久成立之後，初有收縮期雜音，後則成爲兼有貓喘之舒張期雜音，此雜音亦如大人，雖因輕度之身體運動則變顯明，此當注意也。

主動脈瓣通常同時發現閉鎖不全及狹窄，在十歲乃至十二歲以前少有，本症屢屢現重篤症狀，招至突然立卽死亡者間亦有之，接於右第二肋間胸骨可聽取顯明之雜音。

三尖瓣閉鎖不全起於其他之瓣膜障礙，而現代償機能障礙時，起於右心室擴張者，比較的多。

經過 多數一旦發生之瓣膜障礙，則行代償機能，經過至春機發動時均無何等之苦惱，其後因心肌之衰退或於反覆發生內心膜炎而增劇之際，則急起代償機能障礙，然於小兒輕度之僧帽瓣閉鎖不全，非無完全治癒者，亦有數月或一二年後取死亡之轉歸者。如斯之際，必同時兼有心包炎或心肌炎也。據一般學者云：小兒以心臟膜障礙較大人者代償機能爲良，且能長久持續；反之，起代償機能障礙時，則較大人迅速呈危險狀態，有心臟擴張及肝鬱血達於極度者。

診斷 本病之診斷，多感至難。在僧帽瓣閉鎖不全時，無肺動脈第二音之亢進與右心室擴大，學齡兒童患貧血，則必起心境界之擴大症狀，且貧血性雜音與器質的雜音有時亦難區別，又與先天性障礙之區別亦屬困難，尤以心室中隔缺損更當注意。

心尖有收縮期雜音，於臥位或坐位均能聽取。此外更有心尖搏動亢進而抵抗性強者，則因有左心室之肥大，

可助僧帽瓣膜障礙之診定。

豫後 患懼麻質斯時，命患兒嚴守安靜，且與以水楊酸劑，如患咽峽炎等，亦應迅速施行治療。

療法 如認心臟瓣膜有障礙，則將來應避免身體劇動之職業，又當告戒患者不可嗜好劇烈之運動，更當深知酒精性飲料之害毒，且須獎勵冰水摩擦，鄉村或高地之生活，爲懼麻質斯及感冒之預防法。

若已起代償機能障礙，則使患者靜臥，牛乳療法，碳酸泉浴等，爲適宜。藥劑可試用毛地黃葉浸、狄茄令 (Digitalin)、咖啡鹼 (Caffein)、副腎腺素 (Adrenalin) 及樟腦注射亦爲必要。

處方例：

(I) 毛地黃葉浸

純糖漿

(0.6) 8.0.0

右二日量 (七歲之小兒)

(II) 狄茄令 (Digitalin)

尋常糖漿

1.0

8.0

水

100.0

右二日量 (十歲之小兒)

(III) 狄茄令 (Digitalin) 1.0.0.二乃至0.5皮下肌肉，或靜脈內注射。

(四) 四倍 Adrenalin 溶液三分之一乃至二分之一筒注射於大腳外側皮下。

第四 急性及亞急性心包炎 (Akute u. subakute Pericarditis)



原因 輕度之纖維性及滲出性心包炎，雖屢屢發見於傳染病性疾患之屍體剖檢時，然於生前大多不能診斷之。

然著明之心包炎於哺乳兒期及小兒期較多，在哺乳兒及初生兒成敗血膿毒症之部分症狀，心包有見化膿性滲出液者，此概由鏈球菌及淋菌而起；至四五歲之間，則化膿性心包炎更多，大概由肺炎或肋膜炎所續發者，故時常均由肺炎菌所惹起；六歲乃至八歲以後，多為結核性及傷寒性心包炎。滲出液吸收後，往往起心包之粘連，在此等年齡者，多為併發於肋膜炎之心包炎，其他在猩紅熱、丹毒、及麻疹有起化膿性心包炎者，亦應注意。

病理解剖 鏈球菌性者之滲出液概為漿液性，化膿性；肺炎菌性者，其滲出液量不多，而心包之兩葉被以絨毛之纖維葉塊；結核性者普通除多量之漿液外，更見發生少數之結核；若有瓣膜障礙，則心肌擴張，且現肥大，於傷寒者亦然。

症候 心包炎有其他重篤之敗血症及傳染性疾患時，屢屢忽視；又有肺炎及肋膜炎時，叩診上有感診斷困難者；肺炎加有化膿性心包炎，則全身容態急劇變化，脈搏著明不良，而至心包炎之症狀顯著。則起高熱、不安、胸內苦悶、呼吸促迫、脈搏細小而頻數、顏面憔悴、皮膚蒼白，以後成紫藍色而突然死亡。

患急性傷寒者，比較單純而無併發症居多，以發熱、不安、頭痛、食慾不振等病狀起始。二三日之後即可聽得心包摩擦音，然其音調軟弱，故間有以為心內膜雜音者，但如能注意則不致有此錯誤，心包摩擦音非如心內膜雜音有傳達性，其音性常易變換。因聽診器之壓迫或體位變換而成高音，即可得而知之；其部位亦與內膜性雜音

於心尖部得聽取相反。心包性摩擦音寧於心基部聽之，漸漸發現呼吸增加而促迫，而成呻吟性，脈搏小不頻數，因皮膚蒼白及不安狀態之增加，乃知爲重篤之狀，此時精細診察心臟部，有濁音界之增大。

(一) 左方越心尖搏動，故心尖搏動可於心濁境界以內得聽診之。

(二) 上方沿心基底部，其上描有烟突狀之凸起濁音境界線。

(三) 右方已由早期現濁音境界之擴張，至超過心肝隅角 (Herzleberwinkel) (單純之右心室擴張心肝隅角仍保存)。

(四) 下方在心尖搏動之下部，於特勞培 (Traube) 氏半月腔現顯明之濁音，此無肋膜滲出液時，大可爲診斷之助。

加之心臟部得聽取摩擦音，則確爲心包炎也。

幼兒如滲出液多量時，則當胸壁之心臟部發現膨隆，且壓迫左肺背部左下部現濁音，呼吸音微弱及枝氣管呼吸 (平斯氏假性肋膜炎症候 (Pseudopleuritisches Symptom von Piss))，故有誤爲肺炎及肋膜炎者。又除肺臟壓迫之外，心臟之運動特以使舒張困難，脈搏微弱，其數計達百六十乃至二百次，成鬱血症狀時，則現紫藍色，頸靜脈擴張，肝腫大，全身水腫等。

上述之症狀，同時有肋膜炎存在時，亦不顯明，而尤以左側肋膜炎爲然。

此滲出液雖有一二週間即被漸次吸收者，但其經過不良時，則現呼吸促迫，胸內苦悶增惡，遂起心臟衰弱，經

數月或數週苦悶，而急劇死亡。

如同時有癱瘓質斯性心內膜炎時，則其經過不良，雖滲出液被吸收，但其後能遺留心包之粘連而危害生命。結核性者其症狀及經過酷似，通常發病為潛伏性，滲出液甚豐富，而兼肋膜炎及腹膜炎者最多。

**診斷** 須注意心包摩擦音及三角形之心臟濁音境界線，心肝隅角消失。及特勞培(Traube)氏腔之濁音等，以是等濁音之漸漸擴張為特徵。據X光線微照法，見略微搏動之心臟陰影，充滿心肝隅角，可為確實診斷之一肋。至於決定其為膿性者乎？或為化膿性者乎？則須依血液診斷，如有白血球增加，則為化膿性，續發於急性傳染病，及呼吸器病者，通常為代膿性，在幼年則多為化膿性，在兒童則多為漿液或漿液纖維索性，此種種後者最多發於癱瘓質斯及結核基礎者。

又常見原發性之滲出性心包炎，若非為癱瘓質斯性，則為結核性，間亦有因患腎臟炎之結果而來者。豫後 化膿性者概歸死亡，漿液性者豫後亦甚不良，滲出性者因遺留粘連亦須注意。

**療法** 有發熱時，心臟部置冰囊，當嚴守安靜，藥劑對癱瘓質斯性者，特應用水楊酸鈉、阿斯匹靈 (Aspirin)。

**沙利比林** (Salipyrin) (參看心內膜炎)。有心臟衰弱及鬱血症狀時，須用毛地黃劑、咖啡鹼、副腎素及樟腦等。胸內苦悶時宜用嗎啡(幼兒禁忌)。滲出液多量時，可行心包穿刺，以庫什曼氏之法 (das extramilläre

Verfahren von Curschmann) 為最佳，即用卜拉瓦池 (Pravaz) 氏注射針注意於一定的濁音界內之第五肋間腔，漸漸穿入心尖搏動之外方一公分之部位，得證明液，則直用庫什曼 (Curschmann) 氏刺針刺入同一之部

位，液之流出宜待其徐徐自然排出（附吸引裝置爲良）。

化膿性者，由外科手術行肋骨切除使膿排出，然通常其豫後不良。

##### 第五 心包粘連症 (Pericardialverwachsung)

心包炎生於心包兩葉之荒蕪，遂起密接之粘連者不少；有續發於著明之心包炎，或因被忽視之心包炎起粘連，而突然發現症狀者；均以儼麻質斯性疾患及結核爲其必要之原因。

心包之兩葉，互全面或廣面成肥厚，而且相粘連。新鮮者處處得見膠狀滲出液之遺留；如爲結核性者，則與肋骨之間屢可見結核、結節、或乾酪灶，心包外葉與肋膜、胸骨、及縱隔竇組織相粘連，而形成厚胼胝狀固塊者有之。

症候 無定型之點，概爲潛伏性經過，當剖檢之際始發見，故起障礙者實占少數。

有急性症狀之心包炎以後，患兒陷於衰弱狀態，易於疲勞而無精神，容易現呼吸促迫及紫藍色，而最好安臥，又同時肋膜腔及腹膜腔有證明滲出液者，是等症狀時而增惡，時而輕快。經過數月或一二年。

發現如此固有症狀者，即稱爲心包炎性假性肝硬變症 (Perikarditische Pseudolebercirrhose)。肝狀有變結腫大而越季肋弓三乃至四橫指徑之間有壓痛，屢屢併發脾腫及腹水，故一見不免誤爲肝硬變症；但常有呼吸促迫、紫藍色、脈搏少而頻數。此不外爲下行大靜脈因被心包粘連所絞扼之結果，同時上行大靜脈亦被絞扼，則可見頸靜脈擴張、顏面浮腫、口唇現紫藍色等。若既往不知有心包炎，則診斷感覺困難者不少。

併發症有兼肋膜炎及腹膜炎者。

診斷 甚為困難，僅可由既往症之心包炎而得推測之。

豫後 有著明之症狀者，數週或一年之後取死亡之轉歸；症狀不著明之部份的粘連者，則能永久保其生命，但此種不能診斷。

療法 除增進營養外，僅對症的除去腹水，驅逐肋膜炎或腹膜炎之併發症而已。雖有人行 Fibrinolysin 注射，但無確實之奏效。胸骨與心包之粘連，雖有外科的剝離法，然少有治癒之希望。

#### 第六 心肌炎及心臟機能不全 (Myocarditis u. Herzinsuffizienz)

急性心肌炎 (Akute Myocarditis) 多發於急性傳染性疾患，尤以狄扶的里、猩紅熱、敗血症為多；百日咳及傷寒次之。屢屢與心內膜炎同時存在，往往取全心臟炎 (Carditis od. Pancarditis) 之形態。

慢性心肌炎 (Chronische Myocarditis) 小兒少有，續發於急性傳染性疾患，有時或起於心臟膜障礙及心包粘連症。

(一) 急性心肌炎 起於上述之性傳染病與急性發熱之中途或終末之際，心力衰弱之結果，則成脈搏頻數而細小，血壓下降而成不整脈，間現遲脈，胸內苦悶及胸痛與大人不同為屢屢所見之症狀，其他心臟所見現心尖搏動及心音之微弱，第二心尖音之消失，片側或兩側心室之擴張，且因瓣膜比較的閉鎖不全之結果而起收縮期

性雜音、肝腫大、末端之水腫等、皮膚蒼白、不安、呼吸促迫、及紫藍色、乃因其他之障礙而起、因基礎疾患而現蛋白尿者有之。

(一) 慢性心肌炎 本症亦續發於急性傳染病、就中以發於狄扶的里者為最多、脈搏細而頻數不整、間現徐脈、屢屢發現心臟擴張。

(二) 心臟機能不全 (Terminusaffinis) 最多起於急性及慢性心肌炎之際、以現右心室擴張、血壓下降、呼吸促迫、紫藍色、肝臟腫大、腹水、為其特徵。

診斷 有屢屢困難者、須與神經性障礙區別。

豫後 因有突然發生心臟麻痺者、故須特別注意、發於心瓣膜障礙之心臟機能不全時、較大人之豫後稍為佳良。

療法 急性心肌炎、絕對嚴守安靜、食物主與以流動性之物、除用稀薄之粥或牛乳外、不宜供給多量之液體、發熱時宜用冰囊、然解熱藥除金雞納酒精飲料等、當慎重使用。

此時用毛地黃製劑少有奏效者、應使用其他之強心藥、即樟腦、安息香酸鈉、咖啡鹼、副腎素 (Adrenalin) 等。反之、於慢性心臟瓣障礙之心臟機能不全、除上述之強心劑以外、又當使用毛地黃葉浸 Digalen Digipuratum 等。

對於心臟性水腫、用 Digitalis 及 Digipuratum 無效、有併用毛地黃與甘汞 (一日三次、每次 0.03 乃至

○·○六)奏效，而三、四日尿量即見增加者。

第七 阿丹斯斯托克氏症候羣 (Adams-Stokesche Syndrome)

本症乃兼發眩暈、神識喪失或癱瘓狀發作之恆久遲脈，爲侵襲四十歲以上之男子之疾患，在小兒甚少，然不得謂爲全然缺如，多發生於四歲以後之小兒云。

在病理上分爲心臟型及神經型，前者更分爲刺戟傳導型及心肌型；後者分爲中樞型及末梢型。刺戟傳導型由希斯(His)氏索之病變，故有心房心室間之變調，即現 Herzblock，心肌型亦表示不完全之心房心室間之變調，均可由心臟電氣描畫法 (Elektrokardiographie) 得以診斷之。

療法 有心機能不全之兆候者，常用強心藥，然毛地黃劑宜慎重使用。

第八 神經性心臟疾患 (Nervöse Störungen des Herzens)

本症比較大人極少，神經性之小兒屢屢訴心悸亢進及速脈、不整脈者。其他在巴西多 (Benedict) 氏病有心悸亢進，於六歲乃至八歲之兒童見之，年長兒耽於手淫者，則發心悸亢進及速脈。滲出質之小兒，脈搏性質易於變換，亦可謂爲神經性障礙之一。

第九 血管症病 (Erkrankungen der Blutgefäße)

動脈硬化 (Atherom der Arterien) 甚爲少有，僅於年長之兒童見之。

動脈炎爲因先天性梅毒之毒性動脈炎，發於八歲至十二歲之小兒。

大動脈瘤間有發於十歲乃至十五歲之兒童者，其原因爲梅毒及傑麻質斯，其部位多在主動脈弓。動脈栓塞，起於急性或慢性心臟疾患之際者不少。





## 第二章 血液疾患 (Krankhafte Veränderungen des Blutes)

生理提綱 初生兒血液之比重高，血色素量多，赤血球及白血球之數尤以多核中性白血球比較為多。

比重

一〇六〇——(大人一〇五〇——一〇六〇)

血色素量

大人量之二二〇——一四〇%

赤血球數

五八〇〇〇〇〇——七五〇〇〇〇〇(一立方公分中)

白血球數

達三六〇〇〇(一立方公分中)

多核中性

七三·四%

淋巴球

一六·〇五% } 生下第一日

其他又見有核赤血球。

據佐藤彰氏(兒科雜誌二三八號)對於乳兒:

血液之凝固時間

約七分

比重

一〇五三

血色素量

約八三血色素計值

赤血球

四百八十萬

白血球

一萬

於哺乳兒期之淋巴球特以大淋巴球比較的多數，移行型亦較大人者為多，嗜紅嗜好細胞亦稍多，尤以滲出

質小兒，寄生蟲病，諸種之傳染病之某時期爲最多。

白血球

約二〇〇〇—三〇〇〇（一立方公分中）

淋巴球

五〇—五五%

移行型

八—一〇—一五·四%

曙光嗜好細胞

七·四%

其他見有骨髓細胞及有核赤血球者。

於二歲以後血液所見漸漸近於大人者，淋巴球之多，連續至三歲乃至六歲。

血液之全身循環時間，在初生兒爲十二秒，在大人爲二十二秒。

## 第一 貧血 (Anemie)

小兒原發的及續發的諸種之形態，往往起貧血症狀，續發者較原發者更多，茲僅舉二三主要之貧血症型述之，其他併發諸種症患之貧血或續發症狀而起之貧血，均不詳論。

起於續發性者發生於初生兒排黑症 (Melena)、巴羅 (Barlow) 氏病、出血性素質、哺乳兒營養障礙、敗血症、佝僂病、梅毒、結核、腎臟炎、化膿性症患、急性傳染病、寄生蟲病、血液毒（氯化鉀）之中毒及乏鐵分之食物供給 (Alimentäre Anemie) 等之際。

症候 於哺乳兒及幼稚之小兒，其貧血症狀必不一定，概言之，即有皮膚與粘膜之蒼白色及其出血是也。又

兼發倦怠，不健康心臟之貧血性雜音及靜脈音等，又有兼脾臟及肝臟之腫大者。

血液所見，赤血球之數減少，血色素含有量亦降下，時而呈 Anisozytose, Poikilocytose 及 Polychromatophilie 見有核赤血球者有之。

經過 症候的貧血殆與基礎疾患之豫後併行，雖有發現衰弱及出血、浮腫等；但取死亡之轉歸者少有。

豫後及療法 對於貧血以攝生法及營養法爲必要之條件，若爲天然營養兒已達一歲以上者，猶以乳汁營養時，而有量貧血症狀者，此時應漸次移行於普通食物。又牛乳營養兒之貧血，因牛乳中之鐵分缺乏所致，故宜速爲供給菜蔬及果實含鐵分之食物，如用蘿蔔、馬鈴薯、豌豆、蠶豆（百分之乾燥物質中含六乃至八公衡之鐵）等之汁及蘋果、白菜（百分之乾燥物質中含十三乃至三十三公衡之鐵）等均好用之。新鮮空氣及日光爲貧血症必需而不可缺乏者，蓋微生物生育於缺乏日光外之植物，則綠色素之成生不足，即使其轉移於田園、森林、海濱或高地，宜充分供給新鮮空氣及日光，此等療法行使於二歲以後之小兒。

藥物療法對於梅毒及結核各有特殊之療法，在幼兒對於一般貧血最喜用鐵劑。

處方例

乳鐵亞鐵 (Ferrum lacteum)

III · 0 — 五 · 0

蔗糖 (Saccharum)

III · 0 · 0

右一日二回，每回一刀尖。

檸檬酸鐵銨 (Ferrum citricum ammoniatum)

O · 1 — O · 11

右一回量，一日三回。

狼白鐵溶液 (Liquor ferri albuminati)

右一日三回，食前與以五滴至十滴。

藥果酸鐵劑 (Tinctura ferri pomati)

1.0

尋常糖漿 (Sirupus simplex)

10.0

蒸餾水 (Aqua destillata)

40.0

右二日量，一日三回。

二碘化鐵糖漿 (Sirupus ferri jodati)

10.0

尋常糖漿 (Sirupus simplex)

10.0

右一日三回，每回二.0——四.0 (十歲之小兒)

金雞納皮煎 (四.0) (Decoct cortex chinæ)

100.0

稀鹽酸 (Acidum hydrochloricum dilutum)

0.33

尋常糖漿 (Sirupus simplex)

10.0

右二日量，一日三回服用。

其他可用碘飛拉安斯 (Iodo-Ferratoe) (一日三回，每回一.0——四.0)，飛拉汀 (Ferratin) 及

拉安斯 (Ferratoe) (一日三回，每回一茶匙)。二碘化鐵麥芽浸膏 (Extractum malti Ferri jodati) 須羅

靈 (Sirolin) (一日二回，每回一茶匙) 等。

神劑可用佛來利氏液 (Solutio arsenicalis Fowleri) 但幼兒不多喜用 (一——二歲由  $\frac{1}{4}$  滴至一滴)；

三——四歲由  $\frac{1}{2}$  滴至二滴；五——十歲一·五滴——二滴——五滴；十一——十四歲二滴——六滴；漸次增加，分爲一日三回服用。

血色素劑 (Hämoglobin) 亦被試用，例如浦夫瓦 (Puttwa) 氏之血色素浸膏 (一回一茶匙) Hämotopon，血色素錠等是。

華卜萊爾 (Heubner) 氏推獎臟器療法，用動物之新鮮骨髓，與牛酪或麵包同食（但普通赤色髓較黃色髓爲有效）。

(1) 學校貧血 (Schulanaemie)

學校貧血者，係指都市之小兒，生活於空氣流通不良，且光線射入不充分之室內，而發生之貧血症狀也。若使此等小兒移住郊外，或至學校休假期，貧血症狀即能自然治癒，故本症與彼之所謂貧民貧血 (Proletarienne-mie)、熱居貧血 (Stubenanemie) 相同，爲屢屢發於學齡兒童之貧血也。

此種小兒往往被結核所侵犯，決不可忘也。

血液檢查大多有 Anisocytose、Polychromatophilie、血色素減少 (Oligochromemie)、血球減少 (Oligozotose)。

症候 現頭痛、不眠、食慾缺損、心悸亢進、嫌厭運動之外，又有便秘及嘔吐之傾向，又見有木藍素尿、直立性蛋

白尿者，以及心臟濁音境界擴大及貧血性雜音。

豫後 佳良。

療法 使其行適當之運動，供給新鮮之空氣、日光、富於滋養之食物，更與以鐵劑、碘化銨劑等。

(11) 萎黃病 (Chlorose oder Bleichsucht)

萎黃病為專發於春機發動期及其以後之女子之疾病，雖不得謂為小兒病，但於春機發動期以前，亦有與之呈類似狀態者。

本症與其他之貧血相異，因赤血球之數不減少，而血色素減少為其特徵。

關於其本能諸說不一，雖諾爾頓 (Norden) 氏謂為血液再生機能之不充分，又因卵巢內分泌腺之分泌賀爾蒙障礙，而致血球生成之機能薄弱，其平時之補助誘因，則歸罪於不完全之衛生法與衣食住。然據龐德萊爾 (Pfundler) 氏云：與衛生及氣候無關係；又有謂鄉村之人少有患此病者，亦不當之說也。

症候 十歲至十四歲時漸漸發現，訴全身倦怠、厥冷感、嗜眠、呼吸促迫、心悸亢進、皮膚及粘膜蒼白、漸次現特有之透明之帶綠黃色、脂肪沈着不減弱、而反佳良者有之，其他現心窩之壓感及食慾減退，偶爾現嗜異症 (Pica) 好食酸味之食物，及異常之物；有嗜食咖啡、豆、粘土、白墨者。又有現胃擴張及胃下垂者，便認為屢屢所見之症狀。

神經系統障礙起偏頭痛、神經痛、神志不適、興奮及沈鬱之狀態，有時常現逆上、頭痛、耳鳴、眩暈、失神者，亦有一時性之皮膚潮紅，及足部之水腫者。

心臟有貧血性雜音、顫動、濁音境界屢屢擴張於右方，又於頸靜脈可聽得陀螺音，脈搏與呼吸均頻數，間有現月經異調、白帶下、及卵巢痛者，又由諸臟器之粘膜出血者有之，血液異常之主要者為血色素減少，赤血球減少程度，其他屢屢發見 *Anisozytose*、赤血球蒼白、染色指數之減少、血液之比重減少、血液凝固性增加、及血小板之增多。

豫後 雖非不良，但有因併發症而陷於危險狀態者，須注意下肢靜脈之血栓形成、結核、腎臟炎等。

療法 勸其轉地療養、注重氣候療法、溫泉療法、食用礦泉水及健胃藥有效，又當投用鐵劑。

(三) 進行性惡性貧血 (俾爾美爾氏貧血) (*Anaemia progressiva perniciosa*, Biermer'sche Anämie)

本症之特徵，除一般貧血症狀之外，於血中有巨大赤血球 (*Megalocytan*) 及巨大有核赤血球 (*Megaloblasten*) 之發現，更血液現極度之血色素減少，赤血球減少，*Poikylozytose* *Anisozytose*、血液蛋白含有量減少，多核白血球減少 (*Polynukuläre Hypoleukozytose*) 比較的淋巴球增加 (*relative Lymphozytose*) 染色指數常較一般為大。

豫後 概為不良，屢屢誘發出血性素質，有現皮膚、粘膜、及視網膜出血者。

療法 與一般貧血相同。

(四) 小兒假性白血病性貧血 (*Anaemia pseudoleucemia infantum*)

查克斯、愛埃姆氏貧血 (*Jaksch-Hayem'sche Anämie*)

本症發生於六月乃至二歲之人工榮養兒，又小兒發生白血球增多而兼之貧血也。然其白血球增多非如本來之白血球高度。關於諸臟器如胎生時所見，形成血液生成結節，即除骨髓之外，於肝臟、脾臟、淋巴腺、及腎臟等。見有多數之白血球集成癭。

症候 皮膚及粘膜呈污穢之蒼白黃色，皮膚及肌肉弛緩而呈泥膏樣之外觀，皮下脂肪組織稍減退，不好運動，顏貌缺乏活潑氣象。

脾臟非常腫大，有越季肋弓而達臍窩之高度者，以致腹壁膨隆，其硬度堅固，邊緣銳利，但無壓痛，肝臟亦腫大，邊緣薄而銳。其他又現頸腺、肝腺、腋窩腺、股腺、及腸間膜腺之腫脹。脈搏充實而柔軟。心臟能聽貧血性雜音者罕見（哺乳兒聽得貧血性雜音者一般少有）。血液呈高度之赤血球減少（三百萬以下）及色素減少（三十乃至四十%），又有 Anisocytosis、Polkylozytose、Polychromatophilie、有核赤血球之發現，白血球呈中等度之增多，顆粒

第三圖



小兒假性白血病性貧血  
(nach Pfaundler)



白血球及淋巴球皆增多，又有移行型及骨髓細胞之出現者。

隨伴症狀爲結核、梅毒，又併發佝僂病者甚多，故每有就佝僂病而得其病因者。

豫後 白血病雖爲不治之疾病，但本症則非絕對的不良而爲可得治癒者，然其經過雖一年以上。

療法 除照一般貧血療法之外，尤爲常用砷療法，又可行X光線療法及脾臟摘出。

## 第二 出血性素質 (Haemorrhagische Diathese)

本症因血液或血管壁之病的變化而易有出血傾向之疾病也，於此條下述紫斑病及血友病，屬於出血性素質之初生兒排黑病 (Melena)，已詳述於上卷之初生兒疾病傾向，茲從略。

### (甲) 紫斑病 (Purpura, Blutfleckenkrankheit)

紫斑病者，爲一時的自發性，於身體之內部或外部有出血傾向之一種獨立的疾患也。即不外乎一過性出血性素質。

此症本爲一罕有之疾患，於小兒由四歲以上者多見之，哺乳兒殆無發見，而女兒患者似較男兒之數稍多。

原因雖有多種學說，然多數學者認爲一種傳染性機轉，而其病原雖有擬舉爲類似鏈球菌、葡萄狀菌、綠膿菌、大腸菌之桿狀菌及類似有囊重球菌，或鼠敗血病菌之桿狀菌，然皆不足信賴，但吾人所確信者，爲結核與紫斑病有密切之關係，蓋紫斑病患者，每有結核性症狀，彼爾開 (Pirquet) 氏皮膚反應多爲陽性，摩羅 (Moro) 氏亦於

無疑似結核之十二名儂麻質斯性紫斑病患者，行摩羅氏軟骨反應，其結果有十名陽性云。

血液所見，輕症者見赤白血球、血色素及比重之減少，重症者（出血性紫斑病）見顯著之白血球增多，異形赤血球，及小有核赤血球等。

(一)單純性紫斑病 (*Purpura simplex*) 其出血僅現於皮膚，而不現於其他各部之病型也。

症候 前驅症有頭痛、食慾缺損、全身倦怠、嘔吐等。皮膚出血之大小，由帽針頭大而達豌豆大，其形為正圓形或不正圓形，時而有呈蚤刺之狀者，各血斑獨立存在，而不互相融合新鮮者。雖為暗赤色，或淡赤色，但因經過日期則退色而遺留黃褐色之色素。至其中心有硬結（由於纖維素凝固）時，則其現出忽然發於全身或漸次由某部依順序而發生。於全身體似有多少好發部位，不發現於顏面，多發於上肢，及下肢之伸展側或軀幹。全身狀態少有障礙，通常不現發熱。

出血斑之變形，偶有浮腫，而成立疹狀者，是曰蕁麻疹性紫斑病 (*Purpura urticaria*)，又於紫斑之傍，生真正之蕁麻疹結節性，或滲出性之紅斑者有之。

轉歸及經過 其經過隨紫斑現出之狀況，而有差異。一時多發者，八日乃至十二日即行治癒。順次發現者，須經過數週，數月乃漸次消失。無論何種症狀本症之轉歸均可謂良好。如其經過時期過長，則可移行為貧血。

(二)儂麻質斯性紫斑病 (*Purpura rheumatica*, *Pelliosis rheumatica*) (*Schönlein*) 起單純性之症狀外，又兼有關節之疼痛及腫脹是也。

瘧候 概兼有全身倦怠、食慾缺損、嘔吐、腹瀉、不定之四肢疼痛、發疹次則發熱而達四十度。現特有之紫斑，較單純性者為大而不互相融合。大多發於腳之膝部以下，其他部位雖有發現者，但大多數在四肢關節之附近為常規關節之疼痛，藥液性浸潤及關節周圍之浸潤，以足關節及膝關節為最多，更於下肢之骨亦有現壓痛者。

經過中下肢、陰囊、肘部及眼瞼屢屢起浮腫，由尿得證明蛋白質者亦復不少。

轉歸及經過 急性而突然發生者，雖約須二週間之經過，然通常順次發熱及關節腫脹之經過而取再發者，大多須數週乃能治愈，其轉歸通常皆能治愈。

(III) 出血性紫斑病 (Purpura haemorrhagica) (威爾華夫氏紫斑病 (Morbus maculosus Werthofii)) 本症之出血不僅皮膚及皮下細胞組織，且各種粘膜及內臟均有出血。

症候 概為突然發病，而不隨何等之前驅症狀，初驅幹及四肢之皮膚現出血，其斑點非如單純性者之小，就中達手掌大者有之，處處取皮下浸潤之形態，過大者互廣汎之範圍而發現紫斑，且其四肢呈暗紫色而具有腫脹、水疱、驟視之宛如脫疽之狀，唯其缺乏特有之惡臭，乃得與脫疽區別耳。

粘膜出血到處皆可發生，不過最多者為衄血。又有由口唇粘膜、唇、舌、現出血者。結合膜出血及耳內出血稍為少，如由腸粘膜及膀胱粘膜出血時，則自血尿及血便即可得知。咯血及吐血或僅於重症者見之。

此種出血僅因輕微之壓迫，皮膚、皮下及粘膜，即有現出之傾向；如有外傷、搔抓、注射、針刺等損傷時，則難止血。全身障礙有各種程度，而無何等苦痛，有患兒沈鬱、感覺疲勞、訴頭痛、顏色蒼白者。重症呈傷寒樣狀態；時而體

溫昇騰達三十九度，每見遲脈。經長時間粘膜出血之後，則呈貧血及衰弱。

轉歸及經過 概爲急性經過而不再發，大多一二週之後，出血斑消失，然時而有取慢性之經過，皮膚及粘膜出血順次再發，有經過數週乃至數月者。轉歸雖一般良好，然偶因多量之出血，二三日內即行死亡亦非決無。

診斷上應注意者，即於發熱時有誤爲傷寒類傷寒及敗血症等。故凝集反應血液之細菌學檢查不可忘也。於延壽堂病院之出血性素質之例證：

儂麻賓斯性紫斑病 H. Y. 五歲之女兒。

由一九二四年六月二十六日至七月二十日住院，中途出院。

六月二十日夜突然發熱，嘔吐頻數，一回吐出咖啡渣樣之物。二十六日又吐出同樣之物質，因其心力衰弱，故施行食鹽水皮下注射。由洗腸排出多量之有形軟便，繼而行過量瀉腸。自二十九日晨起，因時常現心臟衰弱，故注射樟腦、狄茹命 (Difenon) 各一回。至中午時，序次發現無數暗紅色之發疹，其大部位於浸潤之基礎上。浸潤部呈青色，尤以發疹之大者，其色列明。觸之感覺疼痛，更訴關節痛，關節呈腫脹，而且疼痛者，爲足關節、膝關節、左肘關節、心臟無雜音，又無厚出血，亦未見口內粘膜之出血。

現出血之領域爲額面、項部、軀幹、四肢、足部，尤以膝以下之腳部，皆接而顯明存在。

缺乏出血之部位，爲頭髮部、胃部及腹部。

六月三十日有新出現出血，雖不顯著，但腫者擴大，左右兩個之腫，及足關節登漸腫脹。七月一日刺右肘關節，及肩胛關節疼痛。七月四日皮膚浸潤，及關節腫脹較昨日忽然消退，唯遺留於右足，及膝關節出血。腫之大部色素未沈着，而被吸收。但兩下腿之伸展面，見有多數之水泡。

威爾華夫 (Werthoff) 氏紫斑病 S. S. 四歲八月之女兒。

一九二四年六月十二日入院，同年六月二十五日出院。

六月十一晚間，由白齒齦出血。十二日晨，前額及額面左側，見有十餘個小豆大之出血點，至晚間，兩上肢及軀幹之皮膚，發現有散在的小點狀之出血斑；其他右下肢尤以下腿，有五六个指頭大，而呈暗綠色之皮下溢血點，稍生浸潤，口結痂，貧血而現多數之點狀出血斑。左右白齒之齦齒時時現少量之出血。十六日於右下肢胫骨外側，見有數個之皮下出血，其大者為長三公分，幅二公分之長帶圓形，其他概為圓形，由十分鐘帶大至二十分鐘帶大。十九日無新出血，但齒齦出血雖未止。睡眠中口內無血液流出。二十二日，右下頰由齦齒有少量之出血，二十五日出院，不日即告全治。

### 威爾華夫氏紫斑病 T V 九歲十月之男兒。

一九二三年五月二十八日入院，同年八月二十三日全治出院。

五月二十五日發熱，而額面及軀幹發疹；某醫定為風疹。二十七日夜，身體各部均現有出血斑。二十八日午後入院時，全身有無數之粟粒大乃至蠟針頭大之皮下出血斑，尤以四肢為多，腹部只有少數；其他下肢前面有不整形，約五分鐘帶大而呈青色之皮下溢血，鼻孔被乾燥之血液所充塞，齒間有出血，口腔黏膜見多數之出血點，左鼻中隔被以血痂，鼻腔兩側深部被血痂閉塞；左右扁桃體有出血斑，肺動脈第二背孔進心尖部無雜音。五月二十九日，鼻出血較最初存在為少量，而用棉團可稍阻礙者，有增加之傾向；血尿二回，為鮮紅色，吐血二回，為暗紅色；嘔氣不絕存在，病兒不安，入院後現二回血便，在家內亦現二回云。此皆胃內而來乎？五月三十日，無新出血尿，呈黃褐色，嘔氣稍減，到夜間暗赤色狀之水樣便不隨意排出二回。五月三十一日，嘔氣退去，左扁桃體之出血增大，今朝自右邊鼻腔現小出血。尿呈黃褐色，可證明血球及血色素。六月一日，全身出血斑，顯明消退，今朝由左鼻有少量之出血。六月八日，大腿內面有新的皮下出血，則在左上肢呈點狀之集簇形。午後較午前為多，經三十分鐘，雖出血，極為減少，但至夜半又繼續出血。午前八時之嗜血，恐為鼻出血而來者。六月十五日，午前四時繼續吐血四回，吐出之物多係應用之白明膠 (Choline atab)。小部分為陳舊之血液。六月二十日，齒齦有少許之出血。六月二十一日，由右鼻出血，持續至夜間七時。六月二十三日晨，左耳現疼痛，午後該耳發下分泌混有血液之膿液。六月二十六晨，右耳亦疼痛，午前鼓膜前方穿孔而搏動的，排出混有血液之膿液。六月二十七日，由右耳出血，左耳尚有出血。七月一日，左耳出血亦停止。七月十六日，有輕度之左鼻出血。七月十七日，出血完全停止。

(四)腹性紫斑病 (Purpura abdominalis) (赫羅荷氏紫斑病 (Henochsche Purpura)) 爲一八七四年赫羅荷 (Henoch) 氏始報告者，於癩麻質斯性紫斑病之經過中，而有嘔吐腸出血，絞痛等腹性狀者之謂也。

症候 已現紫斑及關節腫脹之後，突然現消化不良性症狀，且通常紫斑及關節症狀更爲增惡，即現頑固之嘔吐，初雖僅爲綠色之粘液，但以後則混有褐色之血塊，更因劇烈之絞痛，患兒發出苦悶之聲音，至呈裏急後重，及血性腹瀉便時則食慾全然缺損，患兒至衰弱而重篤之觀，視察患兒皮膚，有大小之紫斑，足關節、膝關節或肘關節有腫脹疼痛。腹部膨滿而於橫行結腸部常有壓痛，雖有發熱存在，但不超過三十八度五分，此時檢察口腔亦不現出血。

經過 因稍有慢性之傾向，故易再發的出現，通常每回再發苦痛之程度增加，其間歇時間，有短者，有經一年以上者。

重症者須警戒其豫後又當注意腎臟炎，及腸重疊。

豫後 多佳良。

(五)電擊性紫斑病 (Purpura fulminans) (Henoch) 爲最急劇發現，廣汎皮膚之出血斑，概左右相對而於二、三小時以內，四肢完全成爲青色，遂變爲暗紅色，以致真皮呈硬固之血液浸潤，但通例不現粘膜出血時而皮膚形成血性，漿液性之水疱。

經過 甚爲急性，而必死亡，由出血斑現出起，死於十二小時間乃至二十四小時間以內，最長者亦不致超過

四日云。

## (2) 血友病 (Haemophilia)

爲最有遺傳傾向之一種疾病，或被誘發於外傷或無何等之誘因而容易發現，皮膚粘膜及內臟等之出血，年齡之關係不一定，任何年齡均能發見，男兒較女兒更多，至少亦多三倍以上，而多見於溫帶地方，尤以德國等最多，在日本亦不敢謂爲少有之疾患。

本症之遺傳關係甚饒興味，若就其父母兄弟論，雖不發生同一之疾病，但審查其宗族必有遺傳之關係。又血友病之男子娶無血友病關係之家族中之女子時，概能生育無血友病之子女，血友病之女子雖與健康之男子結婚，其子孫亦必受血友病之遺傳。又自身雖無血友病，但有其遺傳之女子所生之小兒多罹血友病，故遺傳在女子更較男子爲顯著也。

症候 出血狀況甚爲特異，而連續期間長，經數週或互數月均不易止血，而非射出狀出血，必係毛細管性出血而浸出。

無論受某種外傷，則現皮膚、粘膜、肌肉及關節腔內出血，偶有出血達皮膚之表面者，該部發生紫斑，漸次現出血而不易消失。

此種小兒，當輕度之裂傷、切傷、鼓膜穿孔、種痘、結核菌素注射等，則於受損傷之局處，不易止血，又有每因外傷甚至起蝨血，或拔牙之際，發生難止之出血，遂致失血者。



有未因外傷又無誘因而自然出血者，此時多兼發眩暈、倦怠、厥冷感及發汗等前驅症狀，或為臍出血，或取皮下出血之形態。下肢或軀幹之下部形成血腫，此血腫雖能自然吸收，但偶然亦有化膿者，施行切開血腫時，則易失血，故當注意之。

本症脈搏之緊張常高，雖有多量之出血，但其脈搏猶為緊張。

關節出血，好發現於膝關節，及股關節，由表面視之，不能認為出血，且兼有相當之腫脹，故不無誤為癱麻質斯之處，又有遺留畸形及拘攣者。

血液所見 血液大多見血色素，及赤血球之減少，又有見 *Poikylorhose*，及有核赤血球者，薩里 (Salli) 氏謂：見絕對的多核中性白血球數之減少云，血液凝固時間於發作時，或如常，或較為迅速，於間歇時可謂遲延。清木博士檢查本患者之血液凝固時間，未見特別之變化。要之本症因血管壁浸透性之增加，而似非血液本來之疾病。豫後 經過長久雖有一回之出血自然歇止者，但有現長時間之失血而死亡者，務須注意。據伊特林格爾 (Etlinger) 氏統計：血友病者，因內出血及外出血而死亡者，占八十七%云。

#### 出血性素質之治療法

預防血友病之方策，即須避免與有血友病家族之女子結婚，本病使用諸種止血藥均無顯著之奏效，多量出血之際，可用三氯化鐵溶液 (Liquor Ferri Sesquichlorati) 麥角鹼 (Ergotinum) 等，然有效者為一千倍之鹽酸副腎素溶液 (Liquor Adrenaline hydrochloricum)，二分之一筒乃至四分之一筒注射於缺少血管之大



膠皮下，或注射十%之滅菌白明膠溶液 (Liquor Gelatinae sterilizatus) 10·0 乃至 40·0 於皮下。

紫斑病及血友病不緊急時，可用鈣鹽類及普通血清。

鈣鹽類用氯化鈣 (Calcium chloratum) 及乳酸鈣 (Calcium lactatum) 1 圓量 0·05—0·1—0·11 日內服數圓，又可用醋酸鈣 (Calcium aceticum)。

血清用十分新鮮之人血清，或馬之普通血清 10—20 立方公分注射於皮下，但於不得已時，亦可使用馬血清造成之抗狄扶的里血清，但反復注射時，則須注意過敏性。

近時有併用血清療法及鈣鹽類，見顯明奏效之報告。

復原質新性紫斑病與以水楊酸劑。

赫羅荷氏紫斑病一回用 0·0003 之硫阿託品 (Atropinum sulfuricum) 皮下注射有效。

### 第三 白血病 (Leukaemia)

白血病患者為現白血球之增加，而起淋巴裝置及造血器官之腫脹，遂於諸種臟器生淋巴性及骨髓性新生物之疾患也。

原因 雖其原因不明，但應考查賦與某素質之疾患，即為梅毒、慢性瘧疾、狄扶的里咽峽炎、流行性感冒、外傷、

及結核等是，雖謂有遺傳及遺傳之關係者，然不足信賴，從來關於小兒之報告頗多，近時於日本亦接有若干例之報告，女性多於男性，大約占全數之六十五%云。更有見於先天性者，有見於哺乳兒者，年齡殊不一定。至於其病型，在小兒以急性淋巴性者居多，急性骨髓性者有數例，慢性骨髓性者少有，僅有二三報告而已。(兒科雜誌百三十九

病理解剖 一般淋巴腺、脾臟、及消化道之淋巴裝置，病變雖有輕重之差，然皆稍現腫脹，骨髓在淋巴性白血病淋巴細胞多骨髓性者則富於骨髓性細胞、脾臟、肝臟、及淋巴腺等。通常有骨髓樣細胞之集羣，後者於骨髓及骨髓樣組織見有沙爾夫賴登 (Sharro-Raiden) 氏結晶。

症候 發病之景況，來勢急劇，或現衰弱、食慾減退、全身倦怠、四肢之骨痛、左側胸痛、及皮膚出血等起始於某時期時發熱，漸次現特有症狀之皮膚蒼白、腺腫、脾臟及肝臟之腫脹等為多。

症狀隨其經過雖稍異趣，但得區劃其為急性之淋巴性者，與慢性之骨髓細胞性者之病勢及症狀。舉列其區別則急性者，發現皮膚及粘膜之出血，口腔與咽頭之潰瘍、浮腫、呼吸促迫等。現三十九度乃至四十四度之體溫昇騰，遂容易發生難止之顫血、口腔出血而取死亡之轉歸，或因續發的敗血性疾患、肺炎及丹毒而死亡者有之。

慢性者現皮膚出血、潰瘍及浮腫等為罕見。腺腫亦不顯明，以巨大之脾腫及貧血為其顯著之症狀。漸次因發生惡病質及結核而致死亡者為多。

血液所見 於本病亦最重要，血液之外觀顯著蒼白，而帶乳色，於顯微鏡下見白血球顯明增加，白血球與赤血球之數目比例為一與二十，或一與十六，甚至一與十，偶爾更有一與一之比者，而淋巴性白血病之單核的淋巴細胞多，多核的白血球不過占百分之少數而已。骨髓性白血病多核細胞（中性多核性嗜光紅嗜好性及髓基性

多核性)之增加,見有中性或嗜光紅(Eosin),嗜好骨髓細胞(參看第一表),肥胖細胞(鹽基性顆粒),或骨髓生成細胞等之發現,更見有諸種之不定型的形態,大多有顆粒的白血球出現。

赤血球之數必減少,而至二百萬乃至三百萬。大多見有 Polychromatophilie, Poikylotose, 有核赤血球巨大,及極小赤血球等。

淋巴腺之腫脹,在急性者顯著,慢性者缺如。其大在桑椹以下,鎖下及頭部之腺最爲顯明。其他縱隔竇腺,胸腺,扁桃體發現腫脹,後者屢屢現出血及化膿,蔓延而起敗血症者有之。

脾臟於慢性時甚爲膨大,其硬度亦甚顯著時達臍下數公分,右側亦越過白線而達右腹部。肝臟腫脹亦爲屢屢所見之症狀。

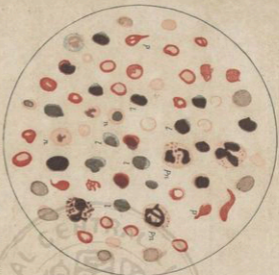
皮膚及粘膜出血亦非少有之症狀,由鼻腔及消化管腔起難於制止之出血,因而危害生命者亦非無之。然視網膜出血於小兒則屬罕見。

屢屢發生骨痛,白血病性視網膜炎(Retinitis leucemica),白血病性耳炎,白血病性丘疹,及薔薇疹等。經過 小兒白血病較大人者其經過常爲迅速,慢性者經過二年乃至四年,急性者,早則三週遲則六月,於經

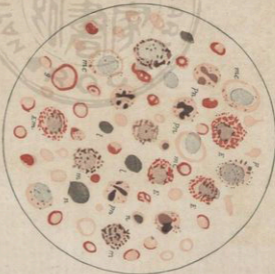
過中罹敗血症及急性傳染性疾患時,起一時之白血病性而血液所見消失者。

診斷 以血液檢查爲其重要之綱目,即白血球與赤血球之比例,通例達到一與二十之比。多核細胞之外,見有骨髓細胞之發現故名之曰骨髓性白血病,單核細胞異常多數者,稱曰淋巴性白血病。其他以脾腫,淋巴腺腫,及

淋巴性白血病



骨髓性白血病



I 淋白血球  
 Pn 多核中性白血球  
 u 移行型  
 R 巨大赤血球  
 E 骨髓細胞  
 mc 嗜光紅嗜好  
 E 嗜光紅嗜好細胞  
 P 尾肝細胞  
 R 有核赤血球

P 島形赤血球

mc 骨髓細胞

mc 嗜光紅嗜好

E 骨髓細胞

R 巨大赤血球

u 移行型

Pn 多核中性白血球

I 淋白血球

E 嗜光紅嗜好細胞

P 尾肝細胞

R 有核赤血球

出血性素質而得與其他之疾病區別。惡性貧血、假性白血病、淋巴肉腫等，均須與本症鑑別之疾患也。

療法 本症之治療有效者為砷劑、碘劑、及X光線療法，三者是也。

砷劑最多喜用者，為佛來利氏液（亞砷酸鉀溶液）（*Solutio arsenicalis Fowleri*, *Liquor Kali arsenicæ*）（起始一日一滴，漸次增加量一日十二滴，連續內服一二月）亞砷酸丸（*Pilulae Acid: arsenicosæ*）酒爾佛散（*Sulvarzin*）亦被試用。

碘劑可注意使用碘化鉀及碘化鈉（一日〇·二乃至〇·五），其他又可使用洒沃丁（*Sajodin*）沃的品（*Jodipin*）及二碘化鐵糖漿（*Sirupus Ferri jodati*），二碘化鐵麥芽浸膏（*Extractum Malti Ferri jodati*）。用X光線療法，每見全身症狀脾腫，及血液所見之治癒者，一回十分乃至十五分間，須向脾臟部，或淋巴腺行徹照。

藥物雖可試用金雞納、鐵劑、及磷，但無著效。以外科手術行脾腫，及淋巴腺摘出，反有障害。

第四 假性白血病（*Pseudoleukæmie*）荷治金氏病（*Hodgkinsche Krankheit*）惡性淋巴腫（*Lymphoma malignum*）

本症之症狀殆與白血病無異，唯缺少如白血病之白血球顯著增加。據近來之研究，假性白血病區別下列三症為當：

(1) 真性假性白血病 (Echte Pseudoleukämie)。

(11) 惡性肉芽腫症 (Maligne Granulomatose)。

(12) 淋巴肉腫症 (Lymphosarkomatose)。

真性假性白血病患者，為淋巴器官及造血器官所發生之淋巴性新生物也。

惡性肉芽腫症於顯微鏡的檢查時，為一特有之肉芽組織，壞疽性病竈之周圍，有上皮樣細胞，及幼若結締組織之集積而成者也。

惡性肉腫症 由其發病局處及淋巴路犯及其他臟器，此即與真性假性白血病相異之處，寧為有浸潤性之成長之傾向者也。

區別如上三種之病型時，小兒以肉芽腫症最多，淋巴肉腫症次之，真性假性白血病極為罕有。

症候 肉芽腫症初見於片側，或兩側之頸腺腫脹，其表面分葉，忽然互相融合而有達拳大者，又屢屢見於縱隔竇淋巴腺之腫脹，時而於初期在咽頭舌根之濾胞裝置，同時發現腫脹，而遂起肝臟及脾臟之比較的顯著腫脹，已達如此之時期，則現諸種之壓迫症狀，見下半身及上半身之鬱血，壓迫氣管及食道而現呼吸及嚥下困難，概象發熱，或起回歸熱樣之發熱，有屢屢呈高熱者，終則發生貧血，及惡病質，大約於二、三月或一年以內死亡。屢多次現重氮色素 (Diazon) 反應，血液通常稍有多核性白血球之增加。

淋巴肉腫症初由縱隔竇及胸腺之腫脹，而起咽頭及腸濾胞裝置之腫脹，漸次依淋巴路而轉移於心臟腎

臟、皮膚、及骨髓、肝及脾較爲少有，發熱及高度之貧血爲必發之病狀。血液見多核性白血球之增加及淋巴細胞之減少，經過爲一、二月。

眞性假性白血病在小兒實際存在與否尙屬疑問。

豫後 必不佳良。

診斷 不如腺病質之向外部破壞，且因眼瞼炎、鼻卡他兒、水痘疹、耳漏、及結核菌素反應之缺如，而得與本病分別。結核性頸腺腫有高熱及結核菌素反應，其他與無結核性體質，故可區別。白血病由特有之血液所見，而得判明。更須與假性白血病性貧血及班杞 (Parr) 氏病相鑑別。

療法 本病古來認爲砒劑療法，爲卓越之療法（參看白血病條下），碘劑亦可爲試用藥劑之一，X光線療法雖無偉效，但對於初期，或腺腫之小者似覺有效。

### 綠色腫 (Chorion)

本病主要於四歲以上之男兒，可認爲白血病之一種，於各種扁平骨之骨髓下，生綠色或帶黃綠色之細胞增殖，喜犯顛頂骨及胸廓骨格，又間有發於皮膚及黏膜者，而以生對蹠的腫瘍爲其特徵。故現眼球突出及腦神經麻痺，向脊髓腔、口腔、後鼻竇、岩樣骨腔發育，而發現各種相當之症狀，血液所見與白血病無異，其他之症狀，亦類似白血病。

本症豫後不良，其經過亦速，不出二、三個月即死亡。

治療法雖與白血病相同，但難有治癒之望。

# 第六編 全身疾患

## 第一 巴羅氏病 (Barlowsche Krankheit)

**原因** 本症在日本亦爲少有之疾病，屬於一種營養障礙而限於全然人工營養兒所起之疾病也。多發於男兒，以煮沸之牛乳榮養或以諸種人工牛乳製品榮養之際而發者也。因種種組織及臟器有出血性素質，故亦可稱曰發於幼兒之壞血病焉。

年發於第二年者最多，亦有發於三月乃至五月之乳兒，或三歲乃至四歲之小兒者。

**症候** 初發症狀，以四肢骨端之疼痛及腫脹起始，當母親抱持乳兒之下肢而放尿，或以腕抱擁之際，則患兒作疼痛性之叫喊，或將幼兒立於膝上。健體之幼兒，則兩足活潑伸張，患兒則縮其下肢，不能充分伸展，於強勉令其立於膝上時，則發疼痛而啼泣，注意檢查之，即可見有骨髓之異變，即大腿及下腿骨之骨端有韌硬之腫脹，膝關節部呈畸形。當觸接或他動及自動運動之際，似有疼痛，時而有呈假性麻痺者，其他上腕及下腕骨於肘關節腫脹，而皮膚緊張，肋骨於肋骨軟骨接合部腫脹，間有肩胛骨亦被侵犯者。經二、三日則沿已發生之門齒或將發生之門齒生齒齦之出血性腫脹，及鬆壞（但非如壞血病之出血於外面者），在幼兒沿下列門齒呈暗赤色之腫脹。

其他處處之粘膜，及皮膚有出血，有現衄血、腸出血，及血尿者。皮膚見有點狀出血、瀰蔓性出血，及浮腫。又骨膜



出血爲其特有，現於四肢骨端之外、頷骨、眼窩骨、顱骨；有現眼球突出及頭血瘤等。

皮膚呈貧血，呼吸及心搏之頻數發熱（呼吸熱），食慾損缺及發汗，心臟擴張及雜音等，均爲往往存在之症狀。

血液呈貧血之狀，通常見血色素減少，赤血球減少，Poikylorhthoe及比較的淋巴球增多。

病理 本症爲病根在骨髓之一種骨髓病 (Myelose)，但白血病及假性白血病則爲實質性骨髓病。本症其構成組織與有增殖者不同，而特以長管骨之骨端，肋骨及顱骨之骨髓變爲纖維性，其結果則該部之造骨細胞之機能薄弱，骨新生作用被侵害，容易發生骨折，又因造血機能減弱，而成貧血及出血性素質。

診斷 本症診斷之必要點，以齒齦之變色，因腫脹現於眼目及四肢骨端之疼痛性腫脹、貧血出血性素質等即可診斷。

經過及豫後 經過慢性須一月以上，輕症雖能自然治療，但重症則惹起榮養障礙，甚致因而斃命；或因肺炎而死亡。其豫後如何，端賴醫師之手腕爲定。

療法 食物須極力避免不自然之食物，當用由人乳或健康乳牛而得之新鮮生乳榮養。若以生乳爲有害者，則應用短時間（由二、三分至五分）間煮沸之乳。其他用果實汁甚有著效，須選擇生果，可用蜜柑、蘋果等之搾汁。又與以加入新鮮青菜之汁亦宜。藥劑與以無作用之胃液素及檸檬劑，檸檬劑配合植物酸與之爲良。

尋常瘰癧 (Strupus simplex)

燕窩水 (Aq. chelidoniae)

在二日量 (二歲之小兒)

骨端腫脹須用醋酸鉛液或硼酸水之濕布纏絡。

## 第二 壞血病 (Sikorbut)

壞血病亦發於小兒，原著者嘗試驗特有一好例，故再錄之，以代本病之敘述。  
壞血病（發於七歲零七個月之童兒而得治療之實驗）

（兒科雜誌第一百二十三號）

在小兒壞血病或嗜乳兒壞血病 (Eorbut of infants, Sanguinokorbut) 名稱之下，英美法醫家之理解，即認為巴羅 (Barlow) 氏病，而普通慣用此名稱也。此為病理解剖的研究之結果，故以致巴羅氏病與壞血病所有被視為同樣之疾病，然特羅奇氏及耶卜萊爾氏等不但不歡迎此壞血病之名稱，卻加以反對也。

巴羅氏病雖多犯一歲乃至三歲之小兒，但間亦有發於三歲及四歲之小兒者，夫楞刺 (Frodel) 氏之報告，六歲中之小兒為最年長者。在歐洲近來巴羅氏病之報告雖豐富，然在日本載於兒科雜誌者，僅有左列六例而已。

報 告 年 數 報 誌 號 數 報 告 者 病 兒 年 齡 男 女 之 別	報 告 年 數 報 誌 號 數 報 告 者 病 兒 年 齡 男 女 之 別			
西歷一八九八年十二月	十三號	內田氏	一歲一月	♂
西歷一八九九年八月	十七號	三浦氏	十一月	♂

西歷一九〇〇年十一月	二十三號	河內氏	十月	♂
西歷一九〇七年四月	八十三號	須藤氏	七月	♂
西歷一九〇八年六月	九十七號	小松氏	十月	♀
西歷一九〇九年十月	一百十三號	平井氏	九月	♀

真正之壞血病，見於小兒者極少，小兒壞血病之報告，概爲巴羅氏病。

黑刺 (Heckel) 氏亦謂真正壞血病，應與巴羅氏病區別，巴羅氏病骨之疼痛及腫脹，主發於管狀骨之端部，僅於下肢尤以上腿下端或下腿骨端最多，而爲急性起始者，余等報告之實例，雖關節出血，該部恰如早癒癩質狀，管狀骨之骨端，似無異。常疼痛腫起之發生緩徐，且病兒之年齡已達七歲零一個月，見其病歷與巴羅氏病之間，有幾何之境界線，甚爲顯明，設若視爲巴羅氏病，於此年齡發現，可謂實爲罕有，然寧願爲壞血病，而基於單獨之不適當的食養法之特發性，不能論爲散在性者也。

此種實驗，從來在日本諸雜誌非無散見，但因未揭載於原著者三輪氏之兒科雜誌，茲特載之，總之本例確乎爲少有之一例。原著者之搜索，僅有真正壞血病二例，但皆爲爆發性者。

(甲) 拉圖爾 (Lassun) 氏例 (抄錄記載不完全)。

八歲之兒，患秋扶的里及肺炎併發本症，雖備受此等疾病，但僅因口內癢患不癒，而陷於癲癩質，遂致死亡。

(乙) 威多爾夫波拉克 (Gardow Foltz) 氏例 (據此原著者則知有其他之爆發性例證)：八歲之男兒，於百日咳之經過中，得本症而

斃。

原著者之實例如次：

(病歷)

(A) 家族關係 在父系方面關係，祖父達於高齡，因老衰斃命，祖母健全，年六十六；叔父之父俱健在，父年四十二歲，雖由少時即不健康，



但僅於中年曾罹傷寒而已，未患花柳病，又不飲酒，吃煙。在母系方面，祖父到六十九歲，發胃痛而死。祖母罹赤痢，歿於六十一。不明之疾病，叔母三人皆健全，每三十六歲，自幼康健。據云：四年前曾患心臟疾病，約經一週之醫治，即告全治。病兒係第二兒，但其孀孀，出產等毫無異常，同胞只有第一人，現年四歲，身體虛弱。二歲時罹腎臟炎，已經治癒，家族及近親均無出血性素因。

(B) 病兒經歷 當時為七歲零七個月之男兒，起始因母乳不足，補用牛乳，至三歲時，與以米粥，漸次移用常食。乳齒發露在生後十一月開始，步行在一歲零六個月，言語初發，精在乳齒發露之先，由哺乳期中，屢屢起胃腸障害，但仍然肥胖。五歲時患赤痢，由八月至九月乃治癒。其後腹痛，因往往發現腹瀉，神經過敏之母親，對於食物，疑為蔬菜之關係，及限定其食物之分量及分類，編擇用柔軟單味之食物，遂規定三餐之食物如次，不敢稍越此規定，早餐食米粥二碗及牛熱之鵪鶉二個，午餐食米粥二碗，及魚肉，晚餐食米粥二碗，及牛熱之鵪鶉二個。病兒亦養成習慣，除規定食料之外，攝取任何食物，每發見腹痛，尤以自本年一月以來，因腹痛併現嘔吐，發熱，雖病的諸症不久消失，但其母親仍不敢給以蔬菜，頑固使其嚴守食規，如此已逾六月之久，不知患赤痢以前之肥胖，榮養日漸不給，感覺過敏，性情陰鬱，外貌呈老人之狀，本病實因此而成者也。

(C) 住居 居都市區，環境不清潔，一家五口，飲水仰給於自來水。

(D) 本病經歷 由今年一月之交，時時感覺兩側之膝部疼痛。六月七日起劇烈之膝痛，十二日發發熱，十四日疼痛極為劇烈，以致夜間不能睡眠，加以該部之腫脹顯著，用藥亦毫無效用，不久雖疼痛大為輕減，但至今猶未完全消失，其他各部之關節痛及肌肉痛時發時癒，至將逾五月之際，發現極為厭惡之口臭，甚至與其接觸之衣服雜物等物，無不放出惡臭，口內汚染，腫脹而易出血，見口內有凝血塊，齒上附着之積垢甚厚，曾經誇獎患兒之齒列美者，至今無不嘆情所呈之狀。

自去年以來繼續發現鱗齒，或折斷，或脫落，幸而大多生有新齒代之。僅殘留二三空隙而已。但現今存在之新齒，有再成鱗齒者，齒牙均呈動搖，但患兒並未受水銀療法。六月十八日，因主訴膝部之微痛及腫脹（特以左側為甚），口內惡臭，齒齦之腫脹及出血，而至小兒科門診，於診察之際，一齒脫落，當時之所見從略，六月二十八日入院。

現症 六月二十日見其頭形尋常，羸瘠骨立，肌膚蒼白，顏面稍浮腫，右頰及上下唇腫起，口臭極為可厭，齒齦皆腫紫，因成堤狀腫起，故包

擔齒列，處處呈暗紫色，或附着有黃灰色之纖維狀物，以擔頭觸之，容易出血。又見有上皮脫落之處，齒成齲者之三、四，有脫齒之痕跡，現在者上齒九下齒八，均動擺而將脫落，頰部粘膜雖全部蒼白，但處處有血管之擴張，黏膜不顯明，胸廓無畸形，雖未見胸傷病性連珠，但於肋硬軟骨接合部稍有肥厚，心臟亦無異常，於左肺下葉之呼吸音減弱，下腹稍微膨滿，無肝臟及脾臟腫大，軀幹及四肢之伸展面，有膜病性苦澀感，上肢無異常，因下肢生溢血而兩側膝呈青色，上腿下部之側面，又帶淡青色，而各呈不正形，約比二十分補精稍大，其他未見顯著之出血斑，無骨痛腫大，兩側部現無度腫脹，雖能起立步行，但步行時左腳稍屈，且左足不能完全觸於地上（尖足），因而步行稍危險，治療使其盡量攝取新鮮之食物性植物，與檸檬酸檸檬劑，用硼酸水使之時時含嗽。

午後現微熱，些少之咳嗽，食慾佳，睡眠安適，便秘，尿透明，無蛋白，圓柱病的沈渣，體重一五五〇公分。

六月二十三日 微熱，齒齲雖猶腫脹，但不疼痛，依然有口臭，左膝關節部之疼痛殆消失，唯殘留腫脹，反之，右膝發現疼痛，便帶褐色而稍軟，按爾爾（*Chloro*）氏皮膚反應陰性。六月二十五日，齒齲稍稍堅固。六月二十七日，肌肉色稍帶紅，口臭稍退頗多，於右胸後下部呼吸音減弱，且輕濁，兩側之大腿內面，有不正形之痔瘡頭大之褐色斑，左下腿前部顯有同樣而稍大之青色斑。六月二十九日，熱稍高，有頭痛，膝部與腎疼痛。六月三十日，齒齲稍微清潔，便秘。七月二日，胸部所見不顯著。七月四日，自昨日以來殆無熱，右上犬齒動擺而將脫落，其他之齒漸漸堅固，體重一四九五〇公分，患兒起立以後，欲向前進，其左腳如棒伸張，步行稍不如意。七月六日，右上犬齒亦變堅牢，便通，尿意如常。七月九日，口益清潔，齒齲雖脹消矣，齒齲堅固，膝部之異變完全退去，體重一四六〇〇公分。七月十二日，齒間猶稍污穢，左右關節強硬，脛骨尤以其下中強向內方彎曲。七月十五日，步行殆已恢復平常。七月十七日，體重一四九五〇公分。七月十八日，胸詭無異常，口臭完全消失，齒齲堅固，胸部等無疼痛，出血斑皆無，苦澀亦皆消退，而營養稍為佳良，皮色不知以前之蒼白，性情一變而為快活之童兒，終日昂眉雙眉而闊步，已喜健步之行走，食品亦不拘動物性或植物性，均能飽餐。

關於食品尚須附帶記述者，於收容之初，因齒齲糜爛，不堪痛苦，如新鮮之蔬菜須細碎磨後與之，其他之食物亦須調理軟柔，以後隨口內疾患之輕快，漸次者却此等手續，所用主要食料為葛西菜、菠菜、白豆、黃瓜、馬鈴薯、蘋果、橘子、梨，其他為粥，以後與以米飯、鰵魚、鰾、湯等。

本例殆與胸傷病無關係，因血液及細菌檢查，無特殊之證明，故僅述臨床的觀察之提要而已。

### 第三 發作性血色素尿 (Paroxysmale Haemoglobinurie, Kältehaemoglobinurie)

本症爲受寒冷時或無何等之原因，排出發作性而似葡萄酒之暗紅色之小便，又有此疾病之患者，如故意遭遇寒冷，則可惹起其發作，即使患者之兩腳置於冰水中，數分鐘後所放出之尿，即呈暗紅色。本症屢屢發生於四五歲以上之小兒。

症候 發作前概兼發前驅症狀，有全身倦怠、欠伸等。發作時現戰慄、厥冷、感紫藍色，後期有熱感及發汗等症狀，劇時有陷於虛脫者，如上之症狀，出現之後，通常兼劇烈之腰痛，排出暗紅色之尿者多，發作之後有見脾腫及黃疸者。

尿帶黑紅色或暗褐色而非必呈漆色，含有蛋白及圓柱，鏡檢查亦不見赤血球。血色素依化學的試驗，及分光鏡試驗即可確實證明，發作之後含有多量之 Uroberinogen IK。

#### 血色素證明法：

(1) 佩爾列爾 (Heller) 氏之試驗 盡量採取多量之尿於試驗管中，加入尿量十分之一容量之氫氧化鈉 (Natrium carbonate)，液，暫時煮沸，將試驗管保持直立之位置，三十分鐘後，因醋酸血色素 (Hämaturin)，亦褐色之磷酸土類之沉澱。

須檢驗此是否由血色素而來之醋酸血色素。

(A) 磷酸土類之沉澱物，試以十倍之醋酸水洗滌，如其色依然保持不變者，則係醋酸血色素。

(B) 或以同樣沈澱與少量之食鹽共同乾燥，鑄於軟物玻璃，加二三滴之冰醋酸，以護蓋玻璃板之，用微小之火焙，煨烘，鏡檢時，可見褐色。

梭形板狀品之 Heahn 精品。

(11) 阿爾門 (Almon) 氏檢驗木脂試驗，取 1111 立方公分之五多德格木脂 (Kerina Gungard) 酒精溶液 (須新鮮配製者) 加入同容量，長久曝露於大氣之松節油 (Oleum Terobinthenae) 次加入尿時，則其接觸面生青藍色之輪環 (尿若為鹼性時，須加稀薄之醋酸，使其成爲酸性)。但此種試驗法，如尿中含有膿汁及其他之氧化性物質時，則其結果不確實。

(譯者註) 長久與大氣接觸之松節油，乃含有臭氣 (Oxone)。

(12) 同上變法一個試驗管如上述之注意，置入同量之德格木脂液及松節油，別用一漏斗上鋪以濾過紙，從上面注入被檢尿，待其浸透濾過紙，乃用醋酸一二滴，滴於漏斗之基底，須傾注入前述混合液，若有血色素存在時，則現出有藍色，而如牽牛花之觀，本法較敏，而且易見反應，不比輪環試驗，清水氏亦實驗於多數之患者，並極推崇之，本試驗雖因有混汁等之存在，但亦爲陽性。

(四) 分光鏡的檢查如有 Motokamogoloin 則 O 與 D 之間，即現特有之吸收線。

血液於發作時間，血清含有血色素，赤血球呈蒼白色，而於發作後見血色素量及赤血球數之減少。

本態及原因 其原因爲瘧疾、猩紅熱、及其他之傳染性疾患，又特別注意爲梅毒者甚多 (因本病之多數，乏色曼氏反應呈陽性)。

寒冷爲本病之誘因，試驗方法，結紮患者之手指，浸入冷水中，則可使其發作 (埃爾利赫 (Ehrlich) 氏試驗)，又將下肢浸入冷水中，亦可見同樣之發作。



如此而起之血色素尿，因有種種之要素，蘭德斯泰賴爾 (Landsteiner) 氏，於發作間歇時，採取本患者之血液，於試驗管內而冷卻之，然後再加三十七度之溫熱，則知其能起溶血現象。因本症之本態，患者血液中含有溶血素 (Haemolysin)，其一成分之特種媒介體 (Amblyceptor)，循環血中，遭遇寒冷時，則被赤血球所攝取，更因體溫中補體之結合，遂起溶血現象故也。據以後之研究，得知加以本症患者之赤血球，尤以其抵抗力薄弱，又有血管運動神經障礙而起末梢血管之擴張，因循環遲緩之故，而為容易起溶血現象之補助焉。即可證明埃爾利赫氏試驗而有餘矣。

經過及豫後 本症多發作於冬季，有經過數年者，雖無直接之死因，但其根治似乎終不可能；然自然治癒者，亦非無之。

療法 無特別之療法，不過命其靜臥，兼身體溫保，用甘汞內服，及薩爾佛散 (Salvarsin) 注射，試行驅梅毒療法，奏效亦不確實，因瘧疾而來者應與金雞納。

### 溶血性黃疸 (Haemolytischer Ikterus)

本症發生於家族性之關係，因寒冷等之誘因而現血色素尿，與發作性血色素尿不同，有高度之黃疸，同樣可證明赤血球之抵抗力薄弱及體內溶血現象。

在一九〇四年有日本學者清瀨氏之報告 (東京醫學會雜誌第三十三卷第七號)。

療法 同前。



## 第四 糖尿病 (Diabetes mellitus, Zuckerharnruhr)

小兒患糖尿者較大人稀少，就日本之小兒或哺乳兒，雖亦見之，然日本小兒之糖尿病與大人相同，而陷於昏睡之重症者，則未之聞也。

症候 因瘦削、倦怠、多食、及多飲，以致惹人注意，皮膚乾燥而生癬、麻疹及癩瘡等，漸漸尿量增多，其回数頻頻，尿中得證明葡萄糖，又能證明丙酮 (Aceton)、丁酮酸 (Acid aceto-acetic)、 $\beta$ -氧化酪酸 (Acid  $\beta$ -oxybutyric)、氮率增加，有見蛋白及圓柱者。

哺乳兒屢屢因營養障礙之結果，排出乳糖及 Galactose (Laktose) 及 Galaktose (Laktose) 又體質異常之小兒及患急性傳染病之小兒，由尿排出呈還元作用之物質者有之。

臨床上使用之定性的糖證明法如次：(據須藤氏醫化學實習)

(1) 尼蘭得爾氏試驗法 (Nylander'sche Probe) 採取 3—4 立方公分之尿，加入五分之一乃至十分之一之尼蘭得爾氏液，攪二分—三分間，則生黑褐色之沈澱，若含量極少時，則儘可放置，而注意其沈析之磷酸土類之顏色，如有糖則必呈黑褐色。

尼蘭得爾氏液：

次磷酸鈣

酒石酸鈉鉀

11.0 }  
4.0 } 貯藏須杜絕空氣之沈澱

氫氧化鈉液 (1.0 百分比重 1.15)

(1) 特隆默爾氏試驗法 (Trommer'sche Reaktion) 取五立方公分之尿，加入展量三分之一之容量之青性溶液，再注意其沈下，

多硫酸銅液，則生水化銅之沈澱，擾擾之使其溶解。若有葡萄糖存在時，雖滴下較濃之銅液，則完全溶解，而是鮮明之青藍色，而一滴一滴注意滴下銅液，至不最早溶解，須徐徐煮沸之，如含有糖時，即析出赤色之氧化亞銅 ( $\text{Cu}_2\text{O}$ )，或黃色之氮氧化亞銅 ( $\text{Cu}_2(\text{OH})_2$ )。

(111) 萊斯試驗法 (Phenylhydrazin Probe) 取 110 乃至 115 立方公分之尿，加入 0.5 之氮氣酸苯肼 (Phenylhydrazin Hydrochloricum) 及 1.0 之氫酸鈉 (Natrium aceticum)，將其溶解 (若含多量之蛋白質，須預先除去之)，然後濾過，將此濾液移於試管內，須經三十分乃至一小時水浴，或如下圖所示裝置之下加熱，則生黃色之 Phenylglykoxazon 之結晶，置顯微鏡檢之，所見特異之束狀結晶，本法甚銳敏而且確實。

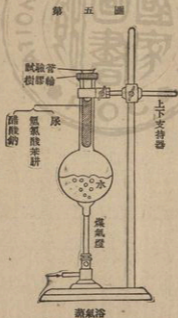
診斷 如小兒屢屢現夜尿，且有煩渴存在之際，即應疑為本症，不可不即行檢驗小便。

經過及豫後 經過概為三年乃至六年，就中重症之時期，通常為一年半乃至二年，但豫後大多不良，日本之小兒發生本症，豫後比較的佳良。

療法 主要者不外為食養療法，非應常用藥劑者，從來使用鴉片 (一日數回，每回 0.001

乃至 0.003 公分)，初以麵飽、奶油、牛酪、魚肉、

獸肉、肉汁、豆及豆腐、豚脂等，為主要成分調理食物，於幼兒與以牛酪乳或蛋白乳，而為漸漸增進，患兒對於碳水化合物之耐力，幼兒與以穀粉，兒童則與以米飯及菜蔬，但於初期須限定時間，給以少量，且須顧慮尿內之糖分排出，應



漸漸增加碳水化合物之用量。

諾爾頓氏之燕麥療法 (V. Noortens Haterkur) 特以對於小兒糖尿病有效云，一二週連續主用僅含燕麥之湯、奶油及雞卵而成之食物，次乃於一二日間與以普通食物，願慮其尿，應漸漸又與以燕麥粉一二週間。

### 小兒糖尿病之一例 (兒科雜誌八十九號)

距今約三十年前，小兒糖尿病之實見寥寥無幾，其報告極爲稀少，故普通之書籍亦缺乏此病之詳細記述，以爲係一種罕有之疾患，與大人糖尿病稍有異處之點，終未能明瞭此病之本體。

漸至西歷一八七八年，由馬爾堡 (Marburg) 之埃曲爾特 (E. Kell) 氏起於該爾哈特 (Gerhard) 氏小兒科全書第三卷搜集彼之文獻，關於本病乃舉有百十一例之機會，降至一八八九年斯忒恩 (Stein) 氏列有百十七例，內有二十一例已屬於曲爾特氏所舉例者。至一八九六年埃章岩耶利 (E. Wegan) 氏從曲爾特博士之獎勵，又探求非曲爾特及斯忒恩兩氏所編羅之新例一百八十，此病之本體始愈益明了。故原者，關於小兒糖尿病，不得不鳴謝上述三氏已往精密探究研究之功績矣。

最近十年間，本病之實現報告突然增多，實爲驚人，然本病究竟猶爲罕有，確爲事實。查爾柏林之小兒專門巴實斯克及華卜萊爾二大家所著之書，巴氏謂其實驗僅有五例，華氏曰：糖尿病發於小兒較大人概爲罕有，各種小兒科書缺乏本病之記載者不少。余每年與其他醫家所對照診察之結果，接到之本病患者只有三四回，病院收容之患者，多年間實見者爲數極少，曾於十五年間於來比錫 (Landsberg) 從事搜集門診之病人，唯有一回實驗而已，是以今日對於最初詳述者曲爾特氏之文：「任何人僅欲輕信人之經驗，而得本病之記述者，實不可能。」一語被認爲最新之論斷云。

本病關於哺乳兒之實驗雖亦不少，然乳兒隨其成長，益爲增多，以十歲乃至十五歲之兒童爲最多。

韋岩耶利氏就百二十人之患者，而分別其年齡，一歲以下者三人，一歲乃至五歲者三十六人，五歲乃至十歲者三十一人，十歲乃至十五歲者四十二人。

糖尿病之症狀，小兒與大人無大差異，其確有特異點，而成判明之事實者，即小兒糖尿病多為比較的遲者，尿含有之糖分豐富，病之經過甚迅速，而多取不良之轉歸，既因結核而死亡，又多發現遺尿症，故小兒科醫師接到遺尿症之小兒，必須行尿之驗糖。又小兒糖尿病往往發現眼瞼及四肢之浮腫，此亦與大人相異之點也。

茲再述原著者，在日本關於小兒糖尿病之程度，參閱文獻本病之報告甚少，原著者所知而足憑證者，實收寄在原著者之小兒科病室者，不過二例而已。

第一例 一九〇一年五月十八日入院，男兒二歲六月，兒科雜誌二十八號佐野氏報告。

第二例 一九〇五年三月十三日入院，女兒八歲四月，兒科雜誌六十二號白忤氏報告。

原著者之小兒科教室，由弘田先生之指導者，於茲已垂二十餘年，而今加以原著之實例，僅有三例而已，本病在日本如是其少，或因人種之關係歟？（有謂大人之糖尿病在歐洲多發於猶太人云。）

原著者雖不能判斷，然感覺本病以後有稍精密考查之必要，故原著者調查雖不完備，亦當述有數略，欲以喚起後來有力之研究耳。倘此例以後能供給研究本病之一小部分材料，是亦意外之幸也。

原著者之實例：

青〇〇 男，年齡八歲零八個月（某車夫之第一子）。

一九〇七年二月二十三日入院 同年八月九日出院

〔病歷〕 父系之祖父母至高齡因不明之疾患而死亡，現在父雖健康，但二十年前曾罹梅毒，無煙及酒之嗜好，父有長兄一人，六年前被某種疾病侵犯而死亡。母系之祖父五十歲，因喘急而死，祖母至六十歲，死於腹瀉疾患，母仍健在，其體格肥滿而富於脂肪，母之同胞有二人，係早產而生，未曾生育即死亡；一名死於赤痢，一名罹精神病現住某地方病院，目下健康者，除母以外，僅有一名。父母兩系中均無結核患者，在五個同胞中，為最長者，第二個健全，第三個僅十個月，因乳兒胸氣而死亡；第四個，因多發瘰癧之結果而死亡；第五個，健在，患者為成熱兒，十月離乳，僅於三歲經過麻疹，其他未曾罹患顯著之疾患。（主訴）據其母所告知，患者自入院前二十日起，毫無何等原因而突然發煩渴，反抗母親之制

止；每二十分乃至三十分間必大量飲水一次，用量每日竟達二、三升之多，尿利亦頻回，一晝夜約達三十回（平常七、八回）。即晝間十五分乃至三十分間排遺一回，每回量亦甚多。夜間排遺五、六回，且現遺尿（最初二、三日一回，近來每夜必有遺尿）。便秘則反傾於結，數日排遺一回，食慾固然昂進，肌肉弛緩，皮膚枯燥，四肢冷卻，夜不安眠，元氣銷沈，皮膚瘙癢等，不堪枚舉，故乞診治。在十三日前足關節部受火傷，未訴頭痛，眩暈（現症）一見患者即知其性質過敏，而易於刺激，體格雖為中等，但肌肉弛緩而羸瘦，皮膚極乾燥，尤以手掌及足趾以至發生皸裂，僅頰部呈紅色而有光澤。呼吸一分間二十四次，放出本病固有口臭，脈搏五六，正常宏大而軟弱。體溫攝氏三六·五，頭部無變化，毛髮稀薄，顏貌浮腫狀，尤以頭部膨大，眼瞼及眼球無異常，視力亦未被侵害，鼻腔入口呈赤色而有輕度之糜爛，口唇厚且乾燥，在下唇有二、三破裂膿汁口，黏膜、牙齒、齒齦等均無異常，舌乾燥而稍有微苦，扁桃體及咽無變化。頸部短，未見淋巴腺腫大。胸部無變態，心臟及肺臟亦無病的變化，腹部僅膨滿而未觸知硬結物，肝臟亦不能觸知。四肢雖冷卻，但無運動障礙，膝蓋反射極為微弱，於左足外踝突起之附近，有約鳩卵大之潰瘍，此係火傷尚未治癒者。尿透明而呈顯著之綠色，放出固有之口臭，反應微酸性，而比重一〇·一〇，蛋白陰性，糖由特隆默爾尼蘭德爾氏及伏憐李勃氏（Worm-Müller）等之定性法，呈顯著之陽性反應，該爾哈特反應亦為陽性。

〔經過〕經過如左表所示，但糖反應之「特氏」即指特隆默爾氏，「尼氏」為尼蘭德爾氏，「伏氏」為伏憐李勃氏法。又備考項中之「該氏」即為該爾哈特氏驗法，其為陽性者，即呈弱紅色，又關於糖量之「巴氏」即指巴羅氏法，Pavy 氏法，「該氏」即指該爾爾氏法（Scheische Probe）而言是也。

月日	食 物	飲水量	體 重	量	尿利	尿量	尿比重	尿色	糖反應	糖	量	備 考	藥 品
二、二	牛乳	10'0	水	19,000	12	3,100	10	黃綠	特氏、尼氏、伏氏		×	該氏反應著明、其他症同前、體溫36°	鹼性硫酸
三、二	鷄卵	1,000	平野水	×	10	1,800	17	同	同		×	同	同
三、五	同、同、魚肉	同	1,000	同	1,000	1,700	18	同	同		同	同	同



七、三	牛乳 1,000	水	100	(100減) 1,100	八	七色	一四	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	
七、二	牛乳 600	水	130	X	七	二四	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
一、一	馬鈴薯 1,000	水	100	(100減) 900	七	一〇〇, 一〇〇	一四	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
七、六	牛乳 1,100	水	80	(100減) 1,200	九	〇〇〇, 一〇〇〇	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
七、五	牛乳 600	水	200	X	八	八色	一八	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
六、二元	同	水	850	(100減) 950	九	一, 100	一八	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
六、二	同	水	二八〇	(100減) 110, 100	二	一, 300	一〇	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
六、一	馬鈴薯 同上	同	同	(100減) 170, 80	九	一, 200	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
六、一〇	純魚肉 同上	水	850	(100減) 950	一〇	一, 100	一七	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
六、五	同	同	同	(100減) 190, 800	一〇	一, 800	一六	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
五、七	豚肉·魚肉 雞卵	同	同	(100減) 190, 150	二	一, 800	一〇	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
五、三	同	同	同	(100減) 196, 50	二	一, 600	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
五、三	牛乳 600	水	300	(100減) 190, 50	九	一, 二〇〇	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
五、八	同	水	850	(100減) 19, 000	一五	一, 000	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同
五、六	牛乳 600	同	同	X	二	八色	一五	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同	同

七、	牛乳一、〇〇〇 鵝卵	水 二〇〇	一九、七〇 (增)	一〇	八〇〇	一八回	同	特氏、尼 巴氏、〇、二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百	X	X	同
八、	同	水 七〇	一九、九〇 (增)	七	八〇〇	二天回	同	特氏、伏氏 巴氏、〇、二、三、四、五、六、七、八、九、十、十一、十二、十三、十四、十五、十六、十七、十八、十九、二十、二十一、二十二、二十三、二十四、二十五、二十六、二十七、二十八、二十九、三十、三十一、三十二、三十三、三十四、三十五、三十六、三十七、三十八、三十九、四十、四十一、四十二、四十三、四十四、四十五、四十六、四十七、四十八、四十九、五十、五十一、五十二、五十三、五十四、五十五、五十六、五十七、五十八、五十九、六十、六十一、六十二、六十三、六十四、六十五、六十六、六十七、六十八、六十九、七十、七十一、七十二、七十三、七十四、七十五、七十六、七十七、七十八、七十九、八十、八十一、八十二、八十三、八十四、八十五、八十六、八十七、八十八、八十九、九十、九十一、九十二、九十三、九十四、九十五、九十六、九十七、九十八、九十九、一百	X	X	同

閱上病歷，余等之實例爲八歲有餘之女兒，本病統計上雖以女兒稍多，但須視男女殆爲同樣發現，則不可說，患者係車夫之女，(本病在  
大人多發於其人，實者較少云)父母系之梅毒，精神病對於小兒之本病大有關係云。患者之父二十年前曾罹梅毒，梅毒以後完全治癒與否，  
尙爲可疑，在母系方面，母之同胞有早產二人，尙有精神病者一人，故本患兒可謂多少有遺傳上之關係云。麻痺與本病之發生亦有關係，患者  
在三歲罹麻痺，以後即無重大之疾患，故麻痺應無原因上之關係歟？本患者僅聞其主訴，而能推定本病爲正規，有這尿之訴，現症具備特徵，  
尿之檢查雖快體試驗，但由其他之檢法，而得確證爲本病，視其經過約五個月，使其嚴守食養法殆完全治癒。煩渴甚極，病時飲水量一  
日由九百公分達二千公分，出院時減至七十公分之少量，小便入院前約三十回，入院後頓減，最多十七回，或十五回，最少亦不過七回。體重一  
進一退，病勢減退，體重隨之增加，尿最多爲三千二百公分，以後爲二千五百公分，二千公分，尿比重爲千二十三、千二十四、千二十五。尿色早本病之  
特異性，糖反應至病退則不明，糖量最多爲三·七〇四，以後由二·七，最少量〇·一二五，本病往往發生癆瘵，本患者亦發生。藥劑用  
水楊酸鈉有效，價優於吐根鴉片散，嚴守食養法得奏主效。水楊酸鈉之功效，或爲伴食的乎？患兒因身體衰弱，雖多就褥，然因病勢減退，營養精  
精回復，即行少許之運動。本病之預後，雖多取不良之轉歸，然余等之實例，依美耶林林(Melning)氏，則屬於重症，但亦殆全治，實屬可喜。

斯式恩氏七十餘例中，全治者十四人，輕快者七人，死亡者五十二人。

章岩耶利氏百八例中，死亡者六十九人(約六十四%)

原著者等欲對照自己教室之三例，然後結束本文。

佐野、白忤氏之實例，無遺傳之關係，原著者等各例似與遺傳有關係。

佐野氏之例，在先後六月之際，因尿利頻數而求醫治，乃被診定爲本病，至一歲十月發現煩渴，二歲五月，現多食而漸瘦。白忤氏例，在五歲  
零二、三個月有遠尿，然當時並不介意，六歲零一、二月因訴食慾亢進、腹痛及遠尿之故，六歲零三月某醫師乃定爲本病，七歲有餘，發現煩渴。原



著者等之例與利氏異趣，本然由二十日前發病，諸症一旦具備，故原著者等始診定爲本病者也。佐野氏及余等之例，均有便秘及眩暈反射減弱；白忒氏則未記載。

佐野及白忒氏例有頸部淋巴腺腫；原著者等之例，無有腫腺。

白忒氏及原著者等之例，有遺尿及浮腫；佐野氏例，則未記載之。

佐野氏例，排尿一日量六百乃至八百公分，尿中比重爲千十乃至千三十五，尿之糖分爲四·七%，治療後始減爲二%，白忒氏例排尿量約五小時半爲二千公分，尿之比重甚高，糖分爲七·一四%云。原著者等之例，排尿量一日由二千公分至三千二百公分，尿之比重爲千二十乃至千二十三，尿之糖分爲二·七%乃至三·七〇四%。

以上所述爲三例比較梗概。

#### 第五 尿崩症 (Diabetes insipidus, Harminhr)

本症雖爲罕有之疾病，然小兒比較的多，大多續發於腦震盪及急性傳染病之後，又於腦下垂體之瘤，亦有症狀的發現者。

症候 尿爲水樣透明，一回量甚多 (Polyurie)，劇則一日達一二升以上，然其回數並不頻繁，且其比重亦不高，更有降至一〇〇四或以下者，又無圓柱、膿球、及上皮細胞等。

患兒煩渴，飲多量之水，瘦削而皮膚乾燥，對於遊戲及運動之嗜好減退。

豫後 不易根本治療。

療法 漸漸減少水分供給，使其成爲習慣，盡量與以缺乏食鹽之食物，應勸其入浴，山地療法，日光浴等。

藥劑用鴉片、顯茄 (Belladonna)、番木鱉 (Strychni)、麥角鹼 (Ergotinum)、毛茛菪鹼 (Pilocarpinum)、安替比林 (Antipyrinum)、水楊酸製劑、腦下垂體製劑、副腎素 (Adrenalinum) 等。

腦下垂體 (Hypophyse) 區別爲由腺樣組織而成之前葉及由神經組織而成之後葉。

前葉有催進生殖器官發育之作用，後葉與分泌作用有關係，故因後葉之病變，屢屢發生多尿症及尿崩症。

## 第六 佝僂病 (Rachitis)

佝僂病又名英吉利病 (Englische Krankheit)，發於發育盛旺之時期，於哺乳兒期及二歲之幼兒發現。本病雖其症狀以骨骼爲最顯著，然於血液、肌肉、神經系統，莫不發生病變，換言之，爲全身之代謝機能皆起一大變調之疾患，故爲一種全身病，乃屬至當。

本症在德國及英國等，雖爲時常所見之疾病，然在日本從未有發現者，迨至一九〇六年，乃於日本富山縣下，越中國冰見郡，及石川縣下能登國羽咋郡知有風土病之存在，原著者等亦實地加以探討，確有單性佝僂病之存在，近來原著者等注意考察，由北陸道至東海道等處，亦見散在性發生，又於佐渡國亦接有發生之報告，故現今佝僂病於日本可謂亦須加以注意之一疾病也。

原因及本態 佝僂病之原因，至今猶屬不明，土地之性質、氣候之影響、衛生狀態等最關重要，至於與營養法、遺傳、家族關係、年齡及體格等亦有密切之關係，更無論矣。

佝僂病著明之病變，即在骨骼之變化，爲其主要點，在其生成之軟骨及骨之礦化不完全，檢查代謝機能，在病勢劇烈之時期，石灰含量甚爲輕微，骨骼有礦質尤以氧化鈣（ $\text{CaO}$ ）及氧化磷（ $\text{P}_2\text{O}_5$ ）之不足，測定其肋骨及脊椎中之石灰成分，遂至減少到一〇%乃至六〇%云。

關於本態，有多數之學說或臆說，或因石灰消化及石灰吸收之不足，或因食物之性質（乳汁）缺乏石灰，施德爾刺納（*Stoellner*）氏分解爲 *Acidose*，因異常之酸生成而行奪取石灰者也，卡索韋斯（*Carowicz*）氏之炎症說，因炎症妨礙於生長中途之骨骼系統之礦化也，馬香（*Marchand*）氏歸於骨髓之原發性疾患，歸罪於造骨細胞（*Osteoblasten*）之機能薄弱。近時雖又有求其本源於諸種之內分泌腺者，謂如胸腺、甲狀腺、副甲狀腺及副腎等，然亦不過爲一種臆說耳。

佝僂病由於營養品之石灰輸送（*Kalkzufuhr*）不充分之學說，實不合理（據原著者留學德國時與施德爾刺納氏共同行動物試驗，證明石灰輸送不充分不致惹起本病，而起骨粗鬆症（*Osteoporose*））。

病理解剖 最顯著之變化在骨骼系統，得見發育機能之錯雜與極不秩序之現象，骨軟化而得容易捻曲，其形態彎曲而呈醜形，骨膜及骨髓起充血。

患兒於罹患中所發生之骨及軟骨質，石灰化合成分甚爲不足，或完全缺如，又生成於罹患之前之骨組織，亦漸漸起石灰質之缺乏，而至軟化，同時軟骨內之化骨作用亦被阻害，見軟骨增殖帶甚爲擴張。

爲斯種種之變化，現於四肢骨或肋骨等管狀骨，由骨樣組織之增殖骨端軟骨肥大，縱斷之，則呈鋸齒狀之骨

端軟骨與骨質凹凸不平之境界帶，且可見血管形成甚豐富；在扁平骨亦由骨膜之增殖，其邊緣及結節肥厚，於頭顱骨、前頭結節、及顱頂結節肥厚；其他後頭骨或顱頂骨之平板，却變化為菲薄之膜樣物質 (Craniotabes)。

病變治癒時，於骨樣組織現化骨作用，則變為硬化而短矮之骨。

其他橫紋肌（及平滑肌）之肌纖維，狹小而發育不充分，而核之數增加，橫紋不明。

肝臟及脾臟之髓質及濾胞增殖，見淋巴腺之腫脹者多。

症候

(一) 全身症狀 佝僂病性小兒，神思不安，而好啼泣，氣色不佳，而睡眠亦不良，背位臥時，使其頭懷轉，頭成如埋於枕內之狀態，故頭部周圍感受摩擦，以至後頭部毛髮稀薄禿落，顯著時頭部現強盛發汗，遂生汗疹及濕疹，又全身之皮膚，有因血管運動神經障礙而發生蕁麻疹、紅斑等者。

於初期時，一般不好遊戲或疾走，漸漸皮膚蒼白，因肌肉弛緩等乃惹起家人之注意焉。

(二) 骨骼系統之症狀 骨骼之症狀，一言以蔽之，即軟化與變化是也。當初母親於愛兒放尿之際，患兒忽然如有強烈疼痛而啼泣，漸漸喚起母親注意，此時類似巴羅氏病之初期。

特異之變化，為骨端軟骨之腫脹，見其長管骨及肋骨，更為著明，又於皮下能觸知硬結節。同時骨幹之變形，彎曲顯著，雖遇輕度之外傷，即容易起不全骨折，以後有形成假骨 (Callus) 其粘連甚不完全。

故全身之發育，尤以身長甚為短小，而成為侏儒者，運動、起居之動作亦異常，已能起立步行之小兒，但羅佝僂

病時，則不能起立，或滿一歲已達步行之時期，亦不容易步行，且起立不可能。至此時，則佝僂病之症狀已顯著矣。

佝僂病之小兒，因全身隨意肌不緊張而弛緩，與骨骼之發育不完全相併之故，而阻止其起坐運動也。

在顱骨中，顏面骨之發育顯著不完全，頰與顏面之大不調和，頰骨亦呈異常之變形，齒牙發生亦遲延，至第二年亦不發生，到第三年漸漸開始發生，而發生之齒牙，性質柔軟而脆弱。

顱各骨之縫合不能粘連而哆開縫合，緣肥大而無丘狀，顱上印有十字形之陷處，加以前頭結節肥厚而前額類於「壽星」，又顱頂節結亦肥厚，顱如骰子之形態，稱曰方形顱 (Caput quadratum)。

第六圖 佝僂病性顱癆



廣平顱頂骨及後頭骨部有多數之骨間隙  
(Nach Brüning)

第 二 表

佝僂病骨組織

各論 第六編 全身疾患



七三

大顛門亦不閉鎖（生理的在第十五月閉鎖）而開大，且較普通廣大，漸至第二年之終乃閉鎖。所謂顛癆（*Traniothes*）者，卽後頭部之小顛門及縫合之附近柔軟，因壓迫而生陷凹者也。此爲屢屢所見之症狀，然大多兼有顛靜脈擴張。

佝僂病性脊柱彎曲不僅現於一二之脊椎骨，由是其變曲度不成銳角而稍緩和，就中以後屈（*Kyphose*）爲最多，主要發於腰椎，側彎（*Skoliose*）者亦多，前彎（*Lordose*）者則屬罕有。

胸廓爲顯著之佝僂病性念珠（*Rosenkranz*），肋骨之軟骨部與骨部之接合部分發生肥厚，從外方視之，見有一列由前上方經外下方之小結節，各小結節之中央具有一溝，念珠可分爲由骨部發生者與由軟骨部發生者兩種。

胸廓變形，其側壁最爲顯明，側壁扁平，乳房線與後腰窩線之間隔顯明縮短，甚至側壁陷凹而向外方呈凹面之多形，或胸骨向前方突出而成鳩胸（*Hühnerbrust*），時而胸廓之中央部反成扁平，其下部向外方突出，而季肋弓擴張與中央部之間生橫溝（*哈利松氏溝*（*Harrison'sche Furche*））。

鎖骨起病的顯著強度彎曲，陷於不全骨折者多，上肱骨之彎曲於極重症之際，骨端軟骨之腫脹亦如普通而不顯著，反之，前肱骨，其指端之骨端骨之腫脹，則爲必發症狀，在手關節一方尺骨之軟骨肥厚，一方橈骨軟骨肥厚，手根骨及指骨亦呈肥厚，後者呈紡錘狀者有之。在骨盤見腸骨櫛之肥厚。

在大腿骨常有趾端之骨端骨之腫脹，大多向前方或前外方彎曲，下腿骨有兩端之骨端軟骨腫脹，起不全骨

折及彎曲者亦極多，故脚呈X脚(X-Beine)或O脚(O-Beine)也。

(三)其他之症狀 血液在佝僂病無固有所見，病勢重篤時，見有貧血，故皮色亦蒼白。精神發育亦遲延，並有呈痲痺之症狀。

呼吸呈模隔膜呼吸，故呼吸頻數，脈搏亦然。

食慾有異常亢進者。腹部大多隆起而呈鼓脹，便通不定，常有便秘者。

肝臟 燭其下緣非必肥大，不過大多下垂。脾臟雖亦有發見者，但與佝僂病有無關係，尚屬疑問。

併發症 最屢屢所見者，為臍脫出、枝氣管炎、肺炎、腸胃疾患等，併發結核者亦多，在歐洲兼痲痺質者甚多云。

經過及轉歸 佝僂病之經過慢性，其病勢有消長，須數月或二年以上之經過，豫後可謂佳良，無並發症者施

以適當之治療，可使其治癒，然以後當有身長之發育不足，且有遺留脊柱之後屈，或側彎等。

診斷 概容易，須與本病鑑別之疾患如左：

(一)粘液水腫及蒙古人種痴呆 依顏貌、皮膚、及毛髮之性狀，即可分別。

(二)巴羅(Barrow)氏病 雖其類似之點甚多，然依出血性素質、齒齦之變化及X光線像，即得分別之。

(三)脊柱癆 不似佝僂病弓狀後屈之緩和，有腦水腫無四肢之變化及念珠形成等。

(四)先天梅毒之巴羅氏假性麻痺 瞻視之，或有誤為佝僂病者，但因有其他梅毒症狀，而得區別之，即當根

據肘腺腫脹、鼻閉塞、口唇龜裂、足趾浸潤等。



(五)據近來之研究，佝僂病與骨軟化症 (Osteomalazie) 之本態相同，僅其發現之時期有異耳，即佝僂病迅速侵犯發育之骨，而骨軟化症則侵犯完成之骨也。

療法 注意患兒之住居及食物，最關重要，盡力使空氣流通佳良，常晒於日光中，轉移於溫暖之地方，多到野外消遣，臥床須廣闊而柔軟，切勿使患兒籠居於狹隘之物中。

食物無須特別選擇之必要，應與以加入新鮮之果汁、蔬菜之汁，如此須無藥劑，亦有能自然治癒者。藥劑以磷及魚肝油，近於特效藥，若用時則投以鈣鹽類爲要。

藥

0.01

魚肝油

100.0

右一日三回，每回一茶匙（五公分），於食後與之。

原著者於日本富山縣冰見郡及石川縣下羽咋縣所發生之奇病，調查第一報告（東京醫學會雜誌二十卷二十三號）。

時當五月下旬，各種普通報紙通載有富山縣下發生奇異疾病之新聞，因而使原著者等極爲注意，至六月間傳說益盛，有謂富山縣病院院長實地調查者，有謂石川縣金澤市之下午醫學士已奉命實地考查者，更有謂京都醫科大學之本莊學士已赴流行地方研究者云云。然奇病者究竟爲何？原著者等切望即刻得其真像，果然載於新聞紙上，見有列爲佝僂病之斷案。此病在日本原爲罕有或絕無者，今竟流行於北國之一隅，實爲驚奇之事也。

此本僅有新聞之記載，而無學徒的報告，詳氏之誤者雖難保無誤，然對於病者甚爲驚訝，俄爲未滿二十歲之女子而男子則甚少，病狀以疼痛爲主，而確定爲佝僂病焉。佝僂病原爲小兒病，然爲何小兒極少？最年幼之病者，五六歲者亦甚少，僅據其症狀之記載，頗似骨軟化

症，然觀其照片，則宛然如狗僕矣。如此奇異之疾病，欲得一見之心甚甚切，又欲對於此病之小兒之關係如何，原著者等乃有在諸家中間地位之立場，於流行地方自小兒到乳兒行廣診斷，而得其結果之觀念，乃約定大學派道之由代教授，內務省派道之木下林南教授同行，二十七日午後即抵金澤市，再準備到富山縣之研究地方，又聞石川縣下亦發生本病。

二十九日同行者齊相會於金澤，當夜至富山市。三十日得見杉村院長，院院收容於富山病院內病兒的病歷之機會。六月三十日夜到沐見町，以此處作爲根據地，由七月一日至五日，在富山縣下調查，雖皆熱心從事，然終日檢查多數之病人，未能得到詳細之記載，但亦得該奇病之大體。原著者等調查之第一報告，僅爲公諸實例，欲以第二報告再陳述之所見，然恐記述之事實，仍有不明瞭之處。七月六日及七日在石川縣下調查，而在富山縣下及石川縣下所調查者，僅爲查定奇病所用之材料，奇病完全係狗僕病，並非其他之疾病。故陳列若干之實例如左以爲證明。

七月一日在日本富山縣下沐見町石川村檢查。  
在石川村，年齡三歲以下之人口如左表：

年齡	男	女	共計
一歲	十人	十三人	二十三人
二歲	三十八人	三十九人	七十七人
三歲	四十人	四十八人	八十八人
共計	八十八人	一百人	一百八十八人

男女合計一百八十八人。

內有十八人作爲材料，得有九名之病者（♂四人，♀五人），即五〇%之比例。

第一例 D·Y· 女兒 二歲零六個月 診斷 狗僕病

（病歷）兩雙親健全，無兄弟，分娩容易，係天然榮養，現時尚在哺乳中，從來因腹痛，僅有四、五日服藥，無主訴，去年病過以來即能步行，齒牙之發育佳良，睿智佳良，並無嘔吐、咳嗽等（現症）體格中等，榮養亦中等，皮膚稍蒼白，顏之形狀爲四角形，周圍七四·五公分，大額門齒有排排大之哆開，前額門亦同樣大小，骨縫合雖能癒合，但冠狀縫合一致爲溝狀，發頭隆起，面部無異常，齒牙發育佳良，一〇公分，P一一公分，R

一六公分。胸部周圍四五公分，形狀為鳩胸，尤以左半胸更突出，使胸知右肋軟骨接合部，肺臟、心臟均無異常。脊柱亦無異常。胫骨之右下端及左前肢骨之下端稍膨大，且左上膊著明彎曲。腹部有鼓脹，中等膨滿，肝臟三公分，屬於季肋外，步行佳良。

注意 病歷中 a (crader Durchmesser d. Parietaler Durchmesser t Temporaler Durchmesser

第二例 H·O· 女兒 八個月（去年十一月十日生） 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟亦健，分娩平滑，母乳營養，在胎中發育，從來不覺有眼病。（現症） 體格小，營養不良，在上腿之內側見有多數之鼓脹，肌肉弛緩，皮膚蒼蒼白，顏之形狀如三角（Trikocephalus），周圍四·〇公分，s 一六·二，p 一一·〇，t 一〇·〇，大額門尚哆開，有膜狀閉鎖，一·五；二·八，小額門閉鎖，前額額門陷沒，而尚開存，有膜狀閉鎖，縫合無異常。後頭尤為隆起，顛頂結節甚膨大，前頭結節亦甚膨大，頭蓋不少，右頸之淋巴腺多數腫脹如豌豆大，齒牙猶未發生，咽喉無異常。胸部周圍四一·二公分，呈輕度之鳩胸，兩側之肋軟骨接合部稍腫脹，尤以左側為最顯著，肺臟及心臟健全，脊柱呈弓形，因下方之胸椎與上方之腰椎皆成弓狀，且呈骨腫，故顯著隆起，其中央有溝，有輕度之側穿，O 字腳顯著，尤以左側為甚，大腸內側刺癢，腹部膨滿，肝臟四·二公分，無房腫，生殖部突起。

第三例 W·F· 女兒 二歲零四個月 診斷 輕度之佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟四人，十五歲之姊罹重病不能步行，其次姊患重症之佝僂病，第三子（男）健全，兒為季子，分娩平滑，母乳營養，現尚在哺乳，兼攝取其他之食物，無有主訴，昨日起患腹瀉，步行佳良，生後六月發生齒牙，營養佳良。（現症） 體格中等，皮色通常，顏形狀為橢圓形，周圍四七·〇公分，s 一五·〇，p 一三·〇，t 一〇·〇，大額門尚尚哆開，但有膜狀閉鎖，而且陷鎖，二·〇；二·〇，小額門閉鎖，骨縫合結連，後頭突起，顛頂部平坦，顛頂結節厚，齒牙發生佳良，額面及頰骨無異常，胸部之周圍四五·〇公分，左胸中部稍隆起，有帶狀溝，呈輕度之鳩胸，佝僂病性念珠不顯著，肺臟心臟無異常，右前腳之下端稍隆起，步行完全佳良，而肌肉顯明弛緩，腹部四九·〇公分，有高度之膨脹，肝臟知五〇·〇，無房腫。

第四例 K·S· 女兒 四個月 診斷 輕度之佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟二人，分娩平滑，母乳營養，當時罹眼病。（現症） 皮膚比較蒼白，顏為橢圓形，周圍三九·〇七公分，s 一三·〇，t

九·五·P一〇·〇。大額門略開存在，小額門閉鎖，後頭突起，顛部隆性，咽喉隆性，胸部三九·五公分，雖其形狀普通，但有帶狀溝，傷寒病性念珠菌兩個皆顯著，但右側不及左側之甚。肺臟心臟無異常。脊柱容易屈曲，有O字腳(O. feet)。腹部甚膨滿，肝臟三·〇。能觸知脾臟。

第五例 T·男兒 十個月 診斷 傷寒病

(病歷) 父健全，母常患足痛，無結核及梅毒之遺傳。兒為第一子，母乳營養，從來無疾患(現症)體格中等，營養學萎縮狀，皮膚蒼蒼，白，生殖器官突出，上腿之內側瘦削，且有多數之皺裂，肌肉弛緩，顛之形狀為四角形，顛頂結節隆起，周圍四三·〇公分， $\delta$ 一五·〇， $\tau$ 一〇·三，P二·二，大額門四·〇；四·〇。尚存存在，小額門及縫合閉鎖，後頭無顛勢，胸部周圍三九·九。傷寒病性念珠菌形狀扁平顯著，蠶豆大而帶狀溝亦存在，肺臟心臟健全。脊柱胸椎之下部呈弓狀之後彎，上方之胸椎及腰椎部分呈前彎，且見胸椎部有向左方之側彎，呈O字腳(外翻膝)，無骨端之腫脹。

第六例 Y·O·男兒 二歲零八個月 診斷 傷寒病

(病歷) 兩親健全，無有兄弟，分娩平滑，母乳營養，兒薄弱常罹感冒，去年一月患腹痛，行步由十月起始，齒牙亦由十月發生(現症)體格中等，營養中等，皮膚蒼白，顛之形狀呈四角形，周圍四六·七公分， $\delta$ 一六·〇， $\tau$ 一一·〇，P一二·〇。大額門閉鎖，縫合亦閉鎖，後頭顛勢隆性，齒牙佳良。胸部四五·六公分，形狀普通，肋軟骨接合部腫脹。肺臟健康，心音稍不純。脊柱顯明呈弓狀之前彎，骨盤斜而向下方傾下，臀部之肌肉萎縮，左下腿向外方回轉，呈O字腳，步行蹣跚，腹部鼓脹甚顯著，肝臟五·〇。不能觸知脾臟。

第七例 U·H·男兒 二歲 診斷 傷寒病兼肺結核

(病歷) 兩親健全，兄弟二人，長兄健康，仲兄已死亡，兒為季子，分娩平滑，母乳營養，兒去年八月被寒鼠所咬，自十一月間發生右膝關節之腫脹，至今猶不能步行，從一歲起始發生齒牙，睿智之發育佳良，言語能說母親、婆婆等(現症)體格小，營養中等，皮膚蒼白，顛顯著呈四角形，而顛頂結節甚隆起，周圍四九·二公分， $\delta$ 一七·二，P一五·二， $\tau$ 一〇·二。大額門已閉鎖，但該部分尚隆起，小額門及縫合閉鎖，後頭突出，無顛勢，齒牙上六·下五，咽喉隆性。胸部周圍四四·二，形狀鳩胸，傷寒病念珠不明，肺臟心臟無異常。胸椎之下方呈弓狀之後彎，以下呈代價的前彎，兩足尤以右足向外方回轉，呈O字腳，骨端之腫脹不明，右下部弓狀彎曲，雖右膝關節甚腫脹，但被動的運動自由，腹部鼓脹顯著，肝臟四

## ·五、胸膈三·〇。

第八例 H·T· 男兒 一歲零七個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 母患癩，兩足、胸膈及肋骨之骨痛，兄弟三人，一兄患骨痛，患兒係平產，自然榮養，六個月前母親已知患兒之脊柱彎曲，雖仍不步行，但已能匍匐，齒牙生後不久已發生，睿智及言語之發育佳良。（現症）體格通常，榮養中等，皮膚稍蒼白，體格四角形，周圍四五·二公分，E一五·〇，P一二·〇，t一〇·〇，大小腿門閉鎖，縫合之結締佳良，後頭突出，額面無異常，下頷構成角度，齒牙上六，下五，胸膈四二·五，佝僂病性念珠不明，脊柱因成弓狀之後彎，八、九十胸椎突出，於胸椎部有向左方成弓狀之側彎，右足側彎之際曳引，且右足呈弓狀，膝反射甚亢進，足現象為陰性，胸膈之膨脹顯著，頰知肝臟三·〇公分，脾臟二·五。

第九例 H·T· 女兒 三歲零四個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 父健全，母有耳鳴，兄弟二人，患兒為第二子，分娩平產，榮養攝取母乳及其他之食物，去年雖無異常，但由今年春季四肢發現疼痛，初起時能步行，但至去年七月即不能步行，僅能匍匐，言語佳良，睿智亦可謂佳良。（現症）體格中等，榮養不良，皮膚有多數之乾癬疹（被蚤所刺者），身體之姿勢恰如剛坐之雞漢，足之膝關節始為直角，身體之變形，尤以背屈為顯明，背屈呈深溝，反之，右背突出，顛形狀呈四角形，前頭及顛頂結節隆起，周圍四七·七公分，E一七·〇，P一二·〇，t一一·〇，大顛門有搏指頭大而較扁平狀閉鎖，小顛門閉鎖，縫合已黏連，後頭突出，後頭部缺乏毛髮，齒牙之發育甚佳良，軟顎作成銳角之扇根狀，胸膈右胸中部有向後方之高度的突出，周圍四三·二公分，呈輕度之鳩胸，胸後病性念珠左側顯著，而知蓋豆大，肺臟心臟均性骨柱之胸椎及腰椎部呈弓狀後彎，側彎極甚，前肢之下端稍腫脹，兩足向對方回轉，兩足取屈曲位置，腹部鼓脹顯明，由此得頰知脾臟及肝臟。

七月二日及三日在富山縣下冰見郡熊新村字輪田檢查。

在熊新村年在三歲以下之人口如左：

男	一歲	二歲	三歲	計
十二人	三十四人	四十八人	八十六人	

女 八人

三十六人

三十三人

七十七人

男女共計百六十三人。

奇病最多之處爲二字，即在字論田五十人，在字無無四十人，二字各檢查九十人，在論田得病者十五名（七人，八人），故爲三十多。

第一例 M·S· 男兒 二歲零二個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 西親健全，兄弟二人，兄年九歲，現住富山病院，患兒分發時體格稍重，母乳營養，由一歲零二個月起始步行，由本年三月（約二歲之終）步行之狀態不良，十個月時發生齒牙，言語佳良。現症：體格通常，營養不良，皮膚蒼白而乾燥。顱爲四角形而且短頭顱（Cephalocephalus）。周圍四八·五公分，t一·〇，P一·二，〇，E一七·〇。大小顱門，前側顱門因深陷入，今猶能觸知，縫合結連，後頭無異狀。齒牙之發生佳良，胸部四四·三分，帶狀溝顯著，佝僂病性念珠顯著而早，豆大，肺臟左前下及右後下有笛聲，且聽得中等大水泡音，心臟無異常。脊柱前彎顯著，腰部完全平坦而稍成凹形，呈O字腳，左腰骨端稍腫脹，腹部鼓脹顯明，肝臟四·〇公分，得觸知肝臟。

第二例 M·S· 女兒 八個月 診斷 輕度之佝僂病

〔病歷〕 兄弟三人，一姊有佝僂病之疑，患兒係母乳營養，猶不能匍匐。（現症）體格中等，營養及皮色佳良，顱之形狀普通，周圍四三·五公分，大顱門存，四·五；五·〇，小顱門閉鎖，後頭無異狀，胸部四六·五公分，有帶狀溝，佝僂病性念珠不顯著，左肋軟骨接合部隆起，當第九胸椎之部有輕度之後彎，四肢骨端稍腫脹，有O字腳，腹部鼓脹顯著。

第三例 Y·S· 男兒 八個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 母患胸部之疼痛與關節之疼痛，兄弟五人，姊（十五歲）體格輕度之佝僂病，患兒係平產，由母乳營養，從來健全。（現症）體格小，營養佳良，皮膚通常。顱之形狀爲四角形，前頭結節隆起，周圍四五·〇公分，t一·〇，一〇，P一·二，〇，E一六·〇。大顱門寬廣，閉存，橫徑五·〇公分，小顱門閉鎖。矢狀縫合尚向前觀，冠狀縫合已閉鎖，後頭突出，齒牙尚未發生。胸部四三·〇公分，呈顯著之鳩胸，有輕度之佝僂病性念珠，肺有笛聲及大水泡音。脊柱在下方之胸椎部有隆起，與二三之胸椎有弓狀之側彎，其頂點向左方，有O字腳，骨端之腫脹不明，腰骨彎曲，腹部鼓脹顯著，能觸知肝臟、脾臟。

第四例 S·Y· 女兒 一歲零八個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 父母健全，兄弟五人，一姊（十八歲）患重症之佝僂病，一姊（十五歲）亦患重症之佝僂病，其他均健全。本兒為第五子，係平產，母乳營養，步行由去年八月間起始，但至本年一月反不能步行，齒牙由本年二月發生（現密）體格小，營養不良，皮膚蒼白，顛為四角形，顛頂結節隆起，周圍四六·三公分， $\delta$ 一七·〇， $\rho$ 一三·〇， $\tau$ 一〇·〇。大顛門寬廣開存，四·〇；三·〇。小顛門及縫合閉鎖，後頭無異常。齒牙上四·下二。胸部四一·二公分，有輕度之鳩胸，帶狀滿顯者，佝僂病性念珠甚顯者。第九乃至十二胸椎之部分因顯著之弓狀後彎，有輕度之側彎。O字腳，兩足全向外開張，骨端之腫脹甚顯明，腹部鼓脹甚為顯著，而不能觸知肝臟及脾臟。

第五例 O·S· 男兒 六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，一族中均無患者，本病者係母乳營養，齒牙尚未發生（現密）體格及營養中等，顛頂結節甚隆起，而且膨大，形狀略呈四角形，周圍四四·〇， $\tau$ 一〇·〇， $\rho$ 一二·〇， $\delta$ 一〇·〇。成冠狀縫合溝，大顛門開存，三·五；二·五。小顛門及縫合閉鎖，後頭突出，胸部四〇·〇公分，形狀普通，佝僂病性念珠兩側顯明，脊柱有輕度之側彎，腹部無膨滿。

第六例 K·M· 女兒 七十日（四月二十七日生） 診斷 佝僂病

〔病歷〕 親戚中有患同病者，兄弟二人皆健全，本兒係平產，然兒，係母乳營養（現密）體格小而呈萎縮狀，皮膚蒼白，顛蓋略為四角形，其周圍三八·〇公分， $\delta$ 一四·〇， $\rho$ 一〇·〇， $\tau$ 九·〇。大顛門開存而隔淺，六·五；六·〇。小顛門縫合閉鎖，後頭突出，周圍三五·二公分，佝僂病性念珠顯明，脊柱有輕度之側彎。O字腳，脛骨其彎曲，肋骨彎曲，腹部鼓脹甚顯明，能觸知肝臟及脾臟，鼠蹊部多皺裂。

第七例 D·Y· 男兒 五十五日 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟二人，本兒係平產，然兒，由母乳營養（現密）營養佳良，體格及營養中等，皮膚蒼白，顛之各顛骨均甚軟弱，加以指壓即一般運動，尤以後頭及顛頂部之骨比較他骨更軟弱，恰如壓迫橡皮球，冠狀縫合及矢狀縫合為溝狀而哆開，故不能測定大顛門之大小，小顛門閉鎖，周圍三八·五公分， $\delta$ 一三·〇， $\rho$ 一一·〇， $\tau$ 九·〇。後頭有顯明，而無異常，未發生齒牙，胸部三七·五公分，形狀無異常，軟肋骨接合部顯著隆起，且成角狀而彎曲，下方之胸椎稍成弓狀後彎。兩側前肢骨向內方彎曲，脛骨亦彎曲而向外方彎，有O字腳。腹部有中



度之鼓脹。

第八例 A·S· 女兒 六個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，家族及親戚均無患者，本兒爲長子，係平產，由母乳榮養。(現病) 體格大，榮養佳，皮已甚佳，顛略呈四角形，顛頂結節及後頭突出，P 1-1·0·t 9·0·E 1-4·5，周圍三九·五公分，大額門猶開存，三·0；二·五，小額門閉鎖，冠狀縫合結連，而其結連部之骨質有增硬，後頭無圓形，齒牙尚未發生，齒齦無異常，咽有開口瘡，胸部三九·七公分，形狀不異常。有輕度之佝僂病性念珠，背肌有隆起，側彎顯著而成弓狀，其頂點向右，四肢有 O 字腳，經骨彎曲，骨端之腫脹不明，腹部鼓脹顯著。

第九例 K·S· 女兒 十個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，家族及親戚均無患者，兄弟一死亡，本兒係平產，母乳榮養，步行由本年一月(二歲四月)間起始，近來步行之狀態異常，揮其足之部分時，則訴骨痛云。齒牙由去年一月發生，智智普通。(現症) 體格大，榮養佳，顛頂結節及後頭略突出，形狀無異常。大小額門閉鎖，齒牙佳，齒齦無異常，胸肌佝僂病性念珠顯著，脊柱無異常，骨端之腫脹顯著，顛部膨脹。

第十例 H·S· 女兒 二歲零六個月 診斷 佝僂病

(病歷) 母親訴兩足痛，家族及親戚無異常，患兒由母乳榮養，步行由本年一月以來起始，但不完全。(現症) 體格小，榮養不佳，皮膚蒼白，顛之形狀成四角形，兩側之顛頂及後頭結節強度突出，大小額門已閉鎖，胸肌佝僂病性念珠陰性，四肢生來有脛骨十分呈弓狀屈折，母親在妊娠八月間受外傷，腹部被重打撲，左側脛骨之下端顯著屈折。

第十一例 K·Y· 男兒 五個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，家族及親戚均無患者，兄弟七人，內有三人已死亡，患兒爲第八子，雖以母乳榮養，但因分泌不足，併用糯米粉。(現症) 體格小，榮養中等，皮膚蒼白，頭髮稀少，顛之形狀，顛部甚大而面部甚小，呈固有之四角形，顛頂前頭結節突出，周圍四〇·八公分，E 1-4·0，P 1-1·0·t 1-0·0，大額門開存，四·0；三·0，冠狀縫合能尋其左右之跡，矢狀縫合亦能尋其由前向後之溝，後頭無異常，其左側之眼眶下疔瘡，後頭無毛髮，無聲音嘶啞，胸部三四·五公分，哈利松(Harrison)氏溝甚顯明，在肋骨乳腺之上部成角，而屈折於後方。佝僂病



性念珠顯明，脊柱有弓狀之彎曲，四肢之骨端無腫脹，O字腳顯著，脛骨著明彎曲，腕部鼓脹中等，肝臟三·〇，脾臟二·五。

第十二例 U·Y· 男兒 一歲 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟四人亦健康，本兒分娩平滑，係母乳養，雖從來健全，但據其母言小兒漸次羸瘦，猶不能步行，亦不能俯仰云。  
〔現症〕 體格小，榮養不良，皮膚蒼白，顱之周圍四七·〇公分， $\delta$ 一七·〇， $\rho$ 一五·〇， $t$ 一一·〇，顱頂及前頭結節隆起，大顱凸出，且隆起。  
五·〇；五·〇，側部之顱門僅有痕跡，小顱門及縫合無異常，後頭突出，齒牙下二上無齒，無異常，胸圍三九·〇公分，輕度之鳩胸，佝僂病性念珠甚顯著，脊柱當九、十一之胸椎及上部腰柱，發彎顯著，身體之姿勢恰如蛙，四肢尤以脛骨彎曲，屈折亦著明，呈O字腳，骨端之腫脹僅存於前肢之下端，腕部膨滿，頰之肝膨四·〇，脾臟二·〇。

第十三例 Y·Y· 男兒 五十七日 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，梅毒及結核之遺傳均無，親戚中患者之表妹手足癱瘓，至今尚不能步行，兄弟五人（以外尚有二人死於不明之疾病）皆健全，本兒係平產，熟兒，由母乳養，（現症）體格大，榮養不良，皮色蒼蒼白，顱之形狀成長四方形，周圍四〇·八公分， $\delta$ 一三·〇， $\rho$ 一一·〇， $t$ 一〇·〇，大顱門尚存，小顱門亦尚尚存，如母指頭大，側部之顱門閉鎖，矢狀縫合由前額至小顱門哆開，其幅有一公分，冠狀縫合亦能觸其溝，其幅約一公分，後頭部之骨質軟而乏毛髮，胸部周圍三六·〇公分，形狀鳩胸，哈利松（Harrison）氏溝顯明，左鎖骨甚彎曲，脊柱取後弓反張（Opisthokonus）之位置，有弓狀之彎曲，亦有側彎存在，其頂點向左方，四肢有O字腳，脛骨之彎曲顯著，但骨端不腫脹，又無骨痛，腕部甚顯明，肝臟二·五，脾臟不能觸知，足掌及手掌亦未見濕疹。

第十四例 O·Y· 女兒 三歲 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，親戚中僅有母之從弟之子某（五歲）罹輕度之佝僂病，兄弟一人健全，誕生後雖能步行，但由冬季腰起異常，見其步行困難（現症）體格中等，榮養中等，皮膚蒼白，顱形狀如三角，大小顱門閉鎖，顱頂及前頭結節隆起，後頭亦突出，齒牙佳良，胸骨佝僂病性念珠顯明，脊柱有前彎，四肢有脛骨弓狀彎曲。

第十五例 H·S· 女兒 九十二日 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，無結核及梅毒之遺傳。兄弟一人，現年六歲而患重症佝僂病，其他一名已死亡。本病兒係平產，雖有母乳營養，但體不足。(現症) 體格小，營養不良，皮膚蒼白，顛之形狀為長四方形，顛頂部突出， $8 \cdot 4 \cdot 0 \cdot P \cdot 1 \cdot 1 \cdot 0 \cdot t \cdot 9 \cdot 0$ 。大顛門與小顛門由哆開之矢狀縫合相通。 $3 \cdot 0 \cdot 2 \cdot 5$ 。小顛門搏拍頭大，縫合部有矢狀縫合開存，後頭部禿髮而隆起，顛傍不明，胸部形狀通常，佝僂病性念珠顯明，脊柱無異常。四肢有O字腳，脛骨彎曲，骨端無異常。腹部有輕度之膨脹，觸知肝臟 $3 \cdot 0$ ，脾臟 $3 \cdot 0$ 。

七月四日在字號無檢查。

三歲以下四十人之被檢者中，病者六人，即得 $3 \cdot 5$ 人，♀一人，結果為十五%。

第一例 U · 男兒 一歲 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，患者係獨子，雖由母乳營養，但亦吃其他之食物，尚不能步行，只能匍匐。(現症) 體格中等，營養中等，皮膚蒼白，顛之形狀呈四角形，其周圍四四·0公分， $8 \cdot 1 \cdot 6 \cdot 0 \cdot P \cdot 1 \cdot 0 \cdot t \cdot 1 \cdot 1 \cdot 0$ 。大顛門閉開存，小顛門閉開存，小顛門閉開存，後頭甚突出。齒牙上二，下四。胸部三九·五公分，帶狀淺顯明，輕度之佝僂病性念珠。四肢有O字腳，有骨端腫脹。腹部膨脹。

第二例 S · N · 男兒 一歲零三個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，兄弟一人，健全，本兒分幾平滑，雖係自然營養，但因分泌不足而使用牛乳，猶不能步行，但能匍匐。齒牙已於十二月間發生，睿智之發達佳良。(現症) 體格中等，營養佳良，皮膚蒼白，顛之形狀為四角形，周圍四四·五公分， $8 \cdot 1 \cdot 5 \cdot 0 \cdot P \cdot 1 \cdot 3 \cdot 0 \cdot t \cdot 1 \cdot 1 \cdot 0$ 。大顛門存在，二·五：二·0。小顛門及縫合已閉鎖。齒牙上四，下二。胸部四一·五公分，形狀無異狀，有帶狀淺，佝僂病性念珠顯明，脊柱下方之胸椎九、十、十一、十二之部分雖呈弓狀之彎曲，但直立時能使其代償。四肢有O字腳，脛骨彎曲，有輕度之骨端腫脹。腹部甚膨滿。

第三例 R · Y · 男兒 五個月零三十一天 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，兄弟一人，健全，本兒係平產，天然營養，患兒患極重之瘡，羸瘦亦甚。(現症) 體格萎縮狀，營養不良，皮膚蒼白，顛之形呈四角形，顛頂部突出，周圍三七·五公分， $8 \cdot 1 \cdot 3 \cdot 0 \cdot P \cdot 1 \cdot 1 \cdot 0 \cdot t \cdot 8 \cdot 0$ 。大顛門及小顛門開存，大顛門大開，矢狀縫合如溝，由前額而至小顛門，且冠狀縫合兩側皆稍開存，小顛門存在如小拍頭大，三角縫合存在如溝，後頭禿髮。下頰及齒齦無異常，口內有鳩口瘡。胸部呼吸促迫。

胸圍三五·七公分，形狀無異常，佝僂病性念珠顯明，有笛聲。脊柱因易於風曲，故下方之胸椎時時形成佝僂 (Hump)，四肢有骨痛之腫脹，脛骨向外方迴轉，有O字腳，肢部顯著膨滿，肢部顯明，肝臟三·〇，得顯知肝臟。

第四例 K·N· 女兒 一歲零六個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，兄弟二人亦健全，親戚中有母之妹患佝僂病，在富山病院住院療治，其母之妹亦極同樣疾病，未住院而住在家中。本病兒係自然營養，雖不能步行，齒牙發生於八月之終。(現症) 體格中等，營養佳，皮膚適當。顱之形狀為四角形，顱頂前頭結節隆起，周圍八·三，六一六·〇，P一三·〇，t一·〇，大額門開合，如拇指頭大，後頭突出，齒牙上下共四，胸部，胸圍四四·〇公分，佝僂病性念珠顯明，脊柱，由第九胸椎至第二腰椎之間，成弓狀之後彎，四肢，胫骨成了弓狀向外方屈折，有O字腳，肢部膨脹顯著。

第五例 S·N· 男兒 二歲 診斷 佝僂病

(病歷) 家族及親戚均無病者，無兄弟，係自然營養，自本年一月始能步行，八個月發生齒牙。(現症) 體格大，營養中等，皮膚蒼白，顱之形狀為長四角形，八一八·〇，P一三·〇，t一·〇，大額門拇指頭大，而小額門閉鎖，矢狀縫合成為橋狀，頸部有多數之淋巴腺腫，步行佳，良胸廓為鳩胸，佝僂病性念珠顯明，脊柱，腰平坦，兒立於廣脚 (Kneeling)。四肢，前肢之骨端腫脹顯著，脛骨彎曲而且風曲，有O字腳，肢部膨脹顯明，顯知肝臟五·〇，肝臟三·〇。

第六例 H·N· 男兒 七個月 診斷 佝僂病

(病歷) 兩親健全，家族無患者，兄弟二人，本兒係自然營養，因母乳不足而用牛乳。(現症) 體格小，羸瘦，皮膚蒼白，前額發汗。顱之形狀為四角形，周圍四五·二公分，八一五·〇，P一三·〇，t一·〇，大額門長哆開，七·〇；八·〇，小額門閉鎖，後頭突出，胸部，胸圍四二·〇公分，形狀無異常，佝僂病性念珠顯明，脊柱，易動而呈弓狀之後彎，四肢，骨端無腫脹，脛骨彎曲，肢部膨滿。

七月五日在富山縣下冰見郡冰見崎所見之佝僂病患者，為一九〇四年以後生產之小兒，即年齡在三歲之小兒，行康健診斷有四百七十四人。

冰見町至今在一九〇六年六月三日，未滿二歲之小兒：

一歲

男 七十三人

女 六十九人

男女合計四百四十五人

二歲

男 一百五十人

女 一百五十三人

計

二百二十三人

二百二十二

二歲七月以下之小兒四百七十四人，病者四人，♀一人，共計五人，即不過一多強。

第一例 S·K· 男兒 四個月 診斷 佝僂病兼遺傳梅毒

〔病歷〕 父罹梅毒，患者之兄第五名，內有一名死亡，本兒雖由母乳營養，但其分泌不足。〔現症〕 體格小，皮膚蒼白，頭部為四角形，而大顛門開大，頭圍三七·七公分，S一四·〇，P一一·〇，t七·〇。肋軟骨接合部呈連珠狀，胸圍三六·二，脊柱呈弓狀而柔軟，四肢之骨端腫脹。左右之脛骨彎曲而骨端膨大，有手掌乾癬 (Trotter's palm) 左眼有角膜炎。腹部膨滿。

第二例 T·O· 男兒 十個月 診斷 佝僂病

〔現症〕 頭部四角形，大顛門未閉鎖，四·五；五·〇，小顛門已閉鎖，頭圍四五·〇公分，S一六·〇，P一三·〇，g一一·〇，胸圍四一·八公分，有帶狀滿，佝僂病性念珠顯明，四肢骨端膨大，脛骨彎曲呈O字脚。

第三例 男兒 T·M· 一歲零六個月 診斷 佝僂病

〔現症〕 體格中等，營養不佳，皮膚蒼白，頭部稍成四角形，大顛門閉鎖，齒牙上下各四，胸部有哈利松氏溝，肋軟骨接合部顯明呈連珠狀。腹部膨大，脊柱成弓狀。

第四例 K·K· 女兒 一歲零六個月 診斷 佝僂病

〔現症〕 體格中等，營養不良，皮色蒼白，頭部成四角形，頭圍四一·五，大顛門開存如指頭大，S一五·〇，P一二·〇，t一〇·〇，胸圍三七·五公分，有顯著之佝僂病性念珠，肋軟骨成角度而屈曲，四肢骨端尤以前庭之骨端膨大，有O字脚，及龜背。頭部易於發汗，腹部顯著膨滿，齒牙上六，下四，齒齦無變化，膝蓋反射亢進，肺、心臟均無變化，有喉卡他。

第五例 K·N· 男兒 五個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 母有佝僂病，本兒係成熟兒。〔現症〕 皮膚蒼白，營養佳良，頭部之形狀為四角形，周圍四一·五公分，八一四·〇，P一二·〇，九·〇。顱骨隆起，冠狀縫合雖開存，且因壓迫而顛動，冠狀縫合亦然，大顱門未閉鎖，三·〇；二·五，胸圍四二·五公分，佝僂病性念珠甚顯明。在胸椎之下部有弓狀之後彎，腰骨成弓狀彎曲，腹部鼓脹極甚。

關於上述在富山縣下原著者等，實驗三歲以下之小兒，達五百八十二名，得有三十五名之佝僂病例，其中男兒二十名，女兒十五名。七月六日午前至石川縣能登郡羽咋郡北色知村字營池調查。

於營池之總戶數四十九戶，人口男子百五十一人，女子百五十人，共計三百一人。原著者等之調查範圍，為十歲以下之小兒，男三十三人，女三十一人，共計六十四人，診斷五十四名，佝僂病者，男二名，女四名，即十一名。

第一例 A·H· 男兒 二歲零六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟二人健存，另有二名死亡（一生後五十日死亡，一罹疳疔而斃）。本兒係平產，至今猶賴母乳養育，又攝取其他之食物，在蓋籠之內長期棲息，本年三月以來始能漸漸步行，雖從來弱而諸事發達後有不能勝任之感，但無顯著之疾患，容智言語均佳良。〔現症〕 體格小，營養不良，皮膚蒼白，顏之形狀呈四角形，周圍四八·五，前頭結節隆起，各顱門閉鎖，顱頂結節之隆起極甚，後頭突出，齒列及齒數無異常。胸圍四六·五公分，僅微之鳩胸而有不明之帶狀流，佝僂病性念珠甚顯明。脊柱，雖有弓狀之後彎，但起立時則消失。四肢，有O字腳，胫骨彎曲之下部於肥厚骨端之上部屈曲，腹部有高度之鼓脹，肝臟五·〇公分。

第二例 Y·K· 女兒 七歲零六月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 一姊罹佝僂病，收容於金澤病院，本兒因健康檢查而來診斷。〔現症〕 體格中等，營養比較的佳良，皮膚無異常，顏之形狀如常，胸圍，係鳩胸而佝僂病性念珠左側顯著。脊柱，有弓狀之後彎，四肢有前肢骨端之腫脹，X字腳（外彎腳）（X-Feet）。

第三例 H·Y· 女兒 六歲零八個月 診斷 佝僂病（極貧）

〔病歷〕 親族中，只有伯母一人，罹佝僂病，其他無異常，兄弟一人健全，本兒由母乳營養。〔現症〕 體格為小兒樣，營養不良，皮膚蒼白，顯

之形狀呈四角形，周圍五〇・〇公分，大鎖門閉鎖，縫合亦閉鎖，多數之齒牙脫落，頸部及鼠蹊淋巴腺腫脹，胸部周圍五一・五公分，呈鳩胸，左右不同，佝僂病性念珠甚顯著，臀部向後方突出，有哈利松氏溝，鎖骨稍彎曲，其頂點向上方，脊柱前彎顯著，彎曲度之側彎，有骨質傾斜，四肢，X字腳，鼓部膨滿。

第四例 J·T· 男兒 一歲零十個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 患兒與其祖母均係聾者，病歷不明，但祖母確係麻質斯云。本兒由母乳養，現感中，此兒之從弟收容於金澤醫院。（現症）體格小，榮養不良，肌肉弛緩，皮膚蒼白，額之周圍四七・五公分，大鎖門閉存，二・五；二・五，齒牙之發育佳良，胸部周圍四四・〇公分，鳩胸而左右不同，左側顯明隆起，佝僂病性念珠左側顯明，脊柱成弓形，而有向左側之側彎，四肢，前肢之骨端膨大，脛骨呈弓形彎曲，腕部有高度之鼓脹。

第五例 K·M· 女兒 二歲零八個月 診斷 佝僂病（貧血中等）

〔病歷〕 兩親及家族均健全，無兄弟，兒係平產，母乳養，步行由一週歲時起，發育佳良。（現症）體格及榮養中等，皮膚蒼白，額之形狀無異常，周圍四七・〇公分，大鎖門如小指大閉存，其他縫合等均閉鎖，齒牙之發育雖佳良，但有弱齒胸，周圍四六・〇公分，佝僂病性念珠顯明，有脊柱前彎，四肢有O字腳者，明，脛骨向內方彎曲而且屈曲，前肢及脛骨之骨端腫脹，脛反射如常，步行之姿式如家鴨，腕部有脾脫出，鼓脹顯著。

第六例 H·S· 女兒 一歲 診斷 佝僂病

〔病歷〕 生活中等，兩親健全，兄弟五人，家中有三名之患兒，長男年十歲，收容於金澤病院，本兒雖係母乳養，但因乳量不足而採用煉乳，雖不能步行，但能匍匐，兒極爲馴性而易啼泣。（現症）體格中等，榮養不良，皮膚蒼白，額略呈四角形，周圍四五・五公分，大鎖門閉存，四・〇；三・〇，小鎖門雖已閉鎖，但矢狀及冠狀縫合皆略開約一公分，後頭無異常，S一四・〇，P一・〇，t一〇・〇，齒牙上下共四，胸部周圍三九・三公分，爲鳩胸而有發狀溝，脊柱無異常，四肢，前肢之骨端腫脹，左右脛骨成弓形，O字腳，腕部鼓脹顯著。

七月六日午後遷石川縣羽咋郡北邑知村字神子原調查。

神子原之總戶數有百二十戶，人口男三百九十八人，女三百七十四人，共計七百六十四人，十歲以下者男八十二人，女七十八人，合計百六

十八，內中診察百二十人，得病者男六人，女二人，共計八人，即六·七多病。

第一例 S·M· 男兒 四歲零六個月 診斷 佝僂病

〔現症〕 顏無異常，額門閉鎖。齒牙之發育佳良，佝僂病性念珠，O字齒，及骨端腫脹，其他均顯著。

第二例 S·G· 女兒 三歲零九個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，家族中無異常，兄弟九名，內中第三子生後二十日即死亡，長子及第五子亦死，母未曾流產，本兒係平產，由母乳榮養，從來無顯著之疾患，一週歲以後雖能步行，但由去年二、三月至本年二、三月完全不能步行，嘗習及言語之發育佳良，便通大多締結。〔現症〕 體格小，榮養中等，皮膚蒼白，顏之形狀固有，大額門雖能觸知，擇指頭大，但已骨化，縫合無異狀，齒列不規則而早齦齒，有類淋巴腺之腫脹，胸部，胸廓如由兩個切斷之被壓平，早高度之鳩胸，佝僂病性念珠顯明，脊柱有側彎，其頂點在左方面隆起，故於脊柱之左方現有知香膠狀或半月狀之腫脹，四肢，前肢之骨端著明膨大，腹部，鼓脹顯著，周圍五三·七公分，由後方視之，則於體之兩側見有半球之膨滿，無有腹水。

第三例 S·D· 男兒 六歲零十個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 父健全，母由五年前發現身體虛弱，而於步行之際現疼痛云。母之故鄉為富山縣味見郡基石村字懸札，但其家族中無有病者。云。患兒之兄弟二名健全，本兒係母乳榮養，兒約由一週歲後三十日始能步行，但自去年大寒時現步行困難。〔現症〕 體格小，羸瘦，皮膚蒼白，顏之形狀呈四角形，顛頂結節隆起，大額門閉鎖，其他縫合無異常，齒牙之脫落甚多，齒齦無異常，兒訴自然之骨痛，胸部，形狀呈鳩胸，佝僂病性念珠，兩側甚顯明，而知鳩胸大，胸部之左右稍不同，脊柱，有輕度之弓狀後彎，亦有輕度之前彎存在，四肢，骨端之腫脹甚顯著，呈顯明之O字齒，故當兒起立時，立於廣足，上體傾於前方，下體及上體成爲角度，無尖足(Case standing)，兒當由垂位起立時，將腕付於膝上乃能起立，此時背部之肌肉顯著收縮，而於脊柱之兩側，形成二條並行之線，腹部鼓脹顯著。

第四例 Y·I· 男兒 二歲零八個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，步行由去年九月起始，但至本年春季又不隨意。〔現症〕 體格小，羸瘦，淋巴腺腫脹，皮膚蒼白而乾燥，顏之形狀大，略呈四角形，周圍九·五公分，各額門縫合均閉鎖，步行爲跛行，胸部，周圍四五·三公分，形狀鳩胸，有輕度之佝僂病性念珠，脊柱無異常，四肢，有O



字跡，有脛骨及前肢骨之骨端腫脹，兩側之下肢顯明向外方彎轉，腹部膨滿。

第五例 S·M· 男兒 五歲零六個月 診斷 佝僂病

〔現症〕 皮膚蒼白，佝僂病性念珠顯明。有O字跡，脛骨甚彎曲，且漸漸同時屈曲，前肢之骨端稍腫脹，腹部鼓脹顯明。

第六例 T·K· 女兒 四歲零四個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 無結核及梅毒之遺傳，兄弟四歲因浮腫而死亡，攝取母乳至二歲，去年夏季已能步行，但現今反不得步行。本兒一週歲後即能步行，但經一年反不能步行云，從來無骨之疼痛。〔現症〕 體格中等，營養甚為不良，皮膚蒼白。顱四七·〇公分， $\delta$ 一六·〇，P一二·〇， $\theta$ 一〇·〇。形狀三角，大顱門存在，知指指頭大，小顱門及縫合閉鎖，後頭稍突出，顱面如常。齒牙發育佳良，無齒離之異常。胸部四一·〇公分，胸胸，佝僂病性念珠甚為顯明。脊柱第八乃至第十二胸椎部有弓狀之後彎，使兒起立，離由他人扶助，但尚遠有後彎，又有輕度之側彎。四肢，有O字跡，骨端之腫脹甚為顯明，而前肢及其他骨亦有腫脹存在，右前肢稍彎曲為弓狀，左前肢亦彎曲，腕骨稍彎曲。腹部四九·三公分，有顯著之鼓脹，由後方見之，則亦如半球形，無結核性腹膜炎之症狀。

第七例 H·K· 男兒 一歲零六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 父業農，家貧，兩親健全，親戚中有從弟一名，診斷為佝僂病，患兒係母乳營養，已能步行。〔現症〕 體格中等，營養佳良，皮色通常。顱大顱門之部分稍陷沒，冠狀縫合隆起，小顱門無異常。齒牙之發育佳良。胸部有帶狀溝，佝僂病性念珠顯明。四肢，脛骨彎曲如弓狀，前肢見有骨端之膨大及彎曲。

第八例 M·K· 男兒 一歲零四個月 診斷 將癒之佝僂病

〔病歷〕 兒係前記H·K·之從弟，兄弟二人健全，本兒由母乳營養，不能步行，不能言語，齒牙之發育佳良。〔現症〕 體格中等，營養佳良，顱之形狀四角形，顱頂及前頭突出， $\theta$ 一〇·〇，P一二·〇， $\delta$ 一六·〇，大顱門開存，二·〇：二·〇。小顱門及縫合均已黏連，頭圍四五·五公分，齒牙上下共四，佳良。胸部四四·〇公分，有帶狀溝，無佝僂病性念珠之痕跡，脊柱甚易彎曲，取坐位則現後彎，四肢，有O字跡，骨端無腫脹。腹部膨滿，而有臍脫出。



七月七日午前在羽咋郡北邑知村字千石調查。

千石總戶數四十五戶，人口男百四十七人，女百四十六人，共計二百九十三人，其中十歲以下者男二十二，女四十三，合計六十五人。診察二十二名而得二名之女病者，即九、二、病。

第一例 H·H· 女兒 五歲零十個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 臀部、膝部、背部疼痛，因生有腫毒（癰瘡）四年間入蓋經發育云。至五歲時雖不能步行，但近來已能步行。營養佳良（現症）體格大，榮養佳良而能發育，皮色良好。顛形狀小，大腕門閉鎖，後頭無異常。齒牙落失三四，齒齦無出。胸部有輕度之鳩胸，帶狀溝及佝僂病性念珠顯明，脊柱有高度之前彎，臀部突出，四肢前肢之骨端腫脹顯著，鎖骨彎曲，O字狀顯著，下腿之彎形甚顯著，脛骨之下端，兩側相同，均非常成角度而向內方彎曲，得見彎曲之外面越過足緣，且大脛骨之下端亦屈曲，同呈小之O字狀，無骨痛。腹部鼓脹甚顯明。

第二例 Y·K· 女兒 三歲零四個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟二人健全，尚飲用母乳，三年前曾發生腫毒，後因衰弱不能步行，期其身體時，則訴疼痛，步行由三歲春季起始，營養之發育佳良（現症）體格普通，榮養不良，皮膚蒼白，現時無骨之疼痛。顛形狀為四角形，各腕門閉鎖，後頭突出。齒牙之發育佳良，有淋巴腺腫脹。胸部有鳩胸及高度之帶狀溝，左側中胸其突出，佝僂病性念珠顯明，脊柱有弓狀之後彎，於胸椎之下部，有向左方之側彎存在。四肢前肢及脛骨之下端，骨端之腫脹甚顯著，有輕度之O字狀。腹部呈高度之鼓脹，全身甚瘦削，唯頭部及腹部尤以腹部呈顯著之腫大，因而不能起立。

七月七日午後在未曾發現佝僂病之石川縣下羽咋郡飯山町，調查生於西歷一九〇四年以後，年齡在三歲以下者四十七名，滿二歲之

T·O· 為佝僂病之疑似症。

T·O· 男兒 二歲 診斷 佝僂病

〔病歷〕 母乳缺少，本年五月雖能起立，但不能步行，兄弟三人，本兒為第三子，兄皆健全，兩親及親戚均無異常者（現症）顛形狀為四角形，大腕門尚有排指頭之膨開，頭圍四七·〇公分，身長七三·〇公分，齒牙之發育佳良，胸部呈鳩胸，周圍四四·〇公分，佝僂病性念珠顯明。腹部周圍五〇·〇公分，膨滿極甚。四肢，腕部，髖部，膝部亦甚良弱，有O字腳，骨端僅前脛骨之下端極腫脹，脛骨彎曲。

關於石川縣前述原著者等之實驗，十歲以下之小兒總計二百四十三名，佝僂病者男女各八名，疑似者男一名，合計十七名。

### 第一報補遺

原著者等已將第一報在富山縣下五百八十二人，石川縣下二百四十三人，共計八百二十五人之小兒作為材料，列舉佝僂病者，富山縣三十五人，石川縣十七人，合計有五十二人之實例矣。就中須記載非佝僂病之健康兒，而僅具有佝僂病之部分症狀者，以外尙須附記材料以外之十三例，因原著者等傾於以後作為第二報告之起稿，故於此作為補遺。

先述十三例，然後記健康兒而具有佝僂病之部分症狀者，在富山縣得百五十八名，石川縣九十四名，即就總計二百五十二名中，以概顯其症狀。

#### 第一例 U·I· 男兒 三歲零五個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，一兄八個月即死亡，此兒為獨子，分娩平滑，母乳養至今猶在哺乳，亦攝取其他之食物，分娩以來即羸弱，而因前月一日負傷，四五日來步行如家鴨，言語起初欠明，齒牙之發生佳良，骨質亦佳良。（現症）體格大，榮養及皮膚佳良，顛為四角形，周圍五一·五分， $t=12$ ， $O-P=14$ ， $O-g=17$ ， $O$ 公分，大前門及小前門均閉鎖，縫合充分，結締，唯冠狀縫合隆起，而成鐘狀，後頭突出，多數之頸部淋巴腺腫脹，齒列佳良，無齲齒，齒牙有多數，胸部四八公分，有帶狀溝，鳩胸亦存在，肋軟骨結合部顯明膨大，心肺無異常，脊柱亦無異常。四肢，右X字腳，右足向外方迴轉，而成馬蹄足，步行之狀態如投擲。腹部膨脹顯著，肝臟四公分，脾臟亦能觸知。身體之姿勢如肌肉麻痺者。

#### 第二例 K·M· 男兒 四歲 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟四人亦健全，本兒分娩平滑，母乳養至三歲，從來無顯著之疾患。雖一週歲後即能步行，但步行之姿勢恰如家鴨，至三歲之末步行益漸困難，一月以前起又再能稍微步行，骨質亦佳良。（現症）體格小，榮養不良，皮色蒼白，肌肉弛緩。顛略呈四角形，周圍五〇公分， $t=11$ ， $O-P=14$ ， $O-g=17$ ， $O$ 公分，大前門均閉鎖，縫合亦已結締，後頭突出，顛面無異常，齒牙之發生佳良。胸圍四三·一公分，鳩胸及帶狀溝甚顯明，有顯著之佝僂病性念珠，右側如蠶豆大，左半胸顯著突出，且胸部之下方甚膨大，肺臟、心臟均無異常，脊柱前彎甚顯著，腰部平坦，無後彎及側彎，X字腳，胛骨之上端及前肢之下端兩個皆腫脹，左足向外方迴轉，膝蓋亦隨向外方，兩側之前肢骨呈

弓狀而向內方，鎖骨彎曲爲弓狀，腹部鼓脹甚顯著，周圍五〇公分，肝臟四公分，脾臟則不能觸知，步行全然不確而如麻痺。

第三例 H·F· 女兒 九歲零六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟四人，以外四人均死亡，本兒分幾平滑，係天然營養，由六歲時訴膝部之疼痛，步行由一週歲時起始（現症）體格如小兒樣，甚羸瘦，膚蒼白，顯小，呈長橢圓形，大小顛門縫合均閉鎖，齒牙齶齒狀而無缺損，四肢呈O字腳，骨端之腫脹一般顯著，下肢之變形極顯著，腹部小膨脹。

第四例 O·T· 女兒 九歲零六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 母親每當氣候變遷之際，身體及關節疼痛，兄弟二人，分幾平滑，母乳營養，從來無疾病，由五年前起僅訴各處疼痛而已，現於步行之際感覺疼痛，服藥後已經快，營養之發育佳良（現症）體格及營養中等，皮膚稍蒼白，顯之形狀通常，無結節之隆起，周圍五〇·三分，大小顛門及縫合均閉鎖，後頭無異常，額面及下頰亦無異常，齒牙發生佳良，下齒列之冠部呈齶齒狀，胸部之形狀普通，佝僂病性念珠不明，肺臟、心臟健全，脊柱有輕度之前彎，呈O字腳，右方之經骨彎曲，骨端稍腫脹，尤以前肢之下端顯明，右足向外方迴轉，上腿尤以右腿向外方回轉，腕及肘稍內旋，腹部鼓脹顯著，肝臟於乳膝四公分，脾臟不能觸知。

第五例 K·Y· 男兒 七歲零六個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟二人亦健全，以外二名死於不明之疾患，本兒分幾平滑，哺乳二年，從來無疾患，由三歲起漸能步行，齒牙長時未見發生，恐將於一週歲以後發生，營養佳良（現症）體格稍小，營養不良，皮膚蒼白，顯之形狀普通，前頭及顛頂結節隆起，大小顛門閉鎖，冠狀縫合雖成淺溝，但已閉鎖，後頭稍有隆起而已，齒牙多齶齒，多數有缺損，胸部、鳩胸，有帶狀溝，佝僂病性念珠甚顯明，兩個皆如蠶豆大，肺臟、心臟陰性，脊柱、髖部更隆起，前彎以腰部爲顯著，且有輕度之側彎，四肢有X字腳顯明，而以左側尤向外方更甚，骨端之腫脹不明，致無鼓脹不顯著，肝臟三分，脾臟不能觸知。

第六例 O·Y· 女兒 三歲零四個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，無結核及梅毒之遺傳，兄弟四人，一兄（十歲）身體薄弱，本兒係平產，母乳營養，生來羸弱，由去年十月間發現各症。

狀增惡，營養亦漸不良，生後不能完全步行，雖至去年以來漸能自己起立，又能匍匐，但自十月以來仍完全不能步行，齒牙之發生通常，由一週歲時始能言語，睿智之發育佳良（現症）體格小（小兒樣），營養甚為不良，而呈萎縮狀，皮膚顯明蒼白，皮下脂肪組織減少，肌肉瘦削，形狀稍成四角形，顛頂結節尤為隆起，前額呈強度之發汗，周圍四五·〇公分， $8 \cdot 15 \cdot 0$ ， $P \cdot 11 \cdot 1$ ， $t \cdot 11 \cdot 1$ ， $0$ ，大輪門指大開存，小輪門呈骨間空隙，縫合結連良好，後頭無異常，顏面甚小，下頰無異常，齒列及齒之發生佳良，兩側淋巴腺顯明顯知，胸部四二·七公分，鳩胸，帶狀溝甚顯明，兩側不同，而尤以右半胸深陷，後方亦甚不同，左之後半甚為隆起，佝僂病性念珠兩側均甚顯明，尚如蠶豆大，肺臟及心臟陰性，脊柱雖後彎及前彎不明，但側彎之頂點向左側呈弓狀甚為顯著，四肢，足如彈簧之體態，展折之足最易伸展，而毫無抵抗，四肢甚萎縮，尤以右足萎縮更甚，且有脛骨甚彎曲，並屈曲，左足亦彎曲，腹部，腰膨脹甚顯著，但無腹水，肝臟邊緣銳利，左乳腺一公分，脾臟三公分。

第七例 Y·D· 男兒 三歲零二月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兄第一人，誕生時雖能步行，但由本年六月間起發現步行困難。（現症）體格稍大，營養佳良，皮色通常，顯為長形，大小輪門閉鎖，後頭突出，兩側有顯明之佝僂病性念珠，胸椎有弓狀之後彎，三四之下方胸椎突出，四肢，肋骨之上下骨端及前肢骨之骨端稍顯脹，有O字胸，腹部膨滿。

第八例 S·Y· 男兒 三歲零三個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟四人皆健全，本兒係平產，母乳營養，現攝取其他之食物，從來無疾患，步行佳良（現症）體格中等，營養佳良，皮色亦佳良，顯大形狀四角形，周圍五〇·七公分，大小輪門閉鎖，後頭無異常，胸部五〇·〇公分，形狀左右不同，左半胸突出，佝僂病性念珠顯明，如早置豆大，脊柱，有彎曲，四肢有X字胸，兩下腿開展，尤以右足向外側開展，腹部五四·〇公分，鼓脹甚顯著。

第九例 O·N· 男兒 三歲零五個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 為無第四例之兄，兒之母年二十八歲，因五年以來每年冬季兩季，感覺足無力云。本兒分棧無異常，自去年十一月即二歲九月起即能步行，但至冬季以來不能步行，八月時發生齒牙（現症）體格小，營養比較的佳良，皮色通常，顯大，形狀為橢圓形，周圍五二·〇公分， $8 \cdot 19 \cdot 0$ ， $P \cdot 15 \cdot 0$ ， $t \cdot 12 \cdot 0$ ，大小輪門閉鎖，縫合亦已充分結連，後頭突出，齒牙性質佳良，胸部四五·〇公分，帶狀溝甚顯明，佝僂病

性念珠亦顯明。脊柱呈弓狀之後彎。四肢，各骨端甚腫脹，呈O字形，兩側胛骨，下端稍成角度而屈折，且呈螺旋狀向內方回轉，於是足取外觀是 (Per Valium) 之位置。腹部周圍五一·〇公分，有顯著之鼓脹。肝臟及脾臟因腹部緊塞不能觸知。

第十例 K·I· 女兒 二歲零五個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟一人，健全，攝取母乳及其他之食物。去年七月初旬雖健由瀉露出入，但以後漸次不能，齒牙之初發時期不明。睿智及言語佳良。(現症) 體格小，榮養中等，皮膚稍蒼白，淋巴腺之腫脹不明。軀呈長橢圓形，周圍四六·〇公分， $\delta$ 一五·八， $P$ 一三·〇， $t$ 一〇·〇。大頰門閉鎖，縫合亦閉鎖，後頭突出。齒牙上下各十顆，四五·七公分，有殘度之鳩胸，佝僂病性念珠甚大約鳩胸大，哈利松溝及帶狀溝均顯明，脾臟一般，有笛壁。脊柱，下胸椎部約呈百二十度之弓狀，顯著後彎。四肢，兩側前肢之下端膨大，有輕度之O字形。腹部周圍五一·五公分，甚鼓脹，不能觸知脾臟及肝臟。

第十一例 S·M· 女兒 九歲零五個月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，兄弟五人，皆健全，無遺傳之疾患，本兒係平產，由母乳榮養，一週歲後因其步行之姿式不良，乃受種種之療法，亦未奏效，至今猶不能步行。睿智之發育佳良。(現症) 榮養中等，體格大，皮膚蒼白，顯為圓形，周圍四八·〇公分，大頰門及縫合均已閉鎖。胸部四九·五公分，形狀扁平，肋軟骨接合腫脹，脊柱顯著。四肢，有O字形甚顯著，兩足稍向內側牽引，兩側之脛骨成弓狀，尤向內方回轉，雙反射亢進。腹部，鼓脹顯著，而周圍四九·五公分，不能觸知肝臟及脾臟。

第十二例 T·I· 女兒 (第七及第八圖) 三歲十一月 診斷 佝僂病

〔病歷〕 兩親健全，家族內均無患者，母親無流產，分娩亦不困難，有兄一人，健康，本兒攝取母乳及其他之食物，步行雖由滿一歲起始，但至二歲時，則步行仍感困難而成跛狀。雖其齒牙之發生稍遲，但睿智之發育佳良。(現症) 體格中等，營養不良，皮膚稍蒼白，顯為橢圓形，周圍四七·七公分， $\delta$ 一七·〇， $P$ 一三·〇， $t$ 一〇·〇。大小頰門閉鎖，縫合亦閉鎖，後頭突出，齒牙上八下八，齒質佳良。胸圍，周圍四六·八公分，稍成鳩胸狀，佝僂病性念珠顯明，脊柱有高度之前彎。四肢，有顯著之X字形，右胛骨之上端及右大腿骨之下端膨大，左脛骨向內方彎曲成弓狀。腹部膨滿，鼓脹甚著，明，肝臟三·六公分，無脾臟。



第十三例 H·B· 女兒 四歲 診斷 佝僂病

(病歷) 某氏之三女，交健全，母權不明之疾患，現今不能步行，母之故鄉為神子原，其家中無患者，兄第二人，一名已死亡，本兒步行雖由一週時起始，但去年底因該處而不能步行，至十月前又能稍微步行，齒牙之發生佳良，睿智之發育佳良。(現處)身長七十八公分，榮養不良，而顯著蒼白，僅能二公尺之步行而已。觀之形狀無異常，唯顛頂結節隆起，周圍四入。○大額門開存如拇指大，頭髮密生。齒列良好，左眼盲，胸部周圍四七。○公分，鳩胸帶狀溝及佝僂病性念珠顯明。脊柱，有弓狀之龜背，有頂點向左方之弓狀側彎，左胸之後部顯明突出，胸廓之兩側恰如切斷之狀。四肢，前肢及下腿骨端腫脹，兩足互相交叉。○字腳，四肢瘦削。腹部甚膨滿，鼓脹顯著。

健康兒部分症候表

富山縣郡	早指女	念珠	帶狀	胸	型	鼓腸	頭四角	XO脚	後屈	前彎	骨端	骨	彎	曲
宇熊無	含指男													

Y. K. ♀	1j. 4m.	+			+														
M. K. ♀	8m.	+			+				+										
H. S. ♀	1j.	+									+								
K. K. ♂	1j. 2m.	+			+														
N. J. -	28. T.				+														
H. S. ♂	1j. 6m.	+	+		+	+													
C. M. ♂	2j. 11m.				+	+													
M. N. ♂	2j. 6m.				+	+													
K. N. ♀	6m.	+			+														
K. N. ♀	1j. 9m.		+																
T. K. ♀	2j. 1m.		+		+														
T. K. ♂	6m.	+			+														
M. T. ♂	1j. 3m.		+					+											
F. K. ♀	1j. 1m.	+																	
M. T. ♂	1j. 9m.		+																
K. K. ♀	2j.		+																
Y. S. ♂	6m.	+							+										

標本集

経骨彎曲

S. O. ♀	10m.	+																	
N. N. ♂	6m.	+																	+
M. N. ♂	1j. 6m.	+	+																
Y. O. ♂	8m.	+							+										+
香民記																			
C. L. ♂	1j. 4m.								+										
K. N. ♂	10m.	+							+										
T. K. ♀	6m.								+										
E. N. ♂	1j. 11m.	+																	
T. I. ♂	1j. 7m.	+	+																
M. H. ♂	1j. 4m.								+										
H. S. ♂	4m.	+																	
M. K. ♀	1j. 5m.								+										
S. T. ♂	1j.	+							+										
M. M. ♀	11m.									+									
S. M. ♀	7m.		+																
H. M. ♀	7m.	+																	



雜 項									
M. M. ♀	8m.	+	+						
S. U. ♂	1j. 8m.	+			+				
T. Y. ♀	sj. 10m.			左胸稍突出	+				
N. F. ♂	sj.				+			+	
S. T. ♂	1j.	+		頸氣	+	+		+	
骨 盤 歪									
T. D. ♀	6m.	+					+		脛骨彎曲
C. S. ♀	1j. 2m.						+		脛骨彎曲
C. S. ♂	sj. 8m.					+	+		
B. D. ♂	1j. 10m.				+		+		
A. S. ♀	1j. 6m.				+				
M. S. ♂	1j. 3m.				+		+		
Q. T. ♀	sj.				+				
K. S. ♀	4m.	+			+				脛骨彎曲
E. M. ♂					+				
Y. D. ♂	sj. 8m.				+			+	

J. S. ♂	2j. 5m.	+								+										
U. M. ♂	2j. 10m.	+																		
J. N. ♂	1j. 6m.									+										
S. S. ♂	6m.	+								+					+					
F. K. ♀	33. T.	+								+										
S. S. ♀	2j. 1m.														+					
S. K. ♂	1j. 5m.									+										
K. D. ♂	3j.									+										
H. D. ♀	6m.	+								+					+					
T. H. ♂	2j. 1m.									+										
J. D. ♀	2j. 8m.																			+
K. D. ♂	2m.	+								+					+					
M. Y. ♀	1j. 4m.									+					+					
I. F. ♀	3m.									+					+					
F. J. ♀	1j. 5m.									+					+					
I. S. ♀	1j. 7m.																			
M. S. ♀	8m.									+					+					

經骨彎曲

經骨彎曲

同上



M. I. ♂	9m.	+								
E. A. ♂	1j. 2m.	+								
H. Y. ♂	8m.		+							
M. T. ♂	9m.	+	+							
K. K. ♂	4m.		+							
M. K. ♂	2j.		+							
K. K. ♀	1j. 4m.		+							
M. Y. ♀	4m.	+								
T. H. ♀	1j. 6m.		+							
Y. I. ♀	2j. 6m.				+				+	
Y. K. ♀	4m.		+							
E. O. ♂	1j.	+								
K. P. ♀	1j.		+							
M. T. ♀	7m.									
Y. T. ♀	10m.	+	+							
H. K. ♀	10m.	+								
S. S. ♂	8m.	+								+

H. K. ♀	7m.	+							
Y. T. ♂	1j.	+							
K. C. ♂	7m.	+							
L. H. ♂	1j. 2m.		+						
K. U. ♂	1j. 4m.	+	+					+	
C. K. ♂	1j. 4m.		+						
K. K. ♂	1j. 5m.							+	
S. I. ♀	10m.		+						
S. M. ♀	3m.	+							
L. E. ♀	1j. 1m.							+	
F. Y. ♀	1j. 4m.							+	
S. S. ♀	7m.	+							
U. K. ♀	1j. 3m.		+						
H. K. ♂	5m.	+		發熱					
K. M. ♀	8m.	+	+					+	
K. O. ♀	4m.	+						+	
T. A. ♂	4m.	+							

T. S. ♂	8m.		+						
H. Y. ♀	8m.	+							
M. Y. ♂	8m.	+			+		+		
T. M. ♂	9m.	+					+	+	
K. Y. ♂	5m.	+							
F. Y. ♂	2m.	+							
Y. I. ♂	6m.	+							
T. T. ♂	1j, 3m.		+						
K. T. ♂	2j, 5m.		+						
K. M. ♂	1j, 11m.								
Y. K. ♂	2m.	+							
S. I. ♂	2m.	+							
T. H. ♂	9m.	+							
H. T. ♀	1j, 6m.								
N. T. ♀	6m.								
H. M. ♀	1j, 4m.	+							
T. M. ♀	11m.		+						



T. I. ♂	1j. 2m.		高度ノ瀧斗						
M. S. ♀	1j. 5m.						+		+
B. K. ♂	2j. 11m.						+		
H. M. ♀	1j. 6m.		瀧斗						
K. M. ♀	9m.						+		
T. I. ♂	1j. 7m.		瀧斗						
S. I. ♂	1j. 2m.		瀧斗						
K. N. ♂	1j.	+							
石川縣部									
總									
M. M. ♂	11m.	+	瀧斗				+		+
T. S. ♂	6j. 7m.	+	瀧斗						
H. S. ♂	3j. 9m.	+							
K. H. ♂	7j. 6m.	+							
T. H. ♂	8j. 4m.						+		+
H. Y. ♂	3j.						+		
K. T. ♀	4j.	+					+		





H. T. ♂	8j.		+																
C. I. ♀	7j.	+			+														
T. O. ♀	5j.		+		+														
Y. M. ♂	4j.	+			+														
C. H. ♀	10j.		+																
H. K. ♂	5j.	+			asym.	+	+												
T. K. ♂	4j. 3m.	+		+	+		+	+											
K. I. ♂	5j.				+			+											
S. M. ♀	5j. 6m.	+																	
H. M. ♀	4j.				+			+						+					
S. U. ♂	3j. 5m.	+					+	+											
I. T. ♂	2j.	+																	
M. T. ♀	7j.		+																
K. M. ♀	3j. 3m.						+	+											
K. M. ♂	5j. 4m.						+												
H. H. ♀	9j. 6m.						asym.							+					
M. K. ♂	5j.	+			asymmetrical														



C. O. ♂	6m.	+			+														
K. Y. ♀	1j. 1m.		+			+													
H. M. ♀	6m.					+													
I. K. ♂	2j.					+													
O. K. ♂	2j. 3m.		+			+													
M. K. ♀	1j. 4m.		+			+													
H. A. ♀	1j.	+	+			+													
N. M. ♀	1j. 4m.		+			+													
C. T. ♀	1m.					+													
第二區																			
R. I. ♂	1j. 7M.																		
S. H. ♀	1j. 7m.		+			+													
R. H.	10m.		+			+													
K. H. ♀	1j. 8m.																		
M. H. ♂	2j. 3m.																		
M. H. ♀	2j.		+			+													
I. W. ♀	2j. 3m.																		



M. N. ♂	1j. 7m.	+																	
K. S. ♂	4m.									+									
K. Y. ♂	2j.	+	+																
I. L. ♂	2j. 7m.	+																	
M. P. ♀	1j. 8m.									+									

茲計算前記各表所得之結果如下表

總計表

場所	處人數	念珠	帶狀溝	胸型		鼓腸	四角頭	O	胸X	胸後	肩前	骨端腫脹	骨彎曲
				胸	胸斗胸								
石川縣	一八	八	四	三	—	一一	四	—	—	〇	三	二	—
管子池	三一〇	一五	一一	二	—	一〇	五	六	〇	〇	二	—	—
神子原	一七	八	七	—	—	一一	五	—	〇	—	〇	—	〇
飯山	二九	四	一八	—	三	一〇	—	三	—	—	—	—	—
合計	九四	三五	四〇	六	四	四三	一四	一一	—	二	五	四	〇
富山縣													
碓石	五	二	一	二	—	三	三	—	—	—	〇	—	—

論田	八二	九	五	—	—	一七	七	九	—	四	〇	—	五
無	二一	一三	七	〇	—	一一	三	—	〇	二	〇	—	四
冰見町	一〇四	五四	二九	三	一〇	二一	九	七	〇	五	〇	三	一
合計	一五八	七八	四二	五	一一	五二	二二	一七	—	一二	〇	六	一一
兩縣總計	二五二	一一三	八二	一一	一五	九五	三六	二八	二	一四	五	一〇	一一

## 發生於富山縣下冰見郡及石川縣下羽咋郡之奇病調查第二報告（第十一回日本小兒科學會所

演講）

原著者等，就冰見郡及羽咋郡，接到幾多之恊僱病患者，當發表其成績時，採取之方略，決先以實地調查書爲立論之基礎，然後遂敘自己之經驗，故最初已先記載第一報告，次乃公布第一報告補遺，第一報告舉列五十二例，第一報告補遺尙記述十三例，且附錄有健康兒部分症狀表。

蓋原著者等於富山縣僅以三歲以下之小兒，於石川縣十歲以下之小兒爲調查材料，而調查之目的實爲一歲以內之乳兒，故調查之主要地點爲能無及論田、碓石、冰見町及石川縣，不過爲其背景而已，因此年齡甚少，故精密調查八百二十五人，僅得五十二例而已，且其中無有病變極爲顯著者，顯著之病變多在三歲以上，哺乳兒無呈顯著之病變者，且三歲以下比較三歲以上之病者，適爲稀少，田代博士於十二日間約診察千五百五十人，約有二百四十人之病者（〇・二五%），原著者等七日間調查八百二十五人，得五十二人之病者（〇・〇六%），田代博士所得者較余等多二倍半之病者，其原因由於互相選擇材料之有差異故也，載於補遺之十三例，雖屬於調查材料以外，然其病變顯著，將其與材料例證相對照，得表示病變之顯著者，多在三歲以下之小兒云云。

茲就健康部分症狀表加以說明，此表列記者爲健康之小兒，而具有恊僱病之部分症狀者，原著等至流行地調查中，因注意於不知不

覺中發洩便病所魅之結果乃作此表，一覽固有諸種之症狀存在，但大多不能診定爲洩便病，要之，不爲輕率之斷定而作此證左，且此統計由富山縣二百五十二人，石川縣九十四人而成，所產生有異趣之成績當於後段論及之。

男女之關係 富山縣男兒二十人（五七・一多），女兒十五人（四二・九多），石川縣男兒八人，女兒八人（即各五〇・〇多），但除去飯山町疑似病者一人。

富山縣境內，碓石女兒五人，男兒四人，論田女兒八人，男兒七人，熊無女兒一人，男兒四人。

故於富山縣大體觀之，雖以女兒多於男兒，然分解一二部落，本病與男女兩性無關係，因此之故，原著者等與其他之研究者之主張相同，本病無男女兩性之別，而爲平等發現者也。

兩縣病者之多數 原著者等在冰見郡檢查人數，三歲以下者五百八十二名，診定三十五人有洩便病，故病者爲六多（利特爾 Little）於布拉阿谷爲三一多，黑羅奇（Harold）氏於同一地方爲三一多，在羽咋郡十歲以下者檢查二百十三人，得十六人之病者，故爲六・五多。

年齡之關係 由年齡最初者依次記述，熊無生後三十四日，論田五十五日，五十七日，七十日，九十二日各一人，碓石四個月者二人，冰見町及論田五個月者各一人，論田六個月者二人，在熊無七個月者一人，論田與碓石八個月者三人，碓石與冰見町十個月者二人，一歲者在論田與熊無各一人，即原著者等之調查，在一歲以下者有十九人，六月以內者十一人，六月以上者八人，由一歲至三歲有十六名之病者，其中一歲零三個月者一人，二歲零八個月者一人，二歲零十個月者一人，三歲者一人，由一歲至二歲者八人，二歲乃至三歲者八人。據歐洲小兒科醫師之報告，雖以一、二、三歲患洩便病者爲多，然原著者等之調查，一歲以內反較二、三歲爲多。如是在富山縣計一歲以下者雖有十九人之多，然於石川縣則全無在一歲以下之病者，故如前述石川縣在數目上不及富山縣，而比較上多亦占優勢，故對於富山之憂慮較石川爲深切，富山縣多一歲以下之病兒，或爲洩便病之芽萌不絕，目下逐漸製造此病之狀況乎於石川縣未見一歲以下之病者一人，蓋爲無洩便病之芽萌之狀況也。今欲謀削減洩便病，須絕其病根，能否行之，當與該地方之衛生及經濟等有影響。

原因的關係 雖能列舉其間接原因或誘因，直接原因尙屬不明。誘因據歐洲之記載，謂因其土地不衛生之狀態所綜合而產生本病者



也，因其地僻居山間，交通不便，則不免缺乏食物之含氮物，又因生活程度概為低落，毫無衛生上之設備，就中尤以房屋之構造，因過於注重防寒，以致光線射入不足與換氣之不良，且住家之周圍繞以樹木，而富於資產之大廈，誇耀居於喬木中之習慣，故其光線盡為遮蔽，又房屋之附近常有污水儲溜，以致屋內濕潤等，則林博士等之記載可謂詳盡也。

原著者等，每知佝僂病之發生與地勢及貧富之程度大有關係，如既已知之於富山縣之病者率即基石五〇%、論田三〇%、熊無一五%、冰見町一%。就地勢而論，則冰見町為海濱之平坦地，基石拔清而最高，論田次之，熊無最低而近於平地，故交通不便之土地，佝僂病者最多，又貧富之程度，以冰見町最富，熊無次之，論田又次之，而以基石為最貧，故貧窮之土地，患本病者最多。其次石川縣之病者，率管池二〇%、強神子原六・七%、斜干石九・一%、弱飯山町被檢者四十七人，中疑似症僅一人，而地勢以管池最高，與論田毗連，樹木繁茂而陰翳。神子原、石漸近於平地，稍為開豁，至飯山町則完全為平地，至於貧富之程度，以管池最富，次為神子原、干石更次之，故於石川縣則與富山縣之學說不符合，然大體總不外因交通不便之山間偏僻地方及貧困而無衛生設備之處，為誘發本病之原因。

關於本病之直接原因，從來諸家之說甚多，就中以俄彭哈麥（Oppenheimer）氏等謂本病為瘧疾之一種，或與瘧疾相關而成本病，蓋注重瘧疾而立論也。然原著者等問診佝僂病之小兒本身或其雙親，則未曾發見有瘧疾者。

關於直接原因欲藉赫羅荷氏之言以為結局。

Die sorgfältigsten anatomischen, experimentellen u. chemischen Untersuchungen haben das Dunkel, welches diese ungab, noch nicht gelichtet.

Dass es in unserer Zeit nicht an Autoren fehlen würde, welche die Rachitis auf eine infective Quelle zurückzuführen, sei es nun eine Malaria od. eine Infection durch gewisse pyogene Coccen, ist begreiflich, aber derartige Befunde sind noch keine Beweise.

脾臟及肝臟之關係 應注意富山縣，而石山縣無注意之必要，以者調查富山縣三十六例中，能觸知脾臟或有腫大者，共計十例，關於肝

臨十六例，雖蒙提 (Mont) 氏謂佝僂病者每有脾腫，但原著者等未能承認之，赫羅奇氏謂能觸知脾者少，而肝臟於肋骨弓下觸之，及多能解得之說，與原著者等之實見符合。關於脾腫福克斯部爾 (Fox Burr) 氏謂占二五·〇%，空翁 (Coon) 氏謂六·三三%，科托爾爾 (Cookner) 氏謂就六十人之佝僂病者，能觸之脾臟者四十人 (六六·七%)，原著者等之統計則為二八·五%。

與家族之關係 佝僂病者共計五十一名中，(一)母有骨病、足病、關節病者六名，(二)親戚罹同病者三名，(三)從弟罹同病者六名，(四)兄弟姊妹罹同病者十二名。

分娩之狀況 概為平產。

小兒之榮養 大約全部均為母乳榮養，但因母乳不足而攝取其他之榮養品及哺乳兒，併用摺粉者一名，併用牛乳者一名，併用煉乳者一名。

離乳之時期 其晚，持續之時期與分泌存在相等。

據書籍所載，佝僂病主要見於人工榮養之小兒，天然榮養兒僅發於某種情形之下，殆無發生佝僂病者，然原著者等之實驗皆係天然榮養，而發佝僂病，此特殊之事故。

於此佝僂病流行之地方，因生存競爭，女性亦不得不從事勞動，大多夫婦均經營耕種，而母氏夙夜即起，當其外出耕作時，將小兒置於籠內，當田野工作繁忙之際，母親終日不能歸家，即祖孫之菓子、甘薯、馬鈴薯等之任何物，均不給與而放置之，任其在籠籃內叫號，因而成爲榮養不給，且因離乳過晚，產後三、四年內以有限之乳腺分泌授乳，其結果皆成榮養不足，該地之富事者僅敗於天然榮養之美名，希勿忽視此種特殊之事情，則幸甚矣。

從來之疾患 (一)腰病者 (二)歲零六個月男 (一)名，(三)四肢及尾之病疾者 (二)歲四個月女 (二)歲十個月女 (二)名，(三)雖訴已能步行，但現時步行仍不完全者九名，(四)雖達一歲六個月以上，但訴起初而不能步行或步行不良者六名。

睿智之發達 佝僂病兒概爲伶俐。

齒牙之發生 概佳良，僅有僅有齒之顏色變黑，或生齲齒，調查三歲以上之小兒，雖有龋齒，但非急要之圖也。竊達第三、第四及第五例，有

齒牙之異狀。

體格 五十一名中，大者六名，中等者二十二名，小者十七名，未記者六名。體格小者雖非占多數，但有傾於小的方面，為材料僅採滿三歲以上者，則當為其小個體病之小兒樣 (Cretin) 症見於三歲以上者稍多，甚至達二十歲仍矮小，有呈十歲之小兒容貌者，於補遺第三例（十歲零六個月之女）、第六例（三歲零四個月之女）似如小兒樣。

榮養狀態 佳良者十一名，中等者十三名，不良者二十二名，未記者六名，故個體病兒之榮養狀態，可謂不良者占多數。

皮膚之色 佳良者三名，通常者五名，蒼白者三十五名，未記者七名，故個體病兒，皮膚蒼白占多數。

大顛門之關係 大顛門在一歲零五個月以內開放者，往往見於頭骨發育遲緩之小兒，故略而不述，然調查一歲六個月以上者，一歲七個月，指頭大，一歲八個月，四公分；三·〇公分，一歲十個月，二·五公分；二·五公分，二歲四個月，二·〇公分；二·〇公分，二歲六個月，指頭大，二歲八個月，約小指頭大，三歲四個月，四歲四個月，指頭大。雖有如此顛門之閉鎖遲延者，但無惹人非常注意之程度。

顛癆 (Craniotax) 原著者等，於流行地，行乳兒健康診察之結果，初即發見此病狀，據埃爾扎塞爾 (Ersberg) 氏云：顛癆為後頭柔軟症，而屬於顛癆癩之早期症狀也。發現於生後四週乃至五週之中，蒙提 (Monti) 氏則發於生後二個月乃至四個月為多，而余等精查與之符合者，僅遇着二例而已，即論田之第七例與第十三例是也，皆係男兒，而生後五十五日、五十七日，最幼在生後三十四日之個體病男兒（賴無第三例）無有顛癆，以外本病患者多有後頭部隆起突出。

心臟 無異常。

肺臟 往往併發枝氣管炎。

脊柱側彎 (Scoliosis) 石川五名，富山九名，皆輕度而且少。

胸圍與頭圍之關係 調查其關係，健康兒者以三島博士之調查作為標準，而與個體病兒相比較，則個體病者之頭大，甚為顯明，分別調查男女與其數所記者皆表示頭大，由一個月二個月逐漸依次調查而達十歲以上，一個月之健康兒頭圍為三六·九，胸圍為三六·三，其差數不過〇·六，然在個體病兒頭圍為三八·九，胸圍為三六·二，其差數為二·七，則其頭非常大也，以下依為標準（詳於頭圍胸圍關係表）

四、製健康兒部分症狀表相同之方法，原著者等就富山縣三十五人，石川縣十六人之佝僂病計算，在富山縣全體共有念珠者三十二，帶狀漢者十一，鳩胸者十，鼓腸者三十二，方形頭者二十一，O腳者二十二，後屈者十七，前彎者四，骨端腫脹者二十，胛骨彎曲者二十，在石川縣除疑似症十六人外，有胸變形者十三，帶狀漢者六，鳩胸者十一，鼓腸者十三，四角頭者五，O腳者十，X腳者二……（對照佝僂病兒症狀檢點計表）。然後以百分數計算：富山縣健康兒之念珠為四九·四，反之，而佝僂病兒為九一·四，其他帶狀漢、鳩胸等調查均相同，又石川縣亦得同樣之調查，併合兩者相對而總計其平均者（各種比較亦可），平均比較以念珠而論，佝僂病約發二倍，鳩胸約十倍，鼓腸亦約二倍，O腳約五倍，X腳約八倍，四角頭約三倍，以下準之（見症狀表）。骨端腫約十八倍，骨柱側彎無限大，觀此表則知原著者等之檢查正確也。佝僂病唯少有漏斗胸，其他皆以佝僂病為多。

佝僂病在一歲以下發現症狀者少乎。就其年齡論之，年齡愈幼，愈無非常顯著之症狀，而取用林博士之主張，果為然歟？不然歟？以其所言而調查之，則誠然如是，例如就一歲以下之小兒觀之，佝僂病性念珠占九四·七，帶狀漢三一·六，鳩胸二六·二，念珠與帶狀漢無大差異，唯鳩胸顯明減少，此事頗有興味。（在日本無佝僂病而有鳩胸者甚多，但一歲以內之小兒，不僅甚少，且殆絕無，而近三四歲小兒之胸隨時均現凸出，今乃知一歲以下之佝僂病者，亦同樣少有鳩胸。）漏斗胸、鼓腸、四角頭亦無大差異，O腳在一歲以內之小兒甚多，此當然之事也，因居羣體固為其重要之誘因，其他又稍為生理的現象，原來日本之小兒，生來即有幾分O腳之傾向，如此輕度之生理的O腳之小兒，不命其居處於羣體，自多O腳，何足為怪，無X腳普通之佝僂病，最初發現頭、肋骨，由軀幹起始，最後乃及於四肢，故在一歲以下之佝僂病之小兒，無X腳，不足為異也。後屈多發於一歲以下，蓋小兒愈幼，其脊柱更易屈曲，而形成弓狀佝僂病性之龜背也。現前彎者少，骨端腫脹者極少，故原著者等敢斷言，一歲以下之佝僂病，侵犯四肢之骨，其佝僂病性，變化概不顯著（對照一歲以下佝僂病兒症狀檢點計表）。

救治之方策。矯正一般衛生狀態之不良，所除住宅四週之樹木，疏通附近澆溜之污水，節制乳兒之羣體居處，提早離乳期，正確規定乳兒之授乳時間等，依據研究諸家之學說實行，即今猶以磷劑為有要價，如一八九八年原著者一人與現今巴雷塔（Parratt）大學教授施德爾（Schuler）氏同共研究，磷劑非佝僂病之特效藥，但亦為有力之藥劑，磷劑與魚肝油使用。

頭圍胸圍關係第一表(男)

	健康兒(三島氏)			佝僂病兒			檢查人數
	頭圍	胸圍	兩圍之差	頭圍	胸圍	兩圍之差	
一月	36.9	39.0	-0.6	38.9	36.2	-2.7	3
二月	38.6	38.6	±0	—	—	—	—
三月	39.4	39.6	+0.2	—	—	—	—
四月	40.5	41.3	+0.8	37.7	35.2	-1.5	1
五月	41.4	41.9	+0.5	41.2	38.5	-2.7	2
六月	42.3	42.5	+0.2	44.0	40.0	-4.0	1
七月	42.8	43.0	+0.2	45.2	42.0	-3.2	1
八月	43.5	43.5	±0	45.0	43.0	-2.0	1
九月	43.5	44.0	±0	43.0	39.9	-3.1	1
十月	44.3	44.3	±0	45.0	41.8	-3.2	1
十一月	44.9	44.9	±0	—	—	—	—
一年	44.6	45.7	+1.1	45.6	41.3	-4.3	5
二年	47.8	46.8	+1.0	48.5	45.2	-3.3	5
三年	47.8	48.1	+0.3	41.4	47.6	-6.2	3
四年	48.8	49.5	+0.7	50.0	43.1	-6.9	1
五年	49.0	50.5	+1.5	—	—	—	—
六年	40.6	52.7	+1.1	—	—	—	—
七年	50.4	54.1	+3.7	—	—	—	—
八年	50.6	55.5	+4.9	—	—	—	—
九年	50.8	57.2	+6.4	—	—	—	—
十年	51.1	59.0	+7.9	—	—	—	—

小兒科

頭圍胸圍關係第二表(女)

	健康兒(三島氏)			佝僂病兒			檢查人數
	頭圍	胸圍	兩圍之差	頭圍	胸圍	兩圍之差	
一月	36.5	36.0	-0.5	—	—	—	—
二月	38.5	38.4	-0.1	38.0	35.2	-2.8	1
三月	38.7	38.6	-0.1	—	—	—	—
四月	39.7	40.2	+0.5	39.7	39.5	-0.2	1
五月	41.0	41.1	+0.1	—	—	—	—
六月	41.6	41.6	±0	39.5	39.7	+0.2	1
七月	42.0	42.0	±0	—	—	—	—
八月	42.3	42.3	±0	43.8	43.9	+0.1	2
九月	42.8	42.9	+0.1	—	—	—	—
十月	43.3	43.3	±0	—	—	—	—
十一月	43.8	43.8	±0	—	—	—	—
一年	43.4	44.4	+1.0	45.4	40.5	-4.9	4
二年	44.2	46.2	+2.0	46.9	45.0	-1.9	4
三年	46.9	47.2	+0.3	46.4	44.8	-1.6	2
四年	47.5	48.6	+1.1	47.5	44.0	-3.5	2
五年	48.4	49.8	+1.4	—	—	—	—
六年	40.7	51.9	+3.2	50.0	51.5	+1.5	1
七年	49.4	53.0	+3.6	—	—	—	—
八年	49.5	54.0	+4.5	—	—	—	—
九年	50.0	53.1	+3.1	48.0	49.5	+1.5	1
十年	50.5	58.0	+7.5	—	—	—	—

二〇〇

佝僂病兒症候總計表

場 處	人 數	念 珠	帶 狀 瀉	胸 型		鼓 腸	四 角 頭	O 腳	X 腳	後 屈	前 彎	骨 端 腫 脹	經 骨 彎 曲	脊 柱 側 彎
				鳩 胸	斗 胸									
石川縣	16	13	6	11	—	13	5	10	2	5	3	14	9	5
富山縣	9	6	3	5	—	9	6	4	—	4	2	3	5	3
石田無見計	15	15	4	4	—	13	5	10	—	8	2	5	10	6
熊冰合總	6	5	2	1	—	6	5	5	—	3	—	4	4	0
總計	35	32	11	10	—	32	21	21	—	17	4	20	21	9
	51	45	17	21	0	45	28	31	2	22	7	24	30	14

症 狀 % 表

		健康兒 (富山)	佝僂兒 (富山)	健康兒 (石川)	佝僂兒 (石川)	健康兒 總計	佝僂兒 總計		
念 珠	狀	49.4%	91.4%	37.2%	81.3%	43.3%	86.4%	約	二 倍
	瀉	26.6	31.4	42.8	37.6	34.7	34.6	約	十 倍
斗 胸	胸	3.2	27.2	6.4	68.8	4.6	48.5	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	腹	6.9	0	4.3	0	5.6	0	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
四 角 頭	頭	32.9	91.4	45.7	81.3	39.3	86.4	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	脚	13.8	60.0	14.9	31.3	14.4	45.6	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
X 後 前	脚	10.8	60.6	11.7	62.5	11.3	61.3	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	屈	0.6	0	1.0	12.5	0.8	6.3	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
骨 端 腫 脹	腫	7.6	47.2	2.2	31.3	4.9	39.3	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	脹	0	11.4	5.3	18.8	2.7	15.1	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
經 骨 彎 曲	彎	3.8	57.1	4.2	87.5	4.0	72.3	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	曲	6.9	60.0	0	52.2	3.5	56.3	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
脊 柱 側 彎	側	0	25.7	0	31.3	0	18.5	約	一 三 五 八 九 十 五 倍
	彎	0	0	0	0	0	0	約	一 三 五 八 九 十 五 倍

一歲以下佝僂病症候總計表

		人 數	%	比 較	
總 計	念 珠	19			
	狀 瀉	18	94.7	精 精 者	同 同 少 同 同 多
斗 胸	胸	6	31.6	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	腹	5	26.2	精 精 者	同 同 少 同 同 多
四 角 頭	頭	0	0	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	脚	18	94.7	精 精 者	同 同 少 同 同 多
X 後 前	脚	8	42.1	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	屈	14	73.7	精 精 者	同 同 少 同 同 多
骨 端 腫 脹	腫	0	0	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	脹	10	52.6	精 精 者	同 同 少 同 同 多
經 骨 彎 曲	彎	2	10.5	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	曲	5	26.2	精 精 者	同 同 少 同 同 多
脊 柱 側 彎	側	11	57.8	精 精 者	同 同 少 同 同 多
	彎	6	31.6	精 精 者	同 同 少 同 同 多

與骨軟化症(Osteomalacie)之關係。由原著者等所選之材料，不可不否認有骨軟化症之存在；但原著者等就稍成長之小兒或大人而研究之，當承認有該病之存在，原著者等之材料富山縣三歲以下之小兒及石川縣十歲以下之小兒，孤立於諸家之中，而否認有骨軟化症之存在。

但僅有一人錄於補遺之第六例（三歲零四個月之女），或可稱曰骨軟化性佝僂病乎？然視為重病佝僂病方為穩妥乎？佝僂病之症狀逐漸進行，而侵害骨系統愈顯著，則胸之形狀如由兩個側面而凸出於前方，佝僂病愈臻愈為顯明，兩足安坐於薦龍中，則為佛像盤坐之狀態，肚腹因過度之膨脹，由後方觀之，身體之兩側成半球狀而膨隆，其形狀甚為特異也。原著者等之例與夫里耶爾特 (Frühwald) 氏之小兒科書所附之插圖頗似（參照第九圖）。

第九圖

繪圖者 (Honooh) 氏

Der Streit um die Beziehungen der Rachitis zur Osteomalacie und über das Vorkommen einer besonders infantilen Form der letzteren ist noch immer nicht erledigt.

在日本有佝僂病之存在，藤提氏之小兒科書有如次之記載：

In Japan soll nach Marfan diese Krankheit unbekannt sein. Ich kann dies nicht bestätigen. Aus eigener Anschauung konnte ich japanische Kinder, die in Japan geboren und erst nach vollendetem vierten Lebensjahre nach Europa gekommen sind und hochgradige Symptome von Rachitis, Hühnerbrust, verkrümmte Kränze etc. darbieten.



(Nach Frühwald)

此次於冰見而羽昨耶之發見本病，如藤提氏聞之，因欣喜其自己之見解得當也。



# 發見於東京市之一佻儂病例

自一九〇六年夏季於富山縣冰見郡及石川縣羽咋郡發見佻儂病而成地方病之現象以來，於是忽然使從來日本國內幾絕無本病之認定破潰，三十九年以前幾何之本病實際積使其根蒂堅固，更於其他北國地方、九州、北海道、台灣等處，發見佻儂之新報告接踵而出。

至今在日本之佻儂病之地理的播布，儼然爲之一新。

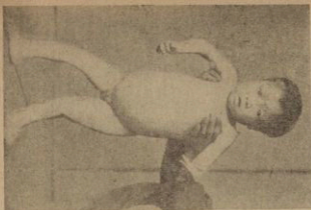
原著者等所研究者，爲東京地方有無本病之存在。

此爲原著者等經十年所精密調查者，往往發見佻儂病體質，佻儂者亦有二回，佻儂症狀之明白者加入本例共有三例之實驗，就中一例係三十九年前之實見，原著者等雖有意公佈之，但因環境之關係，未敢實行，第二例雖是奇異之病狀，而爲有興味之例，但此患者因參與其治療之友人較原著者等更爲深切，故未過問，經多年思索之結果，復獲二回之實見，次得之本例爲第三回，故特於此記之。

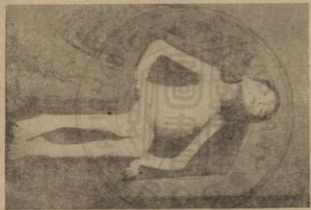
某男 十個月 父業運送夫 生產於東京 一九一〇年五月二十四日入院

〔病歷〕 血族關係 父母系均無可特殊之記載者，則親健全，而未患梅毒，但患兒之母分娩有二回，於其第一回，有二日間不明之發熱，妊娠五月而流產，兒無同胞分媾，正規平滑，近來以母乳養一月，而因母乳不足以煉乳代之，年齡達八個月，而與以少量粥湯云。患兒生後一月，僅頭部及軀幹患癩癩性發疹，生後九月生齒，尙未剋剋，試能起坐。由本年一月二十日起，有咳嗽、發熱、顏面蒼白，往往眼珠上竄（無四肢之痙攣意識分明），至二月之末，此等症狀完全消去，榮養及皮膚之色澤恢復舊觀，此疾病之經過中，即由一月之末，小兒之右上肢極少動作，試使其動作時則啼泣，以後約經二十日，左下肢同樣起運動障礙，其程度逐漸日益增加，在再達五十日，更於右下肢，起同樣之運動障礙，由此時起，食慾不振，顏面再變蒼白，更在此時之前三月，末頃當下前齒一小部之齒，輪帶赤色，令人注意，主訴尿利通常，恒過積傾於結，四肢之運動障礙，而來門診。（入院時之症狀）身長通常，榮養中等，顏面及皮膚蒼白，皮下脂肪組織及肌肉稍弛緩，脈搏正調，一分間一四〇次，而緊張通常，呼吸胸腹式，一分間三十四次，體溫三十七度二分，神識分明，體重六一二五。〇。頭部，雖形狀通常，但比軀幹稍大，周圍四四・五（胸圍四一・〇），大顛門稍大，而輕微陷沒，其他之顛門及骨縫已骨化閉塞，後頭雖強固，但扁平而毛髮發育不良，顏面部，眼之視覺通常，而未見異狀，鼻亦然，上下頰骨均無異常，口唇通常，口腔僅見下前齒二枚，與此齒相當之齒，小部分輪帶赤色，生有糜瘡，舌及咽聲無所見，音聲通常，右側

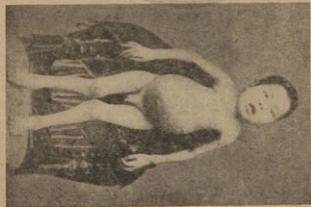




七  
歲



十  
五  
歲



九  
歲

病 儀 仰

各種 第六編 全身疾患



十 歲



九 歲



九 歲 十三 歲

下頰腫有二三個如豌豆大，耳之形狀及聽力無異常。頸部，雖亦無異常，但不能保持直立之位置。胸部，形狀及呼吸運動通常，其周圍在乳房之高處為四一。○。雖能觸知左右連珠，但左側不明，無有壓痛之處。心臟及肺臟雖叩診皆無所見。腹部，稍膨滿，而不能觸知脾臟及肝臟。陰部，肛門及其周圍亦無異常。脊柱及骨盆更無異常。四肢，左上肢運動通常，惟前肢之遠端，稍感有腫脹而已。反之右上肢一般呈輕度之腫脹，而運動大為障礙。常於上肢接近胸之側壁部份，屈曲其肘關節，而對於被動之運動，有輕度之抵抗。然疼痛不顯著。又無自發痙攣疼痛。手關節被動的運動雖無障礙，但指常屈曲，而不能握物體。細查之上肢之遠端特別腫脹，骨節似亦參加。哈無壓痛。左下肢常於股關節及膝關節，當使其屈曲被動的伸展運動之際，則有疼痛。膝關節稍腫大，而大腿骨遠端及脛骨之近端，亦無壓痛。下腿之遠端亦腫脹，加以骨肥大，無壓痛。下腿彎曲如 *genu valgum* 狀，彎曲之凸面向外方。右下肢運動障礙不顯著。唯膝關節之腫脹與下腿彎曲如 *genu valgum* 狀，則與左側一致。雖又有大腿遠端之肥大，但不如左側之顯著。膝蓋雖反射兩均亢進。尿稍黃色澄明，比重一。一。○。酸性的，在鏡檢上雖有少量之赤血球及白血球，但未見圓柱等。大便頑固。療法：(一)臥牀安靜。(二)與以牛乳粥湯及肉汁。(三)檸檬酸鉀 (*Potassium citricum*)。(四)上下肢施以濕布。(經過)五月三十日，膝關節之腫脹兩側皆減退。患者時時舉其右手，且眼珠上竄而成特異之痙攣性狀態。顏貌稍良好，食慾及便通佳良。自二十七日以來，哈無發熱，又未見特異之變化。尿之所見陰性。六月二日一日有數回痙攣性發作，膝關節雖疼痛消去，但稍彎曲。右膝關節雖腫脹稍顯著，減退兩側下腿之遠端稍微肥大，亦以左側為比較右側顯明。下腿骨之近端及大腿骨之遠端肥大，亦以左側為顯明。兩側前肢之骨端肥大顯著，而此部之腫脹隨之減退。骨肥大尚能明視。連珠雖兩側存在，然右側不及左側之顯著。口脫無異常。療法與以魚肝油。○。○。一。一。○。○。○。每日三匙。六月六日，膝部之腫脹始治愈。痙攣發作偶爾存在。六月九日，膝關節已能自由伸展屈曲，又當被動的運動之際，亦不疼痛。骨端之肥大尚為顯明。其他僅見腹部之膨滿。六月十一日，頭圍四五。○。胸圍四二。○。六月十二日，體重六五。五。○。○。較入院時增加四二。五。○。六月十五日，痙攣發作之度較減退，與以肉汁之外，又食混合少許麥熱之飯粒之粥湯。六月二十日，連珠不及以前之顯明。六月二十三日，兩側膝部之周圍無差異。下腿膝部周圍一一。三右側，一。○。五。六月二十七日，患兒時時微笑。六月二十九日，檢查之色澤，反應全為陰性，與以稀薄之米粥及肉汁。六月三十日，連珠始不顯明。骨端肥大，上下肢亦皆不明。四肢伸縮自在。能弄要玩具。痙攣發作之度較及持續之時間著明減少。皮膚之色恢復舊觀。唯見膨滿之腹腔著積積便。七月三日，由六月一日起完全無熱，竟至全瘥而出院。體重六九。五。○。○。較入院時增加八二。

五、○於出院時病的症狀殆完全消失，唯因下腿成爲S狀，僅呈輕度之○字胸，頭部之保持猶爲不確，下前齒更漸增加二枚，以下所述爲其身體諸部之測定：

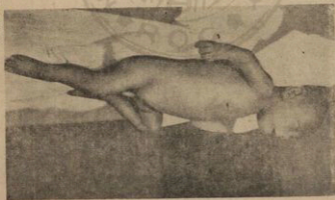
身長六五·〇，頭圍四五·七，胸圍四三·三。

	右	側左	側	右	側左	側
大腿 中部	一八·三	一八·三	大腿 上部	一六·五	一六·〇	
大腿 下部	一四·三	一四·三	腿 中部	一三·三	一三·二	
腿 上部	一〇·二	一〇·五	腿 下部	一〇·五	一一·三	
前 肢 遠 端	九·〇	八·七	前 肢 近 端	一一·〇	一一·五	
自大轉子至腿	二六·〇	二六·〇				

閱上述之病歷，則知患兒之父業運送夫之勞工，住居簡陋。其生活程度尚然低劣，更因兒之營養係用煉乳，故恰合於佝僂病發生之條件，而患兒有特徵之遺珠，上下肢之骨端肥厚，膝部膨脹等諸症，當爲本病無疑。本例由六月二日起與以鱈魚肝油，至七月三日持續一月間，佝僂病症狀始失去，此雖由於入院後而得補其衛生上之缺點大有關係，然劇烈之奏效亦有圖重要者也。本例非梅毒性者，無梅毒之遺傳及現症，且徵諸乏色曼氏診斷法之陰性成績，更爲明矣。

唯須與巴羅氏病 (Bartlow'sche Krankheit) 鑑別，即巴羅氏病與齒齦之下前齒相當之部分稍帶赤色，又有腫痛，當初病時有上下肢之腫脹疼痛，又因而成運動障礙，然仔細觀察，則齒齦變常極爲輕度，不足爲其特徵，疼痛亦不劇烈，且雖有上下肢之異常，但腫脹消退，反之，因露出佝僂病特性之骨端肥厚，故本例斷定爲佝僂病，實爲容易。

佝僂病與巴羅氏病有深切之淵源，一八五九年麥列 (Müller) 博士之記述，始將巴羅氏病命以急性佝僂病之名稱，列入佝僂病之一門；至一八〇三年英醫巴羅氏研究此病之病理解剖，而歸屬於壞血病，故近來稱曰巴羅氏病，而兩者互相併合而發生者，實爲諸家可承認也。



明治四十三年六月五日攝影



明治四十三年六月二十二日撮影

原書者實像

茲補入埃爾佛爾(Errorter)氏之論文，以表明之。就巴羅氏病十七例，錄於本誌前號。日本之巴羅氏病六例與佝僂病無關係，原著者等本文之主旨。

(1) 在東京亦有佝僂病發生。

(2) 主張鱈魚肝油對於佝僂病為最良之藥品。

(3) 佝僂病與巴羅氏病併合而發生與否，而兩者有相互之關係，最為興趣。

關於以上三條，不過欲喚起諸同道之注意耳。

### 第七 黏液水腫 (Myxoedem)

黏液水腫者為甲狀腺機能不全所發生之疾患，而致體質及精神之發育大受障礙。

症候 屢屢由離乳期之際，漸次發現症狀，皮膚發現特有之變化，即失去健體之色澤及彈力，一般呈浮腫狀之硬化，尤以於顏面、頸部、背部、臀部、上腿及手足等部而得顯明視之。

於顏面之前頭起不規則之肥厚而現皺襞，因眼瞼腫大而瞼裂狹小，鼻形大，口唇亦肥厚，舌腫大而呈巨大舌 (Makroglossie)，頸部及項部之皮膚最腫脹而且膨隆，恰如觸海綿之觀者有之，四肢以手甲及足趾為最強，臀部及腓腸部亦如之，偶有見腹壁肥厚弛緩而懸垂於下方者。

皮膚之色淡黃蒼白而乾燥，觸之有冷感，即表示在正常體溫之下，脈搏緩徐，頭髮之發生不良而色赤，爪現截溝，其形不整，又額門永久哆開，身體之發達甚為遲延，且齒牙之發生遲緩者為多。精神之障礙，初有言語之遲徐等。

雖年長其動作及思考亦遲鈍，對於周圍之刺激頗無感覺，其障礙雖有時不顯著，但普通其程度漸次增加，甚者甚致發生真正之精神病。

豫後 屢屢發生其他之併發症而斃。

療法 與以新鮮之羊甲狀腺，則奏效顯著，或使用甲狀腺製劑 Thyreoidin Jodothylin Thyreoglobulin 等，然此等用量過多，則有起中毒之慮，故須由少量徐徐增加。

#### 第八 巴西多氏病 (Morbus Basedowii)

本症見於小兒者少，至春機發動期或春機發動期以後則顯明增加，發於女子者較男子為多。

關於本症或為甲狀腺機能之亢進，或為交感神經之疾患，又有其他之學者信為一般體質的神經症 (Allgemeine konstitutionelle Neurose)，有發生於遺傳的或家族的者，神經質者易被本病侵犯，與舞蹈病併發者有之。

症候 本病之主要徵候為：(一)心悸亢進 (Herzklopfen) (二)甲狀腺腫 (Struma) (三)眼球突出 (Exophthalmus) 瞬目運動之減少 (Stellway'sches Symptom) (四)振顫 (Tremor)。

在小兒當其發病之際，現不定之神經症狀者多，例如有精神之興奮，血管運動神經之障礙，心臟鼓動、頭痛、睡眠障礙等，以後則起甲狀腺腫脹、眼球突出等。



上述四種主徵中，據沙而科 (Charcot) 氏云：必發者為心悸亢進，而甲狀腺腫脹及眼球突出等，其中間有缺如一種者，心臟屢屢擴張，脈搏頻數，而於頸部動脈聽得收縮時雜音者不少，且現發作性或當身體運動時，而起呼吸困難者有之。

振顫，續發性眼障礙 (格累非 Græfe 氏症，麥彼烏斯 Moebius 氏症) 等，在小兒比較的不顯明者多；反之，腹瀉消化不良等則為屢屢所見之症狀。

格累非 (Græfe'sches Symptom) 氏症者，即使其視軸向下方時，上眼瞼隨下運動之缺陷也。

麥彼烏斯 (Moebius'sches Zeichen) 氏症者，即視接近之物體時，眼球滾合運動之不全也。

經過 一般緩慢，比較大人之取重篤之經過者少，但完全治癒者少，多數僅見一部之輕快，屢屢以後起心臟之擴張乃至肥厚者多，取死亡之轉歸者，由於其他心臟疾患或身體衰弱之結果。

療法 主要者依照衛生的食物療法，嚴守身心之安靜，住居海濱或山間之新鮮空氣中，食物給以富於植物性之物而混食之，禁酒類、茶、咖啡等興奮性之食物。

藥劑用溴劑、莨菪、及金雞納、二碘化鐵糖漿等。

近來推測與甲狀腺有原因的關係，故用甲狀腺製劑，Fodagen、Antithyreoidin 等。其他施用電氣療法，又對於顯明增大之甲狀腺腫脹，有時須用外科手術。

## 第九 脾臟疾患

雖有所謂脾臟疾患，然所述者不過為數種起於症候的有脾腫症患之名稱而已。

小兒以脾腫為顯著的病變之疾患甚多，如佝僂病之脾腫，先天梅毒之脾腫，其他血液疾患之脾腫等均屬之。

#### 第十 班祀氏病 (Morbus Banti, syn. Anaemia splenica)

本症非特別之疾患，可視為伴巨大脾腫之貧血也，當初雖班祀 (Banti) 氏 (一八八二年) 謂為本來脾臟之疾患而產出之毒物，因而發貧血等之症狀者，然此說頗為不當。

原因 猶為不明。

症候 本病分為三期：第一期 (貧血期) 以貧血及脾腫為主徵；第二期 (移行期) 發 Urobilin 尿、黃疸、及胃腸症；第三期則現腹水、肝臟硬變、出血素質等，遂致斃命。

血液所見，色素及赤血球之顯著減少，而未見骨髓細胞，有核赤血球之現出。

診斷 除去種種之疾患外，當能漸漸診斷為班祀 (Banti) 氏病。極須鑑別者為梅毒，當試驗之色曼 (Wassermann) 反應，並施驅梅毒療法。

又須顧及白血病及假性白血病、瘧疾等。

療法 須試行脾臟剝出、X光徹照法、脾臟製劑。



# 第七編 呼吸器系疾患 (Krankheiten der Respirationsorgane)

## 第一章 鼻腔疾患 (Krankheiten der Nase)

### 第1 急性鼻卡他 (Rhinitis acuta, Coryza acuta, Akute Schnupfen)

急性鼻卡他小兒患者頗多，尤以哺乳兒鼻腔粘膜之抵抗力弱，且鼻腔狹隘，因而惹起顯著之障礙者不少。

原因 雖有因機械的，化學的等刺激而發生本病，然屢屢所見者爲寒冷空氣之刺激，而於寒冷空氣刺激之際，同時多見有細菌之傳染，即因肺炎菌、鏈球菌、葡萄狀菌、卡他性菌等，其他諸種之急性傳染病例如流行性感冒、麻疹、痘瘡、猩紅熱等之際，或爲其徵候之一，或於其前驅症見之，又有於鼻之狄扶狄里因狄扶狄里菌所惹起（參看狄扶狄里條下），先天梅毒之哺乳兒常爲其初發徵候，而有鼻卡他，以外雖屬極爲少有，但淋菌有時亦爲其原因。

症候 通例最初發噴嚏，有多量之水樣鼻分泌，鼻腔粘膜發赤腫脹，稍有發熱，兼發一般症狀即不安、倦怠、食慾不振等，水樣粘液性之分泌經二三日，則成粘液膿性而呈黃綠色，容易形成痂皮，年長之小兒及大人，雖均未見顯著之障礙，但哺乳兒尤以生後數月以內者，因粘膜腫脹或結痂，而不能營鼻腔呼吸，因不充分口腔呼吸之結果，

則成哺乳困難，如兩側同時被犯，則哺乳殆不可能，營養受顯著之障礙，急速起體重之減退，睡眠不良，且屢屢發現窒息發作。

**經過** 若施以適當之療法，則三日乃至七日即能治癒；但大多加有併發症，如眼瞼結合膜、咽、歐氏管起炎症，進而續發中耳炎，甚至間有起腦膜炎者，又由喉炎而惹起枝氣管卡他，卡他性肺炎者有之。

**豫後** 在哺乳兒雖僅為單純之鼻卡他，亦不可輕易視之，生後一月以內者，尤為可怖；年長之小兒一般佳良。須注意營養障礙及併發症之發生，有由急性鼻卡他延為慢性，而發臭鼻症者，又起腺狀組織增殖者有之。

**診斷** 最初決定為單純之特發性鼻卡他乎？或為流行性感冒、麻疹、百日咳、猩紅熱等之前驅症狀乎？有感冒難者，與鼻狄狄里之鑑別，為重要之事項，粘液膿性之分泌混有多少之血液時，當即行細菌檢查以確定之。

**療法** 室內空氣保 溫暖與濕潤，局部療法用洋橄欖油一日數回滴入鼻孔內，或用洋橄欖油中加入百分之二之薄荷腦者。鼻孔周圍塗擦硼酸凡士林，粘膜腫脹顯著者，用小綿球浸三千倍之副腎素溶液塗布，或點滴左列溶液：

1% 副腎素溶液 (1% Solutio Adrenalinum) 二十五滴

鹽酸古柯鹼 (Cocainum hydrochloricum) 〇・〇二五

水 (Aqua.) 二五・〇

頑固時用 1——2% 硝酸溶液，為消毒藥液，洗滌鼻腔內，如有誘起中耳傳染之恐，則當避用之。哺乳兒困難

者，以匙餵之，此時須插入樹膠管而送榮養物。

狄扶狄里性者，則注射狄扶狄里免疫血清，係先天梅毒者，施以根本療法，即能自然治癒。

經服鼻狄扶狄里之診定，則有起非常之結果者，此乃原著者所常唱道者也。而先天性梅毒兒之鼻卡他，喜繼續發狄扶狄里，是亦應加注意之事實也。

## 第二 慢性鼻卡他 (Rhinitis chronica)

由鼻粘膜之亞急性及慢性之炎症或急性鼻卡他而繼續發生，或由最初即取緩慢之經過，尤以急性傳染病之後，或腺病性體質、梅毒之小兒為多，其他有發於有鼻茸腺組織增生者。

症候 有多量粘液膿性之分泌，鼻呼吸受障礙，聲音帶鼻音，睡眠時發鼾聲，粘膜發赤腫脹，屢屢見上部有結痂，又上唇腫脹，見其皮膚剝脫者不少。

屬於慢性鼻卡他之特殊者，有臭鼻症 (Ozena)，此時粘膜下組織萎縮，分泌少量而頗粘稠，故發現呼吸障礙，到處形成痂皮，其下有分泌物蓄留，因其腐敗分解而放強烈之惡臭，為其顯明之症狀，臭鼻症多於結核性之小兒見之。

豫後 慢性鼻卡他之豫後，與其基礎之疾病如何有關，在年長之小兒，須檢查有無結核，哺乳兒有慢性鼻卡他時，須確定有無梅毒之存在（乏色曼氏反應等）。

療法 有慢性傳染病之潛在者，主要須施行其根本療法，若不能證明此等病原之際，年長之小兒，一日數回以生理食鹽水（或〇·五%）或酸性碳酸鈉水行鼻腔灌注，或用三%硼酸凡士林作成小塊而插入鼻孔，插入後頭部即向後傾，因此時軟膏溶解而擴充於鼻孔，則能軟解結痂，催進分泌。

對於幼稚之小兒，可點滴巴旦杏仁油（*Oleum Amygdalarum*），或插入附着硼酸凡士林之綿塊，或撒布消毒藥粉末於鼻腔，粘膜強烈肥厚者，則塗布一%之硝酸銀液。

臭鼻症之療法，主要在使小兒之一般狀態佳良，而局部滴注一%水楊酸凡士林油，或用塗布脂肪之綿塊充填，或初用附着四%之硼酸軟膏之棉花，插入約十五分間，使結痂軟弱而剝脫之，然後以三%之二氧化氫（*Hydrogenum Peroxydatum*），或高錳酸鉀（*Potassium Permanganicum*）浸潤之棉塊，填塞十分乃至二十分間。

### 第三 鼻腔內異物（*Fremdkörper in der Nase*）

鼻腔內之異物，在幼少為礫、豆類、果核等，偶有由口而入者，因口內之異物當嘔吐之際，由後鼻竇而竄入鼻腔內也。

因異物之介在，刺戟部處而起炎症，有速成惡臭出血性之分泌物，既往症未見異物存在之際，有因異物長久存留而膨脹，又催其周圍肉芽組織之發生，而包圍之者，此時僅據片側之惡臭性之分泌，即得推測斷定之矣。

療法 除去異物極爲容易，即塞其健側之鼻孔，使其強力行鼻呼吸，或特別與以刺戟，促其噴嚏，又幼少者須注意用健側應用波利池耶爾 (Politzer) 氏空氣灌溉法 (Douche)，異物長久介在而膨大者，則除去頗感困難，先用古柯鹼 (Cocaine) 點滴，消去粘膜腫脹，次乃送入空氣，使突落於後鼻竇，然後用鑷子，有鉤鑷子等而牽出之。鼻茸在小兒屬於少有，其症狀與異物起同樣之障礙，療法宜以金屬線絞截之，或施外科的手術除去。

#### 第四 衄血 (Epistaxis)

原因 因局部的外傷，尤以手指插入鼻孔，又因異物刺戟而生之潰瘍所致，一般的原因發於急性傳染病，即傷寒、狄扶狄里、麻疹、猩紅熱、流行性感冒、痘瘡、丹毒、瘧疾、敗血症等，其他又見於萎黃病、貧血、白血病、出血性素因，或惹起鬱血之心臟病、肺氣腫、滲出性肋膜炎、百日咳、甲狀腺腫、肝、脾、腎諸臟之疾患。

除發於上述諸疾病之外，習慣性衄血尤多發於學齡兒童，當精神過勞等之際，容易起出血。出血之一部分屢流下咽喉而吐出，或嚥下而排出黑色血性便者有之。

療法 須先治療爲其原因之疾病，對於出血須確定其出血竈，而以綿塊充填之，綿塊先用5%高錳酸鉀或一千倍之副腎素溶液浸潤，其他用 *Nenoforn* 等，如尙不充分，則以硝酸銀棒腐蝕，或使用電燒灼，如出血頑固而難止時，則用5%白明膠 (*Gelatina alba*) 液注射於皮下，一回用十乃至二十立方公分。



## 第二章 咽及扁桃體疾患 (Krankheiten des Pharynx und der Tonsillen)

## 第 1 咽峽炎 (Angina)

於咽頭粘膜之急慢性痲衝疾患，即咽峽炎，尤其其素因多在小兒，除發現於急性傳染性疾患之猩紅熱、狄扶的里、其他之發疹性急性傳染病、流行性感冒、關節癱瘓質斯等之外，成爲獨立之疾患而發生者亦頗多。

原因 爲其原因之細菌即鏈球菌、肺炎菌、卡他性菌等，大多由於自家傳染，而感冒、發聲機過勞等爲其機會的原因，以外由於外界之傳染時，稍取流行之勢者有之。關於年齡，多在二三歲以後之小兒。

症候 均以一般傳染性疾患之急劇發熱起始，有不康健、倦怠、惡寒、頭痛等，間有發痲變爲其前驅症狀者，尙有先現嘔吐、腹瀉者，幼小者咽之病變固爲顯著，雖往往缺乏局部之自訴，但年長之小兒，通常訴嚥下困難，又發口內惡臭，有頷下顎淋巴腺及頸部淋巴腺腫脹，疼痛，粘膜腫脹強甚時，則聲音變化，且有狹窄症狀，體溫屢屢由三十八度昇至四十度。

(1) 卡他性咽峽炎 (Angina catarrhalis) 咽頭強烈潮紅，稍帶腫脹，且有粘液性分泌，扁桃體同時稍呈炎症，偶爾有小出血，而發赤之界限，或不明而及於周圍，或表示則劃之界線，通常之經過爲二乃至三日，罕有達一週者。

(11) 濾胞性咽峽炎 (Angina follicularis) 與卡他性咽峽炎之異點：即在淋巴濾胞之腫大顯著，見扁桃體上均有灰白黃色之小斑點，斑點剝離而起表在性之潰瘍者有之。

(12) 腺窩性咽峽炎 (Angina lacunaris) 灰白色或灰白黃色之粘液膿性之滲出液，雖最初存在於一面扁桃體上，但以後其大部則被除去，僅遺留於窩孔而已，腺窩性咽峽炎比較前二種一般症狀及局處變化更爲顯著。

(13) 後鼻竇咽峽炎 (Angina retronasalis) 此時鼻呼吸被顯著障礙，又有耳內之刺痛，輕度之重聽，頸部淋巴腺腫脹，其經過往往較前數種長久。

此等諸病型取異常之經過者不少，或兼腸胃症狀，或有時呈神經症狀，尤以後鼻竇咽峽炎，其局處病變固不顯明，有經過數週發熱者，且咽峽炎屢再發而取慢性經過者有之。

併發症極多，尤以扁桃體膿瘍、中耳疾患、發疹、呼吸器疾患及淋巴腺炎等，屢屢續發於咽峽炎。

診斷 據視診即可下診斷，設若小兒雖無咽之自訴，但亦必須檢查，同時兼有紅斑之際，有與猩紅熱之區別困難者；但據其咽發赤部之明劃的境界，及缺乏覆盆子舌而得否定之。在狄扶的里之假膜係存在於平面的而非腺窩性，然此種情形亦非必然者，狄扶的里亦有呈腺窩形咽峽炎之像者，故通常須依細菌檢查以確定之。

療法 命其安靜臥牀，供給適當之食物，頸部纏絡濕布綑帶或冰囊，含喇劑與以加甘油之食鹽水、檸檬酸水 (Aq. Acidum. citricum) 醋酸鉍溶液 (Essigsäures-Thonerde) 等，又 Formamin Pastyl 亦有效，其他催

進發汗亦有好影響，局部之塗布藥用蛋白銀 (Argentum proteinicum) 過氧化氫溶液 (Hydrogenium Peroxydatum) 或盧哥爾氏液 (Solutio Lugoli) 發扁桃體膿瘍，則切開之。

(五) 潰瘍假膜性咽喉炎或文孫氏咽喉炎 (Angina ulcero-membranosa, A. Vincentii) 咽發赤腫脹，易於出血，大多於片之扁桃體上，間於兩側之扁桃體見有脂肪樣之假膜被覆潰瘍，放出強甚之口內惡臭，區別為輕度之狄扶的里樣者與起深潰瘍之潰瘍假膜性者兩種。

潰瘍假膜性咽喉炎為傳染性疾病，屢屢見其傳播於家族中數人，其病源認為一種紡錘形細菌及螺旋菌。

經過 狄扶的里樣咽喉炎之經過一般迅速，且溫和，與卡他性咽喉炎相類似；反之，潰瘍假膜性者，其障礙顯著，經過亦長久，漸次至一週之終假膜剝離，潰瘍漸次治癒，須二三週者亦復不少，間有陷於寬廣壞疽，遂取不幸之轉歸者。

診斷 注意咽視診上之病變及口內惡臭以外，必須常時擦其假膜而作塗抹標本，以行細菌學上之檢查，須與鑑別者即狄扶的里及梅毒是也。

療法 施以對於一般咽喉炎之療法，清拭潰瘍，塗布過氧化氫溶液。

## 第二 扁桃體腫大 (Hyperplasia der Gaumenmandeln)

扁桃體腫大多見於已滿一歲以後之小兒，哺乳兒極為稀少。

本病使患兒開口視其咽頭即可診定，其形狀或爲圓形，或呈長圓形，屢屢向下方突出，腫大不強烈者，殆無症狀；但過時，則音聲帶一種鼻音之響聲，時而呈咽頭狹窄之狀。

療法 症狀輕微，或完全缺如時，不須治療，俟其漸次恢復成生理的大爲宜，若起顯明障礙時，則須截除之。

### 第三 腺組織增生 (Adenoid Vegetation)

在咽後壁富於淋巴腺組織，有惹起顯著增生者，淋巴性體質之小兒尤爲顯著，雖有爲獨立之疾患而特發者，然屢屢與慢性鼻卡他結合發現，又爲滲出質之部分症狀而發者，雖有發於哺乳兒，但概爲稀少，最多發於四歲乃至十歲之小兒。

症候 增生肥大之腫瘍，因存在後鼻竇，故鼻呼吸受障礙，以致小兒以口營呼吸，夜間發顯明之鼾聲，言語滯而啞吃，其他睡眠亦被妨害，易爲惡夢所擾，而屢屢夜驚，又有起夜尿症者。

有腺組織增生者，易現衄血，又易誘起反射的嘔吐，其他因歐氏管之開口位置變化，故現輕微之重聽、頭痛、或於中耳起慢性炎症，腺組織增生是否直接障礙小兒智力之發達，至今猶無充分之確說。

增生強大時，則妨礙鼻骨之發育，內鼻骨格完全不能形成，眼球突出而呈巴西多氏病之顏貌者有之。

診斷 一般容易，小兒常將口張開，言語帶鼻音，訴重聽及夜間之鼾聲，尙欲確定之，可依觸診即得認識有肥大之腺組織，其方法立於小兒之後方，以左手擱其後頭部，此時以示指由頰上壓入上下齒列之間，而豫防咬傷，又

第十圖



扁桃腺肥大

第十一圖



腺組織增生之眼球突出之面貌

令他人保持小兒之手，而右示指迅速插入口中，以指頭檢查咽頭後壁。

療法 腺組織增生屢屢隨小兒期消失，故未起特別障礙時，可放置而不療治，又同時有咽峽炎，鼻卡他之際，當一時施行手術，若有顯著之障礙，則須除去之，割除時用哥特斯太茵 (Cotzstein) 氏之刀爲宜，藥劑無有效力者。

#### 第四 腺熱 (Pleiffersches Drüsenfieber)

腺熱由飛蘭特 (Fliant) 氏及普淮斐 (Pleiffer) 氏所唱導者也，咽粘膜之發赤及在頸部胸鎖乳嚨肌之後部上部之淋巴腺起急性腫脹，並兼發熱及一般症狀，多由片側起始，次乃及於他側，因頭部之迴轉或壓迫即感疼

痛，而呈斜頸，熱有達四十度者，雖大多一二日即退熱，但偶亦達一週以上者。

療法 因發汗催進之目的而行纏絡，患部塗抹磺酸基魚石油酸鈹軟膏 (Unguentum Ammonium Sulfoichthyolum) 內服藥於初病時用金雞納 (Chininum) 爲良。

### 第五 咽後膿瘍 (Retropharyngeal abscess)

存在於咽粘膜與頸椎間之淋巴腺起激衝，而致化膿者，是曰咽後膿瘍。該淋巴腺隨小兒年齡之增長而漸萎縮，達五歲則僅有一個，或完全消失，故咽後膿瘍大約限於哺乳時期發生，而知其以後極爲罕有之理由也。

原因 當咽起炎症時之化膿菌尤以鏈球菌通過淋巴管而導入該腺內而發生者，故由鼻卡他、後鼻竇咽缺炎發生，又續發於梅毒、麻疹、猩紅熱，或有由皮膚裂創、潰瘍等創而傳染之結果而發生者。

症狀 最初僅訴淋巴腺之腫起而發熱，此時插入指頭而檢查之，於咽頭後壁之片側得認識可動性之豌豆大乃至胡桃大之腫起，至腫脹增大而現周圍結締織之浸潤，初發症狀即嚥下困難，喉部之喘鳴及囉音是也，有咽狹窄之狀，則發鼾聲，頭部稍向側方傾斜，且通常見其頸部淋巴腺腫起。

呼吸困難增惡而與喉狹窄呈類似症狀者有之，小兒成不安之狀態，呼吸須努力，而使各種呼吸肌動作，胸骨上窩及上腹部陷沒，皮膚現紫斑，呼吸及吸氣均兼有雜音，雖有喘鳴，但不能聽得如格魯布 (Krupp) 鋸曳樣之雜音，又雖稍有嘶啞，然亦不如格魯布之顯明，且不完全失其音響。

視診咽喉顯著狹隘，雖咽後壁之一方見特殊之膨隆，然膿瘍占居下方時，則難見之，但以指頭行觸診，即知有呈波動之腫瘍。

經過 單純之腫脹及浸潤，能自然消失，已化膿者須切開排膿之結果，即趨治癒，然屢屢附近之淋巴腺同時化膿，以至互相融合而形成大膿瘍，有時下降於縱隔竇，間有因而惹起膿毒症者。

自然由咽穿孔而治癒者極爲少有。

豫後 本症屢屢有窒息之危險，然早期診斷而施適當之手術者，概爲佳良，膿排出於咽腔，而起嚔下肺炎者有之。

診斷 本病因無經驗之醫師而被忽視者不少。與咽狹窄症狀之區別，由指頭之觸診而能判定之。格魯布時無嚔下困難，音聲顯明嘶啞而影響反之，本症則有喘鳴，而頸稍傾於片側而呈強直，亦爲診斷之一助也。

療法 對於猶未陷於化膿之腫瘍，施以一般咽峽炎之療法，既得診定膿瘍，即行切開，置入咽頭內之刀身，以絆創膏包之，僅用其露出之尖端，或用彎曲之尖端銳利之麥粒鑷子，切開法以左手之示指觸接膿瘍，以指導刀之插入，切開後即使其頭向前方屈曲，以妨膿之嚔下，手術後症狀迅速輕快，粘膜切開之創痕通常治癒較早，如切開不充分時，則有再發之慮。

有多數化膿之淋巴腺融合之際，有由咽內切開頗感不便者，此時可由外部切開之。

偶有該淋巴腺起結核之腫脹，而化膿或呈降下性膿瘍，取慢性之經過者，此時亦施以同樣之手術。



論喉後膿瘍（兒科雜誌第六十九號）

原著者等欲論喉後膿瘍，豈非屬於喉底病，以兒科雜誌二十八號及小兒科學會第十九次常會小原氏所講演者為嚆矢，有諸氏之卓說為先鋒，次於岡崎誌又登載有藤崎氏及薛氏等之實驗，其他日本諸雜誌亦有本症實例之載在，此原著者等之所以述本症也。前述諸氏之實驗，概為關於本症之正規則，原著者等則不然，僅欲蒐集臨床上稍有異味者而已，故於小兒科學會二十次常會原著者等個人業已發表一小例，載於兒科雜誌二十九號，今原著者等又得一例，再為補述之。

於述敘實驗之先，將本症之經歷，發現成立等略為申述。

傳說喉後膿瘍，肇於潘波克拉斯（*Hypodense*）時代既已知之，然溯至西歷一八四〇年之際，諸家之實驗，出以佛冷（*Beaumont*）氏之記述為解火，自一八五〇年羅爾（*Rea*）氏初得本症實驗一例以來，乃喚起彼邦小兒科學界之注意，在日本亦因氏之著述廣佈，使小兒科學界，獨知此病之本體，然羅爾氏之功，吾人當不可忘也。若卡（*Case*）氏症為研究，氏由西歷一八五五年至一八七六年，且二十餘年之實驗，以百四十四例之豐富材料為立論，宜乎以後小兒科諸教科書皆舉列氏之實驗，而記述本病，實為當然之事也。

本症之發現，竟屬罕有與否，若卡氏二十餘年間有百四十四例之經驗，羅爾氏親自七十回乃至八十回之實見，故當推測其為稀有，實則本病非所常見者，而如原著者等曾遭遇七八回，因亦可謂罕事矣。如此罕見之疾病，然何故於日本有如上述比較多數之報告，羅爾氏曰：初次實驗雖易於忽視，但以後因病症有不可忘的印象，因而追想經驗，則診斷容易，因有如此特徵之顯著者，而報告之，亦為重覆乎？特為數條詳述於諸氏之實驗，故略而不述，關於本病之成立，須注意者，即恩納（*Hanno*）氏於頸部之 *Retrorivascular Spaltum* 也，此為咽與頸椎間之空隙，因該部多鬆疎之結構，而易起糜爛，此結構中於椎骨前面，位於第一頸椎與第三頸椎間之高度，常存在於 *Glandulae oesophageae profundae superiores* 之三個淋淋巴腺之兩側，此腺隨小兒之年齡增長而萎縮，達五歲則只有一個或完全消失，而此腺由扁桃體、軟顎、口腔咽等採取淋巴，故與該部之卡他症等相關聯而化膿，因膿液滯留於前述之腔內而生本症也。膿量由一茶匙達三百公分，膿性粘稠而連結無異，或有變色而呈惡臭者，即一茶匙之膿量已足使小兒起睡下困難及呼吸障礙矣，膿量多如胡桃大，雞卵大，雞鴨卵大者較少。



余等之例與赫羅荷氏之講本於第四百四十二頁所述之「穿孔膿瘍之咽，僅得一回實見之機會」者相類似，同例 Henoch, Peittrige  
sur Kinderheilkunde N. F. 亦記載，故參照兩書，茲抄錄如左：

此實例在生時未能診定，剖檢時乃偶然發見者也，一八六五年一月十日來門診，係十五個月蒼白羸瘠之小兒，從來即有咳嗽及嘔吐，約由八日前起完全失音，呼吸帶嘶聲，特之腫脹為盛，應注意診察，除於咽喉及頸部之外表，有咽腔甚之潮紅與黏液瀰留之外，其他並無何等之所見，察其內外均未見腫痛，兩肺之後面聞有卡他性哮音；橫膈膜之動作亢盛，有中等度之熱，哺乳時雖屢屢中止，但無嚔下困難，施以卡他之對症療法未奏效，十四日晨據其母告知死於呼吸困難增加之狀，剖檢時，喉與舌骨分離，流涎多量黃色濃厚之膿，按檢其來源，於咽後壁見有軟弱且稍大之孔，其孔為圓形，潰瘍之類，位置在咽移行於食道之處，膿不絕流出，咽從骨環骨剝離，兩者之間有擴大之化膿囊，上由橫膈，下達第六頸椎，該部結締織之大部分被崩潰，僅見壞疽之殘物，骨環骨無病變，在聲帶之上下，有白色之物質，此為結核性者，(克果布新 (C. O. Busch) 博士之檢定)，其他有枝氣管腺之乾酪變性及肺之結核。

原著者等之例：

I. 8 滿一歲

一九〇六年一月二十二日入院 次日(二十三日)死亡

遺傳病歷 父系之祖父母死於不明之病症，父曾於二十歲罹梅毒云，現年五十四歲，目下健康，業車夫，同胞三人均健康，母系之祖父生存至七十二歲，祖母至七十一歲，罹何病死亡均不明，母本年四十一歲，三年以來僅每於夏季患腳氣而已，其他之季節均健全，同胞六人皆健康，雖生產六子，但有二子夭折，一人於生後四十日，一人生後五十日，均因胎毒而死。

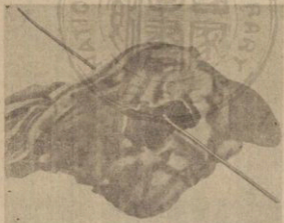
既往症 本患兒雖生後孱弱，但未嘗罹重病，去年初旬罹麻疹，取正視之經過，當時併發腹瀉症，每日四五次，持續若干日，本病初發在本年一月十日，起始所謂感冒，熱度升高，雖有咳嗽，但不顯發，其後一兩日，患兒之母視雖發見兒之右頸側有大而硬固之腫瘍，但幸而漸次縮小，近來患兒甚為放縱，不眠，呼吸短促增加，四日以來有咽下困難之狀，又訴不能號泣，由起始至入院時，照肺炎之診斷醫療。

現症 呈強度之羸瘠，而為萎縮症狀顯著之男兒，頭部傾於後方，取背臥位，有顯銳為癱瘓狀，且有恐怖之現象，前門關閉，但有未竟

第十二圖



第十三圖



全成骨質之部尚存在，原有帶膿樣之分泌物，噴孔雖稍數大，但光線反應無異常，耳未見壘狀，口中開，主發口呼吸，常有肝變存在，舌被有黃白色之假膜，稍向上後方，而其尖端變為白色，咽不潮紅，無假膜，雖被泡沫充塞，未見能便注目之致厚，由口腔雖偶有少許之膿樣粘液流出，但斷言係由何處流出，聲音不嘶啞，並無口臭，頸圍有數個之淋巴腺腫脹，而熱視之，頸側之左右皆時似腫脹，尤以右方稍為顯明，而腫脹非限局狀，其上之皮膚毫無變色，而皮膚下有腫如豆大之三個腺存在，似有假性波動，胸廓為鳩胸型而呼吸困難劇甚，呼吸時有胸壁之軟部，頭靜窩，鎖骨上下窩及心窩等之陷凹，在胸之肺胞有，被由鼻傳導之肝變所遮覆，故雖臨診，無肝變之腫大，腺雖數而達約百十餘次，且小而

(a) 與口腔具有

連絡孔之咽

後膿瘍

(b) 化膿性氣管

柱炎

(c) 喉下肺炎

(d) 兩個頸腺之

腫脹等

刑，體溫三十六度七分。

原著者等之考案因有第一例之經驗，故認本例恐為咽後膿毒，同時斷定其死期迫切，此兒之症狀極為險惡，先欲決定剖驗確實與否，而委之手術。有咽之隆起等，後者可於此部施刀矣，然本例不可不由頸部割入，但隨即證明有必於手術中死亡之狀，因不忍強勉施行於瀕死之小兒，故欲任其自然經過，顯圖施以冰聖法，雖用霍夫曼氏液 (Cajon's Hoffmann's) 及其他之興奮藥。但經過若干時間後，因呼吸困難漸增長而遂死亡。

二十三日在病理學教室由長與博士剖驗，其診斷如下：

標本藏於小兒科教室，托谷氏插為圖畫二頁，第十二圖表示咽粘膜之交通孔，第十三圖為欲見其內腔，而加以人工的截切之鵝卵大之膿毒，尚有應附記者，即膿毒在咽後位於脊梁骨之前面，上達顛底，下達第五乃至第六頸椎，而較鵝卵稍大，其壁薄，腳內面不平，有皺裂而遺留有結締組織死之跡，新鮮時見有出血，內容為黃色黏稠，而無臭之膿，與口腔之連結孔，偏於咽壁之右方，其邊緣平滑，其大略如鵝豆。

## 第三章 喉疾患 (Krankheiten des Larynx)

### 第一 急性喉卡他 (Laryngitis acuta, Pseudokrupp)

因小兒之喉門戶比較的狹隘，故其粘膜發生炎症腫脹時，容易惹起狹窄症狀，因此小兒喉狄扶的里 (Diphtheria) 在幼穉者屢屢起窒息症狀，即爲起真性格魯布之原因，其實雖因單純之卡他起窒息發作者亦不少。

關於非狄扶的里之喉卡他，可區別爲輕症及重症，或表在性及深在性。

(1) 輕症喉卡他 (Leichte Form) 喉粘膜有單純之卡他之際，有潮紅及分泌，其原因爲機械的及化學的刺戟，即吸入熱或塵埃多之空氣，或因長時間之號泣而起，或續發於鼻卡他、咽峽炎。

症候 音聲嘶啞，起短而乾性吠哮樣之咳嗽，或於頸部深在有搔痒之感，睡眠被障礙，而有輕度之發熱，如此兩三日而咳嗽減少，嘶啞消失，此即爲完全良性之疾患；危險者則喉粘膜起腫脹，移行於次述之第二時期，尚須注意肺部，有起併發病者。

療法 與以溫熱之飲料，即與以混合熱牛乳、葛湯、穀粒煎汁之湯，或使其吸入 0.5% 之食鹽水或 1% 重碳酸鈉水，或蒸發松節油 (Oleum Terebinthinae)，頸部施以溫濕布，又有熱者，則服用金雞納、水楊酸製劑等。

(11) 重症喉卡他、假性格魯布 (Schwere Form, Pseudokrupp) 在解剖上見有粘膜之潮紅，分泌及強度

之腫脹，但無假膜而呈狹窄狀。

原因 起假性格魯布之小兒，多有素因由於與鼻卡他同樣之原因而起，或單起嘶啞而已，有腺組織增生之傾向者，或滲出性體質之小兒喉，粘膜則容易起腫脹。

症候 起假性格魯布症狀之前，小兒概於一日乃至數日間有鼻卡他不舒適，食慾不振等，或更有咳嗽發熱，於此時間，小兒在睡眠中突然呈窒息狀態而醒覺，咳嗽為痙攣性而吠哮樣，雖聲音嘶啞，但不至完全失去音響，吸氣頗為困難，此時胸骨上窩及上腹部見有強度之陷沒。

最初之發作幸而無事經過時，則小兒呼吸安靜，有於二三時間後急性之格魯布症狀消失者，但嘶啞尚持續數日間；或反之，症狀增惡，甚至間有惹起窒息者。

診斷 喉狹窄症狀突然發現，尤以發於夜半，而兼有吠哮樣之咳嗽時，即當考慮為假性格魯布，鑑別上重要者為狄扶的里格魯布，同時咽有假膜時，固當疑為狄扶的里，又咽雖如常態，但對於有喉狹窄症狀者，亦當豫想為狄扶的里，須檢查之，然狄扶的里格魯布不如假性格魯布其發現非突然而為漸進的，且聲音完全嘶啞而失音響。其他於麻疹之前驅期，亦有現假性格魯布症狀者，此時隨皮疹之發現同時消失，若於皮疹發疹之後，有嘶啞、呼吸困難等者則為有狄扶的里併發之疑。

療法 溫暖室內，防禦乾燥，為促進小兒發汗，使其內服混合溫茶，檸檬劑或糖水之牛乳，頸部施用溫濕布，或用海綿浸溫而包之，或貼用芥子亦可，年長之小兒施用蒸氣吸入，幼少者居於蒸氣室內為宜。

藥劑與水楊酸製劑即水楊酸鈉 (Natrium Salicylicum) 阿司匹靈 (Aspirin) 或少量之吐根 (Radix Ipecacuanhae)。

處方：

吐根浸 (Inf. Rad. Ipecacuanhae)

(0.1) 100.0

小茴香氣酒精 (Spiritus Ammoniae foeniculanae)

1.0

尋常糖漿 (Syrup Simplex)

10.0

此方內或加入磷酸可待因 (Codeinum phosphoricum)

0.011

狹窄症狀劇烈、呼吸困難極度時，則行插管法 (Intubation)，有時施行氣管切開，與狄扶的里相異者即無假膜，故行插管法概不困難，經過二十四時間即當除去之（插管法及氣管切開方法參照狄扶的里條下）。

## 第二 蜂窩織炎性喉卡他 (Laryngitis phlegmonosa)

本病為炎症侵至最深部者，喉乃至氣管上部起高度之炎性浸潤，更蔓延至軟骨周圍組織，有極甚之疼痛。大多續發於麻疹、猩紅熱，又有起於肺炎之後者，而無此等基礎疾病者，與通常之鼻卡他枝氣管卡他之原因有同一之關係，其年齡以二乃至三歲之小孩為最多。

症候 最初有咳嗽、發熱、嘶啞，一二日內增惡，於呼氣及吸氣時有狹窄症狀，然不致發現急劇危險之窒息症狀，且此等症狀經過數日乃至數週者不少。

與扶扶的里性或假性格魯布相異者，爲喉及氣管感覺強烈之疼痛，且扶扶的里性更可由細菌之檢查，假性格魯布因其發生之緩慢而得鑑別之。

療法 與假性格魯布時之處置相同，有時須施插管法及氣管切開，以外於喉部實用局所之榨血華卜萊爾 (Heubner) 氏謂用二或四條水蛭直接附著於喉爲宜。

### 第三 慢性喉卡他 (Laryngitis chronica)

小兒一般少有，續發於有急性喉卡他者放置而不治療時，百日咳、麻疹之後，及慢性鼻咽卡他等，其他有因叫喚、唱歌等聲音器過勞而起者。

症候 發嘶啞、咳嗽、及稍發作的乾性咳嗽，自覺的於咽、喉部發乾燥感，異物感，以喉鏡檢查，見有會厭軟骨、喉粘膜有潮紅、腫脹，又有於聲帶、下聲門帶起炎症者。

療法 緊要者除去原因之諸條件，住於新鮮空氣中，避免塵埃多之地方，以轉地爲宜，對於年長之小兒施行與大人相等之局處療法。

### 第四 先天性喉狹窄 (Stridor congenitus)

先天的於吸氣時有呈呼吸困難者，生後第一日即發現，體格稍不良者爲多，而於肺臟及其他之器官毫無異



常。

聽診兼困難之吸氣有笛聲樣或格魯布樣之雜音，呼氣殆無異常爲例，於睡眠中不絕均能聽得，尤以呼吸迫促之際更爲顯著，然見胸骨上窩及上腹部之顯沒及發強度之狹窄症狀者爲罕有。

原因 多數之學說歸於喉口之異常，因會厭骨細長或披裂會厭韌帶短縮，以致其門戶之狹隘云。

豫後 佳良，經過一年間漸次減退，遂完全消失，窒息死者則爲例外。

療法 無須特別施行療法。

#### 第五 喉氣管內異物 (Fremdkörper des Larynx)

小兒屢屢由口腔吸引植物之種實、鈕、貨幣、魚骨等，而介留於喉乃至氣管內，異物因其形大小及介在之局部而起諸種之症狀，大的異物隨竄入而突然惹起呼吸困難及其他刺戟症狀，雖其診斷容易；但小的物體，其既往症缺如者不少，小異物自由遊離存在於氣管或大氣管枝內時，則當呼吸之際，能聽得一種拍擊響，若其充塞一側之枝氣管，則胸部片側或一肺葉之呼吸音消失，叩診上無變化，然以後則發現浸潤。

其他誘起咳嗽，由口腔吐出血性喀痰或血性泡沫，有時起聲門痙攣，以異物爲原因而併發化膿性枝氣管卡他、枝氣管周圍炎、肺炎、膿瘍等者有之。

診斷 用喉鏡檢查喉內及氣管內，金屬性之異物，由X透射法得確定其存在。



之。

療法 先以喉鏡確定異物存在之處所，而用適當之器械除去之，於窒息危險迫急時，須行氣管切開而取去



# 第四章 氣管枝氣管及肺臟疾患 (Frankheiten der Luftöhre, Bronchien und Lunge)

第一 年長兒之急性大枝氣管卡他 (Die akute Tracheobronchitis der älteren Kinder)

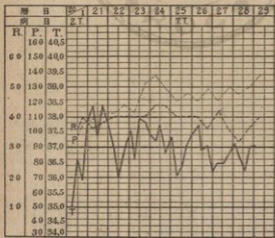
學齡兒童往往限於氣管、大枝氣管起輕度之急  
性炎症，該部粘膜有腫脹、潮紅及過剩之分泌。

症候 有一二日之發熱，主訴咳嗽，咳嗽初起時  
粗烈而如犬吠樣，以後隨分泌增加而緩和，尤以早朝  
起床之際及夜間就寢之後更為頻發，聽診上大多無  
變化，又與氣管相當之部位有聽得囉音及飛箭音者，  
咳嗽有時成痙攣性，而須與百日咳或結核相鑑別者  
有之。

療法 有熱時命其靜臥，胸部施以溫濕布，對於  
咳嗽用祛痰藥。

第十四圖 無併發症之哺乳兒枝氣管炎

T. I. 16 T.



處方例：

氯化銨 (Ammonium chloratum)

精製甘草汁 (Succus Liquiritiae depuratus)

磷酸可待因 (Codeinum phosphate)

水 (Aq.)

右每日一茶匙，一日服用數回。

## 第二 枝氣管卡他 (Bronchitis)

枝氣管卡他爲小兒頗多之疾患，大多犯幼齡者，生後

六個月乃至三歲者。

原因 亦如鼻卡他主由肺炎菌、鏈球菌、卡他性菌、流

行性感菌等所惹起，感冒屢屢爲其誘因，故多發於冬季，

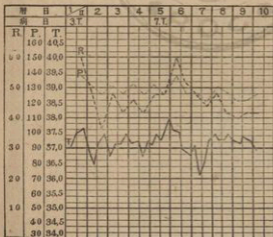
其他住居之不潔、天氣之激變、寒風等，亦爲其機會之原因，

又有體質性疾患（腺病、佝僂病者、異常體質者、即滲出質、

淋巴體質之小兒，）尤有被枝氣管卡他侵犯之傾向，尙有

爲急性傳染病之前驅期或併發症而來者亦不少。

第十五圖 無併發症之哺乳兒枝氣管炎



100.0  
0.011  
5.0  
10.0

症候 小兒之急性枝氣管卡他之主徵，為咳嗽及發熱，因咯痰常被嚥下，故不如大人在診斷上之價值。

最初咳嗽因分泌量少，故粗烈而如吠樣，終則隨分泌增加而緩解，發熱不定或僅超過三十七度，或有達四十四度者，其持續之時間亦表示不定型，脈搏與發熱相當而頻數，呼吸亦促迫。

胸部之理學所見，聽診聽得稍粗烈之肺胞性呼吸音，兼有濕性中水泡音及乾性囉音，在叩診上並無變化。

幼小者同時多有腸胃障礙，當初病時有輕度之嘔吐，舌

苔、食慾不振，更有見腹痛、腸瀉者，年長之小兒一般症狀訴頭痛、倦怠，又因咳嗽而妨害睡眠者有之。

經過及豫後 單純之枝氣管卡他，其預後概為佳良，通

常經一乃至二週即治愈，但體溫高而有呼吸促迫者，則須注意，尤以幼小之小兒，蔓延而起枝氣管肺炎者不少。

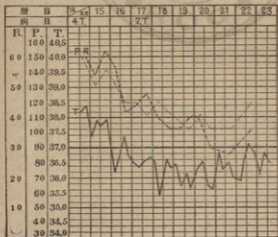
療法 預防法即於氣候變換時，注意勿罹感冒，即在一

日中亦須注意氣候之變化，又當勿接近流行性鼻卡他之患者，其他一般之預防，以增進日常皮膚之抵抗為宜。

固有療法，使其就臥於清淨溫濕之室內，催起發汗，胸部

施行布立斯里持 (Breidens) 氏療法，有熱者以冷水，無熱

第十六圖 無併發症之哺乳兒枝氣管炎



若以溫湯行全胸濕布綳帶（每二時間交換一次），其他施以直接吸入，或以所謂枝氣管釜之蒸氣由臥床之側方送入，藥劑療法用祛痰藥，有水泡音多數時用：

吐根浸 (Inf. Rad. Ipecacuanhae)

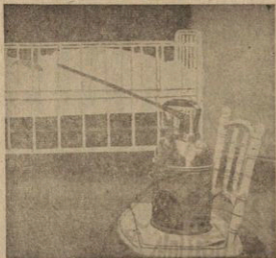
蘇打糖漿 (Syrup simplex)

右每三時服用一茶匙。

(O·1—O·III) 700

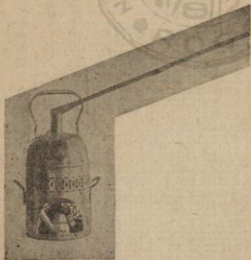
110·0

第十七圖 枝氣管釜



(Nach Pfaundler)

第十八圖 枝氣管釜



及其他小茴香氮精 (Spiritus Ammoniae foeniculatus) 二乃至十滴，一日三回，美遠志浸 (Inf. Rad. Senegae) 等。

有水泡音少而咳嗽劇烈時，六歲以上者用嗎啡（二——五回一公銜），磷酸可待因，二歲者亦可使用，（一日量每二歲用一公毫。）

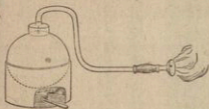
同時有腸胃障礙者，主要之食物療法，藥劑以盡力避用為宜，與以流動體或稀粥，隨病勢減退，乃恢復通常之食物。

### 第三 毛細枝氣管卡他 (Die kapillare Bronchitis)

未滿一歲之哺乳兒屢屢於細小氣管發生卡他，而見化膿性滲出，其原因與一般枝氣管卡他相同，而最多常續發於枝氣管卡他，特以繼發於流行性感胃、麻疹、百日咳為多，有體質異常之小兒，尤有此傾向。

病理 肺臟一般呈鮮紅色，到處有濕性而未見浸潤，壓迫其割面時，由各細枝氣管滴出無數小之膿液塊，檢查粘膜顯明發赤，且脹腫，被有粘液性膿。在組織上之變化，血管顯著充血，在小枝氣管有粘液，多核白血球，及上皮細胞，然肺胞自身殆無異常於枝氣管壁及其周圍組織有小圓形細胞之浸潤。

第十九圖 枝氣管釜



如此平等之變化，係死於短時日間者之所見，長久持續時，以致有小葉性浸潤部、擴張不全、或限局性之肺氣腫者。

症候 一般突發於已有枝氣管卡他存在之後，進行至毛細枝氣管之症徵，即為體溫上昇、呼吸促迫等，呈蒼薇樣之健全皮色之小兒，突然變為蒼白，且現青藍色。

呼吸數甚頻數，一分間達百次以上，吸氣時見其鼻翼開張，呼氣聽診為痙攣性而有顯明之囉音，及吹笛聲，因補助氧供給不足，諸種呼吸肌努力之結果，則疲勞衰弱，呼吸益頻數，且成表在性，咳嗽初起時帶強力之痙攣性者，漸次則成爲無力。

胸部所見，叩診上恆無異常，聽診上初能聽得少數之細小水泡音及飛箭音，其小水泡音較之普通枝氣管卡他發生者，主要初現於後下方部，至後期則各處均充滿細小水泡音，且於後面可叩得極輕度之濁音者。

豫後 通常重篤，尤以有佝僂病或體質異常者爲然，顯著之毛細枝氣管卡他之半數，不出數日即死亡，若經過一週間而未起肺炎者，尙有治癒之望。

診斷 據呼吸促迫及胸部之理學的變化而診斷之，與枝氣管肺炎及大葉性肺炎初期之區別，往往實感困難，以後之經過合併聽診及叩診之所見而得推定之，發於腺病質之小兒時，應考慮是否粟粒結核，但可由結核菌素反應判定之，其他呼吸困難強甚者，有時亦須與狄扶的里或假性格魯布鑑別。

療法 亦如枝氣管卡他，促進發汗，施用纏絡，給與祛痰藥或吐劑，對於有呼吸促迫者，行芥子浴，或以芥子泥

行胸部繻絡，其方法即用一公升之溫水加入二握之芥子末（西洋芥），作成泥狀，侵於布片而輕控之，如布立斯里持氏器法，胸部全體前後面均繻絡，經過十乃至二十分，見皮膚顯明潮紅，然後除去之，且將殘留之芥子粒以溫水完全拭去，最後施用溫濕布，此法一日行一至二回，如施芥子繻絡而不現皮膚潮紅時，可認為豫後不良，氧吸入法效果亦甚顯著，又不絕靜臥於蒸氣室，而吸入溼潤溫暖之空氣，頗有良好之影響，同時因防心臟力之衰弱，與以洋地黃（*Digitalis*）狄茄令（*Digitalen*）或康毗箭毒子酞（*Tinctura Strophanthi*）有急速現衰弱危險之際，則行樟腦（*Camphora*）或咖啡鹹（*Coffeinum*）之皮下注射，必要時可施刺絡。

#### 第四 慢性枝氣管卡他（*Bronchitis chronica*）

慢性枝氣管卡他發生於急性卡他之荏苒或再發之後，或初起即取緩慢之經過而發現，屢屢續發於慢性之鼻咽卡他，尤以好發滲出質、腺病質、及佝僂病之患者，在哺乳兒亦非罕有，屢屢於生後一個月之小兒見之。

第二十四 蒸氣室



(Nach Pfaundler)



症候 主訴咳嗽，當呼氣、吸氣時，於深部聽有喘鳴，但此喘鳴於連發咳嗽時則一時消失，聽診胸部，於濕性之中有大水泡音及乾性囉音，尤多在肩胛骨間部，概無發熱，一般症狀，未被障礙，多發於蒼白而肌肉軟弱之小兒。

本病漸次隨體力之強壯而治癒者居多，更變為急性卡他或起肺炎者有之，應注意者，偶有肺結核兼發慢性枝氣管卡他或以其症狀而發現者也。

療法 有體質病者主當施其療法，即腺病質者獎勵鹽類溫泉，與以魚肝油、碘化鐵等，滲出質者施以適當之營養法，倘僂病者與以磷劑，有腺組織增生者，則截除之。

固有療法，胸部每日行二乃至五回溫濕布纏絡，祛痰藥對於慢性者著效，變化為急性時須用之，一般有好影響者，用碳酸適制木酚 (*Guaiaecolum carbonicum*) (一日三回，每回〇·一乃至〇·二五)，碳酸木榴油 (*Kreosolum carbonicum*, *Kreosolal*) 之乳劑 (五·〇乃至一〇·〇) 二：五〇·〇，一日三回，每回一小匙) 及須羅林 (*Sirolin*) 等。

於分泌多量時，行松節油 (*Oleum terebinthin e*) 之蒸散，對於乾性卡他施行食鹽水之吸入。且須圖體質之強壯，亦為重要，用有榮養之食物，使食慾增進，轉地療養有時亦推獎。

##### 第五 纖維素性或格魯布性枝氣管卡他 (*Bronchitis fibrinosa s. grouposa*)

本病氣管及枝氣管粘膜滲出多量之纖維素，凝固形成假膜，而成白色或黃白色之管狀凝固物，據其喀出此

物而得診定之。

屢屢續發於喉狀扶的里，或併發於格魯布性肺炎，除此以外極少，尤以小兒更爲罕有，有謂於其急性者肺炎菌，鏈球菌等與原因有密切之關係云。

症候 有急性與慢性兩種，急性者兼發熱而有劇烈之咳嗽，呼吸困難，現青藍症，此等症狀因咯出中空索條狀之假膜而緩解（此假膜有形成固有之枝氣管樹狀者），然未至治癒，則更再發，或經數日或數週之後，復現同樣之症狀，遂就治癒，或因假死或衰弱之結果而死亡。

於胸部之變狀爲無格魯布性肺炎併發時，未見有理學之變化，取慢性之經過者，時常復發與急性時同樣之發作，間有持續經過數年乃至十餘年者，此時其咯出之凝固物非纖維素而寧粘液素（Mucin）而成，爲無菌性而往往含有曙光紅（Eosin）嗜好細胞，沙爾科賴登（Charcot-Leyden）氏結晶及庫爾什曼（Kurschmann）氏螺旋體者有之。

診斷 由其咯出中空索條之假膜判定之，無毛細枝氣管卡他之像，又叩診不呈濁音，而有強甚之呼吸困難，吸氣時之陷沒及青藍症等之發現，則可疑爲本症也。

豫後 急性者屢屢起窒息死，慢性時豫後一般無有不良，然難期望持續之治癒者多。

療法 催進發汗，行鹼性溶液（1%酸性碳酸鈉溶液等）之吸入，內服藥與以碘化鉀，更於假膜鬆疎而易剝離時，可試用催吐藥。茲列余等之一實驗例：

號)

## 纖維素性枝氣管炎 (Bronchitis fibrinosa, Bronchialcroup) 之小兒治療實驗 (兒科雜誌第八十五

一九〇六年四月原著者等之治療得有三歲零二個月之一男兒，此兒之病狀，以右肺之下葉似有肥厚，然經輕卒診斷，正當躊躇之際，自一日咯出假膜樣物，翌日又咯出同樣之物以來，患兒之症狀頓受輕快，遂認為有全治之望，不能斷定此男兒是否併發狄扶的里，有無結核，或為格魯布性肺炎，而全經過均無顯著之發熱，輕微之發熱，或由於併發有耳病所致，而未由該方面着想，原著者等熟考而選擇上述之病名，其理由讀以後述之，茲僅述纖維素性肺炎者之梗概。

本病在歐洲亦為少有之疾患，於愛氏內科書關於本病之實驗報告不過百例而已。在日本之報告亦極少，原著者等僅探得東京醫事雜誌第千五百五十五號載有佐久間氏所報告之纖維素性枝氣管炎之一例耳，而患者係一年十九歲之妓女。

本病以罕 (Hiro) 氏發見於初生兒屍體為嚆矢，以後乃有老人之實見，雖能發生於各種之年齡，然以由幼年至中年者，即十歲乃至三十歲者為最多，本病發於小兒者極少，P. Lucas Championniere 氏蒐集之四十三例，十歲以下小兒僅有二人，維爾 (Weil) 氏由文獻搜集之原發性纖維素性枝氣管炎僅有二十例，小兒以十歲乃至十三歲為最多，維爾氏之二十例，年齡在由一歲達十五歲之間，雖男女各半，但普通以女性多於男性。

本病之原因不明，豫後懸惑，治法為對症之療法。

本病為枝氣管黏膜上富於纖維素而迅速形成凝固之滲出物也，其原發性者見於小兒期者罕有，至於繼發性者，有由肺結核而來者，有由上氣道之狄扶的里而來者，有發於傷寒之經過中者，亦有發於格魯布性肺炎者。

症狀於病初或俄然發現高熱，有現胸痛，呼吸困難等，或僅有單純之枝氣管卡他症狀而經過若干日，因卒然有特異之咯出物，乃確定為本病者。要之本病之主要徵候為假膜咯出，假膜為有彈力而鞏固之索條狀，切斷視之，中實或中空，有分歧少者，亦有明顯分歧而形如所謂枝氣管樹者，呈白色或黃白色，咯出此氣管鑄型之凝固物者，即得斷定為本病，當咯出之前，患兒起非常之咳嗽發作，呼吸短促，更有成窒息狀態。

者；然一旦咳出痰塊，則此等苦悶之狀完全消失，於咳嗽發作時，假膜通常包縛於單純結核或圓錐結核之咳痰中，故將咳痰灌滿於水中，則能辨知假膜之本體也。

無併發症，本病於肺臟行理學的檢查即聽診均無異常，不過僅有枝氣管炎之症狀而已，然偶爾併有輕度之肺肥厚 (Adiposa Lungen-Verdichtung) 時，症狀亦隨之而異，則不待言。

本病現脾腫 (者實) 多，無蛋白尿。

以下乃遠原著者等之實見例：

某孩 三歲二月 一九〇六年四月十七日入院

〔遠傳歷〕 父系之祖父患脚氣，祖母斃於不明之疾患，父除曾罹二回傷寒之外，均壯健，不飲酒，母系之祖父死於非命 (溺死)，祖母健存，母僅於十八歲時曾罹過突矣。

〔既往症〕 患兒爲其第一子，未滿月即分娩，分娩極平易，起初即以牛乳哺其母乳不足，發育尋常，未見異常，種痘二回，去年九月曾罹麻疹，同月十五日發高熱，元氣不良。

〔現症〕 體格中等，皮膚蒼白而灼熱，皮下脂肪組織及肌肉瘦弱，頭形尋常，毛髮發生佳良，顏貌有苦悶之狀，額面潮紅，眼瞼結合膜稍充血，瞳孔兩側如常，鼻結膜稍乾燥，無鼻翼運動，由右耳內有膿性滲出，右耳無變化，無頸腺腫脹，咽稍充血，扁桃體亦稍膨大，但未見假膜等腐敗構造如常，心音清晰，心音稍亢進，右腳下葉呼吸音微弱而濁，聽有少數之小水泡音，腹部稍膨大，脾臟觸診軟而顯明觸之，體溫三十八度八分，呼吸比較的安靜，脈搏整正面緊張如常，無青紫症，未見浮腫、發疹。

處方：

(1) 吐根浸 (O · II) (Infus. Rad. Ipecacuanhae)

半地黃葉浸 (O · III) (Infus. Fol. Digitalis)

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

八〇〇〇

八〇〇〇

一〇〇〇

右二日量，一日三回分服。

(一)鹽酸檸檬劑 (二)冰蘆 (四)吸入

〔經過〕 四月十八日，舌被輕著，胸部所見同前，食慾不良，軟便，咳嗽增加，左側耳濁。十九日，有胸膈，腹部柔軟，胸部右前第二肋間以下呼吸音微弱，右後第五胸椎之高度以下呈輕濁音，呼吸音微弱，左側呼吸音銳明。

處方：

吐根浸 (O·II) (Infus. Rad. Ipecacuanhae)

八〇〇

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇〇

右二日量，一日三回分服。

二十日 元氣不振。二十三日 右後部第七胸椎之高度以下呈濁音，呼吸音極幽微，側部不呈濁音，咽發赤，有喀痰，口氣放惡臭。

處方：

水楊酸鈉 (Nat. Salicyli)

一一〇

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇〇

水 (Aq.)

八〇〇

右一日量，一日三回分服。

檢查此臭氣之喀痰，有約四公分長之凝塊，以水清洗之，為白色而成管狀，以後濁音界稍減少。

二十四日 再喀出約一·五公分與前相同之凝塊，以後則呼吸音到處明晰而濁音部消散，耳漏如前。(二十三日及二十四日在凝塊物喀出之前，忽然現顯著之呼吸促進，喀出後則忽然消失。) 二十五日 右前下呼吸音微弱，右後下部輕濁，食慾仍不良，尿未含蛋白，木藍素 (Indican) 得證明。二十六日 胸部至右後下腋窩部枝氣管音顯明，而聽有中水泡音在第七胸椎之高度以下呈輕濁音。

處方：

(1) 碘化鉀 (Kalium jodatum)

〇・四

尋常糖漿 (Syrup simpli)

一〇・〇

水 (Aq.)

七〇・〇

右二日量一日三回分服

(1) 赤酒 (Vinum rubrum)

一五・〇

尋常糖漿 (Syrup simpli)

一〇・〇

水 (Aq.)

七〇・〇

同前。

二十七日 右後下聽濁，雖呼吸微弱，但未聽得枝氣管音，咳嗽輕減，食慾稍復。二十八日 右後下同前，耳漏甚減，食慾良好，無

咳嗽咯痰。二十九日 右後下聽有明顯之枝氣管音，叩診上呈濁音。五月一日 右後下及右前下呼吸音銳，有右後下枝氣管音，而呈輕

濁。

四日 右後下聽有枝氣管音及少許之水泡音。

處方：毛地黃葉浸 (〇・五) (Infus, Fol. Digitalis)

七〇・〇

尋常糖漿 (Syrup simpli)

一〇・〇

右二日量，一日三回分服。

六日 食慾良好，咳嗽輕微而無咯痰，耳漏猶存在，右後部在肩胛下角二指橫徑以下呈濁音，枝氣管音顯明，枝氣管壁強，尿偏蛋白及藍

木素反應。七日 右後下有小小水泡音，枝氣管濁音之度不如以前之強，梗成粥狀而含黏液，附有血點。

處方：(1) 胃液素 (Pepsinum) 稀鹽酸 (Acid, hydrochlor, dilutum)

(1) 甘汞 (Kalomel)

〇・〇一

乳糖 (Saccharum lactis)

O · III

右爲一包，一日三四分服。

八日 昨日有五回之不安。

處方： 腸洗液。

十日 右後下呼吸音弱，聽有小水泡音，稍有抵抗。十一日 發汗多，右後下第九胸椎之高度以下，有枝氣管音，未聽得水泡音，耳漏如前，昨日無便，食慾良好。十四日 排泄有形便，熱度下降，濁音與枝氣管音不明，吸音微弱，而有少數之水泡音。十五日 食慾及精神

佳，顏面稍成浮腫狀，而顏色蒼白，無舌苔，胸部右後下呈弱枝氣管音，肩胛下角以下依然呈濁音，呼吸音弱，觸得肺臟尖端，慢性良好。

處方： 稀鹽酸檸檬劑 (Acid, hydrochloric dilut Limonad)

胃液素 (Pepsin)

白糖 (Sacchari albi)

O · I  
O · III

右爲一包，一日三四分服。

十八日 肺臟存在，右後下有大及中水泡音，呼吸音弱，右側耳漏猶存在。

處方： 去其冰蘆。

二十一日 右後下呼吸音較前聽有多數之中度水泡音。二十三日 耳漏兩側均未增惡，皮色蒼白，右後下部呼吸音較前而有中度

之水泡音存在，肺臟如前。

二十八日 右後下部呼吸音弱。二十九日 精神佳，哺乳良好，發汗多，生有汗疹，胸部右後部稍覺微痛，耳漏兩側均存在。六月一

日 有輕熱，皮色蒼白，汗疹，胸部右後部未聽得濁音，亦未聽有水泡音，食慾良好。三日 完全無熱，皮膚猶呈蒼白色，胸部漸爲陰性，但耳

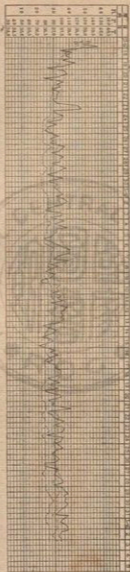
漏猶存在，食慾及精神甚佳，本日許其出院。

通覽上述病歷，遺傳歷無可注意之點，既往症除一九〇五年九月罹麻疹之外，僅於一九〇六年三月二十日起右耳漏，四月十五日繼發



高熱，但至十七日入院，熱之消長不詳，十七日入院後乃記有溫度表耳，由十八日左側亦發生，胸部所見由入院時限局於右側肺下葉，於此部位輕濁而呼吸音弱，偶亦聽有少數之水泡音而已。至二十三日有特異之喀出物，次於二十四日，又有同樣之情形，於是胸部所見起一大變革，從來之變常一日消散，然翌日（二十五日）再於該部位發現較原來之部分小而輕度之異常，近來其部位之變異一進一退，僅於五月十四日變常不明，由十八日起濁音消失，至六月三日，胸部所見為陰性，遂許其出院，（出院後亦未繼續發生異常）肺腫由初診時即存在，蛋白質於經過中均未發見。

圖十一 肺結核性肺炎



此病兒喀出者雖未呈樹枝狀，然有類似氣管鑿型之形狀，大部分中空而成管狀，主為鞏固而有彈力之白色，由纖維素而成之凝固物，隨此物喀出，則肺部所見一旦完全消失，雖再發現症狀，但僅於五月十四日而已，以後胸部所見則為陰性矣。此次其前後日雖未得喀出物，但亦屬奇事，本症為原發性纖維素性枝氣管炎而兼肺肥厚者乎？被侵襲之肺雖限局於右下葉，然與格魯布性肺炎之輪型，臨床上之實見等，有不能確定者，恰如慢性肺炎，然亦不得認為結核症，故肺胞內之排出物，除纖維素之外，為圓形細胞乎？血球乎？脂化上皮乎？竟由何等物質而成，原書者等雖不詳知，但已下如上之診定。因此病在小兒如上所述極為少有，故不願及觀察之缺點，而仍將其公佈之。



## 第六 枝氣管喘息及喘息性枝氣管卡他 (Asthma bronchiale und Bronchitis asthmatica)

本病現發作的呼吸性呼吸困難之疾患，爲呼吸器系之官能性神經病，而爲純粹之枝氣管喘息者頗爲稀有，多數爲兼枝氣管卡他所發之喘息性枝氣管卡他。

原因 有遺傳之關係，即兩親曾經過本症，或至今猶患此症者，又多發於片側頭痛及其他神經病的素因之小兒，尤以有慢性濕疹者、淋巴性體質、腺增殖症、慢性鼻卡他等，屢屢發生本症，又如有上述之素因者，殆每年初冬之際，當有輕度之枝氣管卡他而發喘息性性質，其他間有見於枯草喘息 (Heuschnu) 者。

年齡雖多在五六歲以後，哺乳兒期已現特有之發作者有之。

症候 與大人相同，有短時間不快感之後，突然起劇烈之呼吸困難，即營延長之笛聲樣之難澁之呼氣，各呼吸補助肌動作，腹部強烈緊張，又於吸氣時上腹部現陷沒，現青藍症，屢屢發冷汗。

聽診胸部，呼吸音弱，有甚多之笛聲及飛箭音，叩診呈高調之紙匣音 (Schachtelton)，又在年長之小兒有粘稠之哮喘，檢查之，時而見有沙而科，賴登 (Charron-Leiden) 氏結晶，庫爾什曼 (Kurschmann) 氏螺旋體及曙光紅 (Krain) 嗜好細胞者，脈搏細小且頻數，發作之持續有數時間，或達數日，小兒大爲衰脫，而經過數週乃至數月更復發作，如斯達數年之久。

小兒之喘息性枝氣管卡他，大多每當新枝氣管卡他發生之際，而呈喘息之呼吸困難，聽有多數笛聲樣囉音，

起肺膨脹，其呼吸困難漸次緩解，枝氣管卡他屢屢取遲遲之經過者多。

豫後 一般佳良，發作隨溫暖之季節而去，又屢屢有一二年之後或超過兒童期而漸漸消失者，偶有貽留肺氣腫者。

診斷 其診斷之基礎為急性肺擴張與呼吸性呼吸困難，除歇斯的里性、尿毒性喘息之外，又須與吸氣性呼吸困難區別，其他鑑別上重要者為結核，幼少者及哺乳兒於枝氣管淋巴腺有結核性腫脹時，亦現同樣之症狀。

療法 轉地療法對於年長之小兒有效，使其呼吸他地之空氣為宜，或送至海岸或山間，如不可能時，使其行注意於呼吸之體操運動，其他對於食物亦試行全然變更，例如從來主以牛乳榮養之小兒，此時與以除牛乳以外之混合食，或於若干時期給以食鹽少量之食物或無脂肪之食物。

藥劑於發作之際，每數時間反覆與以可待因（ $O \cdot O \cdot O \cdot O \cdot O$ — $O \cdot O \cdot O \cdot O \cdot O$ ）嗎啡（與小兒年齡相當之公絲（*Miligranem*）水合三氯乙醛（*Chloralum hydratum*）（灌腸用）顯茄浸膏（*Extractum Belladonnae*）（哺乳用）三乃至五公絲）更長久服用碘化鉀、碘化鈉。

處方例：

碘化鈉（*Natrium iodatum*）

尋常糖漿（*Sirup simpli*）

水（*Aq.*）

右一日服用二食匙。

1.0

10.0

100.0

## 第七 枝氣管擴張 (Bronchiektasie)

雖有先天的枝氣管擴張之存在，但屬之者極爲罕有，多見於三歲之小兒，續發於急性險惡之肺臟疾患，就中有最密切之關係者爲百日咳，其他又併發於麻疹、肺炎、及肋膜炎等。

病理 概於肺臟下葉之枝氣管擴張成圓柱形或囊狀，如豌豆大，或有達鷄卵大者，粘膜萎縮，而失去纖毛，上皮細胞，囊內內容物爲細菌移植之好培養地。

症候 互數時間之咳嗽持續爲其特徵，尤以於晨早小兒最爲苦悶，當其咳嗽之末，屢屢有放惡臭之多量咯痰，胸部概於後下部聽取大水泡音，呈空洞症徵者罕有，而於咳嗽前所呈之鼓音或輕度之濁音，隨咯痰排出則完全消失。

經過 頗緩慢，兼有輕熱，一般併發多少之枝氣管卡他，且將來有發肋膜之粒連、心臟之變位、慢性之循環障礙者，呈鼓桴狀指者有之。

診斷 與結核性空洞之區別，須行結核菌素反應及喀痰檢查。

豫後 不能謂爲佳良，大的擴張殆無治癒者，普通早晚起併發症而斃。

療法 努力於體力之強壯，施行對於枝氣管卡他之療法，其他爲呼吸運動、胸部之按摩、呼氣時之胸廓壓迫及松節油之吸入，重篤時可施行外科的手術。

## 第八 枝氣管肺炎 (Bronchopneumonia)

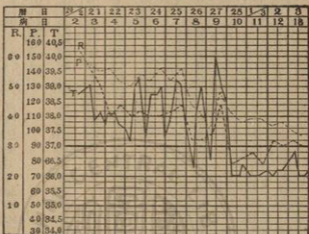
炎症進至毛細枝氣管時，多數更進而達於肺胞及肺胞間組織，肺胞因被白血球及肺胞上皮細胞所充滿，於是起炎症浸潤而移行於枝氣管肺炎，於毛細枝氣管卡他已起之孤在性小浸潤至枝氣管肺炎者，則擴大於一定範圍而作肺炎竈。

原因 爲細菌學上之原因者，有肺炎菌、葡萄狀菌、鏈球菌、卡他性菌等，其他之細菌雖偶亦有爲其原因者，然一般罕有，唯流行性感菌，屢屢有重要之關係，然幼小之小兒，尤以陷於營養障礙之小兒，往往見全然無菌性之肺炎，嚙下性肺炎由分娩時嚙下羊水而生，又於年長兒起於傷寒等體力衰弱之際，又於扶的里後麻痺因喉部麻痺之結果，吸入流動體，而惹起嚙下性肺炎。

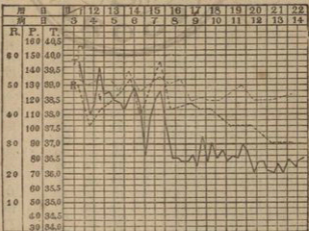
最危險者莫若麻疹及百日咳時之枝氣管肺炎，麻疹爲各種細菌蕃殖最好之機會，通常隨發疹之經過急速而起肺炎。於猩紅熱見之者雖爲罕有，然其既起者多急速死亡。

病理 枝氣管粘膜腫脹，而有膿性之分泌，肺胞壁有小圓形細胞之浸潤，肺胞腔被圓形細胞及肺胞上皮細胞所充滿，其他肺細胞間組織亦有同樣炎症浸潤，但纖維素則無之，最初肺炎竈沿終末枝氣管發現如粟粒大，後則如豌豆大乃至胡桃大，呈赤褐色，更增大時則成楔狀，遂至浸及全肺葉，而同時於肺臟邊緣部起肺氣腫，又各處見有膨脹不全部。

第二十二圖 枝氣管肺炎



第二十三圖 枝氣管肺炎

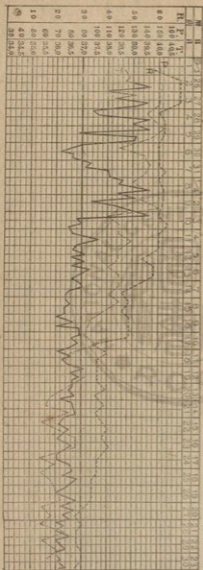


症候 枝氣管肺炎之多數，由已存在之枝氣管卡他尤以毛細枝氣管卡他而起，其症狀有體溫上騰、不安、食慾減退、呼吸促迫、及脈搏頻數等，自其上氣道之卡他而至起肺炎，頻數日乃至二週；反之，有突然以嘔吐、發熱而發生者，嘔吐雖即休止，但遺食慾減退，熱與格魯布性肺炎相異，而不成稽留性，通常朝早下降，夕昇騰達三十九度乃

至四十度，脈搏與熱相當而數增加，反之，呼吸數頗多，且稍成呼吸困難，呼吸促迫，尤以於呼氣時為顯著，吸氣時現鼻翼之開張運動。

胸部之理學的變化，最初有少許小水泡音之高調而稍有響性者，吹噓樣 (Hauchend) 者漸次變為明瞭之枝氣管呼吸音，而至發多數有響性小水泡音，理學之變化最初認得者，多數在肺臟下緣部及肩胛骨間部，次於下葉全部聽有枝氣管雜音，屢屢隣接部分之呼吸音成粗銳，此乃有浸潤之表示者也。一二日之後片側或兩側之下葉起浸潤，聽有枝氣管呼吸音，又互全胸部有枝氣管雜音，叩診上其異常處往往不能證明間或不過有輕度之濁

第二十四圖 枝氣管呼吸



音及鼓音，然通常沿脊柱有比較的濁音，據X光診察時，與浸潤部相當之部位，見有散在性之陰影。

枝氣管肺炎之病狀極為多樣，決不呈單一之病像，或因肺炎病竈小而熱低，一般障礙頗輕微，或甚重篤而急速死亡。

其他有循環器系之障礙，即脈搏頻數而細小，尤以青藍症現在指頭、口唇等。又屢屢兼消化障礙，尤以哺乳兒及幼小之小兒顯明，偶有因而發生危險者，即有腹瀉、鼓脹，有排出粒液、血性便者，又有呈腦膜炎樣症狀者，小兒稍現意識渾濁，而有無慾狀態，或頗不安而發譫語，更有起痙攣者，尿排出量減少，得證明蛋白者不少。

豫後 定其豫後如何，第一關係，為病竈之廣狹及小兒之全身狀態，年齡亦有重要之價值，尤以生後六個月乃至二歲者，罹病數最多，且死亡者亦衆，據何爾忒（Holt）氏之統計如左表所示：

年 齡	肺 癆 病 數	對於全數之%	死 亡 率	年 齡	肺 癆 病 數	對於全數之%	死 亡 率
第 一 歲	二二四	五三%	六六%	第 四 年	一〇	一%	一六%
第 二 歲	一四二	三三%	五五%	第 五 年	四	一%	〇
第 三 歲	四六	一一%	三三%				

診斷 以上述理學的變化為基楚，偶有須與肺結核鑑別者。

療法 豫防方法，有枝氣管卡他時，使其靜臥於空氣新鮮之溫暖室內，當注意營養及看護。

枝氣管肺炎之固有療法，大體與毛細枝氣管卡他相同，使其靜臥於溫暖之室內，行蒸氣噴霧，或入於蒸氣室。



內，蒸氣室爲有一定寬廣之箱形小室，其中設有臥牀，使小兒安臥，由一箇孔置入蒸氣噴霧器，送入蒸氣於箱內而充滿之，經數時間至蒸氣消失，則排出之，如斯則患兒得不絕在濕潤之空氣中以營呼吸。青藍症強甚而有呼吸困難者，行氧之吸入屢屢有著效，其他須行布立斯里持 (Briestli) 氏胸部纏絡，或施如前述之芥子纏絡，尙有多數人稱揚冰治療法。

藥劑療法，雖有用祛痰藥即吐根、美遠志 (Iridium Senegale) 小茴香氣酒精 (Spiritus Ammoniac aromaticus) 等，然多無著

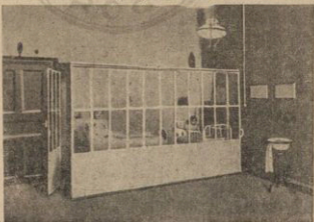
效，寧用濕布吸入等之外，而用興奮強心藥爲適當，皮下注射之奏效較內服充分，即用樟腦油 (一〇%之比溶解於洋橄欖油者，一回一箇，一日一回乃至數回)，安息香酸鈉咖啡鹼 (Coffeinum-Natrium benzoicum) (一〇%之水溶液而殺菌者，一回用四分之一箇乃至一箇，一日二三回)，狄茄令 (Digitalin) (〇・〇二乃至〇・五，一回注射量) 之注射或內服。

處方例：

毛地黃浸 (Infusum Digitalis) (用典年齡相等之公厘)

七〇・〇

第二十五圖 蒸氣室



(nach Pfandler)



尋常糖漿 (Sirup sempl.)

右二日量，一日數回，每回一茶匙。

安息香酸鈉咖啡酸 (Coffei-Nat. benzoi)

尋常糖漿 (Sirup sempl.)

蒸餾水 (Aqua. dest.)

右一日三乃至六回，每回一茶匙。

對於經過緩慢者與以克療瑣他耳 (Kreosotol) 碳酸

木餾油 (Kreosotum carbonicum) 金雞納 (Chininum)

及其他之解熱藥 (安替比林 (Antipyrium) 水湯酸鈉

Natrium salicylicum 等)。

第九 格魯布性肺炎 (Kruppöse Pneumonie)

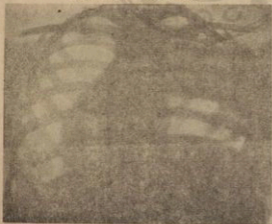
格魯布性肺炎為急性之肺炎症，主於一肺葉起炎症，而

呈一定特有之病型者也。格魯布性肺炎尚有纖維素性肺炎

(Pneumonia fibrinosa) 大葉性肺炎 (Lobäre Pneumo-

nie) 急性真性肺炎 (Akute genuine Pneumonie) 及常

第二十六圖 右上葉之肺炎



(Pneumonie)

一入〇

一〇〇

〇・一一一〇

五〇

一〇〇〇

因肋膜同時被犯之肋膜肺炎(Pleuropneumonie)等名稱。

原因 格魯布性肺炎爲一種傳染病，認爲由夫楞克爾(Fränkell)及淮希塞爾巴烏姆(Weichselbaum)兩氏發見之鎗狀菌(Fränkell-Weichselbaumsche Diplococcus pneumoniae)爲其病源，其他有夫利德楞得氏菌(Friedländersche Bacillen)偶爾鏈球菌、大腸菌等亦爲其原因云。

本病發生雖稍有流行之形，但決非觸接傳染性，因健康者之口腔粘膜亦常得證明鎗狀之肺炎菌，而本病之發生須有一種機會的原因，其最重要者爲感冒，間亦有因外傷爲其發生之機會者。

就年齡而論，舊時雖相信於小兒期少有，但決不然，不過生後三月以內罕有，以後則顯著增加，而以二歲乃至五歲之小兒爲最多。

小兒期各年齡之格魯布性肺炎之比較(據何爾忒 Holtz 氏)

年齡	(標病數)	(百分數)
第一年	七六	(一五%)
第二—六年	三〇九	(六二%)
第七—十一年	一〇四	(二一%)
第十一—十四年	一一	(二%)

就於季節而論，春季多，初秋最少，據康比(Comby)氏如次：

一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二
月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月
二一	三八	四〇	四五	五三	三五	二四	一三	一三	一〇	一四	一〇

病理 病理解剖上之變化與大人相同，多數侵犯全肺葉，或其大部分有病變。第一期（炎症期 *Anschopp-pung*）組織一般充有充血，肺胞上皮細胞瀰漫腫脹，而有漿液滲出；第二期（赤色肝變期 *Stadium der roten Hepatisation*）該組織硬度增加，而成肝臟樣，剖面暗赤色而呈顆粒狀，顆粒狀即等於肺胞內容物之赤白血球及脫落之肺胞上皮細胞由纖維素而聯合者也；第三期（黃色肝變期 *Stadium der grauen Hepatisation*）赤血球消失而成貧血性，同時陷於脂肪變性，次則漸漸軟化而融解；第四期（即融解期 *Resolution*）遂再成含氣性，大約肋膜每起纖維素性，又屢屢於後期起漿液性化膿性之炎症。

被犯之肺葉以右上葉及左右下葉為多，何爾忒氏就十四歲以下之小兒格魯布性肺炎九百五十例，得如次之統計

右肺	
僅犯上葉者	一七六
僅犯中葉者	一一一
下葉被犯者	一六八
數葉被犯者	七七
計四三三	

左肺

- 僅犯上葉者
- 下葉被犯者
- 數葉被犯者

九三

二六三

三七

計三九四

一三三

四一

六九

計一三三

兩肺

- 兩側上葉被犯者
- 下葉被犯者
- 兩側交互被犯者

症候 年長之小兒（凡七——八歲者）其發病與大人完全相同，突然訴戰慄及胸側刺痛；然在幼小者，則不盡然如此，雖屢屢有惡寒、蒼白以代之，但前驅症狀發嘔吐、痙攣者不少，又有前數日間先現倦怠、不快、輕微之咳嗽等，流行性感冒併發之格魯布肺炎之際，則發現於有熱性枝氣管卡他之後。

其他與大人相異者，即胸側刺痛，而訴腹痛代之，幼小者好將胸部之疼痛指示於腹部，故雖有訴疼痛在腹部者，但亦不應診定其原因必存在於腹部。

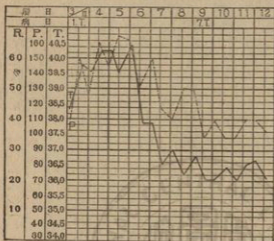
肺炎發生而熱昇騰，則小兒欲就褥，而有重病之感，眼球帶光澤，頰部潮紅，呼吸促迫而於呼氣時呻吟為其特有（*Expiratorische Seufzen*）脈搏頻數而緊張。

咳嗽在初期不顯著，或竟缺乏，咯痰在年長者為玻璃樣透明而粘稠，呈赤褐色，時而有血液混入，然幼稚者不能咯出，每常嚥下，則難見其性狀。

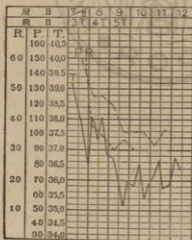
格魯布性肺炎之初起一二日間，難見胸部之變狀者多，經驗少者或認為係其他之急性傳染病發現，而漸經過三日間，時而四日、五日間、或更遲之時間，乃得診定肺有浸潤部者不少，尤以上葉被犯時，此種情形更多，其間有三十九度乃至四十度五分之發熱，小兒有不安、睡眠障礙，並訴食慾不振、口渴等。

胸部變狀與大人相異，而屢屢不明瞭，濁音不顯明，由輕叩診有稍稍短音而帶微之鼓音，由X光檢查，炎症

第二十七圖 第五日分利



第二十八圖 第五日分利



(原著者實驗)

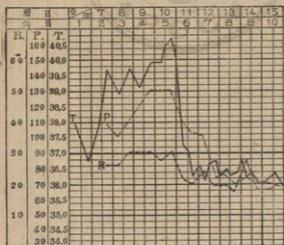
之初發部常在肺臟之門部，由此波及於其周圍，聽診在小兒甚為重要，得認識其變異較叩診為早，然小兒不如大人能遵從醫師之命令而營呼吸，或因肋膜疼痛而呼吸淺短，呼吸音有難聽取囉音者，或反之不絕啼泣，而營不規則之強呼吸，兒科醫於叫泣之際，而行聽診，頗為重要，故須練習之。因號泣時聽診則浸潤部比健康部之呼吸音銳，即所謂枝氣管笛聲之顯明，又當注意於吸氣之間成水泡音之有響性，小之病竈或中心性肺炎，則於諸處聽診泣聲而求其異常，若最初在腋窩有呈枝氣管笛聲者，尤當注意。

肺上葉之中心性肺炎缺乏濁音者多，枝氣管笛聲表示浸潤為唯一之表徵。

除稽留性熱候、呼吸音異常之外，屢屢見口唇匍行疹，由病初多於肺炎之隆盛期，至此時則呼吸益頻數，一歲者計有五十、六十，偶爾甚至九十，年長之小兒計有四十、六十，乃至七十次者，有輕度之青藍症，發短而疼痛性之咳嗽，呈甚重篤之狀，然一旦起分利之際，則症狀顯著變化。

當分利 (Purg.) 時兼有發汗，睡眠安靜，體溫在十二時間及至二十四時間內，由四十度內外而降至常溫，或降至常溫以下，而衰弱雖尚顯著，但食慾發生呼吸數減數，日中元氣

第二十九圖 第六日分利



(原著者實驗)

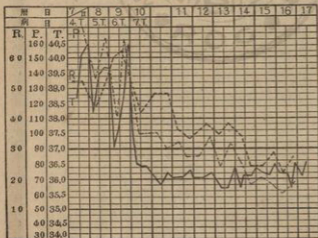
顯明恢復，現分利以第七日爲最多，然腰屢有多少之差異，茲列舉何爾忒氏之表如左：

分利日	第二日	第三日	第四日	第五日	第六日	第七日	第八日	第九日	第十日	第十一日	第十二日	第十三日	第十四日	第十五日	第十八日	第二十日	第二十六日	
例數	三	二	二	四	三	八	八	三	一	三	二	七	三	五	二	二	一	一

斐爾 (Feyer) 氏記載有一日而分利者 (一日性肺炎)，當起分利之際，併不兼發胸部之理學的變狀，尙經過數日方能聽取細小水泡音，亦有例外在分利後叩診上始呈濁音，且能聽取枝氣管呼吸音者，其他有體溫降至常溫下而再昇騰者，即在真正分利之前表示突然之下熱，所謂假性分利 (Pseudolysis) 是也，間亦有階梯的漸次下熱者。

如低熱繼續二三日，次更發高熱時，則爲其他肺葉新被侵犯之證，(所謂遊走性肺炎 (Pneumonia migrans))，特以隣接之肺葉續發於他側之下葉者多，此時又於該部聽取枝氣管呼吸音。

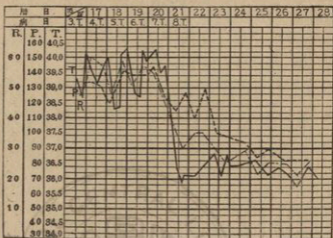
第三十圖 第七日分利



(原作者實驗)

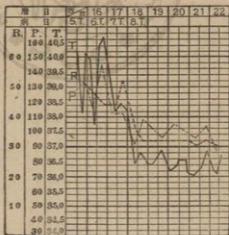


第三十一圖 第八日分利



(原著者實驗)

第三十二圖 第八日分利



(原著者實驗)

關於第三日之分利，原著者有一確實之實例，即係原著者之第四女，年齡八歲零八個月，一九一四年五月七日晨赴御茶之水師總附屬小學校，午後接到在校內嘔吐之報告，遂家人接之，午後三時歸家，發現惡寒戰慄，四肢之尖端厥冷，且呈青藍症，次行檢溫為三十九度六分，前



後發嘔吐三四回，並吐出膽汁體溫益升，超過四十度而稽留，時時切齒，無咳嗽。

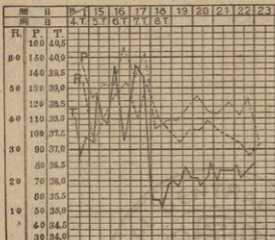
〔現症〕 胸部右側下方有枝氣管雜音出沒，而於右後下部當深呼吸之際呼吸音稍帶枝氣管音性，加以叩診上有鼓濁音。

〔處置〕 胸部應以濕布心臟及右胸後下部放置冰袋，頓服甘水（○・三），次以食鹽水一公升洗腸，而排出普通便，飲用炭酸水

（Berloriwasser）內服狄若令（Difalco）。

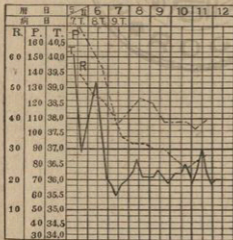
〔經過〕 五月八日咽無異常，膝蓋反射亢進。五月九日，在胸後下部濁音消去，尚帶鼓聲，呼吸音變銳利，五月十日，嘔吐停止，而生其思。

第三十三圖 第八日分判



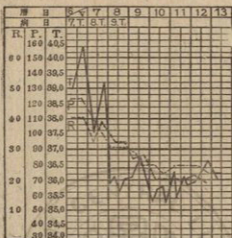
（原著者實驗）

第三十四圖 第九日分判



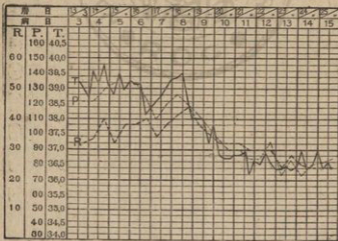
（原著者實驗）

第三十五圖 第九日分利



(原著者實驗)

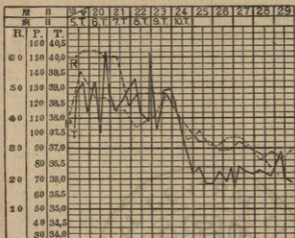
第三十六圖 第十日分利



(原著者實驗)

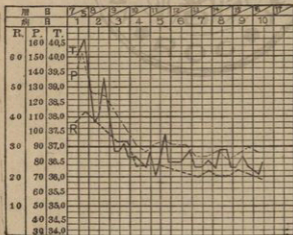
於胸部右後下部呼吸音粗烈。五月十四日，胸部所見陰性。  
肋膜同時亦起炎症者多，而起漿液纖維素性或膿性之滲出，虞胸膜繼續格魯布性肺炎而發生，心包亦同樣

第三十七圖 第十日分利



(原著者實驗)

第三十八圖 第三日分利



(原著者實驗)

起炎症，然此時滲出液不甚強，心包摩擦爲因有肺炎部雜音之故，難於聽知，由解剖之結果而得知之，格魯布性肺炎時併發之心包炎，其預後不良，概歸死亡，其他有起心肌炎。又偶有見骨節、骨髓及腦膜等併發症。格魯布性肺炎兼發腦膜炎樣症狀者，殊以小兒爲多，而於腦脊髓液中未見肺炎菌。在稍長之小兒時而有無

慾狀態，一時性之半側手足麻痺，在幼小者尤屢屢有似子癱樣發作之起病而發現，最重要者為腦膜炎型 (Meningeale Form der Pneumonie) 主發於三歲至七歲之小兒，訴嘔吐、頭痛，有頸部強直，一時性之斜視、昏睡、譫語等，如認為流行腦膜炎，必更兼有四肢之攣直、皮膚之知覺過敏等，因上述一般症狀之顯著，故有忽視胸部肺炎之存在者，發現此種腦神經症狀者多為上葉肺炎，而此等症狀隨起分利即迅速消失。

**鑑別** 本症與枝氣管肺炎之鑑別，雖無治療上之價值，然對於豫後有重大之關係，須注意熱型之性質、炎竈之部位、及匍行疹，如浸潤在下葉，且同時兼有枝氣管卡他之際者，則當認為枝氣管肺炎。其他小兒期之諸種熱性病，例如傷寒、粟粒結核、腦膜炎、及肋膜炎等，屢屢亦為鑑別上之問題。

除理學的檢索之外，同時檢查血液及尿，對於此等諸病之鑑別為最要事項，格魯布性肺炎於發病第一日白血球頗為增加（一立方公分中達四萬），尿中氯化物大為減少或完全消失。

**豫後** 概為佳良，比較枝氣管肺炎良好多矣，又較諸大人之格魯布性肺炎亦為良好，蓋歸因於小兒之心臟力比大人之抵抗大也。其死亡率為百分之三乃至百分之五，危險者為有營養障礙、佝僂病者及急性傳染性疾患，尤以併發傷寒、麻疹、百日咳之際為然，又起心包炎者概歸死亡，有膿胸併發症者，施以適當之療法，亦多能治癒。

**療法** 治療無併發症之格魯布性肺炎，主要者為衛生的看護，使其靜臥於空氣新鮮之溫暖室內，食物尤以對於幼小者須選擇流動食物，隨其食慾而與之，須避免過飲，年長之兒童與以稀粥、肉羹汁、雞卵、果汁等，尤以給與多量之檸檬劑、糖水、牛乳、茶等飲料為宜。

解熱藥之使用不僅非爲必要，却對於心臟有惡影響，當避用之。胸部行冷濕布纏絡，每隔數時間交換一次，或將患兒置入微溫水中，更可行冷水灌注。祛痰藥亦無使用之必要，偶於分利之後用之（吐根浸、小茴香氣酒精等），對於心臟當繼續注意，有衰弱之慮時，即用毛地黃、咖啡鹼、樟腦等。

毛地黃葉 (Folia Digitalis) (作成浸劑隨年齡用 〇·一五——〇·六，二日分服)。

狄茄令 (Digitalin) (一日三次，每回三——十滴)。

安息香酸鈉咖啡鹼 (Coffeinum-Natrium benzoleum) (作水劑，哺乳兒用 〇·〇五——〇·一，年長小兒用 〇·三——〇·五)。

拉麥 (Romer) 氏肺炎菌血清，其效果猶未得一般之信用，分利後尙需靜臥數日爲宜，恢復期與以營養價多之食物，並用強壯藥。

處方例：

金雞納樹皮浸膏 (Extract chinæ)

〇·五——1·0

橙皮糖漿 (Sirup. Aurantii)

10·0

蒸餾水 (Aq. dest.)

100·0

右每二小時服一茶匙——一兒匙。

金雞納樹皮煎 (Decoct. cort. chinæ) (五·〇)

90·0

馬拉加酒 (Vinum malaga)

10·0

右每二小時服用一茶匙——一兒匙。

## 第十 慢性肺炎 (Chronische Pneumonie)

慢性肺炎大多續發於枝氣管肺炎，爲炎性浸潤之融解而不充分吸收，肺臟間質起結締織之增生，尤往往起於流行性感冒、百日咳、麻疹等之經過中，又續發於肋膜炎。

症候 繼續於普通肺炎而互數月時日乃表現浸潤之徵候，有濁音、呼吸音微弱、枝氣管呼吸音、及細小水泡音，通常多在上葉尤以右側爲多。初有熱候，爲弛張性，或偶爲間歇性，後側回復常溫者多，皮膚蒼白而呼吸促迫，年長之小兒有吐血線而混在喀痰內。

豫後及診斷 有互數月或數年存在者，或經一二月而吸收雖消失，但屢屢起肺萎縮，肺萎縮限局於小部分時，無顯著之障礙，往往起結核、惡病質、或枝氣管擴張而死亡。

診斷上與肺結核之區別頗困難，又須與乾性肋膜炎及膿胸鑑別。

療法 除一般療法之外，與以強壯藥，謀體力之健全，使其居留空氣新鮮之土地或海岸，又有實用二碘化鐵糖漿 (Sirup. Ferri jodab) 補劑、磷等。

## 第五章 肋膜炎 (Krankheiten der Pleura)

## 肋膜炎 (Pleuritis)

小兒期之肋膜炎亦與大人相同，以纖維素性、漿液纖維素性、纖維素膿性、及化膿性之滲出液發現；然與大人相異之點，即漿液纖維素性炎症比較之少，而化膿性肋膜炎即膿胸頗為多數是也。本病大多發於五歲以上之小兒，雖有在初生兒患敗血症之部份症狀而起者，然自生後六月以後其數乃為增加，五歲以下者占全數小兒膿胸患者之三分之二，六歲乃至十歲者占四分之一，十一歲乃至十五歲者占十分之一，在五歲以下之百四十五例中，一歲者四十六、二歲者三十、三歲者二十二、四歲者十六之比例，而在六七歲以後則發生漿液纖維素性肋膜炎漸次增多，患者女兒較男兒為多，關於節季以一月乃至五月之間為最多。

肋膜炎往往為原發性之發生，或稍有如原發性者，然忽視原因與肺炎有密切之關係者不鮮，總之小兒肋膜炎大多數為續發症，併發於格魯布性肺炎之際最多，其他續發於枝氣管肺炎、枝氣管卡他之後，隣接器官之炎症如枝氣管淋巴膜炎、心包炎、脊椎及肋骨癆、腹膜炎、盲腸炎等，尚有發於急性傳染性疾患之際者。

據細菌學上之所見，則纖維素性及漿液性肋膜炎所見者為肺炎菌、葡萄狀菌、鏈球菌、及結核菌（少有）；反之，化膿性滲出物之際，主要者為肺炎菌，約占百分之八十，據勒特爾 (Locher) 氏之統計如左：



年	齡	類	肺	炎	菌	結	核	菌
大人	一五四例		二四·九%		四一·二%		一七·六%	
小兒	九十一例		八〇·七%		三·三%		五·五%	
	八十一例		六五·四%		九·九%		七·四%	

即小兒膿胸多為肺炎菌；反之，大人因鏈球菌而起者為多，併發急性傳染病者，雖多為葡萄狀菌及鏈球菌，但偶有見傷寒、狄扶的里、結核等病原菌。

病理 乾性肋膜炎於兩肋膜有瀾濁及黏連，表面失光澤而充血，縱橫纖維素相通；滲出性者有帶黃色之漿液，或透明或稍瀾濁，漿液入纖維素絮狀物，間有出血性，而混有多數白血球時，則成膿性滲出物。

滲出物之吸收後，混有索狀或平板狀之黏連，間有起一乃至二公釐厚之結締組織之肥厚，同側之胸廓現陷凹，又引起肺臟之萎縮、枝氣管擴張等者不少。

(1) 初生兒敗血性肋膜炎 (Septische Pleuritis der Neugeborenen) 其經過以全身的敗血症為其症徵，肋膜間之膿含有鏈球菌，叩診上有濁音，於生前雖得認識，然多數於解剖之際始能發見，豫後全然不良。

(1) 哺乳兒之纖維素膿性肋膜炎 (Eitrige Pleuritis des Säuglings) 此亦往往於生前不顯明，當解體之際乃得發見，呈炎性浸潤之肺葉周圍，見有絨毛狀或厚被膜狀之結締組織生成，然起於無肺炎而由縱隔竇之淋巴管炎，或起於原發性者，此肋膜炎性滲出之黏着力甚強，而毫無融解之傾向。

本病初如肺炎由高熱呼吸迫速而起，胸部絕不致發現顯明之症狀，反於數日之內在心包內及各處關節腔



惹起膿性滲出物，二週以內取不幸之轉歸，華卜萊爾氏所謂「漿液膜之多發性化膿性炎症」之特種疾患之名稱，與本病相同。

(III)化膿性肋膜炎、膿胸(Empyema Pleuritis, Empyema) 膿胸之起始，多難下正確診斷，尤以哺乳兒已於肺炎中而發生膿性肋膜炎，由肺炎症狀漸次移於肋膜炎症狀，然又一方面，其病初暫發高熱，次乃發生肋膜炎症狀者，其滲出液蓄積，起於急速之際，呼吸迫速尤為顯明，又訴疼痛，而其疼痛屢屢指示於胃部，小兒好取側臥位，尤好臥於滲出液之側。

望診 胸部之患側強直，而當呼吸時，運動不顯明，此時肋骨間部膨隆，叩診上呈完全之濁音，叩診小兒胸部應避過強，因強烈之叩診，或他側肺臟共震而致完全不現濁音者有之，且於健側沿脊柱有線狀濁音界，反之，又於患側無線狀濁音之部分云。（拉喜萊斯及漢堡克爾氏）與此同樣之變化更於胸部前面亦得見云。左側有滲出液時，則心臟被壓迫於右方，右心臟濁音界超過右胸骨緣，心尖及心音較通常之位置轉於右方；反之，右側膿胸之際，不僅心臟被壓迫左方，且肝臟亦被壓迫於下方。

聽診不如大人之明瞭者多，屢屢呼吸音殆與普通無異，或有稍銳者，通常聽有稍深左而有響性之枝氣管呼吸音，於濁音部上略聽有明瞭之枝氣管呼吸音，滲出液減少時，則聽有摩擦音或捻髮音。

膿胸之經過一方面關於其廣狹如何，若膿液量少，則被吸收而貼留癥痕被膜，然多量時，則難望自然吸收，或破潰於肺實質組織內而吐出一部，或膨隆於外部，遂突破胸壁者有之。（*Empyema necessitatis*），膿胸之取

死亡轉歸，基於肺臟之機能不全，心臟衰弱，惡性質，或心包炎。

膿胸之豫後如何，與原因菌之種數有關，由肺炎菌來者最良，因鏈球菌而致者時，則有高熱而呈傷寒樣症狀，續發腹膜炎，敗血症者多，又腐敗菌為其原因時，則發生氣腫，而有起氣胸者，預後一般不良，結核性之化膿性肋膜炎皆一般稀有，其預後不良。

(四) 漿液性纖維惡性肋膜炎 (Serofibrinous Pleuritis) 此種肋膜炎亦有如膿胸而發病緩慢者，續發於急性傳染病及肺炎，即於急性疾患後小兒完全不能恢復健體，無食慾，羸瘦，而有不定型之發熱，疼痛尤以咳嗽之際訴之，叩診及聽診上之所見及轉位症狀，與膿胸時相等。

漿液性肋膜炎之大部分為結核性，又有時為佝僂質斯性。即年長之小兒續發於急性關節佝僂質斯，或於咽峽炎之後起漿液性滲出，而此種往往起於兩側，為無菌性，且於後者之際屢屢併發腎臟炎。

漿液性肋膜炎之豫後，比較膿胸佳良多矣，取死亡之轉歸者頗少，多數於數週或數月後，則滲出液消失，然全無痕跡而完全吸收者，則殆無有，肋膜貽留多少之粘連及結締組織，尤多於後下部，恆數年現輕度之濁音及呼吸音之微弱者有之，或起粘連而心臟牽引於患側，甚至起胸部之變狀，脊椎側彎等者亦有之。

診斷 單純之纖維素性肋膜炎，據摩擦音即可知之。滲出性肋膜炎，其治療之方法對於將來之治癒及生命，皆有重要之關係。故須充分確實診斷，叩診上有完全之濁音者當為肋膜炎，由聽診於濁音界聽有枝氣管呼吸音及有響性細小水泡音時，當確定為炎症的浸潤（肺炎及結核）也。反之，呼吸音唯有微弱之際，則當疑為肋膜炎。

然如前述有滲出液之處，不僅能聽得明顯之呼吸音，或有呈枝氣管呼吸音者。其為真有滲出液存在乎？滲出液為漿液性乎？抑為膿性乎？可依試驗的穿刺而確定之。此時如刺入結締織被膜中，則無液汁流出，又穿刺肺臟時，血液則被吸引於穿刺器，均當注意之。穿刺針之管腔不宜用狹隘者，因濃厚之膿液難於通過也。

療法 使患兒絕對的靜臥，與以流動食物，患側置冰囊，胸部施以微溫濕布；漿液性者因妨止其滯溜，應圖發汗及利尿，內服藥用水楊酸鈉、阿司匹靈等。

處方例：

(1) 水楊酸鈉 (*Natrium salicylicum*)

11.0—12.0

甘草汁 (*Guccus liquoris*)

適宜

燕窩水 (*Aq. Olear.*)

150.0

右一日五回，每回服用十公分。

(2) 阿司匹靈 (*Aspirin*)

0.011—0.11

乳糖 (*Saccharum lactis*)

0.11

右為一包，一日服用三包。

靜臥須持續至漿液之完全吸收止為宜，呼吸平靜而無熱時，可使其安靜起坐於牀上。

漿液性滲出由靜臥及上述之處置，雖多數能比較的速度為自然吸收，然於滲出液多量而吸收遲緩之際，可用利尿藥，又至發現呼吸困難，青藍症等時，則行穿胸術，而排出其滲出液。

處方例：

(三)利尿素(Diuretin)

〇・三乃至〇・六

瀉鹽水(Aq. dest.)

九〇・〇

尋常糖漿(Sirup. simplex)

一〇・〇

右每二小時間服一兒匙。

(四)毛地黃葉浸(Infus. Fol. Digitalis) (〇・一二)

一〇〇・〇

醋酸鉀溶液(Liquor Kali acetic)

一・五

尋常糖漿(Sirup. simplex)

一〇・〇

右每二小時服用一兒匙。

胸痛劇烈時，不得已可用磷酸可待因(Codeinum. phosphor.)、非沃斯流浸膏(Extractum Hyoscyami fluidum)、莨菪浸膏(Extractum Scopolise)年長兒用嗎啡(Morphinum)等，又患部塗布碘軟膏(Unguentum Jodi)年長兒塗布醚性油劑。

行穿胸術(Thorakozenese, Punctio pleurae)先用 Pravatz 氏注射器行試驗的穿刺，確定液之滯留以後，以套管針穿刺，次連結樹膠管而受滲出液，或以 Potain 氏吸引器取之，其量不須充分，僅取一公升之四分之一乃至四分之二，其餘任其自然吸收可矣，單行試驗的穿刺(Probepunktion)因刺戟而急速起吸收者不少。

化膿性肋膜炎能自然吸收者頗為稀有(以後舉有原著者經驗之一例)，通常不可不早日行排膿，雖有穿刺術(Einfache punktion)排膿管插入(Heberdrainage Bülow's)胸廓切開術(Einfache Thorakotomie)

及肋骨切除術等諸術，但此時因膿液須完全排出，故行肋骨切除術 (Rippenresektion) (部分的) 爲最良之方法，而肋骨腔之洗滌不能奏效，對於治療寧爲有妨害，故當避免之。

於恢復期徐徐復歸平常生活狀態之際，或送至海濱使其行體操、呼吸運動等。

對於病後之貧血與以金雞納皮煎 (Decoct. cort. chinæ) 二碘化鐵糖漿 (Syrupus Ferri jodati) 等。小兒膿胸由自然吸收而全治之一例 (醫事新聞第六百九十五號)

關於膿胸既有洛波克拉斯特(Hippokrates)氏之記載，故知有本病存在之事實，雖已閱多年，然近代細菌學之物與而應用於臨床上，吾人於膿胸之本體，尙未詳知，幸現今不勞吾輩後學之徒，而以先人所研究肋膜腔之內容之結果爲借鏡，得確定因何種之微體乃發生本病，而求其治療之方法，且本病之預後，一旦而得知之。

開拓本病細菌學方面，樹立偉功者爲佛蘭克爾(Frankel)氏、雅科威斯克(Jakowitsch)氏及勃特爾(Bottel)氏亦與以力焉。

膿胸由佛蘭克爾(A. Frankel)氏之卓絕檢索，其原因大別分爲或因肺炎菌、或因結核菌、或因膿膜性球菌(葡萄狀球菌及鏈球菌)、或因混合傳染者，爲不可否認之事實矣。

第三十九圖

藍勞(Bilau)氏將尿管插入



(nach Pfaunder)

原著者等不涉及其他，唯就西歷一八八六年佛蘭克爾氏之發明見肺炎雙球菌，又佛蘭克爾氏肺炎菌為原因之肋膜炎（Metapneumonische Pleuritis, Pneumopleuritis）於此述之。

馬爾芬（Malton）氏及該爾哈特（Gerhardt）氏謂發於肺炎之肋膜炎雖無統計調查，但為數最多云。

漢肯巴赫氏等就二十六回之小兒膿胸實驗，其中二十五回均與格魯布肺炎有關，唯一回由猩紅熱所致云。

俄羅孫巴赫氏曰：在小兒之格魯布性肺炎，間有續發膿胸者。

佛特爾氏檢出佛蘭克爾氏肺炎菌，在二十八人之小兒膿胸占五三·六%，在八十一人之大人膿胸占一七·三%云。

雅科威斯克氏就五十二人之諸種肋膜炎患者，檢出佛蘭克爾氏肺炎菌者有二十七回，而非結核性者之多數由於肺炎菌，又曰：肺炎菌於肺炎發之肋膜炎，多能檢出之，但時而與鏈球菌及諸種醃性球菌而起者有之。

由上述併發於肺炎之膿胸并非稀有，尤以小兒之實驗為多，得以推定之，而此種小兒病之性質良歟抑不良

翁萊氏曰：由佛蘭克爾氏雙球菌而起之肋膜炎，取著明難易之經過。

斯特盧門伯爵氏曰：繼發於肺炎之膿胸，比較的良好。

雅科威斯克氏等謂：膿胸細菌檢查之成績為陽性，雖有自然治癒者，但大多抵抗力極少，與佛蘭克爾氏菌有關。

俄羅孫巴赫氏謂：吾人單獨有佛蘭克爾氏肺炎菌之存在，雖即可預定其預後良好，但有諸種之醃性球菌，亦不能斷言不良，何則？蓋後者由切開術而有迅速治癒者云。

埃爾斯德爾克氏曰：肋膜炎與肺炎有關係者，除少數之例外，其他均為良性，為治療上之要件也，此基於細菌之生存力比較的弱之故。

是以吾人治療肺炎膿胸易於治癒也，故知佛蘭克爾氏菌容易死滅。

膿胸者自然放任而能全治與否，可參看左列先述之意見：

俾得爾或氏曰：小兒期之膿胸由吸收作用而癒者甚少，或殆無之。

韋氏曰：據布幾何大之膿胸不能吸收，選擇適當之時期，而以手術的排除膿液，有漸漸治癒者。

韋斯特氏曰：膿胸之吸收雖非不可能，但通常困難而被檢。

俄羅孫巴赫氏云：膿胸滲出物往往由氣管或穿過外表而發自然吸收。

埃培特那阿爾氏曰：膿胸雖由吸收或外部排洩而治癒，但屢屢有形成骨性側彎者，且隨身體之發育而增進。

武維爾受氏曰：膿胸雖間有不穿孔而消失者，然大都實穿胸膜或外表而治癒，是等治癒甚為稀微。

賽茲氏曰：中等度之肺炎膿胸，存留若干時間而突然吸收者有之，多量之膿液如不施行人工除去，則有貫通肺臟而由氣管排洩者，但往

往往留 *Peripneumonitis* 或 *Empyema necroticatis*。

埃得斯實氏謂吾人未見膿胸自然吸收之確實實例，患兒概經多少之時間起惡病質之進行或腐敗傳染，死亡之原因由腎臟及肝臟之

澱粉樣變性，間惹起膿發結核。

由是觀之，則膿胸之自然吸收者甚少，雖有穿過肺臟或外表而治癒者，但屢屢起氣胸，或遺留側彎，瘻孔等。膿胸大人與小兒無區別，於適

當之時期，行適當之方法，即行單純穿刺，或布勞（*Bullau*）氏法，或單純切開，或鑿肋骨切除之切開等諸法，即遲至所謂「膿胸必去」一須除

去肺臟之壓迫，一須避免膿質變換所及之影響，為原則，極為重要，而膿胸之肺臟或穿貫於外表等之例證，又研究其結果之學者曾有 *Hennoch, Beitrage für Kinderheilkunde 1871 & A. D. Fapine u. C. Picot, Grundriss der Kinderkrankheiten*

1878 二書載之。日本之文獻雖有伊藤、高田、野村、馬島、長塚等諸氏之膿胸實驗，田代氏之因膿胸而致之高度骨性側彎，渡邊氏之膿胸向內

方破綻而自然治愈之一小兒患者之實驗，伊藤氏之小兒膿胸單純穿刺，比較的治癒等之報告豐富，然原著亦有一小例，想亦非杏林之贅述

也。

患者 *S. S. S.* 年齡二歲零二個月 一千九百零五年五月十三日入院

（遺傳歷）父方之祖父母至高齡因不明之病症而死，父健全而未嘗罹顯著之疾患，不飲酒喫煙，唯盡職造尺之工作，母方之祖父因傷

患 *S. S. S.* 年齡二歲零二個月 一千九百零五年五月十三日入院



寒而死，羸母尚健在，母僅於十八歲時曾罹傷寒，無流產及早產，母之一妹死於心臟疾患。

〔既往症〕 患兒係足月生產，分娩之際無異常，約一年間僅以母乳營養，漸次移於常食，發育尋常，未曾罹病，經過種痘二回。

本年四月十六日 夜中急速發熱，稍發短咳，至翌十七日熱雖下降，但至夕刻再上昇，近來弛張速進，四月十九日，乃乞醫藥，而下肺炎之診斷，至四月二十八日漸次輕快，五月一日再發熱，而至今仍食思不振，元氣亦不良，睡眠不安靜。

〔現症〕 體格中等，為稍羸瘦之一女兒，皮膚蒼白而稍有熱感，無發疹浮腫，顏貌正常，脈搏達百三十，中等大而緊張尋常，呼吸為胸腹式而計六十次，喉門及骨縫均已閉合，頭髮之發育佳良，眼瞼結合膜稍貧血，瞳孔大如尋常，而光線反應無變化，眼球運動未見障礙，鼻翼隨呼吸而運動，口唇無青藍症，舌苔輕若，咽稍發赤，無扁桃體肥大，頸部觸有三三之小淋巴腺，胸部左前上部呈鼓音，左前下部凡三分之二濕，左後部鼓濁，呼吸音弱而間有枝氣管音，心臟界上界不可，右界在右胸骨緣，心尖搏動在第四肋間而稍乳線內，心音不清。

腹部稍膨滿，柔軟而未觸有腫物，又無抵抗，觸知脾臟及肝臟，音往正常，四肢亦未見異常，膝蓋及 Achilles 腱反射亢進，有足現象，腹反射亢進，體溫三十七度五分。

尿中未見蛋白，重氮色素 (Diazon) 反應陽性，有水藍素 (Indican) 痕跡。

處方：

(1) 水楊酸鈉 (Natrium salicylicum)

水 (Aqua)

橙皮糖漿 (Syrupus Aurantii)

右二日量，一日三四分服。

(1) 毛地黃葉浸 (Infus. Fol. Digitalis) (O. 1)

水楊酸鈉 (Nat. salicyl.)

橙皮糖漿 (Syrup. simpl.)

1.0

60.0

100.0

60.0

1.0

100.0



水(Aq.)

六〇〇

有二日量，二日三四分服。

五月二十四日 左前上部呼吸音弱而短，左前下部呈鼓音，左後上部短，呼吸音弱，肩胛下角枝氣管音顯明，食思良好。

五月二十五日 熱高，元氣不良，胸部前面第二肋骨間腔以下濁呼吸音弱，左後部鼓濁，呼吸音弱而聽有中水泡音，無苦苔。

五月二十六日 左鎖骨下窩以下呼吸音弱，於左後肩胛間部枝氣管音顯明，面有中水泡音，左後下部有多數小水泡音，而呼吸音稍高。

處方：(一)毛地黃煎浸(Infus, Fol. Digitalis) 停服

(11)水楊酸鈉(Nat. salicyl) 停服

(111)水楊酸安替比林(Antipyrinum Salicylicum)

乳糖(Sacchar lactis)

〇・15

有爲一包，高熱時一日服用二回。

(四)浣腸。

(五)布立斯里持氏藥法。

五月二十八日 由浣腸而排便。

五月二十九日 胸部左前第三肋骨下濁，呼吸音弱，左前上部聽有枝氣管音，左後部呼吸音弱而濁。

五月三十日 腹部膨滿，左胸後面聽有枝氣管音，呼吸音弱，有少數小水泡音存在，由浣腸而排便。

處方：(1)水楊酸安替比林(Antipyrin, Salicyl.)

乳糖(Sacchar lactis)

〇・15

有爲一包，一日服用二回。

(11)美藻志浸(Infus. Radicis Senegae) (1・0)

六〇〇

尋常糖漿 (Girrup. simpl.)

100.0

右爲二日量，一日三次分服。

五月三十一日 如胸部所見，體重九六〇〇公分。

六月二日 左前乳線以下呼吸弱，尤以腋窩部爲然，左後部呼吸音弱，肩胛間部有中水泡音，下方小部潤而尤弱。

處方：水楊酸鈉 (Nat. salicyl.)

1.0

尋常糖漿 (Girrup. simpl.)

100.0

水 (Aq.)

600.0

右二日量，一日三次分服。

六月三日 所見同前。

六月五日 三日來熱下降，胸部左前上及在後上有抵抗，左後有少數之中水泡音，左前呼吸音弱，食思及元氣佳良。

六月六日 左前呼吸音弱，側方叩診上早鼓音，左後在第四胸椎之高度以下早鼓音，呼吸音高。

六月八日 所見同前，體重增加四〇〇公分，面成一萬公分。

六月十日 呼吸數七日以來降至四十以下，前面呼吸音高。

六月十三日 皮膚甚污穢。

六月十四日 呼吸音漸次高，而無潤音。

六月十五日 左前呼吸音弱，僅在乳線之下方，左後呼吸音如常。

六月十六日 左患側之呼吸音較右側仍弱。

處方：稀鹽酸胃液素 (Acid hydrochloric dilut. pepelm.)

處方：停服。

六月十七日 左後稍弱，體重增加二百公分，面成一萬二百公分處方：除去冰袋。

六月十九日 左胸有枝氣管雜音。

六月二十日 左前始正常，左後呼吸音猶稍弱，元氣良好。

六月二十一日 胸部所見完全為陰性，命其入浴及步行。

六月二十二日 體溫榜上昇。

六月二十四日 未見胸部異狀。

六月二十五日 完全治癒而出院。

如上所述原著者之一小例，爲勒特爾氏所唱多發於小兒之肺炎膿胸之模範的例症，膿之細菌調查每回均檢出佛蘭克爾氏菌，而排膿之時期雖每回均小心從事，但無施特別方法之必要，僅用通常之 *Parsons* 注射器取出不到半立方公分（三分之一立方公分）之膿液，不過以 *Porain* 取得少許之凝血，然對照如病歷所示胸部之所見，又有心臟稍轉位之狀，膿液雖比較多量，然原著者主張由自然吸收而得全治亦無不可，故原著者相信因此實例爲純粹之自然吸收，故敢公佈之。



## 第八編 結核症 (Tuberkulose)

小兒之結核大體與大人之結核無異，然其症狀及療法等不無特異之點，以下所述僅欲舉列小兒結核之特徵而已。

傳染病之徑路 關於小兒結核之傳染徑路，雖諸家之主張各異，然欲窮其真理，唯有待諸異日耳。茲大別諸說為次列三種：

出產前傳染 (Infektion vor der Geburt)

外氣性傳染 (Aerogene Infektion)

腸性 (食物性) 傳染 (Enterogene (Alimentäre) Infektion)

出產前傳染者，即胎兒在母體內之時間，已被傳染者也，母體之結核菌含於卵細胞，因而惹起胎兒發生結核，是曰卵性傳染 (Ovuläre Infektion)，又有因母體之結核菌使胎盤成結核性，次則通過胎盤而移行於胎兒，胎兒遂成爲結核性，稱曰胎盤性傳染 (Plazentäre Infektion)，如斯之事固爲可能，且據動物試驗亦有確實之證明。又有所謂精液性傳染 (Spermatische Infektion) 之說者，即父體若罹結核，則結核菌含著於精蟲內，而使胎兒起結核云也；然如此之精蟲當不能使之受胎，故此說無信之者，要之，即出產前傳染，雖爲可能之事實，然果較出產後傳染爲多與否，吾人尙未判明之矣。

多數之研究者，由結核性兩親所生之初生兒，試行波爾開氏結核菌素反應，其結果終為陰性，東京醫科大學小兒科教室吉田學士就百餘名之初生兒，試行波爾開氏反應，殆均得陰性之結果。

外氣傳染為數最多，即由患者喀痰之結核菌而附着於塵埃，及由患者直接傳染者也，尤以小兒於匍匐之生齒期最為危險，依外氣傳染為多數者，因肺結核及枝氣管腺結核之夥多，而得推察之也。

食物性傳染事實上較外氣傳染為少，但於小兒反不料如吾人想像以上之多數，以前白令 (Behring) 氏雖倡導，主由含有結核菌之牛乳而罹結核，但亦非必然，蓋於日本不飲用牛乳之鄉村小兒，仍患結核亦復不少而得知之，牛乳是否如此，可暫置不論，但由膠扁桃體炎及發爾達伊埃爾 (Wardhael) 氏扁桃體輪多為結核侵入之門戶，與乎腸間膜結核之不少等，亦可測知，故結核傳染之由消化器者，不可忽視也明矣。

侵入人體之結核菌有人結核菌型 (Typus humanus) 與牛結核菌型 (Typus bovinus) 為確實之事實。據尋培喜埃氏統計五十例之小兒結核死亡患者中，人結核菌為四十五例，牛結核菌型為三例云。

據科塞爾 (Koszel) 氏統計如次：

	患者	數	牛結核菌(百分數)
骨及關節結核	六九	四・三%	
結核性腦膜炎	二八	一〇・七%	
全身結核	一三四	二二・八%	

頸腺結核  
肺部臟器結核

一〇六  
四七

四〇・〇％  
四九・〇％

據夫拉扎爾(Plasch)氏榮養與菌型之關係如次：

管	養患	者	數人	型牛	型人	型及牛
牛	乳		四一	三	三五	三
人	乳		二六	一九	七	—
計			六七	二二	四二	三

關於牛結核菌之價值，雖諸家之報告寥寥無幾，但此菌型不應附之等開為要。

發現 小兒結核症為小兒疾患中占多數者之一，尤以在都市日常診療之患者中為數更多，然以數字上表示之，依其標準則不免有差異，依死亡者之解剖所見之統計與於生體施結核菌素反應，而其結果之陰性之統計，自有差異也。

哺乳兒因其抵抗力弱，故因結核而死亡者不少，且一般小兒罹結核而斃者亦為數不少。  
據一九〇〇年北美合衆國統計，一千人因結核而斃者依年齡分別如左：

年	齡	人	數
〇—一	一〇—一五	二〇—二五	三〇—三五
一—二	二〇—二五	三〇—三五	四〇—四五
二—三	三〇—三五	四〇—四五	五〇—五五
三—四	四〇—四五	五〇—五五	六〇—六五
四—五	五〇—五五	六〇—六五	七〇—七五
五—六	六〇—六五	七〇—七五	八〇—八五
六—七	七〇—七五	八〇—八五	九〇—九五
七—八	八〇—八五	九〇—九五	一〇〇—一〇五
八—九	九〇—九五	一〇〇—一〇五	一〇六—一一一
九—十	一〇〇—一〇五	一〇六—一一一	一一一—一二一



據射曼 (Sherman) 氏之普魯士國 (Prussia) 之統計，一千人因結核而斃者之年齡分別如左：

年齡	0—1	1—2	2—3	3—5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—40
人數	42	26	14	18	29	26	78	103	110	169

依臨床觀察之統計，尙未包括關節結核、腺結核等之死亡者，但時而疑似之肺炎浸潤却包括在內，故無評論之價值，不過聊供參考而已。

一九〇五年度日本之結核症統計如左：

年齡	肺結核	核結核性膿腫炎腸	結核	核其他臟器之結核
0—1歲	770	1083	377	21
1—2歲	639	662	581	19
2—3歲	443	379	658	15
3—4歲	415	317	535	10
4—5歲	327	1133	437	11
5—10歲	1758	645	1304	9
11—15歲	3594	1333	1381	8

反之，由病理解剖上之所見而觀察者，當足爲信憑，漢堡該爾 (Hamburger) 氏舉列各年齡之死亡者中，有結核者之百分數，乃知隨年齡增長而增加。

年 齡 〇——一——二——四——六——一〇——一四  
 人 數 一五〇 四〇〇 六〇〇 五六〇 六三〇 七〇〇

又依結核菌素反應之統計，亦足信賴，當舉列其結果，漢保該爾及蒙提氏見臨床上無結核徵候之五百〇九人之健康兒，行結核菌素反應，均為陽性，可知結核有足驚人事實潛在矣。

年 齡	〇	一	二	三	四	五	六	七	八	九	一〇	一一	一二	一三	一四
人 數	九	二〇	三三	五二	五一	六一	七三	七一	八五	九三	九五	九四	九四		

日本諸家之試驗成績略為一致，然鄉村之小兒與都市之小兒則有差異。

此等結果，貧民之小兒，與上流社會之間，甚有差異，據什諾斯曼氏謂：上流社會之小兒漸漸只見五勞之陽性數云，如此則結核可謂一種貧民疾病矣。

診斷 結核症之診斷，固須注意遺傳的關係，既往症，及體質等，然於此僅就臨床上使用之結核菌素反應及結核菌之檢索法述之。

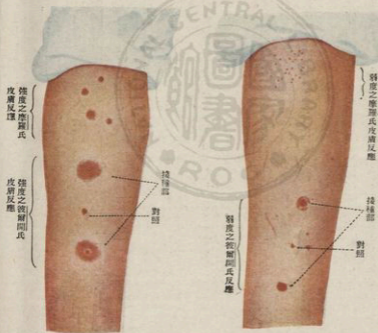
有機體因受結核菌傳染時，則生一種抗體，此有機體受結核菌素及結核菌之作用，則生一種毒性消化產物，即彼爾開氏之所謂 Apoptoin 也，生此 Apoptoin 之先，於結核菌侵入之局部生所謂局部反應 (Localreaktion)，又於抗體貯蓄最豐富之結核處，起病竈反應 (Herdreaktion)，其他又惹起始發熱，不快等，全身反應 (Allgemeinreaktion) 普通診斷上使用簡便之結核菌素 (Tuberkulin) 反應法，即利用此局部反應者也。

(一) 彼爾開氏皮膚反應 (Pirquet'sche Kutanreaktion) 在小兒片側之前腕伸展面，用醚或酒精慎重洗滌，待乾燥後，點下未稀釋之舊結核菌素於距離各十公分之二點，各點下一滴，取彼爾開氏針，其尖端以火焰殺

菌，漸漸迴轉穿刺，上述二點之中間之一點，用以對照之，更穿刺已點結核菌素之部分，此時加壓，僅以表皮之損傷為適度，決不可使其出血，然用力過於輕微，又無何等之效果中間之對照點，以翌日形成痂皮之程度為宜。

結果為陽性時，局部通常二十四時間以內生紅色之丘疹，其直徑計五——十五公釐，（直經五公釐以下時，結果亦為陽性，）時而四十八時間後，丘疹之周圍見有稍微隆起之淡紅之暈輪，若反應強度時，丘疹上生含有漿液之小水疱，作潰瘍生癩痕而治愈。

第五表



結核菌素皮膚反應

異常反應 (1) 惡病質性反應 (Kachektische Reaktion) 僅生丘疹，而其色不鮮明，又着色之度有變換，屢屢見於腦膜炎及麻疹之際。

(1) 腺病質性反應 (Akrophthische Reaktion) 丘疹上生苔蘚樣之發疹，治如見於摩羅氏軟膏反應之際者云。

(11) 遲鈍反應 (Torpide Reaktion) 1111日乃至八日之後乃發現反應者也，於臨床上發於不能證明結核者或已受過治療之人也。

(四) 二次反應 (Sekundäre Reaktion) 屢屢見於年長之小兒及大人者也，第一次無反應，第二次試驗約八月後始呈陽性反應者云。

上述第三及第四之異常反應，殆無診斷上之價值。

(11) 曼托 (Mantoux) 氏皮內反應 (Intrakutane Reaktion) 此種試驗雖甚確實，但其操作複雜，故於彼爾

開氏反應為陰性時，而更欲確定其診斷，須用本法，如本法亦為陰性，當可斷念矣。

即選擇細注射針而有精密度數之注射器 (Reord 氏之注射器為宜)，吸舊結核菌素一公絲 (mg.)，即

1% 溶液之十分之一立方公分，充分注射於皮膚之表面，如結果為陽性，則生潮紅疼痛性之浸潤。

(111) 皮下穿刺反應 (Subkutane Reaktion) 與第二法相同，唯此種係注射於皮下，是其異點也。

(四) 摩羅氏軟膏反應 (Morosche Salbenreaktion) 混合同量之舊結核菌素與無水羊毛脂，取豌豆大之量，於背部或腹部之皮膚五平方公分之處所塗擦一公分間，有結果為陽性時，則於潮紅之基底上密接發生小苔

癬樣發疹，為與彼爾開氏有同樣價值之方法也。

(五) 佛爾夫、愛司賴耳、卡爾美忒氏眼反應 (Voll-Fischer-Calmettesche Ophthalmoreaktion) 點 1% 結核菌素液於結合膜，則結核患者發生結合膜炎，本法對小兒因遺留永久之炎症，故不常用。

結核菌素反應陰性時，更當反復試行皮膚反應或皮內反應。

陽性結果者，亦不能謂爲均罹結核症，或爲對於結核形成有抗體者，或爲一日受結核傳染者，故須與臨床觀察相候，乃得斷定爲結核症。

結核菌素反應於有結核而治癒之人，年長之小兒，或大人反應微弱者，又要較結核、結核性腦膜炎之後期，應疹以前，以稍多量之結核菌素而己受疾治之人，其反應有強弱或缺如者。

(六) 結核菌檢索法 因小兒嚥下喀痰，故須以棉球採取咽喉之粘液而檢查之，或由胃內溶物、糞便檢索，由尿及腦脊髓液依 Antifermin 法集遠心器之沈澱物，可見結核菌。

如此所得之沈渣塗於蓋玻璃或載玻璃，乾燥之後施加雷忒 (Galle) 氏染色法，先用西爾 (Ziehl) 氏石炭酸一品紅 (鹽酸蒞薇苯胺) (一品紅 Fuchsin 1.0 + 無水酒精 10.0 + 二十倍石炭酸水 100.0) 滿載於玻片上，火焰上漸漸加溫，至液面有蒸氣上升爲度，暫時放置而傾注液，次 (二) 滴下加雷忒氏液 (四倍硫酸水溶液 100.0 + 十次甲藍 Methyleneblou 1.0) 約放置三十秒間後洗滌而檢索，結核菌呈紅色之桿菌，得與他菌鑒別。

然除結核菌之外，亦有如恥垢菌之抗酸性之桿菌存在，如臨床必須鑒別時，則移植於天竺鼠之腹腔內爲良。

第四十一圖 結核菌



症候 結核亦如梅毒其經過大略可區別爲三期初期以原發感染之症狀及腺腫脹爲主要症候第二期則病狀擴於全身，或成肺結核，或成爲結核性腦膜炎之時期；第三期採取慢性之傾向，漸漸陷於衰弱，由原發感染而經一年以上之時期也。

結核之潛伏期雖不一定，約爲二三週。

於初期之全身症狀，主爲發熱、羸瘦、及貧血。發熱不過高，昇降於三十七度乃至三十八度，以日晡潮熱爲其特徵，兼於發熱屢屢見有盜汗，初期發熱有被忽視者，故須精密之檢查，更欲確實，須由肛門測定，雖爲輕度，然必見體溫昇騰。羸瘦由漸漸起始，兼有食慾減退，倦怠之感，而至發現頰肉陷沒，肋骨肩胛成稜狀，在哺乳兒突然成顯著之羸瘦，或反之，有毫不現羸瘦者，陷於惡病質則皮膚萎弛，甚至粘膜亦呈蒼白。

要之，初期之症狀甚無定型，似乎不得要領，然能悟其視診之綱要，則其間自有不易之點存在，而得斷定其爲結核，此時彼爾開氏反應亦爲必要，應勿失其無遺憾療法之機會，而求他種療法也。

初期之局部症狀，雖由原發感染所在之部位而有差異，但普通最多因氣管及枝氣管淋巴腺之腫脹而成症狀，即因腺腫脹而壓迫氣管及枝氣管而有發咳嗽者，此種咳嗽甚爲固有，而帶犬吠性及空洞性，並兼鎖骨性，而爲發作性發現，其甚者則連續而來，使人疑爲百日咳之初期，如爲百日咳注意觀察，必於一二週內發現吸氣性牽引，即吸氣性啼泣音 (Roaring)，而結核之咳嗽寧爲呼吸時所兼之呼吸困難，據喜克 (Schick) 氏曰：此呼吸時之呼吸困難，爲哺乳兒結核所特有云，此因哺乳兒之氣道菲薄而柔軟，易受壓迫乎？

此腺腫脹以X光照射時，由其陰影而得確實診斷。又熟練之醫師因據脊椎棘突起叩診法，第一及第二胸椎之部位呈輕濁音而得知之云，但屬於至難之事，彼爾開氏謂寧注重於右側肩胛間腔之濁音云。

哺乳兒往往有於初期呈乾酪樣變性之淋巴腺之枝氣管已破潰，而發結核性枝氣管炎及乾酪樣肺炎者，其症狀即現乾性咳嗽、消耗性發熱及衰弱。此時與大葉性肺炎之區別，因無連續熱與不分行及經過長久而得判別之；與慢性小葉性肺炎依結核菌素反應即可區別焉。

第二期為結核菌入血液中，而於種種組織及臟器形成結核竈之時期也。

欲於血液中求得結核菌，亦知傷寒之不易，須依 *Antichinia* 法集菌，加雷忒 (Gale) 氏法染色，然能發見者固多數，但於初期後均少，每常必不能發見，尤以小兒為然。

結核菌入血液中，則發生粟粒結核，而成腦膜、肺臟、全身組織及臟器之疾患，或限於一臟器及一組織之結核性疾患，即結核性腦膜炎、肺結核、骨結核是也。腦膜炎、肺結核、及腸結核當分別詳述，骨結核詳於外科學，腺結核應於腺病質之條下說明。

其他在皮膚生諸種之結核疹，有狼瘡、腺病性苔癬、皮膚腺病 (*Scrofuloderma*)、丘疹性疣贅性結核疹等。粘膜主要者多為粘膜之水疱性結合膜炎、鼻卡他、中耳炎等。

若結核菌由肺臟竄出，再由氣管而至口腔內，則起扁桃體炎、下頰腺炎、頸腺炎、腸結核及腸間膜炎。至末期則此等臟器之疾病，傾於慢性，多取不良之轉歸。



預防法 避免與結核病者同居爲最要之急務。如哺乳兒罹結核則必斃命。故母親罹重症結核者，固當必須禁止授乳。然比較輕症時，或許授乳。咳嗽之際，須注意勿使泡沫飛散於乳兒。富裕者備用適當之乳母爲宜。

體質虛弱之小兒，應用灌水法、冷水摩擦法、游泳、戶外運動等，圖身體之強固。學齡以上之兒童可教以深呼吸及腹式呼吸。

療法 已罹結核而取慢性之傾向者，行種種之療法，以下列舉其主要者。結核療法注意攝養療法及理學的療法。

(一)攝養療法 結核患者食慾如何，最當注意。食慾減退甚爲可怖，食物須與以滋養價多而易消化之物，且應變換調理法而合於嗜好。無食慾減退而能運動之患者，當由食物之性質豐富其份量。是曰肥胖療法。年長之小兒當行之。

(二)外氣療法 室內之空氣雖極純潔，然總無外氣良好，故須充分換氣法。非重症之患者可強迫至戶外，住於紅塵萬丈都市之小兒，移住鄉村爲適當。

(三)日射療法 往時雖已知日光對於動物之組織能促進氣化作用而亢進其機能，然至近時乃盛行之。其法：患兒盡量裸體，住於玻璃製成之室內，使其曝露於太陽光線，或於走廊作成露臺，將患兒臥於乳母車而置該處，使其曝於日光，時間最初以十分間乃至十五分間爲適當，漸次習慣後，而達三十分間乃至四十分間，曝露時必須被覆頭部。



日光浴之適應者，為非營養衰退之患兒，有高熱者或陷於高度之瘦削者，則不可矣。

(四)氣候療法 此療法專以結核療養為主，個人行之，必需多數之費用，故非富豪者不能施行也，蓋本法為兼行外氣療法及日光療法者也。

柯內托 (Cornet) 氏為便計，分為平地、山地、高山。海拔四百公尺以下之地為平地，四百公尺以上至九百公尺之地為山地，九百公尺以上為高山。平地主要選擇海岸、森林及溫泉地，山地亦應擇不常強風之山腹森林，高山擇南方之山腹，要之，務須常用空氣中無塵埃，且太陽能直射而一日中之溫度無劇烈變化者。

於此等地方，應於良好天氣之正午時至室外散步，在室內亦須有玻璃窗以供給充分之光線，其成績乃為顯著云。

(五)藥物療法 此種療法，在現今之趨勢，真不過副療法而已，就中屢屢用癒創木酚 (Guaiaecolum) 製劑，而碘劑、魚肝油等次之。癒創木酚 (碳酸癒創木酚 *Guaiaecolum carbonicum*) 1日量 〇・〇五乃至 〇・五，應與乳糖配合。

癒創木酚硫酸鉀 (*Kalium Sulfo-guaiaecolicum*) (Thioool) 1日量 〇・III——1・〇，應與尋常糖漿及水配合。

須羅林 (*Strolin*) (十%癒創木酚硫酸鉀橙皮糖漿) 1日量 1〇・〇，潑羅氏 (*Pneumim*) (*Kreosotum methylentatum*) 1回量與 〇・I——1・〇，碳酸木鱗油 (*Kreosotum carbonicum*) (*Kreosotal*) 1日

之用量如左：

十五月以下

十五個月乃至三歲

三歲乃至五歲

五歲乃至十歲

0.1—0.11

0.115—1.0

1.0—11.0

11.0—40.0

其他有 *Respirin* 及高橋博士創製之乏戈耳 (*Fagol*) 等。

碘劑亦可視為強壯藥之一，用碘化鉀（一日0.1—0.5）*Jodipin*, *Sejodin*, *Jothion* 等。

砷劑亦用為強壯之目的，與以亞砷酸鉀溶液 (*Tinctur Kalii. arseniosi.*) (*Fowlerische Lösung*) 為宜

（參照血液病）。

其他有魚肝油，金雞納劑等。

處方例：

魚肝油 (*Oleum Jecoris*)

金雞納樹皮煎 (*Decoct. Cort. Chinac.*)

稀鹽酸 (*Acid. muriatic. dilut.*)

尋常糖漿 (*Sirup. simpl.*)

右一日量。

一日二回每回一食匙乃至三食匙

(四〇〇—一〇〇〇)

〇.iii

10.0

(六) 結核菌素療法 結核菌素療法之聲價雖一時墜落，但由三四年以前再為盛行，至今賞讚之人亦多，然

對於肋膜炎、腹膜炎、粟粒結核、腦膜炎、及外科的結核，則無著效，對於初期者奏效固然顯著，又第二期及第三期亦有效云，幼小之小兒肺結核以不用為宜。

製劑有科赫 (Koch) 氏之舊結核菌素 (Alt-tuberkulin)、新結核菌素 (結核菌乳劑) (Neu-tuberkulin)、羅孫巴赫氏結核菌素 (Rosenbachsche Tuberkulin) 及無蛋白結核菌素 (Tuberkulin A. F.) 等，就中以無蛋白結核菌素最為安全。

此療法最適於未混合傳染而無熱之初期患者，雖為稍進行之患者，亦應選擇完全無熱或熱之輕微時期用之為宜，初用百分之一公絲 (mg.) 注射於背部之皮下，檢查反應有無發熱，每四日增加以前之用量之半量，漸漸而達一公絲，若反應之熱度果至三十八度以上，則次回之第四日注射同量，若依然有發熱之狀況，則當減為半量，對於結核菌素感受性強烈之小兒，勢不能不放棄此法，不然者應向連續注射一二日間一公絲量，若尚未治癒者，休養經過半年，當再行同樣之療法。

(七) 結核治療血清 雖有瑪爾莫勒克 (Marmoreck) 氏及赫斯脫 (Hoechst) 藥廠發賣之結核血清 (Tuberculosis serum)，然採用者猶少。

#### 肺結核症 (Phthisis pulmonum)

如前所述，於哺乳兒期一般多有結核症，尤以慢性肺結核即肺癆更比較不少，吾人屢屢所見之肺結核在五歲以下，由此時而近於春機發動期，故益為多數。

世之所謂肺癆性體格 (Habitus phthisicus) 者多見於肺結核之病人。如此體格者則為先天的或後天的易罹肺結核之人。

症候及經過 初期症狀主要者為體量增加停止、貧血、倦怠、刺激性昂進等。食慾漸次減退、咳嗽、不規則之發熱，一日中體溫動搖之狀態不一定。喀痰在幼小之小兒雖缺如，但年長之小兒與大人相同。咳出粘稠之喀痰，肺之所見不一定。各處聽有乾性囉音，又於不定之部位有帶叩診音之鼓性，小兒亦如大人。初期症狀不限以肺尖之浸潤或卡他起始，寧以由肺門起始者為多，故其所見通常缺少肺尖卡他之症狀。

病勞經過進行，則見患兒之外表一變，即皮膚乾燥，羸瘦益為顯明，胸廓扁平，肩胛骨聳起，發熱增加，神志易於轉換，食慾大為減退。至此時則各處叩診上發現呈濁音之部位，或因病竈小而由週圍之含氣性組織所包圍時，偶呈鼓音者有之。聽診上卡他所見特以於早晨能聽取大小種種之囉音，局部多在下葉。

所謂第三期者，即形成空洞之時期也，亦如大人能發見空洞症狀，此空洞在小兒結核易於迅速形成，其症狀亦為大人能證明鼓性叩診音、破壺音、叩診音轉換，又能聽取枝氣管音及鐵音性囉音。

至末期因由空洞而起之混合傳染，不規則之發熱極甚，體重頓然減少，羸瘦亦甚，患兒急速因結核性肺炎斃命，或因漸次榮養衰退而死。

併發症 見小兒肺結核咯血者，可謂殆無，年齡十餘歲之幼女偶爾見之，比較的多之併發症為肋膜炎、腦膜炎及因腸結核而起難於歇止之腹瀉等，兒童起喉結核者亦為稀有。

豫後 本症之豫後，不可謂爲必定不良，如於早期施行適宜之療法，亦能治癒，經過進行者，通常死於一年以後。

診斷 本症早期診斷，在治療上甚屬重要，先有不定之發熱、羸瘦、貧血等，由既往症及宗族的關係而得診定，若於肺之某部長久見有卡他之症狀，則由其他狀況，而得推定爲結核性者矣。

結核菌素診斷法固須試行，若得其喀痰，則當施結核菌檢索、天竺鼠腹腔內注射、彈力纖維等之檢查。

療法 本症之治療法，與前述之結核療法無大差異，不過尤應注意營養，努力防禦食慾減退，理學的療法及結核菌素療法已如前述，故僅論二三種症候的療法而已。

嚴守靜養，發熱甚者則試用解熱藥，連續發盜汗者，須用阿託品 (Atropinum) 樟腦酸匹拉米董 (Pyramidonum camphoricum)。

處方例：

樟腦酸匹拉米董 (Pyramidonum camphoricum)

五・〇

帶常糖漿 (Sirup. simplicis)

一五・〇

薄荷水 (Aq. menthae destillatae)

一〇〇・〇

右每三十分鐘與以二——三小匙。

咳嗽劇甚而兼發肋膜痛者，用磷酸可待因 (Codeinum phosphoricum) 腹瀉頑固者，須與以鞣酸蛋白質 Albuminum Tannicum, Tannalbum) 或坦里革 (Tannigen, Tanninum acethylicum) 時而有大量

次沒食子酸鈹（代馬安耳）（*Bismutum subgallicum*, *Dermatol*）而奏效者。

#### 粟粒結核 (*Miliarytuberculose*)

粟粒結核者，由結核局部之結核菌入於血流中，而傳播於全身時所起者也，每常由陷於乾酪變性之枝氣管腺而起者為多，故粟粒結核剖見之際，其他局部雖未見顯明之原發性結核病時，然大多必能證明枝氣管腺之乾酪變性，但於剖見之際，任何臟器無處不見粟粒結核之發生，又不拘任何年齡。

症候 一般之病勢頗類似急性傳染病，有完全成急性發於健康兒者，或有以一二週間之前驅症而起始者，後者發現無慾狀態、食慾缺損、不舒適及發熱。

本症之發熱突然成為高度，有至死始為稽留性者，然其熱型不一定，脈搏亦隨熱而頻數，如腦膜比較的急速被犯時，脈搏有初起即不規則而遲緩者。

肺臟之所見，不過有輕鼓音及少數之囉音，有咳嗽，且有呼吸促迫，但其所見甚為輕微也。

皮膚甚是蒼白色，為其特徵，紫藍色亦為顯著。脾臟概顯大，觸之硬固而有彈性。

尿有見結核菌之存在者，木藍素反應陽性者為多。

腦膜被犯時，則現頸部強直、知覺過敏、反射興奮、及剌爾里（*Kerlin*）氏症候等，而陷於神志不清。

診斷 本症之診斷，為極感困難者之一，即血中及腰椎穿刺液中求結核菌，不適合於急速之必要，又結核菌素皮膚反應於病勢進行之際即於診斷必要之時期為陰性（在早期為陽性），故不能據此診斷，當賴眼底檢查，

如發見脈絡膜結核，則為唯一之證明，（從來血液中求結核菌，為唯一之診斷法無甚價值。）

須與左列諸症鑑別：

（一）傷寒及副傷寒 據此等疾病之呼吸數不多，面貌之狀況，脈搏與熱度之比不成頻數，由定型的熱型而得區別，確實為由血中及尿中發見傷寒菌。近來關於畏達（Widal）氏反應在結核有為陽性者之報告甚多，故須注意焉。

（二）肺炎 雖時而有誤診者，但當鑑別粟粒結核有其他之結核病竈，又對於患兒之蒼白顯明及呼吸困難，但肺之症狀缺如，且木藍素反應多於粟粒結核。

（三）敗血症 屢屢成皮下出血，皮膚呈黃疸色，起骨及關節炎，見有視網膜出血，血中得證明化膿菌。

（四）腦膜炎 無呼吸困難，且經過之狀況亦異。

豫後 本症必取死亡之轉歸，概於八乃至十日即告終，間亦有經過數週者。

療法 本症無療法，於待死之時間試用水合三氯乙醛（Chloralium hydratum）（1回〇・三）之浣腸，頸部置冰囊等，呼吸困難劇甚時，宜試行氧吸入。

腸結核（Darmtuberculose）

原發性腸結核不如結核在呼吸器之多，且不及其半數，年齡幼小者稀有，在哺乳兒期不過僅有二三例，其經路主為食物，即由牛乳等而來，然實際能證明牛結核菌（Tybus bovinus）者較少，在哺乳兒無一名云。



反之，繼發性者，主由呼吸器喀痰而來，較原發性者為多。

病理解剖 在初期以小結節起始，不久即變為彎入之潰瘍，此潰瘍互相融合時，則生大之物質缺損，而成環狀管腔，加之更起腹間膜結核，又生粘連性腹膜炎，因此等而起腸之屈曲，又由潰瘍之瘢痕而起通過障礙者有之，局部主在小腸至盲腸之間，而結腸與之者則少。

症候 初以不舒適、倦怠、食慾缺損、不正之發熱起始，現腹痛及頑固之腹瀉，便富於粘液，又混有少量之血液。

在原著者之實例，固有羸瘦及發熱存在，但中有血液混入為主要徵候，雖酷似赤痢，但精密研究，乃判定為本症。

疾病之經過甚為慢性而有消長，重篤者有發熱，有高度羸瘦之下而取死亡之轉歸者，又病勢一進一退而赴治癒者亦非絕無。

併發症以腹膜炎、腦膜炎、及粟粒結核為多，潰瘍穿孔及出血稀有。

診斷 以連續不正之發熱、頑固之腹瀉、其他之結核症狀而得診斷。

療法 食物應與以流動性而富於滋養價值之物，少食碳水化合物，不可食各種以資醱酵之物，並當施以其他一般之結核療法。藥劑可投與硝酸鉍 (Bismutum nitricum) 次水楊酸鉍 (Bismuthum subsalicylicum) (1回〇・1——〇・三)、代馬妥耳 (Dermatol) (1回〇・五——1・〇)、醋酸鉛 (Plumbum aceticum) (1回〇・〇〇三——〇・〇〇五)、鴉片酊 (Tinctura Opii)、鞣酸蛋白質 (Albuminum tanninum)



及坦里莖 (Tannigen)。

腹部施用懷爐或溫罨法，有緩和腹痛之效。

腺病質 (Skrophulose)

腺病質 (Skrophulose) 卽淵源於 Skrophurie 一字，而如小脈之義也，蓋有頸腺腫脹之腺病質者，則其頸部類似脈也。

往昔認爲凡具有頸腺腫脹，皮膚及黏膜之卡他症狀者，雖稱爲腺病質小兒，但至徹尼 (Cherney) 氏之滲出質，巴托阿夫 (Patau) 氏胸腺淋巴性體質之確立，左袒其存在之學者解釋腺病質甚爲狹義，卽不外乎爲小兒結核症之一種也。

又廣義的解釋腺病質者，區別腺病質中爲結核性及非結核性二種，吾人關於小兒結核之研究，依據有大功績之彼爾開氏、摩羅氏及貢獻異常體質說之埃射利克氏等之學說，相信狹義的解釋腺病質乃爲至當。

症候 腺病質症候生後約一年卽已發現。

(一) 淋巴腺系統 最主要爲頸腺，當下頷、頸部側方及項部上方有圓形之豌豆及榛頭大之淋巴腺腫之集羣，而粘連成一團，而達雞卵大以上，無疼痛，又無壓痛，如此之腺腫雖發於與腺病質無關係之生齒時之刺戟，顏面耳殼及頸部之濕疹之際；但至腺腫化膿而向外部漏孔時，則形成所謂皮膚腺病 (Skrophuloderma)，乃得確實診斷者爲多，其他枝氣管腺及腸間膜腺亦腫大，應與本病鑑別者爲白血病，依血液檢查卽能判別，假性白血病據

第 六 表

各論 第八編 結核症



風棘及X光透射

無脾腫之存在及結核菌素反應而斷定之。

(二)骨系統 腺病性骨疾患多數於手指骨及趾骨之骨膜之蠟狀肥厚，即風棘 (*Spina ventosa*) 也，如此之病竈一方面融化組織而形成壞疽及腐骨疽，他方面起骨膜之肥厚，其結果被吸收或向外方破潰，而作瘻管或潰瘍，病癒後遺留與骨粘連之皮膚癩痕，此症狀不僅手足之骨，亦有起於上下肢之長管骨、脊椎骨、關節者，在關節犯肘關節、股關節、膝關節是也。

第十二圖



原著名實驗

(三)粘膜 雖有咽扁桃體之肥大、呼吸氣道之慢性卡他，但此發於滲出質及淋巴質之小兒亦不少，反之，耳鼻，尤以眼粘膜起腺病性疾患者為多。

(A)眼 有水疱性結合膜炎 (泡疹 *Herpes*)，即於結合膜及角膜呈星芒狀之血管形成之小結節，而與皮膚之腺病性苦癬及皮膚結核疹相比較者也，泡疹有用結核菌素點眼而發生者，或與結核毒素有關係歟？其他兼結合膜炎及眼瞼炎，故如此之小兒現流淚羞明極甚，不喜至明亮之處，終日蟄居於室內之暗處，故眼科醫師遇有小兒之羞明甚者，則當先疑為泡疹為宜。

(B)鼻 有慢性之鼻卡他，鼻腔之入口稍腫脹，其週圍生濕疹，因受鼻分泌之刺戟，上口唇肥厚而突出，且生結痂，而呈定型的腺病性顏貌 (*Facies scrophuloosa*)。

有羞明流淚甚，上口唇肥厚而頸腺脹者，即得診斷為腺病質也。

(四)皮膚 顏面及軀幹之皮膚生苔癬樣或麻疹樣或膿疱樣發疹物，其他又見腺病質苔癬及疣贅性丘疹性或落屑性之結核疹。

(五)耳 以前認為中耳炎為腺病質必發之症狀，實則非為必然，但腺病質發中耳炎時，頑固而易再發。

(六)咽扁桃體增殖及顎扁桃體增殖 腺樣增殖屢屢見於腺病質之小兒，而成鼻呼吸易發鼾聲，呈特異之顏貌，即腺樣增殖性顏貌，口半開而口尖突出，顎穹深而齒列突出於前方。

(七)腺病質 分二種體型：即銳敏型 (Erethische form) 及遲鈍型 (Torpide form)。銳敏型者頭髮黑，眼光銳，皮膚緻密而色美，外觀伶俐；反之，遲鈍型者頭髮褐色，鼻翼與口唇肥厚，顏色為污黃色，而呈浮腫狀，顏貌亦遲鈍，腺病質之小兒一般以遲鈍型者為多，常由鼻腔流出分泌物，鼻下糜爛，上口唇因腺之增殖及結締組織之炎性浸潤而肥厚，恰如象鼻突出於下唇之上，眼臉以衝而羞明甚，痙攣性閉鎖者多。

據布賴西喜氏謂：有此二種型者基於淋巴液之鬱滯，或供給不足，即有遲鈍型者因淋巴腔及淋巴道擴張而起淋巴之鬱滯，有銳敏型者因淋巴液之不足起皮膚營養不良，而成蒼白色云。

據阿浦拉摩烏斯克氏云：兩型於臨床上及解剖上均有差異，氏於經驗上發見次列之事實：

遲	鈍	型	銳	敏	型
(一) 淋巴腺 末梢之淋腺被犯者多。					內臟淋巴腺被犯者多，而枝氣管腺多由腺部淋巴腺所侵犯。

(一) 年齡 多為一歲乃至五歲者。	七歲乃至八歲之後始發現，有遺留至春機發動期或以上者。
(二) 遺傳的關係 兩親有肺結核者少。	兩親有肺結核者多。
(三) 氣道病變 多氣道結膜之再發的卡他。	有腺樣增殖及扁桃體肥大者多。
(四) 轉歸概能治癒。	概陷於癆病。
(五) 病的關係 由食物性牛結核菌而起。	由氣道而入由人結核菌而起。

本態 腺病質之名稱已由往古即經存在，諸學者有種種之見解，固無論矣。

據液體病理學的見解，則有佛斐蘭特氏謂：由淋巴系統之弛緩及衰弱，而有淋巴液固有之刺戟力之故，勞謂：一因體液之流溢，而缺乏適當之消費，二因體內同化作用之慢性障礙，飛拉東 (Fildon) 氏謂為血液之性質異變云。

欲試以體質病理說明其本態之學者中，佛蘭克爾氏謂腺病質為體質疾患，而發現於炎症疾患之經過中者也，普利斐克氏謂腺病質者為粘膜及皮膚之體質性薄弱也。

科內托氏始具體的立論腺病質與結核之關係，而氏由原因分為三種：

(一) 結核性，即基於結核菌者。

(二) 膿性，即由膿膿性葡萄狀菌及鏈球菌而起者。

(三) 混合性，即由結核菌及膿膿菌而起者。

其後 Peters 氏亦基於細菌的研究，而謂腺病質爲局限於淋巴腺之勢力弱之結核作爲結論，關於腺病質之非結核乎？抑結核性乎？其爭論遠在以前，初於病理解剖學上下斷案者爲英人培爾氏及楞賴克氏也。氏等由臨床的觀察及解剖上所見，腺病質病變亦有乾酪變性，有與肺結核屍之所見適合者，故腺病質亦因結核菌而起者也。但威爾學 (Virchow) 氏 (一八六四) 取之曰：結核之特徵爲粟粒核節之細胞堆積，而腺病質之淋巴腺乾酪變性，由以前存在之增殖機轉之上而起，不外成爲壞疽矣。故威氏論結核與腺病質全然不同。

其後一八八一年依柯赫 (Koch) 氏之發見結核菌，又維爾曼氏發表關於結核菌傳染之試驗，乃確定以前之所謂腺病性症狀之淋巴腺乾酪變性、關節及骨之炎症、及皮膚病變均爲結核性者，於是再將本態歸於兩者同種說。

然由稱爲腺病性症狀中之泡疹、鼻及眼粘膜炎之卡他、皮膚之濕疹樣發疹物、及咽扁桃體肥大等中未發見結核菌，故柯爾勒托、谷勒俄爾、及徹尼氏等又唱導兩種說。

佛雅爾得、赫羅荷、索爾脫曼、蒙提、及巴俾司格氏等，近時猶謂腺病質全然與結核無關係，不過易成羅結核之素質耳。

布賴西喜氏等再適主張威爾學氏之學說，謂腺病質爲淋巴系統之慢性及易再發之疾患，由多方面細菌學的檢查之結果，腺病質症狀由於感染葡萄球菌及鏈球菌所惹起者也。

然挾射利喜氏一八九〇年及一八九一年於谷那持爾小兒科教室試行結核菌素注射時，於腺病質之小兒

悉有柯赫氏反應熱。

又華卜萊爾氏試行舊結核菌素注射於腺病質患者，均為陽性云。一九〇七年發見彼爾開 (Pirquet) 氏皮膚反應之簡便方法，氏應用於腺病質，而公言腺病質為結核，且記有在腺病質之小兒結核菌素反應甚為過敏，挨射利喜喜克漢堡該爾 (Schicke-Hamburger) 蒙提 (Monti) 氏等均證明之。

結核菌素反應之關係 腺病質小兒行結核菌素皮下注射時，則發赤及浸潤甚大，其度極強，又炎症範圍亦廣，其浸潤時而達胡桃大，發赤消失之後，於較遲間或成暗赤色，而有皮膚表面遺留隆起之結節者。

彼爾開氏反應亦與類似，其浸潤之徑達三〇乃至四〇公厘 (mm)，且時於丘疹之中央生小孔樣之物質，缺損者有之，又據彼爾開氏云：腺病性反應 (Kronhulke Reaction) 於丘疹之周圍發生如苔癬之小結核節，恰如早摩羅氏軟膏反應之狀，屢屢見於腺病質小兒云。眼瞼反應亦起不快之刺激，甚至眼瞼浮腫、羞明、淚液、充血長久存在。

摩羅氏軟膏反應，為有異味之事實，塗擦結核菌素軟膏時，不僅皮膚之局部，即於遠隔之部位，亦生小結節狀，及膿疱性濕疹、尋癩樣膿腫、苔癬樣結節。

即腺病質者之皮膚，雖僅少之結核菌素，對彼潛存結核者，即惹起烈甚之反應也。由是觀之，腺病質者之皮膚及黏膜，對於結核菌素，當有過敏性者也。

又據挨射利喜 (Schick) 氏云：腺病質小兒行結核菌素注射之時間，泡疹、眼瞼炎、漸次治癒，而蓋明流淚減少濕疹等消失，所謂腺病性顯性遂成如普通顯性之快活，見其體重增加，又行舊結核菌素注射昇騰的量之際，則同時見皮膚反應之度漸漸減弱。

由以上之諸事實推論，挨射利喜及彼爾開氏謂腺病質者為小兒結核之一種，不過結核之主要者取表面的卡他之像云。彼爾開氏又曰：於結核之第二期或現一種之症狀集簇者，吾人稱之曰腺病。



如斯病質者終不外爲小兒結核云耳。

然則爲結核之何種數耶？又與其他之結核症有如何之差異耶？卽腺病質症狀爲因結核毒素而起之表面性（皮膚皮粘膜等）之卡他也。結核毒素與腺之分泌液與炎性分泌物共同排出於皮膚及粘膜，而起頑固之卡他，因而起腺病性症狀也。故如此之皮膚及粘膜遇着結核菌素當然現過敏性，勿論其發現症狀與否，大有關於個人之遺傳的素質組織及新陳代謝異常也。故彼爾開、挨射利喜及摩羅氏等更進而謂：「若淋巴質之小兒未受何物之傳染，雖只現濕疹、枝氣管炎及淋巴系統腫脹之輕微症狀，有如此異常體質之小兒，如遇結核菌之傳染，則自彼等之組織固有性而起多發性淋巴腺乾酪變性、慢性粘膜炎卡他、骨疾、換言之，卽腺病質者以生育於淋巴性質之土壤之表面卡他爲特徵，而爲小兒結核之一種也。」

腺病質與淋巴質之關係 摩羅氏亦與挨射利喜氏獨立確信腺病質爲形成於淋巴質之基礎上結核性疾患，故見腺病質小兒，於其乳兒時期概具備淋巴質之症狀者多，而兩者雖互相類似，但由結核菌素反應而得識別者也。

腺病質雖與淋巴質、滲出質、及痛風質相似，淋巴腺、粘膜、及皮膚之易於再發炎症反應不相差異；但此等異常體質全然與結核無關係者也。淋巴質者結核菌素反應因概爲陰性，但備有定型的腺病質症候者，其結核菌素反應亦往往爲陰性，故罹結核者亦不得謂結核菌素反應必爲陽性，然腺病質爲結核，而淋巴質等非爲結核，則可斷言而無疑矣。



巴泰爾 (Barthol) 氏亦謂淋巴質者於早期受結核菌之傳染時，則見有移行於遲鈍型腺病質云。

淋巴質與腺病質其原因、結果之關係，雖有密切之關聯，確為事實；然兩者各個獨立存在，為諸家所公認者也。腺病質與滲出質之關係，微尼 (Candy) 氏極端主張腺病質與滲出質，為全然不同之疾病，但視為同一疾病之學者，深不解滲出質，因結核菌素反應對於滲出質之小兒屢屢為陽性反應，此乃視為同一者之大謬也。熟覽此等報告，係包括稍年長之小兒而檢查結核菌素反應，年長之小兒多為陽性，此為週知之事實，故敢判定與滲出質之存在與否無關，此等學者當僅就哺乳兒而試驗之，滲出質症候於生下一月即以發現，最多見於哺乳兒期。而據彼爾開氏統計，則乳兒之結核菌素為陽性之反應者，百分數極少，然則滲出質與腺病質固各不相同矣。乳兒被結核菌侵犯時，潛伏之滲出性症狀有忽然發現者，但不僅限於結核，如麻疹及種痘之際亦有之，此不過因有外來之病毒感染而使滲出質症狀顯著耳，是以滲出質與腺病質或結核全然相異者也。

謝克令氏就腺病質、滲出質著明之結核性疾患（肺結核、結核性腦膜炎、脊椎癆粟粒結核等）及非結核性疾患之患者血清檢查結核菌凝集反應，其結果如左：

滲出質二五例中

一一五為陽性

腺病質一四例中

六一·五為陽性

結核患者

七八·九為陽性

非結核患者一四例中

二人為陽性

故依結核菌凝集反應，則滲出質與腺病質亦有全然之區別。

療法 腺病質之療法與上述結核症條下者無大差異，宜行氣候療法、日光療法等。尤以溫泉療法、鹽浴療法、及海水浴古來即爲人所賞讚也。

兒童組成團體，假期內送至適當之海濱及山地等，使其享受氣候療法，是曰夏季林間學校（又云休暇聚落）（Ferienkolonie），近時極爲盛行。

藥劑已述於結核症療法之條下，尤爲實用魚肝油及碘劑。

魚肝油幼兒每回用一——三茶匙，稍年長之幼兒用一——三小兒匙，一日二回，但乳兒及發熱、腹瀉、食慾缺損之小兒，以不用爲宜。

魚肝油製劑有高橋氏改良魚肝油、魚肝油乳劑、碘魚肝油、司各脫乳果、魚肝油糕、魚肝油丸等，嫌惡魚肝油者可加用辣薄荷油或加入樹膠漿作成乳劑。

處方例：

魚肝油 (Labortran)

辣薄荷油 (Oleum Menthae)

右一日二回，每回服用一——二茶匙。

100.0

十滴

碘劑用碘化鉀 (Kali. jodati)、碘化鐵糖漿 (Sirupus Ferri jodati)、碘化飛拉安斯 (Jod-Ferrulose) (一日量三·〇——一五·〇) 等，（參看結核療法條下）

對於各症狀須施以普通之對症療法，淋巴腺腫服施鉀肥皂 (Sapo kalinus)、碘化鉀軟膏 (Ung. Kalii)

jodati) 汞軟膏 (Ung. Hydrargyri cinereum) 塗擦，如不奏效，則應用 X 微照療法及外科手術。

本症用結核菌素療法無效。



# 第九編 梅毒 (Syphilis)

小兒病之梅毒性疾患，以先天性梅毒占主要之部分，殆有代表的疾患之觀，而後天性梅毒則頗屬罕有。

原因及本態 梅毒之病原爲一九〇五年蕭定 (Schäudlin) 氏所發見之梅毒螺旋體 (Spirochaete pallida) 也。

梅毒螺旋體屬於原蟲類 (Protozoa)，爲極纖微而長，因乃至十四M之投檢器樣之螺旋狀體，有六乃至十四個之週旋，有活潑之運動，或沿長軸而迴轉，或前後移動，於塗抹標本證明梅毒螺旋體，以 Giemsa 染色法爲宜。(用德國來比錫 (Leipzig) Grubler 販賣之 Giemsa 之固定 Anilin 液爲便) 即將塗抹標本浸置於純酒精中十五乃至三十分鐘，固定者以以上述 Anilin 液一滴滴稀酒精水一立方公分之液，一時間染色可也，或數回反覆而更換染色液，然近來由巴利 (Barri) 氏所行之墨汁檢査法頗爲簡便，且爲確實之方法，即於載物玻片上之檢査質滴下二滴墨汁混合之，如作血液標本時，以其他載物玻片之邊緣薄薄擴布，在空氣中乾燥後以油浸製置而鏡檢，此時在暗黑之視界中，明瞭認知無色而有光輝之螺旋菌狀之梅毒螺旋體。

第四十三圖

傳染路徑 傳染之機會在分娩以前，即胎兒在子宮內之時期，或於分娩之後，間有於分娩之際者，於母體內傳染者及分娩之際而傳染梅毒螺旋體者，爲先天性梅毒 (Angeborene Syphilis) 於分娩之後者，則爲後天性梅毒。



梅毒螺旋體  
Burri 氏染色法  
(nach Feer)

毒(Erworbene Syphilis)也。

小兒梅毒之傳染中，最常見而且重要者，爲於分娩前之感染也，係由父親或母親而來者也。由母親感染者，母體於受胎以前已被感染，或於受胎之際或於受胎之後乃受感染，循環於母體血液中之梅毒螺旋體先使胎盤起病變，然後乃進而移行於胎兒也。

胎兒受梅毒之感染，於妊娠之任何時期皆有可能，早期者胎兒之生命多屬危險，若有感染之卵，雖有因精子而受胎者，但其發育則不可能，同樣雖卵子健全，而能受胎，但由隨精子之梅毒螺旋體所傳染時，亦無發育之望，茲有一興趣之事實，卽有先天梅毒之初生兒之母，有絕無梅毒之症狀者，且有一時無症狀，而終生對於梅毒有免疫性者有之，此爲果萊(Collie)氏及布美(Baumes)氏所發見之事實，稱曰果萊氏法則(Du Bois Collie'sche Gesetz)。「分娩先天性梅毒小兒之母，固然毫無梅毒症狀存在，且對於梅毒有免疫」。此果萊氏免疫於試驗管內亦能證明之事實，從來對此之說明極多，其一謂因梅毒性胎兒之免疫質通過胎盤而送至母體內，於是母體對於梅毒得着不感受性；其二謂因母體之免疫實由梅毒兒而感染，而不成梅毒性云，然於實際母體不能證明梅毒症狀者不少。

於分娩之間受感染者極少，且證明亦爲甚困難之事實，若初生兒於生後一二週有發現真正梅毒第一期症狀之皮膚疾患者，則可認爲其傳染係在分娩之際，母體之陰部有初期硬結時，而以顏面位分娩者，其鼻梁部於三週後現固有之第一期梅毒症狀者曾有二三實例。

## 第一 先天性梅毒 (Die angeborene Syphilis, Lues congenita)

先天梅毒即在母體內而於分娩之前感染梅毒或偶有於分娩時乃被傳染者也，於胎兒期之梅毒與於哺乳兒期者有區別，胎兒梅毒於病理解剖上乃有價值，而為臨床家所重視則甚於哺乳兒期者。

### 1 胎兒梅毒 (Fetale Syphilis)

胎兒早期有梅毒之感染時，大多數死亡於子宮內，或梅毒性流產而產出腐敗壞死兒，概起於妊娠之第四個月至第七個月。

解剖的變化 於妊娠前半期死產者，其變化不定，此時直接因胎兒之梅毒性疾患，間接因胎盤疾患，故胎兒大多死亡；反之，於妊娠之後半期，其解剖之變化顯著，主由二種疾變而成，一為汎發性之細胞浸潤，一為發育障礙。若有汎發性細胞浸潤者，則肉眼可見該器官之容積及硬度表現顯著之增加，尤以肝臟、脾臟為甚，在其他組織上如腎臟、肺臟、胰臟、胸腺、骨組織等均有同樣之變化，伴此等細胞增殖而實質間之結締組織亦增生，器官遂起不完全之發育。

梅毒性軟骨炎為胎兒梅毒之確實症徵，通常不過半公釐之軟骨境界，而達二公釐或二公釐以上，不成帶黃色之直線，而示不規則之凸凹線，又於胎兒梅毒之皮膚及其他器官亦為哺乳兒梅毒，缺如顯著之變化者為多。  
黑刺 (Hecker) 氏謂腎臟之變化稱為特有，百分之九十腎臟皮質部尤以其血管周圍有小圓形細胞之浸

測，即其他部位之梅毒性變化不充分之際，據腎臟變化亦得確診云，又欲證明梅毒螺旋體除副腎之外，於臍帶之附着部亦能達其目的。

## 11 哺乳兒梅毒 (Sanguispyphilia)

哺乳兒梅毒雖大多數受傳染於胎兒期，而於生後直接繼續者，然亦有少數係於分娩時乃感染者，其症狀或分娩後即發現，或生後一週漸漸發現，或生時健全，有生後達二月臨床上始得判明者。

初生兒分娩時已有之梅毒症狀中，重要者為鼻卡他、手足之水疱性發疹、及脾腫，然此三症微非為初生兒梅毒必發者，偶有遲延發現，而其他之諸種皮膚病發現更遲矣。

梅毒性鼻卡他 (Coryza od. Rhinitis syphilitica) 早期則分娩後即已發現，遲則發於四乃至八週之間，初僅發生鼻呼吸困難，鼻孔狹窄，或被栓塞，當呼吸時有空氣流通障礙而發雜音，更起哺乳困難，分泌初起時甚少，或缺如，後則成爲膿性，且往往混有血液。

梅毒性鼻卡他一般頑強，互數月不稍變化，偶亦有住一二週而自然治癒者，此鼻卡他最惹起母親之注意，先天梅毒之既往症甚爲有力也，其鞍狀鼻 (Sattelnase) 可認爲因哺乳兒於胎生期經過鼻卡他，而起鼻骨及鼻軟骨之發育不全之結果。

梅毒性天庖瘡 (Pemphigus syphiliticus) 爲自扁豆大至豌豆大乃至櫻實大之圓形庖疹，其皮膚呈炎症，內容初爲粘液性，而有輕度之溷濁，迅速化膿，屢屢含有多數之梅毒螺旋體，梅毒性天庖瘡之多數爲先天性發於



第一週，間有發於第二週乃至四週者，其好發部爲手掌及足趾，膿疱不久乾燥而形成痂皮，或破壞而現基底易於出血之創面。

其他又現種種之皮膚發疹，就中最多者爲斑點樣丘疹樣之皮疹，但一般較天疱瘡發現爲遲，有數週之潛伏期，由小扁豆大而達銅幣大，爲圓板狀而最初呈鮮紅色，後則變爲黃褐色，好發於四肢之伸側，多在下肢之側面，足趾、手掌、頸部、顏面等，其數極少，雖有散見於足趾、前額或頤部者，但普遍密生於全身者有之，最多發於被刺戟之處，尤以於肛門周圍四方

放線狀，而呈扁頭濕疣之觀者有之，或皮膚剝脫而始留有平滑光澤之表面，或現淡褐色之色素沈着。反之，於粘膜之梅毒性症候，在哺乳兒期罕有，偶爾於舌、口、唇、及軟顎等見大之粘膜炎 (Plaque)，尙屢屢現嘶啞、無聲等。

發疹之外，皮膚起廣汎性浸潤，皮膚肥厚，而強固，顯著時完全失却彈性，又屢屢起炎症，於皮膚常移動之部分容易生皺裂，裂創，此乃皮膚細胞增殖之結果也，尤多見於先天性梅毒，後天性者未見此種變化，而一般爲生後發現者，雖有由頭部達指趾，而竟於廣大之範圍起變化者，然多數起於限局，尤以顏面、四肢爲多，而軀幹則屢屢無

第四十四圖 鞍狀鼻  
(nach Pfaundler)





之。

認爲梅毒所特有之皮膚症狀中，於上述皮膚之病變爲原因者不少，其如蠟或如灰土之顯明蒼白色，主因非爲貧血，而由於皮膚（尤以顏面）之肥厚及緊張度之增加。

## 第七表

## 遺傳梅毒



(原者者實驗)

皮膚浸潤最顯著之處，爲口圍、鼻孔及眼瞼之周圍，因此等部分之皮膚動作無間斷，故生或淺或深之裂創，尤以於口之周圍起放線狀者，爲其固有。又此肥厚之皮膚，有發結痂性發疹者，除去痂皮，則見其基底殆無發赤，屢屢呈一種光澤，尙有足趾、手掌之皮膚浸潤尤爲重要，其他皮膚無浸潤，時而僅此部分顯著者不少，且呈赤色乃至暗赤色，而有一種光澤。

其他外表之細胞浸潤，好發於外來刺戟多之部分，浸潤經過長時間持續時，則皮膚之榮養被障礙，尤以毛髮脫落，無論眉毛、睫毛、頭髮均稀疏，有於頭部起部分的僅於其半部禿頭者。

指趾之爪起所謂梅毒性爪溝炎，爪溝之周圍染蒼紅色，且肥厚而發光澤，爪之本身變纖弱，生縱線，輕度時爪之前緣現茶筴樣截裂，此乃因浸潤之結果而起榮養障礙者也。

一般虛弱哺乳兒之皮疹發現爲散在的，關於臨床上皮膚發疹頗爲顯著者，則內臟之梅毒性疾患輕度；反之，在皮疹稀少之先天性梅毒兒，其脾臟顯著腫大，亦有完全無皮膚發疹之先天性梅毒之存在，實無疑義。

梅毒性骨疾患 哺乳兒屢屢見之，有於分娩時已呈顯明變化者，限於一方面上肢之際，往往與分娩時麻痺相混同，其病

第四十五圖

於顏面之皮膚及裂創

(Nach Pfaundler)



理的變化爲骨軟骨炎，其本態均已述於胎兒梅毒之條下，臨床上於輕度時殆不能證明之，及病變進步始爲顯著，上肢骨下端、大腿骨、脛骨等之骨端軟骨被犯，在最常見之上肢骨下端時，則肘關節附近腫脹成紡錘樣，而全上肢起運動障礙，雖有呈弛緩性麻痺之像，然神經系完全未見異常，故命名之曰假性麻痺，或巴羅氏假性麻痺 (Parrotsche Pseudoparalyse)。

由骨軟骨炎而達骨端，遂與骨幹分離，即起所謂骨端離斷，而有呈與骨折同樣之症狀者，又有炎症波及骨膜，或更進而隣接之肌肉，而起強烈疼痛者。

脾腫在哺乳兒先天梅毒，雖爲每常見之變化，但臨床上所見非必爲顯著而與脾腫之大無關，在肋骨弓外殆不能觸知者；反之，梅毒性肝臟疾患於哺乳兒顯著者比較罕少，初生兒之肝臟多數爲生理的肥大者，其爲病的與否寧依硬度而判定之。

中樞神經之梅毒性疾患，尤多於腦及腦之皮膚、橡皮腫、炎症浸潤、及硬結等，已由胎兒期起始，屢爲癡呆之原因，內部腦水腫 (Hydrocephalus internus) 普通稍遲於生後三四個月或三四月以後發現，間有起於先天性而呈特有之腦水腫顏貌 (參照神經系疾患)，顯著者有壓迫症狀，屢屢現子癩發作，少有見外部腦水腫 (Hydrocephalus externus) 在病理上爲硬腦膜炎，即於硬腦膜與軟腦膜之間而起滲出瀰溜者也。

五官器最常被犯者爲眼，尤以成形性虹膜炎、視網膜炎、脈絡膜炎等爲多，視神經炎一般罕有，又實質性角膜炎雖往往發於先天性之後期梅毒者，然在哺乳兒鮮有。

血管系往往見強甚之靜脈擴張尤以顛顛部顯明偶亦見於四枝靜脈梅毒性動脈內膜炎於臨床上難於認識，好起於腦髓動脈，對於腦實質炎之發生有重要之關係。

淋巴腺之腫脹，發於先天梅毒者多，多數汎發性發現小而硬固之腫脹者不少。在梅毒性哺乳兒之尿中屢屢見有蛋白圓壙等。

先天梅毒兒偶爾無特別之原因而發熱，其度不高，熱型不一定，大多早晚以致發生顯明之貧血，血液中之赤血球顯明減少，血色素之含有量亦減退，而又發現病的成分者有之。反之，淋巴細胞多增加，梅毒性貧血有時頗強盛，且爲唯一之症狀者有之。又梅毒兒營養概受障礙，對於其他之疾患抵抗力弱易陷於重篤。

再發 (Recidive) 先天梅毒兒有經過完全無徵候之時期，而再發者，即經過數月或數年而突然又新發出皮疹，然此時之皮疹與初發現者相異，非爲汎發性者，而發現限局於某一定部位，再發所特有者爲皮膚及粘膜之扁頭濕疣也，故華卜萊爾氏特命名此時期爲濕疣時期 (Kondylomatöse Stadium)。

扁頭濕疣之外觀，完全與後天性者相同，爲豌豆大乃至一分輔幣大之赤色濕潤之丘疹，急速向四方進行，其好發部位尤以肛門及外陰部週爲多。

樹膠腫少有發現者，尤以四肢、指、顛之皮膚及皮下組織發現多數結節樣之浸潤，此結節易於崩壞而作潰瘍，其潰瘍之周緣爲硬結，而中部有豚脂樣之附着，極爲頑固，在內臟尤好發肝臟之孤在性梅毒腫，喉有結節樣之腫脹，而呈格魯布症狀者有之。

晚發性遺傳梅毒(Syphilitic)先天梅毒有於第二生齒期或更遲於春機發動期發病者，常現第三期症狀，生於骨、骨膜、及骨髓形成樹膠腫，其他皮膚粘膜作樹膠腫樣結節，又於腦髓、肝臟、脾臟、淋巴腺等見之，骨樹膠腫最常見於脛骨、顛骨、及胸骨。有陷於崩潰之傾向，以致作成深而不正形之潰瘍，又於硬顎鼻中隔之橡皮腫崩壞時，則遺留深缺陷或穿孔，其他軟顎、懸壺垂等粘膜穿孔者有之。扁桃體之樹膠腫成潰瘍，有黃白色之假膜樣物附著，而須與扶扶的里鑑別者有之。

在內臟發生樹膠腫最多者為肝臟，同時兼有肥大性肝硬變，見顯著肝臟腫大者有之，脾腫者亦屬不少。晚發性遺傳梅毒特有之病變，為脛骨骨幹之增殖性骨膜炎，其表面全體成紡錘狀肥厚，皮膚緊張而呈輕度之潮紅，而有光澤，壓迫疼痛或有或缺如，觸脛骨稜有凸凹，進而達於脛骨全部而起彎曲。

所謂哈青松氏三症徵(Hutchinsonsche Trias)者，為實質性角膜炎、耳聾、及門齒之變形也，即上顎中央之兩門齒於其遊離緣起半月形截入，深部珐瑯質缺損，而齒骨露出。

梅毒性膝關節炎發於兩側，以慢性單純之關節腔滲出起始，漸次犯及附近之骨，而致起關節強直。進行性麻痺、脊髓癆有發於春機發動期前者。

診斷 母親之既往症如有死產或早產時，則無置疑之餘地，病兒臨床上之徵候雖如上述，然就中最應注意者為哺乳兒之鼻卡他、脾腫、口圍及耳殼周圍之裂創等是，其他手掌及足趾皮膚之固有之光澤，前額之斑點，顏面之蒼白色等，均為屢屢所見者也。

第八表

爲先天梅毒症候發現之利耶諾氏瘡  
(nach Bo. anyi)



先天梅毒兒之特徵，尚應注意者為瘰癧，尤以口脣緣有放射狀之存在者，則無庸疑也，間有於口腔、咽粘膜及肛門附近見瘰癧者，除哈青松氏齒牙變化、鞍狀鼻、顏之方形等外，一般先天梅毒兒之體格小，發育不充分為恆例。

此外皮疹、皮膚炎等，有在鑑別上感覺困難者，此時欲下確實之診斷，當據檢查乏色曼氏反應，該反應之原理為應用補體結合反應者也，蓋有梅毒疾患者體之血液，其血清中因對於酒精可溶性之臟器質有強力之親和力之物質存在故也。

混合梅毒患者之血清與梅毒性肝臟浸膏之溶液，其中加入有補體 (Komplement) 之天然鼠血清時其補體被結合，故此有加入羊血球與不動性之抗羊血免疫血清 (對於羊血之家兔血清之混合液，則不起溶血反應，或即起溶解亦不完全)。

乏色曼氏反應顯明為陽性，雖無疑惑，然為陰性時，亦不能絕對否定為梅毒，其他由哺乳兒梅毒之疱疹內容雖能證明梅毒螺旋體，但極為困難。

豫後 第一與病症之重篤有關，分娩時已有內臟梅毒，且屢屢同時有顯明之梅毒性發疹者，即或滿期分娩，其豫後亦為不良；反之，生後經過數週或數月始發現症狀者，並施以適當之療法時，三乃至四週即赴治癒，然病兒之看護及榮養法，對於其豫後亦有重大之意義，賴天然榮養法時，雖一般佳良，然多數之梅毒兒其體質已有缺損，如賴人工榮養或不合理之看護時，則其結果不良，而由剝削及其他之創而易起續發傳染，又易被高度之榮養障礙、感冒、肺炎等所侵犯。

第四十六圖



變形之門齒



治療之時期亦與豫後大有關係，早期施以充分之特殊療法則佳，且大多能防其再發。

再發之扁頭濕疣，行適當之療法，大多能得佳好之結果；反之，晚發梅毒一般頑固，而皮膚及骨系統之疾患，雖比較的見良效，然犯及腦、肝臟、或腎臟之際，則須慎重焉。

**療法** 預防法根治兩親之梅毒，實為急務，已有死產、早產等經過之既往症之際，當檢索其父親及母親，而施以根本治療法，又罹梅毒者於結婚之際，至少須由罹患時起之四年間避免結婚，初二年間以充分之薩爾佛散或水銀製劑施行治療，於其次二年間完全確無再發之徵，然後乃可結婚。

其次關於營養，如前所述之人工營養頗為不利，則不能不賴於天然營養法，而母親（雖無梅毒症狀時）授乳無稍障礙，據果萊氏之法，則為顯明之事情，然若雇用乳母於哺乳兒之梅毒顯明時，以梅毒性之乳母充當為良，然如此時不能即刻求得，當嚴禁健全之乳母哺乳於梅毒症之小兒，梅毒雖有遺傳之關係，但生於健康之小兒，哺乳於健全之乳母可也，但此時須十分行小兒之檢查，雖稍現梅毒之症狀時，即當離開乳母，既不能哺用人乳，於不得已時，唯有賴於人工營養法矣，然對於抵抗力虛弱者，應注意講求營養法為要。

對於梅毒之特效藥，吾人已由埃爾利赫（Ehrlich）秦兩氏所發見之薩爾佛散（Salvarsan），比較從來使用之水銀劑備有優越之諸點，對於先天梅毒多數實驗者之報告，均稱揚其成績佳良，但不可行皮下注射，而以靜脈內注射為最良，哺乳兒運顛之靜脈為便，不然由肌肉內注射而行於腎肌內，其注射量對於小兒體重一公斤（1000g）為八公毫（80mg）薩爾佛散，以蒸餾水溶解則為酸性透明之液，其中如氫氧化鈉液，則成中性，而得溷濁液，



以此中性液供注射。

至其後有新薩爾佛散 (Neo-Salvarsin) 之發見，爲已成中性者，可直接溶解於 0.4% 之食鹽水（此時應避免強烈之震盪），而當迅速注射，其用量雖猶不一定，然對於體重一公斤可用一五公毫 (gr.)，因其比薩爾佛散溶解法簡單，且副作用亦少，故被實用。

水銀製劑以昇汞注射爲最良，以稀薄食鹽水作成昇汞之一——二% 溶液，一回用十分之一立方公分，即注射一——二公毫 (gr.)，注射器具行充分之消毒，須七回或八回之注射。

不能行是等注射法時，則用內服藥，一碘化汞 (Hydrargyrum iodatum flavum) 0.005 乃至 0.01 作散劑，一日與以三回，少有起腸障礙者，多能吸收良好，甘汞亦有同樣之效力，一回用 0.002 乃至 0.003 之少量，一日與以三回，有起腹瀉之傾向時，則加入少量之鴉片（二分之一乃至一公毫），又有以甘汞與加糖碳酸亞鐵 (Ferrum carbonicum saccharatum) (0.1——0.11) 混用者。

其他水楊酸汞 (Hydrargyrum salicylicum) 鞣酸汞亦可同樣使用。

有用內服藥之際同時有外用水銀劑之必要者，尤以皮膚有創面、剝離等當行昇汞溶，可容二十公升之浴槽溶入一或一·五之昇汞，保持三十五度乃至三十八度之溫度，入浴五十分或十五分鐘，此時應注意勿嚙下浴水。

行塗擦以羊毛脂 (Lanolin) 凡士林 (Vaselineum) 等之汞軟膏爲良，但創面及剝離皮膚處須避免之，施於

健皮可也。又用膠樣水銀亦宜，其用量隨哺乳兒之年齡及體力用〇·三乃至〇·五，其塗療法與大人相同，而小兒如大人發口腔炎者甚少，反之，腸及腎臟受障礙，排出血便，又尿中證明蛋白。

此等一般的療法，早期施行，其效果顯著，且再發者亦少，而外見症狀雖消失，然猶須持續二週間治療。

局部療法，對於頑固之鼻卡他，以棉塗紅降汞軟膏 (Ung. Hydrargyri rubrum) 充填，又可塗布硝酸銀

(Argentum nitricum) 膠樣汞 (Hydrargyrum colloidal) 或吹撒甘汞。

扁頭濕疣撒布甘汞，其跡以食鹽水浸之，爪溝炎以汞硬膏 (Emplastrum Hydrargyri) 纏絡。

對於晚發梅毒用碘劑，即碘化鉀、碘化鈉，或加入類茄浸膏。

處方例：

碘化鈉 (Natrium iodatum)

10.0

類茄浸膏 (Extractum Belladonnae)

0.1—0.1H

水 (Aqua)

100.0

右一日三四回，每回服用五·〇乃至一〇·〇。

又可用二碘化鐵糖漿 (Sirup. Ferri iodati)。

晚發性內臟梅毒以碘劑與塗療法交互施用。

促進一般榮養，住於新鮮之空氣、光線之中，以謀皮膚之強固，又當獎勵溫浴泉，尤以含有碘之溫泉浴。

第三 後天性梅毒 (Die erworbene Syphilis)

後天性梅毒在小兒一般稀有，其傳染機會主要在哺乳之際，其他由接吻或哺乳器所傳染，故其梅毒性症徵之原發部位最多在口，尤以下唇爲多。

關於後天性梅毒之一般發疹，應注意者爲其丘疹，非如先天性梅毒之爲點狀，而呈斑狀，又見蕁麻疹者不少。經過比先天性一般緩和爲恆例。



# 第十編 神經系統疾患 (Krankheiten des Nervensystems)

## 第一章 腦疾患 (Krankheiten des Gehirns)

### 第一 急性腦實質炎 (Encephalitis acuta)

本症爲腦實質之炎症，特好犯腦之灰白質，最多發現於幼穉者。

原因 原發性者爲海內麥地 (Heine-Medin) 氏病之一種而發生，有與流行性脊髓前角炎併發者，有獨立而散在性發生者，續發性者由細菌毒素所惹起，尤以基於百日咳、猩紅熱、流行性感冒及狄扶的里者爲多，因肺炎、傷寒、流行性腦脊髓膜炎、頭部丹毒及臍膿毒症等而起者罕有。

病理解剖 好發部位主爲基底神經節細胞及大胞皮質，病竈有狹小之局限領域者，有大之瀰漫性領域者，顯微鏡檢查見有小血管之血栓、出血及其周圍之細胞浸潤、神經節細胞之變性。又腦膜之炎症，經過年餘者其局所收縮，或硬化而形成癥痕，或陷於囊腫及軟化竈。

症狀及經過 腦實質炎之初發症狀爲急性，以高熱、痲痺、及意識消失起始，其痲痺類似子癱，而成強直性痲痺發作，往往伴有頸部強直意識消失強盛，脈搏頻數，呼吸亦因之頻數，而有示俠依司脫克 (Cheyne-Stokes) 氏

呼吸型者，純正之腦實質炎，顳門不膨隆，若有之則為腦膜被侵犯之證云。眼球屢屢向片側上竄而偏向（眼睨視病竈），有急速死亡者，或經過數日數週而漸次快癒者，然胎留半身不全麻痺者多。又病竈限局性則生相當之震顫失調、一肢及半側顏面神經之麻痺，又腰屢有陷於失語症者。病竈與橋部或延髓相當時，則呈交叉性麻痺或球麻痺之症狀，急性症狀之發熱、昏睡狀態、及痙攣，須經數週乃漸次消失。

發病之狀況非必如上述，僅起於急激，臨床上反有如腦瘤稍帶潛行性之傾向，初僅發搐搦，次即移於麻痺，並不現高熱、嘔吐及頭痛者，此種大多永久胎留痙攣性半身不全麻痺及半身失調，其次乃起癱瘓也。或於其他之際，初發症狀漸次發現，而起嘔吐、頭痛、斜視、失神發作或一晚之不全麻痺，經過數日及數週之休止始移行於急劇之經過者有之。

診斷 雖有與腦栓塞鑒別之必要，然本症以高熱數週持續為特徵，與腦膜炎發熱之模樣亦異，且缺少顳門之緊張，本症又有偏癱之傾向，通常發現於同半側之搐搦，亦不失為鑒別之資料，然最後之判斷，不得不根據於施行腰椎穿刺液之檢查，又不可不與發病狀況有潛行性傾向之腦瘤或腦梅毒鑒別，但前者有鬱血乳頭、發現頭痛、嘔吐等顯明，後者由瞳孔反應缺如、發瑟曼反應、及驅梅毒療法之奏效等而得鑒別之。

豫後 本症雖不取死亡之轉歸，但其豫後亦不佳，必不免胎留多少之身體及精神之障礙，白癡、癱瘓等。

療法 有急性症狀者，試於頭部放置冰囊，乳嘴突起部附用水蛭等療法，施用安替比林（Antipyrin）、水楊酸鈉（Nat. salicyl.）及金雞納之注腸，而為誘導之目的，投用甘肅為宜，痙攣發作頻回時，當與以水合三氯乙醛

(Chloralum hydratum) 佛羅拿 (Veronal) 及溴素劑 (溴化鉀 *Kalium bromatum* 溴化鈉 *Natrium bromatum*) 薩勃羅民 (*Sabromin*) 等。

營養須特別注意，應漸漸頻回與以少量，或使用嚥下消息子而與以流動性食物，關於後貽症，於小兒腦麻痺及癲癇之條下述之。

## 第二 腦膿瘍 (化膿性腦實質炎) (*Hirnabscess, Encephalitis purulenta*)

腦膿瘍於哺乳兒亦有見之者，非必為少有之疾患，限局性之膿瘍通常基於傳染性者，因鏈球菌、葡萄球菌、腦膜炎球菌及綠膿桿菌者為多，多發性之膿瘍主為轉移性者，發生於敗血症、枝氣管擴張症、及肺壞疽之際，當小兒期最當注意者為耳性腦膿瘍而外傷性膿瘍次之。

全身症狀有頭痛、嘔吐、及意識障礙，遲眠為診斷上必要症狀之一，雖概兼有發熱，但亦有缺如者。

膿瘍為限局性時，則呈所謂病竈症狀，耳性腦膿瘍之位置占居顳葉或小腦，位於顳葉膿瘍之左半球者，屢屢起知覺性失語症，即語謬。又壓迫達於周圍之部位之結果，則起顏面及以肢之交叉性不全麻痺，同側動眼神經麻痺、運動性失語症，於小腦膿瘍見有猛烈之後頭痛、角弓反張、嘔吐、步行、及起坐之失調、眩暈等，遠達作用基於交叉性四肢麻痺、延髓之神經核及由其發出神經幹之被壓迫而來諸種之症狀焉。

診斷甚為困難，與腦瘤之鑒別殆有不可能者，若有中耳炎之病歷，則應近於腦膿瘍，與腦膜炎之鑒別，據腰椎

穿刺即易區別。

## 第三 腦性小兒麻痺 (Die cerebrale Kinderlähmung)

腦性小兒麻痺爲包括於臨床的概念下之名稱，發於幼小之小兒及出產前之腦性麻痺云，而非爲病理解剖的及原因的疾患也。

原因 間接之原因得考其爲素質性動機，如此小兒之腦髓一般對於外來刺戟之抵抗力薄弱，由神經病及精神病患者之家族所生產者，兩親有結核或梅毒者，或父親爲酒客者居多。

直接之原因，分外傷與傳染二大要素，兩側麻痺因難產時所受之外傷，或假死而生之小兒，及早產而生之小兒見之；半身麻痺因傳染而來者爲多，傳染病

中最多者爲百日咳、狄扶的里、猩紅熱、麻疹、流行性感胃等是，在此等中與含有海內麥地

(Heine-Medin) 氏病之腦性麻痺型無異，又

奧斯特盧門伯爾 (Strümpell) 氏之急性腦

灰白質炎 (Poliencephalitis acuta) 相當。

病理解剖 初期變化主爲血管障礙，見

第四十七圖

右側小兒痲痺性偏癱  
(nach Feer)





有出血、血栓、及栓塞等，又於他部得見炎症性病變，至後期則生諸種之病理的變化，腦質見有多少限局性傾向之破壞部、軟化竈、癥痕、囊腫，尤以屢屢起腦質之缺陷，於種種之處所有孔狀及漏斗狀之陷凹部時而有達到腦室者，名之曰孔腦症(Polencephalia)，又見腦週轉萎縮症(Mikrogyria)，而腦皮質之皺裂甚小，見有由膠質組織之增殖與神經節細胞之破壞之所謂硬化症，腦膜得見急性炎症之跡各處胎留所謂溷濁粘連及肥厚。

### 一 小兒痙攣性偏癱(Hemiplegia spastica infantilis)

偏癱性者與對癱性者在大體上稍有異趣，本症主發於出產以後，且上肢被侵犯較下肢為強，屢屢移行於發育障礙及癲癇為其特徵。

症候 以定型的症候經過者，於初期如急性腦實質炎之條下所述，以突然高熱起始，發現嘔吐、頭痛、發汗等，直後成顯著之半側麻痺，通常兼有顏面麻痺者居多，而麻痺於初起時雖概為弛緩性，然即轉為痙攣性，於初期見失語症雖不少，但此症狀漸次即消失，四肢之麻痺經時即快癒，於上肢胎留拘攣，後來於麻痺側見有舞蹈病性或指趾震顫樣運動之發現，該半側之發育亦被障礙，精神狀態稍蒙侵害，在數週數月之後，陷於定型的癲癇，有增惡為進行性者。

麻痺之範圍相同，於腦神經以顏面神經麻痺為最多，在幼少之小兒於啼泣時能顯明視之，其次舌下神經被犯者亦不少，然因動眼神經及外旋神經麻痺而起眼球週轉之障礙者則少見，若有瞳孔光線反應缺如者，則不難想像為梅毒性原因矣。



在四肢以上肢尤以手較脚被侵害者爲多，下肢之麻痺快速，而遺留手之麻痺，殆使人想像爲單癱者居多，唯據該側之膝蓋腱反射亢進與稍受發育障礙而得診斷之，深部反射之亢進爲必發之症狀，而存留最久，巴俾司格 (Babinski) 跣趾現象殆每常見之（幼兒爲生理的），同時患側四肢之硬強 (Rigidity)，亦爲診斷上重要之一症狀，而最顯明之硬強，則在上肢之屈肌及內轉肌與下肢之屈肌，因而發現拘攣也。

故下肢永久稍屈曲而且內轉，足取尖足位置，上肢屈曲爲直角，前肱稍內轉，手被固定於種種之位置，除如此永久痙攣之外，又其注意痙攣 (Intentional Jitter) 者，卽於肌肉運動時則痙攣反益爲劇甚，後來則手發弛緩性麻痺，普通見下肢及肩肌痙攣，更兼有失調及注意震顫者不少。

步行爲定型的而所謂痙攣性步行，於步行之際，成本症固有之隨伴運動，患兒欲急走則麻痺側之肱如鳥翼之高舉而振步，又於患側之四肢其動作如舞蹈病性及指趾震顫 (Athetose) 運動之自發運動者，在本症之後期約占全數三分之一。

呈麻痺之四肢，其營養障礙顯著，患側比健側之長及周圍之發育被顯明之阻害，有見高度之肌肉萎縮者。

患兒將來兼有之併發症爲癲癇及白癱，成癲癇者占百分之五十以上，而有致死不能治癒者，至於睿智障礙誠爲可悲之併發症，罹本症者後來有精神機能之健全者少，且起性格之變化，而成刺戟性，易於憤怒，又敢於暴行者不少。

二 小兒痙攣性對癱 (Diplegia spastica infantilis) (利特爾氏病 Little'sche Krankheit)

本症之大多數於出產前已成立，或於出產時基因於諸種之障礙者為多，故既往症有出產時之假死、難產及早產等之障礙者不少，而此痙攣性麻痺大多由上肢而發現於下肢（與偏癱相異），且有退行之傾向。

如起全身硬化之重症者，於哺乳兒期見之，全身強固而無運動性，有恰如木製人形之觀，此為於子宮內生活時所受之影響，輕症者現痙攣性麻痺尤現於下脚，漸漸起始步行之際，乃被兩親所發見，如此者之多數或完全不能步行，或長成後勉強始能步行。

利特爾氏病之定型的者，以固有之下肢之位置，故易診斷，即使患兒站立時，則兩側大腿向內轉，膝蓋因內轉肌之痙攣而互相密接，足僅以外側趾尖接觸床上，把持患兒之體，若使之步行，則兩脚之互相交叉而取特有之位置，以後隨經過之年代而帶快癒之傾向，則漸漸堪抵抗而能步行，其狀態恰如涉沼澤，緩慢而勞苦，而以趾尖步行。

痙攣在上肢不顯明，而於軀幹殆不能發現，舞蹈病性及指趾震顫樣運動雖較偏癱稀有，但振顫及失調不少，反射運動雖亢進，但強硬甚高度，則反射亢進有不能充分發現者。

腦神經障礙之中，最常現者為斜視，亦有

第四十八圖  
利特爾氏病  
(nach Feer)



發現視神經萎縮、瞳孔不同、及眼球振盪症等，顏面痙攣時，則成假面樣，而乏表情運動，言語障礙現構音困難，言語遲調者亦不少，而與表情肌之不動性相似，遂致疑為精神發育之甚被障礙者有之，有咽肌之痙攣時，則惹起嚥下困難。

四肢之發育不全非如於偏癱之重要，肌肉或萎縮或肥大，然膝蓋之高舉仍如普通存在，膝部屈曲為銳角時，則能顯明現出也。

痙攣發作成早期抽搐而發於初生之際，雖一切已見於對癱，然起於後期之癲癇發作，寧為現於偏癱之際，至於本症非普通症狀也。

精神發育障礙之白癡及癡愚，為常見於利特爾氏病，而決不能治癒。

利特爾氏病之痙攣每常不成進行性，偶爾隨經過之年代而全然消失者亦非絕無。

診斷 定型者據其症狀及既往症雖容易診斷；然混合型及不定型的者，苦於診斷者有之。

(一) 哺乳兒之慢性營養障礙，其肌肉之緊張過度而與腦性麻痺雖不免無誤，然在後者有反射亢進及白癡之症狀，又基於出產前之原因者，概備小頭症，若剩餘之顳門早期閉鎖者，不得不疑為腦性麻痺。

(二) 脊髓前角炎及分娩麻痺，雖成末梢性麻痺，但後來取拘攣之形態時，有疑為腦性麻痺，然後者有痙攣性麻痺、反射亢進、而萎縮輕度，兼有容智缺陷、癲癇、舞蹈病性或指趾震顫樣運動，在腦性麻痺之電氣興奮性，雖平流通常亦感傳，前者則見變性反應。

(三) 腦梅毒據發瑟曼氏反應，瞳孔不同，瞳孔反應缺如等而得分別之。

(四) 腦瘤有進行性經過，由鬱血乳頭而得區別，年長兒之腦水腫有苦於鑑別者。

(五) 多發性硬化症雖亦有眼球震盪症、注意震顫、言語障礙，但爲小兒極稀有之疾患，所謂夫利德利什 (Friedreich) 氏失調者，據有痙攣性症狀及反射亢進之存在，而得區別焉。

豫後及療法 本症有自然治癒之傾向，經過長久之時間，則能學習步行，然兼有容智障礙及癲癇者，則此等症狀不能治癒也。

療法 行電氣療法及溫浴療法，則能促進治癒機轉，感傳電氣可應用於不全麻痺之肌肉，平流電氣爲用於收縮痙攣性者，以其積極摩擦肌肉。

又有自動性之體操療法，其他之治療法不委諸整形外科醫生之手，有拘攣矯正術、腿切除術、腿移植術等，近來對於利特爾氏病用福爾斯忒氏手術 (Forstater's Operation) 切除脊髓之後根，而爲切除傳達於拘攣性之肌肉部分之知覺性刺戟之手術也。

關於癲癇與真正者無異，言語障礙及自癡，則不得不從特別之治療教育。

#### 第四 假性球麻痺 (Pseudobulbiparalyse)

本症爲俄彭海姆 (Oppenheim) 氏及伯里持氏所記述者也，起於腦性小兒麻痺，尤以對癱者，即現言語遲

動、嚥下、咀嚼及口唇運動之難澁，表情運動機能亦減退，發聲作用亦衰弱，故痙攣性者顏面無表情，恰如木彫之人形，欲微笑時則顏肌歪而成苦笑形態，痙攣性者類似顏面神經麻痺，口唇尖銳，而不能使頰膨脹，僅有表於兩側之差而已。

然呼吸、心機能、眼運動、及項機運動之障礙者甚少，而上述之障礙主關於隨意運動，此等肌肉之不隨意性機能依然存在，決為認為肌肉萎縮及纖維性抽搐。

假性球麻痺之本態，非為延髓之神經核疾患，而為基於司此等諸肌肉之腦皮質之障礙者也。

第五 小兒痙攣性脊髓麻痺 (Infantile spastische Spinalparalyse) (痙攣性脊髓癆 Tubes spastique)

本症應歸於皮質脊髓經絡（錐狀體徑路等）之先天性發育障礙者也，屢屢見於早產兒，以四肢或下肢之痙攣性不全麻痺為主要症狀，為兼斜視、睿智障礙、言語障礙、及癲癇者。

第六 腦瘤 (Tumor cerebri)

小兒最多之腦瘤當為孤立結核 (Solitär tuberkel)，結核雖非真正意味之瘤，然由其生長之狀況及症狀考之，則謂為瘤乃為至當，據阿爾倫斯塔爾氏之統計，三百例之小兒腦瘤中百五十二例為結核性，大人之腦瘤三百

例有四十一例，關於年齡赫羅荷氏謂於九個月之小兒已見之，得姆明氏謂由結核之母所生之二十三四之小兒，見有小腦結核云。結核之大小不定，小者如豌豆大，大者達鷄卵大，蓋非爲原發性者，而由枝氣管腺結核、肺結核、腸結核、骨結核而起之轉移性者也。故雖似有原發性者，但精細之穿鑿，殆於一切枝氣管腺均爲得見酪變性竈者，若至後期則兼發結核性腦膜炎及粟粒結核者居多。

次於結核者爲膠瘤 (Glioma)，發於小兒者多爲神經節細胞神經膠瘤 (Neurogliona ganglionare)，探濕潤性之形態，與其他之腦組織難於分別，無有剽然之境界而移於健部，時而呈變性現象，而形成囊瘤及空洞者有之。肉瘤 (Sarcoma) 次於膠瘤，主由腦膜、骨膜、及顱骨發生，分爲纖維肉瘤、骨肉瘤、黑色肉瘤、及粘液肉瘤。

其他內皮細胞瘤 (Endothelium) 眞珠瘤 (Cholesteatom) 血管瘤 (Angioma) 均屬於少有，如癌者尤爲罕有，至於綠色瘤近時尙無其報告。囊瘤 (Cyst) 有基於皮樣囊瘤、包囊蟲等者。

梅毒腫雖不多見，然亦呈瘤之症狀者也，此時發瑟曼氏反應爲陰性者居多，至侵腦膜時，始有成陽性者云。瘤之位置以小腦及橋部爲多，據阿爾倫斯塔爾氏統計，膠瘤三十七例中十五例存在於小腦，十例在橋部，六例在大腦皮質云。

原因的動機 梅毒及結核雖有爲各病原者，然關於有他瘤之原因的動機，尙有未確定者，偶爾顱被外傷有爲誘發瘤之原因者。

症候 腦瘤之症狀，通常分爲因腦被壓迫而起之全身症狀及由瘤之位置而起之病竈之症狀，而此兩種症

狀雖普通必然發生，然在橋部及中心神經細胞之瘤，全身症狀則比較的僅少。

(一) 全身症狀 全身症狀之中最重要者，爲鬱血乳頭，鬱血乳頭大多必發於兩側，有腦瘤之際概發現，據俄彭海姆 (Oppenheim) 氏謂：有鬱血乳頭之存在時，其九〇% 見有腦瘤之存在云。

關於鬱血乳頭之成立有二說：(一)謂基於在腦之鬱血腫云；(二)謂爲因生腦瘤之際之物質代謝產物而起視神經之炎症性機轉。

頭痛亦爲屢屢存在之主要症候，於早期已發現者爲多，其性質甚爲劇烈，患兒訴頭腦如穿孔或如被壓榨之感，在劇烈甚之呼氣、咳嗽、腹部壓迫及噴嚏時尤爲增加，其發生之部位一定，時有能診斷瘤之位置者，然因瘤之大小位置，對於頭痛之強度及連續時間無一定之影響。

嘔吐雖非如頭痛爲必發之症狀，然亦成屢屢發生者也，尤以在後顛窩之瘤爲然，卽所謂腦性嘔吐 (Cerebralis Erbrechen)，與食物攝取無關係，決不兼發惡心，又嘔吐之結果，不至對於食物有食思缺損及嫌惡，而其發生通常爲突然射出，卽有類似暈船之嘔吐現象，起於轉換患兒之體位時，又於頭痛達於強甚頂點時，亦感發嘔吐，眩暈者亦多，於小腦瘤嘔吐尤佳。

精神狀態及意識之障礙大多發現，恍惚及朦朧狀態爲屢屢所見者也。瘤小或存在於腦基底時，雖有缺少此等症狀，然瘤漸次其大增加，則著明現矣。初則患兒感覺疲勞，不容易答所問，而如精神恍惚然，終至貪嗜睡眠，當食物之際猶嗜睡眠，有大、小便失禁者，又呈精神狀態之變調，沈鬱等者有之，據謝施得爾氏謂：尤以胼胝體、前腦、及腦下垂體部之瘤爲然云。



有全身痙攣時，則爲腦壓增加之證明，帶癱瘓樣之性質者爲多。查克松 (Jackson) 氏謂：有癱瘓之存在者，則當歸於病竈症狀之中。俄彭海姆 (Oppenheim) 氏云：在前腦瘤，則其全身癱瘓樣痙攣顯明，痙攣劇甚而僅起癱瘓症狀 (Status epilepticus) 者有之。

脈搏關係在診斷上爲重要之事項，腦瘤之脈性爲遲脈，有一分間遠四十乃至五十至者，此雖爲腦壓症狀，但實際於遲脈發現以前腦壓甚爲呆滯，遲脈或始終存在，或爲發作性發現，起速走神經之麻痺者，則脈甚爲增加，速脈於末期亦非必然缺如。

(二) 病竈症狀 腦瘤亦有不現病竈症狀而經過者，腦之部分吾人有不知其機能之處，尤以右側顳葉爲然，其機能雖亦有十分熟悉之部分，然瘤之發育若著明緩徐則不免缺陷症狀也，例如視神經狀之瘤是也。

在吾人考察病竈症狀者之中，非實際真正之病竈症狀，因腦瘤所起之遠達作用。

(a) 小腦瘤 爲小兒最多者也，鬱血乳頭、頭痛比較的早期已發現，主要之局所症狀如次：

小腦性失調起於蟲部者，及發於半球而蔓延於蟲部者，成步行蹣跚，而如酩酊者，起立不確實，與脊髓性失調 (脊髓癱) 相異之點，即閉眼亦不強盛，其他眼球震盪症及體位轉換時之眩暈，爲特有症狀，因避此眩暈與平衡感覺失調，而取強迫姿勢者有之，即患兒轉其顏面於病竈存在之方向是也。

腱反應雖有亢進，然概即消失者爲常，蟲部之瘤發現失調最爲強度，屢屢現項肌及背肌之強直性緊張，又有發見於脚部之屈曲、拘攣等。



瘤逐漸生育而其大增加時，則所謂惹起隣接症狀向延髓進據，遂又壓迫種種腦神經根，有時於病竈之反對側起半身痙攣性麻痺（壓迫錐體交叉之下部，則起等側之麻痺），而兼有拘攣攣、蹠反射亢進。及巴俾司格（Babinski）氏現象，在同側現三叉神經、顏面神經、及外旋神經之麻痺症狀，而起眼球轉向運動麻痺，患兒不能睨視患側，又能惹起眼球之內斜視，上部小腦莖有其被侵犯者則遂現舞蹈病性及強迫運動，對於延髓之壓迫若成強度，則於三叉神經痛、顏面神經抽搐、迷走神經及副神經之領域而現刺戟症狀者有之。

遠達作用及腦水腫并非罕有，眼球震盪症亦非為病竈症狀，而可稱為及於四疊體之遠達作用也，腦水腫尤以小腦瘤之際為多，其壓迫達於視神經交叉，則突然起黑內障及眼球突出（概起於片側），又水腫甚強時，則起顱縫合之開張，而顱之叩診有呈鼓音者。

(b) 橋部瘤 在早期已發現病竈症狀不關全身但症狀永久缺如者為通例，半側之橋障礙，則呈特異症狀，而至發現交叉性癱，即患部與反對之半身現四肢之錐體障礙症狀，蔓延而起知覺障礙，腦神經麻痺與交叉之半身失調，眼球轉向運動亦麻痺，眼球不得轉向健側，構音困難，嘔下及咀嚼障礙亦常發見，至瘤長成而侵入反對側，則現兩側麻痺，固勿待論。

(c) 延髓瘤 與橋部瘤呈類似症狀，鬱血乳頭概付缺如，除球麻痺症狀之外，又兼聾症。又因迷走神經障礙之結果，而有見心臟機能及呼吸之變調，吃逆等者，發現糖尿及尿崩症亦有之。

(d) 皮質運動部瘤 其病竈比較的限制於局部時，實現定型的症狀者也，即由錐體徑路之麻痺及刺戟症狀

而成。刺戟症狀見有查克松 (Jackson) 氏癱瘓之症狀。其中樞領域之肌肉呈發作性之間代性癱瘓而表現。其癱瘓決不至蔓延於全身，且不現神識朦朧。若瘤占居上肢中樞，則起上肢單癱 (Monoplegia brachialis) 占居下肢中樞，則現大腿單癱 (Monoplegia cruralis)。隨瘤之成長單癱遂變為偏癱。隨即惹起知覺及感覺障礙，尤以起位置感覺之障礙者為多。瘤初由大腦髓質發出，漸次向運動徑路生育者，即皮質下瘤通常最初現單癱，後來移行查克松 (Jackson) 氏癱瘓者居多。

瘤起急激出血而突如現偏者有之。

(e) 前頭部瘤 本症無特有症狀之存在，於比較的早期已起有癱呆狀態、記憶力薄弱等之精神機能障礙為特異，又有起小腦性半身失調症者云。前頭部瘤發育於布羅卡 (Broca) 氏中樞及其近者，則陷於運動性失語症，又進於錐體徑路之方向者，則繼續查克松氏癱瘓而至惹起運動麻痺。斯基阿忒氏云：同側之細密之震顫為前額葉瘤之特徵。

(f) 左側顳額葉瘤 以感覺性失語症及語弊為特徵，聞人語僅知聞南蠻狀舌，不能了解是何意義，瘤發生於髓質，壓迫視神經幹而惹起半盲目症，又起動眼神經麻痺而眼瞼下垂，且眼球上下運動亦被障礙也。瘤存在於海馬迴轉，或海馬迴轉鈞，則發生嗅覺或味覺之障礙。

在右側顳額葉者，不表示特有之症狀。

(g) 顳頂葉瘤 不惹起疼痛感覺，而屢屢呈異常感覺者，不能識別握於反對側之手內物體之形態，隣接症

狀起運動性刺戟及麻痺之症狀，占居於左側腦隅迴轉，則起所謂光覺性失語症、語盲症、失讀症，又於髓質時，斷絕視神經放射徑路而呈半盲症者有之。

(h) 後頭葉瘤 半盲症為特徵，其前驅呈幻視現象。

(i) 中心神經細胞 於長久之時日間，不知不覺中發育者不少，接近內核囊者則發半側或兩側之錐體徑路刺戟症狀，而如視神經牀瘤，則見其他表情運動障礙、強迫叫笑、及強迫啼泣、半身舞蹈運動、半身指趾震擻、震顫、強迫運動亦為屢屢發現之症狀。

(j) 胼胝體瘤 則起睿智障礙及精神盲 (Apraxia)。

(k) 四疊體及松葉腺瘤 成動眼神經癱瘓症狀，而現眼瞼下垂，眼球上下運動不能，瞳孔反應消失，又見有重聽症、失調症等。松葉腺之內分泌腺中被此瘤侵入之際，則有生殖器之巨大發育（陰莖及乳腺），及全身肥胖症之發現。

(l) 大腦脚瘤 呈韋柏 (Weber) 氏症候叢，即交叉性麻痺，則呈與瘤同側之動眼神經麻痺、反對側之四肢麻痺、顏面神經及外旋神經麻痺，又有發現類似反對側之注意震顫或震顫麻痺之狀態者，此震顫與同側動眼神經麻痺，稱曰本提克 (Benedikt) 氏症候叢。

(m) 腦下垂體瘤 呈末端肥大症 (Acromegaly) 及巨態症 (Gigantismus) 之症狀，此瘤如發於春機發動期，則起生殖器之發育不全，而現乳房、腰部、及臀部之異常脂肪發育，又成隣接症狀而壓迫視神經交叉，遂呈外

側半盲症及黑內障，又起眼肌麻痺、糖尿病、尿崩症，進至第三腦室之際，則呈強度之嗜眠症，俄彭海姆氏謂：據X光像有土耳其鞍之陷沒甚者，即應診斷為腦下垂體瘤云。

(n) 第四腦室瘤 由腦室內皮細胞及蜘蛛膜叢發生之瘤，或屬於包囊蟲者也，起腦脊髓液通過之障礙，而發腦水腫之症狀者為多，即現項部強直、刻爾里 (Kernig) 氏症狀及下肢拘攣等，病竈症狀輕微而僅現類似小腦瘤之全身症狀者有之，糖尿亦為其特有症狀之一，有破壞呼吸及血管之中樞而急速死亡者，包囊蟲浮游於腦室中，則發稱曰布隆斯氏症狀 (Brunsch'sche Symptome) 之特有之眩暈狀態者有之，此狀態於無全身遠和時亦間歇性發作，又身體當自動的或被動的動作時而突然起劇烈之眩暈是也。

診斷 必須熟考病竈症狀，固勿待論，然得下腦瘤之診斷，須有全身疾狀之鑒定，此時應注重之症狀為劇甚之頭痛（在幼稚之小兒訴頭痛者少），昏睡狀態及鬱血狀態。據檢查彼爾開氏反應之陰陽、骨結核、腺結核之存在與否而能診斷腦結核；有梅毒之疑不外依發瑟曼氏反應解決之；行腦脊髓液之檢查，可資與腦膜炎之鑑別；腦實質炎及慢性腦內水腫，除依經過狀況之外，無其他區別，即病之發生為急性，而其經過不增惡，或傾於治癒而與腦瘤相反；小腦瘤雖有類似顱膨脹之腦水腫者，然前者因神識障礙顯明而與後者相異。

與腦膿瘍依中耳炎之存在而得區別之，膿瘍多存在於小腦及顯顱葉，此應考慮之點也。

療法 不過為症候的療法耳，頭痛烈甚時投用安替比林或嗎啡，放置冰囊，痙攣頻回者須與以水合三氯乙醛、阿大林 (Adalin) 等，碘化鉀療法非梅毒者亦能奏效，故可試用之。

確實能診斷爲比較的表在性者，而知在大腦、小腦、橋角、或腦下垂體，雖可行外科的手術剝出，然在小兒不能無危險之感，果能望良好之結果與否，實屬不明。

#### 第七 神經中樞系之硬化症 (Sklerosen des Zentralnervensystems)

部分的續發性硬化症及結核竈之硬化，前已敘述之。

瀰漫性硬化症在小兒雖爲甚稀有之疾患，然於一歲以內之幼兒，有見由潛伏性起始而至數月及一二年中遂至死亡者，其症狀有全身肌肉之進行性痙攣性麻痺，言語障礙，而陷於全然癡呆者，因視神經萎縮而缺乏視覺。多發性限局性硬化症更爲罕有之疾患，其症狀與大人相等，而惹起痙攣性麻痺、注意振顫、視神經萎縮、眼球振盪症、知覺及言語之障礙。

#### 第八 血族性腦性對癱 (Familiäre zenetrale Diplegien)

本症似爲發現於血族性之利特爾氏病之疾患，因兼發腦神經麻痺及睿智障礙時，而更有眼球振盪症、振顫、失調、視神經萎縮、球症狀、言語障礙、強迫叫笑、肌肉萎縮。

#### 第九 遺傳性失調症 (Hereditäre Ataxie)

爲日本小兒亦有之疾患，夫利德利代 (Friedreich) 氏所唱導之失調症，爲兼有靜的及動的失調症，膝蓋腿反射消失、眼球振盪症、拇趾之屈曲之一種特有之內翻足，更兼發脊柱彎曲、容智障礙，發於四歲乃至七歲之間者居多，而漸次增進者也，本症當更於脊髓疾患條下述之。

其他之遺傳性失調症，而稱曰小腦性遺傳性失調症 (Heredoataxie cérébelleuse (Marie)) 者，有調節運動障礙而帶小腦性失調症之性，膝蓋腿反射不消失，反而有時亢進，四肢稍成痙攣性而眼球震顫症少有也，然因眼肌障礙而有斜視、眼瞼下垂、視神經萎縮，無內翻足，本症多發於春機發動期以後。

遺傳性失調症雖區別爲此二型，然其間不免有不屬任何型者，病理解剖所見之主要者，爲小腦或於脊髓後索有變性或發育缺損種種互相混合之存在，且更兼小腦側索徑路、克拉克 (Clarke) 氏柱、及高厄 (Gower) 氏束之萎縮者有之。

療法 可用脊髓癆之佛蘭克爾 (Frankel) 氏體操療法，又可行溫泉療法等。

#### 第十 先天性腦核缺損 (Angeborener Kernschwund, Moebius)

先天性起顏面神經、外旋神經、舌下神經、及動眼神經之麻痺者也，與球麻痺之差異，卽本症有顏面神經之上枝被侵是也。

其他有種種之畸形，而有肌肉缺損、側彎、第三指骨缺損等，容智被犯者不少。

## 第十一 小兒球麻痺 (Die Bulbärparalyse der Kindesalters)

因與大人者無甚差別，故不論述。

## 第十二 腦血行障礙 (Zerebrale Zirkulationsstörungen)

(一) 腦貧血 每常有見於神經性之小兒者，即現失神而倒於床上，應使其榮養狀態及體格向上。

(二) 腦充血 有因不適合之衣服，便秘之結果而起者，當努力除去其原因的要素。

(三) 腦出血 雖為稀有，然有見於出產時、外傷、百日咳、紫斑病之際者，其症狀非為定型的。

(四) 腦栓塞 本症為屢屢所見者也，多發於急性傳染病之後，以扶扶的里及猩紅熱為最多，肺炎、麻疹、及關節痲質斯之後亦少有，又因心瓣膜障礙之際及匏形二口蟲卵等而起者有之。

症狀與大人者相同，突然搖蕩，初發卒中樣症狀而陷於昏睡，後則發現失語症，半身不隨，知覺障礙等之病竈症狀，於此時死亡者稀少，以後胎留腦性麻痺之症狀，或全然治癒者有之，本症施行眼底檢查而可資診斷，療法與腦實質炎者相同。

(五) 腦血管血栓 更為稀有。



## 第二章 腦膜疾患 (Krankheiten der Meningen)

### 第一 出血性內硬腦膜炎 (Pachymeningitis interna haemorrhagica)

本症多見於哺乳兒者，一見成內腦水腫之像。

原因 發現於榮養障礙、梅毒、佝僂病、或傳染病時等身體衰弱之際者居多，關於其真正之原因，吾人尙未知之也。

病理解剖 普通於硬腦膜內面有滲出液，亦滯留於腦穹窿之上，而硬腦膜被有膜樣之薄板層，其間保有漿液性或血液性之滲出液，時而其量極多，約計二百五十立方公分，而有滯留於囊腫樣之空洞中者，經過時日以厚結締組織性者包被腦之全表面者有之。

症候 極類似內腦水腫，不兼發熱，漸次潛伏性，或頗急性而起顯之膨脹，兼發顫門之膨隆與緊張而如腦水腫，死亡者斃於卒中樣症狀之下。

本症之能診斷，即據腦脊髓液之常帶血色，或帶褐色也。（取腦脊髓液之際，偶爾含有血液者，乃基於何種操作上之誤謬，如此者以遠心器旋之，則赤血球沈降而成透明之液；本症者則否。）若腰椎穿刺不可能時，當行直接穿刺，如然則血液性之滲出液即射流，該伯爾特氏謂本症之診斷，又據眼底檢查見視網膜出血之有無而得診定。



云。

療法 治療使其反復流出多量（五十——百——百五十立方公分以上）之腦脊髓液，若腰椎穿刺不足，尚可行顛穿刺，然有起後出血之恐怖，則應同時皮下注射消毒白明膠（Gelatina alba）液（二十立方公分），其他應講求梅毒療法，勿待論矣。

## 第11 結核性腦膜炎 (Meningitis tuberculosa)

結核性腦膜炎爲小兒最多之疾患，人若對於其愛兒於哺乳期若不失於食物性中毒症，則小兒期被結核性腦膜炎而奪其生死者居多，如未通過此二難關，則幾有不能生長成人之慨。

原因及病理 本症最多發於二歲乃至七歲之小兒，於哺乳兒則稀有，若有之其診斷亦甚爲困難，又於十四歲以後則大爲減少。

結核腦膜炎非爲原發性之疾患，必爲續發性者也，卽於肺腸關節骨及淋巴腺有其原竈，雖外表爲榮養佳良之患兒，但徵諸死後之剖見，必於枝氣管腺等有乾酪變性。又本症由腦孤立結核而續發者有之。

腦膜被結核所犯者，由前述病竈破壞於血管中，由血行而爲結核菌之媒介故也，然以淋巴路爲媒介而傳播結核菌者，亦非無之。又小兒之糞粒結核者，則較大人比較容易侵犯腦膜也。

小兒之腦及腦膜與結核菌易於親接者，因小兒之腦對於結核菌之抵抗力甚弱故也。又因小兒神經中樞之

發育活潑，其血行佳良，故結核之傳播容易，而結核實為頻數之一種疾患矣。

本症之助因為百日咳及麻疹之傳染病，頭部外傷及結核病竈（骨、關節、淋巴腺）之外科的手術等，雖不成腦膜炎，但百日咳、麻疹及外傷等易於誘發結核，已為吾人週知之事實矣。

病理解剖 本症如所謂基底腦膜炎，其病變主發於腦基底，即尤以視神經交叉之附近，又遠於小腦及橋部之軟腦膜有膠樣之漿液纖維素性滲出物，時而稍帶膿性，形成厚達半公分之附著物，此滲出物附着於西爾維（Sylvius）氏溝及西爾維氏溝動脈，又沿其分枝附著，其他特有之灰白色之粟粒結核主要沿軟腦膜之小動脈而羣在，其他在腦穹窿之軟腦膜亦起瀰瀰，沿小動脈見有粟粒結核之存在，蜘蛛膜叢亦有粟粒結核發生，而發內腦水腫，見腦側室極為擴張，腦皮質亦有軟化機轉之存在。

症候 前驅期由不定症狀而成，即發病甚為緩徐，而有互數日或二十日者，初起食慾缺損，倦怠，已稍現羸瘦，又呈發熱，然母親尚未想到愛兒有大疾患之伏在，漸次食慾不振，不好如平素之嬉戲，而蟄居於室之一隅，以致雖在日間亦貪睡眠，小兒之好睡眠為其母親屢屢所訴者也。

定型之發現者，有二種特有症狀，即頭痛與嘔吐是也。嘔吐與食物無關係，不兼發嘔心等，為基於腦性刺激者，而為與胃腸疾患之異點也，此時已有便秘，連續至疾患之終末為恆例。

有腦刺激症狀之發現，雖粗心者診斷亦不躊躇，皮膚及五官之知覺過敏顯明，雖輕微之接觸，即訴疼痛，對於光覺及聽覺亦顯明感覺性亢進，皮膚發現一遇性之紅斑，不顯明發現皮膚書劃症，以鉛筆等物摩擦皮膚，則貽留

紅色之線條。

運動性刺戟症狀亦稍發現，有成切齒、咀嚼及吸嘔運動、揉頭髮、摘口唇、櫻臥床及陰部者，而時時發長太息及欠伸，此二症爲本症所特有也。

神識雖稍現瀾濁，但應答決不致誤，已發現項部強直，雖支持頭部而使患兒起立，項部亦不前屈，此檢查因爲免避意志之影響，故須在睡眠中之，在哺乳兒則大顛門膨隆而緊張（在食物性中毒症，則弛緩而陷凹。）

瞳孔概縮小而光線反應顯著，又有急速開大者，反射機能亢進，如有膝蓋反射甚爲亢進，其他之肌肉亦呈痙攣，下肢現刻爾里氏現象（*Kernig'sches Symptom*），卽於坐位不能伸膝，於背位如被動的屈曲其下肢關節，則膝關節自然屈曲，如伸展之，則感覺顯著之抵抗。又有布律金斯克氏現象（*Brudzinskisches Nackenphänomen*），卽使其項部屈曲，則反射的而起下肢屈曲也。

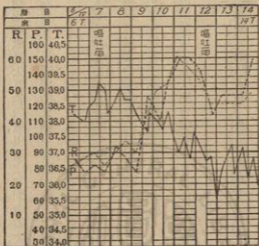
至腦水腫之症狀顯明，則隨卽發現麻痺症狀，神識漸次朦朧而視線驅於虛空，雖呼之亦不回答，茫然自失，然偶爾突然呼喚，是曰腦水腫性叫喚（*Cri hydrecephalique*），此時四肢弛緩，時時成自動性運物，或永久連續而同位置者有之，有伸其腕或內轉而握手掌者，振顫爲屢屢所見之現象也。

腦神經麻痺現於動眼神經及外旋神經，而呈瞳孔不同及斜視，又有眼球震盪症、眼瞼下垂、因瞬目運動少而角膜乾燥，而至結合膜有滲出物附著，亦有發顏面神經麻痺者。

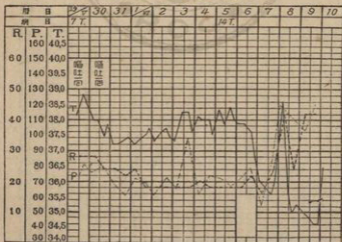
檢查眼底，見乳頭充血，脈絡膜結核，則容易診斷，但此爲每常不能發見者。脈性爲緊要之症狀，而成不正脈及

徐脈，脈搏一分鐘計六十乃至百次，其大小及速度不整而時時間歇，此症狀雖基於迷走神經刺激，然腦壓增大時而陷於麻痺，脈搏當然成爲頻數。

第四十九圖  
(結核性腦膜炎)



第五十圖(同上)



熱型不定，昇降三十八度乃至三十九度，時而三十七度乃

至三十八度。

呼吸初起雖成長太息性吸氣，但至末期則成俠依司脫克

(Cheyne-Stokes) 氏呼吸型，又嘔下運動困難而有誤嚥者，當

注意及之。

腹部成舟狀而陷沒 (Kahnbauch)。

至末期則現間代性癱瘓樣痙攣，脈搏計百八十乃至二百

次以上，熱更昇騰，冷汗掩面，而斃於心臟麻痺之下。

本症彼爾開氏皮膚反應有成陽性者，亦有成陰性者，而不

一定。

經過 概經三週間，早則二週，遲則達四週以上，於死之二

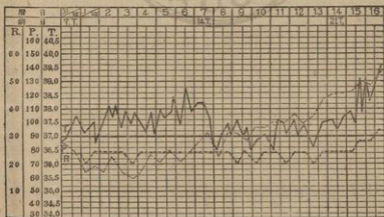
三日以前，有見一時病勢緩解者，即神識稍為明瞭，食慾亦稍增

加，識別母親面貌，並能應答，然非輕快之兆，而為表示將近壽終

之狀，在二三日以內必恢復舊態，而取死之轉歸也。

死前病勢緩解罕有達一乃至二週者。

第五十一圖



取不定形之經過者：(一)有缺前驅期而急劇起始者，(二)有由急劇起始，由初起即發痙攣，陷於昏睡狀態，或發現類似腦瘤之種種病竈症狀者，(三)有於哺乳兒見全經過中無熱者，(四)經過有互數週數月而一時治癒又再發者。

診斷 前驅期之症狀以項部強直、刻爾里 (Kernig) 症候、不正脈及徐脈等為特徵，然最後之判決，不得不候腦脊髓液之檢查，本症之腦脊髓液，其壓力高達水銀柱四十八——五十二公厘 (普通二十一——二十五公厘)，流出盛於玻璃管內，有如下之特徵：(參照上卷總論)

(一)成水樣透明。

(二)檢遠心沈渣，極富於淋巴球。

(三)必有結核菌存在。

結核菌須於遠心器沈渣中求之，而施西爾、加雷武 (Niedl-Gabbert) 染色法，或用 Antiformin 法檢索，更將此液藏於三十七度之孵卵器時，至翌日則見析出雲絮狀之纖維素，採之抹塗於覆蓋玻片，則容易見出多數之結核菌。

(四)富於蛋白。

須類症鑑別者如次：

(一)食物中毒症 顛門弛緩而陷凹，兼有腹瀉，無皮膚書劃症，腦膜炎概兼便秘，脈性不正而緩徐，在中毒症稍現項部強直者有之。

(二) 傷寒 腦膜炎初期與傷寒甚易誤診，傷寒菌及類傷寒菌之韋達反應 (Widal Reaction) 結核性腦膜炎亦有發現者，此原著者屢屢所得之實驗，且近時每常徵諸報告而得證明者也，故最後之判決，不得不俟由血液尿大便檢索傷寒菌。

(三) 尿毒症 尿有腎臟炎之症狀，依眼底檢查而得判明之。

(四) 腦瘤 應由病竈症狀、腦脊髓液之檢查判別之。

(五) 其他之腦膜炎，依腦脊髓液之性狀而區別之。

豫後 本症為不治之疾患，然治癒者亦不得謂為全然無有。

療法 先頭部放置冰囊，避免光線，遠隔音響等刺激，注意營養法，須注意勿誤嚥，主與以流動性之食物。

腰椎穿刺為診斷上及治療上必要之事，痙攣及不安甚者，須用水合三氯乙醛 (0.3—1.0) 灌腸。

其他內服藥投以甘汞 (0.03—0.05)，頭部之皮膚雖通常用灰白軟膏之塗擦，Jothion jodipin 等之外用，然無著效。

### 第三 化膿性腦膜炎 (Meningitis purulenta)

原因 本症為原發性者罕有，而主為續發性之疾患，即由其他之化膿竈所傳達，或由其他之病竈，其發病菌達於腦膜及腦，於是成膿膿菌之作用也。



最多者爲由麻疹及猩紅熱後之中耳炎而起者，其他由鼻腔及副鼻腔、眼窩中之化膿竈而來，又屢屢續發於頭部丹毒。

又發於格魯布性肺炎及流行性感胃者居多，而於腦、脊髓中能檢出肺炎菌或流行性感胃菌，其他之病原菌以鏈球菌爲多，其次發見葡萄狀菌、傷寒菌、大腸菌、綠膿菌者不少。

病理解剖 有化膿性、漿液化膿性、或纖維素性滲出物，一般附着於腦穹窿，由中耳炎起者當限於腦基底，均有靜脈竇血栓，時而腦室被膿所充滿，是曰膿腦 (Pyocephalus)。

症候 發病一般急劇，而以高熱起始，於數日之中即取死亡之轉歸，病變成神經膿腫，發現痙攣、項部強直、知覺過敏、剌爾里 (Kernig) 症狀等。

在哺乳兒以搖搦爲其主要症狀，其間呈疼痛顏貌、深吸氣等，顫門膨隆而緊張，犯及腦基底則現瞳孔不同及斜視，在年長兒其症狀與大人者相類似，頭痛劇烈，兼有煩渴，發現痙攣。

取不定型之經過者，有不現痙攣而僅見昏睡者，又有發熱顯著而如傷寒者，輕易忽視爲腦膜炎者有之，又神識完全明瞭者亦有之，在流行性感胃腦膜炎，其經過有較其他腦膜炎稍遲延而達一二週者。

豫後 概取死亡之轉歸，雖間亦有得生者，然一不免貽留聾啞、盲目、精神障礙。

診斷 據基礎疾患之中耳炎、丹毒、肺炎、流行性感胃之存在而得診斷，腰椎穿刺爲重要之診斷法，腦脊髓液必稠濁，含多量之膿球，能發見上述之病原菌，若試行培養，則診斷益爲確定。



療法 嚴守鎮靜，冷卻頭部，食物當用消息子而與以牛乳湯等流動性之食物，刺戟症狀劇甚則用水含三氯乙醛灌腸，藥劑依普通方法雖用灰白軟膏、碘劑，但不奏效，伊布拉希姆 (Ibrahim) 氏推奨用優洛託品 (Urotropin)，一日量二——三公分。

腰椎穿刺反復行之爲宜，因肺炎菌而起者，腰椎穿刺後宜即試行拉麥 (Romer) 氏肺炎菌血清（五——十立方公分）之硬膜內注射。

#### 第四 漿液性腦炎 (Meningitis serosa)

本症爲急性或亞急性發生，而爲有軟腦膜之漿液性滲出之炎症也，哺乳兒及年長之小兒均能發見，其原因爲續發性者，繼發於肺炎、百日咳、胃障礙、麻疹、流行性感冒及其他之傳染性疾患者爲多，又有起於中耳炎之後者。症狀急劇者發高熱而速死亡，又有呈痙攣、發熱者，即此時因意識障礙及急性腦水腫而呈腦壓疾狀，則起項部強直、反射亢進、瞳孔症狀、及斜視，大顛門在榮養未衰之患者常緊張，診斷除依腰椎穿刺液之外，無其他方法，即該液示壓力昇騰，蛋白含有量多，鏡檢之可發見僅少之淋巴球及白血球，與少數之流行感冒菌、大腸菌、肺炎菌、鏈球菌，及葡萄狀菌，患者死於發病初月者居多，亦有完合治癒者，否則移行於慢性腦水腫。

在年長之小兒發現嘔吐、頭痛、腦壓症狀、視力障礙。

療法 有常用柔軟膏之塗擦或優洛託品 (Urotropin) 之內服者，其他可應用腰椎穿刺，水含三氯乙醛

(Chloralum hydratum) 及應用頭部冰囊。

### 第五 所謂腦膜炎 (Sogennante Meningitis)

爲柏齊 (Bals) 氏於其內科書所創說，「謂在日本存在者爲預後比較佳良之腦膜炎，多發於生齒期之小兒，而精神發育不良兒之病源概爲此病」，繼後弘田博士由一八八九年至一九〇〇年關於此種腦膜炎之實驗發表「論可以治癒之腦膜炎」之題目，嗣後亦有所謂腦膜炎之報告。

原因 本病之原因久未判明，諸說紛歧，一九二一年平井誠太郎博士曾證明爲慢性鉛中毒（參照鉛中毒條下）。

症候 在夏季侵犯生齒期之乳兒，而呈腦膜炎症狀之疾病也，主犯天然營養兒，初起吐乳頻發，次則一日數次現消化不良性腹瀉，漸次由暗綠色變爲黑色，其他由早期現貧血，而成皮膚蒼白、神思違和、過敏性、顫門緊張、膨隆、搏動顯著，同時現反射亢進，體溫初雖有達三十八度者，但以後則成輕熱或無熱，遂發腦膜炎症狀，眼球上竄、痙攣頻發，或死亡，或全治，或治癒而貽留精神發育障礙、視力障礙、聾啞、痙攣性麻痺者有之。

本症之患者有成皮膚貧血性蒼白，而齒牙及爪甲染黑色者，尤以見齒齦緣、爪甲緣之黑褐色，而示所謂鉛綠 (Bleisium)。

尿得證明 Hämatoporphyrin。

血液呈貧血之像，赤血球多鹽基性顆粒，一視野計四五以上。

診斷 當考慮其年齡，並檢查其母親使用之白粉含有鉛物否，更須顧及本症特有之：(一)皮膚之色調，(二)齒牙及爪甲之黑染，(三)鹽基性顆粒赤血球之發現，(四)尿之 Hämatoporphyrin 證明。

佐野寅一博士發表實地家便益之簡易診斷法（兒科雜誌第二百九十五號），即據皮膚及爪甲等以硫化鈉 (Natrium sulforic) 之結晶或其濃厚溶液摩擦，則變黑褐色或黑色，更於其變色塗布二氧化氫 (Hydrogenium peroxydatum)，即變為白色，而得確知鉛之存在也。

豫防法及療法 豫防法母親禁止使用含鉛之白粉，又當避免小兒擦布及含鉛之爽身粉。

治療法廢飲母乳，與以乳酸鈣 (Calcium lacticum) (1日11・0——3・0)，作為水劑。腦症劇甚者行腰椎穿刺，其他當行對症療法。

#### 第六 假性腦膜炎 (Meningismus)

本症又稱曰腦水腫類似症，如有高熱之消水器患者也，或為食物中毒性之一種歟？雖類似腦膜炎，然果為一種獨立之疾患與否，尚屬疑問。

#### 第七 腦靜脈竇血栓 (Hirnsinusthrombose)

由全身敗血症及化膿性耳疾患而起之靜脈竇之血栓性靜脈炎也。

其症疾急劇，以高熱起始，發痙攣、苦悶、昏睡、呼吸促迫，而顳門隆起。

腰椎穿刺液為褐色或赤褐色，放置之則生萎縮之赤血球之沈渣，上液為黃色或帶黃褐色。轉歸不良而概死亡。

#### 第八 慢性腦水腫 (Hydrocephalus chronicus)

(1) 慢性內腦水腫 (Hydrocephalus chronicus internus) 為屢屢所見之疾患，係無炎症性之多量液體蓄積於腦室內而被擴張者也。

原因 其存在於何邊，尙未明確，單為器械的阻害腦液流出者歟？或因分必增多歟？或其基礎應求諸脈絡膜者乎？抑當歸於腦室上皮細胞者乎？均未能明瞭也。

一部可謂為先天性者，或兩親之中因罹酒精中毒，又有謂多發於混血兒者，然先天梅毒為一部之原因，則屬確實。

又後天性者為流行性腦脊髓膜炎及漿液性腦膜炎之結果，而來西爾維 (Sylvius) 氏導水管、第三腦室摩如尼 (F. Morgagni) 氏孔、或蒙羅 (Monro) 氏孔之閉塞，因而妨礙水液之排出也。又因腦瘤而起續發性之鬱血腦水腫者不少，此時基於卡萊魯斯 (Calenus) 氏大靜脈之被壓迫者也。

病理解剖 腦室概對照的擴張，尤以側室爲甚，潛溜液達四分之一乃至二分之一公升以上者有之，大腦變如薄袋，小腦及中心核神經節亦受壓迫及轉位，顱骨開大極甚，萎縮亦甚，腦膜、腦室上皮細胞、脈絡膜叢時而見有炎症性變化。

症候 發病在一歲乃在二歲以內者居多，漸次則頭部之腫大明瞭，忽然達於極大，其週圍達六十一——七十公分，略爲超過胸圍，而顏面顯明發達不良，失却與頭部之平衡，而頭部發生毛髮甚少，現有怒張之靜脈，啼泣時益爲明瞭，視其顏面全體成三角形，而成西洋梨子狀，大顱門顯著擴大，而且膨隆，前頭骨至眉間如裂開之鉢。

眼球之位置爲定型的而成內斜視，下轉，瞳孔

概開大，往往有眼球震盪症，而得見視神經炎或視神經萎縮。

起於腦膜炎之後者，偶爾有項部強直及角弓反張之存在，然必有四肢之痙攣狀態及反射亢進存在，又於下肢見有內轉肌痙攣及兩足交叉，有麻痺之存在者則屬稀有。

於上肢有呈失調及振顫者，又有強直性姿勢，常見其握手而支持於水平。

第五十二圖 腦水腫



精神狀態雖有不被障礙者，然後陷於癡呆者甚多，言語及步行之發育甚為遲延。

身體發育在人乳營養兒雖如常，但在人工營養兒，則被阻害。

嘔吐為屢屢所見之症狀，而有發作性發現者，齒牙發生亦延遲。

腦脊髓之壓力高（水銀柱二十以上），為綠色或黃色

透明，蛋白含有量不甚多（一%以下）。

轉歸 症狀停止而伴發終生身體及精神之障礙者居多，全然治癒而恢復舊態者稀有，死因基於頭部之壓迫，由潰瘍而起之蜂窩織炎，或榮養障礙。

在年長兒腦髓症狀顯著，恰如腦瘤之症狀，即有頭痛、嘔吐、眩暈、耳鳴、腦神經麻痺、痙攣狀態頗似利特爾氏病。

診斷 已經發育之腦水腫一見即可診斷，早期者有時感覺甚難，當注重特有之眼球位置與瞳反射亢進。與腦瘤之鑑別困難，而往往陷於誤診，乳兒於早期有視神經炎或視神經萎縮者，雖能判定為腦瘤，然因乳兒之眼底檢查困難，除注意觀察其經過外，實無他法。

與腦膜炎之鑑別，其發達之模樣相異，腰椎穿刺液能檢出各特有所見，如蛋白含有量尤為大有相異。

第五十三圖 腦水腫之顯



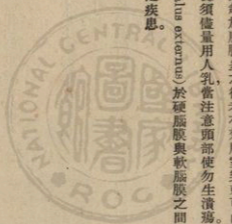
(nach Pfaundler)

療法。先嘗試以驅梅療法，二週乃至三週試用汞軟膏（*ung. Hydragryi*）及碘化鉀（*1:100·115*），及注射洒爾佛散（*Salvarsan*）。

腰椎穿刺對於普通者無效，而起於腦膜炎之後者有效，腦室穿刺可由顳門試之。

其他外科療法亦可試行，榮養須儘量用人乳，當注意頭部使勿生潰瘍。

（11）外腦水腫（*Hydrocephalus externus*）於硬腦膜與軟腦膜之間而起液體之滯溜者也，概基於出血性硬腦膜炎之結果，一般屬於稀有之疾患。





### 第三章 神經系統發育障礙

最多者於腦髓之發育障礙，雖有腦髓缺損、大腦缺損、胼胝體缺損、大腦半球缺損、小腦發育不全等，然因實際上無論述之價值，故省略之，本章僅述二三主要之發育障礙而已。

#### 第一 小腦症 (Mikrocephalie)

起於先天的所謂真性小腦症 (Mikrocephalie vera) 者，原來為顱骨之大及顱內容小者云耳，所謂假性小腦症 (Pseudomikrocephalie) 者，即因於子宮內生活時之炎症性或血管性障礙而起之腦萎縮也。

真性者，患兒之精神狀態為白癡，顱之形狀甚小，前額部其凸出缺乏，故視之如鼻梁甚為隆起，而如鳥類之顱，大顱門於早期已閉鎖，縫合成堤狀而隆起，無療法。

#### 第二 腦肥大症 (Hirnhypertrophie)

為先天的腦髓之溶積大，且其重量亦大，恐非為單位的之一疾患，而為偶爾發見者也，其發現有早者，又時而有至大顱門閉鎖後始顯著者。

症狀與慢性腦水腫類似，主由搖溺及嗜眠而成。

與腦水腫之鑑別須據腰椎穿刺液，在本症其量如常，而在腦水腫則其顯著增多。

### 第三 脊椎破裂 (Spina bifida, Rachischisis) 及腦赫尼亞 (Cephalocele)

脊椎破裂者即脊椎有間隙，脊椎管之內容成赫尼亞狀而由此處突出者也。

(1) 脊髓膜赫尼亞 (Meningocele) 赫尼亞之內容，僅由脊髓膜而成。

(11) 脊髓膜囊腫赫尼亞 (Meningocele) 赫尼亞

內容由脊髓及脊髓管背部之一小部而成，即中心管僅於間

隙部膨脹者也。

(111) 脊髓赫尼亞 (Myelocoele) 或脊髓膜脊髓赫尼亞

(Meningomyelocoele) 脊髓自己由間隙突出而形成赫尼

亞內容者。

上述三種之中，以脊髓赫尼亞為最難之症。

脊髓破裂成球形或卵形之瘤，主要存在於腰部及薦頭

部，概位於脊髓之正中線，又屢屢存在於項部，其大由榛實大

第五十四圖 脊椎破裂



(nach Pfandler)

而達小兒頭大。

腦赫尼亞其內容由限局之顱間隙突出者也，多在項部及鼻根部。

症候 依瘤之內容及部位而異，屢屢兼有肛門括約肌麻痺，及於下肢之運動麻痺，知覺障礙，且兼發因此等而起之畸形，更起腹肌之運動與知覺障礙者有之。

如此之小兒，雖有生長稍久者，然因化膿性腦膜炎、皮膚及尿路之傳染而死於生後一週以內者居多。

診斷 脂肪瘤、畸形瘤 (Teratom) 及結核性膿瘍發於脊椎中線時，雖有苦於診斷者，然本症大抵觸其脊椎裂隙，且加以壓迫則稍能整復之也，腦赫尼亞加以壓迫，則啼泣，且發痙攣。

第五十五圖 腦赫尼亞

(鼻根部)

(nach Pfaunder)



第五十六圖 腦赫尼亞

(項部)



療法 僅脊髓膜赫尼亞能施以外科的切除。

隱匿性脊椎破裂 (Spina bifida occulta) 即不形成瘻者也，常位於腰部，該部稍微隆起，概備異常毛生，時而於薦骨尾關節部有瘻瘻及囊管形成，又兼有脊柱彎曲者為多。

症狀有下肢之疼痛，對照性之輕度麻痺（內躡足及扁平足），括約肌麻痺，夜尿淋瀝等，又屢屢現下肢之知覺障礙及潰瘍形成，有皮膚及腱反射異常者亦不少，此等症狀屢屢漸次起於兒童期之後期，或春機發動期後。



## 第四章 精神發育障礙

### 第一 白癡 (Idiotie) 癡愚 (Imbecillität) 及愚鈍 (Debilifakt)

本症爲精神發育不全，依其程度而區別者也，最甚者爲白癡，癡愚次之，最輕度者爲愚鈍。

本症雖以容智之缺陷顯明爲特徵，但於感情方面，其發育亦不全者爲多。

原因 一般雖多爲先天性者，然爲後天性者亦不少，先天性者之原因大多歸罪於雙親之酒精中毒及梅毒，故酒精及於子孫之作用，不可忽視，此乃禁酒論者之學說所由來也，是以歐美謂葡萄豐收之年所生之子女，多有白癡云，吾人亦信酒精與白癡之關係矣。

後天性者基於腦之器質的疾患者居多，屢屢所見者爲腦性小兒麻痺、腦膜炎、腦水腫是也，其他有因甲狀腺機能異常之 *Kretinismus*、粘液水腫性白癡、及蒙古人種性白癡等。

症候 屢屢具有所謂變質症徵，顛矮小（小腦症）而無前額部之隆起，一見顏面比體格爲小，動作、顏貌、比較尋常之小兒而爲白癡的，言語缺如者多，惟能發出未構成之音聲而已，時時叫喚，流涎甚多，往往發癲癇樣之痙攣，已達離乳時期或一歲以上尙不能步行，缺乏言語，在感情方面亦見顯明之缺陷，不能認識母親，毫不發生喜怒哀樂的觀念，且無羞恥之感覺。

在哺乳兒可以他覺的症狀診斷之，即顫小而流涎甚多，固非真性之肌肉麻痺，頭部之支持不確，而首不能安坐，又提味席(M. Thiemeich)氏對於疼痛刺戟之反應鈍麻，以針刺之亦無反射運動，為一良好之診斷法。

本症與外界之變水無關，而患者茫然坐於臥牀上為常態，分為遲鈍性白癡(Torpide Idiotie)與活動性白癡(Agile oder Versatile Idiotie)。(有不絕之運動衝動，雖一分間亦不靜止，而於室內飛躍)前者基於注意力之不全，後者由於轉向性之容易。

癡愚者為精神發育障礙之稍輕度者也，知道食物攝取、疾走、及言語，亦能從事某種職業，而能負其責任，且某一部之記憶力發達甚為良好，而特長於算數及音樂，被人視為神童者有之，然缺乏精神作用之統一的發達，睿智亦大有缺陷。

愚鈍為輕度精神發育不全之總稱，雖有睿智之發育不全等，然於感情方面之缺陷尤為顯明，通常所謂不良少年者概出於愚鈍之小兒，道德狂(Moral insanity)為本症中多有之病型。

診斷 本症偶於哺乳時期難免無誤，屢屢在瘦弱者之中，已具有白癡之兆者，則當注意之，觀察其不辨識母親，無攫取有光輝之物質之觀念，是已有睿智之障礙矣，其他以缺乏對於疼痛刺戟之反應而得診斷，稍成長之小兒，則不難診斷，但聾啞與白癡不可有誤。

療法 因甲狀腺機能不全及梅毒而起者有治療之方法（甲狀腺製劑及驅梅毒療法）由其他之原因起者，應送至一定之補助學校，精神發育不全者，送至養育所，施行特別之教育法。

## 第二 11 Kretin 病 (Kretinismus)

本病爲風土病，在歐洲尤以阿爾卑斯 (Alpe) 山地爲多，於臺灣生蕃領之山地亦有發生，主與飲料水有關係，仰給食料水於一定之溪流之村落，必見有數名之患者云，又散在性發生者有之。

症狀 爲體格矮小而身長亦短，精神之發育狀態甚劣等而成白癡，概兼有甲狀腺之腫大（六〇%），在組織學的變化見有囊腫性、實質性、及出血性甲狀腺腫，有萎縮者稀有。年齡多爲五至六歲之男兒，往往亦有見於以後之年齡者。

### 第三 蒙古人種樣癡呆或蒙古人型白癡 (Mongoloide Idiotie od. Mongolismus)

係一八六六年蘭同道恩 (Langdon-Down) 氏創述者，有短頭顱 (Brachycephalie) 小鞍鼻、眼裂軸之斜位（內眥較外眥低）、內眥贅皮、常習性眼瞼炎、及結合膜炎、眼裂狹隘、口唇裂哆開、眼球稍突出、且眼球運動調節不能、流涎、頰部及頰部之潮紅、耳殼之退化的變形、腹部膨隆、直腸肌離解等症狀，其特徵爲各關節之運動範圍自由，而上下肢能回轉於種種之方面，又第五指之顯著短縮及內方彎曲爲其特有，此肌肉弛緩其於發育不全，精神發育狀態如白癡或癡愚之程度。

## 第五章 脊髓疾患

## 第一 海內麥地氏病 (Heine-Medinische Krankheit)

海內麥地氏病爲流行性或散在性發現之中樞神經系統之傳染性疾患也，好犯年少之小兒，急性脊髓前角炎爲本病中最主要之一病型，雖爲脊髓前角灰白質之炎症，但不限於脊髓前角，大腦、延腦、腦膜等亦有惹起病變者，故其病型決不一律。

小兒脊髓痲痺爲一八四〇年海內 (Heine) 氏記載之疾患，其後一八八九年彼麥地 (Medin) 氏之檢案，更報告呈其他之神經症狀者亦屬之，一九〇七年威克曼 (Wickmann) 氏基於多數之材料，綜合臨床及病理上之研究結果，而冠以海內麥地氏病之名稱，繼後一九〇九年據蘭德斯泰爾爾 (Landsteiner) 及波拜爾 (Pepper) 氏之實驗，對於該之傳染雖告成功，但病原體尙未闡明。

一九一三年夫雷克斯納 (Flexner) 及野口兩氏發見病原菌，成功其培養，並完成猿之移植。

本菌爲極小之球菌，直徑不過  $0.15$  乃至  $0.3 \mu$ ，生在於腦及脊髓之中樞神經系之神經細胞間，偶爾在其細胞內，或集合爲塊狀，或雙列，依液狀培養者並列成短鎖狀者有之，其培養用腹水作液狀，或固形培養基嫌氣性培養爲宜，發育頗遲，極盛者在十日乃至四週之間，本菌之染色以格姆薩 (Gram) 氏液及格爾 (Gram) 氏液爲最良云。

年齡以三歲以下者最多，少有侵犯成人者，流行最多之時期常在夏季（七、八、十月）。  
病理解剖 死亡於急性時期之脊髓前角炎，肉眼所見於脊髓前角有散在性之出血竈，尤以腰髓及胸髓之



膨大部更爲顯明，鏡檢上病變主要雖在血管前方，然後角屢屢有見於白質者，炎症更波及延髓、腦皮質等。在陳舊病竈見有組織硬變及萎縮，神經細胞消失，血管壁肥厚，肉眼的檢查已見有全脊髓中面之縮小，又於麻痺之肌肉稍呈退行變性。

症候及經過 據味萊爾 (Miller) 氏云：潛伏期爲五日乃至十日，多數平均爲九日，次則有兼發熱之前驅期，症狀繼而發現初期麻痺，而至貽留固定麻痺及其他之障礙。

如前所述，因病變不僅限於脊髓，故症狀亦有差異，威克曼 (Wickmann) 氏分類爲左例八種：

- (一) 脊髓麻痺、脊髓前角炎 (Spinale Form, Poliomyelitis)
- (二) 蘭德里氏麻痺型 (Landry'sche Paralyse oder aufsteigende Form)
- (三) 延髓及橋性麻痺 (Bulbäre und pontine Form)
- (四) 大腦性麻痺 (Encephalitische Form)
- (五) 小腦性麻痺 (Ataktische Form)
- (六) 多發神經炎症 (Polyneuritische Form)
- (七) 腦膜炎症 (Meningitische Form)
- (八) 不全症 (頓挫性) (Abortive Form)

先詳述脊髓前角炎之症狀，經過，次乃述及諸型之差異點。

(一) 脊髓前角炎、脊髓性小兒麻痺 在前驅期之主要徵候為發熱，突然昇至三十九度以上，或達四十度，脈搏頻數，一般症狀同時顯明受障礙，通常意識明瞭，偶爾稍微瀾濁者有之，但有強盛之嗜眠為通例，此時期局部的變化有咽峽炎、枝氣管卡他、消化器障礙（嘔吐、腹瀉、或便秘等），概訴頭痛輕微，又全身痙攣罕有。

發熱通例於第一日中即恢復常溫，例外互一週乃至二週，早期之診定極為困難，應留意之重要症狀，為皮膚之知覺過敏，運動時或自發的四肢背部等之疼痛，及顯著之發汗是也，當醫師診察或兩親看護者接近患兒或擁抱之際，或放聲叫號而拒絕之，於肌肉神經幹之壓痛有暫時存在者，又呈白血球減少云（味萊爾氏），行腰椎穿刺壓力顯著上進，而腦脊髓液常為透明。

前驅期為二日乃至三日，持續三日以上者稀有，然後起初發麻痺（*Tritallähmung*），偶爾前驅症缺如，或輕微，起始即現麻痺而兩親驚異者有之，然多數均為有多少之前驅症狀者也。

初期麻痺概起於廣汎之部分，此時有痙攣、搖擺等之前行者，麻痺為弛緩性，多犯下肢及軀幹，起於上肢，腦神經分布區域者有之。

麻痺之擴布於兩三日中即達其最大範圍，而漸次縮小，以後另於他處發現麻痺者則屬於例外，最初麻痺雖有難於認識者，然通常現膝蓋腱反射缺損，肌肉緊張度減少，正坐困難，腹肌被犯則腹部鼓腸性膨滿，屢屢於初期見之，此時期現膀胱及直腸之障礙者雖不少，然為一時性者。

初廣汎配布之麻痺，隨經過日期而消退，遂於某肌簇貽留持續性麻痺（*Dauerlähmung*），全然恢復遺留者

則屬於例外該麻痺為弛緩性之末梢性萎縮性麻痺，對於電氣呈變性反應，然於初期屢屢對於機械的及電氣刺激有興奮性。

完全呈變性反應之肌肉無運動之恢復期，而經過若干時日，則起肌萎縮，漸次羸瘦之度增加，遂僅由骨骼與皮膚而成，時而有由脂肪組織代之者。

腱反射尤以膝蓋反射消失為常例，上肢有麻痺而見膝蓋腱反射之亢進者有之，此乃白質亦被侵犯，稜錐索受障礙也，Achilles 腱反射 (Achillessehnenreflex) 偶爾亦亢進。

最多一下肢貽留持久性麻痺，少有起於一上肢、兩側下肢、時而起於上下肢交叉性或偏側性，且其麻痺於全肢平等不現，而侵犯某肌簇，尤以下肢之腓骨肌或四頭股肌與前腓骨肌同時被犯，在上肢犯三角肌者最多，於初期雖屢屢見軀幹及頸部諸肌之麻痺，然多數能再恢復，腹肌麻痺有腹壁貼留限局性之萎縮部者。

麻痺之恢復，早則由第一週起，遲則經過半年乃至更長之時日而徐徐恢復，毫不貼留知覺障礙，前驅症狀消失而暫時現精神的興奮性及四肢疼痛者有之。

持久性麻痺之結果，則患肢之發育受顯著之障礙，而成短小，其皮膚屢屢蒼白或現青藍症，比較健側有顯著之冷感，又某肌簇有麻痺時，因正反對肌之收縮而擊縮變形，漸次因腱之萎縮，肌肉之纖維變性，以致病的位置成為固有，而起扁平足、馬足、內翻足，或內彎膝、後彎膝等，在軀幹肌則惹起前彎症、側彎症，又肩胛關節、股關節起動搖關節，而起顯明之運動障礙者有之。

(11) 蘭德里 (Landry) 氏麻痺型 即起上行性脊髓麻痺者也，初下肢發現麻痺，急速及於軀幹、上肢，遂犯呼吸中樞，大多數日即死亡，少有免於死亡者，又經過而互二週終於死者有之，此時發熱大多不成高度，且以後無熱。

(12) 延髓及橋性麻痺 取重篤之經過，於腦橋及延髓之腦神經，即起神經、顏面神經或眼球肌、懸壺垂、舌下神經等之麻痺，更下而犯迷走神經、呼吸中樞者有之。

(13) 大腦性麻痺 如見於腦實質炎之癩瘰麻痺 (Spastische Lähmung)，即呈腦性小兒麻痺之像者也。一般屬於罕有。

(14) 小腦性麻痺 兼發失調症 (Ataxie)。

(15) 多發神經炎症 兼有諸處之神經炎症狀。

(16) 腦膜炎症 呈強烈之意識溷濁、項部強直、皮膚知覺過敏等，恰如腦膜炎者云。

(17) 不全症或頓挫症 於流行時雖為屢屢見者，然於流行時以外，則難下診斷，顯著之前驅症狀即現消化障礙、咽峽炎、倦怠、四肢疼痛、發熱、及腦膜炎樣症狀，但能速迅完全恢復而治癒，因同時發病之同胞發現麻痺始得診定。

診斷 在前驅期確診頗為困難，能補助推定者為接觸及運動時之過敏症，顯著之發汗，及意識之明瞭（尤以與流行性腦脊髓膜炎之區別）等是，更由血液檢查，則見有白血球減少症，此時期易於誤為流行性感冒，肌肉

及關節之僵麻質斯、坐骨神經痛、多發性神經炎等。

麻痺之特徵爲弛緩性、萎縮性、初爲廣泛配布者、漸次縮小而限局於一定之肌肉、腱反射消失、但毫不貽留知覺障礙、膀胱及直腸之障礙。

固定麻痺起孳縮時、有須與腦性小兒麻痺鑑別者、此時由腱反射之如何、電氣反應之有無、其他智力障礙、痙攣發作等區別之。多發神經炎在幼小之小兒少有、而長久兼有發熱、漸漸乃起麻痺、繼後惹起知覺障礙、狄扶的里後麻痺殆常兼有頸帆之麻痺、其發現緩徐、而有知覺障礙、失調症等。

其他應當鑑別者有分挽麻痺 (Entbindungslähmung)、先天性肌弛緩症 (Myotonia congenita)、進行性萎縮症 (Dystrophia musculorum progressiva)、歇斯的里性麻痺 (Hysterische Monoplegie) 等。

豫後 關於生命雖多數安全、然小兒之年長者有比較之危險、與流行性質亦有關係、能全然恢復健康者極少、總不免有一部分之固定麻痺也、在麻痺肌無電氣變性反應、對於感傳電氣有感應者、雖猶有恢復之望、然呈完全之變性反應者則無望也、又固定麻痺侵犯軀幹肌及兩下肢之際、則其豫後不良。

療法 在初期即於急性時期主要安靜、努力整頓消化作用、與以淡白之食物、避用酒精等興奮劑、偶爲鎮痛之目的用溴劑、水合三氯乙醛等、或用阿司匹靈 (Aspirin)、水楊酸鈉 (Natrium salicylicum) 等、對於如上行性麻痺之重篤症狀、試行腰穿刺、又有於背部之皮膚取出血液者。

經過二週之後、對於麻痺肌施行機械的療法、即按摩、濕浴、及電氣療法是也、此等療法須醫師及患者長久忍

耐施行，乃有效力，按摩一日二回，按摩麻痺之肌肉由固定關聯而不動之位置，而達於健肌，且同時使其行能動的，反受動的運動，以避免起攣縮等。

電氣療法對於輕度之麻痺或漸漸所恢復者，必須用感傳電氣，不過一般對於麻痺肌應用平流電氣，每回之持續時間為五分乃至十分間，初每日一回，以後一週二三回，漸次減少，四至八週後隔一週一回可也，至稍能運動，則試行體操，當努力注意勿陷於不動萎縮。

藥劑使用番木鱉鹼 (Strychnin) 礪劑育亨賓 (Yohimbin) 等。

四肢等貼留變形者，依整行外科手術矯正之必要者有之。

## 第二 脊髓炎 (Myelitis)

急性脊髓前角炎以外之急性脊髓炎 (Myelitis acuta spinalis) 尤以橫斷性脊髓炎 (Myelitis transversus) 在小兒頗為少有之疾患，而有續發於諸種傳染性疾患者。

症候 與大人相等之發熱，其他續前驅期而起兩側性麻痺 (Paraplegie) 尚兼發知覺障礙、疼痛、直腸及膀胱之障礙，其原因為梅毒時，則豫後無不佳良，反之，多見於小兒者，因結核性脊椎骨疾患所惹起之壓迫性脊髓炎 (Kompressionsmyelitis) 屢屢於頸椎、下胸椎、上腰椎形成骨瘍 (Karies)，椎體崩潰而壓迫脊髓，而生浮腫性腫脹、破潰或炎症。

於其輕度時，現背部之疼痛，下肢之衰弱感，膝蓋髓反射亢進等，於罹患椎骨加以壓迫，或因此部之運動，則感疼痛，而至呈脊椎後彎，尤以銳角後彎（波特氏龜背 (Pott'sche Buckel)），更進而起下肢肌肉、括約肌之麻痺，有如覺障礙而傾於梅毒。

診斷 當注意者屢屢有神經症狀，殊以神經痛樣疼痛為其重要之症徵，上部頸椎有病竈時，則起後頸神經痛、項部強直等，當頭部運動時則有痛感，其他注意檢查脊柱有無強直及壓迫疼痛部，又以 X 光線透視，而得確定其診斷。

療法 要之，不得不依外科的處置，以 Gipskorsett、Gipsbett、伸展綳帶等靜置之，而施行矯正法，給以富於滋養之食物，並當注意避免發生梅毒。

### 第三 脊髓癆 (Tuberc dorsalis)

脊髓癆近於成年期之小兒始現其初期症狀，不得謂為完全少有之疾患，殆通常起於先天性梅毒之基礎。發病及經過緩慢，與大人相似，然失調症、步行障礙不顯明，不僅限於必現膝蓋髓反射消失，主要徵候為瞳孔反射機能之消失，尚有刺戟性疼痛 (Lanziniierende Schmerz)、頭痛、視神經萎縮、排尿障礙等，又有發現關節神經痛 (Arthropathie)、胃腸發症 (Gastrische Krise) 等，而同時發進行性麻痺者少有。

### 第四 夫利德利什氏病、遺傳性運動失調 (Friedreichsche Krankheit, Ataxia hereditaria)



多發現於四歲乃至七歲之小兒，屢屢在同一家族中侵犯兄弟數人，先天梅毒、神經性素因等似有原因的關係焉。

病理解剖 脊髓後索、小腦側索、克拉克氏柱 (Columna Clarkii)、哥爾氏索 (Goll'scher Strang) 及部爾達赫氏索 (Burdach'scher Keilstrang) 等證明有變性萎縮等。

症候 發病緩徐，而主要徵候為運動失調，定型者對於靜止或運動有失調，膝蓋腱有反射消失，有眼球震盪症，且屢屢兼有脊柱彎曲及智力障礙，更現膀胱及直腸之障礙者有之。

除脊髓性者以外，又有小腦性之失調，已於腦疾患條下述之。病勢通常緩徐，而竟有經過數十年者。

診斷 須鑑別者有小腦瘤、腦梅毒、脊髓癆等，對於後者依瞳孔反應之有無而得區別。療法 可試行按摩，電氣療法。

#### 第五 肌肉萎縮性側索硬化症 (Amyotrophische Lateralsklerose)

本症發於小兒者極為少有，以前對於本病確實存立與否，尙屬疑義，自康 (Chun) 札立黑密 乃爾氏 等所報告之症狀與解剖的變化一致以來，乃認為小兒有本病之發見矣。

解剖的變化 脊髓前角起變性，而起兩側錐體道硬化，蔓延犯及延髓、腦橋，下方由前角進而發生末梢神經



變性，即爲全運動系徑路之疾患。

症候 在小兒本病屢屢發於遺傳的、家系的，症狀多由下肢起始，步行不良，容易顛蹶，以足之尖端步行，四肢漸次呈萎縮強剛，上肢好犯尺骨神經領域，終則示鷺手，肌肉之緊張甚強，對於被動的運動表顯著之抵抗，腱反射均強烈亢進，而有足現象。

延髓被犯者，在小兒有先起於四肢者，發現咀嚼困難，嚥下困難，唾液流出，言語之構成不充分，起牙關緊急，強迫性啼泣，及嗤笑者有之。

感覺障礙缺如，不犯直腸及膀胱之官能。

療法 無有效之療法。

#### 第六 脊髓瘤 (Rückenmarkstumor)

見於小兒者有結核節、膠質瘤 (Gliom) 等，又脊髓膜有發生肉瘤者，依外科手術而得除去者有之。

## 第六章 肌肉萎縮 (Muskelatrophien)

## 第一 脊髓性肌肉萎縮 (Spinale Muskelatrophie)

係佛頓及荷夫曼 (Werdnig-Hoffmann) 氏所始創分類者也。本症侵犯極幼稚之小兒，而有家族的關係之進行性之肌肉萎縮也，故稱之曰幼兒性脊髓性肌肉萎縮 (Die frühinfantile spinale progressive Muskeltrophie)。

症候 主發生於六個月乃至一歲之小兒，突然得脚部之運動薄弱，延及背肌，以後項肌、頸肌、肩胛肌之運動衰退，終則成手及指之運動不全，而短時期內現全身肌肉之麻痺，罹患之肌肉顯明陷於萎縮，時而發現纖維性抽搐，反射興奮性即消失，意識及言語不被障礙。

轉歸 概於罹病後二三年因呼吸肌麻痺而死，或因肺炎及腸卡他而死者亦多。

病理解剖 脊髓全部見前角細胞之萎縮，根神經纖維之變性，運動神經及肌肉之變性。

診斷 有與先天性肌肉弛張症區別困難者，然本症之進行甚速，且有肌肉之變性反應及纖維性抽搐而得分別之。

豫後及療法 無望。

第二 神經性進行性肌肉萎縮(腓骨神經型)(Neurotische Form der progressiven Muskulatur-  
ophie)(Peronealtypus)

本症顯明爲遺傳的、宗族的疾患、侵犯稍年長之小兒、多發於男兒。

症候 初以腓骨神經領域之肌肉麻痺起始、漸次及於下腿之肌肉而起麻痺、故其步行之狀態、宛如見彼之腓骨神經麻痺、然足高舉、足尖向下、降足先由足尖着地(sog. Steppergang)概同時兼有上肢之肌肉麻痺、手肌及上肢伸肌被犯、呈鷺爪手(Klaunen od. Krallenhand)之狀、而發現纖維性搖蕩者居多、又知覺障礙之存在者有之、見有疼痛發作、知覺過敏、觸覺及痛覺之鈍麻、其他現血管運動神經之障礙者有之。

本症之經過甚長、互數年之久。

病理解剖 主要雖爲末梢神經之變性、但脊髓亦似有病的變化、故柏哈特(Bernhardt)氏稱曰脊髓性神經炎性萎縮(Spinal-neuritische Atrophie)。

第三 進行性肌肉萎縮(Dystrophia musculorum progressiva)

本症爲肌肉疾患中發見最多者也。

原因 本症之原因的關係雖不明瞭、然有遺傳的關係及爲先天性疾患、則不難考察、又有人謂基於依分泌

第九卷  
先天性畸形  
總論  
(nach Pfamdl'er)



I

II

III

IV

腺異常之物質代謝機能變化，因本症有與粘液水腫病及肥胖症兼發者，或即以爲然歟？

症候 初期症狀概於兒童期發現，初見小兒步行拙劣，如此數月（初期症狀之發現甚緩徐，與脊髓疾患不同），各處之肌肉乃發現萎縮，肥大爲假性肥大，而真正之肌纖維陷於萎縮，因結締組織或脂肪組織之增殖，不過呈肌肉容積增大之觀而已。

肌肉無纖維性搖搦之發現，又肌肉之電氣興奮性雖屢屢減弱，然不見電氣興奮方式之異常，或消失。  
本症通常分爲四種病型：

(I) 青年型 (埃爾卜氏) (Die juvenile Form, Erb.) 主犯年長之小兒，萎縮由肩胛部之肌肉羣發現，手及腕常不被犯，隨經過之進步，終則骨盤傾之肌肉羣陷於萎縮，此時背肌及大腿之肌肉亦皆萎縮，腹肌之被犯者稀有，是等肌肉有見真性及假性之肥大者，在某種者胸肌被犯者有之。

(II) 小兒型或顏面肩胛上肢肌型 (Die infantile oder facio-scapulo-humerale Form) 初以顏面肌之萎縮起始，眼瞼、口脣收縮肌及頸骨肌被犯，故呈顏貌假面狀，而缺乏表情，成眼瞼之閉鎖及口笛之運動不能，屢屢顫顫肌及口脣肌現假性肥大，進而致肩胛及上肢之肌肉被犯。

(III) 遺傳型 (Die hereditäre Form) 有人不歸入分類者，侵犯八歲至十歲之小兒，有背肌之薄弱，脊椎前彎，步行拙劣而不兼假性肥大者也。

(IV) 假性肥大型 (Die Pseudohypertrophie) 本症爲發見最多者，初腓腸肌現假性肥大，大腿肌亦即起假

性肥大，觸之硬固，輪刺隆起而如車夫之脚，一見即可診斷爲本症，進而犯及肩部、上肢、腰部之肌肉，而呈萎縮、瘦削，尤以三角肌、上棘肌、下棘肌容易傾於假性肥大。

小兒之步行拙劣，如家鴨步行之狀態，步行時腰椎顯明形成前彎，使患兒上體顯明屈曲，更使其恢復直立之姿勢，則患兒不能不以自己之手支持於牀或大腿（參照第五十七圖），此亦爲診斷上不可缺少之要素也，因有步行困難，不能階段升降，步行容易疲勞，易於蹉跌，因肩胛肌薄弱，故將手插入腋下面而使肩押上，肩胛關節之狀恰如解離者，肩胛至多能舉到耳之高度爲止。

腹肌被犯者，則來腹壁膨隆及腹壓不能等，下肢肌、肩胛部、背肌、骨盤領麻痺，則兒完全陷於絕望之狀態。肌肉萎縮之結果，則起續發的骨格之萎縮，依X線照法即能證明之。

診斷 有假性肥大型者，極易診斷，殆不須類症鑒別，但其他之病型者，則須要鑒別者有之。

即因本症無手及前腕之罹患，纖維性抽搐之缺如，無膝蓋腱反射之異常，而能與脊髓性及神經性肌肉萎縮區別，其他與佝僂病性步行困難、先天性股關節脫臼、初期脊椎癆等易於區別。

療法 應用電氣療法、按摩、浴療法。

第五十七圖  
(nach Feer)



第四 先天性肌肉弛

緩症 (Moatonia)

congenita, Op-

penheim)

第五十八圖



本症可謂肌肉之疾患，或脊

髓之疾患，又稱為先天性腦核缺損。

第五十九圖

症候 本症係一九〇〇年

俄彭海姆氏所記載者，生後數日或數週後乃被兩親發見者居多，病症之蔓延者，患兒之全身肌肉弛緩，視之如陳列無運動之一屍體，大腿稍微外轉，主為脚之肌肉無緊張力，能轉於任何方向，但顏

第六十圖

(nach Mering)



(原著者實驗)



面肌、嚙下肌、咀嚼肌、及橫隔肌通常不被侵犯。

肌肉不萎縮而柔軟，電氣興奮性降下或缺如者有之，未見有變性反應顯明者，膝蓋反射減弱或缺如。

如此之肌肉弛緩，有僅現於一局部者，吾人所見者多為兩下肢肌肉之弛緩性麻痺。

診斷 須鑒別者為脊髓前角炎，然本症無熱性之發病症狀，又因兩腳及四肢之同時被犯，即能區別，先天梅毒之巴羅氏麻痺因有疼痛、骨端腫脹、及梅毒之症狀，而得區別焉。

療法 以電氣療法為最良之方法，據俄彭海姆氏謂多數患者均賴之而得輕快云。

# 第七章 末梢神經系疾患 (Erkrankungen des peripheren Nervensystems)

## 第一 麻痺 (Lähmungen)

(1) 顏面神經麻痺 (Facialislähmung) 在小兒起於第一年者不少，除基於分娩時之外傷（參照初生兒疾患條下）者以外，先天性有歸於神經核之缺損者，在稍年長之小兒雖有所謂癱瘓質斯性者，然常見者固為耳疾患尤以岩狀骨癆而起者為多，其他海內、麥地 (Heine-Medin) 氏病之腦橋性麻痺、狄扶的里後麻痺而犯顏面神經者有之。

症候 小兒當涕泣時或笑時，則其症狀顯明，有兔眼症、鼻唇溝之消失、口角隕側之牽引等，一見即能診斷。

療法 應先檢查其原因，而施以相當之處置，癱瘓質斯性者雖放置之，通常亦能漸次自然輕快，外治常用電氣療法，內服藥可給以水楊酸製劑。

其他鋸齒肌 (M. Serratus) 橈骨肌 (M. Radialis) 正中肌 (M. Medianus) 腓骨肌 (M. Peroneus) 等，或因外傷或因傳染性疾患中毒等而起麻痺者有之。

療法 應行電氣療法。

發於五個月乳兒之左側顏面神經麻痺 (兒科雜誌第八十六號)

收管年僅五個月之嬰孩兒，而呈顯面神經麻痺者，此特異之類似約由四個月之初發見云，如此早起之顯面麻痺，果由何而來乎？視其片側麻痺，則似基於出產時之外傷，使用鉗子等，漸至約四個月乃得發見，而非夙發者乎？不特為平產者，而未嘗受外傷，又顯面麻痺，便任何人容易注目，約待四個月之久而發見乎？然則，為髓質新性病？或兼腦底疾患之麻痺，抑其於耳病之位置也？但無顯症狀之存在，又當收管之初亦無耳之變常，究為何性之神經麻痺？暫時置疑非基於耳病者乎？以發達發見耳漏，據耳之檢查，乃得知悉果因耳病所致也。

五個月乳兒發現顯面神經麻痺者，種罕與否？先天性顯面神經麻痺或因出產時使用鉗子等之症，雖得見於初生期之早期，然其他之顯面神經麻痺最早者亦發於二三歲之際為常例，原著者等參閱書籍不過搜集得薩克斯(Sachs)氏實驗九個月兒患髓質新性病者，路羅荷氏實見五個月及三歲兒，因顯面骨岩樣部之崩壞而具有聾、耳漏、淋巴腺腫之右側顯面神經麻痺二例之記述而已，然五個月之乳兒因耳病而發見本症者，則屬稀有之事實矣。

本例全經過中無顯著之發熱，止於三十七度五分以下，係附達於三十七度九分、三十七度六分、三十七度五分為最高之熱度，故殆可視為無熱，有兩側耳漏，而麻痺僅起於左側，或同在右側該膜有大穿孔，該側之顯面神經未受強甚之壓迫者乎？

一九〇六年一月八日入院（年齡五月，一九〇六年八月二十二日出生）。

（遺傳歷） 父之祖母健在，父屢罹腸胃病，去年之初患梅毒云，兄弟二人健

康，母之祖父死於不明之病，祖母及母均健在，母之兄弟五人，三人均死於不明之病，患兒係滿月而平產，生後二十日間賴乳母營養，以後用煉乳養育，十二月四日

第六十一圖  
（原著者實驗）



發現咳嗽，有發熱，至同月二十日乃見口角歪斜，咳嗽爲痙攣性，而有吸氣性喀泣音，十二月底最甚，現時將微輕快，三喘乳佳良，但通傾於肺結，  
現症 體格中等，顯明羸瘦之男兒，無肌熱，皮膚汚穢着白色，其溫度如常，但稍弛緩，腰搏雖正，但頻數而達百次，緊張如常，呼吸數約四十，  
體溫三十六度八分，顯形如常，大輪門稍陷凹，毛髮之發生良好，左側喉裂大而閉，喉結合膜稍充血，而分泌多，瞳孔兩個同大，無光線反應，  
變常，眼球之位置亦普通，左側鼻骨潰消，鼻骨有液性分泌物，無舌苔，咽稍微發赤，扁桃體腫大，耳未見變化，胸廓雖爲常形，但肋骨陷凹，  
左後下部早濁音，而有多數之小水泡音，左後上部及右後下部亦聽有小水泡音，腹部不膨滿，觸知肝感及脾感，大腸之內側上部及陰部週溫，  
四肢如常形，體重三八〇〇公分。

處方：

(I) 吐根浸 (O. O. H) (Inf. Rad. Ipecacuanhae)

尋常糖漿 (Syrup. simpl.)

右爲二日量，一日三四分服。

(II) 吸入四回，布立斯里持氏藥法。

(III) 胃液素 (Pepsinum)

蔗糖 (Saccharum)

右爲一包，一日三回。

(IV) 牛乳 (1:1) 一日七回。

(經過) 一月九日 由腹壁上現有腸管迂迴之形態，上肢液窩部，大腿內側及鼠蹊部多皺裂，無四肢麻痺，胸部右後有多數之小水泡音，  
左後下有捻髮音，有枝氣管音性，而叩診上帶鼓音，顏面神經麻痺如前，左眼之光澤稍缺乏透明，咳嗽非痙攣性，有微熱。

十一日 左側上眼瞼雖能運動，但下眼瞼猶不能動，無層膜炎或膿水腫之症狀，未見耳漏，雖叩顳顬骨亦不痛，計頭圍三〇·七公分，胸  
圍三五·七公分，胸部右後尚有多數之小水泡音，左後少數也，而兩側呼吸音均銳，膝蓋膝反射稍亢進。

五〇〇  
一〇〇

〇〇六  
〇〇三

處方：

(1) 甘肅 (Calomel)

0.003

胃液素 (Pepsin.)

0.07

蔗糖 (Saccharum)

0.3

右爲一包，一日三包。

(1) 吐根浸 (Inf. Rad. Ipocucurbitae) (0.1)

50.0

糖漿 (Syrup. simpl.)

10.0

右二日量，一日三四分服。

(1) 除去布立斯里持氏藥。

十三日 聽診右後下有中等度之小水泡音，左後下當深呼吸時有少數之小水泡音，哺乳佳良，昨日行眼底檢查無變化，牛乳(1:1)度減少，左眼不乾燥而有光澤。二十日 顏面神經麻痺再增嚴，胸部右後下有少數之小水泡音，發現右側漏。二十三日 腹部稍膨滿，腸動亢進，咳嗽顯明減輕。二十八日 牛乳(1:1)一四〇·〇立方公分，一日七回。三十一日 胸部右後下有少數之小水泡音，顏面神經麻痺猶存。二月三日 顏面神經麻痺顯明輕快，未聽得水泡音。五日 體重四二五〇公分。六日 顏面神經麻痺不明，但於啼泣之際，仍可見之。耳檢查左側鼓膜一般發赤，其後上部膨隆，未穿孔。右側鼓膜前下部有大穿孔，鼓膜一般發赤，鼓室黏膜亦然，外聽道有稀薄之黏液樣膿汁。

處方：

(1) 2% 醋酸鋁溶液 (Liquor Aluminium acetici) 用法。

(1) 瀉藥。

七日 哺乳恒遲佳良，兩側胸部之後下有多數之水泡音，患兒時而發笑。  
處方：

(1) 碘化鉀 (Kalii iodatum)

〇・三

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇・〇

水 (Aqua.)

五〇・〇

右二日量，一日三回分服。

(1) 胃液素 (Pepsinum)

〇・〇七

蔗糖 (Saccharum)

〇・三

右爲一包，一日三回。

十日 腹部膨滿，胸部左側有中度之中水泡音，耳漏不盛，深顏面神經前額枝之麻痺，僅見口角輕度傾斜而已。

十二日 左耳有中度稀薄黏液汁之膿汁存在，無惡臭，鼓膜發赤之度稍減，後上部膨隆，右後部有微小之穿孔，流出同樣之膿汁。胸部後下兩側均有水泡音，口角兩側殆無差異。

十三日 胸部後下兩側有少數之小水泡音，體重在一週間增加百公分，顏面神經麻痺不明。

十四日 牛乳 (二：一) 改爲一八〇・〇公分，一日七回。十七日 右後下部聽診有少數之水泡音及雷聲。

處方：

美道志浸 (Infusi Rad. Sengao) (〇・七)

五〇・〇

碘化鉀 (Kalium iodatum)

〇・一

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇・〇

右二日量，一日三回分服。

十九日 體重四四〇〇・〇公分。二十二日 胎無耳漏，僅存在於左側，右後下有少許之小水泡音，腹部稍膨滿。

二十七日 右側耳漏增惡，胸部右後小水泡音猶存，哺乳元氣良好。二十八日 腹部膨滿，在右腸骨窩斜出下方向上方觸知囊塊，胸部右後有小水泡音。三月二日 左前下部有小少數之中水泡音及笛聲，左後部聽有笛聲，耳漏兩側存在，右側更甚。六日 右後有少數之大水泡音。八日 體重四六〇〇公分。十日 耳漏殆治癒，右下部猶有少數之小水泡音。

(11) 疼痛性肢麻痺 (Paralytic douloureuse, Chassaignac) 爲年少之小兒尤以五歲以下者常遭遇者也，見一麻痺之上肢，當其運動之際，而訴強烈之疼痛。

本病之發生隨把持小兒之一上肢而舉上時，或當小兒顛落而支取一肢之際，乃訴疼痛，而周時起病，該罹患肢於週前之位置，恰如麻痺之下垂，然精查之，則無麻痺之徵候，其他動的運動尤以試行前肢之週前及週後運動，則患兒啼泣而拒絕之，大訴疼痛，行電氣反應檢查不見異常。

關於本症之本態，爲骨端 (Epiphysis) 之轉位，或關節之一部脫臼，輕度之關節損傷，或爲對於疼痛之恐怖之精神的抑制作用云。

療法 通例不施以何等之治療的處置，雖有經數日則治癒者，但須以吊腕帶或綑帶固定，且須靜置之。

## 第二 神經痛 (Neuralgien)

屢屢見於學齡兒童，有神經性素因者有罹本病之傾向。

原因 往往發於流行性感冒、鼻卡他等，又發於瘧疾之後者有之。



被犯之部分殆常爲三叉神經、後頭神經、尤屢屢所見者爲上眼窩神經痛。

療法 如有鼻疾患、腺增殖者、則治療之、使其遊戲於新鮮之空氣中、又當正規便通、藥劑與以金雞納(China)安替比林(Antipyrinum)匹拉米蓋(Pyramidon)等。

### 第三 多發神經炎(Polynneuritis)

本病續發於急性傳染病、例如狄扶的里、猩紅熱、傷寒、腮腺炎等、或發於慢性傳染病(結核、梅毒)、中毒等之際、單純的有所謂癱瘓實質斯性者。

症候 於一定神經域之肌肉、起運動障礙、卽麻痺是也、且兼發知覺障礙、沿其神經幹有因壓迫或自發之疼痛、概犯四肢、稀有犯顏面肌、眼肌等者。

發病及經過 一般不急速、有發熱、病初起偶感惡寒、又麻痺發現之先覺鈍麻、刺痛樣痒感者有之、麻痺部每有反射機能減退或缺損。

豫後 關於生命除呼吸肌系、心肌系、及迷走神經被犯者以外、一般佳良、雖大多在一定經過之後能治癒、但有時遺留畸形、或終生存在麻痺者亦非絕無。

療法 施以溫罌法、電氣療法、內服藥與以金雞納等、麻醉藥有用番木鱈鹼(Strychninum)等者。

## 第八章 官能性神經系統疾患 (Funktionelle Erkrankungen des Nervensys-

tems)

## 第一 痙攣性素質、痙攣質 (Spasmophile Diathese, Spasmophilie)

聲門痙攣、子痙、帝答尼 (Laryngospasmus, Ekklampsie, Tetanie)

小兒尤以年少期之痙攣 (所謂子痙，又稱曰急痙) 帝答尼 (強直性痙攣) 及聲門痙攣等，殆完全發現於痙攣性素質之基礎上之疾患也。又雖無此等痙攣發作，而一見如健全者，但有其素質，則神經系統有特別之刺激性，施行一定之檢查時，即能認知之也。

有痙攣性素質之小兒，最確實之標徵而常存在者，厥為對於平流電氣之末梢神經之感應興奮，而健康之尋常哺乳兒陰極開放時發現之抽搐，須五 Millampère 者，而在有痙攣素質之哺乳兒只須四、三或更少至一 Millampère 即起抽搐 (埃爾卜氏現象 Erbsches Phänomen) 又對於機械的刺戟，亦均有興奮性，此種檢查之方法雖較簡單，但稍有不確實之缺點，即以叩診槌叩診之時，其肌肉即起抽搐，例如以指頭或叩診槌叩外頰部，則各顏面肌生電擊性之擊縮，是曰顏面神經現象 (Facialis Phänomen) 或克佛斯替克氏現象 (Chvostekische Phänomen)，顏面神經現象於哺乳兒之診斷上雖極有價值，然對於年長小兒之痙攣素質，則極難言確

實，或竟缺如者有之；更爲有力之標徵爲特盧索氏現象（Trousseau'sche Phenomenen），卽以手固握其上肢或用紐、樹膠帶等束縛之，或以指頭壓迫二頭肌溝時，則起固有之強直痙攣發作，但對於有聲門痙攣之小兒，此檢查則有惹起危險之恐，故當注意焉。

原因及本態 對於痙攣素質之發生有原因的關係者，第一爲遺傳的關係（Heredität）是也，聲門痙攣、全身痙攣等在同一家族其同胞或雙親者不少，且有神經的素質者屢屢羅之，關於季節亦有一定之關係，多發於冬春之期，三月乃至五月發生之數最多，尤有特有密切關係者爲哺乳兒榮養之如何，有痙攣素質者常爲牛乳營養兒，而人乳營養兒殆無有被犯者。又以人乳代替牛乳時，則痙攣發作停止，且對於電氣之神經興奮性減退，再復用牛乳時，則更成刺戟性，如是則牛乳有特殊之影響，勿容疑矣。據芬克爾斯坦（Finkelstein）氏謂：因其乳精爲有害之作用云。

關於年齡，不發於生後四個月以內者，最多見者爲六個月乃至一年零二個月之間，二歲以後者稀有，諸種之傳染性疾患、消化器障礙、榮養障礙等爲其誘因，或因此者等疾患一旦治癒，症狀更增惡者不少。

病理解剖 從來於神經系統未發見特殊之變化，庫斯忒氏見有痙攣素質之小兒之腦比較健康兒之腦之鈣含量爲少，於鈣之新陳代謝異常歸爲本病之原因。埃射利克氏謂本病之發生由存在甲狀腺附近之上皮體求之，抽出上皮體則能惹起真正之蒂答尼云，然對於此等學說唱導異論者不少。

症候 痙攣性素質所起之痙攣發作可區別爲三種重要之病型，卽聲門痙攣或呼吸痙攣、子癇樣全身痙攣、

帝答尼強直痙攣是也，此等之中或僅返覆現一種之痙攣發作，或與他種同時發現，而哺乳兒單起聲門痙攣者不少，帝答尼則少有。

重痙攣狀態發作之先，小兒成顯明之不涕泣，易於驚怖，又有呈不安狀者。

(1) 聲門痙攣 (Stimmritzekrampf, Athemkrampf) 此輕度者當小兒笑或泣等興奮之際，及吸聲時，兼發音響，或僅發弱小之叫聲，非深切注意通常不疑為本病，亦有突然重症發作者，即小兒之顏面急劇蒼白，頭向後屈，呼吸休止，此時小兒雖盡其全力以營呼吸，亦屬無效，口唇現青藍症，皮膚及顏面均有冷汗，而呈灰白色，意識瀕濁，口圍呈小皺縮，遂致四肢弛緩，而使患者感覺死亡迫於目前，然痙攣發作消退，空氣以有響性之吸氣通入聲門，深呼吸相繼而起，漸次則呼吸正常，更於數分間呈疲勞及不安之顏貌。

如此發作在二十四時間內計達二十或二十次以上，輕者與重者交互發現，在夜間一般稀少，發作之誘因多為精神的興奮、驚愕、涕泣、由睡眠之醒覺時，其他為由過飲而急速充滿胃臟等，死於發作期間者有之，非為窒息死，而因起心臟麻痺而斃，或由聲門痙攣而直接移行於全身痙攣發作者有之。

於呼吸痙攣最危險者，於呼氣時之呼吸休止，而起迅速死亡者有之，其他當聲門痙攣時，有呼吸肌之全部及橫隔膜兼發強直者。

(11) 全身痙攣或子痙 (Konvulsion, Ekklampsie) 或全身之肌肉或局在性起痙攣，兼發意識消失，與真正之癲癇發作相類似，輕度發作者每常僅起顏面肌之強直，而呈蒼白色，然大部分之肌肉起痙攣，意識初起即

消失，瞳孔無反應，皮膚亦無刺戟反應，發作強度之際，即起假面樣強直，眼球上轉，舌動，口角流出沫，生齒兒屢屢泡沫混有血液，而全身週期性衝動，脈搏頻數而不正，發作時或發作後見放屁、排尿、排便者有之。

漸次運動性刺戟症狀消去，小兒得深熟睡眠，不久即醒，發作之持續時間，一般為三十秒乃至二分間，稀有達三乃至六分者，偶爾發作連續而來者有之，有時現一時的發熱，屢屢達於高度，發作僅有一回而以後不現者少，概繼續多數之發作，不規則反覆，一日一至二回者為多，或一日發現二十乃至三十回之多數者，亦非絕無。

全身痙攣於哺乳兒期，尤以屢屢見於急性或亞急性消化器障礙之際，強甚氣體膨滿之結果，又在稍長之小兒見於熱性病例為麻疹、水痘等之初期。

(III) 帝答尼 (Tetanie) 為手固有之強直性痙攣，此時指之第一指骨關節屈曲，姆指屈於手掌內，而呈所謂助產婦之手型，更有同時上肢亦稍屈曲者，且下肢亦起相似之痙攣者不少，帝答尼痙攣持續數時間，多兼發疼痛，更於發作長久持續之際，屢屢手背、足背現部分的浮腫者有之。

在哺乳兒手之帝答尼，非此典型者居多，指蹠屈曲，但相展開，然姆指常內屈，其他之肌肉顏面肌被犯，呈一種之顏面，時而有痙攣性之斜視，其他項肌、背肌、上下肢肌亦來強直性痙攣，左右雙對的發現，間起於膀胱肌而排尿被障礙者有之。

於帝答尼發作之時間，有加入聲門痙攣或子癇發作者，帝答尼有持續數時間或數日者，尤以屢屢起於癲癇兒，有慢性消化器障礙等者。

有痙攣性素質者突然起心臟麻痺而頃刻死亡者，決非稀有，尤以有聲門痙攣者多有此種危險，傾於子嗣發作者，則如此者較少，且未發作而突然起心臟麻痺者有之，淋巴性體質尤以胸腺淋巴性體質者，其危險更大。

經過 因各種情形及各個人頗有差異，一般之經過長久，各種症狀由適當之療法而速消去者雖多，然有種種之誘因，刺戟時，則好再發，屢屢返覆於牛乳榮養之際及傳染病之發生而起，雖不施行特別之療法，至夏季則症狀消去，至冬季則再發者有之。

豫後 痙攣性素質小兒之多數，以後胎留神經質或智識不足，然發育健全如常態者，亦復不少。

診斷 對於平流電氣及機械的刺戟之興奮，常為重要之標徵，見特盧索氏現象及諸種之痙攣，則愈為確實，聲門痙攣起於腦膜炎、膜硬變等之際者有之。

療法 痙攣性素質之豫防，人乳、太陽光線、及新鮮空氣等確實有效，若於不得已非用牛乳時，則須制限而與之，例如一日量僅用三百公分乃至五百公分，其中加以碳水化合物即粘滑汁、穀粉、粥等，或主與以麥芽汁，年長之哺乳兒可與以青菜、果實等，一回與以多量之食物，屢屢為痙攣之誘因，故當避免之，同時藥劑內服磷魚肝油（一日一乃至二回，每回五公分），如小兒不好服用，則與以醋酸鈣、乳酸鈣（ $0.5$ 至 $1.0$ ）溶解於 $50$ 立方公分之水，有消化不良及榮養障礙者，須早日治療之。

有聲門痙攣及子嗣發作時，先與之瀉藥例如蓖麻子油（*Oleum Ricini*） $5.0$ ，服用數回，又呈鼓腸時，則行腸洗條，同時停用牛乳，二十四時間內與以茶浸（*甜精 Saccharinum* 加味）如有母乳則更良，否則初生

碳水化合物（粘滑汁糖分等）食物經四五日乃漸次與以牛乳，不見痙攣反復發作，乃逐漸增加，瘦削小兒能給以人乳，雖最爲佳良，但不能與之時，則須注意榮養法，且須由初起時使其內服鱈魚肝油。

子癲發作頻頻發現，而如重症之際，須行微溫浴、灌腸及前額之冰囊放置，更與以水合三氯乙醛（Chloral hydrochloric）作爲灌腸，於哺乳兒一回用〇·三公分爲良，必須反復使用，內服減少用量，本劑亦可用於聲門痙攣甚之際，氣仿（Chloroformium）之吸入，除於不得已時之外，不宜使用，發作頻發依腰椎穿刺有能使其休止者，又用溴劑數日。

處方例：

溴化鈉 (Natrium bromatum)

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

蒸餾水 (Aq. dest.)

一日三四回服用五至十立方公分。

磷 (Phosphorus)

魚肝油 (Oleum Morruhae)

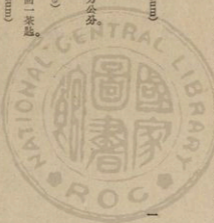
右混合，一日一至二回，每回一茶匙。

溴化鈉 (Natrium bromatum)

溴化銨 (Ammonium bromatum)

蒸餾水 (Aq. dest.)

右混合，一日三四回服用五至十立方公分。



一·五——三·〇

一〇〇〇

一〇〇〇〇

〇〇·〇一

一〇〇〇〇

一〇〇〇〇

一〇〇〇〇

各二·〇

各二·〇

一〇〇〇〇



## 第二 非基於痙攣素質之急痲

哺乳兒及其他年長兒之子痲樣發作，非皆發生於痙攣性素質之基礎者，起於腦有臟器的疾患，例如腦髓畸形、腦髓空洞、腦出血、腦硬結、腦水腫、腦梅毒及腦膜炎等之際，茲不贅述，有所謂特發性之痙攣發作而成真正之癲癇時，而長久連續，則移行於正規之癲癇（七——二〇%）矣。其他由某毒素例如酒精、鴉片、山道年、菌毒及某種植物性毒素等所惹起，又於尿毒症亦見之，除此等外尚有一部之原因不明，其本態或者為反射性痙攣也，有時認為於腸胃管之自家中毒，尤以陷於營養障礙之哺乳兒，有慢性消化器障礙者及有幽門狹窄等時，似由此等關係而發。

鑑別 此等各種之痙攣，其發作完全相同，故鑑別困難者決不少，且痙攣素質之小兒而罹患腦實質炎、腦膜炎者有之。

痙攣性素質之子痲發作，不起於生後三月之間，其各發作之持續短，而不超過五分鐘，生後三月以內尤以見於第一週之間之全身痙攣，一般基於臟器性之疾患（即基於分娩時困難等之腦膜出血等），發作後一時性起痙攣者均基於臟器性疾患也。於腦膜炎時之顫門緊滿，為應特別注意之點，由其他原因而來之際，唯於發作之間或發作之持續時間見之，痙攣僅起於半身部之際，為純粹之官能性者也，猶有疑義時，須行腰椎穿刺。

當診察癲癇時，其發作之際，往往不能探索其誘因，兼有前驅，每次發作或發作之各種現象，其長短不一，而未

梢神經對於直流電氣之興奮異常，年長兒之痙攣兼高熱而發現時，先不可不考察急性傳染性疾患。

**療法** 應確定為官能性者乎？基於臟器的疾患之基礎者乎？以定療法之方針，對症療法已述於前項中，兼有高熱時可行水治療法，有腸胃障礙、營養障礙者，用瀉藥、水合三氯乙醛等則不適當，此時行食鹽水之皮下注射，持續的注入等。

### 第三 點頭痙攣、旋頭痙攣 (Spasmus nictans, Spasmus rotatorius, Wackelkopf)

本症多發於未滿一歲之小兒，早則於生後四月發現，而於三歲以上之小兒未見之，然一般為少有之疾患也。本症基於胸鎖乳突肌、僧帽肌、頭直肌、頸長肌、斜角肌等之痙攣者也，其原因尚猶未明，然營養不良、消化器障礙、貧血、不衛生的黑暗住居等，與其發生似有一定之關係，主起於佝僂病者，及有神經性素因者。

**症候** 即無意識所起之頭前屈或旋轉運動也，意識鮮明存在而起於痙攣性，雖有如默諾正作點頭運動者，然精密觀察之時，為不顯明之頭部運動，或震搖或迴旋，以一定之速度而反復行之，使其注意一定事物之時，尤有增加之傾向，然於睡眠時，則完全靜止。

本症屢屢兼有顯著之眼球震盪症、斜視，單據把持其頸部即現眼球震盪症。

**診斷** 癡呆患者有見類似點頭痙攣之運動者，又須與所謂 *Eserotypie* 鑑別者有之。

**療法** 清潔住居，務須光明，有貧血、佝僂病者施之治療，給以強壯滋養之食物，藥劑與以磷魚肝油、溴劑等，痙

擊強甚時局部塗布等分之氣仿洋橄欖油，不用溫濕電氣等。

#### 第四 假性破傷風 (Pseudotetanus)

由挨射利克氏 (Erich) 創說之假性破傷風，如無破傷風菌之感染而起，一般雖爲少有之疾患，然其中多發於四歲乃至六歲之小兒，有時見於哺乳兒者有之，龐德萊爾氏所謂應疑與真正之破傷風有關。

症候 無發熱而急速發破傷風樣痙攣，各種症狀完全與破傷風一致，其強直由下肢起始，而向上行，由軀幹而達頭部，顏面而起，牙關緊急，僅上肢及眼肌不起強直，而缺如痙攣性素質之標徵。

其發作與真正之破傷風相同，亦因興奮、音響、接觸等所惹起，在睡眠中雖大爲緩解，但不致全然消失。

療法 有真性破傷風存在疑惑時，即當注射其特殊血清，否則施行對症的療法，必要時與以水合三氯乙醛、溴劑、嗎啡等，又牙關緊急劇烈時，有不得已而用嚙下消息子榮養者。

#### 第五 癲癇 (Epilepsie)

癲癇爲小兒屢屢所見之疾患，其症狀與大人相等，兼意識之消失所呈之痙攣發作。

癲癇區別爲症候者與其正癲癇，前者爲臟器的腦疾患（炎性變化、退化變性、癥痕、囊腫等），尤以小兒殆常於腦性小兒麻痺之際或爲其後貽症而起者，及外傷之結果而起者，茲就真正癲癇述之。

原因 真正癲癇之原因關係最深者為遺傳，父母中有病癲癇者之際，其他酒精中毒種種之官能性神經疾患，及神經性素質等，均能發生本病，其他先天性梅毒亦與之有關。

症候 亦如大人，可區別大發作、小發作、及精神症三種。

(1) 大發作或完全發作 (*Grosser epileptischer Anfall, haut mal*) 發作之前雖有發現前徵 (*Aura*) 者，然每常亦不限定，當發作時小兒突然蒼白而顛倒，意識消失，全身發強直性痙攣，小兒在顛倒之前發叫喚雖為通例，然缺如之者亦不少，強直性痙攣於下肢呈伸展之位置，上肢伸展或屈曲，眼球向一方固視，瞳孔散大而對於光線之反射機能消失，蒼白之顏面屢屢以致呈青藍症，次則於間代性痙攣之時期，乃現呼吸喘鳴，顏面發汗，口角流出泡沫，此時屢屢舌有咬斑，其他被外傷者有之，又往往見尿及糞便之不隨意排泄，經半分乃至五分鐘而痙攣歇止，小兒每陷於睡眠。

(11) 小發作、不全發作 (*Kleiner rudimentärer Anfall, petit mal*) 此種見於小兒者較大人為多，起極短時間之人事不省，或眩暈發作，或起一時之精神虛脫，一轉瞬間小兒之顏面呈蒼白，眼視固定，因而中止事務，手向下墜，過去則小兒似未曾發生何事，即能繼續行為發作以前之事項或睡眠，代替以上行動而顯示輕度之運動性刺戟症狀者有之，肌肉起二三電擊性痙攣，又少有現點頭之痙攣者 (*Epilepsia nutans*)，又成疾走性癲癇 (*Epilepsia procuriva*) 而突然走向前方，或踣踞跌倒，或與障礙物衝突乃止，更次之有起痙攣發作者。

發作之度數及其反覆，各不相同，時而每日發現數回，或數週乃現一回，尚有發見更稀者。

(III) 精神症 (Psychisch-epileptische Äquivalente) 在小兒一般不被重視，然偶現憂鬱或發揚狀態，其他或不順從，遊戲心消失，周圍者因不合理之要求，或成狂暴，間有現真正之妄想，遊行狂等有之。

經過 關於小兒癲癇之發現，彼爾開氏詳細研究，區別三種經過：

第一，於哺乳兒期有二三回之發作，當時有不能下確實診斷者，經數年間無發作之中間時間，尤以屢屢達到學齡期或到春機發動期而始現癲癇發作，但該小兒於無發作之中間時間，屢屢證明有精神之刺激性，不舒適、夜驚症、睿智之減弱等。

第二，初發於哺乳時期或幼兒期，而繼續發作，此為發見最多數者，哺乳時期或以後短時間內，因症狀溫和而不能確定，及完全發作發現，乃得明瞭。

第三，學齡兒童期或春機發動始發現也。

豫後 癲癇能完全治癒而毫不貽留障礙者，寧為少數，普通漸次起氣質之變換，而成刺激性，性急而易爭論，起睿智之障礙，進而陷於癡呆者有之，一般發作頻數者，則發此等障礙更為顯明，早加以適當之治療時或初發發作在年長期者，則豫後佳良。

診斷 與哺乳兒急癲之區別，已述於子癲之條下，基於痘皰素質者，依其所有特徵之檢查而得知之，點頭痘皰，搖擺症，及單純之失神發作等，精密觀察其發作時之狀態，則能區別，在癲癇發作見有凝視、瞳孔光線反應之缺乏，如口角流出之泡沫、舌緣之咬傷等。

與歇斯的里性痙攣發作之鑑別有極爲困難者但在歇斯的里發作時間之意識存在爲其大異之點更須與腦疾患而有癲癇樣痙攣時相區別者有之。

療法 對於症候的癲癇，施行其各種特種之藥劑或手術的療法。

豫防法先不得不顧慮遺傳，有梅毒者速行治療，並須謹慎飲酒。又對於有素質之小兒，當避免精神感動、驚愕、身體過勞等，如酒精類、煙草、茶、咖啡等，刺激性嗜好物及食品，以禁止使用爲佳。

消化器障礙屢屢爲發作之誘因，故當時常力求消化作用之調節，尤當注意便秘，食物選擇植物性者較肉類爲佳，以無刺激而鹽味少者爲宜。

藥劑用溴劑，僅用溴化鈉，不如與溴化鉍併用爲佳，其量雖依年齡、發作之狀態等有差異，但用比較的多量實爲必要，年幼兒一日可達六公分，年長者可達八公分，速用須漸次減量，以一定之間歇可也。

處方例：

溴化鈉 (Natrium bromatum)

溴化鉍 (Ammonium bromatum)

藥糖漿 (Sirup. simpl.)

蒸餾水 (Aq. dest.)

右二日量，一日三四分服。

溴化鈉 (Natrium bromat.)

各一·五——三·〇

八·〇

七〇·〇——一〇〇·〇

一·〇

溴化銨 (Ammonium bromat.)

〇·五

溴化鉀 (Kalium bromat.)

二·〇

糖精 (Saccharinum)

適宜

燕窩水 (Aq. dest.)

一〇〇·〇

右一日三回，每回一食匙（約四歲者）。

又夫勒克西克 (Fleischig) 氏曰：溴劑及鴉片之共用有效，其法：即初一日用二、三回〇·〇〇五之純鴉片浸膏 (Extractum Opii)，漸次增進而達一日二回〇·〇一——〇·〇三——〇·〇五（約六週間），急速終止，而與以溴劑代之也。

因溴劑而起中毒者，雖比較少有，然稍起消化器障礙者不少，故當投藥之際，須加注意，有時中止，應有一定時間之間歇而再給之。

對於發作者本身，應注意周圍而避外傷之危險，使發作後之睡眠安靜。

持續性癲癇以水合三氯乙醛 (Chloralum hydratum) (〇·五——二·〇)、第三戊醇 (Amylenum hydratum) (三·〇——四·〇) 溶於一〇〇·〇) 等行灌腸，其中加毒毛旋花酊 (Tinctura Strophantii) 或鴉片酊 (Tinctura Opii) 五至八滴亦可。



本病發於小兒尤以七歲乃至十二歲者就中多發於女兒四歲以前者稀有精神上之感動恐怖驚愕等屢屢爲其誘因。

舞蹈病與關節癱瘓質斯有密切之關係，而與關節癱瘓質斯、心內膜炎同樣認爲癱瘓質斯性疾患。急性關節癱瘓質斯之經過後而發舞蹈病，或舞蹈病繼續心臟瓣膜病而起，或此等同時發病，或當舞蹈病再發之際而發現關節癱瘓質斯、心內膜炎者有之。

因此關係之故，舞蹈病雖應視爲一種傳染性疾患，但其病源體尙屬不明，關於舞蹈樣運動障礙之本態，推定爲腦尤以小腦之傳染性受中毒性之影響。

尙有神經性素因之存在，對於本症之發生與以補助，間有併發於結節性或多發性紅斑者。

其他舞蹈病樣運動成症候的神經中樞性疾患之癡性症候（Herb Chrankung）而發現者有之。

症候 觀察舞樣運動，爲於各個肌肉之急速的不隨意的痙攣之集合，而不能一致運動之調節也，當作隨意志之運動，即不能從其所欲，運動遲緩而迂曲，加以動作正反對之肌肉亦混同而緊縮，益成不合理之運動，妨礙一定之動作，而不能靜止，見其全身之動搖不絕。

發病多緩徐，於初期因運動障礙亦輕微，不惹起病的注目，當飲食時每有使碗動搖而湯汁流出，或箸之方向轉動而傾覆碗碟，或顛倒壺等事發生，屢屢兩親認爲失儀而被面責，或友伴見其顏面肌肉之痙攣，而受嘲笑，自欲制止而却使病症益爲增惡者有之。

症候顯著者，則一見即能診定而無誤，見小兒之手、軀幹、下肢等不絕動搖，或肩、或手迴旋，或曲頭，顏面見有種種表情的運動，此等顏貌之變化，四肢之運動起於不規則，不隨意的，制止之則反為增強，進而缺乏步行之自由，起立坐位亦覺困難，着衣、脫衣均不能任意，不能自己飲食，言語澀滯，發音不明瞭。

此等不隨意的運動在睡眠時則休止，關於夜間亦繼續存在，偶有反於夜間強烈（Chorea nocturna）者。

知覺神經未見障礙，反射機能通常不減退，此時僅現高爾吞（Galen）氏所謂之特徵，即叩膝蓋髓而前伸之下腿，屢屢其位置一時強直，而漸次乃復舊者有之，於重症時有四肢之弛緩，肩胛部見有所謂動搖關節（Loose Schalter）。

本病患兒通常初起受精神的障礙，刺戟性而又沈鬱，見物易驚，集注意力困難，瞳孔偶爾左右異大，或異常散大者有之。

熱候一般缺如，但有癩麻質斯性疾患併發時，則有發熱。

心臟殆均呈多少之變狀，雖有僅現脈搏不正者，但屢屢能聽取吹鳴樣雜音，而與本病治癒同時消失者稀少，通常以後胎留，然有時已見有心內膜炎之合併，間有併發心包炎者。

經過及豫後 發病在比較的短時日內，即成病症顯著，反之，其消退緩徐，全經過約需三乃至四週，由半年互一年者有之，而再發者不少。

豫後一般佳良，死亡概為敗血性心內膜炎，或其他併發症之結果，死亡率不過百分之二乃至三。

異常經過 半側舞蹈病 (Hemichorea) 限於身體半側，而見舞蹈樣運動者也。

軟性或麻痺性舞蹈病 (Chorea mollis *od.* paralytica) 兼有麻痺及肌肉軟弱，有弛緩性肌肉麻痺 (一肢或兩肢)，反射機能消失，此種發現之先或消失之際，舞蹈樣運動顯著存在，故能下本症之確診，豫後一般佳良。

診斷 須與原因於腦疾患尤以腦性小兒麻痺之疾候者相區別，其中尤以半側舞蹈病為然，又先天性或發生於第一歲者，一般起因於腦器的疾患。

其他見於歇斯的里者，其鑑別甚感困難者有之。又當小兒狼狽之際，而有呈類似之運動者。

療法 嚴守身體的及精神的安靜，為治療上之第一要務，勿與以能起精神興奮之機會，暫時廢學，或與兄妹兩親分離，而入病院，有良好之影響，重症而舞蹈樣運動強烈者，命其絕對的臥床，當能見著明之效果，行微溫浴或全身之溫濕布纏絡，而奏良好之結果者有之。

藥劑 本病與癡麻質斯因有密切之關係，但對癡麻質斯劑無效，從來所常用者為亞砷酸製劑，多使用佛來利氏液 (Solutio Fowleri) 最初一日三四回，由二乃至三滴起始，漸次增量而達六七滴。

處方例：

佛來利液 (Solutio Fowleri)

三十滴

薄荷水 (Aqua Menthae)

八〇・〇

糖漿 (Syrup. simpl.)

三〇・〇

右一日三四，每回十立方公分（華卜藥劑）

此爲一週間用量，到二週佛來利氏液改爲四十滴，第三週爲五十滴，此量持續二三週間，或以亞砷酸（Acidum arsenicosum）作水溶液使用，又近來有用洒爾佛散（Salvarsan）新洒爾佛散（Neo-Salvarsan）之注射，而收著效之報告。

其他用安替比林（Antipyrinum）（每回用以年齡相等之公量 Dg. 一日三四）溴化鉀（Kalium bromati）薩勃羅民（Sabromin）一溴樟腦（Camphora monobromata）等，當使用此等藥劑時，患兒常須安靜，爲必要之事項。

在重症患者而有睡眠障礙者，應用水合三氯乙醛者有之，提咪席氏常用氫溴酸莨菪鹼（Scopolaminum hydrobromicum）皮下注射（〇・〇〇〇五乃至〇・〇〇一，每日一筒）。

食物加以充分之注意，自己不能攝取時，則由他人飼養之，不與以多量，與以有榮養價之食物，每回用少量而頻數與之爲宜，又當禁用興奮性之嗜好物、香料等。

兼有發熱者，用水楊酸鈉、阿斯匹靈，有心臟并發症者，當施行其治療。

#### 附 電擊性舞蹈病（Chorea electorica）

爲赫羅荷氏所記載之疾患，發於有遺傳的神經性素因之小兒，精神的障礙屢屢爲其誘因，發於九歲乃至十

五歲之小兒者居多。

本病與前述之舞蹈病，其本態全然不同，其中大約起因於抽搐症、歇斯的里、癲癇等

症候 主於肩胛肌、項肌之瞬時的電擊樣痙攣，而如通電流時所起之肌肉攣縮，其他屢屢上肢肌、顏面肌亦發現，多為兩側，偶爾僅起於片側，間歇，頻數不一定，在睡眠中一般休止為常例。

療法 保持精神的安靜，給以滋養食物，藥劑用溴劑、砒劑，或通平流電氣。

### 第七 偏頭痛 (Migræna, Hemierania)

本病多發生於神經性素質之上，見於學齡以後之兒童，精神過勞、教室內之羣居等能誘發之，於鼻咽疾患、消化器障礙、腸寄生蟲、貧血、手淫之際者有之。

症候 為發作性，由數十分互數時間乃至一二日，左側或右側頭部起自發頭痛，屢屢於頭痛之先，現嘔心、食慾不振、欠伸、沈鬱等前驅症者有之，且小兒訴前頭或頭中央部劇痛者不少，於發作中現全身不快覺、嘔心、嘔吐、羞明、耳鳴、聽覺過敏、皮膚知覺過敏等，其他隨視野障礙而起之所謂眼性偏頭痛 (Hemierania ophthalmica) 亦間有起於小兒者，發作後通例貽留多少之疲勞。

經過 發作以多少之間歇而反復，經過緩慢，而往往達數月或一年者有之。

診斷 腦瘤、結核等之際訴偏頭痛者，則當檢為純官能性者與否，並當檢查其他的身體徵候。

豫後 一般不良。

療法 明瞭其他原因有消化障礙、鼻疾患、腸寄生蟲、貧血等之際，當努力此等之治療；否則當調整一般消化機能，與以滋養食物，避免精神刺激，轉養於山間或海濱，使其接觸新鮮溫和之空氣爲宜。

對於發作使患兒安臥，頭部施以冷濕布。

藥劑與以安替比林 (Antipyrin)、金雞納 (Chininum)、米格來靈 (Migrenine) 其他給以強壯藥爲宜。

#### 第八 搐搦症 (Maladie des tics convulsifs)

於顏面、軀幹諸肌之痙攣，其運動常複雜、合理的而宛如有目的之隨意運動之外觀，即在顏面成瞬目運動、前額部之皺縮、口唇突出等，其他頭首之振動、肩胛部之提舉、點頭樣運動，更偶有見跳躍及舞蹈運動者。

本病大多兼有言語障礙，發音有呈突然性或吠哮樣或反響性發語 (Echolalie) 者。診斷 屢屢不儘與歇斯的里之鑑別困難，又完全成歇斯的里之一症狀而起者有之。療法 努力制止病的運動，受醫師之監督而練習之爲宜，其他適用歇斯的里之療法。

#### 第九 憤怒痙攣 (Wutkrämpfe, Des „Wegbleiben“ der Kinder)

小兒於精神感動之際，尤以憤怒時，突然起呼吸休止之發作，生於二歲乃至五歲之小兒見之。

原著者廷橋覺病時一九一五年四月下旬入院年二歲六月之松岡某( )爲猩紅熱患者突見有木病之模範的發作此時偶然有女性之哺乳兒亦患同樣疾病在院治療。

症候 突然眼球上轉，軀幹強直，呼吸休止而現青藍症，顛倒而一時失意識，其發作僅經過數秒間爲常例，而於此時發叫聲者居多。

發作時之狀態雖似基於痙攣性素質之呼吸痙攣，但因憤怒痙攣無聲門帶之痙攣，無兼發笛聲樣之吸氣，其他又如特盧索氏現象(Trousseau'sche phenomenon)對於平流電氣之異常興奮等痙攣性素質之特徵。

豫後 通常佳良。

療法 發作時而呼吸不能急速整復之際，行人工呼吸，又顏面行冷水灌注。

其他豫防法兩親及周圍者須加注意，某時間入病院亦宜。

藥劑給以溴劑。

### 第十 夜驚症(Pavor nocturnus)

於睡眠中卒然驚起而呈恐怖狀態者也，多發於二歲乃至八歲之小兒。

原因 起於神經性素因、貧血症、及虛弱之小兒，成其直接原因者，爲身體上之不適適例如窮屈之寢衣，就臥前之飽食，膀胱之充滿等均能惹起之，屢屢發於因腸寄生蟲病、慢性鼻卡他、扁桃體或咽部之腫脹而有呼吸障礙之際，又因怪異之物體、語言、或繪畫等爲其動機者有之，又有因酒精類之攝取而起者。



症候 概於就寢後經一時間之際或更遲，小兒突然以恐怖之顏貌而厥起，發叫聲，恰如被物所襲，及至母親抱擁，暫不離開，室內光明，而加以慰撫，則以漸漸覺醒恢復常狀，此間須三十餘分鐘者有之，而小兒以紛亂之言語訴於夢中所見之怪異動物、或人物等爲恆例。

完全醒覺，興奮消去則安靜，而更入睡，至翌晨則小兒與平時無異，而詢其夜間之事件，亦不能記憶矣。其發作概夜間一回，或每夜連續而起，或偶然發現，稀有一夜返覆發作數回者。

豫後 佳良。

療法 當發見如上述原因之障礙而除去之，殊以妨害鼻呼吸之腺增殖症、扁桃體腫脹、慢性肥厚性鼻炎等，屢屢爲其誘因，故應施行手術，而圖鼻呼吸之自由。

就寢前注意食物與飲料而加以節制，當禁止能起精神感動之說話、繪畫。

藥劑常用溴化鉀、溴化鈉、金雞納，其他須與以強壯藥。

處方例：

溴化鉀 (Kalium bromat)

金雞納 (Chininum)

蔗糖 (Saccharum)

右臨床時頓服。

○·三——○·五

○·○四

○·三三

本病爲古來中國醫書所記載者也，主發於哺乳兒，疹痛等非爲其惹起之原因，而夜間發作性嗜泣妨害家人之安眠爲恆例。

發作有夜間一回而終止者，亦有一夜數回發作者，身體症候僅現髓反射之亢進。  
療法 用溴劑有效。

### 第十一 神經衰弱 (Neurasthenie)

所謂神經衰弱者，爲神經系統有異常之刺激興奮性，其起疲勞迅速，且現病的衰弱之狀態是也。

原因 多數發於有神經性素因之小兒，兩親之神經病、酒精中毒等爲其遠因，全然由外的原因而發者稀少，於學校之精神過勞、友伴或於家庭之惡影響、精神的外傷爲其原因者有之，手淫雖有爲其原因者，然寧因有神經性素因之小兒，爲有極甚之手淫習慣。

症候 殆均訴頭痛或頭部壓迫之感，尤以學齡兒童爲顯著，初起雖僅在教室時訴之，然以後則終日發現，其他有食慾減退、胃部重感、便秘、嘔吐等，於到校之前，或於其途中催現嘔吐，爲屢屢所見，對於書籍則惹起頭痛、眼球痛，更有眼花閃發、流淚，時而發現神經性眼睛疲勞 (Nervöse Asthenopie)。

睡眠亦常被障礙，就眠困難，而臥床上亦不能暫時安眠，而於晨朝早醒時缺乏如健康者之爽快感覺，雖於睡眠亦不能熟睡，而屢屢有夢，或夜驚，偶爾發真正之夢中遊行症者有之，睡眠障礙於哺乳兒亦有發現者，往往夜半

不能安眠，而開眼臥床者有之。

客觀之症狀，有深部之反射機能亢進，反之，眼結合膜反射及絞扼反射減退，而使眼背閉鎖，眼瞼之痙攣震顫（羅孫巴赫氏現象 Rosenbach'sches Phänomen），又屢屢能證明顏面神經現象，血管神經系統有異常感應，皮膚之色成蒼白，又卽刻潮紅，更有皮膚絞畫症（皮膚書畫症）（Dermographismus），以爪緣等於患兒之皮膚畫線條或文字時，其痕跡卽自潮紅而現浮腫，其他血壓一般亢進，脈搏數不定或多，間更有汗症。

精神概易興奮，然其神志頗爲變換性，屢屢憤怒，往往傾於悲哀，學齡兒童而稍年長者，當做精神的作業之際，速現疲勞、倦怠、記憶、注意等顯明減弱，失去學業上之興味，對於學校之事件常感心痛，而遂自懷悲觀者有之，間有起道德上之觀念薄弱，而作虛言、竊盜者。

其他本病屢屢有兼發強迫觀念、強迫動作、吃吶症、夜尿症等者。

罹神經衰弱之小兒，發其他之疾病時，屢屢取重篤之經過，尤以於百日咳時更爲著明，又枝氣管卡他好帶喘息性質。

療法 對於小兒神經衰弱，不可不講求身體上及精神上之攝養適當，須暫時廢學，又必須離開家庭，或入一醫院，或轉至如山間、海濱空氣新鮮之地方，而行適度之遊玩，有貧血者速施治療，行冷水摩擦法亦可，然如實行不注意反起增惡之傾向者，亦非無之，又當使其充分安眠。

食物亦須特別注意，徹尼、塞格爾忒認牛乳、肉類、及雞卵爲增進小兒神經衰弱之物，而當排斥之，選用含蛋白

質少之食物，獎勵多用植物性之物，果實等，牛乳只可用少量，在年長小兒當嚴禁酒精、煙草，有手淫癖者更當注意。尚有蟻蟲等屢屢爲助長本症者，故須根治之。

藥劑用溴劑，索佛拿 (Sulonalum) 對於睡眠障礙、刺戟性等，亦同樣有好影響，其他與以強壯藥可也。

食慾不振、便秘、頭痛等，不可僅用藥劑，寧使其行新鮮之空氣，精神上之安靜、適度之運動等，期其自然治癒爲宜。

## 第十一 歇斯的里 (Hysterie)

小兒歇斯的里之本態及症候等，與大人者不能認爲有特異之點，然其病症之發現有多少之變化，近時於日本亦惹起專門醫家之注意，而相信小兒歇斯的里非罕有之疾病也。

小兒發歇斯的里之最小年齡爲二三歲，蓋於此時期小兒始得對於自己及周圍有意識也，然多數在學齡期以後，隨年齡之增長，則其經過等與大人相類似，且其罹患比例女子較男子著明增加。

原因 一般起於遺傳的神經性質素因之基礎上，偶爾有完全由於外的原因，身體之外傷成誘發機會而爲直接原因者，乃屢屢經驗所得，即打撲、衝突、顛倒等之後，同時受精神之外傷，互相結合而發本病，又純粹續發於精神的外傷例爲驚愕、心痛、家庭之悲哀等者，亦決不少，更有器質的疾病而喚起歇斯的里症者有之，如咽喉炎取靜臥攝養之後而起立不能，喉卡他之後而發歇斯的里性失音症，眼瞼結合膜炎惹起眼瞼痙攣，輕度打撲之後而

起麻痺攣直等然也。

症候 小兒歇斯的里之症狀屢屢單一，或僅現主要徵候，其他殆缺如者有之，蓋基於一般小兒之思想單純也，如大人具備充分之徵者少，起立不能症 (Abasio)、步行不能症 (Astasio)、分布不定之知覺障礙等稀有，壓痛點、帶狀無感覺部、視野之狹小等，屢屢難於證明者有之。

知覺障礙 (Sensible Störung) 雖有現知覺過敏或知覺麻痺者，然皮膚之知覺障礙在小兒，不僅其檢查困難，且一般少有顯著障礙之時，反之，歇斯的里性頭痛則屢屢頑固，而主位於前額部，而與神經衰弱之頭痛區別困難者有之，其他有脊椎之壓痛、關節痛、頸部痛等之外，屢屢腹部起疹痛發作，尤以盲腸部有疼痛，而呈假性歇斯的里性盲腸炎 (Pseudopendicitis hysterica) 者有之。歇斯的里之嘔吐有見於年幼小兒者，又因歇斯的里性之食慾缺乏，而起顯著之營養障礙者有之。

運動障礙 (Motorische Störung) 有麻痺、痙攣、攣縮等，麻痺概犯四肢中之一肢或數肢，時而起半身不全或完全麻痺，有因而起歇斯的里性起立不能或步行不能者。

痙攣以間代性或強直性而起於種種之筋屬，偶有見全身痙攣、角弓反張、并噴嚏、吃逆、喘息性發作、吃吶之顯明者。

頻尿症 (Pollakiurie) 有為歇斯的里之重要徵候而發現者，此時不見尿檢查上之異常，更有現遺尿症、大便失禁症、起歇斯的里性攣縮之關節，用麻醉藥時即能緩解之。

額尿症爲小兒屢見者也，於歇斯的里固勿待論，精神經過敏症者亦有實見，最近一九二〇年八月延壽醫院入院一歲零八個月之男兒 K.，於其癱瘓之快復期約五三週日，日約發二十回至四十回之額尿症。

歇斯的里發作在小兒如大人之取正規經過者少有，其發作與癱瘓之差異，已如上述，又單現失神發作或發作性強硬症 (Katalapsie)，又現大舞蹈病 (Chorea magna) 者有之。

歇斯的里性不眠症、夢中遊行症、晝夢症等，亦往往見之。

歇斯的里性之小兒，一般睿智之發達迅速，而且佳良，其所有之語言超出小兒思想域，而如大人，其興味所至與其他之小兒不同者居多，而神機爲變換性，而易陷於不安，偶爾寡言，或傾於無言，或不容易發言者有之，其他身的症候有現歇斯的里性之便秘、腹瀉、或鼓腸、假性瘤 (Pseudotumor) 等者。

近時一九二〇年九月九日原著者病院門診患者，得有歇斯的里球 (Globus hystericus) 症狀之患者，(摘錄第十年門診日記一千一百三十七號)，茲僅記其發作之狀態，卽年九歲之某男兒，約由三個月前惡病所起者也，時而發於日中，時而發於夜中，球由胃窩部發生，上昇而達頸部，閉塞咽面苦膈，乃欲就醫，詢問服用何種藥劑則忽然爽快爲復例，此發作於九月十六日再來診察之際，謂約二十日以來未發作云，於十月十四日謂近來亦未發作。

經過 發病雖屢屢由某種機會的原因突然發生，但經過一般緩慢，而互數月乃至年餘，一旦治癒而再發者不少，又有延而起精神病者。

診斷 小兒歇斯的里，其症狀概爲單一，因其缺如似大人一定之歇斯的里徵候 (Hysterische Stigmata)，故當診斷時須特別注意，特以於初有器質的疾患存在，繼續而起之際，誤診者居多。

歇斯的里性麻痺，其範圍、程度等解剖上之關係不一致，固有起立及步行不能，於臥位能自由動其下肢，此即與器質的疾患異趣之點。

歇斯的里瘧發作，其動作多樣而富於變化，不現如癲癇之有完全意識之消失，遺傳的素因在診斷上為甚有價值者。

療法 歇斯的里之療法，統依精神療法 (Psychische Therapie)，非輕症者在家庭內兩親膝下治療者甚少，寧以更換其境遇，尤以委諸醫院治療而見著效者多，且以不與家人同住為佳。

精神治療法有種種之方法，其一為對於有發作性之症狀者，於發作時尤更放置之，而裝作毫無何事之狀態 (Zielbewusste Nichtbeachtung)，警告周圍之家人，尤不可褻瀆及加以看護，但須暗中充分監視，因之小兒遂致漸次自覺無害，此方法在家庭內難於施行，於醫院治療而奏效者居多。

其他布隆斯 (Brunn) 氏之所謂吃驚療法 (Ueberrumpelungsmethode)，為應用於麻痺、強硬症、失音症、步行及起立不能時之方法也，即以患兒未注意之意外的言語問之，或突然發出命令，則無聲者能卒然發聲，或動其麻痺之四肢，以致急剎能起如上之動作，而以後不繼續見障礙者有之。

用感傳電氣、水治法、比爾氏鬱血法、發汗法、苦味劑、及皮下注射等併行感應作用 (Dissemination) 時，有立即治療者，用麻醉亦為摸倣手術之一法也，又漸次以感應作用導之，例如對於失音症初僅使其強發 *aiucio* 樣之單音，漸次乃發其他之聲音。



藥劑無有效者，因鎮靜痙攣症候之目的，用水合三氯乙醛 (Chloralium hydratum) (一回〇・五——一・〇)，間用嗎啡 (Mophin) (一回用〇・〇〇五——〇・〇一皮下注射) 者有之，因感應作用使其內服有特殊之味或香氣之物，或外用某刺激性者等，蓋此基於精神療法之共同作用也。

有榮養障礙或貧血者，當與以鐵劑、砷劑等，以圖體力之恢復。





# 第十一編 泌尿生殖器疾患 (Die Krankheiten der Urogenitalor-

gane)

## 第一章 副腎及腎疾患

### 第一 副腎疾患

副腎之髓質由屬於交感神經系統之絡 (Chrom) 嗜好系之細胞而成，而分泌副腎素 (Adrenalinum) 此副腎素除能增高心臟及血管之緊張外，又附與一切興奮性於各交感神經末梢，作用於肝臟而變肝液素 (Glycogen) 爲葡萄糖，故副腎髓質有機能不全時，則血壓下降，心力衰退，血液糖量亦減少，甚至缺乏一切新陳代謝機能之順調；副腎之皮膚由上皮細胞而成，含有如 Cholin 使血壓下降之物質。

(1) 愛迭孫氏病 (Morbus Addisonii) 本症決非單位的疾患，起於副腎髓質有結核竈或瘤等起破壞作用之際。

本症大多爲副腎之結核，僅少數見有瘤及萎縮機轉，其結果則起交感神經機能之衰退，而現一症候叢，此即稱曰愛迭孫氏病是也。

在小兒期屬於少有之疾患，蒙提 (Monte) 氏謂本症二百九十例中，小兒僅占十一例而已，最幼小者為三歲之小兒云。

症候及診斷 患兒漸次發現羸瘦，脫力之症狀顯著，缺乏肉體之緊張，而其間發現消化器系統之障礙，由消化不良症之狀態以致發現嘔吐及持續性之腹瀉。

現特有之皮膚及粘膜之銅黑色之變色，全身皮膚帶黑褐色之色調，甚至口腔粘膜、齒齦、及口唇現黑褐色之斑紋，此種症狀發於本症之比較的後期，為診斷上不可缺少之症狀也。

體溫降至常溫以下，具有頭痛、眩暈、痙攣發作之神經症，又時而於脛骨神經等起急性麻痺者有之。此時血液  
中可見副腎素及糖量甚為減少。

經過 有經過數月或一年以上而不一定，有結核之併發症腹膜炎者，則不能長久生存。

療法 無奏效者，副腎素之注射無效，雖有人稱寧以副腎自用之臟器療法有效者，然不足信賴，無治療之希望。

(11) 副腎之瘤 (Geschwülste der Nebennieren) 小兒之副腎瘤比較不乏惡性者，先天性者較後天性者為多，而多有轉移形成之傾向，有人謂眼窩有瘤而如有眼球突出症者，當視為副腎瘤之轉移云。

斯提芬氏曾見小兒副腎之癌及肉瘤九例，據俄托、累摩司依氏謂副腎癌之二十五例中，五例屬於一歲至二十歲者，肉瘤之二十六例中，八例屬於六個月乃至二十歲者云。

## 第二 直立性蛋白尿 (Orthotische Albuminurie) (前變性蛋白尿 Lordotische Albuminurie)

本症爲靜止於水平之位置（卽臥位）者，立於垂直之位置時，則發現蛋白尿。又如此之患者，腰椎成前彎之姿勢時，亦發現蛋白尿云。

年齡以七歲至十四歲者最多，幼稚者及春機發動期者少，概以男兒多於女兒，調查學齡兒童，達5%乃至三十%爲有直立性蛋白尿者云。

症候 有直立性蛋白尿之患者，大多因行尿檢查而偶然被發見，非必備有一定症狀也。

然多有頭痛、倦怠、因不好遊戲、嗜眠、於身體之諸部訴不定之疼痛等，乃求醫治，又時而訴蠅血者有之，此時檢查患兒，其體格不良，細長而肌肉及脂肪組織之發達不良者多，然有時亦見有體格榮養甚佳良者。

如此體格不良之患兒，有血液循環之異常者居多，因末梢血液之不整，故四肢厥冷而濕潤，又有訴皮膚書割症及顯著之逆上者，脈搏之數及大不定，由何等之刺激卽變其性質，往往有呈二重脈者，心臟屢屢呈輕度之擴張，其位置下降，有心音不純者，得聽取收縮期雜音者有之。

尿之日量及外觀並無變化。

女兒之尿，屢屢見有雲絮樣物質，又見有扁平上皮細胞及白血球，大多基於外陰部之卡他所致。

本症特有者卽於水平位尿之蛋白爲陰性，立於垂直位卽成陽性是也。

早朝起床時所放之尿，因係夜間橫臥時所分泌，故無蛋白，為暫時洩蛋白含有之尿，更保持橫臥安靜，則尿之蛋白全然成為陰性；起立則尿再形蛋白陽性，而於長時間嚴格守水平位靜臥，則直立之影響愈大，蛋白之含量為二——五%者居多。

原因 關於本症曾有華卜萊爾氏熱心研究，同時及蘭格斯藤(Langstein)氏解剖一十歲之女兒，患直立性蛋白尿因不慮之疾患而死亡者，但於腎臟未能發見何等之病變。伊愛尼氏云：因取直立之位置時，則起腰椎之前彎而刺戟腎臟血管，以致起腎臟血液循環之變調，故直立性蛋白尿即稱曰前彎性蛋白尿。其實如此之患兒，使其能起腰椎前彎之姿勢，或使起強劇前彎之際，則起顯明之蛋白尿。要之，本症為一種體質異常，因血管運動神經障礙，基於僅微之刺戟（如前彎）即起腎臟循環之異常，而容易排出蛋白者也。

診斷 當診斷本症時，應注意勿將腎臟炎誤識為直立性蛋白尿，尿沈渣中發見完全玻璃樣圓柱及其他之圓柱與赤血球，則固為腎臟炎，但輕度之腎臟炎，屢屢行一二回之尿檢查，而不能發見圓柱者有之，若夜間之尿能證明蛋白，又於安臥靜止時，蛋白猶不消失者，則庶幾非本症而寧為腎臟炎也。欲診斷確實則不可使其強取不自然之高度的前彎姿勢，蓋如此雖健全者時而尿中亦現蛋白、玻璃圓柱，因腎臟屬於銳敏臟器之一也。

豫後 本症經過春機發動期，概能治愈，否則經一二年，則消失者居多，現於幼小之時期者，長久持續。

療法 對於由蛋白尿而起之其他自覺症狀，有施行療法之必要者，必須使身體強固，使其行戶外遊戲、冷水摩擦、深呼吸，食物不必如腎臟炎之消極的必要，可用鷄卵、肉食亦可，貧血而羸瘦者當與以金雞納劑及鐵劑。

### 第三 急性腎臟炎 (Akute Nephritis)

(1) 猩紅熱腎臟炎 (Echthym-nephritis) 猩紅熱患者於解熱後發急性腎臟炎者不少，計占十乃至二十%，依流行之性質而有腎臟炎頻數繼發者，猩紅熱腎臟炎不發生於發疹及有熱之期間，由病之初起日計算，發於十四日以前者稀少，發於第二週者最多，又起於第三週以後者亦屬罕見。

症候 起猩紅熱腎臟炎大概呈前驅症狀，平靜而爽快之患者覺全身不適，漸次病勢進行，則訴全身之倦怠、不安、食思不振、不眠症、屢屢頻發嘔吐者有之（非必發尿毒症），皮膚帶一種特有之蒼白色，有兼脈搏不整及緩徐者，發熱以戰慄或惡寒而發現者居多，熱型弛張。

尿初起即有血尿，注意檢尿時，當病初尿內見有赤血球，有數漸次增加。

小兒急性腎臟炎而見有血尿者，不可不先疑為猩紅熱。

赤血球發現之初，暫時能證明蛋白之痕跡，尿之一日量漸次減少。

據彼爾開氏云：體重增加為定型的而為診斷上必要之事項，此體重增加發現於尿之他覺的所見之先，蓋因水分蓄積也。

血尿呈污穢暗赤色，容於尿器而放置之，則現出褐色之沈渣，蛋白往往達一%以上，一日量約一百立方公分，此時行血液證明法，同為陽性，顯微鏡檢查有多數之赤血球，尿管柱亦有諸種之形態，有玻璃圓柱，有顆粒圓柱，又有上皮細胞圓柱及赤血球圓柱，其他又見有腎上皮細胞、白血球、及種種之破壞物質。



水腫甚為顯明，而顏面蒼白，因眼瞼及前額之浮腫變更患兒之姿相，其他足背、大腿之內部、陰囊、陰唇亦現水腫，遂達於胸部及背部，更有肋膜腔、心包腔等之漿液膜腔發現水腫，以致發現呼吸促迫或心力衰弱。

循環系統夙見其障礙者多，脈搏緩徐而緊張，心臟見有左室之擴張及肥大者居多，而至心力漸次衰退，則脈搏小而頻數，與漿液膜腔之水腫相候，而發現呼吸困難及紫藍色，遂達於不可救藥之狀態。

終則發尿毒症 (Uremie)，而絕治癒之希望，尿量漸次減少而至無尿，現頭痛、不安、興奮狀態，食慾缺損，而生舌苔，氮性之口臭顯明，更頻發嘔吐，漸次意識瀾濁、視力衰弱（蛋白尿性視網膜炎），發癲癩樣痙攣，由前腕之肌肉起始而達全身，遂因心臟衰弱而斃。

尿毒症之警戒，應以髓反射亢進為標準。

經過及轉歸 輕症者於一二週間，漸次尿量增加，水腫減退而就治癒；稍重症者尿中之赤血球及蛋白不容易消失，移行於慢性而至不起者居多，發尿毒症者雖不能謂為必不能治癒，然恐多取不良之轉歸，患者之死，基於尿毒症發作、水腫、心力衰退、肺炎、肋膜炎、枝氣管炎、聲門水腫、及肺水腫者為多。

病理解剖 於腎臟之病變，主為出血性腎絲球炎 (Die haemorrhagische Glomerulonephritis)，腎臟腫大，出血之斑紋與點狀黃赤色之斑紋相交，由割面溢出之實質觸之柔軟。

診斷 出血性腎臟炎而既往有猩紅熱者，雖得容易斷定為猩紅熱性，然患於不知不識之間而經過猩紅熱者有之，此時當注意視其皮膚（特以指趾）有無落屑。

療法 詳述於後。

具異常症之急性腎臟炎（兒科雜誌條六十七號）

原著者所欲述敘之急性腎臟炎之一實例，尋其原因非所謂感冒亦非續發於猩紅熱、秋扶的風、傷寒、水痘、肺炎等者，而基於疹毒或因隱發疹毒之癢痒而發生之濕疹者也。抑皮膚病與腎臟之間，有幾何之連絡存在，雖為今日諸家所承認，然因其不知與猩紅熱、秋扶的風等之關係周密，故惹人注意者不多，因而記載亦罕，然而唱導急性腎臟炎起於廣汎之慢性皮膚發疹，例如濕疹、膿胞疹等之經過中，而變動人之體間者，不得不歸功於意大利之諸學者（Perrera, Guais, Canali, Felfei, Catoni）其大畧人欲陳述先進學者之學說，以資參考。

塞那托氏曰：如濕疹、天庖瘡等慢性皮膚病，因廣汎之化膿，皮膚上層之糜爛而起分解作用，形成脂肪及其他之物質而促吸收，刺戟腎臟而誘起炎症。

柏齊氏曰：余見不施治之疥癬患者，不僅亦起急性腎臟炎，且時而見膿胞疹發續發腎炎者有之，此恐基於有毒產生物之吸收而起之。一種中毒症歟？

布律威斯氏曰：就原發性或基於疥癬濕疹之急性腎臟炎七例，或有確實完全關於皮膚病者，或與所用之藥劑無關係者，大約皮膚疾患似乎各自有聯繫，此種腎臟炎之成立尚不明瞭，唯就濕疹腎臟炎而言，其成立屬於各人之病因，何則？蓋全身濕疹之患者雖多，但有不起腎臟障礙者，而輕度之濕疹患者，反有罹腎臟炎故也。

舍農利依氏所述之實例，為年齡五歲中而從來健康之兒童，罹膿胞疹，發疹由顏面漸次蔓延於全身，存留之週間現發熱及顏面浮腫，不日生胸水，腹水，尿現蛋白起浮腫後第四日斃命。

赫羅荷氏曰：一二學者主張因慢性濕疹及其不真刺戟腎臟之特別的治療法，而惹起腎臟炎，已有 *Filliet u. Berthes* 氏及意大利之醫師報告此種之實例，尤以報告有於哺乳兒起虛癆而死亡之一二例，余之經驗亦完全相同者也。而為四歲之兒童，十四日患全身濕疹，僅行微溫浴及顏面之硝酸銀塗布，突然惹起腎臟炎，未經數日因起肺水腫及胸水虛而死亡。又於未行刺戟腎臟之藥劑療法之其他一二廣汎之濕疹患者，當行尿之檢查時，證明蛋白者有之。

此等關係雖完全不明，恐因由有創傷之皮膚面侵入細菌而起之細菌性腎臟炎。

嘗在日本留居四年之伯四阿依伯氏作「皮膚病與腎臟炎」一文，係在日本之實驗就溫疹腎炎、疥癬腎炎等詳加述載，就中記有二兒因疥癬而起急性腎臟炎，一兒痊癒，一兒完全恢復。

原著者之實驗例如左：

某男孩四歲零六個月

〔遺傳的關係〕 父系方面，祖父死於不明之熱性病，祖母尚健在，父亦健康而未嘗顯顯著之疾患，父之五個同胞皆於初時死於不明之疾患；母系方面，祖父母皆健在，母及四個同胞均健全而無遺傳的疾患之徵，患兒有一姊健全，患兒為成熟兒而平產，由母乳營養，自生後一年起，每年五月發生皮膚疾患，癢極極甚。而該疾患犯及全身，主要者多於伸屈部，不發生屈曲部，每隨進冬季則消失，二歲時曾患百日咳，麻疹不明，種痘經過二回，未罹其他顯明之疾患。

〔發病〕 由本年五月起，亦罹前述之皮膚疾患，該劇烈之癢痒，雖有多少之惡寒，發熱，但每日仍入沐浴為未加藥液之普通浴，發疹從來未加治療，然由九月二十二日以來，因該全身浮腫、發熱、及呼吸困難，乃乞醫治，但效果不顯明，二十七日乃至原著者小兒科門診，翌日二十八日許其入院。

〔現症〕 體格中等，營養良好，皮下組織及肌肉因浮腫不能檢查，有肌熱而乾燥，其色蒼白，全身浮腫顯明，而兩下肢背部及兩上肢伸屈部，有多數針刺頭大乃至粟粒大之發疹及多數豌豆大之皮膚潰瘍，尤以兩上肢左右各有四五個被有二十分補幣大之漿液性膿汁之潰瘍，顏容呈苦惱，而為浮腫的 (Cedematous) 意識明晰，眼瞼結合膜左右均充血，眼瞼被有污穢灰黃色之腫樣物，眼裂縮小，瞳孔如常，頭部無異狀，毛髮亦中等度發生，項部無異狀，無頭痛之自訴，有舌苔而舌乳頭多少凸隆，因強烈發赤，兩側扁桃體雖稍膨大，但未見假膜，在胸部心濁音界如常，心音雖正常然心悸亢進，肺動脈第二音旺盛，脾一般呼吸音弱而有笛聲，聞聽得水泡音，無濁音，有咳嗽，胸部之週圍於乳線之高度計長五十五公分，腹部顯明緊滿，其最大週圍為五十七公分，波動顯明，脾及肝不明，陰囊強烈膨滿，呈浮腫而透明，觸診波動顯明，而有疼痛，陰莖包皮亦呈強烈浮腫，體溫三十九度五分，呼吸六十，脈搏百十八，正面實。

〔經過〕 九月二十八日午後十時，體溫達四十度三分，呼吸困難依然存在，苦惱似乎增進，本日午後一時雖有排尿及便通，哺乳量三〇

〇・〇  
處置：

(1) 毛地黃葉浸 (Infus. Fol. Digitalis) (〇・11)

六〇・〇

醋酸鉀 (Kalium aceticum)

四〇・〇

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇〇・〇

右一日三四回，二日分服。

(11) 一多酸性碳酸鈉 (Natrium bicarbo.) 水吸入。

(12) 頭部及小臟部放置冰蘚。

(13) 牛乳。

(14) 貼用硼酸軟膏。

九月二十九日 至入院後午後一時亦無排尿，全身浮腫增惡，胸部聽取大水泡音及軋機音，有咳嗽，無便通，排尿管，體溫三十八度六分，呼吸五十六次，脈搏百次，正面實，有煩渴，舌苔，噴乳量四〇〇・〇。

處置：

(1) 毛地黃葉浸 (Infusi Fol. Digitalis) (〇・五)

六〇・〇

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

一〇〇・〇

右由午後一時至六時數回分服。

(11) 甘肅 (Galonol)

〇〇・11

蔗糖 (Saccharinum)

〇〇・3

右頓服。 礦泉水

(III) 日中服用鹼性礦泉水

五〇〇・〇

其他與前相同。

然至午後五時許，因看護婦報告排尿管及尿管連綫，即往診察，尿管正而大小不同，但其緊張，計六十五次，體溫下降至三十六度六分，呼吸三十六次，即禁用毛地黃葉浸液而代用藥用葡萄酒一〇・〇、尋常糖漿一〇・〇、蒸餾水八〇・〇，使其二日分服。除去冰袋，排尿管約一〇〇・〇，色深茶褐色，有白色之沈澱物，反應為強酸性，蛋白著明，而水藍素 (Indican) 反應始有痕跡，鏡檢見有多數之顆粒圓柱，僅少之玻璃圓柱，腎上皮細胞，赤白血球等，三十日，昨夜七時以來有水樣腹瀉便，水樣便不絕不隨意排澀，但今日已停止，向時時下腹部有雷鳴，現由恥骨縫合起而達腎窩部上方約一指橫徑，有成梯形之可動性之瘤，觸診之則訴疼痛，其高由恥骨縫合起計十三・五公分，其幅在下部計一五公分，上部五公分，上端得明確觸診，其邊緣滑澤，陰莖包皮浮腫，會厭稍發赤，兩個扁桃體腫脹，但發赤不顯著，體溫三十五度六分乃至三十六度六分，呼吸三十八乃至四十，脈搏正而計有七十二乃至九十，嘔乳量四〇〇・〇，排尿管三〇〇・〇，比重一・〇一五，酸性，蛋白二・五等（由 Esbach 氏法以下皆同）無便通。

處置：

(I) 甘米 (Calomel)

〇・〇III

蔗糖 (Saccharium)

〇・III

右為一包，一日三包。

(II) 毛地黃葉浸液 (Infusi Fol. Digitalis) (〇・II)

八〇・〇

醋酸鉀 (Kalium aceticum)

III・〇

尋常糖漿 (Sirup. simpl.)

I〇〇・〇

右二日量，一日內服三次。

(III) 下腹部施溫療法。

十月一日 諸症似稍輕快，午後入時已不見下腹部之痛，體溫三十五度六分乃至三十六度，呼吸三十二乃至三十四次，脈搏七十乃至七十八至，脈搏正，哺乳量四〇〇・〇，便通一回，硬便，排尿管前入時有一回，其量五〇〇・〇，午後四時及六時及二日午後排尿管三回，量五〇〇・〇，全量達一〇〇〇・〇，比重一・〇一〇，酸性，蛋白質計一・五%，處置亦如前日，二日，由昨日排尿管以來下腹部之痛不能觸知其痕跡，顏容浮腫減退，眼裂強大，陰囊包皮未見最早之浮腫，陰囊尚稍有腫脹，胸部一般尤以後面下部有節變及大水泡音，咳嗽未去，咽稍發赤，兩側扁桃體腫脹，無舌苔，濕潤，食慾及精神稍良，全身浮腫稍減退，無頭痛及吐乳，脈搏計六十乃至七十三至，正面不緊張，呼吸二十八乃至三十二次，體溫三十五度七分乃至三十六度三分，哺乳量六〇〇・〇，便通一回，爲有形便，排尿管三回七〇〇・〇，比重一・〇一二，反應酸性，蛋白質一・五%，處置如前日，三日，胸部聽有枝氣管雜音，有咳嗽，腹部膨滿，有腹水，膀胱部無痛，哺乳佳良，呼吸二十六乃至三十次，脈搏七十至而正常，體溫三十六度一分至三十六度五分，哺乳量六〇〇・〇，便通一回，排尿管三回，全量爲一〇〇〇・〇，比重一・〇〇五，酸性，量量〇・四%，處置停用毛地黃藥液，投用醋酸鈣二・〇，華糖漿一〇・〇，蘇打水八〇・〇，二日量，持續用甘茶，吸入及下腹溫療法，四日，全身浮腫，顯明減退，上肢見有皮膚皸裂，舌帶苔，濕潤，胸部無異常，咳嗽輕度，腹部膨脹而軟，無痛，波動顯明，疹疹尤存在，疥癬痒，呼吸二十四，體溫三十六度三分乃至三十六度七分，脈搏六十八乃至八十五，哺乳量五〇〇・〇，便通二回，排尿管五回八五〇・〇，比重一・〇〇六，弱酸性，蛋白質〇・一%，處置持續前方，五日，腹水猶存，脛骨及足背有浮腫，無陰囊腫脹，舌帶微苔，顏容浮腫，嗜痰粘著於咽，心尖在乳線內，胸部無異常，體溫三十五度八分乃至三十六度八分，呼吸二十八乃至三十二次，脈搏七十至，正常，哺乳量七〇〇・〇，便通一回，排尿管六回而達八〇〇・〇，比重一・〇〇八，弱酸性，蛋白質未達〇・一〇%，處置仍持續前方，六日，腹部膨滿，波動顯明，浮腫顯明減退，顏容浮腫，胸部有枝氣管雜音，咳嗽減少，無舌苔，無頭痛，嘔吐，體溫三十六度乃至三十六度六分，呼吸二十四乃至二十六次，脈搏七十至，正常，哺乳量七〇〇・〇，便通一回，爲通常便，尿七回而全量一〇〇〇・〇，透明而早微黃褐色，弱酸性，比重一・〇〇六，蛋白質與前日無異，處置持續前方，七日，較一二日前尿量顯明增加，排尿管四乃至八回，八〇〇〇・〇——一一〇〇〇・〇之尿，蛋白質三日以來計〇・一%，脛骨及足背之浮腫不明，陰囊腫脹，顏容不爲以前最初之浮腫，口腔結膜之腫脹雖去，但於頰部似猶稍存在，兩側頸腺爲綠豆大乃至豌豆大腫脹，兩側鼠蹊腺亦有一二個腫脹如綠豆大，腹部膨滿，時以胃部顯明容隆，未能證明波動，於背臥時下腹部之側部生鼓音，膀胱部痛之痕跡不消失，上腹部之膨滿部分呈高調之鼓音，

觸知肝尖，肝之下緣季肋部觸知一二公分，胸部一般無首擊，左側後胸下部有僅少之大小水泡音，皮膚發疹顯明快癒，咽無假膜，體溫三十六度二分乃至三十六度七分，呼吸二十四乃至二十六次，脈搏七十至，哺乳量七〇〇・〇，便通一回，爲通常便，排尿六回而全量九〇〇・〇，弱酸性，比重一・〇〇七，蛋白量亦如前日，但似次第減少，處置仍持續前方。八日，胸部無異常，腹部雖膨滿，但不能證明波動，食慾、精神均佳，體溫三十六度八分乃至三十七度五分，呼吸二十六次，脈搏六十八乃至七十四至，哺乳量七〇〇・〇，便通一回，排尿六回，而全量八〇〇・〇，弱酸性，比重一・〇〇八，蛋白量減少至〇・〇八，處置持續前方。九日，無舌苔，胸部無異常，腹部稍膨滿，軟而未觸知強，無波動，體溫三十六度二分乃至三十七度，呼吸二十四乃至二十六次，脈搏六十八乃至七十四至，哺乳量七〇〇・〇，便通二回，爲通常便，排尿五回，全量七〇〇・〇，比重一・〇一〇，弱酸性，蛋白量雖如前日，但漸次減少，處置持續前方。十日，元氣及睡眠佳，體溫稍昇，胸部無所見，腹部稍膨滿，未觸知強，無舌苔，蛋白尿減少，體溫三十六度乃至三十七度一分，呼吸二十五乃至二十八次，脈搏七十乃至七十四至，哺乳量八〇〇・〇，便通一回，排尿六回，而全量五〇〇・〇，弱酸性，比重一・〇一二，蛋白量與前日無異。十一日，腹部膨滿，稍羸瘦，不見浮腫，體溫三十六度二分乃至三十七度，呼吸二十六乃至二十八次，脈搏八十至，哺乳量八〇〇・〇，便通二回，排尿五回，而全量五〇〇・〇，弱酸性，比重一・〇一〇，有蛋白痕跡，處置停用甘茶，持續用醋酸鉀水藥。十二日，腹部膨滿而軟，胸部無所見，尿量稍減少，體溫三十六度四分乃至三十七度一分，呼吸二十六乃至二十八次，脈搏六十六乃至七十至，哺乳量八〇〇・〇，便通二回，排尿六回而全量五〇〇・〇，比重一・〇一〇，弱酸性，水樣透明而有蛋白之痕跡，鏡檢僅見少數之玻璃樣圓柱，處置持續前方。十三日，體溫三十六度六分乃至三十七度二分，脈搏八十乃至八十八至，呼吸二十四乃至二十六次，諸症依然如固，哺乳量八〇〇・〇，便通一回，排尿四回而全量四〇〇・〇，比重一・〇一三，弱酸性，蛋白痕跡。十四日，體溫三十六度乃至三十七度三分，脈搏九十乃至九十二至，呼吸二十四乃至三十次，哺乳量八〇〇・〇，便通一回，排尿五回而全量四〇〇・〇，比重一・〇一〇，爲弱酸性，而有蛋白痕跡，處置投前方。十五日，腹部軟而無濁音，波動不明，體溫亦輕度之弛張，胸部陰性，四肢之皮膚皺裂顯明，食欲良好，尿量減少至四〇〇・〇——五〇〇・〇，未見最早之蛋白，體溫三十五度九分乃至三十七度二分，脈搏八十二乃至八十八至，呼吸二十四乃至二十六次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通一回，排尿五回，而全量五〇〇・〇，比重一・〇一二，爲弱酸性，而無蛋白，處置仍持續前方。十六日，體溫三十六度四分乃至三十七度四分，脈搏八十乃至九十至，呼吸二十六乃至三十次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通一回，排尿六回，



而全量六〇〇・〇，比重一・〇一〇，弱酸性，無蛋白，處置持續前方。十七日，體溫三十六度四分乃至三十七度三分，脈搏七十六乃至八十四，呼吸二十六乃至二十八次，哺乳量一〇〇〇・〇，比重一・〇一〇，未見蛋白，處置前方。十八日，體溫三十六度三分乃至三十七度二分，脈搏九十四乃至九十六，呼吸二十八乃至三十二次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通二回，排尿七回，而全量五〇〇・〇，比重一・〇一〇，無蛋白。十九日，腹部稍脹滿，不見浮腫，兩個扁桃體腫脹，但無假膜，體溫三十六度四分乃至三十六度六分，脈搏八十八乃至九十二，呼吸二十六乃至二十八次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通二回，排尿七回，而全量五〇〇・〇，比重一・〇一四，無蛋白，處置投用稀鹽酸胃液，停用前方。二十日，體溫三十六度二分乃至三十六度七分，脈搏八十六乃至九十，呼吸二十四乃至二十六次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通二回，排尿六回，而全量一〇〇〇・〇，比重一・〇〇八，弱酸性透明，鏡檢雖見血球，少數之顆粒及玻璃樣圓柱，但無蛋白。二十一日，胸部陰性，昨日排尿達一〇〇〇・〇，比重一・〇〇八，體溫三十六度乃至三十六度七分，脈搏九十，呼吸二十四次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通二回，便通二回，排尿七回，而全量九〇〇・〇，比重一・〇〇六，無蛋白。二十二日，體溫三十六度七分乃至三十六度九分，脈搏九〇至，呼吸二十四次，哺乳量一〇〇〇・〇，便通二回，便通二回，無便通，排尿六回，而全量七〇〇・〇，比重一・〇〇八，無蛋白。二十三日，無所見，尿量亦增加，體溫三十六度三分乃至三十七度，脈搏八十八乃至九十，呼吸二十二乃至二十四次，哺乳量及粥湯如前日，便通一回，排尿六回，而全量七五〇・〇，比重一・〇一〇，無蛋白，處置持續前方。二十四日，體溫三十六度三分乃至三十七度，脈搏八十八乃至九十，呼吸二十四乃至二十六次，哺乳量及粥湯如前日，便通一回，排尿七回，而全量達一〇〇〇・〇，比重一・〇一五，為弱酸性，而無蛋白，處置持續前方。二十五日，所見為陰性，昨日排遺一〇〇〇・〇之尿，體溫三十六度乃至三十六度八分，脈搏八十八乃至九十二，呼吸二十四，牛乳一〇〇〇・〇，粥湯二〇〇・〇之外用藥六片，許其起坐，便通一回，排尿八回，而全量一〇〇〇・〇，比重一・〇〇八，無蛋白。二十六日，發疹全消，所見陰性，體溫三十六度九分，脈搏九十五，呼吸二十四乃至二十六次，攝取牛乳一〇〇〇・〇，粥湯二〇〇・〇，藥六片，第四晚，便通一回，排尿七回，全量一〇〇〇・〇，比重一・〇一〇，無蛋白，處置將持續前方。二十七日，全治出院。

閱上述之病歷，九月三十日瘧之記載，當博任何人所注目，故題名冠以異常症之名稱也。吾輩小兒臨床者已接到幾多之急性腎臟炎，然見如此重篤之膀胱蓄尿症者未嘗有也。且詢諸病理學者，急性腎臟炎有此情形者亦不普通，然膀胱、尿道等有變狀，不起前症甚為明瞭，然則

爲何而生知此之非耶？則可考察之。就本患者由九月二十九日起病勢大爲增進，至九月三十日，十一月一日頓形劇烈，尿閉極甚，吾輩恐有尿毒症之襲擊，視患兒之生命迫於危險，而有立於性巖危石之慮。因腎臟之動作不充分，則有尿利減少，以致發生尿閉，而有起尿毒症之恐，固勿待論。當擊退尿毒症之前驅發生，吾輩必用盡方策，以當此非常時期不應施尋常之方法，而用過大量之毛地黃，連用甘米，並助以溫滲法，病態不宜預後極爲可疑。患兒雖爲四歲餘之小兒，然候如普通尿毒症之前驅症之劇烈頭痛、惡心、嘔吐、眩暈等，備有食慾缺損顯著及多少嗜睡之狀而已，實爲可怪。強辯之，據尿毒症之解說中化學說，因毒素運行於血中，特別起膀胱利尿肌之麻痺，而似與代價尿毒症有關係。此原著者之慎說之解釋耳。

(11) 狄扶的里腎臟炎 (Diphtherie-nephritis) 本症非如猩紅熱腎臟炎之出血性者，咽狄扶的里於其初期在尿中已見蛋白者不少，然此非常顧慮者，發見顯著之腎臟炎症狀，在發病後四日乃至十日，尿之出血性者，殆視爲例外可也。

又尿量減少而成無尿之事，亦屬罕有，水腫亦不如猩紅熱性者之甚，全身水腫固屬少有之事，又合併尿毒症亦無須十分憂慮。

豫後 比較的佳良，概二三週即治癒，雖偶遷延一二週，但移行慢性者少。

(三) 起於其他疾患之急性腎臟炎 除猩紅熱及狄扶的里之外，於麻疹、水痘、傷寒、流行性腮腺炎、痘瘡、流行性感、瘧疾、流行性腦脊髓膜炎，爲其併發症或繼發病，而見急性腎臟炎者不少。

小兒應注意急性腎臟炎者，爲濕疹及膿疱疹之皮膚疾患與咽喉炎及丹毒，於此等疾患經過中，不可不急行尿檢查。

又於格魯布肺炎之經過中，有見出血性腎臟炎者，亦當注意及之。

此等之症狀，經過，豫後無其他特有之點，均類似猩紅熱腎臟炎之輕症者。

療法 詳述於後。

(四) 哺乳兒營養障礙之腎臟炎 (Nephritis bei Ernährungsstörungen der Säuglinge) 於食物性中毒症之初期，有排出尿量減少，比重增加，蛋白排出，顆粒圓柱，玻璃樣圓柱，上皮細胞圓柱，類圓柱，多數之白血球，少數之赤血球之尿者。

關於本症之病理有種種學說，或謂基於毒物一時犯及腎者，或謂身體之水分損失為其原因，而排出蛋白尿及圓柱尿者。

豫後及療法 關於基礎疾患之輕重如何而定，療法亦無特種者，當速治癒中毒症。

#### 第四 慢性腎臟炎 (Die chronische Nephritis)

小兒期之慢性腎臟炎與大人者無甚差異，亦能發現大白腎 (Die Große weiße Niere) 及萎縮腎 (Schrumpfnieren) 其療法、症候、原因、經過等，亦與大人無大差異，故不詳述，就小兒特有者之一二述之。

(1) 小兒腎臟炎 (Kindernephritis) (Padonephritis) 本症為華卜萊爾氏所唱導，結果皆為可怖，而缺如症狀者也，故無水腫、血壓昇騰、脈搏緊張及心肥大，不發視網膜變化及尿毒性症狀，年齡在二歲乃至四歲之際，又

發於學齡兒童。

原因 基於急性傳染病者居多，據華卜萊爾氏統計三十五例中之二十五例為急性傳染病（猩紅熱最多，狄扶的里、麻疹、流行性感冒、及咽喉炎次之），又有原因不明者。

症候 自覺症狀通常極為僅微，無其他固有之點，皮膚蒼白，容易疲勞，偶有頭痛、胸痛、心悸亢進、食思不振、及渴感，精神爽快者居多。

不發現顯著之水腫，僅顏面稍成浮腫狀，無蛋白尿性視網膜心肥大症狀等，檢查尿蛋白微量僅  $\frac{1}{3}\%$  尿量及比重殆如常，尿沈渣亦少量，而常含有玻璃圓柱，有顆粒圓柱、蠟樣圓柱、脂肪、顆粒細胞、及赤血球之存在者稀有。

診斷 除依尿檢查以證蛋白及圓柱之外，別無他法，不可與直立性蛋白尿誤診。

經過及豫後 經過頑固者，其性質比較的良好，經過一年以上者不少，而終歸治癒者居多，勿須悲觀。

療法 要之，本症之治療法，不宜行過於消極的，於療法之初必須安臥靜養及牛乳療法，然因其經過慢性，使其數月橫臥，反傾如神經性而使治癒遷延，故於一定時期之後，當行適當之遊戲、體操、冷水摩擦、食物食蔬菜等，含適當之鹽分亦無妨害，然過於辛辣之香料、苦味、及鹹味之食物，則當避用之，而當盛行日光浴，轉移於氣候溫和之地方，但禁海水浴及冷水浴，藥劑無用之必要，但須勸其飲用礦泉等。

(11) 先天梅毒之腎臟炎 (Nephritis bei kongenitaler Syphilis) 解剖先天梅毒兒，屢屢見有腎臟之病的變化，梅毒性胎兒及初生兒殆無缺如者，於腎臟實質之諸種變性現象之外，為特有之血管外膜之細胞增多，其他兼有小囊胞形成、初生的緣帶之長久存在、絲綫之數及大減少。

故於臨床上屢屢證明蛋白尿，然含有有形成分僅微，不發生浮腫、尿毒症，要之，腎臟炎之尿所見雖不缺如，然因其他之梅毒症狀顯明，故少注意及之也。

對於本症無須講求特別之療法。

腎臟炎之療法 (Therapie der Nephritiden)

先由急性腎臟炎述之。

小兒患猩紅熱及狄扶的里等急性傳染病時，已豫料有腎臟炎之發現，不得不講求其療法，即與以缺乏鹽分之食物及富於滋養之牛乳等物，命其絕對的安靜，固勿待論，若有便秘之存在，或須毒物排出，則用緩瀉藥、鹽類瀉藥、或浣腸，以圖便通之順調，又有人唱導以優洛託品 (Urotropin) (1H<sub>2</sub>O·5——1·0) 豫防者。

已起急性腎臟炎者，命其絕對的安靜，皮膚為負擔腎臟之機能者，故當常保持其清潔。

食物須用充分缺乏食鹽者，為現今之學說所肯定，最簡便者為牛乳，然連續用牛乳療法之際，有起食機不振者，則應以茶及粥充之，在急性之時間不可用食鹽或醬油加味，則以砂糖、甘藷等附與甘味而已，傾於稍慢性之時期，當觀察水腫之發現如何而附與微量之鹽分，其他可飲用水果汁、鹼性礦泉水（因補充血液之鹼性減却）。

於最急性而有血尿存在之期間，不須用各種利尿藥，但須嚴守用牛乳等缺乏鹽分之食物及絕對的安靜，藥劑可投用鹽酸檸檬劑之類。

對於水腫之發汗療法於心力微弱時當禁忌之，否則乃可施行。但偶爾有增惡血尿之度者，當注意之也。若欲施行須避用毛果芸香鹼（*Pilocarpinum*）注射，而盡量採用理學的療法，即以熱水掉濕之布片而纏絡身體，更用毛巾包卷約三十分鐘以上，又可入於稍熱之溫水，以後施以毛巾纏絡。

最急性之期間，以積極的療法為佳。

浮腫不減，經過稍久而缺乏利尿時，須投利尿藥，利尿藥中適於小兒腎臟炎者為毛地黃製劑（參照心臟疾患條下），腎臟炎之際，大抵同時心臟被犯，據近來之研究，乃知本劑直接良好腎臟中之血流，而非如從來所唱導僅昂進血壓而為利尿藥，故為直接的腎臟性利尿藥也。其他醋酸鉀溶液（*Liquor Kalii acetic*）、水楊酸鈉可鹼（*Theobrominum natrium salicylicum*，*Diuretin*）茶鹼（*Theocin*）酸性酒石酸鉀（*Kalium bicarboricum*）事稍傾於慢性時有偉效。

便通傾於祕結時，當以菓實汁、礦泉水、緩瀉藥及灌腸，使其順調。

水腫甚而有障礙及於其他臟器時，除用藥劑外，須兼用套管針排除法。

起尿毒症時，先於腸管內以導管徐徐注入多量之食鹽水（ $500 \cdot 0$ —— $1000 \cdot 0$ ），或以腸管點滴法（參照總論）行之，急速之際應由正中靜脈刺絡而取 $100 \cdot 0$ 乃至 $150 \cdot 0$ 之血液，次即注入液體。

此時常用林葛爾氏溶液 (Liquor Ringeri) (因鈣離子有增心臟收縮力之作用) 其他可應用毛地黃、咖啡鹼製劑、或樟腦。

尿毒症之本原為血中漸漸有氣體滯之增加，即由新陳代謝而起之毒物，因腎臟機能不至而停滯，故發生一種中毒症狀，一方面當力求是等毒物之排洩稀釋，一方面以心力增進為目的。

慢性時上述之消極的方針，漸次變為積極的，而用利尿藥、溫浴、於心力強盛時須行發汗療法，食物依尿所見之變化而加減，當漸次用少量食鹽加味，其他大體與急性者無異。

##### 第五 化膿性腎臟炎 (Nephritis suppurativa)

本症由血液之膿性栓塞而起，又有由上行性尿路之化膿性炎症而起者。

基於血液之化膿性腎臟炎，其症狀一般被膿毒症之症狀所蔽，依尿發現尿圓柱、腎上皮細胞、及膿球而得診斷為化膿性腎臟炎，而腎之腫大達一定度，則能他覺的觸診之有銳敏之壓痛。

其豫後關於全身膿毒症之經過如何而定，而無特別對於腎臟施行之術，雖幸而治癒，然後來不免貽留萎縮腎焉。

有上行性基因者，難於診斷，然於化膿性腎盂炎及膀胱炎之經過中，而成全身障礙顯明，中毒症狀大現，食慾缺損、嘔吐、頑固之腹瀉、弛緩性或間歇性之高熱發現，則能知有腎臟之化膿性機轉之參與也，此時依觸診能認識



有腫大而銳敏之腎臟，更能確定之矣。

上行性之豫後亦不良者居多，若爲片側，則可行外科手術摘出之。

#### 第六 腎臟結核 (Nephro-phthise, Nierentuberkulose)

各點與大人者無甚差異。

於小兒全身結核症狀之上，發熱、羸瘦顯著，於片側或兩側之腎臟部觸知腎臟腫大，訴壓痛，其他發尿淋瀝、利尿疼痛、血尿、鏡檢含有尿圓柱、腎上皮細胞、膿球、淋巴球、赤血球，尿中能證明結核菌，更得確定診斷（可依 Anti-formin 法、Ziehl-Gabret 氏法染色），然當注意勿與尿中之抗酸菌及恥垢菌相誤。

本症有僅於造尿器中腎臟形成結核，或有爲一般之泌尿生殖器結核之一部。有謂輸尿管插入導管，得知片側之罹患，則爲有摘出之希望云。

#### 第七 腎臟瘤 (Geschwülste der Niere)

(一) 良性瘤 雖有脂肪瘤、纖維瘤、脂肪纖維瘤、脂肪粘液纖維瘤等，但不過於解剖之際，偶爾發見而已。

(二) 惡性瘤 於其他之臟器小兒尤以幼穉兒見惡性瘤者雖少；然於腎臟小兒患惡性瘤者，不乏實例。

臨床上必要者爲副腎瘤 (Hypernephrom) (副腎腺瘤 Struma suprarenale)、肉瘤、及癌、腺腫癌、粘液

肉瘤、淋巴肉瘤等，見於幼稚之小兒，均應考慮基於先天性素質者也。

一般腎臟瘤在幼少之年齡比較的多，據斯泰芬氏統計：小兒腎臟瘤二百十九例中，有三十四例屬於第一歲，五十五例屬於第二歲，要之，由一歲至五歲者計一百六十八例云。

症候及診斷 症狀中必要者為血尿及腎臟部瘤之觸知，訴利尿時及自發的腎臟部之疼痛者有之，於幼兒不得不依他覺的症狀而下診斷，其他兼有羸瘦、衰弱、胃腸症狀。

診斷上必要者為與上行、橫行、及下行結腸之位置之關係也，送入氣體於腸管內而使其膨脹，僅於有瘤以上之腸管部呈鼓音，其他部分依然呈純濁音，則可知此瘤位於腸管之後部，因而得推定為腎臟瘤矣。

腎臟周圍炎性膿瘍，其輪廓不如瘤之明瞭，且有發熱，而經過長久。脾腫之邊緣尖銳而成楔狀，能觸其截痕，而腎瘤則鈍圓。

其他肝瘤及腸部淋巴腺結核，亦須注意，但比較易於區別。

在腎臟癌，由腰部向恥骨縫合放射之疼痛，及血尿之發現，比較肉瘤屢屢為多。

豫後及療法 雖有由外科手術而得治療者，（斯泰芬氏記述八十八例施行手術僅十八例未再發）；然豫後概為不良。

### 論小兒之腎臟肉瘤（兒科雜誌第百〇九號）

最近日本亦應歐羅巴之癌研究而發起癌腫研究會，并發行雜誌「癌」，茲乘日本小兒科學會第十三次大會開幕之機會，原著者等

乃選擇本題。

痛腫犯腎臟與否？

蓋腎臟之痛，由小兒之哺乳期起始，尤以視為發於五歲或十歲以內者，雖有多數之報告，然至有顯微鏡的研究以來，從來認痛者之大部，均為肉瘤，迄今肉瘤殆與癌有別，腎臟之痛與肉瘤臨床上難於判別，於癌研究之潮流熱烈之際，原著者等特就多於小兒之此等問題述之，亦不無小補矣。

結羅荷氏於其教授時謂有症之十二實驗，華卜萊爾氏謂本症極為少有，氏之實驗不過二回而已，其中一回由剖驗證明云，原著者等僅就東京大學小兒科病室住院患者，由一九〇一年至一九〇八年約經八年之久，得本症之研究材料十名，觀察此等患兒少則為四日，多則經過為五個月者。

- |       |             |
|-------|-------------|
| 一九〇一年 | 本症一人（第一例）   |
| 一九〇二年 | 同 無         |
| 一九〇三年 | 同 一人（第二例）   |
| 一九〇四年 | 同 二人（第三、四例） |
| 一九〇五年 | 同 一人（第五例）   |
| 一九〇六年 | 同 一人（第六例）   |
| 一九〇七年 | 同 二人（第七、八例） |
| 一九〇八年 | 同 二人（第九、十例） |

十名中東京生產者六人（第二、五、六、七、八、九例）。

原著者等在述統調查事項之先，欲就本症之一般加以簡單之說明，為便發初接本病之同學計，願為盡述添足也。

原因雖有舉列為遺傳、腎臟部之打撲者，然概為原因不明。

常病初起若干日取潛伏性經過，忽於皮膚蒼白、無氣力、食慾減退、羸瘠之狀況下，忽發本病之諸輕微候，初期之症狀，前後發現尿出血、下腹部之疼痛、癰等腹部痛每常發現，但血尿（Cathart 氏謂血尿起於痛，而不起於肉痛，實為誤謬），及疼痛（多為發作性），則非常在的，其他亦有發現尿量減少、利尿障礙者，尿之性質概為酸性，有時透明，有時因尿酸鹽類而混濁者，尿中含蛋白質、玻璃圓柱、白血球、赤血球、上皮細胞等者有之，大便時而黏結，時而腹瀉。

本病之特異者，占領非常容積之腹部痛，多為片側，尤見左腎，殆填塞全腹腔之大部分，由腎臟之上部或副腎起始者，則先占右肋窩，由腎臟之下方起始者，則先填滿腸骨窩，而漸次膨大，普通上腹顯明膨滿，在膨脹之部位，靜脈之怒張極甚，而癰通常不粘連，而不隨橫膈膜而運動為常例，癰固而其外表滑澤，或見多少之隆起，邊緣鈍圓，間有銳利者，由副腎蔓延而犯及腎臟，此等臟器之形態有完全崩壞者，或癰中有腺組織一部分殘留者，大癰之一部分起蓋纖維性，軟化而早波動者有之，癰之形狀，因屢屢如脾腫之觀，非熟練之醫師有不能診定本症者，脾腫較本癰淺在，且其邊緣銳利而無有如本症鈍圓之邊緣，又見有脾腫特異之徵候，橫行於本癰上之索狀物而觸結腸，或於癰之上內方而濁音領界中現腸管之鼓音者有之，癰長久存在，則他方之腎臟、脾臟、肝臟等之諸臟器及近傍之淋巴腺生轉移性小結節，隨癰之迅速膨大，身體之營養益漸衰弱，遂陷於惡病質、四肢、陰部生浮腫，而呈腹水者有之。

本病頸脈、腋下腺、鼠蹊等腫脹，本病之診斷法為試驗的穿刺，得髓樣碎片而偶有確定診斷者，又因此穿刺而有起發熱、熱膜炎症狀者，故當注意行之。

X光線亦示癰之擴大領域，而有為診斷之助者。

癰後完全不良，藥劑的療法僅能緩解疼痛，不能手術的處置，必速斃命，但自然放置而經過三年者，亦非絕無療法，只有行腎臟摘出術，特如賴科博（Coburn）氏之主張非早期施行不可，他方之腎臟猶未受轉移時，應早期確定診斷，而委諸摘出，此乃唯一之道也。手術自際特兵於一八七六年施行四歲之女兒以來，大有進步，阿司安司他忒氏載六月之男兒手術後經過七月，猶能奏無事之好結果，文獻上行於最初之小兒，標示手術容易。

由是乃移於原著者等之調查事項。

性 諸家之觀察多爲男兒，據原著者等調查男女相等。

Ephraim

♂十七人

♀十四人

Rohrer

♂十七人

♀十二人

Monti

♂二十四人

♀十二人

Rachmaninow

♂四人

♀二人

Miya u. Nishisawa

♂五人

♀五人

血尿 原著者之實驗現血尿者四人（第一、四、九、十例），故占40%（nach Tuller 76%）。  
 下腹痛 余等實驗下腹痛者七人（第一、二、五、七、八、九、十例），故占70%。  
 蛋白尿 余等之實驗現蛋白尿者五人（第一、四、六、九、十例），故占70%。  
 瘤之原發部位 依剖驗而識之。

M. u. N.

左副腎

一回（第三、八例）

右副腎

二回（第六例）

右副腎及右腎

一回（第一例）大約原發於副腎？

Rachmaninow

腎臟

二回（大約如此）

副腎及腎

一回（不知確否）

年齡 I. Orr 氏就生後七週之小兒，剖檢上證明右副腎之肉瘤。

三回（大約原發多於副腎？）

M. u. N.

最幼

一歲十一月

十歲四月

最長

Rachmanninow { 最幼 一歲二月  
最長 五歲

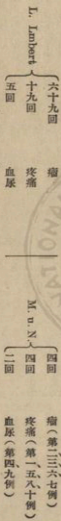
Senator 氏之五十八例，其中三分之二起於十歲以內之兒童，Lorenz 氏之二十六例中，十七例起於七月乃至五歲九月之小兒。

年 齡	0-1	1-2	3-6	6-10	10-20	20-40	40-60	60-80
Senator	7	9	19	3	6	3	3	3
M. n. N.	-	3	6	-	-	1	-	-

被犯之腎臟 Ebsstein 氏之實例多為右側。



第一徵候



尿 酸性而往往有白赤血球、上皮細胞等。

有木藍素陽性反應者六回 (第四、六、七、八、九、十例)。圓柱者四回 (第一、四、八、十例)。

膝腫 六回(第二、四、六、七、八、九例)。

營養 一般不良,比較的佳良者有二例,(第二、四例)。

病之持續期。

Rachmaninow	最短	一月	M. N. Z.	最短	約二月(第三例)
	最長	六月		最長	約八月(第一例)

委請自然,則其經過短,故應於早期摘出。

有囊腫者(第一、四例)占 33%, 缺如者(第二、三、四、五、六、七、八、九、十例)占 66%。

次乃列舉余等之十例證:

第一例 ♀ 四歲八月 一九〇一年七月二十九日入院

(遺傳歷) 父母健全,同胞二人,一名死於破傷風,無其他應記載者。

(既往症) 一九〇〇年十月罹百日咳,二月治癒,不知其他著明疾患,一九〇一年五月以來元氣銷沈,而有發熱,同年六月二十五日訴

急劇腹痛,又現尿意頻數,尿量頓減,甚至帶赤色,食慾亦減退,而於入院前數日,始認識有瘰之存在。

(現症) 體格中等,營養不良,皮膚蒼白而有熱感,兩脛骨角及兩足背現浮腫,頭部顏面等無異常,而舌上僅被有輕度之白苔,胸部所見亦陰性,腹部亦強度脹滿,尤以左側更強,於腹窩外計腹圍五四公分,由臍而知有大瘰之存在,表面無凹凸,不與皮膚粘連,下方達腸骨窩,有壓痛,叩診上呈濁音,尿一日量約一五〇・〇,而證明蛋白〇・五%,鏡檢上見有多數之膿球,無圓柱,體溫三八・〇,脈搏百十五,呼吸三十。

(經過) 入院以來未見赤色尿,見有顆粒圓柱,穿刺瘰而得稀薄之血液樣液汁,以 X 光線照射,僅得見瘰之存在,由那邊發生者不得而知,檢察血液赤血球無變化,僅證明白血球增多五倍,九月五日腹部最大圍為六一公分,膈高圍六〇公分,由左肋骨弓至瘰之下端計一八公分,橫徑一七公分,左方由膈窩至右方達〇・六公分,瘰之表面不平坦,背柱彎曲於前方,且腰樞有側彎,兩足背及脛骨角現浮腫,尿量亦減,夜間有遺尿,九月二十七日,腹圍最大七八・五公分,膈高圍七八・五公分,右方達於右乳線,下方達於 Poupart 氏帶,膈部尤瘰能證明波動,

間有遺尿,九月二十七日,腹圍最大七八・五公分,膈高圍七八・五公分,右方達於右乳線,下方達於 Poupart 氏帶,膈部尤瘰能證明波動,



心臟被推移於上方，步行亦不可能，食慾減退。十月十五日一時出院，同月二十九日再入院，小兒更爲消瘦，兩腳尤以左腳呈高度之浮腫，胸部於前方之兩側，取出水中泡音，於後方亦得證明少數，腹部亦顯明增大，而該壓痛，腹壁呈現顯明之緊張，瘰有二三處呈波動，近來營養日漸衰弱，腹部膨大，浮腫發強，食慾愈爲缺乏，十二月二日行試驗穿刺，得透明之液汁，鏡檢之未能見病的物質。十二月六日，腹圍最大達八〇公分，近來諸症增進，至翌一月九日，食慾完全缺乏，屢搏微弱，呼吸達五十次，同月十日遂死亡。

〔解剖所見〕 右肺無所見，左肺上葉之前下部及下葉之下部呈萎縮性暗赤色，且於下葉見有極大之轉移性瘰，又於上葉之內部見有柔軟灰白紅色之瘰，右枝氣管腺亦起瘰，於下葉之邊緣亦存在有極大之瘰各一個，上下葉均陷於萎縮，切斷面示黃血性，瘰之切斷面由黃白色半透明纖維之物質分爲幾多大小不同之小葉，且示黃白色而柔軟之筋部與汎變性之暗紅色之浸潤之局部，瘰有尿管起張之纖維膜，遂致不能見出右腎及右副腎，故該瘰當由是等臟器所發生者也。

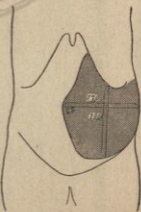
第二例 女 二歲零五個月 一九〇三年六月二十二日入院

〔遺傳歷〕 父系之祖父斃於不明之疾患，祖母猶生存，父雖健全，但七年前曾患花柳病，父之同胞四名，一名曾患喉息，母系之祖父母猶生存，母亦健全，母之同胞三名於出產時斃命，其他均健全，兒之同胞二名，第一子健全。

〔既往症〕 兒爲第二子，未經過麻疹，百日咳，一九〇三年三月曾發熱而有一回瘰擊發作，下月又再發作，六月初旬母始見兒之腹部有一瘰存在，而同月十六日以來兒訴夜間腹部之疼痛，食慾減退，元氣衰弱，不好遊戲，甚至拒絕起立，營養亦日漸衰弱，皮膚之蒼白顯明。

〔現症〕 營養比較的佳良，而皮膚、頭部及顏面無異常，兩肩結構稍增腫，兩側之頸腺有多數豌豆大腫脹，心臟及肺臟亦未見異常，腹部顯明膨大，腹圍計五四公分，由觸診而得證明有一橫臥之大瘰，即由左側季肋部發出，而向右方蔓延，其右緣超過右乳線四橫指，橫徑二七公分，垂直最大徑一〇公分，由觸診突起而達瘰之上緣爲四橫指，而呈如圖所示不規則之形狀，不與呼吸運動共同運動，不與皮膚粘連，腹壁皮

第六十二圖  
第一例



膚之靜脈怒張顯明，癰在叩診上呈濁音，多數之鼠蹊腺亦腫脹為蠶豆大，尿未見變化。

〔經過〕 七月十五日始有嘔吐，食慾頓減，十六日訴頭痛，有嘔吐，近日以來有二三回之嘔吐，故小兒益漸衰弱，七月二十二日行試驗，穿刺得有血液，以鏡檢之，證明赤白血球及多核細胞，從此夜以來小兒益訴腹痛，現睡眠障礙，氣力益減，體溫益漸昇騰而達三十八度上下，顏貌呈無慾狀，脈搏細小不正，呼吸亦亢進，五十乃至六十次，二十八日遂死亡。

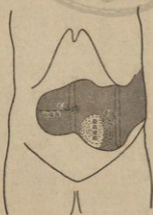
第三例 二歲 一九〇四年五月二日入院

〔遺傳歷〕 兩親健全，同胞三名，內中一名斃於不明之疾患，以外缺乏詳細之遺傳歷。

〔既往症〕 從來健全，而未經過麻疹，未曾種痘，營養主用母乳，患兒肥滿，發育佳良，但由一月以前現元氣衰弱，食慾不振，顏色蒼白，而逐漸次羸瘦，入院前十日始覺腹部膨大，便通數日來一日現三四回之腹瀉。

〔現狀〕 營養不良，而皮膚蒼白，肌肉弛緩，脂肪消失，未見心臟異常，胸部於右前下乳線由第六肋骨間以下，及左前下左前腋窩線由第六肋骨以下呈濁音，後部於左側第八胸椎骨以下呈濁音，腹部顯明膨滿，尤以左方為甚，腹圍計四八·五公分，腹壁之靜脈顯明怒張，由觸診於右側腹腔內觸知大癰，表面不平坦，而不與腸壁粘連，下方達於左腸骨窩，由左肋骨弓之中央至下緣九公分，由劍狀突起起至下緣一〇公分，右方超過臍高，始達於右乳線，叩診上呈濁音，兩側鼠蹊有赫尼亞，而能使其復位，未見其他異常。

第六十三圖  
第二例



〔經過〕 五月二日入院，當日僅有二回嘔吐，迄同月九日未現顯明之異常，唯覺其腹部益益膨滿，羸瘦日甚而已，至十日，體溫示三十八

度一分，腹部之鼓脹甚劇，癰之上表能顯明露出橫行結腸，似水樣便而帶青暗色，一日達到四回，鼠蹊赫尼亞之腹位遂難步行，由同月十七日起發現切齒，瞳孔散大，睡臥被妨礙，便同樣現腹瀉，但未見頸部硬直等，同月十九日顏面蒼白，羸瘦甚增進，骨頭融合能由皮膚之上表透視

之呼吸數及脈搏益增加，食慾缺損，腹部除腫外，却是陷沒之狀，腹壁之靜脈消失，同月二十日脈搏細小而陷於嗜眠，翌二十一日早前六時  
遂逝世。

〔解剖診斷〕 (一)胸腔內出血，(二)瘤壓迫下行大動脈，(三)陰囊血瘤，(四)肉瘤(係由左副腎發生者)。

第四例 三歲十一月 一九〇四年十一月二日入院

〔遺傳歷〕 父系之祖父斃於不明之疾患，祖母猶健存，父健全雖於一年前患花柳病，但已治癒，母系之祖父死於腸疾患，祖母死於產褥中，母健存而無早產流產，奉三子，皆健全。

〔既往症〕 患者係成熟兒生產，以母乳榮養，發育佳良，一九〇三年十二月泄赤酒樣尿，四五日後由醫而治癒，近來雖往往又洩同樣顏色之尿，但未疑有自覺症狀，一九〇四年一月於左腹臍間知痛，大之痛，時而現晚間視力之減退，近來腹部痛漸次增大，至八月甚至占上腹部云。

〔現症〕 爲榮養中等之男兒，有肌熱，皮膚稍蒼白，未見浮腫及發疹，頭部無異狀，無眼瞼之發赤，唯左側角膜見有小白色之斑點，其他耳、鼻、口腔等均無異常，心臟之心尖與左乳線第五肋骨接觸，心音一般不純，而第二肺動脈音亢進，肺臟左後下部稍短，而左肺下緣比右肺下緣約高一橫指，腹部尤以左側膨滿強甚，最大腹圍六一公分，臍高處計五八公分，腹壁之皮膚變色爲暗紅色，由觸診得知左腹側有一大瘤存在，該瘤不隨呼吸共同運動又不與皮膚粘連，瘤之表面一般滑澤，其境界右方超過臍高二橫指，上方與心臟之境界不明，下方達於腸骨高，後面達於脊柱之外方，一掌幅於左側季肋部，瘤不平坦，而能觸知輕度之波動，其部位長徑八公分，橫徑六公分，全瘤之大長徑有二四公分，橫徑三〇公分，右腹側觸知多數蠶豆大之小瘤，脾臟之境界不明，肝臟腫大於肋弓外四橫指，似與瘤無關係，膝蓋反射消失，體溫三七·五，脈搏緊張而良性，尿帶黃褐色，有酸性反應，蛋白陽性，糖陰性，重氮色素(Diazon)著明陽性，木麩素(Tandien)中等度，鏡檢上未見病的變化，大便有形而消化不良。

〔經過〕 十一月四日檢尿重氮色素(Diazon)反應陽性，而證明有玻璃樣圓柱、腎細胞、及白血球，未見結核菌，十一月九日因體位而見瘤稍變位，近來無變狀，僅痛漸次膨大，十一月二十一日，最大腹圍六三·五公分，臍高處腹圍五九·〇公分，早波動之部位益爲顯明，未詳

隱痛。十二月二日始有一回嘔吐，便爲有形。十二月六日尿呈紅色，見有血液之凝固，蛋白陽性，糖及重氮色素（Diazot）反應陰性，木糖素陽性，鏡檢上證明有多數赤血球及白血球，尿最大固體六四·五公分，尿高處計六三公分，尿近來至十二月二十二日均呈紅色，證明赤血球、白血球及玻璃樣圓柱，蛋白亦爲陽性。十二月十二日以來，發現咳嗽，胸部兩側於前後下部均聽取大水泡音，近來瘦弱甚，食慾亦減退，豆漿有輕度之體溫昇騰。至十二月二十四日，兩個背部呈浮腫，兩臍臍亦見有顯著大之瘤，同月二十七日浮腫達於陰囊、陰莖，十二月二十二日以來，僅尿呈濁，紅色雖消滅，但由十二月三十一日以來再呈紅色，浮腫漸次減少，一九〇五年一月十五日始完全消退，但呼吸數計四十次，體溫昇至三十八度，胸部後下聽取中小水泡音，而呈鼓濁音，尿於二十四時間僅排遺三百六十立方公分，患者益漸陷於衰弱。一月二十日得證明腹水，腹圍計六十七公分，近來水泡音不消失，呼吸數亦漸次增加，至二月六日竟達五十次，本日患者始訴腹痛。二月二十二日腹圍七一·五公分，而有腹水存在，浮腫又現於顏面及下肢，尿管赤色，患兒衰弱甚，以致兩腳不能上舉，二十六日尿再失去赤色，而成透明，但其量不過四五〇立方公分，證明蛋白〇·五%，其他證明赤白血球、玻璃樣圓柱等，胸部雖尚有肺炎癰，但患者要求遂許其出院。

#### 第五例 二歲九月 一九〇五年四月二十四日入院

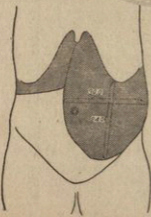
〔遺傳歷〕 父系之祖父因年高七十二歲而沒，祖母尚健在，父罹腦出血而斃，父之同胞七人，內中二人由熱性病及精神病而死亡，其他均健存，母系之祖父母已因不明之疾患而死，母健全，母之同胞五人，內中一人斃於肺結核，一人斃於霍亂，患者之同胞雖有十名，但內中四名因俗稱「母洗」而死。

#### 「母洗」（小兒體質衰弱而現各種病狀之俗稱）

〔既往症〕 患者爲第十子，係成熟兒而生產，以煉乳榮養，由二三月即移

用米粥，發育佳良，二歲時經過麻疹，已施行二回種痘，其他未罹顯著之疾患，至一九〇五年四月十二日，因患者前訴腹痛，十三日乃乞醫治，十四日由該醫師發見腹腔內有一大瘤存在，二十四日乞門診遂入院。

第六十四圖  
第四例



〔現症〕 爲榮養不良之羸瘦小兒，皮膚蒼白，左側胸廓膨脹之怒張尤爲顯明，腹部顯明膨大，殊以左側爲強，觸診觸知似有粘連之二大瘤，一位於最上部，由左季肋部而達臍部，其質堅硬，表面滑平，邊緣比較銳利，而恰爲脾臟之腫大，攪動之則與下方之瘤均起輕度之共同運動，下方之瘤較大數倍，左腹部因而現強度之膨大，一部由腹壁直下觸知，隨內右方移行，則漸次成強在性，而達右乳線，下方直達右腸骨窩，瘤之表面滑平而未見波動，不與腹壁粘連，左腹部存在於腹壁之直下之間，叩診上雖呈濁音，但於正中線處爲腸管所被，而呈鼓音，上下瘤之間，於腹壁上見有橫溝，動振瘤則橫溝之方向變更，肝臟亦腫大，觸之硬固，心臟雖保持其境界常位，但心尖第一音不純，而第二肺動脈音亢進，左胸部第五肋骨間以下呈濁音，右胸第六肋骨間以下呈濁音，體溫強張，脈搏亢進，百十乃至百三十次，便通隔日一回，爲有形便，尿利乃至十回，蛋白陰性，而沈渣物僅見二三之腎臟細胞，入院後五日而自行出院。

第六例 三歲三月 一九〇六年七月十八日入院。

〔遺傳史〕 父系之祖父斃於腦出血，祖母死於老衰，父健全，母系之祖父斃於腦中出血，祖母死於肺炎，母健存，無早產流產，共舉八子，第一子死於傷寒，第二子死於痘瘰症，第三子死於胎毒，其他健存，患兒爲八子。

〔既往症〕 患者爲成熟兒而生產，以母乳受養，由生後七十日迄十一月常患頭部濕疹，一九〇五年四月患麻疹，未經過種痘，同年二月間母親發覺患兒之尿量減少，度數一日二三回，極爲少量，由四月十日起患兒之元氣銷沈，不好遊戲，母親始見兒之腹部異常膨大，因四月前更加現咳嗽，乃至診所門診，許其入院。

第六十五圖  
第五例

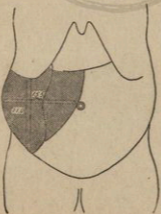


〔現症〕 爲羸瘦之惡病質性之患兒，皮膚污穢蒼白，未見浮腫，頭部有汗疹，顏貌呈苦悶狀，有鼻卡他，舌被有苔，咽腫，頸腺多數腫大，腫脹而硬固，胸部下部膨大，呼吸之際肋骨間顯明隔沒，未見腋窩腺之腫脹，心臟心尖觸第五肋骨間乳線外二公分，上界位於第三肋骨上緣，右界位於胸骨中央線，聽診無雜音，第二肺動脈音旺盛，肺臟右前部一般呼吸音粗澀，而左前上部聽有少數之水泡音，叩診上短，左後上部呼

吸音亦粗裂，而叩診上短，左後下部第七胸椎骨以下，右後下部第十胸椎骨以下，均呈濁音，腹部顯膨大，右方尤形成強烈球狀，最大圍六二·五公分，脘高圍五五·五公分，由劍狀突起至恥骨二五公分，膈壁緊張，表面不滑澤，尤以上腹部及右側見有靜脈怒張，由觸診知右側有一大瘤之存在，由右季肋部而出，達於下方膈骨高度，於乳線計十一公分，於前腋窩線計十一公分，左方達於臍部，橫徑占一五·五公分，後方隔脊柱四公分，與肝臟之境界不明，瘤之上面平坦而硬，因未現波動，瘤能左右動搖，其上面未觸知索狀物，然於腹下壁觸知多數動搖而大如胡桃之結節，未現腹水，叩診上瘤呈濁音，瘤以外呈鼓音，陰囊膨大如鳩卵大，右側有表面不平坦而硬固之物質存在，腹壓未增大，又不能使其復位於腹腔內，於該物質之下方觸知舉丸，左側之舉丸健，全鼠蹊線多數置豆大腫脹，便現腹瀉，尿黃褐色，比重一·〇一七，蛋白弱陽性，重氮色素(Diazon) 陽性，木藍素(Melanic) 弱陽性，體溫三七·〇，脈搏百十次，呼吸四十次。

〔經過〕 瘤漸次增大，因而腹部逐漸膨脹，由七月三十日起瘤在外側發覺波動，舉丸瘤亦增大，八月一日體溫昇至三九·五，脈搏微弱，呼吸成淺在性，尿重氮色素陽性，而蛋白證明少量木藍素亦為陽性，至午後諸症益為增劇，脈搏一百四十次，體溫三八·六，呼吸五十二次，腹孔數大，八月二日午前二時死亡。

第六十六圖  
第六例



〔解剖診斷〕 (一) 右副腎部內腫性瘤，(二) 占右腎半過之轉移性結節，

(三) 左心室肥火，(四) 枝氣管炎兩側，(五) 脾臟萎縮，(六) 於大網膜、小網膜、腸

間膜、及全腹腔之播種性結節，(七) 腸間膜腺及門脈周圍淋巴腺、及右陰囊之轉移性結節，(八) 出血性腹膜炎及高度之瘦削。

第七例 十歲四月 一九〇七年一月入院。

〔遺傳歷〕 父系之祖父死於脊椎癆，祖母死於肺結核，父健在，母系之祖父死於肺結核，祖母健在，母亦健康，舉四子，內有二人死於腦炎。

〔既往症〕 患兒從來健存，一九〇六年六月間於左腹側觸知二拳頭大之瘤，病者當時并未訴何等之症狀，至十一月瘤頓時增大，因而

步行時或登廁之際訴腹痛，更現呼吸促迫，食慾減退。

〔現症〕 爲顯著羸瘦之患兒，皮膚乾燥污染，無肌熱，未現浮腫，頭部有濕疹，頸部有數小指頭或得拍端大腫脹，頷下腺亦腫大，心臟向上方偏倚，心尖與第三肋間乳線內三橫指接觸，上界達於鎖骨上窩，右界達於胸骨右緣，心音正純，胸部叩診上左前上及左後部僅一般呼吸音粗裂，腹部顯明膨滿，最大圍七五·〇公分，腹高圍占七〇公分，腹壁緊張，靜脈之怒張顯明，由觸診能觸知，占居腹部大部分之一大瘤，其位置恰如由左季肋部膨出，右略達於右腋窩處，上方由上腹部角至四公分之下方，左上方由第七肋骨而窺入肋骨弓內，下方達於左腸骨窩，正中線下緣由臍部二橫指下，於右乳線占七·五公分，由左肋式至下界占二六公分，未能觸知腋窩處及鼠蹊處，尿比重一·〇一六，黃褐色，蛋白質陰性酸性，反應木質素陽性，鏡檢上無病的所見。

〔經過〕 尿量一日二五〇乃至六〇〇立方公分，二月一日腹最大圍七

七·〇公分，肝高圍七五·五公分，二月十四日七五·五乃至七九·〇公分，

二月二十日七七·〇乃至八〇·〇公分，體溫三七·〇，脈搏八〇乃至九〇，

呼吸數三〇，食慾比較佳良，二月二十一日移於近藤外科，因不宜施行手術，故

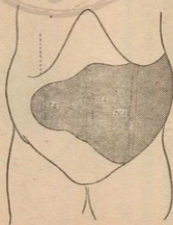
行對症療法，四月六日遂死亡，剖見上確爲左側副腎肉瘤。

第八例 六歲 一九〇七年十一月二日入院。

〔遺傳歷〕 父系之祖父健存，祖母死於不明之疾患，父健全，而未患花柳病，嗜好酒及煙草，同胞七人中，四名幼少時死亡，一名因產後出血而死，母系之祖父已死，祖母尤健全，七名同胞中，一名生後即死，一名斃於不明之疾患，一名斃於肺結核，其他皆健全，患兒之同胞三名，一名斃於腦膜炎，一名健全，患兒爲第三子。

〔既往症〕 兒爲九月之早產兒，以母乳養，生齒及步行期如常，種痘一回，普感，五歲時起一回兼有高熱之痘擊，同年經過麻疹及百日

第六十七圖  
第七例





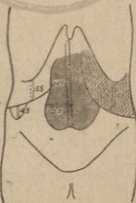
咳，從來健全，四十年八月起左側臥膝轉尼亞，自九月以來，皮膚蒼白，元氣衰弱，十月十六日乞一醫診治，腹部發見瘤之存在，從前偶爾有訴腹痛，但不甚劇，唯漸次元氣衰退，皮膚益蒼蒼白，食慾減退，便通每日一回。

〔現症〕 羸瘦，貧血兒，皮膚乾燥，肌肉弛緩，皮下脂肪組織亦減退，無有熱感，僅見頭部溫熱，顏面、鼻、耳、口腔等無異常，未觸知頭部，臥膝膝兩側腫如豆大，心尖觸第四肋間乳線，上界第三肋骨下緣，右界越過膈骨左緣少右方，聽有貧血性雜音，肝臟上界於乳線五肋骨，於前腋窩線六肋骨，左方半月狀窩全呈濁音，右後下部聽取僅少之小水泡音，右後上部聽有小水泡音，叩診上無變化，腹部強度膨大，皮膚見有靜脈之怒張，最大腹圍五四·〇公分，臍高圍計四九·五公分，肝臟緣達左肋弓下二橫指，由觸診而知腹部左側有一大瘤之存在，即由左季肋部發出，而達下方膈骨高，右方越膈高五公分，由劍狀突起至下端一五·五公分，右方之境界不明，瘤之表面不平坦，但未證明波動，未訴壓痛，隨呼吸而動，肝臟現於弓下四·五公分，於其下方觸知右腎，其他有左側陰囊水腫，壓搏百五，呼吸三十二次，體溫三六·九，粥狀便，未見蟲卵，尿帶褐色，弱酸性，蛋白陰性，木藜素弱陽性，鏡檢上未見病的物件。

〔經過〕 十一月四日嘔吐一回，訴腹痛，於瘤之表面呈下行結腸之鼓音，壓搏微小，百十五次，體溫三七·五，尿量二〇〇乃至三〇〇，有少數之白血球，偶爾見有玻璃樣及顆粒圓柱，嘔吐由四日至六日，每日一回，持續發現，十一月七日照X光線，得證明瘤之上部特別黑色之陰影之腫脹，自六日至十一日嘔吐雖止，但本日再發現常訴腹痛，渣一回之血便，最大腹圍五六·〇公分，臍高圍五一·〇公分，十四日上眼瞼及鼻粘膜呈青色，近來繼續嘔吐，常訴腹痛，意氣銷沈，發現呼吸促迫，而達四十次，壓搏微弱百二十乃至百三十，胸部有後早短音，聽有枝氣管音，腹部益膨大，十六日最大圍五七·五公分，臍高位五三·五公分，尿量僅排渣二〇〇乃至三〇〇，十九日上午遂死亡。

〔解剖診斷〕 (一)左副腎瘤，(二)瘤之肺臟，肝臟，腸胃，腸胃，後腹膜，胃周圍，上鎖骨窩，及枝氣管轉移，(三)全身貧血，(四)右腎實質炎，(五)肝臟脂肪變質，(六)胃卡他，(七)蝦毒腫，(八)左陰囊水腫，顯微鏡的診斷為小圓形細胞肉瘤及血管擴張性肉瘤。

第六十八圖  
第八例



第九例 男 一歲十一月 一九〇八年六月十八日入院。

〔遺傳歷〕 父系之祖父因不明之疾患而病沒，父健康，僅於八年前罹腸炎，不嗜好酒及煙草，同胞六人，但內中四人死於不明之疾患，其他皆健全，母系之祖父母亦已病沒，母健全而有一妹，但已因不明之疾患而斃命，無早產，流產，事二子，患兒為第一子。

〔既往症〕 患兒為成熟兒，而由正規之分娩生產，以牛乳營養，種痘一回善感，未經麻疹，單語之發育期為第十二月，步行初期為第十五月，年齡在六月之際，患腮腺炎，一九〇七年一月（年一歲零五個月）尿帶紅色，一九〇八年四月右腳跛行，次似訴腹痛，此時三週間數現咳嗽，近來小兒元氣不振，常訴倦怠，食慾減退，顏色憔悴，漸次羸瘦，自六月以來右膝現小瘤，同時腹部疼痛數增，體溫亦昇，尿之赤色又顯明而濃厚，食慾益為減退，睡眠亦被妨礙，便時而有形，時而為軟便。

〔現症〕 為顯著羸瘦之患兒，皮膚無發疹及黃疸色，下脚及脚背現浮腫，體溫三十八度，意識明瞭，呼吸三十次，脈搏亢進，百五十次而小，頸部形狀普通，大轉門已閉鎖，頸圍四五公分，顏色蒼白，苦悶狀，鼻噴精呈浮腫狀，無瞳孔異常，口唇乾燥，現輕度之青藍症，舌被白苔，頸腺有二、三腫脹，胸圍四五·五公分，心臟未聽得雜音，左後部第八胸椎以下呈濁音，呼吸音弱，兩胸膈膨大，腹部尤以上部腫度膨大，最大圍四七·五公分，臍高圍四四·五公分，於左側觸知上部淺在性，下部深在性之硬固大瘤，即下方達於腸骨髑部（由劍狀突起一三·五公分），於左中腹窩緣由肋骨弓九·〇公分，右方由正中線達於右方五·〇公分，在上腹部由瘤表面觸知夥多之可撰性小結節物，瘤未現波動，極為硬固，肝臟膨出於右肋骨弓外五公分，表面滑平，又於上腹部得見瘤上有淺在性橫行之柔軟之索狀物，又因輕壓而生雷鳴，右臍區硬固而腫脹，兩腳尤以右足之足背呈浮腫，而皮膚緊張，證明右膝窩有痔瘡頭大之淋巴腺腫脹及右足外側附近有小紫色斑，尿證明蛋白痕跡，木藍素反應強，鏡檢上證明多數之赤血球，白血球，及少數之腎臟細胞，而未見菌絲，便為腹瀉，而放極臭之臭氣。

〔經過〕 入院後便通增加，乃至九回，浮腫減退，但屢性增進，入院後五日而死亡。

第十例 女 二歲 一九〇八年十月三十一日入院。

〔遺傳歷〕 父系之祖父健在，母患腹水而沒，父健全而未染花柳病，母系之祖父死於不明之疾患，祖母尤健全，母強健而無早產，流產。

〔既往症〕 患兒為第五子，而為熱兒生產，生後三月內以母乳營養，以後混用乳粉，種痘一回，收得良果，未經過麻疹，百日咳，生齒初期在

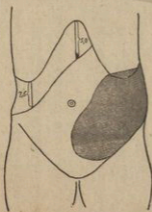
十月，初發語期為一歲二月，但不能起立，由一九〇八年五月中旬起患兒元氣銷沈，而好瀉泄，誤激烈之腹痛，腹部漸次膨滿，尿量亦減少，并排出紅褐色之尿，乃乞一醫診治，診斷為腹膜炎，而加醫藥，但至六月，顏面、下腹等現浮腫，尿利益益減少，以至左下肢不能自動，後一週而諸症狀再為輕快，尿利一日五回，腹圍減少，浮腫亦減退，元氣恢復，然由八月二十日起尿利再減少，而至一日三回，腹部膨滿，浮腫亦增加，由十月十九日起，三日間兼有高热，因而至余處門診，乃計其入院。

(現症) 為羸瘦之惡病質性之患兒，尤以四肢瘠瘦，皮膚及肌肉弛緩，音聲嘶啞，而顏面呈浮腫狀，因腹部膨滿而起呼吸困難，常有喘息，皮膚汚穢蒼白，頭部形狀正常，頭圍計四五·三公分，大顛門完全閉鎖，眼輪起浮腫狀腫脹，未見頸腫之腫大，胸部諸所聽有大水泡音，心音純正，腹部左側強度膨滿，見腹壁之靜脈怒張，蜿蜒，腹圍五五公分，由觸診觸知二瘤，即橫臥上腹部之一大瘤及占居全左腹側之大瘤，在腹部之瘤由左季肋部發生，而達下方恥骨部，占下腹部三分之一以上，其邊緣鈍圓，未與皮膚粘連，未現波動，由肛門注入空氣，能明確認腸管存在於瘤上，上腹部之瘤與肝臟一致，其像銳利，尿含蛋白質及木藍素，鏡檢上見有腎臟細胞、白血球、及顆粒圓柱，檢查液血色素二六零，赤血球一四三二〇〇〇，白血球一五三六。

(經過) 入院後二十八日併發枝氣管卡他，熱型示弛緩性時，而有達三十九度者，尿利入院時二週間一日僅二回乃至三回，尿量未越過二〇〇立方公分，但於出院前一日五回，及七回，尿量增至四〇〇乃至六〇〇立方公分，偶爾遭遇尿失禁，檢尿每次均有蛋白質及白血球，尿搏亦亢進，計百二十乃至百三十次，呼吸促迫，而達三十乃至四十至，食慾比較佳良，而食牛乳二〇〇・〇，粥六碗，無一回嘔吐，便通一日一乃至二回，排泄軟便，腹部膨大之度漸次增加，入院後二十八日，出院之際計腹圍五七·五公分，在院中有達五八·五公分者。

(特例) 二歲 一九〇八年十一月二十八日入院。

第六十九圖  
第十圖



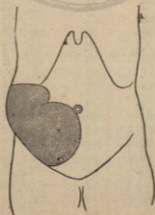
(遺傳) 父系之祖父於胎出血，祖母尤健全，父雖健而不嗜好酒及煙草，父雖有同胞二名，但死於肺結核，母系之祖父因痔疾而斃，祖母亦因不明之症死亡，母健存，母之同胞一名，死於胃潰瘍，患兒之同胞八人，內第一名死於流行性感，第四名出產後不日而死，第七第八係流產，患兒為第六子，其他均健全。

(既往症) 患者雖係平產，但生時軀體稍小，以母乳榮養，據其母云：從來皆不肥滿，種痘善感，一九〇八年十一月上旬經過麻疹，同年九月上旬祖母始注意兒之腹部膨滿，至九月下旬尿量減少，排出二回之血尿，十月上旬父母發見兒之腹部內有一大瘤存在，而麻疹經過後發覺日黃，瘤益為顯明，十一月十五日經一醫師穿刺，僅得血液，同年十一月二十八日始來門診，許其入院。

(現症) 為瘻刺之患兒，肌肉及皮下脂肪組織減退，皮膚乾燥而成污穢蒼白，未見出血斑、黃疸、發疹及頭部浮腫，頭部及腹部之靜脈怒張，頰面、口腔、頭部等無顯明變徵，胸部僅下部呈顯明膨大之觀，心臟之境界保持平常位置，心音亦正純，肺臟亦未現異常，腹部膨大，尤以左側顯明凸出，腹圍計五九·五公分，觸診之，觸知有右側略達左方肝窩，下方注於腸骨窩之一大瘤，有表面比較不等，不平坦，似未與腹壁粘連，上方與肝臟之境界不明，未覺疼痛及壓痛，未證明波動，脾臟於左季肋部觸其尖端，頸腺窩高，脾脈皆僅有多數小豆大腫脈，並無其他異常，便為有形，尿黃褐色而混濁，比重一·〇一四，弱酸性，蛋白痕跡，木質素強，證明白血球比較的多數。

(經過) 翌日於胸部兩側下部聽有枝氣管雜音，遲來九日間食慾不振，便次數，一日二回乃至三回，尿量頓形減少，二〇〇乃至二五〇立方公分，比重達一·〇一七乃至一·〇二三，鏡檢所見與入院等無大差異，十二月六日由X光線透顯，唯確定右側腹部有大異物之存在，與肝臟之境界不明，脾臟與瘤隔絕，同月七日因患者請求而許其出院。

第七十圖  
特例



## 第二章 膀胱疾患

## 第一 大腸菌性膀胱炎(Coli-cystitis) 大腸菌性腎盂膀胱炎(Coli-pyelo-cystitis)

知小兒膀胱炎之病源爲鏈球菌、葡萄狀球菌、淋菌、結核菌、變形菌等，就中對於哺乳兒有重大之意義者，爲因大腸菌而來之膀胱炎，在成人雖有非爲珍奇者，然自埃射利克(Escherich)氏特於哺乳兒附與興味以來，已爲諸學者所承認，迄今於哺乳兒疾患中亦爲重要者之一也。

原因及病理 罹本症者由哺乳兒而達稍年長之小兒，生後四月乃至二歲之小兒最爲多見，一般以女兒較男兒爲多。

通常大腸菌不棲息於尿路，故其由來必爲腸管，然大腸菌如何由腸管而侵入膀胱中耶？則猶屬疑問也，吾人得考察最捷之途徑，本症多發見女兒，且屢屢繼發於患腹瀉之病者而得推測之，故能知成病源性之大腸菌係直接由尿道侵入，在普通情形大腸菌多附著於陰道內及前庭，當有腹瀉症時，則多數之大腸菌由短距離之尿道而能進入膀胱。關於女兒雖得以此說明之，然於男兒不能以如斯簡單之理由說明，故吾人更不得不求諸其他之說明也。

雖有人謂試驗能證明以血液爲媒介而將大腸菌輸送於膀胱中；然實際在大腸菌性膀胱炎，血液中毫未發

見大腸菌云，其次有傳染路徑說，謂大腸菌直接由腸管內而侵入膀胱壁，此亦試驗的證明，且不僅大腸菌，即鏈球菌亦屬可能之事云，挨射利克氏亦曾發表此說。

如淋巴路說，則無人顧及之。

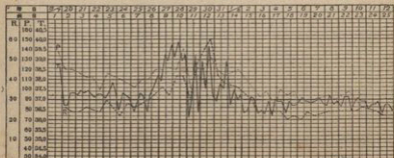
症候 本症之發生，繼發於小兒患腹瀉之後者居多，即於其回復期全身狀態更呈不良，新有原因不明之熱，而示何等繼發症之現出也，然無何等之前驅症，似發於特發性時之現象，亦非無之。

症狀在年長之小兒與幼少之哺乳兒自然有極大之差異。

在年長之小兒，除全身症狀之外，訴排尿時之障礙者居多，即現利尿疼痛與尿意頻數，患兒頻訴尿意窘迫及排出時之疼痛，啼泣叫喚，而短時間內多次排泄少量之尿，利尿時因疼痛而兩足向體牽引，以兩手壓下腹部，而有發熱、食慾缺損、榮養衰退等症狀，在三歲以後之小兒，重篤急性者少有，其症狀不顯明，初起即備慢性之形態者居多。

哺乳兒之急性膀胱炎，則現重篤之症狀，而類似重症之急性傳染病，即以三十七度五分或三十八度之熱起始，二三日於不安與奮狀態下而昇至三十

第七十一圖 大腸菌性膀胱卡他



九度乃至四十度，有兼發子癩樣痙攣者，脈搏呼吸亦隨之昇騰，屢屢發病時兼有嘔吐，患兒有不安、興奮狀，而好啼泣，因煩渴極欲飲乳，二三日因食慾缺損而現脫力及榮養衰退，顏貌呈不安，大便再成腹瀉性，亦如食物中毒性之觀者居多，經過一週而呈皮膚帶黃蒼白色，衰弱、羸瘦顯明。

經過及轉歸 輕症者在再取慢性之經過，不易治癒。

重症者屢屢弛張、高熱稍減退，遂因衰弱及心力衰退，數週即死亡，重症少見有輕快及治癒者，即幸而取良好之經過，免於死亡，發熱減退而再發者居多，雖終能解熱，但由尿中之膿球不易消失，於慢性之經過中起急性之再發，而達一歲以上，據該伯爾特氏統計：本病之死亡率為二十%云。

年長之小兒者經過慢性，取死亡之轉歸者少有。

病理解剖 膀胱粘膜有充血腫脹，被以粘膜、大腸菌、及白血球，在慢性者粘膜有肥厚之皺裂，又有物質缺損及出血，有狄扶的里性纖維素被苔者有之，據芬克爾斯坦氏及托爾姆卜氏謂：腎盂亦俱被犯者居多，恰如氣管及消化管之疾患，當枝氣管炎之際，上氣道亦俱被犯者多，又似大腸炎同時大多小腸亦被犯及，故現今又稱之曰腎盂膀胱炎 (Pyelocystitis)。

診斷 依尿檢查之外，別無他法，尿必採取於消毒殺菌之器物，須以一半供顯微鏡檢查之用，以其他一半作

細菌檢查，尿之反應必為酸性，而含有蛋白，蛋白量多時，則為併發腎臟炎者也，其遠心器沈渣甚為多量，鏡檢之視野一面膿球甚多，又有膀胱上皮細胞及腎盂上皮細胞存在，於急性之時期，含有多少赤血球，此等之間能見運動



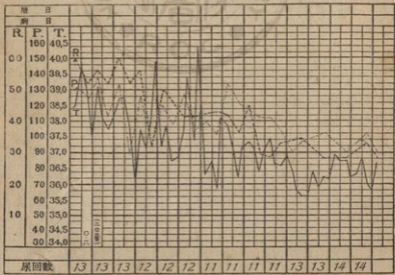
活潑之大腸菌浮游，大腸菌以次甲藍 (Methylenblau) 及復紅 (Fuchsin) 容易染色，革蘭氏法 (Gramsche Farbung) 脫色，又在 Drigalski 氏培養基，成赤色之集落。

本症屢屢誤為傷寒，又於哺乳兒因發全身痙攣，且肌肉之緊張強甚之故，而視為流行性腦脊髓膜炎者有之，要之，最後之判決，依尿之檢查為捷徑。

療法 使其飲用多量之液體為要，攝取紅煎汁、檸檬劑、及其他之鎮水，在哺乳兒每日灌注百五十乃至二百立方公分之體溫度之食鹽水為宜。

藥劑常用優洛託品 (Urotropin) (哺乳兒 1日 0.二五—0.五，年長兒 1.0—1.5) 或海而密安 (Helmital) 薩羅 (Salol) (哺乳兒 1日 0.11—0.五年長兒 1.0—1.5) 波羅肥汀 (Boroverdin) (1日 0.二五—0.5) 等，均有良效，年長之小兒

第七十二圖 大腸性膀胱卡他



應以導尿管行膀胱洗滌（3%硼酸液○·1%硝酸銀液）。

第二 結核性膀胱炎 (Cystitis tuberculosa)

有由泌尿生殖器結核而發現本病者，亦有單獨發現者。

患兒之營養狀態一般不良，而有尿意窘迫、利尿疼痛等排尿障礙，由尿中檢出結核菌，雖屬困難，但亦非不可能，須用 Antifor-men 法。

療法 增進營養狀態，藥劑用優洛託品 (Urotropin) 海而密

安 (Helmiol)、波羅肥汀 (Boroverin) 等。

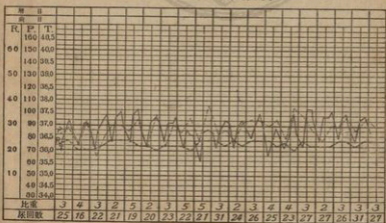
第三 夜尿症 (Enuresis nocturna)

本症無尿意，且膀胱無尿蓄積，於不知不覺之間而排出多量之尿者也，多起於夜間，又於晝間發現者有之 (Enuresis diurna)。

病理 病理不明，因有起於脊髓患者，然有謂真正之夜尿症應

視為膀胱神經症 (Neurose)，或認為歇斯的里症者，時而雖有兼神

第七十三圖 結核性膀胱炎



經及精神之障礙者，但其他不備何等之症狀者居多，本症不易治癒，大概於小兒期雖似一旦治癒，但經過春機發動期而再發病者爲多。

療法 臥前及晚餐，須注意盡量少飲用液體，用機墊或軟枕高墊其脚方面臥，藥劑用番木鱧鹼 (Strychnin) 或阿托品 (Atropin) 有收良效者，暗示法有一時治癒者，如食鹽水之硬膜外注射，亦不過爲暗示法之一乎。

#### 第四 尿頻數症 (Pollakiurie)

多發於一歲之末及二歲之初之小兒，雖尿排出頻數，然尿中無何等之所見。

雖不容易治癒，但至學齡期，則概能自然消失，或爲一神經症 (Neurose) 歟？

療法 無有適當之療法，雖有人常用苦杏仁水 (Aqua Amygdalarum amararum)，然奏效不確實，且不明其藥理。

#### 第五 膀胱結石症 (Blasenstein)

爲日本小兒屢屢所見者也，男兒較女兒更多。

症候 初發症狀爲尿急窘迫、疼痛、排便時之裏急後重等，患兒屢屢有玩弄陰莖者，甚至有尿內混合血液、膿汁等，有於排尿中突然尿之排出停止者，甚至因結石塞尿路而起尿閉者有之，終則發現全身不適。

小兒科  
療法 除外科手術外，別無他法。



## 第三章 生殖器疾患

### 第 1 陰門陰道炎 (Vulvo-vaginitis)

女兒屢屢因種種之原因而起陰門及陰道之炎症，於滲出費、膿疱疹、匍行疹、及痘瘡而起陰門及外陰部之卡他，亦有因猩紅熱、麻疹、狄扶的里、或異物、蟻蟲、及手淫而起者，然最有趣味者，為淋毒性陰門陰道炎 (Vulvo-vaginitis gonorrhoeica) 是也。

淋毒性陰門陰道炎之病原，與大人之淋病相同，均由萊攝爾 (Neisser) 氏之淋菌所惹起，其傳染徑路為觸接傳染，由於污染之手指、洗濯物等，就中最大之原因，基於與有淋毒之母親同食所致，極為明白，故本症多發於花柳社會之婦人、娼妓家庭之小兒。

本病多發於二歲乃至學齡之小兒。

症候 主為外陰部粘膜之炎症，機轉旺盛，尤以前庭大腺之開口孔為多，前庭部、舟狀窩、及小陰唇、陰道粘膜著明被犯，然上行而犯及子宮內膜及喇叭管者稀少。

潛伏期約三四日間，初殆無自覺症狀，暫時當尿排出及步行之際，訴局部之疼痛，以至發現尿窘迫之症狀，全身狀態殆不受障礙，容貌活潑而似無疾患者，然裡褲貼有黃色之污點，因排尿時之疼痛，乃惹人之注意焉。

視診前述之粘膜潮紅，與大陰唇接觸之對照面，有時糜爛，附着粘稠之粘液，外部見有黃褐色之痂皮附着，前庭腺及尿道開口部之附近充血顯明，膿汁分泌旺盛，而處女膜浮腫，以指插入肛門而向下方壓迫陰道，則排出多量之溶液，且大多兼有鼠蹊腺之腫脹。

採取此膿性粘液而塗於覆蓋玻璃片，以次甲藍染色，則容易見定型的淋菌。

經過及豫後 經過慢性，消長而達數月乃至一年以上者不少，淋菌移於眼，或併發淋毒性關節炎者有之。豫後及療法 切無與有淋毒之大人同食，母親當努力根治自己之淋毒，藥劑以○·五%蛋白銀液、或○·一%高錳酸鉀液，附於棉花一日三四回洗滌外陰部，並須防禦尿布或裡褲之膿液傳播，內服藥以白檀油五——十五滴裝入膠管內服用。

## 第二 包皮 (Phimose) 龜頭炎 (Balanitis)

包皮過長則尿之排出不良，於是與龜頭之恥垢混合而分解，遂起龜頭炎，排出膿汁，疼痛極甚，陰莖之尖端有浮腫者。

炎症劇烈時施一——三%醋酸鋁溶液 (Liquor Aluminium acetici) 之濕布，或行外科的根治療法。

## 第三 陰囊水腫 (Hydrocele)

爲陰囊稍膜之內臟葉與壁葉之間之漿液瀰溜者也見於一歲之小兒者極多  
 陰囊之片側甚爲腫大經過歲月而有漸次增大之傾向偶有自然治癒者屢屢發於有榮養障礙之小兒者有  
 之。

本症無有何等之苦痛故無有急須外科手術之必要益益增大  
 而無易於治療之希望者則當施行根治的手術。

陰囊水腫或滯辜與赫尼亞混同之際於原著者之經驗患兒之近視固勿論  
 矣縱其他之青年醫師亦屢屢見之其結果使兩視起無意識之憂慮應壓迫帶於  
 辜丸上而小兒現失神如演喜劇之實例亦非絕無。

第四 辜丸之位置異常 (Lagenanomalien der Hoden)

辜丸發生於腹腔內而後來乃到達於陰囊內者也。有於胎生  
 活中此機轉即被障礙者多數之辜丸位置異常主即基此故也。

辜丸止於腹腔內而不下落於陰囊者稱曰辜丸隱匿症 (Kryptorchismus)

(多爲片側) 辜丸停留於鼠蹊部者稱曰辜丸停留  
 症 (Retentio testis) 而爲辜丸之位置異常中所見最多者也有  
 止於鼠蹊管內者亦有停留於鼠蹊管之開口部者 (鼠蹊辜丸

第七十四圖

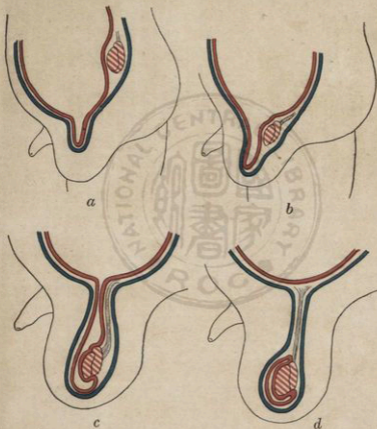
英膜水腫與精系水腫及鼠蹊赫尼亞  
 間通性陰囊水腫及鼠蹊赫尼亞  
 英膜水腫





第七十五圖 睪丸下降

- (a) 胎生四個月之睪丸位置 (c) 胎生九個月之睪丸位置  
(b) 胎生六七個月之睪丸位置 (d) 出產時之睪丸位置



(nach Hœcker)

Leistenhoden) 卽一側或兩側之陰囊內容虛空，索之則能發見停留於鼠蹊部。

如此異常位置之辜丸，被病的變化者居多，時而起纖維性或脂肪性變性，或被炎症機轉侵犯，成長之後爲惡性瘤之發生地者居多。

療法 能觸知者，僅依手指卽可整復正常位置；不可能者，則依外科手術，而不可不試行辜丸固定術。

## 第五 手淫 (Onanie)

幼兒之手淫亦不可輕視之，而爲比較時常所見者也，陰部之快感於生殖成熟以前卽以發生，小兒之玩弄慾，雖初以手足、耳等爲滿足，但終則及於陰部，悟其快感，屢屢反覆行之，此時雖有射出精液者，然主由前列腺、尿道腺之分泌液而成者，男兒使陰莖勃起爲娛樂，女兒屢屢則以臥牀、衣服、自己之踵等壓迫陰部而恣快感，卽幼年之小兒屢屢已有行之者，如白癡之精神障礙之小兒，不行自愛者稀少，若放置而不制止，則致精神機能、神經系統、及心臟障礙，而身體薄弱，以致後來爲精神病及神經病之原因焉。

自愛之輕度者雖隨年齡增長而廢止，然高度者則難制止，矯正法卽使兒童之注意轉向其他，嚴格加以監督，獎勵遊戲、運動，須規正睡眠，而使其充分熟睡，就寢前及起床之直後，使其放尿，當努力避免陰部刺激。

## 第六 早期月經、陰道出血 (Menstruatio praecox, Haemorrhagia vaginae)

月經樣之陰道出血，見於年輕女兒者，不能謂為完全無有，最奇者於初生兒或生後數日之小兒，且同時有見輕度之乳腺腫脹，壓之流出乳白色之液者，一般出血量極少，不過數滴，而每日反復發現。

在學齡期之女兒，有見定型的來潮者，有疼痛、惡心、倦怠、輕熱等，乳房腫脹，益益感覺疼痛，其出血持維一日乃至數日，以後則定期的發現，或發現一二回而休止者有之。

如此之女兒，屢屢有呈陰毛早生，乳房或體格之異常發育者，又據解剖所見，有多發性卵巢囊腫之例。療法 在初生兒因出血輕微，故無危險，灌注冷水或塗布止血藥足矣，但於出血之期間，須避免入浴。

除初生兒外，於其他之際，月經時使其靜臥，有多量出血之際，則與以麥角浸膏 (Extractum Secalis cornuti) 副腎素 (Adrenalinum) 北美黃連流浸膏 (Extractum hydrastis fluidum) 等，在月經時以外，守身體上之攝生，住居、被服、運動從衛生之節度，給以無刺戟性之食物，禁忌酒精及其他之香味，對於起貧血、衰弱等者，須施以對症之治療。

#### 第七 泌尿生殖器畸形

(1) 腹壁膀胱破裂 (Pouchblasaempalte) 主見於男兒，下腹部有裂隙，而見似鵝絨毛鮮紅色之膀胱粘膜，因常被排出之尿而濕爛，且合併陰莖之畸形者居多。

生粘膜之傳染時，則甚危險，故須速行整形手術。

(11) 臍尿管瘻 (*Nabeltrachustistel*) 本症爲胎生時尿管 (*Urachus*) 未閉鎖，而開口於臍窩者也。臍部常濕潤，因其周圍糜爛而得知之。其開口部見有由上皮細胞所被之粘膜之露出，檢查浸出之液體，則識其爲尿。屢屢與尿道畸形（瓣膜閉塞、狹窄）及生殖器畸形合併，非罕有症也。

(12) 膀胱之翻轉及脫出 (*Inversion und Prolaps der Blase*) 有膀胱外翻，而於陰脣之間形成暗赤色之瘤者，本症關於後天的紡錘狀之膀胱或尿道移行狀之漏斗形之膀胱，見於便秘、腹瀉、膀胱炎之際者有之。

(13) 外陰部之畸形 (a) 尿道破裂 (*Epispadie*) 尿道於陰莖之背部示破裂者也，有與膀胱外翻合併者，屢屢患尿淋瀝。

(b) 下尿道破裂 (*Hypospadis*) 尿道不開口於龜頭之末端，而開口於陰莖之下部者也，故陰莖之下面形成一溝渠，依其開口之位置而區別爲陰莖下尿道破裂 (*Penilhypospadie*) 與陰莖陰囊下尿道破裂 (*Penis-skrotalhypospadie*)。

其他又有尿道之先天的閉鎖 (*Angeborene Atresie der Harnröhre*) 而兼尿管瘻，又尿道之狹窄及憩室形成 (*Venengung und Divertikelbildung der Harnröhre*) 等主要之畸形。

(14) 半陰陽 (*Hermaphroditismus*) 半陰陽分真性半陰陽 (*H. verus*) 與假性半陰陽 (*H. spurius*) 所謂真性者同時具有男女兩性之生殖腺，即辜丸與卵巢者也。所謂假性者外觀上須是男或女，然實際有與外觀相反之性，或外見上雖不能判別爲男女，然事實上僅有一種生殖腺是也。

真性者雖有兩種之胚胎腺，然營兩種之生殖機能者甚少，或可謂從來無有云。

假性者最多，有出乎吾人想像以上，假性半陰陽諾宕巴愛爾氏之分類如次：

(甲) 女性假性半陰陽 (Pseudohermaphroditismus femininus) (a) 內女性假性半陰陽 (Pseudohermaphroditismus femininus internus) 外陰部雖與普通無異，然卵巢之外，見有佛爾夫氏管 (Wolffsche Gang) 之發育。

(b) 外女性假性半陰陽 (Ph. f. externus) 陰核類似陰莖，陰唇如陰囊，其中外藏之卵巢，使人疑為舉丸。

(c) 完全女性假性半陰陽 (Ph. f. completus) 外陰部類似男兒，除卵巢外，又見牟爾伯爾 (Müller'scher

Gang) 氏管，佛爾夫氏管之多少發育。

(乙) 男性假性半陰陽 (Pseudohermaphroditismus masculinus) (a) 內男性假性半陰陽 (Ph. m.

internus) 外陰部雖與男兒無異，然骨盆腔內有佛爾夫氏管之外，又有多少發育之牟爾伯爾氏管，有子宮喇叭管、圓韌帶及陰道之形存在，尿道開口於前列腺部，舉丸屢屢如女子之卵巢存在於子宮之傍。

(b) 外男性假性半陰陽 (Ph. m. externus) 為半陰陽中最多之種類，陰莖小而發育不良之陰囊所包圍，成為女性外陰部之形，大多形成下尿道破裂者也。

(c) 完全男性假性半陰陽 (Ph. m. completus) 不僅外陰部類似女性，且舉丸以外，見佛爾夫氏管及牟

爾伯爾氏管多少發育，子宮喇叭管等存在。

本症屢屢惹起刑法及民法上之問題，當判定初生兒之性別時，必須具有關於本症之知識，確定爲男性，先不  
得不檢查有學丸、副學丸、及輸精管之存在；女性必據有卵巢之存在，乃能確定之。







# 第十二編 小兒寄生蟲 (Parasiten im Kindesalter)

## 第一章 腸寄生蟲 (Darmparasiten)

### 論腸寄生蟲之診斷

腸寄生蟲之診斷，以實見排泄之蟲體爲判定乎？或由檢查混在於糞便之蟲卵，鏡檢卵子，依其各自之特徵而確定母蟲之爲何種乎？

由糞便看出蟲卵最簡便之方法，即取糞便之一部分塗於載物玻璃片上，以少許之水或甘油稀釋之，而以覆蓋玻璃片置顯微鏡下檢查，此方法有多數之蟲卵時，雖能見出，然少數時，有屢屢不能達其目的者，且蟲卵於糞便中非各處平等混在者，如蟻蟲多含於糞便外圍之粘膜是也。所以檢查其小部分而得陰性之結果，立即否定。但診斷上亦應考慮，爲免除此種檢出上之困難，且期其確實，故從來有種種之方法，其目的在集出蟲卵，而由糞便各部採取小糞塊，以水稀釋攪拌，或將其濾過沈降而集聚蟲卵。

泰雷曼 (Tollmann) 氏爲除去糞便中之夾雜物爲目的，加入純鹽酸及醚之等分混合溶液，解糞便之脂肪、蛋白殘留物及其他鹽類而除去之，且以毛篩濾過，遠心器使其沈澱，乃鏡檢其沈渣，然因純鹽酸傷害蟲卵，故有人謂應用稀釋二三倍者云。

矢尾板學士應用次氯酸鈉溶液 (Liquor Natrii hypochlorosi) (Antiformin) 以代純鹽酸，由各部糞便採集豌豆大之糞塊五個，注加次氯酸鈉溶液而振盪之，更加醚 (Aether) 而振盪，然後用沙布濾過，再以遠心器沈澱集卵，繼後又有諸種之變法，初用水攪拌，先去其粗大之夾雜物，次以醚、次氯酸鈉溶液、醋酸等而依次操作，能除去大部之夾雜物，而沈渣之檢查上頗為便益云。

尚有十二指腸蟲，由其卵細胞而使仔蟲之發育迅速，故即應用之，糞便中之卵子培養為診斷法之一，此為賴赫坦斯塔魯、盧施氏等所創行，近時宮川學士亦稱揚此法，即於糞便中加入等量之木炭粉末或獸炭粉末，待其成為硬便時，更加少許之水，使成硬泥滓狀，而攪拌之，乃盛於培特利 (Petri) 氏大玻璃皿，然後置於三十七度之孵卵器中（在夏季不須置入孵卵器），經四五日則仔蟲孵化，於該培養基面上輕輕加以少許之蒸餾水而觀察之，則見有仔蟲泳游於此水中，傾小玻璃皿之水而移於其他器內，即肉眼或以擴大鏡檢查，亦能見之，仔蟲以紗布雖可濾過，但容易移行於濾液，如除去木炭末等見之可也。

### 第 1 蛔蟲 (Spulwurm, Aecaris lumbricoides)

本蟲屬於線蟲類，有似蚯蚓之圓柱樣之形，向兩端著明細小，其頭首備有三唇嘴之口，雌蟲長二十乃至四十分，雄蟲長十五乃至二十五公分，幅徑三乃至五·五公厘，為灰黃色或灰赤色。

蛔蟲卵為橢圓形，長徑〇·〇五乃至〇·〇七公厘，幅徑〇·〇四乃至〇·〇六公厘，其殼厚而透明，內容

呈黃褐色之顆粒狀，而有能見其核者，殼之外面又被有表面不正之蛋白質被包 (Eiweißhülle)，受精卵更有稍大之不整形之被殼薄，且見卵胞體由有光線曲折力之粗大顆粒而成者有之，蛔蟲對於低溫之抵抗力雖大，然於三十七度以下，則不能運動，三十九度乃至四十度之溫熱，則運動活潑。

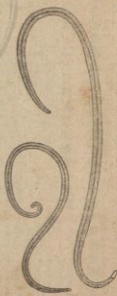
蛔蟲通常棲息於小腸內，偶有棲於大腸或胃內者，其卵在體內不即成育，一度與糞便共同排泄體外，乃成爲仔蟲，宿於糞便而成熟卵，隨飲料、蔬菜、菓物等而達體內，腸管，此時遂成育者也。

蛔蟲雖無論小兒任何年齡均見之，然最多者爲五歲乃至十歲之兒童，哺乳兒極爲稀有，尤以於母乳榮養兒可謂絕無僅有，都市之小兒較鄉村之小兒爲多。

其徑路不明，關於母乳榮養之哺乳兒，亦見有多數蛔蟲之寄生者。

症候 腸管內雖有蛔蟲之寄生，然其數少者，則不惹起何等之症狀，寄生多數之際，則有不快感，尤屢屢發腹痛，臍部附近局限局性之腹痛者居多，屢屢早晨發見嘔吐，大便往往秘結或腹瀉。

第七十六圖 蛔蟲



第七十七圖 蛔蟲卵



其他成蛔蟲存在之反射症狀，而有鼻孔之痒感、睡眠不安、眩暈、瞳孔之散大或不同、流涎等，偶爾顏面肌發搐，有神經性素因之小兒，有惹起癡變、舞蹈病樣等運動者，又呈貧血者有之。

蛔蟲遊行於輸膽管內，使管腔狹窄，而生黃疸或發化膿性炎症，間有形成肝臟膿瘍或成盲腸炎之原因，多數羣居而起腸閉塞，更有破壞腸管壁而生化膿性腹膜炎者，間由食道上行而侵入歐氏管、鼻腔等者有之。

療法 驅除蛔蟲有效者為山道年花 (Flora cinna) 及其製劑山道年 (Santoninum) 是也，本劑易於中毒，故須確實診定有蛔蟲之寄生時，乃可投藥，而不可濫用。

處方例：

山道年 (Santonin,)

〇・〇一——〇・〇三

甘朮 (Galbana)

〇・〇五

乳糖 (S. Lactis)

〇・一〇

右混合為一包，量與以三包，每日早餐前一小時服用。

山道年 (Santonin,)

〇・一

蓖麻子油 (Oleum Ricini,)

六〇・〇

右飯後混和，一日三四回，每回服用一兒匙。

或每晨與以山道年錠劑 (含量〇・〇二五或〇・〇五)，二三日後再用瀉藥而告終結。

用過量時或有特異素質者，則起山道年中毒，其症狀有結合膜及尿之黃染、黃視症、瞳孔散大、嘔吐、複視、眩暈、調節機障礙等，見此等中毒之徵時，須即行腸胃之洗滌，并與以興奮藥而防止陷於虛脫。

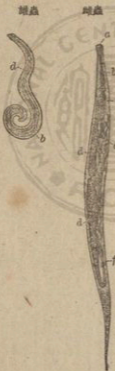
第11 蟯蟲 (Oxyuris vermicularis, Fadenwurm, Springwurm)

爲白色乃至帶黃白色之細小蟲，雌蟲達十公厘，幅不過半公厘，雄蟲之體稍屈曲，蟯蟲卵爲長卵圓形，長徑○·○五公厘，短徑○·○一六乃至○·○二公厘，殼薄，一側稍扁平，薄被膜層內之內容，隨發育時間而有差異（第七十八圖、第七十九圖）。

本蟲寄生於小兒者頗多，一度寄生之後，由於自家傳染互久不癒，極爲苦惱，至寄生於大腸，尙有由小腸上行於胃、食道者。

症狀 蟯蟲於小兒夜間睡眠時，自己由肛門匍匐而出，肛門附近發現強烈搔痒，而起睡眠障礙者有之，更由肛門遊行於會陰部、陰門、陰道、或包皮內，因搔痒而惹起炎症，現白帶下，屢屢誘發手淫者有之，且一般成神經興奮

第七十九圖 蟯蟲 (nach Leunis)



a 口  
b 食道  
c 腸子  
d 陰道  
f 肛門  
A 腸管  
B 生殖管

第七十八圖 蟯蟲 自然大



蟯蟲卵



性。

診斷 每夜就寢則訴肛門附近著明痒感，此時展開肛門皺襞視之，則發見蟲體者居多，屢屢聞其兩親云：見有如絹絲之蟲，反之於糞便中能檢出蟲卵者頗少，雌蟲因到產卵期則由肛門而出產卵於肛門之周圍，故此部位以微溫液濕潤而輕拭之，檢查其液中則能見出蟲卵。

療法 本蟲如上所述，自己匍匐於肛門外乃撒布卵，小兒因痒痒而以手指搔爬，蟲卵附着之指入於口內，如此反覆自家傳染，故一度有本蟲之寄生，則驅除甚為困難矣。

療法之要旨，即在避免自家傳染，於睡眠之前，以淨水灌腸，洗滌肛門附近，剪除指爪，清潔指頭及寢衣之後乃使之就臥，翌晨起牀後即清洗指頭，更以冷水（冰冷為宜）或醋酸鋁溶液（Liquor Aluminium acetici）（約1%溶液）灌腸，如此朝夕正規返覆施行，須持續約一週乃至十日。

灌腸其他可用食鹽水（四〇・〇溶解於二〇〇・〇之比例）1——2%之石炭酸水（Aqua carbolisata）薄荷腦油（薄荷腦 Mentholum 〇・二五，洋橄欖油 Oleum Olivarum 六〇・〇）萘油（萘 Naphthalinum 一・〇乃至三・〇，洋橄欖油六〇・〇）肥皂水（中性肥皂二・〇乃至三・〇煮沸於二〇〇・〇之水中）等，但昇汞、石炭酸等，有中毒之危險，須注意用之，冰冷之水亦能奏效者也。

內服用山道年（Santonin）、萘（Naphthalinum）（一回量〇・〇一乃至〇・〇二，一日二三回，數日投與），又用蓖麻子油、甘汞等。

對於肛門附近之強甚痒感，用甘汞軟膏（甘汞五・〇、黃凡士林二〇・〇）或一%黃降汞軟膏、汞軟膏（Ung. Hydrargyri cinereum）等。

### 第三 鞭蟲 (Trichocephalus dispar, Peitschenwurm)

蟲體之前部細而成絲狀，後方肥大而藏生殖器官，雄蟲體長四十乃至四十五公厘，後部旋迴而備有一本交接刺，雌蟲長四十五乃至五十公厘，蟲卵之形狀特有而呈西洋樽狀（第八十圖），其殼厚而呈褐色，其兩端有栓，長徑〇・〇五乃至〇・〇五四公厘，短徑〇・〇二三公厘。

本蟲寄生於盲腸、結腸，間有見於小腸者，以前部之絲狀體穿入腸壁內。

症候 有本蟲之寄生而人體毫不起病狀者居

多，然本蟲吸收血液而自榮養，多數寄生時，則起貧血、腦症狀，又有見粘液性腹瀉者。

療法 用茶、山道年等驅蟲藥劑。

### 第四 旋毛蟲 (Trichina spiralis)

第八十圖 鞭蟲  
(nach Lounis)

雌蟲 雄蟲



鞭蟲卵。  
(nach Claus)





本蟲呈細長之絲狀，雄蟲長一·四乃至一·六公厘，雌蟲體長三乃至四公厘，幅○·○六公厘，大部分被子宮及卵巢所充滿。

成蟲寄生於人類及其他之哺乳動物之腸內，由雌蟲產生之仔蟲貫通該宿主之腸壁，達到肌肉，乃形成胞囊，而人類之感染概因食有胞囊蟲之豚肉而起者也。胞囊蟲到消化管則仔蟲由胞囊遊出而入十二指腸、空腸，乃發育而成爲成蟲。

成熟之雌雄兩蟲交接，則雄蟲死滅，而雌蟲之一部到淋巴管，一部即於各部腸管內均產生多數之仔蟲，該仔蟲漸次侵入肌肉內，尙未移行於肌肉之仔蟲即歸死滅。

被仔蟲侵入之肌肉，一般爲橫紋肌，該肌纖維漸次陷於退行變性，肌纖維鞘呈玻璃樣肥厚，隣接之肌肉結締組織成炎性的增殖，遂包被蟲體而形成胞囊，胞之形狀如短紡錘狀，而長徑○·四公厘，幅○·二五公厘，胞內旋迴之蟲體有○·八乃至一公厘長，此即肌肉旋毛蟲 (*Muskeltrichinellen*) 是也，胞囊因經過時間則沈着碳酸鈣，遂完全石灰化矣。

症候 初有消化障礙，現嘔吐、胃痛、腹痛、屢屢有強烈之腹瀉，亦有以便祕而代腹瀉者，早期即訴肌肉痛、肌肉強硬感者有之。

肌肉呈炎症之際，則有強烈疼痛、發熱，更起咀嚼、嚥下、呼吸運動障礙，又起浮腫，初現於眼瞼，繼則及於上下兩肢，其他現皮膚發疹者不少。輕度之際，雖二三週即可治癒，但重症互六乃至八週，較諸大人其經過度者居多。

療法 預防法即避食豚之生肉或鹽漬等，治療法腸旋毛蟲與以瀉藥（甘汞、蓖麻子油），有謂尤以甘油爲有效云。

第五 十一指腸蟲 (*Anchyllostoma duodenale*)

十二指腸蟲之體長爲九乃至十五公厘（死蟲體稍長），雌蟲較雄蟲長二、三公厘，健全之蟲體爲半透明而呈淡白色，已死者則成不透明之灰黃色。

頭端有圓形之口，續有漏斗狀之口囊 (*Mundknäuel*)，內外側有兩對齒鉤及附屬牙一對，雄蟲之尾新屈曲而膨大，作二突起，形成交接囊，交接囊備有三個尾部乳嘴，雌蟲之尾端大銳。

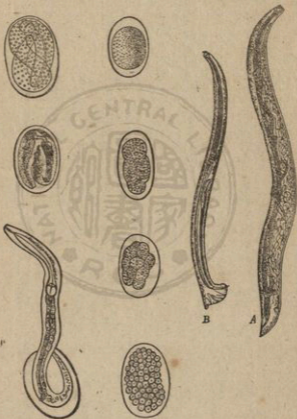
本蟲卵爲卵圓形，其長徑平均約  $0.6$  公厘，幅徑約  $0.4$  公厘，卵殼薄而成一線，與卵細胞之間遺留狹窄之腔隙，卵細胞或爲單一而不透明之微細顆粒體所充滿，中央有光澤之核，卵細胞在母體內始分裂，隨糞便排泄時成四個者最多，然更發育而呈桑椹狀者，或近於仔蟲之形者有之。

本蟲之發見者爲都布林 (*Dubini*) 氏，擬其寄生於十二指腸，故有斯名，然多見於小腸之上部，卽爲空腸，亦屢屢存在於迴腸間，亦存在於盲腸云。蟲之頭端嵌入腸壁皺襞內，吸入粘膜於口囊中而咬著之，以吸取血液，故患者之小腸粘膜見有不同之蟲舉咬傷創痕，其數有由數百而達數千者。

感染徑路之主要者爲經口的感染，卽排泄之蟲卵於糞便或污水中發育，卵細胞增殖，經桑椹期而成仔蟲，乃

第八十一圖

十二指腸蟲之卵及其發育之順序 (nach Perronito)      十二指腸蟲 (nach Leuckart)



破殼而離蟲，以青菜及其他之食物或不潔之手指器物等為媒介，經口而到腸內，此時乃發育而成為成蟲。又近年據盧斯 (Loose) 氏等之研究，確有皮膚感染，其徑路據盧斯氏之實驗，謂係穿過皮膚而通淋巴管、血管，達到心臟，送至肺臟，由此移於枝氣管，再由氣管、喉入消化器而達腸內云。

症候 十二指腸蟲寄生少數時，不呈何等之症候者居多，其主徵即緩徐發現貧血，其他多兼有消化障礙，有惡心、嘔吐、腹痛、或便秘等，又有好異味之食物者，更訴心窩部壓重感、心悸亢進、呼吸困難者有之。

病勢進行而貧血顯明，則血液中血色素量減少，赤血球之數亦減，反之，白血球增加，就中嗜紅嗜好細胞更爲多數，又隨貧血而現水腫，出血性傾向增加，尙有爪甲變菲薄及脆弱者。

於皮膚感染時，有謂起皮膚炎者云。

療法及預防法 勿食如蔬菜、不潔飲料等有本仔蟲之慮之食物，如小兒有持手、器物等於口內之癖者，保護者須特別注意。

當使用驅蟲藥時，須先確定其寄生，然後施用驅蟲藥，而起著明衰弱等之際，以避用爲宜，驅蟲藥常用麝香草酚 (Thymolum) 一回用 0.1 乃至 0.2，裝入膠囊，於早晨空腹時頓服，服用一小時後與以瀉藥（蓖麻子油），如此每隔日施行一次，常行糞便檢查，如四五回未見生卵，乃可終了，其他綿馬浸膏 (Extractum Filicis) 山道年 (Santonin)、石榴根皮 (Cortex Radicis Granati) 等亦可應用。

對於貧血須注意營養，投與鐵劑。

#### 第六 糞線蟲 (Strongyloides stercoralis)

本蟲之寄生多見於日本九州地方，其卵及仔蟲類似十二指腸蟲，互有鑒別之必要。

營寄生生活之成蟲，體長二·二公厘，幅〇·〇三四公厘，而無色，卵之長徑約〇·〇五公厘，短徑約〇·〇三公厘。

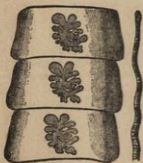
寄生於腸內，穿入腸壁粘膜而生活，故寄生多數時，則現腹瀉、血便、腹痛等，偶有不規之發熱，然少數時則不惹起症狀，卵在腸壁已孵化而成仔蟲，隨糞便排出者，通常非爲卵而爲仔蟲，故爲與十二指腸蟲鑒別之一助也。

### 第七 條蟲類 (Cestoden, Bandwürmer)

屬於此種而寄生於人體者多爲擴節裂頭條蟲、有鈎條蟲、無鈎條蟲，間亦有見那那條蟲 (*Thornio nana*) *cucumerina* 條蟲即 (瓜實條蟲) 者。

(1) 擴節裂頭條蟲 (*Botriocephalus latus*) 爲條蟲中最長者，體之全長爲八、九公尺，時而見有達十公尺、二十公尺者云，幅之廣擴部分爲二乃至二·五公分，頭部二乃至三公厘，體節之數有達三千乃至四千二百以上者，各節皆廣而短，直徑二乃至四公厘，橫徑十乃至十二公厘，而接近後尾之部位，其直徑逐漸增加，由頭部起而至五六百之體節，始有藏成熟卵之生殖器，其像左右有四乃至六回迂曲之突起，而呈特殊之花紋狀，接近終末之體節，則不見卵。本蟲隨糞便排泄時，概爲數節相連而出，各個體節離

第八十二圖 擴節裂頭條蟲



D 成熟之體節 E 頭部

斷而排出者罕有。

卵之殼大而具有小蓋，長 $0.6-0.8$ 乃至 $0.7-1$ 公厘，幅 $0.5$ 公厘，呈類褐色，有多數之卵黃細胞，有能透此卵黃而見卵細胞者。

其中間宿主為淡水產之魚類，在日本確實認定為鱒（*Onchorhynchus*

*pernyi*），其他魚類亦有，其肌肉中有細小白色而長十乃至二十三公厘之幼蟲介在之，注意檢查，肉眼亦得見之，該幼蟲於鹽漬、凍肉等不致死滅，入人體腸內時，約經三週間，則變成成熟之裂頭條蟲。

裂頭條蟲為人體寄生蟲最普通者，除人類以外，犬、貓等亦有之。

(1) 有鉤條蟲 (*Taenia solium*) 平均有二乃至三·五公尺長，幅計七、八公厘，體節有八百乃至九百節，頭部 *Scolex* 殆呈球狀，有 $0.6$ 乃至一公厘之直徑，先端有頰嘴，由二十二乃至三十二之鉤配列而成，更具有半球狀之四個吸盤，頸稍細長，接近頸之體節雖短小，但遠於頸部者則漸次增大，成熟之體節著明增長，有十乃至

第八十四圖

有鉤條蟲之頭部

(nach Braun u. Leuckart)



有鉤條蟲之成熟體節

(nach Leuckart)



第八十三圖

擴節裂頭條蟲之卵



十二公厘之長徑，幅徑不過一半，各體側見有生殖器之開口，有發育充分之子宮，由中央之軸及左右發出之七個乃五十個之側枝而成，側枝中又有分歧者。

蟲卵爲類圓形，卵殼薄而脆弱，糞便檢查之際，破裂而不存在者居多，有其卵殼之形狀者爲幼蟲之被殼，其被殼甚厚，呈黃色乃至褐色，有放射狀之線條，爲圓形，直徑 $\bigcirc \cdot \bigcirc$ 三一乃至 $\bigcirc \cdot \bigcirc$ 三六公厘，於顆粒狀之內容物中，藏有六個鈎。

有鈎條蟲寄生於人類之小腸，其上三分之一之部分以頭部固著，終端成熟之體節各個離斷而隨糞便排泄，各體節排泄後猶能蠕動，投入微溫水中則能運動。

幼蟲 (*Cyathostoma collusoides*) 見於豚之肌間結締組織及其他之臟器，偶亦有見於野豬、羊、鹿、犬、貓、猿者多，在豚之胸腹部、肩部之肌肉，爲橢圓形之囊體，長徑六乃至二十公厘，短徑五乃至十公厘，表面見有一乳白色之斑點。

本蟲從來多數見於中國朝鮮，但在日本甚少，一般寄生

於一人之數爲一乃至二三條，雖有寄生三十三個之實例，然爲少有之事實，又有與其他之條蟲例如裂頭條蟲共同寄生之報告，人類非爲中間宿主，證明幼蟲者決不少，尤以屢屢見於腦，尙有見於皮膚、皮下組織、肌肉及其他處所之報告。

第八十五圖

有鈎條蟲卵

(nach Leuckart)



爲卵殼及蛋白質層離脫而露出幼蟲殼者



諸部完備者



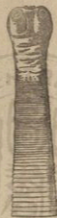
(III) 無鉤條蟲 (*Taenia saginata*, *T. mediocanellata*)

其長由四公尺而達八公尺，乃至十公尺，有謂間

達三十六公尺者云，幅廣部有十二乃至十四公厘，頭部殆為球形而無鉤，有四個吸盤，頭部稍長，體節計千三百節，生殖孔由體側之中央稍下方以漏斗狀而開孔，不規則左右交互存在，生殖器成熟之體節有四乃至六公厘之長及八乃至十公厘之幅，具有卵巢及舉丸，離斷於糞便中而排出之終尾之體節長十二乃至二十公厘，間有達二十五公厘者，幅有四乃至七公厘，而呈長方形，被子宮所充滿（第八十六圖），該子宮由中軸發出兩側各有十五個乃至三十五個之橫枝，各橫枝又復分為二分枝，故如樹枝狀之複雜，見此老體節即能與前述之有鉤條蟲區別矣。

第八十六圖

無鉤條蟲之頭及前部  
體節  
(nach Braun u. Stiles)



無鉤條蟲成熟之體節  
(nach Braun)



無鉤條蟲屢屢有畸形，相連接之兩個或數個體節，其一部或全部互有粘連者，又見有頭部成Y字形，而備有六個吸盤者。

蟲卵殆為球形，與有鉤條蟲相同，卵殼脆弱而易破壞，幼蟲被殼探出者居多，卵殼備一個或二個長刺條，幼蟲被殼厚而且透明，有放線狀之線紋。

幼蟲 (*Cysticercus bovis*) 發見於牛之腰肌、臀肌、及舌，長徑七·六乃至九公厘，短徑五·五公厘，為半透明

之囊狀體，頭部有黃白色之斑點，有謂偶有見於羊者云。

囊蟲達到人體腸內管，則變成成蟲，約經二月之後，遲則經過四月，則體節成熟，時間長久之無鉤條蟲漸次離斷而隨糞便排泄，於睡眠中或步行時，由肛門而出者有之。

本條蟲分布甚廣，歐洲亞洲非洲美洲等各地均有之，比較有鉤條蟲尤多，在日本除廣節裂頭條蟲外，即以本條蟲為最多。

(四)矮小條蟲或那那條蟲 (*Hymenolepis nana*, *Tremia nana*) 比較前數種之體甚小，長僅十乃至四十公厘，幅不過〇

·五乃至〇·九公厘，頭部為圓

形，有〇·二五乃至〇·三公厘

之直徑，有類嘴而呈輪狀，附着二

十四乃至二十八個鉤，體節之數

通常為二百左右，各體短小。

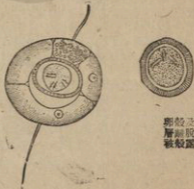
蟲卵為球形或長圓形，幼蟲之被殼透明而不厚。

本蟲寄生於小腸，深陷入粘膜層，其數一般甚多，有達數千個者，在

第八十八圖 短小條蟲 (nach Leuckart)

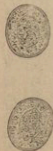


第八十七圖 無鉤條蟲卵 (nach Leuckart)



諸部完備者

第八十九圖 短小條蟲卵 (nach Miura)



囊殼及蛋白質  
層脫面幼蟲  
被殼露出者

日本之記載雖爲少數，然於實際甚多，因臨床的症候不確實而忽視之也。

原著者亦有二三次實驗，未能驅除蟲體，頗爲遺憾。

(五) 瓜實條蟲, *Cucumerina* 條蟲 (*Dipylidium caninum*, *Taenia cucumerina*) 長十五乃至三十

五公分，幅一·五乃至

三公厘，頭部小而具有

棍棒樣之頰嘴，其表面

有四十乃至六十個鈎，

頸短，成熟之體節長而

中部大，因各節間之連

鎖部狹小，故外觀如瓜實，生殖孔兩側對照開孔。

卵爲圓形，直徑○·○四三乃至○·○五公厘，有薄之卵殼。

本條蟲普通見於犬貓，偶有寄生於人類者，中間宿主爲寄生於犬貓之虱及

蚤。

(六) 狗兒條蟲, *Echinococcus* 條蟲 (*Taenia echinococcus*) 其體甚

小，僅長二·五乃至五公厘，頭節有二十八乃至五十個鈎之頰嘴，體節不過三四

第九十圖 瓜實條蟲 (nach Yoshida) 體之前部 頭部



第九十一圖 瓜實條蟲卵 (nach Ward)



個，終尾之體節著明增大，卵近於圓形，被殼稍薄而有放射狀之線條。

本條蟲宿於犬狼等之小腸，在人類無有成爲成蟲而寄生者，反之發見爲包蟲而宿於人類者決不少，愛大家屢屢受此感染，該包蟲雖能發於人體之各種臟器，然最多者爲肝臟，其次見於肺臟、腎臟、脾臟、腦、脊髓、生殖器、肌肉等。

成包蟲宿於人體諸處之條蟲類，尙不止一二種，如小舌片 (*Tigula*) 狀幼裂頭條蟲 (*Tigula mansoni*) 在日本由身體諸部發見之例甚多。

第九十二圖 狗兒條蟲  
(nach Braun)



症候 條蟲寄生於腸管內，往往有不發特別自覺症狀者，發見體節之一部分排泄始得知之，然普通稍呈消化障礙或營養障礙，而有食思變常、嘔氣、嘔吐、腹痛、便秘結，或腹瀉、屢屢感饑餓，更有反射性神經症狀而起興奮、頭痛、眩暈、不眠等，間有起癲癇、舞蹈病、癲癇樣發作者，其他不訴全身之倦怠、流涎、鼻孔或肛門之痒感，又稍起貧血者。

居多，尤以於裂頭條蟲寄生之際，貧血之度強甚，故有裂頭條蟲性貧血病之名稱也。

腹痛於攝取芳香飲料、鹹味、或酸性之食物時尤為增劇；食乳汁及其他脂肪性食物有緩解之傾向，此事亦為診斷之一助。

療法及預防方法 卽食鱒（裂頭條蟲）、豚肉（有鉤條蟲）、牛肉（無鉤條蟲）等物，須充分燒熟或煮熟者，而避食生肉及鹽漬為宜。

嘗講求條蟲驅除法時，於不適應之際不能卽刻行之，例如極幼稚者、重症胃腸病、重症之結核腹膜炎、重症傳染性疾患、及失心臟病之代償機能時，不僅當一時的停止驅蟲，且時而終難行治療者有之，又與以驅蟲藥不得不在確定寄生之後。

驅蟲法須先有準備（Vorbereitungskura），然施行固有療法，準備卽前日使其攝取少量之食物，且與以流動性之物，一方面使其內服蓖麻子油、甘汞等瀉藥，或以高壓灌腸排泄腸內容，而使腸內空虛，次於翌晨乃行固有療法（Eigentliche Kur），而與以條蟲驅蟲藥。

驅蟲藥服用後屢屢有起嘔吐、惡心者，則使之靜臥，待有便意，經一二時而無排便時，乃與以緩瀉藥，使蟲體排除，催便意且蟲體之一部出現之際，臀部坐入盛滿微溫水之便器或小桶中，俟其自然排除，尤不可牽引而切斷之，蓋遺殘頭部之一部，則能再發育故也。二三月後更有反覆行驅蟲法之必要，華卜萊爾氏謂：懸於肛門之條蟲，由其傍插入腸管（Darmrohr）而行灌腸，可促蟲體排泄云，一回驅除完全奏效者不多，排去之蟲體應置入黑色之平

盤，以確定頭部除去與否，有反復二三回始成功者，排除之蟲體須燒滅之，又施行驅除之後，一二日間每常應與以流動或半流動之食物，漸次乃恢復常食。

驅蟲藥常用者如次：

胡蘆核 (*Kurbitzamen*) 五〇・〇乃至六〇・〇與同量之蔗糖混合，加入三〇・〇之檸檬酸水，再加二〇・〇之溫水振盪而混合之，此全量間歇三十分鐘二回分服，更經過三十分鐘服用一食匙之蓖麻子油，每三十分鐘一次至便通爲止。

醃製綿馬浸膏 (*Extract Filicis*) 年齡每一歲與以〇・五，但不能超過五・〇，與薄荷糖漿 (*Sirupus Menthae piperitae*)、精製蜂蜜 (*Mel depuratum*) 等混合服用，年長之小兒裝入膠囊服用，服後三十分鐘與以瀉藥 (甘汞)。

處方例：

醃製綿馬浸膏 (*Extract Filicis*)

1・〇至11・〇

精製蜂蜜 (*Mel depuratum*)

110・〇

右混和二回分服。

苦蘇花 (*Flores Kouzou*) 本劑須用新鮮者，用量1・〇乃至6・〇和等量之蜂蜜服用。

呂宋楸莢粉 (*Kamala*) 用3・〇乃至6・〇作錠劑、丸劑、糖餅劑等。

石榴根皮 (*Cortex rad. pun. Granati*) 用1〇・〇乃至20・〇浸漬於200・〇之水中，浸十二時

間以上，加入尋常糖漿，三四回分服。

其他有石榴皮鹼 (Pelletierium) 苦辛 (Kousin) 菲耳馬隆 (Filmaron) 菲耳馬隆油 (Filmaronol)

(菲耳馬隆與蓖麻子油之合劑) 等製劑。  
綿馬有起中毒之恐，故須注意使用，症狀輕微時現嘔吐、惡心、腹痛、偶現腹瀉等，然更進而起失神、昏睡、痙攣等，且發現呼吸淺表、青藍症、弱視、失明者有之。

#### 第八 肥大吸蟲 (Paratolopais bucki) (生薑蟲)

爲從來屢屢發見於中國人，尤以小兒之糞便或吐物者也，屬於吸蟲類，其形爲舌狀，呈紅色或帶紅褐色，體長二十四乃至四十五公厘，幅有達五·五公厘乃至十公厘以上者，蟲卵爲橢圓形，長徑〇·〇九乃至〇·一六公厘，短徑〇·〇六五乃至〇·〇九六公厘。

症狀有食慾不振、腹痛等，偶爾發現腹瀉，而陷於營養不良。



## 第二章 其他內臟寄生蟲

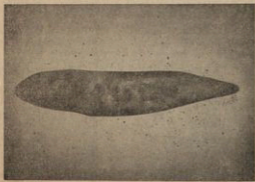
第一 肝臟二口蟲、筧形吸蟲、筧形二口蟲 (*Distomum spathulatum*, *Clenorchis sinensis*)

肝臟二口蟲屬於吸蟲類中 *Clenorchis* 類，吸蟲類之肺臟二口蟲均屬於 *Paragonimus* 類。

本蟲之體扁平而前部細小，後部漸次增大，而呈筧形，長十乃至十九公厘，幅二乃至四公厘，先端有口吸盤，約有〇·五公厘之口徑，於稍離腹面正中線有較此稍小之腹吸盤，體之中部被子宮大部分所占領，與子宮連接而有卵巢，睾丸為多數之葉狀，而位於最後部，生殖口開口於腹吸盤之直前。

蟲卵雖略為圓形，但一端鈍，一端稍狹小，其直徑據飯島氏為〇·〇二八乃至〇·〇三，短徑為〇·〇一六乃至〇·〇一七公厘，呈黃褐色，殼皮厚狹，小端有陣笠狀之小蓋，若卵接近小蓋，則其卵細胞必占居矣，潛有比較大之核，其他之部分被有大小不同之顆粒之卵黃質充滿。卵細胞始漸次分裂，發育而成幼蟲，遊出於殼外者為葉狀或舌狀，表面附着多數

第九十三圖 肝臟二口蟲



之纖毛（第九十三圖）。

肝臟二口蟲除人類以外，又常見於貓、犬，發育至成蟲須通過二段宿主，其徑路據小林晴治郎氏之研究，乃稍得闡明者也，第一中間宿主猶未完全確定，然似爲河貝子，第二中間宿主曾證明爲淡水產魚類之鮭、鱒等小魚，被包囊而存在於該小魚之肌肉及皮下結締組織中，人若食之，則幼蟲破壞包囊而出，乃成爲母蟲焉。

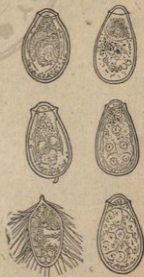
在日本肝臟二口蟲爲頗重要寄生蟲之一，分布廣汎，就中限於某地方而呈地方病之觀，最顯著之流行地爲日本之岡山縣、宮城縣、滋賀縣、兵庫縣、廣島縣、千葉縣、新潟縣亦決不少。本蟲之密生部位主爲肝臟，尤以膽管爲甚，尚有肝管、膽囊、輸膽管亦見之，偶有發見於胰臟者。

症候 寄生蟲少數則不發現何等之症狀，於流行地方之健康者，檢查其糞便，而偶然認知其寄生者決不少，大多發於十歲以上者。

本病發於夏秋之季，發現食慾稍亢進，食後感覺心窩部之壓重，膨滿，下脚現浮腫，初爲軟便，後則成腹瀉，更進而起黃疸、腹水，以致發現肝臟之肥大，漸次貧血、羸瘦，又容易傾於出血而起衄血、皮下血、皮下溢血、漿液膜下出血等。

第九十四圖

肝臟二口蟲之卵及幼蟲



經過 甚緩慢，重篤時因漸進的衰弱而死，輕症較為多數，屢屢於春冬兩季輕快，而至夏秋更為增惡者有之。  
療法 豫防方法 特於流行地方當食淡水產之小魚時，須充分死滅其包囊蟲，固有療法尚無有特效者，唯施對症處置而已。

第二 肺臟二口蟲 (Distoma

pulmonale, Paragoni-

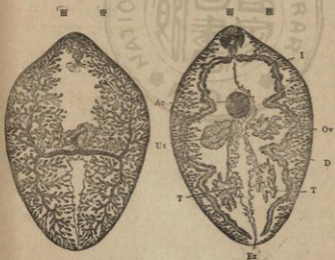
mus Westermanni)

一望蟲體成囊狀，長八乃至十六公厘，幅四乃至八公厘，厚二乃至五公厘，新鮮者呈紅色乃至紅褐色，經時則呈灰褐色，體之前端有口吸盤，腹吸盤由體之中央稍偏於頭方，與腹吸盤連接，有生殖孔開口，辜丸有左右兩個，稍位於後尾部，近中央有卵巢，子宮。

蟲卵為長圓形，而帶黃色，其大據桂田氏

長徑〇・〇六八乃至〇・〇八六，短徑〇・

第九十五圖 肺臟二口蟲 (nach Leuckart)



- Ac 腸吸盤
- I 口
- T 辜丸
- Ov 卵巢
- D 卵黃巢
- Ut 子宮
- Ex 排泄孔

○三八乃至○·○四六，其一端有小蓋，其中初藏有大之卵細胞，幼蟲之體以多數之纖毛被之，本蟲除人類以外，亦寄生於犬、貓、豚、虎等，一般以肺臟爲寄生地，形成囊胞而居於其中，囊壁由結締而成，其中除體蟲之外，又見有蟲卵，Charoot-Leiden 氏結晶，而往往惹起枝氣管炎、卡他性肺炎也。

主要症候爲特殊喀痰之排出及咯血，而兼有輕咳，喀痰爲粘液膿性者，而混有血液，呈褐色、暗赤色等，放出一重惡臭，顯微鏡下檢之，則見蟲卵並常有 Charoot-Leiden 氏結晶

### 第三 日本住血吸蟲 (Schistosomum japonicum)

日本住血吸蟲屬於 *Schistosomum* 類，其雄蟲據藤浪氏長六·八乃至九·八公厘，據土屋氏爲九·五乃至一·五公厘，呈灰白色，體之前端有漏斗狀之口，其周圍備有口吸盤，由口吸盤隔○·三乃至○·八公厘，腹面有稍大之腹吸盤，腹吸盤之直後稍狹窄，由此別爲前體部與後體部，前體部爲圓筒狀，後體部扁平體之席卷而爲鞘狀，因其內以抱擁雌蟲，故有抱擁管之名稱。體之外表概平滑，雌蟲爲絲狀，而比雄蟲之體著明細長，一六·○乃至二六·○公厘（土屋氏），體之橫斷面略爲圓形，具有口腹二吸盤，本蟲成熟時，雄蟲常將雌蟲抱合於其抱擁管中。

第九十六圖 肺二口蟲  
(nach Katsurada)



第十表  
日本住血吸蟲  
(據京浜氏)

小兒科



雌蟲體之卵巢部位

蟲卵爲橢圓形，長徑○・○八二二（藤浪氏），或○・○八三五（桂田氏），幅徑○・○六一八（藤浪氏）或○・○六二五（桂田氏），卵殼呈淡黃色，表面滑而無有蓋，糞便中之成熟卵每常含包幼蟲，幼蟲爲壺狀或酒瓶狀，體表密生多數之纖毛，體內見有黃色或無色之粒體。

本蟲之感染徑路，主由於皮膚，手足浸於溝渠污水

中時，其中之幼蟲（*Cercaria*）侵入皮膚而達淋巴道及毛細血管，經心臟而達門脈云。關於其中間宿主，從來均不明瞭，其存在亦屬疑問，最近宮入博士於其流行地檢索一種蝸牛，而發表爲本蟲之中間宿主，卽由卵產出之幼蟲於水中而入此蝸牛之體，乃發育而成幼蟲（*Cercaria*），出水中而感染於人類及其他之哺乳動物者也。

人類以外又寄生於犬、貓、牛、馬等，人類以門脈、肝臟

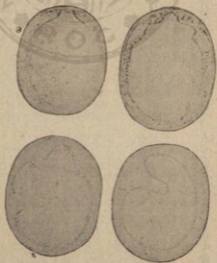
內門脈枝、腸間膜靜脈等爲主要寄生部位，蟲卵多介在於肝、大腸，亦有發見於腸漿膜面、小腸壁、胃壁、大網、腸間膜、脾、肺、腦等者。

在日本流行地方著明者爲山梨縣、廣島縣、佐賀縣等。

症候 發病一般緩徐，初期症狀有腹部膨滿、食慾亢進、腹瀉等，便內屢屢混有粘液，見有血便，同時初發肝臟

第九十七圖 日本住血吸蟲卵

（據藤浪氏）



腫大，次則脾臟腫大，且其大漸次增加，遂起諸臟器壓迫症狀，而現浮腫腹水等。

患者之發育被障礙，皮膚成蒼白，而陷於貧血，屢屢發熱，又起血性素因，更每常最初於下肢皮膚現特殊之發疹，此為感染時所起之皮膚炎症也。

療法及豫防方法，據宮入博士之報告，蝸牛確為中間宿主無疑，除之雖可減少，但於吾人作業之區域中，須設法完全將其撲滅，又當避免出入蝸牛生存之溝渠等。

固有療法僅有對症的處置，努力增進營養，治癒貧血，獎勵離開流行地，而轉於其他地方，土屋氏認為以鹽酸金雞納治療為有效者。

#### 第四 住血絲狀蟲 (Filaria Bancrofti)

在日本多發生於九洲、四國、沖繩者也，屬於線蟲類，雄蟲長四十公厘左右，雌蟲長七十六乃至九十公厘，為白色，時而有帶褐色者，本蟲係胎生，其卵在雌蟲子宮內發育，成為仔蟲而產出。

絲狀蟲之成蟲，寄生於人體諸部之淋巴管，尤好棲於精系、陰囊等之肥大淋巴管，產於此部之仔蟲傳淋巴管而移行血管，循環於全身，其形為細長圓筒狀，而與鱧相類似，長 $0.13$ 乃至 $0.35$ 公厘，幅約與赤血球之直徑相等，該仔蟲發見於血液中（由末梢血管榨血），常在夜半，如於晝間榨血，決不能檢出之也。

仔蟲於人體內不能發育，成長運行於血液中之際，被中間宿主之蚊所吸取，於蚊之體內成育，更侵入被其



刺咬之人體而成成蟲焉。

症候 基於本蟲寄生之主擾病症爲乳糜尿(Olyuria)，屢屢混有血液，且訴發熱、頭痛、及四肢疼痛者多，熱達四十度而伴惡寒戰慄者有之。

其他淋巴管起鬱積，尤以陰囊、精系、陰脣等現水腫，遂成結締組織增殖之結果，而下肢、陰囊、陰脣等發生象皮腫(Elephantiasis)者不少。

療法 對於象皮腫，唯有行外科的處置而已。

#### 第五 喰腎血蟲(Nephrophages sanguinaris)

喰腎血蟲爲屬於節足類之蝨類之一，而見於血尿、血纖維尿之者際也，其雌蟲長〇·一二公厘，幅徑〇·〇八公厘，雌蟲長〇·三六公厘，幅〇·一二公厘，頭部有二個剪刀狀之顎，肢、脚、肢由五節而成。

偶亦有見於小兒訴血尿、尿意頻數、尿道部疼痛、有發熱、倦怠、食慾不振、而起貧血者居多，又似腎盂炎之經過者有之。

### 第三章 皮膚寄生蟲

#### 第一 疥癬蟲 (*Sarcoptes scabiei hominis*, Kratzmilbe)

屢屢寄生於小兒，而惹起皮膚疾患，並傳播於家族及其接近之人。

蟲體爲類圓形，而呈黃白色，有備銳利口器

之一突起及前後各二對之腳，前二對腳比後腳

著明大，且短而具吸盤柄，而在體表有多數之齒

刺突起，雄蟲長○·二二三乃至○·三公厘，幅○·

一六乃至○·二公厘，雌蟲長徑○·三三乃至

○·四五公厘，幅徑○·二五乃至○·五五公

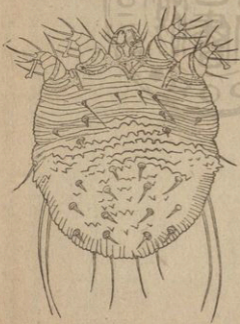
厘。

疥癬蟲之寄生，因穿孔皮膚而宿於表皮中，

故好寄生於指或趾間之皺襞、肘關節、及膝關節

之屈曲面、腕關節內面、腋窩、乳房、鼠蹊部、陰部等

第九十八圖 疥癬蟲



皮膚軟薄之部位，幼小之小兒因皮膚一般柔軟，故手掌足趾受侵襲者不少，又屢屢寄生於幼兒之腹部者有之。

疥癬蟲穿入皮膚之處，有纖維素性之滲出，而形成丘疹或小水疱，又成熟之雌蟲穿入上皮，進而達 Malpighi 氏網層，而形成所謂疥癬道 (Milben gang)，疥癬道或斜成屈曲，由外部稍隆起之線條而能認識之，其長有達一公分以上者，產出於此道之蟲卵，經四日乃至八日而成幼蟲，脫殼之幼蟲更約經過十四日間三回脫皮而變為成蟲，成蟲由孔口外出，或更營造新孔，或傳播密生於他部，疥癬道以針尖或刀尖截開，而取出內容，置顯微鏡下檢之，能見疥癬蟲及多數之卵。

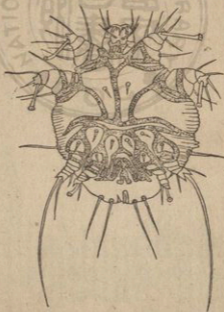
症候 因疥癬蟲之密生而發生之症狀之

一為蟲體運行表皮中之際所起之刺戟症狀也，侵入 Malpighi 氏網層內，真皮之間分泌滲出

物，而刺戟神經末梢，故誘起難堪之癢痒感，其癢痒刺戟尤以夜間增劇，其他為因痒感而搔爬所起之續發症狀，而發濕疹、水疱疹、膿疱疹、毛囊炎等，長久持續時，則起皮膚之肥厚及色素沈著。

診斷 見前述之好發部位現劇烈之癢感，發生丘疹小水疱，及疥癬道，更由此內容物鏡檢得蟲體及蟲卵，則

第九十九圖 疥癬蟲



確實無疑矣。

療法及預防法，即避免與本蟲寄生者接近，尤不可共用寢具，寢衣就中以同衾最易使其傳播，故當注意。

起炎症之際，行固有療法之先，以水楊酸泥膏治療為要。

最初使其溫浴，以肥皂充分洗全身，然後全身塗擦左列威爾那氏軟膏 (Unguentum Wilkinsoni) 或其他軟膏，命其臥床，二三日之後，更使其溫浴，換新鮮之襯衣，不論發疹部多少，塗擦軟膏以塗滿全身為宜，在小兒手掌足趾之水疱，應以針尖破壞之，然後塗擦。

(1) 威爾那氏軟膏 (Unguentum Wilkinsoni) 110.0

昇華硫 (Sulfur. sublimatum) 110.0

木焦油 (Piceis Liquidae) 110.0

鉀肥皂 (Sapo Kalians) 110.0

凡士林 (Vaselineum) 40.0

沈澱碳酸鈣 (Calcium carbonicum praecipitatum) 40.0

(2) 藥油 (Naphtholum (B.)) 10.0

綠肥皂 (Sapo viridis) 115.0

凡士林 (Vaselineum) 60.0

第一百圖 於疥癬道內之蟻蟲及蟲卵 (nach Lesser)



滑石 (Talcum)

(11) 總魯香膠 (Balsamm peruvianum)

昇華硫 (Sulfur sublimatum)

單軟膏 (Unguentum simplex)

(四) 蘇合香 (Styrax Liquidus)

總魯香膠 (Balsam. peruvian)

(五) 土肥氏藥兒膏 (Theoersohwelelsinkpasta. Dohi)

木焦油 (Picis liquidae)

昇華硫 (Sulfur. sublimati)

氯化銻 (Zinci oxydati)

豚脂 (Adipis suilli)

尚有襯衣、寢具等行蒸氣消毒或浸以熱水，或曝露於日光中數日爲要。

## 第二 虱 (Pediculus, Laus)

虱類密生於人類及其他之哺乳動物甚爲廣泛，由此等動物吸取血液、體液，屬於有吻類，頭部有有鉤之短管，由此短管內有長吸管出入而螫皮膚，其卵依宿主之體溫而孵化，則成爲幼蟲，幼蟲於其發育中不脫皮即發育而成成蟲。

密生於人體之虱類有三種：

五・〇  
三・〇  
三・〇  
五・〇〇  
五・〇・〇  
五・〇・〇  
一〇・〇  
一〇・〇  
一〇・〇  
三〇・〇

(1) 頭虱 (*Pediculus capitis*, Kopflaus) 頭虱僅密生於頭部之毛髮部，呈淡灰色乃至灰白色，雄蟲長一乃至一·五公厘，雌蟲一·八乃至二公厘，所產之卵附著於毛髮。

本蟲之密生，則起痒感，搔爬之結果發濕疹，屢屢成濃疱性濕疹，而作結痂，又附淋巴腺現腫脹者有之。

(11) 衣虱 (*Pediculus vestimenti*, Kleiderlaus) 衣虱比頭虱之體稍大且長，爲灰白色，生活於衣服內，所產之卵附於衣服，好襲頸部、軀幹之皮膚。

(111) 陰毛虱 (*Pediculus pubis*) 小兒見本蟲者稀有，因未至陰毛成生之時期故也，其體最小，雄蟲長〇·八乃至一公厘，雌蟲一·二公厘，其形與前二者相異，而近於菱形，呈灰黃色。

療法及豫防方法 對於衣虱常著清潔之衣服，固不待言；頭虱以石油塗布有髮部，或石油與洋橄欖油之等分液或石油與一〇%蟻醛溶液 (*Formalin*) 之等分混合液，施藥法綑帶於頭部；陰毛虱以汞軟膏塗擦，屢有著效。

處置續發之濕疹，可依照皮膚疾患中濕疹條下之療法。

### 第三 壁虱 (臭蟲) (*Cimex lectularius*, Bettwanze)

爲近時著明蕃殖者，其體扁平，呈赤褐色，體長四乃至五公厘，幅徑三公厘，晝間潛伏於牀舖、牆壁、家具之間隙中，夜間始出而襲人，吸取血液。

壁虱之咬刺起紅色或癬麻疹樣紅色浮腫，其中央部之刺口，有見小水泡之形成者，刺襲頸部、手足，痒感劇甚，而睡眠被障礙者不少。

療法 完全消滅本蟲甚爲困難，發赤腫脹之處塗布碘基魚石油酸鉍 (Ichthyol) 酒精。

#### 第四 恙蟲、毛蝨

屬於 Trombidium 者也，在日本新潟縣稱曰恙蟲（或赤蟲），秋田縣稱曰毛蝨，發生於信濃川、阿賀川、魚沼川（以上越後）、西役內川、雄物川、皆瀨川（秋田縣）等之水邊，屢屢螫人而發生恙蟲病或毛蝨病。

本蟲大爲橢圓形，而呈橙黃色，此爲寄生後而經時者，初爲小形而成鮮紅色，體之前端具所口器，更有三對脚，於流行地棲息於野鼠，其耳殼見有多數之寄生。

恙蟲病或毛蝨病爲一種熱性病，由受刺螫後經四五日乃至十日之潛伏期而發病，最初感倦怠、頭痛等，次則發熱，熱候屢屢甚高，稽留性而持續一二週間，同時接近刺創之淋巴腺現腫脹而有疼痛，其他現皮膚發疹、脾腫等。幼年者比老人、壯年者其經過一般輕微，重症者概於高熱期中死亡，屢屢併發肺炎等而死，常發於七、八月等夏秋之交。





## 第十二編 諸種中毒症 (Vergiftungen)

### 第一 鴉片嗎啡中毒 (Opium-Morphinvergiftung)

哺乳兒對於嗎啡極爲銳敏，有因飲用嗎啡婦人之乳汁而中毒之實例，故哺乳兒欲用嗎啡製劑時，須投與如鴉片酏之鴉片製劑，反之，胎兒對嗎啡之抵抗力極大，而於小兒多現急性中毒也。

症候 急性中毒，內服後經十五分乃至三十分發現症狀，先成酩酊狀態，熟睡而陷於知覺消失，呼吸之數漸次減少，而成不正，終則淺表至呈俠依司脫克 (Cheyne-Stokes) 型，皮膚初雖潮紅，但以後則蒼白，脈搏之緊張亦漸次減弱，瞳孔著明縮小（與水合三氯乙醛相反），又有兼發搖蕩者，遂呼吸停止而死亡。

處置 行胃洗滌及腸洗滌，又須投用瀉藥（蓖麻子油 10·0），更當行樟腦注射及人工呼吸法。

其他可與以鞣酸劑或含鞣酸者，並與以多量之茶及薪皮之煎劑，（各種生物鹼 Alkaloide 之中毒，均可與以含鞣酸者）。

嗎啡雖一旦被吸收，必再排出於胃腸管中，故料其藥已經過時間而被吸收之後，但腸胃內容之排除，決亦不可等閑視之。

又阿託品 (Atropinum) 對於嗎啡爲有某意味之對抗作用劑，故注射硫酸阿託品 (Atropinum sulfuricum) 四十分之一乃至二十分之一公厘（幼兒量）時，有免中毒者。

慢性中毒因見於小兒者少有，故茲不論述。

## 第二 山道年中毒 (Santoninvergiftung)

本劑屢屢用爲小兒之驅蟲藥，使用過多量或連用有起中毒症者。

症候 輕度之中毒，即所謂彩視症 (Chromatopsie) 也，初視周圍之物體爲紫色，後則暫時視爲黃色，此紫視症患者自己多不注意，主訴黃視症 (Xanthopsie) 即視白色之物體爲黃色，青色或紫色之物體與紺色，又有訴嗅覺及味覺異常者。

若多量吸收時，則現嘔吐、痙攣、吐瀉、痙痛、血尿、及失神等症狀，本劑之中毒時，則見其尿着黃色 (山道年尿)，鹼性之尿爲赤色，即此黃色尿加以鹼類亦成赤色。

內服旃那 (Senna) 及大黃 (Rhizoma Rhei) 以後所排泄之尿，雖亦呈黃色，爲鹼性時亦示赤色，但因山道年而起之黃色尿混入醚 (Aether) 而振盪之，山道年不移行於醚中，因大黃、旃那而起之黃色尿，則見醚着黃色。

處置 施行胃洗滌、腸洗滌，服用瀉藥，現痙攣與以水合三氯乙醛 (Chloralhydratum)，虛脫則投以樟腦、酒精製劑。

## 第三 綿馬中毒 (Farnkrautvergiftung)

綿馬爲對於條蟲及十二指腸蟲之驅蟲藥，如不注意使用時，則中毒。

症候 或因服用多量，或因驅蟲未奏效而反復投藥，而有起中毒者，輕者現嘔氣、嘔吐、腹瀉、及痠痛等胃腸症狀，甚則發昏睡、失神、及痙攣，而呈虛脫及青藍症等症狀，發現黃疸，起一時性之弱視或永久性之視神經萎縮而陷於失明，又因以上之症狀而死亡者有之。

豫防 榮養不良或貧血之小兒易於發生中毒，又療法開始以前投用瀉藥雖爲通例，但豫先命其絕食，因腸胃空虛而易被吸收，且榮養衰退，故易於中毒，又瀉藥如前用蓖麻子油時，則綿馬之主要成分之綿馬酸 (Pilliacid) 易於溶解於油脂，故易起中毒，寧以使用甘汞及硫酸鎂爲妥，又如未奏效，翌日不可反復投藥，須經一週乃可再試行療法。

處置 須行胃洗滌、瀉藥（禁忌蓖麻子油）、腸洗滌、樟腦注射。

#### 第四 菸鹼中毒 (Nikotinvergiftung)

幼兒有因玩弄煙草而嚙下，或嘗試煙管而陷急性菸鹼中毒者，

症候 發現劇烈之症狀，即先現流涎、嘔吐、呼吸促迫、昏睡、次現腹瀉、失神、虛脫之症狀，顏面蒼白，四肢厥冷，發現抽搐，過於急性者初起即現虛脫症狀，數分鐘即死亡。

處置 腸胃洗滌、服用瀉藥，飲用鞣酸含有物之飲料，投以興奮藥及強心藥。

## 第五 其他之生物鹼中毒

如番木鱈鹼 (Strychnin)、阿託品 (Atropin)、古柯鹼 (Cocain) 等生物鹼 (Alkaloide) 之中毒者，比較少有，大體可依照嗎啡中毒條下之處置，飲用多量之濃茶或新皮之煎汁，為合理的處置，因鞣酸能使生物鹼沈降也。

## 第六 副腎素中毒 (Adrenalinvergiftung)

副腎素近時常用為強心藥，小兒科好使用於扶扶的里之際，其中毒成為法醫學上之問題，喚起世人之注意者不少，茲述其中毒症之概略於左：

症候 副腎素之中毒量及致死量不一定，但靜脈內注射較皮下注射甚為少量，而起中毒極為明瞭，（關於家兔之定量，其體重一公斤注入 0.2 公厘於血中，則中毒而死），其症狀之大概想與動物相類似，因關於人之中毒例，少有發表，故不能詳細知之。

先患者之顏面蒼白，脈搏不整而小，顏貌呈無慾狀，而現呼吸困難，偶爾痙攣，因急性肺水腫之結果，而由口中吐出泡沫，甚至混有血液，或突然起心動停止，而死亡者有之。

慢性中毒無臨床上之實見，不過因以動物試驗反復注射副腎素時則主動脈 Atherom 變性，而得想像於

人之慢性中毒耳。

處置 殆無法處置，樟腦注射等亦能奏效，唯有豫防靜脈內不注射副腎素而已，故當行皮下注射而避免靜脈注射，並須擇注射部位缺乏血管之大腿皮下等。

#### 第七 毒空木 (*Coriaria japonica*) 及莽草 (*Millettium religiosum*) 之中毒

毒空木之果實因為紫色而味甘，小兒屢屢有誤食之者，莽草 (*Millettium*) 之實小兒食之而中毒之例證亦多。因其均含有防己鹼 (*Picrotoxinum*) 類似之毒物，其症狀亦與防己鹼之中毒類似。

症候 防己鹼為特異之痙攣毒，故發特發性痙攣，而非如番木鱈鹼 (*Strochninum*) 中毒因外來刺激而起，而完全為自然者也，其他呼吸頻數且大，發現縮瞳、流涎、遲脈、發汗，甚至心臟靜止而死。

處置 痙攣用氣仿 (*Chloroformium*) 或水合三氯乙醛 (*Chloralium hydratum*) 可以緩解，宜以瀉藥、胃腸洗滌、食鹽水注入、茶及咖啡促進利尿，而使毒素排出。

#### 第八 一氧化碳之中毒 (*Kohlenoxydvergiftung*)

小兒之氣體中毒以一氧化碳為最多，由於燈用氣體之漏洩，或乳兒入於炬燵取暖而致窒息等，皆一氧化碳之中毒也。

症候 患者發現嘔心、眩暈、嘔吐、呼吸困難、昏睡、及抽搐。檢查屍體見皮膚各處有鮮紅色之斑點，檢查血液時見特有之吸收線。

處置 即將患兒移出戶外，或移至空氣流通佳良之場合，貼布芥子泥，使其吸入氧氣，行樟腦注射，又須行人工呼吸法。

曾有某女童中一氧化亞毒之實見，因其揮呼吸氣狹患，病室係土牆之一小室，以煤爐取暖，而致中毒，後移至空氣流通之木樓上，則症狀忽然輕退。

### 第九 酸及鹼之中毒 (Säure- und Alkalienvergiftung)

本症在家庭之小兒發於誤嚥工業或洗滌用之藥劑之際者居多。

症候 其症狀基於兩種藥劑之局部腐蝕作用，而大都吸收作用亦有關係者也。總之，接觸液體時被腐蝕極甚，其作用達於深部，破壞血管、食道、及胃穿孔者有之。初飲之液體其大半吐出，次嘔吐頻發，吐物由粘液、組織塊、及血液而成，此時訴局部之疼痛、疲憊、脈搏不良，有因內出血而陷於虛脫者。

其經過有即死之者，亦有經一、二日而起胃穿孔者。

總之，因鹼而起腐蝕之度較酸來者為強，故其貯留之痕或亦為強度，蓋酸與組織蛋白結合而成之酸蛋白，其實強固而不再溶解於酸；反之，鹼蛋白其質軟弱而難附着於組織，且能再溶解於鹼，故鹼易於侵入深部而且廣汎也。

處置 速施胃洗滌，酸中毒時與以酸性碳酸鈉水 (Natrium bicarbonicum)、煨製鎂 (Magnesia usta)



(二%)、肥皂水、蛋白水、牛乳等鹼中毒時以醋、檸檬酸、果實汁、牛乳等，有疼痛時，與以冰塊、塗布古柯鹼(Cocainum)食物須攝取冷却之流動物。

## 第十 汞中毒 (Quecksilbervergiftung)

汞中毒以昇汞中毒為最多。

症候 嚥下昇汞時，即由其局部作用而惹起腸胃症狀，即現嘔吐，發現痠痛，排出粘液血便，兼甚急峻重而類似赤痢，而大腸粘膜炎狀的里性之假膜及潰瘍。

經一晝夜之時間，則現吸收性中毒症，發汞毒性口腔炎，現流涎、齒齦之潮紅及潰瘍，而惹起腎臟炎，皮膚有生蓄微疹者，死時基於心臟衰弱。

使用多量甘汞時，有排出粘液血便者。

處置 以牛乳行胃洗滌，連續而行腸洗滌，並行食鹽水注入，施樟腦注射，現吸收作用時，以氫酸鉀溶液含漱，又當用茶及咖啡以圖利尿。

## 第十一 鉛中毒 (Bleivergiftung)

臨床上見急性者稀有，主見者為慢性中毒，而特以伶人、藝員用白粉者居多，有因母親及乳母之化粧而致乳

兒鉛中毒之報告（參看所謂腦膜炎條下）。

症候 患兒呈貧血、皮膚成污穢色，檢查血液關於赤血球有鹽基嗜好性顆粒及 Polychromatophilie 之發現（爲診斷之必要），齒齦現所謂鉛線，有鉛毒痠痛之發作，見腸硬結之症狀，其他發燒、骨神經麻痺、腦症狀、關節痛等，遂陷於惡病質。

處置 症候的治療用碘化鉀，鉛毒痠痛可用鴉片劑、莨菪。

### 第十一 磷中毒 (Phosphorvergiftung)

由小兒食含有黃磷之火柴時，或誤用多量鱈魚肝油時，而有生中毒者。

症候 服用多量時，則起急性中毒，通常二三時間發現胃窩之疼痛、嘔吐，將吐物置於暗處，則放磷光，又起腹瀉，陷於虛脫一二日而死亡。

大多爲亞急性中毒，即起營養障礙，尤以因肝臟、腎臟、心肌、血管、肌質、橫紋肌、及諸種腺之脂肪變化，而起肝臟肥大、黃疸、因血管破裂之粘膜、漿液膜及皮膚之出血、及胃腸炎，施行尿檢查時，得證明蛋白及膽色素之存在，解屍時類似取血症之所見，故與敗血症誤認者有之。

處置 以○·五%高錳酸鉀施行胃洗滌，催吐藥與以○·一乃至○·五之硫酸銅，或服用陳久之松節油，此時決不可投以乳汁及蓖麻子油等油脂，蓋此等油脂能溶解磷，而益易使其吸收故也。

### 第十三 砷中毒 (Arsenvergiftung)

砷中毒以亞砷酸 (Acidum arsenicosum) 爲最多，嘗含有亞砷酸染色料之玩具，或嚙下鱗齒所用之失活劑時所發生，又酒爾佛散及新酒爾佛散之中毒，其症狀與亞砷酸中毒相同，故亦應視爲砷中毒也。

症候 急性中毒起於嚙下多量之砷之際，有以心衰弱、譫語、昏睡、及急癇樣發作，而一時間內死亡者，大多發生稱曰所謂胃腸型而與霍亂類似之症狀（砷中毒類似霍亂，汞中毒類似赤痢），即現頑固之嘔吐、粥狀樣之腹瀉、渴感、腓腸痠、無聲、眼窩陷沒、青藍症、尿閉等。

慢性中毒發現胃腸、結合膜咽卡他、知覺障礙、兩側運動麻痺、精神機能之沈衰、肝臟、脾臟、心臟、及腎臟之脂肪變性，皮膚成污穢黑色，發生毛髮及爪之脫落等，而陷於惡病質。

亞急性中毒者，發昏睡、抽搐、脊髓性兩側麻痺等神經系統之症狀，如酒爾佛散中毒等，即爲屢屢所見者也。

處置 行胃腸洗滌，與以強心藥，又與以多量含糖氧化鐵 (Ferrum oxydatum saccharatum)，以期解毒。

### 第十四 氯仿中毒 (Chloroformvergiftung)

起於使用氯仿全身麻醉之際者，尤以哺乳兒對於氯仿之抵抗力甚小。

因麻醉而起心力微弱，或呼吸靜止時，即當通新鮮之空氣，牽出其舌，行樟腦注射及人工呼吸法，心臟部應用電流。

第十五 碘仿中毒 (Jodformvergiftung)

本症由創面應用碘仿而來者也，哺乳兒對於碘仿之感受性甚強。症候 現發疹、惡心、嘔吐、不安、苦悶、精神及神經之症狀。處置 從速由創面除去碘仿，與以多量之茶及咖啡，又須投用利尿藥。

第十六 碘中毒 (Jodismus)

與以多量之碘化鉀等碘劑時，或母親服用碘劑而分泌於乳汁中，乳兒有起中毒者。症候 榮養衰退而現瘦削，食慾不振，皮膚發癢，神經銳敏，發鼻卡他、心悸亢進、喉炎、枝氣管炎，而咳嗽頻出，又有起聲門水腫、發熱、惡病質等症狀者。

處置 禁止投用碘劑，可試行溫浴及發汗療法，用食匙與以穀粉煎汁，澱粉糊等，又當用食匙與以亞硫酸鈉三・〇、加蒸餾水一〇〇・〇比例之溶液。

第十七 溴中毒 (Bromismus)

連用溴化鉀等溴製劑時而起者也。因溴離子之排出甚緩慢，遂起蓄積作用也。故溴中毒為慢性者。

症候 發頑固之溴瘰癧或膿疱疹、鼻卡他、枝氣管卡他、結合膜炎、胃腸障礙、重症者陷於瘦削、惡病質、神經中樞之障礙而來記憶力減退、無慾狀態、及運動障礙。

處置 應投用食鹽水，依氯離子而驅逐溴離子，其他可照碘中毒之處置。

### 第十八 氯酸鉀之中毒 (Vergiftung des Kali chloricum)

起於含氯酸鉀 ( $KClO_3$ ) 而誤嚥下之際者也。

症候 本劑係劇烈之血液毒，吸收多量時，則形成變性氧化血色素，而起變性氧化血色素尿，尿成綠褐色，且含有多量赤血球之崩壞物，皮膚變為黃色或綠褐色，發現嘔吐，經一二日而發腎臟之症狀，遂起尿毒症而死亡者居多。

處置 有施胃腸洗滌，與以利尿藥、酸性碳酸鈉，施刺絡而得良效者。

### 第十九 石炭酸中毒 (Carbolvergiftung)

小兒誤飲時或由創面及皮膚吸收時而起。

症候 現頭痛、酩酊狀態、蛋白尿、汗腺及唾液腺之分泌增加，更多量時，則起痙攣、譫語、失神、虛脫及呼吸麻痺，

或由胃腐蝕之 *Stomatitis* 而死者有之，尿初爲綠色，但漸次則由表層而成暗綠色，是曰石炭酸尿。

處置 行胃洗滌，與以苛性石灰五・〇混於水四〇・〇之比例溶液一食匙，並與以牛乳、硫酸鎂，投用強心藥。

原著者曾見一小兒因其母親欲驅除蟻蟲，而行石炭酸之投服，以致小兒起中毒症之實驗，有頭痛、痙攣、失神、虛脫、現石炭酸尿，但幸而治癒。

## 第二十 安替比林等之中毒及副作用

服用多量安替比林 (*Antipyrinum*) 及安替非布林 (*Antifebrin*) 之際，或有特異質之小兒，有現中毒及副作用者。

症候 訴耳鳴、逆上、現所謂安替比林疹，發現鼻卡他、結合膜炎，有見嘔吐、惡心、或虛脫之症狀者，重症時則發現青藍症，起變性氧化、血色素者有之。

處置 中止投用藥劑，虛脫須投以興奮藥。

安替比林安替非布林之中毒，有數回之實見，通常以發疹爲主徵，中止以後服用，則發疹即消退。

## 第二十一 毒蛇咬傷 (*Schlangenbiss*)

彼蝮（俗名土灰蛇）或飯匙倩蛇咬傷時，即當洗滌咬傷，放置出血至一定度，以圖蛇毒之自然排出，用石炭酸、鉻酸（*Acidum chromicum*）、漂白粉（氯化石灰）（*Calcaria chlorata*）等腐蝕，若已吸收時，因圖利尿而施食鹽水之注入，茶及咖啡之飲用，障腦劑之投與，發汗療法，並當與以強心藥。

### 第二十一 肉中毒 (*Fleischvergiftung*)

有由魚肉、牡蠣肉等而致中毒者，乃基於蛋白質樣之分解產物之中毒也，發現腸胃症狀、發疹、虛脫等，力圖利尿、發汗，與以興奮藥。

### 第二十三 毒菌中毒 (*Pilzvergiftung*)

吾人皆知多數菌類等屢屢發生中毒，乃基於 *Muscarin* 或 *Cholin*, *Neurin* 等之毒性也。症候 大概可區別為三種：

胃腸型 現急性胃腸卡他之症狀，發現頑固之嘔吐及腹瀉者也。

霍亂樣型 現吐瀉、虛脫、譫妄、昏睡者也，剖檢所見屢屢有類似磷中毒者。

腦症型 發現散瞳、躁狂樣發作與沈鬱狀態交互發現，遂至起肌肉痙攣，又有因 *Muscarin* 之作則而起縮瞳、流涎、徐脈、腸蠕動亢進、虛脫者。



處置 豫後比較良好，非必致死亡，先行腸胃洗滌，有興奮狀態時，與以嗎啡，現虛脫則飲用茶、咖啡及行樟腦注射，對於 Muscarin 有抵抗作用之阿託品 (Atropinum) 不甚奏效，但對於有發揚狀態者危險。



# 第十四編 耳疾患 (Die Erkrankungen der Ohren)

## 第一 外耳先天性畸形 (Angeborene Missbildungen des äusseren Ohres)

外耳之先天性畸形，有其全部或耳輪一部之發育異常者；反之，有僅矮小，見其耳殼痕跡由軟骨、皮膚而成之突起者，耳殼全體無著明變態，僅耳小葉之破裂，有缺損者，爲所見較多者也。缺損症 (Coloboma)。

第百〇一圖 耳畸形  
(nach Frükwald)



第百〇二圖 耳殼畸形  
(nach Hegener)



先天性外聽道閉塞起於片側或兩側之際，通常同時兼有耳殼之發育不全，其閉塞雖有單由皮膚而成者，然大多皮膚下有骨質，前者手術容易，且能收效果也。

於耳輪尾等之前方，有瘻管之開口者，見有細小而乳脂樣之分泌物有之，時而開口部閉塞而形成囊腫。

### 第11 外聽道異物 (Fremdkörper im äußeren Gehörgang)

外聽道異物爲小兒屢屢所遭遇者也，異物如小石、小珠、豆類、金屬片、玻璃片、紙塊等是，有故意塞入者，有無意誤入者，亦有與其他小兒遊戲中而入耳內者，其他間亦有小昆蟲類飛入耳內者，就中以豆類入外聽道之後，漸次吸收分泌液等，膨大而刺戟以至續發炎症者不久。

症候 如爲紙塊等軟弱物，則不惹起何等症狀，僅訴閉塞之感、痒感而已，然其他則更有耳鳴、重聽等，且成反

第百〇三圖 先天性閉塞

(nach Pfaundler)



射症狀而起頭痛、眩暈、嘔吐、咳嗽、及噴嚏、嚥下困難等，間或不僅有發搖、痙攣，且屢屢現續發性外聽道炎。

耳內異物如濫摘出之，不但反益漸使其深入，且能損傷外聽道壁，破潰鼓膜，而有起中耳炎及其他續發疾患之恐，故須注意焉。

**療法** 對於小石、小珠、及豆類等圓形者，耳洗滌法為確實之良法，用鑷子或鉗子却有使異物送入深部之恐，故須避用之，耳洗滌須用微溫生理食鹽水或二%硼酸水，沿外聽道壁以吸收器 (Spoon) 注入耳內，異物因由鼓膜壁之逆流而流出，如一回不能成功，更應反復行之，對於如豆類在外聽道內而膨大之物，須先以酒精甘油之等分液點耳，使其縮小之後，又對於不整形者，可先滴入油類。

昆蟲類須先滴入洋橄欖油，使其死滅，然後除去，固著於外聽道壁或穿入組織者，不得不使用小銳鉤、鑷子等。上述之方法猶不能達到目的，唯有賴於手術而已，故切開耳翼附著線之後方，外由外聽道壁鑿開一部而摘出之。

### 第三 耵聍栓塞 (Cerumen Impaction)

外聽道之腺分泌甚多，耵聍即分泌物加以剝脫上皮、塵埃等而硬化，以致栓塞外聽道也，耳鏡檢查上得見褐色乃至暗褐色之塊。

症候 無所訴者居多，往往訴重聽、耳鳴、頭重之感，又有成反射症狀而惹起頭痛、咳嗽等者。

療法 滴下洋橄欖油或一%薄荷腦洋橄欖油，或以二%酸性碳酸鈉水加十%比例之甘油之溶液浸潤而軟解，以微溫水靜洗滌而除去之。

#### 第四 外耳濕疹 (Ekzem des äusseren Ohres)

外耳濕疹雖見於頭部、顏面等之際者居多，但單獨起者亦不少，發於有榮養障礙者、腺病質、梅毒、結核等者，續發於外聽道之損傷、外聽道癰瘡、慢性穿孔性中耳炎等者居多。

症候 外聽道有烈甚之搔癢，更有灼熱感、疼痛，濕疹糜爛性者居多，有漿液膿性之滲出液，或形成痂皮，又屢出血，周圍皮膚有腫脹、發赤、浸潤，而有小水疱散在，耳翼常不清潔。

尚有起慢性落屑症濕疹者。

療法 有慢性中耳炎及外聽道癰瘡者，須加以適當之治療，除去濕疹之根源。

對於濕疹用二%硼酸軟膏，二——五%氧化鋅軟膏，其他 *Tanninol* 軟膏，威爾遜氏軟膏 (*Unguentum Wilsoni*) 等，(參照皮膚疹患濕疹條下)，耳翼之濕潤性濕疹宜施一% *Alcol* 溶液之療法。

#### 第五 外聽道癰瘡、急性限局性外聽道炎 (*Gehörgangsfurunkel, Otitis externa circumscripta*)

*acuta*)

原因 外聽道受耳搔、指爪、剃刀等外傷，有化膿菌之感染而發者也，其他亦有續發於濕疹、化膿性中耳炎者，癰瘡蔓延而起蜂窩織炎者亦不少。

症候 屢屢發於哺乳兒，主訴疼痛，尤以壓迫耳珠或牽引耳翼，則增劇烈，又有食慾不振、發熱等，年長兒發耳鳴、烈甚之頭痛等，且屢屢頸部淋巴腺腫脹。

癰瘡於外聽道之前壁，或後壁，見一個或數個半球狀之腫脹，皮膚發赤，觸之疼痛，往往其頂點見有膿點，或已有膿汁之漏出，外聽道前壁之癰瘡，於淺在時，能於耳珠之前方見有浸潤，倘爾續發膿腺炎者有之。

療法 初期應以塗抹白降汞軟膏 (Unguentum Hydrargyri album) 或醋酸鉛軟膏 (Unguentum

Alumini acetici) 之脫脂棉施栓塞，稍加以壓迫為宜，並於耳部行溫罨法，可使疼痛減退，腫脹顯著增大時，以硼酸水、石炭酸水、醋酸鉍溶液等洗拭，耳部施溫罨法，更插入鴉片坐藥，以圖輕減疼痛亦可。

化膿雖屢屢自然破潰，但已見化膿時即當切開而排膿，則疼痛大為緩解。

#### 第六 擴汎性外聽道炎 (Otitis externa diffusa)

外聽道癰瘡之局在性而發擴汎性外聽道皮膚炎，症性腫脹，有漿液性乃至膿性之分泌，自覺訴耳痛，尤以因耳珠、耳翼之壓迫，牽引為強甚，其他有頭痛，屢屢兼發熱，犯及癰瘡之周圍組織時，則成蜂窩織炎，發現強烈之症狀，又有惹起腦膜炎者，屬於此種者，而須特加敘述者有二種：

(1) 哺乳兒擴汎性外聽道炎 (*Otitis externa diffusa der Säuglinge*) 因使哺乳兒入浴屢屢發生，浴水入外耳而惹起者也。浴水混於外聽道皮脂，由腐敗菌作用而生有臭氣之分泌，上皮細胞膨脹、剝離。

(11) 菌寄生性外聽道炎 (*Otitis externa parasitica*) 乃係絲狀菌就中尤以 *Aspergillus* 及 *Mucor* 屬寄生繁殖於不潔之外聽道壁而發生者也。

自覺症狀有刺甚之搔痒感，有少許之漿液性分泌，尙有訴輕度之疼痛、重聽者。檢查外聽道見有灰黃、灰綠乃至黑色之菌芝蕃殖，取其一部鏡檢，得證明具胞之絲狀菌。

療法 基於浴水而來之哺乳兒外耳炎，除去分泌物及剝離之上皮類敗物，用酒精洗滌，使其乾燥能迅速治癒，以後須預防勿使浴水再浸入耳內。

對於急性擴汎性外耳炎，耳部貼付冰壺，以硼酸軟膏、磷基魚石油酸鈹（魚石脂）軟膏等塗抹於外聽道腔。對於絲狀菌之蕃殖，先用3%硼酸水等洗滌之後，乃以無水酒精 (*Alcohol absolutus*) 1% 水楊酸酒精點耳，一日二回。

### 第七 急性中耳炎 (*Otitis media acuta*)

爲小兒屢屢所遭遇者，就中尤以初生兒及哺乳兒，爲應重視之一種疾病。

原因 續發於鼻卡他、咽喉卡他者最多，又續發於枝氣管卡他、肺炎、急性傳染疾病，例如麻疹、流行性感冒、百



日咳、狄扶的里、猩紅熱、水痘等，又在哺乳兒發生於消化不良之際者不少，於初生兒出產時因羊水竄入耳內而起者有之，其他梅毒、結核、佝僂病等亦有原因的關係，間有由異物等之鼓膜穿孔而起中耳炎症者。

細菌的原因，從來多數之研究，基於肺炎菌者占最多數，其他證明葡萄狀菌、鏈球菌、腐敗菌等亦有關係，續發於急性傳染病者，證明其特殊之病原菌，尚有基於是等混合傳染者，且有無菌性者云。

哺乳兒及初生兒頻發急性中耳炎之理由，基於其鼓室粘膜之抵抗薄弱，且此等幼稚者之歐氏管腔解剖上廣而且短，當吐乳、咳嗽之際，則病原體容易送於鼓室內故也。

症候 初生兒及哺乳兒之急性中耳炎尤當重視，其症狀不定，而不易推定為中耳疾患，與種種鑒別均感困難，初起時不但屢屢有理解為突然耳漏者，蓋時而無何等特殊之症狀，似有以耳漏起始故也，於其鼓膜穿孔而發耳漏以前，發見於乳兒之症狀，主為不安、不舒適，此等非獨為中耳炎所特有者，又以手舉耳邊、摩耳、振搖頭部，乃偶爾想及耳疾患者有之，且屢屢於哺乳時發現啼泣、食慾減退、吐乳。

通常有發熱，往往有缺如其他症狀而僅熱者，熱徐徐上昇，或突然昇至三十九度乃至四十度，為稽留性而疑為肺炎或傷寒者有之，但在衰弱之小兒，有不見發熱者。

兼消化器障礙者甚多，就中屢屢發現吐乳，此即與成人之中耳炎之異點，發於單純而無續發症之際，其他有食慾不振、腹瀉等，而起著明之羸瘦，又在哺乳兒呈腦症狀，而發痙攣發作、顏面搐搦、啼泣、吐乳、睡眠不安，又現嗜眠、意識瀾濁、項部強直等，則推想為腦膜炎者有之，此等症狀乃基於腦膜充血之刺戟症狀也，如此時鼓膜猶未穿孔，

未開排膿之途，遂致惹起腦膜炎云。

至鼓膜穿孔而排泄濃液，則隨耳漏之發現，一般症狀同時頓然輕快，不舒適、不安均消失，少啼泣，而變安靜，睡眠良好，吐乳、痙攣等症狀完全消失，且體溫同時急速下降，無其他併發症時，二三日內即復歸平溫為常規，然若穿孔小而排膿不充分之際，或更閉鎖時，則再現發熱、不安、不舒適、吐乳等症狀，數日以後乃感第二回穿孔者有之，凡營養不良兒，少有自然起鼓膜穿孔之傾向者。

年長兒發急性中耳炎之際，常訴強甚之耳痛，殊以夜間增劇，且其疼痛波及於頭部患側之頸部，其他有耳鳴、重聽、腦暈等，每常發熱，達四十度以上者不少，往往兼有惡寒、戰慄，至鼓膜穿孔而排膿時，則此等症狀著明輕減。

鼓膜穿孔之部位，雖不一定，然在後下方或前下方者最多，自發的穿孔時，一般之孔口細小，而排膿不充分者有之，有耳漏之期間概在一週間內外，短則數日，長則數週，有時達到月餘，營養佳良之乳兒及強壯之小兒經過短，營養不良者體質的疾患例如有結核、梅毒等者，互長久之時間。

續發於急性傳染病之中耳炎，有多少之特異點：

(一) 猩紅熱中耳炎，最為惡性，鏈球菌為其原因，概發於落屑期，鼓膜、鼓室乃至骨部起激烈之炎性變化，肉芽組織，又生壞疽而犯及深部者也，偶發可怖之全耳炎。

(二) 流行性感冒中耳炎，比較其他傳染病之中耳炎為多，而起特有之出血性滲出物，又大有起乳嘴突起炎之傾向。

(三) 麻疹中耳炎，與猩紅熱中耳炎雖呈同樣之病變，然其經過通常較猩紅熱者輕微，移行為慢性者不少。

(四) 狄扶的里性中耳炎，概發於一旦下熱之後，間發於疾病之旺盛期，一般由咽狄扶的里傳入歐氏管而發生，原發於中耳之狄扶的里者屬於少有。

(五) 傷寒續發中耳炎者，在小兒不多，通例為亞急性，而有粘液性滲出物。

併發症 發乳嘴竇蓄膿者，尤以在哺乳兒或初生兒較諸成人甚少。

反之，顏面神經麻痺為屢屢所見者，而起於中耳炎之初期，基於顏面神經鞘之充血，炎症浸潤及壓迫而起，輕度者數月乃至數週而治，其他現淋巴腺腫脹，尤以腮腺現疼痛性腫脹，又好併發外聽道炎。

幼小者之鼓室蓋、靜脈竇壁等薄弱，而炎症侵入顱內或受影響者不少，腦膜炎、靜脈竇炎、膿瘍等屢屢繼發於中耳炎，尤多續發於猩紅熱、麻疹、流行性感胃、狄扶的里之際，併發內耳炎者比較少有。

診斷 在幼少者，哺乳兒以無耳痛、耳鳴等之自訴而有中耳炎之疑者，固勿待論，有不明之發熱時，每常須行鼓膜檢查，但初生兒之外聽道頗狹小，行耳鏡檢查困難者居多，且有垢脂、疔瘡等等蓄積，則須先行除去之。

輕症時僅見鼓膜之粘膜炎層有充血，故能透視鼓室內之分泌物，鼓膜之色帶黃或青色，滲出物僅在鼓室之下部，而未充滿全部者，則能見滲出物線。

炎症強度時，則鼓膜之充血、潮紅強甚，時而呈其紅色，而向外聽道稍膨隆，不能見槌柄，短突起，且全體潤濁，化膿長久持續時，則有潤濁而充血消退。

鼓膜穿孔一般爲針頭大，多位於後下方，在前下方時，屢屢發見困難，請拭附著於附近之膿汁而觀察之，則能見膿汁由小穿孔搏動性流出，又啼泣時空氣由歐氏管通過，而於穿孔部見有氣泡之發生者，聞起罌粟粒大之穿孔，片側有疾患時，亦必須行兩側之鼓膜檢查。

關於分泌物之性質，初期屢屢爲漿液性而混和血液，近於終期則成粘液性，耳漏而帶粘液性者，則推測爲穿孔性中耳炎可也，純膿性之分泌，乃在炎症之隆盛期，漸次粘液含量增加，而有惡臭者，乃長時間疾患之存在也。

豫後 無併發症之中耳炎，一般經過良好，治癒亦比較急速，然胎留聽力障礙者不少，發育或榮養佳良之小兒，不論其症狀如何激烈，其豫後亦良好，且穿孔早而治癒迅速也；反之，有如榮養不良兒、梅毒、結核、佝僂病等體質疾患者，經過稍緩慢，而易移爲慢性中耳炎，則其豫後不良也。續發於肺炎及諸種急性傳染病之中耳炎，屢屢取不良之轉歸，尙鼻腔、咽有慢性疾患、腺增殖症者，多有再發之傾向。

療法及預防法 當鼻卡他、咽卡他、枝氣管卡他、麻疹及其他傳染病之際，鼻腔內滴下○·五%之硝酸銀溶液或稀薄之副腎素溶液，或行一%酸性碳酸鈉溶液之吸入。

炎症輕度者外聽道僅栓塞紗布，耳翼之上以二%硼酸水或一%醋酸鋁溶液施溫罨法，使其靜臥，有疼痛時以微溫之薄荷腦凡士林點耳，又內服非那西汀 (Phenacetin)、阿斯匹靈、安替匹林等，鼓膜充血、膨隆顯明而有耳痛、高熱之際，或充血雖少而滲出物之滯溜多，有起乳疔突起炎之恐時，則當速施鼓膜穿刺 (Paracentese) 而使膿汁排出。穿刺宜於鼓膜之後下部行之，此時外聽道之消毒以二%來沙兒 (Lyso) 溶液、千倍昇汞水、或三十

多之過氧化氫溶液清拭，次以碘酒塗布鼓膜面，然後穿孔，更爲促進滲出物排泄宜行 Politzer 氏式通氣法，或由外聽道之吸引法，但此等方法如不注意行之，則反爲有害也。

自然穿孔者或穿刺後，須每常清拭流出之膿汁，施以消毒紗布之栓塞，分泌著明時，一日交換四五回，漸次減少則一二回可也，而耳部須施行微溫療法，至炎症之旺盛消去而分泌著明減少，則用過氧化氫溶液塗布鼓膜面，或撒布硼酸末，而須避免洗滌之起外聽道炎、乳嘴突起炎等，則當施行對其相當之處置。

#### 第八 慢性中耳炎 (Otitis media chronica)

慢性中耳炎發於幼小者比較稀少，或續發於急性中耳炎，由初起時即取慢性經過者亦決不少，有虛弱營養障礙者、梅毒、結核等體質病，及其他鼻咽有慢性疾患者多見之，結核性中耳炎一般雖取慢性之經過，然於哺乳兒，則屢屢呈急性中耳炎之症狀。

症候 主要之徵候爲耳漏，或爲粘液性，或漿液性，或爲乾酪樣者，屢屢有惡臭，且一般訴重聽，行耳鏡檢查每常見鼓膜穿孔，其位置大體與急性炎時一致，孔口常大而其形不一，又結核性中耳炎以多發性穿孔爲其固有，鼓膜尤穿孔緣浸潤肥厚，鼓室粘膜有肉芽組織發生，而作大耳茸之形狀。

慢性中耳炎之際，每常全身之營養受障礙，而見體重減少者居多，一般不發熱，僅於發併發症時見之，又慢性中耳炎兼發感冒、咽峽炎、枝氣管卡他，而起急性發作者有之。

惹起乳嘴突起炎、外聽道炎、內耳炎、及顱內併發症者，比較急性中耳炎為多，尤以結核性中耳炎起結核性腦膜炎、全身結核等，而於短期經過之中死亡者不少。

療法 須除去中耳之滲出物，除去滲出物以洗滌法為宜，即以微溫之殺菌水、二%硼酸水二——三%石炭酸水、〇・〇一——〇・〇五之昇汞水、或二三滴福爾馬林 (Formalin) 加入一〇〇之殺菌水者洗滌，然後充分拭去而使其乾燥。

對於結核性中耳炎，有人推獎碘仿之吹粉者。有肉芽組織之發生者，塗布酒精、一%昇汞酒精、或碘酒，形成耳茸者，須用絞斷器除去之。

#### 第九 內耳炎 (Labyrinthentzündung)

內耳炎在小兒一般稀有，多續發於中耳炎，就中尤以結核性中耳炎、猩紅熱為多，又併發於流行性腦脊髓膜炎，其他繼發於顱腔之疾患，原發性者極為稀有也。

症候 固有之症候雖為眩暈、頭痛、眼球震盪等，然於哺乳兒承認眩暈者困難，只有眼球震盪症與頑固之吐乳，屢屢使人疑為本病，又肌肉緊張度呈變化者有之云，更有謂點頭痙攣與內耳疾患有關係云。

其他有疼痛、發熱，又往往併發顏面神經麻痺。豫後 即使治癒，亦難免陷於耳聾。

療法 有中耳炎者，須根治之，命其絕對安靜，頭部貼付冰囊，內服用碘化鉀，有須要外科處置者。

## 第十 聾啞 (Taubstumtheit)

聾啞有先天性者與後天性者，均由絕對的聾耳之結果而兼隨聾啞也。先天性之聾或由於蝸牛殼之發育不全，間兼有外聽道之閉鎖，或於胎內經過內耳之疾患而起。

惹起後天性之聾啞之內耳疾患，屢屢續發於流行性腦脊髓膜炎，或見於猩紅熱、麻疹、傷寒後之內耳炎，多在二歲乃至四歲之間，其他間有以先天梅毒、狄扶的里、流行性腮腺炎、百日咳、肺炎、及頭部外傷為起因者。

又於 Kreolin 病 (Krelinismus) 存在之地方，發見多數之聾啞者。

從來聾啞之遺傳即被重視，而隨兼 Krelinismus 及發育不全，由於內耳之缺損者，雖有遺傳的關係，然基因發於胎內或生後之內耳炎，其遺傳決不見於子孫者明矣。聾啞之統計上，一般男兒比較女兒為多。

診斷 觀察其對於影響之反應如何，在生後數週之初生兒即得診定者不少，然普通均不使人注意，在二歲乃至五歲，須興起於白癡之聽啞 (Hörstumtheit) 相鑑別者有之。





# 第十五編 眼疾患 (Die Erkrankungen der Augen)

## 第一 眼瞼炎 (Blepharitis)

小兒發生濕疹者甚多，好發於營養不良及腺病質者，有兼顏面濕疹而主要局部在眼瞼者，瞼緣糜爛及濕潤，而生痂皮，其下屢屢形成潰瘍。

炎症長久存在，則眼瞼緣肥厚，睫毛脫去，或萎縮而誘起外瞼症者有之，且每常兼有慢性結合膜炎。

療法 塗布白降汞軟膏 (Unguentum Hydrargyri album) 氧化鋅軟膏，1% 紅色一氧化汞 (Hydrargurum oxydatum rubrum) 凡士林，而施以糊帶，又施醋酸鉛水之冷罨法，有潰瘍者，則須拔去其中之睫毛，而以硝酸銀棒腐蝕之，又有人推獎除去痂皮，而以 1—11% 之 Pyoktanin 塗布者，其他當增進全身營養，有淚囊炎、砂眼等者，須講求其根治法。

## 第二 急性淚囊炎 (Dacryocystitis acuta)

本症為小兒屢屢所見者也，概由已存在之慢性淚囊炎而發，偶亦有特發者，淚囊部週圍形成蜂窩織炎。

淚囊部之皮膚發赤、腫脹，而有劇痛，進而顏面半側發現浮腫，經過二三日則淚囊部之皮膚破壞，而漏出多量

之膿汁，跡貽留淚囊癭，排膿後則疼痛頓然減輕。

療法 發見有慢性淚囊炎者，當從速治療，初期壓迫淚囊而排除蓄淚，由小淚管注入〇·二%昇汞水，已化膿者切開排膿，又須由創口以探條擴張鼻淚管之狹窄。

### 第三 慢性淚囊炎 (Dacryocystitis chronica)

續發於結合膜炎，尤以砂眼爲多，又起於有鼻腔之炎症、鼻茸等之際，初生兒有因鼻淚管之下口未開通而起淚囊炎者。

症候 流淚著明而淚囊部膨隆，壓迫時由淚點漏出膿樣乃至粘液樣之液汁，發急性炎或惹起結合膜炎，眼險炎者不少。

療法 常壓迫淚囊而防淚液之蓄積，內管部行硝酸銀或昇汞之點眼，又須送入波摩 (Pommon) 氏探條，以擴張狹窄，每日一回，每回二十分間，須先用小者，漸次增至大者。

### 第四 卡他性結合膜炎 (Conjunctivitis Katarhalis)

本症分急性與慢性；急性者好於春秋兩季併發於感冒、鼻卡他、枝氣管卡他或麻疹等；慢性者因塵埃、烟塵之刺激而生，又續發於眼瞼緣炎、急性結合膜炎。

症候 急性炎結合膜有刺戟灼熱感，並有羞明及眼瞼之重感，尤以夜間增惡；慢性時其症狀稍溫和。眼瞼結合膜強烈發赤、腫脹，有多量之分泌，又眼球結合膜一般充血為常例，慢性者分泌少，富於粘液，有乳頭顯著腫脹者。

急性卡他性結合膜炎於學校等處呈傳染性流行，有角膜惹起卡他性潰瘍者。

療法 對於急性炎以○·五%硫酸鋅水點眼，施醋酸鉛水之冷罨法，有疼痛時則須施溫罨法，膿分泌多時用○·五%硝酸銀水，一日一回點滴於眼瞼結合膜，點滴後即以食鹽水洗滌，眼瞼緣有炎症，則須塗布硼酸凡士林。

#### 第五 膿漏性結合膜炎 (Conjunctivitis blepharorrhoeica)

見於小兒者主為初生兒膿漏眼 (Blepharorrhoea neonatorum) (參照初生兒疾患)，乃分娩時因受淋菌感染而發，其結果失明者不少，有到學齡尤以女兒見膿漏眼者，初生兒除淋菌以外，由肺炎菌、大腸菌而惹起膿漏性結合膜炎者有之。

症候 急激爆發炎症，結合膜著明發赤，細胞浸潤強甚，腫脹肥厚，觸之硬固，一般發赤，自覺有灼熱、異常感，接觸眼瞼則訴劇痛，初有稠濁漿液性之分泌，次則為濃厚而稍帶黃色之膿汁，多量貯留，當張開瞼裂時，則如潮湧流出。

化膿愈進行，則疼痛稍輕減，眼瞼及結合膜之緊張亦輕減，然此時屢屢角膜有被侵犯之危險，由角膜潰瘍而起穿孔虹彩膜、水晶體等脫出之時，則致失明，又起全眼球炎者有之。

化膿漸次衰退，分泌物漸次帶漿液性，且量亦減少，結合膜之腫脹亦消退，經四週乃至六週而治愈，有致取慢性經過者。

**療法** 豫防方法，對於初生兒膿漏，分娩直後清拭後即用2%硝酸銀水點滴（Crede氏法），一眼已被犯時，其他之健全眼應先以昇汞水洗滌之後，以絨布脫脂棉封鎖，以防感染，又已被膿汁侵入之疑之小兒，須時時以硝酸銀水點滴，家庭內有淋毒性陰道炎之患者時，其指頭等須行嚴格之消毒。

固有療法，初期專施冷零法，充分洗滌分泌物，至化膿著明，則以二——4%硝酸銀液點滴於眼瞼結合膜，點滴後以食鹽水洗滌，此時貼付冷零法或冰囊，有輕減自覺症狀之效。

## 第六 狄扶的里性結合膜炎 (Conjunctivitis diphtheriae)

狄扶的里僅發於結合膜者稀有，屢屢發於三四歲之小兒，有隨咽狄扶的里流行者（參照傳染病編狄扶的里條下），其他併發於膿漏性結合膜炎者有之。

**症候** 發病急激，而眼瞼發赤腫脹，頗為硬固，又結合膜腫脹，充血雖少，但附有假膜，見有多量漿液性之分泌，重症者假膜厚而膿性亦強。

第 十 一 表

秋扶的黑性結合膜炎



水泡性結合膜炎



膿漏性結合膜炎



每常有發熱，有全身遠和，屢屢眼臉緣、鼻腔、口角有狄扶的里性斑點，又耳前淋巴腺腫脹者居多。經過進行則假膜剝脫而作創面，由肉芽組織之發生，遂形成癩痕。

療法 先須注射狄扶的里血清，僅一眼被犯時，須封鎖其他一眼，患眼以防腐液洗滌，並須施溫罨法。

### 第七 水泡性結合膜炎 (Conjunctivitis phlyctenularis)

屢屢發於腺病質之小兒，故有腺病性結合膜炎之別名，而同時有皮膚發疹、多發性淋巴腺腫脹者居多。疾候 接眼球結合膜之角膜緣之部分，發生灰白色之小結節或小膿泡疹，發一個或數個，或生多數之小者，而有血管輻湊之。

自覺症狀有羞明、流淚、刺戟症狀有見眼臉搖擻者，水泡疹擴大而形成深潰瘍，侵及角膜而穿孔，以致發生虹彩膜脫出者有之。

又同時有角膜泡疹者居多。

療法 行甘汞撒布（一日一回），刺戟症稍去，則以玻璃棒塗布一%黃降汞凡士林，輕由眼臉上摩擦，炎症強烈而分泌多量時，以一%硝酸銀液點眼。

增進小兒之營養，極為緊要，使其住居於空氣新鮮，光線充足之所，給以有滋養價之食物，服用魚肝油鐵劑等。



## 第八 砂眼、顆粒性結合膜炎 (Trachom, Conjunctivitis granulosa)

爲有著明之傳染性者，不論年齡，男女均可發生，然尤以小兒爲多，流行於小學校、育嬰堂，爲學校衛生上應注意之疾患也。

病原體雖猶屬不明，然存在於分泌物中甚爲明瞭，由指頭、手巾等媒介而被傳染。

疾候 結合膜之變化爲其固有，結合膜組織中現多帶黃灰白色之顆粒狀之新生物，偶有破潰者，稍進行乳頭隆起增殖，而至伏滅顆粒，且結合膜極爲肥厚，顆粒爲圓形淋巴細胞而成者，漸次變爲纖維，遂化爲癬痕組織焉。經過有慢性與急性兩種，急性砂眼結合膜之發赤、腫脹劇甚，又眼球結合膜稍有充血，有灼熱感、羞明、流淚等自覺症狀，分泌漸次帶膿性。

慢性砂眼其經過緩慢，雖均有羞明、流淚、眼瞼下垂等症狀，然一般輕微，如無併發症遂不訴自覺症者有之，而乳頭之增殖強度，得區別爲乳頭性砂眼 (Papillares Trachom) 與普通之顆粒性砂眼 (Körniges Trachom)。

慢性顆粒性砂眼爲一般所見者，初發生散在於結合膜而呈扁平灰白色之顆粒，殊以於穹窿部更爲顯明，後則乳頭膨脹，顆粒之一部被吸收，或破潰，此期間屢屢炎症烈甚，而有見膿樣之分泌物，進而入癬痕期，處處形成癬痕，遂及於結合膜全面者有之，有時結合膜變爲灰白色之膜，更進而結合膜、角膜均惹起乾燥性。

鑑別 參照濾胞性結合膜炎條下。

併發症 重症砂眼軟骨亦被炎性浸潤，眼瞼全部肥大，至癥痕期則軟骨、肌肉等萎縮，彎曲於內方，而起眼瞼內翻症 (Entropium)，反之，在炎症性腫脹強甚時期，有呈眼瞼外翻症 (Ectropium) 者，在角膜之併發症最常見者為血管翳 (Pannus)，又發生潰瘍。

療法 藥劑用一——二%之硝酸銀，尤以分泌多時更通用之，或以硝酸銀棒腐蝕，於末期分泌少時，以硫酸銅之結晶輕輕擦過結合膜，或用其水溶液點眼，起血管翳而刺戟強甚時，用冷霰法、阿託品、古柯鹼等。

手術療法施行亂切法，或以鑷子（有特殊之 Knapp 氏鑷子）壓碎顆粒，或用針尖、小匙等破壞之，其他有注射古柯鹼水於穹窿部，以西洋揚子擦過結合膜，或切除顆粒多之穹窿部等方法。

#### 第九 濾泡性結合膜炎 (Conjunctivitis follicularis)

本症流行於學校等處，由顆粒之形成，屢屢有誤診為砂眼者，然較砂眼則為善性，大多來於腺病質或貧血者。症候 一般取慢性之經過，有不發自覺症狀者，偶呈急激急性結合膜炎之症狀者有之。

在結合膜之變化，通常於眼瞼穹窿部並列有小形之水泡樣之小隆起，其周圍或全無炎症，或僅有單純之卡他，該濾泡在組織上雖與砂眼顆粒相同，但外見上濾泡為半透明之顆粒，而浮出於結合膜表面，而與乳頭無關，又不如砂眼顆粒之變為癥痕。

療法 急性症用硫酸鋅水或 0.5% 之硝酸銀水等。

第十 結合膜乾燥症 (Xerosis conjunctivae)

本症屢屢發於幼少之小兒，陷於營養不良者往往罹之，又發於麻疹、百日咳、肺炎之經過後，育兒院、棄兒院等患本病者甚多，更有續發於砂眼之瘰癧形成後，或險裂不閉症等者。

症候 結合膜之表面乾燥而呈白色，因無淚液而放一種光澤，輕症者不過於眼球結合膜之角膜外側見有乾燥之小斑點而已，但重症者則眼球結合膜廣汎乾燥，角膜亦呈乾燥症，而現薄之潤濁，且進而浸潤、化膿，遂至起角膜軟化症者有之，有時崩壞角膜而起急激之失明，眼球結合膜之他部現弛緩而成多數小皺襞。

自覺少有刺戟症狀，多數訴夜盲症，日中視力不異常，但同時有角膜乾燥症時，則有視力障礙。

療法 服用魚肝油，給以營養豐富之食物，如有腹瀉等狀，則須治療之。

眼須施行溫罌法，以保護之。

第十一 水泡性角膜炎 (Keratitis phlyctenulosa)

與水泡性結合膜炎相同，主要均發於腺病性體質者，故又有腺病性角膜之名，又發麻疹、傷寒之後，而續發於砂眼者有之。

症候 角膜之表面屢屢於其中部發一個或數個灰白色之點狀浸潤，接近角膜緣而呈充血，稱曰泡疹。

(Phlycten) 於病理解剖上乃角膜上皮與 Bowman 氏膜之間之圓形細胞之羣集也，後則侵入角膜實質內，經過一般短，雖短時之後即消退，但好再發，往往破壞而形成小潰瘍，潰瘍之後貼留白翳，時而發前房蓄膿症，間有潰瘍益漸深行而角膜穿孔，虹彩膜脫出而來其粘連症者。

多數細小泡疹 (Phlycten) 集生於角膜邊緣，有血管輻湊之者，則稱曰水泡性邊緣角膜炎，所謂芒把狀角膜炎 (Keratitis fasciculosa) 者，乃先於角膜邊緣生一浸潤或一潰瘍，此浸潤或潰瘍漸次進行於角膜中央，而血管亦隨之進行者也。

自覺症狀有劇甚之羞明，常畏光線而俯頭，眼肌有痠痛症，檢查時張開其眼瞼甚為困難，又流淚強甚，而眼瞼浸潤，因而惹起濕疹者不少，遺留角膜翳而障害視力者居多。

療法 刺戟症狀強甚，則用古柯鹼水或阿託品水點眼，施硼酸水之溫罨法，特殊療法即撒布甘汞，稍輕快者用 0.5—2% 黃降汞，凡士林少許點眼，由瞼上摩擦，眼瞼濕疹塗布白降汞軟膏或硝酸銀液，本症再發之傾向大者，則治癒後暫時須用甘汞撒布或黃降汞。

其他昂進一般身體榮養，以於新鮮之空氣中，內服強壯藥、滋養藥。

## 第十一 角膜實質炎 (Keratitis parenchymatosa)

本病為屢屢見於有先天性梅毒之小兒，而角膜起溷濁者也，在病理上為角膜實質之淋巴細胞所浸潤，或由

中央發生，或由周圍起始而及於中央，而於角膜周圍雖常有充血，但於內部有充血之處與不充血之處，其有血管性時，但與血管駁相異，於角膜緣與眼球結合膜血管，其連續完全斷絕。

刺戟症狀有毛樣痛、羞明、流淚等，但因時間不同而有輕重，有僅訴視力稍不明者，時而併發虹膜炎、脈絡膜炎，而致發生虹膜後粘連、瞳孔閉鎖症等者有之。

輕症時其瀾濁雖能完全消失，但重症者，特以中央部永久遺留而瀾濁也。

療法 初用阿託品 (Atropin) 點眼數回，見瞳孔散大後，一日一回點眼，施溫罌法，炎症減退後行黃降汞凡士林之塗入，更當施用驅梅毒法。

### 第十三 視網膜膠樣瘤 (Glioma retinae)

培爾 (Bell) 氏又稱曰黑內障性貓兒眼 (Amurotische Katzenauge) 多發於一歲乃至四歲之小兒，屢屢發於一家庭中數個小兒，通常雖侵襲一眼，但有逐次犯及兩眼者。

症候 最初之外觀，眼中見有帶黃白色之光輝，無其他症狀，此時檢查眼底，能證明有帶黃白色而凹凸不平之瘤，因瘤漸次發育，則眼內壓亢進，而呈綠內障之症狀，訴疼痛，瞳孔散大，至眼球外位之血管怒漲，瘤益漸發育時，或破潰鞏膜而蔓延眼窩內，或破潰前方角膜而成肉芽樣之新生物，露出於臉裂，或由視神經傳達而進入頭由，更至犯及他眼。

至後期遂起轉移於淋巴腺、腦、肝臟、腎臟等。

療法 早期行眼球摘出時，豫後或良癰已露出於眼球外者，須行眼窩內容摘出。



# 第十六編 皮膚疾患 (Die Krankheiten der Haut)

## 第 1 蕁麻疹 (Urticaria)

蕁麻疹屢屢發於小兒，就中尤以幼小者爲多，由種種之原因而發生，屢屢發於有腸胃障礙、腸寄生蟲者、食蟹、蝦、鱈魚、鰻等之後，又續發於昆蟲（蚊、虱、壁虱等）之咬刺，其他又起於血清之注射、或藥劑之內服、黃疸、腎臟炎之際，本病間有發於家族的遺傳性者。

症候 蕁麻疹爲丘疹樣之皮膚浮腫，卒然發生，其消退亦速，常兼有極甚之痒感，隨爪搔而起充血、浮腫，一般呈顯明之紅色，時而爲白色，唯周圍見有紅暈，其形狀及大小不定，而境界不明，又間有起水疱之形成者。

蕁麻疹在小兒，有成限局性之浮腫而發現者，屢屢見小兒之陰莖包皮卒現出浮腫，其他又現於於眼瞼，又起於咽、喉時，而起一時嚥下困難、呼吸困難者有之。

所謂皮膚標記症 (Dermographismus) 者，亦不外爲人工蕁麻疹之一也。

本症之發生概爲急激，健康者特於夜間突然發生，其消滅迅速，而於數分乃至數時之後已無痕跡，且屢屢爲發作性返覆發現，而兼發熱者有之，又數日前現不快感等前驅症者亦有之。對於急性間有持續性者，此種發疹中屢屢見有色素之沈著。



療法 判明有消化障礙、腸寄生蟲等原因者，則除去之，又當以蓖麻子油、甘汞等，以通暢大便，食物選植物性爲宜。

局部治療，塗布一——五%薄荷腦酒精、二%石炭酸酒精、或醋、燒酸、或撒布氧化鋅澱粉，其他亦可應用石炭酸氧化鋅軟膏，頑固時試行來沙兒浴，其他內服用安替比林、水楊酸鈉、碘劑等。

慢性持久性者，轉地療法可也。

## 第II 痒疹 (Prurigo)

痒疹發於幼小之時期，取慢性之經過，有及壯年期始得治癒者，通例有蕁麻疹之前驅。

症候 爲有激烈瘙癢之小丘疹，主發現於四肢之伸側，所謂痒疹性小結節 (Prurigo-knötchen) 者，乃帽針頭大或麻實大之扁平隆起，呈淡紅色或皮膚色，觸之能明知其境界，形成之水泡或膿疱如遇爪搔，則貽褐色之色素。

初發多在下腿伸側，上行而達大腿，更進而及前脛，上脛之伸側，但較下肢輕微，而不發於膝關節、肘窩、鼠蹊窩、手掌、足趾。

往往有痒疹者，見股部淋巴腺鼠蹊腺等之腫脹，稱曰痒疹性橫痃 (Prurigo-bubonum)，不疼痛，又決不化膿，而取慢性之經過。

診斷 四肢尤以下脛伸側有著明之小結節、色素沈著、爪痕等、而膝關節窩則完全健態、又有無痛性淋巴腺腫脹、主訴有劇烈之痒感、屢屢在夏季增惡、在冬季有消退之傾向、間亦發於春秋二季、取極慢性之經過。

小兒蕁麻疹苦癬之初期、雖與本病相同、然不如痒疹僅限於伸側、又不起色素沈著、皮膚浸潤、淋巴腺腫脹、濕疹多發於屈側、在伸側甚少。

療法 痒疹不易使之完全治癒、因痒疹而患者睡眠被障礙者不少、不可不處置適當而謀輕快。

使其朝晚入浴一次、用來沙兒浴、糖浴、又以〇・一六%水楊酸溶液行纏絡、外用藥用茶酚

(Beta-naphthol) 軟膏、威爾遜氏軟膏 (Unguentum Wilkinsoni) 等。

處方例：

茶酚 (Beta-naphthol)

白陶土 (Bolus alba)

鯉魚皂 (Sapo Kalinus)

豚脂 (Adeps suillus)

第四百〇四圖 痒疹  
(nach Feer)



1.0—11.0

10.0

110.0

70.0

右每晚塗布一回，塗布後上蓋敷布類。

處方例：（或爾爾氏軟膏）

昇華硫 (Sulfur sublimatum)

110.0

木焦油 (Picis Liquidae)

110.0

御肥皂 (Sapo Kalinae)

40.0

凡士林 (Vasolin)

40.0

白陶土 (Basis alba)

5.0

夏季增惡之痒疹，轉地療養於山間清涼之地，則大為輕快；然歸家即再發為常規。內服藥服用魚肝油、二碘化鐵糖漿等，於發疹期須與以腸消毒藥。

### 第三 小兒蕁麻疹樣苔癬 (Lichen urticatus infantum, Strophulus infantum)

為頻發於哺乳兒或幼小者之痒疹性皮膚病，再發後又再發，故互數年之久。

症候 粟粒大乃至豆大之蕁麻疹樣之丘疹，散在性存於軀幹四肢，或集簇性發生，有淡紅色或鮮紅色之外暈，時而有小水疱，有被搔破而結血痂者。

痒感尤以夜間劇烈，精神過敏，好涕泣，屢屢有不能安眠者，亦如痒疹多於夏期增惡，屢屢四季均存在，間有反於冬季增劇者，如此至四五年則自然根治為常例，且有往往因之而發痒疹者。與痒疹之鑑別參照痒疹條下。

療法 注意食物，對於哺乳兒之牛乳飲量，稍加限制為宜。

對症療法施行來沙兒浴、鈉浴、糖浴等，一日一回，更於就寢前塗布樟腦酊、二%薄荷酒精、石炭酸氧化鋅糊膏等，對於著明者須行二——五%萘酚豚脂之塗布。

#### 第四 糜爛 (Intertrigo)

為小兒就中尤以哺乳兒屢屢所見者，發於皮膚互相接觸、摩擦之部分，尤多見於陰股皺、大腿內部之皺襞、肛門周圍、項部、腋窩等處，多發於皮脂分泌過多之小兒，不注意育兒之衛生，為其最大之誘因。

如娶妻而產子，使其赤子發生本症者，夫則抱饑饉之觀念。

症候 皮膚著明發赤，且濕潤而有惡臭之分泌物，觸其表面或受布片等物之摩擦，則有疼痛，移為糜爛性濕疹，或生特殊之細菌傳染，而哺乳兒陷於衰脫者有之，又有為內臟疾患之一徵候而發現者。

療法 豫防方法，哺乳兒應時常沐浴，用糖或刺戟少之肥皂洗去皮脂，就中須特別注意尿利便通之始末，用十分軟粗之便紙，有尿利便通之處即須除去，以溫水清拭，更當撒布氧化鋅澱粉，圖其乾燥。

固有療法，已發生著明糜爛時，以一%醋酸鉛溶液或三%硼酸水洗拭後，塗布氧化鋅澱粉，其他用一%水楊酸洋橄欖油、一%安息香酸洋橄欖油、石灰亞麻仁油 (Calcariæ-Oleum Lauri) (等分) 等之油劑亦可。

重症者用〇·二五乃至〇·五%磺基魚石油酸鋅泥膏，五——一〇%鞣仿泥膏 (Tannofornu Pastas)

等之塗布。

有其他內科疾患者，則須治療之。

### 第五 濕疹 (Ekzema)

濕疹爲小兒皮膚病中所見最多者，尤好犯哺乳兒、幼齡之兒童，其發生有一部素質的關係者也，屢屢來於滲出性體質、腺病質之小兒，又好發於有消化器障礙、貧血、腎臟炎等者，而直接外來的原因基於種種之皮膚刺戟，例如霉法、藥液之吸入、芥子泥、諸種膏藥（萬金膏、伴創膏、汞軟膏等）、碘酒、粗製磺基魚石油酸鈹、石炭酸、昇汞、及某種肥皂等而誘發，其他因日光、火氣、及摩擦、搔破等器械的刺戟而起者有之。

症候 濕疹爲皮膚之卡他性炎症，發潮紅、腫脹，而形成小水疱、丘疹、膿疱等，常兼有搔痒感，可區別爲急性濕疹與慢性濕疹兩種。

急性濕疹有病勢急激而發熱者，皮膚最初固兼搔痒之潮紅，不分明之紅斑，增加且融合，而呈多少之腫脹，〔紅斑性濕疹 (*E. erythematosum*)〕，且發散在性罌粟粒大乃至粟粒大之小丘疹〔丘疹性濕疹 (*E. papulatum*)〕，次於此紅色小丘疹之頂點生小水疱〔小水疱性濕疹 (*E. vesiculosum*)〕，病勢更進時，則水疱變爲膿疱〔膿疱性濕疹 (*E. pustulosum*)〕，膿疱互相融合，且破壞而呈赤色糜爛〔糜爛性濕疹或赤色濕疹 (*E. madidans s. E. rubrum*)〕，次則乾燥而形成黃色之痂皮，時而有出血而結血痂者〔結痂性濕疹 (*E. crustosum*)〕。

此時發膿癩疹者不少，此為炎症消退，而分泌減少時，痂皮剝離，成枇糠樣落屑（鱗屑性濕疹 *(E. squameum)*）而治愈，或由水疱性濕疹不增進而水疱乾固，炎症消退而潮紅腫脹消去，早達落屑期而全治者有之，然多數因其原因反復，一時傾於消滅者，更為增惡，一進一退，遂致皮膚起浸潤肥厚，至起慢性濕疹，而通常呈鱗屑期之狀態焉。濕疹雖身體任何部位均能發生，但小兒尤以屢屢生於顏面、頸部，其療法煞費苦心者不少，又因部位不一而有多少之特異點也。

頸部濕疹 (*E. capilliti*) 屢屢為濕潤性、結痂性而結脂漏性結痂或黃褐色顯性之痂皮，剝離之，則見赤色濕潤面，毛髮由膿汁而粘連，且有腐敗分解而放惡臭，又後頸部、頸部等之淋巴腺起炎性腫脹，時而化膿，輕症時頭之全部或一部發鱗屑性濕疹，皮膚潮紅，有極甚之癢，而見枇糠樣落屑，取慢性經過者居多。

小兒之頸部濕疹，由頭虱所惹起者不少。

顏面濕疹 (*E. faciei*) 尤多見於幼小兒，因哺乳兒之顏面皮膚薄弱，而皮脂分泌旺盛，加以流淚、鼻涕、唾涎等刺戟甚多，故屢屢被犯，殊以初發於兩頰，而起濕潤糜爛性、結痂性濕疹，更蔓延於眼瞼、鼻孔、口唇、前額、頸部等，甚則顏面全呈浮腫狀，眼瞼不能張開，鼻孔被痂皮閉塞，而起呼吸及哺乳困難者有之。眼瞼發生濕疹則著明浮腫，又兼有結合膜炎，耳部多見有濕潤性濕疹，兼發耳翼腫脹，化膿性外聽道炎者居多，又繼續凍瘡而發慢性濕疹者有之。

頸部於肥滿小兒之皮膚皺裂發摩擦濕疹 (*E. intertriginosum*)，軀幹於腋窩、臍圍、肛門圍、鼠蹊部、股陰部好發汗疹性濕疹 (*E. sudamen*)，摩擦濕疹、濕潤性濕疹等，小兒陰囊有起急性濕疹者，四肢多發於關節窩，痒疹

性濕疹多發於下腿，

冬季所謂「皸」而屢屢發於小兒之手甲者，卽慢性紅斑性鱗屑性濕疹也。

小兒顏面濕疹爲最不快者，因搔痒劇烈，顏面與枕、蓆、被褥摩擦，不安多啼泣，而礙睡眠者不少，又兼有腸胃症狀者多，往往遇麻疹、肺炎、急性卡他等發病時，而濕疹一時減退者有之。

哺乳兒榮養過剩而肥滿者，主發濕潤性、結痂性濕疹；羸瘦者有現乾性濕疹之播種性之傾向，而濕疹見之新陳代謝機能一般雖未見著明之變化，然據阿新埃姆氏謂：對於糖分尤以麥芽糖之同化作用減少，給以富於碳水化合物之食物時，則發現一時糖尿云。其他對於鹽素之新陳代謝發生異常者，似有見於滲出性體質之關係云。

療法 濕疹之症狀有多種，須注意對於各型應施以適當之局所療法，若不顧適當處置而濫行之，反爲增惡病症，並使經過遲延者，亦非絕無，且當相俟施行全身療法，而不可不首先除去內的外的促其發生之原因也。

全身療法，對於小兒濕疹重要者爲榮養療法，其原則有二點：第一爲避免體重之過剩增加，第二爲限制食物牛乳減量是也。牛乳榮養兒無顯著榮養障礙時，牛乳之飲量隨情形而減量，而與以粘膏汁或澱粉煎汁代價之，以補充卡路里價之不足，或有時給以脫脂乳亦可，生產後六月以後之小兒，未見其他異常者，數週間完全廢用牛乳，而與以殼粉煎汁、粘滑汁、果實汁、果實、新鮮之蔬菜等；母乳榮養兒減少哺乳回數，一日減成四回，三月以後者，充分監視之下減爲三回，更可與少許之粘滑汁、鷄卵及肉羹汁屢屢認爲有害。

芬克爾斯坦 (Finkelstein) 氏謂：減少牛乳中之鹽類之濕疹汁 (Laktosemuppe) 用於六月以後之哺乳兒



有效云。

濕疹汁之製法 即以牛乳一公升中加入一茶匙之 *CaCl<sub>2</sub>* 置四十二度之熱水加溫三十分鐘，則乾酪素及脂肪相凝固，而與乳精分離，以分離之乳精一小部（二〇〇公分）與加一茶匙之薄荷滑汁八〇〇公分，攪拌而以毛篩濾過者也。

濕疹汁須使用於生後六月以後之哺乳兒，陷於營養障礙者，羸瘦者亦當禁忌用之。

年長之小兒須選用淡白之食物，鹽魚類、辛味等能增進瘡痒故不宜給與之。

又須避日光、風、熱氣之刺激，使其住於清靜之室內，於炎症、濕潤、膿疱、結痂等著明時，應完全禁忌沐浴，於紅斑期、丘疹期、鱗屑期等，在醫師監督之下使其溫浴或藥浴（糖浴、來沙而浴等），浴後施用撒布藥，切不可指爪搔搔。

當施局所療法時，必須避免小兒之爪搔，剪短指甲或以布片纏絡，或若上肢固定於軀幹或臥床亦可，而局所用之藥劑，隨時期、症狀而有差別，然大體方針，於濕性者用糊劑（Paste），對於稍乾性者或乾性濕疹，則用軟膏等，又於臨床上雖見治癒，但仍當暫時續行療法。

初期之紅斑性濕疹撒布氧化鋅澱粉、氧化鋅水楊酸澱粉等，或用二%水楊酸或硼酸精洗滌之後，乃撒布一〇%硫酸鋅滑石等。

對於已形成小疱者或摩擦濕疹，塗布氧化鋅洋橄欖油（等分）為宜，瘡痒劇甚者用5% Turmentol，分泌強甚時用一%硝酸銀水一日塗布一至二回，於中間時間以撒布劑或糊劑，此時如皮膚炎症強甚，則其上以三%

硼酸水、1% 間苯二酚 (Resorcinum) 水等施冷霉法，主由丘疹而成者，須塗布3% 石炭酸氧化鋅糊。對於顏面濕疹之紅斑性及丘疹性者，塗布羊毛脂泥膏，其上施以撒布藥。

處方例：(土肥氏羊毛脂泥膏)

氧化鋅 (Zinci oxydati)

二四・〇

澱粉 (Amyli tritici)

一四・〇

水楊酸 (Acidi salicylici)

一・〇

羊毛脂 (Lanolin)

五〇・〇

右外用。

小兒最多之膿痂性濕疹，須先除去其痂皮，有髮部或顏面塗布油劑而行霉法，加以纏絡，通常用洋橄欖油浸於法蘭絨或棉布，平均蔽於結痂，其上敷以薄棉布，更於頭部被以紗布帽，顏面則以綳帶纏絡之，如此油劑纏絡早晚交換之際，有使痂皮軟解較早或痂皮消毒之效者，實用3% 之過氧化氫溶液 (Liquor Hydrogenii peroxydati) 或水楊酸油。

處方例：

水楊酸 (Acidi salicylici)

一一・〇

Ol. Rhicinae

四〇・〇

洋橄欖油 (Oleum Olivarum)

六〇・〇

軟緩之痂皮以棉探條、鑷子等除去之，然後貼用5% 硼酸軟膏、Tumenol 軟膏、海拔那氏軟膏 (Hebrasche

Salbe) 或威爾卿氏軟膏 (Unguentum Wilkinsoni)。

處方例 (Tulmenol 軟膏)

Tulmenol

10.0

硝酸鉍 (Bismutum nitricum)

10.0

氧化鋅 (Zincum oxydatum)

10.0

藥軟膏 (Unguent. simplic)

100.0

右外用。

處方例 (海拔那氏軟膏)

單鉛軟膏 (Emplastrum Lithargyri)

等分

淨橄欖油 (Oleum Olivarum)

右外用。

處方例 (威爾卿氏軟膏)

氧化鋅 (Zincum oxydatum)

5.0

安息香酸 (Acidum benzoicum)

1.0

豚脂 (Adops suillus)

30.0

右外用。

頭部有著明之鱗屑性濕疹時，則用昇華硫。

處方例：

昇華硫 (Sulfur sublimati)

3.0

各論 第十六編 皮膚疾患

單軟膏(或豚脂)(Ung. simple)(Od. Adeps sullus)

110.0

右一日一回塗擦頭部。

處方例:

昇華硫(Sulfur sublimati)

11.0

氧化鋅(Zinc. oxydat.)

0.6

安息香酸豚脂(Acidi. benzoici Adeps sullus)

110.0

右頭部塗擦。

對於急性頭瘡用左列處方:

處方例:

氧化鋅(Zinc oxydat.)

5.0

Turmenol

3.0

安息香酸(Acidi. benzoici)

1.0

豚脂(Adeps sullus)

110.0

右頭部用。

鱗屑性濕疹及慢性濕疹用木焦油酊、木焦油酒精(二——五%)或威爾聯氏軟膏。

處方例:(威爾聯軟膏)

木焦油(Picis liquidae)

10.0

昇華硫(Sulfur sublimati)

10.0

滑石(Talcum)

5.0

綠肥兒 (Eapo viridis)

110.0

豚脂 (Adipis suilli)

110.0

右外用。

用內服藥整調腸胃，有便秘者則須用甘汞等以謀通利，對於慢性濕疹用亞砷酸鉀溶液 (Liquor Kali arsenicori) 有效者不少。

有每年於一定期發疹增惡者，此種可於期前使其轉養於空氣新鮮之地方。

### 第六 脂漏性濕疹 (Eczema seborrhoicum)

主發於小兒之頭部，尤以顛頂部、後頭為著明，見有乾性秕糜樣之落屑，然屢屢有厚脂肪樣物質之固著者，剝離之雖殆有呈常皮之狀態，然每常皮脂腺之分泌多，而皮膚易於潮紅。

頭部脂漏屢屢下行而侵眉毛、睫毛、蔓延於背面、肩胛部、腋窩部，於無髮之皮膚發現，鱗屑性而大小不同之圓斑樣發疹，或融合而呈種種之形狀，一般雖兼搔痒，但隨部位而有輕重。

療法 頭部脂漏之結痂著明者，用一〇%昇華硫軟膏，乾燥後用焦木油膏為宜。

處方例：

沈澱硫 (Sulfur praecipitatum)

5.0

氯化鋅 (Zincum oxydati)

11.0—5.0

各論 第十六編 皮膚疾患

豚脂 (Adipis snulli)

五〇〇

神香膏膠 (Balsamum, peruvianum)

〇・五

右類都用。

## 第七 多形滲出性紅斑 (Erythema exsudativum multiforme)

本病多發於春秋兩季，其原因雖未明瞭，然可推定為一種傳染性疾患。

症候 急性屢屢發熱，皮膚現紅斑樣之發疹，前驅症狀有現頭痛、倦怠、咽峽炎、食慾不振等者。

皮疹於上下肢尤以手背、足甲，對側發生帽針頭大乃至扁豆大之圓形鮮紅色斑，而由皮膚而隆起，有輕微之搔癢、灼熱感，以指頭或玻璃片壓迫之，則紅色消退，其大漸次增加時，中央雖稍陷沒而成蒼紅色，但周邊猶呈鮮紅色，漸次增大而如手掌大，又與隣接者互相連接，而現環狀、蛇行狀等，時而呈蕁麻疹樣之外觀，〔蕁麻疹樣紅斑或苔癬 (Erythema urticatum s. Lichen urtiatus)〕更發水疱，間有出血者。

始於手背、足甲之皮疹，屢屢及於手掌、足趾，進達四肢之伸側，甚至達於軀幹、顏面，往往口唇、頰粘膜、咽、結合膜等發鮮紅色乃至暗紅色之斑、結節、或水疱，水疱破潰而現出糜爛面，不發熱者不少，熱型不定，而偶爾關節起疼痛、腫脹，又見淋巴腺腫脹、尿白尿者有之。

經過 通例為一二週，偶有長久持續者。

療法 塗布氧化鋅油，如蕁麻疹樣紅斑之搔癢強烈者，當施硼酸水、醋酸鋁溶液，或醋酸鉛溶液之濕布卷法，

對於口粘膜紅斑使其含漱3%過氧化氫溶液、2%氯酸鉀溶液、或一萬倍高錳酸鉀溶液、糜爛者塗布5%銘酸溶液、內服藥與以水楊酸鈉。

#### 第八 結節性紅斑 (Erythema nodosum)

本症爲一定發於下肢之紅色結節，先發現於下腿，大如豌豆、鳩卵大、乃至鷄卵大，表面平滑，其色初呈鮮紅色或桃紅色，有自發性疼痛及壓迫疼痛，雖加壓亦不褪色，隨經過時間由暗赤色而變爲青紅色、黃色等，而漸次褪色。

結節互不融合，其數不過數個，但屢屢多發，數日之後漸次縮小，通例經八日乃至二週則完全吸收，而稍留顯明之痕跡。

全身症狀，前驅已有發熱，屢屢與發疹達於高度，以後則下降，其他有全身違和、食慾不振、頭痛等，且通常殆四肢關節例如膝關節、腕關節、足關節、發腫脹、疼痛，往往見有肋膜炎、肺炎、蛋白尿等併發症。

豫後 一般佳良。

療法 塗布 Ichthyol, Thionol, Thigenol 等，高舉下腿，或貼布灰白軟膏。  
內服給以水楊酸鈉、阿斯匹靈、金雞納等。

#### 第九 藥疹 (Arzneiexantheme)



有先天性或後天性特異質，或由藥品之內服、外用而發諸種之皮疹。雖從來無害，但有突然發疹者，亦有內服無異常，但由外用而發者，其皮疹非為一種，大多為紅斑性發疹，更有發小水疱、丘疹、蕁麻疹、紫斑、結節膿痂疹等者，茲僅述二三種重要者如左：

(I) 安替比林疹 (Antipyrinexantheme) 概為有紅暈之淡褐色乃至黑褐色之圓形或橢圓形者也，其大小不同，而屢屢互相融合，其他有起水疱而兼發熱者，更有發紫斑、蕁麻疹等者，又發如全身中毒症狀之重症者有之。

安替比林疹之好發部位為口唇、口圍、眼瞼、鼻孔、肛圍等。

(II) 溴疹 (Bromexantheme) 屢屢見於小兒，或為薔薇疹樣之紅斑，而散在於軀幹，或為溴瘡瘡 (Bromakne) 而生粟粒大乃至豌豆大之暗赤色小丘疹，膿疱成生而被黑褐色之結痂，呈特有之外觀，更有成紅褐色之結節者，主發現於下肢，烈甚時上肢、顏面、肩胛部等亦發生，而訴癢疼痛。

(III) 碘疹 (Jodexantheme) 常見者為碘瘡瘡 (Jodakne)，為小豆大、豌豆大之紅色小結節，其頂點包含有膿，其他又發蕁麻疹、水疱、紫斑等，或此等合併而發者有之。

(四) 汞疹 (Quecksilberexantheme) 為與毛囊一致而生之赤色丘疹，而形成毛囊炎 (Follikulitis)，尚為濕疹性者不少，又發紅斑、水疱、膿疱等，於粘膜有見與汞毒性口內炎不同之紅斑、小水疱者。

(五) 金雞納濕疹 (Chininexantheme) 與全身中毒症狀同時發生散發性之紅斑，又見有如丹毒之皮膚

而一般薄紅浮腫者。

療法 此事藥疹停止使用原因之藥劑時，雖能漸次消褪，然往往經過長久，局所療法須隨其症狀而施以對症的療法。

### 第十 初生兒天疱瘡 (*Pemphigus neonatorum*)

發於初生兒，爲胡桃大或更大之水疱，屢屢周圍有紅暈，其中藏有輕濁之液汁，小者表面緊滿，大者弛緩，其被膜極爲薄弱，故易破裂而露出糜爛之基底面，或成白色之痂皮而附著於其周圍，部位散在性發於顏面、軀幹、四肢等。

本病起傳染性流行，有其他併發症而現熱發等全身症狀者有之。

療法 每日以加高錳酸鉀之水洗浴，頻回撒布氧化鋅滑石或次沒食子酸鈣，或貼用硼酸軟膏。

### 第十一 傳染性膿痂疹 (*Impetigo contagiosa*)

乃好發於小兒之急性膿痂疹，因觸接而由身體之一處轉發於他處，又傳染於他人。

症候 顏面、手足等形成水疱，由帽針頭大、豌豆大漸次變鳩卵、鵝卵大，初起透明而內容爲淡黃色，遂至成濁濁膿汁，沈澱於基底，於周圍見有細炎性暈，被膜頗菲薄，易於破裂而露出水疱底，否則水疱之內容徐徐吸收，被膜

萎縮成灰白色之痂皮而膠著，在顏面屢屢多數密生於口唇及鼻之周圍，成環狀而發生。

水疱經四五日後則消失，遺留一時之色素沈著，於水疱形成之時間，有輕微之痒感、灼熱感，而於作痂皮之際，則痒痒增加。

因以指爪搔破皮疹，即爪搔其他之健康部而能傳播各處，故不發於手指不能達到之肩胛部等為通例，由濕疹、蕁麻疹、苔癬而惹起膿痂疹者不少。

診斷 水疱通常孤立於健康之皮膚面，其內容透明，或僅下垂部潮濁，痂皮菲薄而有傳染性。

療法 行油劑纏絡而軟解之後，塗布二%白降汞軟膏或氧化鋅油，又須注意勿使內容流於其他部分，而以殺菌棉吸取之，然後貼付硼酸軟膏而包以綳布。

## 第十一 剝脫性皮膚炎(Dermatitis exfoliativa)

據利特爾氏曰：剝脫性皮膚炎發於幼少之哺乳兒，為滲出皮膚炎而起廣汎之上皮剝落者也。

症候 最初來一般性皮膚充血，尤以初發於口圍，而速達於全身，發現多數之小水疱，次因皮膚乳嚙體發生浮腫，而表皮與真皮連絡斷絕，其接續變疎鬆，因摩擦或其他之機會而起廣汎之上皮剝離，以致曝露下方之炎性面。

在顏面尤以口唇周圍有浮腫樣之皮膚浸潤，而形成放線狀之裂創等，而呈形似遺傳梅毒兒之像者有之。其

他結合膜、口腔粘膜炎、鼻孔等之粘膜炎，亦同時呈同一之病變者有之。

無其他併發症時，屢屢經過無熱，惹起敗血症者不少，其死亡率據利特爾氏統計約爲五〇%云。

療法 以醋酸鋁溶液之稀薄溶液施濕布纏絡，炎症劇烈之部分塗布三%硝酸銀液。

### 第十三 凍瘡 (Pernioles, Frostbeulen)

由秋季至冬季好發於小兒之手足、耳翼等處，尤多發於貧血、腺病質性者，此不外爲限局性之凍傷也。

症候 發紅斑性之鬱血，浮腫狀隆起，而呈紫色，有中央部現蒼白色者，皮膚菲薄而訴強甚之搔痒，尤以夜間

於被褥中溫暖時搔痒增加，白有訴灼熱感、疼痛者，屢屢發生水疱，又因爪搔破潰而形成潰瘍者有之，〔凍瘡性潰瘍 (Pernio ulcerans)〕

療法

豫防方法，貧血、腺病質者須強壯體格，獎勵溫泉浴、海水浴，服用魚肝油、鐵劑，又於秋冷之際，用手套、足

袋溫包之，更常用醋、柏齊 (Bazze) 氏水等，並試行局部浴。

已發凍瘡者，則用碘酒、盧戈耳氏液 (Solutio Lugoli) 或左列諸劑：

據余之實驗，碘酒最爲有效，但不適用於已早潰瘡者，固不待論。

處方例：

樟腦 (Camphora)

1.0

白陶土 (Bolus alba)

40.0

亞麻仁油 (Oleum Lauri)

二〇・〇

秘魯香膠 (Balsamum peruvianum)

一・五

處方例：

樟腦油 (Oleum camphoratum)

二・〇

羊毛脂 (lanolini)

一〇・〇

甘油 (Glycerini)

一〇・〇

處方例：

魚石油 (Cethyol)

一・〇

間苯二酚 (Resorcinum)

一・〇

鞣酸 (Acidum tannicum)

五・〇

水 (Aqua.)

三〇・〇

處方例：

碘酒 (Tinctura Jodi)

二・〇

石炭酸 (Acidum carbonicum)

一・〇

鞣酸 (Acidum tannicum)

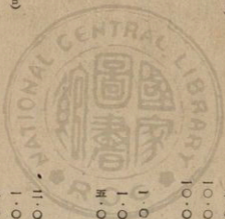
二・〇

羊毛脂 (lanolini)

三〇・〇

潰瘍性凍瘡貼用一%次沒食子酸鉍 (Bismutum subnitricum) 軟膏、一〇%磺基魚石油酸鉍軟膏等。

第十四 多發性癬瘡 (Furunkulose, Multiple furunkel)



陷於虛弱或營養障礙之哺乳兒，有見發多數之癩瘡，尤以發於頭部者，或不僅頭部而發於全身，隨切開則隨新生，小兒極為衰弱。

症候 初發現紅色隆起之小結節，軟化迅速，一二日後即成小膿瘍，如豌豆大乃至胡桃大，破潰後排洩比較多量之膿汁。小兒常成不安，睡眠不安，哺乳兒極為減退，且兼有胃腸障礙者居多，皮膚蒼白，營養益漸被障害，現不字型之發熱者多。

療法 各小膿瘍先以酒精，次以昇汞水消毒清拭，用尖刀切開而排膿之後，更施行消毒，而輕包以綳帶，入昇汞液、高錳酸鉀溶液浴亦可，限於頭部者屢屢用水枕有好影響，又注意全身狀態，整理腸胃，復歸營養亦關緊要。

## 第十五 白癬 (Herpes tonsurans)

十歲以下之小兒尤屢屢發於頭部，因白癬菌 (Trichophyton tonsurans) 之寄生菌而起，俗稱白雲是也。症候 僅發生於頭之有髮部，多為圓斑形，而被灰白色之鱗屑，毛髮失去光澤，牽引之則易切斷，自覺症狀有

第百〇五圖 頭部多發性癩瘡

(nach Hecker)



瘙癢感，間有濕潤、膿疱疹之形成，其時稱曰蜂窠樣白癬，形成深腫蕩狀之結節，由膿疱而起結痂者。

取白癬部之毛髮於顯微鏡下檢之，則能見密生於毛幹周圍之菌芽胞。

療法 治療頭部白癬，先剪短毛髮，以鉀肥皂洗滌，而塗布木焦油酊、硫黃軟膏、5%間苯二酚等。

處方例：

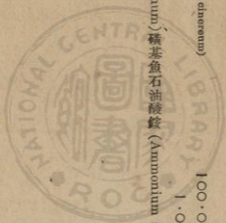
汞軟膏(Ung. Hydrargyri cinereum)

100.0

醋酸(Acidum aceticum)

1.0

尚有驅蟲豆素(Chrysarobinum)、檉基魚石油酸銨(Ammonium sulfioichthyolicum, Ichthyol)等亦奏效。





- Taenia nana, 那那絲蟲 ... 416  
 Taenia saginata, 無鈎絲蟲... 419  
 Taenia solium, 有鈎絲蟲 ... 417  
 Tannoform Pastas, 鞣仿泥膏 ... 485  
 Taubstummheit, 聾啞... 467  
 Telemann, 泰雷曼氏 ... 405  
 Teratom, 畸形瘤 ... 203  
 Tetanie, 帶答尼 ... 322  
 Therapie der Nephritiden, 腎臟  
 炎之療法 ... 367  
 Thorakozentese, 穿胸術 ... 199  
 Thymolum, 麝香草酚 ... 415  
 Thyreoglobulin ... 131  
 Thyreoidin ... 131  
 T. medicanellata, 無鈎絲蟲 ... 419  
 Torpide form, 遲鈍型 ... 231  
 Torpide Idiotie, 遲鈍性白癡 ... 236  
 Torpide Reaktion, 遲鈍反應 ... 215  
 Trachom, 砂眼 ... 475  
 Transposition der grossen Ge-  
 fässe, 大血管轉位症 ... 12  
 Traube, 特勞培氏 ... 21  
 Tremor, 振顫 ... 131  
 Trichina spiralis, 旋毛蟲 ... 411  
 Trichocephalus dispar, 雜蟲 ... 411  
 Trichophyton tonsurans, 白癬菌 ... 501  
 Trombidium ... 439  
 Trommelstockfinger, 鼓棒狀指... 2  
 Trommelschlägelfinger, 鼓棒狀指 ... 2  
 Trommer'sche Reaction, 特隆默  
 爾氏試驗法 ... 60  
 Trousseau'sche phänomen, 特羅  
 索氏現象 ... 341  
 Tuberculosenserum, 結核血清 ... 222  
 Tuberkulin A. F., 無蛋白結核菌素 ... 222  
 Tuberkulose, 結核症 ... 209  
 Tumenol 軟膏 ... 458  
 Tumor cerebri, 腦瘤 ... 264  
 Tybus bovinus, 牛結核菌 ... 226  
 Typus bovinus, 牛結核菌型 ... 210  
 Typus humanus, 人結核菌型 ... 210
- U**
- Ulzeröse Endocarditis, 潰瘍性心  
 內膜炎 ... 15  
 Ung. Ammonium Sulfoehyoti-  
 cum, 蘇酸基魚石油酸亞軟膏 ... 145  
 Ung. Hydrargyri rubrum, 紅降  
 汞軟膏 ... 253  
 Ung. Wilkinsoni, 威爾遜氏軟膏 ... 436  
 Urachus, 胎生時尿管 ... 401  
 Uraemie, 尿毒症 ... 356  
 Urticaria, 蕁麻疹... 481
- Ueberrumpelungsmethode, 吃驚  
 療法 ... 348
- V**
- Veilstanz, 舞踏病... 334  
 Verengerung und Divertikelbil-  
 dung der Harnröhre, 尿道之狹  
 窄及憩室形成 ... 401  
 Vergiftung des Kali chloricum,  
 氯化鉀之中毒 ... 451  
 Vergiftungen, 中毒症... 441  
 Vinum malaga, 馬拉加酒 ... 192  
 Virchow, 威爾學氏 ... 233  
 V. Noordens Haferkur, 諾爾頓氏  
 之燕麥療法 ... 62  
 Vorbereitungscur, 準備 ... 423  
 Vulvo-vaginitis, 陰門陰道炎 ... 395  
 Vulvovaginitis gonorrhoeica, 淋  
 毒性陰門陰道炎 ... 395
- W**
- Walker 氏 ... 375  
 Wardalol, 發爾達伊扶爾氏 ... 210  
 Wassermann, 乏色曼氏 ... 133  
 Weber, 韋柏氏 ... 270  
 Weil, 維爾氏 ... 166  
 Werdnig, 佛賴氏 ... 308  
 Wickmann, 威克曼氏 ... 298  
 Widal, 里達氏 ... 226  
 Widal Reaction, 韋達反應 ... 282  
 Wolf-Eisner-Calmettesche Oph-  
 thalmoreaktion, 佛爾夫愛司賴  
 耳卡爾美忒氏眼反應 ... 215  
 Wolffscher Gang, 佛爾夫氏管 ... 402  
 Worm-Müller, 伏窩牟勒氏 ... 64  
 Wutkrämpfe, 憤怒癲擊 ... 340
- X**
- Xanthopsie, 黃視症 ... 442  
 X-Bein, 外彎脚 ... 88  
 X-Beine, X 脚 ... 75  
 Xerosis conjunctivae, 結合膜乾  
 燥症 ... 477
- Z**
- Zerebrale Zirkulationsstörun-  
 gen, 腦血行障礙 ... 274  
 Ziehl Gabbet 染色法 ... 281  
 Ziehl Gabbet 氏法染色 ... 370  
 Zielbewusste Nichtbeachtung... 348  
 Zuckerharnruhr, 糖尿病 ... 60

- Sattelnase, 鞍狀鼻 ... 242
- Säuglingsskorbut, 哺乳兒壞血病 ... 53
- Säuglingssyphilis, 哺乳兒梅毒 ... 242
- Säure- und Alkalienvergiftung, 酸及鹼之中毒 ... 446
- Scharlach-nephritis, 猩紅熱腎臟炎 ... 355
- Schaudin, 蕭定氏 ... 239
- Schachteton, 紙屋音 ... 172
- Schieke-Hamburger, 喜克漢堡該爾氏 ... 234
- Schistosomum 類 ... 429
- Schistosomum japonicum, 日本住血吸蟲 ... 429
- Schlangenbiss, 毒蛇咬傷 ... 452
- Schrumpfniere, 萎縮腎 ... 365
- Schulanaemie, 學校貧血 ... 32
- Schwere Form, Pseudokrups, 重症喉卡他假性結核布 ... 151
- Scorbut of infants, 小兒壞血病 ... 53
- Sekundäre Reaktion, 二次反應 ... 215
- Senator 氏 ... 375
- Sensible Störung, 知覺障礙 ... 346
- Septische Pleuritis der Neugeborenen, 初生兒敗血性肋膜炎 ... 195
- Serofibrinöse Pleuritis, 漿液性纖維素性肋膜炎 ... 197
- Serteriwasser, 炭酸水 ... 188
- Sharco-Raiden, 沙爾夫賴登氏 ... 45
- Sherman, 射曼氏 ... 212
- Sklerosen des Zentralnervensystems, 神經中樞系之硬化症 ... 272
- Skoliose, 側彎 ... 74
- Skoliose, 脊柱側彎 ... 118
- Skorbut, 壞血病 ... 53
- Skrophuloderma, 皮膚腺病 ... 228
- Skrophulose, 腺病質 ... 228
- Skrophulöse Reaktion, 腺病質性反應 ... 215
- Skrophulöse Reaktion, 腺病性反應 ... 234
- Skrophuræ ... 228
- Sogenannte Meningitis, 所謂腦膜炎 ... 285
- Seg. Steppergang, 鵝狀步行 ... 309
- Soleilsche probe, 鎖賴爾氏法 ... 64
- Solitærtuberkel, 孤立結核 ... 264
- Solutio Lugoli, 盧哥爾氏液 ... 142
- Solutio Lugoli, 盧戈耳氏液 ... 499
- Spasmophilie, 痙攣質 ... 322
- Spasmophile Diathese, 痙攣性素質 ... 322
- Spastische Lähmung, 痙攣麻痺 ... 302
- Spätsyphilis, 晚發性遺傳梅毒 ... 248
- Spermatische Infektion, 精液性傳染 ... 209
- Spina bifida, 脊椎破裂 ... 292
- Spina bifida occulta, 隱匿性脊椎破裂 ... 294
- Spinale Form, Poliomyelitis, 脊髓痲痺脊髓前角炎 ... 299
- Spinal-neuritische Atrophie, 脊髓性神經炎性萎縮 ... 309
- Spina ventosa, 風棘 ... 230
- Spiritus Ammoniae aromaticus, 小茴香氨酒精 ... 179
- Spirochaeta pallida, 梅毒螺旋體 ... 239
- Spoid, 吸收器 ... 457
- Springwurm, 蛭蟲 ... 409
- Spulwurm, 蛔蟲 ... 406
- Stadium der grauen Hepatisation, 黃色肝變期 ... 182
- Stadium der roten Hepatisation, 赤色肝變期 ... 182
- Standert, 人名 ... 8
- Status epilepticus, 癲癇症狀 ... 267
- Stellway'sches Symptom, 瞬目運動之減少 ... 131
- Sternberg 氏 ... 11
- Sterotypie ... 329
- Stelzuor, 施德爾刺納氏 ... 119
- Stern, 斯忒恩氏 ... 62
- Stimmritzkampf, 聲門痙攣 ... 324
- Stöltzner, 施德爾刺納氏 ... 70
- Stridor congenitus, 先天性喉狹窄 ... 154
- Strongyloides stercoralis, 糞蟲 ... 415
- Strophulus infantum, 小兒疳癆疹樣苔癬 ... 484
- Struma, 甲狀腺腫 ... 131
- Struma supraraenale, 副腎腺瘤 ... 370
- Strümpell, 斯特盧門伯爾氏 ... 258
- Stubenanaemie, 墊房貧血 ... 32
- Subkutane Reaktion, 皮下穿刺反應 ... 215
- Suggestion, 感應作用 ... 348
- Sulfonalum, 索佛拿 ... 345
- Sylvius 氏導水管 ... 787
- Sylvius 氏溝 ... 277
- Syn. Anaemia splenica, 班脫氏病 ... 133
- Syphilis, 梅毒 ... 239

## T

- Tabes dorsalis, 脊髓癆 ... 305
- Tabesspasmodique, 痙攣性脊髓癆 ... 264
- Taenia echinococcus, 鉤兒絛蟲 ... 421

Polynukuläre Hypoleukozytose, 多核白血球減少 ... ..	34
Pomom 氏探條 ... ..	470
Popper, 波拜爾氏 ... ..	298
Potain 氏吸引器 ... ..	199
Pottsche Buckel, 波特氏龜背 ...	305
Pravas, 卜拉瓦池氏 ... ..	22
Probepunktion, 試驗的穿刺 ...	199
Proletarieranämie, 貧民貧血 ...	32
Prurigo, 痒疹 ... ..	482
Prurigobubonen, 痒疹性膿疔 ...	482
Pruringoköntchen, 痒疹性小結 節 ... ..	482
Pseudoappendicitis hysterica, 假 性歇斯里的盲腸炎 ... ..	346
Pseudodulbärparalyse, 假性球麻 痺 ... ..	263
Pseudohormaphroditismus femi- ninus, 女性假性半陰陽 ... ..	402
Pseudohormaphroditismus femi- ninus internus, 內女性假性半 陰陽 ... ..	402
Pseudohormaphroditismus mas- culinus, 男性假性半陰陽 ... ..	402
Pseudokrise, 假性牙利 ... ..	186
Pseudokrapp, 假性枯骨布 ... ..	151
Pseudoleukaemie, 假性白血病 ...	48
Pseudomicrocephalie, 假性小腦 症 ... ..	291
Pseudopleuritisches Symptom von Pins, 平斯氏假性肋膜炎症 候 ... ..	21
Pseudotetanus, 假性破傷風 ...	330
Pseudotumor, 假性瘤 ... ..	347
Psoriasis palmaris, 手掌乾癬 ...	87
Psychisch-epileptische Aquiva- lente, 精神症癲癇 ... ..	332
Psychische Therapie, 精神療法	348
Püfwa, 浦夫瓦氏 ... ..	32
Pulmonalstenose, 肺動脈狹窄 ...	11
Punctio pleurae, 穿胸術 ... ..	199
Pupura fulminans, 電擊性紫斑病	41
Purpura haemorrhagica, 出血性 紫斑病 ... ..	38
Purpura, 紫斑病 ... ..	38
Purpura abdominalis, 腹性紫斑 病 ... ..	41
Purpura rheumatica, 假麻質斯 性紫斑病 ... ..	37
Purpura simplex, 單純性紫斑病	37
Purpura urticans, 蕁麻疹性紫斑 病 ... ..	37
Pyelo-cystitis, 腎盂膀胱炎 ... ..	390
Pyocephalus, 膿腦 ... ..	283
Pyoktanin ... ..	469

## Q

Quecksilberexanthem, 汞疹 ... ..	496
Quecksilbervergiftung, 汞中毒 ...	447

## R

Rachischisis, 脊樑破裂 ... ..	292
Rachitis, 佝僂病 ... ..	69
Rachmaninow 氏 ... ..	374
Ralix Senegae, 美遠志 ... ..	179
Ramsbotham 氏 ... ..	8
Reefschläger 氏 ... ..	7
Relative Lymphozytose, 比較的 淋巴球增多 ... ..	34
Remer, 拉麥氏 ... ..	192
Reprise, 吸氣性啼泣音 ... ..	217
Resina Guajaci, 達香木脂 ... ..	58
Resolution, 融解期 ... ..	182
Respiratin ... ..	221
Retentio testis, 辜丸停留症 ...	397
Retinitis leucaemica, 白血病性 網膜炎 ... ..	46
Retropharyngealabscess, 咽後膿 瘍 ... ..	145
Retrovisceraler Spaltraum ... ..	147
Rhinitis acuta, 急性鼻卡他 ... ..	135
Rhinitis chronica, 慢性鼻卡他 ...	137
Richard Pott 氏 ... ..	7
Rigidität, 硬強 ... ..	260
Rippenresektion, 肋骨切除術 ...	300
Rohrer 氏 ... ..	374
Rosenbachsches Phaenomen, 羅 孫巴赫氏現象 ... ..	344
Rosenbachsches Tuberkulin, 羅 孫巴赫氏結核菌素 ... ..	222
Rosenkranz, 佝僂病性念珠 ... ..	74
Rückenmarkstumor, 脊髓瘤 ... ..	307
Rückfälle, 再發 ... ..	247
Rudolf Pollak, 威多爾夫波拉克氏	54

## S

Säbel 狀 ... ..	126
Sacks, 薩克斯氏 ... ..	316
Sahli, 薩里氏 ... ..	43
Salvarsan, 薩爾佛散 ... ..	251
Santoninum, 山道年 ... ..	408
Santoninvergiftung, 山道年中毒	442
Sarcoptes scabiei hominis, 疥癬 蟲 ... ..	434
Sarcom, 肉瘤 ... ..	265

- Osteomalazie, 骨軟化症 ... 76, 122  
 Osteoporose, 骨組織症 ... 70  
 Otitis externa circumscripta acuta, 急性限局性外聽道炎 ... 458  
 Otitis externa diffusa, 擴汎性外聽道炎 ... 459  
 Otitis externa diffusa der Säuglinge, 哺乳兒擴汎性外聽道炎 ... 460  
 Otitis externa parasitica, 菌寄生性外聽道炎 ... 460  
 Otitis media acuta, 急性中耳炎 ... 460  
 Otitis media chronica, 慢性中耳炎 ... 465  
 Ovaräre Infektion, 卵性傳染 ... 209  
 Oxyuris vermicularis, 蛻蟲 ... 409  
 Ozäna, 臭鼻症出 ... 157
- P**
- Pachymeningitis interna haemorrhagica, 出血性內硬腦膜炎 ... 275  
 Pädonephritis, 小兒腎臟炎 ... 365  
 Panus, 血管翳 ... 476  
 Papilläres Trachom, 乳頭性砂眼 ... 475  
 Paracentese, 鼓膜穿刺 ... 464  
 Paragonimus 類 ... 426  
 Paragonimus Westermani, 肺絛 ... 428  
 Paralysis douloureuse, Chassaignac, 疼痛性肢麻痺 ... 320  
 Paraplegie, 兩側性麻痺 ... 304  
 Parasiten im Kindesalter, 小兒寄生蟲 ... 405  
 Paroxysmale Haemoglobinurie, 發作性血色素尿 ... 57  
 Parrottsche Pseudoparalyse, 巴羅氏假性麻痺 ... 246  
 Patellartänzen, 膝蓋跳動 ... 13  
 Pavor nocturnus, 夜驚症 ... 341  
 Pediculus, 虱 ... 437  
 Pediculus pubis, 陰毛虱 ... 438  
 Pediculus vestimenti, 衣虱 ... 438  
 Peitschenwurm, 鞭蟲 ... 411  
 Peliosis rheumatica, 俄麻質斯性紫斑病 ... 37  
 Pellakiurie, 尿頻影症 ... 393  
 Pelletierienum, 石榴皮鹼 ... 425  
 Pemphigus neonatorum, 初生兒天皰瘡 ... 497  
 Pemphigus syphiliticus, 梅毒性天皰瘡 ... 242  
 Penishypospadie, 陰莖下尿道破裂 ... 401  
 Penis-Skrotalhypospadie, 陰莖陰囊下尿道破裂 ... 401
- Pepiculus capilis, 頭虱 ... 438  
 Perez 氏 ... 233  
 Pericardialverwachsung, 心包粘連症 ... 23  
 Perikarditische Pseudolebercirrhose, 心包炎性假性肝硬變症 ... 23  
 Pernio ulcerans, 凍瘡性潰瘍 ... 499  
 Peripleuritis, 肋膜外層炎 ... 202  
 Perniones, 凍瘡 ... 499  
 Pes equinus, 尖足 ... 90  
 Pes valgus, 外翻足 ... 96  
 Petri, 培特利氏 ... 406  
 Pfeiffer, 普滋斐氏 ... 144  
 Pfeiffer'sches Drüsenfieber, 腺熱 ... 144  
 Phenylglykorazon ... 61  
 Phenylhydrazin hydrochloricum, 氫苯胺茶脒 ... 61  
 Phenylhydrazin Probe, 苯脒試驗法 ... 61  
 Phimose, 包皮 ... 396  
 Phlyctæon, 疱疹 ... 230  
 Phlyctæon, 疱疹 ... 478  
 Ph. m. completus, 完全男性假性牛陰陽 ... 402  
 Ph. m. externus, 外男性假性牛陰陽 ... 402  
 Ph. m. internus, 內男性假性牛陰陽 ... 402  
 Phosphorvergiftung, 磷中毒 ... 448  
 Phthisis pulmonum, 肺結核症 ... 222  
 Pierococinum, 駒已鹼 ... 445  
 Pika, 嗜異症 ... 33  
 Pirquet, 彼爾開氏 ... 36, 56  
 Pirquetsche Kutanreaktion, 彼爾開氏皮膚反應 ... 213  
 Plaques, 結膜斑 ... 243  
 Plazentäre Infektion, 胎盤性傳染 ... 209  
 Pleuritis, 肋膜炎 ... 194  
 Pleuropneumonie, 肺膜肺炎 ... 181  
 P. Lucas Championniere 氏 ... 166  
 Pneumonia fibrinosa, 纖維素性肺炎 ... 180  
 Pneumonia migrans, 遊走性肺炎 ... 186  
 Pneumopleuritis, 肋膜肺炎 ... 201  
 Polencephalie, 孔腦症 ... 259  
 Polioencephalitis acuta, 急性腦灰白質炎 ... 258  
 Politzer 氏式通氣法 ... 465  
 Polizer, 波利池耶爾氏 ... 139  
 Pollakiurie, 頻尿症 ... 346  
 Polychromatophilie ... 32  
 Polyneuritis, 多發神經炎 ... 321  
 Polyneuritische Form, 多發神經炎症 ... 290

- Moebius'sches Zeichen, 麥彼烏  
斯症 ... .. 132
- Möller, 麥列博士 ... .. 127
- Mongolismus, 蒙古人型白癡 ... 297
- Mongoloide Idiotie, 蒙古人種性癡  
呆 ... .. 297
- Monoplegia brachialis, 上肢單  
癱 ... .. 269
- Monoplegia cruralis, 大腿單癱 ... 269
- Monroi 氏孔 ... .. 287
- Monti, 蒙提氏 ... .. 117
- Moral insanity, 道德狂 ... .. 296
- Morbus Addisonii, 愛迪孫氏病 ... 351
- Morbus Banti, 班尼氏病 ... .. 133
- Morbus Basedowii, 巴西多氏病 ... 181
- Morbus maculosus Werlhofii, 威  
爾華夫氏紫血病 ... .. 38
- Moro, 摩羅氏 ... .. 36
- Moroche Salbenreaktion, 摩羅  
氏軟膏反應 ... .. 215
- Motorische Störung, 運動障礙 ... 346
- M. Peroneus, 腓骨肌 ... .. 315
- M. Radialis, 橈骨肌 ... .. 315
- M. Serratus, 鋸齒肌 ... .. 315
- M. Thiemich, 提味席氏 ... .. 296
- Mucor 屬 ... .. 460
- Müller 氏 ... .. 9
- Müller, 味萊爾氏 ... .. 299
- Multiple Furunkel, 多發性癰  
瘡 ... .. 500
- Mundkapsel, 口囊 ... .. 413
- Muscarin ... .. 453
- Muskelatrophien, 肌肉萎縮 ... 308
- Muskeltrophinellen, 肌肉旋毛蟲  
412
- Müva 氏 ... .. 374
- Muzin, 黏液素 ... .. 145
- Myelitis, 脊髓炎 ... .. 304
- Myelitis acuta spinalis, 急性脊  
髓炎 ... .. 304
- Myelocoele, 脊髓結尼亞 ... .. 202
- Myelose, 骨髓病 ... .. 52
- Myocarditis, 心肌炎 ... .. 24
- Myotonia congenita, 先天性肌弛  
緩症 ... .. 303
- Myxoedem, 黏液水腫 ... .. 130
- N**
- Nabelrachusfistel, 臍尿管瘻 ... 401
- Natrium sulfuric, 硫化鈉 ... .. 286
- Nedder, 勒特爾氏 ... .. 194
- Neisser, 萊薩爾氏 ... .. 395
- Nenoforn ... .. 139
- Neo-Salvarsan, 新薩爾佛散 ... 252
- Nephritis bei Ernährungsstö-  
rungen der Säuglinge, 哺乳兒  
營養障礙之腎臟炎 ... .. 365
- Nephritis bei kongenitaler Sy-  
philis, 先天梅毒之腎臟炎 ... 367
- Nephritis suppurativa, 化膿性腎  
臟炎 ... .. 369
- Nephrophages sanguinarius, 咳  
腎血蟲 ... .. 433
- Nephro-phthise, 腎臟結核 ... .. 370
- Nervöse Asthenopie, 神經性眼睛  
疲勞 ... .. 343
- Nervöse Störungen des Herzens,  
神經性心臟疾患 ... .. 26
- Neuralgien, 神經痛 ... .. 320
- Neurasthenie, 神經衰弱 ... .. 343
- Neurin ... .. 453
- Neurogloma ganglionare, 神經  
節細胞神經膠瘤 ... .. 265
- Neurose, 神經症 ... .. 392
- Neurotische Form der progres-  
siven Muskelatrophie (Pero-  
nealmyositis), 神經性進行肌肉萎縮  
(腓骨神經型) ... .. 309
- Neu-tuberkulin, 新結核菌素 ... 222
- Nierentuberkulose, 腎臟結核 ... 370
- Nikotinvergiftung, 菸鹼中毒 ... 443
- Nishisawa 氏 ... .. 374
- Noorden, 諾爾頓氏 ... .. 33
- Nylander'sche probe, 尼蘭得爾氏  
試驗法 ... .. 60
- O**
- O-Beine, O 脚 ... .. 75
- Offenbleiben des Ductus arterio-  
sus Botalli, 菩塔里氏管開存 ... 5
- Offenbleiben des Foramen ovale,  
卵圓孔開通 ... .. 5
- Oleum Amygdalarum, 巴旦杏仁油  
138
- Oligochromaemie, 血色素減少 ... 32
- Oligozotose, 血球減少 ... .. 32
- Onanie, 手淫 ... .. 399
- Onchorhynchus perryi, 鱒 ... 417
- Opisthotonus, 後弓反張 ... .. 84
- Opium-Morphinvergiftung, 鴉片  
嗎啡中毒 ... .. 441
- Oppenheim, 俄彭海姆氏 ... .. 263
- Orthotische Albuminurie, 直立  
性蛋白尿 ... .. 353
- Oslumstenose, 主動脈口狹窄 ... 12
- Osteoarthropathie hypertrophi-  
ante, 關節之紡錘狀肥大 ... .. 2
- Osteoblasten, 造骨細胞 ... .. 70

Kuotinismus ... ..	295
Kürbissamen, 胡蘆核 ... ..	424
Kurpp, 格魯布 ... ..	145
Kurschmann, 庫爾什曼氏 ... ..	165
Kyphose, 後屈 ... ..	74

## L

Labyrinthentzündung, 內耳炎 ...	466
Lageanomalien der Hoden, 睪丸 之位異常 ... ..	397
Lageanomalien des Herzens, 心 臟轉位症 ... ..	12
Lähmungen, 麻痺 ... ..	315
Landry 氏麻痺型 ... ..	302
Landrysch Paralyse oder aufs- teigende Form, 蘭德里氏麻痺型	209
Landsteiner, 蘭德泰賴爾氏 ...	298
Landsteiner, 蘭德泰賴爾氏 ...	59
Langdon-Down, 蘭同道恩氏 ...	297
Langstein, 蘭格斯藤氏 ... ..	354
Lanzinierende Schmerz, 刺戟性 疼痛 ... ..	305
Laryngitis acuta, 急性喉卡他 ...	151
Laryngitis chronica, 慢性喉卡他	154
Laryngitis phlegmonosa, 蜂窩織 炎性喉卡他 ... ..	153
Laryngospasmus, 聲門痙攣 ...	322
Latour, 拉圖爾氏 ... ..	54
Laus, 虱 ... ..	437
Lebertran, 魚肝油 ... ..	257
Leichte Lungen-Verdichtung, 輕度之肺肥厚 ... ..	167
Leistenhoden, 鼠蹊睪丸 ... ..	399
Leukaemie, 白血病 ... ..	44
Lichen urtiatus, 苔癬 ... ..	494
Lichen urticatus infantum, 小 兒麻疹樣苔癬 ... ..	484
Ligula mansoni, 小舌片狀幼蟲 絲蟲 ... ..	422
Liquor Hoffmann, 霍夫曼氏液 ...	150
Liquor Natrii hypochlorosi, 次 氯酸鈉溶液 ... ..	406
Littel, 利特爾氏 ... ..	115
Littlesche Krankheit, 利特爾氏 病 ... ..	260
L. Lambert 氏 ... ..	375
Lobäre Pneumonie, 大葉性肺炎 ...	180
Lokalreaktion, 局部反應 ... ..	213
Lordose, 前彎 ... ..	74
Lordotische Albuminurie, 前彎 性蛋白尿 ... ..	353
Lose Schultler, 動脈關節 ... ..	336
Lues congenita, 先天性梅毒 ...	241

Lymphoma malignum, 惡性淋巴 腺 ... ..	48
Lymphosarkomatose, 淋巴肉腫症	49

## M

Makroglossie, 巨大舌 ... ..	180
Maladie de Roger, 羅傑氏病 ...	4
Maladie des tics convulsifs, 搐搦 症 ... ..	340
Malfen, 馬爾芬氏 ... ..	201
Maligne Granulomatose, 惡性肉 芽腫症 ... ..	49
Malpighi 氏網層 ... ..	435
Mantoux, 曼托氏 ... ..	215
Marchand, 馬香氏 ... ..	70
Marmorcek, 瑪爾及勒克氏 ... ..	222
Mayer, 人名 ... ..	8
Medin, 麥地氏 ... ..	298
Megaloblasten, 巨大有核赤血球 ...	34
Megaloeyten, 巨大赤血球 ... ..	34
Meieling, 美耶林格氏 ... ..	67
Meine-Medinsche Krankheit, 海 內麥地氏病 ... ..	298
Meningeale Form der Pneumonie, 腦膜炎型肺炎 ... ..	191
Meningismus, 假性腦膜炎 ... ..	286
Meningitische Form, 腦膜炎症 ...	299
Meningitis purulenta, 化膿性腦 膜炎 ... ..	277
Meningitis serosa, 漿液性腦膜 炎 ... ..	284
Meningitis tuberculosa, 結核性 腦膜炎 ... ..	276
Meningocele, 脊髓膜赫尼亞 ...	292
Meningocystocele, 脊髓膜囊腫赫 尼亞 ... ..	292
Meningomyelocele, 脊髓膜脊髓赫 尼亞 ... ..	292
Menstruatio praecox, 早期月經	309
Messenger Bradley 氏 ... ..	7
Mesocardie, 中胸心 ... ..	12
Metapneumonie Pleuritis, 後 發肺炎性的肋膜炎 ... ..	201
Metohaemoglobin ... ..	58
Migrän, 偏頭痛 ... ..	339
Mikrocephalie, 小腦症 ... ..	291
Mikrocephalis vera, 真性小腦症	291
Mikrogyrie, 腦迴轉萎縮症 ... ..	259
Milbengang, 疥癬道 ... ..	435
Miliartuberkulose, 粟粒結核 ...	225
M. Medianus, 正中肌 ... ..	315
Moatonia congenita, Oppenheim, 先天性肌肉弛緩症 ... ..	313



## I

Ibrahim, 伊布拉希姆氏 ... ..	284
Idiotie, 白癡 ... ..	295
Illicium religiosum, 莽草 ... ..	445
Imbezillitat, 癡愚 ... ..	295
Impetigo contagiosa, 傳染性膿瘡 ... ..	497
Indican, 木藍素 ... ..	379
Infantil, 小兒樣 ... ..	117
Infantile spastische Spinalparalyse, 小兒痙攣性脊髓麻痺 ... ..	264
Infektion vor der Geburt, 出產前傳染 ... ..	209
Initiallähmung, 初發麻痺 ... ..	300
Intentionsspasmen, 注意痙攣 ... ..	260
Intertigo, 糜爛 ... ..	485
Intrakutane Reaktion, 皮內反應 ... ..	215
Intubation, 插管法 ... ..	153
Inversion und Prolaps der Blase, 膀胱之顛轉及脫出 ... ..	401
I. Orr 氏 ... ..	374
Isthmus Aortae, 主動脈峽部 ... ..	12
Isthmusstenose, 峽部狹窄 ... ..	12

## J

Jackson, 查克松氏 ... ..	267
Jacobi, 雅科俾氏 ... ..	873
Jaksch Hayonsche Anaemie, 查克斯愛埃姆氏貧血 ... ..	34
Jodakne, 碘瘰癧 ... ..	496
Jodexantheme, 碘疹 ... ..	496
Jodismus, 碘中毒 ... ..	450
Jodothylin ... ..	131
J. Mauran 氏 ... ..	7
Jodformvergiftung, 碘仿中毒 ... ..	450

## K

Kachektische Reaktion, 惡病質性反應 ... ..	215
Kahnbauch, 舟狀腹 ... ..	280
Kalium citricum, 檸檬酸鉀 ... ..	126
Kalkzufuhr, 石灰輸送 ... ..	70
Kaltehaemoglobinurie, 發作性色素尿 ... ..	57
Keratitis fasciculosa, 芒把狀角膜炎 ... ..	478
Keratitis parenchymatosa, 角膜實質炎 ... ..	478
Keratitis phlyctenulosa, 水泡性角膜炎 ... ..	477

Kernig, 刺爾里氏 ... ..	225
Kernigisches Symptom, 刺爾里氏現象 ... ..	278
Kindernephritis, 小兒腎臟炎 ... ..	305
Klaunen- od. Krallenhand, 蟹爪手 ... ..	309
Kleiderlaus, 衣服虱 ... ..	438
Kleiner rudimentärer Anfall, petit mal, 小發作或不全發作癇 ... ..	332
Kamala, 呂宋棘英粉 ... ..	424
Karies, 骨齧 ... ..	304
Katalepsie, 強硬症 ... ..	347
Koch, 科赫氏 ... ..	222
Kohlenoxydvergiftung, 一氧化碳之中毒 ... ..	445
Komplement, 補體 ... ..	250
Kompressionsmyelitis, 壓迫性脊髓炎 ... ..	304
Kondylomatöse Stadium, 濕疣時期 ... ..	247
Konvulsion, 全身痙攣 ... ..	324
Kopflaus, 頭虱 ... ..	438
Körniges Terehom, 顆粒性砂眼 ... ..	475
Kossel, 科塞爾氏 ... ..	210
Koussin, 苦辛 ... ..	425
Krankheiten des Gehirns, 腦疾患 ... ..	255
Krankheiten des Herzens, 心臟疾患 ... ..	1
Krankheiten des Larynx, 喉疾患 ... ..	151
Krankheiten der Luftröhre, Bronchien und Lunge, 氣管枝氣管及肺臟疾患 ... ..	157
Krankheiten der Meningen, 腦膜疾患 ... ..	275
Krankheiten der Nase, 鼻部疾患 ... ..	135
Krankheiten des Nervensystems, 神經系統疾患 ... ..	255
Krankheiten des Pharynx und der Tonsillen, 咽及扁桃體疾患 ... ..	140
Krankheiten der Pleura, 肋膜炎 ... ..	194
Krankheiten der Respirationorgane, 呼吸器系疾患 ... ..	135
Krätzmilbe, 疥癬蟲 ... ..	434
Krenkel, 夫楞刺氏 ... ..	53
Kreosotum carbonicum, 碳酸木餾油 ... ..	164
Kretinismus ... ..	297
Krise, 分期 ... ..	186
Kruppöse Pneumonie, 格魯布性肺炎 ... ..	186
Kryptorchismus, 辜丸隱匿症 ... ..	397



- Glion, 膠質瘤... 307  
 Globus hystericus, 歇斯的里球... 347  
 Glycogen, 肝液素... 351  
 Gottstein, 哥特斯太茵氏... 144  
 Gower 氏束... 273  
 Graefe'sches Symptom, 格萊斯氏症... 132  
 Gramsche Farbung, 革蘭氏法... 391  
 Grosser epileptischer Anfall, haut mal, 大發作或完全發作癲癇... 332  
 Guajacolum carbonicum, 碳酸鹼創木酚... 164
- H**
- Habitus phthisicus, 肺癆性體格... 223  
 Haemolysin, 溶血素... 59  
 Haemolytischer Ikterus, 溶血性黃疸... 59  
 Haemophilie, 血友病... 42  
 Haemorrhagische Diathese, 出血性素質... 38  
 Haemorrhagia vaginae, 陰道出血... 390  
 Hält, 何爾忒氏... 178  
 Hämatin, 醌酸血色素... 57  
 Hämatopon... 32  
 Hämatoporphyrin... 285  
 Hamburger, 漢堡該爾氏... 212  
 Harnruhr, 尿崩症... 63  
 Harrison'sche Furche, 哈利松氏溝... 74  
 Hayn, 罕氏... 166  
 Heberdrainage Bülow's, 排膿管插入... 199  
 Hebrasche Salbe, 海拔那氏軟膏... 490  
 Heckel, 黑刺氏... 54  
 Heine, 海內氏... 208  
 Heine-Medin, 海內麥地氏... 255  
 Heller, 黑爾列爾氏... 57  
 Hemichorea, 半側舞蹈病... 337  
 Hemierania, 偏頭痛... 339  
 Hemierania ophthalmica, 眼性偏頭痛... 339  
 Hemin, 結晶... 58  
 Hemiplegia spastica infantilis, 小兒痙攣性偏癱... 259  
 Henner, 恩納氏... 147  
 Henoch'sche Purpura, 赫羅荷氏紫血病... 41  
 Herderkrankung, 癱性症候... 335  
 Hereditäre Ataxie, 遺傳性失調症... 272  
 Heredität, 遺傳的關係... 323  
 Herireux 氏... 7
- Hermaphroditismus, 半陰陽... 401  
 Herod, 黑羅荷氏... 115  
 Heredoataxie cérébelleuse, 小腦性遺傳性失調症... 273  
 Herpes tonsurans, 白癬... 501  
 Herzblock... 26  
 Herzinsuffizienz, 心臟機能不全... 24  
 Herzleberwinkel, 心肝隅角... 21  
 Herzklopfen, 心悸亢進... 131  
 Heuasthma, 枯草喘息... 172  
 Hirnabscess, 腦膿瘍... 257  
 Hirnhypertrophie, 腦肥大症... 291  
 Hirnsinusthrombose, 腦靜脈竇血栓... 286  
 His, 希斯氏... 26  
 Hodgkinsche Krankheit, 荷治金氏病... 48  
 Hoffmann, 荷夫曼氏... 308  
 Hohojenger, 荷荷貞革氏... 2  
 Hörstummheit, 聽啞... 467  
 H. spurius, 假性半陰陽... 401  
 Hühnerbrust, 鳩胸... 74  
 Hutchinson'sche Trias, 哈青松氏三症徵... 248  
 H. verus, 真性半陰陽... 401  
 Hydrargyrum colloidal, 膠樣汞... 253  
 Hydrargyrum oxydatum nigrum, 紅色一氧化汞... 469  
 Hydrargyrum salicylicum, 水楊酸汞... 252  
 Hydrocele, 陰囊水腫... 396  
 Hydrocephalus chronicus, 慢性腦水腫... 287  
 Hydrocephalus chronicus internus, 慢性內腦水腫... 287  
 Hydrocephalus externus, 外腦水腫... 290  
 Hydrocephalus externus, 外部腦水腫... 248  
 Hydrocephalus internus, 內部腦水腫... 248  
 Hydrogenum Peroxydatum, 二氧化氫... 188  
 Hymenolepis nana, 矮小條蟲... 429  
 Hypernephrom, 副腎瘤... 379  
 Hyperplasia der Gaumenmandeln, 扁桃體腫大... 142  
 Hypocrates, 希波克拉特斯... 147  
 Hypospadiе, 下尿道破裂... 401  
 Hysterie, 歇斯的里... 345  
 Hysterische Monoplegie, 歇斯的里性麻痺... 303  
 Hysterische Stigmata, 歇斯的里徵候... 347

Erworfer, 埃爾佛爾費爾氏 ... ..	129
Erythema exsudativum multi- forme, 多形滲出性紅斑 ... ..	494
Erythema nodosum, 結節性紅斑	495
Erythema urticatum, 蕁麻疹樣 紅斑 ... ..	494
Erzasser, 埃爾札塞爾氏 ... ..	118
Esbach氏法 ... ..	360
Escherich, 埃射利喜氏 ... ..	234
Escherich, 埃射利克氏 ... ..	330
E. squamosum, 鱗屑性濕疹 ... ..	487
Essigsaurer-Thonerde, 醋酸鉛溶 液 ... ..	141
E. sudamen, 汗疹性濕疹 ... ..	487
Etlinger, 伊特林格爾氏 ... ..	43
E. vesiculosum, 小水疱性濕疹 ... ..	486
E. Wegeli, 埃章若耶利氏 ... ..	62
Exophthalmus, 眼球突出 ... ..	131
Expiratorisch Seufzen, 呻吟的 呼吸 ... ..	183
Extractum Filicis, 鱘馬浸膏 ... ..	415

## F

Facialislähmung, 顏面神經麻痺	315
Facialis Phaenomen, 顏面神經現 象 ... ..	322
Facies scrophulosa, 瘰癧性顏貌...	230
Fadenwurm, 蛔蟲 ... ..	409
Fagal, 芝戈耳 ... ..	221
Familiäre zerebrale D'plegien, 家族性腦性對癱 ... ..	272
Farnkrautvergiftung, 鱘馬中毒	442
Farre, 人名 ... ..	8
Fastioloipsis buski, 肥大吸蟲 ... ..	425
Ferienkolonie, 夏季林間學校 ... ..	237
Ferrum carbonicum sacchara- tum, 加糖碳酸亞鐵 ... ..	252
Fibrinös-eitrige Pleuritis Stug- linge, 哺乳兒之纖維素膿性肋膜 炎 ... ..	195
Fibrolysin ... ..	24
Filant, 飛蘭特氏 ... ..	144
Filaria Bancrofti, 班克羅夫氏絲 狀蟲 ... ..	432
Filatou, 飛拉東氏 ... ..	232
Filmaron, 菲耳馬隆 ... ..	425
Filmaroneal, 菲耳馬隆油 ... ..	425
Flazer, 夫拉扎爾氏 ... ..	211
Fleischvergiftung, 肉中毒 ... ..	453
Flenkel 氏體操療法 ... ..	273
Fleuming, 佛冷銘氏 ... ..	147
Flexner, 夫雷克斯納氏 ... ..	296
Flores cinae, 山道年花 ... ..	408

Flores Kouso, 苦蕒花 ... ..	424
F. Morgagnii 氏孔 ... ..	287
Folikulitis, 毛囊炎 ... ..	490
Formamint Postyl ... ..	141
Försterische Operation, 福爾斯忒 氏手術 ... ..	263
Fötale Syphilis, 胎兒梅毒 ... ..	241
Fox Bur, 福克斯部爾氏 ... ..	117
Fränkel-Weichselbaumsche Di- ploccoccus pneumoniae, 夫楞克 爾及維希塞爾巴烏姆肺炎菌狀菌	181
Fremdkörper des Larynx, 喉氣 管內異物 ... ..	155
Fremdkörper im äusseren Ge- hörgang, 外聽道異物 ... ..	457
Fremdkörper in der Nase, 鼻腔 內異物 ... ..	138
Friedländersche Bacillen, 夫利 德楞得氏菌 ... ..	181
Friedreich, 夫利德利什氏 ... ..	263
Friedreich, 夫利德利代氏 ... ..	273
Friedreichsche Krankheit, 夫利 德利什氏病 ... ..	305
Frostbeulen, 凍瘡 ... ..	499
Frühwald, 夫里耶爾特氏 ... ..	122
Ftoer, 斐爾氏 ... ..	186
Funktionelle Erkrankungen des Nervensystems, 官能性神經系 統疾患 ... ..	322
Furunkulose, 多發性疔瘡 ... ..	560

## G

Galenus 氏大靜脈 ... ..	287
Gallet, 加雷忒氏 ... ..	216
Galton, 高爾吞氏 ... ..	336
Gastrische Krise, 胃腸發症 ... ..	305
Gattani 氏 ... ..	373
Gedunzen, 浮腫的 ... ..	358
Gehörgangsfurunkel, 外聽道疔瘡	458
Gerhardt, 該爾哈特氏 ... ..	62
Gerhardt, 該爾哈特氏 ... ..	201
Gerhardtscher Dämpfungstei- fen, 該爾哈特氏濁音帶 ... ..	6
Geschwülste der Nebennieren, 副腎之瘤 ... ..	352
Geschwülste der Niere, 腎臟瘤 ... ..	370
Giemsa 染色法 ... ..	239
Gigantismus, 巨態症 ... ..	270
Gipsbett ... ..	305
Gipskorsett ... ..	305
Glioma retinae, 視網膜膠樣瘤 ... ..	479
Glion, 膠瘤 ... ..	265

- Die grosse weisse Niere, 大白腎 365  
 Die haemorrhagische Glomerulonephritis, 出血性腎絲球炎 ... 356  
 Die hereditäre Form, 遺傳型 ... 311  
 Die infantile oder facio-scaphulo-humerale Form, 小兒型或顏面肩胛上肱肌型 ... 311  
 Die juvenile Form, Erb., 青年型(埃爾卜氏) ... 311  
 Die kapilläre Bronchitis, 毛細支氣管卡他 ... 161  
 Die Krankheiten der Haut, 皮膚疾患 ... 481  
 Die Krankheiten der Urogenitalorgane, 泌尿生殖器疾患 ... 351  
 Die Pseudopertrophie, 假性肥大型 ... 311  
 Diphtherie, 狄扶的里 ... 151  
 Diphtherie-nephritis, 狄扶的里腎炎 ... 364  
 Diplegia spastica infantilis, 小兒痲痺性對癱 ... 260  
 Dipylidium caninum, 瓜實條蟲 421  
 Distoma pulmonale, 肺臟二口蟲 428  
 Distomum spathulatum, 肝臟二口蟲 ... 426  
 Douche, 空氣灌漑法 ... 189  
 Drigalski 氏培養基 ... 361  
 Dr. Hypelite Martin 氏 ... 7  
 Drikocepharux, 三角 ... 78  
 Dr. Stendener 氏 ... 7  
 Dr. Wilhelm Steffen 氏 ... 7  
 Dubini, 都比利氏 ... 413  
 Dystrophia musculorum progressiva, 進行性肌肉萎縮 ... 309  
 Dystrophia musculorum progressiva, 進行性萎縮症 ... 303
- E**
- E. capillitii, 頭部濕疹 ... 487  
 Echinococcus, 棘蟲 ... 421  
 Echinollie, 反響性發語 ... 340  
 Echte Pseudoleukaemie, 眞性假性白血病 ... 49  
 E. crustosum, 結核性濕疹 ... 486  
 Entropium, 眼瞼外翻症 ... 476  
 E. erythematousum, 紅斑性濕疹 486  
 E. faciei, 顏面濕疹 ... 487  
 Egor, 埃葛氏 ... 2  
 Ehrlich, 埃求利赫氏 ... 58  
 Ehrlich, 埃爾利赫氏 ... 251  
 Einfache Thorakotomie, 胸廓切斷術 ... 199  
 Einfache punktion, 穿刺術 ... 199  
 E. intertriginosum, 陰囊濕疹 ... 487  
 Eitrige Pleuritis, 化膿性肋膜炎 196  
 Eiweisshülle, 蛋白質膜包 ... 467  
 Eklampsie, 子癇 ... 322  
 Eklampsie, 子癇 ... 324  
 E. Külz, 埃曲爾特氏 ... 62  
 Ekzema, 濕疹 ... 486  
 Ekzema seborrhoeicum, 脂漏性濕疹 ... 483  
 Ekzem des äusseren Ohres, 外耳濕疹 ... 458  
 Ekzemsuppe, 濕疹汁 ... 488  
 Elephantiasis, 象皮腫 ... 433  
 E. madidan, 糜爛性濕疹 ... 486  
 Emplastrum Hydrargyri, 汞磺膏 253  
 Empyem, 膿胸 ... 196  
 Empyema necessitatis, 窘厄性膿胸 ... 196, 202  
 Encephalitis acuta, 急性腦實質炎 ... 255  
 Encephalitis Form, 大腦性病變 ... 209  
 Encephalitis parulenta, 化膿性腦實質炎 ... 257  
 Endothelium, 內皮細胞層 ... 265  
 Englische Krankheit, 英吉利病 69  
 Entzündungslähmung, 分娩麻痺 303  
 Enterogene Infektion, 腸性傳染 209  
 Entropium, 眼瞼內翻症 ... 476  
 Enureis diurna, 晝間遺尿症 ... 392  
 Enuresis nocturna, 夜尿症 ... 392  
 Eosin, 嗜光紅 ... 172  
 E. papulatum, 丘疹性濕疹 ... 486  
 Epephyse, 骨端 ... 320  
 Epilepsia nutans, 點頭之抽搐 ... 331  
 Epilepsia procuriva, 疾走性癲癇 331  
 Epilepsie, 癲癇 ... 330  
 Epispadie, 上尿道破裂 ... 401  
 Epistaxis, 鼻血 ... 139  
 E. pustulosum, 膿疱性濕疹 ... 486  
 Erbsches Phaenomen, 埃爾卜氏現象 ... 322  
 Erethische form, 錢敏型 ... 231  
 Erkrankungen der Blutgefässe, 血管疾病 ... 26  
 Erkrankungen des Kreislaufsystems, 循環器系統疾患 ... 1  
 Erkrankungen des peripheren Nervensystems, 末梢神經系統疾患 ... 315  
 E. rubrum, 赤色濕疹 ... 486  
 Erworbene Klappenfehler, 後天性心臟瓣膜障礙 ... 16  
 Erworben Syphilis, 後天性梅毒 240

Chronische Pneumonie, 慢性肺炎	192
Chryso-robinum, 蘇蘇豆素	502
Chun, 康氏	306
Chvosteksche Phaenomen, 克佛 斯普克氏現象	322
Chvosteksche Phaenomen, 克佛 斯普克氏現象	323
Chyurie, 乳糜尿	433
Cimex lectularia, 壁虱	438
Clareke 氏柱	273
Clonorchis 類	426
Clonorchis sinensis, 莖形二口蟲	426
Cocainum hydrochloricum, 鹽酸 古柯鹼	136
Coli-cystitis, 大腸菌性膀胱炎	388
Coli-pyelo-cystitis, 大腸菌性腎盂 膀胱炎	388
Colles, 果萊氏	240
Col'scher Strang, 哥爾氏索	306
Coloboma, 缺損症	455
Columna Clarkii, 克拉克氏柱	306
Comby, 康比氏	181
Comby 氏	9
Conjunctivitis blennorrhoeica, 膿漏性結合膜炎	471
Conjunctivitis diphtheritica, 狄 扶的風性結合膜炎	472
Conjunctivitis follicularis, 濾胞 性結合膜炎	476
Conjunctivitis granulosa, 顆粒 性結合膜炎	475
Conjunctivitis katarrhalis, 卡他 性結合膜炎	470
Conjunctivitis phlyctenulosa, 水泡性結合膜炎	474
Coon, 空翁氏	117
Cootner, 科托頓爾氏	117
Cor biloculare, 二腔心臟	7
Coriaria japonica, 毒空木	445
Cornnet, 柯內托氏	220
Cortex Radicis Granati, 石榴根皮	415
Cor triloculare, 三腔心臟	7
Cor triloculare biatriatum, 一心 室二心房	7
Coryza acuta, 急性鼻卡他	135
Coryza od. Rhinitis syphilitica, 梅毒性鼻卡他	242
Craniotabes, 頭骨物實	71
Craniotabes, 顛癆	74, 118
Credé 氏法	472
Cré hydrencéphalique, 腦水腫性 叫喚	278
Cucumerina, 條蟲	421
Cucumerina, 條蟲	416
Cyanose congenitale intermit-	

tente, Voicot, 間歇性先天性紫 藍色	2
Cysto, 囊瘤	265
Cysticercus cellulose, 幼蟲	418
Cystitis tuberculosa, 結核性膀胱 炎	392

## D

Dakryocystitis acuta, 急性淚囊炎	469
Darmparasiten, 腸寄生蟲	405
Darmrohr, 腸管	423
Darmtuberkulose, 腸結核	226
Das Collesche Gestz, 墨萊氏法則	240
Das extramamilläre Verfahren von Gurschmann, 庫什曼氏之法	22
Das „Wegbleiben“ Kinder, 憤怒 宿醉	340
Dauerlähmung, 持續性麻痺	300
Debilität, 愚鈍	295
Defekt des Septum arteriorum, 心房中隔缺損	5
Defekt des Septum ventricu- lorum, 心室中隔缺損	4
Dermatitis exfoliativa, 剝脫性皮 膚炎	498
Dermographismus, 皮膚書畫症	344
Dermographismus, 皮膚表記症	481
Dextrocardie, 心臟右在症	9
Dextrocardie, 右胸心	12
Dextrocardie, 右胸心	12
Diabetes insipidus, 尿崩症	68
Diabetes mellitus, 糖尿病	60
Diazon, 重氮色素	379
Die akute Tracheobronchitis der älteren Kinder, 年長兒之 急性大枝氣管卡他	157
Die angeborene Syphilis, 先天性 梅毒	241
Die Bulbäparalyse der Kinde- salters, 小兒球麻痺	274
Die cerebrale Kinderlähmung, 腦性小兒麻痺	258
Die chronische Nephritis, 慢性 腎臟炎	365
Die Erkrankungen der Augen, 眼疾	469
Die Erkrankungen der Ohren, 耳疾	455
Die erworbene Syphilis, 後天性 梅毒	254
Die frühinfantile spinale pro- gressivo Muskelatrophie, 幼兒 性脊髓性肌肉萎縮	308

Ataktische Form, 小腦性痲痺 ...	299
Ataxia hereditaria, 遺傳性運動失調 ...	305
Ataxie, 失調症 ...	302
Athemkrampf, 聲門痲攣 ...	324
Athetose, 指趾震顫 ...	260
Aura, 前徵 ...	332
Azur, 液 ...	239

## B

Babinski, 巴俾司格氏 ...	260
Balanitis, 龜頭炎 ...	396
Balz, 柏齊氏 ...	285
Bandwürmer, 條蟲類 ...	416
Banti, 班杞氏 ...	50
Barletta, 巴雷塔大學 ...	119
Barlowsche Krankheit, 巴羅氏病 ...	127
Barlowsche Krankheit, 巴羅氏病 ...	51
Barthel, 巴泰爾氏 ...	234
Bauchblasenspalte, 腹壁膀胱破裂 ...	400
Baumes, 布美氏 ...	240
Behning, 白令氏 ...	210
Bendikt, 本提克氏 ...	270
Bernhard, 柏哈特氏 ...	309
Berze, 柏齊氏 ...	409
Bettwanze, 臭蟲 ...	438
Biermersche Anaemie, 俾爾美爾氏貧血 ...	34
Blasenstein, 膀胱結石症 ...	393
Bleichsucht, 萎黃病 ...	33
Bleisaum, 鉛絲 ...	286
Bleivergiftung, 鉛中毒 ...	447
Blennorrhoea neonatorum, 初生兒膿瀉眼 ...	471
Blepharitis, 眼瞼炎 ...	469
Blutfleckenkrankheit, 紫斑病 ...	36
Boca, 菩卡氏 ...	147
Bothriocephalus latus, 擴節裂頭條蟲 ...	416
Bowman 氏膜 ...	478
Brachiocephalus, 短頭顱 ...	81
Brachycephalie, 短頭顱 ...	297
Breitbeinig, 廣腳 ...	86
Briessnitz, 布立斯里特氏 ...	159
Broca, 布羅卡氏 ...	269
Bromakne, 溴癩瘡 ...	496
Bromexantheme, 溴疹 ...	496
Bromismus, 溴中毒 ...	450
Bronchiektasie, 枝氣管擴張 ...	174
Bronchitis, 枝氣管卡他 ...	158
Bronchitis asthmatica, 喘息性枝氣管卡他 ...	172

Bronchitis chronica, 慢性枝氣管卡他 ...	163
Bronchitis fibrinosa s. crouposa, 纖維素性或格魯布性枝氣管卡他 ...	164
Bronchopneumonie, 枝氣管肺炎 ...	175
Brudzinskisches Nackenphänomen, 布律金斯克氏現象 ...	278
Brunssche Symptome, 布隆斯氏症狀 ...	271
Buckel, 佝僂 ...	86
Bulbäre und pontine Form, 延髓及橋性痲痺 ...	299
Burdach'scher Keilstrang, 龍爾達赫氏索 ...	306
Burri, 巴利氏 ...	239

## C

Calcaria chlorata, 氯化石灰 ...	433
Calcarine-Oleum Lauri, 石灰亞麻仁油 ...	485
Calcium lacticum, 乳酸鈣 ...	286
Callus, 假骨 ...	71
Caput quadratum, 方形頭 ...	72
Carbolvergiftung, 石炭酸中毒 ...	451
Carditis od. Pancarditis, 全心臟炎 ...	24
Casowez, 卡索韋斯氏 ...	70
Cephalocele, 腦脊尼亞 ...	252
Cercaria, 幼蟲 ...	431
Cerminalepfropf, 耳聾栓塞 ...	457
Cestoden, 條蟲類 ...	416
Charcot, 沙而科 ...	132
Charot-Leiden 氏結晶 ...	429
Chaxcot-Leiden, 沙爾科賴登氏 ...	165
Cheyne-Stokes, 伏依司脫克氏 ...	255
Chininexantheme, 金雞納濕疹 ...	496
Chloroformvergiftung, 氯仿中毒 ...	449
Chlorose, 萎黃病 ...	33
Cholesleatom, 真珠瘤 ...	265
Cholin ...	453
Cholin ...	351
Chorea electorica, 電擊性舞蹈病 ...	338
Chorea magna, 大舞蹈病 ...	347
Chorea minor, 舞踏病 ...	334
Chorea mollis od. paralytica, 軟性或麻痺性舞蹈病 ...	337
Chorea nocturna, 夜間舞蹈病 ...	336
Chorum, 綠色腫 ...	50
Chromatopsie, 彩視症 ...	442
Chronische Endocarditis, 慢性心內膜炎 ...	16
Chronische Myocarditis, 慢性心肌炎 ...	24

# 小兒科學

## 西文索引

### A

Abasie, 起立不能症 ... ..	346
Abortive Form, 不全症(頓挫性)...	297
Aceton, 丙酮 ... ..	60
Achillessehnenreflex, Achilles 腱反射 ... ..	301
Acid aceto-acetic, 丁酮酸 ... ..	60
Acid $\beta$ -oxybutarin, $\beta$ -氧化丁酸... ..	60
Acidum arsenicosum, 砷酸 ... ..	449
Acidum chromicum, 鉻酸 ... ..	453
Acitose ... ..	70
Adams-Stokesche Syndrome, 阿 丹斯斯托克氏症候群 ... ..	26
Adenoide Vegetation, 腺組織增 生 ... ..	143
Adrenalinvergiftung, 副腎中 毒 ... ..	444
Aerogene Infektion, 外氣性傳染	200
A. Fränkel, 佛蘭克爾氏 ... ..	200
Agile oder Versatile Idiotie, 活 動性白癡 ... ..	256
Akromegalie, 末梢肥大症 ... ..	270
Akute Endocarditi, 急性心內膜 炎 ... ..	18
Akute genuine Pneumonie, 急 性真性肺炎 ... ..	180
Akute Myocarditis, 急性心肌炎	24
Akute Nephritis, 急性腎臟炎 ... ..	355
Akute Schnupfen, 急性鼻卡他 ... ..	135
Akute u. subakute Pericarditis, 急性及亞急性心包炎 ... ..	20
Alenie, 無脾症 ... ..	11
Alimentäre Anaemie, 食物的貧 血 ... ..	29
Alimentäre Infektion, 食物性傳 染 ... ..	209
Alkaloide, 生物鹼 ... ..	441
Allgemeinreaction, 全身反應 ... ..	213
Alt-tuberkulin, 舊結核素 ... ..	222
Amaurotische Katzenauge, 黑內 障 ... ..	479
Amphibi ... ..	59
Amphotigmo-sulfoicthyolicum, 鰵魚肝油 ... ..	402
Amputations-Lateralsklee- sche ... ..	306
Anaemie ... ..	29

Anaemia progressiva, 進行性惡 性貧血 ... ..	34
Anaemia pseudoleucaemia in- fantum, 小兒假性白血病貧血 ... ..	34
Anchylostoma duodenale, 十二 指腸蟲 ... ..	413
Angeborene Atresie der Harn- röhre, 尿道之先天的閉鎖 ... ..	401
Angeborene Herzanomalien, 先 天性心臟異常 ... ..	1
Angeborene Missbildungen des äußeren Ohres, 外耳先天性畸 形 ... ..	455
Angeborener Kernschwund, Moebius, 先天性腦核缺損 ... ..	278
Angeborene Syphilis, 先天性梅毒	239
Angina, 咽喉炎 ... ..	140
Angina catarrhalis, 卡他性咽喉 炎 ... ..	140
Angina follicularis, 濾胞性咽喉 炎 ... ..	141
Angina lacrymalis, 淚管性咽喉炎 ... ..	141
Angina retro-nasalis, 後鼻竇咽喉 炎 ... ..	141
Angina ulcero-membranosa, 潰 瘍假膜性咽喉炎 ... ..	142
Angina Vincentii, 文孫氏咽喉炎	142
Angiom, 血管瘤 ... ..	265
Anisozytose ... ..	32
Anschoppung, 炎症期 ... ..	182
Anthma bronchiale, 枝氣管喘息	172
Antiformin 法 ... ..	281
Antiformin 法 ... ..	370
Antiformin 法 ... ..	216
Antipyrinexanthema, 安替比林 疹 ... ..	496
Antithyreoidin ... ..	132
Aortenstenose, 主動脈狹窄 ... ..	12
Apotoxin ... ..	213
Apraxie, 精神盲 ... ..	270
Argentum nitricum, 硝酸銀 ... ..	253
Aristoteles 時代 ... ..	9
Arsenvergiftung, 砷中毒 ... ..	449
Arthropathie, 關節神經痛 ... ..	305
Arzneiexantheme, 藥疹 ... ..	405
Ascaris lumbricoides, 蛔蟲 ... ..	406
Aspergillus ... ..	400
Astasie, 步行不能症 ... ..	346

中華民國三十五年二月重慶初版

\*\*\*\*\*  
版 權 所 有  
翻 印 必 究  
\*\*\*\*\*

小兒科 二一 册

下卷定價

印刷地點外另加運費

20.00

發 行 所	印 刷 所	發 行 人	譯 述 者	原 著 者
商 務 印 書 館	各 地 印 書 廠	王 重 慶 白 象 街 五 號	牟 鴻 森	三 輪 信 太 郎

◆(90791B)



國立中央圖書館



0048476