

小兒科

卷 上

三輪信太郎著
宋牟虞琦譯

商務印書館發行

科 兒 小

卷 上

著 郎 太 信 輪 三

譯 琪 虞 宋
彝 鴻 牟

行 發 館 書 印

中華民國二十八年七月再版

(69721)

☆ 小兒科 二冊

上卷實價國幣伍元

外埠酌加運費匯費

版權所有
翻印必究

原著者 三輪信太郎

譯者 宋 牟 鴻 虞 森 琪

發行人 王 長 雲 五
長沙南正路

印刷所 商務印書館

發行所 各 商務印書館 埠

◆ G二八九六

目次上卷

總論

第一章 生理及解剖概論

- (一) 化學之構成
- (二) 脈搏
- (三) 血液
- (四) 呼吸器系統
- (五) 皮膚
- (六) 體溫
- (七) 消化器系統
- (八) 泌尿器系統
- (九) 神經系統
- (十) 精神作用

第二章 小兒發育論

- (一) 身長
- (二) 體重
- (三) 頭圍
- (四) 胸圍
- (五) 大頭門
- (六) 生齒

第三章 乳汁

- (一) 初乳
- (二) 永久乳
- (三) 榨乳及牛乳貯藏法之注意

第四章 小兒之營養法

- 第一 人乳營養法(天然營養法)
- 第二 人工營養
- 第三 混合營養法

第五章 小兒之診察法及小兒病之診斷

- (一) 一般之疾病徵候
- (二) 營養狀態及體格
- (三) 皮膚
- (四) 顏貌
- (五) 啼泣咳嗽
- (六) 眼耳鼻
- (七) 口唇
- (八) 口腔
- (九) 咽頭
- (十) 淋巴腺系統
- (十一) 胸部之檢查
- (十二) 腹部之檢查
- (十三) 尿
- (十四) 神經系統
- (十五) 愛克司光徹照法

第六章 一般豫防法及療法總則

八五

- 第一 一般豫防法
- 第二 療法總則 (一) 對於發熱之療法 (二) 對於體溫下降之療法 (三) 對於虛脫之療法
- (四) 呼吸興奮法 (五) 對於水分脫失之療法 (六) 排便法 (七) 胃洗滌 (八) 收斂藥 (九) 麻醉藥
- (十) 催眠藥 (十一) 強壯藥 (十二) 藥劑之用量及用法

各論

一〇九

第一編 初生兒疾患

一〇九

- 第一 早產兒
- 第二 假死
- 第三 初生兒黑吐病
- 第四 初生兒黃疸
- 第五 初生兒紅斑
- 第六 初生兒鞏硬病
- 第七 分娩時外傷
- 第八 臍部疾患
- 第九 初生兒敗血症
- 第十 初生兒丹毒
- 第十一 初生兒急性膿漏眼
- 第十二 初生兒之乳腺腫脹及乳腺炎
- 第十三 初生兒蛋白尿
- 第十四 初生兒尿酸梗塞
- 第十五 初生兒大水疱疹
- 第十六 剝脫性皮膚炎

第二編 小兒榮養障礙

一四七

第一章 哺乳兒榮養障礙

一四七

- 第一 人工營養兒之榮養障礙
 - 甲 非毒性榮養障礙
 - 乙 中毒性榮養障礙
- 第二 人乳營養兒之榮養障礙
 - 一 人乳營養兒之消化不良症
 - 二 乳兒腳氣

第二章 兒童期之榮養障礙

二〇八

- 第一 急性消化不良症及消化不良症昏睡
- 第二 慢性消化不良症

第一 滲出質 第二 神經痛風質或痛風質 第三 胸腺淋巴性體質 第四 華卜萊爾氏淋巴質

第三編 急性傳染病……………二二九

- 第一 猩紅熱 第二 麻疹 第三 風疹 第四 傳染性紅斑 第五 丟克斯費那多氏病第四病 第六 水痘
- 第七 痘瘡 第八 狄扶的里 第九 傷寒 第十 類傷寒 第十一 赤痢附疫病 第十二 亞細亞霍亂
- 第十三 百日咳疫咳 第十四 流行性感冒 第十五 流行性腮腺炎 第十六 丹毒 第十七 鼠疫又名黑死病
- 第十八 瘧疾間歇熱 第十九 流行性腦脊髓膜炎 第二十 急性關節癱瘓麻質斯 第二十一 慢性關節癱瘓麻質斯
- 第二十二 鼠咬症 第二十三 破傷風 第二十四 狂犬病或恐水病 第二十五 傳染性黃疸(淮爾氏病)

第四編 消化器系統疾患……………三八七

第一章 口腔疾患……………三八七

- 第一 卡他性口內炎 第二 膿毒性口內炎 第三 亞布答性口內炎 第四 鵝口瘡 第五 糜爛性口內炎
 - 第六 水癌(壞疽性口內炎) 第七 生齒困難 第八 唾液腺疾患
- 第二章 食道疾患……………三九五

- 第一 先天性異常 第二 後天性疾患

第三章 胃疾患……………四一〇

- 第一 哺乳兒幽門狹窄 第二 神經性嘔吐 第三 神經性食慾缺損 第四 圓形胃潰瘍 第五 胃擴張

第四章 腸疾患.....四一八

第一 先天性腸管閉塞 第二 赫爾施斯革魯格氏病（先天性巨大結腸） 第三 腸重疊症腸箱頓症 第四 直腸

脫肛 第五 肛門裂傷 第六 腸管瘤 第七 赫尼亞 第八 蚓突炎 第九 便秘 第十 兒童之腸卡他

第五章 腹膜疾患.....四六五

第一 化膿性腹膜炎 第二 結核性腹膜炎 第三 腹膜瘤

第六章 肝臟疾患.....四七五

第一 卡他性黃疸 第二 急性黃色肝萎縮 第三 肝臟脂肪變性 第四 澱粉樣肝 第五 肝臟膿瘍 第六 肝

硬化症 第七 肝臟瘤

西文索引.....一至一四

小兒科 上卷

總論

第一章 生理及解剖概論

初生兒及哺乳兒不能以小型之成人視之，蓋於形態上則頭顱比較成人爲大，而顏面反比成人爲小，又四肢之比例較短，胸廓突出，生殖器之發達不完全等，皆特異之點，又就解剖及組織之構造論之，多數之臟器及臟器系統亦有顯著之差異，故觀察哺乳兒及初生兒，當治療之際，如認爲成人之小型甚爲不妥，吾人不可不審慎從事，恐爲此種見解所淆亂，而陷於極大之錯誤也。

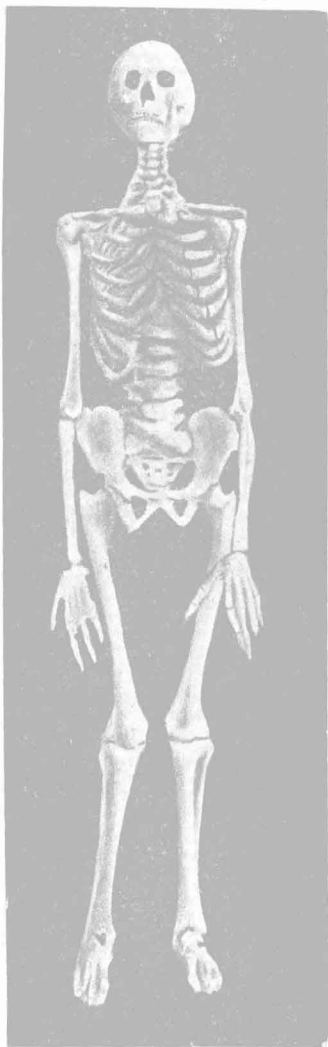
由實際上之見地，可區別小兒期如左：

- (一) 初生兒期 (生後一二週間) (*Alter der Neugeborenen*)
- (二) 哺乳兒期 (生後一歲以內) (*Säuglingsalter*)
- (三) 幼年期 (六七歲以內) (*Jüngerer Kindesalter*)

(四)兒童期(到十四歲)(Knabenalter)



小兒之骨骼



大人之骨骼

分於初生兒約占二五%，而成人約占三三%，哺乳兒之皮膚及皮下組織之所以膨脹 (Turgor) 者，其主要原因即基於水分含量較多故也。

其他之特徵：即胎兒之肝臟，鐵分之含有量頗多，尤以當胎生期之末為然，蓋初生兒攝取人乳或獸乳時，鐵份比較缺乏，而血液生成所需要之材料又不可缺如，故胎兒肝臟之鐵份含量特多，乃自然之預先準備也。

(11) 脈搏 (Puls)

小兒之脈數較大人為多，且不一定，因哺乳及叫喚與精神感動等，即能直接影響於脈數，正確之脈數唯於睡眠時乃能測定，脈數平均約百二十乃至百五十，有熱之小兒達二百次者亦復不少，一分間之次數其概略如次：

初生兒

一三六

一歲

一一七乃至一三四

二歲

一一〇乃至一二〇

四歲

一〇〇

八歲乃至九歲

九〇

十歲

八六

血壓較大人為低，動脈在心臟收縮期之血壓，一歲之小兒水銀柱為八〇乃至九〇平方公釐 (mm)，春機

發動期以後爲一〇乃至一二〇公釐，此因哺乳兒左心房壁之厚如大人，但右心室之厚則不及，而且其靜動脈口及動脈橫徑比較的廣故也。

(II) 血液 (Blut)

血液循環之速度，據維諾爾忒 (Vierordt) 氏之考察，初生兒爲十二秒，三歲之小兒十五秒，十四歲小兒十八秒，大人爲二十二秒。

血液之色 初生兒之血液帶暗紅色。

血液之量 迅速剪臍帶之小兒，其血液量等於體重 $1/14$ 乃至 $1/19$ ；遲緩剪臍帶者爲 $1/10$ 乃至 $1/11$ （大人爲 $1/13$ ）。

血液之比重 初生兒爲一〇六〇乃至一〇八〇，若經過一年則降至一〇五〇，二年乃至十年者，平均保持一〇五〇。

血色素含量 初生兒之血色素含量豐富，（比大人爲一二〇乃至一四〇%）。

赤血球之量，生後二十四小時以內著明增加，一立方公釐中達五百八十萬，乃至七百五十萬，約經二週則減少，而等於大人之數，在哺乳之期間反較大人爲少。而血色素之含有量及赤血球數，遲剪臍帶之小兒較速剪臍帶者爲高度，或生下若干日後尙見有生理的有核赤血球 (Kernhallige rote Blutzellen) 出現者。

白血球之數常多，起初一立方公釐中有三六〇〇〇，一二月之後，則減爲一二〇〇〇乃至一三〇〇〇，如此

至於淋巴細胞 (Lymphocyten) 則以哺乳兒期爲最多。

(四) 呼吸器系統 (Respirationsapparat)

因鼻竇、鼻咽腔及喉頭比較狹隘，黏膜亦有輕微之腫脹，故起呼吸障礙。

副鼻腔於初生兒時不甚發達，若未至成年時期，殊難完全發育。

歐氏管因位稍水平而短，又比較的廣闊，故哺乳兒及幼小之兒童，易患中耳炎。

初生兒之胸廓，其彎曲之度強，縱徑又短，而肋骨與脊柱殆成直角，恰如最大之吸氣狀態，故幼兒之呼吸式成腹式（橫隔膜式）；然因年齡增長，則成胸腹式（第三歲乃至第七歲）。

有心臟疾患之小兒，於胸廓之左側前面，有見隆起部者。

呼吸數雖因年齡甚有差異，然其大略如次：

一歲以下 三〇乃至六〇（一分間）

二歲 二五乃至三〇

五歲 二〇乃至二五

七歲以後 二〇以下

健全之小兒雖有呈呼吸不正而往往上腹部陷沒者，但不必視爲病的現象。

初生兒之呼吸音雖甚微弱，但約自六月至數年間，呼吸音頗成高調，所謂小兒呼吸音 (Pueriles Atmen) 者是也。

(五) 皮膚 (Haut)

初生兒之皮膚滑澤而富於彈力，極爲濕潤，除手掌及足趾外，均被有毳毛 (Lanugo)。哺乳兒之皮膚帶蓋微紅色而柔軟，上皮細胞層薄，乳嘴體極富於血管，皮脂腺於已生下數週始發達，汗腺此時尙未發育。

哺乳兒概於生下第二日或第四日之際，發初生兒黃疸，約經一週即消失，然偶爾持續至三週者亦有之。

乳腺 初生兒之乳腺，無論男女其直徑不過約一公分 (cm)，然至生後第三日或第四日，則其容積稍微膨大，其分泌有初乳球及乳球之所謂初乳 (Hexenmilch) 者，此乳汁若至次週則分泌停止。

兒斑 兒斑者即小兒之皮膚尤以存在於臀部、腰部、背部、肩胛部等大小不同之不正形之青紅斑也。在組織學上由於存在真皮層中之紡錘形之色素細胞，但隨年齡之增加，則漸次消失。

柏齊 (Bälz) 氏認此爲蒙古人種之小兒之特徵，據立氏云：即歐洲小兒亦常有見之者。

(六) 體溫 (Körpertemperatur)

初生兒及幼小之哺乳兒，其動搖著明，較大人受外界之影響爲大，尤以早產兒及假死狀態之小兒爲然，故吾人稱之曰多形熱型 (Poikilothermie)。多形熱型即成熟而生之小兒亦有發現者，其理由：一由皮膚之上皮細

胞層薄或血管豐富之故；一由初生兒之身體，其表面大於體重，即一公斤 (Kg. = Kilogramme) 體重之體表面

○○平方公分，在成人僅有三○○平方公分而已。健全之哺乳兒，其體溫少有搖動，所謂單調熱型（Monothermie）者是也。

(4) 消化器系統 (Digestionsapparat)

口腔 哺乳時期與成人時期，大有差異，起初一二歲時，攝取食物之機能，祇能營哺乳及嚥下作用而已（其中樞在延髓），至第二歲之末，乃營咀嚼運動，乳汁之吸收甚為複雜，然非僅由於口腔內之陰壓，乃由於小兒閉合顎骨，反射的及於乳房括約肌而弛緩；又因母體之精神作用，自動的促進乳腺分泌之力所致也。

初生兒之未攝取乳汁者，雖其口腔內之反應全然成爲中性；然攝取乳汁，則因乳汁之殘渣分解等，必呈酸性反應。

哺乳兒之口腔內之容積甚爲狹小，乳汁暫時通過，且唾液之分泌亦僅少，故其口腔消化作用甚少價值。據托布拉（Tobler）氏之觀察：四歲之男兒100公分（Gm.）之乳汁，其混合之唾液僅有三至五立方公分之比例。在幼小之哺乳兒口腔內比較的乾燥，其唾液分泌恐極僅少云。至四月乃至六月以後，唾液分泌亦稍多量，至自知嚥下，則屢屢有生理的唾涎（“Physiologisches Geißern”）

溶解碳水化合物之醱酵素，即唾液素（Ptyalin）於初生兒之唾液中雖確實有少量存在，但乳汁中受其影響之物質甚少，然與以黏滑汁（穀粒煎汁）或穀粉，即可發現其作用也。

胃 幼小之哺乳兒，其胃底之發達均不充分，胃因被膨大之腸向上方壓迫，於是小彎之位置稍水平，使其凹部向脊柱之方位，而大彎之凸面向前腹壁；然當小兒直立及能步行之際，則取垂直之位置。

關於胃之容積，雖尚不知其精確之事實，然據龐德萊爾 (Paundler) 氏之研究，大略如次表所示：

初生兒	五〇立方公分	五月	一四〇	十月	二五〇
一月	九〇	六月	一六〇	十一月	二七五
二月	一〇〇	七月	一八〇	十二月	二九〇
三月	一一〇	八月	二〇〇		
四月	一二五	九月	二二五		

以上之數字大略為一次哺乳量之標準。

鹽酸及消化醱酵素 (Lab und Pepsin) 於初生兒即已存在。乳汁入於胃中，其乾酪素即起 Lab 凝固，此時牛乳凝固雖速，但其凝絮粗大；人乳凝固較為徐緩，其凝絮亦較牛乳細小。乾酪素 (Kasein) 之凝固，其剩餘之乳漿 (Molke) (含有鹽類、碳水化合物、及可溶性乳蛋白質) 因胃液素 (Pepsin) 鹽酸迅速消化，更賴 Trypsin 及

Trypsin 而受分解，漸次輸送於腸內，於是乾酪凝塊 (Kaseingerinssel) 由其表面漸次被消化，在此凝塊之溶解

尚未終止之先，更有新鮮之乳汁輸入胃中，餘積於胃壁與凝塊之間，於是而醱酵素及乾酪凝塊之作用大為阻塞。胃內容物之總酸度，對於一〇〇立方公分內容有二〇乃至六〇立方公分 $n=10$ 酸，而遊離鹽酸、有機酸、酸

加入穀粉汁及黏滑汁時，被輸送於胃中之唾液分解，又有因細菌之發酵含有下級脂肪酸者。

胃消化之持續時間，雖因食物之性質而異，然人乳在二時間後，牛乳在三時間後，胃即空虛，胃排出之速度由幽門調節之。據托布拉 (Tobler) 氏云：富於脂肪之食物，由胃排出甚為遲緩云。

腸內之消化作用 與大人殆無差異，由附屬腺之胰臟及肝臟所分泌之發酵素荷爾蒙 (Hormon) 作用之前分泌素 (Prosekretin) 及分泌素 (Sekretin) 於初生兒即已存在，蘭格斯藤 (Langstein) 氏謂五月之胎兒，即已發現云。食物通過腸內之時間，為十二乃至三十六小時，吾人應注意之點，為含於乳汁中之碳水化合物之主要成份乳糖之運命是也，乳糖於未超過同化作用之範圍而被供給時，由 *Laktase* 之發酵素而分解為 *Glukose* 及 *Galaktose*；腸內若有病變，則無此作用，且未分解之物質因細菌之作用而不發酵之際，則乳糖盡被吸收，而排出於尿中，若起食物性中毒症時之乳糖尿 (*Lactosurie*)，即不外此理也。

糞便 由食物之不消化殘剩，腸及其附屬腺之分泌物，多數之細菌而成，糞便之硬度、色、臭氣、容積雖不一定，然由食物之分量或種類分泌作用之程度及腸蠕動運動之遲緩而有變化。

初生兒之最初糞便，稱曰胎便 (*Meconium* s. *Kindspech*) 為弱酸性，帶綠黑色，黏稠而如油漆狀，其成分由胎兒之腸及其附屬腺之上皮細胞或分泌物，其他嚥下之羊水、毳毛、上皮細胞而成，其全量約七〇乃至九〇公分，概於生下第二日及第五日之間完全排出。至於哺乳兒之大便，則依榮養物而大有差異。

天然榮養兒之大便，呈黃金色，或卵黃色，俗所謂金黃色，似軟膏樣之硬糞，而呈酸性反應，有芳香臭，外觀一樣，其排泄度一日一回乃至二回，但如此理想的排便之小兒不多；普通外觀不一樣，多呈如破碎之 *nicht-homogen* 或散亂之 *gehackt od. zerfahren* 狀，而混有綠色之黏液，或排出時全然黃色，經久則變為綠色者有之，但此非為病的現象也，或由空氣將 *Bilirubin* 乃被氧化於 *Biliverin* 耶？亦或由醱酵素之作用而起氧化耶？然其中混有膠粒（石灰及鎂石鹼）者，則為因消化作用不完全之證明也。亦有發育極完全之小兒，最初即排出綠色便者。人工營養兒較諸天然營養兒之大便硬固，而帶淡黃色，其反應用試驗紙考之，則呈鹼性。若於人工營養兒之大便中有非定型的份子，其意義比較天然營養兒重大，即為有病變存在之證明。哺乳兒漸次給以混合之食物及乏乳汁而移以食物，則其大便如帶成人便之性質。

腸內細菌集團 (*Darmlora*) 胎兒之腸內，本全無細菌之存在；但胎兒出外界攝取食物時，諸種之細菌乃得侵入於腸內，如斯細菌實為吾人生活上極為重要而不可缺少者。據 *Schottelius*, *Metschnikoff*, *Moro* 氏等之實驗，動物之初生兒如純然給以無菌之食物時，遂不能保持其生命。

通常多見之細菌：

普通大腸菌 (*Bac. coli comm.*) (*Escherich*)

乳酸菌 (*Bact. lactis aerogenes*) (*Escherich*)

普通重尾菌 (*Bac. bifidus commun.*) (*Tissier*)

抗酸菌 (Bac. acidophilus)

腸球菌等 (Enterokokken)

次多之細菌：

鏈狀球菌 (Streptokokken)

不動性牛酪酸菌 (Bac. butyricus immobilis s. Bac. pertingens)

動性牛酪酸菌 (Bac. butyric. obilis)

大腸腐敗桿菌 (Bac. putrific. coli) (Bienstock) 等，此等細菌起發酵及腐敗作用，而互相拮抗，以扶吾

人之消化，對於生活維持之貢獻極爲偉大也。細菌之種類亦由食物之種類而有差異，在天然營養兒以普通重尾菌、大腸菌及乳酸菌爲多；人工營養兒則以大腸菌及腸球菌爲多。

(八) 泌尿器系統 (Uropoetisches Apparat)

腎臟 初生兒及哺乳兒之腎臟，比較的大，而呈分葉像（胎生腎。）

女性哺乳兒之陰部 因大陰唇及小陰唇之發育弱而哆開，形成生理的陰部突出，故糞便易於侵入尿道，所以女性哺乳兒多發膀胱炎也。

尿量 因個人而異，由生下第一日至二三日之間，大抵一日量爲二〇乃至五〇立方公分，由第四日至第八日則急激增加爲二〇〇立方公分。行營養正當之哺乳兒之尿量，與供給之水份量成正比例，小兒亦如大人，排泄

於尿中者占水份六〇乃至七〇%；然因營養法不同，亦有多少之差異，大概牛乳營養兒較人乳營養兒之尿量稍多。

據攝斯 (Gelis) 氏之研究如左：

第二月	四〇〇立方公分 (一日量)
第六月	五〇〇
第二年	六〇〇
第五年	八〇〇
第八年	一二〇〇
春機發動期	一五〇〇

尿回数 哺乳兒之初期，大約等於食物回数之三倍，如給以茶等飲料，則二十四小時間，可增加十二乃至二十五回。

尿之性状 初生兒之尿一般富於尿酸鹽，其他含有尿酸結晶，沉着於襁褓之濕潤部週圍而成褐色之粉粒，又屢屢有成玻璃樣圓柱及顆粒圓柱者。初生兒之蛋白尿為生理的現象，往往於生後至十日發現，初生兒尿中富於尿酸者，蓋因其血中白血球增多存在故也，至於蛋白尿則基於尿酸堵塞 (Harnsäureinfarkt) 之關係。

恩該爾 (Engel) 及忒爾魯 (Turneau) 氏尿反應 (Engel u. Turneau, Kl. Wochenschr. 1911. Nr.

(1) 用 2% 之硝酸銀液十五滴乃至二十滴，滴於大約五立方公分之哺乳兒尿中，於十五分間人乳營養兒之尿，則生黑色之沉澱；牛乳及其他營養兒之尿，則呈白色或稍帶褐色。

Wchenschir 氏 (Berl. Kl. Wochenschr. 1911. Nr. 7) 認此無關於營養之如何，仍關於存在於尿中之鹽化物，其他之燐酸鹽及碳酸鹽之如何，至於生黑色之沉澱者，不外為硝酸銀之還元而已。

據井上學士於東京醫科大學小兒科之試驗，不僅認其反應之事實，尚因此試驗之陰陽性，而得區別為牛乳與人乳（兒科雜誌百三十一號。）

(九) 神經系統 (Nervensystem)

初生兒之官能的發育尚未充分，腦髓之重量占體重四分之一，然其外形與大人無甚差異，但前頭葉比較的小，而主要之溝現深截痕，其割面呈灰白色，而白質與灰白質之區別不鮮，此由於神經髓質之發達尚未成熟也。延髓、脊髓、小腦於初生期內髓質均已發達，惟大腦須於生後乃漸漸發達，至第三月遂發育完成，故其割面帶灰白之色調，腦神經亦如視神經生後僅一部份有髓質，而於篩狀板之附近尚有無髓之處所。

感覺器 視覺之發達不充分，初生兒可嫌光明，如已覺漸漸不過能辨明暗，眼球之運動缺乏調節 ("Physiologisches Schielen") 其視線僅能凝視空虛，至第三月即能識判他人。關於聽覺在生下第一日全聾，蓋由羊水黏稠之液體充於鼓室也。其他味覺、嗅覺、肌覺、觸覺，在初生兒均已發達也。

反射機能 (Reflex) 光線反射及角膜反射，初生兒即已存在，但皮膚反應往往有缺如者，然於年長之哺乳

兒則反射機能生理的亢進，彼巴賓斯克氏現象（“Babinskisches Phänomen”）（即壓擦足蹠時，足趾尤以拇趾之足背屈曲或足趾擴張之現象）爲至第二年存在之生理的現象也。

髓反射在初生兒及哺乳兒均活潑，尤以當哺乳時容易得見四肢之弛緩狀態，然有被四肢肌肉生理的緊張亢進（Physiologische Hypertonie der Muskulatur）所遮蔽，則應注意。

（十）精神作用（Psychische Tätigkeit）

初生兒精神作用之表現，殆不能認出，感情之表現，至第二月不過漸能微笑，以表示愉快之狀態，至第三月乃至第四月則能注意人物及物體，且能努力攀依於人物或玩弄自己之手指等運動，當此時若幼兒之現刺戟性或恐怖性而成爲不安之睡眠者，則爲有神經性或營養障礙之關係所致也。又如精神發達遲緩或喪失者，則爲白痴或痴愚（Idiot od. Imbecillität）。

初生兒及哺乳兒本不能言語，不過以聲音而表示其言語運動，即成爲叫喚聲音，但幼兒當飢餓及疼痛時，乃有此表現。至三月即發詢語（Taller），以作語言器官之練習。約至一歲之終，則言語領解力發達，成自動的語法。第二年之終能作正當之言語（Mass氏）。

睡眠爲生理之特徵，健康之哺乳兒第一月應有二十時間之睡眠，其後需要十二乃至十五時間，二三歲時晝需二乃至三時間，夜需十乃至十二時間，學齡兒童平均應有九乃至十一時間之睡眠，到七歲時十乃至十時半，十歲時九時半乃至十時間，十二歲時九時間，十四歲時八時間半，以上皆指精神不過勞之健康兒童而言。

第二章 小兒發育論 Kindliches Wachstum

(1) 身長 (Körperlänge) 初生兒之身長男女不一，平均為五十公分 (Cm)，據卡麥勒爾 (Camerer) 氏男兒長四十九公分，女兒長四十八公分，至第三月則增加九公分，至第六月又增加八公分，其次在第九月乃至十二月各增加三乃至四公分，合算一年之終，增加全數為二十乃至二十五公分。在第二年則增加十公分，第三年為八公分，自春機發動期以後每年增加五公分，故於十五歲之終，則其身長可達百五十公分以上。身長之發達，非連續的，而為週期的。使身長發達遲延之動機，其主要原因，為營養不良、氣候之關係、佝僂病、梅毒、甲狀腺疾病、先天性心臟疾患等是也；熱性病反而促進身長發達者有之。茲將提咪席 (M. Thiernich) 氏之表揭錄如左 (Feer. Lehrbuch der Kinderheilk.)：

各年齡	男		女		各年齡	男		女	
	身長 (公分)	各年齡之 增加 (公分)	身長 (公分)	各年齡之 增加 (公分)		身長 (公分)	各年齡之 增加 (公分)	身長 (公分)	各年齡之 增加 (公分)
分娩時	五〇	—	四九	—	四	九九	六	九八	六
一 年	七五	二五	七四	二五	五 年	一〇四	五	一〇三	五
二 年	八五	一〇	八四	一〇	六 年	一〇九	五	一〇七	四
三 年	九三	八	九二	八	七 年	一一五	六	一一三	六

對於日本兒童之身長，三島博士之調查表如左（日本健體小兒之發育論）

年	一	二	三	四	五	六	七	八	九	十	十一	十二	十三
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
人數	五〇	三一五	二六二	四二〇	七〇一	八八一	四九一	四九	五	五	五	五	五
身長	四九・一公分	七三・五	七九・五	八五・四	九一・七	九七・四	一〇二・八	四九	五	五	五	五	五
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
人數	四九	六四	二八〇	二三七	二五三	五二七	七六九	四九	六	六	四	二	一
身長	四八・七公分	七二・九	七八・九	八四・九	九一・〇	九六・五	一〇二・四	四九	六	六	四	二	一
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
人數	一一八	一一三	一二八	一三三	一三九	一四六	一四六	一一八	一二三	一二八	一三五	一四〇	一四五
身長	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
人數	一一八	一一三	一二八	一三三	一三九	一四六	一四六	一一八	一二三	一二八	一三五	一四〇	一四五
身長	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
人數	一一八	一一三	一二八	一三三	一三九	一四六	一四六	一一八	一二三	一二八	一三五	一四〇	一四五
身長	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五	五

年	初生兒	男		女	
		人數	身長	人數	身長
一	年	七七	七三・五	六四	七二・九
二	年	三一五	七九・五	二八〇	七八・九
三	年	二六二	八五・四	二三七	八四・九
四	年	四二〇	九一・七	二五三	九一・〇
五	年	七〇一	九七・四	五二七	九六・五
六	年	八八一	一〇二・八	七六九	一〇二・四

七	年	一〇五六	一〇八・三	七二〇	一〇七・二
八	年	九三三	一一三・八	九〇五	一一二・〇
九	年	七八六	一一八・三	六〇五	一一六・二
十	年	八〇四	一二二・八	五三三	一二〇・四
十	一	年	六四九	一二七・〇	一二五・九
十	二	年	五四六	一三〇・八	一二三・三
十	三	年	四七〇	一三五・二	一三九・〇
十	四	年	三〇八	一四一・五	一四三・二
十	五	年	二七九	一四六・三	一四四・七

關於初生兒之身長榊順及三輪博士之報告如左：

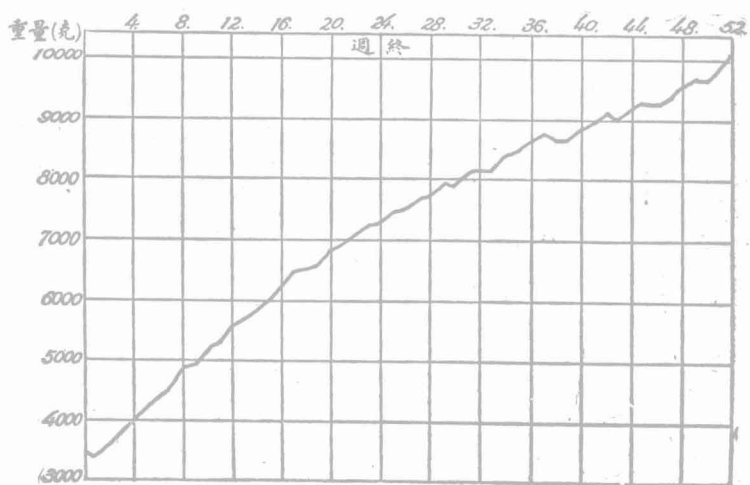
	榊順次郎博士（東京醫學會雜誌第二卷第八號）	三輪德寬博士（東京醫學雜誌第五卷第二十三號）
男	五〇・四公分	四八・八公分
女	四七・三公分	四八・一公分

(11) 體重 (Körpergewicht) 初生兒之體重，男兒平均為三四〇〇公分 (grmme)，女兒為三三〇〇公分 (grmme)，大概長子較次子之體重常輕。如超過此平均體重者，稱曰過熱之初生兒 (Übertragere Neugeborene)。

eborene)多生於偉大而健全之多產婦;如較諸平均體重少者,或由其母體有梅毒及結核之故,抑或非早產兒則為雙胎兒之關係。分娩時之體重,至生下第二日或第三日通常減輕二〇〇乃至三〇〇公分 (grmm), 因胎便排出及全未攝取食物,且水份排泄及脂肪燃燒旺盛之故,然是為生理的體重減少 (Physiologische Gewichtsabnahme) 至第八日乃至第十日,即可恢復。小兒至第五月乃至第六月時,則等於分娩時體重之二倍,至第一年之終,殆增為三倍。小兒體重增加之速度,以最初第一年間為最迅速,第二年以下,則速度緩慢,茲將卡麥勒爾 (Camerer) 氏之表揭錄如左:

乙表 分娩時有二七五〇公分 (grm-

第二圖 甲表



分娩時有二七五〇公分以上體重之天然營養兒之平均體重

各週之終	人乳榮養兒	牛乳榮養兒
分 娩 時	三四三三 公分 (gram)	三四六七 公分 (gram)
一 週	三四〇八	三三一四
二 週	三五六七	三三八四
三 週	三七八一	三五五七
四 週	四〇〇八	三六八三
八 週	四九〇七	四三〇三
一 二 週	五六〇〇	四九一一
一 三 週	五六九三	五〇九三
一 六 週	六二九四	五五三二
二 〇 週	六八二四	六一八一
二 四 週	七二八九	六八三六
二 六 週	七五〇五	七二七八
二 八 週	七七七四	七二〇七

三	二	週	八一七五	七七八三
三	六	週	八六五五	八一六一
三	九	週	八六七四	八四七〇
四	〇	週	八八五五	八三〇六
四	四	週	九二三二	八七八二
四	八	週	九五八九	九一九二
五	二	週	一〇一四一	九六二四

提咪席 (M. Thiernich) 氏之體重發育表 (Feer, Lehrbuch der Kinderheilk)

各年齡之終 分 娩 期	男		兒		女		兒	
	體 重(公斤)	各年齡之增加	體 重(公斤)	各年齡之增加	體 重(公斤)	各年齡之增加	體 重(公斤)	各年齡之增加
一 年	一〇・二	六・八	三・二	九・七	三・二	六・五	三・二	六・五
二 年	一二・七	二・五	二・五	二・二	三・二	二・五	二・五	二・五
三 年	一四・七	二・〇	二・〇	一四・二	三・二	二・〇	二・〇	二・〇
四 年	一六・五	一・八	一・八	一五・七	三・二	一・五	一・五	一・五
五 年	一八・〇	一・五	一・五	一七・〇	三・二	一・三	一・三	一・三

關於日本初生兒之體重有榊順及三輪之報告：

十	十	十	十	十	十	十	十	九	八	七	六
七	六	五	四	三	二	一	年	年	年	年	年
年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年	年
五六・〇	五〇・〇	四五・〇	四一・〇	三七・五	三五・〇	二二・五	三〇・〇	二七・五	二五・〇	二三・〇	二〇・五
六・〇	六・〇	四・〇	二・五	二・五	二・五	二・五	二・五	二・五	二・〇	二・五	二・五
	五二・〇	四八・〇	四三・〇	三七・〇	三二・〇	二九・〇	二七・〇	二五・〇	二三・〇	二一・〇	一九・〇
	四・〇	五・〇	六・〇	五・〇	三・〇	二・〇	二・〇	二・〇	二・〇	二・〇	二・〇

		榊	氏	
男	兒	三〇六二・〇公分(95.7)	三	輪 德 寬 氏
女	兒	二七一四・〇公分(85.7)	二	八 六 二・〇公分(95.7)

三島氏之調査成績（日本健體兒之發育論）

年 齡	男		女	
	人 數	體重公分(94)	人 數	體重公分(94)
初 生 兒	五〇	三〇四〇	四九	二八七〇
一 年 年	七七	九〇〇〇	六四	八五〇〇
二 年 年	三一五	一〇八〇〇	二八〇	九九〇〇
三 年 年	二六二	一二四〇〇	二三七	一一五〇〇
四 年 年	四二〇	一三七〇〇	二五三	一二九〇〇
五 年 年	七〇一	一五二〇〇	五二七	一四五〇〇
六 年 年	八八一	一六五〇〇	七六七	一六〇〇〇
七 年 年	一〇五六	一七八〇〇	七二〇	一七二〇〇
八 年 年	九三三	一九一〇〇	九〇五	一八七〇〇
九 年 年	七八六	二一〇〇〇	六〇五	二〇五〇〇
十 年 年	八〇四	二三〇〇〇	五三三	二二三〇〇
十 一 年 年	六四九	二五〇〇〇	四〇一	二四四〇〇
十 二 年 年	五四六	二七二〇〇	三六七	二七八〇〇
十 三 年 年	四七〇	二九八〇〇	二八〇	三一四〇〇

哺乳兒體重增加表：

十四年	三〇八	三三六〇〇	二四五	三六五〇〇
十五年	二七九	三八七〇〇	二二〇	三八二〇〇

年齡	每日之增加	每月之增加	體重
初生兒	——公分 (gr.)	——公分 (gr.)	三〇〇〇公分 (gr.)
一月	三一	九三五	三九三五
二月	二六	七七五	四七一〇
三月	二三	六八〇	五三九〇
四月	一七	五二〇	五九一〇
五月	一六	四七五	六三八五
六月	一三	四〇〇	六七八五
七月	一七	四九五	七二八〇
八月	一〇	三一〇	七五九〇
九月	一三	四〇〇	七九九〇
十月	一〇	二八五	九二七五
十一月	九	二七〇	八五四五
十二月	六	一九〇	八七三五

若欲秤小兒之體重，生下七日以前者，須於每日一定之時間行之。以後可一週一回，於每週之同日施行，至七
 月以上者，則每十日或十四日一次可也。

(II) 頭圍 (Kopfumfang) 即測前頭結節與後頭結節之週圍，普通初生兒為三十三乃至三十六公分 (cm)，六月者為四十三乃至四十四，一年之終，約有四十六公分，二乃至三年，長四十七乃至四十九公分，五年乃至十二年，長五十乃至五十二公分 (大人為五十五乃至五十九公分)。大於此普通頭圍者，則為腦水腫或佝僂病也；至於先天性精神發育異常者，其頭圍往往較普通頭圍為小。

(四) 胸圍 (Brustumfang) 胸圍之測計，即前由乳房之高，後由肩胛骨角之上測之，初生兒則為三十二乃至三十四公分，常較頭圍小，或與之相等，每年增加之數目，平均一乃至二公分，二年乃至七年為一乃至二公分，七年乃至十二年為一乃至一·五公分，至春機發動期，為三乃至五公分。胸圍在嬰兒時左右同形，但至三年以後，則右側胸圍常較左側發達，七乃至十二年之男兒，有一·五公分之差數，茲將頭圍與胸圍之平均數揭錄如左：

攝斯 (Seitz) 氏之表 (Seitz, Kindirheik, 3. Aufl.)

年齡之終	頭圍 (公分)	胸圍 (公分)
初生兒	三四	三二
一年	四六	四五
二年	四八	四七

關於日本之初生兒頭圍有柳順及三輪氏之報告：

十 六 年	五三	八〇
十 五 年	五二・五	七六
十 四 年	五二・五	七二
十 三 年	五二・五	六八
十 二 年	五二	六六
十 一 年	五二	六二
十 年	五二	六一
九 年	五二	六〇
八 年	五一・五	五八
七 年	五一	五六
六 年	五一	五四
五 年	五〇・五	五二
四 年	五〇	五〇・五
三 年	四九	四九

柳 順 氏 三 輪 德 寬 氏

頭圍		胸圍	
女	男	女	男
三二・〇公分	三二・六公分	三三・四公分	三三・一公分

三島氏之調查（日本健體小兒之發育論）

小兒頭圍及胸圍發育表：

年 齡	頭 圍		胸 圍	
	男 兒	女 兒	男 兒	女 兒
初 生 兒	三三・八公分	三三・三公分	三二・四公分	三二・三公分
一 月 月	三六・九	三六・五	三六・三	三六・〇
二 月 月	三八・六	三八・五	三八・六	三八・四
三 月 月	三〇・四	三八・七	三九・六	三八・六
四 月 月	四〇・五	三九・七	四一・三	四〇・二
五 月 月	四一・四	四一・〇	四一・九	四一・一
六 月 月	四二・三	四一・六	四三・五	四一・六
一 歲 歲	四五・四	四四・一	四五・七	四四・四
二 歲 歲	四六・七	四五・八	四六・八	四六・二
三 歲 歲	四七・六	四六・九	四八・一	四七・二

分娩後一月內之小兒發育表

六歲		五〇・二		四九・七		五二・七		五一・九	
年	齡	體	重	身	長	頭	圍	胸	圍
初生兒	女		二八七〇		四八・七		三三・三		三二・三
	男		三〇四〇		四九・一		三三・八		三二・四
一週	女		三〇四〇		五〇・六		三四・四		三三・五
	男		三八六〇		五〇・二		三四・三		三三・三
二週	女		三三三〇		五一・二		三五・三		三四・四
	男		三二〇〇		五一・七		三五・〇		三三・六
三週	女		三六五〇		五四・二		五六・〇		三九・二
	男		三五〇〇		五三・五		三五・五		三五・〇
一月	女		四〇七〇		五六・五		三六・九		三六・三
	男		三八〇〇		五五・五		三六・五		三六・〇

(五)大顛門 (Grosse Fontanelle)

由兩顛頂骨及前頭骨之三骨界連處而成，被有皮膜成菱形體之間

隙也。由分娩後至十月之間，漸漸擴大以後則狹小，至十二月乃至十六月則閉鎖，但有腦水腫及佝僂病者則開展。

在初生兒其縱徑爲一·五乃至二·五公分，橫徑爲一至二公分。

(六)生齒 (Dentition) 生齒分爲前後二回，第一生齒期稱曰乳齒 (Milchzahn) 發生時期，上下發生二十枚，茲揭其順序如左：

六月乃至九月	下頷內門齒——上頷內門齒——上頷外門齒——下頷外門齒 (均爲二個)
十二月乃至十五日	第一小白齒
十八月乃至二十四月	犬齒
三十月乃至三十六月	第二小白齒
五年乃至六年	第一大白齒
	四個 (永久齒)

在六歲乃至七歲爲第二生齒期 (永久齒發生之時期) 從乳齒發生之順序而交換之，十歲乃至十四歲間，初生不換之第二大白齒，至春機發動期後 (十六歲乃至四十歲) 則生與第五白齒相當之所謂智齒 (Weisheitszähne)。

生齒之發達程度隨各人而異，尤以發達遲延者，則爲精神發育障礙、營養障礙、佝僂病、及梅毒之故；反之，早期生齒，有在初生兒即已發生間齒者，往昔醫師認爲哺乳兒疾病與生齒之關係甚大，即至今猶迷信爲生齒困難說 (Lehre von der "Dentilio difficilis")。又有唱導生齒熱 (Zahnfieber) 之存在者，頗爲怪訝，然當生齒時期，在神經性及佝僂病性之小兒，同時發生嘔吐、腹瀉、輕度之抽搐等者有之。

康三輪氏經驗之所謂生齒熱，僅有二箇實驗，至於生齒期之腹瀉，則不乏其經驗也。

第二章 乳汁 (Die Milch)

因乳汁之知識，爲研究小兒營養法不可缺少之要件，故特記其概略，現今母乳之代用品，最好爲牛乳，間或有用山羊乳及驢馬乳者。牛乳因臨用時能得多量，且其成分少有變化，故用者甚多；山羊當旅行時，自己採用乳汁，便於攜帶，且少有患結核病之利益，但乳汁之滋養價值，不及牛乳豐富。至於驢馬乳汁之成分雖與人乳酷似，然因其脂肪含量少，又易腐敗，故不能普及應用。

(1) 初乳 (Das Kolostrum, Erstlingsmilch)

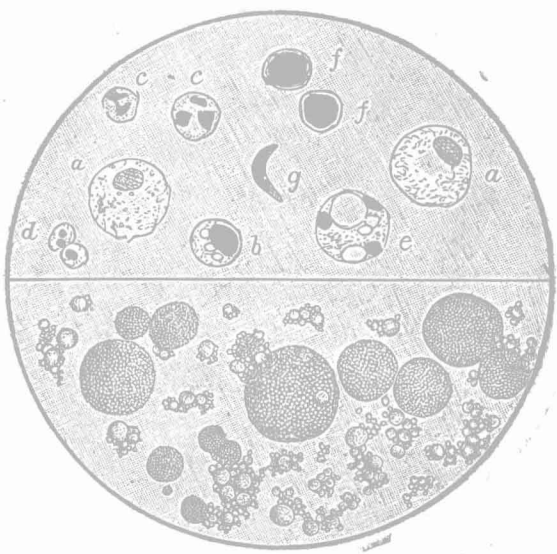
初乳爲分娩後即分泌之黃色乳汁也，富於黏稠性，呈鹼性反應，比重爲一〇四〇乃至一〇六〇，含有乾酪素 (Kasein) 之量極少，加熱則暫時凝固，蓋因初乳中含有豐富之蛋白質 (Albumin) 及格羅布林 (Globulin) 故也。

以顯微鏡檢查時，見有多數之初乳球 (Kolostrumkörperchen) 爲其特徵，初乳球爲桑實樣凝塊之脂肪球，其中不外含有細微或粗大之脂肪點之白血球也。此種初乳球起初雖多數存在，然其數以後漸漸減少，遂僅成爲普通之脂肪球。

關於初乳球之生成，自古以來有多種之學說：或謂爲乳腺之上皮細胞，陷於脂肪變性而成；或謂爲白血球而成；據徹尼 (Ozerny) 氏之研究，已明白爲白血球，故以一滴之初乳球，塗於蓋板玻璃上以醚酒精 (A-

ether alcohol) 脫脂, 更用次甲藍 (Methylenblau) 及格姆薩 (Giemsa) 氏液染色, 則能見如圖所

第三圖 初乳



上半

初乳球之標本

a 初乳球

b 具脂肪空胞單核白血球

c 多核白血球

d c之小形者

e 充於脂肪空胞之白血球

f 淋巴球

g 半月體

下半

初乳球

示之美麗白血球之形態。徹尼 (Czermy) 氏證明, 所謂初乳者, 爲白血球於乳汁鬱滯時未被吸收之脂肪, 由淋巴道運去而含有脂肪球所成者也。並於臨床上舉出乳汁鬱滯之乳腺, 有分泌帶有初乳性質之乳汁云。初乳球之成分, 其脂肪量不定, 蛋白質含有量甚多, 尤以富於格羅布林及蛋白質, 鹽類或其種類較永久乳爲多。

	分娩後二六—五一時間	五六—六一時間	六〇—一四〇日後
氮	〇・九二八%	〇・五〇八%	〇・七二%
脂肪	四・〇八%	三・九二%	三・三一%
糖	四・〇九%	五・四八%	六・八一%
灰分	〇・四八%	〇・四一%	〇・一九%
乾燥成分	一六・〇四%	一四・一二%	一一・七九%

(11) 永久乳 (Dauermilch)

人乳及獸乳已失初乳之性質者，稱曰永久乳。

新鮮之乳汁，對於試驗紙爲中性或鹼性；然因經過時間被乳酸菌 (Milchsäurebazillen) 所起乳酸醱酵，則成酸性。其比重平均爲一〇三二。

乳汁之成分：

攝斯 (Seitz) 氏之表：

%	蛋 白		脂 肪	糖	鹽 類
	乾 酪 素	蛋 白 素			

人乳	〇・五%	〇・五	四・五	七・〇	〇・二
牛乳	三・〇	〇・三	三・四	四・四	〇・七
山羊乳	三・八	一・二	四・〇	四・六	〇・八

由 Pfandler, Schlossemann 氏小兒科全書之牛乳項下揭錄之表:

(據郎德尼斯 Raudnitz 氏之參考)

	人乳	牛乳	山羊乳
水分	八七	八八	八七
乾燥成分	一三	一二	一三
燃價一磅之卡路里	六五〇—七五〇	六五〇—七五〇	—
全氮量	〇・一五—〇・三〇	〇・五五	〇・五六
蛋白氮量	〇・一二—〇・一七	〇・五	〇・四三
全蛋白質	一・〇—一・五	三・〇—四・〇	三・五
乾酪素	〇・六—一・〇	三・〇	三・八
乳蛋白素	〇・五	〇・三	一・二
乳糖	七・〇	四・〇—四・五	四・四
脂肪	四・〇	三・〇—四・〇	四・〇

全灰分	%	0.14—0.28	0.7	0.7—1.0
K ₂ O	%	0.08	0.17	0.13
K ₂ SO ₄	%	0.011	0.05	0.06
CaO (氧化鈣)	%	0.03	0.11	0.11
P ₂ O ₅ (氧化磷酸)	%	0.05	0.14	0.18
Fe ₂ O ₃ (氧化鐵)	%	0.0005	0.001	0.003
Cl (氯)	%	0.043	0.1	0.1
反應 (試驗色紙)		鹼性	中性	中性
酸結合力		八五	三二〇—五五〇	—
冰結點		零下〇.五—〇.六三度	零下〇.五四—〇.五九度	零下〇.五七度
比重		1.0311	1.0311	1.0311

日本婦人之乳汁分析表:

堀内松五郎氏 (在東京醫學會雜誌第三十二卷及二十七卷)

粟山重信氏 (兒科雜誌一七二號)

蛋白質

1.34%

1.196%

脂肪

2.98%

3.066%

乳糖

6.97%

7.032%

灰分

〇·一六%

〇·一九%

乳汁除去蛋白 (Kasein 乾酪素) 與脂肪者，稱曰乳漿 (Molke) 含有碳水化合物，可溶性蛋白質，及鹽類，恰如血液分爲固形成分之血球與液體成分之血漿然。

(a) 蛋白質 乳汁之蛋白質，其主要由乾酪素 (Kasein) 而成，其他含有乳蛋白素 (Laktalbumin) 及乳球素 (Laktoglobulin)。

乾酪素爲含 Nucleoprotein 種類之磷之蛋白質也，因酸鹼及凝乳 (Lab) 酵素凝固而成不溶性，故乾酪素爲不溶性之蛋白；而乳球素及乳蛋白素爲可溶性之蛋白。今於牛乳加入酸或凝乳酵素，則生乾酪素凝塊，此時牛乳之凝塊較人乳強固而粗大，且於試驗管內行胃液素 (Pepsin) 鹽酸消化，牛乳乾酪素難被消化，遺有 Pepton-klein 之殘渣；於人乳則不然，俾德耳忒 (Biedelt) 氏等即認此點爲人工營養不及天然營養之主要原因也。然於實際則不然，蓋乾酪素因乳汁之種類不同，亦有生理學的作用之差異故耳。

(b) 碳水化合物 人乳含有之碳水化合物，較獸乳量爲多，雖乳汁之種類不同，然均含有同一之乳糖。近代欲求乳漿對於營養障礙之切實原因，故對於碳水化合物及鹽類之研究極盛行。

(c) 脂肪 乳脂爲各種 Glycerinester 與游離脂肪酸 (Buttersäure, Palmitinsäure, Oleinsäure) 之結合而成，其成分及含量不定，牛乳較人乳含有之發揮性脂肪酸約多四倍。

脂肪之含量，尤以人乳爲有動搖性，分泌之初期，必乏脂肪，至後則漸漸增加。

實習)

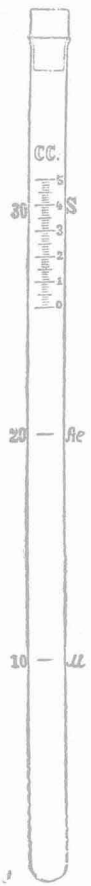
(1) 由比重測定之法 以類似尿重計之魁尼味萊爾 (Quenne-Müller) 氏之乳重計 (Laktodensimeter) 測之。

牛乳加水，則其比重輕，反之，脫去脂肪則比重增加，故比重測定不可忽視也。

(二) 馬香 (Marchand) 氏之法 將馬香 (Marchand) 氏乳脂計，插入 10.0 立方公分 (cm³) 之乳汁內 (至 M)，加入以三——四滴立氫氧化鈉液，及以水飽和之醚，10.0 立方公分 (至 A₀) 強力振盪之，更注入 90.0 容量%之酒精至 S，密閉栓塞而充分混合內容，次將乳脂計之全部浸入約 40 度之溫湯，時時沿長軸劇烈迴轉，數十分鐘之後，移於 20 度之水中，而冷卻之，讀劃度於最上層之鮮黃色之脂肪溶液之容量，此容量為 V，則由次列公式所得之數，即存於 100 立方公分之被檢乳中之脂肪重量也。

$$(V \times 2.04) + 1.135 = X$$

第四圖 馬香 (Marchand) 氏之乳脂計 (自然大之 1/2)



(iii) 該爾柏 (N. Gerber) 氏之法 用該爾柏氏之乳脂計 (Acid-Butyrometer) 測定，不如前法之困難，且較精確，故通常賞用之。

試藥 (a) 濃硫酸有一·八二〇——一·八二五之比重者 (於一五度)

(b) 戊醇 (Amyl-Alkohol) 有〇·八二〇——一·八二五之比重者 (於一五度) 將一〇·〇立方公分之濃硫酸 (a) 移於乳脂計，徐徐注加一·〇立方公分之 (cm³) 戊醇 (Amyl-Alkohol) 更注意加入一·〇立方公分之被檢乳，然後用樹膠栓密塞其口，因防其破裂，用手巾卷之，乃充分振盪乳脂計之內容，乳脂計之全部，浸於六〇——七〇度之溫湯中，此時應將有樹膠栓之端向下，經二三分鐘將內容取出，置入附屬之遠心機，約經一〇分鐘以上之迴轉，乃取出乳脂計，下端之膠栓再投入六〇——七〇度之溫湯中，二乃至三分鐘後，讀管上部集積之脂肪層，脂肪層所占之割度數之 $\frac{1}{10}$ ，即脂肪之重量%也。今若脂肪層之上界為二，下界為四一，則其差為三九，故被檢乳中之脂肪為三·九%。

第五圖 該爾柏氏之脂肪計 (自然大之 $\frac{1}{2}$)



(d) 鹽類及鑛質成分 關於鑛質成分，有興趣之事項甚多，故今日各學者之研究，亦極注意於此，蓋於幼時

鑛質之中對於生長必要者，厥為磷與鈣，為骨之主要無機成分，此兩者在牛乳中，均較人乳為多，鐵之成分，亦以牛乳為多，故有謂當稀釋牛乳，必須顧及鑛質成分之關係者不少。

(E) 酸酵素 亦為應當注意之成分，煮沸牛乳，或以人工的諸種方法處理時，往往起分解，酸酵素有種種，茲列舉如下：

氧化素 (Oxydase) 為起氧化作用者，煮沸則分解。故據此檢查時，則可區別其為煮沸牛乳與生乳。

還元酵素 (Reductase) 為營還元作用者，乳汁於酸敗時則分解。

糖化素 (Diastase u. Glycolytische Fermente) 為司碳水化合物之分解者。

其他有 *Lipase*, *Katalase*, 蛋白分解酸酵素 (Proteolytische Fermente) 等。

因氧化素之存在否，須區別為煮沸乳與生乳，今以一滴之醋酸點於生乳內（須用濾過紙濾過），昔時尚有同量之松節油與新鮮之癒瘡木脂 (*Resina Guajacel*) 酒精混合液滴下，則呈美麗之青色，即為氧化酵素存在之證明，蓋與血色素之癒瘡木脂試驗同一理也；而煮沸乳則無此現象。

又有因還元酵素之存在與否，可視牛乳之變敗如何之方法：(Bertansan 及 Schanzen 氏)

其原理基於測定牛乳之細菌分解，漸次增加之一種還元物質。

試藥 (a) 四千倍之次甲藍 (*Methylenblau*) 溶液。

(b) 四千倍之一品紅 (Fuchsin) 溶液加五〇立方公分酒精。

試驗管中盛二〇立方公分之被檢乳，加入三滴之 (b) 及五滴之 (a) 時，混合液呈灰白色，此時置於四〇度之水中，因牛乳分解之程度，一定時間之後，灰白色呈紫藍色，遂移為淡紅色，此因還元酵素之次甲藍還元，而僅成一品紅，故 B 氏及 S 氏之規定如次：

(一) 被檢乳之色調變化，起於十五分鐘以內者，則不堪使用。

(二) 色調變化，起於四十五分鐘以內者雖少，然不可用於哺乳兒及患者。

(三) 起於一時半以內者，為已變敗之徵也。

(F) Haptine 類 於乳汁中含有種種之抗原 (Antigen) 及固有之物質，乳汁或乳汁之蛋白，送於家兔之血中時，於家兔之血清中，生特種之沉降素 (Praecipitin)，因而能分別為人乳之乾酪素及牛乳之乾酪素。

母體雖含有種種之抗體 (Antikörper) 及抗毒素 (Antitoxin)，但若患傷寒 (Typhus) 或狄扶的里 (Diphtherie)，則於其乳汁中，必分泌對於其所患疾病之抗毒素。

其他於乳汁中含有調理素 (Opsonin) 及補體 (Komplement)，此等抗體、調理素及補體之存在，於新鮮之乳汁，雖有殺菌能力，若經八十度以上之煮沸，或放置三乃至二十四小時，則失其效力，故於牛乳煮沸之際，此當應注意之點也。

(三) 榨乳及牛乳貯藏法之注意

牛乳之選擇，須由完全康健之乳牛榨取者為佳，固勿論矣；然牛棚及乳房等之清潔法，亦不得不遵照衛生之法則也。

飲用之牛乳，嚴行消毒之完善

者，固屬理想；然須備其他之緊要條件如左：

須用由多數之乳牛所得之乳

而混合者。

須飲用榨取後，未經過長時間

者。

牛乳之脂肪等成分，雖自各乳

牛之量不一，但混合多數者，殆能免

其缺點。牛乳因經榨取時，其中有污

物，（榨取時不能避免污物混入，即混入牛毛、牛糞等）由空氣中混入之芽胞繁殖，而起酸醱酵及腐敗，雖新鮮之

牛乳，其一立方公分中，亦含有一百萬乃至二百萬之細菌，於短時間內，即能逞其驚人之繁殖。

第 六 圖

Soxhlets 氏消毒器 (nach Fruhwald)



以次甲藍染色時，能見多

數之長鏈狀菌及球狀菌之乳

酸菌，故新鮮之牛乳，即應藏置

於完全之冷藏器內。

(一) 冷卻防敗法

將榨出之牛乳，即置入冰

箱而冷卻貯藏之。

(二) 高熱殺菌法

(Sterilization) 以百十

度乃至百十五度之熱，經

十五分鐘之消毒。

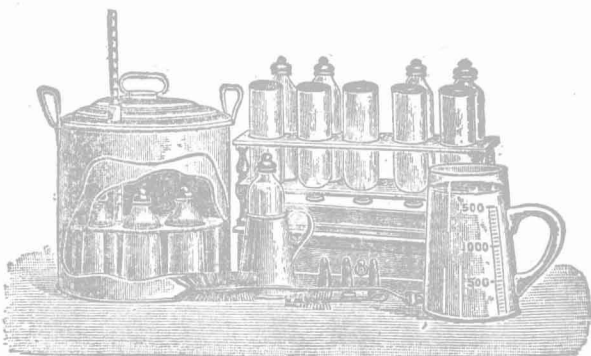
(三) 低熱殺菌法

(Pasteurisation) 以六十五度乃至八十度，經二十分鐘乃至三十分鐘消毒。

(四) 單純煮沸法 即用普通之牛乳鍋煮沸。

(五) 藥劑防腐法 雖有用酸性碳酸鈉、水柳酸者，然不適於實用，近時有以二氧化氯殺菌，貯藏於冷所

第七圖
Ollendorfscher Pasteuriserapparat
Ollendorfs氏 低溫殺菌器



煮沸前之狀



煮沸後之狀

Ollendorfs 橡膠塞

Ollendorf; Gummikapponverschluss

第 八 圖
Flügge 氏牛乳鍋 Milchkochtopf
(Soltmann-Flügge)



高熱殺菌法，雖可絕對的殺菌；但起生物學的變化，有起巴羅氏病 (Barlow'sche Krankheit) 等之恐。低溫殺菌法，不過為比較的殺菌法，乳酸菌及普通之病原菌概可死滅；然結核菌須八十度十分之間，或六十八度半時乃能殺滅也。

故吾人日常用 Soxhlet's 氏消毒器，及 Gentile 消毒器百度煮沸，經五分鐘足矣。

冷藏法 已經殺菌消毒之牛乳，即貯藏於冰箱中，甚為必要，確實可以防止細菌之繁殖，行冷藏法最適當者，為樹膠栓哺乳罐，於冷卻時，因陰壓則樹膠栓堅固密著。

第四章 小兒之營養法 (Ernahrung des Kindes)

小兒（哺乳兒）之營養法，可分為天然營養法、人工營養法、及混合營養法三種；第一種為賴母親或乳媪之乳房，即以人乳哺育之命名也。第二種即川獸類之乳汁哺育之名稱，現今吾人常用者為牛乳，其他之獸乳，則屬於例外，故所謂人工營養者，即不外牛乳營養是也。第三種即使用天然營養法與人工營養法兩者之方法也。

分娩之機轉終止，初生兒漸次出世，因其生活之需要，從來賴母體供給營養者，今不得不自營三種之重要官能矣。

一、自己體溫之保存。

二、攝取食物而保持其生活及發育，故作必要之勢力 (Energie)。

三、由肺呼吸起氧化作用，以供給其必須之氧氣。

然論保持自己之體溫，初生兒及哺乳兒與大人比較，必要非常之努力，此乃體溫面積之關係也。初生兒之體溫面積，約當大人之三倍，年長之哺乳兒，約當大人之二倍云，一公斤 (Kg) 之面積：

大人

三・〇平方公分

六月之小兒

六・〇平方公分

初生兒

八・三平方公分

對於重量之公斤較大人必須大二倍乃至三倍之勢力 (Energie) 及熱交換者明矣。

大人對於一公斤約須三五熱量卡路里 (Kalorie) 哺乳兒必須一〇〇乃至一一〇熱量，約有六月之哺乳兒，體表面積亦隨其年齡之增加，而比較的減少，故至哺乳兒之終末期，約須九〇熱量足矣。如此小兒消化器管及其附屬分泌腺，則較大人之動作爲多，故亦不得不負過重之任務，又爲容易被毀損之部分也。

故於其構造上與大人相比較，不可不備特有之點，故於消化腺之實質，甚爲豐富，例如小兒肝臟之重量與體重比較是也。

初生兒	一・一八
小兒期	一・二〇
春機發動期	一・三〇
成人期	一・三五
中年期	一・四〇
老年期	一・五〇

又如哺乳之腸管，其長度與身長相比爲六乃至八・一，成人等於五・一，腸絨毛亦較成人爲大，腺組織及淋巴組織亦豐富，又哺乳兒之身長，富於水分，據 *Carmerer* 氏云：一〇〇公分體重，水分占七一・八公分。

第一 人乳營養法（天然營養法）（Ernährung an der Brust, Die natürliche Ernährung）

天然營養法對於哺乳兒，實為理想的當然之營養法也。能以母體之乳房以哺育乳兒，固為最良之策；但不得已時，亦不能不賴其他婦人之乳房以哺育之，蓋因母乳由人體而來，各種滋養成分之質及量，悉與人類之生長適合，無待論矣。吾人於試驗管內用試藥分析人乳及牛乳，其定量兩者之間，發見相差之點甚多，兩者含有之滋養成分，尤以蛋白質，生物學的意味全然不同，例如試驗人乳中之乾酪素與牛乳中之乾酪素，沉降反應（*Præzipitationstraktion*），各有特種反應之存在，即人乳對於人類之哺乳兒，為全然適合之同種性食物（*Artigene Nahrung*），雖與以任何物代用，決無完全之結果；反之，牛乳為異種性食物（*Artfremde Nahrung*），不過為不得已之際，用以代替人乳也。此天然營養兒與人工營養兒相比較，前者於哺乳兒期雖有陷於危險者，惟多能安然渡過；後者則多患消化及營養障礙，而犧牲生命者甚多。茲將柏林之統計列左：

生出後未滿一年之小兒，一萬人中每月之死亡數：（自一八九五年至一八九六年）

	母乳營養	獸乳營養
由生出至一月	1101	1110
一月至二月	七四	五八八
二月至三月	四六	四九九

三月至四月	三七	四六五
四月至五月	二六	三七〇
五月至六月	二六	三一一
六月至七月	二六	二七七
七月至八月	二四	二四一
八月至九月	二〇	二一三
九月至十月	三〇	一九一
十月至十一月	三一	一六八
十一月至十二月	三九	一四七

日本及我國雖不及歐美人工營養流行，但人工營養漸有興盛之傾向，則為不可掩飾之事實。人工營養不及於天然營養之理由雖多，茲略將其中之主要者，列舉一二如左：

抗毒素等移行於乳汁中。

艾利氏 (Ehrlich) 始將對於 Abulin 或 Iitin 免疫之鼠之乳，與以非免疫鼠所產之乳兒，而得免疫。質拉麥 (Kömer) 氏對於飲狄扶的里免疫馬之乳之幼馬，其血清中俱可以證明狄扶的里抗毒素。由此可知人乳乳漿 (Menschenmilchmolke) 與牛乳乳漿 (Kuhmilchmolke) 之差異。

近代據芬克耳斯坦 (Finkelstein) 及邁爾 (Meyer) 氏所唱：乳兒之腸上皮細胞接觸人乳乳漿中

之氫離子 (Ion)，則能完全營其官能；牛乳乳漿中之氫離子 (Ion) 則阻害腸上皮之官能云。如上所述，即可知兩種營養優劣之一般矣。

廢乳 (Das Abstillen)

廢乳者，即母氏不能授乳於其初生兒之謂也。但於多數健康之母，均能授乳，雖有時乳汁分泌甚少，殆至絕望之際，如使乳兒時時吸啜，偶然促進分泌，亦往往不至感覺授乳不足也。

於斯時無乳腺之分泌與迅速斷絕而致廢乳者，亦復不少。華卜萊耳 (Heubner) 氏調查五百七十名婦人，關於分娩後滿三月間之乳汁分泌，有八三·三%分泌充分，一六·七%不充分，然其中除因免唇而吸乳不完全者，或因初起時分泌不足，始以人工營養而益使分泌減弱者外，真的分泌不足，不過僅占一·四%弱而已。

由母氏及乳兒關係言之，絕對的授乳不可能時，為母氏死亡之時也。其他僅為比較的不可授乳耳。

(一) 罹重症之產褥性敗血膿毒症、傷寒、猩紅熱、重症丹毒、惡性糖尿病、發作頻繁之癲癇及母氏腳氣等，及其乳兒現危險之徵兆時，則應絕對的不可授乳。

(二) 母氏月經時以及患肺炎等熱性急性疾病、腎臟炎、貧血等，亦不可授乳，因其為害，猶勝於人工營養之危險，無待論矣。

(三) 關於結核有種種之議論，當母氏發熱甚烈而陷於衰弱者，不可授乳，固無論矣。即非此情況，昔時亦有主張絕對的廢乳，然近來什羅斯曼 (Schlossmann) 氏謂有結核性之母氏，授乳於其小兒時，反適宜於母氏之健

於乳兒有害，應當然廢乳云。然若已廢乳，而母氏與乳兒不得不同棲之生活狀態者，則無一顧之價值。

(四) 乳腺炎 (Mastitis) 施行外科治療之後，應許其哺乳，此時哺乳，反能漸漸促乳腺之血液循環，扶助炎症消散，又有緩解疼痛之利益。此時母乳內雖混入多數之膿球等，然對於健康之乳兒，亦無大害也。

(五) 乳嘴裂傷 於哺乳之初，往往發生乳嘴裂傷，須暫時廢乳，然至適當時期，則應使其哺乳。

療法 塗擦五乃至一〇%鞣酸甘油 (Tannin glycerin)、黑色油膏 (硝酸銀 〇·一、祕魯香膠 一·〇、凡士林 一〇·〇) 緩解疼痛用 5% 氨基苯甲酸乙酯 (Anästhesin) 軟膏，三乃至 5% 硝酸銀液，又須常用繃帶，將乳房上舉。

(六) 乳房及乳嘴之形態有變化時，亦有不能授乳者，例如乳嘴陷凹 (Hohlwarze) 及乳嘴低短等，均為廢乳之原因。

(七) 狼咽及兔唇 (Wolfsrachen u. Hasenscharte) 狼咽為絕對不可能者。

(八) 鼻卡他 (Coryza) 點用副腎素 (Adrenaline) (1:3000) 之溶液，雖有治療者，如其劇烈時，而起乳嘴障礙者有之。

以上列舉者，雖為授乳障礙之原因，然近代文明之程度日益進步，廢乳而賴人工營養者甚多，吾人不足視為奇也。或謂隨人類知識之發達，而起乳腺之變性，但不足為信。

廢乳之理由有多種；有因恐授乳而損美容者，有由虛榮而廢乳者，又有被助產婦或醫師之愚劣的勸告而廢乳者，有因僅微之浮腫，則診斷爲腳氣而廢乳者，又於分娩後乳汁開始分泌後不久，即輕於廢棄母乳而與以牛乳者有之，此等實未加考慮者，蓋不知任何物品，皆不能替代母乳也。故 Favorinus 氏曰：

婦人使小兒哺自己之乳汁，乃可稱爲完全之母親。

“Eine Frau ist nur dann ganz u. vollkommen Mutter ihres Kindes, Wenn sie es selbst stillt”

授乳婦之攝生 (Hygiene der Stillenden)

授乳婦不可不避免過度之勞動與懶惰，但亦不可勞動過激，固無論矣，然於富裕之家庭，不事勞動，而有終日閑居之弊，是宜慎之，故處於深閨之婦人，不可不講求適宜之運動也。

精神之興奮，即憤怒、疼痛、悲怨等，對於乳汁分泌，亦有極大之影響，神經性之婦人，有忽然乳汁分泌停止者，“Plötzliche Versiegen” der Milchsekretion，蓋由於精神之反射，而起乳嘴括約肌之收縮故也。但爲一時之現象，如今饑餓之乳兒吸吮，則有再起分泌之可能。

授乳婦之食物，宜於其嗜好之範圍內，使其多量攝取，但須擇滋養豐富之食品，不必特別指定衛生的食物，且無須限制何種食物之必要，加香味之食物，酸味之食物，如生果等，更可不必顧慮。有食慾減少及便秘習慣之婦人，應給與以富於碳水化合物之食物、野菜、果物等，交互調理之。

母乳之成分尤以脂肪由個人或時期甚有變化檢查乳汁如其脂肪量少即認為婦人之乳汁不良極為錯誤。寧視其乳兒之發育程度如何為標準，以決定乳汁之良否。

營養法如何，對於授乳婦之乳汁成分，無重大之變化，食脂肪及蛋白質多者，乳汁之脂肪量不一定增加，又與以多量之牛乳及湯汁乳汁之量亦非必能增加。昔時雖有謂食鯉魚麥湯，能增加乳汁之量；食青菜則使乳汁之性質變惡，實則為一種妄謬之傳說耳。

利乳劑 (Lactagogue) 催進乳汁分泌之藥劑雖有種種，然其效力甚少，如 *Somatose*, *Sanatogen*, *Malztrapon*, *Lactogol* 等均無效用，表面上似覺乳汁之量增加，不過為暗示的作用。近代巴西 (Basch) 氏依內分泌學說，謂生殖器官與乳腺有關係，非神經作用，乃基於一種刺激素賀爾蒙 (Hormon) 之存在，特種之刺激素分離，其作用促進乳汁分泌云，但尚未應用於治療上也。

近代有謂用健康婦人之乳汁約一〇立方公分，數次注射於乳汁不足者之皮下，能催進其分泌云。液體需要，對於授乳婦人，尤為必要，故如水、茶、湯汁等，多量與之可也。酒類飲料，少量雖無害，多量則有害也，因酒之成分，能移行於乳汁中。

乳房必須講求清潔，不可不常常洗滌之。

授乳婦人，無特別禁忌之藥物，如碘、溴、水楊酸、鴉片、嗎啡、阿託品 (Atropin) 等品，雖能移行於乳汁中；但對於哺乳兒不能發生有害作用。又母體施行氯仿 (Chloroformium) 麻醉，亦無害於哺乳兒。若瀉藥，則可用鹽類瀉

藥。

月經於授乳期內，有完全閉止或不規則者，若此時有月經，亦不足為憂慮也。

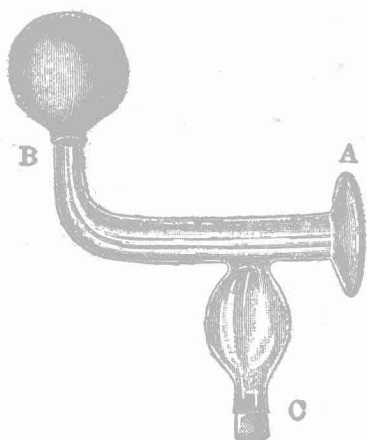
母乳營養之方法 (Technik der Brusternährung)

初生兒初次哺乳，應於分娩後二十四小時間行之，未哺乳之前，可給以加入少量之蔗糖 (Saccharin) 之紅茶煎汁等。許多初生兒中，分娩後三十六小時乃至四十八小時，乃初次索乳者，往往有之。當初次授乳，雖有善於吸飲

第九圖

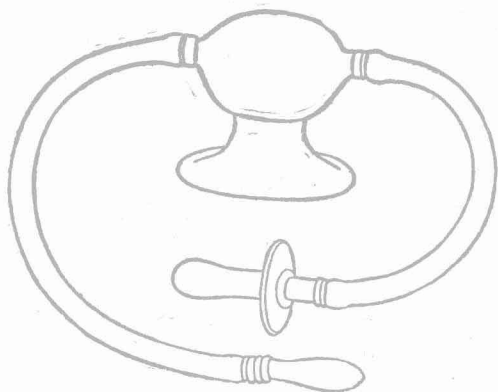
伊布拉希姆氏吸引器

(Milchpumpe nach Ibrahim)



第十圖

布丁 (Budin) 氏吸乳器



者然亦有乳嘴不能保持良好狀態而脫離者但漸次哺乳即可免除此弊
乳房平低而哺乳困難者，或小兒之吸吮力弱者，可使用上列之裝置。

伊布拉希姆 (Ibrahim) 氏之吸引器，其構造如圖所示，由T字形之玻璃鐘而成，A置於乳房，以附於B之強厚樹膠球吸引，則乳汁集於C部。

布丁 (Budin) 氏之吸引乳器，乳腺炎及口蓋破裂之哺乳困難者，亦可用之。

當授乳時，乳汁應否使其充分排出，此為吾人屢屢遭遇之質問也。乳房之充分乳汁排出，甚為必要之事，因能催進分泌而增加排出量；若不充分排出時，則起乳汁鬱滯，而將來分泌不充足者有之，每礙於充足排出者之結果，至分娩後第一週之末期，屢屢乳汁之分泌停止，至二三週後，遂致不能恢復者有之。

使哺乳充分之際，初乳即變為永久乳之性質，初乳球之數甚少，由分娩後第三日至第六日之間，有分泌急速增加之感，而得旺盛排出。

兩側之乳房，授乳時必使其交換哺乳，應力求充分排出。

授乳之回數 授乳應有一定之回數，是為必要者也。然屢屢有因乳兒之要求，遂多量供給，尤以我國之家庭為然，母乳雖為優良之營養品，然濫用亦為不當，無待論矣。規定數回雖甚困難，但使之習慣，則不難矣。如是則乳兒亦不至妄求吸乳而啼哭，母氏夜間亦可安眠，母子均得健康，誠為一舉兩得之方法也。小兒哺乳，就乳汁分泌之乳房而論，二十四小時內五回乃至七回為適度，每回授乳時間之間歇，晝間為三時間，夜間之休息時應長，即夜間祇

須一回或四時一回爲度，設由午前六時起算，則六時一回，九時一回，正午一回，午後三時一回，午後六時一回，午後九時一回，由深夜至天曉乳兒醒覺時，與以一回。

或由午前七時起算，則晝間爲午前七時、十時、午後一時、四時至七時各一回，以後夜間以間歇四時爲度，則定爲午後十一時及午前三時，共計晝夜之授乳回數爲七次，授乳回數之規定，對於工廠工作之婦人，實爲至要也。

哺乳之時間 哺乳時間之規定，對於健全之乳兒，無關重要，何故？蓋健全之乳兒哺乳，於乳房下飲乳不久，即自然能催其睡眠，哺乳亦即停止矣。每回以十五分鐘乃至二十分之間爲標準。

二十四時間之哺乳量 測定天然營養兒所攝取之乳量，甚感困難，大體祇有用精密之秤，計哺乳兒前後之體重而定之。

生後一週間每日之哺乳量（據 Camerer 氏）

第一日	二〇・一
第二日	一〇・四九
第三日	一八九・五
第四日	二五九・〇
第五日	三〇二・五
第六日	三三一・三

據羅耶赫爾 (Boyer) 氏統計一月以後之哺乳量

滿一月 五九九・三

二月 七四四・六

三月 八一七・一

四月 七七八・三

五月 七三一・三

六月 七三六・七

平井博士基於斐爾 (Fell) 氏之調查，計算日本乳兒之體重，而得次列之數：(日本醫學第一年第三號)

滿一月 六四〇・〇

二月 七八〇・〇

三月 八二一・〇

四月 八三八・〇

五月 八八三・〇

六月 九〇四・〇

瀨川博士調查自己之小兒，並記載其體重：

	一日之哺乳量	體重
第一週	一七七、〇	二五四〇
第二週	四九一、〇	二八一〇
第三週	五九七、〇	三〇二〇
第四週(約一月)	六六一、〇	三三五〇
第五週	六九九、〇	三五八五
第六週	七二五、〇	三九八五
第七週	七四四、〇	四〇三五
第八週	七九九、〇	四二八五
第九週(約二月)	八八一、〇	四七二五
第十週	七七九、〇	四七〇〇
第十一週	七八〇、〇	四七六〇
第十二週	七三六、〇	四九六〇
第十三週(約三月)	八四一、〇	五二六〇
第十四週	八五〇、〇	五三九〇

六月之末，則達 $1\frac{1}{2}$ 矣。

營養效果之標準，不可不依據體重增加之狀況，母乳營養兒，以漸次上昇爲正規，稍成長之六月乃至九月之乳兒，一週間之增加爲一五〇公分乃至二五〇公分，有時達三〇〇公分者有之，假若體重非如以上之增加者，苟無疾病之存在，必基於營養不給之故矣。

乳母之選擇 (Auswahl einer Amme)

乳母爲代替母氏唯一之補助也，乳母不可不選乳汁分泌充分之健康者，關於乳汁之成分，各個健康婦人無著明之差異。

乳母之攝生法，已述於授乳婦之攝生法條下，但求乳母乳汁分泌充分之結果，如哺乳力薄弱之乳兒，因與以多量分泌之乳房時，遂起乳汁停滯，終則成分分泌不足，故選擇乳母，當具有與哺乳兒之食物需要量相當之乳汁分泌量者爲宜。

吾輩醫師之義務，當行乳母選擇之際，故應檢查乳母之健康狀態，尤當注意有無結核、梅毒、淋病、寄生性及其他之傳染性皮膚病。彼爾開氏反應 (Pirquet'sche Reaktion) 雖爲陽性，但其他各條已滿足者，決不得認爲不合格之理由；反之，發瑟曼氏反應 (Wassermann'sche Reaktion) 必須檢查，若爲陽性時，決不可採用，關於梅毒之有無，檢查乳母之子，至爲必要，蓋其子如有梅毒，一月以上之年齡，則遺傳梅毒之症候，有顯著之傾向也。

乳母以分娩後經過一二月，即令哺育他人之乳兒者爲適當；分娩後經過一年以上者，則不可矣。

乳汁之顯微鏡檢查，無甚價值，有謂脂肪球之大小及數目，有關乳汁之優劣者，實爲愚也。然含初乳球及白血球等異物之多量存在者，可謂爲不良之乳汁。但亦有應注意之點，即暫時廢乳者之乳汁中，往往亦現與初乳球同一之像，有初乳球之存在，故須使其哺乳後乃可下判定也。要之，選擇乳母之最良標準，不如檢查乳母之子爲愈也。若其子在一二月之年齡，並無梅毒及其他疾病之兆時，且營養狀態佳良者，則其母爲理想的乳母，故與其檢查乳汁，莫如檢查乳母之子，實尤爲重要。

僱傭之乳母，除哺育乳兒之外，尚須令其補助家庭內之動作，如煮炊洗濯等，決不可任其貪享安逸。人道問題上應注意者，爲有遺傳梅毒之乳兒，不可附與健全之乳母哺育。

(註) 關於梅毒之傳染，請參看李鴻慶氏著近世花柳病學第一編第三十二章。(本館出版)

離乳或斷乳(Eniwöhnung)

發達完全之乳兒，至生後六月乃至八月，則不好哺乳，因此時卻渴望大人之食物，即當與以含少量鹽分之食物或麵包，乳兒必極喜歡，以後更逐漸追求新鮮之食物，此乃天啓之離乳時機也。如此時猶豫不決，毫不給與副食物，僅永久繼續給以乳汁營養汁，則乳兒遂起貧血狀態，皮膚之色呈蒼白，皮下脂肪組織發達不良而缺乏膨脹，骨格之發育亦不充分，故吾人視其至離乳之時機，則不可猶豫，應給與副食物也。關於離乳之時期，以六月乃至八月爲適當，有謂週歲以後適當者，徹尼(Czermy)氏謂六月乃至七月最爲適當云。日本之兒童至七八月之間，多求

離乳之方法，最初每日正午一度與以加入少量之鹽分或魚類煎汁之肉汁 (Fleischbrühe) 約百公分以代母乳，或與以百公分同量之粥湯與肉汁，此時所用之肉，不宜用含有易於凝膠之物質 (Leimgebende Stoffe) 者 (贛肉或幼鳥之肉) 有先試用牛乳 (夏季應當注意) 習慣後乃移用肉汁，以後漸次用肉汁或加入肉汁之粥湯，每日與二三回，經一二週後，更應混入各種之野菜 (如白菜、紅蘿蔔、菠菜等) 所煮肉汁之湯，更經過相當時期，則於粥湯內混入飯粒、初一〇〇公分約加飯粒二茶匙，漸次濃厚，而用薄粥，此時除米粥之外，肉汁內可加入各種穀粉製劑，又可與以加入 Mehlsuppe 或細碎之麵包。

年齡至一歲後，可全然離乳，除米粥之外，又須與以卵黃及小魚之肉等。至給與菓物野菜時，則用煮熟之林檎及其他之菓子漿等，並無妨礙。

第二 人工營養 (Künstliche Ernährung)

不能給以人乳時，不得已而用獸乳營養法，但因人工營養易起障礙，故須特別注意焉。

人工營養法，亦如天然營養法，均於分娩後不可即使其哺乳，應與以加入少量蔗糖 (Saccharin) 之紅茶煎汁。

人工營養之方法 (Technik der Künstlichen Ernährung)

1) 牛乳稀釋法 (Verdünnung der Kuhmilch)

牛乳之燃價量，略與人乳相等，故由理論上推之，用不稀釋之牛乳，以養乳兒可也，且實際上亦有贊同之學者；然據多數醫師之經驗，從來用稀釋之牛乳，均獲有良好成積之事實，雖偶然有用全乳而奏良好之成積者，除為體質非常健全兒童之例外，總不能適用於一般小兒也。

最普通所用之稀釋法如次：

生孩一二月 牛乳一與水二之比例 ($1/3$ 牛乳) 三分之一乳。

三月乃至四月 牛乳一與水一之比例 ($1/2$ 牛乳) 二分之一乳或等分乳。

五月乃至六月 牛乳二與水一之比例 ($2/3$ 牛乳) 三分之二乳。

七八月以後 不稀釋之牛乳，稱曰全乳。

牛乳稀釋，須視小兒之體質、營養狀態、及時令如何而斟酌之，固無論矣。

牛乳如以上之稀釋時，因各成分之營養價，著明減弱，僅分量增大，因過多之液量輸送有害，不得實行，而通常用糖類補救之，普通所用者為索克斯雷忒氏滋養糖 (Soxhlet'sche Nährzucker) 勒夫蘭德氏滋養麥芽糖

(Loeflund'sche Nährmaltose) 開勒氏麥芽汁 (Keller'sche Malzsuppe) 改良利俾喜氏汁 (Verbesserte Liebigsuppe) 等，此等混入牛乳中為五乃至八%之比例。

牛乳中加用乳糖或蔗糖時，應用四乃至六%之比例。

之營養品以來，因力求補助稀釋而減少燃價之不足，無他顧慮。近來平井博士謂應當注意營養液之滲透壓，吾人體內組織間之液，尤以血液常有一定之滲透壓，（與○·八五%生理的食鹽水同壓，）若有變異時，即現煩渴，或覺不快，時而有成營養障礙之原因，則有礙生理的生活機轉之進行也。故乳兒之營養液，亦不可不與血液同壓性者，平井氏將松井氏所測定與血液同壓之諸種營養品，大略揭錄如左：

一五% Milkfood 液

七% 葡萄糖液

一四% 水飴液

六% 蜜蜂液

一二% 鍊乳 Kondensmilk 液

2/3 開勒氏麥芽糖汁

一二% 索克斯雷特 (Soxhlat) 滋養糖液

2/3 改良利俾喜席氏汁

一一% Mellin's food 液

2/3 Hygiyama 液

一〇% 蔗糖液

九個月兒用之兒用液

九% 乳糖液

全乳與血液同壓，雖無顧慮之必要，但當用稀釋乳時，稀釋液以上述之濃度為標準，則可製得大略同壓者，如用比較此稀釋度稍稀薄者，尚無不可；若失此濃度，則有危險也。

(11) 牛乳之量

欲定應給與牛乳之量，必須先知各營養品之燃價，據此不可不適當處理之。

人乳	1 000 ccm	700 calorie (卡路里)
牛乳	1 000 ccm	700 calorie
開利氏麥芽汁	1 000 ccm	800 calorie
1 3% 煉乳	1 000 ccm	430 calorie
1 〇% 糖液	1 000 ccm	400 calorie
1 〇% 索克斯雷忒液	1 000 ccm	400 calorie
1/3 牛乳 + 8% 滋養糖	1 000 ccm	540 calorie
1/2 牛乳 + 8% 滋養糖	1 000 ccm	670 calorie
2/3 牛乳 + 8% 滋養糖	1 000 ccm	780 calorie
1/3 牛乳 + 5% 穀粉煎汁 + 6% 乳糖	ccm	400 calorie
1/2 牛乳 + 5% 穀粉煎汁 + 6% 乳糖	ccm	460 calorie
2/3 牛乳 + 5% 穀粉煎汁 + 6% 乳糖	ccm	525 calorie

應由是等之卡路里價規定適當之牛乳及糖分，其他亦不可不顧慮，乳與一千公分之體重，須要一五〇乃至二〇〇立方公分之水。實則乳兒一日間之哺乳量，滿一月者，約六〇〇立方公分，滿二月約七〇〇立方公分，滿三

(三) 授乳之度數

與天然營養兒無大差異，一日以五回乃至七回為適當。

(四) 牛乳製品及加工牛乳

a. 煉乳 (Kondensierte Milch, Condensmilk) 糖分失之過多，又缺少生活素 (Vitamin)，雖為不適當之牛乳營養品，但於不得已時亦有使用者。日本及我國均由瑞士及美國輸入，最常用者為美國製之鷹牌，瑞士製之巢中小鳥牌及人形牌。

美國製鷹牌 (田原氏藥學雜誌第八八號)

水 三一・三三%

蛋白質 八・三九%

脂肪 九・四六%

糖 四八・九四%

鹽類 一・八八%

煉乳因含有過多之糖分，故用以營養小兒時，當以用甚稀薄者為宜，而其稀釋之度，不可用較十二倍濃厚者，又不可用較二十二倍稀薄者。

一乃至三月

二十二乃至二十倍

四乃至六月

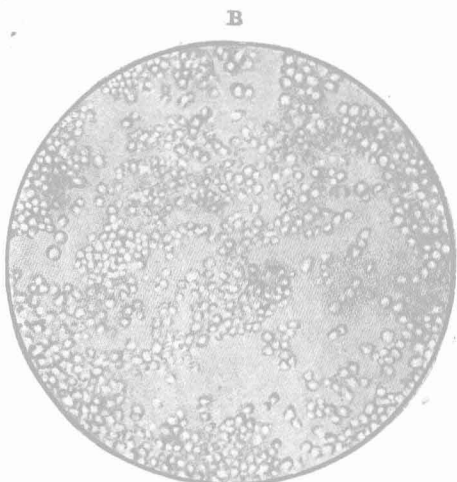
二十乃至十八倍

七乃至十月

十七乃至十二倍

第十 一 圖

煉乳中之糖結晶（稜柱狀）及乳酸石炭
結晶（星狀）



用 8:1 之水稀釋煉乳，則
有脂肪球出現，而結晶消失。
(Nach Fleischmann)

b. 脫脂乳 (Magermilch) 即用器械的除去脂肪之牛乳，普通用遠心器或脂肪分離器三十分間攪拌可也。屢屢用於小兒營養障礙，其中所含脂肪，平均為 1%。

c. 牛酪乳 (Buttermilch) 自古和蘭即用之，現今歐洲亦有使用者。即冷溫全乳二十四時放置，除去集於

攪拌（振盪或用遠心裝置）使脂肪分離所製之殘留物也。因乳酸發酵而帶酸味，乳糖被分解，故為缺乏碳水化合物之牛乳也。

d. 俾德耳忒氏乳脂混合汁 (Biedert's Rahmgemenge) 此為補助稀釋牛乳而生之脂肪不足，而加以乳脂及糖之牛乳也。

第十二圖
脂肪分離器



e. 革特納氏脂肪乳 (Gärtner'sche Fettmilch) 即牛乳與水及乳糖混合，用遠心器製成者也，脂肪為三

——三·五%，大約與人乳之化學的成分相等。

f. 巴克豪斯牛乳 (Backhausmilch) 以 Trypsin 或 Lab 作為消化性蛋白質者也。

g. 佛爾忒麥耳氏母乳 (Votmer's "Muttermilch") 卽以胰臟消化蛋白質 (Pepton) 化乾酪素之牛乳也。

h. 勒夫蘭德氏消化蛋白質化乳 (Loeflund's peptonisierle Milch) 卽以胃液素 (Pepsin) 消化蛋白質者也。

i. 莫啓 (Morthie) 氏法卽稀釋牛乳不用水而用乳漿者也。

此等種製品，普通使用者不少。

(五) 加入於牛乳之碳水化合物

近今研究碳水化合物極爲風行，無論健康之哺乳兒，或營養障礙之哺乳兒，均屬於最重要之事項，故特述之如左：

碳水化合物，對於新陳代謝上營如何之作用：

一、能使體重增加，如僅增加蛋白及脂肪，體重之增加，決不顯著；加以碳水化合物，始可顯著。

二、人體不應缺少水分停滯，穀粉營養障礙之際，則起浮腫，故爲水分蓄積之一因，因糖變成 Glycogen 之際，與其重量二三倍之水結合故也。

三、與體溫調節有關係，與以缺乏碳水化合物之食物時，則體溫下降；反之，與以富於糖分者，則招致類似鹽熱

四、主要使用於勢力 (Energie) 之目的。

五、有使蛋白積蓄於體內之作用。

六、完成脂肪之新陳代謝。

七、腸內之發酵機轉，柔和大便之硬度，故便秘時，宜多食碳水化合物。

吾人使用於哺乳兒營養之碳水化合物如次：

單糖類

葡萄糖 (Traubenzucker od. Glykose)

果糖 (Fruchtzucker od. Laevulose)

乳糖 (= 葡萄糖 + Galaklose) (Milchzucker od. Laktose)

複糖類

麥芽糖 (= 葡萄糖 + 葡萄糖) (Malzzucker od. Maltose)

蔗糖 (Rohrzucker od. Saccharose)

澱粉 (穀粉) (Stärke, Mehl)

多種類

糊精 (Dextrin)

(纖維) (Zellulose)

就中主要使用者，為麥芽糖、乳糖、蔗糖是也。澱粉即使用穀粒及穀粉。

麥芽糖製劑中最多使用者，為索克斯雷氏滋養糖 (Soxhlet's Nährzucker) 及勒夫蘭德氏滋養麥芽

糖 (Loeflund's Nährmaltese) 其主要成分均為麥芽糖及糊精，其他亦有利用俾喜氏麥芽糖汁 (Lielig's Malzsuppe) 者。要之，麥芽糖因同化限高，且醱酵少，故常為樂用；乳糖同化限低，且其吸收遲，容易起腹瀉之慮，故用之者少。蔗糖亦易醱酵，少有用於幼小之乳兒，僅因加甘味而使用，但不如用蔗糖 (Saccharin) 之安全也。

碳水化合物中如可溶性之單糖及複糖，稱曰第一碳水化合物 (Erste Kohlenhydrat)，不溶性之多糖類之澱粉及穀粉，稱曰第二碳水化合物 (Zweite Kohlenhydrat)。關於第一碳水化合物已略述於前，茲就第二碳水化合物詳述之。

吾人使用第二碳水化合物之糖類，有二種方法：一為穀粒煎汁或黏滑汁 (Schleim)，一為穀粉煎汁 (Mehl-Abkochung)，所謂黏滑汁即為穀粉煎汁，主用於三月以內之乳兒，穀粉煎汁用於四月以後之小兒。兩者之目的均為行普通營養法，體重猶不增加之際，用以代水稀釋牛乳，加入相當濃度可也。

黏滑汁使用之穀類為米、麥、燕麥等，穀粉煎汁使用小麥粉、大麥粉、燕麥粉、玉蜀黍粉等。

此等穀粉一般均缺乏鐵質，故應混入三乃至五%比例之食鹽使用。

黏滑汁製法，穀粒混於一定之比例 (〇·五乃至三%) 之水，用微火約一小時煮沸，以紗布濾過，此濾過液即黏滑汁也。

穀粉煎汁，即穀粉最初稍加微溫湯攪拌之，成為一定之濃度，即 (三乃至四%) 約二十分鐘煮沸之，而混於全乳內。

稀釋牛乳以第二碳水化合物代之際其濃度如次

第一月	黏滑汁	○·五%	濃度者
第二月	同	一·〇乃至二·〇%	同
第三月	同	一·五乃至三·〇%	同
第四月乃至第六月	穀粉煎汁	三·〇乃至四·〇%	同

吾人普通所用之米湯，即爲黏滑汁之一也。

所謂稀釋煎汁，即冷卻時亦不凝固，而保持流動狀態之穀粒煎汁也。

黏滑汁與穀粉煎汁之區別，即後者比前者富於碳水化合物及植物蛋白之含量。

穀粉製劑之種數甚多，所謂各種小兒粉者皆是也。

克諾爾氏燕麥粉 (Knorr'sche Hafermehl) 含五%可溶性碳水化合物 (糊精)

二重燒麵麩 (Zwieback) 含糊精、鈣及磷酸鹽。

泰殷哈耳忒氏小兒營養品 (Theinhardt's Kindernahrung) 含五三·六%可溶性、一六·七%不

溶性之碳水化合物。

內斯爾氏小兒粉 (Nestle's Kindermehl) 含四二·五%可溶性、三五·二%不溶性之碳水化合物。

庫飛克氏小兒粉 (Kufek's Kindermehl) 含二三·五%可溶性、五一·〇%不溶性之碳水化合物。

其他尚有 Mellin's food, Milkfood, Goldkorn 等販買。

第三 混合營養法 (Allaitementmixte od. Zwiemilchernahrung)

母乳不足時補以牛乳，出於不得已而行之，其法有二：一爲人乳與牛乳交互授與；一爲同時授與。母氏之乳汁分泌量不能充小兒之一回食量之際，應行後者爲宜，但普通母乳與以六回者，只是三回或四回，其餘補以牛乳可矣。又母乳分泌量甚少，而大部分不得不與以牛乳時，只有夜間之補乳，乃賴母乳之乳房，但須注意者，因乳鑷哺乳，乳汁容易入於口內，遂漸漸嫌惡乳房，母乳分泌量減退，結果不得不全賴人工營養者有之，故應對於乳鑷之樹膠管加壓加減，或使乳嘴之乳小，而乳汁之流出稍覺困難爲宜也。

第五章 小兒之診察法及小兒病之診斷

(Untersuchungstechnik u. Diagnostik der Kinderkrankheiten)

診察年齡稍長之小兒，其診察法與大人無甚差異，但年幼之小兒，尤以哺乳兒之診察，必須熟練，何則？蓋小兒不能言語，又因不安狀態而抵抗。欲知其病歷，必據母氏及乳母等之所申述，並加以自己之觀察及判斷，但亦不能期其決定正當，此實為確知小兒病勢之所以難也。故尋小兒之病歷，與其據母氏及乳母之申述，寧以其答覆醫師所訊問之是否為可靠也。

先問其年齡，甚為必要，由此可知身體及精神之發育是否適當也。

對於哺乳兒，必須先查其營養法，及有無營養障礙，又應考其家族關係，尤當注意調查有無梅毒、結核、血液病、惡病質、神經病的素質。

又當訊問小兒從來經過之疾病，有無長時日之消化障礙、麻疹、百日咳、流行性感冒等，尤以麻疹及百日咳與結核大有關係，決不可輕視也。

(1) 一般之疾病徵候 (Allgemeine Krankheitszeichen) 應當知者為發熱、不機嫌、食慾缺乏、持續啼泣、癩癩、口渴、不眠、及睡眠不安、羸瘦、發育障礙之狀態等。

小兒之診察，幼稚之哺乳兒雖比較容易，但診察一年以上之小兒，因反抗而呈不安及興奮狀態，以誤呼吸、脈搏及體溫之真相者有之。故診察小兒，可抱於母氏之手腕，或橫臥於膝上行之，應視其外表後，先行聽診，終及叩診，決不可最初即行小兒嫌厭之操作，例如以器械檢查咽喉等。欲知正確之脈搏及呼吸數，須擇患兒於睡眠中之，當聽診及叩診之際，同時亦可獲得其顏貌、身體之姿勢、不隨意運動之狀態、皮膚之色澤、營養狀態等。

關於小兒之姿勢及運動，在初生兒如在子宮內取屈縮姿勢，健康之哺乳兒於背位上肢內轉，肘關節屈曲，下肢稍縮小，而醒覺時，上下肢恆運動活潑，若如此之隨意運動全然缺如，或稍遲，生下一週以後之小兒，必為病的現象，則須想到身體有何等之異常。例如生下二月以後之小兒，活潑之四肢運動缺損者，應疑其有如白痴之精神發育異常之存在。幼稚之小兒，於醒覺時及睡眠時，有非常之不安運動者，則為不適當之營養法，疼痛感覺（耳炎、利尿疼痛、間擦性濕疹、佝僂病、巴羅氏病（Barlowsche Krankheit）皮膚痒感、發熱存在之徵也。更現顯著之不安狀態者，例如高度之呼吸困難（喉頭狹窄）、心臟麻痺之初期、敗血膿毒性轉機、腦膜炎、癲癇狀態、尿毒症等時有之。睡眠不安，在生長之小兒，多由神經系統興奮而起。臥床之體位，亦有為診斷之補助者，如肋膜炎滲出液時，長取側位取不動之之背位，而下肢微屈曲者，於急性腹膜炎見之；因脊椎癆、腸寄生蟲、現腹痛時，往往均取腹位；又於苦悶之狀態，而取強直之位置，脊椎關節有多發性關節炎存在之證也；於佝僂病之病勢旺盛時期，患兒決不靜止，擁抱之，則因劇烈之疼痛而號泣，雖在母親之腕內，亦呈不安之狀態，頭向後方彎曲而端坐，於喉頭狹窄之際有之；頭向後屈，且曲足而橫置者，腦膜炎及腦水腫所現之狀態也；有頂部強直者，非為腦膜炎，或頸椎結核，則為顛骨折者；

若劇烈之頭痛時，患兒屢屢擱其頸髮，咽喉痛及齒痛時，則有將手指放入口中而擱之者。又患腦膜炎之患者屢屢以手觸其陰部，膀胱結石之患者，以手摘陰莖包皮者有之。傷寒之病兒及有蟻蟲者，屢屢用手指插入鼻腔，而左右旋迴。

(11) 營養狀態及體格 (Ernährungszustand u. Körperbau) 先應判定骨格之發育，及皮下脂肪組織之狀態，脂肪組織在哺乳兒之發育良好，尤以腹部、臀部、長腿部為然，於上腿有定型的對照之橫皺，由前內方向後方包圍上腿，稱曰內轉肌皺襞 (Adductorenfalten, Cohn) 其他尚有鼠蹊下部、臀部、膝關節部等之皺襞；哺乳兒如是等橫皺缺如，則為營養不給或障礙之明證。羸瘦之小兒，除此等定型的橫皺之外，生有不規則之縱橫之皺裂。然欲判斷營養狀態精密，必須再根據重量及尺度測定。

若欲用體重計精確測量小兒之體重，必選空腹時行之，乃為至當。

體重曲線，人工營養兒與天然營養兒大異，於初期徐徐上昇，以後或停止或下降者有之，上昇非漸次的，而有飛跳之傾向，人工營養兒不現體之重增加，實基於不合理之營養法也。如此營養障礙，更可由其他症狀而得知之。消化機能普通，而食物亦適宜，但其重量不增加，此種現象多見於先天梅毒、佝僂病、結核之患者，齒牙發生於健康之小兒，影響於體重增加者甚少。

異常之體重過多者，於人乳營養兒見之，為脂肪過多症 (Adipositas) 也。急劇之重量增加，營養過剩之牛乳營養兒屢屢亦有之，有謂其主要原因由於水分停滯者。若結核之小兒體重不絕增加者，則為豫後佳良之徵象。

但於哺乳兒有結核，則非必然也。

發育停止不進之際，乃當疑為有佝僂病、遺傳梅毒、黏液水腫、骨軟化症、蒙古人種樣癡呆、心臟瓣膜障礙、甲狀腺疾患、肝臟及辜丸疾患等之存在。

(11) 皮膚 (Haut)

皮膚之著色 初生兒普通呈瀰蔓性之紅色，尤以紅色著明時，稱曰初生兒紅斑，健康之哺乳兒，常帶淡玫瑰紅色。

蒼白色 由於種種之一時性的血液分布不調和而起，以微照光線透見耳殼，為檢查之良法，高度之蒼白屢屢見於人工營養兒，原發性血液異常（萎黃病帶綠色，白血病為臘色）及續發性貧血、佝僂病、結核、梅毒、胃腸病、腸寄生蟲、心臟疾患、慢性腎臟病、急劇之身體發育、出血後等。

皮膚發赤 多少之瀰漫性發赤，發熱、興奮、尤以猩紅熱見之。限局性者，如結核患者之惡病質赤頰、間擦性濕疹等。斑狀發赤見於發疹性傳染病。現有不規則之境界，劃然成斑點之麻疹樣之形態者，非為麻疹或風疹，則為藥疹或血清疹也。又當考其是否非定型的猩紅熱。點狀瀰慢性者，除猩紅熱之外，則為血清疹、藥疹、易於發汗之小兒、及佝僂病兒之汗疹也。銅赤色斑點狀之發疹，見於先天梅毒之小兒。不規則之融合赤色之大發疹，而生於四肢之伸展面者，為多形性滲出性紅疹。其他紫斑病及出血性素質、原發的血液病、敗血膿毒性疾病、梅毒、中毒、及外傷之際，發現出血點者有之。皮膚變為暗紫色，基於假死、肺炎、喉狹窄、心肌或心包之疾病、先天性心臟障礙、痙攣、敗血症。

及粟粒結核之際，呼吸或循環之障礙也。局部充血及因出血而起之皮膚變色，大多屢屢長時間留色素沉着。欲見皮膚之色，須於患兒安靜時檢查之，啼泣不安之際，則易起鬱血，而現皮膚暗紫色者有之。又因哺乳兒之皮膚菲薄，行囂注綳帶、藥物塗擦時，易起反應，此亦不可不知者也。

初生兒之黃疸性皮膚色 中等度者，雖見於初生兒黃疸，為生理的現象，但高度而兼有重篤之全身症狀者，則基於敗血膿毒性機轉，或膽道之異常，或因膽汁鬱滯，或先天梅毒之故。稍年長之小兒發現黃疸，多發於淮爾（Weil）氏病、卡他性黃疸、傳染病之初期或經過中，間有起於器械的膽汁鬱滯（膽道之填塞及壓迫），亦有現於鬱血肝、肝硬化症、脂肪變性、急性黃色肝萎縮、中毒之際者。皮膚現黃褐色或銅色之著色，由於重症營養障礙、赤痢、瘡疾等，亦有見於惡病質及副腎疾患（〔愛迭孫〕Addison 氏病）者。

皮膚剝落 生理的皮膚剝落（*Physiologische Hautabschilferung*）起於生後第二週，廣汎範圍之落屑，見於發疹性傳染病，猩紅熱成特有之薄屑狀，麻疹、傷寒、丹毒之落屑為糠皮狀。大皮膚之落屑為剝脫性之皮膚炎也。先天梅毒之屑落，現於手掌及足蹠，其他先天性牛皮癬、鱗屑疹、剪髮性疱疹、落屑性濕疹，亦有落屑者。

著明之發汗 乳兒著溫緩之衣服及被褥，則非常發汗，雖不致疑為病的發汗，但其他所應注意者，佝僂病之一重要早期症候，屢屢亦現發汗。又巴羅（Barlow）氏病有現發汗極多者。結核之所謂盜汗，於就褥後有非常之發汗，此為世人所知者。腦脊髓疾患之際，亦有發汗者，發汗於海內、麥丁（Heine-Medin）氏病（脊髓性小兒麻痺）之急性期，為其主要症狀之一。

皮膚膨脹狀態 哺乳兒之皮膚富於彈力，滑澤而濕潤。若有多量之液體消失（腹瀉及消耗性疾病之結果），則忽然失此特有之膨脹而呈醜形。又患初生兒硬皮症時，則皮膚硬化。梅毒有現於手掌及足蹠之皮膚浸潤（同時有發赤及輕度之剝屑）而帶光澤。若皮膚有水腫則成韌軟（*teigig weich*），此則發現於腎臟炎，無待論矣。哺乳兒見於敗血性疾患、內臟梅毒、肺及腸胃之重症疾患，又食物之鹽類成分過剩時，屢屢有起所謂水分停滯者。時而見於諸種之血液異常、出血性素質、心臟衰弱、惡病質狀態、腎臟機能不全、歇斯的里、巴西多（*Basedow*）氏病、及傳染病之經過中者有之。局部性水腫於初生兒期為生理的，多發現於恥骨部及臀部，此由於分娩機轉之淋巴液鬱滯所致，但常能暫時消失。下肢發生水腫，因腫瘍或腹水壓迫腹靜脈，或因痙攣及麻痺之故也。又小兒一時性發現血管神經性水腫者，亦復不少。

皮膚氣腫 起於頸部及胸廓部，因外傷而與皮下組織連絡，使呼吸器官之接續離斷時，觸之則發捻髮音，故得與水腫區別。最多見者，於氣管切開之創傷部附近及肋骨骨折、百日咳、枝氣管肺炎、及格魯布之劇烈咳嗽時而起者也。

皮膚發疹 續發的出現多由內因的及外因的如蕁麻疹，其他屢屢見於小兒者，為發疹性傳染病之蕁麻疹。樣苔癬即 *Strophulus*、梅毒性發疹、水疱性發疹物（水痘、疱疹、梅毒水疱疹等）、膿疱疹、深膿痂疹（*Ektyma*）、溼瘡、及膿瘍等是也。

皮膚瘙癢 佝僂病、蕁麻疹樣苔癬、濕疹、痒疹、疥癬、黃疸、糖尿病、發疹性傳染病之發疹期，均現皮膚瘙癢。

皮膚尚須注意者，爲毛細管擴張、色素性痣及疣贅等是也。

(四) 顏貌 (Gesichtsausdruck)

幼小哺乳兒之感情發表不著明，吾人僅以其微笑而推測之，爲唯一標準，微笑時則爲滿足，否則爲不滿足之表示。

顏面之視診，於幼年之小兒期，最有價值，新鮮之炎症性疾患例如肋膜炎、肺炎、心包炎、腹膜炎等，有疼痛時，則顏面歪斜。喉頭性及心臟性呼吸困難之際，通常表示苦悶之顏貌。急劇之顏貌變化，於乳兒之水分損失（小兒霍亂）及削瘦症見之，即豐滿之口唇變薄，顏面皮膚生皺襞如老人而成消瘦之容貌。

小兒患重症之腹部疾患時，成外貌空虛，鼻梁尖銳，眼窩陷沒，角膜失去光澤，眼瞼缺乏運動，口唇蒼白，呈所謂希波克拉提斯 (Hippocrates) 容貌。

(五) 啼泣、咳嗽 (Geschrei u. Husten)

亦應注意，爲必要之事也，如腦膜炎有突然發高聲悲鳴者，稱曰腦水腫性號泣 (Cri hydrocephalique) 又如乳兒腳氣之患者，發出一種特有之呻吟，以聲音嘶啞爲其特徵。

(六) 眼、耳、鼻 (Augen, Ohren u. Nase)

小兒病有現特異之症狀者，乳兒現不明之發熱者，往往爲中耳炎，故當注意檢查耳也。

(七) 口唇 (Lippen)

應注意先天性梅毒之龜裂及丘疹等。

(八) 口腔 (Mundhöhle)

脣破裂、頰黏膜之丘疹、麻疹前驅期之柯普里克 (Koplik) 氏斑等，均不可忽視。

必須檢查有無鷲口瘡、舌苔等，滲出質之小兒，舌上有生滲出物之不規則之形態者，特名之曰地圖舌 (Landkartenzunge, *lingua geographica*)。其他於舌繫帶之潰瘍形成，屢屢於百日咳見之。

第十三圖
地圖舌



患紫斑病及壞血病之際，於齒根部發生出血性潰瘍者有之。

(九) 咽頭 (Rachen)

咽頭為小兒科醫師必須檢查之部位也。如忽視存在於咽頭之疾病，則小兒科醫師毫無價值，咽頭檢查，初學者稍感困難，但熟練者極易施行，檢查幼小之小兒，使其啼泣，或摘其鼻，則必張開口腔，但年長之小兒，亦有故意抵抗而不肯開口者，此時可用舌壓子插入齒列之間，漸次送入舌背之中央，遂達舌根之附近，俄然將舌壓子尖端加力，則反射的起咽頭絞縮運動，而忽然開口，即可利用此時，可一瞥咽頭，審其所見。檢查咽頭，先應注意者，為充血及腫脹之程度，尤以鑑別扁桃體之腫脹或滲出物，甚為必要。更當注意者，或為狄扶的里性或為腺窩性或為瀰泡性扁桃體炎、咽後膿瘍之存在否等。



咽·頭 檢 查 法

(Nach Hecker)

(十) 淋巴腺系統 (Lymphdrüsen-system)

宜由觸診檢查其狀態，結核性者最多現於頸腺，有領下腺腫脹者，則不可忘與惡性狄扶的里、猩紅熱、魯陀維
同 (Ludwig) 氏狹性咽峽炎等之關係。

(十一) 胸部之檢查 (Untersuchung der Brustorgane)

普通小兒之胸廓形狀雖如上述，但病的異形之中，最多爲在歐洲之佝僂病性者，即鳩胸、龜背及肋骨之結節狀突起等是也。漏斗狀胸亦爲屢屢所見者，稱曰肺癆性體格（*Habitus Phtisicus*），胸廓之上下徑長，前後徑扁平而肋間腔廣，即指季肋弓之角度狹小之胸是也。氣胸及百日咳之患兒，間有現樽狀胸廓者。其他胸廓之異形，有見於肋膜炎等者。

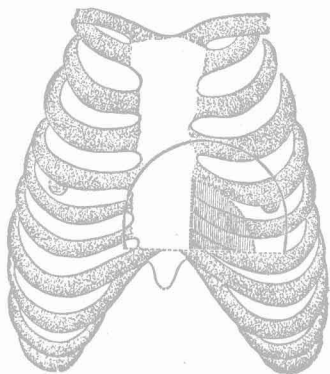
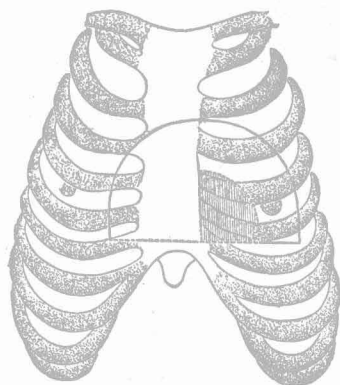
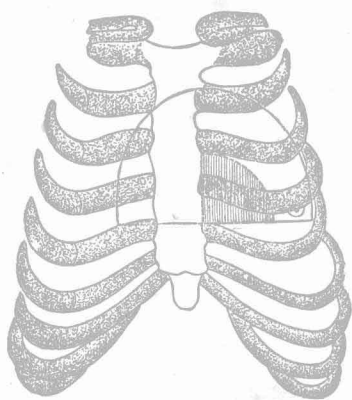
心臟 心臟之心尖搏動 哺乳兒通常不分明，於第四肋間腔乳嘴腺之外方一乃至二公分（cm）處微能觸之，以後隨年齡增長則漸明瞭，其位置亦有變動，至二三年則達第五肋骨間，愈益接近中央線。

心臟之濁音界 哺乳兒之心臟濁音界，與真心臟之大不一致，只有偉大之心擴張乃得知之。比較的濁音界，左達乳嘴線之外方一乃至二公分，上界達第二肋骨，右方僅越右胸骨緣，而下方達於第四肋間腔。絕對的濁音界，於左胸骨緣之附邊，不過占僅少之領域。

於胸骨柄之上部呈弱濁音者，爲胸腺濁音界，成顛倒之三角形，然胸腺濁音界不易識別，須非常熟練者乃得知之。

心臟之聽診 與大人無甚差異，只應注意者，心音較大人爲高，於背部尙能聽得。學齡兒童等於心臟聽診之際，急速呼吸時生所謂心肺雜音（*Herzlungengeräusch*），誤聽爲普通之心臟雜音者有之。一般於哺乳兒期稀有，心內膜炎性有機的及官能的心雜音者。

肺臟 檢查肺臟時，應先行聽診，然後行叩診，尤以幼兒爲然。



肺臟聽診 患兒之啼泣或不安，對於聽診不但決無障礙，反能扶助深呼吸，而對於聽診卻有便利也。幼兒之呼吸音，即所謂小兒呼吸音 (Pueriles Atmen)，較大人著明而尖銳，呼氣亦能聽取，當聽診肺臟時，幼兒尤當注意胸部之後下部，肺尖非較大人特別留心之處，於肺炎等雖須要枝氣管性呼吸音 (Bronchialatmen)，但時而著明之枝氣管聲 (Bronchophonie) 較枝氣管音先現，由此而補助診斷者不少。

肺臟叩診 與聽診相異，患兒之不安運動，甚有障礙，故於叩診之際，須將患兒擁抱於母氏及看護婦之腕內，或坐於膝上，使其採取可及的正當姿勢，應使其左右均齊，如其姿勢不正時，則脊柱彎曲之側呈濁音。叩診起初時，決不可用強叩診法，蓋因幼兒之胸廓，易於振動，用強叩診法，必呈鼓音也。故須於靜止時，以指頭輕微行弱觸叩診，

如此若於某部發現有音響微弱之處，或有抵抗感覺著明之處，則更行強叩診法，應比較其是否真之濁音。於哺乳兒之肺炎竈叩診音，有不僅不起變化，反因附邊氣腫部之共振動，而呈鼓音者有之。

(十一) 腹部之檢查 (Untersuchung der Bauchorgane)

哺乳兒之腹壁之緊張度如何，為診斷之扶助，弛緩者則為久罹疾患，或有重症疾病存在之證明。

肝臟及脾臟肥大，可由觸診而精密知之，肝臟較大人為大，於季肋下即可觸之。能觸知脾臟者雖有學者即可斷定其已變為肥大，但非必然，亦須注意其轉位。

腹部之局部性壓痛，在幼兒應察其顏面、足之姿勢、體位等，腹部有疼痛時，則顏面不正，四肢接近軀幹，且屈曲而如啼泣。

胃液採取及腸管膨滿法等，應於必要時施用之。

(十二) 尿 (Harn)

採取哺乳兒之尿，結果大多失敗，通常男兒將陰莖置入試驗管中，用絆創膏保持之；女兒用低鑷或艾爾倫邁爾 (Erlenmeyer) 氏鑷，以脫脂綿由尿道口之邊，將尿傳於鑷中，更用絆創膏固定，或用樹膠製之受尿器亦可。(第二十圖) 如必須膀胱之尿，可用導尿管送入而採取之。

(十四) 神經系統 (Nervensystem)

第十九圖

女性哺乳兒用艾爾倫邁爾氏罐之尿採取



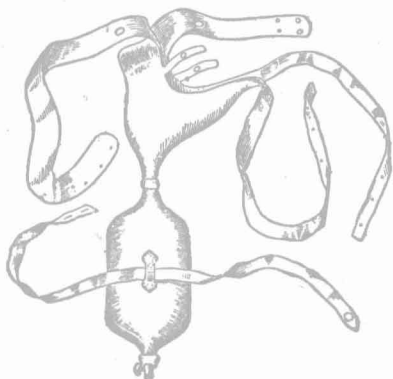
第十八圖

男性哺乳兒用試驗管之尿採取



足現象 為發熱或興奮之乳兒屢屢所見之現象，而於診斷上並無價值也。
膝蓋腿反射 缺如者必為病的現象。

第二十圖 受尿器



顏面神經現象

(Facialisphaenomen)

為瘰癧質小兒所必有者，應叩科務司忒克氏點

(Chvostek's

Ponke) 即顳骨弓之中央點與口角相結線之中點相當之處也。

知覺檢查 於無言語能力之小兒，不過僅能知其痛覺之有無，即以帽針刺其足趾時，如有知覺存在，則下肢屈曲。

電氣檢查固為必要，其方法哺乳兒與一般成年者無異，但實行時，須注意技術上之熟練及周到。

腰椎穿刺法 (Lumbalpunktion Spinalpunktion) 為甚重要之診斷法，於乳兒屢屢行之，先將患兒取側位，看護婦一方持患兒之首，使其與胸接近，他方用手由膝脛部抱兩側之下肢，腹部屈曲，使之恰如海蝦之姿勢（第二十一圖）。此時醫師尋其兩側腸骨櫛



(nach Feer)

之結合點與脊部中線之交叉點，以左手之示指探索椎骨間腔，大抵即與第四腰椎骨間相當，右手持昆克 (Quincke) 氏腰椎穿針，於中線之垂直位置穿刺（第二十二圖），針進入於脊椎管之中，則無抵抗，（大約刺入皮下二乃至四公分即拔取套針之心可也）此時腦脊髓液成點滴狀流出，如液之壓力高即射出。

診斷用之目的通常須五乃至十立方公分足矣；如爲治療上之目的，須待高壓之液射出終止，乃採取點滴狀流出之液，於採取一定之液之先，必須結連於壓力計之一端，以測定其壓力（第二十三圖）

腰椎穿刺法第一動作

第二十二圖



(nach Pfaundler)

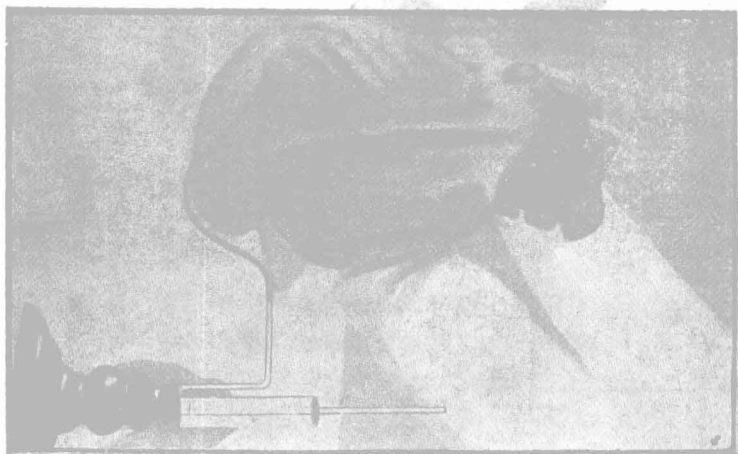
照法，用於骨系統疾患、枝氣管線腫脹、肺炎浸潤、肋膜炎性浸出液等之際。

此昆克 (Quinke) 氏法，爲千八百九十一年同氏之創意而成者也。

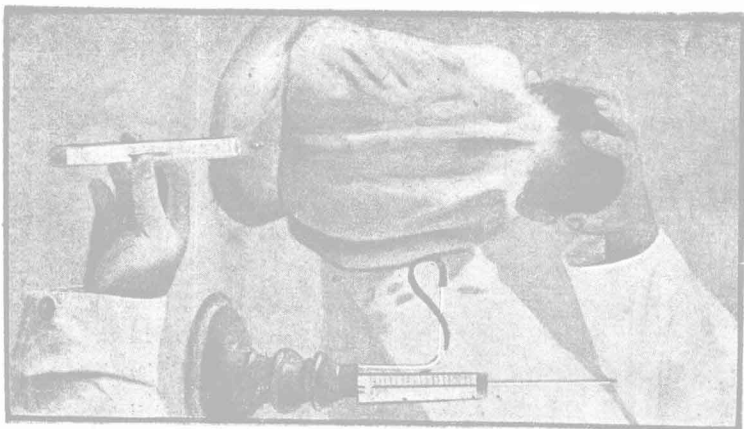
(十五) 愛克司光線徹照法 (Röntgenstrahlen)

小兒病亦屢屢應用 X 光線徹

第二十三圖 腰椎穿刺法第二動作



第二十四圖 腰椎穿刺法第三動作



(nach Pfaunder)

第六章 一般豫防法及療法總則

第一 一般豫防法 (Allgemeine Prophylaxe)

對於疾病之豫防法，昔時須於未出生以前行之，古之所謂胎教說，即不外此矣。母氏若妊娠即當時時注意攝生之道，以免胎兒將來受病，不待言矣。

分娩時及產褥期，欲避免損傷及傳染，母氏自應嚴守攝生，固不待論。初生兒應豫防臍部傳染，又因防曠漏眼，而行克累提氏點眼 (Crede'sche Finträufelung)，此爲人所週知者也。

哺乳兒期豫防最要之點，當注重養育，觀左記之哺乳兒死亡率之統計表，則可一目瞭然。

據普拉司里斯氏 (Prausnitz, Hank buch v. Praundler u. Schlossmann) 表：

一〇〇〇人之產生兒中

死產兒

五三〇

生後一月死者

一五四

生後二月死者

五六

生後三月死者

三二一

生後四月死者

二〇

生後五月死者

一五

生後六月死者

一五

生後七月死者

一六

第一週以內死者

二八四

由第八日至第十五日死者

一一九

由第十六日至一月之終死者

二一七

各國之統計比較：

生產兒百人中

日本

德國

法國

未滿一歲而死者

一五·一

一五·八

一六·七

其中大體區別如左：

呼吸器病及結核病

二〇

一〇

一五

消化器病（包括乳兒腳氣病）

一三·九

三七

四五

人工營養在日本不及歐洲之盛行，故其消化器病之死亡亦比較的少，已如前章所述，乳兒施行人工營養者，乙、罹病及死亡率多，故哺乳期之豫防法，不可不留心於營養法也，明矣。

哺乳兒傳染性疾患之豫後不良爲人所共知其侵入門戶之主要者爲上氣道及口腔黏膜尤當注意鼻卡他狹性咽喉炎 (Angina) 枝氣管卡他、流行性感冒、傷寒、百日咳對於哺乳兒之豫後不良，否則大多遺留危險之後貽症。哺乳兒若羅猩紅熱，大多概歸死亡，而此等疾病，多由周圍之病者所感染，故患者務須隔離治療，家庭內如有猩紅熱等之疾患，不可不存能迅速感染於乳兒之戒心。

狄扶的里、百日咳、膿疱疹、亞布答性口炎、狹性咽喉炎、及結核，有時由汚物感染 (Schmutz- oder Schmierinfektion) 者不少，小兒至二年乃至三年，則能匍匐於地上，往往將汚穢之玩具及塵埃等混入口中，如此則爲諸種不潔物入於體內之機會，故小兒之居室，務須清潔，不宜有不潔之物存在。

對於防遏小兒之結核感染，與住居衛生及小兒周圍之有結核性家人之攝生法大有關係，故與結核性家族隔離，實爲重要。在學校之危險比較僅少，蓋因禁止顯著之結核兒童入校及不聘用結核患者之教師，而可豫防也。健康小兒受梅毒之感染，多由乳母及傭人之梅毒所致，故當選擇乳母及保姆之際，必須檢查有無梅毒。

要之，上述之豫防，專使體格向上，而減少諸種疾病素質，故食物應盡量與以富於滋養價值者，但徹尼 (Czerny) 氏之所謂滲出質者，決不宜與以長肥胖之物，反宜與以富於植物性之食物。

欲圖身體之強固 (Abhartung) 務須於平時行冷水摩擦法、冷水灌注法、冷水浴，又須習慣野外生活。體質先天的薄弱者，宜送至森林學校 (Waldschule) 或加入夏期休假隊 (Ferienkolonie)。

學校衛生法亦爲必要，固勿待言。爲豫防脊柱彎曲異常、近視等，固宜注意教室桌椅等之製造，更無待論，但其

詳細，述於衛生學內，茲不再贅。

第二 療法總則 (Allgemeine Therapie)

小兒之治療法於年長之兒童，雖與大人無甚差異；但年少者，尤以哺乳兒，不無特異之點，即須以理學療法及食物攝生為主，至於藥物療法乃為副物，藥物療法與大人相異，如其味苦、酸味、有不快感、或有害食慾者，雖為如何良好之食物，亦有不能與以之憾也。

第

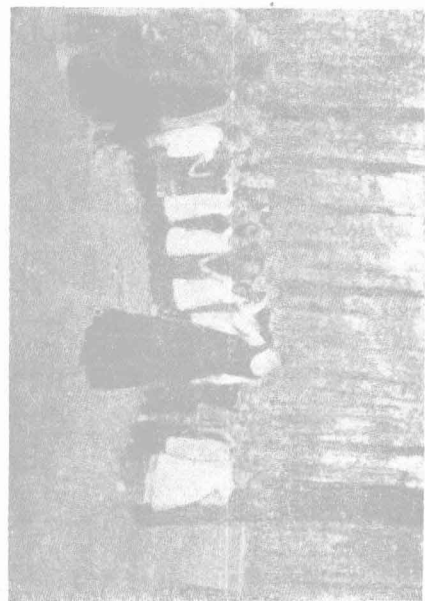
二

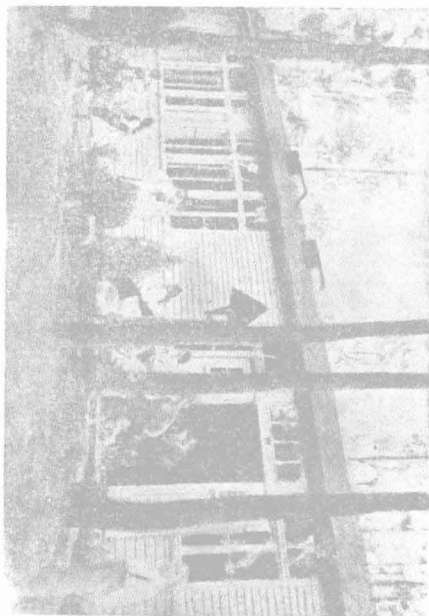
十

五

圖

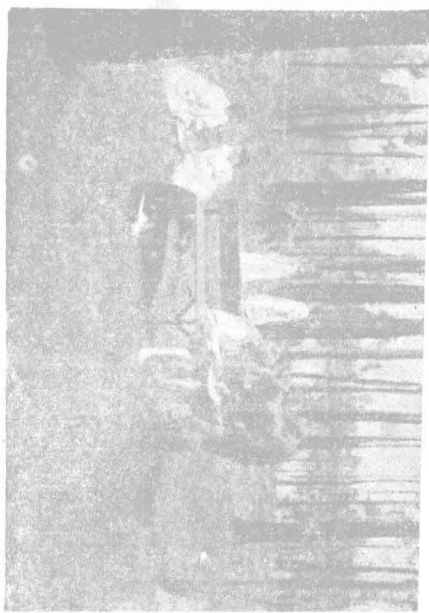
Shalodenbrink 森林學校





放 學

(nach Pfander)



外 遊 戲

小兒之疾病，其症狀之易於變化不良，如電光石火之速；然其治癒亦迅速，有如驟雨去後，清風逼肌之感。小兒疾病對於理學的及食物的療法、精神療法、氣候及溫泉療法、X光線及鐳光(Radium)療法等，均為適用，本章專述一般之事項，至於精密之療法，乃詳論於各症之條下。

(一)對於發熱之療法 最普通者為冰囊應用，發高熱時除與以強心藥外，心臟部應置用冰囊，熱愈昇騰，或訴頭痛之際，頭部亦應置冰囊；然冰囊及其他冷卻法，對於營養極不佳良之小兒，或幼少之哺乳兒，不可應用，因其能起虛脫之虞也。其他理學的方法，如行冷浴，即於攝氏三十度之水中入浴也。濕布應用，亦為簡單方法，常被樂用。

之，用濕布水之溫度，雖難一定，然乳兒宜用室溫者，稍年長之小兒，可用二十度以下者，普通用濕布，須除四肢而僅纏絡軀幹，或除頭部而纏絡全身，用濕布之布片重疊為幾層，先浸於水內，乃榨乾至水滴不落之程度，因防其蒸散，其上須貼用幅面稍大之油紙，布片材料以法蘭絨布或綿絨布類為良，俟濕布乾燥即宜交換，即再浸水而榨乾之，濕布之長時間使用，有形成濕疹及膿疱者，欲預防之，可於皮膚塗擦油劑。

解熱藥 應用比較上述之理學療法為少，尤以對於幼兒之一般熱性疾患，更較大人之用途為少，阿司匹靈 (Aspirin) 安替比林 (Antipyrin) 匹拉米董 (Pyramidonum) 其解熱之作用，對於一定之疾病應用，均有特效，如流行性感胃、風濕病、狹性咽喉炎等是，然此等解熱藥中，使用金雞納 (Chininum) 及碳酸金雞納乙酯 (Euchininum) 者較多。

醋醯水楊酸 (阿司匹靈)

一回量

一年以內

〇・〇一乃至〇・〇三

一乃至二年

〇・〇三乃至〇・〇六

三乃至五年

〇・〇八乃至〇・一

六乃至十年

〇・一〇乃至〇・二

十乃至十五年

〇・一五乃至〇・三

右一日三回，宜與乳糖伍用。

白糖混合使用。

例如二歲小兒之流行性感冒

安替疋林

〇·11

白糖

〇·四

右配爲一包，一日服用二包。

亦可配爲水劑服用。

鹽酸金雞納 (Chininum hydrochloricum) 未滿一歲，一回使用〇·11乃至五歲〇·三五乃至十歲〇·五，十乃至十五歲〇·六，然其味甚苦；幼兒宜使用碳酸金雞納乙酯 (Euchininum)。

碳酸金雞納乙酯 (優奎寧) 與金雞納同量，可混入於牛乳或肉汁內服用。

(二) 對於體溫下降之療法 生活力薄弱之小兒及營養障礙者，有體溫下降之危險，故宜求迅速防遏之策，即使用 *Convaine* 湯婆、灰爐是也。其他又應與以溫熱之飲料，或行溫浴，溫浴初用三五乃至三六度，漸漸稍加熱湯，使其達四十度，此時以手強力摩擦小兒之皮膚。

(三) 對於虛脫之療法 虛脫時行如上之溫浴，胸部及背部以冷水灌注，或用浸冷水之布片，強力摩擦皮膚。芥子應用於虛脫之兆候時，特以爲興奮呼吸，或對於炎症用之最多。用於毛細枝氣管炎之際，以芥子泥貼於

胸部，待皮膚潮紅後，即宜去之。

溫浴及芥子應用，雖不適於急救之用，但於不得已時，宜用手、布片、酒類、酒精、用力摩擦皮膚，並應內用酒精飲料、咖啡等。

以樟腦油皮下注射，奏效最為確實，而被藥用，小兒一〇%樟腦洋橄欖油，一回須注射一筒乃至二筒，注射部位於幼兒須擇胸部為佳。

樟腦又可用以內服，於哺乳兒與安息香酸同量混合〇・〇三乃至〇・〇五，一日服用數回。

精製樟腦

各〇・〇三乃至〇・〇五

安息香酸

乳糖

〇・二

右為一包一日三包服用。

咖啡鹼 (Coffeinum) 製劑奏效亦頗確實，因無不快之副作用，故亦被藥用，普通多用安息香酸鈉咖啡鹼

(Coffein-Natrium benzoicum)

一年以內

一回

〇・〇三以內

二年乃至三年

一回

〇・〇六以內

四年乃至六年

一回

〇・一以內

一日宜用數回內服，或皮下（一〇乃至二〇%之溶液）注射。
副腎素 (Adrenalin) 亦可用於虛脫之際，一千倍溶液乳兒用 $\frac{1}{3}$ 筒，年長兒用 $\frac{1}{2}$ 筒，應注射於皮下或肌肉內。

毛地黃 (Digitalis) 作為毛地黃葉浸使用，奏效緩徐，而又有蓄積作用，故須常時注意其脈搏。

一乃至二年 一日量 〇・〇五乃至〇・一

二乃至四年 一日量 〇・一乃至〇・一二

五乃至十年 一日量 〇・二

十乃至十五年 一日量 〇・三乃至〇・五

毛地黃葉浸 (〇・二) 七〇・〇

尋常糖漿 一〇・〇

右一日三回，二日分服，(四年之小兒。)

狄茄林 (Digalen) 因無副作用，故好用之，內服、注射、或食鹽水注入之際混入其中均可，用量較毛地黃稍多，一歲至二歲之小兒，一日用〇・二，四歲以上之小兒，一日用〇・五。

毒毛旋花酞 (Tinctura Strophanthin) 亦可使用。

麥角劑亦可作為小兒之強心藥使用。

斯泰芬 (Steffen) 氏使用麥角末 0.3 至 0.5 內服，一日 3 至 4 回。邁依滿 (Neimann) 氏用水製麥角流浸膏，每隔二時間，一年以內小兒用 3 至 4 滴（全量 1.5 以內）。

(四) 呼吸興奮法 對於虛脫應用之方法，亦可應用於呼吸興奮；然呼吸麻痺主要發生於心臟機能比較的良好，而呼吸休止之際，此時應行氧氣吸入法，一分間 3 公升 (Liter) 之比例，一回五至一〇分間，一時間使其吸入二三回，呼吸麻痺遂得恢復，呼吸成為正規，皮膚紫色消失，須俟血液成為動脈性為止。幼少之哺乳兒，患單純性之鼻卡他而起鼻呼吸困難者有之，此時宜以器械除去鼻腔內之污物，或用新鮮之綿球浸稀釋三千倍之副腎素溶液插入鼻內，或用千倍之溶液一滴點入鼻腔內。

喉頭之重篤呼吸困難，應施行插管法 (Intubation) 或環狀軟骨切開術 (Tracheotomy)。

(五) 對於水分脫失之療法 水分脫失為侵害乳兒最危險之症狀，當水分脫失之際，不可稍有猶豫，即應施行適當之療法。

吾人遭遇最多者，為於夏季之急性 Dyspepsia (食物性中毒症)，為水分脫失過甚之症候也。

使用最多者，為 0.7 至 0.85% 生理食鹽水或 林格爾 (Ringer) 氏溶液皮下注入，其裝置有種種，普

通用 撒里 (Sahli) 氏注入器，若不得已，則用 普拉瓦斯氏 注射器 (Pravazische Spritze) 之大者代之亦可，行此法務須嚴守消毒法。

圖器
六入
十吸
二氣
第氣



(nach Pfaundler)

回注入一五〇至二〇〇立方公分於肩
胛間部或大腿外側之皮下，拔去注射針
之跡處，須貼二重絆創膏，以膠棉 (Coll-
odium) 封鎖之，食鹽水注入，至少須一
日施行二回，食鹽水內又可混入適宜之
狄加林 (Digalen) 副腎素 (Adrenalin)
使用。

林格爾氏溶液 (Ringer'sche Lösung)
之處方：

氯化鈉 七·五

氯化鉀 〇·四二

氯化鈣 〇·二四

蒸餾水 一〇〇〇·〇

右須消毒後使用。

直腸內點滴法 (Rektale Instillation) 爲代替食鹽水皮下注射所常用之方法，但不及其奏效之確實，其法即採取適當大之內拉同導尿管 (Nelaton Katheter) 用樹膠管與割度之浣腸器連接，其中生理食鹽水或林格爾氏液須煖與體溫相等，滴入一〇〇至二〇〇立方公分，因活塞之作用，應於一秒鐘之間一滴之速度，因調節其速度，須如圖所示之玻璃球插入於中間，以便檢視點滴之速度，及食鹽水吸收之情形，如食鹽水雖點滴良好，但腸內之吸收不充分，或導管 (Katheter) 插入糞塊而礙水之流出，則玻璃球之水面上昇，而水不能滴下。

此時所用之食鹽水及林格爾氏液，必須極力保持與體溫相等之溫度，否則反能促進腸之蠕動，而感不快，遂致排便者有之。

(六) 排便法 腸洗滌 (Darmspülung) 器械，用內拉同氏導尿管及洗腸器 (Irrigator) 二物足矣，故易施行，使患兒取背位，骨盤下墊以枕而高舉之，導管塗以油汁，插入一〇公分 (cm)，浣腸器約置一公尺高之位，任食鹽水自然流入，注射五〇〇至一〇〇〇公分之

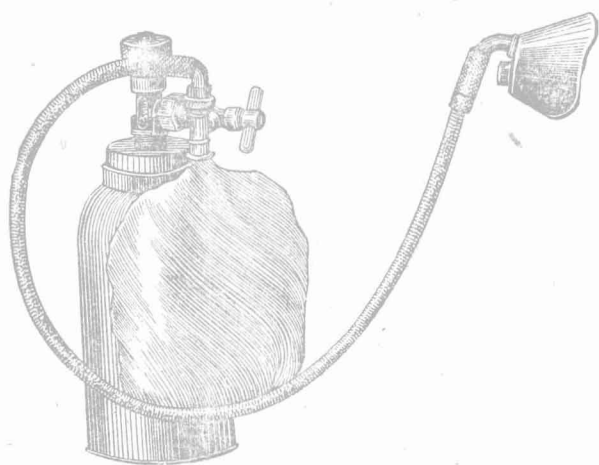
圖器

七入

十吸

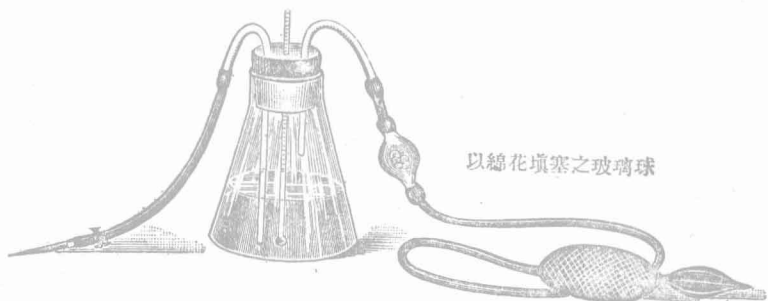
二氣

第氣



第 二 十 八 圖

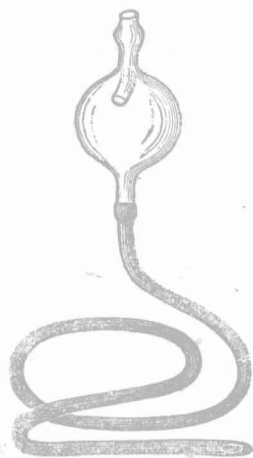
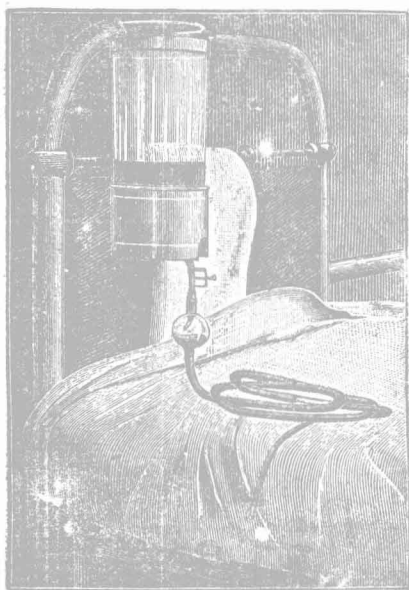
撒里 (Fahli) 氏 食 鹽 水 注 入 器 計 暖 寒



(nach Gumprecht)

第 二 十 九 圖

直 腸 內 點 滴 器



(nach Martin, Münchener Medizin Wochenschrift 1911 p. 951)

食鹽水拔出道管之後暫時以綿花壓迫肛門以防防水之流出須經二三分間乃許其流出赤痢及疫痢採用高位洗

滌 (Hohe Irrigation) 內拉同導管 (Nelaton Katheter) 非插入二〇至三〇公分而洗滌，則奏效不確，此時食鹽水混以收斂劑者有之。

灌腸 哺乳兒祕結之際，不可妄用重瀉藥，主用灌腸，普通以一至二茶匙之甘油與同量之水混合，由灌腸器注入腸內可也。用甘油坐藥代之亦可，亦有以肥皂及冷水灌腸者。

重瀉藥 (Abführmittel) 常用於小兒者爲蓖麻子油，一回用五至一〇公分，加於牛乳或茶飲之，哺乳兒不如大人之嫌惡，易於服用，若不肯飲用時，據黑諾荷 (Henoch) 氏法，宜作成乳劑用之。

蓖麻子油 (öleum Ricini)

七·五

枳甘露糖漿 (Syrup manna)

七·五 (二歲之小兒)

使用之先，須強加振盪，宜於三十分鐘之間分二三回飲用。

甘汞 哺乳兒用〇·〇一至〇·〇五，三歲以下用〇·〇五至〇·一，服用後一時間即可奏效，甘汞作爲瀉藥，自昔卽被賞用於小兒，小兒病與甘汞殆呈不可相離之狀，因甘汞除能促進腸蠕動外，尚有消毒力之結果。然近年來對於甘汞因知其不僅無何等之消毒作用，反能與以刺戟，雖有在兒科醫間使其失墜從前聲價之傾向，但此種學說乃毫不足信賴，應完全廢棄者也。

三歲以上之小兒可用鹽類瀉藥，如人工加爾斯泉鹽 (Sal carolinum factitium) (一茶匙) 佛蘭次沃舍夫氏泉鹽 (Franz Josephsche Bitter Tuelle) 及硫酸鎂等。

二五〇公分。

作用輕瀉。黏液溶解作用。本液之固形成分爲硫酸鎂、硫酸鈉、硫酸鉀、硫酸鈣、酸性碳酸鈉、氯化鎂、白陶土、氧化鐵等。

近時亦有用 Holmonar 者，因其奏效時間連續，故可常用於習慣性便秘之小兒。一試滌淨 (Tatzen) 亦常用於便秘，但用時不可忘其尿呈黃褐色或赤色，關於此點爲津金氏所報告。

(七) 胃洗滌 (magenspülung) 應用於中毒及嘔吐之際，嘗雖採用於化消不良等，現今則不然，其法將小兒取側位，取一五〇至二〇〇公分容積之漏斗，連接於一公尺長之樹膠管，管更結於鉛筆大之內拉同氏導管 (Laton Katheter) 以代替胃探條，而送導管於胃中，乃置漏斗約一公尺高之位置，宜注入溫湯或生理食鹽水，此時因使液容易流入，須上下動導管，而漸漸注水於漏斗。

(八) 收斂藥 (Adstringierende Mittel) 使用最廣汎者爲鞣酸製劑，直腸用 〇·二五至 〇·五% 鞣酸液，內服除鞣酸之外，有諸種之製劑。

坦里僅 (Tannigen) (〇·二至 〇·三一日三回)

單那平 (Tannalbin) (同上)

鞣仿 (Tannoforn) (同上)

坦里斯姆 (Tannismut)

(同上)

此等均宜與亞拉伯樹膠末 (Pulv. Gummi arabicum) 作為振盪水劑使用。

第三十圖

胃洗滌法

(nach Frühwald)



1. 洗滌液注入

2. 洗滌液流出

坦里僅 (Tannigen)

六〇

亞拉伯樹膠末 (Pulv. Gummi arabicum) 111〇

蔗糖 (Saccharin)

極少量

蒸餾水 (aq. dest.)

六〇・〇

右一日五回，每回一茶匙，使用前應強烈振盪，(二歲之小兒。)

鉍劑 年長之小兒最好使用，用鉍劑時大便因硫化鉍之故，而呈黑色，故先須豫先告知其母氏注意。

次硝酸(水楊酸)鉍大約一歲之小兒，一回須用〇・一二歲〇・三，三歲至四歲〇・三至〇・四，又與單那平(Tannalbin)併用亦良。

其他之鉍劑如次：

Bismutose (與硝酸鉍同量)

Bismon 哺乳兒一回〇・二五至〇・五，宜作水劑用。

與收斂劑相同而有分泌制止之作用者，爲白陶土(Bolus alba)，多量一回五乃至一〇公分，一日數回，宜作水劑服用。

鴉片劑有制止腹瀉，同時又能緩解痙攣，而於小兒尤多用於緩解痙攣，然用於極幼少之乳兒，則不能保無危險，通常用鴉片酊，其用量二日量之滴數，等於年齡之數，加入鹽酸檸檬劑中服用。

鴉片酊

三滴

稀鹽酸

〇・II

尋常糖漿

八・〇

水

六〇・〇

右二日量，一日三回分服，（三歲之小兒。）

痰痛鎮靜除用鴉片劑之外，下腹部施用乾燥之繃帶，或用濕溫布，或以熱粥、灰爐等煖溫腹部亦有效。

（九）麻醉藥（Narcotica）用以緩解劇烈之咳嗽刺戟，或作催眠藥使用，但幼少之小兒，以不使用為宜。

就中無害者為可待因（Codein），磷酸可待因（Codein phosphoricum）哺乳兒一回用〇・〇〇二至

〇・〇〇五，年長之小兒，一日四回，用〇・〇一乃至〇・〇一二。

鹽酸嗎啡（Morph hydroch）祇對於年長之小兒得注意用之，其用量為可待因三分之一。

（十）催眠藥（Schlafmittel）催眠藥雖有種種，但於單為神經性兒童而不容易就眠，終夜啼泣妨礙家人

者，宜用溴劑（溴化鉀或鈉），乳兒一回用〇・一至〇・二，年長兒童〇・五至一・〇。

水合三氯乙醛（Chloralurn hydratum）於腦膜炎、腦疾患、或痙攣等妨礙睡眠時用之，因其味不快，宜作為

灌腸用，一回〇・三至〇・五乃至一・〇。近時乳兒有用肥羅那耳（Veronal）者，尤以胃腸患者之不安睡眠

者常用之，灌腸用時，哺乳兒用〇・〇五，三年以上之小兒用〇・一至〇・三，宜溶解於溫湯中用之。

（十一）強壯藥（Tonica, Roborantia, Alerantia）用以強壯之藥劑及調治之方法有種種，應用於貧血

之小兒及營養不良之小兒，頭痛、食慾不振、睡眠不足、而易疲勞之小兒，強壯藥用鐵劑、砷劑、碘劑、金雞納、及磷製劑，

此等強壯藥或爲原來之藥劑或混於各種滋養品中而販賣者

用爲小兒強壯藥之滋養品，雖有 Hygienama, Sanatogen, Hematopon, Somatose 等，然不足稱揚。滋養品中之主要成分，爲蛋白之製劑，對於羸瘦之小兒，雖能增加脂肪沉著，然無甚理由，因無論何人，均知供給富於蛋白質也。至於極爲衰弱之重症疾病恢復期之際，起氫停滯，不然時供給多量之氫，則僅使氫排泄增加而已，對於體重增加，更無影響，故欲理想爲適合以上之目的，不可不與以富於脂肪及碳水化合物而易類化之物質，能滿足此希望者，厥爲魚肝油是也。

魚肝油之脂肪，極易消化，其作用可認爲卓越，但因其臭氣不快，小兒多嫌惡之，故應與亞拉伯樹膠末作爲乳劑使用，或與高橋氏改良魚肝油、司各脫乳葉、魚肝油 Drops 等亦可。

酒精性強壯劑之葡萄酒，有混藥劑之金雞納葡萄酒、及胃液素葡萄酒等。

有使食慾亢進之作用者，爲複方金雞納酊、蘋果酸鐵酊、苦味酊等。

胃液素 (Pepsin) 及鹽酸檸檬劑當食慾不振之際，或使用比較的無關係之藥劑時常用之。哺乳兒疾患，如主用理學的療法者，內服胃液素 (Pepsin) 亦爲恆例。

胃液素一二月之小兒，一回用 0.05，約一年之小兒用 0.1，宜配與同量之乳糖。

鹽酸檸檬劑混合如次之量，最適於小兒使用。

稀鹽酸

0.3

尋常糖漿

八・〇

水

六〇・〇（二歲之小兒）

右二日量，一日三回分服。

稀鹽酸

〇・四

尋常糖漿

一〇・〇

水

一〇〇・〇（七歲之小兒）

右二日量，一日三回分服。

光線及新鮮空氣，爲強健身體所必要而不可缺少者，如野外運動、森林生活、高地療法、已膾炙人口，無須喋喋者也。

關於水浴，亦須稍加說明，海水浴雖因冷海水能使皮膚及神經強固之效，然幼稚之小兒及生來薄弱者，不宜施行，應以屋內海水溫浴代之。

冷水摩擦，在五六歲之小兒採用爲安全；勵行於幼稚之小兒反爲有害。

海水溫浴，卽連搬天然之海水於屋內而溫浴之，亦可以人工作成，卽以食鹽或海水鹽作一・五至二・〇%之溫湯，哺乳兒以攝氏三二至三三度，稍年長之小兒以三〇度爲宜，一回十五分至二十分之間，宜使其每日入浴一次。

對於幼少之小兒使用，比較的多量，亦有無害者如溴劑是也，但亦有對於小兒感受性特別強烈之藥劑，雖用少量，即招不測之危險者，即鴉片、石炭酸、氯仿（Chloroformium），為應注意之藥劑。

用小量鴉片亦有起死亡之例。石炭酸對於哺乳兒亦屬危險，負傷之繃帶等，均不可使用。氯仿對於哺乳兒以不用為佳。

雖效能著明之藥劑，然有不快之味及害食慾者，幼少之小兒不可使用。有苦味者之際，宜配以甘味劑。

用量

一年未滿	大人用量	1/15—1/12
一年以上		1/10
二年以上		1/8
三年以上		1/6
四年以上		1/4
七年以上		1/3
十四年以上		1/2

散劑 通常小兒全量約為〇·五，混於牛乳湯、黏滑汁等使用，哺乳兒以用散劑適當，年長之小兒，以水劑適

當。

飲用盛入膠紙 (Oblate) 之藥，非五六歲以上之小兒，不能使用。

錠劑及丸藥 幼小之小兒將其嚙潰，反起不快之感，或有嚙下誤入氣管者，故宜注意使用。

滴劑 宜加入少量之糖水使用。

合劑、水劑 宜隨小兒之年齡而定其用量。

幼少之乳兒

二日量

四〇・〇公分

一至三年

二日量

六〇・〇

四至六年

二日量

七〇・〇

七至八年

二日量

八〇・〇

九至十年

二日量

一〇〇・〇

十至十五年

二日量

一二〇・〇

普通計算使用之量，大略如次：

一食匙

一五・〇

一小兒匙

七・五

一茶匙

四・〇至五・〇

含嗽劑 非四年以上之小兒，難於使用，幼兒必要時，應以布片及毛筆拭拂口腔或塗布，或作為吸入劑。

吸入劑 為小兒療法之一大利器，而不可缺少者也。隨疾病之輕重，一回吸入二〇〇至六〇〇・〇公分之溶液，溶液普通用一%之酸性碳酸鈉水，時間大概一〇至二〇分之間，回數視其病之輕重，一日二三回至十數回，吸入器與小兒顏面之距離以一尺以內為宜。

灌腸劑 作為腸洗滌之目的，哺乳兒所用之液量，可達一〇〇・〇至二〇〇・〇公分，稍年長之小兒，可用至一〇〇〇・〇公分，作為排便之目的，以等分之甘油與水，一回用二・〇至五・〇乃至一〇・〇公分。

皮下注射法 (Subkutane Injektion) 與大人相同，其部位以胸部較四肢為佳，宜擇大胸肌之部位行之。

肌肉內注射法 (Intramuskuläre Injektion) 宜擇大腿或臀肌注射。

靜脈內注射 (Intravenöse Infusionen) 非年長之小兒不能施行，哺乳兒及幼稚之小兒，固不能透見靜脈及靜脈管腔狹小套管 (Canula) 不適於刺入，故不能施行。



各論

第一編 初生兒疾患 (Krankheiten der Neugeborenen)

第一 早產兒 (Frühgeburt)

早產兒者，以未成熟之有機體而使其負擔離於母體外之生活責任也。即同化、消化食物、更變換由外界供給之勢力，因以維持有機體，不得不求呼吸作用、自家體溫及滲透張力之保持。如斯之使命，雖完熟之初生兒，亦為重大之職務；在生活力薄弱之早產兒，實屬至難之事也。其理由如次：

- (一) 體表面積比成熟之初生兒，則比較的大，因之體溫放散較強，又應注意者，為缺乏皮下脂肪組織之發達。
- (二) 未熟之初生兒，其調節作用不充分，由體表面之體溫奪取極甚。
- (三) 消化作用裝置之發育不充分，不能補償強度之勢力損失等。

吾人更當注意者，為肺臟之官能不全，因早產兒之胸部橫隔膜運動薄弱，其範圍小，故呼吸淺表而不充分，不見如健全初生兒之叫喚，唯能輕微呻吟，皮膚現輕度之紫色，冷卻時益為顯著，早產兒屢屢蒼白而冷卻，見呼吸困難者多，於肺臟運動缺乏之部分，有膨脹不全灶，沿脊柱之附近，存在於左右，此部因換氣不良，之血液循環，故易起

肺炎，稱為脊柱周圍肺炎 (Paravertebral-Pneumonia)，早產兒雖因僅微之事，即現呼吸困難，枝氣管卡他忽然進行成爲肺炎，尙有易罹危險之化膿性傳染者，如易罹風邪，則成廣汎之枝氣管卡他，且合併中耳炎，如此化膿性疾患之際，有忽然死亡者，即幸而不死，體重損失極甚。

預後 不外單以體重爲標準，體重一五〇〇——二〇〇〇公分以上之胎兒易於生育，一〇〇〇——一五〇〇公分者，生育甚爲困難，一〇〇〇公分以下者，能得滿足之結果者甚少，但妊娠六個月生下，有七五〇公分之體重，三五公分之身長，而能發育者，則爲例外。

預後與施行體溫保持正當與否，能否得人乳榮養，是否加以充分之看護，與防預傳染，均有重大之關係。

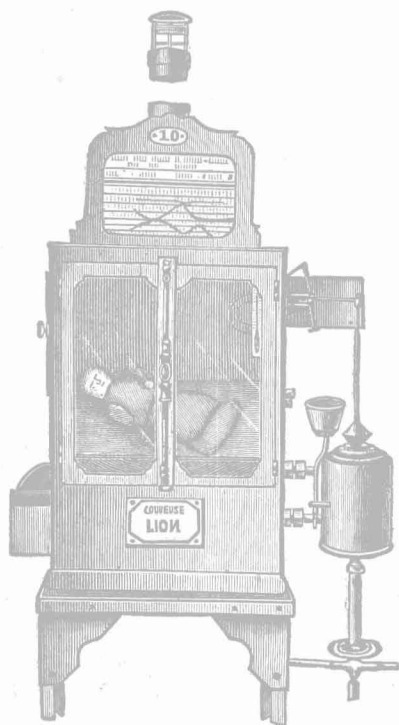
療法

(一) 保溫裝置 保溫裝置

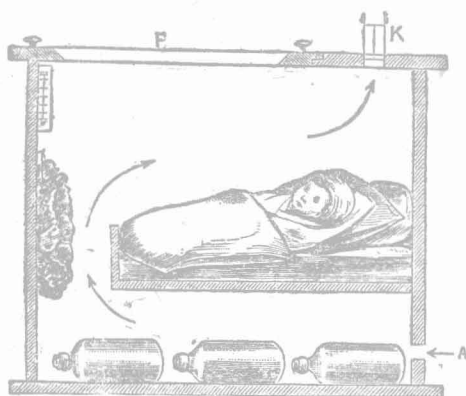
中特爲早產兒之養護所用者，爲保溫器 (Couveuse)，此裝置爲應用孵卵器之原理者也，以通常火焰送入熱氣，溫暖箱內之空氣，依調節器使其常常保持三十度之溫度，因不使箱內之空氣乾燥，

圖 一 十 三 第

利翁 (Lion) 氏保溫器



第三十二圖
塔里耳(Taluir)氏保溫器
nach Frühwald)



爲有玻璃蓋(F)之木製之輕便者，
空氣由具有調節裝置之氣孔(A)而入，
經過湯瓶上，沿濕潤之海棉及驗溫器進
行，而由排氣孔(K)排出。

用濕潤之海棉插置於換氣裝置之入口，與換氣同時送入濕潤之空氣。
保溫器有種種，可參照插圖。

保溫器可用湯床(Ternophore)或湯婆(Warmflasche)代之，湯婆日本多用陶器或金屬製者，灌入熱湯，左右二個插入被蓋中，一時間應交換一個湯婆之熱湯，又可用麥酒之空罈或樹膠製之熱水袋。

關於早產兒在保溫中應留置至何時，議論紛歧，大體有下列二說：

有謂乳兒之體溫至一定，而每日不動搖，常在三十六度八分乃至三十七度之間。卽至表示單調熱型時，宜取出保溫器云。有謂不以體溫爲標準，至體重之增加一定，乃不用保溫器云。

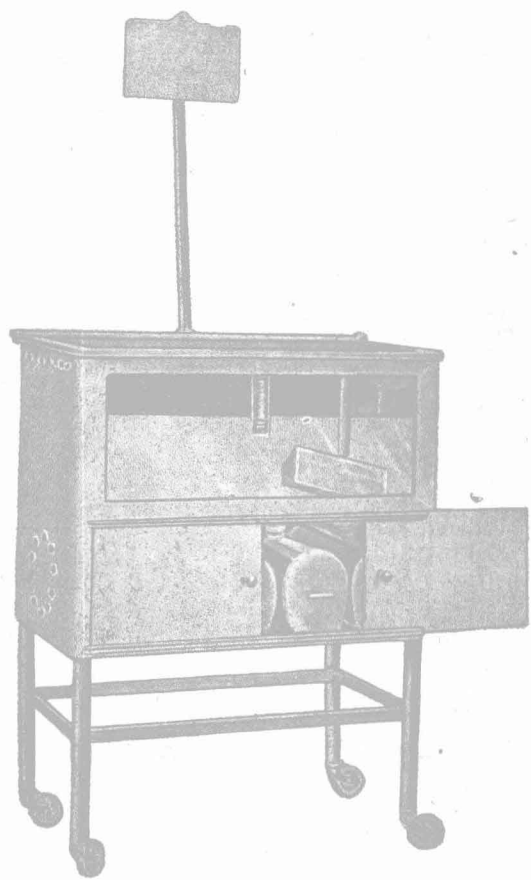
薩耳格(Salco)氏贊成後者，遂唱導不可以體溫爲標準，然吾人不如採取折衷說。體重之增加一定，而體溫亦待成單調熱型——(Monothermie)乃取出保溫器之爲安全也。

由保溫器取出後，急劇持於常溫，固甚危險，應徐徐減低其溫度，終乃置於室溫。

(二) 榮養法 早產兒必須母乳，不得已亦宜採用乳母，早產兒施行人工榮養宜於稍稍成長之後，於初期行之能得效果者甚少。最初宜用榨取之母乳，以滴定玻璃管或茶匙少量漸漸灌入，因早產兒之體弱無充分哺乳之

第三十三圖

冷次 (Lentz) 氏保溫器



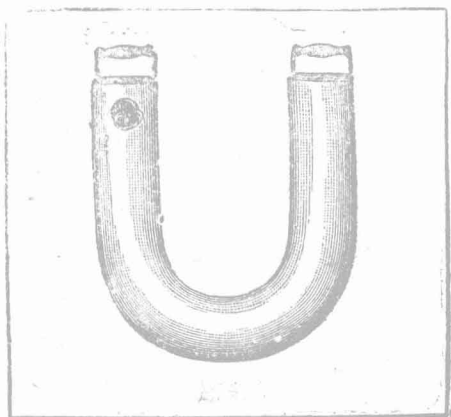
(nach Bendix)

力，為防乳汁分泌絕止，先使健全之乳兒哺吸乳房，然後壓榨乳，如此所得之乳汁，富於脂肪，滋養價最多。

關於乳汁之量，因早產兒有比較的大之體表面，體重一公斤需三〇——一五〇 Calorie (燃價) 故由理

論上有 1200 公分之體重者則為 $140 \times 1.2 = 168$ 燃價而與母乳 240 立方公分相當有一 500 公分之體重者約為 $130 \times 1.5 = 195$ 燃價而與母乳 280 立方公分相當然如上述之早產兒因消化力薄弱燃價僅少者乃得同化而已故實際上最初之時間一日供給 500—1000 公分之母乳則為充分經三四周間乃宜與以上述相當之燃價之乳汁。

第 三 十 四 圖
U 字 形 湯 婆



(nach Piaundler)

(三) 其他注意發生肺炎亦關重要如有僅微之氣道炎症不可附之等閑即應施以通常之治療。

(四) 化膿性炎症應當特別注意因生活薄弱之早產兒對於細菌之抵抗力弱一旦被其感傳甚為危險。

臍帶因為容易起敗血膿毒性之門戶故宜常時注意保持清潔中耳炎亦屢屢易於發生。

不宜行拙劣之口腔洗滌恐損傷黏膜。

(五) 腦水腫雖為早產兒養護中偶發之疾病然無施行治療之餘地為憾。

(六) 使用如荷夫曼 (Hoffmann) 氏液之興奮劑有先天梅毒之症狀者則宜施以適當處置。

第二 假死 (Asphyxie)

初生兒之呼吸極爲微弱，若休止或氧之供給殆絕，或全絕之時，又氮氣放散障礙之狀態，稱曰假死。如此時放置，則能自導於窒息而死，假死區別爲先天性假死及後天性假死。

(1) 先天性假死 (Angeborene Asphyxie)

在母體內之胎兒，其出產之先，兩者之間受血液之循環障礙，氧供給不充分時見之。其原因在母體方面多起於因早期胎盤剝離、陣痛微弱、而臍血管起血行障礙之際，尙有諸種母體疾病之際，可起氧缺乏，與以胎兒之呼吸中樞一種刺戟，胎兒營早期呼吸，羊水由口腔進入氣道而起閉塞，於是出胎後而至空氣中不能營呼吸作用，則成假死，此種狀態，寧以於產科醫較兒科醫所屢屢遭遇也。

病理解剖 窒息死者之血液，均爲暗黑色，且爲流動性，右心及續右心之靜脈充盈，內臟諸器有充血及小出血灶，肺臟無氣，其實緻密，而呈灰白色。

症狀 第一度，即輕症假死 (Blasser Scheintod) 顏面有青紫色，眼瞼結合膜鬱血，心音及臍脈搏動雖得認識，然而緩徐，皮膚之知覺、肌肉之緊張力亦存在，呼吸淺表性而聽診上偶有水泡音，以指頭插入口中或刺戟皮膚時尙有反應。

第二度，即重症假死 (Weisser Scheintod) 如見屍體，皮膚蒼白而反射與奮性及肌肉之緊張力消滅，心臟

力微弱呼吸運動完全絕止

預後 輕度時大多佳良；但強度者，頗爲可疑。

療法 預防方法，於生產期除去諸種之障礙，速使其終止分娩。對於既成假死狀態之初生兒，即應以指頭拭去其附着於口腔咽喉之黏液，輕度者單以此法，或同時與以皮膚刺戟，即能促進其呼吸運動，然大多皮膚須加以不間斷而強烈之刺戟，或入溫浴，或溫浴與冷浴交換使用，有時於溫浴中以冷水灌漑其胸部之方法，而得奏效者不少。於是一見如死兒者，至能高聲涕泣及營深呼吸時，則可謂達治療之目的也。對於強度者，應以內拉同(Nelaton)氏導管，吸出蓄積於上氣道之黏液等，次行舒爾斯(Schultze)氏人工呼吸法，此法之第一動作，術者展開自己之腳而站立，示指由小兒之後方插入腋下，拇指越肩而達前方鎖骨，其餘之，三指斜揣當小兒之背面，切不宜由

第三十五圖
舒爾斯(Schultze)氏
人工呼吸法



(nach Filatow)

前方加壓，術者同時向前方取懸垂之位置，而支持小兒；第二動作，以人工呼吸爲目的，兒體由垂直之位置高舉於頭上，則兒腳向上，其頭與術者之頭相對；第三動作，以人工呼吸

爲目的，再將兒體急速下降，恢復其舊位置，此時少憩，如此反復七八回，次將小兒醮於溫浴中，更開始振動法。如是則假死兒號叫，皮膚發赤，應由斷續的呼吸持續至營正型之呼吸運動爲止，但須注意者，厥爲其方法粗暴時，起鎖

骨骨折，或現內臟出血者有之，呼吸正整後之應急法，即患兒之臥床保持溫暖，不絕注視其呼吸之狀況，並須時時使之溫浴。

(11) 後天性假死 (Erworbene Asphyxie) 肺萎縮 (Atelaktase)

原因 於出產後起假死狀態，其原因由中樞神經系、循環系及呼吸系之疾患而起，氧之供給不充分時，尚有因甲狀腺、胸腺肥大等，上氣道受壓迫時，其他畸形、生產時之外傷等，均能致之。

此種假死，概起於生產後不久，偶有約經一週乃起者，早產兒或起高度之榮養障礙者，起發作性假死狀態者亦有之。

症狀 視原因如何稍有相差，分娩後一旦營呼吸之初生兒，數時間乃至數日之後，成呼吸淺表，皮色蒼白，起輕度之青紫色，顏面呈無慾狀，脈搏微弱，體溫在常溫以下，不能放大聲號叫，僅能呻吟，嗜眠狀，而對於刺戟之反應弱，不好哺乳。

預後 不良大多於短時間之後死亡。

療法 呼吸器及循環器無先天性畸形者，應極力衝動其呼吸運動，宜並用溫浴與冷浴，或持續溫浴內之冷水灌漑。

第三 初生兒黑吐病 (Melaena neonatorum)

黑色之血便爲特徵，且伴有吐血，元來本病不過爲一症候的疾患，於本態非獨立之病也。

原因 應注意者，有非真於胃腸部之出血，實乃初兒生嚙下其口腔或鼻腔之出血，不然則爲嚙下母體乳腺之出血而成血便，或吐血者有之，此等稱曰假性黑吐病 (Melæna Spuria)，應與真性黑吐病 (Melæna Vera) 區別。

所謂真性黑吐病者，其原因亦不相同，從來病理解剖上視出血之主要原因在胃或十二指腸部，而食道之潰瘍，雖因有此潰瘍之生成爲血栓之說，然尙未完全明瞭，促進出血之直接動機，由於臍帶壓迫、假死心臟、異常之血行障礙、門脈系統之充血、肝臟梅毒、其他梅毒毒性及敗血性之血管疾病等是也，即對於血管已起某種病的變化者，現血行障礙時，不能營調節作用，其結果惹起出血也。

病理解剖 所見常不一致，最重要者，爲胃及十二指腸之潰瘍，有只現黏膜表皮剝離者，有見點狀之出血灶者，亦有單現充血者。

症候 通常生後二日乃至四日發現，時而於第一日，尙有更遲發現者，屢屢突然起於健康之外觀者，其症候雖初起時，有不明者，然早晚必排變黑之血便，有當初現多量之暗黑之吐血者，而吐血有一回即止者，有引續數回者，亦有不見一回吐血者，通例於母氏交換襁褓之際，愕然發見血便排出，小兒呈不安之狀，偶而體溫上昇，隨血液損失之程度有貧血或衰弱，皮膚蒼白而冷卻，脈搏殆不能觸知，體溫下降，呼吸淺表，陷於虛脫狀態，一二日即死。

亡，時而於其他之部位，尤以皮膚及臍部出血，並伴發黃疸，皮膚青紫者有之。

診斷 初生兒有血便及吐血時，不可不確定其出血部，出血是否於胃腸部乎，或為假性黑吐病由其他之原因所致乎。先宜檢查初生兒之口腔、鼻腔、咽頭，確定此等部位有無血液附着，其次須檢查生母或乳母之乳腺，此外亦應注意者，即稀有之初生兒陰道出血是也。

預後 假性黑吐病，一般為一時性者，少有貽留後害；但偶而亦有因出血，縱施以種種之處置，終不能止血遂至死亡之例。真性黑吐病，預後均為不良。

療法 對於假性黑吐病，應盡力除去出血之原因。對於真性者，先防其體溫下降，應保持其常溫，並須安靜，胃部貼冰囊，盡力施用其他之止血方法；欲達此目的用白明膠 (gelatine) 最有效，以 Merck 製之滅菌白明膠 (gelatine) 二乃至五% 溶液，每一二小時內服十公分，或用二十乃至四十公分數回灌腸，出血強烈時，宜行皮下注射，即用二% 之溶液十乃至二十五公分注射於上腿之皮下，有因注入而起繼發破傷風樣之症狀之報告，故須豫先留心膠液之精良及其消毒，又可內服一% 之三氯化鐵溶液，一% 麥角溶液，(或一回量用 0.01 皮下注射)，其他賞用食鹽水之腸洗滌及皮下注射。榮養以擠出之母乳，用匙以少量漸漸與之可也。

(附言) 吾人於東京醫科大學小兒科教室之剖檢診斷，曾見有輸膽管閉塞，而生有黑吐病症候經過之一乳兒。

第三十六圖
初生兒黃疸之尿沈渣
(nach Finkelstein)



第四 初生兒黃疸 (Icterus neonatorum)

多數初生兒（約八〇%）於出產後第一日或第二日皮膚一般呈黃色，經過數日或一二週，通常則自然消退，此時脈搏體溫均無變化，尿及糞便亦多如常，故初生兒黃疸可視為生理的現象也。

原因 確實之原因，尚不明瞭，以前解釋由血色素或破壞之血球被吸收而起 (Hämatogene Theorie)，然由尿及組織之所見，其原因似由於膽汁之吸收，最近據克羅飛爾馬格爾 (Knöpfelmacher) 氏之說：因肝臟之分泌異常，生後之膽汁分泌所惹起云。(Hepatogene Theorie)。

症候 皮膚之黃染，其為主徵，黃染之度各有強弱，輕度者單限於胸部及顏面之皮膚，且以指壓之，防止該部之血行，則難認出黃染，眼球結合膜通常無變化，強度時則黃染，尿中亦得證明膽色素，尿對於諸種之膽色素反應，雖常為陰性，但以顯微鏡的檢查，如第三十六圖所見，即發見由 Bilirubin 而成之褐黃色之片塊物 ("m-

asses jaunes”) 或遊離或占居於玻璃圓柱中。

除上述生理所見以外，有由於先天的肝臟輸膽管等之異常，即狹窄、閉塞、或肝臟之梅毒性疾病、敗血性傳染而起之症候的黃疸。此等均為惡性，預後概不佳良。

療法 若係生理的，不加以特殊之療法，而能自然消滅；然為症候者，則不可不探究其原因，而施以相當之處置也。

第五 初生兒紅斑 (Erythema neonatorum)

初生兒於分娩直後，恆有生理的皮膚充血，其高度者稱曰紅斑，於分娩直後，或數日之後發現。

原因 因胎兒分娩從子宮內排出時，遭雰圍氣之激烈變化，溫度激變被刺戟而起，又皮膚強烈發赤，而起皮膚血管之充血，通常全身發起一樣，即黏膜亦一般發赤。

經過 通常經一二日，則自然消失，發赤之跡有現皮膚糠狀剝離，或小部分有上皮剝落者，剝落部分尤以頭部為甚。

療法 撒布氧化鋅 (Zinc oxyd.) Vasenolpuder，於上皮剝落處塗布油劑，頭部必須貼布硼酸凡士林。

第六 初生兒鞏硬病 (Sklerema neonatorum)

取死亡之轉歸，而應與所謂初生兒浮腫 (Oedema neonatorum) 完全區別。

原因 完全不明，每見於生活力之虛弱者，尤以有假死狀態之早產兒爲多。

症候 體力虛弱或心臟力微弱之初生兒，體溫頗低，缺乏活力，溫度之調節不充分，而營養亦受著明障礙者也。如此早產兒，其四肢之皮膚常多皺襞；然有本病者，反強度緊張而平滑，以指頭摘舉頗爲困難，此種變化，通常最初現於下肢，足背、腓腸部、大腿之皮膚，先呈變化，進而及於臀部、腰部，尚有達於上方之皮膚，而遂蔓延及全身者，患部之皮膚硬度益漸增加，乃至恰如觸木石之感覺，皮膚呈污穢黃色，四肢末端有現青紫色者，間有硬變發於頰、口唇，發生牙關緊急之狀，而陷於不能哺乳者。

病理解剖 皮膚尤以馬爾彼歧 (Malpighi) 氏層硬變，細胞殆不可見，皮下脂肪組織間，有多數密生結締組織，脂肪著明減少，其顆粒小而且萎縮，皮下血管管腔甚縮小，概言之，卽有皮膚乾燥及肥厚，並有脂肪組織萎縮也。

鑑別 初生兒浮腫於先天性心臟瓣膜病、腎臟炎、及惡病質見之，柔軟而與鞏硬病觸覺異趣，雖加溫亦不消退，又浮腫於陰莖、陰囊亦有著明浮腫者，然於鞏硬病則無之。

預後 大多不良。

療法 應注意營養狀態，本症疑似時，有用溫熱供給而得輕快者，故本症先宜試行諸種之保溫法，對於心臟衰弱、肺萎縮等，須施以適當之處置。

處方例

甘硝酸乙酯酒精 (Spiritus Aetheris nitrosi)

各五・〇

氯化銨酒精 (Spiritus Ammonium chloratum)

右每一小時數滴混合於糖水內服用。

營養物以 Sonde (橡皮管) 送入爲良。

第七 分娩時外傷 (Geburtstraumen)

胎兒於分娩時，通過母體產道之際，遭遇諸種之障礙而受外傷者不少，尤以難產賴產婆或醫師之處置，而得分娩者爲多，外傷有由上皮剝離之輕度者，而至有關生命之重大損傷者。

(一) 壓迫印象 (Druckmarke)

多見於初生兒之顛部，因胎兒之頭部分娩受薦骨岬 (Promontorium) 之壓迫而生，如受壓迫之時間長，而其部之皮膚營養被害時，遂有陷於壞死者。

大多不加治療，卽自然治癒。

(二) 骨外傷 (Knochenverletzung)

胎兒分娩時骨損傷中最多者爲鎖骨骨折 (Fraktur der Clavicula) 其餘之長管骨雖有起骨折者，但較鎖

原因 雖常爲手術時之外傷，然偶爾經自然分娩者而同樣發現骨折者有之。

又屢屢有見諸關節脫臼(Luxation)者。

顱骨部之外傷，尤爲重要，其他雖有顱骨轉移、頭部形態之異常等，則屬於產科，茲略而不述。

(III)產瘤 (Caput succedaneum, Geburtsgeschwulst)

當分娩時胎兒之前行部位，受最強烈之抵抗。其前行部位爲頭部時，屢屢因壓迫而生柔軟之腫瘤，是曰頭瘤 (Kopfgeschwulst)。即頭部與骨盤大小不合時或分娩經長時間而發生。

產瘤之本態，爲顱骨膜與腱膜 (Galea) 之間之血性漿液質之浸潤也，因其範圍廣大，而與骨縫合無關，屢屢同時骨膜、腦膜見充血或小出血，腫瘤之部位，多在顱頂骨之後部，或後頭部上方。

鑑別 應注意者爲頭血腫 (Cephalhaematom)，腫瘤與骨縫合無關，故考其超過骨縫合而擴大歟，或不然而被限制於骨縫合部歟，即可區別也。

胎兒之前行部位，在骨盤端位 (Beckenendlage) 時，產瘤有現於陰囊、陰莖、陰唇、及坐骨部 (尾骶瘤 Steißgeschwulst) 者，又產瘤間有起於顏面、四肢者。

療法 雖不施以特別之治療法，亦能自然迅速消失。

(四)頭血腫 (Cephalhaematom externum)

第三十七圖

頭血腫切斷面



D	K	O	P	B
硬腦膜	顱骨	新生骨質	骨膜	血液

通常初生兒生後二日乃至四日發現，然發生於分娩期者有之，間亦有於第二週之初發現者。

症狀 爲顱骨與骨膜間之出血也，多數發於右側顱頂骨，時而發於兩側之顱頂骨者有之，少有發於其他之顱骨部者，通常雖多單獨發生一個，然亦有同時發生多數者。

大者如胡桃大乃至至雞卵大，再比較更大者，寧屬於例外，其形呈半球形，或稍扁平，其表面之皮膚不與腫瘍密着，通常雖外觀無有變狀，然亦有見浮腫、出血、壓迫之印跡者，初時皮膚雖緊張，次則腫瘍能觸知波動。

頭血腫之特有點，在限制其擴大，雖大者其腫瘍基底決不超過骨縫合，而達隣接於其他骨之上，腫瘍之周緣，以指頭觸之，有堤防狀之隆起，而得劃明其境界，此爲新生之骨組織也。經過時日，腫瘍之形狀漸變扁平，此骨組織漸次隨之增殖，而且擴大，觸之感有羊皮紙樣捻髮音 (Pergamentknittern)。

此於腫瘍中溢出液徐徐吸收時見之，有腫瘍之消退迅速，而

經過及轉歸 概無全身症狀，體溫等亦無變化，通常由第二週則開始漸次吸收，二三月乃至六月則赴治癒。有時頭血腫有被化膿菌之傳染者，多數雖基於外傷，然亦有化膿徑路不明者，尙有進而成爲膿瘍，而起骨膜炎、腦膜炎或敗血症者有之。

原因 大約八十%爲初產兒，尤多見於稍年長之初產婦之分娩時，男子較女兒約多二倍，元來初生兒顱骨與骨膜之結合不如成人之強固，分娩時頭皮與產道壁密着，因移動而纖弱之骨膜血管破潰，而出血於骨膜下，然因於骨縫合部之骨膜難於剝離，故出血於此處必被妨止，不致延及他處也。

診斷及鑑別 診斷容易，因能觸知堤防狀之骨隆起也；然不可與前顱骨缺損部之腦膜脫出 (Meningocele) 誤診，但腦膜脫出起於骨縫合部或顱門，而得歸納之，且由小兒之叫泣，著助發露等，即可區別。至與產瘤之區別已述於其條下。

預後 佳良；但化膿時，則屬危險。

療法 不施以特殊之方法，即能自然漸次吸收；但須注意保護避免外傷，吸收過遲者，可施行穿刺，如表現化膿之徵候時，宜即施用外科手術。

頭內血腫 (Cephalhaematom internum) 罕有出血起於顱骨與骨腦膜之間者，向顱內腔形成血腫，雖屢屢有伴生骨折者，然偶亦有無是等損傷，由骨縫合部發生者，此時則起腦之壓迫症狀。

與腦出血之區別，可取脊髓液檢查，以有無血液之混入，而得判斷之。

(五) 腦出血 (Hirnhutung)

分娩難澀，而由艱難之產科手術產出時爲多，但有時於自然分娩而現腦出血者有之。

原因 出血之原因，多由外傷，但不必要重大者，屢屢外部不見何等之異狀，而內部仍現有出血者，且分娩之經過容易，而起腦出血者有之，概因骨移動而損傷血管，以致出血者也。

症狀 有腦內壓亢進之狀，即昏睡、脈搏徐緩、呼吸不正、大顱門緊張、有斜視、現麻痺，又屢屢發現痙攣等狀。腦出血雖一見殆呈假死之狀態，但施與假死之療法，因症狀反益漸增惡，應除棄不用，雖有幸而一二日中危險徵候消失，續向順境進行，然多數早晚起癲癇樣發作或遺留麻痺。

病理解剖 於腦穹窿部之硬腦膜下或蜘蛛網膜下有出血，起於小腦者，則醫稀有，腦基底部、腦室內之出血亦少，實質內者亦爲稀有。

診斷 不能認出外部損傷時，則與腦部畸形之區別困難，如有疑時，不可不據脊髓腔穿刺以確診之。

預後 不良，雖有經過數日無痕跡而治癒者；然大概貽留麻痺或患白痴、癲癇。

療法 腦壓迫亢進之狀劇烈時，行穿刺能促進其吸收。

(六) 胸鎖乳突肌血腫 (Haematom des Sternocleidomastoideus)

胸鎖乳突肌時而僧帽肌、斜角肌等之肌纖維破裂，肌膜內起出血，其原因由於人工分娩之際，尤於頭部強烈

症候 分娩直後於頸部起鳩卵大或以上之硬固無痛性之腫瘤外，表面無有異狀，而小兒呈斜頸，又血腫吸收後，貽留硬結而成爲斜頸之原因者有之。

療法 此肌肉血腫通常數週內自然消退，療法加以輕微按摩，使其稍有被動的肌肉運動足矣。

(一) 神經麻痺 (Nervlähmungen)

(A) 上肢神經叢麻痺 (Lähmung des brachialis) 其原因固以分娩時之外傷及人工分娩之際起者爲多，然亦有見於自然分娩者。

由上肢神經叢分出之神經分布於肩胛部、上肢及前肢之諸肌，而最易受外傷之處，爲鎖骨上方二至三公分處，(艾爾普氏點 Erbseher punkt)，起麻痺之肌卽三角肌、二頭肌、肱肌、迴後肌、肱撓骨肌、棘下肌等是也，然無伴發感覺障礙者。

症候 分娩後上肢不動，而迴轉於內方，手掌向後外方，呈弛張性之麻痺，提舉患兒之上體，則其狀更爲著明，以上主要者爲上肢被侵，而爲通常所見者也。間有前肢、手指諸肌被侵者，前者稱曰上肢型，後者稱曰前肢型，而後者屢屢兼有知覺障礙，尙現瞳孔縮小、眼裂細小、眼球後退等者，(克魯門普克氏麻痺 (Klumpkesche Lähmung))，此等麻痺如長時間持續，遂呈變性反應，終則惹起萎縮、動搖關節、攣縮等。

診斷 於胎內已起骨折、脫臼等者，因生類似之運動障礙尤與上肢骨骨端軟骨部剝離之鑑別困難，此等應

用愛克司光透視，而得區別之。與假性麻痺（巴羅忒 Palowt 氏麻痺）由全身之症候及發瑟曼（Wassermann）氏反應之存在等，即可判定。

預後 上肢型一般佳良，輕症者經過一二週即全治；前肢型完全麻痺時，則不良，至生後四月猶不治癒者，則無望也。

療法 於麻痺中，應預防起萎縮、強直，則施以輕微摩擦法及被動的運動，以後每週宜通平流或感傳電氣二三回，如胎留麻痺者，可用整型的外科手術，稍能減輕其障礙。

(B) 顏面神經麻痺 (Facialislähmung) 施行鉗子分娩時，屢屢顏面神經之末端受壓迫而起麻痺，其他有骨盤狹窄者，因其隆起部之壓迫而起者有之。

症候 普通為片側麻痺，小兒涕泣時，口角低下，口傾斜而健側被牽引，及口唇閉鎖則患側消失，鼻唇溝不及健側分明，眼險亦不能閉鎖（兔眼），若麻痺起於兩側則須判別其原因非末梢性而屬於中樞性歟。

預後 佳良，大多數日或六週以內消失如常，若已久不能治癒，應推察由他之原因所生之症狀。

療法 其恢復遲緩時，用感傳電氣，其強度者起攣縮之程度為止，一日一回，每回行二分乃至三分間。

第八 臍部疾患 (Nabelkrankungen)

臍帶為胎兒與母體及胎盤之總連絡，蔽有羊膜，由二條動脈一條靜脈及華吞 (Wharton) 氏膠樣質而成。

胎兒分娩至營最初呼吸，則是等臍帶脈管之循環休止，次則管壁攣縮，生後四日，即乾燥，至五六日則臍帶遺物完全脫落，而其跡於腹壁成稍深之漏斗狀，該創面完全治癒約須三週，臍帶血管在初生兒腹腔內之部分，漸次形成血栓，遂生結締織。

(I) 先天異常 (Angeborene Anomalien)

(A) 皮臍 (Hautnabel oder Cutisnabel) 腹壁表皮連續於寬廣之臍帶上，臍帶脫落之後，腹壁呈著明漏斗形之陷凹，即謂之皮臍，雖多能自然漸次復歸常態；然偶有亦永久存在者。

(B) 羊膜臍 (Amnionnabel) 與前者相反，羊膜不休止於臍帶之基部，而尚擴張到壁上皮，因枯瘦變性，臍帶脫落時，則生羊膜臍。

此皮膚缺損部，通常漸次發生肉芽組織而治癒。

(C) 臍帶脫出 (Hernia funiculi umbilicalis) 臍帶之遺物成囊狀擴大，其中容納腸管，或肝臟之一部或全部，其內容物尚有胃、脾臟、腎臟等者。

通常大如胡桃，罕有達小兒頭大者，呈半球狀，或囊狀之形態，於初期為囊皮透明，或半透明之綠白色，得透見腸管及其運動，一見即能下診斷者有之，臍帶接續於該腫瘍之下半部，羊膜部參與臍帶之壞死作用，而脫落時其跡遂發生肉芽組織，形成瘢痕而縮小。

預後 一般不良，臍脫出屢屢發於體質虛弱者，能惹起腹膜炎，敗血症。

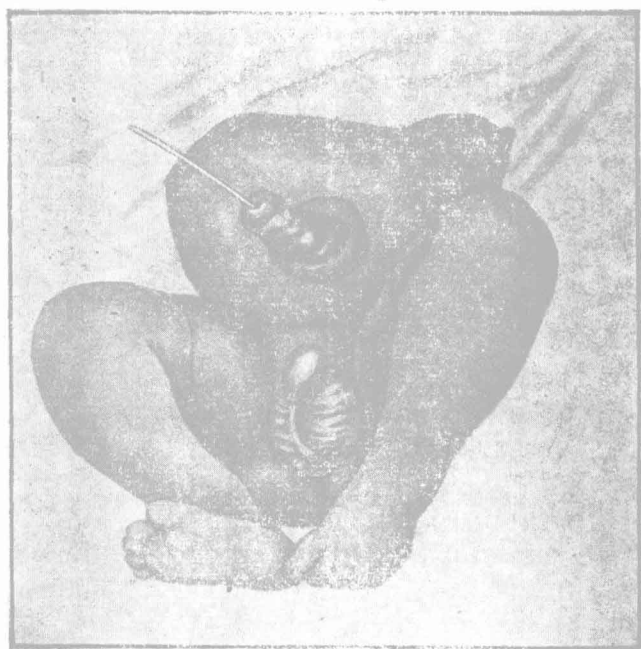
療法 有須行根本的外科手術者，姑息的療法，即織弱之腹壁以硼酸凡士林、棉塊等保護，羊膜脫落後之肉芽組織，用硼酸、麝香草酚 (Thymolum)、高錳酸鉀、醋酸鋁溶液 (Liquor Aluminium acetic) 洗滌之後，塗布二%硝酸銀液，最後用以橡皮膏橫位固定。

其他虛弱者，必須增進全身營養狀態。

(D) 臍腸管膜管之遺存 (Persistence of Dudus omphalomesentericus)

(13) 臍腸管膜管遺留有迴腸與臍連絡者，即美克爾 (Mecker) 氏憩室之開口，因臍帶脫落後，其治癒受障礙而生者也，通瘻管而腸內容漏出，為一般稀有之異常。

第三十八圖
臍腸管膜管之遺留
(nach Pfaunder)



療法 應行外科手術，將瘻管取去。

與膀胱之連絡，則膀胱內之尿上行，而由臍帶部之瘦孔滴出。

原因 因排尿道有何障礙，例如包皮或瓣膜之存在，而妨礙尿管閉塞。

療法 作小便排出之道，並瘻管用外科手術作新鮮創面，創面宜縫合，或燒灼之。

(11) 臍部傳染性疾患 (Wundinfektionen des Nabels) 如臍帶之遺失，久不脫落，創面之治癒遲滯，即為化膿傳染成立之機會。又於一度臍帶脫落之處起炎症，且兼有發熱者，均可知其已被傳染矣。

催起臍傳染之主要病原菌，為葡萄狀菌、鏈狀球菌等，化膿性細菌，病原菌之傳染，有單止於局部者，或有進入動脈靜脈，或及於其周圍者。

然因近代消毒法之進步，故此種傳染性疾患之實例減少，臍帶之殘遺以無毒之紗布或麻布包裹，以避外界之不潔物接觸，乾燥的處置，為是等疾患之預防方法也。

(A) 臍帶壞死 (Gangrin des Strangrestes, Sphacelus) 臍帶之遺物呈污穢色，濕潤，且放惡臭，有發熱，此時必須用燒灼電氣除去之，如放置者，則有惹起敗血症之可能。

(B) 臍壞疽 (Nabelgangrin) 有由前者遲延而成臍壞疽者，起於生來衰弱者，呈污穢色，有惡臭壞死，有達腹部之皮膚，又有屢屢續發腹膜炎，有熱候，陷於虛脫，一般症狀劇烈，被其侵襲而取死亡之轉歸者有之。

除局部之治療外，增進一般之營養狀態，增加抵抗力，亦關緊要。欲達其目的，以人乳營養為最好，局部療法，即

注意清潔用硝酸銀棒，加一半氯化鐵液，或醋酸鋁溶液，作濕性綳帶，俟痂皮剝落，始撤布防腐劑，或初起時，即用白金刀燒灼之後，乃用撒布藥。

(C) 臍膿漏 (Blennorrhoea umbilica) 臍帶脫落後，該部著明分泌漿液性膿或純膿之際，稱曰臍膿漏，創面有肉芽組織發生，而附着粘性膿性之假膜。如分泌液之排泄不充分，則炎症向內部進行，及於接近之動脈及血栓，然時而有生瘻管以作成膿排泄之道者。

診斷 由臍部創面之膿分泌不絕而得知之，不僅局部化膿，又兼有發熱，且成一般症狀，有起敗血症者，據此即可推而知之。

預後 概良，然間有傳染之血栓剝離，而達下腹動脈，以致成爲傳染之媒介者有之。

療法 唯一之療法，即使膿之排泄充分，有瘻管者，宜每日行膿之排泄數次，如尚排泄不充分時，須切開瘻管而使之擴張，以免膿汁滯溜，須常保持清潔，用5%硼酸水，二——三%醋酸鋁溶液，三%氧化氫液等洗滌，用消毒劑撒布，有催進肉芽組織發生之效力，其周圍應貼用軟膏以保護之。

(D) 臍部潰瘍 (Ulcus umbilici) 或爲原發性，或續臍膿漏而發生。

潰瘍爲圓形，或不規則，其周緣被峻削之浸潤所圍繞，潰瘍之基底覆有膿汁，或豚脂樣之假膜。偶有見梅毒性之原發潰瘍者。

預後 一般良好。

狄扶的里性潰瘍亦同樣形成淺潰瘍，被有格魯布性假膜，潰瘍之周圍有硬固炎症性之浸潤，此時行如上述之局部處置，並宜早用血清注射。

(E) 臍息肉 (Fungus umbilici, Granuloma umbilici) 臍部創面有膿及其他之多量分泌物，而障礙其治癒時，則發生肉芽組織異常，成爲豌豆大或胡桃大之赤色腫瘍，隱於深部者，有裂開周圍之皮膚而始露出者。

臍部雖間有生腸畸形腫 (Enteroteratom) 腺腫 (Adenom) 者，係由臍腸管脈管發生，但其表面平滑，故與表面凸凹之臍息肉容易區別。又臍腸管之遺物，亦有呈息肉狀者。

療法 息肉之小者，宜用硝酸銀棒腐蝕，而縮小之；大者須結紮其基底，以刀除去之，或以燒灼白金線燒取亦可。

(F) 臍血管炎 (Arteritis u. phlebitis umbilici) 因臍帶遺物及臍帶脫落部之傳染蔓延，以致臍血管起炎症者不少，其侵入淺臍基部，有呈動脈血栓炎者，則於臍下方之腹部皮膚發赤腫脹，向上方臍部壓迫，見有膿汁流出，此時膿汁如不瀦溜，則無一般症狀，如炎症沿血管深進侵害血管周圍之淋巴腔，先起淋巴管炎，同時血管自身亦起炎症，不然又進而起動脈血栓炎，間亦有起靜脈血栓炎者，如傳染之血栓破壞流動而入血流中時，則起敗血症及膿毒症，或由血管周圍之炎症，而起腹膜炎或膿下行於腹膜前腔，由鼠蹊管外出而起精索、睪丸之炎症者有之。

病理解剖 動脈成堅固之褐色索狀，被浮腫之組織周擁，血管之內腔有赤色之血栓或充有粗雜之乾酪樣物質或膿球，管壁溷濁，有圓形細胞之浸潤，浸潤尚有達於細胞周圍之組織內者，其他屢屢又見有肺炎、助膜炎、腹膜炎、脾或肝臟之腫大、關節炎等者。

如此重症，通常初起時，極爲輕微，有不呈變狀，毫不有疑於臍部者，或已分泌膿汁，雖已發見，然其一般症狀輕微，最後乃現熱候、痙攣、虛脫等劇烈症狀，得證明動脈炎之臍下方，有索狀之抵抗力，或靜脈炎存在於臍上方之膨滿、疼痛者甚鮮，但於靜脈炎有著明之黃疸，腹膜炎存在者。

預後 通常危險。

療法 預防須將臍帶之處置嚴密消毒，止於炎症臍底之血栓，則開瘻管盡量排泄膿汁，以後施用無毒之繃帶，肉芽組織發生而治癒。現敗血之徵候時，先用人乳營養，以維持其體力，應用強心藥或食鹽水之皮下注射。

(5) 初生兒破傷風 (Tetanus neonatorum)

原因 爲感傳破傷風菌所起之一種創面傳染病也，初生兒均由臍部創面傳染，此即與成人破傷風相異之點也。而其傳染之媒介多由其周圍之看護者之手，尤以污染庭園之土壤時，或由不潔之繃帶所致。

破傷風菌爲尼科來伊爾 (Nicolai) 氏所發見，及北里氏得純粹培養之一種桿菌，一端有圓形之芽胞，因其形之特有，而有 Tetanus 菌之名稱，爲一種抵抗力強之桿菌，主生息於庭園之土壤中。

病理解剖 僅有腦及脊髓之充血、溢血，稀有見出血者，破傷風菌僅於其傳染之局部繁殖，不致擴延至全身。

本病之潛伏期通常甚短，有生後一日或二日已有發現病症者，多在一週之終發現。

症候 應特別認識其前驅症，不起變狀，祇於病症發生之先，有強烈之不安、號泣而已，第一症候，為咀嚼肌之痙攣，即由牙關緊急（*Tismus*）起始，然家人尚不注意，多僅誤為小兒拒絕飲乳，因起口輪匠肌、咀嚼肌之痙攣，而有哺乳不可能者，痙攣通常最初為間歇性，亦有不間斷發現者，次則痙攣及於其他之顏面諸肌，鼻唇溝深，前額多皺襞，口唇稍突出而緊閉，因面貌恰似笑容，故稱曰痙笑（*Rians sardonius*）。次則頸肌、脊肌起發作性衝動的攣縮，呈所謂角弓反張之狀，更及於腹肌，腹部陷沒而堅硬如板，攣縮起於四肢之諸肌，則上肢內轉，前肢半屈曲，手脂悉內屈，下肢取半屈曲之位置，於重症時，呼吸器諸肌亦被侵害，則呼吸淺表，成不規則，現青藍症，因反射機能頗興奮，雖肌肉之攣縮緩解，亦即反覆發現，尤以觸其身體及稍搖動患者之床，又因高大之聲音，或風之流通，均能惹起全身之肌肉攣縮。

其他脈搏頻數，體溫上昇，最終由四十二度昇至四十三度，但尿中不生蛋白，激烈者，能於二十四小時間，取死亡之轉歸，然大多經過數日，由衰耗而至死亡。

預後 不良，治癒者約占七%，潛伏期長，發作數少，不犯呼吸器肌，無高熱者，尚有希望。

診斷 發病之狀態，牙關緊急等，對於診斷均有價值，尚應注意痙攣漸次及於全身，及痙攣非間代性等，細菌之證明，則屬困難，搔取臍部創面，而移植於鼠，如起同樣之痙攣發作，則可確實診斷也。

應與本病鑑別者，爲於分娩時之外傷，例如兼腦出血之痙攣狀態及大腦疾患，但因破傷風通常不犯及眼肌，而得區別之。

療法 預防法必須保持臍帶之清潔，固勿論也，且宜充分注意初生兒之看護者，不可接觸塵埃土壤等，使用之繻帶、棉布、浴湯等，不可與不潔物接觸。

療法即早行破傷風免疫血清之注射，已現症候二十四時間以內如不施行，則難奏效，何則？蓋於毒素已結合於中樞神經系之後，則血清失其效力也。注射應將二百五十單位分爲二份，一半注射於臍部附近之皮下，其他一半由腰椎刺送入硬膜下（Fear氏）。其他又應講求緩解痙攣之方法，即絕對安靜，避免響音，及其他之刺激，藥物可同時併用水合三氯乙醛（Chloralum hydratum）（一回〇・五，一日三分）溴化鉀（一日一至二公分）肥羅拉耳（Veronal）（一回〇・〇七五）。

營養因牙關緊急，故哺乳困難，宜用搾取之母乳或牛乳以匙注入口內，如攝取不充分，宜由鼻孔灌入，使其保持一定營養狀態，不可不頻回反覆給與，然有時卻因不快而成痙攣發作之刺激，則可用橡皮管，一日與以數回（三四回）。

(II) 臍出血 (Nabelblutung, Omphalorrhagie) 臍部之出血有諸種，有由臍帶之動脈及臍帶殘遺之脫落部來者，或由臍部之實質來者。

由臍帶血管之出血，外傷或不充分之結紮等爲其主要原因，其他肺萎縮、假死、及心臟疾患，亦有見出血者。

由臍實質之出血，一般因血液凝固力不足而起，多爲敗血症之一現象，或由梅毒或局部症患（動脈炎、壞疽）來者，出血發現於臍帶脫落後，定期的或不絕由臍帶創面滲出，患兒之皮膚蒼白，如出血不止，不出數日則致死亡。

療法 臍帶遺存時，須用橡皮管堅固結紮，一面應注意呼吸之正整，對於臍帶脫落後之出血，塗布一千倍溶液之副腎素（Adrenalin），或以濕潤氯化鐵液之棉塊，施行壓迫綑帶，或以燒灼電器止血，實質性之出血，用此等任何方法均無效，須用十乃至二十公分之白明膠（gelatin）溶液（merck製之無毒者）之皮下注射，近時有人稱賞血清之應用者，患兒保持安靜，營養宜用母乳，與以強心藥，陷於虛脫時，可用食鹽水之皮下注入。

第九 初生兒敗血症 (Septische Infektion der Neugeborenen)

原因 病原菌不僅一種，最多者爲化膿菌，即葡萄狀球菌、鏈狀菌、肺炎菌等，尚有因感染大腸菌、夫利德楞得（Friedlander）氏菌、綠膿菌、淋毒菌、流行性感冒菌等而起敗血症者，其傳染有於母體子宮內已由患病之母體，以胎盤爲媒介而已感染者，或於胎兒分娩時始感染者，然此等寧屬稀有，多數於分娩後乃新感染，生後一月之初生兒，遭遇此種危險之機會最多，尤以早產兒爲然，又須知人工營養兒而有營養障礙者，罹本病之傾向亦多。

上述之病原菌傳染於生後之初生兒，良好之部位即臍部。因臍部創面未全癒，故此處感染者最多，其他於生後第一日，皮膚各處有上皮剝落裂創，此等處所最初起局部的疔、膿瘍、蜂窩織炎，將來進而則成爲敗血症，不僅皮

膚上皮，即黏膜上皮尤以口腔內黏膜之炎症、阿布答 (Aphthosa) 均為侵入之門戶。間有咽頭、鼻黏膜、眼瞼黏膜、扁桃體、耳、腸之疾患等，為其第一病竈者，偶然由肺臟、尿道而起敗血症者有之，而其傳染之媒介，為不潔之手、惡露、衣服等是也。

病理解剖 敗血症如其臨床上所見之多樣，剖見之變化，亦有種種，而不一定，經過急激者，唯有臟器實質見有退行性變性而已；反之，經過長久者，諸種之器管起有強甚之變狀，就中多見者為漿液膜之出血，諸處尙見有轉移性、漿液性、出血性、或化膿性之炎症病竈，加以屢屢併發肺炎、腸胃卡他。

症候 已於胎內感染者，則成死產兒，皮膚外表被毀損，身體內腔充以出血性漿液。其他則因發病原因、及原發竈如何，而有差異，然全部不無相同之點，尤以發病早者，主要發現中毒狀態，即有熱候、或現無慾狀態、或苦悶不安、交互發現，易陷於虛脫，意識又被障礙，偶有伴痙攣震戰者，有時主要發現腸胃障礙者，即腹瀉劇烈有嘔吐、體重急速減退，易於陷於虛脫，此時不可誤為單純之化消障礙。

熱候一般甚高而呈不正型，且兼有虛脫，而起體溫著明之下降者不少；然如成人之惡寒戰慄，則通常缺如也。尿中通常能證明蛋白，鏡檢有上圓柱及上皮細胞，是等可視為腎臟中毒作用之故，時而有起出血性腎臟炎、腎盂炎、膀胱炎者，脾及肝臟屢屢發生腫大。

皮膚見有如中毒時之發疹、與紅斑、或猩紅熱、或麻疹相似之發疹、及丘疹、水泡等，對於診斷頗有價值，又有現點狀、或斑狀之皮下出血，皮膚之色彩惡、或有黃疸者。

起化膿性炎症。

屬於初生兒敗血性疾患，而其經過有稍特殊者。

文開爾氏病 (Winckel'sche Krankheit) 卽有腸胃障礙，排泄血色素尿，現黃疸、青藍症，可迅速陷於虛脫者也。

布爾氏病 (Buhl'sche Krankheit) 爲心臟、肝臟、腎臟等有脂肪變性，臟器及皮膚均起出血，且兼有黃疸及浮腫者。

如上述之迅速經過者外，又有病症徐徐進行，現萎黃及衰弱，起著明貧血，惡病質者，尙有現不正之熱型、肋膜、腹膜、心包、腦膜、發化膿性炎，起肺炎，骨關節化膿，次則起蜂窩織炎、壞疽者。

診斷 急速^起過時，診斷屢屢困難，病原菌侵入之處所明瞭，又上述症候中有皮下出血、黃疸等，於診斷上甚有價值。

預後 大多不良，其症狀劇烈者，治癒之希望少；反之，經過徐徐而病症之發展遲緩者，非無治癒之望。

預防法 注意是等細菌之傳染門戶，頗關重要，卽初生兒之皮膚、臍帶之處置，務須充分消毒，又口中等保持清潔，固勿待論。不過小損傷等，反爲傳染之好機會，故亦須特別注意。最多感染之機會，如於母體產褥中，雖常態之惡露，亦有病原菌之存在，故於分娩之際，務須注意消毒也。

療法 第一目的爲充分身體營養，蓋不可不賴適當之營養以養成其抵抗力也。營養以人乳爲最佳，母乳尤爲適宜，若母乳缺乏時，可用他人之乳，如用人工的營養時，則須注意周到，尤以腸胃受障礙之際，不可使其障礙增長，並不可不給與相當之營養價，對消化不良症之中毒症時，亦須取同樣之方針。

化膿竈應用外科之處置，但不可用如石炭酸、碘仿等強烈之消毒藥。

隨時注意心力之維持，須用樟腦油、咖啡鹼、副腎素之內服或皮下注射，(Ol. camphor. mehrmals täglich cine halbe Spritze subcutan. Coffein. citric. oder natrio-salicylicum 0,5:100, 4—5 mal täglich 5gr. Solut. Adrenal hydrochlor (1:1000) $\frac{1}{2}$ —1 Spritze) 有陷於虛脫之傾向者，則施用溫湯，用 Kollargol 灌腸，或作軟膏貼付，近時有稱揚用鏈狀菌血清之注射者，但猶未見有充分之效力。

第十 初生兒丹毒 (Erysipelas neonatorum)

起於健康之初生兒，生後一週或二週，或爲敗血症之一症候，與成人所相異之點，卽有迅速傳播轉移之傾向，而成惡性，其侵入之門戶多爲臍帶，亦往往有發於皮膚黏膜之小損傷、生殖器、肛門邊者。

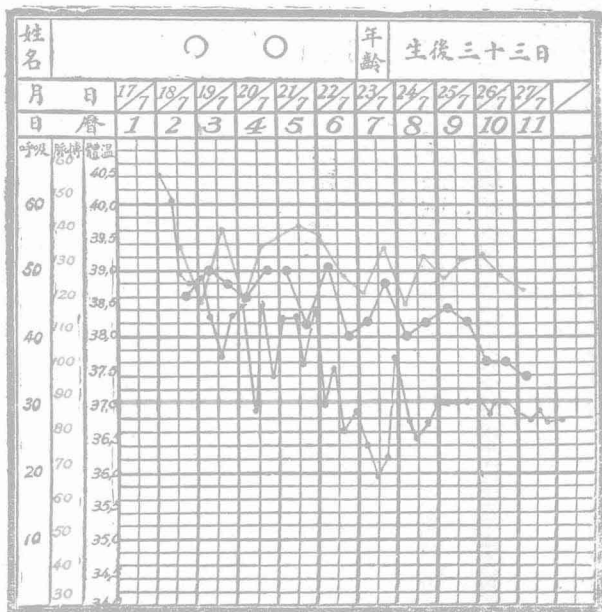
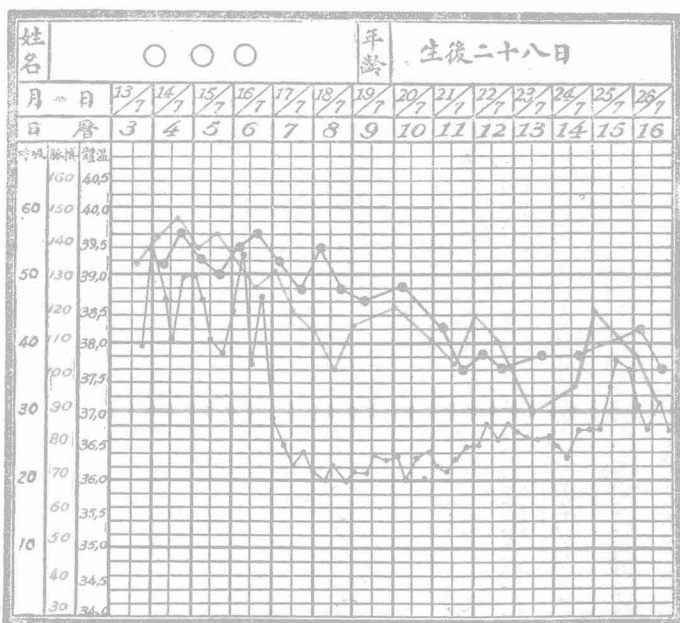
症候 由原發疾患部之發赤、浮腫樣腫脹起始，其傳播頗速，而及於全身者有之，有高熱、不安狀態，意識溷濁，卽陷於虛脫，皮膚之變化，不僅浮腫發赤，且屢屢形成水疱、陰囊或骨表在部之皮膚起壞死，更間有生蜂窩織炎。
三 輪氏實地見生蜂窩織炎者有三例。

療法

施用魚石脂 (Ichthyol)

軟膏之塗布, 用酒精濕布繃帶, 局部用 1% 昇汞水, 或醋酸鋁溶液之濕布,

各論 第一編 初生兒疾患



營養用人乳，須與以強心藥。

日本大正三年七月三輪氏之延壽堂病院收容本病患者二名，觀察其經過：甲由病後第三日，乙由病後第二日所實見者，甲乙兩患者，均得僥倖治癒，皆賴魚石脂療法，奏效之倖功，右表爲甲乙兩患者之熱型。

第十一 初生兒急性膿漏眼 (Conjunctivitis blennorrhoea acuta neonatorum)

爲屢屢所見之疾病，胎兒當分娩時，經過有炎症之產道，尤以化膿性陰道炎之際，最易感染；少有起於生後經過時日者。

病原菌多爲淋菌，其他亦有由肺炎菌、苛克威克 (Koch-Week) 氏菌 (Koch-Weekscher Bacillus) 而起者。

症候 原因爲淋菌之膿漏眼，概爲重症，於生後第二日乃至第三日眼瞼發赤強甚，腫脹緊滿，由細瞼裂見有漿液血性分泌物之流出，開眼困難，屢屢因眼瞼之緊脹強甚而該部陷於壞死，使抱危懼，又結合膜生格魯布性假膜者有之，經過一二日則緊脹之度減退，同時起多量之膿分泌。

經過 無合併症則經過六乃至八週，其經過中最危險者，厥爲炎症之侵及角膜，而起角膜穿孔，在德國之盲目者殆有三分之一均由本病所致，故其危險即可想見也。

療法 預防法於分娩後即用一%硝酸銀溶液或五%鎖弗耳液 (5% Sophollösung) 點眼。

療法 在腫脹強盛時，雖有稱揚施用消炎療法，用水囊貼付者；然於緊脹不甚強烈時，反為有害，同時用硼酸水或五千倍昇汞水頻數洗條，強烈化膿之後，最初用一至二%之銀液一日塗布一回，以後則時時塗布，次用生理食鹽水洗滌，或用一〇%蛋白銀、一〇%亞爾格羅耳溶液 (10% Argrollösung)，每日一二滴點眼。於治療中尚須時時注意角膜之傳染，若僅侵及一眼時，他側健眼一日一回不絕點滴〇·五%之硝酸銀液，宜施用保護繻帶。角膜已起炎症者，應托專門家治療。

第十二 初生兒之乳腺腫脹及乳腺炎

(Brustdrüsenanschwellung der Neugeborenen und Mastitis neonatorum)

初生兒不論其為男性或女性，於生後三乃至四日，均有乳腺之腫脹，自第二週之中漸次縮小，壓迫之則分泌如產婦之初乳，其原因據近來之學說：原來產婦之分泌初乳，因卵巢及子宮有一種之物質形成，由此刺戟而惹起乳汁之分泌，而此物質以胎盤為媒介而移行於胎兒，故初生兒乃有似初乳之分泌也。

如斯雖為生理的現象；然視為初生兒乳腺之炎性腫脹者有之。

其原因既如上述，生理的腫脹如加以強力之壓迫而搾出初乳，或於胎內已壓傷之乳腺，則起化膿菌之傳染也。

症候 大多僅於片側有發赤、腫脹、壓痛，如不施以適當之治療，則進而形成膿瘍，有時能明顯觸知波動，尚有發熱呈不安之狀態者，膿瘍之周圍起皮下蜂窩織炎者有之，然少有因此而起敗血症者。

療法 預防法須避免壓迫而榨出初乳，生埋的腫脹時宜充以棉塊，包裹繃帶保護之，又可塗布硼酸軟油膏，有炎症者施以硼酸水、醋酸鋁溶液、醋酸鉛溶液等之濕布繃帶，形成膿瘍者，應切開排膿，但須行放線狀切開法 (Radiäre Incisionen)

第十三 初生兒蛋白尿 (Albuminurie der Neugeborenen)

初生兒之發現蛋白尿，據一部分之學者云：初生兒發現者甚多，且視為生理的現象；其他一部分之學者說：寧以此種現象屬於稀有，其尿中之蛋白量一般量少，由生後三日至六日發現，尿現沉渣時，有尿道上皮細胞，白血球及尿酸鹽之結晶等。

初生兒發現蛋白尿之原因，有種種之學說：有謂為由於胎生兒及分娩後兼有新陳代謝之著明變化，血液循環成旺盛之結果云；或謂見於腎臟有先天的弱點存在之際，尤以母氏患子癩病時為多云。

第十四 初生兒尿酸梗塞 (Harnsäureinfarkt der Neugeborenen)

尿酸梗塞多見於初生兒，於其腎臟之病理的變化，在髓質中由乳頭向皮質呈黃赤色之放線像，在顯微鏡下

檢之，由尿酸鹽而成。

初生兒有尿酸排泄之增加，爲無疑之事實，蓋由有 Nuclein 之細胞破壞而來也。

梗塞生後二週之間即漸次排泄，故初生兒之尿中現多量之黃赤色細粒之沉渣，有因襍裸赤染而母氏驚愕者，此時取之鏡檢見有尿酸圓柱、尿酸結晶、及上皮細胞。

第十五 初生兒大水疱疹 (Pemphigus neonatorum)

本病之原因不明，爲觸接傳染性，有成小流行者，發於生後二乃至十四日之間，由豌豆大乃至鳩卵大之水疱，生於四肢、軀幹，或紅暈微弱，或全然缺如，不現發熱及全身症狀。

須與本病鑑別者爲梅毒性大水疱疹，梅毒性者有慢性大水疱疹之別名（對於單性純良者），以其主要部位發生於手掌足趾，水疱如豌豆大乃至大豆大而弛緩，帶濁膿性或僅血性，有赤褐色之紅暈，發瑟曼氏 (Wassermann) 反應陽性等，與單純良性之本病不同。

本病之經過爲八乃至十四日而治癒，其預後佳良。

療法 用氧化鋅 (Zinc oxyd) 撒布，搨汎性時用醋酸鋁溶液之罨法，又施行鞣酸浴。

第十六 剝脫性皮膚炎 (Dermatitis exfoliativa)

爲原因不明之罕有疾病，特以孱弱之小兒及早產兒見之。

病理解剖皮膚之角層 (Hornschicht) 由乳嘴體稍稍剝離。

症狀 因身體中任何部分加以軟壓，移動皮膚，即使乳嘴體露出，故體長之大部均受損傷也。

預後 發達良好而營養適宜之初生兒，預後不明；衰弱兒，人工營養者，或起二次之傳染者不良。

療法 治療本病必須採取人乳營養，處置與初生兒大水疱相同，又須以3%硝酸銀液每日塗布損傷部一回，尙應努力避免皮膚傳染。

第二編 小兒榮養障礙

第一章 哺乳兒榮養障礙 (Ernährungsstörungen der Säuglinge)

關於哺乳兒榮養障礙之研究，自徹尼 (Czerny) 及開勒 (Keller) 氏著述「小兒之榮養」(Des Kindes Ernährung) 一書以來，其面目殆煥然一新，更至近時芬克耳斯坦 (Finkelstein) 及邁爾 (Meyer) 氏發表新穎之研究，論說其原因、病理、分類、及療法，較諸曩昔，實有隔世之觀焉。雖芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏等之新分類法尚未普及，然吾人爲下臨床診斷便宜計，不忍悉捨舊名而從新法，然現代之醫學進行日新，勢難再照舊法敘述，故以下所述者以芬克耳斯坦 (Finkelstein) 及邁爾 (Meyer) 氏之學說爲主體，蓋欲適合於新醫學之趨勢也。

榮養障礙之意義

關於哺乳兒榮養障礙之見解，於最近三十年間，可謂有顯著之變遷。

要之，於最初所謂哺乳兒榮養障礙者，與大人之醱酵性消化不良、醱酵性腸卡他、腸胃卡他及吐瀉無甚差異，唯因哺乳兒之抵抗力薄弱，不過因而招來劇烈之症狀而已。

如其病名單就解剖的名稱，可稱曰小兒腸胃卡他；然當解剖其病屍，局處病變之僅微，實出乎意外，故乃疑爲

官能的疾病，而下消化不良症 (Dyspepsin) 之官能的名稱焉。區別爲急性及慢性消化不良症，以外尚有呈急劇之症狀而所謂腸卡他 (Eulorokatarth) 或小兒霍亂 (Cholera infantum) 者，此消化不良症之名稱，雖習慣上今日仍舊使用，然屬不當無待論矣。

消化不良之名稱，雖使用多年，且亦未出乎腸胃疾病之觀念，然近年經諸家重加研究，乃明瞭其多種之重要病變，實非存在腸胃之局處，而其本能在全身之障礙，且其原因亦非由病的細菌等之侵入，而基於食物性之全身新陳代謝之機能障礙也。徹尼 (Ozerny) 氏總括而冠以榮養障礙之名稱，實爲至當之命名，遂博得諸家之贊成，而爲舉世所公認也。

如此成立榮養障礙之意義之結果，須區別爲人工營養兒之榮養障礙及天然榮養兒之榮養障礙，因人工營養兒所得不自然之食物，自己已傾於病方，最易成爲真正之疾病，比較天然榮養兒易罹佝僂病、癩瘰質、貧血，又對於傳染之免疫力減退，特以陷於榮養障礙者爲多，吾人常足以判別矣。

第一 人工營養兒之榮養障礙 (Ernährungsstörungen der Flaschenkinder)

一般原因及病理

榮養障礙與異種乳汁 (Artfremde Milch)

榮養障礙之主因，以前認爲由於食物之細菌含量或榮養方法失當所致；然加以細密之研究，則反是，其關係

非爲以前所重視者而僅基於補充食物之異種 (artfremd) 所致也。吾人對於類似人乳之乳製而爲何用於人類之哺乳兒與以惡影響之人工榮養上之問題 (Problem der Künstlichen Ernährung) 雖有種種之解釋然得其正鵠者甚少，經歷幾多變遷，乃至今日。

初俾德耳忒 (Biedert) 氏唱導之學說謂牛乳乾酪素消化困難，於哺乳兒之腸內難被吸收，以致形成有害之分解之培養基。

漢布爾格 (Hamburger) 氏之學說謂異種蛋白之有毒性 (Giftigkeit des artfremden Eiweisses) 然於臨床及實驗上則無根據，且無由異種蛋白而起榮養障礙之理。

由徹尼 (Czerny) 氏歸罪於牛乳中之脂肪以來，論榮養障礙者皆著目於脂肪及碳水化合物，關於碳水化合物近時芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏等之研究亦與有力焉，其他乳漿成分即如鹽類及醱酵素亦爲近來研究之要點。

榮養障礙與榮養物質過剩或耐力超過 (Toleranzüberschreitung)

新陳代謝之能率極良好之小兒，如過甚榮養，僅起肥胖症 (Fettsucht) 而已；然因伴有佝僂病、癩瘰癧、或滲出性素質者，因過食 (Überfütterung) 而起榮養不良，或消化不良，以致引起重篤之結果者，爲常有之事實；然理論上與以適當之食物量，有起榮養障礙者，即表示有機體之耐力，因各個人有差異也，殊以於有先天的體質異常者，(如滲出質) 常見之。

營養障礙與營養物質不足

因營養物質不足 (Unterernährung) 而營養障礙，固勿論矣。雖得適當之食物而未供給其必要量時，亦有起營養障礙者，此種意味可謂之曰飢餓 (Inanition)，飢餓分爲定性的 (或部分的) 飢餓 (Qualitative partielle Inanition) 及定量的飢餓 (Quantitative Inanition)，前者即謂量雖充分，然其成分之一二有不足，例如以穀粉營養小兒，碳水化合物雖已充分，但脂肪及鹽類不足；後者即通常之所謂飢餓，而食物之量不足者是也。

分類法

從來雖分營養障礙爲急性及慢性消化不良症，腸卡他，小兒霍亂等；然固不適當，已如上述。

徹尼 (Czerny) 及開勒 (Keller) 氏之分類如左：

食物性營養障礙 (Ernährungsstörungen ex alimentatione)

傳染性營養障礙 (Ernährungsstörungen ex infectione)

由先天的體質缺損之營養障礙 (Ernährungsstörungen auf Grund angeborener Fehler der Konstitution)

芬克耳斯坦 (Finkelstein) 及邁爾 (Meyer) 氏分類如左：

甲 非毒性營養障礙

第一 營養不良

(A) 不現腹瀉或有腹瀉，但亦非主要症狀者。

一、因乳汁偏養之榮養不良，即徹尼 (Czerny) 及開勒 (Keller) 氏之乳汁榮養障礙。

二、因穀粉偏養之榮養不良，即徹尼 (Czerny) 及開勒 (Keller) 氏之穀粉榮養障礙。

三、因榮養不充分之榮養不良。

(B) 兼有腹瀉者。

四、兼有消化不良之榮養不良 (慢性消化不良症)。

第二 消耗症 (萎縮症)

乙 中毒性榮養障礙。

第一 急性消化不良症。

第二 食物性中毒症。

吾人雖假設上述之分類，但各種之間，固無劃然境界存在之理，熟視其經過，則有如移行型之症狀現出者也。

甲 非毒性榮養障礙 (Nichttoxische Ernährungsstörungen)

第一 榮養不良 (Dystrophie)

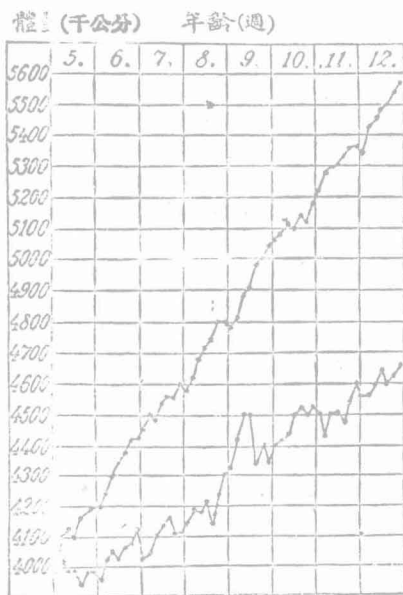
(舊名平衡失調症 Bilanzstörung)

一、因乳汁偏養之榮養不良，即徹尼 (Czerny) 及開勒 (Keller) 氏乳汁榮養障礙。

微尼 (Ozerny) 及開勒 (Keller) 氏之乳汁榮養障礙 (Mischährschaden) 之輕度者，與小兒削瘦症 (Atrophie) 之輕症者相當。

症候 本症患兒無特異病的現象，不過據發育不充分而劣於普通之健康兒，乃知其有榮養障礙也。體重之關係為最重要之標準，患兒之體重無增加傾向，但無腹瀉，食慾亦如尋常，並無發現病的顯著症狀之事實。由發病之初，每日測定其體重，其曲線之動搖極甚，或上升或下降，甚，全體雖有增加之傾向，但至末期，則體重增加永久停止，又下降以後，卻時而更上升者。不如健康兒常劃有增加之體重曲線，較諸年齡相同之健康兒有真實之瘦削存在，一見如著明萎縮，且因身長之增加減退，即知其確有發育制止之存在也。

第四十一圖
(nach Finkelstein u. Meyer)



上方為健康兒之體重曲線
下方為榮養不良兒之體重曲線

尤以榮養狀態之不良顯著者，組織之膨脹力減退，全身之肌肉弛緩，腹部膨滿，皮膚成蒼白色而乾燥，動力及靜止機能廢頹，而不能營年齡相當之動作，氣色不良，易於啼泣，不能熟睡，皮膚之免疫甚減退。

糞便或如尋常，或其白色、乾燥、回數減少、硬度堅固、黏結而排使之際，生肌門裂傷者有之，此所謂「肋肥皂」。

便 (Fettsäurenstuhl) 或灰白色便秘 (Graue Obstipation) 者也。

其他之臟器亦無顯著之病的症狀，消化器系統方面雖應特別記載，然亦不見病狀，不過往往只有鼓腸存在，有時雖有發現嘔吐者，但無主要之症狀。

第四十二圖
(nach Finkelstein u. Meyer)



年齡均為五月之營養不良兒及健康兒之對照

原因 概因牛乳之絕對的供給過剩(碳水化合物附加缺乏時)而起者為多，又牛乳混合時，其分量雖適當，然成分未得適當之混合則不可，至先天的耐力不足為其主因，勿待論矣，即非先天的發育不良之健康兒，曾因傳染及其他之疾病以致損失耐力，而得大症者有之。

至徹尼 (Czerny) 氏之學說出，先屈指為乳汁脂肪 (Milchfett)，雖實際上與以缺乏脂肪而富於碳水化合物之物為其主因，久為爭論未決之問題，食物顯示佳良之體重，附加脂肪而反漸漸起發育抑制之事實，為乳脂說之根據；然詳細研究之，乳脂非為原位的

障礙，寧以乳脂有第二位的意味之存在，即乳汁中之碳水化合物（乳糖）於腸管內起異常發酵，繼續此基礎之上，乳脂發生病的作用。故治療本病時，食物中之其他成分不起變化，僅調理碳水化合物之附加，不易使之治癒也。

新陳代謝機能 對於有機性滋養物之新陳代謝無大變化，氫氣吸收及滯留與普通無異，脂肪之關係雖顯著不同，然據細密之研究，則脂肪吸收稍有不良。

其他主要者為腸內之鹼質排出增加，一由於高級及低級脂肪之異常結合，一恐因分泌增加之故。

鹼土鹽類之平衡甚被障礙，鈣及鎂之排出增加，更因鉀及鈉之積滯不減，是等鹼及水分之吸收或成積滯之關係不定，而體重之增減遂生動搖矣。

脂肪肥皂便 (Fettseifenstuhl) 與普通便相異之點，即鹼土類肥皂多，而游離脂肪酸及中性脂肪極少是也，因帶白色之膽汁赤色素 (Bilirubin) 還元為無色之 Urobilinogen，如此肥皂之生成以致大便內容物有極甚之鹼反應。以前認為肥皂便排出為病的作用，由大便與多量之鹽基被排出而成；然肥皂便非有如斯重要之意味也，僅腸內容物之鹼性反應稍強時，而消化機能雖健全，亦有容易生成肥皂便者，故祇有肥皂便即下榮養障礙之診斷者，不可不謂為失計過早。

診斷 本症之診斷，如無腹瀉等腸胃方面之著明障礙，且適當之食物供給（一公斤為一〇〇卡路里）而起體重增加動搖，病歷雖無何等特殊記述之障礙時，即可下本症之診斷也。

須與本病鑑別者，為部分的或絕對的飢餓，屢屢有誤為本症者，螟蛉子賴無慈悲之義母以穀粉多量之食物

或少量之牛乳榮養不辨明此事而診察時偶有陷於錯誤者故此時間明患者是否螟蛉子最爲緊要蓋有飢餓狀態之患兒雖與以年齡不合之燃價（六五——八五卡路里）時，則忽然榮養恢復而得判別之。

預後 行適當之榮養法時，則預後佳良。

療法 最適當之處置，即變更從來施行之榮養法，例如僅以牛乳榮養而起本症者，如洩肥皂便時，即減少牛乳之幾何量，而補以碳水化合物爲宜，最好以人乳榮養，而患兒之年齡幼稚者，亦可謂剴切也。

（一）人乳榮養 與以人乳富於脂肪之食物，本症之恢復雖爲不可思議之事，然含於人乳之滋養物質，不外對於有機體被同化而有利也。

人乳榮養之際，關於飲量無十分顧慮之必要。

本症患兒以人乳榮養，勿須希望急劇之體重增加，經過一定之整復期，乃起體重之增加，暫時卻現二〇〇三〇〇公分之減少，經二日至四日，始現正當之增加，蓋因如牛乳富於氮及鹽類之物質急極移行於缺乏氮及鹽類之人乳故也。如此表現體重增加，則肥皂便消失，而成人乳榮養便，其他症狀亦迅速輕快，尤以對於皮膚之傳染之抵抗力著明增加，濕疹樣發疹及瘡瘡均頓時消失。

（二）牛乳榮養 本症患兒雖對於乳脂之耐力著明減退，然對於碳水化合物之耐力未被侵害，故應以減少牛乳中之脂肪量，而附加碳水化合物爲原則。

榮養不良之輕症者，祇減少牛乳量，而補加碳水化合物足矣，然當附加碳水化合物若僅用糖類，則易起消化

不良症，故其他又須用黏滑汁 (Schleim) 及穀粉煎汁 (Mehlabkochung)，糖類雖避用乳糖及蔗糖（尋常糖漿），但宜使用索克斯雷忒 (Soxhlet) 氏滋養糖或滋養麥芽糖 (Nahrmatose)。

例 四月之小兒

用 $\frac{1}{2}$ 牛乳，一日七五〇公分，附加一——二%之穀粒煎汁及五%索克斯雷忒 (Soxhlet) 糖。

此時實用勒夫蘭德 (Loelund) 氏麥芽浸膏及利俾喜 氏汁 (Liebig'suppe)，重症者不可僅減少牛乳量，更不可不著明減少牛乳之脂肪量，故脫脂乳為最好之食物，但須加用麥芽浸膏及利俾喜 氏汁，使用牛酪乳者亦多，(日本市上販賣之所謂牛酪乳不足信賴，有推獎 Laktoseve 為代用品者。) 排出肥皂使者，唯加用麥芽浸膏，大多即可排出尋常便。

例 五月之小兒 (碳水化合物在六週以下之乳兒為二——三%)

$\frac{1}{2}$ 牛乳 一四〇 + 五%滋養糖 一日四回

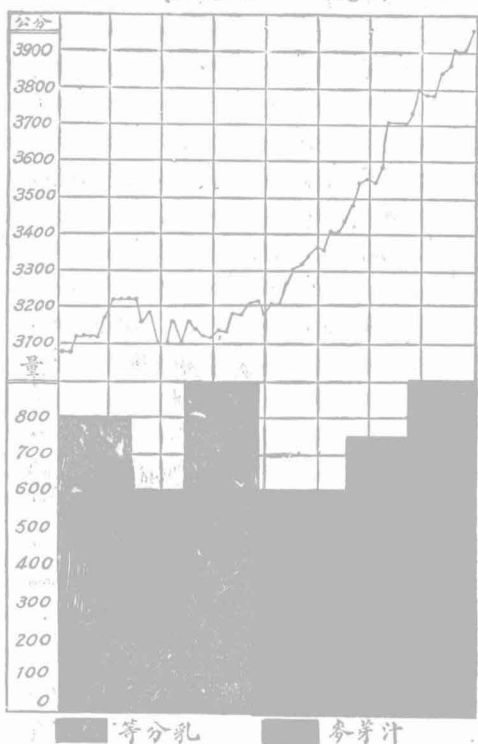
$\frac{1}{2}$ 牛乳 一四〇 + 麥芽汁一茶匙 一日二回

麥芽之代用品，可用市中販賣之水飴。

利俾喜 (Liebig) 氏汁為一五公分之小麥粉加入一五公分之麥芽粉及半公分之酸性碳酸鉀，漸漸注入三

〇公分之水而攪拌之，次加入於一五〇公分之牛乳，用微火煖溫，漸漸攪拌，至混合物成濃厚之糊狀時，由火上取下，更經五分鐘，再置火上加溫，至成稀薄之糊狀，應冷卻貯之。

第四十三圖
(nach Langstein u. Meger)



四週間以加糖之等分乳榮養而得之本症，因用麥芽汁榮養而治癒。

與七〇〇——八〇〇卡路里 (Calorie) 相當。

混合以上兩液而煮沸之，用細眼之篩濾過。一〇〇〇公分之開勒 (Keller) 氏汁——即一公升 (Liter) 1/3 公升 (Liter) 之牛乳加入三〇——五〇公分之小麥粉，加溫而漸漸攪拌之。

1/3 公升之溫湯溶解一〇〇公分之麥芽浸膏。

牛酪乳 爲荷蘭以前所使用者，即將全乳置於冷所二十四時間放置，則其上層形成乳皮，取去此乳皮，更使其起氧，使其氧敗須置入於溫湯，或加以乳酸菌培養，而置於適當之溫度，此時乳脂漸次浮出於上層，次用遠心器或振盪器除去牛酪者，即爲牛酪乳也。其氧敗之目的，即使乳糖之乳酸及

其他之酸醱酵，而使起牛乳之凝固。

所得之牛乳有帶黃白色之酸味，其中見有乾酪素絮之浮游，其酸度與 $\frac{1}{100} \text{NaOH}$ 一八——一九立方公分相等。其成分如下：

	蛋白	脂肪	糖	灰分
牛酪乳	二·六%	〇·六%	三%	〇·七%
全乳	三%	三·五——四%	四%	〇·七%

故牛酪乳可視為碳水化合物少之脫脂乳。

使用麥芽汁及牛酪乳，試用六——八週之間，總之，確實有症狀輕快，且體重增加之傾向，即應用與年齡相當之尋常食物。

二 因穀粉偏養之榮養不良

(Dystrophie bei einseitiger Mehlernährung) (即徹尼及開勒氏之穀粉榮養障礙
Mehlnährschaden Czerny-Kellers)

榮養哺乳兒，主以由穀粉而成之食物或僅以穀粉榮養過久，有發生一種榮養障礙者，徹尼 (Czerny) 及開勒 (Kellers) 氏命名曰穀粉榮養障礙。

原因 吾人最常見者，為發生於未開化之地方，由其榮養法之習慣，以穀粉榮養之際，以富於穀粉之食物榮

養雖於若干時外狀不呈瘦削症狀且罹消化不良之小兒而有嘔吐者屢屢因食物變更爲穀粉而使嘔吐中止母氏不知其弊害，以後長久以穀粉榮養之，至末期乃呈榮養障礙症狀之顯著現象，始乞醫師診治。日本之實例甚多（譯者註——我國亦然）下等社會之小兒有用所謂乳粉榮養，田舍之小兒往往以米粉爲主要成分之食物榮養，而有發生一種榮養障礙者。

當哺乳兒之榮養障礙，加穀粉於食物時，訪醫不聽其意見，認穀粉爲最良之滋養，長久使用而有惹起穀粉榮養障礙者。

症候 其發現症候之時期不定，且非必現病的症狀者，因穀粉榮養兒之年齡幼稚，且食物中之穀粉多，則症狀發現迅速，且其程度亦強，至與少量穀粉混合牛乳，或僅用乳粉榮養時，其症狀則應有差異，勿待言矣。

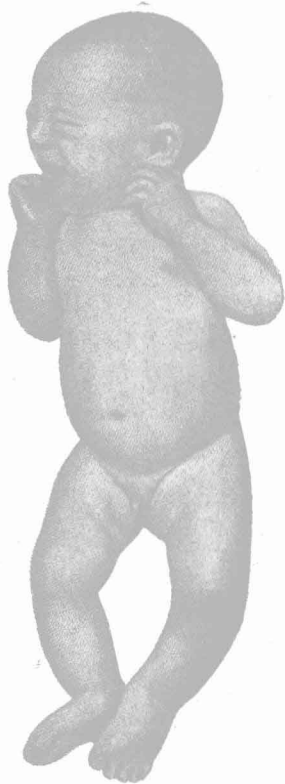
穀粉榮養兒最初雖現如消耗症之瘦削，然外觀上不呈著明之病的現象；反之，更呈發育佳良之觀者有之，普通後者最多，尤爲吾人所常見，此種小兒無體重減退，皮下脂肪組織之發達佳良；然仔細檢查時，皮膚及肌肉無一定之緊張，皮下結締織失其彈力，所謂泥膏狀的 (postis) 是也，時而四肢之肌肉有現緊張興奮 (Hypertonie) 者，不現體重減退，且因泥膏狀的水分積滯，而如穀粉之多糖類與多量之水結合；然經一定之時期，則體重漸漸下降，而成瘦削顯著者爲多。

此時有已現神經性興奮及潛在性強直痙攣等者，故其病型區別爲二種：

瘦削型 (Atrophischer Typus)

水腫型 (Hydrämischer Typus)

第四十四圖



係 Bulesra 大學小兒科之
教授陀卜拉 Tobler 氏之實
驗食餌性浮腫

此外尚有成緊張興奮型 (Hypertonischer Typus) 而以肌肉之強直為主徵者，此型之劇甚者，至呈四肢及全身之強直；然本型不僅限於穀粉榮養障礙者發現，即其他之榮養障礙亦有發現之者，（參看四五圖。）

瘦削型因單以穀粉榮養時發生，與單純之重症之飢餓狀態區別困難，兼肌肉之緊張興奮及組織之乾燥狀態之瘦削著明，皮膚呈如硬皮症之褐色者有之。

水腫型為穀粉附加多量之鹽類榮養之際而發生者也，其體重反漸漸增加，皮膚之色蒼白，而顏面如腫脹，皮膚及肌肉如泥膏狀，往往足背及其他之部位有發現浮腫者，然尿中無蛋白及圓柱。

糞便因使用穀粉之性質而有種種，或有便秘之傾向，或為粥狀，而呈黃褐色，反應為鹼性或酸性，穀粉之消化吸收不良時，大便成糊狀，酸酵著明時，混有大小之氣泡，穀粉便置顯微鏡下檢之，加以碘溶液，則穀粉殘渣染為青

第 四 十 五 圖
(nach Feer)



表示重篤之全身肌肉之緊張

病時，體重急速減少，於數日之中，間有減少至一公斤以上者。

穀粉榮養障礙兒之體重曲線動搖極甚，其動搖有由某種動機起於急劇者，或此小兒如罹流行性感感冒傳染

日本之米粉榮養兒見有類似穀粉榮養障礙之疾病，現肌肉之緊張興奮者少；然有聲音嘶啞、青藍症、啼泣發作及呻吟。

併發症 因免疫力減退，易罹皮膚之化膿、肺炎、腎盂炎等，屢屢又現角膜及結合膜之乾燥症，亦常併發強直痙攣。

病理及新陳代謝機能 穀粉榮養雖碳水化合物豐富，然蛋白、脂肪及鹽類甚為缺乏，則勢必陷於定型的飢餓，而為發生榮養障礙之理也。於卡路里供給不充分時，兼發定量的飢餓，供給多量之穀粉，起於鹽類存在時之水分滯留，成為體重增減動搖之原因，即水分排出則體重減少，滯留則增加，因免疫力之減退，而起抗力之缺乏也。

診斷 因起穀粉榮養障礙之小兒，故診斷容易，米粉榮養兒雖有說明為米粉榮養，然亦不免有偶爾誤為乳

兒腳氣者，但不如乳兒腳氣之呼吸數及脈膊數多，且本症之呻吟、啼泣發作，不如乳兒腳氣爲定型的，而乳兒腳氣起於母乳榮養兒，又概兼有母體之腳氣，故其診斷不難。

預後 預後之良否，關於穀粉榮養兒之年齡如何，及是否永久行穀粉榮養而定。

若有傳染之合併，則其預後不良；但角膜乾燥症施以適當之治療，即可治癒。

療法 本症容易預防，即應廢止偏於碳水化合物之榮養。又當其榮養障礙時，第二碳水化合物用穀粉，亦應長時間繼續注意。治療本病以人乳榮養法爲最良之策，因其如消耗症起始亦有耐力減退，故由起始每日應用二三百公分。

人工榮養 須用不稀釋之全乳，或非全乳亦須富於脂肪，而不宜附加多量碳水化合物者，有謂用蛋白乳 (Eiweissmilch) 榮養，亦有得良好之結果者，有角膜乾燥症者，每次飲用牛乳宜加入魚肝油二三滴。

穀粉榮養障礙而呈酷似腎臟炎之一例

(延壽堂集談會所講演) 中外醫事新報第九百十九號

醫學博士 三輪信太郎述

余於延壽堂從來實驗穀粉榮養障礙之水腫型之機會頗多，而其顯著之例證，其程度不過與斐爾 (Fierl)

氏小兒科講本第三版第二百六十四頁圖解之托卜拉 (Tobler) 氏教授之實驗之水腫型者相伯仲耳，茲遭遇稀有之一例：即現全身浮腫，而呈腹水症，有腎臟炎之外觀，今因述敘之例，欲擾清聽。

呼吸促迫，脈搏頻數，又有全身水腫，但尿無蛋白，因該小兒曾罹腸卡他，偏以澱粉質營養，且有減食之傾向者，故余之診定，雖未曾實見如此強甚之水腫例，然恐不外為穀粉營養障礙。因其家人要求，故當夜即收容入院治療。

茲略述其既往症、現症及經過如下：

既往症 去年患兼有發熱之腸卡他，當時定為赤痢疑似症之病名，初病時於余往診之二時間以前，當在某醫院治療，初起時每日有三四回之黏液腹瀉，發熱雖不日消退，然黏液便恆久存在。至十二月二十日，顏面及足部發現浮腫，但四五日即消退。

營養法於某病院治療中，主要攝取米湯、葛湯等，蓋其理由恐為牛乳能誘起腹瀉，故不與以患兒。

現症 皮膚蒼白顯著，顏面亦強度浮腫，加之全身腫起，胸部所見陰性，腹部膨滿，腹壁亦腫脹，而現高度之腹水，下肢尤以足部腫脹，檢尿成績無有蛋白痕跡，如圓柱之有形成分固然缺如，便為黑褐色之黏液性者。藥劑用酸性碳酸鈉之水劑及胃液素 (Pepsin) 之散劑，變更營養法，以期收治癒之效。

經過 一月二十四日於前額部之浮腫稍微消退，腹水依然著明，下腳之腫起極甚，宛然如象皮腫之觀。一月二十五日大便較入院以前變性而成硬便，雖為黃色，但稍帶白色，其結合力粗（收容以前為暗黑褐色而富於黏液之水樣便），顏面浮腫著明消退，脈搏緩徐。

一月二十八日浮腫著明減退，腹水不明，下肢之浮腫殆完全消退，背部之浮腫亦消退，僅下腳胎留輕度之浮腫，黃白色之硬便變為軟便。

一月二十九日下腳及足背之浮腫消退。

一月三十日硬便後排出稍微軟性者。

住院後不過經過八日，本症之特徵即消失，以後顧及消化系之耐力，漸漸增加食物，最終於二月十三日完全治癒出院。

其間有如排黏液血便之波折，雖有使退行食物者，然不至發生水腫。茲揭其入院前後之食物表，以表示如何施行變革食養法。

患者食物甲表係未入本院以前於某醫院實行者，以示由一月十五日至二十一日之榮養法。

患者食物甲表

月	日	朝	晝	夕	一日	總量
一月十五日		粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	三三三三 三三三三 三三三三 二一三 四一五〇 五〇〇〇〇 〇〇〇〇
一月十六日		粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	粥湯 葛汁 乳製湯汁 一五〇〇〇〇 一七五〇〇〇〇	三三三三 三三三三 三三三三 一一三 三四五〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

患者食物(牛乳)乙表

月 日	朝	晝	夕	一 日	總 量
一月二十二日			二分一乳 一五〇〇〇	二分一乳 一五〇〇〇	一回 一五〇〇〇
一月二十三日	二分一乳 〇五〇〇〇	二分一乳 一五〇〇〇	二分一乳 一五〇〇〇	粥湯 二分一乳 一四〇〇〇	一回 一六〇〇〇
一月二十四日	二分一乳 一五〇〇〇	二分一乳 一八〇〇〇	二分一乳 一八〇〇〇	二分一乳 一五〇〇〇	五回 八四〇〇〇
一月二十五日	二分一乳 一八〇〇〇	二分一乳 一八〇〇〇	三分二乳 一六〇〇〇	二分一乳 一五〇〇〇	三回 三五〇〇〇

一月十七日	粥湯 一七五〇〇 乳製汁 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一七五〇〇 乳製汁 一五〇〇〇	三回 二二〇〇〇 三回 二二〇〇〇 一回 一三四〇〇
一月十八日	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇 乳製汁 七〇〇〇〇	三回 一三五〇〇 三回 一三五〇〇 一回 一七四〇〇
一月十九日	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	三回 一三五〇〇 三回 一三五〇〇
一月二十日	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	三回 一三五〇〇 三回 一三五〇〇
一月二十一日	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	粥湯 一五〇〇〇	三回 一三五〇〇 三回 一三五〇〇

月	日	朝	晝	夕	一	日	總	量
二月三日	二月二日	二月一日	一月三十一日	一月三十日	一月二十九日	一月二十八日	一月二十七日	一月二十六日
水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇
二二〇〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一六〇〇〇
水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇
三二〇〇〇〇	二〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一六〇〇〇
水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇
二〇〇〇	二〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇
水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇
二〇〇〇	二〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇	一一八〇〇〇
水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 四一六〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇	水牛乳 三三五〇〇
五同	二回	五同	五同	五同	二回	二回	五同	五同
一〇〇〇〇	四〇〇〇	九〇〇〇	九〇〇〇	九〇〇〇	三六〇〇	三六〇〇	九〇〇〇	八四〇〇

二月四日	牛乳一六〇 水四〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一六〇 水四〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一六〇 水四〇	三〇 六〇	三〇 六〇
二月五日	牛乳一七〇 水三〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	五〇 一〇〇	五〇 一〇〇
二月六日	牛乳一七〇 水三〇	二〇〇・〇 二〇〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	一八〇・〇 一八〇・〇	全乳	一八〇・〇	牛乳一七〇 水三〇	三〇 六〇	三〇 六〇

患者食物乙表係入本院後，由一月二十二日至二月六日所記者，甲乙兩表互相對照，蓋欲事半功倍者歟。

當此稿告終時，尙有應述及者，徵諸類似之文獻，未發見如余例呈強度之水腫者，稍輕度者，於 *Ergebnisse der inneren Medicin und Kinderheilkunde* 第十卷五百九十二頁，有 *Emil Lass* 氏之記述，即 *A. H.* 生下三週之小兒，因消化不良症而入院治療，漸次病勢一進一退，於其經過中，七日間完全用燕麥汁食養法，至第五日發現顏面浮腫，第六日足背腫起，第七日發現全身水腫，此時加用牛乳，雖浮腫稍減，然結果不出三日而斃。

蛋白乳 (Eiweissmilch)

蛋白乳者爲芬克耳斯坦 (*Finkelstein*) 氏及邁爾 (*Meyer*) 氏之協力，基於理論的及臨牀的研究所創

意之一種牛乳榮養液也。其使用法傳播於世界，遂博得多數學者之讚賞焉。

兩氏唱導榮養障礙之淵源，實非由於牛乳乾酪素或脂肪，而為糖及乳漿之關係，就中糖之酸性發酵，為其原發性機轉，而繼續發生脂肪分解，使起酸性發酵，與脂肪之多少無關，又因乾酪素之存在，能促進鹼化，而使大便之性質硬固，且因其分解有阻止酸性發酵之作用云。故乃有比較的缺乏碳水化合物而不缺乏蛋白之蛋白乳發明也。

蛋白乳之製法 取一公升(Liter)之全乳，其中加入一食匙之凝乳酵素(Lab)或Paguin，置入四十二度之水浴三十分間，則乳中之乾酪素及脂肪成豆腐狀之絮塊，而浮出於表面，將此全部容於麻布製成之袋內濾過，則乳漿與絮塊得完全分離，將此絮塊(乾酪絮+乳脂)置於鋪鉢內，注意細磨碎之，然後附加半公升之清水徐徐攪拌，更再三以細眼之篩濾過，以除去粗大之凝塊，(此除去之凝塊更須再細碎之)如此所得之液，外現與普通之牛乳無異，乾酪素塊乃細微浮游於表面，決不即沉降於下底，此液加入半公升之牛酪乳(Buttermilch)即所謂蛋白乳是也。

使用牛酪乳之目的，乃利用含有少量之乳糖及乳酸之刺戟性也。

理論上用脫脂乳以代替牛酪乳，不相差異。

故蛋白乳之成分：

乾酪素 由一公升之全乳及半公升牛酪乳而成者。

脂肪 由一公升之全乳而成者

糖 由半公升之牛酪乳而成者。

鹽類 由一公升之牛酪乳而成者。

然經濾過及磨碎之操作，脂肪及蛋白不免稍有損失。

故製出之蛋白乳，其成分如下：

	蛋白	脂肪	糖	灰分
蛋白乳%	三·〇	二·五	一·五	〇·五
全乳%	三·〇	三·五	四·五	〇·七

一公升之蛋白乳，約有三七〇卡路里 (Calorie) 之價。

蛋白乳之使用法 幼少小兒之腹瀉及榮養障礙應使用蛋白乳，尤以消耗症及中毒症更有效驗。

消耗症 先行短時間之飢餓，以後與以蛋白乳三〇〇公分，分爲十回一日飲用，每二日增加五〇——一〇

〇公分，可迅速增加體重對於一公斤一日量達一八〇——二〇〇公分（指三月之乳兒），對於其他症狀多可不必顧慮。

中毒症 先行二十四時間乃至四十八時間之飢餓療法，然後用蛋白乳，滿三月之乳兒，一回五公分，一日與以十回，次日與以十回，每回十公分，如此施行，則排便數減少，熱度下降，乃漸漸增加每回用量，而減少回數，一日增

加用量約一〇〇公分，對於體重一公斤用一八〇——二〇〇公分，一日全量應增至一公升。

使用蛋白乳有效時，使用後數日，則排便次數減少，而排出肥皂便，體溫之動搖僅微，體重之減少停止。

增量之調節 於蛋白乳使用之初，因顧慮排便數、體溫等之結果，躊躇其增量，而使患兒陷於飢餓者有之。

此時勿須猶豫其增量，而漸次增加，對於體重一公斤用量達一八〇——二〇〇公分為宜。

碳水化合物之附加 據芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏最初之報告：如用蛋白乳永久不附加糖，實為危險，

遂致體重減退而不可救治，故吾人應由初期加一%麥芽糖 (Maltose) 製劑之索克斯武 (Sokhlet) 氏滋養糖，勒

夫蘭德 (Loefflund) 氏麥芽糖等，漸漸增至二——三%，最終加為五%。若患兒為三月以後者，於後期尚應加入一

——二%之穀粉。

蛋白乳之使用期限 蛋白乳本為治療的食物，疾病治療之後，則無須使用，然營養障礙單現腹瀉及嘔吐者，

用蛋白乳即可治癒，完全治癒，年幼之哺乳兒約須使用蛋白乳十週，年長之哺乳兒約須八週之間。

蛋白乳因其製法複雜，其代用品為斯泰耳刺萊爾 (Stelzner) 氏創製之拿羅散 (Laroson)，拿羅散為乾

酪素與鈣配合而成之白色粉末，其組成如次：

蛋白質

脂肪質

乳糖

磷 P_2O

氧化鈣 CaO

三四·五

一七·五

二二·五

一·一一一

一·三六

使用拿羅散 (Laroson) 通常以等分乳，將拿羅散二十公分溶解於半公升之牛乳內，其方法先漸漸混入少

部分之牛乳中充分攪拌次混入其餘之牛乳更混合攪拌數分間煮沸俟其冷卻後添加半公升之水必須時可加入滋養糖、穀粒煎汁、或穀粉煎汁等。

余於延壽堂對於中毒症之症候劇烈者，於使用 $1/2$ 乳之前，加入拿羅散 (Larosan) 於 $1/3$ 乳或 $1/4$ 乳內，與以患兒，而得良好之成績。

III、因營養不充分之營養障礙 (Dystrophie durch unzureichende Ernährung)

單純性定量的飢餓 (Einfache Quantitative Inanition)

定量的飢餓者，食物量不給之謂也。起於健全之小兒者稀有，然螟蛉子之義母，或小兒之生母，由何等之原因，使其小兒起營養不給，而請醫師診察者有之。當此時僅據病家所訴，不足信賴，其他的定型的營養障礙，例如不保無誤為消耗症者；反之，臨床上屢屢遭遇者，當初因為有其他之營養障礙，基於兩親之考慮，或醫師之勸告，於療治中，自己使陷於定量的飢餓者有之，例如因消化不良，聽從醫師之勸告，稀釋牛乳為 $1/2$ 或 $1/3$ ，一回與以七〇至八〇公分，雖其症狀輕快，但家人尙取慎重之態度，而持續此種營養；或因食物中毒症以後，長久持續飢餓療法；或於連日使用少量牛乳之際，亦屢屢有發生本病者。真性之飢餓狀態與消耗症，固不相同，前者改善隨食物之年齡之卡路里 (Calorie)，則忽然體重增加；後者雖如是，亦決無體重增加之傾向也。

飢餓狀態之症狀，與消耗症大有差異，體溫降至平溫以下，脈搏之數亦少，大便祕結，體重起初急速低下，以後或微減少或停止，遂漸漸下降而死亡。

飢餓死亡之際陷於虛脫，最後如消耗症之狀，而陷於中毒性昏睡。

飢餓過度時，其耐力減退，雖然以適當之食物，亦不得保持，此種狀態，屢屢因幽門狹窄及中毒之際為多。

四、兼有消化不良之營養不良（慢性消化不良）

(Dystrophie mit Dyspepsie) (Chronische Dyspepsie)

原因 消化不良症原發的發生於健康兒，或發於已罹營養不良之小兒，茲分別之如次：

(一) 先天性耐力薄弱。

(二) 雖牛乳純良，而行不適當之營養法時。

a. 雖混合法適當，而營養過剩時。

b. 行不適當之混合法時（例如混和多量之糖類）

(三) 與以變敗之牛乳時。

(四) 由胃腸管之傳染（腸內傳染 Enterale Infektion）

(五) 腸外傳染（Parenterale Infektion）

已有營養不良存在之際，有以前之原因，薄弱之耐力，更為微弱，腸上皮細胞對於腸內細菌之調節力減退，容易起腹瀉，而移行為本症，勿待論矣。假定無營養不良症，然上皮細胞對於獸乳先天的耐力薄弱，於腸內細菌之調節力被奪取，容易惹起異常之醱酵與分解，而生腹瀉也。

營養過剩之際，耐力強者，用適當之混合法，雖不致發生本症；然中等度之耐力，則容易惹起本症。雖以前認為營養過剩消化不良症（Ueberfütterungsdiyspepsie）之原因，由於乳汁之消化器官內之停滯，而醱酵所生之脂肪酸，刺激腸上皮細胞，而起腹瀉；然據現今之研究，則重視乳汁成分中之糖數及乳漿成分（鹽類、醱酵素）等，此等在普通量，雖無何事，然一朝超過適量，則起物理化學的障礙，而影響於腸壁也。

行不適當之混合法而起腹瀉者，為屢屢所見之事實，最多者為糖類之附加，此為世人往往所未顧慮者，多由於用多量之糖類而起者最多，故起異常醱酵者，因勿論矣。

與以變敗之牛乳而起腹瀉者，為人所共知之事實，普卡伊（Pochae）氏證明由細菌而生乳汁中之脂肪及糖分解之下級脂肪酸，對於動物為使起腹瀉之原理。人類由變敗牛乳所起之消化不良症，亦不外乎此理也。

由腸內及腸外所生之傳染物，而起本症者，為有經驗之臨床家所熟知，例如流行性感冒、急性中耳炎、膀胱卡他，多排瀉黏液性之腹瀉便也。

症候 消化不良症所起之最初印象，即發現腸胃症狀，尤以腹瀉為其主要之症狀。

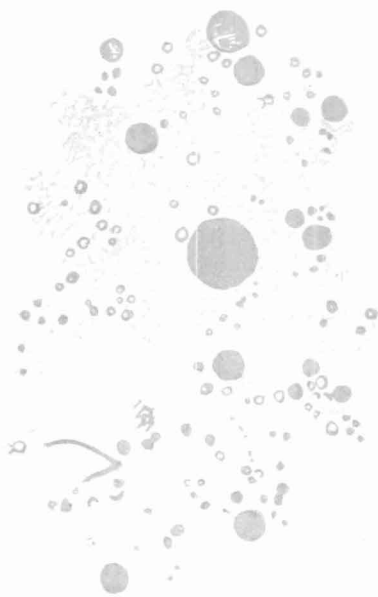
一、腸胃症狀 食慾異常不振，因起胃之化學機能及運動機能之變化，故現溢乳或吐乳，免疫力減退，口腔內屢屢生鵝口瘡，此時檢其胃液，游離鹽酸缺乏，據其異臭，故知發生有發揮性之脂肪酸，腹部呈鼓脹，屢屢得見蠕動運動之亢進，頻頻放屁，因有痠痛之傾向，患兒甚為不安，而好啼泣。

大便呈所謂消化不良便（Dyspeptische Stühle），其硬度軟而濃厚，或稀薄之粥狀，甚至為水樣便而射出，

水樣便檢查附着於襪襪者，因糞塊比較的少量，其周圍有顯著之水量 (Wasserhof) 而得知之。次數亦頻回，一日五六回至十回，便色多呈綠色，蓋因氧化醱酵素，而膽紅質 (Bilirubin) 變化為膽綠質 (Biliverdin) 故也。其他屢屢混有黏液，黏液稍透明而如鼻汁，或呈褐色者有之，著色之程度，視膿球及血色素誘導體之食量多少而定，其反應概為酸性，臭氣因醱酵及腐敗之程度，而呈酸臭或腐臭。

總之，消化不良便如被破碎之散亂，非呈軟膏狀者，吾人屢屢所見者，如半熟之卵白，凝塊 Milchbröckel 為脂肪肥皂，以前屢屢視為乾酪素之不消化者，實為誤謬，與酪素凝塊 (Kareinbröckel) 不同，一見如烏糝而成黏

第四十六圖
脂肪腹瀉之顯微鏡標本
(nach Finkelstein)



以石炭酸一品紅染色。
脂肪為紅色，脂肪肥皂呈淡紅色。

韌之物質，若有多量中性脂肪存在時，大便帶光澤而美麗，又因有多量之泡沫存在，故得知其醱酵頗甚。

二、全身症狀 消化不良症之

全身症狀，可謂為後述之食物性中毒症狀之輕度者，患兒皮膚蒼白，不安，又不機嫌而不熟睡，組織之膨脹不良，體重增加之度減退，顯示停止之狀，或輕度之下降，體溫動搖頗甚，

時而僅微低於平溫，然大抵上昇至三十八度，所謂亞熱（食物熱 Alimentäres Fieber）是也。

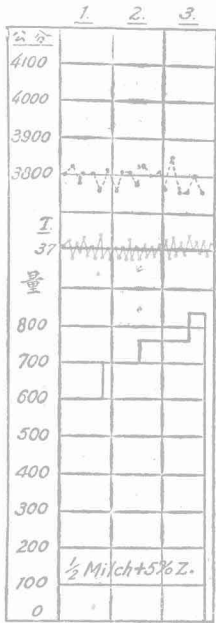
尿未含蛋白質、糖、及異常有形物，如有此等物質發現，則為移行於食物中毒症之證也。

病理 以前論消化不良症之病理，主為牛乳蛋白，此說實無何等之意味，反能止腹瀉便，而為有利作用。脂肪

亦非重要之意味，寧為間接的有害。最有趣味者，厥為糖及乳漿中之鹽類是也，現今研究之焦點，所謂乳漿實非過言，若對於一定稀釋之牛乳，附加五%之糖，而起消化不良症者，或減少糖量，或除去糖質，則能忽然治癒；若再與之，則更起腹瀉，如是可知糖類有大關係也。鹽類亦可視為熱源，營養阻礙之小兒，注射1%之食鹽水，則體溫忽然昇騰（鹽熱 Salzfeber），糖亦有熱源之作用（糖熱 Zuckerfeber），因其種類而有差異，麥芽糖（Maltose）較乳糖起熱者為少。

然惹起消化不良症，非單因乳糖之作用，由上述諸種原因，所起腸上皮細胞之障礙，不可不謂亦與有力焉。

第四十七圖 nach Langstein-Meyer,



營養用等分乳加5%糖

診斷 消化不良症之診斷，非至難之

事，詳查病歷及現在症，則診斷容易，即有動搖於三十六度乃至三十八度間之熱型，與定型的消化不良便則明矣，於消化不良之期間，雖通例其脈搏及呼吸等無變化，然如

有影響及於此等者，則為移行中毒症及消耗症之徵也。

吾人須要類症鑑別者，祇須判定其爲傳染性疾患乎？或爲健康兒初發之消化不良症乎？抑爲將發消耗症之基礎之消化不良症乎？

一、腸外及腸內傳染 卽須判定由流行性感胃菌而來之消化不良症乎？或因赤痢菌等所致之大腸炎等乎？傳染性者必須隔離及消毒，此等宜由糞便分離細菌，或由糞便之性狀（黏液、血便等）診察，如流行性感胃由氣道黏膜之下他症狀等診察，則可保無大謬；然於幼少之哺乳兒，苦於診斷者亦不少。適於消化不良症之食物制限，尤以行碳水化合物之制限時，若單爲消化不良症，則糞便及其他之症狀卽可輕快；其他傳染性者，行食物制限發熱亦不容易下降，又存在尿中之蛋白及圓柱亦不致頓然消失。

二、判定其爲初發於健康兒者乎？或發於消耗症之基礎乎？於確定治療之方針及豫後上，甚爲重要之事項，此時必須詳細考查其既往症，若爲消耗症，患者則答覆從來屢屢有週期的腹瀉，及體重損失，又因消耗症之患兒，耐力甚爲不良，雖有微之營養法變更，見有銳敏反應。

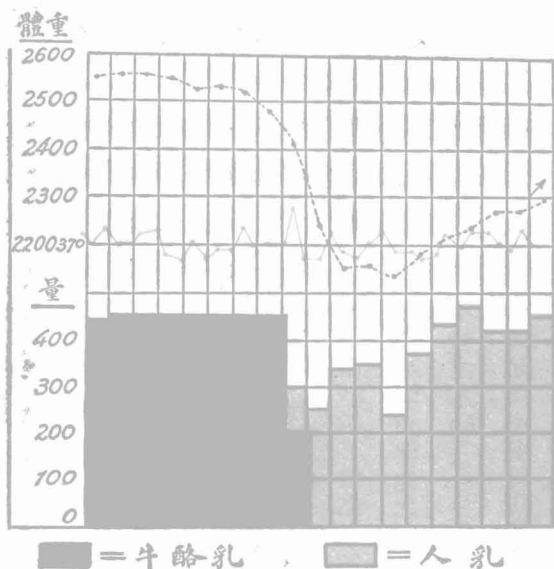
初發於從來健康小兒之消化不良症，則無如此強甚之耐力減退，由其憔悴削瘦之度診察之，亦可推知非爲消耗症。

預後 初發於健康兒之急性消化不良，施以適當之營養法，卽可治癒；陷於消耗症者，因其原來耐力甚爲減退，則其預後不良，雖均發於健康兒，然爲生後一二週之幼兒，易於陷爲消耗症，故其危險亦大。

療法

第四十八圖

(nach Langrtein-Meyer)



消化不良症兒由牛酪乳移行於人乳之際，體重及重溫體之關係。

一、營養療法 消化不良症之營養療法，無有再優於人乳營養者，患者之年齡幼稚者尤為必要；然人乳營養，一經起始，非由其翌日即見體重增加，卻如以前所述營養不良症之際，於繼續後數日體重急劇損失，以後體重乃得漸漸增加，全身症狀及便通，非急速輕快，皆由漸漸乃趨於良好，與以人乳之際，其量非必要一定，僅制定其授乳之時間足矣。

普通有十五分鐘之習慣者，此時應減至七八分鐘乃至十分鐘，而三小時授乳一次者，須變更更為四小時一次，每次與十分鐘足矣。有移行於中毒症之兆者，採取人乳而貯藏之，以滴定管 (Pipette) 測量後與之可也。

欲行牛乳營養法治療，應以次述之方法施行：消化不良症用牛乳營養法，固能使之治癒，其大體之方針，第一為減少糖及乳漿，第二減少脂肪，故先須稀釋牛乳，且減少其用量，而不使起向上之障礙之間，使腸上

皮細胞恢復耐力。從來使用之瀉藥，因能使醱酵分解產物頓然排出，即如除去害物之治療，今日已無人採用，如此藥物雖得驅逐敵害，但能障礙自家，而使益陷於疲弊，況配劑除去是等有害物，所稱腹瀉之妙法可謂備矣；然現今之治療方針，實非以短兵相見急激攻擊敵人，乃在包圍而徐徐斷絕敵人之糧道，故瀉藥雖非謂宜絕對的廢棄，然亦當戒其妄用矣。

輕症者，稀釋牛乳幾何而制限糖類附加則良矣，例如五個月之患兒，一日有數次之腹瀉，體溫昇騰不甚，不現嘔吐，全身症狀程度不甚者，應用 $1/2$ 牛乳 100 公分加 3% 之滋養糖，一日分五回飲用。

稍稍重症者，不可僅減少糖量，必須著明減少其他之成分及乳漿為要，最好施行飢餓療法 (Hungertherapie)，此療法非絕對的飢餓之謂也，不與以牛乳及其他之食物，如無害之番茶煎汁，宜每次與以 20 至 30 公分，每二小時飲用一次。若甘味必要可加少量之蔗糖 (Saccharin) (1100 立方公分約加 0.05 之 Saccharin)。消化不良症之行飢餓療法，約二十四小時足矣，必要時可持續三十六小時，施行此療法之結果，則患兒安靜，睡眠佳良，鼓脹減少，腹瀉之次數著明減少，則可謂達其目的，體重因飢餓固然減少，然後因行營養法，數日間即可恢復，但應注意消耗過甚之患兒，或年齡僅二三週之幼稚者，行此種療法甚為危險，因其耐力減退，以至不能恢復者有之。

行此療法之次日與以不加糖之脫脂乳或牛酪乳，又時而行蛋白乳營養 (參看 167 頁) 或與以 $1/3$ 至 $1/2$ 牛乳，但其用量不得超過 200 公分，須時常觀察其用量，而漸次增量為宜，例如：

第二日1/2 乳四〇公分一日五回

第三日1/2 乳五〇公分一日五回

第四日1/2 乳六〇公分一日五回

如此則體重漸漸增加，腹瀉回數減少，遂漸次增加用量，若用脫脂乳數日以後，症狀輕快，即移用稀釋之牛乳，更乃漸次移於全乳。

碳水化合物之附加，能使體溫及大便變成普通，起始由一%至二%，漸次增加至五%，糖類宜用索克雷勒（Soxhlet）氏滋養糖、利俾喜氏汁及勒夫蘭德（Loeflund）氏麥芽糖，關於碳水化合物之附加，諸家之意見不同，或謂待體溫及大便變為普通時，尚須多數之時日；但有體量減少過甚，遂至不救者，故有人謂初宜漸次用一至二%之說，即徵諸吾人之經驗，初用少量之糖實無障礙。

雖有施行適當之營養法，腹瀉不輕快，體溫亦不復歸於常溫者，不得長時日行消極的營養法，然如斯之際，不可不從緩徐豫定之方針而前進。

二、藥劑療法 無主要之藥劑療法，可與以無害之胃液素（Pepsin）及檸檬劑（Limonade）。

稀鹽酸（Acid. hydrochlorici diluti） 〇・三

尋常糖漿（Sirup. simpl.） 八・〇

餾水（Aq. destillat.） 五〇・〇

右二日量，一日三四回分服。

胃液素 (Pepsin)

〇・〇五

乳糖 (Saccharum lactis)

〇・1

右爲一包，一日服用三包。

此時雖曾有人過大賞揚甘汞或蓖麻子油者，然至今其使用甚被限制；但甘汞使用巧妙，亦有意外之奏效者。胃及腸洗滌非爲必要。

收斂藥用次硝酸鉍 (Bismut. Subnitricum) 坦那耳彬 (Tannalbin) 坦諾果耳 (Tannocol) 依希他彬 (Tehialbin) 應擇於症狀稍輕快時使用；但急性時，不宜用之。

硝酸鉍 (Bismut. nitricum)

〇・1

(坦那耳彬 Tannalbin)

〇・1

乳糖 (S. Lactis)

〇・1

右爲一包，一日服用三包，(八個月之小兒用。)

第二 消耗症 (Dekomposition)

(小兒削瘦症 Schwere Pädatrophie)

從來所謂消耗症者，當爲小兒削瘦症中之特別重症者，(輕症者與平衡失調症相當，) 卽與以保持適當之

第 四 十 九 圖

(nach Finkelstein)



中 等 度 之 消 耗 症

來無消化不良性障礙之存在，但因不適當之營養法亦可惹起本病，與以脂肪豐富而缺乏糖分及乳漿之乳汁時，易起消耗症；然反之，富於碳水化合物之食物使急性消化不良性障礙向上，而有陷於食物性中毒性者，故用全偏於碳水化合物之食物時，亦起消耗症，則為部分的飢餓是也。

僅經過一次消化不良症，而惹起消耗症者雖然稀有；但生後不久之小兒或早產兒，僅因一次之消化不良症容易陷於消耗症者則有之。

症候 消耗症之定型者，其外表呈實為可憐之容貌，一見如不治之重症，身體之羸瘦達於極度，皮膚呈灰白蒼色或灰白褐色，

成分之食物毫無滋養質之沈著，反現全身症狀而起著明體重墜落（Gewichtslurze）之重篤營養障礙之一種也。因食物同化力甚降下，雖供給以維持食物以下之食物量，亦現重篤之反應症狀，體溫降至平溫下（虛脫體溫 Kollapstemperatur），脈搏緩徐，呼吸不規則，因食物性營養障礙而起之瘦削症，乃得稱為消耗症，如因腸間膜結核雖起著明體重墜落，但決不能稱為消耗症。

原因 消耗症由食物性中毒或消化不良症而起，尤以反覆患消化不良性障礙時容易移為消耗症也。雖本

其膨脹絕對的消失，萎縮而多皺襞，攪之無彈力，眼球突出甚大，其顏貌如猿，肋骨稜稜突出，狹溢之胸廓聳於膨滿之腹部上，肌肉及皮下脂肪組織僅有痕跡，恰如被以澀紙之骨骼。

此種患兒屢屢啼泣，稍成興奮狀態，食慾甚盛而不知終止，然至後期則疲勞而呈遲鈍狀。

意識鮮明而如中毒症不現瀾濁，反偶爾興奮而現不安。

呼吸呈變調，呼吸延長而稍不規則者有之，重篤者有現狹依司脫克 (Cheyne-Stoke) 呼吸型者。

脈搏細小而遲緩，其數亦減少達六十乃至八十次，且不規則，心音微弱，殆不能聽出者有之。

體溫降至平溫以下，此為消耗症之初期症狀，並見體重減少，則可下消耗症之診斷也。體溫少有超過三十六

度五分者，概在三十五度乃至

三十六度上下，其曲線不僅在

三十七度以下，昇降之動搖甚

而呈鋸齒狀，往往降至三十四

度，而取不幸之轉歸者有之。

大便雖因飲食而不一定，

但排出消化不良便者為多，時

第五十圖
(nach Finkelstein)



重症消耗症

而傾於便秘，排脂肪肥皂便，或多混中性脂肪，現俾德耳忒 (Biodort) 氏之所謂脂肪腹瀉 (Fettdiarrhoe)，混

以由血液而來之褐色物質，此時十二指腸見有潰瘍云。

體重現著明之墜落，普通每日有三〇乃至五〇乃至一〇〇公分之損失，原來之體重損失三分之一，結果則不免於死亡，此體重墜落為消耗症必發之症狀也。雖其他症狀不著明，或不發生，然必現體重墜落。

其他因免疫力之減退而惹起瘰癧、皮膚化膿、腎盂炎、膀胱卡他、枝氣管卡他、及肺炎者甚多。

經過及轉歸 幼稚之乳兒雖數週之中必致死亡，然於稍稍年長之乳兒，因病勢緩解及停止之週期，大多一

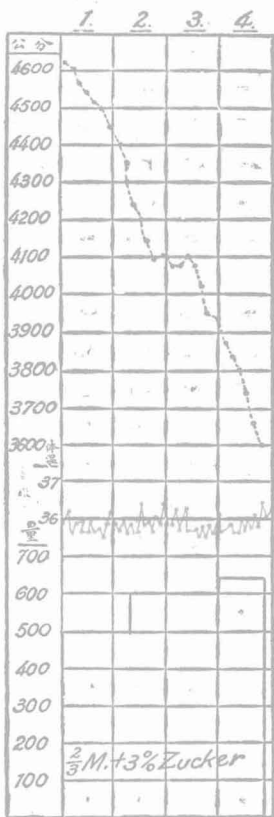
進一退，施以適當之治療，亦有使之輕快者，其死由於心臟麻痺，或呼吸中樞麻痺而突然死亡，或得傳染性疾患因枝氣管炎或肺炎而取死亡之轉歸者有之，故龐德萊爾 (Pfaundler) 曰：「小兒由食物而病，由傳染而死。」

“Ex alimentatione erkrankten die Kinder, ex infectione sterben sie”

第五十一圖

用 $\frac{2}{3}$ 牛乳加3%糖營養者

(nach Langstein-Meyer)



消耗症

預後 關於營養療法之適當與否，行適當營養而時機不遲者，雖為重症亦有能治療者，然其體重減少，已達

原來三分之一者（所謂規斯忒氏數 *Questsche Zahl*），無論如何亦無恢復之望也。（即如有三〇〇〇公分之體重者，減少一〇〇〇公分。）

診斷 據以上之症狀推之，則不難診斷；但類症鑑別須加以考慮。

傾於結核及其他惡病質之疾病，或有重篤之飢餓狀態者，雖其羸瘦不免誤為消耗症；然由精密之診察，問其既往症，即易鑑別之。

於輕症時祇有現症者，與營養不良區別困難，此時知其既往症最關重要，即問其有無反復之腹瀉，體重損失（營養不良症無有體重增加之傾向），或以前患傳染性疾患否，大多即可診斷也。

若猶感不足，則行芬克耳斯坦（*Finkelstein*）氏之減食試驗，或飢餓試驗，與以稍微豐富之營養，即可見奇怪反應（*Paradoxe Reaktion*）（腹瀉、體重減少、發溫），飢餓試驗者，即約二十四時間，僅與以茶煎汁，如為消耗症者，則體溫降下越一度以上，或成虛脫體溫，又現脈搏著明減少，然此種危險之試驗，診斷時不可輕易行之，如不注意週到，將有噬臍之悔矣。

療法 消耗症療法之大體方針，在極力使患兒不致陷於飢餓及行天然營養法，稍耗症患者對於飢餓之反應甚為銳敏，若欲患者施行蛋白乳營養飢餓療法時，有未至二十四小時間，先已因虛脫而死亡者，即使飢餓不為死亡直接誘因，雖不死而堪忍受，然使耐力極度薄弱，遂至不可救藥。

一、天然營養法 消耗症之人乳營養法，較其他之營養障礙，大為必要。不能得如蛋白乳及牛酪乳之牛乳製

品而僅能得含有脫脂乳及麥芽糖之碳水化合物製劑之地方故人乳營養法可稱爲唯一之治療法。

人乳營養應注意之條件，卽用量一定，及人乳以外供給多量水分是也。

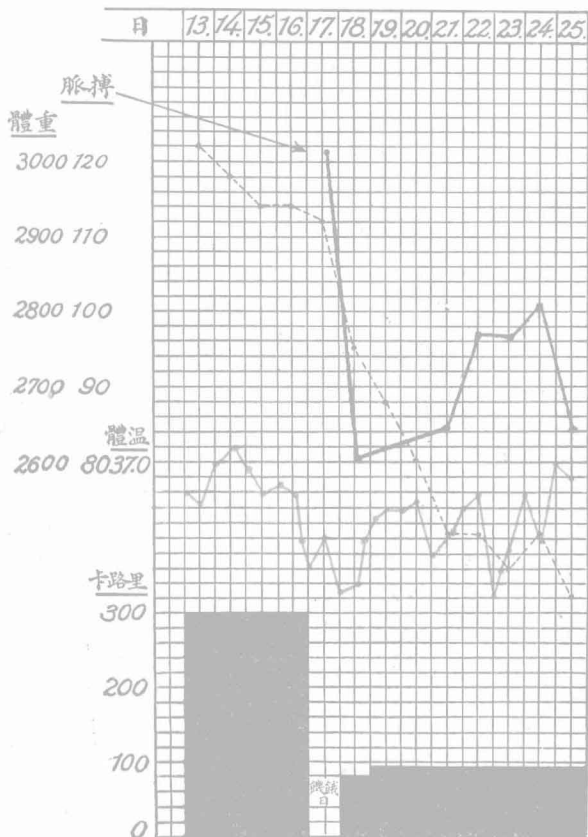
營養不良行人乳營養法，限制其用量非爲十分必要，使患兒哺乳房足矣。又因患兒之哺乳力 (Saugkraft) 猶盛而容易使其哺乳，然於重症消耗症，哺乳力薄弱而不僅不能充分吸啜乳汁，若其用量不一定，則甚爲危險，卽人乳之乳漿雖有如何靈敏之效能，然若耐力薄弱之消耗兒，使其飲用多量，(消耗症無食慾減少，卻異常亢進，則輕症之哺乳力強者，任意時飲用過量) 則因豐富之糖及脂肪之存在，成爲醱酵旺盛，有容態增惡者；又時而有過於注意，或因哺乳力薄弱，故不免有飲用少量者，故消耗症之哺乳用量，因須使之用量無過與不及之弊，於初期時，不宜用乳房哺乳，總以用搾取之人乳爲佳，(須用匙或玻璃滴定管)。

其用量不論糞便之性質如何，從第一天一日由二〇〇至三〇〇公分起始，其度數頻回而與以少量爲宜，先分八回至十四，卽一回二〇至三〇公分，一晝夜與八回至十回，因尚須供給多量之水分，宜隨時與以適當含有蔗糖 (Saccharin) 之稀薄茶煎汁，如此大約過二日漸漸增加其量，遂至七日或十日左右，使體重一公斤達一〇〇卡路里 (Calorie) 者，(等於一三〇至一五〇公分) 症狀漸漸輕快，體量增加，用量亦宜增加，勿待論矣。

用人乳其症狀非卽時輕快，而重症於數日間其症狀反爲增惡，患者甚爲蒼白，體溫低降至常溫以下，脈搏緩徐，體重尙減少者有之，或全身症狀雖輕快，但體重依然不增加，而維持現狀者亦有之，不熟習之人歸咎乳汁之不適當，而企圖交換乳母者，則不可也，開勒 (Kaller) 氏稱之曰整復期 (Reparationsperiode)，此爲有機體須構

第五十二圖

nach Langstein-Meyer)



曲線爲表示消耗症兒，僅一日之飢餓，脈搏減少，體溫下降 體重墜落之狀況。

造再作之期間，總之，欲其症狀恢復如初非經四週以後決不可能也。

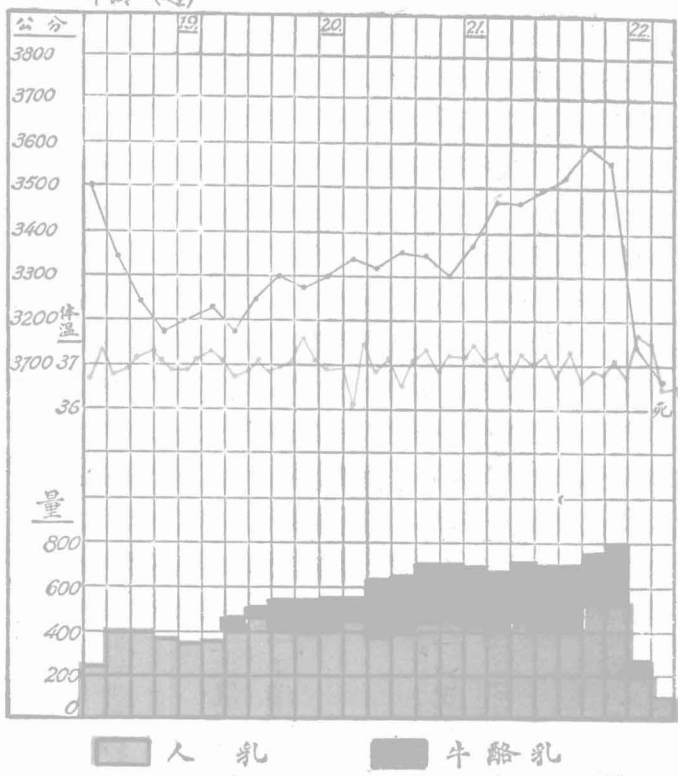
二、人工營養法 可應用於輕症之消耗症，（即食物制限之後現體重減少之停止，而糞便之性質二三日亦良好，雖更漸漸增加食物，亦不再增惡者，）不然超過維持營養以上之際時，如更現體重減退者，雖行人工營養法，

則恢復之希望少此時不宜用人乳以外之其他營養物

應當用牛乳時不可不與以一定之飢餓日，行飢餓危險者，不能施人工營養法，自不待言。如此飢餓目的已達，

圖 三 十 五 第

年齡 (週)



此圖表示於生後十
 九週漸漸有生下時之體
 重之消耗症兒，始用人乳
 營養，後行混合營養法，使
 其漸次改善者。至生後二
 十二週權輕度之枝氣管
 炎，達三十七度七分之體
 溫，體重俄然墜落，遂至死
 亡之狀況。

由其翌日漸漸與以少量之牛乳製品，一日十回，一回一〇公分，應漸次增加用量，用人乳之際，亦須細密注意，宜於約二週之中達到普通健康兒之維持營養量（七〇卡路里），於初期之間應用缺乏脂肪及碳水化合物之脫脂乳、牛酪乳及蛋白乳（蛋白乳營養參看一六七頁），固勿待論矣。已能達與以維持營養量時，則應增加脂肪及碳水化合物。

碳水化合物爲一肥胖劑，故應用碳水化合物甚爲必要，三月以上之乳兒可使用黏滑汁及穀粒煎汁，糖使用不誘發腹瀉之滋養糖、利俾喜（Liebig）氏汁及滋養麥芽糖，初由一%漸漸增量，宜使其達到五%，此時移用適於年齡之普通食物亦無關係。

三、藥劑療法 消耗症因防其虛脫，故必須使用興奮藥。

每二小時乃至四小時用安息香酸鈉咖啡鹼（一回〇・〇〇一）又可以荷夫曼（Hoffmann）氏液（一回五六滴）與糖水及牛乳配用，如毛地黃（Digitalis）狄加林（Digalen）則不甚常用。

除藥劑以外，必須加溫，用保溫瓶足矣。

由腸胃管以外供給水分時，有現水腫者，雖非必要然於重症時須注入生理食鹽水及林葛爾（Ringer）氏溶液。

乙 中毒性營養障礙（Toxische Ernährungsstörungen）

第一 急性消化不良症（Akute Dyspepsie）

症候 本症與榮養不良之消化不良型之差異即本病爲突然發生且臨床症狀深刻或由健康狀態或由慢性榮養不良而罹急性之腸胃症狀者也。屢屢有溢乳或嘔吐障害之前驅症，加以同時或稍遲現強性之腹瀉，大便稀薄而時時噴出，不然則頻發，腹瀉之強度較諸慢性消化不良症遙爲劇甚。要之，此兩者之間唯程度上之差別而已，然已列舉於慢性消化不良症條下之諸症候，不過於本症發現更爲強度耳。至諸症候之猛烈，本症照食物性中毒症之前期處置，不施適切之療法，有移行於中毒症之傾向者。

原因 雖大多由於突發之障害，歸於腸外傳染（例如鼻卡他、流行感冒）；然缺乏傳染之證明時，則應歸咎於榮養法之不當、碳水化合物之多量附加、或過剩榮養。

豫後 從來健康之小兒，行適當之食養法，則豫後佳良；幼稚之哺乳兒，則易移爲消耗症，稍年長之小兒，有變爲慢性消化不良症之虞。

療法 當治療本病，須考慮突發本症以前之食養法，是否適於小兒之耐力，或注意因整復所起之障害，輕減一時胃腸官能之負擔，（然持續的減食過度，對於病兒亦有起極爲有害之結果者）；又須探究腸外傳染之由來等，而應實行諸種之方法，已詳述於榮養障礙及其他之條下，因以下尙有說明之機會，故於此條下省略之。

第二 食物性中毒症 (Alimentäre Intoxikation)

所謂食物性中毒症者，與以前稱曰重症消化不良症、腸卡他、或小兒霍亂者略同。因食物性原因爲體內之新陳代謝機能被障礙而起之一種中毒症也，例如糖尿症性昏睡起於新陳代謝機能障礙，亦不外中毒症狀也。每年

夏季多數之小兒因此而斃，於哺乳兒期之死亡數，中毒症占大部分，實為兒科醫之視為難關者也。

如此重篤之中毒症狀，單確定為食物性原因，實歸於徹尼（Cheerly）氏之功，此時代雖重篤之腸疾患或其他的熱性疾患，其原因概求諸細菌，然徹尼氏謂此病之原因，決非由細菌而起，而純粹為食物性者，至近時芬克耳斯坦（Finkelstein）氏由中毒症各方面研究，不僅於臨床的智識加以改補，且其病理原因等，亦更達闡明之域，於是中毒症之原因為食物性，殆為不可否認之事實矣。

原因 中毒症之原因，視為由細菌而起之一種傳染性疾病，實無理由，雖都市每年夏季見本症侵犯多數之

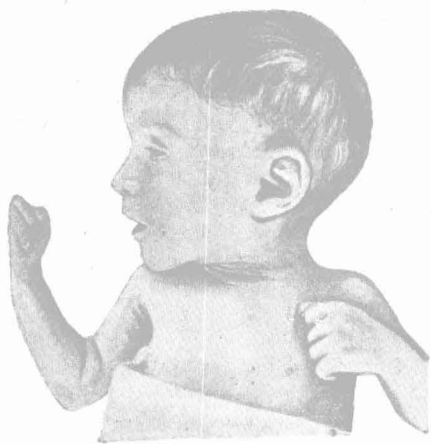
小兒，且因此而斃者甚多，故無論何人均有此懷疑也。

中毒症雖多由其他之營養障礙，即消化不良症及消耗症所移行，然總為起營養障礙而得之動機，亦有為原發的而起中毒症者。

一、分某種營養障礙之經過中而起中毒症之動機，列舉如次：

（A）食物供給自身成為原因，雖有定性的正當之材料而成之食物，且猶有起中毒症者，又

第五十四圖
（nach Finkelstein-Meyer）



食物性中毒症之顏貌所謂劍客姿勢

有由變敗之牛乳而起者，更不待言。

(B) 由腸內或腸外傳染而起。

(C) 有由熱之作用，例如消化不良症之際，氣候俄然達華氏九十五度內外，即起中毒症者，因此熱作用恰有如一時流行性之感。

二、健康兒由上述之事項固可為中毒症之原因，假若夏季與以變敗之牛乳，則即可惹起中毒症，已如芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏發見比較富於脂肪而缺乏糖類之食物，易傾於消耗症；富於糖及乳漿之食物，而起中毒症。完全健康之小兒，雖無有如此者，然腸之上皮細胞及全身之耐力本來薄弱者，則非不可能也。

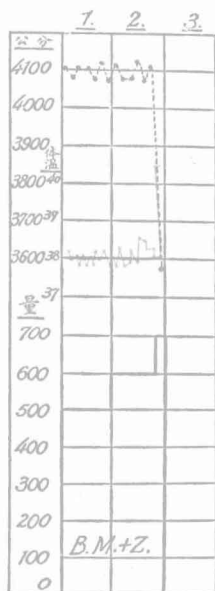
症候 中毒症與霍亂之症狀大同小異，不外由中毒及水分脫卻而起者。

大別以發熱、虛脫、腹瀉、嘔吐、意識障礙、大呼吸、蛋白尿、糖尿、白血球增多、體重墜落等，為其主要之症狀。

中毒症小兒之顏貌，一見為定型的，

熟練之醫師據視診，即容易診斷為中毒症，即一般表示極衰弱之狀態，皮膚乾燥，而呈灰白蒼白色，撮之失去彈力，眼窩陷沒，而眼瞼之周圍有暗色之輪暈，頰肉消失，而不見乳兒特有之紅色豐頰，鼻梁高

第五十五圖
(nac Langstein-M yer)
食物性中毒症



牛乳酪加百分之五之糖者

聳呈臘人形之容貌，即不現出顏面之表情，偶爾呈苦悶之狀態，甚至口唇乾燥，而有舌苔，口腔黏膜一般乾燥，而表示高度之水分缺乏。

大顛門陷沒而弛緩，視線眺望空間，雖與以任何之刺戟，亦不轉動方向。

若有虛脫之進行，口唇顏面之中央及指爪均現紫藍症，四肢厥冷，意識甚被侵害，漸漸陷於昏睡，見患者之運動，即知其意識溷濁，健康兒踏張四肢，運動活潑，患兒之四肢運動緩徐而不活潑，時而如緊張病 (Katonie) 固定於一定之位置而不動者有之，屢屢見其欠伸及咀嚼運動，又手指有如指趾震搖 (Athetose) 動者，如此麻痺症狀由刺戟症狀被中絕，或於未起麻痺症狀以前，即發現刺戟症狀，患兒突然呻吟或叫喚，於床上輾轉反側，終則復昏昏陷於深眠，痙攣雖非屢屢所見者，然起間代性痙攣者有之。

體溫爲熱性或高熱性，達三十九度或四十度以上，一日中之動搖極甚，體溫調節不充分爲其固有者，即以冰囊冷卻，則忽然下降約三十六度五分，暖則復現高熱。

脈搏頻數而微弱，即虛脫脈是也。

體重甚爲減少，二三日之中失去五〇〇乃至一〇〇〇公分者甚多，大部分由於水分減少也。

呼吸呈特有型而緩徐，以至營深呼吸，即所謂大呼吸 (Grosse Atmung) 酸呼吸 (Saure Atmung) 或中毒性呼吸 (Toxische Atmung) 是也，然無如呼吸器疾患之營鼻翼呼吸者，嘔吐爲必發之症狀，若消化不良症之經過中催現嘔吐，爲已移行於中毒症，應宜注意，嘔吐一日由數回乃至十數回，或有以嘔氣 (Nausea od. Bre-

chneigung) 而代嘔吐者又有交互發現者故嘔氣不可較嘔吐輕視均不可輕視而爲忌嫌之現象也更有病症進行時吐出黑色咖啡渣樣之物者此由胃黏膜之毛細管出血而起者也有能明見血色素之存在者至吐出此等物時其豫後必不佳良而結果決不可救也。

腹瀉雖由消化不良症之際已存在但至病症盛時乃成水樣射出便帶黃綠色而乏糞質概不混黏液塊反應雖初爲酸性然因腸分泌物之增加則成鹼性。

血液常呈白血球增多症多時一立方公釐 (mm^3) 中達三萬者有之。

尿量大減時而起無尿症者有之常有蛋白及糖存在糖尿爲重要必發之症狀而屬於純粹之食物性糖尿以乳糖營養則能檢出乳糖及 *Golaktose* 以加入麥芽糖之滋養糖等營養則能檢出麥芽糖〔糖檢出可用如葡萄糖之忒羅美耳 (Trommer) 氏法及尼蘭德爾 (Nylander) 氏法尙有行俄薩嵩法 (Osazonprobe) 者〕

在中毒症之重症而起鞏皮症 (Sklerema) 者有之先起於腓腸部或臀部遂波及全身之皮膚與皮下組織。如上述中毒症之症狀實際互多歧多樣雖有神經系統之症狀循環系統之症狀又消化器系統之症狀但是等症狀非盡必發者也觀察之各有輕重誠有森羅萬象之趣芬克耳斯坦 (Finkelstein) 及邁爾 (Meyer) 氏雖分爲嗜眠型 (Soporöser Typus) 霍亂樣型 (Choleriformer Typus) 及腦症型 (Cerebraler Typus) (與舊時稱曰 *Hydrocephaloid* 相適合) 然以外尙可分爲諸種之病型。

病理及新陳代謝 中毒症之病理一言以蔽之爲一種之酸中毒不外因腸內之一種細菌團由糖及食物來

之高級脂酸，而生諸種之低級脂酸（蟻酸、醋酸、牛酪酸、琥珀酸等），被體內吸收起 Acitose 之中毒也。故氮率 $\left(\frac{NH_3}{N}\right)$ 上昇，而成四〇——五%（普通一〇%），尿發現糖及丙酮體（Azetonkörper），故呼吸呈所謂酸呼吸，以致發熱及意識溷濁。

水分脫卻由吐瀉、酸之水分奪取、由腸之水分吸收不良而來，發現腎臟炎、虛脫、及乾燥之症狀，最危險者厥為因水分脫卻而起之血液變性，及因之而起心臟衰弱，所起之腦症狀與水分脫卻亦有力焉。

與以變敗之牛乳時而起之中毒症，亦同出一轍，牛乳變敗基於有機體外由乳糖及脂酸之發生，善卡伊（Bo-cage）氏曾給低級脂酸與動物，得證明此事實。

夏季中毒症之頻發，與熱之作用大有關係，因熱對於有機體起體溫停滯，而起中毒症也。利齊爾（Rietschel）氏發見使榮養障礙兒長久遭遇高熱，則起中毒症狀云。

病理解剖所見通常僅少，不過續發的所見，於腸部小腸部多有病變，有黏膜之充血，濾胞裝置之腫脹，偶爾發見小潰瘍，有咖啡沈渣樣之嘔吐時，則胃黏膜有點狀出血之痕跡，提米喜（Thimich）氏謂屢屢發見肝細胞之腫脹及脂肪變性，因肝臟機能不全，發現食物性糖尿。要之，病理解剖所見通常與其劇烈之症狀不一致也。

診斷 中毒症之症狀，總由食物性而來，其主要之症狀，厥為腹瀉、意識溷濁、發熱、體溫減退、及糖尿是也。臨床家注重顏貌，中毒症狀之顏貌，熟練者則能認識之，芬克耳斯坦（Finkelstein）氏謂因由食物之影響

甚爲重要，症狀因食物供給之增加，則增惡；由此停止二十四小時乃至四十八小時間以內則輕快，以此即可供類症鑑別之資料也。

類症鑑別

一、傳染性疾患 傳染性疾患亦有發熱、嘔吐、腹瀉、意識瀰濁存在，偶爾苦於鑑別者有之。據芬克耳斯坦(Finkelstein)氏使行饑餓，有時中毒症見熱度下降，其他症狀輕快之傾向，又糖尿之有無亦不失爲重要之識別法，故中毒症有食物性糖尿，糖屬於乳糖及麥芽糖，而普通所見者，非爲葡萄糖尿。

二、膀胱卡他 亦爲見於哺乳兒之疾患，雖兼有發熱及腹瀉，然行尿檢查則不難於診斷。

三、肺炎 囉音及枝氣管呼吸音不著明時，屢屢苦於診斷，肺炎屢屢發現鼻翼呼吸，然中毒症則缺如，咳嗽之有無及時令如何，亦可爲診斷之參考。

四、腦膜炎 苦於鑑別時，必須行腰椎穿刺，顱門在腦膜炎緊張而隆起，中毒症之際則弛緩而陷凹，其他大呼吸、口唇及舌之乾燥，腦膜炎均缺如也。

五、疫痢及急性赤痢 亦有難於鑑別者，疫痢先於年齡卽有差異，大約無侵及哺乳兒者，大都發於二歲乃至四歲以上之小兒，大便之性質亦富於黏液，且無如中毒症消化不良症之前驅，突然而迅速取死亡之轉歸。

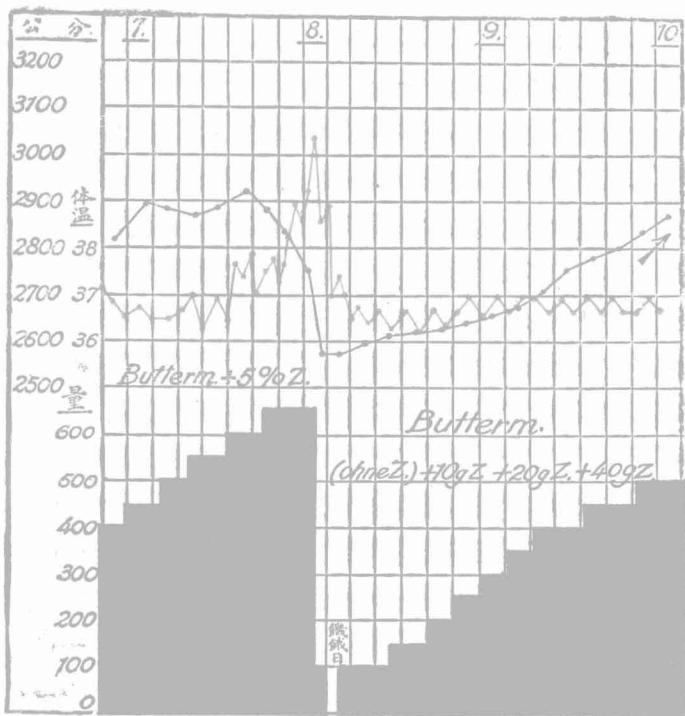
六、乳兒腳氣 均發於母乳榮養兒；中毒症多發於人工榮養兒。

預後 中毒症之預後殆可謂不良，發生於夏季者概歸死亡。行饑餓二十四時期以內，症狀有輕快之傾向，熱

動搖性少而下降，腹瀉嘔吐著明減少者，則有治癒之希望。中毒症狀雖治癒，然成消耗症，最後因衰弱而死亡者有之。

第五十六圖

(nach Langstein-Meyer)



表示中毒原因
加五分之糖之
牛酪乳榮養而
起，唯由一日間
之飢餓即解毒，
治癒前無糖，以
後因加少量之
糖之牛酪乳之
狀況。

療法 其治療

之原則，中毒症之發
現，迅速防禦水分
脫卻，二與以強心藥，
若猶豫而不講此二
法，必至終不可以救
治，其他行食物供給
停止 (Nahrungse-
ntziehung) 為宜，乳
兒用食鹽水注入或
樟腦注射，雖為慘酷
之行爲，然現今除是
等方法外，尚無其他

適當之療法故不可不努力行之

餓餓療法 (Hungertherapie) 爲治療中毒第一應施行之療法也，患消化不良症之乳兒，而發一日二三回上之嘔吐者，則可謂餓餓療法之適當症，然兼有消耗症者，須應顧慮，勿待論矣。定餓餓療法之適應症，注意無失其時機，甚爲必要之事項，若失機會時，終不能達恢復也。

所謂餓餓療法者，非必絕對的餓餓，但總不可給以有榮養之食物，應與以無關榮養之液體，蓋一方面爲止渴而補水分脫失，一方面因使腸上皮細胞之耐力復活也。

與以之液體有種種：

冰水 由冰塊之純粹者所溶解之水。

茶煎汁 便宜之紅茶稀薄煎汁，加入極少量（ 0.05% ）之 Saccharin 而附以甘味者，（決不可用砂糖。）

埃姆約翰氏鹽液 (Heim-Johnsche Lösung) 五公分食鹽 (NaCl) 加五公分酸性碳酸鈉 (NaHCO_3) 加 1000 蒸餾水，

蛋白水 由一——二個卵所得之卵白溶於 1000 之水，或加 Saccharin 0.1 —— 0.2 而附以甘味。

其他有摩羅氏之胡蘿蔔汁 (Moros' Karottensuppe) 及麥里氏之野菜肉汁 (Mérys' Gemüsebouill-

on) 等。

摩羅氏之胡蘿蔔汁製法 取二磅（三六公分）之胡蘿蔔，剝其皮而切細之，加入幾何量之水，一至二時間煮沸，次壓榨而漸漸濾過，混和一磅牛肉作成之肉羹汁，更須加入一茶匙之食鹽。

麥里氏 (Méry) 野菜汁製法 胡蘿蔔及馬鈴薯各六十公分，二十五之蘿蔔（均剝皮），二十五之乾豌豆或豆，以一公升之水經四時間煮沸，取其煎汁更加水成一公升，加入五公分之食鹽，是曰法蘭西野菜汁 (Französische Gemüsesuppe)。

容易調製而足應用者，爲紅茶煎汁，紅茶煎汁應貯於冰室而冷卻者，每二時間用茶匙與以一〇——二〇公分，其間宜用筆浸冰水而潤濕口唇及舌，決不可使其嚥下多量。

水分供給 如此行饑餓療法之間，應行水分供給，乃無遺憾，水分供給雖在饑餓療法之後，應至熱下降、腹瀉稀少、乾燥之口唇及舌變濕潤時行之，用三十七度之生理食鹽水，一回注入一五〇——二〇〇公分於肩胛間部，或大腿之皮下爲最良，一日至少注入二回（參看九四頁），此時食鹽水內混入狄加林 (Digitalin) 十滴或副腎素 (Adrenalin)（千分之一溶液）十滴亦可。

據近時之研究，食鹽水爲熱源作用，使熱度下降遲延，故應避之，而實用稀釋之〇·三%食鹽水林格爾氏溶液（參看九五頁），或如次列處方之解毒食鹽水 (Entgiftete Kochsalzlösung) 者。

氯化鈉 NaCl

七·〇

氯化鉀 KCl

0.1

氯化鈣 CaCl₂

0.11

蒸餾水

1000.0

其他亦有用0.9%酸性碳酸鈉水者。

雖芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏應用腸點滴法 (Darminstillation) (參看第九六頁) 但不適於床上煩燥之患兒，非症狀稍輕快者，或陷於昏睡者不能用之，故於初期非行食鹽水注入，不能救急也。

強心藥之使用甚為重要，決不可等閑視之，最有效者用1.0%樟腦橄欖油，一日用二筒以上，應於行食鹽水注入之先注射樟腦。其他用千倍溶液之副腎素 (Adrenalin) 1回注射0.5，或作灌腸使用，副腎素須用新鮮者，決不可用陳舊之溶液，稍帶紅色者，已起分解，而無效力矣。

1回使用狄加林 (Digalen) 十滴亦佳，又用0.5%安息香酸鈉咖啡鹼 (Coffeino-Natrium benzoyl-um) 溶液五立方公分，一日分四回使用，亦頗良效；然無論何種均不及樟腦之有速效也。

瀉藥非為必要，不行胃腸洗滌可也。

神經症狀著明，因痙攣及不安而不能睡眠時，應用安眠藥，但水合三氯乙醛 (Chloral hydratum) 有起持續的昏睡之怖，故應避用之。賞用肥羅拉耳 (Veronal) 溶解於溫湯，一回用0.075——0.15灌腸。

饑餓療法之期間，各種症狀均應輕快，若至體溫之動搖性減而下降，腹瀉稍少，嘔氣嘔吐殆消失，意識明瞭，則

可謂已達其目的，此時即應移於食物療法，期間短者由二十四時間達三十六時間，如超過四十八時間則危險。

食物療法

(一) 人乳榮養 初用榨取之人乳，以遠心器脫脂，以匙或滴管 (Pipette) 與之，此時患兒好飲冰冷者，初每日與以五回，每回五公分，第二日每回十公分，一日五回，第三日每回二〇公分，一日五回，如此注意漸次增量，若更現嘔吐腹瀉之頻數，則應停止增量，觀察其經過，乃又增量，至症狀益漸輕快，則使其哺於乳房，與以乳汁之間如有發熱時，宜用少量之茶煎汁。

(二) 人工榮養 亦應注意行之，此時如症狀增惡，應再行饑餓療法，行再度之饑餓而免於死者，應一時增量停止，靜觀其形勢可也。

乳汁宜用缺乏脂肪及糖類者，須用 $1/2$ — $1/3$ 脫脂乳、牛酪乳、乳漿或蛋白乳，碳水化合物非至腹瀉減少時不可加用（有人主張初附加少量者），用量初用五公分，每日十回，第二日十公分，每日十回，第三日十五公分，每日十回，或初起時每日與以由一〇——一五公分亦可。至十日乃至十五日則可用與七〇卡路里相當之食物。中毒症狀退散，則移用稀釋之牛乳，終則使其攝取年齡相當之牛乳，碳水化合物應早期使用（不宜過早），滋養糖、滋養麥芽糖須由一%漸次增加至五%。

第二 人乳榮養兒之榮養障礙 (Ernährungsstörung des Brustkindes)

人乳榮養兒之榮養障礙，其主要症狀除腸胃症狀外，其他有加全身違和，即體重減少、不安、皮膚蒼白、緊張減

爲與牛乳榮養兒相異之點也。人乳榮養兒之便雖通常爲粥狀而呈黃色然往往於一時的或長時日排出綠色稀釋狀而混黏液之便者有之。

於人乳榮養兒之榮養障礙之原因，雖應考慮，然亦與人工榮養兒大同小異，吾人屢屢遭遇者，爲榮養方法之拙劣，即區別爲由外的原因而起者，由有異常體質之內的原因而起者，及因其他之傳染而起者等。

榮養不給 (Unterernahrung) (饑餓 Inanition)

起於食物供給不足時之發育不良之謂也。

原因 發生之原因有二種：一爲乳汁分泌不足而不能充食物需要之際；一爲食慾不振或哺乳力不足之際。症狀及診斷 不可輕卒下榮養不給之診斷，因未經深思之後，易致誤謬也，須知其分量，即用精密之體重計，以測定哺乳前與哺乳後之體重，其差數即爲飲用之乳汁。診斷時先知其飲量之不足，且具備下列諸症狀爲要件。便概祕結而排出黏韌之黑色者。尿量減少，腹壁陷沒，組織之緊張弱，皮膚之彈力消失（達於極度者，於幽門狹窄時見之），體重減少非起於急速，而漸次降下，若迅速發現，則爲危險之兆。

療法 前述之諸種原因中最感困難，而終無法治療者，爲有食慾缺乏之小兒，此種小兒無論如何，亦不飲乳汁，祇有坐以待其餓死而已，此種多發於神經質之小兒，此時須使其遠離神經質之家族，而與以如胃液素 (Pepsin) 稀鹽酸 (Acid Hydrochlor. dilut.) 之健胃藥，偶爾用胃洗滌而收效者有之，如此食慾不進不僅神經

質小兒有之，即輕度之鼻咽卡他，亦有週期的發現者，此時宜兼行適當之症候的療法。

乳汁分泌不足之際，宜使用吸引器（參看第五十頁），且增進母氏之榮養，或雇用乳母。

哺乳力不足者，應與以榨取之人乳。

吐乳 (Erbrechen) 及溢乳 (Milchspeien)

吐乳爲榮養過剩之初期症狀，哺乳兒之胃，一回食後，飲用之乳汁經二時半或三時，乃成空虛；然短時間之間歇，使其頻回飲乳時，因起乳汁停滯，而生化學機轉之障礙，由蠕動運動之逆行，遂惹起嘔吐。溢乳非如吐乳一回吐出多量之乳汁，而漸漸由口角溢出之謂也，溢乳之小兒概不兼其他之全身症狀。吐乳及溢乳往往長時日連續，則起體重減退，而陷於榮養障礙。

吐乳之療法，先改良榮養法，而改正食物之用量，又宜縮短援乳之時間。

一、人乳榮養兒之消化不良症

人乳榮養發生平衡失調症及消耗症者罕有，若有之則不得不歸咎於母乳有何等之障礙；反之，發生消化不良症者最多。人乳榮養兒發生中毒症狀較人工榮養爲少，且其預後亦佳良，本章所述者即從來稱曰母乳消化不良症 (Muttermilchdyspepsie)。

由外因的障礙之消化不良症 (Dyspepsie durch exogene Schädigung)！

外因的障礙之中起消化不良症之原因，重要者爲過食，即援乳之時間不嚴守正規，所謂猥於愛情而與以多

量之乳時惹起消化不良症者爲多

症候 排出粥狀之黃色便，成稀粥狀或水樣射出，其回數增加，而呈綠色，混有黏液及不消化鹼化物，放出酸性臭氣或惡臭，其他呈食慾不振，鼓脹，放屁，痠痛，不安，睡眠不良，蒼白等狀，體溫昇降顯著，體重無增加之傾向。此等症狀施以適當之治療，概能洽癒，醫師亦有稱之曰母乳消化不良症者，其預後雖樂觀，若不施以適當之處置而放置之，遂移行爲中毒症者有之，成中毒症則其症狀與人工榮養兒之中毒症無異，但其預後不如人工榮養兒之不良。

療法 輕症而漏出有破碎性之綠色之黏液稀粥樣便，其回數不過一日五回，且體重不著明減少，一般全身症狀不甚者，即用普通之榮養法，略爲減少其分量可也。例如平常每日授乳六回者，減爲三四回，其餘之二三回以茶煎汁補之，每次授乳時間亦以五分至十分鐘爲宜。

重症而皮膚蒼白，現不安及體重減少，大便頻回，而成水樣射出性者，授乳度數一日減爲一二回，約一日宜與以普通量之四分之一乃至五分之一，而其間與煎汁，更與以榨取之母乳，以遠心器脫脂者亦可。

急性症狀稍去之後，使用坦那耳彬 (Tannalbin)、坦里謹 (Tannigen)、硝酸鉍亦佳。

由內因的障礙之消化不良症 (Dyspepsie durch endogene Schädigung)

所謂內因的障礙者，換言之，卽體質性障礙也。有一種病的體質者，雖非乳汁之性質不良，但忽然起榮養障礙者有之，如神經性體質 (Neuropathische Konstitution) 及滲出質 (Exsudative Diathese) 之小兒是也。

症候 有如上述體質之小兒，生來已不適於人乳，常現食慾不振而呈消化不良症之症狀，此決非關於乳汁性質之如何，蓋雖僱用乳母猶不治癒而得知之。

定型者現放屁、痠痛發作、溢乳及吐乳、不安、羸瘦、屢屢呈脂肪腹瀉便，如是之小兒，除消化不良症狀之外，其他有濕疹及間擦性濕疹、肌肉之弛緩、下垂性症狀 (Ptotische Erscheinungen) (直腹肌肉離解、內臟下垂、赫爾尼亞等)，其他有現神經性症狀者，例如驚悸症、反射亢進、血管運動神經性皮膚蒼白等，其病歷多訴有神經遺傳療法 體質性消化不良症行食物量減少，反為有害，故決不可行饑餓療法。主要者須附加乳汁乾酪素製劑，即當其哺乳之前，應一日三回與以蛋白粉 (Nutrose) 或 Plasmon 一茶匙溶解於三十公分之鑊水，欲將此等混於牛乳內與之，應除母乳以外，附加於牛酪乳與之。如是為滲出質小兒，消化不良便不易止，屢屢排出含有黏液之軟便，又有伴發熱者，然不必顧慮，非為症狀也。

有體質上雖無有病的症狀，然亦不能忍耐人乳者，是曰對於人乳之特異質 (Idiosynkrasie gegen Brustmilch) 已飲之乳完全吐出，否則亦起消化不良症，遂因饑餓而死者有之，有謂飲人乳而起失神發作者云。如是之患者，不可不與以少量人乳，漸次養成其耐力，或用人工榮養法。

對於牛乳亦有特異質者，比較對於人乳之特異質為屢屢所遭遇。

近時雖有將特異質歸於過敏性現象之傾向，然其說明不足使吾人佩服。

多，然母體不見何等腳氣之症狀，其乳兒呈劇烈之症狀者有之。

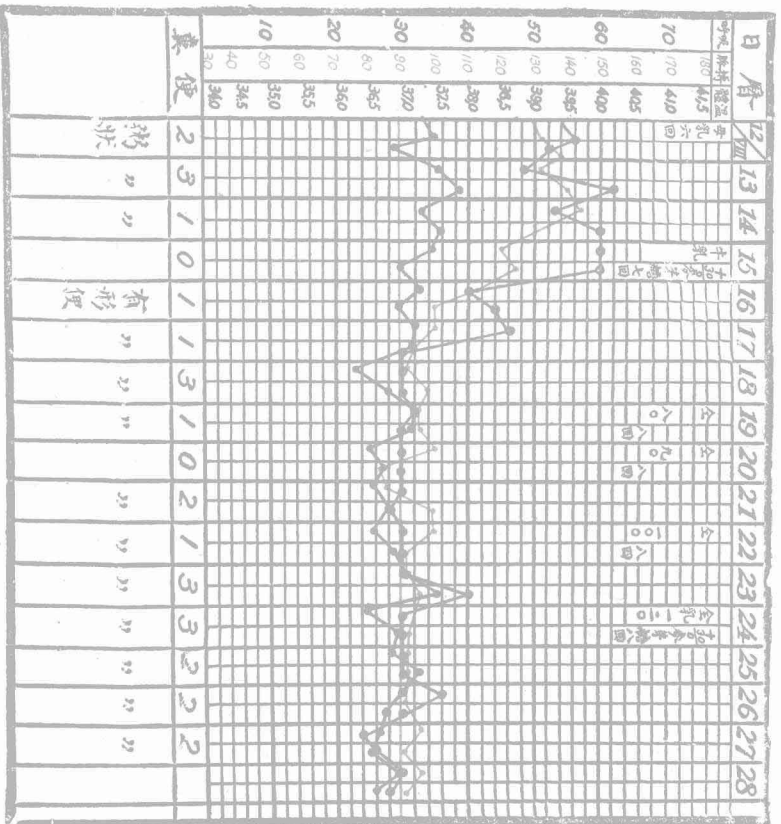
原因及病理 乳兒腳氣自弘田博士基於臨床的研究之報告發表（明治二十四年）以來，乃認為獨立之疾患，明治三十年三浦守治博士由病理解剖上見有心臟右室之擴張肥大，主張與腳氣無異，此為世人所承認者也。

關於此疾患之本態，有種種之學說，或謂消化不良症之一種，或唱為因乳汁中之鹽類及其他之成分異常之部分的饑餓也。

久保博士唱導乳兒腳氣患者之失聲，基於迴歸神經麻痺。由稻垣氏及其他之乳汁檢查，腳氣婦人之乳汁有何等之毒素樣物質，於是使乳兒起腳氣症狀之說益益盛行，反對部分的饑餓說者主張穀粉榮養障礙之際，雖見心臟右室之擴張，但決不見其肥大擴張（唐澤氏等）。

症候 患兒之榮養不現障礙，殆常由吐乳起始，一日一二回，有每回哺乳均吐乳者，皮膚漸次蒼白，神思不和而好啼泣，不活潑，口唇之周圍及鼻尖呈紫藍色，足背及手背發現水腫，尿利減少，而近於無尿之狀態者有之，患兒發出之呻吟為一種特有，而為診斷之助，又患兒往往因胸內苦悶之故，啼泣發作極甚者有之。發熱非必發之症狀，若有發熱亦非高熱，病症增進則發特有之失聲，遂陷於無聲者有之。亦往往發現上眼瞼下垂症，其他神經症狀如嚙下困難、眼球上竄、斜視，屬於罕有之症狀，至於睫反應之關係，則不一定。

第五十七圖 乳兒胸氣溫度表



因心悸亢進及第二肺動脈音之亢進，爲腳氣必發之症狀，故脈搏數多，一分間有達一百四五十次者，因之呼吸數亦增加，心尖及心底聽有收縮性雜音，又有聽得第一心尖音之鈍音者，叩診心臟界稍擴張，偶爾能聽取股動脈音。

尿無特有之變化，木藍素 (Indikan) 反應在成人雖爲必發之現象，然乳兒腳氣則陽性反應不定。

診斷 主要症狀爲吐乳、呻吟、失聲、紫藍色等，先宜檢查母體有無腳氣症狀。起於穀粉榮養兒之病的變化，雖類似腳氣，但腳氣之脈搏及呼吸曲線遙位於體溫曲線之上部，或表現心臟之病變，且多發於母乳榮養兒。

豫後 概爲佳良，於適當之時機斷乳，則能治癒，尙連續母乳榮養而因衝心症死亡者有之。

療法 廢止母乳，宜用其他健康婦人之乳汁，或以牛乳榮養，當行以上榮養法以前，試行混合榮養爲適當，如見母體有腳氣而不卽命其廢止授乳者，實不思之甚者也。乳兒不呈何等之症狀，強行危險之人工榮養，亦爲錯誤，乳兒已起如吐乳之症狀者，卽應命其斷乳。

藥劑投以如胃液素 (Pepsin) 宜專以努力母體腳氣之治療，然甘汞及毛地黃、荷夫曼 (Hofmann) 氏液等，亦非無用也。

第二章 兒童期之榮養障礙

經過哺乳兒期而達二年以上之兒童，因其體質稍成熟，雖亦能起榮養障礙，但不如哺乳兒發現劇烈之症狀，主以腸胃症狀為先驅，其中毒症狀大多不採定型的形態，例如雖有發熱存在，然無體重減退之主要症候，腦症狀亦比較的稀少，故其名稱亦稱曰消化不良症 (Dyspepsie)，亦如大人單稱曰腸胃卡他可也。

第一 急性消化不良症及消化不良症昏睡 (Akute Dyspepsie u. Coma dyspepticum)

症候 有完全突然起始者，有現頭痛、食慾缺損、不快之感為先驅，以嘔吐、發熱、惡心等起始者，輕症者大多先有舌苔、口臭（有帶丙酮 Azeton 臭者），腹部膨滿、便秘等之後，大多發現腹瀉，脈搏之數多，尿現蛋白及圓柱者有之，主要為急性腸胃卡他之症狀也。非重症時或施適當治療時，此等症狀二三日即可迅速治癒。

重症狀者則與哺乳兒之中毒類似，全身症狀甚劇，呈所謂消化不良症昏睡 (Coma dyspepticum) 之症狀。先現意識瀰濁，遂至昏睡，起脊髓性及腦性刺戟症狀，呼吸與大呼吸類似，脈搏亦速，時而缺乏緊張或不規則者有之，體溫雖不免上昇，然至高熱者罕有，又屢屢發現痙攣，亦間有達數時間者，又現嘔吐，重症者混有如咖啡殘渣之物者有之，尿含有蛋白、圓柱、及糖分之外，又含有多量之丙酮 (Azeton)，是為本症之特徵也。

尿中之丙酮證明法：

碘仿臭。

(11)雷加爾 (Legal) 氏法 被檢尿加入新鮮之 *Sodiumnitroprussid* 液二三滴，用氫氧化鈉液使其成爲鹼性時，如有丙酮存在，則呈 *Lubin* 紅色，醋酸之過剩成猩紅乃至紅紫色，有 *kreatinin* 之存在時，雖亦有同樣反應，然徐徐褪色，且加入醋酸亦不呈猩紅色。

如上之急性症狀，行適當之治療，空虛腸胃時，概一二日而俄然消失，故爲由消化器管內或毒物被吸收而起之一種中毒症狀也。有人謂因肌肉中含有多量之丙酮 (*Azetone*) 之丙酮中毒。

其原因之動機，以不攝生及過食爲主因，傳染性疾病之中有成爲此食物性障礙之動機者，尤以流行性感胃爲吾人屢屢所見者也。

診斷 類症鑑別最關重要者，爲副傷寒（小兒副傷寒由嘔吐腹瀉等腸胃症狀起始者不少）、傷寒、急性痢疾、或疫痢，此時檢查糞便及血清，甚爲必要，腦膜炎尤以結核性腦膜炎之不定型者，由上述之症狀起始者亦不少，然因消化不良症性者，施以適當之治療法，空虛腸胃之內容時，則其症狀頓去，而得診斷之。

療法 呈急性症狀時，卽宜除去食物，而與以瀉藥，最良者爲蓖麻子油，一回五公分乃至十公分，和於茶或牛乳，一日使其服用一二回，其他使用甘汞（一回〇・〇五——〇・一，一日使用二三回），大黃劑亦可。腸洗滌及灌腸亦有奏效者，行胃洗滌爲宜，又嘔吐藥用吐根亦可，大概用瀉藥、腸洗滌、饑餓療法已充分，如嘔吐劇甚而吐咖

啡殘渣樣物質，且發熱甚者，不可不用食鹽水皮下注入及樟腦注射。

急性症狀一二日消失，則應數日間僅與以粥湯汁或稀薄之牛乳。

第二 慢性消化不良症 (Chronische Dyspepsie)

慢性消化不良症與急性者，其本態及症候不同，而與大人之慢性腸胃卡他相等也。

其原因有由食物性者，有歸於傳染性原因者，然概可視為基於先天的體質薄弱，年齡多在二歲乃至四歲者，可分為種種之病型：

一、慢性胃性消化不良症 (Chronische gastrogene Dyspepsie) 為慢性胃卡他也，患本症之小兒，顏色蒼白、不活潑、常訴食慾不振，時而有嘔吐、酸嘈等，腹之上部膨滿，檢查胃液，或混有黏液，或酸過多，有兼胃無力及無力量胃擴張之胃運動不全。大便雖多祕結，然發酵由胃及於腸而現發酵腹瀉者有之。

二、普通之慢性消化不良症 (Gewöhnliche Form der chronischen Dypepsie)

本症與所謂慢性胃卡他相當，其主要症狀，即為腹瀉，屢屢兼腹部雷鳴及腸痠痛，食慾大多不振，但亦有佳良者。

大便之回數，一日由二三回乃至四五回，混有多少之黏液，其反應有呈酸性者，有呈鹼性者，由便排出之不消化物即脂肪、澱粉、及野菜等，食多量之肉時，混有結締組織纖維，發酵著明時軟便混有大小之泡沫，故由大便之檢查即可知之。尤以發於什密特 (Schmidt) 氏之發酵消化不良 (Gährungs-dyspepsie) 之際，基於澱粉之消化不良

糞便之碘反應試驗：

取少量大便載於載玻璃片，滴以盧哥爾 (Lugol) 氏碘碘化鉀液，以蓋玻璃片被之，置顯微鏡下檢查時，可見澱粉粒爲藍色之顆粒。

三、哺乳兒期以後之重症慢性消化不良 (華卜戴爾 Heubner氏) (Schwere chronische Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säugalters von Heubner)

罹此種疾患之小兒，屢屢生於有神經性素質之家族，患兒亦爲神經質，如強直痙攣之痙攣質者居多。起始或續發於急性腸卡他，或爲傳染性疾病所誘發，或有發於潛伏性者。

第一之特徵爲消化器之抵抗薄弱，僅微之食物不攝生及腸外傳染，即發劇甚之全身違和，鼻卡他或種痘之後，體重損失數百乃至千公分者不少，偶爾起定型的霍亂樣食物中毒症之徵候者有之。

第二之特徵爲成長及體重增加甚爲不良，而陷於衰弱，體重增加停止，有四歲之小兒僅等於十二月之哺乳兒之體重者。

第三之特徵爲機能之恢復不容易，普通之慢性消化不良症，施以適當之治療，一時衰退之機能則能迅速恢復；然有此病型者大便之性質不易恢復正常，對於僅微之刺戟之銳敏性不容易消失，食物稍微增加或變動時，則忽然發現症狀增惡。

大便之回數，除重篤之際外，與平素無異，或不過表示少量之增加，尤以著明時一回之大便量甚多而達一磅者有之，其反應概爲酸性，而易傾於發酵，澱粉之吸收不良，其多量與大便排出，蛋白消化非十分不良，脂肪排出亦爲第二次之物者。

患兒之榮養狀態固然不良，而腹部發現膨脹，尤以腹瀉之際爲然。

以上三病型其經過達一年以上者有之，其間有消長者，有一月乃至一歲以上亦不成長者，又有體重之停止，尙有更增惡者，若取極慢性之經過，遂及春機發動期，而發育永久被阻害者不少，且取死亡之轉歸者亦有之。

療法 胃性消化不良症，宜與以少量易於消化之流動性食物，時而行胃洗滌，待其漸漸恢復後，須與以 *Tribart* 小兒粉、*Milk food* 細碎之肉、野菜類，藥劑宜於食前使用酸性碳酸鈉（一回〇・一——〇・二）胃液素（*Pepsin*）稀鹽酸（*Acid. hydrochl. dilut.*）鞣酸歐力新（*Orexin Tannicum*）普通之腸卡他須與以混有粥湯及穀粉製劑之汁，或汁內附加蛋白粉（*Nutrose*）及山拿吐精（*Sanatogen*）幼小者用利俾喜（*Lieber's*）氏汁亦可，發酵消化不良症可盡量減少碳水化合物，應用肉汁、少量之挽肉、雞卵、野菜、汁、*Salada* 及果實，其他宜與以少量之軟米飯、粥、或麵麩，藥劑使用塔卡澱粉酵素（*Takadiastase*）澱粉酵素（*Diastase*）。二歲以下之小兒使用蛋白乳亦可，腹瀉之回數多者，先用瀉藥，後宜用次硝酸鉍、坦那耳彬（*Tannalbin*）等收斂藥。成重症消化不良者，其療法無甚差異，食物與嗜好物相互使用，藥劑與以澱粉酵素（*Diastase*）胃液素（*Pain*）等，急性增惡時雖近於饑餓，亦宜不決行食物制減。

第二章 異常體質 (Konstitutions anomalie) 素質 (Diathese)

往昔認爲小兒有一種特別異常之體質存在，具有蒼白之皮膚、黏膜之常習性卡他、皮膚發疹、榮養障礙、頸腺腫脹、或發關節炎等之小兒，命名曰腺病質小兒。並知此等症狀因輕微之刺激即能再發，此爲一種素質。近來雖關於腺病質爲結核性者乎？或非結核性者乎？爭論極盛，然自巴托阿夫 (Paltanuf) 氏由此腺病質劃出淋巴性體質 (Status Lymphaticus s. thymico-lymphaticus) 徹尼 (Czerny) 氏分出滲出質 (Exsudative Diathese)，尙有法國派之學者唱導爲神經痛風質 (Neuro-Arthritismus) 之說，終則僅剩極少之領域而已，即今日吾人所見之腺病 (Skrofulose) 者也。

所謂素質 (Diathese) 者，其淵源甚遠，始於希臘時代，如格林 (Galen) 氏之氣質說 (Temperamentlehre) 亦不外乎此也。

往昔之病理學，不過謂爲體質病理，以後威爾學 (Virchow) 氏出而唱導爲細胞病理 (Zellulärpathologie)，氏曰病理學歸根於有機體之病變，由局所細胞之病變，得以說明之也。故在德國體質異常疾患之名，不過僅占病理學書之一隅而已。

反之，於法國此異常體質即素質 (Diathese) 之語仍然保存，且有敷衍之學者，德斯喜爾 (Teissier) 氏謂素質 (Diathese) 者爲潛在性的病素質，又巴忍及拉司羅氏 (Bazin u. Lancereux) 等謂小兒有病的素

質，偶爾有病的症狀之發現，遂有發生關節質 (Arthrisimus) 之說。於德國體質異常之學說，初起時主由小兒科醫所唱導，尤以龐德萊爾及希斯 (Pfandler u. His) 二氏更爲熱心論之。

希斯 (His) 氏曰：諸種之素質 (Diathese) 其共通之點，卽爲先天性，症狀種種不同，參與多數之臟器及組織，有勃興的傾向也，所謂素質者，卽生理的刺戟猶能惹起異常之反應，而得之先天的或遺傳的狀態是也。龐德萊爾 (Pfandler) 氏曰：所謂素質者，決不能謂爲一種疾患，乃對於種種病的症狀之素質之潛伏狀態者也，換言之，爲一種疾患受納性 (Krankheitsbereitschaft) 也。吾人僅用 “Diathese” 之外國語以代此疾患受納性之意。故有素質之人，非變其生活狀態或避免一定之刺戟，則終身恆見病的狀態之發現也。

關於其本態，各學者之論說混沌，似不知適從。

液體病理學說，主歸於血液及液體之異變，尼柯爾松 (Nicholson) 氏謂爲血液有固有性，此種人之血液富於水分，而缺乏纖維素，丟霸 (Duboi) 氏謂血液富於水分，凝固時間遲緩云；格拉布瓦 (Glaver) 氏謂見有白血球增多說；許忒 (Hüter) 氏主張基於組織間液體管之擴張；林特萊什 (Rindelsch) 氏謂爲對於血液量之固形成分不均等云。

威爾學 (Virchow) 氏曰：腺病質之本態，非歸因於血液及淋巴系統之變常，而由新陳代謝機能減退之一種病的體質，卽由血管系統新陳代謝機能減退，組織內被供給之榮養成分不足，而起組織之榮養障礙者也。若遇外界之刺戟，如此組織有感受性之異調，故由炎症的轉機而起反應，終則帶慢性之傾向，以致無有治癒之趨勢矣。

據龐德萊爾 (Paundler) 氏所云：則其見解有二：一爲一定之臟器及組織系統（如淋巴系統或消化系統）起第一次的官能障礙，而影響於血液之成分變調（例如刺戟素 Hormon），更起第二次的全身障礙；一爲神經系統之榮養障礙之學說，如蒙提 (Monti) 氏極力主張之，因榮養神經之異常機能，而來組織之性質變化，皮膚菲薄、脂肪堆積之變調及肌肉弛緩，尤以發心肌之弛緩而心臟機能衰退，血液成分變化，進而呼吸器、消化器及腎臟亦惹起機能衰退，全身臟器陷於榮養障礙，以致帶所謂易傷性 (Vulnerabilität) 者是也。彼與切斷正中神經及尺骨神經，則發生手指潰瘍，傷害三叉神經，則眼球發生病的變化同一理也。

布羅赫 (Bloch) 氏曰：皮膚之易起發疹物與皮膚之性質如何無關，實爲皮膚以外之一二臟器或全臟器之機能所與以之影響，氏以動物試驗而得證實之，即行胰臟摘出，於其前後檢查皮膚對於釀母菌之感染力如何，剔出後比較以前起病變極甚，氏更由皮膚病之方面論之，與胚胎腺有最深切之關係，乃破瓜期、妊娠期、及月經閉止時，爲胚胎腺最多起變化之時期，此三期爲對於皮膚病之生理的素質，龐德萊爾氏亦爲左袒上說之學者。由原因論之，素質不僅爲先天性的，又不可不從遺傳之法則，即祖先胚種原形質有薄弱之分子，因而發生之個體，有組織之機能亦薄弱。

與以上之諸說異趣者，爲施德爾刺納 (Stölzner) 氏之 Oxyphalie 說，氏據此說明痛風質，更欲進而明瞭滲出質之本態，所謂 Oxyphalie 者，爲有未燃燒之酸，尤以於磷酸之排出機能之食物性或體質的不全也，即素質

之新陳代謝機能障礙之本態，因此磷酸之排出機能不全而起之中毒也。人工榮養兒較諸天然榮養兒易起 Oxyphathie，蓋牛乳較人乳之磷酸鈣及脂肪豐富故也。此乃氏之創見，而為先人未發明之事實，其敘述曰：磷酸鈣入腸內而被分解，鈣質形成脂肪與石灰肥皂（肥皂便），磷酸遊離，而入於循環系統，遂起磷酸中毒，更 Oxyphathie 有濕疹、喘息、或偏頭痛之存在者，如徹尼（Czerny）氏之滲出質亦外乎此也。氏唯一之憑證，即因此新陳代謝障礙以鹼尤以檸檬酸鈉治療，奏效迅速，即乳兒應用檸檬酸鈉，濕疹、腺病質症狀、及佝僂病，有著明之奏效，故將素質歸於磷酸之中毒，然 Oxyphathie 說尙未招一般之信用。

上述種種之假定學說，均未得病理之真髓，不過僅為漠然之臆說耳。畢竟素質之局部病的變化，非注重於其局部病變之症狀集羣，不外為一定臟器之先天的機能變調而發現於全身也。

現今吾人所見特別之小兒素質如左：

(一) 胸腺淋巴性體質 (Status thymico-lymphaticus) (A. Paltauf 1889, Escherich 1896)

(二) 滲出質 (Exsudative Diathese) (Czerny 1905)

(三) 痛風質或神經痛風質 (Neuro-) Arthritische Diathese (Comby 1900)

此三素質並非各個獨立者，但有時發現互相混合之症狀，難得劃然之區別，滲出質可謂為淋巴質之一部，或以神經淋巴質或淋巴滲出質之名表現各混合型，各素質雖歸著之所為一，然其各種症狀不外發現之現象續發。

- 一、外皮及黏膜之滲出性溢脹狀態 (Exsudative Integumentprocess der Haut u. Schleimhaut)
- 二、淋巴性組織之腫脹 (Schwellung d. lymphatischen Gewebe)
- 三、榮養及新陳代謝障礙 (Ernährungs u. Stoffwechselstörung)
- 四、血管運動神經障礙及迷走神經緊張狀態 (Vasomotorische u. "Vagotonische" Erscheinung)
- 五、全身神經性症徵 (Allgem. neuropathische Zeichen)
- 六、帝答尼樣現象 (Tetanoide Phänomen)

第一 滲出質 (Exsudative Diathese)

一九〇五年徹尼 (Zerny) 氏由廣義之腺病質提出非結核性症候羣，而命名之曰滲出質，氏更於一九〇八年將龐德萊爾 (Pfaundler) 氏之淋巴性體質認為滲出質之重症者，又將神經痛風質亦加入為其一部，大為擴張其意義以來，滲出質之症候羣之特別存在，為普通臨床家所見也，非如其他之素質難解者，且其診斷亦容易。滲出質者，係發現於家族的及遺傳的，都會之兒童較田園之人為多，其症狀現於哺乳時期，早則於生後一週間即顯著，發現於年長之兒童者稀有。

徹尼 (Zerny) 氏分本病為二型：甲為雖供給豐富之母乳而不害腸胃，然體重增加較其他之健康兒童為惡劣者；乙為雖榮養不給，然體重增加著明者。（後者由於肌肉發育薄弱，但脂肪沈着佳良。）要之，兩者均基於脂

助利用之障礙也。

症狀

1、地圖舌 (Landkartenzunge, Lingua geographica) 屢屢發現於生後第一月之小兒，於舌背及舌緣有不整形之凹凸緣之黏膜之滲出物，此地圖舌之特徵，即出沒隱見，雖見於多數之滲出性小兒，但不得謂為必發之現象，此地圖舌畢竟不過為黏膜滲出物，決無現於舌以外者。

2、脂漏 (Greis) 發於頭髮所在之處，其好發部為顛頂，此部生污穢灰白色或帶褐色之密著之鱗屑，若濕潤甚而不能清潔時，多成為膿疱性濕疹，脂漏雖生於羸瘦及肥滿之小兒，然尤以於肥滿者因帶濕潤，遂移為濕疹者為多。

3、乳痂 (Milchschorf) 頰部之皮膚尤以耳朵之前方起落屑性發赤，此皮膚潮紅與健全之周圍皮膚有比較劃然之境界，此乳痂亦有非永久存在者，存在一日或數日，而一旦消失，又有再發且兼癢者，亦有不然者，因癢以手指搔把而起濕疹者有之。

此乳痂與小兒之榮養狀態甚有密切之關係，肥滿之小兒著明，一度若被其他之疾病侵襲，或因榮養不良體重減退時，則頓然消失，以後榮養更變佳良而體重增加之際，又復發現，此種現象當治療滲出質之際，為醫師應有之心得也。

膿、重症貧血、及出血而陷於危險者有之、濕疹死 (Ekzemtod) 之大部均由此也。

五、痒疹 (Prurigo) 及小兒苔癬 (Strophulus) 小兒苔癬生後一月之小兒雖有屢屢發見者、然多發於一年以後之小兒、主生於軀幹、尤好發於腰部、發赤之丘疹經二十四時間或四十八時間、則丘疹之潮紅及腫脹減退、該部起硬小結節狀之浸潤、數日不化膿、殘留癩痕而消失、除軀幹以外又發於四肢之皮膚、又間有發於顏面者、在羸瘦小兒皮膚之浸潤小而硬固、成隆起之結節狀、於肥滿之小兒、其初期之反應通常缺如。

痒疹如其名稱伴有癢、搔之則結膿疱、或變為濕疹、往往發於種痘後者有之、常人認為因施行種痘而發生者、因而使醫師苦於診斷者不少、又與齒牙發生之時間有關係者有之、是曰齒痘 (Zahnpoeken)。

六、呼吸器黏膜卡他 屢屢起鼻、咽、氣管卡他者 多有發現假性格魯布、喘息者。

七、消化器系統 現食慾不振者最多、反之、滲出質之小兒訴其饑餓者有之、其他為鼓脹及腹瀉頻發之症狀、又現頑固之便秘者有之。

新蘭格斯藤 (Neo-Langstein) 氏公布哺乳兒之曙紅嗜好細胞性腸發作 (Eosinophile Darmkrise) 之論文、謂滲出質之乳兒、偶亦有發作性排出黏液性膿性便者、其中見有多數之曙紅嗜好細胞、而為滲出質之初期診斷資料之學說。

八、有眼瞼炎、水疱疹 (Phlykten) 陰道炎等。

九、有淋巴系統之腫脹，大多見有咽頭炎、扁桃體炎、領下腺、頸腺及脾之肥大、腸瀰胞之增加。
 十、神經質而兼有不安、不眠之現象者多，有謂滲出質之小兒屢屢至青年期發現神經衰弱云。又無其他原因而往往起輕度之發熱者有之。

十一、據佛羅里達 (Florida) 氏曰：見滲出質小兒之頭髮，先天如雞冠，由顛頂部長毛髮向頭之中央云。
 十二、血液所見 公布呈滲出質症候之小兒之血液組織的研究者，以新蘭格斯藤 (Neo-Langstein) 氏爲嚆矢，氏謂檢查有濕疹及喘息之哺乳兒之血液，謂其曙紅嗜好細胞豐富。

四月	重症之顏面濕疹	一一八〇〇	三三・六%
九月	濕疹之恢復期	八六〇〇	二七・五%
一年三月	頭部及顏面濕疹	一七二〇〇	一五・〇%
一年九月	濕疹治癒而尙患喘息	一二四〇〇	一六・〇%

現濕疹及喘息者有一六乃至三三・六%之曙紅嗜好細胞數，氏同時檢查滲出質之小兒而漏黏液膿性便者二例，其糞便黏液中證明多數之曙紅嗜好細胞，並謂滲出質與曙紅嗜好細胞有密切之關係。

一九〇九年羅孫斯特隆 (Rosenstern) 氏公布滲出質與曙紅嗜好細胞增多症精細之研究，氏檢查具有滲出質症候之濕疹患者之血液十四例，十二例見有曙紅嗜好細胞之增殖，對於白血球全體爲三%、六%、二〇・五

C 狀 隨伴神經症	劇烈之癢痒、不安、驚悸、不眠、	重症全身遠和、發熱、咳嗽、嘔吐、食慾缺損	假性格	嘔息	
D 結果症狀	項部及關節屈折面等之淋巴腺腫大	項部、頸下、額下、前頸部、淋巴腺腫大、耳炎、咽狹窄、			

關於滲出質之本態及病因，雖尙未有充分之見解，固勿待論，然徹尼 (Czerly) 氏歸於因素質的化學作用之變調的新陳代謝異常，於滲出質之體內有脂肪新陳代謝機能障礙，食物脂肪之利用不良。即同化作用之境界甚低下，此新陳代謝機能尤以身體之水分調節之運行於組織，因一種之內因的營養障礙 (Endogene Nährschaden) 而起也。而症候之所以初發於皮膚及黏膜者，因兩者對於種種之障礙有一定之過敏性也。氏謂結核與滲出質不相混同，而見有結核與滲出質症狀同時存在之實例，是等症狀雖有人謂為結核性者，但決不然，有二種理由駁之：一為彼爾開 (Pirquet) 氏結核菌素皮膚反應；一為因其他傳染性疾患易有滲出性現象現出也，即氏對於哺乳兒之滲出質者必施行彼爾開氏反應，證明非為結核性；又種痘後常見小兒苔癬 (Strophulus) 之發現，因而有漸漸現出滲出質症狀者，又麻疹後及結核感染後，則其症狀顯著，已為人所週知，有謂加以結核菌素 (Berkeulin) 注射後或昆蟲刺傷之後，屢屢亦有之。

療法 羸瘦型與肥滿型之療法雖異，要之，總宜避除營養過剩，盡力用人乳營養，須行皮膚強固法，日光療法，氣候療法，勿待論矣，又當防禦種種之續發性傳染。

哺乳時期，完全以人乳營養，不應望急劇之體重增加，過肥胖時，至六月則以碳水化合物，湯汁及野菜補乳汁

之一部，離乳後多食植物性食物，佐以肉類及少量之乳汁，不宜與以雞卵、牛酪等之脂肪多者，又不可與以多量之糖類，對於皮膚發疹物，須行對症療法。

第二 神經痛風質或痛風質 (Neuro-Arthritismus, Comby)

爲英法諸學者所發見之異常體質，德國唱之者不多，以下所述不過爲抄錄康比、麥利及泰里安 (Comby, Méry, u. Terrien) 氏拉齊弗爾德威忒利龐德萊爾 (Rachford, Whitney, Pfaunder) 氏等之記述。

於法國初由巴臧 (Bazin) 氏命名之曰關節炎質 (Arthritismus) 而大成此意義者，實不得不歸功於康比 (Comby) 氏，康比氏於一九〇〇年及一九〇二年，關於小兒之痛風質 (L'arthritisme Chez les enfants) 公布二三論文，謂小兒有一種關節炎質 (Arthritismus) 之素質 (Diathese) 卽痛風、糖尿病、偏頭痛、喘息、結石症，及一種皮膚病甚有密接之關係，已無疑義。以上諸症種種形態及配列互相混合發現，且有如滲出質之症狀名曰痛風質。英國稱之曰 Gouty disposition or lithaemia 爲一種遺傳的體質異常，大都會之小兒發生者較田舍爲多，雖不拘年齡，但最多發於學齡之兒童，而如此者之家族及血族多爲患有 Diabetes (糖尿病及尿崩症) 痛風、肥胖症、結石症、偏頭痛、喘息、神經病及精神病者，卽如此之小兒對於尿酸鹽之新陳代謝機能爲有異常者。

症候

一、全身徵候 關節炎質 (Arthritismus) 由全身徵候可大略分爲三型：

a、神經質型、銳敏質 (Typus d. nervösen Kinder od. erehischer Habitus) 屬於此型之小兒，皮膚

菲薄、眼帶光澤、瞳孔廣大、頰部顏色易於變換，概為蒲柳之姿，全身羸瘦，而呈心神不安之狀，運動為活潑衝動的，而被刺戟性，敏智之發育稍有早熟之傾向，心氣易於轉換，行動為感情的而易興奮，故少與朋友交遊，不好遊戲而喜孤獨，如此者雖有天才的人物產出，然其言語舉動則不免非常識，偏頗（“Dégénérés Supérieurs”），此格林（Grinn）氏之所謂神經質是也。

b、肥胖型（Typus d. fetten Kinder od. plethorischer-obeser Habitus）體格良好，脂肪發育亦佳，頰帶紅色而黏膜之色亦佳，有發汗之性，屢屢易生濕疹，所謂多肉性（Polysarkie）之兒童而稱為多血質是也。

c、淋巴性或貧血性、遲鈍質（Typus der lymphatischen od. anaemischen Kinder od. pastöser orpider Habitus）皮膚及黏膜浮腫而蒼白，肌肉弛緩，淋巴腺之腫脹，又有淋巴裝置之增殖，顏貌呈腺樣增殖症狀，如此兒童不活潑而遲鈍，注意散漫，外觀稍帶癡呆樣，此種與所謂膽汁質或淋巴質相當者。

二、發熱 康比（Comby）氏有時注意週期的發熱，雖充分觀察亦不能發見其病因之不明熱也。於肛門檢熱常昇至三十八度以上，熱型為間歇性，與瘧疾相髣髴，發作大概可區別為三期：即惡寒、高熱、及發汗期是也。此關節炎質熱之特徵有次列諸點：

發作之週期每年互六乃至八月之長時間。

不能證明何等原因。

同時有其他痛風質症狀存在。

此熱發作偶爾變顯著之關節炎發作，例如痛風發作者有之。

三、循環器系統障礙 痛風質一名充血性素質，如屢屢見有血管運動神經障礙，即顏面變色、手足厥冷、發汗、

凍瘡、失神發作、發作性遲脈症、心悸亢進、常習性不整脈、擴張性心臟衰弱、官能性心臟、及靜脈之雜音等。

四、呼吸器系統 大多羅一種痙攣性炎症，因鼻卡他發痙攣性噴嚏，又有鼻性喘息，或罹狹窄性喉卡他，據特

盧索 (Trousseau) 氏云：因痙攣性枝氣管卡他屢屢成百日咳樣發作，亦有現喘息者。康比氏謂：見有呼吸困難發作與蕁麻疹發作交互發現之例云。現一時性及週期的肺炎者有之。

五、消化器系統 有次列諸症：

a、食慾缺損。

b、食道痙攣 康比氏見痛風質系統之十一歲小兒，當攝取固形食物時，有厭惡之感，嚥下不能之痙攣狀態；

而對於流動物則不起此種現象。

c、胃痙攣 起發作的痙攣性胃痛。

d、消化不良 生來不堪乳汁而有舌苔，時而有起伴發熱之胃性障礙者，或胃腸無力而訴頑固之便秘者有

之。

e、發作性或常習性嘔吐 (Zyklisches Erbrechen) 據拉齊弗爾德 (Rachford) 威忒利 (Whitney)

格利非斯 (Griffes) 康比 (Comby) 及馬爾芬 (Malfen) 諸氏之報告：從來完全健康之小兒，突然現頻回之

嘔吐、流動物及固形物均不能保存，且稍伴有發熱，大便稍灰白色，腹部柔軟而不膨滿，又無壓痛，如是二、三日乃至四日間而發作卒然消失，再能攝取食物，此發作屢屢亘數年出沒者有之，對於此發作性嘔吐之原因：

馬爾芬氏命名之曰丙酮中毒性嘔吐 (Acetonaemisches Erbrechen)，不外因丙酮 (Aceton) 中毒症狀而起之一種素質，呼吸呈所謂酸呼吸 (Saure Atmung)，呼氣帶丙酮 (Aceton)，臭尿不絕能證明丙酮酸 (Beta-ox) 牛酪酸，又屢屢兼有黃疸、肝腫脹及發熱者，檢查血液概見淋巴球減少。

黑刻 (Hoeker) 氏謂因淋巴組織系統之增殖，脂肪分解之被妨害而起，偶爾用暗示的療法而奏效者有之云。

f. 大腸卡他 有伴淺痛者，又有排出黏液膜之所謂偽膜性大腸卡他 (Enteritis mucos-membranacea) 者，或見排出砂粒樣物質之大腸卡他 (Enterocolite Sablense) 者有之，康比氏見有十八月及六歲之二小兒之實例，為生於有痛風質及神經質之遺傳家族者，大便秘結，偶爾被排出，兼有急性的發熱，黏液膜樣物質與大便共同排出，或有混多量之赤褐色之砂粒者云。

六、皮膚症狀 此種兒童易得自然充血或血管運動神經障礙，且有羅一種皮膚病者，主要者為多形性紅斑、凍瘡、汗疹，特以蕁麻疹、皮膚紋畫症、急性眼瞼浮腫、濕疹等為多。

a. 蕁麻疹 發現種種之型，為隆起之蒼白丘疹，訴劇烈痒感，或丘疹之表面有水疱之水疱性蕁麻疹者有之，亦有如黑布拉 (Hebra) 氏痒疹者。

實例，恰如於潛伏性痛風發作時之虹膜炎及結合膜炎，突然起發作性眼瞼浮腫，倏然退去，而如蕁麻疹之消失。

c、濕疹 吾人屢屢見無榮養障礙之小兒有頑固之濕疹，審查是等兒童有偏頭痛、喘息、痔核、及痛風等之關節炎質類似症，濕疹多生於顏面及頭髮部，乾燥或帶多少之濕潤性。

七、泌尿生殖器系統 對於痛風質之尿檢查，最為重要，大多有特有之化學的變化存在。

a 尿之異常成分 排出多量之尿酸鹽類，拉齊弗爾德 (Rachford) 氏一八九七年述有某初生兒有尿酸鹽之過剩排出，其襠褌常附着有赤色砂黏，此尿酸結晶生於腎細尿管，其結果來蛋白尿、血尿、及結石症者有之。其他康比 (Comby) 氏謂有高度之酸性尿及丙酮 (Aceton) 尿。

吾人屢屢於尿內能證明蛋白，恐此屬於直立性蛋白尿，此蛋白尿不伴著明之官能障礙，雖非用普通之治療法容易治癒者。然突消失而易再發，罕有現糖尿者。

b、夜尿症 屢屢所見者，晝間亦現遺尿者有之。

c、尿結石症 (Lithiasis) 雖有見於無體質異常之小兒，然為痛風質之小兒屢屢存在之症候，故現腎痠痛、膀胱結石、及腎盂炎，時而不免誤診為蚓突炎，更有現頻尿症、多尿症、利尿疼痛、陰莖勃起及手淫等。

八、神經系統

a、腦性興奮症狀 痛風質之小兒概為感情刺戟性，時而訴如夜驚症，小事極為小心而易發怒，又現不眠症，

全夜啼泣，殆不能一時睡眠，此不眠症頑強而長時日連續者有之。康比氏有痛風質遺傳之十歲女兒患偏頭痛，午後八時就寢，至翌日晨二時或三時左右乃得漸漸睡眠者之報告。又有因瑣細之原因而搖擗，或無何等之原因而現癩癩樣發作之小兒。

b、疼痛症狀 最多者爲所謂尿血性頭痛 (Urikämischer Kopfschmerz) 卽以前布西爾 (Bushall) 氏等所唱導之成長期頭痛 (Kopfschmerz d. Wachstumsperiode) 也，此種頭痛雖與偏頭痛酷似，但有相異之點，卽其連續時間及週期的發作與後者異趣，前者一時性出沒，每日於同時間發現，或持續數日間不斷存在者有之，通常數週休止之後，更有同樣之性質而再發者也，有與見於神經衰弱之頭痛相似者。

九、髓麻質斯樣症狀 爲屢屢所見之症狀。

a、亞急性關節痛 無關節腫脹，近於無滲出液之痛風之性質，此爲有關節炎質之名稱之所由來也；但此症狀非爲必常伴發者。

b、假性神經痛 無一定之局部，發於四肢之疼痛，而爲發作性現出，有因而妨礙步行者。

c、現骨痛、肌痛、而起斜頸者有之。

十、淋巴系統增殖 有扁桃體、枝氣管腺、頸腺、肘腺之肥大，有脾腫者少。

診斷 上述症候中，如僅據其一，不足以卽下診斷，須詳細問其遺傳的及家族的關係，有症狀之某一羣存在者，乃可定爲關節炎質，主要者爲丙酮 (Aceton) 性嘔吐、尿酸鹽排出、淋巴球減少。

療法 以攝生爲基礎，避免過食或美食，行體操戶外運動，冷水浴及按摩不宜希望急劇之知識輸入，應與以強壯藥。

第三 胸腺淋巴性體質 (Status thymicolymphaticus)

此種體質非必如其他之異常體質，不僅小兒患之，即大人亦有存在者。又有與其他體質相異之點，即有確實之解剖的根據，胸腺及其他之淋巴裝置之增殖及肥大爲其特徵。故此體質之患者死後，大多由解剖而能發見，故此體質之研究，概由病理學者方面所考出，喚起臨床上之興趣者甚少。

此異常體質之存在，初爲一八八九年維也納之阿諾爾德 (Arnold) 巴托阿夫 (Paltauf) 氏所唱導，而由一八九六年西俄多爾 (Theodor) 挨喜愛利喜 (Escherich) 氏所確定，於是先由羅基坦斯基 (Bokitansky) 氏敘述，稱爲一種特別體質異常之存在，其特徵爲皮膚蒼白，脂肪發育適宜，各處之淋巴係統即頸部、腋窩、腸間膜、鼻咽腔之淋巴濾胞組織、腸壁濾胞、脾之腫脹，如此患者之胸腺概肥大而爲突然死亡之原因。

巴托阿夫 (Paltauf) 氏由一八八七年至一八八八年間，於維也納之法醫學教室，得小兒突然死亡或不能認出原因而死之多數屍體，見如此小兒之頻死狀態，有突然顏色蒼白，發現咳嗽，又有起痙攣而死者，又見有前日健康之小兒，翌日朝早死於臨床中者，或有抱於慈母之腕中而突然死亡者，綜合多數之實例，氏注意乃發見有一種共通之點，即此種兒童皮膚蒼白而脂肪沈著佳良，脾臟大而骨端軟骨有軟骨症狀，其他淋巴腺、淋巴濾胞腫大，尤以見胸腺肥大著明。據巴托阿夫氏報告：具有胸腺及淋巴裝置增殖之一種體質之小兒，有取不明頓死之轉歸者。

埃喜愛利喜氏亦贊成巴托阿夫氏之學說，謂小兒確有一種特有之胸腺淋巴性體質之存在，故今日唱導胸腺淋巴性體質者，均以此二氏爲主唱者。埃喜愛利喜氏駁從來唱導此體質者之死因不明，由胸腺肥大壓迫氣管而成窒息死之學說；謂胸腺死非由胸腺喘息或喉頭痙攣（*Laryngismus stridor* od. *Laryngospasmus*）而窒息死；其直接死因係心臟麻痺，而此心臟死亦非因胸腺肥大，乃基於胸腺淋巴性體質者體組織一般榮養不良，故心臟之抵抗力薄弱，遇輕微之原因，而易起心臟衰弱也。

解剖所見 於淋巴系統有頸腺、腋窩腺、腸間膜腺、前脊柱腺、鼻咽腔及顎之濾胞裝置、腸壁濾胞、派厄（*Peyer*）氏板、及舌根濾胞等之腫脹，脾臟肥大，於肝臟、甲狀腺、骨髓有淋巴結節之新生，有胸腺之肥大，其他之組織及臟器有發育不全的體質（*Hypoplastische Konstitution*）於血管系統主動脈呈萎黃病性，其管腔狹而壁菲薄。
Chromaffin System 卽副腎及上腎神經叢之細胞組織減少。又腦髓及生殖器系統尤以如舉丸、卵巢之胚胎腺有發育不全或種種之不具症狀。

症狀

1、泥膏狀之（*Pastös*）狀態——皮膚之色蒼白，皮下脂肪豐富（病的脂肪沉積）而弛緩（因皮下組織之水分含量增，故其緊張減少）。

2、有胸腺肥大或有其殘遺，診斷胸腺肥大甚爲困難，雖熟練之醫師亦少有能診斷之者。

胸腺於小兒期據發爾塔愛爾（*Waldayer*）氏云：滿一年之終，或至二年則增大，以後容積不增減而殘遺，至春

而有差異，但據夫利德勒彭 (Friedlepen) 氏列舉之平均數如左：

初生兒

一四·三公分

九月

二〇·七公分

至二十四月

二七·三公分

至十四年

二七·〇公分

至二十五年

二二·一公分

至三十五年

三·一公分

然有胸腺淋巴性體質者，屢屢達二〇乃至三〇公分者有之。

臨床上欲證明胸腺之肥大，則不可不依叩診法及X光徹照法考之。

據布盧門萊希 (Blumenreich) 氏云：胸腺之生理的濁音界呈頂角鈍之顛倒三角形，底邊與結兩側胸鎖關節之線相當，頂角位於第二肋骨之高正中線之稍左方，此濁音界如各邊有一公分以上之擴張，則可謂為胸腺肥大矣。據俄施忒里喜 (Oestrich) 氏云：至五年尚能識別正濁音界，叩診上須類症鑑別者為胸腺之腫瘍，尤以肉瘤、縱隔竇淋巴腺之急性或慢性腫脹及枝氣管腺之肺脹是也。

近時據卡爾巴西及阿多夫龍氏 (Karl Basch u. Adolf Rohn) 云：胸腺亦如心臟，前方唯橫於肋骨間腔之臟器不同，前方有厚固之胸骨，且後方有含有空氣之氣管，故由叩診欲得正確之濁音境界，頗為困難；然據氏等用布羅克氏聽叩診器 (Block'sche Horchperkussionsapparat) 觀察多數之實例，胸腺濁音界寧非三角形而成幾何學的梯形，即上邊由胸骨上緣，底邊達第二乃至第三肋骨，側邊由胸骨線或副胸骨線所形成，而氏等由

解剖而得證明其正確云。

診斷胸腺比較確實者，爲愛克司光線放射徹照法。

據荷勃格爾 (Hochsinger) 氏云：胸腺之陰影連續於心臟之陰影，恰如玻璃鑷之形狀，心臟與其腹相當，胸腺如其首之關係，若胸腺肥大時，則鑷之首變大，而失玻璃鑷之形態。

據冷 (Rehn) 氏云：若連續於心臟如玻璃鑷之首之陰影爲胸腺，必隨呼吸上下運動，吸氣時降下，呼氣時上昇，由是而得與其他腫瘍等之陰影區別焉。

三、於成人現小兒的形態，身體之發育不全，血液亦失成人的特徵，有淋巴球增多，又屢屢有萎黃病的所見，四、時而呈心悸亢進，心臟之擴張肥大，青藍症，呼吸促迫，不安，苦悶，不眠，夜間驚泣等之症狀，而爲突然死亡之前驅者有之。

五、據芬克耳斯坦 (Finkelstein) 氏云：易陷於榮養障礙。

六、因有 Chromaffin 系統之減少，故於胸腺淋巴性質者之血液中，如副腎素 (Adrenalin) 之副腎分泌物缺乏，且其糖量亦僅少云。

七、如此體質兒，多爲痙攣質者，且兼有帝答尼 (Tetanie) 或佝僂病症狀者甚多。

據巴西 (Basch) 克羅札 (Klose) 氏等之研究，將動物之胸腺全然剔出時，則其動物之骨格發育不良，若作

此體質者尤以呈喉痙攣 (Laryngospasmus) 症狀者爲多，有人謂與所謂胸腺喘息者相同，卡索威斯 (Kassowitz) 氏見佝僂病者亦屢屢有喉痙攣之存在，胸腺淋巴性體質所備之症狀及解剖所見，似可列入於佝僂病之中。

八、胸腺死 (Thymustod od. Mors thymica) 及胸腺喘息 (Asthma thymicum) 胸腺死爲主要症狀之一，因胸腺死初懷疑有胸腺淋巴性體質之存在，如此體質之小兒突然不能認出何等之死因而死亡，其死前之容態如次：

有擁抱於慈母腕中而安眠之小兒，卒然死亡者。

有安眠於床上而無何等之異變，至翌晨死亡者。

有無啼泣一聲或起二三回之痙攣而突然死亡者。

有被擁抱乘坐汽車時，與汽笛之聲同時死亡者。

有在床上遊戲中，突然死亡者。

有入浴中突然死亡者。

有發咳嗽而死亡者。

有於發高熱之夜間死亡者。

有呻吟、發熱、不安，僅於二小時以上而死亡者。

有頭倒跌入於陰溝污水中，而急速死亡者，（但水高不過十一公分。）

解剖此等不能發見原因而死者之屍體，大多有胸腺肥大，又兼有其他之淋巴裝置之增殖，故其死因為胸腺，而有胸腺死之稱。自古即有胸腺肥大之人，而現呼吸困難、青藍症，甚而見有數時間即取死亡之轉歸者，稱為胸腺喘鳴（Kopp 1830）其結果亦歸死亡，故亦可認為胸腺死之一類，尤以有窒息狀態者，稱曰胸腺喘鳴（Spiritor thymicum）。

胸腺死之定型的實例，據蘇可羅佛（Seokolow）氏之實驗百一例中：

初生兒 二十九例 迄一年四十二例

由一年至五年 十二例 由五年至十年 三例

由十年至二十八年 十五例

以初生兒為最多，胸腺喘息及胸腺死，日本亦有多數報告，歐洲則不勝枚舉，因乳房壓迫乳兒而致窒息死者之中，亦有為胸腺死者。

本病雖有以上諸說，然可大別之為器械的氣道壓迫說、大血管壓迫說、或壓迫神經而來反射的心臟麻痺，其

他有唱樂養障礙說者，或有由內分泌之方面而歸於胸腺之官能障礙說者。

胸腺淋巴性體質與其他疾病及對於毒物之關係。

有此體質者，對於毒素及病患之抵抗力薄弱，屢屢因心臟麻痺而死亡者有之。

一、麻醉藥 吾人於外科手術之際，見有發現所謂氯仿（Chloroform）死者，就中胸腺肥大及有其殘留者爲多，此爲實地醫家應當留心者也。卡爾第（Mc. Cardie）氏謂在淋巴性體質者用醚（Aether）或氯仿（Aether Chloroformium）混合麻醉，較氯仿（Chloroformium）爲貴用，不僅全身麻醉，即局部麻醉亦有死亡者。內特爾（Nettel）氏報告：解剖施行局部麻醉之際而突然死亡者，均有胸腺肥大及淋巴裝置增殖云。關於胸腺肥大與氯仿死之關係，雖有種種之學說而無定論，故有學者謂爲因一定之毒物輸入身體內，當其通過肥大之胸腺，因何等之作用而變爲極爲猛烈之毒物云。

二、狄扶的里 龐德萊爾（Pfaundler）及挨喜愛利喜氏（Escherich）唱道胸腺淋巴性體質者，屢屢發生狄扶的里，此爲有淋巴裝置之增殖故也。

三、巴西多（Basedow）氏病 屢屢發於此種體質者，據卡培爾勒（Carpelle）氏之檢查，巴西多（Basedow）氏病之七九%有胸腺之殘遺或腫大，又甲狀腺摘出後即死亡者之九五%均有胸腺腫大，故該病手術之預後如何，對於有無胸腺肥大之存在，甚有關係。

四、腳氣 長與博士公布「衝心性腳氣與淋巴性體質」之論文（東京醫學會雜誌二五二八），敘述於東京醫科大學病理學教室四十一年以來，收集腳氣屍四十四例及因急性乃至惡急性心臟型而跌仆者十三例，均與胸腺淋巴性體質有關係，年齡在十六歲乃至四十九歲，且均爲男子。

胸腺大而富於實質者八例

有扁桃體片側或兩側腫大者九例

有舌根囊狀腺腫脹者七例

淋巴結節十三例（伴有腸間膜腺之腫脹者一例，其他有後腹膜、頭部、前縱隔竇之淋巴腺腫及股腺之腫脹。）

脾瀘胞著明者十二例

腸胃瀘胞皆腫脹，其中兼有鬱血者八例

主動脈柔軟而富於彈力，內膜平滑者十二例，其中六例兼有脂肪變性。

於是長與氏謂於衝心性腳氣屍，其多數例能證明特有之淋巴性體質之存在，氏並謂淋巴體質者雖非必易罹急性腳氣，然罹腳氣者而不幸有淋巴性體質時，則容易起衝心症狀而陷於心臟麻痺云。

五、蚓突炎

鹽田博士謂急性蚓突炎之際，屢屢於病理解剖上大多有淋巴性體質，故氏比較研究淋巴性體

質者與不然者之蚓突，有淋巴性體質之蚓突起較不然者長七·三公分，甚而有達八·三公分者，見有著明糞便停滯及糞形成之傾向，淋巴裝置之發育甚佳良，故不得不謂淋巴性體質與蚓突炎有密切之關係也。

是以淋巴性體質與淋巴系統之炎症有關係之疾病而有密接之交涉也，狄扶的里與蚓突炎之關係，亦可由此而證明之。

華卜萊爾氏由腺病質症候中，將非結核性症狀獨立，而與以淋巴質之名稱，自古即有淋巴質之存在，法國諸學者所唱之淋巴性氣質 (Lymphatisch Temperament) 者，亦不外乎此也。華卜萊爾氏解剖種種疾患而斃之小兒，見腺樣組織及淋巴腺之發達較大人特別著明，不得不謂為小兒較大人之淋巴組織之機能旺盛也。故小兒生理的淋巴組織之增殖著明，起病的發達者，即可斷定為淋巴質。小兒於哺乳時期或一年以後，大多見有鼻咽腔淋巴組織、顎及咽扁桃體之增殖，次則有頸部、胸鎖乳突肌之前後之淋巴腺、僧帽肌之前緣之腺列、耳後腺、項部淋巴腺之腫脹，更見腸間膜腺、腸管之濾胞裝置之增殖，此種有多數淋巴腺腫之小兒，後來並不表現何等結核之徵候者甚多，此等須與所謂全然腺病質淋巴腺腫區別也。有經驗之鼻咽喉醫師切除之肥大扁桃體之中，唯有僅少者為結核性，故淋巴質亦如腺病質，應從結核性者認為不同之一種獨立之體質。

據摩羅 (Moro) 及挨喜愛利喜 (Escherich) 氏之見解：淋巴質者感染結核時，乃為腺病質，故淋巴質為由腺病質除去結核之分子者也。

華卜萊爾氏更論及徹尼 (Zornig) 氏之滲出質曰：滲出質者為此淋巴性滲出發現於皮膚及黏膜者也；若發現於內部之淋巴系統則為淋巴質，故兩者之本態雖一，然滲出質僅注重於皮膚及黏膜之狀態，不過淋巴腺腫脹等視為第二次者。

胸腺淋巴性體質與淋巴質甚為相似，華卜萊爾氏於其著書敘述有淋巴性組織之胸腺亦屬之，腺中見有該

組織之增殖，不欲與巴托阿夫（Paltaut）及埃喜愛利喜（Escherich）氏之胸腺淋巴性體質全然區別。故用 Lymphatismus 之語者，亦廣義解釋之，不論胸腺肥大存在之如何，凡見具有非結核性淋巴組織增殖之小兒，即可呼之曰淋巴性小兒（Lymphatische Kinder）。

第二編 急性傳染病 (Akute Infektionskrankheiten)

第1 猩紅熱 (Scharlach, Scarlatina)

猩紅熱爲一種接觸性傳染病，以特異之發疹、口峽炎及熱候而經過，且屢屢起續發疾患（尤以腎臟炎）者也。

原因 尙屬不明，從來雖有認球狀菌、桿狀菌、原形體 (Plasmodium) 爲其病原體者；然未得一般所認證。尤以鏈狀球菌屢屢由該患者之咽扁桃體、血液、皮膚落屑等檢出，雖其人主唱爲猩紅熱之原因；然其純培養所得之鏈狀球菌，於種種之點，難認爲唯一之病原，寧可認其爲續生而來者，而對於化膿、壞疽等，似有一定之關係。

傳染素質 (Disposition) 如麻疹、百日咳非一般的，有先天的免疫性者多，其劇烈流行時罹病數亦不超過二十% (Feer氏)。關於年齡，以三年乃至六年者最多，一年以下者少見，然間有伴母體之猩紅熱而發於初生兒者。

猩紅熱之傳播由觸接傳染 (Kontaktinfection) 者最多，由直接與患者接近而感染，雖於任何病期均能還其傳染，然其傳染力於初期最強，漸漸則傳染力減少，尤以發疹不分明之輕症者，爲傳染之機會者最多，病原體存在於唾液中，徵諸接種試驗亦屬確實，於落屑期之傳染果由落屑片而傳播者乎？抑由口中分泌液之媒介者乎？尙

屬疑問也。

其他有間接由健康或由器物衣服等傳播者，時而由牛乳等飲食物而傳染者有之，如此由數月而達一年乃至二年生存之病源體，散在性發現，或成流行發現。

病源侵入門 (Einkittporte) 如在扁桃體者，故初起口峽炎，次乃及於全身而惹起一般傳染，然猩紅熱病毒有非由扁桃體而由外皮之創傷侵入者，所謂外科的或創傷性猩紅熱 (Chirurgischer od. traumatischer Scharlach) 是也，有由手術創面尤以由氣管切開部或水痘之破壞面而發者為多。猩紅熱雖多為散在性發生，然亦有經過數年而流行者，數年乃至十數年之間為良性，而一旦變為惡性者有之，且屢屢發於秋冷之期，多數均有先天性免疫，前已敘述，一度罹患則有後天性免疫；然亦有例外者，見其再發者屢屢較麻疹為多，且有二回或四回之罹病例。

症候 潛伏期 (Inkubationszeit) 平均為三乃至五日，外傷性猩紅熱之潛伏期不足二十四時間者有之。猩紅熱之病的症候實有多樣，定其定型的者，實為困難，故先記普通者，次乃述敘其異型。

前驅症 通常殆無前驅症狀，不過間有不快感而已，大多經過一定之潛伏期，初由突然發現嘔吐、高熱、全身倦怠，往往於夜間或學校發病者有之，稍長成之小兒訴頭痛、咽痛，幼少者呈不安及無慾之狀態，有現全身痙攣、譫語等者，檢查體溫昇至三十九度或四十度，且年長之小兒此時伴有惡寒戰慄者不少，咽黏膜及扁桃體強度發赤及腫脹，此即猩紅熱性狹性咽峽炎 (Scharlachangina) 是也，尚有扁桃體此時已見黃色斑點狀之假膜者，有領

下淋巴腺間或鼠蹊腺少微腫脹而壓痛舌有白苔近於其周緣之乳頭腫脹

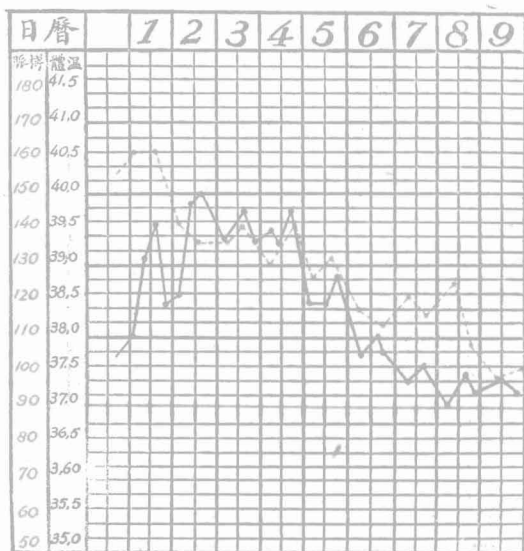
發疹 由發病後經十二乃至二十四時間，與體溫再上昇時同時現發疹，最初現於頸部或胸部，背部，始於四肢則爲例外，時而初發於受壓迫之部分，例如臀部或肩胛部，尙有皮膚互相接觸之上肢及上腿內面者有之；次由頸部、胸部擴充於軀幹，而達大腿、手足，蔓延於全身約須二日，顏面無有發疹者，僅於頰部呈充血，尤以口圍、頰部呈蒼白色，而互相對照更爲著明，此於鑑別上極關重要也。雖初起時發疹各個爲一公釐 (mm.) 極細小之圓形鮮紅色小斑，被存於各小斑間之健全皮膚所區劃，而得明視之；但一二日後則密生互相融和，而平等呈深紅色，然觀察時如加以指壓使其褪色之後，去壓迫再現紅色時，可認出初現鮮紅之小斑，漸次則成平等，小斑漸漸稍肥厚，尤以手背及足背強甚，時而形成水泡而藏白濁之內容者有之，是曰粟粒猩紅熱 (*Scarlatina miliaris*) 有於發疹中起小出血者，又屢屢有痒感強甚者，尙有以指甲搔擦皮疹存在之處時，而現白線 (*Raie blanche*) 者，三至五日發疹達於頂點，以後漸漸照發生之順序消褪，於七日或第二週之初則完全消去，次則皮膚開始落屑。

落屑期 (*Abschuppungstadium*) 通常雖於第二週始現皮膚落屑，然時而更較遲緩者有之，於發疹強度時，其落屑起始亦早，初由頸部、胸部等，於顏面之落屑極細，其他部分爲島嶼狀剝離，尤以皮膚強固之部分爲大膜剝脫，於手足維持其全形而剝離者不少，最後爲手足部之落屑，由開始至完結屢屢須六乃至七週。且爪之發育受障礙，較其他之急性傳染病尤爲著明。

於皮疹繁盛時，咽、口腔黏膜同時亦呈顯著之症狀，扁桃體、軟顎、咽壁之發赤及腫脹強烈，至第二日則起嘔下

障礙，稍年長之小兒訴咽痛，腫脹之扁桃體上見有黃色之斑點，有頷下腺腫大或壓痛，舌於第一日雖被有強甚之白苔，但以後即清潔，三或四日後有鮮紅之表面，見有強甚腫起之乳嘴，稱曰覆盆子舌 (Himbeerzunge) 或猩紅熱舌 (Scharlachzunge) 是也。

第五十八圖



猩紅熱之正規熱型

熱候 最初三乃至五日之間達三十九度、四十度之高，偶爾昇騰四十一度，又屢屢有到發疹完全現出之終乃漸次上昇者，熱勢概隨狹性咽峽炎及發疹之強度而定，其下熱為階梯的分利，於第一週之終或第二週之始恢復常溫，如發生併發症時，則更現發熱，又有併發症不能證明其他之原因而繼續發熱二週以上者。

全身症狀大多著明而有無慾狀態、不安、不眠、食慾不振、倦怠等，又有於發病後現嘔吐者，呼吸器系受障礙者多，幼少者四十度之體溫，而有百六十或百八十之脈搏者不少，且於無熱時亦屢屢頻數也。

胞亦增多，頷下淋巴腺著明腫脹，而頭部運動感覺疼痛，又伴腋下腺之腫脹者有之，肝臟、脾臟亦腫大。尿於有熱時雖有排泄量少、溷濁、蛋白圓柱、赤血球，然與下熱同時即恢復尋常，且屢屢呈赤色，蓋由於 *Urobilin* 之含量過多故也。

此等症狀與熱之降下共同赴良好，二週之中或二週之終，則入恢復期，然此時尚須暫時靜臥。又迄皮膚落屑完全之終均應隔離。

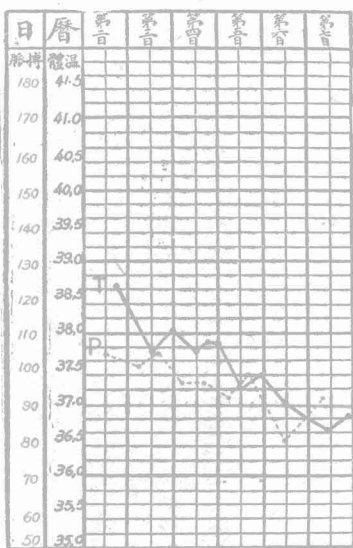
如上述之經過者可視為正常者也；反之，亦有取特異之經過者，就中最輕症 (*Leichste Form*) 者，其狹性咽峽炎、發熱、及全身症狀屢屢不明，而僅有皮疹之存在而已者有之，然此皮疹不惹人注意，有因至皮膚之落屑或起腎臟炎時，乃得推知為猩紅熱，此種非於流行時，則診斷頗為困難。

不全型 (*Rudimentäre Form*) 發疹或消褪頗早，或毫不發現，而其他症候則顯著存在，間有於發病後三日乃至五日始有發疹之出現者。

無疹性猩紅熱 (*Scarlatina sine exanthemate*) 年長之小兒或大人有發現此種特異之經過者，如未注意則視為口內炎或狄扶的里者有之。

重症 (*Schwere toxische Form*) 小兒突然發現高熱，有嘔吐、痙攣、譫語、呼吸深、脈搏頻數而微弱，口唇有青藍症、高熱、四肢之尖端冷卻、狹性咽峽炎強甚，皮膚雖見有大之青色斑，然仍可見猩紅熱發疹，發病第一日第二

第五十九圖



無疹性猩紅熱之熱型

日或第三日即取死亡之轉歸，若維持至第五日時，有現強烈之狹性咽峽炎，頸部淋巴腺腫大，及著明之發疹者，發此種電擊性者一般稀有，家族數人之輕症罹患中，僅偶有一人取如斯之經過而已。有謂尤以滲出質者，更易取此種傾向云。於初期認為極重症，五六日後著明良好而安然經過者有之。

併發症 雖因流行之特性而有各種併發症，但其最多者厥為由鏈狀球菌之續發的傳染為原

因。

屢屢所見之併發症為咽黏膜及扁桃體之壞疽性炎症 (Angina necrotica)，猩紅熱性狄扶的里狀症

(Scharlachdiphtheroid) 沿扁桃體表面之一部分或全部有白色之假膜，尙有及於軟顎，咽後壁者，此種多於第

二週之初陷於壞疽，形成深潰瘍，頸腺腫脹，迴轉頭部即訴疼痛，壞疽性炎尤多蔓延至鼻腔，而成鼻呼吸困難，有多量之漿液性膿性之分泌物，口腔黏膜發赤，時而發生假膜，但通常不起深組織之缺損，雖五乃至八日消去，然於惡性時，壞疽深不僅在扁桃體之組織，且及於其周圍，屢屢化膿，且起蜂窩織炎，咽黏膜壞疽擴大時，直接或惹起敗血

病而取死亡之轉歸者有之。

中耳炎 (Otitis media) 爲屢屢所見之併發病，常於第一週之中或第一週之末或更遲發現化膿性中耳炎，由鼻腔咽之化膿性炎而續發者最多，壓迫耳殼及乳嘴部則現疼痛，鼓膜溷濁而呈充血，且有膨隆者，猩紅熱耳疾爲特有者，容易起聽骨及顛骨之壞疽，有由是而起重聽或成耳聾者，雖多數之經過良好，然屢屢惹起乳嘴突起或敗血症。

咽黏膜壞疽炎及中耳炎常伴發熱，故已漸次下降之熱型更現異常之昇騰。

呼吸器官之併發症罕有，因鼻腔炎症而呼吸促進，喉之炎症或縱隔膜蜂窩織炎之結果，而呈狹窄症狀，嘶啞等者有之。其他又有起化膿性枝氣管炎、卡他性肺炎、化膿性肋膜炎、及心包炎者。

猩紅熱性儂麻質斯 (Scharlachrheumatismus) 於第一週之終或第二週，各種之關節發現疼痛，間有續發心臟內膜炎者，其好發關節如手足、指關節、膝關節是也，通常伴有輕度之發熱，局部之變化少，腫脹發赤亦不著明，唯主訴疼痛而已。

心臟現異常之脈搏頻數，已如前述，屢屢至無熱數週間仍繼續發現，同時呈心臟衰弱之徵者有之。尚有於第一週之終成心音不純，其境界向左方擴張，且於心尖及肺動脈有能聽得收縮期雜音者，此等爲起心肌炎之結果也，雖通常恢復正常，然時而有由內膜炎而永久惹起瓣膜異常者。

消化器官之障礙，重篤時食慾完全缺損，發生敗血症之際，起激烈之腹瀉者有之。

神經系統被侵犯者概少，除重症時因尿毒症而發現嗜眠、譫語之外，於恢復後期有呈一時性噪狂憂鬱狀態。

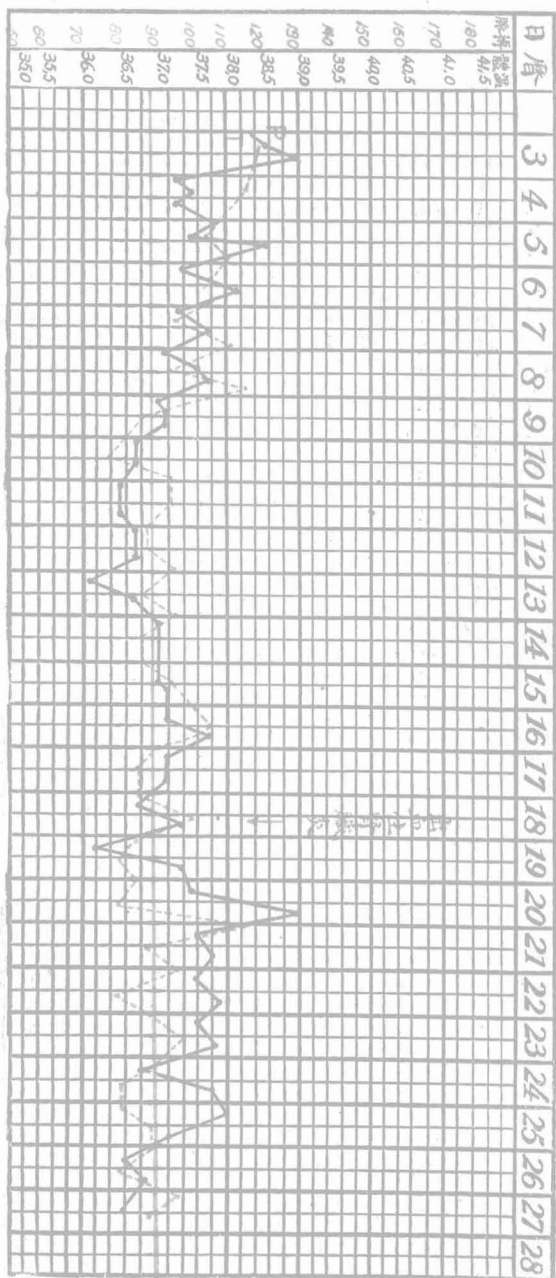
者，而併發腦膜炎者則屬罕有。

通常於二週之初，應分利之熱候達三週者有之，更有由二週之終發熱表現不正之昇降，達到六週，而不得闡明其原因者，是等稱曰猩紅熱性傷寒樣症 (Scharlachtyphoid)。

猩紅熱腎臟炎 (Scharlachnephritis) 爲最頻發而最重要之後發症，通常雖發現於本病之第三週，然最早者有發現於十二日者，時而發現於四週乃至六週者亦有之，其發現時多數更新伴有發熱、頭痛、嘔氣、食機不振等，又因其發現緩徐，患兒由其兩親發現浮腫，而乃注意，或因排出血尿，或由尿檢查始得診斷之。

一般症狀雖障礙輕度，然屢屢有倦怠、頭痛、嘔吐、食慾不振等，又呈不正之熱型，顏面蒼白而浮腫，尿量著明減少，又現血尿，其排泄量少者，則爲惡性而預後不良，蛋白含量多（屢屢約十%），鏡檢上有多數之赤血球、白血球、圓壙、上皮細胞等，然是等對於預後之標準無甚價值，猩紅熱腎臟炎於病理解剖上爲絲球體腎臟炎 (Glomerulonephritis)，水分之排泄受著明之障礙。重症者上述之一般症狀更爲劇烈，有強甚之浮腫，尿量之減少尤甚，一日二百乃至百立方公分，時而無尿，而至呈危險之尿毒症狀者有之。此時小兒不安，有強劇之頭痛、嘔吐、脈搏緩徐，發瘧、抽搐，有起黑內障者，又有由不安而陷於遲鈍昏睡者，起尿毒症者，多歸死亡；然間有發作去後乃排泄血尿，漸次排泄機能恢復，而得治癒者。

猩紅熱腎臟炎之經過通常經四週乃至六週而治癒，稀有經過數月者，更有成爲慢性，最後形成萎縮腎者。取死亡之轉歸者，除上述尿毒症之外，又基於起水腫及心臟擴張。猩紅熱併發腎臟炎者，其死亡率，因各流行而有差



異，少則爲二%，多則爲三十%。

與狄扶的里之合併 猩紅熱性狄扶的里與真正之狄扶的里不同，進入喉內亦無危險，且以後不起麻痺，由其假膜行細菌學的檢查，祇能證明鏈狀球菌；然有時兩病同時流行之際，見猩紅熱與真性之狄扶的里合併者有

之，此時如僅行咽視診，則鑑別頗困難，故疑惑時以早行血清注射爲宜；反之，初期之猩紅熱狹性咽峽炎消去之後，新生狄扶的里假膜時，則其診斷容易。

經過 不一，頗有多態，如有繼發症或併發症，則取種種之經過，後貽障礙之中最多者爲耳疾，其他間有貽留心臟瓣膜病、慢性腎臟炎等者。

診斷 欲於前驅期卽下診斷，實不可能；反之，至發疹期則頗容易而於此期之特徵如下：

一、狹性咽峽炎 有強度之發赤及腫脹，扁桃體上有見假膜者，與狄扶的里假膜之差異，卽後者之色稍白而有光澤，不易除去，確實之判斷，不得不俟細菌學上之檢索。

二、頸部淋巴腺之腫脹 普通較狹性咽峽炎著明腫大。

三、覆盆子舌 於發病第三日乃至第五日發現。

四、全經過 驟然發病而以嘔吐、高熱、脈搏頻數起始，一日之後發疹，熱漸次分利，於恢復期皮膚起膜狀之落屑爲其特徵。

五、發疹 外觀及分布已如上述，診斷上宜注意者，卽於口圍、頰部無發疹，蒼白與他部比較更爲著明，發疹分布，尤以於軀幹普遍作赤色，有各個發疹不易分別之際，可加以指壓，使其褪色，又再現時，而得觀察之也。

猩紅熱以外之疾病而見如猩紅熱之現發疹，或猩紅熱反發疹極爲輕度，或完全缺如者，亦非絕無。

與麻疹之鑑別：無前驅之卡他症狀，不見科卜里克 (Koplik) 氏斑，口之周圍及頰部之呈蒼白色等，眼瞼結

因注射血清雖有起猩紅熱樣之發疹者；然多發現於注射部之附近。其他於魯布性肺炎、傷寒、流行性感冒、及急性消化不良之際，亦有發現類似之發疹者，又應用金雞納（Chinin）、碘仿（Iodoform）、水銀、阿託品（Atropin）之後，間有叫號、羞恥等之皮膚發赤，亦有誤診者。然則僅以發疹鑑別屢屢不可能，故宜注意其他之症狀，尤以咽及舌之變狀。創傷的猩紅熱亦有診斷困難者，血液之所見亦能幫助判定，即猩紅熱有多核白血球增多；反之，因血清之發疹則減少。又有見皮膚之落屑及出血性腎臟炎，乃得診定本病之存在者。

預後 當決定時務須注意，蓋有見如輕症而其經過不然者，有新發熱者，則為發現續發症或併發症之暗示，且各流行對於經過亦有大影響，本病之死亡率約在一%乃至五〇%之間，未起壞疽性狹性咽峽炎者預後佳良，淋巴性體質者則受不良之影響。

療法 對於預防法避免與猩紅熱患兒直接或間接接觸，隔離患兒，宜從早送入病院。癒後須待落屑完全終止而數回入浴之後，如有耳炎、淋巴腺炎等併發症時，宜待其治癒，乃可歸家。病室及患兒所使用之器物須充分消毒，玩具宜燒棄不用，疑診時亦須照真性之處置，確於學校傳染之際，以一時停課，乃為萬全之策。

無併發症之療法時，亦須就褥六週，如二三日無熱，即移入恢復期，輕症者三乃至四週間臥床足矣，於三週間須安靜，須時時檢查發現腎臟炎否，病室須光線充足，空氣流通為佳，但不宜乾燥，而須稍帶濕潤。食物選無刺戟性者，尤以初期以牛乳為最佳，對口渴可與以冷卻之茶浸、稀鹽酸檸檬劑或果實汁，至三週則可食粥及淡白之野菜。

等，第四週可食麵包、雞卵等，第五週乃許食肉類。

除注意食物之外，又須充分行口腔及皮膚之清潔，年長兒可使其規定時間含嗽（用清潔之水，3%硼酸水，或薄過氧化氫液），幼少者用綿布清拭之，鼻孔及口唇宜用硼酸凡士林塗布，其他頸部施布立斯里持氏（Briosemitz）膏法，或貼付冰囊，皮膚應每日洗拭，有痒感時尤以落屑期宜散布粉劑，或塗布羊毛脂或凡士林。

無併發症則不須使用特殊之藥劑，僅勿怠於食物上及衛生上之注意，即能治癒，對於發熱應避用解熱藥，蓋解熱藥對於心臟機能有惡影響也。高熱而訴頭痛時，頭部及心臟部置用冰囊，或每日行微溫浴（三十二度或三十三度）二回，若有嗜眠等者，則加用冷水灌注，起皮膚落屑時，即使其每日或隔日入浴。因鏈狀球菌與猩紅熱有重要之關係，故有稱揚鏈狀球菌血清之皮下注射，然對於由猩紅熱併發之鏈狀球菌傳染乃有效力。又有謂鏈狀球菌血清同時行菌苗（Vaccin）療治，能得良好結果者。更有以反覆注射薩爾佛散（Salvarsan）能使猩紅熱之經過良好之報告。

狹性咽喉炎強甚時，頸部用冰囊纏絡，使其嚥下冰片等外，行二——3%硼酸或一——2%過氧化氫之噴霧，扁桃體注射或除去假膜等，寧以不施行為宜，有壞疽時該部可用○·5%昇汞水輕微塗拭之後，乃使其含嗽，不能含嗽之幼稚者，用類似此等消毒劑注意洗滌，或用5%磺基魚石油酸銨（Ammonium Sulfoichthyolium）或鈉洗滌，假膜證明有狄扶的里菌時，即應注射血清。口黏膜治癒困難生裂創或潰瘍時，用硝酸銀軟膏。

頸部淋巴腺之腫脹，初期貼付冰囊，次乃移用冷濕布，然見其不能避免化膿者，則施溫濕布，俟其波動著明時，乃切開排膿。對於中耳炎初用冰囊，或點一乃至二%石炭酸或麝香草酚甘油 (Thymol-glycerin) 見鼓膜膨隆且搏動時，則行穿孔術，排出膿汁，乳嘴突起部有疼痛時，則切開此處而取去病的骨部，須預防勿使炎症侵及周圍，尤當預防進入靜脈竇。

對於猩紅熱傳染質斯，則使靜置或施關節綿紗纏絡，內服水楊酸鈉 (Nat. Salicyl.) 阿司匹靈 (Aspirin) 及安替比林 (Antipyrin.)

發生腎臟炎者，除絕對安靜之外，食物與以牛乳，飲用茶、可、咖啡等，次乃與以白麵包、粥湯、菓物、蜂蜜、野菜等，現尿量減少，而訴頭痛，有尿毒症之恐時，則行溫浴，繼用溫水纏絡，使其飲用多量熱茶，如現昏睡或發作則行靜脈瀉血，繼則施用食鹽水注入，有心臟衰弱之徵，與以毛地黄 (Digitalis) 狄茄林 (Digalen) 咖啡鹼 (Caffin) 及酒類，毒毛旋花 (Strophantin) 副腎素 (Adrenalin) 因大多同時有心肌炎，故不宜使用，有謂腎臟炎之預防，使用海而密安 (Helmitol) 六次甲基四胺 (Urotropin) 有效者，然尙未確實。

猩紅熱、水痘、及麻疹之併合例

於延壽堂集談會講演 (臨床醫學第六年第五號)

醫學博士 三輪信太郎述

關於一個人同時發現諸種傳染病，於赫羅荷 (Henoch) 氏講本傳染病章始揭有之，茲略爲列舉其若干例證如下：

- 一、水痘與猩紅熱。
- 二、猩紅熱與麻疹。
- 三、麻疹與傷寒。
- 四、百日咳、麻疹、及猩紅熱。
- 五、百日咳、狄扶的里、麻疹及傷寒。
- 六、猩紅熱、水痘及麻疹。

上述兩病同時發現者，雖往往有實驗，然關於三病以上併發者，余殆無實例，關於第四種有一回之追憶，茲將第六之實驗，論其診定，因頗有興味，故特述之如左：

先揭錄赫羅荷 (Henoch) 氏之類例：

E. W. (年齡八歲)

十一月八日因患猩紅熱收容入院，兼有鼻卡他及頸部淋巴腺炎，有發熱，十六日因熱之增長（夕間四十度二分）而發生水痘，十八日聲音嘶啞，而呈卡他症，體溫晚間達四十度三分，二十一日正午體溫爲四十二度二分，晚間爲四十度四分，十日發現麻疹，遂致死亡。茲乃述余之實例：

大正七年二月二十五日午前，某商人之妻抱其愛子，至余診察室門診，見患兒狀態不安，顏面紅如燃火，而發汗淋漓，有高熱之感，即解衣診察，先射入余之眼簾爲水疱疹，其內容有透明者及溷濁者兩種，散在於全身，因爲天然痘流行之時期，故極爲注視，無水疱之疑，唯非常之皮膚潮紅及高熱灼，爲應加考慮之點，已知有猩紅熱之併合，即口腔黏膜一般發赤，全身之外表有廣汎性潮紅，尤以上腿內面、軀幹、頸部及顏面更爲顯著，於是想到母氏之態度，而安慰之曰：「請勿憂，本病爲水痘而非天然痘，但因有猩紅熱之合併，須入院治療。」云云。母氏之心乃稍安，應余所問診而答曰：「昨晚入浴，以後體溫卽昇騰三十八度，今晨達四十度，且於夜間現出一種發疹，據現症之視診而得知之，其他於胸部、腹部等無其他之異狀。」

由二月二十五日至四月六日住院治療，乃全癒出院。

病歷以限於主要之部分，溫度表亦屬於必要之部分，其他則省略之。

病歷之梗概 岩○榮○ 三歲零九個月之男兒

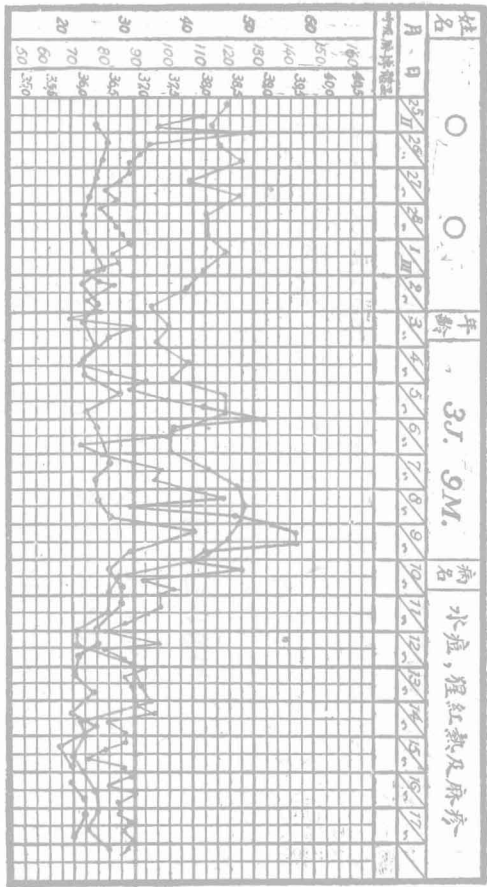
二月二十六日、皮膚有紅色消褪之傾向。

二月二十七日、見有覆盆子舌。

三月五日、兩側扁桃體腫大而發赤，且於右側扁桃體上見有白色之斑點。

三月六日、始起皮膚剝脫。

三月八日、由昨日有咳嗽，發現科卜里克 (Koplik) 氏斑。



三月九日, 見全身有麻疹之發現, 口腔黏膜亦有發疹。

三月十八日, 色素斑之沈著判明。

三月十九日, 生糠皮樣及切片樣之皮膚剝脫, 且右足之拇指見膜樣之剝脫。以後經過佳良, 終則完

全治愈。

附加之溫度表，由收容之日至三月十七日，欲以表示麻疹之特異熱型也。

麻疹由傳染迄疹之發現，概須十四日，猩紅熱之潛伏期，平均為三至五日，水痘之潛伏期通常為十四日，則本患兒為入院前約二週之先感染水痘，次於入院之先四五日乃感染猩紅熱，最後於入院之前日始傳染麻疹者，即三病毒同時殆作成混合傳染。

(譯者註) 自姆克 (Much) 氏證明諸種類脂肪體 (Lipoid) 有普遍免疫作用，用多種非病原性細菌，依特殊技術，浸出一種液體，內含蛋白質，類脂肪質之握姆納丁 (Omnadin) 治癒一般熱性傳染疾患以來，成績極為良佳，頗為全世醫家所賞用，我國新亞藥廠依此原理，經多年之研究，現已成功一種與握姆納丁相同之製劑『百乃定』(Panadin)，其效用完全與之相同，本品含有之成分：(一) 由非病原性分裂菌體中之反應性蛋白質，(二) 膽汁中之類脂肪體，(三) 動植物性脂肪體。此等成分在免疫現象上，均為有力之能動性抗原物質，相互協力作用之結果，能使血液中之白血球增加，而使噬菌現象旺盛，並迅速產生抗體，以增高血液中之自動及他動的免疫能與酵素價，對於生體組織之細胞，有增進其機能亢奮與再生作用，故本品對於非特定的熱性亞熱性以至敗血性及化膿性疾患等，不僅能使其經過縮短，且屢屢得頓挫病勢而使發熱降低，症狀輕快，促進治癒，茲將本品對於小兒科之適應症列舉如下：猩紅熱、流行性感胃、小兒各種肺炎、肋膜炎、枝氣管炎、敗血症、丹毒、傷寒、多發性癩瘡、蜂窩織炎、中耳炎、扁桃體炎、盲腸炎、急性腸炎及其他原不明之熱性疾患等。

第11 麻疹 (Masern, Morbilli)

本病亦爲一種發疹性熱性傳染病，與猩紅熱及痘瘡於十八世紀已得區別，其特殊徵候，即於斑狀發疹之前有口腔、眼瞼、及呼吸器黏膜之卡他症狀及熱型是也。

原因 病原菌雖古來已經幾多之研究，但至今猶未明瞭，然推測其本態，爲頗揮散性者，其生活力弱而且短，吾人使用今日細菌檢查之培養基上，由患者之血液，亦不能使病原體發育。

黑克頓 (Hectoën) 氏近時由麻疹患者之靜脈採取血液，而與腹水液混合，一時間置入孵卵器，然後檢查之，雖無何等菌體之發生，然以之注射於從未罹患麻疹之健康體，見有典型的麻疹現出云。

麻疹毒除血中之外，亦存在於淚液、鼻、喉及枝氣管之分泌物中，關於皮膚落屑中之存在與否，華卜萊爾 (Hübner) 氏等謂存在，邁爾 (Mayer) 氏則云不然。

傳染 (Uebertragung) 由患者之直接接觸，或由空氣而傳播之，間接由中介者或器物而移於他人者，頗爲稀有，常有咳嗽、噴嚏使其病原體散布於患者之周圍。

傳染能力於前驅期即已存在，即由發疹三乃至五日以前，則可傳播於其他之健康體，且此時期之傳染能力最強，由此繼續限於症狀之存在時期，至落屑期，則非常減退。

對於麻疹之傳染素質 (Disposition) 無論何人同樣強大，不問男女、階級、年齡均無差別，然通常多發於小兒期，故殆有小兒病之觀，其感受性強，大多於幼年期已遭遇其傳染，因而得免疫性也。最多感染於一歲乃至五歲

有爲其他之傳染病性或中毒性紅斑等之誤認者也。

麻疹屢屢成爲流行，雖傳播頗爲迅速，而蔓延猛烈，然其消去亦急速，時而有起大流行 (Pandemie) 者，於大都市常散在性存在，且四季中常發於冷寒之時期，多於春冬兩季，蓋此時期，多發生呼吸器系疾患，故對於麻疹之傳染，爲良好之機會也；然於夏季，孤在性發現者亦復不少。

症候 麻疹之全經過，從其症候可區別爲潛伏期、前驅期、發疹期、及恢復期四期。

潛伏期 (Stadium der Inkubation) 通常爲十日乃至十一日，有時爲九日，間有七日者，然潛伏期短時，則前驅期長，故由傳染至發疹之發現，概須十四日，此時期雖大多不呈症候而經過，然偶亦有輕度之障礙，遊戲心減，感覺疲勞，食慾不振，呈輕度卡他狀態，晚間體溫上昇，尤以近於前驅期時，此等症狀稍著明，其他由早期發現高熱及卡他症狀者，極爲稀有。

前驅期、卡他期、黏膜發疹期 (Prodromalstadium, Katarrhalische Stadium, Stadium des Erythems) 此期通常持續三日，時而有達五日者，一般以著明之卡他及熱候起始，然屢屢不顯著者有之，眼瞼結合膜強度發赤，腫脹，有多量黏液膿性之分泌物，其邊緣附著結痂，分泌日漸增多，以致起流淚羞明。鼻黏膜一樣腫脹，分泌增加，有噴嚏，間現衄血，同時或少遲起乾性咳嗽，而使小兒苦痛者不少，更有現嘶啞及發犬吠樣咳嗽，時而呈假性格魯布之狀者亦有之。

體溫於此期之第一日昇至三十八度五分乃至三十九度五分，以弛張而經過，隨發疹之出現更示高度昇騰，自覺的有頭重、食慾不振、嘔吐、腹瀉等，咳嗽劇甚，往往有妨礙睡眠者，於此時期除口腔黏膜、咽及扁桃體之卡他外，對於診斷上緊要者為科卜里克氏斑（Koplik'sch Flecke）（Spritzflecke）一八九三年由科卜里克氏報告：此斑僅為麻疹所特發者，所謂科卜里克氏斑者，即於皮膚發疹之前一日、二日、或三日，於口頰黏膜尤以對下列白齒之部分生固有之小斑也，呈約帽針頭大之鮮紅色，其中央有真珠樣白色之圓點，此由脂肪化之上皮及頰敗物而成者也，觸知較平面稍微隆起，除頰黏膜之外，下唇之內面亦發現，其數不一，有僅現二三個者，有不僅形小而難見出，且缺紅暈者，間有科卜里克氏斑發於發疹前四五日者，此小斑決不見於其他之疾病，對於診斷上雖甚有價值，然非於光線充足之處而細心注意，大多不能發見，於哺乳兒及惡病質者有不明者，此斑概與皮疹同時不留痕跡而消失。

於皮疹之前一二日而遲於科卜里克氏斑時，現固有之黏膜疹，於潮紅之軟硬顎黏膜上，發生小星狀之紅色斑，但此斑不似科卜里克氏斑，對於麻疹非有特殊之關係也。

發疹期（Stadium des Exanthems）（der Florion） 比起始均稍輕減之各種症候，更為增惡，體溫速急昇騰，眼瞼結合膜之發赤強甚，又有羞明，鼻卡他咳嗽劇烈，全身症候亦甚。

麻疹斑初現小之紅色斑，由耳殼之前後、顏面、頸部、或有髮之頸部，迅速擴布於軀幹、上肢、大腿、前肢，約二日即延及全身，就各個斑而論，最初其形甚小，由帽針頭大而達豌豆大，又由扁平而變為稍隆起（亦有初起即為隆起

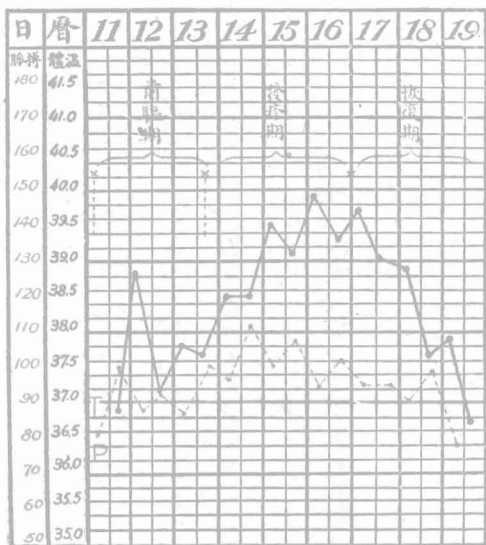
尖形成小疱者有之，皮疹之發生過多，則互相融合而成種種不整之形狀，但決不成廣汎性於各不整形斑之間，尚有正規色之健康皮膚存在，神經質之小兒訴有痒感。達發疹之全盛時，則一二日之後，始漸次褪色，從發生之順序平均二日，即由發疹起始經三日乃至四日而再消失，遺留色素之痕跡為褐色斑，更經十日乃至二十日發疹消失，則至落屑期。

落屑期 (Stadium des quarnationis) 其皮膚落屑之狀況與猩紅熱相異，而為糠秕狀之小鱗屑，於顏面最強，其他之部位通常甚弱，於一週內漸次剝落。

無併發症時其熱度常為典型的，與發疹出現同時上昇之體溫，次日達於極點，於第三日發疹完全發現時，保持稍同之程度，以後為分利性下降至常溫，其最高度雖一般輕症者仍示三十九度乃至四十度，屢屢有達四十度乃至四十一度者，熱候由發疹起而達四日以上者，即可疑為有何等之併發症，時而有渙散性下降或熱型不規則者，此時亦有見二回之昇騰者，即第一回於前驅期，第二回於發疹起始時是也，當高熱時有起譫妄者，其他食慾完全減退，一般症狀劇甚而被障礙，於發疹期中眼瞼結合膜及鼻黏膜之炎症愈增，分泌多量，而時有見衄血者。

屢屢起中耳炎，此因炎症由歐氏管蔓延而來，卡他性耳炎為通常見者，屢屢不呈症徵，然起化膿性耳炎者，亦復不少。舌乾燥而被有厚白苔，口唇亦乾燥形成裂創，開口感覺疼痛，而飲食之攝取困難者有之。難堪之乾性咳嗽至發疹期往往即變輕快。肺臟叩診及聽診雖均無異常，然屢屢於濕性之中能聽得小水泡音。脈搏隨熱之高低而

第 六 十 二 圖



無併發症麻疹之熱型

色素斑點，及輕度之皮膚蒼白等而已。

異型及併發症 麻疹雖多數如上述之經過，然有見異常之病型者。

其全經過有頗輕症者，前驅症狀殆不惹人注意，因發疹現出兩親始得知之，此種之熱候極低，一般症狀亦不劇甚，尤以哺乳兒屢屢經過非常輕微，卡他症狀，發熱均不充分，發疹亦弱，且科卜里克氏斑大多缺如。

反之，重症時，不外現劇烈之重篤中毒症候，即中樞神經系統受障礙，於前驅期或發疹期之初即現高熱暴騰，

有緩急。腎臟於輕症者不受障礙，高熱之際有含一時蛋白者，雖偶有起腎臟炎者，然一般早期即可治癒，更有於發疹期尿常呈 *Diano* 反應。糞便尤以幼小者初現腹瀉便，當夏季或流行時有見腸管強甚障礙者，即大腸卡他而有黏液膿性便，雖施以治療，仍益漸衰耗而遂至死亡者有之。熱恢復常溫，同時其他各種症狀亦迅速輕快，一二日之後食慾漸佳，睡眠安寧，咳嗽減少，諸黏膜之卡他性炎症漸次消去，發疹後一週或遲至八日乃至十日而恢復，多僅於發疹部猶暫時遺留

且兼有意識溷濁，精神恍惚，遂陷於完全無慾狀態，脈搏細小而頻數，體溫達四十一度乃至四十二度之高，卡他症狀強烈，而發疹雖一般著明，然其初發者屢屢不呈固有之像，時而僅現不完全之發疹，而不生特有之發疹即終止者有之，無論何種之小兒，一般症狀均急激增惡，而現腦膜炎樣之症狀，兼發強烈之全身痙攣，一二日後即歸死亡。淋巴體質者之經過一般不良，又有其他之病患者，尤以有結核性疾病者，往往因肺臟之併發症，或結核增惡而致死亡。

發疹自己之異型 先述無疹性者，即單有熱候及卡他症狀者是也。此種常被疑義果為麻疹乎。比較常遭遇者，為發疹之輕度，只限於某部分發現，且一二日後即消失，此種雖屢屢見於有其他之疾患者，或惡病質者，然見於輕症者亦有之。有時於發疹之始，即併發肺炎，則發疹停止其蔓延，不更發達，皮疹之色，成為紫紅，皮膚變為蒼白，此乃不良之徵，俗曰內攻，而視為危險之症也。更有皮疹之發現異常順序，然豫後不良者亦多。

其他有發疹甚隆起而如蕁麻疹形成結節 (Morbilli papulosi) 或生水疱 (Morbilli vesiculosi) 者，或斑頗小且密生，而呈似猩紅熱 (Morbilli confluenti) 之外觀者有之。更有某部或全體現出血性之發疹 (Morbilli haemorrhagici) 者，然通常不僅限於惡性者，應與之區別者為敗血症時皮膚及黏膜下發現之出血小斑，間有繼續皮疹而皮膚起壞疽者有之。於黏膜之症狀，其強弱之程度亦有種種，輕度之眼瞼結合膜炎至重膿漏眼及眼瞼炎。又有劇烈之鼻卡他，鼻孔上唇起糜爛、潰瘍，扁桃體起卡他性或顆粒性扁桃體炎，其他口腔黏膜不僅有生阿布答性潰瘍者，且間發生水癌者有之。喉卡他於內疹期達於高度，而嘶啞強甚，更有假性格魯布 (Pseudok-

ripp)之發作及氣道狹窄之症狀，往往有誤爲狄扶的里格魯布者，此等喉之徵候雖常例與皮疹之發現同時著明輕快，然炎症強烈而致聲帶形成潰瘍者，則嘶啞貽留數週，或成無聲者有之。

麻疹合併最多者，爲枝氣管卡他及肺炎，尤以幼小之小兒被其侵者最多，且最危險，三歲或四歲以後者則稀有，於前驅期雖有發現者，然大都起於發疹期之第二三日，枝氣管炎易於惹起肺炎，小兒有呼吸促迫、不安、青藍症，凡熱度屢屢尙繼續上昇而示弛張，全身症狀強甚者，殆均爲枝氣管肺炎也。因發熱急激雖可疑爲格魯布性肺炎，然經過長久而不表示下熱或分利性，反較初起時徐徐進行者，可認爲數日內有肺炎發生也。枝氣管肺炎之合併，乃隨流行之性質及季節而異，兼枝氣管肺炎而起肋膜炎者不少，一毀爲纖維性或纖維膿性，而少有起多量之滲出物者。中耳之合併已如前述，屢屢起鼓膜穿孔而排膿，其性質一般良好，亦如猩紅熱之中耳炎，少有貽留障礙者。起乳嘴突起炎或靜脈竇血栓者亦屬罕有。

循環器系之障礙，亦較猩紅熱遙爲稀少。神經系統於高熱時現嗜眠、澹妄者不少；然少有起全身痙攣者，偶爾發生腦膜炎者有之。雖有見化膿性腦膜炎者，然不及於恢復期或經過後數月而現結核性腦膜炎之多，時而起腦實質炎者有之。

其他併發之傳染病，實際上須注意者，爲狄扶的里之參加，同時有狄扶的里流行之際，固勿待論，即非流行時合併者亦不少，麻疹患者有狄扶的里傳染時，則蔓延特別迅速，且最厭惡者爲好擴延於喉，倘再進行有達於枝氣管之傾向，極爲重要，故於短時日內即死亡者不少，診斷上此與內疹期之假性格魯布之鑑別屢屢困難，有發疹之

現出聲音嘶啞增劇格魯布症狀有盛大之傾向時認爲喉狄扶的里可也然通常稍遲起狄扶的里合併者爲多。其他麻疹有併發百日咳者，尤以幼少者而起重篤之呼吸器疾患，危險更甚也。

經過麻疹之體質，對於結核，有密接之關係，如潛伏期之結核者，則能使病勢發展，結核之小兒迅速趨向不良，或急速起粟粒結核而致死亡，或遺留種種慢性結核病灶，淋巴性體質者亦然，經過麻疹而呈腺病質，此種腺病質由於淋巴性體質而受納結核性故也。

診斷 大多容易，於前驅期除發熱之外，有眼瞼結合膜及上氣道黏膜強刺卡他症狀及科卜里克氏斑，至發疹現出，則依其性狀及蔓延之順序即得診定之，且於此發疹期尿現 *Diano* 反應；然迷於診斷者，亦非決無，尤以僅有發疹，而與類似者之區別，則不確實，又時而殆無前驅期之症狀，眼瞼結合膜卡他缺如，僅發輕微之咽卡他者有之。應與本病鑑別者如左：

一、**風疹** 與麻疹之區別，往往困難，尤以麻疹之稍輕度時爲然，一般風疹之發疹較麻疹者之斑形小而紅色之度弱，且科卜里克氏斑缺如，熱及卡他等普通均爲輕度。

二、**痘瘡之初期**（發疹後二十四時間以內）有見相似之發疹者；然不久則發水疱、膿疱，且痘瘡發疹出現之初，有體溫降下，而得鑑別之。

三、**猩紅熱** 麻疹須與猩紅熱鑑別之際不少，發疹成融合性時，則外觀相類似；然此時於四肢亦多見麻疹性之疹，更可一方面由卡他症狀，科卜里克氏斑，他方面由咽峽炎、覆盆子舌、口圍及頰部之蒼白等，以資鑑別。

四、流行性感冒 因有發麻疹樣之發疹者，且同時有卡他症狀，故有疑診之際；然其皮疹甚為揮散性而不規則，且無科卜里克氏斑。

五、傳染性紅斑 (Erythema infectiousum) 及梅毒性玫瑰疹，間亦有應考慮者，前者無卡他，其發疹尤多集於上肢之伸展側；後者有其他之梅毒症狀。

六、種痘之後 哺乳兒榮養障礙之際，或敗血症，有現麻疹樣之疹者。又血清注射之後，安替匹林 (Antipy-rin)、金雞納 (Chinin)、水楊酸鈉 (Nat. Salicyl) 等藥劑服用後，亦有發類似之皮疹者，但觀察皮疹以外之其他症狀，即可判明之。

豫後 要之，麻疹為良性之疾患，尤以在三歲以上者豫後率更為佳良，其危險概由於併發症之故，幼小者、羸弱者、及佝僂病者，屢屢由於併發肺炎而斃命，如併發狄扶的里，則無論年齡如何均為危險。其他於恢復期結核症之潛伏者，則使病勢復發或增惡，尚有發疹不全者或呈紫紅色者，亦不良之徵也。

豫防法 三四歲以下之小兒須設法預防為宜，有同胞患麻疹時，應從早於前驅期之初即行隔離，可免傳染；然於發疹後乃行隔離，則時期已遲，原來對於麻疹之傳染素質為一般的，四歲以上之強健者無特別避免之必要，虛弱者尤以結核性之小兒危險甚大，則須注意其接觸，又流行之不良性時，亦宜盡力忌避為要。

療法 對於輕症者，施期待的療法足矣，即有麻疹之疑，即命其就褥，病室須空氣流通為佳，且宜溫暖（攝氏十八度——十九度），燦輝之光線對於羞明感不愉快，故宜避免直接之光線，但無須暗黑之必要。食物在有熱往

不使用，發疹之初身體須被覆，與以多量之溫茶，可使發疹之出現受到好影響，如其出現遲滯者，宜使之溫浴，以促其發疹。

眼瞼結合膜炎強甚時，以微溫之二%硼酸水洗滌，或〇·五%之醋酸鋁水溫布繃帶，膿分泌多者，應注意拭去，有膿結痂者，宜以扁桃油去之，起 *Phlycten* 則用一%之降汞軟膏或甘汞，鼻腔須時時清拭而去其分泌物，黏膜卡他強者，用羊毛脂、硼酸凡士林（二——三%）或一%降汞軟膏塗擦，或浸一%古柯鹼溶液（*Solutio Cocain*）之小棉塊，一日插入二三回，以便鼻腔之通氣，年長者用硼酸水使之隨時含嗽，幼小者使其飲用溫開水，口腔之炎症強甚者，噴霧二%二氧化氫，有潰瘍者，則一%二錳酸鉀溶液，二%硝酸銀液，咳嗽劇烈者宜用可待因（*Codain*）。

磷酸可待因（*Codain Phospholat*）〇·〇三：一〇〇·〇（一歲）

磷酸可待因（*Codain Phospholat*）〇·一：一〇〇·〇（五歲）

右一日三回，服用五乃至一〇公分。

嘶嘎強甚而有假性格魯布狹窄症狀，則強行吸入，頭部施用布立斯里持氏（*Briesnitz*）濕布繃帶，又貼付芥子或水蛭，有狄扶的里格魯布之疑者，則應注射狄扶的里血清之三乃至四千單位者。

輕度之枝氣管卡他無須施用特殊之治療，通例隨一般麻疹症狀之輕快而能治癒，然對於成毛細枝氣管炎

及起肺炎者，則須施以充分之治療，即病室之空氣務須充分而濕溫，使之反復吸入，胸部行布立斯里持氏 (Briessnitz) 霍法，每二時間交換一次，藥劑除用如吐根浸、美遠志 (Senega) 浸祛痰劑之外，時而須用羯布羅、咖啡鹼等強心藥。

下熱之後，尚須臥床八日間為宜，起床須隨年齡而定，並須顧慮其他之狀態，一乃至四週之後乃可使之外出，恢復遲延或長久貽卡他者，行轉地療法而得迅速恢復健體者有之，尤以有結核之疑者，更不可不講求早期施用充分之治療法也。

第三 風疹 (Röteln, Rubella)

風疹為接觸性傳染病，而現類似麻疹之輕度發疹，經過極為良好之疾患也。

風疹雖有某學者謂為非一獨立之傳染病，而視為麻疹之輕微者；然至今確知其為特殊之發疹性傳染病，蓋一度罹患之後，則對於風疹有免疫性，但對於麻疹及猩紅熱猶有感受性也。

原因 病原體猶不明瞭，其傳染概由於與患兒之直接接觸，發生於學校、公園、遊戲場，多數小兒集合之處，稀有由器物及媒介者所傳染，其感受性比較麻疹為弱，多侵襲三歲乃至十二歲之小兒，偶亦有發於哺乳兒者，傳染力於發疹期最強，然於潛伏期之終，亦有傳染能力，但至發疹起褪，則同時消失。

症候 潛伏期通常為十七日乃至二十一日，間有僅十四日者。前驅期通常缺如，於發前疹半日或一日現不感快，輕度之眼瞼結合膜之卡他，體溫稍上昇者有之。

即頭部發疹消散之際，則現於軀幹，此部消失時，繼於下肢著明發現，又屢屢全身不發疹而多存在於部分者有之。於其一個處之發疹普通一日或二日間著明，三日或四日之後則消失，間有至第二週順次發現之例，亦有全身一時現出者，發疹各個爲小帽針頭大而稍隆起之桃紅色小斑，不久變成豌豆大，境界明劃，其形圓或卵圓，較麻疹之疹，其周緣不規則，一般稍小而紅色之度亦較淡，且無論各部皮疹之形狀大小略爲相同，各個皮疹之間留有廣大之健康皮膚，間亦有相融合者，唯於頰部之發疹屢屢互相融合而呈格子樣，發疹最著明之部位爲顏面、背部及四肢之伸展側，有時其紅色甚淡，而容易忽視，雖有貽留輕微之色素痕跡者，然不如麻疹之強度，往往有呈蕁麻疹樣之外觀者，間亦如猩紅熱所示之小斑者有之，雖通常無落屑，然時而有僅微塵埃樣之剝脫。

於黏膜之卡他症狀一般輕微，見眼瞼結合膜之潮紅、咽及扁桃體之充血、噴嚏、輕微之出血者有之，而科卜里克氏斑通常缺如；反之，每常見者，爲淋巴腺之腫脹，乳嘴突起附近、後頭部及頸部之淋巴腺，於發疹之前二日乃至四日已腫起，達豌豆大或胡桃大，而有壓痛，腋下腺、鼠蹊腺亦有腫脹者，經八日或十四日之後乃能消失。

熱候不一定，雖多數全經過中僅見輕微之體溫上昇，然於前驅期有三十八度、三十八度五分，於發疹第一日達三十九度或以上者有之。然亦有發疹猶存在即退熱，屢屢無熱經過，一般症狀亦輕微，而諸臟器少受障礙者，見一時性之腎臟炎者甚屬稀有。

診斷 雖於流行時診定容易，然平時屢屢困難，除發疹之外，須注意後頭部、乳嘴突起部之淋巴腺脹大及上

氣道之極輕微之症狀等。本症最易誤為輕症之麻疹；然麻疹常有前驅症，卡他症狀強烈，且發疹亦有差異，但麻疹發於虛弱者之際，則其區別困難，其他須檢查科卜里克氏斑之有無及尿之 *Diano* 反應存在與否（風疹無）。

於血清注射之後，或藥劑服用之後，種痘後，亦有見風疹樣之發疹者，但易鑑別。

療法 病性良好，無講療法之必要，但羸弱者及佝僂病者，則須注意，有熱而一般症狀稍重者，須命其臥床，使其攝取流動性食物。

第四 傳染性紅斑 (*Erythema infectiosum*)

本病至近時乃確認為發疹性傳染病，不受全身狀態之障礙，為發於顏面及四肢之伸展側而類似麻疹或多形滲出性紅斑 (*Erythema exudativum multiforme*) 之大斑狀或相集合之發疹也。

多係小流行，時而有散在性發現者，多侵二歲乃至十八歲者，好發於春季，其傳染徑路雖猶不明瞭，然似基於觸接傳染。

症候 為五日或七日乃至十四日，常無前驅症狀，然間有現不安、不快感、及輕度之咽痛者。

發疹即為發病之表示，現於顏面及四肢者著明，初於頰部皮膚發生大深紅色而稍隆起之散在發疹，迅速增大而融合，有時其中央部稍成扁平，少褪色，其界於健皮之處呈明劃之屈曲線，顏面中發生最著明者為頰部，次為前額，鼻口周圍部亦屢屢見之，其他於上肢之伸展側，由肩胛部至手指，又臀部、下肢亦有發現者，多為對照的發生，其融合者呈種種不規則之形狀，軀幹普通不被侵犯，時而有見不充分之發疹者。

皮疹以外之症狀極爲輕微，且全然缺如者不少，經過中有完全無熱或體溫稍微上昇，而呈三十八度三十九度者則屬稀有，一般症狀少，有現不安、睡眠不良、顏面緊張感或痒感、鼻卡他、咳嗽者，時而見有顆粒性咽喉炎者，屢屢頸部淋巴腺腫大，殆無其他併發症。

診斷 流行時由其固有之發疹及好發部位，即得診定。麻疹雖呈最似之像，但由卡他症狀、熱候及科卜里克氏斑而得區別之。風疹於其四肢之發疹像相異。多發滲出性紅斑由其持續期長及形態上呈變化，而得鑑別之。

療法 不須特殊之治療。

第五 丟克斯費那多氏病，第四病 (Dukes-Filatowsche Krankheit, Vierte Krankheit)

西歷一九〇〇年英國丟克斯 (Dukes) 氏記載類似輕症猩紅熱之一新的觸接性傳染病，命名曰第四病 (Fourth disease)，在一九〇〇年以前一八一六年費那多 (Filatow) 氏已報告爲一獨立之疾病，有猩紅熱性紅疹 (Rubeola scarlatinosa) 之存在，而此兩者一定爲完全同型之疾病矣。

症候 潛伏期爲九日乃至二十一日，前驅症大多缺如，偶有咽痛，又有見頭痛、食慾不振等者，發疹爲赤色之小點狀，較皮膚表面殆不隆起，互相密生，短時期間內則擴布於全身，雖顏面亦現發疹，然鼻梁及口唇周圍部概不發生，咽黏膜、扁桃體稍腫脹，而潮紅強甚，舌雖有苔，但不呈覆盆子樣，結合膜充血，頸部淋巴腺亦稍腫大，而發疹消失之後，則見皮膚落屑。

熱候低微，一般症狀輕微，脈搏於輕病時與平時無異，重症時亦不過隨其體溫而成頻數耳。

其經過頗爲溫和，殆無發現併發症續發症者，偶爾現一過性蛋白尿者有之，病兒經五日或一週即能離床，二週乃至三週之後則無須隔離。

第六 水痘 (Windpocken, Wasserpocken, Varicellen)

水痘爲發疹性傳染病，其發現薔薇疹樣之發疹，常形成水疱，然普通不至成爲強烈之膿疱而乾燥，且不貽留癍痕。

原因 完全不明，主發於十歲以下之小兒，生後三月以下者，雖極稀少，然偶見於初生兒者亦有之。其傳染多由於直接與病者之接觸，小兒羣居時傳染之機會愈大，其他少數亦有間接由中介者或器物爲媒介而傳播者，一回罹患本病後，則獲得免疫性，再度罹之者，頗屬稀有。

症候 潛伏期通常爲十四日，十三日以內者絕無，偶有爲十七日或十九日者。前驅症雖多完全缺如，然於發疹之前一二日，間有微熱、不安、睡眠不良，見高熱（三十九度乃至四十度）、嘔吐、頭痛等者，則爲例外。

發疹 通常現於顏面，有髮頭部，迅速蔓延於軀幹、四肢，又屢屢全身同時發現者有之，最初爲紅色之薔薇疹樣者，不久即成爲豌豆大，稍隆起爲丘疹性，數時間之後，見有細小之水疱，此水疱速達丘疹大，其邊緣雖有直接移行於健皮者，然亦有被紅暈圍繞者，水疱之內容殆如水樣透明，或初起時即稍溷濁，而其溷濁之度漸次增加，稍成膿性，一二日之後水疱始乾燥時，偶有於其中央生臍窩 (Delle) 者，由發疹發現後至三乃至六日，則作褐色之結

有發疹少數，於全身中僅散在四乃至十個者；反之，有發現數百，尤多發於顏面，而相融合者，神經質者屢屢於乾燥時訴有痒感。於黏膜見有發疹者亦多，口腔黏膜尤以軟腭最多，其他舌、咽、口頰黏膜形成水疱，水疱不久即破潰而成阿布答性之潰瘍，但不數日而治癒，發疹間有發於鼻腔、外聽道、及眼瞼結合膜者，生於角膜時，如起角膜炎，則屬危險，但幸而甚少，更於女子之陰門部，男兒之陰莖、龜頭等發生者有之。

熱候與發疹同時上昇，於前驅期已有輕熱者，更昇至三十九度或以上，如有新疹發生，則限定之熱持續，而經全週者有之，然亦有經過完全無熱，或僅於發疹現出之一日呈微熱者。

異型 屢屢有發疹之數極少，全身僅十乃至十五粒，一般症狀亦頗輕度者；反之，有多數之發疹，尤以於顏面及前額互相融合者，又有發疹著明而成丘疹性，內容化膿，被炎性紅暈圍繞，而頗與痘瘡相類似者，此種治癒後遺留癍痕，即輕度者亦屢屢於軀幹生癍痕，水疱之癍痕一般為圓形，因搔擦或不潔物之觸接，招化膿菌之傳染而化膿者有之，其他惡病質者或出血性素質者，見有出血性內容者，於惡病質者，由膿疱延及皮膚而生壞疽者有之。

發生併發者稀有，雖偶有腎臟炎，尤以出血性腎臟炎者，然其經過一般良好，短時日內即可治癒。

經過 大多數為輕症者，發疹雖有持續三日乃至七日間，但其間小兒已呈健貌。

診斷 容易，發疹少數時，有感冒難者，鑑別上最須注意者，厥為與痘瘡之區別，但痘瘡概有強甚之前驅症狀，發疹出現之初，一時下熱，又發疹急速蔓延於全身，且各處發現之程度相同，水痘係三日乃至七日之間逐次發現，

於此處形成水疱，而他部呈薔薇疹，然此等程度問題，重水痘與痘瘡之輕症者呈頗難區別之症狀。其他水痘有形成似天疱瘡之大水疱者，然檢查他處時，可見固有之水痘發疹。又梅毒亦有見水痘樣水疱者。

豫後 大多佳良，死亡者頗為稀有，唯衰弱之惡病質者屢屢危險，又同時患化膿性濕疹者，水痘內容有化膿之傾向。

療法 哺乳兒及羸弱者須講求豫防法，應嚴行隔離以免罹患，固有療法輕症時僅施以對症療法足矣，發熱之間與以易於消化之食物，痒感烈甚則塗擦1%水楊酸滑石散，0.5%薄荷酒精，或1%麝香草酚軟膏 (Thymol salbe)，口中含嗽1%硼酸水，或2%二氧化氫液，口腔黏膜生潰瘍而有疼痛者，塗布2%硝酸銀液，陰部之發疹須常清拭，使用粉末或泥膏。

第七 痘瘡 (Variola, Pocken, Blattern)

痘瘡為有劇烈接觸傳染力之發疹性熱病也，不知古來流行幾許回數，因而損失多數之生命矣。然自行牛痘接種法，尤以由法律上嚴勵施行以來，罹患本病者殆已絕跡，間有由他國輸入亦成流行者，唯忽於種痘之少數者，有受其傳染而已，此種現象，實為可喜。於牛痘接種法尚未勵行之國家，猶往往見其流行，故關於痘瘡一般之經過，略為敘述，特將小兒重要之種痘法附記於後：

原因 痘瘡病毒，猶未明瞭，於膿疱中所見之古阿爾里爾氏小體 (Guarnier'sche Körperchen) 雖大約可謂為其原因，然迄今尚未確定，其傳染除接觸之外，由空氣、器物、媒介者等亦可傳播，其毒素頗有耐久性，故有屢

屢附著於無生活物而運輸傳播於遠地者，一度經過痘瘡者與受種痘者相同雖均有後天的免疫然偶亦有再發者。

症候 潛伏期爲十日乃至十四日，經過並無症候。前驅期通例爲二日或三日間，突然發高熱（三十九度乃至四十度），而兼惡寒或戰慄，時而有痙攣、搖蕩，又見食機不振、嘔吐、腹瀉等，稍年長者訴劇烈之頭痛、腰痛，或發前驅期發疹（Prodromalexanthem）爲薔薇疹樣之發疹，上腿之內面（股）角（Schenkeldreieck）發生多數，而高昇之體溫日漸降下。

發疹期約繼續十四日間，初起時屢屢體溫上昇，發疹呈固有之發育變化，即最初現類圓形之小紅斑，速達豌豆大，其初發部爲顏面，殊以前額、頰部爲多，約於二十四時間內，則蔓延於全身，此時與麻疹之鑑別頗困難，然經過一日以後，則表面稍隆起而呈丘疹，於丘疹期僅一日而形成水泡，其內容爲水樣透明者約三日，漸次變爲溷濁，而移行爲膿疱，即至發病之第九日，見痘瘡膿疱（Pockenpustel）之完全，膿疱大如豌豆，周圍有紅暈，著明溷濁，而稍帶黃色，中央部陷凹（痘瘡臍窩或痘窩 Pockennabe）形成膿疱後經三日或四日則乾燥而生痂皮，痂皮剝脫約須二週，此爲痘瘡之全經過終了。其跡暫呈赤色斑，後乃消失，膿疱進入真皮中者，雖治癒後，則皮膚終生殘遺陷凹而成痘痕矣。

皮膚發疹之外，又見有口腔、鼻腔、結合膜、角膜、咽喉、中耳、陰道等黏膜發疹（或名內疹 Enanthem），因卡他烈劇而有眼內焮灼、羞明、流淚、或噴嚏、嚙下疼痛、嘶啞、咳嗽等。

體溫於前驅期之初，突然呈高熱，隨近發疹期徐徐降下者，再漸漸昇騰，至化膿期則達於頂點（化膿熱 *Suppurationsfeber*），以後渙散性降下，至落痂之際已無熱候。

異型症 假痘 (*Variolois*) 爲病症良性者；反之，取前述之典型的經過，稱曰真痘 (*Variola vera*)。假痘多見於已受種痘者（又間有一度羅痘瘡者），其發病狀況亦似真痘，但其發疹少，內容早變膿性，然往往不至著明形成膿疱，見於化膿期之發熱及重篤之全身症狀，完全缺如，而皮疹之乾固亦早，入於第二週，不留癍痕；反之，多數之膿疱密生而互相融合，呈重篤之全身症狀者有之，稱曰融合性痘瘡 (*Variola confuens*) 尤以顏面、頸部、股部著明。其他有出血性痘瘡 (*Variola haemorrhagica*)，不獨於發疹中出血，屢屢兼有其他之出血，就中最恐怖者，稱曰痘瘡性紫斑病，呈紫紅色而速即死亡也。尙有最輕者，屢屢僅現前驅期症即終止，或發疹祇現丘疹即終止，不致進而形成膿疱者有之，是曰頓挫型 (*Abortive Form*)。

併發症 枝氣管卡他、肺炎、口內炎、喉卡他、中耳炎、角膜炎、肋膜炎、心包炎等是，併發或後發症有起腦膜炎、脊髓性麻痺等。

診斷 多不困難，其發疹之初期雖與麻疹相類似；然經一二日則其外觀完全不同，即可區別之。與水痘之鑑別，已述於水痘條下，茲不贅述。

豫後 年齡幼少者，豫後不良；大多至末經過化膿期以前即死亡，已受種痘者一般輕微，其他因併發症如何亦有影響。



依牛痘接種所得確實之豫防力，能持續三年乃至五年間，可完全豫防，故不可不每三年或五年種痘一次，（關於種痘於後段記述。）其他之豫防法須將痘瘡患兒早行隔離，與患兒接近之家族至少須斷絕交通十四日。

對於痘瘡尙無特效藥，不外對症的處置而已，患者靜臥於廣闊而通空氣之室內，於有熱時期與以流動性之食物，即牛乳、粥湯、湯等，其他與以茶、咖啡、檸檬劑，常使其含嗽清潔口腔，用二錳酸鉀、氯化鉀、二氧化氫、硼酸等，對於膿疱有人稱用昇汞浴者，融合性痘瘡須處處切開其痂皮而泄膿汁，又有謂日光中赤色光線之持續的照射，對於發疹有好影響，發疹之局處療法用五——十%磺基魚石油酸銨軟膏，或三%之硝酸銀液塗布。

附種痘 (Vakzination, Kuhpockenimpfung)

種痘或牛痘接種之原理基於能動的免疫 (Aktive Immunisierung) 凡人類及有感受性之動物，對於傳

染性疾患，一度罹患之後則不致再受其侵犯，即獲得後天性免疫是也。因經過其輕症者，亦得同樣免疫，故使起人爲的輕度之痘瘡，即可豫防真正之痘瘡疾患矣。此實爲英國醫師貞納（Jenner）氏之功也（西歷一七九六年）。

考牛痘接種之沿革頗古，古代我國及印度之人民屢屢當猛惡流行之際，據經驗所得，依人爲之故意的傳染，較諸天然痘瘡之經過，往往輕度，由種種之方法，將痘瘡毒接種於健康者，是曰人痘接種法（Variolation），當時極爲廣行，在君士坦丁（Constantinople）一七一七年英國公使孟登（Monten）氏之夫人施於其小兒，遂傳至歐洲。然人痘接種法屢屢惹起重症，且有助成流行蔓延之危險，故亦難收充分之效果。自艾多瓦陀（Edwad）及貞納（Jenner）氏出所研究之結果，確定接種牛痘之內容物，對於人痘能獲得免疫，於是牛痘接種法（Vakzination）與貞納氏之名乃共垂不朽矣。

日本在延享元年（紀元前二四〇四年）德川將軍吉宗之際，我國李仁山於長崎行人痘法，寶歷二年公布種痘心法（醫宗全鑑之拔萃），稍得種痘之知識，其至文化而達文政時，人痘法漸漸盛行。而牛痘法在天保十年始傳入日本（紀元前二四九九年），荷蘭人利蘇爾（Lischur）氏饋贈之牛痘苗，接種後未見良好結果，嘉永元年（紀元前二五〇九年）孟里克（Monyok）氏數次在日本製造，成績漸次佳良，遂傳至各處，京都大阪東京等乃有種痘所之設立，漸次乃得普及日本全國。

種痘使用之牛痘漿有數種：

一、天然牛痘漿或原牛痘漿（Originäre Kuhlymphe）乃採取自然發生於牛乳房之牛痘者。

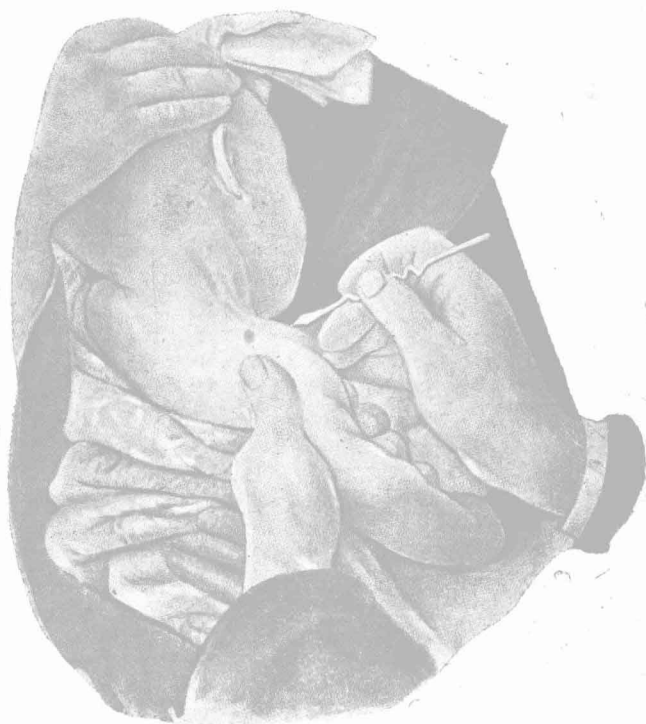
二、人化牛痘漿 (Humanisierte Kuhlymphe) 採取由牛痘之內容物接種於人體而生之膿疱者
三、遺種 (歸種) 牛痘漿 (Retrovakinationslymphe) 採取人化牛痘漿，再遺種於犢牛之腹皮上而生之膿疱。

四、動物性牛痘漿 (Animale Kuhlymphe) 天然牛痘漿接種於犢牛而得之牛痘之內容物也。

以上四種痘漿中，現今一般使用者爲第四之動物性牛痘漿，其他各種因有種種之缺點，現時殆無用之者，動物性牛痘漿爲乳白色之溷濁液，或密閉於玻璃管而保存之，或作成乾燥狀態密閉於玻璃板之間而貯藏之，陳舊至三月以上者，以不用爲良。小兒生後初次種痘之時期，應於生後五月乃至十二月之間行之，若於痘瘡流行之際，未種痘者固不待論，既種痘而經長時日者，亦宜迅速施行。種痘之部位以上腋外側爲最良，歐美之女子，因其衣服風俗之關係，避免上腋而行於大腿之外側，近時佛拉克斯·什羅斯曼 (Flackeschlossmann) 氏謂宜種於較胸部之乳房之下部。

種痘術式 (Impftechnik) 有刺種法 (Stichmethode) 及切種法 (Schnittmethode)，以前僅用刺種法，然近時則稱揚切種法，切種以單線狀或十字形爲宜，其施行不可不守嚴重之消毒，先使小兒入浴，接種部位先用醚之綿塊，充分洗拭然後用前述之痘苗由玻璃細管取出，而使之附着於該部，以殺菌之種痘刀 (Impfanzette) 輕作長約一公分之切創，切創須極淺，其創痕以現潮紅之細線而不致出血爲度，又以痘漿擦入亦可，接種部各個須保持約三公分之間隔，接種後十分間不可接觸衣服或手指，靜待其乾燥爲佳，數日間以綿布綳帶保護已足，無

圖 四 術 十 痘 六 種 第



(nach Pfaundler)

須特施以保護繃帶，由行種痘之日起至結痂之乾燥約二週間應禁止入浴，日本內務省令有施行規則（參照二八四頁）。

見種痘之正當經過，先為局部變化，接種後即現之創傷的反應輕度之潮紅不久即消失，不過僅留其痕跡，然此痕跡二日或三日之後，現赤色之邊緣，繼則起堤狀隆起，此種痘丘疹 (Impfpapel) 日

漸增大，五六日之後，丘疹之中央褪色，由周圍之皮膚發赤部著明隆起，此褪色部尚增大，同時又現帶黃色而作疱，刺破之則流出透明之淋巴液，至種痘之第九日或十日，則達於極點，周圍之赤暈之大小不定，時而互相融合而成

四週而剝落，以後貽留赤色之癍痕，癍痕漸次褪色，周圍之炎症亦然，種痘後十二日乃至十四日則完全消失。全身症狀初無變化，由五六日體溫上昇，而達三十九度者有之，於七日乃至十一日之際，現不機嫌而睡眠不良，食慾減退，又接種部訴疼痛，同側之腋下淋巴腺腫大，而生壓痛者有之。

種痘之檢查於接種後七日或八日行之，通常有呈白色著明之丘疹，於周圍尙有多少之炎症，將其成績之結果記入種痘證 (Impfschein) (參照二八八頁) 而給與種痘者保存。

再接種 (Revakzination) 之經過與第一種痘相異，受一度種痘者，對於次回之種痘，其反應起變化，初次種痘善感者一二月之後行再種，其反應頗早，而於次日即現細小之丘疹，然丘疹迅速再消失 (早期反應 Frühreaktion)；至一二年後乃行再種者，則其感受力增加，即有丘疹且伴有赤暈，然其反應亦不如第一回之著明，其形狀亦小，於第七日已達頂點，故癍痕亦不完全，在成人發赤強而前肱及淋巴腺之腫脹及壓痛甚者有之。

如上述之外，又有取異常經過或併發症之加入者，小兒之年齡幼少者，其反應之程度一般微弱，成人期及初受種痘者甚強，而作膿疱，生丹毒樣之赤暈，有高热，全身症狀著明，受障礙，貧血或惡液質之小兒，起反應遲，其他赤暈之中有見小帽針頭大之副痘疱 (Nebenpocken) 者，於夏季較冬季一般反應爲早，有在種痘疱稍治之際，即接種後八日乃至十二日，發種痘性發疹 (Vakzineexanthem) 者，多爲麻疹樣而發於顏面、軀幹及四肢之伸展側，或現猩紅熱樣紅斑、粟粒性、天疱疹樣，於種痘經過中有見一過性蛋白尿者，但概不爲害。

對於痘瘡有先天性免疫者實屬稀有，故若第一回種痘成不善感之際，則應於八日後再返後施行，然屢屢均見善感。

種痘伴有弊害之多數，當其施行之際，如能注意週到即可避免，化膿菌之傳染，由於搔擦膿疱等而起，種痘後即起之早發丹毒(Früherysipel)及成膿疱以後(約一週間前後)之晚發丹毒(Späterysipel)等，均爲創傷性傳染病，故行完全創傷治療，即可豫防之也。周圍之炎症強甚而一見如丹毒之觀者有之，間有猩紅熱由創傷侵入者，尚有膿疱之化膿強烈，次又現淋巴腺著明腫脹，而更加以惹起敗血症者亦非絕無，貧血甚者，惡病質者，及病者之種痘以延期爲良，屢屢因種痘有使滲出質者發現濕疹，結核性者腺病質著明增惡，又因梅毒性疾患，衰弱者及佝僂病者亦有危險，不可不一時避免種痘。最多感危險者，厥爲痘漿移著於諸方，而身體之他部形成膿疱是也。尤以已有濕疹之患兒，種痘後痘漿附著之際，成強烈之痘瘡發疹而蔓延(尤以顏面著明)，以致呈重篤之症狀，故於患濕疹及其他瘙癢性皮疹之小兒，種痘均宜同樣注意也。其他之危險，則爲受種痘以外之近親之人而未種痘者或種痘之時間已久者，時而偶然有未注意被新痘漿接種，偶有眼發生膿疱而被危害者，未經種痘者中而有濕疹者，亦多與前述有同樣之危險，故當種痘時，其家族中務須確定有無濕疹之未種痘者，如無此等關係而痘瘡獨自存在者，種痘則須充分保護，使其正常發育，不致障礙，終至結痂剝落均應注意。

種痘法(日本明治四十二年四月十三日法律第三十五號)

第一條 種痘須於左列之定期施行，但已經過痘瘡者，不在此限。

二、第二期 歲數在十歲，但不善感時，至翌年十二月之間，應再行種痘，於定期前二年以內善感之種痘，可視爲第二期之種痘。

第二條 保護者，負有使未成年者受種痘之義務。

第三條 左列二種，爲未成年生徒之院主或與之相當者。對於未成年之寄寓者，亦應使其受種痘，或使其保護者，履行其義務。

一、學校、育兒院、或相似機關之校長、院長及其他之尊長。

二、因教育、監護、或傭使之目的而使其寄寓者。

上述二種若有法定代理人時，得適用前項之規定。

第四條 新爲保護者，或新生前條之關係時，有未曾種痘，或種痘證跡不明之未成年者，應於六月以內使受種痘，或使保護者履行其義務。

前項之期限內，有難行其手續之事故時，應向市町村長（市以區長爲戶籍官，區長以下亦準之）報告。傭使未成年者之雇主，雖未使其寄寓，亦適用前二項之規定。

前條第二項之規定，前三項之際準用之。

第五條 市町村應施行種痘。

第六條 市町村長應指定已至種痘定期者之種痘期日。

第七條 因疾病及其他事故，不能於市町村長之指定日期受種痘之際，保護者或第三條之義務者，得將其事由呈報市町村長，申請猶豫。

依前項而猶豫種痘時，應由市町村長給以證書。

第八條 市町村長對於終了第一期種痘或不須種痘者，當通知戶籍官，戶籍官應於戶籍簿之欄外記入符號。

關於前項記入之事務，準用戶籍法第五條之規定。

第九條 未成年者在市町村長指定之日期未受種痘，或因他故延期末種，或種痘證跡不明，市町村長應更指定日期使受種痘，或立即種痘。

第十條 延期末種者或種痘證跡不明者，在定期外所受之種痘，除第一條二項外，視為定期種痘。

第十一條 受第五條之種痘者之保護者或第三條之義務者，應於市町村長指定之日期使受檢診，但至期有不能受檢診之事由時，應向市町村長呈明。

市町村長對於經前項之檢診者，應給以種痘終了證明書。

於第一項之際，當必要時應採收痘漿。

第十二條 醫師行定期種痘者檢診之際，應給以種痘證。

第十三條 醫師診療痘瘡患者完全治癒時，應給以痘瘡經過證。

第十四條 保護者或第三條之義務者，當該吏員有請求時，須交出種痘終了證，或種痘證，但命令中有特別規定時，不在此限。

第十五條 地方長官認有痘瘡豫防之必要時，得指定種痘之範圍及日期，命其臨時種痘。

關於臨時種痘，得準用本法之規定。

第十六條 醫師發給虛偽之種痘證或不檢診而發給種痘證者，處以五十圓以下之罰金。

第十七條 左列二項，處以罰金。

一、違反第四條或第十一條第一項者。

二、保護者或第三條之義務者，在市町村長指定日期，不使受種痘者。

第十八條 違反第十二條或第十四條者，處十圓以下之罰金。

第十九條 於官廳公署及公立官立之學校等，應準第三條第一項及第四條第一項乃至第三項之規定辦理。

第二十條 本法所稱保護者，指對於未成年者之行親權者，或保護人。若無行親權者，或保護人時，則由戶主負責，戶主若為未成年者，及禁治產者，則由對於戶主行親權者，或保護人負責。

本法中之市町村及市町村長，而在不施行市制町村制之地方，由準此者當之。

附則

本法由明治四十二年一月一日施行之。

種痘規則廢止施行。

本法施行前歲數在七歲以前受種痘者，或雖受種痘，而其時期不明者，亦依照本法，第一期之種痘歲數在八歲以後受種痘者，可視為受第二期之種痘。

對於本法施行前經過第一條第一項之種痘定期之未成年者，凡生來未曾種痘或受種痘之證跡不明者適用第四條之規定。

種痘法施行規則（明治四十二年十二月二十一日內務省令二十六號）

第一條 市町村長（以區長充當戶籍官之市，由區長行之。施行區市制町村制之地方，由準市町村長行之，以下仿此。）由每年三月至六月之間，應指定現在人中左記各號者之種痘日期。

一、前年中生出者。

二、歲數十歲者。

三、因前年之定期種痘不善感而須再種痘者。

本條之指定須公告之。

第二條 市町村長應公告於市町村施行之種痘場所。

第三條 保護者或種痘法第三條之義務者，於種痘定期，應使未成年者當第一條之期日就醫師或前條之種痘所接受種痘。

第四條 市町村長對於有痘瘡、猩紅熱、狄扶的里（格魯布性亦然）、丹毒、麻疹、百日咳患者等之未成年者，認為必要時，應特別指定日期或特定之場所施行種痘。

第五條 猶豫種痘之保護者，或種痘法第三條之義務者，由事故之消滅或猶豫期間之經過日三十日以內，應使其受種痘。

第六條 有種痘法第九條之未成年者時，市町村長至遲應於次回之種痘施行期指定種痘日期。

第七條 檢診日期，由施行種痘之日，於第六日乃至第八日之間，指定之。

第八條 種痘終了證、種痘證、及種痘猶豫證，應根據以下附錄樣式。

第九條 有左列各號之一時，市町村長發給種痘終了證後或受報告後二月以內，應通知當地之戶籍吏。

一、第一期種痘感善者。

二、第二期第二回之種痘不善感者。

三、第一期種痘施行前經過痘瘡者。

第十條 市町村長若接戶籍吏通知，謂前年生出之本籍人，未依種痘法第八條記入符號，若其人在本籍地外時，即應通知其寄留地之市町村。

第十一條 種痘第十二條第二項之報告書，提示種痘證，或得醫師之證明書，應以口頭或書面呈於現在地之市町村長。

前項之報告書得由代人爲之。

第十二條 依種痘法第十四條，於警察官吏或市町吏員有請求時，依左記各號之一完了種痘，或不須證明者，當提示種痘終了證。

一、痘瘡經過證。

二、種痘猶豫證。

三、小學校相類之各種學校或幼稚園之卒業證書，修業證書，或保育證書，記入關於種痘之事項者。

四、第一期種痘法，有依種痘法第八條記入符號之戶籍謄本或抄本。

五、市町村長之證明書。

六、種痘或痘瘡之癍痕，但須有第二期種痘之痕跡。

第十三條 地方長官命臨時種痘之際，須受內務大臣之許可。

附則

本則由明治四十二年法律第三十五號種痘法施行之日施行。

樣式（抄略，但醫師用者如下列之第六號至第十號。）

種痘施術須知之法規（內務省告示第七十九號）

第一條 用以種痘之痘苗應用牛痘苗。

第二條 痘苗須貯藏於冷暗所（冰室、地下室、或深井內等）應於製造所所指定之期間內使用之。

第三條 種痘之接種量，須從製造所之指定。

痘苗不可稀釋。

第四條 使用痘苗之際，其內容出於漿盤上，而應攪伴混和之。

第五條 痘苗接種之部位，宜在上肱之伸側。

當接種之先，局部應以酒精或其他之消毒藥液消毒，次以滅菌之紗布或脫脂綿丁寧拭淨之。

第六條 種痘之場所應選相當廣闊而清潔之地方，又當注意室內之換氣、光線、溫暖。

第七條 施術者須着上衣，且豫先將手指消毒。

第八條 漿盤及種痘針使用之先，以酒精或其他之消毒藥液消毒，次以滅菌之紗布拭淨之，但用其他之適

當消毒法亦無妨害。

種痘針對於每個受種人均應照前項處置之。

第九條 種痘之方法應依切種式，即緊張局

部之皮膚，塗布相當量之痘苗後，以切種

用種痘針於該部施淺十字切開（長一

分乃至二分）或單線切開（長約三分）

更以種痘針之平面，擦入痘苗。

當切開之際，注意使至不出血之程度，以

僅呈紅痕爲適當。

第十條 接種數於第一期種痘，右上肱四切

乃至六切，第二期種痘在左上肱六切，各

切之距離須五分以上；但必要時，接種於

他側或其他之部位亦無妨害。

第十一條 施術者須注意受種痘者之健康

狀態，左列各號者當猶豫種痘，但除第四

號外，痘瘡流行之際不在此限。

一、生後未滿九十日者。

第六號（給與第一期或第一期第二期善感者）

第一期種痘證

住址

姓名

年 月 日生

年 月 種痘（第 回）善感 顯

右爲第一期種痘終了特此證明

年 月 日

住址

醫師 某 圖

注意 此證須保存至第二期種痘，當該吏員之請求時，應交出

此證；若無證明時，當處以十元以下之罰金。

第七號（給與第一期第二回不善感者）

第一期種痘證

住址

姓名

年 月 日生

年 月 種痘（第二回）不善感

右為第一期種痘終了特此證明

年 月 日

住址

醫師 某 圖

注意 此證須保存至受第二期種痘，當該吏員有請求時，應交出此證；若無證明時，當處以十元以下之罰金。

第八號（給與第二期第一回或第二回善感者）

第二期種痘證

住址

姓名

年 月 日生

年 月 種痘（第 回）善感願

右為第二期種痘終了特此證明

年 月 日

住址

醫師 某 圖

注意 此證須保存至廿歲，當該吏員有請求時，應交出此證；若無證明時，當處以十元以下之罰金。

第九號(給與第二期第二回不善感者)

第二期種痘證

住址

姓名

年 月 日生

年 月 種痘(第二回)不善感

右為第二期種痘終了特此證明

年 月 日

住址

醫師

某 團

第十號(給與第一期第一回或第二期之第一回不善感者)

第一期(第一回)種痘證

住址

姓名

年 月 日生

年 月 種痘(第一回)不善感

右為更應受種痘者

年 月 日

住址

醫師

某 團

注意 此證須保存至滿二十歲，當該吏員之請求時，應交出此

證，若無證明時，當處以十元以下之罰金。

注意 此證須保存至再受種痘時，當該吏員之請求時，應交

此證，若無證明時，當處以十元以下之罰金。

三、罹蔓延性皮膚病者。

四、罹熱性病或重症疾病者。

第十二條 於檢診之際，應注意之項如左：

一、定型痘疱，一顆以上發生者爲善感，但在第二期種痘以後，由接種之日第三日後生一顆以上之小結節或水疱者，亦爲善感。

二、接種之痕跡消失者，生不正之膿疱者，陷於潰瘍或結痂皮者，或於第一期種痘發痘一顆者，均爲不善感。

第十三條 施術者或該吏員對於受痘者或其保護者，應指定種痘後須注意之事項。

（譯者註） 以上所述均爲日本政府頒布之種痘法規則，我國不適使用，不過以供讀者之參考耳，茲特將我國政府頒布之種痘法附錄於下：

種痘條例 民國十七年八月十九日公布

第一條 凡施行種痘依本條例行之。

第二條 種痘分兩期如左：

第一期 出生滿三月至一年以內。

第二期 六歲至七歲。

第三條 每年三月至五月九月至十一月爲施行種痘時期，但遇必要時，得於其他時期內施行之。

第四條 逾期未種痘者得限令其補種，種痘未出者亦同。

第五條 每屆種痘時期，由各市縣主管衛生行政之機關，依其管轄區域之廣狹，人口之多寡，分設種痘局，並應將關於種痘時得由各市縣主管衛生行政機關指定受種者範圍及日期施行之。

第六條 因防止天花，應行特別種痘時，得由各市縣主管衛生行政機關指定受種者之範圍及日期施行之。

第七條 種痘局對於受種者應填給種痘證書。

第八條 必經醫師種痘者，由醫師填給種痘證書。

領有前項種痘證書者與已受種痘局之種痘同。

第九條 非因疾病或其他正當事由不於種痘期內種痘者，除依第四條補種外，得科其父母、監護人、或其他有保育責任之人以十元以下之罰金。

第十條 種痘局及醫師應備種痘記錄簿，詳載種痘情形以便參考。

第十一條 種痘局及醫師應於每年六月及十二月將其種痘之人名、性別、年齡、籍貫、住址及其他關係事項，報告於各市縣主管衛生行政機關查核，並由該行政機關彙報民政廳及衛生部備案。

第十二條 種痘證書及種痘報告表等格式，由衛生部另定之。

第八 狄扶的里 (Diphtherie)

狄扶的里者因勒夫勒爾氏狄扶的里菌 (Löffersche Diphtheriebazillus) 所惹起之一種觸接性傳染病也。咽喉及其他之黏膜，尤以上氣道黏膜發生假膜，又因菌體發生之毒素而呈中毒症狀，更起後麻痺者也。

原因 一八八四年由勒夫勒爾氏研究，基於動物試驗，確定狄扶的里菌爲其病原。

狄扶的里菌爲小桿狀菌，兩端圓，大略與結核菌相同，且稍較大，阿尼林 (Anilin) 色素尤以勒夫勒爾氏次甲藍 (Methylenblau) 最能染色，以格蘭 (Gram) 氏法不致脫色，於次甲藍 (Methylenblau) 著色易於檢查者時，菌體之兩端染色尤爲著明，據愛龍斯忒奈塞 (Fronstneisser) 氏法更得良好識別也。(參照三〇四頁。)

狄扶的里菌在血清培養基上最能發育，十六時間乃至二十四時即可見濕潤之輕白褐色之集羅 (Colonie)，此菌對於寒冷之抗力雖強，然對於熱則弱，攝氏五十六度即死滅，對於消毒藥之抵抗力亦不大，其生存在濕潤之暗處，包於黏膜及假膜之中，能生存數月之久。

狄扶的里菌恆發見於假膜、壞疽組織等，於後期現於此等接近之淋巴腺中，入於血中者甚爲罕有，而假膜消失後，於數日或數週間，於黏膜尙能證明者有之。

狄扶的里菌之傳染，通常直接由人傳染於人，由接吻、強劇咳嗽、噴嚏，又間接由手巾、玩具、衣服、器具等作媒介

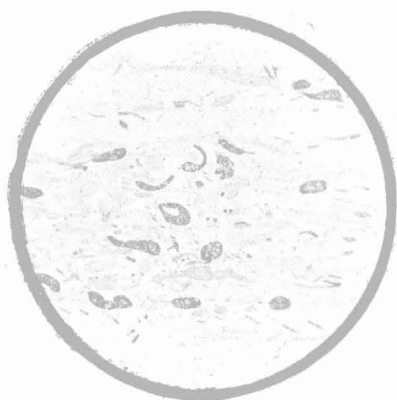
而傳染者亦復不少，一般病原菌由口侵入，故最多移住於顎及咽之理也。

年齡二歲乃至四歲者最多，十歲以後罹之者少，至於大人更爲稀有，一般發於哺乳兒者亦少，在哺乳兒主見鼻狄扶的里，其傳染素質較麻疹、百日咳則迥少。四季之中於寒冷之時期，尤以季節變化之時爲多，蓋此時上氣道黏膜起卡他者最多故也。小兒患者多數之理由，歸因於其黏膜纖弱而易受刺戟，且富於淋巴性組織之關係。

狄扶的里菌重要之特質，爲有毒素造出之性質，因此毒素之作用而來血管障害，遂起全身症狀，結果末梢神經系亦起麻痺也。因此培靈格 (Behring) 氏製出特種之抗毒素，而於今日之狄扶的里治療開一紀元矣。本病大多能獲得後天性免疫，即一度罹患，則不見以後再患，然再患或三患等者，亦非決爲稀有。行血清療法者於三四週之後，有再罹狄扶的里者，此乃乘對於毒素之被働免疫之效斷絕，而狄扶的里菌再爲繁殖也。狄扶的里於大都市常不絕發見，偶成爲大流行，更於麻疹流行之際，最易併發本病，而呈不良之經過者不鮮。

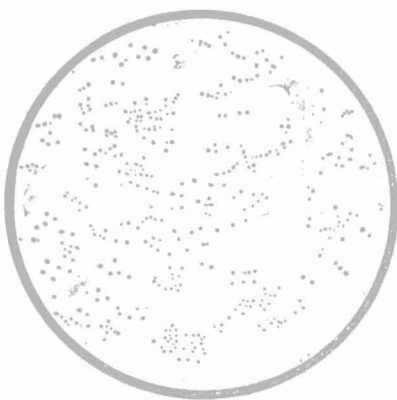
病理 狄扶的里菌寄生於黏膜而繁殖之際，由其產出之毒素作用，黏膜上皮膨脹，且陷於壞死，若毒素尙進行，則及於毛細血管，使起炎症而成梗塞，則多量之纖維素排出，而擴於壞死之上皮之間，相結合而作白色之假膜，稱之曰狄扶的里假膜 (Diphtheriemembran)，其他發現多數之圓形細胞，假膜除有狄扶的里菌之外，又常見葡萄狀球菌、鏈狀球菌，狄扶的里菌進而侵入附近之淋巴腺，雖偶有入於血液中者，但甚稀少，除局部黏膜以外，心臟及末梢神經亦見變化，即就狄扶的里死體檢查，心臟於擴張期靜止，心肌層著明呈實質性變化，迷走神經髓鞘破壞，軸索消耗，有小淋巴球之浸潤，其他之末梢神經亦呈同樣之變化，脊髓雖多無著明之變化，然由腰椎穿刺所得

第 六 十 五 圖
狄 扶 的 里 菌



由狄扶的里假膜採取者，魯 (Roux) 氏染色法。

第 六 十 六 圖



發育於血清培養基上者，
由奈塞 (Neisser) 氏法染色。

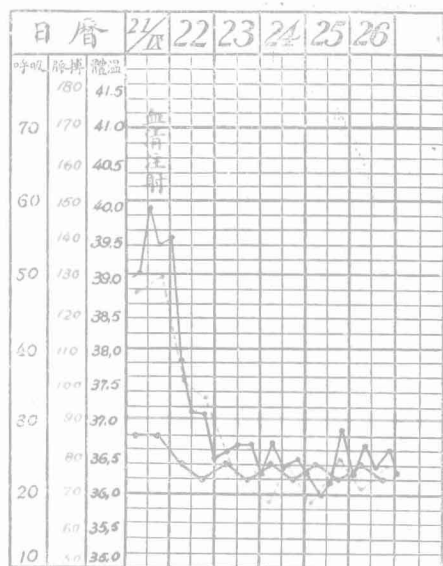
之脊髓液中，蛋白之含量多，腎臟亦起細尿管細胞變化。

症候 狄扶的里之症候頗為多樣，隨其病機之位置，傳染之強度，及個人之素質而異，吾人最多見者，厥為限局性扁桃體而發現者也。

潛伏期不一定，概為二日乃至四日，當發病時多現一般症性，即顏貌蒼白、倦憊、食慾減退、偶偶嘔吐、而有頭痛，在年長兒有訴嚥下困難者，次則發熱昇至三十八度或三十九度，脈搏頻數，頷下腺稍腫大，而有壓痛，舌生白苔，望見咽之兩側扁桃體起中等度腫脹及潮紅，其片側或兩側之表面，見有約占三分之一或半面積之白色假膜，以棉

球棒擦之亦難剝離，缺子取下成爲膜狀，此跡稍現出血。若再於早期見之，僅見中等度之扁桃體炎或腺上輕度之黏液樣之異物而已者有之，假膜隨扁桃體之腫大及炎症之增加，同時迅速遮蔽全扁桃體，至此病機雖屢屢有停止其進行者，然尙擴延於側方及咽後壁，於四五日之後，以致由固有兩扁桃體而達軟顎弓、懸壅垂、及咽壁之一部發生假膜，扁桃體亦著明腫大，而兩側相接觸，見有多量之黏液膿性之分泌，起呼吸困難，發現鼾聲，口腔生惡臭，與其相連之頷下淋巴腺強烈腫大而有壓痛。

第六十七圖
因注射血清而體溫下降之狀況



全身症狀日漸增惡，熱候上下於三十八度五分乃至三十九度五分之間，脈搏頻數（百乃至百八十次）而微小，顏面益蒼白，呈苦惱之狀，食思缺如，嚙下感疼痛，睡眠亦被妨害。

此時內臟諸器官，概無著明變化，肺臟亦如常態，心臟偶能聽取僧帽瓣及肺動脈收縮雜音，脾臟及肝臟稍微腫大，尿中見蛋白及圓壩者多。

於稍成長之健康小兒，如此之病機有進行四日乃至七日而停止，假膜隨下熱由邊緣開始剝離，日乃至七日而停止，假膜隨下熱由邊緣開始剝離，然長久貽留貧血之外，又屢屢於數週間有脈

八日乃至十日之後完全消失，淋巴腺之腫脹及蛋白尿亦相繼消去。

狀增惡而取死之轉歸者。然自有血清注射療法以來，不待有如是之經過，於中途即阻止其進行爲常規，今對於中等度之狄扶的里疾患注射免疫血清時（適當量數爲二千乃至三千免疫單位），病機即可頓挫；假令有進行之傾向，至遲注射後經二十四時間，則體溫急速下降，同時假膜現赤色之境界線，而由邊緣起剝離，三日或四日完全脫去，全身症狀亦著明良好，再經一、二日則生遊戲心。

以上所述者爲中等症，更有經過輕症者及頗重篤者。

輕症 (Leichte Form) 多見於稍長之小兒，兩側扁桃體上有相當之假膜，體溫呈三十八度或三十八度五分，然全身症狀大約不受障礙，假膜經三日或六日而剝脫，十日或二週後即全治。時而尙有更輕度者，呈輕度炎症之扁桃體上，附着之帽針頭大，與其穿孔相當之灰白色者，一見宛如腺窩性咽喉炎，然其假膜與之不同，小而強固之膜能證明狄扶的里菌 (Lakunäre Form der Diphtherie 腺窩性狄扶的里) 間有真狄扶的里而呈卡他性咽喉炎之像者，此時不能下臨床的診斷而僅得疑診，然在細菌學上因有狄扶的里菌之證明而得確定之。(Katarhalische Form der Diphtherie 卡他性狄扶的里) 此種發於同一家族中有患狄扶的里之際者有之。

重症 (Schwere Form) 突然發高熱，有嘔吐、頭痛，稍長之小兒有嚙下困難，扁桃體於發病第一日已被有稍帶污穢色之假膜，假膜迅速擴延於懸壅垂、軟顎弓及咽後壁，扁桃體強度腫大，而遮蔽懸壅垂及咽內之視界，嚙下著明障礙，不能由鼻孔呼吸，口內放出惡臭，屢屢有多量水樣或血性之分泌物，頷下淋巴腺強烈腫脹，其周圍組

織發生浸潤，壓痛強甚，通常持續五日乃至七日時，屢屢起枝氣管肺炎。

全身症狀早期即被侵犯，顏面著明蒼白，呈無慾狀態，訴口渴，食思全去，體溫三十九度乃至四十度五分而成弛張，然偶有完全無熱候者，脈搏小而頻數，緊張微弱，屢屢在二日已不能觸知，心音微弱，心尖有聽得雜音者，肝臟脾臟腫大，又常起腎臟炎。

罕有者為炎症猛烈，假膜陷於壞疽，崩壞而污穢褐色之出血，易成爲塊，放出惡臭，而迅速死亡者是也。

如此重篤而有污穢之假膜或壞疽性者，稱曰腐敗性狄扶的里 (Septische Diphtherie) 或華卜萊爾 (Heiber) 氏之所謂惡性狄扶的里 (Maligne Diphtherie) 是也，如不早施以強力之血清療法，至一週或二週即因心臟衰弱、中毒、或枝氣管肺炎而死亡，有謂因早行多量之血清注射，病機治癒者不少，其恢復頗爲徐緩，必須數週，因於此期內心臟傾於衰弱，故須充分注意焉。

狄扶的里除咽以外，又現於鼻孔、喉、枝氣管及其他之部位，而呈各種特異之狀。

鼻腔狄扶的里 (Nasendiphtherie)

尤多見於幼少之小兒，由扁桃體或咽起始，假膜由咽側壁波及後鼻竇，而達鼻腔，屢屢有不蔓延於咽，而扁桃體之假膜次即發現於鼻腔者，最宜注意者，爲原發的僅鼻腔單獨發生狄扶的里，決非鮮見也。

鼻腔狄扶的里於其初期診斷不易，成鼻呼吸困難，流出多量之稀薄膿性分泌物，且混有血液，此時則確實矣。外鼻孔附近及上唇部浸潤、糜爛，由分泌物檢出狄扶的里菌則診斷確實。鼻腔初起即不通，益益有多量之分泌，大

多不見有假膜，其他外鼻附近呈浮腫狀，強烈發赤，於鼻狄扶的里兼發咽狄扶的里之際，普通雖症狀無變化，然屢一般症狀增惡，熱候不退，因而對於豫後有不良之影響者有之。

原發性鼻腔狄扶的里 (Primäre Nasendiphtherie) 不僅大多屢屢見於哺乳兒，亦有發於僅生後一月者，此種診斷頗為困難，不僅如普通鼻卡他之經過而致誤診，且細菌學上檢出狄扶的里菌亦非易事，有因此而失血清注射之機會，以致死亡者；然概伴有發熱，全身症狀多少被犯，領下腺屢屢腫脹，有稀薄膿性出血性之分泌，鼻孔見糜爛，此時即當疑為狄扶的里，早行免疫血清之注射矣。

應與鼻狄扶的里鑑別者，為腺病性或滲出質之小兒，亦有發生頑固之鼻卡他，流出膿性之分泌物，鼻孔附近發現糜爛者。其他稍長小兒之假膜性鼻卡他 (Rhinitis membranacea) 亦有使吾人惑疑者。

喉狄扶的里及氣管狄扶的里或格魯布 (Diphtherie des Larynx und der Trachea, Echter Krupp) 占居於喉之狄扶的里甚為危險，而為屢屢所遭遇者也，尤以在幼少之小兒扁桃體、咽、鼻腔之狄扶的里，有好進達於喉之傾向，多在三日乃至七日之經過中，時而亦有同時發現者，更有次於卡他性咽喉炎，鼻卡他而發現者，又間有完全起於原發者。

病候中先發現者為聲音嘶嘎，漸次增惡，經過一日二日乃至四日，遂陷於完全無聲，咳嗽為乾性，所謂格魯布咳 (Kroupusten) 是也，有特有之大吠狀 (Bellend) 或軋鳴狀 (Stridorös) 之性質，同時或其前後現喉狹窄之症狀，即吸氣著明長曳而伴雜音，呼吸之數雖概減少而深，然呼氣不受障礙，漸次進行，於吸氣時胸骨之下端、

上腹部及胸骨上緣窩 (Jugulum) 顯著陷沒，肋間部又陷凹，喉部向下方移動，頭部向後方屈曲，而呈頗努力之貌，檢查咽部間有假膜者，亦有無假膜者，以舌壓壓下深舌根部，則屢屢見腫脹發赤之會壓軟骨之上緣有假膜之附着，在年長者用喉鏡檢查，則可見假聲門帶，真聲門帶被有假膜，呼吸困難愈益增加，血液中因碳酸增積之結果，故口唇、口圍、指爪發青藍症，小兒不安，不能靜臥，時時發揚，營強烈之呼吸運動，亦如毫無空氣通過聲門之模樣，顏面、四肢成蒼白色，冷汗淋漓，意識溷濁，隨強烈咳嗽與濃厚之分泌物同時咯出假膜一片而輕快者有之，然大多不施以相當之手術而放置時，則陷於假死狀態，脈搏頻數微弱，且不規則，由嗜眠而陷於昏睡，自有狹窄症狀起經數時間乃至數日之後即死亡。據解剖屍體所見，有肥厚之假膜被於全喉部之內面，更有達於氣管，尙有到其分歧點者頗多。

如此狹窄症狀若同時枝氣管及肺臟無有異常，則由外科的手術而能收急速之效者不少，氣管切開或插管術 (Intubation) 成功時，則青藍症立即消失，呼吸容易，小兒呈安靜之貌，而待血清注射赴於治癒，然中毒作用大進，於手術中起心臟麻痺者亦復不少，元來狄扶的里之惡性及毒性，與其病變之廣狹無關，其性質有犯及喉、氣管，亦有見自然治癒者，又有其性質雖不犯及喉、氣管，結果亦頗不良者。

除咽、喉及鼻腔以外之部位，發生狄扶的里病變者，概為稀有。

口腔狄扶的里恆續發於咽部者，尤以頰黏膜、口唇形成假膜為然。

中耳炎屢屢於鼻腔及咽狄扶的里之際，有由狄扶的里菌而發者，鼓室內生假膜，而起深崩壞，永久起聽官障

礙者有之。

結合膜狄扶的里非極爲稀有者，比較屢屢爲原發性，於輕度時，眼瞼腫脹發赤，結合膜附着有薄假膜狀者，有膿性之分泌物；反之，在重篤者有強盛之膿分泌，有堅固之假膜。眼瞼著明腫大，如板之硬變，屢屢破壞角膜者有之。皮膚狄扶的里 當鼻腔狄扶的里時，上唇之皮膚，及狄扶的里性中耳炎之際，外聽道皮膚，形成或薄或厚之假膜，據細菌學上之檢查而得確定之。

間於女子陰門部見狄扶的里性病變，此由患有咽狄扶的里之際，以指頭等污染細菌直接傳播而起，沿陰門內面、陰核呈強烈之炎症，見有假膜，且有陷於壞疽之傾向。

併發症及後發症 咽狄扶的里及格魯布屢屢續發枝氣管卡他及枝氣管肺炎，尤以後者其病竈廣汎而幼稚者，取死亡之轉歸者不少，間亦有起肺壞疽者。起於循環器系之障害尤多，且最著明，而狄扶的里由其病菌本身循行於血液者，殆屬於例外，其障礙常歸於毒素之作用，因起心肌炎（Myocarditis），時而又伴迷走神經之變性，故起心臟麻痺，屢屢所見之輕度循環障礙概基於血管運動神經之障礙也。而起心臟麻痺之時，有二種：一爲重篤時於病之經過中或於二三週突然發現者，顏面蒼白，有嘔氣、訴腹痛、屢屢脈搏細小、不規則等前行症；二爲發現狄扶的里之後麻痺（Postdiphtherischer Herztod），起於局部之狄扶的里變化經過之後四週、六週或八週之際，多見於重症之後，而皮膚蒼白，食慾不振，蛋白尿猶存在，脈搏細小而頻數，搏動不規則，更時而現脈搏緩徐之際危險特大。心臟多擴張，可聽取收縮時雜音，因輕微之身體運動亦受極大之影響，訴呼吸困難，有嘔吐腹痛（又心臟

衰弱之徵，雖無身體之劇動，亦易發現，而漸次陷於心臟衰弱，然間亦有徐徐向快方進行者，又更有已過危險之時期（六週乃至八週），而卒然起心臟死者。

消化機關在重症者有食慾不振，舌被有厚苔；屢屢有嘔吐，如有劇烈腹瀉者，則為不良之徵也。

尿中於二三日時多能證明蛋白圓塊，一般少有起著明之腎臟炎者，尤以出血性腎臟炎殆無發見者。

神經系統與心臟相等，亦為狄扶的里毒素所好侵犯之器官，發現輕重之度之麻痺（*Postdiphtherische Lähmung*）者為多，所見最多者為發於咽狄扶的里之後之腭弓肌麻痺是也。所謂早期麻痺者，乃有見於假膜存在之期間，基於腭弓之炎的浸潤者也；真正之麻痺發現於假膜脫去二乃至四週之後，發音帶鼻聲，攝取流動食物時，則誘發咳嗽而向鼻腔逆流，望診咽內，雖使其發聲，然腭弓及懸壅垂亦不動，更屢屢起喉肌之麻痺，有時嚥下運動起障礙，而有起異物性肺炎之危險。發於眼肌之調節機能麻痺，在幼稚者雖可幸免；然年長者，則訴讀書不能，又外眼肌被犯時，則起斜視（尤以外轉肌 *Abducens* 屢屢被其侵犯，而起內斜視），起於以外之肌者稀有，於下肢多為不全麻痺，頸肌被犯者較脊肌、顏面諸肌為多，就中最危險者為橫隔膜、呼吸運動肌之麻痺，則難保無不測之禍矣。例外身體大多數之肌見麻痺者有之，亦有膀胱、直腸、發現調節不全者，然見知覺障礙者極少。

是等肌麻痺，漸次治癒，遂完全恢復常態。

皮膚於初病時有見紅斑狀之發疹者，通常一二日之後再消失，重症狄扶的里皮膚現小出血以外，見衄血及咽出血者有之。

診斷 得見著明之纖維性假膜，則診斷極爲容易，如有疑惑時可俟細菌學的檢索（參照本頁下段）然大多僅有臨床上所見，必須卽下確診也。

一、咽狄扶的里之卡他性者與卡他性咽峽炎難於區別，不外據有無狄扶的里菌而定之。與腺窩性咽峽炎之鑑別，狄扶的里而發於腺窩性者，經一二日則增大而互相融合；然單純性咽峽炎雖亦有增大者，但以綿球棒（乾燥者）容易拭去，持於玻璃板視之，爲粥樣脂肪樣；反之，狄扶的里之膜則剝離困難，而其採取者富於彈性。

於猩紅熱之初期，尙未發現發疹時，咽有附着纖維性膜者；然其咽峽炎之炎症概較狄扶的里爲強，又因有覆盆子舌發疹發現，則更爲明瞭矣。尙有文生（Vincenti）氏咽峽炎限於扁桃體上，爲脂肪狀而有特種之惡臭，貼留於潰瘍痕跡處，發熱一般症狀輕微。其他阿布答性咽峽炎、疱疹性、或梅毒性咽峽炎，時而亦有使起疑診者。

二、於喉狄扶的里時，雖多誤爲由其咽乃至鼻腔續發者；然由嘶嘎起始，狹窄症狀漸次增惡者，先當疑爲狄扶的里，應由咽內黏膜行細菌檢索。假性格魯布（Pseudokrupp）其症狀雖相類似，然至晚間少有障礙，當睡眠之初突然起始，而迅速經過，又往往反復發現，此時聲音帶嘶嘎者不少。於幼少者之咽後膿瘍（Retropharyngeal abscess）伴嘶嘎之狹窄狀者有之，然細心行望診及觸診，則不難區別。尙有淋巴性體質之小兒，起呼吸促迫，有狹窄症狀，發現青藍症，而瀕於危險者有之；但此時嘶嘎不強。

細菌學上之診斷 除狄扶的里以外，其他疾患亦有生狄扶的里樣之假膜者。則其確實之診斷必須狄扶的里菌之證明，以缺子或綿球棒取出假膜之一部，卽作成覆蓋玻璃標本，或移植於勒夫勒爾氏血清培養基上，而檢

查其純培養，用勒夫勒爾氏次甲藍 (Methylen-blau) 染色，在由假膜即刻取出者，其他之細菌亦同時染色，狄扶的里菌染為大桿棒狀，菌體所染之色素不一樣，尤以著明之數多集簇而散在，執習者即得判定之。更欲確實可行，奈塞 (Neisser) 氏之重複染色法，菌體與顆粒染色各別，即作二種之色素：

第一液

次甲藍末 (Pulv. Methylenblau) 1.0

酒精 (九六%) 10.0

冰醋酸 5.0

蒸餾水 95.0

第二液

Bismarkbraun 11.0

蒸餾水 100.0

作成固定標本浸於第一液一秒乃至三秒間，次以水洗，再以第二液染色三秒乃至五秒間，仍用水洗之後，俟其乾燥，用樹膠閉鎖而鏡檢之，有時僅菌體內之顆粒染青色，菌體及普通存在之細菌均染為褐色。

豫後 主要者關於流行性之性質，又年齡幼少者亦不良；然於今日與免疫血清之注射時機如何頗有關係，

早期注射充分之量時，雖為惡性者，亦得征服之，實賴培靈格 (Behring) 氏發見血清療法以來，使吾人對於狄

扶的里之恐怖而得高枕無憂矣，於發病第一日第二日即注射者，殆無不治癒，如有死者，不得不歸咎於完全由於個人素質之異常，但麻疹格魯布為比較的惡性者。

療法 豫防法，早期隔離患兒，送入醫院，病室使用之器物、玩具及衣服類，須熱氣消毒，或以石炭酸或昇汞水充分消毒。其兄弟姊妹行豫防注射為良，其他之預防法應常時含嗽（用一杯冰水加入五滴沒藥酊 *Tinctura Myrtlae*）者及其他之含嗽劑，保持周圍清潔。為固有之療法而有特效者，為免疫血清注射是也，一般狄扶的里病機其進行急速者，則須早行注射，疑惑時及不分明者，亦不俟細菌學的確診，而應先行注射。

免疫血清之有效價以單位表示之，所謂一免疫單位（*Immunitätseinheit I-E*）或一抗毒素單位（*Antitoxineinheit*）者，即致死一匹天竺鼠，毒素之百倍量作為無毒所得之抗毒素量也，而此一單位量於一立方公分之血清中含有者，稱曰單純正規（或治療）血清（*Einfaches Normal-(Heil-) Serum*），故所謂百倍治療血清者，其一立方公分中有百免疫單位者也。

治療血清之注射用量 單為預防之目的，用二百乃至三百免疫單位可也，然至二三週乃得被働的免疫。治療之目的，限局於咽部時，用千五百乃至二千免疫單位，如鼻腔或喉亦同時被犯時，用三千乃至四千免疫單位，惡性者亦應用同量，若經二十四時間猶無效時，應更注射之，血清奏效則於注射二十四時間熱候下降，脈搏數亦隨之減少，一般症候良好，假膜開始漸次剝離，有喉狹窄症狀增惡之傾向者，經過二十四時間則漸漸輕快，有謂對於狄扶的里後麻痺屢屢注射多量，例如注射一萬單位或以上而有好影響云。

注射部位選大腿、四頭股肌或臀肌爲主，採用肌肉注射（從前一般行大腿或腹部側方皮下注射）因其吸收較皮下注射甚爲迅速，施術時須嚴重消毒之下行之，注射器以容五立方公分者足矣。

茲將行血清注射者之死亡率揭如左表：

（據德依克（Deycke）氏之七萬八千零二十八例之統計）

注射日	第一日	第二日	第三日	第四日	第五日	第六日	第六日以後
死亡率	四・三%	七・五%	一四・七%	一九・七%	三一・六%	三一・三%	三一・六%

尙有行手術之時間，在血清療法以前及以後之比較，其死亡數三分之二強者減爲三分之一。

血清病（Serumkrankheit）狄扶的里免疫血清（即含有狄扶的里抗毒素之馬血清）注射於人體時，大多發現一種病的症狀，當第一回注射時，於注射之翌日，接近之淋巴腺（注射於大腿時鼠蹊腺）起腫脹、壓痛，二三週後乃消失，臨床上最屢屢惹人注意者爲血清性發疹（Serumexantheme），其發現多在注射後七日乃至十二日之間，通常由注射部起始。限局於其附近，或以不規則之分布發現於全身，性狀概爲蕁麻疹狀而有痒感，有爲麻疹狀者，稀有似猩紅熱發疹者，隨發疹屢屢伴有發熱，而有持續數日者，偶訴關節痛，血中有多核白血球之減少；反之，一回注射之後（約經過七日以上之後），更行血清注射，乃起一種病的症狀，此爲感受過敏症（Anaphylaxis）之結果，其關係與前者稍異，由第一回之注射行於十二日乃至四月之間之際，其發現尤爲迅速，不出數分乃

脫狀態者有之，是等症狀迅速消去再注射行於四月以後時有同樣之症狀稍遲發於三乃至六日，此種關係持續數年者有之。

· 局處療法 已施行血清根本治療，則僅行普通之口腔衛生可也。年長之小兒使其用硼酸或一%二氧化氫液含嗽，或飲用蟻醛 (Folmalin) 錠劑。幼少者行二氧化氫之噴霧，頸部貼付冷濕布或冰囊，鼻腔狄扶的里以綿塊拭去分泌物，上唇用羊毛脂保護，眼瞼狄扶的里除血清注射以外，直接點藥於眼瞼，並施冷卷法等。於喉狄扶的里之初期行溫濕之纏絡，催促發汗而得好影響者有之，頸部用高溫濕布，患兒呼吸範圍之空氣，應使含充分水蒸氣之裝置。狹窄症狀最強時，須即行插管術 (Intubation) 或氣管切開 (後述)。

一般的療法 雖於輕症時，亦常常注意心臟機能，食物初以牛乳、黏滑汁、稀粥、果實汁等為宜，對於有嘔下困難者，與以流動食物，有熱或局處病變雖消失，猶疲勞而有心臟衰弱之徵者，則使之繼續靜臥，常常使用強心藥 (羯布羅、咖啡鹹及毛地黃)。對於重篤之血管神經障礙，用副腎素 (Adrenalin) (一千倍溶液) 數回，一日量 ○·五乃至一·〇混於十乃至十五公分之食鹽水而行皮下注射。

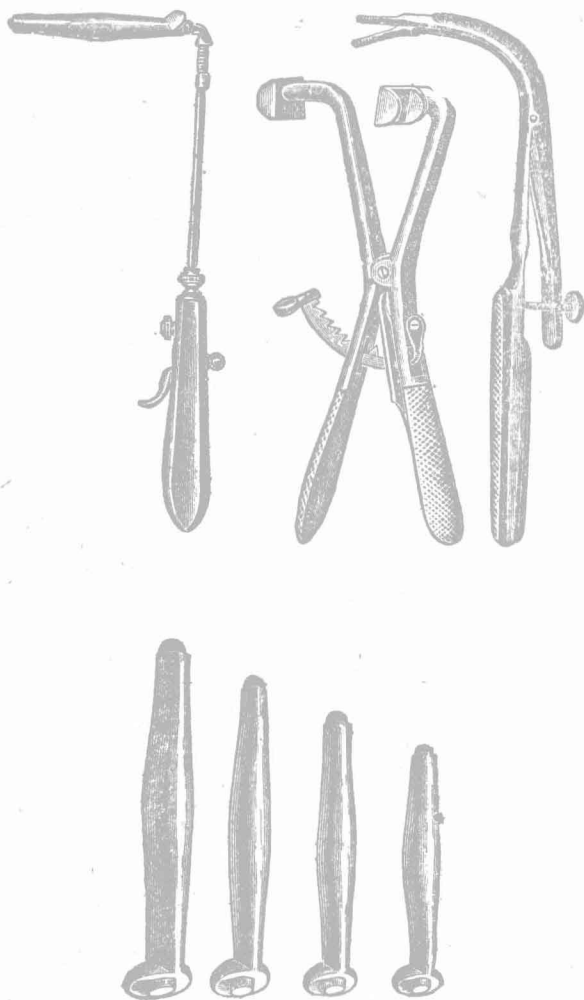
狄扶的里後麻痺多能自然治癒，雖實用番木鱉之注射，(一週二乃至五回，半乃至二公絲 (Mg_{gr}))，然效力不確，重症者每日繼續注射二千免疫單位之血清為宜。

狹窄症狀劇甚而有窒息之危險時，施插管法 (Intubation) 或氣管切開術 (Tracheotomy)，前者雖不見

出血即可施行，但其施術須充分熟練之手技，後者須有助手及完全之消毒裝置。

插管法 重症之咽狄扶的里或兩側扁桃體著明腫大而咽腔狹隘之際不能行之，其方法即選如圖大小不一之管中之適當者，付於插管器而插入喉內也，次將患兒之上肢及上體用一布片包圍，使其取坐位固定於看護

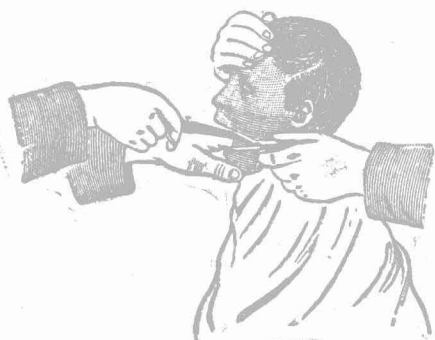
圖八 插管法 器械



婦之膝上，頭部垂直支持，注意決不使向後傾，手握開口器，以其示指觸會壓軟骨及披裂軟骨，同時將會壓軟骨與

第九十六圖

I 法管插



舌根均強，向前方牽引而管之頭部付有絲者於插管器之先端於握確右手由齒列之中央向咽之正中線由上述示指之上深插入，乘小兒吸氣時，當聲門張開之機會插入為宜，然以左手示指觸管之頭部，壓置之，一方取去插管器，當此操作之際，決不可用暴力，付於管頭之絹絲由左口角出外，以伴創膏留置於頰部皮膚，須注意如有窒息之危險，即當取出，但須注意不可使患兒之手觸之，將上肢固定於臥床為宜，然插管屢屢不出數時間有隨咳嗽而被排出，而不得不再行插入者，如施行良好，且因用血清而下熱者，約二日以後則可除去之。

氣管切開術 使患兒取仰臥位，以枕墊於後頭部擴大局部，

氣仿 (Chloroform) 麻醉卻有招危險者，則不可用，其手術分上

部氣管切開 (Tracheotomia superior) 及下部氣管切開 (Tr.

inferior)，有甲狀腺腫大時選行前者為宜，否則通常須依後者。最

當注意者，厥為皮膚切開創作正中線是也，蓋無論偏於左右之際，

則找出氣管即感困難矣。其皮膚切創約五公分長，令助手慎重左

右分開韌帶、肌肉等，將出血血管結紮止血，由分離左右鈎使眼界

擴大，上部氣管切開則由甲狀腺峽之上部切喉甲狀腺膜，露出氣

管；下部氣管切開，則將少壓上於上方甲狀腺峽，即得使氣管壁明

現出於眼前，掛銳鉤舉上之，使助手確實固定，而以尖銳及及其上，由稍下方注意漸漸刺管壁，切二三環狀軟骨，則

圖 II
第十法
七管
第插

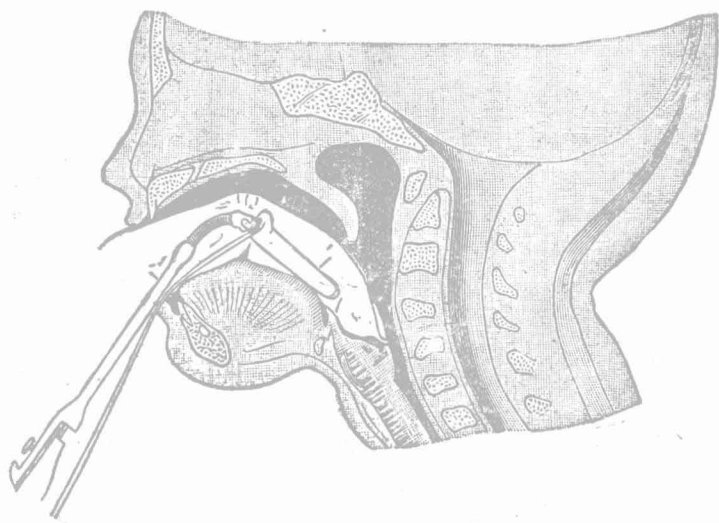
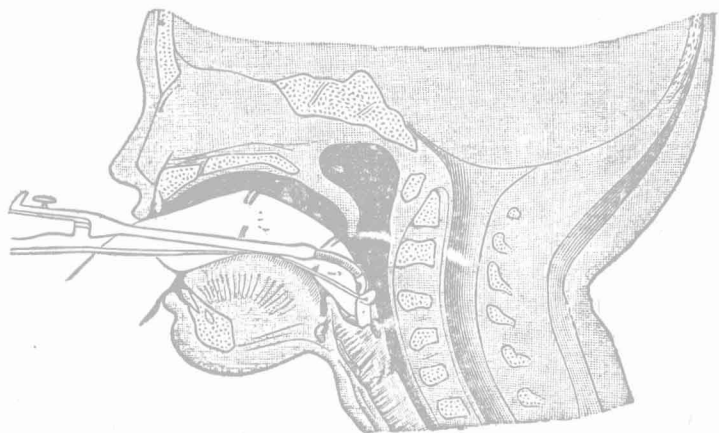


圖 III
第七十法
管插



患兒因是等之刺激，發現咳嗽，而咯出滲出物，俟稍鎮靜即插入氣管套管（Cannula），創面由上下縫合，以浸典防

橄欖油之消毒棉布貼付之用小帶固定於頸氣管套管由重管而成外管除兩端口之外於彎曲部（插入時向口腔）有一窻口，內管單爲彎曲之通管，插入之後，更數回以鷺毛排出氣管內之滲出物。以後一日一回或二回換出內管而清拭管內，而於管孔以濕潤而清潔之綿布或海綿塞入，且一日數回使其吸入噴霧，如此三日乃至五日取去套管，其方法：初取出內管僅留外管，管孔以綿或木栓閉鎖，而以窻孔較口腔確得營充分呼吸之後，乃完全拔取套管，然有時一般創面已縮小，雖多能自然治療，但又須縫合者有之。手術後使其安靜，每日噴霧數回食鹽水等，使其吸入濕潤之空氣，食物與以流動體。

第九 傷寒 (Typhus abdominalis, Ileotyphus)

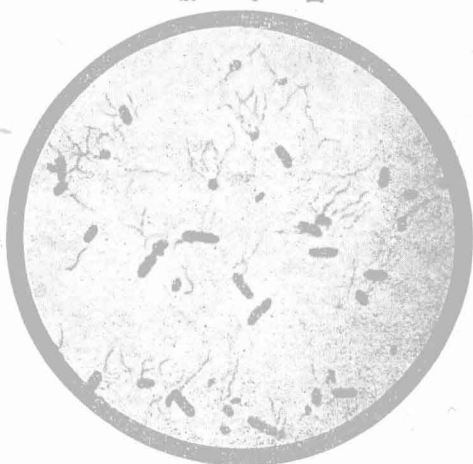
本病爲急性傳染病，因傷寒菌發生，以一定之熱型、腸症狀而經過，尤以受一般症狀之障礙著明。

原因 病原菌挨柏特 (Hibert) 加夫基 (Gaffky) 兩氏所發見及研究而確定之傷寒菌也。

傷寒菌爲中等大之桿菌，有活潑之固有運動，而不形成芽胞，格蘭 (Gram) 氏法脫色，行鞭毛染色時，可見八乃至十二之長鞭毛，在瓊脂培養基上形成菲薄扁平之圓形之集落，其抵抗對於消毒藥強，千倍昇汞水及二千倍石炭酸水須半時間乃能死滅，六十度之溫度須一時間，更能忍耐寒冷，在冰中能生存數月間。

傷寒菌由患者之糞便及尿，時而由喀痰排泄，糞便中於極熱期排泄最多，快復後通常雖經二三週則其排泄停止，然屢屢互數月，往往數年，數十年間仍見其排出者有之，如此健康者而排出傷寒菌者，稱曰傷寒菌攜帶者 (Typhusbazillenträger)。

圖 二菌 十寒 七傷 第



本標色染毛種

傳染徑路由傷寒患者之尿、糞便排出之傷寒菌混入飲料水或附着於食物、器具、衣服等而傳染，其侵入門常為消化器管，自古由飲料水、牛乳及浴水而見傷寒之大流行者決為不少，哺乳兒由罹患傷寒之母傳染者，由其附近之物或浴水所傳染，而非直接病原菌由母乳傳染，於同一家族見多數之兄弟罹患本病者有之。

感染素質稍為一般的，關於年齡在五歲以上者大約與大人相同，五歲以下迄二歲者少。於哺乳兒尤少，在一歲以下者屢屢其經過輕微，且為不定型，因而有被誤診者，又於分娩

時母體患傷寒而有見小兒患先天性傷寒之實例。

經過傷寒者將來能完全免疫與否，尚為疑問，見其再患者決不鮮也。

病理解剖 解剖上之變化常與其臨床的症狀一致，其變化在小兒比較大人概為表在性，且經過輕度，約在

第一週歲者派厄 (Lager) 氏板及腸孤在濾胞起中等度腫脹，而作散在的小腐痂 (Schorf)，迅速形成癍痕，至

七八歲以上者，因腐痂大而深，形成著明潰瘍，而見穿孔者有之，然腸穿孔比較大人一般稍少，於腸間膜之淋巴

腺腫大於哺乳兒亦屢屢頗為著明。

症候 於小兒期之傷寒概多爲輕症者其年齡幼稚者有熱期短高熱少重篤之神經症狀缺如尤以發現腸出血者稀少。

潛伏期通常爲十日乃至十四日，其發病緩徐而有所訴不定者，有疲勞感、食慾不振、睡眠不安、嘔吐等，稍長之小兒訴頭痛，終則不堪倦憊而至自願就褥，此時檢查體溫屢屢體溫表示上昇，一般症狀初被犯者雖少，然漸次則呈無慾狀態 (Apathie)，而熱候大多爲最重大之症候也。

觀察熱型示傷寒典型之像者不少，即階段的漸次昇騰，次則稽留於高熱，然後示弛張漸漸下降，然各時期比較見於大人者大多短縮，四日或五日已達於其頂點，極熱期不滿一週，而三日乃至五日之中，即弛張性下熱，故有熱時期經過二週間者有之，偶有由高熱起始，尤以於年長兒有伴惡寒者，然多視爲初期症狀者也，在五歲以下者於稽留期之熱，多數示三十九度五分乃至四十度，往往突然下熱者有之。

傷寒之脈搏本較體溫低度，爲其固有之症狀，此種現象在六歲八歲年以上之小兒乃著明，幼小者則不規則，重搏性亦有同樣之關係，心臟本身一般無有障礙。

舌通常被有強烈灰白乃至灰褐色之苔，且乾燥，年長者屢屢其邊緣清淨，使之挺出往往見其震顫，口唇乾燥、裂皮，小兒喜拔取之，又大多以指頭穿外鼻孔。

薔薇疹屢屢發現於胸腹之移行部或腹、背、四肢，其數頗少，於幼小者全然不見者亦復不少，又見蕁麻疹狀之發疹者有之。

腹部雖一般少有如大人膨滿者，然亦偶有著明之膨脹者，屢屢訴腹痛，迴育部有壓痛及雷鳴 (Ileocecal-sounds)，脾臟大約常由一週之終或二週之初即可觸知。

便通於第一週之間如常，稍微祕結，二週以後大多見軟泥狀之腹瀉便；然在幼小者屢屢由初起時即傾於腹瀉，又全經過見便秘者有之。

小兒之傷寒經過中發現最多者為枝氣管炎，尤以體質虛弱者，大約每常伴有之，更間有進而起枝氣管肺炎，而取死亡之轉歸者。

當高熱時尿中見蛋白及少許之圓柱者不少，然有著明之腎臟炎者稀有，尿由一週之終經全有熱時均可證明 Diazo 反應（參照三二六頁），於血液常有著明白血球之減少。

神經症狀一般輕微，然於幼年者應注意頭痛、不安、無慾之顏貌，其他有發譫語、叫喚等者。有熱期間屢屢為一週半乃至三週，三週之後小兒已完全入恢復期。

異常型 哺乳兒傷寒尤以其乏特質者，雖有呈相當之高熱；然不示典型的熱型。一般經過短，嘔吐、腹瀉、腹部膨脹、及舌苔屢屢疑為腸胃障礙，無慾狀態、頸直及顛門之緊滿使疑為腦膜炎。如家族中有傷寒患者時，則易於定診斷之方針也。而哺乳兒傷寒一般之預後殆無有不良者。

重篤之病症寧為稀有，五年以上者時而見之，高熱（四十度）長久持續，重聽、叫喚、狂暴，初起無慾狀態即強甚，陷於嗜眠、昏睡、脈搏小而頻數，容易起枝氣管卡他及枝氣管肺炎，更時而見腸出血，現腦膜炎狀之症狀，項部強

併發症 當傷寒之初期，發強烈卡他性或腺窩性咽峽炎，而見假膜狀之附着者有之，其他口腔黏膜發生阿布答性潰瘍、鵝口瘡等，又起續發的腮腺炎而見化膿者有之，中耳炎亦屢屢相伴發現。

肺炎由第二週以後續枝氣管卡他發現，屢屢因而危害患兒之生命，本病起滲出性肋膜炎時，易於傾於化膿。併發心臟疾患者稀少，起腎臟炎者亦少，尿中之傷寒菌入恢復期亦有長久排出者。

皮膚於下熱之際有多量之發汗，常發汗疹，不愉快之褥瘡多生於薦骨部，乃因看護不良而起，重症者屢屢陷於壞疽。

恢復期時或三月乃至六月之後，有起限局性之骨膜炎，尤喜發生於頸骨，於其膿中可以證明傷寒菌。

於中樞神經系有時於年長之小兒，發失語症，又於恢復期起一時性之精神錯亂者有之。尚有腦膜炎樣症狀之一部分，由傷寒菌惹起者，有漿液性腦膜炎者預後則為不良。

再發亦決不少，依流行之性質而異，多起於下熱後三日乃至十日之間。

診斷 小兒傷寒之診斷，較諸大人感覺困難多矣，須與膀胱卡他、流行性感冒之有腸胃障礙者、格魯布性肺炎，尤以其中心性者，時而盲腸周圍炎相鑑別；肺炎常伴呼吸促迫，有鼻翼呼吸，且胸部之所見更為確實，著明之脾腫，與傷寒相當，對於盲腸炎應充分診查局部，又有血液之白血球增減相反；尿之顯微鏡檢查，即可發見膀胱卡他；單純之腸胃卡他視其一兩日之經過，則能判明。

較以上所述鑑別上之問題更爲重要者，爲粟粒結核，尤以其主要病機存在於腦時，一二週間持續有熱候，且不久即發現顯著之腦症狀及肺炎症狀。

故下傷寒之診斷，除檢熱、脾腫、薔薇疹等以外，須證明尿之 *Diazo* 反應，更當確定由患者血清對於傷寒菌之凝集反應（維達爾反應 *Widal'sche Reaktion*）。

艾利（*Ehrlich*）氏 *Diazo* 反應（*Ehrlich's Diazoreaktion*）於有熱時常爲陽性，其檢查必要下列二種液汁。

第一液

氨基苯磺酸 (*Acid. Sulfanilicum*) 五・〇

純鹽酸 五〇・〇

蒸餾水 一〇〇〇・〇

第二液

亞硫酸鈉 五・〇

蒸餾水 一〇〇・〇

檢查時先取二滴之第二液於試驗管（有專供此種試驗使用之特別試驗管）內，可加入約五・〇之第一液，次加同量之尿，更加入全量八分之一量之銨（*Ammonia*）水，強烈振盪，如爲陽性時，則發現之泡沫呈著明桃紅色。

反應也。

維達爾(Widal)氏血清反應，對於傷寒診斷上極爲確實，對於其他諸疾患爲唯一之鑑別表徵者也，然一般於發病第一週之間不發現，第二週以後始能發現，又曾一度罹傷寒者往往經數年或十年以上能保有其性質者有之。施行方法：使用患兒皮膚（須避免接觸之處，故多選上肢）貼付強烈發泡膏所得之漿液，當其檢查所見有肉眼的試驗管內者及顯微鏡下作懸滴標本者，行於試驗管內者，發泡液以一定倍數之生理食鹽水稀釋（通常稀釋區別爲五十倍以上至千倍，作五乃至六本），二十四時間置於孵卵器中，再與培養傷寒菌之肉羹汁或食鹽水混合，更置入孵卵器中，如爲陽性時經數時間或數時間以上，則平等混合之菌相聚而凝集，遂成爲白色之沉渣，沉澱於管底，上部透明，而因其稀釋倍數之大，以定陽性反應之強度，以顯微鏡檢查亦同，卽作懸滴標本，於凝集之十分鐘以內現於鏡上者，亦爲陽性。

故淺川氏以蟻醛(Formalin)使傷寒菌死滅，而作成一種診斷液，卽以代前述傷寒菌之新鮮培養，以該診斷液而供獻於凝集反應者也。

尙有由患者之血液移植於膽汁培養基，或德里加爾斯克(Drignalski)空拉第(Conradi)氏培養基而檢查傷寒菌者，小兒血液檢查雖爲困難，但由糞便則容易發見德里加爾斯克空拉第氏平板培養基上二十四時間於孵卵器中培養者，傷寒菌集落爲一乃至三公釐(ββ)大之青藍色透明者也，反之，普通大腸菌有二乃至六公

簾 (mm) 大，爲紅色而不透明者，兩者一見即可區別之。

預後 比較大人一般佳良，因流行之性質而異，有昏睡、腦膜炎樣症狀、猛烈之腹瀉者危險。

療法 對於傷寒尙無特效藥，普通所謂有特效之血清療法，尙未得一般所公認，故吾人不得不依食物及理學上之攝生法爲主，病室須選閑靜，注意換氣、溫度，尤以臥床當用溫柔而無褶襞者，且清潔皮膚，以防褥瘡之發生，又須勵行口腔之清淨、含嗽、噴霧等。

食物必須流動體，幼少者主用中乳或以牛乳混入黏滑汁，年長者以外與以肉羹汁或牛乳混合穀粉煎汁，時而以可等加味，榮養不須過分供給，隨其狀態每二、三、乃至四時間漸漸與以少量，尙與以茶浸等飲料，傾於腹瀉時宜將牛乳之量稍減少，而穀粉之量增加，流動性食物卽下熱後猶應繼續使用，體溫降至正常以下約經一週間，乃漸次與以粥等，徐徐乃復歸平常之食物。

藥劑單與以檸檬劑 (Limonad) 或赤酒檸檬劑足矣，初期多使用瀉藥尤以潤腸藥雖多無影響，但峻瀉藥則有危險，腹瀉多者與以次硝酸鉍 (三回〇・三——〇・五) 或坦那耳彬 (Tannalbin) (三回〇・三——〇・五) 有頭痛且現四十度以上之高熱者，偶與以非那西汀 (Phenacetin) (一回〇・二——〇・四) 匹拉米董 (Pyramidon) (一回〇・〇五——〇・一) 者有之，如持續使用解熱藥則有害也。

水治療法，在小兒比較易於施行，於有高熱尤以神經症狀強甚時行之，普通微溫水浴用攝氏三十三度或三十四度，更間有用低溫三十度之水，一日入浴二三回，一回入浴之時間爲五乃至十分間，又血液循環惡劣而嗜眠，

謹語強甚者除入浴之外頂部又當行冷水灌注。

起腸出血之際，嚴守安靜，用白明膠 (Gelatinæ) 溶液注射於皮下，或使之內服 (皮下注射宜用怡默克 Merc 公司所製之滅菌者)。

患者無熱後尚須臥床二週間，對於經過後之身體衰弱，應用金雞納鐵等，盡力使體力迅速恢復。

第十 類傷寒 (Paratyphus)

類傷寒爲近時乃認爲一種獨立之傳染病也，以前包括於傷寒之中。

原因 爲位於傷寒菌與大腸菌之中間性質之類傷寒菌也。

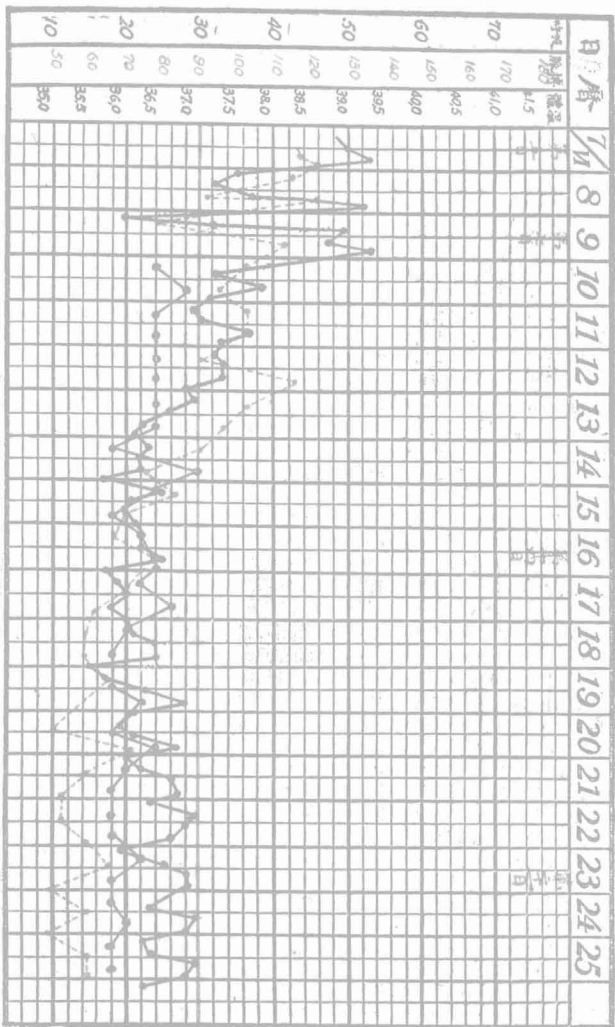
類傷寒菌由西歷一八九六年阿沙及木索德 (Acharé et Bensande) 二氏所發見，一九〇〇年索特謬納 (Sciottmüller) 氏確定爲二種之異型，附以 A 型 B 型之名稱，B 型者較比 A 型爲多數。

類傷寒之傳染與傷寒之徑路相同，而本菌尚爲食物中毒症 (尤以內中毒症) 之原因。

大正五年九月八日我延壽堂收容之患兒小〇〇清〇 (病名類傷寒 B 型) 於病之第六日，其發病爲九月三日，以發熱起始，每日排一二次軟便，經二三日發現利尿頻數，每三十分有一回利尿，排尿時有下腹部之疼痛，與嘔吐，雖往往震顫，然未起痙攣，咳嗽、頭痛等亦缺如云。

現症見咽部發赤，扁桃體肥大，腹部之膨滿顯著，其他僅臆反射亢進，胸部所見陰性，無項部強剛、浮腫、發疹、脾腫，但尿 Diazo 反應弱而有蛋白之痕跡。

第七十號六歲男童之傷寒熱型圖



約住院六週間，完全治癒出院，其經過中初三週間雖現腹瀉或軟便，但以後為硬便，屢屢由浣腸排便。

現症非如此簡單，熱之退散遲延（參看第七十七圖）此為余近時實驗之本症中最頑固者。

症候 與傷寒之症狀相酷似，然較之常為輕度，其發病屢屢突然以惡寒起始，有頭痛、嘔吐、腸瀉等，偶有見瘡者，蓄微疹大多缺如，體溫多急速上昇，熱型不規則，且屢屢為弛張性，其高度雖有達三十九度、四十度者，然不呈稽留性，脈搏比體溫之數大多為少，舌被白色或灰白色之苔，能觸得脾腫，尿有 Diaco 反應，然缺如者亦不少，胃部多少膨滿，盲腸部有壓痛及咕嚕音。

類傷寒除上述似輕症傷寒者以外，有呈急激之腸胃症狀者，起劇烈之吐瀉，便屢屢為米泔汁樣而有臭氣，又混黏液者有之，有口渴，迅速衰弱，呈此種霍亂症狀者，小兒亦決不少，現神經症狀者概少。

全經過為三週，其恢復急速。

併發症 見枝氣管卡他者有之，間有現腸出血者，往往有類傷寒及傷寒之混合傳染者。

預後 一般佳良。

診斷 專候患者血清對於類傷寒菌之凝集反應，與類似之傷寒鑑別亦然。

療法 當以傷寒之療法為標準。

第十一 赤痢 (Dysenterie, Ruhr) 附疫痢

赤痢由細菌或一種變形蟲惹起之傳染性大腸疾患也，排泄血狀黏液便為特徵。

原因 志賀克盧札 (Kriego) 兩氏所發見之赤痢菌爲其病原體之一。

該菌爲似大腸菌之一桿菌，格蘭 (Gram) 氏法則脫色，於瓊脂培養基上二十四時間發生菲薄之集落，透過光線視之呈淡青色。

夫雷克斯納 (Flexner) 氏於志賀克魯斯菌發見之前後，又分離一種赤痢菌，似有於某次流行時以志賀克魯斯菌爲多，而有時流行主基於夫雷克斯納 (Flexner) 菌之現象。且起赤痢症狀之細菌，不僅限於此二者，乃分離多數之大腸菌均爲其病原，現時有異型說出，承認此等爲赤痢異型菌。

變形蟲赤痢由一種變形蟲 (Amoeba) 爲其病原，通常視爲熱帶地方病者也。

傳染由於與糞便共同排泄之菌所污染之物爲媒介，赤痢菌之被排泄於體外，一由於糞便，若其處置不充分，則污染寢具、衣服、周圍之器物而有傳染之虞，蠅對於本病之傳染，亦頗關重要之媒介，其他與飲料水、牛乳、野菜、果物等同時攝取者亦有之。

赤痢成流行發見者甚多，由初夏之交起始，至晚秋、初冬之季，則殆絕跡矣。

病理解剖 解剖的變化主爲大腸，尤以其下方之 S 字狀部附近著明，腸黏膜呈強烈炎症，孤在瀰胞腫大，或起化膿性炎症，進而由壞死以至形成潰瘍，小兒之急性赤痢屢屢小腸生瀰胞性炎，派厄 (Peyer) 氏板及孤在瀰胞腫脹發赤，且有見小潰瘍者，此時於大腸之炎症有比較的輕微者，或同樣發現赤痢潰瘍者有之。

發病稍爲急激屢屢伴有發熱俄然發現高熱幼少者同時或前後起痙攣者有之重要之症徵厥爲糞便之性狀，便於初起之數回雖爲通常之腹瀉便，然後排泄者均爲黏液便而混有血液或膿汁，便意頻催，感覺有時時排泄之必要，又有裏急後重（*Tenesmus*），一日不僅十餘回，達數十回者有之，小兒不絕跨於便器，此時每回之排泄量極少。下腹部多訴刺痛，食慾減退，而有口渴，舌被白苔，有現惡心、嘔吐者。初起時腹部多膨滿，顯著時於左側腸骨窩通腹壁可觸知腸壁腫厚爲索狀體，壓之則訴疼痛；到後期通例則腹部陷凹。

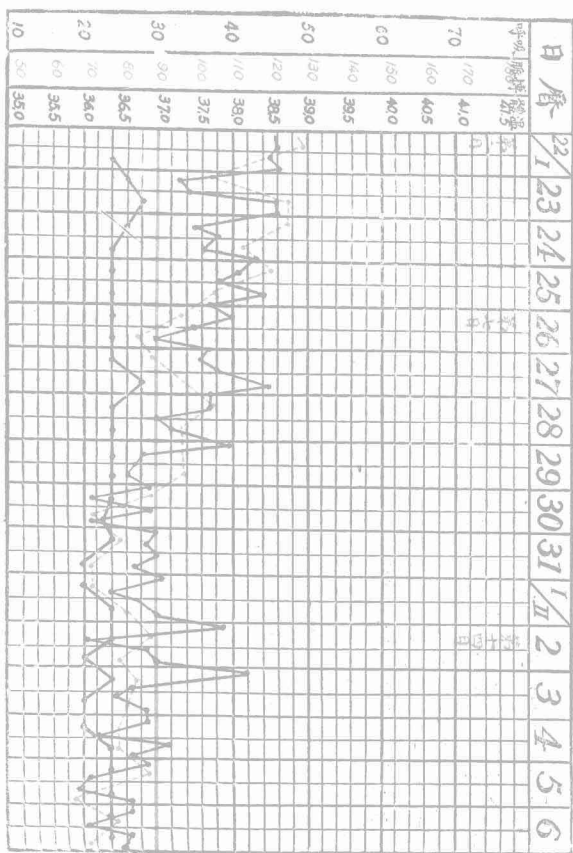
因病勢不一，糞便帶種種之性質；有黏液和於軟便者，此種見有線狀乃至點狀之血液，或混多量之血液，時而含多量之膿汁；又有爲肉汁狀者；間有凝固之黏液呈腐敗色，而有惡臭者；肛門屢屢因頻回之排便而發赤，括約肌麻痺而哆開，又有起脫肛者。

體溫雖隨病勢示種種之型，而不一定；然通常經過一二日乃至五日漸次渙散性下熱，偶亦有長久持續者，脈搏亦隨熱而增減，一般經過一週乃至二週排便度數漸次減少，血液黏液之含量減退，大多混和糞塊，遂恢復爲普通便，偶因起急速衰弱而取不幸之轉歸者有之。

小腸赤痢 小兒屢屢有以激烈症狀而經過之際，此因小腸亦同時被其侵犯者也，小兒突然發高熱（有達四十度或以上者），有嘔吐，屢屢又發痙攣（一回或數回持續），而呈嗜眠狀，脈搏微弱頻數，便通或缺如或排出數回之黏液便或血狀黏液便，漸次陷於昏睡，發病後十二時間乃至四十八時間即死亡。

疫痢或颯風病 疫痢（*Ehli*）多發於日本九州地方，名古屋稱之曰颯風病，發於夏秋之季，主要侵犯二歲

第 七 十 八 圖
 六 歲 男 兒 之 赤 痢 熱 型



乃至八歲之小兒，有頭痛、腹痛、嘔吐等前驅症，又有多少發熱，排出軟便或腹瀉便，經數時間突然發四十度以上高熱，漏出黏液便，眼球上轉，四肢搖擗，又發全身之痙攣，迅速陷於昏睡，二十乃至二十四時間即取死之轉歸，便通雖

少有祕結者，然大多爲一日排一回乃至五回，於黏液中混有多少之血液者，而腹部極爲柔軟，爲其特徵之一。

疫痢果爲獨立之疾患歟？抑爲小兒赤痢之一重症歟？迄今猶爲未決之疑問也，病理解剖上之變化，爲大腸之濾胞性炎，濾胞著明腫起，見有潰瘍。伊東氏由該患者之便發見疫痢菌，然由呈所謂疫痢症狀者，而得證明赤痢菌者亦不少。

併發症 有見腹膜炎，肝臟膿瘍者。

後貽症 赤痢疾患後有遺留腸之過敏性，易起腹瀉而成常習性者，又間因潰瘍後之癍痕而起腸管狹窄者有之。

診斷 據其特異之糞便狀態，故不難診斷；然小腸赤痢初無便之特徵，而有高熱、神經症狀，故有使吾人苦於診斷者，此時行排便灌腸之際，大多得見血狀黏液便。其他赤痢之輕症者與大腸卡他或濾胞性腸炎之鑑別困難。確定赤痢之診斷，由其糞便培養之病菌，見其對於赤痢菌血清之凝集反應爲宜。

豫後 與流行之性質及季節大有關係，排便頻數者，尤以有神經症狀者不良，小腸赤痢及所謂疫痢殆無治愈之望。

療法 豫防法 患兒之腸排泄物以石炭酸水等充分消毒，應防止污染物之散亂，務須處置妥當，於流行之際，應注意點心、水菓等之攝取，恐爲傳染之機會。

固有療法 使患兒安靜臥床，腹部保溫，或以法蘭絨布片纏絡，或施布里斯里持 (Briesnitz) 之溫褸法，有裏

急後重烈甚疼痛時，用灰爐或溫袋，置於下腹部，即感輕快，初期之食物須選流動物，與以牛乳、肉羹、葛湯、粥湯等，是等食物初用少量，漸次增加，每三小時間乃至四時一回為宜，俟便之回數減少，且其性質近於通常便時，始應漸次與以粥、雞卵等，初起有口渴，則與以茶浸、檸檬劑、果實汁等，但須避用冰片，或與以赤酒、檸檬劑。

藥劑 初期與以瀉藥使大便通利為宜，通常一日數回，與以蓖麻子油（一食匙乃至一兒匙），或與以甘汞（〇・〇七——〇・五頓服），以後與以鴉片酞（一日一滴乃至四滴），見炎症消退，乃用次硝酸鉍（〇・一——〇・五一回量），坦那耳彬（Tannalbin）等收斂藥，熱不退去，而治癒緩慢之際，分服少量之甘汞而奏偉效者有之。

便意頻意而裏急後重烈甚之際，可施行灌腸緩和之，通常用1%之食鹽水，或酸性碳酸鈉水200・0。0乃至600・0。0作成微溫，應用浣腸器（Irrigator）洗滌腸內（一日一回乃至二回），已有進步時用收斂性之灌腸劑（〇・一乃至〇・五鞣酸溶液或一千倍乃至一萬倍之硝酸銀水），對於裏急後重用古柯鹼、鴉片、顛茄根流動膏之坐藥，食慾缺乏者與以鞣酸毆力新（Orexin-Tannicum）（1回〇・11——〇・5）。

小腸赤痢如有神經症狀而易陷於虛脫者，用多量之生理食鹽水皮下注射（一回150・0——200・0，一日一回或二回），及行樟腦皮下注射（一日一筒或二筒），同時用強心藥。

近來對於赤痢稱用血清療法，頗為有效，尤以行於初期為良云。

（譯者註）自一九一七年赫爾里（D. Herlie）氏研究成功提出各種病原菌素，設法溶入特製之肉湯

內以代血清以來收奏之佳良不遜於以前之血清療法且不如血清療法有劇烈之反應祇須內服即可奏效，即所謂菌汁 (Phage) 是也。於是血清之用途大為減少，幾以全菌汁代之。我國現已製出一種滅腸菌，名曰敵痢菌汁 (D. S. Phage)，含有多種腸菌之菌汁，主治赤痢菌性及細菌性痢疾，但對於 *Ameba* 性痢疾無效。

第十二 亞細亞霍亂 (Cholera asiatica)

本病為由科赫 (Koch) 氏發見之霍亂菌而起，以劇烈之腹瀉、嘔吐而經過之急慢性傳染病也。

原因 亞細亞霍亂，夙昔流行於印度，一八八四年羅貝爾科赫 (Robert Koch) 氏於印度發見病源之霍亂桿菌 (*Kommabazillus*)

科赫氏 *Komma* 桿菌其形呈 *Komma* 狀之彎曲，有鞭毛而營活潑之運動，用阿尼林 (Anilin) 色素例如石碳酸一品紅 (Fuchsin) 染色為佳，格蘭氏 (Gram) 法脫色，於本病患者之糞便中，殆均可得純粹培養而含有多數之病菌。

霍亂之傳染媒介，為其糞便及吐物，因某種機會運搬於消化器，尤以口中遂起傳染，其機會之主要者，厥為飲料水及洗濯水是也，有時混入食物而傳染，此時以蒼蠅為其危險之媒介者，不潔濕潤之土地及多數人集會之處，或暴飲暴食均能補助傳染也。

本病常為流行性發現，多於夏季及初秋之期，其流行數月，或達半年者有之。

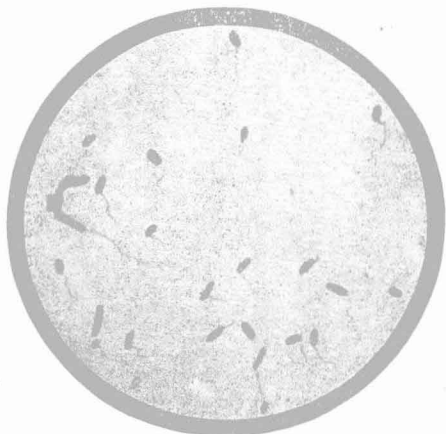
第七十九圖

蠶亂糞便標本



第八十圖

蠶亂菌鞭毛



病理解剖 各器官一般乾燥，漿液膜黏稠而有肥皂狀之感，胃及腸腔存在多量米泔汁狀之液體，而浮於剝離之黏膜上皮，黏膜之皺襞及腸絨毛著明充血，處處見壞疽竈，又有見狄扶的里性炎症者，腸濾胞多腫脹，於腸腺之內部及腸胃內容物中見有無數蠶亂菌存在，腸管漿膜著明充血而呈桃紅色，腎臟屢屢見有實質炎。

症候 潛伏期短者僅數時間，多數在三日以內，間亦有達三日以上者，前驅症狀大多缺如，有輕度之腹瀉，不感快、腹痛等之前行症狀。

當發病時有主呈腹瀉症狀者，頻頻感覺便意之緊迫，而有腹中雷鳴，有多量水狀腹瀉便，極感疲勞，腹瀉尚繼

霍亂便雖初有糞性，然數回之後，則完全呈灰白色，放一種精液樣之臭氣，其中由腸上皮而成之白色絮狀浮遊物，外觀呈米泔汁狀 (*reiswasserähnlich*)，其回數二十四時間內有達二十回者，患兒著明衰耗，皮膚乾燥而失彈力，口渴極甚，口唇乾固，聲音變微弱，嘶嘎，脈搏頻數而細小，眼窩陷沒，鼻梁尖銳，四肢厥冷，尿利益漸減退，起尿閉者有之。

因如斯劇烈之嘔吐、腹瀉而起循環障礙，外皮之溫度著明降下，多在常溫以下，是曰厥冷期 (*Stadium algidum*) 或厥冷性霍亂 (*Cholera algida*)，小兒於此時期死亡者不少，如其療法適宜而漸次赴於治療者有之，然尚進行不止則症狀更爲險惡，顏面著明蒼白，口唇、鼻尖、四肢等現青藍症，舌及口腔黏膜乾燥、黏稠，聲音殆成無聲，眼球陷沒愈深。顴骨、鼻梁突隆，恰如死者之顏貌，是曰假死期 (*Stadium asphycticum*) 或假性霍亂 (*Cholera asphyctica*)，脈搏殆不能觸知，益益陷於昏睡，一日乃至二日之後即致死亡。

有由假死期治癒之外，有呈所謂反應期 (*Stadium reactionis*) 之症狀者，此症狀有種種，腹瀉及嘔吐漸次輕快，患者之意識渾濁、無慾、嗜眠，或發譫語，又有發熱，皮膚屢屢發現蕁麻疹或玫瑰疹狀者，尿量仍少，證明有蛋白圓柱等 (霍亂傷寒症 *Cholera-typhoid*) 或起尿閉而發尿毒症，又有併發肺炎、化膿性枝氣管卡他者。

診斷 當流行時診定決不困難，於以外之時期起吐瀉而呈胃腸障礙及重症消化不良之中毒症狀者，屢屢有鑑別之必要。

確實診斷，不得不依細菌學之檢查，顯微鏡的檢查，取便中之絮狀片，製為塗抹乾燥標本，以啓爾 (Zieth) 氏石碳酸一品紅溶液染色，則可見多數之 *Komma* 桿菌。

豫後 小兒較大人更爲不良，尤以五歲以下者爲然，哺乳兒罹患本病者死亡數約占八〇%。

療法 豫防法將患兒早送入隔離病院，其糞便、吐物、及着於身體之衣物等行充分之消毒，當流行時嚴守飲食上之攝生，又當注意患流行地方之交通。

固有療法，先命其靜臥，食物在嘔吐強甚時，雖流動體亦不宜多與，每回與以少量茶浸、黏滑汁等，全身液體損失過甚者，則行生理食鹽水之皮下注射。

藥劑 初期與以甘汞，以後與以鴉片酞，宜行鞣酸之腸洗滌，至於血清療法之效能，尙未確實。

第十二 百日咳、疫咳 (*Keuchhusten, Pertussis, Tussis convulsiva*)

百日咳呈一種特有之發作性咳嗽之疾患，爲觸接傳染病之一。

原因 一九〇六年波爾德及普規 (*Bordet und Gengue*) 二氏所發見之百日咳菌，近於其病源體。

百日咳菌爲微小之桿菌，中央部之染色弱，新鮮之唾液中能發見多數，對於恢復期之小兒血清呈凝集反應，對於熱及其他之抵抗弱。

於余之延壽堂岡田博士，就百日咳患兒殆每常檢出同類之細菌。

傳染因咳嗽時飛散之唾液沫，僅數分開同席即可受其感染，間接傳染者極爲稀有。其感染素質頗爲一般的，

圖 一 十 八 第
 菌 咳 日 百 之 中 痰 略



屢屢成爲流行發生，與其他呼吸器關係深之傳染病相同，好發現於寒冷之際年齡在一歲乃至三歲者最易被其侵犯，見於哺乳兒者亦復不少，此爲於其他傳染病所無之點也，於生後一月或更早生後一週發生百日咳者，亦決不少，女性較男性患者尤多，一度罹患本病後，則將來獲得後天性免疫，而再度被犯者頗爲稀少。

症候 潛伏期之長短不一，雖平均約爲一週，然短者僅三四日，長者須經二週。

全經過達數月，強弱之程度有種種，大略可分爲三期，茲述其中等度者之經過如下：

1、卡他期 (Stadium catarrhale) 由鼻卡他起始，

有咳嗽、結合膜潮紅、嘶啞等，有與單純之卡他區別困難者，此種症狀，經一週乃至二週（吾人之實驗多爲十日），或互半週或達四週之久，咳嗽漸次猛烈，於夜間頻發，於一定之間隔時，帶發作性發現，而移行於次期。

1、痙攣期 (Stadium convulsivum) 咳嗽爲發作

性，且強迫的連發，尤以夜間爲多，其特異狀態即非醫師，亦多能下本病之診斷。

痙咳發作 (Keuchstussenanfall) 屢屢有前兆，小兒

不安不快，頸部有痒感，或胸部感覺壓迫，此時小兒有投入母氏之懷抱或憑依於機器等物者，此時更現嘔吐者有

發作之先行延長之深吸氣，次則即連發強盛之短咳，其間毫無營吸氣之餘裕，顏面著明潮紅，結合膜發赤，使其開口，則舌外出，此呼氣的咳嗽頻發之後，因強而且長吹笛樣之吸氣（回響 *Reprise*）然非終止，更數回反覆，口唇及舌現青藍症，偶呈窒息狀者有之（*Stickhusen*），最後排出黏稠玻璃狀之黏液，為一次發作終止，此時屢屢有嘔吐，脆弱者以後頗感疲勞，發作之強弱及度數因時間不同，雖多數於二十四時間為五回乃至十回，然三十回、五十回更達以上者有之，一次發作回響（*Reprise*）雖多數為二回乃至五回，然亦有反覆至十回三十回者，此期之持續平均為三週乃至六週。

雖例外有見痙攣的噴嚏以代咳嗽者，但痙攣達於其極點數日或數週，其勢減退，而比較的急速轉入第三期。
(II) 輕快期 (*Stadium decrementi*) 達此期則發作之回數及強度共同減少，嘔吐停止，失去特種之性質，而長久存留卡他性之咳嗽。

全經過如無併發病時，須四週乃至十週，大多小兒著明衰弱，而與以結核發生之好機會者有之，又於輕快期罹枝氣管卡他，則屢屢更惹起痙咳也。

於此中等症有取異常經過者，即偶有經過二三週，不致呈著明之發作，此種輕快者，非其家族中有其他之百日咳患者，則難於診定；反之，在重篤者初起即有高熱（迄三十九度）不安、睡眠障礙、脈搏急速、發作劇甚、呼吸困難、劇烈嘔吐，而無併發病即致死亡者，然如此者一般罕有。其他在極幼少者容易起青藍症，多有呼吸遏止之危險，

意識被障礙有起子癇發作者

以上百日咳經過中，尤以癲癇期多伴其癲咳發作而呈種種之症狀。

熱候雖一般缺如（除無併發症時之第一日外），偶有輕熱長久持續者。心臟因劇烈咳嗽之後，屢屢有右室擴張，然心肌或心包內外膜少有起炎症者，稀起突然心臟麻痺者有之。血液有白血球之增多，更當發作時頸靜脈起鬱血，結合膜潮紅，眼臉發現浮腫，尚屢屢於顏面一帶有腫起者，於舌繫帶之淺潰瘍，由發作時齒列之器械的刺戟而生，其他因強烈腹壓而起赫尼亞、直腸脫出，又漏出不隨意的尿及大便者有之。

普通因靜脈起鬱血，見有靜脈、毛細管等發生破裂而出血者，尤以屢屢發現衄血者爲多。出血又有混於喀痰，間有起於皮下者，更往往所見者，爲眼球結合膜接近角膜緣所起之半月狀出血竈是也。

肺能起急性肺膨脹，甚則肺胞破裂而起間質性肺氣腫，蔓延由縱隔膜腔以致起皮下氣腫者有之，有時甚至起呼吸困難，終則死亡。

神經素質之小兒罹本病，則其發作頻數，且爲猛烈，一家有多數同患本病時，如一人發作，其他患者亦隨之發作。在幼小者屢屢聲門之痙攣強甚，長久閉鎖，呼吸遏止，現青藍症，陷於無意識狀態者有之，且繼續喚起全身之痙攣者不少，故生來有痙攣素質之小兒發生百日咳之際，須特別注意，取死亡之轉歸者決非罕有。

於消化器系之障礙，以發現嘔吐爲最多，神經質之小兒尤爲頑固，同時有食慾不振，營養狀態亦漸不良，有現腹瀉，肝臟偶亦腫脹，尿中雖往往有檢出蛋白質者，然真正之腎臟炎則屬罕有。

併發症 上述之大部分均可視為併發病，尤以呼吸器官起併發病屢屢屬於危險，同時發輕度之枝氣管卡他者頗多，即呼吸數無變化，聽得粗大之枝氣管雜音，無熱候，雖不須顧慮；然幼小者及脆弱者因易起毛細枝氣管卡他或枝氣管肺炎，則屬危險。當起枝氣管肺炎之初，其病竈之散在者雖不著明，然多示弛張性之高熱，呼吸促迫，可認出雜音部。起肺炎時咳嗽一旦失去痙咳之性質，而至肺炎經過消去，則再現特有之發作，枝氣管肺炎特以有麻疹併發時尤為強甚，其原因由鏈狀球菌、肺炎菌等加入之故，其經過緩慢而頑固之際，則類似結核性肺炎。潛在性之結核有於百日咳之經過中或經過後發現者，殊以遭遇於年長之小兒呈此症狀之際，寧以注重於結核為當，往往有起粟粒結核而死亡者。

其他之傳染病，例如狄扶的里、麻疹等之併發，而發生不良之影響者為普遍之事實。雖有因中樞神經系統有出血而發半身不隨、中樞性之盲或聾、麻痺等者，然一般罕有。

診斷 見典型的痙攣期則可即得確診，未遭遇咳嗽則應以舌壓子深入咽內，與以刺戟故意使起發作，否則據其母親所訴，確有發作性、夜間頻發、及回響（Reprise），同時更有胸部所見稍成陰性，當可診定也。其他眼瞼之浮腫、舌繫帶之潰瘍等，亦可為診斷之助；然本病於卡他期即欲確診則不可能。

流行性感冒、腺樣（Adenoid）增殖之際，雖亦見頻數之咳嗽；然其發作概不如百日咳為規則的。最相類似者，為枝氣管淋巴線結核之際，亦同樣發痙咳，而屢屢亘達數月；然於短時間症候無消長，常示同一之強度，且缺回響，其他多有衰弱不正之熱候及肺所見，由X放射攝影於枝氣管腺之相連合得見腫脹。尚有年長之小兒患臟躁症

時雖有同樣之瘧咳然因於夜間睡眠中全然不發作即可區別之

豫後 由年齡而異，三四歲以上者多佳良；三歲以下之愈幼小者而起枝氣管肺炎者多屬危險。尚有佝僂病、瘧變素質者，亦有同樣之危險，孱弱者尤以結核性者。經過後發現結核者不少。

療法 豫防法三、四歲以下之小兒，應避免其傳染之機會，家族中有一人發生本病時，當隔離之，待咳嗽完全消去後，乃可與他人接近，虛弱者勿使與病者接近，患兒之喀痰及吐物，須以3%來沙耳 (Lysol) 等消毒。

固有療法，對於百日咳之特效藥尚未發見，從來應用之藥劑甚多，然無有效者，故吾人須用補助法，顧慮一般衛生裝置，尤以對於百日咳患者，當盡力供給新鮮之空氣，無熱之患兒宜使其外出至溫暖而無塵埃之庭園或森林，天候不良時乃使之居於室內，轉地療法對於此點亦有好影響，食物須避用能刺戟黏膜而促咳嗽之物，以粥狀物為宜。

藥物頗多，均無特別之卓效，初期者用鹽酸金雞納 (Chinin hydrochlor.) (哺乳兒 1日 0.05—0.1，二三回服用，年長兒用 0.15—0.5) 其味惡可用優奎甯 (Euchinin) (哺乳兒 2乃至3回 0.1，年長兒 3回 0.15—0.5) 代之，或用安替比林 (Antipyrin) 優奎甯 (Euchinin) (同量) 等。發作劇烈時，用麻醉藥，多用可待因 (Codein) 或溴化合物。

磷酸可待因 哺乳兒 (近一歲者) 0.001

二歲 0.001—0.001 1日量

五歲

〇・〇〇五——〇・〇〇六

溴化鈉（作為水溶液）

哺乳兒

〇・三——〇・五——一・〇

年長兒

三、〇、

一日量

其他又可使用溴仿 (Bromoform) 更猛烈時用嗎啡 (Morphin) 哺乳兒一日一公絲 (Milligram) 乃至四歲者二——三公絲 (內服或皮下注射) 其他對於本病往往有好影響者為顛茄流浸膏 (Extractum Belladonnae) (哺乳兒一日一——三公絲, 年長兒可用至三公毫 Centigramme)。

重症聲帶痙攣及子癇用多量之溴劑有效, 例如溴化鈉哺乳兒一日用〇・五——一・〇公分, 子癇之發作更強烈時, 則可行腰椎穿刺, 或行一時麻醉。對於枝氣管卡他及肺炎施以適當之療法, 有心臟衰弱之徵, 則用咖啡鹼 (Coffein) 或樟腦 (Camphora)。

至輕快期則充分盡力使體力回復, 轉地於海濱或山間調養, 若胸部發現異常時, 須使其服用碳酸癒創木酚 (Guajacolum carbonicum) (1H〇・〇五——〇・一五, 三回服用) 等。

(譯者註) 近來美國多用百日咳菌苗療法, 經各專家報告均謂成績良佳, 尤以初期用之效果更為顯著, 菌數以用比較的多量為佳, 能使其痙咳發作輕快而且減少云。

流行性感胃爲流行性發生之急性接觸性傳染病也。

原因 本病之原因，雖係一八八九年普淮斐 (Pfeiffer) 氏發見之流行性感胃菌；然近時之流行性感胃中，屢屢不能證明本菌。

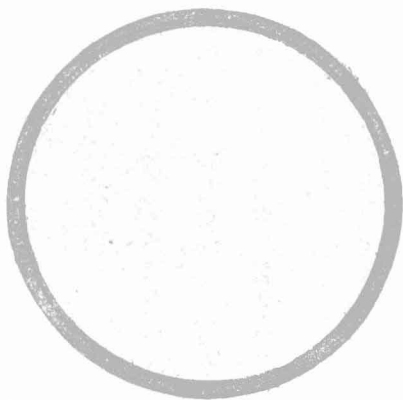
流行性感胃菌爲極其微小之桿菌，用阿尼林 (Anilin) 色素，尤以石碳酸一品紅染色爲佳，由格蘭 (Gram) 氏法脫色，此菌於普通之瓊脂培養基上發育困難，在含有血色素之瓊脂培養基（或普通瓊脂培養基之表面塗布血液者），則形成細小之水滴狀集落而發育，每多發現於上氣道、咽黏膜。

本病之傳染由患兒咳嗽、噴嚏時飛散之唾液泡沫，直接侵入上氣道而傳播者爲多，其流行發現概爲急速，且屢屢波及廣大之範圍，從來亘於歐洲及亞洲發生大流行之次數不少。

關於年齡多發於年長之小兒，幼小者雖爲少數，然侵犯哺乳兒者亦決不少，其多數爲受感染於母親之流行性感胃。

症候、併發病 潛伏期爲一日乃至四日，突然以高熱發病，訴倦怠、頭痛、食慾缺乏，有起嘔吐、鼻卡他、眼瞼結合膜之潮紅者，更屢見關節痛、腰痛等，於幼小者及哺乳兒亦多有因疼痛而叫泣，或呈不安狀者，初病時體溫急速昇騰四十度或四十度以上，二三日

第 八 十 二 圖
流 行 性 感 胃 略 痰 標 本



間呈弛張性或間歇性之熱型，如無併發病加入，則迅速下熱，其全經過通例爲一週間，間亦有達二週三週者。流行性感胃發現有種種之症徵，小兒雖亦有如大人起呼吸器系之障礙爲主者；然幼小者屢屢起著明之腸胃障礙，且有以神經症狀爲主徵者。

於咽之炎症扁桃體、懸壅垂、及腭弓呈暗紅色，時於周圍之境界判明，或稍腫脹，故不僅發乾性之咳嗽，且有咳嗽頻發、有響性而頗似百日咳者，淋巴性體質之小兒呈假性格魯布之症狀者有之，應當特別注意者爲炎症之好犯中耳是也，於發病當日或第二日訴耳痛、鼓膜發赤、見其出血者有之，更屢屢有鼻卡他、發現衄血者不少，其他於哺乳兒間有起咽後膿瘍者。

於上氣道及枝氣管之輕度炎症，大約爲每常所見者，更屢屢起著明枝氣管炎，有時熱候持續存在，而有呼吸困難，尤以幼小者有早期進行，變爲毛細枝氣管炎及枝氣管肺炎，而陷於重篤者不少，不僅稀有繼續肺炎而起纖維性或化膿性之胸膜炎者，且關節及骨起化膿性炎。或續發化膿性腦膜炎者有之。

腸胃之障礙於幼小者尤以哺乳兒爲著明，故消化不良之有熱者，多應加以考慮，此時屢屢因其同胞，有流行性感胃枝氣管卡他者，即可得定其診斷之方針。在年長之小兒雖多有食慾缺乏、嘔吐等，然在幼小者並多現腸症狀，伴食慾不振、舌苔等，又現腹瀉頻數，或排泄水狀腹瀉，或見黏液膿性便。

神經症狀，爲由菌毒中毒症狀之主要者也，即訴全身之倦怠、疲勞、烈甚頭痛、及腰痛，幼小者不安而叫喚，或有陷於昏睡者，其他有腦實質起出血性炎症，又有見因流行性感胃菌之腦膜炎者。此種雖多續發於肺炎，然由其他

之徑路而發生者亦非決無偶有後發神經痛精神錯亂者

皮膚除屢屢見玫瑰疹狀之發疹以外，又有現猩紅熱、麻疹、風疹狀之發疹者。時而見脾臟之腫大，一般雖少有腎臟炎，然偶亦有發現出血性腎臟炎者。心臟之障礙多發於比較稍長之小兒，脈搏變成細小、頻數及不正，有謂心臟見一時性之擴張者不少云。

間有由流行性感菌而起敗血膿毒症之報告。

經過 無併發病時，全經過約一週間，亦有達二三週者，然流行性感菌之多數，尤以屢屢因有枝氣管炎、肺炎、及其他之併發病而經過延長，又有取往舊性之經過，且達數月發現熱候、頭痛等而致衰弱者云 (Filatow 及 Gillet 氏)。

診斷 小兒之流行性感菌因呈多樣之症狀，非於流行時其診定感困難者不少，雖上述咽黏膜之所見及突然之發熱著明，然細菌學上之診斷實地上亦非容易。

鑑別上與傷寒之判別，稍觀察其經過即可區別，傷寒在一週之終尿有 Diazó 反應，見脾臟腫大並凝集反應則更爲正確。關節痛強烈時，有須與急性關節癱麻質斯鑑別者。又流行性感菌發現症候的項部強直（概因頭部淋巴線之腫脹而起），其他脈搏及呼吸不正，或有嗜眠等之所謂腦膜炎樣症狀 (Meningismus) 時，有與真腦膜炎之區別甚爲困難者。尙有流行性感菌兼有發疹之際，因疹之模樣須與猩紅熱、麻疹、風疹區別者。

豫後 無併發病者，一般佳良；幼小者尤以有毛細枝氣管炎、肺炎者不良，主受腸胃之障礙，著明陷於營養障

礙而死亡者有之。結核續發於流行性感冒者，較麻疹爲少。

療法 使患兒靜養於溫暖之臥床，食物主與以流動物，上氣道有炎症者，施行吸入（酸性碳酸鈉水或硼酸水。）

稍長之小兒，初用發汗藥，有好影響，故使其內服阿斯匹靈（ 0.1 乃至 0.5 ）同時與以熱飲料，以催進發汗。

神經症狀強甚者，施行水治療法，即行溫浴，又同時施冷水灌注，其他使用之藥劑有金雞納（Chinin）（與年齡相當之公釐 Decigramm）安息香酸鈉等。

對於併發病施以適當之處置，於未恢復充分之際，當連續服金雞納煎、金雞納鐵等。

第十五 流行性腮腺炎 (Parotitis epidemica, Mumps)

本病爲腮腺起急性腫脹之觸接性傳染病也。

原因 本病之原因尙未發見，多因直接與患者交通而傳染，屢屢流行發生於學校、公共遊戲場等，其他間接由健康者或器物作媒介而傳播者有之，而其傳染之徑路，毒素由口腔通過施泰諾里 (Stenony) 氏管而達腮腺。

罹本病者多爲五歲乃至十五歲之兒童，二歲以下之小兒罕有，見於哺乳兒者，視爲例外可矣。一般雖爲散在性發生，然偶亦有成流行發現者，一度罹本病後，可獲得多少免疫性。

症候 潛伏期一般長久，約爲二週半乃至三週，於此期間毫無症狀。屢屢前驅期爲半日或一日以上，有不快、不機嫌、食慾不振、或惡寒、輕熱，其他現嘔血、耳內之騷鳴、或疼痛者有之。

通常至發現腮腺腫脹，始知發生本病，由片側起始，見耳朵之下部腫大，觸之則比較他部顯明，此部壓痛或無皮膚變化，僅呈光澤，間有潮紅而感微熱，腫脹經二——三日則漸次增大，占有由乳嘴突起至下頷角之間，耳朵被壓迫向上，頰部全體腫大，以至呈異狀之顏容，腫脹著明增大，則附近亦生浮腫，有不快之緊張感，感覺口開閉困難，咀嚼之際訴疼痛，更有耳感重聽、疼痛者，如此腫大極度約經二日，則急速減退，此時或較早，又有他側發生腫脹者。熱候成不定型，多於腫脹發現同時或稍較腫脹以前發熱，持續二日乃至三日，通常在三十八乃至三十九度之間，罕有達三十九度以上四十度者，而在腫脹減退之先，熱候即下降，亦有熱候不明者。咽屢屢現輕度發赤，又現唾液分泌之增加者有之。

僅爲片側之腮腺時，其經過爲五日乃至七日，若他側亦同時被犯者，須十日乃至十二日，惡病質者見其化膿者亦極稀有。

併發病 屢屢所見者爲辜丸炎 (Orchitis)，然多發於成人，小兒極少，僅間有見於十三歲以後之年長小兒，其發生通常在腮腺炎稍減退之際（發病一週），突然發高熱，而現譫語者有之。一側或兩側之辜丸起著明之腫大而有疼痛，以後多遺留辜丸瘦削，故若犯及兩側時，則成生殖不能。在婦人有卵巢及乳腺起同樣炎症者。時而起腎臟炎，雖概爲出血性，但其豫後不惡。

罕有起腦膜炎者，雖爲輕漿液性腦膜炎，然往往有取死亡之轉歸者。其他又有發肌麻痺、急性精神錯亂等。雖罕有併發蝸牛殼之疾患而招耳聾者；然因腫瘍壓迫起一時性之顏面神經麻痺者有之。

診斷 據其局部固有之變化，診斷容易，應與本病鑑別者，爲淋巴腺炎及齒槽骨膜炎；腮腺之位置及腫脹之限界爲漸次的，有向下尖頂之突起，見於腮腺炎者也；淋巴腺炎爲圓形腫脹，較之炎症強甚而疼痛著明。又尙須與其他傳染病之續發性或轉移性腮腺炎區別。

豫後 小兒比較大人佳良，然有後貽著明障礙及起併發病者亦須注意。

療法 依據待期療法，有發熱之時間，命患者臥床，使其攝取流動食物，腫脹部溫塗橄欖油，或塗軟膏，而覆以綿布，咽有卡他症狀者，則以硼酸等含嗽。

第十六 丹毒 (Erysipel)

丹毒爲一種創傷性傳染病也，皮膚起炎性之浸潤，於多少之時候兼有全身症狀者也。

原因 丹毒由鏈狀球菌所惹起，初生兒雖臍部爲其屢屢侵入之門戶；但其他之年齡則較大人罕有。以前種痘占其原因之多數。然近時因痘漿之精選及消毒法之進步，其數已著明減少，於年長小兒亦如大人多由鼻腔發生（因鼻炎時上皮剝離），哺乳兒及年小之小兒由濕疹及口圍、耳、陰部、肛門等之裂創或由破壞之水痘發生，然咽爲其侵入之門戶者，在小兒屬於稀有，傳染之多數均間接由器物、衣服、或中間者尤以醫師看護婦爲其媒介，與丹毒患者之居室同住者，屢屢見其相續發生丹毒，尙有早產兒或榮養受障礙而身體抵抗力減弱者，有易於感染

症候 丹毒之潛伏期由數時間至一日乃至八日。其經過除初生兒及哺乳兒初期者，雖與大人相類似，然一般比較輕度，且爲良性，例如前兆之惡寒戰慄，屢屢缺如，局部之變化及一般症狀緩和，故少有見蛋白尿、腎臟炎者。在虛弱之貧血性小兒大多稍有發赤、緊張、腫脹等，與健康皮膚之分界邊緣隆起，不分明；反之，雖極少有，但見於重症之際，即皮膚之變化廣大，而有高熱，又有不安、譫語、昏睡等，數日之後即死亡，脾臟通常著明腫大，其質柔軟，血液中白血球頗增多，熱多爲弛張性，在幼小之惡病質者殆無之，脈搏一般微小、頻數。初生兒丹毒已述於初生兒疾患條下（參照一四〇頁）。

併發病 尤以枝氣管肺炎爲重要，蓋往往因之而取不幸之轉歸。稀有誘起一般敗血症者。

診斷 概爲容易，在初起之時期雖難與蜂窩織炎、淋巴管炎、及急劇之顏面濕疹區別；然經過一二日則可得明確之區別。

豫後 健康者佳良；初生兒及賴人工榮養之哺乳兒，則頗危險。

療法 豫防法 初生兒看護每應嚴守消毒。

固有療法，哺乳兒與以人乳充分榮養，局部塗擦二五%磺基魚石油酸鈹凡士林 (Tathylol vaselin) 1%昇汞凡士林 (Sublimat vaselin) 或五%石碳酸凡士林 (Acid carbolium vaselin) 等。

其他雖有鏈球菌血清之注射及丹毒治療液等；但有無特殊之效力，尙未確定。

第十七 鼠疫又名黑死病 (Pest)

鼠疫爲可怖之熱性傳染病，最爲害淋巴腺，於強烈全身中毒症之下，大多取死亡之轉歸。

本病已由紀元前見其流行於印度地方，於歐洲十四世紀起劇烈之流行，西歷一八九四年流行於香港廣東地方，明治三十二年（一八九九年）延入於日本，傳播於廣島神戶大阪等處，明治三十六年流行於橫濱東京。

原因 一八九四年流行香港之際，北里及頁桑 (Yersin) 氏各自發見一桿菌以後，相繼多次研究之結果，乃確定爲病原菌焉。

鼠疫菌爲短小之桿菌，用阿尼林色素易於染色，以次甲藍 (Methylendian) 染色時，其兩端著明濃染，革蘭氏法脫色，本菌雖對於日光直射之抵抗力弱，三四時間即死滅，然對於寒冷之抵抗力則強，於低溫不僅能繁殖，即在攝氏零度以下三十度，亦能長久生存。

對於鼠疫之傳染蔓延有最重大之關係者，厥爲鼠族，近來之流行先見流行於人類間，其接近之鼠族得證明流行之跡而已，其他蟲類尤以蚤等有爲媒介者，由器物或人類之交通而傳播者，寧爲罕有云。而病原菌侵入人體多由皮膚之損傷，但不能見之細微創傷或皮裂等，爲直接傳染之門戶者頗多，故赤足步行於道路、庭園，爲其傳染之好機會也。尙有屢屢由消化器官及肺臟侵入者，無論由何處傳染，接近之淋巴管均被侵犯，在其徑路之淋巴腺，則起炎症矣。

病理解剖 起著明之變化者，爲淋巴腺是也，見其出血壞疽性炎性於化膿時間，其中含有無數之鼠疫菌，而於皮膚起續發的膿疱、出血性水疱、或癰（*Pestkarbunkel*）於肺鼠疫之際，肺臟及與之相接之枝氣管淋巴腺等，見有出血壞疽性之炎症，尙有進而呈鼠疫菌性敗血症之像者。

症候 潛伏期二日乃至七日，輕症者全身症狀被犯不甚劇烈，屢屢由發熱起始，伴有惡寒，有倦怠、惡心、或嘔吐、食慾減退等，達三日乃至四日時，淋巴腺尤以鼠蹊腺、股腺、或腋窩腺，間有頸淋巴腺起腫脹，皮膚現發赤而浮腫，熱候呈三十九度或三十九度五分，此時淋巴腺急速腫大而達鳩卵或鷄卵大，伴強烈疼痛，經過二週而化膿，以致呈著明之波動（*Fluctuation*），因自然或切開排膿時，則熱度下降，然未至化膿之際者，即所謂腺腫症鼠疫（*Bubonepest od. Drüsenpest*）是也。特以某淋巴腺簇發現著明變化者爲多，且屢屢以致兩側共同被犯。

重症時初起全身症狀被犯即強甚，以高熱起始，有惡寒、頭痛、有強烈疲勞、憂鬱之感，現昏睡、譫語者有之，淋巴腺之腫脹強烈，有劇甚之疼痛，而炎症波及於周圍，腺圍組織起蜂窩織炎，漸次軟化而至於包藏血膿性之內容，皮膚發生皮下溢血或出血性水疱，屢屢腸胃有起出血者（敗血性鼠疫 *Septische Pest*），更有生於皮膚之水疱化膿而陷於壞疽者（鼠疫癰 *Pestkarbunkel*）。

鼠疫菌侵染於肺臟時，起最危險之肺鼠疫或肺炎性鼠疫（*Lungenpest, Pestpneumonie*）有咳嗽、血痰、呼吸促迫，呈枝氣管肺炎之現象，訴劇烈胸痛，早現精神障礙，而發昏睡、譫語陷於虛脫，發病二日或三日而死。

併發病 腎臟炎爲屢屢遭遇最多者。

診斷 據淋巴腺之變狀及強甚之全身症狀，當流行時，其診斷不困難，確診須俟鼠疫桿菌之證明，由穿刺腫脹，或肺鼠疫咯痰中，敗血性鼠疫時，由耳垂或指端採取少量之血液，染色而行鏡檢，當確有該菌之存在。

豫後 頗為不良，尤以肺鼠疫及敗血性鼠疫，殆為絕望。

療法 豫防法有鼠疫患者時，即須隔離，患者之居室、衣被及排泄物等充分消毒，須與之斷絕交通，豫防上重要者，為鼠族之殺滅。

固有療法 無特效療法。雖有人賞用頁桑 (Yersin) 氏血清注射；但其奏施不充分，至淋巴腺化膿，則切開排膿，其他應施行對症療法。

第十八 瘧疾、間歇熱 (Malaria, Febris intermittens)

瘧疾為一八八〇年拉夫朗 (Laveran) 氏於血液中發見之瘧疾原蟲 (Plasmodiae malariae) 所起之傳染性熱性病也，多為地方的流行發現。

原因 病原體瘧疾原蟲 (Plasmodiae malariae) 屬於原蟲類，營無性的增殖及生殖的增殖，其種類不一，對於種種之間歇熱型，各有一致之原蟲，當其發作發熱時而現於血液中，此血液標本以次甲藍及 Eosin 溶液或紀姆薩 (Giemsa) 氏液染色時，能於顯微鏡下視之。

為其傳染之媒介者，厥為一種蚊屬 (稱曰 Anopheles) 是也，當其吸瘧疾患者之血液時，瘧疾原蟲 (Plasmodiae malariae) 遂移於蚊體內，成一定之發育，當此蚊更螫刺其他健康者之際，被送入於其血液中而起感

染矣。古來瘧疾多發生於湖沼多而溫熱之處，或大河下流地方之理由，即因與此種媒介者有密切之關係故也。

症候 見於小兒期之瘧疾，雖多爲隔日間歇熱（*Febris intermittens tertiana*），但見每日間歇熱（*Febris intermittens quotidiana*）者亦不少。

當其發病時，多有倦怠、不快、頭痛、關節痛，又有食慾不振、嘔吐、腹瀉等，故一見頗似由腸胃障礙之熱，發現此固有之熱型，發熱每兼有戰慄，幼小者突然叫喚而呈不安狀，眼及口之周圍蒼白，手足之尖端厥冷。

惡寒戰慄約持續一時間或一時間以上，現體溫上昇，達於高熱，全身之皮膚有熱感，頰部著明潮紅，同時脈搏及呼吸頻數，煩渴強甚，又有腦症狀，發譫語者有之，熱度達最高時，不久體溫即急速下降，全身起著明發汗，排出濃厚之尿，約有一時間之發汗，則恢復常溫，無熱之間歇時間，則小兒大爲安靜，隔二十四時間或四十八時間（稍早或稍遲）再反覆發作。

年齡幼小者其熱候經過多不規則，又體溫之下降非急速也，且於間歇時亦屢屢稍有發熱，發作起二三回，則脾臟一般腫大，而有壓痛，肝臟亦偶有腫大者，尙有胃腸障礙，而長久續發嘔吐、腹瀉者有之。

雖不施治療屢屢亦有漸次發作減少，而遂消失者；然小兒比較的早陷於貧血、衰弱、惡病質（瘧疾惡病質），見脾臟、肝臟、腎臟炎、心臟衰弱等者不少，在哺乳兒尤以現消化不良之徵候者爲多，其他稀有排泄霍亂狀之腹瀉便者，有非常之高熱而陷於虛脫，取死亡之轉歸者有之。

瘧疾假面症（*Malaria larve*）現瘧疾假面症者，除頑固之睡眠障礙、間歇性之神經痛之外，於定期的某時

間起腹瀉，或皮膚現蕁麻疹狀或紅斑狀之發疹者有之。

併發病 有腸卡他、肺炎、腦膜炎、腎臟炎及心內膜炎等。

診斷 下確實之診斷，可於熱發作時採取血液染色，而證明瘧疾原蟲 (*Plasmodiae malariae*)。

療法 豫防法住於有瘧疾之地方者，須常注意勿受蚊 (*Anopheles*) 屬之螫刺，黃昏或早晨避免在屋外，寢室應盡力離開地上而高設於階上。

固有療法 特效藥為金雞納，計於發作之前約五時間，使其內服散劑之鹽酸金雞納 (*Chinin hydroch-*

lor) (等於小兒年齡之公釐 *Decigramm*) 或混於葛湯等洗腸。

對於瘧疾假而症用金雞納亦有效，對於貧血則用鐵劑等。

(譯者註) 欲求速效可用金雞納之注射劑，福白龍 (*Febnon*) 為吾人所賞用者，乃鹽酸金雞納、咖啡鹼及 *Urethan* 之化合物。

第十九 流行性腦脊髓膜炎 (*Meningitis cerebrospinalis epidemica, Genickstarre*)

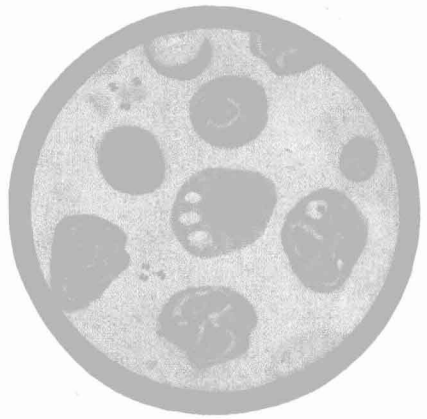
本病為腦脊髓膜起化膿性炎之傳染性疾患也，比較多發現於寒冷之期，好犯小兒者也。

原因 病原菌為一八八七年由淮希塞耳包姆 (*Weichselbaum*) 氏發見之雙球菌，因其主要占居於膿球

之原形質內，故稱曰胞內腦膜炎球菌 (*Meningococcus intracellularis*) 可於腦膜炎之滲出物、腦脊髓液及併

發之化膿竈中見之，尚有康健者於鼻腔黏液中亦能證明之。

第 八 十 三 圖
 胞 內 腦 膜 炎 球 菌



本菌之形態頗類似淋菌，相對之雙球，其中間有細隙，而呈 *Sennar* 形，次甲藍易於染色，用格蘭法則脫色，於瓊脂培養基上能徐徐發育。

傳染之徑路雖由觸接而受感染，但其傳染力弱，病者之家族中受其傳染者甚少，又本菌攜帶者傳染於遠隔之地者不鮮，雖稍以流行發現，然未有見強甚之流行者，雖流行於大都會，但超過五十例者屬於稀有云。

年齡多發於小兒，據希爾什 (Hirsch) 氏之經驗，流行時十歲以下之小兒被犯者占八八%，就中二五%為哺乳兒。

病理解剖 病理上之變化因經過之時期而異，死於急劇者，主於腦膜有強甚之腫脹充血，而祇見僅少化膿之初期；但經一週乃至二週死亡者，有著明之化膿，尤以前頭部為強，其他腦脊髓膜之諸方見散在性之化膿竈；經五週乃至六週而死者之腦脊髓膜覆以纖維化膿性之滲出物，且蜘蛛膜下及腦室內之液增量而起膿性濁濁。

症候 概急劇以高熱惡寒起始，屢屢伴有嘔吐、頭痛，幼小者或哺乳兒見不安、苦悶狀，然於前驅症有訴一二日間不快、倦怠、頭痛等者。發熱不久（數時間或一二日後）殆常發現項部強直 (Nackensteifigkeit)，頭部、項背部、及四肢有疼痛，皮膚之知覺頗為過敏，意識初期雖比較的明瞭者多，然以後遂瀾濁、呻吟，年長之小兒屢屢發譫妄。

熱候昇騰至四十度或四十度以上，雖偶示弛張，但一般呈不正之熱型，脈搏雖大多伴體溫而頻數，然時而緩徐者有之，尚有多數口唇見水疱疹，其他有嘔吐長久持續者，食慾常不振，由病初卽有腹瀉，榮養狀態有大受障礙者，脾臟時而腫大，屢屢尿現蛋白質，尚有皮膚見玫瑰疹狀及麻疹狀之發疹者。

神經症狀之最著明者爲項部強直，頭極度向後方屈曲，以手使之傾於前方，感覺強烈之抵抗，此時不僅疼痛，更有喚起四肢之痙攣者，且現著明角弓反張（Opisthotonus），皮膚之知覺過敏，其反應作用高，在年長兒對於音響光線有過敏症，有刻里喜（Kernig）氏及巴賓斯克（Babinski）氏徵候存在，幼小者其顫門常膨隆緊張，睫反射不一定，眼肌及其他之麻痺勿寧較少，意識之瀾濁弱，長久昏睡者，則豫後不良。

本病患者之腦脊髓液常瀾濁而膿性頗強，又帶黏液性，有由穿刺針孔流出困難者，其蛋白之含量多，鏡檢之有多數之多核膿球，其細胞之內外得證明雙球菌，經過通常亘由數週而達數月者有之，症狀有消長，死之轉歸多在二週或三週，而起於昏睡、痙攣等之下，然間有發電擊性於病後第一日不出數時間而死亡者，如長時間退熱而精神少有障礙，雖能漸次治癒，然屢屢有因續發腦水腫或衰弱之結果而致死亡者，又於流行時見輕度之頓挫性者亦有之。

併發病及後發病 本病屢屢所併發，且不愉快者，卽視神經萎縮、角膜炎、中耳炎等是也。其他全眼球炎、虹彩膜炎等而致早成盲目，蝸牛殼之炎症而失聽覺者有之。特應注意者，除急性腦水腫之外爲腦膜炎之治癒以後，緩徐起慢性腦水腫是也。

雖可據顛門之緊張等，然得其確診，須由腰椎穿刺而取腦脊髓液在鏡檢上證明其膿性液中有由格蘭氏法脫色之 *Senner* 形之雙珠菌。

與其他之腦膜炎亦須鑑別，由其經過即得推定之。尙應區別者爲格魯布性上葉炎、哺乳兒急性消化不良、傷寒、流行性感冒等是。

豫後 電擊性者之豫後最惡，其他有意識之瀰濁強甚，痙攣頻發，皮膚出血等者不良，一般依流行之性質而異，死亡率三〇乃至六〇% (*Feer*氏)，本病雖有僥倖經過者，但屢屢以後遺留營養障礙、聾、盲、腦水腫及白痴。

療法 就褥、安靜、注意充分營養狀態最爲重要，須使其對於長久經過亦能抵抗其衰弱，故哺乳兒給與人乳，年長兒與以流動性營養價多者，例如牛乳、肉汁、鷄卵等，時而須以食道導管送入食物者有之，固有療法屢屢有效者，即腰椎穿刺及高溫浴是也，腰椎穿刺每三日或四日行之，每回由其壓力如何採二十立方公分乃至三十立方公分，或三十立方公分以上，高溫浴每日一回或二回，於三十七度乃至四十度之水中浴約十分間，而使一般症狀尤以神經症狀輕快者不少。

內服藥與以甘汞瀉藥（每回〇・〇三——〇・一，一日數回），或六次甲基四胺 (*Urotropin*) (一日〇・六——二・〇)，疼痛劇烈時用雙甲氨基安替比林 (*Pyramidon*) 安替比林 (*Antipyrin*) 非那西丁 (*Phenacetin*) 水合三氯乙醛 (*Chloralum hydratum*) 等，年長兒皮下注射嗎啡 (*Morphium*) (〇・〇〇一)

——〇・〇〇五）年長兒嘔吐不止者，有用阿託品（Atropin）奏效者。

近時稱揚應用由腦膜炎球菌製造之血清，有北美之夫雷克斯涅（Flexner）氏血清及德國之科爾烈發瑟曼（Corre Wassermann）氏血清，均以注入脊髓腔為有效，先行腰椎穿刺而取多量之腦脊髓液，次即注入一〇——二〇——四〇立方公分之血清，須稍提舉臀部以補助血清之上流。

論一種流行性腦疾患（於延壽堂病院集談會十月常會演講）

醫學博士 三輪信太郎述

余等於本病院由八月中旬至九月中旬約一箇月之內，實驗一種之流行性腦疾患共有六例。

當時為殘暑酷烈之期間，因炎熱消退而本病亦同時忽然消滅，即着手深切研究，已無類似之一病者發見矣。

余等獲得此種之腦疾患，非由當初即得診定為本病者。

初實疑為傷寒，或疑為腦膜炎，或視為腦實質炎；然經幾多之考慮，終乃認識為一種之腦疾患。茲述其徑路，當非毫無興趣也。

本院由八月收容之本病，有類似點之疾患為傷寒，海內麥丁（Heine-Medin）氏病、肺炎、腦膜炎、現余等之六例中，入院時診斷第一號為腸熱，第二號為腦膜炎兼肺炎，第三號疑診為傷寒，就此例余等自初即知

茲姑就本病之症狀略加論究如左：

因其僅限於最酷熱之殘暑期間流行，是否應視爲一種日射病，一閱後述之病歷，當知其症狀之不適合矣。

與海內麥丁氏病雖不無偶有類似之點，然其不合固勿待論。

本病雖有與肺炎併發者，然不能簡單謂爲具肺炎之腦症過度者卽爲本病。且不能謂爲流行性感冒，因目下無其流行。與腦膜炎尤以結核性者不符合，起病時有卒然發生者，又不能視爲化膿性膿膜炎，何則？蓋本病均能全治，雖病狀極爲險惡者，亦必能痊癒也。

與傷寒於 *Dizao* 反應陽性等雖有酷似之點，然本病以俄然發熱，達於高度，且脾腫缺如，忽呈精神症狀爲其特異之點。

與尿毒症之異點，卽無高熱與蛋白存在，余等確認本病之存在有實驗醫報第五年第六十號（九月十二日發行）佐佐博士之「有流行之徵不可思議之疾病」之記事，又有十月十二日發行之第六十一號諸氏之坐談，就中應參看宇都野氏之談話，又小兒科學會亦有與本病有關係之談話云。

余因而敘述余等所實驗之六例：

第一號 平 操 五歲十箇月 住於芝區 旅館業 大正八年八月十五日入院 九月九日出院。

既往症 患者在五歲時經過瘧咳與麻疹。

本病本月十三日體溫昇至三十八度，無嘔吐、瘧變，唯見精神之朦朧，又訴頭痛，體溫每日昇降於三八度至三九·八度之間，而於發病第三日入院。

現症 皮膚灼熱，口內乾燥，輕度之項部強直，胸部右後下呼吸音微弱，腹部陷凹，膝臄反應稍亢進。

八月十六日，項部強直，膝蓋臄反射亢進之狀依然如故，檢尿 Diano 反應陽性。

八月十七日，由昨日起往往見下頷之震顫，患兒訴頭痛不絕，又有惡寒，母謂病兒之顏面時時有局限性潮紅。

八月十八日，稍成痴呆狀，項部強直益漸增加，脈搏徐緩而不正。

八月二十日，前額部見靜脈怒張，膝蓋臄反射稍反進，有刻爾里喜 (Kernig) 氏之症候。

八月二十二日，靜脈之怒張稍退，一二日以來不訴頭痛。

第二號 金弘合 二歲六箇月 住麻布區 公司職員 大正八年八月二十三日入院，九月二十

六日出院。

既往症 八月十九日俄然發熱而嘔吐二回，以後體溫達三九乃至三九·六度，便通從來每日一回，然昨日排出三回水狀便，但未混黏液，瘧變發出昨日一回，今日午前一時再同樣發作，而於發病第五日入院。

音，膝蓋髓反射著明亢進。

八月二十四日，顏面依然呈痴呆狀，瞳孔反應遲鈍，下肢強直。

午後患兒完全呈痴呆狀，時時呻吟，其間往往叫喚，上肢於左側，下肢於右側，見一時性之痙攣，其持續約五分間。

午後九時見頭向頸部左方著明迴轉。右眼半開，左眼閉鎖，而左口角向上方牽引，有左頰狹小之觀，瞳孔兩側雖皆強甚縮小，但右方較左爲大，得證明光線反應，兩腕於肘關節強烈屈曲而且強直，手指展開，下肢於膝關節及膝關節強烈屈曲成尖足位而伸張。

八月二十五日，頭部著明強硬，觸之則疼痛，身體之各部呈大理石狀紅斑，腹部膨滿，膝蓋髓反射兩側皆亢進，兩膝殆爲直角，向腹方引寄，胸部所見於左肩胛間部呈弱枝氣管呼吸音而輕濁。

八月三十日，呈斜視，神識比較明瞭。

九月二日，神識完全明瞭。

九月四日，肘及膝關節有輕度之強直（但不日即漸次治癒），便通病初約三週間或爲黏液便，或爲水狀便，或成消化不良便。

第三號 向信介 九歲五箇月 住下谷區 醫師 大正八年八月三十日入院，九月十四日出院。

既往症 八月二十四日午後體溫俄然昇至四〇・五度，由八月二十五日至二十八日四〇度乃至四〇度一二分持續。

八月二十八日午後以來，尤以由二十九日起，病兒屢屢欲起立於褥上，譫語甚多，四肢震顫，睡眠時間少，厭惡飲用藥液及牛乳，發病以來均不嘔吐。

八月二十五日及二十九日，漸漸有泥狀便一回。

八月三十日，即發病第七日，因疑診爲傷寒而入院。

現狀 榮養中等，皮膚灼熱，咽及胸部所見陰性，腹部不膨滿，左腸骨窩有咕嚕音，不能觸知脾腫，雖無項部強直存在，但膝蓋腱反應著明亢進，神識雖明識，然往往有譫語，Diazol 反應陽性。

九月一日病兒興奮，項部少強直，皮膚有知覺過敏症，神識雖較昨日明瞭，但舌挺出稍感困難，欲強行之，則現震顫，言語不分明，右上肢有輕度之運動障礙，自昨日起放高聲叫號。

九月二日，右腕之運動障礙殆消去，膝蓋腱反射稍亢進，患兒號泣，且狂躁。

九月四日，舌容易挺出。

九月五日，不見膝蓋反射亢進。

九月八日，神識完全明瞭，患兒能起立。

(附記) 出院後右上肢仍有極輕微之運動障礙，尙存留若干日云。

第四號 佐木政吉 七歲七個月 住朝鮮釜山 律師 大正八年八月九日入院十八日出院

既往症 由朝鮮內地來此，一日於旅行中訴倦怠，體溫三九度乃至四〇・六度，便通二回，昨日亦有高熱，便通三回，今日嘔吐一回，吐出膽汁狀之物，體溫四〇度，有頭痛，因繼續乘汽車旅行，食物自然陷於不攝生云，而於發病第三日入院。

現症 體格中等，皮膚灼熱而又乾燥，舌有白苔，咽、胸部所見陰性，腹部膨滿，下腹部有咕嚕（Gurren）音，神識稍明瞭，膝蓋腱反射尋常，Diaz 反應陽性。

九月十一日，皮膚有知覺過敏症，患兒呈嗜眠狀態。

九月十二日，神識明瞭，不能觸知脾臟，皮膚之知覺過敏症輕快。

九月十五日，不見運動障礙等。

第五號 鈴 春子 八歲六個月 住京橋區 藝妓業 大正八年九月十日入院，同月二十四日出院。

既往症 五日以來有高熱，本日午後體溫三八・三度，訴頭痛，無嘔吐，食慾不振，神識稍不明，發病第五日入院。

現症 營養不良，皮膚灼熱，咽起輕度充血，胸部陰性，腹部不膨滿，脈搏緩徐，膝蓋腱反射稍亢進，往往譫語，有皮膚之知覺過敏症。

九月十一日，有項部強直，患兒狂躁而叫喚，不能辨識周圍之人物，Diaz 反應陽性。

九月十二日，入院以來均無利尿，膀胱部緊滿，膝蓋髓反射亢進，觸接全身之皮膚即叫喚；反之，有時撮之不訴疼痛，又見一過性皮膚之潮紅。

九月十三日，神識完全明瞭，對於質問能作判然之應答，皮膚之過敏症消去。

九月二十四日，小兒能自由運動。

第六號 淺之谷 十歲三箇月 住北豐島郡巢鴨 無職業 大正八年九月十六日入，院二十五

日出院。

既往症 由本年六月初旬至七月初旬患傷寒。

九月十三日，正午俄然發熱，體溫三八・六度——三九度——三九・六度，夜間嘔吐一回。

九月十四日，頭痛劇烈，體溫三九度，嘔吐一回，使通四回，腹瀉。

九月十五日，體溫三八度，粥狀便。

九月十六日，無便通，頭痛存在，無咳嗽，而於發病第四日入院。

現症 稍羸瘠，胸部所見陰性，腹部不膨滿，扁桃體肥大，咽部發赤，項部不強直，膝蓋髓反射亢進。

九月十七日，有項部強直。

九月十八日，頭痛及項部強直著明輕快。

茲將六例之摘要列下：

主訴……頭痛及發熱。

第一號

主徵……項部強直、膝蓋膕反射亢進及八日之間持續熱。

經過……九日。

主訴……熱及痙攣。

第二號

主徵……癡呆狀、膝蓋膕反射亢進、痙攣、項部強直及約二週間持續之發熱。

經過……約二週。

主訴……熱、譫語、及四肢之震顫。

第三號

主徵……膝蓋膕反射亢進、興奮、項部強直、認識不明、狂躁、叫喚、皮膚知覺過敏症、運動障礙、言語不明、約八日間持續之發熱。

經過……約十二日。

主訴……熱及頭痛。

第四號

主徵……皮膚之知覺過敏、約一週間之持續發熱。

經過……約一週間。

主訴……熱、頭痛、及神識朦朧。

第五號

主徵……膝蓋膕反射亢進、譫語、皮膚知覺過敏症、項部強直、狂躁、叫喚、八日間持續之發熱。

經過……約一週間。

主訴……熱及頭痛。

第六號

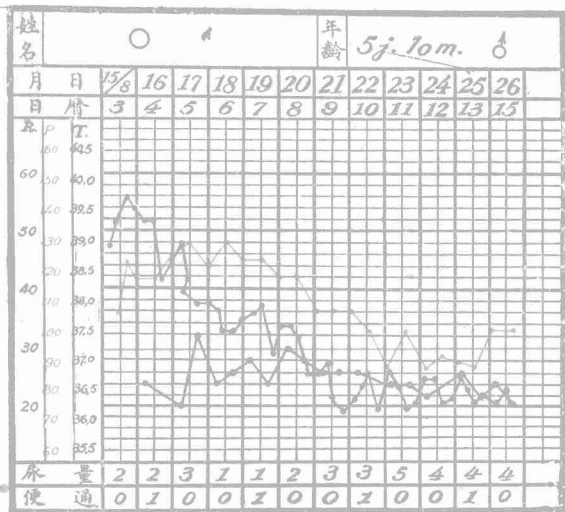
主徵……膝蓋膕反射亢進、項部強直及七日間持續之發熱。

經過……約一週間。

總括以上所述，本病得下列之見解：

本病主犯男兒，年少者由二歲六個月，年長者達十歲三個月，除第四號以外，皆住東京，各處散在，主訴為高熱及頭痛，前者每例均具之，後者四例皆有，其他有痙攣、或四肢震顫、譫語、精神朦朧等，主徵為高熱、項部強直、及膝蓋腱反射亢進，熱六例皆同，項部強直、膝蓋腱反射亢進五例具之，其他有皮膚知覺過敏症、狂躁、叫喚、譫語、癡呆狀、運動障礙、及言語不明等。

第八十四圖 (第一號)



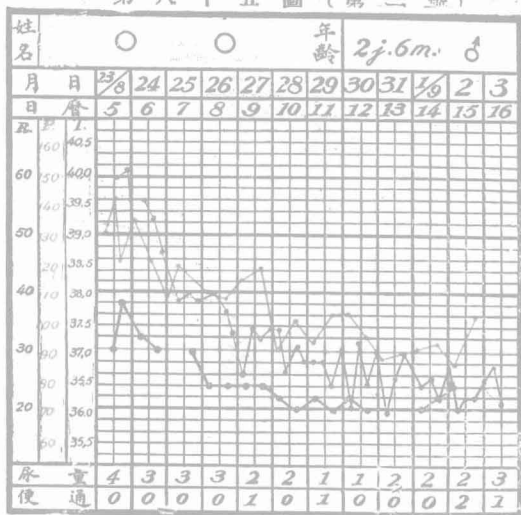
甘油灌腸
黃色軟便

甘油灌腸
黃色普通便

甘油灌腸
黃褐色硬便混有黏液

甘油灌腸
黃褐色硬便黏液

第八十五圖 (第二號)



黃色不消化水樣便
 甘油瀉腸
 黃色水樣便泥狀便

黃色水樣便

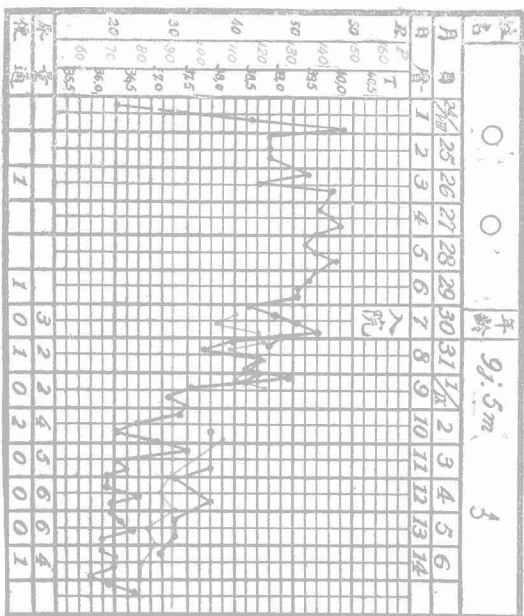
黃色黏液便

甘油瀉腸
 赤褐色黏液便及黃
 色黏液便

本症之經過不過一週乃至二週，而病之起始無前驅症，卒然發熱而達高度，然現精神症狀，與熱之下降同時或殆同時腦症忽然消退，併發病稍伴消化器障礙，又侵呼吸器，偶爾併發肺炎者有之，豫後均佳良，而無一人死亡者。

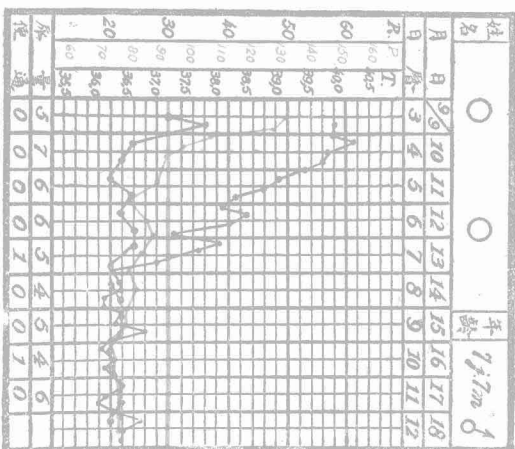
因其經過短而發病第三日乃至第七日乃收容者，入院後已失腰椎穿刺之好機會，偶有行之者，已變化

第八十六圖 (第三號)

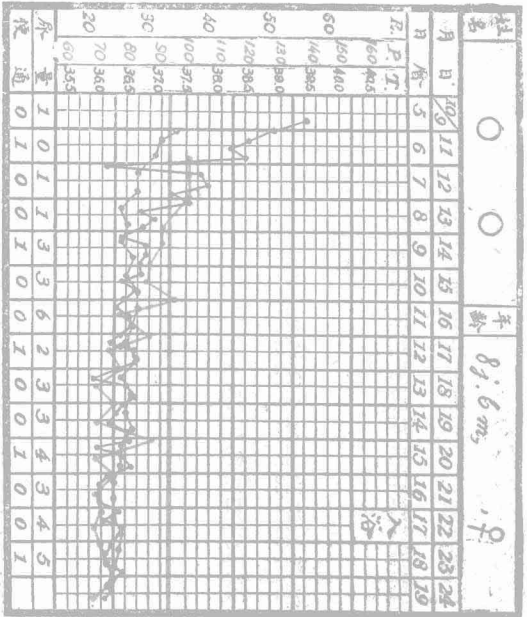


黃色不消化腹瀉便
 黃色硬便及黃色
 不消化腹瀉便
 黃色硬便
 甘油灌腸

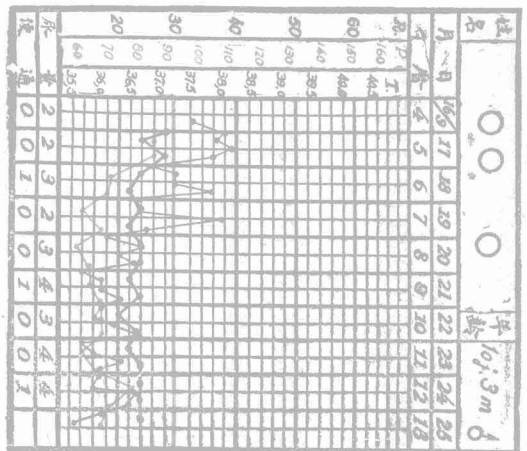
第八十七圖 (第四號)



黏液瀉便塊及少量
 洗腸(1)
 黑褐色硬便
 甘油灌腸
 黃褐色硬便
 甘油灌腸



黑色有形成便
 甘油灌腸
 黃褐色硬便
 甘油灌腸
 黃色硬便黏液
 甘油灌腸
 黃色硬便少許黏液
 甘油灌腸
 黃色硬便



黃色硬便黏液
 甘油灌腸
 黃褐色硬便黏液
 甘油灌腸
 黃色有形成軟便黏液
 甘油灌腸

爲其他之病症的，確認定爲一種流行性腦疾患之存在，進而再加研究，確有本症之潛跡。

然熟考之，就臨床上管見所及，與流行性腦脊髓膜炎有幾分類似，然是否爲其一異型，因調查尙不充分，暫時難於確定，上述之實例，不過聊盡余之任務，以供各會員之參考耳。

第二十 急性關節癱瘓質斯 (Akute Gelenkrheumatismus, Polyarthritits acuta)

本病於小兒爲稀有之急性傳染病，相續侵犯多數之關節，且屢屢兼有心臟疾患，又與舞蹈病有密接之關係。原因 因如何之毒素所惹起者乎？完全不明，雖有以一種鏈狀球菌認爲其病源體者，然尙未確實，而病源體之侵入多數似爲咽部，濕潤、氣溫之劇變等爲其誘因，且對於感染與素質大有關係，屢屢發現於某家族者有之，關於年齡在幼小者極少，十歲以上者較多，發現於哺乳兒者間亦有之，而非絕無。

病理解剖 於關節之變化概爲輕度，關節腔見有漿液性之滲出物，血管充血而周圍組織稍呈浸潤，於心臟之病變爲內膜炎，主以僧帽瓣有炎性變化，內皮細胞剝離，起纖維性凝固，結締織內有炎性浸潤，其他屢屢成心包炎而有漿液纖維性之滲出物。

症狀 雖有屢屢突然發熱而訴關節痛者，但緩徐發現者亦復不少，恆以關節疾患爲其主徵，前驅發咽喉炎，倦怠，食慾不振，輕熱，更有見與體溫上昇而同時侵襲關節者。

於關節之變化雖病理解剖上輕度，尤以在小兒因其腫脹不著明，屢屢未加注意者；然見著明腫脹及皮膚潮紅者有之。無論何種均有強烈之疼痛，不僅因關節部之壓迫及被動的運動而感覺之，卽自發的叫泣而訴疼痛者

屢屢犯及股關節者，及於頸部脊椎骨而呈斜頸者有之，然普通被侵關節之數通常較大人爲少。

熱候不示一定之典型，在三十八度乃至三十九度之間，新關節被侵襲之際則上昇，又見有因心臟及其併發病而發熱者，重症者之熱候互數週持續者有之。

經過多數不超過二週，有一週以內關節部疾患已完全經過而消去者，重症而有併合病者達數週，且再發者決不稀罕。

經過中心臟被侵犯者頗多，發現者約八〇乃至九〇% (Fear)，比較大人爲多，多數於一週之終，心尖部能聽取收縮期雜音，心臟內膜炎爲瓣膜疾患之原因者多。

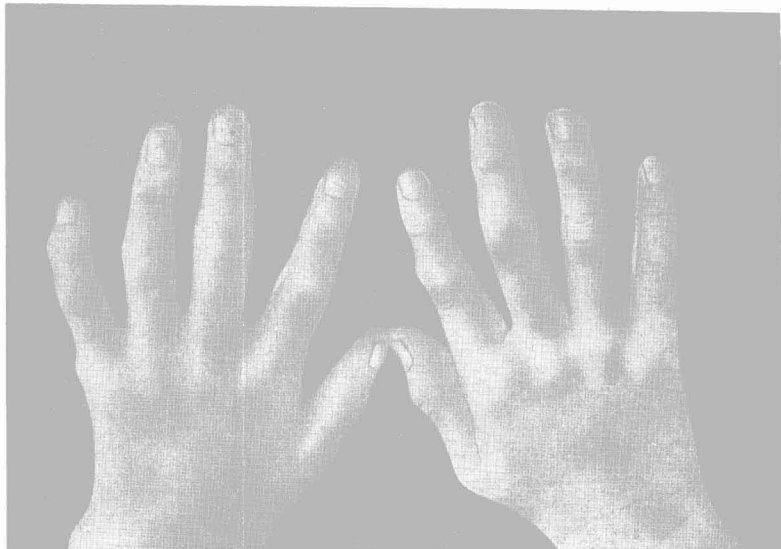
併發病及後發病 急性關節癱麻質斯屢屢遺留最多者爲心臟瓣膜疾患。多數爲僧帽瓣閉鎖不全。間有見主動脈閉鎖不全者，起心包炎者有之，有見多量之漿液性滲出物者，又有伴滲出性肋膜炎者，間亦有發生心臟肌質炎者。

皮膚有時見紅斑狀或丘疹性發疹。重篤者能起腦症狀，雖尙有續發枝氣管卡他，但發肺炎及腎臟炎者概爲稀有。

小舞蹈病 (Chorer minor) 爲與本病關係最深切之疾患，多續發於急性關節癱麻質斯時而有較癱麻質斯先發現者，又有關節癱麻質斯突然消失而更發現小舞蹈病代之者。結節癱麻質斯殆僅見於小兒者也，多於急

第 十 三 表

約九歲之女子所見之結節癩麻質斯(自家實驗)



之帽針頭大乃至胡桃大者，皮膚無變化，有壓痛，間有與骨膜或腱黏連者，此結節由纖維組織或一部纖維性軟骨而成者，現於其他之身體諸部例如顛骨等者間亦有之，通常雖不久即消失，然有經數週數月乃漸次吸收者。

診斷 於著明時，其診斷決不困難，與於哺乳時期之梅毒性骨軟骨炎、巴羅 (Parlow) 氏病，及佝僂病之骨疾患等容易區別。其他屢屢佝僂質斯狀之轉移性關節炎，尤以肺炎菌性關節炎、續肺炎或膿胸發現，侵襲多數之關節，雖有膿性之關節內滲出者，然其經過一般佳良。更有猩紅熱性佝僂質斯，主發於腕關節，雖有早期治癒者，但起膿毒症者，則為重篤也。淋菌性關節炎在小兒稀有續發於淋菌性外陰陰道炎者，起有疼痛之腫脹。至於結核性之關節炎由其發生之慢性等而得鑑別之。

豫後 決定急性關節佝僂質斯之豫後須注意，雖關節本身之疾患於短時日中即治癒，而移為慢性者稀少，然大多遺留慢性之心臟疾患，尤以起心包炎者，豫後不良而死亡者多，其他多於再發，又起小舞蹈病者有之。

療法 命其安靜臥床，尤當避免賊風侵入室內，使室內均等溫暖，與以易於消化之食物。

藥劑 有特效藥，即水楊酸 (Salizylsäure) 是也，其製劑中最適當者為水楊酸鈉及阿司匹靈 (Aspirin)。

水楊酸鈉

哺乳兒

一日三回

〇・一

三歲乃至五歲

一日三回

〇・五

八歲乃至十歲

一日三回

〇・八——一・〇

右作為散劑或水劑內服，經一二日而症狀消退，或大為輕快時，再須減少其分量，幼小者一日量迄〇・五年長兒一日量迄一・〇，連續服用五六日間為宜。

處方例：

(一) 水楊酸鈉

三・〇——七・〇

橙皮糖漿

一〇・〇

餾水

一〇〇・〇

右混合一日三回，每回一茶匙或二茶匙。

(二) 阿司匹靈

〇・五——一・〇

右為六包，一日三回，每回半包乃至一包。

其他可用安替比林 (Antipyrin)、非那西汀 (Phenactin)、水楊酸安替比林 (Salipyrin)、水楊酸苯酯 (Salol) 等，關節部被以棉花而安置之，以後應行溫浴按摩。

對於心臟之疾患，當行適當之處置，總之，如關節疾患已消退，猶有熱候持續時，當疑為內膜炎，充分安靜，並用少量之水楊酸鹽，多能奏效。

(1) 續發性 (Sekundäre Form) 急性關節僂麻質斯未完全治癒而移於慢性者，則關節永久起障礙變狀，又屢屢有發熱，伴發心內膜炎及瓣膜疾患者不少。

(二) 原發性慢性關節僂麻質斯 (Primäre chronische Gelenkrheumatismus) 較前者更少，發病緩慢。概不發熱，或伴輕度之熱候，由指、足趾之關節，或腕、足關節起始，徐徐及於其他之關節，大多指關節發現結節狀之腫瘤，又關節囊漸次硬化牽縮，而起關節強直，骨及肌肉漸次陷於萎縮，應注意者，為脊椎關節被侵犯者比較多，有將來勁直者。

豫後 續發者較原發生者比較的佳良，取死亡之轉歸者，由於衰弱及續發疾患之故。

診斷 須與本病鑑別者，為結核性慢性僂麻質斯及梅毒性之關節疾患是也。

療法 水楊酸鹽類對於續發性者有效力，其他可使用碘化鉀、亞砷酸等，行按摩，被動的運動，溫泉浴大多能奏良效，起勁直者須行外科的整形手術。

第二十二 鼠咬症 (Rattenbisskrankheit)

鼠咬症或鼠毒古來中國及日本之醫書已見其記載，歐洲之書籍殆無之，鼠之咬傷為其原因，起一種特有之熱型及皮膚發疹之疾患也。

原因 鼠咬症之病源體緒方博士先由該患者之血液中發見一種 *Sproznoa*，唱道為其病源，最近二木博

士等於患者之局部血液，或家鼠之血液中發見一種螺旋體，而主張爲其病原，被鼠咬傷後非每常必起本症，然以被憤怒之鼠咬後而起者爲多云。

症候 潛伏期不一定，早者數時間或一週，乃至二三週，遲則有至數月者，當初咬傷部短時間即治癒。經此潛伏期突然發現伴有惡寒、戰慄、頭痛、倦怠之發熱，而發精神症狀者有之，同時一旦已成癥痕治癒之咬傷部更呈炎症，腫脹發赤而有疼痛，更形成浮腫、水疱，又起壞疽者有之，該炎症波及於接近之淋巴管及附近淋巴腺。

發病第一日發現高熱，達三十九度、四十度或四十度以上，初起時雖多爲不正之間歇熱，或弛張性熱；然經過某時期則呈固有之熱型，即以一、二日乃至一週之無熱間歇，突然現三十九度或四十度之體溫上昇，脈搏頻數，全身諸部之皮膚現圓形或不正形之紅斑，偶爾現丘疹性發疹。

高熱稽留一日或二三日，伴強烈之發汗，急速成爲常溫，如此發作反覆數次。

重篤時有肌肉痛、關節痛、運動及知覺之障礙者，更有精神障礙強烈，陷於譫語、昏睡、虛脫等者，其死亡率據三宅博士統計爲一・〇五%云。

診斷 據其已往受鼠咬傷，並呈有特異之數日無熱間隔之間歇熱，即可診斷。

療法 從來使用之藥劑，雖有金雞納、水楊酸、安替比林、番木鱈鹼 (Strychin) 及亞砷酸等，然皆無著效。近時屢屢有應用洒爾佛散 (Salvarsan) 能奏卓效之報告，唯一回注射之僅能見其功效，數回之注射乃可完全治癒，其用量對於體重一公斤約〇・〇一之比例，注射於肌肉內或靜脈內均可。

本病爲一種外傷性傳染病，由身體之創傷部感染破傷風菌而發生。

原因 病原菌爲一八八四年夫盧革 (Flügge) 及尼科來伊爾 (Nicolai) 氏始證明之破傷風菌，多發見於庭園之土砂、朽木、塵埃等，本菌一端呈錘子狀膨大而其形狀特異。

破傷風菌通常存在於創傷內而不移於身體之他部，因其產出之毒素入於血液中，作用於中樞神經系統，就中尤以脊髓延髓更甚，而發生強烈之症狀，於庭園內作業之際，由手足所生之創傷而發生者爲多，在初生兒屢屢由臍部侵入（參看初生兒疾患條下）。

所謂儂麻質斯性及特發性破傷風 (Rheumatischer u. idiopathischer Tetanus) 者，雖不能證明其誘因；然據現時之解釋，多數均爲由極輕微肉眼難於見出之創傷而發生者（潛原性破創傷風 Kryptogenetischer Tetanus）。

症候 潛伏期往往有不過數時間者，或受傷後數日而發生。

前驅症雖有缺如者，然亦有不眠前行者，又創傷化膿，於癥痕部訴異常感覺者有之。

本病之主徵爲強直性肌肉痙攣，但往往現間代性痙攣，因意識明瞭存在，故常訴疼痛，而反射機能著明亢進。咀嚼肌早起強直，咀嚼運動障礙，起所謂牙關緊急 (Trismus)，有口圍諸肌之強直，恰如苦笑 (Risus sardonius)，其他之顏面肌亦有強直，眼瞼破裂縮小，前額現縱橫皺襞，呈如恐怖之顏貌（破傷風顏貌 *Facies tet-*

anica) 尚有因嚙下肌痙攣而飲食困難者。

背肌起強直性痙攣時。則發現脊柱之彎曲，屢屢發見最多者為角弓反張 (Opisthotonus)，罕有見伏屈、側傾等者，又胸肌被犯時則現呼吸困難，侵及腹肌時，則腹壁陷沒而呈舟狀，四肢之肌肉亦起強直痙攣。

肌肉痙攣發作性增劇，其間見間代性痙攣，而音響、觸接、吹風等，常為其發作之誘因。

意識存在既如上述，皮膚知覺通例亦不呈異常。體溫雖概不呈變化，但偶現四十度以上之高熱者有之，此恐基於體溫調節神經中樞之障礙也，脈搏頻數。

經過 或為急性或為惡急性，時而有為慢性者，劇烈者發病後數時間即招死亡者有之。

異常症 限局性破傷風 (Lokalisierter Tetanus) 其強直性變化限局於各個之肢體或咀嚼肌，或僅發於身體之偏側。

頭破傷風 (Kopftetanus) 顏面肌肉發現痙攣，又因屢屢伴嚙下痙攣，故又稱曰恐水病性破傷風 (Tetanus hydrophobicus)，多由顏面之創傷傳染者也。

療法 豫防方法雖細微之創傷亦不可忽視，須以五分之石碳酸水或〇·一百分之昇汞水消毒，尤以於土壤之近傍受損傷之際為然。

已發本病者隔離於一靜室內，室內宜黑暗，盡力避免音響等，創傷部行適當之切開，或用熱灼器熱灼之。

特殊療法有破傷風治療血清，血清分液體及粉末兩種，液體者用〇·五乃至五·〇立方公分，粉末者溶解

此種血清須早期注射，非於發病後三十六小時以內行之，則其奏效不確實。

其他對症療法，緩解反對機能亢進之目的，用溴劑及水化三氯乙醛 (Chloralium hydratum) 等。

論羅哲伊 (E. Rose) 氏頭破傷風 (兒科雜誌第六十七號與豐福博士同述)

近日我等接一患者，其右側顏面肌似有麻痺似無麻痺，熟察之反為顏面肌之攣縮，乃屬正當矣。斷定此攣縮由何病而來，實為困難，重行再度之診察，期望能解說其本性，幸而以後此兒童收容於病室，觀察之日期不短，生時既視其病勢，死後又剖檢其屍體，更徵諸文獻而竟能明其本性，彼果為何病耶？乃羅哲伊 (E. Rose) 氏破傷風是也。對於破傷風日本諸家之實驗饒多，然至於羅哲伊 (E. Rose) 氏破傷風吾輩尙鮮聞之，且吾輩搜索不完全之文獻，不能發見其詳細之報告。此種破傷風比較普通破傷風稀有，果因無實驗之士報告本病，或因雖偶爾遭遇本症，而不明瞭其病性，以致埋沒而未引起注意者乎？在歐洲關於本例之報告雖有六十，但未超過七十，然則吾輩特此誌之，非無用矣。

關於頭破傷風之最初記載者據愛姆·伯耳巴忒氏云：為卡勒威斯·伯爾氏也，時在西歷一八三〇年，然報告其特別之病狀，而喚起大衆之注意者，實以一八七〇年羅哲伊 (E. Rose) 氏之記載為嚆矢焉。

現時對於本病之解釋，為外傷性破傷風之一變種，因顏面及顱即十二腦神經領域之創傷而起者也，尤以伴於眼窩緣、鼻背等之疵，偶由齶齒、耳炎發生者有之。本病之潛伏期平均為八日乃至九日，損傷有時極輕

微，殆不能視出，唯稍有皮膚損傷，即足以發生本病，據尼科來伊爾 (Nicolajier) 氏云：均須有破傷風菌之襲入，乃能發生本病，然於進入門之創口之膿中雖有能證明此菌者，然大都亦不能發見也。本病之特徵：即於負傷側之顏面神經領域形成痙攣，且現牙關緊急，肌肉之緊張由此蔓延於嚥下肌、喉肌及頸、項部等之諸肌，而以前痙攣之顏面肌移於麻痺，顏面肌麻痺為完全的或部分的，間有無痙攣之先驅而見顏面麻痺者，或麻痺與痙攣同時併發者有之，例如鎖姆爾金氏之實驗：有輪匠肌痙攣，其他之顏面肌生不全麻痺者，又賈頓德氏有恰相反之實驗，布隆納 (Bronner) 及 邁依曼 (Noimann) 氏實見顏面神經麻痺缺如之頭破傷風，而布隆納氏於本病以顏面肌痙攣為主要，麻痺為繼發於痙攣者，若損傷部位於顏面之中央，據布隆納氏云：則痙攣發於兩側，或呈麻痺現象，如斯顏面之兩側麻痺甫魯斯亞氏及克魯松氏曾見其例證，顏面麻痺有時現於牙關緊急之先，時而現於牙關緊急之後，顏面之知覺雖通常無異常，然往往知覺過敏，或陷於鈍麻者有之，電氣亢奮性或如尋常或稍興奮，又因本病咽之反對亢奮性亦強劇，故當其試行攝取食物時，忽現嚥下肌之痙攣，其程度有由嚥下困難而至呈成嚥下不能者，因此狀態恰似恐水病，故本病又有恐水病性破傷風之別名，關於嚥下障礙有賀爾卜氏及邁依曼 (Noimann) 氏之例證，由於舌下神經之參加也，本病亦有不現嚥下肌痙攣者，又本病現眼瞼下垂症者有之，肌肉強硬或其強直性硬攣，或止於上述之部分，或蔓延於下行性而侵呼吸肌，惹起呼吸困難、青藍症等，或起角弓反張，或完全侵腹肌四肢之肌，而現四肢強剛、痙攣等，終則具與破傷風完全同一之症狀者有之。本病之豫後亦如普通破傷風，概不佳良，患者半數以上均歸斃命，其并發病如

Lord 之作用，故無病理解剖上之特徵，顏面神經等無異常；然近時謂有顏面神經核、舌下神經核之神經細胞變常，例如有以空胞形成爲本症之病源之說。本症之治療法與破傷風一致，故報告賴破傷風血清而治癒者不少。因此乃欲敘述吾輩之實驗例：

病歷 大○保○ 十二歲十月之男童 學生 住於麴町區

遺傳 在父系方面，父任教員職，雖未曾罹患重病，然往往患腸卡他，祖父自今十六年前因老衰逝世，祖母猶生存，現時患顏面神經癱瘓，母系之祖父二年前老衰斃命，祖母因產褥熱而死，患者之母曾未患重症，雖生產九兒，但戰死一人，一人生後五日因臍部疾患死亡，一兒九月生產，雖迄今猶生存，但精神之發育不良云。其他六人均健存無恙，患者爲月滿後普通產出，至第三生年均以母乳營養，雖元來健康，然易興奮，尙未經過麻疹，種痘已行數回。

現在疾病，本年八月中旬現右頰部之癱瘓，當嘻笑或欠伸等時，該部感覺疼痛，雖因近來醫治稍爲輕快，但再度增惡，故十月二十五日乃請診於我小兒科門診診察所，問診毫無外傷之自訴。

十月二十五日 初診所見，營養佳良，雖右側之顏面肌有攣縮之狀，然此側之顏面神經不麻痺，左側顏面無異狀，兩側之膝蓋臄反射亢進。

二十七日 (再診) 右眼較左眼稍小，患者所訴右眼近來不小，無眼球運動，瞳孔放大等異狀，又不流

淚，使其開口則口角向右偏倚，左鼻唇溝不著明，左側顏面有比較右側稍微延長之觀，無頭痛，舌與咽均無障礙，未訴耳及鼻之症狀，屈曲頭部亦不疼痛，腱反射亢進，處置投與水楊酸鈉。

十月三十一日 主訴昨日起諸症增惡，口向左方彎曲，因起中等度之牙關緊急，而現發語障礙，且咀嚼運動殆亦不能，現發作性項部強直，頭向後背牽引，必須他人支持其頭部，因兩腳之發作性攣縮，故全然不能步行，因睡眠時有發作，以致舌被咬傷而出血，然近來經過無熱，訴腹胸痛，患者稍有不安之狀，意識完全明瞭，不見肌熱，言語雖頗欠明瞭，但談話中漸次稍成明瞭，兩側膝蓋反射頗亢進，足蹠反射亦亢進，特以右側見著明之巴賓斯克 (Babinski) 氏現象，於左側不明，眼球運動未被障礙，又不能證明視野缺損，項部呈極度之強直，因不定之間歇時向後方屈曲，此時胸鎖乳突肌之痙直顯然著明，皮膚之知覺障礙不能發見，當此痙攣時胸、腹、顏面、上下肢、全肌肉系總均起痙攣，訴胸腹部之疼痛，同時發出大聲，而見輕度之角弓反張，猶未訴不能攝取流動物，體溫在本日午後攝氏三十八度八分，翌日午前為三十七度三分，本日即十一月一日入院，便通昨日起祕結，稍有口渴，尿利仍為普通云。

現症 體格稍大而榮養佳良，腳輕微向膝及股關節屈曲，上肢與體平行，前肢向肘關節屈曲，以背位睡眠，呼吸淺一分間計百三十六次，皮膚稍蒼白而無發疹、浮腫、癍痕，體溫攝氏三十七度三分，神識明瞭，顏貌不安狀而稍呈假面狀，眼球稍凸隆，特以右眼為甚，且左方之眼裂縮小，患者自己時時以手開之，使其閉眼則左眼裂僅稍縮小兩側之瞳孔普通大而光線反應著明，牙關緊急極甚，於發作間歇時，試開其口。

僅得哆開一指橫經而已，口向左方彎曲，不能使之回復常位，口裂不大，項部常稍有強直，於發作時更爲強劇，後頭部有所謂穿枕之狀，舌被有厚苔，有二三處之新鮮咬傷，不能行咽檢查，蓋因牙關緊急與小刺戟則現痙攣發作也。頸腺及頷下腺不特別腫大，肺之所見陰性，心臟濁音界如常，心音純清，唯發時僅有劇烈之亢進，脈甚緊張而頻數，計有百十次，腹部硬如板狀，不能精細診察內部，亦不能行腹壁反射檢查，因以手觸之則起強直也，然僅能觸知肝臟緣，腹部全般能聽得輕度之雷鳴，臄、皮膚反射均頗亢進。痙攣雖能自然發起，但因門戶之開閉，室內步行、音響、或患者之衣類或觸其軀體等，容易喚起，發作瞬間即去，殆爲全身之痙攣。張開其眼，前額生皺襞，咬齒、口圍更甚偏倚，所謂苦笑狀態不著明，甲狀軟骨舉上，胸鎖乳突肌顯明，後頭穿枕，項部強直增劇，呼吸甚淺表而頻數，脈搏迅速，腹壓增如板狀硬度，角弓反張顯著，上肢呈強直，前肢向肘關節彎曲在九十度以上，雖使堅握其手，但強直及於下肢，下肢伸展而成硬固，當其發作終止時，下肢之肌痛尤以訴右腳腓腸部之疼痛及倦怠，咽乾燥感極甚，頻頻呼水，時時要排尿，結果澀腸亦無效用。

處置 僅食流動物，住於暗室，十分靜肅，頭部置冰囊，用溴化鉀四·〇、水化三氯乙醛〇·七，一日三回分服，與以鹽酸檸檬劑 (Limonat)。

十一月二日 昨夜睡眠較前夜良好，本日除上述之病狀益增強劇之外，未加新症，由昨日午前尿利三百立方公分而透明，爲酸性，比重千三十五，尿無蛋白及圓柱等，沈渣稍多量，有輕度Indican反應，Diazo

反應缺如，本日午前體溫升至三十八度四分，攝取粥湯、牛乳各四百立方公分，與以溴化鉀、水化三氯乙醛以前，排便浣腸亦無效，午後五時以傳染病研究所破傷風血清十二立方公分注射於右大腿外側，即刻吸收，午後八時以同量注射於左大腿外側。

十一月三日 昨夜睡眠稍安靜，然時時不免痙攣，本日痙攣之回數減少，細微之刺戟未即起發作，即有之亦不劇烈，其父兄及患者均有喜色，殆無熱候；反之，牙關緊急增進，殆不能解言語，瞳孔如常，雖無眼球之運動障礙，然右眼裂完全不能閉鎖，左眼裂小而不能哆開，此際前額左側起著明之皺襞，右側則不然，身體之衰弱極甚，皮膚頗現蒼白，口角仍向左方偏倚，昨日尿利五百立方公分，無有蛋白，比重千三十，雖有便意，但不能排便，午後由浣腸乃得排出普通便，熱在三十八度以下，脈搏百次，呼吸三十二乃至三十四，溴化鉀、水化三氯乙醛同前，後二時注射破傷風血清十二立方公分於右大腿前面，即被吸收（以上第三號血清）。

十一月四日 僅身體表面例如顴頰部即惹起全身肌肉之疼痛性痙攣，有右側兔眼，右上眼瞼實際未呈不全麻痺，使其吹口笛亦能喚起疼痛性痙攣，今日主為體之左側發現強直，將反射鏡置於其面前亦能喚起發作，瞳孔兩側均中等大，頭深穿枕，腹壁肌肉呈顯著之牽縮，恰如希臘勇士之像，此疼痛痙攣有不俟刺戟等而反覆自發者，患者常有鼾息，恐有咽肌痙攣存在之故，患者任何物均不能攝取，雖液體亦不能嚥下矣。肌熱極高，牙關緊急亦著明，下肢甚強硬，各種反射機能均亢進；反之，上肢強硬比較的不甚，

同日午後，全身症狀甚爲障礙，顏貌蒼白，言語不明，由午後二時起顏面現紫藍色，呼吸數一般增加，現發作呼吸困難，遂陷於失神，脈搏細小頻數，二三分間意識回復，呼吸漸次減少，但未至五十以下。脈性亦稍回復。此發作初起以五十分之間歇襲來一次，漸次則頻發，午後二時僅有十餘分之間歇，本日雖便意頻發，但不能排便，結果浣腸亦無效用，午後五時之發作以來呼吸脈搏遂未充分恢復，用樟腦油注射亦未奏效，僅偶爾有意識之明瞭，遂於午後七時因同樣發作而斃命。本日體溫昇騰達四十度以上，午後一時雖稍微降下，但至死前再上昇，脈亦增加，遂達百五十次以上，午後二時用牛乳三〇〇・〇卵黃一個加入〇・五，水化三氯乙醛浣腸，午後四時注射破傷風血清二號四立方公分，一號十立方公分於左大腿，死後午後九時之際，觸其體軀皮膚溫熱甚高，然未測定，四肢顏面冷厥，昨日尿五百立方公分，比重二十五，爲酸性而溷濁，因加溫而消失，貯之則生沉渣，殆占其過半，未見蛋白及糖，本日尿利僅一回，爲酸性而無蛋白，但任何食物均不能嚥下。

十一月五日 午前於病理解剖學教室剖檢，長與博士執刀，診斷兩肺、腦脊髓硬軟膜有高度之鬱血，顱蓋板障有著明之充血，腎肝有輕度之鬱血，主動脈內膜起輕度之脂肪變性，而肺及心之漿膜下出血。本例當初僅見右側顏面異常之際，不知其爲何病，聞父系之祖母有顏面神經痙攣，卽認爲同樣之狀態，兒之痙攣如模倣之者，遂生非爲器質的病之疑問，且問診亦無外傷之自訴，顏面固不待論，其他身體各部

亦未見有創傷之可疑，毫未向破傷風着想，或疑爲是否臟躁症，然至十月三十一日起牙關緊急，不得不考慮爲破傷風，漸次因破傷風之症狀益增，破傷風之診斷益爲準確，然因本例未見外傷，爲溥肯斯氏之所謂特發性破傷風也，可否視爲因寒冷、濕潤而發生者，吾儕益爲疑惑，寧以格拉依萊耳氏所謂之特發性破傷風者，不過爲由破傷風菌竄入目不能視之皮膚或黏膜之極微小之損傷部之說爲當。然本例破傷風菌究由何部襲入，不能憶想其進入之門戶，又不知顏面之症狀如何，當正探究中，患兒卽斃命，由其剖檢乃得確定破傷風之生前診斷，因讀該報告乃知頭破傷風，病毒之進入門爲顏面，想係由其稍中央部者，遂作此報告焉。

第二十四 狂犬病或恐水病 (Lyssa, Tollwuth)

本症爲由狂犬之咬嚼而發生之疾患也，稀有因其他之狂獸如貓、馬、狐、狼等之咬嚼而能發生者。

因本病之毒素係在於狂犬及前述各種狂獸之唾液中，縱令不受其咬嚼，如此唾液接觸於皮膚之創傷或表皮剝落部時，亦能發病，然亦有被狂犬之咬嚼，幸而其唾液爲全部被蔽之衣服所間隔或拭去未達皮膚創傷之際，亦能免於發病也。

因此種關係，本病之傳染徑路多在未被衣服之手足部，時而顏面受咬傷而發病者有之。

關於男女年齡，多爲六歲乃至十五歲之小兒，尤以發於男兒者爲最多。

季節以冬季爲少，六、七、八月之夏季最多。

樞神經系統見有圓形細胞之浸潤，結節細胞之腫脹及神經纖維之腫脹等。

症候 潛伏期不同而不一，概爲十五日乃至八十日，長者由六月而達數年者有之。

本病之徵候，主爲神經症狀，大體可別爲三期：最初爲精神症之主要之鬱憂期；次爲於中樞神經系統之發揚症狀，稱曰發揚期或恐水期；遂呈神經萎縮、肌肉麻痺以麻痺期而終。

前兆期或鬱憂期 (*Stadium prodromorum s. melancholicum*) 咬傷部發現疼痛，又有一旦至癥痕形成再破壞而見分泌，患兒乃現憂鬱狀態，嫌忌周圍，形成不安，不稍靜止，睡眠不安，不安與憂鬱交互反覆發現，此時期屢屢發熱，而呈脈搏頻數。

前兆期之持續，一般爲二日乃至八日，偶達八日以上者有之。

發揚期或恐水期 (*Stadium excitationis s. hydrophobicum*) 此時爲於發現延髓障礙之時期，尤以吸氣肌發生發作性之痙攣，呼吸因之成爲不正，患兒深息、嗚咽，次起嚙下痙攣，當嚙下時嚙下肌即痙攣，以後見飲食物或思想飲食亦起發作，以致嫌忌飲食。

痙攣發作之持續短者一二分，長者達三十分，其頻發之度數漸次增加。

當患者表現不安，躁狂狀時，有譫妄、幻覺而呈著明苦悶之狀，體溫到本期則昇騰，達三十八度乃至三十九度，病勢增惡則益益上進，俄然昇至四十度或四十度以上者，則爲死期之前兆，因而脈搏亦漸頻數。

恐水期之持續爲一日半乃至三日。

麻痺期 (Stadium paralyticum) 經過發揚時期則刺戟症狀漸次緩解，呼吸痙攣、嚥下痙攣之發作消退；然自覺症狀依然惡劣，而麻痺之狀態增加也。

麻痺發現於顏面、舌、眼肌等，又及於全身，同時衰弱愈益增進，遂陷於虛脫而斃命，達麻痺期至死亡時須二時間乃至十八時間，亦有於痙攣期死亡者。

上述雖爲見於一般之躁狂 (Rasende Wuth)，然間亦有見靜狂 (Stille Wuth) 者。

靜狂者則發揚躁狂症缺如，前兆期之初有身體違和、不安、惡衰、發熱等，受咬嚙之肢體起強直，訴劇烈頭痛，肌肉現纖維性搖擗、痙攣性收縮，而成運動不正，遂陷於全然麻痺，更顏面、舌、眼球肌亦起麻痺。衰弱症狀增惡，由呼吸困難而陷於窒息死亡。

診斷 一般容易，由既往受犬咬嚙，症狀當注意呼吸及嚥下痙攣。

療法 受犬咬嚙時，當即拭去該部，由創傷吸收血液等，或行燒灼爲宜。

有狂犬之疑時，不可不早施由巴斯忒伊爾 (Pasteur) 氏發明之豫防接種。自該治療的接種法施行以來，從來殆爲不良之豫後者，已見著明佳良之成績。

對症療法用水化三氯乙醛 (Chloralum hydratum)、氯仿 (Chloroformium) 等。

第二十五 傳染性黃疸 (Der infectiöse Icterus) (淮爾氏病 Weilsche Krankheit)

原因 淮爾 (Weil) 氏病之原因尚未明確，究竟是否單位的疾病，仍屬疑問，據從來之研究，以大腸菌屬或變形菌屬最使人注目。

克領巴姆氏及池布里格氏等發見黃疸患者之血清呈傷寒菌凝集反應，又勒特爾 (Netter) 氏發見亦呈類傷寒菌凝集反應，雖淮爾氏亦疑與傷寒菌有關係，然黃疸性血清之呈傷寒菌凝集反應，不僅限於傳染性黃疸血清。

華卜納 (Hebner) 氏謂病源係由十二指腸經膽管而侵入者，彼克 (Pick) 氏相信為細菌屍毒 (Proto-main) 及菌毒素由腸經過門脈系統，再侵入肝臟而障礙肝臟細胞，其分泌物不至腸內，劫送於血中者。

淮爾氏病為流行性發生於都市及家族者也，日本九洲亦聞有發生，然發生九洲者非真正之淮爾氏病，此乃據近時稻田博士等之研究所判明也。

日本存在之所謂淮爾 (Weil) 氏病，熱性黃疸、傳染性黃疸、黃疸疫等之病源，均確定為稻田氏所發見之一種螺旋體所致，該氏謀名稱之統一，乃推獎用日本黃疸性出血性螺旋菌病 (Spirochaetosis ictero-haemorrhagica japonica) 之病名 (參考日本新醫學第五年第一號)。

小兒在三歲以上者，尤以十歲以上者為多。

症候 突然以惡寒、戰慄起始，忽現發熱（三十九度或以上），同時通常伴四肢之肌痛及倦怠之感，大便現腹瀉者多，便秘者少，其他併發咽峽炎及枝氣管炎。

二三日皮膚發現黃疸，其度不定，尿爲褐色，有含膽色素、膽酸者，時而有含蛋白質者，大便爲灰白色，臭氣極甚，富於脂肪含有量。肝臟腫脹而有壓痛，亦有見脾臟腫脹者。

脈搏在年長之小兒雖如大人呈遲脈，而稍不規則；但年少者則遲脈不著明。

經過 數日發熱消失，黃疸亦治癒，但有時達數月而不治癒者有之。

診斷 於流行性兼有熱候之突發黃疸，當疑爲淮爾 (Weil)病，然淮爾氏之初即報告伴高熱及神經症狀者，則爲重症也。

論淮爾氏病之學者多謂淮爾氏病有輕重，悉發於流行性者。

黃熱 (Gelbes Fieber, Febris Hava, Yellow fever) 爲多發於古巴島 (Cuba island)、聖多明各及亞非利加之疾病，現發作性之熱、黃疸、蛋白尿、重症者現痙攣、昏睡及吐血，其原因不明，有謂黑人及蒙古人種無感受性，亦非必然，與淮爾 (Weil)氏病之異點，即熱爲發作性及有吐血之症狀，又與重症瘧疾鑑別，由瘧疾原蟲之存在與否而得區別之。

豫後 本病雖概爲良性者，然有陷於痙攣、昏睡而致死亡者。

療法 避用脂肪成分多之食物，與以粥湯、稀粥、黏滑汁、稀釋之牛乳、脫脂乳，須時常與以麵包、及野菜，藥不注重瀉藥，無便通者必須施行灌腸。

右每二時間服用一〇・〇

其他與以稀鹽酸檸檬劑，有劇烈腹瀉而惡臭極甚時，則當與以薩羅 (Salol)。



第四編 消化器系統疾患 (Krankheiten der Verdauungsorgane)

第一章 口腔疾患 (Krankheiten der Mundhöhle)

第一 卡他性口內炎 (Stomatitis catarrhalis)

原因 原發性者由溫熱化學的物質及細菌而發生，續發性者因營養障礙、胃腸疾患及患熱性病時發生，或成爲全身傳染病之部分的症狀而發生者有之，例如於麻疹及猩紅熱是也。

症候 齒齦、頰粘膜潮紅、腫脹，舌有白苔，乳頭腫起，已發生齒牙之小兒必有垂涎刺戟口之周圍，又放口臭，而發現神思不安、哺乳不能、發熱及淋巴腺腫脹等症狀。

預防 於哺乳兒期必須預防，應常常保持口腔清潔，須勤用紗布浸酸性碳酸鈉水除去污物。

療法 用硼酸、酸性碳酸鈉水、硼砂、薩羅及氯化鉀等。

二——三%酸性碳酸鈉水

右以紗布浸潤洗滌洗口腔粘膜。

硼砂 1.0—3.0

水 三五.0

右以筆塗布。

第二 膿毒性口內炎 (Stomatitis septica)

原因 本病多發於哺乳兒，兒童比較稀少，概因鏈球菌而起者也。

症候 口腔粘膜普通起猛烈之化膿性炎症，處處作纖維索性假膜，容易陷於潰瘍，一般全身症狀極甚，有高熱，有起膿毒症性徵候者。

局部炎症進行則起壞疽、敗壞。

併發病 有淋巴腺炎、唾液腺炎、蜂窩織炎、丹毒等。

療法 口腔用消毒藥保持清潔，其他須施症候的療法。

第三 亞布答性口內炎 (Stomatitis aphthosa, Mundfäule)

原因 雖原因不明，但有人相信與牛之亞布答疫有關係，亦為傳染性疾患。

症候 主於口腔之前部、口脣、舌等發生帶黃白色或黃色之圓形而如瓊斯大之粘膜丘疹，其周圍有充血之邊緣；而發於口腔之後部之軟腭及扁桃體者少。

因粘膜疼痛，故食物攝取感覺困難，有垂涎，口臭極甚，常伴有發熱。

經過 雖大抵一——二週而治癒；但續發高度之榮養障礙、肺炎、膿毒症、或移行於水癌者有之。

培德納氏亞布答 (Bednar'sche Aphthen, Ulcera pterygoidea) 同為口腔粘膜之纖維索性滲

出物作表在性潰瘍於定型的局部即硬腭縫合線之側方作翼狀鉤上左右對照成長方形或圓形之潰瘍有成如蝶羽之形者。

診斷 雖一般容易然口腔之後部有時則必須與狄扶的里鑑別，而必須行細菌的檢查也。

疱疹性口腔炎之水疱破裂時雖與亞布答相類似，然不如亞布答個個獨立發生，而概成集團，又因非為傳染性而得區別之。

療法 宜塗布五%硼砂甘油，〇·二%二錳酸鉀液，三%二氧化氫液等，稍年長之兒童須塗布二%硝酸銀水或二%石碳酸水，又用拉坦捏酊 (Tinct. ratanhiae) (三十滴和100·0水) 及五——十%沒藥酊 (Tinct. myrrhae) 甘油溶液亦佳。

疼痛劇烈時塗布一——二%古柯鹼 (Cocain) 一%奴佛卡音 (Novocain) 三%歐卡音 (Eucain) 一〇%氨基苯甲酸乙酯甘油 (Anästhesin glyzerin) 溶液，應忌食鹽分豐富之食物。

第四 鵝口瘡 (Soor)

原因 口腔之鵝口瘡為哺乳兒特有之疾患，兒童及大人少有之者，因鵝口瘡菌 (Soorpilze) 而起，因由口腔採取其假膜而以氫氧化鈉、甘油溶液溶於載玻璃上，鏡檢時得見特有之菌絲，此菌絲侵入上皮細胞之間，遂有入於結締織之中者。

一般罹惡病質、急性營養障礙、及口內炎之兒童為有其素質者云。

所謂伯爾格氏定律 (Perroches Gesetz)

者，即鵝口瘡決不發生於磚狀細胞 (Plaster-pithin) 存在之粘膜以外也；然喉、食道、及胃亦有發生者，則可見非必如伯爾格氏所云矣。

症候 生數個粟粒大而似乳汁凝固物之膜狀物質，互相連接發生，漸次增大，而覆被口腔之粘膜者有之，其與乳汁凝固者之異點，即洗之亦不容易剝離，遂蔓延於會厭、喉部、食道、及胃者有之，通例均伴有卡他性口內炎者也。

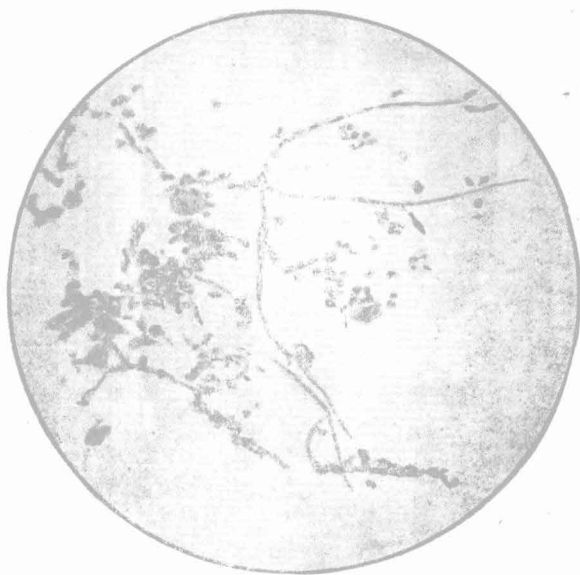
併發病 爲急性胃腸卡他、中耳炎等，又有鵝口瘡與釀膿菌共同轉移於腦、腎臟、肺、及脾臟而形成膿瘍之報告。

預防 於榮養障礙之際，特別注意口內之清潔，須時時以酸性碳酸鈉水洗滌口內。

療法 賞用三%酸性碳酸鈉水、二%硼砂甘油、二氧化氫液等，並當努力榮養障礙之治癒。

第五 糜爛性口內炎 (Stomatitis ulcerosa, Stomatokake)

第九十一圖 鵝口瘡菌



原书缺页

原书缺页

水癌之病原菌雖未確定，然大多信爲屬於 *Kladothrix* 類之嫌氣性螺旋狀桿菌，多發見於接近健康部之部分。

症候 起初對小白齒之頰粘膜之某部分，有呈污穢色之小浸潤部，忽然現於外表之頰部皮膚，由外部即可見帶褐色之斑點，此部至遲十餘小時則變爲黑色之壞疽性組織，急速向周圍蔓延，壞疽性之部分由中心漸漸脫落，初起數日頰之大部脫落，終則顏之半面以致漸次破壞，有腐臭之壞疽部脫落，則口內與外部交通，齒齦及舌等完全露出，而與健康部分之境界呈水腫性腫脹。

全身症狀甚重，有高熱、腹瀉等，衰弱達於極度。

豫後 概取死亡之轉歸，取良好之經過而免於死者約有一五%，然一旦脫落之頰部決無幾分之再生者。

療法 內科的用二氧化氫及氯化亞鉛等決不奏效，以白金刀燒灼亦無效，唯有迅速用外科的方法將臃腫部及骨共同切除外，實無良策。

幸而免於死者，後來應施整形的手術。

第七 生齒困難 (Dentitio difficilis)

當齒牙發生之際，有起發熱、痙攣、腦症狀、咳嗽、腹瀉、及濕疹者，稱曰生齒困難，然此等症狀似非與生齒完全有關係，偶亦有見神經質及痙攣質之症狀云。

然神思不安、睡眠障礙、局部瘙癢症、輕度之口內炎於生齒時見之者，確爲事實，故有伴輕度之發熱，又有見小兒苦癬 (Strophilus) 之發生者云，據此即可易下生齒困難之診斷也。

第八 唾液腺疾患

急性疾患中屢屢見者爲流行性腮腺炎 (參照三四〇頁)；慢性疾患中多爲蝦蟇腫。如新生物、結核、及密古里持氏病 (Mikulicz'sche Krankheit) (與腮腺同時發淚腺腫脹者) 均爲稀有。

第二章 食道疾患

第一 先天性異常 (Angeborene Anomalie)

(一) 先天性食道閉鎖 (Angeborene Atresie des Oesophagus) 在解剖上有種種之形態者，有食道全然缺損者，有於上部或下部之一部分缺損者，或終止於盲端者，更有成環狀或管狀粘連者，時而與氣管交通者有之。

其症狀生後即攝取之食物，雖極微量，亦儘吐出，與氣道交通者，則現窒息發作，設插入胃探條，必受障礙，無論如何均不能插入也。

此種小兒雖縱令能形成胃瘻，然結果亦不能保存其生命。

(二) 先天性食道狹窄 (Angeborene Stenose des Oesophagus) 爲最稀有者，與後天性狹窄之異點：即狹窄部之組織與普通之構造無異，其症狀爲嚥下困難，粘液吐出，反芻等是，以探條可得知之，有狹窄時往往有食物不通者，如此之症狀多生後即現出，但潛伏數月或一年以上而不現出者亦有之。

(三) 先天性食道憩室 (Angeborene Divertikel des Oesophagus) 爲極稀有者，其症狀與狹窄無異。

第二 後天性疾患 (Erworbene Erkrankung)

(1) 食道腐蝕 (Verätzung des Oesophagus)

原因 主要由於酸及鹼之腐蝕也，以小兒誤於飲用時爲多，尤多因鹼之腐蝕，毒殺小兒而使其飲強硫酸等事，亦間有之。

比較的輕症者食道上皮形成狄扶的里性假膜，多不作癍痕而剝落；重篤之腐蝕者，互食道粘膜之全部均受破壞，先生達於深部之痂皮，其脫落後現達於比較深部之潰瘍，或向外穿孔，治癒後必有多少之癍痕形成。

症候 毒物初入食道，即於其通路訴劇烈之疼痛，吐血液粘液性物質，更甚時吐出粘液屑片，有吐出管狀之鑄型者，嚥下毒物時訴劇甚之苦痛，腐蝕過甚者通常即陷於虛脫。

以後之經過與組織破壞之程度大有關係，大概因虛脫而死亡者多，免於死者，當達於深部之痂皮剝脫時，現大出血，成穿孔時則生頸部蜂窩織炎、縱隔竇炎、皮膚氣腫及氣胸而瀕於危險者有之。即幸而免此危險，更經過二三週，則必因癍痕形成而感苦惱矣。

狹窄多在上部三分之一之處，中央及下部三分之一之處者次之，狹窄部之上部管腔擴張而肥厚，屢屢起炎症而有潰瘍、癍痕之種類及程度隨腐蝕之度而有差異，比較的表在之破壞，則示皮膚樣、櫛狀、環狀或瓣狀癍痕；達於深部者，則成管狀或輪狀之狹窄。

據哈開爾(Hacker)氏云：因腐蝕而死者之中，半數以上爲硫酸，四分之一爲鹼；又免於死者之中，半數以上起強度之狹窄云。狹窄症狀約起於二三週後，遂現嚥下困難、嘔吐等。

診斷 問其既往症即可分明，於癍痕期可行探條檢查及食道鏡窺視。

得使之快癒。

療法 誤飲後即與以解毒藥，如其飲用者為酸類與以白墨之粉、煨製鎂等；鹼類即當與以如檸檬酸等植物性酸類之稀薄溶液，陷於虛脫者須用食鹽水注入及浣腸、樟腦等。

若免於死時，數日連與以冰片，疼痛劇甚，則用嗎啡注射於皮下，或漸次與以一〇%氨基苯甲酸乙酯 (Anästhesin) 油、奴佛卡音 (Novocain) (〇.15:1〇.〇) 五乃至十滴，疼痛緩解時須與以少量流動性食物，或行滋養浣腸。

狹窄之治療由第三週起始，以探條漸次行擴張，或試行 Thiosinaminein 注射 (Thiosinamineinspritzung) (1) 食道鵝口瘡 (Oesophagussoor)

食道鵝口瘡多因其他疾患斃命者於解剖臺上所發見，故若有口腔鵝口瘡者必須檢查食道有無鵝口瘡存在。

日本近時報告有高度鵝口瘡者甚多，故足以證明鵝口瘡不僅生於磚狀上皮細胞，而圓柱細胞之上亦能發生也。

左列報告為吾人經驗之一例：

珍奇之食道鵝口瘡之一新例 (與豐田學士同述)

追溯往古於希臘希波克拉提斯

(Hippocrates)

時代，關於鵝口瘡之研究未完備，不過與亞布答混爲一

談，降至西曆一八三九年達一八四二年，鵝口瘡菌各國諸家各個之研究，不相關係，各自單獨發見不同，卽一八

三九年格丁根

(Göttingen)

藍格伯克氏於傷寒屍體之食道粘膜發見同樣之菌，一八四〇年斯德哥爾摩

(Stockholm)

育兒院之醫務主任伯爾格

(Berz)

博士發見同菌，而於一八四二年瑞典醫學會公布鵝口

瘡由菌而成云，同年巴黎之顧爾烏比意氏附和之，又有其他諸家之報告，鵝口瘡之本性乃漸到達於闡明之域，

一八四六年伯爾格 (Berz) 氏記載鵝口瘡之原因，完全由鵝口瘡菌所發生云，於是本病有一線之光明矣。

由一八四六年迄本年垂六十年，其間無多數之鵝口瘡業蹟，然雖有多數之業蹟，但概爲對於鵝口瘡之治療法等而言者也，對於食道鵝口瘡余輩涉獵多數之醫籍，然其記述亦寥若晨星。

阿意買耳斯忒氏曰：食道鵝口瘡爲急性或慢性而起於甚衰弱之患者，如吐瀉之病兒、肺癆者、糖尿病者、傷寒患者、膿血症等是。

哈威領古哈斯氏論食道粘膜之鵝口瘡云：鵝口瘡菌之繁殖於食道粘膜上呈諸種之形狀，或成小（甚小者如粟粒大）而扁平，或塊狀鬆疎附着粘膜表面之積層，其色白、黃，不然則呈灰白色，或爲長線狀而隨粘膜之縱襞上行及下行，或爲酷似格魯布假膜之不正形之平板，其表面不平稍凸隆，呈乾酪狀之觀，而密着於粘膜上。

威施姑那斯氏曰：於食道之鵝口瘡發生太甚者，不僅食道之大部分，且進而被包全部，或有爲管狀者，或有爲

亦有之，而發生之鵝口瘡剝離時，有殘留著明之實質缺損，或成縱裂，或成淺潰瘍者。又曰：鵝口瘡過多增殖，初起時於患者之生存中其症狀即足惹起下食道疾患之疑診，生由嚥下困難（Dysphacie），次成嚥下不能（Aphacie），尤以見於小兒者爲多，時而吐出管狀或實質之鵝口瘡斷片者有之，菌芝（Rasen）固着於黏膜上而不能剝離時，尤在小兒即現死亡之狀態。

俄散布愛耳忒氏曰：鵝口瘡之食道蔓延，因有強度之嚥下困難，且屢屢發現嘔吐，即可證明云。其豫後雖概險惡，但於格爾巴耳德（Gerhard）氏及利萊克爾氏之一實例，吐出鵝口瘡之栓塞而得快癒。

據俄國聖彼得堡育兒學院之一八五七年醫事報告：就二百七十二名之著明鵝口瘡患者，蔓延於食道黏膜者多因霍亂狀腹瀉斃命蔓延於食道據剖見始得診定。

魏德爾里席氏曰：食道鵝口瘡有 Ciuvelhier, Billard 11 氏等之記載，最近維彪氏又舉有因鵝口瘡而成食道之閉鎖二例，即十五歲罹傷寒之女子及七週之男兒，鵝口瘡將食道內腔完全填塞，達於胃噴門而忽見菌苔云。

藉以上先輩之諸說，已述食道鵝口瘡之梗概，茲欲將諸家之實驗例補誌如下：

來比錫（Leipzig）之威瓦格萊耳氏報告：一八六六年十二月十日生後經過十四日之小兒，因有腸卡他及貧血之症狀夭亡，剖檢屍體，其口腔及食道之上半，見有二三粟粒大或稍大之圓形，而呈普通鵝口瘡之白斑，但無

糜爛與潰瘍。安持阿勒斯克氏記述利依伯耳曼斯德爾博士執刀解剖之例，爲一八六三年五月十四日生之女兒，在同年六月一日入院時最早不飲牛乳，有劇甚之腹瀉，入院後二時間而斃命，其舌與頰之內面有鵝口瘡，普通菲薄之假膜，咽喉並有菌苔存在，又因不規則之薄板狀覆被食道黏膜之一部，而達於胃噴門，菌層在任何處不生黏膜之實質缺損而能剝離，以鏡檢之見鵝口瘡之菌絲，見其芽胞及頽敗物。

赫羅荷 (Henoch) 氏實見死於重症傷寒之十三歲之處女，其鵝口瘡之包被部分不僅限於咽喉，由食道以至於胃噴門一帶均有存在，膜色爲污穢灰白，此患者於瀕死之日，因難熟視其咽部，故起狄扶的里之感云。

羅依賀爾忒氏之例，爲年齡四十八歲之傷寒者，咽及食道有白色之厚被，在鏡檢下於多數上皮細胞之傍檢出鵝口瘡菌，其菌層稍密著，故剝離之亦不傷黏膜，稍用強力之際，有上皮露出者，菌層通食道而由上方殆達於胃噴門，除食道之咽受天然狹窄吋長之部位外，其他盡被占領。

由是吾輩前既舉列之魏德爾里席氏所述內之威爾學 (Wirchow) 氏之模範例詳述之，此爲諸家論食道鵝口瘡者之中心點，恰如太陽與衆星之關係，該例爲一八五二年五月九日維氏於符次堡 (Wirzburg) 之學會所講演者也。卽

該標本爲診所門診治療之七週男兒，其病歷余據里阿克爾氏所告知，由病歷視之，該患兒爲患數回鵝口瘡，同時伴有腹瀉者也，在死前十日起嘔下困難，雖流動物如極少量牛乳亦不能嚥下，口中注入肉羹汁、粥等亦吐出，此時往往起窒息，遂於五月七日由窒息狀態而夭亡矣。

物質，食道由其起始部連續被以污穢白色之膜，被膜即爲連續之物質，食道內腔容有堅實之圓柱狀物質，其橫斷面無疎薄之痕跡，圓柱狀物質達於胃噴門，其截痕如附以線條明白區劃之，由顯微鏡的所見，該物質各部分見鵝口瘡菌，見多數充分發育之菌絲及多數芽胞，尙見有食物尤以牛乳之殘遺及上皮細胞之混合，胃著明收縮，充以黃白色粥狀之液，此液由胃壁甚易拭除，不見鵝口瘡物及胃之軟化，十二指腸膽充以膽汁狀黏液。小腸空虛，橫行結腸有更少之膽汁狀染色之物質，得容易除去之，並無鵝口瘡性質，上腹部諸腺稍腫脹，尤以近於胃噴門部著明。腸間膜腺亦稍腫起，蒼白而呈貧血，脾臟稍大而呈暗黑色，肝比較的小而呈茶褐色，不見脂肪沈着，腎貧血，肺當開胸壁時未收縮，因空氣而膨滿強甚，膨滿不全之處及氣腫狀之處各有一二箇所，氣管及喉與食道所見者呈同樣之外觀，有多量之物質，且枝氣管亦被波及，於枝氣管之一部氣管被以稍扁平之假膜狀物，此等物質中，均見有鵝口瘡菌、菌絲及芽胞，其他認有食物之殘遺，尤以牛乳之外，又有植物性細胞，心臟稍弛緩，有少量稀薄之血液及脂肪膜與柔軟灰白色之凝固物，顱之後頭骨被向內方壓迫極甚，其骨緣於入字形縫合部被以顱頂骨緣，矢狀縫合稍堅固而極度向上方隆起，因顱表面消失，顱骨各處示劇烈充血，軟腦膜富於血液，尤以左腦半球之外表呈強烈浮腫狀，於一二小部分有細小之結節，此爲侵入達於灰白腦質，且左側線狀體之外表一部腦室被膜 (Ependyma) 著明大也。侵入髓質之一部分處見同樣之結節，依顯微鏡的檢查，此結節由脂肪細胞及稍大之多數之脂肪球而成。

此例有興味之點如左：

- (一) 由於食道之完全閉鎖而成榮養不可能。
- (二) 其結果攝取之榮養物入於氣道，且鵝口瘡亦發育於此處。
- (三) 於胃未證明有鵝口瘡物質及軟化。

維彪氏此種記述，爲距今五十三年餘前之事也，然考東西洋之書籍，近來均無有如此食道鵝口瘡之實例報告，或因余之考證不充分者乎？總之，此爲罕有之例，則可斷言也。次乃敘述吾輩所實見之例：

病歷

女性 小〇〇〇

二年十一月

遺傳 在父系方面祖父八年前因肺癆思而死，祖母健存，父生來健全而未罹著明之疾患，兄弟均健存云；在母系方面祖母因腦疾患而死，祖母在八年前死於心臟疾患，母現罹精神病，時時有發揚躁狂發作云。

患兒有二個同胞，一人罹初生兒破傷風，生後二十日即死亡，其他一人健存，患兒爲成熟兒而平產，近來以母乳榮養，曾種痘一回，未罹過百日咳及麻疹，至本年一月患枝氣管卡他之外，未曾罹著明之疾患，現在所患之疾病由本年七月二十五日現食慾不振，元氣不良，但未介意，翌日發熱，晚間吐蛔蟲一條，便通一回，爲腹瀉便，二十七日同樣亦有發熱，又吐蛔蟲一條，便通二回，仍爲腹瀉便，二十八日不發熱，吐乳達四五回，無便通，二十九日亦有吐乳，吐蛔蟲二條，便通二回爲腹瀉便，三十日雖無發熱，但元氣益益不振，由三十一日至八月四日

現症 著明羸瘠，且無力無我，無感覺而表示不安狀態，皮膚富於皺襞，有蒼白、肌熱、眼球陷沒、瞳孔散大、光線反應遲鈍、眼瞼結合膜充血、無項部強直、舌帶微苦、乾燥、不見頸腺之腫脹、胸部雖心悸亢進，但心音正常，肺部無有異常，腹部稍陷沒，腹壁弛緩，容易觸知腸管，肝臟下邊雖能觸知，但不能觸知脾臟，無臄反射亢進，上下肢皆弛緩，不見強直，體溫三十八度二分，脈搏雖正常但稍軟弱，百十五乃至百二十，呼吸計三十六次，入院後便通二回，為腹瀉便，排尿二回，未現吐乳。

處置 甘汞〇・〇一，山道年〇・〇〇三，白糖〇・三為一包，與以三包，其他與以檸檬劑 (Limomad) 及稀釋之牛乳(牛乳二與水一之比例)，一回量為一〇〇・〇，每三時與以一回，但患兒不好飲用，仍用 Milk-food 一食匙混入，本日哺乳量一〇〇・〇。

七日，神智不清，瞳孔兩側同大而反應遲鈍，眼球無光澤，陷於完全無力狀態，下腹部有振水音，便通一回，為腹瀉便，而糞便量甚少，水液為其主要成分，吐乳二回，帶甘酸性臭氣，一部凝固，含少量黏液，大便及吐物置鏡下檢之，不見蛔蟲卵，異常物，體溫三十七度四分乃至三十七度六分，脈搏百二十次而正常軟弱。

處置 午前十一時以生理食鹽水一〇〇〇・〇行腸洗滌，牛乳一與水一之比例稀釋，一回量為一〇〇・〇，每三小時一次，但食慾不良，全量僅飲用二〇〇・〇、甘汞〇・〇五、白糖〇・三為一包，一日與以三包。八日，眼球無光澤，瞳孔所見與前日無異，無感覺之狀態雖尚存在，但時時向上頭部眺望周圍，腹部稍膨滿，聞

咕嚕音，發熱三十七度三分乃至三十八度八分，脈搏達百二十八，便通三回而量少，爲腹瀉便，排尿三回，吐乳量五〇〇・〇。

九日，口腔有鵝口瘡，聽力、視力均減弱，顏容完全無感覺，有嘔吐之傾向，無感覺之狀態與前日無異，體溫三十七度三分乃至三十八度三分，脈搏達百十八乃至百二十四，呼吸三十六，腹瀉便四回，排尿三回，吐乳一回，哺乳量四二〇・〇。

處置 如前日，命其用一千倍二錳酸鉀液塗布口腔。

十日，無感覺之狀態益漸增惡，舌及口脣有鵝口瘡，便通五回，爲腹瀉便而帶黃色，消化雖良但混黏液，臭氣強甚，腹部所見與前日無異，吐乳一回，排尿三回，體溫三十六度乃至三十八度四分，脈搏百十乃至百三十，哺乳量五五〇・〇。

處置 如前日。

十一日，無感覺狀態依然，體溫三十七度乃至三十七度八分，脈搏百二十六乃至百三十次，正常軟弱，吐乳一回，便通三回，腹瀉便，排尿二回，哺乳量三五〇・〇。

十二日，較四日前發熱弛張，顏容完全陷於無感覺之狀態，眼及口半開，患兒益益無力，表示衰弱，聲音弱，食慾不良，舌乳頭隆起，軀幹見針頭大之赤色發疹，無吐乳，體溫三十七度乃至三十八度八分，呼吸三十，脈搏百二十乃至百二十八次，正而軟，便通三回，哺乳量三八〇・〇，尿認有蛋白之痕跡，木藍素反應皆明。

處置 每二小時與以荷夫曼 (Hoffmann) 氏液十滴持續服用甘汞

十三日，上述諸症依然未去，食慾不良，不安，體溫三十六度八分乃至四十度，脈搏百二十次，軟便四回，水狀腹瀉便及排尿各二回，未吐乳，哺乳量三〇〇・〇。

處置 使其頓服安替比林 (Antipyrin) 〇・一五，其他同前。

十四日，眼珠上竄，瞳孔兩側均中等大散大，而反應不明，角膜側均被以黏液，失去光澤，口角及上脣之內面有淺在之潰瘍，且有點狀之出血，認為鵝口瘡潰瘍 (Soorleshwir)，患兒陷於昏朦狀態，取胸臥位，上下兩側皆時時呈強直，右側之足成內翻足，項部強直著明，屢屢起斜視，腹部陷沒，未見褥瘡，聽得胸部右後下部有稍多數之小水泡音及左側後面下部僅少之水泡音，咽黏膜無腫脹，而懸壅垂及其周邊被以乾燥之灰白色之原假膜，口腔不呈臭氣，頷下腺腫缺如，其他頷圍亦無腺腫，因假膜難於剝離，先以殺菌棉花擦其表面，鏡見附着於棉花之黏液，未發見狄扶的里菌，及其他類似菌，亦無鵝口瘡菌，仍期次日之檢查，本日體溫三十七度二分乃至三十八度三分，脈搏弱，百三十八次，不哺乳，亦無便通及排尿，午後十時脈搏成絲狀，達百五十次，呼吸淺在而呈呼吸困難之狀態，無感覺著明，眼珠上竄，失去光澤，無有反應，雖腹部陷沒，但下腹部稍膨滿，觸知強韌之腫脹，此當為膀胱之充實者也。右側下腹稍強直，兩上肢弛緩，項部強直著明，口脣呈青藍症，注射樟腦二筒。十五日，午後一時不能觸知脈搏，心力非常微弱，呼吸達五十次，遂呈俠依司脫克 (Cheyen-Stocke) 氏現象，午後一時三十分小兒死亡。

八月十六日剖檢之際，局部之標本由病理教室收藏，當時余等就其新鮮者之記錄如左：

由會厭、扁桃體、懸壅垂之周邊通過食道而達胃噴門皆有假膜，生於其食道之上端者，成三乃至五公釐厚之膜，以下殆爲圓柱狀之積層，食道內之積層試注意分離之，見附着黏膜面，或縱行溝狀、顆粒狀之印象遺留於積層之剝離面，近胃之部位之圓柱狀之積層，其色質呈變化，卽爲污穢泥狀而稍帶暗黑色，積層於其他之部位爲淺褐灰白色，而填塞其食道內腔者，與剝去皮之香膠比較，甚爲切實。食道少部分積層周邊之黏膜有呈赤色者，而更有如上皮剝離之處，其面之假膜片軟化而貼布，舌上不見假膜狀者，假膜之顯微鏡檢查有鵝口瘡菌、菌絲、芽胞、及不等大之脂肪球，記載終止依克西爾林格 (Kovarsine) 氏法貯藏，然後請畫師谷某模寫之（第十五表）。

承山極博士之允諾，茲將登錄於病理教室之剖檢記事撮要如左：

剖檢記事

小〇〇〇 二歲十一月，體重九公斤，明治三十八年八月十五日午前一時三十分死亡。

八月十六日午後一時 東講師執刀剖檢

臨床的診斷 消化不良，口內炎，鵝口瘡，毛細枝氣管炎。

解剖的診斷 鵝口瘡，枝氣管卡他，右側卡他性肺炎，腎臟實質炎，腦水腫。

稍削瘦之女子屍體，死後強直既去，死斑甚弱，腹壁陷沒弛緩，皮下脂肪組織及肌肉均發育不佳良，且稍乾燥，

膀胱強甚膨滿殆達成人之手拳大達臍下約二公分之處弛緩之小腸及S字狀部因膀胱被壓排於上方腹腔無異常內容，不見腸間膜腺腫，橫隔膜高至右第五肋骨、左第五肋骨間。

顱硬膜之外面與顱骨黏連，縱竇稍容流動性血液，硬腦膜之內面如常，腦質軟膜僅稍呈水腫狀，無溷濁等，其血管之充張甚弱，腦之水平斷面、血液點大略如常，剖面所到濕潤光澤，腦底軟膜亦無異常，腦底 Ganglion 之剖面無異常。

胸腺左葉長六公分，右五·七公分，幅左二公分，右相同，兩肺無黏連，肋膜腔無異常，於心包內存有透明黃色之液汁，心臟左右房皆因血餅充於中等度，心外膜到處皆為白色，心幅稍廣，右室之周圍為九公分，左室之周圍七公分，右室之長約五公分，左室六·五公分，心尖由左室成銳狀，右室內有中等量豚脂狀凝血，腔於動脈基根部擴弱，肌肉之色淡，厚二公釐，左室內有少量之血餅，肌肉內層稍溷濁。

左肺上葉之後面尤以下葉缺乏空氣，而富於血液，氣管黏膜充血，無限局竈。

右肺肋膜面有此多數之點狀溢血，上葉及下葉後部透見暗赤色，無硬結，其剖面為暗赤色而充實，雖示肺炎竈核，但不著明，有氣管黏膜充血。

脾臟大七·〇——四·二——一·五公分，重量二十五克，質如常，剖面蒼白，不見濾胞。

左腎大七·〇——三·〇——三·〇公分，重量五十克，皮膜易於剝離，血量如常，皮質及伯爾丁 (Berlitt) 氏柱帶黃白色，同樣溷濁。

右腎大六·八——三·七公分，重量五十克，性狀如左腎。

肝大一三·五——九·〇——四·五公分，重量二百三十五克，皮質如常，血液量大略如常，其分配右葉之右甚不平等，皮膜下似有斑性出血或點狀出血，剖面帶黃色溷濁，膽囊內有中等量之膽汁。

胃內有少量之黏液性液體，黏膜蒼白而皺襞著明，被以黏液，自家消化弱，膀胱內之尿稀薄黃色而溷濁，黏膜蒼白。

腸管、空腸粘膜蒼白而容有黃色粘液性物，在迴腸內有少量之糞便，粘膜蒼白，大腸有少量之軟便，黏膜蒼白，無其他異常。

扁桃體略達豌豆大，充血，與舌根均厚被白色之顆粒狀物。

食道黏膜以至達胃噴門均被以同樣物，黏膜各個有充血云。

將威爾學 (Wirchow) 氏之例與吾輩之例相對照，可謂姊妹例，其可得乎？故爲吾輩之精粹，而值諸同學之一顧也。吾輩之例尚有興趣者，厥爲患兒臨死前一日之咽喉所見，如前述赫羅荷 (Henoch) 氏之例，有起狄扶的里狀之感，鵝口瘡與狄扶的里酷似，先進既已說明，卽：

西曆一八五〇年一月十日施卡德華爾 (Schaduard) 氏於柏林咽喉學會公布有九歲及十二歲之二兒，雖初將咽喉口瘡診爲狄扶的里，然顯微鏡檢查之結果，而得證明爲鵝口瘡，當時有

伯弗勒恩克爾氏與瓦爾登弗魯克 (Wardenfuk) 氏述敘共同治療之同樣之一實例。

實例之要點如左：

一九〇二年一月二十七日收容於臨床一歲四月之耶斯馬爾塔之女兒，二十九日晨氏之診察，非尋常之扁桃體疾患，而惹人注意，扁桃體兩側皆未著明腫起，而入於眼簾之扁桃體全表面為濃黃而乾燥，恰如麵包屑，一部變為軟膏狀物質，欲取此假膜狀物，但不能除去，當視為扁桃體組織自家之變化者也，假膜之外觀雖似猩紅熱性狄扶的里樣症，然陷於壞疽之物質異常乾燥，咽部之腫脹不著明，尤以與淋巴腺之關係少，此上三點即示與其相異也，又無狄扶的里之外觀，於是乃有鵝口瘡之觀念湧出矣。

余輩因稍記憶華卜萊爾氏之例證，余輩之例證亦由是思考之，雖施顯微鏡的檢查，但難於充分採取組織，且不忍加增苦惱於瀕死之患兒，檢查之結果雖未得確認為鵝口瘡，然因臨床上確信為鵝口瘡，希望死後得食道剖見，據其剖見口腔固不待論，食道內亦有珍奇之鵝口瘡積層，且氣管內亦發見鵝口瘡之聚落，死前之症狀悉不外為罹鵝口瘡之結果，終則誘發枝氣管肺炎而斃者，甚為明瞭也。如此余輩於患者之生時關於食道鵝口瘡之症狀已加解說，由是觀之，此次之實驗極饒興趣，亦不負余等之苦衷也，故爰筆記之，以供於世。

第二章 胃疾患

第一 哺乳兒幽門狹窄 (Pylorusstenose d. Säuglinge)

哺乳兒幽門狹窄之研究，自一八八七年丹麥之小兒醫赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏之報告以來，華卜萊爾 (Heubner) 依布拉希姆 (Ibrachum) 氏繼續研究之，更至近時芬克耳斯坦 (Fenkelstein) 氏益加努力研究，而關於其本態元爲幽門痙攣，其結果發現幽門肌之肥厚者也，有謂幽門痙攣與幽門肥厚本態上同一云，又有謂痙攣與肥厚之兩型爲各個存在者云，然所謂肥厚型其原因在何邊則不一定，或神經胃疾患爲其原因而成胃黏膜之知覺過敏，因生運動過多，其結果起幽門肌之肥厚，亦有謂有先天的肥厚者，故吾人茲分兩型論之：

(一) 肥厚性幽門狹窄 (Hypertrophische Pylorusstenose) 此疾患最著明者爲吐乳過多 (Hyperemesis lactentium)，乳兒生後第二三日或有時數週數月之後難於終止而頻發吐乳者有之，此時與以母乳或無誤之榮養法，連起吐乳，便通尿利減少，體重著明減退，重症者六週乃至十週之後因衰弱斃命，輕症者自然就治者亦非絕無。

據鹿德萊爾 (Pfaundler) 氏云：在歐羅巴亦因人種稍有差異，德國民族似有特別之素質云。於日本見幽門狹窄者亦決不少，但其剖見例僅稀也，故屬於何種之病型者多不明瞭。

關於性別，男性多於女性，而長男或獨子更多，兄弟間亦有連發之傾向，似稍有血族的素質。

關於營養，發於人乳營養兒者多，罕有發於人工營養兒者。

關於年齡，有發於生下一日乃至四日者，或於二三週後發現症狀，概發於五六週之間，尙未有發於八週以後之報告。

症狀 吐乳難於歇止，頻頻發現，每於食後或於其中間一二時間成射出狀，吐出半流動性之凝乳塊，其量多而一回吐出二百公分者有之，帶酸臭或腐臭，然決不混合膽汁，偶爾有混入血液者，其吐乳爲突然吐出多量，而無中毒症時所見之惡心狀態，又不伴虛脫爲其特徵。

便通多傾於秘結，普通二三日一回（便秘有達一週以上）者，便塊呈所謂饑餓便之狀而爲黑褐色，是曰假性便秘（Pseudobstipation）。

尿量少而濃厚。

營養狀態亦隨吐乳之度益爲不良，每日示體量減退，一日失去三十公分以上者不少，顏貌如猿，眼窩陷沒，鼻梁聳起，額門陷凹，呈皮膚貧血，萎縮極甚，而得數計其肋骨。

體溫在平溫以下，哺乳力微弱，徒貪睡眠，實成可憐之狀態也。

下腹部因腸之空虛著明陷沒；反之，胃部成鼓狀而膨隆，稀有能見胃蠕動運動者，其運動必由左方發生而走於右方，其狀況可由X光攝影見之。

得觸知幽門腫瘍者，雖決非多數，然若能知之，通弛緩之腹壁而於臍之高度，由正中線而當右方觸得者，為易移動而有抵抗之桑實大乃至鳩卵大之腫瘍者也，時而感覺觸得腫脹之淋巴腺者有之。

食慾非見十分減退，患兒亦要求接近乳房，哺乳二三回後，表示苦悶嫌惡而中止，伊布拉希姆 (Ibrahim) 氏云：恐因胃痙攣之疼痛而使然也，然不堪饑餓感之可憐患兒，仍求乳不止。

胃內容物於初期無變化，至後期有總酸度高，定型之際有示鹽酸過多之一二例，胃液素 (Pepsin) 及 Lab 作用與普通無異。

病理解剖 定型的所見者，胃之幽門部，成強硬之軟骨樣之枕狀或圓壩狀之固塊，計長約二三公分，幅一·五——二公分者多，胃恰如十二指腸之中間部，內側如子宮陰道部，向十二指腸突出，組織與黏膜無異，腫脹主因環狀肌及縱走肌之肥厚也，更有見黏膜卡他性症狀，小出血，糜爛者。

經過 輕症者間亦有能自然治癒者，全體大多為進行性增惡者及病勢消長者，一時吐乳之度數減少或停止，元氣稍恢復後，食慾亦增進，但再現吐乳頻數也，故真正之再發決未見之，雖有吐乳突然歇止，而抱治癒之希望，然卻為不幸轉歸之前兆者甚多。

死因概為極端之饑餓死，於經過間有因皮膚化膿、鵝口瘡、腹瀉、肺炎等而死者，期限早者三週，遲者達於二十週。

明瘦削，並見胃蠕動運動（患兒稍取側位，以指端可觸知，）而觸知幽門腫瘍者，則應疑爲幽門狹窄矣。

類症鑑別

（一）幽門痙攣 兼有其他之神經狀症，經過消長極甚，不見胃蠕動及幽門腫瘍。

（二）畸形的狹窄 生後第一日已呈劇烈之症狀，短時日即取死之轉歸者多。

（三）消化不良症及食物性中毒症 腹瀉爲其主要之症狀，體溫大抵在三十七度以上。

（四）常習性嘔吐 榮養之衰弱不及如此之甚，胃液之化學機轉通常無變化，又與以缺乏脂肪之牛乳，以及使用人乳并注意加減食物之際，則容易赴於治癒也。

豫後 取不幸之轉歸者多，缺乏適當之治療法，因所用之藥物完全吐出，極感不便，若治癒以後而發生胃病，又兼其他之神經性疾患者有之。

死亡率據伊布拉希姆氏云：行內科療法之患者中死亡數爲四六·一%，行外科手術者，有五四·三%未得治癒云。

療法 應充分保持母乳榮養，欲施人工榮養當用缺乏脂肪之牛酪乳或脫脂乳，無論用何種榮養，其方法諸家之意見各異，若賴人乳時，華卜萊爾氏之規則，每三小時間使其哺乳，吐乳等勿庸顧慮，照例與之可也。伊布拉希姆氏初與以幾度少量搾取之冷卻人乳，次每一時間與十克，以後每一時半或二時用一五——二〇——二五克，

一日若得與三〇〇克，則可免於饑餓矣。人工榮養法，雖如脫脂乳，亦應分幾回漸漸與以少量。

其他以粥、布溫暖胃部二時間，以一日行三回為宜。

藥物有著效者雖少，但嘔吐甚時，當於哺乳前與以鴉片酞，二日量——二滴，顛茄根流浸膏一回量〇・〇〇一——〇・〇〇三，古柯鹼、奴佛卡音、或阿司匹靈一回〇・〇〇一，於哺乳前服用，胃洗滌非為必要，嘔吐劇烈而有水分脫失之恐時，應行食鹽水注射，或行腸內點滴法，決定外科手術之適應者甚為困難，瘦削至本來體重三分之一時，亦可施行，其方法雖有幽門形成術 (Pyloroplastik)、胃腸吻合術 (Gastroenterostomie)、幽門伸展 (Pylorusdehnung) 等，然豫後未必佳良。

(1) 幽門痙攣 (Pylorospasmus)

幽門痙攣者為神經性疾患之一，由生後一週反覆發現，恰如常習性之嘔吐，有學者謂本病基於胃黏膜之知覺過敏，而幽門無變化云，又有人謂同時兼有幽門肌之痙攣性收縮者云，總之，缺乏剖見，故究竟事實如何，尙未能確知也。

症候 發現反復性劇烈之嘔吐，概不起於飲食之直後，而經過暫時乃發現，多發現於食後三、四時間，便通時而有腹瀉，又時而有與假性便秘相交互，不必如幽門肥厚，如此之症狀往往發現於消化不良症之經過中，或治療後連續發現，榮養雖概不十分衰弱，然偶因榮養不給而招死亡者亦非絕無，不見胃蠕動，又無幽門腫瘍存在，胃液一般示酸過多，又有示鹽酸過多者。

運動神經之興奮性高，腹壁緊張，眼球震盪，聲門痙攣，帝答尼 (Tetanie) 及痙攣性咳嗽者。

豫後 施以適當之療法，雖豫後佳良，但因饑餓而死者有之，其經過比較的極爲長久，病勢一進一退。

療法 若爲人工榮養兒，即當與以人乳，則奏效顯著，若用脫脂乳或牛酪乳，應附加適當之索克斯雷忒 (Soklet) 氏滋養糖、麥芽糖等，同時與以卡爾斯泉礦水爲宜。

藥物除用鴉片酊、古柯鹼、奴弗卡音之外，食前與以一食匙檸檬酸鈉 (五：三〇〇) 及食前一茶匙蛋白銀液 (〇·一：五〇)，嘔吐停止二三月之中，乃恢復全乳。

第二 神經性嘔吐 (Das nervöse Erbrechen)

發於神經性兒童之嘔吐也，常有習慣性發現之傾向，例如發於興奮、激怒等精神的感動之際者有之，或學齡兒童屢屢於入校之途中而嘔吐者亦有之，有因咽反射之過敏而起嘔吐者，有對於種種之食物而催惡心及嘔吐者。

要之，神經性嘔吐與哺乳兒之常習性嘔吐 (幽門痙攣) 不同，概爲發於兒童期者。

診斷 不可輕率即下本病之診斷，應注意其他之胃疾患，尤當注意者爲腦疾患之初期，例如腦結核如單純之神經性嘔吐之形態，有經過數月之例症，故於此時不得不注意有無視覺障礙、斜視、頭痛等。

療法 努力一般神經性體質之改善，勤於戶外運動，冷水摩擦等，並應改良教育法，暗示的意味於胃部應用感傳電氣，又須試用溴素劑。

第三 神經性食慾缺損 (Die nervöse Anorexie)

消化器無解剖的變化而起官能的食慾缺損也，故患兒大多為神經性體質者。

患兒無食思及空腹之感，哺乳兒攝取乳汁不盡，然時而亦善飲乳；在年長兒童有雖食某種食物，但對於其他之食物則全然排斥，而無有食慾者，如對於食物攝取有高度之拒絕時，則必陷於重篤之饑餓狀態。

胃之狀態無著明變化，有輕度之運動不全，酸減少，緊張，低下者，通常尚屢屢兼有神經症狀，即有顏面神經現象（克布阿斯德克氏現象），血管運動神經興奮狀態，易於疲勞及精神狀態之異常者為多。

療法 食物選兒童之所好者互相調換與之，牛乳盡量減少，嚴守戶外運動等之攝生法，患兒與家族隔離，使與其他無神經質而規則正當之家族共同生活，交遊之伴侶須擇勇壯活潑者，無特為收容於療養院之必要。

藥物與以胃液素 (Pepsin) 及鞣酸毆力新 (Oxexin Tannicum) (〇・五) 或實用番木鱈甙。

番木鱈甙

五・〇

藥蜀葵糖漿 (Syrups Althaeae) 110・〇

右一日二回，每回一〇——二〇滴，與蜜柑汁共同於食前服用，但須連續服一二週。
輕症及中等症者到春機發動期，則能自然治療。

第四 圓形胃潰瘍 (Ulcus rotundum)

小兒之胃潰瘍或為特發性或續發於麻疹、傷寒、及猩紅熱等傳染性之疾患，多發於十歲以上之小兒。

症候及解剖所見 與大人者無異。

療法 初二日絕對的禁忌食物，應漸漸與少量冰片、藥劑須注射鴉片劑、麥角鹼 (Ergotin)、副腎素 (Adrenalin) (一日千倍溶液 1.00) 白明膠 (Gelatin) 等，止血後則由牛乳、粥湯、羹汁等，漸次移用易於消化之普通食品。

第五 胃擴張 (Dilatatio ventriculi)

胃擴張在小兒亦非稀有之疾患，多見於過食之小兒，或多發於貧血、佝僂病、神經質之小兒，幽門狹窄大抵爲其所兼發者。

兼有腹瀉、輕度之嘔吐，胃部之膨隆，又易便秘，有貪食之小兒，由打診即易診斷。

屢屢併發痙攣質及蕁麻疹。

療法 避免與多量之澱粉質食品，須試用腹部摩擦、感傳電氣、番木鱈劑等。

吾人曾偶然於慢性腎臟炎之小兒，發見有著明之本症者，近時於延壽堂貧血小兒之貪食者，亦實見本症。

第四章 腸疾患

第一 先天性腸管閉塞 (Der angeborene Darmverschluss)

先天性於腸管內有膜狀障壁形成，又有瘢痕狀粘連而起腸管之通過障礙，或因先天性存在之索條憩室而被絞扼者有之，或由外部腫瘍等而被壓迫者亦復不少，已有先天性腸閉塞之小兒之身體，其他部分內外部均具有畸形者爲多，且多發於因血族結婚而生之小兒。

腸閉塞存在之局部，多在十二指腸之乏德爾 (Fater) 氏乳頭之直上或直下，十二指腸與空腸之境界部，及迴腸接近於盲腸之部分；罕有在結腸者。

腸閉塞症狀之發生，不外先天的成立之腸管粘連，容易因何等之動機而惹起新之粘連也，而據諸家之研究，如斯之狀態近於第五乃至第十胎生週發生者云。

診斷 於分娩直後之初生兒即發現嘔吐，無帶糞便性之便通，起所謂吐糞症 (Ileus) 之症狀時，概爲先天性腸管閉塞。

豫後 小兒常於由一週至二週以內死亡，偶亦有持續生命者，外科手術之豫後概爲不良。直腸及肛門閉塞亦往往存在，手術成功者約爲三分之一，較腸管閉塞之豫後比較的佳良。

第二 赫爾施斯革魯格氏病 (先天性巨大結腸)

赫爾施斯革魯格氏病者爲伴有頑固便秘之結腸之肥大擴張，始爲一八八六年丹麥之小兒科醫師赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏報告者也，此時在日本報告本病者卽已達十例以上。

症候 依其發生之時期可區別爲二種：一爲生後而發現其症狀而視爲先天性者，一爲生後數月始發現症狀，而概於離乳之時期起急劇之症狀者是也。

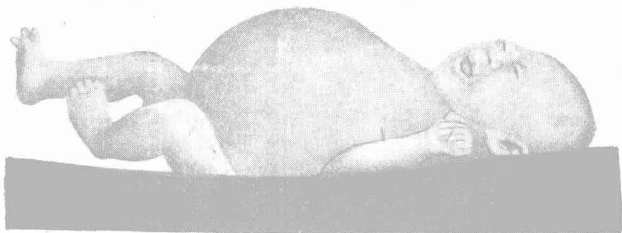
一、屬於先天性之種類者，外見上無畸形，生於健全之小兒，因不排出胎便，漸漸乃引起他人之注意也，以手指探肛門及直腸無何等之障礙，以甘油或食鹽水浣腸得排出少量之胎便，小兒不安而不熟睡，無自然之排便，此時現出腹部之膨滿，甚至觸診如硬石，腹壁之靜脈怒張，而現輕度之浮腫，如斯之狀態連續則橫隔膜被壓迫於上方，而現呼吸困難及青藍症，時而發現嘔吐，此時雖以導管送液體於腸內，但一部亦逆流而被排出也，以指插直腸，一面以手施行按摩腹壁，能掘出多量之胎便，則鼓腸減退腹壁之緊張柔軟，全身狀態輕快，青藍症亦消失。

雖病勢一進一退，以上所述之症狀反覆發現，但終因呼吸障礙、榮養不良，及由腐敗產生物之慢性中毒而取死之轉歸也，慢性中毒時大多死於昏睡、痙攣及腦膜炎症狀之下。

二、與前述者相異，然生後不卽以劇烈之症狀起始，只有容易便秘之傾向而經過，當離乳時與其他之副食物之際，乃現出固有之症狀者也，然尋其病歷，訴於初生兒期胎便排出困難者爲多數，赫爾施斯革魯格氏所報告者亦屬於此種類也。

第九十四圖

赫爾施斯革魯格(Hirschsprung)氏病



發於生後二月半之哺乳兒者，而為先天性之最好適例。

(自家實驗)

第九十五圖



見於五月之小兒之先天性巨大結腸

(nach Pfaundler)

亦不排便者有之。本症雖素為經過十分長久之疾患，但其病勢有緩急，雖有時現高度之便秘者，然後二三日又自然排出普通軟便，或發現腹瀉者有之，若起急劇高度之便秘，則患兒之全身狀態險惡，有兼嘔吐、發熱者。

腹部因膨大擴張之結腸與氣體蓄積而呈鼓腸大者恰如狸之鼓腹各處皆呈鼓音不能觸知肝臟及脾臟甚至結腸之輪廓著明而橫如蜿蜒長蛇若蠕動盛時則髻髻如長蛇之爬行腹壁靜脈怒張而達一公分大緊張高度時腹壁各處生潰瘍者有之又內部之大腸粘膜亦生潰瘍腹壁亦有生粘膜下膿瘍者云。

榮養狀態在輕症者雖通常無十分異常但重症者有陷於惡病質者尿比重高 Indican 反應著明。

經過 第一種雖有急性經過者然第二種則有消長概爲慢性經過下列爲吾人實驗之一例特附錄如下：

經臨床及剖檢證明之赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏病之一例

(與野學士同述)

東西洋對於頑固之小兒便秘之一原因能聳動小兒科學界之耳目者厥數一八八六年於德國伯林所開之萬有學會小兒科學部赫爾施斯革魯格氏供覽之結腸之先天性擴張兼肥大之二標本而有同樣實驗之報告是也同氏一八八八年記載發表此二例其第一例爲於一八八〇年收容於病室經過二月之後死亡而行剖檢者第二例爲一八八五年四月十九日收容經若干週之後所剖見者也據以上二例氏謂此腸管之發育異常或爲先天性歟此後氏於一八八九年五月十九日又得一約生後第三日之小兒七月二十九日死亡依剖檢確爲本症依此三例主張腸管發育異常決爲先天性者且本症從來之文獻均缺乏其記載唯於氏以前有赫羅荷 (Henoch) 之剖檢之一類似例而已然搜索一九一九年孔西琪氏文獻謂赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏以前雖有本症之記述但赫爾施斯革魯格之功績毫未因之減色實基於赫氏 (Hirschsprung) 之實見也。

以後剖見及剖檢關於本症之報告接踵而出，由赫羅荷（Hensch）氏之臨牀，一八四四年有格賴爾施氏之剖檢之一例，至一九〇六年據弗意脩耳氏云則達六十例矣。

在日本由我小兒科教室賴弘田教授之指導，先有金野學士（明治三十八年九月二十日）村上學士（同年十月二十日）之各一例出現，次有福岡伊東博士之一例（四十年一月二十日），又有村上學士之二例（同年二月二十日），其他有京都外科之伊藤博士（明治四十年二月九日）岡山病理之藤浪剛一氏（同年九月三十日）各一例出現。

我小兒科學界之實見如何缺少剖檢，實爲恨事，余輩得有恰好之材料，乃得赫爾施斯革魯格氏病之標本供覽於小兒科學會東京地方會（四十年九月三十日）及東京醫學年會（四十一年二月二十日），而此材料卽爲金野氏會所報告滿一年之小兒，余輩發見於同一者，豈非奇事耶？藤浪氏擬以自家之實見於日本證明爲解剖的唯一之實例，記載於四十年九月三十日岡山醫學會雜誌，同年同日余輩偶於東京地方會舉行標本展覽，得見彼爲三十二歲之男子，將此五歲之男子，而證明於臨牀上及剖檢者也。

關於本病之本態，先述村上氏之詳密報告，次乃報告余輩之例。

既往症 患者浮島某，係五歲之男兒。

父方之祖父母健存，父生來健全，未嘗有著明之疾患，雖喫烟但不飲酒，父有同胞七人，二人幼時因不明之疾患斃命，其他五人均健存，當無結核素因之徵者。

母方之祖母因不明之疾患去世，但父健存，母生來健康而未會罹疾患，亦無早產及流產之經過，同胞四人中二人於小兒期因不明之疾患而斃云，無結核素因。

患兒爲第一子，滿月由平產生出，受母乳榮養，種痘一回善感，尙未經過麻疹云，同胞二人健存。該兒生下時雖哺乳佳良，但未曾有過自己催促通便，而於腹部未見膨滿云。

然至生後第六日，兩親始覺小兒之腹部異樣膨滿，因翌日（第七日）嘔吐一回，吐出有臭氣之黃色液汁，此時醫治之下，用樹膠管插入肛門，得排出筆軸大之糞塊，近來肚腹膨滿以致日漸增大，便通極不正規，不過偶爾排出極少量之糞塊，至明治三十六年七月（兒齡七月）請醫師行糞便之排出，近來二月之間，雖幸而有每日一次之正規排便，但繼而又發便秘，成爲哺乳不良，腹部之膨滿益甚，因其羸瘠之故，明治三十七年十二月初旬乃至余處門診，十二月十四日入院，同月二十二日出院，在院中之病況經過，當參照金野氏之報告，以後腹部之膨滿不去，每用樹膠管排出多量之氣體與糞便，氣體排除後，則腹部膨滿著明減退，元氣活潑，雖好遊戲，但因無自然之排便，再現腹部緊滿，元氣衰弱，食氣不振，致反覆以樹膠管排便云。

明治四十年七月七日以來，肚腹之緊滿益益增進，羸瘦日甚，食思不振，體力著明衰弱，且至夕刻發熱，便秘依然存在，雖由醫治每日行排便，但腹部之緊滿不去，明治四十年九月十四日來余處門診，同日許其入院。現症 兒高度羸瘦，體質虛弱，肌肉及皮下組織之發育極不良，皮膚一般呈蒼白色，不見皮疹，黃疸，皮膚稍冷卻，全身有輕度之浮腫，體溫三十五度八分，頭形無變狀，毛髮之發生佳良而神思明瞭，一見顏貌如重症。

患者蒼白而呈浮腫，眼瞼結合膜無異常，瞳孔左右同大而反應如常，眼球運動不見異狀。鼻分泌不見閉塞，而營鼻翼呼吸。

上下之口唇呈輕度之青藍症而乾燥，舌被有苔，口腔之粘膜不呈變狀，咽亦無異狀。

於頸部見有頸腺二三個之腫脹。

胸廓上方狹，下部著明擴大，而見呼吸之困難著明，呼吸為腹式而頻數，一分時計約五十六次，呼吸時胸廓之運動左右無異動，又不咳嗽。

肺之所見，右肺之前部呼吸音弱，叩診上不見異狀。

心臟向上方轉位，由第一位於第三肋間腔之間，右方濁音不明，心音雖純，然心働作亢進。肝之濁音界不明。腹部之狀況甚膨滿，高度緊張，而呈球形，腹壁多認有靜脈怒張，而見腸之蠕動劇甚，臍突出，肝臟因腹壁之緊張著明，故不能觸知，叩診腹部則一般呈高調之鼓音，尤以上腹部為著明，而觸診雖時而有波動，但以坐位、立位、較臥位著明，抵抗之部位不能確定，腫瘍，腹圍於臍高處計有六十九公分，最大腹圍達七十四公分，胸圍於乳腺之高處，為五十四公分，陰囊未見水腫。

上肢除有高度羸瘦之外，無見其他異狀，脈搏稍細，中等度緊張，雖頻數但正調，一分鐘計百六十次。下肢呈著明之水腫，尤以大腿之皮膚著明緊張，脛骨稜及足背因水腫而腫脹。

膝蓋腱反射稍弱，下肢冷卻。

指頭檢查 肛門之括約肌閉鎖良好，肛門不見何等之變狀，指頭由肛門插入，直腸著明擴張，毫不見狹窄，未觸知腫瘍，有多量之糞塊，於是以甘油行排便洗腸，排出少量褐色之片塊狀便，次以樹膠管插入，其進行極為容易，移動亦甚容易，而樹膠管之先端由外腹壁於臍部能觸知之，插入樹膠管一時有多量之氣體放散，於是腹壁之緊張著明減退，腹圍亦狹縮，此時更以生理食鹽水行腸洗滌，排除多量之糞便，腹圍於臍高處計六十七公分，最大圍七十二公分。

最初排除之糞便雖為褐色片塊狀，但以後排出者為黃色軟便而有惡臭，不見寄生蟲卵。

腹壁之緊張時，雖腹部之波動明瞭；但至排除糞便及氣體，腹壁之緊張弛緩之後，則波動不著明。無大便之失禁。

尿帶褐色，稍溷濁，反應為酸性，比重一〇一六，無特異之臭氣，含有少許之蛋白，顯微鏡檢查無病的成分，含有 *Indican* 多量，*Diazo* 反應示強陽性之成績，尿量二〇〇・〇，食思不振，牛乳一〇〇・〇。

十五日 體溫三十六度八分，呼吸六十二，脈搏百二十六，腹部之膨滿益甚，呼吸甚困難，如前日專努力於腸內容之排除，尿量四〇〇・〇，牛乳五〇〇・〇。

十六日 體溫三十八度四分，脈搏百二十，呼吸六〇。

腹部著明緊滿，小兒苦悶呻吟，顏面呈浮腫狀，呼吸困難增惡，腳向膝關節屈曲，而牽引於腹方，無腹痛，又無大

便之失禁，本日亦洗滌腸內而排除內容，腹部施冷濕布，尿量四〇〇・〇，蛋白及重氮色素(Diaz)反應陽性，本日飲牛乳六〇〇・〇。

十七日 體溫三十八度八分，呼吸六十二次，脈搏達百二十六次。

全身浮腫增惡，脈搏雖稍細，但正調，以肛門鏡擴張肛門，則排除黃色之軟便，次以食鹽水行腸洗滌，再以肛門鏡開大肛門，以排除水，更用樹膠管使蓄積於腸之氣體放散，於是腹部之緊張著明減退，兒感覺爽快，食慾稍振，飲牛乳七二〇・〇。

尿爲褐色而溷濁，呈酸性反應，含有少量之蛋白，置鏡下檢查無病的成分，含木藍素(Indican)多量，重氮色素反應爲陰性，尿量七五〇・〇。

十八日 體溫三十七度六分，脈搏百次，呼吸五十六次，病兒常苦悶呻吟，體力著明衰弱，有舌苔，食思稍佳，良行排便操作亦如前日，飲牛乳七二〇・〇，尿量五〇〇・〇。

十九日 頭部及顏面發冷汗，呼吸困難而營鼻翼呼吸，顏面依然浮腫，腹部緊滿益甚，腹壁靜脈之怒張著明，叩診則呈高鼓音，足背及脛骨稜呈高度之浮腫，陰囊亦起水腫狀腫脹，肺之下界位於後方第三胸椎之度處，而肺之後面聽取枝氣管呼吸音，肺前方下界因肌肉緊張確定困難，然呼吸音如終於第三肋間腔，使糞便及氣體之排去如前。

尿比重一〇一八，反應酸性，含有蛋白，行顯微鏡檢查雖認少數之白血球，但不見尿圓壩或腎之上皮等，重氮

色素反應爲陰性而有少量木藍素存在

體溫三十八度八分，脈搏百二十六，呼吸六十四，飲牛乳八四〇・〇，尿比重六〇〇・〇。

二十日 前夜體溫降至三十六度二分，今日三十九度，呼吸六十，脈搏百三十。

腹部之緊滿稍減退，有舌苔，口唇呈輕度之青藍症，而稍乾燥，浮腫雖存在於顏面，但在下肢及陰囊消退，食思與前日無異，飲牛乳八四〇・〇。

尿量增加爲一一〇〇・〇，輕度溷濁，而帶褐色，反應酸性，比重一〇一〇，含有少許之蛋白，木藍素及重氮色素反應陽性，顯微鏡下認少許之白血球。

二十一日 體溫三十八度六分，脈搏百二十五，呼吸六十二，顏面之浮腫消去，有舌苔，脈搏雖正調，但稍微弱緊張，心尖第二音分裂，午後八時忽然兼咳痰而發強甚之咳嗽，發現極甚之呼吸困難，鼻翼呼吸著明，而一分鐘計七十五次，患兒衰弱愈甚，而成不安，顏面蒼白，發冷汗，脈搏殆不能觸知，心働作亢進，肺全部各處均能聽取水泡音，意識明瞭，口唇呈青藍症，仍然投以興奮劑，九時有大便失禁，洩出多量之糞便，十時再安靜，脈搏佳良，呼吸困難稍輕快，不復發咳嗽，胸部未聽得最早水泡音。

尿溷濁而帶褐色，比重一〇一〇，酸性，蛋白含量稍減，黑爾萊爾 (Heller) 氏試驗反應不明，其他之試驗爲陽性，Diazo 反應表現弱，Indican 反應陽性，顯微鏡下所見僅見二三白血球，尿量八〇〇・〇，食思減退，飲牛乳五六〇・〇。

二十二日 體溫三十七度六分，脈搏頻數而緊張微弱，計百二十次，不見水腫，食慾稍振，行排便操作，腹部之緊滿減退，於臍高處腹圍六十一公分，最大腹圍為六十三公分。

飲用牛乳七二〇・〇，尿量一五〇。

二十三日 肺之壓迫症狀著明，在右後聽取多數之小中水泡音，心臟強被上方壓迫，尿 Indican 增加，

Diazo 呈著明之陽性反應，蛋白稍增加，顯微鏡所見有一二之顆粒圓塊，少許之腎細胞及白血球，尿量二〇〇・〇，飲牛乳四〇〇・〇。

體溫 三十八度五分，脈搏百十八，呼吸六十。

二十四日 自前夜以來諸症增惡，患兒著明不安，呼吸困難增劇，脈搏頻數，細弱不規則，殆不能觸知，午後九時二十五分遂登鬼籍，同時於病理解剖教室剖檢。

生時診斷 赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏病，肺炎，壓迫性肺萎縮，腎臟炎。

剖檢診斷 有大腸之廣泛性擴張及肥厚，結核性腹膜炎，兩側滲出性纖維素性肋膜炎，兩肺壓迫萎縮，乾酪性氣管支炎，有結核性結節之兩側急性腎臟炎。

余輩對於本病兒之罹結核未能診斷，實為遺憾，剖檢上腹部之狀況，為最當注意者。腹腔含有約三百立方公分甚溷濁而微呈血液著色之液體。

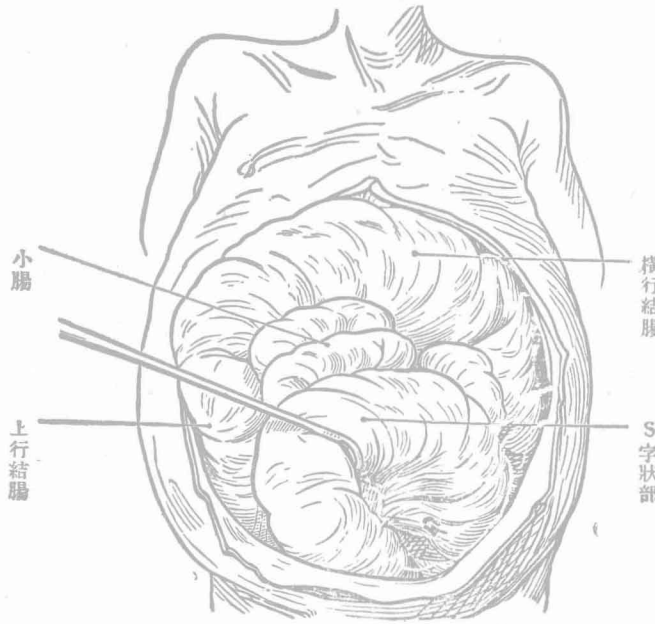
或粟粒以上之新舊結節之密生，腸管全部由纖維素性物質互相粘連，於S字狀部之下方，由其前方生出大結締織索，而與左前腹壁堅固粘連，橫行結腸之左右兩端因寬廣之纖維膜與各部腹壁粘連，故此兩端牽引於後腹壁上行及下行結腸因其前面之粘連，故被固定於常態之位置，同樣膨滿。

小腸亦各處相互粘連，殆成爲一團塊。

腸間膜之淋巴腺充血腫脹，而開見腸管。

由肛門部至盲腸均相同，腸壁異常擴張，漿液膜、肌質、粘膜皆呈肥厚，粘膜一般腫脹，皺襞較少，而見二三個桑果大之潰瘍，小腸壁萎縮，各部亦不見結核性潰瘍，小腸之下部及大腸之全部充以大量之黃色軟便，最後余輩須就別表（第十六表）說明之。

第九十六圖



第一圖爲縱斷本病兒之大腸者，第二圖爲縱斷大略同年健康兒之大腸者，皆用酒精固定，而以 Eosin Hematoxylin 重染法者，據兩者之對照，余輩就病的標本，認定肌質中環狀肌纖維有顯著之肥厚，粘膜等肉眼的無想像程度之肥厚，漿液膜之肥厚亦著明，因見巨大細胞似有結核合併，不能極爲重視者歟？腺組織十分著色，核之染色亦充分，然於大體上漿液膜、肌質完全呈肥厚，均爲肉眼的所見也。

第九十六圖乃割開腹壁，爲明瞭腸管之位置關係而描寫者也。

據余輩之材料，本病之特色之腸管發育異常，認爲先天性，不知是否適當？

原因 諸家對於本病之原因，有種種學說而不一，但皆未見有適合者，故吾由其種種之原因，總括發現頑固之便秘及鼓腸，而唱導赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏病者爲可信也，或有謂爲先天性者，或有謂見解剖的變化者，或有謂爲神經性者，茲將諸家之學說列舉如下，以供讀者之參考焉。

(一) 此疾病爲先天性畸形之一種，先天已有大腸壁之擴張肥厚云，此乃符合先天巨大結腸 (Megacolon congenium) 之名稱之說也，屬於第一種者與之相當。

(二) 謂 S 字狀部因有先天的變化，而發生大腸之擴張肥厚者云，此說有二種：

A. S 字狀部屈曲異常長，富於迴轉，故腸內容物容易停滯，因而易於擴張而來肥厚，馬香 (Marchand) 及 伊布拉希姆 (Iblachum) 氏等，由臨床上及解剖上唱導此說之至當，吾人亦相信此種占多數。

大如鉛筆之實例，此亦爲其原因之一也。

病理解剖 當剖見割開腹腔時，見如腕大而蜿蜒之大腸管，蟠於全腹腔，而於多數之際，S字狀部之腸間膜異常長，而運動自由者多，據赫爾施斯革魯格氏云：在有病變之大腸壁，通常多爲有解剖的肥大者，吾人之剖見亦見漿液膜層及肌層中有環狀肌纖維之顯著肥厚。

其他有人見粘膜下結締組織、血管擴張、填充性動脈炎、及圓形細胞浸潤者。

診斷 比較的容易，因概無發熱，故得與其他之急性腸管閉塞區別。

豫後 第一種者不良，第二種者雖少有生命之危險，但難望病變之根本治癒。

療法 無適當者，比較有效能者，爲戈池伯爾忒 (Gozpert) 氏之創意，弘田博士之考察所成之持續的腸導管插入法，此法擇內拉同 (Nenaton) 導管之大者，插入直腸內十乃至十五公分以上，持續的放置於肛門接近之部，以絲繩防其脫出，其外端包於襪襪中，禦防污物之散亂，然有便意催促時，則拔出導管，又須一日拔出一回，洗滌蓄積於管內之污物，再插入腸內，時而有大量之氣體排泄，可使患兒之苦悶輕快，又可使軟便由管口自然排出，且亦可隨時行甘油洗腸或食鹽水高位注射。

赫爾施斯革魯格氏雖行腸之穿刺，但仍爲姑息之療法。

其他洗腸兼以腹部按摩及電氣應用，而能促進腸之蠕動，按摩由右腸骨窩沿結腸之徑路而至左腸骨窩，以

手指揉腸，以平手敲之，又須施以橫動腸壁等操作。

電氣療法，以感傳電氣爲宜，先用食鹽水一〇〇立方公分注入直腸內，硬樹膠作柄之電極 (Elektrode) 觸接直腸粘膜，外部之電極貼於腹壁，而依大腸之徑路上下。

藥物插入甘油坐藥，爲促其蠕動計用番木鱉鹼。若不得已祇有行外科療法，切除有病變之部，又有作人工肛門，行結腸直腸吻合等法。

第三 腸重疊症、腸箱頓症 (Intussuszeption, Invagination)

成立 所謂腸重疊者，卽於腸之某部分一部之管箱入他部之管腔而相重疊之謂也，普通多爲腸之某部分箱入其下部之腸管腔中之下行性型者，又稀有與之相反之上行性型者，如此起二重之疊積者雖多，但偶見三重者亦非絕無，生重疊時其附着之腸間膜亦隨之，因其狹窄，管腔益發生狹窄，而腸遂起閉塞矣。

其器械的機轉或由於某部腸管之重量，或由於其中充實之內容物之重量，時而有由腸內異物之壓力及牽引而箱入於他部者，或有蠕動運動之異常，一部之運動劇烈，而他部固定不動時，則有前者箱入於後者之中者，如斯則起上行性型者也。死戰期腸箱頓 (Agonale Invagination) 卽於瀕死之狀態所起之箱頓（見於病理解剖之際者多，對於死因無何等之意味者也，又屢屢有見於試驗動物者），乃因蠕動運動之異常而起者。

誘因 腸卡他能使蠕動亢進，而便秘則反是，能起一部之蠕動薄弱，均爲其誘因，又因腸部外傷誘發者有之，

種類 由重疊之腸之部位而分別其名稱，有迴腸重疊 (I. iliaca)，迴腸盲腸重疊 (I. ileocecalis)，迴腸結腸重疊 (I. ileocolica)，結腸重疊 (I. colic) 四者，而於小兒以迴腸盲腸重疊爲最多，據賴喜吞斯德農 (Reichtenseron) 氏佔四四%，庫爾伯 (Curbbe) 氏謂七〇%，尤池肯 (Uizein) 氏謂占八九%之多數，其他迴腸結腸重疊爲一一%，迴腸重疊爲五%，結腸重疊爲二%。

重疊部分之延長有種種，若係急性則短，普通迴腸盲腸重疊最長，有時其先頭達直腸而由肛門脫出者有之。小兒之素質 腸疝頓可謂爲小兒病之一，因多發於小兒，哺乳兒及六歲以下之小兒爲多，發現於哺乳兒期約占半數，四分之一發於春機發動期，其餘四分之一發於大人，關於性別方面，男兒多於女兒，殆達女兒之三倍。如斯小兒之有素質，其理由雖未判明，或因小兒附著於盲腸部之腸骨窩不強固，又較大人之腸蠕動旺盛，腸壁之肌層及彈力組織之發達薄弱者歟？

因人種及國民亦有差異，如英國、美國之報告極多，而德國、法國及埃國極少云，在日本見於小兒者決不得謂爲罕有。

解剖的所見 通常所有之病變上部擴張，其下部收縮，急性者而疝頓之症狀著明時，因絞扼及腸間膜之牽引，該部起高度之炎症性水腫，又因鬱血而見出血，如疝頓之時間長久則炎症性腫脹極甚，被絞扼之部分遂陷於壞疽也，漿液膜與粘膜互相粘連，於鞘壁數處斷裂如篩，有由外部得透見疝入部者，陷於壞疽之部因蠕動及其他

之運動而脫落時，則其結果起劇烈之急性腹膜炎也。外部之鞘壁因炎症性滲出物與其他之腸壁及腸間膜密接，而作強固之粘連時，縱令內部之腸管陷於壞疽而有脫落者，遂健全之新生腸管端粘連而營自然治癒，壞疽部儘被排出，腸管再自由通過者有之。

箱入部之先端由直腸脫出時，括約肌因腫脹之腸管擴張，有弛緩而哆開者。

症候 知重疊之症狀，甚為重要，不可不確定其診斷，而速施以適當之治法，症狀顯著者雖無何等之困難，但於哺乳兒其症狀非定型的，而苦於診斷者，亦非無之。

急性者與慢性者於臨床上有甚相異之點，故有區別述論之必要。

(一) 急性重疊 如其名稱所示，真正急性者，從來健全之小兒忽然發現苦悶，有起於睡眠中者，有由外傷或患一二月消化不良症之後，或有便秘之後發生者，初必由疼痛起始，在幼少之小兒成極度不安，發劇烈之啼泣，縮腕，下肢屈曲，與以乳汁則拒而不納入口中，其啼泣與普通之腹部疼痛時不同，通常必兼以怒責，是為極關重要之事也。稍年長者而稍知言語之小兒，指示疼痛之位置而號叫者有之，然疼痛之局部於腹部中有特別過敏之點，由此處疼痛而向臍部、膀胱部、或鼠蹊部放射。如為大腸重疊者，則疼痛烈甚，而為持續性，患者之衰弱亦速；其他者則疼痛為發作性發現，發作時腹部之肌肉起痙攣性緊張，而於間歇時乃柔軟。

嘔吐雖為最初屢屢發現之症狀，但非為每常所有者，初吐出食物，次帶粘液性及膽汁性，時而混合血液者有之，如真正之吐糞症而帶糞臭者則屬稀少，嘔吐不定，有由初期至終末不絕存在者，或有初期發現而終末歇止者，

糞便甚爲固有者，決不排出糞塊，排泄物或爲粘液血液性者，或爲純粹血液性者，此血液固由箱頓部而來者，多量時則爲死因者有之，箱頓部或在腸之下部，或在上部，有先端下降而入於直腸者，則必兼裏急後重，而與赤痢甚相類似；然時而有毫無血便，反排出腹瀉便者有之。

尿因疼痛而成利尿困難，其分量亦減少，但非爲補助診斷之症狀。全身狀態甚衰退，呈所謂腹性顏貌 (Facies abdominalis)，顏容表示苦悶之狀，而現青藍症，呼吸困難，脈搏小而數多，體溫降至正常以下，四肢強直性屈曲，在哺乳兒有兼發全身痙攣者，遂因虛脫而斃，如再有體溫昇騰者，則爲急性腹膜炎之證也。

觸診腹部於疼痛發作時，因壓痛甚，而腹壁反射性緊張，雖不能見何物；但於其間歇時注意診察，於有壓痛之部有似香膠形狀之彎曲之腫瘍，膨隆於腹壁，觸診此部能認咕嚕音 (Gurgel)，診察決不可用力，須靜接觸之，於不定型之時，則不能觸知如此香膠狀腫瘍，有由反射光線透見腹壁而得認出輕度之膨隆者，若爲疼痛持續性，而不能達診斷之目的時，當先用麻醉藥，然後觸診之。

箱入部下降於直腸時，有依直腸之手指檢查而得知之者，則必須行之，其感覺如觸茸腫 (Polyp)，更切適之比較，可謂如觸接子宮陰道部，拔出之手指附着有粘液血液，以鏡檢之爲由赤白血球及腸上皮而成，由肛門脫出者，雖有誤爲普通之脫肛，然依全身症狀而得區別之。

(二)慢性重疊 其症狀不及急性者之顯著，定型的箱頓症狀不著明，腹部疼痛決不劇烈，爲發作性發現，其

間歇亦長。

便通或秘結或腹瀉，多混有粘液，概兼有裏急後重，嘔吐非必發之症狀。

全身症狀不甚，腹部柔軟，無壓痛，有不能觸知腫瘍者，以手指檢查能觸降下於直腸中之箝入部，或得見由肛門脫出之腸之一部，則診斷確實矣。慢性重疊因不及急性充血之甚，故容易整復之；若惹起箝頓，則不容易整復也。要之，於慢性者其症狀為定型者少，故往往易於忽視者有之。

經過 最急性者其經過迅速，半日而已終末者有之；急性者，經過通常為一日乃至二日；亞急性者約連續一週間，年長之小兒有達二週者，死因以腸內產生物之中毒或急性腹膜炎為主，有如前述陷於壞疽之部分發生脫落排出而自然治癒者，如不施以適當之療法而放置不治，則概取死亡之轉歸，慢性者稍異其趣，有達數月乃至一年者，能望自然治癒也，然急起箝頓症狀者，則與急性者無異。

診斷 據上述之理由，故腸重疊之早期診斷，最關重要，從來健全之小兒突然腹部訴劇烈之發生性疼痛，無糞便排出，嘔吐發作，由肛門漏出血液粘液性物質，腹部能觸知特有之香膠狀腫瘍，則診斷容易。腫瘍之部位以S字狀部為最多，罕有在臍部、右腸骨部、橫行結腸部、上行結腸之右季肋部等者，由直腸檢查得觸知如子宮陰道部之腫瘍者，則診斷尤為確實也。

無是等症狀而非定型者，有時苦於診斷，但注意S字狀部有壓痛之輕度之膨隆，有因之而得診斷者，此時有兼怒責之啼泣，多可為診斷之扶助也。

(一) 捻轉 由腹膜炎性索條及殘遺之卵黃腸間膜道之絞扼，臨床上之區別甚難，但此時可謂無腫瘍及血液性排出，有完全之閉塞，然亦非為絕對的。

(二) 蚓突炎 疼痛之狀況雖相類似，但無血液排出物，其腫瘍亦不如腸重疊存在於下部，經一二日則概限局於右腸骨窩，且發生之年齡亦有差異，蚓突炎少有發於哺乳兒。

(三) 赤痢 其類似點多，有將腸重疊誤為赤痢而與以瀉藥，反增惡符頓症狀者，故不可不注意鑑別之也，赤痢概於初起時有發熱，又無劇甚之疼痛發作，然有怒責及裏急後重，見深在S字狀部之腫瘍及粘液血便，非無誤診為腸重疊者，故必須行糞便之細菌學的檢查，又嘗試行培養。

(四) 有與腸茸腫 (Polyp) 及脫肛誤診者，亦須注意也。

(五) 慢性症與慢性腸卡他及盲腸炎之區別，有甚感困難者，得觸知有發咕嚕音之壓痛之腫瘍者，容易診斷。存在於慢性腸重疊之肛門哆開，為極重要之症狀；而於腹膜炎及腸卡他則無之。

豫後 急性者視為豫後不良為當，就中比較的良好者為迴腸結腸重疊，其死亡率據夫利什 (Friesch) 氏云為三二%，而迴腸盲腸重疊為三九%，小腸重疊為五〇%，慢性重疊之死亡率為一九%；黑同 (Helson) 氏云行比較的早期手術者，一〇四例之中有六六例死亡。

療法 不如行早期手術，若能下診斷，則應即刻委託外科醫師，行開腹術，不可片刻猶豫也。

內科的療法與以鴉片劑，以鎮靜蠕動運動，同時應於腫瘍上輕置冰囊，但不可徒恃內科的療法而誤時機。有於早期以高壓灌腸及空氣吹送，而能達整復之目的者，如用是等方法不奏效，則當即移於外科的療法。於余延壽堂醫院有由高壓灌腸而奏效之多數例證，故推賞此方法。

第四 直腸脫肛 (Prolapsus recti)

直腸脫肛乃健康小兒因頑固之便秘而起，肛門括約肌之伸展，并屢屢因怒責而起者爲多，固因兼有骨盤底之弛緩而生者也。骨盤底之弛緩多起於先天性下垂症、脊髓性麻痺（如脊髓破裂者）、慢性營養障礙中等。症候 有僅肛門脫出者，但直腸粘膜脫出時，往往脫出一〇乃至一五公分，因鬱血而呈暗赤色，容易出血，又時而處處作潰瘍，發生化膿性炎症者有之，整復無甚困難。

療法 先便便通順調，便秘與腹瀉皆不可，腹瀉連發時，由潰瘍傳染而爲膿毒症之原因者有之，輕症者以1%硝酸銀液塗布，鞣酸及醋酸鋁溶液之浣腸，有用坐藥插入奏效者，用特別之 *Basalium* 插入肛門亦有見效者，不易治癒者當施外科手術，又須時時入浴，肛門之周圍須保持清潔。

第五 肛門裂傷 (Fissura ani)

發生於便秘、間擦性濕疹、及不注意之浣腸操作之際。

療法 肛門周圍保持清潔，間擦性濕疹及糜爛時撒布氧化鋅澱粉，并須圖便性之柔軟，藥劑可應用古柯鹼

軟膏、阿那雖信 (Anasthesin) 軟膏、及莨若浸膏、可脂塞藥。

(一) 良性瘤

最多者爲腸管之茸腫 (Polyp)，起於直腸時則現出血，觸診如籟入之腸管，誤爲腸重疊者有之。

(二) 惡性瘤

因記惡性瘤故述胃癌，雖爲稀有者，但有二三之報告，肉瘤有由胃壁發生者之記載。

腸部於迴腸、下行結腸、S 字狀部及直腸等，有見粘膜炎、圓柱細胞癌、及髓樣癌等四五之報告。

腸管肉瘤之例可謂罕有，就中迴腸淋巴肉瘤之報告，僅有一二，著者亦因有一例，茲特附記如下（兒科雜誌第四百十三號）

發生於小兒之迴腸之淋巴肉瘤（與安齋學士共述）

一九〇二年羅哲、生格爾 (Rhose-Zenger) 之女醫，於其記述之『小兒期之原發性小腸肉瘤之例證』論文之總論曰：

發於小兒腹腔內之瘤概爲肉瘤，其發生由於腹膜腔內或腹膜後部之諸器官，而由腎或副腎起者最多，以腸爲起始點之惡性瘤遙爲稀少，由腸起者好由大腸，故徵諸文獻之原發性小腸肉瘤極爲稀有，僅有六例而已，加以自家之實例亦不過七例。

降至一九〇五年施德弗恆氏著之小兒期之惡性瘤一書出世，據其所述，原發性小腸肉瘤亦不過八例耳。

閱以後之文書，由余輩粗漏不全之搜集，又得有八例，乃爲十六例。

小腸肉瘤僅有如斯少數，就中限於迴腸淋巴肉瘤者數更少，可勿疑矣，由余輩所見者則爲五例。

再查日本之迴腸淋巴肉瘤之報告，僅有明治三十九年關場學士之一例，見於北海醫報，其年齡爲三十六歲之大人，然則余輩之小兒例，視爲珍奇之實例，亦非過言也。

病歷

野〇〇郎 五歲九月 農業 明治四十四年十月十日入院

家系歷 父系之祖父於六十七歲時因痰癆（咳嗽、喀痰）而斃，祖母六十八歲因腦溢血而死亡。

父現年四十八歲，健全，於小兒期雖爲虛弱之體質，時時患腹痛之外，至今未罹重病，嗜好喫煙，偶亦飲酒，但一日未達五合以上云。

父有二同胞，姊五十二歲時以不明之疾患而斃，弟尙健在。

查其母系，祖父現七十三歲而健全，有大量之酒癖，祖母於四十二歲斃於產後子癩。

母四十五歲而健全，三十三歲時患產褥熱，經過八回之分娩，四兒健全，其他既往無著明疾患，不喫煙及飲酒。患兒爲第七子

第一子 男 二十歲時斃於肺結核。

第四子 女 現年十四歲，健全。

第五子 女 健全。

第六子 女 四歲時斃於不明之疾患。

第七子 男 患兒。

第八子 男 現年三歲，健全。

既往症 爲成熟平產兒，哺乳時主用母乳，後因母乳不足而以煉乳補之，哺乳期之發育佳良云，卽生後六月發生下門齒二箇，一月後發生上齒，步行之始殆在一年之際，較步行之先已能言語云。

種痘二回，初度善感，生後未罹著明之疾患，麻疹百日咳等均未罹患云。

現症歷 本年七月二十日夜半，俄然患兒不舒適而易怒，母氏以爲腹痛，試按摩其腹部，無意中於右側下腹部發見蜜柑大之球狀體，探其性質，該瘤運動自由而強硬，由壓迫則感疼痛云。

該瘤逐漸腫大，遵醫師腹部施油劑塗布，距今約一月以前經三週之治療，約縮小一寸五分云，然同時下肢、陰囊、陰莖等著明腫大，約經一週之就褥安靜，又得萎縮云，以後瘤更增大，皮膚蒼白，羸瘦，衰弱逐日增惡，而達現狀。

食思無變化，便通尋常，尿利未減少。

現症 爲體格中等大之著明羸瘦之男兒，皮膚蒼白、污穢、稍乾燥、稍有熱灼之感、肌肉弛緩、皮下組織甚減退。意識鮮明，呼吸稍頻數，一分鐘計四十二次，而爲胸式，脈搏一分間百二十，但其性質佳良，體溫三七·一度，體重一萬四千三百公分。

頭部 形狀無異常，顱骨無畸形等，頭皮不見癍痕，毛髮十分發育，大小顱門及顱骨縫合已閉鎖成爲骨性，頭圍四六〇公分。

顏貌 鼻梁尖起，顏色蒼白，上眼瞼水腫，眼球之位置正常，結合膜呈貧血，角膜、瞳孔及其他均無異常，鼻粘膜無異常分泌，舌被白苔，齒式20—20，下前齒有齶齒，咽無異常，無扁桃體肥大，耳部亦不見異常。

頸部 頸腺三四個米穀粒大，無項部硬直，喉部無異常，聲音亦不嘶啞。

胸部 胸部構造纖弱，因腹部膨滿而呈呼吸困難之狀，狹部狹隘，反之，腹部膨大。心尖於第四肋間腔左乳腺之內側，心音清淨，濁音界雖轉移於上方，但不見擴大。

肺臟 呈肺胞音，叩診上無異常，肺肝界在第四肋骨。

腹部 著明膨滿，腹壁緊張，皮膚菲薄，靜脈怒張，胸部由觸診如第九十七圖所示，大瘤能於皮下觸之，瘤不與腹壁粘連，×部由視診膨隆於腹壁上。由觸診瘤之他部質柔，瘤全體有鞏固之質，表面具粗大之結節，不隨呼吸轉移，右肋骨弓與瘤有一橫指徑之間隔，瘤部由叩診呈鼓性濁音。未見肝臟及脾臟之腫大，腹圍於臍高處計有五四·五公分，肛門、外陰部不見異常，能觸多數穀粒大之鼠蹊腺。

大便 爲稀薄粥狀，消化良好，未見寄生蟲卵。

尿富於酸鹽類，蛋白及圓柱缺如，重氮色素 (Diaz) 反應及木藍素 (Indican) 反應陽性。

經過

十月十一日 無熱，食慾佳良，尿亦良，便通有二回，其性質與前相同。

十月十二日 便通五回，中三回混血液凝塊，鏡檢上不見病的細胞。

十月十三日 彼爾開 (Pirquet) 氏反應陰性，每食後訴腹痛，腹圍稍增大，在臍高處爲五五·〇公分。

十月十四日 昨夜又洩三回之血便，腹圍益益增大，達五五·五公分，因呼吸困難增加，腹圍緊張之度亦增，皮膚放光輝，靜脈怒張亦著明現出，由觸診瘤自己之容積亦如增大，結節隆起著明，鞏固之度亦增加，壓於瘤則訴疼痛，更於食後有腹痛。

十月十五日 昨日通利四回，粥狀，一回爲血液粘液便，臍部有壓痛，腹圍與前相同。

十月十六日 昨日便通三回，一回呈灰褐色，與血液十分混合，本日無血便，時時有咳嗽，而胸部之左側下部有枝氣管雜音。

十月十七日 體溫三七·六度，咳嗽頻發，呼吸困難激增，腹部膨滿益益著明，臍高處腹圍爲五六·五公分，臍部及其周圍對於壓迫過敏。

在胸部左側前面及左側後下部有氣管雜音，而呼吸音稍粗烈，腹部之狀況可參照第九十七圖II(1)(2)(3)爲腫大之腺，便通三回，其中一回混有血塊，體重一萬三千二百公分，即減一千一百公分，多數之鼠蹊腺稍腫大。

十月十八日 有極輕微之熱候，便通四回，一回爲血便。

十月十九日 上眼瞼之浮腫增加，瘤增加鞏固之度，表示陷入於下方小骨盤內之傾向，觸瘤則過敏。於胸部依然有左側之變化，右側後下部亦聽取小泡音。

便通五回，爲稀薄粥狀而未混血液。

十月二十日 便通四回，一回有血液混入，腹圍益益增大，計五七·〇公分，因腹部緊張，靜脈怒張益著，皮膚菲薄，而放光輝，壓臍部則過敏，胸部所見不變，尿利不惡，尿有微量之蛋白，而無圓柱，證明白血球，尙有 *Diano* 及 *Indican* 反應顯著。

十月二十一日 與前日無變化，咳嗽稍減少，本日以後血便停止。

十月二十三日 胸部右側下部僅有水泡音。

十月二十四日 體重再減三百公分，呼吸定靜。

十月二十五日 本日突然腹部著明縮小，腹圍五五·〇公分，瘤陷入右側腸骨窩，以前無瘤之部分完全被

側後下部僅呼吸音微弱。

十月二十八日 食慾完全不振，衰弱急激增加，腹部俄然萎縮，臍圍四九・〇公分，瘤亦似縮小，舌被厚苔，脈性小而軟，尿無蛋白，缺乏圓柱，有少許白血球。

十月二十九日 衰弱增加，午前四時取不幸之轉歸。

十月二十九日 午後一時半於病理學教室剖見，其診斷如次：

一、迴腸之淋巴腺肉瘤。

二、肉瘤塊內之潰瘍性腸炎。

三、腸間膜腺、腹膜後部淋巴腺、左側鼠蹊腺及肝門淋巴腺之轉移。

四、於兩側腎臟之轉移。

五、肝臟之被囊下轉移。

六、於前縱隔膜及肺門淋巴腺之瘤轉移。

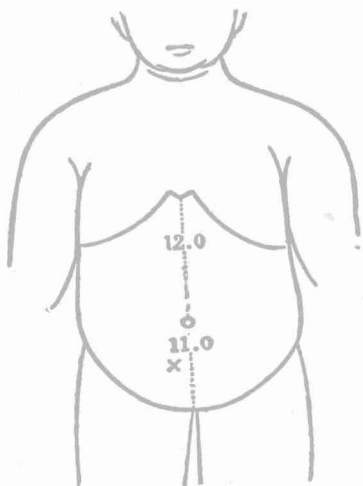
七、於左肺炎之被膜有乾酪性病竈。

兩肺皆成部分性膨脹不全及代償性氣腫。

僅摘記其中重要之點：

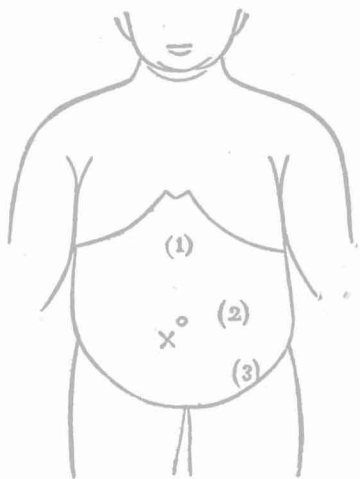
腹部膨滿著明，開腹後右側下部完全充滿大之瘤塊，因腸管被壓迫於左上方，大網被有瘤塊，數處腹壁與

10/X 1911



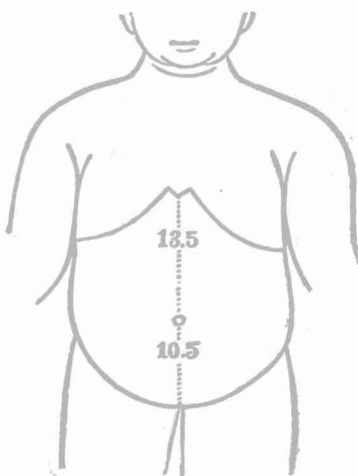
圖度 54.5

III
25/X 1911



圖度 55.6

II
17/X 1911



圖度 56.5

滲潤，小腸自己因之成爲不動性。

瘤於迴腸之下部在距迴盲瓣十公分之處，經其中之腸管全部肥厚，瘤約小兒頭大，其硬度堅固，剖面爲一樣，且平滑而稍成線狀，有灰白透明之處，又示富於細胞之構造，寧爲帶黃色，實可謂爲呈淋巴肉瘤之固有像，瘤塊雖突出於腸管腔，但不形成潰瘍而生狹塞。

腸管腔之漿液膜亦有滲潤。

肝臟及腎臟之表面見瘤之散芽，大腸網膜下垂體 (*Appendices epiploicae*) 肥厚，而有瘤細胞之滲潤，左腎表面同樣被豌豆大之白色瘤結節占領，於切斷面亦見此結節，結節自身由表面著明隆起。

右側副腎在腹膜後部，被壓迫於瘤塊內，成爲扁平而存在，其體質內發見瘤結節。

於右腎之表面又見有多數豌豆大之白色之轉移結節。

第九十八圖及第九十九圖爲示明上述瘤塊及其剖面之狀況，且腎臟之轉移者也。

據鏡檢上所見，瘤主由小圓形細胞而成之淋巴肉瘤也，而有一部有呈纖維樣之處，陳列總會席上之腸標本即可證明之，即得見原發部位之腸之組織全因瘤細胞而荒蕪，腎臟之標本其組織明顯存在，而判然有瘤細胞轉移於腎臟之趣。

瘤之發生地，雖不充分明瞭，然恐由淋巴濾胞起生者乎？

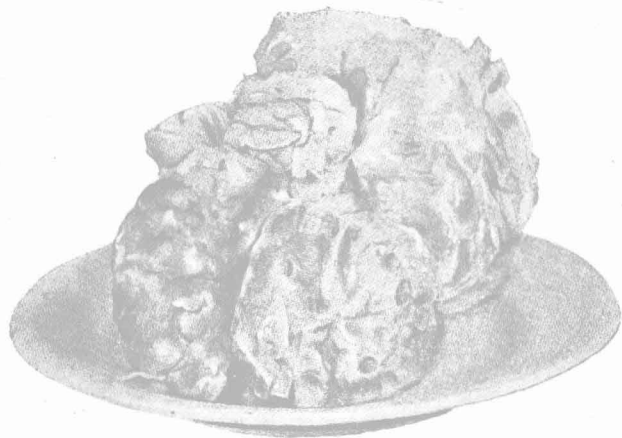
回顧本病兒於生前之余輩臨床診斷，則確信腹腔內之惡性瘤爲肉瘤性瘤，然究由何邊發生者因皆無此種之經驗，當時尙未想到腸之瘤，更行X光線檢查，亦無成績。

關於本例就余輩所知者例記之。

第九十八圖



第九十九圖



(腹痛) 缺如

(便秘) 缺如

(吐糞症) 缺如，臨床上無腸狹窄之症狀，見解剖標本瘤雖突出於腸管腔，但不形成潰瘍而生狹窄。

(腸出血) 存在，有越過一週者，酷似本例之俠蓋脫氏例也，亦侵襲六歲之男子，剖見大網異常肥厚，大腸網膜下垂體 (Appendices epiploicae) 亦腫大，兩側腎臟及肝臟示轉移結節之迴腸淋巴肉瘤。

第七 赫尼亞 (Hernien)

(1) 鼠蹊赫尼亞 (Hernien inguinalis)

多發於哺乳兒，尤以男兒爲多，女兒較少，罕有發現於二歲以上者，其起因蓋由鼠蹊管之閉鎖缺如，或因薄弱而鞘突起長時間殘遺故也。赫尼亞之內容概爲腸管，於女兒有爲卵巢者，箝頓症狀於幼兒則屬稀有。

療法 須入浴而整復內容，使用赫尼亞帶，帶中不宜用附有銅鐵類之彈力過強者，因有妨礙骨盤發育之慮。內容若有益漸增大之傾向，則須於一年以後施行外科手術。

(11) 臍赫尼亞 (Hernia umbilicalis)

屢屢見於乳兒，達於極大者有之。

療法 整復內容之後，被以清潔之脫脂綿，其上貼數條件創膏片，時時更換之，欲用赫尼亞帶務必須擇壓子

(Palotte) 低者。

第八 蚓突炎 (Appendicitis)

輒近對於蚓突炎之研究勃然而起，實可視為有興趣之疾病者也，蓋因外科手術之進步，所得死後解剖及生體解剖之機會愈多，精細觀察其病變於生體，而得彼此比較研究也，是以關於其原因之研究已達闡明之域，非昔日所可比擬也。本章關於其一般原因不加敘述，欲就蚓突炎為何對於小兒特有素質而申述之。

蚓突炎為多發於兒童期之疾病，可稱曰小兒病之一，據聶德爾 (Seldner) 氏統計較大人多七倍云，然於哺乳兒期則為稀有之疾病。

抑小兒有如此之素質者，由於其蚓突之解剖的關係，比較大人者有特殊之點歟？故不外小兒之蚓突較大人之蚓突比較的長，且因小兒之盲腸之位置低下，蚓突之尖端達於小骨盤腔，故其運動容易，且其寬融非比大人，而年齡幼小者蚓突與腸管比較，則大而且廣，（據立伯忒 Ribbert 氏云：大腸與蚓突之比例，於初生兒為一：一〇，而大人為一：二〇。）哺乳兒以漏斗狀附著於盲腸，故糞塊、異物、傳染物、分泌物得自由出入也，而其粘膜在小兒者特富於皺襞及濾胞裝置，（特以淋巴性小兒時為然，故淋巴性小兒易罹蚓突炎，）此皺襞時而有達於粘膜下或肌層者，如此蚓突之比較的長，易於運動，富於濾胞及皺襞，此小兒易得炎症之故也。然於哺乳兒，其管腔廣，卻難得炎症；於小兒期之後半，多罹此疾病，自有理由也。

此濾胞裝置為與扁桃體相類似者也，故某學者謂扁桃體與蚓突炎有密接之關係，小兒有扁桃體炎者，則

多發蚓突炎卽足以證明之也。

病理解剖 蚓突之粘膜腫脹充血，特於濾胞著明，又有極盛之上皮剝落，而水腫性浸潤達於粘膜下組織及漿液膜，如斯病變不留痕跡而消失，或形成瘢痕而取慢性之經過者有之，又有細菌侵入粘膜下及肌層，於此起白血球浸潤則化膿，而遂發生向外部穿孔者，是曰穿孔性蚓突炎，加以管腔之內部滯留滲出液多量，因其壓力發生管壁之血液循環障礙，由血管栓塞以至發生壞疽者有之。

通常吾人右下腹部觸知爲瘤者，卽爲盲腸周圍性膿瘍也，其細菌毒素浸出於外部，由其刺戟而形成周圍限局性腹膜炎，其中核有真之膿瘍者也，如斯不成限局性，而起瀰蔓性腹膜炎者有之。此膿瘍終起結締織化而長久存在，最後或被吸收，或屢屢起急性炎症機轉者有之。

症候 蚓突炎之發病十分突然，有續發於消化障礙者，或發於麻疹、流行感冒之後者有之，又有屢屢見其發於扁桃體炎之後或經過中者，（故克萊斯 *Cress* 氏曰：入於扁桃體之細菌，以轉移性乃致蚓突扁桃體 *Wurmfortsatzonsille* 者也），一般右下腹部有牽引及壓重之感，有疼痛發作，且隨疾病之程度，而有惡心、嘔吐、便秘、或腹瀉，右下腹部之壓痛及膨隆，觸診該部觸覺瘤，起多少顯著之化膿、發熱、及化膿中毒症狀爲常規。

局部症狀

一、腹痛 在單純性蚓突炎腹痛全然缺如，而有僅訴牽引及壓重之感者；然在普通爲化膿性，則突然以劇烈腹痛起始者爲多，腹痛時而雖有爲一時性者，但概爲發作性發現者也，此疼痛雖多劇烈，然由其程度不能必知疾

病之輕重，其局部初雖存在於胃部及臍部等而不一，但大多經過二三日則限局於迴盲部，在小兒因小骨盤腔有疼痛而發現膀胱痛及便意窘迫者有之。

二、壓痛 爲必然存在之症狀，起蚓突周圍炎之際，突然於局部有極甚之壓痛也。加以其局部之皮膚，亦多有知覺過敏，故於病勢盛時，患者有不許醫師之觸診者，起化膿性及腐敗性盲腸周圍炎時，其疼痛尤爲劇烈，壓痛之局所不必一定爲馬克布爾萊 (Mc. Burneg) 氏點，一般在右下腹部，在小兒特以下部者爲多，故由肛門檢查反有得良好之確定者。

三、瘤形成 非爲必定存在者，觸蚓突有小索條狀之壓痛，卽爲瘤，尤以取慢性之經過者，因滲出物及膿潴留，能觸得橢圓形之瘤，然若起周圍炎時，必經一、二日乃形成著明之瘤，瘤之輪劃爲限局而與周圍有截然之區別者，少，大概爲林檎大之瘤，瀰蔓性移行於周圍者也。穿孔性及壞疽性者，尤以瀰蔓性者，大多於右下腹或全下腹發現廣汎如板之硬度之膨滿。

四、腹部膨隆及緊張 蚓突管腔有滲出液潴留時，則現反射性腹部緊張，若更起周圍炎時，必伴有多少之膨滿及腹壁肌之反射性緊張，若起傳染性盲腸周圍炎及廣汎性腹膜炎，則緊張及膨滿當達於極度，因此腹部緊張及疼痛，故大多患者之右下肢屈曲於股關節，尤以在小兒爲重要之症狀，見通常之實例多取右側位而右下肢屈曲。

五、便秘 便秘者多，然發於腹瀉之經過中者，繼續伴發腹瀉者有之。

期不過有數回而已，起廣汎性腹膜炎或起劇甚化膿性周圍炎時，吐出糞便咖啡狀血液塊者有之。

全身症狀

全身症狀，對於疾病輕重有關，故與局部症狀合併觀察甚爲必要也。

一、全身容態 輕症者不示何等之變化，起重症之周圍炎之際，顏貌爲疼痛性，舌有苔而又乾燥，鼻尖冷厥，表現不安苦悶之狀，甚致流冷汗。

二、意識 關於病之輕重，重症者陷於昏睡者有之。

三、體溫之關係 甚爲不定，而無固有之點，於初發之時期在三十八度或三十九度以上，小兒屢屢起震盪症(Shock)症狀，此時體溫低，體溫之下降不得斷定必爲穿孔，取普通經過者於熱下降之中屢屢殆爲分利樣俄然低下者有之。

四、脈搏 甚爲重要，輕症者少有影響，僅與體溫相當增加，脈搏小而頻數或增加者，則爲表示應注意併發其他全身症狀之變化也。

五、血液中之白血球觀察 自庫爾什曼(Kurschmann)氏以來，其研究極盛，盲腸周圍炎化膿之際，白血球數增加至二萬乃至三萬。白血球數之減少或輕度之增加，多見於腐敗性或取死之轉歸之腹膜炎之際。重症時其數減少，如此時白血球之數多者，爲有恢復之望也。於經過中白血球數與脈搏及體溫之變化相待，關於豫後及外

科手術之效果如何大有關係，白血球數減少同時脈搏及體溫曲線近於常溫者，則經過良好也。總之，曲線同時上昇時為炎症增惡之兆也；反之，白血球曲線與上昇之體溫交叉者，則豫後不良。盲腸周圍炎與吐糞症 (Ileus) 之鑑別亦為必要，但患吐糞症時白血球之變化少。

診斷 蚓突炎之診斷極感困難者少，但判定其為單純性者乎？破壞性者乎？或兼腹膜炎者乎？是為困難，且對於治療之方針大有關係也。松能布魯克 (Sonenbrus) 氏此時推獎與以蓖麻子油，因而得赴於快癒者，則為單純性，不過為盲腸壁之炎症（大腸炎），而非蚓突化膿炎症之發生也。

類症鑑別

一、傷寒 最要者為腹痛及瘤之關係也，蚓突炎之腹痛概為劇烈，初雖局部不定，但二三日之後，則限局於右腸骨窩矣，傷寒有白血球減少，且熱型之經過一定，更必須視維達爾 (Widal) 反應，勿待論矣。

二、吐糞症 (Ileus) 有白血球增多，據查赫尼亞門之有無及盲腸周圍炎性瘤之有無，而得診斷之。

三、腰肌膿瘍 為比較易於誤診者，然此種疼痛由初起時即限局其位置，且右下肢屈曲非如蚓突炎之輕度，呈高度之屈曲，而膝附着於腹壁之程度，慢性者由脊椎骨疽 (Caries) 而來者為多，故不可怠行脊柱檢查也。

經過及轉歸 經過有種種而不一，輕症者一二週間必能快癒，起盲腸周圍炎者，據波姆萊爾 (Boymler) 及薩里 (Sali) 氏云：八〇%均不再發，而得治癒云（大人亦殆與之相同。）

單純性蚓突炎及蚓突周圍炎普通數日間即赴輕快，瘤縮小，經數日乃至一週則無壓痛，完全無熱，或不然，而

殘留慢性肉芽組織形成內部有滲出液瀰留又有發現屈曲而儘一時治癒者如斯者必再三起急性之發作也

又有與周圍之化膿竈形成有關係者，即起周圍炎者：（一）其儘被吸收者，（二）普通一二日症狀不輕快，腫瘍增大，而疼痛增劇者，然如此者自然徐徐吸收者有之，（三）有向腸內、膀胱破潰，或向外部破潰者，（四）有破潰後起廣汎性腹膜炎者。

盲腸周圍炎如爲腐敗性者，其症狀劇烈，而因膿毒性症狀起震盪症（Shock）者有之，其豫後固屬危險，大抵起急性廣汎性腹膜炎，或轉移於胸腔內、橫隔膜下而作膿瘍，或起腸間膜靜脈炎，數日即斃命也。

在普通情形，此周圍性膿瘍之破潰，多由發病二三日以內，故經數日未現腹膜炎之症狀者，可謂有治癒之希望矣；然經一定之間歇而其始發生者亦多，是亦應特別注意者也。

預防 對於蛔突炎雖無預防之法，但預防再發，甚爲必要之事，即當避免各種消化障礙，尤應預防腸內寄生蟲病，須選擇與年齡適應之食物，又當順調便通。

療法

（一）內科的療法 小兒之蛔突炎非如腸重疊即當委託外科醫之手者，尤以於早期不能知其疾病如何，宜試行待期的療法，因之吾人屢屢不施手術而得治癒者，已有多數之例證。

先命其絕對的安靜，決不許有僅少之運動，食物於初期僅用牛乳及粥湯等易消化之流動性物，至解熱而症狀輕快時，始可由湯汁移於粥。

右下腹部輕貼冰囊時，患兒則感爽快，不堪受用者施用濕布亦可，初起一二日為最須注意之時期，切不可忽於看護也。

藥劑可使用鴉片劑，隨年齡一日使用一——六滴之鴉片酊。

鴉片酊 六滴

稀鹽酸 〇・三

尋常糖漿 八・〇

餾水 七〇・〇

右二日量，一日三回分服（六歲之小兒）

瀉藥決不可使用，只可於初期疑為單純性腸炎而不定型之際，因診斷上之目的而試用者也。

便秘為必兼有之症狀，須七八日後用甘油塞藥，或注意浣腸，使其排便，以後應三四日行浣腸一回。

重症之際應行生理食鹽水注入，且同時使用強心藥。

有急性腹膜炎之症狀，即當應用外科手術。

(二)外科的療法 早期手術，雖為新進外科學者所極力主張，然未達斷定之域，觀其一二日之經過，如全身症狀重篤，乃宜行開腹術，如輕症時，即行早期手術，可謂徒為弄刀者矣。

所謂後期手術者，即對於急性症狀雖消失，但腫瘍猶殘存，而有熱之輕微昇降之際，而行手術也。有人推獎之

者又有主張急性症狀完全消失而有再發之恐則於間歇時宜行手術者吾人爲欲左袒後者之說也

第九 便秘 (Obstipation)

一般所謂便秘者，雖爲專指便通之秘結而言，但須除去發現腹部及骨盤腔瘤、腸壁麻痺、腸閉塞、粘膜炎、白癩等之症狀者，茲就真正之官能性便秘敘述之。

天然榮養兒之便秘 榮養不給之際，不能認出體重增加，而有便通秘結者；然在發育佳良之乳兒，苦於便秘者亦有之，是恐由食物於腸之上部吸收佳良，而不移行於起蠕動之酸類之大腸歟？

療法與以稀薄之穀粒煎汁，十月以後之小兒當與以植物性之副食物，無效施行甘油浣腸，宜避用瀉藥。

人工榮養兒之便秘 人工榮養兒之便秘，全因錯誤之榮養法所致，因僅與以乳汁而未注意碳水化合物之附加者也，應加穀粉煎汁或添用多量之麥芽浸膏。

兒童期之便秘 日本兒童多用植物性食品者，雖苦於腹瀉，而苦於便秘者不多；然漸次營似歐洲人生活之大都市之兒童，往往亦有聞訴現便秘者，蓋因常用偏於動物性物質之食品故也，其關係恰如天然榮養兒之便秘，缺乏促進大腸蠕動運動之酸類生成也（腸內之酸類主爲碳水化合物之分解產物），故食品須盡量少用肉類、魚類、卵、乾酪及牛乳，而用多量植物性者，須多食粗質之麵包類、纖維多之野菜（青菜等）、果實、Salada 等，並當與以多量之脂肪成分，要之，畢竟即減少蛋白是也。在日本之食品，雖無從取得蛋白少而脂肪多之食品，但食雞卵，則僅用卵黃，肉類與其用牛肉鳥肉，則不如用豬肉之富於脂肪分者，又食麵包宜附加多量之乳油 (Butter)。補

助劑宜與以植物酸清涼劑及礦泉，其他須行適當之身體運動及腹壁按摩。

真性便秘 (Essentielle Obstipation) 若以上述之方法，猶有頑固便秘時，當有真正官能及解剖的障礙

者，爲赫爾施斯革魯格 (Hirschsprung) 氏病，大腸無力症等，前者已述於前，至於後者宜腹壁按摩，瀉藥服用大

黃劑及蘆薈丸，與以美鼠李皮丸 (Tab. Cascara sagrada)。

水製大黃酊 (Tinctur. Rhei aquosa) 二五・〇

梣甘露糖漿 (Simpus mannae) 二五・〇

右每回服一茶匙。

旃那葉煎 (四・〇) (Decoct. Fol. Sennae) (4.0) 一〇〇・〇

梣甘露 (Manna) 二〇・〇

右每二時服一小兒匙。

又

蓖麻子油 (Oleum Ricini) 五・〇——一〇・〇

宜混入茶煎汁或牛乳中頓服。

近時雖有人賞用 Harmonal (脾臟製劑) 之皮下注射者 (一回五・〇——一〇・〇)，但有起惡寒發

熱，又有起劇甚腹瀉之報告，宜注意使用。

(一) 小腸卡他 (Dundarmkatarrh)

所謂小腸卡他者，非僅小腸被侵，而於解剖上大腸粘膜亦有病變。因其發熱烈甚而有吐瀉，主以中毒症狀著明，便性爲水狀而粘液少，以便與大腸卡他有所區別之謂也。

原因 主要多基於不攝生，因過食不消化物，攝取腐敗之食物，或諸種物之中毒（魚類、蝦、蟹、菌類等）而發生。症候 發熱一般均高，昇至三十九度乃至四十度者不少，便性水狀而射出，一日由五六回而達十回以上者。有之，有腐臭，混有帶黃白色之絮塊，中有不消化物之殘渣（豆皮殼、葡萄皮、柿核等），而混有粘液者多，此爲大腸被犯之證也。急性者往往發現嘔吐，其他有口渴、頭痛、食慾減退、痠痛劇烈而爲發作性發現，若年齡幼少者有現瘰癧類發、意識溷濁而誤診爲腦膜炎者，其最急性者發霍亂樣症狀者有之。

慢性者少有發熱，其症狀不甚劇甚，常洩腹瀉便者也。急性者其豫後概爲佳良，通常數日之中急性症狀即消去，然體質薄弱者或忽於適當之治療，有移行慢性之頑固腸卡他者。

療法 急性卡他先行十二時間乃至二十四時間之飢餓療法，與以附加甘味之番茶煎汁、冰片等。腹部須施用腹卷、灰爐、粥巴布或布里斯里持 (Briessnitz) 氏溫罨法，藥劑初與以蓖麻子油二三回，每回七〇——一〇〇。發熱表示稍爲下降之傾向，嘔吐、腹瀉減輕時，則乃與以收斂藥，以鴉片酞（一日二滴——六滴）次硝酸鉍、單那平 (Tannalbumin)、Ichthanbin、坦里斯姆 (Tannismut) 等爲宜。

吐根鴉片散



次硝酸鉍



乳糖



右爲一包，一日服用三包。

單那平



乳糖



右爲一包，一日服用三包。

坦里僅 (Tannigen)



乳糖



右爲一包，一日服用三包。

次硝酸鉍



乳糖



右爲一包，一日服用三包。

有嘔吐時須施食鹽水之高位腸洗滌。

時，乃先給以乳汁、重湯、湯汁等，漸次移行於紅茶、粥。

(11) 大腸卡他 (Colitis) (大腸菌性大腸卡他 Coli-Colitis)

普通吾人稱爲大腸卡他 (Colitis) 者，因大腸菌而起之大腸卡他也，其症狀恰與赤痢類似，偶有小腸共同被犯時，則呈疫痢樣症狀也。

原因 與小腸卡他相同，由食物不攝生發生，續發於食果實、鮪、點心及其他不消化物者爲多，檢其粘液便，殆如大腸菌之純培養，患者之血清亦多起此等大腸菌屬之凝集反應，吾人常見之小兒大腸卡他，與赤痢之輕症或稍重症者無大差異，僅有於糞便中不能發見赤痢菌之異別耳。

症候

急性症 概有中等度之發熱，食慾及其他之全身症狀不十分被犯，只以頻數洩出粘液便爲特徵，多數最初一日數回洩出水狀腹瀉便，口渴極甚，突然發熱達三十八度以上，二三日熱稍下降，一日洩數回之粘液便，甚至兼裏急後重。

大便爲其特有，初起時其量多，恰如水中混合半熟之卵黃與蛙卵之觀，其臭亦腥氣，排出時必感疼痛及窘迫，此粘膜有如玻璃狀透明者，或帶黃綠色，或呈褐色，或帶血色者有之。

欲見粘膜之有無，可將糞塊墜於水中，而加攪拌即得見之，有時糞塊與粘液塊能全然分離，其著色之度，隨膽汁色素之含有量而定，溷濁之度依膿球之含有量而異，在顯微鏡下時，有透明之輪劃之物質中，見特有之粘

液細胞，如其中加以醋酸則現溷濁，更加其過剩亦無變化，則確爲粘液也。

便之度數多時，雖有一日至十數回者，但通常五六回乃至七八回，經數日則熱低下，粘液漸漸減少而近於普通之便性，裏急後重亦消失。

同時小腸之大部分及胃被侵犯時，則嘔吐、腹瀉、發熱極甚。而起如水分脫卻及腦症狀似疫痢之症狀者有之。
(參照三三四頁。)

慢性症 發熱亦不甚，偶無熱者有之，互一二月洩粘液便，概爲續發於急性症。

豫後 大腸菌性大腸卡他豫後佳良，加以適當之治療法，則爲必能治癒之疾患也。

療法 嘔吐劇甚之最急性者，應先行飢餓療法，不然者一日數回與以少量之牛乳、重湯、葛湯，腹部須以腹卷暖之，痠痛甚者宜施灰爐及布里斯里特 (Priessnitz) 溫浴法。

高位腸洗滌甚爲必要，須用大而柔軟之樹膠導管插入腸內，盡量之高位 (二〇——三〇公分) 注入與體溫相等之生理食鹽水五〇〇——一〇〇〇公分，應暫時稽留之後，乃取去掩護肛門之手使之排出，雖時而水之大部分被腸內吸收而不排出者，但決不足爲慮，如洗滌水有出血而疼痛甚時，賞用一——二%明礬水、〇·一%硝酸銀水、〇·五%鞣酸水，通常以生理食鹽水爲最良。

藥劑 於發熱稍低下之際，可試用蓖麻子油，一日一二回，每回七·〇——一〇·〇，經數日裏急後重及痠痛甚而便性猶爲水狀時，宜用鴉片酞、次硝酸鉍、單那平 (Tannalbin) 等。

(III) 濾胞性腸卡他 (Enteritis follicularis)

濾胞性腸卡他主爲著明侵犯大腸之濾胞，因鏈球菌而起，埃喜愛利喜 (Echerich) 氏稱曰鏈球菌性腸卡他 (Streptokokkenenteritis)，其症狀有較大腸菌性大腸卡他劇烈而呈如疫痢之症狀者，但檢查大便因主要所見者爲鏈球菌而得區別云（伊東博士）。

症候 發病急性，以中等度之熱或高熱起始，其他之全身症狀一般極甚，有口渴及頭痛，起意識溷濁及痙攣者有之，便含有粘液、血液及膿，伴有裏急後重，略與大腸卡他者相等。

經過 良好者發熱於二三日乃至五日之中下降而治癒者多，然嘔吐、腹瀉極甚，兼有意識溷濁、發現虛脫者亦復不少，又有不易治癒，寧取慢性之傾向，時時成爲急性，遂陷於惡病質而死亡者。

併發病爲腎臟炎、肺炎、膀胱腎孟炎、皮膚膿瘍等是。

病理解剖 大腸之濾胞裝置最多被犯，粘膜起漿液出血性或出血性化膿性炎症，濾胞腫脹，有時剝落而各處作潰瘍，重症之際，有形成赤痢狀潰瘍者。

診斷 依年齡及粘液血便得與食物性中毒症區別，因大便中多鏈球菌，故可與疫痢區別。

豫後 全身症狀不劇甚者，豫後佳良，呈疫痢狀或霍亂狀症狀者，施以適當之治療法亦得快癒也。

療法 與大腸卡他無大差異，尤當注重於高位洗滌。

(四)假膜狀腸炎(Enteritis membranacea) 粘液痠痛(Colica mucosa)

小兒多發於學齡兒童，起發作性痠痛，而同時由肛門排出假膜狀物質者也。假膜主由粘液而成，其中含有多數之 Eosin 嗜好細胞，如此因腸肌之痙攣性痠痛，含有 Eosin 嗜好細胞，排出粘液假膜，恰與喘息發作類似，故此與庫爾什曼 (Kurschmann) 氏螺旋比較，有人稱之曰腸喘息，實為至當。其他當排便時，有排出由尿酸鹽而成之褐色砂粒者。

一般多發於神經質之兒童(參照二二四頁。)

療法 當獎勵其作活潑之運動，冷水摩擦等，使身體強固，多食野菜以圖大便之通暢。
痠痛時須與以鴉片劑、鞣酸劑。

第五章 腹膜炎

第一 化膿性腹膜炎 (Die eitrige Peritonitis)

(一) 初生兒化膿性腹膜炎 (Die eitrige Peritonitis d. Neugeborenen)
初生兒因屢屢發生化膿性疾患，故於此時期化膿性腹膜炎比較為多，主因為臍化膿，因由臍血管為細菌之侵入而起者為多。

症候 症狀不顯著，因其特有點少，故診斷亦不容易，患兒衰弱，不過現發熱、鼓腸、嘔吐等，然如斯之症狀因非必限於腹膜炎，故其診斷甚為困難也。

豫後 固為不良。

(二) 蚓突炎性腹膜炎 大體已述於蚓突炎之條下，茲不贅。

(三) 肺炎菌性腹膜炎 (Die Pneumokokkenperitonitis)

原因 由佛蘭克耳 (Flenkel)、氏肺炎菌而起者也，於哺乳兒亦有見之者，於兒童期尤以三歲乃至十歲之女兒為多，雖有由腸內及肋膜腔而來者，然多起於咽峽炎等，以血液為媒介而傳染。

症候 肺炎菌性腹膜炎概以劇烈之症候急速發現，腹腔有數公升 (Liter) 之膿蓄積，隨急性症狀消去，同時則限局於腹腔之下部而作成被膜也，此蓄膿或自然由臍破潰流出，或間有不形成被膜而惹起瀰蔓性腹膜炎。

者，概言之，其症狀爲高熱、腹痛、嘔吐、腹部膨隆、及劇烈之腹瀉是也。

腹痛劇甚，有限局於一部者，或其局部不定者有之。

嘔吐爲必發之症狀，初二三日不間斷發現爲通例。概兼有腹瀉，稀有缺如者，一日數回而全經過皆存在者爲多。

熱突然發現，概爲高熱，經數日則劇烈之症狀消失，腹痛亦輕快，然腹瀉猶連續存在也。

經十日乃至十四五日時，則漸次腹部之液體瀦溜著明，遂至膿瘍局限於一部，至此時則一般症狀大爲輕快，觸診腹部有彈力性而波動顯著，通常稍有壓痛，又無反射性腹肌緊張（與蚓突炎之區別），叩診境界達於臍高以上，腫瘍移動性少。

至此期如不切開膿瘍，則患兒羸瘦而發熱，腹部永久膨隆，全身容態類似膿胸之患兒，膿瘍不吸收則臍部恰如赫尼亞突出，遂破裂而漏綠色濃厚之膿液，其他向陰道、陰囊、直腸、或膀胱破裂者，雖屬稀有之事，然亦非絕無，又有於上腿形成流注膿瘍者，若膿瘍破潰而起瀰蔓性腹膜炎者，其結果固可知矣。

診斷 於初期易誤爲蚓突炎、傷寒，於後期易誤爲結核性腹膜炎，以腹瀉及穿刺所得之膿液有肺炎菌爲特徵。

類症鑑別

一、蚓突炎 有腹瀉者稀少，反兼便秘爲多，又患側之反射性腹肌緊張概存在，且此部比較他部甚爲過敏。

時日之嘔吐，如仍有疑義時，必須考維達(Widal)氏反應，於傷寒之血液所見，由發病一週之終，有白血球減少，同時無 Eosin 嗜好細胞增加症為特徵(Nägeli 氏)，而肺炎菌性腹膜炎有白血球者少。

三、結核性腹膜炎 若腹部有液體滯留，兼發熱及憔悴者，與肺炎菌性腹膜炎之後期不無誤診，然發病之狀況在後者為急性，且依試驗的穿刺於膿液中得證明肺炎菌。

療法 現今急性腹膜炎之療法，雖稱實限於早期開腹術，然於急性期患者之衰弱極甚，故當參考脈搏及全身容體而施行也，尤以本症之被膜形成之傾向大者，須待其急性症狀消除，病勢稍收鋒銳，循環系統障礙之減少時期行之為宜。

對於初期命其絕對安靜，下腹部貼冰囊，食物因嘔吐及腹瀉甚，一二日僅與以茶、咖啡及冰片，以後須與以重湯及牛乳等，有煩渴時必須行食鹽水皮下注射。

藥物必須使用鴉片劑，應禁忌瀉藥。

至化膿局限須顧及脈搏及全身衰弱之容態，如應行開腹術者，擇適當之時期施行手術，則其豫後良好。起瀰菌性腹膜炎者，即當施行開腹術。

(四) 鏈球菌性腹膜炎 (Die Streptokokkenperitonitis)

本症多為原發性者，時而發於猩紅熱、狄扶的里、麻疹、丹毒及急性扁桃體炎之後，因而起膿毒敗血症者有之，

較前述之肺炎、菌腫稀者，但其豫後危險。

症候 腹瀉、高熱、嘔吐、腹痛、腹部膨隆，雖與前述者之症狀相同，但殆無限局之傾向，故大多於二三日之中即斃命也。其膿液稀薄而為黃色或帶黃血。

療法 迅速施開腹術，以生理食鹽水洗滌腹腔內。須用強心藥及食鹽水皮下注入，固無待論，又可試用鏈球菌血清注射，用量隨年齡，初用一〇——三〇立方公分注射，以後更每日注射五——一〇立方公分。

(五) 淋菌性腹膜炎 (Die Gonokokkenperitonitis)

概因幼少女兒之淋菌性陰門陰道炎而起。

症候 病勢有輕重而不一。

輕症者雖發病之狀況劇甚而有嘔吐、腹部劇痛、發熱，然是等症狀三四日即消去，以後現骨盤腹膜炎之症狀，時而起急性瀰蔓性腹膜炎者有之，然本症無多量之液體滯溜。

重症者腹部膨隆極甚，有高熱，脈搏迅速，且不規則，舌乾燥，衰弱甚，取死亡之轉歸者多。

診斷 必須視陰部，檢查有無淋菌，應注意有誤為因蚓突炎而起之腹膜炎者，但因後者右下腹部有壓痛，又有反射性腹肌緊張為特徵。

療法 應守一般急性腹膜炎之療法，但因此淋菌性者，雖為重症，亦有良好治癒者，故不宜即行施開腹術，然患兒之容態險惡者，則不可猶豫，當行開腹術矣。

陰門及陰道之治療亦不可怠且母氏之淋病亦應加以注意也

其他於小兒間有因傷寒、腸結核、胃及十二指腸潰瘍之穿孔性腹膜炎者，又有因腸卡他、吐糞症、赫尼亞嵌頓之急性腹膜炎，雖屬稀有，其症狀亦大同小異。

第二 結核性腹膜炎

(1) 腸間膜腺結核及後腹膜腺結核 (Die Mesenterial-u. Retroperitonealdrüsentuberkulose)
(Tuberculosis mesenterica)

本症續腸結核而發生，或無腸結核而由食物性入腸內，結核菌居於腸間膜而形成結核病竈，恰如入於氣道之結核菌潛伏於枝氣管腺然，起始即為原發性之意味而來者有之。

腸間膜腺及後腹膜腺漸次腫大，終則陷於乾酪變性，互相粘連而成固塊，則發生腸間膜及大網之粘連，故按觸患者之腹部，得觸知有多數諸種形態之堤狀或結節狀之抵抗物，又覺壓痛也。腹部一般膨隆，脾臟亦腫大為常例，因腹壓之緊張妨礙腺腫之觸診，至後期則有消耗熱之發現，屢屢有訴腹之深部現牽引性疼痛者，腺腫之粘連不甚，腹部之抵抗不強時，將指深沒入於腹部而按診之，於小腹部之某處有對於壓痛過敏之一二結節，患者訴疼痛者有之，如斯則為腸間膜腺或後腹膜腺已有結核者也。至後期則屢屢發現惡病質、浮腫。

腹部所見著明，較以前榮養已漸漸衰退，現日晡潮熱及速脈等症狀，雖在無發熱之訴者，但精密計測其體溫，則必見其上昇也。伴有腸結核者，必有腹瀉，固不待論。其豫後雖概為不良，然重症而得治癒者亦有之。

所謂瘰疬者即腸間膜腺結核，如其不然，則爲其他營養障礙等之一部，而非單位的疾患也。

(1) 結核性腹膜炎 (Peritonitis tuberculosa)

爲小兒最多之疾患，而於小兒結核中爲日常最多見者也。分爲臨牀的及病理解剖的二種，即粘連性者及滲出性者是也。

一、粘連性結核性腹膜炎 (Peritonitis tuberculosa adhaesiva) 其症狀與腸間膜腺結核類似，然本症主爲腹膜自身之結核，腹膜初生粟粒大之結核灶，漸次增大而瀰蔓性傳播，其肉芽物質陷於乾酪變性，作胼胝狀物質，又使腸管互相粘連而作一固塊，遂至全腸管相互或與腹壁腹膜粘連，錯雜紛糾而形成一絲毯，而介在於腸間之乾酪物質軟解，或向腸內或骨盤腔臟器內或外部破裂者有之，如結核兼有化膿菌之併合傳染，則惹起敗血或腐敗傳染或中毒症也。

症候 初期以全身倦怠、心悸亢進、呼吸促迫之不定自覺症起始，輕微之發熱，發現於不知不覺之間，腹部漸次膨隆，家人始爲驚異，乃求醫治療矣。

叩診腹部處處有呈局限之濁音部分，其傍有呈鼓音之部分。觸診一般有抵抗強烈之感，非強力壓迫，則不易探其深部，壓痛有存在者，有缺如者，而不一，屢屢於臍之上部而斜橫於腹部，觸有壓痛之長枕狀物質，又於臍部之附近，腹壁之直下，有觸得種種大之瘤狀之結節者。

屢屢有自發性腹痛及一時性痙攣，大都兼有發熱，在全經過中無熱與消耗熱交互發見也。大便有便秘之時

期或有稍現腹瀉者有腸結核者必伴頑固之腹瀉時而有見灰白色之脂肪便者見尿中 *Indican* 之增加者多經過 由腹部見有結節之際，患兒已發現榮養衰退、食慾缺損、漸次高度之瘦削、時而有眼結合膜及角膜生水疱疹 (*Phlycten*)，發現頸腺腫脹者，更屢屢存在者為肋膜炎及肺結核之合併，至此時則因漸漸衰弱、粟粒結核、及腦膜炎，早晚不免死亡也。

兼腸結核者其經過早，化膿菌混合傳染者，亦不難於死亡。

若輕快時，則發熱消失，腹部結節亦被吸收，雖為一時的治癒，但全然治癒者罕有，然如有之者，則非結核性腹膜炎治癒而為錯誤之診斷也。

診斷 本病之診斷並非十分困難，應考察腹部之移動性少之多數之結節，與特別大網之肥厚之點，並當考全身容態及其他局部之淋巴腺腫脹等，如有疑惑時，當試行結核菌素皮膚反應。

易於誤診者為肌瘤、癌、及卵巢、大網、腸間膜之囊瘤等是。

豫後 與腸間膜腺結核相似。

二、滲出性結核性腹膜炎 (*Peritonitis tuberculosa exsudativa*) 本症生於腹膜之粟粒結核，非如粘連性者有乾酪變性之傾向，而兼以多量之滲出液者也。

症候 發病為潛伏性，於初期現輕微之腹痛、發熱、嘔吐而腹部漸漸膨隆，數週乃至數月之間不生其他之症狀，至腹部之膨隆著明則腹壁緊張，而皮膚有光澤，以致臍窩消失，據叩診及觸診得十分證明運動性之液體滯溜，

澀溜有消長，有一時液體被吸收則腹部縮小，而再膨隆者。

患者之榮養不甚衰弱，視之爲比較的健全者，其他之腺及臟器不併發結核者多，然至後期有榮養甚爲衰弱而瘦削，擁其膨大之腹而呻吟者，無論何時大都兼有日晡潮熱。

診斷 小兒之腹腔有液體澀溜者，大概爲結核性腹膜炎，如有疑惑時，必須試行結核菌素反應，結核性滲出液特有者爲淋巴細胞豐富，雖結核菌之檢查困難，但依 Antiformin 法及天竺鼠腹腔內注射，即得證明之。

類症鑑別

- (一) 肺炎菌性腹膜炎 發病爲急性，穿刺液中得證明肺炎菌（診斷甚容易），腹腔液全爲膿性而得知之。
- (二) 心臟及心包疾病 據心臟部之所見及穿刺液之透出液而得與結核性之滲出液區別，蓋其透出液之性質缺乏結核菌及白血球。

臨床上簡單之區別爲利瓦爾他氏法，(Probe von Rivalta) 1 試驗管內約盛 100 立方公分之水，加入二三滴之醋酸，使被檢液之一滴由上落下，若爲滲出液，則生白色之瀾濁，而漸次沈降於下底；反之，透出液則不生瀾濁。

其他方法：

一、比重滲出液通常爲 1.018 以上；透出液多在 1.012 以下。

二、蛋白量依艾斯巴 (Esbach) 氏法或羅貝爾 (Robert) 氏法即可見之，滲出液爲 4—6%；透出液在

三、滲出液富於細胞含有量，白血球多，尤以結核性者富於淋巴球。

(三) 肝臟硬化症 腹壁靜脈之擴張著明，又因除腹水以外，有肝臟之萎縮而得知之。

(四) 腎臟炎 據尿有蛋白及圓柱，且有腹水之透出液而得區別。

(五) 假性腹水 (Pseudoascites) 發於榮養障礙之際，而發現如腹水之腹部膨隆者也。本病初為拖布利

(Tobler) 氏所報告，氏確診有腹部膨隆、濁音、濁音轉換之患者為結核性腹膜炎，據外科醫徹尼 (Zerby) 氏及羅生 (Rossen) 氏報告五例，施開腹術未見腹水，以後秦氏亦有類似之報告，如此之疾病試驗的穿刺及彼爾開 (Pirquet) 氏反應等，即可區別。

豫後 粘連性者較為良好，不乏全然治癒之例。

結核性腹膜炎之療法 命患兒安臥靜養，食慾如常者除普通食物以外，與十分富於滋養之食物，又須飲用魚肝油，食慾不振時除食牛乳、湯、雞卵、粥、汁、茶等以外，又當與以 *Sornakose* 小兒粉等。

腹部須置以溫布、溫濕布、灰爐，又可試用熱氣療法。

全身及局部行日光浴甚為有效，為一般所公認，在無大風波之海邊或適當之高地療養，亦有效能。

藥劑用癒創木酚 (Guajacol) (1H₂O · 1 乃至 0.11) 癒創木酚磺酸鉀 (Thioacol) (1H₂O · 1——0.15) 及乏戈耳 (Faeol) 等，腹部宜塗擦 3% 薄荷酒精、洋橄欖油、3% 薄荷酒精、魚肝油、磺基魚石油酸鈹

(Iohthyl) 沃度瓦若肯 (iodovazogen) 或鉀肥皂。

腹瀉時與鴉片及單那平 (Tannalbin) 并溫暖腹部。

腹水穿刺決不可行。

近時對於結核性腹膜炎稱揚行開腹術奏效之人甚多，即滲出性者使液洩出，其他者或僅開腹腔，或其中置碘仿 (Iodoformum) 或送入氧之法也，此因腹膜受刺激，該處起鬱血而有效歟，抑或當日光而有效歟？結核菌素 (Tuberculin) 注射療法，雖對於腸胃膜腺結核有效；但對於腹膜炎，則奏效不十分顯著。

第三 腹膜瘤

良性瘤最多者為腹膜及腸間膜之囊瘤，如淋巴囊瘤、乳糜囊瘤、皮樣囊瘤等。

惡性瘤為肌瘤、內皮細胞瘤、及癌。

第六章 肝臟疾患

第一 卡他性黃疸(Icterus catarrhalis)

卡他性黃疸在小兒亦非稀有之疾患，多發於二歲以上之小兒，哺乳兒罕有，主要多發於學齡以上之小兒。症候 有突然發生者，或續發於鼻咽卡他及其他之胃腸疾患者。

二三日之內發現全身之黃疸性著色，食慾減退，而有舌苔，時而皮膚有瘙癢之感，以爪搔之，有各處形成膿性結痂者，七八歲以上之小兒，則見遲脈也。

大便臭氣極甚，為灰白色而乏膽色素。

尿富於泡沫，得證明膽色素。

膽色素試驗——黃疸尿為黃褐色或褐色，恰如啤酒之色調，因振盪時則生黃色之泡沫為其特徵。

(1) 顧麥領(Gumelin)氏之試驗 一——三立方公分之稀硝酸與一——二滴之發煙硝酸混合，重疊於靜置之被驗尿，含有膽色素時，則由上方生綠、藍、紫、紅、黃等順序之色輪，此為 Bilirubin 因硝酸被氧化為 Biliverdin 也，以綠色及紅色輪為特有。

(11) 溥伯爾忒薩爾果斯克(Huppert Salcosky)氏法 一〇——五〇立方公分之尿，加入一——五立方公分之氯化鈣液，以碳酸鈉液成為強鹼性，將析出之沈澱物集於濾紙上，用水洗滌三四回，移殘渣於試驗

管，須加四——五立方公分之酒精及數滴之濃鹽酸而煮沸之，如有膽色素則呈鮮美之綠色，冷卻之漸次滴加少量稀硫酸時，則綠色素更被氧化而成青色，次成紫色，終成赤色。

(三) 中山氏法 五立方公分呈酸性反應之黃疸尿混合同量之 1% 氯化鉀 (Barium chloratum) 水溶液，暫時置遠心器沈清，傾瀉上澄，殘渣混以二立方公分之試藥（即一立方公分之發煙鹽酸及 0.4 公分之無水過氧化鐵溶於九五%酒精九九立方公分之液）而煮沸之，則得美麗之綠色，此液漸漸追加含少量亞硝酸之硝酸（染於黃色之硝酸）時，則成紫色，次則變為紅色。

(四) 1.0—1.3 立方公分之尿混合 1/10—1/20 容積之稀鹽酸，次加 1/10 容積之氯化鉀 (Barium chloratum) 液，使膽色素與鹽酸鉀均析出，數分鐘之後以極緻密之濾紙濾過，沈澱物集於濾紙上，水洗一二回，殘渣以其他之濾紙吸收水分，滴加有亞硝酸之稀硝酸，若含有膽色素時，亦如顧麥領 (Gumelin) 氏法，則生外圍為綠色，而內圍為紅色之彩輪，此反應為銳敏而易見之方法（據須藤博士醫化學實習）。

經過 良好，一二週間即全治，時而有長久連續而不易治癒者，起疸毒症者罕有。

療法 應選擇食物，須與以蛋白及脂肪少而富於碳水化合物之物品，富於水分之食物為良，與以多量麥湯、茶、及牛乳（脫脂乳及牛酪乳為宜），副食物宜多用麥片汁者（俗云多食蜆汁宜於黃疸即此故也），少食獸肉及魚肉，應賞用馬鈴薯、青菜、蘿蔔等為主，其他果實、檸檬劑之類亦可。

藥劑宜與以人工加耳斯泉鹽、甘汞、酸性酒石酸鈉、大黃等。

右溶於一茶杯之微溫水，宜每朝空腹時服用。

酸性酒石酸鈉 100.0—110.0

餾水 150.0

右一日三回，每回服用100.0。

第二 急性黃色肝萎縮 (Akute gelbe Leberatrophie)

爲小兒稀有之疾患，其原因雖不明，似爲細菌傳染性疾患，時而發於丹毒、傷寒、骨髓炎及膿毒症等者有之。

初發如卡他性黃疸之黃疸及肝臟之腫大，兼有壓痛，然有高熱，而併發神經症狀（譫語、痙攣、昏睡），急速現肝臟萎縮，約一週間即致死亡也。

第三 肝臟脂肪變性 (Die fettige Degeneration der Leber)

本症起於急性及慢性傳染疾患，新陳代謝病及營養障礙，在哺乳兒多發於肺炎及消耗症。不現黃疸，而有肝臟之腫大。

第四 澱粉樣肝 (Amyloidleber)

多發於骨及腺結核之際，顯著時肝臟甚腫大，其硬度堅固，邊緣成鈍圓，全身漸漸陷於惡病質。

第五 肝臟膿瘍 (Leberabscess)

原因 續發於赤痢、阿米巴赤痢、外傷、傷寒、結核、臍靜脈炎、流行性感冒、及膿毒症，尤以因蛔突炎及蛔蟲而來者爲多（蛔蟲由輸膽管侵入而起肝膿瘍。）

症候 發熱爲必發之症狀，肝臟部現疼痛及壓痛，肝臟腫大，著明時腹部之右季肋部膨隆，能觸呈波動之腫瘍，乃發見黃疸者，又有不發現此等症狀者，甚不一定。

診斷 膿瘍比較小，而潛於肝臟之深部時，診斷困難，且與橫隔膜下膿瘍之區別，實屬至難之事。

療法 除用外科手術之外，實無他法。

第六 肝硬化症 (Leberzirrhosen)

肝硬化在小兒罕有，蓋小兒如大人嗜好酒精飲料者甚少，小兒雖有發於梅毒之肝硬化症，但應述於梅毒之條下，其他主要者因猩紅熱、狄扶的里、及麻疹而起者也。

本章因病理解剖之關係，分爲四項論之。

(1) 萎縮性肝硬化症 (Die atrophische Zirrhose) (勒萊克氏肝硬化症 Laenneesche Zirrhose)

小兒起於嗜好酒精飲料者，於日本之兒童爲罕有之疾病。

症候 初由消化障礙、食慾減退、鼓腸、及便秘等前驅期起始，與腹瀉交互發現者有之，小兒陷於瘦削，漸漸發現腹水及脾臟肥大，腹部膨隆而現腹壁靜脈之怒張，皮膚之色一般呈污黃色，黃疸之存在不一定，存在者亦不過

診斷 結核性腹膜炎因無腹壁靜脈之怒張及其他結核性症狀之存在而得分別之。

(11) 肥大性肝硬化症 (Die hypertrophische Zirrhose) (哈腦氏肝硬化症 Hanotsche Zirrhose)
小兒患肥大性者較萎縮性屢屢所見，但其原因不明。

症候 發現慢性劇甚之黃疸，起肝臟及脾臟之腫大者也，腹水有全然缺如者，或發現於後期，肝臟堅硬如木，脾臟有時腫大超過臍部，而呈如白血病脾臟之觀者有之，發現手指、足趾及關節之變形，而身體發育被阻止者亦有之。

經過 長久，概經數年。

診斷 與潘啓 (Bart) 氏病之區別，察其發病之模樣，以及病理解剖始得判別。

(12) 鬱血性肝硬化症 (Die Blutstaunungszierrhose)

本病殆不得謂為肝臟之疾病，因心包粘連生靜脈系統之鬱血而發生肝硬化之症狀，由儂麻質斯及結核而起心包兩葉粘連也，故比克 (Bick) 氏稱曰心包炎性假性肝硬化症 (Pericardische Pseudoleberzierrhose)。
症候 腹水顯著而不見其他著明之症狀，然注意視之，則有肝臟肥厚，而其表面平滑，或有多少凹凸，脾臟亦腫大，上行大靜脈系統亦來鬱血，故同時有顏面之浮腫、口唇之青藍症、呼吸促迫、頸靜脈之怒張。

豫後 自然不良。

(四) 因先天性膽道閉塞之肝硬化症 (Zirrhose durch congenitale Obliteration der Gallengänge)

因總輸膽管有纖維性閉塞，又膽囊缺損等而起者也，肝臟腫大而生小之凸隆，表面之漿膜肥厚，有纖維性滲出物，時而形成囊瘤者有之。小兒生時即有黃疸，或生後二三日而發現黃疸，腹部膨隆，概兼有中毒症狀，發現癰腫、臍出血、吐血，得長久保持生命者則發現腹水。

肝硬化症之療法 因腹水甚，欲暫時免除苦悶，應施穿刺。藥劑宜用甘汞、酸性酒石酸鈉。能施外科手术最佳，實用他爾馬 (Tarnia) 氏手術等。

膽道疾患

在日本接其報告者不少，即為一種畸形的膽道之先天的閉塞也，或膽道全然缺損者，或有成纖維閉塞者，似與梅毒無關係。

症狀及經過已如前述之肝硬化症之部。

第七 肝臟瘤

一、囊瘤 發現囊瘤肝為稀有者也。

二、肉瘤 雖有發生者，然亦為稀有之疾患。

三、癌 小兒癌一般稀有，續發性者由腎臟及副腎之癌轉移而來也。

在日本就原發性肝臟癌，從來之考察，大人雖非稀有之疾患（入澤博士）然在小兒可謂極為稀有，由明治

四十三年四月余輩報告之「乳兒之原發性肝臟癌」出世長澤氏之類症次之（明治四十四年一月）更於本年三月再有余輩之報告，吾人小兒科醫者關於小兒癌，可謂留心其臨床的判定而無謬矣，茲特揭錄余輩之經驗二例如下：

第一例 乳兒之原發性肝臟癌（與內海學士同述）

成申春某月，日本有癌研究會設立之議，余輩亦參與焉，一夕會於階樂園之際，余自思維，在日本不應無小兒之患癌者，然余輩爲專攻小兒科者，尙未接其報告，實爲遺憾，如能精密多年考查無怠，當有發見之機會。

此種觀念至余輩於日本小兒科學會第十三回總會，敘述小兒之腎臟肉瘤，聊爲發覺其端倪，始引起諸同學之注意，期待於何處現見癌。

近來經時不久，而發現於我小兒科教室內，於此次第十五回總會向同學諸氏報告，實爲意外之光榮。徵諸文獻，小兒之肝臟癌不論其爲原發性與續發性，皆較大人者極爲少數，尤以限於原發性者極少，年齡限於二歲以下者則更少，一九〇二年據歐肯·希萊生根氏有四例之報告，降至一九〇六年加以馬克斯·布拉德（Makris Blatt）氏自己之實驗爲第五例。

關於一年以內之乳兒，原發性肝臟癌之報告，僅有二例而已，其中一例疑爲希萊生根氏之樹膠腫者也。於日本余輩未能搜索此種之報告，在我小兒科教室爲最初之例。

因此極爲罕有，余輩主要報告臨床的實驗，至於病理的研究，讓山極博士之詳細觀察。

茲述其病歷如左：

患者 中〇〇（生後九月 家業裝池（裱舖） 住東京本鄉

四十二年八月二十日入院

血族關係 家族中並無患瘤者，又無梅毒之遺傳，母系之祖父母因肺結核而斃云。

既往症 患者爲成熟平產兒，由母乳營養，尙未種痘，未曾經過麻疹及其他著明之疾患，生來身體發育良好，由明治四十二年七月患兒不機嫌，漸漸羸瘦，且成蒼白，然未起黃疸，大小便亦無異常，八月初旬乃請醫療，初認爲右側季肋部有瘤之存在，以後益益有腫大之傾向云，其後排腹瀉便，但便爲黃色。

現症 體格中等大，營養不良，羸瘦極甚，皮膚蒼白而乾燥，無浮腫及黃疸等，體溫三十六度八分，脈性良好，一分鐘百三十一次，呼吸三十六，顏貌普通，意識鮮明。

頭形無異狀，大顛門約已閉鎖，眼、鼻、耳、亦無異狀，口圍有輕度之青藍症，舌無苔，咽無異狀，頸部淋巴腺見數個豌豆大之腫大。

胸廓之形狀如常，肺臟無異常，胸部之膨滿極高度，尤以右側季肋部著明，無靜脈之怒張，觸診腹部如第百圖 a，於其右上半部觸知有硬固之瘤存在，其表面不平坦，而處處有凹凸，邊緣銳利而呼吸時顯明轉置，瘤部無壓痛，叩診呈濁音，而移於肝臟濁音，腎臟部不見濁音，觸診瘤之位置，上與肝臟連結，下殆達於右腸骨窩，左端由左乳腺與左季肋弓之交叉點之傍近，斜迴臍之左端而達右腸骨窩，右端越右腸骨之上緣斜於背部，約達

項部脊椎無異常四肢之運動自然無浮腫，膝蓋腱反射如常。

尿透明而反應為酸性，淡黃色，蛋白、糖及膽色素陰性，鏡檢上無異物。

體重五千九百公分。

處置 內服純胃液素 (Pepsin)，

腹部之溫布紮帶，母乳榮養。

經過

八月二十八日 便通二回，水狀

黃色便，體溫三十五度二分乃至

三十六度八分，脈搏一分鐘百二

十五，嘔吐二回。

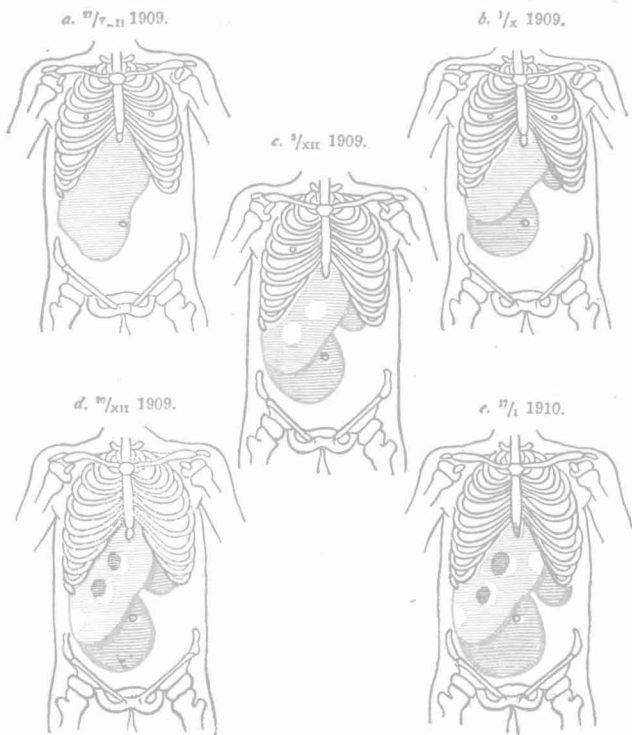
九月三日 嘔吐二回，綠色之粘

液及混顆粒之水狀便。

九月六日 瘤如前，皮膚蒼白增

加。

第 一 百 圖



九月十日 瘤之狀況依然如前，體溫尋常，皮膚之蒼白色顯著。

處置 Arsenferratoſe

九月十四日 尿檢查無異常。

九月十七日 水狀便三回。

除母乳以外，與以牛乳（2:1），一日一回，一回量百立方公分。

九月二十一日 體重五千四百五十公分，羸瘦著明，皮下脂肪組織及肌肉弛緩。

處置 次硝酸鉍

九月二十五日 體溫依然如常，稀粥狀便三回。

九月二十八日 稀粥狀便。

處置 處方改用甘汞。

十月一日 脈搏一分鐘百二十四乃至百四十，觸瘤部為階級狀分為上下兩部，而有膨大，上下部之界邊線銳利（第百圖b），體重五千四百公分。

十月六日 羸瘠益益著明，蒼白增加，腹部見靜脈之怒張，但輕度。

十月十五日 見瘤增大，尤以右半著明，其下端益益進入於右腸骨窩。

十月十八日 體重四千八百公分。

十月廿二日 瘤漸次增大

十一月一日 體重五千一百公分。

十一月五日 口唇有輕度之青藍症。

十一月九日 惡病質增加，吐乳一回。

十一月十五日 瘤更爲增大，其硬度增加，吐乳一回，體重五千二百公分。

十一月十六日 尿有蛋白，而有少量之膀胱細胞。

十一月十九日 吐乳一回。

十一月廿二日 皮膚之蒼白益益著明。

十一月廿七日 體重五千三百公分。

十一月廿九日 鼻端尖，瘤表面無軟化之部分。

處置 *Arseniferatose* 純乳一回量百立方公分，一日三回，其他飲母乳。

十二月一日 體溫三十六度八分乃至三十八度三分。

十二月三日 粥狀便，瘤如第百圖c，較前圖膨大，見有二個特別隆起之部位。

十二月五日 吐乳一回。

十二月十日 由戈韋爾氏法(Gowers—Sahlische Haemoglobin Meter)檢查血液中之血色素，減退五十五%，赤血球三千四百萬，無白血球之增多，體重五千五十分，吐乳一回。

十二月十二日 昨日及今日各吐乳一回。

十二月十三日 胸部左前下部呼吸音微弱，左後下部呼吸音銳利，聽得少數之小水泡音，瘤益益增大，除左腸骨窩外，殆占領全腹腔。

十二月十五日 牛乳一回，脈搏頻數，百四十乃至百六十。

十二月十六日 吐乳一回。

十二月十七日 瘤益益硬固，而見稍大之凹凸，體溫三十七度乃至三十八度九分。

十二月十八日 時時發咳嗽，胸部左側呼吸音一般微弱，僅肩胛間部呼吸音稍銳利，無水泡音。

處置 吸入。

十二月二十一日 皮膚及粘膜之蒼白增加，胸部一般聽得乾性水泡音。

十二月二十三日 鼻形稍尖銳，而眼球陷沒，彼爾開(Pirquet)及摩羅(Moro)氏皮膚反應陰性，胸由左前部約第三肋骨以下呼吸音微弱，左胸側面亦然，體重五千公分。

十二月二十六日 患兒非常衰弱，體溫三十七度一分乃至三十九度二分。

十二月三十日 猶時時發咳嗽，氣色惡劣，粥狀便。

十二月三十一日 嘔吐一回。

四十三年一月四日 瘤之隆起部爲四處，軟部較前稍大，胸部所見左前部呼吸音一般微弱，左後下部有響性小水泡音僅少，體重減少至四千七百公分。

一月十日 胸部左前下短而呈鼓音，呼吸音無變化，左後下部有有響性小水泡音，如有摩擦音混在。

一月十一日 瘤之軟部增大，口唇蒼白，呈青藍症，眼球陷沒，於肩胛間部見有皮下溢血。

一月十四日 呼吸數增加，五十二乃至六十次。

一月十五日 體溫三十六度七分乃至三十九度二分。

一月十七日 瘤之形狀如第百圖c，呼吸數爲五十六乃至六十次。

一月十九日 尿爲淡黃色，而呈弱酸性，蛋白陽性，無圓柱，體溫三十八度乃至三十九度，呼吸數六十四乃至六十八，脈搏有百六十二次而微弱。

一月二十日 呼吸困難，於胸部之左前部有多數之中等水泡音，左肩胛間部有枝氣管音，左後下部呼吸音弱，右後部有中等水泡音。

處置 毛地黃葉浸。

一月二十一日 排尿困難著明，體溫三十七度五分乃至三十八度二分，脈搏頻數而微弱，行尿檢查，蛋白陽性而有少數之圓柱。

一月二十二日 虛脫之狀著明。

一月二十三日 午後九時死亡。

余輩愛護此苦惱之小兒約有五月，遂至死亡，據解剖之結果，乃識爲極稀有之珍物。

關於此兒生時所下之診斷，非無簡單敘述之興味。

初診即去年八月二十七日之診斷，爲腹部之惡性瘤，想像由副腎或腎而發者，此時瘤不見肝臟截痕，又無黃疸，故未想到肝臟瘤，隨呼吸運動其上緣轉移，想係肝臟與瘤之間有粘連，十月一日瘤膨大不已，分爲二段，其境界線銳利而恰如肝臟緣，十二月三日更膨大，且當肝臟表面之部分生二個隆起部，十二月二十九日益膨大，三個結塊中之二個發見囊瘤狀之軟化，至本年一月十七日瘤極膨脹，軟化部稍大，結節發生四處，皆約胡桃大，再參照由第百圖 a 至 c，白色部爲結節，黑色橫線部爲軟化部，白色部裏面混在之黑色橫線部爲結節上所顯之軟化部也，因此結塊生於肝臟表面，且有呈囊瘤之狀況，余輩以爲由副腎或腎原發，而續發於肝臟之肉瘤，確信爲曩昔弘田教授所報告者之類例也，豫想其他右肺有輕度之結核，左肺有顯著之結核症狀。

於死亡日午後一時在病理學教室由長與學士執刀剖檢：

肉眼的解剖診斷：

肝臟之出血性肉瘤肺臟左右兩側之乾酪氣管枝炎左側纖維性肋膜炎脾臟結核等

肝臟瘤顯微鏡的診斷

解釋爲實質性肝腺性癌，混合輕度之軟骨及骨生成，而基於先天性發育障礙者，茲以肝臟爲主列舉與其有關係之諸臟器變化之概略，據余輩所見者，爲開胸，腹腔露出瘤之實況如第十七表，初見有占領全部腹腔之一大瘤，當時現於其表面之形狀及色彩，確似描寫之圖，實非過言，有多數之結節，有磊塊，且富於變爲青色之軟化部分，余輩於生時認爲囊瘤者，爲存在於瘤表面右上部之二個最大軟化部，瘤富於血管如圖所示之顯明，忽然直接視此病患之部位，猶覺瘤由腎臟原發，而形成轉移竈於肝臟者，卽呈位於圖上部之肝臟之形狀者，實爲變化之肝臟，在一段低下位者爲真正瘤之本體，乃知余所豫想之無誤也，然至抽出臟器而熟視之，豈圖之上下兩部均爲肝臟，較普通大顯著肥厚，且其全部變化爲惡性瘤，乃知呈如此之形狀，表面之軟化部以刀割之，非爲囊瘤，單見瘤之軟化，更可驚異者，卽翻轉肝臟之後面，於右葉尤以下部有多少大小不同之囊瘤，與其膽囊相當之部位，有鵝卵大之柔軟而呈假性波動之瘤，與之相連左葉之下面，有由變爲葡萄色密生之結塊而成林檎大之一腫物，視之宛如葡萄，雖有囊瘤之觀，但割截之，如缺乏水分之小結塊之聚落，左葉亦簇生有腫物之小者。肝臟之剖面見第十八表，與實物同大，其形態、色彩，略與當時之真象一致，實質呈桃紅色而充血，而帶強黃疸色，右葉前面殆被瘤所充滿，左葉比較右葉，不及其變化之顯著，瘤帶污穢暗褐紫色，變化髓狀，柔軟而較剖面腫起，概現脂肪變性，壞疽及出血性，間質發達良好，在左葉退行變性不著明，雖有比較的貧血部分，但肝小葉區劃稍

不明。

肝臟之所見已如前述，茲將其他有關係之諸臟器如何列左：

左右之副腎均甚萎縮，左腎之實質一般帶黃疸色，但皮膚則不然，右腎上部三分之二被瘤壓迫而為扁平狀，割面之狀況與左腎相等。在脾臟有多數粟粒發生，瘤僅犯肝臟，未轉移於其他之臟器。

其顯微鏡的所見如第十九表，標本為施 Hematoxylin 與 Eosin 之重複染法者，見有結締織之增殖，血管之擴張，得見腺瘤性癌之部分，變化於癌之部分，比較的保存之肝組織，概明瞭顯示實質性肝腺性癌之形狀，瘤細胞與毛細血管之關係極密，則有由擴張之毛細血管而成之網，其眼中有瘤細胞充血之觀，標本尚顯示係有軟骨及骨組織者，故知余輩之所見，與病理學教室之斷定符合。

下原發性肝臟癌之診定，於是乎見本病之一般症狀，本病當初稍起消化障礙為常例，其全經過往往有吐乳、腹瀉，次則母親乃注意其兒之蒼白、羸瘠、肚腹膨滿，求醫時始發見腹部之瘤為其順序，實瘤為本病之重要症狀，因肝臟本身之病的變化而膨大者，但膨大仍保持肝臟之原形，有明示其截痕者，瘤日日逐漸急劇膨脹，其表面成凹凸、生結節、磊塊為特徵，隨瘤之膨大而起呼吸短促，蒼白、羸瘠增加，而陷於惡病質極甚，病再進行，普通多起浮腫、腫水，腹部靜脈怒張，無熱，缺乏黃疸，病之經過迅速有不出數月而取死亡之轉歸者。

本病兒大體具有是等之症狀，已詳述於前段，茲不再贅，此兒缺如黃疸、腹水、浮腫，腹部靜脈怒張初亦缺如，至以後乃起有輕度，雖最初無熱，但由十二月初旬則有引續發熱，弛張最甚之熱在十一月中旬，即在末期前第二週，

大著明，體重之增加即由於瘤之重量增加歟？

茲摘錄由希萊生根氏搜索文獻所得之結論若干項如下：

(一) 原發性肝臟癌普通無黃疸。

(二) 常見結締織增殖。

(三) 原發性肝臟癌之成立，與肝腺瘤有密接之關係。

(四) 轉移於其他臟器者甚少。以上諸項，於本例亦得見之。

No.	Author	Jahr	Diagnose	Geschlecht	Alter.	Krankheitsdauer	Metastasen
1.	Nöggerath	1854	Encephaloid-Krebs	♀	Neugebor.	?	—
2.	Pepper	1873	Hämatoïd-Cancer	—	8W.	10T.	—
3.	Miwa u. Utsumi	1909	Adeno-Carcinom	♀	9M.	6M.	—
4.	Plaut	1906	"	♂	14M.	2M.	Portal-Drüsen u. Lungen
5.	Affleck	—	—	—	17M.	4M.	Mesenterial-Drüsen u. Lunge
6.	St. Joseph-Kinder-sptal	1883	Atypisches Leberadenom	♀	20M.	3M.	—

關於威斯忒氏記載八個月乳兒之肝臟癌及魏德耳賀卜愛爾氏報告初生兒肝臟癌，未得一般所承認，故乳兒之原發性肝臟癌，極其稀有，為不可否認之事實也，請參看右表。

此表爲收集報告關於二歲以下之小兒患原發性肝臟癌者五例，加入本例爲六例，其中第四例以下者屬於一歲以上之小兒，由第一例至第三例，爲一歲以內者，而第一例爲有希萊生根氏之樹膠腫之疑者，據此表則知本病多發於女性，與腺瘤有密接之關係，而轉移爲比較的罕有也。

本例發見於乳兒，瘤視爲先天性畸形，瘤發生之基礎欲置於胎生期之說，足供有力之資料矣。因有上述各種興味之珍例，故敢於第十五回總會發表，而喜鄙意之貫徹也。

第二例 小兒之原發性實質性肝臟癌（與齋藤博士同述）

自日本小兒科學會第十五回總會報告「乳兒之原發性肝臟癌」以後，有長澤氏之類症繼之，更加入本例，則日本之小兒肝臟癌之記載有三例，而其病理的研究如下：

第一例（三輪內海）明治四十三年四月發表。

據山極博士云：因骨組織等之混在，當爲有先天性基礎之實質性腺瘤——癌無疑。

第二例（長澤氏）明治四十四年一月發表。

據中村學士謂：如本例 *Cohnheim* 之瘤之發生，求於先天性原基之上之學說，當與一例證者歟？
第三例，卽爲本例。

據本田學士謂：本例瘤之發生求於先天性基礎之上，信爲至當，但不明其先天性基礎之爲何物。此三例瘤之發生均求於胎生的基礎之上，當然表示此學說爲一致者也。

近年發見此種之實例益多故一般認癌之發生僅限於老年而小兒則無之之見解稍有被否認之傾向吾小兒科醫者關於小兒癌其臨床的判定可謂不應誤謬從事而當留心矣故余輩認爲有發表本例之必要。

患兒瀧澤某 住本所區 年齡五歲五月 女兒 明治四十四年三月二十五日入院。

遺傳關係 母系之祖母三年前因乳腺瘤雖施三次手術亦再發年五十二歲死亡母亦於本兒分娩後一月患腹膜炎而死亡無其他遺傳之徵有一姊年九歲。

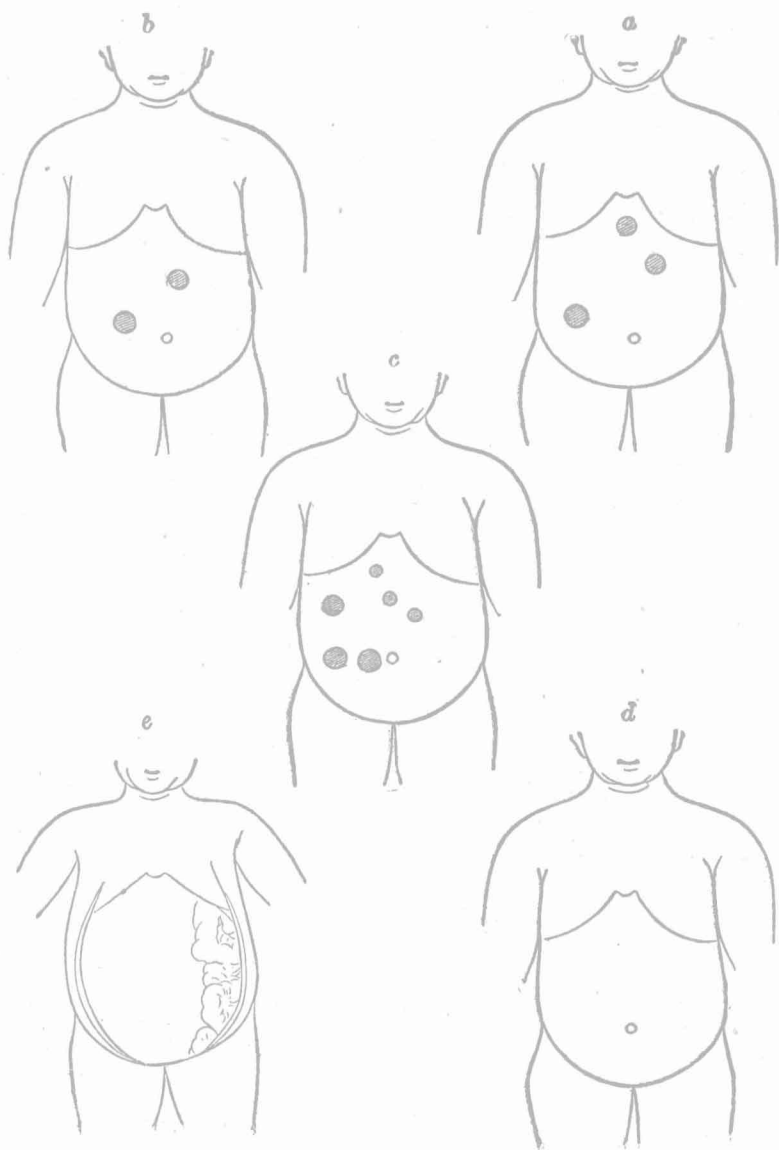
既往症 爲人工榮養兒每年夏季均患胃腸病在四歲時僅經過百日咳而已。

本病發生 自明治四十四年二月二日以來每食後有輕微之腹痛但食慾便通如常至四月二十日在晝間食後經數時間訴疼痛而就寢晚間腹瀉四回翌日(二十一日)始就醫診斷爲胃腸病此日午後雖再有一回疼痛發作但以後至三月一日均無何等之自覺症未作戶外遊戲其狀與平時毫無相異云三月七日晚間約一時半現疼痛發作翌日(八日)家人始於小兒之胃部見有腫物數日後更於左腹部見有其他之瘤存在因該瘤每日逐漸增大三月二十三日乃至我小兒科門診診察。

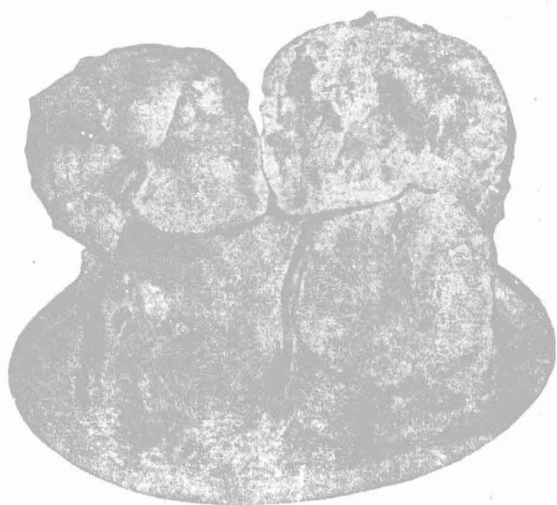
門診診察所見 羸瘦顯著無黃疸浮腫腹部膨滿而靜脈怒張觸知腹腔內有二個大瘤其面不平滑大者位於右腹部下方達於右腸骨窩稍小其他之腫物在於肋弓之下方與正中線相當二者之境界相移行而形如一個之瘤肝臟下緣於腹部之左側觸覺之瘤之質硬但下者之中央部稍軟尿無異常。

門診診斷 肝臟瘤。

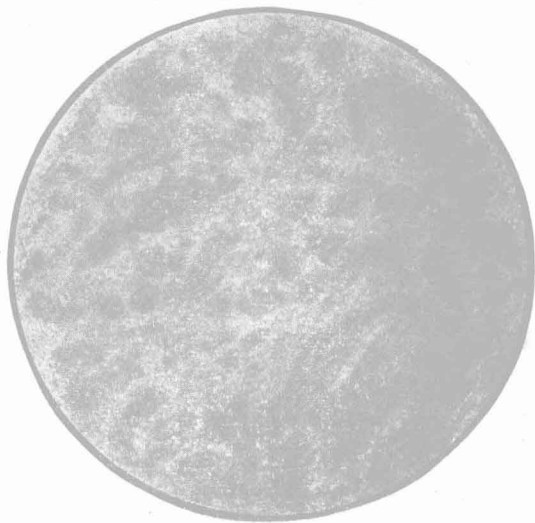
第一〇一圖



圖二〇一
影攝之面割瘤第



圖三〇一
影攝下之顯微鏡下之組織瘤



入院時之現症（三月二十五日）

意識鮮明，顏貌鎖沈，呼吸促迫，皮膚蒼白，體格中等，肺無異常，除多數之鼠蹊腺米粒大之外，不見淋巴腺之腫脹，腹部甚膨滿而皮膚緊張，瘤占領腹部之大半，其狀況與門診診察所見無大差異，無水腫、發疹及黃疸，膝蓋腱反射稍亢進，脈搏細小而軟弱，一六〇次，體溫三八·五，呼吸八〇·〇，患者呻吟。

尿稍溷濁，爲強酸性，比重一〇一八，粘液多量，蛋白反應著明，膽色素、糖及木藍素反應陰性，鏡檢僅見少量之白血球及多量之粘液。

三月二十六日 小兒常取仰位，呼吸促迫，有鼻運動，顏面蒼白，青藍症著明，腹部甚脹滿，膨隆之狀不一樣，而特以臍之上方著明，精細診察瘤由隆起而成。（第百〇一圖 a）

一由劍狀突起部經過胃部，其大如小兒之頭；其他一個充滿右腹之全部，下方達於右腸骨窩，大與前者略同，二者連絡，而其質硬，但於三個之部位有稍呈波動之感，瘤之緣不銳利，因高度之緊張，故呼吸時之移動性不顯著，表面粗糙而有由許多小結節而成之濁音，其餘之部分呈鼓音，不見腹水之存在。

食慾不良，僅攝取少量牛乳，入院以來嘔吐二回，晚間吐出約五十公分之褐色水狀物，其性質如次：

弱酸性，血液及膽色素反應著明，蛋白質約〇・〇〇三%，乳酸反應著明，無遊離鹽酸，嘔吐後患者之一般狀態著明佳良，腹痛停止，食慾良好，排出有形便。

三月二十七日 因腹部緊張稍減，故瘤更爲顯著，觸肝臟之遊離緣，因呼吸著明移動（第百一圖 b）。

四月六日 二個隆起於各個部分呈著明之波動，腹外皮之光澤增加，食慾佳良，牛乳以外又食菓子、粥，呼吸五〇，脈搏一三〇，體溫減至三七・五，然腹部瘤逐日增大，衰弱日加，尿之所見同上。

四月十日 兩三日以來有輕度之咳嗽，呼吸間有喘鳴，或由橫隔膜被壓迫於上方之故，前胸兩側第四肋間以下呼吸音著明減弱，右肺之下部在第八胸椎，而左肺之下界與第十胸椎相當，胸部各處聞有乾性囉音，更

於右背下部聽有多數之中等之水泡音

於臍高部之腹圍，仰臥位約計五五公分，隨瘤之大增加，表面各處隆起，多呈波動，全腫物於呼吸時表示顯著之移動性（第百一圖c）。

四月十四日 始見尿內有少數之玻璃狀圓柱。

四月十八日 腹皮一般著明增加光澤，宛如塗有油質，瘤亦著明膨大（第百一圖b），尿之所見同前，二三日以來食思又減退，僅攝取少量之牛乳。

四月十九日 衰弱狀態增惡，午後八時死亡，時為入院後第二十六日也，家人知其為瘤約有五十日矣。

同日午後十時三十分於病理學教室解剖。

病理解剖記事摘要：

腹腔有少量之漿液性及血性之水溶液存在，橫隔膜因被瘤壓迫於上方，其高位於右第三左第四肋間部，胃及腸管因被瘤壓迫於左方，瘤占腹腔之大部，全體由二個大之球狀隆起物而成，互相連結（第百一圖e），摘出之，全肝臟相同，瘤主由肝之右葉發生，其重量為二七九五公分，表面凹凸，各結節各處軟化而呈假波動，瘤之剖面悉呈胞巢狀構造（第百二圖），一般呈黃褐色，各處見有出血部，肝臟之右葉均變為瘤，反之，左葉貧血，僅分葉狀不明，不見轉移竈，但各處見楔狀出血。

解剖的診斷

- 一、原發性實質肝臟癌
- 二、下行大靜脈幹之瘤性血栓
- 三、右肺中葉部之瘤轉移
- 四、輸膽管、右腎臟等之壓迫
- 五、左肺動脈內瘤血栓
- 六、肝臟右葉之出血性楔栓
- 七、脾臟之濾胞肥大
- 八、胰臟之浮腫
- 九、輕度之腹水
- 十、右肺下葉之壓迫性萎縮
- 十一、貧血

三例對照之結果如次：

剖檢所見：

(第一例)肝臟之右葉殆為瘤所充滿，左葉之變化不顯著，有結締組織增殖，骨及軟骨組織之混在，無轉移。

(第二例)肝臟左右均為瘤所占領，有呈結締組織增殖之所，更各處兼有呈骨狀之小體者，轉移竈唯成小之結

節，僅見於兩側肺臟。

(第三例)左葉完全未被侵犯；反之，右葉殆為瘤所占領，有結締組織增殖，無骨生成等，右肺中葉，有豌豆大之轉移竈等。

則主要被侵者為肝臟之右葉，結締組織增殖常存在，第一例有骨及軟骨生成，第二例殆缺如，第三例完全缺如，轉移第二及第三例見之，第一例完全缺如。

臨床所見

(第一例)為九月之女兒，無黃疸，膽色素陰性，蛋白陽性，而有少許之圓柱，殆無淋巴腺腫脹。

(第二例)為一歲五月之女兒，無黃疸，蛋白及膽汁反應陰性，無淋巴腺腫脹。

(第三例)為五歲五月之女兒，無黃疸，尿無膽色素反應，蛋白陽性，而有少數之玻璃狀圓柱，淋巴腺腫脹缺如。則其相同之點為女兒，黃疸缺如，無淋巴腺腫脹，尿反應第一及第三例有蛋白及圓柱。

得知上述三例，且亦能了解小兒癌之臨床上診斷，稍達闡明之域，請言其故：

余輩對於本例之臨床診斷，甘心止於腹部之瘤(肝臟瘤?)，瘤之所在，固適當於肝臟部，又識其為惡性瘤，且知肝癌無黃疸及淋巴腺瘤，故抱定肝癌無疑，僅基於一側之經驗，皮相的診定有易於誤謬之慮，故不敢判其診定，然現則親自得第二回之剖見，且亦知長澤氏例，想以後余輩對於小兒癌稍得確實之想像診定，完全與先進學

者之所說符合，如發見乳兒或小兒之肝臟部位類似肝臟形狀之瘤，其表面有如結節或磊塊之物，凹凸不平，其質堅硬，因呼吸時而移動，迅速膨大，隆起部往往呈假性波動，遂陷於惡病質，而登鬼籍者，應先疑爲肝臟癌（副腎及腎肉腫性瘤，因有脾臟邊似脾之形狀而露出者，其經驗少時，多有誤爲脾腫，須知其異趣，）此時下診定爲肝臟癌，由剖見亦得證明之，此不過爲余輩之所謂稍確實之想像診定，其實正真之診斷，當俟病理學的剖見及鏡檢也，僅據剖見亦有不得診定者，譬如第一例驟然見之，當診斷爲出血性肉瘤，即可知之，况單由外表之觀察乎？

小兒科

西文索引

A

- | | | | |
|---------------------------------|-----|-------------------------------------|----------|
| Abartive Form, 頓挫型 | 274 | 全身神經性症徵 | 217 |
| Abducens, 外轉肌 | 302 | Alter der Neugeborenen, 初生兒 | |
| Abhärtung, 強固 | 87 | 期 | 1 |
| Abschuppungsstadium, 落屑期 .. | 241 | Amoeba, 變形蟲 | 322 |
| Abulin | 45 | Ammonium Sulfoichthyolicum, 磺 | |
| Acid Sulfanilicum, 氨基苯磺酸 .. | 316 | 基魚石油酸鈹 | 250 |
| Acitose | 194 | Amnionnbel, 羊膜臍 | 129 |
| Addisöim 氏病 | 73 | Amyl-Alkohol, 戊醇 | 36 |
| Adductorenfalten, Cohn, 內轉肌 | | Amyloidleber, 澱粉樣肝 | 477 |
| 皺襞 | 71 | Anaphylaxie, 感受過敏症 | 306 |
| Adenoide, 腺樣的 | 334 | Anästhesin, 氨基苯甲酸乙酯 .. | 47 |
| Adenom, 腺腫 | 133 | Anästhesinglyzerin, 氨基苯甲酸乙 | |
| Adipositas, 脂肪過多病 | 71 | 酯甘油 | 389 |
| Adolf Rohn, 阿多夫龍氏 | 231 | Angeborene Anomalie, 先天性異 | |
| Adrenaline, 副腎素 | 47 | 常 | 395 |
| Adstringierende Mittel, 收斂藥 .. | 99 | Angeborene Anomalien, 先天異常 | 129 |
| Aether Chloroformium, 醚氣仿 .. | 235 | Angeborene Asphyxie, 先天性假 | |
| Agonale Invagination, 死戰期腸 | | 死 | 114 |
| 箱頓 | 432 | Angeborene Divertikel des Oeso- | |
| Airol, 沒食子酸氫氧碘化鉍 | 391 | phagus, 先天性食道憩室 | 395 |
| Aktive Immunisierung, 能動的免 | | Angeborene Stenose des Oeso- | |
| 疫 | 275 | phagus, 先天性食道閉鎖 | 395 |
| Akute Dyspepsie, 急性消化不良症 | 188 | Angina, 咽峽炎 | 87 |
| Akute Dyspepsie u. Coma dys- | | Angina necrotica, 壞疽性咽峽炎 | 244 |
| pepticum, 急性消化不良症及消 | | Anilin, 阿尼林 | 293 |
| 化不良症昏睡 | 208 | Animale Kuhlymphe, 動物性牛痘 | |
| Akute gelbe Leberatrophie, 急性 | | 漿 | 277 |
| 黃色肝萎縮 | 477 | Anopheles, 蚊屬 | 346 |
| Akute Gelenkrheumatismus, 急 | | Antiformin, 法 | 472 |
| 性關節腫麻質斯 | 364 | Antigen, 抗原 | 38 |
| Akute Infektionskrankheiten, 急 | | Antikörper, 抗體 | 38 |
| 性傳染病 | 239 | Antitoxin, 抗毒素 | 38 |
| Albumin, 蛋白質 | 29 | Antitoxineinheit, 一抗毒素單位 .. | 305 |
| Albuminurie der Neugeborenen, | | Apathie, 無慾狀態 | 313 |
| 初生兒蛋白尿 | 144 | Aphagie, 嚥下不能 | 399 |
| Alimentäre Intoxikation, 食物性 | | Aphthosa, 阿布答 | 138 |
| 中毒症 | 189 | Appendices epiploicae, 大腸網膜 | |
| Alimentäres Fieber, 食物熱 | 175 | 下垂體 | 447 |
| Allaitementmixte od. Zwiemil- | | Appendicitis, 蚓突炎 | 450 |
| chernährung, 混合營養法 | 68 | Argyrollösung, 亞爾格羅耳溶液 .. | 143 |
| Allgemeine krankheitszeichen, 一 | | Arnold, 阿諾爾德氏 | 229 |
| 般之疾病徵候 | 69 | Arrophischer Typus, 瘦削型 | 159 |
| Allgemeine Prophylaxe, 一般預防 | | Arsenferatose, 信石化露多時 | 484, 485 |
| 法 | 85 | Arteigene Nahrung, 同種性食物 | 44 |
| Allgemeine Therapie, 療法總則 .. | 88 | Arteriitis u. phlebitis umbilici, 臍 | |
| Allgem. neuropathische Zeichen, | | 血管炎 | 133 |
| | | Artfremd, 異種的 | 149 |
| | | Artfremde Milch, 異種乳汁 | 148 |

2 小兒科西文索引

Artfremde Nahrung, 異種性食物	44
Arthrimus, 關節炎質	214, 223
Arthritische Diathese, 痛風質	216
Asphyxie, 假死	114
Asthma thymicum, 胸腺喘息	233
Atelektase, 肺萎縮	116
Athetose, 指趾震擻	182
Atrophie, 削瘦症	152
Atropin, 阿託品	49
Auswahl einer Amme, 乳母之選擇	55
Azeton, 丙酮	208
Azetonkörper, 丙酮體	194

B

Babinski, 巴賓斯克氏	350
Babinskisches Phänomen, 巴賓斯克氏現象	14
Bac. acidophilus, 抗酸菌	11
Bac. bifidus commun., 普通重尾菌	10
Bac. butyric. obilis, 動性牛酪酸菌	11
Bac. butyricus immobilis s. Bac. perfringens, 不動性牛酪酸菌	11
Bac. coli comm., 普通大腸菌	10
Bachhausmilch, 巴克豪斯牛乳	63
Bac. putrific. coli, 大腸腐敗桿菌	11
Bact. lactis aerogenes, 乳酸菌	10
Balsam Peruyranum, 祕魯香膠	251
Bälz, 柏齊氏	6
Banti, 潘啓氏	479
Barium chloratum, 氯化鋇	476
Barlow'sche Krankheit, 巴羅氏病	41
Basch, 巴西氏	232
Basedow, 巴西多氏	74, 235
Bazin, 巴忍氏	213
Bazin, 巴臧氏	223
Beckenendlage, 骨盤端位	123
Bednar'sch Aphthen, 培德納氏亞布答	388
Behring, 培靈格氏	294, 304
Bellend, 犬吠狀	299
Berg, 伯爾格氏	398
Bergsches Gesetz, 伯爾格氏定律	390
Bertansan, 人名	37
Bertin, 伯爾丁氏	407
Bessalium, 人名	438
Bick, 比克氏	479
Biedelt, 俾德耳忒氏	34
Biedert's Rahmgemenge, 俾德耳忒氏乳脂混合汁	63
Bilanzstörung, 平衡失調症	151
Bilirubin, 膽紅質 (胆汁赤色素)	10, 119, 154, 174
Bilivertin, 膽綠質	10, 174

Billard, 人名	399
Bismarkbraun, 人名	304
Blasser Scheintod, 輕症假死	114
Blattern, 痘瘡	272
Blennorrhoea umbilica, 臍膿漏	132
Bloch, 布羅赫氏	215
Block'sche Horchperkussionsapparat, 布羅克氏聽叩診器	231
Blumenreich, 布盧門萊希氏	231
Blut, 血液	4
Boccae, 菩卡伊氏	194
Bordet, 波爾德氏	330
Briessnitz, 布立斯里持氏	250, 459
Bromoforn, 溴仿	336
Bronchialathmen, 枝氣管性呼吸音	79
Bronchophonie, 枝氣管擊	79
Bronner, 布隆納氏	374
Brustdrüsenschwellung der Neugeborenen und Mastitis neonatorum, 初生兒之乳腺腫脹及乳腺炎	143
Brustumfang, 胸圍	24
Bubonenpest, 腺腫症鼠疫	345
Budin'sche Brustdrüse, 布丁氏乳器	50
Buhl'sche Krankheit, 布爾氏病	139
Bushall, 布西爾氏	228
Buttermilch, 牛酪乳	62, 168

C

Camerer, 卡麥勒爾氏	15, 18, 31, 43
Canula, 套管	310
Capelle, 卡培爾勒氏	235
Caput succedaneum, 產瘤	123
Caries, 骨疽	454
Caryza, 鼻卡他	47
Cephalhaematom, 頭血腫	123
Cephalhaematom externum, 頭血腫	123
Cephalhaematom internum, 頭內血腫	125
Cerebraler Typus, 腦症型	193
Chemische Zusammensetzung, 化學之構成	2
Cheyen-Stocke, 俠依司脫克氏	405
Cheyen-Stoke, 狹依, 司脫克氏	182
Chinin hydrochlor, 鹽酸金雞納	348
Chirurgisscher od. traumatischer Scharlach, 外科的或創傷性猩紅熱	240
Chloral hydratum, 水合三氯乙醛	199
Chloroformium, 氯仿	49
Cholera algida, 厥冷性霍亂	329
Cholera asiatica, 亞細亞霍亂	327

Cholera asphyctica, 假性霍亂 .. 329
 Cholera infantum, 小兒霍亂 .. 148
 Cholera-typhoid, 霍亂傷寒症 .. 329
 Choleriformer Typus, 霍亂樣型 .. 193
 Chorer minor, 小舞蹈病 .. 365
 Chromaffin System, 銘嗜好性系統 .. 230
 Chronische Dyspepsie, 慢性消化不良症 .. 172, 210
 Chronische gastrogen Dyspepsie, 慢性胃性消化不良症 .. 210
 Chvostek's punkt, 科務司忒克氏點 .. 81
 Cohnheim .. 492
 Colica mucosa, 粘液痙痛 .. 464
 Coli-Colitis, 大腸菌性大腸卡他 .. 461
 Colitis, 大腸卡他 .. 461
 Colonie, 集羅 .. 293
 Comby, 康比氏 .. 223, 225
 Conjunctivitis blennorrhoeica acuta neonatorum, 初生兒急性膿漏眼 .. 142
 Conradi, 空拉第氏 .. 317
 Constantinople, 君士坦丁 .. 276
 Corre Wassermann, 科爾烈發瑟曼氏 .. 352
 Couveuse, 保溫器 .. 91, 110
 Craetz, 克萊斯氏 .. 451
 Cri hydrocephalique, 腦水腫性號泣 .. 75
 Cuba island, 古巴島 .. 384
 Curbbe, 庫爾伯氏 .. 433
 Czerny, 徹尼氏 .. 29, 30, 54, 56

D

Darmflora, 細菌集團 .. 10
 Darmkatharrese, 腸點滌法 .. 199
 Darmkatarrh d. aelteren Kinder, 兒童之腸卡他 .. 459
 Darmspülung, 腸洗滌 .. 96
 Das Abstillen, 廢乳 .. 46
 Das Kolostrum, 初乳 .. 29
 Das nervöse Erbrechen, 神經性嘔吐 .. 415
 Dauermilch, 永久乳 .. 31
 Decoct Fol. Sennae, 旌那葉煎 .. 458
 Dégénérés Supérieurs, 偏頗 .. 260
 Dekomposition, 消耗病 .. 180
 Delle, 臍窩 .. 270
 Dentitio difficilis, 生齒困難 .. 393
 Dentition, 生齒 .. 28
 Der angeborene Darmverschluss, 先天性腸管閉塞 .. 418

Dermatitis exfoliativa, 剝脫性皮炎 .. 146
 Des Kindes Eruabrung, 小兒之榮養 .. 147
 Deutsch, 達亦氏 .. 47
 Dextrin, 糊精 .. 65
 Deycke, 德依克氏 .. 306
 D. Herlle, 赫爾里氏 .. 326
 Diastase, 澱粉酵素 .. 212
 Diastase u. Glycolytische Fermente, 糖化素 .. 37
 Diathese, 素質 .. 213
 Diazo, 重氮色素 .. 443
 Die atrophische Zirrhose, 萎縮性肝硬化症 .. 478
 Die Blutstauungszirrhose, 鬱血性肝硬化症 .. 479
 Die eitrige Peritonitis, 化膿性腹膜炎 .. 465
 Die eitrige Peritonitis d. Neugeborenen, 初生兒化膿性腹膜炎 .. 465
 Die fettige Degeneration der Leber, 肝脂肪變性 .. 477
 Die Gonokokkenperitonitis, 淋菌性腹膜炎 .. 468
 Die hypertrophische Zirrhose, 肥大性肝硬化症 .. 479
 Die infektiöse Ikterus, 傳染性黃疸 .. 382
 Die Mesenterial-u. Retroperitonealdrüsentuberkulose, 腸間膜腺結核及後腹膜腺結核 .. 469
 Die Milch, 乳汁 .. 29
 Die natürliche Ernährung, 天然營養法 .. 44
 Die nervöse Anorexie, 神經性食慾缺損 .. 416
 Die Pneumokokkenperitonitis, 肺炎菌性腹膜炎 .. 465
 Die Streptokokkenperitonitis, 鏈球菌性腹膜炎 .. 467
 Digestionsapparat, 消化器系統 .. 7
 Dilatatio ventriculi, 胃擴張 .. 417
 Diphtherie, 狄扶的里 .. 293
 Diphtherie des Larynx und der Trachea, Echter krupp, 喉狄扶的里及氣管狄扶的里或核布 .. 299
 Diphtheriemembran, 狄扶的里假膜 .. 294
 Disposition, 傳染素質 .. 239, 256
 Drigalski, 德里加爾斯克氏 .. 317
 Druckmarke, 壓迫印象 .. 122
 Drüsenpest, 腺腫症鼠疫 .. 345
 D. S. Phage, 敵病菌汁 .. 327
 Duboi, 丟霸氏 .. 214

4 小兒科西文索引

<p>Dukes-Filatowsche krankheit, 丟克斯費那多氏病 .. 269</p> <p>Dunndarmkatarrh, 小腸卡他 .. 459</p> <p>Dyphagie, 嚥下困難 .. 399</p> <p>Dysenterie, 赤痢 .. 321</p> <p>Dyspepsie, 消化不良症 .. 148, 208</p> <p>Dyspepsie durch endogene Schädigung. 由內因的障礙之消化不良症 .. 203</p> <p>Dyspepsin, 食物性中毒症 .. 94</p> <p>Dyspeptische Stühle, 消化不良便 .. 173</p> <p>Dystrophie, 營養不良 .. 151</p> <p>Dystrophie bei einseitiger Mehrlernahrung, 因穀粉偏養之營養不良 .. 158</p> <p>Dystrophie durch unzureichende Ernährung, 因營養不充分之營養障礙 .. 171</p> <p>Dystrophie mit Dyspepsie, 兼有消化不良之營養不良 .. 172</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Ebert, 埃柏特氏 .. 311</p> <p>Ehrlich, 艾利氏 .. 45</p> <p>Ehrlich's Diazoreaktion, 艾利氏重氮色素反應 .. 316</p> <p>Einfache Quantitative Inanition, 單純性定量的飢餓 .. 171</p> <p>Einfaches Normal-(Heil-) Serum, 單純正規(或治療)血清 .. 305</p> <p>Eintrittspore, 病原侵入門 .. 240</p> <p>Eiweissmilch, 蛋白乳 .. 162, 167</p> <p>Ekiri, 疫痢 .. 323</p> <p>Ekzemtod, 濕疹死 .. 219</p> <p>Elitrodextrin .. 161</p> <p>Emil Lass, 人名 .. 167</p> <p>Enanthem, 內疹 .. 273</p> <p>Endogene Nährschaden, 內因的營養障礙 .. 222</p> <p>Energie, 勞力 .. 42</p> <p>Engel, 恩該爾氏 .. 12</p> <p>Enterale Infektion, 腸內傳染 .. 172</p> <p>Enteritis follicularis, 濾胞性腸卡他 .. 463</p> <p>Enteritis membranacea, 假膜狀腸炎 .. 464</p> <p>Enteritis muco-membranacea, 偽膜性大腸卡他 .. 226</p> <p>Entero-colite Sableuse, 大腸卡他 .. 226</p> <p>Enterokokken, 腸球菌 .. 11</p> <p>Enteroteratom, 腸畸形腫 .. 133</p> <p>Entgiftete Kochsalzlösung, 解毒食鹽水 .. 198</p>	<p>Entwöhnung, 離乳或斷乳 .. 56</p> <p>Eosin, 曙光紅 .. 464, 490</p> <p>Eosinophile Darmkrise, 曙紅嗜好細胞性腸發作 .. 219</p> <p>Ependyma, 腦室被膜 .. 401</p> <p>Erbseher punkt, 艾爾普氏點 .. 127</p> <p>Erepsin .. 8</p> <p>Erlbrechen, 吐乳 .. 202</p> <p>Ernährung an der Brust, 人乳營養法 .. 44</p> <p>Ernährung des Kindes, 小兒之營養法 .. 42</p> <p>Ernährungsstörung des Brustkindes, 人乳營養兒之營養障礙 .. 200</p> <p>Ernährungsstörungen auf Grund angeborener Fehler der Konstitution, 先天的體質缺損之營養障礙 .. 150</p> <p>Ernährungsstörungen der Flaschenkinder, 人工營養兒之營養障礙 .. 148</p> <p>Ernährungsstörungen der Säuglinge, 哺乳兒營養障礙 .. 147</p> <p>Ernährungsstörungen ex alimentatione, 食物性營養障礙 .. 150</p> <p>Ernährungsstörungen ex infectione, 傳染性營養障礙 .. 150</p> <p>Ernährungs u. Stoffwechselstörung, 營養及新陳代謝障礙 .. 217</p> <p>Ernährungszustand u. Körperbau, 營養狀態及體格 .. 71</p> <p>Eronstneisser, 愛龍斯忒奈塞氏 .. 293</p> <p>E. Rose, 羅哲伊氏 .. 373</p> <p>Erste Kohlenhydrat, 第一碳水化合物 .. 66</p> <p>Erstlingsmilch, 初乳 .. 29</p> <p>Erworbene Asphyxie, 後天性假死 .. 116</p> <p>Erworbene Erkrankung, 後天性疾患 .. 395</p> <p>Erysipel, 丹毒 .. 342</p> <p>Erysipelas neonatorum, 初生兒丹毒 .. 140</p> <p>Erythema infectionsum, 傳染性紅斑 .. 264, 268</p> <p>Erythema neonatorum, 初生兒紅斑 .. 120</p> <p>Esbach, 艾斯巴氏 .. 472</p> <p>Essentielle Opstipation, 真性便秘 .. 458</p> <p>Eulerokatarrh, 腸卡他 .. 148</p> <p>Ex alimentatione erkrankter die Kinder, ex infectione sterben sie, 小兒由食物而病, 由傳染而死 .. 183</p>
--	---

Exsudative Diathese, 滲出質
203,213,216,217

Exsudative Integumentprocess
der Haut u. Schleimhaut, 外皮
及粘膜之滲出性溢張狀態 .. 217

Extractum Belladonnae, 顛茄流
浸膏 336

F

Facialislähmung, 顏面神經麻痺 .. 128

Facialisphaenomen, 顏面神經現象 .. 81

Facies abdominalis, 腹性顏貌 .. 435

Facies tetanica, 破傷風顏貌 .. 371

Fagol, 乏戈耳 473

Fater, 乏德爾氏 418

Favorinus, 人名 48

Febnon, 福白龍 348

Febris flava, 黃熱 384

Febris intermittens, 間歇熱 .. 346

Febris intermittens quotidiana,
每日間歇熱 347

Febris intermittens tertiana, 隔
日間歇熱 347

Feer, 斐爾氏 53, 162

Ferienkolonie, 夏期休假隊 87

Fettdiarrhoe, 脂肪腹瀉 182

Fettseifenstuhl, 脂肪肥皂便 .. 153, 154

Fettsucht, 肥胖症 149

Filatow, 人名 339

Finkelstein, 芬克耳斯坦氏 45

Fissura ani, 肛門裂傷 438

Flacks-Schlossmann, 佛拉克斯, 什
羅斯曼氏 277

Fleischbruehe, 肉汁 57

Flenkel, 佛蘭克耳氏 465

Flexner, 夫雷克斯納氏 322, 352

Florida, 佛羅里達氏 220

Fluctuation, 波動 345

Flügge, 夫盧革氏 371

Folmalin, 蟻醛 307

Fraktur der Clavicura, 鎖骨骨折 .. 122

Franz Josefsche Bitter Iuelle, 佛
蘭次沃舍夫氏泉鹽 98

Französische Gemüsesuppe, 法
蘭西野菜汁 198

Friedlander, 夫利德楞得氏 137

Friedlepen, 夫利德勒彭氏 231

Fries, 夫利什氏 437

Fruchtzucker od. Laevulose, 果糖 .. 65

Früherysipel, 早發丹毒 280

Frühgeburt, 早產兒 109

Frühreaktion, 早期反應 279

Fuchsin, 一品紅 327

Fungus umbilici, 臍息肉 133

G

Gaffky, 加夫基氏 311

Gährungsdyspepsie, 醱酵消化不
良 210

Galaktose 9

Galea, 腱膜 123

Galen, 格林氏 213

Galliard, 加利伊阿爾氏 227

Ganglion, 神經節 407

Gangrän des Strangrestes,
Sphaeolus, 臍帶壞死 131

Garhn, 格林氏 224

Gärtner'sche Feltmilch, 革特納
氏脂肪乳 63

Gastroenterostomie, 胃腸吻合術 .. 414

Gehurtsgeschwulst, 產瘤 123

Gehurtstraumen, 分娩時外傷 .. 122

Gelbes Fieber, 黃熱 384

Gengue, 普規氏 330

Genickstarre, 流行性腦脊髓膜炎 .. 348

Gentile 氏消毒器 41

Gerbard, 格爾巴耳德氏 399

Geschrei u. Husten, 啼泣, 咳嗽 .. 75

Gesichtsausdruck, 顏貌 75

Gewichtsstürze, 體重墜落 181

Gewöhnliche Form der chronis-
chen Dypepsie, 普通之慢性消
化不良症 210

Giernsa, 格姆薩氏 30

Giftigkeit des artfremden Ei-
weisses, 異種蛋白之有毒性 .. 149

Gillet, 人名 339

Giuevilhier, 人名 399

Glaver, 格拉布瓦氏 214

Globulin, 格羅布林 29

Glukose 葡萄糖 9

Glycerinester 34

Gneis, 脂漏 218

Golaktose 193

Goldkorn 68

Gonty disposition or litkaemia .. 223

Göttingen, 格丁根 398

Gowers - Sahlische Haemoglobin
Mèter, 戈章爾氏血色素法 .. 486

Gozpert, 戈池伯爾忒氏 431

Gram, 格蘭氏 293

Granuloma umbilici, 臍息肉 133

Graue Obstipation, 灰白色便秘 .. 153

Grifes, 格利非斯氏 225

Grippe, 流行性感冒 336

Grosse Atnung, 大呼吸 192

Grosse Fontanelle, 大顛門	27
Guajacol, 愈創木酚	473
Guajacolum carbonicum, 碳酸愈 創木酚	336
Guarnier'sche Körperchen, 古阿 爾里氏小體	272
Gul, merulonephritis, 絲球體腎臟 炎	246
Gumelin, 顧麥領氏	475
Gurien, 咕嚕音	435

H

Habitus phthisicus, 肺癆性體格	78
Hacker, 哈爾爾氏	396
Haematom des Sternocleidoma- stoideus, 胸鎖乳突肌血腫	126
Hämatogene Theorie, 血液形成的 學說	119
Hamburger, 漢布爾格氏	149
Hanotsche Zirrhose, 哈腦氏肝硬 化症	479
Haptine 類	38
Harmolal, 脾臟製劑	458
Harnsäureinfarkt, 尿酸栓塞	12
Harnsäureinfarkt der Neuge- borenen, 初生兒尿酸梗塞	144
Harsenscharte, 兔唇	47
Haut, 皮膚	6
Hautnabel odes Cutisnabel, 皮膚 臍	123
Hebra, 黑布拉氏	226
Hecker, 黑刻氏	226
Hectoen, 黑克頓氏	256
Heim-Johnsche Lösung, 埃姆約 翰氏鹽液	197
Heine-Medin, 海內, 麥丁氏	73, 352
Heller, 黑爾萊爾氏	427
Helmitol, 海而密妥	251
Hematoxysin,	490
Henoch, 黑諾荷氏 (赫羅荷氏)	98, 252, 400
Hepatogene Theorie, 肝病的學說	119
Hernia funiculi umbelicalis, 臍帶 脫出	129
Hernia umbilicalis, 臍赫尼亞	449
Hernien, 赫尼亞	449
Hernien inguinalis, 鼠蹊赫尼亞	449
Herzlungeräusch, 心肺雜音	78
Heton, 黑同氏	435
Heubner 華卜萊耳氏	46, 59, 409
Hexenmilch, 初乳	6
Himbeerzunge, 覆盆子舌	242
Hippocrates, 希波克拉提斯	75, 398

Hirnblutung, 腦出血	126
Hirsch, 希爾什氏	349
Hirschgrung, 赫爾施斯革魯格氏	410
Hirschgrungsche krankheit, 赫爾 施斯革魯格氏病	419
His, 希斯氏	214
Hochsinger, 荷勁梓爾氏	232
Hoffman, 荷夫曼氏	405
Hohe Irrigatio, 高位洗滌	98
Hohlwarge, 乳嘴陷凹	47
Holmonar	99
Hormon, 荷爾蒙	9
Hornschicht, 角層	146
Humanisierte kuhlymphe, 人化 牛痘漿	277
Hungertherapie, 飢餓療法	178, 197
Huppert Salcoskey, 溥伯爾忒薩爾 果斯克氏	475
Hüter, 許忒氏	214
Hydrämischer Typus, 水腫型	160
Hydrocephaloid	193
Hygiene der Stillenden, 授乳婦之 攝生	48
Hygiyama 液	59
Hyperemesis lactentium, 吐乳過 多	410
Hypertonie, 緊張興奮	159
Hypertonischer Typus, 緊張興奮 型	160
Hypertrophische Pylorusstenose, 肥厚性幽門狹窄	410
Hypoplastische Konstitution, 發 育不全的體質	230

I

Ibrachum, 依布拉希姆氏	410
Ibrahim 氏吸引器	50
I. colic, 結腸重疊	433
Icterus catarrhalis, 卡他性黃疸	475
Icterus neonatorum, 初生兒黃疸	119
Idiat, 白痴	14
Idiosynkrasie gegen Brustmilch, 對於人乳之特異質	204
I. Ileocoecalis, 迴腸盲腸重疊	433
I. Ileocolica, 迴腸結腸重疊	433
I. iliaca, 迴腸重疊	433
Ileocoecalgurren, 雷鳴	314
Ileotyphus, 傷寒	311
Ileus, 吐糞症	418, 454
Imbecillität, 痴愚	14
Immunitätseinheit I-E, 一免疫單 位	305

Impfanzette, 種痘刀 277
 Impfpapier, 種痘丘疹 278
 Impfschein, 種痘證 279
 Impftechnik, 種痘術式 277
 Inanition, 飢餓 150, 201
 Indican, 木藍素 443
 Indikan, 木藍素 207
 Influenza, 流行性感冒 336
 Inkubationszeit, 潛伏期 240
 Intramuskuläre Injektion, 肌肉
 內注射法 107
 Intravenöse Infusionen, 靜脈內注
 射 107
 Intubation, 插管術 94, 300, 307
 Intussuszeption, 腸重疊 432
 Invagination, 腸箱頓症 432
 Ion, 氫離子 46
 Irrigator, 洗腸器 96
 Istizen, 一試滌淨 99

J

Jenner, 貞納氏 276
 Jodphile Bakterien, 碘嗜好性菌 161
 Jodvazogen, 沃度瓦若肯 474
 Jugulum, 胸骨上緣窩 300
 Jüngeres Kindesalter, 幼年期 r

K

Kareinbröckel, 乾酪素凝塊 174
 Karl Basch, 卡爾巴西氏 231
 Kasein, 乾酪素 8
 Kaseingerinnsel, 乾酪凝塊 8
 Kassowitz, 卡索威斯氏 233
 Katalase 37
 Katarrhalische Form der Diph-
 therie, 卡他性狹扶的里 297
 Katarrhalische Stadium, 卡他期 257
 Katatonie, 緊張病 192
 Keller, 開勒氏 54
 Keller'sche Malzsuppe, 開勒氏麥
 芽汁 58
 Keller'sche Suppe, 開勒氏汁 157
 Kernhallige rote Blutzellen, 有核
 赤血球 4
 Kernig, 刻里寧氏 350
 Keruiv, 刻里 氏 315
 Keuchhusten, 百日咳 330
 Keuchhustenanfall, 痙咳發作 331
 Keyserling, 克西爾林格氏 406
 Kindliches Wachstum, 小兒發育
 論 15
 Kladothrix 類 393

Klose, 克羅札氏 232
 Klumpkesche Lahmung, 克魯門
 普克氏麻痺 127
 Knabenalter, 兒童期 2
 Knochenverletzung, 骨外傷 122
 Knöpfelmacher, 克羅飛爾馬格爾
 氏 119
 Knorr'sche Hafemehl, 克諾爾氏
 燕麥粉 67
 Koch, 科赫氏 327
 Koch-Weckscher Bacillus, 苛克威
 克氏菌 142
 Kollarktemperatur, 虛脫體溫 181
 Kolostrum körperchen, 初乳球 29
 Komma 桿菌 327
 Komplement, 補體 38
 Kondenssmilch, 煉乳 58
 Konstitutions anomalie, 異常體
 質 213
 Kontaktinfection, 觸接傳染 239
 Kopfgeschwulst, 頭瘤 123
 Kopfumfang, 頭圍 24
 Kopfschmerz d. Wachstumspe-
 riode, 成長期頭痛 228
 Kopftetanus, 頭破傷風 372
 Koplik, 科卜里克氏 76, 248
 Koplik'sch Flecke, 科卜里克氏斑 258
 Körpergewicht, 體重 17
 Körperlänge, 身長 15
 Körpertemperatur, 體溫 6
 Krankheiten der mundhöhle, 口
 腔疾患 387
 Krankheiten der Neugeborenen
 初生兒疾患 109
 Krankheiten der Verdauungsor-
 gane, 消化器系統疾患 387
 Krankheitsbereitschaft, 疾患受納
 性 214
 Kroupusten, 格魯布咳 299
 Kruse, 克盧札氏 322
 Kryp ogenetischer Tetanus, 潛原
 性破傷風 371
 Kufke's Kindermehl, 庫飛克氏小
 兒粉 67
 Kuhmilchmolke, 牛乳乳漿 45
 Kuhpockenimpfung, 種痘 275
 Künstliche Ernährung, 人工營養 57
 Kurschmann, 庫爾什曼氏 453

L

Lab, 凝乳 34
 Lab und Pepsin, 消化醱酵素 8
 Lactagoga, 利乳劑 49

Menschenmilchmoike, 人乳乳漿	45
Méry, 麥利氏	223
Méry's Gemüsebouillon, 麥里氏之野菜肉汁	197
Methylenblau, 次甲藍	293
Metschnikoff, 人名	10
Meyer, 邁爾氏	45
Mikulicz'sche Krankheit, 密古里持氏病	394
Milchbröckel	174
Milchfett, 乳汁脂肪	153
Milchschorf, 乳痲	218
Milchnährschaden, 乳汁榮養障礙	152
Milchsäurebakterienkultur, 乳酸菌培養	63
Milchsäurebazillen, 乳酸菌	31
Milchspeien, 溢乳	202
Milchzucker od. Laktose, 乳糖	65
Milkfood, 乳製劑	59
Molke, 乳漿	8, 34
Monothermie, 單調熱型	7
Monten, 孟登氏	276
Monthie, 莫啓氏	64
Monti, 蒙提氏	215
Monyok, 孟里克	276
Morbilli, 麻疹	256
Morbilli confluenti, 聯合麻疹	261
Morbilli haemorrhagici, 出血性麻疹	261
Morbilli Papulosi, 丘疹形麻疹	261
Morbilli vesiculosi, 水泡麻疹	261
Moro, 摩羅氏	10, 486
Moro's Karottensuppe, 摩羅氏之胡蘿蔔汁	197
M. Thiemich, 提咪席氏	15, 20
Much, 姆克氏	255
Mumps, 流行性腮腺炎	340
Mundfäule, 亞布答性口內炎	388
Muttermilchdyspepsie, 母乳消化不良症	202
Myeloryten, 骨髓細胞	5
Myocarditis, 心肌炎	301

N

Nabelblutung, 臍出血	136
Nabelerkrankungen, 臍部疾患	128
Nabelgangrän, 臍壞疽	131
Nackenstarre, 項部強直	349
Nahrmaltose, 滋養麥芽糖	153
Nahrungsentziehung, 食物供給停止	196
Narcotica, 麻醉藥	102

Nasendiphtherie, 鼻腔狄扶的里	298
Natriumnitropurssid	209
Nausea od. Brechneigung, 嘔氣	192
Nebenpoken, 副痘疱	279
Neisser, 奈塞氏	304
Nelaton Katheter, 內拉同導尿管	96
Neaton, 內拉同	431
Neo-Langstein, 新蘭格斯藤氏	219
Nervenlähmungen, 神經麻痺	127
Nervensystem, 神經系統	13, 80
Nestle's Kindermehl, 內斯爾氏小兒粉	67
Nettel, 內特爾氏	235
Netter, 勒特爾氏	383
Neuro-Arthrimus, 神經痛風質	213, 223
Neuro-Arthritische Diathese, 神經痛風質	216
Neuropathische Konstitution, 神經性體質	203
N. Gerber, 該爾柏氏	36
Nicholson, 尼柯爾松氏	214
Nichthomogen	10
Nichttoxische Ernährungsstörungen, 非毒性榮養障礙	151
Nicolaier, 尼科來伊爾氏	134, 371, 374
Noimann, 邇依曼氏	374
Noma, 水疔	391
Nucleoprotein	34
Nutrose, 蛋白粉	204, 212
Nylander, 尼蘭德爾氏	193

O

Obstipation, 便秘	457
Oedemaneonatorum, 初生兒浮腫	121
Oesophagusoor, 食道鵝口瘡	397
Oestrich 俄施忒里喜氏	231
Ollendorfs 樹膠栓	40
Ollendorfscher Pasteuriserapparat, Ollendorfs 氏低溫殺菌器	40
Omnadin, 握姆納丁	255
Omphalorrhagie, 臍出血	136
Opisthotonus, 角弓反張	350, 372
Opsonin, 調理素	38, 221
Orchitis, 睪丸炎	341
Orexin-Tannicum, 鞣酸歐力新	326
Originäre Kuhlymphe, 天然牛痘漿或原牛痘漿	276
Osazonprobe, 俄薩嵩法	193
Otitis media, 中耳炎	245
Oxydase, 氧化素	37
Oxypathie 說	215

P

- Palowt 氏癩瘰 128
 Paltauf, 巴托阿夫氏 213, 229
 Panadin, 百乃定 255
 Pandemie, 大流行 257
 Paradoxe Reaktion, 奇怪反應 .. 1 4
 Paraenterale Infektion, 腸外傳染 .. 172
 Paratyphus, 類傷寒 319
 Paravertebral-Pneumonie, 脊柱周圍肺炎 110
 Parotitis epidemica, 流行性腮腺炎 340
 Pasteur, 巴斯忒伊爾氏 382
 Pasteurisation, 低熱殺菌法 40
 Payer, 派厄氏 230, 312
 Pelotte, 壓子 450
 Pemphigus neonatorum, 初生兒大水疱疹 145
 Pepsin, 胃液素 8
 Pergamentknittern, 羊皮紙樣捻髮音 124
 Pericarditische Pseudo-leberzirrhose, 心包炎性假性肝硬化症 .. 479
 Peritonitis tuberculosa, 結核性腹膜炎 470
 Peritonitis tuberculosa adhaesiva, 粘連性結核性腹膜炎 470
 Peritonitis tuberculosa exsudativa, 滲出性結核腹膜炎 471
 Persistenz des Du us omphalomesentericus, 臍腸管膜管之遺存 130
 Pertussis, 百日咳 330
 Pestkarbunkel, 鼠疫癰 345
 Pestpneumonie, 肺炎性鼠疫 345
 Pfaundler, 龐德萊爾氏 8
 Pfeiffer, 普淮斐氏 337
 Pflasterepithel, 磚狀細胞 390
 Phage, 菌汁 327
 Phlykten, 水疱疹 219
 Physiologische Gewichtsabnahme, 生理的體重減少 18
 Physiologische atabschlüpfung, 生理的皮膚剝落 73
 Physiologische Hypertonie der Muskulatur, 四肢肌肉生理的緊張 14
 Physiologisches Geifern, 生理的唾涎 7
 Physiologisches Schielen 13
 Pick, 彼克氏 383
 Pipette, 滴定管 177, 200
 Pirquet, 彼爾開氏 222, 443, 487
 Pirquet'sche Reaktion, 彼爾開氏反應 55
 Plasmodiae malarie, 瘧疾原蟲 .. 346
 Plasmodium, 原形體 239
 Plasmon, 204
 Plö zliche Versingen der Milchsekretion, 乳汁分泌停止 48
 Pochae, 菩卡伊氏 173
 Pocken, 痘瘡 272
 Pockennabe, 痘瘡臍窩或痘窩 273
 Pockenpustel, 痘瘡膿疱 273
 P. kilothermie, 多形熱型 6
 Polyarthrits acuta, 急性關節炎 .. 364
 麻質斯 364
 Polyp, 茸腫 432
 Polysarkie, 多肉性 224
 Pos diphtherische Lähmung, 狄扶的里後之麻痺 302
 Pos diphterischer Herztod, 狄扶的里後之心動休止 301
 Postös, 泥膏狀的 159
 P aezipitationsreaktion, 乾酪素沉降反應 44
 Praez ipitin, 沉降素 38
 Prausnitz, 普拉司里斯氏 85
 Pravaz'sche Spritze, 普拉瓦斯氏注射器 94
 Primäre chronische celenkrheumatismus, 原發性慢性關節炎 .. 369
 Primäre Nasendiphtherie, 原發性鼻腔狄扶的里 299
 Probe von Rivalta, 利瓦爾他氏法 .. 472
 Problem der Künstlichen Ernährung, 人工榮養上之問題 149
 Prodromalexanthem, 前驅期發疹 .. 273
 Prodromalstadium, 前驅期 257
 Prolapsus recti, 直腸脫肛 438
 Promotorium, 薦骨岬 122
 Pro sekretin, 前分泌素 9
 Protolytische Fermente, 蛋白分解酶素 37
 Prurigo, 痒疹 219
 Pseudocystis, 假性腹水 473
 Ps udoskopiation, 假性便秘 411
 Pseudokrupp, 假性格魯布 261, 303
 Pseudoklein 34
 Psychische Tätigkeit, 精神作用 .. 14
 Ptomain, 細菌屍毒 383
 Pto ische Erscheinungen, 下垂性症狀 204
 Ptyalin; 唾液素 7
 Pueriles Atmen, 小兒呼吸音 6, 79
 Puls, 脈搏 3

Pyloroplastik, 幽門形成術 .. 414
 Pylorospasmus, 幽門痙攣 .. 414
 Pylorusdehnung, 幽門伸展 .. 414
 Pylorusstenose d. Säuglinge, 哺
 乳兒幽門狹窄 .. 410

Q

Qualitative Partielle, 定性的飢餓 150
 Quantitative Inanition, 定量的飢
 餓 .. 150
 Quenne-Müller, 魁尼咪萊爾氏 .. 35
 Questsche Zahl, 規斯忒氏數 .. 184
 Quincke, 昆克氏 .. 82

R

Rachford, 拉齊弗爾德氏 .. 225, 227
 Radiäre Incisione, 放線狀切開法 144
 Radium, 鐳光 .. 89
 Raie blanche, 白線 .. 241
 Rasen, 茵芝 .. 399
 Rasende Wuth, 躁狂 .. 382
 Rattenbisskrankheit, 鼠咬症 .. 369
 Raudnitz, 耶德尼斯氏 .. 32
 Redactase, 還元酵素 .. 37
 Reflex, 反射機能 .. 13
 Rehn, 冷氏 .. 232
 Reichtens eron, 賴喜吞斯德農氏 433
 Reiswasserähnlich, 米泔汁狀 .. 329
 Rektale Instillation, 直腸內點滴
 法 .. 96
 Reparatonsperiode, 整復期 .. 185
 Reprise, 回響 .. 332
 Resina Guajaci, 瘡瘡木脂 .. 37
 Respiration-Apparat, 呼吸器系統 5
 Retropharyngealabscess, 咽後膿
 瘍 .. 303
 Retrovakinationslymphe, 還種
 牛痘漿 .. 277
 Revakzination, 再接種 .. 279
 Reyher, 累耶赫爾氏 .. 53
 Rheumalischer u. idiopatischer
 Tetanus, 僵麻質斯性及特發性
 破傷風 .. 371
 Rhinitis membranacea, 假膜性鼻
 卡他 .. 299
 Rhose-Zenger, 羅哲, 生格爾氏 .. 439
 Ribbert, 立伯忒氏 .. 450
 Rindlersch, 林特萊什氏 .. 214
 Ringer, 林格爾氏 .. 94
 Ringer'sche Lösung, 林格爾氏溶
 液 .. 95

Risus sardonicus, 痙笑 .. 134, 371
 Robert, 羅貝爾氏 .. 327, 472
 Ro rzucker od. Saccharose, 蔗糖 65
 Rokitan'sky, 羅基坦斯基 .. 229
 Röm r, 拉麥氏 .. 45
 Röntgenstrahlen, 愛克司光線徹照
 法 .. 83
 R osenstern, 羅孫斯特隆氏 .. 220
 Ros-en, 羅生氏 .. 473
 Röteln, 風疹 .. 266
 Rubeola, 風疹 .. 266
 Rubeola scarlatinosa, 猩紅熱性紅
 疹 .. 269
 Rudimentäre Form, 不全型 .. 243
 Rudolf-Schmidt, 盧多爾弗, 什密
 特氏 .. 215
 Ruhr, 赤痢 .. 321

S

Saccharin, 蔗糖 .. 57
 Sahli, 撒里氏 .. 94
 Salge, 薩耳格氏 .. 111
 Salvarsan, 薩爾佛散 .. 250, 370
 Salzfeber, 鹽熱 .. 64, 175
 Sanat gen, 山拿吐精 .. 212
 Sa gkraft, 哺乳力 .. 185
 Säuglingsalter, 哺乳兒期 .. 1
 Saure Atmung, 酸呼吸 .. 192, 226
 Scarlatina miliaris, 粟粒猩紅熱 .. 241
 Scartatina sine exanthemate, 無
 疹性猩紅熱 .. 243
 Schadnard, 施卡德華爾氏 .. 408
 Scharlachangina, 猩紅熱性咽峽炎 240
 Scharlachdiphtheroid, 猩紅熱性
 狹扶的里狀症 .. 244
 Scharlachnephritis, 猩紅熱腎臟炎 246
 Scharlachrheumatismus, 猩紅熱
 性僵麻質斯 .. 245
 Scharlach, Scarlatina, 猩紅熱 .. 239
 Scharlachtyphoid, 猩紅熱性傷寒
 樣症 .. 246
 Scharlachzunge, 猩紅熱舌 .. 242
 Schauyen, 人名 .. 37
 Schenkeldreieck, 股三角 .. 273
 Schlafmittel, 催眠藥 .. 102
 Schleim, 黏滑汁 .. 66, 156
 Schlossmann, 什羅斯曼氏 .. 46
 Schmidt, 什密特氏 .. 210
 Schmutz-oder Schmierinfektion,
 污物感染 .. 87
 Schnittmethode, 切種法 .. 277
 Schorf, 腐痂 .. 312

- Schottelius, 人名 10
 Schottmüller, 索特謬納氏 319
 Schultze, 舒爾斯氏 115
 Schwellung d. lymphatischen Gewebe, 淋巴性組織之腫脹 217
 Schwere chronische Verdauungsinsuffizienz jenseits des Säugalters von Heubner, 哺乳兒期以後之重症慢性消化不良 211
 Schwere Form, 重症 297
 Schwere Pädatrie, 小兒削瘦症 180
 Schwere toxische Form, 重症 243
 Sokolow, 蘇可羅佛氏 234
 Seitz, 攝斯氏 12, 24, 31
 Sekertin, 分泌素 9
 Sekundäre Form, 續發性 369
 Selder, 聶德爾氏 450
 Senner 形 349
 Septische Diphtherie, 腐敗性狄扶的里 298
 Septisch Infektion der Neugeborenen, 初生兒敗血症 137
 Serumexantheme, 血清發疹性 306
 Serumkrankheit, 血清病 306
 Shoch, 震盪症 453
 Sklerema, 鞏皮症 193
 Sklerema neonatorum, 初生兒鞏硬病 120
 Skrofulose, 腺病 213
 Söldner, 塞爾德萊氏 31
 Somatose, 所買妥司 49
 Sonle, 橡皮管 122
 Sonenrug, 松能布魯克氏 454
 Soor, 鵝口瘡 389
 Soorgeschwür, 鵝口瘡潰瘍 405
 Soorpilze, 鵝口瘡菌 389
 Soporöser Typus, 嗜眠型 193
 Soxhlet'sche Nährzucker, 索克斯雷武氏滋養糖 58
 Spasmus, 直腸痙攣 431
 Späterysipel, 晚發丹毒 280
 Spetische Pest, 敗血性鼠疫 345
 Spiritus Aetheris nitrosi, 甘硝酸乙酯酒精 122
 Spirochaetosis icterohaemorrhagica japonica, 日本黃疸性出血性螺旋菌病 383
 Sproznua, 369
 Stadium algidum, 厥冷期 329
 Stadium asphycticum, 假死期 329
 Stadium catarrhale, 卡他期 331
 Stadium convulsivum, 痙攣期 331
 Stadium decrementi, 輕快期 332
 Stadium der Inkubation, 潛伏期 257
 Stadium des Enentems, 粘膜發疹期 257
 Stadium des Exanthems, 發疹期 258
 Stadium des quarations, 落屑期 259
 Stadium excitationis, 發揚期 381
 Stadium hydrophobicum, 恐水期 381
 Stadium melapchlicum, 鬱憂期 381
 Stadium paralyticum, 麻痺期 382
 Stadium prodromorum, 前兆期 381
 Stadium reactionis, 反應期 329
 Stärke, 澱粉 65
 Starrkrampf, 破傷風 371
 Status lymphaticus s. thymico-lymphaticus, 淋巴性體質 213
 Status thymico-lymphaticus, 胸腺淋巴性體質 216, 229
 Steisgeschwulst, 尾骶瘤 123
 Stelzner, 斯泰耳刺萊爾氏 170
 Stenony, 施泰諾里氏 340
 Sterilisation, 高熱殺菌法 40
 Stichmethode, 刺種法 277
 Stiekhusten, 窒息狀 332
 Stille Wuth, 靜狂 382
 Stochholm, 斯德哥耳摩 398
 Stölnzer, 施德爾刺納氏 215
 Stomakake, 糜爛性口內炎 390
 Stomatitis aphthosa, 亞布答性口內炎 388
 Stomatitis catarrhalis, 卡他性口內炎 387
 Stomatitis gangraenosa, 壞疽性口內炎 391
 Stomatitis septica, 膿毒性口內炎 388
 Stomatitis ulcerosa, 糜爛性口內炎 390
 Streptokokkenenteritis, 鏈球菌性腸卡他 463
 Stridorös, 軋鳴狀 299
 Stridor thymicum, 胸腺喘鳴 234
 Strophulus, 小兒苔癬 219, 222, 394
 Stroptokokken, 鏈球菌 11
 Subkutane Injektion, 皮下注射法 107
 Syrup. manna, 梣甘露糖漿 98
 Syrups Althaeae, 藥蜀葵糖漿 416
- T**
- Tab. Cascara sagrad, 美鼠李皮丸 458
 Takadiastase, 塔卡澱粉酵素 212
 Taluir 氏保溫器 111
 Tarma, 他爾馬氏 480
 Technik der Brusternährung, 母乳榮養之方法 50

Technik der Künstlichen Ernährung, 人工營養之方法 .. 57

Temperamentlehre, 氣質說 .. 213

Tenesmus, 裏急後重 .. 323

Termophore, 湯床 .. 111

Terrien, 泰里安氏 .. 223

Tetanie, 帝答尼 .. 292, 415

Tetanoide Phaenomen, 帝答尼樣現象 .. 217

Tetanus, 破傷風 .. 371

Tetanus hydrophobicus, 恐水病性破傷風 .. 372

Tetanus neonatorum, 初生兒破傷風 .. 134

Theinhardt's Kindernahrung, 泰殷哈耳武氏小兒營養品 .. 67

Theodor, 西俄多爾氏 .. 229

Thimich, 提米喜氏 .. 194

Thiocol, 癒創木醣磺酸鉀 .. 473

Thiosinamineinspritzung, .. 397

Thymol-glycerin, 麝香草酚甘油 .. 251

Thymolum, 麝香草酚 .. 130

Thymustod od. Mors thymica, 胸腺死 .. 233

Tinct. ratanhia, 拉担捏酞 .. 389

Tinctura Myrrhae, 沒藥酞 .. 305

Tinctura Strophanthi, 毒毛旋花酞 .. 93

T. inferior, 下部氣管切開 .. 309

Tobler, 托布拉氏 .. 7, 9, 162

Toleranzüberschreitung, 耐力超過 .. 149

Tollwuth, 恐水病 .. 380

Tonica, Roborantia, Alterantia, 強壯藥 .. 102

Toxische Atmung, 中毒性呼吸 .. 192

Toxische Ernährungsstörungen, 中毒性營養障礙 .. 188

Tracheotomia superior, 上部氣管切開 .. 309

Tracheotomie, 氣管切開術 .. 94, 307

Traubenzucker od. Glykose, 葡萄糖 .. 65

Trismus, 牙關緊急 .. 135, 371

Trommer, 忒羅美耳氏 .. 193

Troussau, 特盧索氏 .. 225

Trypsin, .. 8, 63

Tuberculin, 結核菌素 .. 474

Tuberkulin, 結核菌素 .. 222

Turgor, 膨脹 .. 3

Turneau, 忒爾魯氏 .. 330

Tussis convulsiva, 百日咳 .. 330

Typhus abdominalis, 傷寒 .. 311

Typhusbazillenträger, 傷寒菌攜帶者 .. 311

Typus der lymphatischen od. anaemischen Kinder od. pastöser, 淋巴性或貧血型遲鈍質 .. 224

Typus d. fetten Kinder od. phethorischer-obeser Habitus, 肥胖型 .. 224

Typus d. nervösen Kinder od. erethischer Habitus, 神經質型, 銳敏質 .. 223

U

Überfütterung, 過食 .. 149

Überfütterungsdyspepsie, 營養過剩消化不良症 .. 173

Übertragene Neugeborene, 過熱之初生兒 .. 17

Uizig, 尤池肯氏 .. 433

Ulcera pterygoidea, .. 388

Ulcus rotundum, 圓形胃潰瘍 .. 416

Ulcus umbilici, 臍部潰瘍 .. 132

Unterernährung, 營養物質不足 150, 201

Untersuchung der Bauchorgane, 腹部之檢查 .. 80

Untersuchung der Brustorgane, 胸部之檢查 .. 77

Untersuchungstechnik u. Diagnostik der Kinderkrankheiten, 小兒之診察法及小兒病之診斷 .. 69

Urachusfistel, 胎生尿管瘻 .. 131

Urikaemischer Kopfschmerz, 尿血性頭痛 .. 228

Urobilino-gen .. 154

Uropoetisches Apparat, 泌尿器系統 .. 11

Urotropin, 六次甲基四肢 .. 251

V

Vaccin, 疫苗 .. 250

Vakzination, 牛痘接種 .. 275, 276

Vakzineexanthem, 種痘性發疹 .. 279

Variellen, 水痘 .. 270

Variola, 痘瘡 .. 272

Va iola confuens, 融合性痘瘡 .. 274

Variola haemorrhagica, 出血性痘瘡 .. 274

Variola vera, 真痘 .. 274

Variolois, 假痘 .. 274

Vasenolpuder, 藥名 .. 120

Vasomotorische u. "Vagolonische" Erscheinung, 血管運動神經障礙及迷走神經緊張狀態 .. 217

Veraetzung des Oesophagus, 食道腐蝕	395
Verbesserte Liebigsuppe, 改良利俾喜氏汁	58
Verdünnung der Kuhmilch, 牛乳稀釋法	58
Veronal, 肥羅拉耳	199
Vierordt, 維諾耳氏	4
Vierte Krankheit, 第四病	269
Vincenti, 文生氏	303
Vitamin, 維生素	61
Voltmer's Muttermilch, 佛爾忒麥耳氏母乳	64
Vulnerabilität, 易傷性	215

W

Waldayer, 發爾塔愛爾氏	230
Waldschule, 森林學校	87
Wardenfruk, 瓦爾登弗魯克氏	408
Warmflasche, 湯婆	111
Wasserhof, 水量	174
Wasserkrebs, 水螅	391
Wassermann'sche Reaktion, 發瑟曼氏反應	55
Wasserpocken, 水痘	270
Weichselbaum, 淮希塞耳包姆氏	348
Weilsche Krankheit, 淮爾氏病	382
Weis eitzähne, 智齒	28
Weisser Scheintod, 重症假死	114
Wharton, 華吞氏	128
Whitney, 威士利氏	225
Widal'sche Reaktion, 維達爾反應	316

Winckel'sche Krankheit, 文開爾氏病	139
Windpocken, 水痘	270
Wirchow, 威爾學氏	213, 214, 400
Wohensch, 人名	13
Wofsrachen, 狼咽	47
Wundinfektionen des Nabels, 臍部傳染性疾患	131
Wurmfortsatzonsille, 蚓突扁桃體	451
Würzburg, 符次堡	400

Y

Yellow fever, 黃熱	384
Yersin, 賈桑氏	346

Z

Zahnfieber, 生齒熱	28
Zahnpoeken, 齒痘	219
Zellularpathologie, 細胞病理	213
Zellulose, 纖維	65
Zerfahren	10
Ziehl, 啓爾氏	330
Zirrhose durch congenitale Obliteration der Gallengänge, 因先天性膽道閉塞之肝硬化症	480
Zuckerfieber, 糖熱	64, 175
Zweite Kohlenhydrat, 第二碳水化合物	66
Zwieback, 二重燒麵麩	67
Zyklisches Erbrechen, 發作性或常習性嘔吐	225